

ԵՐԵՎԱՆԻ Մ. ՀԵՐԱՑՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ
ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ

II ՀԱՏՈՐ

Ուսումնական ձեռնարկ ընդհանուր բժշկության ֆակուլտետի
բակալավրիատի ուսանողների համար

ՊՐՈՖԵՍՈՐՆԵՐ Մ.Մ. ՄԻՐԻՋԱՆՅԱՆԻ, ՀԱ. ԲԱՐՍԵՂՅԱՆԻ,
ԴՈՑԵՆՏՆԵՐ Ս.Ա. ՍՏԵՓԱՆՅԱՆԻ ԵՎ Ա.Ա. ՕՉԱՆՅԱՆԻ
ԽՄԲԱԳՐՈՒԹՅԱՄԲ

Երևան

Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական
բժշկական համալսարանի հրատարակչություն

2014

Գրախոսներ՝

բ.գ.դ., պրոֆեսոր Ա.Մ.Սահակյան

բ.գ.դ., պրոֆեսոր Զ.Ա. Տեր-Ավետիքյան

Լեզվաբան խմբագիր՝

բան. գիտ. թեկ., դոցենտ

Հ. Վ. Սուքիասյան

Տեխնիկական խմբագիր՝

Գ. Ե. Թորոսյան

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ԳԼՈՒԽ I. ՈՐՈՎԱՅՆԻ ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ

- ԹԵՄԱ №1. ՍՈՒՐ ԱՊԵՆԴԻՑԻՏ: ԱԽՏԱԾԱԳՈՒՄԸ,
ԿԼԻՆԻԿԱՆ, ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ
Հ.Լ.ՕՐԴՈՒՅԱԼ
- ԹԵՄԱ №2. ՍՈՒՐ ԱՊԵՆԴԻՑԻՏԻ ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ,
ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ, ԲՈՒԺՈՒՄԸ:
ՔՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ԱՊԵՆԴԻՑԻՏ:
Հ.Լ.ՕՐԴՈՒՅԱԼ
- ԹԵՄԱ №3. ՈՐՈՎԱՅՆԻ ՃՈՂՎԱԾՔՆԵՐ
Հ.Լ.ՖՐԱՆԳՈՒԼՅԱԼ
- ԹԵՄԱ №4. ՀԵՏՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ԵՎ
ՀԵՏՎՆԱՍՎԱԾՔԱՅԻՆ ՃՈՂՎԱԾՔՆԵՐ:
ՃՈՂՎԱԾՔՆԵՐԻ ՀԱԶՎԱԴԵՊ ՀԱՆԴԻՊՈՂ
ՁԵՎԵՐԸ: ՃՈՂՎԱԾՔՆԵՐԻ
ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ
Հ.Լ.ՖՐԱՆԳՈՒԼՅԱԼ
- ԹԵՄԱ №5. ԵՆԹԱՏԱՍՈՔՍՈՅԻՆ ԳԵՂՁԻ
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ
Ա.Մ.ՎԱՐԺԱՊԵՏՅԱԼ
- ԹԵՄԱ №6. ԼԵՂԱՔԱՐԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ:
ԽՈՂԵՑԻՍՏԻՏ
Մ.Գ.ՇՄԱՎՈՆՅԱԼ
- ԹԵՄԱ №7. ՄԵԽԱՆԻԿԱԿԱՆ ԴԵՂՆՈՒԿ: ԼԵՂՈՒԴԻՆԵՐԻ
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ:
ՀԵՏԽՈՂԵՑԻՍՏԷԿՏՈՄԻԿ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ:
Ա.Ս.ԲԱՂԴԱՍՏԱՐՅԱԼ
- ԹԵՄԱ №8. ՍՏԱՍՈՔՄԻ ԵՎ 12-ՄԱՏՆՅԱ ԱՂԻՔԻ
ԽՈՑԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ
Ա.Ռ.ՍՍՍՏՐՅԱԼ
- ԹԵՄԱ №9. ՍՏԱՍՈՔՄԻ ԵՎ 12-ՄԱՏՆՅԱ ԱՂԻՔԻ
ԽՈՑԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ
ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ
Ա.Ա.ՕՀԱՆՅԱՆ, Ա.Հ.ՄԻՆԱՍՅԱՆ

- ԹԵՄԱ N°10. ՎԻՐԱՀԱՏՎԱԾ ՍՏԱՍՈՔՄԻ
 ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ
Ա.Ա.ՈՒԶԱՆԿԻՉՅԱՆ, Ա.Հ.ՄԻՆԱՍՅԱՆ
- ԹԵՄԱ N°11. ԱՂԻՔԱՅԻՆ ԱՆԱՆՑԱՆԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆ
 Վ.Հ.ՀՈՎՀԱՆՆԻՍՅԱՆ, Ա.Հ.ՄԻՆԱՍՅԱՆ
- ԹԵՄԱ N°12. ԼՅԱՐԴԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ:
 ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ: ԹԱՐԱԽԱԿՈՒՅՏԵՐ:
 ԷԽԻՆՈԿՈԿՈԶ: ԱԼՎԵՆԿՈԿՈԶ: ԲՇՏԵՐ
Կ.Հ.ԳՐԻԳՈՐՅԱՆ, Ա.Ա.ՄԻՐԻԶԱՆՅԱՆ
- ԹԵՄԱ N°13. ՓԱՅԾԱՂԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ ԵՎ
 ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ: ԻՆՖԱՐԿՏ:
 ԹԱՐԱԽԱԿՈՒՅՏ: ԲՇՏԵՐ
Վ.Ս.ՀԱԿՈԲՅԱՆ
- ԹԵՄԱ N°14. ՍՏՈԾԱՆՈՒ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ: ՍՏՈԾԱՆՈՒ
 ՌԵԼԱՔՄԱՑԻԱ: ՍՏՈԾԱՆԻԱԿԱՆ
 ՃՈՂՎԱԾՔՆԵՐ: ՍՏՈԾԱՆՈՒ ՈՐԿՈՐԱՅԻՆ
 ԲԱՑՎԱԾՔԻ ՃՈՂՎԱԾՔՆԵՐ
Ի.ՅՈՒ.ԳԵՎՈՐԳՅԱՆ
- ԹԵՄԱ N°15. ՊԵՐԻՏՈՆԻՏ
Ս.Չ.ԶԱՔԱՐՅԱՆ
 ԹԵՄԱՏԻԿ ԹԵՍԵՐԻ ՕՐԻՆԱԿՆԵՐ

ԳԼՈՒԽ II. ԱՆՈԹԱՅԻՆ ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ

- ԹԵՄԱ N°1. ԱՆՈԹԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ
 ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ: ՎԱՐԻԿՈԶ
 ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ
Ա.Գ.ՀԱՄԱՍՅԱՆ
- ԹԵՄԱ N°2. ԽՈՐԱՆԻՍ ԵՐԱԿՆԵՐԻ ԹՐՈՍԲՈՖԼԵԲԻՏ:
 ՀԵՏԹՐՈՍԲՈՖԼԵԲԻՏԻԿ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ
Ա.Գ.ՀԱՄԱՍՅԱՆ
- ԹԵՄԱ N°3. ԾԱՅՐԱՄԱՍԱՅԻՆ ԶԱՐԿԵՐԱԿՆԵՐԻ
 ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ: ԽՅԱՆՈՂ ԱԹԵՐՈՍԿԼԵՐՈԶ:

ՈՉ ՍՊԵՑԻՖԻԿ ԱՈՐՏԱԱՐՏԵՐԻՏ: ԹՐՈՍԲԱՆԳԻՏՆԵՐ:
ՌԵՅՆՈՅԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ: ԴԻԱԲԵՏԻԿ
ԱՆԳԻՈՊԱԹԻԱ

Տ.Լ.ՍՈՒԼԹԱՆՅԱՆ

ԹԵՄԱ N°4.

ՈՐՈՎԱՅՆԱՅԻՆ ԱՈՐՏԱՅԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ:
ԱՆԵՎՐԻԶՄԱՆԵՐ ԵՎ ՍՏԵՆՈՏԻԿ-ՕԿԼՅՈՒԶԻՈՆ
ԱԽՏԱՀԱՐՈՒՄՆԵՐ

Տ.Լ.ՍՈՒԼԹԱՆՅԱՆ

ԹԵՄԱ N°5.

ԶԱՐԿԵՐԱԿԱՅԻՆ ԵՎ ԵՐԱԿԱՅԻՆ ՍՈՒՐ
ԹՐՈՍԲՈԶՆԵՐ ԵՎ ԷՍԲՈԼԻԱՆԵՐ

Տ.Լ.ՍՈՒԼԹԱՆՅԱՆ

ԹԵՄԱՏԻԿ ԹԵՍԵՐԻ ՕՐԻՆԱԿՆԵՐ

ԳԼՈՒԽ III. ԿՐՈՔԱՎԱՆԴԱԿԻ ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ

ԹԵՄԱ N°1.

ԿՐՈՔԱՎԱՆԴԱԿԻ ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆՈՒՄ
ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՀԵՏԱԶՈՏՄԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ:
ԿՐՈՔԱՎԱՆԴԱԿԻ ԱՆԱՏՈՄԻԱՆ: ԿՐՈՔԱՎԱՆԴԱԿԻ
ՎԻՐԱՀՆԱՍԿԱՆ ՍՈՒՏՔԵՐԸ: ԿՐՈՔԱՎԱՆԴԱԿԻ
ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐԸ

Ս.Ա.ՍՏԵՓԱՆՅԱՆ

ԹԵՄԱ N°2.

ԹՈՔԱՍՉԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ: ԹՈՔԵՐԻ
ԷՍՖԻԶԵՄԱ

Տ.Ս.ԽԱՉԱՏՐՅԱՆ

ԹԵՄԱ N°3.

ԹՈՔԵՐԻ ԹԱՐԱԽԱՅԻՆ - ԴԵՍՏՐՈՒԿՏԻՎ
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ: ԹՈՔԵՐԻ ԷԽԻՆՈՎՈՎՈՉ:

Ս.Ա.ՍՏԵՓԱՆՅԱՆ, Հ.Խ.ԲՍՏԻԿՅԱՆ

ԹԵՄԱ N°4.

ԹՈՔԵՐԻ ԲԱՐՈՐԱԿ ԵՎ ՉԱՐՈՐԱԿ
ՆՈՐԱԳՈՑԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Տ.Ս.ԽԱՉԱՏՐՅԱՆ

ԹԵՄԱ N°5.

ՄԻԶՆՈՐՄԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Ի.ՅՈՒ.ԳԵՎՈՐԳՅԱՆ

ԹԵՄԱՏԻԿ ԹԵՍԵՐԻ ՕՐԻՆԱԿՆԵՐ

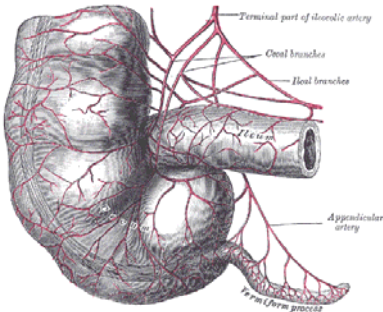
ԳԼՈՒԽ I

ՈՐՈՎԱՅՆԻ ՎԻՐԱԲՈՒՇՈՒԹՅՈՒՆ

ԹԵՄԱ 1. ՍՈՒՐ ԱՊԵՆԴԻՑԻՏ: ԱՆՏԱԾԱԳՈՒՄԸ, ԿԼԻՆԻԿԱՆ, ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄԸ

Ապենդիցիտը որդանման ելունի բորբոքային հիվանդություն է:

Անատոմիա և ֆիզիոլոգիա: Որդանման ելունը սնամեջ օրգան է, որն սկսվում է կույր աղիքի զմբեթից՝ երեք ժապավենների միացման տեղից: Երկարությունը 5-10 սմ է, հաստությունը՝ 0,3-1,0 սմ (նկ.1.1): Պատն ունի չորս շերտեր՝ լորձային, ենթալորձային, մկանային (շրջանաձև, երկայնակի) և շճային: Լորձաթաղանթը հարուստ է ավշային ֆոլիկուլներով, որոնք պայմանավորում են որդանման ելունի մասնակցությունը իմունիտետի ձևավորմանը (այստեղից է գալիս «որովայնի նշիկ» հասկացությունը):



Նկ. 1.1. Որդանման ելուն

Որդանման ելունը ներորովայնամզային օրգան է, ունի միջընդերք, որի պատճառով շարժուն է և կարող է գրավել տարբեր դիրքեր, որով էլ հաճախ պայմանավորված է հիվանդության կլինիկական ընթացքը:

Հաճախ այն ունենում է միջային դասավորություն (նկ.1.2), երբեմն կարող է իջնել փոքր կոնք,

տեղակայվել վերել հաստ աղիքի դրսային կողմում, հասնել լյարդին և լեղապարկի հատակին: Երբեմն որդանման ելունը տեղակայվում է կույր աղիքի հետևում (ռետրոցեկալ) և նույնիսկ հետորովայնամզային տարածության մեջ (ռետրոպերիտոնեալ)՝ հպվելով աջ միզածորանին կամ երիկամին (նկ.1.3):



Նկ. 1.2. Միջային
դասավորություն



Նկ. 1.3. Ռետրոպերիտոնեալ
դասավորություն

ՍՈՒՐ ԱՊԵՆԴԻՑԻՏ

Ապենդիցիտը սուր վիրաբուժական ամենատարածված հիվանդությունն է: Այն հաճախ նկատվում է երիտասարդ տարիքում, մեծ մասամբ կանանց շրջանում: Հետվիրահատական մահացությունը 0,2-0,3% է, ընդ որում, դրա պատճառն առավել հաճախ ուշացած վիրահատությունների դեպքում առաջացած բարդություններն են:

Էթիոլոգիան և պայթոցները (պատճառագիտությունը և ախտածնությունը): Սուր ապենդիցիտի առաջացման պատճառները բազմազան են, ընդունված են հետևյալ տեսությունները՝

1. նյարդահումորալ,
2. վիսցերովիսցերալ,
3. ինֆեկցիոն (վարակային),
4. պարազիտար (մակաբուժական),
5. մեխանիկական,
6. ալիմենտար (սննդային),
7. լիմֆոգեն (ավշածին):

Ապենդիցիտի զարգացման անհրաժեշտ երկու գործոններ են՝
ա) ենթալորձային անոթների իշեմիա,
բ) լուսանցքի խցանում:

Ենթալորձային անոթների իշեմիան փոքրացնում է լորձաթաղանթի դիմադրողականությունը, նվազեցնում նրա ռեզեներատոր (վերականգնողական) հատկությունները, իսկ լուսանցքի խցանումը քարձրացնում է լուսանցքում առկա մանրէների վիրուլենտությունը:

Ենթալորձային անոթների իշեմիա կարող է առաջանալ նյարդահումորալ խանգարումների, վիսցերովիսցերալ ախտաբանական գրգիռների, օրգանիզմի ալերգիկ սենսիբիլիզացիայի պատճառով: Ելունի լուսանցքը կարող է խցանվել կղանքային քարերով, սննդի մնացորդներով (օրինակ՝ կորիզներով), պարազիտներով (մակաբույծներով) և այլնով: Տոնզիլիտից (նշիկաբորբ) հետո զարգացող ապենդիցիտը վկայում է ավշածին ծագման մասին: Հայտնաբերված է, որ այն ազգերի շրջանում, որոնց սննդաբաժնում գերակշռում է միսը (եվրոպացիներ), ապենդիցիտ ավելի հաճախ է առաջանում, քան բուսակերների շրջանում (ճապոնացիներ, չինացիներ, կորեացիներ):

Բորբոքումն սկսվում է լորձաթաղանթից, ապա տարածվում մկանային ու շճային շերտեր:

Բորբոքումը ելունի պատի ողջ հաստությամբ տարածվելու դեպքում գործընթացի մեջ ընդգրկվում են շրջակա հյուսվածքները և օրգանները: Արագ ի հայտ են գալիս որովայնամզի հիպերեմիա (զերարյունություն), շճային էքսուդատ, որը հետագայում կարող է վերածվել թարախայինի:

Սուր ապենդիցիտի դասակարգումը՝

1. Ապենդիկուլյար կամ աղիքային խիթ:
2. Սուր կատառալ (հասարակ, մակերեսային) ապենդիցիտ:
3. Սուր դեստրուկտիվ ապենդիցիտ, որը լինում է՝
 - ֆլեզմոնոզ,
 - գանգրենոզ,
 - պերֆորատիվ (թափածակված):
4. Սուր բարդացած ապենդիցիտ, որը լինում է՝
 - ապենդիկուլյար ինֆիլտրատ (ներսփռանք),
 - ապենդիկուլյար թարախակույտ,
 - տարածուն թարախային պերիտոնիտ,

- հետորովայնամզային ֆլեգմոնա,
- պիլեֆլեբիտ (դոներակի բորբոքում):

Ախտաբանական անատոմիա

Ապենդիկուլյար խիթին բնորոշ է ենթալորձային անոթների իշեմիան, պրոցեսը դարձելի է:

Կատառալ ապենդիցիտի ժամանակ ախտահարվում է լորձաթաղանթը, արտաքնապես նկատվում է անոթների գերարյունակեցում (նկ.1.4): Ելունը քիչ հաստացած է, թեթևակի լարված: Որովայնի խոռոչում կարող է առկա լինել քիչ քանակությամբ շճային հեղուկ (էքսուդատ): Կատառալ փուլից սկսած՝ պրոցեսն անդարձելի է:

Ֆլեգմոնոզ ապենդիցիտի ժամանակ դեստրուկտիվ պրոցեսն ընդգրկված է բոլոր շերտերում: Շճային էքսուդատը վարակվում է, պղտորվում՝ վերածվելով թարախայինի: Զստափոսի շրջանի որովայնամիզը, ինչպես և որդանման ելունի շճաթաղանթը այտուցվում և պղտորվում են, այսինքն՝ պրոցեսը դուրս է գալիս ելունի սահմաններից: Ելունը խիստ հաստանում է, լարվում, դառնում հիպերեմիկ և պատվում ֆիբրինոզ փառով, նրա լուսանցքում նկատվում է թարախ (նկ.1.5): Եթե որդանման ելունից արտահոսքն ամբողջությամբ դադարում է, ապա նրա փակ խոռոչում կուտակվում է թարախ. առաջանում է ելունի էմպիեմա, որի դեպքում այն ունի փորձանոթի ձև, խիստ լարված է և հիպերեմիկ:

Գանգրենոզ ապենդիցիտին բնորոշ է որդանման ելունի կամ պատի որոշ հատվածի մեռուկացում: Որովայնի խոռոչում առկա է թարախային էքսուդատ, հաճախ տհաճ հոտով: Ելունն ունի կեղտոտ կանաչ գույն: Գանգրենոզ ապենդիցիտի դեպքում որդանման ելունի շրջակա հյուսվածքները և օրգաններն ընդգրկվում են բորբոքային պրոցեսի մեջ: Որովայնամզի վրա ի հայտ են գալիս արյունագեղումներ, այն պատվում է ֆիբրինոզ փառով: Աղեգալարները և ճարպոնը կաշում են միմյանց:



Նկ. 1.4. Սուր կատառալ ապենդիցիտ



Նկ. 1.5. Սուր ֆլեգմոնոզ ապենդիցիտ

Որդանման ելունի գանգրենա (փտախտ) կարող է զարգանալ առանց նախորդ փուլերի (կատառ, ֆլեգմոնա), երբ ինչ-ինչ պատճառներով առաջանում է a. appendicularis-ի թրոմբոզ կամ էմբոլիա (նկ.1.6): Այն կոչվում է առաջնային գանգրենոզ ապենդիցիտ (զարգանում է տարեց և ծեր անձանց շրջանում միտրալ ստենոզի, ստորին վերջույթների վարիկոզի և այն հիվանդությունների ժամանակ, երբ թրոմբի առաջացման հակում կա):

Թափաձակված ապենդիցիտի ժամանակ որդանման ելունի պատի մի հատվածը մեռուկանում և ծակվում է (նկ.1.7), ելունի պարունակությունը լցվում է ազատ որովայնի խոռոչ, որը և հանգեցնում է սահմանափակ կամ տարածուն պերիտոնիտի առաջացման:



Նկ. 1.6. Սուր գանգրենոզ



Նկ. 1.7. Սուր թափաձակված ապենդիցիտ

Կլինիկա: Պայմանավորված է հիվանդության զարգացման փուլով, ելունի տեղակայումից, ուղեկցող հիվանդություններից, օրգանիզմի դիմադրողականությամբ, հիվանդի տարիքով և այլն: Կլինիկական նշանները բաժանվում են երկու խմբի՝

- ա) ընդհանուր,
- բ) տեղային:

Ընդհանուր նշաններից են թուլությունը, անհարմարությունը, ախորժակի բացակայությունը, սրտխառնոցը, եզակի փսխումը, բերանի չորությունը, ենթատենդային ջերմությունը և այլն: Պուլսը (անոթազարկը) սկզբում քիչ հաճախացած է, համապատասխանում է ջերմությանը (ջերմության յուրաքանչյուր մեկ աստիճան բարձրանալու դեպքում պուլսը հաճախանում է տասը զարկով): Պերիտոնիտի զարգացմանը զուգահեռ՝ այդ համապատասխանությունը խախտվում է: Կղանքը հիվանդության սկզբում սովորաբար բացակայում է, երբեմն նկատվում է գազերի հեռացման բացակայություն: Եթե որդանման ելունը տեղակայված է փոքր կոնքում և հպվում է ուղիղ աղիքին, բնորոշ են լուծը, արտաթորման հաճախակի ցանկությունը:

Տեղային նշանները ևս բաժանվում են երկու խմբի՝

- ա) ապենդիկուլյար նշաններ,
- բ) որովայնամզի զրգոման նշաններ:

Ապենդիկուլյար նշաններն են՝

Կոխեր-Վոլկովիչի ախտանիշ. ցավերը հաճախ սկսվում են էպիգաստրալ (վերորովայնային) շրջանից, ապա տեղակայվում աջ գտային շրջանում. պատճառը ստամոքսի հետևում հետորովայնային տարածությունում առկա արևային հյուսակն է:

Պայմանավորված ելունի տեղակայմամբ՝ ցավեր կարող են լինել նաև պորտի շրջանում, լյարդի տակ, որովայնի ստորին մասում, աջ գոտկային շրջանում: Հաճախ հիվանդության հենց սկզբից ցավերը տեղակայվում են աջ գտափոսում: Հիվանդության խորացման,

պերիտոնիտի առաջացման դեպքում ցավերի հստակ տեղակայումը խախտվում է, դրանց տարածվածության շրջանը մեծանում և աստիճանաբար ընդգրկում է ողջ որովայնը: Ելունի էմպիեմայի դեպքում ցավերը կարող են ուժեղանալ և դառնալ պուլսացող:

Ելունի գանգրենոզ կազմափոխման ժամանակ նյարդային վերջույթները մահանում են, որի պատճառով ցավերի զգացողությունը կարող է պակասել, սակայն մկանային լարվածությունը, ինտոքսիկացիայի (թունահարման) նշանները պահպանվում և խորանում են:

Թափածակման դեպքում, երբ պարունակությունը լցվում է որովայնի խոռոչ, ցավերը կտրուկ սաստկանում են, իսկ պերիտոնիտի զարգացման հետևանքով տարածուն բնույթ են ունենում :

Ռովզինգի ախտանիշ. ձախ գստային շրջանում աջ ձեռքով հրումային շարժում կատարելիս, երբ ձախ ձեռքով սիգմայաձև աղիքը սեղմում ենք գստուկրի կատարին, ցավերն ուժեղանում են աջ գստային շրջանում: Պատճառները գազերի հետընթաց հոսքն է, որովայնի օրգանների շարժման հետևանքով բորբոքված որդանման ելունի գրգռումը:

Միտկովսկու ախտանիշ. ձախ կողքին պառկելուց ի հայտ է գալիս կախվածության, ձգվածության զգացողություն: Դրա պատճառն այն է, որ ծանրության ուժի ազդեցությամբ բորբոքված ելունը կախվում է՝ ներքև ձգելով նյարդային վերջույթներով հարուստ միջընդերքը:

Բարտոլյե Միխելսոնի ախտանիշ. ձախ կողքին պառկած վիճակում աջ գստային շրջանի շոշափման ժամանակ ցավերն ավելի ուժեղ են, որովհետև այդ դիրքում մեծ ճարպոնը և աղեգալարները, որոնք մինչ այդ շրջափակել էին որդանման ելունը (պաշտպանական ռեակցիա), ծանրության ուժի ազդեցությամբ իջնում են ներքև, և ելունն ավելի դյուրին է շոշափվում:

Օբրագովի կամ իլենպտաս ախտանիշ. մեջքին պառկած վիճակում աջ գստային շրջանում խոր սեղմելիս, երբ հիվանդն աջ ոտքն առանց ծնկահոդում ծալելու վեր է բարձրացնում, ցավերն աջ գստային շրջանում

ուժեղանում են: Այս նշանը դրական է որդանման ելունի ռետրոցեկալ դասավորության ժամանակ, երբ բորբոքված ելունը գտնվում է իլեոպստաս մկանի վրա:

Ելունի այս դիրքում, երբ այն գտնվում է միզածորանին մոտ, կարող են դիտվել նաև դիզուրիկ (միզախանգարման) երևույթներ:

Կռուպի կամ օբտուրատորիուս ախտանիշ. հիվանդը մեջքին պառկած՝ աջ ոտքը ծնկան և կոնքազդրային հոդերում ծալած վիճակում ազորը ռոտացիա (պտույտ) ենք կատարում դեպի դուրս: Ցավերն աջ գտային շրջանում ուժեղանում են: Այս նշանը դրական է որդանման ելունի կոնքային դասավորության ժամանակ, երբ բորբոքված ելունը գտնվում է փականցքային մկանի վրա:

Ելունի կոնքային դասավորության ժամանակ բնութագրական են ուղիղ աղիքի առաջային պատի ցավոտությունը ռեկտալ և հետին Դուգլասի ցավոտությունը հեշտոցային զննումների ժամանակ: Միզապարկին մոտ դասավորության ժամանակ կարող են դիտվել նաև դիզուրիկ (միզախանգարման) երևույթներ՝ հաճախամիզություն, ցավոտ միզարձակում, հեմատուրիա:

Որովայնամզի գրգռման նշաններ են՝

Շյոտկին-Բյումբերգի ախտանիշ. ցավի ուժեղացում ձեռքը նախապես որովայնի պատին սեղմելուց հետո կտրուկ հեռացնելու դեպքում:

Ռազդոլսկու ախտանիշ. բորբոքային օջախի վրա բախելիս ցավերն ուժեղանում են բորբոքված որովայնամզի ցնցման հետևանքով:

Վոսկրեսենսկու կամ շապիկի ախտանիշ. որովայնի պատի երկարությամբ (առանց ուժեղ սեղմելու, բայց արագ) հիվանդի շապիկի վրայից ձեռքը վերից վար սահեցնելիս ցավերը սաստկանում են:

Այս ախտանիշերը վկայում են ախտաբանական պրոցեսի մեջ որովայնամզի ընդգրկման մասին, որը հանդիպում է ոչ միայն սուր դեստրուկտիվ ապենդիցիտի, այլև որովայնի խոռոչի մյուս սուր վիրաբուժական հիվանդությունների դեստրուկտիվ ձևերի ժամանակ:

Որովայնի առաջային պատի մկանների լարվածությունը կարող է

բացակայել կամ լինել նվազ արտահայտված ելունի ռետրոցեկալ, ռետրոպերիտոնեալ, կոնքային դասավորությունների ժամանակ:

Ախտորոշում: Արյան հետազոտությամբ հայտնաբերվում են լեյկոցիտոզ, դեստրուկտիվ ձևերի ժամանակ՝ լեյկոցիտային բանաձևի ձախ թեքում: Էական նշանակություն ունի լեյկոցիտների աճը դինամիկայում:

Մեզի հետազոտությունը սովորաբար բնականոնից շեղումներ չի հայտնաբերում: Սակայն ելունի ռետրոցեկալ տեղակայման կամ միզապարկին հպվելու դեպքում մեզում կարող են հայտնաբերվել սպիտակուցներ, էրիթրոցիտներ և լեյկոցիտներ:

Գործիքային քննություններից կիրառվում է ուլտրաձայնային հետազոտություն՝ սոնոգրաֆիա, որը հնարավորություն է տալիս սուր ապենդիցիտը տարբերակել փոքր կոնքի օրգանների, էրիկամաքարային և այլ սուր վիրաբուժական հիվանդություններից: Վերոհիշյալ նպատակով կատարվում է նաև լապարոսկոպիկ հետազոտություն, որով և հնարավոր է ավարտել վիրահատությունը:

Սուր ապենդիցիտը երեխաների շրջանում, պայմանավորված որովայնի առաջային պատի մկանների, մեծ ճարպոնի և նյարդային համակարգի ոչ լիարժեք զարգացվածությամբ, ընթանում է որոշ առանձնահատկություններով: Այն բնորոշվում է բուռն ընթացքով, հաճախ կլինիկական դրսևորմամբ հիշեցնում է գաստրոէնտերիտ: Ցավերն ունենում են տարածուն, կծկանքային բնույթ, լինում են բազմակի փսխումներ, լուծ: Հազվադեպ է նկատվում պրոցեսի սահմանափակում, և ավելի արագ ու հաճախ է զարգանում տարածուն պերիտոնիտ, որի ժամանակ անգամ մկանային լարվածություն կարող է չլինել: Դա դժվարացնում է վաղ ախտորոշումը և մեծացնում ապենդիցիտի դեստրուկտիվ ձևերի քանակը:

Սուր ապենդիցիտը տարեց և ծեր տարիքի անձանց շրջանում օրգանիզմի առեակտիվության և արտահայտված ուղեկցող հիվանդությունների հետևանքով ունի սքողված ընթացք: Որովայնում ցավերն աննշան են, մարմնի ջերմաստիճանը սովորաբար բնականոն է:

Որովայնի պատի մկանների պաշտպանական լարվածությունը թույլ է արտահայտված կամ բացակայում է: Տարեց և ծեր տարիքի մարդկանց շրջանում ելունի դեստրոկցիան արագ է զարգանում, քանի որ առկա են անոթների աթերոսկլերոտիկ փոփոխություններ:

Սուր ապենդիցիտը հղիների շրջանում: Հղիության առաջին կեսում առանձնահատկություն չկա: Երկրորդ կեսում տեղի է ունենում կույր աղիքի և որդանման ելունի տեղաշարժ դեպի վեր՝ մեծացած արգանդի կողմից: Դրա հետևանքով՝ ցավերի տեղակայումը փոխվում է, դրանք կարող են ի հայտ գալ աջ ենթակողում: Հղիության ուշ շրջանում որովայնի պատի մկանների խիստ ձգման հետևանքով նրանց պաշտպանական լարվածության հայտնաբերումը բավական դժվար է: Եթե բորբոքված ելունը տեղակայված է մեծացած արգանդի հետևում, ապա որովայնամզի զրգռման ախտանիշերը կարող են չորոշվել: Երբեմն հղիների դեպքում սուր ապենդիցիտն ընդունում են որպես սպառնացող վիժում, որը հանգեցնում է հիվանդների ուշացած հոսպիտալացմանը և ուշ վիրահատմանը:

**ԹԵՄԱ 2. ՍՈՒՐ ԱՊԵՆԴԻՑԻՏԻ ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ,
ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄԸ, ԲՈՒԺՈՒՄԸ:
ՔՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ԱՊԵՆԴԻՑԻՏ**

Սուր ապենդիցիտի բարդությունները: Որդանման ելունի բորբոքումն ուղեկցվում է որովայնամզի հիպերեմիայով (գերարյունությամբ), շճային էքսուդատով: Պաշտպանական ուժերի գերակշռության դեպքում մեծ ճարպոնը, աղեգալարները փորձում են օջախայնացնել պրոցեսը: Էքսուդատը ներծծվում է, սակայն բարձրամոլեկուլային ֆիբրինոգենը ներծծվել չկարողանալով՝ վերածվում է ֆիբրինի, որը ստանձում է աղեգալարները և ճարպոնը՝ առաջացնելով կոնգլոմերատ: Այն ձևավորվում է հիվանդության սկզբից 3-5 օր անց: Այդ ժամանակ սուր ցավերը մեղմանում են, ջերմությունը մնում է ենթատենդային: Որովայնի շոշափման ժամանակ ոչ միշտ է հաջողվում որոշել մկանային լարվածությունը, առկա է ցավոտություն աջ գստափոսի շրջանում: Այստեղ շոշափվում է ախտաբանական գոյացություն՝ քիչ շարժուն, բավական ամուր, հստակ եզրերով: Արյան մեջ առկա է լեյկոցիտոզ՝ ձախ թեքումով, դիտվում է ԷՆԱ - ի բարձրացում:

Ապենդիկուլյար ինֆիլտրատը կարող է ներծծվել կամ թարախակալվել: Նրա ներծծման դեպքում ջերմությունը կանոնավորվում է, աստիճանաբար վերանում են ցավերը, ինֆիլտրատը փոքրանում է, լեյկոցիտների քանակը կարգավորվում է: Ինֆիլտրատը, աստիճանաբար փոքրանալով, դառնում է ավելի ու ավելի ամուր և 2-3 շաբաթ անց ներծծվում է, տեղի է ունենում առողջացում:

Ապենդիկուլյար ինֆիլտրատի թարախակալման դեպքում ձևավորվում է պերիապենդիկուլյար թարախակույտ: Հիվանդի վիճակը վատանում է, ջերմությունը՝ բարձրանում: Ջերմաստիճանի կտրուկ տատանումներն ուղեկցվում են սարսուռով: Ուժեղանում են ցավերն աջ գստափոսի շրջանում, որտեղ շոշափվում է խիստ ցավոտ ախտաբանական գոյացություն, որն աստիճանաբար մեծանում է, փափկում, եզրագծերը դառնում են ոչ հստակ: Թարախակույտի շրջանում

որոշվում է Շյոտկին-Բյուսբերգի ախտանիշը: Արյան հետազոտությամբ հայտնաբերվում են բարձր լեյկոցիտոզ ձախ թեքումով, էՆԱ - ի բարձրացում:

Թարախի կուտակումներ կարող են առաջանալ նաև որովայնի խոռոչի այլ մասերում. ձևավորվում են միջզգալարային, կոնքային, ենթաստոծանիական, ենթայարդային թարախակույտեր:

Կոնքի թարախակույտին բնորոշ չէ որովայնի առաջային պատի լարվածությունը: Հիվանդը գանգատվում է որովայնի ստորին հատվածների ցավից, տենեզմից: Ուղիղաղիքային կամ հեշտոցային մատնային հետազոտության ժամանակ բնութագրական է կախվածության, ցավոտության առկայությունը: Տեղեկատու են ուլտրաձայնային հետազոտության տվյալները:

Միջաղեգալարային թարախակույտի ժամանակ գերակշռում են աղիքային անանցանելիության նշանները՝ վթնածությունը, մետեորիզմը (փորափքանք), թուլացած պերիստալտիկան: Որովայնի առաջային պատին մոտ տեղակայման ժամանակ կարող է դիտվել մկանային լարվածություն:

Թարախակույտի ենթաստոծանիական տեղակայման դեպքում ցավերը կարող են ճառագայթվել դեպի ողնաշար, թիակ, ուսահող (ֆրենիկուս ախտանիշ): Հիվանդը ունենում է սրտխառնոց, զկռոց, երբեմն նա ընդունում է հարկադրական կիսանստած կամ մեջքի վրա պառկած դիրք: Ռենտգեն քննությամբ ստոծանին ունենում է բարձր դիրք, շարժումները սահմանափակվում են, համապատասխան կողմի պլերալ խոռոչում հայտնաբերվում է ռեակտիվ հեղուկ:

Սուր ապենդիցիտի ծանր բարդությունը տարածուն թարախային պերիտոնիտն է: Այն կարող է զարգանալ որդանման էլունի շուրջը բորբոքային գործընթացի սահմանափակման բացակայության կամ պերիապենդիկուլյար թարախակույտն ազատ որովայնի խոռոչի մեջ պատռվելու հետևանքով: Հիվանդների վիճակը կտրուկ վատանում է: Ցավերն ընդունում են տարածուն բնույթ:

Պիլեֆլեբիտը դռներակի ճյուղերի թարախային թրոմբոֆլեբիտն է:

Այն ծանրագույն բարդություն է, որը հանգեցնում է լյարդի թարախակույտերի, սեպսիսի առաջացմանը: Հիվանդների վիճակը ծայրաստիճան ծանր է, առկա է ինտոքսիկացիա: Ջերմությունը բարձր է, ունի հեկտիկ բնույթ: Ի հայտ է գալիս դեղնուկ՝ հեպատոցիտների ախտահարման պատճառով: Լյարդը մեծացած է: Մահացությունը բարձր է: Հիվանդները մահանում են լյարդ-երիկամային սուր անբավարարությունից:

Սուր ապենդիցիտի տարբերակիչ ախտորոշումը: Սուր ապենդիցիտը պետք է տարբերակել որովայնի խոռոչի սուր վիրաբուժական հիվանդություններից, երիկամային խիթից, արտարգանդային հղիությունից, ձվարանի ապոպլեքսիայից, ալգոդիսմենտոռեայից և այլնից:

Սուր ապենդիցիտի և երիկամային խիթի տարբերակումը՝

	Սուր ապենդիցիտ	Երիկամային խիթ
Հիվանդության սկիզբը	աստիճանաբար	կտրուկ, հանկարծակի
Հիվանդի դիրքը	մեջքի վրա կամ աջ կողքին անշարժ պառկած	խիստ անհանգիստ, «պատերի վրայով վազող»
Ցավերի ճառագայթումը	չի ճառագայթվում	ճառագայթվում է գոտկային շրջանից միզածորանի պրոյեկցիայով դեպի արտաքին սեռական օրգաններ
Դիզուրիկ երևույթներ (հաճախամիզություն, ցավոտ, դժվարացած, միզարձակում, արյունամիզություն և այլն)	բնորոշ չեն	բնորոշ են
Լեյկոցիտոզ	բնորոշ է	բնորոշ չէ

Սոնոգրաֆիկ	բնորոշ նշաններ չկան	առկա են մեզի հոսքի խանգարում, բաժակ- ավազանային համակարգի լայնացում
Էքսկրետոր ուրոգրաֆիա	բնորոշ նշաններ չկան	մեզի արտահոսքի խանգարում կա

Արտարգանդային հղիությանը բնորոշ են՝ ա/ հղիությանը բնորոշ նշաններ, բ/սուր անեմիային բնորոշ նշաններ: Սոնոգրաֆիկ հետազոտմամբ կոնքի խոռոչում հայտնաբերվում է ազատ հեղուկ: Ախտորոշումը կատարվում է հետին դուզլասից պունկցիայի հիման վրա:

Ալգոդիսմենոռեա՝ ցավերն ի հայտ են գալիս յուրաքանչյուր դաշտանից առաջ, լեյկոցիտոզ բնորոշ չէ:

Չվարանի ապոպլեքսիա՝ ցավերը համընկնում են դաշտանային ցիկլի կեսին, լեյկոցիտոզ չի լինում, սոնոգրաֆիկ հետազոտմամբ հնարավոր է հայտնաբերել պատված ֆոլիկուլը:

Բուժում: Սուր ապենդիցիտի բուժումը վիրահատական է՝ բացառությամբ ինֆիլտրատիվ ապենդիցիտի: Վիրահատությունը կատարվում է երկու մեթոդով՝ լապարոտոմիկ և լապարոսկոպիկ:

Լապարոտոմիա. կատարվում են հետևյալ կտրվածքները՝

- **թեք** (Մակ-Բուտնեյի կամ Վոլկովիչ-Պյակոնովի) կտրվածք. կիրառվում է տիպիկ չբարդացած ապենդիցիտի ժամանակ,

- **աջ ստորին պարառեկտալ** (Լենանդերի) կտրվածք. կիրառվում է դեստրուկտիվ ապենդիցիտի և վիրահատության ծավալի հնարավոր մեծացման դեպքում,

- **աջ ստորին լայնական կտրվածք.** լայն կիրառությունն ունի մանկական վիրաբուժությունում,

- **միջին գծով** (ստորին կամ միջին-ստորին) կտրվածք. կատարվում է կասկածելի ախտորոշման կամ տարածուն պերիտոնիտի դեպքում:

Լապարոսկոպիկ վիրահատության ժամանակ տրոակարները

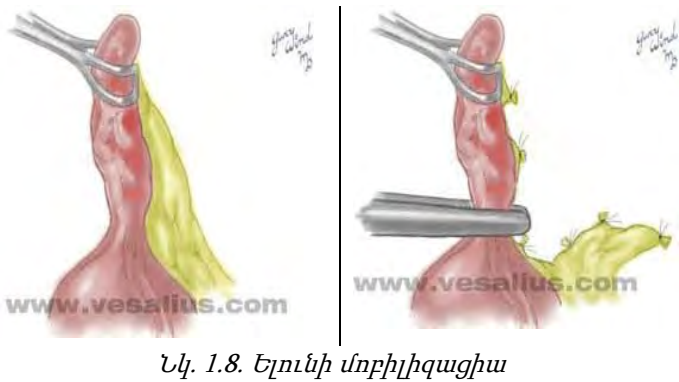
տեղադրելու համար բացում են երեք անցք՝ հարպորտային, աջ և ձախ գստային շրջաններում:

Վիրահատությունը կատարվում է երկու եղանակով՝

ա) անտեգրադ կամ տիպիկ,

բ) հետընթաց կամ աստիպիկ:

Անտեգրադ կամ տիպիկ ապենդեկտոմիայի ժամանակ սկզբից կապվում և հատվում են ելունի միջընդերքի անոթները՝ ելունը մոբիլիզացիայի է ենթարկվում (նկ.1.8), ապա ելունը հիմքի շրջանում կապվում է կետգուտե թելով, դրվում է քսակակար, կտրվում և հեռացվում է ելունը, իսկ ծայրատը խորասուզվում է քսակակարի, ապա՝ Z-աձև կարի մեջ (նկ.1.9, 1.10):



Նկ. 1.8. Ելունի մոբիլիզացիա

Հետընթաց ապենդեկտոմիայի ժամանակ ելունը հիմքի շրջանում նախ կապվում է կետգուտե թելով, ելունը հատվում է, դրվում է քսակակար, ծայրատը խորասուզվում է քսակակարի, ապա՝ Z-աձև կարի մեջ, այնուհետև կատարվում է ելունի մոբիլիզացիա. հերթով կապելով միջընդերքի անոթները՝ հեռացվում է ելունը:



Նկ. 1.9. Ելունի ծայրատը



Նկ. 1.10. Ելունի ծայրատի խորասուզումը քսակակարով

Օայրատը մշակելու վերը նշված մեթոդը կոչվում է *քսակային*, գոյություն ունի նաև *լիգատուրային* մեթոդ, որի ժամանակ քսակակարը և Z-աձև կարը չեն դրվում, լիգատուրային մեթոդը կիրառվում է հատկապես երեխաների դեպքում:

Դեստրուկտիվ և բարդացած ձևերի դեպքում ցուցված է որովայնի խոռոչի դրենավորում: Վիրախձուժներ (տամպոններ) թողնելը խստիվ արգելվում է, վերջիններս կիրառվում են միայն բորբոքային, առոզիվ, մազանոթային արյունահոսությունը դադարեցնելու նպատակով:

Հասարակ ապենդիցիտի հետվիրահատական շրջանում նշանակվում է ախտանշային (սիմպտոմատիկ) բուժում՝ ցավազրկողներ և այլն, իսկ դեստրուկտիվ և բարդացած ձևերի դեպքում՝ հակաբիոտիկներ, դեզինտոքսիկացիոն թերապիա, էլեկտրոլիտներ, պարենտերալ սնուցում և այլն:

Ապենդիկուլյար ինֆիլտրատը բուժվում է **պահպանողական** եղանակով: Նշանակվում են լայն ազդեցության հակաբիոտիկներ, տեղային սառը թրջոցներ և սահմանվում է դինամիկ հսկողություն: Բարեհաջող ելքի դեպքում ջերմությունն իջնում է, հաճախասրտությունը՝ վերանում, լեյկոցիտոզը՝ նվազում, իսկ ինֆիլտրատի չափսերը փոքրանում են: Հիվանդը դուրս է գրվում հիվանդանոցից, սակայն 2-3 ամիս անց, քանի որ հնարավոր է

հիվանդության կրկնությունը, ներկայանում է վիրահատության՝ քրոնիկական մնացորդային ապենդիցիտ ախտորոշմամբ:

Ինֆիլտրատիվ ապենդիցիտի պահպանողական բուժման ոչ բարեհաջող ելքի ժամանակ ձևավորվում է պերիապենդիկուլյար թարախակույտ, որի դեպքում անհրաժեշտ է կատարել թարախակույտի բացում և դրենավորում: Այդ դեպքում նախընտրելի է արտաորովայնամզային մոտեցումը:

Ապենդիկուլյար ծագման տարածուն պերիտոնիտի բուժումն իրականացնում են ընդհանուր կանոններով՝ պերիտոնիտի պատճառի վերացում, որովայնի խոռոչի մանրակրկիտ մաքրում, լվացում (սանացիա) և դրենավորում:

ՔՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ԱՊԵՆԴԻՑԻՏ

Դասակարգումը

1. Առաջնային քրոնիկական ապենդիցիտ, երբ աջ գստային շրջանում մշտապես թույլ, բութ ցավեր կան:

2. Կրկնվող քրոնիկական ապենդիցիտ, երբ աջ գստային շրջանում ժամանակ առ ժամանակ ի հայտ են գալիս բութ ցավեր:

3. Մնացորդային քրոնիկական ապենդիցիտ՝ սուր ինֆիլտրատիվ ապենդիցիտի լավանալուց հետո:

Կլինիկա: Ընդհանուր նշաններից են անհարմարության զարգացումը դիսպեպսիան, վքնածությունը, սրտխառնոցը, դժվարամարսությունը: Տեղային նշաններից է պալպատոր ցավոտությունը Մակ Բուտնեյի, Լանցի և Գուբերգրիցի կետերում:

Ախտորոշումը հաստատվում է հարակից օրգանների հիվանդությունները ժխտելուց և ցեկոգրաֆիա, ցեկոսկոպիա կատարելուց հետո: Վերջինիս ժամանակ կիրառվում է ստամոքսադիքային կոնտրաստային հետազոտություն. քրոնիկական ապենդիցիտի ժամանակ կոնտրաստը կամ չի լցվում որդանման ելուն, կամ լցվելուց հետո խիստ դժվարությամբ է դատարկվում:

Բուժումը՝ ինչպես սուր ապենդիցիտի դեպքում:

ԹԵՄԱ 3. ՈՐՈՎԱՅՆԻ ՃՈՂՎԱԾՔՆԵՐ

Ճողվածքը առպատային որովայնամզի հետ որովայնի խոռոչի օրգանների դուրս գալն է անատոմիական թույլ տեղերից:

Ճողվածքների ծագումնաբանությունը

Որովայնի ճողվածքների առաջացմանը նպաստում են տեղային և ընդհանուր տարբեր գործոններ:

Տեղային գործոններ են որովայնի պատի թույլ տեղերը՝

- աճուկային խողովակ,
- ազդրային խողովակ,
- պորտային օղ,
- որովայնի սպիտակ գիծ,
- էպիգաստրալ շրջան,
- հետվիրահատական կտրվածքներ:

Ընդհանուր գործոնները բաժանվում են 2 խմբի՝ նախատրամադրող և գործարկող:

Նախատրամադրող գործոններն են.

1. ժառանգական նախատրամադրվածությունը,
2. ծերունական տարիքը՝ որովայնի պատի հյուսվածքների թուլացում և ատրոֆիա,
3. մանկական տարիքը՝ պորտային օղի թուլություն, որովայնամզի վազինալ ելուստի չսերտաճելը,
4. սեռը՝ փոքր կոնքի յուրահատուկ կառուցվածքը, լայն ազդրային օղը և հաճախակի հղիությունները կանանց շրջանում, աճուկային խողովակի բնական թուլությունը տղամարդկանց շրջանում,
5. մարմնի կառուցվածքի յուրահատկությունները՝ ճարպակալում, արագ նիհարում,
6. որովայնի պատի վնասվածքները, հետվիրահատական սպիները,
7. որովայնի պատի նյարդերի վնասումը կամ լուծանքը:

Գործարկող գործոններ են այն ամենը, ինչը նպաստում է ներորովայնային ճնշման կտրուկ բարձրացմանը՝

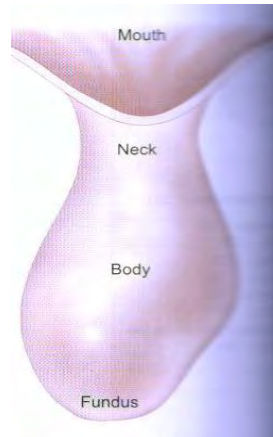
1. ծանրության բարձրացումը,
2. քրոնիկական հազը (շնչուղիների տարբեր հիվանդություններ),
3. միզարձակման դժվարացումը (շագանակագեղձի ադենոմա),
4. կղման ակտի դժվարացում (քրոնիկական փորկապություն),
5. քրոնիկական մետեորիզմ,
6. որովայնի խոռոչի պարունակության մեծացումը (ասցիտ, հղիություն և այլն):

Ճողվածքի կառուցվածքը

1. Ճողվածքի դարպասը և օղը որովայնի պատի մկանաապոնևրոտիկ շերտերի թույլ անատոմիական շրջաններն են, դեֆեկտները, ճեղքերը և խողովակները:

2. Ճողվածքապարկը որովայնամզի արտափքումն է ճողվածքի դարպասից: Կազմված է դրունքից, վզիկից, մարմնից և հատակից (նկ.1.11): Կարող է լինել միա- և բազմախոռոչ:

3. Ճողվածքի պարունակությունը որովայնի խոռոչի շարժուն օրգաններն են (առավել հաճախ՝ բարակ աղիքի գալարները և ճարպոնը):



Նկ. 1.11. Ճողվածքի կառուցվածքը

Դասակարգումը

Ճողվածքները դասակարգվում են՝

I. Ըստ ծագման՝

1. Բնածին ճողվածք (գարգանում է էմբրիոգենեզի խանգարման պատճառով):

2. Ձեռքբերովի ճողվածք:

Այս խմբում են դասվում նաև՝

ա) կրկնված ճողվածքները,

բ) հետտրավմատիկ ճողվածքները,

գ) հետվիրահատական ճողվածքները:

II. Ըստ որովայնի պատերի հետ ունեցած կապի՝

1. Ներքին ճողվածք. ձևավորվում է որովայնամզի բնական անցքերի և ծալքերի միջով դեպի հետորովայնամզային տարածություն (ռետրոցեկալ և ռետրոդուոդենալ ճողվածքներ), կամ որովայնից դեպի կրծքավանդակի խոռոչ (ստոծանիական ճողվածքներ):

2. Արտաքին ճողվածքներ. որովայնի պատի անատոմիական թույլ շրջաններից կամ բնական բացվածքներից առպատային որովայնամզի հետ որովայնի պարունակության դուրս գալն է մաշկի տակ:

III. Ըստ անատոմիական տեղակայման՝

Հաճախակի հանդիպող ձևեր են՝

1. աճուկային ճողվածքը (ուղիղ և թեք),

2. ազդրային ճողվածքը,

3. պորտային և հարպորտային ճողվածքը,

4. սպիտակ գծի (էպիգաստրալ) ճողվածքը:

Հազվադեպ ձևեր են՝

1. սպիգեյան գծի ճողվածքը,

2. գոտկային ճողվածքը,

3. նստային ճողվածքը,

4. փականցքային ճողվածքը,

5. սրբանային ճողվածքը:

IV. Ըստ կլինիկական ընթացքի՝

1. *Ներուղղվող ճողվածք.* այս դեպքում ճողվածքի պարունակությունը հեշտությամբ, անգամ ինքնուրույն ուղղվում է դեպի որովայնի խոռոչ, և նույնպիսի հեշտությամբ ի հայտ է գալիս որովայնի

լարման կամ ներորովայնային ճնշման բարձրացման դեպքում:

2. *Չներուղղվող ճողվածք.* լինում է լրիվ և մասնակի: Պատճառը ճողվածքի պատի և պարունակության միջև առաջացած կպումներն են, երբ անգամ արտաքին ուժի ազդեցությամբ պարունակությունը չի ներուղղվում որովայնի խոռոչ: Հաճախ չներուղղվող են դառնում հետվիրահատական, պորտային և ազդրային ճողվածքները:

3. *Սահող ճողվածք.* ճողվածքապարկի պատերից մեկը մասամբ առպատային որովայնամզով ծածկված օրգանի (օրինակ՝ միզապարկի, կույր աղիքի, սիզմայաձև աղիքի) պատն է:

4. *Բարդացած ճողվածք.*

ա) ճողվածքի օղակում,

բ) կոպրոստագ,

գ) ճողվածքի բորբոքում:

Կլինիկա: Տարբերում են ընդհանուր և տեղային նշաններ:

ա) Ընդհանուր նշաններից են փորփքանքը (մետեորիզմը), փորկապությունը, միզախանգարման (դիզուրիկ) երևույթները, անհարմարության զարգացումը (դիսկոմֆորտը):

բ) Տեղային նշաններն են՝

- արտափքվածությունը, որը ներուղղվում է պառկելիս և արտահայտվում լարման՝ հազալու կամ կանգնելու դեպքում,

- ցավ, որը սովորաբար ուժեղանում է քայլելիս կամ ծանրություն բարձրացնելիս,

- «հազի հրոցի» ախտանիշը՝ ճողվածքի օղի միջով անցկացված ցուցամատի ծայրին հազի ժամանակ զգացվում է հրոց:

Բարդությունների (օղակում, բորբոքում, կոպրոստագ) ժամանակ կարող են դիտվել բերանի չորություն, հաճախասրտություն (տախիկարդիա), բարձր ջերմություն, ցավը լինում է արտահայտված և մշտական, միանում են աղիքային անանցանելիությանը բնորոշ նշաններ՝ կծկումային ցավեր, սրտխառնոց, փսխում, վրնածություն, գազերի և կղանքի բացակայություն, «հազի հրոցի» ախտանիշը բացասական է:

Ախտորոշում: Ախտորոշվում է օբյեկտիվ հետազոտության և գործիքային հետազոտությունների հիման վրա:

1. Օբյեկտիվ հետազոտությունը ենթադրում է ճողվածքի շոշափում (պալպացիա), լսում (աուսկուլտացիա) և բախում (պերկուսիա):

- **Ճողվածքի շոշափումը** կատարվում է կանգնած, այնուհետև՝ պառկած դիրքում: Շոշափման միջոցով կարելի է պարզել ճողվածքի պարունակությունը (եթե այն փափուկ-ելաստիկ է, ապա դա աղիքի գալարն է, իսկ երբ բլթիկավոր և պինդ է, ուրեմն մեծ ճարպոնն է), ճողվածքի իրական չափսերը, ներուղղվելը, ցավի առկայությունը:

- **Ճողվածքի լսման** (աուսկուլտացիայի) ժամանակ ճողվածքապարկում կարող է հայտնաբերվել աղիքային աղմուկ (պերիստալտիկա):

- **Ճողվածքի բախման** (պերկուսիայի) ժամանակ կարող է լսվել տիմպանիկ հնչյուն (աղեգալարներ), բթություն (մեծ ճարպոն, պարենխիմատոզ օրգան, հեղուկ):

2. Գործիքային հետազոտում:

- Սոնոգրաֆիա. հայտնաբերվում է որովայնի առաջային պատի արատը (դեֆեկտը):
- Տրանսիլյումինացիա. աճուկափոշտային ճողվածքի դեպքում:
- Աղեստամոքսային ուղու կոնտրաստային ռենտգենասկոպիա:
- Համակարգչային շերտագրություն. հիմնականում կատարվում է ուռուցքներից, լիմֆադենիտից և բշտերից ճողվածքների տարբերակիչ ախտորոշման նպատակով:
- Լապարոսկոպիա. կիրառվում է ներքին ճողվածքների ախտորոշման նպատակով:

ԱՃՈՒԿԱՅԻՆ ՃՈՂՎԱԾՔ

Այս ճողվածքները տեղակայվում են աճուկային շրջանում, կազմում են որովայնային բոլոր ճողվածքների շուրջ 80%-ը: Զարգանում է հիմնականում տղամարդկանց շրջանում:

Աճուկային ճողվածքները լինում են՝

ա) թեք,

բ) ուղիղ:

Թեք աճուկային ճողվածքը հետևանք է առաջային պատի թուլության, որը կարող է լինել բնածին և ձեռքբերովի (նկ.1.12): Բնածին ճողվածքի ժամանակ ճողվածքապարկը զարգանում է որովայնամզի բունոցային ելունից, ամորձին գտնվում է ճողվածքապարկում: Թեք աճուկային ճողվածքի ժամանակ պարունակությունն անցնում է աճուկային խողովակով, որի ներքին բացվածքը գտնվում է *a.epigastica inferior*-ից դեպի դուրս: Աճուկային խողովակով անցնում է տղամարդկանց սերմնալարը, իսկ կանանց դեպքում՝ արգանդի կլոր կապանը: Աճուկային խողովակն ունի երկու բացվածք կամ օղ (ներքին՝ աճուկային խողովակի մուտքը), արտաքին (աճուկային խողովակի ելքը):

Աճուկային խողովակն ունի չորս պատ՝

1. առաջային՝ որովայնի արտաքին թեք մկանի ապոնևրոզ,
2. հետին՝ լայնաձիգ փակեղ,
3. վերին՝ որովայնի ներքին թեք և լայնաձիգ մկանների ազատ եզրեր,
4. ստորին՝ աճուկային կապան:

Ուղիղ աճուկային ճողվածքին բնորոշ է հետին պատի թուլությունը (նկ.1.13), որի պատճառով որովայնի առաջային պատի ներսային երեսի միջային փոսությունից (*a.epigastica inferior*-ի միջային կողմում) ձևավորվում է մինչ այդ գոյություն չունեցող խողովակ, որը դուրս է գալիս աճուկային խողովակի արտաքին բացվածքով:



Աճուկային թեք և ուղիղ ճողվածքների տարբերակիչ նշանները՝

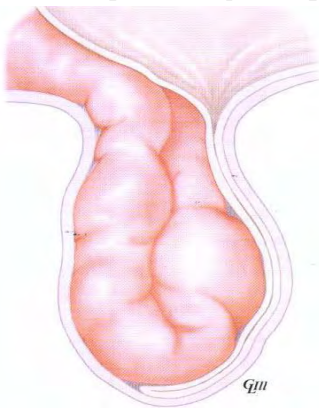
	<i>Թեք ճողվածք</i>	<i>Ուղիղ ճողվածք</i>
Ծագումը	կարող է լինել բնածին և ձեռքբերովի	միայն ձեռքբերովի է
Տարիքը	հաճախ առաջանում է երեխաների շրջանում	հիմնականում առաջանում է մեծահասակների շրջանում
Կողմը	մեծամասամբ միակողմանի է	հաճախ երկկողմանի է
Ձևը	երշիկանման է	գնդաձև է
Փոշոտ իջնելը	կարող է իջնել փոշոտ	փոշոտ չի իջնում
«Հազի հրոցի» ախտանիշը, երբ մատը մտցնում ենք աճուկային խողովակ	հրոցը զգացվում է մատի ծայրին	հրոցը զգացվում է մատի միջային եզրին
Ճողվածքապարկի դիրքը ըստ սերմնալարի	Ճողվածքապարկը գտնվում է սերմնալարի թաղանթներից ներս, սերմնալարից՝ դեպի կողմնայնորեն	Ճողվածքապարկը գտնվում է սերմնալարի թաղանթներից դուրս, նրա միջային կողմում

ԱՃՈՒԿԱՅԻՆ ՄԱՀՈՂ ՃՈՂՎԱԾՔ

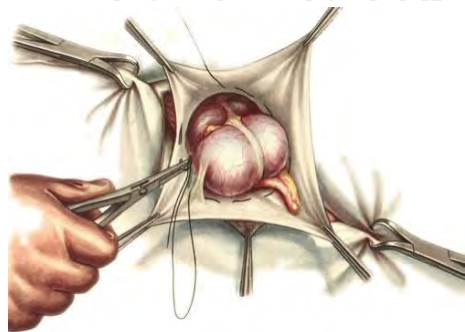
Մահող ճողվածքին բնորոշ է այն, որ ճողվածքապարկի պատերից մեկը մասամբ առպատային որովայնամզով ծածկված օրգանի պատն է, (օրինակ՝ միզապարկը, որը հաճախ է մասնակցում սահող ճողվածքի առաջացմանը, նկ.1.14): Երբեմն կարող են մասնակցել նաև կույր աղիքը և վերել հաստ աղիքն աջից, սիզմայաձև աղիքը՝ ձախից: Մահող ճողվածքներն ավելի հաճախ հանդիպում են մեծահասակների շրջանում և պայմանավորված են հիվանդության ընթացքի երկարատևությամբ: Ճողվածքային արտափքումն արտահայտվում կամ վերանում է՝ պայմանավորված ընդգրկված օրգանի ֆունկցիոնալ ակտիվությամբ: Եթե ճողվածքապարկում միզապարկն է, առկա են դիզուրիկ երևույթներ, իսկ եթե կույր աղիքն է կամ սիզմայաձևը՝ վքնածություն, փորկապություն և այլն:

Մահող ճողվածքի ախտորոշումը ճշտելու առավել տեղեկատվական մեթոդ են *կոնտրաստային ցիստոգրաֆիան և իրիզոսկոպիան*:

Ճողվածքի սահող լինելու չճշտված փաստը վիրահատության ընթացքում հաճախ կարող է ճողվածքապարկում ընդգրկված օրգանի վնասման պատճառ դառնալ (նկ.1.15): Հաճախ վնասվում է միզապարկը:



Նկ. 1.14. Մահող աճուկային



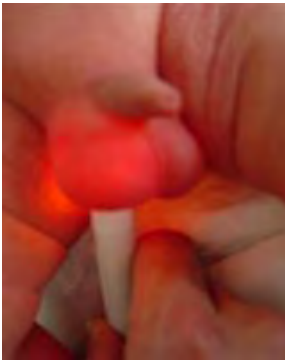
Նկ. 1.15. Մահող ճողվածքի

Աճուկային ճողվածքները պետք է տարբերակել`

• ազդրային ճողվածքից, որի ժամանակ արտափքումը գտնվում է աճուկային ծալքից ներքև և դեպի դուրս, իսկ աճուկային ճողվածքի ժամանակ` աճուկային ծալքից վերև և միջադարձ կողմում (**Գուպերի ախտանիշ**),

• ամորձիների հիդրոցելեից և վարիկոցելեից. հազի հրոցի ախտանիշը բացասական է, առավել տեղեկատվական է փոշտի տրանսիլյումինացիան (նկ.1.16),

- ամորձու էկտոպիայից և չիջնելուց,
- աճուկային լիպոմայից,
- աճուկային լիմֆադենիտից և ավշային գեղձերի մեծացումից,
- աճուկային շրջանի թարախակույտից:



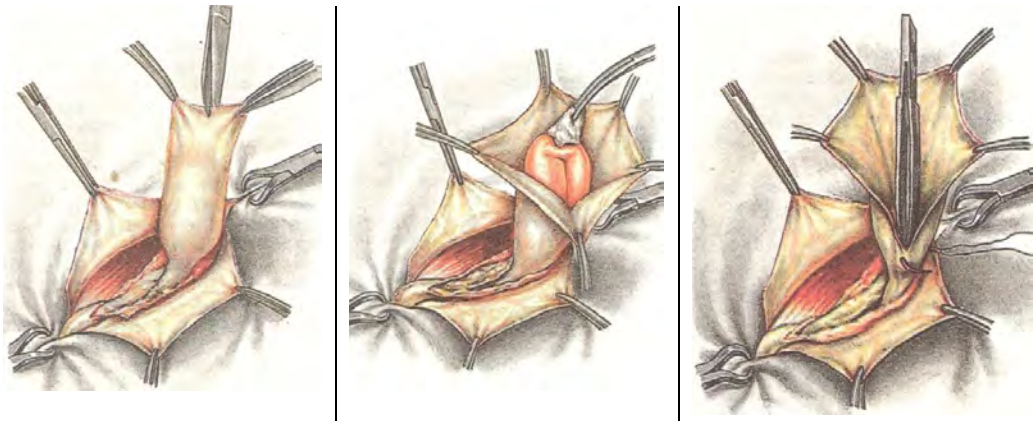
Նկ. 1.16 Փոշտի տրանսիլյումինացիա

Աճուկային ճողվածքների բուժման եղանակը վիրահատական է (նկ.1.17): Գոյություն ունի երկու սկզբունք`

1. Առաջային պատի պլաստիկա (Ժիրար-Սպաստկուկոցկի-Կիմբարովսկու, Մարտինովի, Ռուի-Օպելի, Բաբրովի և այլ եղանակներ, նկ.1.18, 1.19):

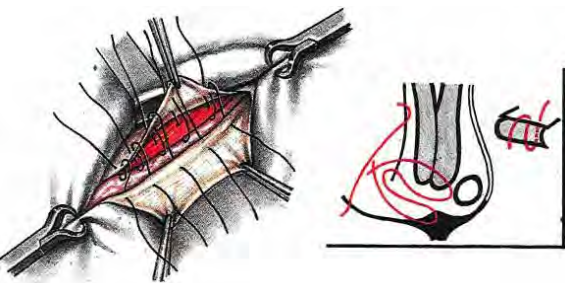
2. Հետին պատի պլաստիկա (Բասինիի, Շոլդայսի, Կուկուջանովի, Պոստենպսկու և այլ եղանակներ, նկ.1.20):

Երկու դեպքերում էլ վերացվում է աճուկային եռանկյունին, հաճախ որովայնի արտաքին թեք մկանի ջլոնի վերին եզրը, ներքին թեք և լայնական մկանների ազատ եզրերը պուպարտյան կապանին կարելով, ապա որովայնի արտաքին թեք մկանի ջլոնի ստորին եզրով դուրլիկատուրայի ստեղծումով: Եթե պլաստիկան կատարվում է սերմնալարի առջևով, կոչվում է առաջային պատի պլաստիկա: Այն հիմնականում կատարվում է թեք ճողվածքների դեպքում, որը նախընտրելի է երեխաների և միջին տարիքի հիվանդների դեպքում: Եթե պլաստիկան կատարվում է սերմնալարի հետևով, կոչվում է հետին պատի պլաստիկա: Այս եղանակը ցուցված է մեծ թեք, ուղիղ, սահող և կրկնված ճողվածքների դեպքում:

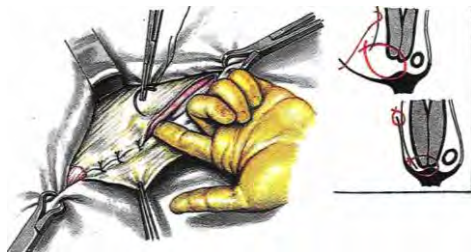


Նկ. 1.17. Ճողվածքահատում

Վերը նշված մեթոդների ժամանակ օգտագործվում են սեփական հյուսվածքները (**ձգումով** կամ **մկանաջրոնային աուտոպլաստիկա**), որոնք ձգվում, ամրացվում են իրար:



Նկ. 1.18. Կիմբարովսկու եղանակ



Նկ. 1.19. Ժիրար-Սպասոկուկոցկու եղանակ

Հյուսվածքների ձգումից, դեֆորմացիայից խուսափելու համար պատի ամրացման նպատակով առաջարկվել է աճուկային խողովակի՝ ոչ ձգման պլաստիկ պրոթեզավորման միջոցով:

Այս եղանակը նշանակում է.

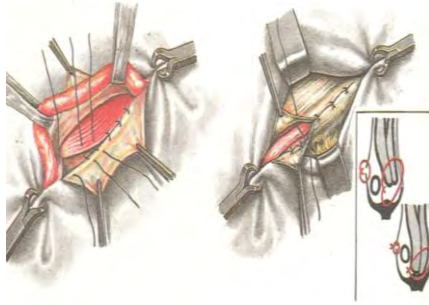
- Սինթետիկ չներծծվող պրոթեզային ցանցի տեղադրում աճուկային տարածությունում (պոլիպրոպիլեն, դակրոն, տեֆլոն և այլն):

- Կենսաբանական պրոթեզային լաթի տեղադրում աճուկային տարածությունում (ցուլի քսենոպերիկարդ, կարծրենի, ազդրի լայն փակեղ):

Աճուկային խողովակի հետին պատի պրոթեզավորման նպատակով հիմնականում օգտագործում են Լիխտենշտեյնի եղանակը:

Ճողվածքների վիրահատությունում լայն կիրառություն է ստանում լապարոսկոպիկ եղանակով ճողվածքահատումը, որի ժամանակ տեղադրվում է պրոթեզային ցանց: Այն նվազ տրավմատիկ գործողություն է:

Եթե աճուկային ճողվածքն ուղեկցվում է շագանակագեղձի աղեղնմայով, նպատակահարմար է նախ կատարել աղեղնմեկտոմիա, այնուհետև՝ ճողվածքահատում:



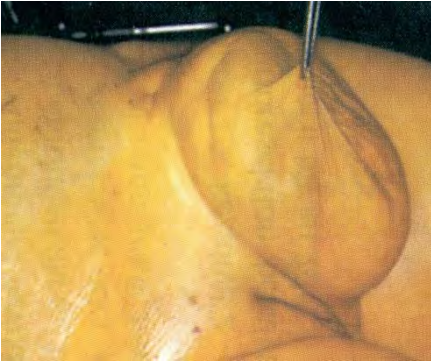
Նկ. 1.20. Աճուկային խողովակի աուտոպլաստիկա ըստ Բասինիի

Աճուկային ճողվածքահատումից հետո կարող են զարգանալ հետևյալ բարդությունները՝

1. ժամանակավոր միզակապություն,
2. փոշտի հեմատոմա,
3. սերմնալարի և n. ilioinguinalis-ի վնասում,
4. հետագայում ճողվածքը կարող է կրկնվել, որի պատճառներն են՝ ձգումով հերնիոպլաստիկայի եղանակների ոչ ճիշտ օգտագործումը, շագանակագեղձի չբուժված ադենոման, հազը, փորկապությունը, հետվիրահատական վերքի թարախակալումը և այլն:

ԱԳՂԱՅԻՆ ՃՈՂՎԱԾՔ

Ագղրային ճողվածքները տեղակայվում են սկարայան եռանկյունում, ազդրի վերին-առաջային մասում՝ աճուկային կապանից ներքև, սիմֆիզից դեպի դուրս (նկ.1.21, 1.22): Այս ճողվածքները ձեռքբերովի են, ավելի հաճախ դիտվում են կանանց շրջանում՝ կոնքի ավելի լայն և աճուկային կապանի պակաս ամուր լինելու պատճառով:



Նկ. 1.21. Չախակողմյան ազդրային ճողվածք

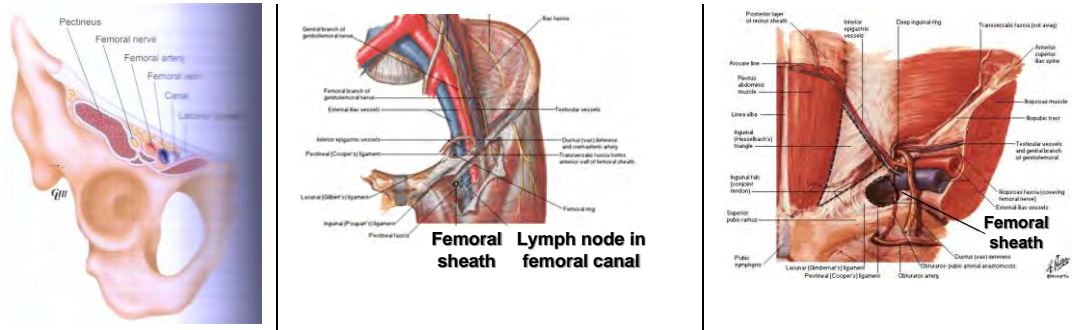


Նկ. 1.22. Օղակված ազդրային ճողվածք

Ազդրային ճողվածքի անատոմիա: Աճուկային կապանի և կոնքոսկրի միջև կա տարածություն, որը գտնազդրային կապանի միջոցով բաժանվում է երկու մասի (թողանցքերի)՝ մկանային և անոթային (նկ.1.23): Անոթային թողանցքում տեղակայված են ազդրային զարկերակը, երակը: Նրա միջային մասում գտնվում է անատոմիական թույլ կետ՝ ծածկված ճարպաբջջանքով և Պիրոգով-Ռոզենմյուլլերի ավշային գեղձով: Համապատասխան պայմանների դեպքում այդ թույլ կետը դառնում է բնականում գոյություն չունեցող ազդրային խողովակի ներքին բացվածքը, որտեղից մտնում է ազդրային ճողվածքը և անցնում մաշկի տակ v. saphena magna-ի բացվածքից, ձվաձև (օվալ) անցքից, որը ազդրային ճողվածքի արտաքին օղն է: Ազդրային խողովակի ներքին բացվածքի սահմաններն են՝

- վերևից՝ աճուկային կապանը,
- ներքևից՝ ցայլոսկրի հաստացած վերնոսկրը կամ կտինային կապանը,
- կողմնայնորեն (լատերալ)՝ ազդրային երակը,
- միջայնորեն (մեդիալ) կողմում՝ Ժիմբերնատյան կապանը:

Ազդրային խողովակը եռանկյունաձև ճեղք է, որի դրսային պատը կազմում է ազդրային երակը, իսկ առաջային և հետին պատերը՝ ազդրի լայն փակեղի մակերեսային և խորանիստ թերթիկները:



Նկ. 1.23. Ազդրային խողովակ

Ազդրային ճողվածքի տարբերակիչ ախտորոշումը

1. Աճուկային ճողվածքի արտափքումը գտնվում է աճուկային ծալքից վերև և միջային կողմում, իսկ ազդրային ճողվածքինը՝ աճուկային ծալքից ներքև և լատերալ (**Կուպերի ախտանիշ**):

2. v. saphena magna-ի վարիկոզ լայնացում՝ ճնշվող է, վերանում է սեղմելու ընթացքում:

3. Մեծացած ավշահանգույց՝ սովորաբար բազմաքանակ է, պնդացած և չներուղվող:

4. Լիպոմա՝ փափուկ է, բլթիկավոր և չներուղվող:

5. Ազդրային զարկերակի անևրիզմա՝ ճնշվող է, ունի սաստկացած պուլսացիա, առկա է սիստոլիկ աղմուկ:

6. Թարախակույտ՝ ֆլյուկտուացիա, սաստիկ ցավ, մաշկի հիպերեմիա, հիպերթերմիա:

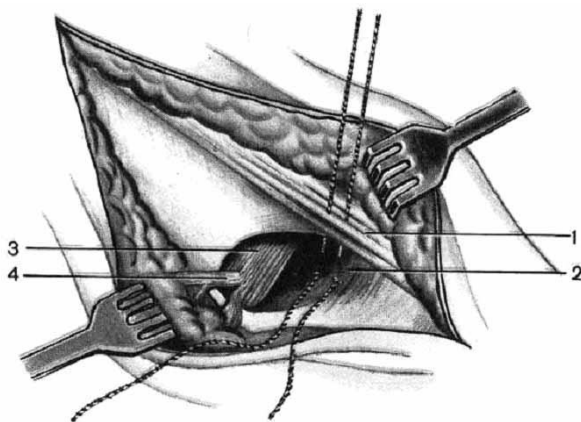
7. Էկտոպիկ ամորձի՝ պինդ կոնսիստենցիայի, չներուղվող, դատարկ փոշտի առկայություն:

Ազդրային ճողվածքի բուժումը վիրահատական է: Հայտնի են ազդրային ճողվածքի վիրահատման երկու մուտքեր՝

- **ազդրային մուտք** (Բասինիի եղանակ, նկ.1.24),

- *աճուկային մուտք* (Ռուջի-Պարլավեչիոյի եղանակ):

Ազդրային մուտքի ժամանակ կտրվածքը կատարվում է ճողվածքային արտափքման վրայով, աճուկային կապանից ներքև: Ճողվածքապարկը հեռացնելուց հետո ազդրային օղը փակվում է՝ աճուկային կապանը մի քանի կարերով կտինային կապանին կարելու միջոցով: Այս մեթոդի ժամանակ արհեստականորեն մեծանում է աճուկային տարածությունը, ուստի մեծանում է նաև աճուկային ճողվածքի հավանականությունը:



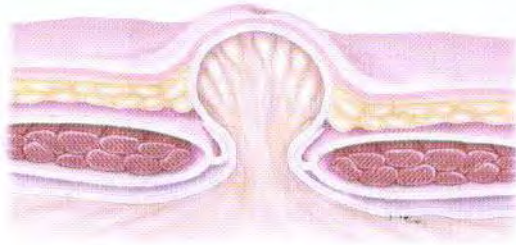
Նկ. 1.24. Ազդրային ճողվածքահատում Բասինիի եղանակով

Աճուկային մուտքի ժամանակ կտրվածքը կատարվում է ինչպես աճուկային ճողվածքների դեպքում՝ աճուկային կապանից վերև: Բացվում է աճուկային խողովակը: Ճողվածքապարկը հեռացնելուց հետո աճուկային եռանկյունին և ազդրային օղը փակվում են որովայնի արտաքին թեք մկանի ջլոնը, ներքին թեք և լայնաձիգ մկանների ազատ եզրերն աճուկային կապանին և կտինային կապանին կարելու միջոցով: Նախորդ մեթոդի թերությունն այս դեպքում բացակայում է:

Ազդրային ճողվածքի վիրահատության ժամանակ պետք է խուսափել դեպի լատերալ անցնող arteria et vena femoralis-ների վնասումից, որը կարող է սաստիկ արյունահոսության պատճառ դառնալ:

ՊՈՐՏԱՅԻՆ ՃՈՂՎԱԾՔ

Պորտային ճողվածքը որովայնի օրգանների՝ առպատային որովայնամզի հետ դուրս գալն է չփակված կամ լայնացած պորտային օղից (նկ.1.25): Հաճախ հանդիպում է բազմակի ծննդաբերած կանանց շրջանում:



Նկ. 1.25. Պորտային ճողվածք

Պորտային ճողվածքի դասակարգումը՝

- Բնածին (նորածինների) պորտային ճողվածք:
- Ձեռքբերովի (մեծահասակների) պորտային ճողվածք:
- Ներուղղվող և չներուղղվող պորտային ճողվածքներ:

Նորածինների պորտային ճողվածք: Պորտալարը կապելուց հետո պորտային օղը սովորաբար փակվում է շարակցական հյուսվածքով (նկ.1.26): Սակայն վերջինիս դանդաղ աճի և որովայնի ճնշման մեծացման (հաճախակի լացրը, հազը, փորկապությունը) պարագայում զարգանում է ճողվածք: Սովորաբար նորածինների ճողվածքները փոքր են և հազվադեպ են օղակվում: Սակայն երբեմն դրանք կարող են լինել բնածին և մեծ:



Նկ.1.26. Նորածինների պորտային ճողվածք



Նորածինների պորտային ճողվածքի բուժումը պահպանողական է մինչև 4-5 տարեկանը, եթե բարդություններ չեն առաջանում: Այն ներառում է՝

- հազի, լացի, փորկապության կանխարգելում,
- բուժական մերսում,
- բուժական վարժություններ,
- պորտային օղի նեղացում և արատի փակում կպչուն սպեղանու

միջոցով:

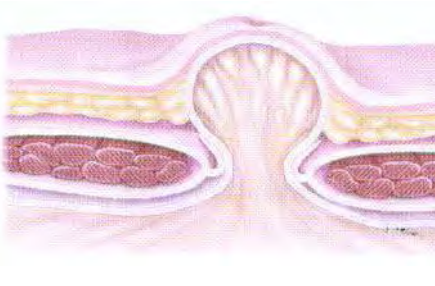
Հինգ տարեկանից հետո պորտային ճողվածքի բուժումը վիրահատական է: Վիրահատությունը կատարվում է Լեքսերի եղանակով՝ ճողվածքային օղը փակվում է մի քանի հանգուցակարերով

կամ քսակակարով:

Բնածին մեծ ճողվածքները վիրահատվում են հետծննդյան առաջին օրերին:

Ձեռքբերովի (մեծահասակների) պորտային ճողվածք:

Կանայք ավելի հաճախ են հիվանդանում: Պորտային ճողվածքները սովորաբար լինում են բազմախոռոչավոր և ենթարկվում են օղակման: Ճողվածքապարկն աստիճանաբար մեծանալու միտում ունի, հետագայում պարկի պարունակության և ճողվածքապարկի պատի միջև առաջանում են կպումներ, որի հետևանքով ճողվածքը դառնում է չներուղվող (նկ.1.27, 1.28):



Նկ. 1.27. Իսկական պորտային ճողվածք



Նկ. 1.28. Հարպորտային ճողվածք

Պատճառներն են՝

- ճարպակալումը,
- բազմակի հղիությունները,
- ծանր ֆիզիկական աշխատանքը,
- ասցիտը,
- որովայնի խոռոչի բարորակ և չարորակ ուռուցքները:

Մեծահասակների պորտային ճողվածքների բուժումը

վիրահատական է (նկ.1.29, 1.30):



Նկ. 1.29. Պորտային ճողվածքի նախքան վիրահատությունը



Նկ. 1.30. Որովայնը պորտային ճողվածքի վիրահատությունից հետո

Պորտային ճողվածքահատումները կատարվում են հետևյալ եղանակներով՝

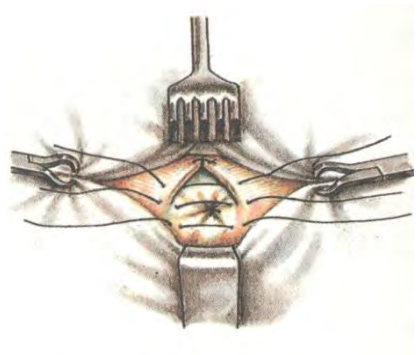
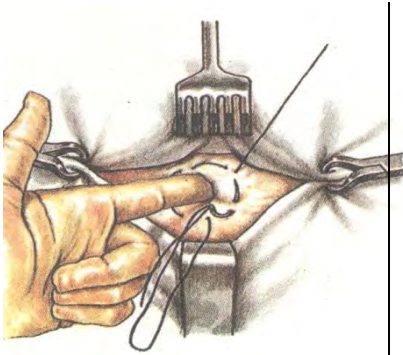
1. Որովայնի առաջային պատի պլաստիկա սեփական հյուսվածքներով (աուտոպլաստիկա)։

- Լեքսերի եղանակ (նկ.1.21). փոքր ճողվածքների դեպքում մի քանի հանգուցակարերով կամ քսակակարով փակվում է ճողվածքի դրունքը։

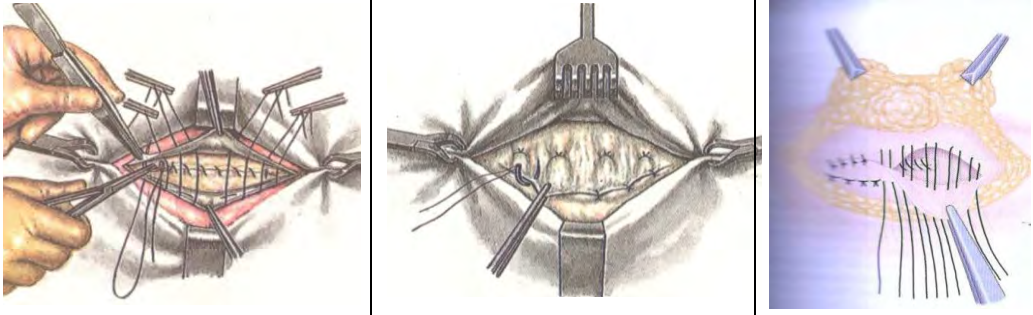
- Մեյոյի եղանակ (նկ.1.32). պլաստիկան կատարվում է լայնածիզ մկանաջղնային դուրբիկատուրայի ձևավորմամբ։

- Սապեժկոյի եղանակ (նկ.1.33). պլաստիկան կատարվում է երկայնածիզ մկանաջղնային դուրբիկատուրայի ձևավորմամբ։

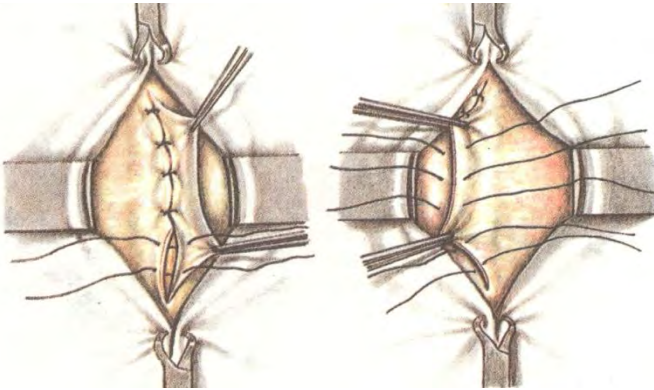
2. Որովայնի առաջային պատի պլաստիկա սինթետիկ նյութերով (ալլոպլաստիկա)։



Նկ. 1.31. Պորտային ճողվածքահատում Լեքսերի եղանակով



Նկ. 1.32. Պորտալին ճողվածքահատում Մեյոյի եղանակով



Նկ. 1.33. Պորտալին ճողվածքահատում ըստ Սապեժկոյի

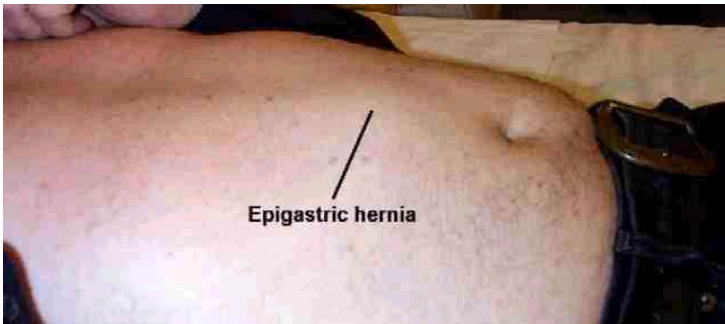
ՈՐՈՎԱՅՆԻ ՄՊԻՏԱԿ ԳԾԻ (ԷՊԻԳԱՍՏՐՄԱԼ) ՃՈՂՎԱԾՔ

Անատոմիա: Սպիտակ գիծը կազմավորվում է որովայնի ուղիղ մկանների բունտցների միացման և միահյուսման միջոցով՝ կրծոսկրի թրանսման ելունից մինչև ցայտոսկրի սիմֆիզը: Սպիտակ գիծը վերին հատվածում 1-2 սմ լայնությամբ ֆիբրոզ գոյացություն է, որը պորտից ներքև աստիճանաբար նեղանում է (նկ.1.34):

Էթիոլոգիա: Սպիտակ գծի ճողվածքները կարող են առաջանալ վերջինիս բնածին թուլության կամ տարբեր արատների պատճառով: Թույլ կետեր են նաև սպիտակ գծով անցնող նյարդանոթային ցողունների

անցքերը:

Սպիտակ գծի ճողվածքով տղամարդիկ մոտավորապես երեք անգամ ավելի հաճախ են հիվանդանում, քան կանայք:



Նկ. 1.34 . Էպիգաստրալ ճողվածք

Կլինիկական նշաններ: Մովորաբար սպիտակ գծի ճողվածքները փոքր են լինում, ընթանում են քողարկված և ի հայտ են գալիս միայն օղակման դեպքում կամ պատահականորեն՝ հիվանդի ֆիզիկական զննման ժամանակ:

Սպիտակ գծի ճողվածքների բուժումը վիրահատական է: Այն նման է պորտային ճողվածքներին, իսկ որովայնի ուղիղ մկանների դիաստազով ուղեկցվելու դեպքում ցուցված է կատարել ճողվածքահատում ըստ Նապակովի:

**ԹԵՄԱ 4. ՀԵՏՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ԵՎ ՀԵՏՎՆԱՍՎԱԾՔԱՅԻՆ
ՃՈՂՎԱԾՔՆԵՐ: ՃՈՂՎԱԾՔՆԵՐԻ ՀԱԶՎԱԴԵՊ
ՀԱՆԴԻՊՈՂ ՁԵՎԵՐԸ: ՃՈՂՎԱԾՔՆԵՐԻ
ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ**

Հետվիրահատական ճողվածքներ: Ձարգանում են անատոմիական թույլ շրջան համարվող հետվիրահատական սպիից: Պատճառները բաժանվում են 3 խմբի՝

1. նախավիրահատական գործոններ՝ հիվանդի տարիքը, սեռը, ուղեկցող հիվանդությունները, ճարպակալումը և այլն,

2. վիրահատական գործոններ՝ կտրվածքի տեսակը, տրավմատիկացիան, մկանազլոնային աուտոպլաստիկան, ձգումով վերքի կարման տեխնիկան, դրենավորումը և այլն,

3. հետվիրահատական գործոններ՝ վերքի թարախակալումը, աղիքների հետվիրահատական պարեզը, հազը, միզակապությունը՝ շագանակագեղձի ադենոմայի դեպքում և այլն:

Հետվիրահատական ճողվածքները կարող են հասնել մեծ չափսերի, չներուղղվող են, բազմախոռոչանի:

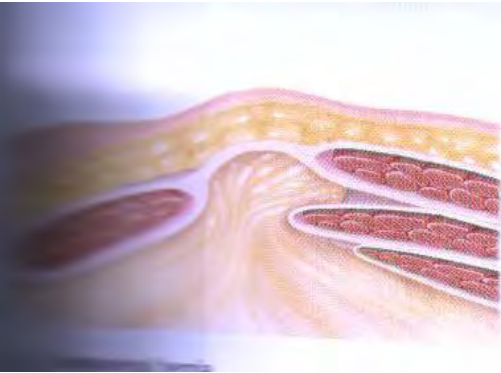
Հետվնասվածքային ճողվածքներ: Առաջանում են որովայնի պատի փակ վնասվածքի հետևանքով, որն ուղեկցվում է մկանային, փակեղային և ապոնևրոտիկ շերտերի ենթամաշկային պատվածքով: Ներորովայնային ճնշման բարձրացման պատճառով տեղի է ունենում առպատային որովայնամզի և ներքին օրգանների արտափքում պատվածքի շրջանից, այսինքն՝ զարգանում է ճողվածք: Հետվնասվածքային ճողվածքները սովորաբար զարգանում են վնասվածքի հետ միաժամանակ կամ մոտակա մի քանի օրերի ընթացքում:

Որովայնի թափանցող վնասվածքների ժամանակ որովայնի օրգանները կարող են դուրս գալ արտաքին միջավայր, որը կոչվում է *էվենտերացիա*: Այն ճողվածքից տարբերվում է նրանով, որ օրգանները պատված չեն առպատային որովայնամզով:

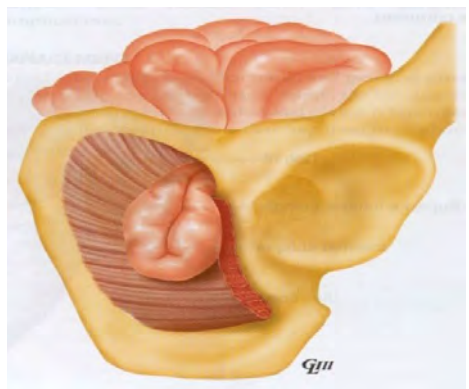
ՈՐՈՎԱՅՆԻ ՃՈՂՎԱԾՔՆԵՐԻ ՀԱԶՎԱՂԵՊ ՁԵՎԵՐԸ

Մայիզեյան գծի ճողվածք: Այս ճողվածքներն առաջանում են որովայնի կիսալուսնաձև գծի շրջանից (որովայնի ուղիղ մկանի բունտցի վատերալ եզրի գիծը, նկ.1.35):

Փականցքային ճողվածք: Այս ճողվածքն առաջանում է կոնքի foramen obturatoria-ի շրջանում, որտեղով անցնում են փականցքային նյարդը և անոթները (նկ.1.36):



Նկ. 1.35. Մայիզեյան գծի ճողվածք

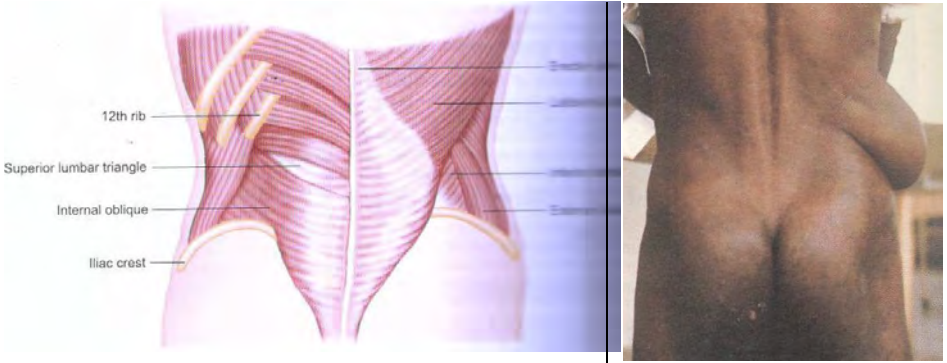


Նկ. 1.36. Փականցքային ճողվածք

Գլխիկական նշանները՝

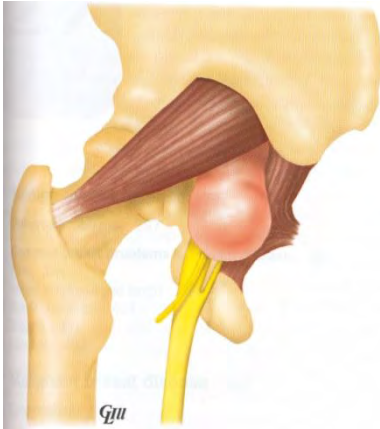
- աղիքային անանցանելիության և օղակման նշաններ,
- փականցքային նյարդի ճնշման նշաններ. հիվանդը պահում է ոտքը ծալած,
- ազդրային եռանկյունում շոշափվում է ցավոտ գոյացություն,
- ուղիղաղիքային և հեշտոցային հետազոտության ընթացքում կարող է հայտնաբերվել գոյացություն փականցքի շրջանում:

Գոտկային ճողվածք: Առաջանում է գոտկային շրջանի անատոմիական թույլ կետերից՝ գոտկային վերին (Լեսգաֆթ-Գրյունֆելդի) և գոտկային ստորին (Պետիի) եռանկյունիների, ինչպես նաև հետվիրահատական սպիների տեղում (նկ.1.37):

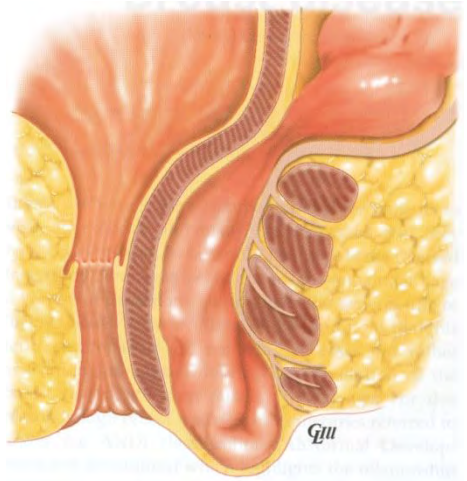


Նկ. 1.37. Գոտկային ճողվածք

Նստատեղային ճողվածք: Առաջանում է կոնքի մեծ կամ փոքր նստանցքերի միջով՝ կոնքային որովայնամզի և ներքին օրգանների արտափքման հետևանքով (նկ.1.38):



Նկ. 1.38. Նստատեղային ճողվածք



Նկ. 1.39. Սրբանային ճողվածք

Կլինիկական նշաններ: Հիվանդը սովորաբար գանգատվում է նստատեղի շրջանում առկա ծանրության և անհարմարավետության զգացումից, ցավոտ արտափքման առկայությունից: Հաճախ առկա են նստանյարդի ճնշման ախտանիշերը: Սովորաբար նստային ճողվածքն

ավելի ցայտուն արտահայտվում է կանգնելիս: Ճողվածքապարկի պարունակությունը հիմնականում կազմում են աղիքների գալարները, մեծ ճարպոնը և միզածորանը: Վերջինիս դեպքում առկա են դիզոնրիայի երևույթներ:

Սրբանային (շեքային) ճողվածք զարգանում է կոնքի հատակի մկանների թուլության հետևանքով (նկ.1.39): Ռիսկի խմբում են գտնվում հաճախ ծննդաբերած, ուղիղ աղիքի, կոնքի օրգանների վիրահատությունների ենթարկված անձինք:

Ճողվածքապարկի պարունակությունը սովորաբար կանացի ներքին սեռական օրգաններն են կամ միզապարկը: Հիվանդը գանգատվում է սրբանի շրջանում արտափքումից և նստած վիճակում անհարմարության զգացումից: Ճողվածքի բացվածքը լայն է և ունի առաձգական եզրեր: Որոշ դեպքերում առաջային սրբանային ճողվածքն անհրաժեշտ է տարբերակել մեծ աճուկային ճողվածքից, որը նույնպես կարող է արտափքվել հեշտոցի մեծ շուրթերից: Այդ նպատակով չափազանց արդյունավետ է հեշտոցի մատնային զննումը:

ՃՈՂՎԱԾՔՆԵՐԻ ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Ճողվածքների բարդություններն են՝

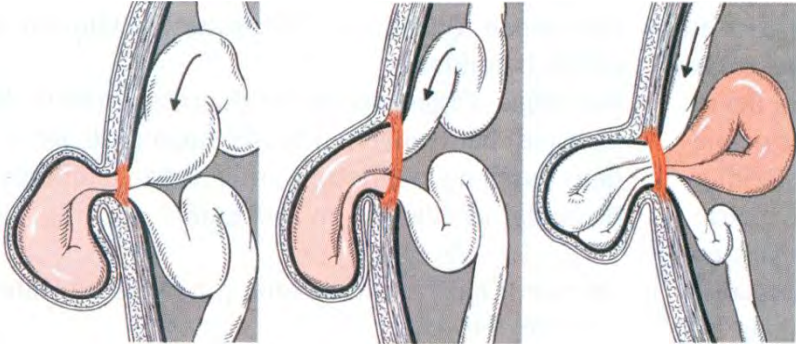
1. օղակումը,
2. կոպրոստազը,
3. բորբոքումը:

ՕՂԱԿՎԱԾ ՃՈՂՎԱԾՔՆԵՐ

Ճողվածքի օղակումը ճողվածքապարկի պարունակության սեղմումն է ճողվածքի դրունքում, որի պատճառը ճողվածքի դարպասի և ճողվածքապարկում պարունակվող օրգանների միջև չափսերի անհամապատասխանությունն է (նկ.1.40): Հաճախ օղակվում են ազդրային ճողվածքները:

Դասակարգումը՝

1. Էլաստիկ օղակում.
ա) հետընթաց կամ W-աձև օղակում (Մայդլի ճողվածք),
բ) առպատային օղակում (Ռիխտերյան ճողվածք):
2. Կղանքային օղակում:
3. Խառը օղակում:



Էլաստիկ

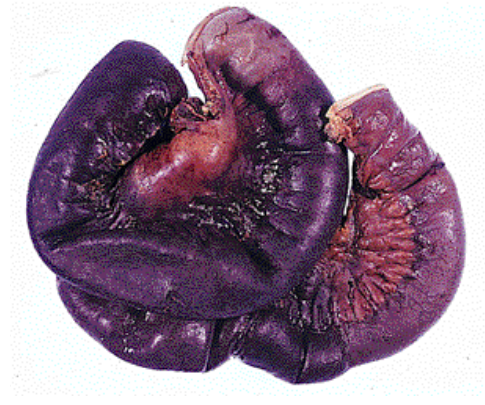
Կղանքային

Շետընթաց

Նկ. 1.40. Օղակված ճողվածքներ

Էլաստիկ օղակում: Ներորովայնային ճնշման հանկարծակի բարձրացման հետևանքով ճողվածքի դրունքը չափից ավելի ձգվում, լայնանում է, իսկ որովայնի ներքին օրգանները մեծ ծավալով անցնում են ճողվածքապարկի մեջ: Այնուհետև, ներորովայնային ճնշման իջեցումից հետո ճողվածքային օղի փակեղամկանային շերտը նորից սեղմվում է և ճնշում ճողվածքապարկի պարունակությանը: Օղակման հետևանքով խանգարվում են ճողվածքապարկի ներսում գտնվող օրգանների արյան մատակարարումը, շրջանառությունը և ավիշի հոսքը, զարգանում է օղակված հյուսվածքների այտուց: Արյունատար անոթների թափանցելիությունը բարձրանում է: Ճողվածքապարկում կուտակվում է շճային էքսուդատ, իսկ հյուսվածքներն ենթարկվում են իշեմիկ նեկրոզի (մեռուկացման): Եթե օղակվում է մեծ ճարպոնը, ապա նեկրոզն ասեպտիկ է լինում, բայց երբ օղակվում են աղիքի գալարները, բակտերիալ ինֆեկցումն է ուղեկցում նեկրոզին, զարգանում է գանգրենա

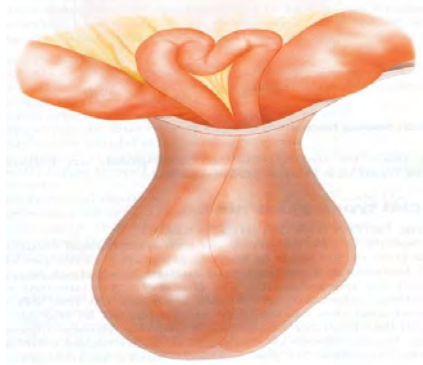
(նկ.1.41): Աղիքային վարակը տարածվելով ճողվածքային հեղուկում՝ առաջացնում է ճողվածքի թարախակալում և ֆլեգմոնա: Հետագայում ինֆեկցիան (վարակը) տեղափոխվում է որովայնի խոռոչ՝ առաջացնելով պերիտոնիտ:



Նկ. 1.41. Օղակված ճողվածքի գանգրենոզ աղիքները մասնահատումից առաջ և հետո

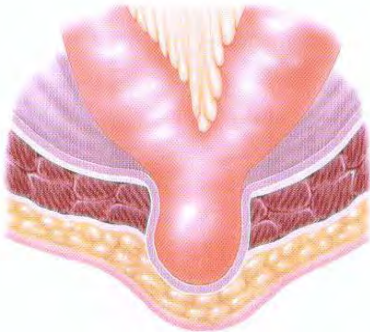
Էլաստիկ օղակված ճողվածքների ձևերը

Հետընթաց օղակում (W-ձև օղակում, Մադլի օղակում): Բարակ աղիքի գալարը մտնում է ճողվածքապարկ, անցում որովայնի խոռոչ, ապա կրկին մտնում ճողվածքապարկ (նկ.1.42): Օղակման գործընթացում ընդգրկվում են երեք գալարներն էլ՝ երկուսը ճողվածքապարկում, մեկը՝ որովայնի խոռոչում, ընդ որում, առավելապես վնասվում է որովայնում գտնվող միջանկյալ աղեգալարը:



Նկ. 1.42. Հետրնթաց օղակում (Մաղլի օղակում)

Առցատային օղակում (Ռիխտերյան օղակում): ճողվածքների օղակման այս ձևում աղեգալարի պատի մի մասն այնպես է սեղմվում, որ սկզբնական շրջանում բացակայում են աղիքային անանցանելիության երևույթները (նկ.1.43, 1.44):



Նկ. 1.43. Ռիխտերյան օղակում



Նկ. 1.44. Մեռուկացված աղիքները Ռիխտերյան օղակման դեպքում

Օղակված ճողվածքների կլինիկական նշաններն են՝

- հանկարծակի սուր ցավերը ճողվածքի շրջանում,
- ճողվածքային արտափքման կտրուկ մեծացումը և լարվածությունը,

- ներուղղվող ճողվածքը դառնում է չներուղղվող, հազի հրոցի ախտանիշը բացասական է:

- ի հայտ են գալիս սուր աղիքային անանցանելիությանը (սրտխառնոց, փսխում, վքնածություն, գազերի և կղանքի բացակայություն) և ինտոքսիկացիային (սրված դիմագծեր, չոր լեզու, հաճախասրտություն և այլն) բնորոշ նշաններ:

Օղակված ճողվածքների բուժումը: Ցուցված է անհետաձգելի վիրահատություն անգամ նորածինների կամ ուղեկցող ծանր հիվանդությունների դեպքում:

Վիրահատությունը կատարվում է մաշկի և փափուկ հյուսվածքների հատմամբ, ապա ճողվածքապարկն առանձնացվում է շրջակա հյուսվածքներից և բացվում է մինչև օղը հատելը՝ ի տարբերություն ոչ օղակված ճողվածքների: Օղը հատելուց պետք է հաշվի առնել անատոմիական առանձնահատկությունը, օրինակ՝ աճուկային թեք ճողվածքի ժամանակ օղը հատվում է լատերալ կողմից, որպեսզի չվնասվի միջային կողմում գտնվող *a.epigastrica inferior*-ը: Աճուկային ուղիղ օղակված ճողվածքի ժամանակ օղը հատվում է միջային կողմից՝ նորից *a. epigastrica inferior*-ը չվնասելու համար:

Ազդրային օղակված ճողվածքի ժամանակ օղը հատվում է միջային կողմում, որովհետև դեպի դուրս անցնում է ազդրային երակը, սակայն 4-15% դեպքերում *a.obturatorius*-ը կարող է դուրս գալ *a.iliaca externa*-ից կամ *a.hypogastrica inferior* -ից և վերնից, միջային կողմում և ներքևից շրջանցելով ազդրային ճողվածքի ներքին բացվածքը՝ մոտենա փականցքին: Այս վիճակը հին վիրաբույժներն անվանում էին «մահվան օղ» (*corona mortis*):

Ճողվածքապարկը բացելուց հետո պարունակությունը պետք է ֆիքսել, ապա հատել օղը, դուրս բերել օղակված հատվածը, ստուգել պարունակության կենսունակությունը:

Աղիքների կենսունակությունը որոշվում է դասական եղանակով՝ գնահատվում են աղիքի գույնը, փայլը, պերիստալտիկան և միջընդերքի անոթների պուլսացիան:

Ճողվածքի հետընթաց օղակման դեպքում անհրաժեշտ է նաև ստուգել ճողվածքապարկից դուրս՝ որովայնում տեղակայված աղեգալարները:

Եթե աղեգալարները կենսունակ են, ապա դրանք ներուղղվում են որովայնի խոռոչ, և կատարվում է ճողվածքի պլաստիկա: Իսկ եթե աղեգալարներն անկենսունակ են, կատարվում է դրանց մասնահատում: Այդ նպատակով միջին գծով կատարվում է լապարատոմիա, ոչ կենսունակ աղեգալարների մասնահատում՝ հաշվի առնելով այն փաստը, որ բերող գալարն ավելի փքված է, լարված, որի ժամանակ ենթալորձային անոթներն իջեմիայի են ենթարկվում, իսկ աղիքներում կազմափոխումը տեղի է ունենում լորձաթաղանթից: Բերող հատվածից հեռացվում է 30-40 սմ, տանողից՝ 15-20 սմ, ապա դրվում է անաստմոզ, որից հետո կատարվում է որովայնի խոռոչի սանացիա, դրենավորում: Որովայնը փակելուց հետո կատարվում է պլաստիկա:

Խստիվ արգելվում է օղակված ճողվածքի ուժային ներուղղումը: Ինքնուրույն ներուղղվելուց հետո էլ անգամ սահմանվում է դինամիկ հսկողություն, պերիտոնեալ երևույթների ի հայտ գալու դեպքում ցուցված է միջին գծով լապարատոմիա: Երե հիվանդի վիճակը դինամիկայում չի վատանում, ցուցված է հետագա օրերին կատարել պլանային ճողվածքահատում:

Կղանքային օղակում: Ձարգանում է հիմնականում մեծահասակների շրջանում՝ պայմանավորված աղիքների ատոնիայով, նպաստող գործոն են ճողվածքապարկի կպումները: Բերող գալարով պարունակությունը գալիս է ճողվածքապարկ, իսկ տանող գալարով դժվար է դատարկվում: Դրա հետևանքով բերող գալարը լայնանում է այնքան, որ սեղմում է տանողին, և կոպրոստազը վերածվում է կղանքային օղակման: Հետագայում գործընթացին կարող է միանալ ճողվածքի դարպասի մկանափակեղային առաձգական (էլաստիկ) բաղադրամասը՝ այսինքն առաջանում է խառը ճողվածքային օղակում: Վերը նշված ախտաբանական գործընթացը հաճախ բարդանում է աղիքների թափածակմամբ և պերիտոնիտով: Կղանքային օղակումը էլաստիկից

տարբերվում է նրանով, որ զարգանում է աստիճանաբար, կլինիկական նշանները մեղմ են, «հազի հրոցի» ախտանիշը դրական է:

ԿՈՊՐՈՍՏԱԶ (կղանքականգ)

Էթիոլոգիա: Կոպրոստազը ճողվածքների այնպիսի բարդություն է, որը զարգանում է աղեգալարների կծկումների խանգարման պատճառով: Սովորաբար, կոպրոստազի դեպքում ճողվածքապարկի պարունակությունը կազմում է հաստ աղիքը:

Կոպրոստազի պատճառներ կարող են լինել՝

- ճողվածքի չներուղղումը,
- ծերունական տարիքը,
- առատ և կոշտ կերակուրը,
- քրոնիկական փորկապությունը,
- մկանային թուլությունը,
- գիրությունը:

Կոպրոստազը հաճախ զարգանում է կանանց մոտ պորտային, իսկ տղամարդկանց մոտ՝ աճուկային ճողվածքի դեպքում:

Կլինիկա: Գերակշռում են քրոնիկական փորկապության նշանները՝ վրնածությունը, դիսկոմֆորտը, դժվարամարսությունը և այլն:

Կոպրոստազի ընթացքում աղեգալարներում ատոնիայի պատճառով կուտակված կղանքային զանգվածներն աստիճանաբար պնդանում են: Ճողվածքապարկում տեղակայված աղեգալարների դատարկումը դանդաղում է և աստիճանաբար վերածվում կղանքային օղակման:

Բուժում: Ճողվածքապարկի պարունակության օղակման, բորբոքման կամ պերիտոնիտի նշանների առկայության դեպքում ցուցված է անհետաձգելի վիրահատություն:

ՃՈՂՎԱԾՔԻ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄ

Զարգանում է ճողվածքապարկի պարունակության ինֆեկցման (վարակման) և բորբոքման հետևանքով: Պատճառ կարող են լինել՝

- ճողվածքապարկում գտնվող որդանման ելունի բորբոքումը (Լիթլեի ճողվածք, նկ.1.45),
- ճողվածքապարկում գտնվող մեկեյյան դիվերտիկուլի բորբոքումը (Լիտրեի ճողվածք),
- ճողվածքապարկում գտնվող աղեգալարի տուբերկուլյոզային կամ տիֆոզ խոցի թափածակումը,
- ճողվածքապարկում գտնվող արգանդի հավելումների բորբոքումը,
- ճողվածքի շրջանի մաշկի ֆուրունկուլը:



Նկ. 1.45. Լիտրեի ճողվածք

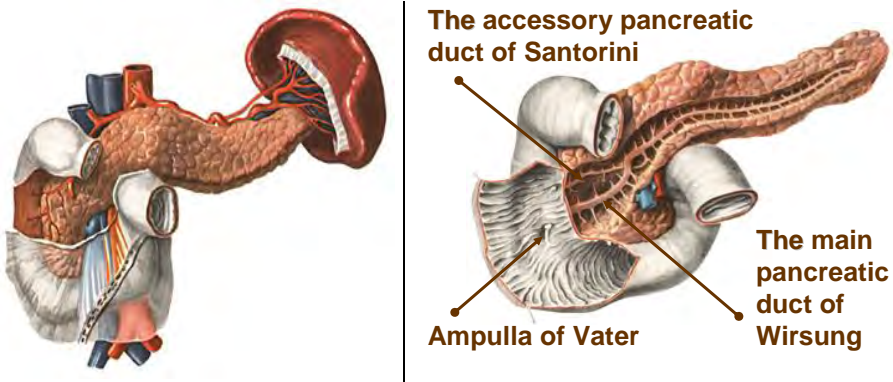
Կլինիկա: Ճողվածքի շրջանում առկա են բորբոքման (ցավ, կարմրություն, այտուցվածություն), աղիքային անանցանելիության (սրտխառնոց, փսխում, վքնածություն, գազերի ու կղանքի բացակայություն) և ինտոքսիկացիայի (բերանի չորություն, բարձր ջերմություն, դող, սարսուռ) նշաններ:

Բուժում: Ցուցված է շտապ վիրահատություն՝ ճողվածքահատում, բորբոքված հյուսվածքների և օրգանների հեռացում, վիրահատական վերքի դրենավորում՝ առանց ճողվածքի դարպասների պլաստիկայի: Աղիքների մեռուկացման դեպքում կատարում են միջին լապարատոմիա, աղիքների մասնահատում նշված կանոններով, անաստոմոզ (բերանակցում), որովայնի խոռոչի սանացիա, դրենավորում:

ԹԵՄԱ 5. ԵՆԹԱՍՏԱՄՈՔՍԱՅԻՆ ԳԵՂՁԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Ենթաստամոքսային գեղձն արտաքին և ներքին զատման օրգան է: Այն տեղակայված է հետորովայնամզային տարածությունում: Գեղձի երկարությունը 14-18 սմ է, իսկ քաշը՝ 70-100 գ (նկ.1.46):

Ենթաստամոքսային գեղձում տարբերում են գլխիկը, մարմինը և պոչը: Գլխիկը գեղձի քաշի 30%-ն է և շրջապատված է 12-մատնյա աղիքով:

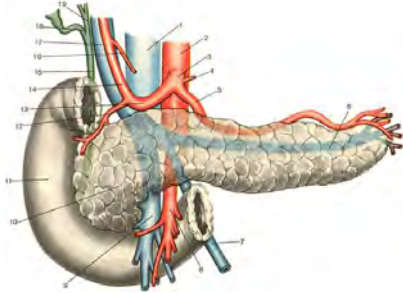


Նկ. 1.46. Ենթաստամոքսային գեղձ

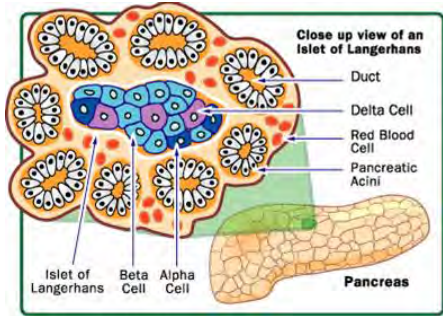
Գեղձի գլխավոր (վիրսունգյան) ծորանը ձգվում է նրա ամբողջ երկարությամբ՝ պոչից մինչև գլխիկն աստիճանաբար լայնանալով: Վիրսունգյան ծորանը հաճախ միանում է ընդհանուր լեղային ծորանի ամպուլանման լայնացած հատվածին, որը ֆատերյան կամ մեծ պտկիկով բացվում է 12-մատնյա աղիքի լուսանցք: Երբեմն վիրսունգյան ծորանը և ընդհանուր լեղային ծորանը առանձին-առանձին են բացվում 12-մատնյա աղիքի մեջ: Ավելի հազվադեպ ենթաստամոքսային գեղձը կարող է ունենալ լրացուցիչ ծորան(ներ) (սանտորինյան), որը կամ գեղձի գլխիկի շրջանում միանում է վիրսունգյան ծորանին, կամ առանձին է բացվում 12-մատնյա աղիքի լուսանցք փոքր պտկիկի միջոցով:

Ենթաստամոքսային գեղձի արյունամատակարարումն իրականացվում է a. pancreatoduodenalis-ի (գլխիկ), a. mesenterica superior-

ի (գլխիկ և մարմին) և a. lienalis-ի (մարմին և պոչ) ճյուղերով, իսկ երակային արյան արտահոսքը՝ վերին միջընդերային և փայծաղային երակներով, այնուհետև՝ դռներակով (նկ.1.47):



Նկ. 1.47. Ենթաստամոքսային գեղձի արյունամատակարարում



Նկ. 1.48. Ենթաստամոքսային գեղձի միկրոստրուկտուրա

Ենթաստամոքսային գեղձի արտազատիչ և ներզատիչ ֆունկցիաներն ապահովվում են բջջային տարբեր կուտակումներով: Գեղձի հյուսվածքի մեծ մասը (մինչև 98%) կազմված է էնզիմներ արտադրող ազինար բջիջներից (էկզոկրին կամ արտազատիչ մաս): Գեղձի էնդոկրին (ներզատիչ) ֆունկցիան ապահովվում են լանգերհանսյան կղզյակներում տեղակայված հատուկ բջիջները: Նրանց 75%-ը ինսուլին արտադրող β բջիջներն են, որոնք տեղակայված են գեղձի պոչի շրջանում, 20%-ը գլյուկագոն արտադրող α-բջիջներն են, իսկ մնացածը δ-բջիջներն են, որոնք արտադրում են սոմատոստատին (նկ.1.48):

ՍՈՒՐ ՊԱՆԿՐԵԱՏԻՏ

Պանկրեատիտը դեգեներատիվ, դեստրուկտիվ փոփոխություններով ընթացող հիվանդություն է, որի հիմքում ընկած է գեղձի հյուսվածքում սեփական ֆերմենտների ակտիվացումը և դրանով պայմանավորված աուտոլիզը:

Էթիոլոգիա: Սուր պանկրեատիտի առաջացման հիմնական պատճառներն են լեղաքարային հիվանդությունը (50-70%) և ալկոհոլը

(25%): Մնացած հազվադեպ պատճառներից են ենթաստամոքսային գեղձի ծորանի զարգացման շեղումները, նեղացումները, ուռուցքները, վնասվածքները, էնդոկրին խանգարումները (հիպերպարաթիրեոզը, հեմոխրոմատոզները, հիպերլիպիդեմիաները), կարիճի խայթոցը և որոշ դեղամիջոցներ (կորտիկոստերոիդները, ազատիոպրինը և այլն):

Պաթոզենեզի հիմքում ընկած են պանկրեատիկ հյուսի արտազատման խանգարումները և ֆերմենտների ներպարենքիմատոզ ակտիվացումը, որը հանգեցնում է գեղձի ինքնամարսմանը: Արյան մեջ արտազատվում են մեծ քանակությամբ բիոզեն ամիններ (կինինային հրդեհ), որոնք բարձրացնում են անոթների թափանցելիությունը, մեծացնում հյուսվածքների հիդրոֆիլականությունը, առաջ բերում պերիֆերիկ անոթների միկրոցիրկուլյատոր խանգարումներ, որի հետևանքով արյան հունից մեծ քանակությամբ հեղուկ է դուրս գալիս միջբջջային տարածություն՝ իր հետ տանելով նաև ձևավոր տարրեր, կամ դեպոզվորվում է ծայրամասային միկրոցիրկուլյատոր հունում՝ պատճառ դառնալով պանկրեատոզեն շոկի: Առաջացած հիպովոլեմիան հանգեցնում է երիկամների ֆունկցիայի ընկճման, առաջանում է օլիգոկամ անուրիա: Թոքային հյուսվածքում զարգանում է ինտերստիցիալ այտուց, խանգարվում է արտաքին շնչառությունը, անզուսպ փսխումները հանգեցնում են էլեկտրոլիտների մեծ քանակի կորստի, հիպոկալիեմիան խորացնում է աղիքների պարեզը՝ նպաստելով սրտի հաղորդականության խանգարմանը: Գլխուղեղի այտուցի հետևանքով կարող է զարգանալ էնցեֆալոպաթիա:

Դասակարգումը՝

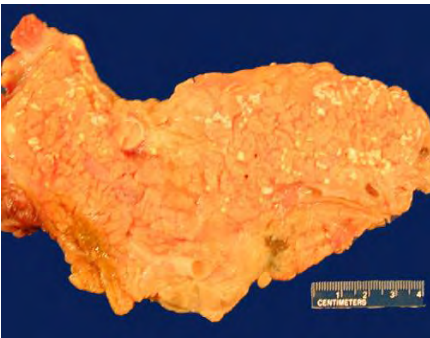
1. սուր այտուցային պանկրեատիտ,
2. սուր ճարպային պանկրեոնեկրոզ,
3. սուր հեմոռագիկ պանկրեոնեկրոզ,
4. սուր թարախային պանկրեատիտ:

Սուր այտուցային պանկրեատիտի ժամանակ ենթաստամոքսային գեղձը չափսերով խիստ մեծանում է, պնդանում: Շրջակա հյուսվածքների հիդրոֆիլության պատճառով զարգանում է «ապակենման» այտուց:

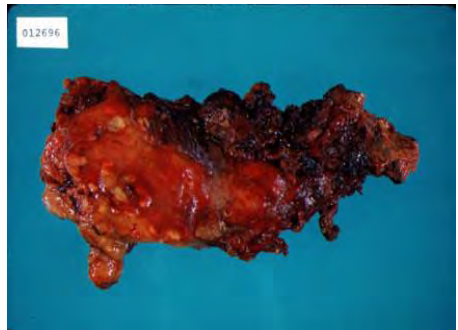
Սուր ճարպային պանկրեոնեկրոզին բնորոշ է որովայնի խոռոչում, տարբեր օրգանների, հատկապես մեծ ճարպոնի վրա «ստեարինային բծերի» կամ «ստեարինային փաթիլների» կամ «մարգարտահատիկների» ի հայտ գալը, որոնք լիպոլիտիկ ֆերմենտների ազդեցությամբ առաջացած ճարպերի հիդրոլիզատներ են (նկ.1.49):

Սուր հեմոռագիկ պանկրեոնեկրոզի ժամանակ որովայնում՝ պայմանավորված պրոցեսի արտահայտվածության աստիճանով, ի հայտ է գալիս հեմոռագիկ բնույթի հեղուկ, որի մեջ հեմոգլոբինի խտությունը կարող է լինել բավական բարձր: Գեղձը և շրջակա հյուսվածքները իմբիբիցված են լինում արյունով (նկ.1.50):

Սուր թարախային պանկրեատիտը զարգանում է, երբ դեստրուկտիվ պրոցեսներին միանում է վարակը (ինֆեկցիան): Թարախային պրոցեսը կարող է գեղձի սահմաններից դուրս գալ դեպի որովայնի խոռոչ կամ հետորովայնամզային տարածություն:



Նկ. 1.49. Ճարպային պանկրեոնեկրոզ



Նկ. 1.50. Հեմոռագիկ պանկրեոնեկրոզ

Կլինիկան բաժանվում է ընդհանուր և տեղային նշանների:

ա) Ընդհանուր նշաններից են՝

- սուր, հանկարծակի սկսվող, անընդհատ, տանջող, դեպի ողնաշարը ճառագայթող, գոտևորող բնույթի ցավը, որի ուժգնությունը կարող է ուշագնացություն առաջացնել,
- սրտխառնոցը,
- հանգստություն չբերող անզուսպ փսխումները,

- հաճախաշնչությունը (տախիպնոե),
- ցիանոզը,
- հաճախասրտությունը (տախիկարդիա),
- սրտխփոցը,
- ընդհանուր թուլությունը,
- ճնշման անկումը՝ ընդհուպ մինչև շոկ,
- մաշկի և սկլերաների դեղնուկը, որն առաջանում է գեղձի գլխիկի ախտահարման ժամանակ, երբ սեղմվում է ընդհանուր լեղաձորանը,
- բարձր հեկտիկ ջերմությունը, դողը, սարսուռը, երբ զարգանում է թարախային պանկրեատիտ:

բ) Տեղային նշաններն են՝

- որովայնի վերին հատվածը փքված է, փափուկ, խիստ ցավոտ հատկապես վերորովայնային (էպիգաստրալ) շրջանում, ցավերն ունեն գոտևոտ բնույթ, որոնք ճառագայթվում են դեպի ողնաշար,

- *Կուլենի ախտանիշ (նկ.1.51)*. արյունազեղումներ հարպորտային շրջանում՝ գեղձի գլխիկի ախտահարման ժամանակ,

- *Կերտեի ախտանիշ*. ենթաստամոքսային գեղձի պրոյեկցիայով շոշափումը ցավոտ է,

- *Վոսկրեսենսկու ախտանիշ*. որովայնային աորտայի պուլսացիայի բացակայություն,

- *Գրեյ-Տերների ախտանիշ (նկ.1.52)*. որովայնի ձախ կողմնային պատի ենթամաշկային արյունազեղումների՝ էկիմոզի առկայություն գեղձի պոչի ախտահարման ժամանակ,

- *Մեյո-Ռոբսոնի ախտանիշ*. կետային ցավոտություն ձախ կողմնաշարային անկյունում:

Տեղային նշաններին սուր հեմոռագիկ պանկրեոնեկրոզի և սուր թարախային պանկրեատիտի ժամանակ գումարվում են նաև **որովայնամզի գրգռման նշանները** (Շյոտկին–Բլումբերգի, Վոսկրեսենսկու կամ շապիկի, Ռագրոլսկու ախտանիշերը):



Նկ. 1.51. Կուլենի ախտանիշը



Նկ. 1.52. Գրեյ-Տերների ախտանիշը

Ախտորոշումը կատարվում է կլինիկական, լաբորատոր և գործիքային հետազոտությունների հիման վրա:

Լաբորատոր հետազոտություններ՝

- արյան ընդհանուր քննություն. լեյկոցիտոզ, ԷՆԱ-ի բարձրացում,
- արյան կենսաքիմիական քննություն. հիպերֆերմենտեմիա, մասնավորապես՝ ամիլազայի, լիպազայի, տրիպսինի մակարդակի բարձրացում, հիպոկալցիեմիա, որն ունի նաև պրոգնոստիկ նշանակություն, բիլիռուբինեմիա:

Գործիքային հետազոտություններ՝

1. Որովայնի խոռոչի սոնոգրաֆիա, այն կարող է հայտնաբերել՝
 - գեղձի հյուսվածքի այտուց և դիֆուզ փոփոխություններ,
 - որովայնի խոռոչում ազատ հեղուկ,
 - լեղաձորանների լայնացում, լեղային քարեր:
2. Որովայնի շրջադիտակային ռենտգեն քննություն (նկ.1.53)՝
 - պայտի տեսքով երևում է պարեզի ենթարկված, գազով լցված 12-մատնյա աղիքը,
 - երևում է պարեզի ենթարկված, գազով լցված բարակ աղիքի սկզբնական հատվածը («պահակ աղեգալարի ախտանիշ»),
 - նկատվում է lig. gastrocolicum կապանի լայնացում՝ ստամոքսի և լայնական հաստ աղիքի պարեզի

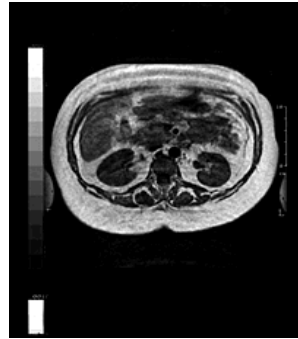
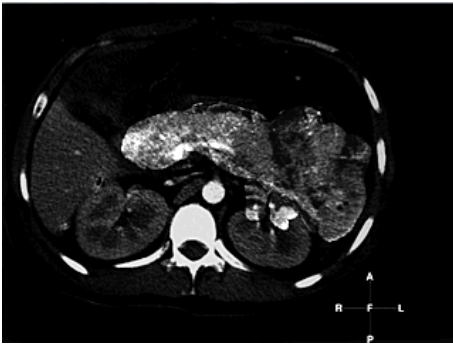
պատճառով,

- ձախ պլևրալ խոռոչում կարող է հայտնաբերվել հեղուկ :



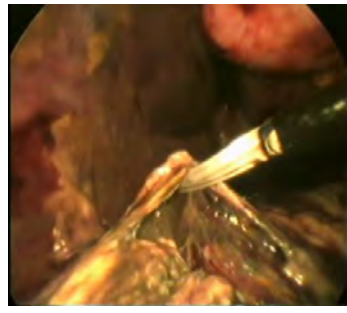
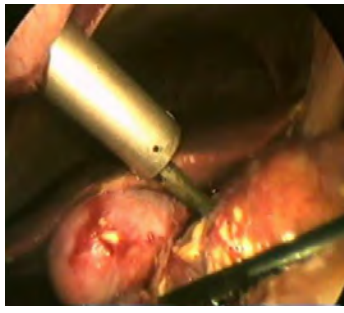
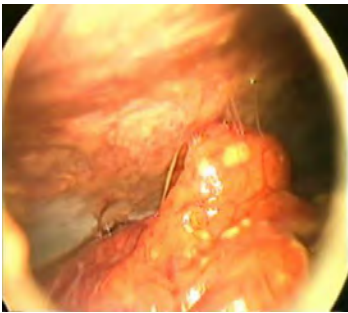
Նկ. 1.53. Որովայնի շրջադիտակային ռենտգեն քննություն

Ախտորոշման հաստատման համար կարելի է կատարել համակազգային շերտագրում (ՀՇ) և մագնիսառեզոնանսային շերտագրում (ՄՌՇ) (նկ.1.54):



Նկ. 1.54. Համակազգային (ՀՇ) և մագնիսառեզոնանսային շերտագրում (ՄՌՇ)

Լապարասկոպիկ եղանակով հայտնաբերվում են բորբոքված լեղապարկ, պերիտոնիտի մակրոսկոպիկ նշաններ՝ ախտաբանական էքսուդատ, ֆիբրինային փառեր, ճարպային մեռուկացման օջախներ (ստեարինային բծեր), արյունազեղումներ (նկ.1.55):



Նկ. 1.55. Լապարասկոպիա

Տարբերակիչ ախտորոշում

• *Սուր խոլեցիստիտ*. հաճախ նախորդում է պանկրեատիտին, նման է ցավերի հանկարծակի սկզբով, ճառագայթմամբ, սակայն խոլեցիստիտին բնորոշ են ճարպոտ սնունդ ընդունելուց հետո սկսվող ցավերը, որոնք գոտևորող չեն (պանկրեատիտի ժամանակ ցավերը հաճախ սկսվում են ալկոհոլից և գոտևորող են), աջ ենթակողում տեղակայվելը, արյան մեջ ամիլազայի բնականոն քանակը, սոնոգրաֆիկ չփոփոխված պանկրեասը:

• *Թափածակված խոց*. սկսվում է հանկարծակի «դաշույնի հարված» հիշեցնող ցավերով, որոնք գոտևորող չեն, որովայնը պանկրեատիտի նման լինում է ոչ թե փափուկ և փքված, այլ՝ «նավակաձև» ներս ընկած և «տախտականման» լարված, փսխումը բնորոշ չէ, հիվանդը կարող է նշել խոցային անամնեզ: Ռենտգեն քննությամբ ստոծանու տակ հայտնաբերվում է ազատ գազ:

• *Սուր ապենդիցիտ*. ցավերն սկսվում են աստիճանաբար, էպիգաստրալ շրջանից, սակայն այնուհետև տեղակայվում են աջ գտային շրջանում, գոտևորող չեն, փսխումը եզակի է, արյան մեջ հիպերֆերմենտեմիան բացակայում է:

• *Ստրանգուլյացիոն աղիքային անանցանելիություն*. որովայնը փքված է, ասիմետրիկ, ցավերն ունեն սպաստիկ բնույթ, գոտևորող չեն, սկզբնական շրջանում աղիքների պերիստալտիկան նույնիսկ ակտիվացած է: Ռենտգեն քննությամբ հայտնաբերվում են Կլոյբերի

գավաթներ:

- *Միջընդերային անոթների թրոմբոզ*. հիվանդի վիճակն ի սկզբանե խիստ ծանր է, անամնեզում հաճախ նշում է միոկարդի սուր ինֆարկտ, ռևոկարդիտ, միտրալ ստենոզ, ստորին վերջույթների վարիկոզ և այլն: Ցավերը տարածված են ամբողջ որովայնով մեկ, գոտևորող չեն, բնորոշ է արյունոտ լուծը: Կասկածի դեպքում ցուցված է ախտորոշիչ լապարասկոպիան:

- *Սրտամկանի սուր ինֆարկտ*. բնորոշ չեն գոտևորող բնույթի ցավերը և արյան մեջ հիպերֆերմենտեմիան:

- *Աորտայի շերտազատվող անևրիզմա*. կարևոր նշանակություն ունեն կոնտրաստային համակարգչային շերտագրման և անզիոգրաֆիայի տվյալները:

Բարդություններ

Սուր պանկրեատիտի բարդություններն են՝ շոկը, պերիտոնիտը (վաղ բարդություններ), ինչպես նաև ենթաստամոքսային գեղձի թարախակույտը, ներորովայնամզային տարածության ֆլեգմոնան, որովայնի խոռոչի թարախակույտերը, արոզիվ արյունահոսությունները, պլերաթոքային բարդությունները՝ օջախային թոքաբորբ, էքսուդատիվ պլերիտ: Հնարավոր են տարբեր օրգան-համակարգերի ֆունկցիոնալ անբավարարություններ՝ շնչառական, երիկամային, լյարդային, սրտանոթային, ինչպես նաև բազմաօրգանային: Հետագայում հնարավոր է ենթաստամոքսային գեղձի կեղծ կիստայի և խուղակների, աղիքային խուղակների առաջացում, շաքարային դիաբետի զարգացում:

Բուժում

I. Պահպանողական եղանակ. կիրառվում են հետևյալ սկզբունքները՝

1. *Գեղձի սեկրեցիայի ընկճում.* հակախոցային միջոցներ (H2-բլոկատորներ, անտացիդներ, սանդոստատին), ցիտոստատիկներ (ֆտորուրացիլ), նազոգաստրալ զոնդավորում, պարենտերալ սնուցում:

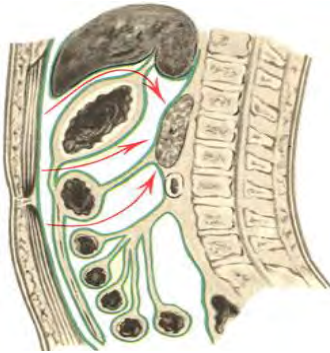
2. *Գերաքտադրված ֆերմենտների չեզոքացում.* պրոտեազների ինհիբիտորներ (կոնտրիկալ, գորդոքս):

3. *Միմպոտոմատիկ (ախտանշային) թերապիա.* ցավազրկողներ

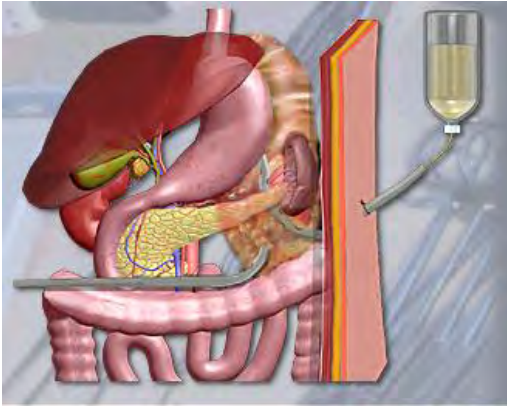
(մորֆինը հակացուցված է, այն առաջացնում է Օդդիի սեղմանի սպազմ), սպազմոլիտիկներ, դեզինտոքսիկացիա, ինֆուզիոն թերապիա, լայն սպեկտրի հակաբիոտիկներ: Ցավազրկման նպատակով կիրառվում է վազոսիմպատիկ բլոկադա, պերիդուրալ անզգայացում, պարանեֆրալ բլոկադա և այլն:

II. Վիրաբուժական եղանակ (նկ.1.56). Վիրահատությունը ցուցված է սուր պանկրեատիտի դեստրուկտիվ ձևերի և պերիտոնիտի ժամանակ: Նպատակն է՝

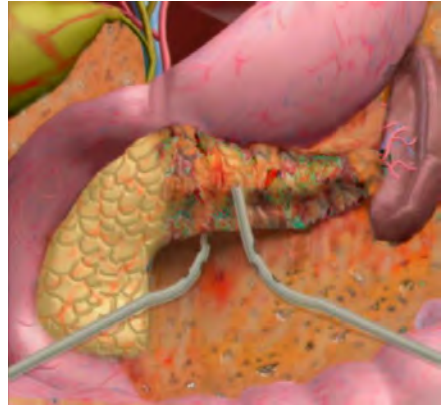
- որովայնի խոռոչը լվանալ ֆերմենտներից, մեռուկային գանգվածներից, թարախից,
- մանրակրկիտ դրենավորել հեղուկի կուտակման հնարավոր վայրերը,
- դրենավորել լեղուղիները, ընդ որում՝ չփոփոխված լեղապարկի դեպքում պետք է ձևավորել խոլեցիստոստոմա, իսկ լեղապարկի բորբոքման կամ քարակրության ժամանակ պետք է հեռացնել լեղապարկը և դրենավորել ընդհանուր լեղածորանը (նկ.1.57, 1.58):



Նկ. 1.56. Վիրաբուժական մուտքը դեպի ենթաստամոքսային գեղձ



Նկ. 1.57. Հարպանկրեատիկ տարածության դրենավորում



Նկ. 1.58. Ճարպոնային ծոցի դրենավորում

Վիրահատությունից առաջ և հետո ցուցված են վերոհիշյալ պահպանողական միջոցները: Սուր պանկրեատիտը կարող է առաջացնել հետևյալ բարդությունները՝

- հետորովայնամզային և ներորովայնային թարախակույտեր,
- պոլիօրզանային անբավարարություն,
- ենթաստամոքսային գեղձի էկզո- և էնդոկրին ֆունկցիաների անբավարարություն,
- ենթաստամոքսային գեղձի կեղծ բշտերի ձևավորում:

ՔՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ՊԱՆԿՐԵԱՏԻՏ

Քրոնիկական պանկրեատիտը ենթաստամոքսային գեղձի հյուսվածքի անդարձելի հարաճուն դետրոսկոպիայով և շարակցական հյուսվածքի, սկլերոզի զարգացմամբ ընթացող բազմապատճառային հիվանդություն է: Այն հաճախ հետևանք է սուր պանկրեատիտի, սակայն կարևոր նշանակություն ունեն՝

- լեղաքարային հիվանդությունը,
- ավոհոլի չարաշահումը,
- դուռդենոստազը,

- նյութափոխանակության խանգարումները,
- սուր և քրոնիկական ինֆեկցիաները,
- վնասվածքները,
- հիպերպարաթիրեոզը,
- ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղամիջոցները,
- թունավորումները:

Դասակարգումը՝

Ըստ մորֆոլոգիական փոփոխությունների՝ քրոնիկական պանկրեատիտը լինում է՝

- Քրոնիկական ինդուրատիվ պանկրեատիտ:
- Քրոնիկական պսևդոտումորոզ (կեղծուռուցքային)

պանկրեատիտ:

- Քրոնիկական պսևդոկիստոզ (կեղծբշտային) պանկրեատիտ:
- Քրոնիկական կալկուլյոզ (քարային) պանկրեատիտ

(վիրսունգոլիթիազ):

Ըստ կլինիկական ընթացքի՝ քրոնիկական պանկրեատիտը լինում է՝

• Քրոնիկական կրկնվող պանկրեատիտ. բնութագրվում է հիվանդության սրացումներով և ռեմիսիաներով (ախտադադարներով):

• Առաջնային քրոնիկական պանկրեատիտ. բնութագրական են պանկրեատի պրոյեկցիայով մշտական ոչ ուժեղ ցավերը, դիսպեպտիկ երևույթները:

Կլինիկական պատկերը: Ընթանում է ռեմիսիաներով և սրացումներով: Սրացման ժամանակ կլինիկան նման է սուր պանկրեատիտին: Ռեմիսիային բնորոշ են՝

• ցավերը (տարբեր ուժգնության, գոտևորոզ բնույթի, դեպի մեջքը ճառագայթող),

• սրտխառնոցը, երբեմն փսխումը,

• պանկրեատիկ լուծը. գեղձի արտահայտված էկզոկրին անբավարարության ժամանակ պրոտեոլիտիկ ֆերմենտների պակասի դեպքում առաջանում է կրեատոռեա, իսկ լիպոլիտիկ ֆերմենտների

պակասի դեպքում՝ ճարպային լուծ՝ ստեատոռեա,

- շաքարային դիաբետը. ինսուլինի դեֆիցիտը (պակասորդը), որը զարգանում է ենդոկրին (ներգատական) անբավարարության ժամանակ,
- մալբարոբցիան և քաշի կորուստը,
- Կուրվուազիեի դրական ախտանիշը (տրիադան)՝
 1. մեծացած, լարված, անցավ լեղապարկ,
 2. մեխանիկական դեղնուկ,
 3. ախոլիկ կղանք:

Ախտորոշում: Ֆերմենտների որոշումն արյան մեջ ռեմիսիայի (ախտադադարի) շրջանում բարձր ախտորոշիչ նշանակություն չունի, սակայն ցուցանիշը կարող է բարձրանալ ցավերի սուր նոպաների ժամանակ:

1. *Սոնոգրաֆիկ* եղանակով կարելի է հայտնաբերել՝

- գեղձի չափսերի փոփոխություն,
- ծորանների լայնացում,
- բշտերի, քարերի առկայություն:

2. *Որովայնի խոռոչի շրջադիտակային ռենտգենարանական հետազոտությունը* կարող է հայտնաբերել կրակալված գեղձի բնորոշ լայնական ստվերը (նկ.1.59):

3. *Կոնտրաստային ռելաքսացիոն դուոդենոգրաֆիան* հայտնաբերում է ենթաստամոքսային գեղձի մեծացած զլխիկով 12-մատնյա աղիքի ճնշման նշաններ (նկ.1.60):

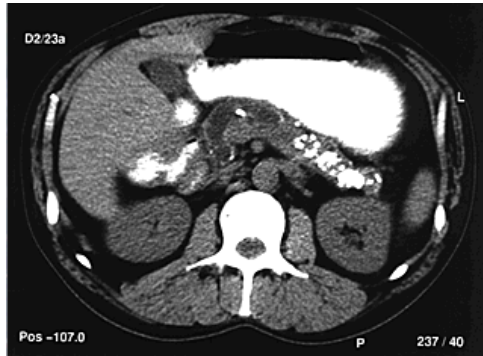


Նկ. 1.59. Որովայնի խոռոչի



Նկ. 1.60. Կոնտրաստային

4. Համակարգչային շերտագրությամբ (ՀՇ) և մագնիսառեզոնանսային շերտագրությամբ (ՄՌՇ) հնարավոր է հայտնաբերել գեղձի չափսերի փոփոխությունները, ֆիբրոզ հյուսվածքի զարգացումը (նկ.1.61):



Նկ. 1.61. Համակարգչային շերտագրություն (ՀՇ):
Էնթաստամոքսային գեղձի պոչի շրջանի կալցիֆիկացիա

5. Հետընթաց խոլանգիոպանկրեատիկոգրաֆիան (ՀԽՊԳ) որոշում է վիրսուսային ծորանի ստրիկտուրաները, քարերը և այլն:

6. Անգիոգրաֆիան վաղ շրջանում հայտնաբերում է հիպերվասկուլյարիզացիա, ուշ շրջանում՝ պայմանավորված տարածուն ֆիբրոզով, անոթային պատկերի աղքատացում:

Բուժում: Սրացման շրջանում քրոնիկական պանկրեատիտի բուժումը նման է սուր պանկրեատիտին, իսկ ռեմիսիայի շրջանում ընթանում է հետևյալ կերպ՝

Պահպանողական բուժում.

- սիմպտոմատիկ (ախտանշային) թերապիա (ցավազրկողներ, սպազմոլիտիկներ),

- փոխարինող թերապիա. էկզոկրին (արտազատական) անբավարարության ժամանակ կիրառվում են մարսողական

Ֆերմենտներ (պանգինորմ, ֆեստալ և այլն),

• սննդակարգ. բացառել սուր համով կերակուրները, ավելացնել բարձր կալորիականություն ունեցող, դյուրամարս, սպիտակուցային սննդատեսակները:

Վիրաբուժական միջամտություններ:

Վիրահատական բուժումը ցուցված է վիրսուսգոլիթիազի, գլխավոր պանկրեատիկ ծորանի ստրիկտուրաների, ինտենսիվ ցավային համախտանիշի ժամանակ: Կատարվում են հետևյալ վիրահատությունները՝

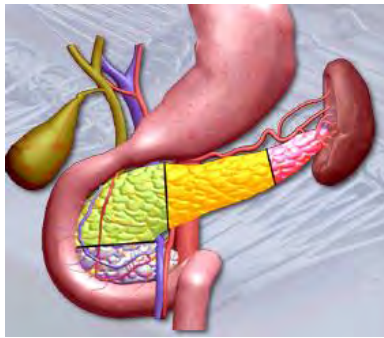
- վիրսուսգոլաստիկա,
- պանկրեատիկոյեյունոստոմիա (նկ.1.62),
- պանկրեասի սուբտոտալ, տոտալ մասնահատում (նկ.1.63),
- պանկրեատոդուդենալ մասնահատում (Ռիփլի

վիրահատություն, նկ.1.64):

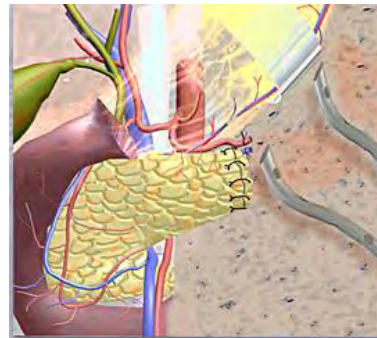


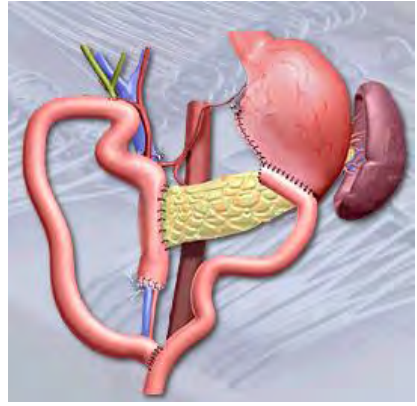
Նկ. 1.62.

Պանկրեատիկոյեյունոստոմիա



Նկ. 1.63. Պանկրեասի մասնահատում

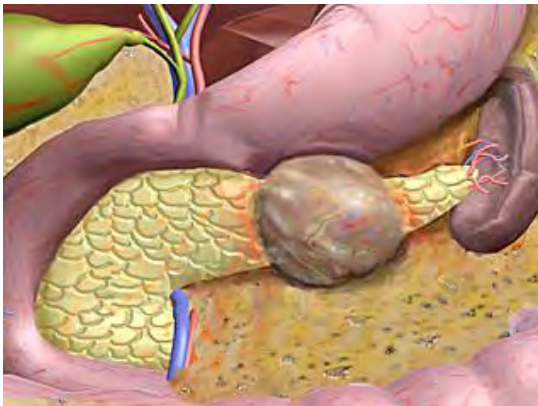




Նկ. 1.64. Պանկրեատոդուոդենալ մասնահատում (Ուիլիլի վիրահատություն)

ԵՆԹԱՏԱՄՈՔՍԱՅԻՆ ԳԵՂՁԻ ԲՇՏԵՐ

Ենթատամորսային գեղձի բշտերը հեղուկով լցված, կապսուլավորված (պատիճավորված) խոռոչներ են (նկ.1.65):



Նկ. 1.65. Ենթատամորսային գեղձի բշուտ

Դասակարգումը

Ա. Լստ ծագման լինում են՝

I. բնածին (զարգացման անոմալիաների հետևանք են),

II. ձեռքբերովի, որոնք կարող են լինել՝

1. *ռետենցիոն բշտեր*՝ զարգանում են ենթաստամոքսային գեղձի ծորանների խցանումից (ստրիկտուրաներով, քարերով, ուռուցքներով) հետո,

2. *դեզեներատիվ բշտեր*՝ զարգանում են ենթաստամոքսային գեղձի հյուսվածքի մեռուկացումից հետո սուր պանկրեատիտի, տրավմաների ժամանակ,

3. *պրոլիֆերատիվ բշտեր*՝ (ցիստադենոմաներ, ցիստադենոկարցինոմաներ),

4. *պարազիտար* (մակարուձային) *բշտեր* (էխինոկոկ, ցիստիցերկ):

Բ. Ըստ թաղանթի կառուցվածքի բշտերը լինում՝

I. իսկական (դրանցից են *ռետենցիոն բշտերը*, ցիստադենոմաները, ցիստադենոկարցինոմաները),

II. կեղծ (օրինակ՝ *դեզեներատիվ բշտեր*):

Ախտաբանական անատոմիա: Ենթաստամոքսային գեղձի բշտերի 20%-ը իսկական բշտեր են (ռետենցիոն, ցիստադենոմաներ, ցիստադենոկարցինոմաներ), որոնք ներսից պատված են էպիթելային շերտով և մեծ չափսեր չունեն:

Բշտերի 80%-ը կեղծ են, դրանք ներսից պատված են գրանուլյացիոն հյուսվածքով և ունենում են մեծ չափսեր: Պատճառը նախկինում տարած սուր դեստրուկտիվ պանկրեատիտն է կամ վնասվածքը: Այն լցված է պանկրեատիկ հյուլթով, մեռուկացած հյուսվածքներով:

Կլինիկա: Փոքր բշտերը կարող են երկար ժամանակ կլինիկական նշաններ չունենալ: Մեծ բշտերի ժամանակ կլինիկական պայմանավորված է նրանց չափսով, որևէ օրգանի նկատմամբ գրաված դիրքով: Առավել հաճախ հաղիպող ախտանիշերն են՝

- ծանրության զգացում, անցողիկ կամ մշտական ցավեր էպիգաստրալ շրջանում,
- սրտխառնոց, երբեմն փսխում, երբ բուշտը ճնշում է ստամոքսին կամ 12-մատնյա աղիքին:
- դեղնուկ, երբ բուշտը ճնշում է յարդի դրունքին,

- ընդհանուր թուլություն, քաշի կորուստ,
- շոշափվող գոյացություն որովայնի խոռոչում,
- աղիքային անանցանելիության նշաններ, երբ բուշտը ճնշում է

աղեգավարներին, մասնավորապես՝ լայնական հաստ աղիքին:

Բարդությունները՝

- արյունահոսություն բշտի խոռոչ,
- բշտի թարախակալում,
- բշտի պատռում, պերիտոնիտ:

Ախտորոշում: Սոնոգրաֆիան և համակարգչային շերտագրությունն առավել տեղեկատվական մեթոդներ են պանկրեասի բշտերի հայտնաբերման համար: Դրանք նկարագրում են բշտի տեղակայումը և չափերը:

Չետընթաց խոլանգիոպանկրեատիկոգրաֆիայով հնարավոր է գնահատել ենթաստամոքսային գեղձի գլխավոր ծորանի անատոմիական վիճակը (խցանումը, ստրիկտուրաները, կապը բշտի խոռոչի հետ, որը շատ կարևոր է վիրահատության տեսակի ընտրության ժամանակ):

Բուժումը միայն վիրահատական է, կատարվում են՝

1. Արմատական վիրահատություններ՝

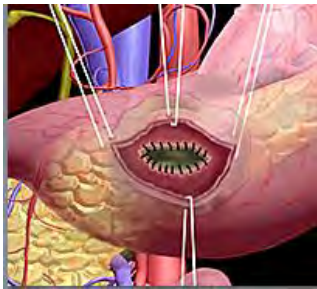
• Ենթաստամոքսային գեղձի ախտահարված հատվածի մասնահատում՝ բշտի հետ միասին. կատարվում է դիստալ տեղակայման փոքր, իսկական (պրոլիֆերատիվ) և դեգեներատիվ բշտերի ժամանակ:

• Ներքին դրենավորման *վիրահատություն*. ցիստոգաստրոստոմիա (նկ.1.66), ցիստոդուոդենոստոմիա, ցիստոյեյունոստոմիա (նկ.1.67): Կատարվում է հատկապես ռետենցիոն բշտերի ժամանակ:

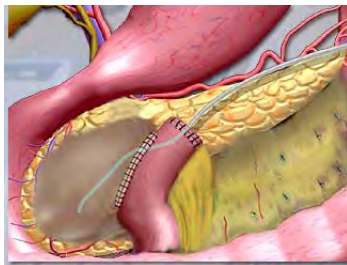
2. Անոթիչ վիրահատություններ, որոնք ենթադրում են հետագա կրկնակի վիրահատական միջամտություն՝

• *Բշտի արտաքին դրենավորում և մարսուպիալիզացիա* (նկ.1.68). ցուցված են բշտի թարախակալման և մեծ չափերով բշտերի ժամանակ:

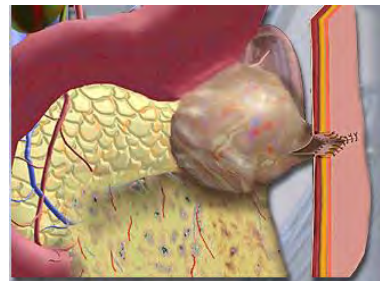
- *Բշտի միջնաշկային պունկցիա և դրենավորում սոնոգրաֆիայի կամ ԿՏ-ի հսկողությամբ (բշտի թարախակալման ժամանակ):*



*Նկ. 1.66.
Ցիստոգաստրոստոմիա*



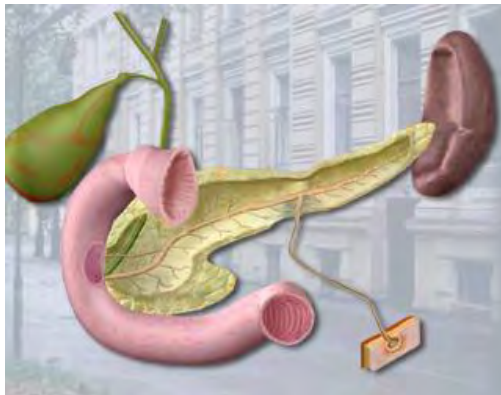
*Նկ. 1.67.
Ցիստոյեյունոստոմիա*



*Նկ. 1.68.
Մարսուպիալիզացիա*

ԵՆԹԱՍՏԱՄՈՔՍԱՅԻՆ ԳԵՂՁԻ ԽՈՒՂԱԿՆԵՐ

Ենթաստամոքսային գեղձի խողակներն ախտաբանական հաղորդակցություններ են գեղձի ծորանների և այլ օրգանների խոռոչների կամ արտաքին միջավայրի միջև (նկ.1.69):



Նկ. 1.69. Ենթաստամոքսային գեղձի խողակ

Դասակարգումը՝

- *Արտաքին* (բացվում են մաշկի վրա) և *ներքին* (բացվում են այլ

օրգանների, օրինակ՝ ստամոքսի, աղիքների խոռոչներ):

- *Լրիվ և ոչ լրիվ* խուղակներ:

Ոչ լրիվ խուղակներին ժամանակ ենթաստամոքսային գեղձի արտադրուկը բնականոն ճանապարհով անցնում է 12-մատնյա աղիք, իսկ լրիվ խուղակների ժամանակ արտադրված ամբողջ հեղուկը դուրս է գալիս մաշկի վրա կամ այլ օրգանի խոռոչ:

Էթիոլոգիա:

- Ենթաստամոքսային գեղձի վնասվածքները:
- Ենթաստամոքսային գեղձի վիրահատությունները:
- Սուր պանկրեատիտը:

Կլինիկա: Ներքին խուղակի ժամանակ կլինիկական նշաններն աղքատ են, իսկ արտաքին խուղակին բնորոշ են՝

- պանկրեատիկ հեղուկի, երբեմն արյան կամ թարախի խառնուրդով արտադրություն մաշկի վրա, որը հանգեցնում է մաշկի մացերացիայի,

- լրիվ խուղակների ժամանակ հիվանդը կորցնում է օրական մոտ 1.5լ մարսողական հյութ, որը հանգեցնում է սպիտակուցային, ածխաջրատային և ճարպային փոխանակության խանգարման, ջրաաղային և էլեկտրոլիտային դիսբալանսի (անհաշվեկշռության), հիվանդի վիճակի կտրուկ վատացման, ասթենիզացիայի:

Ախտորոշում: Ախտորոշման ժամանակ հաշվի են առնում՝

- կլինիկական պատկերը,
- արտադրված հեղուկի մեջ պանկրեատիկ ֆերմենտների առկայությունը,
- ֆիստուլոգրաֆիայի տվյալները (նկ.1.70):



Նկ. 1.70. Ենթաստամոքսային գեղձի խուղակ (ֆիստուլոգրաֆիա)

Բուժում:

Պահպանողական եղանակ. ցուցված է մասնակի խուղակների ժամանակ, ներառում է՝

- մաշկի տեղային մշակում խուղակի շուրջ,
- ինֆուզիոն- և վիտամինաթերապիա,
- սպիտակուցներով հարուստ սնունդ,
- ցիտոստատիկներ և սպազմոլիտիկներ:

Վիրահատական բուժումը ցուցված է լրիվ խուղակների ժամանակ, կատարվում է՝

- խուղակի հատում, ֆիստուլոգաստրոստոմիա,
- խուղակի հատում, ֆիստուլոյեյունոստոմիա,
- խուղակի հատում, ենթաստամոքսային գեղձի մասնահատում:

ԹԵՄԱ 6. ԼԵՂԱՔԱՐԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆՂՈՒԹՅՈՒՆ: ԽՈՒՆՅԻՍՏԻՏ

Լեղաքարային հիվանդությունը տարածված հիվանդություն է, այն առավելապես զարգանում է 40 տարեկանից հետո: Հաճախ հիվանդանում են կանայք:

Էթիոլոգիան և պաթոգենեզը: Լեղաքարային հիվանդության մորֆոլոգիական սուբստրատ են լեղապարկում և լեղուղիներում առաջացող տարբեր տրամաչափի ու ձևի քարերը: Քարագոյացման անհրաժեշտ պայմաններն են՝

1. լեղականզը,
2. նյութափոխանակության խանգարումը,
3. բորբոքումը:

Լեղականզ կարող է առաջանալ անատոմիական առանձնահատկությունների, լեղուղիների դիսկինեզիայի պատճառով: Նյութափոխանակության խանգարման դեպքում կարևոր նշանակություն ունի խոլեստերինի, ֆոսֆոլիպիդների (լեցիտինի) և լեղաթթուների փոխհարաբերությունը: Վարակը լեղուղիներ կարող է թափանցել արյան, ավիշի միջոցով, ինչպես նաև 12-մատնյա աղիքից հետընթաց ճանապարհով:

Լեղային քարերը լինում են՝

- խոլեստերինային (դեղին),
- պիգմենտային (սև կամ դարչնագույն),
- կալցիումական (սպիտակ),
- խառը:

Լեղաքարային հիվանդությունը կարող է ընթանալ անախտանիշ: Քարերը լեղապարկում կարող են հայտնաբերվել այլ հիվանդության կապակցությամբ հիվանդի հետազոտման, որովայնի խոռոչի օրգանների վիրահատությունների, հերձման ժամանակ: Առավել հաճախ լեղաքարային հիվանդությունն արտահայտվում է լյարդային (լեղային) խիթի ձևով: Ցավային նոպայի առաջացման պատճառ է լեղապարկի վզիկի կամ պարկային ծորանի խցանումը քարով: Զարգանում է քարային

խոլեցիստիս:

ՍՈՒՐ ԽՈԼԵՑԻՍՏԻՏ

Սուր խոլեցիստիտը լեղապարկի սուր բորբոքումն է: Լինում է քարային և ոչ քարային:

Դասակարգումը՝

- կատառալ.
- ֆլեգմոնոզ.
- գանգրենոզ:

Սուր խոլեցիստիտի բարդություններն են՝

- լեղապարկի թափածակում,
- լեղապարկի էմպիեմա,
- պերիտոնիտ,
- խոլեդոխոլիթիազ,
- բիլիար պանկրեատիտ ,
- սուր խոլանգիտ:

Կլինիկա: Տարբերում են ընդհանուր և տեղային նշաններ:

Տեղային նշաններն են՝

• Օրթների-Գրեկովի ախտանիշ. աջ կողադեղին բախելիս ցավերը սաստկանում են:

• Մերֆիի ախտանիշ. աջ ենթակողում սեղմելիս, երբ հիվանդը խոր ներշնչում է կատարում, ցավերն ուժեղանում են:

• Գեորգիևսկի-Մյուսիի ախտանիշ. կրծոսկրանրակապտկային մկանի ոտիկների միջև սեղմելիս ցավերն ուժեղանում են:

Ընդհանուր նշաններից են՝

• *Ցավը*, որը հաճախ առաջանում է ճարպոտ սնունդ ընդունելուց: Ունի նոպայաձև բնույթ, տեղակայվում է աջ թուլակողի և էպիգաստրալ շրջաններում, ճառագայթվում է դեպի աջ թիակ և ուսահոդ, պարանոցի աջ կես (աջ ստոծանիական նյարդի ճյուղերի գրգռման հետևանքով), հազվադեպ՝ սրտի շրջան՝ նմանվելով ստենոկարդիայի նոպայի

(Բոսկինի ախտանիշ, խոլեցիստոկոորոնար ախտանիշ):

• *Մրոխառնոցը և փսխումը*, որոնցից հիվանդի վիճակը չի թերևանում:

Դեստրոկտիվ ձևերի (ֆլեգմոնոզ, գանգրենոզ և բարդացած) ժամանակ աջ ենթակողում նկատվում է մկանային դեֆանս, որովայնը հետ է մնում շնչական շարժումներից, որովայնամզի գրգռման ախտանիշերը (Շչոտկին-Բլումբերգի, Ռագդոլսկու, Վոսկրեսենսկու կամ շապիկի ախտանիշերը) դրական են: Երբ բորբոքային գործընթացն անցնում է գանգրենոզ ձևի, կարող է առաջանալ ցավային զգացողության նվազում և հիվանդի վիճակի թվացյալ լավացում: Դա պայմանավորված է լեղապարկում զգայական նյարդային վերջույթների մեռուկացմամբ: Սակայն թվացյալ լավացման շրջանին շատ արագ հաջորդում է հարածուն ինտոքսիկացիան, որը հատկապես արտահայված է լեղապարկի պատի թափածակման ժամանակ, երբ զարգանում է տեղային կամ **տարածուն պերիտոնիտ**: Սուր խոլեցիստիտը մեծահասակների և հատկապես ծերերի շրջանում՝ օրգանիզմի ցածր դիմադրողականության, ուղեկցող հիվանդությունների հետևանքով ունենում է ջնջված ընթացք՝ հաճախ բացակայում են ինտենսիվ ցավային զգացողությունները, արտահայտված չէ որովայնի առաջային պատի մկանների պաշտպանական լարվածությունը, չկա բարձր լեյկոցիտոզ:

Սուր խոլեցիստիտը կարող է բարդանալ **խոլեդոխոլիթիազով**՝ ընդհանուր լեղածորանում տարբեր տրամաչափի քարերի առկայությամբ, որոնք հիմնականում ընդհանուր լեղածորան են անցնում լեղապարկից: Նրանց միգրացիան հնարավոր է կարճ և լայն լեղածորանի, լեղապարկի վզիկի կամ Հարտմանի գրպանիկի շրջանի պառկելախոցերի դեպքում, երբ լեղապարկի և ընդհանուր լեղածորանի միջև առաջանում է լայն խուղակ: Խանգարվում է դեպի աղիք լեղու արտահոսքը, զարգանում է օբստուրացիոն դեղնուկ: Ի հայտ են գալիս մաշկի, սկլերաների դեղնություն, կղանքը դառնում է անգույն, մեզը մզանում է:

Տասներկումատնյա աղիքի մեծ պտկիկի ամպուլան քարերով

խցանվելու դեպքում օբտուրացիոն դեղնուկի հետ միասին, կարող է զարգանալ **բիլիար պանկրեատիտ**: Հիվանդի զանգատներին ավելանում են անզուսպ փսխումն ու գոտևորող ցավերը:

Լեղածորաններում լեղու կանգը բարենպաստ պայմաններ է ստեղծում մանրէների բուռն աճ համար, զարգանում է **սուր խոլանգիտ**, որը լինում է կատառալ և թարախային: Բնութագրվում է մարմնի ջերմաստիճանի կտրուկ բարձրացմամբ (մինչև ֆեբրիլ թվեր), ցնցող դողով, յուրաքանչյուր նոպայից հետո դեղնության արտահայտմամբ: Սուր թարախային խոլանգիտի դեպքում լեղածորանների պատերում, լյարդի պարենքիմայում և դրա մակերեսին առաջանում են մանր թարախակույտեր (լյարդի բազմակի խոլանգիոզեն թարախակույտեր): Այդ ժամանակ դեղնուկը պայմանավորված է ոչ միայն լեղու արտահոսքի դժվարացմամբ, այլ նաև լյարդային պարենքիմայի վնասմամբ: Թարախային խոլանգիտի բուռն հարաճուն ընթացքը կարող է առաջացնել սեպսիս՝ կանխորոշելով հիվանդության անբարենպաստ ելքը:

Ախտորոշումը կատարվում է կլինիկական, լաբորատոր և գործիքային հետազոտությունների հիման վրա:

Լաբորատոր հետազոտություններ: Արյան հետազոտությամբ հայտնաբերվում են լեյկոցիտոզ, դեստրուկտիվ ձևերի ժամանակ՝ լեյկոցիտային բանաձևի ձախ թեքում, ԷՆԱ-ի բարձրացում, կրեատինինի, միզանյութի բարձրացում, սուր խոլանգիտի, խոլեդոխոլիթիազի դեպքում՝ բիլիռուբինեմիա, ռեակտիվ պանկրեատիտի ժամանակ՝ ամիլազայի ավելացում:

Գործիքային հետազոտություններ:

Որովայնի խոռոչի սոնոգրաֆիան կարող է հայտնաբերել լեղապարկի պատերի հաստացում, քարերի առկայություն նրա լուսանցքում: Խոլեդոխոլիթիազի ժամանակ դիտվում են ներ- և արտալյարդային ծորանների լայնացում, ծորանում քարերի առկայություն:

Ռենտգեն շրջադիտակային քննությամբ ստոծանու աջ գմբեթը

բարձր է տեղակայված, իսկ շարժումները սահմանափակ են, կարող են երևալ նաև ռենտգեն պոզիտիվ քարերը:

Հետընթաց խոլանգիոպանկրեատոգրաֆիան (ՀՆՊԳ) ցուցված է հատկապես խոլեդոխոլիթիազի ժամանակ (նկ.1.71, 1.72):



Նկ. 1.71. Էնդոսկոպիկ հետընթաց խոլանգիոպանկրեատոգրաֆիա: Փոքր եզակի քար լեդածորանում



Նկ. 1.72. Էնդոսկոպիկ հետընթաց խոլանգիոպանկրեատոգրաֆիա: Բազմաթիվ քարեր լայնացած ընդհանուր լեդածորանում

Լապարասկոպիկ հետազոտությամբ վերջնականապես կարելի է ախտորոշել և այդ մեթոդով էլ ավարտել վիրահատությունը:

Տարբերակիչ ախտորոշումը՝

• *Սուր ասկենդիցիտի* ժամանակ ցավերն աստիճանաբար սկսվում են էպիգաստրալ շրջանում, ապա տեղակայվում են աջ գտային շրջանում, չեն ճառագայթվում, կապ չունեն սնունդ ընդունելու հետ:

• *Սուր պանկրեատիտի* ժամանակ ցավերն ունեն հաճախ գոտևորոշ բնույթ, արյան մեջ ամիլազան բարձր է:

• *Թափածակված խոցն* սկսվում է հանկարծակի, «դաշույնի հարված» հիշեցնող ցավերով, որոնք տեղակայված են էպիգաստրալ շրջանում, չեն ճառագայթում, որովայնը «նալկաձև» ներս է ընկած և

«տախտականման» լարված է, փսխումը բնորոշ չէ, հիվանդը կարող է նշել խոցային անամնեզ: Ռենտգեն քննությամբ ստոծանու տակ հայտնաբերվում է ազատ գագ:

- *Ստրանգուլյացիոն աղիքային անանցանելիություն.* որովայնը փքված է, ասիմետրիկ, ցավերն ունեն սպաստիկ բնույթ, չեն ճառագայթվում աջ թիակ ու ուսահոդ, սկզբնական շրջանում աղիքների պերիստալտիկան (գալարակծկանքը) նույնիսկ ակտիվացած է: Ռենտգեն քննությամբ հայտնաբերվում են Կոլյբերի գավաթներ:

- *Միջընդերային անոթների թրոմբոզ.* հիվանդի վիճակն ի սկզբանե խիստ ծանր է, անամնեզում հաճախ նշում է սրտամկանի սուր ինֆարկտ, ռևմոկարդիտ, միտրալ ստենոզ, ստորին վերջույթների վարիկոզ և այլն, ցավերը տարածված են ամբողջ որովայնով մեկ, բնորոշ է արյունոտ լուծը: Կասկածի դեպքում ցուցված է ախտորոշիչ լապարասկոպիան:

- *Սրտամկանի սուր ինֆարկտ.* ցավերը պայմանավորված չեն սննդով, տրոպոնինի քանակն արյան մեջ բարձր է, էական են ԷՍԳ –ի և սոնոգրաֆիայի տվյալները:

- *Աորտայի շերտազատվող անևրիզմա.* կարևոր նշանակություն ունեն կոնտրաստային ՀՇ –ի և անգիոգրաֆիայի տվյալները:

- *Երիկամային խիթի* ցավերն սկսվում են հանկարծակի, գոտկային շրջանից, ճառագայթվում են դեպի վար՝ արտաքին սեռական օրգաններ, առկա են միզախանգարման երևույթներ՝ հաճախամիզություն, ցավոտ միզարձակում, արյունամիզություն: Սոնոգրաֆիան հայտնաբերում է մեզի հոսքի խանգարում:

Բուժումը վիրահատական է: Կատարվում է խոլեցիստեկտոմիա, բայց երբեմն (որովայնամզի գրգռման ախտանիշերի բացակայության, ուղեկցող ծանր հիվանդությունների առկայության կամ վիրահատական միջամտության անհնարիության ժամանակ) անհրաժեշտություն է առաջանում մինչև վիրահատությունը նշանակել պահպանողական միջոցառումներ՝ լյարդային խիթից հանելու և ժամանակ շահելու նպատակով: Դրա մեջ ներառում են ճարպաթթուներով հարուստ սննդի սահմանափակումը, սպազմոլիտիկների, ցավազրկողների կիրառումը

(բացառությամբ օփիոմի խմբի պատրաստուկների, որոնք հանգեցնում են Օդիի սֆինկտերի սպազմի), ինֆուզիոն թերապիան, հակաբիոտիկոթերապիան:

Խոլեցիստեկտոմիայի համար հաճախ մուտք են ծառայում՝

- աջ կողադեղին գուգահեռ թեք կտրվածքը՝ ըստ Կոխերի (ուղիղ) կամ ըստ Ֆեոդորովի (թեքումով դեպի թրածն ելուն),

- վերին միջային կտրվածքը,

- աջ վերին լայնական կտրվածքը,

- աջ վերին պարանեկտալ կամ տրանսնեկտալ կտրվածքը:

Ներկայումս առավելությունը տրվում է լապարասկոպիկ խոլեցիստեկտոմիային, որի ժամանակ մուտք են ծառայում որովայնի առաջային պատին կատարվող մի քանի անցքերը:

Խոլեցիստեկտոմիան իրականացվում է երկու եղանակով՝

1. հատակից կամ անտեզրադ,

2. վզիկից կամ հետընթաց:

Անտեզրադ եղանակը ցուցված է արտահայտված բորբոքային փոփոխությունների ժամանակ:

Վիրահատության ժամանակ կասկածելի դեպքերում (անամնեզում դեղնուկ, խոլեդոխոլիթիազ, խոլեդոխի դիստալ հատվածի ստրիկտուրա և այլն) անհրաժեշտ է կատարել խոլեդոխի գոնդավորում, խոլեդոխոսկոպիա կամ խոլանգիոգրաֆիա: Խոլեդոխոլիթիազի հայտնաբերման դեպքում պետք է կատարել խոլեդոխոտոմիա, քարի հեռացում, խոլեդոխի արտաքին կամ ներքին դրենավորում:

Խոլանգիտով, պանկրեատիտով բարդանալու դեպքում անհրաժեշտ է կատարել նաև խոլեդոխի արտաքին դրենավորում: Եթե սովորական դրենաժը դրվում է լեդապարկի վզիկից, դրենավորման այդ ձևը կոչվում է ըստ Հոլսեդ-Պիկովսկու, եթե այն դրվում է խոլեդոխի վրա կատարված առանձին կտրվածքով դեպի վեր՝ ըստ Վիշնևսկու: Հաճախ կիրառվում է T-աձև դրենաժը, որը նույնպես դրվում է խոլեդոխի վրա կատարված առանձին կտրվածքով՝ դրենավորում ըստ Կեռի:

Խոլեդոխոլիթիազի ժամանակ մինչ խոլեցիստեկտոմիան

կատարվում է ՀԽՊԳ, Էնդոսկոպիկ պապիլոսֆինկտերոտոմիա (ԷՊՍ), Դորմիայի անունը կրող զամբյուղով խոլեդոխից հեռացնում են քարը, այնուհետև կատարում խոլեցիստեկտոմիա: Իսկ եթե ՀԽՊԳ, ԷՊՍ-ով քարը հնարավոր չի լինում հեռացնել, ապա կատարվում է խոլեցիստեկտոմիա, որից հետո՝ խոլեդոխոտոմիա, քարի հեռացում, խոլեդոխի արտաքին կամ ներքին դրենավորում: Վիրահատությունն ավարտվում է ենթալյարդային տարածության, իսկ պերիտոնիտի առկայության ժամանակ նաև ենթաստոծանիական տարածության, կողմնային ակոսների, փոքր կոնքի դրենավորումներով: Պանկրեատիտի ժամանակ կատարվում է նաև ճարպոնային ծոցի դրենավորում:

ՔՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ՔԱՐՍՅԻՆ ԽՈԼԵՑԻՍՏԻՏ

Դասակարգումը՝

1. Առաջնային քրոնիկական քարային խոլեցիստիտ:
2. Մնացորդային քրոնիկական քարային խոլեցիստիտ:
3. Բարդացած քրոնիկական քարային խոլեցիստիտ, որի բարդությունները կարող են լինել՝
 - խոլեդոխոլիթիազը,
 - խոլանգիտը,
 - դուոդենալ մեծ պտկիկի սպիական նեղացումները,
 - ներքին բիլիոդիգեստիվ խոլոլակները,
 - լեղապարկի ջրգոդությունը:

Կլինիկա: Քրոնիկական քարային խոլեցիստիտն ընթանում է սրացումներով և ռեմիսիայով (ախտադադարով): Սուր շրջանում այն նման է սուր քարային խոլեցիստիտին: Ռեմիսիայի ժամանակ ախտանիշերը բացակայում են, կամ աջ թուլակոդում պահպանվում են ծանրության զգացողությունը և բույթ ցավերը, որոնք ուժեղանում են ճարպոտ սնունդ ընդունելուց հետո, առկա են դառնության զգացում բերանում, այրոց՝ կապված դուոդենոգաստրալ և գաստրոէզոֆագեալ ռեֆլյուքսների հետ (նկ.1.73):



*Նկ. 1.73. Ուլտրաձայնային հետազոտություն:
Եզակի մեծ քար լեղապարկի խոռոչում*

Խոլեդոխոլիթիազը երկար ժամանակ կարող է ընթանալ անախտանիշ, հատկապես փոքր փականային քարերի դեպքում: Ընդհանուր լեղածորանի խցանման ժամանակ զարգանում է լեղուղիների հիպերտենզիա, որը կլինիկորեն արտահայտվում է աջ թուլակողի շրջանում բուրջ ցավերով և օբտուրացիոն դեղնուկով՝ ի հայտ է գալիս մաշկի, սկլերաների դեղնություն, կղանքը դառնում է անգույն, մեզը մզանում է: Փականային քարը կարող է փոխել իր դիրքը, որի հետևանքով լեղու հոսքը վերականգնվում է, դեղնությունն՝ անցնում մինչև հաջորդ սրացում:

Քրոնիկական խոլանգիտը հետևանք է լեղուղիներում լեղու կանգի և վարակի թափանցման: Նրա տարատեսակներից է ***քրոնիկական սկլերոզացնող խոլանգիտը***, որը լեղուղիների պատերի հաստացմամբ և սկլերոզով ուղեկցվող քրոնիկական բորբոքում է, հանգեցնում է ներյարդային լեղածորանների խցանման և անցավ օբտուրացիոն դեղնուկի առաջացման:

Դուոդենալ մեծ պտկիկի ստենոզի ժամանակ ի հայտ են գալիս խոլեցիստոպանկրեատիտի, օբտուրացիոն դեղնուկի, խոլանգիտի ախտանիշեր: Հաճախ նեղացումները զուգակցվում են խոլեդոխոլիթիազի

հետ:

Ներքին լեղային խուղակները լինում են լեղաաղիքային, լեղաբրոնխային և այլն: Առաջանում են այդ շրջանի ծավալային դեստրուկտիվ պրոցեսների (յարդի, լեղապարկի քայքայվող ուռուցքի, թարախակաված բշտի, թարախակույտի, յարդի վնասվածքի և այլն) կամ լեղապարկում հատկապես խոշոր չափսերի քարերի երկարատև գտնվելու հետևանքով: Լեղապարկի պատում առաջանում է պատկելախոց: Լեղապարկի պատը սպիական հյուսվածքով սերտորեն միանում է մոտակա խոռոչավոր օրգանի պատին (միջաձիգ հաստ աղիք, տասներկումատնյա աղիք, ստամոքս, բարակ աղիք), այնուհետև տեղի է ունենում լեղապարկին միաձուլված օրգանի պատի քայքայում և խուղակի առաջացում: Առավել հաճախ խուղակներ առաջանում են լեղապարկի և տասներկումատնյա աղիքի կամ հաստ աղիքի յարդային անկյան միջև: Ներքին բիլիոդիգեստիվ խուղակների կլինիկական արտահայտությունները սակավ են, հետևաբար ախտորոշել մինչև վիրահատությունը հնարավոր է լինում ոչ բոլոր հիվանդների դեպքում: Ռենտգեն քննության ժամանակ լեղուղիներում հայտնաբերվում են գազի պղպջակներ, որը վկայում է լեղուղիների և խոռոչավոր օրգանների կապի մասին: Հայտնի են սուր աղիքային օբտուրացիոն անանցանելիության դեպքեր, որոնց պատճառը լեղապարկից դեպի աղիքի լուսանցք խոշոր քարերի տեղաշարժն է եղել:

Լեղապարկի ջրգողությունը զարգանում է լեղապարկի վզիկի բորբոքային օբիտերացիայի կամ քարերով խցանման և լեղու միկրոֆլորայի թույլ վիրուլենտության դեպքում: Ջարգանում է այսպես կոչված «անջատված լեղապարկ», որտեղ տեղի է ունենում լեղու բաղադրամասերի ներծծում, մանրէները վերանում են, լեղապարկի պարունակությունը դառնում է անգույն՝ «սպիտակ լեղի»:

Բուժում: Քրոնիկական խոլեցիստիտի բուժումը, ինչպես սուր խոլեցիստիտի ժամանակ, վիրահատական է: Խոլեդոխոլիթիազով կամ դուռդենալ մեծ պտկիկի ստենոզով բարդանալու դեպքում մինչև վիրահատությունը կատարվում է ՀԽՊԳ, ԷՊՍ: Եթե հնարավոր չի լինում

քարը հեռացնել կամ ստենոզը վերացնել, վիրահատության ժամանակ խոլեցիստեկտոմիայից հետո կատարվում է խոլեդոխի հատում, քարի հեռացում և ընդհանուր լեղածորանի արտաքին դրենավորում: Իսկ եթե առկա են բազմաթիվ քարեր, ընդհանուր լեղածորանի տրամագիծն էլ 2սմ-ից ավելի է, դրվում է բիլեոդեզիստիվ (լեղածորան-աղիքային) բերանակցում: Դուռդենալ մեծ պտկիկի ստենոզի ժամանակ կատարվում է բաց պապիլոսֆինկտերոտոմիա: Ընդհանուր լեղածորանի սպիական նեղացումները ենթակա են վերականգնողական վիրահատության կամ փոքր ինվազիվ միջամտության՝ նեղացած հատվածի բալոնային լայնացման և այդ տեղում ստենտի տեղադրման ձևով:

Քրոնիկական սկլերոզացնող խոլանգիտի պահպանողական բուժման նպատակով կիրառում են ստերոիդային հորմոններ, իմունոդեպրեսանտներ, հակաբիոտիկներ, սակայն արդյունքները բավարար չեն: Վիրահատական բուժումը ենթադրում է լյարդի տրանսպլանտացիա (փոխպատվաստում):

**ԹԵՄԱ 7. ՄԵՆԱՆԻԿԱԿԱՆ ԴԵՂՆՈՒԿ: ԼԵՂՈՒՂԻՆԵՐԻ
ՉԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ: ՇԵՏՈՒԼԵՑԻՍՏԷԿՏՈՄԻԿ
ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ:**

Դեղնուկը կամ դեղնախտը մաշկի, լորձաթաղանթի, սկլերաների դեղնությամբ ընթացող հիվանդությունների կամ ախտաբանական վիճակների ընդհանուր անվանում է: Պատճառը բիլիռուբինի մեծ քանակի կուտակումն է մաշկում կամ հյուսվածքներում: Դեղնուկները լինում են՝

1. վերլյարդային կամ հեմոլիտիկ,
2. լյարդային կամ պարենխիմատոզ,
3. ստորլյարդային կամ մեխանիկական:

Վերլյարդային կամ հեմոլիտիկ դեղնուկ: Զարգանում է երիթրոցիտների զանգվածային, ինտենսիվ քայքայման ժամանակ, երբ **անուղղակի** կամ **ազատ բիլիռուբինը** չի հասցնում լյարդում կապվել գլյուկուրոնաթթվի հետ և լեղու հետ հեռանալ, այլ մնում է արյան մեջ: Պատճառները բազմազան են. ռետիկուլոէնդոթելյար համակարգի հիպերֆունկցիա, հիպերսպլենիզմ, հեմոլիտիկ անեմիա, մեծ հեմատոմաների ներծծում, ծանր մետաղի աղերով թունավորում, որոշ միջատների և սողունների խայթոց և այլն:

Լյարդային կամ պարենխիմատոզ դեղնուկ: Զարգանում է հեպատոցիտների ախտահարման հետևանքով, երբ անուղղակի կամ ազատ բիլիռուբինը ամբողջությամբ չի հասցնում միանալ գլյուկուրոնաթթվի հետ և վերածվել ուղղակի կամ կապված բիլիռուբինի, իսկ արդեն կապված բիլիռուբինն էլ ամբողջությամբ չի անցնում լեղածորաններ, այլ քայքայված հեպատոցիտից վերադառնում է արյան հուն: Դրա հետևանքով բիլիռուբինի երկու բաղադրամասերն էլ արյան մեջ բարձր են: Պարենխիմատոզ դեղնուկի հաճախ հանդիպող պատճառը վիրուսային հեպատիտն է, այնուհետև պատճառ կարող են լինել լեպտոսպիրոզը, լյարդի ցիռոզը, որոշ թունաքիմիկատներ (արսենի, ֆոսֆորի, քլորի միացությունները) և այլն:

Ստորլյարդային կամ մեխանիկական դեղնուկն ախտաբանական

համախտանիշ է, որը պայմանավորված է լեղուղիներով լեղու արտահոսքի լրիվ կամ մասնակի խանգարմամբ: Պատճառ կարող են լինել՝

1. զարգացման արատները (խոլեդոխի ատրեզիան, կիստաները, ֆատերյան պոկիկին մոտ գտնվող 12-մատնյա աղիքի դիվերտիկուլները, լեղուղիների հիպոպլազիան),

2. լեղաքարային հիվանդությունը, խոլեդոխոլիթիազը, ընդհանուր և լյարդային լեղուղիներում քարի առկայությունը, ֆատերյան պոկիկի խցանումը քարով (այս խումբը ամենահաճախ է հանդիպում),

3. լեղուղիների և ֆատերյան մեծ պոկիկի ստրիկտուրաները,

4. բորբոքային հիվանդությունները՝ սուր խոլեցիստիտը և պերիխոլեցիստիտը, խոլանգիտը, պանկրեատիտը,

5. հեպատոդոտոլենալ շրջանի ուռուցքները և բշտերը (ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի քաղցկեղը, ֆատերյան մեծ պոկիկի քաղցկեղը, լյարդի էխինոկոկոզը, լեղուղիների պապիլոման, լյարդի դրունքի մետաստազները և լիմֆոմաները):

Պարզենեզ: Նորմալում ընդհանուր լեղածորանի տրամագիծը 6-8մմ է, լեղու արտահոսքի խանգարման հետևանքով այն կարող է հասնել 2.5սմ և ավելի, զարգանում է ներծորանային հիպերտենզիա (մոտ 250-300 մմ ջրի սյուն), որը հանգեցնում է հեպատոցիտի պատի քայքայման, լեղին անցնում է նախ հեպատոցիտի մեջ, ապա՝ արյան հուն: Քայքայված հեպատոցիտները չեն վերականգնվում, և եթե դրանք մեծ քանակի են հասնում, զարգանում է լյարդային անբավարարություն: Հետագայում քայքայված հեպատոցիտի տեղում առաջանում է շարակցական հյուսվածք՝ պայմանավորելով բիլիար ցիռոզի զարգացումը: Խոլեստազի պայմաններում մանրէները հեշտությամբ կարող են թափանցել լեղածորաններ և բազմանալ (լեղին սննդային լավ միջավայր է)՝ առաջացնելով խոլանգիտ: Հատկապես վտանգավոր է թարախային խոլանգիտը, որի ժամանակ լյարդի հյուսվածքում զարգանում են տարբեր տրամագծի թարախակույտեր և առաջացնում սեպտիկ վիճակ:

Արյան հուն անցած լեղաթթուներն ու դրանց խանգարված

փոխանակության արգասիքները տեղակայվում են բուն մաշկում՝ պայմանավորելով մաշկի դեղին գույնը, գրգռում են նյարդային ռեցեպտորները՝ առաջացնելով սաստիկ քոր:

Լեղին աղիքի լուսանցք չանցնելու պատճառով խանգարվում է ճարպերի էմուլգացումը և ճարպալույծ վիտամինների ներծծումը: Արյան մեջ բարձրանում է խոլեստերինի խտությունը, ընկնում արյան մակարդեկությունը, զարգանում հիպոպրոտեինեմիա: Կղանքում բացակայում է ստերկոբիլինը, որը բիլիռոբինի օքսիդացման արդյունք է, կղանքն անգունանում է: Ուռոբիլինը, որն առաջանում է ստերկոբիլինից և պայմանավորում մեզի գույնը, նույնպես բացակայում է, բայց քանի որ բիլիռոբինն արյան մեջ բարձր կոնցենտրացիայի պատճառով մասամբ դուրս է գալիս մեզով, ուստի մեզը ունենում է մուգ գույն:

Ըստ մորֆոլոգիական հետազոտության՝ տարբերում են հիվանդության 4 փուլ (Վիտալին Վ.Ի., 1965թ.):

1-ինը արտալյարդային խոլեստազի փուլն է, որը բնորոշվում է հեպատոցիտների սահմանափակ ախտահարմամբ և լյարդի բավարար ֆունկցիայով:

2-րդ փուլում նկատվում են լյարդի պարենխիմայի դիստրոֆիկ փոփոխություններ և ֆունկցիայի արտահայտված ընկճում:

3-րդ փուլում նկատվում է լյարդի մորֆոլոգիական և ֆունկցիոնալ վիճակի բարելավում (հարաբերական ադապտացիայի փուլ):

4-րդ փուլը բնորոշվում է լյարդի պարենխիմայի մեռուկացումների ռեցիդիվով:

Բիլիար հիպերտենզիան հանգեցնում է խոլեստատիկ թունավորման, խոլանգիտի, հարաճող լյարդային անբավարարության, որը լյարդի թունազերծման և սինթետիկ ֆունկցիաների ընկճման արդյունք է: Լյարդում ախտաբանական փոփոխությունների արագությունը և աստիճանը պայմանավորված է պրոցեսի ակտիվությամբ, միկրոցիրկուլյացիայի խանգարմամբ, հյուսվածքների հիպօքսիայով, լեղուղիներում բորբոքման առկայությամբ և ախտաբանական ազդեցության երկարատևությամբ:

Մեխանիկական դեղնուկի դասակարգումը

Ըստ էթիոլոգիայի (ախտապատճառի) լինում են՝

- բարորակ (խոլեդոխոլիթիազ, սպիական փոփոխություններ և այլն),
- չարորակ (ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի, ֆատերյան պտկիկի, լեդոլիների քաղցկեղ և այլն):

Ըստ կլինիկական ընթացքի լինում են՝

- սուր,
- քրոնիկական:

Ըստ լեղու արտահոսքի խանգարման աստիճանի՝

- լրիվ,
- ոչ լրիվ, այդ թվում նաև փականային քարով:

Կլինիկա: Բնորոշ են մաշկի, սկլերաների, տեսանելի լորձաթաղանթների դեղնությունը, մաշկի քորը, ախտիկ կղանքը, մեզի մուգ գունավորումը: Ցավի բնույթը պայմանավորված է բուն հիվանդությամբ: Լեղաքարային հիվանդության, խոլեդոխոլիթիազի ժամանակ ցավերը նման են սուր խոլեցիստիտին, ընդ որում՝ սկզբից լինում է սուր ցավ, այնուհետև ի հայտ է գալիս դեղնությունը, իսկ ուռուցքների ժամանակ հիվանդը սկզբից դեղնում է, ապա միանում են բուրբ ցավերը՝ պայմանավորված լյարդի մեծացմամբ և Գլխտնի կապտուկայի (պատիճի) ձգմամբ: Խոլանգիտով բարդանալու դեպքում միանում են բարձր, հեկտիկ ջերմությունը, դողը, սարսուռը: Հիվանդն ունենում է դիսպեպտիկ երևույթներ: Հիվանդության խորացմանը գուրնթաց՝ զարգանում է լյարդային և պոլիօրգանային անբավարարություն, որը կարող է հանգեցնել հիվանդի մահվան:

Ախտորոշում:

Լաբորատոր քննություններ: **Արյան մեջ բարձրանում է կապված քիլոտրեինի քանակը:** Բարձր են նաև հիմնային ֆոսֆատազայի, խոլեստերինի խտությունները, առկա է հիպոկոագուլյացիա:

Գործիքային քննություններ՝

- ստնոգրաֆիա. առկա է լեղուղիների լայնացում, հնարավոր է հայտնաբերել նաև բիլիար հիպերտենզիայի պատճառը՝ քար կամ այլ ծավալային գոյացություն,
- էնդոսկոպիկ հետընթաց խոլանգիոպանկրեատոգրաֆիա (ԷՀՄՊԳ). մեխանիկական դեղնուկի ժամանակ առավել տեղեկատվական մեթոդ է,
- համակարգչային շերտագրություն (ՀՇ),
- միջմաշկային միջլյարդային խոլանգիոգրաֆիա (ՄՄՄԳ),
- լապարասկոպիա:

Բուժում:

Պահպանողական բուժումը նախավիրահատական պատրաստությունն է: Այն ներառում է սպազմոլիտիկ, հեմոստատիկ, ինֆուզիոն, դետոքսիկացիոն, դեզագրեզացիոն, հեպատոտրոպ, իմունակարգավորող թերապիա, ինչպես նաև հակաբիոտիկաթերապիա:

Վիրահատական բուժում: Տարբերում են արմատական և ամոքիչ վիրահատություններ:

Արմատական է, երբ խոլեդոխոլիթիազի ժամանակ կատարվում է հետընթաց խոլանգիոպանկրեատոգրաֆիա, ապա էնդոսկոպիկ պապիլոսֆինկտերոտոմիա և քարերի հեռացում, կամ բաց եղանակով կատարվում է խոլեդոխոտոմիա, քարի հեռացում, խոլեդոխի արտաքին կամ ներքին դրենավորում, կամ, երբ պանկրեասի գլխիկի ուռուցքի ժամանակ կատարվում է պանկրեատոդուոդենալ մասնահատում:

Ամոքիչ վիրահատություններ ցուցված են, երբ հնարավոր չէ արմատական վիրահատություն կատարելը, օրինակ՝ պանկրեասի գլխիկի քաղցկեղի ուշ փուլերում կատարվում է ՀՄՊԳ, ընդհանուր լեղածորանի ստենոավորում կամ բաց վիրահատություն՝ շրջանցող բիլիոդիզեստիվ անաստոմոզ, օրինակ՝ խոլեցիստո-յեյունո կամ խոլեդոխոյեյունո, ապա յեյունո-յեյունո անաստոմոզներ: Երբեմն լապարասկոպիկ եղանակով ախտորոշումը ճշտելուց հետո հնարավոր է ձևավորել միկրոխոլեցիստոստոմիա: Կիրառվում է նաև լեղուղիների արտաքին դրենավորումը միջմաշկային միջլյարդային

խղանգիտգրաֆիայի (ՄՄԽԳ) եղանակով:

ԽՈՒԵՂՈՒՄՈՒԻԹԻԱԶ: ԽՈՒԱՆԳԻՏ

Խղեղոխոլիթիազը լեղածորանում քարի առկայությունն է: Քարերը հիմնականում առաջանում են լեղապարկում, ապա անցնում ընդհանուր լեղածորան լեղապարկի կարճ և լայն ծորանի, լեղապարկի վզիկի կամ Հարտմանի գրպանիկի շրջանի պառկելախոցերի դեպքում, երբ լեղապարկի և ընդհանուր լեղածորանի միջև առաջանում է լայն խողակ: Լեղու հոսքի խանգարման դեպքում քարեր կարող են առաջանալ նաև լեղածորաններում: Դրանք հաճախ տեղակայվում են Օդիի սֆինկտերի շրջանում՝ լրիվ կամ մասնակիորեն փակելով լեղու արտահոսքը, առաջացնելով օբտուրացիոն դեղնուկ: Լեղուղիներում քարերը կարող են լինել տարբեր ձևի, քանակի և չափսերի: Փոքր քարերն անցնում են աղիքի լուսանցք, ավելի մեծ քարերը խցանում են դուռդենալ մեծ պտկիկը, որի դեպքում բացի մեխանիկական դեղնուկից, կարող է առաջանալ նաև սուր պանկրեատիտ: Քարերը, անցնելով դուռդենալ մեծ պտկիկի միջով, առաջացնում են նրա բազմաթիվ վնասումներ, որի հետևանքով զարգանում է ստենոզացնող պապիլիտ: Լեղու արտահոսքի խանգարման հետևանքով նրա հատկությունները փոխվում են, և լեղուղիներում առաջանում է լեղային մածուկ, որից հետագայում ձևավորվում են փխրուն և կլոր քարեր:

Խղեղոխոլիթիազը բերում է բիլիար հիպերտենզիայի և լեղուղիների լայնացման, չնայած երբեմն կարող են քարեր հայտնաբերվել նաև չլայնացած լեղուղիներում: Կան **փականային քարեր**, որոնք, դիրքով պայմանավորված, կարող են ամբողջությամբ կամ մասնակի խցանել լեղածորանը՝ առաջ բերելով անցողիկ կամ ընդմիջվող դեղնություն:

Կլինիկան նման է սուր քարային խղեցիստիտին, կարող է սկսվել հանկարծակի, ճարպոտ սնունդ ընդունելուց, աջ ենթակողի նոպայաձև, սուր, դեպի աջ ուսը ճառագայթող ցավերով: Բնորոշ են մաշկի, սկլերաների, տեսանելի լորձաթաղանթների դեղնությունը, մգացած մեզը,

ախտիկ կղանքը, մաշկի քորը: Տեղային նշաններից կարող են դրական լինել Օրթոների, Մերֆիի, Սյուսիի ախտանիշերը:

Ախտորոշում: Լաբորատոր քննությունները հայտնաբերում են բիլիռուբինեմիա՝ ի հաշիվ կապված բիլիռուբինի:

Գործիքային քննություններից սոնոգրաֆիկ եղանակով հայտնաբերվում են լայնացած լեղուղիներ, հաճախ նաև քարը: Բայց խոլեդոխոլիթիազի ժամանակ քարը հայտնաբերելու համար առավել տեղեկատվական է հետընթաց խոլանգիոպանկրեատոգրաֆիան (ՀԽՊԳ), բայց այն կարող է առաջացնել սուր պանկրեատիտ՝ կոնտրաստային նյութը պանկրեատիկ ծորան անցնելու պատճառով:

Բուժումը վիրահատական է, պետք է հեռացնել քարը և վերականգնել լեղու արտահոսքը: Այդ նպատակի համար նվազագույն վնասվածքային միջամտությունն էնդոսկոպիկ եղանակն է՝ կատարվում է ԷՀԽՊԳ, ԷՊՍՍ (էնդոսկոպիկ պապիլուսֆինկտերոտոմիա), Դորմիայի գամբյուղը մտցվում է ընդհանուր լեղածորանին, նրանով հեռացվում քարը: Եթե այս եղանակով չի հաջողվում քարը հեռացնել, ապա կատարվում է լապարատոմիա. խոլեդոխոտոմիա, հեռացվում քարը:

Խոլեդոխոտոմիայից հետո վիրահատությունն ավարտվում է խոլեդոխի արտաքին կամ ներքին դրենավորմամբ, կամ էլ խոլեդոխի բացվածքը խուլ կարելով:

Եթե քարը եզակի է, ընդհանուր լեղածորանի տրամագիծն էլ չի գերազանցում 2սմ-ը, ապա կատարվում է խոլեդոխի ժամանակավոր արտաքին դրենավորում՝

1. Կեռի T-աձև դրենաժով:

2. Վիշնևսկու Γ-աձև դրենաժով: Դրենաժի ներքին ծայրն ուղղում են դեպի լյարդի դրունք: Լրացուցիչ անցք են բացում դրենաժի կորուսյան վրա, որպեսզի լեղին անցնի նաև դեպի 12-մատնյա աղիք:

3. Հոլստեդ-Պիկովսկու դրենաժով, որը տեղադրվում է լեղապարկի ծորանի միջով:

Սահմանափակ կիրառություն ունի նաև նագոբիլիար դրենավորումը:

Ընդհանուր լեղաձորանի ժամանակավոր դրենավորումն անհրաժեշտ է լեղուղիներում ճնշումն իջեցնելու համար՝ կանխելու լեղու հնարավոր արտահոսքը դեպի որովայնի խոռոչ, որի հետևանքով կարող է զարգանալ պերիտոնիտ: Դրենաժները հեռացվում են երեք շաբաթից ոչ շուտ, մինչև դրենաժի շուրջ շրջակա հյուսվածքներով խուղակի ձևավորվելը: Հեռացնելուց առաջ դրենաժը որոշ ժամանակ բարձրացվում է վեր, ապա փակվում: Եթե լեղու բնականոն հոսքը կասկած չի հարուցում՝ հիվանդը չի դեղնում, ցավեր, բարձր ջերմություն չի ունենում, դրենաժը հեռացվում է: Անհրաժեշտության դեպքում կարելի է կատարել ֆիստուլոգրաֆիա (դրենաժով կոնտրաստ նյութ են ներարկում և կատարում ռենտգենագրաֆիա):

Եթե խոլեդոխի տրամագիծը 2սմ-ից ավելի է, լուսանցքում էլ կան բազմաթիվ քարեր, ապա նպատակահարմար է կատարել ընդհանուր լեղաձորանի ներքին դրենավորում՝ ձևավորելով խոլեդոխոդուդենոանաստոմոզ կամ խոլեդոխոյեյունո- և յեյունո-յեյունոանաստոմոզներ:

Խոլեդոխոլիթիազի բարդություններն են՝

1. Մեխանիկական դեղնուկը:
2. Սուր և քրոնիկական պանկրեատիտը:
3. Լյարդի բիլիար ցիռոզը:
4. Դուոդենալ մեծ պտկիկի ստենոզը:
5. Սուր և քրոնիկական խոլանգիտը:

Խոլանգիտ: Լեղուղիների բորբոքումն է: Հաճախ զարգանում է խոլեստազի ժամանակ: Վարակը թափանցում է հետընթաց, հեմատոզեն, լիմֆոզեն (ավշային) ճանապարհներով:

Դասակարգում: Խոլանգիտը լինում է սուր և քրոնիկական: Սուրն իր հերթին կարող է լինել կատառալ և թարախային: Քրոնիկական խոլանգիտի տարատեսակ է սկլերոզացնող խոլանգիտը, որը հանգեցնում է բիլիար ցիռոզի զարգացման:

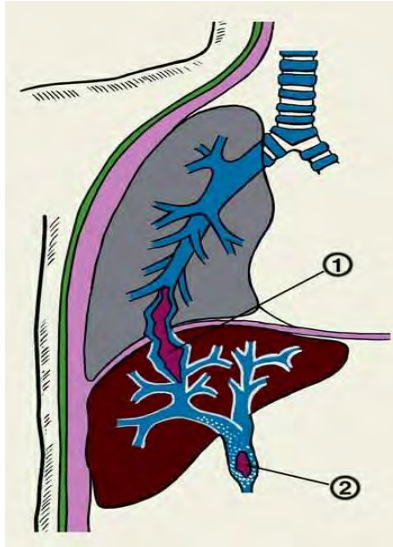
Կլինիկա: Սուր խոլանգիտն արտահայտվում է դեղնուկով, մարմնի բարձր հեկտիկ ջերմությամբ և ցնցող դողով (**Շարկոյի սրիադա**):

Յուրաքանչյուր նույնպիսի հետո դեղնությունն ավելանում է: Սուր թարախային խոլանգիտի դեպքում լեղաձորանների պատերում, լյարդի պարենխիմայում և նրա մակերեսին առաջանում են մանր թարախակույտեր (լյարդի բազմակի խոլանգիտոզեն թարախակույտեր): Այդ ժամանակ դեղնուկը պայմանավորված է ոչ միայն լեղու արտահոսքի դժվարացմամբ, այլ նաև լյարդային պարենխիմայի վնասմամբ: Ի հայտ է գալիս հեպատոսպլենոմեգալիա: Թարախային խոլանգիտի բուժն հարաճուն ընթացքը կարող է հանգեցնել սեպսիսի և կանխորոշել հիվանդության անբարենպաստ ելքը:

Բուժում: Անհրաժեշտ է կարգավորել լեղու արտահոսքը, պայքարել վարակի և ինտոքսիկացիայի դեմ:

Ներքին լեղային խոլակները հանդիպում են համեմատաբար հազվադեպ և կլինիկորեն կարող են չարտահայտվել: Դրանք հայտնաբերվում են պատահականորեն, օրինակ՝ ռենտգեն հետազոտության ժամանակ: Հաճախ (60—90%) պատճառը լեղաքարային հիվանդությունն է: Ավելի հազվադեպ լեղային խոլակ հանդիպում է խոցային հիվանդության, լեղապարկի, ստամոքսի քաղցկեղի, ակտինոմիկոզի, ավելոկոկոզի, լյարդի և լեղուղիների վնասման ժամանակ: Ներքին լեղային խոլակները սովորաբար ձևավորվում են լեղապարկի կամ ընդհանուր լեղաձորանի և 12-մատնյա աղիքի միջև:

Կլինիկորեն ներքին լեղային խոլակները քողարկվում են հիմնական հիվանդության հետևում՝ քրոնիկական քարային խոլեցիստիտ, ստամոքսի և 12-մատնյա աղիքի խոցային հիվանդություն և այլն: Բացառություն են կազմում լեղաբրոնխային խոլակները, որոնց ժամանակ խորխում առկա է լեղային պարունակություն (նկ.1.74):



Նկ. 1.74. Մխենատիկորեն պատկերված է լեղաբրոնխային խուղակը լեղաքարային հիվանդության ժամանակ:

1. լեղաբրոնխային խուղակ, 2. քարը ընդհանուր լեղածորանում

Բիլիոդիգեստիվ խուղակները հաճախ բարդանում են խոլանգիտով, որը հետևանք է դեպի լեղուղիներ ստամոքս-աղիքային պարունակության անցման, լյարդի թարախակույտի: Լեղապարկ-հաստաղիքային խուղակներն ուղեկցվում են արտահայտված կոլիտով, հաճախակի լուծով, որը հանգեցնում է ջրաաղային, սպիտակուցային փոխանակության խանգարմանը և հիվանդի կտրուկ հյուսմանը: Մեծ քարի անցումը լեղաաղիքային խուղակով կարող է առաջացնել սուր աղիքային անանցանելիություն:

Լեղային խուղակների ախտորոշումը դժվար է, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ հազի ժամանակ խորխի հետ առկա է լեղի (լեղաբրոնխային խուղակ), կամ օդի առկայությունը լեղուղիներում ռենտգեն հետազոտության (բիլիոդիգեստիվ խուղակ) ժամանակ: Լեղային խուղակների բացահայտմանը կարող են նպաստել դուռդենոգրաֆիան արհեստական հիպոտոնիայի ժամանակ, բրոնխոգրաֆիան:

Ներքին լեղային խուղակների վիրաբուժական միջամտության ցուցում են դրանց բարդությունները (խոլանգիտը, լյարդի թարախակույտը, աղիքային անանցանելիությունը, թոքային արյունահոսությունը և այլն) և հիմնական հիվանդությունը (խոլեցիստիտը, ստամոքսի խոցային հիվանդությունը, էլիմոկոկոզը և այլն): Վիրաբուժական միջամտությամբ խուղակի միջոցով հաղորդակցվող օրգաններն անջատվում են միմյանցից, և անցքերը կարվում են:

ՀԵՏԵՈՒԼԵՑԻՍՏԷԿՏՈՄԻԿ ՀԱՄԱԽՍԱՆԻՉ

Հետխոլեցիստեկտոմիկ համախտանիշն ախտանիշերի ընդհանրություն է, որը հանդիպում է նախկինում խոլեցիստեկտոմիա տարած հիվանդների մոտ: Այս տերմինը չի կարելի համարել հաջող, որովհետև խոլեցիստեկտոմիան ինքնին հաճախ որևէ կապ չի ունենում առկա գանգատների հետ:

Դասակարգում: Տարաբնույթ հիվանդությունների այս անմբողջությունը փորձել են համակարգել մի շարք հեղինակներ՝ Կուզինը, Տալմանը, Պրիբբամը, Գալպերինը, Վոլկովը և ուրիշներ: Առանձնացնում են հետխոլեցիստեկտոմիկ համախտանիշի երեք հիմնական խմբեր՝

1-ին խումբ: Այն հիվանդություններն են, որոնք եղել են մինչև խոլեցիստեկտոմիան, սակայն մինչև վիրահատությունն ամբողջությամբ կամ չեն հետազոտվել, կամ լիարժեք չեն բուժվել: Դրանք են՝ քրոնիկական գաստրիտը, ստամոքսի և 12-մատնյա աղիքի խոցային հիվանդությունը, ստոծանու կերակրափողային բացվածքի ճողվածքները, քրոնիկական կոլիտը, ռեֆլյուքս էզոֆագիտը, հեպատիտը, քրոնիկական պանկրեատիտը, լեղուղիների դիսկինեզիան և այլն:

2-րդ խումբ: Այն հիվանդություններն են, որոնք անմիջական կապ ունեն խոլեցիստեկտոմիայի հետ և նրա բարդություններն են: Դրանք են՝

- լեղապարկի վզիկի երկար ծայրատ թողնելը,

- մոռացված քարերը,
- ընդհանուր լեղածորանի կապելը, կտրելը,
- դուռդենալ մեծ պտկիկի և խոլեդոխի ստրիկտուրաները, սպիական փոփոխությունները,
- խոլանգիտը:

3-րդ խումբ: Այն հիվանդություններն են, որոնք առաջանում են լեղապարկի բացակայությամբ պայմանավորված օրգանիզմի ադապտացիայի շեղումներով: Ինչպես գիտենք, լեղին արտադրվում է լյարդում, բայց կուտակվում, խտանում է լեղապարկում և սնունդ ընդունելու ժամանակ պարբերաբար ներմղվում դեպի 12-մատնյա աղիք: Լեղապարկի հեռացումից հետո լեղին 12-մատնյա աղիք է լցվում անընդհատ, անկախ սննդի ընդունումից: Մեծ մասամբ օրգանիզմը հեշտությամբ հարմարվում է այս վիճակին, սակայն երբեմն զարգանում են ռեֆլյուքս գաստրիտ, էզոֆագիտ, խոցային հիվանդություն, պանկրեատիտ, խոլանգիտ, հեպատիտ, փոխվում է միկրոֆլորան, որը հանգեցնում է էստերիտի, կոլիտի և այլն:

Այս դասակարգման մեջ առանձնահատուկ է երկրորդ խումբն այն առումով, որ տվյալ հիվանդության զարգացման գործում առկա է յաթրոգեն գործոնը: Ուստի նրա զարգացման ախտածնության իմացությունը հնարավորություն կտա կանխելու հիվանդությունը:

1.Լեղապարկի վզիկի երկար ծայրատ թողնել հնարավոր է՝

- Անատոմիական առանձնահատկությունների դեպքում, օրինակ՝ լեղապարկի վզիկը մոտենում է ընդհանուր լեղածորանին՝ սերտաճելով նրա պատին, զուգահեռ իջնում է մի քանի սանտիմետր, հետո բացվում խոլեդոխի մեջ: Կամ՝ լեղապարկի վզիկը, պարուրաձև փաթաթվելով ընդհանուր լեղածորանին, իջնում է մի քանի սանտիմետր և բացվում խոլեդոխի մեջ:

- Դեստրուկտիվ խոլեցիստիտի ժամանակ, երբ լյարդի դրունքի բորբոքային ինֆիլտրատի պատճառով հնարավոր չէ կամ վտանգավոր է լեղապարկի վզիկի մոբիլիզացիան լիարժեք կատարել:

- Անփութության պատճառով վզիկը լիարժեք չի

մոբիլիզացվում:

Երկար թողնված վզիկը, հետագայում ենթարկվելով խոլեդոխի ներլուսանցքային ճնշմանը, կարող է լայնանալ, կատարել ռեզերվուարի դեր: Մկանային համակարգն այս պարկանման գոյացության մեջ թույլ է զարգացած, և առաջանում է լեղականգ, որն էլ նպաստում է քարի առաջացմանը: Զարգանում է քարային խոլեցիստիտ՝ բնորոշ կլինիկայով: Հետագա ընթացքը նման է սուր խոլեցիստիտին: Հայտնաբերվում է սոնոգրաֆիկ քննությամբ, կատարվում է ծայրատի հեռացում:

2. *Մոռացված քարերը* հանդիպում են վատ ախտորոշման կամ խոլեցիստեկտոմիայի ժամանակ: Դրանք առաջանում են վիրահատության ժամանակ լարված, լայն վզիկ ունեցող լեղապարկը ձգելուց, սեղմելուց, երբ ճնշման պատճառով մանր քարերն անցնում են ընդհանուր լեղածորան: Այս բարդությունից խուսափելու համար անհրաժեշտ է մոբիլիզացիայից առաջ լեղապարկի պունկցիա կատարել, հեռացնել լեղին, լարվածությունը պակասեցնել: Լեղապարկը հեռացնելուց հետո, մինչև վզիկը կապելը, պետք է կատարել խոլեդոխի գնում գոնդի միջոցով, խոլեցիստոսկոպիա, խոլանգիոգրաֆիա:

Քարեր կարող են առաջանալ նաև խոլեցիստեկտոմիայից հետո՝ լեղածորանների ստրիկտուրայով պայմանավորված լեղականգի պատճառով:

Առավել տեղեկատվական հետազոտման եղանակը ՀԽՊԳ-ն է, բուժման լավագույն տարբերակը՝ էնդոսկոպիկ պապիլոսֆինկտերոտոմիան, որի անհնարինության կամ անարդյունավետության դեպքում ցուցված է կատարել լապարատոմիա, ընդհանուր լեղածորանի հատում, քարի հեռացում, խոլեդոխի արտաքին կամ ներքին դրենավորում:

3. *Ընդհանուր լեղածորանի կապելը, կտրելը* հնարավոր է դառնում, երբ խոլեցիստեկտոմիայի ժամանակ վզիկը մոբիլիզացնելուց լեղապարկը խիստ ձգվում է վերև՝ իր հետ բարձրացնելով ընդհանուր լեղածորանը, և բավական խոր կապվում է: Այդ ժամանակ հնարավոր է կապի մեջ

վերցնել խալեդոխի պատը կամ ամբողջ խալեդոխը և հատել: Մի դեպքում կունենանք նեղացում, մյուս դեպքում՝ ընդհատում: Ջարգանում է մեխանիկական դեղնուկ:

Առավել տեղեկատվական հետազոտման եղանակը կրկին ՀԽՊԳ-ն է (երբեմն զուգահեռ կիրառվում է նաև միջմաշկային միջլյարդային խոլանգիոգրաֆիան), բուժման լավագույն տարբերակը՝ խալեդոխի արտաքին կամ ներքին դրենավորումը:

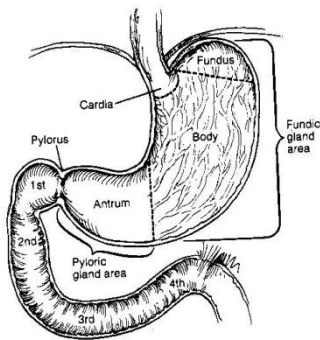
4. *Դուռդենալ մեծ պտկիկի և խալեդոխի ստրիկտուրաները և սպիական փոփոխությունները* կարող են առաջանալ մինչև վիրահատությունն առաջացած թարախային խոլանգիտի կամ վիրահատության ժամանակ կոպիտ զոնդով ընդհանուր լեղածորանը զննելիս լորձաթաղանթը վնասելու պատճառով: Դուռդենալ մեծ պտկիկի սպիական փոփոխություններ կարող են զարգանալ նաև էնդոսկոպիկ պապիլոսֆինկտերոտոմիայից հետո: Ի հայտ է գալիս մեխանիկական դեղնուկի կլինիկա: Առավել տեղեկատվական հետազոտման եղանակը ՀԽՊԳ-ն է, բուժման լավագույն տարբերակը՝ էնդոսկոպիկ պապիլոսֆինկտերոտոմիան:

5. *Խոլանգիտը* կարող է ուղեկցել վերը թվարկած բոլոր բարդություններին:

ԹԵՄԱ 8. ՍՏԱՄՈՔՍԻ ԵՎ 12-ՄԱՏՆՅԱ ԱՂԻՔԻ ԽՈՑԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ

Անատոմիա և ֆիզիոլոգիա

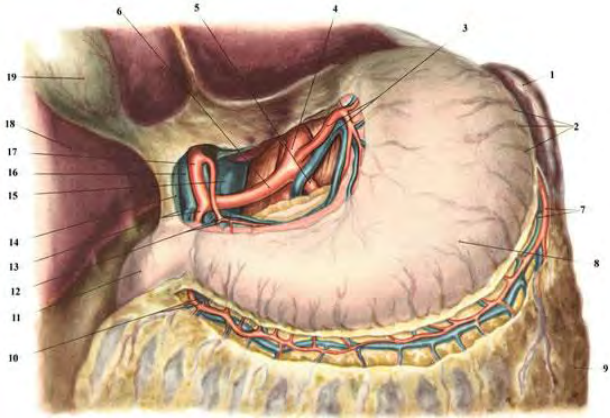
Ստամոքսը տեղակայված է որովայնի խոռոչի վերին հատվածում՝ ուղիղ գծից ձախ, իսկ աջից տեղակայվում է միայն նրա վերջնային հատվածը: Ստամոքսի անատոմիական բաժիններն են՝ կարդիան, թաղը (հատակը), մարմինը, անտրալ հատվածը և պիլորիկ խողովակը: Վերջինս ստամոքսի և 12-մատնյա աղիքի սահմանն է և, միաժամանակ, դրանք իրար միացնող խողովակը: 12-մատնյա աղիքն ունի 25-30 սմ երկարություն, վերին ու ստորին հորիզոնական, վայրէջ ու վերել հատվածներ, գրկում է ենթաստամոքսագեղձի գլխիկը, Տրեյտցի կապանի մոտ վեր է ածվում աղիճ աղիքի: 12-մատնյա աղիքի վայրէջ հատվածի հետին-միջային մակերեսին տեղակայվում է դուոդենալ մեծ պտկիկը, որտեղ բացվում են ընդհանուր լեղային և վիրսունգյան ծորանները (նկ.1.75):



Նկ. 1.75. Ստամոքսի և 12-մատնյա աղիքի անատոմիական բաժինները

Ստամոքսն ու 12-մատնյա աղիքը հարուստ արյունամատակարարում ունեն ընդերային ցողունի մեծ ճյուղերից (ընդհանուր լյարդային, ձախ ստամոքսային, փայծաղային զարկերակներ), բոլոր անոթներն իրար հետ ունեն բերանակցումներ՝

կազմելով առատ արյունամատակարարող զարկերակային ցանց (նկ.1.76): Երակային ցանցը հիմնականում համապատասխանում է զարկերակայինին, իսկ ներհոսքը դեպի ստորին սիներակ իրականացվում է դոներակային համակարգով, լյարդի միջով, լյարդային երակներով:



Նկ. 1.76. Ստամոքսի արյունամատակարարումը

Կարդիալ հատվածում ենթալորձային երակների մի մասը միանում է ստորին սիներակի համակարգին, որտեղ և ստեղծվում են բնական դոներակ-սիներակային բերանակցումներ: Ավշահոսքն իր հերթին համապատասխանում է երակային հոսքին: Ստամոքսի պարասիմպաթիկ նյարդավորումն իրականացվում է թափառող նյարդով, որը խթանում է ստամոքսի հյութազատությունն ու շարժողունակությունը: Վագուսի աջ ու ձախ ցողունները, կերակրափողի հետ իջնելով, որովայնում համապատասխանաբար վեր են ածվում հետին ու առաջային վագուսների: Կարդիալ հատվածում, երբեմն նույնիսկ կերակրափողային բացվածքը չանցած, հետին ցողունից անջատվում է մի ճյուղ (Գրասիի կրիմինալ նյարդ), որն, անցնելով դեպի ձախ, կերակրափողի հետևով մոտենում է ստամոքսի մեծ կորությանը: Այն նշանակություն ունի վագոտոմիաների ժամանակ, երբ չհատվելով՝ պատճառ է դառնում բարձր թթվայնության պահպանմանը և հետևաբար

նան խոցի կրկնմանը:

Ընդերային նյարդը մտնում է արևային հյուսակ, միանում է սիմպաթիկ նյարդաթելերին և նյարդավորում որովայնի օրգանները՝ մինչև փոքր կոնք:

Առաջային ցողունը, ճյուղեր տալով լյարդին և լեղուղիներին, ճյուղեր է տալիս նաև ստամոքսին, որը կոչվում է Լատարժեի նյարդ, այն նյարդավորում է նաև պիլորիկ սֆինկտերը (սեղմանը): Այս նյարդի վնասման ժամանակ առաջանում է կայուն պիլորոսպագմ:

Ստամոքսի և 12-մատնյա աղիքի լորձաթաղանթը կազմված է միաշերտ գլանաձև էպիթելից, որն արտազատում է **լորձ**՝ կազմված բիկարբոնատներից, ֆոսֆոլիպիդներից և ջրից: Լորձը, պաստառելով լորձաթաղանթը, հեշտացնում է սննդանյութի անցումը, պաշտպանում լորձաթաղանթը մեխանիկական, քիմիական վնասվածքներից, թթու ստամոքսահյութից:

Ստամոքսի լորձաթաղանթում տարբերում են երեք հիմնական գեղձային գոտիներ.

1. **Կարդիալ** գոտի, որտեղ արտադրվում է լորձ:
2. **Ֆունդալ** գոտի, որտեղ կան չորս տեսակի գեղձային բջիջներ.
 - գլխավոր բջիջներ. արտադրում են պեպսինոգեն,
 - պարիետալ բջիջներ. արտադրում են աղաթթու և Կաստլի ներքին գործոն,
 - հավելյալ բջիջներ. արտադրում են բուֆերային հատկանիշերով օժտված լուծվող լորձ,
 - չդիֆերենցված բջիջներ. որոնցից զարգանում են մյուսները:

3. **Անտրալ** գոտի, որտեղ կան լորձ արտադրող և էնդոկրին (ներզատիչ) G-բջիջներ, որոնք արտադրում են գաստրին:

12-մատնյա աղիքի լորձաթաղանթում էկզոկրին (արտազատիչ) գեղձերի միջև տեղակայվում են էնդոկրինները (ներզատիչները)՝

- G-բջիջներ. արտադրում են գաստրին,
- S-բջիջներ. արտադրում են սեկրետին,

- I-բջիջներ. արտադրում են խոլեցիստոկինին, պանկրեոզիմին:

Նորմայում մարդու մոտ հանգստի վիճակում ժամում արտադրվում է 50 մլ ստամոքսահյութ: Այն ավելանում է սնվելիս: Տարբերում են ստամոքսահյութի արտադրության երեք փուլեր՝

- I փուլ կամ ռեֆլեկտոր (նյարդային),
- II փուլ կամ ստամոքսային (հումորալ կամ գաստրինային),
- III փուլ կամ աղիքային:

Աղաթթվի արտադրությունը խթանվում է ացետիլխոլինի, գաստրինի, հիստամինի, մարսման արդյունքների (պեպտիդներ, ամինաթթուներ) կողմից: Մտամոքսի անտրալ հատվածում աղաթթվի արտադրությունը կարգավորվում է pH-ի փոփոխությամբ. երբ այն մեծ է 2,0-ից, խթանվում է գաստրինի արտադրությունը, իսկ 2,0-ից ցածրի դեպքում գաստրինի և աղաթթվի արտադրությունը ճնշվում է:

Թթու ստամոքսահյութը 12-մատնյա աղիքում խթանում է սեկրետինի արտադրությունը, որն էլ հետադարձ կապով ճնշում է աղաթթվի և խթանում բիկարբոնատների արտադրությունը: Երբ ստամոքսահյութը չեզոքանում է դուռդենալ հյութով, արգելակվում է սեկրետինի արտադրությունը և որպես հետևանք՝ խթանվում աղաթթվի արտադրությունը ստամոքսում:

Աղաթթվի արտադրության հզոր արգելակիչ են D-բջիջների կողմից արտադրվող սոմատոստատինը, վազոակտիվ ինտեստինալ պոլիպեպտիդը (VIP), որոնք արտադրվում են առավելապես բարակ աղիքներում:

Մտամոքսի մկանների կծկողականության երկու տիպ կա՝ տոնիկ և պերիստալտիկ: Մարմինն ու հատակը կատարում են ռեգերվուարային և մարսողական ֆունկցիա, իսկ պիլորոսանտրալ հատվածում սնունդը խառնվում է, մանրանում և շարժվում դեպի 12-մատնյա աղիք: Երբ պերիստալտիկ ալիքը հասնում է պիլորիկ սեղմանին, այն թուլանում է, և անտրալ հատվածից փոքր չափաբաժիններով պարունակությունն անցնում է 12-մատնյա աղիք: Այնուհետև այն փակվում է, անտրալ հատվածում բարձրացած ճնշման հետևանքով սնունդը հետ է

տեղաշարժվում դեպի մարմին, հատակ, որտեղ նորից մշակվում է աղաթթվով և ֆերմենտներով:

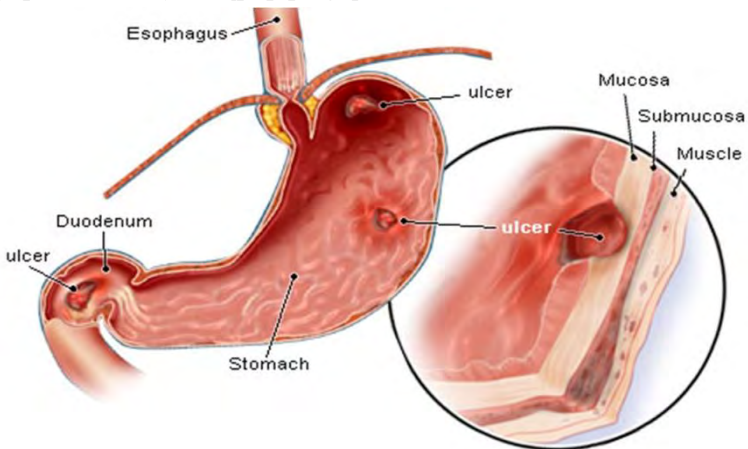
ՄՍԱՄՈՔՄԻ ԵՎ 12-ՄԱՍՆՅԱ ԱՂԻՔԻ ԽՈՑԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ

Խոցային հիվանդությունն օրգանիզմի ընդհանուր հիվանդությունն է, որի տեղային արտահայտությունը ստամոքսի կամ 12-մատնյա աղիքի լորձաթաղանթի վրա կայուն, չլավացող վերքի՝ խոցի առկայությունն է (նկ.1.77):

Հաճախ հիվանդանում են տղամարդիկ: Դոտդենալ խոցերը 7-10 անգամ ավելի հաճախ են հանդիպում, քան ստամոքսի խոցերը:

Դասակարգում: Տարբերում են դասակարգումներ ըստ խոցի տեղակայման, մեծության, քանակի, բարդության: Ներկայումս ընդունված է Ջոնսոնի դասակարգումը, ըստ որի խոցերը բաժանվում են՝

- I տիպ –ստամոքսի փոքր կորույթյան խոցեր,
- II տիպ-ստամոքսի և 12 -մատնյա աղիքի զուգակցված խոցեր,
- III տիպ-պրեպիլորիկ հատվածի խոցեր,
- IV տիպ- 12 -մատնյա աղիքի խոցեր:



Նկ. 1.77. Ստամոքսի և 12-մատնյա աղիքի խոցեր

Էթիոլոգիան և պաթոգենեզը: Խոցային հիվանդությունը քազմապատճառային հիվանդություն է: Վերջին շրջանում շատ գաստրոէնտերոլոգներ խոցային հիվանդության գլխավոր պատճառ են համարում *Helicobacter pylori* անվամբ մանրէն, որը 90-100% դեպքերում հանդիպում է ստամոքսի, 70-80% դեպքերում՝ 12-մատնյա աղիքի խոցային հիվանդության ժամանակ: Հելիկոբակտերի կողմից արտադրած ուրեազայի, ամոնիակի, տոքսինների, ազատ ռադիկալների ազդեցությամբ թուլանում է լորձաթաղանթի լորձաբիկարբոնատային պաշտպանաշերտը, որի շնորհիվ H-պրոտոնները ներծծվում են լորձաթաղանթի բջիջներ և քայքայում վերջիններին՝ առաջացնելով էրոզիաներ, խոցեր, որոնք աստիճանաբար ստանում են քրոնիկական բնույթ: Այն ընթանում է մի կողմից լորձաթաղանթի ռեգեներացիոն հատկությունների ընկճման, մյուս կողմից՝ արյան շրջանառության վատացման (ենթալորձային անոթների կայուն իշեմիայի) պայմաններում:

Խոցի առաջացմանը նպաստում է պաշտպանական և ագրեսիայի գործոնների հավասարակշռության խախտումը: Պաշտպանական գործոններն են լորձաթաղանթի պաշտպանիչ պատնեշները, անտրոդոտոդենալ թթվային «արգելակը», հիմնային լորձի արտազատումը, սնունդը: Ագրեսիայի գործոնները լինում են ներքին և արտաքին: Ներքին գործոններից են ժառանգական նախատրամադրվածությունը, նեյրոէնդոկրին տեղաշարժերը, նյութափոխանակության խանգարումները, ուղեկցող հիվանդությունները: Ագրեսիայի արտաքին գործոններն են վնասակար սովորությունները, արտաքին միջավայրի աղտոտվածությունը, տարբեր տեսակի սթրեսները, սննդակարգի խախտումը, ուլցերոզեն դեղորայքի ընդունումը և այլն:

Դուրողենալ խոցերը հաճախ հանդիպում են արյան առաջին, իսկ ստամոքսային խոցերը՝ երկրորդ խումբ ունեցող անձանց շրջանում: Խոցային հիվանդության զարգացման մեջ նշանակություն ունեն հոգեզգայական գերբեռնվածությունը, հոգեկան վնասվածքները:

12-մատնյա աղիքի խոցերին բնորոշ է հիպերացիդ (գերթթվային) վիճակը, իսկ ստամոքսի խոցերի ժամանակ կարող է լինել նորմացիդ վիճակ: Ստամոքսի խոցը հաճախ տեղակայվում է փոքր կորուսյան վրա՝ անտրալ հատվածին մոտ: Պիլորիկ հատվածի խոցերն ունեն բավական ազդեցիկ կլինիկական ընթացք, ուղեկցվում են բարձր թթվայնությամբ: Մեծ կորուսյան, առաջային պատի, կարդիալ, ֆունդալ խոցերը կարող են չարորականալ. ինչքան ստամոքսի խոցի տեղակայումը պրոքսիմալ է, այնքան ցածր է թթվայնությունը և բարձր չարորակացման հավանականությունը:

12-մատնյա աղիքում խոցերը հիմնականում տեղակայվում են կոճղեզում, երբեմն՝ հետկոճղեզային (հետբուլբար) հատվածում: Այս խոցերը կարող են լինել մեկից ավելի, տեղակայված դեմ դիմաց, որի պատճառով կոչվում են «համբուրվող կամ հայելային խոցեր»: 12-մատնյա աղիքի վայրէջ հատվածում տեղակայված խոցերը կոչվում են ցածր խոցեր: Հետբուլբար տեղակայման խոցերը երկարատև անամնեզի պայմաններում առաջացնում են խոցասպիական ձևախեղումներ և նեղացումներ:

Կլինիկա: Տարբերում են խոցային հիվանդության բարդացած և չբարդացած ձևեր: Զբարդացած խոցային հիվանդությանը բնորոշ են ցավը, դիսպեպսիան:

1. Ցավն ունի՝

- *Պարբերական ընթացք.* հիվանդությունն ընթանում է սրացումներով և ռեմիսիաներով (ախտադադարներով):
- *Սեզոնային բնույթ.* հիվանդությունը սրանում է գարնանը և աշնանը:
- *Ռիթմիկ բնույթ.* 12-մատնյա աղիքի խոցի դեպքում ցավերը սաստկանում են գիշերը՝ «գիշերային» ցավեր:
- *Ցավերը պայմանավորված են սննդի ընդունմամբ.* դրանք լինում են վաղ և ուշ: Վաղ ցավերն առաջանում են սնունդն ընդունելուց հետո: Բնորոշ են ստամոքսի խոցերի ժամանակ, պայմանավորված են սննդի մեխանիկական ազդակով,

դադարում են ստամոքսից սննդի էվակուացիայից հետո: Ուշ կամ «սոված» ցավերը ծագում են ուտելուց 1,5-2,0 ժամ անց, «հանգստանում» են սնունդ կամ անտացիդներ ընդունելիս, պայմանավորված են ջրածնի պրոտոնների կոնցենտրացիայի (խտության) բարձրացմամբ, բնորոշ են 12-մատնյա աղիքի խոցային հիվանդությանը: Ցավերը կարող են ի հայտ գալ ուտելուց 6-7 ժամ անց: Մրանք ևս հանգստանում են սնունդ կամ անտացիդներ ընդունելուց հետո, բնորոշ են դուոդենալ խոցերին:

- *Ցավերը չեն ճառագայթվում*, տեղակայվում են էպիգաստրալ շրջանում, թրածն ելունի տակ՝ նրանից աջ կամ ձախ:
- *Ցավերը լինում են աստիճանական, բույթ, այրող, կտրատող բնույթի:*

2. Ստամոքսային դիսպեպսիա, որի մեջ մտնում են՝

- *Այրոցի զգացողությունը*. հետևանք է դուոդենոգաստրալ կամ գաստրոէզոֆագեալ ռեֆլյուքսի:
- *Մրտխառնոցը:*
- *Փսիսումը*, որը հաճախ արհեստական է, քանի որ հանգստություն է բերում: Խոցի ստամոքսային դասավորության ժամանակ փսխումն առաջանում է ուտելուց 15-20 րոպ անց, դուոդենալ խոցերի դեպքում՝ 2,0-2,5 ժամ անց: Փսիսման զանգվածների զնահատումն ունի ախտորոշիչ նշանակություն. լեղային պարունակությունը վկայում է դուոդենո-գաստրալ ռեֆլյուքսի, չմարսված սննդի խառնուրդը՝ ստամոքսաէլքի նեղացման, «սուրճի նստվածքի» տեսքով պարունակությունը՝ արյունահոսության մասին:
- *Գդոոցը:*

3. Աղիքային դիսպեպսիա, որին բնորոշ են՝

- վքնածությունը,
- փորկապությունը,
- դժվարամարսությունը:

Խոցային հիվանդությունը կարող է բարդանալ խոցի

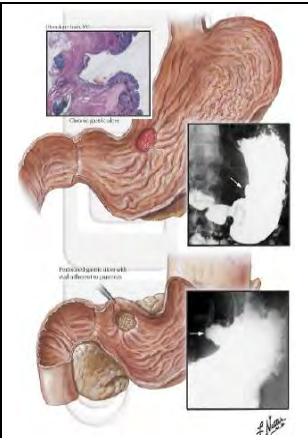
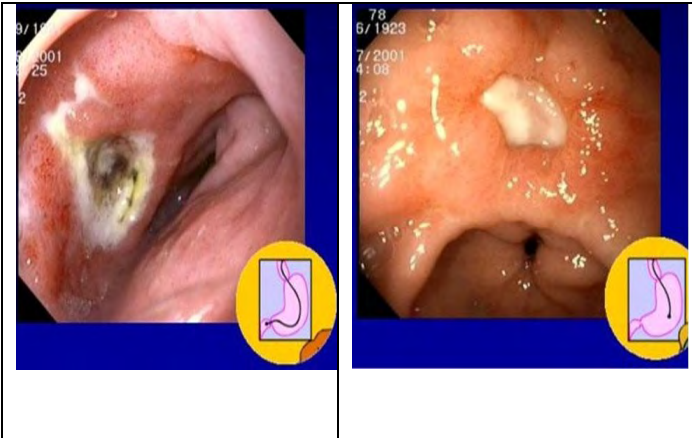
պերֆորացիայով (*թափածակմամբ*), պենետրացիայով (խոցի անցումը հարևան օրգան), արյունահոսությամբ, ստամոքսաէլքի նեղացմամբ և չարորակացմամբ: Բարդությունները կքննարկվեն համապատասխան բաժիններում:

Հետազոտման մեթոդներ:

Գործիքային քննություններ՝

• *Էզոֆագոզաստրոդուոդենոսկոպիա (ԷԳԴՄ):* Խոցային հիվանդության հայտնաբերման հիմնական եղանակն է (նկ.1.78), որը հնարավորություն է ընձեռում ոչ միայն ախտորոշելու ստամոքսի, 12-մատնյա աղիքի ախտահարումները, կատարելու բջջաբանական քննություն, բիոպսիա՝ բարորակ և չարորակ նորագոյացությունների կապակցությամբ, այլ նաև իրականացնելու որոշ բուժական միջամտություններ:

• *Ռենտգենաբանական քննություն:* Շրջադիտակային քննությունը հնարավորություն է տալիս ստանալու որոշ կողմնորոշիչ տվյալներ անհետաձգելի վիրաբուժությունում: Ռենտգեն կոնտրաստային քննությամբ տվյալներ են ստացվում ստամոքսի ֆունկցիոնալ վիճակի, լորձաթաղանթի դեֆեկտի (խոցային նիշա), տարբեր հատվածների համաձայնեցված աշխատանքի խանգարման և այլնի մասին (նկ.1.79):



Նկ.1.78. Ստամոքսի և 12- մատնյա աղիքի էնդոսկոպիկ հետազոտություն

Նկ.1.79. Ստամոքսի և 12-մատնյա աղիքի

• *Որովայնի խոռոչի սոնոգրաֆիկ* քննությունը հայտնաբերում է ստամոքսի հիվանդությունների բարդությունների նշաններ ուղեկցող այլ ախտահարումները:

• *Համակարգչային շերտագրություն:* Կատարվում է հատկապես ուռուցքային ախտահարումների, մետաստազների կամ հարակից օրգանների ծավալային փոփոխությունների դիֆերենցացիայի նպատակով:

Լաբորատոր քննություններ:

Ստամոքսի սեկրետոր (հյութազատիչ) ֆունկցիայի որոշումն ունի ախտորոշիչ նշանակություն: Այն կատարելու համար բարակ զոնդ է անցկացվում ստամոքս, որոշվում է սեկրեցիան սոված ժամանակ և ստիմուլյացիայից (խթանումից) հետո (ֆրակցիոն զոնդավորում): Բազալ («սոված») սեկրեցիայի որոշումը պատկերացում է տալիս հյութազատության կենտրոնական փուլի մասին: Խթանումը կատարվում է հիստամինով, պենտագաստրինով և ինսուլինով:

Հիստամինային «մաքսիմալ» թեստը (**Կելի փորձ**) որոշում է ստամոքսի լորձաթաղանթի հյութազատության առավելագույն հնարավորությունը:

Ինսուլինային թեստը (**Հոլանդերի փորձ**) կիրառվում է հատկապես վազոտոմիայից հետո նրա լիարժեքության մասին կարծիք կազմելու համար:

Ներստամոքսային pH-մետրիայով որոշում են ստամոքսի տարբեր բաժինների թթվայնությունը սոված ժամանակ և խթանումից հետո:

Խոցային հիվանդության և Ջոլինգեր-Էլիսոնի համախտանիշի տարբերակիչ ախտորոշման մեջ կարևոր նշանակություն ունի արյան պլազմայում գաստրինի որոշումը: Այս քննությունն անգնահատելի է կրկնված խոցերի տարբերակիչ ախտորոշման ժամանակ: Ախտորոշման ծրագիրը միշտ թերի է առանց դինամիկ գաստրոսկոպիկ քննության, որը

հնարավորություն է տալիս հետևելու խոցի սպիացման պրոցեսին, իսկ խոցի ստամոքսային տեղակայման դեպքում վերցնելու հյուսվածքի կտորներ՝ հետագա բջջաբանական և հյուսվածաբանական քննության նպատակով:

Բուժում: Կան բուժման պահպանողական և վիրաբուժական մոտեցումներ:

Պահպանողական բուժումը ենթադրում է՝

1. բուժական սննդակարգ,
2. H₂ ռեցեպտորների պաշարիչներ,
3. H-պրոտոնների արտադրման պաշարիչներ,
4. անտացիդներ,
5. լորձաթաղանթի վերականգնողական հատկությունները խթանողներ,
6. H. Pylori-ի վրա ազդող պատրաստուկներ,
7. ստամոքսի և 12-մատնյա աղիքի մոտոր-էվակուատոր ֆունկցիան կարգավորողներ,
8. սեղատիվ պատրաստուկներ և այլն:

Վիրահատական բուժման ցուցումները լինում են բացարձակ և հարաբերական:

Բացարձակ ցուցումներն են բոլոր բարդությունները.

1. պերֆորացիան (թափածակումը),
2. արյունահոսությունը,
3. ստամոքսաէլքի նեղացումը՝ ստենոզը,
4. պենետրացիան,
5. չարորակացումը:

Հարաբերական ցուցումներ են՝

1. անարդյունավետ պահպանողական բուժումը և հաճախակի ռեցիդիվները (ախտադարձերը),
2. աղէկվատ պահպանողական բուժման պայմաններում հիվանդության ծանր (խիստ ցավային համախտանիշով) ընթացքը,

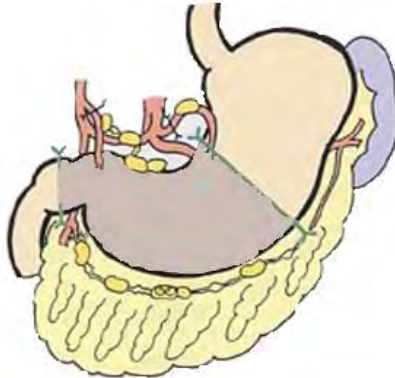
3. ստամոքսի խոցերը,

4. կալյոզ, գիգանտ խոցերը (երբ խոցի չափսերը գերազանցում են 2սմ-ը),

5. բազմակի, համակցված խոցերը:

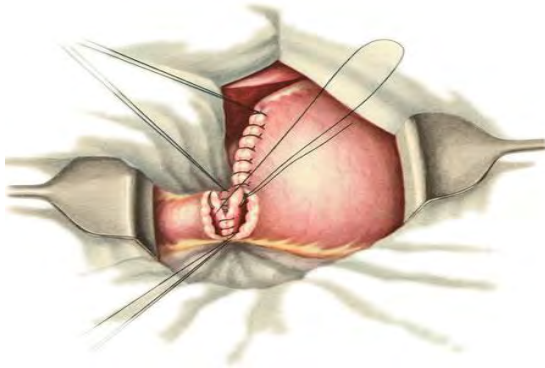
Խոցային բարդություններից թափածակման և չղադարող արյունահոսության դեպքում վիրահատությունը կատարվում է **անհետաձգելի կարգով, կենսական ցուցումներով** հիվանդի կյանքը փրկելու նպատակով, իսկ խոցային ստենոզի, պենետրացիայի, չարորակացման, ինչպես նաև հարաբերական ցուցում ունեցողների դեպքում վիրահատությունը կատարվում է պլանային կարգով՝ պաթոգենետիկ (ախտածնական) բուժում ապահովելու նպատակով: Այս նպատակին հասնելու համար կատարվում է ստամոքսի մասնահատում՝ հեռացվում է անտրալ հատվածը՝ գաստրին արտադրող G –բջջիչները հեռացնելու նպատակով, և ստամոքսի մարմնի մի մասը՝ աղաթթու արտադրող պարիետալ բջջիչների քանակը պակասեցնելու նպատակով: Ստամոքսի հյութազատության առաջին փուլի վրա ազդելու նպատակով կատարվում է վագոտոմիա:

Ստամոքսի մասնահատումը որպես վիրահատական միջամտություն առաջարկվել է դեռևս 19-րդ դարում ու մինչ այժմ էլ կիրառվում է: Նախ կատարվում է ստամոքսի դիստալ հատվածի կմախքացում՝ կապելով և հատելով մեծ ու փոքր կորություններով այդ շրջանի բոլոր անոթները, ապա մասնահատվում է տվյալ հատվածը (նկ.1.80): Առաջարկվել է վիրահատությունն ավարտելու երկու մեթոդ՝ Բիլոտթ առաջին և Բիլոտթ երկրորդ:



Նկ. 1.80. Ստամոքսի մասնահատման սահմանները

Ըստ Բիլրոթ առաջինի՝ ստամոքսի ծայրատը բերանակցվում է 12-մատնյա աղիքի հետ (նկ.1.81): Այս դեպքում սնունդը ստամոքսից անցնում է 12-մատնյա աղիք, ենթարկվում նախնական մարսման, ապա անցնում բարակ աղիքներ: Պահպանվում է սննդի անցման ֆիզիոլոգիական բնականոն ընթացքը:



Նկ. 1.81. Մասնահատում Բիլրոթ առաջին եղանակով

Բիլրոթ երկրորդի ժամանակ սնունդը ստամոքսից անցնում է միանգամից բարակ աղիք՝ շրջանցելով 12-մատնյա աղիքը: Մա ոչ ֆիզիոլոգիական է և երբեմն կարող է առաջացնել տարբեր ախտաբանական վիճակներ: Այդ պատճառով ցուցումները

սահմանափակ են՝ Բիլոթթ երկրորդ մեթոդը կիրառվում է այն դեպքում, երբ հնարավոր չէ կատարել Բիլոթթ առաջին (օր.՝ երբ մասնահատումից հետո ստամոքսի և 12-մատնյա աղիքի ծայրատները չեն մոտենում միմյանց, կամ առկա է 12-մատնյա աղիքի ցածր խոց, կամ հայտնաբերված է քրոնիկական դուռդենոստագ և այլն):

Երկու մեթոդներն էլ ունեն բազմաթիվ մոդիֆիկացիաներ:

Բիլոթթ երկրորդ մեթոդով վիրահատության ժամանակ ստամոքսի մշակված ծայրատը բերանակցվում է աղիճ աղիքի հետ, որը մոտեցվում է ծայրատին կամ կարճ ճանապարհով՝ միջաձիգ հաստ աղիքի հետևով՝ միջընդերքում բացված պատուհանի միջով (օրինակ՝ Հոֆմեյստեր-Ֆինստերերի մեթոդ), կամ էլ երկար ճանապարհով՝ միջաձիգ աղիքի առջևով (օրինակ՝ Բալֆուրի մեթոդ): Այս դեպքում, որպեսզի բերող գալարում ճնշումը չբարձրանա պանկրեատիկ հյուսթի, լեղու, դուռդենալ հյուսթի դժվար անցնելու պատճառով, առաջարկվում է բերող և տանող գալարների միջև ձևավորել միջգալարային բերանակցում (Բրաունի անաստումոզ, նկ.1.82):



Նկ. 1.82. Միջգալարային բերանակցումը ըստ Բրաունի

Հոֆմեյստեր-Ֆինստերերի մոդիֆիկացիայի ժամանակ լեղապանկրեատիկ հյուսթի մշտական ռեֆլյուքսը (հետհոսք) ստամոքսի ծայրատում առաջացնում է ատրոֆիկ, մետապլաստիկ

փոփոխություններ՝ հանգեցնելով նախաքաղցկեղային իրավիճակի: Երկար գալարի դեպքում միջգալարային բրաունյան բերանակցման շնորհիվ հետհոսքի հնարավորությունը կտրուկ իջնում է: Այս իմաստով Բիլոթթ–II եղանակով ստամոքսի մասնահատումից հետո վերակազմավորման առավել ֆիզիոլոգիական մեթոդ է մոդիֆիկացիան ըստ Ռուի (Y -աձև բերանակցում): Երբ աղիճ աղիքը հատվում է Տրեյտցի կապանից մոտ 10 սմ հեռավորության վրա, տանող մասը բերանակցվում է ստամոքսի ծայրատի, իսկ բերող հատվածը՝ աղիճ աղիքի հետ:

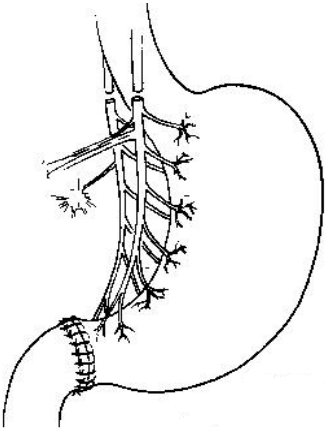
Բիլոթթ երկրորդ վիրահատության և նրա մոդիֆիկացիաների թերությունն այն է, որ վատ մարսված, բարակ աղիքի համար անսովոր սննդախյուսը ստամոքսից անցնում է միանգամից աղիճ աղիք՝ առաջացնելով ֆիզիոլոգիական տարբեր շեղումներ (օրինակ՝ դեմպինգ-համախտանիշ և այլն):

Եթե խոցի առաջացման պրոցեսում վճռական է նյարդային (ռեֆլեկտոր, վագոսային) փուլի դերը, ապա ստամոքսի սեկրեցիան ընկճելու նպատակով կատարվում է վագոտոմիա: Քանի որ ստամոքսի խոցային հիվանդության ժամանակ թթվայնությունը բարձր չէ, ուստի վագոտոմիա այս դեպքում գրեթե չի կիրառվում: Վագոտոմիան լինում է՝

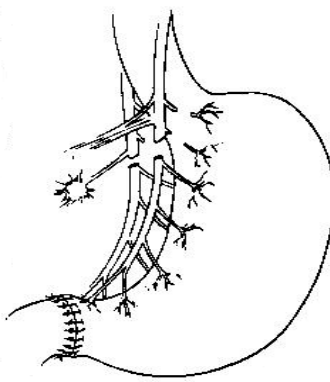
1. ցողունային (նկ.1.83). վագոսի ցողուններն ու ճյուղերը հատվում են հենց կերակրափողի վրա,

2. սելեկտիվ (նկ.1.84). պահպանվում են դեպի լյարդ, լեղուղիներ գնացող ճյուղերը, հատվում են միայն ստամոքսային ճյուղերը,

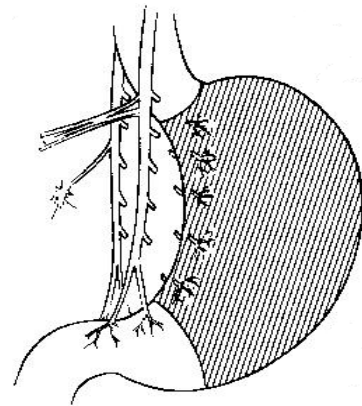
3. պրոքսիմալ սելեկտիվ (նկ.1.85). բացի լյարդային ճյուղերից պահպանվում է դեպի պիլորիկ հատված իջնող Լատարժեի շարժիչ նյարդը՝ պահպանելու պիլորիկ սֆինկտերի (սեղմանի) գործունեությունը: Այն ցուցված է հիմնականում 12-մատնյա աղիքի չբարդացած խոցերի ժամանակ:



Նկ. 1.83. Յողունային վագոտումփա



Նկ. 1.84. Սելեկտիվ վագոտումփա



Նկ. 1.85. Պրոքսիմալ սելեկտիվ վագոտումփա

Յողունային և սելեկտիվ վագոտումփաներից հետո ի հայտ է գալիս պիլորիկ սեղմանի կայուն սպազմ, որը հանգեցնում է գաստրոստազի: Կանխարգելման նպատակով կատարվում են ստամոքսը դրենավորող վիրահատություններ: Դրանցից են՝

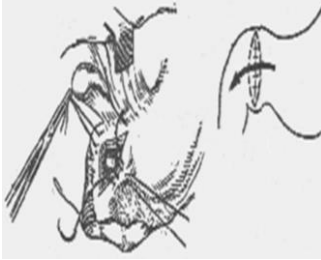
Պիլորոսլաստիկա ըստ Հեյնեկե-Միկուլիչի (նկ.1.86): Պիլորիկ սեղմանից 1,5 – 2 սմ վեր և վար, երկայնակի ուղղությամբ բացվում է պիլորիկ խողովակը, ապա այն վերականգնվում է լայնական ուղղությամբ, որի շնորհիվ ստամոքսից 12-մատնյա աղիք անցումը լայնանում է:

Պիլորոսլաստիկա ըստ Ջադի: Կիրառվում է հիմնականում թափածակված խոցի ժամանակ, երկայնակի ուղղությամբ, շեղանկյունաձև կտրվածքով հեռացվում է խոցը, ապա դեֆեկտը վերականգնվում է լայնական ուղղությամբ, որի շնորհիվ և՛ խոցն է հեռացվում, և՛ ստամոքսաելքն է լայնանում:

Պիլորոսլաստիկա ըստ Ֆինեի (նկ.1.87): Նման է Հեյնեկե-Միկուլիչի եղանակին. կտրվածքը սկսվում է ստամոքսի պրեպիլորիկ հատվածից, պիլորիկ սեղմանի վրայով աղեղնաձև ձգվում է մինչև 12-մատնյա աղիքի վայրէջ հատված: Այս դեֆեկտը նույնպես վերականգնվում է լայնական

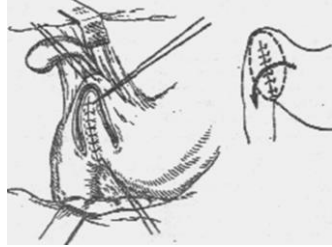
ուղղությամբ:

Գաստրորդուոդենոանաստոմոզ ըստ Ջարուլեի (նկ.1.88): Ձևավորվում է «կողքը կողքին» անաստոմոզ ստամոքսի անտրալ հատվածի և 12-մատնյա աղիքի վայրէջ հատվածի միջև:



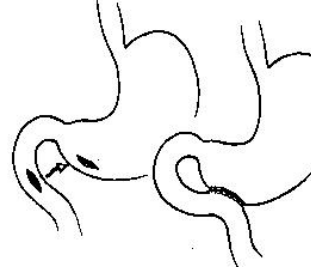
Նկ. 1.86.

Պիլորոպլաստիկա ըստ Հեյնեկե-Միկուլիչի



Նկ. 1.87.

Պիլորոպլաստիկա ըստ Ֆինեի



Նկ. 1.88.

Պիլորոպլաստիկա ըստ Ջարուլեի

Գաստրոյեյունոանաստոմոզ: Ձևավորվում է «կողքը կողքին» անաստոմոզ ստամոքսի և աղիձ աղիքի միջև:

**ՌԵՄԱ 9. ՄՏԱՄՈՔՄԻ ԵՎ 12-ՄԱՏՆՅԱ ԱՂԻՔԻ ԽՈՑԱՅԻՆ
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ**

Ստամոքսի և 12-մատնյա աղիքի խոցային հիվանդության բարդություններն են՝

- արյունահոսություն (10-20%),
- պերֆորացիա (10%),
- պենետրացիա (5%),
- ստամոքսաէլքի ստենոզ (10-40%),
- մալիգնիզացիա (12-մատնյա աղիքի խոցի դեպքում՝ 0.3%,

ստամոքսի խոցի դեպքում՝ 3 - 15%):

Ստամոքս-աղիքային արյունահոսություն:

Էթիոլոգիա: Արյունահոսությունը կարող է լինել զարկերակային, երակային, մազանոթային, ինչպես նաև թաքնված և բացահայտ:

Թաքնված արյունահոսությունը հաճախ լինում է քրոնիկական և սկիզբ է առնում մազանոթներից: Այն կարելի է ախտորոշել կղանքի կամ ստամոքսի պարունակության մեջ արյան հայտնաբերմամբ (***բենզիդինային կամ գվայակային փորձ***):

Ստամոքս-աղիքային արյունահոսությունների պատճառ կարող են լինել ստամոքսի կամ 12-մատնյա աղիքի խոցերը, սթրեսային խոցերը, լորձաթաղանթի սուր էրոզիաները (էրոզիվ գաստրիտ), ինչպես նաև Մելորի-Վեյսի համախտանիշը (ստամոքսի լորձաթաղանթի երկայնակի ճաքերը), կերարկրափողի վարիկոզ լայնացած երակները, ստամոքսի բարորակ և չարորակ նորագոյացությունները, ստամոքսի և 12-մատնյա աղիքի դիվերտիկուլները, ստոծանու կերակրափողային բացվածքի ճողվածքները և այլն:

Արյունահոսության ժամանակ հիվանդի օրգանիզմի ռեակցիան պայմանավորված է կորցրած արյան ծավալով և արագությամբ, հեղուկի և էլեկտրոլիտների կորստի աստիճանով, հիվանդի տարիքով, ուղեկցող հիվանդություններով (հատկապես սիրտ-անոթային համակարգի):

Գլինիկան և ախտորոշումը: Արյան զանգվածային սուր կորստի

ժամանակ հիվանդը վախեցած է, անհանգիստ, զգում է կտրուկ թուլություն, գլխապտույտ, ծարավի զգացողություն, բերանի լորձաթաղանթի չորություն, երբեմն կարող է լինել նաև ուշագնացություն: Մաշկային ծածկույթները գունատ են, խոնավ, պատված սառը քրտինքով, պուլսը հաճախացած է, զարկերակային ճնշումը՝ իջած, կարող է դիտվել սուրճի մրուրի տեսքով փսխում: Ավելի ուշ ի հայտ են գալիս արյունային փսխումը (հեմատեմեզիս) և մեղեման (ձյութանման կղանք): Փսխման զանգվածի բնույթը (ալ կարմիր արյուն, մուգ-բալագույն մակարդուկներ կամ ստամոքսի պարունակություն «սուրճի մրուրի» տեսքով) պայմանավորված է աղաթթվի և հեմոգլոբինի փոխազդեցությունից առաջացող աղաթթվային հեմատինի քանակով: Արյունահոսությունից առաջ հաճախ ցավը սաստկանում է, իսկ արյունահոսության սկսվելուն պես՝ պակասում կամ վերանում (*Բերզմանի ախտանիշ*): Դա պայմանավորված է արյան բուֆերային հատկությամբ: Արյունահոսության ծանրությունը կարելի գնահատել որոշելով Ալիոլերի շոկային ինդեքսը (ՇԻ), ըստ որի սրտի զարկերի հաճախությունը բաժանում են սիստոլիկ ճնշմանը: Նորմայում այն հավասար է 0.5-ի, շոկի ժամանակ լինում է 1.0 և ավելին:

Հեմոգլոբինի, հեմատոկրիտի, կենտրոնական երակային ճնշման (ԿԵՃ), շրջանառող արյան ծավալի (ՇԱԾ), դիուրեզի, շոկային ինդեքսի ցուցանիշերը հնարավորություն են տալիս հստակ գնահատելու արյունահոսության ծանրությունը և բուժման արդյունավետությունը:

Հաշվի առնելով վերը թվարկած ցուցանիշերը՝ արյունահոսությունը բաժանվում է 4 աստիճանի՝

I աստիճան. շրջանառող արյան ծավալի կորուստը մինչև 5% է, հեմոդինամիկայի խանգարումներ չկան, բնորոշ է թաքնված արյունահոսությանը:

II աստիճան. շրջանառող արյան ծավալի կորուստը մինչև 10-15% է, (մինչև 500մլ արյան կորուստ), շոկային ինդեքսը փոքր է 1-ից, սովորաբար չի ուղեկցվում սիրտ-անոթային համակարգի նկատելի ռեակցիայով, հեմոգլոբինի քանակը նվազած է (80 - 90գ/լ):

III աստիճան. շրջանառող արյան ծավալի կորուստը մինչև 25-30% է, շոկային ինդեքսը 1-ից ավել է, սիստոլիկ ճնշումը մինչև 80 մմ ս.ս. է, դիաստոլիկը՝ մինչև 45-40 մմ ս.ս., հեմոգլոբինի պարունակությունը մոտ 60 գ/լ է:

IV աստիճան. շրջանառող արյան ծավալի կորուստը 30%-ից ավելին է, շոկային ինդեքսը 1.5 և ավել է, սիստոլիկ ճնշումը 80 մմ ս.ս.-ից ցածր է, պուլսը՝ 120 գ/ր-ից ավելին, առկա է օլիգուրիա (սակավամիզություն)՝ դիուրեզը 40 մլ/ժ-ից պակաս է, զարգանում է պոլիօրգանային անբավարարություն:

Հետազոտություններ: Արյունահոսության ախտորոշման առավել տեղեկատվական մեթոդը էզոֆագոգաստրոդուոդենոսկոպիան (ԷԳԴՍ) է: Համաձայն էնդոսկոպիկ հետազոտության արդյունքների՝ տարբերում են խոցային արյունահոսության 3 տիպ (ըստ Ֆորբեստի).

I տիպ (Ֆորբեստ 1) - ակտիվ արյունահոսող խոց,

II տիպ (Ֆորբեստ 2) - թարմ արյունահոսության դադարեցման նշաններ, նկատելի են խոցի հատակում թրոմբի ենթարկված անոթներ, խոցը ծածկող արյան մակարդուկ, ստամոքսում կամ 12-մատնյա աղիքում՝ արյան մնացորդներ,

III տիպ (Ֆորբեստ 3) - արյունահոսության տեսանելի նշանների բացակայություն:

Ռենտգենաբանական հետազոտությունը խոցային արյունահոսությունների ախտորոշման համար այնքան էլ տեղեկատվական չէ, այն ստամոքս-աղիքային արյունահոսությունը թոքային արյունահոսությունից տարբերակելու նպատակով է կիրառվում: Թոքային արյունահոսությունն ի հայտ է գալիս հազի ժամանակ, ունի ալ կարմիր փրփրանման տեսք, սննդի մնացորդներ չի պարունակում, թոքերում հաճախ լսվում են տարբեր տրամաչափի թաց խզզոցներ, կրծքավանդակի ռենտգեն քննությամբ առկա են թոքային նկարի փոփոխություններ:

Բուժում: Բուժման մեթոդն ընտրելիս հաշվի են առնվում էնդոսկոպիայի տվյալները (արյունահոսության տիպը ըստ Ֆորբեստի),

արյունահոսության ինտենսիվությունը, նրա երկարատևությունը, ռեցիդիվները (կրկնվելը), հիվանդի ընդհանուր վիճակը, ուղեկցող հիվանդությունները, տարիքը և այլն:

Պահպանողական միջոցառումները պետք է ուղղված լինեն շոկի կանխարգելմանը և բուժմանը, աղաթթվի և պեպսինի արտադրության ընկճմանը, արյան մակարդեղիության բարձրացմանը: Էնդոսկոպիայի ժամանակ արյունահոսությունը հնարավոր է դադարեցնել՝ հարխոցային շրջանում հեմոստատիկներ (հեղուկ ֆիբրինոգեն, դիցինոն և այլն) ներարկելով, արյունահոսող անոթը կոագուլյացիայի (դիաթերմոկոագուլյացիա, լազերային ֆոտո կոագուլյացիա) ենթարկելով: Հաճախ (մոտ 90% դեպքերում) սուր արյունահոսությունները հնարավոր են դադարեցնել պահպանողական միջոցառումներով:

Արյունահոսող խոցի վիրահատական բուժումը: Անհետաձգելի վիրահատություն ցուցված է ակտիվ արյունահոսությամբ հիվանդներին (Ֆորբեստ 1), երբ հնարավոր չէ արյունահոսությունը դադարեցնել էնդոսկոպիկ կամ այլ պահպանողական եղանակներով: Հեմոռագիկ շոկի և շարունակվող արյունահոսության ժամանակ վիրահատությունը կատարում են արյան պլազմայի փոխարինիչների փոխներարկման և այլ հակաշոկային միջոցառումների հետ միասին: Շտապ վիրահատությունը ցուցված է այն դեպքում, երբ պահպանողական միջոցառումներն ու արյան փոխներարկումը (մինչև 1500 մլ 24 ժամվա ընթացքում) հնարավորություն չեն տվել կարգավորել հիվանդի վիճակը: Արյունահոսության դադարեցումից հետո (Ֆորբեստ 2, 3) վիրահատությունը ցուցված է երկարատև խոցային անամնեզով, կրկնվող արյունահոսությամբ, կալյոզ և ստենոզացնող խոցով հիվանդներին, երբ հիվանդի տարիքը գերազանցում է 50 տարին: *Արյունահոսության ժամանակ վիրահատության առաջնահերթ խնդիրն է դադարեցնել արյունահոսությունը, փրկել հիվանդի կյանքը, ապա, հնարավորության ու ցուցումների առկայության դեպքում, պարոզենետիկ (ախտածնական) բուժում կազմակերպել:*

Այդ պատճառով ստամոքսի կամ 12-մատնյա աղիքի առաջային պատի խոցի ժամանակ կատարվում է խոցի հեռացում, ապա՝ գաստրոկամ դուոդենոպլաստիկա, իսկ պիլորիկ շրջանի խոցերի դեպքում՝ պիլորոպլաստիկա: Հետին պատի արյունահոսող խոցի ժամանակ կատարվում է գաստրոկամ դուոդենոտոմիա, խոցի կարում, այնուհետև՝ գաստրոկամ դուոդենոպլաստիկա, իսկ պիլորիկ շրջանի խոցերի դեպքում՝ պիլորոպլաստիկա: Եթե հիվանդի վիճակը թույլ է տալիս, երկու դեպքում էլ վիրահատությունը պետք է ավարտել ցողունային վագոտոմիայով:

I և II աստիճանի արյունահոսությունների ժամանակ, եթե չկա ուղեկցող հիվանդություն կամ հիվանդի վիճակը ծանրացնող այլ հանգամանք, ցուցված է կատարել ստամոքսի մասնահատում:

Արյունահոսության հակում ունեցող խոցերի դեպքում, եթե պահպանողական թերապիան եղել է արդյունավետ, ապա հիվանդին վիրահատում են պլանային կարգով՝ նախավիրահատական պատրաստությունից հետո, որն իրականացվում է 2-4 շաբաթվա ընթացքում:

Մելորի-Վեյսի համախտանիշի ժամանակ հաճախ արյունահոսությունը դադարեցվում է էնդոսկոպիկ մեթոդով, կարելի է կիրառել տամպոնադա Բլեկմորի զոնդով: Անարդյունավետության դեպքում կատարվում է վիրահատություն՝ գաստրոտոմիա, լորձաթաղանթի ճաքերի կարում:

Բլեկմորի զոնդով տամպոնադան կիրառվում է առավելապես կերակրափողի վարիկոզ երակներից արյունահոսության ժամանակ:

Խոցի թափածակում (պերֆորացիա): Խոցի թափածակումը ստամոքսի կամ 12-մատնյա աղիքի պատի միջանցիկ դեֆեկտի առաջացումն է, երբ պարունակությունը դուրս է գալիս օրգանի սահմաններից դուրս: Տարբերում են՝

- խոցի թափածակում ազատ որովայնի խոռոչ (92 – 95 %),
- քողարկված թափածակում (5 – 8 %),
- ատիպիկ թափածակում (0.3 – 1.0 %):

Խոցի թափածակում ազատ որովայնի խոռոչ: Ստամոքսի կամ 12-մատնյա աղիքի առաջային պատի խոցերի թափածակման ժամանակ պարունակությունը լցվում է ազատ որովայնի խոռոչ՝ սկիզբ դնելով պերիտոնիտի զարգացման:

Կլինիկական պատկերը և ախտորոշումը: Բնորոշ է Մոնդորի եղակը՝ «դաշույնի հարվածի» նման հանկարծակի սուր ցավ, տախտականման որովայն, խոցային անամնեզ: Թափածակման կլինիկական ընթացքը պայմանականորեն բաժանում են 3 շրջանի՝

առաջին - հանկարծակի սուր ցավերի, շոկի կամ ռեակտիվ շրջան,

երկրորդ - կեղծ լավացման շրջան,

երրորդ - տարածուն պերիտոնիտի շրջան:

Առաջին շրջանը տևում է 6-8 ժամ (պայմանավորված ձևավորված անցքի մեծությամբ, դեպի որովայն անցած ստամոքսի պարունակության քանակով և որակով): Թափածակման ժամանակ էպիգաստրալ շրջանում հանկարծակի ի հայտ է գալիս կտրուկ, դանակի հարված հիշեցնող մշտական ցավ: Ստամոքսի պարունակության մեխանիկական, քիմիական և բակտերիային (մանրէային) գործոններով պայմանավորված՝ մեծածավալ ռեցեպտոր դաշտի գրգռումը կարող է հանգեցնել շոկի:

Այս փուլում հիվանդի դիրքը հարկադրական է՝ կիսանստած, արմունկ-ծնկային դիրք ընդունած: Աննշան շարժումը ուժեղացնում է որովայնի ցավերը: Հիվանդի դեմքը արտահայտում է վախ, մարմինը պատված է սառը քրտինքով: Շնչառությունը կրծքային է, մակերեսային, հաճախացած: Որովայնը տախտականման լարված է, նավակաձև ներս ընկած (արտահայտված մկանային լարվածության հաշվին): Որովայնամզի գրգռման նշանները դրական են: Որովայնի խոռոչում՝ ստոծանու գմբեթի տակ, ազատ գազի առկայությունը ռենտգենաբանական բնութագրական նշան է: Լյարդի շրջանում պերկուտոր բթության փոխարեն հայտնաբերվում է տիմպանիկ հնչյուն (լյարդային բթության վերացում՝ Սպիժարնիի դրական ախտանիշ): Պուլսը թափառող նյարդի գրգռման հետևանքով կարող է դանդաղել: Այս

փուլին բնորոշ չէ փսխումը:

Երկրորդ կամ կերծ լավացման շրջան: Սկսվում է հիվանդության սկզբից մոտ 8-10 ժամ հետո, տևում է կարճ, պայմանավորված է նյարդային ռեցեպտորների (ընկալիչների) հյուծմամբ: Նախորդ փուլի ախտանիշերը մեղմանում են, հիվանդի ինքնազգացողությունը լավանում է, որովայնի ցավերը համեմատաբար նվազում են, սակայն որովայնի լարվածությունը պահպանվում է:

Երրորդ շրջան: Տարածուն պերիտոնիտի շրջանը սկսվում է 12 ժամ հետո: Զրազրկման և ինտոքսիկացիայի հետևանքով հիվանդի վիճակը գնալով ծանրանում է՝ դիմագծերը սրված են, աչքերը կորցնում են իրենց փայլը, ներսընկած են: Լեզուն չոր է, փառակալած: Շնչառությունը կրծքային է, հաճախացած, մակերեսային: Որովայնը փքված է (աղիքների պարեզի, պարալիտիկ անանցանելիության հետևանքով), լարված, ցավոտ, որովայնամզի գրգռման ախտանիշերը դրական են ամբողջ որովայնով, պերկուտոր լսվում է տիմպանիկ հնչյուն, աուսկուլտատիվ՝ պերիստալտիկա չի լսվում: Պուլսը 110-120 զ/ր է, թույլ լեցունությամբ, զարկերակային ճնշումը իջած է:

Փոքր կոնքում մեծաքանակ էքսուդատի կուտակումը հնարավոր է հայտնաբերել ուղիղ աղիքի մատնային զննմամբ (աղիքի առաջային պատի ցավոտություն և կախվածություն), հեշտոցի մատնային զննմամբ (հեշտոցի կամարների հաստացում և ցավոտություն):

Լաբորատոր հետազոտություններով առկա են լեյկոցիտոզ՝ լեյկոցիտային բանաձևի ձախ թեքմամբ, ջրազրկման հետևանքով՝ հեմատոկրիտի ցուցանիշի բարձրացում: Կենսաքիմիական հետազոտություններով հայտնաբերվում են ջրաաղային և թթվահիմնային վիճակների խանգարում, միզանյութի և կրեատինինի բարձրացում:

Ռենտգենաբանորեն որովայնում հայտնաբերվում են ազատ գազ (75-80% դեպքերում), ստոծանու բարձր դիրք և էքսկուրսիայի սահմանափակում, ավելի ուշ՝ աղիքների պնևմատոզ, որը վկայում է պարալիտիկ անանցանելիության մասին (նկ.1.89):



Նկ. 1.89. Ազատ գազ որովայնի խոռոչում

Ուլտրաձայնային հետազոտության ժամանակ որովայնի խոռոչում նկատվում է ազատ հեղուկ:

Քողարկված թափածակման ժամանակ թափածակված անցքը ծածկվում է հարևան օրգանով (մեծ ճարպոն, լյարդ, մեզոկոլոն և այլն): Կլինիկոբեն սկիզբը նման է նախորդի առաջին փուլին: Պայմանավորված անցքի մեծությամբ, փակվելու արագությամբ, ստամոքսից դուրս եկած պարունակության քանակով և որակով, ինչպես նաև պահպանողական համապատասխան թերապիայով՝ կլինիկան կարող է աստիճանաբար մարել, կամ էլ ձևավորվում է թարախակույտ՝ էպիգաստրալ շրջանի տեղային ցավերով, բարձր ջերմությամբ, դողով, սարսուռով:

Ատիպիկ թափածակում: Հաճախ հանդիպող օրինակներն են ստամոքսի հետին պատի խոցի թափածակումը ճարպոնային ծոց, 12-մատնյա աղիքի հետին պատի խոցի թափածակումը հետորովայնամզային տարածություն: Երկու դեպքերում էլ ցավն էպիգաստրալ շրջանում լինում է ոչ այնքան արտահայտված, ինչպես ազատ որովայնի խոռոչ խոցի թափածակվելու ժամանակ: Հիվանդի օբյեկտիվ հետազոտման ժամանակ էպիգաստրալ շրջանում հայտնաբերվում են ցավոտություն, որովայնի առաջային պատի մկանային լարվածություն. «լյարդային բթությունը» պահպանված է: Ճարպոնային ծոցում կամ հետորովայնամզային տարածությունում

ձևավորվում է թարախակույտ՝ համապատասխան կլինիկայով: Ճարպոնային ծոցից պարունակությունը Վինալովի բացվածքով կարող է դուրս գալ ազատ որովայնի խոռոչ և պատճառ դառնալ պերիտոնիտի:

Տարբերակիչ ախտորոշում: Խոցի թափածակումն անհրաժեշտ է տարբերակել որովայնի խոռոչի սուր վիրաբուժական հիվանդություններից (սուր խոլեցիստիտ, սուր պանկրեատիտ, սուր ապենդիցիտ, ինչպես նաև երիկամային խիթից, սրտամկանի ինֆարկտից, բազալ պնևմոնիայից, պլյուրիտից, սպոնտան պնևմոթորաքսից և այլնից):

Սուր խոլեցիստիտ. ցավերը սկսվում են ճարպոտ, տապակած սննդի ընդունումից հետո, տեղակայվում են աջ թուլակողում, ճառագայթվում են դեպի աջ թիակ և ուսային շրջան: Ցավն ուղեկցվում է բազմանվազ փսխմամբ, որը հանգստություն չի բերում: Երբեմն հնարավոր է շոշափել մեծացած ցավոտ լեղապարկը: Օրթոների, Մերֆիի, Մյուսիի ախտանիշերը դրական են: ՈւՌՁՀ-ի ժամանակ լեղապարկում հայտնաբերվում են քարեր և պատերի հաստացում:

Սուր պանկրեատիտը սկսվում է որովայնի վերին հատվածի սուր մշտական ցավերով, որոնք գոտևորող բնույթ ունեն: Ցավերը հաճախ սկսվում են ակոհոլի ընդունումից հետո: Որովայնը փքված է, բայց լարված չէ, առկա է ցավոտություն ենթաստամոքսային գեղձի պրոյեկցիայով: Մեյո Ռոբսոնի, Գրեյ Տերների, Կուլենի, Կերտեի, Վոսկրեսենսկու ախտանիշերը դրական են:

Սուր ապենդիցիտի սկիզբում, երբ ցավերը սկսվում են էպիգաստրալ շրջանից, ապա տեղակայվում աջ գտային մասում (Կոխեր-Վոլկովիչի ախտանիշ) և նման են թափածակված խոցին միայն մեկ դեպքում, երբ ստամոքսի պարունակությունն աջ կողմնային ակոսով իջնում է դեպի աջ գտափոս:

Երիկամային խիթը բնութագրվում է հանկարծակի սուր ցավերի առաջացմամբ աջ կամ ձախ գոտկային շրջաններում, որոնք ճառագայթվում են դեպի աճուկային շրջան, սեռական օրգաններ՝ ուղեկցվելով դիզուրիկ (միզախանգարման) երևույթներով: Որովայնը քիչ

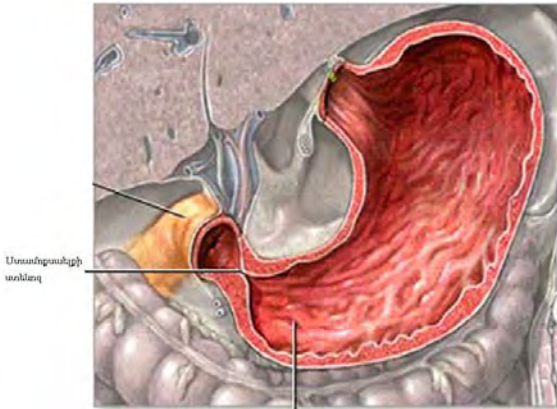
փքված է և լարված, «յարդային բթությունը» պահպանված է: ՈՒՋՀ-ի ժամանակ երիկամների բաժակ-ավազանային համակարգը լայնացած է, հնարավոր է քարի հայտնաբերում:

Բուժում: Խոցի թափածակումն ազատ որովայնի խոռոչ անհետաձգելի վիրահատության բացարձակ ցուցում է: Պայմանավորված հիվանդի վիճակի ծանրությամբ, տարիքով, ուղեկցող հիվանդությամբ, պերիտոնիտի զարգացման շրջանով, խոցային անամնեզի վաղեմությամբ և վիրահատության համար հնարավոր պայմաններով՝ կիրառվում է՝

- խոցի տամպոնադա ճարպոնի եզրով (Օպել-Պոլիկարպովի եղանակ),
- խոցի կարում (Նեյմարկի եղանակ),
- խոցի հատում, հեռացում, պիլորոպլաստիկա (Ջադի եղանակ)՝ զուգակցված վագոտոմիայի հետ,
- ստամոքսի խնայողական մասնահատում (անտրումէկտոմիա)՝ զուգակցված ցողունային վագոտոմիայի հետ,
- ստամոքսի մասնահատում:

Թափածակված խոցի ժամանակ պահպանողական բուժումն (ըստ Թեյլորի) իրականացնում են ծայրահեղ դեպքերում, երբ չկան պայմաններ վիրահատության համար: Դրվում է նազոգաստրալ զոնդ և ամեն 15-30 րոպեյն մեկ կատարվում է ստամոքսի պարունակության ասպիրացիա, որին զուգահեռ տարվում է դեզինտոքսիկացիոն, հակաբակտերիային, հակախոցային բուժում:

Պիրոքորոզենայ ստենոզ: Պատճառը հաճախ 12-մատնյա աղիքի, երբեմն էլ՝ պրեպիլորիկ և պիլորիկ խողովակի խոցերի սպիակակա փոփոխություններն են: Նեղացման աստիճանը որոշվում է ռենտգենաբանորեն: Ի պատասխան ստամոքսից էվակուացիայի դժվարացման՝ սկզբնական շրջանում ստամոքսի մկանային շերտը ենթարկվում է հիպերտրոֆիայի, ապա՝ հյուսման, որն էլ հանգեցնում է մկանների կծկողականության թուլացման: Ջարգանում է ստամոքսի լայնացում (գաստրէկտազիա, նկ.1.90):



Նկ. 1.90. Ստամոքսակնային ստենոզ

Կլինիկան և ախտորոշումը: Տարբերում են ստենոզի 3 փուլ՝

- I կամ կոմպենսացիայի փուլ,
- II կամ սուբկոմպենսացիայի փուլ,
- III կամ դեկոմպենսացիայի փուլ;

Կոմպենսացիայի փուլը չունի արտահայտված կլինիկական նշաններ: Խոցային հիվանդության ընդհանուր ախտանիշերից բացի՝ հիվանդները նշում են շարունակական ցավեր էպիգաստրալ շրջանում սննդի ընդունումից հետո, ծանրության և լցվածության զգացում, այրոց, գղտոց: Պարբերաբար լինում է փսխում՝ ստամոքսի պարունակության զգալի քանակությամբ, որը հիվանդին հանգստություն է բերում: Ռենտգեն կոնտրաստային քննությամբ ստամոքսից բարիումի սուլֆատի լրիվ եվակուացիան դանդաղած է միջև 6-12 ժամ, ստամոքսը քիչ լայնացած է, պերիստալտիկան՝ արագացած:

Սուբկոմպենսացիայի փուլում էպիգաստրալ շրջանում ծանրության և վրնածության զգացողությունը ուժեղանում է, ի հայտ է գալիս նեխած ձվի հոտով գղտոց: Հաճախ անհանգստացնում են նոպայաձև ցավերը՝ պայմանավորված ստամոքսի պերիստալտիկայի ակտիվացմամբ: Գրեթե ամեն օր հիվանդն ունենում է առատ փսխում, որը հանգստություն է բերում: Հաճախ հիվանդն ինքն է այն առաջացնում: Փսխման զանգվածները պարունակում են չմարսված սննդի մնացորդներ:

Սուբկոմպենսացիայի փուլին բնութագրական է մարմնի զանգվածի

նվազումը: Նհիար հիվանդների որովայնի զննման ժամանակ նկատելի է ստամոքսի ալիքանման պերիստալտիկան, «ծփանքի» ախտանիշը դրական է:

Ռենտգեն կոնտրաստային քննությամբ անգամ քաղցած ժամանակ ստամոքսը պարունակում է հեղուկ, լայնացած է, բարիումի սուլֆատի լրիվ էվակուացիան կատարվում է 12-24 ժամվա ընթացքում:

Դեկոմպենսացիայի շրջանում խորանում են գաստրոստազը, ստամոքսի ատոնիան: Ստամոքսի գերլայնացումը հանգեցնում է նրա պատի հյուծման, մոտոր-էվակուատոր ֆունկցիայի կայուն խանգարման: Հիվանդի վիճակը նկատելի վատանում է: Նկատվում է բազմանվագ փսխում: Էպիգաստրալ շրջանում վքնածությունը դառնում է անտանելի, որը հիվանդին ստիպում է առաջացնել արհեստական փսխում: Փսխման զանգվածները (մի քանի լիտր) պարունակում են զարշահոտ, մի քանի օրվա սննդի քայքայված մնացորդներ: Դեկոմպենսացված ստենոզով հիվանդները սովորաբար հյուծված են, ջրազրկված, աղինամիկ, նրանց անհանգստացնում է ծարավի զգացումը: Նկատվում է դիուրեզի նվազում: Մաշկը չոր է, տուրգորը՝ իջած: Լեզուն և բերանի խոռոչի լորձաթաղանթը չոր են: Այս շրջանում ստամոքսը խիստ լայնացած է, իջած, քաղցած ժամանակ նրանում առկա է մեծ քանակությամբ պարունակություն: Պերիստալտիկան խիստ թուլացած է:

Ռենտգեն կոնտրաստային քննությամբ ստամոքսից բարիումի սուլֆատի լրիվ էվակուացիան դանդաղած է և տևում է 24 ժամից ավելի:

Ստամոքսաէլքի նեղացման մասին կարելի է դատել նաև էնդոսկոպիկ հետազոտությամբ:

I շրջանում նկատվում է պիլորոդուդենալ գոտու նեղացում՝ խոցասպիակյան ձևափոխմամբ մինչև 0.5-1սմ:

II շրջանում ստամոքսը լայնացած է, պիլորոդուդենալ գոտին նեղացած է 0.3-0.5 սմ-ով՝ ի հաշիվ կտրուկ սպիակյան ձևափոխման: Գալարակծկանքային ակտիվությունը նվազած է:

III շրջանում ստամոքսը հասնում է մեծ չափերի, առաջանում է լորձաթաղանթի ատրոֆիա:

Պիլորոդուղենալ ստենոզով հիվանդների հաճախակի փսխումները (ստամոքսահյութի հետ հեռանում են մեծ քանակությամբ էլեկտրոլիտներ՝ H^+ , K^+ , Na^+ , Cl^- , սպիտակուց), անկանոն սնվելը հանգեցնում են ջրազրկման, հարաճող հյուծման, էլեկտրոլիտային, թթվահիմնային հաշվեկշռի և մետաբոլիկ խանգարումների:

Ջրաէլեկտրոլիտային խանգարումները կարող են առաջացնել գլխապտույտ, ուշագնացություն՝ հորիզոնականից ուղղահայաց դիրքի կտրուկ անցնելուց, հաճախասրտություն, զարկերակային ճնշման իջեցում, մաշկային ծածկույթների գունատություն, դիուրեզի նվազում: Հիպոկալեմիան (K^+ -ի կոնցենտրացիան ցածր է 3.5մմոլ/լ-ից) կլինիկորեն արտահայտվում է մկանային թուլությամբ: Պլազմայում K^+ -ի մակարդակի իջեցումը մինչև 1.5մմոլ/լ կարող է հանգեցնել ստոծանու և միջկողային մկանների պարալիչի (լուծանքի), շնչառության և սրտի գործունեության կանգի: Հիպոկալեմիայի ժամանակ դիտվում են զարկերակային ճնշման անկում (զերազանցապես դիաստոլիկ), սրտի կծկումների ռիթմի խանգարում, սրտի սահմանների մեծացում, սրտազագաթում սիստոլիկ ադմուկի առկայություն: Միստոլայի փուլում հնարավոր է սրտի կանգ: ԷՍԳ-ի վրա հայտնաբերվում են Q-T ինտերվալի երկարում, T ատամիկի ամպլիտուդի իջեցում և կարճացում, U ատամիկի առաջացում: Հիպոկալեմիայի հետևանքով կարող է ի հայտ գալ դինամիկ ադիքային անանցանելիություն:

Օրգանիզմի ջրազրկման հետևանքով պակասում են երիկամների ֆիլտրացիան և դիուրեզը, առաջանում է ազոտեմիա: Երիկամային անբավարարության պատճառով օրգանիզմից չեն հեռացվում նյութափոխանակության «թթու» արգասիքները: Իջնում է արյան pH-ը: Արյան մեջ էլեկտրոլիտների քանակի փոփոխությունն ազդում է նյարդամկանային գրգռականության վրա: Ծանր դեպքերում հիպոկալցեմիան առաջացնում է *ստամոքսային տետանիա (զաստորզեն տետանիա)*՝ ընդհանուր դող, տրիզմ, «մանկաբարձի ձեռք» (Տրուստոյի ախտանիշ), դեմքի մկանների կծկանքախաղ (Խվոստեկի ախտանիշ), դիմային նյարդի պրոյեկցիայով ծակծկոցներ: Էլեկտրոլիտային,

թթվահիմնային դիսբալանսը, նյութափոխանակության խանգարումները ժամանակին համապատասխան բուժում չստանալու դեպքում կարող են հիվանդին մահվան հասցնել:

Տարբերակիչ ախտորոշում: Խոցային ծագման պիլորոդուդենալ ստենոզը հարկավոր է տարբերակել ստամոքսաէլքի ուռուցքներով պայմանավորված ստենոզներից: Էնդոսկոպիկ (ներառյալ բիոպսիան) և ռենտգենաբանական հետազոտությունները հնարավորություն են տալիս ճշտելու ախտորոշումը:

Բուժումը վիրահատական է՝ էլեկտրոլիտային, թթվահիմնային դիսբալանսը, նյութափոխանակման խանգարումները շտկելուց հետո: Խոցային հիվանդության սրացման նշաններով հիվանդներին կումպենսացված և սուբկումպենսացված ստենոզի ժամանակ անցկացնում են պահպանողական բուժում 2-3 շաբաթ տևողությամբ, որի շնորհիվ անհետանում է կոճղեզի և 12-մատնյա աղիքի սկզբնամասի լորձաթաղանթի այտուցը, իջնում հարխոցային ինֆիլտրատը, լավանում կոճղեզի անցանելիությունը: Մինևույն ժամանակ կարգավորվում են ջրաաղային և սպիտակուցային խանգարումները:

Կումպենսացված ստենոզի ժամանակ պիլորոդուդենալ գոտու բավարար անցանելիության դեպքում հնարավոր է կատարել սելեկտիվ պրոքսիմալ վագոտոմիա: Եթե վիրահատության ժամանակ հնարավոր չէ անցկացնել ստամոքսային հաստ գոնդ, ապա վագոտոմիային ավելացնում են դուոդենոպլաստիկա կամ պիլորոպլաստիկա:

Սուբկումպենսացված ստենոզի ժամանակ, երբ պահպանված է ստամոքսի մկանների կծկողական հատկությունը, ցուցված է վագոտոմիա՝ ստամոքսը դրենավորող վիրահատության հետ միասին:

Ստամոքսի մասնահատում ցուցված է դեկումպենսացված ստենոզների ժամանակ:

Խոցի պենետրացիա: Հարխոցային շրջանի բորբոքման անցումը, խոցային դեֆեկտի թափանցումը հարակից օրգան կոչվում է պենետրացիա (նկ.1.91): Առավել հաճախ խոցի պենետրացիան ուղղված է դեպի հեպատոդուդենալ կապան, փոքր ճարպոն, ենթաստամոքսային

գեղձի գլխիկ և այլն:



Նկ. 1.91. Խոցի պենետրացիա

Կլինիկական պատկերը և ախտորոշումը: Ցավերը պենետրացված խոցի ժամանակ ունեն մշտական բնույթ, ինտենսիվ են, կորցնում են ռիթմիկությունը, սեզոնայնությունը, կանոնավոր կապը սննդի ընդունման հետ, չեն մեղմանում անտացիդների ընդունումից: Ձեռք են բերում ճառագայթող բնույթ: Ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի պենետրացիայի ժամանակ ցավը ճառագայթվում է դեպի ողնաշար, հեպատոդուդենալ կապանի խոցի պենետրացիայի դեպքում՝ աջ ուսահոդ, և եթե բորբոքային պրոցեսի մեջ ընդգրկվում է ընդհանուր լեղաձորանը, զարգանում է նաև մեխանիկական դեղնուկ: Ստամոքսի մարմնի պենետրացվող խոցին բնութագրական են ճառագայթվող ցավերը դեպի կրծքավանդակի ձախ կես, սրտի շրջան:

Պենետրացիայի ժամանակ ուժեղանում են սրտխառնոցն ու փսխումը: Գերակշռում են բորբոքման նշանները, որոնց մասին վկայում են ենթատենդային ջերմությունը, լեյկոցիտոզը, ԷՆԱ-ի բարձրացումը:

Էնդոսկոպիկ հետազոտությամբ հայտնաբերվում է խոր, թմբիկավոր եզրերով քրոնիկական խոց: Ռենտգեն կոնտրաստային քննությամբ հայտնաբերվում է խոր նիշա, որի սահմանները դուրս են գալիս պատի

սահմաններից: Ուռուցքից տարբերակելու համար կատարվում է եզրերի բիոպսիա (կենսազննում):

Ռուծում: Պենետրացվող խոցերի ժամանակ պահպանողական հակախոցային բուժումն անարդյունավետ է, ցուցված է վիրահատական բուժում: Կատարվում է ստամոքսի մասնահատում:

Մալիգնիզացիա: Հաճախ մալիգնիզացիայի ենթարկվում են ստամոքսի հատկապես մեծ կորության խոցերը: Ենթադրվում է, որ կազմափոխումը սկսվում է խոցին ուղեկցող ատրոֆիկ գաստրիտի հետևանքով: Այն կարող է առաջանալ խոցի որևէ եզրից, նրա հատակից կամ առողջացած խոցի սպիական հյուսվածքից:

Տարբերակման գործում կարևոր դեր ունեն գաստրոբիոպսիայի տվյալները՝ բիոպտատների բջջաբանական և հյուսվածաբանական հետազոտությունները: Մակայն մորֆոլոգիական հետազոտության արդյունքները կարող են լինել կեղծ բացասական՝ ոչ ադեկվատ բիոպսիայի դեպքում: Խոցի մալիգնիզացիան կարող է տեղի ունենալ խոցային անամնեզի տարբեր ժամանակահատվածներում, ցանկացած տարիքում, հաճախ՝ երկարատև անամնեզով տարեց հիվանդների շրջանում:

Ստամոքսի խոցի մալիգնիզացիայի կլինիկական դրսևորումները գործնականում վկայում են ձևավորված քաղցկեղի, այլ ոչ թե նրա զարգացման վաղ շրջանի մասին: Ստամոքսի խոցի մալիգնիզացիայի ախտանիշներն են ստամոքսի խոցային հիվանդության ընթացքի պարբերականության, փուլայնության վերացումը, ռեմիսիայի (ախտադադարի) շրջանների կրճատումը, ցավերի բնույթի փոփոխությունը (մշտական են, համեմատաբար՝ մեղմ, կապված չեն սննդի ընդունման հետ), ախորժակի վատացումը, ստամոքսահյուսվածքայնության իջեցումը, հարածող նիհարումը, անկառավարելի թուլությունը, հիպոքորոմ անեմիան, կղանքում մշտական քողարկված արյան առկայությունը:

Նիշայի (խորշի) վերացումը, որը նկատվում է ռենտգենաբանական հետազոտության ժամանակ, կարող է պայմանավորված լինել ուռուցքի

աճով, այլ ոչ թե խոցի լավացմամբ:

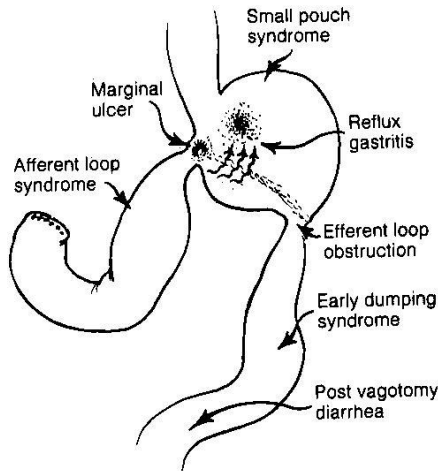
Խոցերի տրամագծի մեծացումը 2.5 սմ-ից ավելի և տեղակայումը պրեպիլորիկ հատվածում վկայում են նրանց մալիգնիզացիայի մասին: Խոցի մալիգնիզացիայի ռենտգենաբանական նշաններն են մեծ նիշան (2սմ-ից ավելի)՝ շրջակա խոր և լայն ինֆիլտրացիայով (ներնդված նիշայի ախտանիշ), նիշայի շրջակա լորձաթաղանթի ռեիլեֆի հարթեցումը, մկանային պատի կծկողականության թուլացումը: Դինամիկայում խոցային նիշայի մեծացմանը զուգընթաց՝ նվազում են խոցին բնորոշ ցավերը:

Խոցի մալիգնիզացիան բացարձակ ցուցում է վիրահատության, որն իրականացվում է օնկոլոգիական ռադիկալիզմի բոլոր սկզբունքներով:

ԹԵՄԱ 10. ՎԻՐԱՀԱՏՎԱԾ ՍՏԱՄՈՔՍԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Ստամոքսի վիրահատություն տարած հիվանդներից գրեթե ամեն չորրորդի մոտ տարբեր ժամանակահատվածում զարգանում են մարսողության տարբեր տեսակի և արտահայտության խանգարումներ, որոնք էապես վատացնում են հիվանդի կյանքի որակը, իջեցնում աշխատունակությունը, հաճախ հանգեցնում հաշմանդամության:

Ստամոքսի մասնահատումից (հետոբեզեկցիոն համախտանիշ), ինչպես նաև վագոտոմիայից (հետվագոտոմիկ համախտանիշ) հետո ի հայտ եկող ախտաբանական փոփոխությունները դասակարգվել են շատ հեղինակների կողմից:



Նկ. 1.92. Վիրահատված ստամոքսի հիվանդությունները

Վ.Ս. Մայատը և Յու.Մ. Պանցիրը համախտանիշերն ըստ ծագման բաժանել են օրգանական և ֆունկցիոնալ խմբերի (նկ.1.92):

1. Օրգանական խումբ՝

- փոքր ստամոքսի համախտանիշ,
- կրկնված (ռեցիդիվ կամ պեպտիկ) խոց,
- բերող գալարի համախտանիշ,

- տանող գալարի համախտանիշ,
- ստամոքսի ծայրատի քաղցկեղ,
- ստամոքս-աղիձ, աղիք-հաստաղիքային, ստամոքս-լեղային խուղակներ:

II.Ֆունկցիոնալ խուլք՝

- Դեմպինգ-համախտանիշ.
- ա) վաղ կամ հիպերգլիկեմիկ համախտանիշ,
- բ) ուշ կամ հիպոգլիկեմիկ համախտանիշ:
- Հետզաստրոռեզեկցիոն անեմիա:
- Հետզաստրոռեզեկցիոն ասթենիա:
- Գաստրոստազ:
- Դիարեա:
- Դիսֆագիա:
- Ռեֆլյուքս գաստրիտ, էզոֆագիտ:

Փոքր ստամոքսի համախտանիշ: Մասնահատումից հետո ստամոքսի տարողունակությունը կտրուկ նվազում է: Խանգարվում է նրա ռեզերվուար ֆունկցիան, փոքր ծավալով սնունդ ընդունելուց անգամ ստամոքսի պատը լարվում է՝ դրդելով այնտեղ գտնվող բարոռեցեպտորներին, որոնք այդ գրգիռները հասցնում են ուղեղի հազեցման կենտրոն՝ առաջ բերելով խորթակի բացակայություն: Օրգանիզմը սովորաբար կոմպենսացնում է այս վիճակը, սակայն երբեմն հիվանդների էպիգաստրալ շրջանում պահպանվում են ծանրության, անհարմարությունը, զգացողությունը, վժնածությունը, գլտոցը, սրտխառնոցը, փսխումը: Հիվանդն աստիճանաբար նիհարում է:

Բուժում: Մնունդը պետք է լինի բարձր կալորիականության, սպիտակուցներով հարուստ, այն պետք է ընդունել փոքր ծավալով, հաճախակի:

Եթե ստամոքսից էվակուացիան խանգարված է, ապա կատարվում է անաստոմոզի բուժավորում, անարդյունավետության դեպքում՝ վիրահատություն՝ պլաստիկա, կամ ձևավորվում է ստամոքս - աղիքային նոր անաստոմոզ:

Ռեցիդիվ (կրկնվող) կամ պեպտիկ խոց: Խոցային հիվանդության կապակցությամբ ստամոքսի վիրահատությունից հետո (մասնահատում կամ վագոտոմիա) խոցը կրկնվում է աղաթթվի հիպերսեկրեցիայի չնվազելու պատճառով, որը կարող է լինել հետևյալ դեպքերում՝

1. *Ստամոքսի խնայողական մասնահատումից հետո*, երբ կատարվում է ստամոքսի 2/3-ից փոքր մասնահատում և աղաթթվի հիպերսեկրեցիան էապես չի պակասում:

2. *12-մասնյա աղիքի ծայրատում ստամոքսի անտրալ հատվածի լորձաթաղանթ (G – բջիջներ) թողնելու ժամանակ*, երբ արյան մեջ բարձրանում է գաստրինի քանակը և ստամոքսի անգամ ադեկվատ մասնահատման ժամանակ աղաթթվի հիպերսեկրեցիան չի նվազում:

3. *Ստամոքս- աղիքային անաստոմոզի նեղ լինելու ժամանակ*, այս դեպքում, չնայած վիրահատությունից հետո աղաթթվի սեկրեցիան ընկճվում է, սակայն քանի որ էվակուցիան ստամոքսից դժվարացած է, ստամոքսի ծայրատի լուսանցքում առկա է H-պրոտոնների բարձր խտություն:

4. *Ձոլինգեր –Էլիսոնի համախտանիշի ժամանակ*, երբ առկա է ենթաստամոքսային գեղձի կամ ստամոքսաղիքային ուղու գաստրինոմա: Արյան մեջ բարձրանում է գաստրինի կոնցենտրացիան, որն էլ խթանում է աղաթթվի սեկրեցիան:

5. *Հիպերպարաթիրեոզի ժամանակ*, երբ հարվահանագեղձի ադենոմայի դեպքում ոսկրերից մեծ քանակությամբ կալցիումի իոններ են դուրս գալիս արյան մեջ, որոնք խթանում են ինչպես գաստրինի, այնպես էլ աղաթթվի սեկրեցիան:

6. *Ոչ լրիվ վագոտոմիայի ժամանակ*. վագոտոմիան կատարվել է ոչ ադեկվատ կամ չի ուղեկցվել պիլորոպլաստիկայով, որը հանգեցրել է ստամոքսաելքի նեղացման:

Կլինիկական պատկերը և ախտորոշումը: Ռեցիդիվ (կրկնված) խոցի կլինիկական ընթացքը խիստ ագրեսիվ է, այն չունի խոցային հիվանդությանը բնորոշ սեզոնայնությունը, ռիթմիկությունը, կապը սննդի ընդունման հետ, հաճախ է բարդություններ առաջացնում:

Ցավը լինում է ավելի ինտենսիվ, ավելի ուժգին, անընդհատ, տանջող բնույթի, դժվար է ենթարկվում դեղորայքային բուժման: Պեպտիկ խոցի ժամանակ ցավերի տեղակայումն ունի իր առանձնահատկությունը: Եթե 12-մատնյա աղիքի խոցին բնորոշ է ցավերի առկայություն էպիգաստրալ շրջանում՝ միջին գծից աջ, ապա պեպտիկ խոցի ժամանակ ցավը տեղակայված է ենթակողում՝ միջին գծից ձախ և ավելի մոտ պորտին, այսինքն՝ համապատասխանում է ստամոքս-աղիքային անաստոմոզի պրոյեկցիային: Բորբոքային մեծ ինֆիլտրատի կամ դեպի որովայնի առաջային պատ խոցի պենետրացիայի դեպքում երբեմն շոշափվում է պինդ, ուռուցքանման ցավոտ գոյացություն: Ցավի ուղղվածությունը պայմանավորված է պենետրացիայի ուղղությամբ, եթե խոցը պենետրացվել է դեպի ենթաստամոքսային գեղձ, ցավը ճառագայթվում է դեպի մեջքը, եթե խոցը պենետրացվել է դեպի հեպատոդոդենալ կապան, ապա ցավը ճառագայթվում է դեպի աջ ուսահող և այլն:

Հիվանդին հաճախ տանջում են էպիգաստրալ շրջանի այրոցի, վքնածության զգացողությունը, փսխումը: Արյունահոսությամբ բարդանալու դեպքում փսխման զանգվածները լինում են սուրճի նստվածքի տեսքով, կղանքը ձյութանման է: Կլինիկան առավել ազդեցիվ է ընթանում Ջոլինգեր-Էլիսոնի համախտանիշի ժամանակ: Բնութագրական է պեպտիկ խոցի տեղակայումը: Հիմնականում դրանք գտնվում են տանող գալարում կամ անաստոմոզի գոտում, հազվադեպ՝ բերող գալարում: Վերջինս հաստատում է այս խոցերի առաջացման գործում թթվապեպտիկ գործոնի դերը, նրա քայքայիչ ազդեցության ենթարկվում է անաստոմոզի բարակ աղիքի հատվածը և հատկապես նրա տանող գալարը:

Ախտորոշման համար կատարվում են լաբորատոր և գործիքային քննություններ: Ստամոքսահյութում որոշվում է ազատ աղաթթվի քանակը: Այդ նպատակով կիրառում են ասպիրացիոն-տիտրացիոն մեթոդը կամ pH-մետրիան, որոնց օգնությամբ հնարավոր է գտնել բարձր թթվարտադրության կապը հումորալ վագոսային կամ վագոսային փուլի հետ: Անցկացվում է դեղորայքային վագոտոմիայի թեստ, որի

նպատակն է որոշել ստամոքսի ծայրատում pH-ի տեղաշարժը բենզոհեքսոնիումի և ատրոպինի ներարկումից հետո: Այն կատարելու համար բարակ զոնդ է անցկացվում ստամոքս, որոշվում է ստամոքսի հյութազատությունը սոված ժամանակ և խթանումից հետո: Բազալ «սոված» սեկրեցիայի որոշումը պատկերացում է տալիս հյութազատության կենտրոնական փուլի մասին: Խթանումը կատարվում է հիստամինով, պենտագաստրինով և ինսուլինով:

Հիստամինային «մաքսիմալ» թեստը (**Կեյի փորձ**) որոշում է ստամոքսի լորձաթաղանթի հյութազատության առավելագույն հնարավորությունը:

Ինսուլինային թեստը (**Հոլանդերի փորձ**) կիրառվում է հատկապես վագոտոմիայից հետո նրա լիարժեքության մասին կարծիք կազմելու համար:

Ջոլինգեր-Էլիսոնի համախտանիշի տարբերակիչ ախտորոշման մեջ կարևոր է արյան պլազմայում գաստրինի կոնցենտրացիայի որոշումը:

Հիպերպարաթիրեոզի ախտորոշման ժամանակ կարևոր նշանակություն ունի կալցիումի և պարատհորմոնի կոնցենտրացիաների որոշումը:

Գործիքային քննություններից առաջնահերթը ֆիբրոգաստրոսկոպիան է, այն հնարավորություն է ընձեռում ոչ միայն ախտորոշելու լորձաթաղանթի ախտահարումները, կատարելու բջջաբանական քննություն, բիոպսիա՝ բարորակ և չարորակ նորագոյացությունների կապակցությամբ, այլև իրականացնելու որոշ բուժական միջամտություններ: Ռենտգեն շրջադիտակային քննությունը հնարավորություն է տալիս հայտնաբերելու կրկնված խոցի թափածակումը (ազատ գազ որովայնում), իսկ ռենտգեն կոնտրաստային քննությամբ տվյալներ են ստացվում ստամոքս-աղիքային անաստոմոզի նեղացման և ստամոքսի էվակուատոր ֆունկցիայի մասին: Գաստրոէնտերոանաստոմոզի պեպտիկ խոցը ռենտգենաբանորեն դժվար է ախտորոշել, քանի որ կպումային պրոցեսները, սպիական գրպանիկները քողարկում են խոցային նիշան:

Որովայնի խոռոչի ու պարանոցի սոնոգրաֆիկ քննության և համակարգչային շերտագրության միջոցով հնարավոր է հայտնաբերել ենթաստամոքսային գեղձի գաստրինոման Ջոլինգեր-Էլիսոնի համախտանիշի և հարվահանաձև գեղձի ադենոման հիպերպարաթիրեոզի ժամանակ:

Բուժում: Ախտորոշումը հաստատելուց հետո անհրաժեշտ է նշանակել պահպանողական թերապիա: Դեղորայքային բուժման արդյունքի բացակայության կամ կյանքի համար վտանգավոր բարդություններ առաջանալու դեպքում ցուցված է վիրահատական միջամտություն, որի նպատակը պետք է լինի ռեցիդիվ խոցերի առաջացման պատճառների վերացումը:

Վիրահատական մեթոդները: Ստամոքսի խնայողական մասնահատումից հետո ռեցիդիվ խոցի ժամանակ լավ արդյունք է տալիս ցողունային վագոտոմիան: Կատարվում է նաև ռեռեզեկցիա:

Ստամոքսի մասնահատման ժամանակ 12-մատնյա աղիքի ծայրատից վեր չհեռացված անտրալ հատվածը պետք է հեռացնել:

Ստամոքս-աղիքային անաստոմոզի նեղացման ժամանակ, եթե բուժավորումն անարդյունավետ է, կատարվում է կամ անաստոմոզի պլաստիկա կամ ռեռեզեկցիա և նոր անաստոմոզի ձևավորում:

Մելեկտիվ վագոտոմիայից հետո կրկնված խոցի դեպքում կատարվում է ստամոքսի մասնահատում և ցողունային վագոտոմիա:

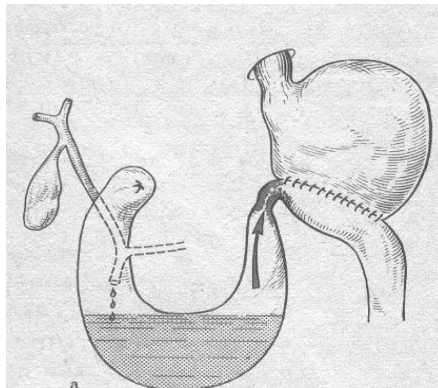
Հիպերպարաթիրեոզի ժամանակ հեռացվում է հարվահանագեղձի ադենոման:

Ջոլինգեր-Էլիսոնի համախտանիշի ժամանակ, եթե հայտնաբերվել է ենթաստամոքսային գեղձի գաստրինոմա, ապա այն հեռացվում է: Բայց հաճախ այն չի հայտնաբերվում, G-բջիջների կուտակումներ լինում են ամբողջ ստամոքսաղիքային ուղու երկայնքով: Այդ դեպքում, եթե պահպանվի ստամոքսի թեկուզ շատ փոքրիկ հատված, գաստրինի ազդեցությամբ տեղի է ունենում լորձաթաղանթի պոլիպոտենտ բջիջների դիֆերենցացիա պարիետալ բջիջների, ադաթթվի հիպերսեկրեցիա և խոցի առաջացում: Ուստի Ջոլինգեր-Էլիսոնի համախտանիշի դեպքում

ցուցված է կատարել գաստրէկտոմիա:

Բերող գալարի համախտանիշ: Ջարգանում է Բիլոթթ II եղանակով ստամոքսի մասնահատումից հետո: Լեղին, դուռդենալ և պանկրեատիկ հյուլթը կուտակվում են 12-մատնյա աղիքում, որոնք պարկանման լայնացնելով վերջինս՝ չեն նպաստում, կամ մասնակիորեն են նպաստում մարսողությանը, որն էլ հանգեցնում է մարսողական գանագան խանգարումների (նկ.1.93): Պատճառներն են՝

1. ստամոքս-աղիքային անաստոմոզի բերող հատվածի նեղացումը,
2. երկար թողնված բերող գալարը,
3. բերող գալարի պտույտը սեփական երկայնակի առանցքի շուրջ,
4. չափից կարճ բերող գալարը, որի հավելյալ ֆիքսումը փոքր կորությանը կարող է առաջացնել աղիքի ծռում,
5. ստամոքս-աղիքային անաստոմոզին դրսից ուռուցքով կամ բորբոքային բնույթի ինֆիլտրատով սեղմելը,
6. աորտամեզենտերալ անանցանելիությունը,
7. բերող գալարի լորձաթաղանթի արտանկումը դեպի ստամոքս կամ տանող գալար,
8. քրոնիկական դուռդենոստագր:



Նկ. 1.93. Բերող գալարի համախտանիշ

Տարբերում են բերող գալարի սուր և քրոնիկական համախտանիշեր: Ստամոքսի մասնահատումից հետո բերող գալարի սուր

անանցանելիությունն առավել հազվադեպ բարդություններից է: Այն հիմնականում առաջանում է վիրահատությունից հետո առաջին օրերին մեխանիկական պատճառներից՝ միջընդերքի հետևում ստամոքսի հետ բերանակցված աղեգալարի օղակում, բերող գալարի ոլորում, տանող գալարի ինվագինացիա բերող գալարի մեջ և այլն:

Այս բարդությունը մշտապես ունենում է ծանր ընթացք: Մնունդ ընդունելուց հետո էպիգաստրալ շրջանում առաջանում են կծկանքանման ցավեր, վքնածություն, սրտխառնոց, փսխում ստամոքսային պարունակությամբ և միշտ առանց լեղու: Ընդհանուր վիճակը կտրուկ վատանում է, զարգանում է շոկ հիշեցնող կլինիկական պատկեր: Որովայնը լարված է և ցավոտ: Էպիգաստրալ շրջանում շոշափվում է ուռուցքանման գոյացություն: Աստիճանաբար առաջանում է բերող գալարի նեկրոզ (մեռուկ) և պերիտոնիտ: Երբեմն նկատվում է դեղնուկ՝ պայմանավորված լեղուղիներով լեղու էվակուացիայի դժվարացմամբ:

Բերող գալարի սուր անանցանելիության բուժումը վիրահատական է: Այն ենթադրում է սեղմող ստրանգուլյացիայի հատում, օղակված աղեգալարի ազատում, աղիքի մեռուկացված հատվածի մասնահատում, նոր անաստոմոզի ձևավորում և այլն:

Հաճախ հանդիպում է բերող գալարի անանցանելիության քրոնիկական ձևը: Կլինիկորեն այն արտահայտվում է սրտխառնոցով, կրծոսկրի շրջանում այրոցի զգացումով, էպիգաստրալ և աջ ենթակողի շրջանում ծանրության զգացումով, որձկումով: Որովայնը փափուկ է, փքված էպիգաստրալ շրջանում, որտեղ ծփանքի ախտանիշը դրական է: Փսխումից հետո ի հայտ է գալիս զգալի թեթևություն, էպիգաստրալ շրջանի ուռուցքանման գոյացությունը վերանում է, ծփանքի ախտանիշը դառնում է բացասական: Փսխման զանգվածը լեղին է՝ խառնված պանկրեատիկ և դուոդենալ հյութերի հետ, որը սովորաբար սննդի մնացորդներ չի պարունակում: Ծանր դեպքերում փսխումը տանջող բնույթ ունի, խանգարվում են սննդի մարսումը և ներծծումը, կղանքը պարունակում է զգալի քանակությամբ չմարսված ճարպ և մկանաթելեր,

հիվանդներն աստիճանաբար կորցնում են քաշը և հյուծվում են:

12-մատնյա աղիքի պարկանման լայնացումը նպաստում է Օդիի սեղմանի լայնացմանը: Տեղի է ունենում պարունակության հետհոսք դեպի լեղուղիներ և վիրսուսզյան ծորան: Չարգանում են խոլանգիտ, պանկրեատիտ: Ի հայտ են գալիս բարձր ջերմություն, դող, սարսուռ, դեղնություն: Արյան մեջ բարձրանում է ամիլազայի խտությունը:

Ըստ կլինիկական պատկերի ծանրության՝ կարելի է առանձնացնել հիվանդության 4 աստիճաններ՝

Համախտանիշի առաջին աստիճանի դեպքում հիվանդներն ունեն թեթև խանգարումներ՝ որձկումի տեսքով, փսխում լեղային պարունակությամբ՝ ամիսը 1-2 անգամ՝ պայմանավորված կաթի ընդունմամբ: Դիսպեպտիկ երևույթները և ցավային զգացումները հիվանդներին գրեթե չեն անհանգստացնում, ընդհանուր վիճակը բավարար է, աշխատունակությունը խանգարված չէ:

Համախտանիշի երկրորդ աստիճանին բնութագրական են միջին ծանրության դրսևորումներ: Լեղիով փսխումն ի հայտ է գալիս շաբաթական 2-3 անգամ, փսխման զանգվածները կազմում են 200-300 մլ: Փսխման առաջացմանը նախորդում է աջ թուլակողում և էպիգաստրալ շրջանում ծանրության զգացումը սննդի ընդունումից հետո, հատկապես հեղուկ սննդից և կաթից հետո: Փսխումը թեթևություն է առաջացնում: Այս հիվանդների շրջանում առկա է աշխատունակության իջեցում, քաշի կորուստ:

Համախտանիշի երրորդ աստիճանին դասում են այն դեպքերը, երբ փսխումն առաջանում է գրեթե ամեն օր, փսխման զանգվածները կազմում են 400-500 մլ և ավելի: Սննդի ընդունումից հետո առաջանում են ճնշող ցավեր էպիգաստրալ և աջ ենթակողի շրջաններում: Վիճակի թեթևացման նպատակով հիվանդներն իրենք են առաջացնում փսխում: Բնութագրական են հյուծումը, աշխատունակության զգալի իջեցումը:

Հիվանդության չորրորդ աստիճանին, բացի վերոնշյալ նշաններից, բնորոշ են սնուցման և նյութափոխանակության կտրուկ խանգարումներ (հիպոպրոտեինեմիկ այտուցներ, կտրուկ հյուծում, անեմիա), ինչպես

նաև պարենքիմատոզ օրգանների դիստրոֆիկ զգալի փոփոխություններ:

Ախտորոշման նպատակով կատարվում է ֆիբրոզաստրոսկոպիա, որով կարելի է տեսնել ստամոքս-աղիքային անաստոմոզի բերող հատվածի նեղացումը:

Որովայնի սոնոգրաֆիկ քննությամբ էպիգաստրալ շրջանում հայտնաբերվում է հեղուկ պարունակող գոյացություն, որը փսխելուց հետո անհետանում է:

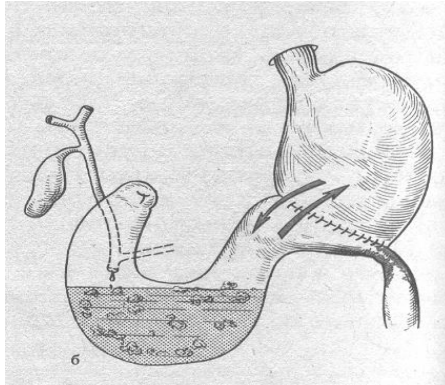
Ռենտգեն շրջադիտական քննությամբ հայտնաբերվում է հեղուկի մակարդակ:

Ռենտգեն կոնտրաստային քննությամբ բերող գալարը չի կոնտրաստավորվում (բնականում այն պետք է կոնտրաստավորվեր, ապա աստիճանաբար դատարկվեր):

Բուժումը վիրահատական է, կատարվում են՝

1. դուոդենո-յեյունոանաստոմոզ կամ էնտերո-էնտերոանաստոմոզ ըստ Բրաունի,
2. ռեռեզեկցիա Y-աձև անաստոմոզ ըստ Ռուի:

Տանող գայարի համախտանիշ. Չարզանում է ստամոքս-աղիքային անաստոմոզի տանող հատվածի նեղացման, տանող գալարի՝ երկայնակի առանցքի շուրջ պտույտի, ստամոքս-աղիքային անաստոմոզին դրսից ուռուցքով կամ բորբոքային բնույթի ինֆիլտրատով սեղմելու և այլնի պատճառով (նկ.1.94): Դրանց հետևանքով լեղին, դուոդենալ և պանկրեատիկ հյուսթ, ինչպես նաև ընդունած սնունդը կուտակվում են 12-մատնյա աղիքում: Կլինիկական ընթացքով նման է նախորդին այն տարբերությամբ, որ ունի ավելի բուռն ու ծանր ընթացք: Փսխման գանգվածներում առկա են սննդի մնացորդներ, հիվանդը արագ է հյուծվում և աստենիզացիայի ենթարկվում: Հիվանդությունն արագընթաց անցնում է ծանր ձևի:



Նկ. 1.94. Տանող գալարի համախտանիշ

Ախտորոշման համար կարևոր նշանակություն ունի ռենտգեն կոնտրաստային քննությունը՝ կոնտրաստը ստամոքսի ծայրատից միանգամից անցնում է բերող հատված, իսկ էվակուացիան դեպի տանող գալար խիստ խանգարված է:

Բուժումը վիրահատական է, կատարվում են տանող գալարի անցանելիությունը վերականգնող միջամտություններ:

Վիրահատված ստամոքսի ուռուցքներ: Մասնահատված ստամոքսը քաղցկեղի զարգացման նախատրամադրող գործոն է: Դրան նպաստում են հիպոացիդ վիճակը, ատրոֆիկ գաստրիտը և ստամոքսի ծայրատ լեղու ռեֆլյուքսը: Չնայած որոշ հեղինակների կարծիքով քաղցկեղային պրոցեսն ինքնուրույն հիվանդություն է և վիրահատված հիվանդների դեպքում ստամոքսի ծայրատի քաղցկեղի զարգացման վտանգը նույնքան է, որքան և խոցային հիվանդությամբ չվիրահատված հիվանդների շրջանում:

Կլինիկական պատկերում գերակշռում են դիսկոմֆորտի առաջացումը, ախորժակի կորուստը, աճող թուլությունը, գլտոցը, սրտխառնոցը և փսխումը, որոնք երկար ժամանակ առկա չէին վիրահատությունից հետո: Ցավային համախտանիշը հաճախ լինում է համակցված պանկրեատիտի կամ պեպտիկ խոցի հետ: Առկա են քաշի արտահայտված կորուստ և հիպոքրոմ անեմիա, ԷՆԱ-ի բարձրացում:

Հաճախ դիտվում է տանող գալարի անանցանելիության պատկեր:

Վիրահատված ստամոքսի ուռուցքի ախտորոշումը ներկայացնում է զգալի դժվարություն: Այն պայմանավորված է նրանով, որ ստամոքսի քաղցկեղի ախտանիշերը կարող են քողարկվել այլ հիվանդության նշաններով կամ նմանվել վիրահատված ստամոքսի տարբեր հիվանդությունների նշաններին և այդ կերպ թուլացնել օնկոլոգիական զգոնությունը: Տարբեր ձևախախտումները, պայմանավորված կայուններով, սպիական փոփոխություններով կամ անաստոմոզի ձևախեղմամբ, ռենտգենաբանական հետազոտությունը դարձնում են քիչ տեղեկատվական: Կարևոր նշանակություն ունի ֆիբրոգաստրոսկոպիան, գաստրոբիոպսիան:

Հիվանդությունը ճիշտ և ժամանակին ախտորոշելու համար հարկավոր է ստացված ամբողջ տվյալների մանրակրկիտ և մտածված վերլուծություն (անամնեստիկ տվյալներ, գանգատներ, ընդհանուր վիճակ, լաբորատոր-ռենտգենաբանական և էնդոսկոպիկ քննություններ):

Դեմպինգ համախտանիշ: Ստամոքսի մասնահատում տարած հիվանդների շրջանում ամենահաճախն է հանդիպում: Բնութագրական է սննդի ընդունումից հետո ի հայտ եկող թուլության կտրուկ նոպան:

Դեմպինգ համախտանիշն ըստ կլինիկական երևույթների ի հայտ գալու ժամանակի, բաժանվում է վաղ և ուշ ձևերի:

Վաղ դեմպինգի պատճառը ստամոքսում լավ չմշակված, 12-մատնյա աղիքի մարսողությունը չանցած սննդային զանգվածի միանգամից անցումն է ստամոքս - աղիքային լայն անաստոմոզով դեպի բարակ աղիքի լուսանցք: Այստեղ կտրուկ զարգանում է հիպերօսմոտիկ վիճակ: Այն կոմպենսացնելու նպատակով աղիքի պատի անոթներից մեծ քանակությամբ հեղուկ դուրս է գալիս աղիքի լուսանցք: Դրան նպաստում են նաև արյան մեջ արտազատված մեծ քանակի բիոակտիվ նյութերը՝ սերոտոնինը, հիստամինը, բրադիկինինը, որոնք մեծացնում են անոթների թափանցելիությունը, առաջացնում պերիֆերիկ վազոդիլատացիա:

Դրա հետևանքով շրջանառող արյան ծավալը (ՇԱԾ) կտրուկ

պակասում է, զարգանում է **հիպովոլեմիա**, որով էլ պայմանավորված են վաղ դեմպինգի կլինիկական նշանները:

Սովորաբար դրանք ի հայտ են գալիս սննդի, հատկապես քաղցր և կաթնային մթերքների ընդունումից 15-20 րոպե հետո: Ցածր մոլեկուլային զանգված ունեցող ածխաջրատները բարակ աղիքի վերին հատվածներից հեշտությամբ ներծծվում են արյան մեջ՝ բարձրացնելով գլյուկոզայի խտությունը: Այդ պատճառով վաղ դեմպինգը կոչվում է նաև **հիպերգլիկեմիկ համախտանիշ** (այստեղ հիպերգլիկեմիան որևէ կլինիկական արտահայտություն չունի):

Կլինիկա: Մտունդ ընդունելուց 15-20 րոպե հետո դիտվում են ընդհանուր թուլություն, սրտխփոց, վքնածություն, անհարմարության զգացում, ախորժակի բացակայություն, փսխում, անկանոն ջրիկ կղանք, գլխապտույտ, աչքերի առջև մթազնում, որովայնի կծկանքային բնույթի ցավ, ճնշման անկում, պուլսի հաճախացում և թույլ լեցունություն:

Հիվանդն աստիճանաբար նիհարում է, առաջանում է անեմիա, ընկնում է աշխատունակությունը, ի հայտ են գալիս անձի ապթենիզացիա՝ գրգռվածություն, անքնություն, գլխացավեր, անհավասարակշռվածություն, ֆիքսացիոն ներապթենիա:

Նոպաների ծանրությունը տատանվում է՝ սկսած կարճաժամկետ ընդհանուր թուլությունից մինչև ընդհանուր ֆիզիկական անկարողություն: Դրանց տևողությունը կարող է տատանվել 20-25 րոպեից մինչև մի քանի ժամ ուղիղ համեմատական է հիվանդության ծանրությանը:

Դեմպինգ համախտանիշը բնութագրվում է երկարատև և տրալիդ ընթացքով: Հիվանդների շրջանում նոպաները սովորաբար ի հայտ են գալիս վիրահատությունից հետո առաջին տարում՝ պայմանավորված ընդունվող սննդամթերքի տեսականու շատացմամբ: Եթե վիրահատությունից հետո 2-3 ամիս անց հիվանդության հիմնական արտահայտությունը համարվում են թուլության նոպաները, որոնք առաջանում են սննդի ընդունումից հետո, ապա ժամանակի ընթացքում դեմպինգ համախտանիշի կլինիկական պատկերին ավելանում են

գանգատները՝ կապված անձի ֆիզիկական և նյարդահոգեկան ասթենիզացիայի հետ:

Դեմպինգ նախատրամադրվածության ստուգման կամ նրա պրովոկացիայի նպատակով երբեմն կիրառվում է Ֆիշերի փորձը՝ նագոյեյունալ զոնդով ներմուծում են 50%-անոց 150 մլ գլյուկոզայի լուծույթ և հետևում կլինիկային: Գանգատների, կլինիկական պատկերի, սնուցման վիճակի և աշխատունակության կորստի մակարդակի վրա հիմնվելով՝ գնահատվում է դեմպինգ համախտանիշի ծանրության աստիճանը:

I աստիճան: Հիվանդության թեթև ձևն է, բնութագրվում է կլինիկական թույլ արտահայտվածությամբ և 15-20 րոպե տևողությամբ թուլության նույնատևրով կամ քաղցր սննդի և կաթի ընդունումից հետո տեղի գրգռումով: Սննդակարգի պահպանման ժամանակ հիվանդներն իրենց լավ են զգում և աշխատունակ են: Քաշի կորուստը 3-5 կգ է, սակայն սնուցումը բավարար է: Շաքարային կորի հետագոտման ժամանակ հիպերգլիկեմիկ գործակիցը չի գերազանցում 1,5-1,6-ը: Դեմպինգ համախտանիշի ժամանակ պուլսը հաճախացած է 10 զարկ/րոպեով, սիստոլիկ ճնշումն իջնում է 5 մմ սնդ.սյունով: Ստամոքսից բարիումի էվակուացիան կատարվում է 15-20 րոպեի ընթացքում, իսկ սննդային նախաճաշը՝ 60-70 րոպե հետո: Բարակ աղիքում կոնտրաստ նյութի տևողությունը ձգվում է 5 ժամից ոչ քիչ:

II աստիճան: Բնութագրվում է միջին ծանրության կլինիկական արտահայտվածությամբ: Նույնատևրը կարող են սկսվել ցանկացած բնույթի սննդի ընդունումից հետո, որոնք տևում են 30-40 րոպե և առավել արտահայտված են: Կղանքն անկայուն է: Աշխատունակությունը նվազած է: Քաշի կորուստը 8-10 կգ է: Հիպերգլիկեմիկ գործակիցը հասնում է մինչև 1,6-1,7: Նույնատևրը ժամանակ պուլսը հաճախանում է 10-15 զարկ/րոպեով, զարկերակային ճնշումը նվազում է 5-10 մմ սնդ. սյուն: Ստամոքսի ծայրատը բարիումից դատարկվում է 10-15 րոպեի ընթացքում, իսկ նախաճաշի սննդից՝ 30-40 րոպեում: Բարակ աղիքում բարիումի կուտակման ժամանակը չի անցնում 3-3,5 ժամից:

III աստիճան: Հիվանդության ծանր ձևն է: Խանգարումներն սկսվում են ամեն սննդի ընդունումից հետո և տևում են 1,5-2 ժամ: Հիվանդները նուպաների ժամանակ ստիպված են պառկել, քանի որ կանգնելու ամեն մի փորձ ավարտվում է ուշագնացությամբ: Մննդի ընդունման վախր և մարսողության խանգարումները (անհարմարություն, վքնածություն, առատ, տանջող լուծ) հանգեցնում են հիվանդի հյուծման: Դիտվում է աշխատունակության զգալի նվազում, հիվանդներին տրվում է հաշմանդամության 2-րդ կարգ: Քաշի կորուստը 13-15 կգ է: Հիպերգլիկեմիկ գործակիցը 2,0-2,5 է: Նուպայի ժամանակ պուլսը (անոթազարկը) հաճախանում է 15-20 զարկ/րոպեում, սիստոլիկ ճնշումը նվազում է 10-15 մմ սնդ. սյուն: Ստամոքսի ծայրատից բարիումի էվակուացիան կատարվում է 5-7 ըոպեի ընթացքում, սննդային նախաճաշինը՝ 12-15 ըոպեում: Բարակ աղիքում բարիումը կուտակվում է առավելագույնը 2-2,5 ժամում:

IV աստիճան: Հիվանդության խիստ ծանր կամ դեկոմպենսացված ձևն է: Այս խմբի հիվանդների շրջանում վերոնշյալ երևույթներին գումարվում են նաև ներքին օրգանների դիստրոֆիկ փոփոխությունները, հյուծվածությունը հասնում է կախեքսիայի, ի հայտ են գալիս հիպոպրոտեինեմիկ այտուցներ, անեմիա: Հիվանդներն անաշխատունակ են, հաճախ ունեն խնամքի կարիք:

Բուժում: Թեթև ձևերի ժամանակ տարվում է պահպանողական (պահպանողական) թերապիա: Նշանակվում է բարձր կալորիականությամբ, սպիտակուցային, կոշտ սննդակարգ: Հիվանդները սնունդը պետք է ընդունեն հորիզոնական դիրքում: Նշանակվում են ստամոքս-աղիքային ուղու մոտոր-էվակուատոր ֆունկցիան ընկճող դեղամիջոցներ, վիտամիններ: Հիվանդության ծանր ձևերի ժամանակ ցուցված է վիրահատական բուժումը: Կատարվում են հետևյալ վերականգնողական վիրահատությունները՝

1. ստամոքս-աղիքային բերանակցման նեղացում,

2. հավելյալ միջադիքային բերանակցումների ձևավորում ըստ Բրաունի բերող և տանող գալարների միջև վերակառուցում ըստ Ռուի,
3. ռեդուկտիվացիա՝ Բիլոթ-II վիրահատության կառուցվածքի ձևափոխում Բիլոթ-I-ի:

Ուշ դեմպինգ կամ հիպոգլիկեմիկ համախտանիշ: Ջարգանում է սննդի ընդունումից 2-3 ժամ հետո: Ախտածնությունը պայմանավորված է վաղ դեմպինգ ռեակցիայով, երբ ցածր մոլեկուլային զանգված ունեցող ածխաջրատների ներծծումը նպաստում է արյան մեջ գլյուկոզայի մակարդակի կտրուկ բարձրացմանը: Վերջինս դրդում է ենթաստամոքսային գեղձի էնդոկրին (ներգատիչ) ֆունկցիան, արտադրվում է մեծ քանակի ինսուլին: Հիպերինսուլինեմիայի հետևանքով տեղի է ունենում արյան մեջ գլյուկոզայի մակարդակի իջեցում մինչև սուբնորմալ ցուցանիշեր: Ջարգանում է հիպոգլիկեմիա, երբեմն նույնիսկ հիպոգլիկեմիկ կոմա: Այսինքն՝ ուշ դեմպինգ համախտանիշի կլինիկան պայմանավորված է հիպոգլիկեմիայով:

Կլինիկական պատկերը և ախտորոշումը: Բնութագրական են կտրուկ զարգացող թուլությունը, գլխապտույտը, սովի զգացումը, էպիգաստրալ շրջանում ճվող ցավը, դողը, սրտխփոցը, երբեմն բրադիկարդիան (դանդաղասրտությունը), մաշկային ծածկույթների գունատությունը, սառը քրտինքը: Հնարավոր է գիտակցության կորուստ: Այս ախտանիշերն արագ անհետանում են ածխաջրերով հարուստ սննդի ընդունումից հետո: Հիպոգլիկեմիայի ախտանիշերը կարող են առաջանալ սննդի ընդունման երկարատև ընդմիջումների ժամանակ, ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունից հետո: Հիպոգլիկեմիայի համախտանիշի արտահայտված դրսևորումների կանխարգելման համար հիվանդները փորձում են հաճախակի սնվել, իրենց հետ վերցնում են շաքար, հաց, որոնք ընդունում են հիպոգլիկեմիայի առաջին նշանների ի հայտ գալու ժամանակ:

Բուժում: Հիպոգլիկեմիկ համախտանիշի համակցումը դեմպինգ համախտանիշի հետ պայմանավորված է նրանց պաթոգենետիկ

(ախտածնական) ընդհանրությամբ: Առաջատար խնդիր է դեմպինգ համախտանիշը, որի լիկվիդացիայի համար անհրաժեշտ են բուժական միջոցառումներ: Նշանակվում են մարսողական ուղու վերին հատվածների մոտոր-էվակուատոր ֆունկցիան կարգավորող դեղամիջոցներ և սննդակարգ: Անարդյունավետության դեպքում ցուցված է վիրահատական բուժում:

Ռեֆլյուքս-գաստրիտ: Առաջանում է ստամոքսի ծայրատի մեջ 12-մասնյա աղիքից լեղաթթուների, լիզոլեցիտինի և պանկրեատիկ հյութի հետհոսքից: Այդ նյութերը քայքայում են լորձաբիկարբոնատային պատնեշը, վնասում ստամոքսի լորձաթաղանթը՝ հանգեցնելով բիլիար (հիմնային) ռեֆլյուքս-գաստրիտի: Արտահայտված դուոդենոգաստրալ ռեֆլյուքսի պատճառները կարող են լինել քրոնիկական դուոդենոստազը, վազոտոմիան՝ պիլորոպլաստիկայի հետ, ստամոքսի մասնահատումը, գաստրոէնտերոստոմիան:

Կլինիկական պատկերը և ախտորոշումը: Ռեֆլյուքս-գաստրիտի հիմնական ախտանիշերն են էպիգաստրալ շրջանի ցավերը, գլոտոցը, սրտխառնոցը և փսխումը, քաշի կորուստը: Ցավն ուժեղանում է սննդի ընդունումից հետո, լինում է բուրբ, երբեմն այրող բնույթի: Հաճախակի փսխումը հիվանդի վիճակը չի թեթևացնում: Հիվանդներին անհանգստացնում է բերանի տհաճ համր: Ռեֆլյուքս-էզոֆագիտի միացումն ուղեկցվում է կրծոսկրի շրջանի այրոցով, դիսֆագիայով: Հիվանդության հարաճման ժամանակ դիտվում են հիպո- և աքլորիդիդրիա, անեմիա, նիհարում: Լեղու և աղիքային պարունակության կրկնակի ազդեցությունը վիրահատված ստամոքսի լորձաթաղանթի վրա, հատկապես անաստոմոզի շրջանում կարող է առաջացնել էրոզիվ գաստրիտ, որն առաջացնում է լորձաթաղանթի ատրոֆիկ (ապաճական) փոփոխություններ, աղիքային մետապլազիա և ստամոքսի էպիթելի դիսպլազիա: Էրոզիվ գաստրիտն ուղեկցվում է արյան կորստով և նպաստում հիպոքրոմ անեմիայի զարգացմանը: Քրոնիկական ատրոֆիկ (ապաճական) գաստրիտի ժամանակ նվազում է պարիետալ բջիջների թիվը, որոնք արտադրում են գաստրո-մուկոպրոտեին (Կասսիլի ներքին

գործոն), նկատվում է արյան մեջ վիտամին B₁₂-ի քանակի նվազման միտում, հետագա պերնիցիոզ անեմիայի զարգացմամբ: Դուրդենո- կամ յեյունոզաստրալ ռեֆլյուքսով հիվանդների վիրահատությունից որոշ ժամանակ հետո կարող է զարգանալ ստամոքսի ծայրատի քաղցկեղ, որի հավանականությունը 3-6 անգամ բարձր է՝ համեմատած նույն խմբի չվիրահատված հիվանդների հետ:

Դուրդենոզաստրալ ռեֆլյուքսը հնարավոր է հայտնաբերել ռենտգեն կոնտրաստային հետազոտության ժամանակ:

Էնդոսկոպիայի ժամանակ վիրահատված ստամոքսում հայտնաբերում են լեդի, լորձաթաղանթի հիպերեմիա և այտուց, սակայն ստամոքսում լեդու քիչ քանակությունը ռեֆլյուքս-գաստրիտի ախտորոշման հիմք չէ: Առավել վստահելի և տեղեկատվական է ռադիոիզոտոպային սցինտիգրաֆիան և լորձաթաղանթի բիոպսիան: Բիոպտատների հյուսվածաբանական հետազոտության ժամանակ հայտնաբերում են փոփոխություններ, որոնք բնորոշ են գաստրիտին: Դրանով և որոշում են հիվանդության ձևը:

Բուժում: Պահպանողական թերապիան ներառում է սննդակարգ և դեղորայքային բուժում: Սովորաբար նշանակում են մագնեզիում և ալյումին պարունակող անտացիդներ, ստամոքսի և 12-մատնյա աղիքի մոտորիկան կարգավորող դեղամիջոցներ:

Վիրահատական բուժումը ցուցված է արտահայտված ախտանիշերի և հիվանդության զգալի երկարաձգման դեպքում, ինչպես նաև բարդությունների զարգացման ժամանակ, ինչպիսին են էրոզիվ մակերեսներից արյունահոսությունը և անեմիան:

Վիրահատությունը միտված է դեպի ստամոքս դուրդենալ պարունակության թափանցման կանխմանը:

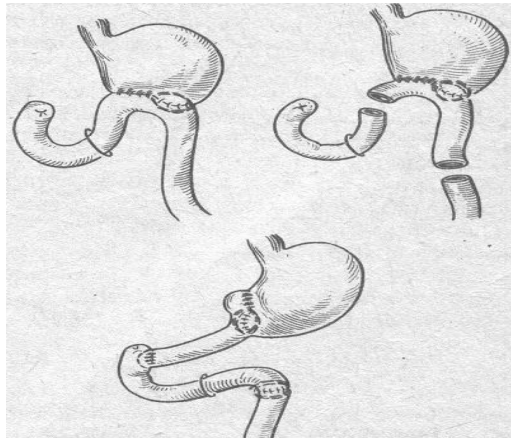
Առավել արդյունավետ է համարվում ռեռեզեկցիան և Ռուի եղանակով գաստրոյեյունոանաստոմոզի ձևավորումը (նկ.1.95): Իր նվազ արդյունավետության պատճառով համեմատաբար քիչ կիրառություն ունի նաև գաստրոյեյունոդուդենոպլաստիկան (բարակաղիքային տրանսպլանտատի ինտերպոզիցիա ստամոքսի ծայրատի և 12-մատնյա

աղիքի միջև, (նկ.1.96):



Նկ. 1.95.

Գաստրոյեյունոանաստոմոզ
ըստ Ռուի



Նկ. 1.96.

Գաստրոյեյունոդուդենոպլաստիկա

Չիսֆագիա: Նկատվում է հատկապես վագոտոմիայից հետո վաղ հետվիրահատական շրջանում, թույլ է արտահայտված և արագ անցնում է: Պայմանավորված է կերակրափողի դիստալ (հեռադիր) հատվածի դեներվացիայով, պերիէզոֆագեալ բորբոքմամբ, հետվիրահատական էզոֆագիտով:

Բուժումը պահպանողական է, կիրառում են ստամոքսի և 12-մատնյա աղիքի մոտորիկական կարգավորող և անտացիդ դեղամիջոցներ:

Գաստրոստազ: Առաջանում է որոշ հիվանդների շրջանում ցողունային վագոտոմիայից և հատկապես ոչ աղեկվատ պիլորոպլաստիկայից հետո: Հիմնական ախտանիշերն են՝ սրտխառնոց, որձկոց, փսխում, բուլթ ցավ կամ ծանրության զգացում որովայնի վերին հատվածներում: Ռենտգեն կոնտրաստային հետազոտության ժամանակ հայտնաբերում են ստամոքսից կոնտրաստի հեռացման դանդաղում:

Բուժման համար խրոհուրդ է տրվում ստամոքսի պարունակության մշտական նագոգաստրալ ասպիրացիա, ստամոքսի մոտորիկական կարգավորող պատրաստուկներ: Եթե պիլորոպլաստիկան աղեկվատ է,

ապա պահպանողական բուժման ժամանակ գաստրոստազի ախտանիշերը վերանում են ստամոքսի մոտորիկայի վերականգնմանը զուգընթաց, եթե՝ ոչ, ապա ցուցված է ստամոքսը դրենավորող վիրահատություն կատարել:

Ղիւռնա: Ստամոքսը դրենավորող վիրահատությամբ համակցված ցողունային վագոտոմիայի բարդություն է: Ստամոքսի մասնահատումից հետո այն հազվադեպ է հանդիպում:

Դիառեայի զարգացման պատճառներն են՝ աղաթթվի պրոդուկցիայի իջեցումը, մարսողական ուղու մոտորիկայի փոփոխությունը, խիմուսի արագացած պասսաժն աղիքներով, ենթաստամոքսային գեղձի էքսկրետոր (արտազատիչ) ֆունկցիայի իջեցումը, գաստրոինտեստինալ հորմոնների դիսբալանսը (անհաշվեկշռությունը), աղիքների լորձաթաղանթի մորֆոլոգիական փոփոխությունները (յեյունիտ), լեղաթթուների փոխանակության խանգարումները, աղիքային միկրոֆլորայի փոփոխությունը:

Դիառեան ըստ ծանրության բաժանվում է 3 աստիճանի: Որպես տարբերակման չափորոշիչներ՝ կիրառվում են դեֆեկացիայի հաճախությունը, նրա հայտնվելու հանկարծակիությունը, սննդի ընդունման հետ կապը:

Թեթև աստիճանի ժամանակ ջրիկ կղանքն առաջանում է ամսական 1 անգամից մինչև շաբաթական 2 անգամ կամ էպիզոդիկ՝ որոշակի մթերքների ընդունումից հետո:

Միջին աստիճանի ժամանակ ջրիկ կղանքն առաջանում է շաբաթական 2 անգամից մինչև 5 անգամ օրվա ընթացքում:

Ծանր աստիճանի ժամանակ ջրիկ կղանքն առաջանում է օրվա ընթացքում 5 անգամից ավելի, հանկարծակի, երբեմն ցանկացած սննդի ընդունումից անմիջապես հետո: Դիառեան հաճախ ընթանում է հիվանդների ընդհանուր վիճակի հարաճուն վատացմամբ:

Բուժում: Խորհուրդ է տրվում սննդակարգից բացառել կայթը և այլ մթերքներ, որոնք պրովակացնում են դեմպինգ-ռեակցիան: Սննդակարգում պետք է ներառել մթերքներ, որոնք դանդաղեցնում են

ստամոքսաղիքային ուղու մոտորիկան: Աղիքային միկրոֆլորայի կանոնավորման համար կիրառում են պրոբիոտիկներ և այնպիսի միջոցներ, որոնք ադսորբում են լեղաթթուները: Արագ դրական արդյունք է առաջացնում իմոդիումը՝ հակադիառեային միջոց, որը դանդաղեցնում է ստամոքս-աղիքային ուղու մոտորիկան:

Մետաբոլիկ (նյութափոխանակային) խանգարումներ: Հաճախ զարգանում են ստամոքսի դիստալ մասնահատումից կամ գաստրեկտոմիայից հետո ստամոքսի պարիետալ բջիջների զգալի մասի հեռացման հետևանքով, որոնք արտադրում են Կասսոլի ներքին գործոնը: Այն անհրաժեշտ է, որպեսզի վիտամին B₁₂-ը ներծծվի աղիքներից: Որոշ հեղինակներ ենթադրում են, որ վիտամին B₁₂-ի դեֆիցիտը և մեգալոբլաստային անեմիան կապված չեն պարիետալ բջիջների կողմից գաստրոմուկոպրոտեինի արտադրության հետ, այլ պայմանավորված են բարակաղիքային ներծծման խանգարմամբ (մալաբսորբցիայի համախտանիշ), բակտերիաների առատ աճով կամ աուտոիմուն գաստրիտով: Որոշ հիվանդների մոտ զարգանում է երկաթ-դեֆիցիտային անեմիա, վիտամին B₁₂-ի դեֆիցիտ (պակասորդ): Մալաբսորբցիայի ժամանակ խանգարվում է սննդի որոշ բաղադրամասերի ներծծումը, հաճախ զարգանում է ստեատոռեա: Դա հանգեցնում է արագ հյուծման և նույնիսկ կախեքսիայի:

Բուժում: Խորհուրդ է տրվում օգտագործել բարձր կալորիականությամբ սնունդ՝ հաճախակի, քիչ քանակով: Նշանակվում է վիտամին B₁₂ ներարկման եղանակով: Ծանր դեպքերում ցուցված է ստացիոնար բուժում նյութափոխանակության խանգարումների վերականգնման նպատակով:

ԹԵՄԱ 11. ԱՂԻՔԱՅԻՆ ԱՆԱՆՑԱՆԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆ

Աղիքային անանցանելիությունն ախտաբանական վիճակ է, որի դեպքում մեխանիկական արգելքի կամ ֆունկցիոնալ խանգարման հետևանքով խախտվում է աղիքային խողովակով պարունակության անցումը:

Պատկարացումը՝

Ըստ ծագման մեխանիզմի լինում է՝

1. Դինամիկ (ֆունկցիոնալ) անանցանելիություն.

- սպաստիկ (կծկանքային),
- պարալիտիկ (լուծանքային):

2. Մեխանիկական անանցանելիություն.

• ստրանգուլյացիոն (ոլորում, հանգուցագոյացում, օղակում ճողվածքի դարպասներում, կպումներով աղեգալարի և նրա միջընդերքի սեղմում),

• օբտուրացիոն (խցանում օտար մարմնով, կղանքային կամ լեղաբարերով, ասկարիդների կծիկով, ուռուցքով, կոպրոստագ, աղեգալարով ծնկի գոյացում կպումների հետևանքով),

• ստրանգուլյացիոն և օբտուրացիոն անանցանելիության խառը ձևեր (ինվազիացիա, կպումային անանցանելիություն):

Ըստ կլինիկական ընթացքի տարբերում են՝

• մասնակի անանցանելիություն,

• լրիվ անանցանելիություն (սուր, ենթասուր, քրոնիկական և ռեցիդիվոդ):

Ըստ մակարդակի անանցանելիությունը լինում է՝

- բարակաղիքային (բարձր),
- հաստաղիքային (ցածր):

Մեծ մասամբ՝ մինչև 88% դեպքերում, դիտվում է մեխանիկական անանցանելիություն: Աղիքների զարգացման արատներով պայմանավորված (բնածին) անանցանելիությունը դիտվում է առավելապես նորածինների և երեխաների շրջանում: Ձեռքբերովի

անանցանելիությունը դիտվում է 30-60 տարեկանների, ավելի հաճախ՝ տղամարդկանց շրջանում:

Էթիոլոգիան և պաթոգենեզը: Աղիքային անանցանելիություն առաջացնող պատճառները բազմազան են: Դրանք են՝ աղիքների և միջընդերքի բնածին արատները, որովայնի խոռոչում կալումային պրոցեսը, աղիքի պատից ծագող կամ աղիքը դրսից սեղմող ուռուցքները, աղիքի պատի սպիական փոփոխությունները, աղիքների լուսանցքում օտար մարմինները և այլն:

Դինամիկ անանցանելիության գործում կարևոր են աղիքների մոտորիկայի խանգարումները, որոնք կարող են պայմանավորված լինել որովայնի և կրծքավանդակի խոռոչների, ինչպես նաև հետորովայնամզային տարածության տարբեր ախտաբանական պրոցեսներով, օրգանիզմի նյութափոխանակության խանգարումներով, տարբեր թունավորումներով:

Աղիքային սուր անանցանելիության ժամանակ տեղի են ունենում ջրատաղային, թթվահիմնային հավասարակշռության, սպիտակուցային փոխանակության խանգարումներ:

Ստամոքս-աղիքային ուղում օրեկան արտադրվում է 6-8 լիտր մարսողական հյուս (սեկրետ): Նորմայում մարսողական բոլոր հյութերը նորից ներծծվում են, ուղիղ աղիքով հեռանում է հեղուկի ոչ մեծ քանակություն: Ներծծումը տեղի է ունենում հիմնականում բարակ աղիքում: Երբ զարգանում է աղիքային սուր անանցանելիություն, սննդային զանգվածներն աղիքների ստորադիր հատվածներ չեն անցնում, կտրուկ փոքրանում է աղիքների ներծծող մակերեսը: Բացի այդ, անանցանելիության մակարդակից վեր գտնվող աղիքների հատվածներում ներծծումը կտրուկ նվազում է, որի պատճառով այստեղ կուտակվում է սննդային զանգվածների և մարսողական հյութերի մեծ քանակ, տեղի է ունենում քայքայում՝ թունավոր նյութերի առաջացմամբ:

Բնականոն գործող աղիքներում մարսողական հյութերի ներծծման ժամանակ օրգանիզմ են անցնում ջուր, հանքային աղեր, սպիտակուցներ: Աղիքային սուր անանցանելիության դեպքում նշված նյութերի ներծծումը

խախտվում է, որն առաջացնում է նյութափոխանակության խանգարում: Աղիքներից ներծծված թունավոր նյութերն արագ խորացնում են ինտոքսիկացիան:

Օրտուրացիոն անանցանելիության դեպքում, երբ փակվում է աղիքի լուսանցքը, արգելքից վեր փքված աղիքի լուսանցք է արտազատվում արյան հեղուկ մասը: Ջարգանում են խմորման և նեխման պրոցեսներ: Փսիման ժամանակ հեղուկի հետ միասին օրգանիզմից հեռանում են էլեկտրոլիտներ, հատկապես կալիում, սպիտակուցներ, մարսողական հյութեր և այլն: Տեղի է ունենում արյան խտացում, ի հայտ են գալիս շրջանառության խանգարումներ: Որովայնի խռոչում ևս արտազատվում է հեղուկ, որը սկզբում թափանցիկ է, ունի դեղին գույն, իսկ հետագայում դառնում է հեմոռագիկ բնույթի՝ արյան ձևավոր տարրերի թափանցման հետևանքով: Ավելի ուշ շրջաններում հեղուկը դառնում է պղտոր և ունենում է տհաճ հոտ՝ բակտերիաների և տոքսինների կուտակման հետևանքով: Ինչքան բարձր է անանցանելիության մակարդակը, այնքան արագ են զարգանում այս բոլոր երևույթները, հատկապես ջրաէլեկտրոլիտային փոխանակության խանգարումները:

Այս ամենը հանգեցնում է շրջանառող արյան ծավալի նվազման: Ջարգանում են հիպովոլեմիկ շոկ, միկրոցիրկուլյացիայի խանգարումներ, ներանոթային տարածուն թրոմբազոյացման համախտանիշ, և առաջանում է բազմաօրգանային անբավարարություն: Հիպովոլեմիայի և հեղուկի մեծ կորուստների հետևանքով ուժեղանում է անտիդիուրետիկ հորմոնի և ալդոստերոնի արտադրությունը: Վերջիններիս ազդեցությունը կրճատում է դիուրեզը (միզարտադրությունը), հանգեցնում նատրիումի ռեաբսորբցիային: Բայց դրանք չեն կանխում մեզի հետ կալիումի հեռացումը, և դրա կորուստները շարունակվում են: Ջարգացող հիպոկալեմիան բացասաբար է անդրադառնում միոկարդի կծկողական ֆունկցիայի, աղիքային գալարակծկանքի վրա: Կալիումի իոնները դուրս են գալիս բջջից դեպի արտաբջջային տարածություն՝ տեղը զիջելով նատրիումի և ջրածնի իոններին, զարգանում են ներբջջային ացիդոզ և

արտաբջջային ակալոզ:

Հետագայում՝ օլիգուրիայի զարգացմանը զուգընթաց, կալիումի հեռացումը պակասում է, արյան մեջ դրա մակարդակը բարձրանում է, որին նպաստում է նաև բջիջների քայքայումը: Հիպոկալեմիան փոխարինվում է հիպերկալեմիայով, ակալոզը՝ մետաբոլիկ ացիդոզով: Այս բոլոր փոփոխություններն էլ ավելի են խախտում բոլոր օրգանների և համակարգերի ֆունկցիան:

Ստրանգուլյացիոն անանցանելիության ժամանակ, երբ աղիքի լուսանցքի փակման հետ միասին միջընդերքի ոլորման կամ սեղմման հետևանքով խանգարվում է նաև աղիքի արյունամատակարարումը, վերը նշված փոփոխությունները ավելի բուռն են զարգանում: Պրոցեսի մեջ հայտնված աղեգալարում նախ սեղմվում են երակները, իսկ զարկերակները, ավելի առաձգական լինելով, շարունակում են գործել և արյուն մատակարարել աղիքի սեղմված հատվածներին: Աղիքն այտուցվում է, ուժեղանում է երակային կանգը, խանգարվում ավշաշրջանառությունը: Աղիքի և միջընդերքի հյուսվածքները դառնում են այտուցված, հաստացած, փխրուն: Արյունամատակարարման լրիվ դադարելու դեպքում առաջանում է մեռուկացում: Այն սկսվում է լորձաթաղանթից և աստիճանաբար տարածվում բոլոր շերտերի վրա: Աղիքի գույնը դառնում է մուգ մանուշակագույն, ցիանոտիկ, իսկ հետո՝ գորշասևավուն: Հարկ է նշել, որ շճաթաղանթի նկատելի փոփոխությունները չեն համապատասխանում աղիքի վնասման իրական չափին, որը տեսանելիից ավելի մեծ տիրույթ է զբաղեցնում: Սա կարևոր է հաշվի առնել աղիքի մասնահատման դեպքում:

Կլինիկական պատկերը: Բնութագրական է ախտանիշերի եռյակը՝

1. ցավ որովայնում,
2. փսխում և մետեորիզմ (փորափքանք),
3. կղանքի և գազերի հեռացման բացակայություն:

Հիվանդությունը սովորաբար սկսվում է սուր: Առաջանում են տարբեր ինտենսիվության կծկանքային բնույթի ցավեր: Ստրանգուլյացիոն անանցանելիության դեպքում ցավերը հատկապես

ուժեղ են, կարող են առաջացնել շոկի երևույթներ, ուղեկցվում են մաշկային ծածկույթների գունատությամբ, սառը քրտինքով, սրտի գործունեության անկմամբ, թույլ և հաճախացած պուլսով:

Ցավերն աստիճանաբար ուժեղանում են, առաջանում է որովայնի փքվածություն և տարածության վրա լսելի պերիստալտիկ աղմուկ, ի հայտ են գալիս սրտխառնոց, գլտոց և փսխում: Պրոցեսի զարգացմանը զուգընթաց՝ փսխումը դառնում է ավելի առատ: Փսխման զանգվածները նախ ստամոքսի պարունակությունն են, ապա՝ լեղի, վերջապես՝ նեխային հոտով աղիքային պարունակություն: Ստրանգուլյացիոն և աղիքային բարձր անանցանելիության դեպքում փսխումը կարող է լինել ինտենսիվ և արագ հանգեցնել ջրազրկման: Օբտուրացիայի, ցածր անանցանելիության դեպքում փսխումն ավելի հազվադեպ է, երբեմն կարող է և չլինել, ավելի շատ նկատվում է սրտխառնոց:

Մետեորիզմը աղիքային անանցանելիության պարտադիր ախտանիշ է: Այն արտահայտվում է որովայնի տեղային կամ տարածուն փքվածությամբ, կղանքի և գազերի հեռացման բացակայությամբ: Միշտ պետք է հաշվի առնել, որ բարձր անանցանելիության դեպքում հաստ աղիքից կարող են հեռանալ գազերը և կղանքը (մեկ կամ երկու անգամ): Սակայն դրանից հիվանդի վիճակը չի թեթևանում, որովայնի փքվածությունը և ցավերը շարունակվում են:

Աղիքային սուր անանցանելիության ընթացքն ըստ կլինիկական արտահայտությունների կարելի է պայմանականորեն բաժանել երեք շրջանի: Սկզբնական շրջանը կոչվում է ցավի կամ անանցանելիության «ճիչի» շրջան և տևում է 12-16 ժամ: Երկրորդը՝ թունավորման շրջանն է, երրորդը՝ պերիտոնիտի:

Առաջին շրջանում գերակշռում է ցավը: Երկրորդ շրջանում աճում են թունավորումը և ջրաէլեկտրոլիտային փոխանակության խանգարումները: Թունավորման շրջանում ցավերը կորցնում են իրենց նոպայաձև բնույթը և դառնում մշտական: Աճում են որովայնի փքումը և ասիմետրիան: Անհետանում է նախապես ակտիվացած գալարակծկանքը, հաճախակի են դառնում փսխումը և գլտոցը: Պուլսը

հաճախանում է, զարկերակային արյան ճնշումը կարող է իջնել: Նկատվում է կղանքի և գազերի հեռացման բացակայություն: Ավելի հստակ են դառնում անանցանելիության ռենտգենաբանական ախտանիշերը:

Տերմինալ փուլը զարգանում է հիվանդության սկզբից 36 ժամ անց: Բնորոշ են ընդհանուր վիճակի, օրգանների և համակարգերի արտահայտված խանգարումներ: Որովայնը խիստ փքված է, գալարակծկանք չկա: Որովայնի խոռոչում կա հեղուկ: Լեզուն չոր է, ծածկված է շագանակագույն փառով: Պարբերաբար նկատվում է աղիքային պարունակությամբ փսխում: Իջնում է արյան ճնշումը, պուլսն արագ է և թույլ: Որովայնի խոռոչում ինֆեկցիայի ներթափանցումից զարգանում է պերիտոնիտ: Այսպիսով, այս շրջանը բնութագրվում է կոմպենսատոր մեխանիզմների հյուծմամբ, ջրաէլեկտրոլիտային փոխանակության հարաճուն խանգարումներով, արտահայտված թունավորմամբ և լյարդ-երիկամային անբավարարության զարգացմամբ:

Կլինիկական ընթացքի վերոհիշյալ բաժանումը և շրջանների (փուլերի) ժամկետները պայմանական են: Յուրաքանչյուր փուլի տևողությունը պայմանավորված է անանցանելիության ձևով և նրա մակարդակով՝ ինչքան բարձր է անանցանելիությունը, այնքան պրոցեսն ավելի բուռն ընթացք ունի և այնքան արագ են զարգանում դեկոմպենսացիան ու պոլիօրգանային անբավարարությունը:

Ախտորոշում: Կարևոր է հավաքել մանրակրկիտ անամնեզ: Որովայնի խոռոչի օրգանների՝ նախկինում տարած բորբոքային հիվանդությունները, վիրահատական միջամտությունները, որովայնի բաց կամ փակ վնասվածքները հաճախ ստեղծում են նախադրյալներ աղիքային սուր անանցանելիության համար: Օբյեկտիվ հետազոտության ժամանակ հիվանդի դեմքը լինում է սրված և անշարժ, հատկապես անանցանելիության արագ ընթացող ձևերի դեպքում: Լեզուն չոր է՝ պատված սպիտակ կամ գորշ փառով: Պուլսը հաճախացած է, ջերմությունը՝ բնականոն կամ ենթատենդային:

Որովայնի գննման ժամանակ հատկանշական են հետևյալ

ախտանիշերը՝

Օռու փորի ախտանիշ. որովանը փքված է և ասիմետրիկ, ընդ որում՝ կույր աղիքի ոլորման դեպքում ասիմետրիան կարող է արտահայտվել աջ գստափոսի շրջանի ներանկումով և ձախ թուլակողի արտափքվածությամբ (**Շիման-Դանսի ախտանիշ**), սիզմայաձև աղիքի ոլորման դեպքում՝ ձախ գստափոսի շրջանի ներանկումով և աջ թուլակողի արտափքվածությամբ (**Բայերի ախտանիշ**):

Վալի ախտանիշ. արգելքից վեր շոշափուլում է բալոնաձ փքված աղեգալարը,

Շլանգեի ախտանիշ. որովայնի առաջային պատին նկատվում է աղիքների գալարակծկանքը,

Սկյարովի ախտանիշ. որովայնի պատի ցնցման դեպքում հեղուկով գերլցված և լարված աղիքում լսվում է ծփանքի աղմուկ,

Տեննարի ախտանիշ. պորտի շրջանում և դրանից ցած շոշափումը ցավոտ է, որը համապատասխանում է բարակ աղիքի միջընդերքի արմատին. այն բնորոշ է բարակ աղիքի ոլորմանը,

Սպասուկուկոցկու ախտանիշ. աուսկուլտատիվ կարելի է լսել հեղուկի հոսքի ձայնը, կլկլոցը, ընկնող կաթիլի աղմուկը,

Դազադային լուրջություն. բնորոշ է ավելի ուշ շրջանին, երբ աղիքների պերիստալտիկան բացակայում է, զարգանում է պարեզ,

Լոտեյսենի ախտանիշ. որովայնային աորտայի վրա լսվում են սրտի տոները,

Օբուխովյան հիվանդանոցի ախտանիշ. ռեկտալ մատնային զննման ժամանակ անուսի սֆինկտերի տոնուսն ընկած է, իսկ ամպուլան՝ դատարկ, բալոնաձև լայնացած:

Գործիքային քննություններից հատկանշական է **ռենտգեն շրջաաղիտական քննությունը**, որը սուր աղիքային անանցանելիության ժամանակ հայտնաբերում է բնորոշ պատկեր՝ Կլոյբերի գավաթներ, որոնք աղիքների գալարներում գազի կուտակումներ են հեղուկի հորիզոնական մակարդակների վրա:

Բարակաղիքային անանցանելիության դեպքում հեղուկի

մակարդակի լայնությունն ավելի մեծ է նրա վրա գազի եղած բարձրությունից: Հաստաղիքային անանցանելիության դեպքում Կլոյբերի գավաթներն ավելի մեծ են, գազը գերակշռում է հեղուկի նկատմամբ, և գավաթները տեղաբաշխված են որովայնի խոռոչի պերիֆերիայով, իսկ մակարդակներն անհարթ են աղիքում կղանքային զանգվածների առկայության պատճառով:

Բարակաղիքային անանցանելիության դեպքում գազի առկայությամբ երևում են աղիքի այտուցված լորձաթաղանթի ծալքերը (կերկրինգյան ծալքեր), որոնք նմանեցնում են «**ձկան կմախքի**» (**Կեյսիի ախտանիշ**): Կլոյբերի գավաթների հետ միասին բարակաղիքային անանցանելիության դեպքում առկա են գազով լցված, փքված աղեգալարներ, որոնք նմանեցնում են կամարների կամ երգեհոնային խողովակների:

Հաստաղիքային անանցանելիության դեպքում երբեմն կարելի է տեսնել լարված գալարների հաուստրաները: Ցածր հաստաղիքային անանցանելիության դեպքում, երբ փքված հաստ աղիքը զբաղեցնում է ամբողջ որովայնը, առաջանում է «լուսավոր որովայնի» պատկեր: Դինամիկական անանցանելիության դեպքում աղեգալարների լուսանցքում դիտվում է գազի գերակշռում հեղուկի նկատմամբ: Աղիքային կամարները չունեն մակարդակներ կամ դրանք հստակ չեն:

Ռենտգեն կոնտրաստային քննություն: Հիվանդին տալիս են խմելու կոնտրաստ նյութ, օրինակ՝ բարիումի սուլֆատի կախույթ, և դինամիկայում հետևում են նրա ընթացքին:

Իրիզոսկոպիա – Կիրառվում է հաստաղիքային անանցանելիության և ինվազիանցիաների դեպքում: Կոնտրաստ նյութը լցնում են հաստ աղիք և որոշում անանցանելիության մակարդակը:

Ուլտրաձայնային հետազոտությունը հայտնաբերում է աղեգալարների այտուց, պարունակության կանգ, գալարակծկանքի դանդաղիքում կամ բացակայություն, ազատ հեղուկի առկայություն որովայնի խոռոչում:

Լաբորատոր տվյալներ: Կան բնութագրական փոփոխություններ արյան և մեզի մեջ: Նկատվում է արյան խտացում (երիթրոցիտոզ,

հեմոգլոբինի քանակի շատացում), աճում է լեյկոցիտոզը: Ինչքան աղիքում խորն են փոփոխությունները, այնքան մեծ է ձախ թեքումը լեյկոֆորմուլայում: Միելոցիտների առկայությունը վկայում է աղիքի մեռուկացման և պերիտոնիտի մասին: Փոխվում է պլազմայի սպիտակուցային կազմը՝ ալբումինները պակասում են, իսկ գլոբուլինները՝ շատանում: Ամենամեծ փոփոխությունների ենթարկվում են արյան քլորիդները, որոնց մակարդակը հարաճուն իջնում է, որն ինչ-որ չափով կանխագուշակիչ նշանակություն ունի: Դիտվում է հիպոկալեմիա, հիպոնատրեմիա: Կա հիպերկոագուլյացիայի միտում:

Բուժում: Սովորաբար սկսվում է պահպանողական միջոցառումներից՝ ստամոքս-աղիքային ուղու դատարկում, դեզինտոքսիկացիոն միջոցների կիրառում, ջրաէլեկտրոլիտային փոխանակության կարգավորում: Ստամոքս-աղիքային ուղու վերին բաժինների դատարկումը կատարվում է նագոգաստրալ զոնդով ստամոքսի լվացման, իսկ ստորին բաժիններինը՝ մաքրող կամ սիֆոնային հոգնանների միջոցով: Օգտագործվում են նաև աղիքների ֆունկցիան խթանող միջոցներ: Եթե այս միջոցառումներն անարդյունավետ են 2-3 ժամվա ընթացքում, ապա ցուցված է վիրահատական բուժումը: Որովայնի խոռոչը բացվում է միջին գծով, հեռացվում է այնտեղ կուտակված հեղուկը: Արգելքի տեղակայումը որոշվում է աղիքների գալարների վիճակով, որոնք արգելքից վեր լինում են փքված, իսկ նրանից վար՝ սմբած: Փքված աղիքները պարունակությունից պետք է դատարկել նագոնտեստինալ կամ ռեկտալ զոնդերի միջոցով: Աղիքների միջև եղած կպումների դեպքում վերջիններս անջատվում են: Այս ամենից հետո պետք է որոշել աղիքի կենսունակությունն աղիքի գույնի, փայլի, պերիստալտիկայի և միջընդերքի անոթների պուլսացիայի գնահատման միջոցով: Եթե աղիքը անկենսունակ է, ապա կատարվում է մասնահատում: Վերջինս կատարվում է առողջ հյուսվածքների սահմաններում, բերող գալարը մասնահատվում է տեսանելի ախտահարման սահմանից հաշված 30-40սմ, իսկ տանողը՝ 15-20 սմ չափով: Աղիքային խողովակի

անընդհատությունը վերականգնվում է մասնահատված աղեգալարների միջև բերանակցման միջոցով: Ապա կատարվում է որովայնի խոռոչի սանացիա և դրենավորում:

Հետվիրահատական շրջանում պետք է վերականգնել օրգանիզմի կողմից կորցրած հեղուկի ծավալը, տանել դեզինտոքսիկացիոն բուժում, կարգավորել ջրաաղային և էլեկտրոլիտային փոխանակությունները, վերականգնել աղիքների ֆունկցիան:

Օբտուրացիոն անանցանելիություն: Աղիքի լուսանցքի խցանումն է հաճախ ուռուցքներով, երբեմն՝ օտար մարմնով, սննդային մնացորդներով, մակաբույծներով, կղանքա- և լեղաքարերով: Ախտաբանական պրոցեսի մեջ ընդգրկված չէ աղիքի միջընդերքը՝ անոթներն ու նյարդերը: Անանցանելիության այս տեսակին բաժին է ընկնում աղիքային սուր անանցանելիության բոլոր տեսակների 9-10%-ը: Կլինիկան բնութագրվում է պարբերաբար առաջացող կծկանքային ցավերով: Նոպաների միջև ընկած ընդմիջումներում հիվանդը հանգիստ է, ցավեր չկան: Ուժեղ կծկանքային ցավերն աղիքային պատի հյուսմանը զուգընթաց՝ աստիճանաբար դառնում են ավելի թույլ, կորցնում իրենց կծկանքային բնույթը և անցնում մշտական ոչ սուր ցավերի: Ընդհանուր թունավորումն առաջանում է բավական ուշ, երբեմն նույնիսկ մի քանի օր պայմանավորված է օբտուրացիայի մակարդակով: Սովորաբար շոկ չի առաջանում: Եթե արգելքը լրիվ չի փակում աղիքի լուսանցքը կամ առաջանում է պարբերաբար, և գալարակծկանքային ալիքն ի վիճակի է անցկացնելու աղիքային պարունակությունը, ապա շատ բուռն և սուր երևույթներ չեն լինում:

Օբտուրացիոն աղիքային անանցանելիությունը սովորաբար զարգանում է աստիճանաբար: Նրա հաճախ հանդիպող պատճառը ուռուցքներն են, սակայն օտար մարմիններն ու բուսական ծագման ֆիտոբեզոարները ևս կարող են առաջացնել օբտուրացիոն աղիքային անանցանելիություն: Վերջիններս ի հայտ են գալիս, երբ հիվանդի մոտ վատ վիճակում է գտնվում ծամիչ ապարատը կամ, երբ հիվանդը կուլ է տալիս ոչ բավարար մանրացված բուսական սնունդ: Որոշ դեպքերում

հիվանդները հարբած վիճակում կամ չմտածված (երեխաներ) կուլ են տալիս տարբեր պտուղներ կորիզների հետ (ճապոնական խուրմա, հոն և այլն): Դրա հետևանքով ստամոքսում ձևավորվում են բեզոարներ, որոնք հետագայում անցնում են բարակ աղիք և սովորաբար խցանում առավել նեղ զստաղին:

Օբտուրացիոն անանցանելիության պատճառ կարող են լինել լեղաքարերը: Դրանք անցնում են բարակ աղիք սովորաբար բիլիոդիզեստիվ խուղակներով, լեղապարկ-ստամոքսային կամ լեղապարկ-տասներկումատնյա աղիքային ուղիով (քարը պանկեալիտոց է առաջացնում լեղուղիների և աղիքի կամ ստամոքսի պատի վրա): Անանցանելիության նման ծագման մասին կարող է վկայել գազի առկայությունը լեղուղիներում և լեղապարկում (բիլիոդիզեստիվ խուղակների դեպքում):

Անանցանելիություն կարող է առաջանալ ասկարիդոզի պատճառով, ընդ որում՝ նշանակություն ունի ոչ միայն ասկարիդների կծիկով մեխանիկական խցանումը, այլ նաև աղիքների մոտորիկայի վրա դրանց թույների ազդեցությունը:

Կղանքային քարեր (կոպրոլիտներ) առաջանում են ինչպես բարակ, այնպես էլ հաստ աղիքում: Կղանքային քարերի առաջացման նախատրամադրող գործոն է կղանքային զանգվածների կանգը երկարատև փորկապության և գալարակծկանքի թուլության, քրոնիկական կոլիտի, որովայնի մկանների թուլության, լուծողականի օգտագործման դեպքում: Նշանակություն ունեն նաև հաստ աղիքի անոմալիաները (մեգակոլոն):

Կոպրոստագն անանցանելիության հաճախակի պատճառներից մեկն է: Շատ դեպքերում այն հաջողվում է վերացնել պահպանողական միջոցներով: Պատճառները կարող են լինել ֆունկցիոնալ և օրգանական: Կոպրոլիտները նպաստում են կոպրոստագն առաջացմանը: Բացի այդ, կղանքային զանգվածներով օբտուրացիան կարող է զարգանալ հետանցքի ճաքի կամ թուրքի, սիզմայաձև աղիքի սպազմի, երիկամաքարային հիվանդության, քրոնիկական ապենդիցիտի,

խղեցիստիտի հետևանքով: Աղիքների կապանային ապարատի օրգանական փոփոխությունները, աղիքի ձևախախտումները դժվարացնում են կղանքային զանգվածների անցումը:

Ախտորոշում: Բնորոշ են աստիճանական սկիզբը, անամնեզում կոշտ սննդի ընդունումը, կղանքի և գազերի բացակայությունը, կծկանքային ցավը որովայնում: Սկզբում ցավը նուպայաձև է, հետո՝ մշտական: Օբյեկտիվորեն հաջողվում է շոշափել պինդ զանգված որովայնի այս կամ այն հատվածում: Կղանքային զանգվածի տեղակայմամբ պայմանավորված՝ ուղիղ աղիքի ամպուլան կարող է լինել լիքը կամ դատարկ: Առավել հաճախ աղիքների օբտուրացիոն անանցանելիությունը պայմանավորված է ուռուցքներով, հաճախ՝ չարորակ: Աղիքների ուռուցքային ախտահարման ախտորոշման հիմնական մեթոդներն են ցայտնեբանգ նյութով ռենտգենաբանական հետազոտությունը և կոլոնոսկոպիան:

Օբտուրացիա կարող են առաջացնել նաև հարևան օրգաններից և հյուսվածքներից ծագող ուռուցքները կամ կիստաները: Այս դեպքում կլինիկական պատկերում աղիքային անանցանելիության երևույթներին նախորդում են առաջնային հիվանդության ախտանիշերը: Դրսից ճնշման բնորոշ օրինակ է արտերիոմեզենտերիալ անանցանելիությունը, որի դեպքում տասներկուամսոնյա աղիքի ստորին հորիզոնական հատվածը սեղմվում է դրա վրայով անցնող վերին միջընդերային զարկերակով: Զարգանում է աղիքային բարձր անանցանելիության կլինիկա՝ արտահայտված ցավերով և լեղիով առատ փսխմամբ:

Բուժում: Օբտուրացիոն աղիքային անանցանելիության բուժումը կախված է այն պայմանավորող պատճառից: Օրինակ՝ ֆիտոբեզոարի կամ բարակ աղիքում բուսական մեծ զանգվածների առկայության դեպքում ընտրության մեթոդ է օտար մարմնի մանրացումն առանց աղիքի լուսանցքի բացման կամ անցկացումը դեպի կույր աղիք, որտեղից այն կգնա բնական ճանապարհով: Շատ հազվադեպ անհրաժեշտ է լինում կատարել էնտերոտոմիա, ֆիտոբեզոարի հեռացում:

Կոպրոստազի դեպքում ցուցված է ըստ հնարավորության աղիքի մեխանիկական մաքրում կղանքային զանգվածներից՝ մատնային, գործիքային մեթոդներով, մաքրող, սիֆոնային կամ յուղային հոգնաների օգնությամբ:

Ուռուցքային ախտահարումը պահանջում է աղիքի մասնահատում, բարակ աղիքի դեպքում կատարվում է աղիք-աղիքային բերանակցում, իսկ արտահայտված պերիտոնիտի դեպքում՝ էնտերոստոմայի ձևավորում՝ 3-6 ամիս հետո ռեկոնստրուկտիվ վիրահատության ակնկալիքով:

Հաստ աղիքի աջ կեսի ուռուցքների ժամանակ կատարվում է աջակողմյան հեմիկոլեկտոմիա՝ իլեոտրանսվերզոստոմայի ձևավորմամբ: Պերիտոնիտի դեպքում աջակողմյան հեմիկոլեկտոմիայից հետո լայնական հաստ աղիքը խուլ կարվում է և ձևավորվում է ծայրային իլեոստոմա, իսկ անաստոմոզը ձևավորվում է 3-6 ամիս հետո:

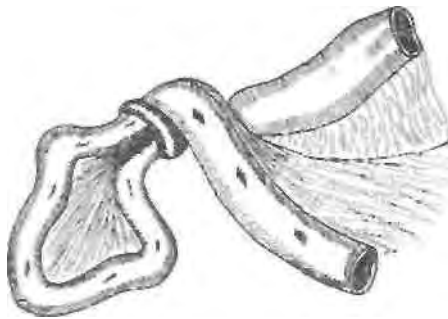
Հաստ աղիքի ձախ կեսի ուռուցքների ժամանակ կատարվում է ձախակողմյան հեմիկոլեկտոմիա, իսկ վիրահատությունն ավարտվում է միաձուլման անաստոմոզի ձևավորմամբ: Որոշ դեպքերում տանող հատվածը խուլ կարվում է, իսկ բերող հատվածով ձևավորվում է կոլոստոմա (Հարտմանի վիրահատություն), կամ էլ ուռուցքը մասնահատելուց հետո երկու ծայրն էլ դուրս է բերվում ստոմայի ձևով (Միկուլիչի վիրահատություն):

Ուռուցքների ոչ ռեզեկտաբել լինելու դեպքում ձևավորվում է շրջանցող անաստոմոզ՝ առանց ուռուցքի հեռացման:

Ստրանգուլյացիոն անանցանելիություն: Ախտաբանական պրոցեսի մեջ ընդգրկված է աղիքի միջընդերքը՝ անոթներն ու նյարդերը: Դրա տարատեսակներն են ոլորումը, հանգուցագոյացումը, օղակումը ճողվածքի դարպասներում կամ կպումներով: Ստրանգուլյացիոն անանցանելիությունը կազմում է աղիքային անանցանելիության բոլոր դեպքերի 40-50%-ը: Այս անանցանելիության բնորոշ ձև է ***աղիքի ոլորումը (volvulus)***, երբ աղիքը ոլորվում է իր երկայնաձիգ առանցքի շուրջը միջընդերքի հետ միասին (սկ.1.97):

Էթիոլոգիան և պաթոգենեզը: Պատճառները լինում են նախատրամադրող և գործարկող: Առաջին խմբին են դասվում միջընդերքի նշանակալի երկարությունը՝ արմատի հարաբերական նեղության դեպքում, կպումները, նորագոյացությունները, զարգացման արատները, խիստ և արագ նիհարումը: Գործարկող պատճառներն են ներորովայնային ճնշման հանկարծակի բարձրացումը, աղիքների ուժեղացած գալարակծկանքը, դրանց լցվելը մեծ քանակի կոշտ սննդով, հատկապես երկարատև քաղցից հետո:

Կլինիկական պատկերը պայմանավորված է անանցանելիության մակարդակով, ոլորման աստիճանով, ոլորված աղիքի տեսակով, չափերով, ոլորման պահից հետո անցած ժամանակով: Սկիզբը հանկարծակի է, սովորաբար լինում է մեծ քանակով դժվարամարս սնունդ ընդունելուց 2-4 ժամ անց կամ ներորովայնային ճնշման բարձրացումից անմիջապես հետո: Հիվանդները գանգատվում են մշտական ցավին զուգընթաց ժամանակ առ ժամանակ սաստկացող կծկանքային բնույթի ցավից, սրտխառնոցից, սկզբում ռեֆլեկտոր, ապա կանգային բնույթի փսխումից:



Նկ. 1.97. Բարակ աղիքի ոլորում

Հաճախ դիտվում է սիգմայաձև աղիքի ոլորում: Միգմայաձև աղիքի ոլորումը պայմանավորված է աղիքի այդ հատվածի և նրա միջընդերքի առանձնահատկություններով: Աղիքի մեծ երկարությունը, միջընդերքի լայնությունը, արմատի նեղ լինելը բերում են սիգմայաձև աղիքի ծայրային կետերի մոտեցմանը՝ հեշտացնելով ոլորումը:

Բուժումը վիրահատական է: Աղիքի կենսունակության պահպանված լինելու դեպքում վիրահատությունը սահմանափակվում է ոլորման ուղղումով (դեվոլվույացիա, դետորսիա) և ֆիքսամամբ:

Դոլիխոսիզմայի ժամանակ ցուցված է աղիքի մասնահատում՝ անցանելիության միամուենտ վերականգնմամբ: Կամ կատարվում է Հարտմանի վիրահատություն՝ մասնահատում, հեռադիր ծայրի կարում, մերձադիր ծայրի դուրս բերում միափող հակաբնական սրբանի ձևով:

Ստրանգուլյացիոն անանցանելիության ամենածանր տեսակը **հանգուցագոյացումն է (nodulus intestini):**

Էթիոլոգիան և պաթոզենեզը: Հանգույցի առաջացմանը սովորաբար մասնակցում են բարակ և սիզմայաձև աղիքների գալարները: Վերջինս, երկփողի նման ծավված, ծառայում է որպես հիմնական առանցք, որի շուրջ մյուս երկար գալարը պտտվում է՝ ձգելով ու միաժամանակ օղակելով և՛ իրեն, և՛ այն աղիքը, որին ստրանգուլյացիայի է ենթարկում: Դրա հետևանքով աղիքի լուսանցքը փակվում է ամենաքիչը երկու տեղում: Պրոցեսի սկզբից կտրուկ խանգարվում է արյունամատակարարումը, արագ զարգանում է մեռուկացում: Մի շարք դեպքերում հանգուցագոյացումը բարդանում է նաև բարակ կամ սիզմայաձև աղիքի որևէ գալարի լրացուցիչ ոլորումով: Դիտվում է շատ բուռն պատկեր կոլապսի երևույթներով, բազմակի փսխումներով, մեծ քանակությամբ հեղուկի կորստով: Հաճախ լինում է աղիքի մեռուկացում: Կլինիկական պատկերում համակցվում են բարակ և հաստաղիքային անանցանելիության ախտանիշեր:

Բուժում: Կատարում են հանգույցի վերացում ֆիքսող կպումների հատումից հետո, նեկրոզի դեպքում՝ մասնահատում:

Սեխանիկական աղիքային անանցանելիության խառը ձևերը:

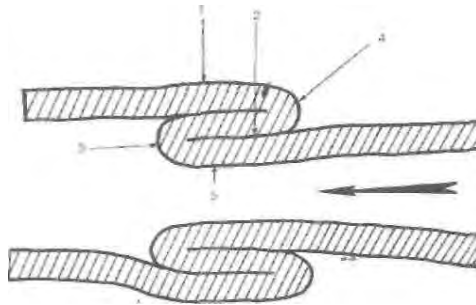
Այստեղ առաջին հերթին հարկ է նշել ինվազինացիան: Դրա առաջացման հիմքում ընկած է աղիքի մի սեգմենտի անցումը մյուսի մեջ:

Երբեմն լինում են կրկնակի, եռակի ինվազինացիաներ: Սովորաբար աղիքի պրոքսիմալ հատվածը ներմղվում է դիստալ հատվածի մեջ, բայց կարող է լինել նաև հակառակը (նկ.1.98):

Ըստ տեղակայման՝ տարբերում են բարակաղիք-բարակաղիքային, բարակաղիք-հաստաղիքային, հաստաղիք-հաստաղիքային ինվազիանցիաներ: Հաճախ նկատվում է իլեոցեկալ ինվազիանցիա:

Ներդրված աղիքը մասնակի կամ լրիվ փակում է լուսանցքը՝ առաջացնելով օբտուրացիոն անանցանելիություն: Այն իր հետ տանում է միջընդերքը՝ խանգարելով արյունամատակարարումը:

Այսպիսով՝ ինվազիանցիան ներառում է ինչպես օբտուրացիոն, այնպես էլ ստրանգուլյացիոն անանցանելիության տարրեր:



*Նկ. 1.98. Ինվազիանցիայի սխեմա. աղիքային գլաններ՝
1. Արտաքին, 2. Միջանկյալ,
3. Ներքին, 4. Ինվազիանտի վզիկ, 5. Ինվազիանտի գլխիկ*

Ինվազիանցիայի զարգացման հիմքում աղիքի առանձին սեգմենտների գալարակծկանքի խանգարումն է՝ առանձին սեգմենտների սպազմը կամ պարեզը: Կծկված հատվածն անցնում է պարետիկ հատվածի մեջ: Ինվազիանցիայի պատճառ հաճախ լինում են ոտիկի վրա գտնվող ուռուցքները, որոնք պերիստալտիկայի ժամանակ առաջ են շարժվում՝ իրենց հետ տանելով աղիքի պատը:

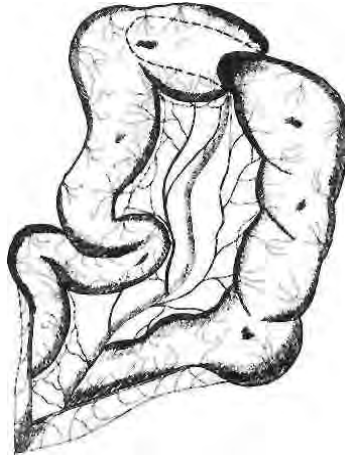
Միջընդերքի ճնշման աստիճանով պայմանավորված՝ միշտ զարգանում է երակային կանգ, ներմղված աղիքի պատն այտուցվում է, դառնում հիպերեմիկ՝ նպաստելով արյունային էքսուդատի առաջացմանը, որն անցնում է աղիքի տանող բաժին և ստեղծում ջրիկ արյունային կղանք՝ «մորու դոնդողի» տեսքով: Երկարատև և ուժեղ սեղմման դեպքում ներդրված աղիքի պատում առաջանում է

մեռուկացում, բայց արտաքին գլանն այն անջատում է որովայնի խոռոչից և կանխում պերիտոնիտի զարգացումը: Իրար մեջ մտած աղիքների շճաթաղանթների միջև զարգանում է կպումային պրոցես, որը խանգարում է ներմղված աղիքի դուրս գալուն: Մակավաթիվ դեպքերում կարող է առաջանալ ինքնաբուժում, երբ ներքին գլանը վերջնականապես մեռուկանում է և անջատվելով դուրս գալիս բնական ճանապարհով: Բայց դրանից հետո հաճախ մնում է օղակաձև սպի, որը նեղացնում է աղիքի լուսանցքը:

Ինվազիոնացիայի կլինիկան պայմանավորված է նրա տեղակայմամբ ու տեսակով, արյունամատակարարման խանգարման աստիճանով, հիվանդության վաղեմությամբ, հիվանդի վիճակով և տարիքով: Հիվանդների մեծ մասի մոտ նկատվում են աղիքային անանցանելիության հիմնական ախտանիշեր՝ ցավեր որովայնում, սրտխառնոց, փսխում, գազերի և կղանքի անցման բացակայություն: Բավական բնորոշ ախտանիշ է արյունային արտադրությունը ուղիղ աղիքից, որը պայմանավորված է ինվազիոնատի լորձաթաղանթի փոփոխություններով: Ինվազիոնացիայի կարևոր ախտանիշ է պինդ, էլաստիկ, շարժուն, հարթ մակերեսով երշիկանման ուռուցքանման գոյացության շոշափումը: Հաստ աղիքի ցայտներանգային ռենտգենաբանական հետազոտությունը, բացի աղիքային անանցանելիության հայտնի ախտանիշերից, կարող է հայտնաբերել աղիքի օբտուրացիա, լցման դեֆեկտ ինվազիոնատի տեղում: Բարիումի սուլֆատի թափանցումն արտաքին և միջանկյալ գլանների միջև ստեղծում է երկժանու, իսկ նաև ներքին գլանի մեջ թափանցումը՝ եռաժանու պատկեր:

Բարակ աղիքի ինվազիոնացիա: Առավել հաճախ դրա պատճառներն են բարակ աղիքի ուռուցքները, դիաբետը, Մեկկելի դիվերտիկուլը, որովայնի վնասվածքը, ասկարիդոզը: Սովորաբար աղիքների ներմղումը տեղի է ունենում մեկ, հազվադեպ՝ երկու և ավելի հատվածներում: Ինչքան բարձր է ինվազիոնացիան, այնքան սուր է կլինիկան: Ի տարբերություն իլեոցեկալի և հաստ աղիքայինի, բարակաղիքային ինվազիոնացիան ընթանում է լրիվ անանցանելիության պատկերով

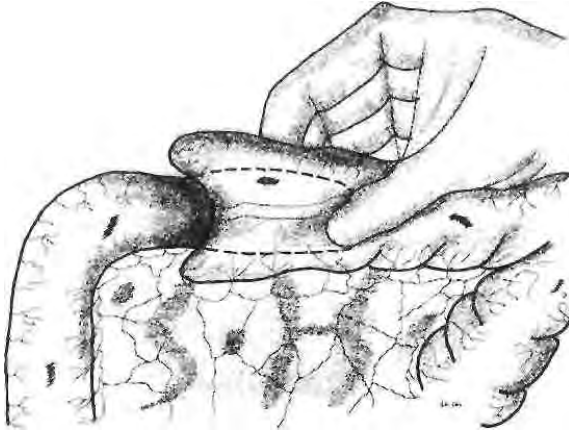
(նկ.1.99): Առավել հաճախ տեղի է ունենում զստաղիքի մի հաստվածի ինվազիոնացիա մյուսի մեջ: Ինվազիոնատի երկարությունը կարող է լինել մի քանի սանտիմետրից մինչև 2 մետր:



Նկ. 1.99. Բարակաղիքային ինվազիոնացիա

Կլինիկական պատկերը: Նշվում են հանկարծակի սկիզբ, նոպայաձև ցավեր, կղանքի, գազերի անցման բացակայություն, Վալի ախտանիշ: Ավելի հազվադեպ, քան ինվազիոնացիայի մյուս տեսակների դեպքում, կղանքում դիտվում է արյուն:

Բուժում: Կատարվում է դեզինվազիոնացիա (նկ.1.100), ուռուցքի, մեռուկացման առկայության դեպքում՝ մասնահատում: Դեզինվազիոնացիա կատարվում է գլխիկի կողմից ինվազիոնատի ոչ թե ձգմամբ, այլ՝ դուրս հրմամբ, քանի որ ձգման ժամանակ հնարավոր է աղիքի պատռում:



Նկ. 1.100. Դեզինվագինացիա

Իլեոցեկալ ինվագինացիա: Այս ձևը առավել հաճախ է հանդիպում: Հաստ և բարակ աղիքների լուսանցքների տրամագծերի տարբերությունը, դրանց պատերի փափկությունը նպաստող պայմաններ են ստեղծում ինվագինացիայի համար (նկ.1.101): Ինվագինացիային նպաստում է նաև որդանման ելունի բորբոքումը: Իլեոցեկալ ինվագինացիայի պատճառներ կարող են լինել բարակ և կույր աղիքների բարորակ ու չարորակ ուռուցքները, Մեկկելի դիվերտիկուլը, որդանման ելունի քարերը, ասկարիդոզը, դիաբետը: Ինվագինացիայի տվյալ տեսակին նպաստում են կույր աղիքի և գստաղիքի միջև անցման ուղիղ անկյան առկայությունը, դրանց լուսանցքների տարբերությունը, բաուսիկնյան փականի ֆունկցիոնալ անլիարժեքությունը, կույր աղիքի չափազանց շարժունությունը:



Նկ. 1.101. Իլեոցեկալ ինվազիոնացիա

Ինվազիոնատի գլխիկը հաճախ գտնվում է վերել հաստ աղիքում, բայց նկարագրված են դեպքեր, երբ այն կարող է դուրս է գալ հետանցքից: Իլեոցեկալ ինվազիոնացիան մեծահասակների շրջանում քիչ է հանդիպում, ավելի հաճախ լինում է 4-5 ամսական երեխաների մոտ, ժամանակի առումով համընկնում է հավելյալ կեր տալու սկզբի հետ, որը խախտում է աղիքների սովորական աշխատանքը:

Կլինիկա: Բնորոշ է սուր սկիզբը, հատկապես երեխաների դեպքում, չնայած կարող է դիտվել նաև աստիճանական զարգացում՝ մասնակի աղիքային անանցանելիության երևույթներով:

Ցավն աջ գտափոսի շրջանում հաճախ հիմք է տալիս կասկածելու սուր ապենդիցիտ, իսկ ինվազիոնատն ընդունում են որպես ապենդիկուլյար ինֆիլտրատ: Դրանք կարելի է տարբերել անամնեզով, իրիզոսկոպիայի տվյալներով (երկ- և եռաժանու պատկեր), ինչպես նաև հաշվի առնելով, որ ինվազիոնատը, ի տարբերություն ինֆիլտրատի, շարժուն է:

Հիվանդության զարգացման առաջին ժամերին, երբ դեռ չեն առաջացել բորբոքային կպումներ, թույլատրելի է պահպանողական

բուժում՝ սիֆոնային հոգնաներ, կոլոնոսկոպիա, ուղիղ աղիքի մեջ օղի կամ կոնտրաստ նյութի մղում: Այս մեթոդների արդյունավետությունը մեծ չէ: Ուշ շրջանում, ինչպես նաև սուր և հարաճուն ընթացքի դեպքում ցուցված է վիրահատական բուժում: Կատարում են դեզինվազինացիա, ապենդեկտոմիա, քանի որ ելունը գրեթե միշտ լինում է փոփոխված: Կատարում են նաև կույր աղիքի ֆիքսացիա, եթե այն չափազանց շարժուն է: Դեզինվազինացիայի անհնարինության, աղիքի մեռուկացման դեպքում կատարում են մասնահատում, սովորաբար կատարում են աջակողմյան հեմիկոլեկտոմիա:

Հաստ աղիքի ինվազինացիան հաճախ ունի քրոնիկական ընթացք և մեծ մասամբ ընթանում է մասնակի անանցանելիության պատկերով (նկ.1.102): Կլինիկորեն արտահայտվում է նոպայաձև ցավերով (հանկարժակի կամ աստիճանաբար առաջացող), փսխումով, լորձի ու արյան խառնուրդով ջրիկ կղանքով, հետանցքից արյունահոսությամբ, կղանքի և գազերի հեռացման դանդաղմամբ կամ բացակայությամբ: Ուղիղ աղիքի մատնային հետազոտության դեպքում հայտնաբերվում է Օբուխովյան հիվանդանոցի ախտանիշը:



Նկ. 1.102. Հաստ աղիքի ինվազինացիա

Բուժում: Աղիքը սովորաբար հաջողվում է ուղղել վերոհիշյալ պահպանողական միջոցառումներով, որոնց անարդյունավետության

դեպքում կատարում են դեզինվագինացիա վիրահատական ուղիով:

Աղիքային կպումային անանցանելիությունը կարող է լինել ինչպես օբտուրացիոն, այնպես էլ ստրանգուլյացիոն: Մեծ մասամբ երկու տեսակը զուգակցվում են: Ներկայումս աղիքային կպումային անանցանելիությունը աղիքային անանցանելիության ամենահաճախ հանդիպող տեսակն է: Հաճախ դիտվում է կանանց շրջանում: 90% դեպքերում կպումային անանցանելիությունը բարակաղիքային է: Որովայնի խոռոչում կպումների զարգացման պատճառը բորբոքային պրոցեսներն են (պերիտոնիտ), որովայնի վնասվածքները և, առաջին հերթին, վիրահատությունները: Կպումները կարող են լինել փուխր և պինդ: Ըստ ձևի՝ տարբերում են ամբողջ մակերեսով, թաղանթային և քուղային, ինչպես նաև ճարպոնից առաջացած կպումներ:

Կլինիկական պատկերը պայմանավորված է անանցանելիության բնույթով. օբտուրացիոն է, թե՞ ստրանգուլյացիոն. վերջինս ունի առավել ծանր և բուռն ընթացք:

Ախտորոշման ժամանակ մեծ նշանակություն ունի հիվանդի անամնեզը: Հիվանդը կարող է հայտնել որովայնի խոռոչի օրգանների բորբոքային հիվանդությունների, տարած վիրահատությունների մասին: Առկա են աղիքային անանցանելիության նշանները (Վալի, Սկյարովի ախտանիշեր, ռենտգենաբանական ախտանիշեր՝ կամարներ, Կլոյբերի գավաթներ): Կասկածելի դեպքում հիվանդին պետք է տալ բարիումի սուլֆատ և հետևել աղիքներով նրա անցմանը: Հատկապես դժվար է ախտորոշել հետվիրահատական կպումային վաղ անանցանելիությունը: Տարբերում են վաղ առաջնային և վաղ երկրորդային անանցանելիություններ: Առաջնայինը զարգանում է դինամիկ անանցանելիության դեպքում, որն էլ պայմանավորված է որովայնի խոռոչի դեռ լրիվ չվերացված բորբոքային պրոցեսով: Երկարատև պարեզը բարդանում է կպումների գոյացմամբ, որն էլ առաջացնում է մեխանիկական անանցանելիություն:

Երկրորդային վաղ անանցանելիությունը զարգանում է հետվիրահատական բարդության պատճառով, երբ աղիքների

խանգարված ֆունկցիան արդեն վերականգնված է լինում: Առաջին կամ երկրորդ շաբաթվա վերջում, երբ աղիքները գործում են, սկսվում է աղիքային անանցանելիություն: Այն կարող է լինել օբտուրացիոն (ինֆիլտրատով, թարախակույտով սեղմամբ), ստրանգուլյացիոն (սեղմում կպումով) և խառը:

Բուժում: Վիրահատական է: Կպումային անանցանելիությամբ հիվանդների վիրահատությունները, հատկապես կրկնակիները դժվարություն են ներկայացնում արտահայտված սպիական պրոցեսի, աղիքների՝ միմյանց, ճարպոնին և որովայնի պատին կաշեղու հետևանքով: Վիրահատության ժամանակ անջատվում են կպումները, որոնք սեղմում են միջընդերքը և խանգարում աղիքի անցանելիությունը: Մեծ կոնգլոմերատների դեպքում, երբ հնարավոր չի լինում կպումները անջատել, կատարվում է աղիքի մասնահատում: Կպումային նոր անանցանելիության կանխարգելման, ներաղիքային ճնշման պակասեցման, աղիքների գործունեության արագ վերականգման համար խորհուրդ է տրվում կատարել աղիքի ինտուբացիա (նազոգաստրալ, նազոինտեստինալ կամ անոռեկտալ զոնդավորման եղանակով) բազմաթիվ անցքեր ունեցող երկար խողովակով և աղեգալարների դասավորում, ինչպես կարկասի վրա (նազոինտեստինալ զոնդով շինավորում): Դրա շնորհիվ գալարները ֆիքսվում են ֆունկցիոնալ ձեռնտու վիճակում, որը կանխում է աղիքային անանցանելիության զարգացումը:

Հետվիրահատական շրջանում, հատկապես, եթե չի կատարվել նազոինտեստինալ ինտուբացիա, պետք է միջոցներ ձեռնարկել կպումների գոյացումը կանխելու համար: Նման միջոցների համալիրի մեջ են մտնում հիվանդների վաղ ակտիվացումը (եթե հիվանդի վիճակը ներում է, քայլք առաջին օրվանից), աղիքների գալարակծկանքի խթանումը լուծողականների նշանակմամբ (վազելին, բուսական յուղ), պերիդուրալ անզոգացումը, հիպերբարիկ օքսիգենացիան: 3-4-րդ օրից տրիպսինով, լիդազայով էլեկտրաֆորեզի նշանակումը ճնշում է կպումների առաջացումը:

Հինամիկ աղիքային անանցանելիություն: Անանցանելիության բոլոր դեպքերի 3-15%-ն է: Հիմքում աղիքների նյարդամկանային տարրերի ախտահարումն է, որն էլ առաջացնում է գալարակծկանքի խանգարում: Տարբերում են պարալիտիկ և սպաստիկ (կծկանքային) դինամիկ անանցանելիություն:

Սպաստիկ (կծկանքային) դինամիկ անանցանելիություն դիտվում է կապարային թունավորման, ներոզների, մասնավորապես հիստերիայի, ճիճվակրության, տարբեր թունավորումների դեպքում: Աղիքային պարունակության անցումը դժվարանում է աղիքի լուսանցքի կտրուկ նեղացման հետևանքով: Կծկանքային անանցանելիությունը բնութագրվում է ընդհանուր բարվոք վիճակում առաջացող ուժեղ կծկումային ցավերով: Նկատվում է կղանքի և գազերի անցման բացակայություն: Հիվանդները սովորաբար ծայրահեղ անհանգիստ են, անընդհատ փոխում են իրենց դիրքն անկողնում: Հիվանդների ընդհանուր վիճակը քիչ է տուժում: Չկան ծանր հեմոդինամիկ խանգարումներ: Դիտման ժամանակ որովայնը հաճախ ներքաշված է, մկանային լարվածությունը բացակայում է: Ռենտգենաբանական հետազոտությունը չի հայտնաբերում բնորոշ փոփոխություններ:

Գանգատների, անամնեստիկ տվյալների մանրամասն վերլուծությունը, դինամիկ անանցանելիությունը պայմանավորող պատճառի հայտնաբերումը (ոդնոլղեղային չորուկ, հիստերիա, կապարային թունավորում), հեմոդինամիկ խանգարումների բացակայությունը, թունավորումները հնարավորություն են տալիս ճշտելու ախտորոշումը: Ցավերը, սրտխառնոցը, փսխումը վերանում են, դիտվում են դեֆեկացիա և գազերի հեռացում հոգնայից հետո: Ցուցված են նաև սպազմոլիտիկների կիրառում, որովայնի տաքացում:

Պարալիտիկ անանցանելիությունը պայմանավորված է աղիքի մկանի տոնուսի կտրուկ թուլացմամբ և գալարակծկանքի լրիվ բացակայությամբ: Հիմնական պատճառներն են պերիտոնիտը և հետորովայնամզային տարածության ախտաբանական վիճակները: Այն առավել հաճախ առաջանում է, երբ որովայնի խոռոչի օրգանների սուր

հիվանդությունների դեպքում կատարվող ներորովայնային վիրահատությունների ժամանակ վնասվում են աղիքները: Պատճառներ կարող են դառնալ նաև այլ օրգաններից եկած ռեֆլեկտոր ազդեցությունները (երիկամային կամ լեղային խիթ, հետորովայնամզային արյունազեղում, կոնքի, ողնաշարի հիվանդություններ, սրտամկանի ինֆարկտ, կրծքավանդակի վնասվածք և այլն), էլեկտրոլիտային փոխանակության տարբեր խանգարումներ (հիպոկալեմիա, հիպոնատրեմիա և այլն):

Պարալիտիկ անանցանելիություն կարող է լինել որովայնի խոռոչի օրգանների սուր հիվանդությունների, հետորովայնամզային տարածության հեմատոմայի, մեզենտերալ թրոմբոզի, շաքարային դիաբետի, սուր երիկամային անբավարարության ժամանակ, հետվիրահատական շրջանում և այլն: Կլինիկական պատկերը պայմանավորված է այն պայմանավորող պատճառով: Բնորոշ են փքող-լարող ցավերը, փսխումը, որովայնի սովորաբար հավասարաչափ փքումը, կղանքի և գազերի հեռացման բացակայությունը: Որովայնի պատը փափուկ է, պերկուսիայով հայտնաբերվում է տիմպանիկ հնչյուն ամբողջ որովայնով: Ռենտգենաբանորեն հայտնաբերվում են աղիքների բոլոր բաժինների փքում, գազի գերակշռում հեղուկի նկատմամբ, բարակ և հաստ աղիքներում հեղուկի բազմաթիվ մակարդակներ: Բարակ աղիքի գալարի լայնությունը կարող է գերազանցել հաստ աղիքի տրամագիծը: Ստոմանու դիրքը լինում է բարձր, այն քիչ շարժուն է:

Որովայնի խոռոչի օրգանների սուր հիվանդություններով պայմանավորված պարալիտիկ անանցանելիության դեպքում առկա են սովյալ հիվանդությանը (ապենդիցիտ, խոլեցիստիտ, պանկրեատիտ, պերիտոնիտ և այլն) բնորոշ ախտանիշներ: Պարալիտիկ անանցանելիությունը կարող է լինել կծկանքայինի հետևանք: Ի տարբերություն կծկանքայինի՝ պարալիտիկ անանցանելիության ժամանակ ցավերը չափավոր են, կծկումային բնույթ չունեն: Ախտաբանական վիճակը զարգանում է աստիճանաբար, փսխումը հազվադեպ է: Փքված որովայնը քիչ ցավոտ է: Լսումը հայտնաբերում է

«դագաղային լռություն»: 1-2 և ավելի օր անց զարգանում են թունավորում, ջրագրկում, խիստ վատանում է հիվանդի ընդհանուր վիճակը:

Պարալիտիկ անանցանելիության բուժումը պահպանողական է, որի նպատակն է վերականգնել աղիքների գալարակծկանքը: Պետք է արյան մեջ վերականգնել կալիումի կոնցենտրացիան, ապա ն/ե կաթիլային ներարկել 60-70մլ 10%-անոց նատրիումի քլորիդ, մ/մ սրսկել 1-2մլ 0,5%-անոց պրոզերին, կատարել հիպերտոնիկ հոգնա: Միջամտությունը կարելի է կրկնել 3 ժամ հետո: Աղիքների գալարակծկանքի վրա արդյունավետ են գործում պարանեֆրալ, պերիդուրալ բլոկադաները, էլեկտրախթանումը, հիպերբարիկ օքսիգենացիան և այլն:

Միաժամանակ կարգավորում են սրտանոթային և շնչառական համակարգերի ֆունկցիան, սպիտակուցային, ածխաջրային և ջրաաղային փոխանակությունը: Վիրահատական բուժումը ցուցված է պերիտոնիտի, միջընդերային անոթների թրոմբոզի, թրոմբոէմբոլիայի ժամանակ:

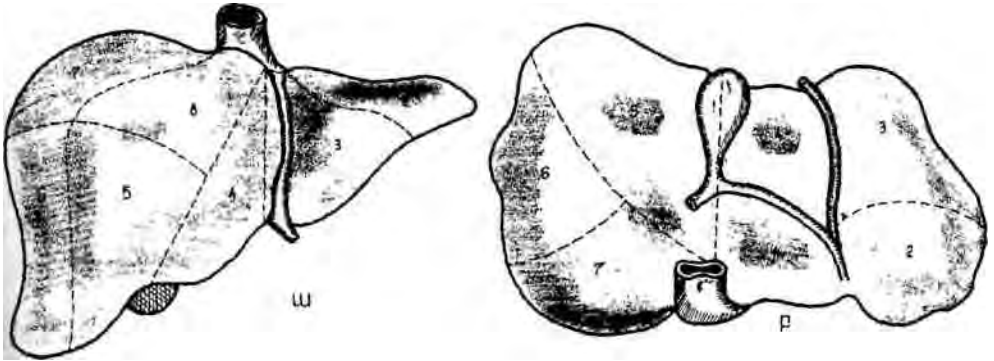
**ԹԵՄԱ 12. ԼՅԱՐԴԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ: ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ:
ԹԱՐԱԽԱԿՈՒՅՏԵՐ: ԷԽԻՆՈԿՈԿՈԶ: ԱԼՎԵՆՈԿՈԿՈԶ:
ԲՇՏԵՐ**

Անատուփա և ֆիզիոլոգիա: Լյարդը մարսողական ուղու ամենախոշոր գեղձն է: Մեծահասակների լյարդը 1500 գ քաշ ունի: Այն գտնվում է որովայնի խոռոչի վերին աջ քառորդում՝ ստոծանու տակ և ծածկված է հիմնականում կողերով: Մարսողական ուղու հետ կապված է լեղուղիների և դրնեռակի միջոցով: Լյարդի վերին սահմանը միջանրակային գծով հասնում է 4-րդ կողի մակարդակին, աջից ստորին կետը գտնվում է միջին անութային գծով 10-րդ կողից 1,5-2 սմ ներքև, իսկ ձախից եզրային կետը ձախ միջանրակային գծից 5 սմ աջ է՝ 6-րդ կողաճառի մակարդակի վրա: Միացնելով այս կետերը՝ կարելի է ստանալ լյարդի վերին սահմանի ուրվագիծը:

Լյարդի ստորին սահմանը կողաղեղի տակից դուրս է գալիս միայն երեխաների և մեծահասակ ասթենիկների մոտ: Հետևից վերին սահմանը համապատասխանում է կրծքային 9-րդ ողի մակարդակին, իսկ ստորինը՝ կրծքային 12-րդ ողի մեջտեղին:

Լյարդի մեծ մասը ծածկված է որովայնամզով, բացառությամբ հետին մակերեսի մի փոքր հատվածի, որը հարում է ստոծանուն: Անմիջապես որովայնամզային ծածկույթի տակ գտնվում է այն ծածկող ֆիբրոզ (գլխտնյան) պատյանը: Վենտրալ մակերեսի վրա տեղակայված է լեղապարկը: Լյարդը սահմանակցում է տասներկու մատնյա աղիքին, ստամոքսին, լայնական խթաղիքին, երիկամին, մակերիկամին: Լյարդի հետին մակերեսն ուղղաձիգ ուղղությամբ հատում է ստորին սինեռակը, ուր մտնում են լյարդային երակները (լյարդի սինեռակային դրունքը): Լյարդն ամրացած է մի շարք կապաններով: Մանգաղանման կապանը լյարդը բաժանում է երկու անհավասար մասերի: Աջ և ձախ մասերի բաժանումը կատարվում է մի գծով, որը լեղապարկի մահճի և լյարդի դրունքի միջով անցնում է ստորին սինեռակի մեջ՝ աջ լյարդային երակի միացման տեղով: Լյարդի՝ բլթերի և սեզմենտների բաժանումը որոշվում է

դռներակի, լյարդային զարկերակի և լեղաձորանների ճյուղավորումներով (նկ.1.103): Ամեն բիլթ ունի դռներակի բլթային ճյուղ, զարկերակ և լեղաձորան, իսկ սեզմենտները՝ սեզմենտային անոթներ և ձորաններ (գլխոնյան ոտիկ): Այս անոթները և լեղաձորանները կոչվում են պորտալ կամ գլխոնյան համակարգ: Լյարդում տարբերում են ութ սեզմենտներ:



Նկ. 1.103. Լյարդի սեզմենտային կառուցվածքը. ա) տեսքն առջևից, բ) տեսքը հետևից

Լյարդն ունի երկակի արյունամատակարարում: Մեփական լյարդային զարկերակն ապահովում է լյարդային արյունահոսքի մինչև 25%-ը, արյան հիմնական մասն ընդունվում է դռներակով, որը ձևավորվում է վերին միջընդերային և փայծաղային երակների միացումից: Ամբողջ արյունն աղիքներից, ստամոքսից, ենթաստամոքսային գեղձից և փայծաղից հեռանում է դռներակով: Նրա համակարգի և սիներակների միջև գոյություն ունեն պորտոկավալ բերանակցումներ, որոնց միջով դռներակում ճնշման բարձրացման դեպքում կատարվում է արյան շունտավորում: Վիրաբուժական առումով կարևոր նշանակություն ունեն ստամոքսի կարդիալ հատվածի և կերակրափողի ստորին երրորդականի, ուղիղ աղիքի, իսկ պորտի շրջանում պորտային երակների և ենթամաշկային երակների միջև բերանակցումները:

Լեղատար համակարգը ձևավորվում է լեղային ձորանների

միացումից. առաջանում են միջբլթակային, սեզմենտային և բլթային ծորաններ: Վերջիններս, միանալով լյարդի դրունքի շրջանում, կազմում են ընդհանուր լյարդային ծորանը, որը լեղապարկային ծորանի միացումից հետո կոչվում է ընդհանուր լեղածորան: Այն ապահովում է լեղու հոսքը դեպի տասներկումասոնյա աղիք:

Լյարդային երակները ձևավորվում են կենտրոնական երակներից, որոնք միավորվելով՝ կազմում են սեզմենտար, իսկ հետո՝ բլթային երակներ : Լյարդային երակների քանակը կարող է տատանվել. հաճախ դրանք երկուսը կամ երեքն են: Դրանց ընթացքը չի համընկնում դոներակային անոթների ուղղությամբ: Լյարդի դրունքի շրջանում հնարավոր է կապել դոներակի բլթային ճյուղերը, լյարդային զարկերակներն ու ծորանները, որը հեշտացնում է լոբեկտումիայի կատարումը:

Ավշային ուղիներն ուղեկցում են լեղուղիներին և լյարդային երակներին: Ռեզիդուար ավշահանգույցները գտնվում են լյարդ-տասներկամասոնյաաղիքային կապանի մեջ և աորտայի շուրջ:

Լյարդի սիմպաթիկ նյարդավորումն իրականացվում է աջ ընդերային նյարդի ճյուղերով, իսկ պարասիմպաթիկը՝ ձախ թափառող նյարդի լյարդային ճյուղից:

Լյարդի ֆունկցիաները բազմազան են: Այն գործնականորեն մասնակցում է օրգանիզմի նյութափոխանակային բոլոր պրոցեսներին: Դոներակի արյունով և ավշային անոթներով աղիքներից լյարդ են մտնում սննդարար նյութեր, վիտամիններ և այլն: Նյութափոխանակության արդյունքները, ինչպես նաև թունավոր նյութերը վերամշակվում են լյարդում, իսկ հետո լեղու հետ դուրս են գալիս դեպի աղիքներ: Լեղու ծավալի մոտ 97%-ը ջուր է, 1-2%-ը՝ լեղային աղեր, բիլիռուբին, լեցիտին, խոլեստերին, լեղաթթուներ և այլ նյութեր: Լեղին մասնակցում է մարսողության պրոցեսում ճարպի էմուլգացմանը: Լեղաթթուները գոտաղիքում ներծծվում են և դոներակով վերադառնում լյարդ:

Լյարդի դերը կարևոր է ածխաջրերի փոխանակության մեջ, այն սինթեզում և պահեստավորում է գլիկոգեն: Լյարդում տեղի է ունենում

սպիտակուցների, այդ թվում արյան մակարդան գործոնների (ֆիբրինոգեն, պրոթրոմբին և այլն), վիտամինների, ֆոսֆորիպիդների, մի շարք հորմոնների սինթեզ: Լյարդի ռետիկուլոէնդոթելիալ համակարգը (Կուպֆերի բջիջներ) կատարում է պաշտպանական ֆունկցիա (ֆագոցիտոզ, գամմա-գլոբուլինի արտադրում):

Լյարդի և լեղուղիների մի շարք հիվանդությունների դեպքում այս կամ այն չափով տուժում է պիգմենտային ֆունկցիան: Արյան մեջ առկա է բիլիռուբինի 2 ֆրակցիա: Անուղղակի (ազատ) բիլիռուբինն առաջանում է ռետիկուլոէնդոթելային համակարգում հեմոգլոբինի քայքայման արգասիքներից: Այն ամուր կապված չէ սպիտակուցների հետ, ջրում չի լուծվում, այդ պատճառով չի հեռանում երիկամներով: Կոչվում է անուղղակի, քանի որ էթիլ սպիրտ ավելացնելուց էռլիխի դիագնոզակտիվի հետ առաջացնում է կարմիր երանգավորում, իսկ ուղղակին ներկվում է առանց սպիրտի: Լյարդով անցնելիս այն ազատվում է սպիտակուցից և միանում գլյուկուրոնաթթվին, վերածվում ջրալույծ ուղղակի բիլիռուբինի, որն անցնում է աղիքներ: Ելնելով նրանից, որ ուղղակի բիլիռուբինը կապված է գլյուկուրոնաթթվի հետ՝ այն կոչվում է կապված, իսկ անուղղակին՝ ազատ: Օքսիդացման պրոցեսների հետևանքով աղիքներում ուղղակի բիլիռուբինը վերածվում է ստերկոբիլինի, որի առկայությամբ բացատրվում է կղանքի բնորոշ գույնը: Վերածվում է նաև ուռոբիլինոգենի և ուռոբիլինի, որոնք ներծծվում են արյուն և մասնակիորեն հեռանում մեզով՝ պայմանավորելով վերջինիս գույնը:

Լեղուղիների խցանման դեպքում ստերգոբիլինի և ուռոբիլինի գոյացումը խանգարվում է, որի հետևանքով կղանքն անգունանում է: Ազատ բիլիռուբինը, լեղաթթուներն արյան մեջ և հյուսվածքներում կարող են կումուլյացիայի ենթարկվել՝ առաջացնելով թունավորում:

Հետազոտության մեթոդները: Լյարդի ֆունկցիոնալ վիճակի ուսումնասիրման համար կիրառում են մի շարք կենսաքիմիական հետազոտություններ, ուսումնասիրում են լյարդի պիգմենտային ֆունկցիան, ինդիկատորային ֆերմենտների՝ տրանսամինազների

ակտիվությունը, արտագատական ֆերմենտի՝ հիմնային ֆոսֆատազայի մակարդակը, արյան մակարդեղիության համակարգը: Նորմայում տրանսամինազները մասնակիորեն անցնում են բջջաթաղանթ և հայտնաբերվում են ոչ մեծ քանակությամբ: Եթե դրանց քանակը մեծանում է, ապա դա վկայում է բջջաթաղանթների թափանցելիության մեծացման մասին:

Լյարդի կառուցվածքի ուսումնասիրման, լեղային հիպերտենզիայի որոշման, լյարդի օջախային ախտահարման հայտնաբերման մեջ մեծ է ուլտրաձայնային հետազոտության դերը: Հյուսվածքի օջախային ախտահարումն ավելի ստույգ որոշվում է համակարգչային շերտագրմամբ: Այդ առումով վերջինս զգալիորեն արդյունավետ է ուլտրաձայնային հետազոտությունից և յուրահատուկ ռադիոիզոտոպային սկաներացումից:

Լապարոսկոպիան, որը հաճախ զուգակցվում է պունկցիոն բիոպսիայի հետ, հնարավորություն է տալիս ճշտելու լյարդի ախտահարման բնույթը:

Անգիոգրաֆիայի զանազան տարբերակները, մասնավորապես ցելիակոգրաֆիան նպաստում են լյարդի օջախային ախտահարումների հայտնաբերմանը, բարորակ և չարորակ պրոցեսների տարբերակմանը, վերջիններիս դեպքում պրոցեսների տարածվածության որոշմանը:

Ներլյարդային արյան շրջանառության վիճակը կարող ենք ուսումնասիրել ռեոգրաֆիայի օգնությամբ, որի հիմքում էլեկտրական հաղորդականության տատանումների գրանցումն է: Լյարդի տարածուն ախտահարումը, որն ուղեկցվում է լյարդում արյունահոսքի նվազմամբ, արտահայտվում է ռեոգրաֆիկ կորերի ամպլիտուդի փոքրացմամբ:

Չարգացման արատները: Լյարդի զարգացման արատները չափազանց հազվադեպ են: Լյարդի ձևի շեղումներն արտահայտվում են նրա բաժինների չափերի փոփոխությամբ, ակոսների տարբեր խորությամբ և լրացուցիչ բլթերի առկայությամբ: Կարող են դիտվել ամբողջ լյարդի կամ նրա բլթերի հիպոպլազիա, լյարդի ազենեզիա: Լյարդի կապանային ապարատի անկանոն զարգացումն ուղեկցվում է

հեպատոպտոզով: Նշված շեղումները մեծ մասամբ բնորոշ կլինիկական դրսևորումներ չունեն:

Լյարդի վնասվածքներ: Լյարդի վնասվածքները պատկանում են ծանր վնասվածքների շարքին: Տարբերում են բաց և փակ վնասվածքներ:

Լյարդի բաց վնասվածքներ: Լյարդի բաց վնասվածքները (ծակածկտրած, հրազենային վիրավորումներ) կարող են լինել մեկուսացված, բայց հաճախ զուգակցվում են կրծքավանդակի կամ որովայնի խոռոչի այլ օրգանների վնասվածքների հետ: Լյարդի վնասվածքները ուղեկցվում են դեպի որովայնի խոռոչ արյան և լեղու հոսքով: Հատկապես ծանր վնասվածքներ են առաջանում հրազենով վիրավորվելիս (մեծ խորաբացվածք ճեղքերը, հյուսվածքի պատռումն առանձին հատվածների և այլն):

Կլինիկական պատկերում գերակշռում են շոկի ախտանիշները, որոնք ավելի արտահայտված են այլ օրգանների հետ զուգակցված վնասվածքների ժամանակ: Ներքին արյունահոսությունը, զարգացող պերիտոնիտը, սնամեջ օրգանների վնասվածքների առկայությունը պայմանավորում են որովայնի պատի արտահայտված մկանային լարվածությունը, որովայնամզի գրգռման ախտանիշները:

Կրծքաորովայնային վնասվածքները կարող են պայմանավորել կրծքավանդակի օրգանների վնասման ախտանշաններ: Լյարդի վնասվածք կարելի է կասկածել՝ համադրելով վերքի մուտքի և ելքի անցքերի կամ միայն մուտքի անցքի տեղակայումը և վերքային խողովակի ուղղությունը: Թափանցող վերքի առկայությունը պահանջում է որովայնահատում: Վնասվածքի ճիշտ տեղակայման կասկածի դեպքում նախապատվությունը պետք է տալ միջային որովայնահատմանը, որն անհրաժեշտության դեպքում կարող է լայնացվել կողմնային կտրվածքներով:

Լյարդի փակ վնասվածքներ: Լյարդի փակ վնասվածքներ առաջանում են բարձրությունից ընկնելիս, ուժեղ հարվածի, վազոնների բուֆերների միջև մարմնի սեղմվելու դեպքում, փլվածքների, ավտովթարների ժամանակ և այլն: Լյարդի պարենխիմը ամուր չէ,

համեմատաբար հեշտ է վնասվում, հատկապես եթե այնտեղ կան ախտաբանական փոփոխություններ (ալկոհոլային, մալարիային լյարդ, ամփոփոգ, սիֆիլիս և այլն): Սակավաթիվ դեպքերում լինում է լյարդի ինքնաբեր պատռվածք, նույնիսկ չափավոր ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության, դեֆեկացիայի, ծննդաբերության ժամանակ:

Պաթանատոմիական փոփոխությունների բնույթը բազմազան է՝ դրանք սուբկապսուլյար կամ խոր արյունազեղումներ են, տարբեր խորության ճեղքվածքներ, մեծ պատռվածքներ կամ էլ լյարդի հյուսվածքի ջնջխում:

Կլինիկական որոշվում է հյուսվածքի վնասվածքի բնույթով և աստիճանով, համակցված վնասվածքների առկայությամբ: Այստեղ նաև գերակշռում է շոկի, ներքին արյունահոսության, պերիտոնիտի կլինիկան: Ցավը սովորաբար տեղակայվում է աջ թուլակողում, ճառագայթվում է աջ ուս: Հետագայում այն տարածվում է ամբողջ որովայնով մեկ: Ստամոքսի, աղիքների պատռվածքները կարող են առաջացնել պերիտոնիտ:

Ախտորոշման գործում դեր ունեն անամնեզը, կլինիկան, լաբորատոր հետազոտության արդյունքները, սոնոգրաֆիան, համակարգչային շերտագրումը, ախտորոշիչ լապարասկոպիան և լապարատոմիան: Որովայնի խոռոչում պաթոլոգիայի առկայության դեպքում ցուցված է անհապաղ միջամտություն:

Լյարդի վնասվածքների դեպքում կատարում են հյուսվածքի կարում, արդյունավետ է II-աձև կարը՝ հաճախ ներդիրի (սինթետիկ նյութի կամ ճարպոնի) կիրառմամբ:

Առավել հայտնի է Կուզնեցով-Պենսկու կարը, որը դնում են լյարդի ամբողջ հաստությամբ, 2 թելով թելած ասեղով: Վերքի ոչ կենսունակ ջնջիված եզրերը պետք է հեռացնել, խոր ճաքերը կարելու դեպքում հնարավոր է մեծ անոթների և լեղուղիների անցանկալի կարում: Այստեղ կարելի է կիրառել ոտիկի վրա ճարպոնով և/կամ թանգիվով տամպոնադա: Տամպոնադայի տարբերակ է ինքնատամպոնադան՝ հեպատոպեքսիան: Վերջինս ցուցված է լյարդի դժվար մատչելի վերին և ստորին հետին մասերի վնասվածքի դեպքում: Հեպատոպեքսիայի

տարբերակների էությունն այն է, որ լյարդը ձեռքով զգույշ սեղմում են դեպի թուլակողի խորքը և այդ դիրքում հանգուցավոր կարերով ֆիքսում առպատային որովայնամզին: Լյարդի ուռուցիկ մակերեսը սեղմվում է ստոծանուն, որը նպաստում է հեմոստազին: Ենթաստոծանիական տարածությունը երկու տարբերակի դեպքում էլ լրացուցիչ դրենավորվում է: Մեծ ջնջիումների, օրգանի մի մասի պոկման դեպքում անհրաժեշտ է կատարել ատիպիկ մասնահատում:

Լյարդի թարախակույտեր: Լյարդի թարախակույտերը մեռուկացմամբ և օրգանի պարենխիմի տարալուծմամբ թարախադեստրոֆիկ սահմանափակ օջախներ են:

Ըստ քանակի լյարդի թարախակույտերը լինում են՝

1. եզակի,

2. բազմակի:

Ըստ պատճառի՝

1. բակտերիային,

2. պարազիտային (մակաբուծային):

Լյարդի թարախակույտ կարող է առաջանալ որովայնի խոռոչի օրգանների ախտահարումների ժամանակ (ապենդիցիտ, խոլեցիստիտ, խոցային կոլիտ, որովայնային տիֆ, ամեոբային դիզենտերիա, պերիտոնիտ և այլն), երբ հարուցիչը լյարդ է թափանցում դռներակի միջոցով: Որովայնի խոռոչից դուրս թարախային պրոցեսների ժամանակ (օստեոմիելիտ, տոնզիլիտ, օտիտ, խոցային էնդոկարդիտ, սեպսիս) վարակը լյարդ է անցնում հեմատոզեն (արյունային) ճանապարհով՝ լյարդային զարկերակի միջոցով: Ընդհանուր լեղածորանի միջոցով հնարավոր է վարակի հետընթաց թափանցումը: Հարակից օրգանների ախտահարումների ժամանակ դեր ունի նաև կոնտակտային (շփումային) ճանապարհը: Լյարդում թարախակալման պրոցեսի հաճախակի պատճառ են խոլանգիտները, լեղուղիների պարազիտային (մակաբուծային) հիվանդությունները:

Թարախակույտերը կարող են զարգանալ նաև լյարդում առկա հետվնասվածքային արյունազեղումների, լյարդի բշտերի

թարախակալման, լյարդի ուռուցքների քայքայման, հարևան գոյացություններից վարակի անմիջական անցման հետևանքով (լեղապարկի էմպիեմայի պատռում, ստամոքսի կամ 12-մատնյա աղիքի խոցերի պենետրացիա):

Թարախակույտերը մեծ մասամբ տեղակայվում են լյարդի աջ բլթում, ստոծանիական կամ դորզալ մակերեսին մոտ: Բազմակի թարախակույտերի ժամանակ կարող են ախտահարվել երկու բլթերը: Թարախակույտի չափերը տատանվում են քորոցի գլխիկի մեծությունից մինչև 10 և ավելի սմ տրամագծով:

Թարախակույտերի պարունակությունը բակտերիայի դեպքում սպիտակ կամ կանաչ գույնի տհաճ հոտով թարախ է: Մանրէաբանական հետազոտությունը հայտնաբերում է բազմապիսի հարուցիչներ, որոնք հաճախ աղիքային ցուպիկ ու ոչ կլոստրիդիալ անաերոբներն են: Պարագիտային (մակաբուծային) թարախակույտեր գերազանցապես հարուցվում են ամեոբաներով կամ որդերով՝ ասկարիդով և սիբիրյան երկբեղիկով: Մովորաբար դրանք լինում են ստերիլ, չունեն պիոգեն թաղանթ, սակայն կարող են հայտնաբերվել նաև մանրէներ, հետևապես, դրանք համարվում են խառը: Ամեոբային թարախակույտի ժամանակ թարախն ունի ջրիկ շոկոլադի, կակաոյի տեսք՝ քայքայված հեմոգլոբինի պատճառով:

Բակտերիային թարախակույտերն ընթանում են ավելի ծանր ու բուռն կլինիկայով, ինտոքսիկացիան ավելի արտահայտված է: Այն բնորոշվում է աջ թուլակողի ցավերով, հատկապես ներշնչման ժամանակ, ընդհանուր թուլությամբ, ախորժակի կորստով, բարձր ջերմությամբ (հաճախ հեկտիկ բնույթի), գերքրտնարտադրությամբ: Աջից թոքի էքսկուրսիան սահմանափակ է, երբեմն աջ պլևրալ խոռոչում կարելի է հայտնաբերել ռեակտիվ էքսուդատիվ պլևրիտ:

Լյարդի չափերը, հատկապես մեծ կամ բազմակի թարախակույտերի դեպքում մեծացած են: Խոլանգիոգեն թարախակույտերի դեպքում մաշկային ծածկույթները դեղնած են: Մեծ մասամբ առկա են հիմնական հիվանդության ախտանիշերը, որոնց առկայությամբ զարգացել է

թարախակույտը:

Ընդհանուր վիճակը հաճախ ծանր է: Արյան փոփոխությունները բնորոշ են թարախային պրոցեսներին՝ լեյկոցիտոզ նեյտրոֆիլային ձախ թեքումով, ԷՆԱ-ի մեծացում:

Լյարդի թարախակույտը հղի է լուրջ բարդություններով, որոնք դիտվում են հիվանդների մոտավորապես 1/3-ի մոտ: Ավելի հաճախ դիտվում է թարախակույտի պատռում որովայնի խոռոչ, ենթաստոծանիական տարածություն, պլերալ կամ պերիկարդիալ խոռոչներ, բրոնխի լուսանցքի մեջ: Որոշ դեպքերում պատռում լինում է ստամոքս-աղիքային ուղու լուսանցքի մեջ, կամ արտաքին աշխարհ՝ մաշկի միջով: Պատռումը կարող է ուղեկցվել արտահայտված արյունահոսությամբ՝ առոզիայի ենթարկված լյարդային երակներից:

Թարախակույտերի ախտորոշումը հիմնվում է հիվանդի գանգատների, մանրակրկիտ անամնեզի, այդ պահին և անցյալում բորբոքային օջախների հայտնաբերման և օբյեկտիվ հետազոտության տվյալների վրա:

Ռենտգենաբանական հետազոտությունը կարող է հայտնաբերել լյարդի չափերի մեծացում, ստոծանու աջ գմբեթի բարձր դիրք, շարժումների սահմանափակում, պլերալ խոռոչում էքսուդատի առկայություն: Գազ պարունակող թարախակույտերի դեպքում երբեմն հնարավոր է տեսնել խոռոչ՝ հեղուկի հորիզոնական մակարդակով:

Ավելի արդյունավետ են ուլտրաձայնային հետազոտությունը և ՀՇ-ն, որոնք հնարավորություն են տալիս ճշտելու թարախակույտի չափերը, տեղակայումը, լյարդի և լեղուղիների վիճակը:

Ախտորոշման հաստատման համար կարելի է կատարել պունկցիա և ստանալ թարախ: Այն ենթարկում են բակտերիաբանական հետազոտության, որոշում են միկրոֆլորայի զգայունությունը հակաբիոտիկների նկատմամբ: Մի շարք դեպքերում պունկցիան ծառայում է որպես բուժական միջոց. պարունակությունը ասպիրացիայի են ենթարկում՝ տեղը լցնելով հակամեոբային, հակամանրէային դեղամիջոց: Պրոցեդուրան կարելի է կրկնել մի քանի անգամ, մինչև լրիվ

բուժումը: Հնարավոր է նաև խոռոչի դրենավորում պունկցիայի միջոցով: Պունկցիան և դրենավորումը նպատակահարմար է կատարել ուլտրաձայնային հետազոտությամբ կամ ՇՇ-ի հսկողությամբ:

Բուժում: Եթե նշված պունկցիոն բուժումը կամ դրենավորումն անհնար են, ապա անհրաժեշտ է կատարել վիրահատություն՝ լապարատոմիա, թարախակույտի բացում և դրենավորում: Բազմաթիվ թարախակույտերի ժամանակ հարկավոր է բացել և դրենավորել ամենախոշորները: Եթե թարախակույտերը խոլանգիոգեն են, բացի թարախակույտը բացելուց, անհրաժեշտ է նաև կարգավորել լեղու բնականոն արտահոսքը՝ լեղուղիների արտաքին դրենավորման միջոցով:

Ամեոբային թարախակույտով հիվանդի անամնեզում հաճախ առկա է անցյալում տարած դիզենտերիան: Կլինիկան նվազ ծանր է, քան բակտերիային դեպքում: Սակայն ամեոբային թարախակույտերն ավելի են հակված բարդություններ առաջացնելու:

Թարախակույտերի ամեոբային ծագումը կարող են ճշտել որոշ շճաբանական փորձեր, որոնք հայտնաբերում են յուրահատուկ հակաձիններ (հեմագլյուտինացիայի, պրեցիպիտացիայի ռեակցիաներ, լատեքս-թեստեր): Ախտորոշումը հաստատում է նաև պունկցիան (շոկոլադային թարախ):

Բուժում: Խիստ արդյունավետ է պահպանողական թերապիան սպեցիֆիկ դեղորայքի (էմետին, խինգամին) օգնությամբ: Հաշվի առնելով վարակի խառը բնույթը՝ նպատակահարմար է ազդեցության լայն սպեկտրի հակաբիոտիկների կիրառումը ևս: Անհրաժեշտ է նաև աղիքների սանացիա: Պահպանողական թերապիայի անարդյունավետության դեպքում կիրառում են պունկցիոն բուժում (թարախի արտածում, թարախակույտի խոռոչի մեջ դեղորայքի ներմուծում), արտաքին դրենավորում միջմաշկային պունկցիայի կամ որովայնահատման ճանապարհով:

Լյարդի էխինոկոկոզ և ավետոկոկոզ: Հիվանդությունն առաջանում է մակաբույծ ժապավենաձև որդերի երկու ձևերից: Էխինոկոկոզը հարուց-

վում է Echinococcus granulosus ժապավենաձև որդով: Մարդու վարակման և օրգանիզմում մակաբույծի միգրացիայի ուղիները երկու հիվանդության դեպքում միատեսակ են: Մակաբույծների կենսական փուլն ընթանում է երկու տիրոջ փոխարինմամբ: Հասուն որդը (սեռահասուն ձև) բնակվում է հիմնական տիրոջ (հիմնականում շնագզիների) աղիքներում: Մակաբույծի ձվերը կենդանիների արտաթորանքի հետ ընկնում են արտաքին միջավայր, որտեղից էլ ֆեկալ-օրալ ճանապարհով կարող են ընկնել միջանկյալ տիրոջ օրգանիզմ՝ հանգեցնելով մակաբույծի թրթուրային փուլի զարգացման: Միջանկյալ տերեր են առաջին հերթին մարդը, խոշոր և մանր եղջերավոր անասունները, խոզերը, ձիերը, ուղտերը, կապիկները, սկյուռները:

Ալվեոկոկոզի դեպքում մարդուց բացի միջանկյալ տերեր են կրծողները՝ մկները, առնետները, սկյուռները, գետնասկյուռները, համստերը (գերմանամուկ) և այլն: Վերջնական տերերի վարակումը տեղի է ունենում էխինոկոկով վարակված միջանկյալ տերերի օրգանները ուտելուց:

Էխինոկոկոզով և ալվեոկոկոզով մարդը սովորաբար վարակվում է որդերի ձվերով կեղտոտված բանջարեղեն, միրգ, կանաչի, հատապտուղ, ջուր օգտագործելուց, հելմինթոզով հիվանդ աղվեսների, բնեռաղվեսների մորթիները մշակելուց: Մարդը կարող է վարակվել հիվանդ շների հետ շփվելուց:

Ընկնելով միջանկյալ տիրոջ աղեստամոքսային ուղի՝ մակաբույծի ձվերի արտաքին թաղանթը լուծվում է, սաղմը (օնկոսֆերան) ազատվում է, որն էլ ներդրվում է աղիքի պատի մեջ, անցնում երակներ կամ ավշային անոթներ և դրանցով հասնում լյարդ: Մաղմերի մեծ մասը մնում է լյարդում և պայմանավորված հարուցիչով՝ առաջացնում է էխինոկոկային կիստա կամ ալվեոկոկային հանգույց:

Էխինոկոկային բշտերը սպիտակ կամ սպիտակադեղնավուն գույնի կլոր գոյացություններ են, որոնք լցված են հեղուկով (հիդատիդոզ էխինոկոկոզ): Բշտերը լինում են եզակի և բազմաթիվ: Բշտի պատն ունի երկու շերտ՝ **արտաքին կուտիկուլյար** կամ **խիտինային** թաղանթ և **ներքին՝**

սաղմնային կամ **հերմինատիվ** թաղանթ: Վերջինս կազմված է բջիջներից, որոնցից ձևավորվում են սկոլեքսներ՝ դուստր բշտեր, իսկ դրանցում՝ թռռնային բշտեր: Մի շարք դեպքերում մայր բշտում բացակայում են դուստր բշտերը, և այն պարունակում է միայն հեղուկ (ացեֆալոկիստա): Հեղուկն ունի պերզիկ հատկություններ, որի վրա հիմնված է հիվանդության սերոդիագնոստիկան (շճախտորոշում): Բացի այդ, այն ունի նեյրոտոքսիկ և հեմատոտոքսիկ ազդեցություն:

Օրգանիզմը բշտի գոյությանը պատասխանում է նրա շուրջը **ֆիբրոզ կապսուլայի** ձևավորմամբ: Աճի ժամանակ բուշտը սեղմում, ճնշում է շրջապատող հյուսվածքները, բայց ի տարբերություն ալվեոկոկոզի, չի ներառում դրանց մեջ: Բշտի պատովելու դեպքում սկոլեքսները սերմնացրվում են, և աճում են նոր բշտեր:

Դեպի անոթների լուսանցք պատտովելիս կարող է լինել հեմատոզեն սերմնացրում: Պատռումը դեպի լեդուդիներ հանգեցնում է խոլանգիտի և մեխանիկական դեղնուկի: Բուշտը կարող է թարախակալվել, այդ ժամանակ հեղուկը պղտորվում է, մայրական բուշտը՝ մահանում, իսկ դուստր և թռռնային բշտերը պահպանում են կենսունակությունը: Մահացած բուշտը լցվում է սպիտակ շաղախանման դետրիտով: Հնարավոր է բշտի կրակալում: Մի շարք դեպքերում այն լինում է բշտի ամբողջ շրջագծով, մյուսներում՝ այն մասնակի է:

Ալվեոկոկոզի ժամանակ ձևավորվում են բազմաթիվ մանր բշտեր՝ սպիտակ կամ սպիտակադեղնավուն, 3-5 մմ չափերով, որոնք շրջապատված են բորբոքված և մեռուկացած հյուսվածքով: Բշտիկների կուտակումը ձևավորում է հանգույց մինչև 15 սմ և ավելի տրամագծով: Ալվեոկոկոզային հանգույցն ունի փայտի ամրություն, կտրվածքի վրա՝ խորշիկավոր կառուցվածք: Հնարավոր է ինվազիվ, ինֆիլտրատիվ աճ: Ֆիբրոզ կապսուլա չի ձևավորվում: Ալվեոկոկոզային հանգույցն աճում է շրջակա հյուսվածքների մեջ: Կարող է անցնել լեդուդիների, դոներակի ճյուղերի, զարկերակների մեջ՝ դրանցով պայմանավորելով մետաստազավորումը: Հանգույցներն արտաքինից ունեն թմբիկավոր մակերես, ամուր կոնսիստենցիա՝ հիշեցնելով ուռուցք: Այստեղից էլ

բխում են ախտորոշման հաճախակի սխալները:

Ալվեոկոկոզային հանգույցի կենտրոնում հաճախ տեղի է ունենում քայքայում, և սովորաբար ձևավորվում է սեկվեստրներ պարունակող խոռոչ:

Լյարդի հիդատիդոզ էխինոկոկոզի, ավեակոկոզի կլինիկան և ախտորոշումը: Վարակման պահից մինչև հիվանդության առաջին ախտանիշերի հայտնվելը երբեմն անցնում են շատ տարիներ: Այդ շրջանում չկան տեղային դրսևորումներ, բայց կարող են արտահայտվել պարազիտային (մակաբուծային) բշտի պարունակության թունավոր ազդեցության ախտանիշեր (եռզինոֆիլիա, նյարդաբանական տարբեր դրսևորումներ ներհիտների տեսքով, էպիլեպտանման նոպաներ, օրգանիզմի ալերգիզացիայի դրսևորումներ, եղնջայտուց, դիառեա): Պայմանավորված բշտի աճով և լյարդի շրջակա հյուսվածքի վրա նրա ճնշումով՝ առաջանում են ծանրության զգացում, բուրթ, տնքացող ցավեր աջ թուլակողում և էպիգաստրալ շրջանում: Մեծանում են լյարդի չափերը, կարող է ի հայտ գալ որովայնի առաջային պատի փքում: Դա առավելապես դիտվում է լյարդի առաջային հատվածներում տեղակայված բշտերի ժամանակ: Լյարդի ենթաստոծանիական հատվածներում տեղակայման դեպքում դիտվում է ստոծանու աջ գմբեթի ձևափոխություն և վերջինիս արտափքում դեպի պլևրալ խոռոչ, որը լավ երևում է ռենտգենաբանական հետազոտության ժամանակ: Պայմանավորված բշտի չափերով և տեղակայությամբ՝ դոներակը կարող է ճնշվել՝ հանգեցնելով պորտալ հիպերտենզիայի: Տասներկուամտնյա աղիքի կամ հաստ աղիքի լյարդային անկյունը ճնշելուց կզարգանան աղիքային անանցանելիության երևույթներ, ընդհանուր լեղածորանին սեղմելուց կառաջանա մեխանիկական դեղնուկ և այլն: Շոշափմամբ կարելի է որոշել կլորավուն, առաձգական, հարթ մակերեսով գոյացություններ: Բախումը հայտնաբերում է լյարդի չափերի մեծացում:

Գործիքային հետազոտության միջոցներից ամենատեղեկատվականը ուլտրաձայնային էխոգրաֆիան և ՀՇ-ն են, որոնք հայտնաբերում են բշտերի տեղակայումը, քանակը, շրջակա

հյուսվածքի վիճակը, որովայնի խոռոչի և հետորովայնամզային տարածության օրգանների ախտահարումը, բարդությունները: Պարտադիր է կրծքավանդակի ռենտգենաբանական հետազոտությունը՝ թոքերի ախտահարումները հայտնաբերելու նպատակով:

Մյուս մեթոդները, ինչպիսին են ռադիոիզոտոպային սկաներացումը, անզիոգրաֆիան, լապարասկոպիան, հայտնաբերում են լյարդի միայն ծավալային գոյացությունը՝ առանց նրա բնույթը պարզելու: Ախտորոշման հաստատման մեջ մեծ նշանակություն ունեն տարբեր շճաբանական ռեակցիաները՝ **Կացոնի փորձը** կամ **լաստքս ազլուտինացիայի** ռեակցիան:

Բարդություններ: Բուշտը կարող է *թարախակալվել*, որն ուղեկցվում է ցավերի ուժեղացմամբ, բարձր ջերմությամբ և այլ դրսևորումներով, որոնք բնորոշ են լյարդի թարախակույտին: Ավելի հաճախ նշվում է բշտերի պատռումը, հիմնականում որովայնի խոռոչում՝ նրա հետագա սերմնացրմամբ: Բշտի *պատռման* ժամանակ դիտվում է հանկարծակի, կտրուկ ցավ, որը տարածվում է ամբողջ որովայնով, ի հայտ են գալիս որովայնամզի գրգռման ախտանիշեր: Կարող են զարգանալ *անաֆիլակտիկ շոկ*, մաշկի եղնջացան, անուրիա: Թարախակալված կիստայի պատռումը որովայնի խոռոչ կհանգեցնի *թարախային պերիտոնիտի* առաջացման:

Բշտի պատռումը լեղուղիների մեջ հանգեցնում է *մեխանիկական դեղնուկի* զարգացման: Պատռումն ուղեկցվում է *լեղային խիթին բնորոշ ցավով*:

Բուշտը կարող է պատռվել նաև դեպի պլևրալ խոռոչ կամ բրոնխի լուսանցք, որի ժամանակ հազի հետ արտազատվում է լեղիով ներկված, դառնահամ խորխ: Դրա մեջ կարող են լինել էխսինոկոկի թաղանթի կտորներ, մանր դուստր բշտեր:

Բուժում: Սակավաթիվ դեպքերում դիտվում է բշտի կրակալում ամբողջ շրջագծով: Նման վահանն ամբողջությամբ մեկուսացնում է բուշտն օրգանիզմից: Այդպիսի ելքը կարող է գնահատվել որպես ինքնալավացում: Մինչև 1սմ տրամագծով բշտերը բուժվում են

հակապարագիտային դեղամիջոցներով: Բոլոր մյուս դեպքերում, հաշվի առնելով լուրջ բարդությունների բարձր հավանականությունը, ինչպես նաև դեղորայքային բուժման նվազ արդյունավետությունը՝ ցուցված է վիրաբուժական միջամտություն՝ էլիինոկոկէկտոմիա: Տարբերում են էլիինոկոկէկտոմիայի երկու տեսակ՝ բաց և փակ: Վերջինս իրականացվում է առանց խիտինային թաղանթի ամբողջականության խախտման (իդեալական էլիինոկոկէկտոմիա): Այն ընդգրկում է նաև մակաբույծի հեռացումը ֆիբրոզ թաղանթի հետ, որը կարող են կատարել էլիինոկոկային բշտի եզրային տեղակայության դեպքում, ինչպես նաև օրգանի մի մասի մասնահատումը մակաբույծի հետ մեկտեղ, որն ունի խիստ սահմանափակ ցուցումներ:

Հաճախ կատարվում է բաց էլիինոկոկէկտոմիա: Այդ դեպքում ֆիբրոզ պատյանի հայտնաբերումից հետո կատարում են բշտի պունկցիա, նրա պարունակության արտածծում: Հատվում է ֆիբրոզ թաղանթը, հեռացվում է մակաբույծը, խոռոչը մշակում են որևէ սկոլիցիդ դեղամիջոցով (գլիցերին, ջրածնի գերօքսիդ, կերակրի աղի հիպերտոնիկ լուծույթ, գլյուկոզա, սպիրտ և այլն): Որոշ ժամանակ որպես սկոլիցիդ միջոց կիրառվում է ֆորմալինը, այժմ չի կիրառվում օրգանիզմի վրա թունավոր ազդեցության պատճառով: Թարախակալված բշտի դեպքում խոռոչը սանացիայից հետո դրենավորում են: Մեծ խոռոչների ժամանակ կատարվում է մարսուպալիզացիա՝ եզրերի կարում որովայնի առաջային պատին և դրենավորում: Մնացած բոլոր դեպքերում հարկավոր է ձգտել խոռոչի վերացմանը: Դրան հասնում են պատերի կարումով (կապիտոնաժ), ոտիկի վրա ճարպոնով տամպոնադայով, ֆիբրոզ թաղանթի խորասուզմամբ կամ այդ ձևերի զուգակցմամբ: Եթե դրանից հետո չի հաջողվում ամբողջությամբ փակել խոռոչը, հարկավոր է այն դրենավորել: Դեպի լեղուղիներ պատռման դեպքում անհրաժեշտ է դրանց ռևիզիա և մաքրում:

Վիրահատությունից հետո ցուցված է նշանակել հակապարագիտային դեղամիջոցներ (մեբենդազոլ, ալբենդազոլ, պրազիքվանտել և այլն):

Ալվեոկոկոզը կլինիկորեն շատ է նմանվում հիդատիդոզ էխինոկոկոզին, հատկապես սկզբնական շրջանում: Հասնելով մեծ չափերի, ալվեոկոկային հանգույցն աջ թուլակողում առաջացնում է ծանրության զգացում, որն ուժեղանում է ուտելուց կամ ֆիզիկական աշխատանքից հետո: Հիվանդները գանգատվում են թուլությունից, ախորժակի վատացումից: Այնպես, ինչպես և հիդատիդոզ էխինոկոկոզի ժամանակ, հնարավոր են եղնջայտուց, մաշկի քոր, փսխում:

Հաճախ հիվանդության առաջին դրսևորումը շոշափվող, մեծացած, անցավ լյարդի առկայությունն է: Ալվեոկոկոզն ինֆիլտրատիվ աճով և մետաստազավորմամբ խիստ նման է չարորակ ուռուցքին: Հիվանդության զարգացման հետ մեկտեղ կարող է զարգանալ դեղնուկ:

Ախտորոշելիս կարևոր նշանակություն ունի էպիդեմիոլոգիական անամնեզը: Կիրառվում են բոլոր վերը նշված մեթոդները (սոնոգրաֆիա, ՀՇ, շճաբանական ռեակցիաներ և այլն): Ուռուցքային պրոցեսից տարբերակելու համար նպատակահարմար է լապարասկոպիան, լյարդի պունկցիոն բիոպսիան:

Ալվեոկոկոզով հիվանդի բուժումը որոշակի դժվարությունների հետ է կապված:

Տարբերում են արմատական վիրահատական միջամտություններ՝ լյարդի մասնահատում հանգույցի հետ միասին: Եթե պրոցեսի տարածվածության պատճառով նման միջամտությունը հնարավոր չէ, կատարվում է պալիատիվ վիրահատություն՝ հանգույցի մասնահատում, որից հետո նշանակվում է հակապարազիտային թերապիա: Կիրառվում է կրիոդեստրուկցիան: Ալվեոկոկոզով հիվանդների բուժման տվյալները նվազ բարեհաջող են, կրկնությունները հաճախ են:

Լյարդի ոչ մակարոնդային բշտեր: Լյարդի բշտերը համեմատաբար հազվադեպ են: Հաճախ հիվանդանում են կանայք: Տարբերում են իսկական և կեղծ բշտեր: Իսկական բշտերը ներսից պաստառված են խորանարդաձև կամ գլանաձև էպիթելի շերտով: Դրանք առաջանում են լեդուղիների սաղմնային հյուսվածքի մնացորդներից, որոնք զարգացման

պրոցեսի խանգարման հետևանք են և ըստ էության զարգացման արատներ են:

Կեղծ բշտերը հաճախ վնասվածքային են, խոռոչները մնում են արյան և լեղու ներծծումից հետո: Դրանց պատերը չունեն էպիթելային ծածկույթ և կազմված են ֆիբրոզ շարակցական հյուսվածքից: Բշտերը կարող են լինել եզակի և բազմաթիվ:

Տարբերում են նաև լյարդի պոլիկիստոզ, երբ բշտերը հայտնաբերվում են օրգանի բոլոր սեգմենտներում: Բշտերի պարունակությունը թափանցիկ, երբեմն անհոտ հեղուկ է:

Բշտերը տեղակայվում են ինչպես օրգանի հաստության մեջ, այնպես էլ ենթապատյանում: Բազմաթիվ բշտեր իրենց աճին զուգընթաց՝ նպաստում են պարենխիմի աստրոֆիային և կարող են առաջացնել լյարդի ֆունկցիոնալ անբավարարություն:

Կլինիկան և ախտորոշումը: Կլինիկական նշաններն աղքատիկ են կամ բացակայում են: Մեծ չափերի բշտերն առաջացնում են ծանրության զգացում, չափավոր ցավեր աջ թուլակողում: Կլինիկան դրսևորվում է բարդությունների դեպքում: Հնարավոր է բշտի թարախակալում: Այն հաճախ դիտվում է կեղծ բշտերի դեպքում: Հնարավոր է առոզիվ արյունահոսություն: Բուշտը կարող է ոլորվել ոտիկի շրջանում, պատռվել դեպի որովայնի խոռոչ, չարորականալ և այլն: Առանձին դեպքերում դիտվում է դեղնուկ՝ լեղուղիներին ճնշման հետևանքով:

Լյարդի բշտերի ախտորոշման մեջ գլխավոր դերը պատկանում է էխոգրաֆիային, շՇ-ին և լապարասկոպիային:

Բուժում: Ոչ մեծ չափերով միայնակ բշտերի դեպքում գերադասելի է պունկցիոն մեթոդով բուժումը: Ուլտրաձայնային հետազոտության կամ շՇ-ի հսկողությամբ բշտի պարունակության պունկցիոն արտածումից հետո ներմուծում են 96 %-անոց էթիլ սպիրտ (բշտից արտածված հեղուկի 1/3-ի չափով)՝ խոռոչի օբլիտերացիայի նպատակով: Վիրահատական բուժումը ցուցված է պունկցիոն բուժման անարդյունավետության, բարդությունների, բշտերի բազմակիության, մեծ չափսերի, չարորակացման բացառման անհնարինության դեպքերում:

Վիրահատական բուժման մեթոդներից մեկն է բշտերի ազատ պատերի բացումը և հատումը (Ֆենեստրացիա): Բշտի մի մասը մնում է հյուսվածքի մեջ և հաղորդակցվում որովայնի խոռոչի հետ: Բշտի ծածկույթից արտադրվող հեղուկը ներծծվում է որովայնամզով:

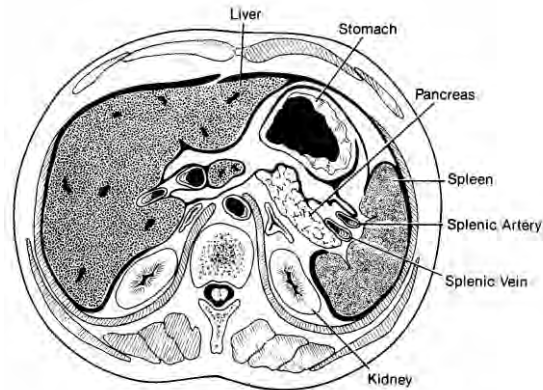
Ֆենեստրացիան վերացնում է կիստայի ճնշումը լյարդի հյուսվածքի վրա և, հետևապես, փոքրացնում նրա ատրոֆիայի և լյարդային անբավարարության զարգացման հավանականությունը:

Բշտի ներքին թաղանթի դեստրուկցիայի համար կիրառում են էլեկտրակոագուլյացիա կամ լազերի ցրված ճառագայթով մշակում: Կեղծ բշտերը կարելի է բացել, դրենավորել, երբեմն տամպոնավորել ճարպոնով:

Միայնակ մեծ բշտերը կարելի է ամբողջական ձևով հանել լյարդի հյուսվածքից (էնուկլեացիա): Բավական հազվադեպ են դիմում լյարդի՝ բուշտ պարունակող մասի մասնահատմանը:

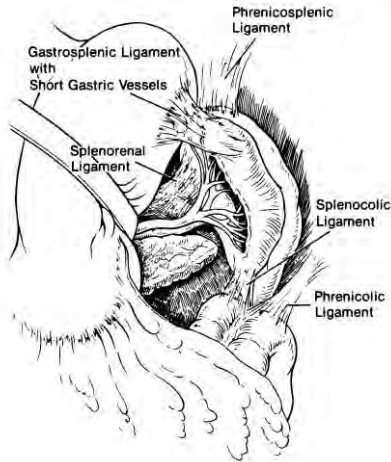
ԹԵՄԱ 13. ՓԱՅԾԱՂԻ ՎԼԱՍՎԱԾՔՆԵՐ ԵՎ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ:
ԻՆՖԱՐԿՏ: ԹԱՐԱԽԱԿՈՒՅՏ: ԲՇՏԵՐ

Անատոմիա: Փայծաղը պարենքիմային օրգան է: Տեղակայված է որովայնի ձախ վերին քառորդում և պաշտպանված է 7-11-րդ կողերով: Նրա սահմաններն են հետևից՝ ձախ երիկամը, վերևից՝ ստոծանին, առջևից՝ ստամոքսի հատակն ու հաստ աղիքի փայծաղային անկյունը (նկ.1.104):



Նկ. 1.104. Փայծաղի անատոմիան, տեղակայումը որովայնի խոռոչում

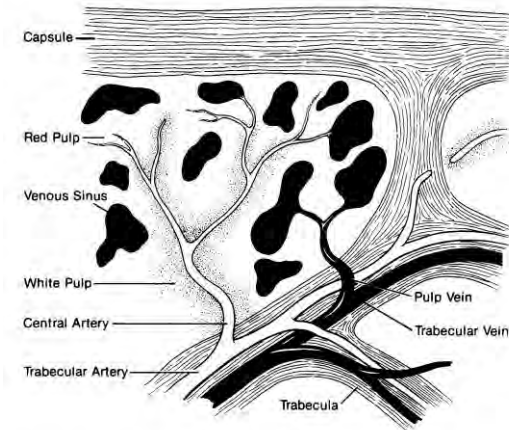
Փայծաղի քաշը 100-150 գրամ է, չափերը՝ 12x7x4 սմ, նորմալում կարող է շոշափվել ընդամենը 5% դեպքերում: Փայծաղը մի քանի կապաններով և ծալքերով կպած է հարակից օրգաններին, որովայնի առաջային պատին, որոնցում անոթներ չկան, բացառությամբ դոներակային հիպերտենզիայի ժամանակ նկատվող խոշոր կոլատերալ անոթների (նկ.1.105):



Նկ. 1.105. Փայծաղի արյունամատակարարումը և կապանները

Օրգանն ունի արտաքին կապտուլա (պատիձ) և տրաբեկուլաներ, որոնց ներսում գտնվում է սպիտակ ու կարմիր պուլպան: Սպիտակ պուլպան կազմված է ավշային հյուսվածքից և ֆոլիկուլներից, պարունակում է հիմնականում լիմֆոցիտներ, պլազմատիկ բջիջներ և մակրոֆագեր: Կարմիր պուլպան կազմված է ռետիկուլային բջիջներից և երակային ծոցերից (նկ.1.106):

Փայծաղային զարկերակն ընդերային ցողունի ճյուղն է, որն ընթանում է ենթաստամոքսային գեղձի վերին եզրով: Դրունքի շրջանում այն բաժանվում է տրաբեկուլյար զարկերակների, որոնք վերջանում են պուլպայի մանր անոթներով: Փայծաղային երակն անցնում է ենթաստամոքսային գեղձի ստորին եզրով և, միանալով վերին միջընդերային երակին, կազմում է դռներակը:



Նկ. 1.106. Փայծաղի կառուցվածքը

Ֆունկցիաները: Փայծաղով հոսում է օրական մոտ 350լ արյուն: Այն ունի բազմաթիվ ֆունկցիաներ, դրանցից են՝

1. **Ֆիլտրացիոն ֆունկցիա:** Էրիթրոցիտների գերեզմանոցն է, օրական հեռացնում է մոտ 20մլն տարեց և ոչ նորմալ էրիթրոցիտներ, ինչպես նաև մոնոցիտների օգնությամբ հեռացնում է բջիջներ, որոնք իրենց մակերեսին պարունակում են իմունագլոբուլին G (IgG): Հեռացնում է ինչպես ոչ պիտանի թրոմբոցիտներ, այնպես էլ տարբեր բջջային տարրեր:

2. **Իմուն ֆունկցիա:** Գլխավորապես սպիտակ պուլպայում իրականացվում է հակամարմինների, իմունագլոբուլին M-ի (IgM) և լիմֆոցիտների սինթեզը:

3. **Պահեստային ֆունկցիա:** Թրոմբոցիտների մոտ մեկ երրորդը պահեստավորվում է փայծաղում:

4. **Էրիթրոպոեզի ֆունկցիա:** Իրականացվում է էմֆրիոգենեզի և վաղ մանկական հասակում:

Փայծաղը նաև մասնակցում է երկաթի փոխանակությանը, ոսկրածուծի ակտիվության հումորալ կարգավորմանը և այլն:

Զարգացման արատները: Զարգացման արատներից են փայծաղի բնածին բացակայությունը, կրկնապատկումը, հավելյալ փայծաղը և

թափառող փայծաղը: Երբեմն վիրահատության ընթացքում փայծաղի դրունքի մոտ հայտնաբերվում են մեկ կամ մի քանի փոքր հավելյալ փայծաղներ: Դրանք կլինիկական նշանակություն ունեն փայծաղի հեռացման դեպքում, որոշակիորեն կարգավորում են հեմատոլոգիական վիճակը՝ որոշակի ֆունկցիաներ կատարելով փայծաղի փոխարեն:

Բուժում: Կլինիկական արտահայտություններ չունեցող զարգացման արատները բուժման կարիք չունեն: Թափառող փայծաղի ոլորման ժամանակ ծավալով մեծ ինֆարկտի առաջացման դեպքում ցուցված է սպլենեկտոմիա:

Փայծաղի վնասվածքներ: Լինում են բաց (թափանցող, ծակած-կտրած վերքեր, հրազենային) և փակ (որովայնի բուր) վնասվածքներ: Տարբերում են նաև սպոնտան (ինքնուրույն) և յաթրոգեն վնասումներ (վիրահատությունների ժամանակ):

Փայծաղը, լինելով լավ անոթավորված օրգան, առատ արյունահոսում է նույնիսկ փոքր վնասումից: Հաճախ թափանցող վնասվածքները զուգակցվում են ստամոքսի, ձախ երիկամի, ենթաստամոքսային գեղձի կամ միջընդերքի վնասմամբ:

Փակ (առանց մաշկի ամբողջականության խանգարման) վնասումներ: Հաճախ հանդիպող պատճառներից են ճանապարհատրանսպորտային պատահարները: Վնասման ծավալը կարող է լինել կապտուկայի փոքրիկ վնասումից մինչև փայծաղի պատռում: Փակ վնասումների մի մասը վաղ կլինիկական արտահայտություն չեն ունենում: Դրանք հաճախ սուբկապտուլյար հեմատոմաներն են, որոնք կարող են ներծծվել, կամ դանդաղորեն մեծանալով՝ որոշ ժամանակ հետո պատռվել (երկմոմենտ պատռում, մոտ 15% դեպքերում):

Վիրահատական վնասվածքներ: Փայծաղի յաթրոգեն վնասումներ կարող են լինել հատկապես այն վիրահատությունների ժամանակ, որոնք կատարվում են ստամոքսի կամ վայրէջ հաստ աղիքի վրա. հիմնական մեխանիզմը փայծաղի կապտուկայի պատռումն է որովայնամզի կպումների ձգման հետևանքով: Երբեմն ուղղակիորեն կարող է վնասվել սխալ դրված գործիքով:

Սպոնտան պատովածք: Փայծաղը կարող է նաև պատովել ինքնաբերաբար, առանց վնասման պատմության: Այն հաճախ պատահում է, երբ փայծաղն ընդգրկված է որևէ ախտաբանական պրոցեսում (մալարիայի, լիմֆոմայի, լեյկեմիայի և այլ վիճակների ժամանակ, երբ առկա է փայծաղի չափերի մեծացում): Հազվադեպ լինում է նաև հակամակարդիչներով բուժման հետևանք: Ինքնաբուխ պատովածքների մի մասը հետևանք է փոքր վնասվածքի, որն աննկատ է մնացել:

Կլինիկական արտահայտությունները: Կլինիկական ախտանիշերը տարբեր են՝ պայմանավորված վնասման մեխանիզմով, ծավալով և հարակից օրգանների վնասման առկայությամբ: Անամնեզում հաճախ նշվում է ստացած վնասվածքը: Առկա են պերիտոնիտին և ներքին արյունահոսությանը բնորոշ նշաններ: Հիվանդը գունատ է, մարմինը պատված է սառը քրտինքով, պուլսը հաճախացած է, պերիֆերիայում այն չի շոշափվում կամ թելանման է, ճնշումը՝ ընկած: Գանգատվում է ծարավի, բերանում չորության զգացումից, ինչպես նաև որովայնի տարածուն ցավերից, որոնք սկսվել էին ձախ ենթակողից և ճառագայթվում են ձախ ուս և պարանոց: Որովայնը լարված է, ցավոտ առավելապես ձախ կեսում, որովայնամզի գրգռման նշանները (Շյոտկին-Բյումբերգի, Ռազդուսկու, շապիկի կամ Վոսկրեսենսկու) դրական են: Հիվանդն ունի հարկադրված ուղղաձիգ դիրք, «կոստան-նստանի» ախտանիշը դրական է՝ հորիզոնական դիրք ընդունելուց արյունը գրգռում է ստոծանու առպատային որովայնամզի ռեցեպտորներով հարուստ շրջանները:

Լաբորատոր քննություններով հայտնաբերվում են անեմիա, հեմոգլոբինի, էրիթրոցիտների նվազում:

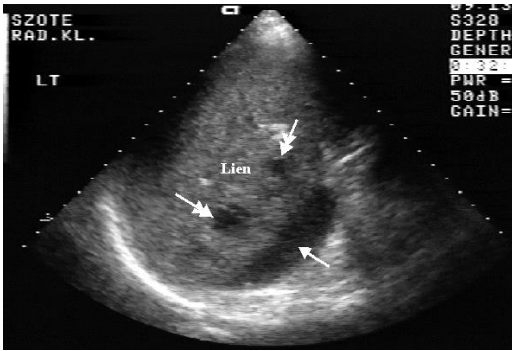
Սոնոգրաֆիկ հետազոտությամբ որովայնում հայտնաբերվում է ազատ հեղուկ, փայծաղի ուրվագծերի հստակության խախտում, կամ չափսերի մեծացում՝ ի հաշիվ ներպատիճային հեմատոմայի (նկ.1.107):

Որովայնի շրջադիտակային ռենտգեն քննությամբ կարող են հայտնաբերվել կողերի կոտրվածքներ, ստոծանու բարձր դիրք և այլն:

Համակարգչային շերտագրությունը հաստատում է սոնոգրաֆիայի և ռենտգեն քննության տվյալները, ինչպես նաև հայտնաբերում է այլ օրգան-համակարգերի գուգակցված վնասումները (նկ.1.108):

Ներկայումս ներքին օրգանի վնասման, ներորովայնային արյունահոսության և փայծաղի վնասման վերջնական ախտորոշման գործում մեծ է լապարասկոպիայի դերը (նկ.1.109), որի բացակայության կամ անհնարինության դեպքում կատարվում է լապարացենոտեզ՝ «փնտրող» կաթետերի տեղադրմամբ:

Տեղեկատվական է նաև փայծաղի սելեկտիվ արտերիոգրաֆիայի կատարումը (նկ.1.110):



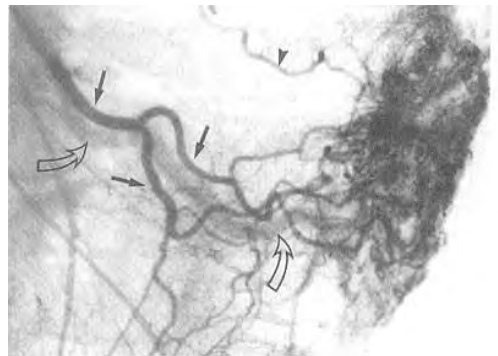
Նկ. 1.107. Սոնոգրաֆիա



Նկ. 1.108. Համակարգչային տոմոգրաֆիա



Նկ. 1.109. Ախտորոշիչ լապարասկոպիա

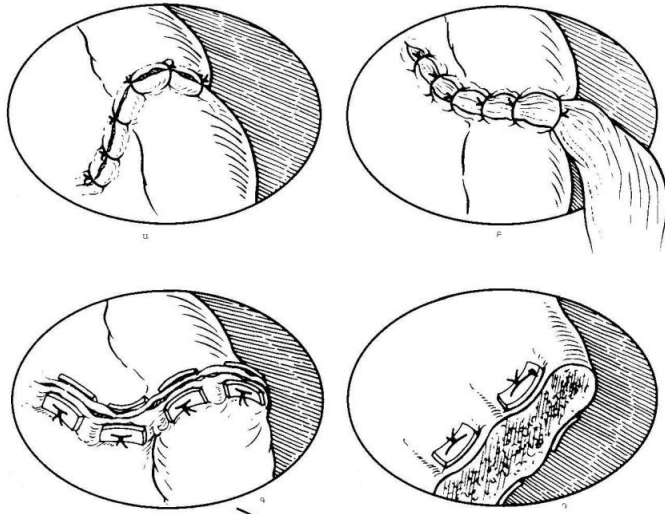


Նկ. 1.110. Սելեկտիվ արտերիոգրաֆիա

Քուռու: Սուբկապուլյար հեմատոմայի ժամանակ սահմանվում է դինամիկ հսկողություն, ուշադրություն է դարձվում հեմոդինամիկային, արյան կազմի փոփոխությանը և փայծաղի չափսերին: Պահպանողական բուժում և դինամիկ հսկողություն է սահմանվում նաև այն դեպքում, երբ հիվանդի հեմոդինամիկան կայուն է, որովայնում առկա չնչին քանակի հեղուկն էլ սոնոգրաֆիկ դինամիկայում չի ավելանում:

Փայծաղի այն վնասվածքների ժամանակ, երբ առկա են հեմոդինամիկ շեղումներ, սուր որովայնի կլինիկա և որովայնում զգալի հեղուկ սոնոգրաֆիկ հետազոտությամբ, ցուցված է կատարել լապարատոմիա: Նպատակահարմար է հնարավորության դեպքում պահպանել փայծաղը կամ նրա մի մասը: Կատարվում է կոագուլյացիա, հեմոստատիկ նյութերի կիրառում, կարում, կենսաբանական տամպոնադա մեծ ճարպոնով կամ շրջակա հյուսվածքներով (նկ.1.111): Վերջիններս ցուցված են կատարել միայն այն հիվանդների դեպքում, որոնց հեմոդինամիկան կայուն է, և խոռոչավոր օրգանների վնասում, դրանց պարունակության արտահոսք չկան:

Հեմոստազի անարդյունավետության և մեծ պատվածքների դեպքում կատարվում է սպլենեկտոմիա, որի ժամանակ խորհուրդ է տրվում հեռացված փայծաղի փոքրիկ կտորներ կարել մեծ ճարպոնից ստեղծված գրպանիկի մեջ, կատարելով աուտոտրանսպլանտացիա: Ենթադրվում է, որ այդ իմպլանտները հետագայում պրոլիֆերացիայի են ենթարկվում և կատարում փայծաղի ֆունկցիան:



Նկ. 1.111. Վնասումների վերականգնման մեթոդներ

Փայծաղի ինֆարկտ: Պատճառը անոթների թրոմբոզը կամ էմբոլիան էն, որոնք կարող են հետևանք լինել հետևյալ հիվանդությունների՝ սեպտիկ էնդոկարդիտ, միթրալ փականի ստենոզ, պոքտալ հիպերտենզիա, ռևմատիկ էնդոկարդիտ և այլն: Կլինիկան պայմանավորված է ինֆարկտի տարածվածությամբ: Փոքր ինֆարկտներն ընթանում են նվազագույն կլինիկական արտահայտություններով կամ անախտանիշ և հաճախ ենթարկվում են ինքնաբուժման՝ ինֆարկտի տեղում առաջանում է սպի: Երբեմն վարակի ներթափանցման հետևանքով տվյալ տեղում առաջանում է թարախակույտ:

Մեծ ինֆարկտները սկսվում են հանկարծակի ցավերով որովայնի ձախ վերին մասում, որոնք ճառագայթվում են դեպի կրծքավանդակի ձախ կես, դիտվում են նաև սրտխառնոց, փսխում, տախիկարդիա, ջրազրկման նշաններ, տենդ, պերիտոնիզմի երևույթներ: Թարախակույտի գոյացման դեպքում առկա են հեկտիկ տենդ (39-40⁰C) և ընդհանուր ինտոքսիկացիայի երևույթներ:

Բուժում: Փոքր ինֆարկտների դեպքում յուրահատուկ բուժում չի

իրականացվում (հանգիստ, ցավազրկողներ, հակաբիոտիկներ): Մեծ ինֆարկտների դեպքում, որոնք կարող են հանգեցնել կեղծ կիստաների կամ թարախակույտի առաջացման, ցուցված է սպլենեկտոմիա:

Փայծաղի թարախակույտ: Լինում են եզակի և բազմակի: Առաջացման հնարավոր պատճառներից են բակտերեմիան կամ սեպսիսը, ինֆեկցված հեմատոման, ինֆարկտը, նաև այլ հիվանդություններ, ինչպիսիք են ստամոքսի կամ հաստ աղիքի թափածակումը, պանկրեասի կամ հարերիկամային թարախակույտը, որոնք կարող են պենետրացվել դեպի փայծաղի պարենչիմ:

Ախտանիշերն են ցավերը որովայնի ձախ վերին մասում, որոնք ճառագայթվում են դեպի կրծքավանդակի ձախ կես, քաշի կորուստը, հեկտիկ տենդը, տախիկարդիան և ընդհանուր ինտոքսիկացիայի այլ նշաններ:

Հիվանդների մեծ մասի մոտ հաճախ դիտվում են սպլենոմեգալիա, լեյկոցիտոզ:

Հետազոտության գործիքային մեթոդներից առավել տեղեկատվական են սոնոգրաֆիան, համակարգչային շերտագրությունը, որոնք ցույց են տալիս փայծաղի չափսերի մեծացում և հեղուկ պարունակող օջախային գոյացության առկայություն:

Կրծքավանդակի ռենտգեն քննությամբ կարող է հայտնաբերվել ձախ թոքի ստորին բլթի ատելեկտազ, ստոծանու ձախ կեսի բարձր դիրք, ձախ պլրալ խոռոչում՝ էքսուդատի առկայություն:

Բարդությունը պատռումն է որովայնի կամ ձախ թոքամզի խոռոչ՝ հարևան օրգանների ընդգրկմամբ:

Բուժումը ներառում է լապարատոմիկ կամ լապարասկոպիկ եղանակով թարախակույտի բացում, սանացիա, դրենավորում կամ սպլենեկտոմիա, հետվիրահատական դեզինտոքսիկացիոն, ինֆուզիոն թերապիա, լայն սպեկտրի հակաբիոտիկներ:

Փայծաղի բուշ: Լինում են՝

ըստ պատճառի – պարազիտային և ոչ պարազիտային,

ըստ քանակի - եզակի և բազմաթիվ,

ըստ չափսերի – փոքր և գիզանտ:

Ոչ պարագիտային բշտերը լինում են իսկական, որոնք բնածին են, ներսից պատված են էպիթելով, և կեղծ, որոնք առաջանում են հին հեմատոմաներից, ինֆարկտից հետո: Մրանց պարունակությունը կարող է լինել շճային կամ հեմոռագիկ բնույթի հեղուկ, իսկ կապսուլան (պատիճը) ֆիբրոզ հյուսվածքից կազմված թաղանթ է:

Փայծաղի պարագիտային (մակաբուծային) բշտերի առաջացման հիմնական պատճառը էխինոկոկոզն է, հազվադեպ՝ ավվեոկոկոզը, ցիստիցերկոզը: Մակաբույծները փայծաղ են թափանցում արյան, երբեմն էլ ավշային հոսքով:

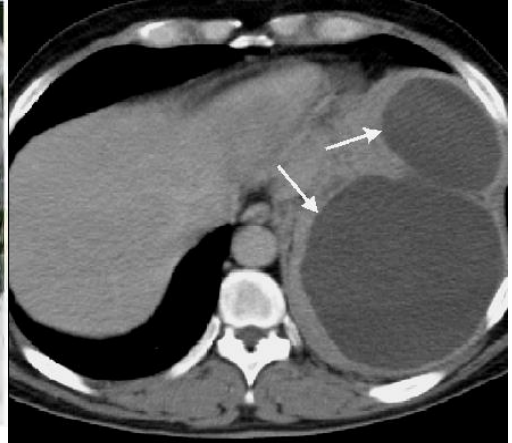
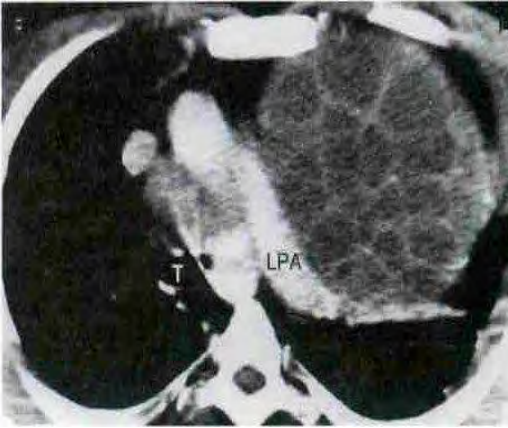
Փոքր բշտերը կարող են ընթանալ առանց կլինիկական արտահայտությունների, որոնք սովորաբար հայտնաբերվում են պատահական հետազոտությունների ժամանակ:

Մեծ բշտերի ժամանակ որովայնի ձախ կետում, ձախ ենթակողային շրջանում ի հայտ են գալիս բուրբ ցավեր, որոնք հաճախ ճառագայթվում են դեպի կրծքավանդակի ձախ կես և ուսահող:

Բշտերի տեղակայումը, չափսերը, քանակը որոշելու համար կիրառվում են սոնոգրաֆիա, համակարգչային շերտագրություն, ՄՌՏ քննություններ (նկ.1.112): Էխինոկոկոզի ախտորոշումը հաստատելու համար կատարվում են սերոլոգիական թեստեր (լատեքս-ագլյուտինացիա, իմունաֆերմենտային թեստ):

Բուժում: Անախտանիշ, փոքր բշտերը բուժում չեն պահանջում: Կլինիկորեն արտահայտվող փոքր և միջին չափսերի բշտերի դեպքում կատարվում է ֆենեստրացիա:

Էխինոկոկային բշտերի դեպքում կատարվում է էխինոկոկէկտոմիա: Մեծ, պարենքիմը զբաղեցնող էխինոկոկային բշտերի դեպքում, երբ առկա է պատոման վտանգ, բուժման ընտրության մեթոդը սպլենեկտոմիան է:



Էխինոկոկային բուշտ
Նկ. 1.112. Չբարդացած (I տիպի) էխինոկոկային բուշտը և ոչ պարագիտային բուշտը ՀՇ նկարում ունեն նման տեսք

Փայծաղի նորագոյացություններ: Լինում են՝

1.բարորակ - հեմանգիոմա, լիմֆանգիոմա, էնդոթելիոմա, ֆիբրոմա, խոնդրոմա, օստեոմա, գամարտոմա,

2.չարորակ - լիմֆոզոանուլոմա, լիմֆոսարկոմա, ֆիբրոսարկոմա, ռետիկուլոսարկոմա, անգիոսարկոմա, պլազմացիտոմա: Սրանք կարող են լինել առաջնային կամ երկրորդային՝ մետաստատիկ:

Կլինիկա: Փոքր ուռուցքներն ընթանում են անախտանիշ:

Մետաստատիկ ուռուցքների, արյան չարորակ հիվանդությունների դեպքում արտահայտվում են հիմնական հիվանդության ախտանիշերը: Մեծ ուռուցքների դեպքում լինում են ցավեր ձախ թուլակողում, որոնք ճառագայթվում են դեպի կրծքավանդակի ձախ կես:

Բուժում: Առաջնային ուռուցքների կասկածով հիվանդներից ցուցված է սպլենեկտոմիա: Այս խմբի ուռուցքները քիչ են հետազոտված, և առաջնային ուռուցքներով հիվանդների հնգամյա ապրելիության ցուցանիշը մոտ 30% է:

Փայծաղային զարկերակի անևրիզմալներ: *Արտերիովենոզ*

խուղակներ: Անևրիզմաները հաճախ առաջանում են փայծաղային զարկերակում: Այս հիվանդությունը հանդիպում է ավելի հաճախ կանանց շրջանում, և կարող է պատահական հայտնաբերվել ռենտգեն քննության ժամանակ: Պատուման հաճախականությունը մոտ 4% է: Մահացությունը պատվածքի դեպքում բարձրանում է, եթե այն տեղի է ունենում հղիության ժամանակ: Մեծ և կլինիկորեն արտահայտվող անևրիզմների դեպքում, հատկապես երիտասարդ կանանց ցուցված է փայծաղային զարկերակի կապում սպլենէկտոմիայով կամ առանց դրա:

Երբեմն նկարագրվում է կապ փայծաղային զարկերակի և երակի միջև: Հաճախ արտերիովենոզ խուղակները զուգակցվում են փայծաղային զարկերակի անևրիզմայի հետ: Այս հիվանդներն ունենում են պորտալ հիպերտենզիայի կլինիկական նշաններ՝ կերակրափողի վարիկոզ լայնացած երակներ, արյունահոսություն, մեղեմ, ասցիտ և սպլենոմեգալիա:

Բուժման մեթոդն է սպլենէկտոմիան կամ խուղակի էմբոլիզացիան և խցանումը:

Հիպերսպլենիզմ: Հիպերսպլենիզմն արյան ձևավոր տարրերի՝ էրիթրոցիտների, լեյկոցիտների, թրոմբոցիտների ուժեղացված քայքայումն ու սեկվեստրացիան է փայծաղի կողմից, որի հետևանքով զարգանում են անեմիա, լեյկոպենիա, թրոմբոցիտոպենիա: Այն չպետք է շփոթել սպլենոմեգալիայի հետ, որը փայծաղի չափսերի մեծացումն է: Հիպերսպլենիզմ կարող է լինել փայծաղի բնականոն չափսերի դեպքում նույնպես: Այն լինում է առաջնային և երկրորդային:

Առաջնային (իդիոպաթիկ) հիպերսպլենիզմը անհայտ պատճառազրկությամբ հիվանդություն է, որը հաճախ հետևանք է արյան բջիջների թաղանթների կամ ֆերմենտների արատի: Առաջնային հիպերսպլենիզմը ախտորոշվում է երկրորդային հիպերսպլենիզմի հավանական պատճառների բացառումից հետո միայն:

Երկրորդային հիպերսպլենիզմը հետևանք է մի շարք հիվանդությունների: Դրանք են՝

1. Հիվանդություններ, որոնք ուղեկցվում են պորտալ հիպերտենզիայով (յարդի ցիռոզ, դոներակի կամ փայծաղային երակի թրոմբոզ՝ Բանթիի հիվանդություն):
2. Ինֆեկցիոն (վարակային) հիվանդություններ (տիֆ, պալարախտ, տուլարեմիա, վիրուսային հեպատիտ, սեպսիս, բրուցելյոզ, մալարիա, ինֆեկցիոն մոնոնուկլեոզ):
3. Աուտոիմուն հիվանդություններ (սարկոիդոզ, համակարգային կարմիր գայլախտ):
4. Նյութափոխանակության խանգարմամբ ընթացող հիվանդություններ (Գոշեի հիվանդություն, ամիլոիդոզ):
5. Փայծաղի նորագոյացություններ (լիմֆոմաներ, մետաստազներ):
6. Արյան համակարգի հիվանդություններ (ժառանգական հեմոլիտիկ անեմիաները, հեմոռագիկ վասկուլիտ, Վերլիոֆի հիվանդություն, լիմֆոգրանուլեմատոզ կամ Հոջկինի հիվանդություն, հեմատոսարկոմա, լիմֆոսարկոմա, լեյկոզ և այլն):

Կլինիկա: Պայմանավորված է հիմնական հիվանդությամբ: Նշանները զարգանում են աստիճանաբար, որոնք ախտորոշվում են լաբորատոր և գործիքային քննություններով: Որոշ հիվանդներ նշում են ձախ թուլակողում ծանրության զգացում և անհարմարություն սպլենոմեգալիայի առկայության դեպքում, մյուսները գանգատվում են արյունային փսխումներից՝ կերակրափողի վարիկոզ լայնացած երակներից արյունահոսության դեպքում: Պուրպուրան, լորձաթաղանթների վրա արյունազեղումները սովորաբար արտահայտված են լինում թրոմբոցիտոպենիայի ժամանակ: Կրկնվող վարակները և ոտքերի քրոնիկական խոցերը երբեմն հանդիպում են Ֆելտիի համախտանիշի և արտահայտված լեյկոպենիայի ժամանակ:

Ախտորոշում: Լաբորատոր քննությամբ հեմոգլոբինի ցուցանիշերը ցածր են, չնայած էրիթրոցիտների ընդհանուր քանակը կարող է լինել բնականոն կամ ավելացած, քանի որ բավականաչափ էրիթրոցիտներ կուտակված են մեծացած փայծաղում:

Լեյկոցիտների քանակը կարող է լինել քիչ: Լեյկոպենիան արտահայտվում է գրանուլոցիտների, հատկապես պոլիմորֆոնուկլեար բջիջների պակասով: Թրոմբոցիտների քանակը ևս իջած է: Ոսկրածուծի հետազոտությունը կարող է ցույց տալ գեներալիզացված հիպերպլազիայի տարբեր աստիճաններ:

Բուժում: Հիմնական հիվանդության բուժման էտապներից մեկն էլ պետք է լինի սպլենեկտոմիան:

ԹԵՄԱ 14. ՄՏՈՍԱՆՈՒ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ: ՄՏՈՍԱՆՈՒ

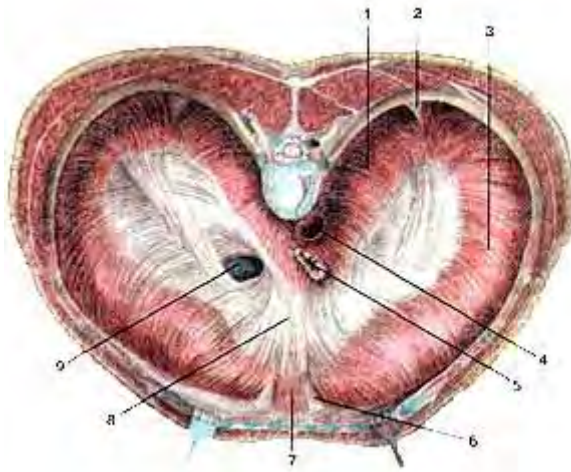
ՌԵԼԱՔՍԱՑԻԱ: ՄՏՈՍԱՆԻԱԿԱՆ ՃՈՂՎԱԾՔՆԵՐ:

ՄՏՈՍԱՆՈՒ ՈՐԿՈՐԱՅԻՆ ԲԱՑՎԱԾՔԻ ՃՈՂՎԱԾՔՆԵՐ

Անատոմիա: Ստոծանին մկանային բարակ թաղանթ է, որը կրծքավանդակը սահմանազատում է որովայնի խոռոչից (նկ.1.113): Կենտրոնում այն ջլային կառուցվածք ունի, իսկ եզրերում՝ մկանային: *Ջլային մասը* կազմված է ջլային կենտրոնից և ոտիկներից (արտաքին, միջանկյալ և ներքին):

Մկանային մասը համապատասխանաբար բաժանվում է ողնաշարային, աջ և ձախ կողային, կրծոսկրային հատվածների, որոնք միմյանց միանալու տեղերում առաջացնում են եռանկյունաձև ճեղքեր՝ լցված ճարպաբջջանքով: Կրծոսկրակողային եռանկյունիները կոչվում են Մորգանյի անունով, ձախը կոչվում է նաև Լարեյի ճեղք, որով կատարում են պերիկարդի պունկցիա: Կողաողնաշարային եռանկյունիները կոչվում են Բոգդալեկի անունով: Այս եռանկյունաձև տարածությունները այն թույլ տեղերն են, որտեղով կարող են առաջանալ ճողվածքներ:

Ստոծանու վրա կա երեք բնական բացվածք՝ կերակրափողային, աորտայի և ստորին սիներակի համար: Կերակրափողային բացվածքն առաջանում է առավելապես նրա աջ ներքին ոտիկով, որն ունի խողովակի ձև: Այդ բացվածքով կրծքավանդակի խոռոչից դեպի որովայնի խոռոչ են անցնում կերակրափողը, աջ և ձախ թափառող նյարդերը: Աորտային բացվածքով անցնում է աորտան և կրծքային ավշային ծորանը (d. thoracicus): Կերակրափողային բացվածքը որպես անատոմիական թույլ շրջան կարող է ճողվածքի դարպաս դառնալ:



Նկ. 1.113. Ստոծանի (*diaphragma*): Տեսքը վերևից.

- 1.ստոծանու ողնաշարային հատված, 2.կողաողնաշարային եռանկյունի, 3.ստոծանու կողային հատված, 4.աորտա (աորտային բացվածք), 5.կերակրափող (կերակրափողային բացվածք), 6.կրծոսկր-կողային եռանկյունի, 7.ստոծանու կրծոսկրային հատված, 8.ստոծանու ջլային կենտրոն, 9.ստորին սիներակ (ստորին սիներակի բացվածք):

Ստոծանին ունի գմբեթաձև տեսք, սակայն գմբեթների բարձրությունը երկու կողմում սիմետրիկ չէ: Նրա աջ կեսի ավելի բարձր դիրքը պայմանավորված է լյարդի դասավորությամբ:

Ստոծանին կատարում է ստատիկ և դինամիկ ֆունկցիաներ: Այն կրծքավանդակի և որովայնի խոռոչի օրգանների հենարանն է և այս երկու խոռոչներում ապահովում է ճնշման տարբերությունը:

Ստոծանին գլխավոր շնչառական մկանն է, որն ապահովում է թոքային օդափոխության հիմնական մասը: Նրա շարժումները նպաստում են երակային արյան վերադարձին պայմանավորված կրծքավանդակում մթնոլորտայինից ցածր ճնշմամբ և լյարդի, փայծաղի ու որովայնի խոռոչի այլ օրգանների ճնշմամբ: Մասնակցում է կարդիայի փակմանը:

Ստոծանու արյունամատակարարումը իրականացնում են *aa. phrenicae inferiores*-ները (ստոծանու հիմնական զարկերակներ, որոնք

սկիզբ են առնում որովայնային աորտայից), aa. phrenicae superiores և aa. Intercostales-ները (կրծքային աորտայից), ինչպես նաև ներքին կրծքային զարկերակների ճյուղերը:

Ստոծանու նյարդավորումն իրականացվում է nn. phrenici, nn. intercostales, nn. vagi և sympathici-ի ճյուղերով: Ստոծանու միակ շարժիչ նյարդը n. phrenicus-ն է (նկ.1.114):



Նկ. 1.114. Ստոծանու նյարդավորում

Հետագոտման մեթոդները: Պերկուսիայով կարող ենք որոշել ստոծանու տեղակայումը: Կարելի է հայտնաբերել որովայնի խոռոչի օրգանների տեղաշարժը կրծքավանդակ՝ հիմնվելով այդ շրջանում բթացման և թմբկային հնչյունների ի հայտ գալով՝ համակցված այդ շրջանում աղիքի պերիստալտիկայի և թուլացած շնչառական ադուկների լսումով:

Ռենտգեն հետազոտությունը ստոծանու վնասման և հիվանդությունների ախտորոշման հիմնական մեթոդն է: Ստոծանու աջ գմբեթի գագաթն առջևից տեղակայված է հինգերորդ կողի մակարդակին, ձախ գմբեթինը՝ մեկ կող ցածր: Հանգիստ շնչառության ժամանակ ստոծանու էքսկուրսիան 1-2 սմ է, խոր շնչառության դեպքում՝ 6 սմ:

Երկու գմբեթների բարձր դիրք նկատվում է հղիության, ասցիտի, պերիտոնիտի, աղիքների պարալիտիկ անանցանելիության ժամանակ:

Գմբեթի բարձր դիրք նկատվում է պարեզի, պարալիչի, ստոծանու ռելաքսացիայի, ուռուցքների, լյարդի բշտերի, թարախակույտերի, ենթաստոծանիական թարախակույտերի դեպքում: Ստոծանու ցածր տեղակայում նկատվում է թոքերի էմֆիզեմայի, որովայնի առաջային պատի մեծ ճողվածքների, վիսցերոպտոզի, ասթենիկ մարմնակառուցվածքի դեպքում: Ստոծանու պարադոքսալ շարժում (ներշնչման ժամանակ բարձրացում և արտաշնչման ժամանակ իջեցում) լինում է դրա թուլության և լուծանքների ժամանակ: Ստոծանու դիրքի և վիճակի մասին դատում են կերակրափողի, ստամոքսի, աղիքների ռենտգենկոնտրաստային հետազոտության միջոցով՝ արհեստական պնևմոպերիտոնեում, պնևմոթորաքս և պնևմոնեդիաստինում ստեղծելով: Ժամանակակից բժշկության մեջ ախտորոշման առումով առավել տեղեկատվական է ՀՇ հետազոտությունը:

Ստոծանու վնասվածքները: Լինում են փակ և բաց: Փակ վնասման ժամանակ ստոծանին պատռվում է (վնասվածքի ժամանակ, կամ էլ վնասվածքից որոշ ժամանակ անց), և որովայնի խոռոչի օրգաններն անցնում են կրծքավանդակ (կեղծ ստոծանիական ճողվածք): Հաճախ վնասվում է ստոծանու ձախ կեսը: Աջ կեսի վնասումների հազվադեպությունը պայմանավորված է լյարդի պաշտպանիչ դերով:

Կլինիկան և ախտորոշումը: Տարբերում են օրգանների տեղաշարժման ախտանիշեր, որոնք առաջանում են վնասվածքից անմիջապես հետո, և ստոծանիական ճողվածքներին բնորոշ ախտանիշեր:

Հանդիպում են՝

1. շնչառական և սրտային գործունեության խանգարումներ (կարդիո-ռեսպիրատոր համախտանիշ),
2. ստամոքս-աղիքային խանգարումներ (գաստրո-ինտեստինալ համախտանիշ):

Սուր դեպքերում կեղծ ստոծանիական ճողվածքի ժամանակ որովայնի օրգանների թափանցումը պլևրալ խոռոչ տեղի է ունենում վնասվածքից անմիջապես հետո, նկատվում է ցավ որովայնում և

կրծքավանդակի վնասմանը համապատասխանող կողմում, որը ճառագայթվում է դեպի ենթանրակային շրջան, պարանոց, ձեռք: Հնարավոր են սրտխառնոց, փսխում և կծկանքանման ցավեր որովայնում, որոնք առաջանում են մարսողական համակարգի մասնակի անանցանելիության պատճառով: Թոքերի ճնշման, դեպի առողջ կողմ միջնորմի տեղաշարժման և ստոծանու ֆունկցիայի խանգարման հետևանքով կարող են լինել հևոց, ցիանոզ, տախիկարդիա, առիթմիա, իսկ արյունահոսության դեպքում՝ զարկերակային հիպոտենզիա և անեմիա: Պլևրալ խոռոչում երբեմն հայտնաբերվում են քսման և պերիստալտիկ աղմուկներ: Կրծքավանդակի ռենտգենասկոպիայով և ռենտգենագրաֆիայով ստամոքսի տեղաշարժման դեպքում հայտնաբերվում է ստոծանուց վեր տեղակայված գազային մեծ բուշտ հեղուկի հորիզոնական մակարդակով:

Ստոծանու ճողվածքի՝ ստոծանիական վնասվածքային ճողվածքների հնացած դեպքերում ցավերն առաջանում կամ ուժեղանում են էպիգաստրալ շրջանում սննդի ընդունումից հետո, կրծքավանդակի ձախ կեսում և ենթակողային շրջանում: Սննդի ընդունումից հետո ծանրության և վքնածության զգացում է դիտվում: Մնունդը հնարավոր է ընդունել միայն փոքր բաժիններով: Սրտխփոցը և հևոցն առաջանում են սննդի ընդունումից անմիջապես հետո: Հիվանդը պերիստալտիկ շարժումներ է զգում կրծքավանդակում, որոնք ուղեկցվում են սրտխառնոցով և փսխումով:

Որովայնի խոռոչի օրգանների զգալի մասի՝ դեպի կրծքավանդակ տեղաշարժման ժամանակ նկատվում է որովայնի ներանկում, առավելապես էպիգաստրալ և ձախ թուլակողի շրջաններում, որն ուժեղանում է ներշնչման ժամանակ և թուլանում արտաշնչելիս: Շնչառական շարժումները վնասված կողմում կարող են լինել սահմանափակ: Բախման միջոցով հայտնաբերվում է սրտի տեղաշարժ դեպի չվնասված կողմը, ինչպես նաև դիտվում են ոչ սովորական և ոչ մշտական բթացում, տիմպանիտ: Այդ գոտուն համապատասխանող հատվածում լսումը հայտնաբերում է շնչառական աղմուկների թուլացում

կամ բացակայություն, որոնց փոխարեն լավ լսվում են պերիստալտիկ աղմուկները:

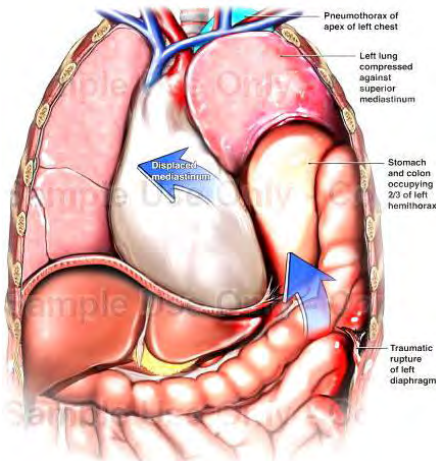
Հավաստի ախտորոշումը դրվում է ռենտգեն-շրջադիտակային և ռենտգեն-կոնտրաստային, ինչպես նաև ՇՇ հետազոտությունների միջոցով: Կրծքավանդակի ստանդարտ ռենտգենագրամմաները երբեմն ցույց են տալիս ձգված ստամոքս, հեղուկի հորիզոնական հարաբերականորեն մեծ մակարդակ՝ դրա վրա գազային բշտով, կամ հեղուկի բազմակի մակարդակներ բարակ աղիքի գալարներում: Կրծքավանդակի ռենտգենագրամման կարող է ստոծանուց վեր ցույց տալ ամուր գանգված, եթե պլևրալ խոռոչ տեղափոխված հիմնական ստրուկտուրան հանդիսանում է մեծ ճարպոնը: Ռենտգեն կոնտրաստային քննությամբ հստակ երևում են կրծքավանդակում հայտնված կոնտրաստավորված աղեգալարները:

Օղակված կեղծ ստոծանիական ճողվածքների դեպքում ի հայտ է գալիս կլինիկական ծանր պատկեր՝ որովայնում և կրծքավանդակի համապատասխան կեսում արտահայտված ցավային համախտանիշով, ստրանգուլյացիոն տիպի սուր աղիքային անանցանելիության երևույթներով և կարդիոռեսպիրատոր ծանր խանգարումներով:

Բուժում: Ստոծանու բոլոր ախտորոշված վերքերը և հայտնաբերված վնասվածքային ճողվածքները ենթակա են վիրահատական բուժման: Վիրահատության ցուցում է կրծքավանդակի խոռոչ թափանցած օրգանների օղակման իրական վտանգի առկայությունը, որը հատկապես մեծ է այդ ճողվածքների ժամանակ: Այլ ցուցում է աճող կարդիոռեսպիրատոր անբավարարությունը, որը մեծ ճողվածքների դեպքում կյանքին սպառնացող բարդություն է: Օղակված վնասվածքային ստոծանիական ճողվածքների դեպքում վիրահատությունը կատարվում է անհետաձգելի կարգով՝ լապարատոմիկ կամ թորակոտոմիկ մուտքերով: Ներթափանցած օրգանների ուղղումից հետո ստոծանու պատված եզրերը կարվում են չներծծվող թելով, երբեմն կիրառվում է նաև ալոպլաստիկ նյութ: Օղակված ճողվածքների դեպքում ճնշումը վերացնելուց հետո գնահատվում է օրգանների կենսունակությունը:

Նեկրոզի դեպքում կատարվում է մասնահատում:

ՍՏՈՍԱՆԻԱԿԱՆ ՈՉ ՎՆԱՍՎԱԾՔԱՅԻՆ ՃՈՂՎԱԾՔՆԵՐ: ՍՏՈՍԱՆՈՒ ՌԵԼԱՔՍՍՅՈՒ



Նկ. 1.115. Ստոծանիական ճողվածքներ

Ստոծանիական ճողվածքները և ստոծանու ռելաքսացիան ստոծանու ամենատարածված վիրաբուժական հիվանդություններն են (նկ.1.115): Դրանք կարող են առաջանալ ստոծանու զարգացման արատների, տրավմատիկ վնասումների հետևանքով: Ստոծանիական ճողվածքների ժամանակ որովայնի խոռոչի օրգանները տեղաշարժվում են կրծքավանդակ՝ առաջացած արատների միջոցով, ստոծանու թույլ գոտիներով կամ ստոծանու լայնացած բնական բացվածքներով:

Ստոծանու ռելաքսացիայի ժամանակ նկատվում են ստոծանու տվյալ կեսի մկանների դեստրուկտիվ ախտահարում, ատրոֆիա: Այն ընդունում է բարձր դիրք դեպի կրծքավանդակի խոռոչ՝ որովայնի խոռոչի ստորադիր օրգանների հետ միասին:

Ստոծանիական ճողվածքների դասակարգումը:

Ստոծանիական ճողվածքները լինում են՝

I. Վնասվածքային՝

1. իսկական (ճողվածքապարկով),
2. կեղծ (առանց ճողվածքապարկի):

II. Ոչ վնասվածքային՝

1. կեղծ բնածին ճողվածքներ,

2. ստոծանու թույլ գոտիների իսկական ճողվածքներ (Սորգանյի-Լարեյի, Բոգդալեկի ճողվածքներ),
3. ատիպիկ տեղակայման իսկական ճողվածքներ,
4. ստոծանու բնական բացվածքների ճողվածքներ.
 - որկորային բացվածքի ճողվածքներ,
 - բնական անցքերի քիչ հանդիպող ճողվածքներ:

Էթիոլոգիա: Ստոծանու բնածին ճողվածքներից ավելի հաճախ հանդիպում են կեղծ ճողվածքները, որովայնի օրգանները թափանցում են կրծքավանդակ ստոծանու բնածին արատների միջով դրա ապլազիայի կամ արատների հետևանքով: Ստոծանու տոտալ ապլազիան կյանքի հետ անհամատեղելի արատ է և հանդիպում է հազվադեպ:

Ստոծանու ճողվածքների կլինիկական դրսևորումները պայմանավորված են երեք հիմնական գործոններով՝

1. կրծքավանդակի խոռոչ թափանցած որովայնի խոռոչի օրգանների ճնշմամբ և ծոմամբ ճողվածքի դարպասում,
2. թոքերի սեղմամբ և միջնորմի տեղաշարժով,
3. ստոծանու ֆունկցիայի խանգարմամբ:

Նկատվում են ստամոքս-աղիքային և կարդիոռեսպիրատոր համախտանիշեր: Ստոծանու վնասման նշան է ցավը, որը ճառագայթվում է դեպի վերանրակային և վերթիակային տարածություն (ֆրենիկուս ախտանիշ): Ստոծանիական ճողվածքների ավելի բնորոշ ախտանիշեր են ուտելուց հետո ենթակողային և էպիգաստրալ շրջաններում ցավի առաջացումը կամ ուժեղացումը, ծանրության զգացումը, հևոցի և սրտխփոցի առաջացումը: Դա ստիպում է քաղցած վիճակում իրենց գրեթե ամողջ զգացող հիվանդներին խիստ սահմանափակել սննդի ընդունումը: Ուտելուց հետո հաճախ առաջանում է փսխում, երբեմն արյան պարունակությամբ, որից հետո հիվանդը հանգստանում է: Հիվանդները հանգստանում են նաև աղիքների դատարկումից հետո: Ստոծանիական ճողվածքների տիպիկ ախտանիշ է կրծքավանդակի համապատասխան կետում կլկլոցի կամ գոգոցի զգացումը և հևոցի ուժեղացումը հիվանդի հորիզոնական դիրքում: Վերը

նշված ախտանիշերի արտահայտվածության և ստամոքս-աղիքային ուղու լցվածության աստիճանի միջև եղած կապը կարևոր ախտորոշիչ նշանակություն ունի:

Ստոծանու թույլ գոտիների իսկական ճողվածքներ: Հարկրծոսկրային կամ Լարեյ-Մորգանյի ճողվածքները հանդիպում են համեմատաբար հազվադեպ: Պայմանավորված ճողվածքային օղի տեղակայմամբ՝ լինում են հետկողակրծոսկրային և հետկրծոսկրային ճողվածքներ:

Այս ճողվածքների կլինիկան պայմանավորված է ճողվածքի չափսերով, պարկի պարունակությունը կազմող օրգաններով և դրունքի շրջանում դրանց ճնշվածությամբ: Օղակման դեպքում առաջանում են նշաններ՝ բնորոշ ստրանգուլյացիոն աղիքային անանցանելիությանը, որի կապակցությամբ հիվանդների մեծ մասը ենթարկվում է շտապ որովայնահատման, և ճշգրիտ ախտորոշումը կատարվում է վիրահատության ժամանակ: Առավել արժեքավոր ախտորոշիչ մեթոդ է պոլիպոզիցիոն ռենտգեն հետազոտությունը պնևմոպերիտոնեումի դեպքում, որի ժամանակ օդը կարող է թափանցել ճողվածքապարկի մեջ՝ տեղակայված ստոծանու վրա: Արժեքավոր է նաև ՇՇ հետազոտությունը:

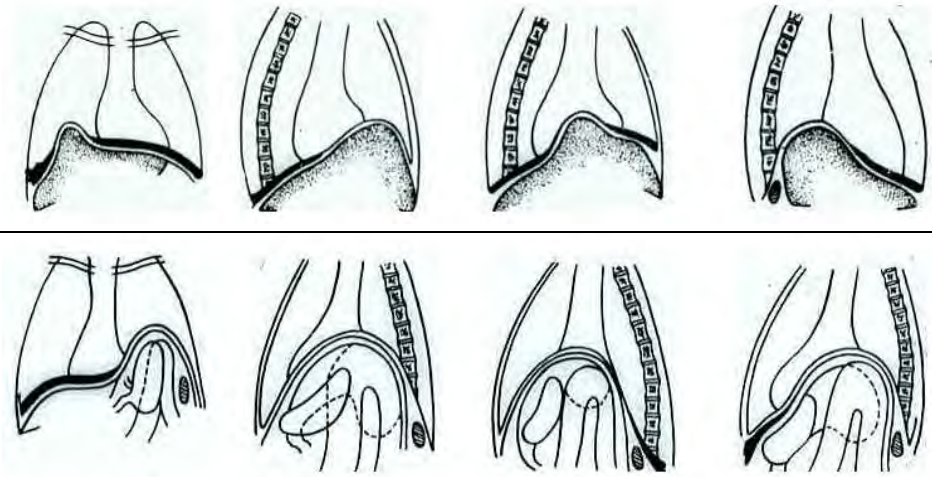
Բուծումը վիրահատական է:

Լյումբոկոստալ ստոծանիական ճողվածքներ (Բոզդալեկի ճողվածքներ): Բնորոշ կլինիկական նշաններ չունեն: Մինչվիրահատական տարբերակիչ ախտորոշումը հնարավոր է միայն ախտորոշիչ պնևմոպերիտոնեումի ստեղծմամբ, որը հաստատում է ճողվածքապարկի առկայությունը:

Բուծումը վիրահատական է: Վիրահատության ցուցում է օղակման վտանգը: Կատարվում է ճողվածքապարկի առանձնացում, հատում, ճողվածքապարկի պարունակության ներուղղում և հերնիալլաստիկա, որը հաճախ իրագործում են հասարակ կարելով կամ ստոծանու դուպլիկատուրա ձևավորելով:

Ստոծանու ռելաքսացիա: Ստոծանու ռելաքսացիան ստոծանու պարալիչն է (լուծանքը), հյուծումը կամ կայուն թեքումը դեպի

կրծքավանդակ՝ իրեն հարող որովայնի խոռոչի օրգանների հետ (նկ.1.116):



Նկ. 1.116. Ստոծանու ռելաքսացիայի սխեմատիկ պատկերներ

Ըստ ծագման լինում է՝

1. Բնածին. պայմանավորված մկանային հատվածի ապլազիայով կամ թերզարգացվածությամբ, ինչպես նաև ներարգանդային վնասվածքով կամ ստոծանիական նյարդի ապլազիայով:

2. Ձեռքբերովի. պայմանավորված ստոծանու մկանի երկրորդային ատրոֆիայիով, որն առավել հաճախ ստոծանիական նյարդի վնասման և հազվադեպ հենց ստոծանու ախտահարման (բորբոքում, տրավմա) հետևանք է:

Կարող է դիտվել ավելի շատ ձախ, քան աջ գմբեթի ինչպես լրիվ, այնպես էլ սահմանափակ ռելաքսացիա, որը մկանի ամբողջական կամ մասնակի ախտահարման հետևանք է: Լրիվ երկկողմանի ռելաքսացիան անհամատեղելի է կյանքի հետ, քանի որ ստոծանին թոքերի գազափոխանակման հիմնական մկանն է, ուստի նրա ֆունկցիայի անկումը հանգեցնում է արտաքին շնչառության խանգարման, թոքի կոլապսի, ինչպես նաև հեմոդինամիկ խանգարումների՝ պայմանավորված ստոծանու ջլային կենտրոնի տեղաշարժմամբ դեպի

վեր և սիրտ: Հաճախ հանդիպող ձախակողմյան ռելաքսացիայի ժամանակ բարակած և թուլացած գմբեթն իր տակ տեղակայված ստամոքսի, լայնական հաստ աղիքի, փայծաղի, պանկրեասի պոչի և նույնիսկ ձախ երիկամի հետ տեղաշարժվում է վերև՝ մինչ III—II կողի մակարդակ: Դրա հետ մեկտեղ տեղի է ունենում ստամոքսի և կերակրափողի որովայնային հատվածի գերծալում: Ստոծանու ռելաքսացված ձախ գմբեթը ճնշում է ձախ թոքին, սիրտը և միջնորմը տեղաշարժում է դեպի աջ: Կարող է զարգանալ ձախ թոքի կոլապս և աստելեկտագ: Որոշ դեպքերում առաջանում են սերտաճումներ ստոծանու և ձախ թոքի ստորին բլթի, ստոծանու և որովայնի խոռոչի օրգանների հետ: Ստոծանու ձախ գմբեթի սահմանափակ ռելաքսացիայի ժամանակ տեղի է ունենում ձախ գմբեթի առաջային և հետին հատվածների տեղաշարժ դեպի վեր:

Կլինիկան և ախտորոշումը: Ստոծանու մի գմբեթի ռելաքսացիան հատկապես երիտասարդ մարդկանց շրջանում լուրջ կարդիոռեսպիրատոր խանգարումներ չի կարող առաջացնել: Ախտանիշերի առկայությունը կարող է կապված լինել ստոծանու հարաճուն տեղաշարժի և որովայնի խոռոչի ստորստոծանիական օրգանների տեղաշարժի հետ՝ ֆիզիկական լարվածության, ճարպակալման, թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդությունների և այլ ախտահարումների ազդեցությամբ: Դա հանգեցնում է կարդիոռեսպիրատոր համակարգի և որովայնի խոռոչի օրգանների ֆունկցիայի խանգարման: Նկատվում են ստամոքսաաղիքային ախտանիշեր՝ ցավ էպիգաստրալ շրջանում, ծանրության զգացում, վքնածություն և անհարմարություն ուտելուց հետո, դիսֆագիա, ինչպես նաև սիրտ-թոքային ախտանիշեր՝ հևոց, հատկապես ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության ժամանակ, ցավեր սրտի շրջանում, էքստրասիստոլիա, հաճախասրտություն, սրտխփոց: Հնարավոր է ընդհանուր թուլություն, հոգնածություն, քաշի կորուստ: Աջակողմյան սահմանափակ ռելաքսացիայի ժամանակ ախտանիշերը սովորաբար բացակայում են: Ստոծանու ձախակողմյան ռելաքսացիայով

հիվանդների ֆիզիկական հետազոտության ժամանակ կարող են հայտնաբերվել աղիքային աղմուկներ, կրծքավանդակի ձախ կետում՝ ծփանք:

Ստոծանու ռելաքսացիայի ախտորոշման համար կիրառվում են կրծքավանդակի և որովայնի խոռոչի ռենտգենաբանական և շՇ քննություններ: Ստոծանու ձախակողմյան ռելաքսացիայի ժամանակ հայտնաբերվում է ստոծանու գմբեթի ամբողջական կամ սահմանափակ բարձր դիրք, որի գագաթը, ինչպես նշվեց, կարող է հասնել մինչև 2-3-րդ միջկող:

Ռելաքսացված ստոծանու շարժումները կարող են լինել կանոնավոր, կտրուկ սահմանափակ, բայց հաճախ պարադոքսալ՝ արտաշնչման ժամանակ ռելաքսացված գմբեթի իջեցում, ներշնչման ժամանակ՝ բարձրացում (**Այշնսկի-Վինբեկի ախտանիշ**): Հնարավոր է հայտնաբերել թոքի ստորին բլթի մասնակի մթազնում: Անմիջապես ստոծանու տակ հայտնաբերվում է ստամոքսի գագաթին բուշտը կամ լայնական հաստ աղիքի փքված փայծաղային ծունկը: Ստոծանու աջակողմյան ռելաքսացիայի ժամանակ դիտվում է կիսակլոր, տարբեր մեծության արտափքում, որը ձուլվում է լյարդի ստվերի հետ:

Բուժումը վիրահատական է: Ցուցումներն են՝ արտահայտված շնչառական, սիրտ-անոթային և ստամոքս-աղիքային ուղու խանգարումներ: Շտապ ցուցումներ առաջանում են ստամոքսի ոլորման, ստոծանու պատռվածքի, ստամոքսային սուր արյունահոսության և այլ ծանր բարդությունների դեպքում: Վիրահատությունը ներառում է ստոծանու հյուսվածքներով պլաստիկան աուտոտրանսպլանտատով, ինչպես նաև ալոպլաստիկ նյութերի կիրառմամբ:

ՍՏՈՄԱԼՈՒ ԿԵՐԱԿՐԱՓՈՂԱՅԻՆ ԲԱՑՎԱԾՔԻ ՃՈՂՎԱԾՔՆԵՐ

Ստոծանու կերակրափողային բացվածքի կամ հիատալ ճողվածքները կերակրափողի որովայնային հատվածի, կերակրափող-ստամոքսային միացման և ստամոքսի մոտակա հատվածի տեղաշարժն

են դեպի կրծքավանդակ ու հետին միջնորմ՝ ստոծանու լայնացած կերակրափողային բացվածքով: Առանձնացնում են հիատակ ճողվածքների երեք տիպեր.

1. սահող (80-90%),
2. պարաէզոֆագեալ (5-10%),
3. համակցված (10-15%):

Ստոծանու կերակրափողային բացվածքի ճողվածքները հիմնականում ձեռքբերովի իսկական ճողվածքներ են, որոնք զարգանում են մեծահասակների շրջանում՝ կանանց գերակշռմամբ: Պատճառը ստոծանու կերակրափողային բացվածքի և ստոծանի-կերակրափողային կապանի դեգեներատիվ փոփոխություններն են: Ստոծանու կերակրափողային բացվածքի ճողվածքների առաջացման մեխանիզմներն են՝

1. պուլսիոն,
2. տրակցիոն,
3. խառը:

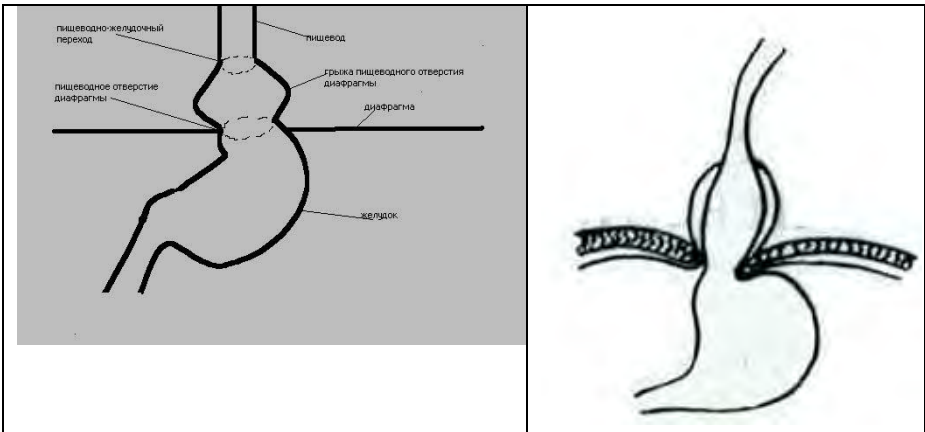
Պուլսիոն մեխանիզմի ժամանակ բարձր ներորովայնային և ներստամոքսային, կրծքավանդակի՝ մթնոլորտայինից ցածր ճնշման, ինչպես նաև մկանային և շարակցական հյուսվածքների թուլության պայմաններում կերակրափողային բացվածքը դառնում է ավելի անդիմադրունակ լայնացմանը: Բարակած և առաձգականությունը կորցրած ստամոքս-կերակրափողային կապանը երկարում է, ընդունակ չի լինում պահելու կերակրափող-ստամոքսային միացումը ներորովայնային բնականոն դիրքում:

Տրակցիոն մեխանիզմը կարող է պայմանավորված լինել կերակրափողի երկայնական մկանաթելերի տոնիկ կծկումներով կամ կերակրափողի պատի ֆիբրոզ փոփոխություններով (ռեֆլյուքս էզոֆագիտ): Վերջինս կարճանում է և դեպի վեր է ձգում ստամոքսի կարդիալ հատվածը, որը տեղափոխվում է ստորին միջնորմ:

Հնարավոր է պուլսիոն և տրակցիոն մեխանիզմների համակցում: Խառը մեխանիզմի էությունն այն է, որ սկզբում վերը նշված գործոններով

առաջանում է սահող ճողվածք, այնուհետև զարգանում է ռեֆլյուքս էզոֆագիտ՝ երկայնակի էզոֆագոսպագմով, որը նպաստում է ճողվածքի հետագա մեծացմանը:

Սահող ճողվածք: Այս ճողվածքի առաջացման պատճառը ֆրենոէզոֆագեալ կապանի ախտահարումն է, որը ֆիքսում է կերակրափող-ստամոքսային բացվածքը՝ կարդիան (նկ.1.117): Ստոծանու կերակրափողային բացվածքը լայնանում է, և կերակրափող-ստամոքսային անցումը որովայնի խոռոչից տեղափոխվում է կրծքավանդակի խոռոչ: Երբ կարդիան տեղաշարժվում է վեր, Հիսի անկյունը դառնում է բուր, լորձաթաղանթը հարթվում է: Սահող ճողվածքները երբեք չեն օղակվում: Սրանք հաճախ համակցվում են ռեֆլյուքս-էզոֆագիտի հետ: Կերակրափողի էպիթելը շատ զգայուն է ստամոքսի և 12-մատնյա աղիքի պարունակության ազդեցության նկատմամբ:



Նկ. 1.117. Սահող ճողվածք

Էզոֆագիտը կարող է դառնալ էրոզիվ և նույնիսկ խոցային, կարող է արյունահոսել, ստենոզի ենթարկվել և չարորականալ: Լորձաթաղանթի բորբոքային այտուցը նպաստում է դրա հեշտ վնասմանը, արյունազեղմանը և արյունահոսությանը, որը երբեմն ի հայտ է գալիս անեմիայով: Հետագա սպիացումը հանգեցնում է ստրիկտուրայի

առաջացմանը, իսկ երբեմն էլ լուսանցքի ամբողջական փակմանը: Ռեֆլյուքս-էզոֆագիտը հաճախ ուղեկցում է կարդիալ, հազվադեպ՝ կարդիոֆունդալ ճողվածքին:

Դասակարգվում է հետևյալ տեսակներին՝

- կերակրափողային,
- կարդիալ,
- կարդիոֆունդալ,
- սուբտոտալ,
- տոտալ:

Կլինիկա: Արտահայտված ռեֆլյուքս-էզոֆագիտի պատճառով հիվանդները կարող են զանգատվել այրոցից, գոտոցից: Այս ախտանիշերի ի հայտ գալը սովորաբար պայմանավորված է մարմնի դիրքի փոփոխությամբ, ցավերն ուժեղանում են սննդի ընդունումից հետո: Ամենաարտահայտված ախտանիշը ծանրության զգացումն է կրծոսկրի հետևում:

Ցավը կարող է տեղակայված լինել էպիգաստրալ շրջանում, ձախ թուլակողում, անգամ սրտի շրջանում: Այն նման չէ խոցային ցավին, քանի որ առաջանում է անմիջապես ուտելուց հետո, պայմանավորված է սննդի ընդունման քանակով, հատկապես ուժեղանում է մեծ ծավալով սնունդ ընդունելիս: Թեթևացում առաջանում է ստամոքսի թթվայնությունն իջեցնող դեղերի ընդունումից հետո:

Ռեզորգիտացիան առաջանում է հատկապես մեծ քանակի սնունդ ընդունելուց հետո, հաճախ կոկորդում այրոցի զգացում է նկատվում:

Դիսֆագիան ուշացած բարդություն է: Վերջինս պայմանավորված է կերակրափողի դիստալ (հեռադիր) մասի սպազմով: Դիսֆագիան պարբերաբար հայտնվում և անհետանում է: Եթե բորբոքային պրոցեսները հարաճում են, ապա դիսֆագիան կարող է դառնալ մշտական: Կերակրափողի վրա առաջացած այրունագեղումները հանգեցնում են ներքին արյունահոսության, որը կարող է գաղտնի ընթանալ:

Ախտորոշում: Որոշիչ դերը տրվում է ռենտգեն հետազոտությանը:

Կերակրափողի ստոծանիական հատվածի ճողվածքի ժամանակ կատարում են ռենտգեն կոնտրաստային հետազոտություն Տրենդելենբուրգի դիրքով (ոտքերը գլխից բարձր): Կերակրափողի ստոծանիական հատվածի ճողվածքի ուղղակի ախտանիշներն են կարդիայի և հատակի այտուցը, կերակրափողի որովայնային հատվածի շարժունության բարձրացումը, Հիսի խրձի հարթվածությունը կամ բացակայությունը, կերակրափողի անտիպերիստալտիկ շարժումները: Մինչև 3 սմ տրամագծով ճողվածքները համարվում են փոքր չափի, 3-8 սմ-ը՝ միջին, 8-ից մեծը՝ խոշոր:

Էնդոսկոպիկ քննությամբ հայտնաբերվում են՝ 1) առաջային կտրիչներից մինչև կարդիա ընկած հեռավորության կարճացում, 2) ճողվածքային խոռոչի առկայություն, 3) ստամոքսի երկրորդ մուտքի առկայություն, 4) կարդիայի ոչ լրիվ փակում, 5) լորձաթաղանթի տրանսկարդիալ միգրացիա, 6) գաստրոէզոֆագեալ ռեֆլյուքս, 7) ճողվածքային գաստրիտի և ռեֆլյուքս-էզոֆագիտի առկայություն, 8) սեղմման օղի առկայություն, 9) Բարետի օջախի առկայություն:

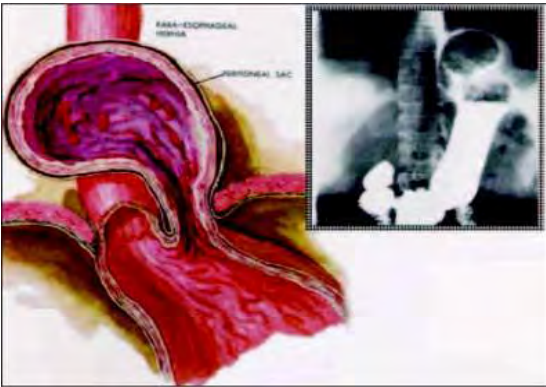
Բուժում: Էզոֆագիտով ուղեկցվող սահող ճողվածքի պահպանողական բուժումը հաճախ անարդյունավետ է: Անհրաժեշտ է բացառել ծխախոտը, սուրճը, ալկոհոլը: Սննդի ընդունումը պետք է լինի քիչ քանակությամբ, վերջինս պետք է քիչ ճարպ պարունակի: Գլխի բարձր դիրքը կկանխի ռեֆլյուքսի առաջացումը: Հակախոցային դեղորայքային բուժման արդյունավետությունը բարձր չէ: Վիրահատության ցուցումներն են պահպանողական բուժման անարդյունավետությունը և բարդությունները (էզոֆագիտ, կերակրափողի անցանելության խանգարում, ստամոքսի կտրուկ դեֆորմացիա (ձևախախտում), արյունահոսություն և այլն): Ներկայումս կերակրափողի ստոծանիական հատվածի սահող ճողվածքի ամենաարդիական վիրահատական մեթոդը ֆունդոպլիկացիան է ըստ Նիսսենի: Բարձր թթվայնության ժամանակ այս ամենին համակցվում է վագոտոմիան և պիրոքոպլաստիկան:

Պարաէզոֆագեալ ճողվածք: Կերակրափող-ստամոքսային անցումը՝ կարդիան, մնում է իր տեղում, նրա կծկողական ֆունկցիան չի

խախտվում, որն էլ պայմանավորում է ստամոքս-կերակրափողային ռեֆլյուքսի բացակայությունը՝ ի տարբերություն սահող ճողվածքի: Ճողվածքային դեֆեկտը տեղակայվում է կերակրափողից ձախ և կարող է լինել տարբեր մեծության (նկ.1.118): Ստամոքսի մի մասը դուրս է հրվում դեպի ճողվածքապարկ, որը ծածկված է ֆիբրոզ փոփոխված ստոծանիական որովայնամզով: Ուլտրաման աստիճանը կարող է լինել տարբեր:

Դասակարգումը՝

- ֆունդալ,
- անտրալ,
- աղիքային,
- ստամոքս-աղիքային,
- ճարպոնային:



Նկ. 1.118. Պարաէզոֆագեալ ճողվածք

Կլինիկա: Պայմանավորված է ճողվածքապարկում մասամբ գտնվող ստամոքսի վիճակով: Հիվանդները զգում են ճնշող ցավեր կրծոսկրի հետևում, որոնք հատկապես ինտենսիվ են լինում սնունդն ընդունելուց հետո: Սկզբում նրանք խուսափում են սննդի մեծ քանակ ընդունելուց, հետո նույնիսկ սովորական քանակից: Նկատվում է քաշի կորուստ: Էզոֆագիտին բնորոշ ախտանիշները լինում են միայն պարաէզոֆագեալ և

սահող ճողվածքի համատեղման ժամանակ: Ճողվածքը կարող է լինել ստամոքսի պեպտիկ խոցի առաջացման պատճառ, քանի որ ձևախախտված ստամոքսից սննդի էվակուացիան խանգարված է: Այս խոցերը դժվար են ենթարկվում բուժման և հաճախ բարդանում են արյունահոսությամբ ու թափածակմամբ: Ճողվածքի օղակման ժամանակ կարող է լինել ստամոքսի մեռուկացում: Արագ զարգանում է մեդիաստիինիտ՝ ուժեղ ցավերով, սեպսիսի նշաններով և ձախ պլերալ խոռոչում հեղուկի կուտակմամբ:

Ախտորոշումը հիմնականում կատարվում է ռենտգեն հետազոտությամբ, կրծքավանդակում հայտնաբերվում է գազային բուշտ (նկ.1.119): Բարիումի սուլֆատով հետազոտությունը հաստատում է ախտորոշումը: Էզոֆագոսկոպիայի օգնությամբ կարելի է որոշել ուղեկցվող էզոֆագիտի առկայությունը:



Նկ. 1.119. Տրենդելենբուրգի դիրքում ռենտգեն կոնտրաստ հետազոտություն

Բուժում: Պահպանողական բուժումը հատուկ սննդակարգն է: Մնունդը պետք է ընդունել հաճախակի և քիչ քանակով: Մննդակարգը

նման է հակախոցայինին: Մնվելուց հետո խորհուրդ է տրվում զբոսնել, չպառկել: Հնարավոր բարդությունները (վնասումը և պատի պատռումը) կանխելու համար ցուցված է վիրահատական բուժում: Կատարվում է ճողվածքի դրոնքի կարում՝ կրուրոռաֆիա, Հիսի անկյան վերականգնում՝ ֆունդոպլիկացիա և ստամոքսի ֆիքսում՝ գաստրոպեքսիա:

ԹԵՄԱ 15. ՊԵՐԻՏՈՆԻՏ

Պերիտոնիտը որովայնամզի սուր կամ քրոնիկական բորբոքային հիվանդություն է: Որովայնամիզը բարակ շճաթաղանթ է՝ կազմված մեզոթելի միաշաքթ բջիջներից՝ տեղակայված շարակցահյուսվածքային հենքի վրա: Այն ծածկում է որովայնի խոռոչի պատերի ներքին մակերեսը (առպատային որովայնամիզ) և այնտեղ տեղակայված ներքին օրգանները (ընդերային որովայնամիզ): Որովայնամզի ընդհանուր մակերեսը կազմում է մոտ 2 մ²:

Տղամարդկանց որովայնի խոռոչը փակ համակարգ է, կանանց մոտ այն արգանդափողերով հաղորդակցվում է արտաքին աշխարհի հետ: Որովայնամզի մեզոթելը սինթեզում է քիչ քանակությամբ հեղուկ, որը խոնավացնում է ներքին օրգանների մակերեսը և հեշտացնում նրանց շփումը միմյանց հետ: Բնականոն պայմաններում որովայնի խոռոչում առկա է մոտ 100 մլ թափանցիկ, դեղնավուն հեղուկ, որը պարունակում է մակրոֆագեր, հակամարմիններ, իմունոգլոբուլիններ:

Որովայնամիզն ունի ներծծող հատկություն. այն ներծծում է սպիտակուցների, մահացած հյուսվածքների քայքայման արգասիքները, բակտերիաներ, օդ, որը որովայնի խոռոչ է անցել լապարատոմիայի կամ խոռոչավոր օրգանի պերֆորացիայի ժամանակ: Որովայնի խոռոչ լցված արյան 70 %-ը դանդաղ ներծծվում է որովայնամզի ավշային անցքերի և անոթների միջոցով:

Որովայնամզի էքսուդատիվ ֆունկցիան պայմանավորված է հեղուկի և ֆիբրինի արտադրությամբ:

Բարիերային ֆունկցիան պայմանավորված է ոչ միայն որովայնի խոռոչի օրգանների մեխանիկական պաշտպանությամբ: Որովայնամզի բջիջները պատկանում են մոնոնուկլեար-ֆագոցիտային համակարգին: Սակրոֆագերի, գրանուլոցիտների, T և B լիմֆոցիտների հետ համատեղ որովայնամզի մեզոթելիալ բջիջներն իրականացնում են կարևոր պաշտպանողական ֆունկցիաներ՝ ֆագոցիտոզի են ենթարկում ներթափանցած բակտերիաներին և օտար մասնիկներին: Այս

հատկությունն ավելի բնորոշ է մեծ ճարպոնի բջիջներին, որոնցում առավելագույն քանակությամբ պարունակվում են իմունաբանորեն ակտիվ բջիջներ, T- լիմֆոցիտներ:

Որովայնամիզն ապահովում է օրգանիզմի պաշտպանություն վարակներից հումորալ (իմունոգլոբուլիններ, կոմպլեմենտ, ազատ հակամարմիններ) և բջջային (մակրոֆագեր, գրանուլոցիտներ) մեխանիզմներով: Իմունոգլոբուլինների առավելագույն քանակություն է պարունակվում աղիքների լորձաթաղանթների վրա, որն իրականացնում է պաշտպանողական բարիերային ֆունկցիա՝ խոչընդոտելով աղիքների լուսանցքից միկրոֆլորայի և էնդոտոքսինների անցմանը որովայնի խոռոչ, արյունատար և ավշային անոթներ: Հեղուկի առավել մեծ քանակի ներծծման հատկությամբ է օժտված ստոծանիական որովայնամիզը, իսկ կոնքի խոռոչի որովայնամիզն ավելի քիչ քանակ է ներծծում: Ստոծանիական որովայնամիզի այդպիսի կառուցվածքով է պայմանավորված որովայնի խոռոչի վերին հարկերից բորբոքային պրոցեսի տարածումը պլրալ խոռոչ ավշային անցքերի և անոթների միջոցով:

Օրվա ընթացքում որովայնամիզը կարող է ներծծել մինչև 5-6 լ հեղուկ: Պերիտոնիտների ժամանակ որովայնամիզի այտուցի հետևանքով խանգարվում է որովայնամիզի ներծծող հատկությունը, որի հետևանքով որովայնի խոռոչում կարող է կուտակվել էքսուդատ:

Առպատային որովայնամիզը նյարդավորվում է սոմատիկ նյարդերով (միջկողային նյարդերի ճյուղերով), այդ պատճառով այն զգայուն է ցանկացած տիպի ազդակների նկատմամբ (մեխանիկական, քիմիական և այլն), իսկ դրա ժամանակ ծագած ցավն ունի հստակ տեղակայում: Ընդերային որովայնամիզն ունի վեգետատիվ նյարդավորում (սիմպաթիկ և պարասիմպաթիկ): Այդ պատճառով դրա գրգռման ժամանակ առաջացած ցավերը հստակ տեղակայված չեն և ունեն տարածուն բնույթ (ընդերային ցավեր): Կոնքային որովայնամիզը նույնպես չունի սոմատիկ նյարդավորում: Դրանով է պայմանավորված որովայնի առաջային պատի մկանների լարվածության բացակայությունը

(վիսցերոմոտոր ռեֆլեքս) կոնքի խոռոչի բորբոքային հիվանդությունների ժամանակ:

Որովայնամիզն ունի արտահայտված պլաստիկ հատկություններ: Մեխանիկական կամ քիմիական վնասվածքների առաջին ժամերին նրա մակերեսին առաջանում է ֆիբրին, որը հանգեցնում է միմյանց հպվող մեծ ճարպոնի և աղիքների շճային թաղանթների սուսնձմանը: Դա նպաստում է բորբոքային պրոցեսի սահմանափակմանը բորբոքային ինֆիլտրատի կամ թարախակույտի շուրջը: Որովայնամիզն ու նրա արտադրած հեղուկն ունեն որոշ հակաբակտերիային հատկություններ:

Դասակարգումը:

I. Ըստ որովայնի խոռոչ մանրէների թափանցման բնույթի տարբերում են՝

1. առաջնային պերիտոնիտ,
2. երկրորդային պերիտոնիտ:

Առաջնային պերիտոնիտի դեպքում որովայնի խոռոչում վարակի տեսանելի օջախներ չեն հայտնաբերվում: Միկրոֆլորան անցնում է որովայնի խոռոչ հեմատոգեն կամ լիմֆոգեն ճանապարհով կամ էլ արտաքին աշխարհից արգանդափողերի միջով: Առաջնային պերիտոնիտները հանդիպում են հազվադեպ, մոտավորապես 1% դեպքերում:

Երկրորդային պերիտոնիտները ծագում են որովայնի խոռոչում գտնվող վարակի օջախներից: Միկրոֆլորան որովայնի խոռոչ է անցնում օրգանների դեստրուկտիվ բորբոքման, թափածակումների, խոռոչավոր օրգանների վնասումների, անաստոմոզների կարերի անբավարարության ժամանակ:

Պերիտոնիտի զարգացման ամենահաճախակի պատճառ են դեստրուկտիվ ապենդիցիտը, սուր դեստրուկտիվ խոլեցիստիտը, ստամոքսի և 12-մատնյա աղիքի խոցի թափածակումը, սուր պանկրեատիտը, լայնական հաստ աղիքի դիվերտիկուլի կամ ուռուցքի թափածակումը, բարակ և հաստ աղիքների միջընդերքի անոթների թրոմբոզը, որովայնի թափանցող վնասվածքները, որովայնի խոռոչի

օրգանների միջև անաստոմոզի ձևավորումից հետո կարերի անբավարարությունը:

Պերիտոնիտը հարուցվում է աղեստամոքսային ուղու գրամ-դրական, գրամ-բացասական, աերոբ և անաերոբ ֆլորայով: Աերոբ միկրոֆլորան հաճախ արտահայտվում է աղիքային ցուպիկով, ստաֆիլակոկերով, ստրեպտոկոկերով, էնտերոկոկերով և այլն: Անաերոբներից ավելի հաճախ հայտնաբերվում են բակտերոիդները, իսկ կլոստրիդիալ (սպոր առաջացնող) բակտերիաները հանդիպում են ավելի քիչ:

Առաջնային պերիտոնիտ կարող է առաջանալ ստամոքս-աղիքային ուղու միկրոֆլորայի հետ որևէ կապ չունեցող միկրոֆլորայով (գոնոկոկ, տուբերկուլյոզի ցուպիկ, պնևմոկոկ և այլն):

II. Ըստ վարակվածության պերիտոնիտները լինում են՝

1. մանրէային (բակտերիալ),
2. ասեպտիկ (աբակտերիալ):

Վերջիններս առաջանում են որովայնի խոռոչ չվարակված տարբեր նյութեր ընկնելու դեպքում, որոնք որովայնամզի վրա ունեն ագրեսիվ ազդեցություն (արյուն, մեզ, լեղի, պանկրեատիկ հյուսք և այլն): Աբակտերիալ պերիտոնիտը հետագայում կարող է վերածվել բակտերիալի:

Առանձնացնում են նաև պերիտոնիտի հատուկ ձևեր՝ կարցինոմատոզ (որովայնամզի կարցինոմատոզ), ռևմատիկ, ֆիբրոպլաստիկ, որն առաջանում է որովայնամզի վրա վիրաբույժի ձեռնոցներից տակլի ընկնելու դեպքում: Պերիտոնիտ կարող է զարգանալ ասցիտիկ հեղուկի վարակման դեպքում: Որովայնի խոռոչի վարակման վտանգ է առաջանում քրոնիկական երիկամային անբավարարությամբ տառապող հիվանդների պերիտոնեալ դիալիզի ժամանակ:

III. Ըստ որովայնի խոռոչի էքսուդատի բնույթի տարբերում են՝

1. շճային պերիտոնիտ,
2. հեմոռագիկ պերիտոնիտ,
3. ֆիբրինային պերիտոնիտ,

4. ֆիբրինաթարախային պերիտոնիտ,
5. թարախային պերիտոնիտ,
6. նեխային պերիտոնիտ:

IV. Ըստ տարածվածության պերիտոնիտները լինում են՝

1. Սահմանափակ պերիտոնիտ կամ թարախակույտ, երբ պրոցեսը տեղակայված է որովայնի խոռոչի որևէ հատվածում, սահմանափակված է, սահմանազատված է որովայնի մյուս բաժիններից կպումներով (ենթաստոծանիական, դուզլայան փոսի, ապենդիկուլյար, ենթայարդային, միջզալարային թարախակույտեր):
2. Դիֆուզ (տարածուն) պերիտոնիտ, երբ պրոցեսը սահմանազատված է որովայնի մյուս բաժիններից օրգաններով միջօրգանային կպումներով: Ըստ տարածվածության տարբերում են դիֆուզ պերիտոնիտի 3 տեսակներ՝
 - ա) դիֆուզ տեղային պերիտոնիտ, երբ պրոցեսն ընդգրկում է մեկ կամ երկու անատոմիական շրջաններ (օրինակ, սուր ապենդիցիտի դեպքում՝ աջ զստափոսը և աջ կողմնային ակոսը, սուր խոլեցիստիտի դեպքում՝ ենթայարդային շրջանը),
 - բ) դիֆուզ տարածված պերիտոնիտ, երբ պրոցեսն ընդգրկում է մի քանի անատոմիական շրջաններ (օրինակ՝ մեզոկոլոնից ներքև որովայնի ստորին հարկի բորբոքում),
 - գ) դիֆուզ ընդհանուր պերիտոնիտ, երբ պրոցեսն ընդգրկում է ամբողջ որովայնի խոռոչը ստոծանուց մինչև փոքր կոնք:

V. Ըստ կլինիկական ընթացքի տարբերում են՝

1. սուր պերիտոնիտ,
2. ենթասուր պերիտոնիտ,
3. քրոնիկական պերիտոնիտ:

Հաճախակի հանդիպող ձևը սուր պերիտոնիտն է: Պրոցեսի զարգացման ընթացքը և ծանրության աստիճանը պայմանավորված են այնպիսի գործոններով, ինչպիսիք են որովայնի խոռոչ վարակիչ նյութի անցման արագությունը, նրա քանակությունը: Խոռոչավոր օրգանի

թափաճակման դեպքում նշանակություն ունի թափաճակման մակարդակը: Ինչքան այն ներքև է տեղակայված աղետսամոքսային ուղում, այնքան բարձր է մանրէների վիրուլենտությունը:

VI. Ըստ պերիտոնիտի զարգացման փուլերի տարբերում են՝

1. Կոմպենսացիայի կամ ռեֆլեկտոր փուլ, որը բնութագրվում է բորբոքման հանդեպ տեղային պատասխանով. ներքին օրգանների ֆունկցիան խանգարված չէ:
2. Սուբկոմպենսացիայի կամ տոքսիկ փուլ, որն արտահայտվում է բորբոքման հանդեպ համակարգային պատասխանով, 1-2 ներքին օրգանների ֆունկցիայի խախտմամբ:
3. Դեկոմպենսացիայի կամ տերմինալ փուլ, պոլիօրգանային անբավարարություն, որը բնորոշ է պերիտոնեալ սեպսիսին:

Կլինիկա: Սկիզբը բնորոշ է որովայնի խռոչի այն օրգանի ախտահարմանը, որը պերիտոնիտի առաջացման պատճառ է դարձել: Պերիտոնիտի կոմպենսատոր փուլում հիվանդները գանգատվում են որովայնում մշտական բնույթի ինտենսիվ *ցավերից*, որոնք ուժեղանում են դիրքը փոխելիս: Ցավի տեղակայումը պայմանավորված է բորբոքման առաջնային օջախի տեղակայմամբ:

Պերիտոնիտին բնորոշ ախտանիշերից է *փսխումն* առավելապես ստամոքսի պարունակությամբ, որը հիվանդին հանգստություն չի բերում: Այն պայմանավորված է ստամոքսի գերլցմամբ՝ ստամոքս-աղիքային ուղու մոտոր ֆունկցիայի խանգարման հետևանքով: Պերիտոնիտի հարաձմանը զուգընթաց՝ սուբկոմպենսացիայի փուլում, զարգանում է աղիքների պարալիտիկ անանցանելիություն: Փսխումը դառնում է հաճախակի, առատ, ունենում է սեռաձ հոտ: Դեկոմպենսացիայի փուլում փսխման զանգվածները ձեռք են բերում կղանքային հոտ: Պերիտոնիտի առաջին փուլում հայտնաբերվում է անթթազարկի և շնչառության չափավոր հաճախացում, մարմնի ջերմաստիճանը բարձր չէ 38 C⁰-ից:

Զննման ժամանակ առկա է բերանի լորձաթաղանթի և լեզվի չորություն: Նկատվում է որովայնի առաջային պատի շարժունակության սահմանափակում շնչառության ժամանակ, որն ավելի արտահայտված է

բորբոքված օրգանի պրոյեկցիայով: Այդ շրջանի պերկուսիայի ժամանակ հայտնաբերվում է առավելագույն ցավոտություն, բարձր տիմպանիտ աղիքների պարեզի հետևանքով:

Որովայնի մակերեսային շոշափման ժամանակ հայտնաբերվում է առաջային պատի մկանների լարվածություն, որն առավել արտահայտված է խոռոչավոր օրգանի թափածակման դեպքում (տախտականման որովայն ստամոքսի կամ 12-մատնյա աղիքի խոցի թափածակման դեպքում): Որովայնի առաջային պատի մկանների պաշտպանական լարվածությունը կարող է արտահայտված չլինել, երբ բորբոքումը տեղակայված է փոքր կոնքում, հետին պատի առպատային որովայնամզի շրջանում, նոր ծննդաբերած կանանց, ծերերի, ակնհռիլային հարբածության մեջ գտնվող անձանց մոտ: Արժեքավոր է ուղիղ աղիքի մատնային հետազոտությունը, որի դեպքում էքսուդատի կուտակման հետևանքով դեպի լուսանցք է արտափրվում ուղիղ աղիքի առաջային պատը, շոշափման ժամանակ հայտնաբերվում են ցավոտություն, կախվածություն: Կանանց հեշտոցային հետազոտության ժամանակ նկատվում են հեշտոցի հետին կամարի իջեցում, ցավ արգանդի վզիկը տեղաշարժելիս:

Որովայնի առաջային պատի խոր շոշափման ժամանակ կարելի է հայտնաբերել բորբոքային ինֆիլտրատ, ուռուցք, մեծացած օրգան (դեստրուկտիվ փոփոխված լեղապարկ), ինվազիանատ և այլն: Որովայնամզի գրգռման ախտանիշերը (Շյոտկին-Բյումբերգի, Ռագդոլսկու, շապիկի կամ Վոսկրեսենսկու ախտանիշերը) դրական են:

Պերիտոնիտի առաջին փուլում որովայնի աուսկուլտացիայի ժամանակ լսվում են թույլ պերիստալտիկ աղմուկներ: Սուբկոմպենսացիայի և դեկոմպենսացիայի փուլերում պարալիտիկ անանցանելիության զարգացմամբ պայմանավորված՝ աղմուկներ չեն լսվում («դագաղային լռություն»):

Պերիտոնիտին բնորոշ են լեյկոցիտոզը՝ լեյկոցիտար բանաձևի ձախ շեղումով և ԷՆԱ-ի բարձրացումը:

Ուլտրաձայնային հետազոտությամբ որովայնում հայտնաբերվում է

ազատ հեղուկ:

Որովայնի շրջադիտակային ռենտգենագրաֆիայի ժամանակ դիտվում են գազի առկայություն ստոծանու աջ կամ ձախ գմբեթների տակ (սնամեջ օրգանի թափածակման դեպքում), ստոծանու շարժումների սահմանափակում (որովայնի խոռոչի վերին հարկում պրոցեսի տեղակայման դեպքում), ախտահարված կողմում ստոծանու գմբեթի բարձր դիրք, ռեակտիվ պլերիտ կողստոծանիական ծոցում շատ կամ քիչ քանակի հեղուկի կուտակմամբ, թոքում սկավառակաձև աստելեկտագներ: Կարելի է հայտնաբերել գազերով լցված, պարեզի ենթարկված աղեգալարներ, իսկ պերիտոնիտի ուշ փուլերում բարակ և հաստ աղիքներում հեղուկի մակարդակներ գազով (Կլոյբերի գավաթիկներ), որը բնորոշ է պարալիտիկ աղիքային անանցանելիությանը:

Լապարասկոպիան ցուցված է ախտորոշման մեջ համոզված չլինելու դեպքում, երբ հետազոտության ոչ ինվազիվ մեթոդները դառնում են անարդյունավետ: Լապարասկոպիայի ժամանակ կարելի է դիտել որովայնի խոռոչի գրեթե բոլոր օրգանները, հայտնաբերել պերիտոնիտի աղբյուրը, գնահատել առպատային և ընդերային որովայնամզերի վիճակը, հայտնաբերել էքսուդատի առկայությունը և բնույթը:

Ախտորոշումը ճշտելու նպատակով կատարվում է նաև լապարացենտեզ:

Սուբկոմպենսացիայի փուլում ցավերի ինտենսիվությունը որոշակի իջնում է, առաջ է գալիս թվացյալ լավացման շրջանը, երբ հիվանդը իրեն որոշակիորեն լավ է զգում: Սակայն շուտով վիճակն ավելի է վատանում, փսխումները շատանում են, կղանքը բացակայում է, գազերը չեն հեռանում: Բնորոշ են արտահայտված ինտոքսիկացիայի և դեհիդրատացիայի նշանները: Հիվանդն ունենում է ծարավի զգացողություն, լեզուն և բերանի խոռոչի լորձաթաղանթը չոր է, մաշկի տուրբորը իջած է: Որովայնը խիստ փքված է, աղիքային աղմուկներ չեն լսվում:

Նվազում է շրջանառող արյան ծավալը, ջրաաղային և թթվահիմնային հավասարակշռությունը խանգարվում է, ալբումինի քանակն

իջնում է, բարձրանում են բիլիոռոբինի, տրանսամինազների, կրեատինինի, միզանյութի քանակները:

Պերիտոնիտի III` դեկումպենսացիայի փուլում, դիսֆունկցիան փոխարինվում է պոլիօրգանային անբավարարությամբ որոշակի հաջորդականությամբ` սկզբից թոքային, այնուհետև լյարդային, ստամոքս-աղիքային և երիկամային: Օրգանների ախտահարման հաջորդականությունը պայմանավորված է ուղեկցող հիվանդությունների առկայությամբ:

Թոքերի ֆունկցիայի անբավարարության մասին վկայում է ռեսպիրատոր-դիսթրես համախտանիշը, որն արտահայտվում է հանգստի ժամանակ արտահայտված հեոցով, թոքերի այտուցով (շոկային թոք- ռենտգեն նկարի վրա դիտվում է թոքերի դիֆուզ ինֆիլտրացիա), հիպօքսիայով: Նկատվում են հաճախասրտություն (120 զարկից ավել), արտահայտված հիպոտենզիա, որի վերացման համար պետք է կիրառել հատուկ ինտենսիվ բուժում: Շրթունքները, քթի ծայրը, վերջույթները դառնում են ցիանոտիկ:

Որոշ հիվանդների մոտ նկատվում են օլիգուրիա կամ անուրիա, միզանյութի և կրեատինինի կոնցենտրացիայի զգալի բարձրացում, որը բնորոշ է երիկամային անբավարարությանը:

Լյարդային անբավարարության մասին են վկայում նյութափոխանակության տարբեր խանգարումները: Իջնում է սպիտակուցների սինթեզը, զարգանում է դիսպրոտեինեմիա, հիպոալբումինեմիա, բարձրանում է բիլիոռոբինի և տրանսամինազների քանակությունը:

ԿՆՀ-ի ախտահարման ախտանիշերը դառնում են ավելի ծանր: Զարգանում են ապակոդմնորոշում, ցնորք, ադինամիա` երբեմն փոխարինվելով փսիխոմոտոր գրգռվածությամբ, էյֆորիայով:

Պաշտպանողական մեխանիզմների թուլացմամբ պայմանավորված` լեյկոցիտոզը կարող է փոխարինվել լեյկոպենիայով, որը կանխագուշական վատ նշան է: Արյան բակտերիոլոգիական քննության ժամանակ հիվանդների կեսից ավելիի մոտ հաջողվում է անջատել

բակտերիալ ֆլորա, որը կլինիկական ախտանիշերի հետ համատեղ պերիտոնեալ սեպսիսի զարգացման նշան է: Արյան ցանքսի բացասական պատասխանը պերիտոնիտի III փուլում դեռ չի բացառում պերիտոնեալ սեպսիսի առկայությունը:

Ջրաաղային և թթվահիմնային հավասարակշռությունների խանգարումները հասնում են առավելագույնի՝ համեմատած պերիտոնիտի II փուլի հետ: ԷՍԳ քննությամբ հայտնաբերվում են միոկարդի տոքսիկ ախտահարման և հիպերկալեմիայի նշաններ: Հայտնաբերվում են հիպերկոագուլյացիայի և ներանոթային տարածուն թրոմբոզացման նշաններ, որոնք զգալիորեն խորացնում են միկրոցիրկուլյացիայի խանգարումները, ստեղծում պայմաններ պարենխիմատոզ օրգաններում իշեմիայի, հիպօքսիայի և դիստրոֆիայի համար, որոնք զգալիորեն ծանրացնում են հիվանդության ընթացքը: Հիվանդի դիմագծերը սրվում են, ակնագնդերը ներս ընկնում (Facies Hippocratica): Հիպոկրատի դեմքն արդեն ոչ թե պերիտոնիտի ախտանիշ է, այլ մոտալուտ մահվան նշան է:

Բուժում: Տարածուն պերիտոնիտը վիրաբուժական միջամտության անհետաձգելի ցուցում է:

Պերիտոնիտի բուժման հիմնական դրույթներն են.

1. Վարակի աղբյուրի վերացում:

2. Որովայնի խոռոչի սանացիա՝ վարակված էքսուդատի, այդ թվում նաև ֆիբրինային փառերի հեռացում, որովայնի խոռոչի մեխանիկական մաքրում (լվացում) հականեխիչ լուծույթներով:

3. Հակաբակտերիալ համապատասխան թերապիա:

4. Աղիքների պարալիտիկ անանցանելիության բուժում՝ նագոինտեստինալ զոնոլով լուսանցքի լվացում, ասպիրացիա:

5. Ջրաէլեկտրոլիտային հաշվեկշռի կարգավորում ընդհանուր սկզբունքներով՝ ճշգրիտ կերպով լրացնելով ջրի և յուրաքանչյուր էլեկտրոլիտի պակաս՝ դիուրետիկ հսկողության պայմաններում:

6. Սիրտ-անոթային համակարգի և շնչառական ֆունկցիաների կանոնավորում և պահպանում:

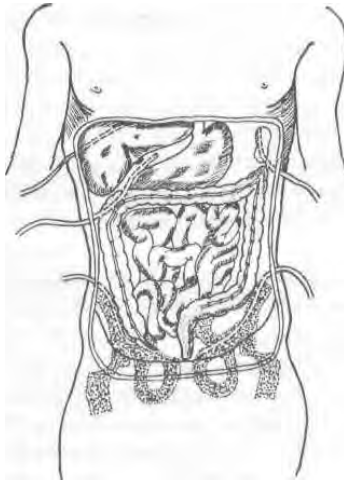
Գերակշռող դեպքերում որպես վիրահատական մուտք կիրառվում է միջային որովայնահատումը, որը նվազ վնասվածքային է, հնարավորություն է տալիս անցկացնելու որովայնի խոռոչի օրգանների համարժեք ստուգում: Ըստ ենթադրվող ախտահարման, ընտրվում է կտրվածքը (վերին-միջային, միջին-միջային, ստորին-միջային): Մահմանափակ պրոցեսի առկայության դեպքում միայն աջ կամ միայն ձախ կեսում կարելի է կատարել համապատասխան (աջ կամ ձախ) պարա-, տրանսռեկտալ կտրվածքներ: Վիրահատության ընթացքում լրացուցիչ կտրվածքների անհրաժեշտություն կարող է ծագել:

Հնարավորության դեպքում անհրաժեշտ է արմատապես հեռացնել վարակի աղբյուրը (որդանման ելուն, լեղապարկ): Խոռոչավոր օրգանի թափածակման դեպքում (ստամոքսի և տասներկուամտնյա աղիքի խոց) հաճախ կատարում են թափածակման անցքի կարում՝ առավել ևս այն ժամանակ, երբ թափածակման պահից անցել է ավելի քան 6 ժամ, և առկա են տարածուն թարախային պերիտոնիտի նշաններ:

Ստամոքսի կամ աղիքների չարորակ ուռուցքի, կամ դիվերտիկուլի թափածակման դեպքում օրգանի դեֆեկտի կարումը հնարավոր չէ: Ցուցված է ախտահարված օրգանի մասնահատում առողջ հյուսվածքների սահմաններում կամ, եթե դրա կատարումը տեխնիկապես հնարավոր չէ, ձևավորվում է բեռնաթափող էնտերո- կամ կոլոստոմա թափածակումից վեր:

Հետվիրահատական պերիտոնիտի դեպքում նախապես դրված անաստոմոզի կարերի անբավարարությունից հետո չի հաջողվում կարել դեֆեկտը շրջակա հյուսվածքների արտահայտված բորբոքային-ինֆիլտրատիվ փոփոխությունների պատճառով: Հարկ է լինում դեֆեկտի մեջ անցկացնել երկուսանցքանի դրենաժային խողովակ՝ ապահովելու աղիքային պարունակության ասպիրացիան, տվյալ հատվածը տամպոնավորել վարակային օջախի սահմանափակման համար, կամ էլ ձևավորվում է էնտերո- կամ կոլոստոմա: Աղիքների դեկոմպրեսիան իրականացնում են դեպի բարակ աղիքներ բերանից կամ քթից անցկացվող երկար երկուսանցքանի բազմաթիվ անցքեր ունեցող զոնդով

(նագոինտեստինալ գոնդ) և մի այլ գոնդով ուղիղ աղիքից՝ աղիքների լուսանցքում գտնվող հեղուկների և գազերի հեռացման համար: Աղիքների լվացումները և նրանցից ասպիրացիան իրականացնում են մի քանի օրվա ընթացքում (3-5 օր մինչև աղիքների բնականոն գալարակծկանքի վերականգնումը և հիվանդների ընդհանուր վիճակի լավացումը): Աղիքների դեկոմպրեսիան ավարտելուց հետո բարակ աղիքի միջընդերքի մեջ ներարկվում է 100-120 մլ 0,25-0,5 %-անոց նովոկաինի լուծույթ՝ հետվիրահատական շրջանում ցավազրկման և աղիքների պարեզի կանխարգելման համար: Ապա հեռացնում են փուխր ֆիբրինային փառերը, արյան մակարդուկները, ստամոքսային կամ աղիքային պարունակությունը, կատարվում է որովայնի խոռոչի մանրազնին սանացիա և դրենավորում: Տարածված թարախային պերիտոնիտի դեպքում որովայնի խոռոչը պետք է դրենավորել 4-5 դրենաժներով: Դրենաժները տեղակայվում են աջ և ձախ ենթաստոծանիական տարածություններում, ենթայարդային շրջանում, աջ և ձախ կողմնային ակոսներում, կոնքի խոռոչում: Բոլոր դրենաժները դուրս են հանվում որովայնի առաջային պատից առանձին կտրվածքներով (նկ.1.120):



Նկ. 1.120. Որովայնի խոռոչի դրենավորում պերիտոնիտի դեպքում

Որովայնի խոռոչում կարելի է թողնել նաև համապատասխան սխեմայով միկրոփրիզատորներ՝ ռեզիոնար հակաբակտերիային բուժման, ինչպես նաև «պերիտոնեալ լաված» կամ «պերիտոնեալ դիալիզ» կազմակերպելու համար, որի նպատակը հետվիրահատական շրջանում որովայնի խոռոչի հետագա մաքրումն է վարակային գործոններից (էքսուդատ, թարախ, ֆիբրինային փառեր): Վիրահատությունից հետո առաջին ժամերին վերին դրենաժներով սկսում են ներմուծել հատուկ դիալիզային հեղուկներ, որոնք իզոտոնիկ են արյան նկատմամբ, պարունակում են կալիումի, նատրիումի, քլորի, կալցիումի իոններ: Պերիտոնեալ դիալիզի արդյունավետությունը բարձրանում է, երբ դիալիզացնող լուծույթին ավելացվում են լայն սպեկտրի ներգործության հակաբիոտիկներ: Դիալիզատի հետևոսքը որովայնի խոռոչից իրականացվում է ստորին դրենաժներով, որը պետք է համարժեք լինի ներմուծված հեղուկներին: Պերիտոնեալ դիալիզի անցկացման այսպիսի եղանակը կոչվում է *հոսքային*: Այս դեպքում մեկ օրվա ընթացքում որովայնի խոռոչ է ներմուծվում 6-8 լ հեղուկ: Իր արդյունավետությամբ բավական զիջում է դիալիզի *ֆրակցիոն* մեթոդը, երբ որովայնի խոռոչ է ներմուծվում 2-3 լ հեղուկ: Օրվա ընթացքում դրենաժները ժամանակավոր փակում են 30-50 րոպե, իսկ այնուհետև դիալիզային հեղուկը և էքսուդատը ենթարկում են ասպիրացիայի:

Պերիտոնեալ դիալիզի տևողությունը 2-3 օր է: Այդ ժամանակահատվածում հաջողվում է լավ մաքրել որովայնի խոռոչը վարակված նյութերից: Բացի դրանից, այդ ընթացքում որովայնի խոռոչում գոյանում են փուխր կպումներ և աճակցումներ, որոնք խանգարում են որովայնամզի մեծ մակերեսի ոռոգմանը: Այդ իսկ պատճառով պերիտոնեալ դիալիզի հետագա անցկացումն անիմաստ է:

Թարախային պերիտոնիտով կրկնակի և ավելի վիրահատությունների ժամանակ կիրառվում է լապարաստոմայի մեթոդը: Դրա էությունն այն է, որ վիրահատության ժամանակ որովայնը չի կարվում, մնում է բաց: Այն հնարավորություն է տալիս որովայնի խոռոչից էքսուդատի ազատ հեռացմանը, անտիսեպտիկների հեշտ

ներմուծմանը, ինչպես նաև նպաստում է ներդրվայնային ճնշման չբարձրանալուն: Բացի դրանից, հեշտացնում է պլանային սանացիոն ռելապարատմիայի կատարումը:

Վերքի թարախակալումից խուսափելու նպատակով ենթամաշկային ճարպաբջջանքում վիրահատությունից հետո թողնվում է բարակ դրենաժ՝ բազմաթիվ անցքերով՝ վերքային պարունակության արտածման, վերքի լվացման, հակաբիոտիկների և հականեխիչների կիրառման համար:

Հակաբակտերիային բաժում: Պերիտոնիտի բուժման գործում վիրահատական միջամտության հետ միասին կարևոր նշանակություն ունեն հակաբիոտիկները: Առավել սուր է դրվում դրանց արդյունավետ կիրառման հարցը: Հակաբակտերիային բուժման արդյունավետությունը պայմանավորված որոշակի սկզբունքներով՝

1. հարուցիչը պետք է զգայուն լինի դեղամիջոցի նկատմամբ,

2. վարակի օջախում պետք է ստեղծել դեղամիջոցի առավելագույն մանրէասպան կոնցենտրացիա,

3. առավելագույն բուժական արդյունավետության պայմաններում հակաբիոտիկը պետք ունենա նվազագույն կողմնակի ազդեցություն:

Հիվանդության սկզբում նշանակում են լայն ազդեցության հակաբիոտիկներ (ցեֆալոսպորիններ, կիսասինթետիկ պենիցիլիններ, ամինոպիկոլիններ):

Հակաբիոտիկների արդյունավետ համակցումը նպաստում է հակաբակտերիային միջոցների կողմնակի ազդեցությունների զարգացման կանխարգելմանը, քանի որ համակցման շնորհիվ առավել փոքր դեղաչափերով կարելի է հասնել բուժական արդյունքի: Դեղամիջոցների դեղաչափն ընտրվում է՝ հաշվի առնելով հիվանդի երիկամների և լյարդի ֆունկցիոնալ վիճակը:

Պայքարն աղիքների պարալիտիկ անանցանելիության դեմ սկսում են հենց վիրահատական սեղանին (աղիքների դեկոմպրեսիա, նովոկաինի ներարկում բարակ աղիքների միջընդերքի արմատի մեջ): Վիրահատությունից հետո յուրաքանչյուր 2-3 ժամը մեկ արտածում են

ստամոքսի պարունակությունը, իսկ եթե դրա քանակությունը բավական շատ է (ավելի քան 1լ), ապա քթից դեպի ստամոքս է անցկացվում բարակ զոնդ՝ ստամոքսադիքային ուղու վերին հատվածների մշտական դեկոմպրեսիայի համար: Բացի այդ, կատարում են աղիքների մոտորիկայի խթանում:

Պերիտոնիտի ընթացքի երկրորդ և երրորդ փուլերում առավել արտահայտվում են հոմեոստազի խանգարման ախտանիշերը՝ ջրաէլեկտրոլիտային, թթվահիմնային, սպիտակուցային փոխանակության դեկոմպենսացիայի երևույթներով: Հետևաբար, օրգանիզմի թունազերծման և օջախի վրա ներգործության նպատակով պետք է կիրառել մեթոդների գույակցում:

Այդ խնդիրների լուծմանը նպաստում է արմատական վիրահատությունը՝ որովայնի խոռոչի մանրագնին սանացիայով: Անհրաժեշտության դեպքում կատարում են որովայնի խոռոչի կրկնակի ստուգում և սանացիա, որոնք ունեն արտահայտված թունազերծող ազդեցություն: Կատարում են նաև ինտենսիվ ինֆուզիոն-տրանսֆուզիոն թերապիա: Վիրահատությունից հետո առաջին օրերին հիվանդին տրվում է պարէնտերալ սնուցում: Այդ դեպքում ներերակային ներմուծվող հեղուկի քանակությունը պետք է լինի ոչ պակաս, քան 4-5 և կարող է ավելացվել՝ հաշվի առնելով ջրի և էլեկտրոլիտների կորուստը փսխման, աղիքային պարունակության ասպիրացիայի, քրտինքի միջոցով: Դիսէլեկտրոլիտեմիայի պատճառով ցուցված է պոլիոն աղային լուծույթների ներարկումը: Ինֆուզիոն թերապիան անցկացնում են դիուրետիկ, արյան էլեկտրոլիտների կոնցենտրացիայի որոշման, թթվահիմնային հաշվեկշռի, շրջանառող արյան ծախսի հսկման պայմաններում: Առավել ուշ փուլերում, երբ վերականգնվում է աղիքների գործունեությունը, ձեռնամուխ են լինում նաև էնտերալ սնուցմանը: Պայքարը տարածված ներանոթային մակարդման դեմ (SUS) իրականացնում են՝ կիրառելով դեղամիջոցներ, որոնք կանոնավորում են արյան ռեոլոգիական հատկությունները (ցածրամոլեկուլային դեքստրաններ), դեզագրեզանտներ՝ հեպարին:

Այսպիսով, պերիտոնիտի բուժումը ոչ միայն վիրաբուժական, այլ նաև ինտենսիվ թերապիայի խնդիր է, չնայած, իհարկե, պերիտոնիտի բուժման հիմնական նպատակը վարակի աղբյուրի՝ վիրահատական ճանապարհով հեռացումն է:

Պերիտոնիտի դեպքում կանխագուշակումը պայմանավորված է հիմնական հիվանդության բնույթով, որն առաջացրել է պերիտոնիտ: Հաշվի են առնում նաև ժամանակին կատարված վիրահատական միջամտությունը, ինտենսիվ բուժման համարժեք անցկացումը, օրգանիզմի վիճակը: Տարածուն թարախային պերիտոնիտի դեպքում մահացության միջին ցուցանիշը 10-25% է, իսկ վարակային շոկի դեպքում՝ 80-90%:

Թեմատիկ թեստերի օրինակներ

1. Ապենդիկուլյար ինֆիլտրատը բուժելիս չեն կիրառում՝

ա) ֆիզիոթերապևտիկ բուժումներ

բ) հակաբիոտիկներ

գ) ստացիոնար բուժում

դ) նարկոտիկ միջոցներ

ե) սննդակարգ

2. Որովայնի ճողվածքների առաջացման նախատրամադրող գործոն են բուլոբը, բացի՝

ա) որովայնապատի անատոմիական առանձնահատկությունները

բ) մեծ տարիքը

գ) հարաճուն նիհարումը

դ) երիկամների հիվանդությունները

ե) ծանր ֆիզիկական աշխատանքը

3. Աճուկային ուղիղ ճողվածքը զարգանում է հետևյալ գործոնների ազդեցությամբ՝

1. աճուկային խողովակի առաջային պատի թուլություն, 2. աճուկային խողովակի հետին պատի թուլություն, 3. աճուկային խողովակի ներքին բացվածքի լայնացում, 4. աճուկային խողովակի արտաքին բացվածքի լայնացում, 5. ազդրի լայնական փակեղի թուլություն

ա) 1.3

բ) 2.4

գ) 4.5

դ) 1.2

4. Նշված վիրահատական եղանակներից ո՞րը չի օգտագործվում աճուկային ճողվածքների բուժման ժամանակ,

ա) Ժիրար-Սպասոկուկոցկի-Կիմբարովսկու եղանակը

բ) Բասինի եղանակը

գ) Մեյո-Սապեժկոյի եղանակը

դ) Լիխտենշտեյնի եղանակը

ե) Մակ-Վեի եղանակը

5. Վիրտունգյան ծորանը՝

ա) ենթաստամոքսային գեղձի գլխավոր ծորանն է

բ) ենթաստամոքսային գեղձի լրացուցիչ ծորանն է

գ) ընդհանուր լեղային ծորանն է

դ) ընդհանուր լյարդային ծորանն է

6. Ենթաստամոքսային գեղձի խուղակները լինում են՝

1. արտաքին և ներքին, 2. երկար և կարճ, 3. մասնակի և լրիվ, 4. ուղիղ և թեք

ա) 1.2.3

բ) 2.3.4

գ) 1.3

դ) 1.4

7. Մեխանիկական դեղնուկի առաջացման պատճառ չէ՝

ա) խոլեդոխոլիթիազը

բ) սալենոմեզալիան

գ) ֆատերյան պտկիկի ուռուցքը

դ) ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի ուռուցքը

ե) խոլեդոխի սպիակ կան փոփոխությունները

8. Հետխոլեցիստեկտոմիկ համախտանիշ, խոլեդոխոլիթիազ, մեխանիկական դեղնուկ ախտորոշմամբ հիվանդի բուժման եղանակն է՝

ա) դեղորայքային բուժում

բ) ՀԽՊԳ, ԷՊՍՏ, անհնարի նության դեպքում՝ բաց վիրահատություն

գ) բաց վիրահատություն

դ) ամբուլատոր պայմաններում դինամիկ հսկողություն

9. Խոցագոյացման սկիզբը հետևանք է՝

ա) ջրածնի իոնների հետներծծման

բ) անտրումի թթվաչեզոքացման ֆունկցիայի անբավարարության

գ) 12-մատնյա աղիքի թթվաչեզոքացման ֆունկցիայի անբավարարության

դ) ազրեսիայի և պաշտպանական գործոնների դիսբալանսի

ե) ենթաստամոքսագեղձի արտազատիչ ֆունկցիայի ախտահարման

10. 12-մատնյա աղիքի խոցի հազվադեպ բարդություն է՝

ա) թափածակումը

բ) չարորակացումը

գ) արյունահոսությունը

դ) պենետրացումը

ե) սպիակակալ ձևախախտումը

11. Թափածակված գաստրոդուոդենալ խոցերին բնորոշ է՝

ա) հանկարծակի սկսվող կտրուկ ցավեր էպիգաստրալ շրջանում

բ) ցավային համախտանիշի աստիճանաբար զարգացում

գ) կծկանքանման հանկարծակի ցավեր

դ) առատ բազմակի փսխում

ե) լուծը և գլխապտույտը

12. Ինվազիանցիան համարվում է՝

ա) կպումային անանցանելիություն

բ) պարալիտիկ անանցանելիություն

գ) օբտուրացիոն անանցանելիություն

դ) ստրանգուլյացիոն անանցանելիություն

ե) խառը անանցանելիություն

13. Լյարդի առաջնային քաղցկեղի բուժման առավել արդյունավետ մեթոդ է՝

ա) վիրահատական բուժումը

բ) սիստեմային քիմիաթերապիան

գ) ռեզեկտիվ քիմիաթերապիան

դ) ճառագայթային բուժումը

14. Լարեյի տարածությունը գտնվում է՝

- ա) ստոծանու կողային ու կրծոսկրային բաժինների միջև՝ ձախից**
- բ) կողային ու ողնաշարային բաժինների միջև
- գ) կողային ու ողնաշարային բաժինների միջև միայն ձախից
- դ) ստոծանու կողային ու կրծոսկրային բաժինների միջև՝ աջից

15. Հասուն փայծաղը կշռում է՝

- ա) 100-150 գ**
- բ) 200-400 գ
- գ) 50-100 գ
- դ) 1000-1500 գ

16. Փայծաղը բնականոնում տեղակայված է՝

- ա) աջ թուլակողում
- բ) ձախ թուլակողում**
- գ) հետորովայնամզային տարածությունում
- դ) էպիգաստրալ շրջանում

17. Ենթաստոծանիական թարախակույտին քիչ է համապատասխանում՝

- ա) ցավեր աջ թուլակողում՝ պայմանավորված շնչառությամբ
- բ) ներքևի կողերին սեղմելիս՝ ցավոտություն
- գ) հեկտիկ ջերմություն
- դ) Կլոյբերի գավաթիկներ**
- ե) լյարդային բթության սահմանների մեծացում

18. Որովայնամզի վրա ֆիբրինային փառեր չեն լինում պերիտոնիտի հետևյալ ձևի դեպքում՝

- ա) շճային**
- բ) ֆիբրինոզ
- գ) թարախային
- դ) նեխային
- ե) կղանքային

ԳԼՈՒԽ II
ԱՆՈՒԹԱՅԻՆ ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ

**ԹԵՄԱ 1. ԱՆՈՒԹԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ
ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ: ՎԱՐԻԿՈԶ
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ**

Զարկերակային ախտաբանությամբ հիվանդների հետազոտման մեթոդները: Անոթային ախտաբանությամբ հիվանդների ճիշտ ախտորոշմանը օգնում է գանգատների, վերհուշության և օբեկտիվ ֆիզիկական հետազոտությունների արդյունքների համադրումը: Ֆունկցիոնալ փորձերով որոշում են մարմնի հետազոտվող հատվածի արյան շրջանառության անբավարարության աստիճանը՝ անկախ հիվանդության բնույթից և պատճառից, որը հանգեցրել է արյան շրջանառության խանգարման: Գործիքային հետազոտություններով ճշտում են ախտահարման տեղակայումը և բնույթը, զարկերակներում արյան հոսքի խանգարման աստիճանը և արյան շրջանառության կոմպենսատոր հնարավորությունները: Դրանք կարևոր նշանակություն ունեն վիրաբուժական միջանտության պլանավորման և հետագա հսկողության համար:

Գանգատները և անամնեզը մեծ նշանակություն ունեն անոթային ախտահարումն ախտորոշելու համար: Դրանք փոխվում են՝ պայմանավորված նրանով, թե որ օրգանում է տեղի ունեցել արյան շրջանառության խանգարում, օրինակ՝ ԿՆՀ-ի արյան շրջանառության խանգարման ժամանակ կգերակշռի նյարդաբանական համախտանիշը և այլն:

Պալպացիայով որոշում են զարկերակների անոթազարկը, որը կլինիկական մեծ նշանակություն ունի զարկերակային արյունամատակարարումը գնահատելու համար: Որոշում են անոթազարկի լեցունությունն ու լարվածությունը գլխի և պարանոցի սիմետրիկ հատվածներում, ստորին վերջույթներում: Որովայնի

շոշափման ժամանակ որոշում են որովայնային աորտայի անոթազարկը: Անոթազարկը որոշվում է հետևյալ տեղերում՝ քունքային զարկերակ՝ ականջախեցու այծիկից առաջ, ընդհանուր քնային զարկերակի բիֆուրկացիա՝ ստորին ծնոտի անկյունից հետ, բազկային զարկերակ՝ երկգլխանի մկանի ներսային եզրում, ծնկային զարկերակ՝ ծնկափոսի խորքում, երբ հիվանդը գտնվում է փորի վրա պառկած դիրքում և սրունքը ծավված է ծնկահոդում՝ 120° անկյան տակ, ազդրային զարկերակ՝ աճուկային կապանից ներքև, կապանի միջին հատվածից 1,5-2 սմ ներս, որովայնային աորտա՝ որովայնի միջին գծով պորտի մակարդակից վեր:

Անոթների աուսկուլտացիան հիվանդների հետազոտության պարտադիր մեթոդ է: Նորմայում մագիստրալ զարկերակների վրա լսվում է պուլսային ալիքի ձայնը, իսկ զարկերակների անևրիզմատիկ լայնացման կամ ստենոզի ժամանակ լսվում է սիստոլիկ աղմուկ: Աուսկուլտացիան կատարում են քնային կամ ենթասնրակային զարկերակների, բրախիոցեֆալ ցողունի, գտային զարկերակների, վերել կամ որովայնային աորտայի, միջընդերային զարկերակի, երիկամային և ազդրային զարկերակների վրա: Իսկ ձախ ենթասնրակային զարկերակը լսում են կրծոսկրաանրակա-պտկաձևային մկանի հետին եզրի մոտ, որտեղ այն ամրանում է անրակին: Աջից այդ նույն կետում լսվում է բրախիոցեֆալ ցողունը: Ողնաշարային զարկերակների աղմուկը լսվում է անրակի միջին հատվածից 2 սմ պրոքսիմալ, վերել աորտայինը՝ կրծոսկրից աջ՝ երկրորդ միջկողային տարածությունում: Թրաձև ելունի տակ՝ որովայնի միջին գծով, լսում են աղմուկ միջընդերային զարկերակի ցողունի ստենոզի ժամանակ: Թրաձև ելունի և պորտի միջև եղած տարածության միջին հատվածում պարառեկտալ գծով աջ և ձախ կողմերում լսում են երիկամային զարկերակների աղմուկը: Որովայնի միջին գծով պորտի մակարդակին լսվում է որովայնային աորտայի աղմուկը: Ջստային զարկերակի աղմուկը լսում են որովայնային աորտայից դեպի աճուկային կապանի միջին և ներսային երրորդականի սահմանով անցնող գծի վրա: Ազդրային և ընդհանուր քնային զարկերակների աղմուկը լսում են այն կետերում, որտեղ որոշվում է

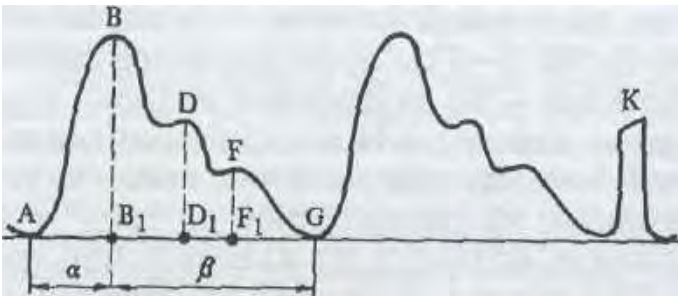
դրանց անոթագարկը:

Ձարկերակային ճնշումը նպատակահարմար է որոշել չորս վերջույթներում: Ստորին վերջույթների ճնշումը որոշելու համար, փորի վրա պառկած հիվանդի ազդրի վրա մանոմետրի մանժետը տեղադրում են, իսկ անոթագարկը լսում են ծնկափոսային զարկերակի լսման տեղում: Բնականոնում ստորին վերջույթների ճնշումը հավասար է վերին վերջույթների ճնշմանը կամ 20 մմ ս.ս.-ով բարձր է: Ստորին վերջույթների միջև ճնշման 30 մմ ս.ս. տարբերությունը վկայում է զարկերակային անցանելիության խանգարման մասին: Վերին վերջույթների սիստոլիկ ճնշման բարձրացումը և ստորին վերջույթների ճնշման իջեցումը կամ բացակայությունը բնորոշ են աորտայի կտրկտացիային:

Գործիքային ախտորոշում

Ռեոգրաֆիա: Ամենահասանելի և հասարակ հետազոտման մեթոդն է: Այն հիմնված է հյուսվածքների էլեկտրական դիմադրողականության տատանման գրանցման վրա, որը փոփոխվում է՝ պայմանավորված վերջույթի արյունալցմամբ (նկ.2.1):

Ռեոգրաֆիկ կորը բնականոնում բնորոշվում է պուլսացիոն ալիքի կտրուկ և արագ բարձրացմամբ (AB), հստակ զագաթով (B) և վայրէջ հասվածում երկու լրացուցիչ ատամիկներով (DF): Այս հետազոտման միջոցով կարելի է որոշել պուլսային ալիքի տարածումը, հետազոտվող հատվածի արյունալցման առավելագույն արագությունը և մի շարք այլ ցուցանիշեր, որոնց մեջ առավել տեղեկատվական է ռեոգրաֆիկ ինդեքսի (ցուցիչի) մեծությունը (K):



Նկ. 2.1. Ռեոգրաֆիա (նորմա)

Ուլտրաձայնային դոպլերոգրաֆիան տեղեկատվություն է տալիս արյունամատակարարման ֆիզիոլոգիայի մասին: Ուլտրաձայնային դոպլերոգրաֆիայով ուսումնասիրում են շարժվող ստրուկտուրաները (արյան հոսքը), կատարում արյունամատակարարման գրաֆիկի հաշվառում, տալիս են նրա տվյալների որակական և քանակական գնահատականը, չափում են ռեգիոնալ զարկերակային ճնշումը:

Ուլտրաձայնային դոպլերոգրաֆիան հնարավորություն է տալիս իրական ժամանակում ինֆորմացիա ստանալ անոթների անատոմիայի վերաբերյալ: Այսպիսով՝ կարող ենք տեղեկություն ստանալ ոչ միայն անոթի լուսանցքի, այլ նաև նրա պատի վիճակի մասին, ինչպես նաև շրջակա հյուսվածքների և դրանցում կատարվող մորֆոլոգիական փոփոխությունների մասին, որոշել արյունամատակարարման խանգարման պատճառները:

Ուլտրաձայնային ախտորոշիչ միջոցների հետագա կատարելագործման շնորհիվ ի հայտ եկավ դոպլեքս սքանավորման (ԴՍ) մեթոդը, որի միջոցով հնարավոր է հետազոտել անոթների անատոմիական և ֆունկցիոնալ վիճակը: ԴՍ-ի միջոցով հնարավոր եղավ միաժամանակ պատկերել ուսումնասիրվող անոթը, և ստանալ արյան հոսքի չափորոշիչների ֆիզիոլոգիական տեղեկությունը:

Վերջին տարիներին ԴՍ-ի հնարավորությունները մեծացել են՝ շնորհիվ դոպլեր էֆեկտի տեխնոլոգիայի: Դա արյան հոսքի գունավոր էխո-դոպլերյան արտացոլումն է կամ գունավոր դոպլերյան պատկերահանումը (ԳԴՊ):

Համակարգչային շերտագրության (ՀՇ) միջոցով ստանում են մարդու մարմնի հորիզոնական շերտային պատկերը, որը նրա շուրջ ռենտգենյան խողովակի պտտման արդյունք է: Այն հնարավորություն է տալիս տեսնելու աորտայի և նրա ճյուղերի լայնական կտրվածքները, դրանց պատերի վիճակը, փոխհարաբերությունը շրջակա հյուսվածքների հետ: Անոթների ՀՇ-անգիոգրաֆիկ հետազոտման համար օգտագործում են

պարուրածն կամ էլեկտրոնաճառագայթային համակարգչային շերտագիր, որով կատարում են մեծ քանակի «կտրվածքներ» նվազագույն ժամանակահատվածում:

Անոթների մագնիսառեզոնանսային շերտագրությամբ (ՄՌՇ) անոթները հետազոտում են առանց կոնտրաստային նյութ ներմուծելու: ՄՌՇ-ի տեխնիկայի զարգացմանը նպաստեցին դիտարկումները, որոնք ցույց տվեցին, որ շարժվող հոսքը որոշակի պայմաններում կարող է հանգեցնել ՄՌ ազդանշանի փոփոխության: Դրա շնորհիվ մշակվեցին ծրագրեր, որոնցով նախատեսված է ուսումնասիրել անոթների կազմությունը՝ ուղղորդված ուժեղացնելով արյան հոսքի ազդանշանը, միաժամանակ թուլացնելով անշարժ հյուսվածքից եկած ազդանշանը:

Ռենտգենկոնտրաստային անգիոգրաֆիան ռենտգեն հետազոտություն է կոնտրաստային նյութով, որը ներմուծվում է անոթի լուսանցք:

Ըստ ներմուծման լինում են՝

1. Պունկցիոն անգիոգրաֆիա, որի ժամանակ կոնտրաստային նյութը ներմուծում են ծայրամասային զարկերակներից (ազդրային, բազկային) մեկի մեջ, որի ժամանակ կատարվում է պունկցիա մաշկի միջով:

2. Աորտաարտերիոգրաֆիա ըստ Սելդինգերի, որի ժամանակ դեպի աորտայի այս կամ այն հատված ծայրամասային զարկերակներից (ազդրային, բազկային) մեկի միջոցով հետընթաց ուղղությամբ անց է կացվում հատուկ ռենտգենկոնտրաստային կաթետեր, որը տեղադրվում է հետազոտվող զարկերակի մեջ, և ներմուծելով կոնտրաստային նյութ՝ կատարում են մի քանի նկարահանում:

3. Տրանսլյումբալ աորտագրաֆիա, որի ժամանակ կատարում են աորտայի պունկցիա հատուկ ասեղով կրծքային XII կամ գոտկային I ողերի մակարդակին:

Աորտաարտերիոգրաֆիան ըստ Սելդինգերի կոնտրաստավորման նախընտրելի մեթոդ է:

Երակային ախտաբանությամբ հիվանդների հետազոտման մեթոդները: Հիվանդի գանգատները և անամները մեծ մասամբ

բացահայտում են հիվանդության բնույթը: Իմանալով հիվանդության ախտանիշերը՝ օբեկտիվ գննման միջոցով կարելի է տարբերակել հաճախ հանդիպող երակների վարիկոզ լայնացումը հետթրոմբոֆլեբիտիկ համախտանիշից և այլ բնույթի սնուցախանգարումներից: Խորանիստ երակների թրոմբոֆլեբիտը հեշտ է տարբերակել մակերեսային երակների ախտահարումից վերջույթի արտաքին տեսքով: Ֆունկցիոնալ փորձերի միջոցով, որոնք ներկայումս կիրառվում են արդի ֆլեբոլոգիայում, կարելի է մեծ հավաստիությամբ դատել երակների անցանելիության և դրանց փականային ապարատի մասին:

Գործիքային հետազոտություններն անհրաժեշտ են ախտորոշումը ճշտելու և բուժման մեթոդի ընտրության համար: Երակների և զարկերակների ախտահարումների ախտորոշման համար օգտագործում են նույն գործիքային հետազոտությունները:

Ուլտրաձայնային դոպլերոգրաֆիան (ՈՒՁԴԳ) հնարավորություն է տալիս գրանցելու արյան հոսքը երակներում և դրա փոփոխությամբ դատելու փականային ապարատի վիճակի և անցանելիության մասին: Նորմայում արյան հոսքը երակներում փուլային բնույթ ունի և համահունչ է շնչառությանը՝ թուլանում կամ անհետանում է ներշնչման ժամանակ, ուժեղանում է արտաշնչման ժամանակ: Ազդրային երակի փականների հետազոտման համար օգտագործում են Վալսալվի փորձը: Դրա ժամանակ առաջարկում են հիվանդին կատարել խոր ներշնչում և առանց արտաշնչելու առավելագույն ուժով ձգել որովայնի մկանները: Բնականոնում փականները փակվում են, և արյան հոսք չի գրանցվում, իսկ արյան հետհոսքը բացակայում է:

Դուպլեքս սքանավորումը հնարավորություն է տալիս դատել խորանիստ և մակերեսային երակների փոփոխության, ստորին սիներակի և գտային երակների վիճակի մասին, գնահատելու երակների պատերի, փականների և լուսանցքի տեսանելի փոփոխությունները, հայտնաբերելու թրոմբոտիկ զանգվածները: Նորմայում երակները հեշտ սեղմվում են, ունեն բարակ պատեր, իսկ լուսանցքից ստացվում է միատարր էխոնեգատիվ ազդանշան, երևում է հավասարաչափ

ներկվածություն գունավոր նկարահանման ժամանակ: Ֆունկցիոնալ փորձերի կատարման ժամանակ փականները հերմետիկ փակվում են, արյան հետհոսք չի գրանցվում:

Ունետգենակոնտրաստային ֆլեբոգրաֆիան հետազոտման «ոսկե ստանդարտ» է խորանիստ երակների թրոմբոզի ժամանակ: Դրանով որոշում են խորանիստ երակների անցանելիությունը, երբ երակների լուսանցքում կոնտրաստ նյութի լցման դեֆեկտի միջոցով հայտնաբերվում է թրոմբը, ինչպես նաև գնահատում են խորանիստ երակների փականների և պերֆորանտ երակների վիճակը:

Վերընթաց դիստալ ֆլեբոգրաֆիայի ժամանակ կոնտրաստային նյութը ներմուծում են ոտնաթաթի երակներից: Խորանիստ երակների կոնտրաստավորման համար սրունքի ս/3-ականին դրվում է ժգուտ՝ մակերեսային երակները ճնշելու համար: Հետազոտությունը նպատակահարմար է կատարել հիվանդի ուղղահայաց դիրքում՝ օգտագործելով ֆունկցիոնալ փորձերը (ֆունկցիոնալ-դինամիկ ֆլեբոգրաֆիա): Առաջին նկարը կատարում են ներարկումը ավարտելուց անմիջապես հետո (հանգստի փուլ), երկրորդը՝ սրունքի մկանների լարման ժամանակ, երբ հիվանդը բարձրանում է ոտնաթաթի մատների վրա (մկանային լարվածության փուլ), այնուհետև 10-12 անգամ ոտնաթաթի մատների վրա բարձրանալուց հետո կատարում են երրորդ նկարը (թուլացման փուլ):

Բնականոնում առաջին երկու փուլում կոնտրաստային նյութը լցվում է սրունքի խորանիստ և ազդրային երակների մեջ: Նկարում երևում են նշված երակների հարթ և ճիշտ ուրվագծերը, դրանց փականային ապարատի լավ համադրումը: Երրորդ փուլում երակները դատարկվում են կոնտրաստ նյութից: Ֆլեբոգրամմայի վրա լավ երևում է գլխավոր երակների ախտաբանական օջախի տեղակայումը և փականների վիճակը:

Կոնքային ֆլեբոգրաֆիայի ժամանակ կոնտրաստային նյութը ներմուծում են անմիջապես ազդրային երակի մեջ պունկցիայի միջոցով կամ կատարում են կաթետերիզացիա ըստ Սելդինգերի: Դրանով որոշում

են գստային, կոնքային երակների և ստորին սիներակի անցանելիությունը:

Այլընտրանքային ավանդական ֆլեբոգրաֆիայի միջոց կարող է ծառայել նաև մագնիսառեզոնանսային ֆլեբոգրաֆիան: Այս թանկարժեք մեթոդը նպատակահարմար է օգտագործել սուր երակային թրոմբոզների ժամանակ՝ ճշտելու թրոմբի գազաթի տեղակայման վայրը: Հետազոտությունը չի պահանջում կոնտրաստ նյութի օգտագործում, բացի այդ հնարավորություն է տալիս ուսումնասիրելու երակային համակարգը տարբեր հատվածներում և գնահատելու հարերակային հյուսվածքների վիճակը: Մագնիսառեզոնանսային ֆլեբոգրաֆիան ապահովում է կոնքային երակների և կոլատերալների լավ տեսանելիությունը: Ստորին վերջույթների երակների ախտահարումը ախտորոշելու համար կարելի է կատարել նաև համակարգչային-տոմոգրաֆիկ ֆլեբոգրաֆիա:

Ստորին վերջույթների վարիկոզ հիվանդություն: Ստորին վերջույթների երակների վարիկոզ լայնացումը մի հիվանդություն է, որն արտաքննապես արտահայտված է երակների ձգմամբ և ողկույզանման դեֆորմացիայով, դրանց լուսանցքի մեծացմամբ: Պրոցեսն ունի հարաձուն բնույթ և պայմանավորված ձևով ու տեղակայմամբ՝ կարող է հանգեցնել արյան շրջանառության տարբեր խանգարումների՝ ինչպես տեղային, այնպես էլ համակարգային բնույթի:

Երակների վարիկոզ լայնացման տարածվածությունը չափազանց մեծ է: Ըստ որոշ տվյալների՝ այս հիվանդությամբ տառապում է մեծահասակ բնակչության մինչև 20%-ը: Ժամանակին Ռ. Լինտոնը գրել է. «Երակային պաթոլոգիայով մարդկությունը վճարում է ուղղահայաց դիրքում գտնվելու առավելության համար»:

Համաճարակաբանական ուսումնասիրությունները (երբեմն բավական հակասական) հայտնաբերել են մի շարք գործոններ, որոնք կարելի է համարել անվիճելի: Առաջին տեղը գրավում է հիվանդության աշխարհագրությունը: Վարիկոզ հիվանդությունն առավելապես տարածված է Արևմտյան Եվրոպայում, Հյուսիսային Ամերիկայում,

Միջերկրածովյան երկրներում: Ընդհակառակը, Կենտրոնական Աֆրիկայում, Ճապոնիայում, Չինաստանում հիվանդությունը հայտնաբերվում է համեմատաբար հազվադեպ: Երկրորդը՝ սեռային տաբերությունը, որը հիվանդանոցային վիճակագրության տվյալներով մեծ է (կանայք/տղամարդիկ 7:1), իրականում այդքան շոշափելի չէ (1,6:1): Պատճառն այն է, որ վարիկոզը կոսմետիկ տեսանկյունից քիչ է անհանգստացնում տղամարդկանց, և նրանք դիմում են բժշկի միայն արտահայտված կլինիկական ախտանշանների դեպքում:

Վարիկոզ հիվանդության կախվածությունն այլ պատճառներից, որոնք կարելի է դասել ռիսկի գործոնների խմբին, ըստ հավաստիության նվազման աստիճանի դասավորվում են հետևյալ կերպ՝ գործունեության բնույթ, հղիություն, ճարպակալում, հիվանդություններ, որոնք ուղեկցվում են ներքորվայնային ճնշման հաճախակի բարձրացմամբ, ռասսայական և ազգային պատկանելիություն, սննդակարգ, հենաշարժական ապարատի խանգարումներ:

Երակների վարիկոզ ձևափոխման անմիջական պատճառը հայտնաբերված չէ: Վստահորեն կարելի է խոսել միայն ժառանգական նախատրամադրվածության մասին, այն էլ զուտ համաճարակաբանական, այլ ոչ թե ուղղակի ուսումնասիրությունների հիման վրա:

Վարիկոզ հիվանդության ախտաֆիզիոլոգիան: Ստորին վերջույթների բոլոր մեծ երակների պատերն ունեն միանման եռաշերտ կառուցվածք: Հաշվի չառնելով հյուսվածաբանական բոլոր տարրերը՝ ֆունկցիոնալ առումով կարելի է առանձնացնել երկու հատուկ բաժիններ.

- հենակետային, որոնք կազմված են կոլագենային և ռետիկուլային թելիկներով,
- առաձգակծկողական, որոնց կազմի մեջ մտնում են առաձգական թելիկները և հարթ մկանային բջիջները:

Առաձգական բջիջները հարթ մկանների հետ ապահովում են անոթային տոնուսը: Կոլագենային թելիկները չեն մասնակցում ոչ հիմնական տոնուսի, ոչ էլ անոթաշարժական ռեակցիաների

ձևավորմանը: Երակների պատում հենական կառուցվածքների կազմակերպման առանձնահատկությունն այնպիսին է, որ ապահովելով անոթի բնականոն կոնֆիգուրացիա սովորական պայմաններում և պահպանելով նրա ամբողջականությունը ծայրահեղ ազդեցությունների ժամանակ՝ կոլագենային կմախքը չի խոչընդոտում վազոմոտոր ռեակցիաների իրականացմանը:

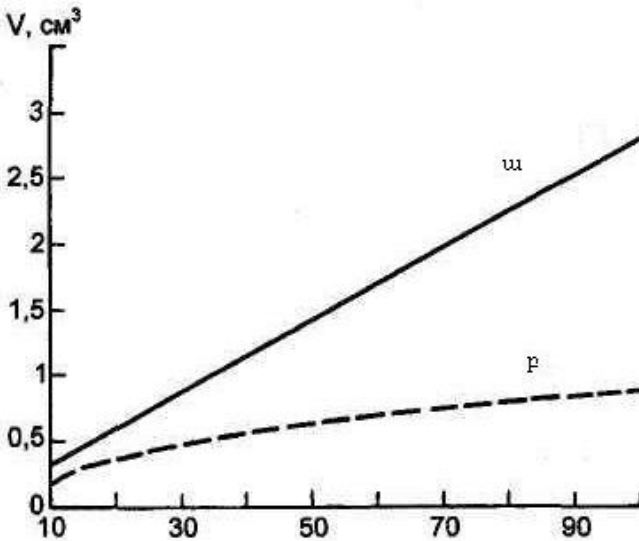
Երակային անոթները դասվում են ցածր ճնշման համակարգերին և, համապատասխանաբար, ունեն լայն լուսանցք, մեծ ծավալ և ցածր դիմադրություն արյան հոսքին: Այս առումով ստորին վերջույթների մակերեսային և խորանիստ երակները տարբերվում են: Նորմալ մակերեսային երակներն ունեն առավել հաստ պատեր, որի շնորհիվ փոխում են իրենց ծավալը ներքին տրամագծի մեծացման հաշվին՝ պահպանելով կլորավուն ձևը շատ մեծ չափերի ժամանակ:

Բարակ պատերով խորանիստ երակները չունեն սեփական ձև, այսինքն՝ տրանսմուրալ ճնշման իջեցման պայմաններում չեն պահպանում լայնական կլորավուն ձևը, այլ սեղմվում, դառնում են էլիպսանման՝ կորցնելով կայունությունը: Սեղմված երակը գլանաձևի վերածելու համար բավարար է ներքին ճնշման ոչ մեծ փոփոխությունը, որն այնուամենայնիվ հանգեցնում է ծավալի մեծ փոփոխության: Մակերեսային և խորանիստ երակների ներքին ծավալի և ճնշման միջև հարաբերությունների ուսումնասիրությունները ցույց տվեցին, որ ճնշման 40 սմ ջրի սյան բարձրացման դեպքում տեղի է ունենում ներքին ծավալի զգալի աճ:

40-70 սմ ջրի սյան ճնշման բարձրացման ժամանակ բնականոն երակային պատի տարրերն ապահովում են ներքին ծավալի միայն ցածր աճ: Վերջապես, 70 սմ ջրի սյան բարձր ճնշման դեպքում լինում է ներքին ծավալի խիստ փոքր աճ: Լայնական հատման վրա երակի պատը ձեռք է բերում շրջանի ձև, և կոլագենային կմախքը դառնում է խիստ կոպիտ:

Վերջինս համապատասխանում է ստորին վերջույթների երակներում առկա ճնշմանը օրթոստազի ժամանակ: Այստեղից հետևում է, որ ճնշման ավելացումը արդեն առկա հիդրոստատիկին, բնականոն

երակներում գործնականորեն չի նպաստում ծավալի մեծացմանը: Սա չափազանց կարևոր է երակային ախտաբանության ծագումը հասկանալու համար: Վարիկոզ հիվանդության ժամանակ ախտաբանական հեմոդինամիկայի հիմք են անոթի պատի հիմնական տարրերի խանգարումները, որոնք վերաբերում են բոլոր երեք թաղանթներին: Նմանատիպ խանգարումները, որոնց մանրամասն մորֆոլոգիական նկարագրությունը մեր խնդրո առարկան չէ, առաջին հերթին հանգեցնում են երակի պատի կենսամեխանիկական հատկությունների կորստին: Վարիկոզ հիվանդության ժամանակ երակի ծավալի աճը գործնականում ուղիղ համեմատական է ճնշմանը (նկ.2.2):



*Նկ. 2.2. Երակի ծավալի աճը ճնշման բարձրացման ժամանակ
ա) բնականոն երակներ բ) մակերեսային երակ վարիկոզ
հիվանդության ժամանակ*

Պատի տոնուսն անհետանում է: Ճնշման բարձրացման պարագայում այն «սահում է» ինչպես բարակ պատերով ռետինե խողովակ: Ճնշման նույնիսկ փոքրիկ աճն առաջացնում է ծավալի զգալի մեծացում, իսկ բնականոն հիդրոստատիկ ճնշումն օրթոստազում արդեն

անընդունելի բարձր է՝ ստորին վերջույթների ախտահարված երակների համար: Հիվանդ պատն ի վիճակի չի լինում դրան դիմանալ: Ժամանակի ընթացքում հենց դա է հանգեցնում բոլորին հայտնի վարիկոզ հիվանդության պատկերին:

Կենսամեխանիկայի տեսանկյունից վարիկոզ հիվանդության էությունն այն է, որ վարիկոզ ֆլեբոսկլերոզով ախտահարված անոթի պատը ի վիճակի չէ դիմանալ նորմալ հիդրոստատիկ ճնշմանը:

Հարկ է նշել, որ պատի կենսամեխանիկական հատկությունների նկարագրական փոփոխությունները հայտնաբերված են ոչ միայն վարիկոզ երակների, այլ նաև խորանիստ երակների հատվածներում՝ առանց վարիկոզ հիվանդության արտաքին նշանների: Վարիկոզ հիվանդության ժամանակ ստորին վերջույթների երակների մանրադիտակային հյուսվածաբանական քննությունը հայտնաբերում է ներքին և միջին թաղանթների այս կամ այն աստիճանի կազմալուծման երևույթներ: Այս դրույթը կարևոր է հասկանալու համար այն ախտանշանները, որոնք պայմանավորված են խորանիստ երակների իզոլացված ախտահարմամբ (օրթոստատիկ կրուրալզիա, այտուցներ, ցնցումներ, ցավ ձկնամկաններում)՝ առանց մակերեսային վարիկոզի ախտանշանների:

Պատի ախտահարման ուղղակի արդյունք է փականների փոփոխությունը որպես ինտիմայի դերիվատներ: Սա վարիկոզ ֆլեբոսկլերոզի երկրորդ հետևանքն է:

Երակի պատի ախտահարումը, որը հետագայում հանգեցնում է փականային անբավարարության, առաջացնում է մկանաերակային պոմպի տարբեր տեսակի ախտահարումներ:

Միայն մակերեսային երակների վարիկոզ լայնացման, մեծ և փոքր ենթամաշկային երակների համակարգերի օստիալ և այլ փականների անբավարարության ժամանակ է տեղի ունենում մակերեսային երակային հունի վերալիցքավորում արյան լրացուցիչ քանակներով (օրթոստատիկ պահեստավորումը կարող է կազմել 1լ և ավելի): Այնուհետև այդ արյունը կոմունիկանտ երակներով անցնում է մկանա-երակային պոմպի ազդեցության գոտի, որը հանգեցնում է վերջինիս

ծանրաբեռնմանը: Արյան ինչ-որ քանակ կազմում է բալաստ, և, անընդհատ շրջանառելով փակ շրջանում, խոչընդոտում է արողյունավետ բեռնաթափմանը մազանոթների մակարդակով:

Մակերեսային երակների վարիկոզ լայնացումը և կոմունիկանտ երակների փականային անբավարարությունը զգալիորեն խանգարում են մկանաանոթային պոմպի աշխատանքին: Հենց այս ձևերի, նաև խորանիստ երակների ախտահարումների ժամանակ են տեղի ունենում արդեն ոչ թե քանակական, այլ որակական փոփոխություններ պոմպի աշխատանքում: Տեղի է ունենում երակային արյան հետհոսք (ռեֆլյուքս) խորանիստ համակարգից դեպի մակերեսային համակարգ և հյուսվածքներ: Այս դեպքում մկանային սիստոլայի ժամանակ խորանիստ մազիստրավներում բարձր ճնշումն արյան հոսքը ուղղում է ոչ միայն դեպի ենթածնկային երակ, այլ նաև դեպի այդ պահին բաց կոմունիկանտ երակները: Ինչպես հայտնի է, կոմունիկանտ երակները լինում են երեք տեսակի՝ ուղղակի, անուղղակի և Կոկկետի երակներ, որոնք արյունը հավաքում են սրունքի ստորին երկրորդականի հյուսվածքներից և թափում անմիջապես խորանիստ երակների մեջ:

Ձկնամկանների սիստոլայի ժամանակ արյան հետհոսքը միջհամակարգային կոմունիկանտ երակներով (ուղղակի և անուղղակի) հանգեցնում է արյան լրացուցիչ քանակի առաջացմանը մակերեսային համակարգում, իսկ հիդրավլիկ հարվածները, Կոկկետի երակների նման կոմունիկանտ երակներով հասնելով մաշկային ճյուղավորումներին, կազմաքանդում են արյան հոսքը միկրոցիրկուլյացիայի համակարգում, որը տրոֆիկ խանգարումների ախտածնության հիմնական օղակներից մեկն է: Ձկնամկանների սիստոլայի ժամանակ ճնշումը մակերեսային երակներում՝ անբավարար կոմունիկանտ երակների զոնայում, կազմում է 180-200 մմ ս.ս.:

Ակնհայտ է, որ քրոնիկական երակային անբավարարությամբ հիվանդների վարման դասական բանաձևը՝ «պառկել կամ քայլել», չի կարող վերաբերել կոմունիկանտ երակների ֆունկցիայի խանգարմամբ հիվանդներին: Նման հիվանդների մկանաերակային պոմպի

աշխատանքն ուղղակիորեն նպաստում է տրոֆիկ խոցերի առաջացմանը:

Մկանաերակային պոմպի առավել ծանր ախտահարումներ նկատվում են վարիկոզ հիվանդությամբ ստորին վերջույթների համընդհանուր ախտահարման ժամանակ, այսինքն այն դեպքերում, երբ ախտահարվում են նաև խորանիստ երակների պատերը՝ տարբեր մակարդակներում դրանց հետագա փականային անբավարարությամբ: Ընդ որում՝ առաջանում են ախտաբանական նշանակություն ունեցող երկու ֆենոմեն. մկանների թուլացման հետևանքով մագիստրալ երակներով արյան հետհոսք և արյան հետհոսք ախտահարված ոլոքային երակներով՝ կրճատված ձկնամկանների պարագայում: Հենց այդ արյան հետհոսքն է նպաստում, որ սրունքի դիստալ հատվածը դառնա առավելագույն հիդրոդինամիկ ներգործության զոնա: Վարիկոզ հիվանդության պայմաններում այսպես է փոխակերպվում մկանաերակային պոմպի ֆունկցիան: Արյան վերադարձին ուղղված նրա աշխատանքի արդյունավետությունը զգալիորեն նվազում է, զուգահեռաբար մեծանում է ախտաբանական դերը: Ավելին, ստորին վերջույթներում չկա սրունքի մկանաերակային պոմպի նման մեկ այլ կառուցվածք, որն ինչպես հստակ ապահովում է տեղային, համակարգային արյան շրջանառության պահանջները, այնպես էլ խորացնում է երակային անբավարարությունը փականային ապարատի ախտահարումների ժամանակ:

Երակների վարիկոզ լայնացման կլինիկական պատկերը: Վարիկոզ հիվանդության կլինիկական դրսևորումները բազմազան են, մասնավորապես կանանց շրջանում: Դրանք ավելի շուտ պայմանավորված են վարիկոզ պրոցեսի ընթացքի և ձևավորման առանձնահատկություններով, քան նրա արտահայտվածության աստիճանով:

Հիվանդների համար հիվանդության սկզբնական դրսևորումներն ավելի ծանր են, քան սուբյեկտիվ զգացողություններն արդեն ձևավորված վարիկոզի պայմաններում:

Որոշ կանանց շրջանում հստակ հայտնաբերվում է

նախավարիկոզային համախտանիշը: Սրունքներում ի հայտ է գալիս ծանրության զգացում, մեծանում է հոգնածությունը, անհանգստության և լարվածության զգացումը ոտքերում: Ախտանշանները հարաճում են դաշտանային ցիկլից առաջ: Հազվադեպ դիտվում է թեթև ուռածություն պճեղների շրջանում և ցավ երկար կանգնելու ժամանակ: Հորիզոնական դիրքում հանգստից կամ մերսումից հետո այդ զգացողություններն անցնում են:

Երիտասարդների շրջանում շատ թույլ արտահայտված արտաքին ախտանիշերի դեպքում առաջանում են ցնցումներ ձկնամկաններում:

Երբեմն ցավերից զանգատվում են դեռևս աննշան լայնացած երակի ընթացքով սրունքի վրա: Այդ ցավն ուժեղանում է երակի շոշափման ժամանակ (ֆլեբոդինիա): Վարիկոզի ժամանակ ցավային զգացողությունները կարող են ունենալ օրթոստատիկ կրուրալզիայի բնույթ. սրունքի բութ ցավ երկար կանգնելու կամ ուղղահայաց դիրքի անցնելու դեպքում: Այսպիսի ցավը բնորոշ է խորանիստ երակների վարիկոզ ախտահարմանը:

Կարող են հանդիպել այլ բնույթի ցավեր՝ նյարդացավային զգացողություններ՝ պայմանավորված պերիներալ երակային հյուսակների վարիկոզով, ցավ վերթաթային շրջանում և խոցի զոնայում (երբեմն բավական ուժեղ):

Ըստ հաճախականության վարիկոզ հիվանդության երկրորդ ախտանիշն այտուցն է: Սովորաբար, դա կանանց <<մենաշնորհն է>>: Երակների վարիկոզ լայնացման ժամանակ այտուցներն ի հայտ են գալիս օրվա վերջում, տեղակայվում են սրունքի ստորին երրորդականին, պճեղների շուրջ, ավելի հազվադեպ՝ թաթերին: Արտահայտվածության աստիճանը տարբեր է: Հաճախ դա մաշկի և ենթամաշկային ճարպաբջջանքի պաստոզությունն է: Գիշերվա ընթացքում չանհետացող մշտական այտուցները վկայում են արտահայտված երակային անբավարարության մասին և ուղեկցվում են ցելյուլիտով, դերմատոսկլերոզով, տրոֆիկ խոցով: Դրանք երբեմն հիվանդության ընթացքում առաջացած ավշային անբավարարության հետևանք են (օր.՝

կարմիր քամու):

Մաշկի քորը կարող է լինել բավական վաղ ախտանիշ, սակայն հաճախ հանդիպում է երակային հոսքի արտահայտված խանգարումների ժամանակ:

Հիվանդության արտաքին պատկերը, բացի վարիկոզ լայնացած մակերեսային երակներից (դեպքերի 2/3-ի ժամանակ երևում են ոչ թե մեծ ենթամաշկային երակը, այլ նրա մակերեսային ճյուղերը սրունքի և ազդրերի վրա), բնորոշվում են արնագեղումների և փոքրիկ վնասվածքների հետևանքով առաջացած հիպերպիգմենտացիայով, ինչպես նաև հեմոսիդերոզով երակի ընթացքով: Դիստալ հատվածներում աստիճանաբար զարգանում է ենթամաշկի կարծրացում, որը միաժամանակ ուղեկցվում է մաշկի ատրոֆիայով: Լայնացած երակների վրա մաշկի ջերմաստիճանը բարձրացած է: Հնարավոր են նաև ընդհանուր ցիանոզ կամ առանձին կապտավուն ու բոսորագույն կետեր:

Պրոցեսի հետագա հարաճման հետևանքով առաջանում են տրոֆիկ խոցեր: Սովորաբար դրանք տեղակայվում են սրունքի ներսային մակերեսին՝ ստորին երրորդականի մակարդակին, հազվադեպ՝ դրսային մակերեսին:

Երակների արտահայտված վարիկոզ լայնացման դեպքում կարող են առաջանալ ընդհանուր բնույթի գանգատներ՝ դյուրհոգնելիություն, սրտխփոց, հևոց: Սա պայմանավորված է հիպերվոլեմիայով և սրտամկանի վրա փոփոխվող ծանարաբեռնվածությամբ, որի պատճառը օրթոստազի ժամանակ զգալի քանակով արյան պահեստավորումն է լայնացած երակներում:

Այսպիսով, վարիկոզ հիվանդությունը, դանդաղ հարաճելով, կարող է ոչ միայն ընդգրկել երակային հունի նորանոր հատվածներ, այլև բարդացնել քրոնիկական երակային անբավարարության երևույթները: Ամբողջական անբավարարության ժամանակ, երբ ախտահարված են երակային բոլոր համակարգերը, արյան անընդհատ ռեֆլյուքսները խանգարում են միկրոշրջանառության համակարգը, ստարլինգյան հարաբերությունները թեքվում են դեպի մազանոթներից հեղուկի դուրս

գալու կողմը, ավշային համակարգը գերբեռնված է և լցված սպիտակուցներով: Ենթամաշկային ճարպաբջջանքում սկսվում են հարածուն ինդուրատիվ պրոցեսներ՝ պայմանավորված երակային կանգով, իսկ մաշկը ենթարկվում է ատրոֆիայի և խոցոտման: Սա վարիկոզ հիվանդության վերջին փուլն է:

Նշված դրսևորումից բացի, հարկ է նշել վարիկոզ հիվանդության բարդությունները՝ Էկզեմա (դերմատիտ), արյունահոսություն երակներից կամ խոցից և թրոմբոֆլեբիտ: Էկզեմաներն ունեն համառ բնույթ, հաճախ կրկնվում են և նույնիսկ արմատական վիրահատությունից հետո միանգամից չեն անցնում: Արյունահոսության ժամանակ անհապաղ միջոցառումները վերջույթին բարձր դիրք տալն ու սեղմող վիրակապ դնելն է: Ոչ մի դեպքում չի կարելի լարան դնել: Վերջնական դադարեցումը կատարվում է վիրահատության ժամանակ կամ, եթե ինչ-ինչ պատճառով այն հնարավոր չէ, կատարվում է արյունահոսող երակի կարում խոցի ներսում կամ նրանից դուրս:

Վարիկոզ լայնացած երակների թրոմբոֆլեբիտը հանդիպում է սպասվածից քիչ՝ չնայած Վիրխովի հայտնի եռյակի երկու գործոնը մշտապես առկա են (անոթի պատի վնասում և արյան հոսքի խանգարում): Սակայն թրոմբոֆլեբիտը հանդիպում է վարիկոզ հիվանդների 14%-ի շրջանում, ընդ որում, մեծ մասամբ վարակից կամ վնասումից հետո:

Հավանաբար վարիկոզ երակներում արյան պրոկոագուլյացիոն հատկությունների նվազումը նույնպես իր նշանակությունն ունի:

Իրական վտանգ է ներկայացնում միայն վերընթաց թրոմբոֆլեբիտը, որը պահանջում է անհապաղ վիրահատություն՝ մեծ ենթամաշկային երակի կապում: Այս դեպքում հարկ է լինում կատարել թրոմբեկտոմիա սաֆենա-ազդրային միացման հատվածից և նույնիսկ ազդրային երակից:

Գոյություն ունեն վարիկոզ հիվանդության հատուկ ձևեր՝

- ազդրի և սրունքի կողմնային երակների վարիկոզ լայնացում,
- ռետիկուլյար վարիկոզ,
- վարիկոզ տելեանգիէկտազներ:

Ազգրի և սրունքների երակների կողմնային խմբի վարիկոզ լայնացումը կարող է հանդիպել ինչպես առանձին, այնպես էլ վարիկոզ հիվանդության սովորական ձևերի հետ զուգակցված: Հետհոսքն այս դեպքում տեղի է ունենում խորանիստ ազդրային երակով, շրջակա երակներով և ենթամաշկային մեծ երակով:

Ռետիկուլյար վարիկոզը և վարիկոզ տելեանգիէկտազները հանգեցնում են միայն կոսմետիկ խախտումների, չնայած հանդիպում են բավական հաճախ (ըստ որոշ տվյալների՝ 25-35տ. կանանց ամեն չորրորդի մոտ): Երկար տարիներ վիրաբույժները խուսափում էին զբաղվել նման հիվանդների բուժմամբ: Այդ աշխատանքը կատարում էին կոսմետոլոգները՝ կիրառելով երակների կրիոդեստրուկցիա կամ լազերային դեստրուկցիա:

Այս ախտաբանության բուժման որոշակի հաջողություններ կան միկրոնիյեկցիոն տեխնիկայի և սկլերոզացնող պատրաստուկների կիրառման շնորհիվ (տե՛ս ստորև):

Վերջին տարիներին տեղեկություններ կան երակային նոր ախտաբանության՝ իդիոպաթիկ երակային անբավարարության (ԻԵԱ) մասին: Ի տարբերություն վարիկոզ հիվանդության սկզբնական ձևերի (նախավարիկոզային համախտանիշ)՝ ԻԵԱ-ի ժամանակ նկատվում է երակային տոնուսի բարձրացում:

Կլինիկական դրևստրումները (հեռադիր հատվածների հիպոթերմիա, պարբերական այտուցներ, հոգնածության և ծանրության զգացում ոտքերում, ենթամաշկային ճարպաբջջանքի պնդացում, դաշտանային ցիկլի խանգարումներ) վարիկոզ հիվանդություններից առանձնապես չեն տարբերվում:

Ախտորոշումը: Վարիկոզ հիվանդության յուրահատկությունն առաջին հերթին պայմանավորված է նրա լայն տարածվածությամբ: Դա է պատճառը, որ վարիկոզ հիվանդության ակտիվ բուժում կատարվում է ամենատարբեր վիրաբուժական ստացիոնարներում: Մանրակրկիտ հավաքած անամնեզը և ֆունկցիոնալ փորձերի ճշգրիտ կատարումը հնարավորություն է տալիս, եթե ոչ հստակ ախտորոշելու, ապա

վստահորեն առանձնացելու «կասկածելի» հիվանդներին՝ ուղարկելով նրանց մասնագիտացված հաստատություններ՝ ախտորոշման ճշգրտման համար: Սովորաբար հիվանդների 70-80%-ի վիրահատության ծավալի որոշման համար բավարար են հետազոտման կլինիկական մեթոդները: Անամնեզ հավաքելիս պետք է պարզել վարիկոզ հիվանդության արտաքին նշանների առաջին անգամ ի հայտ գալու ժամանակը (տե՛ս անամնեստիկ ալգորիթմը):

Պարտադիր չէ, որ լինեն լայնացած երակների հատվածներ: Հիվանդներին անհանգստացնող առաջին նշանները կարող են լինել հեմոսիդերոզի հատվածը կամ սրունքի այտուցվածությունը օրվա վերջում: Այնուհետև պետք է հետևել այդ երևույթների դինամիկային և դրանց կախվածությանը այլ գործոններից (կամ նման կախվածության բացակայությունը): Հաջորդ էտապը սուբյեկտի գանգատների հայտնաբերումը և ժամանակի մեջ դրանց համադրումն է հիվանդության արտաքին նշանների հետ: Սա կարևոր պահ է, քանի որ հաճախ հիվանդի գանգատները և վարիկոզ լայնացած երակների առկայությունը ուղղակի համընկնում են: Ցավային զգացողությունները կարող են պայմանավորված լինել օստեոխոնդրոզի ռադիկուլյար երևույթներով, այտուցները՝ ծնկային կամ գարշապարային հոդերի արթրոզով, ցավը և հոգնածությունը՝ հարթաթաթոթյամբ կամ կրունկի կոշկախթանով, ոտքում տհաճ զգացողությունները՝ Ռոտի համախտանիշով (ազդրային նյարդի մաշկային ճյուղի ներալգիա) և այլն: Ստորև բերվում է անամնեստիկ ալգորիթմը՝

1. Արտաքին նշաններ՝

- լայնացած երակներ,
- վարիկոզ երակներ,
- բորբոքում/այտուցներ,
- մաշկային խանգարումներ,
- տրոֆիկ խանգարումներ:

2. Սուբյեկտիվ զգացողություններ՝

- հոգնածություն, ծանրություն,

- անհարմարություն ուտքերում,
- օրթոստատիկ կրուրալգիա,
- ցնցումներ,
- ցավ երակների ընթացքով, մկաններում,
- քոր:

3. Նախորդող վիճակներ՝

- հղիություն,
- թրոմբոֆլեբիտ կամ ուտքերի այտուցով ուղեկցվող անհայտ հիվանդություններ,
- վնասվածքներ,
- գինեկոլոգիական հիվանդություններ,
- նախավարիկոզային համախտանիշ (հոգնածություն, ցնցումներ, ֆլեբոդինիա),
- թոքային էպիզոդներ:

4. Հարազատների շրջանում վարիկոզ հիվանդության առկայության տվյալներ:

5. Ուղեկցող հիվանդությունների մասին տվյալներ (օստեոխոնդրոզ, արթրոզաարթրիտ, կրունկի կոշկախթան, Ռոտի համախտանիշ և այլ նյարդաբանական հիվանդություններ, փոքր կոլագենոզներ և այլն):

Վարիկոզ լայնացած երակների և ուղեկցող հիվանդությունների զարգացումը հանդիպում է հաճախ: Գանգատների վերագրումը միայն երևացող վարիկոզ լայնացած երակներին կարող է հանգեցնել նրան, որ բժիշկը հիվանդին կտա թյուր խոստումներ, իսկ վիրահատությունից հետո երկուսն էլ կհանդիպեն տհաճ անակնկալի:

Վարիկոզ հիվանդության գործիքային ախտորոշման հարցերը դիտվում են ստորև: Այս մեթոդների խնդիրն այն չէ, որ ախտորոշեն երակների վարիկոզ լայնացումը որպես հիվանդություն (դա կարող է վերաբերել միայն խորանիստ երակների առանձին ախտաբանություններին, որոնք հանդիպում են 14% դեպքերում), այլ այն, որ պարզեն երակային հունի ախտահարման կոնկրետ ձևը և նրա մակարդակը: Կլինիցիստի առջև ծառացած հիմնական խնդիրը

զանգաստների տարբերակումն է՝ պայմանավորված վարիկոզ հիվանդությամբ և ուղեկցող հիվանդություններով:

Ֆունկցիոնալ փորձեր: Ֆունկցիոնալ փորձերի ժամանակ առաջադրվող խնդիրները բավականին պարզ են՝

- մակերեսային երակների փականային անբավարարության հայտնաբերում,

- խորանիստ երակների անցանելիության որոշում,

- անբավարար կոմունիկանտ երակների հայտնաբերում և տեղակայման որոշում:

Առաջին հարցի պատասխանի համար անցկացնում են Բրոդ-Տրոյանով-Տրենդելենբուրգի փորձը: Հիվանդը գտնվում է հորիզոնական դիրքում, ոտքը բարձրացած է: Երակների դատարկումից հետո սեղմում են կամ լարանով կապում մեծ ենթամաշկային երակը ազդրի վերին երրորդականում: Հիվանդին տալիս են ուղղահայաց դիրք: Լարանը կամ սեղմող մատը հանելուց հետո հստակ երևում է դիստալ ուղղվածությամբ շարժվող արյան ալիքը, եթե կա փականային անբավարարություն:

Երկրորդ հարցին պատասխանում են մի քանի փորձեր:

Իվանովի փորձ: Պատկած դիրքում հիվանդը դանդաղ բարձրացնում է ոտքը վերև: Որոշակի անկյան հասնելիս ($>45^\circ$) երակները դատարկվում են: Այնուհետև ուղղահայաց դիրքում լցված երակների վրա դրվում է լարան, սեղմում են մակերեսային երակները ազդրի վերին երրորդականում, հիվանդը պռակում է և նորից դանդաղ բարձրացնում է ոտքը (կարելի է կատարել թեթև մերսում): Խորանիստ երակների անցանելիության դեպքում մակերեսային երակների դատարկումը կատարվում է նույն կամ դրան մոտ անկյան տակ:

Դելբե-Պրետեսի փորձ: Ուղղահայաց դիրքում ազդրի վերին երրորդականում դրվում է լարան կամ մանժետ, որից հետո հիվանդը քայլում է տեղում կամ սենյակում: Խորանիստ երակների անցանելիության և կոմունիկանտ երակների բավարար վիճակի պայմաններում լայնացած երակները դատարկվում են:

Մեդո-Պրատտի փորձ: Ամուր կապած առաձգական վիրափաթեթի

պայմաններում հիվանդը 30 րոպե քայլում է: Ցավի, ձգման, այտուցի բացակայությունը վկայում է խորանիստ երակների անցանելիության մասին:

Երրորդ հարցին պատասխանում է Շեյնիսի՝ երեք լարաններով փորձը: Բարձրացրած ոտքի վրա դրվում է երեք լարան՝ ազդրի վերին և միջին երրորդականներում, ծնկի տակ: Քայլքը և լարանների հետևողական հանելը հնարավորություն են տալիս դատելու անբավարար կոմունիկանտ երակների մասին՝ լարանից ներքև երակների ուռչելով:

Հարկ է նշել, որ խոշոր անբավարար կոմունիկանտ երակների դուրս գալու տեղը կարելի է հայտնաբերել շոշափմամբ՝ սրունքի փակեղի դեֆեկտով:

Կասկածելի դեպքերում անհրաժեշտ է անցկացնել առավել ճիշտ հետազոտման մեթոդներ:

Գործիքային ախտորոշում: *Ուլտրաձայնային ախտորոշում:* Գոյություն ունի երակային ախտաբանության ուլտրաձայնային ախտորոշման գործիքային երկու տարբերակ՝ դոպլերո-ֆլեբոգրաֆիա և դոպլեքսային սքանավորում: Այս հետազոտությունների վերաբերյալ կան բազմաթիվ աշխատություններ, ուստի ուլտրաձայնային սեմիոտիկան, նրա մեկնաբանությունները և այլ մանրամասներ մեր քննարկման խնդիրը չեն: Այնուամենայնիվ, վիրաբույժի դերը արդյունքների կլինիկական մեկնաբանության և վիրահատական բուժման ժամանակ չափազանց մեծ է:

Ուլտրաձայնային հետազոտությունից առաջ անհրաժեշտ է որոշել՝

- արդյո՞ք անցանելի են խորանիստ երակները,
- արդյո՞ք բավարար են խորանիստ երակների փականները,
- կա՞ն արդյոք անբավարար կոմունիկանտ երակներ և դրանց տեղակայում:

Այս երեք հարցերի պատասխանը կարելի է ստանալ դոպլերոֆլեբոգրաֆիայի միջոցով:

Մակերեսային երակով հետհոսքի և օստիալ փականի

անբավարարությունը նույնպես կարելի է հայտնաբերել այս մեթոդով:

Այսպիսով, մեծ մասամբ դոպլերոֆլեբոգրաֆիան բավարար է վիրահատության օպտիմալ ծավալը որոշելու համար: Սովորաբար վարիկոզ հիվանդության ժամանակ սահմանափակվում են այս մեթոդով:

Երակային հունի անատոմիակական և ֆունկցիոնալ առանձնահատկությունների առավել մանրամասն ուսումնասիրման համար անհրաժեշտ է կիրառել դոպլեքսային սքանավորում, որը հնարավորություն է տալիս տեղեկություն ստանալու ազդրային երակի փականների ձևերի և դրանց տեղակայման վերաբերյալ: Հայտնաբերվում են նաև ազդրային երակի բուն պատի և նրա լուսացքի փոփոխությունները, թրոմբոզների առկայությունը երակում: Մակայն խորանիստ երակների վարիկոզ ախտահարման վերաբերյալ ընդհանուր պատկեր կարող է տալ միայն ավանդական ֆլեբոգրաֆիան:

Դոպլեքսային սքանավորման ժամանակ ստանում են հեմոդինամիկային վերաբերող մի շարք տվյալներ՝ արյան գծային և ծավալային հոսքի արագությունները, հետհոսքի ալիքի արագությունը, արյան հետհոսքի տևողությունը:

Ուղիոնուկլիդային ֆլեբոգրաֆիա: Որպես լրացուցիչ մեթոդ օգտագործում են ռադիոնուկլիդային ֆլեբոգրաֆիան: Հետազոտությունն իրականացնում են գամմա-կամերայում: Ուղղահայաց դիրքում ոտնաթաթի թիկնային մակերեսի երակի մեջ ներմուծում են ռադիոֆարմ պատրաստուկ և դետեկտորով որոշում նրա անցանելությունը երակային հատվածներով: Դա հնարավորություն է տալիս տարբերակելու խորանիստ և մակերեսային երակային մագիստրալները, ինչպես նաև անբավարար կոմունիկանտ երակները:

Այս մեթոդը ֆլեբոգրաֆիայի և ուլտրաձայնային հետազոտությունների համեմատ ոչ մի ավելորդ տեղեկատվություն չի տալիս երակային հունի մասին՝ չնայած կազմակերպչական առումով առավել բարդ է:

Ֆլեբոգրաֆիա: Վերջին տարիներին ֆլեբոգրաֆիկ ախտորոշման դերը զգալիորեն նվազել է, մասնավորապես վարիկոզ հիվանդության

պարագայում: Ինչպես արդեն ասվել է, հիմնական ախտորոշիչ հարցերը կարելի է լուծել ուլտրաձայնային հետազոտության միջոցով: Մակայն որոշ տեղագրական նրբությունների և տարբերակիչ ախտորոշման համար ֆլեբոգրաֆիան մնում է անփոխարինելի: Դրանք են.

- սրունքի խորանիստ երակների վարիկոզ ֆլեբէկտագիաների ախտորոշում (վերընթաց ֆլեբոգրաֆիա),
- բնածին ախտաբանության ժամանակ տարբերակիչ ախտորոշում՝ խորանիստ երակների ապլազիա կամ հիպոպլազիա (կոնքային և վերընթաց ֆլեբոգրաֆիա),
- ազդրային երակի փականային անբավարարության հաստատում (կոնքային ֆլեբոգրաֆիա),
- տարբերակիչ ախտորոշում հետթրոմբոֆլեբիտիկ համախտանիշի կասկածի դեպքում (կոնքային և վերընթաց ֆլեբոգրաֆիա):

Հատուկ ցուցումների դեպքում որպես ֆունկցիոնալ ախտորոշման մեթոդ՝ կարող են կիրառվել պլետիզմոգրաֆիան, ֆլեբանոմետրիան, ռեոգրաֆիան, լազերային ֆյուլոմետրիան, սակայն դրանց գործնական և տեղեկատվական նշանակությունը մեծ չէ վերոնշյալ մեթոդների համեմատ:

Վարիկոզ հիվանդության բուժումը: Ստորին վերջույթների վարիկոզ հիվանդության բուժումը ներառում է չորս եղանակ՝

- դասական վիրաբուժական (վիրահատական),
- համակցված սկլերոպիրաբուժական,
- ինյեկցիոն սկլերոզացնող թերապիա,
- պահպանողական բուժում:

Յուրաքանչյուր եղանակ ունի իր ցուցումները:

Վիրահատական բուժումը ցուցված է մակերեսային երակների արտահայտված վարիկոզ լայնացման և մեծ կամ փոքր ենթամաշկային երակների վնասման ժամանակ, կոմունիկանտ երակների անբավարարության և ազդրի ու սրունքի խորանիստ երակների փականային անբավարարության ժամանակ, որոնք ուղեկցվում են

քրոնիկական հիվանդության բարդություններով (թրոմբոֆլեբիտ, արյունահոսություն): Առանց քրոնիկական երակային անբավարարության նշանների ընթացող վարիկոզ հիվանդության ժամանակ վիրահատությունը կանխարգելիչ բնույթ ունի, և այն պետք է համաձայնեցվի հիվանդի հետ:

Համակցված (սկլերոպլիրաբուժական) բուժումը վերջին տարիներին ստացել է լայն տարածում (Սավելև Վ.Ս., Կոնստանտինովա Գ.Դ. և այլն) և ցուցված է մակերեսային երակների վարիկոզ լայնացման դեպքում՝ առանց ազդրի կամ սրունքի վրա ողկուզանման կոնզլումերատների:

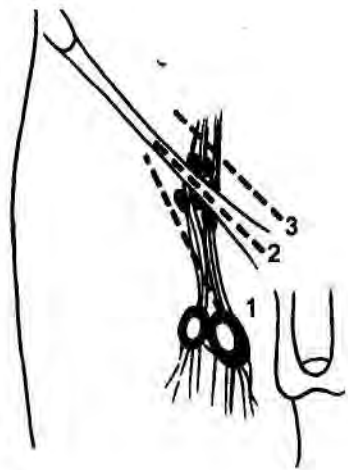
Ինյեկցիոն սկլերոզացնող թերապիան ցուցված է տելեանգիեկտազների, ռետիկուլյար վարիկոզի, սրունքի երակների սեզմենտար ախտահարման ժամանակ և հետվիրահատական շրջանում՝ վիրահատությունից հետո մնացած լայնացած երակների վերացման համար:

Պահպանողական բուժումը չի կարող նվազեցնել կամ, առավել ևս, վերացնել արդեն գոյություն ունեցող վարիկոզ երակները: Նրա նպատակն է նվազեցնել քրոնիկական երակային անբավարարության ախտանշանները և ինչ-որ չափով կանխարգելել երակային համակարգի նոր հատվածների ախտահարումը:

Վիրահատական բուժումը: Վարիկոզ հիվանդության վիրահատական բուժումը ներառում է երկու պարտադիր փուլ և ևս երկու փուլ՝ ըստ ցուցումների: Առաջին երկուսին են վերաբերում բարձր երակային արտանետման վերացումը և երակային ցանցի ախտաբանական ծավալի վերացումը: Այսինքն՝ ստորին վերջույթի վարիկոզ լայնացած երակների հեռացումը: Մյուս երկու փուլին են վերաբերում ցածր երակաերակային արտանետման վերացումը և խորանիստ երակներով արյան հոսքի կարգավորումը:

Մեծ ենթամաշկային երակի բերանակցմանը հասնելու առավել տարածված մուտքը ձվաձև փոսի շրջանն է՝ անմիջապես աճուկային ծալքի տակ: Այն կարող է լինել ծալքին գուգահեռ կամ նրա համեմատ թեք-երկայնակի: Կտրվածքը սկսում են շոշափվող ազդրային զարկերակի

պուլսացիայից 1.5-2.0 սմ դեպի ներս: Հատում են մաշկը, ենթամաշկային ճարպաբջջանքը և մակերեսային փակեղը: Մեծ ենթամաշկային երակի ցողունով գտնում են նրա միացման հատվածը՝ կապելով նրա մեջ թափվող ճյուղերը, և իրականացնում մեծ ենթամաշկային երակի հատում բերանակցման հատվածից: Ծայրատը (ոչ ավելի, քան 2-3 սմ) խորհուրդ է տրվում կարել կապելուց առաջ: Վիրահատության այս փուլը երբեմն անվանում են կրոսեկտոմիա (նկ.2.3):



Նկ. 2.3. Մաֆենաֆենոբալ միացման մուտքերը (ըստ Ե. Գ. Յաբլոչկովի)
 1. թեք-երկայնակի, 2. աճուկային, 3. վերաճուկային

Վիրահատության կոսմետիկ արդյունքի բարձրացման և ազդրի վրա ավշային ծորանների վնասման նվազեցման ձգտումը հանգեցրել է նրան, որ սկսել են կիրառել վերաճուկային մուտքը (աճուկային ծալքից 2սմ վեր և նրան զուգահեռ): Մեծ ենթամաշկային երակի միացման հատված ուղղորդում է մակերեսային վերորոպայնային երակը: Մակայն սկսնակների համար այս մուտքը հղի է վտանգներով. առաջին հերթին մեծ է զստային երակի հատման հավանականությունը ենթամաշկային փոխարեն:

Փոքր ենթամաշկային երակի բերանակցման կապումը սովորաբար իրականացվում է ենթածնկային մուտքից: Սակայն, հաշվի առնելով սաֆենա-ենթածնկային միացման անատոմիական բազմազանությունը սաֆենա-ազդրայինի համեմատությամբ (երբեմն ծնկահոդից 8-10 սմ պրոքսիմալ)՝ անհրաժեշտ է հետևել խորհուրդներին (Ե.Գ. Յաբլոնցկով և այլք) և նախօրոք տարբերակել սաֆենա-ենթածնկային անոթները ուլտրաձայնային մեթոդով:

Առավել հաճախ մեծ ենթամաշկային երակի ցողունը հեռացնում են ըստ Բեբկոկի: Այս փուլի ժամանակ պետք է նկատի ունենալ (և պարզել մինչև վիրահատությունը) ազդրի ստորին երրորդականում խոշոր կոմունիկանտ երակների առկայության հնարավորությունը, որոնք առավել նպատակահարմար է հատել մինչ ցողունի հեռացումը: Դիստալ ուղղությամբ զոնդի անցկացումը հաճախ չի հաջողվում՝ խանգարում են պահպանված փականների մնացորդները: Նման դեպքում խորհուրդ է տրվում զոնդն անցկացնել պրոքսիմալ ուղղությամբ՝ առանձնացնելով մեծ ենթամաշկային երակը պճեղի մոտ:

Ազդրի և սրունքի լայնացած երակները հեռացնում են տարբեր եղանակներով: Վիրահատության կոսմետիկ արդյունքի բարելավման ձգտումն առաջացրել է քիչ ինվազիվ մեթոդների մի ամբողջ համակարգ: Արտափքվածությանն առավել մոտ գտնվող կտրվածքներից հաստուկ լայնիչներով դուրս են բերում և հեռացնում լայնացած երակները: Քանի որ միկրոկտրվածքի չափերը չեն գերազանցում 2-3 մմ-ը, մաշկային կարեր դնելու անհրաժեշտություն չի առաջանում:

Ստորին (կամ հորիզոնական) երակ-երակային արտանետումը վերացնում են ըստ Կոկկետի (վերփակեղային) կամ ըստ Լինտոնի (ենթափակեղային) հայտնի մուտքերով:

Կոկկետի մուտքը սակավ տրավմատիկ է, սակայն կարող է կիրառվել սրունքի ստորին երրորդականում տրոֆիկ խանգարումների բացակայության պարագայում: Լինտոնի մեթոդն առավել տրավմատիկ, բայց ավելի արմատական է հասկապես Ֆելդերի մոդիֆիկացիայով:

Տրոֆիկ խոցերի, արտահայտված ինդուրացիայի և

դերմատոսկլերոզի դեպքում վիրահատության հուսալիությունն ունի ակնհայտ առավելություններ կոսմետիկ արդյունքի նկատմամբ:

Ստորին արտանետման հարցում որոշակի նախադրյալներ ունի նաև էնդովիրաբուժության մեթոդը: Հատուկ սարքավորումների և գործիքների օգնությամբ հետհոսքի էնդոսկոպիկ վերացումը հնարավորություն է տալիս խուսափելու վնասվածքային մեծ կտրվածքներից և թարախամեռուկային բարդություններից, զգալիորեն կրճատում է հետվիրահատական մահճակալ-օրերի քանակը և վերականգնման ժամկետները:

Էնդոսկոպիկ վիրահատության ցուցումներն առաջին հերթին սրունքի մաշկի ծանր տրոֆիկ խանգարումներն են՝ բաց տրոֆիկ խոցերով: Էնդովիրաբուժական եղանակը վնասվածքից ապահովագրում է նաև ավշային անոթները՝ դրանով իսկ կանխարգելելով հետվիրահատական այտուցները և լիմֆոռեան (ավշահոսությունը): Կոսմետիկ արդյունքներն ակնհայտ են:

Օգտագործում են միջային կամ հետին-միջային մուտքը: Մաշկային կտրվածքի երկարությունը 5 սմ-ից ավելին չէ: Անհրաժեշտ վիրահատական դաշտն ապահովվում է շերտազատող տուբուսի ծայրին գտնվող կցորդիչի հաշվին կամ գազի ներմղմամբ (ածխաթթու գազ): Ենթափակեղային տարածությունում բոլոր միջամտություններն իրականացվում են վիդեոհսկողությամբ: Մինչև 5 մմ տրամագիծ ունեցող պերֆորանտ երակներն այրում են երկբևեռ (բիպոլյար) կամ միաբևեռ (մոնոպոլյար) կոագուլյացիայի ռեժիմում: Ավելի մեծ տրամաչափի երակները նախօրոք կլիպավորվում են մինչ հատելը:

Ախտադարձի կախվածությունը նրա վաղեմությունից՝ մենք հայտնաբերել ենք, որ ախտադարձի առավել մեծ քանակը հանդիպում է այն վիրահատություններից հետո, որոնք կատարվել են հիվանդության առաջացման առաջին երեք տարում: Դա ստիպում է վիրահատության ցուցումների մեջ մտցնել որոշակի վերափոխումներ: Հավանաբար վարիկոզ ֆլեբոսկլերոզի առաջնային գործընթացն ավարտվում է 3-5 տարվա ընթացքում, և վիրահատության համար օպտիմալ ժամկետն ի

հայտ է գալիս դրանից հետո:

Սկլերովիրաբուժական մեթոդ: Բուժման սկլերովիրաբուժական մեթոդը թեն լայն տարածում է գտել վերջին տարիներին, սակայն այն նոր չէ: Մակերեսային երակային հունի ներվիրահատական սկլերոզացման գաղափարն առաջ է եկել բավական վաղ, սակայն վերջին տասնամյակներում հայտնվել են համեմատաբար անվնաս և արդյունավետ միջոցներ (Էտօքսիսկլերոլ, ֆիբրովեն):

Այս վիրահատության իրականացումը բավականին հեշտ է, սակայն պահանջում է որոշ դետալների մանրակրկիտ կատարում: Կրոսէկտոմիայից հետո կատարում են կտրվածք ներսային պճեղի մոտ և մեծ ենթամաշկային երակի հիմնական ցողունի մեջ նրա ամբողջ երկայնքով մտցնում են կաթետեր: Ազդրի վրայի վերքը կարում են: Օգնականը սկսում է փաթաթել հիվանդի ոտքն առաձգական վիրափաթեթով վերնից ներքև: Այդ ժամանակ վիրաբույժը դանդաղ դուրս է հանում կաթետերը՝ միաժամանակ ներմուծելով սկլերոզացնող լուծույթը: Բինտավորումն ավարտում են կաթետերի ամբողջական հեռացման պահին: Ընդհանուր առմամբ ներմուծում են 10 մլ սկլերոզանտ (Էտօքսիսկլերոլի կամ ֆիբրովենի 1%-անոց լուծույթ):

Հաջորդ օրը կամ երկու օր անց վիրակապը փոխում են: Առաձգական վիրափաթեթով վիրակապումը կատարում են վարից վեր: Պրոցեսի բնականոն ընթացքի դեպքում զարգանում է ասեպտիկ ֆլեբիտ: Դատարկվում են ոչ միայն հիմնական ցողունը, այլ նաև ճյուղերը, որոնք երբեմն տեղակայված են բավական հեռու: Հիմնական ցողունի մեջ սկլերոզացնող նյութի ներմուծումը հնարավոր է որպես Բեբկոկի վիրահատության փոխարինում նաև վարիկոզ հիվանդության այլ ձևերի ժամանակ: Սակայն այս դեպքում անբավարար կոմունիկանտ երակները պետք է կապվեն կամ հեռացվեն լրացուցիչ կտրվածքներից:

Ցողունային սկլերոզացիան, առանց նախապես կատարվելիք կրոսէկտոմիայի՝ բերանակցման և նրա ճյուղերի կապման, չափազանց վտանգավոր է և չպետք է կիրառվի՝ հաշվի առնելով թոքային զարկերակի թրոմբոէմբոլիայի հնարավորությունը: Տեղին է նշել, որ 60-

70-ականներին բավական լայն տարածում էր գտել երակների էլեկտրակուագույացիան, որն ըստ էության համանման է սկլերոլիիրաբուժականին: Երակի մեջ մտցվում էր երկբևեռ էլեկտրոդով զոնդ, և առաջացվում էր պատի այրվածք՝ հետագա ասեպտիկ ֆլեբիտով և պատերի սոսնձամաբ: Այս եղանակը գոյատևեց երկու տասնամյակ և դուրս եկավ կիրառումից:

Վարիկոզ հիվանդության ֆլեբոսկլերոզացնող բուժումն այժմ կատարվում է երկու պատրաստուկներով՝ նատրիումի տետրադիցիլուսլֆատով (սոտրա-դեկոլ-ԱՄՆ, ֆիբրովեյն-Անգլիա, թրոմբոլար-Ֆրանսիա), որը թողարկվում է 0.2, 0.5, 1, 2 և 3%-անոց լուծույթներով, և պոլիդոկսանոլով (էտոքսիկլերոլ-Շվեդիա, Գերմանիա, Ֆրանսիա)՝ 0.5, 1, 2 և 3%-անոց լուծույթներով:

Գոյություն ունի պատրաստուկի ներմուծման տեխնիկական երեք եղանակ՝

- ներմուծում մոտակա հատվածներ (վարընթաց կամ ֆրանսիական եղանակ),
- ներմուծում երակների հեռադիր հատվածներ (վերընթաց կամ շվեյցարական եղանակ),
- վերջույթի բարձրացումից և արյան դուրս մղումից հետո պատրաստուկի ներմուծում հորիզոնական դիրքում. «դատարկ» երակի տեխնիկա (իռլանդական եղանակ):

Խորհուրդ է տրվում պատրաստուկը ներմուծել նաև եռաշերտ լուծույթի տեսքով (օդ, փրփուր, հեղուկ):

Բոլոր եղանակներն ունեն գրեթե նույն արդյունավետությունը:

Սկլերոթերապիայի սեանսից հետո խորհուրդ է տրվում քայլք 40 րոպե, որպեսզի բացառվեն խորանիստ երակներում սկլերոզանտի ինչ-որ քանակի մնալը և երակի պատերի վնասումը:

Պարտադիր է վերջույթի տեղային սեղմունք և առաձգական բանդաժը քիչ ձգվող վիրափաթեթով:

Սեղման ժամկետը, ըստ իռլանդական և շվեյցարական եղանակների կողմնակիցների, մինչև 6-8 շաբաթ է, իսկ բինտերը հանում են 7 օրից ոչ

շուտ: Ֆրանսիական դպրոցի ներկայացուցիչները թույլ են տալիս քանդածը հանել 1-2-րդ օրը, իսկ ընդհանուր սևողությունը 8 օրից ոչ ավելի է:

Սկլերոթերապիան կարող է լինել պունկցիոն կամ կաթետերային: Վերջերս լայն տարածում է ստացել էխոսկլերոթերապիան, այսինքն՝ սկլերոզանտը ներմուծվում է ուլտրաձայնային հսկողությամբ:

Ռետիկուլյար վարիկոզի և տելեանգիէկտազիաների ժամանակ իրականացնում են միկրոսկլերոթերապիա: Դրա համար օգտագործում են պատրաստուկի ցածր խտություններ (0.2-0.5%) և բարակ ասեղներով հատուկ կաթետերներ:

Սկլերոթերապիայի առավել տեսած բարդություն են շուրջերակային մեռուկները (թրոմբոզի կամ ֆիբրոլիզի խտացած լուծույթները մաշկի տակ ընկնելու դեպքում) և թրոմբոզները, թրոմբոֆլեբիտները և ներանոթային հեմատոմաները: Թրոմբոտիկ բարդությունները սովորաբար առաջանում են տեխնիկայի խախտման հետևանքով: Դրանք են՝ պատրաստուկի ներմուծումը հիվանդի ուղղահայաց դիրքում, անբավարար սեղմումը, բինտերի շուտ հանելը: Նման դեպքերում հարկ է լինում հաստ ասեղով արտածծել թրոմբոտիկ զանգվածները կամ հեղուկ արյունը: Շատ հազվադեպ հնարավոր են սրունքի խորանիստ երակների թրոմբոզ և թոքային զարկերակի թրոմբոէմբոլիա: Վերջիններս հանդիպում են երակային ցողունի թրոմբոֆլեբիտի ժամանակ: Այդ պատճառով հայրենական վիրաբույժների մեծ մասը դեմ է տվյալ միջամտության իրականացմանը առանց սաֆենա-ազդրային կամ սաֆենա-ենթաձնկային բերանակցման նախօրոք անջատման:

Երակային համակարգի հետազոտման ուլտրաձայնային եղանակների և բուժման քիչ ինվազիվ ձևերի ներդրումից հետո հնարավոր է դառնում ոչ բարձիթողի դեպքերում վարիկոզ հիվանդության բուժումը կազմակերպել «մեկ օրվա վիրաբուժություն» սկզբունքով:

Հետազոտման բոլոր ձևերը կատարվում են ամբուլատոր: Սկլերոլիիրաբուժական վիրահատությունները կատարվում են

պոլիկլինիկայի վիրահատարանում, որից հետո հիվանդին առաձգական վիրափաթեթով ուղարկում են տուն (ցանկալի է մեքենայով): Քայլքը թույլատրվում է առաջին օրից: Հաջորդ օրը կամ երկու օր անց կատարում են վիրակապություն կամ վիրափաթեթի փոխում: Բուժման հետագա ընթացքն ամբուլատոր է:

Եթե սկլերովիրաբուժական կամ քիչ ինվազիվ վիրահատությունն իրականացվում է ստացիոնարում, ապա հիվանդը կարող է դուրս գրվել հաջորդ օրը՝ վիրակապությունից հետո:

Էնդովենոզ լազերային օրիստերացիա (ԷՎԼՕ) - մեթոդը հիմնված է երակի պատին լազերային ճառագայթի ազդեցության վրա: Այն պահին, երբ առաջանում է լուսային իմպուլս, արյունը "եռում է" առաջացնելով գազի պղպջակներ (նկ.2.4):



Նկ. 2.4.

Արյան եռման ժամանակ ճառագայթումը անմիջականորեն ազդում է երակային պատի վրա: Այդ ժամանակ տեղի է ունենում էնդոթելի վնասում և սուբէնդոթելյալ շերտի սպիտակուցների կոագուլյացիա: Լազերի էներգիայի կլանման մաքսիմում պիկը ընկնում է անոթի լուսանցքի և պատի մեջ գտնվող հեղուկի վրա:

Վիրահատության ցուցումներն են՝

1. մեծ ենթամաշկային երակի լայնացում ակունքային հատվածում ավելի քան 15 մմ,
2. վարիկոզ լայնացած հանգույցների ոչ մեծ քանակություն,
3. մեծ և փոքր ենթամաշկային երակների ցողունների համաչափ ընթացք,

4. սրունքի տրոֆիկ փոփոխություններ:

Վիրահատության հակացուցումներ՝

1. թրոմբագոյացման նախատրամադրվածություն,
2. ստորին վերջույթների քրոնիկ իշեմիա 3-4 աստիճանի,
3. սուր կամ դեկոմպենսացված քրոնիկ հիվանդություններ,

4. անատոմիական առանձնահատկություններ, որոնք հետվիրահատական շրջանում կարող են խոչընդոտել աղեկվատ էլաստիկ կոմպրեսիային,

5. վիրահատությունից հետո հիվանդին անհապաղ ակտիվացնելու անհնարինություն,

6. ՄԵԵ-ի ցողունի լայնացում ավելի քան 15 մմ,

7. վիրահատության գոտում ինֆեկցիայի առկայություն,

8. ՄԵԵ-ի նախկինում կատարված սկլերոթերապիա:

Վիրահատության կատարման տեխնիկան - տեղային անզգայացման պայմաններում ուլտրաձայնային դուպլեքս սքանավորման հսկողությամբ կատարվում է օբլիտերացիայի ենթակա երակի պունկցիա հաստ ասեղով:

Երակի լուսանցք է մտցվում լազերային լուսակիրը (նկ.2.5): Ուլտրաձայնային հսկողության պայմաններում կատարվում է տումեսցենտային անէսթեզիա, որից հետո տրվում են լազերի ազդեցության ֆիզիկական պարամետրերը, հաշվի առնելով կոագուլյացիայի ենթակա երակի տրամաչափը և կատարվում է օբլիտերացիա: Վարիկոզ լայնացած հանգույցները հեռացվում են մինիֆլեբեկտոմիայի կամ սկլերոթերապիայի օգնությամբ: Հեռացված երակների ուղղությամբ դրվում են ասեպտիկ վիրակապեր, կատարվում է 2-րդ աստիճանի էլաստիկ կոմպրեսիա: Հաջորդ օրերին կատարվում է դուպլեքս հետազոտություն, անհրաժեշտության դեպքում կատարվում է կրկնակի լազերային օբլիտերացիա:



Նկ. 2.5.

Միակ պայմանը նման հիվանդների վարման ժամանակակից սկզբունքների իմացությունն է այն պոլիկլինիկայի վիրաբույժների կողմից, ուր դիմում են այդ հիվանդները ստացիոնարից հետո (առաձգական սեղման ժամկետներ, սկլերոզացնող արդյունքի գնահատում, սկլերոզացված երակներում արնազեղումների բուժում, անաշխատունակության ժամկետներ):

Ամենատարածված հիվանդություններից մեկի բուժման նման համալիր մոտեցումը թույլ է տալիս զգալիորեն կրճատել յուրաքանչյուր հիվանդի համար կատարվող ծախսերը և ազատել մեծ քանակով մահճակալներ:

Վարիկոզ հիվանդության վիրահատական բուժման ազդեցությունը կյանքի որակի վրա անվիճելի է, սակայն՝ ոչ միանշանակ: Խնդիրն այն է, որ ըստ մեր տվյալների, 28% հիվանդների շրջանում (տղամարդկանց մինչև 38%-ը) երակների վարիկոզ լայնացումը գանգատներ չի առաջացնում: Հիվանդության դանդաղ ընթացքի շնորհիվ հիվանդները սովորում են չափավոր անհարմարությանը, որը հատկապես տղամարդկանց շրջանում դառնում է նորմա: Այսպիսով, ոչ միշտ է հաջողվում կյանքի որակի լավացման օբյեկտիվ տվյալներ ստանալ ըստ հիվանդների գանգատների քննության արդյունքների:

Վարիկոզ հիվանդության վիրահատական բուժման բարդությունները:

Վարիկոզ հիվանդության կապակցությամբ կատարվող վիրահատությունների բարդությունները կարելի է բաժանել երկու խմբի՝ ընդհանուր վիրաբուժական և յուրահատուկ: Առաջիններից են վերքերի թարախակալումները, եզրային մեռուկները, ինֆիլտրատները: Դրանց հաճախականությունը պայմանավորված է հաստատության վիրաբուժական մակարդակով և վիրահատողի տեխնիկայով:

Երակների վարիկոզ լայնացումը տարածված հիվանդություն է: Այս հիվանդության կապակցությամբ վիրահատություններ իրականացվում են գրեթե բոլոր վիրաբուժական ստացիոնարներում, սակայն վիրահատող բժշկի փորձն ու որակավորումն ամենևին նույնը չեն: Նրանք կարող են լինել բարձրակարգ պրոֆեսիոնալ մասնագետներ մասնագիտացված բուժհաստատություններում և երիտասարդ վիրաբույժներ՝ կենտրոնական շրջանային հիվանդանոցներում: Այդ պատճառով բարդությունների քանակը և տոկոսը ունեն զգալի տարբերություններ:

Թարախակալումը բարդացնում է վերքային պրոցեսի ընթացքը ինչպես վարակի օջախի առկայության (հիմնականում տրոֆիկ խոցը), այնպես էլ նրա բացակայության պարագայում, երկու դեպքում էլ գրեթե միանման: Վերքից ցանքսով ստացված ֆլորան (առավել հաճախ *st. aureus*) 43% դեպքերում չի համընկնում տրոֆիկ խոցից կատարված ցանքսի հետ: Հավանաբար, չկա տարբերություն «մաքուր» և «պայմանական մաքուր» վիրահատությունների բարդությունների միջև: Սակայն տրոֆիկ խոցով հիվանդների շրջանում նման հարաբերություն տեղի է ունենում որոշ միջոցառումների անցկացմանը զուգընթաց: Դրանք են՝

- թարախային սեկտորի հեռացումը մասնագիտացված անոթային բաժանմունքում,
- երկփուլ վիրահատություններ արտահայտված սնուցախանգարումների դեպքում:

Խոցի արտադրության ֆլորայի հետազոտումը և նրա զգայնության որոշումը հակաբիոտիկների հանդեպ գործնական նշանակություն ունի

միայն էքսպրես-մեթոդների կիրառման ժամանակ: Հետազոտության սովորական ժամկետների դեպքում այն էական է միայն հետագա գիտական աշխատությունների համար:

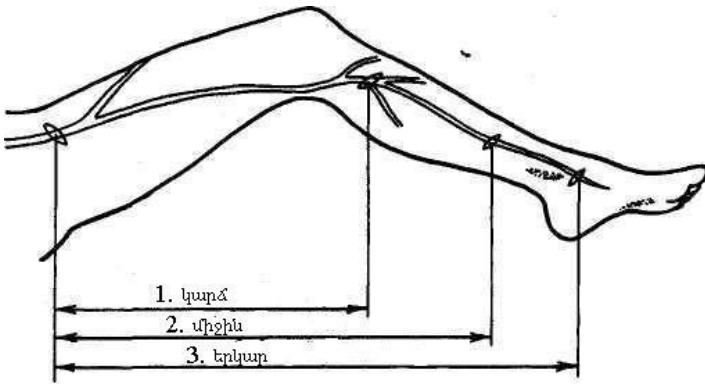
Վիրահատական շրջանում մաշկի մեռուկները հիմնականում պայմանավորված են երեք պատճառով՝ ամուր մաշկային կարեր սրունքի շրջանում, այրվածքներ էլեկտրակոագուլյացիայից, երակների զանգվածային շերտազատում մաշկից նրանց հեռացման ժամանակ:

Հետվիրահատական բորբոքային ինֆիլտրատները հիմնականում հյուսվածքների ավելորդ տրավմատիզացիայի հետևանք են, օրինակ՝ մեծ ենթամաշկային երակի երկարատև որոնումը ազդրի վրա, կամ կոմունիկանտ երակների կապման ժամանակ սրունքի վրա կատարվող բազմաթիվ կտրվածքները:

Արնազեղումները (հեմատոմաներ) սովորաբար առաջանում են ազդրի վրա՝ երակներն ըստ Բեբկոկի հեռացելուց հետո: Դրանց ցայտունությունը կարելի է նվազեցնել թանգիվե վիրախձուծի կիրառմամբ, որը մտցվում է անմիջապես զոնդից հետո՝ նախապես կապելով ազդրի ստորին երրորդական կոմունիկանտ երակները:

Յուրահատուկ բարդություններն են մաշկային նյարդերի վնասումը ըստ Բեբկոկի երակների հեռացման ժամանակ, ավշային այտուցները՝ ավշային ուղիների վնասման պատճառով, արյունահոսությունը մեծ ենթամաշկային երակի ծայրատից կապի սահելու հետևանքով, արնազեղումները երակների հեռացումից հետո, խորանիստ երակների և ենթամաշկային մեծ երակի երկար ծայրատների թրոմբոզը՝ թոքային զարկերակի հնարավոր թրոմբոէմբոլիայի վտանգով, վերջապես, մեծ երակների և զարկերակների վնասումը վիրահատության ժամանակ:

Աստիճանաբար ավելի մեծ տարածում ստացող սկլերովիրաբուժական մեթոդը կամ ենթամաշկային երակի հեռացումը միայն ազդրի վրա (short stripping) հնարավորություն են տալիս խուսափելու տհաճ պարեպեզիաներից և թմրածության զգացումներից հետվիրահատական շրջանում (նկ.2.6):



Նկ. 2.6. *V. Saphena magna*-ի ստրիպպինգի տարբեր տեսակները՝
 պայսանավորված ընթացքով

Երբեմն ավշային ուղիների վնասումից խուսափել հնարավոր չէ, սակայն վերջիններս շատ լավ ենթարկվում են կոմպրեսիոն բուժման:

Վիրահատությունից հետո լիմֆոռեան (ավշահոսություն) հազվադեպ է (0,5-0,7% դեպքում), այն սովորաբար ձվաձև փոսում երկարատև և լայնածավալ վիրաբուժական գործողությունների հետևանք է: Աճուկային շրջանում մեծացած ավշահանգույցների առկայությունը, որը միշտ լինում է տևական տրոֆիկ խանգարումների ժամանակ, դժվարացնում է կրոսէկտոմիան, բայց մենք խորհուրդ ենք տալիս առավելագույնս խուսափել հանգույցների հետ շփումից: Համենայնդեպս խոշոր հանգույցների հեռացումը նպատակահարմար չէ:

Վիրահատությունից հետո թրոմբոտիկ բարդությունների կանխարգելման երաշխիքը հիվանդների վաղ ակտիվացումն է, քայլերը առաձգական վիրափաթեթով և ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային պատրաստուկներով կարճատև հետվիրահատական կուրսերը:

Ազդրային երակի կամ զարկերակի վնասման մասին տվյալներ կարելի է հանդիպել յուրաքանչյուր քիչ թե շատ մեծ վիճակագրության մեջ: Կարելի է ասել, որ նման վնասում ունեցել է ցանկացած սկսնակ վիրաբույժ: Ակնհայտ է, որ հետագայում այն նույնպես անխուսափելի է: Որոշ դեպքեր այնքան կագոլիստիկ են, որ նույնիսկ հնարավոր չէ

պատկերացնել (օրինակ՝ Բեբկոկի գոնդի անցկացումը ազդրային զարկերակի մեջ, և այն դուրս քաշելու փորձը): Ազդրային երակի վնասումը հանդիպում է առավել հաճախ: Դրա պատճառներն աճուկային շրջանում անոթների տեղազրական անատոմիայի վատ իմացությունն է և չափից ավելի ռադիկալիզմի ձգտումը: Ազդրային երակի վնասման ժամանակ առաջանում է ծանր սթրեսային իրավիճակ, երբ ոչ մի վտանգ չներկայացնող վիրահատությունը դուրս է գալիս հսկողությունից, վերքն անմիջապես լցվում է արյամբ, որը, թվում է, անհնար է կանգնեցնել: Վիրաբույժը սկսում է սեղմել և կարել ամեն ինչ, որի հետևանքով վնասվածքի չափերը մեծանում են: Ազդրային երակի վնասման կամ նրա հատման ժամանակ պետք է կիրառել մատնային սեղմումը, այնուհետև դնել փափուկ (անոթային) սեղմաններ, որոշել վնասման բնույթը և այն վերականգնելու համար դիմել մասնագետին:

Հարկ է հիշել, որ ազդրային երակով արյան հոսքի երկարատև դադարեցման դեպքում պետք է ներերակային ներմուծել 5000-10000ՄՄ հեպարին՝ թրոմբոզոցային կանխարգելման նպատակով: Նկարագրվում են թոքային զարկերակի թրոմբոէմբոլիայի դեպքեր արյան հոսքի վերականգնումից 2-3 ժամ անց:

**ԹԵՄԱ 2. ԽՈՐԱՆԻՍՏ ԵՐԱԿՆԵՐԻ ԹՐՈՄԲՈՏԼԵԲԻՏ:
ՀԵՏԹՐՈՄԲՈՏԼԵԲԻՏԻԿ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ**

Ստորին վերջույթների խորանիստ երակների թրոմբոֆլեբիտ:

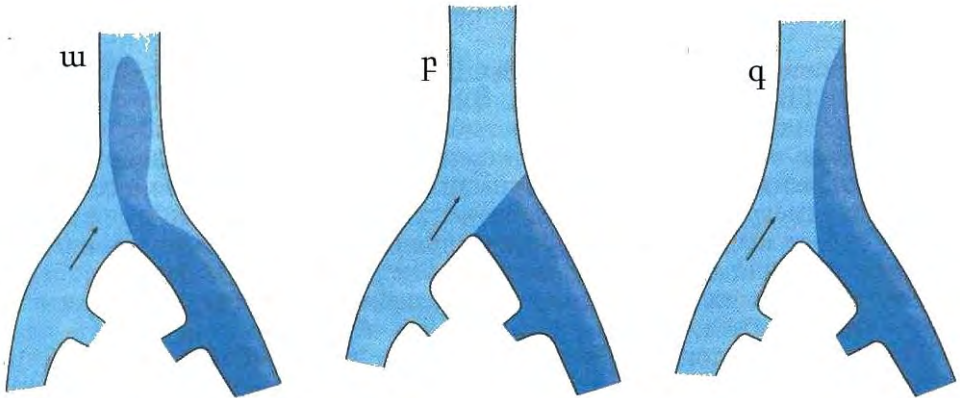
Թրոմբագոյացումը կարող է ընթանալ ինչպես խորանիստ, այնպես էլ մակերեսային և պերֆորանտ երակներում: Թրոմբոզի տեղակայումից է պայմանավորված հիվանդության կլինիկական պատկերը, ԹԶԹԷ-ի (թոքային զարկերակի թրոմբոէմբոլիա) հավանականությունը, հիվանդության սուր ընթացքը, ՀԹՖՀ-ի (հետթրոմբոֆլեբիտիկ համախտանիշ) ընթացքը, հիվանդի աշխատունակությունը և կյանքի որակը:

Ստորին վերջույթների խորանիստ երակների ախտահարումը կարող է հանգեցնել լուրջ հետևանքների: Մազիստրալ երակների զգալի տրամագիծը հավանական է դարձնում նրանց մեջ մեծ չափսերի թրոմբների գոյացումը, իսկ արյան ինտենսիվ հոսքը պայմաններ է ստեղծում նրանց պոկման և թոքային էմբոլիայի համար: Հետագայում ԽԵԹ-ը (խորանիստ երակների թրոմբոզ) նպաստում է ՀԹՖՀ-ի ձևավորմանը, որն արտահայտվում է քրոնիկական երակային անբավարարությամբ: Այն իր հերթին հանգեցնում է աշխատունակության և կյանքի որակի իջեցմանը: Կյանքին առավելագույն վտանգ սպառնացող վիճակ ԽԵԹ-ի ժամանակ համարվում է ԹԶԹԷ-ն: Էմբոլիայի տեսակետից վտանգավոր են համարվում ֆլոտացող (լողացող) թրոմբները, որոնք ունեն ֆիքսման մեկ կետ իրենց դիստալ հատվածում: Նրա մնացած մասերը ազատ են և կապ չունեն երակի պատերի հետ:

Երակային թրոմբոզի հաջորդ տեսակների ժամանակ թոքային զարկերակի էմբոլիայի հավանականությունը գործնականում բացակայում է: Դրանք խցանող և առպատային թրոմբոզներն են (նկ.2.7):

Խցանող թրոմբոզի ժամանակ արյան հոսքը երակով բացակայում է, թրոմբոտիկ զանգվածներն ամուր կպած են անոթի պատին ֆլեբիտի հետևանքով:

Առաջատային թրոմբոզի ժամանակ ևս թրոմբը ֆիքսված է անոթի պատին ամբողջ երկարությամբ, սակայն նրանց մեջ մնում է արյան հոսք:



Նկ. 2.7. Երակային թրոմբոզների տեսակները:

ա. էմբոլվտանգավոր (ֆլոտացող) թրոմբոզ, բ. ոչ էմբոլվտանգավոր խցանող թրոմբոզ, գ. ոչ էմբոլվտանգավոր առաջատային թրոմբոզ

Կլինիկական պատկերը: ԽԵԹ-ի ժամանակ կլինիկական պատկերը դրսևորվում է մի խումբ ախտանիշերով, որոնք բնութագրում են հանկարծակի առաջացած երակային արտահոսքի խախտումը՝ պահպանված զարկերակային հոսքի ժամանակ: Դրանք են՝

- այտուց,
- վերջույթի ցիանոզ,
- ցավ,
- ջերմության տեղային բարձրացում,
- ենթամաշկային երակների լեցունություն,
- ցավեր անոթային խրձի ընթացքում:

Գործիքային հետազոտման եղանակները: Գործիքային հետազոտման հիմնական խնդիրներն են՝

1. Ապացուցել կամ ժխտել վենոզ թրոմբոզի ախտորոշումը:
2. Որոշել թրոմբոզի տեղակայումը և երկարությունը:
3. Թրոմբի պրոքսիմալ հատվածի բնութագրումը և թոքային էմբոլիայի վտանգի աստիճանի որոշումը:

4. Հայտնաբերել թրոմբոզի պատճառը:
5. Հայտնաբերել այլ հատվածներում աննշան ընթացող թրոմբոզները:

Այդ նպատակով օգտագործվում են *դուպլեքս ուլտրաձայնային անզիտոքանավորում*, *ռենտգենկոնտրաստ հետընթաց իլիոկավագրաֆիա*:

Բուժում: Բուժման հիմնական խնդիրներն են՝

1. Կանգնեցնել թրոմբոզի զարգացումը:
2. Կանխել ԹՁԹԷ-ն:
3. Թույլ չտալ այտուցի ավելացումը, և դրանով կանխել երակային փտախտի առաջացումը, վերջույթի կորուստը:
4. Վերականգնել երակների անցանելիությունը, որպեսզի հետագայում չզարգանա ՀԹՖՀ:
5. Կանխել թրոմբոզի ախտադարձը, որը զգալի վատացնում է հիվանդության ընթացքը:

Դեղորայքային բուժում: Ցուցված է անկողնային ռեժիմ մինչև այտուցի զգալի իջեցումը և համապատասխան հակամակարդիչ բուժման նշանակումը: Երակային արտահոսքը լավացնելու նպատակով հիվանդներին անհրաժեշտ է նշանակել սեղմող թերապիա: Դեղորայքային բուժումը պետք է ընդգրկի հակամակարդիչներ (ցածր մոլեկուլային հեպարին), հեմոռեոլոգիկ ակտիվ միջոցներ (ռեոպոլիզյուկին, պենտոքսիֆիլին, ցածր չափաբաժնով ասպիրին, նիկոտինաթթու, կուրանտիլ), ֆլեբոակտիվ դեղամիջոցներ (դետրալեքս, տրոքսեռուտին, էսկուզան և այլն), ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային միջոցներ (դիկլոֆենակ, կետոպրոֆեն և այլն), հակաբիոտիկներ բարդացած ձևերի ժամանակ: Տեղային եղանակով խորհուրդ է տրվում օգտագործել քսուլներ, որոնք պարունակում են հեպարին և ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային միջոցներ:

Վիրահատական բուժում: Վիրահատական բուժման խնդիրներն են թոքային էմբոլիայի կանխումը և երակային անցանելիության վերականգնումը: Այդ նպատակով կատարվում են հետևյալ

վիրահատական միջամտությունները՝

1. Էնդովասկուլյար վիրահատություններ:
2. Ստորին սիներակի պլիկացիա:
3. Մազիստրալ երակների կապում:
4. Թրոմբեկտոմիա:

Հետթրոմբոֆլեբիտիկ համախտանիշ: 1917թ. Հոմանսը կլինիկական կիրառության մեջ մտցրեց «հետթրոմբոֆլեբիտիկ համախտանիշ» տերմինը այն վիճակների համար, որոնք առաջանում են ստորին վերջույթների խորանիստ երակների թրոմբոզից հետո:

Հետթրոմբոֆլեբիտիկ համախտանիշ անվանումն ունի շատ անալոգներ՝ հետֆլեբիտիկ համախտանիշ, պոսթթրոմբոտիկ հիվանդություն, պոսթթրոմբոտիկ համախտանիշ և այլն: Հետագայում մենք կօգտվենք տարածված հապավումից (ՀԹՖՀ):

ՀԹՖՀ-ն երակային ախտաբանության ամենաճանր տարատեսակներից մեկն է: Այն երակային հիվանդությունների 28 %-ն է: Տնտեսապես զարգացած երկրների բնակչության հիվանդացությունը մոտ 1% է:

ՀԹՖՀ-ի պատճառը վերջույթների խորանիստ երակների թրոմբոզն է (այդ թվում նաև զստային երակի): Երակը մնում է թրոմբոզ փակված և աստիճանաբար վերածվում է սկլերոզացված ձգված լարի կամ տեղի է ունենում ռեկանալիզացիայի յուրահատուկ պրոցես. արյան համար առաջանում է նոր ճանապարհ, որը կարող է իր տրամագծով մոտենալ ելքայինին (երբեմն ձևավորվում են մի քանի նեղ և անհամաչափ ուղիներ):

Դժվար է ասել, թե ռեկանալիզացիան ինչու է մի դեպքում իրականանում, իսկ մյուսում՝ ոչ: Ռեկանալիզացիայի մեխանիզմի մեկնարկի դրդապատճառները գրեթե անհայտ են: Կրկին ձևավորվող ճանապարհների հիմքում vasa vasorum-ն է: Պայմանավորված ախտահարված երակների տրամաչափով և քանակով՝ դրսևորվում է երակային վերադարձի անբավարարությունը:

Հետագոտման ուլտրաձայնային մեթոդների լայն տարածումը

հնարավորություն է տալիս հայտնաբերելու խորանիստ երակների հետֆլեքիտիկ փոփոխությունները վարիկոզ հիվանդների շրջանում նույնիսկ ոչ մեծ տարածության վրա (պատերի հաստացում և սկլերոզ, փականների բացակայություն կամ չափավոր հետհոսքի երևույթներով դրանց խոր ձևախախտում): Նման հիվանդների անամնեզում խորանիստ երակների թրոմբոֆլեքիտի էպիզոդներ հայտնաբերել չի հաջողվում:

Մխտաֆիզիոլոգիան: Մագիստրալ խորանիստ երակների սուր թրոմբոզից հետո թրոմբոտիկ զանգվածների և երակային պատի փոխակերպման ակտիվ պրոցեսները շարունակվում են 4-ից մինչև 6-8 ամիս: Պայմանավորված նրանով, թե տվյալ պրոցեսներում գերիշխում են թրոմբված հատվածի ռեվասկուլյարիզացիայի, թե՞ հետագա սպիացմամբ նրա վերականգնման տարրերը՝ զարգանում է ՀԹՖՀ-ի երեք ձևերից մեկը:

Կլինիկական և ռենտգենաբանական տվյալները վկայում են այն մասին, որ ուռքային երակների մակարդակով խցանման ժամանակ (առանց ներմկանային երակների և սինուսների թրոմբոզի) երակային պոմպը մկանային գործունեությունն ապահովում է բավարար հոսքով: Այդ իսկ պատճառով առանց ռեկանալիզացիայի սուրալ թրոմբոզի հետևանքները կարող են լինել բարենպաստ՝ դրսևորվելով լոկ աննշան այտուցներով: Տարածուն թրոմբոզի դեպքում (մագիստրալ երակների բոլոր երեք զույգերը, երակային ծոցերը) մկանաերակային պոմպը դադարում է ապահովել սեփական մկանների աշխատանքը: Այս դեպքում նույնիսկ խոսք անգամ չկա գլխավոր երակային հոսքի մասին: Այս պայմաններում արագ զարգանում են երակային անբավարարության երևույթներ (կայուն այտուցներ, ճարպաբջջանքի կարծրացում և սկլերոզ, տրոֆիկ խանգարումներ):

Ազդրային կամ գտային սեզմենտի և սրունքի ինտակտ երակների հետթրոմբոտիկ խցանման ժամանակ մկանաերակային պոմպն անընդհատ աշխատում է ծանրաբեռնվածությամբ: Արյան հետհոսքը սկսում է իրեն ճանապարհ հարթել՝ սկզբում առանց փականների կոմունիկանտներով, այնուհետև՝ անբավարար փականներով:

ՀԹՖՀ-ի ռեկանալիզացված ձևի յուրահատկությունն ախտահարված հիմնական մագիստրալների դեվալվույացիան է՝ կոմունիկանտ երակների անբավարարությամբ: Թրոմբված երակի լուսանցքի վերականգնումը հնարավոր է մի քանի տարբերակով՝ մի խողովակի ձևավորումից (նախորդին համաչափ), և երակը կոպիտ, առանց փականների խողովակի ձևավորվելուց մինչև մի քանի (երբեմն մեկ) նեղ, հաճախ առպատային խողովակների ձևավորումը: Վերջիններիս հեմոդինամիկ նշանակությունը մեծ չէ, բայց և մեծ չէ ուղղահայաց դիրքում արյան հետհոսքը:

ՀԹՖՀ ախտաբանությունը ներառում է նաև այլ կարևոր օղակներ:

Բոլոր կոմպենսատոր մեխանիզմերը, որոնք աշխատում են ֆունկցիոնալ-ֆիզիոլոգիական «պաշտպանական գծերի» ուժեղացման սկզբունքով, վնասող օբյեկտի բավարար ուժի և երկարատևության դեպքում վաղ թե ուշ վերածվում են լրացուցիչ ախտաբանական գործոնների:

Ասվածն առավել քիչ է վերաբերում կոմպենսացիայի ֆունկցիոնալ-անատոմիական մեթոդներին (լավ կոլատերալային հուն կամ, օրինակ՝ գույզ օրգաններից մեկի աշխատանքը):

Քրոնիկական երակային անբավարարության ձևավորումը ներառում է տարբեր կոմպենսատոր մեխանիզմներ: Վերջիններս էլ իրենց հերթին կարող են դառնալ ախտաբանական: Մենք դա արդեն նշել ենք երակների ռեկանալիզացիայի և մկանաերակային պոմպի փոխակերպման օրինակի վրա:

Քրոնիկական երակային անբավարարությունը կայուն վիճակ չէ: Մի անգամ սկսվելով՝ այն շոշափում է զարկերակային և ավշային համակարգը, ռեգիոնալ նյարդավորումը, միկրոցիրկուլյատոր հունը և ուղեկցվում է այս կամ այն աստիճանի անդառնալի տիպային անատոմիական փոփոխություններով: Նրանց քանակական մեծությամբ է պայմանավորված վիրահատական կամ պահպանողական բուժման հաջողությունը:

Երակային անբավարարության զարգանալը սերտորեն

փոխկապակցված է հյուսվածքային ճնշման և ավշահոսքի փոփոխությունների հետ:

Ցանկացած երակային ախտաբանությամբ պայմանավորված՝ երակային կանգի սկզբնական ձևերի ժամանակ մեծանում է դիմադրությունը մազանոթային հունի երակային հատվածում, բարձրանում է ֆիլտրացիան: Դրա հետևանքով մեծանում է ավշային անհրաժեշտ ծանրաբեռնվածությունը: Ավշային անոթները (հիմնականում վերփակեղային) լայնանում են, և միավոր ժամանակում հոսող ավշի ծավալը մեծանում է: Ներմազանոթային ֆիլտրացիայի՝ արտորբցիայի խանգարման կոմպենսացիան իրականանում է ավելի բարձր մակարդակում:

Մկանաերակային պոմպի աշխատանքի խանգարման կամ երակային համակարգում անընդհատ հիպերվոլեմիայի առկայության (արյան ռետրոգրադ հոսքի միկրոցիրկուլյատոր գոնայի վրա ազդեցությամբ) ժամանակ մազանոթային ճնշումը մեծանում է: Ստարլինգային հարաբերությունները կայուն կերպով շեղվում են դեպի ֆիլտրացիայի գերակշռման կողմը, և ավշային համակարգն այլևս ի վիճակի չէ ապահովելու բավարար լրացուցիչ դրենաժային ֆունկցիա: Հյուսվածքային ճնշումը մեծանում է այտուցին զուգահեռ (հատկապես երակային սուր խցանումների ժամանակ):

Երակային կանգը ճնշման վրա ազդում է արտաբջջային հեղուկի քանակի մեծացման և հյուսվածքի սնուցախանգարման հաշվին՝ նրա ֆիզիկական հատկությունների փոփոխության միջոցով: Որոշակի սահմաններում կանգը կարող է բարձրացնել հյուսվածքի դիմադրողականությունը, քանի որ աճում է երակային ցողունների ամրությունը՝ դառնալով հյուսվածքային կառուցվածքի հիմքը: Նման դեպքերում այտուցը դառնալի է: Դրա համար բավարար է բեռնաթափել երակային համակարգը պոստուրալ դրենաժով: Երակային ախտաբանության առավել ծանր ձևերի ժամանակ միանում են բորբոքային պրոցեսները, որոնց համար նպաստավոր է պլազմատիկ սպիտակուցներով նախաավշային ուղիների և ավշահանգույցների

ներծծումը: Սկսվում են աուտո-ալերգիկ ռեակցիաներ, ի հայտ են գալիս սկլերոզացնող լիմֆանգիտներ. ավշային ուղիները կորցնում են ռիթմիկ շարժման ունակությունը՝ վերածվելով անշարժ խողովակների: Ավշային պատի թափանցելիության խանգարումը հանգեցնում է նախաավշային հյուսվածքում սպիտակուցով հարուստ հեղուկի կուտակմանը, որն առաջացնում է դրանց ֆիբրոզ: Այտուցը ձեռք է բերում ավելի կայուն բնույթ և կարող է վերածվել երակածին (վենոզեն) փղախտի:

Հյուսվածքների դեստրուկցիայի ժամանակ կարող են առաջանալ նաև հյուսվածքային ցածր ճնշմամբ հատվածներ:

Երակային կանգը կարող է հանգեցնել ոչ միայն սպիտակուցներով, այլև էրիթրոցիտներով շրջակա հյուսվածքների ներծծմանը: Այս ամենը քայքայվում է, դենատուրացվում և վերածվում է տարրերի, որոնք պահանջում են էվակուացիա և, հետևաբար, առաջացնում են ասեպտիկ բորբոքման ռեակցիա: Այս ռեակցիայի բնական բաղադրյալը ֆագոցիտոզն է և լեյկոցիտային ագրեսիան, որն ըստ վերջին ուսումնասիրությունների՝ տվյալների՝ առաջացնում է մի շարք ախտաբանական փոփոխություններ՝ ընդհուպ մինչև տրոֆիկ խոցեր:

Վերջույթների զարկերակային համակարգում փոփոխությունները զարգանում են ոչ միայն երակային կանգի և դրա հետևանքով զարգացող հետթրոմբոֆլեբիտիկ համախտանիշի ժամանակ, այլև վարիկոզ երակային երկարատև անբավարարության ժամանակ: Մկանային տիպի զարկերակներում սկզբնական կծկանքը հետագայում ուղեկցվում է ինտիմայի հիպերպլազիայով (գերաճով) և շրջանաձև շերտի հիպերտրոֆիայով (գերսնուցմամբ): Նմանատիպ երևույթները հատկապես արտահայտված են ՀԹՖՀ խցանող ձևերի ժամանակ: Զարգանալով որպես կոմպենսատոր մեխանիզմ սուր կանգին՝ զարկերակային կծկանքը հետագա մորֆոլոգիական վերակառուցմամբ հանգեցնում է ոչ միայն զարկերակային, այլև երակային արյան շրջանառության վատթարացմանը:

ՀԹՖՀ-ի ժամանակ հատկապես անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել վարիկոզ լայնացած երակների առաջացման վրա:

Հնարավոր է, որ մակերեսային երակների վարիկոզ լայնացումը (լինի դա առաջնային, ինչպես վարիկոզ հիվանդության ժամանակ, թե երկրորդային, ինչպես ՀԹՖՀ-ի ժամանակ), միևնույն պրոցեսն է: Նրա էությունը երակային պատի ախտահարումն է, որի հետևանքով այն կորցնում է բնականոն բարձր ճնշմանը դիմակայելու ունակությունը: Այն միշտ գոյություն ունի ստորին վերջույթներում օրթոստազի ժամանակ՝ դուրս չգալով առաձգական դեֆորմացիայի վիճակից:

Քանի որ վարիկոզ լայնացած երակներն ավելի շատ բնորոշ են ՀԹՖՀ ռեկանալիզացիոն ձևի ժամանակ, ապա կարելի է ասել, որ դրանց առաջացման որոշիչ դերը պատկանում է հյուսվածքային վազոակտիվ նյութերի գերարտադատմանը, որոնք կարևոր նշանակություն ունեն մագիստրալ երակների ռեկանալիզացիայի գործընթացում: Հեմոդինամիկայի խանգարումների յուրահատկությունը միայն նպաստում է մակերեսային երակներում վարիկոզ պրոցեսների արագ զարգացմանը: Վարիկոզ լայնացած մակերեսային երակների միացումը ծանրացնում է հետթրոմբոֆլեբիտիկ հիվանդության ընթացքը: Հատկանշական է, որ հիմնական պրոցեսում առանց ինչ-որ բան փոխելու՝ այս երակների հասարակ հեռացումը նպաստում է հիվանդագին վիճակի զգալի թեթևացմանը:

ՀԹՖՀ դասակարգումը: ՀԹՖՀ դասակարգումները տարբեր են, և մինչ օրս այս հարցին համընդհանուր մոտեցում չկա: Առավել տարածված է Վասյուտկովի դասակարգումը (1968), որտեղ առանձնացնում են այտուցացավային, այտուցային, վարիկոզ և խոցային ձևերը:

Թվում է, թե այս դասակարգումը հարմար է նրանով, որ հիվանդության ձևը որոշվում է առաջին հայացքից: Մակայն այս և նմանատիպ դասակարգումների թերությունն այն է, որ դրանք շփոթում են պրոցեսի ձև և նրա ընթացքի ախտանշաններ հասկացությունները: Իրականում ցավային բաղադրյալ կա ոչ միայն այտուցացավային, այլև ուրիշ ձևերի ժամանակ. ժամանակի ընթացքում այտուցային ձևին կարող է միանալ մակերեսային երակների վարիկոզը: Խոցերը նույնպես առաջանում և լավանում են ցանկացած ձևի ժամանակ:

Այս դեպքում դասակարգումը չի որոշում բուժման եղանակը:

Վիրաբուժական տեսանկյունից ավելի նպատակահարմար են այն դասակարգումները, որոնք հիմնված են խորանիստ երակների ախտահարման ձևի և տեղակայման վրա, հեշտությամբ հայտնաբերվում են ուլտրաձայնային հետազոտությամբ կամ ֆլեբոգրաֆիայով:

Ներկայումս ընդունում են ՀԹՖՀ հետևյալ ձևերը՝ խցանող, ռեկանալիզացված և խառը: Ընդ որում, պարտադիր նշվում է ախտահարման տեղը: Օրինակ՝ ռեկանալիզացված ձև՝ առավելապես սրունքի և կոմունիկանտ երակների ախտահարմամբ, ռեկանալիզացված ձև՝ առավելապես գտաազդրային հատվածի ախտահարմամբ, խցանող ձև՝ ազդրային երակի ախտահարմամբ և այլն:

Այսպիսի դասակարգումը ախտորոշման մեջ ոչ միայն արտացոլում է արտաքին դրսևորումների այս կամ այն պատճառները, այլև հնարավորություն է տալիս որոշելու բուժման եղանակը: Ռեկանալիզացված ձևերը կազմում են ՀԹՖՀ բոլոր ձևերի 50%-ը, մաքուր խցանումները՝ 25%-ը:

Հավանաբար երակային անբավարարության աստիճանը պետք է դասակարգվի ինչպես վարիկոզ հիվանդության ժամանակ (այս բուժումն առաջարկել է Ֆաերմանը 1961թ.):

Կլինիկական պատկերը: ՀԹՖՀ կլինիկական դրսևորումները ձևավորվում են քրոնիկական երակային անբավարարության սովորական ախտանշաններից, որոնք ավելի արտահայտված և կայուն են, քան վարիկոզ հիվանդության ժամանակ:

Աղյուսակում բերված են բոլոր երեք երակային համակարգերի ախտահարմամբ ընթացող վարիկոզ հիվանդության և ՀԹՖՀ-ի ժամանակ հիմնական գանգատների հաճախականությունը:

Գանգատների հաճախականությունը վարիկոզ հիվանդության և ՀԹՖՀ-ի ժամանակ՝

Գանգատներ	ՀԹՖՀ, %	Վարիկոզ հիվանդություն, %
Տարբեր բնույթի ցավեր	84,0	70

Անցողիկ կամ հիմնական այտուց	88,5	38
Ծանրության զգացում ծանրաբեռնվածությունից հետո և օրթոստազ անցնելուց	46,0	30
Հոգնածություն	81,0	29
Կծկումներ	6,0	11
Քոր	14,0	19

Տրոֆիկ խանգարումները հանդիպում են 3 անգամ ավելի հաճախ, իսկ փղախտի տարրերով ավշաերակային անբավարարություն դիտվում է միայն ՀԹՖՀ-ի ժամանակ:

Վարիկոզ հիվանդության համեմատ ցավն ավելի միօրինակ է, քան ՀԹՖՀ-ի դեպքում: Սովորաբար այն ունի տարածուն բնույթ, բութ է, ավելի կտրուկ է խոցի շրջանում: Այնուամենայնիվ, սուր ցավ չի լինում, իսկ եթե լինում է, ապա պետք է փնտրել այլ պատճառ:

ՀԹՖՀ-ի ժամանակ այտուցները տարբեր են և աճում են հիվանդության ժամկետներին զուգընթաց: Եթե առաջին տարիներին ախտահարված վերջույթի այտուցվածությունը նվազում կամ նույնիսկ ամբողջությամբ անհետանում է երկարատև հանգստից հետո, ապա ճարպաբջջանքի քայքայմանը, կարծրացման պրոցեսների առաջխաղացմանը զուգահեռ՝ այտուցները դառնում են մշտական:

ՀԹՖՀ-ի ռեկանալիզացված ձևի ժամանակ ծանրության զգացման գանգատները պայմանավորված են հոսքի խանգարմամբ և հորիզոնական դիրքում արյան զանգվածային հետհոսքով: Հաճախ քայլելը թեթևացում չի առաջացնում:

ՀԹՖՀ-ի ժամանակ օբյեկտիվ ախտանշանները բնորոշ են: Բավարար փորձի առկայության դեպքում հնարավոր է առանց ուլտրաձայնային կամ ֆլեբոգրաֆիկ հետազոտության ճշգրտորեն ախտորոշել ՀԹՖՀ այս կամ այն ձևը:

Սուրալ ֆլեբիտից հետո սրունքի երակների ռեկանալիզացիայի ժամանակ դեպքերի 2/3-ում հայտնաբերվում է սրունքի և թաթի չափավոր

այտուց: Սովորաբար, այտուցը ժամանակավոր է և անցնում է հորիզոնական դիրք ընդունելիս: Ցիանոզ չկա: Սրունքի երակների վարիկոզ լայնացումը հաճախ ուղեկցում է խորանիստ երակների ռեկանալիզացիային: Մնուցախանգարումները մեծ մասամբ սահմանափակվում են հեմոսիդերոզով:

Սրունքի երակների խցանման ժամանակ առաջանում են կայուն այտուցներ՝ հաճախ ցիանոզով: Քայլելուց հետո այտուցները շատանում են: Վարիկոզ հայտնաբերվում է հազվադեպ:

Հաճախ երևում են չափավոր լայնացած մակերեսային երակներ՝ ցայտուն կենտրոնամետ արյան հոսքով: Առկա է արտահայտված ուղղվածություն դեպի ենթամաշկային ճարպաբջջանքի կարծրացած հատվածները:

Տարածուն երակային թրոմբոզից հետո երակների ռեկանալիզացիայի ժամանակ կլինիկական պատկերն առավել արտահայտված է: Այտուցները կարող են լինել կայուն: Մակերեսային երակների վարիկոզ լայնացումը հայտնաբերվում է դեպքերի մեծամասնությունում: Մնուցախանգարումներն ավելի արտահայտված են, բայց նրանց կազմում գերակշռում են հեմոսիդերոզը, չափավոր դերմատոսկլերոզը և տրոֆիկ խոցերը, որոնք հարաբերականորեն հեշտ են ենթարկվում բուժման:

Մազիստրալ երակների տարածուն խցանումների դեպքում արագ զարգանում է ենթամաշկային ճարպաբջջանքի կարծրացում, վերջույթների ձևը փոխվում է («դաշնամուրային ոտքեր»): Մաշկի գույնը մշտապես կապտաբոսորագույն է: Դերմատոսկլերոզը և ցելյուլիտներն արտահայտված են, այտուցները՝ կայուն: Խոցերը կարծրանում են, դժվար են ենթարկվում բուժման: Զստային երակի խցանման ժամանակ միշտ երևում է վերցայլային կծկված, լարված երակների ցանցը:

Բացի վերոհիշյալ խանգարումներից, ստորին սիներակի համախտանիշը բնորոշվում է նաև որովայնի առաջային պատի և իրանի կողմնային հատվածների երակների լայնացած ցանցով:

ՀԹՖՀ-ի ժամանակ ֆունկցիոնալ փորձերն ունեն նվազ ախտորոշիչ

նշանակություն և դեպքերի մոտ 50%-ի ժամանակ տալիս են կեղծ-դրական կամ կեղծ-բացասական արդյունքներ: Այնուամենայնիվ, կլինիկական տվյալների և մանրակրկիտ հավաքած վերհուշության հետ մեկտեղ դրանք մոտավոր ախտորոշում կատարելու հնարավորություն են տալիս, որը բավարար է հիվանդին մասնագիտացված կենտրոն ուղարկելու կամ էլ պոլիկլինիկայում և ընդհանուր պրոֆիլի վիրաբուժական բաժանմունքում բուժումը կազմակերպելու համար:

Հստակ տեղագրական ախտորոշման և վիրահատական բուժման ծավալի որոշման համար վերը նկարագրված կլինիկական նշաններն ու ֆունկցիոնալ փորձերն անբավարար են:

Հետազոտման գործիքային մեթոդներ: *Ուլտրաձայնային հետազոտությունը* ՀԹՖՀ-ի ժամանակ հետապնդում է երկու նպատակ: Առաջինը (ընդհանուր)՝ հաստատել կամ ժխտել հիվանդության առկայությունը: Երկրորդը (մասնավոր)՝ որոշել ախտահարման տեղագրությունը: Այդ իսկ պատճառով ուլտրաձայնային հետազոտության խնդիրները ՀԹՖՀ-ի և վարիկոզ հիվանդության ժամանակ նույնն են:

Հետազոտման մեթոդիկան նույնն է, ինչ վարիկոզ հիվանդության ժամանակ: Որպես պարտադիր հետազոտություն՝ անցկացնում են դոպլերոգրաֆիա, որը խորհուրդ է տրվում սկսել ոլոքային երակներից՝ պճեղների հետևում: Պրոքսիմալ կոմպրեսայի և անտեգրադ ալիքի պարագայում դեկոմպրեսիայից հետո արյան հետհոսքի բացակայությունը նախօրոք ախտորոշված ՀԹՖՀ հավաստիության կասկած է: Սակայն այդ կարծիքը կարող է ժխտվել հետազոտման հետագա շարունակությամբ զստային, ազդրային և ենթածնկային երակներում: Պայմանավորված ՀԹՖՀ ձևերով՝ դոպլերոգրաֆիական պատկերն ունի իր առանձնահատկությունները:

Պուլսեքսային սքանավորումը երակի պատում հայտնաբերում է մորֆոլոգիական փոփոխությունները և որոշում արյան հոսքի արագության պարամետրերը: Բացի այդ, դուպլեքսային սքանավորմամբ բավական հստակ նշվում են անբավարար կոմունիկանտ երակների ձևը

և տեղակայումը:

Մագիստրալ երակների հետթրոմբոտիկ ախտահարումները բնորոշվում են անոթի պատերի հաստացմամբ, սոնոգրաֆիկ ոչ համասեռ լուսանցքով: Փականները սովորաբար սերտաճած են անոթի պատի հետ, հազվադեպ լուսանցքում առկա են անշարժ գոյացությունների տեսքով:

Ռադիոնուկլիդային ֆլեբոսցինտիգրաֆիան ախտորոշման լրացուցիչ մեթոդ է, որը համակարգում հայտնաբերում է երակային հոսքի տարբեր ախտահարումներն օրթոստազի ժամանակ:

Մագիստրալ երակներով ռադիոնուկլիդի շարժման խանգարումը ՀԹՖՀ հիմնական նշանն է:

Քրոնիկական երակային անբավարարությամբ հիվանդների կոնտրաստային ռենտգենաբանական քննությունը միայն ախտորոշման եղանակ չի եղել: Գործնականում նրա լայն տարածումը ստեղծել է ժամանակակից ֆլեբոլոգիան: Հատկապես դա վերաբերում է ՀԹՖՀ ախտորոշմանը և վիրահատական բուժմանը:

ՀԹՖՀ-ի ժամանակ ֆլեբոգրաֆիական հետազոտության տեխնիկական մեթոդները սկզբունքորեն չեն տարբերվում «Վարիկոզ հիվանդություն» բաժնում նկարագրվածներից: Դրանք են վերընթաց վերերակային և հետընթաց-կոնքային ֆլեբոգրաֆիան: Ձստային երակներն ընդգրկող տարածուն ախտահարումների ժամանակ հնարավոր է կատարել իլիոկավոգրաֆիա:

Ֆլեբոգրաֆիան հնարավորություն է տալիս տեսնելու երակների կառուցվածքը ռեալ մասշտաբներով՝ օպտիմալ պլանավորելով վիրահատական միջամտությունը:

Հիմնական ռենտգենաբանական ձեռնարկներում (Petterson, 1995) վերընթաց և կոնքային ֆլեբոգրաֆիան խորհուրդ է տրվում իրականացնել ձեռքով:

Վերընթաց ներերակային ֆլեբոգրաֆիայի ժամանակ կոնտրաստ նյութը հետհոսքի ուղղությամբ ներմուծում են ոտնաթաթի երակներից մեկի մեջ՝ պունկցիայի կամ կաթետերիզացիայի միջոցով: Ծայրահեղ դեպքերում (արտահայտված այտուց) կարելի է կատարել մեծ

ենթամաշկային երակի հատում պճեղից առաջ կամ ոտնաթաթի եզրային երակի հատում:

Ցանկալի է ոլոքային երակների վերաբերյալ ստանալ ամբողջական պատկեր: Հարկ է հիշել, որ ֆլեբոգրամմայի վրա երակների բացակայությունը ամեննին չի նշանակում, թե դրանք ամբողջովին խցանված են: Հորիզոնական դիրքում ֆլեբոգրաֆիայի անցկացման ժամանակ սխալվելու հնարավորությունը մեծանում է:

Կոնքային և հետընթաց-կոնքային ֆլեբոգրաֆիան իրականացնում են ազդրային երակների պունկցիոն կաթետերիզացիայի միջոցով: Վերընթացի հետ զուգակցված՝ այն ազդրային երակի վիճակի և ֆունկցիայի, ինչպես նաև գստային երակի ախտահարման վերաբերյալ տալիս է լրիվ պատկեր: Եթե հետագոտման ֆլեբոգրաֆիկ եղանակները հնացած են, ապա ՀԹՖՀ-ի ժամանակ դրանք դեռևս չեն կորցրել իրենց նշանակությունը:

Հետթրոմբոֆլեբիտիկ համախտանիշի բուժումը: Ինչպես արդեն ասվել է, ՀԹՖՀ-ն դրսևորվում է քրոնիկական երակային անբավարարության այս կամ այն աստիճանով: Քրոնիկական երակային անբավարարությունն իր հերթին ձևավորված ախտաբանական համակարգ է, որն անհնար է ամբողջությամբ վերացնել: Դրա համար ՀԹՖՀ բուժման մեջ առկա է երկու նրբություն: Առաջինը՝ ամենահաջող վիրահատությունից հետո ՀԹՖՀ ցանկացած ձևի ժամանակ հիվանդը ամբողջ կյանքի ընթացքում պետք է գտնվի վենոտոնիկներով, դեզագրեգանտներով և այլ օժանդակ բուժման պայմաններում: Հատկապես դա վերաբերում է կոմպրեսիոն թերապիային:

Երկրորդը՝ ՀԹՖՀ-ի ժամանակ ցանկացած վիրահատություն պետք է ուղղված լինի միայն երակային անբավարարության ախտանշանների վերացմանը կամ նվազեցմանը, այսինքն՝ ռադիկալիզմը պետք է լինի խելամիտ և օպտիմալ, որպեսզի հետվիրահատական շրջանում հնարավոր լինի խուսափել չիրականացած հույսերի հետևանքով առաջացած ֆիզիկական և հոգեկան տանջանքներից:

Ժամանակակից դուպլեքսային սքանավորման հաշվին

ախտորոշման հնարավորությունների ընդլայնումը և պրեցիզիոն տեխնիկայի առաջացումը ծնունդ տվեցին մի շարք վիրահատական եղանակների, որոնք ուղղված են երակային հոսքի բարելավմանը: Ստորև կթվարկվեն այդ եղանակները: Մակայն նույնիսկ բարձր որակավորմամբ հաստատություններում կատարված նպատակաուղղված հետազոտությունների ժամանակ ՀԹՖՀ ախտորոշմամբ կատարվող հիմնական միջամտությունը (58-96%) վարիկոզ լայնացած երակների հեռացումը և այս կամ այն կերպ կոմունիկանտ երակների կապումն է:

Այս միջամտությունների տեխնիկան լավ հայտնի է: Մակայն անհրաժեշտ է անդրադառնալ որոշակի խնդիրների քննարկմանը:

ՀԹՖՀ-ի ժամանակ մակերեսային երակները ժամանակի ընթացքում ենթարկվում են մի շարք փոփոխությունների: Յուրաքանչյուր առանձին դեպքում նրանց ֆունկցիան պետք է գնահատվի ֆունկցիոնալ փորձերի և ուլտրաձայնային քննության օգնությամբ: Փորձը ցույց է տալիս, որ մակերեսային երակային ցանցի վարիկոզ ախտահարմամբ ուղեկցվող ՀԹՖՀ ռեկանալիզացված բոլոր ձևերի ժամանակ մակերեսային երակային ցանցը կոմպենսատոր դեր չի տանում:

Խցանող (օկլյուզիոն) ձևի ժամանակ մակերեսային երակները երկար ժամանակ պահպանում են իրենց ձևը և կարող են բավարար լինել արյան հոսքի կոմպենսացիայի համար: Նրանց գլանաձև լայնացումը հեռացման ցուցում չէ:

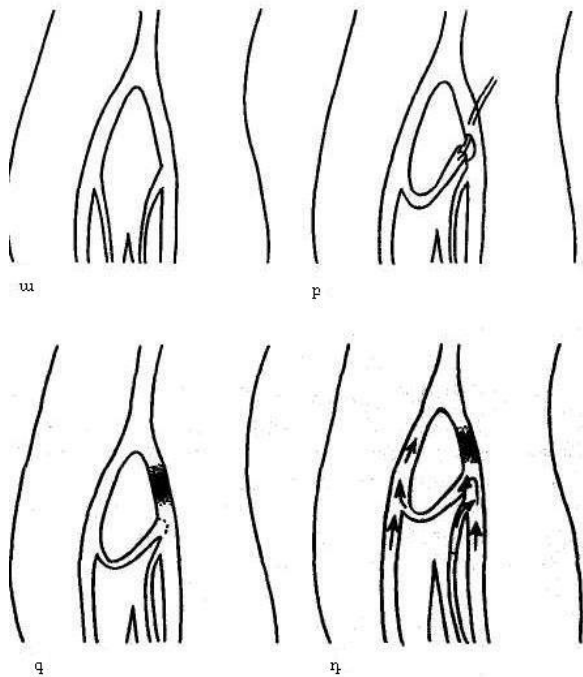
Վարիկոզ դեֆորմացիայի և ուղղահայաց հետհոսքի առկայությունը կոմպենսացնող մեխանիզմների դադարեցման նշան է: Այնուամենայնիվ, նման դեպքերում ֆունկցիոնալ և դոպլերոգրաֆիկ ստուգումը պարտադիր է:

Կարելի է կատարել զգալի փոփոխված երակների տեղային հեռացում տրոֆիկ փոփոխությունների զոնայում՝ առանց կրոսէկտոմիա կամ Բեբկոկի վիրահատություն կատարելու: Նույնը վերաբերում է փոքր ենթամաշկային երակի համակարգին:

Սրունքի վրա կոմունիկանտ երակների կապումն առավել

արդյունավետ է ենթափակեղային մուտքի կիրառման պարագայում:

Զստային երակի խցանման ժամանակ լայն տարածում է գտել խաչաձև շունտավորման վիրահատությունը: Այսպիսի վիրահատություններից է Palma-ի դասական վիրահատությունը՝ առողջ վերջույթի մեծ ենթամաշկային երակի օգտագործումը «ոտիկի վրա» և այլ տարբերակներ՝ հիվանդ վերջույթի մեծ ենթամաշկային երակի օգտագործումը («ոտիկի վրա»)՝ փականները կազմաքանդելով, ազատ երակային փոխպատվաստի և նույնիսկ սինթետիկ պրոթեզների կիրառումը (նկ.2.8):



Նկ. 2.8. Վիրահատություն ըստ Պալմայի

Բացի վիրահատությունից, հաջողության երաշխիք են երկու գործոններ՝ փոխպատվաստի տրամագիծը պետք է լինի ճմմ-ից ոչ պակաս (ի դեպ, կարելի է օգտագործել նաև վարիկոզ լայնացած երակ), իսկ ճնշման գրադիենտը՝ 50 սմ ջրի սյունից: Ճնշման ավելի ցածր

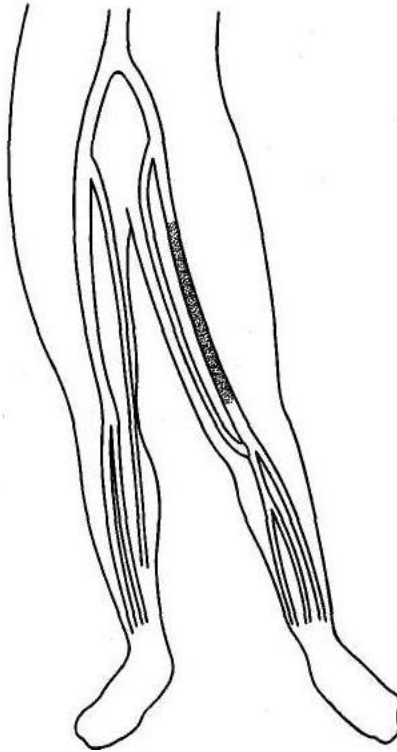
գրադիենտի դեպքում հնարավոր է ձևավորել ժամանակավոր (ըստ որոշ հեղինակների՝ նաև մշտական) զարկերաերակային շունտ:

Ըստ Վիդենսկու տվյալների, եթե շունտը գործում է 10 օրից ավելի, ապա այն հետագայում գործնականորեն չի խցանվում թրոմբով:

Վիրահատությունը բավականին պարզունակ է և կարող է խորհուրդ տրվել որպես ընտրության մեթոդ գտային երակների միակողմանի խցանման վիրահատական բուժման ժամանակ: Միայն պետք է հիշել, որ անբավարար արդյունքները կարող են պայմանավորված լինել ազդրի և սրունքի երակներում ախտաբանական փոփոխություններով:

Ազդրաենթածնկային շրջանում խցանումների ժամանակ կատարվող շունտավորման վիրահատությունները սակավ տարածում են ստացել: Պատճառը միայն այն չէ, որ երակների նման առանձին խցանումները համեմատաբար հազվադեպ են: Ավելի կարևոր նշանակություն ունեն այլ գործոններ՝ երակների փոքր տրամագիծը, ճնշման ցածր գրադիենտը, արյան հոսքի փոքր արագությունը: Այս գործոնները նպաստում են թրոմբոտիկ բարդությունների զարգացմանը:

Սաֆենաենթածնկային շունտավորման վիրահատությունը առաջարկել են Warren-ը և Thayer-ը (1954)՝ խցանված մակերեսային երակը շրջանցող ճանապարհի ստեղծման նպատակով: Դրա համար մեծ ենթամաշկային երակը խորանիստ փակեղի տակ միջմկանային տարածություն անցնելուց հետո բերանակցվում է ենթածնկային երակի հետ: Husni-ն (1970) օգտագործեց վիրահատության մեկ այլ տարբերակ՝ թողնելով մեծ ենթամաշկային երակը տեղում (in situ): Սրունքի վերին երրորդականում նրա մերկացումից, մոբիլիզացիայից և հատումից հետո ազատ եզրը մկանների արանքով մոտեցվում է ենթածնկային երակին և միացվում վերջինիս՝ ծայրը կողքին սկզբունքով (նկ.2.9):



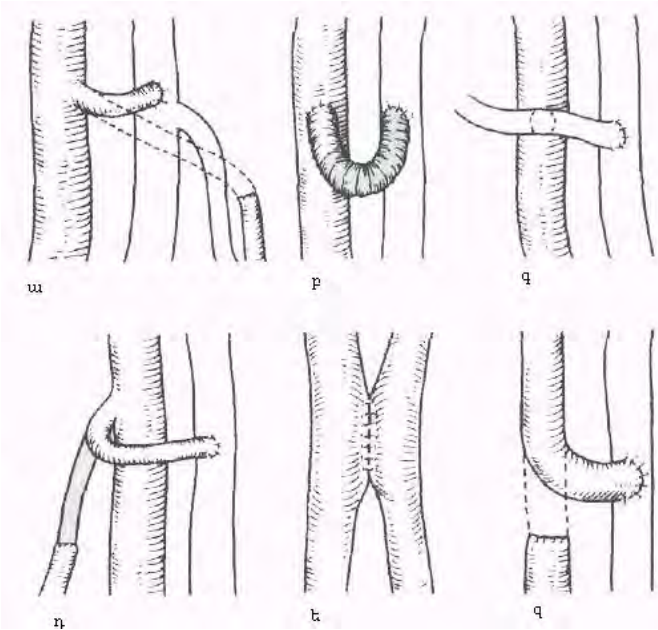
Նկ. 2.9. *Husni-ի վիրահատությունը v. femoralis superf. խցանման ժամանակ*

Միջամտության պարտադիր պայման է ենթաձնկային երակի լայն հատումը (գրեթե ենթամաշկային մեծ երակի տրամագծի երեք չափով)՝ էլիպսանման սեգմենտի 1-2 մմ լայնությամբ: Վիրահատության կարևոր լրացումը ժամանակավոր զարկերակ-երակային խուղակի ստեղծումն է ենթամաշկային մեծ երակի և ոլոքային զարկերակի միջև կամ սրունքի ստորին երրորդականում՝ հետոլոքային անոթային խրձի մակարդակում:

Տվյալ միջամտությունները կատարվում են հազվադեպ, քանի որ պահանջում են մի շարք պայմանների պարտադիր պահպանում: Դրանք են.

- մակերեսային ազդրային երակի կամ ենթաճնկային երակի մեկուսացված խցանումը ոլոքային երակների կամ նվազագույն, սրունքի վերին երրորդականի մակարդակում՝ հիմնական ցողունների բավարար վիճակի պարագայում,
- գստաազդրային սեգմենտի բավարար վիճակը,
- վիրահատության կողմում չախտահարված, բավարար վիճակում գտնվող մեծ ենթամաշկային երակի առկայությունը,
- խցանման վաղեմությունը (ոչ պակաս, քան մեկ տարի),
- արդյունքի բացակայությունը համապատասխան կոմպրեսիոն թերապիայից հետո:

Զարկերակաերակային (արտերիովենոզ) խուղակներ: Երակների վրա նմանատիպ ռեկոնստրուկտիվ վիրահատությունների անհրաժեշտ լրացում է ժամանակավոր արտերիովենոզ խուղակի (ԱՎԽ) ձևավորումը, որի՝ կլինիկական պրակտիկայում կիրառման մասին առաջին անգամ հաղորդել են A.V. Dumanian-ը (1968) և Frileux-ը (1972) (նկ.2.10): Բերանակցմամբ արյան նվազագույն հոսքը, որն ապահովում է ինչպես բուն խուղակի, այնպես էլ երակային շունտի աշխատունակությունը, նվազագույնը պետք է լինի 100 մլ/րոպե:



Նկ. 2.10. Երակային ռեկոնստրուկցիաների ժամանակ արտերիովենոզ խուղակների ստեղծման տարբերակները ա) մակերեսային ազդրային երակի (ՄԱԵ) միացումը մակերեսային ազդրային զարկերակին (ՄԱԶ) ծայրը կողքին սկզբունքով, բ) պոլիտետրաֆտորէթիլենից պրոթեզի կիրառումը, գ) միջանկյալ խուղակ՝ երակային շունտը միացված է ՄԱԶ-ի հետ՝ ծայրը կողքին և ՄԱԵ-ի հետ՝ կողքը կողքին, դ) բերանակցման համար մեծ ենթամաշկային երակի հոսքի օգտագործումը, ե) արտերիովենոզ խուղակ ՄԱԵ-ի և ՄԱԶ-ի միջև՝ կողքը կողքին, զ) խուղակ մեծ ենթամաշկային երակի կենտրոնական սեգմենտի և հետին ոլոքային զարկերակի միջև (օգտագործվում է սաֆենանթաժնկային շունտավորման համար)

Հեղինակների մեծամասնությունը ԱՎԽ-ի փակման լավագույն ժամկետը նշում է 3-6 ամիս: Խուղակի երկարատև աշխատանքի ժամանակ նկատվում են երակային շունտի լայնացում (երկրորդային երակային անբավարարության զարգացմամբ) և կոլատերալների

(կողմնաճյուղերի) առաջացման խթանում:

Խուղակը ժամանակին փակելու նախապայման են նաև դիստալ հատվածներում հիպերտենզիայի և երակային կանգի հարաճումը, սրտի վրա ծանրաբեռնվածության մեծացումը:

Պերֆորանտ երակների էնդոսկոպիկ դիսեկցիա: Քրոնիկական երակային անբավարարության ժամանակ ախտաբանական ստորին երակ-երակային հետհոսքի վերացումը համակցված վիրաբուժական միջամտության կարևոր ախտածնական պայմաններից մեկն է: 1938թ. Լինտոնի կողմից նկարագրված սուբֆասցիալ կապման դասական վիրահատությունը 24% դեպքում բարդանում է հետվիրահատական վերքի թարախամեռուկային պրոցեսներով: Ջարմանալի չէ, որ 80-ական թվականների կեսերից, երբ առաջին անգամ օպտիկայի հսկողությամբ կատարվեց անբավարար պերֆորանտ երակների սուբֆասցիալ դիսեկցիան (Hauer G., 1985), Լինտոնի բաց վիրահատությունն սկսեց փոխարինվել էնդոսկոպիկ մեթոդներով: Եթե առաջին միջամտությունները կատարվում էին սովորական մեդիաստինոսկոպիկ կամ ռիզիդո ռեկտոսկոպի միջոցով (G. Hauer, R. Fischer), ապա հետագայում վիրահատական դաշտի ավելի լավ տեսանելիության համար մշակվեցին հատուկ գործիքներ (G. Sattler): 90-ականներին այս մեթոդը լայն կիրառություն ստացավ ամերիկացի վիրաբույժների շրջանում, և նրան ամրագրվեց միջազգային SEPS (Subfascial Endoscopic Perforants Surgery) հապավումը:

SEPS-ի ցուցումներն են՝

- արտահայտված տրոֆիկ փոփոխություններով քրոնիկական երակային անբավարարության բարդացած ձևերը (վարիկոզ հիվանդություն, ՀԹՖՀ),
- մուլտիպերֆորանտ անբավարարությունը,
- ավշաերակային անբավարարությունը՝ դեպի պերֆորանտներ մուտք ստեղծելու տրավմատիզացիան իջեցնելու համար:

Դասական տարբերակում SEPS-ը կատարում են մեկ մուտքից՝ պայմանավորված «հետաքրքրման գոնայի» տեղակայմամբ: Մրունքի

վերին երրորդականի միջային մուտքը հետին-միջային ենթափակեղային տարածության ռևիզիայի համար է: Անհրաժեշտության դեպքում նույն կտրվածքից կարելի է կատարել Դոդդի պերֆորանտների ռևիզիա՝ դիտակի ռոտացիայից հետո: Կողմնային մուտքն ապահովում է պերֆորանտների կողմնային խմբի վիզուալիզացիան, հետին մուտքը՝ ամբողջ ենթափակեղային տարածության ռևիզիան ցիրկուլյար տրոֆիկ խանգարումների դեպքում: Հեղինակների մեծամասնությունն օգտագործում է ենթափակեղային տարածություն մեկ մուտքով մտնելու մեթոդը՝ առանց CO₂ գազի ներմղման՝ չհամարելով այդ գործոնը կարևոր: O'Donnell-ը միջամտության համար առաջարկել է օգտագործել երկու մուտք՝ կատարելով երկու կտրվածք: Կտրվածքներից մեկով ներմուծվում է օպտիկական համակարգը, մյուսով՝ գործիքները (նկ.2.11):



Նկ. 2.11. Մրունքի պերֆորանտ երակների էնդոսկոպիկ դիսեկցիայի խոսաք SEPS-ի երկմուտք տեխնիկայի կիրառմամբ

Ներկայումս այս եղանակից է օգտվում վիրաբույժների մեծամասնությունը: Վիրահատության ժամանակ վերջույթի արյունազրկման համար գերադասելի է կիրառել Լոֆկվիստի մանժետը:

SEPS-ի ամերիկյան տեխնիկայի ժամանակ սուբֆասցիալ աշխատանքային տարածություն ստեղծելու համար կիրառվում են

հատուկ հերմետիկ բալոններ, որոնք փքվում են խտացված օդով (սփեյսմեյլերներ)՝ ենթամաշկային ճարպաբջջանքի պնդացման հաշվին արյունահոսության ռիսկը իջեցնելու նպատակով:

Խոշոր պերֆորանտ երակների (6 մմ և ավելի տրամագծով) հայտնաբերման դեպքում անհրաժեշտ է դրանք կլիպավորել: Ավելի փոքր տրամագծի դեպքում գերադասելի է երկբևեռ կոագուլյացիայի օգտագործումը: Էնդոսկոպիկ միջամտությունը վերջանում է ենթափակեղային տարածության ամբողջական ռեիզիայով և մինչև միջային պճեղի մակարդակը բոլոր պերֆորանտ երակների հատմամբ: Պերֆորանտ երակների անբավարարության էնդոսկոպիկ ցուցանիշեր են 3 մմ-ից ավելի տրամագիծը, կծկվածությունը և երակի պատի լարվածությունը (Fisher Q., 1992):

SEPS-ի ներվիրահատական բարդություններն ամփոփիչ վիճակագրության մեջ չեն գերազանցում 10%-ը: Դրանցից ամենահաճախը հանդիպում է կոագուլյացիայից հետո հատված պերֆորանտ երակի ծայրատի արյունահոսությունը: Եզակի դեպքերում, երբ չի հաջողվում դադարեցնել արյունահոսությունը կրկնակի կոագուլյացիայով, խուլ տամպոնադայով կամ արտաքին մատնային սեղմումով, կարիք է լինում անցում կատարել ենթափակեղային տարածության բաց զննման: Մյուս բարդություններից են էնդոսկոպով խոցի թափածակումը, մաշկա-փակեղային լաթի էլեկտրական այրումը, սպիական-կպումային սերտաճումների անջատման ժամանակ հետին ոլոքային երակների վնասումը:

ԹԵՄԱ 3. ԾԱՅՐԱՄԱՍԱՅԻՆ ԶԱՐԿԵՐԱԿՆԵՐԻ

**ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ: ԽՅԱՆՈՂ ԱԹԵՐՈՍՎԵՐՈՋ: ՈՉ
ՄՊԵՑԻՖԻԿ ԱՈՐՏԱԱՐՏԵՐԻՏ: ԹՐՈՍԲԱՆԳԻՏՆԵՐ:
ՌԵՑՆՈՑԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ: ԴԻԱԲԵՏԻԿ
ԱՆԳԻՈՊԱԹԻԱ**

Մայրամասային զարկերակների ախտահարումներ

Օրլիտերացնող աթերոսկլերոզ: Վերջույթների անոթների օրլիտերացնող հիվանդությունները կլինիկական նշանակությամբ և տարածվածությամբ զբաղեցնում են առաջին տեղը: Անհրաժեշտ է ընդգծել, որ ստորին վերջույթների առաջնային ամպուտացիաների (ծայրատումների) պատճառը 10% դեպքերում անոթային ախտահարումներն են, ընդ որում՝ դիտվում է այս ցուցանիշի դիսամիկ աճի միտում: Այս պրոցեսին նպաստում են ոչ միայն աթերոսկլերոզի «երիտասարդացումը» և կյանքի միջին տևողության երկարումը, այլև սովյալ հիվանդության զարգացման ռիսկի գործոնների ավելացումը:

Ազդրաենթանրակային օկլյուզիաների ամենահաճախ հանդիպող պատճառն է օրլիտերացնող աթերոսկլերոզը (75-80% դեպքերում):

Կլինիկական պատկերը: Ստորին վերջույթների իշեմիայի կլինիկական պատկերը պայմանավորված է արյունամատակարարման խանգարման աստիճանով: Հիմնական կլինիկական արտահայտությունը ցավային ախտանիշն է: Ցավի արտահայտվածության չափով որոշում են իշեմիայի 4 աստիճան (ըստ Ա.Վ. Պոկրովսկի- Ֆոնտեյնի): I աստիճանի դեպքում ցավերը ձկնամկանների շրջանում ի հայտ են գալիս զգալի ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունների դեպքում կամ 1 կմ քայլելիս: Իշեմիայի II աստիճանի դեպքում ցավերն ի հայտ են գալիս ավելի փոքր տարածություններ անցնելիս: Ընդ որում՝ կարևոր ցուցանիշ է համարվում 200 մ տարածությունը: Եթե հիվանդը կարողանում է սովորական քայլքով (ոչ դանդաղ) անցնել 200 մ՝ առանց նշելու ցավի առկայություն, ապա գնահատվում է որպես II աստիճանի իշեմիա, եթե

ցավը սկսվում է ավելի շուտ, քան հիվանդն անցնում է 200 մ՝ II աստիճանի: Եթե ցավն առաջանում է հանգստի վիճակում կամ 25 մ քայլելիս, գնահատվում է III աստիճանի իշեմիա: Իշեմիայի IV աստիճանը բնորոշվում է սրունք-թաթային շրջանում հյուսվածքների խոցամեռուկային փոփոխություններով (նկ.2.12):



Նկ. 2.12. Վերջույթի IV աստիճանի իշեմիա խոցանեկրոտիկ փոփոխություններով

Ցավը սովորաբար ի հայտ է գալիս հանկարծակի, հարթ տարածությամբ քայլելիս և տևում է բավական երկար ժամանակ: Հիվանդը ստիպված է լինում կանգ առնել, որպեսզի հանգստի վիճակում փոխհաստուցի վերջույթների իշեմիան (անցողիկ կաղության ախտանիշ): Թեք տարածություններ կամ աստիճաններ բարձրանալիս ցավն ի հայտ է գալիս զգալիորեն ավելի շուտ: Բացի այդ, հիվանդները նշում են ստորին վերջույթների գունատություն, սառնություն, մազաթափություն և եղունգների աճի նկատելի դանդաղեցում:

Ախտորոշում: Ստորին վերջույթների գնման ժամանակ դիտվում են մաշկի գույնի փոփոխություն, գունատություն կամ ցիանոզ և հիպերեմիա ոտնաթաթի շրջանում իշեմիայի IV աստիճանի ժամանակ, մկանների ատրոֆիա (ապաճում), եղունգների ձևախախտում և ստորին վերջույթների մազաթափություն:

Ստորին վերջույթների անոթազարկը որոշում են հատված առ հատված և սիմետրիկ՝ ազդրային, ծնկափոսային և ոտնաթաթի

գարկերակների վրա: Հարկավոր է հիշել, որ հիվանդների 6-25%-ի շրջանում *a.dorsalis pedis*-ի վրա անոթագարկը բացակայում է: Կատարում են նաև որովայնային աորտայի, գստային, ազդրային, քնային, ողնաշարային և ենթաանրակային գարկերակների աուսկուլտացիա ստանդարտ կետերում:

Ստորին վերջույթների գարկերակների ախտահարման դեպքում ախտորոշման հիմնական մեթոդն է ուլտրաձայնային դոպլերոգրաֆիան, որով որոշում են արյան պուլսային հոսքի անկայությունը, գարկերակային ճնշումը և արյան հոսքի արագությունը գարկերակներում: Կարևոր ցուցանիշ է գարկերակային սիստոլիկ ճնշման մեծությունը ոտնաթաթի շրջանում և դրա փոխհարաբերությունը բազկի շրջանում սիստոլիկ գարկերակային ճնշման հետ՝ ոտնաթաթ-բազկային ինդեքս (ՈԲԻ): II աստիճանի իշեմիայի դեպքում ՈԲԻ-ն կազմում է մոտ 0,5-0,7: III աստիճանի դեպքում իջնում է մինչև 0,4, իսկ IV աստիճանի դեպքում՝ 0,3-ից ցածր կամ ոտնաթաթերի շրջանում ճնշում ընդհանրապես չի որոշվում: Դուպլեքս սքանավորման մեթոդը հնարավորություն է տալիս մեծ ճշգրտությամբ որոշելու հեմոդինամիկ փոփոխությունների չափը օկյուզիայից դիստալ ընկած հատվածներում, գնահատելու գարկերակի լուսանցքի և պատերի որակը:

Ոտնաթաթի միկրոշրջանառությունը գնահատելու համար որոշում են միջմաշկային թթվածնային լարվածության ցուցանիշը ($TcPO_2$) առաջին միջմատային տարածությունում, որը լավ կոռելացվում է գարկերակային արյան մեջ թթվածնի լարվածության հետ և բնութագրում մաշկում արյան միկրոշրջանառության ու օքսիգենացիայի աստիճանը: Նորմայում մակարդակը ($TcPO_2$) ոտնաթաթի շրջանում 60-70 մմ ս.ս. է: II աստիճանի իշեմիայի դեպքում ցուցանիշը 38-52 մմ ս.ս. է, իսկ III աստիճանի դեպքում հասնում է իր ստորին կրիտիկական սահմանին՝ 30 մմ ս.ս.: IV աստիճանի իշեմիայի դեպքում այս ցուցանիշը 10 մմ ս.ս.-ից ցածր է, որը վկայում է արյան միկրոշրջանառության ծանր խանգարման մասին:

Ստորին վերջույթների գարկերակների ախտահարման դեպքում

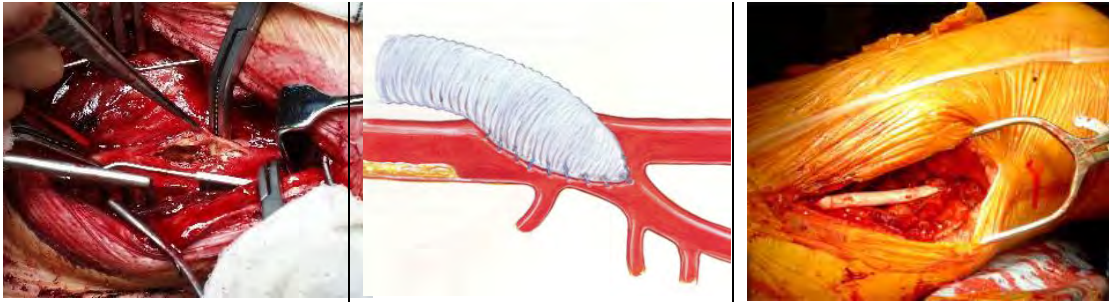
տոպիկ ախտորոշման հիմնական մեթոդ է ռենտգեն-կոնտրաստային անզիոգրաֆիան:

Բուժում: Ստորին վերջույթների զարկերակների ախտահարմամբ հիվանդներին I և II աստիճանի իշեմիայի դեպքում ցուցված է 1-2 ամիս տևողությամբ պահպանողական բուժում: Նմանատիպ բուժում նպատակահարմար է իրականացնել նաև ռեկոնստրուկտիվ վիրահատություններից հետո՝ տարին 2 անգամ՝ 6 ամիս ընդմիջմամբ: Նպատակահարմար է նշանակել ացետիլսալիցիլաթթու (100 մգ, օրը 1 անգամ) կամ տիկլիդ (250 մգ, օրը 2 անգամ), որոնք ունեն դեզագրեզացիոն հատկություն: Միկրոշրջանառության լավացման նպատակով նշանակում են տրենտալ 400 մգ (1 օրվա դեղաչափը՝ 1200 մգ): Ստացիոնարի պայմաններում միկրոշրջանառության լավացման նպատակով նշանակում են ռեոպոլիգլուկին՝ ն/ե 5մգ/կգ հաշվարկից ելնելով, կատարվում է 5-10 ինֆուզիա: Կիրառվում են սպազմոլիտիկներ (միդոկալմ, նիկոշպան, պապավերին), նաև դեղամիջոցներ, որոնք մեծացնում են հյուսվածքների դիմադրողականությունը հիպօքսիայի նկատմամբ (սոլյուսերիլ, ակտովեգին): Կիրառվում են նաև բարոթերապիա, մազնիսաթերապիա: Պահպանողական բուժման մեջ կարևոր է ընդգրկել նաև չափակարգված քայլք, կիրառելի են նաև ռոդոնային և ծծմբաջրածնային «վաննաները»: Ստորին վերջույթների զարկերակների ախտահարմամբ հիվանդները պետք է հրաժարվեն ծխելուց: Անհրաժեշտ է վերահսկել նաև զարկերակային ճնշումը և լիպիդային փոխանակությունը:

Վիրահատական բուժումը ցուցված է ստորին վերջույթների IIF, III, IV աստիճանի իշեմիայից տառապող հիվանդներին: Վիրահատության հակացուցումներն են սրտամկանի թարմ ինֆարկտը, ինսուլտը վերջին 3 ամիսների ընթացքում, III աստիճանի սրտային անբավարարությունը: Տարիքը և ուղեկցող հիվանդությունների առկայությունը վիրահատության հակացուցում չեն:

Ստորին վերջույթների շունտավորող վիրահատությունների դեպքում, որոնք կատարվում են պուլպարտյան կապանից ցած, որպես

պլաստիկ պատվաստուկ՝ օգտագործում են ինչպես աուտովենոզ փոխպատվաստուկ, այնպես էլ այլապատվաստուկ: Նախընտրությունը տրվում է աուտովենոզ փոխպատվաստին, որը վերցվում է մեծ ենթամաշկային երակից: Հայտնի է վերջինիս կիրառման 3 տարբերակ՝ երակի պատրաստում վերջինիս ռեվերսիայով, երակի օգտագործում անմիջապես տեղում (in situ), նախապես հատուկ գործիքի միջոցով փականների քայքայում: Մեծ ենթամաշկային երակի սփռուն ձևի, խցանման կամ կրկնակի ռեկոնստրուկցիաների դեպքում, երբ աուտոմատերիալը բացակայում է, կիրառվում է ալոպրոթեզ պոլիտետրաֆտորէթիլենից (ՊՏՖԷ): Այն իր ցուցանիշերով աննշան է զիջում աուտոմատերիալին: Ազդրաենթաձևկային շունտավորումը ծնկահոդի ակոսից վեր կատարվում է մակերեսային, ազդրային զարկերակի՝ դեպի հուն խցանման դեպքում, հունտերյան խողովակում: Նույն շունտավորումը ծնկահոդի ակոսից ցած կիրառվում է մակերեսային, ազդրային և ենթաձևկային զարկերակների միաժամանակյա խցանման դեպքում: Ազդրատիբիալ շունտավորումը (ոլոքային զարկերակներից մեկի՝ վերին 1/3-ի բաց լինելու պայմանում) կիրառում են ենթաձևկային զարկերակի՝ ամբողջ երկայնքով խցանման և միաժամանակյա մակերեսային ազդրային զարկերակում ախտաբանական փոփոխությունների դեպքում (նկ.2.13):



Նկ. 2.13. Շունտավորող վիրահատություններ

Վաղ հետվիրահատական շրջանում հիվանդները պետք է ստանան դեզագրեզանտներ և ռեոլոգիական լուծույթներ, ըստ ցուցումների

կիրառվում են նաև հակամակարդիչներ (հակակոագուլյանտներ): Հիվանդի դուրս գրումից առաջ որոշվում է քայլի անցավ տարածությունը և ՈԹ-ն: Ամբուլատոր պայմաններում հիվանդները մշտապես ընդունում են ասպիրին:

Ստորին վերջույթների զարկերակների ռեկոնստրուկտիվ վիրահատություններից հետո մահացությունը 1% է (հիմնականում սրտամկանի իշեմիկ հիվանդության պատճառով):

Օբիտերացնող թրոմբանոզիտ` ՕԹ (Վինիվալտեր-Բյուրգերի հիվանդություն): ՕԹ-ն քրոնիկական բորբոքային հիվանդություն է միջին և փոքր տրամաչափի զարկերակների, երակների, մեծամասամբ վերջույթների դիստալ հատվածների ախտահարմամբ, հետագայում պրոքսիմալ հատվածների ընդգրկմամբ:

Այս հիվանդության անոթային բնույթի մասին առաջինը կարծիք է հայտնել Վինիվալտերը, ըստ որի` թրոմբոզը հետևանք է:

Կլինիկաանատոմիական հետազոտությունների հիման վրա Բյուրգերը եզրակացրել է, որ արյան բարձր մակարդեղիությունը և մածուցիկությունը հանգեցնում են բազմակի թրոմբների առաջացման: Նա առաջինը հաստատեց ոչ միայն զարկերակների, այլև երակների ախտահարումը և մեծ նշանակություն տվեց միգրացնող թրոմբոֆլեբիտին:

Էթիոլոգիա: Մինչ այժմ պատճառագիտական շատ հարցեր պարզաբանված չեն: Առաջնակի դեր է տրվում գենետիկ նախատրամադրվածությանը: Շատ հեղինակներ ընդունում են հիվանդության ինքնախմուն բնույթը: Գենետիկ նախատրամադրվածության առկայությամբ հիվանդությունն ակտիվանում է պրովոկացնող գործոններից` ծխախոտ, սառեցում, վնասվածք և այլն:

Այժմ հաստատված է, որ առաջնակին իմուն համակարգի կողմից անոթների էնդոթելի վնասումն է: Հիպերկոագուլյացիան (գերմակարդումը) երկրորդային է, սակայն շատ կարևոր դեր ունի հիվանդության զարգացման մեջ:

Կլինիկա: Հիվանդանում են հիմնականում երիտասարդ տղամարդիկ (18-40տ):

Պրոցեսը միշտ ընդգրկում է ստորին վերջույթների գլխավոր անոթների հեռադիր հատվածները:

Հիվանդությունն ընթանում է երեք տարբերակով.

- Սուր չարորակ գեներալիզացված: Հանդիպում է հիմնականում երիտասարդ հիվանդների շրջանում (18-25տ), երբ երեք ամսից մինչև մեկ տարում պրոցեսն ընդունում է համակարգային բնույթ:
- Ենթասուր ալիքաձև, երբ լինում են տարբեր տևողությամբ սրացումներ և ախտադադարներ:
- Քրոնիկական աստիճանաբար հարաճող: Ջարգանում է երկար տարիների ընթացքում առանց արտահայտված սրացումների, արյան շրջանառությունը երկար ժամանակ փոխհատուցված է:

Կլինիկական ընթացքը բաժանվում է երկու փուլի՝ ֆունկցիոնալ-սպաստիկ և օբլիտերացնող-օրգանական:

Սպաստիկ փուլում հիվանդները զգում են թմրածություն, պարէսթեզիա, ալիքաձև սառնության զգացողություն, չպատճառաբանված հոգնածություն, քոր, ոտքերում ծանրության զգացողություն: Այս զանգատներն ունեն անցողիկ բնույթ: Օբլիտերացիայի փուլը բնորոշվում է ռեզիոնար իշեմիայի առաջացմամբ, երբ կլինիկական դրսևորումները կայունանում են:

Սկզբում լինում է արտահայտված հոգնածություն, ցրտի նկատմամբ բարձր զգայունություն, թմրածություն, դիսհիդրոզ, հետագայում միանում են ընդմիջվող կաղությունը և ցավային համախտանիշը: Աճում են սնուցախանգարումները՝ մաշկի տուրգորի իջեցում, հիպոթերմիա, քրտնարտադրության խանգարում, եղունգների և մազերի գույնի ու աճի խանգարում: Դիտվում է մաշկի, ենթամաշկի, ոտնաթաթի և սրունքի մկանների ատրոֆիա (ապաճում): Սնուցախանգարումներն ընդգրկում են նաև ոտնաթաթերի ոսկրային համակարգը: Հիվանդության

հարաճման ընթացքում առաջանում են անդարձելի սնուցախանգարումներ՝ սկզբում մակերեսային, այնուհետև խորանիստ խոցեր, գանգրենա (փտախտ):

Անոթների ախտահարման աստիճանը ՕԹ-ի ժամանակ բնութագրելու համար օգտագործվում է վերջույթի իշեմիայի ստանդարտ դասակարգումը (տե՛ս օբլիտերացնող աթերոսկլերոզ):

Ախտորոշում: ՕԹ-ի ժամանակ անոթների ախտահարումն առաջին հերթին որոշվում է շոշափմամբ (ոտնաթաթի թիկնային զարկերակ, հետին մեծուղքային, ծնկափոսային, արմնկային և ճաճանչային զարկերակներ): Անոթազարկի խիստ թուլացումը կամ բացակայությունը վկայում են օրգանական ախտահարման մասին:

Վերջույթների մակերեսային երակների ընդգրկման դեպքում հիվանդությունը սուր է սկսվում, հաճախ վնասվածքից, ինֆեկցիոն հիվանդությունից, տզային վարակից հետո:

Առաջնային ախտանիշ է ցավը ոտնաթաթի և սրունքի մակերեսային երակների ընթացքով: Երակները հաստանում են, առաջանում է մաշկի ներսփռանք: Հիվանդները նշում են ծանրության զգացողություն վերջույթներում, քոր, այրոց: Թրոմբոֆլեբիտն ունի միգրացնող բնույթ: Միաժամանակ դիտվում են ենթատենդ, ԷՆԱ-ի ավելացում, լեյկոցիտոզ: Ախտադադարի շրջանում երակները թույլ ցավոտ են, այտուցված, պարավազալ բջջանքը կոշտացած է:

Ռեգիոնար միկրոհեմոդինամիկան գնահատելու համար օգտագործվում է համալիր ուլտրաձայնային հետազոտություն, որը հիմնված է սեզմենտար զարկերակային ճնշման որոշման վրա: Կատարվում են ներբան-ուսային ինդեքսի որոշում, ինչպես նաև սպեկտրալ դոպլերային քննություն՝ ախտահարված անոթներում արյան հոսքի բնույթը պարզելու համար: Օգտագործվում է նաև դուպլեքսային սքանավորում: Վերջնական որոշիչ դերը սելեկտիվ անգիոգրաֆիային է պատկանում: Միկրոշրջանառության գնահատման համար օգտագործվում է թթվածնով հագեցվածության տրանսկուտան որոշումը:

Բուժում: Հիվանդության առաջընթացը կանխարգելելու լավագույն

մեթոդը ծխելուց հրաժարվելն է: Այն հիվանդների դեպքում, ովքեր թողնում են ծխելը, ամպուտացիայի անհրաժեշտություն հազվադեպ է լինում: Հիվանդության սպաստիկ փուլում հիվանդները ենթակա են դիսպանսերիզացիայի: Դեղորայքային բուժման նպատակով օգտագործում են միկրոշրջանառությունը լավացնող դեղեր՝ արգինին, տրենտալ, ագապուրին, անոթալայնիչներ՝ միդոկալմ, նոշպա, պապավերին, Բ խմբի վիտամիններ, սեդատիվ միջոցներ: Խորհուրդ են տրվում ֆիզիոթերապիա, առողջարանային բուժում, բուժական ֆիզկուլտուրա:

Հիվանդության երկրորդ փուլում տարվա ընթացքում երկու անգամ ցուցված է ստացիոնար պահպանողական բուժում: Վերը նշված միջոցներին ավելացվում են սուլկոսերիլ, նիկոշպան, վենոտոնիկներ, ոչ ստերոիդային հակաբորբաքային միջոցներ: Նպատակահարմար են ն/ե ռեոպոլիզյուկինի ներարկման կուրսերը՝ տասը օր տևողությամբ:

Երրորդ և չորրորդ փուլերում /կրիտիկական իշեմիա/ հանգստի ցավերի և սնուցախանգարումների դեպքում բուժումն ունի այլ բնույթ և անցկացվում է ստացիոնար պայմաններում: Հումորալ իմունիտետի ցուցանիշերի և C-ռեակտիվ սպիտակուցի քանակի բարձրացման դեպքում ցուցված է հակաբորբոքային թերապիա՝ հարվածային պուլս թերապիա (դեպո-պրեդնիզոլոն և ցիտոստատիկներ): Հակամակարդիչներ նշանակվում են՝ կախված կոագուլացրամմայի փոփոխություններից: Ցուցված են ռեոպոլիզյուկինի, սուլկոսերիլի ակտովեգինի և տրենտալի ն/ե կուրսեր: Նպատակահարմար է երկարատև էպիդուրալ բուկադաների կիրառում, որոնք բարելավում են ռեզիոնար արյան շրջանառությունը և ցավազրկում են: Ցուցված են նաև ներզարկերակային ինֆուզիաներ *a. hypogastrica inf*-ից:

ՕԹ-ի կրիտիկական իշեմիայի դեպքում լավ արդյունք են տալիս վազոպրոստանի ն/ե ինֆուզիաները:

Հիվանդության կրիտիկական փուլում վիրահատական բուժման անհրաժեշտություն է ծագում: Այն ներառում է երեք տեսակի վիրահատություններ՝ ռեկոնստրուկտիվ, ամոքիչ, ամպուտացիաներ:

Այս միջամտությունները կարող են կիրառվել նաև համակցված:

Ռեկոնստրուկտիվ վիրահատություններն ուղղված են դիստալ զարկերակային հունի անցանելիության վերականգնմանը: Դրանք կատարվում են, երբ պրոցեսն ունի սեզմենտար բնույթ: Վիրահատության մեթոդները նույնն են, ինչ ՕԱ-ի դեպքում: Սակայն հեռադիր բերանակցումը հաճախ ձևավորվում է ոլոքային զարկերակի մակարդակին՝ սրունքի ստորին երրորդում: Նախընտրելի է աուտովենոզ ազդրոլոքային կամ ազդրծնկափոսային շունտավորումը:

Ամոքիչ վիրահատություններից ավելի հաճախ կիրառվում է գոտկային սիմպաթեկտոմիան, որն ուղղված է ծայրամասային անոթակծկանքի վերացմանը և կողմնաճյուղերի արյան շրջանառության լավացմանը: Միմպաթեկտոմիան ցուցված է հիվանդության երկրորդ և երրորդ աստիճանում. արդյունքները կասկածելի են: Հիվանդ կողմում կատարվում է երկրորդ և երրորդ գոտկային սիմպաթիկ հանգույցների հեռացում արտաորովայնամզային մուտքով: Չորրորդ փուլում պահպանողական միջոցառումների անարդյունավետության դեպքում կատարվում է վերջույթի ամպուտացիա, ծայրատը ձևավորվում է առողջ հյուսվածքներով:

Համապատասխան բուժման բացակայության դեպքում առաջիկա երեք տարիների ընթացքում 70% հիվանդների մոտ կատարվում են ամպուտացիաներ (անդամահատումներ):

Ելքը ՕԹ-ի դեպքում ավելի բարենպաստ է, քան ՕԱ-ի դեպքում (ծխելու բացառման պայմաններում):

Ոչ սպեցիֆիկ աորտաարտերիա՝ «Տակայաստի հիվանդություն»:

ՈՍԱԱ-ն աուտոիմուն բնույթի համակարգային հիվանդություն է, որը հանգեցնում է աորտայի և գլխավոր անոթների ստենոզի և համապատասխան օրգանի իշեմիայի:

1908թ. ճապոնացի օֆթալմոլոգ Տակայասուն օֆթալմոլոգների 19-րդ կոնգրեսում առաջինն է հայտնել ճապոնացի մի աղջկա հիվանդության մասին, որի մոտ դիտվել է ախտանիշերի եռյակ՝ ցանցաթաղանթի անոթներում փոփոխություններ, տեսանյարդի աորոֆիա, ճաճանչային

զարկերակներին պուլսացիայի բացակայություն:

Էթիոլոգիա: Կասկած չի հարուցում այն փաստը, որ այս հիվանդության ժամանակ օրգանիզմում առկա են զգալի իմունաբանական շեղումներ: Մակայն մինչ այժմ պարզաբանված չեն՝ արդյոք այդ շեղումներն առաջնակի են, թե երկրորդային՝ ուղղված օրգանիզմում առկա բորբոքմանը: ՈՍԱԱ-ի դեպքում ախտահարվում են առաձգական և մկանաառաձգական անոթները (աորտա և դրանից դուրս եկող խոշոր անոթներ), ընդ որում՝ անոթների ախտահարումը լինում է պրոքսիմալ հատվածներում, և դիստալ հատվածները մնում են ինտակտ: Ավելի հաճախ պրոցեսի մեջ ընդգրկվում են աորտայի կրծքաաբդոմինալ հատվածը՝ երիկամային և վիսցերալ անոթներով, ինչպես նաև բրախիոցեֆալ անոթները: 10 % հիվանդների մոտ պրոցեսի մեջ են ընդգրկվում վերջույթների անոթները:

Արտահայտված բորբոքման կամ աուտոիմուն պրոցեսի հետևանքով անոթների մեղիայում և ինտիմայում քայքայվում են առաձգական տարրերը, փոխարենն առաջանում է հատիկավորում և ֆիբրոզ հյուսվածք: Երբ պրոցեսն անցնում է ինտիմայի վրա, վերջինս կտրուկ հաստանում է և կարծրանում, որի հետևանքով անոթի լուսանցքը նեղանում է:

Ախտաֆիզիոլոգիան պայմանավորված է օրգանների իշեմիայով: Արյան շրջանառության փոխհատուցումը համակարգային զարկերակային հիպերտենզիան է՝ պայմանավորված վազոռենալ, կոարկտացիոն, ցերեբրոիշեմիկ կամ խառը գենեզով:

Դրա հետ մեկտեղ կասկած չի հարուցում, որ զարկերակային հիպերտենզիայի ձևավորումը և հարաճումը նպաստում են սրտամկանի փոխհատուցողական հատկությունների իջեցմանը, հեմոռագիկ կաթվածի և նեֆրանգիոսկլերոզի առաջացմանը:

Կլինիկա: ՈՍԱԱ-ն ախտահարում է գերազանցապես 20-40 տ. կանանց: Հիվանդության դրսևորումների բազմազանության մեջ առանձնացվում են հետևյալ համախտանիշերը՝

- Ընդհանուր բորբոքային ռեակցիա (հիվանդության սուր

շրջանում դիտվում են ընդհանուր, սրտային և թոքային համախտանիշեր): Բնորոշ են քրտնարտադրությունը, չպատճառաբանված տենդը, արյան բորբոքային փոփոխությունները: Հաճախ հիվանդները գանգատվում են ցավերից գլխավոր զարկերակների ընթացքով: Հնարավոր են հևոց և սրտխփոց:

- Աորտայի աղեղի ճյուղերի ախտահարման համախտանիշ: Հիվանդության ամենահաճախակի արտահայտման ձևն է: Բրախիոցեֆալ անոթներից հիմնականում ախտահարվում են ենթանրակային զարկերակները, հատկապես ձախը: Այս անոթի ախտահարումը դրսևորվում է վերին վերջույթի և գլխուղեղի իշեմիայով: Վերին վերջույթի իշեմիայի դեպքում հիվանդները գանգատվում են ձեռքի թուլությունից, թմրումից և արագ հոգնածությունից ֆիզիկական աշխատանքի ժամանակ: Տրանզիտոր իշեմիկ գրոհների կլինիկական դրսևորում են ուշագնացության նուպաները, տեսողության խանգարումը ընդհուպ մինչև կուրություն, անցողիկ պարեզները (լուծանքները) և պարալիչները, գլխապտույտը:
- Կրծքային աորտայի նեղացումը կամ կոարկտացիոն համախտանիշը պայմանավորված է աորտայի ախտահարմամբ ձախ ենթանրակային զարկերակի դուրս գալու տեղից վար: Հաճախ պրոցեսը տարածվում է մինչև ստոծանի: Մի շարք հիվանդների մոտ դիտվում է որովայնային աորտայի և վիսցերալ անոթների ախտահարում ևս: Հիմնական գանգատներն են՝ գլխացավ, ստորին վերջույթների արագ հոգնածություն ֆիզիկական աշխատանքի ժամանակ, սրտխփոց, հևոց: Այս հանախտանիշի հիմնական ախտանիշը մարմնի ստորին և վերին բաժիններում ճնշման կտրուկ տարբերությունն է:
- Վազոռենալ հիպերտենզիայի պատճառը երիկամային զարկերակների ախտահարումն է: Երիկամային

զարկերակների մեկուսի ախտահարում հազվադեպ է դիտվում, այն հաճախ լինում է աորտայի աղեղի անոթների և աբդոմինալ անոթների ախտահարման հետ: Գանգատներն են՝ գլխացավ, ցավ սրտի շրջանում, որոնք պայմանավորված են համակարգային հիպերտենզիայով:

- Քրոնիկական աբդոմինալ իշեմիայի համախտանիշ: Դրսևորման հազվադեպությունը բացատրվում է կողմնաձյուղային արյան շրջանառության փոխհատուցման ունակությամբ: Հիվանդները նշում են ցավեր մարսողության գագաթնակետին, մարսողության խանգարում, նիհարում:
- Աորտայի բիֆուրկացիայի ախտահարումը միավորում է ինֆրառենալ հատվածի և գտային անոթների ախտահարումը: Հաճախականությունը 20 % է: Ընդ որում՝ 25 % հիվանդների դեպքում պրոցեսի մեջ են ընդգրկվում ստորին վերջույթի անոթները պուպարտյան կապանից վար, հաճախ ազդրային զակերակները: Հիմնական ախտանշանները պայմանավորված են ստորին վերջույթների և կոնքի խոռոչի օրգանների իշեմիայով՝ ցավ ստորին վերջույթներում, ընդմիջվող կաղություն, թուլություն և սառեցում, էրեկցիայի խանգարում:
- 8-10 % հիվանդների շրջանում նշվում է կորոնար համախտանիշ: Դիտվում են ստենոկարդիա, ցավ սրտի շրջանում, սրտխփոց հաճախասրտության հակումով, հևոց, ԷՄԳ-ի արագ անցնող փոփոխություններ:
- Աորտային անբավարարության համախտանիշը դրսևորվում է հազվադեպ: Այն պայմանավորված է աորտայի վերել հատվածի ինֆիլտրացիայով և լայնացմամբ, աորտային օղի հետագա լայնացմամբ և աորտային անբավարարության առաջացմամբ:
- Թոքային զարկերակի ախտահարման համախտանիշ՝ հազ, արյունախիտում, հետկրծոսկրային ցավ:

- Անևրիզմային համախտանիշ կամ լայնացում դիտվում է 7-22 % հիվանդների շրջանում: Անևրիզմային լայնացումը հիմնականում դիֆուզ բնույթ ունի, ավելի հազվադեպ են պարկաձև անևրիզմները:

Բուժում: Տիպիկ և ընդունված սխեմա է սուր ու ենթասուր փուլերում փոքր չափաքանակներով (30-60մգ) կորտիկոստերոիդներով և անտիագրեգացիոն թերապիան: Վերջին տարիներին տարածվել է կորտիկոստերոիդներով և ցիտոստատիկներով համակցված թերապիան: Կորտիկոստերոիդների փոքր չափաքանակների անարդյունավետության հետևանք է պուլս թերապիայի կիրառումը՝ 3 օր ն/ե 3000 մգ մեթիլպրեդնիզոլոնի և 1000 մգ ցիկլոֆոսֆանի ներարկում: Կուրսը կրկնում են 7 օր անց:

Վիրահատություն նպատակահարմար է կատարել սուր և ենթասուր փուլերից հետո: Ցուցումներն են՝

- Կայուն զարկերակային հիպերտենզիա՝ վազոռենալ բնույթի և կոարկտացիոն համախտանիշ:
- Քնային զարկերակների հեմոդինամիկ արտահայտված ախտահարում:
- Ստորին և վերին վերջույթների իշեմիա (2բ, 3, 4-րդ աստիճանի):
- Աոքտայի անևրիզմա:

Ռեկոնստրուկտիվ վիրահատությունների բնույթը նույնն է, ինչ ՕԱ-ի դեպքում: Բազմակի ախտահարումների ժամանակ նպատակահարմար են էտապային ռեկոնստրուկտիվ վիրահատությունները (նկ.2.14):



Նկ. 2.14.

Ռեյնոյի հիվանդություն և համախտանիշ: Ռեյնոյի հիվանդությունը բնութագրվում է առավելագույն դաստակի և ոտնաթաթի զարկերակային արյան շրջանառության նույնպիսի խանգարումներով, որոնք հանգեցնում են հյուսվածքների սնուցախանգարմանը: Ընդունված է տարբերել Ռեյնոյի հիվանդություն (իդիոպաթիկ ձև) և Ռեյնոյի համախտանիշ (ըստ ծագման տարբեր հիվանդությունների և արտաքին վնասակար գործոնների ժամանակ կլինիկորեն նման երկրորդային ախտանշային համալիր է): Վերջույթների արյան շրջանառության նույնպիսի խանգարումներով հիվանդների շարքում Ռեյնոյի հիվանդությունը 70-85 % է: Բոլոր ախտաբանական վիճակները, որոնք կարող են ուղեկցվել Ռեյնոյի համախտանիշով, պայմանականորեն բաժանում են 6 խմբերի՝

- անոթային համակարգի հիվանդություններ (խցանող թրոմբանոզիտ, խցանող աթերոսկլերոզ, անգիոդիսպլազիաներ և այլն),
- կոլագենոզներ (համակարգային սկլերոդերմիա, համակարգային կարմիր գայլախտ, ունատոդո արթրիտ, դերմատոմիոզիտ, հանգուցավոր պերիարտերիիտ և այլն),
- կոմպրեսիոն նյարդանոթային համախտանիշով հիվանդություններ (պարանոցային կող, առաջային

սանդղաձև մկանի համախտանիշ, ոսկրանրակային համախտանիշ և այլն),

- թունավորումներ և դեղորայքի նկատմամբ բարձր զգայունություն (ծանր մետաղների աղեր, էրգոտամին, ցիտոստատիկներ, հորմոնային հակաբեղմնավորիչ պատրաստուկներ),
- նյարդաբանական հիվանդություններ (սիրինգոմիելիա, Բեխտերևի հիվանդություն, ցրված սկլերոզ և այլն),
- այլ հիվանդություններ (հիպոթիրեոզ, առաջնային թոքային հիպերտենզիա և այլն):

Յուրաքանչյուր որոշակի դեպքում ճիշտ ախտորոշումն ունի կարևոր նշանակություն, քանի որ երկրորդային արտերիոպաթիաների համալիր և երկարատև բուժման դրական արդյունքները հնարավոր են միայն Ռեյնոյի համախտանիշի առաջնային պատճառի վրա ազդեցության կամ վերացման ժամանակ :

Էթիոլոգիա: Ռեյնոյի հիվանդության պատճառը մինչև օրս հայտնի չէ, չնայած կան մի շարք գործոններ, որոնք նպաստում են դրա առաջացմանը՝ ժառանգականությունը, ծայրամասային անոթների անոթաշարժ նյարդավորման կոնստիտուցիոնալ պակասը, հոգեծին գործոնները, ԿՆՀ վնասվածքները, նիկոտինով և ալկոհոլով քրոնիկական թունավորումը, էնդոկրին խանգարումները, վարակիչ հիվանդությունները, գերհոգնածությունը: Հիվանդության առաջացման մեջ հատուկ նշանակություն ունեն մետեոտրոպ ազդեցությունները (չոր և խոնավ կլիման) և մասնագիտական վնասումները (քիմիական արտադրություն, ձկնորսություն, հանքավորություն և այլն): Հիվանդների 4,5 %-ի մոտ Ռեյնոյի հիվանդությունն ունի ժառանգական ծագում:

Պայթոզենեզ: Մա նույնպես հստակ հայտնի չէ, սակայն դրա զարգացման մեջ առաջատար դեր ունեն սիմպաթիկ նյարդային համակարգը և մաշկի արյունամատակարարման առանձնահատկությունները, հատկապես դաստակի և ոտնաթաթի, որտեղ էլ մեծ մասամբ տեղի են ունենում անոթային նոպաները: Մաշկի

անոթների և արտերիովենոզ բերանակցումների լուսանցքները որոշվում են նյարդածին գրգիռներով, ընդ որում՝ մաշկի անոթները բարձր զգայունություն ունեն սիմպաթիկ ներգործության և կատեխոլամինների ազդեցության նկատմամբ: Վերջույթների հեռադիր հատվածների արյան շրջանառության նկատմամբ չափազանց արտահայտված և հակազդեցություն չունեցող (դաստակներում և ոտնաթաթերում արյունամատակարարման և հյուսվածքային փոխանակության իջեցման դեպքում իշեմիային ի պատասխան չեն առաջանում անոթալայնիչներ՝ բրադիկինին և կալիդին) սիմպաթիկ հսկողությունը բացատրում է Ռեյնոյի հիվանդության ժամանակ փոփոխությունների տեղային բնույթը և առանձնահատկությունը:

Նյարդածին ֆունկցիոնալ մեխանիզմների հետ մեկտեղ նշանակություն ունեն նաև անոթների կառուցվածքային տեղային փոփոխությունները, դրանց բարձր ջերմառեակտիվակնությունը, որը պահպանվում է անգամ դեներվացիայից հետո: Նոպայի սկզբնական շրջանում գերակշռում է փոքր զարկերակների, արտերիոլների և արտերիովենոզ բերանակցումների սպազմը: Դրա թուլացմանը զուգահեռ՝ միաժամանակ ի հայտ են գալիս հետմազանոթային սեղմանների հիպերտոնուս, փոքր երակների և երակիկների լուծանք, որն արտահայտվում է մաշկի գունատության փոխարինմամբ ցիանոզով: Վերջին տարիների հետազոտությունները հաստատում են, որ Ռեյնոյի հիվանդության ժամանակ խանգարված է «զենի հետ կալցիտոնին կապված պեպտիդ» անվանմամբ նեյրոպեպտիդի առաջացումը, որն ունի հզոր անոթալայնիչ հատկություն (տեղային արատի թեորիա՝ այսինքն ցրտային պրովոկացիայից հետո անոթների տոնուսի վերականգնման անհնարիություն):

Կլինիկական պատկերը: Ռեյնոյի հիվանդությունն ավելի հաճախ հանդիպում է երիտասարդ կանանց շրջանում (90%-ից ավելի դեպքերում 25-35 տարեկան անձանց շրջանում, ավելի հազվադեպ երեխաների և ծերերի շրջանում): Առաջինը սովորաբար ախտահարվում են դաստակի և հազվադեպ՝ ոտնաթաթի II-IV մատները: Ավելի ուշ պրոցեսի մեջ կարող

են ընդգրկվել մարմնի այլ ցրտահարված հատվածներ՝ քիթ, ականջախեցիներ, կզակ: Ռեյնոյի հիվանդությանը բնորոշ են ախտահարման խիստ համաչափությունը և ավելի հաճախ ձեռքերի ախտահարումը, քան ոտքերի:

I շրջան: Բնութագրվում է կարճաժամկետ, մի քանի ռուպեի ընթացքում իշեմիայի նուպայով, որը ի հայտ է գալիս սովորաբար մատների հեռադիր հատվածների հանկարծակի (ի պատասախան ցրտային կամ հոգեհուզական ազդեցության) քարացմամբ: Նրանցում առաջանում են կոտրատող բնույթի ցավ, այրոցի զգացում: Ցրտի և տաքի ազդեցության վերացումից հետո ախտանիշներն անցնում են, և մատներն աստիճանաբար, որոշ հիվանդների շրջանում ռեակտիվ հիպերեմիայից հետո ձեռք են բերում բնականոն գունավորում՝ ջերմության և զգայունության վերականգնմամբ: Հատկապես տարվա տաք եղանակներին նուպաները հազվադեպ են, հյուսվածքների սնուցախանգարումներ չեն դիտվում: Հիվանդության զարգացմանը զուգահեռ՝ նուպաները հաճախանում են, իսկ միջնուպայական շրջանները՝ կարճանում:

II շրջան: Ի հայտ է գալիս հիվանդության զարգացումից միջինը 6 ամիս հետո և տարբերվում է նուպաների տևողության երկարացմամբ մինչև 1ժ և ավելի, խիստ մեծանում է զգայունությունը ցրտի նկատմամբ: Գունատությունից հետո առաջանում են խոր ցիանոզ, երբեմն հյուսվածքների չափավոր այտուց: Կարճ միջնուպայական ժամանակահատվածներում պահպանվում են մատների քիչ այտուցվածությունը, արտահայտված հիպերհիդրոզը: Շատ հիվանդների շրջանում հիվանդությունը կայունանում է այս փուլում և կարող է տևել երկար տարիներ:

III շրջան: Ի հայտ է գալիս հիվանդության առաջացումից միջինը 1-3 տարի հետո և դիտվում է քիչ հիվանդների դեպքում: Բնորոշ առանձնահատկությունը զգալի սնուցախանգարումներն են (մատների ծայրերին մակերեսային ցավոտ խոցեր, ակրոսկլերոզ): Բնորոշ է մատների բարձր խոցելիությունը և ցածր ջերմաստիճանին բացարձակ

չդիմանալը:

IV շրջան: Հիվանդների շրջանում դիտվում են հոգեկան և ֆիզիկական հյուսվածություն, մշտական ցավային համախտանիշ, հնարավոր է ինտոքսիկացիա: Ախտահարված մատները հաստացած են, հոդերը՝ դժվար շարժունակ, մաշկի ցիանոզը մշտական է: Հաճախ առաջանում է հեռադիր ֆալանգների չոր մեռուկացում (նկ.2.15):



Նկ. 2.15. Ռեյնոյի հիվանդություն

Տարբերում են նաև հիվանդության ընթացքի 2 կլինիկական ձև՝ բարորակ (առաջնային-քրոնիկական) և չարորակ (ենթասուր կամ սուր ընթացիկ): Առաջին տիպի ժամանակ գերակշռում են անզիռնևրոտիկ (անոթանյարդային) պրոցեսները, սնուցման փոփոխությունները արտահայտված չեն, բնորոշ են երկարատև ախտադադարները: Հիվանդության այս ձևը տևում է երկար տարիներ և դիտվում է 80% հիվանդների շրջանում:

Չարորակ բնույթի դեպքում առաջին 1-2 տարիների ընթացքում առաջանում են սնուցման ծանր խանգարումներ, քանի որ սրոնֆոպարալիտիկ մեխանիզմները գերակշռում են անոթաշարժի նկատմամբ: Անկախ կլինիկական ընթացքի ձևից, հիվանդի կյանքի կանխատեսումը բարեհաջող է:

Ռեյնոյի հիվանդության ախտորոշումը տարբեր մեթոդներով բոլոր հիվանդությունների բացառումն է, որոնք ընթանում են անոթասեղմիչ խանգարումներով, և առաջին հերթին շարակցական հյուսվածքի հիվանդությունների բացառումը, որոնց ժամանակ այդ խանգարումները (Ռեյնոյի հիվանդություն) ավելի հաճախ և վաղ են հանդիպում:

Կարևոր է հաշվի առնել այն, որ գլխավոր անոթները Ռեյնոյի

հիվանդության ժամանակ միշտ ինտակտ են: Մատի արյունահոսքի ուլտրաձայնային հետոզոտության ժամանակ հայտնաբերվում է զարկերակների կծկանք, որը հիվանդության վաղ շրջաններում կարող է խթանվել ցրտային փորձով:

Բուժում: Միշտ սկսում են պահպանողական միջոցառումներով և շարունակում են տարին ոչ պակաս 2 կուրսով: Բարձր արդյունավետության կարելի է հասնել միայն համալիր, բազմաբաղադրիչ թերապիայով՝ ուղղված հիվանդության ձևավորմանը մասնակից բոլոր անցանկալի գործոնների կանխարգելմանը և վերացմանը: Ռեյնոյի համախտանիշի դեպքում գլխավոր ուշադրությունը պետք է դարձնել պատճառային գործոնին, այսինքն՝ հիմնական հիվանդությանը, որը խթանել է անգիոսպազմը (անոթակծկանքը):

Թերապևտիկ միջոցառումների ծրագիրը ներառում է՝

- ռիսկի գործոնների վերացում (չծխելը, ձեռքերի և ոտքերի ցրտահարման հետ կապված գործունեության վերացումը, դաստակների գերլարվածությունը, տեղափոխվելը տաք և փափուկ կլիմայով վայր),
- սեդատիվ թերապիա, հոգեթերապիա և ռեֆլեքսաթերապիա,
- վազոկոնստրիկցիայի վերացում (նովոկաինային բլոկադաներ, ֆիզիոթերապիա, մազնիսաթերապիա, ջերմուկաբուժություն), կալցիումի հակազդիչների (վերապամիլ, կորինֆար), սիմպաթոլիտիկ պատրաստուկների (ռաունատին, դոպեգիտ), նիկոտինաթթվի ածանցյալների (նիկոշպան) օգտագործում,
- պայքար ցավի դեմ,
- միկրոշրջանառության լավացում (պրոդեկտին, քսանտինոլ, նիկոտինատ),
- ռեոլոգիական խանգարումների շտկում (տրենտալ, տիկլիդ, ասպիրին, ռեոպրոլիզոլոկին, վազապրոստան),
- պայքար աուտոզգայունության դեմ (հորմոններ, իմունամոդուլյատորներ),

- հյուսվածքների սնուցման լավացում (B, A, E, C խմբի վիտամիններ, սոլկոսերիլ),
- դեսենսիբիլիզացնող նյութեր (կալցիումի քլորիդ, տավեգիլ, սուպրաստին):

Վիրաբուժական միջամտությունները ներառում են դեսինպաթիզացիա և անդամահատում: Առաջին խնդրի լուծման համար կատարում են II-IV կրծքային սիմպաթիկ հանգույցների մասնահատում և հարզարկերակային մատնային սիմպաթեկտոմիա: Հիվանդների մեծամասնության շրջանում դիտվում է դրական արդյունք:

Պահպանողական և վիրահատական բուժական մեթոդների համակցումը տալիս է դրական արդյունքներ հիվանդների 79-83%-ի մոտ:

Իշեմիկ դիաբետիկ ոտնաթաթ: Դիաբետիկ ոտնաթաթ համախտանիշն ընդգրկում է զարկերակային, միկրոշրջանառության հունի և ծայրամասային նյարդային համակարգի ախտաբանական փոփոխությունները, որոնք անմիջական վտանգ են ներկայացնում ոտնաթաթի խոցամեռուկային պրոցեսների և փտախտի զարգացման համար:

Համաճարակաբանական հետազոտությունների արդյունքները վկայում են, որ ստորին վերջույթների բոլոր ոչ վնասվածքային բնույթի անդամահատումների մեջ շաքարային դիաբետով հիվանդները կազմում են կեսից ավելին (50-70%), չնայած հայտնի է, որ այդ հիվանդության տարածվածությունը տարբեր երկրներում 1,5-6% է:

Շաքարային դիաբետով հիվանդների ստորին վերջույթների անդամահատումներ 17-45 անգամ ավելի հաճախ են կատարում, քան ազգաբնակչությանը ամբողջությամբ: Այս դեպքում շաքարային դիաբետով հիվանդների ծայրամասային զարկերակների օբստրուկտիվ ախտահարումների հաճախականությունը գերազանցում է ոչ դիաբետիկ հիվանդներին միայն 4 անգամ:

Տարբերում են դիաբետիկ ոտնաթաթ համախտանիշի հետևյալ ձևերը՝

I. Նյարդախտային ախտահարված ոտնաթաթ, որին բնորոշ են երկարատև դիաբետիկ վերհուշություն, դիաբետի այլ ուշացած բարդություններ, ցավային համախտանիշի բացակայություն, մաշկային ծածկույթների սովորական գունավորում և ջերմություն, ոտնաթաթի զարկերակների վրա պահպանված անոթազարկ, բոլոր տիպի ծայրամասերի զգայունությունների իջեցում:

II. Իշեմիկ գանգրենոզ ոտնաթաթ, որին բնորոշ է արտահայտված ցավային համախտանիշ, մաշկային ծածկույթների գունատություն և ջերմության իջեցում, ոտնաթաթի զարկերակների վրա անոթազարկի բացակայություն և պահպանված զգայունություն: Այս վիճակին, սովորաբար, զուգորդում են զարկերկային հիպերտենզիան և դիսլիպիդեմիան:

III. Խառը ձև (նեյրոիշեմիկ):

Դիաբետիկ անգիոպաթիան մորֆոլոգիորեն բաժանվում է մակրոանգիոպաթիայի (զարկերակներ և զարկերակիկներ) և միկրոանգիոպաթիայի (մազանոթներ): Միկրոանգիոպաթիան ինքնին չի կարող դառնալ ոտնաթաթի խոցային արատի պատճառ: Փոփոխությունների ի հայտ գալը, որը հանգեցնում է փափուկ հյուսվածքների խոցի և մեռուկի առաջացման, պայմանավորված է միկրոշրջանառության խանգարումներով: Միկրոշրջանառության խանգարումներն իրենց հերթին միկրո- կամ մակրոանգիոպաթիայի համատեղ ազդեցության հետևանք են: Այսպիսով՝ դիաբետիկ ոտնաթաթը ախտանշանաբանորեն է, որը ներառում է ոտնաթաթի նեյրոպաթիայի և անգիոպաթիայի նշաններ, արտահայտվում է թարախաբորբոքային փոփոխություններով ու խոցամեռուկային ախտահարումներով: Նեյրոպաթիկ դիաբետիկ ոտնաթաթն այն դեպքն է, երբ առաջատար են ոտնաթաթի նեյրոպաթիայի ախտանիշերը: Իշեմիկ դիաբետիկ ոտնաթաթի ժամանակ առաջատարը դիաբետիկ անգիոպաթիայի նշաններն են՝ հիմնականում մակրոփոփոխությունները՝ ստորին վերջույթների գլխավոր զարկերակների ախտահարմամբ:

Կլինիկական պատկերը: Շաքարային դիաբետով հիվանդի՝ վիրաբույժին դիմելու պատճառը ոտնաթաթի խոցամեռուկային ախտահարումների պահպանողական բուժման անարդյունավետությունն է: Անամնեզը ճշտելուց հետո հիվանդները նշում են, որ երկար ժամանակ տառապել են անցողիկ կաղությունից: Դիաբետի ժամանակ ստորին վերջույթների գլխավոր զարկերակների ախտահարումը շատ հաճախ հանգեցնում է իշեմիայի կրիտիկական երևույթների, որոնք բնութագրվում են հանգստի ժամանակ ցավերով և խոցամեռուկային ախտահարումներով: Զուգակցված դիաբետիկ նեյրոպաթիայի առկայությունը նվազեցնում է ցավային զգայունությունը, կրիտիկական իշեմիայի վաղ ախտանիշերը բացակայում են, այդ պատճառով հիվանդների առաջնային դիմելու ժամանակ սովորաբար արդեն խոցամեռուկային ախտահարում լինում է (նկ.2.16):



Նկ. 2.16. Դիաբետիկ ոտնաթաթ

Իշեմիկ դիաբետիկ ոտնաթաթով հիվանդների կլինիկական գննման ժամանակ ուշադրություն են դարձնում վերջույթների հեռադիր հատվածների մաշկի սնուցախանգարման առկայությանը (մազաթափություն, հիպերկերատոզի և եղունգների թիթեղների աճի նշաններ), մաշկային ծածկույթների գույնի փոփոխությանը՝ գունատություն, ցիանոզ: Շոշափման ժամանակ զգացվում է ախտահարված վերջույթների մաշկային ծածկույթների ջերմության իջեցում՝ համեմատած չախտահարվածի հետ: Որոշում են և

համեմատում վերջույթների համաչափ հատվածների զարկերակային անոթազարկերը:

Դիաբետով հիվանդների ստորին վերջույթների գլխավոր զարկերակների ախտահարման ժամանակ հաճախ լինում է այլ անոթային ավազանների ախտահարում՝ կորոնար և բրախիոցեֆալիկ զարկերակներ: Մի շարք դեպքերում նշված ավազանների ախտահարումը կարող է չլինել, այդ պատճառով դիաբետով հիվանդների ֆիզիկական հետազոտության ժամանակ պետք է հետևել անոթային հիվանդի հետազոտման ստանդարտ համալիրին: Անհրաժեշտ է շոշափել պուլսը և աճուկային ծալքի շրջանում ազդրային զարկերակի վրա լսել աղմուկ, ինչպես նաև ատուկուլտացիա կատարել գլխավոր զարկերակների, այդ թվում պարանոցի անոթների լսման ստանդարտ կետերում:

Գործիքային հետազոտության ժամանակ պետք է կատարել՝

- արյան կենսաքիմիական հետազոտություն, որում շատ կարևոր են հետևյալ ցուցանիշերը՝ գլյուկոզա, գլյուկոզայի օրական պրոֆիլ, միզանյութ, կրեատինին,
- ԷՄԳ,
- ախտահարված ոտնաթաթի ռենտգենագրություն 2 պրոյեկցիայով,
- ոտնաթաթի թարախամեռուկային մակերեսից ցանքս՝ միկրոֆլորայի և դրա զգայունության որոշմամբ հակաբակտերիային պատրաստուկների նկատմամբ,
- ստորին վերջույթների ստանդարտ մակարդակներում սեզմենտար զարկերակային ճնշման չափում դոպլերյան ազդանշանի սպեկտրալ հետազոտությամբ:

Հետազոտման հատուկ մեթոդներն ուղղված են ստորին վերջույթների զարկերակների ախտահարման և հնարավոր վերականգնողական հարցի որոշմանը, ինչպես նաև այլ անոթային ավազանների հետազոտմանը կլինիկական ցուցումների առկայության ժամանակ՝

- ռենտգենկոնտրաստ անգիոգրաֆիա՝ ստորին վերջույթների հեռադիր զարկերակային հունի պարտադիր կոնտրաստավորմամբ և ֆարմակոլոգիական փորձով,
- ընդհանուր քնային զարկերակների բիֆուրկացիայի դուպլեքս սքանավորում,
- ոտնաթաթի վրա թթվածնի լարվածության տրանսկուտանեալ որոշում:

Պահպանողական բուժում: Իշեմիկ դիաբետիկ ոտնաթաթի պահպանողական բուժումը պետք է որոշի մի քանի խնդիրներ՝

- շաքարային դիաբետի փոխհատուցում. ածխաջրային փոխանակության պարտադիր բնականոնացում՝ գլիկեմիայի մակարդակի իջեցմամբ և նյութափոխանակային խանգարումների վերացմամբ,
- ոտնաթաթի կրիտիկական իշեմիայի երևույթների վերացում,
- ախտահարված վերջույթի միկրոշրջանառության լավացում,
- վարակային բարդությունների բուժում. ֆլորայի տեսակի և հակաբակտերիային պատրաստուկների նկատմամբ զգայունության որոշում:

Իշեմիկ դիաբետիկ ոտնաթաթով բոլոր հիվանդները կրիտիկական իշեմիայի պայմաններում պետք է անցնեն ինսուլինային թերապիայի՝ արյան մեջ գլյուկոզայի օրական մակարդակի հսկողությամբ: Դեղորայքային թերապիան, ուղղված ախտահարված վերջույթի մակրո- և միկրոհեմոդինամիկայի լավացմանը, երբեմն վերացնում է կրիտիկական իշեմիայի երևույթները՝ առանց վիրահատական միջամտության: Ստանդարտ պահպանողական թերապիան ընդգրկում է ռեոլոգիական լուծույթների (ռեոպոլիգլյուկին, ռեոմակրոդեքս առանց գլյուկոզայի), դեզագրեգանտների (տրենտալ, կուրանտիլ), 20 %-անոց ակտովեգինի, սոլկոսերիլի համակցումը: Բուժման կուրսը 10 օր է: Հաշվի առնելով, որ այս դեպքում հիվանդությունը հաճախ զուգորդվում է սրտային ախտահարմամբ՝ ինֆուզիայի ծավալը պետք է լինի 200-250 մլ, լուծույթների ներարկումը՝ դանդաղ: Ցուցված է միզամուղների

օգտագործում: Իշեմիկ դիաբետիկ ոտնաթաթով հիվանդների բուժման համար ավելի արդյունավետ է պրոստագլանդին E1-ի (վազապրոստան, ալպրոստան և այլն) ներերակային ներարկումը: Պատրաստուկը ներարկում են 40-60 մգ/օր դեղաչափով 250 մլ նատրիումի քլորիդի իզոտոնիկ լուծույթով, 3 ժամվա ընթացքում: Բուժման կուրսը 10-14 օր է: Եթե կրիտիկական իշեմիայի երևույթներն առկա են բուժման առաջին կուրսից, հիվանդին նշանակում են ստանդարտ դեզագրեգանտային բուժում: Վազապրոստանի ավելի երկարատև ինֆուզիան (մինչև 30-40 օր) ավելի հաճախ ցուցված է դիաբետիկ ոտնաթաթով հիվանդներին ոտնաթաթի և սրունքի զարկերակների տոտալ օկլյուզիայի դեպքում, երբ անհնար է կատարել վերջույթների գլխավոր զարկերակների ստանդարտ վերականգնողական վիրահատություն:

Վիրահատական բուժումը ցուցված է՝

- պահպանողական թերապիայի անարդյունավետության, կրիտիկական իշեմիայի պահպանման և առաջընթացի դեպքում,
- ըստ անոթների վիճակի՝ վերականգնողական անոթային վիրահատություն կատարելու դեպքում:

Հակացուցված է՝

- սրտամկանի սուր ինֆարկտի կամ ուղեղի արյան շրջանառության սուր խանգարման դեպքում (նախորդ 3 ամիսների ընթացքում),
- արյան շրջանառության III-IV աստիճանի խանգարման դեպքում:

Հիվանդի գտային զարկերակների ստենոզի առկայության ժամանակ նախապատվությունը տալիս են տրանսլյումինալ անգիոպլաստիկային (հակացուցված է ստենոզի տեղում արտահայտված կալցինոզի դեպքում): 3 տարվա անցանելիությունը 85% է (նկ.2.17):



Նկ. 2.17. Չարկերակի ներանոթային լայնացում

Երկարավուն ստենոզների կամ օկլյուզիաների առկայության և արտահոսքի ուղիների պահպանման ժամանակ կատարում են ստանդարտ շունտավորող վիրահատություններ: Ազդրադիստալ շունտավորումների ժամանակ նախապատվություն են տալիս աուտովենային, չնայած ազդրածնկափոսային շունտավորման դեպքում ծնկափոսից վեր կարելի է օգտագործել սինթետիկ պրոթեզ: Հեռադիր զարկերակային հունի արտահայտված ախտահարման դեպքում, երբ հնարավոր չէ կատարել վերականգնում ազդրային և սրունքային զարկերակների վրա, անհրաժեշտ է գնահատել ազդրի խորանիստ զարկերակի վիճակը: Նրա սթենոտիկ ախտահարման դեպքում կատարում են էնդարտերեկտոմիա զարկերակի պլաստիկայով:

Անոթային վերականգնողական վիրահատություններից մահացությունը 2-4 % է, իսկ ազդրի մակարդակի վրա առաջնային անդամահատումից հետո իշեմիկ դիաբետիկ ոտնաթաթի դեպքում՝ 25-40%: Անոթային վերականգնողական վիրահատություններից հետո 2 տարի անց պահպանվում է հիվանդների աորտա-ազդրային դիրքի 88-90% տրանսպլանտատների և ազդրածնկափոսային դիրքի մոտ 70% տրանսպլանտատների անցանելիությունը: Ստացիոնարից դուրս գրման ժամանակ պարտադիր է արյան մեջ գլյուկոզայի մակարդակի հսկողությունը, դեզագրեգանտների օգտագործումը: Հետագայում ցանկալի է տարին 1 անգամ ստացիոնար հոսպիտալացում՝ տեղային հեմոդինամիկայի պլանային գնահատման և պահպանողական բուժման անցկացման համար:

**ԹԵՄԱ 4. ՈՐՈՎԱՅՆԱՅԻՆ ԱՈՐՏԱՅԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ:
ԱՆԵՎՐԻԶՄԱՆԵՐ ԵՎ ՍՏԵՆՈՏԻԿ-ՕՎԼՅՈՒԶԻՈՆ
ԱԽՏԱՀԱՐՈՒՄՆԵՐ**

Աորտայի որովայնային հատվածի անևրիզմա (անոթայայնանք):

Աորտայի որովայնային հատվածի անևրիզման աորտայի տրամագծի մինչև 2 անգամ լայնացումն է նորմայի համեմատ, կամ վերջինիս պատի տեղային արտափքումն է: Աորտայի որովայնային հատվածի տրամագիծը բնականոնում մոտ 18-20 մմ է:

Աորտայի որովայնային հատվածի անևրիզման առավել ծանր և անբարենպաստ ելքով ընթացող հիվանդություններից է: Հիվանդների 40%-ի մոտ աորտայի որովայնային հատվածի անևրիզմա ախտորոշելուց հետո մեկ տարվա ընթացքում տեղի է ունենում դրա պատռում: Վերջին տարիների ընթացքում դիտվում է այս հիվանդության քանակական աճ, որը պայմանավորված է բնակչության կյանքի միջին տևողության երկարացմամբ, աթերոսկլերոզի տարածվածությամբ և ոչ ինվազիվ ախտորոշման մեթոդների կատարելագործմամբ:

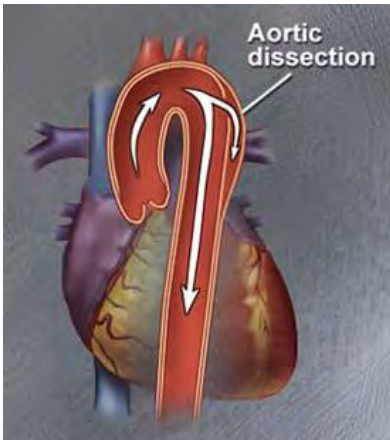
Էթիոլոգիա: Տարբերում են աորտայի անևրիզմայի բորբոքային և ոչ բորբոքային ծագում: Աորտայի բորբոքումը ծագում է վերջինիս լուսանցք վարակի ներթափանցման (սիֆիլիս, պալարախտ, սալմոնելիոզ և այլն) կամ ալերգիկ բորբոքային պրոցեսի զարգացման հետևանքով (ոչ սպեցիֆիկ աորտաարտերիիտ), որը սովորաբար ուղեկցվում է զարկերակային հիպերտենզիայով: Ոչ բորբոքային անևրիզմաները հիմնականում առաջանում են աորտայի աթերոսկլերոտիկ ախտահարման, ավելի հազվադեպ՝ աորտայի պատի վնասման հետևանքով: Առաջացած անևրիզման աստիճանաբար կարող է մեծանալ՝ ի պատասխան աորտայի պատի ամրության հարաճող թուլացման: Մեկ տարվա ընթացքում անևրիզման մեծանում է 1,5-3սմ – ով, որն ի վերջո հանգեցնում է վերջինիս պատռման: Պատռման հավանականությունը մեծանում է անևրիզմայի չափերի մեծացմանը համապատասխան: Օրինակ՝ 5սմ-ից փոքր անևրիզմաների պատռման

հաճախականությունը 5%-է, 7սմ և դրանից մեծ դեպքերում՝ 76%:

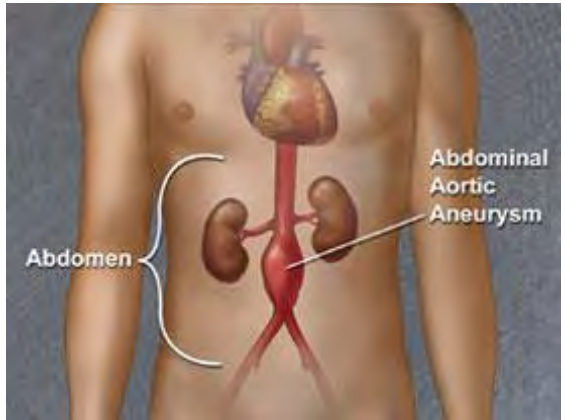
Աորտայի անևրիզմայի չափերի մեծացման հետևանքով վերջինս ճնշում է շրջակա օրգանները (ստամոքս, 12-մատնյա աղիք, երիկամ և միզաձորաններ, ողնուղեղի նյարդացողուններ, սիմպաթիկ հանգույցներ և այլն)՝ ի հայտ բերելով համապատասխան ախտանիշեր:

Կլինիկական պատկերը: Փոքր չափերի անևրիզման հիմնականում ընթանում է անախտանիշ և հայտնաբերվում է պատահականորեն՝ այլ նպատակով հետազոտվելիս կամ վիրահատությունների ժամանակ (նկ.2.18, 2.19): Մի շարք դեպքերում աորտայի անևրիզմայի ախտանիշերն ի հայտ են գալիս առաջին և վերջին անգամ՝ վերջինիս պատռման ժամանակ: Չբարդացած անևրիզմաներն արտահայտվում են ախտանիշերի դասական եռյակով՝ բուք ցավ որովայնում, պուլսացող գոյացության առկայություն որովայնում և վերջինիս վրա լսվող սիստոլիկ աղմուկ: Որովայնի ցավն առավել հաճախ հանդիպող ախտանշանն է (90%), որի գանգատով դիմում են հիվանդները: Այն պայմանավորված է ողնուղեղի նյարդացողունների ճնշմամբ, որը հաճախ գնահատվում է որպես նյարդաբանական, ուռուղգիական կամ որովայնային այլ տիպի ախտահարում: Ցավերի ուժգնացումն անևրիզմայի չափերի մեծացման և վերջինիս մոտալուտ պատռման նախանշան է: Սակայն նույնիսկ բավական մեծ չափերի անևրիզման կարող է ընթանալ անցավ: Բարդացած անևրիզմայի դեպքում կլինիկական պատկերը բազմազան է. այն պայմանավորված է պատռման տեղակայմամբ և տիպով, սակայն բոլոր դեպքերում հիմնական ախտանիշն ի հայտ եկող ցավն է: Անևրիզմայի պատռման նախանշան է նաև ցավի կտրուկ ուժգնացումը և «մխրճվածության» զգացումը վերջինիս շոշափման ժամանակ: Սովորաբար անևրիզմայի ոչ լրիվ պատռման ժամանակ ի հայտ է գալիս ուժգին, «մորֆինային» բնույթի ցավ, որը չի ուղեկցվում կոլապսով և անևրիզմայի հարաճմամբ: Շատ կարևոր է այն հանգամանքը, որ մեծ մասամբ աորտայի որովայնային հատվածի անևրիզմայի պատռումը ակնթարթային մահվան չի հանգեցնում: Միայն հիվանդների 13%-ի դեպքում է մահը գրանցվում առաջին 6 ժամվա ընթացքում, 45%-ը

ապրում է 24ժ, 36%-ը՝ 1 - 6 օր, իսկ 6%-ը՝ նույնիսկ մինչև 9 օր: Այս տևողության տարբերությունը պայմանավորված է անևրիզմալի պատման տեղակայմամբ և զարկերակային հիպերտենզիայի առկայությունից: Ախտորոշման հարցում որոշիչ դեր է խաղում ներքին արյունահոսության նշանների առկայությամբ: Հիվանդների մեծամասնության շրջանում արյան կորստի նշանները թույլ են արտահայտվում, քանի որ արյունահոսությունը դեպի հետորովայնամզային տարածություն կատարվում է բավական դանդաղ: Ներքին արյունահոսության և արյան կորստի առավել սուր կլինիկական արտահայտումները (կոլապս, գիտակցության կորուստ) դիտվում են հիվանդների միայն 20 %-ի դեպքում:



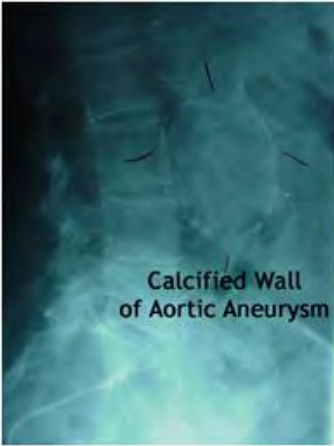
Նկ. 2.18. Կրծքային աորտայի շերտազատող անևրիզմա



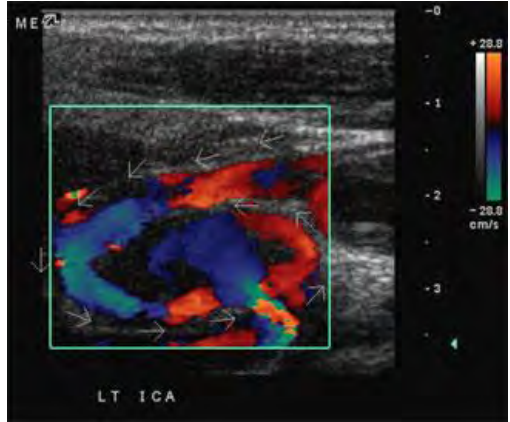
Նկ. 2.19. Որովայնային աորտայի անևրիզմա

Ախտորոշում: Հիվանդի հետազոտությունը խորհուրդ է տրվում սկսել գերձայնային սկրինինգով, ընդ որում՝ դուալէքս սքանավորման մեթոդը հնարավորություն է տալիս տեղեկանալու աորտայի անևրիզմալի տեղակայման, չափերի, պատերի վիճակի, մակարդուկների առկայության, ինչպես նաև ստորին վերջույթների անոթների վիճակի վերաբերյալ: Հայտնաբերված փոփոխությունների հետագա մանրամասնումը կատարվում է համակարգչային շերտագրության,

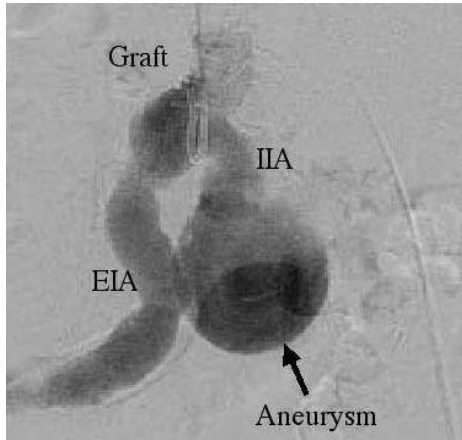
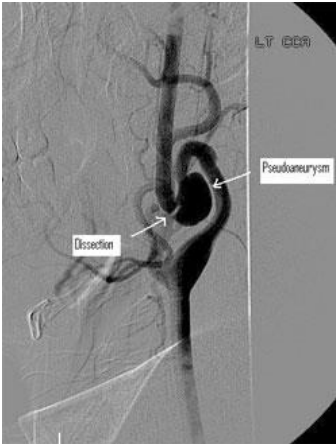
մագնիսա-ռեզոնանսային կամ սպիրալային շերտագրության միջոցով: Միայն կասկածելի և բարդ դեպքերում, երբ գործընթացի մեջ ներգրավված են նաև որովայնային աորտայի ճյուղերը, կատարվում է ռենտգեն-կոնտրաստային անգիոգրաֆիա (նկ. 2.20, 2.21, 2.22):



Նկ. 2.20. Ռենտգենաբանական քննություն և կրակալած աորտայի անևրիզմա



Նկ. 2.21. Դուպլեքս սոնոգրաֆիա: Անևրիզմայի դուպլեքս պատկերը



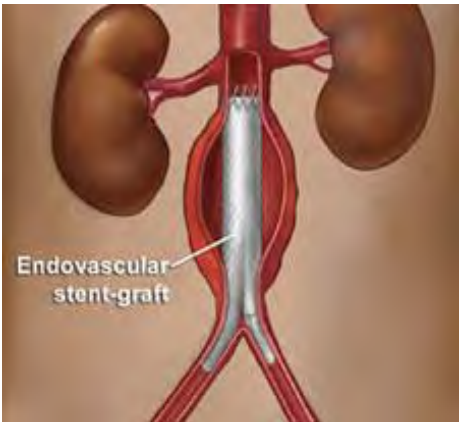
Նկ. 2.22. Անգիոգրաֆիա անևրիզմաների դեպքում

Բուժում: Առրտայի որովայնային հատվածի անևրիզմայի պահպանողական բուժում գոյություն չունի: Հիվանդության հայտնաբերման դեպքում հիվանդը պետք է ուղեգրվի մասնագիտացված անոթային վիրաբուժության բաժանմունք, որտեղ բազմակողմանի և մանրակրկիտ հետազոտություններից հետո հնարավոր է որոշել ռիսկի գործոնները (ուղեկցող հիվանդություններ, կենսական կարևոր օրգանների ախտահարում):

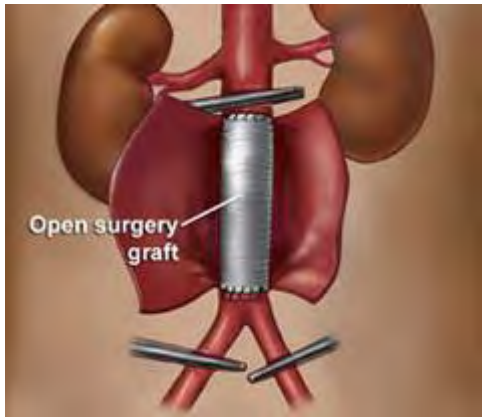
Հիվանդի տարիքը վիրահատության հակացուցում չէ: Որովայնային առրտայի անևրիզմայի ախտորոշման դեպքում ցուցված է վիրահատություն հիվանդության վաղ շրջանում, երբ դեռ բացակայում են բարդությունները: Վիրաբույժների մեծամասնությունը գտնում է, որ վիրահատման ենթակա են միայն 40 մմ-ից մեծ տրամագծով անևրիզմաները: Ավելի փոքր չափերի անևրիզմայի դեպքում հիվանդը պահվում է հսկողության տակ՝ 6 ամիսը մեկ անգամ կատարվում է ուլտրաձայնային հետազոտություն, ինչպես նաև սահմանվում է զարկերակային ճնշման վերահսկողություն:

Պլանային վիրահատությունը հակացուցված է գլխուղեղի և պսակային արյան շրջանառության, լյարդի և երիկամների ֆունկցիայի սուր խանգարումների, արյան շրջանառության IIF – III աստիճանի խանգարման դեպքում, սակայն սրտամկանի ինֆարկտից 3 ամիս անց և գլխուղեղի արյան շրջանառության սուր խանգարումից 6 շաբաթ անց կայուն հեմոդինամիկայի և կոպիտ նյարդաբանական խանգարումների բացակայության պայմաններում կարելի է հաջողությամբ կատարել վիրահատություն: Անևրիզմայի պատմման վտանգի կամ պատմման առկայության դեպքում վիրահատությունը փրկության միակ միջոցն է, որը պետք է կատարվի շտապ կարգով՝ ցանկացած պարագայում: Որովայնային առրտայի ինֆրառենալ տեղակայման անևրիզմաների վիրահատական բուժման ժամանակակից մեթոդը անևրիզմայի մասնահատումն է՝ առրտայի հետագա ներլուսանցքային պրոթեզավորմամբ, գծային կամ բիֆուրկացիոն սինթետիկ փոխպատվաստով: Այս վիրահատության ժամանակ ցուցված է տոտալ

միջային որովայնահատումը, որը լայն մուտք է ապահովում դեպի որովայնային աորտայի ողջ ինֆրառենալ հատվածը և գտային զարկերակները (նկ.2.23, 2.24, 2.25):



Նկ. 2.23. Ներլուսանցքային ստենտ



Նկ. 2.24. Բաց վիրահատություն՝ պրոթեզավորում



Նկ. 2.25. Բաց վիրահատություն՝ պրոթեզավորում

Հետվիրահատական ընդհանուր մահացությունը 5% է, ընդ որում՝ տարեց հիվանդների վիրահատություններից հետո, որոնք ուղեկցվում են բազմաթիվ ռիսկի գործոններով, մահացությունը շարունակում է մնալ 8-10%: Աորտայի բարդացած անևրիզմաների վիրահատության մահացությունը զգալիորեն տարբեր է: Նմանատիպ հիվանդների

հիվանդանոցային մահացությունը 30-70% է:

Որովայնային աորտայի օկլյուզիա (Լերիշի համախտանիշ): Լերիշի համախտանիշը աորտայի բիֆուրկացիայի օկլյուզիոն ախտահարում է՝ մեծ մասամբ աթերոսկլերոտիկ բնույթի, որը բնորոշվում է որոշակի ախտանիշերի համալիրով: Առաջին մանրամասն կլինիկական նկարագրությունը կատարվել է 1923թ. R. Leriche-ի կողմից, որն առանձնացրել է կլինիկական հինգ նշաններ՝

- ստորին վերջույթների դիֆուզ մկանային ատրոֆիա,
- ոտքերի արտահայտված դյուրհոգնելիություն,
- անկայուն և ոչ լրիվ էրեկցիա,
- սնուցախանգարումների բացակայություն,
- սրունքների և ոտնաթաթերի գունատություն, որը չի անցնում նույնիսկ ուղղահայաց դիրքում:

Էթիոլոգիա: Ըստ մասնագիտական գրականության տվյալների՝ Լերիշի համախտանիշի առաջացման հիմնական պատճառը 88-94% դեպքերում աթերոսկլերոզն է: Երկրորդ տեղում է ոչ սպեցիֆիկ աորտաարտերիիտը՝ 5%: Որովայնային աորտայի բիֆուրկացիայի հետեմբոլիկ օկլյուզիան հանդիպում է 1% դեպքերում: Առավել հազվադեպ պատճառներ են թրոմբոզը կոնքի ոսկրերի կոտրվածքների ժամանակ, ուռուցքները և հետորովայնամզային տարածության ֆիբրոզը:

Տարբերում են որովայնային աորտայի ստենոտիկ ախտահարումներ գտային զարկերակների միակողմանի ախտահարմամբ և բիֆուրկացիայի ախտահարում՝ գտային զարկերակների երկկողմ ախտահարմամբ: Վերջին տարբերակը տիպիկ Լերիշի համախտանիշ է: Ներկայումս կլինիկական պրակտիկայում «Լերիշի համախտանիշ» արտահայտությունը կիրառվում է աորտայի տերմինալ հատվածի ստենոզի կամ երկկողմանի գտային զարկերակների խցանման դեպքում, որոնք ուղեկցվում են ստորին վերջույթների իշեմիայով: Աորտագտային հատվածի օկլյուզիայով հիվանդների գրեթե կեսի դեպքում դիտվում է նաև ազդրհետձնկային հատվածի օբլիտերացնող ախտահարում: Գործընթացը հաճախ տարածված (մուլտիֆոկալ) բնույթ

է ունենում՝ բրախիոցեֆալ, կորոնար կամ երիկամային զարկերակների ներգրավմամբ: Լերիշի համախտանիշից տառապող հիվանդների տարիքը սովորաբար 40-60 (միջինը 50) տարեկանն է, տղամարդկանց և կանանց փոխհարաբերությունը՝ 20:1 :

Լերիշի համախտանիշի դեպքում արյան շրջանառության բնույթի փոփոխությունը հիմնականում սկսվում է 60-70% ստենոզի դեպքում: Ավելի թույլ արտահայտված ստենոզի դեպքում հեմոդինամիկ նշանակալի փոփոխություններ չեն դիտվում, և հիվանդությունը կարող է ընթանալ անախտանիշ: Ստենոզի հետագա խորացմանը զուգընթաց՝ արյան հոսքի գծային արագությունը սկզբից աճում է, այնուհետև աստիճանաբար նվազում, ի հայտ է գալիս անոթի օկլյուզիա: Արյան շրջանառության փոխհատուցումը կատարվում է ի հաշիվ արյան կողմնաճյուղային շրջանառության:

Կլինիկական պատկերը: Կլինիկական պատկերը պայմանավորված է իշեմիկ խանգարումների աստիճանով: Հիվանդության նախնական շրջանում հիվանդները գանգատվում են ստորին վերջույթների սառնության, գունատության զգացումից, զգայունության նվազումից: Քայլելիս արյան շրջանառության անբավարարության առաջացումը վկայում է զարկերակների հեմոդինամիկ նշանակալի խանգարումների մասին: Այս փուլում հիվանդները հիմնականում գանգատվում են ցավի առկայությունից ձկնամկանների շրջանում, որն ի հայտ է գալիս քայլելիս: Հիվանդը ստիպված է լինում կանգ առնել՝ մկանների իշեմիան դադարի վիճակում փոխհատուցելու նպատակով: Այս ախտանիշն անվանում են անցողիկ կաղության ախտանիշ, և այն ունի շատ կարևոր նշանակություն վերջույթների արյունամատակարարման անբավարարության աստիճանը որոշելու ժամանակ:

Անցողիկ կաղության ախտանիշն ընկած է վերջույթների քրոնիկական իշեմիայի աստիճանի դասակարգման հիմքում: Ներկայումս տարածված է Ֆոնտեյն-Պոկրոպսկու դասակարգումը (1979թ):

- Ստորին վերջույթների I աստիճանի իշեմիայի դեպքում անցողիկ կաղության ախտանիշն ի հայտ է գալիս 1կմ-ից ավելի տարածություն անցնելիս:
- II աստիճանի դեպքում ցավն ի հայտ է գալիս ավելի քիչ տարածություն անցնելիս: 200 մ տարածությունն ընդունված է որպես պայմանական չափանիշ: Եթե հիվանդը հանգիստ քայլքով (միջինը 3 կմ/ժ արագությամբ) առանց ցավի կարողանում է անցնել 200 մ, ապա հիվանդությունը գնահատվում է որպես III աստիճանի, իսկ 200մ-ից պակաս անցնելու դեպքում՝ IIԲ:
- III աստիճանի դեպքում ցավն առկա է հանգստի վիճակում կամ 25 մ քայլելիս:
- IV աստիճանի իշեմիան բնորոշվում է ստորին վերջույթների խոցասպիակյան փոփոխությունների առկայությամբ:

Աորտայի օկլյուզիայի ժամանակ իշեմիկ հիվանդությունը և անցողիկ կաղությունն արտահայտվում են գոտկային շրջանի, հետույքի և ազդրի մկանների շրջանում (բարձր անցողիկ կաղություն):

Որովայնային աորտայի օկլյուզիոն ախտահարման ժամանակ երկրորդ դասական ախտանիշը իմպոտենցիան է, որը պայմանավորված է ներքին զատային զարկերակի ճյուղերի խցանմամբ: Կոնքի օրգանների իշեմիայի հետ մեկտեղ իմպոտենցիայի ծագման գենեզում կարևոր դեր ունի նաև ողնուղեղի քրոնիկական զարկերակային անբավարարությունը:

Հիվանդների 85%-ի շրջանում առկա է ստորին վերջույթների մկանների ատրոֆիա: Իսկ 50%-ի շրջանում դիտվում է նաև ստորին վերջույթների մաշկի գույնի փոփոխություն՝ առավելապես ոտնաթաթի շրջանում (ցիանոզ, IV աստիճանի դեպքում՝ այտուց և հիպերեմիա): Ծանր իշեմիայի նշանները, որոնք արտահայտվում են հանգստի ցավերով և տրոֆիկ փոփոխություններով, պայմանավորված են լրացուցիչ խցանումների առաջացմամբ և ախտահարման շրջանի տարածմամբ դեպի մագիստրալ անոթների «կրիտիկական» գոտիներ, այսինքն՝ խոշոր կոլատերալների անցման սկզբնահատվածներ՝ ներքին

գստային զարկերակ, խորանիստ ազդրային զարկերակ և այլն:

Ախտորոշում: Առրտայի բիֆուրկացիայի քրոնիկական օկլյուզիայի ախտորոշումը դժվարություն չի ներկայացնում: 90% դեպքերում հիվանդությունը կարելի է ախտորոշել՝ ելնելով հիվանդի գանգատներից և ֆիզիկական զննման տվյալներից: Շոշափմամբ որոշվում է անոթազարկի թուլացում կամ բացակայություն աճուկային ծալքի տակ և ստորին վերջույթների բոլոր հատվածներում: Աուսկուլտատիվ եղանակով կարելի է որոշել սիստոլիկ աղմուկի առկայություն որովայնային աորտայի, գստային զարկերակների և ազդրային զարկերակների շրջանում: Միստոլիկ աղմուկն առավել հաճախ լսվում է ստենոզացված (նեղացած) անոթի վրա: Որովայնային աորտայի ախտահարման պարագայում ստորին վերջույթների վրա զարկերակային ճնշումը շոշափմամբ կարող է չորոշվել:

Առավել պարզ և ցուցված են ուլտրաձայնային հետազոտության մեթոդները: Ուլտրաձայնային դոպլերոգրաֆիայով որոշում են արյան հոսքի բնույթը (գլխավոր, գլխավոր-փոփոխված, կոլատերալ) և ոտնաթաթաբազկային ինդեքսը (ՌԲԻ)՝ սիստոլիկ ճնշման փոխհարաբերությունը ոտնաթաթի և բազկի շրջանում: ՌԲԻ-ի հիման վրա կարելի է պարզել վերջույթի արյունամատակարարման խանգարման աստիճանը: Բնականոնում վերջինս 1,1 է: IIԱ աստիճանի դեպքում այն նվազում է մինչև 0,7, IIԲ աստիճանի դեպքում գտնվում է 0,5-0,6-ի սահմաններում, III աստիճանի դեպքում՝ 0,4-ից ցածր է:

Դուպլեքս սքանավորման ներդրումը բժշկական բնագավառ հնարավորություն տվեց մի շարք դեպքերում հրաժարվել անգիոգրաֆիկ հետազոտություններից, քանի որ նոր մեթոդը մեծ ճշգրտությամբ կարող է գնահատել ստենոզի աստիճանը և բնույթը:

Կոնտրաստային անգիոգրաֆիայով գնահատում են հեռադիր և կոլատերալ զարկերակային հունի վիճակը, որոշում են խցանող պրոցեսի ճշգրիտ տեղակայումը և տարածվածությունը: Ներկայումս ախտորոշիչ մեծ նշանակություն ունեն նաև մագնիսառեզոնանսային և համակարգչային սպիրալային շերտագրությունը:

Բուժում: Պահպանողական բուժում ցուցված է որովայնային աորտայի և ստորին վերջույթների ախտահարման I և III աստիճանների դեպքում: Ընդ որում՝ կիրառվում են դեզագրեզանտային թերապիա (ացետիլսալիցիլաթթու, տրենտալ, տիկլիդ, պլավիքս և այլն), սպազմոլիտիկներ (միդոկալմ, գալիդոբ, նիկոշպան և այլն), հիպոլիպիդեմիկ թերապիա: Ստացիոնար բուժում խորհուրդ է տրվում անցկացնել տարեկան 2 անգամ՝ 6 ամիս ընդմիջմամբ: Կիրառում են ռեոպոլիգլյուկինի, տրենտալի, սոլկոսերիլի և այլ դեղամիջոցների ներերակային ինֆուզիա: Խորհուրդ է տրվում նաև առողջարանային բուժում՝ չափակարգված քայլք, ծխախոտի բացառում:

Վիրահատության ցուցում են ստորին վերջույթների իշեմիայի II, III, IV աստիճանները: Վիրահատության հակացուցում են սրտամկանի թարմ ինֆարկտը և գլխուղեղի ինսուլտը (3 ամսվա ընթացքում), սրտային, երիկամային և լյարդային անբավարարության տերմինալ փուլերը: Տարիքը և ուղեկցող հիվանդությունները վիրահատության հակացուցում չեն:

Աորտազատային հատվածի ռեկոնստրուկցիայի համար լավագույն պայմաններ են ազդրի, մասնավորապես խորանիստ զարկերակների անցանելիության առկայությունը: Վերականգնողական վիրահատության մեթոդի ընտրությունը հիմնականում պայմանավորված է օկլյուզիոն ախտահարման աստիճանով, տարածվածությամբ և բնույթով: Որովայնային աորտայի անցանելիությունը վերականգնելու նպատակով կիրառվում են աորտայի մասնահատումը՝ վերջինիս պրոթեզավորմամբ, աորտաազդրային շունտավորումը, էքստրանատոմիական վիրահատությունները: Զստային զարկերակների չափավոր խցանումների դեպքում նպատակահարմար է կիրառել զարկերակների դիլատացիա, որը ցանկալի է ավարտել ստենտավորմամբ: Աորտայի պրոթեզավորումը ցուցված է աորտայի սկսվող անևրիզմայի, վերջինիս լրիվ խցանման և տոտալ կալցինոզի դեպքում: Պրոքսիմալ բերանակցումն այս դեպքում կատարվում է ծայրը ծայրին: Այն դեպքերում, երբ երկու ազդրային զարկերակների անցանելիությունը

պահպանված է, որովայնային աորտայի պրոթեզավորումը ներքին գստային զարկերակների հետընթաց արյունալցման նպատակով դիստալ բերանակցումը կատարում են ծայրը կողքին: Շունտավորման մեթոդով ռեկոնստրուկցիայի դեպքում պրոքսիմալ բերանակցումը պրոթեզի և աորտայի միջև դրվում է ծայրը կողքին: Էքստրասանատոմիական վիրահատությունները կիրառվում են հիվանդի ծանր վիճակի, աորտաազդրային փոխպատվաստուկի վարակման, պրոթեզի ճյուղերից թրոմբեկտոմիայի անհնարինության և ռեօկլյուզիաների դեպքում: Երկկողմանի խցանումների դեպքում կիրառվում են աորտաազդրային, իսկ միակողմանի խցանման դեպքում՝ ազդրաազդրային (խաչաձև) շունտավորում:

Աորտայի ռեկոնստրուկտիվ վիրահատությունները վերջույթի պահպանման հետ մեկտեղ զգալիորեն բարելավում են հիվանդի կյանքի որակը: Հիվանդների մեծ մասը վերադառնում է աշխատանքային գործունեության: Աորտայի տերմինալ հատվածների ռեկոնստրուկտիվ վիրահատությունները լավացնում են արյունամատակարարումը բավական երկարաժամկետ (հիվանդների 70-90%-ի շրջանում): 10 տարով կյանքի տևողության երկարումը դիտվում է 60% դեպքերում: Հեռակա ժամկետներում մահացության հիմնական պատճառ են դառնում սրտային բարդությունները, օնկոլոգիական հիվանդությունները և ինսուլտները:

ԹԵՄԱ 5. ԶԱՐԿԵՐԱԿԱՅԻՆ ԵՎ ԵՐԱԿԱՅԻՆ ՍՈՒՐ ԹՐՈՍԲՈՋՆԵՐ ԵՎ ԷՄԲՈԼԻԱՆԵՐ

Զարկերակային սուր անանցանելիություն: Զարկերակային սուր անանցանելիությունը (ԶՍԱ) հավաքական հասկացություն է, որը ներառում է զարկերակների էմբոլիան, թրոմբոզը և սպազմը: ԶՍԱ տերմինը արմատավորվել է գործնական բժշկության մեջ և չնայած այն առաջացնող պատճառական գործոնների բազմազանությանը և կլինիկական ընթացքի առանձնահատկություններին՝ հիմնականում արտահայտվում է սուր իշեմիկ համախտանիշով՝ պայմանավորված դեպի վերջույթներ զարկերակային արյունահոսքի հանկարծակի դադարեցմամբ կամ արտահայտված վատացմամբ, որն իրական սպառնալիք է վերջույթի կենսագործունեության համար: Ընդ որում, սուր իշեմիայի արտահայտվածությունը և նրա զարգացման ընթացքը կարող են լինել տարբեր, որոնք պայմանավորված են մի շարք գործոնների համակցությամբ՝ սկսած այն առաջացնող սկզբնապատճառից մինչև տարբեր օրգանների և համակարգերի ուղեկցող հիվանդություններ:

Էմբոլիա տերմինը բժշկության մեջ ներդրել է Վիրխովը այն իրավիճակները նկարագրելու համար, որոնց դեպքում տեղի է ունենում թրոմբի պոկում իր սկզբնավորման տեղից, դրա տեղափոխում արյան հունով և զարկերակի խցանում:

Սուր թրոմբոզ զարկերակային արյունահոսքի հանկարծակի սուր ընդհատումն է՝ պայմանավորված անոթի պատի հիվանդության (աթերոսկլերոզ, թրոմբանգիտ, աորտաարտերիտ), կամ վնասվածքի հետևանքով փոփոխված տեղամասում խցանող թրոմբի զարգացմամբ:

Սպազմ ֆունկցիոնալ վիճակ է, որը զարգանում է մկանային կամ խառը տիպի զարկերակներում՝ ի պատասխան ներքին կամ արտաքին վնասվածքի (սալջարդ, կոտրվածք, ճնշում, յաթրոզեն վնասում՝ պունկցիա, կաթետերիզացիա):

Էթիոլոգիա: 90-96% դեպքերում զարկերակային էմբոլիայի պատճառ են սրտի հիվանդությունները, ինչպիսիք են աթերոսկլերոտիկ

կարդիոսկլերոզը, սրտամկանի սուր ինֆարկտը և ռևմատիկ արատները: Վերջին տարիներին էմբոլիաների 70%-ը պայմանավորված է ՄԻՀ-ով և նրա բարդություններով: Մոտավորապես 6-10% դեպքերում էմբոլիաների պատճառը ձախ փորոքի սուր կամ քրոնիկական անևրիզման է: Ռևմատիկ արատների դեպքում թրոմբոտիկ գանգվածները տեղակայվում են ձախ նախասրտի խոռոչում, իսկ աթերոսկլերոտիկ կարդիոպաթիայի ժամանակ՝ ձախ փորոքում: Անկախ հիմնական հիվանդությունից, շողացող առիթմիան առկա է 60-80% դեպքերում, որը վկայում է նրա նշանակության մասին սրտային թրոմբոզների ձևավորման և տեղաշարժման գործընթացում: Թրոմբի գոյացումը հաճախ տեղի է ունենում ձախ նախասրտի ականջիկում, որը երկրորդային է չլծկվող նախասրտում առաջացող արյան ստազի նկատմամբ: Այդպիսի տեղակայման դեպքում ստանդարտ էխոկարդիոգրաֆիան թրոմբի հայտնաբերման համար հաճախ հավաստի չէ: Էխո-ԷՍԳ-ի տվյալներով ներսրտային թրոմբի բացակայությունը թույլ է տալիս սիրտը բացառել որպես էմբոլիայի աղբյուր: Էմբոլիայի պատճառը 20% դեպքերում սրտամկանի ինֆարկտն է: Ձախ փորոքում թրոմբի գոյացմանը բերում են առաջային պատի տրանսմուրալ ինֆարկտները, իսկ ձախ փորոքի գազաթի շրջանում՝ սուբէնդոկարդիալ կամ հետին պատի ինֆարկտները ժամանակ:

Արհեստական փականները նույնպես էմբոլիայի աղբյուր են, որովհետև թրոմբի ձևավորում տեղի է ունենում փականն ամրացնող օղի շուրջը: Էմբոլիայի աղբյուր կարող են ծառայել նախասրտային միքսոման, էնդոկարդիոտով հիվանդների դեպքում փականների վրայի վեգետացիաները: Աորտայի և նրա ճյուղերի անևրիզմաները էմբոլիայի աղբյուր են 3-4% դեպքերում: Մոտակա տեղակայության խոցոտված աթերոսկլերոտիկ վահանիկները նույնպես կարող են թրոմբի ձևավորման հիմք դառնալ և առաջացնել հետագա էմբոլիզացիա: 5-10% դեպքերում էմբոլիայի աղբյուրը մնում է չբացահայտված (ոչ կլինիկորեն, ոչ էլ նույնիսկ դիախերձման ժամանակ): Մուր թրոմբոզների առավել հաճախադեպ պատճառը աթերոսկլերոզն է, որի ժամանակ թրոմբոզը

կարող է զարգանալ ինչպես առաջնային՝ անախտանիշ խոցոտված վահանիկի առկայությամբ, այնպես էլ երկրորդային՝ երկարատև գոյություն ունեցող օկուզիոն ստենոտիկ պրոցեսին զուգընթաց:

ՋՄԱ-ի պաթոգենեզը: Վերջույթի սուր իշեմիայի դեպքում զարգանում է հյուսվածքների թթվածնաքաղց, որի հետևանքով խանգարվում են փոխանակության բոլոր ձևերը: Առաջին հերթին պետք է հաշվի առնել ացիդոզի (թթվազարության) զարգացումը՝ պայմանավորված նյութափոխանակության թերի օքսիդացված ավելցուկային քանակի արգասիքների (կաթնաթթու, պիրոխաղողաթթու) գոյացմամբ: Բջջային թաղանթների թափանցելիության խանգարումը նպաստում է ներբջջային կալիումի իոնների թափանցմանը միջբջջային հեղուկ, ապա արյուն, որը հանգեցնում է հիպերկալեմիայի: Վերջույթի՝ իշեմիայի ենթարկված հյուսվածքներում առաջանում են ակտիվ ֆերմենտներ (կինիններ, կրեատին-ֆոսֆոկիննազա և այլն), իսկ ծանր իշեմիայի դեպքում, որպես մկանային բջիջների ոչնչացման հետևանք, միջհյուսվածքային հեղուկում կուտակվում է միոգլոբինը: Օրգանիզմում տեղի ունեցող փոփոխությունները, որոնք ծագում են վերջույթի արյան շրջանառության վերականգնումից հետո (էմբոլ- կամ թրոմբեկտոմիա), ընդունված է անվանել հետիշեմիկ համախտանիշ: Այն ունի բազմաթիվ ընդհանուր գծեր «կրաշ» կամ երկարատև ճնվման համախտանիշի հետ: Հետիշեմիկ համախտանիշի ծանրությունը սովորաբար համեմատական է վերջույթի իշեմիայի աստիճանին, բայց պայմանավորված է նաև արյան շրջանառության վերականգնման լիարժեքությամբ և օրգանիզմի փոխհատուցողական հնարավորություններով: Ընդհանուր խանգարումները պայմանավորված են թունային ազդեցություն ունեցող նյութերի՝ մեծ քանակներով արյան հուն ներթափանցմամբ, որոնք առաջացնում են օրգանիզմի բոլոր համակարգերի և ֆունկցիաների ախտահարում (ընդհանուր ացիդոզ, միոգլոբինուրիկ նեֆրոզ երիկամային անբավարարությամբ, թոքային զարկերակի միկրոէմբոլիաներ, սիրտ-անոթային անբավարարություն և այլն): Կլինիկորեն հաստատված է, որ տոտալ կոնտրակտուրայի վիճակում

գտնվող վերջույթի արյան շրջանառության վերականգնումը մահացու հետիշտեմիկ համախտանիշի զարգացումից հետո անհամատեղելի է կյանքի հետ, այդ պատճառով էլ ցուցված է վերջույթի առաջնային անդամահատումը:

ԶՄՄ-ի կլինիկական պատկերը: Մեծ մասամբ հիվանդությունը սկսվում է սուր, երբ լրիվ բարենպաստ պայմաններում շատ արագ զարգանում է վերջույթի ծանր իշեմիա՝ հանգեցնելով փտախտի: Այլ դեպքերում արյան շրջանառության խանգարումները զարգանում են աստիճանաբար, կլինիկական արտահայտությունները նվազագույնն են, ընթացքը՝ հետզարգացող: Գործընթացն ավարտվում է քրոնիկական զարկերակային անբավարարությամբ: Հիվանդության կլինիկական պատկերը պայմանավորված է բազմաթիվ գործոններով, որոնք կարելի է խմբավորել հետևյալ կերպ՝

I. գլխավոր զարկերակի օկլյուզիայի զարգացման նախապայմանները.

1. էմբոլո- կամ թրոմբոզեն հիվանդությունը,
2. սրտային գործունեության դեկոմպենսացիայի աստիճանը,
3. ուղեկցող հիվանդությունները,
4. հիվանդի տարիքը:

II. *ԶՄՄ-ի* բնույթը.

1. էմբոլիա, սուր թրոմբոզ:

III. Օկլյուզիայի մակարդակը, կոլատերալ հունի վիճակը, ուղեկցող զարկերակային սպազմի և շարունակվող թրոմբի առկայությունը:

IV. Վերջույթի իշեմիայի աստիճանը:

V. Իշեմիայի ընթացքի բնույթը:

ԶՄՄ-ի կլինիկական արտահայտվում է վերջույթի սուր իշեմիայի համախտանիշով, որն առանձնանում է պոլիմորֆիզմով:

1. Ախտահարված վերջույթի ցավը մեծ մասամբ *ԶՄՄ-ի* առաջին նշանն է: Ցավային համախտանիշն առավել արտահայտված է էմբոլիայի ժամանակ: Կտրուկ (որը հաճախ է լինում) կամ աստիճանական սկիզբը, ցավի ուժգնությունը, ցավային համախտանիշի առաջընթացը կամ

հետզարգացումը այն հիմնական գործոններն են, որոնք արտացոլում են նրա փոփոխականությունը և տարբերակում են *ՋՄԱ-ի* ծագումը:

2. Թմրածության, սառնության զգացումը, պարէսթեզիաները *ՋՄԱ* - ի պաթոգնոմոնիկ ախտանիշերն են:

3. Մաշկային ծածկույթների գույնի փոփոխությունը: Գրեթե բոլոր դեպքերում դիտվում է մաշկային ծածկույթների գունատություն, դրան միանում է կապտավուն երանգը: Ծանր իշեմիայի դեպքում նկատվում է մարմարանման պատկեր:

4. Ջարկերակների պուլսացիայի բացակայությունը խցանումից ներքև բոլոր մակարդակներում:

5. Մաշկի ջերմաստիճանի իջեցումը, որն առավել արտահայտված է հեռակա բաժիններում:

6. Մակերեսային և խորանիստ զգայունության խանգարումները՝ սկսած թեթև իջեցումից մինչև լրիվ անզգայացումը:

7. Վերջույթում ակտիվ շարժումների խանգարումները բնութագրական են արտահայտված իշեմիայի համար և դրսևորվում են մկանային ուժի իջեցմամբ (պարեզ) կամ ակտիվ շարժումների բացակայությամբ (պարալիզ) սկզբում հեռակա, այնուհետև մոտակա տեղակայության հողերում:

8. Իշեմիայի ենթարկված մկանների ցավոտությունը շոշափման ժամանակ նկատվում է ծանր իշեմիայի դեպքում, որն անբարենպաստ ելքի նշան է:

9. Մկանների սուբֆասցիալ այտուցը նույնպես հանդիպում է ծանր իշեմիայի ժամանակ:

10. Իշեմիկ մկանային կոնտրակտուրան *ՋՄԱ-ի* ամենածանր ախտանիշն է, որը վկայում է սկսվող նեկրոբիոտիկ պրոցեսների մասին:

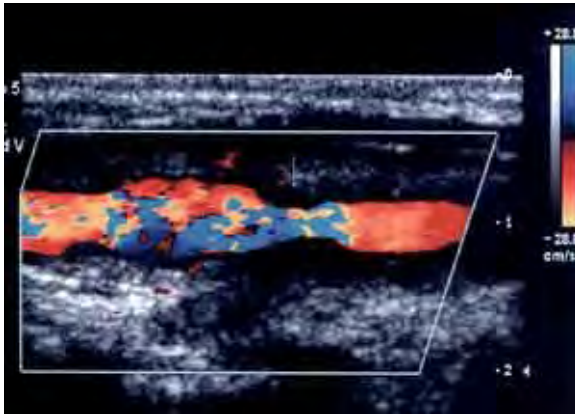
Հետազոտության հատուկ մեթոդներ: Սովորաբար բավարար է լինում վերջույթի անոթների դուպլեքսային սքանավորումը (նկ.2.26): Անզիոգրաֆիայի իրականացումը նպատակահարմար է հետևյալ դեպքերում՝

✓ Ի սկզբանե քրոնիկական զարկերակային անբավարարությամբ հիվանդների ախտորոշման ճշգրտման և բուժման մեթոդի ընտրության համար:

✓ Համակցված կամ աստիճանային էմբոլիայի կասկածի դեպքում:

✓ Պուլսի բացակայության մակարդակի և իշեմիայի սահմանների միջև անհամապատասխանության դեպքում:

✓ Էմբոլիայի, թրոմբոզի և զարկերակային սպազմի տարբերակիչ ախտորոշման դեպքում:



Նկ. 2.26. Ջարկերակի սուր խցանում

ՋՄՄ-ի բնույթի տարբերակիչ ախտորոշումը կարևոր է բուժման ճիշտ եղանակ ընտրելու համար: Այդ խնդրի լուծման մեջ կարևոր նշանակություն ունի մանրակրկիտ հավաքած անամնեզը: Այսպես, օրինակ՝ էմբոլիայով հիվանդները սովորաբար սրտի հիվանդություն են ունենում, որը մեծ մասամբ ուղեկցվում է ռիթմի խանգարմամբ: Սուր թրոմբոզով հիվանդների շրջանում դիտվում է զարկերակների քրոնիկական օբլիտերացիա, որի առաջատար ախտանիշն է ընդամիջվող կաղությունը: Հատկապես դժվար է տարեց և ծերունական տարիքի հիվանդների տարբերակիչ ախտորոշումը, քանի որ նրանց մեծ մասի շրջանում միաժամանակ առկա են ինչպես էմբոլոզեն, այնպես էլ այնպիսի հիվանդություններ, որոնք նպաստում են զարկերակային թրոմբոզի (աթերոսկլերոզի) զարգացմանը: Պետք է նկատի ունենալ որ

գարկերակային սպազմը ավելի հաճախ առաջանում է մկանային տիպի գարկերակներում՝ ծնկափոսային, բազկային գարկերակներ և այլն: Սպազմը զարգանում է ինչպես ի պատասխան արտաքին ազդեցության (հարված, ճնշում, կոտրվածք), այնպես էլ անոթային հունում ի պատասխան բորբոքման (թրոմբոֆլեբիտ): Դրա պատճառ կարող է լինել հեռակա փոքր գարկերակների էմբոլիան: Սպազմը լինում է տարածուն և սեզմենտար:

Սուր իշեմիայի կլինիկական դասակարգումը: Ընդունված է տարբերակել սուր իշեմիայի հետևյալ աստիճանները՝

I աստիճան: Ցավի և պարէսթեզիայի առաջացում հանգստի կամ չնչին ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության ժամանակ: Այս աստիճանը կայուն ընթացքի դեպքում չի սպառնում վերջույթի կյանքին (նշանակում է հիվանդի մանրակրկիտ հետազոտության հնարավորություն կա): Ըստ էության՝ սուր իշեմիայի առաջին աստիճանը համապատասխանում է «քրոնիկական կրիտիկական իշեմիային»:

II աստիճան: Միավորում է վերջույթի կենսունակությանը սպառնացող իշեմիկ վնասումները: Բնութագրական են շարժողական խանգարումների առաջացումը:

II ա աստիճան: Վերջույթի պարեզն է:

II բ աստիճան: Վերջույթի պարալիզն է:

II գ աստիճան: Մկանի սուբֆասցիալ այտուցի հետ զուգակցված պարալիզն է:

Հիվանդի հետազոտությունը և նախապատրաստումը վիրահատությանը պետք է կատարվեն շտապ:

III աստիճան: Վերջույթի հյուսվածքների՝ առաջին հերթին մկանների իշեմիկ վնասման եզրափակիչ շրջան: Այս դեպքում իշեմիան անդարձելի է: Կլինիկորեն դա արտահայտվում է մկանային կոնտրակտուրաների զարգացմամբ:

III ա աստիճան: Հեռակա սահմանափակ կոնտրակտուրաներ (ցուցված է անհետաձգելի վիրահատություն հետաձգված

անդամահատմամբ, ծայրատմամբ կամ նեկրէկտոմիայով):

III ք աստիճան: Վերջույթի տոտալ կոնտրակտուրա (կծկանք)՝ առաջնային բարձր անդամահատմամբ կամ ծայրատմամբ:

Բուժումը: ՋՄՄ-ի պահպանողական բուժումը պետք է լուծի հետևյալ խնդիրները՝

✓ Թրոմբի աճի և տարածման կանխարգելում:

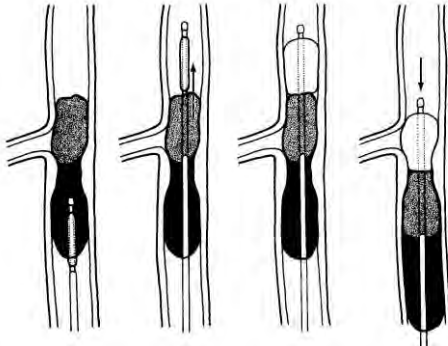
✓ Թրոմբի լուծում (հնարավորության սահմաններում):

✓ Իշխմիզացված հյուսվածքներում արյան շրջանառության բարելավում:

✓ Կենսական կարևոր օրգանների ֆունկցիայի բարելավում (սիրտ, երիկամներ, թոքեր, լյարդ):

Պահպանողական բուժումը ՋՄՄ-ով հիվանդների դեպքում կիրառում են ն՝ որպես ինքնուրույն մեթոդ, և՝ համակցված վիրահատական բուժման հետ: Նպատակահարմար է հակաթրոմբոտիկ համալիր թերապիայի իրականացումը, որը ներառում է 5 օրվա ընթացքում հեպարինի անընդհատ ներերակային ներմուծումը (500 ԱՄ/կգ), կամ ցածրամոլեկուլային հեպարինների, ռեոպոլիզյուկինի, նիկոտինաթթվի, տրենտալի ներմուծումը: Այնուհետև այդ պատրաստուկները ներմուծում են կոտորակային ձևով: Թրոմբոլիտիկ թերապիան օգտագործվում է սուր թրոմբոզների ժամանակ՝ զուգակցված բալոնային անգիոպլաստիկայի և կաթետերային ասպիրացիոն թրոմբէկտոմիայի հետ: Վիրահատական բուժումը պետք է իրականացվի մասնագիտացված բաժանմունքներում: Վիրահատությունները մեծ մասամբ իրականացվում են անհետաձգելի կարգով: Սովորաբար էմբոլէկտոմիան կատարում են տեղային անզգայացմամբ, բայց մի շարք դեպքերում կարող է կիրառվել պերիդուրալ կամ ներշնչափողային անզգայացումը: Անուղղակի թրոմբէմբոլէկտոմիան կատարվում է Ֆոգարտի բալոնային կաթետերներով, որոնք հնարավորություն են տալիս մակերեսային հեշտ հասանելի զարկերակների միջով արդյունավետ հեռացնել էմբոլները և շարունակվող թրոմբները (նկ.2.27): Այսպես՝ էմբոլէկտոմիան ազդրային, գստային զարկերակներից և

ատրտայի բիֆուրկացիայից իրականացնում են տիպիկ ազդրային մուտքով՝ ազդրային զարկերակի բիֆուրկացիայի մերկացմամբ: Ծնկափոսային զարկերակից էմբոլէկտոմիայի համար լավագույնը տիբիոմեդիալ մուտքն է: Վերին վերջույթի ցանկացած զարկերակից էմբոլէկտոմիայի համար օգտագործում են մեկ ընդհանուր մուտք՝ արմնկային փոսում բազկային զարկերակի բիֆուրկացիայի մերկացմամբ:



Նկ. 2.27. *Էմբոլէկտոմիա Ֆոգարտի կաթետերով*

Սուր թրոմբոզների վիրահատական բուժումը սկզբունքորեն տարբերվում է էմբոլիաների վիրահատություններից: ՁՄՄ-ով հիվանդների վերականգնողական վիրահատությունները հիմնված են նվազագույն ծավալով բավարար արդյունավետություն սկզբունքի վրա: Վիրահատական միջամտությունների ծավալը ներառում է էնդարտերէկտոմիայի տարբեր ձևերը՝ շունտավորումը և պրոթեզավորումը: ՁՄՄ-ի վիրահատական բուժման մահացությունը տատանվում է 15-38,5%-ի սահմաններում: Վերջույթի փտախտ էմբոլիայով հիվանդների շրջանում զարգանում է 5-24% դեպքերում, իսկ սուր թրոմբոզով հիվանդների՝ 28-50% դեպքերում:

Թեմատիկ թեստերի օրինակներ

1. Մակերեսային երակների փականների անբավարարություն հայտնաբերելու դեպքում օգտագործվում է հետևյալ փորձը.

ա) եռաժգուտային (Շեյնիս)

բ) քայլային (Դելբե-Պերտես)

գ) Տրոյանով-Տրենդելենբուրգի

դ) Պրատտի

ե) Թալմանի

2. Վարիկոզ հիվանդության բարդություն չէ՝

ա) մաշկի պիգմենտացիան

բ) ենթամաշկային ճարպաբջջանքի ինդուրացիան

գ) տրոֆիկ խոցերը

դ) թրոմբոֆլեբիտը

ե) փղախտը

3. Հետվիրահատական շրջանում թրոմբոէմբոլիկ բարդության կանխարգելումը ներառում է ստորև թվարկվածները, բացառությամբ՝

ա) հեպարինի նշանակման

բ) հակաագրեգանտների նշանակման

գ) բուժական ֆիզկուլտուրայի

դ) երկարատև անկողնային ռեժիմի

ե) առաձգական վիրափաթեթավորման

4. Հետթրոմբոֆլեբիտիկ համախտանիշին բնորոշ չէ՝

ա) մաշկի հիպերպիգմենտացիան

բ) կանգային դերմատոզը և սկլերոզը

գ) տրոֆիկ խոցերի առաջացումը

դ) գունատ մաշկը

ե) մակերեսային երակների վարիկոզ լայնացումը

5. Որովայնային աորտայի անևրիզմայի առաջացման պատճառներն են՝

1. իերսիինիոզը
2. տուբերկուլյոզը
3. սիֆիլիսը
4. սալմոնելիոզը
5. Տակայասուի հիվանդությունը

Նշե՛ք ճիշտ պատասխանը

ա) 1,2,3,4

բ) 2,3,4,5

գ) 1,3,4,5

դ) 1,2,4,5

6. Ի՞նչ ախտորոշման մեթոդներ են կիրառվում որովայնային աորտայի անևրիզմայի ախտորոշման նպատակով.

1. դուպլեքսային հետազոտություն
2. դոպլերոգրաֆիա
3. համակարգչային շերտագրություն
4. մագնիսառեզոնանսային շերտագրություն
5. պլետիզմոգրաֆիա

Նշե՛ք ճիշտ պատասխանը:

ա) 1,2,3

բ) 2,3,4

գ) 3,4,5

դ) 1,3,4

7. Օբլիտերացնող աթերոսկլերոզը ազդրածնկավիոսային սեզմենտի խցանման պատճառ է՝

ա) 65-70% դեպքերում

բ) 70-75% դեպքերում

գ) 75-80% դեպքերում

դ) 80-85% դեպքերում

8. Թթվածնային լարվածության միջմաշկային որոշումը ոտնաթաթի շրջանում կիրառվում է՝

ա) մակրոհեմոդինամիկայի փոփոխությունները որոշելու նպատակով

բ) միկրոհեմոդինամիկայի փոփոխությունները որոշելու նպատակով

գ) գազային փոխանակությունը որոշելու նպատակով

դ) հյուսվածքային նյութափոխանակությունը որոշելու նպատակով

9. Ինչպիսի՞ երևույթներ են բնորոշ I աստիճանի սուր զարկերակային անբավարարությանը.

1. թմրածություն

2. վերջույթում ցավի առկայություն

3. մաշկի ցիանոզ

4. փափուկ հյուսվածքների այտուց

Ընտրեք ճիշտ պատասխանը:

ա) 1,2

բ) 1,3

գ) 2,3

դ) 3,4

10. Աորտայի բիֆուրկացիայից էմբոլիկտոմիան կատարվում է հետևյալ մուտքով՝

ա) որովայնահատում

բ) պարառեկտալ մուտք

գ) տիպիկ ազդրային մուտք

դ) տիբիոմեդիալ մուտք

ԳԼՈՒԽ III

ԿՐԾՔԱՎԱՆԴԱԿԻ ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ

**ԹԵՄԱ 1. ԿՐԾՔԱՎԱՆԴԱԿԻ ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆՈՒՄ
ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՀԵՏԱԶՈՏՄԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ:
ԿՐԾՔԱՎԱՆԴԱԿԻ ԱՆԱՏՈՄԻԱՆ: ԿՐԾՔԱՎԱՆԴԱԿԻ
ՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ՍՈՒՏՔԵՐԸ: ԿՐԾՔԱՎԱՆԴԱԿԻ
ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐԸ**

ԿՐԾՔԱՎԱՆԴԱԿ ՀԵՏԱԶՈՏՄԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ

Կրծքավանդակի օրգանների հիվանդությունների ախտորոշման համար կարևոր նշանակություն ունեն հիվանդի գանգատները, անամնեստիկ տվյալները, կլինիկական հետազոտությունների տվյալները՝ դիտում, շոշափում, բախում (պերկուսիա), լսում (աուսկուլտացիա): Դրանից բացի, կարիք է լինում կատարելու գործիքային լրացուցիչ հետազոտություններ, որոնք ճշտում են ախտորոշումը, պրոցեսի տեղակայումը և տարածվածությունը, օրգանների ֆունկցիոնալ վիճակը:

Ռենտգենաբանական հետազոտությունը կիրառվող առաջնահերթ մեթոդն է կրծքավանդակի հիվանդությունների դեպքում: Այն ներառում է ռենտգենասկոպիան, ռենտգենագրաֆիան (ուղիղ և կողմնային): Հաճախ ստացված տվյալները բավարար են ախտաբանության բնույթը պարզելու համար:

Մի շարք դեպքերում համակարգչային շերտագրության (կոմպյուտերային տոմոգրաֆիայի), ռենտգենաբանական շերտային հետազոտության անհրաժեշտություն է ծագում: ՀՇ-ն հնարավորություն է տալիս որոշելու հյուսվածքի կամ դրա պարունակության խտությունը, դրանով պարզելով՝ գործ ունենք հեղուկի, թե՞ հյուսվածքի հետ: Այս մեթոդով որոշում են նաև պրոցեսի խորությունը, ուսումնասիրում

փոփոխությունները շնչափողի և բրոնխների լուսանցքում, որոնք չեն հայտնաբերվում ռենտգենաբանական հետազոտության ժամանակ: Համակարգչային շերտագրումը հնարավորություն է տալիս նաև հայտնաբերելու ախտահարված օջախի և շրջակա օրգանների փոխհարաբերությունը, ախտահարված ավշահանգույցների առկայությունը, ուսումնասիրելու շնչափողի և բրոնխների պատերի վիճակը:

Մագնիսառեզոնանսային շերտագրությունը նպաստում է կիստաների, անոթային ախտահարումների տարբերակմանը, ուռուցքի տարածվածության ճշգրտմանը: Վերոհիշյալ հետազոտությունների տվյալները փոխադարձաբար լրացնում են միմյանց:

Չարորակ ուռուցքների և դրանց մետաստազների ախտորոշման գործում վերջին ժամանակներս առաջարկվել և անգնահատելի նշանակություն է ստացել պոզիտրոն-էմիսիոն շերտագրությունը: Այս հետազոտման դեպքում հիվանդին ներարկվում է պոզիտրոն արձակող (ճառագայթող) ^{18}F ֆլյուորոդեոքսիգլյուկոզ, որն ընտրողաբար կլանվում է ուռուցքային բջիջների կողմից և նշված շերտագրության ժամանակ ցույց տալիս ուռուցքի, մետաստազների տեղը:

Շնչափողի և բրոնխային ծառի հետազոտումը ցայտներանգ (կոնտրաստ) նյութերի կիրառմամբ հայտնաբերում է բրոնխների նեղացումներն ու լայնացումները, մնացորդային խոռոչների փոփոխությունները, բրոնխաթոքամզային խողակների առկայությունը:

Թոքային զարկերակի հունը ուսումնասիրելու համար նույնպես կիրառվում է կոնտրաստային հետազոտություն՝ անգիոպուլմոնոգրաֆիա: Այս մեթոդը տեղեկատվական է թոքային զարկերակի ճյուղերի թրոմբոէմբոլիայի, անոթների զարգացման արատների, զարկերակաերակային անևրիզմանների, թոքի քաղցկեղի ժամանակ վիրահատելիությունը որոշելու համար: Համատեղումը ՀՇ հետազոտության հետ լրացնում է ստացված տեղեկությունը:

Բրոնխային զարկերակների կոնտրաստավորումն օգտագործում են թոքային արյունահոսության աղբյուրը (հաճախ հենց այդ զարկերակներն

են դառնում արյունահոսության պատճառ) հայտնաբերելու և
Էմբոլիզացիայի մեթոդով այն դադարեցնելու համար:

Պլերոգրաֆիան թոքամզային խոռոչում տարբեր պրոցեսների
հետևանքով առաջացած ծոցերի, խոռոչների հետազոտությունն է
կոնտրաստային նյութով: Այն ցուցված է էմպիեմաների դեպքում՝ դրա
չափերը որոշելու և բրոնխաթոքամզային խողակները հայտնաբերելու
համար: Ռենտգենագրաֆիա կատարում են հիվանդի տարբեր դիրքերում,
որպեսզի ճիշտ պատկերացում կազմեն էմպիեմայի խոռոչի չափերի
մասին: Արտաքին խողակների առկայության դեպքում կոնտրաստային
նյութը լցնում են խողակի միջով (ֆիստուլոգրաֆիա):

Թոքերի ռադիոիզոտոպային հետազոտությունը՝ սքաներացումը,
սովորաբար կիրառվում է անոթային հունը ուսումնասիրելու համար:

Ուլտրաձայնային հետազոտությունը հնարավորություն է տալիս
հայտնաբերելու հեղուկի փոքր կուտակումները թոքամզային խոռոչում,
առավելապես կողստոծանիական ծոցերում և ճշտում է պունկցիայի
տեղը: Հնարավոր է նաև տեսնել կրծքավանդակի պատի ուռուցքները:
Ընդհանուր առմամբ ուլտրաձայնային հետազոտության կիրառությունը
կրծքավանդակի հիվանդությունների դեպքում սահմանափակ է:

Լայն կիրառություն ունեն հետազոտման էնդոսկոպիկ մեթոդները,
առաջին հերթին՝ շնչափողաբրոնխադիտումը
(տրախեոբրոնխոսկոպիա): Այն հնարավորություն է տալիս տեսնելու
շնչափողի, բրոնխների պատերը ներսից, նյութ վերցնելու
բակտերիաբանական, բջջաբանական և հյուսվածաբանական
հետազոտությունների համար (լվացման ջրեր, լորձաթաղանթի, ուռուցքի
կտորներ): Բրոնխադիտման օգնությամբ կարելի է իրականացնել
բրոնխային ծառի սանացիա (լվացում, դեդորայքի ներմուծում, օտար
մարմինների հեռացում):

Թորակոսկոպիայի դեպքում կրծքավանդակի պատը ծակելով՝
թոքամզի խոռոչ է անցկացվում կոշտ էնդոսկոպ, որը հնարավորություն է
տալիս տեսնելու, հետազոտելու թոքի մակերեսը, կրծքավանդակի պատը
ներսից, կատարելու բիոպսիա, վնասվածքների դեպքում ճշտելու դրանց

բնույթը: Ներկայումս թորակոսկոպիայի ժամանակ հնարավոր է մի շարք վիրահատական միջամտությունների իրագործումը (մինչև իսկ թոքի մասնահատում):

Էնդոսկոպիկ մյուս մեթոդը՝ միջնորմադիտումը (մեդիաստինոսկոպիա), հնարավորություն է տալիս խողովակի դիտողաբար հետազոտել առաջային միջնորմը: Մեդիաստինոսկոպն անցկացվում է լծային փոսից, շնչափողի առաջային պատի երկայնքով մինչև բիֆուրկացիան: Մեթոդը տեղեկատվական է ավշահանգույցների վիճակը ճշտելու համար: Նույն նպատակին է ծառայում նաև հարկրծոսկրային միջնորմադիտումը, որի ժամանակ թափանցում են առաջային միջնորմ՝ մասնահատելով 2-3-րդ կողաճառները աջից կամ ձախից:

Բացառիկ նշանակություն ունեն խորխի, լվացման ջրերի, թոքամզային հեղուկի բակտերիաբանական, բջջաբանական հետազոտությունները: Առավել տեղեկատվական է թոքերի ու թոքամզի էնդոսկոպիկ, կամ բաց բիոպսիայի ժամանակ վերցված բիոպատատի հյուսվածաբանական քննությունները:

Ֆունկցիոնալ քննությունը հնարավորություն է տալիս դատելու օրգանիզմի պահեստային հնարավորությունների մասին, ընտրելու բուժման առավել արդյունավետ մեթոդը, պլանավորելու վիրահատության ծավալը, գնահատելու բուժման արդյունքները և այլն:

Արտաքին շնչառությունը գնահատելու համար կատարում են թոքային ծավալների չափում հատուկ սարքի միջոցով (սպիրոմետրիա): Հանգիստ շնչառության ժամանակ ներշնչվող և արտաշնչվող օդի ծավալն անվանում են *թոքի շնչական ծավալ՝ ԹՇԾ*: Նորմայում այն հավասար է 500 մլ-ի: Առավելագույն ներշնչման ժամանակ թոքեր կարող է մուտք գործել ևս 1500 մլ օդ՝ *լրացուցիչ ծավալ (ԼՇ)*: Մոտավորապես այդքան ծավալ էլ կարելի է արտաշնչել առավելագույն արտաշնչման ժամանակ՝ *պահեստային ծավալ*: Օդի ծավալը, որն արտաշնչում են մաքսիմալ խորը ներշնչումից հետո, կոչվում է *թոքերի կենսական տարողություն՝ ԹԿՏ*: Ըստ նորմայի՝ այն հավասար է 3,5-5,5 լ-ի: Հանգիստ շնչառության

ժամանակ մեկ բույեում արտաշնչած օդի ծավալը կոչվում է *թոքերի րոպեական ծավալ*՝ *ԹԼԾ*: Ըստ նորմայի՝ այն կազմում է 6-8 լ/ր: *Թոքերի առավելագույն օդափոխության կարողությունը* (*ԹԱՕ*) օդի ծավալն է, որն արտաշնչվում է 1 բույեում, շնչառության առավելագույն ծավալի և հաճախականության դեպքում (ըստ նորմայի՝ այն 110-120 լ/ր է): Օդի այն ծավալը, որը մնում է թոքերում առավելագույն արտաշնչումից հետո, կոչվում է *մնացորդային ծավալ*:

Օբստրուկտիվ հիվանդությունների ժամանակ բրոնխների և շնչափողի անցանելիությունը գնահատելու համար կիրառում են Վոտչալ-Տիֆֆնոյի փորձը: Չափում են այն ծավալը, որն արտաշնչվում է առավելագույն ներշնչումից հետո առաջին վայրկյանի ընթացքում ուժեղ արտաշնչում կատարելիս և աստահայտում են տոկոսներով (*ԹԿՏ*-ի համեմատ, ըստ նորմայի, այն 70-90% է):

Կարևոր են նաև թթվածնի (pO_2) և ածխաթթու գազի (pCO_2) պարզիալ ճնշման տվյալները: Ըստ նորմայի՝ դրանք համապատասխանաբար հավասար են 90-120 և 34-46 մմ ս.ս.: Այս ցուցանիշերի նորմալ հարաբերակցության փոփոխությամբ կարելի է դատել շնչառական անբավարարության, թոքի առանձին հատվածների օդափոխության խանգարման մասին: pCO_2 -ի բարձրացում և pO_2 -ի իջեցում (հիպերկապնիա, հիպօքսիա) դիտվում են արտահայտված հիպովենտիլյացիայի, շնչառական ագիդոզի դեպքում: Ստացված տվյալների հիման վրա, ինչպես հաշվի առնելով նաև հիվանդի կլինիկական վիճակը՝ որոշվում է հիվանդի վիրահատության ֆունկցիոնալ հնարավորության հարցը: Թոքերի վրա վիրաբուժական միջամտություններ թույլատրելի են, եթե *ԹԿՏ*-ն նորմայի 50%-ից ավելին է, Վոտչալ-Տիֆֆնոյի ցուցանիշը՝ ավելի քան 50-60% է, *ԹԱՕ*-ն՝ 45-75 լ/ր, մնացորդային ծավալը՝ նորմայի 50 %-ից ավելին է, իսկ արյան գազերի ցուցանիշը՝ pO_2 -ը ավելի քան 60մմ սս է, pCO_2 -ը 45 մմ ս.ս.-ից պակաս է:

ԿՐՏՔԱՎԱՆԴԱԿԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ:
ՓԱԿ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

Կրծքավանդակի վնասվածքները լինում են բաց և փակ: Փակ են այն վնասվածքները, որոնց դեպքում մաշկի ամբողջականությունը խախտված չէ: Փակ վնասվածքները կարող են լինել առանց ոսկրային կարկասի կամ ներքին օրգանների վնասման: Կրծքավանդակի սալջարդերը լինում են նրա համապատասխան հատվածի վրա մեխանիկական ուժի ուղղակի ազդեցության դեպքում (հարված, բարձրությունից վայր ընկնել և այլն): Տվյալ դեպքում հնարավոր են արյունազեղումներ, կողերի, կրծոսկրի կոտրվածքներ, ներքին օրգանների վնասումներ: Վնասող ուժի ազդեցությամբ հնարավոր է լինեն նաև այդ շրջանի կողերի ձևախախտում առանց կոտրվածքի, թոքի հյուսվածքի սալջարդ արյունահոսությամբ, ալվեոլների և դրանց միջև եղած խտրոցների վնասում: Հնարավոր է նաև տրավմատիկ թոքաբորբի զարգացում, որը կարող է բարդանալ թոքի թարախակույտով կամ փտախտով: Կողերի կոտրվածքի դեպքում տեղաշարժված բեկորները կարող են վնասել միջկողային անոթները, թոքամիզը, թոքերը, սիրտը: Նման վնասումները հաճախ ուղեկցվում են պնևմոթորաքսի, հեմոթորաքսի, ենթամաշկային և միջնորմային էմֆիզեմայի առաջացմամբ:

Հեմոթորաքսը թոքամզի խոռոչում արյան կուտակումն է: Այն հաճախ կրծքավանդակի անոթների, թոքերի, սրտի վնասման հետևանք է:

Փոքր հեմոթորաքսի դեպքում արյունը կուտակվում է թոքամզի ծոցերում, միջին հեմոթորաքսի դեպքում՝ մինչև 4-րդ կողի մակարդակը առջևից կամ մինչև թիակի անկյունը՝ հետևից, մեծի դեպքում՝ մինչև 2-րդ կողի մակարդակը առջևից կամ թիակի կատարը հետևից: Տոտալ հեմոթորաքսի դեպքում արյամբ է լցված թոքամզի ամբողջ խոռոչը:

Կուտակված արյունը սկզբում մակարդվում է, հետագայում՝ օրեր անց, կատարվում է ֆիբրինի քայքայում, և այն կորցնում է մակարդվելու ունակությունը: Որոշ դեպքերում արյան հեմոլիզ չի առաջանում, և ձևավորվում է մակարդված հեմոթորաքս:

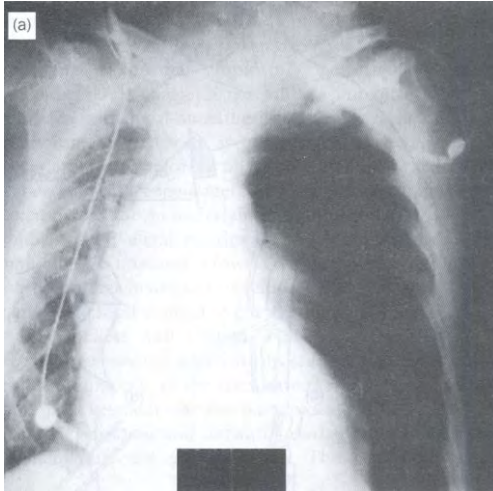
Թոքամզի խոռոչում օդի կուտակումը կոչվում է *պնևմոթորաքս*: Փակ

պնևմոթորաքսի դեպքում այդ օդը չի հաղորդակցվում մթնոլորտային օդի հետ: Փակ վնասվածքների դեպքում դրա առաջացման պատճառներից են այն օրգանների վնասումները, որոնք օդ են պարունակում (շնչափող, բրոնխներ, թոքեր, կերակրափող): Ընդերային թոքամզի և կրծքավանդակի պատի շերտերի միաժամանակյա վնասման դեպքում օդը թափանցում է ենթամաշկային ճարպաբջջանք՝ առաջացնելով ենթամաշկային էմֆիզեմա, որը կարող է տարածվել մինչև պարանոց, դեմք, որովայնի պատը և նուսիակ փոշտ: Ջնման ժամանակ հայտնաբերվում է մաշկի բնորոշ ուռածություն, շոշափամբ հայտնաբերվում է կրեպիտացիա (ճարճատյուն), պերկուսիայի ժամանակ՝ տիմպանիկ հնչյուն: Միջնորմային էմֆիզեմայի դեպքում առպատային թոքամզի վնասվածքի միջով օդը կարող է անցնել միջնորմ, այնուհետև հայտնվել պարանոցում: Միջնորմային էմֆիզեման հաճախ միջնորմում տեղակայված խոշոր բրոնխների, կերակրափողի վնասման հետևանք է:

Փակ պնևմոթորաքսը կարող է դառնալ լարված պնևմոթորաքս, երբ վնասվածքի շրջանում առաջանում է փական, որն օդը թողնում է ներս և խոչընդոտում դրա դուրս գալուն: Հաճախ դա լինում է բրոնխի վնասմամբ թոքի լաթաձև վերքի ժամանակ: Թոքամզի խոռոչում օդի անընդհատ աճող ճնշումը հանգեցնում է թոքի սմքելուն (կոլլապսի), միջնորմի սեղմման և տեղաշարժման դեպի հակառակ կողմ, օդափոխության խանգարման ու սրտանոթային անբավարարության զարգացման (նկ.3.1):

Ի տարբերություն թոքի կոլլապսի ժամանակ առաջացնող թոքի սեղմման (կոմպրեսիայի)՝ թոքի օդափոխային ատելելկտազը պայմանավորված է բրոնխների խցանմամբ մակարդուկներով, արյամբ, լորձով: Բրոնխներից այդպիսի պարունակության հեռացումը դժվար է կատարվում հազից առաջացած ցավերի, բրոնխների թեքման, պատռվածքի կամ բրոնխոսպազմի, սուրֆակտանտի սինթեզի խանգարման և այտուցի պատճառով: Փակ, հատկապես համակցված վնասվածքների ծանր բարդություն է շոկային (թաց) թոքի համախտանիշը, որն ուղեկցվում է արյան արտահայտված կորստով,

Ձ/Ճ-ի անկմամբ, շնչառական և սրտանոթային անբավարարության զարգացմամբ: Շոկային թոքում զգալիորեն խանգարվում են արյան օքսիգենացիայի գործընթացները՝ գործող մազանոթների քանակի նվազման և արյան ձևավոր տարրերով, միկրոէմբոլներով դրանց արգելափակման, ինչպես նաև զարկերակ -երակային շունտերի քանակի ավելացման հետևանքով: Թոքային ավելոլների սնուցման խանգարման հետևանքով խախտվում է նաև սուրֆակտանտի սինթեզը, որից էլ առաջանում են մակրո- և միկրոատելեկտագներ: Օդափոխության ծանր խանգարումը և հիպերկալեմիան, սրտային անբավարարությունը դժվար են բուժվում և հաճախ կարող են հանգեցնել մահացու ելքի:



Նկ. 3.1. Լարված պնևմոթորաքս ձախից, միջնորմը տեղաշարժված է դեպի աջ

Կրծքավանդակի սեղմման (ճնշման) հետևանքով փոքրանում է դրա ծավալը: Այս վիճակը, զուգակցվելով ձայնային ճեղքի սպազմի հետ, հանգեցնում է ներկրծքային ճնշման բարձրացման, ավելոլների բազմաթիվ պատռումների, արյունազեղումների: Վերին սիներակում փականների բացակայության պատճառով բարձր ճնշումը տարածվում է դեպի ծայրամաս: Առաջացած սուր գերճնշման հետևանքով իրանի վերին կեսում գոյանում են բազմաթիվ պետեխիալ արյունազեղումներ,

բացառությամբ այն հատվածների, որտեղ հագուստը սերտ կպած է լինում մարմնին: Կրծքավանդակի վերին կեսը, գլուխը, պարանոցը, դեմքը ստանում են կապտամանուշակագույն երանգ՝ հստակ ստորին սահմանով: Արյունազեղումներ նկատվում են նաև աչքերի շաղկապենիների վրա, ռետրոբուլբար բջջանքում, ներքին ականջում, բերանի և ըմպանի լորձաթաղանթում:

Պայթյունի ալիքի ազդեցությունն ուղեկցվում է ցնցմամբ, արյունազեղումներով, թոքի հյուսվածքի պատռվածքներով, էմֆիզեմայով: Նման վնասվածքը կարող է բարդանալ ուղեղի անոթների օղային կամ ճարպային էմբոլիայով, շոկային թոքի համախտանիշի զարգացմամբ:

Կլինիկան բնորոշվում է վնասման բնույթով (ուկրերի կոտրվածքներ, ներքին օրգանների վնասումներ), արյան կորստի աստիճանով, օդափոխության խանգարմամբ, ցավային համախտանիշի արտահայտվածությամբ, համակցված վնասումների առկայությամբ: Սովորաբար հիվանդները գանգատվում են ցավերից, որոնք ուժեղանում են ներշնչման և շարժումների ժամանակ: Ցավը հատկապես արտահայտված է կողերի կոտրվածքի դեպքում: Տուժածները նշում են նաև արյունախիտում, թոքային արյունահոսություն, հևոց, գլխապտույտ: Սալջարդի շրջանում նկատվում են արյունազեղումներ:

Կողերի բազմաթիվ կոտրվածքների, հատկապես պատուհանաձև կոտրվածքների դեպքում, երբ որոշ կողեր վնասված են երկու տեղում, առաջանում է փեղկ (կողային փական), հնարավոր է նաև պարադոքսալ շնչառություն՝ ներշնչման ժամանակ փականը ներս է ընկնում, իսկ արտաշնչելիս դուրս է գալիս:

Ունևորթորաքսը ախտորոշվում է բախելիս (պերկուսիա) տուփային հնչյունի առկայությամբ և լսելիս (աուսկուլտացիա) շնչառական աղմուկների բացակայությամբ: Հեմոթորաքսը և ատելեկտազները բնորոշվում են բախման հնչյունի բթացմամբ: Փականային պնևմոթորաքսի ժամանակ արագորեն զարգանում է շնչական անբավարարություն: Կրծքավանդակի համապատասխան կեսը կարծես

ուռչում է, միջկողային տարածությունները լայնանում են, բախմամբ որոշվում է բարձր տիմպանիկ հնչյուն:

Բացառիկ նշանակություն ունի ռենտգենաբանական քննությունը, երբ ճշգրտվում է կոտրվածքների, պնևմոթորաքսի, հեմոթորաքսի, ենթամաշկային էմֆիզեմայի առկայությունը: Ռենտգենյան պատկերը կարող է ցույց տալ «շոկային թոքի» ախտանիշեր: Մովորաբար սալջարդի գոտու թոքային հյուսվածքում նկատվում են օդի պարունակության նվազում, թոքանկարի ուժեղացում, բազմաթիվ ատելեկտազներ, ինֆիլտրատիվ (ներսփռական) փոփոխություններ:

Կրծքավանդակի օրգանների վնասման ախտորոշման գործում մեծ նշանակություն ունի թոքամզի խոռոչի պունկցիան, որը ճշտում է խոռոչի պարունակության բնույթը (արյուն, ավիշ): Պունկցիայի ժամանակ կարելի է պարզել՝ շարունակվում է, թե՞ դադարել է ներթոքամզային արյունահոսությունը: Շարունակվող արյունահոսության դեպքում պունկցիայով ստացված արյունը մակարդվում է, պունկտատի կաթիլը թանձրիվե անձեռոցիկի վրա թողնում է կրկնակի բիծ՝ մեջտեղում փոքրիկ մակարդուկ, իսկ դրա շուրջը՝ շիճուկի թափանցիկ պսակ: Հին հեմոլիզված արյունը չի մակարդվում, ունի մուգ գունավորում և անձեռոցիկի վրա թողնում է հոմոգեն մուգ բիծ: Մակարդված հեմոթորաքսի դեպքում հաջողվում է միայն արտածծել քիչ քանակությամբ մուգ արյուն՝ դրա մեջ գտնվող «որդերի» տեսք ունեցող մակարդուկներով: Թոքամզային պունկցիան, բացի ախտորոշիչ նշանակությունից, ունի նաև բուժական հնարավորություններ: Թոքամզի խոռոչի պարունակության հեռացումը նպաստում է թոքի բացմանը, հնարավորություն է ստեղծում կատարելու սանացիա՝ այնտեղ հականեխիչներ ներմուծելով և կանխելով վարակի զարգացումը: Թոքամզի պարունակության վարակված լինելը պարզվում է բակտերիաբանական քննությամբ:

Մի շարք դեպքերում ներքին օրգանների վնասման առկայությունը և բնույթը պարզելու համար ցուցված է թորակոսկոպիա:

Փակ վնասվածքների դեպքում բուժման եղանակը ներառում է միջոցառումներ ցավի, ասֆիքսիայի, շնչական և սրտային անբավարարության, թոքային արյունահոսության դեմ, կորցրած արյան (ծավալի) վերականգնում, ինչպես նաև միջոցառումներ՝ ուղղված թոքի բացմանը (արյան կամ օդի ասպիրացիա թոքամզի խոռոչից), բրոնխների անցանելիության վերականգնում, թոքային և թոքամզային վարակային բարդությունների կանխարգելում: Բուժման արդյունքները պայմանավորված են առաջին բուժօգնության լիարժեքությամբ՝

- բրոնխների անցանելիության վերականգնում,
- ցավազրկում,
- լարված պնևմոթորաքսի դեպքում թոքամզի խոռոչի դեկոմպրեսիա (ապաճնշում) դրենավորման միջոցով,
- սրտապարկի դեկոմպրեսիա՝ տամպոնադայի դեպքում (սրտապարկի կաթետերիզացիայի կամ վիրահատության միջոցով),
- սրտային դեղամիջոցների և հակաբիոտիկների ներարկում,
- օքսիգենոթերապիա (թթվածնաբուժում),
- հիվանդի տեղափոխում մասնագիտացված կլինիկա՝ որակավորված և մասնագիտացված օգնություն ցուցաբերելու համար:

Կոտրվածքների ժամանակ ցավը մեղմացնելու նպատակով կատարում են նովոկաինային պաշարում (բլոկադաներ)՝ միջկողային, պարավերտեբրալ, էպիդուրալ: Կոտրվածքի տեղում ներարկում են 50-100 մլ 0,25%-անոց նովոկաինի, մինչև 20մլ 1% կամ 2% լիդոկաինի լուծույթներ: Երկարատև ցավազրկման համար կատարում են սպիրո-նովոկաինային պաշարում (բլոկոդա)՝ 1 մաս 96%-անոց սպիրո և 3 մաս 0,5%-անոց նովոկաին՝ 3-5 մլ ամեն ներարկման համար: Վերջինս հատկապես ցուցված է կողային փականի առաջացման դեպքում, որի շարժունակությունը վերացնում են մաշկի վրա տեղադրվող հատուկ կոնստրուկցիաներով ամրապնդելու (ֆիքսելու) միջոցով: Բացի դրանից, ըստ ցուցումների իրականացվում է ներքին պնևմատիկ կայունացում՝

իրականացնելով ապարատային շնչառություն՝ թոքերի արհեստական օդափոխում, որն ապահովում է կողային փականի ժամանակավոր ամրապնդումը (ֆիքսումը):

Կողերի բեկորների զգալի տեղաշարժի կամ դրանց՝ թոքային հյուսվածքի մեջ խրվելու դեպքում ցուցված է դրանց ֆիքսումը կարելով:

Շնչառական ուղիների անցանելիության պահպանման դեպքում թոքամզի խոռոչը դրենավորելու միջոցով կարելի է հասնել թոքի բացվելուն: Դրենաժի օգնությամբ հսկում են արյունահոսության շարունակվելը, կանխում մակարդված հեմոթորաքսի առաջացումը: Մակարդված հեմոթորաքսի առաջացման դեպքում հնարավոր է լինում հակաբիոտիկների, ֆիբրինո- և պրոտեոլիթիկ ֆերմենտների ներմուծումը:

Վարակային բարդությունների առաջացումը հնարավոր է կանխել շնչափողաբրոնխային ծառի սանացիայով (բրոնխոսկոպիա, շնչառական մարմնամարզություն, հակաբիոտիկների, մուկոլիթիկների ինհալյացիա և այլն): Շոկային թոքի առաջացումը կանխելու և բուժելու համար, բացի թվարկած միջոցառումներից, բացառապես կարևոր է նաև հիպովոլեմիայի վերացումը արյան բաղադրամասերի փոխներարկման միջոցով: Պետք է խուսափել երկար ժամկետով պահպանված արյան բաղադրամասեր փոխներարկելուց, քանի որ առկա է միկրոթրոմբների առաջացման և դրանցով թոքային զարկերակի ճյուղերի էմբոլիայի զարգացման իրական վտանգ: Արյան ռեոլոգիական հատկությունների բարելավմանը հասնում են ռեոպոլիզյուկինի, տրենտալի, հեպարինի ներարկմամբ: Նշանակվում են ստերոիդ հորմոններ՝ ալվեոլա-մազանոթային թաղանթների թափանցելիությունը նվազեցնելու համար, վիտամիններ՝ C, P, ինչպես նաև հակահիստամինային դեղամիջոցներ: Թոքային հիպերտենզիան նվազեցնելու նպատակով նշանակում են բրոնխոլիտիկներ, էուֆիլին, միզամուղներ:

Փակ վնասման ժամանակ հնարավոր են սրտի ցնցում, սալջարդ, որոնք ուղեկցվում են ցավերով, գլխապտույտով, հևոցով, հիվանդի ընդհանուր ծանր վիճակով, մինչև 140-160գ/ր հաճախասրտությամբ,

առիթմիայով, մաշկային ծածկույթների գունատությամբ, շրթունքների ցիանոզով, անկայուն զարկերակային ճնշմամբ: ԷՍԳ-ով հայտնաբերվում է սրտամկանի իշեմիա:

Բարեբախտաբար հազվադեպ են հանդիպում սրտի ներքին կառուցվածքների (պտկային մկաններ, միջնապատ, փականներ) պատռվածքներ, որոնք կարդիովիրաբուժական միջամտություն են պահանջում:

Խոշոր անոթների վնասումներն ուղեկցվում են զանգվածային արյունահոսությամբ և վնասվածքի առաջիկա ժամերին հանգեցնում են մահվան:

Կրծքավանդակի վնասվածքով գրեթե յուրաքանչյուր 5-րդ հիվանդի դեպքում թորակոտոմիայի ցուցում է առաջանում: Դա առաջին հերթին շարունակվող ներթոքամզային արյունահոսությունն է, որի մասին կարող են վկայել աճող սակավարյունության նշանները, արյան արտադրությունը թոքամզային խոռոչի դրենաժից 200մլ/ժամ քանակով, սրտի ներ- և արտասրտապարկային տամպոնադան, աճող փականային պնևմոթորաքսը և միջնորմի էմֆիզեման՝ չնայած թոքամզի խոռոչի դրենավորմանը:

ԿՐԾՔԱՎԱՆՊԱԿԻ ՎԻՐԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐ:
ԲԱՑ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

Տարբերում են կրծքավանդակի հրազենային և ոչ հրազենային վիրավորումներ: Դրանք կարող են լինել չթափանցող և թափանցող, երբ վնասվում է առպատային թոքամիզը: Թափանցող վիրավորումները կարող են լինել ոսկրային հենքի, ներքին օրգանների վնասմամբ կամ առանց դրանց: Առավել լուրջ վտանգ են ներկայացնում հրազենային վիրավորումները (գնդակային, բեկորային): Բեկորի կամ գնդակի ուղղակի ազդեցությունից հյուսվածքի վնասումից բացի ուշագրավ է նաև վերքային խողովակից հեռու հյուսվածքների վնասումը դրանցից (կողմնային հարված): Ծանրության կենտրոնը շեղված փամփուշտներով

վիրավորվելու դեպքում առաջանում են բազմաթիվ վնասումներ՝ հյուսվածքների միջով գնդակի՝ բարդ հետագծով շարժվելու պատճառով: Խաղաղ ժամանակ գերակշռում են ոչ հրագենային վնասումները, որոնք հասցվում են ծակող կամ կտրող առարկաներով:

Կրծքավանդակի վիրավորումների ժամանակ պնևմոթորաքսը կարող է լինել բաց, փակ և փականային:

Փակ պնևմոթորաքս առաջանում է կրծքավանդակի փափուկ հյուսվածքներում կամ թոքում վերքային խողովակի արագ փակվելու դեպքում (հյուսվածքների տեղաշարժ, այտուց), երբ դադարում է օդի մուտքը թոքամզի խոռոչ: Կլինիկական արտահայտությունները պայմանավորված են թոքամզի խոռոչ թափանցած օդի քանակով: Արյան շրջանառության և շնչառության խանգարման հատկապես ծանր դրսևորումներ են առաջանում բաց պնևմոթորաքսի դեպքում, երբ կրծքավանդակի դեֆեկտը բաց է և անարգել բաց է թողնում օդը: Ներշնչման ժամանակ թոքամզի խոռոչ մտնող օդը ճնշում է թոքը դեպի առողջ կողմ՝ տեղաշարժելով միջնորմն իր օրգաններով, և դեպի ներքև՝ ստոծանուն: Արտաշնչման ժամանակ օդը դուրս է գալիս թոքամզի խոռոչից, և թոքը մասնակիորեն բացվում է: Նկատվում է պարադոքսալ շնչառություն, որը խիստ բացասաբար է անդրադառնում թոքային օդափոխության վրա: Ներշնչման ժամանակ օդը առողջ թոք է մտնում կոլապսի ենթարկված թոքի բրոնխներից, վերջինիս ծավալը փոքրանում է, արտաշնչման ժամանակ օդը դուրս է գալիս և տարածվում դեպի վնասված թոքի բրոնխներ: Վերջինիս ծավալը քիչ մեծանում է: Ամեն հաջորդ ներշնչման ժամանակ հիվանդը շնչում է ավելի քիչ թթվածին (O_2) և ավելի շատ ածխաթթու գազ (CO_2) պարունակող օդ: Պարբերաբար մի թոքից մյուս թոքն անցնող օդի ծավալը կարող է տատանվել 150-200մլ-ի սահմաններում:

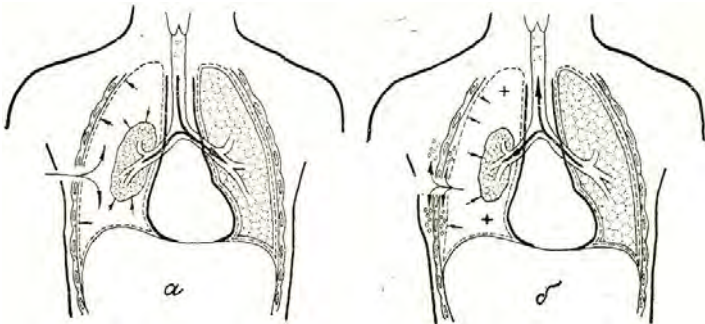
Ոչ լիարժեք օդ շնչելը, թոքերի ընդհանուր շնչառական մակերեսի փոքրացումը ախտահարված թոքի կոլապսի հետևանքով, ամեն ներշնչման ժամանակ միջնորմնի տեղաշարժը դեպի առողջ կողմ, առողջ թոքի լիարժեք բացման սահմանափակումը հանգեցնում են

հիպօքսեմիայի: Բացի դրանից, միջնորմի տատանումները (ֆլուտացիա), դժվարացնում են դեպի սիրտ արյան հետհոսքը և ռեֆլեկտոր հանգեցնում մի շարք ֆունկցիոնալ շեղումների: Հաճախ բաց պնևմոթորաքսի ժամանակ զարգանում է թոքամզաթոքային (պլերոպուլմոնալ) շոկ: Լարված պնևմոթորաքս կարող է զարգանալ վերքային խողովակում կամ թոքում փական առաջացնելու հետևանքով:

Թափանցող վնասումների կլինիկական պատկերը առավելապես պայմանավորված է ներքին օրգանների վնասման բնույթով, հեմոթորաքսի և պնևմոթորաքսի չափերով:

Վնասվածքի տեղակայման ուսումնասիրումը, մուտքային, ելքային անցքերի համադրումը, ռենտգենաբանական հետազոտությունը, ախտորոշիչ պունկցիան, ոչ ակնհայտ դեպքերում նաև թորակոսկոպիան հնարավորություն են տալիս ախտորոշելու ներքին օրգանների վնասումը:

Բաց պնևմոթորաքսով հիվանդներին առաջին օգնություն ցույց տալու ժամանակ կարևոր է կրծքավանդակի հերմետիկության վերականգնումը ծածկող (օկլյուզիվ) վիրակապով, իսկ հետո նաև վիրաբուժական մշակման միջոցով հերմետիզացիան (նկ.3.2): Թոքամզի խոռոչը դրենավորում են և միացնում պասսիվ կամ ակտիվ արտածման համակարգերին:



Նկ. 3.2. Արտաքին բաց պնևմոթորաքսի մեխանիզմը

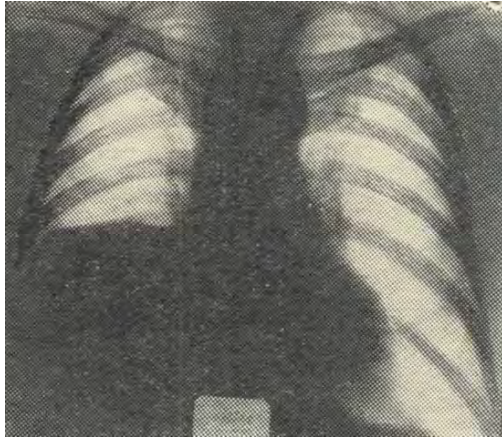
Վնասվածքի խողովակը ենթարկում են վիրաբուժական մշակման,

դրենավորում, կարում: Հրազենային վնասվածքների դեպքում վերքերը չեն կարվում: Կրծքավանդակի պատի վերքի ուղին պետք է գննել մինչև հատակ: Անհետաձգելի լայն թորակոտոմիայի ցուցումներից են սրտի կանգը, կյանքին սպառնացող արյունահոսությունը (մեծ անոթների, սրտի վնասումները): Սրտի վնասվածքի կասկած կարող է լինել, երբ վերքային խողովակի մուտքի անցքը տեղակայված է մի շրջանում, որի սահմաններն են վերևից՝ 2-րդ կողը, ներքևից՝ կողաղեղները, ձախից՝ միջին անոթային գիծը, աջից՝ հարկրծոսկրային գիծը (նկ.3.3):



Նկ. 3.3. Հեմոպերիկարո սրտի թափանցող վիրավորման դեպքում, դիտվում է սրտի ստվերի զգալի լայնացում

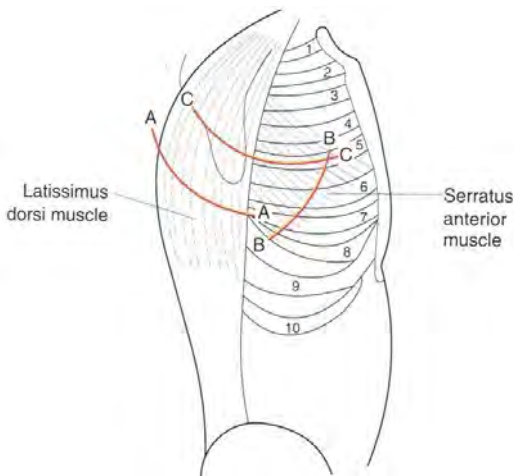
Թորքավանդակի խոռոչ լցված արյունը վնասումից հետո 24 ժամվա ընթացքում նպատակահարմար է փոխներարկել հիվանդին (աուտոհեմոտրանսֆուզիա) (նկ.3.4): Դրա համար արյունը հավաքում են անոթների մեջ՝ ամեն 500 մլ-ին ավելացնելով 1000 միավոր հեպարին կամ 10 մլ 4%-անոց նատրիումի ցիտրատի լուծույթ: Ցանկալի է արյունը ֆիլտրել 8-շերտանի թանգիվով:



Նկ. 3.4. Աջակողմյան հեմոպնևմոթորաքս, հորիզոնական մակարդակից վերև օդ է, ներքևում՝ արյուն

Անհետաձգելի թորակոտոմիան ցուցված է նաև թոքի տարածուն վնասման, շնչափողի, գլխավոր բրոնխների, կերակրափողի, ինչպես նաև կրծքավանդակատրոպայնային (թորակոաբդոմինալ) վնասումների դեպքում: Նման վնասումների մասին են վկայում վերքից ճարպոնի արտանկումը, աղիքային կամ լեղային պարունակության արտահոսքը: Եթե վերքը տեղակայված է մի շրջանում, որի սահմաններն են վերևից՝ պտուկները, ներքևից՝ 11-րդ կողերը, առաջանում է ստոծանու վնասման կասկած: Կրծքավանդակատրոպայնային (թորակոաբդոմինալ) վնասվածքի կասկածը կարող են ճշտել լապարացենտեզը, լապարասկոպիան (որոպայնադիտումը) (նկ.3.5):

Կրծքավանդակատրոպայնային վնասվածքների կլինիկան բավականաչափ փոփոխական է: Որոշ դեպքերում գերակշռում են կրծքավանդակի օրգանների վնասման նշանները, որոնք առաջին հերթին թելադրում են թորակոտոմիայի անհրաժեշտությունը:



Նկ. 3.5. A-A – m. latissimus dorsi մկանը հասվում է մաշկի կտրվածքի գծով, B-B - m. serratus anterior մկանը հասվում է 6-րդ, 7-րդ, 8-րդ կողերին կպման տեղում, C-C-միջկողային մկանները հասվում են կողի վերին եզրով

Ներքին օրգանների վնասումները վերացնելուց հետո անհրաժեշտ է լայնացնել ստոծանու վերքը, և համոզվել՝ թափանցում է արդյոք որովայնի խոռոչ կամ գոտկային շրջան, որից հետո վերացնել օրգանների վնասումները: Որովայնի խոռոչի ռևիզիայի լիարժեքության վերաբերյալ կասկածի դեպքում կատարում են որովայնահատում: Եթե առաջին պլան է մղվում ներորովայնային վնասվածքի պատկերը, ապա առաջնահերթ կատարում են որովայնահատում, վերացնում են վնասվածքները, կարում են ստոծանին: Եթե համոզված են, որ թոքաձկի խոռոչում զգալի արյունահոսություն չկա, ապա սահմանափակվում են թոքաձկի խոռոչի դրենավորմամբ: Նույնկերպ վարվում են կրծքավանդակի՝ թափանցող այն վնասվածքների դեպքում, երբ վստահորեն բացառում են սրտի և թոքերի զգալի վնասումները, զանգավածային արյունահոսությունները: Սովորաբար լայն թորակոտումիայի անհրաժեշտություն լինում է ընդամենը 5-10% դեպքերում:

Առավել ուշացած դեպքերում թորակոտումիա կատարում են

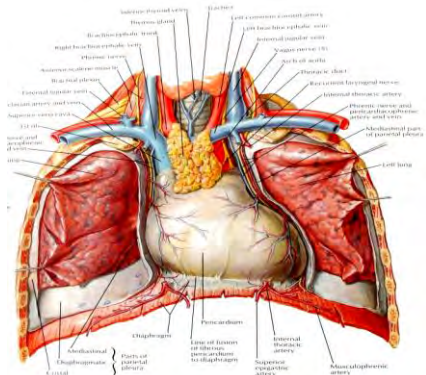
մակարդված հեմոթորաքսի, թոքամզի էմպիեմայի դեպքում (կատարում են սանացիա, անհրաժեշտության դեպքում՝ թոքի դեկորտիկացիա և այլն):

**ԹԵՄԱ 2. ԹՈՔԱՍՉԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ: ԹՈՔԵՐԻ ԷՄՖԻՉԵՄԱ
ԹՈՔԱՍԻՉ**

Թոքանզի անատոմիա:

Թոքամիզը (պլևրա) թոքի հյուսվածքը, միջնորմը, ստոծանին և կրծքավանդակի պատի ներքին մակերեսը ծածկող շճաթաղանթն է (նկ.3.6): Տարբերում են ընդերային (վիսցերալ) և առպատային (պարիետալ) թոքամիզ: Դրանք թոքանզի ստեղծած ամբողջական փակ պարկի տարբեր հատվածների պայմանական անվանումներն են: Պայմանավորված նրանով, թե կրծքավանդակի ներքին մակերեսի որ հատվածն է ծածկում առպատային թոքամիզը, այն բաժանվում է կողային, ստոծանիական և միջնորմային հատվածների: Ընդերային և առպատային թոքանզերը միանում են թոքի արմատի շրջանում: Միջնորմային թոքամիզը թոքի դրունքի շրջանում անցնում է թոքարմատին: Թոքարմատից հետ թոքամիզը իջնում է բարակ երկշերտ ծալքի ձևով, որն էլ կոչվում է թոքային կապան:

Ընդերային և առպատային թոքանզերի միջև եղած տարածությունը կոչվում է թոքանզային խոռոչ: Նորմայում թոքանզային խոռոչում առկա է մոտ 10-15 մլ պլևրային հեղուկ, որն ապահովում է երկու թերթիկների սահուն շարժումը շնչառական ակտի ժամանակ: Միջնորմը ամբողջությամբ բաժանում է աջ և ձախ թոքանզային խոռոչները:



*Նկ. 3.6.
Թոքանզի
անատոմիա*

Առպատային թոքանզի կողային հատվածի արյան շրջանառությունը

ապահովում են միջկողային զարկերակների փոքր ճյուղերը, միջնորմայինը՝ հիմնականում սրտապարկստոծանիական զարկերակի ճյուղերը, իսկ ստոծանիականինը՝ վերին ստոծանիական և մկանաստոծանիական զարկերակները: Ընդերային թոքամզի կողային և ստոծանիական մակերեսները սնուցվում են թոքային զարկերակի ճյուղերից, իսկ միջնորմային և միջբլթային ճեղքերի հատվածները՝ բրոնխային զարկերակներից: Այդ հատվածների մազանոթների տրամագիծը երեք անգամ մեծ է ավելոյային մազանոթների տրամագծից, որի շնորհիվ ընդերային թոքամզի անոթներում ճնշումը հավասար է թոքային զարկերակի համակարգի և ոչ թե բրոնխային զարկերակի ճնշմանը: Դա իր հերթին նպաստում է թոքամզային հեղուկի ներծծմանը (ռեգորբցիային):

Կողային թոքամզի ավշանոթները ավիշը ներքին կրծքային զարկերակի երկայնքով տանում են կողերի գլխիկների մոտ գտնվող ավշահանգույցներ, միջնորմային թոքամզինը՝ տրախեոբրոնխային և միջնորմային ավշահանգույցներ: Ընդերային թոքամիզը հարուստ է ավշային անոթներով, որոնք թոքերի ավշային անոթների հետ կազմավորելով ցանց՝ ավիշի հոսքը ուղղում են դեպի թոքարմատի ավշահանգույցներ:

Առպատային թոքամիզը հարուստ է զգայուն նյարդային վերջավորություններով: Կողային և ծայրամասային ստոծանիական թոքամիզը նյարդավորվում է միջկողային նյարդերով, և դրանց գրգռման դեպքում ցավը փոխանցվում է կրծքավանդակի համապատասխան մոտակա հատված: Ստոծանիական թոքամզի կենտրոնական հատվածները նյարդավորվում են ստոծանիական նյարդով, և այդ հատվածի գրգռման դեպքում ցավը տարածվում է դեպի նույն կողմի ուսագլուխ: Ընդերային թոքամիզը զրկված է նյարդաթելերից, որի պատճառով դրա վրա կատարվող միջամտությունները չեն առաջացնում տհաճ զգացողություններ:

Թոքամզի և թոքամզային խոռոչի հիմնական ախտաբանական վիճակներն են պնևմոթորաքսը և թոքամզային արտաքիրտը:

ՊՆԵՎՄՈԹՈՐԱՔՍ

Պնևմոթորաքսը թոքամզային խոռոչում օդի կուտակումն է համապատասխան կողմի թոքի միաժամանակյա մասնակի կամ լրիվ կոլապսով: Ըստ առաջացման պատճառի տարբերում են՝ սպոնտան (ինքնածին) և վնասվածքային պնևմոթորաքս: Որոշ հեղինակներ առանձնացնում են նաև յաթրոգեն (բժշկական միջամտության հետևանքով առաջացած) պնևմոթորաքս, սակայն ավելի ճիշտ է այն դիտել որպես վնասվածքայինի ենթատիպ:

Պնևմոթորաքսի էթիոլոգիական դասակարգումը՝

1. Սպոնտան:

ա. Առաջնային՝ նախկինում թոքային ախտաբանություն հայտնաբերված չէ:

բ. Երկրորդային՝ արդեն ախտորոշված թոքային հիվանդության բարդություն:

2. Վնասվածքային:

ա. Կրծքավանդակի թափանցող վնասվածքի հետևանքով:

բ. Կրծքավանդակի բուրձ վնասվածքի հետևանքով:

գ. Յաթրոգեն՝

- թոքամզային խոռոչի պունկցիայից հետո,
- կենտրոնական երակների կաթետերիզացիայից հետո,
- թոքամզի բիոպսիայից հետո,
- բարոտրավմայի հետևանքով (ԹԱՇ-ի բարդություն):

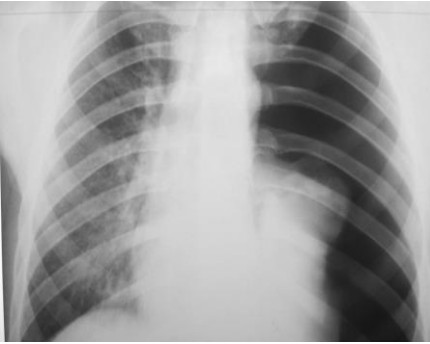
Ըստ տարածվածության պնևմոթորաքսը լինում է՝

ա. *տոտալ*՝ թոքի լրիվ կոլապսով (նկ.3.7),

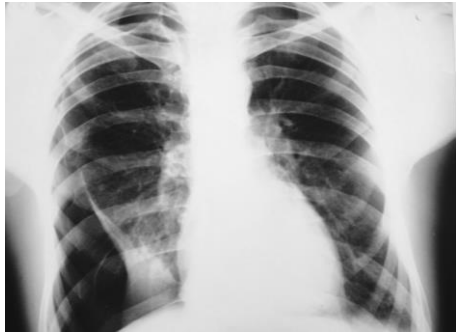
բ. *մասնակի*՝ թոքի կոլապս ծավալի $\frac{1}{3}$ -ի կամ $\frac{1}{2}$ -ի չափով,

գ. *եզրային*՝ թոքի կոլապս ծավալի $\frac{1}{4}$ -ից պակաս, որի դեպքում թոքը բոլոր կողմերից շրջապատված է օդով,

դ. *սահմանափակ*՝ կոլապսի է ենթարկված թոքի մի մասը (նկ.3.8), մնացած մասերը ամբողջովին բաց են:



Նկ. 3.7. Պնևմոնորաքս ձախից թոքի լրիվ կոլապսով



Նկ. 3.8. Սահմանափակ պնևմոնորաքս աջից

Ըստ արտաքին միջավայրի հետ հաղորդակցության՝ տարբերում են *փակ* (հաղորդակցությունը բացակայում է) և *բաց* (հաղորդակցությունն առկա է) պնևմոնորաքս:

Սպոնտան պնևմոնորաքսը առաջանում է առանց նախորդող վնասվածքի ազդեցության, որպես տարբեր թոքային հիվանդությունների հետևանք:

Առաջնային սպոնտան պնևմոնորաքսի հիմնական պատճառն է ենթաթոքամզային բուլլայի կամ բշտի պատռվածքը՝ որպես թոքերի բուլլոզ հիվանդության բարդություն: Առաջնային սպոնտան պնևմոնորաքսի զարգացման հաճախականությունը 1-18 դեպք է 100.000 բնակչության շրջանում (պայմանավորված սեռով): Սովորաբար դրանք ասթենիկ մարմնակազմությամբ երիտասարդներ են՝ 10-30 տ.: Ծիւեւը ավելացնում է սպոնտան պնևմոնորաքսի ռիսկը մոտ 20 անգամ:

Երկրորդային սպոնտան պնևմոնորաքսը ավելի լուրջ բարդություն է, քան առաջնայինը, քանի որ այն առաջացնում է շնչական ֆունկցիայի վատացում արդեն իսկ թոքային հիվանդությունից տառապող մարդկանց շրջանում:

Երկրորդային սպոնտան պնևմոնորաքսի պատճառներն են՝

Շնչական ուղիների ախտահարումները՝

- թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդություններ,

- թոքերի իսկական և կեղծ կիստաների բարդություններ,
- մուկովիսցիդոզ :

Վարակիչ հիվանդությունները՝

- տուբերկուլյոզ,
- դեստրուկտիվ թոքաբորբ,
- էլիմնոկոկոզ,
- պնևմոցիստային թոքաբորբ:

Թոքերի ինտերստիցիալ հիվանդությունները՝

- սարկոիդոզ,
- հիստիոցիտոզ X,
- իդիոպաթիկ պնևմոսկլերոզ,
- վեգեների գրանուլոմատոզ,
- լիմֆանգիոլեյոմիոմատոզ:

Շարակցական հյուսվածքի հիվանդությունները՝

- ռևմատոիդ արթրիտ,
- անկիլոզացնող սպոնդիլոարթրիտ,
- պոլիմիոզիտ և դերմատոմիոզիտ,
- սկլերոդերմիա,
- մարֆանի համախտանիշ:

Չարորակ նորագոյացությունները՝

- սարկոմա,
- թոքի քաղցկեղ:

Կրծքային էնդոմետրիոզը՝

- մենստրուալ պնևմոթորաքս:

Վերը նշվածները թվարկված են ըստ հանդիպման

հաճախականության նվազման:

Կլինիկական պատկերը և ախտորոշումը: Հիվանդները սովորաբար բողոքում են կրծավանդակի ցավերից, հևոցից և դժվարաշնչությունից, որոնք հանկարծակի առաջացել են ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունից, հազից կամ ծիծաղից հետո, երբեմն հանգստի վիճակում: Գանգատների ինտենսիվությունը պայմանավորված է թոքի

կոլապսի աստիճանով: Լարված պնևմոթորաքսի զարգացման դեպքում դիտվում են արտահայտված հևոց, հաճախասարտություն, ակրոցիանոզ, երբեմն պարանոցային երակների արտափքում, առիթմիա, զարկերակային ճնշման անկում: Ջնման ժամանակ կրծքավանդակի ախտահարված կողմը շնչառական ակտում հետ է մնում առողջ կողմից, բախմամբ որոշվում է բարձր տիմպանիկ հնչյուն, աուսկուլտացիայով շնչառությունը չի լսվում կամ խիստ թուլացած է: Ռենտգենաբանական հետազոտությամբ թոքամզային խոռոչում հայտնաբերվում է օդ և թոքի տարբեր աստիճանի կոլապս, լարված պնևմոթորաքսի դեպքում՝ միջնորմի օրգանների շեղում դեպի առողջ կողմը, միջկողային տարածքի լայնացում և ստոծանու գմբեթի ցածր դիրք:

Բուժում: Աննշան եզրային պնևմոթորաքսի դեպքում սահմանափակվում են դեղորայքային ախտանշային բուժմամբ և դինամիկ հսկողությամբ: Օդը սովորաբար ներծծվում է մի քանի օրվա ընթացքում: Անհրաժեշտության դեպքում կատարվում է թոքամզային խոռոչի պունկցիա օդի ասպիրացիայով: Մնացած դեպքերում ցուցված է թոքամզային խոռոչի դրենավորում 24-28 French. տրամաչափի դրենաժներով, ցանկալի է նախնական ախտորոշիչ թորակոսկոպիայից հետո, որը հաճախ հնարավորություն է տալիս ախտորոշելու հիմնական հիվանդությունը և ընտրելու հետագա բուժման եղանակը: Դասական տարբերակ է 2-րդ միջկողային տարածությունում միջին անրակային գծով կատարված դրենավորումը: Սակայն այդ մուտքով համարժեք թորակոսկոպիայի կատարումը դժվար է, որի պատճառով ավելի նպատակահարմար է դրենավորումը կատարել 4-րդ միջկողային տարածությունից առաջային և միջին անոթային գծերի միջև: Սահմանափակ պնևմոթորաքսի դեպքում դրենավորման տեղը որոշվում է ռենտգենաբանորեն: Դրենաժի վրա թոքի լրիվ բացման և օդի արտահոսքի բացակայության դեպքում դրենաժը հեռացվում է 3-4-րդ օրը, և հիվանդը դուրս է գրվում հետագա ամբուլատոր հսկողությամբ: Այն դեպքում, երբ թոքը չի բացվում, և առկա է օդի արտահոսք դրենաժով դրենավորումից հետո 48-72 ժամվա ընթացքում, ինչպես նաև կրկնվող

պնևմոթորաքսի դեպքում ցուցված է վիրահատական բուժում: Առաջնային սպոնտան պնևմոթորաքսի դեպքում սուլորաբար վիրահատությունը սահմանափակվում է թոքի բուլլոզ փոփոխված մասի ատիպիկ մասնահատմամբ (90% դեպքերում դա թոքի գագաթն է), կամ բուլլաների բացազատմամբ և կարմամբ: Երկրորդային սպոնտան պնևմոթորաքսի դեպքում վիրահատության ծավալը պայմանավորված է հիմնական հիվանդությամբ:

ՎՆԱՍՎԱԾՔԱՅԻՆ ՊՆԵՎՄՈԹՈՐԱՔՍ

Վնասվածքային պնևմոթորաքսը կարող է զարգանալ ինչպես կրծքավանդակի թափանցող, այնպես էլ փակ վնասվածքի հետևանքով:

Կրծքավանդակի թափանցող վնասվածքի դեպքում պնևմոթորաքսի առաջացման մեխանիզմն ակնհայտ է, քանի որ օդը հայտնվում է թոքամզի խոռոչում անմիջապես կրծքավանդակի պատի կամ թոքի դեֆեկտից: Կրծքավանդակի փակ վնասվածքի ժամանակ պնևմոթորաքսը կարող է զարգանալ ընդերային թոքամզի՝ կոտրված կողերի սուր եզրերով վնասվելու հետևանքով: Սակայն մի շարք հիվանդների մոտ կողերի կոտրվածք չի դիտվում: Պնևմոթորաքսը նրանց մոտ զարգանում է հետևյալ մեխանիզմով՝ կրծքավանդակի կտրուկ ճնշման հետևանքով ավելոլային ճնշումը կարող է այնքան մեծանալ, որ տեղի է ունենում ավելոլների պատռվածք, օդն անցնում է ինտերստիցիալ տարածություն՝ ճեղքելով այն դեպի ընդերային և միջնորմային թոքամզի: Վերջիններիս պատռվածքի դեպքում զարգանում է պնևմոթորաքս: Հազվադեպ դիտվում են նաև շնչափողի և գլխավոր բրոնխների պատռվածքներ:

Թոքամզային խոռոչի և մթնոլորտային օդի ազատ հաղորդակցման դեպքում դիտվում է բաց պնևմոթորաքս՝ կրծքավանդակի պատի բաց վերքով (արտաքին բաց պնևմոթորաքս) կամ շնչափողի և բրոնխների դեֆեկտով (ներքին բաց պնևմոթորաքս): Այդ ժամանակ ճնշումը թոքամզի խոռոչում դառնում է դրական, թոքը ենթարկվում է կոլապսի, զարգանում է պարադոքսալ շնչառություն, այսինքն՝ ներշնչման ժամանակ օդը

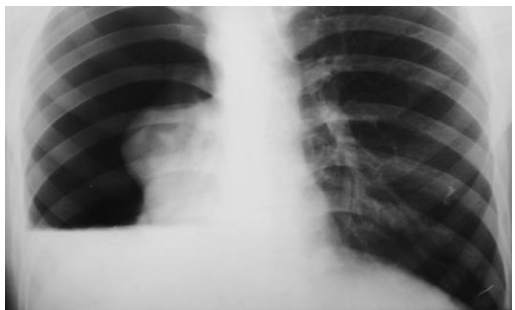
առողջ թոքում հայտնվում է ինչպես մթնոլորտից, այնպես էլ վնասված թոքից և հակառակը՝ արտաշնչման ժամանակ առողջից դեպի վնասված թոք:

Կարող է դիտվել նաև միջնորմի ֆլոտացիա (շնչառության ժամանակ միջնորմի ճոճանակաձև տեղաշարժում): Հարկ է առանձին նշել *լարված (նկ.3.9) կամ փականային պնևմոթորաքսը*, որը բաց պնևմոթորաքսի տարատեսակ է՝ պնևմոթորաքս միջնորմի օրգանների շեղմամբ դեպի առողջ կողմ: Այս դեպքում ներշնչման ժամանակ օդը վնասված թոքային հյուսվածքից կամ կրծքավանդակի պատի դեֆեկտից անցնում է թոքամզի խոռոչ, սակայն արտաշնչման ժամանակ դուրս չի գալիս, քանի որ թոքամզի դեֆեկտը փակվում է հարակից հյուսվածքներով: Դրա հետևանքով ճնշումը թոքամզային խոռոչում աստիճանաբար բարձրանում է, զարգանում է լարվածություն, որի պատճառով դիտվում են ռեսպիրատոր հիպօքսիա, սրտի աշխատանքի խանգարում, շոկ, որոնք համապատասխան բուժման բացակայության դեպքում կարող են հանգեցնել մահացու ելքի:

Մթնոլորտային օդի հետ հաղորդակցության բացակայության դեպքում դիտվում է *փակ պնևմոթորաքս*: Հարկ է նշել, որ վնասվածքային պնևմոթորաքսը մեծ մասամբ ուղեկցվում է պլևրայի խոռոչում արյան կուտակմամբ (կրծքավանդակի պատի, թոքի և միջնորմի օրգանների վնասված անոթներից), այսինքն՝ զարգանում է հեմոպնևմոթորաքս (նկ.3.10):



Նկ. 3.9. Լարված ՄՊ ձախից



Նկ. 3.10. Հեմոպնևմոթորաքս աջից

Կլինիկական պատկերը և ախտորոշումը: Հիվանդները գանգատվում են վնասվածքի կամ վերքի շրջանի ցավերից, որոնք ուժեղանում են հագի և շնչառության ժամանակ, հևոցից, երբեմն արյունախիտումից: Լարված պնևմոթորաքսի ժամանակ դիտվում են արտահայտված հևոց, տախիկարդիա, սկրոցիանոզ, երբեմն պարանոցի երակների արտափքում, առիթմիա, զարկերակային ճնշման անկում: Բուք վնասվածքի դեպքում մաշկային ծածկույթի ամբողջականության խախտում չի դիտվում, կարող են լինել սալջարդ, քերծվածք և արյունազեղում: Ինչպես թափանցող, այնպես էլ փակ վնասվածքների մի շարք դեպքերում առպատային թոքամզի դեֆեկտով օդի անցման հետևանքով կարող է զարգանալ ենթամաշկային էմֆիզեմա՝ փոքր տեղայինից մինչև տարածված (դեմքի, պարանոցի, ուսագոտու, վերջույթների, որովայնի պատի): Կրծքավանդակի ոսկրերի կոտրվածքի դեպքում շոշափմամբ կարելի է հայտնաբերել ոսկրային կրեպիտացիա: Մատնաբախմամբ վնասվածքի կողմում հայտնաբերվում է տիմպանիկ հնչյուն կամ հեմոպնևմոթորաքսի դեպքում բախման ձայնի բթացում ստորին հատվածներում: Աուսկուլտացիայով՝ վնասված կողմում շնչառությունը կամ ընդհանրապես բացակայում է, կամ խիստ թուլացած է, կարող են լսվել թաց խզզոցներ: Ռենտգենաբանորեն, ՀՇ հետազոտություններով հայտնաբերվում են թոքի կոլլապս, օդի և հեղուկի առկայություն թոքամզային խոռոչում, կողերի կամ կրծոսկրի կոտրվածք, ենթամաշկային էմֆիզեմա: Շնչափողի և գլխավոր բրոնխների կամ միջնորմային թոքամզի վնասվածքի դեպքում դիտվում է պնևմոմեդիաստիում: Վնասվածքային պնևմոթորաքսով հիվանդին անհրաժեշտ է կատարել բրոնխադիտական հետազոտություն, եթե կա բրոնխի և շնչափողի պատվածքի կասկած: Շնչափողի և բրոնխի պատվածքն արտահայտվում է արյունախիտումով, արտահայտված պնևմոթորաքսով, օդի անընդհատ հոսքով դեպի թոքամզի խոռոչ:

Ցայթրոզեն պնևմոթորաքս պետք է կասկածել հետևյալ դեպքերում՝ շնչառության կտրուկ վատացում ԹԱՇ-ի տակ գտնվող հիվանդի մոտ, մեխանիկական օդափոխության վատացում սիրտ-թոքային

վերակենդանացման ժամանակ, ինչպես նաև շնչառության վատացում կրծքավանդակի վիրաբուժական միջամտություններից հետո: Վերջնական ախտորոշումը կատարվում է ռենտգենյան հետազոտությունների հիման վրա:

Բուժում: Գործնականորեն բոլոր ուսումնական ձեռնարկներում բաց պնևմոթորաքսի դեպքում որպես առաջին օգնություն խորհուրդ է տրվում կրծքավանդակի պատի վերքի վրա օկլյուզիոն (փակոդ) հերմետիկ վիրակապի տեղադրում: Սակայն այդ դեպքում կարող է զարգանալ լարված պնևմոթորաքս իր բոլոր բարդություններով: Այդ պատճառով վիրակապը տեղադրելուց առաջ անհրաժեշտ է կատարել թոքամզի խոռոչի դրենավորում, կամ գոնե ապահովել օդի արտահոսքը թոքամզի խոռոչից՝ թողնելով վիրակապի մի ծայրը ազատ՝ կամ էլ ժամանակ առ ժամանակ բացելով վերքը: Ստացիոնարի պայմաններում կատարվում է վերքի ԱՎՄ և թոքամզի խոռոչի դրենավորում: Թորակոտոմիայի ցուցումներն են՝ օդի ծավալուն արտահոսք դրենաժով, շնչափողի, գլխավոր բրոնխների և կերակրափողի ախտորոշված վնասվածքներ, լարված պնևմոթորաքսի պահպանում՝ չնայած դրենաժի առկայությանը, կրծքավանդակի պատի և թոքի մեծ դեֆեկտի առկայություն. հեմոպնևմոթորաքսի ժամանակ՝ սրտի և գլխավոր անոթների վիրավորման կամ վիրավորման կասկածի դեպքում, դրենաժով միանվագ մոտ 1լիտր արյան ստացման, կամ 200մլ/ժամ արագությամբ շարունակվող ներթոքամզային արյունահոսության դեպքում:

ԹՈՔԱՍՉԱՅԻՆ ԱՐՏԱՔԻՐՏ

Թոքամզային արտաքիրտը թոքամզի խոռոչում հեղուկի կուտակումն է՝ հաճախ հանդիպող կլինիկական համախտանիշ, որը զարգանում է տարատեսակ ախտաբանական գործընթացների ժամանակ: Տարբերում են տրանսուդատային և էքսուդատային արտաքիրտ:

Տրանսուդատը շիճուկի սպիտակուցով աղքատ ուլտրաֆիլտրատ է, որի կուտակումը պայմանավորված է համակարգային հիդրոստատիկ

կոլոիդ-օսմոտիկ ճնշման փոփոխությամբ: Նորմայում առպատային թոքամզով տրանսուդացիան տեղի է ունենում 100մլ/ժ արագությամբ: Քանի որ ընդերային թոքամիզը կարող է ներծծել ժամում մոտ 300մլ հեղուկ, իսկ ավշանոթները կարող են դուրս բերել ևս 20մլ/ժ, հեղուկի կուտակում թոքամզի խոռոչում տեղի չի ունենում: Տրանսուդատային արտաքիրտը կուտակվում է այն դեպքում, երբ մազանոթային ճնշումը բարձր է կամ շիճուկի օնկոտիկ ճնշումը ցածր է այն աստիճանի, որ առաջացած թոքամզային հեղուկի քանակը գերազանցում է ներծծված հեղուկի քանակին:

Տրանսուդատային արտաքիրտը լինում է հետևյալ դեպքերում՝

1. կանգային սրտային անբավարարության,
2. լյարդի ցիռոզի,
3. նեֆրոտիկ համախտանիշի,
4. պերիտոնեալ դիալիզի,
5. գլոմերուլոնեֆրիտի,
6. միքսեդեմայի,
7. թոքային զարկերակի էմբոլիայի,
8. սարկոիդոզի:

Էքսուդատը սպիտակուցով հարուստ հեղուկ է, որն առաջանում է թոքամզի բորբոքման կամ ինֆիլտրացիայի հետևանքով մազանոթների թափանցելիության խանգարումից: Արտաքիրտն առաջանում է պլևրայի խոռոչում սպիտակուցի խտության բարձրացման, թոքամզի խոռոչից ավշային արտահոսքի իջեցման և թոքամզային խոռոչում ճնշման իջեցման հետևանքով:

Հետևյալ ցուցանիշերը բնորոշ են էքսուդատին, որով այն տարբերվում է տրանսուդատից. $pH < 7.2$, սպիտակուցի պարունակությունը $> 3,0g/100$ մլ, էրիթրոցիտների քանակը > 100.000 , ամիլազայի բարձր ակտիվություն, թոքամզային խոռոչի ԼԴԳ-ի (լակտատդեհիդրոգենազայի) հարաբերակցությունը արյան շիճուկում ԼԴԳ-ի նկատմամբ մեծ է 0,6-ից, միկրոօրգանիզմների առկայություն, երբեմն տհաճ հոտ, մածուցիկ բաղադրություն, մակարդման հակում:

Թոքամզային արտաքիրտի դասակարգումը

I. Բորբոքային արտաքիրտը լինում է՝

1. Ինֆեկցիոն (բակտերիային, վիրուսային, ռիկետսիային, միկոպլազմատիկ, սնկային) և մակաբուծային (ամեոբիազ, էլիինոկոկոզ, պարագոնիմոզ) հիվանդությունների դեպքում:
2. Պանկրեատոզեն (ֆերմենտոզեն):
3. Իմունաախտաբանական պրոցեսների դեպքում (Դրեսլերի հետինֆարկտային համախտանիշ, ռևմատիկ հիվանդություններ):

II. Ուռուցքային արտաքիրտը լինում է՝

1. Թոքամզի առաջնային ուռուցքների դեպքում (մեզոթելիոմա, սարկոմա):
2. Կրծքավանդակի պատի ուռուցքների դեպքում:
3. Լիմֆոմաների և լեյկոզների դեպքում:
4. Մետաստազների դեպքում:

III. Վնասվածքային արտաքիրտի պատճառներն են՝ կրծքավանդակի փակ և բաց վնասվածքները, թոքերի և ստոծանու վնասվածքները, աորտայի, կերակրափողի և կրծքային ավշածորանի պատվածքները, ճառագայթային թերապիան, էլեկտրատրավման:

IV. Մազանոթներում հիդրոստատիկ ճնշման բարձրացման հետևանքով առաջացած արտաքիրտ (կանգային սրտային անբավարարություն, ճնշող պերիկարդիտ, թոքային զարկերակի ծավալուն թրոմբոզներով):

V. Արյան շիճուկի օսկոտիկ ճնշման անկման հետևանքով առաջացած արտաքիրտ (նեֆրոտիկ համախտանիշ, լյարդի ցիռոզ, սպիտակուցային քաղց):

VI. Ոչ բորբոքային արտաքիրտ մազանոթների թափանցելիության բարձրացման դեպքում (միքսեղեմա, թոքային զարկերակի մանր ճյուղերի թրոմբոզներով):

VII. Այլ ծագման թոքամզային արտաքիրտ (սարկոիդոզ, աբբեստոզ, որովայնամզային դիալիզ, թոքերի լեյոմիոմատոզ, Մեյգս-Սալմոնի

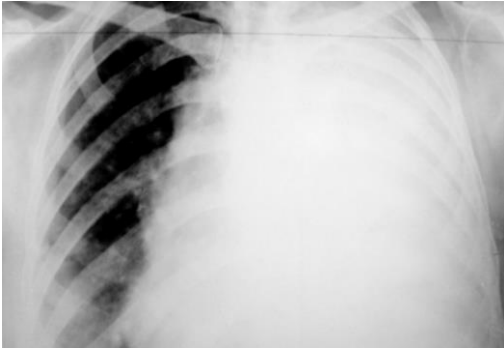
համախտանիշ (ձվարանների բարորակ ուռուցք՝ ուղեկցվող ասցիտով և պլևրային արտաքիրտով), դեղին եղունգների համախտանիշ (ձևախախտված դեղին եղունգներ, ավշային այտուց, թոքամզային արտաքիրտ), սուր գլոմերուլոնեֆրիտ, ուրեմիա):

Կլինիկական պատկերը, ախտորոշումը և բուժումը: Թոքամզային արտաքիրտի կլինիկական արտահայտումը պայմանավորված է հիմնական հիվանդության բնույթով և արտաքիրտի ծավալով: Բորբոքային արտաքիրտը (պլևրիտ) ձևավորվում է տարբեր աստիճանի արտահայտված բորբոքային պրոցեսի ժամանակ և սկսվում է չոր պլևրիտին բնորոշ համախտանիշով՝ ցավ կրծքավանդակում, առևսկուլտացիայի ժամանակ թոքամզի թերթիկների քսման աղմուկ: Ցավերը հաճախ ճառագայթվում են դեպի ուսագոտի կամ որովայն: Աննշան պլևրային արտաքիրտը կարող է լինել պատահական հայտնություն պլանային ռենտգենյան քննության ժամանակ, իսկ զանգվածային արտաքիրտը հաճախ հիվանդության հիմնական ախտանիշն է: Հիվանդները նշում են ծանրության զգացում կրծքավանդակում, հեղս և չոր հազ հեղուկի զգալի քանակի դեպքում: 3-6լ ծավալով զանգվածային թոքամզային արտաքիրտը կարող է առաջացնել հեմոդինամիկ ծանր խանգարումներ: Հեմոդինամիկ խանգարումներն այդ դեպքում պայմանավորված են միջնորմի տեղաշարժով դեպի առողջ թոքի կողմ՝ վերջինիս կոմպրեսիայով, դեպի սիրտ երակային հետհոսքի նվազմամբ՝ պայմանավորված ներպլևրային և ներմիջնորմային ճնշման բարձրացմամբ, արտամղման ծավալի նվազմամբ: Հիվանդների մոտ գրանցվում է զգալի հաճախաբարություն և հարածուն զարկերակային հիպոտենզիա հյուսվածքային հիպոքսիայի ախտանիշներով: Չգալի արտաքիրտի դեպքում հիվանդներն ընդունում են հարկադրական նստած դիրք կամ պառկում են հիվանդ կողմի վրա՝ փոքրացնելով ճնշումը միջնորմի վրա:

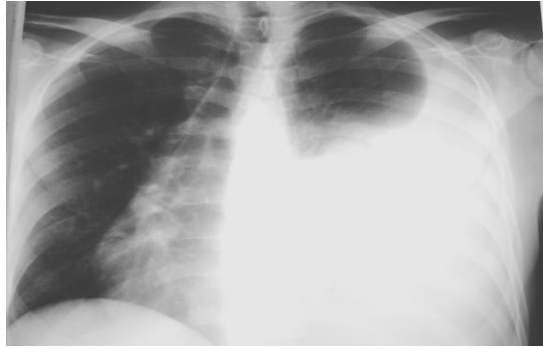
Զննման ժամանակ նկատվում է միջկողային տարածությունների լայնացում և արտափքում: Կուտակված հեղուկը տեղաշարժում է թոքը առաջ և վեր, որի պատճառով հեղուկի շերտը հետևից լինում է ավելի

հաստ, բախման ժամանակ որոշվում է հեղուկի մակարդակը Դամուագոյի գծի տեսքով: Արտաքիրտի վրա որոշվում է բախման բուժ հնչյուն: Զգալի արտաքիրտի դեպքում սրտի հարաբերական բթացման սահմանները շեղվում են դեպի առողջ կողմը: Աուսկուլտացիայի ժամանակ արտաքիրտի վրա որոշվում է շնչառական աղմուկների և ձայնի դողոցի թուլացում կամ վերացում: Անմիջապես արտաքիրտից վերև կարող է լսվել բրոնխային շնչառություն:

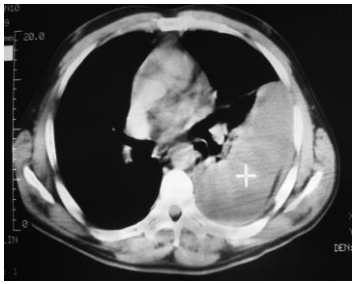
Ախտորոշման ընթացքում պետք է պարզել պլևրային արտաքիրտի առկայությունը և հայտնաբերել դրա պատճառը: Ամենից տեղեկատվականը պոլիպոզիցիոն ռենտգենյան հետազոտությունն է (հայտնաբերվում է հոմոգեն ինտենսիվ մթագնում հեղուկի կուտակման տեղում) (նկ. 3.11, 3.12) և ՀՇ-ն, երբեմն կիրառում են ՈՒՁՀ: Հեղուկը թոքամզի խոռոչում կարող է լինել ինչպես ազատ, այնպես էլ պարկավորված (գազաթային, հարկոդային, վերստոծանիական (նկ.3.13), հարմիջնորմային, միջբլթային (նկ.3.14)):



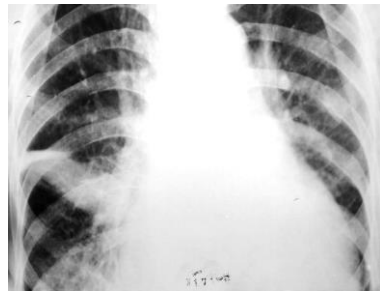
Նկ. 3.11. Տոտալ հիդրոթորաքս ձախից



Նկ. 3.12. Սուբտոտալ հիդրոթորաքս ձախից



Նկ. 3.13. Մահմանափակ արտաքիրտ. ՀՇ



Նկ. 3.14. Մահմանափակ արտաքիրտ մ/բ ճեղքում

Ախտորոշման և բուժման հիմնական հատուկ մեթոդը թոքաճեղքի խոռոչի պունկցիան է: Մովորաբար պունկցիան կատարում են հիվանդի նստած դիրքում, 7-8-րդ միջկողից թիակային գծով, իսկ պարկավորված հեղուկի դեպքում մատնաբախմամբ առավելագույն բթացման կամ ռենտգենաբանորեն նշած մակարդակից: Հեռացված հեղուկն ուղարկվում է կենսաքիմիական, բջջաբանական և մանրէաբանական հետազոտությունների:

Պլերային արտաքիրտով հիվանդի բուժման մեթոդը ճշտելու նպատակով առաջին հերթին պետք է պարզել արտաքիրտի բնույթը՝ տրանսուդատ է, թե՞ էքսուդատ: Եթե արտաքիրտը տրանսուդատ է, ուրեմն հետագա ախտորոշիչ հետազոտությունների կարիք չկա, և բուժումը պետք է ուղղել դեպի արտաքիրտի հիմքում ընկած ախտահարումը: Եվ հակառակը, եթե արտաքիրտը էքսուդատ է, անհրաժեշտ են հետագա ախտորոշիչ հետազոտություններ՝ արտաքիրտի առաջացման պատճառները հայտնաբերելու համար: Սակայն բոլոր այն դեպքերում, երբ մեծ ծավալի հեղուկն առաջացնում է հեմոդինամիկ և շնչառական խախտումներ, անհրաժեշտ է կատարել թոքի շտապ դեկոմպրեսիա: Հեղուկը հեռացնում են պունկցիայի կամ դրենավորման միջոցով: Մեծ քանակի հեղուկի միանվագ հեռացումը կարող է հանգեցնել նախկինում երկարատև կոլապսի ենթարկված արագ բացվող թոքի միակողմանի այտուցի՝ գազափոխանակման ծանր

խանգարմամբ: Այդ բարդության կանխարգելման միջոց է առավելագույնը 1լ հեղուկի հեռացում պունկցիոն եղանակով, կամ դրենավորման դեպքում 300-500 մլ հեղուկի կոտորակային բացթողումը 25-30 րոպեն մեկ: Նշանակվում է հիմնական հիվանդության համապատասխան դեղորայքային բուժում. բորբոքային էքսուդատի դեպքում՝ հակաբիոտիկներ, ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային միջոցներ, խորխաբերներ, թթվածնի ինհալյացիա: Որոշ քրոնիկական պլերային արտաքիրտերի դեպքում ցուցված է կատարել քիմիական պլերոդեզ, որի ցուցումներն են անբուժելի ուռուցքային արտաքիրտը, հիպոպրոտեինեմիկ արտաքիրտը, դեղին եղունգների համախտանիշը, երբեմն արյան շրջանառության անբավարարությունը և խիլոթորաքսը: Պլերոդեզը կատարվում է այն դեպքերում, երբ հեղուկի հեռացումը նպաստում է հիվանդի վիճակի բարելավմանը: Այն ցուցված է միայն այն դեպքում, երբ հեղուկի արտադրությունը շատ է, և դրա հեռացումից հետո թոքը լրիվ բաց է, միջնորմի շեղում չկա: Ներկայումս որպես սկլերոզացնող նյութ հիմնականում օգտագործում են տալկի ստերիլ կախույթը:

Հեմոթորաքսը սպոնտան կամ հետվնասվածքային արյան կուտակումն է թոքամզի խոռոչում: Պատճառները կարող են լինել թոքամզի և թոքի տրավմատիկ վնասվածքները, ենթապլերալ բշտերի պատռվածքները, թոքերի դեստրուկտիվ հիվանդությունները, նորագոյացությունները, արյան հիվանդությունները հեմոռագիկ դիաթեզի երևույթներով, աորտայի շերտազատվող անևրիզմը: Կլինիկական պատկերը որոշվում է ըստ արյունահոսության պատճառի և կորցրած արյան ծավալի: Ծավալուն արյունահոսության դեպքում զարգանում է կոլապտոիդ վիճակ (մաշկային ծածկույթների գունատություն, ՋՀ անկում, հաճախասրտություն, ուշագնացություն): Ի տարբերություն հեմոռագիկ արտաքիրտի՝ հեմոթորաքսի ժամանակ պլերայի հեղուկի հեմատոկրիտը պերիֆերիկ արյան հեմատոկրիտի ոչ պակաս քան 50%-ն է: Արյունահոսության անընդհատությունը և դադարումը որոշելու նպատակով օգտագործում են Ռուվիլուա-

Գրեգուարի փորձը. եթե թոքամզի խոռոչից հեռացված արյունը մակարդվում է, ուրեմն արյունահոսությունը շարունակվում է, հակառակ դեպքում՝ դադարել է: Շարունակվող արյունահոսության դեպքում ցուցված է թոքամզային խոռոչի դրենավորում: Շտապ դրենավորման առավելություններն են՝ 1) արյան լիարժեք հեռացումը թոքամզի խոռոչից, 2) արյունահոսության լրիվ դադարեցումը թոքամզի փոքր վնասվածքների դեպքում, 3) արյան կորստի քանակական գնահատման հնարավորությունը, 4) հետագայում մակարդված հեմոթորաքսի և էմպիեմայի վերածվելու հավանականության նվազումը, քանի որ արյունը համարվում է սննդարար լավ միջավայր, 5) թոքամզի խոռոչից ստացված արյունը հնարավոր է հետ ներարկել հիվանդին:

Հեմոթորաքսով և հեմոպնևմոթորաքսով հիվանդների վիրահատական ցուցումները նույնն են՝ սրտի և գլխավոր անոթների վիրավորում կամ վիրավորման կասկած, դրենաժով մոտ 1լիտր արյան միանվազ ստացում, կամ 200 մլ/ժամ արագությամբ շարունակվող ներալևրալ արյունահոսություն:

Խիլոթորաքսը (ավշային արտաքիրտ) ավելի քան 50% դեպքերում զարգանում է ուռուցքների (վերջիններիս 75%-ը լիմֆոմաներն են) կամ կրծքային ավշածորանի վնասվածքների հետևանքով: Իդիոպաթիկ խիլոթորաքսը կարող է զարգանալ հագի, զկռոտցի և հորանջելու հետևանքով: Հազվադեպ պատճառներն են ձախ ենթասնրակային երակի թրոմբոզը, կրծքային ծորանի լիմֆանգիտը, թոքերի լիմֆանգիոմիոմատոզը: Խիլոթորաքսի ախտանիշերը որոշվում են արտաքիրտի ծավալով, քանի որ ավիշը չի գրգռում թոքամիզը և չի ինֆեկցվում: Վնասվածքի դեպքում դիտվում է գաղտնի շրջան, երբ ավիշը կուտակվում է միջնորմում, էքստրապլևրալ՝ ձևավորելով խիլոմա, որի պատռումը դեպի թոքամզի խոռոչ ուղեկցվում է հևոցով, երբեմն կոլպասով: Խիլոթորաքսի ժամանակ ցուցված է անկողնային ռեժիմ, հիվանդին նշանակում են պարենտերալ սնուցում կամ հատուկ սննդակարգ ճարպերի սահմանափակմամբ: Թոքամզի խոռոչը դրենավորում են, որը կարող է նպաստել թոքի բացմանը և կրծքային

ծորանի դեֆեկտի (թերության) ինքնուրույն փակմանը: Այդ բուժման ոչ արդյունավետության դեպքում կատարում են պլևրոդեզ կամ թորակոտոմիա՝ կրծքային ավշածորանի կապումով: Եթե խիլոթորաքսը պայմանավորված է լիմֆոմայով կամ մետաստատիկ քաղցկեղով, կատարում են միջնորմի ճառագայթային բուժում և քիմիաթերապիա:

Պսևդոխիլոթորաքսը ձևավորվում է քրոնիկական թոքամզային արտաքիրտի ժամանակ, սովորաբար տուբերկուլյոզի կամ ռևմատոիդ արթրիտի պատճառով: Պսևդոխիլոզ հեղուկում առկա է մեծ քանակի խոլեստերին, որի բյուրեղները հայտնաբերվում են մանրադիտակով, խիլոմիկրոնները բացակայում են, եռզլիցերիդների պարունակությունը սովորաբար ավելի ցածր է, քան ավիշում: Թոքամիզն այս դեպքում հաստացած է, երբեմն կրակալված:

ԹՈՔԱՍԶԻ ԷՄՊԻԵՄԱ

Թոքամզի էմպիեման կամ թարախային պլևրիտը թոքամզի թերթիկներում բորբոքային պրոցեսն է, որը հանգեցնում է թարախի կուտակմանը թոքամզի խոռոչներում (նկ.3.15):

Թոքամզի էմպիեմայի դասակարգումը

Թոքամզի էմպիեման դասակարգում են՝

I. Ըստ ծագման՝

1. Առաջնային.

ա. թափանցող վնասվածքների հետևանքով,

բ. թոքերի և միջնորմի օրգանների վիրահատական միջամտություններից հետո,

գ. բակտերեմիայի հետևանքով:

2. ***Երկրորդային,*** առաջանում են կրծքավանդակի և ենթաստոծանիական տարածության բորբոքային պրոցեսով ախտահարված օրգաններից վարակի տարածման դեպքում:

II. Ըստ հարուցիչի բնույթի՝

1. *ուչ սպեցիֆիկ* (ստրեպտոկոկ, պնևմոկոկ, ստաֆիլոկոկ, անաերոբներ),

2. *սպեցիֆիկ* (տուբերկուլյոզային, սնկային),

3. *խառը*:

III. Ըստ էքսուդատի բնույթի՝

1. *թարախային*,

2. *նեխային*,

3. *թարախանեխային*:

IV. Ըստ հիվանդության փուլի՝

1. *սուր* (մինչև 2 ամիս),

2. *քրոնիկական* (2 ամսից ավելի):

V. Ըստ թարախային խոռոչի բնույթի և տեղակայման՝

1. *ազատ էմպիեմաներ* (տոտալ, սուբտոտալ),

2. *պարկավորված էմպիեմաներ*. քաղցրահամ, բազմախոռոչավոր,

միախոռոչավոր (ապիկալ, հարպատային, միջնորմային, բազալ, միջբլթային):

VI. Ըստ արտաքին միջավայրի հետ հաղորդակցության բնույթի՝

1. *արտաքին միջավայրի հետ չհաղորդակցվող* (բուն էմպիեմա),

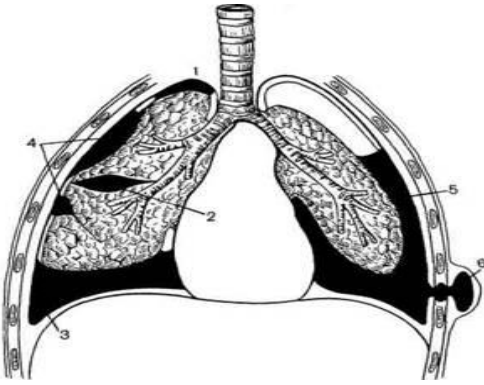
2. *արտաքին միջավայրի հետ հաղորդակցվող* (պիոպնևմոթորաքս):

VII. Ըստ բարդությունների բնույթի՝

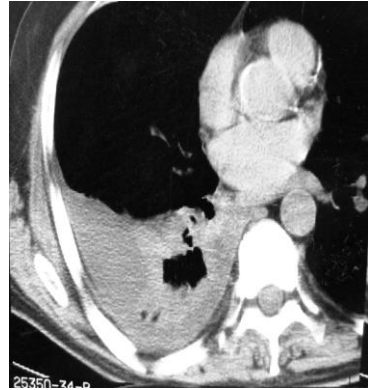
1. *չբարդացած*,

2. *բարդացած* (բրոնխոպլևրային, մաշկապլևրային կամ

մաշկապլևրոբրոնխային խուղակով, ենթապեկտորալ ֆլեգմոնայով, ֆիբրոթորաքսով, երիկամային, լյարդային ֆունկցիաների խանգարմամբ, մեդիաստինիտով, պերիկարդիտով և այլն):



Նկ. 3.15. Էմֆիեմայի ձևեր



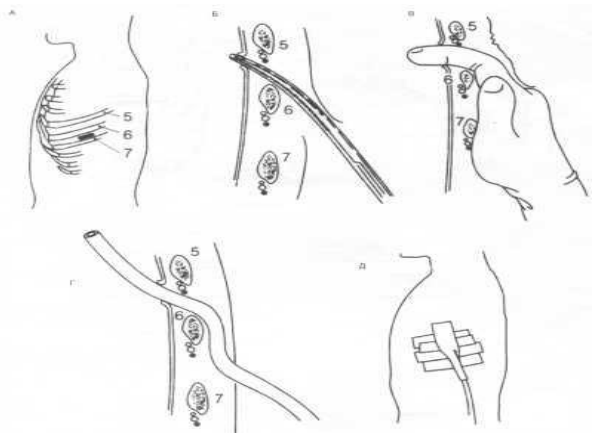
Նկ. 3.16. Աջակողմյան էմֆիեմայի շՇ պատկեր

Սուտ 88% դեպքերում հիվանդների թոքամզի էմֆիեման թոքերի սուր և քրոնիկական թարախային հիվանդությունների (թոքաբորբ, թոքի փտախտ, թոքի թարախակույտ, առաջնային բրոնխոէկտազներ) ու միայն 18% դեպքերում վնասվածքի և արտաթոքային պրոցեսների հետևանք է:

Հիվանդության սկիզբը կարող է լինել ինչպես սուր, այնպես էլ քողարկված, սակայն ընդհանուր փոփոխությունները թարախային պլերիտի դեպքում ավելի արտահայտված են, քան շճաֆիբրինայինի դեպքում: Սուր ընթացող թարախային պլերիտները սկսվում են բարձր ջերմությամբ (39-40° C), սարսուռով, առատ քրտնարտադրությամբ, կրծքավանդակի շրջանի ցավով, ընդհանուր թուլությամբ և ինտոքսիկացիայի այլ դրսևորումներով: Թոքամզի խոռոչում մեծ քանակի թարախի կուտակման դեպքում թոքը սեղմվում է, միջնորմի օրգանները տեղաշարժվում են հակառակ կողմ, որը հանգեցնում է հևոցի, մաշկային ծածկույթի գունատության, տեսանելի լորձաթաղանթների ցիանոզի: Հատկապես ծանր և բուռն պատկեր է ձևավորվում դեպի պլերայի խոռոչ թարախակույտի բացման ժամանակ: Ֆիզիկական քննությամբ հայտնաբերվում են պլերային արտաքիրտին բնորոշ ախտանիշեր՝ կրծքավանդակի համապատասխան կեսի հետ մնալը շնչառական ակտի ժամանակ, միջկողերի լայնացում և արտափքում մեծ քանակի

էքսուդատի դեպքում, պերկուտոր հնչյունի բթացում և շնչառության թուլացում էմպիեմայի տեղակայման պրոյեկցիայով: Ծայրամասային արյան մեջ նկատվում են նեյտրոֆիլային բարձր լեյկոցիտոզ ձախ շեղումով, ԷՆԱ-ի մեծացում, հաճախ՝ անեմիա (սակավարյունություն): Ախտորոշումը կատարվում է կլինիկական պատկերի, ռենտգենյան քննության և թոքամզի պունկցիայի հիման վրա (նկ.3.16): Ռենտգենաբանական քննությունն առավել կարևոր է սահմանափակ էմպիեմայի ժամանակ: Ստացված թարախը ենթարկում են մանրէաբանական հետազոտման, որոշում են հակաբիոտիկների նկատմամբ զգայունությունը:

Բուժում: Ինչպես և ցանկացած թարախային բորբոքման ժամանակ, բուժման հիմնական պայմանն է թարախային էքսուդատի առավելագույնս վաղ ժամկետում լիարժեք հեռացումը: Հիմնական մեթոդը թոքամզի խոռոչի դրենավորումն է ակտիվ արտաձմամբ (10-20 մմ ջրի սյուն), որը հանգեցնում է թոքի արագ բացմանը և էմպիեմայի խոռոչի օբլիտերացիային (նկ.3.17, 3.18): Պունկցիոն եղանակով կարելի է բուժել միայն փոքր՝ 80-100 մլ ծավալով սահմանափակ էմպիեմաները (սովորաբար հետվիրահատական): Դժվար տեղակայմամբ սահմանափակ էմպիեմաների դեպքում ցուցված է կողի ենթավերնոսկրային մասնահատմամբ դրենավորում ընդհանուր անզգայացմամբ:



*Նկ. 3.17. Թորակալ դրենաժ՝
միացված ակտիվ
արտածման սարքին*

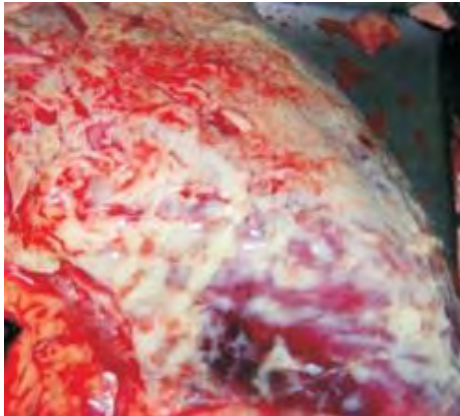
*Նկ. 3.18. Թորամզի խոռոչի դրենավորման
փուլերը*

Դրանից բացի անհրաժեշտ է՝ ա) հիպօքսիայի վերացում (թթվածնի ինհալյացիա, խորխաբերներ, բրոնխաձառի սանացիա), բ) ինտենսիվ ինֆուզիոն դեզինտոքսիկացիոն (թունագերծող) թերապիա, գ) արդյունավետ հակաբիոտիկային թերապիա. մինչև մանրէաբանական հետազոտությունների արդյունքները ստանալը նշանակում են լայն սպեկտրի հակաբիոտիկներ, որոնք ընկճում են ինչպես աերոբ, այնպես էլ անաերոբ միկրոֆլորան, պատասխանները ստանալուց հետո նշանակում են հակաբիոտիկ, որի նկատմամբ տվյալ հարուցիչն ունի առավելագույն զգայունություն, դ) սպեցիֆիկ էմպիեմայի դեպքում՝ հակատուբերկուլյոզային կամ հակասնկային միջոցներ, ե) սիմպտոմատիկ բուժում՝ սրտի աշխատանքի, ԹՀՀ-ի կանոնավորում, արյան բաղադրիչների փոխներարկում և այլն: Նաև կատարվում է խոռոչի լվացում հակաբիոտիկների և հակասեպտիկների լուծույթներով (ընտրության միջոց՝ 1-2 %-անոց բետադինի լուծույթ):

ՏԻԲՐՈԹՈՐԱՔՍ

Թորամզում ինտենսիվ բորբոքային պրոցեսը կարող է ուղեկցվել ֆիբրոթորաքսի զարգացմամբ (նկ.3.19): Այդ դեպքում թոքը գտնվում է կոլապսված վիճակում, ֆիբրինոլ հարուստ թոքամզային հեղուկից ընդերային թոքամզի վրա աստիճանաբար ձևավորվում է ֆիբրոզ հյուսվածքի հաստ շերտ՝ պատյան: Թորամզի խիստ հաստացման հետևանքով հեմիթորաքսի ծավալը փոքրանում է, և դրա շարժունակությունը՝ նվազում: Հիվանդության զարգացման ընթացքում փոքրանում են միջլոբային տարածությունները, միջնորմը շեղվում է դեպի ախտահարված կողմը: Ռենտգենաբանական հետազոտությամբ հայտնաբերվում է կոլապսված թոք՝ պատված հաստ պատյանով: Երբեմն

պատյանի ներսային մակերեսը կարող է լինել կրակաված, որը հնարավորություն է տալիս ճշգրիտ որոշելու պատյանի հաստությունը: Սակայն հաճախ նրա տարանջատումը ընդերային թոքամզից հնարավոր չի լինում: Ֆիբրոթորաքսի հիմնական 3 պատճառներն են՝ 1) հեմոթորաքսը, 2) տուբերկուլյոզը, 3) թոքերի բակտերիային վարակը: Սակայն որոշ դեպքերում այն կարող է լինել պանկրեատիտի, անոթային կոլագենոզի կամ ուրեմիայի պատճառով: Ֆիբրոթորաքսը հանգեցում է թոքի ֆունկցիայի զգալի խախտման, ծանր դեպքերում ախտահարված կողմի վրա օդափոխությունը և պերֆուզիան բացակայում են: Ֆիբրոթորաքսի միակ բուժման եղանակն է թորակոտոմիան, թոքի դեկորտիկացիան և առպատային պլերեկոտոմիան, որն ապահովում է ընդերային թոքամզից ֆիբրոզ պատյանի հեռացումը, թոքի բացումը և ադեկվատ օդափոխությունը, թոքամզի խոռոչի սանացիան: Դեկորտիկացիայից հետո ֆունկցիոնալ լավացման աստիճանը կարող է լինել տարբեր: Այն որոշվում է պատյանի տակ գտնվող թոքի ախտահարման աստիճանով: Պարենքիմի ախտահարման բացակայության դեպքում դեկորտիկացիայից հետո ԹԿԾ-ն կարող է ավելանալ ավելի քան 50%-ով:



Նկ. 3.19. Ֆիբրոթորաքս

ԹՈՔԱՍՉԻ ՈՒՌՈՒՅՔՆԵՐ

Տարբերում են թոքամզի առաջնային և երկրորդային կամ մետաստատիկ ուռուցքներ:

Թոքամզի առաջնային ուռուցքներ: Մրանք թոքամզի թերթիկներից առաջացած բարորակ և չարորակ ուռուցքներ են՝ մեզոթելիոմա և մեզենքիոմա, ինչպես նաև կրծքավանդակի պատի հյուսվածքներից առաջացած ուռուցքներ (ֆիբրոմաներ, խոնդրոմաներ, օստեոմաներ, անգիոմաներ, սարկոմաներ):

Թոքամզի մեզոթելիոմա: Մեզոթելիոման զարգանում է շճային խոռոչների մեզոթելային բջիջներից: Մոտ 80% դեպքերում տեղակայված է թոքամզում, իսկ 20%՝ որովայնամզում: Պատճառագիտական գործոնը ասբեստոզն է, հզոր ուղեկցող գործոն է ծխելը: 15% դեպքերում սա բարորակ ուռուցք է, 85%՝ չարորակ:

Բարորակ ձևը սովորաբար ընթանում է ախտանիշերի, եզակի հանգույցի ձևով: Դրա մեծ չափերի դեպքում կլինիկական պատկերը պայմանավորված է հարակից օրգանների մեխանիկական ազդեցությամբ՝ ճնշում է թոքը, առաջացնում շնչառության և հեմոդինամիկայի խանգարումներ, առկա են ցավեր կրծքավանդակում: Ռենտգենաբանորեն ուռուցքը սոլիտար, հստակ սահմանագատված անորոշ ձևի զանգված է, որը տեղակայված է թոքի ծայրամասային հատվածներում կամ միջբլթային ճեղքում: 10 % դեպքերում ուռուցքը կարող է ուղեկցվել թոքամզային արտաքիրտով, սակայն դրա առկայությունը կամ բացակայությունը չեն ազդում վերջնական արդյունքի վրա: Ուռուցքը կարող է զբաղեցնել ամբողջ հեմիթորաքսը՝ ճնշելով և շեղելով միջնորմը դեպի հակառակ կողմը: Բարորակ մեզոթելիոմաների դեպքում խորհուրդ է տրվում ուռուցքի արմատական վիրաբուժական հեռացում, որից հետո միայն 10% դեպքերում զարգանում է ռեցիդիվ (այն կարող է ի հայտ գալ նույնիսկ 10 տարի հետո): Այս պատճառով նման հիվանդներին խորհուրդ է տրվում կրծքավանդակի ամենամյա ռենտգենյան հետազոտություն:

Չարորակ մեզոթելիոման ազրեսիվ ուռուցք է, կանանց շրջանում 2 անգամ ավելի հաճախ է հանդիպում: Ուռուցքը պոլիցենտրիկ է, թոքամզում տեղակայված բազմաթիվ հանգույցներով, որոնք ձևավորում են յուրահատուկ ուռուցքային շերտ՝ դիֆուզ մեզոթելիոմա: Ուռուցքը արագ ներաճում է դեպի թոք և միջնորմ: Առաջին ախտանիշերից մեկը թոքամզի խոռոչում հեղուկի կուտակումն է, որը հաճախ լինում է հեմոռագիկ բնույթի: Հիվանդների տարիքը տատանվում է 40-70 տ., նրանց մեծ մասը երկարատև շփում է ունենում ազրեստի հետ (20 և ավելի տարի): Մեծ մասամբ հիվանդությունը սկսվում է կրծքավանդակի աստիճանաբար ուժեղացող ցավերով և շնչառության դժվարացմամբ: Սովորաբար ցավերը սկսվում են բժշկին դիմելուց մի քանի ամիս առաջ: Հիվանդության զարգացման ընթացքում դիտվում է մարմնի քաշի անկում, առաջանում է նոպայաձև չոր հագ, ավելանում է հևոցը, որոշ դեպքերում կարող է դիտվել ենթատենդային ջերմություն, երբեմն կարող են առաջանալ հիպերգլիկեմիա, հիպերտոքսիկ օստեոարթրոպաթիա, չնայած դրանք ավելի բնորոշ են բարորակ մեզոթելիոմային: Ռենտգենաբանական տվյալներից կրծքավանդակի ռենտգենագրամայով գործնականում միշտ հայտնաբերվում է թոքամզային հեղուկ, հաճախ բավական արտահայտված, որը և դժվարացնում է բուն ուռուցքի հայտնաբերումը: Հիվանդության զարգացման ընթացքում կարող են դիտվել միջնորմի շեղում դեպի հիվանդ կողմը, սրտի և միջնորմի ստվերների լայնացում, որը վկայում է ուռուցքի ներաճումը դեպի սրտապարկ, կողերի քայքայման առկայություն: ՀՇ-ով հնարավոր է հայտնաբերել թոքամզի հաստացում անհարթ հանգուցավոր ներսային մակերեսով, որը տարբերում է ուռուցքը թոքամզի այլ գեներգի հաստացումներից: Չարորակ մեզոթելիոմայի միակ ստույգ ախտորոշման ձևը թոքամզի բաց կամ վիդեոթորակոսկոպիկ բիոպսիան է:

ԹՈՔԱՄՉԻ ՄԵԶՈԹԵԼԻՈՍՄՅՐ TNM ԴԱՍՍԿԱՐԳՈՒՄԸ

T-Առաջնային ուռուցք.

T_x-առաջնային ուռուցք հայտնաբերված չէ,

T0-առաջնային ուռուցքի նշաններ չկան,

T1-առաջնային թոքամզի սահմանափակ ուռուցք,

T2-ուռուցքը տարածվում է թոքի, ներկրծքային փակեղի, ստոծանու կամ սրտապարկի վրա,

T3-ուռուցքը ներառում է կրծքավանդակի պատի մկանների, կողերի, միջնորմի բջջանքի և օրգանների վրա,

T4-ուռուցքը տարածվում է կոնտրլատերալ (համակողմյա) թոքամզի և թոքի, որովայնամզի և որովայնի օրգանների, պարանոցի վրա:

N-Ռեզիոնար ավշահանգույցներ.

Nx-մետաստազներ հայտնաբերված չեն,

N0-մետաստազներ չկան,

N1-ախտահարված կողմի թոքարմատի և շուրջբրոնխային ավշահանգույցների մետաստազներ,

N2-ախտահարված կողմի բիֆուրկացիոն և միջնորմային ավշահանգույցների մետաստազներ,

N3-հակառակ կողմի միջնորմի, թոքարմատի, պրեսկալենային և ենթաանրակային ավշահանգույցներում մետաստազներ:

M-Հեռավոր մետաստազներ.

Mx-հեռավոր մետաստազներ հայտնաբերված չեն,

M0-հեռավոր մետաստազներ չկան,

M1-առկա են հեռավոր մետաստազներ:

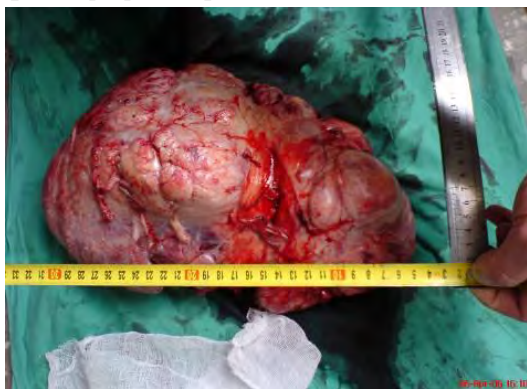
Բուժումը: Վիրահատական բուժումը միակ միջոցն է, որը հիվանդին ապրելու հույս է տալիս: Հիվանդների մեծ մասը մահանում է առաջնային ուռուցքի զարգացման փուլում, չնայած հեմատոգեն և լիմֆոգեն տարածումը դիտվում է 30 % հիվանդների մոտ: Վիրաբուժական միջամտությունները բնորոշվում են որպես ծավալուն (թոքամզի, թոքի, ավշահանգույցների, սրտապարկի, ստոծանու) լայն մասնահատումներ: Արմատական պլերոպանմոնէկտոմիան, զուգակցված քիմիոթերապիայի և ճառագայթային թերապիայի հետ, հնարավորություն են տալիս երկարացնելու հիվանդի կյանքը, չնայած կյանքի 5-ամյա երկարացումը հազվադեպ է լինում:

ԹՈՔԱՍՁԻ ՄԵԶԵԼՔԻՄՈՍԱ

Սա թոքամզի շարակցական թիթեղի ուռուցք է, որի մեջ պարտադիր կան մեզենքիմայի ոչ պակաս, քան 2 ածանցյալ, որոնք այլ ուռուցքներում միաժամանակ չեն հանդիպում: Բարորակ մեզենքիմոման կլինիկորեն և ռենտգենաբանորեն քիչ է տարբերվում բարորակ մեզոթելիոմայից, ախտորոշումը հաստատվում է հյուսվածաբանական քննությամբ (նկ.3.20, 3.21): Չարորակ մեզենքիմոման և թոքամզի առաջնային սարկոման հանդիպում են հազվադեպ: Կլինիկական պատկերը զարգանում է ավելի արագ, քան մեզոթելիոմայի դեպքում: Բուժումը վիրահատական է, հիվանդության ելքն անբարենապաստ է:



Նկ. 3.20. Գիզանտ մեզենքիմոմայի ՀՇ պատկեր



Նկ. 3.21. Թոքամզի գիզանտ մեզենքիմոմա

Թոքամզի երկրորդային մետաստատիկ ուռուցքներ: Երկրորդային մետաստատիկ ուռուցքները կամ մետաստատիկ պլերիտը զարգանում են իմպլանտացիոն, լիմֆոգեն կամ հեմատոգեն մետաստազավորման միջոցով: Սկզբնական շրջանում արտահայտվում են թոքամզի բազմակի հանգուցավոր ախտահարումներով և քաղցկեղային լիմֆանգիտով: Կլինիկական պատկերը զարգանում է կրծքավանդակում ցավերի առաջացմամբ և աստիճանաբար խորացող հևոցով, քանի որ արագ ավելանում է արտաքիթի քանակը: Ախտորոշումը հաստատվում է

հեռացված հեղուկի բջջաբանական կամ թոքամզի հետազոտման հիման վրա: Բուժման եղանակը թոքամզի խոռոչի պունկցիան է կամ դրենավորումը, քիմիական պլերոդեզը:

ԹՈՔԵՐԻ ԷՄՖԻԶԵՄԱ

Թոքերի էմֆիզեման (ԹԷ) ինչպես ծանրության ընթացքով, այնպես էլ տարածվածությամբ գրավում է առաջատար տեղ շնչառական ուղիների հիվանդությունների շարքում: ԹԷ-ով հիվանդացությունն անընդհատ մեծանում է, հատկապես տարեցների շրջանում: Դիաֆերձման ժամանակ 60-ն անց անձանց շրջանում էմֆիզեմա հայտնաբերվում է 60%-ի մոտ, այնինչ կլինիցիստներն այս հիվանդությունն ախտորոշում են 20 %-ից էլ պակաս դեպքերում:

Թոքերի էմֆիզեման թոքային հյուսվածքի օրգանական ախտահարումն է: Այն առանձնանում է օդատար ուղիների ախտաբանական լայնացմամբ, որոնք տեղակայված են տերմինալ բրոնխիոլների ծայրամասային հատվածում և ուղեկցվում են արվեոլային պատի դեստրուկտիվ (կազմալուծական) փոփոխություններով: ԹԷ-ն քրոնիկական օբստրուկտիվ բրոնխիտի (ՔՕԲ) և բրոնխային ասթմայի (ԲԱ) հետ միասին դասվում է թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդությունների շարքին (COPD): Թոքերի էմֆիզեման ախտածնական հատկանիշերով դասակարգվում է առաջնայինի և երկրորդայինի: Առաջնային ԹԷ-ն զարգանում է առանց նախորդող բրոնխաթոքային ախտաբանության և հանդիպում է որպես ինքնուրույն նոզոլոգիական ձև: Վերջին ժամանակներում նրա զարգացման մեջ կարևոր նշանակություն է տրվում գենետիկական գործոններին, մասնավորապես ալֆա-1-հակատրիպսինի անբավարարությանը: Երկրորդային ԹԷ-ն առաջանում է շնչական ուղիների այլ հիվանդությունների, առաջին հերթին ՔՕԲ-ի հետևանքով: Ըստ ախտահարման տարածվածության տարբերում են ԹԷ-ի դիֆուզ և լոկալ ձևեր: Առաջնային և երկրորդային ԹԷ-ն, որը զարգացել է ՔՕԲ-ի հիման վրա, պատկանում է դիֆուզ ձևին: Թոքային պարենքիմի

և թոքամզի սպիական փոփոխությունները, բրոնխաձառի տեղային անանցանելիությունը, թոքային հյուսվածքի բնածին արատները, թոքի մի մասի գերձգվածությունը՝ դրա մյուս մասի կնճռոտման կամ վիրաբուժական հեռացման հետևանքով, հանգեցնում են էմֆիզեմայի տեղային (լոկալ) ձևերի զարգացմանը (իռեգուլյար, բուլլոզ, հարսպիական): ԹԷ-ի զարգացմանը նպաստող էկզոգեն գործոնների մեջ մեծ նշանակություն ունեն ծխելը, մթնոլորտային օդի աղտոտվածությունը, թոքային վարակները: Առանձնապես խիստ ազդեցիվ գործոն է ծխելը, որի ինտենսիվությամբ և տևողությունից է պայմանավորված հիվանդության ծանրության աստիճանը: Ծխախոտի՝ ԹԷ առաջացնող առավել հավանական բաղադրիչներից են կադմիումը, ազոտի օքսիդը և ծծումբը:

ԹԷ-ի մորֆոլոգիական դասակարգումը կատարվում է նրա և աջինուսի տարբեր մասերի փոխհարաբերության հիման վրա: Տարբերում են պանացինար (պանլոբուլյար), ցենտրիացինար (ցենտրիլոբուլյար, պրոքսիմալ), պերիացինար (դիստալ, պարասետալ), իռեգուլյար (հարսպիական) և բուլլոզ էմֆիզեմա:

Պանացինար էմֆիզեման բնորոշվում է աջինուսի հյուսվածքի քիչ թե շատ հավասարաչափ ախտահարմամբ: Փոփոխությունները գերակշռում են թոքի ստորին հատվածներում, որոնք զարգանում են առաջնային դիֆուզ էմֆիզեմայով հիվանդների մոտ և պայմանավորված են ալֆա 1-հակատրիպսինի անբավարարությամբ: *Ցենտրիացինար* էմֆիզեմայի դեպքում փոփոխությունները տեղի են ունենում առաջին հերթին աջինուսի կենտրոնական մասում, զարգանում է ՔՕԲ-ով հիվանդների մոտ և տեղակայվում է առավելապես թոքերի վերին հատվածներում: Պերիացինար էմֆիզեմայի դեպքում ախտահարվում են առավելապես աջինուսների ծայրամասային հատվածները: Իռեգուլյար էմֆիզեմայի և աջինուսի փոխհարաբերությունը պարզելը դժվար է, քանի որ նրա զարգացումը հաճախ կապված է թոքերում սպիական կամ ֆիբրոզ փոփոխությունների հետ: Այն զարգանում է տուբերկուլյոզի, սարկոիդոզի, պնևմոկոնիոզի, հիստոպլազմոզի, էոզինոֆիլային

գրանուլոմայի և այլ դեպքերում: Այսպիսի էմֆիզեման անհավասարաչափ է և տեղային :

Բուլլոզ էմֆիզեման բնորոշվում է 0,5 սմ և ավելի տրամագծով օդային բշտերի (բուլլա) առաջացմամբ: Թոքերի էմֆիզեման, որն ուղեկցվում է բազմաթիվ խոշոր բուլլաների առաջացմամբ, երբեմն անվանում են բուլլոզ հիվանդություն: Ըստ տեղակայման տարբերում են ենթաթոքամզային և ներպարենքիմային բուլլաներ: Ըստ չափերի լինում են մանր (մինչև 1սմ), միջին (1-5սմ), խոշոր (5-10սմ) և հսկա (10սմ-ից մեծ) բուլլաներ: Տարբերում են նաև լարված և ոչ լարված, բարակ և հաստ պատերով բուլլաներ: Կլինիկական օգտագործման համար մշակվել է թոքերի բուլլոզ հիվանդության հետևյալ դասակարգումը՝ սուլիտար բուլլաներ, բազմաթիվ բուլլաներ, դիֆուզ էմֆիզեմայով բուլլաներ, բուլլաներ ուղեկցող այլ հիվանդություններով (ախտանշային բուլլաներ), միակողմանի թոքային էմֆիզեմա (Մակլեոդի համախտանիշ): Հարկ է տարբերել բուլլա և բլբ հասկացությունները: Բլբը ենթաթոքամզային սահմանափակ օդի կուտակում է, որն առաջանում է միջավերտլային խտրոցների քայքայման հետևանքով: Առավել հաճախ բուլլաներ առաջանում են ԹԷ-ի լոկալիզացված կամ իռեգուլյար ձևերի դեպքում: Սակայն դիֆուզ ձևերի դեպքում էլ (ցենտրիացինար, պանացինար), առավել ևս հիվանդության ուշ փուլերում, հնարավոր է բազմաթիվ բուլլաների զարգացում: Կարևոր է նշել, որ բուլլոզ էմֆիզեման հաճախ կլինիկորեն անախտանիշ է ընթանում, և հիվանդության առաջին դրսևորումն առաջնային սպոնտան պնևմոթորաքսն է:

Անհրաժեշտ է հաշվի առնել, որ վերը նկարագրված ԹԷ-ի մորֆոլոգիական տարաբաժանումը սխեմատիկ է, և մորֆոլոգիական տարբերակումը տարատեսակ էմֆիզեմաների դեպքում, հատկապես ուշ փուլերում, կարող է հսկայական դժվարություն ներկայացնել:

Կլինիկա: Հնոցը ԹԷ-ով հիվանդների առաջին և հիմնական գանգատն է: Հնոցը հիվանդության սկզբում առաջանում է միայն զգալի ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության դեպքում, հիվանդներն այն ուղղակի չեն նկատում, սակայն աստիճանաբար հարածելով՝ այն վեր է ածվում

կյանքին վտանգ սպառնացող վիճակի: Հնոցը սովորաբար ունի էքսպիրատոր բնույթ, որի դեպքում նկատվում են կարճ ներշնչում և երկարացած, երբեմն աստիճանաձև արտաշնչում: Հիվանդն արտաշնչում է սեղմած շրթունքներով՝ փքելով այտերը: Այդ դեպքում մեծանում է ճնշումը բրոնխաձառում, որը նվազեցնում է առանց աճառների փոքր բրոնխների էքսպիրատոր կոլապսը և նպաստում է օդափոխության ծավալի մեծացմանը: Հազը ԹԷ-ով հիվանդների սպեցիֆիկ գանգատ չէ, այն հաճախ պայմանավորված է քրոնիկական բրոնխիտի առկայությամբ: Մաշկի գույնը էմֆիզեմայի դեպքում ավելի շատ վարդագույն է, քան ցիանոտիկ: Քիչ արտահայտված ցիանոզը պայմանավորված է արյան գազային պարունակության երկարատև պահպանմամբ, միայն բարձիթողի դեպքերում ի հայտ է գալիս ցիանոզ, որը պայմանավորված է հիպերկապնիայով: Պնևմոթորաքսով բարդացած բուլլոզ էմֆիզեմայի կլինիկան և դիագնոստիկան նկարագրված է «Սպոնտան պնևմոթորաքս» բաժնում:

Սատնաբախման ժամանակ որոշվում է տուփային հնչյուն: Բնորոշ է սրտի և լյարդի հարաբերական բթացման սահմանների նվազում թոքային հյուսվածքի մեծացած ծավալի և բարձրացած օդակրության հաշվին: Աուսկուլտացիայով լսվում է թուլացած վեզիկուլային շնչառություն: Ախտաբանական շնչառական աղմուկները բնորոշ չեն ԹԷ-ով հիվանդներին: Սակայն արագացված արտաշնչման ժամանակ կամ հազային փորձի անցկացման դեպքում կարող են առաջանալ աղքատ, չոր, սուլող խզզոցներ:

Ռենտգենաբանական հետազոտություն: Թոքային դաշտերի և դրանց ընդհանուր մակերեսի թափանցելիության մեծացումը, թոքանկարի թուլացումը, ստոծանու ցածր դիրքը և շարժումների սահմանափակումը, կողստոծանիական անկյունների մեծացումը ռենտգենաբանական հիմնական նշաններն են: Սիրտը սովորաբար մեծացած չէ, ստոծանու ցածր դիրքի պատճառով այն ստանում է կաթիլի տեսք (կաթիլային սիրտ): Բուլլոզ էմֆիզեմայի սպոնտան պնևմոթորաքսով բարդանալու դեպքում նկատվում է թոքի կոլապս և օդի առկայություն թոքամզի

խոռոչում: ՀՇ-ն ախտորոշման ժամանակ խիստ տեղեկատու է և հնարավորություն է տալիս լուծելու վիրահատելիության հարցը: Պերֆորզիոն սցինտիգրաֆիան կարևոր մեթոդ է էմֆիզեմայի ժամանակ թոքերի անոթային փոփոխությունները գնահատելու առումով, քանի որ անոթային փոփոխություններն ի հայտ են գալիս կլինիկական և ռենտգենաբանական ախտանիշերից վաղ: Դրա միջոցով որոշում են սեղմման աստիճանը և գործող թոքային հյուսվածքի ծավալը: Թոքերի սցինտիգրաֆիայով որոշում են վիրահատելիության հարցը և իրականացնում երկարատև հետվիրահատական հսկողություն: Թորակոսկոպիան կիրառվում է մանր ենթաթոքամզային բուլլաների հայտնաբերելու նպատակով, որի տեղեկատվությունը 92,7% է: Թե հիվանդության ժամանակ կարևոր նշանակություն ունեն թոքերի ֆունկցիոնալ հետազոտությունները՝ թոքերի ընդհանուր տարողունակությունը և մնացորդային ծավալը մեծանում են, կենսական տարողությունը՝ փոքրանում: Արտաշնչման ժամանակ նկատվում են դիմադրողականության մեծացում օդատար ուղիներում (ի տարբերություն ՔՕԲ-ի, որի դեպքում դիմադրությունը մեծանում է ներշնչման և արտաշնչման ժամանակ) և արագության ցուցանիշերի կայուն իջեցում (ԹԿՏ, ԱԱՕԻ, Թիֆնոյի ինդեքս): Պայմանավորված հիպօքսիայով՝ ԹՔՕՀ-ով հիվանդներին բնորոշ է պոլիցիտեմիկ համախտանիշը (երիթրոցիտների քանակի և հեմոգլոբինի քանակի բարձրացում, ԷՆԱ-ի իջեցում, արյան բարձր մածուցիկություն), որն էլ ավելի է վատթարացնում շնչառական անբավարարությունը:

ԹԷ-ով հիվանդների բուժումը դժվար խնդիր է: Թերապիան պետք է ուղղված լինի բուն հիվանդության և դրա բարդությունների բուժմանը, ինչպես նաև հիվանդի կյանքի որակի բարելավմանը և հիվանդության հարաճման կանխմանը: Առաջնակի նշանակություն ունի ծխելու սովորույթից հրաժարվելը: Պահպանողական բուժման ժամանակ կիրառում են ալֆա1-հակատրիպսինին փոխարինող թերապիա, հակաօքսիդանտների նշանակում, բրոնխոդիլատացնող և մուկոլիարգավորող միջոցներ, իմունակարգավորող թերապիա,

հակաբակտերիային միջոցներ (բորբոքային պրոցեսի սրացման դեպքում), կորտիկոստերոիդներ, թթվածնային թերապիա և այլն:

Վիրահատական բուժումը ցուցված է բուլլոզ էմֆիզեմայի դեպքում: Թոքամզի խոռոչի դրենավորման անարդյունավետության կամ կրկնվող պնևմոթորաքսի դեպքում կատարում են թոքի ատիպիկ ռեզեկցիա , կամ սուլիտար բուլլայի հատում և կարում: Առավել հեռանկարային են վիրահատական վիրահատությունները: Վերջին ժամանակներում մշակված են նաև դիֆուզ էմֆիզեմայի բուժման վիրահատական մեթոդներ՝ թոքի ծավալի վիրաբուժական նվազեցում (կատարում են թոքի բուլլոզ տրանսֆորմացված հատվածների ատիպիկ ռեզեկցիաներ, որը բարելավում է օդա- և գազափոխանակությունը թոքի առողջ մնացած հատվածներում), ինչպես նաև թոքի փոխպատվաստում:

ԹԵՄԱ 3. ԹՈՔԵՐԻ ԹԱՐԱԽԱՅԻՆ - ԴԵՍՏՐՈՒԿՏԻՎ

ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ: ԹՈՔԵՐԻ ԷՆԻՆՈՎՈՎՈՋ:

Թոքի թարախակույտը հիվանդություն է, որը բնութագրվում է թոքային հյուսվածքի աստիճանաբար դեստրուկցիայի հետևանքով թոքում թարախային խոռոչի առաջացմամբ, որն առողջ հյուսվածքից սահմանազատված է թարախածին թաղանթով: Օրգանիզմի ընդհանուր վիճակի վատացումը, շնչուղիների պաշտպանիչ մեխանիզմների խանգարումը, իմունադեֆիցիտային իրավիճակների զարգացումը՝ պայմանավորված ալկոհոլիզմով և շաքարային դիաբետով, ինչպես նաև հարուցիչների հակաբիոտիկակայուն շտամների շատացումը թոքերի դեստրուկցիայի նպաստավոր գործոններ են: Հիվանդների գերակշռող մասը տղամարդիկ են (30-50 տարեկան): Կանայք հիվանդանում են 6-7 անգամ ավելի պակաս: Տղամարդկանց հիվանդացությունը պայմանավորված է նրանց աշխատանքային գործունեության առանձնահատկություններով, ալկոհոլի և ծխախոտի օգտագործման չարաշահմամբ, որն իր հերթին հանգեցնում է շնչուղիների դրենաժային ֆունկցիայի խանգարմանը:

Հիվանդությունն ավելի ծանր է ընթանում թոքի բազմաթիվ թարախակույտերի առկայության դեպքում, որին սովորաբար նախորդում է թոքում տարածուն թարախային պրոցեսի առկայությունը: Այդպիսի իրավիճակում թոքային հյուսվածքը մի քանի տեղում մեռուկանում է և գոյացած թարախակույտերի արանքում լիովին չի վերականգնվում: Չարգացած թարախային բրոնխիտի և առատ զարշահոտ խորխարտադրության պատճառով հիվանդի վիճակը ավելի է ծանրանում:

Էթիոլոգիան և պաթոգենեզը: Թոքի թարախակույտը զարգանում է թոքային հյուսվածքի բորբոքման կամ ատելեկտազի պատճառով առաջացած արյան շրջանառության խանգարման հետևանքով գոյացած տոքսինների՝ թոքային հյուսվածքի վրա անմիջական ներգործությամբ: Այդպիսի իրավիճակում թոքի թարախակույտի առաջացման պատճառ է

թարախածին միկրոֆլորան՝ ստաֆիլակոկեր, աղիքային ցուպիկ, միկոբակտերիաներ, սնկեր (հիստոիդամիցետներ, ասպերգիլաներ, կոկցիդիդիդներ), մակարոյծներ (ամեոբաներ) և այլն: Հարուցիչները թոքային հյուսվածք են հասնում տարբեր ճանապարհներով: Գոյություն ունեն թոքի թարախակույտի առաջացման հետևյալ ուղիները.

1. բրոնխոզեն (բրոնխաձին),
2. հեմատոզեն (արյունաձին),
3. լիմֆոզեն (ավշաձին),
4. տրավմատիկ (վնասվածքային):

1. Բրոնխոզեն ուղին ավելի հաճախ է դառնում թոքի թարախակույտի և գանգրենայի առաջացման պատճառ (ծանր ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակ, վիրահատությունից հետո, ակոհոլային հարբածության դեպքում, անզիտակից վիճակում և այլն): Քիթ-ըմպանից դեպի բլթային և սեզմենտային բրոնխներ են ընկնում տարբեր ինֆեկցված նյութեր (սննդի մասնիկ, ատամի քար, մածուցիկ թուք), որոնք բրոնխների թարթչավոր էպիթելի ֆունկցիայի խանգարման և հազի ռեֆլեքսի ընկճման պատճառով երկար մնալով բրոնխներում՝ առաջացնում են թոքի համապատասխան հատվածի բորբոքում (ավելի հաճախ հետին սեզմենտներում և աջ թոքում): Նույնանման իրավիճակ է ստեղծվում նաև բրոնխների լուսանցքը ուռուցքով կամ օտար մարմնով խցանվելու դեպքում, ինչպես նաև հետվիրահատական շրջանում բրոնխի լուսանցքի սպիական նեղացման պատճառով: Երբեմն թոքերի հիվանդությունների ոչ լիարժեք բուժման հետևանքով առաջանում են շնչառության և թոքերի արյան շրջանառության արտահայտված խանգարումներ, որոնք ստեղծում են նպաստավոր պայմաններ թոքի թարախակույտի կամ գանգրենայի առաջացման համար:

2. Հեմատոզեն ուղիով այլ օրգաններում առկա թարախային օջախներից (օստեոմիելիտ, սեպտիկոպիեմիա, թրոմբոֆլեբիտ և այլն) ինֆեկցված էմբոլները արյան հոսքով հասնում են դեպի թոքեր և խցանվելով թոքի անոթները՝ առաջացնում են թոքի ինֆարկտ, որն իր հերթին կարող է ենթարկվել թարախակալման և քայքայման: Հեմատոզեն

ճանապարհով առաջացած թարախակույտերը հաճախ տեղակայվում են ստորին բլթում և կարող են լինել բազմաթիվ:

3.Լիվնոգեն ուղիով թոքի ախտահարում հազվադեպ է առաջանում: Ինֆեկցիայի տարածում լինում է թարախային անգինայի, մեդիաստինիտի, ենթաստոծանիական թարախակույտի և այլ հիվանդությունների դեպքում:

4.Տրավմատիկ ճանապարհով ինֆեկցիան կարող է թափանցել կրծքավանդակի փակ և թափանցող վիրավորումների ժամանակ թոքային հյուսվածքի վնասման դեպքում, որտեղ զարգանում է բորբոքում, և առաջանում են մեկ կամ մի քանի մեռուկացած հատվածներ: Տարբեր հարուցիչների ազդեցության հետևանքով մեռուկացած հատվածները ենթարկվում են քայքայման՝ առաջացնելով թարախով լցված խոռոչ:

Թարախակույտի մեկ խոռոչի առկայության դեպքում այն բավական արագ դատարկվում է թարախից և դրա տեղում առաջանում է սպի կամ էպիթելով պատված նեղ ճեղք: Մեծ և վատ դրենավորվող խոռոչների առկայության դեպքում մեռուկացած հյուսվածքների քայքայումը ավելի դանդաղ է ընթանում, պահպանվում է շրջակա հյուսվածքների բորբոքային պրոցեսը, և խոռոչի ոչ լիարժեք դատարկվելը հանգեցնում է շարակցական հյուսվածքի աճի և խոռոչի պատերի հաստացման: Նշված փոփոխությունների հետևանքով 2-3 ամսվա ընթացքում զարգանում է քրոնիկական թարախակույտ:

Հաշվի առնելով ծագումնաբանության և կլինիկական ընթացքի առանձնահատկությունները՝ առաջարկվել են թոքերի թարախակույտի և փտախտի տարբեր դասակարգումներ:

Ըստ ծագումնաբանության դրանք լինում են՝

- ա. հետտրավմատիկ,
- բ. հեմատոզեն (էմբոլիկ),
- գ. բրոնխոզեն (ասպիրացիոն և օբտուրացիոն):

Ըստ ախտաբանական պրոցեսի բնույթի տարբերում են՝

- ա. սուր թարախային թարախակույտ,
- բ. սուր փտախտային թարախակույտ (սահմանափակ փտախտ),

գ.թոքի փտախտ (զանգրենա),
դ.քրոնիկական թարախակույտ:

Ըստ ծանրության աստիճանի լինում են՝

ա. թեթև,
բ. միջին ծանրության,
գ. ծանր:

Ըստ ընթացքի առանձնահատկությունների լինում են՝

ա. չբարդացած
բ.բարդացած (թոքամզի էմպիեմայով, թոքային
արյունահոսությամբ, սեպսիսով, թոքաբորբով հակառակ կողմից
և այլն):

Բացի այդ, թարախակույտերը լինում են՝

ա. եզակի,
բ. բազմաթիվ,
գ. միակողմանի,
դ. երկկողմանի:

Կլինիկա: Թարախակույտեր հաճախ առաջանում են 20-50 տարեկան տղամարդկանց մոտ: Կլինիկական պատկերում տարբերում են 2 փուլ՝

Առաջին փուլը թարախային քայքայման և թարախակույտի առաջացման փուլն է: Վերջինս դեռ չունի բրոնխի լուսանցքի հետ հաղորդակցում: Կլինիկորեն արտահայտվում է ծանր սեպտիկ վիճակով, բարձր ջերմությամբ, սարսուռով, կրծքավանդակի համապատասխան կողմի ցավերով, որոնք ուժեղանում են շնչելու ժամանակ: Հազը սովորաբար չոր է, երբեմն՝ ոչ մեծ քանակությամբ լորձային խորխով:

Սովորաբար նշված ախտանիշներն առաջանում են թոքաբորբի ֆոնի վրա, այդ պատճառով էլ հաճախ ժամանակին չեն ախտորոշվում: Այլ դեպքերում դրանք առաջանում են կարճաժամկետ լավացումից հետո:

Օբյեկտիվ հետազոտման ժամանակ հնարավոր է որոշել կարճացած պերկուտոր հնչյուն, լսվում է թուլացած շնչառություն բրոնխային երանգով, երբեմն՝ թոքամզի քսման աղմուկ: Օջախի խորը տեղակայման

դեպքում նշված ախտանիշերը կարող են թույլ արտահայտված լինել:

Սովորաբար նշվում է արտահայտված լեյկոզ՝ ձախ թեքումով, արագացված ԷՆԱ:

Ռենտգենաբանական պատկերն այս փուլին բնորոշ չէ: Սովորաբար հաջողվում է հայտնաբերել մթնած հատված՝ հստակ եզրագծերով: Ռենտգենային շերտագրման ժամանակ ներսփռանքի հաստության մեջ կարելի է հայտնաբերել խոռոչային փոփոխություններ: Այս փուլի տևողությունը 4-10 օր է: Այս փուլում ճիշտ ախտորոշելը հեշտ չէ:

Չզձգվող թոքաբորբի ժամանակ վերը նշված ախտանիշերի առկայության պայմաններում պետք է մտածել թարախակույտի զարգացման մասին:

Երկրորդ փուլը սկսվում է թարախակույտի՝ բրոնխի մեջ բացվելուց հետո: Հիվանդը դուրս է բերում մեծ քանակությամբ զարշահոտ կամ թարախային խորխ, երբեմն մինչև 1 լիտր: Թարախային խորխը պարունակում է լեյկոցիտներ, էրիթրոցիտներ, էլաստիկ թելեր, միկրոօրգանիզմներ: Լսվում են չոր և թաց խզզոցներ:

Ռենտգենաբանորեն թոքաբորբային ներսփռանքի ֆոնի վրա տեսանելի են մեկ կամ մի քանի խոռոչներ՝ հեղուկի հորիզոնական մակարդակով: Փուլը բնորոշվում է թարախային խորխով, հագով:

Թոքի թարախակույտի բարդությունները:

Թոքի թարախակույտի առավել ծանր բարդություններից են՝

ա. թարախակույտի պատովելը և բացվելը թոքամզի խոռոչի մեջ,

բ. արյունահոսությունը բրոնխաձառում (կարող է զարգանալ շնչարգելություն),

գ. թարախի ներթափանցումը բրոնխաձառոցի չախտահարված հատվածներ (կարող են զարգանալ նոր թարախակույտեր),

դ. թարախակույտի առաջացումն այլ օրգաններում (ավելի հաճախ գլխուղեղում):

Թոքի թարախակույտի ճիշտ բուժման դեպքում ելքը բարենպաստ է, և մեծ մասամբ հիվանդներն առողջանում են:

Ախտորոշում: Թոքի թարախակույտն ախտորոշվում է՝ ելնելով

հիվանդի անամնեզից, կլինիկական արտահայտությունից, ռենտգենաբանական և լաբորատոր հետազոտությունների տվյալներից (նկ.3.22): Ախտորոշումը ճշտելու հիմնական մեթոդներից են ռենտգենաբանական հետազոտությունները (ռենտգենասկոպիա, ռենտգենագրաֆիա, շերտագրում և համակարգչային շերտագրում):



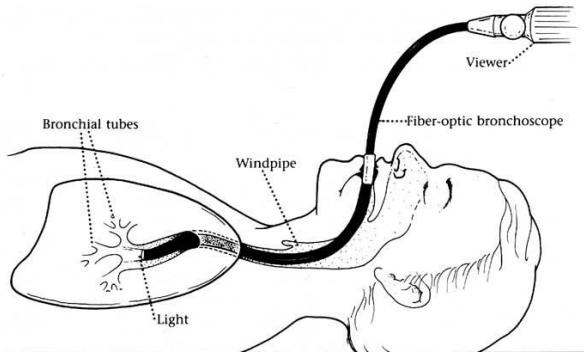
Նկ. 3.22. Աջ թոքի թարախակույտ բրոնխի մեջ բացվելուց հետո

Լաբորատոր հետազոտություններից կարևոր նշանակություն ունեն արյան կլինիկական և բակտերիաբանական քննությունները, որովհետև դրանց միջոցով հնարավոր է լինում ընտրել առավել արդյունավետ բուժման մեթոդը և ծավալը:

Թոքի թարախակույտի ախտորոշման պարտադիր հետազոտություններից է խորխի քննությունը: Անաերոբ (անօդակյաց) ինֆեկցիայի առկայության դեպքում խորխը լինում է գարշահոտ: Խորխի նստվածքը բաժանվում է 3 շերտերի. ստորին շերտ, որը բաղկացած է թարախից և դետրիտից, միջին շերտ, որը պարունակում է շճային հեղուկ, իսկ վերին կամ փրփրայինը պարունակում է լորձ: Երբեմն լորձի մեջ հայտնաբերվում են արյան հետքեր և փոփոխված թոքային հյուսվածքի մանր կտորներ (սեկվեստրներ): Խորխի մանրադիտակային հետազոտությամբ հայտնաբերվում են մեծ քանակությամբ լեյկոցիտներ,

առաձգական թելեր և բազմաթիվ գրամոդրական և գրամբացասական բակտերիաներ:

Գործիքային կարևոր հետազոտություններից է բրոնխադիտումը (նկ.3.23), որը հնարավորություն է տալիս նյութ վերցնելու բակտերիաբանական և բջջաբանական հետազոտության համար և ժխտելու ուռուցքի առկայությունը:



Նկ. 3.23. Բրոնխադիտում

Տարբերակիչ ախտորոշում: Թոքի թարախակույտը տարբերակվում է բոլոր այն հիվանդություններից, որոնց ժամանակ թոքերում առաջանում են խոռոչներ. տուբերկուլյոզ, քաղցկեղ, թոքի բշտեր, բրոնխոէկտատիկ հիվանդություն, սնկային ախտահարում, սուր դեստրուկտիվ թոքաբորբ (գրամբացասական բակտերիաներով և ոսկեգույն ստաֆիլոկոկով ախտահարման հետևանքով առաջացած), սեպտիկ էմբոլիա և թոքային զարկերակի թրոմբոէմբոլիա՝ բարդացած թոքի ինֆարկտով:

Բուժում: Թոքերի սուր ինֆեկցիոն դեստրուկտիվ հիվանդությունների ժամանակ պահանջվում է համակարգված բուժում.

1. օրգանիզմի դիմադրողականության բարձրացում,
2. պայքար վարակի դեմ,
3. սրտի և այլ օրգանների գործունեության կարգավորում,
4. իմունակարգավորող բուժում,

1) *Օրգանիզմի դիմադրողականության բարձրացմանը նպաստում են՝*

ա) համապատասխան հիգիենիկ պայմանների ապահովումը,

բ) բարձր կալորիականությամբ սննդի օգտագործումը:

Հիվանդները խորխի հետ կորցնում են մեծ քանակությամբ սպիտակուց, հատկապես ալբումին: Հետևաբար նշանակվում է սպիտակուցներով հարուստ սնունդ, որի ընդհանուր կալորիականությունը պետք է կազմի 3500-4000 կկալ:

2) *Վարակի դեմ պայքարը* կատարվում է՝ հաշվի առնելով խորխի ցանքսից ստացված միկրոֆլորայի զգայնությունը հակաբիոտիկների նկատմամբ: Այդպիսի տվյալների բացակայության դեպքում նշանակվում են լայն սպեկտրի ազդեցության հակաբիոտիկներ՝ համակցված սուլֆանիլամիդային խմբի դեղորայքի հետ: Հակաբակտերիալ բուժման սխեմայի մեջ ներառում են անաեռոբ միկրոֆլորայի վրա ազդող դեղամիջոցներ (մետրոնիդազոլ, կլինդամիցին, տիբեբալ): Այս դեպքում հակաբիոտիկներն օրգանիզմ են ներմուծվում ներերակային, միջմկանային, պարենտերալ կամ ներբրոնխային ճանապարհով:

3) *Մրտի գործունեությունը կարգավորվում է՝* օգտագործելով սրտային միջոցներ:

4) *Ինունակարգավորող բուժումը* ներառում է արյան, պլազմայի, գամմա գլոբուլինի, բուժական շիճուկների և դեղամիջոցների բազմակի ներարկումներ (լոսմիզոլ, թիմալին, պրոդիգիոզան և այլն):

Բուժում: Ելնելով բարդությունների բնույթից՝ նշանակվում է համապատասխան բուժում:

Լարված պնևմոթորաքսի զարգացման դեպքում կատարվում է թոքամզի խոռոչի դրենավորում շտապ ցուցումներով:

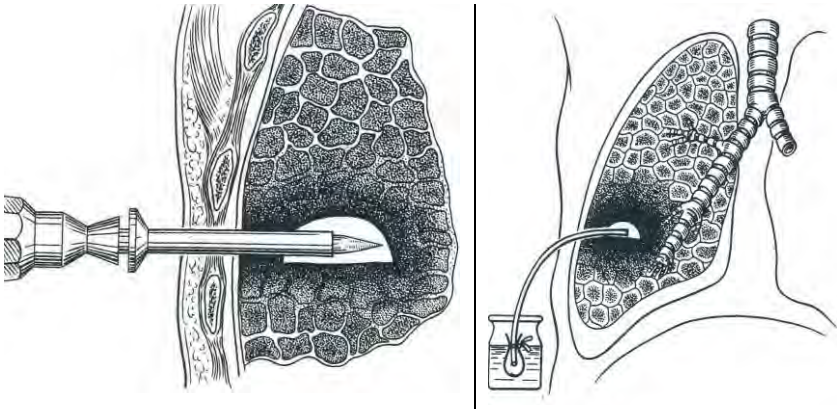
Ներբրոնխային արյունահոսության դեպքում անհապաղ կատարվում է ինտուբացիա՝ արյան թափանցումը չախտահարված թոքի բրոնխները կանխարգելելու նպատակով:

Վիրահատական բուժումը ցուցված է հետևյալ դեպքերում՝ հակաբիոտիկաթերապիայի անարդյունավետություն, թոքային արյունահոսություն, թոքի քաղցկեղի կասկած, թոքի թարախակույտ 6 սմ-ից ավելի չափսերով, թարախակույտի պատռում թոքամզի խոռոչ և

Էմպիեմայի զարգացում, ինչպես նաև քրոնիկական թարախակույտի առկայություն:

Թոքի թարախակույտի դեպքում կատարվող վիրահատություններն են՝

1. Միանումենտ պնևմոտոմիա (թարախակույտի խոռոչի շուրջը առպատային և ընդերային թոքամզերի միջև կպումների առկայության դեպքում):
2. Երկմումենտ պնևմոտոմիա (կպումների բացակայության դեպքում):
3. Թարախակույտի դրենավորում կրծքավանդակի պատի միջով կատարված պունկցիայից հետո կամ տրոակարի միջոցով թարախակույտի դրենավորում (նկ.3.24):



Նկ. 3.24. Թոքի թարախակույտի դրենավորում

4. Թոքի բլթի կամ ամբողջ թոքի հեռացում (քրոնիկական թարախակույտի դեպքում):

Թոքի թարախակույտի կանխարգելումը:

Թոքաբորբերի և շնչառական ուղիների ինֆեկցիայի արդյունավետ բուժում, ասպիրացիաների կանխարգելում (հատկապես վնասվածքներից և վիրահատություններից հետո):

Թոքի սուր թարախակույտի ոչ լիարժեք բուժման դեպքում այն կարող է վերածվել քրոնիկական թարախակույտի: Որպեսզի ժամանակին հայտնաբերվի և կանխվի այդ պրոցեսը, անհրաժեշտ է

ռենտգենաբանական հսկողություն 3 ամիս անց:

Թորի քրոնիկական թարախակույտ

Քրոնիկական են այն թարախակույտերը, որոնցում ախտաբանական պրոցեսը չի ավարտվում 2 ամսվա ընթացքում: Քրոնիկական թարախակույտերը բնորոշվում են թարախային բորբոքման պրոցեսի պարբերաբար սրացումներով:

Քրոնիկական թարախակույտերի ծագումնաբանությունը

Սուր թարախակույտի անցումը քրոնիկականի բաժանվում է երկու խմբի՝ հաշվի առնելով՝

1. Ախտաբանական պրոցեսի ընթացքի առանձնահատկությունները.
 - ա) մեծ խոռոչների առկայությունը (6սմ և ավելի),
 - բ) խոռոչում սեկվեստրների առկայությունը,
 - գ) դրենավորման վատ պայմանները (նեղ և ծոված դրենավորող բրոնխ, խոռոչի վերին մասից առկա դրենավորող բրոնխ),
 - դ) թարախակույտի տեղակայումը ստորին բլթում,
 - ե) բորբոքային պրոցեսի հանդեպ օրգանիզմի թույլ ռեակցիան:
2. Բուժման ընթացքում եղած սխալները.
 - ա) ուշ սկսված հակաբիոտիկաթերապիան (հակաբիոտիկների ոչ համարժեք դոզայի նշանակումը և դրանց կիրառումը՝ առանց հաշվի առնելու մանրէների զգայնությունը դրանց հանդեպ),
 - բ) թարախակույտի դրենավորման համար ոչ լիարժեք միջոցների կիրառումը,
 - գ) ընդհանուր կազդուրող միջոցների ոչ լիարժեք կիրառումը:

Սուր և քրոնիկական թարախակույտերի ընդհանուր ախտանիշերից բացի (հաճախասարտություն, կրծքավանդակի ասիմետրիկ շնչառություն, շնչական աղմուկների թուլացում, տարբեր տրամաչափի թաց խզզոցներ, խոռոչի լավ դրենավորման դեպքում ամֆոբիկ շնչառության առկայություն, եռաշերտ խորխի առկայություն), բնորոշ են նաև՝ բորբոքային (թարախային) պրոցեսի պարբերաբար սրացումները, ռեմիսիայի շրջանում հաչոցանման հազի նոպաները, թարախային խորխի շատացումը մարմնի դիրքը փոխելիս, արյունախիտումը,

գերհոգնածության զգացումը, նիհարումը, առատ քրտնարտադրությունը: Հիվանդությունն ունի ցիկլային ընթացք՝ տենդի պարբերաբար սրացումներ և բնորոշ խորխի (եռաշերտ) քանակի ավելացում: Սրացման տևողությունը պայմանավորված է այն բանով, թե որքանով է պահպանվել դրենավորող բրոնխի ֆունկցիան և թարախային խոռոչի դատարկվելու հնարավորությունը: Սրացման երկարատև ընթացքի դեպքում հնարավոր է բարդությունների առաջացում՝ կախեքսիա, բրոնխոէկտազ (բորբոքմամբ պայմանավորված բրոնխների լայնացում), պնևմոնոկլերոզ, թոքի էմֆիզեմա, թոքային արյունահոսություն, շնչական անբավարարություն, ներքին օրգանների ամիլոիդոզ, գլխուղեղի թարախակույտ և այլն:

Կլինիկա: Տարբերում են քրոնիկական թարախակույտի երկու հիմնական տեսակներ:

Առաջին տեսակ: Հիվանդության սուր շրջանն ավարտվում է հիվանդի կլինիկական առողջացմամբ կամ վիճակի զգալի լավացմամբ: Հիվանդը դուրս է գրվում ստացիոնարից բավարար վիճակում, մարմնի նորմալ ջերմաստիճանով: Երբեմն հիվանդները վերսկսում են աշխատանքային գործունեությունը, սակայն որոշ ժամանակ անց ջերմաստիճանը կրկին բարձրանում է, ուժեղանում է հազը՝ առատ թարախային խորխարտադրությամբ: Մատներն ընդունում են թմբուկի փայտիկի տեսք, իսկ եղունգները նմանվում են ժամացույցի ապակու:

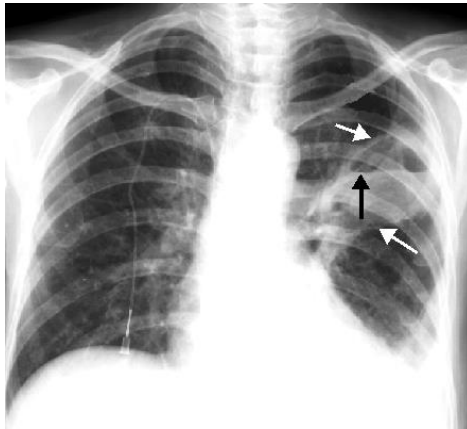
7-12 օր անց թարախակույտը դատարկվում է, և մարմնի ջերմաստիճանն իջնում է: Հետագայում սրացումները դառնում են ավելի հաճախ և երկարատև: Զարգանում են թարախային բրոնխիտի երևույթներ, խորանում է ինտոքսիկացիան և դրա հետ կապված՝ առաջանում են ներքին օրգանների դիստրոֆիկ փոփոխությունները:

Երկրորդ տեսակ: Սուր շրջանն առանց արտահայտված ռեմիսիայի (ախտադադարի) անցնում է քրոնիկական շրջանի: Հիվանդությունն ընթանում է հեկտիկ ջերմությունով, մեծ քանակի թարախային խորխարտադրությամբ (եռաշերտ): Շատ արագ զարգանում է ծանր ինտոքսիկացիա, որը հանգեցնում է ընդհանուր հյուծվածության և

պարենքիմատոզ օրգանների դիստրոֆիայի: Հաճախ հիվանդության այդպիսի ընթացք դիտվում է թոքի բազմաթիվ թարախակույտների առկայության դեպքում: Հիվանդներն ունեն բնորոշ տեսք: Նրանք գունատ են, մաշկը հողագույն է, լորձաթաղանթները՝ ցիանոտիկ, դեմքը այտուցված է, առկա են այտուցներ գոտկային շրջանում և ոտնաթաթերին՝ պայմանավորված սպիտակուցային անբավարարությամբ ու երիկամների ֆունկցիայի խանգարմամբ: Արագ զարգանում է թոքսրտային անբավարարություն, որից հիվանդները մահանում են:

Քրոնիկական թարախակույտի դեպքում հնարավոր են բոլոր այն բարդությունների զարգացումները, որոնք բնորոշ են սուր թարախակույտին:

Ախտորոշում: Քրոնիկական թարախակույտն ախտորոշվում է՝ ելնելով անամնեզից, կրծքավանդակի օրգանների ռենտգենաբանական հետազոտության և բրոնխոգրաֆիայի տվյալներից, արյան և խորխի լաբորատոր քննության արդյունքներից: Անհրաժեշտության դեպքում կատարվում է համակարգչային շերտագրություն (նկ.3.25):



Նկ. 3.25. Չախ թոքի քրոնիկական թարախակույտ

Տարբերակիչ ախտորոշումը կատարվում է թոքերի այլ քրոնիկական թարախային հիվանդությունների, տուբերկուլյոզի, ակտինոմիկոզի և պերիֆերիկ քաղցկեղի խոռոչավոր ձևի հետ:

Քուժում: Քրոնիկական թարախակույտի պահպանողական բուժումը քիչ արդյունավետ է: Հակաբիոտիկների օգտագործումը և դրենավորման պայմանների լավացումը նպաստում են բորբոքային պրոցեսի մարմանը: Վիրահատության բացարձակ ցուցումներ են կրկնվող թոքային արյունահոսությունները և ինտոքսիկացիայի խորացումը:

Քրոնիկական թարախակույտի դեպքում ցուցված է արմատական վիրահատություն. լոբեկտոմիա, բիլոբեկտոմիա կամ պուլմոնէկտոմիա:

Հիվանդների նախապատրաստումը վիրահատության կատարվում է նույն ձևով, ինչ թոքի սուր թարախակույտի դեպքում: Վիրահատությունից առաջ անհրաժեշտ է նշանակել հակաբորբոքային և խորխաբեր միջոցներ, կարգավորել ջրաաղային և սպիտակուցային փոխանակությունները, շնչական համակարգի ֆունկցիոնալ հնարավորությունները և սրտի աշխատանքը:

Թոքի մասնահատումից հետո հիվանդների աշխատունակությունը վերականգնվում է 3-4 ամիս անց. մեծամասնության դեպքում հետվիրահատական մահացությունը 4-5% է:

ԹՈՔԻ ՓՏԱԽՏ (ԳԱՆԳՐԵՆԱ)

Թոքի թարախային ախտահարումների մեջ առավել ծանր տեսակ է փտախտը: Նեխային հարուցիչների ազդեցությամբ տեղի է ունենում թոքային հյուսվածքի մեռուկացում և թարախային քայքայում: Նեխական քայքայման հետևանքով առաջացած նյութերի և բակտերիային տոքսինների ներծծումը հանգեցնում է բորբոքման մեղիատորների (միջնորդանյութերի), առաջին հերթին նախաբորբոքային ցիտոկինների (IL-1, IL-6, TNF, IL-8) և ակտիվ ռադիկալների (NO₂, O₂ և այլն) արտադրությանը, որոնք նպաստում են քայքայման տարածմանը: Օրգանիզմի ռեակցիան բորբոքման հանդեպ ընդունում է պարբերական բնույթ, իսկ իմուն համակարգի պատասխան ռեակցիան կատարված փոփոխությունների հանդեպ թուլացած է կամ բացակայում է: Այս բոլոր

փոփոխությունները հանգեցնում են օրգանիզմի ծանր ինտոքսիկացիայի և բոլոր օրգանների ֆունկցիայի խանգարման, որի հետևանքով կարող են զարգանալ սեպսիս, բազմաօրգանային անբավարարություն կամ սեպտիկ շոկ:

Թոքի փտախտը որպես բարդություն հիմնականում զարգանում է սուր թոքաբորբի, բրոնխոէկտատիկ հիվանդության, ուռուցքների, վիրավորումների և բրոնխների լուսանցքը օտար մարմիններ ընկնելու դեպքում: Ավելի հազվադեպ ինֆեկցիան դեպի թոքեր է հասնում բորբոքման հեռավոր օջախներից արյունատար կամ ավշային անոթներով:

Կլինիկական ընթացքը և ախտորոշումը: Թոքի փտախտի դեպքում հիվանդի վիճակը լինում է ծանր՝ պայմանավորված օրգանիզմի արտահայտված ինտոքսիկացիայով, զարգացող սեպտիկ շոկով, շնչական անբավարարությամբ և բազմաօրգանային անբավարարության զարգացմամբ: Հիվանդները գանգատվում են արտահայտված ընդհանուր թուլությունից, ախորժակի բացակայությունից, ծարավի զգացումից, տանջող բնույթի հազից և մոխրադարչնագույն գարշահոտ խորխի առկայությունից, որի նստվածքը բաժանվում է 3 շերտերի: Ստորին շերտը բաղկացած է քայքայված հյուսվածքի կտորներից, միջին շերտը պարունակում է պղտոր հեղուկ, իսկ վերին շերտն ունի լորձաթարախային, փրփրային պարունակություն: Հաճախ շնչառության ժամանակ առաջացող գարշահոտությունն այնքան է արտահայտված լինում, որ անհնար է դառնում շրջապատողների ներկայությունը նույն միջավայրում: Հիվանդի մոտ զարգանում է արտահայտված թուլություն և աղինամիկ վիճակ: Մաշկային ծածկույթը դառնում է չոր, մոխրագույն: Կրծքավանդակի ախտահարված կեսը հետ է մնում շնչառությունից: Օբյեկտիվ տվյալները պայմանավորված են թոքային հյուսվածքի ախտահարման ծավալով և քայքայման աստիճանով:

Բախտելիս թոքի ախտահարված մասի շրջանում հայտնաբերվում է բախման հնչյունի կարճացում, որը փոխվում է տուփայինի՝ քայքայումից առաջացած խոռոչի վրա (օդի և հեղուկի պարունակությամբ): Լսելիս

հայտնաբերվում են տարբեր տրամաչափի բազմաթիվ թաց խզզոցներ:

Թոքի փտախտն ախտորոշվում է՝ ելնելով հիվանդի գանգատներից, անամնեզից, կլինիկական, գործիքային (ռենտգենագրաֆիա և շերտագրում, համակարգչային շերտագրում, բրոնխադիտում) և լաբորատոր հետազոտությունների տվյալներից:

Ռենտգենաբանական հետազոտությամբ թոքի փտախտի սկզբնական շրջանում թոքի բլթի սահմաններում կամ ամբողջ թոքում հայտնաբերվում է թոքային հյուսվածքի միաձուլվող տարածուն ներսփռանք (մթազում, որն ամեն օր շատանում է): Թոքային հյուսվածքի բորբոքային ներսփռանքի ֆոնի վրա քայքայման հետևանքով երևում են տարբեր չափերի բազմաթիվ խոռոչներ, որոնք լցված են քայքայման տարբեր աստիճաններ ունեցող հյուսվածքի պարունակությամբ (նկ.3.26):



Նկ. 3.26. Թոքի փտախտ

Առավել մեծ չափերի խոռոչներում հայտնաբերվում են տարբեր մեծության սեկվեստրներ:

Թոքի փտախտը սովորաբար բարդանում է արյունախիւմամբ, թոքային արյունահոսությամբ, պլևրայի էմպիեմայով և պիոպնևմոթորաքսով, որոնք զգալիորեն ծանրացնում են հիվանդի վիճակը:

Գործիքային հետազոտություններից կարևոր նշանակություն ունի բրոնխոսկոպիան, որը հնարավորություն է տալիս ժխտել հիվանդության ուռուցքային բնույթը և նյութ վերցնելու բակտերիաբանական ու բջջաբանական հետազոտությունների համար:

Լաբորատոր ցուցանիշերը վկայում են համակարգային բորբոքային պատասխանի համախտանիշի առկայության մասին:

Դիտվում են բարձր լեյկոցիտոզ 20-30·10⁹/լ, արյան լեյկոցիտային բանաձևի փոփոխություն երիտասարդ ձևերի գերակշռմամբ, նեյտրոֆիլների արտահայտված տոքսիկ հատիկավորում, արտահայտված անեմիա (սակավարյունություն), ԷՆԱ-ի բարձրացում 70մմ/ժ և ավելի:

Արյան ցանքսով հաճախ հայտնաբերվում է բակտերեմիա:

Բնորոշ են նաև արտահայտված հիպերպրոտեինեմիան, դիսպրոտեինեմիան, ջրաաղային փոխանակության խանգարումը, արտահայտված մետաբոլիկ ացիդոզը (նյութափոխանակային թթվազարությունը):

Երբեմն հիվանդի ծանր վիճակի դեպքում արյան լեյկոցիտների նորմալ ցուցանիշերը վկայում են հիվանդության ոչ բարենպաստ ելքի և օրգանիզմի ինուն համակարգի խոր ընկճման մասին:

Պարտադիր է նաև խորխի քննությունը (տուբերկուլյոզային ցուպիկներ, սնկային ֆլորա և այլն հայտնաբերելու նպատակով):

Տարբերակիչ ախտորոշում անհրաժեշտ է կատարել տուբերկուլյոզային կավերնայի, թոքի քաղցկեղի խոռոչավոր ձևի, թարախակալված էլիմոկոկային բշտի, ինչպես նաև սահմանափակ էմպիեմայի տարբեր տեսակների հետ:

Բուժում: Բուժման միակ եղանակը ինֆեկցիայի օջախի արմատական վիրաբուժական հեռացումն է (պնևմոն- կամ լոբեկտոմիա): Չնայած թոքային վիրաբուժության ակնհայտ հաջողություններին, թոքի փտախտից մահացությունը դեռևս մնում է բարձր: Ավելի հաճախ մահվան պատճառ են պնևմոզեն սեպսիսը, բազմաօրգանային անբավարարությունը և թոքային արյունահոսությունը:

Բացի վիրաբուժական միջամտությունից, նշանակվում է համակցված բուժում՝ ուղղված ինֆեկցիայի դեմ: Կիրառվում են լայն սպեկտրի ազդեցության հակաբիոտիկներ, բուժումը ներառում է դրենավորման պայմանների բարելավումը, սպիտակուցային, ջրաաղային և նյութափոխանակության կարգավորումը, լյարդի, երիկամների, շնչական և սիրտ-անոթային համակարգերի գործունեության կանոնավորումը, օրգանիզմի դիմադրողականության բարձրացումը:

Մահվան դեպքերի վերլուծությունը հանգեցնում է այն եզրակացության, որ այս բարդ հիվանդության դեմ պայքարում առաջընթացը պայմանավորված է թոքային թարախակալումների ժամանակին կանխարգելմամբ:

ԲՐՈՆԽՈՒԿՏՍՏԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ

Բրոնխոէկտազը (բրոնխալայնանքը) մորֆոլոգիական հասկացություն է, որը նշանակում է բրոնխների ախտաբանական կայուն լայնացում և ձևափոխում:

Բրոնխոէկտազները լինում են բնածին (դիսօնտոգենետիկ) և ձեռքբերովի (երկրորդային):

Բնածին բրոնխոէկտազներն առաջանում են բրոնխաձաճոյի և թոքի հյուսվածքի անկանոն զարգացման հետևանքով:

Բրոնխոէկտազները հաճախ հանդիպում են այլ օրգանների և համակարգերի զարգացման արատների հետ միասին, ուստի դրանք պետք է դիտարկել որպես սաղմնաձագման խախտման հետևանքով զարգացած ախտաբանական փոփոխությունների բաղկացուցիչ մաս:

Այդպիսի արատներ են թոքերի կիստոզ հիպոպլազիան, Ջիվերտ-Կարթագենների համախտանիշը (բրոնխոէկտազների հետ միասին պանսինուսիտի և situs viscerum inversus-ի առկայությունը), Տուրպինի համախտանիշը (բրոնխոէկտազներ, կերակրափողի լայնացում, ողերի և կողերի զարգացման արատներ): Երբեմն բնածին բրոնխոէկտազները

զուգակցվում են ենթաստամոքսային գեղձի պոլիկիստոզի, վերին շրթունքի ճեղքվածքի, խլության և սրտի բնածին արատների հետ:

Երկրորդային բրոնխոէկտազները զարգանում են շրջակա թոքային հյուսվածքում առկա ախտաբանական պրոցեսների հետևանքով (քրոնիկական թոքաբորբ, քրոնիկական թարախակույտ, ֆիբրոզ-կավերնոզ տուբերկուլյոզ):

Բրոնխոէկտատիկ հիվանդությունը ձեռքբերովի հիվանդություն է, որին բնորոշ են բրոնխի պատի քրոնիկական թարախային բորբոքման հետևանքով առաջացած կառուցվածքային և ֆունկցիոնալ անվերադարձ փոփոխությունները, որոնք սովորաբար առաջանում են թոքերի ստորին հատվածներում:

Ձեռքբերովի բրոնխոէկտազները երեխաների մոտ զարգանում են կյանքի առաջին 3 տարիների ընթացքում մանկական սուր վարակների՝ (կարմրուկ, կապույտ հազ և այլն) թոքաբորբով բարդանալու դեպքում:

Որոշ հիվանդություններ միջանկյալ դիրք են զբաղեցնում բրոնխների բնածին ախտահարումների և բրոնխոէկտատիկ հիվանդության միջև: Դրանց շարքին է պատկանում Վիլյամս-Կենմելի համախտանիշը (միջին չափսի բրոնխների աճառային և առաձգական հյուսվածքների երկկողմանի համատարած բնածին թերզարգացումը), որի ժամանակ առկա բրոնխների հիպոտոնիկ դիսկինեզիան (ներշնչման ժամանակ լայնացում և արտահայտված ստենոզ արտաշնչելիս) շատ արագ նպաստում է թոքերի էմֆիզեմայի և տարածուն իլիկաձև բրոնխոէկտազների առաջացմանը:

Մունյե-Կունի համախտանիշի (տրախեոբրոնխոմեզալիա) դեպքում առկա են շնչափողի և խոշոր բրոնխների բնածին լայնացում, դիսկինեզիա և դիվերտիկուլանման գրպանիկների ձևավորում: Փոքր տրամաչափի բրոնխները տվյալ համախտանիշի դեպքում երկար ժամանակ մնում են անփոփոխ: Նշված ախտահարումները հաճախ ժառանգական բնույթ ունեն, սակայն գենետիկ նախատրամադրվածությունը նպաստում է բրոնխոէկտազների առաջացմանը միայն համապատասխան պայմանների առկայության

դեպքում (թոքաբորբ, բրոնխադենիտ և այլն):

Էթիոլոգիան և պաթոգենեզը: Բրոնխոէկտատիկ հիվանդության զարգացմանը նպաստում են հետևյալ գործոնները.

1. Բրոնխի պատի առաձգականության բնածին (աճառային օղերի և հարթ մկանաթելերի թերի զարգացում) կամ ձեռքբերովի (կարմրուկ, կապույտ հագ, քրոնիկական բրոնխիտ, քրոնիկական թոքաբորբ, ֆիբրոզ-կավերնոզ տուբերկուլյոզ, մուկովիսցիդոզ, բրոնխային ասթմա և այլն) խանգարումները:

2. Բրոնխի լուսանցքի խցանումն օտար մարմնով, ուռուցքով, թարախային խցանով կամ լորձաթաղանթի այտուցով:

3. Ներբրոնխային ճնշման բարձրացումը (երկարատև չղադարող հազի պատճառով):

Այս կամ այն գործոնի զերակշռման դեպքում զարգանում են բրոնխոէկտազներ՝ թոքի որևէ հատվածի ատելեկտազի առաջացմամբ կամ առանց դրա:

Հիվանդության զարգացման առաջին շրջանում դիտվում է փոքր տրամաչափի բրոնխների (0,5-ից մինչև 1,5 սմ) լուսանցքի չափավոր լայնացում:

Բրոնխների պատերը փոփոխված կամ բորբոքված չեն, իսկ դրանց լուսանցքը լցված է լորձով:

Հիվանդության երկրորդ շրջանում վիրուսային ինֆեկցիայի, ավիտամինոզի և սննդի խախտման հետևանքով տեղի է ունենում թոքերի շնչառական մակերեսների լորձաթաղանթի պաշտպանական մեխանիզմների արդյունավետության թուլացում (ավվեոլային մակրոֆագեր, իմունոգլոբուլին A), որն էլ նպաստում է բրոնխների պատերի բորբոքային փոփոխությունների առաջացմանը: Թարախային բորբոքման զարգացման մեկ այլ պատճառ է բրոնխի լուսանցքի զգալի խցանումը, որը խանգարում է բրոնխի լիարժեք դատարկմանը (էքսպիրատոր ստենոզ): Թարախային բորբոքումը տարածվում է բրոնխի պատերով: Լայնացած բրոնխները պարունակում են թարախ: Էպիթելի ամբողջականության խախտման հետևանքով գլանաձև էպիթելը տեղ-տեղ փոխարինվում է

բազմաշերտ տափակ էպիթելով: Ախտաբանական պրոցեսի զարգացման դեպքում նշված հատվածների էպիթելը շերտագատվում է, և լորձաթաղանթի վրա առաջանում են խոցոտումներ: Ենթալորձային շերտում զարգանում է շարակցական հյուսվածք: Հիվանդության այս շրջանում բրոնխի պատի մկանային տարրերի կծկողական ֆունկցիայի խախտման հետևանքով զարգանում են անվերադարձ ախտաբանական փոփոխություններ, և նույնիսկ բրոնխների խցանումը վերացնելու դեպքում բրոնխների ֆունկցիան չի վերականգնվում մկանային շերտի կազմափոխման պատճառով:

Հիվանդության զարգացման երրորդ շրջանում բորբոքային պրոցեսը բրոնխներից անցնում է շրջակա թոքային հյուսվածք՝ նպաստելով պնևմոնոկլեռոզի զարգացմանը: Բրոնխները խիստ լայնանում են և դրանց հաստացած պատերի բորբոքման հետ միասին զարգանում է հարբոնխային շարակցական հյուսվածք: Լայնացած բրոնխների լուսանցքը լցված է թարախով, իսկ լորձաթաղանթը տարբեր տեղերում խոցոտված է և պատված հատիկավոր հյուսվածքով: Մկանային և աճառային հյուսվածքները կազմափոխված են և փոխարինված շարակցականով: Այս շրջանում զարգանում են քրոնիկական թոքսրտային անբավարարություն, սրտամկանի և պարենքիմատոզ օրգանների զգալի դիստրոֆիկ փոփոխություններ՝ պայմանավորված քրոնիկական թարախային ինտոքսիկացիայով: Բրոնխոէկտատիկ հիվանդության զարգացման նկարագրված մեխանիզմը լիովին չի սպառում ախտաբանական պրոցեսի ողջ բազմազանությունը: Որոշ հիվանդների մոտ լինում է շնչափողի և խոշոր բրոնխների զգալի էքսպիրատոր ստենոզ, ընդ որում՝ հիվանդության կլինիկայում կարող է գերակշռել բրոնխային ասթմայի ախտանիշը:

Բրոնխոէկտատիկ հիվանդությունը կարող է զարգանալ տուբերկուլյոզային բրոնխադենիտից առաջացած բրոնխների ստենոզի հետևանքով, որին գումարվում են թարախային ինֆեկցիան, բրոնխների պատի դեստրուկցիան և լայնացումը (հետտուբերկուլյոզային բրոնխոէկտոզ):

Բրոնխոէկտազները դասակարգվում են՝

I. Ըստ ծագման՝

1. բնածին (այդ թվում՝ զարգացման այլ բնածին արատների հետ զուգորդված՝ Ջիվերտ-Կարթագենների համախտանիշ, Տուրպինի համախտանիշ և այլն),
2. ձեռքբերովի (բրոնխոէկտատիկ հիվանդության ժամանակ):

II. Ըստ թոքի ստրուկտուրաների ախտահարման՝

1. առավելապես թոքի պարենխիմայի ախտահարում,
2. բրոնխների ախտահարում:

III. Ըստ բրոնխոէկտազների ձևի՝

1. գլանաձև,
2. պարկաձև,
3. իլիկաձև,
4. խառը:

IV. Ըստ կլինիկական ընթացքի՝

1. ռեմիսիա (ախտադադար),
2. սրացում,
3. անընդհատ կրկնվող:

V. Ըստ բարդությունների՝

1. չբարդացած,
2. բարդացած՝
 - ա. թոքային արյունահոսությամբ,
 - բ. արյունախիտումով,
 - գ. պիոպնևմոթորաքսով,
 - դ. թարախակույտի առաջացմամբ:

VI. Ըստ արտաքին շնչական ֆունկցիայի վիճակի՝

1. առանց շնչական անբավարարության,
2. շնչական անբավարարություն I, II և III աստիճանի,
3. թոք-սրտային անբավարարություն:

Կլինիկական ընթացքը և ախտորոշումը: Բրոնխոէկտատիկ հիվանդությանը բնորոշ է երկարատև ընթացքը՝ պարբերաբար

սրացումներով: Կլինիկական ընթացքը աչքի է ընկնում բազմազանությամբ և պայմանավորված է ախտաբանական պրոցեսի տարածվածությամբ, զարգացման շրջանով, փուլով և բարդությունների առկայությամբ: Որոշ դեպքերում հիվանդներին անհանգստացնում է միայն հազը՝ խորխի քանակի աստիճանաբար շատացմամբ, որը կարող է տևել երկար տարիներ: Համեմատաբար բարենպաստ շրջաններին հաջորդում են սրացման շրջանները, որոնց ժամանակ բարձրանում է մարմնի ջերմաստիճանը, արտաբերվում է մեծ քանակությամբ խորխ (200-ից մինչև 500 մլ և ավելի): Խորխի առավելագույն քանակ արտաբերվում է առավոտյան՝ «լիքը բերանով» պոստուրալ դիրքում: Խորխը լինում է լորձաթարախային կամ թարախային: Անոթի մեջ մնալիս խորխը բաժանվում է 3 շերտերի (ստորին՝ թարախային, միջին՝ շճային և վերին՝ լորձային): Երբեմն խորխում լինում են արյան բծեր:

Հիվանդության սրացման ժամանակ հաճախ հանդիպող ախտանիշերից են ցավը կրծքավանդակում և հևոցը: Ախտաբանական պրոցեսի երկարատև ընթացքի դեպքում ի հայտ են գալիս քրոնիկական թարախային ինտոքսիկացիայի նշաններ. ասթենիզացիա, մատների (թմբկափայտի տեսքով) և եղունգների (ժամացույցի ապակու տեսքով) ձևախախտում: Երբեմն նշված փոփոխություններն ուղեկցվում են վերջույթների ցավերով (հիպերտրոֆիկ օստեոարթրոպաթիայի համախտանիշ):

Հիվանդի գննման ժամանակ հայտնաբերվում է կրծքավանդակի ձևախախտում (միջկողային տարածությունների ներքաշում, սկոլիոզ) և ախտահարված կեսի հետ մնալը շնչառությունից (արտահայտված պլևրային կպումների պատճառով), ցիանոզ, մաշկի հողազույն երանգ, ինչպես նաև քրոնիկական թարախային ինտոքսիկացիայի նշաններ:

Հետազոտման ժամանակ հայտնաբերվում է ցավոտություն միջկողային տարածություններում, որը վկայում է առպատային թոքանզի ախտահարման մասին: Բախելիս նշված տեղում հայտնաբերվում է հնչյունի կարճացում կամ բթություն: Աուսկուլտացիայով լսվում են խոշոր և միջին բշտիկավոր թաց խզզոցներ, որոնց քանակը պակասում է

խորխարտադրությունից հետո:

Ռեմիսիայի շրջանում արյան և մեզի հետագոտության տվյալները կարող են չտարբերվել նորմալ ցուցանիշերից: Մրացման շրջանում դիտվում է լեյկոցիտոզ՝ լեյկոցիտային ֆորմուլայի ձախ թեքումով, ավելանում է ԷՆԱ-ն: Մեզում հայտնաբերվում է սպիտակուց:

Հիվանդների մեծամասնության մոտ հայտնաբերվում են հիպոպրոտեինեմիա և հիպոալբումինեմիա:

Էական ախտորոշիչ նշանակություն ունի բրոնխադիտումը, որը հնարավորություն է տալիս որոշելու բրոնխների ախտահարման բնույթը (բրոնխների օղերի ձևախախտում, տրախեոբրոնխոմեզալիա) և կատարելու ախտահարված օջախի սանացիա:

Ախտաբանական պրոցեսի տարածվածությունը և ախտորոշումը ճշտելու նպատակով կատարվում է կոնտրաստային բրոնխագրություն (նկ.3.27), որը հնարավորություն է տալիս ճիշտ բնութագրելու ախտաբանական պրոցեսի առանձնահատկությունները: Բրոնխոէկտազները հայտնաբերվում են բրոնխների գլանաձև և պարկաձև բազմաթիվ լանացումների տեսքով, որոնք ունեն հստակ ուրվագծեր: Բրոնխոէկտազների տեղակայման շուրջը մանր բրոնխները և ավելոյնները կոնտրաստ նյութով չեն լցվում:



Նկ. 3.27. Բրոնխոգրամաներ. ա-նորմալ, բ-պարկաձև բրոնխոէկտազներ

Ռենտգենաբանական հետազոտության և համակարգչային շերտագրության տվյալները զգալիորեն լրացնում են կլինիկական և լաբորատոր քննության տվյալները: Թոքի ախտահարված հատվածը ռենտգենագրամայի վրա հայտնաբերվում է եռանկյունաձև ստվերի տեսքով՝ գագաթով ուղղված դեպի թոքի արմատը: Թոքի սեզմենտի կամ բլթի չափերը զգալիորեն փոքր են առողջ թոքի համապատասխան մասերից: Մի քանի սեզմենտի ատելեկտազի դեպքում դիտվում են միջնորմի ստվերի տեղաշարժ ատելեկտազի կողմը և ստուծանու գմբեթի բարձրացում նույն կողմում: Երբեմն ռենտգենագրամայի վրա երևում են լայնացած բրոնխների լուսանցքի օղակաձև ստվերներ և ձգաններով թոքի նկար՝ պայմանավորված հարբրոնխիտով:

Թոքի ախտահարված հատվածի ֆունկցիայի որոշման համար կիրառվում է անզիոպոլմոնոգրաֆիա:

Կարևոր նշանակություն ունի արտաքին շնչառական ֆունկցիայի որոշումը, որը հնարավորություն է տալիս գնահատելու հիվանդի վիճակը և որոշելու բուժման հետագա եղանակը:

Բրոնխոէկտատիկ հիվանդության կլինիկական և ռենտգենաբանական ախտանիշերը փոխվում են՝ պայմանավորված նրա զարգացման շրջանով:

Տարբերակիչ ախտորոշումը: Բրոնխոէկտատիկ հիվանդությունն անհրաժեշտ է տարբերակել թոքի թարախակույտից, թոքի տուբերկուլյոզից և կենտրոնական կարցինոմայից, որոնց ժամանակ բրոնխոէկտազներն առաջանում են բրոնխի խցանման հետևանքով:

Բուժում: Հիվանդության I և II շրջաններում ցուցված է պահպանողական բուժում: Վերջինս ցուցված է նաև III շրջանի այն հիվանդներին, որոնց վիրահատական բուժումը հակացուցված է:

Պահպանողական բուժումը ներառում է բրոնխների ինտենսիվ սանացիա (պոստուրալ դրենաժ, ինհալյացիա, խորխաբեր միջոցներ,

սանացիոն բրոնխոսկոպիաներ), հակաբակտերիային, ինֆուզիոն, վոխարինոլ և թունազերծող թերապիա:

Վիրահատական բուժումը ցուցված է հիվանդության զարգացման II-III շրջաններում, եթե ախտահարված է թոքի համեմատաբար սահմանափակ հատված, որի հեռացումը կոմպենսացվում է պահպանված թոքային հյուսվածքի բավարար ծավալով: Ընդ որում՝ երկկողմանի բրոնխոէկտազների առկայության դեպքում նույնպես կատարվում է վիրահատություն (միանվագ մասնահատում, կամ էլ հաջորդական վիրահատություններ որոշակի ժամանակահատվածից հետո):

Վիրահատական միջամտության համար ամենակարևոր պայմաններից է ուղեկցող հիվանդություններով պայմանավորված հակացուցումների բացակայությունը:

Հիվանդության III շրջանում արմատական վիրահատությունը հակացուցված է ախտաբանական պրոցեսի տարածվածության և ներքին օրգանների ֆունկցիայի անվերադարձ խանգարումների դեպքում:

Վիրահատության ժամանակ մասնահատվում է թոքի ախտահարված հատվածը (սեզմենտէկտոմիա, լոբէկտոմիա, բիլոբէկտոմիա, պլանմոնէկտոմիա):

Սեզմենտային և սուբսեզմենտային բրոնխների ախտահարման դեպքում, երբ չկա թոքային հյուսվածքի ախտահարում, հնարավոր է կատարել բրոնխների սահմանափակ մասնահատում թոքային հյուսվածքի պահպանմամբ: Հետվիրահատական շրջանն ընթանում է համեմատաբար ավելի բարենպաստ, որը պայմանավորված է վիրահատված թոքի բրոնխաձառի արխիտէկտոնիկայի ավելի քիչ փոփոխություններով:

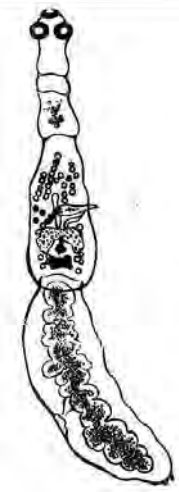
Բուժման արդյունավետության բարձրացման գործում կարևոր նշանակություն ունեն դիսպանսեր հսկողությունը և առողջարանային բուժումը:

ԹՈՔԻ ԷՄԻՆՈԿՈՎՈՉ

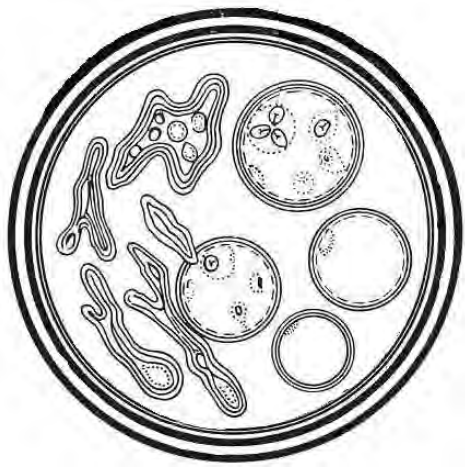
Էխինոկոկոզը մակաբուծային ծանր հիվանդություն է և մինչ այժմ

բժշկության դժվար հաղթահարելի խնդիրներից մեկն է: Հիվանդությունը տարածված է ոչ միայն անասնապահությանը զբաղվող մարդկանց, այլ նաև քաղաքային բնակչության շրջանում՝ պայմանավորված սանիտարական կանոնների ոչ լիարժեք պահպանմամբ և հսկող առողջապահական հիմնարկների թերի գործունեությամբ: Միաժամանակ պետք է նշել, որ վերջին տարիներին զգալի հեշտացել է էխինոկոկոզի ախտորոշումը և բուժումը՝ նորագույն ախտորոշիչ տեխնիկայի ձեռքբերման և բուժման արդիական մեթոդների ներդրման շնորհիվ:

Էխինոկոկոզի հարուցիչը (*Echinococcus granulosus*) ժապավենաձև որդ է, որն ունի սպիտակավուն գույն, 2-6 մմ երկարություն և 0,25-3 մմ լայնություն, բնակվում է տարբեր ընտանի և վայրի կենդանիների բարակ աղիքներում (շուն, կատու, գայլ, աղվես և այլն), որոնք նրա վերջնական տերերն են (նկ.3.28, 3.29):



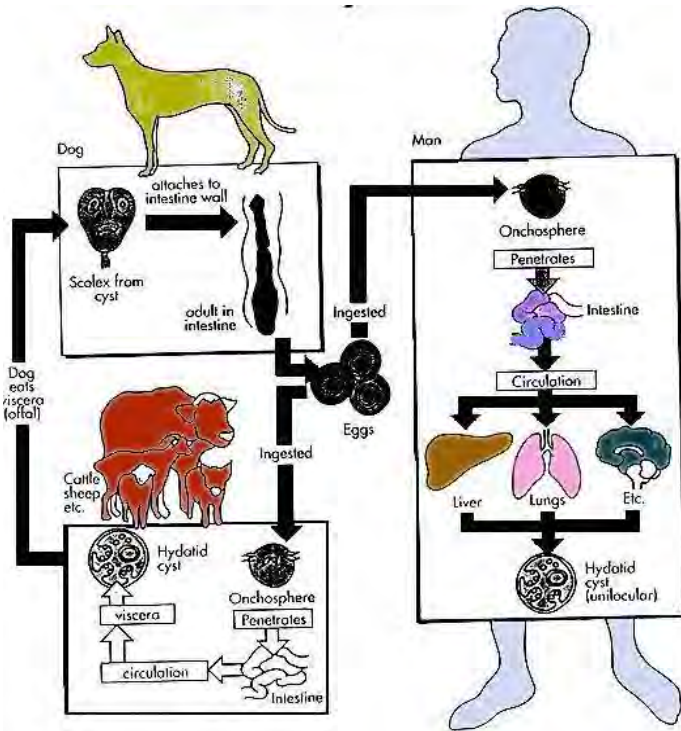
Նկ. 3.28. Մեռահատուն որդ



Նկ. 3.29. Էխինոկոկոզային բուշտ (մայրական բուշտ դուստր բշտերով)

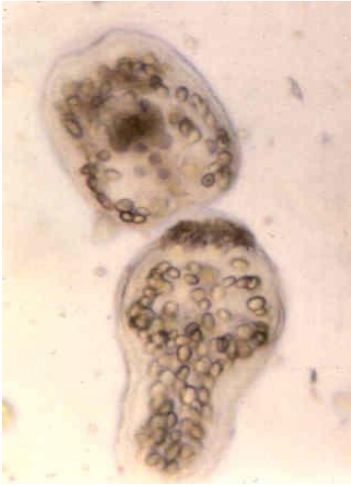
Միջանկյալ (բշտի շրջանի) կրող են խոշոր և մանր եղջերավոր անասունները, խոզերը, ճագարները, կապիկները և մարդը: Ընկնելով

կենդանիների կամ մարդու ստամոքս-աղիքային ուղի՝ մակաբույծի ձվերը (օնկոսֆերաները) մարսողական հյութերի ազդեցությամբ ազատվում են իրենց պատող թաղանթներից, իրենց կարթիկների շնորհիվ ճեղքում են աղիքի լորձաթաղանթը և արյունատար ու ավշային ուղիներով տարածվում տարբեր օրգաններ, այդ թվում նաև թոքեր: Ամենից հաճախ ախտահարվում է լյարդը (80%): Թոքեր հասնում են միայն այն սաղմերը, որոնք հաղթահարում են լյարդային արգելքը (15-20%): Ապացուցված է նաև ձվիկների՝ անմիջապես շնչուղիներ ընկնելու միջոցով թոքի էլիմնոկոկոզ առաջացնելու հատկությունը: Էլիմնոկոկային բշտերը համեմատաբար ավելի հաճախ տեղակայվում են աջ (56%), քան ձախ թոքում (44%): Աջ թոքի ավելի հաճախ ախտահարման պատճառը դրա մեծ ծավալը և այն հանգամանքն է, որ աջ գլխավոր բրոնխն ավելի լայն է ու կարծես շնչափողի անմիջական շարունակությունն է (նկ.3.30):

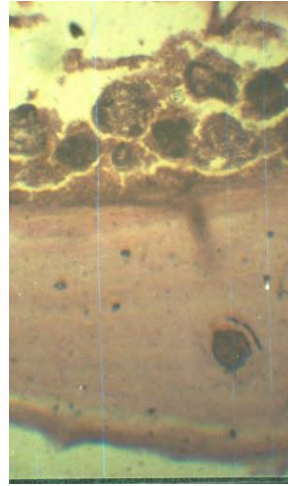


Նկ. 3.30. Էլիմնոկոկի զարգացման կենսաբանական ցիկլը

Էխինոկոկային բշտի զարգացումը թոքում ընթանում է ավելի արագ, քան այլ օրգաններում՝ ի հաշիվ թոքային հյուսվածքի ավելի քիչ դիմադրության: Գոյացած էխինոկոկային բուշտը լցված է թափանցիկ, սպիտակուցի ցածր պարունակությամբ հեղուկով, որը սնուցող միջավայր է սկոլեքսների (սաղմիկների) զարգացման և կենսունակության պահպանման համար (նկ.3.31): Բշտի պատը կազմված է երկու թաղանթներից՝ ներքին-սաղմնային և արտաքին-խիտինային (նկ.3.32): Բշտի զարգացման ընթացքում դրա շուրջը ռեակտիվ (հակազդիչ) փոփոխությունների (մեխանիկական, տոքսիկ և բորբոքային ազդակներ) հետևանքով գոյանում է ֆիբրոզ թաղանթը: Նպաստող ազդակներից են նաև բշտի կենսագործունեությունից առաջացած նյութերի քիմիական և կենսաբանական ներգործունեությունը շրջակա հյուսվածքների վրա: Ֆիբրոզ թաղանթը կազմված է շարակցահյուսվածքային թելերից և բջջային տարրերից: Ֆիբրոզ և խիտինային թաղանթների արանքում առկա է ճեղքանման տարածություն՝ լցված ավիշով, որի շնորհիվ մակաբույծը սնվում է: Ֆիբրոզ թաղանթի շուրջն առկա թոքային հյուսվածքում հանդիպում են արյունազեղման, ատելեկտազի, էմֆիզեմայի և բորբոքային ինֆիլտրացիայի հատվածներ: Սովորաբար նշված փոփոխություններն ուղեկցվում են պնևմոսկլերոզով, բրոնխների ձևախախտմամբ և դեստրուկտիվ (կազմալուծական) փոփոխություններով: Բշտի մակերեսային տեղակայման դեպքում բորբոքային պրոցեսները տարածվում են դեպի թոքամիզ՝ առաջացնելով կպումներ:



Նկ. 3.31. Պրոտոսկոլեքսներ



Նկ. 3.32. Խիտինային և հերմինատիվ թաղանթներ

Ճագրմնաբանական առանձնահատկություններից ելնելով՝ թոքի էխինոկոկոզը բաժանվում է հետևյալ տարատեսակների.

1. Առաջնային էխինոկոկոզ, որը զարգանում է կենսունակ օնկոսֆերաների՝ օրգանիզմ ներթափանցելուց հետո (մեկ կամ մի քանի օրգաններում):

2. Երկրորդային էխինոկոկոզ, որը զարգանում է բշտի՝ թոքամզի խոռոչի մեջ պատովելուց հետո:

3. Իմպլանտացիոն էխինոկոկոզ, որը զարգանում է վիրահատական վերքի մեջ օնկոսֆերաներ ընկնելու հետևանքով:

4. Մետաստատիկ (սերմնացրում) էխինոկոկոզ, որը զարգանում է էխինոկոկային բշտի՝ սրտի խոռոչի կամ խոշոր անոթի մեջ պատովելու դեպքում:

Բացի նշված դասակարգումից, հաշվի առնելով հիվանդության տարածման առանձնահատկությունները՝ թոքի էխինոկոկոզը լինում է եզակի, բազմաթիվ, համակցված և տարածված:

Ըստ բշտի տեղակայման՝ թոքի էխինոկոկոզը լինում է միակողմանի և երկկողմանի:

Կլինիկա: Հիվանդության զարգացումը բաժանվում է երեք շրջանների.

Առաջին շրջանն ընթանում է առանց ախտանիշերի և կարող է տևել երկար տարիներ: Գանգատների ուշ ի հայտ գալը պայմանավորված է բշտի տեղակայմամբ և զարգացման առանձնահատկություններով: Կենտրոնական տեղակայում ունեցող բշտերը զարգանում են դանդաղ, ավելի ուշ են հասնում թոքի մակերեսին ու սեղմում հարևան օրգաններին: Այդ շրջանում սովորաբար դիտվում են ընդհանուր բնույթի ախտանիշեր՝ պայմանավորված օրգանիզմի թեթև ինտոքսիկացիայով: Ընդհանուր բնույթի ախտանիշերից են թուլությունը, գլխացավը, սակավարյունությունը, անոռեքսիան (ախորժակի բացակայություն) և այլն: Նշված գանգատների աննշան լինելու պատճառով հիվանդները սովորաբար չեն դիմում բժշկի, և հիվանդությունը հիմնականում հայտնաբերվում է պատահականորեն կրծքավանդակի ռենտգենաբանական հետազոտության ընթացքում կամ էլ այլ հիվանդության առիթով հետազոտության ժամանակ (10-25% դեպքերում):

Երկրորդ շրջանն ընդգրկում է հիվանդության առաջին ախտանիշերի ի հայտ գալուց մինչև այս կամ այն բարդության առաջանալու ժամանակահատվածը: Այս շրջանում հիվանդներին անհանգստացնում են բուրժ ցավերը կրծքավանդակի շրջանում, հազը, հևոցը, ենթատենդային ջերմությունը: Առաջին գանգատների ի հայտ գալը պայմանավորված է բշտի տեղակայմամբ և այն ռեակցիայով, որն առաջանում է շրջակա հյուսվածքներում ու օրգաններում: Նշանակություն ունեն նաև բշտի հաստության աստիճանը և չափսերը: Բշտի դուրս գալը դեպի թոքի մակերես առաջացնում է թոքամզի ռեակցիա ասեպտիկ պլևրիտի և միջկողային ներիտի տեսքով: Ստոծանիական նյարդի գրգռման դեպքում ցավերը ճառագայթվում են դեպի ուսահող և պարանոց: Ցավերն առաջանում են խոր շնչառության կամ հազի ժամանակ:

Հազը համեմատաբար վաղ և կարևոր ախտանիշ է թոքի

Էխիսնոկոկոզի դեպքում: Հազը սովորաբար լինում է չոր, կապված չէ որևէ պատճառի հետ և հատկապես համառ է լինում, երբ բուշտը տեղակայված է թոքարմատին մոտ կամ ստորին բլթի ստոծանիական մակերեսին: Երբ բշտի շուրջն առաջանում է բորբոքում, հիվանդն սկսում է արտաբերել փրփրախառը լորձաթարախային բնույթի խորխ, երբեմն արյան որոշ բծերի առկայությամբ:

Արյունախիսման պատճառ են բշտի հարբորոնխային տեղակայումը կամ էլ խիտինային թաղանթի շերտազատումը, որի հետևանքով առաջանում է բորբոքային պրոցես խիտինային և ֆիբրոզ թաղանթների միջև:

Հնոցը թոքի էխիսնոկոկոզի ժամանակ լինում է մեծ բշտի առկայության դեպքում, որը ճնշում է գլխավոր բրոնխին՝ առաջացնելով հիպովենտիլյացիա: Հնոցը դիտվում է նաև էխիսնոկոկոզի բազմաթիվ բշտերի առկայության դեպքում: Մինչ բարդությունների առաջացման շրջանը թոքի էխիսնոկոկոզին բնորոշ և հաճախ հանդիպող ախտանիշերից է նաև ենթատենդային ջերմությունը, որը պայմանավորված է էխիսնոկոկոզի հեղուկի հումորալ ազդեցությամբ օրգանիզմի վրա, ինչպես նաև բշտի շուրջն առկա ասեպտիկ կամ բակտերիային բորբոքմամբ: Երբեմն ջերմաստիճանի բարձրացման պատճառ է դառնում թոքի աստելեկտազի ենթարկված հատվածի բորբոքումը:

Որոշ դեպքերում էխիսնոկոկոզի բշտի կողմից միջնորմի և թափառող նյարդի վրա ճնշման հետևանքով առաջանում են ցավեր սրտի շրջանում: Այլ հյուսվածքների և օրգանների վրա բշտի ճնշման հետևանքով կարող են առաջանալ ներիտներ, պլեքսիտներ, ատրոֆիաներ, պարեզներ և այլն:

Հիվանդի զննման արդյունքում ստացված տվյալները ոչ միշտ են բնորոշ տվյալ հիվանդությանը և հիմնականում պայմանավորված են էխիսնոկոկոզի բշտի տեղակայմամբ: Բշտի մեծ չափսերի դեպքում դիտվում են մաշկի գունատություն, շնչառության հաճախացում և հևոց:

Մակերեսորեն տեղակայված մեծ բշտի ճնշման հետևանքով կարող

են հարթվել միջկողային տարածությունները, իսկ երբեմն էլ դիտվում է կրծքավանդակի պատի արտափքում: Ձայնային դողոցը տվյալ շրջանում լինում է թուլացած:

Բախման ժամանակ դիտվում է բթություն, որի չափերը համապատասխանում են բշտի մեծությանը և թոքի՝ատելեկտագի ենթարկված հատվածի չափսերին: Աուսկուլտացիայով հայտնաբերվում են թոքամզի քսման աղմուկ և մանր բշտիկային թաց խզոցներ բշտի շուրջը, որոնք թուլանում կամ լրիվ անհետանում են բախման բթության կենտրոնական մասում:

Երրորդ կլինիկական շրջանը համապատասխանում է բարդությունների առաջացմանը: Հաճախ այն հաջորդում է կլինիկական ախտանիշերի զարգացման շրջանին, իսկ որոշ դեպքերում էլ բարդությունները զարգանում են առանց կլինիկական ախտանիշերի որևէ արտահայտության: Թոքի էխինոկոկոզի ամենից հաճախ հանդիպող բարդություններից է բշտի թարախակալումը: 90% դեպքերում թարախակալված բուշտը պատռվում է բրոնխի լուսանցքի մեջ, իսկ 2-5% դեպքերում պլերայի խոռոչ կամ պերիկարդի խոռոչ:

Թարախակալման պատճառ կարող է լինել մակաբույծի մահանալը, որի հետևանքով բշտի թաղանթում առաջացած ճեղքերից ախտածին մանրէները թափանցում են բշտի մեջ առաջանում են թարախակալմանը բնորոշ գանգատներ՝ հազի ուժեղացում, խորխարտադրության շատացում և բնույթի փոփոխություն լորձաթարախայինի, մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացում մինչև 38-39°C և տենդ: Թարախակալման հետևանքով ճնշումը բշտի մեջ բարձրանում է, թուլանում է ֆիբրոզ թաղանթի ամրությունը և բշտի պատռվելու նպաստավոր պայմաններ են ստեղծվում:

Բրոնխի մեջ էխինոկոկային բշտի պատռվելու դեպքում առաջանում է դժվարաշնչություն, հազ՝մեծ քանակությամբ պղտոր թարախային հեղուկի արտաբերմամբ: Էխինոկոկային բուշտը կարող է պատռվել նաև առանց թարախակալման: Պատճառ կարող են դառնալ ֆիզիկական լարվածությունը, վնասվածքը, հազը, հարվածը կրծքավանդակին:

Պատովելիս առաջանում է հազ և արտաբերվում է մեծ քանակությամբ աղի համի թափանցիկ հեղուկ՝ խիտինային թաղանթի մասնիկներով և դուստր բշտերով:

Ավելի ծանր վիճակ է ստեղծվում դեպի պլևրայի խոռոչ էխինոկոկային բշտի պատովելուց: Հանկարծակի առաջանում են սուր ցավ կրծքավանդակի համապատասխան կետում, տանջող բնույթի հազի նոպա և հևոց: Շնչառությունը դառնում է մակերեսային և հաճախացած: Էխինոկոկային հեղուկի ներծծման և ռեցեպտոր ապարատի վրա ազդեցության հետևանքով կարող է առաջանալ անաֆիլակտիկ շոկ, որը կարող է հանգեցնել հիվանդի մահվան: Երբեմն դիտվում է ուրտիկար ցանավորում մաշկի վրա:

Պլևրայի խոռոչի մեջ բացված բշտի հեղուկը պարունակում է սկոլեքսներ, որի հետևանքով առաջանում է սերմնացրում և կարող են զարգանալ նոր բշտեր:

Թոքի էխինոկոկոզը ըստ բշտի զարգացման շրջանների բաժանվում է հինգ տիպի՝

I տիպ – սկզբնական շրջան, երբ առկա է սեռահասուն բուշտը առանց դուստր բշտերի:

II տիպ – մայր բշտի և դուստր բշտերի զարգացման շրջան, երբ խիտինային թաղանթի ամբողջականությունը խախտված չէ:

III տիպ – առկա է մահացած մայր բուշտը կենդանի դուստր բշտերի առկայությամբ: Մայր բշտի խիտինային թաղանթի ամբողջականությունը խախտված է, ֆիբրոզ թաղանթում հայտնաբերվում են պետրիֆիկատներ: Հնարավոր է իմպլանտացիոն աճ:

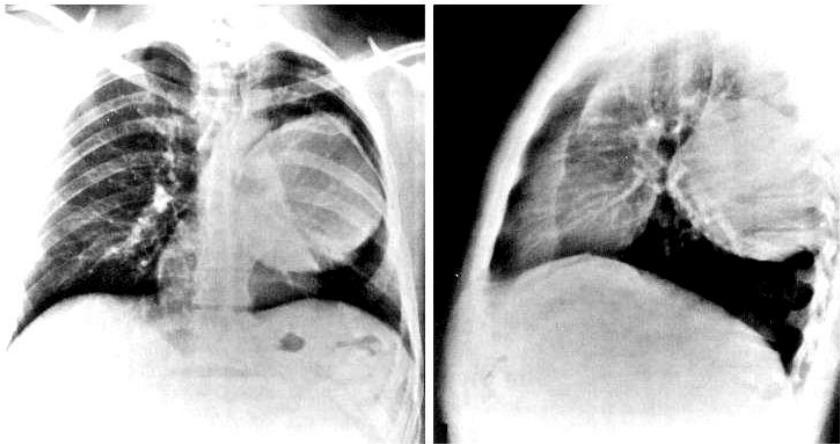
IV տիպ – առկա է մահացած մայր բուշտը մածուցիկ դոնդողանման դետրիտով, առանց կենդանի տարրերի: Հաճախակի լինում է թարախակալում, ֆիբրոզ թաղանթի պետրիֆիկացիա:

V տիպ – առկա է պետրիֆիկատ կամ կրակալում բշտի ողջ շրջագծով:

Ախտորոշում: Թոքի էխինոկոկոզի ախտորոշման համար մեծ նշանակություն ունի կրծքավանդակի ռենտգենաբանական

հետազոտությունը (93-95% դեպքերում):

Ռենտգենաբանական հետազոտության ժամանակ թոքերում հայտնաբերվում են մեկ կամ մի քանի համասեռ կլոր կամ օվալաձև ստվերներ, որոնք ունեն հստակ և հարթ ուրվագծեր (նկ.3.33):



Նկ. 3.33. Չախ թոքի էխինոկոկոզ

Ռենտգենաբանական ախտանիշերը թոքի էխինոկոկոզի դեպքում լինում են ուղղակի և անուղղակի: Ուղղակի ախտանիշերն իրենց հերթին լինում են սպեցիֆիկ և ոչ սպեցիֆիկ: Սպեցիֆիկ ախտանիշերը նման են այլ հիվանդությունների ժամանակ հանդիպող ռենտգենաբանական պատկերին: Սպեցիֆիկ ախտանիշ է կալցիումի աղերի կուտակումը ֆիբրոզ թաղանթում կամ էխինոկոկային բշտի մեջ: Էխինոկոկային բշտի՝ բրոնխի մեջ պատովելուց հետո ռենտգենյան հետազոտությամբ հայտնաբերվում է խոռոչ՝ հեղուկի հորիզոնական մակարդակով, որի վերևում առկա է բնորոշ գազային բուշտ: Բշտի պատռումից հետո հեղուկի մակերեսին նկատվում է ալիքավոր կամ ծալքավոր անհարթ թաղանթ, որը հայտնի է որպես «լողացող թաղանթի» կամ «ընկղմված թաղանթի» ախտանիշ: Տվյալ ախտանիշը հնարավորություն է տալիս թոքի առաջնային թարախակույտը տարբերակելու բրոնխի մեջ պատռված էխինոկոկային բշտից:

Մակաբույծի մահանալուց հետո ֆիբրոզ և խիտինային թաղանթների

միջև շերտազատման հետևանքով կարող է առաջանալ օդով լցված ազատ տարածություն, որը ռենտգենագրամայի վրա ունի մանգաղաձև պատկեր և հայտնի է որպես շերտազատման կամ «մանգաղի» ախտանիշ: Բրոնխոգրաֆիա կատարելիս տվյալ տարածությունը լցվում է կոնտրաստ նյութով և նկարագրված է որպես ենթաթաղանթային կոնտրաստավորման ֆենոմեն:

Անուղղակի ռենտգենաբանական ախտանիշերը, որոնք ի հայտ են գալիս բրոնխների, զարկերակների և երակների կոնտրաստավորման ժամանակ նշված օրգանների տեղաշարժի, սեղմման, նեղացման տեսքով, բացի թոքի էխինոկոկոզից կարող են լինել ցանկացած այլ հիվանդության ժամանակ առաջացած ծավալային գոյացության դեպքում: Թոքի էխինոկոկոզը անուղղակի ախտանիշերի հիման վրա հնարավոր է ախտորոշել միայն այն դեպքերում, երբ հաշվի են առնվում նաև անամնեզը, պրոցեսի տեղակայումը, կլինիկական ընթացքը և լաբորատոր հետազոտությունների տվյալները:

Էխինոկոկային բշտի՝ պլերայի խոռոչի մեջ բացվելու դեպքում դիտվում են հիդրոպնևմոթորաքս և թոքի ստվերի լուսավորում: Թոքի ստորին բլթում տեղակայված էխինոկոկային բուշտը ենթաստոծանիական տեղակայում ունեցող գոյացությունից տարբերակելու համար ռենտգենաբանական հետազոտությունից առաջ ստեղծվում է պնևմոպերիտոնեում:

Բնակչության զանգվածային հետազոտության համար կարևոր նշանակություն ունի ֆլյուորոգրաֆիկ հետազոտությունը, որի շնորհիվ մինչ կլինիկական ախտանիշերի ի հայտ գալը 30-40% դեպքերում հայտնաբերվում է հիվանդությունը:

Կարևոր հետազոտություններից է համակարգչային շերտագրությունը, որը հնարավորություն է տալիս հայտնաբերելու նույնիսկ ոչ մեծ կառուցվածքային փոփոխությունները և ճշտելու ախտորոշումը:

Թոքի էխինոկոկոզի ախտորոշման կարևոր մեթոդներից է թորակոսկոպիկ հետազոտությունը, որը հնարավորություն է տալիս

տարբերակելու թոքի, միջնորմի, պլևրայի խոռոչի և ստոծանու ծավալային գոյացությունները միմյանցից, կատարելու բիոպսիա (կենսազննում), սանացիա և դրենավորում:

Որոշ դեպքերում ախտորոշումը ճշտելու համար անհրաժեշտ է լինում կատարել սելեկտիվ անզիոգրաֆիա: Այդ նպատակով ազորային զարկերակի մեջ մտցված հատուկ զոնդի միջոցով ներարկվում է կոնտրաստ նյութ, և կատարվում են մի շարք ռենտգենագրամաներ 20-30 վայրկյանի ընթացքում, որոնց միջոցով հայտնաբերվում է կլոր կամ օվալաձև, անոթավորումից զուրկ գոյացություն, որի շուրջը հյուսվածքը անոթավորված է:

Կլինիկո-լաբորատոր հետազոտությունները թոքի էխինոկոկոզի ժամանակ հնարավորություն են ընձեռում ստանալու լրացուցիչ, երբեմն էլ շատ կարևոր տվյալներ՝ ախտորոշումը ճշտելու համար: Առաջին հերթին դա վերաբերում է եոզինոֆիլների քանակի ավելացմանը (մինչև 4%), որը ոչ միշտ է կայուն և բնորոշ ցուցանիշ էխինոկոկոզի համար: Էոզինոֆիլիա լինում է նաև ճիճվային այլ հիվանդությունների, լյարդի ցիռոզի դեպքում, հակաբիոտիկների, կալիումի յոդիտի օգտագործումից և այլն: Բացի այդ, եոզինոֆիլիան բնորոշ է միայն կենդանի մակարույծի առկայությանը: Վերջինիս մահանալու (բշտի թարախակալում կամ կրակալում) դեպքում եոզինոֆիլիա չի հայտնաբերվում: Էխինոկոկոզի ժամանակ համեմատաբար կայուն ցուցանիշ է էրիթրոցիտների նստեցման արագության բարձրացումը (ԷՆԱ) 20 մմ/ժ և ավելի: Լեյկոցիտների քանակի ավելացում դիտվում է մոտ 48% դեպքերում և հիմնականում լինում է էխինոկոկոզի բշտի թարախակալման ժամանակ: Դիտվում է նաև լեյկոցիտային բանաձևի ձախ թեքում: Անեմիա հայտնաբերվում է 66-68% դեպքերում: Թոքի էխինոկոկոզով հիվանդների 25-26%ի մոտ նկատվում է հիպոպրոտեինեմիա:

Թոքի էխինոկոկոզի ախտորոշման համար հատկապես կարևոր նշանակություն ունեն իմունաբանական հետազոտությունները: Առավել տեղեկատու և օրգանիզմի համար անվտանգ հետազոտություններից է լատեքս ազլյուտինացիայի ռեակցիան, որն արդյունավետ է 96,3%

դեպքերում: Ախտորոշման հաստատմանը նպաստում են նաև մի քանի այլ սերոլոգիական ռեակցիաներ՝ անուղղակի հեմագլյուտինացիայի ռեակցիան, որի հավաստի ախտորոշիչ տվյալը 1:200-250 և ավելի է: Հաճախակի է կիրառվում նաև իմունաֆերմենտային ռեակցիան, որը համարվում է դրական 2-3 դրական նիշի դեպքում: Վերջին տարիներին ապացուցված է իմունաբանական հետազոտությունների հավաստիության մեծացումը միաժամանակ 3 կամ 4 ռեակցիաներ կիրառելիս: Բոլոր այս հետազոտություններն ունեն բարձր զգայունություն, սպեցիֆիկ են, չունեն որևէ կողմնակի ազդեցություն և հակացուցումներ: Կարող են կիրառվել բազմիցս, որը շատ կարևոր է դինամիկ հսկողության պարագայում և հիվանդության կրկնման կասկածի դեպքում:

Էխինոկոկային բուշտն անհրաժեշտ է տարբերակել բոլոր այն հիվանդություններից, որոնց ժամանակ թոքերում հայտնաբերվում են նմանատիպ կլորավուն գոյացություններ (թոքի կիստա, թարախակույտ, քաղցկեղ, տուբերկուլոմա, ցելոմիկ կիստա, դերմոիդ կիստա, տերատոմա, նևրինոմա, գամարտոմա, ուռուցքների մետաստազներ և այլն):

Բուժում: Թոքի էխինոկոկոզի բուժման հիմնական եղանակը վիրահատականն է: Կիրառվում է նաև համակցված բուժում (վիրահատություն և հակաճիճկային բուժում):

Մեկ կամ մի քանի օրգանների բազմաթիվ ախտահարումների դեպքում, ինչպես նաև մանր բշտերի՝ մինչև 3սմ չափսերի դեպքում, նշանակվում է քիմիաթերապիա կարբոմատիմիդազոլի պրեպարատներով (ալբենդազոլ, մեբենդազոլ և այլն): Ալբենդազոլը նշանակվում է օրը 10մգ 1 կգ (առավելագույնը՝ 800մգ/օրը) հաշվարկով: Բուժումը տևում է մինչև 4 շաբաթ և կարելի է կրկնել 2 շաբաթ անց:

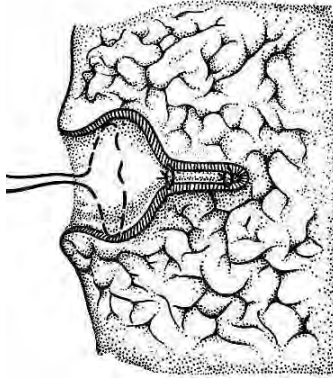
Վիրահատական բուժման եղանակները բաժանվում են երեք խմբի.

1. Բաց էխինոկոկէկտոմիա - բշտի բացում և դրա թաղանթների հեռացում:

2. Փակ էլիինոկոկէկտոմիա - մակաբույծի հեռացում առանց բուշտը բացելու: Փակ էլիինոկոկէկտոմիան իր հերթին լինում է իդեալական էլիինոկոկէկտոմիա (բշտի էնուկլէացիա) և պերիցիստէկտոմիա (մակաբույծի հեռացում ֆիբրոզ թաղանթի հետ միասին):
3. Թոքի ախտահարված հատվածների մասնահատում կամ թոքի հեռացում:

Էլիինոկոկէկտոմիա (բաց): Կրծքավանդակահատում կատարելուց հետո էլիինոկոկային բուշտը մեկուսացվում է վիրահատական դաշտից, որից հետո կատարվում է բշտի պունկցիա հաստ ասեղով և հեռացվում է նրա պարունակությունը: Հատվում է ֆիբրոզ թաղանթը, հեռացվում է խիտինային թաղանթը և առաջացած խոռոչը մշակվում է որևէ սկովիցիդ լուծույթով (20-30%-անոց նատրիումի քլորիդի լուծույթ, 80%-անոց գլիցերինի ջրային լուծույթ, 76%-անոց սպիրտի լուծույթ, ջրածնի պերօքսիդի 3% լուծույթ և այլն): Ստուգվում է խոռոչի ներսը, և եթե հայտնաբերվում են բրոնխային խողակներ, ապա դրանք կարվում են: Մնացած ֆիբրոզ թաղանթի ավելորդ եզրերը հատվում են, որից հետո հարկ առ հարկ քսակաձև կարերով վերացվում է մնացորդային (ֆիբրոզ) խոռոչը (կապիտոնած) (նկ.3.34):

Թոքի բազալ հատվածների խոր խոռոչների առկայության դեպքում, հաշվի առնելով դրանք կարելու դժվարությունը կամ էլ թոքի դեֆորմացիայի վտանգը, հատվում է ֆիբրոզ թաղանթը, և դրա եզրերը կարվում են ատրավմատիկ կարերով: Կարելուց հետո բարձրացնում են ճնշումը շնչուղիներում, թոքն աստիճանաբար բացվում է:



Նկ. 3.34. Թոքի մնացորդային խոռոչի կապիտոնած

Փակ (իդեալական) էխինոկոկեկտոմիա կամ բշտի էնուկլեացիա:

Վիրահատության այս մեթոդի դեպքում բուշտը հեռացվում է առանց էխինոկոկոսի թաղանթի ամբողջականությունը խախտելու: Բշտի շրջանը նատրիումի քլորիդի հիպերտոնիկ լուծույթով թրջված թանգիվներով մեկուսացնելուց հետո հատվում է ֆիբրոզ թաղանթը, թոքը փքվում է՝ բարձրացնելով ճնշումը շնչուղիներում շնչական ապարատի միջոցով, որի շնորհիվ էխինոկոկի բուշտն առանց վնասվելու դուրս է գալիս ֆիբրոզ թաղանթի վրա կատարված բացվածքից: Թոքում առաջացած խոռոչը կարվում է (կապիտոնած): Իդեալական էխինոկոկեկտոմիա կատարվում է միայն ոչ մեծ էխինոկոկային բշտերի և դրանց շուրջն առկա բորբոքման բացակայության դեպքում: Փակ եղանակով կատարվող վիրահատություններից է նաև պերիցիստեկտոմիան, որի ժամանակ մակաբույծը հեռացվում է ֆիբրոզ թաղանթի հետ միասին:

Թոքի մասնահատում կամ հեռացում:

Կատարվում է թոքի էխինոկոկոզի բարդությունների դեպքում: Հիմնականում ցուցված է բրոնխի մեջ բացված էխինոկոկային բշտի շուրջն առկա տարածուն թարախային պրոցեսների և արդեն ձևավորված քրոնիկական թարախակույտի, ինչպես նաև թոքի էխինոկոկոզի հետ միասին այլ հիվանդության առկայության դեպքում:

ԹԵՄԱ 4. ԹՈՔԵՐԻ ԲԱՐՈՐԱԿ ԵՎ ՉԱՐՈՐԱԿ ՆՈՐԱԳՈՅԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Բրոնխաթորային բարորակ ուռուցքներ: Բարորակ ուռուցքները հանդիպում են համեմատաբար հազվադեպ՝ կազմելով թոքի բոլոր ուռուցքների 3-11%-ը: Տարբերում են էպիթելային ծագման բարորակ ուռուցքներ (ադենոմաներ, պապիլոմաներ), մեզենքիմային ծագման ուռուցքներ (միքսոմաներ, լիպոմաներ, ֆիբրոմաներ, պլազմոցիտոմաներ և այլն) և դիսէմբրիոգենետիկ գամարտոմաներ: Բոլոր բարորակ ուռուցքներին հատուկ են դանդաղ աճը, հազվադեպ՝ չարորակացումը և մետաստազներ տալը, աճի ոչ ինֆիլտրատիվ բնույթը:

Ադենոմաներ: Սրանց բաժին է ընկնում դեպքերի 30—40%-ը: Առավել հաճախ հանդիպում են 30—40 տարեկան կանանց մոտ: Զարգանում են հիմնականում խոշոր բրոնխներում՝ լորձաթաղանթի և լորձային գեղձերի էպիթելից, ունենում են էկզոֆիտ աճ՝ աստիճանաբար փակելով լուսանցքը: Այլ դեպքերում ադենոման աճում է ինտրամուրալ (ներպատային) դեպի պարենխիմի կողմը (էնդոֆիտ աճ): Բրոնխից դուրս սովորաբար աճում են մանր բրոնխի պատից ծագած ադենոմաները: Նրանք ունեն բլթակավոր կառուցվածք, նեղ ոտիկ, լավ անոթավորված են, ուստի հաճախ արյունահոսում են: Պատահում են ադենոմաներ, որոնք աճում են հանտելների, ավազի ժամացույցի, սառցաբեկորի (այսբերգ) նման: Տարբերում են ադենոմաների երեք ձևեր՝ կարցինոիդ ադենոմաներ, ցիլինդրոմաներ և մուկոէպիդերմոիդներ: 5-10% դեպքերում դրանք չարորականում են: Բայց նույնիսկ ձևաբանորեն պահպանելով բարորակ ուռուցքի նշանները՝ կլինիկորեն ընթանում են չարորակ՝ թափանցում են շրջապատող հյուսվածքների մեջ, տալիս են մետաստազներ: Այդ առումով առավել չարորակ են ցիլինդրոմաները:

Կարծիք կա, որ ադենոմաները զարգանում են ոչ թե լորձաթաղանթի մակերեսային էպիթելից, այլ ավելի խոր տեղակայված լորձային գեղձերի էպիթելից: Երբեմն ադենոմաներում նկատվում է ոսկրագոյացում: Ըստ տեղակայման տարբերում են կենտրոնական ադենոմաներ, որոնք

աճում են հիմնականում բլթային ու սեզմենտային բրոնխներում, և ծայրամասային, որոնք սկիզբ են առնում ավելի փոքր բրոնխներում: Կլինիկական պատկերը պայմանավորված է դրանց տեղակայմամբ, աճի բնույթով:

Առավել արտահայտված են բրոնխների անցանելիության խանգարման նշանները: Կլինիկական ընթացքում տարբերում են երեք շրջան՝

Առաջին շրջանում բրոնխի անցանելիությունը գրեթե խանգարված չէ, նկատվում է հազ՝ քիչ քանակությամբ խորխի արտադրությամբ, արյունախիտում: Ռենտգենաբանական նշաններ չկան: Ախտորոշումը հաստատվում է միայն բրոնխոսկոպիայի ժամանակ, որը սովորաբար կատարվում է արյունախիտման դեպքում:

Երկրորդ շրջանը բնորոշվում է բրոնխի անցողիկ խցանման երևույթներով: Նկատվում են անցողիկ ատելեկտազներ, բրոնխոպնևմոնիաներ: Լորձաթաղանթի այտուցը, լորձի կուտակումը բրոնխում կարող են հանգեցնել փականային մեխանիզմի առաջացմանը կամ լրիվ խցանմանը: Երբեմն հազից հետո բրոնխի անցանելիությունը մի քանի ամսով կամ նույնիսկ տարով վերականգնվում է:

Օդափոխության խանգարման, բորբոքային պրոցեսի զարգացման հետևանքով դիտվում են մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացում՝ հազ լորձաթարախային խորխարտադրությամբ, ցավ կրծքավանդակում: Ռենտգենաբանական քննությամբ, պայմանավորված աղենոմայի տեղագրությամբ և չափերով, հայտնաբերվում են օդափոխության խանգարումներ (հիպովենտիլացիա, էմֆիզեմա կամ ատելեկտազ) և համապատասխան շրջանում թոքաբորբի նշաններ: Բրոնխոստենոզը հաստատում են շերտագրական հետազոտությունը և բրոնխոսկոպիան: Վերջինիս դեպքում բրոնխի լուսանցքում կարելի է տեսնել հարթ-գնդաձև կամ բլթային մակերեսով ուռուցք:

Երրորդ շրջանում խցանումը կայուն բնույթ ունի, զարգանում են անվերադարձ ծանր փոփոխություններ, ռենտգենաբանորեն հայտնաբերվում են ատելեկտազ, թոքաբորբ, բրոնխոէկտազներ, թարախա-

կալում: Դիտվում են ջերմության բարձրացում, ցավեր կրճքում, հևոց, կարող է լինել հազ՝ թարախային կամ նեխային խորխով, արյունախիտում: Կլինիկական պատկերում գերակշռում են օբտուրացիոն թոքաբորբի, ատելեկտազի շրջանի թարախակալման նշանները: Ախտորոշումը հաստատվում է բրոնխոսկոպիայի, ուռուցքի բիոպսիայի օգնությամբ:

Ծայրամասային ադենոմաները երկար ժամանակ ընթանում են անախտանիշ և սովորաբար հայտնաբերվում են ռենտգենաբանական հետազոտության դեպքում կլոր կամ օվալաձև, պարզ եզրագծով ստվերի ձևով՝ անփոփոխ թոքային հյուսվածքի զուգակցմամբ:

Երբեմն կարցինոդ (հատկապես չարորակ) ադենոմայի դեպքում դիտվում է յուրահատուկ ախտանշանաբանություն, որը կոչվում է կարցինոդ համախտանիշ: Վերջինիս ծագումը պայմանավորված է ուռուցքի հյուսվածքի կողմից սերտոտոնին հորմոնի ավելորդ քանակի արտադրությամբ: Համախտանիշն արտահայտվում է արյան հորդումներով (արյունախոռոմ), մաշկի կարմրությամբ (հատկապես դեմքի), լուծով, դերմատոզի տիպի մաշկային փոփոխություններով, նկատվում է սրտի, հատկապես դրա փականների ախտահարում: Կարցինոդ համախտանիշի ախտորոշման մեջ մեծ նշանակություն ունի սերտոտոնինի հիմնական մետաբոլիտ հանդիսացող 5-օքսիինդոլիլ քացախաթթվի որոշումը մեզում:

Բուժումը: Ադենոմաները ենթակա են վիրահատական հեռացման, ընդ որում՝ որքան հնարավոր է շուտ՝ մինչև թոքային հյուսվածքում անվերադարձ փոփոխությունների և չարորակացման երևան գալը: Արդյունավետ եղանակը բրոնխների մասնահատումն է ուռուցքի հետ միասին (շրջանաձև, սեպաձև): Խանգարված օղափոխության շրջանում անվերադարձ փոփոխությունների առկայության դեպքում կատարվում է բրոնխների ռեզեկցիա, և հեռացվում է ախտահարված շրջանը: Երբեմն հնարավոր է բրոնխոսկոպով հեռացնել այն ադենոմաները, որոնք կանգնած են բարակ ոտիկի վրա: Ծայրամասային ադենոմայի դեպքում կատարվում է սեզմենտային մասնահատում կամ լոբեկտոմիա: Բարորակ ուռուցքների մեջ երկրորդ տեղը ըստ հաճախականության

գրավում են գամարտոմաները: Դրանք ըստ էության զարգացման արատներ են՝ տվյալ օրգանին ոչ բնորոշ հյուսվածքների կուտակումներ:

Թոքերում սովորաբար հանդիպում են խոնդրոգամարտոմաներ: Գամարտոմայի կազմության մեջ կարելի է հանդիպել շարակցական, աճառային, մկանային, թելքային, ճարպային և այլ հյուսվածքների: Նրանց միջև գոյություն ունեն բրոնխային ճեղքեր՝ պատված գլանաձև կամ խորանարդաձև էպիթելով: Ուռուցքի տրամագիծը մի քանի սանտիմետր է, պարունակում է կրակալման օջախներ, ոսկրեր: Տեղակայվում է թոքամզի տակ կամ թոքային հյուսվածքի հաստության մեջ, հաճախ թոքերի ստորին բլթերում: Այն իսկական ուռուցք չէ, սակայն երբեմն սկսում է անգուսպ աճել ու չարորականալ:

Կլինիկական պատկերն աղքատ է, կարող են լինել ցավեր, չոր հագ, երբեմն՝ արյունախիխում: Եթե խանգարվում է բրոնխի անցանելիությունը, առաջանում է հիպովենտիլացիա: Ախտորոշումը դժվար է: Երբեմն օգնում է տրանսթորակալ պունկցիոն բիոպսիան: Ռենտգենաբանորեն երևում է պարզ եզրագծերով կլոր ստվեր՝ կրային ներառումներով: Այս նշաններն առավել պարզ երևում են տոմոգրամաների վրա:

Բուժում: Հեռացվում է ուռուցքը, իսկ երբեմն անհրաժեշտ է լինում կատարել թոքի մասնահատում:

ԹՈՔԻ ՔԱՂՑԿԵՂ

Էթիոլոգիան և վիճակագրական տվյալները: Վերջին տարիներին նկատվում է թոքի քաղցկեղով հիվանդացության համընդհանուր, հավաստի աճ: 20-րդ դարի առաջին տասնամյակներում համաշխարհային բժշկական գրականության մեջ նկարագրված են քաղցկեղի 400-ից ավելի դեպք, իսկ 1976 թ. միայն ԱՄՆ-ում թոքի քաղցկեղ գրանցվել է 100 հազար մարդու մոտ: Մեծ Բրիտանիայում վերջին 50 տարիների ընթացքում հիվանդների թիվն ավելացել է շուրջ 40 անգամ: Նախկին ԽՍՀՄ-ում ևս նշվում էր թոքի քաղցկեղով հիվանդացության ու դրանից մահացության աճ: Չարորակ ուռուցքներով հիվանդության կառուց-

վածքում թոքի քաղցկեղը ներկայումս չորրորդից տեղափոխվել է երկրորդ տեղը: Թոքի քաղցկեղով հիվանդացության զգալի աճը պայմանավորված է մի շարք գործոններով: Դրանցից հիմնականը ծխելը և մթնոլորտային օդի աղտոտվածությունն են:

Որքան երկարատև ու ինտենսիվ է ծխում մարդը, այնքան ավելի մեծ է թոքի քաղցկեղով հիվանդանալու հավանականությունը: Ըստ ամերիկյան հակաքաղցկեղային ընկերության տվյալների՝ ովքեր օրական ծխում են երկու տուփից ավելի, թոքի քաղցկեղով հիվանդանալու հավանականությունը 20 անգամ ավելի մեծ է, քան չծխողների մոտ: Հայտնի է, որ բնակչության այն խմբերի մոտ, որոնց կրոնն արգելում է ծխելը, թոքի քաղցկեղ գրեթե չի հանդիպում:

Բացի գլանակների թվից, նշանակություն ունի նաև ծխելու աստիճանը: Պարզվել է, որ գլանակը մինչև վերջ ծխելը վտանգավոր է, քանի որ ծխախոտի վերջին 1/3-ի մեջ քաղցկեղածին նյութերի, մասնավորապես արոմատիկ ածխաջրածին 3,4-դիբենզալիբենի քանակը 3 անգամ ավելի է: Հաստատված է, որ հոտավետ (բաց գույնի) ծխախոտի տեսակից պատրաստված սիգարետ ծխելիս առաջանում են առավել կանցեթոգեն (քաղցկեղածին) բաղադրամասեր: Միգար ծխողները ծուխն ավելի հաճախ և խորն են ներս քաշում:

Այն կարծիքը, թե ծխամորձ ծխելը պակաս վտանգավոր է, ճիշտ չէ: Ծխամորձ ծխողների մոտ այրման արգասիքների հիմնական զանգվածը կուտակվում է վերին շնչական ուղիներում՝ այստեղ առաջացնելով քաղցկեղ:

Թոքի քաղցկեղի առաջացման մեջ դեր է խաղում ոչ միայն բենզալիբենը: Ամերիկյան գիտնականները ծխախոտից անջատել են պոլոնիում-210 ռադիոակտիվ իզոտոպը՝ կիսաքայքայման մեծ պարբերությամբ, որը ծխի հետ անցնելով թոքերը՝ երկար ժամանակ պահպանվում է օրգանիզմում: Ծխողը երկար ժամանակ օրգանիզմի ճառագայթման այնպիսի ընդհանուր չափաբաժին է ստանում, որը բավարար է բջիջների քրոմոսոմային ապարատում փոփոխություններ առաջացնելու համար (առաջին հերթին թոքի հյուսվածքում): Դա էլ

հանգեցնում է քաղցկեղային կազմափոխության: Բրոնխների լորձաթաղանթների վրա ծխի ազդեցության անընդհատ գրգռման հետևանքով զարգանում է քրոնիկական բրոնխիտ, տեղի է ունենում թարթչավոր գլանաձև էպիթելի կազմափոխում բազմաշերտ տափակ էպիթելի: Խանգարվում է բրոնխների դրենաժային ֆունկցիան, դրանցում կուտակվում են բրոնխային սեկրետը, սրա հետ միասին՝ կանցերոզեն նյութեր:

Թոքի քաղցկեղի առաջացման երկրորդ հնարավոր պատճառը արտանետվող գազերով և մրով օդի աղտոտվածությունն է: Վերջինս պարունակում է զգալի քանակությամբ բենզալիրեն, որը գոյանում է ջեռուցման համակարգերում, ներքին այրման շարժիչներում (այդ թվում՝ ավտոմոբիլային ու ավիացիոն) պինդ և հեղուկ վառելիքի ոչ լրիվ այրման հետևանքով: Պատահական չէ, որ հատկապես ծխոտ քաղաքների բնակիչները ավելի հաճախ են թոքի քաղցկեղով հիվանդանում, քան գյուղի բնակիչները: Արտանետվող ծխի դերը թոքի քաղցկեղի առաջացման գործում բնորոշել է անգլիացի հետազոտող Պայբուսը՝ նշելով «ծուխը քաղցկեղ է»:

Խոշոր արդյունաբերական քաղաքների օդն աղտոտվում է դեպի մթնոլորտ արտանետվող վիթխարի քանակությամբ ածխաթթու գազով, ազոտի օքսիդով, ինչպես նաև ավտոմեքենաների անվադողերից և ասֆալտի մանրագույն մասնիկներից գոյացած փոշիով:

Հետաքրքիր է, որ Վենետիկում, որտեղ ավտոմեքենաների ու ասֆալտապատ ճանապարհների քանակը շատ քիչ է, հիվանդացությունը թոքի քաղցկեղով ավելի ցածր է, քան Իտալիայի այլ քաղաքներում:

Թոքի քաղցկեղի առաջացմանը նպաստող գործոններին պետք է վերագրել նաև քրոնիկական բրոնխաթոքային հիվանդությունները (քրոնիկական բրոնխիտ, քրոնիկական թոքաբորբ, թոքերի տուբերկուլյոզ և այլն), որոնց դեպքում խանգարվում է բրոնխների ֆիզիոլոգիական ինքնամաքման մեխանիզմը: Վերջին հանգամանքը նպաստում է բրոնխներում կանցերոզեն (քաղցկեղածին) նյութերի ավելի երկարատև կասեցմանը: Նշված հիվանդությունները, հաշվի առնելով դրանց

առկայությամբ քաղցկեղի առաջացման հավանականությունը, դասում են նախաքաղցկեղային հիվանդությունների շարքին: Անկասկած, նախաքաղցկեղային վիճակ է նաև բրոնխի ադենոման:

Գոյություն ունի նաև թոքի մասնագիտական քաղցկեղ: Որոշ բնագավառների բանվորներ քաղցկեղով հիվանդանալու ենթակա են ավելի մեծ չափով: Դրանք առաջին հերթին հանքահորերում աշխատող հանքավորներն են և ազբեստի արդյունաբերության, քրոմատների արտադրության, նիկելի մաքրման բնագավառի աշխատողները:

Ղասակարգումը և ախտաբանական անատոմիա: Թոքի քաղցկեղը զարգանում է բրոնխների լորձաթաղանթը ծածկող էպիթելից և լորձային գեղձերի էպիթելից: Ալվեոլային էպիթելից աճի հնարավորությունը շատ հեղինակների կողմից կասկածի տակ է առնվում:

Ներկայումս առաջարկվում է թոքի քաղցկեղի հետևյալ կլինիկաանատոմիական դասակարգումը.

I. Կենտրոնական ձև՝

- ա) էնդոբրոնխային (ներբրոնխային) քաղցկեղ,
- բ) պերիբրոնխային (շուրջբրոնխային) քաղցկեղ,
- գ) ճյուղավորված քաղցկեղ:

II. Ծայրամասային ձև՝

- ա) ներբլթային հանգույց,
- բ) թոքի քաղցկեղի միլիար, դիֆուզ ձև,
- գ) թոքի գագաթի քաղցկեղ (Պանկոստի քաղցկեղ),
- դ) թոքի քաղցկեղի խոռոչավոր ձև:

Կենտրոնական քաղցկեղը ծագում է խոշոր (գլխավոր, բլթային և սեզմենտային) բրոնխներում, իսկ ծայրամասայինը՝ ավելի մանր բրոնխներում: Կենտրոնական քաղցկեղը բրոնխի պատի նկատմամբ աճի բնույթով տարբեր է: Տարբերում են աճ, որն ուղղված է գերազանցապես դեպի բրոնխի լուսանցքը, և պերիբրոնխային աճ, որի մասին խոսում են, երբ քաղցկեղն աճում է լուսանցքից դեպի դուրս: Ուռուցքը կարող է աճել հանգույցի ձևով կամ ճյուղավորվել: Ծայրամասային քաղցկեղը կլորավուն ուռուցքային հանգույց է: Մի շարք

դեպքերում ուռուցքի կենտրոնում սնուցման խանգարման ու մեռուկացման հետևանքով գոյանում է խոռոչ (առաջնային խոռոչային ձև): Ուռուցքն աճելով կարող է թափանցել շրջապատող հյուսվածքի մեջ՝ չունենալով որոշակի ձև ու սահմաններ (թոքաբորբանման քաղցկեղ):

Թոքի գազաթի քաղցկեղն առանձնանում է իր տեղակայությամբ և կլինիկական առանձնահատկություններով: Ըստ հյուսվածաբանական կառուցվածքի՝ լինում են տարբերակված (դիֆերենցված)՝ էպիդերմոիդ ու գեղձային, և չտարբերակված՝ մանրբջջային ու բազմաձև բջջային քաղցկեղ: Կարող են լինել խառը կազմության ուռուցքներ: Էպիդերմոիդ քաղցկեղը լինում է մեծ մասամբ կենտրոնական տեղադրության, հաճախ ունի աճի հանգուցային բնույթ: Չտարբերակված քաղցկեղը նույնպես հիմնականում ունի կենտրոնական հարարմատային տեղադրություն:

Գեղձային քաղցկեղն (ադենոկարցինոմա) առավել հաճախ հանդիպում է կանանց մոտ:

Աջ թոքը քաղցկեղով ախտահարվում է ավելի հաճախ, քան ձախը:

Գերակշռում է ուռուցքի վերին բլթային տեղագրությունը: Վերին բլթերի քաղցկեղն առավել հաճախ զարգանում է առջևի սեգմենտներում (S₃), իսկ ստորին բլթերինը՝ գազաթային սեգմենտներում (S₆): Թոքի քաղցկեղի մետաստազների տարածումը տեղի է ունենում ավշային ու արյունային ճանապարհներով: Առաջինը ախտահարվում են սեգմենտային ու բլթային բրոնխների երկայնքով տեղադրված ավշահանգույցները (թոքային և բրոնխոթոքային): Ապա ախտահարվում են տրախեոբրոնխային, բիֆուրկացիայի, հարշնչափողային տեղադրության և միջնորմի ավշահանգույցները: Կարող է տեղի ունենալ հետադարձ մետաստազավորում, երբ ավշի ուղիղ արտահոսքի ճանապարհին հանգույցները պաշարված են:

Արյան միջոցով մետաստազների տարածման դեպքում ախտահարվում են լյարդը, ոսկրերը, գլխուղեղը, մակերիկամները, երիկամները և այլ օրգաններ:

Մետաստազներ տալուն մեծ չափով հակված են չտարբերակված ուռուցքները, հատկապես երիտասարդ հիվանդների մոտ:

Նախկին Խորհրդային Միությունում գործնական տարածում է գտել 1976 թ. ընդունված դասակարգումը, որի համաձայն տարբերում են ուռուցքի զարգացման չորս շրջաններ:

I շրջանում առկա է ոչ մեծ, սահմանափակ ուռուցք, որը չի ընդգրկում թոքամիզը: Մետաստազները բացակայում են:

II շրջանում ուռուցքը նույնն է, ինչ որ առաջին շրջանում կամ քիչ ավելի մեծ, առանց թոքամիզի մեջ ներաճման: Առկա են մետաստազներ բրոնխոթոքային ավշահանգույցներում:

III շրջանում ուռուցքն արդեն դուրս է գալիս թոքի սահմաններից և աճելով՝ ներթափանցում սրտապարկի, կրծքավանդակի պատի կամ ստոծանու մեջ: Ուռուցքը տալիս է բազմաթիվ մետաստազներ շրջանային (ռեզիոնար) ավշահանգույցներում:

IV շրջանում ուռուցքը լայնորեն տարածվում է հարևան օրգանների վրա և սերմնացրվելով (դիսսեմինացիա) թոքամիզի ուղղությամբ՝ տալիս է բազմաթիվ ռեզիոնար ու հեռավոր մետաստազներ:

TNM համակարգի միջազգային դասակարգման հիմքում ընկած է պրոցեսի տարածվածության որոշումն ըստ կլինիկական, ռենտգենաբանական և էնդոսկոպիկ տվյալների:

T. Առաջնային ուռուցք:

T₀. Առաջնային ուռուցք չի հայտնաբերվում:

T_{is}. Ոչ ինվազիվ (ներեպիթելային) քաղցկեղ:

T₁. Ուռուցքը չափսերով 3 սմ կամ ավելի փոքր է ըստ մեծ տրամագծի, չի թափանցում բլթային բրոնխի մեջ (բրոնխոսկոպիայով):

T₂. Ուռուցքն ըստ ամենամեծ տրամագծի 3 սմ-ից ավելի է, կամ այն ցանկացած չափերի է՝ զուգակցված ատելեկտազով կամ օբստրուկտիվ թոքաբորբով, որը տարածվում է արմատային շրջանի վրա: Ուռուցքի տեսանելի սահմանը բրոնխոսկոպիայի դեպքում կարինային չի հասնում 2 սմ-ի չափով:

T₃. Ցանկացած չափերի ուռուցք, որը տարածվում է հարևան գոյացությունների վրա (միջնորմ, կրծքավանդակ, ստոծանի), կամ որը բրոնխոսկոպիայի դեպքում տեղադրված է կարինային 2 սմ-ից

ավելի մոտ, կամ ուռուցքը զուգակցվում է աստելեկտագով, ամբողջ թոքի օրստրուկտիվ թոքաբորբով, կամ էլ՝ թոքամզի արտաքիրտով:

Tx. Ուռուցքի գոյությունը հաստատված է խորխում, սեկրետում ուռուցքածին բջիջների առկայությամբ, բայց ուռուցքը ռենտգենաբանական հետազոտությամբ ու բրոնխոսկոպիայով չի հայտնաբերվում:

N. Շրջանային (ռեզիոնար) ավշահանգույցներ:

No. Շրջանային ավշահանգույցներում մետաստազներ չկան:

Ni. Մետաստազներ թոքի ախտահարված կողմի արմատի ավշային հանգույցներում, ներառյալ առաջնային ուռուցքի անմիջական տարածումը:

Nz. Մետաստազներ միջնորմի ավշահանգույցներում:

Nx. Ավշահանգույցների վիճակը պարզված չէ, քանի որ դրանց գնահատման համար հետազոտությունների կիրառումն անհնարին է:

M. Հեռավոր մետաստազներ:

Mo. Հեռավոր մետաստազներ չկան:

Mi. Առկա են հեռավոր մետաստազներ, այդ թվում՝ նախասանդղային, պարանոցային, ենթանրակային, հակառակ կողմի թոքարմատի ավշահանգույցներում և այլ օրգաններում:

Առաջին շրջանին համապատասխանում են TNM-ի հետևյալ զուգակցումները՝ T₁-T₂N₀M₀, 2-րդ շրջանին՝ T₁-T₂N₁M₀, 3-րդ շրջանին՝ T₁-T₂N₂M₀, 4-րդ շրջանին՝ TN-ի ցանկացած զուգակցումը M₁-ի առկայության դեպքում:

Թոքի կենտրոնական քաղցկեղի կլինիկան: Սա առավել հաճախակի հանդիպող ձևն է (80%), մեծ մասամբ ախտահարում է վերին բլթերը, դրանց առաջային սեգմենտները:

Թոքի կենտրոնական քաղցկեղի առավել վաղ ախտանիշերն են հազը և արյունախիտումը:

Հազի պատճառը ներբրոնխային աճող ուռուցքի կողմից լորձաթաղանթի գրգռումն է: Ծխողների մոտ հազի սովորական բնույթը փոխվում

է, այն դառնում է համառ (հատկապես գիշերը), մշտական, արյունը խորիսի մեջ սովորաբար հանդիպում է ալ բծերի տեսքով: Խորիսով երբեմն կարող են դուրս բերվել արյան մակարդուկներ: Ուշ շրջաններում խորիս ունի մորու դոնդողի տեսք, որը պայմանավորված է խորիսի մեջ արյան կամ քայքայված հյուսվածքի մշտական առկայությամբ:

Հատկապես ներբրոնխային աճի դեպքում ուռուցքն աճելով աստիճանաբար նեղացնում է բրոնխի լուսանցքը և խանգարում պարենքիմի համապատասխան հատվածի օդափոխությունը:

Բրոնխոստենոզի սկզբում առաջանում է համապատասխան թոքի, բլթի կամ սեզմենտի թերօդափոխություն: Օդափոխության խանգարման հետագա շրջաններում զարգանում է ախտահարված բրոնխով օդափոխվող թոքային հյուսվածքի էմֆիզեմա:

Կատարելով փականի դեր՝ ուռուցքը դժվարացնում է արտաշնչումը, որի պատճառով օդի մի մասը մնալով՝ առաջացնում է օջախային էմֆիզեմա: Այս շրջանում քաղցկեղի առկայության մասին կասկած են հարուցում հազի բնույթի փոփոխությունը, արյունախիտումը, ռենտգենաբանական հետազոտությամբ հայտնաբերվող թերօդափոխության կամ օջախային էմֆիզեմայի նշանները (թափանցիկության իջեցում կամ բարձրացում) սեզմենտի, բլթի, թոքի սահմաններում:

Շերտագրությամբ հնարավոր է հայտնաբերել ներբրոնխային աճող ուռուցքի սովերը, ատելեկտազի ցայտուն գծագրված սովերը: Կարևոր ախտորոշիչ միջոց է խորիսի, բրոնխաձառի պարունակության, բրոնխների բիոպսիայի բջջաբանական հետազոտությունը: Կենտրոնական քաղցկեղի ախտորոշման մեջ վճռորոշ է տրախեոբրոնխոսկոպիան, որով բրոնխի լուսանցքում կարելի է տեսնել ուռուցքը: Իսկ շուրջբրոնխային ուռուցքի դեպքում հայտնաբերվում են բրոնխի լուսանցքի շրջանաձև նեղացում, պատերի կարկամություն (ռիզիդություն), լորձաթաղանթի գերարյունություն, այտուցվածություն:

Էնդոսկոպիական հետազոտության ընթացքում կարելի է նմուշներ վերցնել բրոնխների լվացման ջրերից, կատարել լորձաթաղանթի

արտատավածքներ, ուռուցքի բիոպսիա՝ քերման կամ դրանից մի կտոր պոկելու միջոցով: Ժամանակի ընթացքում տեղի է ունենում բրոնխի խցանում և թոքի, բլթի, սեզմենտի ատելեկտազ: Վերջինիս դեպքում զարգանում է օբստրուկցիոն թոքաբորբ:

Շնչական մակերեսի զգալի մասի կորուստն առաջացնում է հևոց, որը թոքամզի խոռոչում արտաքիրտի գոյացման, միջնորմում մետաստազների առաջացման դեպքում կարող է ուժեղանալ: 60— 65% դեպքերում դիտվում է կրծքի շրջանի ցավ, որը պայմանավորված է ատելեկտազով, թոքաբորբով կամ պրոցեսի մեջ առպատային թոքամզի ընդգրկմամբ: Թոքաբորբը սովորաբար սկսվում է սուր կերպով, բարձրանում է ջերմությունը, նշվում է ընդհանուր թուլություն, երևան է գալիս կամ ուժեղանում նախկինում գոյություն ունեցող հազը: Նկարագրված կլինիկական պատկերը հիվանդը, հաճախ նաև բժիշկներն ընդունում են որպես հիվանդության սկիզբ: Ինչպես հիվանդը, այնպես էլ բժիշկները զարգացող կլինիկական պատկերը հաճախ բացատրում են մրսաձուլությամբ՝ ընդունելով այն որպես գրիպ, բրոնխոպնևմոնիա, մանավանդ որ հակաբորբոքային բուժումից հետո ստենոզի շրջանում բորբոքային այտուցը պակասում է, և բրոնխի անցանելիությունը մասամբ վերականգնվում, անհետանում են թոքաբորբի երևույթները: Մակայն որոշ ժամանակ անց կրկին առաջանում է բրոնխի խցանում, թոքաբորբը կրկնվում է, որը հաճախ ընդունվում է որպես քրոնիկական ոչ յուրահատուկ թոքաբորբի կրկնություն, տուբերկուլյոզային պրոցեսի բռնկում և այլն:

Ուռուցքի շուրջբրոնխային աճի դեպքում կլինիկական նշանները ավելի ուշ են երևան գալիս, քան ներբրոնխային աճի դեպքում: Ժամանակի ընթացքում շուրջբրոնխային աճող ուռուցքը նույնպես առաջացնում է բրոնխի խցանում՝ տիպիկ օբստրուկցիոն թոքաբորբի զարգացմամբ:

Այսպիսով, ուռուցքածին ստենոզը, բրոնխի խցանումը ատելեկտազի և օբստրուկցիոն թոքաբորբի առաջացմամբ թոքի կենտրոնական քաղցկեղի առավել վաղ ու բնորոշ նշաններն են (Ա. Ի. Մավիցկի):

Այդ նշանների ոչ ճիշտ մեկնաբանությունը սխալների պատճառ է դառնում: Դրանցից կարելի է խուսափել, եթե հիշենք, որ օբտուրացիոն թոքաբորբն արագ է ընթանում և հեշտ է բուժվում: Այն առաջանում է սեզմենտային կամ բլթային ատելեկտազի զուգակցմամբ և ռենտգենաբանորեն բնորոշվում է ատելեկտազի շրջանում միատարր մթնեցման առկայությամբ, որն ունի գագաթով դեպի բլթի, սեզմենտի արմատն ուղղված եռանկյունու ձև: Այս դեպքում ուռուցքային պրոցեսը սովորաբար չի երևում, բայց այն կարելի է տեսնել տոմոգրամաների, գերլուսանված նկարների վրա: Օբտուրացիոն թոքաբորբը, սովորաբար, կրկնվում է, որի հետևանքով ատելեկտազի շրջանում զարգանում են պնևմոսկլերոզ և բրոնխոէկտազներ:

Բորբոքային պրոցեսը հարևան սեզմենտների վրա անցնելու հետևանքով օբտուրացիոն թոքաբորբը կարող է կորցնել իր ցայտուն սահմանները: Այս դեպքերում ռենտգենաբանական պատկերը հիշեցնում է սովորական ձգձգվող կամ քրոնիկական թոքաբորբ: Խցանման բնույթը պարզվում է տրախեոբրոնխոսկոպիայի ժամանակ: Վերջինս հնարավորություն է տալիս որոշելու պրոցեսի տարածվածությունը, դրա տարածումը գլխավոր բրոնխի ուղղությամբ, անուղղակի կերպով դատելու շնչափողի երկատման շրջանում մետաստազների առկայության մասին: Բրոնխոսկոպիայի հնարավորությունները խիստ մեծանում են օպտիկական ֆիբրոբրոնխոսկոպների, վիդեոբրոնխոսկոպների օգտագործման դեպքում: Դրանց կիրառումը զննման համար մատչելի է դարձնում մեծ թվով բրոնխներ: Թոքի քաղցկեղի կլինիկական պատկերում զգալի տեղ են գրավում ընդհանուր ախտանիշերը՝ չպատճառաբանված ընդհանուր թուլություն, դյուրհոգնելիություն, աշխատունակության անկում, քաշի կորուստ, երբեմն՝ ենթատենդային ջերմություն: Այս նշանները հիմնականում հիվանդության առաջին և միակ արտահայտությունն են երկար ժամանակի ընթացքում: Մի շարք դեպքերում որպես առաջին արտահայտություն հայտնաբերվում է Մարի-Բանբերգերի՝ հիպերտրոֆիկ թոքային օստեոարթրոպաթիայի համախտանիշը՝

սրունքի, նախաբազկի երկար խողովակաձև ոսկրերի, դաստակի ու գարշապարի ոսկրերի հաստացում և սկլերոզ, ձեռքերի մատների ծայրերի բնորոշ կոլբայաձև հաստացումներ (թմբկափայտերի նման): Պրոցեսի առավել տարածված ու ուշ շրջանում ի հայտ են գալիս ախտահարված թոքի սահմաններից դուրս ուռուցքի տարածման (թոքամզի, որկորի, հետադարձ և ստոծանիական նյարդերի), ինչպես նաև հեռավոր մետաստազների առաջացման նշաններ:

Թոքի ծայրամասային քաղցկեղի նշանները: Համեմատած կենտրոնականի հետ՝ ծայրամասային քաղցկեղի կլինիկան աղքատ է, որի պատճառով այն, սովորաբար, ուշ է ճանաչվում: Երկար ժամանակ (երբեմն մի քանի տարի) ուռուցքն աճում է առանց որևէ ախտանիշի: Այն հիմնականում հայտնաբերվում է պատահականորեն՝ ֆլյուորոգրաֆիական կամ ռենտգենաբանական քննությունների ժամանակ:

Կլինիկական ախտանշանները երևան են գալիս հարևան ստրուկտուրաների ճնշման, դրանց հետ կպումների առաջացման, ուռուցքի քայքայման ու մետաստազներ տալու դեպքում: Առավել վաղ ու մշտական նշան է կրծքավանդակի տեղակայված ցավն ախտահարման կողմում, որն առպատային թոքամզի հետ կպումների հետևանք է:

Խոշոր բրոնխի մեջ ուռուցքի ներաճը արտահայտվում է հազով, արյունախիւմամբ, բայց ի տարբերություն կենտրոնական քաղցկեղի՝ դրանք վաղաժամ նշաններ չեն: Ավելի ուշ շրջաններում ուռուցքի՝ խոշոր բրոնխի մեջ ներաճելու, վերջինիս նեղացման ու խցանվելու դեպքում կլինիկան արդեն հիշեցնում է կենտրոնական քաղցկեղ:

Ռենտգենագրամաների վրա այդ դեպքում ատելեկտազին զուգընթաց երևում է նաև ուռուցքի գնդաձև ստվերը: Ծայրամասային քաղցկեղի զանազան տարբերակներից առավել հաճախ հանդիպում է հանգուցաձև ուռուցքը: Ռենտգենագրամաների ու տոմոգրամաների վրա այն երևում է միջին ինտենսիվության կլորավուն, սահուն և թմբիկաձև եզրագծով ստվերի ձևով: Ուռուցքից դեպի թոքային հյուսվածք կարող են ձգվել «ձգաններ»:

Քայքայվող ծայրամասային ուռուցքը երևում է հաստ (հազվադեպ բարակ) պատերով, ներքին անհարթ, թմբիկաձև եզրագծով խոռոչի ձևով: Խոռոչի միջային պատի վրա՝ դրենավորող բրոնխի բացվածքի մոտ տեսանելի է եզրագծի անհարթություն ելունի ձևով:

Այլ հիվանդություններից տարբերակելու համար, որոնց ևս բնորոշ է խոռոչի առկայություն, դիմում են խորխի բջջաբանական քննությանը, որը հայտնաբերում է ուռուցքային բջիջներ: Առավել քիչ հանդիպող ձևն է թոքաբորբանման քաղցկեղը: Այն բնութագրվում է ներսփռական աճով և հաճախ ընդգրկում է ամբողջ բիլթը: Կլինիկորեն և ռենտգենաբանորեն այն հիշեցնում է ոչ յուրահատուկ թոքաբորբ: Էլ ավելի հազվադեպ է թոքի գագաթի քաղցկեղը, որը նկարագրվել է 1929 թ. Պանկոստի կողմից: Այն աճում է՝ ներթափանցելով թոքամզի գմբեթի մեջ, ընդգրկելով բազկային հյուսակը, VI—VII պարանոցային ողերի աղեղները, ինչպես նաև սինպարթիկ նյարդի ցողունը: Քայքայում է I—III կողերի մի մասը, կրծոսկրը:

Կլինիկորեն արտահայտվում է ուսահողի շրջանի ցավերով, ձեռքի դիստալ բաժնի մկանների ապաճմամբ և Հորների համախտանիշով (պտոզ, միոզ, էնոֆթալմ):

Ընդհանուր ախտանիշերը ծայրամասային և կենտրոնական քաղցկեղի դեպքում նույնն են: Ծայրամասային քաղցկեղի ախտորոշման մեջ կարևոր տեղ է գրավում ծայրամասային բրոնխների կաթետերիզացիան: Հատուկ մանդրենով կամ խոզանակով վնասում են ուռուցքի հյուսվածքը, որից հետո կատարելով ասպիրացիա՝ նյութ են ստանում բջջաբանական հետազոտության համար: Հետագա օրերին կատարում են խորխի բազմակի քննություն՝ քաղցկեղային բջիջներ հայտնաբերելու նպատակով:

Կիրառվում է նաև բարակ ասեղով տրանսթորակալ պունկցիոն բիոպսիա, եթե ուռուցքը մոտ է տեղակայված կրծքավանդակի պատին:

Թոքի քաղցկեղի բարձիթոդի դեպքերը և բարդությունները: Ուշ շրջաններում դժվար է զանազանել թոքի քաղցկեղի տարբեր ձևերը, քանի

որ կլինիկական արտահայտությունների միջև տարբերությունները վերանում են: Միայն նախկինում կատարված ռենտգենագրամաների հետահայաց (ռետրոսպեկտիվ) վերլուծության հիման վրա է հնարավոր ճշտել ուռուցքի ելքային ձևը:

Ախտահարված թոքում զգալի փոփոխություններին զուգահեռ (ատելեկտազի գոտի, թարախակալում, ուռուցքի քայքայում, շրջապատող հյուսվածքի բորբոքում)՝ թոքամզի ուղղությամբ նկատվում են սերմնացրման (դիսսեմինացիայի) նշաններ (հեմոռագիկ պլևրիտ), կողերի, ողերի ընդգրկում պրոցեսի մեջ, դրանց քայքայում, միջնորմի ավշահանգույցներում տարածուն մետաստազավորում (վերին սիներակի համախտանիշ, հետադարձ նյարդի, որկորի ճնշում), հեռավոր մետաստազավորման նշաններ (վերանրակային, թևատակային, պարանոցային ավշահանգույցների, լյարդի, ոսկրերի ախտահարում և այլն):

Մի շարք դեպքերում միջնորմի մեջ, գլխուղեղում, ոսկրերում հեռավոր մետաստազների նշանները հայտնաբերվում են ավելի վաղ, քան ուռուցքի հիմնական օջախը: Դա վկայում է թոքի քաղցկեղի ոչ տիպիկ ձևերի մասին (միջնորմային, ուղեղային, ոսկրային և այլն):

Թոքի քաղցկեղի ախտորոշումը: Թոքի քաղցկեղի ախտորոշումը հավաստի է դառնում միայն դրա մորֆոլոգիական հաստատումից հետո:

Ախտորոշումը ճշտելու համար, ինչպես նշվեց, վճռորոշ նշանակություն ունեն խորխի, բրոնխների, լվացման ջրերի, դրանցից ստացված արտատվածքների բջջաբանական քննությունը, բրոնխների կաթետերիզացիայով ստացված բիոպտատի հետազոտությունը, ինչպես նաև բիոպսիայով վերցված ուռուցքի կտորների պաթոհիստոլոգիական (ախտահյուսվածաբանական) հետազոտությունը:

Թոքի քաղցկեղի կասկածի դեպքում Բ. Վ. Պետրովսկին առաջարկում է ախտորոշման հիմնական մեթոդների կիրառման հետևյալ սկզբունքային սխեման՝ ռենտգենագրաֆիա, տոմոգրաֆիա, խորխի բջջաբանական քննություն, բրոնխոսկոպիա՝ մորֆոլոգիական

քննության համար նյութ վերցնելով (կենտրոնական ձևի դեպքում) և բրոնխների կաթետերիզացիա կամ տրանսթորակալ պունկցիոն բիոպսիա (ծայրամասային ձևի դեպքում):

Տարբերակիչ ախտորոշում: Թոքի քաղցկեղի կենտրոնական ձևը առաջին հերթին տարբերակում են թոքերի բորբոքային պրոցեսներից, քրոնիկական թոքաբորբից, տուբերկուլոզից: Ծայրամասային քաղցկեղը պետք է տարբերակել մի շարք հիվանդություններից, որոնք ռենտգենաբանական հետազոտության ժամանակ հայտնաբերվում են կլոր ստվերի ձևով՝ բարորակ ուռուցքներ, տուբերկուլոմաներ, միջնորմի ուռուցքներ ու բշտեր, թոքում այլ տեղակայման չարորակ ուռուցքների մետաստազներ:

Թոքի քաղցկեղի հիմնավորված կասկածի դեպքում, եթե մինչև վիրահատությունը ախտորոշումը վերջնականորեն ճշտելն անհնարին է, ֆունկցիոնալ հակացուցումների բացակայության դեպքում պետք է դիմել ախտորոշման վերջնական փուլին՝ ախտորոշիչ թորակոտոմիային: Բիոպսիան, շտապ բջջա- կամ հյուսվածաբանական հետազոտությունը վերջնականապես հաստատում են ախտորոշումը:

Թոքի քաղցկեղի բուժումը: Արմատական բուժման հիմնական մեթոդը ուռուցքի և շրջանային ավշահանգույցների հեռացումն է:

Դժբախտաբար, հիվանդների զգալի մասը ախտորոշումը հաստատելու պահին արդեն ենթակա չի լինում վիրահատության: Նրանց վիրահատական բուժման անհնարինությունը պայմանավորված է արյան շրջանառության ու շնչական համակարգերի ցածր ֆունկցիոնալ հնարավորություններով (կորոնարոկարդիոսկլերոզ՝ արյան շրջանառության անբավարարությամբ, թոքերի էմֆիզեմա, ճարպակալում և այլն): Հիվանդների մյուս մասի վիրահատության հակացուցումը պայմանավորված է պրոցեսի մեծ տարածվածությամբ:

Վիրահատության հակացուցումներն են ուռուցքի տարածումը գլխավոր բրոնխի ուղղությամբ մինչև կարինան, վերին սիներակի համախտանիշը, թոքամզի խոռոչում հեմոռագիկ արտաքիտը քաղցկեղային բջիջների առկայությամբ, հետադարձ, ստոծանիական

նյարդերի պարեզը, մետաստազները ծայրամասային ավ-
շահանգույցներում, երկրորդ թոքում, լյարդում և այլ օրգաններում,
ուռուցքի ներթափանցումը կրծքավանդակի պատի մեջ՝ կողերի, ողերի
քայքայմամբ:

Թոքամզի վրա մետաստազների առկայությունը պարզելու համար,
եթե ենթադրվում է հեղուկի առկայություն, կատարվում է թոքամզային
պունկցիա: Լյարդի ախտահարումը հայտնաբերվում է նրա
ռադիոիզոտոպային և գերձայնային սքաներացման միջոցով: «Համը
շրջանների» հայտնաբերումը կարող է վկայել մետաստազների մասին:
Վերջիններս կարող են հայտնաբերվել նաև լյարդի համակարգչային
շերտագրության և թերմոգրաֆիայի ժամանակ:

Առանձին դեպքերում որովայնի խոռոչի և, մասնավորապես, լյարդի
վիճակը պարզելու համար դիմում են լապարասկոպիայի
(որովայնադիտման) և նույնիսկ լապարատոմիայի (որովայնահատման)
օգնությամբ: Ծայրամասային ավշահանգույցների մեծացման դեպքում
ցուցված է դրանց հեռացումը կամ պունկցիոն բիոպսիան: Սանդղաձև
մկանի առջևում տեղադրված ավշահանգույցների մեծացման դեպքում
կատարում են պրեսկալենային բիոպսիա՝ անրակից վեր կատարված
փոքրիկ կտրվածքի կամ պունկցիայի միջոցով: Այս խմբի հանգույցների
մետաստազային ախտահարումը վկայում է վիրահատական բուժման
անհեռանկարայնության մասին:

Վերջին ժամանակներս միջնորմի ավշահանգույցների
ուսումնասիրության նպատակով դիմում են մեդիաստինասկոպիայի
(միջնորմադիտման) և հարկրծոսկրային մեդիաստինատոմիայի
(միջնորմահատում) օգնությամբ:

Մեդիաստինասկոպիան (միջնորմադիտումը) հետազոտության
մեթոդ է, որը հնարավորություն է տալիս անմիջականորեն տեսնելու ու
զննելու առաջային միջնորմը: Այն կատարում են լծային փոսից վեր
արված ոչ մեծ բացվածքից, որի միջով շնչափողի առջևի երեսով
թափանցում են մինչև նրա երկատման տեղը: Մեթոդը հնարավորություն
է տալիս շոշափելու շրջապատող հյուսվածքները, որից հետո հատուկ

սարքի օգնությամբ լուսավորության տակ գննել միջնորմը: Հնարավոր է կատարել պարատրախեային (հարշնչափողային), բիֆուրկացիոն հանգույցների բիոպսիա, պարզել ուռուցքի հյուսվածաբանական բնույթը:

Քիչ ավելի մեծ հնարավորություններ ունի հարկրծոսկրային մեդիաստինատոմիան (միջնորմահատումը), որը ինչպես և մեդիաստինասկոպիան, կատարում են ընդհանուր անզգայացմամբ: Մաշկի կտրվածքը կատարում են կրծոսկրի եզրին զուգահեռ, նրանից 1 սմ դուրս, աջ կամ ձախ կողմից և տանում I կողի ստորին եզրից մինչև III կողի վերին եզրը: Մասնահատում են II, երբեմն նաև III կողի աճառը 2,5—3,5 սմ տարածության վրա: Կապում են ներքին կրծքային անոթները, բուժ կերպով միջնորմային թոքամիզն անջատում են ստոծանիական նյարդի հետ միասին և թափանցում միջնորմ:

Նկարագրվող մեթոդը դեպի միջնորմի ավշահանգույցներ լավագույն մուտք է ստեղծում՝ հնարավորություն տալով հետազոտելու վերին սիներակի և աորտայի աղեղի առջևի տարածությունը, թոքարմատի շրջանը: Այն ընդարձակ տեսողական գնման, շոշափման, տարբեր խմբի հանգույցների բիոպսիայի վերցման մեծ հնարավորություն է ընձեռում: Բիֆուրկացիոն ավշահանգույցների պունկցիոն բիոպսիան կարելի է կատարել նաև բրոնխոսկոպիայի ժամանակ: Դրանցում մետաստազների առկայությունը վիրահատության հակացուցում է համարվում: Եթե անվիրահատելիության տվյալները անհամոզիչ են, դիմում են փորձնական թորակոտոմիայի:

Թորակոտոմիայի հարցը վճռելիս մեծ նշանակություն է տրվում ուռուցքի մորֆոկառուցվածքին: Այսպես, ցածր տարբերակված քաղցկեղի հայտնաբերման դեպքում, որն աչքի է ընկնում արագ աճով, վաղ ու տարածուն մետաստազավորմամբ, վիրահատության ցուցումները պետք է սահմանափակվեն, իսկ վիրահատելիության կասկածի դեպքում թորակոտոմիա ընդհանրապես չպետք է կատարվի:

Ներկայումս արմատական վիրահատության դեպքում հիմնականում կատարում են պնևմոնեկտոմիա, երբեմն լոբեկտոմիա՝ շրջանային ավշահանգույցների միաժամանակյա հեռացմամբ: Վիրահատության

ծավալի ընտրությունը պայմանավորված է մի շարք գործոններով: Ծայրամասային քաղցկեղի դեպքում լոբէկտոմիան կատարվում է 3 — 4 անգամ ավելի հաճախ: Վերջինս ավելի ցուցված և իրագործելի է աջ վերին բլթային տեղադրության դեպքում, քանի որ այս տեղակայության քաղցկեղը մետաստազներ է առաջացնում առաջին հերթին տրախեոբրոնխային հանգույցներում, որոնց հեռացումը դժվար չէ: Լոբէկտոմիան ցուցված է ծայրամասային ոչ մեծ ուռուցքների և սեզմենտային բրոնխի ուռուցքի դեպքում, եթե վերջինս տեղակայված չէ բլթային բրոնխի բացվածքին 2 սմ-ից ավելի մոտ:

Ֆունկցիոնալ ցածր հնարավորություններով անձանց դեպքում առավելությունը պետք է տալ լոբէկտոմիային, երբեմն ի վնաս արմատականության այն առումով, որ տարվի հետվիրահատական ճառագայթաբուժում կամ քիմիաբուժում:

Երբեմն լոբէկտոմիայի արմատականության չափը վերին բլթային տեղակայման դեպքում կարելի է մեծացնել գլխավոր բրոնխի շրջանաձև մասնահատման և միջբրոնխային բերանակցման միջոցով: Նման վերակառուցողական վիրահատությունների օգնությամբ հաջողվում է պահպանել աջից ստորին ու միջին, իսկ ձախից՝ ստորին բլթերը: Թոքի արմատի ավշահանգույցները չտարբերակված քաղցկեղի մետաստազներով ախտահարվելու դեպքում ցուցված է կատարել պնևմոնէկտոմիա:

Առանձին դեպքերում հնարավոր են համակցված վիրահատություններ, օրինակ՝ թոքի կամ բլթի հեռացում հարևան հյուսվածքի կամ օրգանի՝ ուռուցքով ընդգրկված տեղամասի հետ այն պայմանով, որ ախտահարված հյուսվածքներն ամբողջությամբ հեռացվեն: Դժբախտաբար, արմատական միջամտություն հնարավոր է լինում կատարել դիմած հիվանդների ընդամենը 9%-ի, հոսպիտալացվածների 25%-ի և վիրահատվածների 57%-ի դեպքերում (Պետերսոն և համահեղ., 1971): Հետվիրահատական մահացությունը քաղցկեղի առիթով կատարված պնևմոնէկտոմիայից հետո մնում է դեռևս բավական բարձր՝ 10—12%, լոբէկտոմիաներից հետո 3—5% է:

Մահվան հիմնական պատճառը հետվիրահատական մի շարք բարդությունների զարգացումն են՝ թոքամզի էմպիեմա, բրոնխային խուղակներ, միակ թոքի բորբոքում և այլն: Վիրահատական բուժման հեռավոր արդյունքները պայմանավորված են ուռուցքի հյուսվածաբանական կազմով և փուլով, որում իրականացվել է վիրահատությունը: Արդյունքներն ավելի լավ են շրջանային ավշահանգույցներում մետաստազների բացակայության, ինչպես նաև ուռուցքի տարբերակված ձևերի, մասնավորապես էպիդերմոիդ քաղցկեղի դեպքում:

Հեռավոր արդյունքները լոբեկտոմիայից հետո ավելի բարենպաստ են, քան պնևմոնեկտոմիայից հետո: Դա բացատրվում է նրանով, որ լոբեկտոմիան ավելի խնայող միջամտություն է և, որ գլխավորն է, այն կատարվում է պրոցեսի ավելի փոքր տարածվածության դեպքում:

Վիրահատական բուժման արդյունավետության մասին դատելիս հիմնական չափանիշը վիրահատությունից հետո հիվանդի կյանքի տևողությունն է:

Բ. Օ. Պետերսոնի տվյալներով՝ հինգ և ավելի տարիներ ապրել է էպիդերմոիդ քաղցկեղի դեպքում հիվանդների 34%-ը, գեղձային քաղցկեղի դեպքում՝ 33,3%-ը և չտարբերակված քաղցկեղի I և II շրջաններում՝ 7,7%-ը: Քաղցկեղի պատճառով կատարված արմատական վիրահատությունից հետո հիվանդները ենթակա են դիսպանսերային հսկողության:

Ճառագայթային բուժում: Վերջին տարիներին լայն տարածում է գտել ռադիոակտիվ կոբալտով լիցքավորված գամմա-թերապևտիկ սարքերի, ինչպես նաև մեգավոլտային ճառագայթամբ գծային ու ցիկլային արագացուցիչների օգնությամբ տարվող բուժումը: Նշված մեթոդով հնարավորություն է լինում առանց թոքի պարենխիմալ ու մաշկային ծածկույթները վնասելու՝ սահմանափակ թվով դաշտերի օգնությամբ (երկու-երեք ուղղություններով) ուռուցքի տեղադրման մակարդակին ստեղծել անհրաժեշտ դոզայի ճառագայթման դաշտ: Ուռուցքի և մետաստազավորման հնարավոր գոտու ճառագայթման շնորհիվ ստացվել են բավարար արդյունքներ: Դիտվում են քաղցկեղային բջիջների

քայքայում, նույնիսկ ուռուցքի անհետացում, շրջապատող հյուսվածքում բորբոքային ռեակցիայի փոքրացում, բրոնխների անցանելիության վերականգնում, ատելեկտազների վերացում:

Ճառագայթային բուժումը հիմնականում ցուցված է ոչ վիրահատելի հիվանդներին: Վերջին ժամանակներս ուսումնասիրվում են ճառագայթման ու վիրահատության կամ ճառագայթման ու քիմիաբուժման համակցված բուժման հնարավորությունները:

Նախավիրահատական ճառագայթումն իրականացվում է 2—3 շաբաթվա ընթացքում 3000—4000 ռադ. գումարային չափաքանակով: Վիրահատում են ճառագայթումից 12—15 օր անց: Ձևաբանորեն հաստատված քաղցկեղի I-II շրջաններում կատարված ճառագայթաբուժումից հետո 5 և ավելի տարիներ ապրել է հիվանդների 33,3%-ը, III շրջանում՝ 6,3%-ը: Արդյունքներն ավելի վատ են IV շրջանում՝ բոլոր հիվանդները մահանում են առաջին տարվա ընթացքում (Տ, Ն. Մատվեևա, 1973): Քիմիաբուժումը հնարավորություն է ստեղծում որոշ հիվանդների մոտ ստանալ ժամանակավոր բուժական արդյունք: Հազը, ցավերը պակասում են, նկատվում է ինքնազգացողության լավացում:

Քիմիաբուժումը կիրառվում է վիրաբուժական ու ճառագայթային բուժման հակացուցումների դեպքում: Քիմիապատրաստուկների վնասող ազդեցությունը բջջի մակարդակին (առաջին հերթին արյունաստեղծ համակարգի վրա) սահմանափակում է դրանց կիրառությունը:

1965 թ. ՄԱԿ-ն առաջարկեց թոքի քաղցկեղի բուժման մեջ կիրառել էմբիխին, էնդոքսան (ցիկլոֆոսֆան), թիոֆոսֆամիդ (թիոթէֆ), սետրամին և 5-ֆտորուրացիլ (ճառագայթաբուժման հետ զուգակցված): Նշված միջոցները ներարկվում են ներերակային, իսկ թոքամզի բորբոքման առկայության դեպքում՝ ներթոքամզային ճանապարհով:

Ինչպես ճառագայթային բուժման, այնպես էլ քիմիաբուժման ընթացքում անհրաժեշտ է տանել ընդհանուր ամրապնդող բուժում, արյան մեջ պարբերաբար ստուգել լեյկոցիտների ու թրոմբոցիտների քանակը՝ թույլ չտալով 1 մկլ արյան մեջ դրանց քանակի իջեցումը հա-

մապատասխանաբար 3000-ից և 100 000-ից ցածր:

Կանխարգելումը: Ելնելով քաղցկեղի առաջացման մեջ մթնոլորտային օդի աղտոտվածության, ծխելու գործոնի, ինչպես նաև բրոնխաթոքային համակարգի քրոնիկական բորբոքային հիվանդությունների դերից՝ կառուցվում է թոքի քաղցկեղի կանխարգելման համակարգը: Վերջինիս մեջ առաջին հերթին մտնում են շրջակա միջավայրի առողջացման միջոցառումները, արդյունաբերական ձեռնարկություններում մաքրող հարմարանքների տեղադրումը՝ դեպի մթնոլորտ ծխի արտանետումը պակասեցնելու նպատակով, քաղաքների շուրջը և դրանց ներսում սանիտարապաշտպանական գոտիների ստեղծումը, ավտոմոբիլային շարժիչների վիճակի հսկողությունը:

Անհրաժեշտ է ակտիվացնել ծխելու դեմ սանիտարական քարոզչությունը, հասնել շնչառության հիգիենայի կուլտուրայի բարձրացմանը, ապահովել բրոնխաթոքային հիվանդությունների կանխարգելումը և բուժումը: Անհրաժեշտ է թոքերի հիվանդությունների կանխարգելման ուղղությամբ բնակչության շրջանում կատարել սանիտարալուսավորչական լայն աշխատանք, բժիշկների շրջանում, մասնավորապես պոլիկլինիկական օդակում բարձրացնել ուռուցքաբանական զգուշավորությունը:

Ներկայումս մեր երկրում բնակչության դիսպանսերացման ուղղությամբ տարվող լայն միջոցառումները բացառիկ կարևորություն ունեն տարբեր հիվանդությունների, այդ թվում և թոքի քաղցկեղի վաղ ու ժամանակին հայտնաբերման գործընթացում: Վաղ հայտնաբերումը և ժամանակին կատարված վիրահատությունը հաջող բուժման գրավականն են:

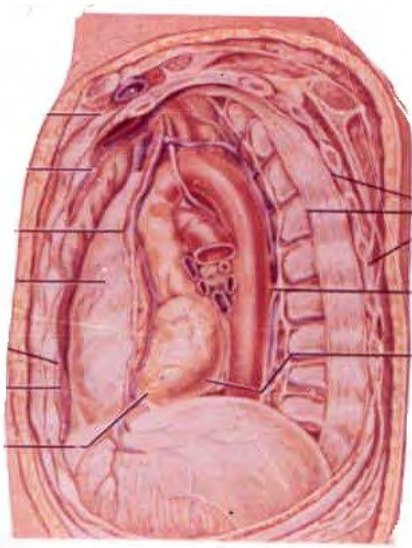
ԹԵՄԱ 5. ՄԻՋՆՈՐՄԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Անատոմիա-ֆիզիոլոգիական տվյալներ:

Միջնորմը

կրծքավանդակի խոռոչի մի մասն է, որը կողքերից սահմանափակված է միջնորմային թոքավանդակով, առջևից՝ կրծոսկրով, հետևից՝ ողերի մարմիններով ու կողերի գլխիկներով, ներքևից՝ ստոծանիով, վերևից՝ կրծքավանդակի վերին բացվածքով տարված պայմանական հարթությամբ (նկ.3.35): Չնայած միջնորմը մեկ ամբողջական տարածություն է, այն հեղինակների մեծամասնության կողմից շնչափողի հետին երեսով անցկացվող պայմանական հարթությամբ բաժանվում է առաջային և հետին միջնորմների: Բացի այդ, մի շարք հեղինակներ առաջարկում են միջնորմը բաժանել նաև ուղղահայաց հարթությամբ, որն անցնում է կրծոսկրի անկյունով (կրծոսկրի կոթի և մարմնի միջև) և չորրորդ- հինգերորդ ողերի միջոդային սկավառակով: Այսպիսով, առաջանում են առաջային և հետին միջնորմների վերին և ստորին բաժինները: Կան և այլ առաջարկներ միջնորմը մասերի բաժանելու վերաբերյալ: Առաջային և հետին միջնորմների բաժանելու դեպքում առաջային միջնորմում տեղակայվում են սիրտը՝ սրտապարկով, վերել աորտան և աորտայի աղեղը՝ դրանից դուրս եկող անանուն, ձախ ընդհանուր քնային և ձախ ենթանրակային զարկերակներով, գույգ բազկազվխային երակային ցողունները, վերին սիներակը, ստորին սիներակը՝ նախասրտի մեջ թափվելու տեղում, թոքային զարկերակը և թոքային երակները, շնչափողը, գլխավոր բրոնխների սկզբնական հատվածները, ուրցագեղձը, ստոծանիական գույգ նյարդերը, միջնորմի ավշահանգույցները: Հետին միջնորմում գտնվում են որկորը, կենտ և կիսակենտ երակները՝ դրանց մեջ թափվող միջկողային երակներով, կրծքային ավշածորանը, ձախ ավշածորանը, թափառող նյարդերը, վայրէջ աորտան՝ միջկողային զարկերակներով, սահմանային սիմպաթիկ ցողունները, ընդերային նյարդերը, ավշահանգույցները: Նշված գոյացությունների միջև գտնվում է քիչ քանակությամբ փուխր թելավոր ճարպաշարակցական հյուսվածք՝

մանր զարկերակներով, նյարդերով, որը կազմում է միջնորմի հյուսվածքը:



Նկ. 3.35. Միջնորմի անատոմիա

Միջնորմի սահմանները

Վերին	Կրծքավանդակի վերին բացվածք
Ստորին	Ստոծանի
Առաջային	Կրծոսկր
Հետին	Ողնաշարի կրծքային հատված
Կողմնային	Աջ և ձախ միջնորմային թոքամիզ

Միջնորմի բաժիններն ու օրգանները

Միջնորմի բաժինները	Միջնորմի օրգանները և հյուսվածքները
Վերին	Շնչափող, կերակրափող, ուրցագեղձի պրոքսիմալ մասը, աորտայի աղեղ, երակներ

<i>Մտորին առաջային</i>	Ուրացագեղձի դիստալ հատվածը, ավշահանգույցներ, ճարպային հյուսվածք
<i>Մտորին միջին</i>	Միրոս և ներսրտապարկային անոթներ, շնչափողի բիֆուրկացիա ավշահանգույցներով, թոքի զարկերակներ և երակներ
<i>Մտորին հետին</i>	Կերակրափող, աորտայի կրծքային հատված, կրծքային ավշածորան, սիմպաթիկ և պարասիմպաթիկ նյարդեր, ավշահանգույցներ, ճարպային հյուսվածք

ՄԻՋՆՈՐՄԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ: ՄԵՂԻԱՍՏԻՆԻՏ

Սուր մեղիաստինիտը միջնորմի բջջանքի սուր թարախային բորբոքումն է, որը մեծ մասամբ ընթանում է ֆլեգմոնայի և ավելի հազվադեպ՝ թարախակույտի ձևով: Հաճախ սուր մեղիաստինիտը առաջանում է միջնորմի բաց վնասվածքների, կերակրափողի, շնչափողի և գլխավոր բրոնխի թափածակման ու կերակրափողի վիրահատությունների դեպքում՝ կարերի անբավարարության հետևանքով:

Դասակարգումը: Իվանովն (1959թ) առաջարկել է դասակարգում, որը հնարավորություն է տալիս ոչ միայն լիարժեք գնահատելու հիվանդության յուրաքանչյուր դեպքը, այլ նաև որոշելու արդյունավետ բուժման եղանակը:

Ա. Ըստ պատճառագիտության և ախտածնության տարբերակում են՝

I. Առաջնային կամ տրավմատիկ.

- 1) միջնորմի վիրավորումների ժամանակ առանց նրա օրգանների վնասման,
- 2) միջնորմի վիրավորումների ժամանակ նրա օրգանների վնասմամբ,
- 3) միջնորմի վիրավորումների ժամանակ՝ համակցված թոքերի և թոքամզի վնասմամբ:

II. Երկրորդային.

- 1) կոնտակտային,
- 2) մետաստատիկ, վարակի աղբյուրի պարզաբանմամբ,
- 3) մետաստատիկ, առանց վարակի առաջնային աղբյուրի պարզաբանման,
- 4) հեմատոզեն (արյունածին),
- 5) լիմֆոզեն (ավշածին):

Բ. Ըստ տարածվածության տարբերակում են՝

I. Միջնորմի սուր թարախային և ոչ թարախային լիմֆադենիտ բորբոքային պրոցեսի մեջ շրջակա բջջանքի ներգրավմամբ:

II. Միջնորմի բջջանքի թարախային և ոչ թարախային սահմանափակ բորբոքում՝ եզակի կամ բազմակի թարախակույտեր:

III. Տարածուն (ֆլեզմոնաներ).

- 1) հակված սահմանափակման,
- 2) հարաճող:

Գ. Ըստ արտաքիռտի բնույթի և վարակի հարուցիչի տեսակի լինում են՝

- 1) շճային,
- 2) թարախային,
- 3) նեխային,
- 4) անաերոբ (անօդակյաց),
- 5) գանգրենոզ (փտախտային):

Դ. Ըստ տեղակայման լինում են՝

I. Առաջային.

- 1) վերին՝ բորբոքային պրոցեսի տեղակայումը երրորդ միջկողից բարձր,
- 2) ստորին՝ երրորդ միջկողից ցածր,
- 3) միջնորմի ողջ առաջային հատվածը:

II . Հետին.

- 1) վերին՝ բորբոքային պրոցեսի տեղակայումը կրծքային հինգերորդ միջկողի մակարդակից բարձր,

- 2) ստորին՝ կրծքային հինգերորդ միջկողի մակարդակից ցածր,
- 3) միջնորմի ողջ հետին հատվածը:

III. Տոտալ (բորբոքային պրոցեսի տարածումը միջնորմի ողջ բջջանքով):

Ե. Ըստ կլինիկական ընթացքի տարբերակում են՝

I. Սուր մեդիաստինիտներ.

- 1) կայծակնային ձև,
- 2) սուր ձև,
- 3) ենթասուր ձև:

II. Քրոնիկական մեդիաստինիտներ.

- 1) առաջնային քրոնիկական,
- 2) երկրորդային քրոնիկական (սուր մեդիաստինիտից հետո):

Սուր մեդիաստինիտների կլինիկական պատկերը բնութագրվում է ախտանիշերի բազմազանությամբ, որոնք կարելի է բաժանել 2 խմբի. ընդհանուր՝ պայմանավորված թունավորմամբ, և տեղային՝ հարուցված օրգանների, անոթների ու նյարդերի ճնշմամբ: Սուր թարախային մեդիաստինիտներին բնորոշ է սուր սկիզբը: Դիտվում է ջերմության բարձրացում մինչև 39-40 °C, բնորոշ է ջերմության կորագծի հեկտիկ ձևը, որն ուղեկցվում է սարսուռով, պուլսի հաճախացմամբ՝ մինչև 120-190 հարված մեկ րոպեում: Սուր մեդիաստինիտը սովորաբար ընթանում է ֆլեզմոնայի (թարախաբորբի) ձևով՝ պրոցեսի մեջ ընդգրկելով ողջ բջջանքը: Հազվադեպ ընթանում է սահմանափակ պրոցեսի ձևով:

Կլինիկա: Ձևավորվում է տվյալ գոյացությանը բնորոշ ախտանիշերից և այդ գոյացության կողմից միջնորմի օրգանների ճնշման ախտանիշերից:

Ճնշվող օրգաններ և հյուսվածքներ	Ախտանիշեր
<i>Վերին սիներակ</i>	Այտուց, իրանի վերին կեսի ցիանոզ, հևոց, հետկրծոսկրային ցավ
Միմպաթիկ ցողուն	Հորների համախտանիշ՝ միոզ, պտոզ, էնօֆթալմ

<i>Հետադարձ նյարդ</i>	Ձայնի խառնուրդուն
Շնչառական ուղիներ	Հետկրծոսկրային ցավ, չոր հագ, հևոց, ստրիդորոզ շնչառություն
Միտ, աորտա	Ստենոկարդիա, հևոց, տախիկարդիա, ռիթմի խանգարում
Ստոծանիական նյարդ	Զկոտոց
Ողնուղեղ	Բրոուն-Սեկարի համախտանիշ, մեջքի ցավեր

Առաջային միջնորմի մեդիաստիինիտի գլխավոր ախտանիշը ցավն է, որը հաճախ տեղակայվում է կրծոսկրի հետևում և ուժեղանում է կրծոսկրի վրա ճնշելիս, գլուխը հետ թեքելիս (Գերկեյի ախտանիշ): Հետին մեդիաստիինիտների դեպքում ցավը ճառագայթվում է դեպի միջթիակային կամ վերփորային (էպիգաստրալ) շրջան, ուժեղանում է փուշելունների, հատկապես V կրծքային ողի փուշելունի վրա ճնշելիս: Հիվանդներն ընդունում են հարկադրական դիրք՝ կիսանստած, գլուխը թեքած առաջ: Այտուցը, միջնորմի հյուսվածքի թարախային ներսփռանքը, ձևավորվող թարախակույտերն առաջացնում են միջնորմի նյարդերի, անոթների ճնշում, սեղմում են շնչափողը, կերակրափողը՝ առաջացնելով դժվարաշնչություն, դիսֆագիա (դժվարակլլում): Հիվանդների մեծամասնության մոտ նկատվում է վերին սիներակի համախտանիշ՝ մարմնի վերին մասի, պարանոցի և դեմքի այտուցվածություն, ենթամաշկային երակների լայնացում, լորձաթաղանթի ցիանոզ: Պրոցեսի մեջ թափառող նյարդի ընդգրկվելն առաջ է բերում հազվապատություն (բրադիկարդիա), ստամոքսի գործունեության խանգարում: Հետադարձ նյարդի ախտահարումն առաջացնում է ձայնի խառնուրդուն, ստոծանիական նյարդինը՝ տանջող զկոտոց: Որոշ հիվանդների մոտ նկատվում է ենթամաշկային էմֆիզեմա, որը վկայում է անօդակյաց վարակահարուցիչների առկայության մասին: Այն դիտվում է նաև որկորի, շնչափողի և գլխավոր բրոնխների վնասվածքի դեպքում, երբ զարգանում է միջնորմի էմֆիզեմա՝ հետագայում տարածվելով

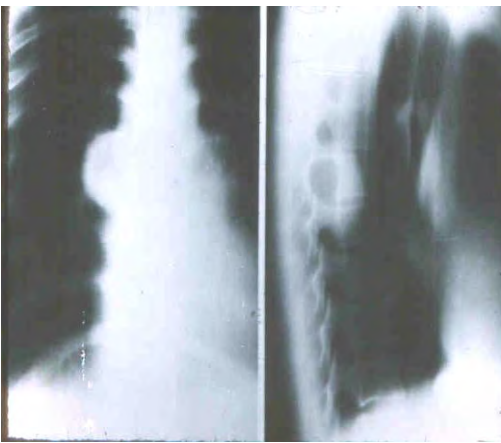
պարանոցի վրա:

Արյան մեջ հայտնաբերվում են բարձր լեյկոցիտոզ ձախ թեքմամբ, նեյտրոֆիլների թունավոր հատիկավորություն, էՆԱ-ի բարձրացում: Ռենտգենաբանական հետազոտությունը հայտնաբերում է միջնորմի ստվերի լայնացում աննշան կամ ավելի մեծ, կլոր, ուռուցիկ ստվերների ձևով, որոնք արտափքված են աջ կամ ձախ թոքամզային խոռոչի մեջ: Կերակրափողի վնասման դեպքում մեծ նշանակություն ունի հետազոտությունը ջրալույծ կոնտրաստ նյութով: Կերակրափողի եզրագծերից վերջինիս դուրս գալը վկայում է որկորի ամբողջականության խախտման մասին: Դրա հետ միաժամանակ, ռենտգենաբանորեն հայտնաբերվում է օդի առկայություն միջնորմում:

Էզոֆագոսկոպիան և տրախեոսկոպիան հնարավորություն են տալիս որոշելու ախտահարման առկայությունը, ճշտելու դրա տեղակայումը և տարածվածությունը:

Ախտորոշման մեթոդներ (նկ.3.36, 3.37)

Ռենտգենոգրաֆիա ուղիղ և կողմնային պրոյեկցիաներով



Նկ. 3.36. Ռենտգենոտոմոգրաֆիա



Նկ. 3.37. Պնևմոնեղիաստինոգրաֆիա

- ✓ Ռենտգեն հետազոտություն արհեստական պնևմոթորաքսի ֆոնի վրա:

- ✓ Համակարգչային շերտագրություն:
- ✓ Մեդիաստիևասկոպիա:
- ✓ Անգիոգրաֆիա:
- ✓ Բիոպսիա (ներբրոնխային, հարկրծոսկրային):
- ✓ Թորակոսկոպիա:

Ա. Իվանովը կլինիկական և ռենտգենաբանական ախտանիշերի հիման վրա առաջարկել է առաջային և հետին մեդիաստիևիտների ախտորոշման տարբերակված սխեմա:

Առաջային մեդիաստիևիտ	Հետին մեդիաստիևիտ
1.Պուլսացող ցավ կրծոսկրի հետևում	1. Պուլսացող ցավ կրծքավանդակում, ճառագայթելով միջթիակային շրջան
2. Կրծոսկրին հարվածելիս, գլուխը հետ թեքելիս ցավերի ուժեղացում (Գերկեի ախտանիշ)	2. Ցավերի ուժեղացում ողնաշարի կրծքային ողերի փուշելունների սեղմելիս
3. Վերևից անոթային խուրձը ձգելիս ցավերի ուժեղացում	3. Ցավերի ուժեղացում կլլման և ներշնչման ժամանակ (Ռիդիգերի ախտանիշ)
4.Պաստոգ` կրծոսկրի շրջանում	4. Պաստոգ` կրծքային ողերի շրջանում
5. Ուռածության ի հայտ գալը լծային փոսում	5. Վերանրակային շրջանում ուռածության ի հայտ գալը
6. Նեխային և անաերոբ (անօդակյաց) ձևերի ժամանակ կրեպիտացիայի ի հայտ գալը լծային փոսում	6. Նեխային և անաերոբ (անօդակյաց) ձևերի ժամանակ կրեպիտացիայի ի հայտ գալը վերանրակային շրջանում
7. Ռավիչ-Շերբոյի լծային ախտանիշ (ներշնչման ժամանակ լծային փոսի ներանկում)	7.Ռավիչ-Շերբոյի և Շտեյնբերգի պարավերտեբրալ ախտանիշ (մեջքի երկար մկանների կարկամության ի հայտ գալը)
8. Վերին սիներակի ճնշման ախտանիշեր` գլխացավ, աղմուկ ականջներում, պարանոցի և	8. Առավելապես կենտ և կիսակենտ երակների, միջկողային երակների լայնացում, ճնշման ախտանիշեր,

<p>դեմքի ցիանոզ, պարանոցի երակների ուռածություն, կրծքին լայնացած երակների ցանցի ի հայտ գալը</p>	<p>թոքամզի և սրտապարկի խոռոչում հեղուկի կուտակում</p>
<p>9. Կրծոսկրի շրջանում բթության սահմանների լայնացում</p>	<p>9. Ստորին կրծքային ողերի երկու կողմից բթության սահմանների լայնացում</p>
<p>10. Շնչափողի տեղաշարժ, երբեմն նաև սեղմում</p>	<p>10. Կերակրափողի ճնշում կամ դրա սպազմ (կծկանք)</p>
<p>11. Միջնորմի առաջային հատվածում ռենտգենաբանորեն ստվերների առկայություն</p>	<p>11. Ռենտգենաբանական ստվերներ միջնորմի հետին հատվածում, կերակրափողի թափածական ժամանակ բարիոմի արտահոսք կերակրափողից միջնորմ</p>

Բուժում: Թարախային մեղիաստինիտի ախտորոշումը հաստատվելուց անմիջապես հետո պետք է ձեռք առնել ակտիվ բուժական միջոցառումներ՝ ներառյալ վիրաբուժական միջամտությունը: Եթե թարախային մեղիաստինիտն առաջացել է միջնորմի օրգանների վիրաբուժական միջամտություններից կամ կերակրափողի, շնչափողի, բրոնխների վնասվածքներից հետո, ցուցված է կատարել շտապ վիրահատություն՝ տրանսպլերալ մեղիաստինոտոմիա, արատի վերացում և միջնորմի ու թոքամզային խոռոչի դրենավորում: Մնացած դեպքերում, պայմանավորված միջնորմում ֆլեգմոնայի կամ թարախակույտի տեղակայմամբ, կատարում են մեղիաստինոտոմիայի զանազան տարբերակները:

Թարախային պրոցեսն առաջային միջնորմի վերին հատվածներում տեղակայվելու դեպքում հարմար է միջնորմը բացել և դրենավորել պարանոցի կողմից: Կտրվածքը կատարելով լծային փոսի կամ հակող մկանի առաջային եզրով՝ թափանցում են միջնորմ, հեռացնում թարախը և մտցնում դրենաժներ: Հետագայում խոռոչը

ողողում են հակաբիոտիկներով, հականեխիչ լուծույթներով: Մրանց կաթիլային ներմուծմանը զուգահեռ՝ լավացումն արագացնելու նպատակով, պետք է կատարել աստիճանական արտածում: Հետկրծոսկրային տարածության մեջ գտնվող թարախակույտերը բացելու և դրենավորելու համար կարելի է օգտվել պարաստերնալ (հարկրծոսկրային) մեդիաստինատոմիայից՝ 2-3 կողաճառ հատելով ըստ Մադելունգի:

Միջնորմը կարելի է դրենավորել նաև որովայնից՝ կատարելով սագիտալ (առաջահետին) դիաֆրագմոտոմիա ըստ Մավինիխ-Ռոզանովի: Սովորաբար այս միջոցին դիմում են այն թարախակույտերի դեպքում, որոնք առաջացել են որկորի վնասվածքի հետևանքով: Դատարկելով թարախակույտը՝ դրենաժը մտցնում են մինչև թափածակման (պերֆորացիայի) մակարդակը, ստոծանու կտրվածքը դրենաժի շուրջը հերմետիկ կարում են և մի դրենաժ էլ թողնում ստոծանու վրայի կարերի ուղղությամբ:

Հետին միջնորմի խոր տեղակայված թարախակույտերի դեպքում հնարավոր է կատարել հետին մեդիաստինոտոմիա ըստ Պ.Ի. Նասիլովի: Հիվանդը վիրասեղանին պառկում է փորի վրա և ձախ ձեռքը առաջ պարզում: Այս վիճակում կատարում են մաշկի կտրվածք թիակի միջային եզրին զուգահեռ՝ հեռանալով ողնաշարից 7-9 սմ, ապա նրա ծայրերից կտրվածքներ են անում դեպի ողնաշարը՝ ձևելով հիմով դեպի ողնաշարը դարձած լաթ: Կողերը կտրելով՝ շերտագատում են թոքամիզը և թափանցում միջնորմ: Հետվիրահատական շրջանում անցկացնում են հակաբակտերիային, թունազերծիչ բուժում, տալիս են վիտամիններ, սրտային միջոցներ, ներարկում սպիտակուցային պատրաստուկներ, արյուն:

Վերին հետին մեդիաստինիտի ժամանակ միջնորմի դրենավորման նպատակով կիրառվում է Բ. Ի. Ռագունովսկու մեթոդը: Հիվանդը պառկում է մեջքի վրա, գլուխը թեքում դեպի աջ: Ձախ կրծոսկր-անրակ-պտկաձևային մկանի առաջային եզրով կատարվում է կտրվածք՝ հատելով մաշկը, ենթամաշկը, մակերեսային և պարանոցի երկրորդ

փակեղը, բուժ կերպով ստեղծում են խողովակ՝ թափանցելով խորքը և ներքնից կերակրափողի հետևով ուղղվում դեպի հետին միջնորմ:

Կերակրափողի վնասումներից առաջացած մեղիաստինիտների ժամանակ կատարում են մեղիաստինատոմիա ըստ Վ. Դ. Դոբրոմիսլովի: Կատարվում է կողմնային թորակոտոմիա՝ 5-6-րդ միջլողային տարածության վնասված կողմից: Միջնորմային թոքամիզը լայնաբացվում է, կերակրափողի դեֆեկտը կարվում, ծածկվում միջնորմային թոքամզով:

Մեծ նշանակություն ունի միջնորմի հերմետիկ դրենավորումը թարախակույտի անընդհատ լվացմամբ և պարունակության ակտիվ ասպիրացիայով՝ առաջարկված Կանշինի կողմից (1973թ.):

Սուր մեղիաստինիտը, թեկուզ և այսօր, դժվար ախտորոշվող և ծանր ընթացքով թարախային հիվանդություն է, որի դեպքում մահացությունը հասնում է մինչև 26-40%-ի :

Քրոնիկական մեղիաստենիտն առաջանում է թոքաբորբերի, թոքի թարախակույտի, թոքամզի էմպիեմայի, էզոֆագիտի հետևանքով, ինչպես նաև վնասվածքներից, միջնորմի օրգանների վիրահատություններից հետո միջնորմի բջջանքի վարակման պատճառով, երբեմն՝ սուր մեղիաստինիտից հետո: Քրոնիկական ձևով է ընթանում նաև ներկրծքային ավշահանգույցների տուբերկուլյոզի հետևանքով առաջացած մեղիաստինիտը: Երբեմն քրոնիկական մեղիաստինիտն ընթանում է առանց արտահայտված ախտանիշերի: Կլինիկական պատկերում նկատվում են նույն ախտանիշերը, ինչ որ սուր մեղիաստինիտի դեպքում՝ միայն ավելի թույլ արտահայտված:

Միջնորմի բջջանքում առաջանում են ֆիբրոզ-սկլերոտիկ պրոցեսներ, որոնք ծանր դեպքում պայմանավորում են վերին սիներակի համախտանիշի առաջացումը:

Քրոնիկական մեղիաստինիտը բուժում են հիմնականում պահպանողական (հակաբիոտիկներ, ռենտգենաբուժում) եղանակով: Հարաձուռն սպիական փոփոխությունների դեպքում դրանց հետագա զարգացումը կանխելու նպատակով տալիս են լիդազա, անցկացնում

գերձայնային բուժում:

Սպեցիֆիկ մեդիաստիինիտների դեպքում (տուբերկուլյոզային, սիֆիլիսային) անհրաժեշտ է կիրառել համապատասխան յուրահատուկ բուժում: Տուբերկուլյոզի դեպքում մեծ կազեոզ-մեռուկացված ավշահանգույցները հեռացնում են վիրահատական ճանապարհով: Միջնորմի որևէ օրգանի՝ սպիներով ճնշվելու դեպքում պետք է այն ազատել սպիներից: Ամենից հաճախ նման միջամտություն կատարվում է վերին սիներակի ճնշման հետևանքով:

Քրոնիկական մեդիաստիինիտների դասակարգումը

<i>Քրոնիկական մեդիաստիինիտ</i>		
<i>Ասեպտիկ</i>	<i>Մանրէային</i>	
	Սպեցիֆիկ	Ոչ սպեցիֆիկ
<p>1.Իդիոպաթիկ կամ միջնորմային ֆիբրոզ: Ֆիբրոզային մեդիաստիինիտը լինում է տարածված և տեղային</p> <p>2.Պոստհեմոռագիկ</p> <p>3.Կոնիոզ-թոքերի անտրակոզի և սիլիկոզի ժամանակ ավշահանգույցների երկրորդային ախտահարում</p> <p>4.Ռևմատիկ (անամնեզում առկա ռևմատիզմ)</p> <p>5.Ադիպոզոսկլերոտիկ (միջնորմի բջջանքում հավելյալ ճարպի կուտակում)</p>	<p>1.Սիֆիլիտիկ</p> <p>2.Տուբերկուլյոզային</p> <p>3.Միկոտիկ</p>	<p>1.Առաջնային</p> <p>2.Երկրորդային (սուր ձևից հետո)</p>

ՄԻՋՆՈՐՄԻ ԿՈՐԱԳՈՑԱՅԻՆ ԹՅՈՒՆՆԵՐ

Միջնորմի ուռուցքներն ու բշտերը տարբերում են հիստոգենեզի (հյուսվածքաձագման) հիման վրա՝ հաշվի առնելով նորագոյացության տեսակը, բնույթը, հասունության աստիճանը և կլինիկական ընթացքը: Միջնորմի իսկական ուռուցքներ ու կիստաներ են այն գոյացությունները, որոնց զարգացման աղբյուրը միջնորմի օրգանների միջև գտնվող հյուսվածքն է (հոմոպլաստիկ նորագոյացություններ): Հիստոգենետիկ (հյուսվածքաձագման) սկզբունքից ելնելով՝ շատ հեղինակներ միջնորմի առաջնային ուռուցքների մեջ ներառում են նաև ուրցագեղձի նորագոյացությունները: Վերջինիս հյուսվածքը հյուսվածաբանական և անատոմիական սերտ կապի մեջ է միջնորմի հյուսվածքի հետ:

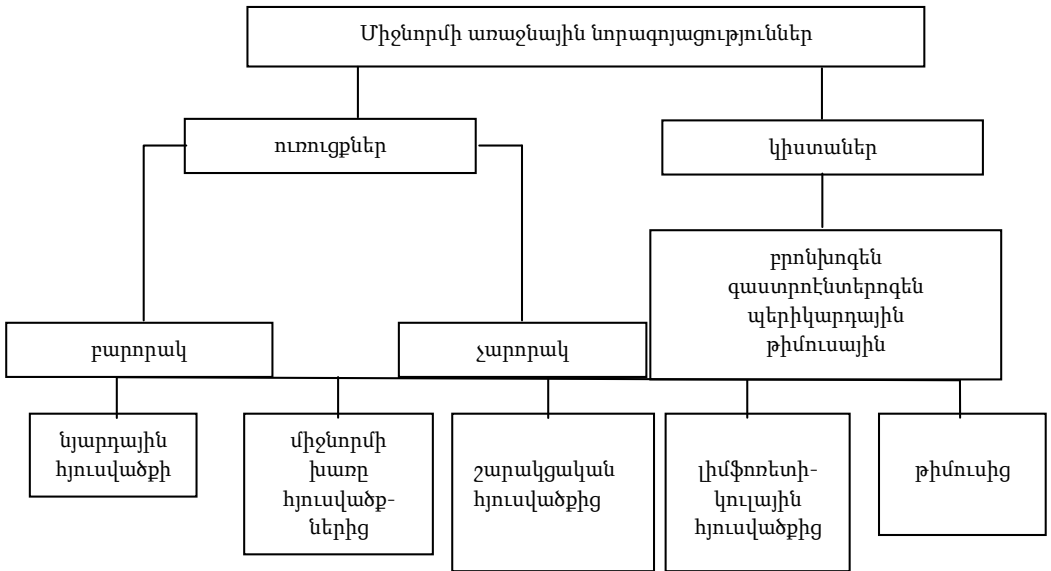
Միջնորմի իսկական նորագոյացությունների ծագման երկրորդ աղբյուր են այն հյուսվածքները և բջիջները, որոնք միջնորմում տեղակայվել են էմբրիոգենեզի (սաղմնածագման) խանգարման հետևանքով (հետերոպլաստիկ նորագոյացություններ):

Միջնորմի ուռուցքներն ըստ իրենց ծագման կարող են լինել ներոգեն (զանգվիռներումաներ, նեյրոբլաստոմաներ, ֆեոքրոմոցիտոմաներ, ներինոմաներ, նյարդածին սարկոմաներ), մեզենքիմային (ֆիբրոմաներ, ֆիբրոսարկոմաներ, լիպոմաներ, լիպոսարկոմաներ, լիմֆանգիոմաներ, հեմանգիոմաներ, անգիոսարկոմաներ և այլն): Առանձնացնում են նաև ուռուցքներ՝ ծագած միջնորմի ավշահանգույցների ռետիկուլյար հյուսվածքից (լիմֆոսարկոմաներ, ռետիկուլոսարկոմաներ, լիմֆոգրանուլեմատոզ), թիմոմաներ (լիմֆոիդ, էպիթելային, լիմֆոէպիթելային): Միջնորմի ուռուցքներ կարող են առաջանալ սաղմնածագման խախտման հետևանքով (տերատոմաներ, խորիոնկարցիոմաներ, հետկրծոսկրային խալիպ):

Միջնորմի կիստաները բաժանվում են իսկական (ցելոմային կիստաներ, սրտապարկի դիվերտիկուլներ, բրոնխածին և էստերոգեն կիստաներ) և սաղմնածագման խախտման հետևանքով զարգացած կիստաների (դերմոիդ):

Ըստ ծագման, միջնորմի բոլոր նորագոյացությունները կարելի է բաժանել հետևյալ խմբերի՝

1. Միջնորմի առաջնային նորագոյացություններ:
2. Միջնորմի օրգանների ուռուցքներ (կերակրափող, շնչափող, սրտապարկի, կրծքային ավշածորան):
3. Միջնորմը սահմանափակող հյուսվածքներից առաջացած ուռուցքներ (թոքամիզ, կրծոսկր, ստոծանի):
4. Միջնորմի երկրորդային չարորակ ուռուցքներ (միջնորմից դուրս գտնվող օրգանների չարորակ ուռուցքների մետաստազներ միջնորմի ավշային հանգույցներում):
5. Կեղծուռուցքային հիվանդություններ (տուբերկուլյոզի ժամանակ ախտահարված ավշահանգույցներ, մակաբուծային կիստաներ, խոշոր անոթների անևրիզմաներ և զարգացման արատներ, սահմանափակված բորբոքային պրոցեսներ և այլն):



Ըմբռնիդեներգի խանգարման հետևանքով առաջացած միջնորմի ուռուցքներից են տերատոմաները, միջնորմային սեմինոմաները, խորիոնկարցինոմաները, հետկրծոսկրային խպիպը:

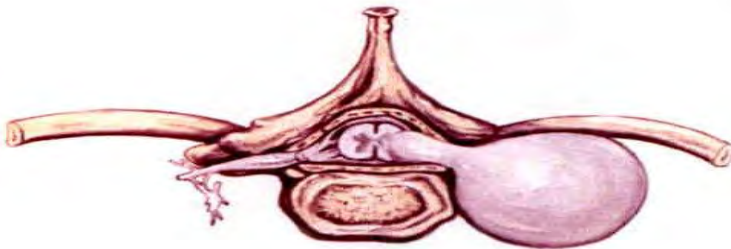
Կիստաներ

- ✓ Իսկական (սրտապարկի ցելոմային կիստաներ, բրոնխաձին, էստերոգեն),
- ✓ Դիսէմբրիոնային (դերմոիդ կիստաներ),
- ✓ Մակաբուձային (էխինոկոկային):

Վերին միջնորմ	թիմոմաներ, հետկրծոսկրային խպիպ, լիմֆոմաներ
Առաջային միջնորմ	թիմոմաներ, դերմոիդ կիստաներ, մեզենքիմային ուռուցքներ
Միջին միջնորմ	սրտամկանի կիստաներ, բրոնխոգեն կիստաներ, լիմֆոմաներ
Հետին միջնորմ	նյարդաձին ուռուցքներ, էստերոգեն կիստաներ

Ուռուցքներ

- ✓ *նյարդաձին* (գանգլիոների նոմաներ, սիմպաթոբլաստոմաներ, իսեմոդեկտոմաներ, նեյրոգեն սարկոմաներ, ֆեոքրոմոցիտոմաներ) (նկ.3.38),
- ✓ *մեզենքիմային* (ֆիբրոսարկոմաներ, լիպոսարկոմաներ, լիմֆանգիոմաներ, անգիոսարկոմաներ),
- ✓ *ավշաձին* (լիմֆոսարկոմաներ, ռետիկուլոսարկոմաներ, ԼԳՄ),
- ✓ *թիմոմաներ*,
- ✓ *դիսէմբրիոնային* (հետկրծոսկրային խպիպ),
- ✓ *դիսօնտոգենետիկ* (տերատոմաներ, սեմինոմաներ, խորիոնէպիթելիոմաներ):



Նկ. 3.38. Ներինոմայի աճի սխեմատիկ պատկեր

Կլինիկական պատկերը: Միջնորմի ուռուցքների և կիստաների զարգացման վաղ շրջանն ընթանում է անախտանիշ: Մեծ չափսերի հասնելով՝ ի հայտ են գալիս կենսական կարևոր օրգանների ճնշման ախտանիշեր: Ճնշումը սիմպաթիկ ցողունի վրա հանգեցնում է Բերնար-Շորների ախտանիշի զարգացմանը, հետադարձ նյարդի վրա ճնշելիս առաջանում է ձայնի խոպոտացում, սրտի վրա ճնշելիս՝ սրտի ռիթմի խանգարում:

Նյարդածին ուռուցքները, որոնք աճում են ավազի ժամացույցի ձևով, հանգեցնում են ողնուղեղի ճնշման՝ առաջացնելով զգայնության տարբեր խանգարումներ (պարեզներ, պարալիչներ, կոնքի օրգանների ֆունկցիաների խանգարումներ):

Թիմուսի ուռուցքների ժամանակ ի հայտ են գալիս միասթենիայի ախտանիշեր (թուլություն, կմախքային մկանների դյուրհոգնելիություն, պսևդոպարալիչ և այլն):

Գանգլիոներինոմաներին բնորոշ է զարկերակային հիպերտենզիան, թիմոմաների ժամանակ կարող է զարգանալ Կուշինգի համախտանիշ:

Միջնորմի չարորակ ուռուցքներն ունեն զարգացման կարճ անախտանիշ ժամանակաշրջան, արագ մեծանում են չափսերով, տալիս են մետաստազներ, առաջացնում միջնորմի օրգանների ճնշման ախտանիշեր, հաճախ ուղեկցվում են թոքամզի խոռոչում հեղուկի առաջացմամբ և մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացմամբ:

Ուռուցքների և կիստաների կլինիկական պայմանավորված է միջնորմում նորագոյացության տեղադրությամբ, նրա չափերով, աճի բնույթով ու արագությամբ: Երկար ժամանակ կարող է և ոչ մի ախտանիշ չլինել: Միայն հասնելով նշանակալի չափերի՝ նորագոյացությունը սկսում է ճնշել շրջապատող օրգաններին:

Անախտանիշ շրջանն ավելի երկար է բարորակ ուռուցքների ու կիստաների դեպքում և, համապատասխանաբար, կարճ է չարորակների դեպքում:

Կարող են լինել ախտանիշեր՝ պայմանավորված նորագոյացության հյուսվածքի հորմոնային ակտիվությամբ: Ճնշման պատկերը

(սեղմումային համախտանիշ) տարբեր է, որը պայմանավորված է նրանով, թե առավելապես որ գոյացություններն են ճնշվում: Տարբերում են ախտանիշեր, որոնք ուռուցքի կողմից օրգանների, անոթների, նյարդային գոյացությունների՝ ուռուցքային գործընթացում ընդգրկվելու հետևանք են: Երբեմն նշված երեք ախտանիշերը համակցվում են:

Հաճախակի գանգատներ են կրծոսկրի հետևում ճնշման զգացումը, ցավը, հևոցը: Մեծ, դանդաղ աճող ուռուցքների դեպքում կարող են առաջանալ կրծքավանդակի ձևափոխություն, կողերի, կրծոսկրի, ողերի կոտրվածքներ: Բազկազլխային երակներում և վերին սիներակում երակային հոսքի խանգարման հետևանքով առաջանում է դեմքի, պարանոցի ուռածություն, ցիանոզ, կրծքավանդակի, դեմքի, վզի երակների լայնացում: Երակային ճնշումը թևերի վրա հաճախ բարձրանում է՝ հասնելով 300-350 մմ ջրի սյան և ավելի (վերին սիներակի համախտանիշ): Շնչափողի և բրոնխների ճնշումը կամ ուռուցքով ներաճումն առաջացնում են հևոց, հագ, շնչառության դժվարացում՝ ստրիդորոզ շնչառություն:

Որկորի ճնշումն առաջացնում է դիսֆագիա: Միմպաթիկ ցողունի ճնշումը կամ ուռուցքով ներաճումը կարող է արտահայտվել Հորների համախտանիշով (միոզ, պտոզ, Էնօֆթալմ), հետադարձ նյարդինը՝ ձայնի խոպոտությամբ և ըմպանի պարեզով, ստոծանիական նյարդինը՝ պարալիզված ստոծանու բարձր դիրքով:

Նյարդաբանական ախտանիշերի թվում կարող են լինել տարբեր տեղակայության ցավեր (մեջքում, կրծոսկրի հետևում, միջկողային նյարդերի ընթացքով), պարեսթեզիաներ, զգացողության, քրտնարտադրության խանգարումներ:

«Ավազի ժամացույցի» տիպի նյարդածին ուռուցքների դեպքում կարող են լինել ողնուղեղի գործունեության խանգարումներ (կոնքի օրգանների ֆունկցիաների խանգարումներ, պարապարեզներ, պարապլեգիաներ)՝ պայմանավորված ուռուցքի ճնշմամբ:

Մխտորոշում: Չնայած կլինիկական ախտանիշերի բազմազանությանը՝ ախտորոշման մեջ մեծ նշանակություն ունեն

հետազոտության ռենտգենաբանական մեթոդները, որոնք հնարավորություն են տալիս դատելու նորագոյացության տեղադրության, մեծության մասին և մեծ մասամբ ճշտում են նրա բնույթը: Պարզվել է, որ միջնորմի տարբեր նորագոյացություններ ունեն իրենց առաջացման տեղը, ուստի ուռուցքի կամ կիստայի տեղադրությունը որոշելով՝ մեծ հավանականությամբ կարելի է դատել և դրանց բնույթի մասին:

Ռենտգենաբանական հետազոտությունը պետք է լինի համալիր՝ ներառելով բազմաառանցքային ռենտգենասկոպիան՝ ֆունկցիոնալ փորձերի կիրառմամբ, ռենտգենագրաֆիան, տոմոգրաֆիան, իսկ անհրաժեշտության դեպքում մի շարք լրացուցիչ մեթոդներ, մասնավորապես պնևմոմեդիաստիևագրաֆիան, միջնորմի ֆլեբոգրաֆիան և այլն:

Ռենտգենաբանական հետազոտության ժամանակ նորագոյացությունը միջնորմին պատկանելու հարցը վճռելիս կարող են ծագել դժվարություններ: Միջնորմի բոլոր ուռուցքների համար ընդհանուր նշաններ են՝

- ա) միջնորմի ստվերի լայնացումը կամ դրա սահմանափակ արտափքումը,
- բ) շնչափողի, որկորի և խոշոր անոթների ընթացքի շեղումը,
- գ) հետևյալ ֆունկցիոնալ նշանները՝ ախտաբանական գոյացության եզրագծերի պուլսացիա, կլման, խոր ներշնչման ու արտաշնչման ժամանակ ստվերի տեղաշարժ և այլն:

Մի շարք դեպքերում արժեքավոր տվյալներ կարելի է ստանալ շերտագրությունից: Վերջինս հնարավորություն է տալիս ճշտելու ուռուցքի կազմությունը, կապը հարևան օրգանների հետ, ցույց է տալիս նրա մեջ գտնվող ներառումները: Հատկապես արժեքավոր են միջաձիգ շերտագրությունը, ՀՇ-ն: Որոշ դեպքերում նշված մեթոդների օգնությամբ էլ հնարավոր չի լինում որոշել ուռուցքի տեղակայումը: Նման դեպքերում նպատակահարմար է կիրառել ռենտգենագրաֆիան, մասնավորապես՝ ռենտգենատոմոգրաֆիան նախօրոք կատարելով պնևմոմեդիաստիևում:

Գազի ներմուծումը միջնորմ (թթվածին, ազոտի օքսիդ) ընդգծում է

ցայտունությունը, որը հեշտացնում է միջնորմի միատարր ստվերի գանազանումը:

Միջնորմ մտցված գազը ճարպային միջնաշերտերով թափանցում է օրգանների միջև, շերտազատում է միջնորմային թոքամիզը, պարուրում ներմիջնորմային գոյացությունները: Եթե նորագոյացությունը գտնվում է միջնորմի սահմաններում, ապա գազով շրջապատված՝ այն երևում է միջնորմային թոքամզի շերտազատված թերթիկից՝ միջադարձ կողմում: Իսկ եթե նորագոյացությունը գտնվում է թոքում, ապա այն երևում է միջնորմային թոքամզից՝ կողմնայնորեն: Այս դեպքում գազը չի պարուրում ուռուցքը:

Երբ գոյացությունը գտնվում է կրծքավանդակի վերին-հետին հատվածում, նրա տեղադրությունը ճշտելու համար օգտվում են արհեստական պնևմոթորաքսից: Եթե գոյացությունը չի տեղաշարժվում կոլապսի ենթարկված թոքի հետ միասին, պետք է մտածել նրա ներմիջնորմային տեղադրության մասին:

Նորագոյացությունը գննելու, նպատակային բիոպսիա կատարելու հնարավորություն է տալիս թորակոսկոպիան: Շնչափողի կամ դրա երկատման տեղում գտնվող գոյացությունների բիոպսիան հնարավոր է կատարել բրոնխոսկոպիայի ժամանակ՝ ծակելով բրոնխի պատը: Վերջին տարիներին նորագոյացությունն աչքով ուսումնասիրելու, շոշափելու, բիոպսիա կատարելու համար: Դրա որոշ տեղադրությունների դեպքում, մասնավորապես, եթե այն գտնվում է առաջային միջնորմում, կիրառում են մեդիաստինասկոպիան:

Ուռուցքի բնույթը, դրա փոխհարաբերությունը միջնորմի խոշոր երակների և զարկերակների հետ պարզելու համար կատարում են միջնորմի անզիոգրաֆիա:

Ձևաբանության տեսակետից տարբերում են նյարդային ուռուցքների երկու խումբ.

- 1) ուռուցքներ, որոնք ծագում են հենց նյարդային բջիջներից, թելերից (սիմպաթոգոնիոմաներ, գանգլիոններ, ֆեոքրոմոցիտոմաներ, պարագանգլիոմաներ,

խեմոդեկտոմաներ),

2) ուռուցքներ, որոնք ծագում են նյարդերի թաղանթներից

(նևրինոմաներ, նեյրոֆիբրոմաներ, նյարդածին սարկոմաներ):

Նյարդածին ուռուցքները հեռացվում են թոքամզի խոռոչից: «Ավազի ժամացույցի» տիպի ուռուցքների դեպքում միաժամանակ հեռացվում է և ուռուցքի՝ ողնուղեղային խողովակում գտնվող մասը՝ համապատասխան մակարդակի վրա կատարելով լամինեկտոմիա և կտրելով երկու կամ երեք ողերի աղեղները:

Սեզենքիմային ծագման ուռուցքներից ամենից հաճախ հանդիպում են լիպոմաները (ճարպուռուցքներ), ֆիբրոմաները: Լիպոմաները սովորաբար առաջանում են գիրանալու հակում ունեցող կանանց մոտ: Տեղակայվում են գերազանցապես առաջային միջնորմում: Տարբերում են միջնորմային լիպոմաներ, որոնց դեպքում ուռուցքն ամբողջությամբ գտնվում է միջնորմում:

Հանդիպում են ճարպային հյուսվածքից առաջացած ուռուցքներ, որոնց մի մասը տեղակայված է միջնորմից դուրս, օրինակ՝ դրանցից են պարանոցամիջնորմային, որովայնամիջնորմային, հարկրծոսկրային-միջնորմային ուռուցքները: Ուռուցքների նման ձևերը դժվարացնում են ախտորոշումը:

Տարբերում են նաև ինտրամուրալ լիպոմաներ, որոնք տեղակայվում են կրծքի խոռոչի ու միջնորմի օրգաններում:

Միջնորմի լիպոմաների կլինիկական ախտանիշերը բազմազան են: Հիվանդներին անհանգստացնում է հիմնականում ցավը, որը տեղակայվում է կրծքավանդակի տարբեր մասերում (կրծոսկրի հետևում, սրտի շրջանում), աջ ենթակողային շրջանում, եպիգաստրալ շրջանում՝ պայմանավորված ուռուցքի տեղադրությամբ:

Ամենից հաճախ հանդիպում են որովայնամիջնորմային լիպոմաները: Սրանք առաջանում են որովայնի առջևի պատի ճարպից, Լարեյի ստոծանիական ձեղքով թափանցում են միջնորմ, որտեղ անջատվում են և աճում ինքնուրույն կերպով:

Որովայնամիջնորմային լիպոմաների կլինիկական բնորոշվում է

ստենոկարդիայի (կրծքահեղձուկի) տիպի ցավերով: Հիվանդներին հաճախ անհանգստացնում է հևոցը, որն ուժեղանում է ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության ժամանակ: Հևոցի պատճառն ուռուցքի ճնշումն է սրտի, խոշոր անոթների, թոքի վրա:

Ռենտգենաբանական հետազոտության ժամանակ հայտնաբերվում է միջին ուժգնության ոչ միատարր ստվեր, որը տեղակայված է միջնորմի այս կամ այն բաժնում, բայց ավելի հաճախ՝ աջ առաջային սիրտ-ստոծանիական անկյան մեջ:

Լիպոմայի ախտորոշումը հնարավոր է հաստատել պնևմոմեդիաստիկոգրաֆիայով, որի դեպքում գազն ուռուցքը բաժանում է բլթակների (բլթավորման ախտանիշ):

Լիպոմաները ենթակա են հեռացման, սակայն եթե ախտորոշումը կասկած չի հարուցում և չկան կլինիկական արտահայտություններ, թույլատրելի է սպասողական գործելակերպ այն պայմանով, որ կանոնավոր կերպով, տարին մեկ անգամ հիվանդը ենթարկվի ռենտգենաբանական քննության:

Լիմֆոմաները զարգանում են միջնորմի ավշահանգույցներից: Լիմֆոմայի բոլոր երեք ձևերն էլ (լիմֆոսարկոմաներ, ռետիկուլոսարկոմաներ, ԼԳՄ) բնորոշվում են չարորակ ընթացքով: Հիվանդության սկզբում ի հայտ են գալիս ընդհանուր թուլություն, ենթատենդային ջերմություն, այնուհետև ավշահանգույցների մեծացման դեպքում՝ միջնորմի ճնշման ախտանիշեր:

Ուրցագեղձի նորագոյացությունները՝ **թիմոմաները**, տեղակայվում են առաջային միջնորմի վերին կամ միջին բաժիններում: Բոլոր թիմոմաները համարվում են պոտենցիալ չարորակ ուռուցքներ:

Հանդիպում են նաև ուրցագեղձի կիստաներ: Իսկական ուռուցքներից ու կիստաներից բացի, հանդիպում է ուրցագեղձի հիպերպլազիա, որն առաջանում է, երբ գեղձի ֆիզիոլոգիական հետաճման պրոցեսը խանգարվում է և ուշանում:

Ուրցագեղձի նորագոյացությունների բուժումը կատարվում է դրանց վիրահատական հեռացմամբ: Ոչ վիրահատելի չարորակ ուռուցքների

դեպքում կիրառում են ճառագայթային, քիմիա- և հորմոնաբուժում: Վիրահատում են թոքամզային (կողմնային) մուտքից, կամ կատարում են երկայնակի ստերնոտոմիա: Հատկապես դժվարություն է ներկայացնում գեղձի ուռուցքով կամ հիպերպլազիայով պայմանավորված միասթենիայի բուժումը: Այդ հիվանդների մոտ հետվիրահատական շրջանում երբեմն առաջանում է միասթենիայի կլինիկական նշանների խիստ սրացում (միասթենիկ կրիզներ), որի դեպքում խանգարվում է ինքնուրույն շնչառությունը, և հիվանդին տեղափոխում են թոքերի արհեստական օդափոխության: Երկարատև օդափոխության անհրաժեշտության դեպքում կատարում են տրախեոստոմիա: Կարևոր է հակախոլինէրգետիկ միջոցների (պրոզերին, գալանտամին, կալիմին, օքսազիլ և այլն) նշանակումը:

Բրոնխաձին կիստաները ներսից պատված են շնչառական ուղու էպիթելով, իսկ **էստերոգենները** կարող են ունենալ կերակրափողի, ստամոքսի, աղիքների լորձաթաղանթին նմանվող ներքին թաղանթ (կերակրափողային, ստամոքսային ու աղիքային կիստաներ): Մակայն քիչ չեն դեպքերը, երբ կիստայի պատն ունի խառը կազմություն:

Բրոնխաձին և էստերոգեն կիստաների կլինիկական արտահայտությունները մեծ չափով կախված են դրանց տեղադրությունից, չափերից, բարդությունների առկայությունից: Հաճախ մանկական հասակում ծագում են կերակրափողի, շնչափողի, բրոնխների, մրջնորմի երակների ճնշման տարբեր ախտանիշեր: Հաճախ նկատվում է ձախ գլխավոր բրոնխի ճնշում բիֆուրկացիոն տեղադրության բրոնխաձին կիստայի կողմից: Այս դեպքում երեխայի բրոնխում կարող է առաջանալ փականային մեխանիզմ և ձախ թոքի էմֆիզեմա:

Լուրջ բարդություն է կիստայի թարախակալումը, պատվելը տրախեոբրոնխիտալ ծառի մեջ՝ նրանց միջև կայուն հաղորդակցության առաջացմամբ, որը կիստայում պահպանում է թարախային պրոցեսը:

Էստերոգեն կիստաները մեծահասակների մոտ հիմնականում տեղակայվում են հետին միջնորմի ստորին մասում: Սովորաբար նրանք

ունենում են ավելի հաստ պատեր ու կապված են որկորի հետ: Կիստայի լորձաթաղանթը, պարունակելով գեղձեր, ունենում է արտազատական ակտիվություն, որի պատճառով նրա պատերը խոցոտվում են, տեղի է ունենում պենետրացիա (ներթափանցում) հարևան օրգանների մեջ: Ներթափանցումը հաճախ լինում է թոքում, որն արտահայտվում է համառ արյունախիւմամբ: Արտազատուկի կուտակումն արագ մեծացնում է կիստայի չափերը:

Տեղակայումով պայմանավորված՝ կարող են լինել սեղմման տարբեր ախտանիշներ, որոնք երևան են գալիս դեռևս վաղ մանկական հասակում: Երեխաների մոտ նկատվում են շնչառության սուր խանգարումներ շնչափողի, բրոնխների, թոքերի ճնշման հետևանքով: Կերակրափողի ճնշումը, որի շուրջը սովորաբար տեղակայվում են էստերոգեն կիստաները, առաջացնում է դիսֆագիա:

Ցելոմային կիստաները բարակ պատերով գոյացություններ են, որոնք կազմությամբ սրտապարկ են հիշեցնում: Եթե կիստան հաղորդակցվում է սրտապարկի խոռոչի հետ, ապա դա վկայում է սրտապարկի դիվերտիկուլի մասին: Սրտապարկային ցելոմը (խոռոչը) ձևավորվում է երկու լակունաների միաձուլումից, որոնցից մեկի անհավասարաչափ զարգացումը կարող է հանգեցնել իսկական դիվերտիկուլի կամ անջատված կիստայի առաջացմանը: Ցելոմային կիստաները սովորաբար տեղակայվում են աջ կողմում՝ սիրտ-ստոծանիական ծոցի շրջանում, առաջային միջնորմում: Կիստաները լինում են միակամ բազմախցիկային, պարունակում են թափանցիկ, անգույն կամ դեղնավուն հեղուկ, մասնակիորեն հարում են սրտապարկին կամ նրա հետ միացած են ֆիբրոզ ոտիկով:

Ցելոմային կիստաները և դիվերտիկուլները ենթակա են վիրաբուժական հեռացման: Վիրահատական բուժման հակացուցումների առկայության դեպքում սեղմման ախտանիշերի վերացման նպատակով կարելի է պունկցիայի միջոցով պարբերաբար արտածել կիստայի պարունակությունը:

Դերմոիդ կիստաները և տերատոմաները զարգանում են

սաղմնածագման խախտման հետևանքով: Դերմոիդ կիստաները առաջանում են էկտոդերմի տարրերից և ունեն հաստ պատեր: Խոռոչում հայտնաբերվում են մածուցիկ զանգված, մաշկի տարրեր, մազեր և այլն:

Տերատոմաները առաջանում են մի քանի սաղմնային թերթիկներից և իրենց կազմում ունեն տարբեր կառուցվածքի հյուսվածքներ: Կարող են լինել չարորակ և բարորակ:

Բուժումը վիրահատական է:

Ներկրծքային խալիպը (միջնորմային խալիպ) առաջանում է կամ միջնորմում տեղակայված վահանաձև գեղձի սաղմնային սկզբնավորության զարգացման, կամ էլ խալիպի պարանոցային հանգույցի՝ միջնորմի մեջ ներթափանցման հետևանքով:

Բ. Վ. Պետրովսկին, ելնելով տեղադրությունից, տարբերում է «սուզվող», հետկրծոսկրային և ներկրծքային խալիպներ:

«Սուզվող» խալիպի դեպքում վերջինիս մեծ մասը գտնվում է կրծոսկրի հետևում, փոքր մասը պարանոցի վրա է: Կլլման ժամանակ, նքոցների, հազի դեպքում այն տեղաշարժվում է վերև, բայց ամբողջովին դուրս չի գալիս կրծոսկրի կոթի տակից:

Հետկրծոսկրային խալիպն ամբողջովին գտնվում է կրծոսկրի հետևում, բայց նրա վերին բևեռը լծային փոսից հնարավոր է մատով շոշափել, հատկապես հիվանդի նքոցների ժամանակ:

Ներկրծքային խալիպն ամբողջությամբ գտնվում է միջնորմում և մատչելի չէ շոշափման համար: Ներկրծքային խալիպները կարող են տեղակայվել ինչպես առաջային, այնպես և հետին միջնորմում:

Նկարագրված խալիպները կարող են առաջացնել ներկրծքային օրգանների, հաճախ՝ խոշոր երակային ցողունների, շնչափողի, որկորի ճնշում: «Սուզվող» ու հետկրծոսկրային խալիպների դեպքում ճնշման ախտանիշերն ուժեղանում են գլխապտույտների, առաջ ու հետ թեքումների ժամանակ, ուղղաձիգ դիրքից հորիզոնականի անցնելիս:

Բուժումը կատարվում է՝ խալիպը հեռացնելով պարանոցային մուտքով, իսկ ներկրծքային տեղակայման դեպքում՝ տրանսստերնալ մուտքով:

Միջնորմի հազվագյուտ չարորակ ուռուցքներից են սեմինոման և խորիոնէպիթելիոման: Ավելի հաճախ հիվանդանում են տղամարդիկ: Այս էքստրագենիտալ ուռուցքները չափազանց չարորակ են, առաջացնում են հեմատոզեն վաղ մետաստազներ, արագ ինֆիլտրատիվ աճ:

Բուժում: Միջնորմի նորագոյացությունների ու բշտերի (կիստաների) բուժումը կատարվում է դրանց վիրահատական հեռացմամբ:

Չարորակ նորագոյացություններով հիվանդներին հաճախ հնարավոր չի լինում կատարել արմատական վիրահատություն: Այնուամենայնիվ, ճնշումը վերացնելու (դեկոմպրեսիա) նպատակով երբեմն ցուցված է ուռուցքի մասնակի հեռացում՝ հետագա ճառագայթային բուժման և քիմիաբուժման հետ միասին: Վերջիններս բարձիթողի դեպքերում կազմում են բուժման հիմքը: Վիրահատական մուտքը դեպի միջնորմի նորագոյացություն կախված է վերջինիս տեղադրությունից, չափերից, աճի բնույթից: Կիրառվում են թոքաբաժնի ու կրծոսկրային մուտքերը: Առանձին դեպքերում կրծոսկրի հետևում տեղակայված ուռուցքը հնարավոր է հեռացնել պարանոցի կողմից:

Միջնորմի ուռուցքների և կիստաների հեռացման եղանակները

Հիվանդություն	Բուժման եղանակը
<i>Նյարդածին ուռուցքներ</i>	Ուռուցքի հեռացում համակցված թորակոտոմիայի և լամինեկտոմիայի միջոցով
<i>Մեզենքիմային ուռուցքներ</i>	Ուռուցքի հեռացում, գումարած ճառագայթային և քիմիաթերապիա
<i>Ավշածին ուռուցքներ</i>	
<i>Թիմոնաներ</i>	Ստերնոտոմիա, թիմոմեկտոմիա
<i>Հետկրծոսկրային խայիպ</i>	Ստերնոտոմիա, ստրումեկտոմիա
<i>Դիսոստոզենետիկ ուռուցքներ և կիստաներ</i>	Ուռուցքի և կիստայի հեռացում
<i>Էխինոկոկային կիստաներ</i>	Էխինոկոկեկտոմիա
<i>Բրոնխածին/էնտերոզեն կիստաներ</i>	Կիստաների մասնահատում

Թեմատիկ թեստերի օրինակներ

1. Կրծքավանդակի հիվանդությունների ժամանակ առաջնահերթ կիրառվում է հետազոտության հետևյալ մեթոդը՝

ա) ռենտգենաբանական

բ) թորակոսկոպիա

գ) լապարասկոպիա

դ) թոքերի կենսական տարողության որոշում

2. Կրծքավանդակի հիվանդությունների ժամանակ համակարգչային շերտագրումը հնարավորություն է տալիս որոշելու՝

1. հյուսվածքի խտությունը

2. պրոցեսի տարածման խորությունը

3. հետազոտել շնչափողը և բրոնխները

4. ուռուցքի մորֆոլոգիական տիպը

5. բրոնխների լորձաթաղանթի մակերեսի վիճակը

Ընտրել պատասխանների ճիշտ համակցում.

ա) 4, 5

բ) 3, 4, 5

գ) 1, 2, 3

դ) 1, 2, 3

3. Ո՞ր հիվանդության ժամանակ կուտակված թոքամզային արտաքիրտը տրանսուդատ չէ.

ա) լյարդի ցիռոզ

բ) գլոմերուլոնեֆրիտ

գ) միքսեդեմա

դ) Վեգեների գրանուլոմատոզ

ե) սարկոիդոզ

4. Ո՞ր ախտանիշը բնորոշ չէ լարված պնևմոթորաքսին.

ա) ախտահարված թոքի սեղմում

բ) դեպի սիրտ-երակային արյան հոսքի քչացում

գ) միջնորմի տեղաշարժ դեպի ախտահարված կողմ

դ) ախտահարված կողմի ներկրծքային ճնշման բարձրացում

5. Բրոնխոէկտատիկ հիվանդության ախտորոշման հաստատման ո՞ր մեթոդն է առավել հավաստի.

ա) կրծքավանդակի ռենտգենասկոպիան

բ) սպիրոմետրիան

գ) բրոնխոսկոպիան

դ) բրոնխոգրաֆիան

ե) ռենտգեն շերտագրությունը

6. Բրոնխոէկտատիկ հիվանդության առաջացման պատճառներից են՝

1. ծխելը

2. բնածին պատճառները

3. թոքերի տուբերկուլոզը

4. քրոնիկական թոքաբորբը

5. բրոնխների անցանելիության խանգարումը

ա) 1,3,4

բ) 1,3,5

գ) 2,4,5

դ) 3,4,5

7. Թոքի էլիմնոկոկոզի բարդություններից են՝

1. էլիմնոկոկային բշտի թարախակալումը

2. ալերգիկ ռեակցիան

3. անաֆիլաքսիան

4. էլիմնոկոկային բշտի պատռումը

ա) 1,3

բ) 1,4

գ) 2,3

դ) բոլորը ճիշտ են

8. Թոքի էլիմնոկոկոզի բարդություններից չէ՝

ա) թարախակալումը

բ) պատռումը բրոնխի լուսանցքի մեջ

գ) արյունահոսությունը կերակրափողի վարիկոզ լայնացած երակներից

դ) պատռումը թոքամզի խոռոչ

9. Թոքի թարախակույտի պատճառներից են՝

1. թոքի վնասվածքը

2. պիլեֆլեբիտը

3. թոքի մակաբուծային կիստայի թարախակալումը

4. թոքաբորբը

5. սեպսիսը

ա) 1,2,4

բ) 3,4,5

գ) 1,3,4

դ) բոլորը ճիշտ են

10. Թոքի թարախակույտին բնորոշ չէ՝

ա) բարձր հեկտիկ ջերմությունը

բ) լեյկոցիտոզը

գ) ցավը կրծքավանդակում

դ) փորկապությունը

ե) հազը և խորխարտադրությունը

11. Թվարկված հիվանդություններից ո՞րոնք պետք է տարբերակել թոքի փտախտից.

1. թոքի քաղցկեղի խոռոչավոր ձևը

2. տուբերկուլոզային կավերնան

3. թարախակալված էխինոկոկային բուշտը

4. թոքի սահմանափակ էմպիեման

5. թոքի թարախակույտը

ա) 1,2,4

բ) 2,3,5

գ) 1,3,5

դ) ճիշտ են բոլորը

12. Թոքի բլթի փտախտի դեպքում ցուցված է՝

ա) բրոնխոսկոպիա և բրոնխների սանացիա

բ) թոքամզի խոռոչի դրենավորում

գ) ինտենսիվ թերապիա ներբրոնխային հակաբիոտիկների ներմուծմամբ

դ) լոբեկտոմիա

ե) պնևմոնէկտոմիա

13. Միջնորմի սահմաններն են համարվում՝

1. միջնորմային թոքամիզը

2. կրծոսկրը

3. ողերի մարմինները կողերի գլխիկներով

4. ստոճանին

5. կրծոսկրի միջին մասով տարված առաջահետին հարթությունը

ա) 1,3,4,5

բ) 2,5

գ) **1,2,3,4**

դ) 1,2,3,4,5

14. Առաջային միջնորմում տեղակայված են՝

1. սիրտը սրտապարկով

2. վերել աորտան

3. աորտայի աղեղը

4. զույգ բազկազլխային երակային ցողունները

5. որկորը

ա) 1,2,3,5

բ) 1,4,5

գ) 2,3,4,5

դ) **1,2,3,4**