

ԵՐԵՎԱՆԻ Մ. ԳԵՐԱՑՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ

III ՀԱՏՈՐ

Ուսումնական ձեռնարկ ընդհանուր բժշկության ֆակուլտետի
բակալավրիատի ուսանողների համար

ՊՐՈՖԵՍՈՐ Մ.Մ. ՄԻՐԻՉԱՆՅԱՆԻ,
ՊՐՈՖԵՍՈՐ Հ.Ա. ԲԱՐՍԵՂՅԱՆԻ
ԵՎ ԴՈՑԵՆՏ Ս.Ա. ԱՏԵՓԱՆՅԱՆԻ
ԽՄԲԱԳՐՈՒԹՅԱՄԲ

Երևան
Երևանի Մ. Գերացու անվան պետ.
բժշկ. համալս. հրատ.
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. ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

- ԹԵՄԱ №1. ՍՈՒՐ ՈՐՈՎԱՅՆ, ՈՐՈՎԱՅՆԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ
Դ.Ս. ԳՐԻԳՈՐՅԱՆ
- ԹԵՄԱ №2. ԱՐՅՈՒՆԱՀՈՍՈՒԹՅՈՒՆ ՄԱՐՍՈՂԱԿԱՆ ՈՒՂՈՒՑ
Լ.Վ. ԶԱՆԱԴՎՈՐՈՎ
- ԹԵՄԱ №3. ԲԱՐԱԿ ԱՂՈՒ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ, ԿՐՈՆԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ, ԴԻՎԵՐՏԻԿՈՒԼՆԵՐ, ԱՂԻՔԱՅԻՆ ԽՈՒՂԱԿՆԵՐ
Ռ.Ն. ՄԵՍՐՈՊՅԱՆ
- ԹԵՄԱ №4. ՀԱՍՏ ԱՂՈՒ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ, ՀԻՐՇՊՐՈՒՆԳԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ, ՈՉ ՄՊԵՑԻՖԻԿ ԽՈՑԱՅԻՆ ԿՈԼԻՏ,
ԴԻՎԵՐՏԻԿՈՒԼՅՈՋ
Ա.Ս. ՀԱԿՈԲՅԱՆ
- ԹԵՄԱ №5. ՈՒՂԻՂ ԱՂՈՒ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ, ԹՈՒԹՔ, ՃԱՔ, ՊԱՐԱՊՐՈԿՏԻՏ, ԽՈՒՂԱԿՆԵՐ, ՊՈՉՈՒԿԻ ՇՐՋԱՆԻ ԷՊԻԹԵԼԱՅԻՆ ՈՒՂԻՆԵՐ
Ա.Ս. ՀԱԿՈԲՅԱՆ
- ԹԵՄԱ №6. ԿՐԾՔԱԳԵՂՁԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ, ՄԱՍՏԻՏ, ԴԻՍՀՈՐՄՈՆԱԼ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ
Վ. Ս. ՀԱԿՈԲՅԱՆ
- ԹԵՄԱ №7. ՎԱՀԱՆԱԳԵՂՁԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ, ԷՆԴԵՍԻԿ ԵՎ ՄՊՈՐԱԴԻԿ ԽՊԻՊ, ՎԱՀԱՆԱԳԵՂՁԻ ԲՈՐԲՈՔԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

- ԹԵՄԱ №8. *Ղ. Ս. ԳՐԻԳՈՐՅԱՆ*
 ԹԻՐԵՈՏՈՏՈՔՍԻԿՈԶ, ԴԻՖՈՒԶ ՏՈՔՍԻԿ
 ԽՊԻՊ
- ԹԵՄԱ №9. *Ղ. Ս. ԳՐԻԳՈՐՅԱՆ*
 ԿԵՐԱԿՐԱՓՈՂԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ,
 ԱԽԱԼԱԶԻԱ, ԴԻՎԵՐՏԻԿՈՒԼՆԵՐ
- ԹԵՄԱ №10. *Ս. Ա. ՄՏԵՓԱՆՅԱՆ*
 ԿԵՐԱԿՐԱՓՈՂԻ ՔԻՄԻԱԿԱՆ
 ԱՅՐՎԱԾՔՆԵՐ, ՍՊԻԱԿԱՆ
 ՆԵՂԱՅՈՒՄՆԵՐ
Ս.Ա. ՄՏԵՓԱՆՅԱՆ

ԳԼՈՒԽ II. ԷՆԴՈՍԿՈՊԻԿ ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ

- ԹԵՄԱ №1. ԷՆԴՈՍԿՈՊԻԱ
Ա.Ա. ՊԵՏՐՈՍՅԱՆ
- ԹԵՄԱ №2. ԼԱՊԱՐՈՍԿՈՊԻԱ
Ս. Գ. ՇՄԱՎՈՆՅԱՆ
 ԹԵՄԱՏԻԿ ԹԵՍԵՐԻ ՕՐԻՆԱԿՆԵՐ

I ԳԼՈՒԽ

ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ԹԵՄԱ 1. ՍՈՒՐ ՈՐՈՎԱՅՆ, ՈՐՈՎԱՅՆԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

«Սուր որովայն» տերմինով անվանում են այն կլինիկական ախտանիշերի ամբողջությունը, որը զարգանում է որովայնի խոռոչի վնասվածքների, սուր հիվանդությունների ընթացքում և որոնց դեպքում անհրաժեշտ է կամ կարող է անհրաժեշտ լինել անհետաձգելի վիրաբուժական օգնություն: Հիվանդի առաջին բժշկական հետազոտությունը հաճախ կատարվում է ստացիոնարից դուրս (տանը կամ պոլիկլինիկայում): Առաջնային ախտորոշման խնդիրը վտանգավոր իրավիճակի բացահայտումն է և անհրաժեշտության դեպքում անհետաձգելի վիրաբուժական օգնության ցուցաբերումը: Սուր որովայնի դեպքում կանխատեսումը վատանում է ժամանակի ընթացքում, այդ պատճառով բժիշկը պարտավոր է հիվանդին արագ հոսպիտալացնել մասնագիտացված հաստատություն, որտեղ պետք է անցկացվեն անհրաժեշտ ախտորոշիչ և բուժական միջոցառումները: Անգամ սուր որովայնի կասկածի դեպքում հիվանդին պետք է անհապաղ հոսպիտալացնել:

Սուր որովայնի պատճառներն են՝

1.Ներորովայնային բորբոքային հիվանդությունները, որոնց դեպքում անհրաժեշտ է անհետաձգելի վիրահատություն՝

- ապենդիցիտը և դրա բարդությունները,
- սուր մեխանիկական աղիքային անանցանելիությունը,
- սուր դեստրուկտիվ խոլեցիստիտը,
- խոռոչավոր օրգանի թափածակումը,

- սուր հեմոռագիկ պանկրեոնեկրոզը,
- մեզենտերիալ անոթների էմբոլիան և թրոմբոզը (մակարդուկագոյացումը),
- որովայնի խոռոչի թարախակույտերը և պերիտոնիտը (որովայնամզաբորբը),
- գինեկոլոզիական հիվանդությունները:

2.Սուր ստամոքս-աղիքային արյունահոսությունները հետևյալ ախտահարումների դեպքում՝

- ստամոքսի և 12-մատնյա աղիքի արյունահոսող խոցը,
- կերակրափողի և կարդիայի երակների վարիկոզ լայնացումը,
- Մելորի-Վեյսի համախտանիշը,
- հեմոռագիկ գաստրիտը (ստամոքսաբորբ),
- ստամոքսի, բարակ և հաստ աղիքների բարորակ և չարորակ ուռուցքները:

3.Որովայնի թափանցող վիրավորումները և բուժ տրավմաները՝ ստոծանու, փայծաղի, լյարդի, ենթաստամոքսային գեղձի և աղիքի վնասումով:

4.Որովայնի խոռոչի, հետորովայնամզային տարածության օրգանների հիվանդությունները, որոնց դեպքում անհետաձգելի վիրահատություններ անհրաժեշտ չեն՝

- ստամոքս-աղիքային (գաստրոէնտերիտ, պենետրացվող խոց, սուր խոլեցիստիտ, հեպատիտ, յերսինիոզ, որովայնամզի կարցինոմատոզ),
- երիկամային (երիկամային խիթ, պիելոնեֆրիտ, երիկամի ինֆարկտ, պարանեֆրիտ, սուր հիդրոնեֆրոզ),
- գինեկոլոզիական (սալպինգիտ, դիսմենոռեա):

5.Արտատրովայնային հիվանդությունները՝

- սիրտ-անոթային (սրտամկանի ինֆարկտ, աորտայի շերտազատվող անևրիզմա, որովայնային հեղձուկ),
- պլևրաթոքային (թոքաբորբ, պլևրիտ (թոքամզաբորբ), թոքային զարկերակի խցանում),
- այլ (դիաբետիկ և ուրեմիկ կոմաներ, հեմոլիտիկ և լեյկեմիկ նոպաներ, Շենլեյն-Հենոխի հեմոռագիկ պուրպուրա, Վերլիոֆի հիվանդություն և այլն):

Սուր որովայնի հիմնական կլինիկական ախտանիշերն են ցավերը որովայնում, փսխումը, արյունահոսությունը, շոկը, մարմնի ջերմության, պուլսի և շնչառության հաճախության բարձրացումը:

Հիվանդի առաջնային հետազոտությունն ընդգրկում է՝

անամնեզի ուսումնասիրությունը՝ ցավի առաջացման սկիզբը և ժամանակը (հանկարծակի, աստիճանաբար), ցավի տեղակայումը, դիսպեպտիկ և դիզուրիկ երևույթները, ջերմությունը, որովայնի խոռոչի օրգանների նախկինում տարած հիվանդությունները և վիրահատությունները,

զննումը՝ հիվանդի հարկադրական դիրքը, հիվանդի անհանգստությունը (փոխում է դիրքը), ադինամիան, արգելակվածությունը, ջրազրկման նշանները (դեմքի սրված դիմագծերը, բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի չորությունը), գունատություն, դեղնուկ, արտազատուկ (փսխում, կղանք, արյուն),

ջերմությունը՝ անութային և ռեկտալ,

հեմոդինամիկայի ցուցանիշները՝ պուլս, զարկերակային ճնշում, սրտի աուսկուլտացիա,

որովայնի հետազոտությունը՝ դիտում, շոշափում, պերկուսիա, աուսկուլտացիա, մատնային հետազոտում ուղիղ աղիքի միջոցով (ցավոտություն, պատի արտանկում):

Ցանկալի չէ ներարկել նարկոտիկ և այլ ցավազրկողներ ու

հակաբիռտիկներ, քանի որ դրանց ազդեցությամբ կփոխվի հիվանդության կլինիկական պատկերը, որը նշանակալի կոժվարացնի ախտորոշումը և կարող է հանգեցնել վիրահատական բուժման ուշացման:

Սուր որովայն ախտորոշումը կամ էլ սուր որովայնի պատճառը հայտնաբերելիս ստացիոնար ուղարկելիս նշում են հիվանդության նոզոլոգիական ձևը: Հոսպիտալացման ուղարկելիս տալիս են հիվանդության պատմությունից էպիկրիզ (անամնեզի և կատարված բուժման տվյալները):

Շոկի դեպքում անհրաժեշտ է տեղափոխումը կատարել հատուկ միջոցներով հագեցված մեքենայով՝ կատարելով հակաշոկային բուժում:

Ստացիոնարում հիվանդի հետազոտության մեթոդների մեջ մտնում են ընդհանուր կլինիկական հետազոտությունները՝ անամնեզի հավաքումը, ըստ համակարգերի ֆիզիկական հետազոտության տվյալների ուսումնասիրությունները:

Սիրտ-անոթային համակարգի հետազոտության դեպքում սրտի պերկուսիայի և աուսկուլտացիայի, պուլսի հաճախականության, զարկերակային ճնշման որոշման հետ մեկտեղ, եթե կա սրտամկանի ինֆարկտի կասկած, կատարում են ԷՍԳ: Արյունահոսության, դեհիդրատացիայի դեպքում շրջանառող հեղուկի կորուստը որոշելու համար կարելի է կողմնորոշվել Ալգոլերի շոկային ինդեքսով (շոկային ինդեքս=պուլսի հաճախականություն/սիստոլիկ ՋՃ):

Նորմայում այդ ցուցանիշը 0,5 է: Շրջանառող հեղուկի մինչև 30% կորստի դեպքում շոկային ինդեքսը բարձրանում է մինչև 1, այդ ժամանակ պուլսի հաճախականության և սիստոլիկ զարկերակային ճնշման ցուցանիշները մոտավորապես 100 են: Շոկի արտահայտված պատկերի ժամանակ պուլսը 120գ/ր է, իսկ

սիստոլիկ ՋՃ-ն մոտավորապես 80մմ ս.ս., շոկային ինդեքսի ցուցանիշը բարձրանում է մինչև 1,5, որը վկայում է հիվանդի կյանքին սպառնացող վտանգի մասին: Երբ շոկային ինդեքսը երկուս է (պուլսը 140գ/ր, սիստոլիկ ՋՃ 70մմս.ս.), համապատասխանում է շրջանառող հեղուկի ծավալի մինչև 70% նվազմանը: Կանանց մոտ զինեկոլոգիական անամնեզը հավաքելիս պետք է ուշադրություն դարձնել զինեկոլոգիական նախկին հիվանդություններին, դաշտանային ցիկլին, վերջին դաշտանի տևողությանը: Դաշտանային ցիկլի մեջտեղում ցավերի առկայության պատճառը կարող է լինել ձվարանի ապոպլեքսիան: Դաշտանային ցիկլը ուշանալու դեպքում պետք է մտածել արտարգանդային հղիության մասին:

Կանանց մոտ որովայնի խոռոչի օրգանների սուր հիվանդությունների դեպքում պետք է կատարել հեշտոցային հետազոտում: Դա հարկավոր է սուր որովայնի պատճառ հանդիսացող զինեկոլոգիական հիվանդություններն ախտորոշելու համար, ինչպես նաև բորբոքային պրոցեսի՝ դեպի փոքր կոնքի որովայնամիզ տարածումը հայտնաբերելու համար: Կարելի է հայտնաբերել հեշտոցի կամարի ցավոտություն, արգանդի հավելումների մեծացում և ցավոտություն, փողային հղիության դեպքում արգանդափողոմ ցավոտ գոյացություն: Հեշտոցի կամարի արտափքում դիտվում է փոքր կոնքի խոռոչում արյուն կամ էքսուդատ (արտաքիրտ) կուտակվելու դեպքում:

Ռենտգենոլոգիական հետազոտություն. կատարում են կրծքավանդակի ռենտգենադիտում, որովայնի շրջադիտակային ռենտգենագրություն (ստոծանուց մինչև փոքր կոնք) ստոծանու շարժողականությունը, ստոծանու տակ և աղիքում ազատ գազի կուտակումը, աղիքում հեղուկի մակարդակների (աղիքային անանցանելիության դեպքում) հայտնաբերելու համար,

երիկամներում և միզուղիներում քարեր հայտնաբերելու համար շրջադիտակային ռենտգենագրություն և ուրոգրաֆիա, ստամոքսի և 12-մատնյա աղիքի թափածակման կասկածի դեպքում ջրալուծ կոնտրաստով ռենտգեն հետազոտություն, հաստ աղիքային անանցանելիության կասկածի դեպքում՝ իրիզոսկոպիա:

Լեղապարկի, ենթաստամոքսային գեղձի, փայծաղի ուլտրաձայնային հետազոտություն՝ օրգանների վնասումը և բորբոքումները հայտնաբերելու համար:

Օրգանների վնասումների կամ բորբոքումների բարդ դեպքերի ախտորոշման համար կատարվում է լապարասկոպիա:

Ախտորոշիչ լապարացնտեզ կատարում են խոռոչավոր օրգանի թափածակման, ներորովայնային արյունահոսության կասկածի դեպքում, որոնք այլ ոչ ինվազիվ հետազոտություններով չեն հայտնաբերվում: Որովայնի միջին գծով պորտից ներքև կատարված փոքր կտրվածքով որովայնի խոռոչ են անցկացնում կաթետեր և նատրիումի քլորիդի իզոտոնիկ լուծույթով կատարում են որովայնի խոռոչի լվացում: Լվացված հեղուկում արյան առկայությունը վկայում է ներորովայնային արյունահոսության մասին, իսկ ստամոքս-աղիքային պարունակության առկայությունը՝ խոռոչավոր օրգանի թափածակման մասին:

Տարբերակիչ ախտորոշումը: Պետք է ժխտվեն սուր որովայնի նման պատկեր ներկայացնող հիվանդությունները՝ սրտամկանի ինֆարկտը, բազալ թոքամզաթոքաբորբը, սպոնտան պնևմոթորաքսը, երիկամային խիթը, Շենլեյն-Չենոխի կապիլյարատոքսիկոզը, աղիքային ինֆեկցիաները:

Նախավիրահատական նախապատրաստումը՝ հակաշոկային միջոցառումներ (ջրաաղային հաշվեկշռի և թթվահիմնային հավասարակշռության շտկում, արյունահոսությունների դեպքում՝ արյան կորստի վերականգնում), բորբոքման, խոռոչավոր օրգանի

թափաձակման, աղիքային անանցանելիության հաստատված ախտորոշման դեպքում՝ հակաբիոտիկների ներմուծում:

Բուժումը: Սուր որովայնի բուժումը որովայնի խոռոչի օրգանների հիվանդությունների և վնասվածքների վիրաբուժական բուժման իրականացումն է:

Ավելի մանրամասն ներկայացնենք պերիտոնիտի բուժումը:

Տարածուն թարախային պերիտոնիտը շտապ վիրահատական բուժման բացարձակ ցուցում է:

Տարածուն պերիտոնիտի դեպքում վիրահատության ինդիկներն են՝ որովայնի խոռոչի ինֆեկցման աղբյուրի վերացումը, ինֆեկցված նյութի և էքսուդատի հեռացումը, որովայնի խոռոչի մեխանիկական մաքրումը (լվացում) հակասեպտիկ նյութերով, աղիքի դեկոմպրեսիան, որովայնի խոռոչի դրենավորումը, հետվիրահատական վերքի հուսալի փակումը:

Որպես վիրահատական մուտք մեծ մասամբ կիրառում են միջային որովայնահատումը, որը քիչ տրավմատիկ է և հնարավորություն է տալիս կատարելու որովայնի խոռոչի օրգանների համապատասխան ռեզեկտիա:

Այն դեպքում, եթե պերիտոնիտի աղբյուր է օրգանը, որը կարող է հեռացվել (որդանման ելուն, լեղապարկ) և տեխնիկական պայմանները հնարավորություն են տալիս այն կատարելու, ապա նպատակահարմար է ինֆեկցիայի աղբյուրը ռադիկալ հեռացնել որովայնի խոռոչից: Խոռոչավոր օրգանի թափաձակման դեպքում ավելի հաճախ կատարում են թափաձակված անցքի կարում: Դիվերտիկուլի կամ քաղցկեղային ուռուցքը պատռվելու դեպքում օրգանի դեֆեկտը սովորաբար հնարավոր չէ կարել: Ցուցված է ախտահարված օրգանի մասնահատում կամ բեռնաթափող կոլոստոմի ձևավորում: Հետվիրահատական պերիտոնիտի

դեպքում, որն առաջացել է բերանակցման կարերի անբավարարությունից, սովորաբար շրջակա հյուսվածքներում արտահայտված բորբոքային-ինֆիլտրատիվ փոփոխությունների հետևանքով հնարավոր չի լինում կարել բերանակցման դեֆեկտը: Այդ պատճառով հաճախ սահմանափակվում են անցքին երկփողանի դրենաժ մոտեցնելով՝ աղիքային պարունակության ասպիրացիայի ենթարկելու նպատակով, տվյալ հատվածի տամպոնավորումով՝ ինֆեկցիայի օջախը որովայնի մնացած հատվածներից սահմանափակելու նպատակով կամ էլ բերանակցումը որովայնի խոռոչից ենթամաշկային ճարպաբջջանք կամ էլ որովայնի առաջային պատ դուրս բելելով:

Որովայնի խոռոչը մանրակրկիտ չորացնում են էլեկտրա-արտածծիչով և թանզիվով, հեռացնում են ֆիբրինի փխրուն փառերը: Հետո որովայնի խոռոչը անհրաժեշտ է լվանալ հականեխիչ նյութով՝ դիոքսիդինով, ֆուրացիլինով:

Աղիքի դեկոմպրեսիան կատարվում է քթանցքով դեպի բարակ աղիք անցկացված երկար բազմաթիվ անցքերով զոնդով կամ ուղիղ աղիքով անցկացված զոնդով՝ աղիքի լուսանցքում եղած հեղուկը և գազը ասպիրացիայի ենթարկելու նպատակով: Աղիքի դեկոմպրեսիայից հետո միջոնդերքի արմատ են ներարկում 0,25% 100-120մլ նովոկաինի լուծույթ, դրենավորվում է որովայնի խոռոչը:

Տարածուն թարախային պերիտոնիտի դեպքում անհրաժեշտ է դրենավորել որովայնի խոռոչը 4-5 հաստ դրենաժներով:

Դրենաժներն անցկացվում են փոքր կոնքի խոռոչ, ստոծանու տակ՝ 2 կողմից և լյարդի տակ:

Որովայնի վնասվածքներ

Տարբերում են որովայնի թափանցող վիրավորումներ և որովայնի բութ վնասվածքներ: Որովայնի առաջային պատին ցանկացած վերքի առկայությունը ցուցում է վերքային խողովակի

ռևիզիայով թափանցման խորությունը որոշելու համար:

Ցանկացած տեսակի վիրավորման վտանգը խիստ մեծանում է, եթե վերքային խողովակը թափանցում է որովայնի խոռոչ: Այդ պատճառով բոլոր վիրավորումները բաժանում են թափանցող և չթափանցող տեսակների: Բացի դրանից, բոլոր վիրավորումները բաժանում են 2 խմբի՝ ներքին օրգանների վնասումով և առանց դրանց վնասման:

Որովայնի վիրավորումների դեպքում տարբերում են պարենքիմատոզ օրգանների (յարդ, փայծաղ, երիկամ, ենթաստամոքսային գեղձ), խոռոչավոր օրգանների (ստամոքս-աղիքային ուղի, լեղապարկ և միզապարկ) և անոթների (աորտա, ստորին սիներակ, դռներակ, միջընդերքի անոթներ) վնասումներ:

Այդ բաժանումը էական նշանակություն ունի ոչ այնքան վնասվածքի մորֆոլոգիայի առումով, որքան կլինիկական պատկերի, վիրաբուժական բուժման մեթոդների, բարդությունների առաջացման և ընթացքի տարբերությունների առումով: Այսպես՝ պարենքիմատոզ օրգանների վնասման գլխավոր արտահայտություն զանգվածային արյունահոսությունն է, իսկ խոռոչավոր օրգանների վիրավորումներինը՝ որովայնի խոռոչի և հետորովայնամզային տարածության զանգվածային ինֆեկցման գործոնը:

Պարենքիմատոզ օրգանների վիրավորումների դասակարգումը կատարվում է հետևյալ ձևով՝

1. օրգանի պատիճի մակերեսային վերքեր,
2. պարենքիմայի և պատիճի վերքեր, որոնք չեն հասնում օրգանի անոթա-սեկրետոր ոտիկին,
3. պարենքիմայի և պատիճի վերքեր՝ օրգանի անոթա-սեկրետոր ոտիկի վնասումով,

4. օրգանի հյուսվածքի քայքայում (հրազենային վիրավորման դեպքում) կամ հատում (սառը զենքով վիրավորման դեպքում):

Խոռոչավոր օրգանների վիրավորումների բոլոր դասակարգումները կարելի է դասել միասնական սկզբունքով՝

1. շճային թաղանթի վիրավորում,
2. օրգանի խոռոչ թափանցող վիրավորում,
3. միջանցիկ վիրավորումներ,
4. օրգանի հյուսվածքի քայքայում կամ հատում:

Խոռոչավոր օրգանների վիրավորումների դեպքում մեծ նշանակություն ունի վերքի տեղակայումը, այն ունի ներորովայնային կամ արտաորովայնամզային տեղակայում:

Մի քանի օրգանների վնասումները կրում են բազմաթիվ տրավմաներ անվանումը (օրինակ՝ ստամոքս, փայծաղ, հաստ աղիք):

Կրծքավանդակի և որովայնի համակցված վիրավորումների դեպքում հարկ է առանձնացնել թորակոաբդոմինալ, արդոմինոթորակալ, որովայնի և կրծքավանդակի միաժամանակյա վիրավորումները:

Բուրթ վնասվածքից տուժածների մոտ մեխանիկական էներգիայի ազդեցությունը հանգեցնում է ներքին օրգանների և հյուսվածքների վնասմանը՝ առանց մաշկը վնասելու:

Որովայնի փակ վնասվածքները լինում են՝ որովայնի պատի վնասվածքներ, որովայնի խոռոչի և հետորովայնամզային տարածության օրգանների վնասվածքներ:

Պարենխիմատոզ օրգանների փակ վնասվածքների մեջ տարբերում են՝ մակերեսային պատվածքներ (յարդի դեպքում Յամ ոչ ավելի խորությամբ, փայծաղի, ենթաստամոքսային գեղձի, երիկամների դեպքում՝ 1սմ), խոր պատվածքներ (վերը նշվածից

ավելի), կենտրոնական պատվածքներ, որոնք անցնում են դրունքի շրջանով, ենթապատիճային հեմատոմաներ, ներյարդային հեմատոմաներ (պարենքիմալի պատվածքներ պատիճի պահպանումով), ամբողջ օրգանի կամ նրա հատվածի պոկում կամ ճվում:

Թափանցող վիրավորման բացարձակ և ուղղակի նշան է վերքերից ներքին օրգանների արտանկումը (ավելի հաճախ՝ մեծ ճարպոնը, հազվադեպ՝ բարակ աղիքի գալարները), վերքից աղիքային պարունակության, լեղու, մեզի հոսքը:

Որովայնի խոռոչում խոռոչավոր օրգանի պատվածքի դեպքում կարող է հայտնաբերվել ազատ գազ, որը, շարժվելով ստոծանու աջ գմբեթի տակով, լյարդի շրջանում առաջացնում է պերկուսիայի ժամանակ լյարդային բթության անհետացում կամ նվազում:

Այդպիսի վիճակը կարող է հաստատվել որովայնի խոռոչի ռենտգեն հետազոտությամբ:

ՈւՁՁ-ն հնարավորություն է տալիս որովայնի խոռոչում հայտնաբերելու ախտաբանական հեղուկի առկայությունը:

Էլ ավելի հավաստի մեթոդ է համակարգչային շերտագրությունը: Ներքին օրգանների վնասումը ախտորոշելու համար արժեքավոր մեթոդ է լապարացենտեզը. տրոակարի միջոցով որովայնի խոռոչ «փնտրող» կաթետեր են անցկացնում, որը որովայնի խոռոչում կարող է մնալ մինչև 2 օր:

Լապարասկոպիան՝ որպես գործիքային մեթոդ, օգտագործվում է ախտորոշելու համար, բայց որոշ դեպքերում կարող է օգտագործվել հեմոստազի համար (օրինակ՝ լյարդի մակերեսային պատվածքի դեպքում):

Լապարասկոպիա անցկացնելու համար հակացուցում են որովայնի խիստ փքումը, ինչպես նաև հիվանդի ծանր վիճակը, որը

պայմանավորված է շնկով, կրծքավանդակի, գլխուղեղի վնասումով, ստոծանու պատվածքի կասկածը: Պննմոսերիտոնեում ստեղծվելիս այս դեպքում առաջանում է լարված պննմոթորաքս:

Լյարդի վնասվածքներ

Լյարդի վնասվածքների կլինիկական պատկերը պայմանավորված է վնասվածքի բնույթով և վնասող գործիքի տեսակով, կազմված է հենց լյարդի և այլ օրգանների վնասումների ախտանիշերից:

Լյարդի շրջանում մաշկի վրա վերքի առկայությունը, դրանից լեղու և լեղով խառնված արյան արտահոսքը լյարդի վնասման հավաստի նշաններ են: Մնացած նշանները պետք է դիտարկել որպես անուղղակի:

Գանգատներից ուշադրության են արժանի բերանի չորությունը, սրտխառնոցը, փսխումը, գազերի և կղանքի դուրսբերման դանդաղումը և բացակայությունը:

Ներքին արյունահոսության հետևանքով կարող են լինել սուր սակավարյունության նշաններ՝ մաշկի և տեսանելի լորձաթաղանթների գունատություն, սառը քրտինք, հաճախացած մակերեսային շնչառություն, հաճախացած պուլս (ավելի քան 100 ըրպետում)՝ թույլ լեցունության, ցածր զարկերակային ճնշում (100 մմ սնդ.սյունից ցածր): Պետք է ուշադրություն դարձնել որովայնի փքվածությանը և ասիմետրիայի առկայությանը: Ներքին օրգանների վնասման կարևոր նշան է որովայնի առաջային պատի շնչառական էքսկուրսիայի անհետացումը:

Շոշափելիս որովայնի առաջային պատի մկանների լարվածությունը և ցավոտությունը հատկապես պորտի շրջանում ներքին օրգանների վնասման նշաններ են:

Որովայնի փքվածությունը (առանց մկանային լարվածության)

ներքին օրգանների վնասման հավաստի նշան չէ, առաջին 2 ժամում առաջացած խիստ փքումը ավելի շուտ բնորոշ է հետորովայնամզային հեմատոմային: Որովայնի արտահայտված փքվածությունը և մկանային լարվածությունը հայտնաբերվում են տարածուն թարախային պերիտոնիտով հիվանդների շրջանում, որոնք ի հայտ են եկել վնասվածքը ստանալուց 12 և ավելի ժամ անց: Այդ դեպքերում պաթոգնոմոնիկ ախտանիշը Շչոտկին-Բյումբերգի ախտանիշն է, որը կարող է բացակայել վնասվածք ստանալուց հետո առաջին ժամերին: Ներքին արյունահոսության դեպքում դիտվում են ցավոտություն և որովայնամզի գրգռման դրական ախտանիշեր որովայնի առաջային պատի լարվածության բացակայության պայմաններում (Կուլենկամպֆի ախտանիշ):

Պետք է հիշել նաև «Նստան-Կոստանի» ախտանիշի մասին, երբ հիվանդը չի կարողանում հորիզոնական դիրք գրավել, քանի որ հեղուկը դեպի ստոծանի է հոսում և մեծ թվով ստոծանիական ռեցեպտորներ գրգռում, դա բերում է շնչարգելության և հիվանդը ձգտում է ընդունել նստած դիրք:

Որովայնի կողմնային հատվածներում պերկուտոր հնչյունի կարճացումը վկայում է որովայնի խոռոչում ազատ հեղուկի կուտակման մասին (արյուն, մեզ, թարախ, աղիքային պարունակություն և այլն): Հետորովայնամզային հեմատոմայի դեպքում նույնպես որոշվում է պերկուտոր հնչյունի կարճացում, սակայն այդ կարճացման սահմանները չեն փոխվում (Ջոսի ախտանիշ), իսկ որովայնում հեղուկի կուտակման դեպքում փոխվում են հիվանդի կողք թեքվելու դեպքում:

Խոռոչավոր օրգանի պատվածքի դեպքում որովայնի խոռոչում կարող է հայտնաբերվել ազատ գազ, որը հավաքվում է ստոծանու աջ գմբեթի տակ, լյարդի շրջանում նշում է պերկուտոր հնչյունի կարճացման գոտու փոքրացում կամ անհետացում:

Տուժածների շրջանում պերիստալտիկ աղմուկների բացակայությունը կտրուկ փքվածության բացակայության դեպքում վկայում է ներքին օրգանների վնասման մասին:

Հետորովայնամզային հեմատոմայի ախտորոշումը բարդ և պատասխանատու գործ է: Հիվանդները ծանր վիճակում են. գանգոլեդային վնասվածքի հետևանքով խանգարված է գիտակցությունը, առկա են սուր արյունահոսության նշաններ: Ախտորոշումը դրվում է հիմնականում դինամիկ հսկողության ընթացքում (ռենտգեն հետազոտություն, ՈւՁՀ, ՀՇ):

Հետորովայնամզային հեմատոմայի կլինիկական նշաններից ամենաբնորոշը Ջոյսի ախտանիշն է:

Փայծաղի վնասման կլինիկական պատկերը քիչ է տարբերվում լյարդի վնասման կլինիկական պատկերից: Դրա մասին կարող են վկայել փայծաղի պրոյեկցիայով մաշկի քերծվածքները, վնասվածքները, ենթամաշկային հեմատոմաները:

Բուժումը: Որովայնի՝ ինչպես թափանցող, այնպես էլ չթափանցող վիրավորումներով հիվանդները ենթակա են վիրաբուժական բուժման: Ներորովայնային արյունահոսության կամ պերիտոնիտի նշանների ի հայտ գալը շտապ որովայնահատման ցուցում է:

Որովայնի փակ տրավմայի դեպքում տակտիկան ավելի տարբերակված է:

Կոնսերվատիվ բուժումը ցուցված է հետևյալ դեպքերում՝

1. կայուն հեմոդինամիկա,
2. հեմոգլոբինի և հեմատոկրիտի կայուն ցուցանիշերը,
3. որովայնի խոռոչի և հետորովայնամզային տարածության օրգանների այնպիսի վնասվածքների բացակայություն, որոնք կարիք ունեն վիրահատական բուժման,

4. շուրջօրյա հսկողության համար համապատասխան բժշկական սարքավորումների և անձնակազմի առկայություն:

Կոնսերվատիվ բուժումը ներառում է արյան կորստի լրացում, հակաշոկային միջոցառումների անցկացում, հեմոստատիկ նյութերի, հեմոդեզի, անոթասեղմիչների ներարկում:

Որովայնի թափանցող վիրավորումների ակնհայտ նշանների դեպքում վիրահատությունն անմիջապես սկսում են միջային որովայնահատումով: Այնուհետև կատարվում է որովայնի խոռոչի օրգանների մանրակրկիտ ռեզեկ: Եթե չկա խոռոչավոր օրգանների վնասում, ապա կարելի է կատարել արյան ռեինֆուզիա:

Ավարտելով վնասված օրգանների վրա միջամտությունները՝ անհրաժեշտ է արագ և նվազ վնասումով հեռացնել արյան մակարդուկները, ադիքային պարունակության և մեզի մնացորդները: Որովայնի խոռոչը դրենավորում են մի քանի դրենաժներով:

ԹԵՄԱ 2. ԱՐՅՈՒՆԱՀՈՍՈՒԹՅՈՒՆ ՄԱՐՍՈՂԱԿԱՆ ՈՒՂՈՒՑ

Արյունահոսություն մարսողական ուղուց: Մարսողական

ուղուց արյունահոսությունը ոչ թե առանձին պաթոլոգիա (ախտահարում) է, այլ օրգանիզմի որևէ ախտաբանական պրոցեսի հետևանք: Այն կարող է պայմանավորված լինել մարսողական համակարգի տարբեր հիվանդություններով: Մեծ մասամբ մարսողական ուղուց արյունահոսությունները պայմանավորված են այնպիսի պաթոլոգիաներով, որոնք ենթարկվում են բուժման, օրինակ՝ խոցային հիվանդության կամ թուրքի դեպքում, սակայն արյունահոսությունները որոշ դեպքերում կարող են լինել կյանքին սպառնացող:

Կարևոր է որոշել արյունահոսության աղբյուրի անմիջական տեղակայումը: Մարսողական ուղու տարբեր հատվածների արյունահոսությունները բաժանում են երկու հիմնական խմբերի՝ վերին և ստորին: Մարսողական ուղու վերին հատվածն ընդգրկում է կերակրափողը, ստամոքսը և 12-մատնյա աղիքը՝ մինչև Տրեյտցի կապան: Մարսողական ուղու ստորին հատվածն ընդգրկում է բարակ և հաստ աղիքները՝ ներառյալ սիզմայաձև աղիքը, ուղիղ աղիքը և հետանցքը:

Մարսողական ուղուց արյունահոսության կլինիկական նշանները պայմանավորված են արյունահոսության աղբյուրի տեղակայման և վերջինիս ինտենսիվության հետ: Այն մոտ 80% դեպքերում կարող է ընդհատվել սպոնտան առանց որևէ միջամտության, այնուամենայնիվ մարսողական ուղու և՛ բարձր, և՛ ցածր հատվածների արյունահոսությունները կարող են լինել կյանքին սպառնացող և հանգեցնեն հիվանդի մահվան: Մեծ մասամբ այդպիսի հիվանդները արյան բաղադրատարրերի փոխներերկման կարիք ունեն, իսկ 2%-ից 10% դեպքերում՝ շտապ վիրահատական միջամտության՝ չղադարող արյունահոսության աղբյուրը վերացնելու նպատակով: Մովորաբար նմանատիպ հիվանդների հոսպիտալացման միջին տևողությունը 4-7 օր է:

Մարսողական ուղու վերին հատվածներից արյունահոսության դեպքում մահացությունը տատանվում է 2-15%-ի սահմաններում և հասնում է մոտ 3%-ի ստորին հատվածներից արյունահոսության դեպքում: Այլ պաթոլոգիաներով հոսպիտալացված հիվանդների շրջանում մարսողական ուղուց արյունահոսություն առաջանալու դեպքում ընդհանուր մահացությունը 20-30% է:

Մարսողական ուղու վերին հատվածներից արյունահոսություններ աղեստամոքսային ուղու վերին և ստորին հատվածների անատոմիական բաժանումը Տրեյտցի կապանն է: Աղեստամոքսային ուղու վերին հատվածի արյունահոսությամբ հիվանդները շտապ հոսպիտալացվելու կարիք ունեն՝ հետազոտվելու և անհետաձգելի օգնություն ստանալու նպատակով: Ներկայումս առկա դեղամիջոցների և էնդոսկոպիայի հնարավորությունների ընդլայնման շնորհիվ մեծամասամբ հնարավոր է լինում բուժումն իրականացնել առանց վիրահատական միջամտության դիմելու:

Կլինիկան: Աղեստամոքսային ուղու վերին հատվածի արյունահոսությամբ հիվանդների շրջանում հաճախ դիտվում է փսխում թարմ արյան կամ սրճանման գանգվածի տեսքով (վերջինս կարող է դիտվել ստամոքսի կամ 12-մատնյա աղիքի արյունահոսող խոցից կամ կերակրափողի վնասված անոթներից՝ հաճախակի և առատ փսխումների կամ այլ պաթոլոգիաների հետևանքով), ինչպես նաև ձյութանման կղանք:

Հիվանդները կարող են նշել արյան կորստի հետևանքով առաջացած անեմիայի հետ կապված գանգատներ՝ ընդհանուր թուլություն, գլխապտույտ, օդի անբավարարության զգացում, կոլապս և այլն:

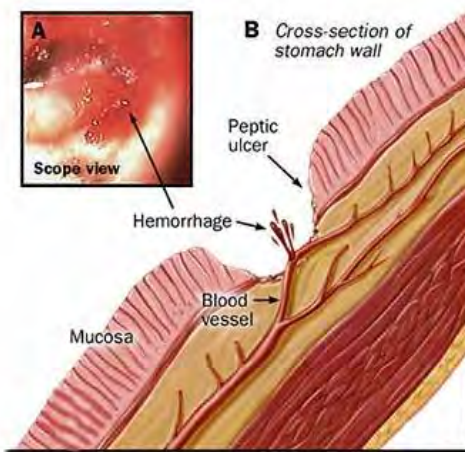
Օբյեկտիվ զննում իրականացնելիս անհրաժեշտ է՝

- որոշել արյունահոսության ինտենսիվությունը և տեղակայումը՝ միջամտություն իրականացնելու անհրաժեշտությունն ու ժամանակը որոշելու նպատակով,

- անցկացնել ռեկտալ զննում՝ արյունահոսության հնարավոր աղբյուրը որոշելու նպատակով,

- որոշել պորտալ հիպերտենզիայի և լյարդի քրոնիկական հիվանդությունների առկայությունը՝ կերակրափողի վարիկոզ լայնացած երակներից հնարավոր արյունահոսությունը ախտորոշելու նպատակով:

Էթիոլոգիան: Աղեստամոքսային ուղու վերին հատվածի արյունահոսությունների պատճառները բազմաթիվ են: Պատճառները սովորաբար պայմանավորված են արյունահոսության անատոմիական տեղակայմամբ: Աղեստամոքսային ուղու վերին հատվածի արյունահոսություններով հիվանդները սովորաբար պայմանականորեն բաժանվում են երկու հիմնական խմբի՝ պայմանավորված նրանով, թե արյունահոսությունը վարիկոզ լայնացած երակներից է, թե՞ ունի այլ՝ «ոչ վարիկոզ» պատճառ, քանի որ այս երկու հիմնական խմբերի բուժման ալգորիթմները և կանխագուշակումը խիստ տարբեր են (նկ.1.1):



Endoscopic view (A) of an ulcer with active bleeding;
B, Cross-section of stomach wall.

Նկար.1.1.

Ախտաբանական պրոցեսի տեղակայմամբ պայմանավորված, աղեստամոքսային ուղու արյունահոսության պատճառներն են՝

- կերակրափողային պատճառներ՝
 - կերակրափողի երակների վարիկոզ լայնացում (կերակրափողի ստորին երրորդականի ենթալորձային շերտի երակների խիստ լայնացում, որոնք սովորաբար պորտալ հիպերտենզիայի, լյարդի ցիռոզի հետևանք են: Այս հիվանդներն ունեն հաճախակի արյունահոսության միտում),
 - էզոֆագիտ /որկորաբորբ/ (վերջինիս հիմնական պատճառը գաստրոէզոֆագեալ ռեֆլյուքսային հիվանդությունն է),
 - կերակրափողի քաղցկեղ,
 - կերակրափողի խոցեր (պայմանավորված գաստրոէզոֆագեալ ռեֆլյուքսային հիվանդությամբ),
- ստամոքսային պատճառներ՝
 - ստամոքսի խոց,

- ստամոքսի քաղցկեղ,
 - էրոզիվ գաստրիտ /ստամոքսաբորբ/,
 - ստամոքսի (կարդիայի) վարիկոզ լայնացած երակներ,
 - ստամոքսի անտրալ հատվածի անոթների լայնացում կամ «ձմերուկանման» ստամոքս,
 - Դելաֆուայի խոցեր (ստամոքսի պատում մակերեսային դասավորված գարկերակի առկայություն, որը կարող է խոցոտվել և արյունահոսել),
 - Մելորի-Վեյսի համախտանիշ (ստամոքս-կերակրավող անցման շրջանում լորձաթաղանթի երկայնակի պատվածքներ, որոնք առաջանում են անզուսպ փսխումների հետևանքով, հաճախ՝ ալկոհոլիզմով տառապողների մոտ),
- դուռդենալ պատճառներ՝
 - 12-մատյա աղիքի խոց,
 - անոթային անոմալիաներ՝ ներառյալ աորտո-աղիքային խողակները: Խողակները հաճախ ունենում են երկրորդային պատճառ, վիրաբուժական միջամտությունների հետևանք են անոթային վիրաբուժությունում աորտայի պրոքսիմալ բերանակցումներ ձևավորելիս, դիտվում են 12-մատյա աղիքի դիստալ հատվածում, որն ունի հետորովայնամզային և աորտային մոտ դասավորություն,
 - հեմատոբիլիա կամ արյունահոսություն լեղուղիներից,
 - արյունահոսություն պանկրեատիկ ծորանից,

- վերին միջընդերային զարկերակի համախտանիշ (խիստ հազվադեպ հանդիպող, կյանքին սպառնացող պաթոլոգիա, որը բնորոշվում է 12-մատնյա աղիքը աբդոմինալ աորտայի և վերին միջընդերային զարկերակի միջև ճնշմամբ: Անոթի պատռումը դեպի 12-մատնյա աղիքի լուսանցք կարող է առաջացնել զանգվածային արյունահոսություն):

Ախտորոշումը:

Աղեստամոքսային ուղուց արյունահոսությունը ախտորոշելու և կանխատեսելու հարցում մեծ դեր ունեն մանրակրկիտ հավաքված անամնեզը, հիվանդի օբյեկտիվ գնումը (ներառյալ ռեկտալ գնումը), քթաստամոքսային (նազոգաստրալ) զոնդավորումը և պարզ լաբորատոր մի շարք քննություններ: Նշված հետազոտությունների շնորհիվ կարելի է բավականին ճշգրիտ որոշել արյունահոսության աղբյուրի՝ աղեստամոքսային ուղու վերին կամ ստորին հատվածներում տեղակայված լինելը, ինչպես նաև ավելի ընտրողաբար իրականացնել դիագնոստիկ այս կամ այն հետազոտությունները և որոշել բուժման ճիշտ տակտիկան: Ախտորոշման առավել ինֆորմատիվ մեթոդներն են էնդոսկոպիկ հետազոտությունը՝ ներառյալ էզոֆագոգաստրոդուոդենոսկոպիան, սիզմոնդոսկոպիան և կոլոնոսկոպիան, Տեխնիցիում Tc 99m իզոտոպով հեմոգլոբինային սցինտիգրաֆիան և մեզենտերիալ անգիոգրաֆիան (անոթագրությունը): Նմանատիպ պաթոլոգիաների դեպքում կիրառվում են նաև պակաս ինֆորմատիվ, սակայն ուղղորդող մի շարք այլ հետազոտություններ, ինչպիսիք են աղեստամոքսային ուղու բարիում-կոնտրաստային հետազոտությունը, համակարգչային շերտագրությունը, մագնիսա-ռեզոնանսային շերտագրությունը, բարակ աղիքային էնդոսկոպիան

(Էնտերնակոպիան): Քթաստամոքսային (նագոգաստրալ) զոնդավորումը և ստամոքսի պարունակության ասպիրացիան կարող են ուղղորդել հետազոտության մեթոդների և բուժման տակտիկայի ընտրության հարցում, սակայն պետք է հաշվի առնել, որ աղեստամոքսային ուղու վերին հատվածի արյունահոսությունների 15%-ի դեպքում քթաստամոքսային (նագոգաստրալ) զոնդից ասպիրացիան կարող է արյան հետքեր չհայտնաբերել:

Դասակարգումը: Աղեստամոքսային ուղու վերին հատվածի արյունահոսությամբ հիվանդների դասակարգման և բուժական միջամտության ճիշտ և ադեկվատ ընտրության նպատակով ներկայումս կիրառվում է Ֆորբեստի էնդոսկոպիկ դասակարգումը: Այն հնարավորություն է տալիս հիվանդներին բաժանելու արյունահոսության բարձր և ցածր ռիսկի խմբերի, ինչպես նաև նվազեցնելու հետագա հնարավոր կրկնակի արյունահոսության ռիսկը՝ ի հաշիվ ճիշտ և ադեկվատ ընտրված բուժման տակտիկայի:

Մուր արյունահոսություն՝

- Ֆորբեստ Ia (շիթային արյունահոսություն),
- Ֆորբեստ Ib (դանդաղ ծորացող արյունահոսություն):

Կայացած արյունահոսության նշաններ՝

- Ֆորբեստ IIa (տեսանելի անոթ),
- Ֆորբեստ IIb (արյունահոսության աղբյուրը ծածկված է ֆիբրինով),
- Ֆորբեստ IIc (արյունահոսության աղբյուրը ծածկված է հեմատինով):

Ակտիվ արյունահոսության նշանների բացակայություն՝

- Ֆորբեստ III (տարած արյունահոսության նշաններ չկան):

Բուժումը: Աղեստամոքսային ուղու վերին հատվածից արյունահոսությունների անհետաձգելի բուժական միջոցառումները ներառում են հեմոստատիկների ներարկումը, կորցրած արյան ծավալի ակտիվ փոխարինումը հեղուկների ներերակային ներարկմամբ և, ըստ անհրաժեշտության, արյան բաղադրատարրերի փոխներարկումը: Քանի որ կերակրափողի երակների վարիկոզ լայնացումով հիվանդների մոտ միշտ առկա են արյան մակարդեղիության խանգարումներ, ուստի կարող է առաջանալ պլազմայի փոխներարկման անհրաժեշտություն: Ցուցված է վաղ էնդոսկոպիկ հետազոտության կատարում (էզոֆագոգաստրոդուոդենոսկոպիա), որը հնարավորություն է տալիս ոչ միայն խիստորոշելու, այլև անհրաժեշտության դեպքում կատարելու անհրաժեշտ միջամտություն՝ արյունահոսությունը դադարեցնելու նպատակով: Էնդոսկոպիկ միջամտության ժամանակ հեմոստազի իրականացումը կարող է ներառել՝

- վազոակտիվ նյութերի ներարկում,
- սկլերոզացնող նյութերի ներարկում,
- բիպոլյար էլեկտրակոագուլյացիա,
- հանգուցակապի ձևավորում,
- ջերմային կոագուլյացիա,
- արգոնային կոագուլյացիա,
- լազերային ֆոտոկոագուլյացիա,
- տարբեր հեմոստատիկների ապլիկացիա՝ ներառյալ կենսաբանական սոսինձների կիրառումը:

Եթե էնդոսկոպիկ միջամտության երկու փորձեր լինում են անարդյունավետ, ապա անհրաժեշտ է դիմել վիրահատական միջամտության՝ հաշվի առնելով նմանատիպ դեպքերում առկա կրկնակի արյունահոսության և մահացության բարձր ռիսկը: Վիրահատական բուժման ցուցումներն են՝

- ակտիվ, կյանքին սպառնացող արյունահոսություն,
- կոնսերվատիվ բուժման և էնդոսկոպիկ հեմոստազի անարդյունավտությունը, շարունակվող արյունահոսությունը,
- առկա ուղեկցող այնպիսի պաթոլոգիաներ, ինչպիսիք են թափածակումը, անանցանելիությունը, չարորակացումը (մալիգնիզացիան),
- արյան երկարատև և դանդաղ կորուստը հիվանդի արյան ծավալի 50%-ի չափով,
- խոցային արյունահոսության պատճառով հիվանդի կրկնակի հոսափտալացումը:

Արյունահոսող խոցի վիրահատական բուժման մեթոդներն են գաստրոտոմիան (ստամոքսահատումը) և արյունահոսության աղբյուրի կարումը, վագոտոմիան, ստամոքսի մասնահատումը: Նշված վիրահատություններից յուրաքանչյուրն ունի խոցի ռեցիդիվի (ախտակրկնության), հետգաստրոռեզեկցիոն համախտանիշի առաջացման և մահացության որոշակի տոկոս: Վիրահատության ընթացքում վիրահատական համապատասխան մեթոդ ընտրելիս միշտ պետք է հաշվի առնել նշված գործոնները:

Դեղորայքային բուժումը ներառում է.

- Պրոտոնային պոմպի ինհիբիտորներ, որոնք իջեցնում են ստամոքսում աղաթթվի արտադրությունը և այդպիսով նպաստում մարտոդական ուղու վերին հատվածներում տեղակայված արյունահոսության աղբյուրի արագ ապաքինվելուն: Վերջիններս նշանակվում են per os կամ ներերակային ներարկման ձևով՝ պայմանավորված կրկնակի արյունահոսության առաջացման ռիսկի աստիճանով:

- Օկտրեոտիդը սումատոստատինի սինտետիկ անալոգն է, որը նվազեցնում է արյան ճնշումը դոնեռակի համակարգում: Վերջինս կիրառվում է ինչպես կերակրափոդի և կարդիայի վարիկոզ լայնացած երակներից արյունահոսության, այնպես էլ մարսողական ուղու վերին հատվածից ոչ վարիկոզ ծագման արյունահոսությունների դեպքում:
- Տեռլիպրեսինը՝ վագոպրեսինի անալոգը, որը լայն կիրառում է ստացել Եվրոպայում և կիրառվում է կերակրափոդի վարիկոզ լայնացած երակներից արյունահոսությունների դեպքում:
- Հակաբիոտիկներ նույնպես նշանակվում են մարսողական ուղու վերին հատվածից արյունահոսությունների դեպքում:

Հելիկոբակտեր պիլորին (*Helicobacter pylori*) արյունահոսության աղբյուրի առաջացմանը նպաստող և նախատրամադրող գործոն է, ուստի վերջինս հայտնաբերելու դեպքում նշանակվում է հակաբիոտիկոթերապիա՝ հակասեկրետոր թերապիայի հետ մեկտեղ (էռադիկացիոն թերապիա):

Չդադարող կամ կրկնվող արյունահոսության դեպքում կարող է առաջանալ հետևյալ միջամտությունների անհրաժեշտությունը՝

- կրկնակի էզոֆագոգաստրոդյուոդենոսկոպիա,
- անգիոգրաֆիա՝ արյունահոսող անոթը գտնելու և հնարավորության դեպքում էնդոսկոպիկ եղանակով վերջինս խցանելու նպատակով,
- բալոնային տամպոնադա (Բլեկմորի գոնդով կերակրափոդի վարիկոզ լայնացած երակներից արյունահոսությունների դեպքում),

- վիրահատություն՝ արյունահոսության աղբյուրը հայտնաբերելու, կարելու կամ հեռացնելու նպատակով:

Աղեստամոքսային ուղու ստորին հատվածից արյունահոսությունները ծագում են Տրեյտցի կապանից ներքև և հետանցքից վեր, այսինքն՝ ներառում են բարակաղին և խթաղին ամբողջությամբ, սիզմայաձև աղիքը, ուղիղ աղիքը և հետանցքը: Այս արյունահոսությունները հանդիպում են ավելի հազվադեպ, քան մարսողական ուղու վերին հարկից արյունահոսությունները: Հաստատված է, որ եթե մարսողական ուղու վերին հարկից արյունահոսությունները հանդիպում են 100000 բնակչությունից 100-200-ի մոտ, ապա մարսողական ուղու ստորին հարկից արյունահոսությունները հանդիպում են 100000-ից ոչ ավելի, քան 20-27-ի դեպքերում: Մոտ 85% դեպքերում արյունահոսության աղբյուրը հաստ աղիքներում է, մինչև 10% դեպքերում արյունահոսության աղբյուրն է վերջո հայտնաբերվում է աղեստամոքսային ուղու վերին հարկում, 3-5% դեպքերում այն տեղակայված է լինում բարակ աղիքներում: Մահացությունը հազվադեպ է՝ 2-4%:

Կղանքի մեջ թարմ արյան առկայությունը դեռևս չի կարող միանշանակ վկայել արյունահոսության աղբյուրի՝ վերին կամ ստորին հատվածներում (հարկերում) տեղակայման վերաբերյալ, այնպես, ինչպես մելենան (ձյութանման կղանքը) չնայած ավելի բնորոշ է աղեստամոքսային ուղու վերին հատվածից արյունահոսություններին, այնուամենայնիվ երբեմն կարող է դիտվել նաև բարակ աղիքների վերին հատվածներից արյունահոսությունների ժամանակ: Աղեստամոքսային համակարգի ստորին հարկի արյունահոսությունների մեծ մասն ընթանում է անցավ կամ որովայնի ստորին հատվածներում երբեմն կարող են դիտվել թույլ, կծկող բնույթի ցավեր: Անցավ

արյունահոսությունը առավել բնորոշ է դիվերտիկուլներին, անոթների լայնացմանը, ուռուցքներին և թուրքային արյունահոսությանը: Հիվանդը կարող է նշել որովայնի շրջանում ցավ և լարվածություն, երբ արյունահոսության հետևանքով առաջացած իշեմիան հանգեցնում է իշեմիկ կոլիտի և աղիքների բորբոքման, ինչպես օրինակ՝ ինֆեկցիոն բնույթի կոլիտների կամ աղիքների բորբոքային հիվանդությունների դեպքում: Քանի որ արյունահոսության սկզբնական շրջանում ոչ միշտ է հնարավոր տարբերակել՝ արյունահոսության աղբյուրը աղեստամոքսային ուղու վերին հատվածներում է տեղակայված, թե՞ ստորին, ուստի առաջնակի բուժական և դիագնոստիկ միջամտությունները երկու դեպքում էլ հիմնականում նույնն են:

Կլինիկա: Աղեստամոքսային համակարգի ստորին հարկից արյունահոսությամբ հիվանդի կղանքի հետազոտությունը բավական ինֆորմատիվ է, սակայն ոչ միանշանակ՝ որոշելու համար, թե որտեղ է կոնկրետ տեղակայված արյունահոսության աղբյուրը: Սև, ձյութանման կղանքը, որն այլ կերպ կոչվում է մելենա, առավել բնորոշ է մարսողական ուղու վերին հարկի արյունահոսություններին, մելենան 4 անգամ ավելի հաճախ հանդիպում է աղեստամոքսային վերին հարկից արյունահոսությունների դեպքում, այնուամենայնիվ այն կարող է դիտվել աղիճ աղիքից, ավելի հազվադեպ նաև բարակ աղիքների դիստալ և հաստ աղիքի պրոքսիմալ հատվածներից արյունահոսությունների ժամանակ: Այլ կարմիր արյունը աղիքներով արագ տեղաշարժվելու, ակտիվ արյունահոսության նշան է: Այլ կարմիր կամ մոլոր գունավորմամբ արյունը մոտ 6 անգամ ավելի հաճախ է դիտվում աղեստամոքսային համակարգի ստորին, քան վերին հարկից արյունահոսությունների դեպքում:

Երբեմն աղեստամոքսային համակարգի ստորին հարկից

արյունահոսությունները կարող են ուղեկցվել առանց արյունահոսության որևէ նշանի: Նմանատիպ դեպքերում նախնական ախտորոշման նպատակով անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել այլ տիպի գանգատների և կլինիկական նշանների վրա, որոնք կարող են դրսևորվել արյունահոսությունների ժամանակ: Վերջիններս ներառում են ցածր զարկերակային ճնշումը, հաճախասրտությունը, որովայնի ցավերը, ուշագնացությունը, թուլությունը, սրտամկանի իշեմիան կամ ինֆարկտը և այլն:

Ախտորոշումը: Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ երբեմն աղեստամոքսային համակարգի վերին և ստորին հարկերից արյունահոսությունները տարբերակելիս կարող են առաջանալ որոշ բարդություններ, կասկած առաջանալու դեպքում անհրաժեշտ է կատարել մարսողական համակարգի վերին հարկի էնդոսկոպիկ հետազոտություն, հատկապես այն դեպքերում, երբ կլինիկորեն առկա են արյան մեծ ծավալի կորստի կլինիկական նշաններ: Ներկայումս աղեստամոքսային համակարգի ստորին հարկից արյունահոսությունների ախտորոշման գործընթացում համընդհանուր մոտեցում գոյություն չունի: Ախտորոշիչ մեթոդների կիրառման հաջորդականությունը պայմանավորված է մի շարք գործոններով, որոնք են՝ հիվանդի ընդհանուր վիճակի ծանրությունը, արյունահոսության ինտենսիվության աստիճանը: Զանգվածային արյունահոսությունը երբեմն սկսում և դադարում է ինքնաբերաբար, բավականին դժվարացնելով արյունահոսության պատճառի և աղբյուրի հայտնաբերումը: Մինչև 20% դեպքերում արյունահոսության աղբյուրը մնում է չբացահայտված: Կոլոնոսկոպիան, հեմոգլոբինի Tc 99m իզոտոպով սցինտիգրաֆիան և մեզենտերիալ անոթների սելեկտիվ անգիոգրաֆիան ներկայումս ամենաինֆորմատիվ

հետազոտության մեթոդներն են, որոնք կիրառվում են աղեստամոքսային համակարգի ստորին հարկից արյունահոսություններն ախտորոշելու նպատակով: Կոլոնոսկոպիան ընտրության մեթոդ է առավելապես այն դեպքերում, երբ արյունահոսությունն արդեն դադարել է: Կոլոնոսկոպիայով կարելի է հայտնաբերել և բարձր զգայունությամբ տարբերակել արյունահոսության պատճառ դարձած այնպիսի պաթոլոգիաներ, ինչպիսիք են դիվերտիկուլները, անոթների վարիկոզ լայնացումները, ծավալային նորագոյացությունները, աղիքների բորբոքային ախտահարումները: Որոշ դեպքերում կոլոնոսկոպիան հնարավորություն է տալիս նաև իրականացնելու բուժական միջամտություն: Հեմոգլոբին-սցինտիգրաֆիան հնարավորություն է տալիս որոշելու արյունահոսության ճշգրիտ տեղակայումը, մոտ 5 անգամ ավելի զգայուն մեթոդ է, քան անգիոգրաֆիան: Սցինտիգրաֆիան, սակայն, չի կարող բացահայտել արյունահոսության պատճառը, այսինքն ախտորոշել պաթոլոգիան, որը հանգեցրել է արյունահոսության, ինչպես նաև չունի որևէ բուժական նշանակություն, սակայն վերջինս կարող է ուղղորդել հետագա հետազոտման տակտիկայի ընտրության հարցում, ինչպես նաև որոշել շտապ վիրահատական միջամտության անհրաժեշտությունը: Աղեստամոքսային համակարգի ստորին հարկից արյունահոսության կարող են հանգեցնել մի շարք գործոններ:

✓ **Թուրք:** Բավականին տարածված պաթոլոգիա է, թուրքային հանգույցները երբեմն կարող են պատռվել՝ առաջացնելով ակտիվ արյունահոսություն: Հիվանդության պատճառ կարող են դառնալ հաճախակի կամ քրոնիկական փորկապությունը, աղիքների դժվարացած գործունեությունը, սննդակարգում թաղանթանյութի

պակասը, հղիությունը: Հիվանդությունը կարող է դրսևորվել ոչ մեծ քանակությամբ ալ կարմիր գունավորմամբ արյունահոսության ձևով:

✓ **Հետանցքի ճաքը** ճեղք կամ պատռվածք է հետանցքի լորձաթաղանթի շրջանում, որը կարող է դրսևորվել դեֆեկացիայից հետո գուգարանի թղթի վրա ալ կարմիր արյամբ: Հետանցքի սուր ճաքը ուղեկցվում է արտահայտված ցավով դեֆեկացիայից հետո, սակայն քրոնիկական ճաքի առկայության դեպքում ցավը կարող է բացակայել կամ թույլ արտահայտվել: Հետանցքի ճաքը հիմնականում տեղակայված է հետանցքի հետին պատին՝ միջին գծով, սկիզբ առնելով անմիջապես անալ բացվածքից, որը հավանաբար պայմանավորված է այդ գոտու անատոմիական թուլությամբ: Այն կարող է լինել մակերեսային, երբեմն հասնում է մկանային շերտին:

✓ **Ուղիղ աղիքի օտար մարմիններ**, որոնք կարող են առաջացնել տարատեսակ պատռվածքներ և հանգեցնել արյունահոսության:

✓ **Խոցային կոլիտ (*Colitis ulcerosa*)**. աղիքների բորբոքային հիվանդություններից է, բնորոշ է հաստ աղիքին, բնորոշվում է վերջինում առկա սպեցիֆիկ խոցոտումով: Հիվանդության հիմնական ախտանիշը հաճախ կայուն արյունախառն փորլուծությունն է, աստիճանական ընթացքը: Այն հաճախ կարելի է շփոթել բորբոքված աղեգալարի համախտանիշի հետ, որը բավականին տհաճ, սակայն պակաս վտանգավոր պաթոլոգիա է: Այն ունի որոշ նմանություն Կրոնի հիվանդության հետ, որը աղիքների բորբոքային հիվանդության ևս մեկ տեսակ է: Խոցային կոլիտն ընդմիջվող հիվանդություն է, որն ուղեկցվում է կլինիկական նշանների սրացման և վերջիններիս բացակայության՝ ռեմիսիայի շրջաններով: Չնայած նրան, որ

հիվանդության սրացման շրջանները սկսվում են հիմնականում առանց պատճառի, սակայն ռեմիսիայի շրջան հիվանդությունն անցնում է հիմնականում դեղորայքային բուժման ազդեցությամբ: Հիվանդության պատճառը դեռևս բացահայտված չէ, սակայն առկա է հիվանդության գենետիկական նախատրամադրվածություն: Նախատրամադրվածություն ունեցող անձանց մոտ հիվանդությունը երբեմն կարող է խթանվել շրջակա միջավայրի պայմաններից: Չնայած սննդակարգը կարող է որոշ չափով լավացնել հիվանդի ընդհանուր վիճակը, սակայն ոչ մի կապ հաստատված չէ վերջինիս խախտման կամ սննդային որևէ բաղադրիչի և հիվանդության առաջացման միջև: Բուժումը հակաբորբոքային, իմունադեպրեսիվ թերապիան է: Վիրահատական բուժումը մասնակի կամ տոտալ կոլեկտոմիան է, որը հատկապես ցուցված է արյունահոսությունների դեպքում:

✓ **Կրոնի հիվանդությունը** աղիքների բորբոքային հիվանդություն է, որը կարող է ախտահարել աղեստամոքսային համակարգի ցանկացած հատված՝ սկսած բերանի խոռոչից մինչև հետանցք, ունի կլինիկական ախտանիշերի բավականին լայն սպեկտր: Առաջնակի կլինիկական նշաններն են որովայնային ցավը, լուծը (որը կարող է լինել արյունային), փսխումները, քաշի կորուստը, կարող են դիտվել նաև աղեստամոքսային համակարգից դուրս բարդություններ, ինչպիսիք են մաշկի ցանավորումները, հոդաբորբերը, ակնաբորբը, ընդհանուր թուլությունը և ուշադրության նվազումը: Կրոնի հիվանդությունը առատիմուն հիվանդություն է, բնորոշվում է որպես աղիքների բորբոքային հիվանդության տեսակ: Բուժումը սահմանափակվում է ախտանշանային պահպանողական թերապիայով, որն ուղղված է ռեմիսիայի (ախտադադարի) շրջանների երկարացմանը և հիվանդության սրացման կանխարգելմանը: Վիրահատական

միջամտությունը ցանկալի չէ հետվիրահատական բարդությունների բավականին մեծ ցուցանիշի պատճառով, վիրահատությունները կատարվում են բարդությունների դեպքում:

✓ **Պսևդոմենբրանոզ կոլիտը** հաստ աղիքների բորբոքային ինֆեկցիոն հիվանդություն է, որը հաճախ, բայց ոչ միշտ պայմանավորված է Clostridium difficile հարուցիչով: Հիվանդությունը բնորոշվում է զարշահոտ փորլուծությամբ, ջերմության բարձրացումով և որովայնային ցավերով: Ծանր դեպքերում կարող է առաջանալ կյանքին սպառնացող այնպիսի բարդություն, ինչպիսին է տոքսիկ մեգակոլոնը:

✓ **Ինֆեկցիոն դիարեա**

✓ **Ռադիացիոն կոլիտ**

✓ **Դիվերտիկուլոզը** վիճակ է, որը պայմանավորված է աղիքներում դիվերտիկուլների (ծոցակների) առկայությամբ, որը աղիքի լորձային և ենթալորձային շերտերի արտափքումն է մկանային շերտի թույլ գոտիների միջով: Առավել հաճախ դրանք հանդիպում են սիզմայաձև աղիքում, որում ներզալարային ճնշումն առավել բարձր է: Հաճախ հիվանդությունն ընթանում է անսխտանիշ: Ախտանիշերն ի հայտ են գալիս բարդությունների դեպքում, կարող է դիտվել արյունահոսություն, որովայնի փքվածություն, ցավեր, որոնք կարող են ուժգնանալ սնունդ ընդունելուց հետո, ցավերը հաճախ տեղակայվում են որովայնի ձախ ստորին հատվածներում, կարող են ուղեկցվել փորկապությամբ և փորլուծությամբ:

✓ **Մեզենտերիալ անոթների թրոմբոզ**

✓ **Հաստ աղիքի պոլիպ**

✓ **Հաստ աղիքի քաղցկեղ**

Այսպիսով, ընդհանրացնելով աղեստամոքսային համակարգի ստորին հարկից արյունահոսության առաջացման պատճառները,

վերջիններս կարելի է բաժանել հետևյալ կերպ՝

- կոագուլոպաթիաներ,
- կոլիտ՝
 - ❖ իշեմիկ կոլիտ,
 - ❖ խոցային կոլիտ.
 - ❖ ինֆեկցիոն կոլիտ՝
 - E. coli O157:H7,
 - Shigella,
 - C. difficile,
 - Campylobacter jejuni,
- թուրքային հանգույցներ,
- անգլիոդիսպլազիա,
- ուռուցքներ, քաղցկեղ,
- դիվերտիկուլներ (ծոցակներ):

Այսպիսով, արյունահոսության առաջնային գնահատումը պետք է կատարվի՝ ելնելով հիվանդի նշած գանգատներից, անամնեզից և վերջինիս օբյեկտիվ գննման տվյալներից: Հիվանդության անամնեզը կարևոր է նրանով, որ կարող է ուղղորդել անհրաժեշտ և առաջնակարգ ախտորոշիչ մեթոդների ընտրության հարցում, այսինքն՝ հնարավորություն կտա ժամանակին կատարելու տարբերակիչ ախտորոշում:

Լաբորատոր հետազոտությունները նույնպես բավականին մեծ ախտորոշիչ նշանակություն ունեն աղեստամոքսային ուղու արյունահոսություններն ախտորոշելու հարցում: Արյան մեջ հեմոգլոբինի, հեմատոկրիտի և էրիթրոցիտների որոշումը հնարավորություն է տալիս գնահատելու արյան կորստի չափը, իսկ վերջինիս դինամիկ հսկողությունը՝ նաև որոշելու շարունակվող արյունահոսության առկայությունը: Արյան մակարդելիության գործոնների, կոագուլոգրամայի որոշումը

հնարավորություն է տալիս գնահատելու արյունահոսող անոթի խցանվելու հավանականությունը:

Բուժումը: Մոտավորապես 80% դեպքերում մարսողական ուղու ստորին հարկից արյունահոսությունները դադարում են սպոնտան և այլևս չեն կրկնվում, հետևաբար նաև անհրաժեշտ չէ հեմոստատիկ սպեցիֆիկ թերապիա անցկացնել: Թերապևտիկ միջոցառումներն այս դեպքերում հիմնականում պահպանողական են: Չնայած դրան՝ շարունակվող արյունահոսությունների դեպքում պահպանողական բուժումը արյունահոսությունը դադարեցնելու և վերջինիս կրկնությունը կանխելու նպատակով հիմնականում անարդյունավետ է: Էնդոսկոպիկ թերապիան առավել գերադասելի է, քան վիրահատական բուժումը, և այն դրական արդյունք է տալիս ադեստամոքսային ուղու ստորին հարկից արյունահոսությունների մոտ 40-50% դեպքերում, սակայն վերջինս իրականացնելու հնարավորությունը նաև պայմանավորված է արյունահոսության աղբյուրի տեղակայմամբ, որով էլ հիմնականում պայմանավորված է բուժման այս կամ այն մեթոդի ընտրությունը: Լայնացած անոթներից արյունահոսության դեպքում թերմոկոագուլյացիան և սկլերոթերապիան բավականին արդյունավետ են, դրանք նաև կիրառվում են արյունահոսող խոցերի և պոլիպեկտոմիաների դեպքում: Արյունահոսող պոլիպները կարող են հեռացվել էնդոսկոպիկ եղանակով, երբեմն ծավալուն ուռուցքներից արյունահոսությունը նույնպես հնարավոր է դադարացնել կամ զգալի նվազեցնել էնդոսկոպիկ եղանակով՝ էպինեֆրինի ներարկմամբ՝ մինչև ռադիկալ վիրահատության իրականացումը: Չնայած էնդոսկոպիկ մեթոդի լայն տարածմանը և վերջինիս հնարավորությունների ընդլայնմանը՝ այնուամենայնիվ վիրահատական բուժումը, արյունահոսության աղբյուրի հեռացումը կամ կարումը

շարունակում են մնալ արդիական և հատկապես ցուցված են կայուն և չդադարող արյունահոսությունների դեպքում: Երբեմն առատ արյունահոսության պատճառով հնարավոր չի լինում որոշել արյունահոսության աղբյուրը, պատճառը և կատարել համապատասխան միջամտություն: Նման դեպքերում ցուցված է շտապ վիրահատություն՝ արյունահոսության աղբյուրը հայտնաբերելու, արյունահոսությունը դադարեցնելու նպատակով: Կարող է կիրառվել ներվիրահատական էնդոսկոպիկ հետազոտություն, եթե որովայնահատումից հետո արյունահոսության աղբյուրը չի հայտնաբերվում: Երբեմն իրականացվում է տոտալ կոլէկտոմիա, եթե վիրահատության ընթացքում այդպես էլ չի հաջողվում հայտնաբերել արյունահոսության աղբյուրը: Այսպիսի միջամտությունից հետո բարդությունների և կրկնակի արյունահոսության վտանգը բավականին բարձր է: Բարեբախտաբար, նման միջամտության անհրաժեշտություն առաջանում է բավական հազվադեպ: Ավելի հաճախ լինում է այնպես, որ արյունահոսությունը սկսվում և ավարտվում է ինքնաբերաբար և կարող է կրկնվել: Նման դեպքերում, երբ ակտիվ արյունահոսություն չկա, վիրահատական բուժման ցուցումները հարաբերական են: Վերջիններս պայմանավորված են արյունահոսության կրկնությունների հաճախականությամբ, կորցրած և փոխներարկված արյան ծավալով, յուրաքանչյուր արյունահոսության էպիզոդի (դրվագի) արտահայտվածությամբ և վիրահատական ռիսկի գործոնով:

**ԹԵՄԱ 3. ԲԱՐԱԿ ԱՂԻՔԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ, ԿՐՈՆԻ
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ, ԴԻՎԵՐՏԻԿՈՒԼՆԵՐ,
ԱՂԻՔԱՅԻՆ ԽՈՒՂԱԿՆԵՐ**

ԿՐՈՆԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ

Կրոնի հիվանդությունը քրոնիկական ոչ սպեցիֆիկ բորբոքային ռեցիդիվող (կրկնվող) հիվանդություն է, որը բնորոշվում է աղեստամոքսային ուղու պատերի ոչ սպեցիֆիկ գրանուլեմատոզ բորբոքամբ: Այն առաջին հերթին առաջացնում է բարակ և հաստ աղիքների խոցոտումներ, սակայն կարող է ախտահարել ողջ աղեստամոքսային ուղին՝ սկսած բերանից մինչև հետանցք: Հիվանդությունն անվանվել է ի պատիվ բժշկի, որը 1932 թ. առաջին անգամ նկարագրել է այս հիվանդությունը: Այն նաև կոչվում է գրանուլեմատոզ էնտերիտ կամ կոլիտ, ռեզիոնար էնտերիտ, ռեզիոնար իլեիտ կամ տերմինալ իլեիտ:

Համաճարակաբանությունը: Կրոնի հիվանդությունը որոշ առումով նման է մեկ այլ քրոնիկական բորբոքային հիվանդության, որն ախտահարում է միայն հաստ աղիքը և կոչվում է խոցային կոլիտ: Կրոնի հիվանդությունը և խոցային կոլիտը աղիքների քրոնիկական բորբոքային հիվանդություններից են (ԱՔԲՀ): Խոցային կոլիտը և Կրոնի հիվանդությունը վերջնական չեն բուժվում: Սկսվելուց հետո դրանք պարբերաբար ունենում են սրացման և ռեմիսիայի փուլեր: Տղամարդիկ և կանայք հիվանդանում են միևնույն հաճախականությամբ: ԱՔԲՀ-ն ամենից հաճախ զարգանում է վաղ չափահաս և երիտասարդ հասակում, բայց կարող է դիտվել նաև մանկական և մեծահասակ տարիքում:

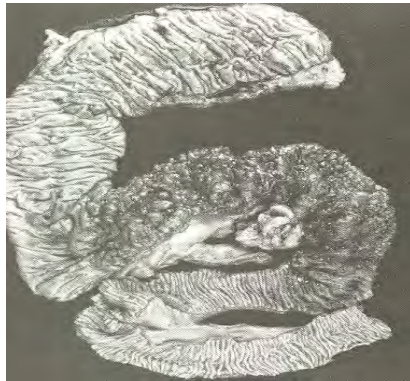
Էթիոլոգիան: Կրոնի հիվանդության պատճառները հայտնի չեն: Մի շարք գիտնականներ կարծում են, որ Կրոնի

հիվանդության պատճառն է ինֆեկցիան, որոշակի բակտերիաներ (մասնավորապես միկոբակտերիաների որոշ շտամներ): Սակայն առ այսօր չկա համոզվածություն, որ հիվանդությունն առաջանում է ինֆեկցիայի հետևանքով: Կրոնի հիվանդությունը վարակիչ չէ: Չնայած դիետան կարող է ազդել Կրոնի հիվանդության ընթացքի վրա, այնուամենայնիվ սննդային գործոնը նույնպես չի կարելի համարել հիմնական այս հիվանդության էթիոլոգիայում:

Արդի դրույթը հետևյալն է. Կրոնի հիվանդությունը զարգանում է որպես իմուն համակարգի գենետիկորեն պայմանավորված դեֆեկտ (15-20% դրական է ընտանեկան անամնեզը), նշանակություն ունեն արտաքին միջավայրի գործոնները ալիմենտար, վիրուսներ, միկոպլազմաներ, քլամիդիաներ և այլն: Կրոնի հիվանդությամբ հիվանդների իմուն համակարգը նորմալ չէ և քրոնիկական ձևով ակտիվացած է առանց որևէ հստակ պատճառի: Իմուն համակարգի ոչ նորմալ ակտիվացումը հանգեցնում է աղիքի պատի քրոնիկական բորբոքման և խոցոտման: Իմուն համակարգի զգայունությունը պաթոլոգիական ակտիվացման նկատմամբ ժառանգվում է գենետիկորեն: Այսպես՝ առաջին կարգի հարազատները (եղբայրներ, քույրեր, երեխաներ և ծնողներ) ավելի շատ են հակված Կրոնի հիվանդության ձեռքբերմանը: Վերջերս հայտնաբերվել է NOD2 կոչվող գենը, որն ասոցացվում է Կրոնի հիվանդության հետ: Այս գենը կարևորվում է նրանով, որ որոշում է օրգանիզմի պատասխան ռեակցիան որոշ բակտերիաների և նրանց կողմից արտադրված նյութերի նկատմամբ: Այն անհատները, որոնց դեպքում կատարվում է այս գենի մուտացիա, առավել հակված են Կրոնի հիվանդություն ձեռք բերելուն:

Պաթոզենեզը: Կրոնի հիվանդությունը բնորոշվում է աղիքների պատի (ավշային ֆոլիկուլներ) և միջընդերքի (միջընդերային հանգույցներ) ավշային համակարգի առաջնակի ախտահարմամբ, որին հետևում է իջեմիան (իմունային բորբոքում և վասկուլիտ) և տրանսմուրալ (աղիքի պատի բոլոր շերտերի) բորբոքում՝ գրանուլոմաների ձևավորմամբ:

Կրոնի հիվանդության վաղ շրջանում աղիքի լորձաթաղանթի վրա առաջանում են փոքր, ցրված, մանր, հրաբխանման հատվածներ (երոզիաներ): Այս էրոզիաները կոչվում են աֆթոզ խոցեր: Ժամանակի ընթացքում էրոզիաները դառնում են խոր և ավելի մեծ, ի վերջո դառնում են իսկական խոցեր՝ հանգեցնելով աղիքի սպիական փոփոխությունների և պնդացման, ռիզիդության: Աղիքի լորձաթաղանթը ընդունում է «սալահատակի» տեսք՝ խոցերի միջև լորձաթաղանթի բարձր լինելու պատճառով: Աղիքի ախտահարված հատվածները փոխարինվում են նորմալ, առողջ հարվածներով, ախտահարված շրջանները կարող են տեղակայվել իրարից համեմատաբար մեծ հեռավորության վրա («կենգուրուի ցատկեր») (նկ.1.2):



Նկար.1.2. Աղիքի լորձաթաղանթի «սալահատակի» տեսքը Կրոնի հիվանդության դեպքում:

Մանրադիտակային քննությունը հայտնաբերում է այտուց, ավշային հիպերպլազիա, աղիքի պատի (50-70%) և միջընդերային ավշահանգույցների (25%) գրանուլոմաներ, պատի հաստացում և միջընդերային ավշահանգույցների մեծացում:

Հիվանդության զարգացմանը զուգընթաց՝ ախտահարված աղիքները պրոգրեսիվ կերպով նեղանում են և ի վերջո կարող են լրիվ խցանվել: Խոր խոցերը կարող են թափածակել աղիքի պատը, որի հետևանքով բակտերիաները թափանցում են դեպի շրջակա օրգաններ և որովայնի խոռոչ:

Երբ Կրոնի հիվանդության դեպքում բարակ աղիքների լուսանցքը նեղանում է, կարող է զարգանալ աղիքային անանցանելիություն: Երբեմն անանցանելիությունը զարգանում է հանկարծակի, չմարսված մրգերի և բանջարեղենի կտորներով նեղացած հատվածի խցանման հետևանքով: Առավել հավանական է բարակաղիքային անանցանելիության զարգացումը, քանի որ հաստ աղիքի լուսանցքը զգալիորեն լայն է:

Խոր խոցերը, ծակելով աղեգալարների պատը, կարող են ուղիներ առաջացնել աղիքների և մոտակա օրգանների միջև: Եթե խոցային ուղիները հաղորդակցվում են ազատ որովայնի խոռոչի հետ, ապա առաջանում են ներորովայնային և միջզալարային թարախակույտեր:

Եթե խոցային ուղիները հաղորդակցվում են մոտակա օրգանների հետ, ապա ձևավորվում են խուղակներ: Խուղակի ձևավորումը աղիքի և միզապարկի միջև (էնտերովեզիկալ խուղակ) հաճախ կարող է հանգեցնել միզուղիների ինֆեկցիայի, գազի և կղանքի արտաբերմանը միզարձակման ժամանակ: Եթե խուղակ է առաջանում աղեգալարի և մաշկի միջև (մաշկաղիքային խուղակ), ապա որովայնի մաշկի վրա եղած խուղակային բացվածքից նկատվում է թարախի, կղանքի կամ լորձի արտահոսք:

Եթե խուղակ է առաջանում հաստ աղիքի և հեշտոցի միջև (կոլովագինալ խուղակ), ապա հեշտոցից նկատվում է կղանքի կամ գազի արտահոսք: Հետանցքի շուրջ խուղակների առկայության դեպքում խուղակային բացվածքներից առաջանում է թարախի կամ լորձի արտահոսք:

Կլինիկական պատկերը: Կրոնի հիվանդության հիմնական ախտանիշերն են ցավը որովայնում, լուծը և քաշի կորուստը: Հաճախ հանդիպող ախտանիշեր են նաև ախորժակի կորուստը, տենդը, գիշերային քրտնարտադրությունը, ցավը ուղիղ աղիքի շրջանում և ուղիղաղիքային արյունահոսությունը: Կրոնի հիվանդության ախտանիշերը պայմանավորված են բորբոքման արտահայտվածությամբ, տարածվածությամբ և տեղակայմամբ: Կրոնի հիվանդության տարատեսակները և դրանց բնորոշ ախտանիշերն են.

1. *Գրանուլեմատոզ կոլիտ.* բորբոքումն ընդգրկում է հաստ աղիքը: Որովայնային ցավը և արյունային լուծը հիմնական ախտանիշերն են: Կարող են առաջանալ նաև հետանցքային խուղակներ և պարառեկտալ թարախակույտեր:

2. *Գրանուլեմատոզ էնտերիտ.* բորբոքումն ընդգրկում է բարակ աղիքը: Միայն գստաղիքի ընգրկումը կոչվում է *գրանուլեմատոզ իլեիտ:* Որովայնային ցավը և լուծը հիմնական ախտանիշերն են: Կարող է առաջանալ բարակաղիքային անանցանելիություն:

3. *Գրանուլեմատոզ տերմինալ իլեիտ.* բորբոքումն ընդգրկում է միայն բարակ աղիքի վերջնային հատվածը (տերմինալ գստաղիքը): Որովայնային ցավը և լուծը հիմնական ախտանիշերն են: Կարող է առաջանալ բարակաղիքային անանցանելիություն:

4. *Գրանուլեմատոզ էնտերոկոլիտ և իլեոկոլիտ.* բորբոքումն ընդգրկում է բարակ և հաստ աղիքները միաժամանակ:

Որովայնային ցավը և լուծը հիմնական ախտանիշերն են: Կարող է առաջանալ բարակաղիքային անանցանելիություն:

5. *Գրանուլեմատոզ տերմինալ իլեիտը և իլեոկոլիտը* Կրոնի հիվանդության ամենահիմնական դրսևորումներն են:

Ըստ կլինիկական ընթացքի՝ տարբերում են Կրոնի հիվանդության սուր ձև (10% դեպքերում) և քրոնիկական ռեցիդիվող հիվանդություն (90% դեպքերում): Սուր ձևին բնորոշ կլինիկական ախտանիշերն են որովայնային ցավը, սրտխառնոցը, փսխումները, սուր որովայնի նշանները՝ հատկապես աջ գստափոսի շրջանում: Տերմինալ իլեիտի նման տեսակը պետք է տարբերակել սուր ապենդիցիտից, քանի որ վերջինիս և Կրոնի հիվանդության սուր ընթացքին բնորոշ ախտանիշերը շատ նման են: Քրոնիկական ռեցիդիվող ձևին առավել բնորոշ կլինիկական ախտանիշեր են լուծը (հատկապես արյունային), բուժ որովայնային ցավը, որովայնի լարվածությունը, ինֆիլտրատի առկայությունը, թուլությունը, քաշի կորուստը, տենդը, անեմիան, թերսնուցումը:

Հետանցքային ախտահարումներ: Կրոնի հիվանդությամբ հիվանդների մեկ երրորդը կարող է ունենալ հետանցքի շրջանի ախտահարման ստորև նշված տեսակներից մեկը կամ մի քանիսը.

1. Հետանցքի սեղմանի այտուցվածություն, որն արտահայտվում է դեֆեկացիայի դժվարացմամբ:

2. Անալ խոցերի և ճաքերի (երկար խոցեր) առաջացում հետանցքային սեղմանի միջև: Այս խոցերը և ճաքերը կարող են առաջացնել արյունահոսություն և ցավ դեֆեկացիայի ժամանակ:

3. Խուղակների առաջացում հետանցքի, ուղիղ աղիքի և շրջակա մաշկի միջև: Լորձային կամ թարախային արտադրություն է դիտվում նման խուղակային բացվածքներից պերիանալ (շուրջհետանցքային) մաշկի վրա:

4. Պարառեկտալ թարախակույտերի զարգացում. պարառեկտալ թարախակույտերը կարող են հանգեցնել ջերմության բարձրացման, հետանցքի շուրջ ցավի և լարվածության:

Կրոնի հիվանդության բարդությունները: Կրոնի հիվանդության բարդությունները կարող են պայմանավորված լինել աղիքների բորբոքմամբ կամ կապ չունենալ դրա հետ (աղիքային և արտաաղիքային դրսևորումներ): Աղիքային բարդություններից են բարակաղիքային անանցանելիությունը, աղիքների ստրիկտուրաները, թափածակումը, պերիտոնիտը, թարախակույտերը, խուղակները և աղիքային արյունահոսությունը: Մասնագիտական գրականության վերջին տվյալները վկայում են այն մասին, որ Կրոնի հիվանդության երկարատև ընթացքի դեպքում առկա է բարակ և հաստ աղիքների քաղցկեղի զարգացման բարձր ռիսկ:

Արտաաղիքային բարդություններն են մաշկի, հոդերի, ողնաշարի, աչքերի, լյարդի և լեղուղիների ախտահարումները: Մաշկի ախտահարման արտահայտություններ են ստորին վերջույթների մաշկի վրա կարմիր բծերի առկայությունը (հանգուցավոր երիթեմա-erythema nodosum) և մաշկի խոցոտումները, որոնք սովորաբար տեղակայվում են կրունկների շրջանում և կոչվում են գանգրենոզ պիոդերմիա /թարախամաշկություն/ (pyoderma gangrenosum) (նկ. 1.3, 1.4): Աչքերի ախտահարումները (ուվեիտ, էպիսկլերիտ, իրիդոցիկլիտ) կարող են հանգեցնել տեսողության խանգարումների: Արթրիտների դեպքում առաջանում է ցավ, ուռածություն և դեֆորմացիա վերջույթների հոդերի շրջանում (պոլիարթրիտ): Ողնաշարի տարբեր (հատկապես ստորաղիքի հատվածներում) բորբոքումները (նստա-գստային հոդի արթրիտ, անկիլոզացնող

(անշարժացնող) սպոնդիլիտ) ուղեկցվում են ողնաշարի ցավով և դեֆորմացիայով: Կարող է զարգանալ նաև լյարդի բորբոքում (հեպատիտ), լյարդի ճարպային դիստրոֆիա (սնուցախանգարում) կամ լեղուղիների բորբոքում (առաջնային սկլերոզացնող խոլանգիտ): Սկլերոզացնող խոլանգիտը հանգեցնում է լյարդը դրենավորող լեղուղիների նեղացումների և խցանման, դեղնուկի, ռեցիդիվ բակտերիալ ինֆեկցիայի, լյարդի ցիռոզի և ի վերջո լյարդային անբավարարության: Լյարդային անբավարարությամբ ուղեկցվող սկլերոզացնող խոլանգիտը լյարդի փոխպատվասում կատարելու պատճառներից մեկն է: Սկլերոզացնող խոլանգիտը հաճախ զուգակցվում է լեղուղիների քաղցկեղի զարգացմամբ:



Նկար. 1.3. Կրոնի հիվանդություն՝ ձախ կրունկի միջային մակերեսի ծանր արտահայտված գանգրենոզ պիոդերմիա:



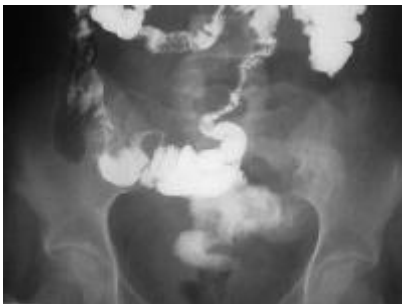
Նկար. 1.4. Կրոնի հիվանդություն. գանգրենոզ պիոդերմիայի վաղ շրջան, մինչև մաշկի ամբողջականության խախտումը:

Ախտորոշումը: Կրոնի հիվանդություն ենթադրվում է ջերմություն, որովայնային ցավ և լարվածություն, լուծ (արյունահոսությամբ կամ առանց արյունահոսության) և հետանցքի ախտահարումներ ունեցող հիվանդների շրջանում:

Արյան լաբորատոր քննությունները կարող են հայտնաբերել լեյկոցիտոզ, ԷՆԱ-ի արագացում, որոնք երկուսն էլ վկայում են բորբոքային պրոցեսի առկայության մասին, առկա է հիպոքրոմ անեմիա: Արյան կենսաքիմիական քննությունը հայտնաբերում է հիպոպրոտեինեմիա, լյարդի ֆունկցիայի խանգարումներ, արյան էլեկտրոլիտների դեֆիցիտ, որը քրոնիկական լուծի հետևանք է: Կղանքի քննությունը հայտնաբերում է թաքնված արյուն, ստեատոռեա:

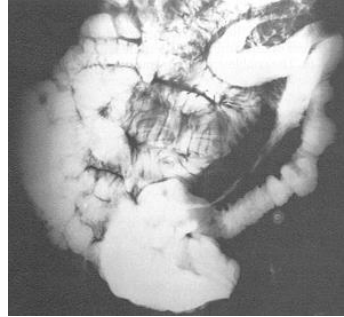
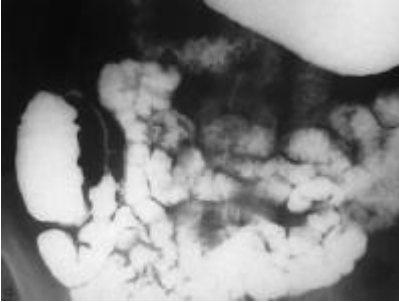
Կրոնի հիվանդության դեպքում առավել տեղեկատվական հետազոտման մեթոդներ են կոնտրաստային ինտեստինոգրաֆիան և էնդոսկոպիկ հետազոտությունները:

Ռենտգենաբանական քննությունը բարիումի կախույթով հնարավորություն է տալիս հայտնաբերելու հիվանդության տարածվածությունը, բնույթը և ծանրության աստիճանը: Աղեստամոքսային ուղու վերին հատվածների դինամիկ քննությունը, ինչպես և իրիգոսկոպիան կամ իրիգոգրաֆիան հայտնաբերում են աղիքի պատի հաստացումներ, դեֆորմացիաներ, խոցոտումներ, լուսանցքի նեղացումներ, ստրիկտուրաներ, երբեմն՝ աղիքային խուղակներ (նկ. 1.5, 1.6, 1.7): Արտաքին խուղակների առկայության դեպքում կարելի է ջրալույծ կոնտրաստով կատարել ֆիստուլոգրաֆիա:



Նկար. 1.5. Ռենտգենաբանական պատկերը Կրոնի հիվանդության դեպքում: Բարակ աղիքի նեղացած հատվածներից կոնտրաստը անցնում է համեմատաբար լայն գալարների մեջ: Կոնտրաստը դեռ նոր է սկսել

անցնել խթաղիք, սակայն արդեն նկատելի է սիզմայաձև աղիքի կոնտրաստավորում (իլեո-սիզմոիդ ներքին խուղակ):



Նկար. 1.6. Կրոնի հիվանդության դեպքում տերմինալ գաստաղիքի ախտահարումը: Աջ գաստափոսի շրջանում հայտնաբերվում է լարի ախտանիշը (սիստ նեղացած աղիքի լուսանցքը):



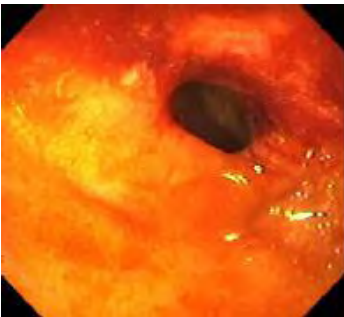
Նկար. 1.7. Կրոնի հիվանդություն. միջաձիգ հաստ աղիքի ստրիկտուրա:

Ուղիղ աղիքի և հաստ աղիքի գալարների ուղղակի դիտումը կատարվում է ֆիբրոկոլոնոսկոպերի օգնությամբ: Կոլոնոսկոպիան ավելի տեղեկատվական մեթոդ է, քան բարիումի կախույթով ռենտգեն հետազոտությունը, քանի որ այն հնարավորություն է տալիս հայտնաբերելու լորձաթաղանթի գրանուլեմատոզ գերաճը, «սալիատակի տիպի» ռեվիեֆը, փոքրիկ խոցերը, ստրիկտուրաները հաստ աղիքում և վերջնային

գստաղիքում բորբոքման փոքր օջախները (նկ.1.8,1.9): Կոլոնոսկոպիան հնարավորություն է ստեղծում նաև վերցնելու բիոպսիա՝ հետագա հյուսվածաբանական քննության և Կրոնի հիվանդությունը հաստատելու նպատակով: Կոլոնոսկոպիան շատ ավելի տեղեկատվական է նաև հիվանդության արտահայտվածության աստիճանը և պրոցեսի ակտիվությունը որոշելու իմաստով:



Նկար. 1.8. Տերմինալ գստաղիքի բորբոքում. կոլոնոսկոպիայի ընթացքում բորբոքման, լորձենու փխրունության և խոցոտումների առկայությունը տերմինալ գստաղիքի շրջանում վկայում են Կրոնի հիվանդության թույլ կամ չափավոր արտահայտվածության մասին:



Նկար.1.9. Կոլոնոսկոպիայի ընթացքում տերմինալ գստաղիքի ստրիկտուրա. բորբոքային պրոցեսը հարաբերականորեն քիչ է արտահայտված, որը վկայում է ստրիկտուրայի սպիական բնույթի մասին:

Համակարգչային շերտագրությունը (ՀՇ) կիրառվում է ներորովայնային թարախակույտերը հայտնաբերելու համար:

Վերջին ժամանակներս Կրոնի հիվանդության ախտորոշման մեթոդների մեջ ուրույն տեղ է զբաղեցնում տեսապատիճային (վիդեո-կապսուլային) էնդոսկոպիան. հիվանդը կույ է տալիս

փոքրագույն տեսախցիկով պատիճ, որը թափառում է հիվանդի աղիքներում, նկարահանում դրանք և ռադիոմագնիսական ալիքների միջոցով նկարահանված տեսանյութն ուղարկում է հատուկ ընդունիչին, որը հատուկ գոտու միջոցով ամրացված է հիվանդի իրանին: Հետագայում տեսնյութը տեղափոխվում և դիտվում է համակարգչով: Տեսապատիճային ներգննումը հնարավորություն է տալիս ախտորոշելու Կրոնի հիվանդությունը (ինչպես նաև աղիքների մի շարք այլ հիվանդություններ) զարգացման դեռևս վաղ փուլերում: Այս մեթոդը հատկապես ցուցված է այն դեպքում, երբ ռենտգեն կոնտրաստային քննությունների տվյալները նորմալ են, սակայն, այնուամենայնիվ, Կրոնի հիվանդությունը հնարավոր չի ժխտել (ռենտգեն քննությունը պակաս տեղեկատվական է Կրոնի հիվանդության սկզբնական փուլերում):

Բուժումը: Կրոնի հիվանդության ախտանիշերը և արտահայտվածությունը հիվանդների շրջանում տարբեր են: Անախտանիշ կամ թույլ արտահայտված ախտանիշերով հիվանդները երբեմն կարիք չունեն բուժման, ինչպես և այն հիվանդները, որոնք ռեմիսիայի փուլում են (երբ ախտանիշերը բացակայում են):

Կրոնի հիվանդության վերջնական բուժում գոյություն չունի: Հիվանդների մոտ հերթագայում են սրացումը և ռեմիսիան, որոնք կարող են տևել ամիսներ, ընդհուպ մինչև երկար տարիներ: Սրացման շրջանում հիվանդության ախտանիշերը (որովայնային ցավ, լուծ, ուղիղաղիքային արյունահոսություն) արտահայտված են դառնում, ռեմիսիաների շրջանում ախտանիշերը վերանում են: Հիմնականում ռեմիսիաներն ի հայտ են գալիս պահպանողական կամ վիրահատական բուժման հետևանքով, հազվադեպ՝ ինքնաբերաբար:

Քանի որ Կրոնի հիվանդության վերջնական բուժում գոյություն չունի, ուստի բուժման նպատակներն են՝ 1) նպաստել ռեմիսիաների առաջացմանը, 2) երկարաձգել ռեմիսիայի շրջանը, 3) նվազագույնի հասցնել բուժման կողմնակի էֆեկտները և 4) բարելավել կյանքի որակը: Կրոնի հիվանդության և խոցային կոլիտի դեղորայքային բուժումները նման են, բայց ոչ միշտ նույնը:

Ընդհանուր միջոցառումներ: Ընդհանուր միջոցառումներից են համապատասխան սննդակարգի սահմանումը և հիվանդի ադեկվատ սնուցումը: Քանի որ բուսական բջջանյութը դժվարամարս է, ուստի այն կարող է վատացնել հիվանդության ընթացքը (այդ թվում և հանգեցնել աղիքների անանցանելիության): Այդ իսկ պատճառով խորհուրդ է տրվում խուսափել բուսական սննդից, հատկապես բարակ աղիքների ախտահարման դեպքում: Սուր ախտանիշային շրջանում օգտավետ է ջրիկ սնունդ կիրառելը: Տոտալ պարենտերալ սնուցման պետք է անցնել այն դեպքում, երբ ակնհայտ է, որ աղիքները «հանգստի» կարիք ունեն: Կալցիումի, ֆոլաթթվի և B12 վիտամինի պատրաստուկներ են ցուցված նշվածների ակնհայտ դեֆիցիտի դեպքում: Հակալուծային (դիֆենօսիլատ և ատրոպին (Լոմոտիլ), Լոպերամիդ (Իմոդիում) և սպազմոլիտիկ պատրաստուկները հնարավորություն են տալիս վերացնելու աղիքային սպազմը և կարգավորելու լուծը:

Ղեղորայքային բուժումը: Կրոնի հիվանդության դեղորայքային բուժումը ներառում է՝ 1) հակաբորբոքային միջոցներ, ինչպես՝ 5-ASA ածանցյալներ, կորտիկոստերոիդներ, որոշակի հակաբիոտիկներ, 2) իմունադեպրեսանտներ, 3) այլ միջոցներ (պայքարը անեմիայի, ջրաաղային խանգարումների դեմ, սպիտակուցային պատրաստուկների կիրառում, սիմպտոմատիկ բուժում):

Հակաբորբոքային միջոցներ

5-ASA ածանցյալներ (*սուլֆանիլամիդային պատրաստուկներ*). սուլֆոսալազին (Սսուլֆիդին) և Մեզալամին, որոնք անմիջական տեղային ազդեցություն ունեն բորբոքված հյուսվածքների վրա.

Կորտիկոստերոիդներ, որոնք ունեն համակարգային ազդեցություն (բորբոքված հյուսվածքների վրա առանց անմիջական տեղային ազդեցության) և ամբողջ օրգանիզմում նվազեցնում են բորբոքային պրոցեսները: Կորտիկոստերոիդների (պրեդնիզոլոն, հիդրոկորտիզոն, կորտիզոլ) երկարատև օգտագործումը առաջացնում է մի շարք կողմնակի էֆեկտներ: Գոյություն ունեն նոր կարգի տեղային ազդեցության կորտիկոստերոիդներ (օրինակ՝ բուդեսոնիդը), որոնք ազդում են բորբոքված հյուսվածքների վրա անմիջական շփման միջոցով: Այս դասի կորտիկոստերոիդներն ունեն ավելի քիչ կողմնակի էֆեկտներ, քան ընդհանուր ազդեցության կորտիկոստերոիդները:

Մի շարք *հակաբիոտիկներ, ինչպիսիք են* մետրոնիդազոլը (ֆլազիլ) և ցիպրոֆլոքսացինը (ցիպրո, ցիպրինոլ) ընկճում են բորբոքային պրոցեսը, որի մեխանիզմը, սակայն, առայժմ անհասկանալի է:

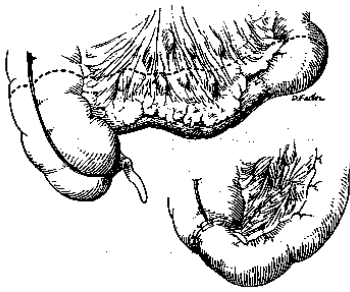
Իմունադեպրեսանտները ճնշում են հյուսվածքների բորբոքային ռեակցիան իմունային բջիջների քանակի նվազեցման կամ դրանց կողմից սպիտակուցների սինթեզն արգելակելու մեխանիզմներով: Իմուն համակարգի ակտիվության ընկճումը իմունոդեպրեսանտների միջոցով բարձրացնում է ինֆեկցիաների նկատմամբ օրգանիզմի զգայունությունը, բայց, այնուամենայնիվ, Կրոնի հիվանդության միջին ծանրության ձևերի անցումը ծանրին շատ ավելի վտանգավոր է, քան իմունադեպրեսանտների կիրառման և իմունիտետի ընկճման հետևանքով առաջացած ռիսկը ինֆեկցիաների նկատմամբ: Իմունոդեպրեսանտների

օրինակներ են 6-մերկապտոպուրինը (6-MP), ազաթիոպրենը (հմուրան), մեթոտրեքսատը (ռեումատրեքս, տրեքսալ) և այլն:

Վիրահատական բուժումը: Կրոնի հիվանդության արմատական վիրահատական բուժում գոյություն չունի: Նույնիսկ երբ աղիքների բոլոր ախտահարված հատվածները հեռացվում են, վիրահատությունից ամիսներ կամ տարիներ անց կրկին բորբոքային պրոցես է զարգանում նախկինում առողջ աղեգալարներում: Այդ իսկ պատճառով Կրոնի հիվանդության վիրահատական բուժումը կիրառվում է միայն հիվանդության բարդությունների ի հայտ գալու դեպքում, ինչպիսիք են աղիքային անանցանելիությունը, ստրիկտուրաները, թափածակումը, պերիտոնիտը, թարախակույտերը, խուղակները, առատ արյունահոսությունը և չարորակացումը: Վիրահատական բուժումը կիրառվում է որոշ դեպքերում նաև պահպանողական բուժման անարդյունավետության դեպքում:

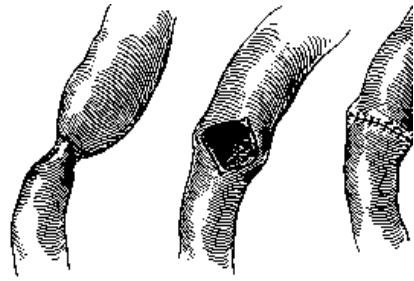
Վիրահատության ծավալը որոշվում է անհատականորեն յուրաքանչյուր հիվանդի համար: Հիմնականում իրականացվող միջամտությունների տեսակներն են՝

1. աղիքային անանցանելիություն առաջացնող աղեգալարի մասնահատումը (նկ. 1.10),
2. ստրիկտուրոպլաստիկա՝ կարճ հատված ընգրկող ստրիկտուրաների դեպքում (նկ. 1.11),
3. ներորովայնային և պարառեկտալ թարախակույտերի բացումը և դրենավորումը,
4. պահպանողական բուժմանը չենթարկվող հետանցքային խուղակների հեռացումը,
5. ներքին խուղակների վերացումը, որոնք կարող են մշտական ինֆեկցիայի պատճառ լինել (օր.՝ խթաղիք-միզապարկային խուղակ):



Նկար. 1.10.

Աղեգալարի մասնահատում:



Նկար. 1.11.

Ստրիկտուրոպլաստիկա:

Հետվիրահատական ռեցիդիվների հաճախականությունը 35-50% է:

Սովորաբար ախտահարված աղեգալարների վիրահատական հեռացումից հետո որոշ ժամանակ (ամիսներ, անգամ տարիներ) հիվանդները գանգատներ չեն ունենում, նկատելի է կյանքի որակի զգալի բարելավում: Ցավոք, շատ հիվանդների շրջանում Կրոնի հիվանդությունը վերջիվերջո կրկնվում է՝ ախտահարելով նախկինում առողջ (հիմանականում՝ նախկինում մասնահաված շրջանին մոտ) աղեգալարները: Փաստացի, հիվանդների մոտ 50%-ի դեպքում վիրահատությունից հետո 4 տարվա ընթացքում դիտվում է ախտանիշերի ռեցիդիվ: Վիրահատական բուժումից հետո հիվանդության կրկնվելու հավանականությունը զգալի պակասում է պենտագա կամ 6-MP կիրառելու դեպքում:

ԲԱՐԱԿԱՂԻՔԱՅԻՆ ԴԻՎԵՐՏԻՎՈՒԼՆԵՐ

Բարակաղիքային դիվերտիկուլյոզը կլինիկական հասկացողություն է, որին բնորոշ է աղիքի պատի կամ դրա լորձաթաղանթի պարկանման բազմաթիվ կույր արտափքումների

առաջացումը աղիքի պատի թույլ հատվածներում: Բարակաաղիքային դիվերտիկուլները շատ ավելի հազվադեպ են, քան հաստաաղիքային դիվերտիկուլները:

Էպիդեմիոլոգիան: Դուռդենալ դիվերտիկուլները մոտ 5 անգամ ավելի հաճախ են, քան աղիճ աղիքի և գստաղիքի դիվերտիկուլները: Իրական հաճախականությունը հայտնի չէ, քանի որ դրանք բոլորն էլ հիմնականում ասիմպտոմատիկ են: Դուռդենալ դիվերտիկուլների հաճախականությունը, ըստ հերձման տվյալների, 6-22% է: Աղիճ աղիքի դիվերտիկուլները շատ ավելի հազվադեպ են՝ 0,5%-ից պակաս՝ աղեստամոքսային ուղու վերին հատվածների ռենտգենաբանական քննությունների տվյալներով և 0,3-1,3%՝ հերձման տվյալներով:

Դուռդենալ դիվերտիկուլներ միննույն հաճախականությամբ են հանդիպում տղամարդկանց և կանանց շրջանում, տղամարդկանց քիչ գերակշռություն կա յեյունո-իլեալ դիվերտիկուլների դեպքում:

Դուռդենալ դիվերտիկուլների մեծ մասը հայտնաբերվում է 50 անց անձանց շրջանում, այն դեպքում, երբ յեյունո-իլեալ դիվերտիկուլները հիմնականում հայտնաբերվում են 60-70 տարեկանից հետո: Նկարագրված են նման դիվերտիկուլների դեպքեր նաև ավելի երիտասարդ տարիքում:

Էթիոպաթոգենեզը: Հիվանդության պատճառը հայտնի չէ: Կարծիքներ կան, որ հիվանդությունը զարգանում է պերիստալտիկայի խանգարումների, ինտեստինալ դիսկինեզիայի և ներաղիքային ճնշման բարձրացման հետևանքով: Արդյունքում դիվերտիկուլներ են առաջանում աղիքի միջընդերային եզրի մոտ, որտեղ միջընդերային անոթները մտնում են բարակ աղու պատի մեջ:

Ըստ անատոմիական կառուցվածքի՝ դիվերտիկուլները դասակարգվում են որպես իսկական և կեղծ: Իսկական դիվերտիկուլները կազմված են աղիքի պատի բոլոր շերտերից, տեղակայված են աղիքի հակամիջընդերային եզրին, իսկ կեղծ դիվերտիկուլները աղիքի լորձաթաղանթի և ենթալորձային շերտի ճողվածքանման արտափքումներ են և աղիքի պատի բոլոր շերտերը փաստացի չեն պարունակում, տեղակայված են աղիքի միջընդերային եզրի շրջանում: Մեկեյան դիվերտիկուլն իսկական դիվերտիկուլ է:

Կեղծ ձեռքբերովի դիվերտիկուլների զարգացմանը նպաստում են ռիսկի հետևյալ գործոնները՝

- բջջանյութով աղքատ սնունդը,
- ճարպոտ սնունդը,
- մեծ տարիքը,
- համակարգային սկլերոզը,
- վիսցերալ միոպաթիաները,
- վիսցերալ նեյրոպաթիաները:

Դասակարգումը: Դիվերտիկուլները կարող են դասակարգվել որպես *ներլուսանցքային և արտալուսանցքային, բնածին և ձեռքբերովի, եզակի և բազմակի:* Ներլուսանցքային դիվերտիկուլները և Մեկեյան դիվերտիկուլը բնածին են: Արտալուսանցքային դիվերտիկուլներ կարող են հայտնաբերվել տարբեր անատոմիական շրջաններում, և ըստ այդմ կոչվում են *դուռդենալ, յեյունալ, իլեալ կամ յեյունո-իլեալ դիվերտիկուլներ:*

Կլինիկական պատկերը: Բարակ աղիքի դիվերտիկուլներով հիվանդների մեծ մասի մոտ հիվանդությունն ասիմպտոմատիկ է: Հիվանդությունը կլինիկորեն արտահայտվում է միայն բարդությունները զարգանալու դեպքում: Ամենաբնորոշ ախտանիշերն են՝ ոչ սպեցիֆիկ էպիգաստրալ ցավը և

փքվածության զգացումը: Բարդությունների հաճախականությունը 10-12% է դուռդենալ դիվերտիկուլյոզի և 46% յեյունալ դիվերտիկուլյոզի դեպքում: Այդ բարդություններն են.

- Դիվերտիկուլյար ցավը. ցավ որովայնում այլ բարդությունների բացակայության դեպքում (կարող է լինել բարակ աղիքի դիվերտիկուլյոզի միակ արտահայտությունը):
- Արյունահոսությունը. հեմատեխեզիա, մեղենա կամ թաքնված արյունահոսություն, որը հանգեցնում է երկայթի դեֆիցիտի:
- Դիվերտիկուլիտը. տենդ և տեղային լարվածություն՝ պայմանավորված բորբոքմամբ:
- Աղիքային անանցանելիությունը (ուլորում, կղանքային քարեր, ինվազիոնացիա). առկա են կծկումային ցավեր որովայնում, փորափքանք, գազերի և կղանքի բացակայություն, սրտխառնոց, փսխում:
- Թափածակումը և տեղային թարախակույտի ձևավորումը. տենդ, որովայնային ցավ՝ զուգակցված պերիտոնիտի ախտանիշների հետ կամ առանց դրա:

Ախտորոշումը. ֆիզիկական քննությունը: Ֆիզիկական քննության տվյալները նույնպես կապված են վերը նշված բարդությունների հետ: Պայմանավորված նրանով, թե ինչպիսի բարդություն է զարգացել, հնարավոր է հայտնաբերել որովայնի փքվածություն, տեղային կամ դիֆուզ մկանային լարվածություն, ռեկտալ արյունահոսություն, մեղենա:

Լաբորատոր քննությունները: Լաբորատոր քննությունները բարակ աղիքի դիվերտիկուլյոզի ախտորոշման գործում տեղեկատվական չեն: Լեյկոցիտների քանակի աճ է նկատվում դիվերտիկուլիտի դեպքում: Հեմոգլոբինի և հեմատոկրիտի

ցուցանիշերը նվազում են սուր կամ քրոնիկական արյունահոսությունների դեպքում:

Ճառագայթային ախտորոշումը

- *Որովայնի և կրծքավանդակի շրջադիտակային ռենտգեն լուսանցումը.* հայտնաբերում է թափածակում (ազատ գազ ստոծանու գմբեթի տակ), աղիքային անանցանելիության պատկեր (հեղուկի հորիզոնական մակարդակներ աղիքներում), աղիքների պնևմատիզացիա:
- *Որովայնի ՀՇ կոնտրաստի կիրառմամբ.* առավել տեղեկատվական է բարդացած դեպքերում: Երբեմն հայտնաբերում է ֆլեգմոնա, հատկապես հետորովայնամզային տարածության մեջ, որը հիմք է ստեղծում ենթադրելու բարակաղիքային դիվերտիկուլների հավանական առկայության մասին:
- *Բարիումի կախույթով աղիքների կրկնակի կոնտրաստավորումը* տեղեկատվական հետազոտություն է, սակայն հակացուցված է սուր դիվերտիկուլիտի կամ թափածակման դեպքում:
- *Տեսապատիճային ներզննումը* (բացատրությունը տե՛ս «Կրոնի հիվանդություն» բաժնում) հակացուցված է սուր դիվերտիկուլիտի, թափածակման կամ բարակաղիքային անանցանելիության դեպքում:

Այլ քննություններ

- *Սկանավորումը* արյունահոսության դեպքում կիրառվում է հեմոդինամիկորեն կայուն հիվանդների շրջանում արյունահոսության տեղը որոշելու համար, եթե արյունահոսության արագությունը 0,5 մ/րոպե է:
- *Միջընդերային անզիռգրաֆիան* կիրառվում է առատ արյունահոսության դեպքում, եթե արյունահոսության

արագությունը ոչ պակաս է, քան 1,0 մ/րոպե: Հնարավորություն է տալիս ոչ միայն հայտնաբերելու արյունահոսության տեղը, այլև կատարելու միջընդերային անոթի խցանում (օկլյուզիա): Կարելի է նաև թողնել կաթետեր՝ վիրահատության ժամանակ ախտահարված հատվածն ավելի հեշտ գտնելու նպատակով:

- *Էզոֆագոզաստրոդուոդենոսկոպիան* տեղեկատվական է մոտ 9-20% դեպքերում: Սուր դիվերտիկուլիտի դեպքում ներզննումը հակացուցված է: Կոլոնոսկոպիան կիրառվում է այլ հիվանդությունները ժխտելու նպատակով: Ներզննումը բարակ աղիքների դիվերտիկուլների դեպքում սահմանափակ հնարավորություններ ունի, քանի որ յեյունալ և իլեալ դիվերտիկուլները հասանելի չեն կոլոնոսկոպիայի և գաստրոդուոդենոսկոպիայի համար:

Բուժումը

Դեղորայքային բուժումը

- Ասիմպտոմատիկ դեպքերը բուժման կարիք չունեն:
- Դիվերտիկուլիտի դեպքում հիվանդները պետք է հոսպիտալացվեն, քանի որ «բարակ աղիքի դիվերտիկուլիտը» մինչ վիրահատությունն ախտորոշելը բավական դժվար է: Դիվերտիկուլիտի պահպանողական բուժումն ընդգրկում է՝
 - անկողնային ռեժիմ,
 - պերօրալ սնուցման բացառում, մշտական նազոգաստրալ ասպիրացիա,
 - ներերակային ինֆուզիոն թերապիա,
 - լայն սպեկտրի հակաբիոտիկների կիրառում,
 - վիրաբույժի կոնսուլտացիա. շտապ վիրահատական բուժման կարիք հազվադեպ է լինում, ցուցումներն են

թափաճակումը, թարախակույտը, կամ ուռուցքային կազմափոխություն կասկածելը:

- Աղեստամոքսային ուղու արյունահոսություն. արյան շրջանառող ծավալի վերականգնում, արյան բաղադրամասերի փոխներարկում, հեմոստատիկներ, անկողնային ռեժիմ: Հիվանդների մեծ մասի մոտ արյունահոսությունը հնարավոր է դադարեցնել, որը հնարավորություն է ստեղծում այս հիվանդներին վիրահատել պլանային կարգով: Շտապ վիրահատությունը ցուցված է շարունակվող արյունահոսության դեպքում:

Վիրահատական բուժումը

- Բարակ աղիքների դիվերտիկուլների բարդությունների դեպքում անհրաժեշտ է վիրահատական բուժում:
- Շտապ վիրահատությունը ցուցված է դիվերտիկուլիտի դեստրուկտիվ ձևերի դեպքում, աղիքի թափաճակման, աղիքային անանցանելիության, առատ արյունահոսության կամ պահպանողական բուժումից հետո կրկնվող արյունահոսության դեպքում:

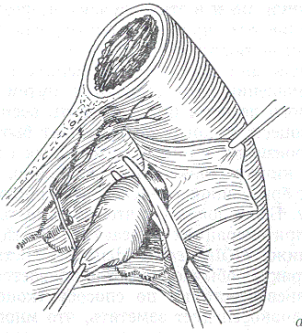
Վիրահատությունների տեսակները

Պայմանավորված դիվերտիկուլի տեսակով, տեղակայմամբ, բնույթով և բարդությունների առկայությամբ՝ հնարավոր է իրականացնել տարբեր տեսակի միջամտություններ.

- Սովորական դիվերտիկուլէկտոմիա՝
 - Հիմնականում կիրառվում է 12-մատնյա աղիքի սիմպտոմատիկ դիվերտիկուլների կամ արյունահոսող դիվերտիկուլների դեպքում: Դիվերտիկուլը պարզապես հեռացվում է, աղիքի պատը կարվում է միջաձիգ կամ երկայնակի ուղղությամբ՝ աշխատելով հնարավորինս

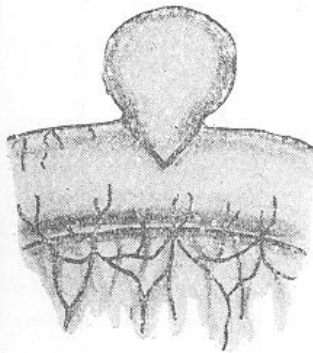
չնեղացնել աղիքի լուսանցքը: Այս եղանակով կարելի է հեռացնել նաև Մեկեյյան դիվերտիկուլը (նկ. 1.12):

- Աղիքի սեպաձև մասնահատում դիվերտիկուլի հետ մեկտեղ, օգտագործելով գծային ստեպլերներ (նկ. 1.13): Դիվերտիկուլի անմիջական հարևանությամբ եղած աղեգալարի պատի մի մասը նույնպես մասնահատվում է, քանի որ այն հաճախ պարունակում է զանազան խոցոտումներ: Մեկեյյան դիվերտիկուլը հաջողությամբ կարելի է հեռացնել նաև լապարոսկոպիկ եղանակով (նույնիսկ երեխաների դեպքում)՝ կիրառելով էնդոսկոպիկ գծային ստեպլերներ:
- Աղիքի մասնահատում և ծայրը ծայրին կամ կողքը կողքին բերանակցման ձևավորում: Այս միջամտությանը նախապատվություն է տրվում յեյունո-իլեալ դիվերտիկուլների դեպքում (անկախ բարդությունների առկայությունից), երբ բազմաթիվ են դրանք:
- Էնտերոտոմիա է կատարվում կղանքային քարերը հեռացնելու նպատակով, երբ առաջացել է աղիքային անանցանելիություն:
- Դուռդենալ փոքր դիվերտիկուլի դեպքում երբեմն հնարավոր է լինում ներուղղել դիվերտիկուլը 12-մատնյա աղիքի լուսանցք (ինվազիոնացիա) (նկ. 1.14):



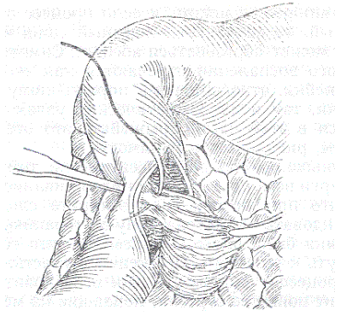
Նկար. 1.12.

Դիվերտիկուլէկտոմիա:



Նկար. 1.13.

Մեպաձև մասնահատում:



Նկար. 1.14. Դիվերտիկուլի
ինվազիոնացիա:

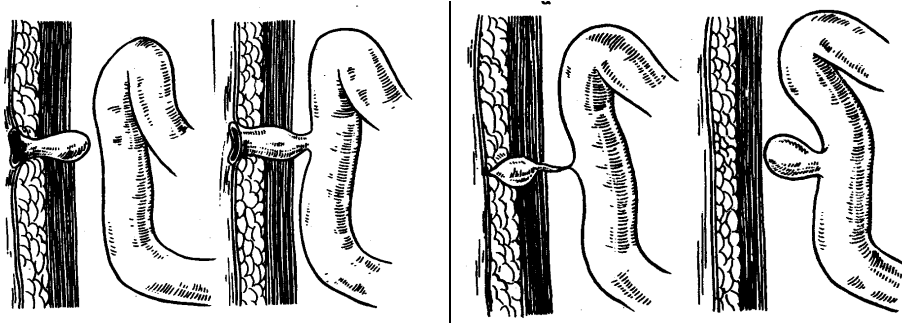
Մեկեյան դիվերտիկուլ: Մեկեյան դիվերտիկուլը բարակ աղիքների ամենաբնորոշ բնածին արատներից է, առաջանում է դեղնուցածորանի (օմֆալոմիջընդերային ծորան) ոչ լրիվ աճակալման հետևանքով: Չնայած 1598 թ. Ֆաբրիցիուս Հիդանուսը նկարագրել է այս հիվանդությունը, այնուամենայնիվ այն կոչվում է Յոհան Ֆրիդրիխ Մեկեյի անունով, որը 1809 թ. հայտնաբերել է այս անոմալիայի բնածին լինելը:

Համաճարակաբանությունը: Մեկեյան դիվերտիկուլ է առկա մարդկանց 2%-ի մոտ (ըստ տարբեր մասնագետների՝ 0,2-4%): Բարդություններ զարգանում են այս արատը կրողների միայն 5%-ի մոտ:

Չնայած հիվանդության հաճախականության սեռային ոչ մի տարբերություն չի նկարագրվում մասնագիտական գրականության մեջ (հաշվի առնելով հիմնականում հերձման տվյալները և տարբեր վիրահատությունների ժամանակ պատահականորեն հայտնաբերված դեպքերը), այնուամենայնիվ տղամարդկանց մոտ 3-4 անգամ ավելի մեծ է բարդություններ հայտնաբերելու հաճախականությունը:

Երեխաների մոտ հիվանդության դասական դրսևորումներն են ցավը և ուղիղաղիքային արյունահոսությունը: Չափահասների մոտ աղիքային անանցանելիությունը և դիվերտիկուլի բորբոքումն ավելի հաճախ են, քան ստամոքսաղիքային արյունահոսությունը:

Էթիոլոգիան և պաթոգենեզը: Վաղ սաղմնային շրջանում սաղմի միջնաղին սնուցում է ստանում դեղնուցապարկից դեղնուցածորանի (Վիտելինյան ծորանի) միջոցով: Հետագայում ծորանը ենթարկվում է պրոգրեսիվող նեղացման և խցանման, և հղիության 7-րդ շաբաթվա ընթացքում անհետանում է: Երբ ծորանի խցանման պրոցեսը խանգարվում է և ամբողջությամբ չի կատարվում, դեղնուցածորանի զարգացման տարբեր արատներ են ձևավորվում: Նման արատների օրինակներ են՝ 1) չաճակալած Վիտելինյան ծորանը (արտահայտվում է լրիվ աղիքային խուղակի ձևով, պորտից նկատվում է աղիքային պարունակություն), 2) ֆիբրոզ կպումը, ձգանը, որը գստաղիքը միացնում է պորտի ներսի մակերեսի հետ (կարող է հանդիսանալ կպումային աղիքային անանցանելիության կամ ոլորման պատճառ), 3) պորտի մոտ դեղնուցային ծորանի չաճակալած հատվածը՝ օմֆալոցելեն (omphalocele), 4) միայն ծորանի աղիքային հատվածի խցանումը, 5) Վիտելինյան բուշտը (կիստա), և ամենահաճախը՝ (97%) մեկեյան դիվերտիկուլը, բարակ աղիքի մոտ դեղնուցային ծորանի չաճակալած հատվածն է, որը կույր ծայրով իսկական դիվերտիկուլ է՝ կազմված աղիքի պատի բոլոր շերտերից: Հիմնականում հայտնաբերվում է գստաղիքի զալարներում (նկ. 1.15): 75% դեպքերում դիվերտիկուլի ծայրն ազատ է, մնացած դեպքերում այն կպած է որովայնի առաջային պատին կամ այլ օրգանի:



Նկար. 1.15.

Մեկեյան դիվերտիկուլը տեղակայվում է գստադիքի հակամիջընդերային եզրին, սովորաբար իլեոցեկալ անկյունից 40-60սմ պրոքսիմալ: Դիվերտիկուլի միջին երկարությունն է 3սմ, լայնությունը՝ 2սմ: Մեկեյան դիվերտիկուլների մի մասը պարունակում է էկտոպիկ լորձաթաղանթ: Մեկեյան դիվերտիկուլը սովորաբար ծածկված է գստադիքի լորձաթաղանթով, սակայն միաժամանակ կարող են առկա լինել այլ տիպի հյուսվածքներ: Հիմնականում հայտնաբերվում է ստամոքսային տիպի հետերոտոպիկ լորձաթաղանթ: Սա շատ կարևոր է, քանի որ կարող է զարգանալ լորձաթաղանթի այդ կամ հարևան հատվածների պեպտիկ խոցոտում, որն էլ իր հերթին արյունահոսության և/կամ թափածակման պատճառ է դառնում: Տարբեր հետազոտությունների տվյալներով հետերոտոպիկ ստամոքսային լորձաթաղանթ է հայտնաբերվել 62% դեպքում, պանկրեատիկ հյուսվածք՝ 6%, երկուսն իրար հետ՝ 5%, ադիճ ադիքի լորձաթաղանթ՝ 2% դեպքերում: Նկարագրված են հաստադիքային, ռեկտալ, էնդոմետրիալ և հեպատոբիլիար հյուսվածքների հազվադեպ դեպքեր:

Կլինիկական պատկերը: Հիվանդների մեծ մասը ասիմպտոմատիկ են: Մեկեյան դիվերտիկուլը մեծամասամբ

պատահական է հայտնաբերվում աղիքների կոնտրաստային քննության կամ այլ պատճառով կատարված լապարոտոմիաների ժամանակ: Հիվանդությունը կլինիկորեն արտահայտվում է բարդությունների զարգացման դեպքում (բորբոքում, խոցոտում, արյունահոսություն, աղիքային անանցանելիություն, մալիգնիզացիա):

- Միմպտոմատիկ մեկեյան դիվերտիկուլը դրա բարդությունների հոմանիշն է: Այն դիտվում է 4-16% հիվանդների մոտ: Բարդությունները խցանման, էկտոպիկ հյուսվածքի կամ բորբոքման հետևանք են:
- Երեխաների շրջանում ամենաբնորոշ կլինիկական ախտանիշը հեմատոխեզիան է: Արյունահոսությունը չափահասների դեպքում քիչ է բնորոշ: Սուր ցածր ստամոքսաղիքային արյունահոսությունը դիվերտիկուլի պեպտիկ խոցոտման հետևանք է: Նմանատիպ խոցոտումներն առաջանում են հետերոտոպիկ ստամոքսային հյուսվածքի կողմից աղաթթվի արտադրության հետևանքով, որն ազդում է հարակից, հեշտությամբ խոցելի հյուսվածքների վրա՝ հաճախ հանգեցնելով արյունատար անոթների արոզիվ վնասման: Կլինիկորեն արյունահոսությունը դրսևորվում է նշանակալի անցավ ռեկտալ արյունահոսությամբ: Այնուամենայնիվ, որոշ հիվանդներ նշում են ցավ որովայնում մինչև արյունային կղանքի ի հայտ գալը: Ցավը երբեմն բավական ուժգին է և հաճախ դառնում է ուշացած ճշգրիտ ախտորոշման պատճառ:
- Աղիքային անանցանելիությունը ամենաբնորոշ բարդությունն է չափահասների շրջանում: Անանցանելիության տարբեր մեխանիզմներ կան, ինչպես

օրինակ՝ օմֆալումիջընդերային ձգանը (ամենահաճախը), ներքին ճողվածքը դեղնուցածորանի մնացորդի շրջանում և դրա օղակումը, ոլորումը դեղնուցածորանի մնացորդի շուրջը, ինվազիանացիան (երբ մեկեյան դիվերտիկուլն ինքն է դառնում իլեոցեկալ կամ իլեո-իլեալ ինվազիանացիայի կետ):

- Ինչպես մնացած դիվերտիկուլները, այնպես էլ մեկեյան դիվերտիկուլը կարող է բորբոքվել: Դիվերտիկուլիտը հիմանականում դիտվում է տարեց անձանց շրջանում: Դիվերտիկուլիտի ախտանիշերը հաճախ չեն տարբերվում սուր ապենդիցիտի ախտանիշերից, և այդ է պատճառը, որ մեկեյան դիվերտիկուլիտների մեծ մասն ախտորոշվում է լապարատոմիաների ժամանակ, որոնք իրականացվում են ենթադրվող ապենդիցիտի կապակցությամբ: Մեկեյան դիվերտիկուլիտը սուր ապենդիցիտի նման, ևս կարող է լինել *կատառալ, ֆլեզմոնոզ, գանգրենոզ, թափածակված*: Վերջինս կարող է հանգեցնել դիվերտիկուլի թափածակման ազատ որովայնի խոռոչ:
- Հազվադեպ մեկեյան դիվերտիկուլը կարող է հանգեցնել բարորակ (լեյոմիոմա, անգիոմա, նեյրոմա, լիպոմա) կամ չարորակ (սարկոմա, կարցինոմա ուռուցք, ադենոկարցինոմա) ուռուցքների առաջացմանը:

Ֆիզիկական քննության տվյալները: Չնայած հիվանդների մեծ մասն ասիմպտոմատիկ է, այնուամենայնիվ կարող են դիտվել գանազան կլինիկական նշաններ, այդ թվում պերիտոնիտի և հիպովոլեմիկ շոկի ախտանիշեր: Ամենահաճախ կլինիկական 3 դրսևորումներն են՝ ստամոքսաղիքային արյունահոսությունը, աղիքային անանցանելիությունը և դիվերտիկուլի սուր բորբոքումը:

- Երիտասարդ հիվանդների մոտ անցավ ռեկտալ արյունահոսությունը հիմնականում սկսվում է հանկարծակի, հակում ունի առատանալու: Հաճախ արյունահոսությունը սկսվում է առանց նախանշանների և սովորաբար ինքնաբերաբար դադարում է:
 - Երբ սուր, առատ արյունահոսություն է սկսվում, կարող է զարգանալ հեմոռագիկ շոկ: Վերջինիս վաղ կլինիկական նշաններից է տախիկարդիան, սակայն երբեմն օրթոստատիկ հիպոտենզիան կարող է նախորդել տախիկարդիային:
 - Կղանքի գույնը օգնում է բժշկին գնահատելու արյունահոսության աղբյուրը և ինտենսիվությունը: Մեկեյան դիվերտիկուլի դեպքում ռեկտալ արյունահոսության տարբեր դրսևորումներ կարող դիտվել`
 - մուգ կարմիր` 40%,
 - բաց կարմիր` 35%,
 - բաց և մուգ կարմիր` 12%,
 - մուգ կարմիր և ձյութանման` 6%,
 - ձյութանման` 7%:

Երբ արյունահոսությունը արագ և առատ է, կղանքն ունենում է բաց կարմիր գույն կամ հաղարջի ժելեի տեսք: Դանդաղ զարգացող արյունահոսության դեպքում կղանքը լինում է մուգ կարմիր կամ ձյութանման:

- Աղիքային անանցանելիության դեպքում հիվանդները նշում են որովայնային ցավ, լեղային փսխումներ, առկա է որովայնի պատի լարվածություն, փքվածություն և ֆիզիկական քննության ժամանակ ուժեղացած պերիստալտիկ աղմուկներ: Ինվազիվացիայով հիվանդների

մոտ որովայնում կարելի է հայտնաբերել շոշափվող գոյացություն:

- Դիվերտիկուլիտով հիվանդների մոտ առկա են տեղային կամ դիֆուզ որովայնային ցավ և լարվածություն: Սովորաբար հարպորտային շրջանում որովայնի պատի լարվածությունն ավելի արտահայտված է, քան ապենդիցիտի դեպքում:
- Մեկեյան դիվերտիկուլը հազվադեպ կարող է օղակված լինել ածուկային (Լիտրեի ճողվածք), ազդրային կամ այլ տիպի ճողվածքներում:

Ախտորոշումը: Մինչվիրահատական ախտորոշումը բավական բարդ է, հատկապես եթե արյունահոսությունը հիվանդության դրսևորումը չէ:

- Լաբորատոր քննությունները պակաս տեղեկատվական են: Դիվերտիկուլիտի դեպքում հայտնաբերվում է լեյկոզիտոզ, արյունահոսության դեպքում՝ անեմիա: Մեկեյան դիվերտիկուլի բարդությունները հատուկ բնորոշող փոփոխություններ գոյություն չունեն:
- Որովայնի շրջադիտակային ռենտգեն լուսանցման ախտորոշիչ դերը նույնպես մեծ չէ: Այն կարող է հայտնաբերել աղիքային անանցանելիության (Կլոյբերի գավաթներ, աղիքների պնևմատիզացիա) կամ թափաձակման (ազատ գազ որովայնի խոռոչում) նշաններ:
- Եթե մեկեյան դիվերտիկուլի հետևանքով ստամոքսաղիքային արյունահոսության կասկած կա, ապա դիվերտիկուլը հայտնաբերելու ամենատեղեկատվական եղանակը սցինտի-սկանավորումն է տեխնիցիում-99m պերտեխնետատով: Պերտեխնետատը կլանվում է ստամոքսի լորձաթաղանթով: Քանի որ մեկեյան

դիվերտիկուլի դեպքում արյունահոսության պատճառը հիմնականում դիվերտիկուլի լորձաթաղանթի խոցոտումն է հետերոտոպիկ ստամոքսային լորձաթաղանթի կողմից արտադրված թթվով, ուստի պերտեխնետատը սկանավորման ժամանակ հայտնաբերվում է նաև դիվերտիկուլի շրջանում: Իզոտոպի ներերակային ներարկումից հետո հիվանդի որովայնի վրա հատուկ գամմա ֆոտոխցիկ է տեղադրվում: Հետազոտությունը տևում է մոտ 30 րոպե: Ստամոքսային լորձաթաղանթը արտահանում է ռադիոակտիվ իզոտոպը, և մեկեյան դիվերտիկուլը նկատվում է սցինտիգրամայում որպես «տաք» օջախ: Մեկեյան սկանավորումը ախտորոշման լավագույն մեթոդն է, քանի որ ի տարբերություն աղեստամոքսային ուղու կոնտրաստային ռենտգեն քննության՝ այն առավել տեղեկատվական և զգայուն է, հիվանդի ճանաչաթման մակարդակն ավելի ցածր է:

- Էզոֆագոգաստրոդուոդենոսկոպիան և կոլոնոսկոպիան պետք է իրականացվեն աղեստամոքսային ուղուց արյունահոսություն ունեցող ցանկացած հիվանդի դեպքում՝ ժխտելու արյունահոսության այլ պատճառները:
- Բարիումի կախույթով հետազոտությունը ներկայումս փոխարինվում է ճանաչաթային ախտորոշման այլ ավելի զգայուն մեթոդներով: Այնուամենայնիվ, այն չպետք է նախորդի տեխնիցիում-99m սկանավորմանը, քանի որ բարիումը սկանավորման ժամանակ կարող է ծածկել, թաքցնել տաք օջախը: Ռենտգենաբանական կոնտրաստային հետազոտության ընթացքում մեկեյան դիվերտիկուլը հայտնաբերվում է որպես գստադիքի դիստալ հատվածի հակամիջընդերային եզրին առկա

պարկանման կույր արտափքվածություն (նկ.1.16): Եթե հայտնաբերվում է լցման դեֆեկտ, ապա դիվերտիկուլը կարող է պարունակել ուռուցք:



Նկար. 1.16. Մեկեյան դիվերտիկուլ:

- Մեղեկտիվ անգիոզրաֆիան կարող է օժանդակել այն դեպքում, երբ սցիտիզրաֆիան և կոնտրաստային ռենտգեն քննությունները տեղեկատվական չեն:
- Որովայնային ՇՇ-ն և ուլտրաձայնային քննությունը (ՈւՁՀ) նույնպես պակաս տեղեկատվական են: Տեսապատիճային ներզննումը հաջողությամբ կիրառվում է երեխաների շրջանում մեկեյան դիվերտիկուլն ախտորոշելու գործում:

Բուժումը: Մեկեյան դիվերտիկուլի բուժման սկզբունքները նույնն են, ինչ բարակ աղիքների այլ դիվերտիկուլների բուժումը:

ԱՂԻՔԱՅԻՆ ԽՈՒՂԱԿՆԵՐ

«Խուղակ» (fistula) բառը ծագել է լատիներենից և թարգմանաբար նշանակում է խողովակ: Խուղակը երկու

Էպիթելային ծածկույթ ունեցող մակերեսների միջև պաթոլոգիական հաղորդակցությունն է: Սովորաբար այն ընդգրկում է աղիքները և այլ խոռոչավոր օրգաններ, ինչպիսիք են միզապարկը, միզածորանները, հեշտոցը, աղեստամոքսային ուղու այլ հատվածներ: Խուղակ կարող է ձևավորվել նաև աղիքի և մաշկի, ինչպես նաև թե՛ աղիքի, թե՛ թարախակույտի խոռոչի միջև: Հազվադեպ խուղակներ են առաջանում աղիքի և արյունատար անոթների միջև, որոնք բերում են աղեստամոքսային ուղուց առատ արյունահոսության:

Էթիոլոգիան: Աղեստամոքսային ուղու խուղակները հիմնականում (75-85%) առաջանում են որպես որովայնի խոռոչում կատարված վիրահատությունների հետևանք: Սյնուամենայնիվ, խուղակների 15-25%-ը զարգանում են ինքնուրույն և ներորովայնային բորբոքային պրոցեսների կամ ինֆեկցիայի հետևանք են:

Միսալ է այն կարծիքը, որ խուղակներ առաջանալու համար անհրաժեշտ է աղեստամոքսային ուղու ստորաղիբ հատվածների նեղացումների առկայություն:

Ստամոքսային խուղակները մեծամասամբ յաթրոզեն բնույթի են (85%): Դեպքերի մնացած մասը սովորաբար ճառագայթման, չարորակ նորագոյացությունների, բորբոքման կամ իշեմիայի հետևանք է:

Բարակ աղիքի խուղակների մոտ 80%-ն առաջանում է որովայնային վիրահատությունների հետևանքով: Նման խուղակների առաջացման նպաստող պայմաններ են ձևավորված աղիքային բերանակցման կարերի անբավարարությունը, պատահական յաթրոզեն էստերոտոմիաները կամ բարակ աղիքի վնասումները վերքը կարելու ժամանակ (նկ.1.17): Բերանակցումների ամբողջականության խախտմանը կարող են

նպաստել նաև արյունամատակարարման խանգարումները անոթազրկված հատվածներում, կարերով բերանակցման լուսանցքի նեղացումը, բերանակցումը անկենսունակ աղեգալարների միջև, բերանակցման շրջանում ուռուցքային հյուսվածքի առկայությունը, բերանակցումից ներքև աղիքի լուսանցքի խցանումը, ինչպես նաև բերանակցման հարևանությամբ թարախակույտի, օտար մարմինների կամ կոպիտ դրենաժների առկայությունը:



*Նկար.1.17. Աղիք-մաշկային խուղակ, որն առաջացել է հետվիրահատական ճողվածքի վիրահատության ընթացքում աղիքի վնասվելու հետևանքով:
Պատկերը՝ վնասումից 6 ամիս անց:*

Կրոնի հիվանդությունը, չարորակ ուռուցքները, խոցային հիվանդությունը և պանկրեատիտները 10 -15% դեպքերում խուղակների առաջացման պատճառ են: Կրոնի հիվանդության ժամանակ խուղակները հիմնականում ներքին են, պակաս հաճախականությամբ՝ արտաքին: Զստասիզմոտիդալ խուղակները սովորաբար տեմինալ գստաղիքի բորբոքման բարդություն են, առաջացնում են հաղորդակցություն բարակ աղիքի և սիզմայաձև աղիքի գալարների միջև: Էնտերոկոլիկ, գաստրոկոլիկ, էնտերովեզիկալ, ռեկտովագինալ և պերիանալ (շուրջհետանցքային) խուղակները Կրոնի հիվանդության բարդություններից են: Պերիանալ խուղակները Կրոնի հիվանդության դեպքում զարգացող արտաքին խուղակների ամենահաճախ դրսևորումներն են:

Խթադիքային խուղակները ներդրվայնային բորբոքումների հետևանք են, սակայն կարող են զարգանալ նաև վիրահատական միջամտություններից հետո: Հաստ աղիքի բորբոքային հիվանդությունները, դիվերտիկուլիտները, չարորակ նորագոյացությունները և ապենդիցիտը (հատկապես միջմաշկային դրենավորման անհրաժեշտություն ունեցող հարապենդիկուլյար թարախակույտերը) այն հիմնական բորբոքային հիվանդություններն են, որոնք առավել հաճախ են հանգեցնում հաստաղիքային խուղակների առաջացմանը:

Խուղակներ կարող են առաջանալ ճառագայթային բուժման հետևանքով, բուժումից շաբաթներ, նույնիսկ տարիներ հետո: Չարորակ նորագոյացությունների ճառագայթային բուժումը զուգակցվում է խուղակագոյացմամբ մոտ 5-10% հիվանդների դեպքում:

Դասակարգումը: Գոյություն ունեն խուղակների դասակարգման մի քանի համակարգեր, որոնցից ոչ մեկը համընդհանուր կիրառվում չի ստացել: Դասակարգման 3 հիմնական համակարգերը հիմնված են խուղակների անատոմիական, ֆունկցիոնալ (աղիքային արտագատուկի ծավալի) և էթիոլոգիական հատկանիշների վրա: Դասակարգման միասնական կիրառմամբ հնարավոր է դառնում առավելագույնս գնահատել խուղակի բնույթը և կազմել բուժման լավագույն սխեմա:

Անատոմիորեն (ըստ բնույթի) խուղակներն անվանվում են ըստ խուղակը կրող օրգանի (ստամոքսային, դուոդենալ, աղիճաղիքային, գստաղիքային, խթադիքային և այլն): Ըստ արտաքին միջավայրի հետ կապի բնույթի՝ խուղակները լինում են արտաքին և ներքին: Ներքին խուղակները կապում են աղեստամոքսային ուղին այլ ներքին օրգանի, որովայնի խոռոչի,

հետորովայնամզային տարածության, կրծքավանդակի խոռոչի կամ անոթների հետ: Արտաքին խուղակները հիմնականում ծագում են վիրահատություններից հետո, ախտաբանական հաղորդակցություն են աղեստամոքսային ուղու և մաշկի միջև:

Ըստ Էթիոլոգիայի՝ աղիքային խուղակները լինում են տրավմատիկ, բուժական (բժշկական ցուցումներով ստեղծված) և աղիքների հիվանդությունների հետևանքով առաջացած: Ըստ ծագման՝ աղիքային խուղակները դասակարգվում են՝ բնածին և ձեռքբերովի:

Եթե աղիքի լուսանքը կապված է մաշկի հետ նեղ ուղու միջոցով, այդպիսի խուղակները կոչվում են *խողովակաձև* (նկ.1.18), իսկ եթե աղիքի լորձաթաղանթը սերտաճած է մաշկի հետ, ապա խուղակները կոչվում են *շրթնաձև* (նկ.1.19): Ըստ ֆունկցիայի՝ խուղակները լինում են լրիվ և ոչ լրիվ: Եթե աղիքի ամբողջ պարունակությունը խուղակային բացվածքով դրենավորվում է դեպի արտաքին միջավայր, ապա խուղակները կոչվում են *լրիվ*, իսկ եթե աղիքների պարունակության միայն մի մասն է դուրս գալիս արտաքին միջավայր, խուղակները կոչվում են *ոչ լրիվ (մասնակի)*:



Նկար.1.18. *Խողովակաձև խուղակ:*



Նկար. 1.19. *Շրթնաձև խուղակ:*

Ըստ տեղակայման մակարդակի՝ աղիքային խուղակները լինում են բարձր (ստամոքսային, դուռդենալ, աղիճաղիքային) և

ցածր (զստաղիքային, խթաղիքային): Բարձր խուղակների դեպքում օրգանիզմի կորուստները բավական շատ են, բոլոր տեսակի խանգարումները զարգանում են շատ ավելի արագ, հաճախ անհրաժեշտ է լինում ձեռնամուխ լինել վիրահատական բուժման:

Աղիքային խուղակները լինում են *ծավալուն արտադրությամբ* (երբ խուղակով օրվա ընթացքում արտադրվում է 1 լիտրից ավելի աղիքային պարունակություն) և *փոքրածավալ արտադրությամբ* (օրվա ընթացքում 1 լիտրից պակաս): Խուղակները դասակարգվում են նաև *բարդացած* (երբ խուղակի շուրջ զարգանում է ֆլեգմոնա կամ թարախակույտ) և *չբարդացած* տեսակների:

Ախտաֆիզիոլոգիան: Հեղուկների, էլեկտրոլիտների և մետաբոլիտների՝ խուղակային բացվածքով կորուստը աստիճանաբար կամ արագորեն հանգեցնում է ջրաաղային փոխանակության, մետաբոլիզմի խանգարումների, թթվահիմնային հավասարակշռության խախտման, ավիտամինոզի, զարգանում է թերներծծման և թերսնման համախտանիշ: Նշված խանգարումների արտահայտվածության և զարգացման արագության մեջ մեծ նշանակություն ունի խուղակի տեղակայման մակարդակը, արտադրության ծավալը և դիստալ պասսաժի առկայությունը: Այսպես՝ բարձր տեղակայման, ծավալուն արտադրությամբ, ինչպես նաև շրթնաձև խուղակների, լրիվ խուղակների դեպքում նշված խանգարումները զարգանում են համեմատաբար արագ:

Ազդեսիվ միջավայր հանդիսացող աղիքային պարունակության շփումը մաշկի հետ հանգեցնում է վերջինիս արտահայտված գրգռման և վնասման (առաջանում է մաշկի մացերացիա): Շրջակա հյուսվածքների ինֆեկցումը կարող է

հանգեցնել փափուկ հյուսվածքների ֆլեգմոնայի, պերիտոնիտի, ներորովայնային թարախակույտերի կամ հարխուղակային թարախակույտերի առաջացմանը: Աղիքային խուղակների դեպքում մահացությունը բավականին մեծ է, մահվան առաջնակի պատճառներից է սեպսիսը (արյունավարակը):

Կլինիկական պատկերը: Արտաքին խուղակներով հիվանդները զանգատվում են մաշկի վրա խուղակային բացվածքի առկայությունից և վերջինիցս տարաբնույթ արտադրությունից: Աղիքների քրոնիկական հիվանդությունների դեպքում (Կրոնի հիվանդություն, բարակ և հաստ աղիքների դիվերտիկուլներ, ճառագայթային վնասվածքներ և այլն) խուղակները ձևավորվում են աստիճանաբար և արտահայտվում են հիվանդության ուշ փուլերում՝ որպես տվյալ հիվանդության բարդություն: Հետվիրահատական շրջանում խուղակների առաջացումը հաճախ դրսևորվում են որովայնային սեպսիսի ձևով: Վիրահատությունից մի քանի օր անց ի հայտ են գալիս բարձր ջերմություն, ցավեր որովայնում, թունավորման նշաններ, որովայնի պատի լարվածություն: Ավելի ուշ աղիքային պարունակության արտազատում է նկատվում վերքի կամ դրենաժների միջով: Եթե խուղակը կապված է մաշկի հետ վատ դրենավորվող խոռոչի միջոցով, ապա հիվանդի ընդհանուր վիճակը շարունակում է մնալ ծանր, այլապես խուղակի՝ արտաքին աշխարհի դրենավորումից հետո սովորաբար հիվանդի ընդհանուր վիճակը արագ լավանում է (ջերմությունն իջնում է, որովայնայի ցավերը պակասում են):

Աղիքային պարունակության մեջ ագրեսիվ նյութերի առկայության պատճառով խուղակային բացվածքի շուրջ առաջանում է մաշկի մացերացիա, որը կարող է բարդանալ ֆլեգմոնայով: Ջննելիս մաշկի վրա հայտնաբերվում է խուղակային բացվածք, երբեմն խուղակը դրենավորվում է հետվիրահատական

վերքի միջով: Խուղակային բացվածքի շուրջ մաշկը սովորաբար հիպերեմիկ է, այտուցված:

Հեղուկների, էլեկտրոլիտների, մարսողության վերջնական արդյունքների կորուստը հանգեցնում է օրգանիզմի դեհիդրատացիայի, քաշի կորստի, զարգանում է հիպոպրոտեինեմիա, թերսնման համախտանիշ: Ծանր դեպքերում (բարձր, լրիվ խուղակներ) զագանում է կախեքսիա: Թերսնումը հիվանդների ընդհանուր վիճակի պրոգրեսիվ վատացման և մահացության պատճառ է, հատկապես արտաքին խուղակների դեպքում:

Աղիքի 2 հատված ընդգրկող (ներքին) խուղակների ախտանիշերը պայմանավորված են խուղակի տեղակայմամբ և շրջանցված աղիների ծավալով: Այդ իսկ պատճառով աղիք-աղիքային խուղակները կարող են լինել ասիմպտոմատիկ, երբ աղիքների փոքր հատված է շրջանցված: Նմանատիպ խուղակները ախտորոշվում են պատահականորեն, ռենտգենաբանական հետազոտությունների կամ վիրահատության ընթացքում: Իսկ իլեո-սիզմոդի խուղակները կարող են ուղեկցվել լուծով, քաշի կորստով և որովայնային ցավերով:

Ստամոքս-խթաղիքային խուղակներին բնորոշ են որովայնային ցավերը, քաշի կորուստը և կղանքային զարշահոտ գոտոցները:

Էնտերովեզիկալ և կոլովեզիկալ խուղակներն ախտորոշելը շատ ավելի հեշտ է այն հիվանդների դեպքում, ովքեր ունեն պնևմատորիա, ֆեկալուրիա և միզուղիների կրկնվող բորբոքումներ:

Ռեկտովագինալ և անովագինալ խուղակները կարող են լինել ասիմպտոմատիկ և արտահայտվում են միայն այն դեպքում, երբ աղիքների պարունակությունը ջրիկանում է: Հնարավոր

ախտանիշներն են՝ գազերի և կղանքի արտաբերումը սեռական ուղիներից, ցավը շեքի շրջանում:

Աորտա-աղիքային խուղակները կարող են արտահայտվել աղիքային արյունահոսությամբ:

Ախտորոշումը

Լաբորատոր քննություններ: Անհրաժեշտ է որոշել արյան պլումինի, միզանյութի, կրեատինինի քանակները, էլեկտրոլիտների խտությունը: Հաճախ հայտնաբերվում է հիպոպրոտեինեմիա և հիպոալբումինեմիա, էլեկտրոլիտային և թթվահիմնային դիսբալանս: Ներորովայնային չդրենավորված թարախակույտերի, աղիքների շարունակվող բորբոքային պրոցեսների դեպքում հայտնաբերվում է լեյկոցիտոզ: Քրոնիկական հիվանդությունները, չարորակ նորագոյացությունները հաճախ ուղեկցվում են անեմիայով, վերջինս կարող է զարգանալ նաև թերսնուցման հետևանքով:

Որովայնի և կոնքի խոռոչի համակարգչային շերտագրությունը (ՀՇ) հնարավորություն է տալիս ախտորոշելու Կրոնի հիվանդությունը և ներքին խուղակները: Չնայած խուղակները ոչ միշտ է հաջողվում հայտնաբերել, սակայն ՀՇ-ն հաճախ հայտնաբերում է հարխուղակային բորբոքում, որը կարող է դիտարկվել որպես խուղակի առաջացման հնարավոր պատճառ: Թարախակույտերի հայտնաբերումը կամ սեպտիկ վիճակի հնարավոր պատճառների բացառումն այս մեթոդով կարևոր քայլ է նման հիվանդների դեպքում խուղակների ախտորոշման գործընթացում:

Ուլտրաձայնային հետազոտությունը կարող է կիրառվել խուղակային ուղու շուրջ թարախակույտերը և հեղուկի կուտակումները հայտնաբերելու նպատակով:

Ֆիստուլոգրաֆիան. կոնտրաստային ռենտգեն քննություն է, որն իրականացվում է խուղակային բացվածքի միջով, հնարավորություն է տալիս ուրվագծելու խուղակն իր ողջ երկայնքով, ինչպես նաև հայտնաբերելու խուղակի կապը ստորադիր աղեգալարների հետ:

Հոզնաներ բարիումի կախույթով (իրիգոսկոպիա, իրիգոգրաֆիա) և բարակ աղիքների դինամիկ կոնտրաստային քննություն: Կոնտրաստային քննություններն առավել տեղեկատվական են խուղակներն ախտորոշելու համար. դրանք հնարավորություն են տալիս ախտորոշելու ստամոքսի, բարակ և հաստ աղիքների խուղակները, հաճախ միաժամանակ հայտնաբերում են խուղակի պատճառ դարձող հիվանդությունները, ինչպես օրինակ՝ դիվերտիկուլյոզը, Կրոնի հիվանդությունը (լարանի ախտանիշ), չարորակ նորագոյացությունները:

Ցիստոգրաֆիա և ՀՇ ցիստոգրաֆիա: Այս մեթոդները կիրառվում են հնարավոր էնտերովեզիկալ խուղակները հայտնաբերելու նպատակով:

Էնդոսկոպիա և կոլոնոսկոպիա: Հետազոտության էնդոսկոպիկ մեթոդները հնարավորություն են ստեղծում հայտնաբերելու խուղակի պատճառ դարձող հիվանդությունները, սակայն միշտ չէ, որ անհրաժեշտություն կա կիրառելու դրանք: Հետազոտության ընթացքում կարելի է բիրոպսիա կատարել՝ հաստ աղիքի բորբոքային հիվանդությունները, Կրոնի հիվանդությունը, չարորակ նորագոյացությունները ախտորոշելու համար:

Ցիստոսկոպիան կիրառվում է էնտերովեզիկալ խուղակները հայտնաբերելու նպատակով, հնարավորություն է տալիս տեսնելու խուղակային բացվածքը միզապարկի լուսանցքից:

Ներկանյութերի կիրառում: Մեթիլեն կապույտի ներմուծումը ուղիղ աղիքի մեջ և դրա հայտնաբերումը հեշտոցում նախապես տեղադրված թանգիվե տամպոնի (խծուծի) մեջ ներմուծումից մոտ 15 րոպե հետո վկայում է ռեկտովագինալ (ուղիղ աղիք-հեշտոցային) խուղակի առկայության մասին:

Բուժումը: Մի շարք գործոններ պետք է հաշվի առնել աղիքային խուղակներով հիվանդների բուժման ընթացքում՝ աղեկվատ սնուցում, խուղակի աղեկվատ դրենավորում, ինֆեկցիայի բուժում և սեպսիսի կանխարգելում: Խուղակների ինքնաբերաբար փակվելու բազմաթիվ դեպքեր են արձանագրված: Յաթրոգեն խուղակների մոտ 60% -ը ինքնուրույն փակվում է, եթե աղիքների դիստալ պասսաժը խանգարված չէ, բացակայում են օտար մարմինները, խուղակային ուղին երկար է, արտազատուկի ծավալը փոքր է և չկա ակտիվ թարախային պրոցես:

Կոնսերվատիվ բուժումը սովորաբար կիրառվում է մինչև 3 ամիս ժամկետում: Այն ընդգրկում է հիվանդի վիճակի վերականգնմանն ու կայունացմանն ուղղված հետևյալ միջոցառումների կոմպլեքսը (համալիրը).

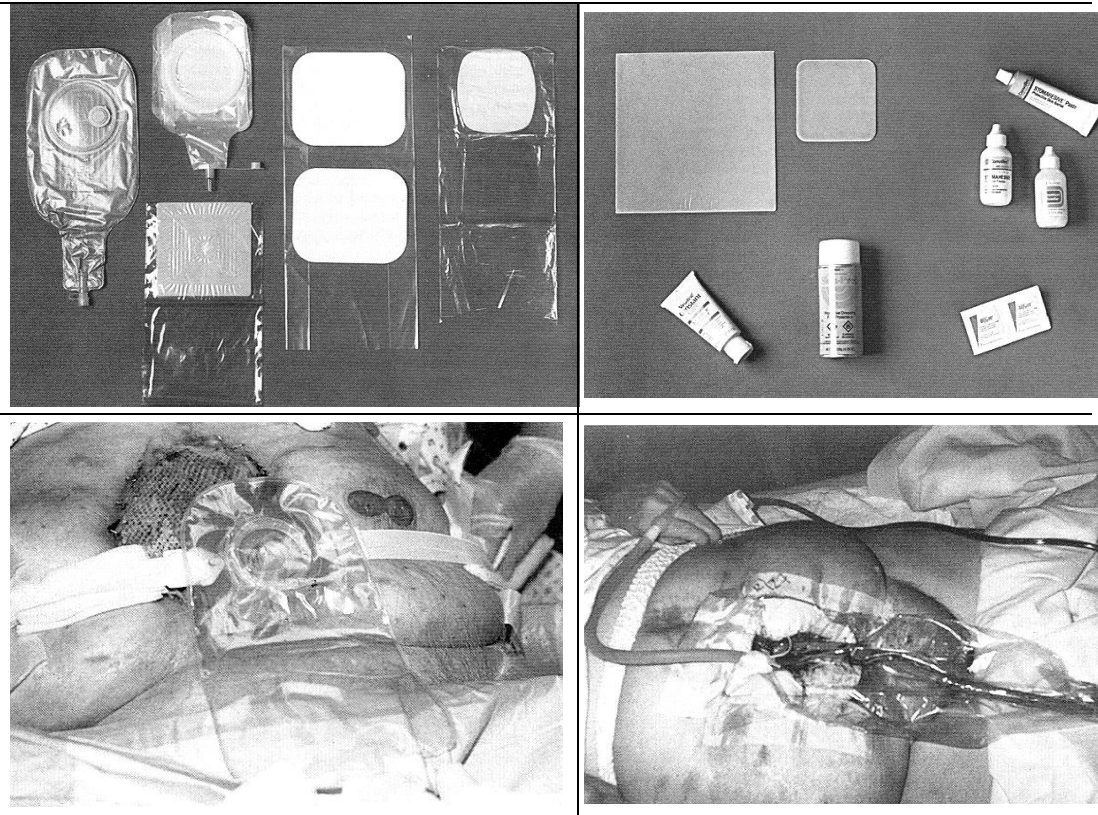
- *Սնուցում*- լրիվ պարէնտերալ սնուցումը երկար ժամանակ բուժման կարևորագույն օղակ էր (հատկապես մեծածավալ արտադրությամբ խուղակների դեպքում), խուղակով արտադրության քանակը պակասեցնելու և նորմալ սնուցման վիճակ ապահովելու նպատակով:

- *Ապահովել վերքի նորմալ խնամք և մաշկի պաշտպանություն՝*

- խուղակային բացվածքի մեկուսացում կղանքաընդունիչներով,

- վերքի վիրաբուժական մշակում, իրիգացիա և վակուումային ասպիրացիա,

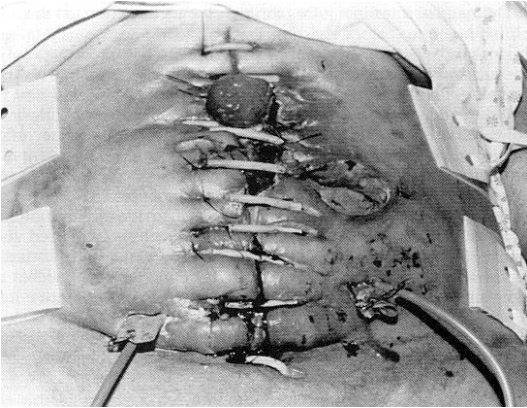
➤ մաշկի պաշտպանիչ պատնեշների՝ /շերտերի կամ անջրպետի/, քսուքների (ցինկի քսուք), մածուկների (արծաթի պատրաստուկներ), աերոզոլների, գելերի, մաշկի «ցեմենտների», հիգրոսկոպիկ փոշիների (տալկ) կիրառում (նկ.1.20):



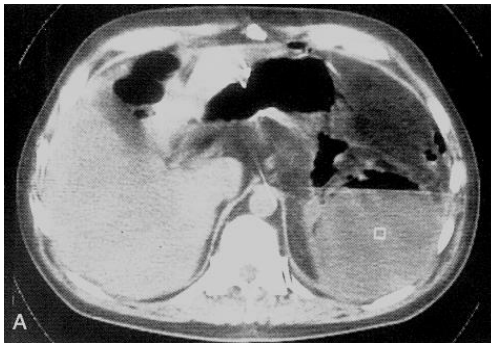
Նկար. 1.20.

• *Բնֆեկցիայի և սեպսիսի կանխարգելում:* ՀՇ և ուլտրաձայնային քննությունը հնարավորություն են տալիս հայտնաբերելու խուղակային ուղու շուրջ թարախակույտեր և հեղուկի կուտակումներ, ինչպես նաև վերջիններիս միջմաշկային դրենավորում՝ ՀՇ-ի հսկողությամբ (նկ.1.21): Ժամանակին

կատարված համապատասխան դրենավորումը և համապատասխան հակաբակտերիալ բուժումը հնարավորություն են տալիս նվազեցնելու հիվանդացությունը և մահացությունը աղիքային խուղակների դեպքում և ստեղծում են առավել բարենպաստ պայմաններ պահպանողական բուժման համար (նկ.1.22):



Նկար. 1.21. Վերքի թարախակույտերի դրենավորում, խուղակային արտադրության համապատասխան արտահոսքի ապահովում:



Նկար. 1.22. Նեոբրոլայնային թարախակույտի միջմաշկային

դրենավորում ՀՇ-ի հսկողությամբ:

• *Ջրաաղային և մետաքոլիկ խանգարումների շտկումը՝*

➤ գլյուկոզայի, նատրիումի բիկարբոնատի և այլ էլեկտրոլիտների ինֆուզիա զարկերակային, կենտրոնական երակային ճնշումների, դիուրեզի, ջրաաղային և թթվահիմնային բալանսի մշտական հսկողությամբ,

➤ երիթրոցիտար զանգվածի, պլազմայի, ալբումինի փոխներարկումներ՝ հեմոգլոբինի, լեյկոցիտների, սպիտակուցների և ալբումինի մակարդակների մշտական հսկողությամբ,

➤ պարենտերալ սնուցում, այդ թվում նաև լրիվ պարենտերալ սնուցումը՝ ամինաթթուների, ածխաջրատների լուծույթներ, ճարպային էմուլսիաներ:

• *Խուղակային արտադրության պակասեցմանն ուղղված միջոցներ՝*

➤ պերորալ սնուցման պակասեցում կամ լրիվ բացառում և նազոգաստրալ ասպիրացիա (հատկապես սկզբնական շրջանում), համապատասխան օրալ (բարձր կալորիականությամբ) կամ էնտերալ սնուցում, եթե հնարավոր է խուղակային բացվածքից դիստալ տեղադրված խողովակի միջոցով (բարձր խուղակների դեպքում),

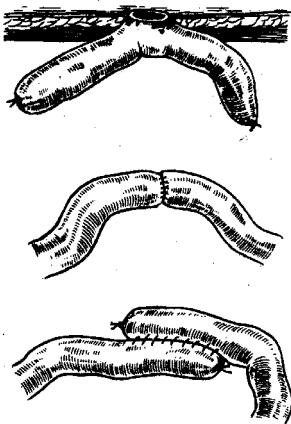
➤ աղեստամոքսային ուղու հյուսարտադրությունն ընկճող միջոցներ (H_2 բլոկատորներ, հակախոլիներգիկ պատրաստուկներ, սոմատոստատին և այլն),

➤ խուղակի խցանում օբտուրատորներով և պելոտներով:

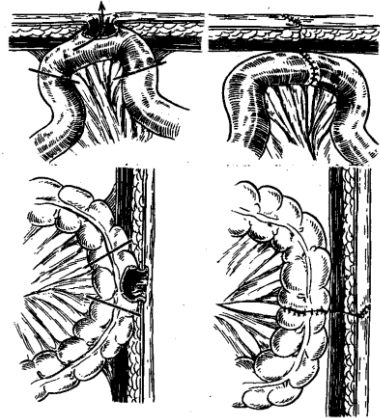
Վիրահատական բուժումը: Բացի նրանից, որ պահպանողական բուժումը կարող է բերել խուղակի ինքնաբերական փակմանը, այն նպաստում է նաև հիվանդի սնուցման վիճակի բարելավմանը, նախկին հետվիրահատական

վերքի լավացմանը (եթե խուղակը հետվիրահատական է): Ուստի արմատական վիրահատական միջամտությունը հաճախ հնարավոր է լինում հետաձգել ընդհուպ մինչև մի քանի ամիս, իսկ այդ ժամկետն օգտագործվում է օրգանիզմի կորուստները լիարժեք վերականգնելու և որովայնի խոռոչում նվազ վտանգավոր վիճակի հասնելու նպատակով: Սակայն եթե տարածուն պերիտոնիտի և սեպտիկ վիճակի կլինիկական պատկեր է զարգանում, ապա նման դեպքում շտապ վիրահատական միջամտություն է իրականացվում հիվանդի վիճակը կայունացնելու և կյանքը փրկելու նպատակով:

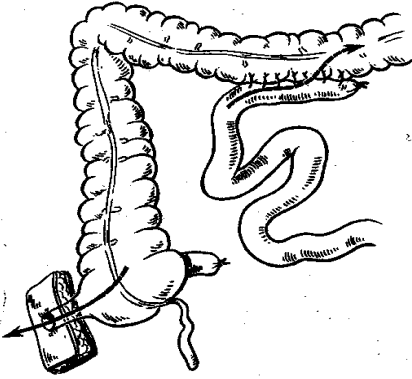
Վիրահատական բուժման ցուցումներն են լրիվ խուղակները, շրթնաձև խուղակները, բարձր և մեծածավալ արտադրությամբ խուղակները, ներքին խուղակները, պահպանողական բուժման անարդյունավետությունը խողովակավոր խուղակների դեպքում, վիրահատական բուժում պահանջող սեպտիկ բարդությունները:



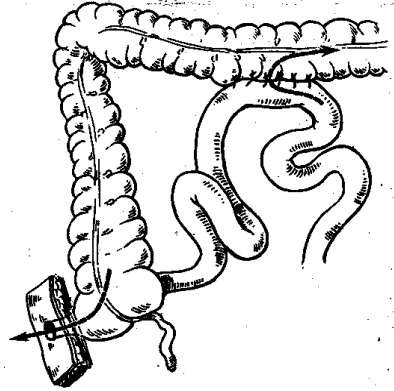
Նկար. 1.23. Ախտահարված աղեգալարի մասնահատում բերանակցման ձևավորմամբ:



Նկար. 1.24. Աղիքի դեֆեկտի արտադրությանամգային բացազատում և կարում:



Նկար. 1.25. Լրիվ տարանջատում:



Նկար. 1. 26. Մասնակի տարանջատում:

Առավել հաճախ կիրառվող մեթոդներն են խուղակի բացազատումը և ախտահարված աղիքի մասնահատումը հետագա բերանակցման ձևավորմամբ (նկ.1.23) կամ աղիքի դեֆեկտի արտատրովայնամզային բացազատումը և կարումը (նկ.1.24): Արդյունավետ է նաև խուղակի լրիվ կամ մասնակի տարանջատումը, որը թույլ է տալիս բացառելու խուղակը կրող աղեգալարը մարսողական ուղուց՝ այսպիսով նպաստավոր պայմաններ ստեղծելով խուղակի ինքնուրույն լավանալու համար (նկ.1.25, 1.26):

ԹԵՄԱ 4. ՀԱՍՏ ԱՂԻՔԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ:
ՀԻՐՇՊՐՈՒՆԳԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ: ՈՉ
ՍՊԵՑԻՖԻԿ ԽՈՑԱՅԻՆ ԿՈԼԻՏ:
ԴԻՎԵՐՏԻԿՈՒԼՅՈՉ

ՀԱՍՏ ԱՂԻՔԻ ԴԻՎԵՐՏԻԿՈՒԼՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ

Սահմանումը: Հաստ աղիքի դիվերտիկուլային հիվանդությունը (դիվերտիկուլոզ) կազմաֆունկցիոնալ ախտաբանական գործընթաց է, որի բնորոշ տարբերակիչ հատկանիշը հաստ աղիքի պատի պարկանման արտափքումն է:

Էթիոլոգիան և պայթուցիկները: XIX դարի առաջին կեսին մասնագիտական գրականության մեջ ախտաանատոմիական նյութի հիման վրա նկարագրվեցին հաստ աղիքի դիվերտիկուլները՝ դրանք դիտելով որպես փորկապությունների հետևանք:

Դիվերտիկուլները տարբեր ախտաբանական վիճակների դրսևորումներ են, որոնց մեջ առաջատար նշանակություն ունեն հաստ աղիքի մկանային պատի դիստրոֆիկ /տարածական/ փոփոխությունները, աղիքի շարժունակության ապակոորդինացումը, շարակցական հյուսվածքի բնածին կամ ձեռքբերովի թուլությունը, աղիքի պատի անոթային փոփոխությունները:

Հաստ աղիքում դիվերտիկուլների զարգացման անատոմիական նախատրամադրվածություններն են՝

1. մկանային շերտի առանձնահատկությունը՝ հավաքված երեք ժապավենների տեսքով, որը նպաստում է ներքին և արտաքին ազդակների հանդեպ աղիքի թուլացմանը,

2. անոթային արխիտեկտոնիկայի բնույթը զարկերակների և երակների կողմից աղիքի պատի թափածակման տեղերում, առաջացնում է նվազագույն դիմադրության հատվածներ,

3. արտափքվածքների առկայությունը, որում կարող է առաջանալ ներաղիքային բարձր ճնշում:

Դիվերտիկուլային հիվանդության զարգացման վերաբերյալ ժամանակակից պատկերացումները ներառում են նաև անոթային գործոնը: Մկանային շերտի ջղակծկման դեպքում տեղի է ունենում ներպատային անոթների ճնշում և միկրոշրջանառության խանգարում՝ իշեմիա /արյունարգելություն/ ու երակային արտահոսքի դանդաղում:

Սրանք առաջացնում են դիստրոֆիկ /տարաճական/ փոփոխություններ և հարանոթային տարածությունների լայնացում, որոնք հետագայում դառնում են դիվերտիկուլների ելանք: Այսպիսով, դիվերտիկուլը աղիքի պատի հիվանդության, շրջանաձև մկանային շերտի թելազատման, «թույլ հատվածներում» դրա ատրոֆիայի /ապաճման/ և լայնացման վերջնական արտահայտությունն է:

Դիվերտիկուլային հիվանդության ախտածնության հիմնական պատճառը զարգացած արդյունաբերական երկրներում բնակվող մարդկանց սննդի բնույթի և կենսաձևի փոփոխությունն է:

Ախտաբանական անատոմիան: Դիվերտիկուլային հիվանդության կազմաբանության մեջ տարբերակում են բուն դիվերտիկուլներ և դրանց առաջացմանը նախորդած աղիքի պատի կառուցվածքային փոփոխություններ հյուսվածքային և բջջային մակարդակներում: Դիվերտիկուլները լորձային և ենթալորձային շերտերի՝ աղիքի պատի սահմաններից դուրս պարկանման արտափքումներն են, որոնք պատված են ընդերային

շճաթաղանթով: Դիվերտիկուլային հիվանդության հիմքը կեղծ դիվերտիկուլներն են, որոնց պատի մեջ չի մտնում աղիքի մկանային թաղանթը: Իրական դիվերտիկուլներում առկա են աղիքի պատի բոլոր շերտերը՝ լորձային, ենթալորձային, մկանային և շճային:

Աղիքի պատի նախորդած փոփոխություններից են շրջանաձև մկանների թելազատումն առանձին խրճերի, երկարաձիգ մկանային շերտի արտահայտված առաձգականությունը, ինչպես նաև աղիքի պատի մկանա- և նեյրոպաթիաների տարբեր ձևերը, ընդ որում, մկանապաթիաներին զուգահեռ սովորաբար զարգանում է հարթ մկանների ատրոֆիա /ապաճում/, իսկ նեյրոպաթիաներին զուգահեռ՝ մկանային շերտի գերաճ՝ հարանոթային տարածությունների լայնացմամբ:

Դասակարգումը: Ընդունված է դիվերտիկուլային հիվանդության կլինիկական դասակարգումը, որը հնարավորություն է տալիս գնահատելու հիվանդի վիճակը, ախտորոշելու հիվանդությունը, իսկ գլխավորը՝ ընտրելու բուժման անհատական, ճիշտ մեթոդ՝

- 1) անախտանիշ դիվերտիկուլյոզ,
- 2) կլինիկորեն արտահայտված դիվերտիկուլյոզ,
- 3) բարդացած դիվերտիկուլյոզ՝ դիվերտիկուլիտ, հարադիքային ներսփռանք, դիվերտիկուլի թափածակում, աղիքային խուղակ, աղիքային արյունահոսություն:

Առաջին խմբի հիվանդները չունեն աղիքային ախտանիշեր, նրանց դեպքում դիվերտիկուլներ հայտնաբերվում են այլ հիվանդություններ հետազոտելիս:

Կլինիկան: Կլինիկորեն արտահայտված, չբարդացած դիվերտիկուլյոզը դրսևորվում է տարբեր բնույթի և ուժգնության ցավային համախտանիշով և կղման խանգարումներով:

Ցավերը ջղակծկումային բնույթի են, հիմնականում տեղակայվում են ձախ գստափոսում և ձախ միջորովայնային շրջանում՝ սիզմայաձև խթաղիքի պրոյեկցիայում /ստվերագծում/: Ցավը ուժեղանում է հաստ աղիքի՝ կղանքով լցվելուն զուգահեռ: Կղումից հետո ցավային համախտանիշը սովորաբար թուլանում է: Հիվանդների մի մասը ջղակծկումների միջև ընկած ժամանակահատվածում նույն շրջաններում նշում է բուր, ոչ ուժեղ ցավ: Որովայնը շոշափելիս ցավոտ օջախի տեղակայումը կարող է չհայտնաբերվել, որը վկայում է ցավի օրգանական պատճառի բացակայության մասին: Այս դեպքում ցավը պայմանավորված է աղիքի շարժունակության ապակոորդինացմամբ: Ցավային համախտանիշի տևողությունը մի քանի օր կամ շաբաթ է, որը կարող է շարունակվել նաև մշտական ցավերով:

Կղման խանգարումը սովորաբար արտահայտվում է փորկապություններով, հիվանդները գանգատվում են աղիքի ոչ լրիվ դատարկման զգացումից և որովայնի փքվածությունից: Հիվանդների մի մասի դեպքում դիտվում է փորկապության և ջրիկ կղանքի հաջորդականություն:

Բարդությունները: Դիվերտիկուլային հիվանդության բարդությունների զարգացման դեպքում կլինիկական ախտանիշերը նկատելիորեն փոխվում են:

Դիվերտիկուլիտը դիվերտիկուլային հիվանդության ամենից հաճախ հանդիպող բարդությունն է: Դիվերտիկուլի բորբոքումը զարգանում է աղիքի պատի դիստրոֆիայի /տարաճում/, էպիթելի պատնեշային ֆունկցիաների կորստի, ախտածին աղիքային միկրոֆլորայի ազդեցության հետևանքով:

Դիվերտիկուլը և հարակից պատի հատվածը մեծանում են ի հաշիվ գերարյունության և այտուցի, աղիքի շճաթաղանթը պատվում է ֆիբրինով, ընդ որում, բորբոքային երևույթները կարող

են այնքան արտահայտված լինել, որ հաստ աղիքի ախտահարված հատվածի լուսանցքը նեղանա /էնդոսկոպիկ պատկեր/: Խանգարվում է աղիքի պարունակության շարժման ընթացքը:

Դիվերտիկուլիտը ուղեկցվում է որովայնում մշտական ցավերի առաջացմամբ և մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացմամբ՝ մինչև ենթատենդային թվեր: Բորբոքային օջախում կամ գործընթացում սիզմայաձև խթաղիքի միջընդերքի, մեծ ճարպոնի, հարակից օրգանների ներգրավման հետևանքով ձևավորվում է հարաղիքային ներսփռանք, որը շոշափվում է որովայնի ձախ կեսի բորբոքային ուռուցքի ձևով: Բորբոքային ուռուցքը տեղակայվում է ձախ զստափոսում, ցայլքից վեր, ձախ կողմնային խողովակի պրոյեկցիայում /ստվերագծում/ և նմանվում է չարորակ գործընթացի:

Թարախակույտի ձևավորումը փոխում է ցավերի ուժգնությունը և բնույթը, նկատվում է տենդի ուժեղացում, որը երեկոյան ժամերին երբեմն հյուծիչ բնույթ է ունենում: Ներսփռանքի հետևանքով նեղանում է աղիքի լուսանցքը, որն առաջացնում է փորկապություն, որովայնի փքվածություն, սրտխառնոց, փսխում: Դիվերտիկուլի թափածակումը դեպի ազատ որովայնի խոռոչ առաջացնում է պերիտոնիտ /որովայնամզաբորբ/, իսկ դեպի սիզմայաձև խթաղիքի միջընդերք՝ հետորովայնամզային բորբոքում:

Եթե որովայնի պատի մաշկի վրա կամ մոտակա սնամեջ օրգանում թարախակույտ չկա, ապա ձևավորվում են ներքին և արտաքին խուղակներ, որոնք հաստ աղիքի լուսանցքը միացնում են մաշկին, միզապարկին, երբեմն նաև բարակ աղիքին կամ հեշտոցին: Խուղակներն ինքնուրույն փակվելու միտում չունեն, և անհրաժեշտ է վիրահատական բուժում: Կղանքի հետ արյան արտադրության նշաններ դիտվում են դիվերտիկուլյոզով

հիվանդների 1/3 -ի շրջանում:

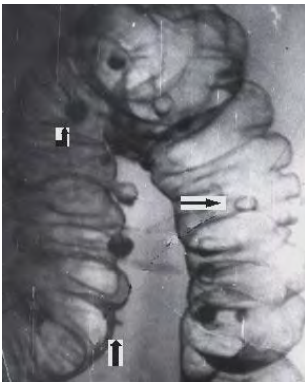
Դիվերտիկուլյոզի դեպքում դիտվող աղիքային արտադրությունը երբեմն պրոֆուզ բնույթ է ունենում: Լորձաթաղանթի արտահայտված ատրոֆիայի /ապաճման/ դեպքում կոպիտ կղանքային զանգվածներով դրա վնասումը ախտահարում է անոթները և նպաստում արյան կորստի ուժեղացմանը ինչպես կղման ժամանակ, այնպես էլ դրանց միջև ընկած ժամանակահատվածներում:

Ախտորոշումը: Հիվանդի մանրակրկիտ հարցուփորձը կարևոր տեղեկություններ է հաղորդում՝ ճիշտ ախտորոշում կայացնելու համար: Որովայնում անհանգստության, ջղակծկումային ցավերի և պարբերական փորկապության զանգատները, անամնեզում ջերմաստիճանի բարձրացումները, որոնք պայմանավորված են ձախ գստափոսում ուժեղ ցավային համախտանիշով, վկայում են դիվերտիկուլային հիվանդության հնարավորության մասին:

Որովայնի շոշափամաբ հայտնաբերվում են ցավոտ գոտիները: Դրանք սովորաբար գստափոսային և ձախ միջորովայնային շրջաններն են: Որովայնամզի զրգոման ախտանիշերը վկայում են ավելի վտանգավոր բարդությունների՝ դիվերտիկուլի թափածակման, հարաղիքային թարախակույտի՝ դեպի որովայնի խոռոչ պատովելու մասին: Աղիքային անցանելիության խանգարման երևույթների աճի դեպքում նկատվում են որովայնի փքվածություն, անհամաչափություն, բախելիս որոշվում են լայնացած հաստ աղիքը և բարակ աղիքի գալարները, գալարակծկանքներն ուժեղացած են: Մնամեջ օրգանի ամբողջականության խախտման կարևոր կլինիկական ախտանիշը բախման ժամանակ լյարդային բթության անհետացումն է: Հաստ աղիքի դիվերտիկուլյոզը հայտնաբերելու արդյունավետ տեղեկատվական միջոցը հաստ աղիքի

հետազոտումն է իրիգոսկոպիայով: Չբարդացած դիվերտիկուլյոզի դեպքում աղիքի պատն ունի անհարթ ուրվագծեր և պարկանման արտափքումներ, որոնք ունեն նեղացած ելանցքեր: Այս արտափքումների չափերը տատանվում են 0,2-0,3-ից մինչև 1-2 սմ-ի սահմաններում, ավելի հաճախ հանդիպում են սիզմայաձև և վայրէջ խթաղիքում (նկ.1.27): Ռենտգեն հետազոտությամբ հայտնաբերվում են սիզմայաձև խթաղիքի լուսանցքի նեղացում՝ ներսփռանքի դեպքում, ինչպես նաև խուղակային ուղիների կոնտրաստավորում (ֆիստուլոգրաֆիա):

Դիվերտիկուլյոզը հայտնաբերելու տեղեկատվական մեթոդ է նաև կոլոնոսկոպիան, որը որոշում է ոչ միայն դիվերտիկուլների առկայությունը, այլև ճշտում է աղիքի լուսանցքում բորբոքային փոփոխությունների տարածվածությունը, դիվերտիկուլների տեղակայումը, դրանց լորձաթաղանթի վիճակը (նկ.1.28):



Նկար. 1.27. Սիզմայաձև խթաղիքի դիվերտիկուլյոզի ռենտգեն պատկեր:



Նկար. 1.28. Դիվերտիկուլյոզի ներզննումային պատկեր:

Տարբերակիչ ախտորոշումը: Հաճախ այնքան էլ հեշտ չէ ախտորոշել դիվերտիկուլային հիվանդությունը, հատկապես եթե հիվանդության առաջին ախտանիշը պայմանավորված է

բորբոքային բարդություններով:

Դիվերտիկուլիտը և քաղցկեղը տարբերակում են ըստ հետևյալ չափանիշերի. չարորակ գործընթացի դեպքում անամնեզն ավելի երկարատև է, հիվանդությունն աստիճանաբար է զարգանում, հաճախ առկա են քաղցկեղի ընդհանուր ախտանիշեր, սակավարյունություն: Իրիգոսկոպիան դիվերտիկուլների գոտում հայտնաբերում է բավական հստակ սահմաններով տարածուն նեղացում: Քաղցկեղին ավելի բնորոշ է աղիքի լայնացումը նեղացումից վեր, որը պայմանավորված է աղիքային անցանելիության երկարատև խանգարմամբ: Դիվերտիկուլիտ կասկածելու դեպքում էնդոսկոպիկ /ներզննման/ հետազոտությունն անհրաժեշտ է կատարել զգուշությամբ, քանի որ կա թափածակման վտանգ: Ջննումը հնարավորություն է տալիս որոշելու նեղացումից ավելի հեռադիր տեղակայված լորձաթաղանթի բորբոքային փոփոխությունները, որն ավելի բնորոշ է դիվերտիկուլյոզին: Որոշիչ է աղիքի բիոպտատում ուռուցքային հյուսվածքի հայտնաբերումը: Որոշ դեպքերում կիրառվում է գերձայնային հետազոտություն կոլոնոսկոպիայի ժամանակ: Սակայն վերջնական ախտորոշումը դրվում է վիրահատության ընթացքում հեռացված հաստ աղիքի ախտահարված հատվածի հյուսվածաբանական քննությունից հետո:

Կրոնի հիվանդությունը ևս կարող է ընթանալ դիվերտիկուլիտին բնորոշ կլինիկական պատկերով: Ճիշտ ախտորոշելուն օգնում է անամնեզը՝ Կրոնի հիվանդությանը բնորոշ լուծով, կղանքում լորձի ու արյան խառնուրդով, ինչպես նաև ուղիղաղիքային զննումը և ռեկտոռոմանոսկոպիան:

Ուղիղ աղիքը հետազոտելիս նկատվում են բորբոքային փոփոխություններ, երկարաձիգ խոց-ճաքեր, ինչպես նաև

հարհետանցքային ախտահարման հետքեր, որոնք հաճախ են հանդիպում Կրոնի հիվանդության հեռադիր ձևերի դեպքում:

Դիվերտիկուլյոզը իշեմիկ կոլիտից տարբերակելուն օգնում է ցավային համախտանիշի բնույթը՝ ցավային երկարատև անամնեզը և դրանց համեմատաբար թուլությունը, կղման հաճախականությունը, գործընթացի տեղակայումը հաստ աղիքի ձախ կեսում:

Հաստ աղիքի դիվերտիկուլների առկայության դեպքում տեղային ներսփռանքային գործընթացի դեպքում պետք է անպայման անցկացնել հյուսվածաբանական հետազոտություն: Եթե հնարավոր չէ կատարել այդպիսի հետազոտություն, ապա ցուցված է վիրահատական բուժում, քանի որ տարբերակիչ չափանիշերից ոչ մեկը չարորակ գործընթացը բացարձակ չի բացառում: Միևնույն ժամանակ պետք է հիշել, որ դիվերտիկուլային հիվանդության առկայությամբ հաստ աղիքի քաղցկեղն անգամ ավելի հաճախ է հանդիպում:

Բուժումը: Ըստ ախտապատճառի, ախտածնության յուրահատկությունների և հիվանդության փուլի՝ ընտրում են դիվերտիկուլային հիվանդության բուժման համապատասխան եղանակներ:

Հետազոտության ժամանակ հանկարծակի հայտնաբերվող անախտանիշ դիվերտիկուլյոզի դեպքում հատուկ բուժում անհրաժեշտ չէ: Նման դեպքերում կանխարգելումը կղման կանոնավորումն է՝ հիմնականում սննդակարգի միջոցով խուսափել փորկապություններից: Եթե փորկապությունների հակում է նկատվում, ապա նշանակում են լուծողական դեղամիջոցներ, ցանկալի է յուղային:

Կլինիկորեն արտահայտված դիվերտիկուլյոզի բուժման եղանակն ընտրելիս անհրաժեշտ է որոշել դրա առաջացման

պատճառը տվյալ հիվանդի դեպքում:

Մեծահասակ հիվանդների մոտ ատոնիայով և աղիքի պատի դիստրոֆիայով /տարածմամբ/ պայմանավորված փորկապությունների դեպքում անհրաժեշտ է կիրառել յուղային լուծողականներ, սննդային թեփ, բջջանյութերով հարուստ և հեղուկներով առատ (օրական 1500 մլ հեղուկ) սննդակարգ:

Եթե միջին տարիքի հիվանդների մոտ գերակշռում են հաստ աղիքի շարժունակության ապակոորդինացման ախտանիշերը, ապա նշանակվում է այդ վիճակի համակարգային բուժմանն ուղղված միջոցառումների համալիր: Օգտագործվում են աղիքի գալարակծկանքը կարգավորող և աղիքի պատի ջղակծկումներն արգելակող դեղամիջոցներ (նո-շպա, դյուսպատալին, պլատիֆիլին, սպազմոլիզին), պրոկինետիկներ (դեբրիդատ, մոտիլիում):

Մարսողական գործընթացների խանգարումը կարգավորվում է ֆերմենտային դեղամիջոցների նշանակմամբ (ֆեստալ, մեզիմ-ֆորտե, կրեոն, պանցիտրատ): Կարևոր նշանակություն ունի հաստ աղիքի դատարկման քրոնիկական խանգարմանը զուգահեռ զարգացող դիսբիոզի բուժումը: Այն հայտնաբերվում է աղիքային միկրոֆլորայի քննությամբ և բուժվում է էուբիոտիկների նշանակմամբ (բիֆիդոլ, լակտոբակտերին, խիլակ-ֆորտե, ֆլորոդոֆիլում):

Հիվանդին պետք է նշանակել համակարգված սնունդ, սննդակարգը պետք է պարունակի բալաստային նյութի բավարար քանակություն, իսկ սնունդը պետք է ընդունել սահմանված ժամերին, որոշակի քանակով:

Բորբոքային բարդություններ: Բորբոքային բարդությունների դեպքում (դիվերտիկուլիտ, հարադիքային ներսփռանք) բուժման մարտավարությունը փոխվում է:

Թունահարման չափավոր արտահայտված երևույթների դեպքում նշանակում են յուղային լուծողականներ (վազելինի յուղ)՝ կղանքային զանգվածները փափկացնելու նպատակով, բջջանյութի սահմանափակումով սննդակարգ: Ցուցված են ազդեցության լայն սպեկտրի հակաբիոտիկներ՝ ցեֆալոսպորիններ, մետրոնիդազոլ, սպազմոլիտիկներ (նո-շպա, պապավերին, դյուսպատալին, պլատիֆիլին): Հաստ աղիքի թափածակումը բացառելու նպատակով կատարվում է որովայնի խոռոչի ռենտգեն հետազոտություն հիվանդի կանգնած դիրքում, ներսփռանքի ընթացիկ գերձայնային հսկում: Վիրահատությունը գերադասելի է բորբոքային երևույթների մարման ժամանակ:

Եթե բուժման ընթացքում հիվանդի վիճակը վատանում է, աճում են թունավորման ախտանիշերը, հայտնվում են թարախակույտի զարգացման գերձայնային նշաններ կամ պերիտոնիտի /որովայնամզաբորբի/ կլինիկական արտահայտություններ, ապա կիրառվում է ավելի ակտիվ վիրաբուժական տակտիկա՝ թարախակույտի բացում՝ մոտակա կոլոստոմայի ձևավորմամբ, ախտահարված հատվածի մասնահատում՝ ժամանակավոր արհեստական սրբանի ձևավորմամբ:

Հիվանդների 80%-ի մոտ արյունահոսությունը հնարավոր է լինում դադարեցնել պահպանողական միջոցառումների շնորհիվ (հեմոստատիկներ, անկոդնային ռեժիմ, իրիգոսկոպիա, որը մի շարք դեպքերում բուժիչ ազդեցություն է ունենում): Այս միջոցառումների անարդյունավետության դեպքում կատարվում է վիրահատություն՝ հաստ աղիքի հատվածի հեռացում արյունահոսող անոթի հետ մեկտեղ՝ սովորաբար ձախակողմյան հեմիկոլեկտոմիա:

Վիրահատության ցուցումները լինում են բացարձակ և

հարաբերական: Բացարձակ ցուցումներն են թափաձակումը, զանգվածային արյունահոսությունը, դիվերտիկուլիտի պահպանողական բուժման անարդյունավետությունը, աղիքային անանցանելիությունը, քաղցկեղը բացառելու անհնարինությունը:

Վիրահատության հարաբերական ցուցումներն են պարբերաբար առաջացող աղիքային արյունահոսությունը, քրոնիկական կրկնվող դիվերտիկուլիտը, հաստ աղիքի խուղակները, ներսփռանքը:

Հաճախ կատարվում է հաստ աղիքի դիվերտիկուլներով առավել ախտահարված հատվածի կամ բարդությունների (թափաձակում, ներսփռանք, խուղակ և այլն) գոտու մասնահատում: Կիրառվում են հաստ աղիքի մասնահատման կամ շճամկանահատման տարբեր ձևեր:

Վիրահատության կոնկրետ եղանակն ընտրում են ըստ հետևյալ գործոնների՝ դիվերտիկուլների տարածվածության, բորբոքային փոփոխությունների առկայության (այս դեպքում վիրահատական բուժումն իրականացվում է մի քանի փուլով), հիվանդի տարիքի և ընդհանուր վիճակի:

Բորբոքային բարդությունները, ինչպես նաև աղիքի պատի սնուցախանգարումների հետևանքով առաջացած բերանակցումների անբավարարության բարձր ռիսկը ձևավորում են հիվանդների մեծ խումբ, որի դեպքում բժիշկը ստիպված հրաժարվում է առաջնային բերանակցումներից և վիրահատական բուժումը բաժանում մի քանի փուլերի: Բուժման այս եղանակը նշանակվում է աղիքային անցանելիության խանգարման, դիվերտիկուլիտի, հարօջախային բորբոքման, աղիքային խուղակների, ծանր հիվանդությունների դեպքում:

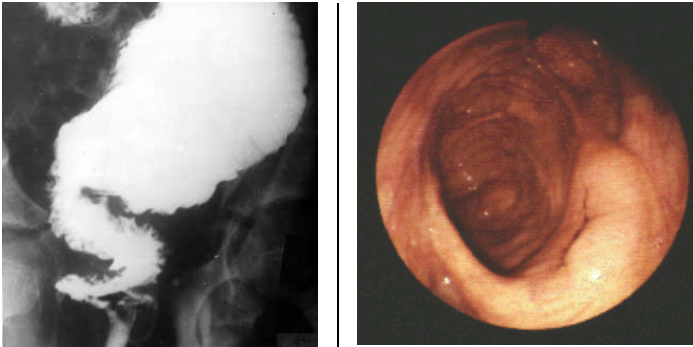
Կանխատեսումը բարենպաստ է բարդությունների զարգացման կանխարգելման, ինչպես նաև կլինիկորեն

արտահայտված դիվերտիկուլյոզի ակտիվ բուժման դեպքում:

Թարախային բարդությունների արագ զարգացումը, «սուր որովայնի» ախտանիշերի առաջացումը հիվանդության կանխատեսումն ավելի կասկածելի են դարձնում, ինչպես որովայնի խոռոչի օրգանների թարախային բնույթի անհետաձգելի վիրաբուժական այլ հիվանդությունների դեպքում:

ՀԻՐՇՊՐՈՒՆԳԻ ՀԻՎԱՆՊՈՒԹՅՈՒՆ

Մահմանուլը: Հիրշպրունգի հիվանդությունը ներպատային նյարդային համակարգի բնածին արատ է, որն արտահայտվում է ամբողջ հաստ աղիքի կամ դրա հատվածի միջմկանային ցանցի հանգույցների բացակայությամբ կամ քանակի նվազմամբ և դրանից վեր հատվածների զգալի լայնացմամբ, գերաճով (նկ.1.29):



*Նկար. 1.29. Հիրշպրունգի հիվանդության
ռենտգենոլոգիական և ներզննումային պատկեր:*

Հիվանդությունն անվանվել է դանիացի մանկաբույժի պատվին, որն առաջին անգամ 1887թ. նկարագրել է երկու հիվանդների հաստ աղիք՝ քրոնիկական լայնացմամբ և ինքնուրույն կղման բացակայությամբ:

Էթիոլոգիան: Հաստ աղիքի ներպատային նյարդային համակարգի բնածին թերզարգացման պատճառը մինչ այժմ անհայտ է: Արատի հաճախականությունը նորածինների շրջանում համեմատական կարգով 1:4000–1:5000 է: Տղաների շրջանում այդ արատը 4-5 անգամ ավելի հաճախ է հանդիպում, քան աղջիկների շրջանում: Այն ժառանգաբար չի փոխանցվում, սակայն Հիրշպրունգի հիվանդությամբ հիվանդ ծնողներից սերունդների շրջանում արատի առաջացման ռիսկի գործոնը 3-4% է:

Ախտաբանական անատոմիան: Հիրշպրունգի հիվանդության դեպքում հաստ աղիքի մակրոսկոպիկ փոփոխություններն այնքան բնորոշ են, որ միայն դրա տեսքը թույլ է տալիս ճիշտ ախտորոշել: Տիպիկ դեպքերում, ըստ արտաքին տեսքի, հաստ աղիքը կարելի է բաժանել երեք մասի: Մոտակա /պրոքսիմալ/ հատվածները /կույր աղիք, վերել խթաղիք և լայնական խթաղիքի առաջին երրորդական/ չեն ձևափոխվում: Փքվածքները պահպանված են, ժապավենները՝ լավ արտահայտված, աղիքի լարվածությունը սովորական է, գույնը և անոթային պատկերը բնականոն են:

Լայնական խթաղիքի մոտավորապես միջին հատվածից սկսվում է դրա լուսանցքի աստիճանաբար լայնացումը: Ձախ հատվածների, հատկապես սիգմայաձև խթաղիքի պատը կտրուկ հաստացած է, տրամագիծը որոշ դեպքերում հասնում է 15-20սմ-ի: Փքվածքները բացակայում են, իսկ ժապավեններն այնքան են լայնանում, որ դառնում են երկայնական մկանների լիարժեք շերտ: Լուսանցքում շոշափվում է մեծ քանակի պարունակություն:

Հիվանդների մոտ այս բոլոր փոփոխությունները տարբեր մակարդակներում՝ սիգմայաձև խթաղիքի, ռեկտոսիգմոիդ կամ ուղիղ աղիքի վերին ամպուլյար հատվածում, կտրուկ ընդհատվում են: Շատ անգամ այս փոփոխությունները որովայնի խոռոչի կողմից տեսանելի չեն, քանի որ ծածկված են կոնքային

որովայնամզով:

Նշված երրորդ մասում հաստ աղիքը, պահպանելով իր բոլոր մակրոսկոպիկ նշանները, նեղացած է ոչ միայն ի համեմատ լայնացած հատվածի, այլև նորմայի:

Որոշվում են նաև երեք տեսակի միկրոսկոպիկ փոփոխությունների պատկերներ: Առաջին հատվածում հաստ աղիքը բնականոն է, պատի բոլոր շերտերը և կազմությունները լիովին զարգացած են, հստակ որոշվում են մեյոսերյան և աուերբախյան /միջմկանային/ նյարդային ցանցերը:

Երկրորդ հատվածում հայտնաբերվում են կոպիտ փոփոխություններ, հատկապես աղիքի պատի մկանային շերտում, որտեղ մկանաթելերի գերաճից զատ դիտվում է արտահայտված ճարպային դիստրոֆիա /տարածում/: Աղիքային պատի բոլոր շերտերում նկատվում են զգալի փոփոխություններ:

Հաստ աղիքի երրորդ հեռադիր հատվածում առավել փոփոխություններ են հայտնաբերվում միջպատային նյարդային ցանցերի տեղում՝ ընդհուպ մինչև միջմկանային և ենթալորձային ցանցերի բացակայություն: Հանգույցների փոխարեն որոշվում են միայն նյարդախրձերի անկակղան փնջերը: Հաճախ նյարդային ցողունները խոշոր են, չեն առաջացնում ցանցեր: Որոշ դեպքերում հանգույցներ հայտնաբերվում են, սակայն դրանց մեջ չկան նյարդային բջիջներ:

Հիպոգանգլիոզի դեպքում միջմկանային ցանցում հանդիպում են եզակի վատ ձևավորված հանգույցներ, որոշ դեպքերում դրանք մինչև իսկ նյարդային բջիջներ չեն պարունակում:

Պարթոզներ: Հիվանդության կլինիկական պատկերի հիմքում հաստ աղիքի ագանգլիոնար /կամ հիպոգանգլիոնար/ հատվածի դատարկման /էվակուատոր/ գործունեության բացակայությունն է կամ կտրուկ անկումը:

Այդ պատճառով աստիճանաբար, իսկ երեխաների շրջանում մեծ ազանգլիոնար տարածքի դեպքում ծնվելուց անմիջապես հետո պարունակության կանգ է նկատվում վերին հատվածներում, այսինքն՝ աղիքային անանցանելիություն: Հեռադիր ողողությամբ աղիքի պարունակությունը դուրս մղելու մշտական փորձերը նպաստում են աղիքի նախ՝ մկանային կազմության գերաճին, իսկ հետո՝ դրանց սկլերոզին և շարակցական հյուսվածքով փոխարինմանը: Դրա հետևանքով աղիքի այս հատվածը ևս ունակ չէ կատարելու դատարկման գործողությունը: Իսկ գազերի, կղանքային զանգվածների մշտական կուտակումը նպաստում է դրա լայնացմանը /մեգակոլոն/, որն ավելի է խորացնում ախտաբանական գործընթացը: Ձևավորվում է հաստաղիքային քրոնիկական անանցանելիություն, որն առաջացնում է մշտական թունավորում և բազմաօրգանային անբավարարություն:

Դասակարգումը: Ազանգլիոզի տարածվածությունը հաստ աղիքում տատանվում է մի քանի սանտիմետրից /ուղիղ աղիքի վերհետանցքային մաս/ մինչև ամբողջական ախտահարում: Վերջին դեպքում ազանգլիոզը ուղեկցվում է ոչ թե մեգակոլոնով, այլ մեգաիլեոնով:

Ըստ ազանգլիոնար հատվածի տարածվածության՝ տարբերում են հետևյալ ձևերը՝

- վերհետանցքային,
- ռեկտալ,
- ռեկտոսիգմոիդալ,
- ձախակողմյան,
- ենթաամբողջական /սուբտոտալ/,
- ամբողջական /տոտալ/:

Հիրշպրունգի հիվանդությանը բնորոշ է ազանգլիոզի պարտադիր տարածումը հեռադիր ուղղությամբ մինչև ներքին

սեղման: Հաստատվածային ազանգլիոզի դեպքերը խիստ հազվադեպ են:

Երեխաների շրջանում հաճախ հայտնաբերվում են ազանգլիոզի տարածական ձևեր /ռեկտոսիզմոիդ/, մեծահասակների շրջանում՝ ավելի կարճ հատվածներ /ռեկտալ/: Միևնույն ժամանակ մեծահասակների մեզակոլոնի չափը բավականին մեծ է, քան երեխաներինը և զբաղեցնում է հաստ աղիքի 2/3-ից ավելին:

Կլինիկան: Հիվանդության ամենավաղ և հիմնական արտահայտությունը հաստ աղիքի դատարկման դժվարացումն է, ընդհուպ ինքնուրույն կղման լրիվ բացակայությունը: Կղման բացակայությունը դիտվում է նորածնության շրջանից կամ մի փոքր ուշ: Դրան անմիջապես ավելանում է որովայնի փքվածությունը՝ որոշ դեպքերում ստանալով արտահայտված բնույթ:

Մեծահասակ հիվանդների հիմնական կլինիկական ախտանիշերը ևս ինքնուրույն կղման բացակայությունն ու փքվածությունն են: Մյուս ախտանիշերի առաջացումը՝ որովայնի ցավերը, սրտխառնոցը, ախորժակի բացակայությունը պայմանավորված են քրոնիկական աղիքային անանցանելիության տևողությամբ և դրա վերացման միջոցների արդյունավետությամբ: Հաճախ սովորական պահպանողական միջոցառումները՝ մաքրող հոգնաները, անարդյունավետ են: Աստիճանաբար լայնացած հատվածներում ձևավորվում են կղանքային քարեր, որոնք առանձին դեպքերում հասնում են 20-30սմ տրամագծի:

Լայնացած, լարվածությունից զրկված աղիքը գազերի մշտական կուտակման վայր է: Այդ պատճառով էլ փքվածությունը մեծահասակների շրջանում Հիրշպրունգի հիվանդության մշտական ախտանիշերից մեկն է: Փքվածությունը և խթաղիքի

լայնացումը աստիճանաբար առաջացնում են որովայնի և կրծքավանդակի ձևափոխում: Ջգալիորեն մեծանում են որովայնի չափերը, բացվում է կողային անկյունը, ինչպես թոքի էմֆիզեմայի դեպքում: Որովայնի շոշափման ժամանակ որոշվում է կղանքային զանգվածների կուտակում, հատկապես խթաղիքի ձախ հատվածներում: Հիվանդների մի մասի մոտ կղման երկարատև բացակայությունից հետո հանկարծակի դիտվում է անզուսպ լուծ՝ շատ անգամ ուղեկցվելով զարկերակային ճնշման անկմամբ: Այդպիսի արտասովոր /պարադոքսալ/ լուծերը պայմանավորված են չղատարկվող աղիքների բորբոքային գործընթացով՝ առաջացնելով կղանքային խոցեր և արտահայտված դիսբակտերիոզ:

Հիվանդության զարգացման բնույթը, հարաբերական բարենպաստ ընթացքի տևողությունը պայմանավորված են մի շարք հանգամանքներով: Դրանք առաջին հերթին որոշվում են արատի հատվածի երկարությամբ, տվյալ արատի արտահայտվածության /ազանգլիոնար, հիպոզանգլիոնար/ աստիճանով, օրգանիզմի և հաստ աղիքի փոխհատուցման հնարավորություններով, ինչպես նաև անցկացվող բուժական միջամտությունների արդյունավետությամբ:

Հիվանդության ընթացքը կարելի է բաժանել երեք փուլի՝ փոխհատուցված, ենթափոխհատուցված և չփոխհատուցված:

Պետք է նշել, որ մեծահասակ հիվանդները դիմում են բժշկի հիմնականում ենթա- և չփոխհատուցված փուլերում, երբ լուծողականները և մաքրող հոգնաները հաստ աղիքը լիարժեք չեն դատարկում:

Ախտորոշումը: Հիրշպրունգի հիվանդության ախտորոշումը մեծահասակների մոտ հիմնվում է անամնեզի /վերհուշություն/ մանրակրկիտ ուսումնասիրության, կլինիկական ախտանիշերի,

ռենտգեն, էնդոսկոպիկ և ֆունկցիոնալ մեթոդների արդյունքների վրա:

Հիրշպրունգի հիվանդությանը բնորոշ է փորկապության առաջացումը նորածնային կամ վաղ մանկական հասակում: Մեծ նշանակություն ունեն հիվանդի զննման արդյունքները /Հիրշպրունգի հիվանդության ախտանիշերը վերը նկարագրված են/: Կարևոր ախտորոշիչ նշանակություն ունեն ուղիղ աղիքի մատնային հետազոտությունը և ռեկտոռոմանոսկոպիան: Հիրշպրունգի հիվանդության դեպքում սեղմանի լարվածությունը պահպանված է կամ մինչև անգամ մի փոքր բարձրացած, ուղիղ աղիքի ամպուլյար հատվածը բնականոն է և չի պարունակում կղանքային զանգվածներ:

Ռեկտոռոմանոսկոպիայի ընթացքում նկատվում է գործիքի դժվարությամբ անցնելը ուղիղ աղիքի հեռադիր հատվածներով կամ ամբողջ ուղիղ աղիքով: Դրանից հետո ռեկտոսկոպի փողակը ընկղմվում է կտրուկ լայնացած վերին հատվածներում, որոնք պարունակում են կղանքային զանգվածներ, չնայած աղիքը նախապատրաստվել է հետազոտմանը:

Դժվար է գերազնահատել ռենտգենաբանական մեթոդի դերը (իրիգոսկոպիա): Սակայն այս եղանակով ոչ փորձառու մասնագետը հաճախ սխալ ախտորոշում է կատարում: Գլխավոր սխալը հաստ աղիքի հեռադիր հատվածների վիճակի ոչ բավարար գնահատականն է: Ռենտգենաբանի ամբողջ ուշադրությունը կենտրոնանում է լայնացած հատվածների բնութագրման վրա: Այնինչ առկա որոշ նշաններ վկայում են Հիրշպրունգի հիվանդության մասին՝

- բնականոն կամ մի փոքր նեղացած ուղիղ աղիքի լուսանցքը,

- կտրուկ անցումը նորմալ հեռադիր հատվածից դեպի հաստ աղիքի լայնացած հատվածը,
- լայնացած հատվածների պատի հաստացման նշանները, փքվածքների բացակայությունը,
- հաստ աղիքի պարունակության առկայությունը լայնացած հատվածներում, այդ թվում՝ կղանքային քարերի:

Այս ախտանիշերի հայտնաբերման ժամանակ չի կարելի դիմել բարիումի կախույթահեղուկով տեղաշարժի հետազոտությանը, քանի որ դա կարող է դժվարացնել հաստ աղիքի դատարկումը:

Ուղիղ աղիքի ստորին ամպուլյար հատվածի կարճ ազանգլիոնար գոտին հայտնաբերելու համար անհրաժեշտ է կիրառել բազմադիրքային պրոկտոգրաֆիա:

Կոլոնոսկոպիան չի հաղորդում ոչ մի լրացուցիչ տեղեկություն Հիրշպրունգի հիվանդությունը հայտնաբերելու համար, սակայն այս հետազոտությունը անհրաժեշտ է մեծահասակների շրջանում հնարավոր ուռուցքները բացառելու նպատակով:

Մեծահասակների շրջանում ստույգ ախտորոշման նպատակով պետք է կիրառել ուղիղ աղիքի շերտավոր բիոպսիա /կենսազննում/ ատամնավոր գծից 3-4սմ բարձրության վրա /Սվենսոնի բիոպսիա/: Բիոպսիայի նպատակն է որոշել ներպատային նյարդային համակարգի կառուցվածքը, այսինքն՝ միջմկանային ցանցերի հանգույցների առկայությունը: Հանգույցների բացակայությունը կամ դրանց զգալի պակասը վկայում են Հիրշպրունգի հիվանդության մասին:

Տարբերակիչ ախտորոշումը: Հիրշպրունգի հիվանդությունը պետք է տարբերակել առաջին հերթին մեզակոլոնի այլ ձևերից և տեսակներից՝ խցանոդ, հոգեծին, էնդոկրին, թունավոր: Մեծահասակների մոտ հաճախ հնարավոր չէ պարզել հաստ

աղիքի լայնացման պատճառը: Նման դեպքերը պետք է դասակարգել որպես իդիոպաթիկ մեզակոլուն:

Հիրշպրունգի հիվանդության ախտորոշման թվարկած բոլոր մեթոդները կիրառվում են նաև մեզակոլունը տարբերակելու համար: Միևնույն ժամանակ հաստ աղիքի քրոնիկական լայնացման պատճառները հայտնաբերելու համար անհրաժեշտ է ուսումնասիրել էնդոկրին համակարգը և հոգեծին ոլորտը, բացառել հնարավոր թունավոր ազդեցությունը կամ զանազան մեխանիկական պատճառները:

Տարբերակիչ գործընթացը որոշ դեպքերում տևում է շաբաթներ և մինչև անգամ ամիսներ: Ախտորոշման ճշգրտումը հնարավորություն է տալիս խուսափելու ավելորդ, իսկ որոշ դեպքերում հաշմանդամություն առաջացնող վիրահատություններից:

Բուժումը: Հիրշպրունգի հիվանդության բուժման նպատակն է հաստ աղիքի պարունակության դատարկման կանոնավորումը: Դրան կարելի է հասնել միայն ազանգլիոնար գոտու հեռացմամբ կամ անջատմամբ, եթե հաստ աղիքի վերին հատվածները չփոխհատուցված վիճակում չեն, ինչպես օրինակ՝ վաղ մանկական հասակի հիվանդների դեպքում:

Մեծահասակների հաստ աղիքի լայնացած հատվածները չփոխհատուցված վիճակում են և ունակ չեն իրագործելու աղիքային պարունակության դատարկումը, ինչպես ազանգլիոնար գոտին: Այդ պատճառով վիրահատության ժամանակ անհրաժեշտ է լինում մասնահատել ոչ միայն ազանգլիոնար գոտին, այլև լայնացած հատվածները: Դա նշանակում է, որ որոշ դեպքերում պետք է հեռացնել ոչ միայն ամբողջ ուղիղ աղիքը, այլև խթաղիքը: Այդպիսի վիրահատության հետևանք է մշտական իլեոստոմայի ձևավորումը կամ իլեոանալ

բերանակցումը, որը ցանկալի չէ հիվանդի հետագա վերականգման /ռեաբիլիտացիայի/ տեսանկյունից: Վիրահատական մեթոդի ընտրության համար մեծ նշանակություն է ունենում հիվանդի ընդհանուր վիճակը, որը կտրուկ թուլացած է քրոնիկական թունավորման հետևանքով:

Ինչպես երեխաների, այնպես էլ մեծահասակների շրջանում կիրառվում են վիրաբուժական մարտավարության մի քանի տարբերակներ՝ միափուլանի վիրահատություն՝ ազանգլիոնար գոտու հեռացում, հաստ աղիքի լայնացած հատվածների մասնահատում՝ անալ դեֆեկացիայի վերականգնումով, և բազմափուլանի բուժում, երբ թվարկած վիրաբուժական միջամտության ծավալը բաժանվում է մի քանի փուլերի: Տարբերակներից մեկը առաջին փուլում ձևավորում է միայն կոլուկամ հազվադեպ՝ իլեոստոմա՝ քրոնիկական աղիքային անանցելիությունը վերացնելու համար: Իսկ հետագայում կատարվում է մասնահատում և աղիքային պարունակության բնական տեղաշարժի վերականգնում:

Մյուս տարբերակի դեպքում հնարավոր է սկզբում միայն ազանգլիոնար գոտու և չփոխհատուցված հատվածների հեռացում կոլոստոմայի ձևավորմամբ, իսկ հետանցքային կղազատման վերականգնումը կատարվում է հաջորդ փուլով:

Այսպիսով, Հիրշպրունգի հիվանդության վիրաբուժական մարտավարությունը որոշվում է՝

- ազանգլիոնար գոտու երկարությամբ,
- լայնացած չփոխհատուցված հատվածների տարածվածությամբ,
- հիվանդի ընդհանուր վիճակով:

Գանխատեսումը: Երկարատև ընթացքով Հիրշպրունգի հիվանդության վիրահատական բուժման ելքը ավելի քան 80%

դեպքերում բարեհաջող է:

ՈՉ ՄՊԵՑԻՑԻԿ ԽՈՑԱՅԻՆ ԿՈՒԿ

Մահմանումբ: Ոչ սպեցիֆիկ խոցային կոլիտը (ՈԽԿ) քրոնիկական հիվանդություն է, որը բնորոշվում է հաստ աղիքի լորձաթաղանթի և ենթալորձային շերտի արյունահոսական-թարախային բորբոքմամբ, տեղային և համակարգային բարդությունների զարգացմամբ:

Տարածվածությունը՝ 40-117 հիվանդ 100.000 բնակչի հաշվով: Հիվանդների մեծ մասը 20-40 տարեկան է:

Հիվանդության երկրորդ վերելքը նշվում է մեծ տարիքային խմբում՝ 55 տարեկանից բարձր: Մահացության բարձր ցուցանիշերը պայմանավորված են հիվանդության առաջին տարվա ընթացքում հիվանդության ծայրագույն ծանր, կայծակնային ընթացքով և 10 տարի անց կոլոռեկտալ քաղցկեղի զարգացմամբ:

Էթիոլոգիան: ՈԽԿ-ի ստույգ էթիոլոգիան այսօր դեռևս պարզ չէ: Քննարկվում է 3 հիմնական մոտեցում.

1) Շրջապատող միջավայրի էկզոգեն ախտածին գործոնների անմիջական ազդեցությունը. այդ գործոնները դեռևս որոշված չեն, բայց որպես հիմնական պատճառ դիտարկվում են վարակները:

2) Աուտոիմուն /ինքնաիմունային/ մեխանիզմ՝ օրգանիզմի ժառանգական նախատրամադրվածության առկայության դեպքում. մեկ կամ մի քանի «արձակող» գործոնների ազդեցությամբ արձակվում է մեխանիզմների կասկադ՝ ուղղված սեփական հակածինների դեմ:

3) Ստամոքս-աղիքային ուղու իմունային համակարգի ապահովասարակշռում. անբարենպաստ գործոնների ազդեցությամբ առաջանում է ուժեղ բորբոքային գործընթաց՝ իմուն համակարգը կարգավորող մեխանիզմների ժառանգական կամ ձեռքբերովի խանգարումների հետևանքով:

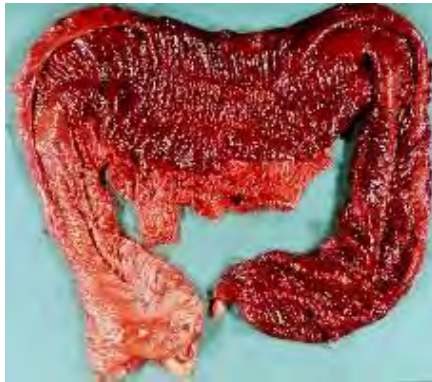
Ութոզենեզը: ՈԽԿ-ի դեպքում բորբոքման զարգացման մեջ ներգրավված են հյուսվածքային և բջջային վնասման տարբեր մեխանիզմներ: Բակտերիալ և հյուսվածքային հակաձինները խթանում են T և B լիմֆոցիտները: ՈԽԿ-ի սրացման դեպքում հայտնաբերվում է իմունազլոբուլինների թերություն, որը նպաստում է միկրոօրգանիզմների թափանցմանը, B բջիջների կոմպենսատոր խթանմանը՝ իմունազլոբուլին M-ի և G-ի առաջացմամբ: T սուպրեսորների պակասը ուժեղացնում է ինքնահիմունային ռեակցիան: G և M իմունազլոբուլինների ուժեղացած սինթեզը ուղեկցվում է իմունային համալիրների առաջացմամբ և կոմպլեմենտի համակարգի ակտիվացմամբ:

ՈԽԿ-ի պաթոզենեզի կարևոր պայմանը աղիքի լորձաթաղանթի պատնեշային ֆունկցիայի խանգարումը և դրա բորբոքվելու ունակությունն է: Աղիքի լորձաթաղանթի վնասվածքների միջով դեպի ավելի խոր հյուսվածքներ կարող են ներթափանցել սննդային և բակտերիային տարբեր ազդակներ, որոնք հետագայում արձակում են բորբոքային և իմունային ռեակցիաների շղթան:

Ախտաբանական անատոմիան: ՈԽԿ-ի ծանր, քրոնիկական ընթացքի դեպքում աղիքը կարճացած է, լուսանցքը՝ նեղացած, արտափքվածքները բացակայում են: Մկանային թաղանթը սովորաբար բորբոքային գործընթացում չի ընդգրկվում: Ստրիկտուրաները ՈԽԿ-ին բնորոշ չեն: ՈԽԿ-ի սուր փուլում նշվում է լորձաթաղանթի գերարյունություն և էքսուդատիվ

/արտաքիրտային/ այտուց՝ ծալքերի հաստացմամբ, հարթեցմամբ: Գործընթացի զարգացմանը կամ քրոնիկականի անցմանը զուգահեռ աճում է լորձաթաղանթի դեստրուկցիան, և առաջանում են խոցոտումներ, որոնք թափանցում են մինչև ենթալորձային, երբեմն նաև մկանային շերտ (նկ.1.30):

Քրոնիկական ՈԽԿ-ին բնորոշ են կեղծ բորբոքային պոլիպներ:



Նկար.1. 30. Ոչ սպեցիֆիկ խոցային կոլիտ. ամբողջական ախտահարում:

Դրանք լորձաթաղանթի կղզյակներ են, որոնք պահպանվել են դրա քայքայման ժամանակ, կամ էլ խառնակույտ է, որն առաջացել է գեղձային էպիթելի ավելցուկային վերականգման հետևանքով:

ՈԽԿ-ի դեպքում հաստ աղիքը ախտահարվում է ամբողջությամբ: Բորբոքման ուժգնությունը հաստ աղիքի հատվածներում կարող է տարբեր լինել՝ առանց հստակ սահմանի անցնելով նորմալ լորձաթաղանթի:

Ուղիղ աղիքը մշտապես ներգրավված է ախտաբանական գործընթացում, որն ունի տարածուն, անընդհատ բնույթ:

Դասակարգումը: ՈԽԿ-ի ժամանակակից կլինիկական դասակարգումը հաշվի է առնում գործընթացի

տարածվածությունը, կլինիկական արտահայտվածության ուժգնությունը, կրկնությունների բնույթը:

Ըստ գործընթացի տարածվածության՝

1. հեռադիր կոլիտ (պրոկտիտ կամ պրոկտոսիզմոդիդիտ),
2. ձախակողմյան կոլիտ (խթադիքի ախտահարում մինչև աջ ծունկ),
3. ամբողջական կոլիտ (ամբողջ խթադիքի ախտահարում):

Ըստ կլինիկական արտահայտվածության ուժգնության՝ թեթև, միջին ծանրության, ծանր:

Ըստ կրկնությունների բնույթի՝

1. սուր (առաջին գրոհ),
2. կայծակնային (սովորաբար մահացու ելքով),
3. քրոնիկական կրկնվող (կրկնվող սրացումներով, հաճախ եղանակային բնույթի),
4. անընդհատ (6 ամսից ավելի ձգձգված սրացում):

Ախտահարման տարածվածության և ախտանիշերի արտահայտվածության փոխադարձ կապը որոշում է բուժման ծավալը և բնույթը:

Կլինիկան: ՈԽԿ-ի կլինիկական պատկերին բնորոշ են տեղային ախտանիշեր՝ աղիքային արյունահոսություն, լուծ, ցավ որովայնում, կղման կեղծ կանչ, փորկապություն, թունահարման ընդհանուր երևույթներ՝ տենդ, նիհարում, սրտխառնոց, փսխում, թուլություն և այլն: ՈԽԿ-ի ախտանիշերի ուժգնությունը պայմանավորված է աղիքում ախտաբանական գործընթացի տարածվածությամբ և բորբոքային փոփոխությունների ծանրությամբ:

Հաստ աղիքի ամբողջական ախտահարմանը բնորոշ են ուժեղ լուծը՝ արյան զգալի քանակության և կղանքային զանգվածների

խառնուրդով, երբեմն արյան արտադրություն մակարդուկներով, կղումից առաջ որովայնի կծկանքանման ցավեր, սակավարյունության, թունահարման ախտանիշեր (տենդ, նիհարում, արտահայտված ընդհանուր թուլություն): ՈւՄԿ-ի այս տարբերակի դեպքում կարող են զարգանալ կյանքին սպառնացող բարդություններ՝ տոքսիկ մեզակոլոն, հաստ աղիքի թափածակում և աղիքային արյունահոսություն:

ՈւՄԿ-ի ընթացքը հատկապես անբարենպաստ է հիվանդության կայծակնային ձևի դեպքում: ՈւՄԿ-ի ծանր դեպքերում մահացության թիվը բարձր է:

Միջին ծանրության ձևի սրացման դեպքում նկատվում է հաճախացած կղանք՝ օրը 5-6 անգամ՝ արյան մշտական խառնուրդով, որովայնում կծկանքանման ցավեր, ենթատենդային ջերմաստիճան, հոգնածության զգացում: Որոշ հիվանդների դեպքում ի հայտ են գալիս արտադիքային ախտանիշեր՝ հոդաբորբ, հանգուցավոր էրիթեմա, ուլեիտ /անոթենաբորբ/ և այլն:

ՈւՄԿ-ի միջին ծանրության գրոհները մեծամասամբ բարեհաջող բուժվում են ժամանակակից հակաբորբոքային դեղամիջոցներով՝ հատկապես կորտիկոստերոիդներով:

ՈւՄԿ-ի ծանր և միջին ծանրության սրացումները բնորոշ են հաստ աղիքի ամբողջական, երբեմն էլ ձախակողմյան ախտահարմանը:

Ամբողջական ախտահարման դեպքում ՈւՄԿ-ի թեթև գրոհները արտահայտվում են կղման աննշան հաճախացմամբ և կղանքում քիչ քանակությամբ արյան խառնուրդով: Պրոկտիտով և պրոկտոսիզմոդիտով հիվանդների կլինիկական պատկերում շատ հաճախ դիտվում է ոչ թե լուծ, այլ փորկապություն և կղման կեղծ կանչեր՝ թարմ արյան, լորձի և թարախի արտադրությամբ,

տենեզմներ /նքոցներ/: Եթե հաստ աղիքի բորբոքված հեռաղիք հատվածներում աղիքի պարունակության շարժը ուժեղացած է, ապա մոտակա հատվածներում նկատվում է կանգ: Հեռաղիք կոլիտի դեպքում փորկապությունը պայմանավորված է այս ախտաֆիզիոլոգիական մեխանիզմով:

Բարդություններ: ՈԽԿ-ի դեպքում նկատվում են մեծ թվով տարբեր բարդություններ՝ տեղային և համակարգային:

Տեղային բարդություններն են հաստ աղիքի թափածակումը, սուր տոքսիկ լայնացումը (դիլատացիա) կամ տոքսիկ մեզակոլոնը, աղիքային արյունահոսությունը, հաստ աղիքի քաղցկեղը:

Հաստ աղիքի սուր տոքսիկ դիլատացիան ՈԽԿ-ի ամենավտանգավոր բարդություններից է: Այն զարգանում է ծանր խոցամեռուկային գործընթացի և դրանով պայմանավորված թունահարման հետևանքով: Հաստ աղիքի տոքսիկ դիլատացիայով հիվանդները սկզբնական շրջանում հետևողական բուժման կարիք ունեն, որի անարդյունավետության դեպքում կատարվում է վիրահատական միջամտություն:

ՈԽԿ-ի կայծակնային ձևի դեպքում հաստ աղիքի թափածակումը մահացությունների հիմնական պատճառն է, հատկապես սուր տոքսիկ դիլատացիայի զարգացման դեպքում:

Թափածակման զարգացմանը նպաստում է աղիքի պատի ձգումը, միկրոշրջանառության խանգարումը, բակտերիային ֆլորայի՝ հատկապես ախտածին հատկություններ ունեցող աղիքային ցուպիկի պրոլիֆերացիան /բազմացումը/: Հիվանդության քրոնիկական փուլում այս բարդությունը քիչ է հանդիպում և հիմնականում ընթանում է հարհաստաղիքային թարախակույտի ձևով: Թափածակման բուժումը միայն վիրահատական է:

Աղիքային արյունահոսությունը համեմատաբար քիչ է

հանդիպում և որպես բարդություն՝ ավելի թեթև է ընթանում, քան հաստ աղիքի սուր տոքսիկ դիլատացիան և թափածակումը: Արյունահոսող հիվանդների հակաբորբոքային և հեմոստատիկ բուժման դեպքում խուսափում են վիրահատությունից: Աղիքային չընդհատվող արյունահոսությունների դեպքում ցուցված է վիրահատական միջամտություն:

ՈՒԿ-ի դեպքում հաստ աղիքի քաղցկեղի զարգացման վտանգը կտրուկ աճում է, եթե հիվանդության տևողությունը 10 տարուց ավելի է, և այն սկսվել է մանկական տարիքում:

ՈՒԿ-ի դեպքում համակարգային բարդությունները այլ կերպ կոչվում են արտաղիքային արտահայտություններ:

Հիվանդների շրջանում կարող են հանդիպել լյարդի, բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի, մաշկի, հոդերի ախտահարումներ:

Հանգուցավոր երիթեման առաջացնում է ռեակցիա ոչ միայն սուլֆոսալազինի նկատմամբ, այլև այն հանդիպում է ՈՒԿ-ով հիվանդների շրջանում՝ դեղամիջոցի ընդունումից անկախ:

Փտախտային պիոդերմիան (թարախամաշկությունը), էպիսկլերիտը և առաջնային սկլերոզացնող խոլանգիտը բավականին հազվադեպ բարդություններ են:

Ախտորոշումը: ՈՒԿ-ի ախտորոշումը տարվում է հիվանդության կլինիկական պատկերի գնահատման, ռեկտոռոմանոսկոպիայի, էնդոսկոպիկ և ռենտգենաբանական հետազոտության տվյալների հիման վրա:

Ըստ էնդոսկոպիկ պատկերի՝ առանձնացնում են աղիքի բորբոքման ակտիվության չորս աստիճան՝ նվազագույն, չափավոր արտահայտված, արտահայտված և խիստ արտահայտված:

I-ը բնութագրվում է լորձաթաղանթի այտուցով, գերարյունությամբ, անոթային պատկերի բացակայությամբ, հեշտ շփումային արյունահոսությամբ, մանր կետային

արյունազեղումներով:

II-ը որոշվում է այտուցով, գերարյունությամբ, հատիկավորությամբ, շփումային արյունահոսությամբ, էրոզիաների առկայությամբ, միաձուլված արյունազեղումներով, պատերի վրա ֆիբրինոզ փառով:

III-ը բնորոշվում է բազմաթիվ միաձուլվող էրոզիաների և խոցերի առաջացմամբ՝ լորձաթաղանթի վերը նշված փոփոխություններին զուգընթաց: Աղիքի լուսանցքում կան թարախ և արյուն:

IV-ը թվարկված փոփոխություններով և կեղծ պոլիպների, արյունահոսող գրանուլյացիաների /հատիկավորման/ ձևավորմամբ:

ՈԽԿ-ի գործընթացի ակտիվ փուլում բարիումի հոգնայով հետազոտման ռենտգենաբանական նշաններն են արտափքվածքների բացակայությունը, ուրվագծերի հարթեցումը, խոցոտումը, այտուցը, ատամնավորությունը, երկակի ուրվագիծը, կեղծ պոլիպոզը, լորձաթաղանթի ծալքերի երկարաձիգ տիպի վերակառուցումը, առատ լորձի առկայությունը:

Բարիումից դատարկվելուց հետո հաստ աղիքում հայտնաբերվում են արտափքվածքների բացակայություն, առավելապես երկարաձիգ և լայնաձիգ կոպիտ ծալքեր, խոցեր և բորբոքային պոլիպներ (նկ.1.31):



Նկար. 1.31. Ոչ սպեցիֆիկ խոցային կոլիտի ռենտգենոլոգիական պատկերը:

Ռենտգեն հետազոտությունը մեծ նշանակություն ունի ոչ միայն հիվանդության, այլև դրա ծանր բարդությունների, մասնավորապես հաստ աղիքի սուր տոքսիկ դիլատացիայի ախտորոշման համար: Այդ նպատակով կատարվում է որովայնի խոռոչի դիտարկային ռենտգեն հետազոտություն:

ՌԽԿ-ի գրոհի բուժման ընթացքում նկատվում է հիվանդության բոլոր հիմնական ռենտգեն արտահայտությունների դրական տեղաշարժ:

Տարբերակիչ ախտորոշումը: ՌԽԿ-ն անհրաժեշտ է տարբերակել հաստ աղիքի վարակային և ոչ վարակային բնույթի մի շարք հիվանդություններից:

ՌԽԿ-ի առաջին գրոհը կարող է ընթանալ սուր դիզենտերիայի և սալմոնելյոզի տեսքով: Ճիշտ ախտորոշմանն օգնում են ռեկտոռոմանոսկոպիայի և բակտերիոլոգիական քննության տվյալները:

ՌԽԿ-ն պետք է տարբերակել գոնոկոկային պրոկտիտից, պսևդոմեմբրանոզ էնտերոկոլիտից, վիրուսային

հիվանդություններից:

ՈԽԿ-ն դժվար է տարբերակել Կրոնի հիվանդությունից և իշեմիկ կոլիտից:

Բուժումը: ՈԽԿ-ի բուժման մարտավարությունը որոշվում է հաստ աղիքում սկզբնական գործընթացի տեղակայմամբ, դրա տարածվածությամբ, տեղային և համակարգային բարդությունների առկայությամբ: Պահպանողական բուժումն ուղղված է հերթական գրոհի արագ մարմանը, հիվանդության կրկնության և գործընթացի զարգացման կասեցմանը:

Հիվանդի սննդակարգը պետք է լինի բարձր կալորիական և ներառի սպիտակուցներով ու վիտամիններով հարուստ սնունդ: Սահմանափակվում են կենդանական ճարպերը, արգելվում է կոշտ բուսական բջջանքը: Խորհուրդ է տրվում օգտագործել ոչ ճարպոտ ձկներեն, միս (տավար, հավ, հնդկահավ, ճագար)՝ խաշած կամ գոլորշու վրա պատրաստած: Չեն սահմանափակվում շիլաները, կարտոֆիլը, ձուն, չորացրած հացը, ընկույզը: Սննդակարգից հանվում են հում մրգերն ու բանջարեղենը, կաթնամթերքը: ՈԽԿ-ի բուժման սխեմայում օգտագործվող դեղորայքը բաժանվում է երկու խմբի: Առաջին խմբում բազիսային հակաբորբոքային պատրաստուկներն են՝ ամինասալիցիլատները, կորտիկոստերոիդները, իմունաճնշիչները: Մնացած բոլոր պատրաստուկները լրացնում են վերոհիշյալներին:

ՈԽԿ-ի բուժման ամենաարդյունավետ հակաբորբոքային միջոցները ստերոիդ հորմոններն են, որոնց ազդեցությունը հիվանդության ծանր ձևերի դեպքում գերազանցում է ամինասալիցիլատներին:

Խոցային պրոկտիտների և սեղմանաբորբերի դեպքում բավարար արդյունավետ է պրեդնիզոլոնի մոմիկների կիրառումը:

Վիրահատական բուժումը: Վիրահատությունը ՈԽԿ-ի

բուժման արմատական մեթոդ է, բայց ուղեկցվում է խթաղիքի հեռացմամբ, իլեոստոմայի ձևավորմամբ: Վիրաբուժական եղանակի հաշմեցնող բնույթը և պահպանողական բուժման արդյունքները ստիպում են վիրահատության դիմել խիստ ցուցումների դեպքում, որոնք բաժանվում են 3 հիմնական խմբերի:

1) Պահպանողական բուժման անարդյունավետություն.

Հիվանդների մի մասի բորբոքային փոփոխությունների առաջընթացը հնարավոր չի լինում կանխել դեղորայքային, այդ թվում նաև հորմոնային միջոցներով (հորմոն՝ կայուն ձև):

Վիրաբուժական եղանակը հնարավորություն է տալիս դադարեցնելու կորտիկոստերոիդների օգտագործումը, քանի որ հորմոններով երկարատև բուժումը առաջացնում է ծանր կողմնակի երևույթներ:

2) ՈԽԿ -ի բարդություններ.

ա) Արյունահոսություն՝

Արյան կորուստը ուղիղ աղիքի ոչ սպեցիֆիկ խոցային կոլիտի դեպքում սովորաբար կյանքին չի սպառնում: Սակայն ժամանակին չբուժվելու դեպքում արյունահոսությունը ձեռք է բերում կյանքին սպառնացող բնույթ և ստիպում է վիրահատության մասին որոշում ընդունել:

բ) Հաստ աղիքի տոքսիկ դիլատացիա՝

Այն առաջանում է հաստ աղիքի պատի գալարակծկանքների դադարեցման հետևանքով, որի պատճառով աղիքի պարունակությունը կուտակվում է, խթաղիքի լուսանցքը լայնանում է մինչև կրիտիկական տրամագիծ (15 սմ):

Դիլատացիան կյանքին սպառնացող ախտանիշ է:

Ըստ լուսանցքի լայնացման՝ տարբերում են հաստ աղիքի տոքսիկ դիլատացիայի երեք աստիճան՝

I՝ 6-9 սմ,

II ` 9-11 սմ,

III ` 11-15 սմ:

Պահպանողական միջոցառումների անարդյունավետության, լայնացման, աճի դեպքերում պետք է շտապ վիրահատել:

գ) Հաստ աղիքի թափածակում`

Այն սովորաբար առաջանում է աճող տոքսիկ դիլատացիայի դեպքում, երբ նկատվում են աղիքի պատի մեռուկային փոփոխություններ, կամ երբ հիվանդը հրաժարվում է վիրահատությունից:

Ռենտգեն հետազոտությունը ցույց է տալիս ազատ գազի առկայություն որովայնի խոռոչում: Վիրահատության հաջողությունը պայմանավորված է հիվանդության` ժամանակին ախտորոշմամբ և որովայնամզաբորբի զարգացման վաղեմությամբ:

3) Քաղցկեղ.

ՈւՄԿ-ի դեպքում հանդիպում է հաստ աղիքի քաղցկեղի «ամբողջական ձևը», որի դեպքում հյուսվածաբանական հետազոտությամբ բոլոր հատվածներում հայտնաբերվում է ուռուցքի ներպատային աճը, մինչդեռ աղիքը արտաքինապես կարող է մնալ անփոփոխ:

Վիրաբուժական միջամտության ծավալի որոշումը: Ոչ սպեցիֆիկ խոցային կոլիտի վիրաբուժական ամենաարդյունավետ եղանակը խթաղիքի ենթամբողջական մասնահատումն է` իլեոստոմայի և սիզմոստոմայի ձևավորմամբ: Եթե նպատակահարմար չէ պահպանել սիզմայաձև աղիքի հատվածը, ապա կատարվում է կոլէկտոմիա` իլեոստոմայի ձևավորմամբ: Ուղիղ աղիքի ծայրատը կարվում է խուլ ձևով:

Հետվիրահատական ուշ շրջանում` 6 ամսից 2-3 տարի ժամկետում, որոշվում է վերականգնողական վիրահատության

հարցը:

Անջատված աղիքում հիվանդությունը չկրկնվելու դեպքում ձևավորում են իլեռոեկտալ բերանակցում (հնարավոր է իլեռոստոմայով): Երբ ուղիղ աղիքը շարունակաբար նեղանում է, կատարվում է սիզմայաձև և հաստ աղիքի մնացած հատվածների որովայնահետանցքային մասնահատում: Այս դեպքում վերականգնողական փուլը սկսվում է բարակ աղիքից պահոցի ձևավորմամբ և իլեռանալ բերանակցման տեղադրումով՝ թողնելով բեռնաթափող իլեռոստոման: Երկու դեպքում էլ բեռնաթափող իլեռոստոման փակում են բերանակցման լավացումից 1-6 ամիս հետո:

Խթաղիքի քաղցկեղի և ՈԽԿ-ի համակցման դեպքում ևս կատարում են կոլեկտոմիա ուղիղ աղիքի որովայնահետանցքային մասնահատմամբ կամ որովայնաշեքային էքստիրպացիայով: Քաղցկեղի դեպքում վիրահատությունը սովորաբար ավարտում են մշտական միափողանի իլեռոստոմայի ձևավորմամբ:

Հետվիրահատական բարդություններ: Բարդությունները հաճախ պայմանավորված են հիվանդների հյուսվածքների դանդաղ վերականգնմամբ (էվենտրացիա, իլեռոստոմայի կարերի անբավարարություն), նկատվում են նաև շճային պերիտոնիտ /որովայնամզաբորբ/, էքսուդատիվ պլևրիտ /արտաքիրտային թոքամզաբորբ/՝ որպես պոլիսերոզիտի արտահայտություն, որովայնի խոռոչի թարախակույտեր, իլեռոստոմայի դիսֆունկցիա, թոքաբորբ:

Կանխատեսումը: Ժամանակին վիրահատվելու և ընթացիկ հսկման դեպքում կանխատեսումը բարենպաստ է: Հիվանդների մեծ մասը երկար ժամանակ անաշխատունակ է:

**ԹԵՄԱ 5. ՈՒՂԴ ԱՂԻՔԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ: ԹՈՒԹՔ:
ՃԱՔ: ՊԱՐԱՊՐՈԿՏԻՏ: ԽՈՒՂԱԿՆԵՐ: ՊՈՉՈՒԿԻ
ՇՐՋԱՆԻ ԷՊԻԹԵԼԱՅԻՆ ՈՒՂԻՆԵՐ**

Թ ՈՒ Թ Ք

Սահմանումը: Թուրքը թուրքային հանգույցների ախտաբանական մեծացումն է, դրանց արտանկումը հետանցքից, պարբերաբար արյունահոսությունը և հաճախակի բորբոքումը (նկ.1.32):



Նկար. 1.32. Ներքին և արտաքին թուրքային հանգույցներ՝ արտանկումով և թրումբոզով:

Տարածվածությունը: Ամենից հաճախ հանդիպող հիվանդություններից մեկն է: Հիվանդության տարածվածությունը հազար մեծահասակների շրջանում 130-145 հիվանդ է: Դրանց տեսակարար կշիռը հաստ աղիքի հիվանդությունների կառուցվածքում տատանվում է 34-41%-ի սահմաններում: Տղամարդկանց և կանանց շրջանում հիվանդության հարաբերակցությունը կազմում է 1,4:1: Այս միտումը

արտահայտվում է 40-60 տարեկան աշխատունակ տղամարդկանց շրջանում՝ պայմանավորված նրանց ֆիզիկական աշխատանքով, ծանրաբեռնվածությամբ և վնասակար սովորություններով, որոնք նպաստում են թուրքալի առաջացմանը:

Էթիոլոգիան: Թուրքալին հանգույցների հիմքում կան խորշիկավոր մարմիններ, որոնք նորմալ սաղմնաձագման ընթացքում տեղակայվում են ուղիղ աղիքի հեռադիր հատվածում՝ անոռեկտալ գծի առջև և հետանցքային ուղում՝ շեքի մաշկի տակ: Խորշիկավոր մարմինները հազվադեպ են շրջանաձև դասավորվում, դրանք հիմնականում կուտակվում են 3-4 առանձին խմբերով, որոնց տեղակայումը համապատասխանում է թուրքալին հիմնական հանգույցների տեղակայմանը՝ ըստ ժամացույցի թվատախտակի՝ ժամը 3-ի, 7-ի, 11-ի: Թուրքալին հանգույցների մեծացման պատճառը խորշիկավոր գոյացություններում արյան շրջանառության խանգարումներն են: Այդ փոփոխությունները հաճախ կատարվում են անբարենպաստ գործոնների առկայությամբ՝ նստակյաց և քիչ շարժուն կենսաձևեր, փորկապություններ, դժվարացած կղման ժամանակ գործադրվող ճիգեր, ոչ ճիշտ սնուցում, հղիություն, ալկոհոլի չարաշահում: Այս գործոնների ազդեցությամբ թուրքալին հանգույցները մեծանում են, տեղաշարժվում են հեռադիր ուղղությամբ, պահող համակարգում միաժամանակ զարգանում են դիստրոֆիկ փոփոխություններ: Վերը նշված խանգարումների հետևանքով արտանկվում են թուրքալին հանգույցները:

Պայթոզները: Թուրքալի գոյացման գործընթացում առաջատար են հեմոդինամիկ և դիստրոֆիկ գործոնները: Հեմոդինամիկ գործոնի հիմքը խորշիկավոր մարմնիկների արյան ներհոսքը և արտահոսքը ապահովող անոթների դիսֆունկցիան է: Այն գերլցնում է խորշիկավոր մարմնիկները՝ նպաստելով թուրքալին

հանգույցների առաջացմանը: Ներպատային խիսունջանման զարկերակների և խորշիկավոր երակների ֆունկցիոնալ խանգարումները առաջացնում են զարկերակ-երակային բերանակցումների զարկերակային ծնկի լուսանցքի լայնացում: Ջարկերակային արյան ներհոսքի ուժեղացման հետևանքով գերլցվում են խորշիկավոր գոյացությունները: Արյան արտահոսքի նվազումը երակային համակարգում նպաստում է թուրքային հանգույցների կրկնակի մեծացմանը: Դիստրոֆիկ գործընթացները ուղիղ աղիքի ենթալորձային շերտի ընդհանուր միջաձիգ մկանում և Պարկսի կապանում նպաստում են թուրքային հանգույցների աստիճանական, բայց անդառնալի արտանկմանը հետանցքային ուղուց:

Ախտաբանական անատոմիան: Արտաքինից թուրքային հանգույցը խիտ գոյացություն է, բայց ենթալորձային զննման ժամանակ նկատվում են բազմաթիվ մանր անոթային կծիկներ՝ 1 – 6մմ տրամագծով: Կծիկները փուխր շարակցահյուսվածքային և մկանային շերտերում են և բերանակցված են միմյանց հետ: Թուրքային հանգույցի կտրվածքն ունի սպունգանման կառուցվածք: Մանրաղիտակային հետազոտությունը ցույց է տալիս, որ թուրքային ներքին հանգույցը պատված է լորձային շերտով, իսկ արտաքինը՝ բազմաշերտ տափակ էպիթելով: Թուրքային հանգույցներում եղած անոթային գոյացությունները խորշիկավոր մարմնիկներ են: Դրանք կազմված են տարբեր չափսերի բազմաթիվ խոռոչներից, որոնք միմյանցից բաժանված են մկանային և շարակցական հյուսվածքի բարակ միջնապատերով: Վերջիններս խոռոչները բաժանում են շրջապատող հյուսվածքներից: Մկանային թելերի առկայությունը պայմանավորում է դրանցում տեղակայված խորշիկավոր մարմնիկների շարժունակության և անոթային խոռոչների

Ֆունկցիոնալ որոշակի միասնականությունը: Մկանային թելերը շրջապատվում են ֆիբրոզամկանային պահող կմախքով: Միևնույն ժամանակ կլինիկորեն արտահայտված արտանկվող թուրքային հանգույցների մկանային թելերում նկատվում են դիստրոֆիկ փոփոխություններ:

Կլինիկան: Թուրքն արտահայտվում է երկու հիմնական համախտանիշներով՝ սուր նոպայաձև և հիվանդության քրոնիկական ընթացքով: Ըստ էության՝ այդ համախտանիշները միևնույն գործընթացի փուլերն են: Սուր թուրքի զարգացման հիմքը թուրքային հանգույցների թրոմբոզը և բորբոքային գործընթացն է: Բորբոքման պատճառը կղանքային պինդ զանգվածներից պրոկտոսիզմոդիտի և թուրքային հանգույցի պատի վնասումն է: Թուրքային հանգույցների թրոմբոզն ուղեկցվում է ցավերով: Թուրքային հանգույցների հյուսվածքների այտուցը և բորբոքային ներսփռանքը օղականման են: Մի շարք դեպքերում սուր բորբոքումն ուղեկցվում է հարիետանցքային շրջանի այտուցով և հանգույցների մեռուկով /նեկրոզով/: Թրոմբոզը սովորաբար սկսվում է ներքին հանգույցներում և հետագայում տարածվում է դեպի արտաքին հանգույցներ: Այս գործընթացը սովորաբար ուղեկցվում է հետանցքի շրջանի սուր ցավերով: Քիչ է հանդիպում արտաքին հանգույցների մեկուսացած թրոմբոզ, որն արտահայտվում է խցանված կլորավուն գոյացությամբ՝ պահպանվելով 2-3 ամիս:

Հիվանդության քրոնիկական ընթացքին բնորոշ ախտանիշերը կրկնվող արյունահոսություններն են, որոնք սովորաբար պայմանավորված են կղման և հետանցքից թուրքային հանգույցների արտանկմամբ: Արյունահոսությունը՝ որպես թուրքի հիմնական ախտանիշ, նշվում է հիվանդների կեսից ավելիի շրջանում: Ըստ հանդիպման հաճախականության՝ երկրորդ

ախտանիշը թուրքային հանգույցների արտանկումն է: Հիվանդության, դրա փուլերի տևողության մեծացման և թուրքային հանգույցների արտանկման հաճախականության միջև գոյություն ունի ուղիղ կապ: Բժշկի դիմած հիվանդների աննշան մասը որպես առաջին ախտանիշ նշում է թուրքային հանգույցների արտանկումը: 10 տարուց ավելի թուրքային հանգույցների արտանկում ունեցող հիվանդների թիվը գրեթե երկու անգամ գերազանցում է հետանցքից արյունահոսություն ունեցող հիվանդների թվին: Հիմնականում բժշկի դիմելու առաջին պատճառը հետանցքից արյան արտադրությունն է: Հիվանդների մի մասի դեպքում երկարատև արյունահոսությունը առաջացնում է հեմոգլոբինի անկում և սակավարյունություն: Նմանատիպ հիվանդների շրջանում արտադրվում է առանց մակարդուկների ալ կարմիր արյուն: Հետանցքի շրջանում մշտական բուրբ ցավերը, որոնք բնորոշ են հաճախակի սրացումներով հիվանդության երկար ընթացքին, բժշկի դիմելու հիմնական պատճառներից են: Քրոնիկական թուրքի դեպքում ցավի պատճառը ուղեկցող հետանցքի քրոնիկ ճաքն է: Անհանգստության զգացումն ու հետանցքի քորն առավել արտահայտված են գրգռված հաստ աղիքի համախտանիշի կամ ստամոքս-աղիքային ուղու այլ ֆունկցիոնալ հիվանդությունների դեպքում, որոնք բնորոշ են թուրքի ուշ փուլերին: Հետանցքից լորձի արտադրություն ունեցող բոլոր հիվանդների մոտ առկա են ուղիղ և լայնական խթաղիքի ուղեկցող հիվանդություններ: Այս ախտանիշերը բնորոշ են ոչ միայն թուրքին. դրանք կարող են հանդիպել ուղիղ աղիքի այլ ախտաբանական վիճակներում:

Բարդությունները: Հետանցքից արյունահոսությունը թուրքի հիմնական ախտանիշերից է, իսկ չղաղարող արյունահոսությունը հիվանդության բարդություն է: Թուրքային հանգույցից արյան

երկարատև արտադրությունը առաջացնում է սակավարյունություն, հեմոգլոբին նվազում է մինչև 40-50գ/լ: Թութքային հանգույցների թրոմբոզի հետևանքով հարակից բջջանքում զարգացող բորբոքային գործընթացը ոչ հաճախ նպաստում է սուր պարապրոկտիտի առաջացմանը, որը նույնպես թութքի բարդություններից է:

Հիվանդության ուշ փուլերի բարդություններ են հետանցքի քորը և ճաքը: Թութքային հանգույցների երկարատև արտանկումը հատկապես մեծահասակների շրջանում առաջացնում է հետանցքի սեղմանի անբավարարություն և գազերի, իսկ երբեմն էլ՝ աղիքային ջրիկ պարունակության անվերահսկելի արտահոսք:

Ախտորոշումը: *Տարբերակիչ ախտորոշումը:* Թութքը դժվար չէ ախտորոշել: Հիվանդությունն ախտորոշվում է հարցուփորձի և հիվանդի առաջին ամբուլատոր զննման ժամանակ: Չննման ընթացքում պետք է գնահատել հետանցքի շրջանի մաշկային ծածկույթների վիճակը, թութքային հանգույցների արտանկման աստիճանը, դրանց՝ դեպի հետանցք ինքնուրույն ներքաշվելու հնարավորությունը և արյունահոսության արտահայտվածությունը: Թութքային հանգույցները արտահայտվում են աղիքի լուսանցքի մեջ արտափքված մուգ բալագույն, փափուկ, առաձգական լորձաթաղանթով ծածկված գոյացությունների ձևով: Մատնային հետազոտության ժամանակ պետք է որոշել ուղիղ աղիքի փակիչ համակարգի ֆունկցիոնալ վիճակը: Նկատվում են նաև պնդացած թութքային հանգույցներ, պոլիպներ կամ հետանցքային պոլիպներ: Կղման ճիգերի ժամանակ ներքին հանգույցները հստակ արտանկվում են հետանցքից: Բացի թութքից, հետանցք-ուղիղաղիքային արյունահոսությունը բնորոշ է նաև հաստ աղիքի այլ հիվանդություններին՝ դիվերտիկուլյոզ, ոչ սպեցիֆիկ խոցային և

գրանուլեմատոզ կոլիտ, հաստ աղիքի չարորակ ուռուցքներ: Այդ պատճառով աղիքային անհանգստության, ուղիղ աղիքից արյունահոսության դեպքերում պետք է կատարել մատնային հետազոտություն, ռեկտոսկոպիա, իրիգո- կամ կոլոնոսկոպիա: Նախ պետք է կատարել լորձաթաղանթի կամ ամբողջ ուղիղ աղիքի հնարավոր արտանկման տարբերակիչ ախտորոշում, որի ժամանակ արտանկվող գոյացությունը գլանաձև է և ունի հստակ սահմաններ: Թուրքային հանգույցները պետք է տարբերակել նաև արտանկվող, գերաճի /հիպերտրոֆիայի/ ենթարկված հետանցքային պտկիկներից, սրածայր հարիետանցքային կոնդիլոմաներից, թավիկավոր ուռուցքից, ուղիղ աղիքի չարորակ ուռուցքից:

Ղասակարգումը: Ախտաճնությամբ պայմանավորված՝ թուրքը ղասակարգում են՝

- ըստ ընթացքի՝ սուր և քրոնիկական,
- ըստ ձևի՝ ներքին, արտաքին, համակցված:

Ըստ կլինիկական ընթացքի՝ սուր թուրքը բաժանվում է երեք փուլի: Առաջին փուլը բնորոշվում է արտաքին և ներքին թուրքային հանգույցների թրոմբոզով՝ առանց բորբոքային գործընթացի: Երկրորդ փուլին բնորոշ է թուրքային հանգույցների բորբոքումը: Երրորդ փուլում թուրքային հանգույցների թրոմբոզին և բորբոքմանը զուգընթաց զարգանում է ենթամաշկային բջջանքի և հարիետանցքային մաշկի բորբոքում:

Հիվանդության քրոնիկական ընթացքը բաժանվում է չորս փուլի: Առաջին փուլին բնորոշ է կղման ժամանակ հետանցքից ալ կարմիր արյան արտադրությունը՝ առանց թուրքային հանգույցների արտանկման: Երկրորդ փուլը բնորոշվում է թուրքային հանգույցների արտանկմամբ և դրանց ինքնուրույն ներուղմամբ դեպի հետանցքային ուղի (արյունահոսությամբ կամ

առանց դրա): Երրորդ փուլին բնորոշ է հետանցքից հանգույցների պարբերաբար արտանկումը՝ ձեռքով ներուղղելու անհրաժեշտությամբ (արյունահոսությամբ կամ առանց դրա): Չորրորդ փուլը բնորոշվում է հետանցքից թուրքային հանգույցների և ուղիղ աղիքի լորձաթաղանթի մշտական արտանկմամբ՝ ձեռքով դրանց դեպի հետանցքային ուղի ներուղղման անհնարինությամբ (արյունահոսությամբ կամ առանց դրա):

Բուժումը: Թուրքի զարգացման վաղ փուլերում ցուցված է պահպանողական բուժում: Պետք է նշել, որ թուրքի կանխարգելումը և բուժումը առաջին հերթին մարսողական ուղու գործունեության կանոնավորումը և գրգռված հաստ աղիքի համախտանիշի բուժումն է, որը հանդիպում է թուրքով հիվանդների համարյա թե կեսի դեպքում, որից հետո՝ թուրքի տեղային բուժումը: Կղանքի կանոնավորումը հաստ աղիքի ամենօրյա դատարկումն է: Այդ նպատակով նշանակվում են ֆերմենտային, աղիքի միկրոֆլորայի վրա ազդող, բարակ և հաստ աղիքների գալարակծկանքները կարգավորող դեղամիջոցներ: Օգտակար է բջջանյութի կանոնավոր օգտագործումը հեղուկի հետ: Որպես բջջանյութ կիրառվում են սննդային թեփը, ծովային կաղամբը, կտավատի սերմերը՝ բնական կամ ֆարմակոլոգիական դեղամիջոցների ձևով: Հաճախ օգտագործում են եզան լեզվի թեփը և սերմերը, կտավատի սերմերը՝ բարձր հիդրոֆիլությամբ օժտված ազիոլակս, ֆայբերլակս, ֆիլինգուդ դեղամիջոցների ձևով: Նախընտրելի է սուր թուրքի բուժման պահպանողական եղանակը՝ ցավազրկող, հակաբորբոքային դեղամիջոցների ընդհանուր և տեղային օգտագործում, մաքրող հոգնաներ, քսուքային վիրակապեր և ֆիզիոթերապիա: Սուր թուրքի համալիր բուժման միջոց է համակարգային ազդեցությամբ օժտված

Ֆլեբոտոնիկ դեղամիջոցների կիրառումը՝ վենոռուտոն և դետրալեքս: Սրանք բարձրացնում են մազանոթների ռեգիստենսությունը, բարելավում են թուրքային հանգույցների խորշիկավոր մարմնիկների միկրոցիրկուլյացիան՝ փոփոխված երակային արտահոսքի տվյալների վրա: Սուր թուրքի տեղային բուժման դեպքում պետք է հաշվի առնել գերակշռող ախտանիշը՝ ցավը կամ թրոմբոզը, բորբոքային գործընթացի տարածվածությունը: Արյունահոսության դեպքում պետք է գնահատել արյան կորստի ծավալը, ակտիվությունը և հետարյունահոսական անեմիայի արտահայտվածությունը: Թուրքի դեպքում ցավը հաճախ պայմանավորված է խցանված թուրքային հանգույցի օղակման կամ հետանցքի սուր ճաքի գոյացմամբ: Այդ պատճառով ցավային համախտանիշը վերացնելու համար ցուցված է ոչ նարկոտիկ ցավազրկող դեղամիջոցների կիրառումը: Սուր թուրքի տեղային բուժման համար օգտագործում են այնպիսի դեղամիջոցներ, ինչպիսիք են աուրոբինը, ուլտրապրոկտը, պրոկտոզլիվենոլը, ռելիֆը և այլն: Թուրքային հանգույցների թրոմբոզի դեմ կիրառվում են տեղային ազդեցության հակամակարդիչներ: Այս խմբին են պատկանում հեպարինային և տրոկսեվազինային քսուլները, ամբենատ և հեպատրոմբին «Գ» դեղամիջոցները: Շատ դեպքերում թուրքային հանգույցների թրոմբոզը բարդանում է դրանց բորբոքմամբ, որը տարածվում է դեպի ենթամաշկի բջջանք և հարիետանցքի շրջան: Այս դեպքում վերը նշված դեղամիջոցները կիրառվում են հակաբորբոքային ուժեղ ազդեցությամբ օժտված ջրալույծ քսուլների համակցությամբ: Դրանցից են լևոսինը, լևոմեկոլը, մաֆինիդը: Սուր թուրքի բորբոքային գործընթացի մարման փուլում կիրառվում են հյուսվածքները վերականգնող սոլկոսերիլ, ակտովեգին, պանտենոլ դեղամիջոցները: Արյունահոսությունը

թութքի հիմնական ախտանիշերից է: Շարունակական արյունահոսության դեպքում ցուցված է անհապաղ վիրահատություն՝ թութքահատում կամ թութքի կապում լատեքսային օղակով: Թութքի զարգացման վաղ փուլերում, երբ գերակշռում է արյունահոսությունը, պետք է անցկացնել ինֆրակարմիր ֆոտոկոագուլյացիա կամ սկլերոզացնող բուժում: Վերականգնողական գործընթացների արդյունավետության նպատակով բուժման այս տեսակները պետք է լրացնել բուժիչ լազերով: Թութքային հանգույցների կապումը լատեքսային օղակներով կարելի է կատարել թութքի ուշ փուլերում, որոնց հիմնական ախտանիշը թութքային հանգույցների արտանկումն է: Բուժման քիչ ինվազիվ մեթոդների կիրառումը հակացուցված է թութքային հանգույցների թրոմբոզի, սուր և քրոնիկական պարապրոկտիտի, հետանցքի ճաքի, հետանցքի խողովակի և շեքի այլ բորբոքային հիվանդությունների դեպքում: Այսօր էլ թութքի վիրաբուժական բուժումը այն չափանիշն է, որի հետ համեմատվում են բուժման մյուս մեթոդները: Մեր երկրում և արտասահմանում կոլոպրոկտոլոգների մեծ մասը վիրահատությամբ հեռացնում է թութքի 3 հանգույցները: Վիրահատության այս եղանակը առաջարկել են Միլիգանը և Մորգանը դեռևս XX դարի 30-ական թվականներին, որը նորամուծություններով կիրառվում է առ այսօր: Վերջին տարիներին հիմնականում օգտագործում են վիրահատության երեք տարբերակ: Առաջին՝ փակ թութքահատում հետանցքի լորձաթաղանթի վերականգնումով՝ հանգուցավոր կամ կետգուտե կարերի միջոցով: Վիրահատական միջամտության այս տեսակը հիմնականում կիրառում են թութքի 3-4-րդ փուլերում՝ արտաքին և ներքին թութքային հանգույցների միջև հստակ սահմանների բացակայության դեպքում:

Երկրորդ մեթոդը բաց թուրքահատումն է, որի դեպքում արտաքին և ներքին հանգույցները հեռացվում են որպես մեկ համալիր՝ կոագուլյացիոն դանակի միջոցով: Հանգույցի ոտիկը կապվում է կետգուտե թելով, իսկ հետանցքի վերքը թողնվում է բաց վիճակում: Կիրառվում է հիվանդության 3-4-րդ փուլերում, երբ որպես բարդություն առկա է հետանցքի ճաք կամ պարապրոկտիտ:

Երրորդ մեթոդը ենթալորձային թուրքահատումն է, որն իրականացվում է պլաստիկ վիրահատության ձևով: Այս վիրահատության առավելությունն այն է, որ հետանցքի լորձաթաղանթը չի հատվում թուրքի հետ մեկտեղ, այլ կտրվում է աղեղանման կտրվածքներով, որից հետո կոագուլյատորի օգնությամբ սուր եղանակով ենթալորձային շերտից առանձնացվում է թուրքային հանգույցը, կապվում է ոտիկը, հանգույցը կտրվում է՝ հեռացված հանգույցի ծայրատը թողնելով ենթալորձային շերտում:

Կանխատեսումը: Բժիշկ կոլոպրոկտոլոգի կողմից թուրքի բուժման մեթոդի ճիշտ ընտրությունը պայմանավորված է հիվանդության փուլով, որն էլ հնարավորություն է տալիս հիվանդների 98-100%-ի դեպքում հասնելու լավ արդյունքի:

Հ Ե Տ Ա Ն Յ Ք Ի Ը Ա Ք

Մահմանումը: Հետանցքի ճաքը հետանցքի լորձաթաղանթի ինքնուրույն առաջացող գծային կամ էլիպսաձև դեֆեկտ է (նկ.1.33):



Նկար. 1.33. Հետանցքի ճաք:

Տարածվածությունը: Հետանցքի ճաքի առաջացման հաճախականությունը հաստ աղիքի հիվանդությունների 11-15%-ն է. 1000 մեծահասակ բնակչից հիվանդ է 20-23-ը: Հաճախ հիվանդանում են երիտասարդ կամ միջին տարիքի կանայք (բոլոր հիվանդների մոտ 60%):

Էթիոլոգիան և պաթոգենեզը: Հետանցքի ճաքի առաջացման պատճառները բազմազան են: Դրանցից ամենահավանականներն են մեխանիկական, անոթային խանգարումները, հարիետանցքային էպիթելի փոփոխությունները (պարակերատոզ), հետանցքի սեղմանի նյարդամկանային փոփոխությունները: Սուր ճաքի առաջացման հիմնական պատճառը հետանցքի լորձաթաղանթի խոցերն են, որոնք առաջանում են պինդ կղանքային զանգվածը անցնելու ժամանակ: Հետանցքի սեղմանի՝ անոռեկտալ անկյան փոփոխամբ երկարատև ձգումը հատկապես տղամարդկանց շրջանում կարող է վնասել հետանցքի հետին պատը: Հետանցքի այդ հատվածն ունի նաև ճաքի առաջացման անատոմիական

նախատրամադրվածություն. այստեղ են տեղակայված հետանցքի առավել խոր կատարները: Բացի դրանից, հետանցքի հետին պատի վրա միավորվում են հետանցքի սեղմանի մկանի կապանային վերջավորությունները:

Կանանց հետանցքի թույլ կետը դրա առաջային մասն է, որտեղ շեքի ֆիբրոզ կենտրոնն է, հեշտոցը և ամոթույլքը: Այդ է պատճառը, որ հետանցքի առաջային պատի ճաքերը հանդիպում են հիմնականում կանանց մոտ: Հետանցքի կողմնային պատերի ճաքեր հազվադեպ են նկատվում:

Ճաքի առաջացումը պայմանավորված է հետանցքի անոթային փոփոխություններով: Ճաքը հաճախ համակցվում է թուրքի հետ: Հետանցքի որոշ ճաքեր առաջանում են հետանցքի կատարների քրոնիկական բորբոքման պատճառով: Այդ հատվածի քրոնիկական բորբոքումն աստիճանաբար առաջացնում է ֆիբրոզ և հետանցքի լորձաթաղանթի առաձգականության թուլացում, որոնք էլ նպաստում են սուր ճաքերի առաջացմանը:

Հետանցքի ճաքեր են առաջացնում նաև ներքին և արտաքին սեղմանների երկարատև սպազմը և նեյրոզեն փոփոխությունները: Այսպիսով, հետանցքի ճաքը բազմապատճառային հիվանդություն է, որը պետք է հաշվի առնել այն բուժելիս:

Ախտաբանական անատոմիան: Լորձաթաղանթը, նշված հատվածներում բարձր վարակելիությամբ օժտված ուղիղաղիքային ֆլորայի կողմից ենթարկվելով սահմանափակ մակերեսային վնասման, կարծրանում է, խորանում և առաջանում է ճաք՝ լորձաթաղանթի երկայնաձիգ դեֆեկտ՝ հստակ եզրերով և հատակով: Ճաքի հատակում միշտ առաջանում է խոց: Մշտական ոչ սպեցիֆիկ բորբոքման հետևանքով ախտաբանորեն փոփոխվում է հետանցքի տվյալ հատվածի նյարդային կառուցվածքը. նյարդային վերջավորությունները կորցնում են

իրենց թաղանթը, մեծանում են, որն էլ ուժեղացնում է ցավը: Դեֆեկտի վերին եզրը մնում է անտռեկտալ հատվածի սահմանում, այսինքն՝ չի անցնում ուղիղ աղիքի լորձաթաղանթի վրա: Քրոնիկական ընթացքի դեպքում ճաքի հեռադիր հատվածում խոցի եզրերը հաստանում են և պնդանում՝ ձևավորելով պոլիպանման, շարակցահյուսվածքային հաստացում՝ սահմանային թմբիկ, իսկ մոտակա հատվածում՝ երբեմն հիպերպլաստիկ հետանցքային պտուկ: Հետանցքային պտուկները նորմալում հետանցքի ճաքի հեռադիր փականների հաստացումներ են և հետանցքի իրական պոլիպների հետ ընդհանրություն չունեն:

Ճաքի երկարությունը հիմնականում չի գերազանցում 1սմ: Մանրադիտակային հետազոտման ժամանակ նկատվում է բազմաշերտ էպիթելի դեֆեկտ: Խոցի հատակը հիմնականում մաքուր է, որը նոր առաջացած գրանուլյացիա կամ սպիացած շարակցական հյուսվածք է: Երբեմն ճաքի շրջանի սպին խորանում է մինչև 2-5մմ՝ ընդգրկելով մանր նյարդեր և մկանային թելեր: Երբեմն բորբոքումը թույլ է արտահայտված կամ էլ ընդհանրապես բացակայում է, երբեմն էլ այն ուղեկցվում է խուղակի առաջացումով:

Կլինիկան՝

- ցավ հետանցքում,
- հետանցքի սեղմանի սպազմ,
- հետանցքից արյունահոսություն:

Այս բոլոր ախտանիշերը հեշտությամբ հայտնաբերվում են հիվանդի հետ առաջին իսկ զրույցի ընթացքում: Եթե ճաքը զուգակցվում է թուրքի հետ, ապա նշված գանգատների գումարվում են նաև հանգույցների արտանկումը և ուղիղաղիքային առատ արյունահոսությունը: Կղման ժամանակ

առաջանում է հետանցքի սեղմանի սպազմ, որն էլ ուժեղացնում է ցավը: Ցավը և սպազմը հետանցքի ճաքի կլինիկական կարևորագույն ախտանիշերն են: Երրորդ ախտանիշը հետանցքի ուղուց արյունահոսությունն է: Արյունահոսությունները կղման ակտից հետո կամ դրա ընթացքում առաջանում են կղանքի պինդ կտորների կողմից ճաքի պատը վնասելու պատճառով:

Սուր ճաքերի ժամանակ ցավն ուժեղ է, անընդհատ, բայց համեմատաբար կարճ է տևում՝ մոտ 15-20 րոպե՝ միայն կղման պահին և դրանից հետո: Այսպիսի հիվանդների մոտ սպազմն արտահայտված է, իսկ արյունահոսությունը՝ չնչին: Սուր ճաքի դեպքում հետանցքի ուղու պատի վրա հայտնաբերվում է ցավոտ հատված, իսկ հաստացում, ճաքի եզրերի բարձրացում կարող են չհայտնաբերվել: Քրոնիկական ճաքերի դեպքում ցավերն ավելի երկարատև են, որոնք ուժեղանում են ոչ միայն կղումից հետո, այլև երկարատև հարկադրված դիրքից: Հիվանդները հաճախ դիմում են տարբեր տեսակի լուծողականների, հոգնայի, դառնում են դյուրագրգիռ, ի հայտ են գալիս անքնություն, վախ՝ կղման հանդեպ:

Բարդությունները: Հիմնական բարդություններից է արտահայտված ցավը՝ պայմանավորված հետանցքի սեղմանի սպազմով, հետանցքի ճաքից արյունահոսությունը, ինչպես նաև սուր պարապրոկտիտը:

Ախտորոշումը: Հետանցքի շրջանի արտաքին զննման ժամանակ՝ ցավոտ շրջանի հայտնաբերումից հետո, հետույքի թշերը զգուշությամբ տարամիտում են: Գրեթե բոլոր դեպքերում հնարավոր է լինում տեսնել ճաքի հեռադիր հատվածը՝ կարմիր, ուղիղ կամ եռանկյունաձև խոցը: Այս գործողությունից հետո է կատարվում հետանցքի մատնային քնություն, որը ցավոտ է:

Հետանցքի քրոնիկ ճաքով հիվանդների հետանցքի մատնային

զննումով հնարավոր է կոնկրետ որոշել ոչ միայն դրա տեղակայումը, այլև եզրերի վիճակը (պինդ, բարձրացած): Հենց մատնային հետազոտությունն է, որ նախքան սֆինկտերոմետրիան հմուտ բժշկին տեղեկություն է հաղորդում սպազմի մասին: Սպազմի ժամանակ սեղմանը ամուր գրկում է մատը՝ դժվարացնելով վերջինիս տեղաշարժումը և գործողությունները դառնում են շատ ցավոտ:

Հետանցքի ճաքով հիվանդների գործիքային ախտորոշումը /անոսկոպիա և ռեկտոռոմանոսկոպիա/ կատարվում է ցավազրկման պայմաններում:

Հետանցքի սեղմանի սպազմի ամենատիպիկ ախտանիշերից են երկարատև ուժգին ցավերը կղումից հետո, կղման դժվարացած ակտը և հետանցքի ռեֆլեքսի կտրուկ բարձրացումը: Հետանցքի ճաքի դեպքում հետանցքի սեղմանի հիմնական ֆունկցիաների խանգարումը առաջացնում է ներքին սեղմանի սպազմ: Արտաքին սեղմանի կողմից սպազմ չի նկատվում:

Տարբերակիչ ախտորոշումը: Նախ և առաջ անհրաժեշտ է ճաքը տարբերակել ուղիղ աղիքի ոչ լրիվ ներքին խտղակից: Ոչ լրիվ խտղակի դեպքում սովորաբար սեղմանի սպազմ չի նկատվում, ցավերը համեմատաբար քիչ են, առաջնայինը աղիքից թարախային արտադրությունն է: Մատնային հետազոտման դեպքում փոքր-ինչ ցավոտ խոցի հատակում շոշափվում է փոս՝ խտղակի խոռոչը: Քրոնիկական ընթացք ունեցող ճաքին հաճախ ուղեկցում են հետանցքի քորը, պրոկտիտը կամ պրոկտոսիզմոֆիտը:

Հետանցքի ճաքն ախտորոշելիս պետք է վստահ լինել, որ այն սովորական ճաք է, և ոչ թե սիֆիլիտիկ գումա, ուղիղ աղիքի տուբերկուլյոզ, ակտինոմիկոզ, մակաբուծային /պարազիտային/ կամ մեկ այլ հիվանդություն, օրինակ՝ Կրոնի հիվանդության

դեպքում հետանցքի ճաք: Ճիշտ ախտորոշմանն օգնում է մանրակրկիտ անամնեզի հավաքումը, քանի որ ըստ կլինիկական պատկերի՝ հետանցքի ճաքը կարող է ընթանալ զանազան ձևերով, և այն միայն մատնային քննությամբ և անոսկոպիայով սպեցիֆիկ ախտահարումից տարբերակելը չափազանց դժվար է: Պետք է հիշել նաև հետանցքի ուղու՝ ՁԻԱՀ-ի դեպքում հանդիպող որոշ փոփոխությունների մասին:

Դասակարգումը: Ըստ բորբոքման գործընթացի ակտիվության՝ հետանցքի ճաքը լինում է սուր և քրոնիկ:

Ըստ տեղակայման՝ հետանցքի ճաքը լինում է հետին (ըստ ժամացույցի թվատախտակի ժամը 6-ի տեղակայման) և առաջային (ըստ ժամացույցի թվատախտակի ժամը 12-ի տեղակայման):

85% դեպքերում հետանցքի ճաքն առաջանում է ժամը 6-ի տեղակայմամբ, 8-9%-ի դեպքերում հիմնականում կանանց մոտ այն հանդիպում է հետանցքի ուղու առաջային և հազվադեպ (0,5%)՝ կողմնային պատերի վրա: Հետանցքի ուղում երբեմն (3-4%) առաջանում են երկու ճաքեր՝ առաջային և հետին պատերին:

Բուժումը: Հետանցքի ճաքով հիվանդների բուժումը պետք է սկսել պահպանողական եղանակներով: Սուր ճաքի բուժումը սկսվում է կղման ակտի կանոնավորմամբ: Ինչպես թուրքի դեպքում աղիքային պարունակության տեղաշարժի կարգավորումը՝ հիդրոֆիլ կոլոիդներով և սննդային հավելումներով փորկապությունների վերացումը, դիսբակտերիոզով պայմանավորված քրոնիկական լուծի բուժումը, հատկապես հետծննդաբերական սուր ճաքերի դեպքում դրական արդյունք ունի: Բուժման ընթացքում, որի տևողությունը մոտ 2 շաբաթ է, սննդակարգից հանվում են աղի, թթու կերակրատեսակները և ակոհոլային խմիչքները: Հիվանդներն օգտագործում են մոմիկներ, ցավազրկողներ և քսուքներ: Կղումից

հետո՝ նախքան մոմիկ դնելը, նշանակվում է տաք լոգանք (36° - 38°C): Նույն պրոցեդուրան կատարում են նաև քնելուց առաջ: Ոչ մի տեսակի հակաբիոտիկներ չեն նշանակվում:

Նշանակված բուժումը հաճախ ունենում է ցանկալի արդյունք. թուլանում է ցավի ուժգնությունը և սեղմանի սպազմը: Իսկ վերոհիշյալ բուժման անարդյունավետության դեպքում դիմում են վիրահատության: Վիրահատական միջամտությունը ցանկալի է իրականացնել քրոնիկ ճաքերի դեպքում, որոնք չեն բուժվում պահպանողական եղանակով:

Վիրահատության իմաստն այն է, որ բացահատումը կատարվում է ճաքի հարթությամբ՝ առողջ լորձաթաղանթի սահմաններով: Ուղիղ աղիք են մտցնում աղիքային հայելի, նշտարի օգնությամբ ճաքն իր բոլոր սահմաններով հատում են և մկրատի օգնությամբ հեռացնում, կատարում են հեմոստազ և վերքը թողնում բաց: Վերքը 5-6 օրվա ընթացքում լավանում է՝ առաջացնելով բարակ սպի: Տվյալ վիրահատության ընթացքում կարևոր է որոշել սֆինկտերոտոմիայի հարցը: Առանց վերոհիշյալ լրացուցիչ գործողության, վիրահատությունները հաճախ դրական արդյունք չեն տալիս, առաջանում է ճաքի կրկնություն, որի պատճառը սեղմանի տոնիկ կծկումն է: Որոշ հիվանդների մոտ, եթե նախքան վիրահատությունը սպազմ չկա կամ թույլ է արտահայտված, կարող է նկատվել ճաքի լավացում լորձաթաղանթի առողջ սահմաններով այն հատելուց հետո: Իսկ եթե սպազմը արտահայտված է, ապա այն հարկավոր է հեռացնել (թեկուզև ժամանակավոր), այդ դեպքում ցուցված է կողմնային, ենթալորձային սֆինկտերոտոմիա:

Եթե նախկինում կոլոպրոկտոլոգների մեծամասնությունը նախընտրում էր հետին բաց չափավորված սֆինկտերոտոմիան, ապա ներկայումս նկատվում է այլ միտում: Հետանցքի բաց վերքի

միջով ճշգրիտ չափավորված սֆինկտերոտոմիա կատարելը դժվար է, որովհետև տարբեր սեռի և կառուցվածքի մարդկանց դեպքում հասվող հետին պատի հաստությունը տարբեր է:

Կանխատեսումը: Պահպանողական բուժումը և վիրահատական միջամտությունները, որոնք կատարվում են՝ հաշվի առնելով ուղիղ աղիքի սեղմանային համակարգի ֆունկցիոնալ վիճակը, ապահովում են հիվանդների 98-100%-ի առողջացումը:

ՍՈՒՐ ՊԱՐԱՅՐՈՒԿՏԻՏ

Սահմանումը: Սուր պարապրոկտիտը /հարվերջնաղեբորբ/ հարուղիղաղիքային բջջանքի սուր բորբոքում է, որն առաջանում է ուղիղ աղիքի լուսանցքից վարակի տարածման հետևանքով՝ ուղիղաղիքային գեղձերի և կատարների բորբոքման դեպքում (նկ.1.34):



Նկար. 1.34. Սուր պարապրոկտիտ:

Էթիոլոգիան: Պարապրոկտիտի առաջացման հիմնական պատճառը խառը միկրոֆլորան է: Հաճախ հայտնաբերվում են նաև

աղիքային ցուպիկի և պրոտեուսների հետ համակցված ստաֆիլակոկեր և ստրեպտոկոկեր: Պելվիոռեկտալ թարախային պարապրոկտիտի դեպքում հանդիպում են սպոր չառաջացնող անաերոբ բակտերիաներ /մանրէներ/՝ պեպտոկոկեր, ֆուզոբակտերիաներ և բակտերոիդներ: Սուր պարապրոկտիտը, որը պայմանավորված է խառը միկրոֆլորայով, հաճախ անվանում են հասարակ: Սպեցիֆիկ վարակը (տուբերկուլյոզ, ակտինոմիկոզ, կլոստրիդիաներ) քիչ է հանդիպում՝ 1-2% :

Սուր պարապրոկտիտների դեպքում առկա են սուր բորբոքման բոլոր ախտանիշերը՝ ցավ, այտուց, գերարյունություն և թարախ: Եթե պարապրոկտիտների առաջացման պատճառը միկրոօրգանիզմներն են, որոնց մեջ հիմնական դեր են կատարում սպոր չառաջացնող անաերոբները, ապա առաջանում է նեխային պարապրոկտիտ: Նեխային պարապրոկտիտի դեպքում ախտահարվող բջջանքի տարածքը մեծ է, և կարող է զարգանալ նաև իսկական ոչ կլոստրիդային անաերոբ պարապրոկտիտ, որն ախտահարում է ոչ միայն բջջանքը, այլև փակեղները և մկանները:

Այդպիսի պարապրոկտիտներին բնորոշ է գործընթացի արագ տարածումը՝ հյուսվածքների արտահայտված այտուցով, նեկրոզով, թարախի փոխարեն նկատվում է զարշահոտ հեղուկ՝ դետրիտով: Երբեմն պարապրոկտիտի հարուցիչները կլոստրիդիաներն են՝ գազային փտախտի /գանգրենայի/ հարուցիչները:

Պարապրոկտիտների առաջացման նախատրամադրող գործոններ են տեղային և ընդհանուր իմունիտետի թուլացումը, ալկոհոլիզմը, սուր և քրոնիկական վարակները (գրիպ, անգինա, սեպսիս), շաքարային դիաբետի դեպքում միկրոանգիոպաթիաները, աթերոսկլերոզը, ֆունկցիոնալ փոփոխությունները (փորկապություններ, լուծեր), թուրքի

առկայությունը, հետանցքի ճաքը և այլն:

Պատրոզենեզը: Ուղիղ աղիքի և հետանցքի ուղու անատոմիական սահմանը անոռեկտալ գիծն է: Այդ մակարդակի վրա են մորգանյան կատարները, որոնց հատակը հետանցքի ուղու վերին և միջին երրորդականի սահմանում է: Կատարների հատակում բացվում են հետանցքի գեղձերի ծորանները, որոնք կոչվում են Հերմանի գեղձեր: Գեղձերը հիմնականում տեղակայված են ներքին սեղմանի հաստության մեջ: Հետանցքի գեղձերը և Մորգանյան կատարները պարապրոկտիտի պատրոզենեզի կարևոր տարրերն են: Գեղձերի ձևավորումը սկսվում է ներարգանդային կյանքի ընթացքում, բայց դրանք գործում են սեռահասունացման ժամանակ: Դրանով է բացատրվում պարապրոկտիտի տարածվածությունը հիմնականում մեծահասակների շրջանում: Երեխայի դեպքում վարակը հարուղիղաղիքային բջջանք է մուտք գործում կակղացած մաշկի միջոցով, իսկ նորածինների շրջանում այն սեպտիկոպիեմիայի հերթական օջախ է:

Հետանցքի գեղձերը պատրաստի ուղիներ են, որոնց մեջ աղիքի լուսանցքից վարակ է թափանցում: Ուղիղ աղիքի լորձաթաղանթի այտուցի պատճառով անալ գեղձի ծորանի խցանումը կատարներում բացվող հետանցքի գեղձերի սուր բորբոքում է առաջացնում, որը հետանցքի ուղու միկրոաբսցեսի զարգացման պատճառ է դառնում:

Միկրոաբսցեսը սկզբում տեղակայվում է կատարների շրջանում և դուրս չի գալիս ներքին սեղմանի սահմաններից, բարորակ ընթացքի դեպքում կարող է բացվել դեպի աղիքի լուսանցք: Տվյալ փուլում հիվանդությունը գնահատվում է որպես կրիպտիտ՝ կատարի բորբոքում: Բայց եթե արսցեսը տարածվում է դեպի խորք՝ միջսեղմանային տարածություն, դա արդեն

պարապրոկտիտ է: Միջսեղմանային տարածության միջով թարախը կարող է տարածվել դեպի հարուղիղաղիքային տարածություններ՝ առաջացնելով թարախակույտեր:

Պարապրոկտիտի պաթոգենեզի կարևոր տարր է թարախային ուղին, որի միջոցով թարախը միջսեղմանային տարածությունից թափանցում է ավելի խոր տարածություններ: Այդ ուղու տեղակայումը կարևոր է վիրահատական եղանակը ընտրելիս: Թարախը միջմկանային տարածությունից կարող է թափանցել հարուղիղաղիքային բջջանքային տարածություններ՝ շրջանցելով հետանցքի արտաքին սեղմանը կամ էլ անցնելով դրա միջով:

Կլինիկան: Հիվանդությունը սովորաբար սկսվում է սուր, կարճ նախանշանային փուլով. առաջանում են թուլություն, գլխացավեր, ի հայտ է գալիս աճող ցավ ուղիղ աղիքում, շեքում և կոնքի շրջանում, որն ուղեկցվում է բարձր ջերմությամբ, սարսուռով: Սուր պարապրոկտիտների ախտանիշերի արտահայտվածության աստիճանը պայմանավորված է գործընթացի տեղակայումով, տարածվածությամբ, օրգանիզմի ռեակտիվականությամբ և ախտահարող միկրոօրգանիզմներով: Թարախակույտի ենթամաշկային տեղակայման դեպքում կլինիկական ախտանիշերն ավելի ակնհայտ են արտահայտված՝ հետանցքի շրջանում ցավոտ ներսփռանք, մաշկի գերարյունություն, մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացում: Հիվանդության առաջին օրերին հիվանդները դիմում են բժշկի:

Իշիոռեկտալ պարապրոկտիտների դեպքում առաջին օրերին նկատվում են ընդհանուր ախտանիշեր՝ սարսուռ, վատ ինքնազգացում, ուղիղ աղիքի և կոնքի շրջանում բուք ցավեր, որոնք սաստկանում են կղման ժամանակ: Տեղային փոփոխությունները՝ հետույքի անհավասարաչափությունը, ներսփռանքը, մաշկի գերարյունությունը, ի հայտ են գալիս ավելի

ուշ՝ 5 – 6 –րդ օրերին:

Ավելի ծանր է ընթանում պելվիոռեկտալ պարապրոկտիտը, որի դեպքում թարախակույտը տեղակայված է կոնքի խորքում: Հիվանդության առաջին օրերին զարգանում են հիվանդության ընդհանուր ախտանշաններ՝ տենդ, սարսուռ, գլխացավ և հոդացավեր: Ցավը տեղակայվում է կոնքում՝ որովայնի ստորին շրջանում: Հիվանդները հաճախ դիմում են վիրաբույժի, գինեկոլոգի, ուրոլոգի: Այս շրջանի տևողությունը 10-12 օր է: Հետագայում ցավերն ուժեղանում են կոնքի և ուղիղ աղիքի շրջանում, նկատվում են կղանքի և մեզի արտաթորման դժվարացում, արտահայտված ինքնաթունավորում /ինտոքսիկացիա/:

Երբ կատարվում է աղիքի պատի թարախային քայքայում, թարախը դուրս է գալիս աղիքի լուսանցք, կանանց մոտ պելվիոռեկտալ տարածությունից թարախը կարող է տարածվել դեպի հեշտոց: Տվյալ դեպքում կատարվում է կլինիկական պատկերի փոփոխություն՝ ցավերի թուլացում և ջերմության իջեցում:

Փորկապությունը, նքոցները, դժվարամիզությունը որովայնի ստորին շրջանի ցավերը պելվիոռեկտալ պարապրոկտիտի ախտանիշներն են, որոնք հանդիպում են թարախակույտի ցանկացած այլ տեղակայման դեպքում:

Բարդությունները: Սուր պարապրոկտիտի ամենածանր բարդությունը բորբոքման տարածումն է կոնքի բջջանքային տարածություններում, ուղիղ աղիքի պատերի թարախային քայքայումը հետանցք-ուղիղաղիքային գծից վեր: Այդ դեպքում աղիքի պարունակությունն անցնում է հարուղիղաղիքային տարածություն, վարակը տարածվում է: Նշվում են միզուկի թարախային կազմալուծման դեպքեր: Հաշվի առնելով կոնքային

որովայնամզի մոտ լինելը, կոնքային և հետորովայնամզային բջջանքների միջև եղած կապը՝ հնարավոր է թարախի տարածումը դեպի որովայնի խոռոչ և հետորովայնամզային տարածություն: Տվյալ բարդությունները հիմնականում զարգանում են բժշկին ուշ դիմելու պատճառով, ինչպես նաև տարեց, շաքարային դիաբետ և անոթային հիվանդություններ ունեցող հիվանդների դեպքում:

Սուր պարապրոկտիտների մյուս հավանական բարդություններն են թարախի տարածումը բջջանքային մի տարածությունից դեպի մյուսը, թարախակույտի թափածակումը դեպի ուղիղ աղիքի լուսանցք, հեշտոց, շեքի շրջանի մաշկ (ինքնուրույն բացում):

Թարախակույտի ինքնուրույն կամ վիրաբուժական ճանապարհով բացահատումից հետո, եթե չի կատարվել թարախային ուղու և ախտահարված կատարի հեռացում, սովորաբար ձևավորվում է ուղիղ աղիքի խուղակ:

Ախտորոշումը: Սուր պարապրոկտիտների ախտորոշման առաջնահերթ խնդիրն է հայտնաբերել թարախակույտը, դրա տեղակայումը ուղիղ աղիքի շրջակա բջջանքային տարածության մեջ: Ենթամաշկային պարապրոկտիտների ախտորոշումը բավականին հեշտ է: Թարախակույտը տեղակայվում է հարուղիղաղիքային շրջանի ենթամաշկային բջջանքում և արտահայտվում է արագ ու ցայտուն՝ ցավ, ախտահարված շրջանի գերարյունություն, հարհետանցքային ծալքերի հարթեցում: Ախտահարված շրջանի շոշափումը խիստ ցավոտ է, սկզբնական շրջանում ծփանք կարող է չլինել, այն ավելի ուշ է ի հայտ գալիս: Ախտորոշումը կատարվում է արտաքին զննման և շոշափման եղանակով, սակայն ուղիղ աղիքի մատնային հետազոտությունը պարտադիր է: Տվյալ դեպքում պետք է հաշվի

առնել, որ թարախակույտը ենթամաշկային բջջանքում կարող է հայտնվել այլ բջջանքային տարածություններից՝ հիմնականում իշիոռեկտալ:

Իշիոռեկտալ պարապրոկտիտի տեսանելի ախտանիշերն ի հայտ են գալիս հիվանդության ուշ փուլում՝ հետույքի անհամաչափություն, հարհետանցքային ծալքերի հարթեցում: Այդ պատճառով, երբ հիվանդը դիմում է թեթև դողի, քնի, ինքնազգացողության վատացման, ուղիղ աղիքի և կոնքի շրջանում կղման ժամանակ ուժեղացող մշտական ցավերի գանգատներով, իսկ արտաքուստ հետանցքի շրջանում տեսանելի փոփոխություններ չկան, անհրաժեշտ է կատարել ուղիղ աղիքի մատնային հետազոտություն:

Առաջին շաբաթվա վերջում ինֆիլտրատը արտափքվում է դեպի ուղիղ աղիքի լուսանցք, դիտվում է աղիքի ջերմաստիճանի բարձրացում: Բորբոքային ներսփռանքը կարող է տարածվել շագանակագեղձի և միզուկի վրա, այդ դեպքում դրանց շոշափումն առաջացնում է միզելու ցավոտ ցանկություն:

Մուր իշիոռեկտալ պարապրոկտիտի բնորոշ գծերն են հետանցքի խողովակում հետանցք-ուղիղաղիքային գծի ու դրանից վեր ընկած մակարդակներում ներսփռանքի առկայությունը և ցավերի ուժեղացումը շեքի շրջանում՝ հրոցանման հետազոտության դեպքում: Եթե ախտորոշումը հաստատվում է, գործիքային հետազոտություններ չեն կիրառվում:

Ենթալորձային պարապրոկտիտն ախտորոշվում է ուղիղ աղիքի մատնային հետազոտման եղանակով: Թարախակույտի արտափքումը դեպի աղիքի լուսանցք սովորաբար արտահայտված է լինում, թարախը կարող է տարածվել դեպի ցած՝ ենթամաշկային բջջանք, դեպի վեր՝ շերտազատելով ուղիղ աղիքի ստորին ամպուլյար հատվածի լորձաթաղանթը:

Կոնք-ուղիղաղիքային (պելվիոռեկտալ) պարապրոկտիտը ծանր ընթացք ունի և դժվար է ախտորոշվում: Բորբոքային գործընթացը տեղակայված է կոնքի խորության մեջ: Պելվիոռեկտալ տարածության վերին սահմանը կոնքային որովայնամիզն է, ստորին սահմանը հետանցքը բարձրացնող մկաններն են: Այդ պատճառով էլ շեքի արտաքին գննումը հնարավորություն չի տալիս ախտորոշելու պելվիոռեկտալ պարապրոկտիտը: Միայն ուշ շրջանում, երբ թարախային գործընթացը տարածվում է դեպի իշիոռեկտալ շրջան և ենթամաշկային բջջանք, արտաքուստ կարելի է ախտորոշել պելվիոռեկտալ պարապրոկտիտը:

Մատնային հետագոտությունը: Պելվիոռեկտալ պարապրոկտիտի վաղ շրջանում մատնային հետագոտությամբ կարելի է հայտնաբերել ուղիղ աղիքի միջին և վերամպուլյար հատվածի պատերի ցավոտություն, աղիքի պատի խմորանման փափկություն կամ ներսփռանք դրա սահմաններից դուրս: Ավելի ուշ շրջանում աղիքի պատը հաստանում է, արտաքուստ նկատվում է ճնշում, իսկ հետագայում դեպի աղիքի լուսանցք է արտափքվում առաձգական ուռուցքանման գոյացություն, երբեմն հայտնաբերվում է ծփանք: Պետք է նշել, որ այս դեպքում թարախակույտի վերին սահմանը մատով չի շոշափվում նույնիսկ կքանստած դիրքում: Պելվիոռեկտալ թարախակույտը կարելի է ախտորոշել միայն մատնային հետագոտման միջոցով, հաճախ գործիքային հետագոտությունների կարիք չի լինում: Բայց եթե մատնային հետագոտությամբ այն չի ախտորոշվում, ապա պետք է օգտագործել ռեկտոռոմանոսկոպիա և սոնոգրաֆիա:

Պելվիոռեկտալ պարապրոկտիտների տարատեսակ է հետուղիղաղիքային (ռետրոռեկտալ) պարապրոկտիտը, որի հիմնական կլինիկական ախտանիշը հետանցքի ուժեղ ցավն է, որն

առաջանում է հիվանդության սկզբում: Տվյալ դեպքում նույնպես կարևոր ախտորոշիչ հետազոտություն է մատնային քննությունը: Արդեն նշվել է, որ թարախակույտը պարապրոկտիտների ախտաբանական գործընթացի մի մասն է միայն: Կա նաև ախտահարված կատար, որում բացվում են հետանցքային գեղձերի ծորանները, և թարախային ուղի, որի միջով թարախը տարածվում է բջջանքային տարածություններ: Երբեմն հնարավոր է լինում մատով շոշափել ախտահարված կատարը, սակայն ավելի կոնկրետ տվյալները պարզվում են վիրահատության ժամանակ:

Այսպիսով, առաջնային զննումից հետո մենք կարող ենք ախտորոշել սուր պարապրոկտիտը. հայտնաբերել, թե որ բջջանքային տարածության մեջ է այն տեղակայված, և որոշել ախտահարված կատարի ու թարախային ուղու տեղակայման հարաբերությունը արտաքին սեղմանին՝ ներսեղմանային, միջսեղմանային և արտասեղմանային: Ներսեղմանային թարախային ուղին քիչ է հանդիպում, իսկ միջսեղմանային ուղին՝ հաճախ:

Տարբերակիչ ախտորոշումը: Սուր պարապրոկտիտը հիմնականում պետք է տարբերակել հետևյալ հիվանդություններից՝ հարուղիղաղիքային բջջանքի թարախակալված տերատոմա, դուզլասի տարածության թարախակույտ, ուղիղ աղիքի և հարուղիղաղիքային շրջանի ուռուցքներ: Տարբերակելու անհրաժեշտությունը հիմնականում իշիոռեկտալ և պելվիոռեկտալ պարապրոկտիտները ախտորոշելիս է առաջանում:

Սուր պարապրոկտիտը հանդիպում է նաև որպես ուղիղ աղիքի քայքայված ուռուցքի բարդություն, որը հնարավոր է հայտնաբերել մատնային հետազոտությամբ: Եթե հարուղիղաղիքային շրջանի բորբոքային գործընթացը

ինդուրատիվ բնույթ ունի, ապա պետք է ժխտել չարորակ գործընթացը:

Դասակարգում.

1. Ըստ ախտապատճառի՝ սպեցիֆիկ, ոչ սպեցիֆիկ, հետվնասվածքային:
2. Ըստ թարախակույտի տեղակայման՝ ենթամաշկային, ենթալորձային, նստաուղիղաղիքային, կոնքաուղիղաղիքային, հետուղիղաղիքային:
3. Ըստ ներքին բացվածքի տեղակայման՝ առաջային, հետին, կողմնային:
4. Ըստ սեղմանի մկանաթելերի հարաբերության՝ ներսեղմանային, միջսեղմանային, արտասեղմանային:

Բուժումը: Սուր պարապրոկտիտների բուժումը միայն վիրաբուժական է: Վիրահատությունը պետք է կատարվի ախտորոշումից անմիջապես հետո: Կարևոր է անզգայացման մեթոդի ճիշտ ընտրությունը: Տեղային անզգայացումը հակացուցված է այն պատճառով, որ ներարկման ընթացքում հնարավոր է վարակի տարածում, ոչ լիարժեք ցավազրկում, կողմնորոշման դժվարացում, քանի որ ցավազրկող դեղորայքը առաջացնում է հյուսվածքների ինֆիլտրացիա:

Կանխատեսումը: Սուր պարապրոկտիտի ժամանակին և ճիշտ կատարված արմատական վիրահատության ելքը բարենպաստ է: Թարախակույտի բացումը, առանց ուղիղ աղիքի հետ ունեցած կապի վերացման, հանգեցնում է ուղիղ աղիքի խուղակի ձևավորմանը, և որոշ ժամանակ անց առաջանում է սուր պարապրոկտիտի կրկնություն:

Անաէրոբ պարապրոկտիտ: Անաէրոբ վարակի հարուցիչները սպորազոյացնող (գազային փտախտի հարուցիչներ Clortridium՝ Cl. Perfringens, Cl. Novyi, Cl. Septicum, Cl. histolyticum), ինչպես նաև

սպոր չառաջացնող անաերոբներն են (բակտերիոդներ, ֆուզոբակտերիաներ և այլն, որոնք թթվածնի հետ շփումից մահանում են):

Անաերոբ կլոստրիդային պարապրոկտիտ: Սա պարապրոկտիտի ամենաճանր ձևն է: Այս դեպքում հիվանդության գաղտնի փուլը շատ կարճ է՝ 3 – 6 ժամ կամ 1 – 2 օր: Հիվանդի համեմատական լավ ինքնազգացողությունը փոխվում է անհանգստության անբացատրելի զգացումի, անոթազարկը հաճախանում է, իջնում է զարկերակային ճնշումը, առաջանում է դեմքի գորշակապտավուն գունավորում: Միաժամանակ առաջանում են շեքի ուժեղ, ճնշող ցավեր: Ուժեղ, անտանելի ցավերը բացատրվում են ախտահարված հյուսվածքների իշեմիայով:

Բուժումը: Ախտահարման օջախը լայն բացահատում են, մեռուկացված և վատ արյունամատակարարվող բոլոր հյուսվածքները՝ հեռացնում: Վերքերը լվացվում են ջրածնի պերօքսիդի, կալիումի պերմանգանատի, հականեխիչների լուծույթներով և դրենավորվում են: Ներարկային և հակաբակտերիալ ինտենսիվ բուժում է անցկացվում: Կիրառվում են լայն սպեկտրի ազդեցության հակաբիոտիկներ, մետրոնիդազոլ: Վիրաբուժական միջամտությանը զուգահեռ կիրառվում են հիպերբարիկ օքսիգենացիա:

ՈՒՂԻՂ ԱՂԻՔԻ ԽՈՒՂԱԿՆԵՐ

Սահմանումը: Ուղիղ աղիքի խուղակը (քրոնիկ պարապրոկտիտ) կատարի միջսեղմանային տարածության և հարուլիդաղիքային բջջանքի քրոնիկ բորբոքային գործընթացն է՝ պայմանավորված խուղակային ուղու առկայությամբ: Ընդ որում,

ախտահարված կատարը խուղակի ներքին բացվածքն է (նկ.1.35):



Նկար. 1.35. Ուղիղ աղիքի խուղակ:

Էթիոլոգիան և պաթոզենեզը: Ուղիղ աղիքի խուղակով գրեթե բոլոր հիվանդները հիվանդության սկիզբը դիտում են որպես սուր պարապրոկտիտի հետևանք: Սուր պարապրոկտիտով հիվանդներից ոչ բոլորն են ենթարկվում արմատական վիրահատության: Այս խմբի հիվանդների մոտավորապես կեսի դեպքում կատարվում է միայն թարախակույտի բացում և դրենավորում՝ առանց վարակի մուտքի դռների վերացման, որն էլ ձևավորում է ուղիղ աղիքի խուղակը: Աղիքի լուսանցքից կատարվում է մշտական վարակում, թարախային ուղին պատվում է շարակցական հյուսվածքով՝ դառնալով խուղակային ուղի: Խուղակի արտաքին բացվածքը սովորաբար բացվում է շեքի մաշկի վրա, դրա տրամագիծը հաճախ չի գերազանցում 1սմ-ը: Խուղակային ուղու հարակից բջջանքում անբավարար դրենավորման դեպքում կարող են լինել ներսփռանքներ, խոռոչներ:

Ախտաբանական անատոմիան: Վիրահատության նյութը սովորաբար ենթարկվում է հյուսվածաբանական քննության: Այդ

նյութը մաշկի հատված է՝ արտաքին խուղակային անցքով և ստորադիր բջջանքով, որում որոշվում է խուղակային ուղին:

Լայնակի կտրվածքների դեպքում ուղու տրամագիծը տատանվում է 1-5մմ-ի սահմաններում, խուղակի ուղղությամբ երբեմն հայտնաբերվում են լայնացումներ և ճյուղավորումներ:

Մանրադիտակային հետազոտությամբ հայտնաբերվում է, որ խուղակային ուղու պատը կազմված է կարծրացած շարակցական հյուսվածքից՝ ավշաբջիջների (լիմֆոցիտների) օջախային կուտակումներով կամ տարածուն ներսփռանքով: Խուղակի ներքին մակերեսը պատված է հասունացման տարբեր աստիճանի հատիկավորված հյուսվածքով:

Կլինիկան: Շատ հաճախ հիվանդությունն ալիքաձև ընթացք է ունենում: Խուղակի արտաքին բացվածքը կամ խուղակային ուղին թարախանեկրոտիկ գանգվածներով, հատիկավորված հյուսվածքով խցանվելու հետևանքով առաջանում է բորբոքման սրացում. ձևավորվում է թարախակույտ: Թարախակույտը բացելուց և մաքրելուց հետո սուր բորբոքային երևույթները մարում են, վերքի թարախային արտադրությունը նվազում է, ցավերն անհետանում են, հիվանդի ընդհանուր վիճակը բարելավվում է: Սակայն վերքը լիովին չի լավանում. մոտ 1սմ տրամագծով վերքից, որը խուղակի արտաքին բացվածքն է, շարունակվում է արյունաթարախային արտադրությունը, չի զիենայի կանոններին ճիշտ հետևելու դեպքում խուղակի առկայությունը երկար ժամանակ կարող է առանձնապես չանհանգստացնել հիվանդին: Սրացումները խախտում է բարվոք վիճակը: Բորբոքման նոր օջախների ի հայտ գալը և այդ գործընթացում հետանցքի սեղմանի ներգրավվելը հիվանդության նոր ախտանիշեր են առաջացնում: Երկարատև բորբոքային գործընթացի հետևանքով հիվանդի վիճակը վատանում է, նկատվում են մարմնի ընդհանուր

թուլություն, գլխացավեր, անքնություն, աշխատունակության նվազում, հոգեկան լարվածություն, կարողունակության անկում:

Բարդություններ: Ուղիղ աղիքի խուղակի բորբոքային գործընթացի հաճախակի սրացումներն առաջացնում են նաև տեղային փոփոխություններ՝ հետանցքի ուղու և շեքի ձևախախտումներ, հետանցքը սեղմող մկանների սպիական ձևափոխություններ, որոնք հետանցքի սեղմանի անբավարարություն են առաջացնում: Քրոնիկ պարապրոկտիտի բարդություններից է պեկտենոզը՝ հետանցքի ուղու պատի սպիական փոփոխությունը, որը առաձգականության /էլաստիկության/ անկման և սպիական նեղացման պատճառ է դառնում:

Հիվանդության երկար ընթացքի դեպքում (5 և ավելի տարիներ) երբեմն նկատվում է խուղակի հյուսվածքների չարորակացում:

Ախտորոշումը: Քրոնիկ պարապրոկտիտի ախտորոշումն այնքան էլ բարդ չէ: Հիմնականում հիվանդներն իրենք են բժշկի դիմում շեքի շրջանում խուղակի առկայության կամ հետանցքից թարախային արտադրության գանգատներով: Արտաքին զննման ժամանակ, եթե առկա է ուղիղ աղիքի լրիվ խուղակ, ապա նկատվում է արտաքին անցք: Ոչ լրիվ, ներքին խուղակների դեպքում տեսանելի է միայն ներքին անցք, իսկ մաշկի վրա արտաքին անցք չկա: Զննմանը նախորդում է հիվանդի հետ բժշկի զրույցը՝ հիվանդության տևողությունը, գործընթացի առանձնահատկությունները, սրացումների հաճախությունը, նախորդ բուժման բնույթը, ուղեկցող հիվանդությունների առկայությունը պարզելու նպատակով: Զրույցի ընթացքում պետք է ուշադրություն դարձնել հիվանդի ընդհանուր (սիհարում, գունատություն) և նյարդահոգեկան վիճակին: Պետք է պարզել

խողակից եկող արտադրության քանակը և բնույթը. սա կարող է օգնել խողակների առաջացմամբ բնորոշվող այլ հիվանդությունների (ակտինոմիկոզ /շողասնկախտ/, տերատոիդ գոյացություններ) ախտորոշմանը, իսկ թարախի առատ արտադրությունը թարախային ներհոսքերի և խոռոչների գոյացման նախապայման է: Բժիշկը պետք է տեղեկացվի աղիքային խանգարումների (փորկապություններ, փորլուծություններ, արյունահոսություններ) և հետանցքի սեղմանի վիճակի մասին, հատկապես եթե հիվանդի հետանցքը վիրահատվել է: Ուղիղ աղիքի խողակով հիվանդի գննումը կատարվում է աղիքը մաքրելուց հետո (հոգնա, լուծողական), հիվանդը հատուկ բազմոցին պառկում է մեջքի վրա՝ ոտքերը տարածած: Չնման ժամանակ ուշադրություն է դարձվում շեքի և հետույքի մաշկային ծածկույթների վիճակին, ճշտվում է հետանցքի և արտաքին խողակային անցքի միջև եղած հեռավորությունը, նշվում է խողակի անցքի տեղակայությունը հետանցքի շրջագծի նկատմամբ՝ օգտագործելով ժամացույցի թվատախտակի սկզբունքը՝ 3, 5, 6, 11 և այլ ժամերի վրա:

Ըստ արտաքին խողակային անցքի տեղակայման՝ կարելի է մոտավորապես ենթադրել խողակի ներքին անցքի տեղակայման մասին: Արտաքին սեղմանից ներս տեղակայված կամ նրա ոչ մեծ մասով անցնող ուղին հաճախ ունենում է հետանցքի մոտ տեղակայված արտաքին անցք:

Սուր պարապրոկտիտի հետևանքով առաջացած ուղիղ աղիքի խողակները հիմնականում մեկ արտաքին անցք են ունենում: Հետանցքից աջ կամ ձախ տեղակայված անցքերը պայտաձև խողակի դեպքում են առաջանում: Բազմաթիվ արտաքին անցքերի առկայությունն ավելի բնորոշ է որևէ յուրահատուկ գործընթացին: Չնման ժամանակ որոշվում է խողակից եկող

արտադրության քանակը և բնույթը: Սովորական պարապրոկտիտը բնորոշվում է դեղնավուն, անհոտ թարախանման արտադրությամբ: Եթե ախտահարված հատվածը սեղմելիս առատ թարախ է արտադրվում, ապա խողակի ուղղությամբ առկա են խոռոչ կամ խոռոչներ:

Արտաքին անցքերի շրջակայքում մաշկն ունենում է կապտավուն երանգ: Բավականին հազվադեպ է պատահում չարորակ զարգացում, որի դեպքում խողակից եկող արտադրության բնույթը փոխվում է. այն դառնում է արյունային՝ լորձի խառնուրդով: Արտաքին զննման ժամանակ պետք է ուշադրություն դարձնել շեքի ձևախախտումներին, սպիների առկայությանը, հետանցքի փակ թե բաց լինելուն, հարհետանցքային մաշկի կակղեցմանը, քորելու հետևանքով առաջացած հետքերին: Եթե հիվանդը գանգատվում է գազերից և կղանքի վատ պահումից, ապա անհրաժեշտ է կատարել հարհետանցքային մաշկի և կրեմաստերային ռեֆլեքսների ստուգում՝ զննածողի կամ ոչ սուր ասեղի օգնությամբ մաշկի վրա գծեր անցկացնելու միջոցով: Սա պետք է կատարել ուղիղ աղիքի մատնային հետազոտությունից և շոշափումից առաջ: Հարհետանցքային շրջանի և շեքի շոշափումը հնարավորություն է տալիս որոշելու խողակի ուղղությամբ առաջացած սպիական գործընթացի մակարդակը: Երբ խողակային ուղին ենթամաշկ-ենթալորձային շերտում է, այսինքն՝ ներսեղմանային տեղակայում ունի կամ անցնում է հետանցքի սեղմանի ոչ մեծ մասի միջով, ապա այն կարելի է հեշտությամբ որոշել արտաքին խողակային անցքից դեպի ուղիղ աղիք գնացող ձգանի ձևով: Իսկ երբ խողակային ուղին անցնում է արտաքին սեղմանի ավելի խոր մասերով և չի որոշվում շոշափման ժամանակ, կարելի է հստակ ասել, որ խողակը բարձր միջսեղմանային կամ նույնիսկ

արտասեղմանային է: Շոշափման ժամանակ հայտնաբերվում են ներսփռանքներ, ներհոսքեր:

Ուղիղ աղիքի մատնային հետազոտությունը բազմակողմանի տեղեկատվություն է հաղորդում: Առաջին հերթին որոշվում է ուղիղ աղիքի սեղմանի լարվածությունը հետանցքի կամային և ոչ կամային սեղմումների ժամանակ: Խուղակների երկարատև գոյությունը, բորբոքային գործընթացի սրացումները, նախորդած վիրահատական միջամտությունները հաճախ հետանցքային սեղմանի անբավարարություն են առաջացնում, ուստի հետազոտության այս տեսակը շատ կարևոր է: Մատնային հետազոտությամբ որոշվում է խուղակի ներքին բացվածքի տեղակայումը. այն սովորաբար մորգանյան կատարներից մեկում է: Ըստ ներքին անցքի տեղակայման՝ խուղակը կոչվում է հետին, առաջային, կողմնային: Հիմնականում 65% դեպքերում խուղակները լինում են հետին: Ուղիղ աղիքի մատնային հետազոտությունը կարելի է լրացնել շեքի կողմից կատարվող շոշափմամբ, այսինքն՝ կատարել երկձեռքանի հետազոտություն: Մատնային հետազոտությամբ կարելի է հայտնաբերել ուղիղ աղիքի հետանցքի խողովակի, շագանակագեղձի և այլ հիվանդություններ: Կանանց մոտ կատարվում է հեշտոցային քննություն: Դեպի հեշտոց գնացող խուղակային ուղու, ուղիղ աղիք-հեշտոցային միջնապատի վիճակի մասին կարելի է դատել ուղիղ աղիքի և հեշտոցի միաժամանակյա հետազոտության դեպքում: Ուղիղ աղիքի խուղակով բոլոր հիվանդների դեպքում պետք է կատարել ներկանյութով փորձ. այդ նպատակով ամենից հաճախ օգտագործվում է մեթիլեն կապույտի 1%-անոց լուծույթ: Ներկը նշում է խուղակի ներքին անցքը: Կատարի ներկումն ամենից լավ երևում է անոսկոպիայի ժամանակ: Մաշկի վրա խուղակային անցքի առկայության դեպքում անպայման

կատարվում է ևս մեկ հետազոտություն՝ խուղակի զոնդավորում: Այն տեղեկություններ է հաղորդում խուղակային ուղու ուղղության, հյուսվածքներում դրա ճյուղավորումների, թարախային խոռոչների, խուղակային ուղու և արտաքին սեղմանի հարաբերության մասին: Բազմաթիվ արտաքին խուղակային անցքերի դեպքում սովորաբար զոնդավորվում են բոլոր ուղիները:

Ուղիղ աղիքի խուղակներով հիվանդների դեպքում ռեկտոռոմանոսկոպիան ուսումնասիրում է ուղիղ աղիքի լորձաթաղանթը և հայտնաբերում ուղեկցող հիվանդությունները (նորագոյացություններ, ոչ սպեցիֆիկ բորբոքային հիվանդություններ և այլն): Եթե զննման ժամանակ բժիշկը կասկածել է ուղիղ աղիքի միջսեղմանային կամ արտասեղմանային խուղակի առկայություն, ապա հետազոտությունը պետք է լրացնել ֆիստուլոգրաֆիայով: Բարիումային հոգնայի եղանակով կատարվող ռենտգեն հետազոտությունը ուղիղ աղիքի խուղակը ախտորոշելիս անցկացվում է նաև քրոնիկ պարապրոկտիտը այլ հիվանդություններից տարբերակելու նպատակով: Հետանցքի սեղմանի ֆունկցիայի գնահատման արդյունավետ մեթոդը սֆինկտերոմետրիան է: Ուղիղ աղիքի խուղակի առկայության դեպքում հետազոտության հիմնական մեթոդներն են արտաքին զննումը, շոշափումը, ուղիղ աղիքի և հետանցքի ուղու մատնային հետազոտությունը, ներկանյութով փորձը, աղիքի զոնդավորումը, անոսկոպիան, ռեկտոռոմանոսկոպիան, իսկ բարձր խուղակների, առատ արտադրության և զննաձողի տատանման դեպքում՝ ֆիստուլոգրաֆիան:

Տարբերակիչ ախտորոշումը: Ուղիղ աղիքի խուղակները հիմնականում տարբերակում են հետևյալ հիվանդություններից՝ հարուղիղաղիքային բջջանքի բշտից, սրբոսկրի և պոչուկի

ոսկրածուծաբորբից /օստեոմիելիտ/, տուբերկուլյոզային խոլականերից, Կրոնի հիվանդության դեպքում առաջացող խոլականերից, պոչուկի էպիթելային ուղուց:

Հարուղիղաղիքային բջջանքի բշտերը տերատոմաներ են, որոնք հաճախ թարախակալվում են և տարածվում դեպի դուրս՝ հարիետանցքային շրջանում ձևավորելով խոլակ, որը պետք է տարբերակել պարապրոկտիտից: Ուղիղ աղիքի մատնային հետագոտությունը և շեքի շրջանի մաշկի շոշափումը բշտային գոյացության առկայության դեպքում հնարավորություն են տալիս հայտնաբերելու պինդ, հստակ սահմաններով գոյացություն: Բշտերը հաճախ խոլակի միջոցով դրենավորվում են դեպի մաշկ, և աղիքի հետ կապ չի հայտնաբերվում: Բայց երբեմն բուշոր կարող է միաժամանակ բացվել դեպի մաշկ և աղիք՝ ձևավորելով լրիվ խոլակ: Սովորաբար աղիքի լուսանցքում ներքին բացվածքը կատարների մակարդակից վեր է լինում:

Կոնքի ոսկրերի ոսկրածուծաբորբը շեքի շրջանում կարող է խոլականեր առաջացնել: Քրոնիկ պարապրոկտիտի դեպքում խոլակի արտաքին բացվածքը սովորաբար մեկն է լինում, օստեոմիելիտի դեպքում՝ մի քանիսը, որոնք հիմնականում տեղակայված են հետանցքից հեռու և ուղիղ աղիքի հետ կապ չունեն: Ճիշտ ախտորոշել հնարավոր է միայն կոնքի շրջանի ռենտգեն քննությունից հետո:

Շողասնկախտի /ակտինոմիկոզի/ դեպքում խոլակաները սովորաբար շատ են և երկար. դրանք շոշափվում են շեքի շրջանից և աղիքի հետ կապ չունեն: Մաշկը արտաքին բացվածքի շուրջը ունի կապույտ երանգ: Խոլակից արտադրությունը առատ չէ:

Թոքերի տուբերկուլյոզի դեպքում ուղիղ աղիքում ձևավորվում են հասարակ խոլականեր, սպեցիֆիկ գործընթացի մասին կարելի

է խոսել այն ժամանակ, երբ խուղակից առատ թարախային արտադրություն լինի: Հյուսվածաբանական հետազոտությամբ հայտնաբերվում են բազմաքանակ միաձուլվող հատիկուժուցքներ /գրանուլումաներ/: Կրոնի հիվանդության դեպքում խուղակներն առաջանում են որպես բարդություններ: Կրոնի հիվանդությանը բնորոշ է խոց-ճաքերի առկայությունը աղիքում, իսկ սովորական խուղակների դեպքում աղիքում բորբոքային փոփոխություններ հիմնականում չեն լինում:

Հաճախ հարկ է լինում ուղիղ աղիքի խուղակները տարբերակել պոչուկի էպիթելային ուղուց առաջացած խուղակներից, հատկապես երբ դրանք բացվում են հետանցքի մոտ: Տարբերակիչ ախտանիշ է էպիթելային ուղու առաջնային բացվածքների հայտնաբերումը:

Հազվադեպ են հանդիպում խուղակի հյուսվածքների չարորակացումները. այդ դեպքում խուղակից լինում է արյունային և լորձային առատ արտադրություն: Նման դեպքերում խուղակից վերցված քուրքի հյուսվածաբանական քննություն են կատարում:

Դասակարգումը.

1. Ըստ ախտապատճառի՝ սպեցիֆիկ, ոչ սպեցիֆիկ, հետվնասվածքային:
2. Ըստ բորբոքային գործընթացի ընթացքի՝ քրոնիկական, քրոնիկական կրկնվող:
3. Ըստ ներքին բացվածքի տեղակայման՝ առաջային, հետին, կողմնային:
4. Ըստ խուղակի սեղմանի մկանաթելերի հարաբերության՝ ներսեղմանային, միջսեղմանային, արտասեղմանային:

Բուժումը: Խուղակների բուժման արմատական մեթոդը վիրահատությունն է: Իհարկե, կան նաև վիրահատության

հակացուցումներ. դա հիմնականում օրգան-համակարգերի ծանր, քրոնիկական բարդ հիվանդություններն են:

Վիրահատական եղանակի ընտրությունը հիմնավորվում է ըստ՝

1. հետանցքի արտաքին սեղմանի նկատմամբ խուղակային ուղու տեղակայման հարաբերության,
2. աղիքի պատում, ներքին անցքի շրջանում և խուղակի ուղղությամբ սպիական գործընթացի զարգացման աստիճանի,
3. հարուղիղաղիքային բջջանքում թարախային խոռոչների և ներսփռանքների առկայության:

Խուղակի՝ ուղիղ աղիքի լուսանցք բացազատող վիրահատությունը սովորաբար կատարվում է ենթալորձային և եզրային խուղակների դեպքում, երբ ուղին տեղակայված է սեղմանից ներս և շատ մակերեսային, այն շրջապատված չէ սպիներով: Այս դեպքում խուղակային ուղու բացազատումն ամբողջ երկայնքով, ներքին անցքի վերացմամբ բավարար է հիվանդին բուժելու համար:

Ներսեղմանային խուղակների դեպքում հիմնականում կիրառվում է խուղակի՝ դեպի ուղիղ աղիքի լուսանցք բացահատող վիրահատություն: Այս եղանակը հեղինակի անունով կոչվում է Գաբրիելի վիրահատություն: Վիրահատության իմաստն այն է, որ արտաքին անցքից ուղին ներկելուց և դրա միջով զննածոդ անցկացնելուց հետո կատարվում է խուղակային ուղու բացազատում: Հետագայում խուղակը խնայողաբար բացահատվում է արտաքին և ներքին անցքերի հետ, իսկ վերքին տրվում է եռանկյունու ձև, որի զագաթն ուղղված է դեպի աղիքի լուսանցք, իսկ հիմքը տեղակայված է հարհետանցքային մաշկի վրա: Այսպիսով, ստացվում է, որ վերքի մակերեսը աղիքի

լուսանցքում ավելի փոքր է, քան մաշկի վրա: Վերքի այս տեսակը նպաստում է, որ վերքն ամբողջ երկայնքով հավասարաչափ լավանա, քանի որ աղիքի լուսանցքում դրանք ավելի դժվար են լավանում, քան մաշկի վրա:

Թարախակույտերի առկայությամբ և աղիքի պատի, հարուղիղաղիքային բջջանքի սպիական փոփոխություններով արտասեղմանային խուղակները հիմնականում բուժվում են խուղակի բացահատման և լիգատուրայի անցկացման եղանակով, հատկապես եթե ներքին բացվածքը տեղակայված է հետին կիսաշրջագծով:

Կանխատեսումը: Ուղիղ աղիքի եզրային, ենթալորձային ոչ բարձր միջսեղմանային խուղակների վիրահատական բուժումն արդյունավետ է և չի ուղեկցվում որևէ լուրջ բարդություններով: Բարձր տեղակայված խուղակները (խոր միջսեղմանային և արտասեղմանային) նույնպես կարող են բուժվել առանց ֆունկցիոնալ խանգարումների: Կրկնվող խուղակների երկարատև բորբոքումները, աղիքի պատում թարախակույտերը, սեղմանում և հարուղիղաղիքային բջջանքում սպիական փոփոխությունների առկայությունը նկատելիորեն ազդում են բուժման արդյունքների վրա:

Պ Ո Չ ՈՒ Կ Ի Է Պ Ի Թ Ե Լ Ա Յ Ի Ն ՈՒ Ղ Ի

Սահմանումը: Պոչուկի էպիթելային ուղին էպիթելային հյուսվածքի ներթափանցումն է մաշկի տակ՝ նեղ խողովակի ձևով: Այն տեղակայվում է սրբոսկրապոչուկային շրջանում և մեկ կամ մի քանի կետային անցքերով (առաջնային) բացվում մաշկի վրա՝ հետույքի միջին գծով (նկ.1.36):



Նկար. 1.36. Պոչուկի էպիթելային ուղի:

Էթիոլոգիան: Էպիթելային պոչուկային ուղին բնածին հիվանդություն է, որը պայմանավորված է սաղմի պոչային ծայրի զարգացման թերությամբ, որի դեպքում մաշկի տակ էպիթելով պատված ուղի է մնում: Այսպիսի արատ բավականին հաճախ է հանդիպում: Երեխաների և դեռահասների կանխարգելիչ զննման ժամանակ հետազոտվողների 4-5%-ի դեպքում հայտնաբերվել է պոչուկի էպիթելային ուղի:

Մասնագետների մի մասն էպիթելային ուղին անվանում է մազային բուշտ՝ նշելով, որ դրա առաջացման պատճառը մաշկի մազերի ոչ ճիշտ աճն է, որն էլ խոր միջհետույքային ծալքի և առատ մազածածկույթի պայմաններում նպաստում է մաշկի մեջ մազի ներթափանցմանը և բշտի առաջացմանը:

Ախտաբանական անատոմիան: Պոչուկի ուղին ունի 2-3սմ երկարություն: Այն կույր ձևով ավարտվում է ենթամաշկային բջջանքում և կապված չէ պոչուկի հետ: Ռիդին պատող էպիթելը

պարունակում է մագարմատներ, քրտնագեղձեր, ճարպագեղձեր և շրջապատված է շարակցահյուսվածքային թելերով:

Կլինիկան: Պոչուկի էպիթելային ուղու առկայությունը բացասական ազդեցություն չի թողնում երեխայի զարգացման վրա և կյանքի առաջին տարիներին կլինիկորեն չի արտահայտվում (անախտանիշ շրջան): Հիվանդությունը սկսվում է կլինիկորեն արտահայտվել սեռական հասունացման շրջանում, երբ էպիթելային ուղու լուսանցքում սկսում են մազեր աճել և ճարպագեղձերի ու քրտնագեղձերի գործունեության արտադրուկներ կուտակվել: Հետանցքի և սրբոսկրապոչուկային հատվածի միմյանց մոտ տեղակայումը պայմանավորում է ուղու և այդ հատվածի մաշկի առատ միկրոֆլորան: Առաջնային անցքերի միջով ուղու բավարար դրենավորման բացակայության դեպքում զարգանում է բորբոքում, որը կարող է անցնել դեպի հարակից բջջանք: Բորբոքման առաջացմանը նպաստում են վնասվածքները, պոչուկասրբանային շրջանի մաշկի առատ մազածածկույթը, հիգիենայի կանոններին չհետևելը:

Եթե պոչուկի ուղիում զարգանում է բորբոքում, ապա սրբոսկրի և պոչուկի շրջանում առաջանում են ցավեր, ուղու առաջնային անցքերից նկատվում է արտադրություն: Երբ բորբոքումը տարածվում է դեպի հարակից բջջանք, ցավերը բավականին ուժեղանում են, առաջանում է մաշկի պնդացում և գերարյունություն: Բորբոքման այսպիսի օջախը հաճախ տեղակայվում է միջհետույքային ծալքի տակ: Տեղային փոփոխությունները կարող են ուղեկցվել հիվանդի ջերմաստիճանի բարձրացմամբ: Հիվանդության այս շրջանը կոչվում է պոչուկի էպիթելային ուղու սուր բորբոքում՝ ներսփռանքի և թարախակույտի փուլերով: Եթե հիվանդն այս շրջանում բժշկի չի դիմում, ապա հնարավոր է թարախակույտի

ինքնուրույն բացում, որը նպաստում է բորբոքման արտաքին ախտանիշերի արտահայտվածության թուլացմանը կամ վերացմանը: Մակայն հաճախ առաջանում է էպիթելային ուղին դրենավորող թարախային խուղակ: Եթե սուր բորբոքման շրջանում հիվանդը դիմում է բժշկի, և որոշակի պատճառներից ելնելով՝ կատարվում է ոչ թե արմատական վիրահատություն, այլ թարախակույտի բացում, ապա բուժման փոխարեն զարգանում է ուղու քրոնիկ բորբոքում՝ ներսփռանքների, խուղակների և կրկնվող թարախակույտերի առաջացմամբ:

Այսպիսով, եթե պոչուկի էպիթելային ուղու բորբոքումը ինքնուրույն անցնում է, ապա նույնիսկ ցավերի և առաջնային անցքերից արտադրության բացակայության դեպքում հիվանդին չի կարելի համարել լիովին ապաքինված, քանի որ բորբոքման օջախը դեռևս չի վերացել:

Դասակարգումը: Հիվանդության բոլոր փուլերը դասակարգվում են հետևյալ կերպ՝

1. պոչուկի չբարդացած էպիթելային ուղի (առանց կլինիկական ախտանիշերի),
2. պոչուկի էպիթելային ուղու սուր բորբոքում՝
 - ա. ներսփռանքի փուլ,
 - բ. թարախակույտի փուլ,
3. պոչուկի էպիթելային ուղու քրոնիկ բորբոքում՝
 - ա. ներսփռանքի փուլ,
 - բ. կրկնվող թարախակույտ,
 - գ. թարախային խուղակներ,
4. պոչուկի էպիթելային ուղու բորբոքման ժամանակավոր թուլացում (ռեմիսիա):

Բարդությունները: Արմատական բուժման բացակայության դեպքում էպիթելային ուղու և հարակից բջջանքի բորբոքային

փոփոխությունները կարող են առաջացնել բազմաթիվ երկրորդային խուղակներ, որոնք բացվում են սրբոսկրապոչուկային շրջանից բավականին հեռու՝ շեքի մաշկի շրջանում, փոշտի, աճուկային ծալքերի և նույնիսկ որովայնի առաջային պատի վրա: Թարախային արտադրությամբ երկրորդային խուղակները երբեմն հանգեցնում են մաշկի թարախաբշտիկային հիվանդությունների /պիոդերմիայի/ առաջացմանը: Հատկապես դժվար է պիոդերմիայի խուղակային ձևի բուժումը, երբ շեքի և սրբոսկրապոչուկային շրջանի ամբողջ մաշկը էպիթելացված ուղիների համակարգ է, որտեղ մազեր են աճում և կուտակվում են ճարպագեղձերի արտադրուկներ, թարախ: Այս դեպքում բժիշկը ստիպված է լինում ախտահարված մաշկը հատել մեծ հարթակով, այլապես հիվանդը լիովին չի բուժվի:

Ախտորոշումը: Պոչուկի չբարդացած էպիթելային ուղին ախտորոշելը դժվար չէ: Միջհետույքային ծալքում ձևավորված առաջնային անցքերը նախատրամադրող գործոններ են: Սրբոսկրապոչուկային հատվածում բորբոքման ախտանիշերի ի հայտ գալը, թարախակույտերի շրջանում խուղակների առաջացումը, հետույքային ծալքի միջին գծով առաջնային անցքերի առկայությունը պոչուկի բարդացած էպիթելային ուղու ախտորոշումը դարձնում են հավաստի: Սակայն նույնիսկ այն դեպքում, երբ սրբոսկրապոչուկային շրջանի գննման ժամանակ առկա են էպիթելային ուղին հաստատող բոլոր ախտանիշերը, անպայման պետք է ուղիղ աղիքի և հետանցքային ուղու մատնային հետազոտությունը՝ այլ հիվանդություններ բացառելու նպատակով: Ուղիղ աղիքի հետին պատի միջով պետք է շոշափել սրբոսկրային և պոչուկային ողերը, որոնցում փոփոխություններ չպետք է լինեն: Հաստ աղիքի հիվանդությունները բացառելու

նպատակով կատարվում է հիվանդների ռեկտոռոմանոսկոպիա, իսկ տագնապալից ախտանիշների դեպքում՝ կոլոնոսկոպիա կամ իրիգոսկոպիա: Ախտորոշելու նպատակով ուղու անցքերից ներկ չի ներմուծվում: Ֆիստուլոգրաֆիա կատարվում է միայն բարդ դեպքերում, երբ անհրաժեշտ է անցկացնել տարբերակիչ ախտորոշում: Ըստ ընդունված տեսակետի՝ պոչուկի էպիթելային ուղիով հիվանդներին պետք է ենթարկել սրբուկրի և պոչուկի ռենտգեն հետազոտման՝ սրբուկրային ողերի աղեղների սերտաճումը (spina bifida) ժխտելու նպատակով:

Տարբերակիչ ախտորոշումը: Պոչուկի էպիթելային ուղին պետք է տարբերակել հետևյալ հիվանդություններից՝ ուղիղ աղիքի խուղակներ, պոչուկային բուշտ, հետին մենինգոցելե /ուղեղապատյանի ճողվածք/, նախասրբուկրային տերատոմա, ոսկրածուծաբորբ /օստեոմիելիտ/:

Ուղիղ աղիքի խուղակի և պոչուկի բարդացած էպիթելային ուղու միջև տարբերակիչ ախտորոշումը կատարվում է ուղիղ աղիքի մատնային հետազոտության, զոնդավորման, խուղակային ուղիները ներկելու, ֆիստուլոգրաֆիայի արդյունքների հիման վրա: Ուղիղ աղիքի խուղակի առկայության դեպքում հետազոտության ընթացքում մորգանյան կատարների շրջանում հայտնաբերվում է խուղակի ներքին բացվածքը, զննածողը խուղակային ուղիով տեղաշարժվում է ոչ թե դեպի պոչուկ, այլ դեպի հետանցքային խողովակ: Արտաքին բացվածքից ներմուծված ներկը թափանցում է աղիքի լուսանցք՝ ներկելով ախտահարված կատարը: Ֆիստուլոգրաֆիան աղիքի և խուղակի կապը հաստատող ևս մեկ միջոց է:

Սրբուկրային վերնամաշկային /էպիդերմոիդ/ բշտերը տեղակայվում են սրբուկրապոչուկային հատվածում, շոշափվում են մաշկի տակ, և եթե բորբոքում չկա, ապա դրանք շարժուն են և

անցավ: Բշտերը կարող են թարախակավել՝ թողնելով էպիթելային ուղու տպավորություն: Բայց սրբուկրային բշտերը, ի տարբերություն էպիթելային ուղու, չունեն առաջնային անցքեր: Հետին մենինգոցելը նույնպես տեղակայվում է միջհետույքային ծալքի միջին գծով, ունի վեր բարձրացող ձվաձև տեսք: Դրա վրայի մաշկը փոփոխված չէ, շոշափելիս համարյա անշարժ, առաձգական գոյացություն է: Ի տարբերություն էպիթելային ուղու՝ առաջնային անցքեր չունի: Հիվանդին մանրակրկիտ հարցաքննելիս պարզվում է, որ առկա են կոնքային օրգանների ֆունկցիայի խանգարումներ՝ հիմնականում անմիզապահություն /էնուրեզ/: Այս դեպքում անհրաժեշտ են սրբուկրի, պոչուկի ռենտգեն և այլ հետազոտություններ, նյարդավիրաբուժական միջամտություն: Նախասրբուկրային տերատոմաները կարող են ունենալ սաղմնային ուղի, որն էպիթելային ձագարի տեսքով բացվում է մաշկի վրա, հետանցքի շրջանում և երբեմն շատ նման է պոչուկի ուղու առաջնային անցքի: Սաղմնային ուղու անցքը սովորաբար տեղակայվում է հետանցքի հետևի միջին գծով: Տերատոմաները նույնպես կարող են սրբուկրապոչուկային շրջանի թարախային խուղակների պատճառ լինել: Նախասրբուկրային տերատոմաները տեղակայվում են ուղիղ աղիքի հետին պատի և սրբուկրի առաջային մակերեսի միջև, որոնք հայտնաբերվում են հետանցքից մատնային հետազոտություն կատարելով: Վերջինիս ընթացքում սրբուկրի առաջային պատին նկատվում է առաձգական կամ ամուր ուռուցքանման գոյացություն: Ի տարբերություն տերատոմայի՝ էպիթելային պոչուկային ուղին տեղակայվում է մաշկի տակ՝ սրբուկրի և պոչուկի հետին մակերեսին:

Գերձայնային հետազոտությունը, իսկ խուղակի դեպքում նաև ֆիստուլոգրաֆիան հնարավորություն են տալիս սահմանել ճիշտ

ախտորոշում: Սրբոսկրի և պոչուկի ոսկրածուծաբորբը նույնպես կարող է խուղակներ առաջացնել սրբոսկրա-պոչուկային և շեքի շրջանի մաշկի վրա: Ոսկրածուծաբորբի դեպքում մատնային հետազոտությունն ուղիղ աղիքի լուսանցքում հայտնաբերում է խմորանման արտափքում, սրբոսկրի ու պոչուկի ախտաբանական շարժունակություն: Այն ախտորոշելու համար անհրաժեշտ է անցկացնել կոնքի ոսկրերի ռենտգեն, գերձայնային հետազոտություն, իսկ եթե խուղակներ կան՝ ֆիստուլոգրաֆիա:

Քուծույթ: Պոչուկի էպիթելային ուղու բուժումը միայն վիրահատական է: Հեռացվում է բորբոքման հիմնական աղբյուրը՝ էպիթելային խողովակը բոլոր առաջնային անցքերի հետ: Եթե առաջացել է բորբոքում, ապա հեռացվում է ուղին՝ հարակից փոփոխված հյուսվածքների և երկրորդային խուղակների հետ մեկտեղ: Վիրահատության ժամկետները և եղանակները որոշվում են՝ ըստ վերը նշված կլինիկական դասակարգման:

Պոչուկի չբարդացած էպիթելային ուղին, երբ առկա են ուղի և առաջնային անցքեր՝ առանց բորբոքային բարդությունների, վիրահատվում է պլանային կարգով: Ուղին ներկվում է առաջնային անցքերի միջով այնպես (հիմնականում մեթիլեն կապոյտով), որ որևէ առաջնային անցք աննկատ չմնա: Երիզող կտրվածքներով հատվում է միջհետույքային ծալքի մաշկի զույլ՝ դրանում բացվող բոլոր առաջնային անցքերով և ստորադիր բջջանքով, որտեղ տեղակայված է ուղին: Այս ամենը հեռացվում է մինչև պոչուկը ծածկող փակեղը՝ որպես մեկ համալիր: Այս փուլում վիրահատությունն արդյունավետ է մի քանի պատճառներով՝ էպիթելային ուղիում և հարակից բջջանքում բորբոքում չկա, միկրոֆլորան ուղու մեջ և մաշկի վրա ազդեսիվ չէ, չբարդացած ուղու հատումից հետո առաջացած վերքը ծավալուն չէ, իսկ դա նշանակում է, որ կարերը ձգելուց հետո հյուսվածքների

մեծ լարում չի լինի:

Պոչուկի էպիթելային ուղու սուր բորբոքման դեպքում վիրաբուժական բուժումն իրականացվում է՝ հաշվի առնելով բորբոքային գործընթացի փուլը և տարածվածությունը:

ա) Եթե ներսփռանքը չի տարածվել միջհետույքային ծալքի սահմաններից դուրս և տեղակայված է ուղու ուղղությամբ, ապա կարելի է միանգամից կատարել ուղու և առաջնային անցքերի հեռացման արմատական վիրահատություն:

բ) Թարախակույտի առկայության դեպքում պետք է անմիջապես կատարել արմատական վիրահատություն՝ հատել թարախակույտի պատերը և ուղին: Այս վիրահատությունը հիմնականում կատարվում է փոքր մակերեսով թարախակույտերի դեպքում (մինչև 3սմ տրամագծով): Այս դեպքում վերքն ընդհանրապես չի կարվում, կամ կատարվում է վերքի ծայրերի կարում հատակին: Մեծ մակերես ունեցող վարակված վերքը սովորաբար բավականին երկար ժամանակահատվածում է լավանում, առաջանում է կոպիտ սպի: Այդ պատճառով էլ շատ մասնագետներ պոչուկի էպիթելային ուղու սուր բորբոքման դեպքում վիրահատությունը կատարում են երկու փուլով՝ սկզբում բացվում է թարախակույտը, կատարվում են ամենօրյա լվացումներ, թարախակույտի և ուղու խոռոչ ներմուծվում են ջրալույծ քուլֆներ: Բորբոքումը մարելուց հետո կատարվում է արմատական վիրահատություն: Հետաձգված վիրահատությունը հիմնականում կատարում են առաջին փուլից 4-5 օր անց: Սակայն այն կարելի է կատարել նաև ավելի ուշ ժամկետում՝ 2-3 ամիս անց, պլանային կարգով:

Պոչուկի էպիթելային ուղին քրոնիկ բորբոքման փուլում ենթարկվում է պլանային արմատական վիրահատության՝ ուղու, առաջնային անցքերի և երկրորդային խուղակների հատումով:

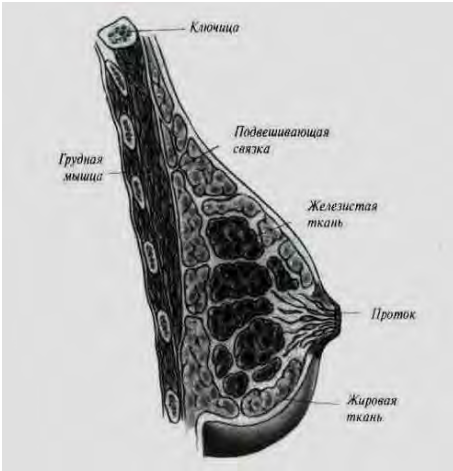
Պոչուկի էպիթելային ուղու բորբոքումը մարելու դեպքում հաճախ կատարվում է պլանային արմատական վիրահատություն՝ ուղու և սպիական հյուսվածքների հեռացումով:

Պետք է նշել, որ պոչուկի բարդացած էպիթելային ուղու արմատական վիրահատության դեպքում վաղուց ի վեր գոյություն ունեն վերքը կարելու տարբեր մոտեցումներ: Վիրաբույժների մի մասը կողմնակից է հիվանդության բոլոր փուլերում Դոնատիի խուլ կարի կիրառման մեթոդին: Մինչդեռ մասնագիտացված բաժանմունքների փորձը ցույց է տալիս, որ խուլ կարը անվտանգ է միայն չբարդացած ուղու դեպքում: Իսկ եթե նույնիսկ մեկ անգամ բորբոքում է առաջացել, ապա վիրահատությունը պետք է ավարտել՝ վերքի ծայրերը հատակին կարելով: Այս դեպքում կիրառվում են կարի տարբեր ձևափոխումներ, որոնք հնարավորություն են տալիս առավելագույնս փոքրացնելու վերքի մակերեսը՝ լավ դրենավորելով այն:

Կանխատեսումը: Պոչուկի էպիթելային ուղու արմատական բուժումը բարենպաստ է հիվանդության ցանկացած փուլում, հիվանդները լիովին ապաքինվում են: Վիրահատությունից հետո բժիշկը պետք է հսկի հիվանդին մինչև լիովին ապաքինվելը: Մինչև վերքի վերջնական լավացումը, դրա եզրերի շուրջը պարբերաբար կատարվում է մազահանում: Վիրահատությունից հետո առաջին 2-3 ամիսներին խորհուրդ չի տրվում հագնել կոշտ կտորից նեղ հագուստ՝ հետվիրահատական սպիի վնասումից խուսափելու նպատակով: Եվ իհարկե, պետք է հետևել հիգիենայի կանոններին՝ կանոնավոր լողանալ, հագնել մաքուր, գերադասելի է բամբակյա ներքնազգեստ:

ԹԵՄԱ 6. ԿՐԾՔԱԳԵՂՁԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ: ՄԱՍՏԻՏ: ԴԻՍՀՈՐՄՈՆԱԼ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

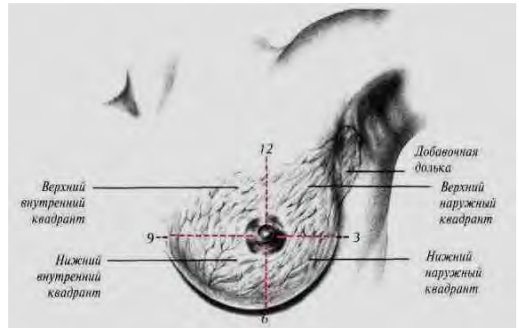
Կրծքագեղձի անատոմիան: Կաթնագեղձը (glandula mammaria s.



Նկար. 1.37.

mamma) գույգ օրգան է, պատկանում է մաշկի ապոկրին գեղձերի տիպին: Այն իր հիմքի մեծ մասով պատկած է մեծ կրծքամկանի (m. pectoralis major), մասամբ առաջային ատամնավոր մկանի (m. serratus anterior) վրա (նկ.1.37): Գեղձի ներսի գիծը հարկրծոսկրային գիծն է, դրսի սահմանը՝ առաջային անութային գիծը, վերևից՝ երրորդ կողը,

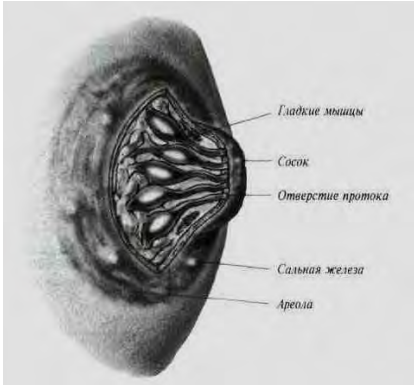
վարից՝ վեցերորդը: Գեղձի կենտրոնում պտուկն է (նկ.1.38), որը շրջապատված է պիգմենտացիայի ենթարկված մաշկով (areola mammae): Գեղձն ունի բլթակավոր կառուցվածք, բաղկացած է 15-20 բլթերից, որոնցից յուրաքանչյուրը ավվեռլախողովակավոր գեղձ



Նկար. 1.38.

է կաթնատար ծորանով, որը բացվում է պտուկի գագաթին: Բլթիկները մեկը մյուսից բաժանված են շարակցահյուսվածքային

խտրոցներով. վերջիններս, անցնելով գեղձի առաջային մակերեսի, մաշկի խոր շերտերի և մեծ կրծքամկանի փակեղով, առաջացնում են ամուր ցանցանման շարակցահյուսվածքային ձգան



Նկար.1.39.

(lig.suspensorium Cuperi), որն ամրանում է անրակին, իսկ դեպի ներքև տարածվելով ամբողջ երկայնքով՝ շարակցահյուսվածքային ձգաններն առաջացնում են պատիճ, որն ընդգրկում է կրծքագեղձը: Գեղձի բլթերից դեպի պտուկը գնում են կաթնածորանները, որոնք ունեն ճառագայթաձև դասավորություն: Ամբողջ

գեղձը դրսից ծածկված է հարուստ ճարպաբջջային շերտով և նուրբ մաշկով (նկ.1.39):

Արյունամատակարարումը: Գեղձի արյունամատակարարումը կատարվում է միջկողային (a.intercostalis), ներքին կրծքային (a.mammaria interna) և կողմնային կրծքային (a.thoratica lateralis) զարկերակների միջոցով: Վերոհիշյալ զարկերակներին ուղեկցում են համանուն երակները և կազմում մակերեսային ու խորանիստ ցանց:

Ավշային համակարգը: Տարբերում ենք գեղձից ավշահոսքի մի քանի ուղիներ (նկ.1.40).

1.Անութային. նորմալում այս ճանապարհով արտահոսում է ավշի 97%-ը: Անութային շրջան հոսում է ավիշ ոչ միայն կրծքագեղձից, այլև վերին վերջույթներից, կրծքավանդակի առաջային, հետին, կողմնային մակերեսներից, որովայնի

առաջային պատից:

2. Ենթասնրակային. այս ուղիով արտահոսում է ավիշը գեղձի վերին և հետին ավշային հյուսակներից: Այս ուղին սերտ բերանակցվում է վերանրակային կոլատերալների հետ:

3. Հարկրծոսկրային. ավշահոսքը կատարվում է բացարձակապես գեղձի ներսի հատվածից՝ կրծքավանդակի առաջային պատով դեպի հարկրծոսկրային ավշային հանգույցներ: Հարկրծոսկրային ավշային հանգույցների ուռուցքային պաշարման դեպքում, ուռուցքային բջիջները ավշի ռետրոգրադ հոսքով կարող են տարածվել դեպի կրծքավանդակի և որովայնի խոռոչի օրգաններ: Հարկրծոսկրային ավշային հանգույցներից ավիշը առավել հաճախ թափվում է ենթասնրակային ավշային հանգույցներ, բայց կարող է գնալ նաև դեպի վերանրակային ավշային հանգույցներ, մասնավորապես երակային անկյան շրջանում եղած (Թրաուզեյի հսկիչ) հանգույց, որի մետաստատիկ ախտահարման դեպքում վերանրակային շրջանի միջային մասում շոշափվում է կարծր գոյացություն:

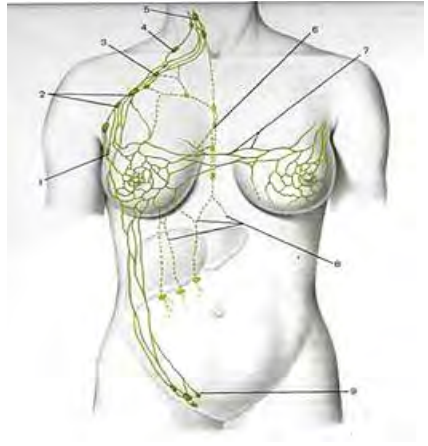
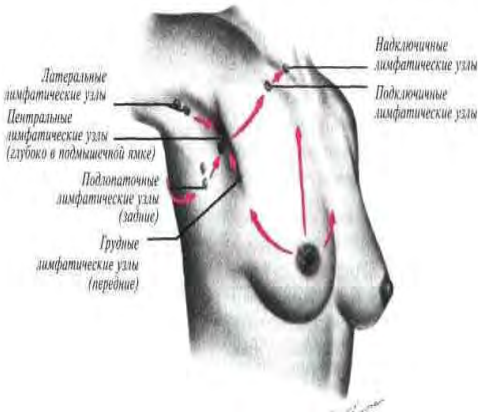
4. Միջկողային. ավշահոսքը կատարվում է կրծքագեղձի դրսի և հետին մակերեսների անոթներով, որոնք անցնում են 2-4 միջկողային մկանների հաստության միջով, այնուհետև բերանակցումներ են տալիս առջևից՝ հարկրծոսկրային կոլեկտորի կամ հետևից՝ ողերի ավշային անոթների հետ:

5. Հետկրծոսկրային. ավշահոսքը կատարվում է այն անոթներով, որոնք ավիշը հավաքում են գեղձի կենտրոնական և միջային հատվածներից՝ անցնելով կրծքավանդակի պատի հաստության միջով, դուրս են գալիս կրծոսկրի մոտ: Դրանք չեն թափվում հարկրծոսկրային ավշային հանգույցների մեջ, այլ շրջանցելով դրանք՝ մոտենում են միջնորմի, այնուհետև շնչափողա-թոքային ավշային հանգույցներին (թոքերի

մետաստագավորման ուղի):

6.Խաչաձև. ավշահոսքը կատարվում է կրծքավանդակի մաշկային և ենթամաշկային ավշային անոթներով դեպի հակառակ կողմի անութային ավշային հանգույցներ: Ավշային անոթներով ուղիղ կապ երկու կրծքագեղձերի պարենքիմայի միջև չի հայտնաբերվել, բայց խաչաձև մետաստագավորում դեպի մյուս գեղձ հնարավոր է մաշկային և ենթամաշկային ավշային ցանցի միջոցով:

7.Գերոտի ուղի. հիմնական անութային կոլեկտորի պաշարման դեպքում ավշի արտահոսքը կատարվում է էպիգաստրալ շրջանի անոթներով, որոնք անցնում են որովայնի ուղիղ մկանով դեպի նախաորովայնամզային բջջանք: Նախաորովայնամզային բջջանքի ավշային ցանցը կապված է միջնորմի և յարդի պսակաձև կապանի ավշային անոթների հետ, որոնցով էլ հնարավոր է մետաստագավորում: Կրծքագեղձի քաղցկեղի դեպքում վերոհիշյալ ուղիների միջոցով կատարվում է մոտակա և հեռակա ավշահանգույցների վաղ մետաստագավորում: Այսպիսով, կաթնագեղձն ունի ավշահոսքի բազմաթիվ ուղիներ, որոնցից գլխավորը անութայինն է: Ավշային անոթների առատությունը և ավշային ուղիների բազմազանությունը հանգեցնում են կաթնագեղձի քաղցկեղի վաղ և արագ մետաստագավորմանը: Տարբերում ենք մոտակա և հեռակա ավշային հանգույցներ, ուր ավիշը հոսում է կրծքագեղձից:



Նկար.1.40. Կրծքագեղձից ավշի արտահոսման ուղիները:

Մոտակա ավշային հանգույցներն են անութափոսային, ենթաանրակային (ապիկալ անութային) և հարկրծոսկրային ավշային հանգույցները, մնացած բոլորը հեռակա են՝ ներառյալ վերանրակային, պարանոցային, հակառակկողմային, միջնորմային հանգույցները: Գեղձի նյարդավորումը իրականացվում է ուսային հյուսակի մանր ճյուղերի և 4-6 միջկողային նյարդերի ճյուղերի հաշվին:

ԿԱԹՆԱԳԵՂՁԻ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ԱՐԱՏՆԵՐ

Նշենք զարգացման մի քանի արատներ, որոնք շատ քիչ են հանդիպում, բայց կարող են հանգեցնել ախտորոշիչ սխալների կամ երեխային կերակրելու դժվարացման պատճառ դառնալ:

1. *Հավելյալ կրծքագեղձերը* (բազմագեղձություն) հաճախ հանդիպում են երկու կողմից՝ անութափոսերի շրջանում և մեծանում են լակտացիայի շրջանում, երբեմն արտազատում են սեկրետ:

2. *Կաթնագեղձի հավելյալ բլթերը* մեծ մասով տեղակայվում են

մեծ կրծքամկանի դրսի եզրով և անութափուսերի շրջանում, պտուկ չունեն: Կաթնարտադրության շրջանում մեծանում են և դառնում ցավոտ: Այստեղ կարող են զարգանալ մաստիտ, քաղցկեղ և այլ ախտաբանական վիճակներ:

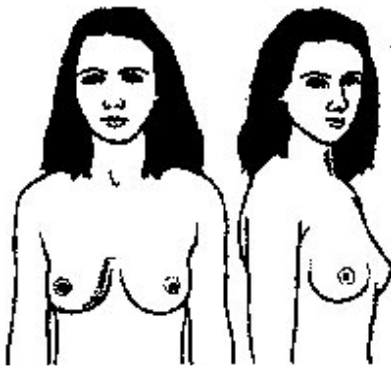
3. *Գիզանտ կաթնագեղձերը* մեծամասամբ լինում են երկկողմանի, հաճախ լինում է գեղձի լիպոմատոզ, հազվադեպ՝ գեղձի գերած:

4. *Կաթնագեղձի աստրոֆիան* լինում է միակողմանի և երկկողմանի, հանդիպում է հազվադեպ: Հիմնականում ուղեկցվում է ձվարանների թերզարգացումով և ձևախեղումներով:

5. *Հավելյալ պտուկները* տեղակայվում են կրծքային գծով, դրանք երբեք բավականաչափ չեն զարգանում և չեն արտազատում սեկրետ: Եզակի դեպքերում դիտվում է պտուկների թույլ արտահայտված պրկում:

ԿԱԹՆԱԳԵՂՁԸ ՀԵՏԱԶՈՏԵԼՈՒ ԵՂԱՆԱԿՆԵՐԸ

Ինքնաստուգում: ԱՄՆ-ում և այլ զարգացած երկրներում կանանց գերակշռող մասը կաթնագեղձի սխտեմատիկ



Նկար.1.41.

ինքնաստուգումը համարում է սովորական և կարևոր միջոցառում առողջությունը պահպանելու ինդիքում: Հետազոտությունը պետք է կատարել ամիսը մեկ՝ դաշտանի 5-6-րդ օրը, երբ կաթնագեղձերը թուլացած վիճակում են, իսկ

դաշտանադադարի ժամանակ ամեն ամիս՝ նույն օրը: Հետազոտությունը բաղկացած է 6 փուլից.

1. *Սպիտակեղենի հետազոտում.* որոշում ենք պտուկից արտադրության առկայությունը, քիչ քանակի արտադրությունը պտուկի վրա կարող է աննկատ մնալ, սակայն կրծկալի վրա թողնում է հետքեր:

2. *Կրծքագեղձի ընդհանուր տեսքը:* Պետք է մերկանալ մինչև գոտկատեղ, կանգնել հայելու դիմաց՝ ձեռքերը ազատ կախված վիճակում (նկ.1.41): Ուշադիր նայել հայելու մեջ յուրաքանչյուր գեղձին՝ ստուգելով, թե՞ չկա արդյոք գեղձի չափերի, ձևի, սահմանների փոփոխություն: Յուրահատուկ ուշադրություն է դարձվում գեղձի համաչափությանը:

3. *Մաշկի վիճակը,* դրա առաձգականությունը, գույնի փոփոխումը, կարմրության առկայությունը ամբողջ գեղձում կամ սահմանափակ հատվածներում: Կարևոր է ստուգել նաև՝ չկա՞



Նկար. 1.42.

արդյոք մաշկի պնդացում, ուռածություն, փոսություն, թմբկություն, ձգվածություն, խոցոտում, ցանավորում և կնճռոտում:

4. *Շոշափում կանգնած դիրքում:* Աջ ձեռքով ստուգում են ձախ գեղձը, ձախով՝ աջը: Շոշափումը կատարում են անրակից մինչև կողի ստորին

եզրը, կրծոսկրից դեպի անութային գիծ՝ ներառելով անութային շրջանը, որտեղ կարող են հայտնաբերվել մեծացած ավշահանգույցներ (նկ.1.42):

5. *Շոշափում պառկած դիրքում:* Մա ինքնաստուգման



Նկար 1.43.

ամենակարևոր մասն է, որովհետև միայն այս ձևով հնարավոր է լավ ստուգել հյուսվածքը: Գեղձը շոշափվում է երկու մեթոդով՝ 1. քառակուսու, երբ կաթնագեղձը մտովի բաժանում են

քառակուսիների՝ վերին-դրսային, վերին-միջային, ստորին-դրսային, ստորին-միջային, ամեն քառակուսին շոշափվում է առանձին-առանձին վերից վար, 2. պարույրի, երբ պարուրածն շարժումներով շոշափվում է գեղձը, անութային շրջանից դեպի պտուկը (նկ.1.43):

Պտուկի հետազոտումը: Որոշվում է՝ չկա՞ արդյոք պտուկի ձևի, գույնի փոփոխություն, ներհրվածություն, խոցոտում, ճաք: Պարտադիր է նաև շոշափել պտուկը և հարպտկային շրջանը:

Հիվանդների հետազոտումը կաթնագեղձի հիվանդությունների դեպքում: Հիվանդների առաջնային հետազոտումը սկսվում է անամնեստիկ տվյալներից: Մաստոպաթիայի առաջացման պատճառները հասկանալու համար կարևոր նշանակություն ունեն սեռական օրգանների, լյարդի, վահանագեղձի ուղեկցող հիվանդությունները: Հատուկ ուշադրության է արժանի դաշտանը սկսվելու ժամանակը և բնույթը: Հաշվի են առնվում տարիքը առաջին հղիության ժամանակ, ծննդաբերությունների քանակը, արիեստական և ինքնաբեր վիժումները: Չպետք է անտեսել նաև սոցիալ-կենցաղային գործոնը, քանի որ հիվանդության առաջացման հիմնական պատճառների մեջ նշվում է երկարատև սթրեսը: Հիվանդների մի մասի մոտ հիվանդությունն առաջանում է գենետիկական նախատրամադրվածության դեպքում, և այս

առումով պետք է պարզել հիվանդների ազգականների շրջանում նույն հիվանդության առկայությունը, առավելապես կենտրոնանալ սեռական օրգանների և կրծքագեղձի հիվանդությունների վրա: Հաշվի են առնվում հիվանդի գանգատները, առաջացման պատճառները, կապը դաշտանային ցիկլի հետ, պտուկներից արտադրության առկայությունը, գույնը, բաղադրությունը: Կլինիկական հետազոտումը ներառում է՝ դիտումը և ձեռքային հետազոտությունը: Դիտման ժամանակ ուսումնասիրվում են գեղձի ձևը, չափը, մաշկային ծածկույթների վիճակը, մաշկի սպիների առկայությունը, ձգվածությունը, այտուցվածությունը, պիգմենտացիան: Ձեռքով հետազոտման ժամանակ կատարվում է գեղձի և ավշային հանգույցների մակերեսային և խորանիստ շոշափում, որը հնարավորություն է տալիս որոշելու գեղձերի սիմետրիկությունը, պնդության առկայությունը, դրա բնույթը, տարածվածությունը, այտուցի առկայությունը և դրա կապը շրջակա հյուսվածքների հետ: Հատուկ ուշադրություն է դարձվում հանգուցավոր գոյացություններին՝ որոշվում են դրանց չափերը, պնդությունը, համասեռությունը, քանակը և շարժունությունը:

Կրծքագեղձի հետազոտության հատուկ մեթոդներ՝

Մամոգրաֆիա. կրծքագեղձի ռենտգենաբանական հետազոտությունն է, որը հնարավորություն է տալիս հետազոտելու գեղձը երկու ստանդարտ պրոյեկցիաներով՝ թեք և ուղիղ: Թեք դիրքով հնարավոր է հետազոտել աքսիլյար հատվածը, որը ուղիղ մամոգրաֆիայով չի որոշվում: Այս հետազոտումը ցուցված է, երբ առկա են մաստոդինիա (ցավ կրծքագեղձում), պտուկից արտադրություն, հանգուցավոր գոյացություններ և պրոթեզավորման բարդություններ:

Ռուկտոգրաֆիա. կաթնային ծորանների կոնտրաստավորումն

է, հետագա մամոգրաֆիկ հետազոտությամբ՝ ներծորանային պաթոլոգիկ փոփոխություններ հայտնաբերելու նպատակով: Հետազոտությունը կատարում են պտուկից արտադրության առկայության դեպքում:

Ոնևնոկիստոգրաֆիա. պունկցիայով կիստայի հեղուկ պարունակության հեռացումից հետո կիստայի խոռոչ է լցվում օդ, որը հնարավորություն է տալիս հետազոտելու խոռոչի ներքին մակերեսը և հայտնաբերելու ներբշտային գոյացությունները:

Մոնոգրաֆիա. մեթոդն աչքի է ընկնում իր պարզությամբ և անվտանգությամբ: Այս մեթոդի առավելությունը պարզությունն ու անվտանգությունն են, երիտասարդ կանանց մոտ գեղձային հյուսվածքը, ռեզիոնար ավշային հանգույցները հետազոտելու հնարավորությունը: Այս մեթոդով հնարավոր է անցկացնել տարբերակիչ ախտորոշում կիստաների և սոլիդ գոյացությունների միջև: Մեթոդի թերությունը նրա բազմաթիվ կեղծ-դրական և կեղծ-բացասական արդյունքներն են, հատկապես երբ գեղձային հյուսվածքը կազմափոխված է:

Համակարգչային շերտագրություն (ՀՇ): Այս մեթոդը կիրառվում է կրծքագեղձի հիվանդությունների ախտորոշման հետևյալ դեպքերում՝ **1.** ուռուցքը մամոգրաֆիայի համար անհասանելի տեղում է (ռետրոմամար քառակուսի), **2.** մետաստազները հայտնաբերելու համար, **3.** ուռուցքի անոթային ակտիվությունը որոշելու համար, **4.** պրոթեզի վիճակը գնահատելու համար, **5.** վիրահատված ռեցեդիվ քաղցկեղը հայտնաբերելու համար:

4. Մագնիսառեզոնանսային շերտագրությունը (ՄՌՇ) կիրառվում է կրծքագեղձի պրոթեզավորման, քաղցկեղի թաքնված ձևերի կասկածի, ռեզիոնար տարածման և սպիական ձևափոխությանների դեպքում: ՄՌՇ-ն ՀՇ-ի հետ համեմատած

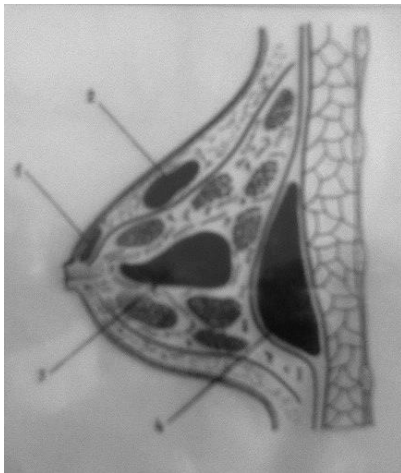
առավել տեղեկատվական է փափուկ հյուսվածքների փոփոխությունն ախտորոշելու համար:

Մցինտիգրաֆիան. կիրառվում է քաղցկեղային պրոցեսի իրական տարածվածությունը ճշտելու, ռեցեդիվ քաղցկեղը ախտորոշելու համար, որոշ դեպքերում խորհուրդ է տրվում որպես բիոպսիային փախարհնող միջոց:

ԿԱԹՆԱԳԵՂՁԻ ՈՉ ՄՊԵՑԻՏԻԿ ԲՈՐԲՈՔՍԻՆ
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Մաստիտը կաթնագեղձի բորբոքային հիվանդություն է: Սովորաբար լինում է միակողմանի, երկկողմանի մաստիտ հազվադեպ է դիտվում: Ըստ ընթացքի՝ լինում է սուր և քրոնիկական: Վերջինս քիչ է հանդիպում:

Սուր մաստիտ: 80-90% դեպքերում հանդիպում է հետծննդաբերական շրջանում կերակրող կանանց մոտ



Նկար.1.44.

(լակտացիոն մաստիտ): Հետծննդյան շրջանի առաջին ամսում առավել հաճախ առաջանում է առաջնածինների մոտ: Վարակի հարուցիչներն են ստաֆիլոկոկը, ստրեպտոկոկը՝ համակցված աղիքային ցուպիկի հետ, հազվադեպ պրոտեուսը, կապույտ թարախի ցուպիկը և սնկերը: Առաջնակարգ ուշադրություն է դարձվում ներհիվանդանոցային վարակին:

Վարակը կաթնային ուղիներ հնարավոր է ներթափանցի կթելու և

կերակրելու ժամանակ: Վարակի մուտք են պտուկների քերծվածքները և ճաքերը: Վարակը բացառելու համար կարևոր է ծննդկանի հիգիենիկ պայմանների պահպանումը: Վարակը հազվադեպ կարող է ներթափանցել նաև ավշային կամ արյունային ճանապարհով՝ այլ վարակային օջախներից: Մեծ նշանակություն ունի օրգանիզմի պաշպանական ուժերի թուլացումը: Հիվանդության զարգացմանը նպաստում է կաթի հոսքի խանգարումը՝ կաթնականգի առաջացումով: Մուր մաստիտը զարգանում է երեք փուլով՝ շճային, ինֆիլտրատիվ, արքցեսավորման: Շճային փուլի դեպքում գեղձի հյուսվածքը ներծծված է լինում շճային հեղուկով, անոթների շուրջը առկա է լեյկոցիտային ներսփռանք:

Բորբոքային պրոցեսը շարունակվելու դեպքում շճային հեղուկը վերափոխվում է թարախային ներսփռանքի՝ փոքր թարախային օջախներով, որոք միաձուլվելով առաջացնում են թարախակույտեր: Ըստ տեղակայման՝ թարախակույտները լինում են ենթամաշկային, ենթաձիթային (subareolaris), ներկաթնագեղձային (intramammaria) և հետկաթնագեղձային (retromammaria) (նկ.1.44):

Կլինիկան և ախտորոշումը: Հիվանդությունը սկսվում է ցավերով, այտուցով, ջերմության բարձրացումով մինչև 39-40°C, դողով, սարսուռով: Հիվանդության զարգացմանը զուգընթաց ցավն ուժեղանում է, այտուցը մեծանում, առաջանում են մաշկի կարմրություն, անութափոսի ավշային հանգույցների ցավոտ մեծացում: Արյան քննությամբ հայտնաբերվում են լեյկոցիտոզ, ԷՆԱ-ի արագացում: Շճային փուլի անցումը ինֆիլտրատիվ փուլին, հետո էլ թարախայինի շատ արագ է կատարվում (4-5 օրում): Առավել ծանր է ընթանում գանգրենոզ ձևը: Առավել ծանր վիճակ դիտվում է գեղձի գանգրենայի դեպքում: Մարմնի

ջերմությունը բարձրանում է մինչև 40-41°C, սրտի զարկերը 1 րոպեում 120-130 են հասնում, կրծքագեղձը չափերով մեծացած է, մաշկը՝ հիպերեմիկ, ցիանոզի օջախներով, վերնամաշկի (էպիդերմիսի) նեկրոզով և շերտազատումով: Առկա է արտահայտված լեյկոցիտոզ՝ ձախ թեքումով, մեզում որոշվում է սպիտակուց: Մաստիտի ծանր ընթացքի դեպքում կարող է զարգանալ արյունավարակ (սեպսիս), թոքամզի (պլևրայի) էմպիեմիա:

Բուժումը: Հիվանդության սկզբնական շրջանում, երբ գեղձը կարծրացած է, առկա է կաթնականգ կաթնատենդով, և չկա թարախային օջախ, բուժումը պահպանողական է: Կատարվում է կաթնագեղձի դատարկում, կաթի բակտերիոլոգիական քննություն երեխայի հետագա կերակրումը որոշելու համար: Սովորաբար կերակրումը դադարեցվում է, քանի որ հնարավոր է՝ երեխան հիվանդանա բերանաբորբով (ստոմատիտ), աղեբորբով (էնտերիտ), շաղկապենաբորբով (կոնյուկտիվիտ): Սուր մաստիտների ծանր ընթացքի դեպքում ցուցված է լակտացիայի ճնշումը դեղորայքով՝ պրոլակտինի սեկրեցիայի ինհիբիտորներ (էստրոգենների և անդրոգենների համակցում): Կաթնագեղձի վրա դրվում է սառը, տրվում են հակաբիոտիկներ, գեղձը կապվում է բարձր դիրքում: Թարախակալման դեպքում ցուցված է թարախակույտի բացում և դրենավորում: Վիրահատությունը պետք է կատարվի ընդհանուր անզգայացման տակ: Փոքր ենթամաշկային թարախակույտների դեպքում կտրվածքը կարող է կատարվել նաև տեղային անզգայացմամբ: Կտրվածքը անհրաժեշտ է կատարել թարախակույտի տեղակայմանը համապատասխան, ենթամաշկային և ինտրամամար տեղակայման դեպքում՝ պտուկի նկատմամբ ճառագայթաձև կտրվածքները պետք է բավականին լայն լինեն, ապահովեն

կաթնագեղձի բավարար դրենավորումը: Կտրվածքից հետո մատով ստուգվում է թարախակույտի խոռոչը, առանձին կաթնաբլթերի թարախակույտերը միացվում են միմյանց՝ քանդելով շարակցահյուսվածքային միջնորմները: Հաճախ չեն բավարարվում մեկ կտրվածքով, այլ կատարվում են մեկ-երկու կտրվածքներ, կտրվածքի հանդիպակաց պատին՝ հակաբացվածք (contrapertura), որը հնարավորություն է տալիս լիարժեք կերպով հեռացնելու մեռուկացված հյուսվածքները և թարախը: Հարարեռլային թարախակույտերի դեպքում կտրվածքը կատարվում է աղեղնաձև, արեռլայի եզրով: Հետկրծքագեղձային թարախակույտը բացվում է՝ կտրվածք կատարելով գեղձի ստորին հատվածում՝ ծալքի ուղղությամբ:

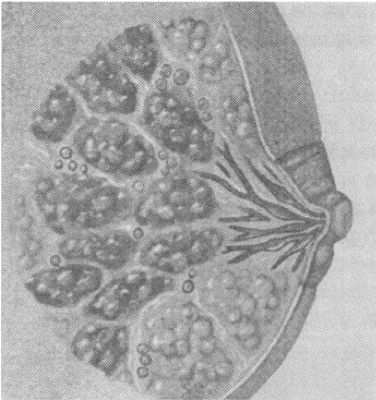
Քրոնիկական ոչ սպեցիֆիկ մաստիտ: Այն կարող է լինել սուր մաստիտի, վերջինիս ոչ լիարժեք բուժման հետևանք կամ որպես ինքնուրույն հիվանդություն՝ հարուցված ցածր վիրուլենտություն ունեցող միկրոֆլորայով:

Կլինիկան: Մարմնի ջերմաստիճանը նորմայի սահմաններում է կամ սուբֆեբրիլ է: Կրծքագեղձի չափերը մեծացած են բորբոքային օջախին համապատասխան, երբեմն լինում է մաշկի ձգվածություն կամ կարմրություն: Եթե սուր պրոցեսի հետևանք է, ապա նախկին թարախակույտի տեղում առկա է խուղակ՝ քիչ քանակի թարախային արտադրությամբ: Շոշափելիս առկա է թույլ ցավոտ ինֆիլտրատ, երբեմն առկա է ավշագեղձաբորբ (լիմֆադենիտ): Ախտորոշելուն նպաստում են անամնեզում սուր մաստիտի առկայությունը, նախկին թարախակույտի տեղում սպիի առկայությունը: Վերջնական ախտորոշումը դրվում է բիոպսիայից հետո՝ քաղցկեղից հետո տարբերակելու համար:

Բուժումը: Թարախային պրոցեսի առկայության դեպքում բացվում է թարախակույտը, հեռացվում են փոփոխված

հյուսվածքները, վերքի խոռոչը դրենավորվում է, և վերքը կարվում: Բորբոքային ինֆիլտրատի դեպքում կատարվում են ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումներ:

ՄԱՍՏՈՊԱԹԻԱ



Նկար.1.45. Ֆիբրոզ-կիստոզ մաստոպաթիա

Կրծքագեղձի հիվանդությունների մեջ առավել հաճախ հանդիպող հիվանդությունն է: Մաստոպաթիան ֆիբրոզ-կիստոզ հիվանդություն է (նկ.1.45), որը բնութագրվում է ստրոմայի հիալինոզի և կոլագենոզի զուգակցմամբ առաջացած էպիթելի ախտաբանական պրոլիֆերացիայով և բշտերի գոյացումով: Այս հիվանդությունը բարորակ հիվանդություն է, սակայն որոշ դեպքերում կարող է դառնալ

քաղցկեղի զարգացման միջանկյալ փուլ: Մաստոպաթիան բազմապատճառային հիվանդություն է, որի զարգացման գործում մեծ նշանակություն ունի հիպոթալամ-հիպոֆիզար համակարգի վիճակը: Ռեպրոդուկտիվ ցիկլի նյարդահումորալ խանգարումները հանգեցնում են հորմոնալ կախյալ օրգանների պրոլիֆերատիվ պրոցեսների ակտիվացման, այդ թվում նաև կրծքագեղձի հյուսվածքում, որը թիրախ է ձվարանների ստերոիդ հորմոնների, պրոլակտինի, ընկերքային հորմոնների և այլ էնդոկրին հորմոնների համար: Մաստոպաթիաների զարգացման մեջ որոշիչ նշանակություն ունի պրոգեստերոնի պակասը, որի դեպքում էստրոգենների ավելցուկը հանգեցնում է գեղձի հյուսվածքի

պրոլիֆերացիայի: Կրծքագեղձի դիսհորմոնալ հիվանդության զարգացման մեջ մեծ դեր ունեն նաև լյարդի հիվանդությունները: Ինչպես հայտնի է, լյարդում կատարվում են ստերոիդ հորմոնների կոնյուգացիան և ֆերմենտատիվ ակտիվացումը: Հեպատոբիլյար համակարգի հիվանդությունները հաճախ հանգեցնում են քրոնիկական հիպերէստրոգենիայի, որը լյարդում էստրոգենների ուտիլիզացիայի դանդաղեցման հետևանք է: Վահանաձև գեղձի հորմոնները նույնպես մեծ նշանակություն ունեն մաստոպաթիայի առաջացման գործում: Մաստոպաթիայով հիվանդների 64%-ի մոտ դիտվում է վահանաձև գեղձի պաթոլոգիա: Վահանաձև գեղձի հիպոֆունկցիան 3,8 անգամ մեծացնում է մաստոպաթիայի առաջացման ռիսկը:

Մաստոպաթիաները բաժանվում են երկու ձևի՝ 1. հանգուցային, 2. տարածուն: Որոշ մասնագետներ ընդունում են նաև խառը տեսակը:

Կլինիկան: Առավել հաճախ կլինիկորեն արտահայտվում է նախադաշտանային համախտանիշով, որն առաջանում է դաշտանայի ցիկլի 2-րդ փուլում (լյուտեինային) կամ դաշտանից մի քանի օր առաջ: Այն ընդգրկում է ֆիզիկական, վեգետատիվ, հուզական ախտանիշերի ամբողջությունը: Առաջին հերթին կրծքագեղձում առաջանում է ցավ (մաստոդինիա), կրծքագեղձի ծավալի մեծացման և արտափքման զգացում: Կաթնագեղձը շոշափելիս հայտնաբերվում են բլթակավոր բնույթի անհարթ մակերեսով ցավոտ կոշտացումներ: Հանգուցավոր մաստոպաթիայի դեպքում հայտնաբերվում են եզակի կամ բազմակի թույլ ցավոտ օջախներ, որոնք կպած չեն մաշկին և պտուկին: Հիվանդի պառկած դիրքում հանգույցները չեն շոշափվում (Կենիգի բացասական ախտանիշ): Եթե հետազոտելու ընթացքում կրծքագեղձում հայտնաբերվում են հանգույցներ, ապա

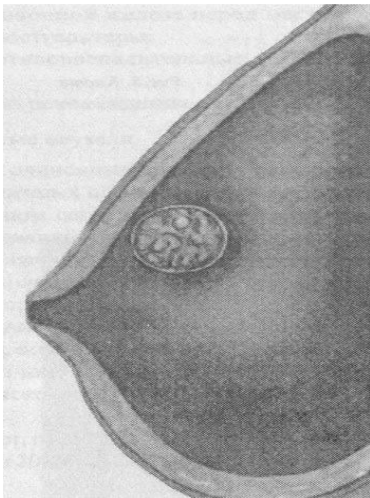
պետք է կատարել հանգույցներից բխապիսի՝ վիրահատելու անհրաժեշտության հարցը որոշելու համար: Դիֆուզ ձևերի դեպքում անցկացվում է պահպանողական բուժում: Դիֆուզ մաստոպաթիայի բուժումը դրա հիմնական պատճառի վերացումն է: Հաճախ անհրաժեշտ է բուժումը սկսել գինեկոլոգիական հիվանդությունների բուժումից, լյարդի ֆունկցիայի և կենտրոնական նյարդային համակարգի գործունեության կանոնավորումից: Հորմոնալ բուժումը արդյունավետ է էպիթելային հյուսվածքի համար: Հորմոնալ թերապիայում որպես միջոց օգտագործում են հակաէստրոգեններ, հեստագեններ, անդրոգեններ, պրոլակտինի սեկրեցիայի ինհիբիտորներ, գոնադոտրոպ հորմոնի ազատման անալոգներ (LHRH): Բայց ֆիբրոադենոմատոզի պրոլիֆերատիվ, ֆիբրոզ-կիստոզ և ֆիբրոմատոզ մաստոպաթիայի ձևերը դժվար են ենթարկվում հորմոնալ բուժման: Հանգուցավոր մաստոպաթիայի դեպքում կիրառվում է վիրահատական բուժում, հիմնականում կրծքագեղձի սեկտորալ մասնահատում կամ լամպեկտոմիա՝ շտապ հյուսվածաբանական հետազոտմամբ: Եթե հայտնաբերվում են քաղցկեղային բջիջներ, ապա կատարվում է կրծքագեղձի հեռացում՝ հետագա քիմիաթերապիայով: Եթե բարորակ պրոցես է, ապա բավարար է սեկտորալ մասնահատումը, իսկ հետվիրահատական շրջանում՝ պահպանողական բուժումը: Բազմաթիվ հանգույցների, բշտերի և պահպանողական բուժման անարդյունավետության դեպքերում կատարվում է գեղձի լայնածավալ մասնահատում ընդհուպ մինչև մաստեկտոմիա՝ քաղցկեղը կանխարգելելու համար:

Գինեկոմաստիա: Դա կրծքագեղձի մեծացումն է սղամարդկանց շրջանում: Լինում է իսկական, երբ առկա է գեղձային հյուսվածքի աճ, կեղծը պայմանավորված է ճարպային

հյուսվածքի աճով: Իսկական գինեկոմաստիան առաջանում է ինչպես էստրոգենների հիպերպրոդուկցիայի, այնպես էլ անդրոգենների նվազման դեպքում:

Բուժումը: Հիմնականում պատանեկան հասակում դիտվում է սպոնտան հետաճ: Կիրառվում է հակաէստրոգենային հորմոնալ թերապիա: Եթե պահպանողական բուժումն անարդյունավետ է, ապա կատարվում է վիրահատական բուժում: Կեղծ գինեկոմաստիայի դեպքում կիրառվում է ճարպակալած հատվածների լիպոսակցիա:

ԿԱԹՆԱԳԵՂՁԻ ԲԱՐՈՐԱԿ ՆՈՐԱԳՈՅԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ



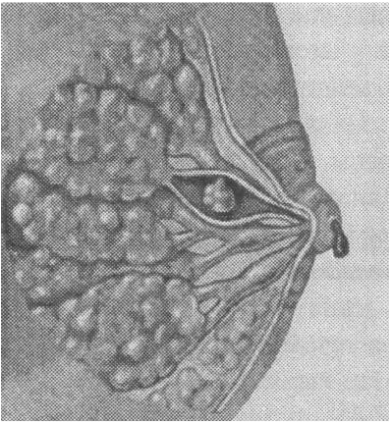
Նկար. 1.46 Կրծքագեղձի ֆիբրոադենոմա:

Ֆիբրոադենոմա (թելքագեղձուռուցք):

Կրծքագեղձի բարորակ նորագոյացություն է (նկ.1.46), հաճախ հանդիպում է 20-35 տարեկան կանանց շրջանում, ունի դանդաղ աճ, հստակ եզրեր: Բազմաթիվ ֆիբրոադենոմաներ քիչ են հանդիպում: Շոշափելիս հիշեցնում է շարժուն գնդիկ: Պատճառային գործոններն են հորմոնալ փոխանակության խանգարումը, կրծքագեղձի վնասվածքը: Սովորական ֆիբրոադենոման հազվադեպ է ենթարկվում չարորակացման, բայց

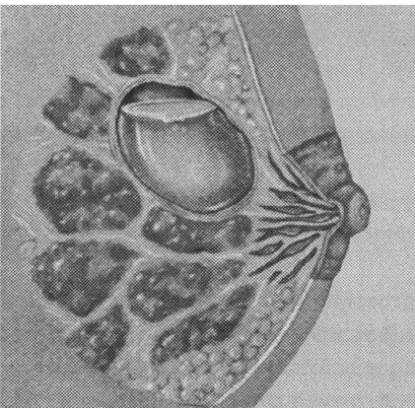
դրա տերևանման տեսակը շատ հաճախ է ենթարկվում չարորականացման: Ֆիբրոադենոման ախտորոշվում է մամոգրաֆիայով և սոնոգրաֆիայով: Բուժումը միշտ վիրաբուժական է: Կատարվում է սեկտորալ մասնահատում կամ

լամպեկտոմիա:



Նկար.1.47. Կրծքագեղձի պապիլոմա:

կանաչավուն և արյունային արտադրության առկայությամբ, որը հետք է թողնում սպիտակեղենի վրա: Ներծորանային պապիլոմաները կարող են լինել եզակի, բայց երբեմն հանդիպում են նաև բազմաթիվ պապիլոմաներ: Ախտորոշումը



Նկար.1.48. Կրծքագեղձի բուշտ:

Բուշտն առաջանում է, երբ խանգարվում է կաթնագեղձից

Ներծորանային պապիլոմա
(պտկոտուցք): Կաթնային ծորանների բարորակ նորագոյացություն է (նկ.1.47): Առաջացման պատճառը հորմոնալ փոխանակության խանգարումն է, կարող է առաջանալ տարբեր տարիքներում: Բնութագրվում է կրծքագեղձում տհաճ զգացումով, երբեմն նաև ցավերով, պտուկից թափանցիկ, շագանակա-

իրականացվում է դուկտոգրաֆիայով՝ կրծքագեղձի ռենտգենով, երբ կաթնածորաններ է լցվում ռենտգեն կոնտրաստ նյութ: Բուժումը վիրահատական է:

Կաթնագեղձի բուշտ:
Կաթնագեղձի բարորակ նորագոյացություն է՝ լցված հեղուկով (նկ.1.48): Բավականին տարածված հիվանդություն է:

արտագատուկի արտահոսքը. առաջանում է խոռոչ, որտեղ կուտակվում է հեղուկը: Այս հիվանդությունը շատ քիչ ախտանիշեր ունի: Այն հնարավոր է ախտորոշել միայն բազմաթիվ հետազոտություններից հետո: Բուշտը հստակ սահմանագատված է հարևան հյուսվածքներից, այն երբեմն դժվար է տարբերել ֆիբրոադենոմայից: Պայմանավորված չափերով՝ նշանակվում է համապատասխան բուժում:

Լիպոման: Հազվադեպ է առաջանում կրծքագեղձում, կազմված է ճարպային հյուսվածքից և աճում է շատ դանդաղ: Ցավային զգացողություն չի առաջացնում և ուրիշ ախտանիշեր չունի, կարող է պատճառել անհարմարություն: Եղել են դեպքեր, թեև շատ հազվադեպ, որ լիպոման վերափոխվել է սարկոմայի: Լիպոման կարող է լինել բազմաթիվ, կարող է առաջացնել ֆիզիկական և կոսմետիկ թերություններ: Այդ դեպքում այն հեռացնում են վիրահատական եղանակով:

ԿԱԹՆԱԳԵՂՁԻ ՔԱՂՑԿԵՂ

Կրծքագեղձի քաղցկեղը կանանց շրջանում ամենահաճախ հանդիպող, ագրեսիվ ընթացքով չարորակ նորագոյացություն է: Վերջին 5 տարում կրծքագեղձի քաղցկեղը երիտասարդացել է: Նշվում է հիվանդության որոշակի հաճախացում մինչև 45 տարեկան: Հիվանդության աճին զուգահեռ՝ բարձրանում է նաև այս հիվանդությամբ մահացությունը:

Կրծքագեղձի քաղցկեղի ռիսկի գործոնները՝

1. Ընտանեկան անամնեզում կրծքագեղձի քաղցկեղի առկայությունը,

2. վաղ դաշտանը,

3. դաշտանադադարի ուշ սկիզբը,

4. առաջին ուշ ծննդաբերությունը (30 տարեկանից հետո) կամ անամենեզում ծննդաբերության բացակայությունը,

5. կրծքագեղձում ֆիբրոկլիստոզի և ատիպիկ հիպերպլազիայի օջախների առկայությունը,

6. գենային մուտացիան՝ BRCA-1, BRCA-2, BRCA-3:

Կրծքագեղձի քաղցկեղի կլինիկական դասակարգումը: Գոյություն ունի 2 հիմնական դասակարգում: Համաձայն առաջին դասակարգման՝ տարբերում են քաղցկեղի 4 փուլեր՝

1-ին փուլ. ուռուցքը մինչև 3սմ է, գեղձի հաստության մեջ է, չի ներառում շրջակա հյուսվածքների մեջ, հարակից ավշային հանգույցներում մետաստազներ չկան:

2-րդ փուլ. ա) ուռուցքի տրամագիծը մինչև 5սմ է, ներառում է ենթամաշկային ճարպաբջջանքի մեջ, կան մաշկի ընդգրկվածության ախտանիշեր, բայց հարակից ավշային հանգույցներում մետաստազներ չկան, բ) ուռուցքի տրամագիծը մինչև 5սմ է, բայց անոթային ավշային հանգույցներում կան եզակի ախտահարումներ:

3-րդ փուլ. ա) ուռուցքը 5սմ-ից մեծ է, ներառում է մաշկի կամ մկանափակեղային շերտի մեջ, բայց հարևան ավշային հանգույցների մեջ մետաստազներ չկան, բ) անկախ ուռուցքի չափերից՝ ունի բազմաթիվ մետաստազներ անոթային և ենթանրակային ավշային հանգույցներում, գ) անկախ ուռուցքի չափերից՝ առկա են մետաստազներ վերանրակային և հարկրծոսկրային ավշային հանգույցներում:

4-րդ փուլ. ուռուցքը զբաղեցնում է կրծքագեղձի մեծ մասը, ուղեկցվում է մաշկի դիսեմինացիայով և խոցոտմամբ կամ անկախ ուռուցքի չափերից՝ ամուր սերտաճած է կրծքավանդակի պատին և ունի հեռակա մետաստազներ:

T ₀ - չկան ուռուցքի նշաններ	N ₀ - չկան ռեզիոնալ մետաստազ	M ₀ - չկան հեռակա մետաստազ
T _{is} - c-r in situ		
T _{1mi} - ուռուցքի չափսերը </=1սմ	N _{1mi} - միկրոմետաստազներ (>0.2սմ և </=2սմ)	
T ₁ - ուռուցքի չափսերը </=2սմ	N ₁ - մետաստազ 1-3 ռեզիոնալ ավշահանգույցում	M ₁ - հեռավոր մետաստազ
T ₂ - ուռուցքի չափսերը >2սմ և <=5սմ	N ₂ - մետաստազ 4-9 ռեզիոնալ ավշահանգույցում	
T ₃ - ուռուցքի չափսերը >5սմ	N ₃ - մետաստազ 10 և ավելի ռեզիոնալ ավշահանգույցում կամ իպսիլատերալ վերանրակային ավշահանգույցներում	
T ₄ - ուռուցքը ներաճել է կրծքավանդակի պատ/մաշկ (խոցոտում, այտուց)		

Գլինիկական փուլերի համապատասխանեցումը TNM դասակարգմանը

0 փուլ - T_{is}N₀M₀

I A փուլ - T_{1mi}N₀M₀

I B փուլ - T₀N_{1mi}M₀; T₁N_{1mi}M₀

II A փուլ - T₀₋₁N₁M₀; T₂N₀M₀

II B փուլ - T₂N₁M₀; T₃N₀M₀

III A փուլ - T₀₋₂N₂M₀; T₃N₁₋₂M₀

III C փուլ - T₁₋₄N₃M₀

IV փուլ T₁₋₄N₁₋₃M₁

Քաղցկեղի վերջնական ախտորոշումը դրվում է

վիրահատությունից հետո: Հատուկ տեղ է զբաղեցնում քաղցկեղի պրեինվազիվ (չներաճած) ձևը՝ կարցինոմա in situ-ն: Այն բնութագրվում է էպիթելի ատիպիկ պրոլիֆերացիայով՝ հիպերքրոմատոզ կորիզով և միտոզի պատկերով:

Կրծքագեղձի քաղցկեղի կլինիկական ձևերը

Կրծքագեղձի քաղցկեղի հանգուցավոր ձևը ամենահաճախ հանդիպողներից է և բնութագրվում է՝ կրծքագեղձի այս կամ այն հաստվածում կարծր հանգույցի ի հայտ գալով: Առավել հաճախ ախտահարվում է վերին դրսային քառակուսին: Աջ և ձախ կրծքագեղձերում տեղակայման հավանականությունը հավասար է: Կրծքագեղձի վաղ քաղցկեղի ախտանիշերն են՝

1. որոշվում է ոչ հստակ եզրերով, կարծր, սահմանափակ շարժուն հանգույց,

2. գեղձի ախտաբանական կնճռոտում, ուռուցքից վերև մաշկի ձգվածություն,

3. անցավ ուռուցքային հանգույց,

4. նույն կողմի անութային շրջանում մեկ կամ մի քանի շարժուն, ոչ մեծ չափի կարծր հանգույցների առկայություն:

Առավել տարածված պրոցեսի կլինիկական ախտանիշերը բավականին ցայտուն են՝

1. կաթնագեղձի հյուսվածքի տարածուն այտուց կամ «լիմոնի կեղևի» ախտանիշ,

2. հարպտուկային շրջանի այտուց և պտուկի պնդացում՝ Կրաուզեի ախտանիշ,

3. գեղձի հյուսվածքի տարբեր ձևախախտումներ,

4. ուռուցքի որոշման տեղում մաշկի արտահայտված ներձգվածություն,

5. մաշկի խոցոտում կամ ուռուցքի ներած մաշկի մեջ,

6. պտուկի ներս քաշվածություն և անշարժություն,

7.ամուր կոնգլոմերատ, անշարժ ավշային հանգույցներ աքսիլյար շրջանում,

8.նույն կողմի վերանրակային մետաստազներ, անութային խաչաձև կամ վերանրակային մետաստազներ,

9.ցավ կրծքագեղձում,

10.հեռավոր մետաստազներ՝ համապատասխան ախտանիշերով:

Այս ախտանիշերի հետ մեկտեղ գոյություն ունեն նաև՝

Պրիբրամի ախտանիշը՝ պտուկը ձգելիս ուռուցքը տեղաշարժվում է նրա հետ:

Կենիզի ախտանիշը՝ հիվանդի պատկած դիրքում կրծքագեղձը ավոժ սեղմելիս ուռուցքը չի անհետանում:

Պայերի ախտանիշը՝ մեծ կրծքամկանի նկատմամբ գեղձի անշարժությունը (ֆիքսվածություն):

Կրծքագեղձի քաղցկեղի դիֆուզ ձևեր

Այս խումբը բնութագրվում է հետևյալ ախտանիշերի եռյակով՝ այտուցով, մաշկի կարմրությամբ և հիպերթերմիայով, ինչպես նաև տեղային պրոցեսի արտահայտված տարածմամբ, անբարենպաստ ելքով և համալիր բուժման անհրաժեշտությամբ:

Այս տեսակից են.

1. ***Ներսփռանքային-այտուցային*** ձևը, որի դեպքում կաթնագեղձը մեծացած է, կոշտացած, այտուցված: Մաշկն ունի լիմոնի կեղևի տեսք: Ուռուցքային հանգույցներ չեն հայտնաբերվում: Այտուցը պայմանավորված է կրծքագեղձի ավշային անոթների մետաստատիկ խցանումներով, իսկ ավելի հաճախ ուռուցքային ինֆիլտրատով ճնշելու հետևանքով:

2. ***Զրահանման քաղցկեղը*** բնութագրվում է ոչ միայն գեղձային հյուսվածքի, այլև մաշկի ինֆիլտրացիայով, մաշկը դառնում է կարծր, պիգմանտավորված, դժվար է տեղաշարժվում (նկ.1.49):

Կարող են առաջանալ բազմաթիվ ներմաշկային ուռուցքային հանգույցներ, բուժման բացակայության դեպքում դրանք խոցոտվում են և ծածկվում կեղևով: Հետագայում կաթնագեղձը չափերով փոքրանում է, ձգվում վերև, կնճռոտվում, ասես ծածկված է զրահով:

3. Կաթնագեղձի էրիզիպելոիդային կամ կարմիր քամու տիպի քաղցկեղին բնորոշ է մաշկի կարմրությունը, հիպերթերմիան, որը հաճախ սկսվում է սուր, և առաջանում են ոչ հավասար եզրերով բծեր, որոնք նման են կարմիր քամու ախտանիշին, ջերմությունը բարձրանում է, բայց ցավը և ջերմությունը ավելի թույլ են արտահայտված, քան կարմիր քամու դեպքում: Ընթացքը սուր է, ունի բարձր չարորակություն, շատ արագ տալիս է մետաստազներ և հաճախ ռեցեդիվում է:

4. Մաստիտանման քաղցկեղն առաջին անգամ նկարագրվել է 1875թ. որպես կարցինոմատոզ քաղցկեղ (նկ.1.50): Այս քաղցկեղի ժամանակ գերակշռում է մաշկի հիպերեմիան և հիպերթերմիան: Շոշափելիս գեղձը ցավոտ է: Հիվանդությունը զարգանում է շատ արագ, մոտակա ավշագեղձերում շուտ են հայտնաբերվում մետաստազներ: Հանդիպում է երիտասարդ կանանց շրջանում՝ հղիության կամ կրծքով կերակրելու ընթացքում: Կանխագուշակումը վատ է:

Պեջետի հիվանդությունը կրծքագեղձի քաղցկեղի մորֆոլոգիական ձևերի մեջ համեմատական դանդաղ ընթացք ունեցողն է (նկ.1.51): Կլինիկական սկիզբը հաճախ հիշեցնում է պտուկի էկզեմա (թրմոր), որի հետևանքով էլ դիմում են ոչ մասնագետի, այլ մաշկաբանի, թերապևտի կամ զբաղվում են ինքնաբուժությամբ: Հիվանդությունը սկսվում է պտուկի ախտահարումից, հազվադեպ պսակիկից, առաջանում են չորություն, ճաքեր, էրոզիաներ՝ թաց մակերեսով, պրոցեսը

խորանում է գեղձի մեջ՝ առաջացնելով հանգույցներ: Բուժումը նույնն է, ինչ քաղցկեղի այլ ձևերի դեպքում:



Նկար.1.49.
Զրահանման քաղցկեղ:



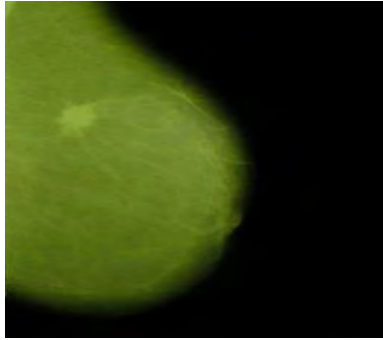
Նկար.1.50.
Մաստիտանման քաղցկեղ:



Նկար.1.51.
Պեղեստի քաղցկեղ:

Կրծքագեղձի քաղցկեղի ախտորոշումը

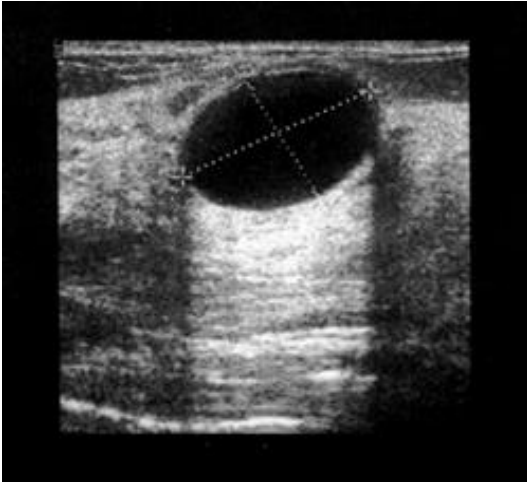
Մամոգրաֆիա: Մեծ դեր է կատարում կրծքագեղձի քաղցկեղի ախտորոշման մեջ՝ շնորհիվ ուռուցքի ճանաչման և տարբերակիչ ախտորոշման բարձր արդյունավետության (նկ.1.52): Մասնագիտական գրականության տվյալներով մամոգրաֆիկ հետազոտության հավաստիության աստիճանը 75-95% է: Մամոգրաֆիայով կատարված զանգվածային կանխարգելիչ հետազոտությունների հետանքով պարզվել է, որ քացկեղի 1-ին աստիճանը հայտնաբերվում է 50-70% դեպքերում: Չշոշափվող ուռուցքների դեպքում մամոգրաֆիան կարող է հայտնաբերել ուռուցքը 18-33% դեպքերում:



Նկար.1.52. Կրծքագեղձի քաղցկեղ:

Ներծորանային ռենտգեն կոնտրաստ քննություն: Կատարվում է ներծորանայի քաղցկեղի կասկածի դեպքում, երբ պտուկից առկա է ախտաբանական արտադրություն: Ծորանների մեջ ներմուծվում է յոդ պարունակող ջրալույծ կոնտրաստ նյութ, որից հետո նկարում են երկու հարթությամբ՝ ուղիղ և կողմնային: Ժամանակակից ռենտգեն սարքավորումները մեծ հնարավորություն ունեն հայտնաբերելու մինչև 5-10մմ չափի չարորակ ուռուցքները:

Ուլտրաձայնային հետազոտություն: Կլինիկական պրակտիկայում ուլտրաձայնային հետազոտության ներդրումը (մասնավորապես գունավոր դոպլերոգրաֆիան) հնարավորություն տվեց հասնելու ուռուցքի տեսանելիության զգալի լավացմանը՝ կրծքագեղձի տարբեր հիվանդությունների դեպքում անոթային հունի առանձնահատկությունները և քաղցկեղի չափերը որոշելու համար (նկ.1.53, 1.54):



Նկար.1.53.Բուշտ:



Նկար.1.54. Քաղցկեղ:

Թերմոգրաֆիա: Լայն կիրառում է ստացել կլինիկական պրակտիկայում: Այս մեթոդի էությունն այն է, որ ինֆրակարմիր ճառագայթների միջոցով որոշվում է կաթնագեղձի տարբեր մասերի ջերմությունը, որովհետև կաթնագեղձի տարբեր հիվանդությունների ընթացքում փոփոխվում է անոթահոսքի, նյութափոխանակության ինտենսիվությունը, որը հանգեցնում է ախտահարված հատվածի ջերմության փոփոխությանը: Սակայն այս հետազոտության դեպքում ախտորոշիչ ճշգրտությունը այդքան էլ մեծ չէ, ինչպես ուլտրաձայնային և մամոգրաֆիկ հետազոտությունների դեպքում: Այդ պատճառով այս հետազոտությունը որպես ինքնուրույն միջոց օգտագործվում է որոշակի կլինիկական դեպքերում:

Մազնիսա-ռեզոնանսային շերտագրություն: Այս մեթոդը վերջին տարիներին շատ հաճախ է կիրառվում: Այն օժտված է մեծ վերլուծողականությամբ, անվտանգությամբ, ճառագայթային ծանրաբեռնվածության բացակայությամբ, տարբեր խտության նյութերի ցայտներանգությամբ (առանց ցայտներանգ նյութի

կիրառման) կարելի է տարբեր հարթություններում ստանալ պատկերներ՝ առանց մեխանիկական տեղաշարժերի:

Բիոպսիա. ցիտոլոգիական հետազոտությունն է: Կրծքագեղձի քաղցկեղի ախտորոշման մեջ հնարավորություն է տալիս դատելու ուռուցքի մասին՝ մինչև բուժումը սկսելը, երբ պետք է առավելագույն հավաստի կլինիկական ախտորոշում:

Ռադիոիզոտոպային լինֆոսցինտիգրաֆիա: Այս մեթոդի դեպքում մետաստազով ախտահարված ավշային հանգույցները մասամբ կամ ամբողջությամբ կորցնում են իզոտոպը կուտակելու հատկությունը, սցինտիգրաֆիայով առկա է լցման դեֆեկտի պատկեր: Նախկինում ավշային հանգույցների մետաստատիկ ախտահարումն ախտորոշելու համար կիրառվում էր ակսիլոգրաֆիան: Բայց վերջին տարիների հետազոտությունները ցույց տվեցին, որ այս նպատակով առավել ինֆորմատիվ է ուլտրաձայնային հետազոտությունը, որի զգայունությունը տարբեր տվյալներով տատանվում է 70-80%-ի սահմաններում, իսկ հավաստիությունը 80% է:

Կրծքագեղձի քաղցկեղի բուժման եղանակները: Կրծքագեղձի քաղցկեղի բուժման հիմնական եղանակը վիրահատությունն է, բայց դրա հետ զուգորդվում են ճառագայթային, հորմոնալ և քիմիաբուժումը: Բուժման այսպիսի մոտեցումը բարձրացնում է բուժման արդյունավետությունը:

Վիրահատություններն են՝

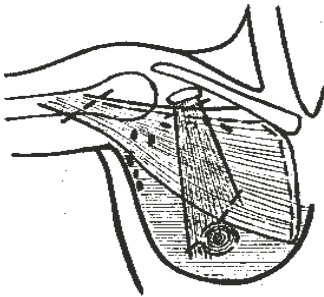
1. *Մաստէկտոմիա ըստ Նոլստեդի.* մեկ բլոկով հեռացվում են կրծքագեղձն իր մաշկով, ենթամաշկը, մեծ և փոքր կրծքամկանները, անութափոսի, ստորանրակային և ենթաթիակային շրջանների ավշահանգույցները՝ իրենց շրջապատող ճարպաբջջանքով (նկ.1.55):

2. Ըստ *Ուրբան Խոլդինի.* Նոլստեդի վիրահատությանը

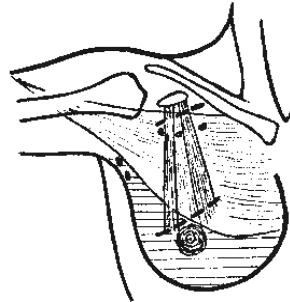
ավելացվում է հարկրծուկրային ավշային հանգույցների հեռացումը:

3. *Ըստ Պեյտիի.* սա Հոլստեդի վիրահատության մոդիֆիկացիան է՝ մեծ կրծքամկանը պահպանելով (նկ. 1.56):

4. *Ըստ Մադենի.* ի տարբերություն Պեյտիի վիրահատության պահպանվում է նաև փոքր կրծքամկանը:



Նկար.1.55. Հոլստեդի վիրահատության սխեման:



Նկար. 1.56.. Պեյտի-Մադենի վիրահատության սխեման:

1A (T1N0M0). այս փուլում հիմնականում կատարվում է կրծքագեղձի մասնահատում կամ լամպեկտոմիա՝ անութափոսի ավշային հանգույցների մասնակի կամ լրիվ հեռացումով: Հետագայում կատարվում է կրծքագեղձի մնացած հատվածի և ավշային հանգույցների ճառագայթային բուժում: Այն հիվանդների դեպքում, որոնք ունեն ռեցիդիվի և մետաստազավորման բարձր ռիսկ, կատարվում է քիմիաթերապիա:

2A. այս փուլում կատարվում է ռադիկալ մաստէկտոմիա՝ ըստ Մադենի կամ Պեյտի-Մադենի: Երբեմն հնարավոր է լինում կատարել օրգան պահպանող վիրահատություն (լամպեկտոմիա)՝ ավշային հանգույցների հեռացումով, հետագա ճառագայթային բուժմամբ: Հետվիրահատական շրջանում կատարվում է

իմունտպրոֆիլակտիկա:

2B (T2N0M0). այս փուլում ռադիկալ մաստէկտոմիայի և ճառագայթային բուժման հետ մեկտեղ կիրառվում է նաև քիմիաթերապիա CMF սխեմայով (6 կուրս 3-շաբաթյա ընդմիջումով):

3-րդ և 4-րդ փուլերում նախավիրահատական շրջանում կրծքագեղձի և ռեզիոնար մետաստազավորման գոտում կատարվում է երկարատև ճառագայթում, կատարվում է նաև քիմիաթերապիա և հորմոնալ բուժում: Դրական արդյունքների դեպքում (ուռուցքի փոքրացում մինչև 50% և ավելի) կատարվում է ռադիկալ մաստէկտոմիա՝ մեծ մկանի հնարավոր պահպանումով: Օրգան պահպանող վիրահատություններից առավել հաճախ կիրառվում է լամպէկտոմիան: Այս դեպքում հեռացվում է կրծքագեղձի մի մասը, որտեղ տեղակայված է ուռուցքը՝ շրջակա առողջ հյուսվածքի ոչ մեծ ծավալի հետ: Լամպէկտոմիայից հետո հեռացված ուռուցքը ենթարկվում է հյուսվածաբանական քննության՝ վերջինիս եզրային հատվածներում ուռուցքային բջիջներ հայտնաբերելու նպատակով: Լամպէկտոմիան լրացվում է ճառագայթային թերապիայի կուրսով: Այն դեպքում, եթե կրծքագեղձի հեռացված հատվածի եզրերում հայտնաբերվում են ուռուցքային բջիջներ, ապա կատարվում է կրկնակի բացազատում, ռեէկսցիզիա:

Կրծքագեղձի ռադիկալ վիրահատությունների բարդություններ: Ռադիկալ մաստէկտոմիաների հիմնական և ամենատարածված բարդությունն է լիմֆոռեան (ավշահոսությունը), որն այս կամ այն չափով առկա է լինում հետվիրահատական շրջանում 100% դեպքերում: Առատ և երկարատև լիմֆոռեան հանգեցնում է հետվիրահատական վերքի շրջանի բորբոքային փոփոխությունների, թարախակալման, վերքի եզրերի

տարամիտման, ինչպես նաև ընդհանուր բարդությունների (սեպտիցեմիա): Լիմֆոռեան նպաստում է լիմֆադենեկտոմիայի, մաշկի լայնածավալ շերտազատման տեղերում արտահայտված սպիակա կոփոխությունների առաջացմանը, որն իր հերթին հանգեցնում է հետմաստէկտոմիկ համախտանիշի զարգացմանը:

Հետմաստէկտոմիկ համախտանիշը ֆունկցիոնալ և կոսմետիկ



Նկար.1.57.

համալիր խանգարում է, որը ներառում է ավշահոսքի խանգարում՝ վերջույթի լիմֆոստազի ձևով, երակային արտահոսքի խանգարում անութային կամ ենթանրակային երակների ճնշման կամ խցանման ձևով, կոպիտ սպիների

առաջացում, որոնք հանգեցնում են ուսի կոնտրակտուրայի (կռկանքի), բրախիոպլեքսիտի: 33-43% հիվանդների դեպքում հետմաստէկտոմիկ համախտանիշը հանգեցնում է աշխատունակության լրիվ սահմանափակման (նկ.1.57):

Հարկավոր է նշել նաև, որ օրգանապահպանող մեթոդով վիրահատություններից հետո, որոնք զուգակցվում են ճառագայթային թերապիայով, և Հոլսթեդի վիրահատությունից հետո վիրահատությունների հեռակա արդյունքները նույնն են, սակայն կյանքի որակը օրգանապահպանող վիրահատություններից հետո զգալիորեն ավելի մեծ է: Վերջինից ելնելով էլ՝ ժամանակակից բժշկության մեջ ըստ Մադենի մաստէկտոմիան և լամպէկտոմիան (զուգակցված ճառագայթային թերապիայով) հիմնական և ընդունված վիրահատական բուժման մեթոդներն են կրծքագեղձի քաղցկեղի դեպքում:

ԹԵՄԱ 7. ՎԱՀԱՆԱԳԵՂՁԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ:
ԷՆԴԵՄԻԿ ԵՎ ՍՊՈՐԱԴԻԿ ԽՊԻՊ:
ՎԱՀԱՆԱԳԵՂՁԻ ԲՈՐԲՈՔԱՅԻՆ
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Վահանաձև գեղձ: Վահանաձև գեղձը կազմված է 2 բլթերից, որոնք տեղակայված են շնչափողի 2 կողմերում և իրար հետ կապված են բարակ նեղուցով (նկ.1.58): Քաշը մոտավորապես 15-20գ է: Միկրոսկոպիկ վահանաձև գեղձը կազմված է ֆոլիկուլներից, որոնք կազմված են մածուցիկ զանգվածով՝ կոլոիդով լի խոռոչից և այն շրջապատող խորանարդաձև բջիջների շերտից (նկ.1.59): Գեղձի ֆունկցիան ուժեղացնելու դեպքում բջիջները դառնում են գլանաձև, իսկ ֆունկցիայի նվազման դեպքում՝ տափակում: Միջֆոլիկուլային շարակցական հյուսվածքում հարֆոլիկուլային կամ K-բջիջներն են, որոնք արտադրում են կալցիտոնին:



Նկար. 1.58.

Վահանաձև գեղձը արտազատում է 2 տիպի հորմոններ՝ թիրոքսին (T₄) և տրիյոդթիրոնին(T₃): Դրանց նախանյութը L-թիրոզինն է: Յոդի միացումը թիրոզինին առաջացնում է մոնո- կամ

դիյոդթիրոզիններ, որոնցից առաջանում է թիրոնին: Յոդի հիմնական աղբյուր են ծովային սննդամթերքը, յոդացված աղերը:

Բացի յոդից, թիրեոիդ հորմոնների բաղկացուցիչ մասն է թիրոնինը, որն առաջանում է թիրեոգլոբուլինի մոլեկուլում, որի սինթեզն էլ իր հերթին կատարվում է թիրեոցիտներում:

Թիրեոգլոբուլինի քաշը կազմում է 660.000 դալտոն:

Թիրեոգլոբուլինի պրոտեոլիզի հետևանքով առաջանում են T₃ և T₄, որոնք էլ անցնում են արյան մեջ:

Օրվա ընթացքում վահանաձև գեղձը արտադրում է մոտավորապես 800-1000մկգ T₄: Արյան պլազմայում T₄-ի մոտ 80%-ը միացած է թիրոքսին կապող գլոբուլինի հետ:



Նկար. 1.59. Վահանաձև գեղձի նորմալ հյուսվածքի հյուսվածաբանական կառուցվածքը:

Թիրեոիդ հորմոններն ունեն ազդեցության լայն սպեկտր: Դրանք առավելապես կարևոր են ԿՆՀ-ի և օրգանիզմի աճի համար: Ունեն կալորիագեն էֆեկտ, կարգավորում են սիրտ-անոթային համակարգի ֆունկցիան: Տախիկարդիա դիտվում է թիրեոտոքսիկոզի դեպքում, իսկ բրադիկարդիա դիտվում է հիպոթիրեոզի դեպքում: Հիպոթիրեոզի

դեպքում մեծանում է կատեխոլամինների կոնցենտրացիան:

T₃ և T₄ արտագատումն իրականանում է ինչպես հիպոֆիզի ԹՏՀ-ի, այնպես էլ յոդիդի կոնցենտրացիայի հետևանքով: Հիպոֆիզի ԹՏՀ-ի վրա ազդում է հիպոթալամուսի թիրեոտրոպ կարգավորող հորմոնը (ԹԿՀ), որը կոչվում է նաև թիրեոլիբերին: ԹՏՀ-ի և T₃-ի, T₄-ի միջև առկա է դրական և բացասական փոխազդեցություն, այսինքն՝ ԹՏՀ-ի քանակի մեծացումը հանգեցնում է T₃-ի, T₄-ի քանակների նվազման՝ հիպոթիրեոզի կլինիկայի, իսկ ԹՏՀ-ի քանակի նվազումը հազցնում է T₃-ի, T₄-ի քանակների շատացման, այսինքն՝ հիպերթիրեոզի կամ թիրեոտոքսիկոզի:

Հետազոտման մեթոդները

1. Հարցում. հիվանդի կողմից ներկայացվող գանգատները:

2. Ֆիզիկական հետազոտում. զննումը հնարավորություն է տալիս հայտնաբերելու խպիպի առկայությունը, դրա բնույթը (դիֆուզ, հանգուցավոր), հանգույցի շարժունությունը, տեղակայումը, թիրեոտոքսիկոզի արտաքին դրսևորումները (տախիկարդիա, տրեմոր), ինչպես նաև հիպոթիրեոզի արտաքին դրսևորումները (դեմքի այտուցվածություն, չոր մաշկ), էկզոֆթալմ (արտակնություն) և այլն:

3. Գեղձի շոշափում. հիվանդը կանգնում է մեջքով դեպի բժիշկը, գլուխը քիչ առաջ թեքած: Շոշափումը հնարավորություն է տալիս որոշելու գեղձի մեծացման աստիճանը՝ ըստ Նիկոլանի.

- 0 աստիճան. վահանաձև գեղձը տեսանելի չէ և չի շոշափվում, նորմա:
- I աստիճան. վահանաձև գեղձը տեսանելի չէ, շոշափվում է նեղուցը:
- II աստիճան. վահանաձև գեղձը տեսանելի է, շոշափվում է, բայց պարանոցի ձևը փոփոխված չէ:
- III աստիճան. հաստ պարանոց:
- IV աստիճան. բացահայտ արտահայտված խպիպ, որն աղավաղում է պարանոցի կոնֆիգուրացիան:
- V աստիճան. վահանաձև գեղձի չափերը ահռելի են, այն ճնշում է շնչափողը, կերակրափողը:

Խպիպի միջազգային դասակարգումը (ՀԱԿ, 1994թ.).

0 աստիճան. խպիպ չկա:

I աստիճան. շոշափվում է, բայց տեսանելի չէ:

II աստիճան. շոշափվում է, տեսանելի է:

Բոլոր դեպքերում անհրաժեշտ է շոշափել պարանոցի ավշային հանգույցները:

4. Հետազոտման գործիքային մեթոդները՝

- պարանոցի և կրծքավանդակի ռենտգեն հետազոտություն,
- վահանագեղձի ԳՁՀ, որը հստակ որոշում է գեղձի չափերը, հանգույցների առկայությունը և տեղակայումը,
- վահանագեղձի բիոպսիա, որը կատարվում է քաղցկեղի կասկածի դեպքում,
- գեղձի կողմից I^{131} մասնիկների կլանման որոշումը սցինտիլյացիոն տվիչի օգնությամբ 2ժ հետո (N 5-10%), 24ժ հետո (20-30%): Հիպերթիրեոզի դեպքում մեծանում է կլանումը, իսկ հիպոթիրեոզի դեպքում՝ փոքրանում:

5. Վահանագեղձի ռադիոնուկլիդ սկանավորում I^{131} -ով: Այն հնարավորություն է տալիս որոշելու գեղձի եզրագծերը, չափերը, հանգույցները, իզոտոպի տարբեր աստիճանի տեղակայումը: Կլանման բարձր օջախներն անվանում են «տաք» հանգույցներ, իսկ I^{131} չկլանող հանգույցներն անվանում են «սառը» հանգույցներ: «Սառը» հանգույցները մոտավորապես 10% դեպքերում լինում են չարորակ:

6. Լարինգոսկոպիա. հնարավորություն է տալիս որոշելու կոկորդի հետադարձ նյարդերի ընդգրկումը պրոցեսում:

7. Անզիոգրաֆիա. հնարավորություն է տալիս որոշելու մեծ չափերով խպիպի փոխհարաբերությունը պարանոցի անոթների հետ:

8. Վահանագեղձի հորմոնների (T_3 , T_4), թիրեոգլոբուլինի, ԹՏՀ -ի, թիրեոկալցիտոնինի (այն շատանում է վահանագեղձի մեղուլյար քաղցկեղի դեպքում) քանակների որոշում:

9. Ֆունկցիոնալ փորձեր. թիրեոլիբերինիով կատարվող փորձը հստակ տեղեկատվություն է հաղորդում հիպոթալամուսի, հիպոֆիզի և վահանագեղձի մակարդակով կատարված խանգարումների մասին: Նորմայում, ի պատասխան

թիրեռլիբերինի ներմուծմանը, ԹՏՀ-ն շատանում է ավելի քան 65 անգամ: Դիֆուզ տոքսիկ խալիպի դեպքում քանակի շատացում չի լինում: Առաջնային հիպոթիրեոզի դեպքում ԹՏՀ-ն շատանում է ավելի քան 20 անգամ: Երկրորդային հիպոթիրեոզի ԹՏՀ-ի մակարդակը ցածր է, իսկ ի պատասխան ԹՏՀ-ի ներմուծման՝ ռեակցիան բացակայում է:

10.Թիրեոզլոբուլինի և թիրեոիդ պերօքսիդազայի նկատմամբ հակամարմինների որոշում: Դրանց քանակի շատացումը բնորոշ է վահանագեղձի աուտոիմուն հիվանդություններին:

Էնդեմիկ խալիպ: Այն յոդի պակասով պայմանավորված հիվանդություն է: Հանդիպում է էնդեմիկ օջախներում: Երկրագնդի 45 մլն. բնակիչների շրջանում յոդի անբավարարության հետևանքով առկա է մտավոր հետամնացություն: Պտղի և նորածնի դեպքում դիտվում են կրետինիզմ, օլիգոֆրենիա: Յոդի անբավարարությունը հանգեցնում է հիպոթիրեոզի, ԹՏՀ-ի շատացման, վահանագեղձի կոմպենսատոր խթանման՝ խալիպի առաջացումով:

Վանխարգելումը և բուժումը յոդացված աղի, հացի, ջրի, յոդային պատրաստուկների (անտիստրումին, կալիումի յոդիդ, յոդթիրոքս և այլն) օգտագործումն է:

Մպորադիկ խալիպ: Նաև կոչվում է հասարակ, ոչ տոքսիկ խալիպ: Վահանաձև գեղձի մեծացումն է էնդեմիայի օջախներից դուրս: Լինում է դիֆուզ, հանգուցավոր և բազմահանգուցավոր: *Կլինիկան* սման է էնդեմիկ խալիպի կլինիկային:

Բուժումը: Եթե առկա է դիֆուզ խալիպ կամ 1 հանգույց մինչև 3 սմ տրամաչափով, ապա բուժում են L-թիրոքսինով՝ ԹՏՀ-ն հասցնելով 0,1 մԷԴ/լ-ից ոչ ավելի: Անհրաժեշտ է սահմանել դինամիկ հսկողություն, կատարել ԳՁՀ և պունկցիոն բիոպսիա: Մալիգնիզացիայի կասկածի և պահպանողական բուժման

անարդյունավետության դեպքում ցուցված է վիրահատական բուժում: Հետվիրահատական շրջանում օգտագործում են թիրեոիդ հորմոններ:

Արերանոտ խայիպ: Այն մեծացած լրացուցիչ վահանաձև գեղձ է (հետկրծոսկրային, ներկրծքային, լեզվի արմատի, ենթալեզվային հետկերակրափողային և այլն):

Ախտորոշումը կատարվում է ՀՇ-ով, ՄՌՇ-ով, ռադիոիզոտոպային սկանավորմամբ:

Բուժումը վիրաբուժական է, քաղցկեղի հաճախականությունը 3-17% է:

ԹԻՐԵՈՒԴԻՏՆԵՐ

Սուր թիրեոիդիտ (թարախային): Ի հայտ է գալիս թարախային ինֆեկցիայի անցման դեպքում: Հարուցիչն է թարախածին (պիոգեն) ստրեպտակոկը: Կլինիկան՝ t 39-40°, գլխացավ, ցավ վահանաձև գեղձի շրջանում, որը ճառագայթում է դեպի ականջներ: Պարանոցի առաջային մակերեսին առկա է կարմրություն, այտուցվածություն: Կարող է բարդանալ թարախային մեդիաստինիտով, սեպսիսով: Բուժումը բացազատումը և դրենավորումն են:

Սուր ոչ թարախային թիրեոիդիտ. հազվադեպ հիվանդություն է, որն առաջանում է տրավմայի, արյունազեղման և ճառագայթային թերապիայի հետևանքով: Հնարավոր է հիպերթիրեոզի սիմպտոմատիկա: Բուժման համար օգտագործվում են անալգետիկներ, b-բլոկատորներ:

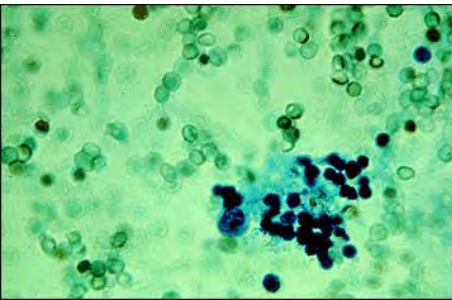
Ենթասուր թիրեոիդիտ (դե Կերվենի գրանուլեմատոզ խայիպ). պայմանավորված է վիրուսային ինֆեկցիայով: Առաջանում է աուտոիմուն պրոցես: Կլինիկան՝ ԷՆԱ-ի բարձրացում,

լէյկոցիտոզ, հնարավոր է T₃-ի, T₄-ի քանակի շատացում և թիրեոզլորուլինի նկատմամբ հակամարմինների քանակի շատացում: Բուժման համար օգտագործվում են գլյուկոկորտիկոիդներ (պրեդնիզոլոն 30-60մգ/օրը) 3-4 շաբաթ տևողությամբ՝ աստիճանաբար նվազեցնելով չափաբաժինը: Թիրեոտոքսիկոզի դեպքում օգտագործվում են β-ադրենոբլոկատորներ:

Ֆիբրոզ թիրեոիդիտ (Ռիդելի խաչիպ). հազվադեպ հիվանդություն է (վիսցերալ ֆիբրոմատոզ): Վահանաձև գեղձում աճում է շարակցական հյուսվածք, որը փոխարինում է գեղձի պարենխիմային: Գեղձը քարի նման պինդ է և անշարժ: Սկզբից եութիրոզ վիճակ է, այնուհետև դառնում է հիպոթիրեոզ: Պրոցեսում հարվահանաձև գեղձերի ընդգրկման հետևանքով կարող է զարգանալ հիպոպարաթիրեոզ: Ախտորոշիչ նշանակություն ունեն ԳՁՀ-ն և պունկցիոն բիոպսիան: Բուժումը

վիրաբուժական է՝ թիրեոիդեկտոմիա:

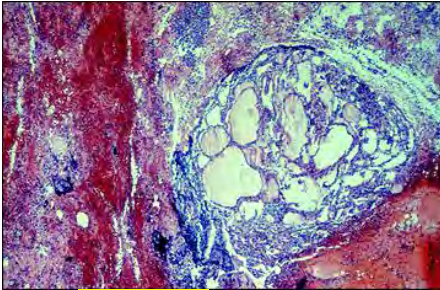
Աուտոիմուն թիրեոիդիտ (Հաշիմոտոյի խաչիպ (նկ.1.60, 1.61)): Տարբերում են հիվանդության 2 ձևեր՝ ատրոֆիկ և հիպերտրոֆիկ: Սովորաբար սկզբից դիտվում է հիպերթիրեոզ, այնուհետև



Նկար.1.60. Հաշիմոտոյի աուտոիմուն թիրեոիդիտի բջջաբանական պատկերը:

եութիրեոզ, իսկ վերջին փուլում՝ հիպոթիրեոզ: Հիպերտրոֆիկ ձևի դեպքում 2 բլթերն էլ մեծացած են, որոնք պինդ բաղադրություն ունեն, հարթ կամ հանգուցավոր մակերեսով են, անցավ: ԹՏՀ-ի մակարդակը պայմանավորված է գեղձի ֆունկցիոնալ վիճակով: Թիրեոզլորուլինի նկատմամբ հակամարմինների քանակը

մեծացած է: Բուժումը պահպանողական է (L-թիրոքսին), անհրաժեշտ է դինամիկ հսկողություն:



Սկար.1.61. Հաշիմոտոյի աուտոիմուն թիրեոիդիտի հյուսվածաբանական պատկերը:

Վիրահատության համար ցուցում են հանդիսանում թիրեոիդիտի համակցումը նեոպլաստիկ պրոցեսի հետ, խպիպի մեծ չափերը, որոնք առաջացնում են պարանոցի օրգանների ճնշման դրսևորումներ և այլն:

Հիպոթիրեոզ: Այն թիրեոիդ հորմոնների

անբավարարությունն է, որը լինում է մի քանի ձևի.

1. Առաջնային հիպոթիրեոզ, որը պայմանավորված է գեղձի թիրեոցիտների առաջնային վնասումով վահանաձև գեղձի վրա կատարված վիրահատությունից, ճառագայթային բուժումից հետո և այլն:
2. Երկրորդային հիպոթիրեոզ, որը պայմանավորված է հիպոֆիզի ախտահարմամբ:
3. Երրորդային հիպոթիրեոզ, որը պայմանավորված է հիպոթալամուսի գործունեության խանգարմամբ:
4. Պերիֆերիկ հիպոթիրեոզ, որը պայմանավորված է հյուսվածքների նկատմամբ թիրեոիդ հորմոնների ռեզիստենտականությամբ:

Պոստնատալ շրջանում թիրեոիդ հորմոնների պակասը առաջացնում է ֆիզիկական և մտավոր հետամնացություն՝ կրետինիզմ:

Կլինիկան: Դիտվում է թուլություն, դանդաղկոտություն, հոգնածություն, քնկոտություն, հիշողության նվազում, մաշկի

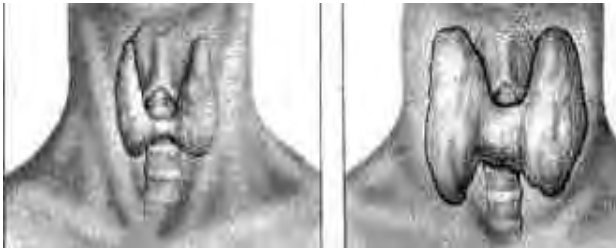
չորություն, դեմքի և վերջույթների այտուցվածություն, մազաթափություն, մարմնի քաշի մեծացում, ձայնի խռպոտություն, դանդաղասրտություն (բրադիկարդիա), հիպոտոնիա, փորկապություն, ամենոռեա, անպտղություն: Պայմանավորված ախտանիշերի արտահայտվածությամբ՝ տարբերում են մի շարք համախտանիշեր՝ սիրտ-անոթային համակարգի ախտահարման համախտանիշ, մարսողական համակարգի ախտահարման համախտանիշ և այլն:

Հիպոթիրեոիդ կոմա կամ միքսեդեմատոզ կոմա. ծանր, հնարավոր մահացու ելքով վիճակ է, որի դեպքում ուժգնանում են վերը նշված ախտանիշերը: Բուժումն անցկացվում է վերակենդանացման բաժանմունքում: Այն կատարվում է թիրեոիդ հորմոններով՝ թիրոքսին 250-500մկգ օրը 4-6 անգամ ն/ե դանդաղ ներարկումով, գլյուկոկորտիկոիդներ՝ հիդրոկորտիզոն 50-100մգ մ/մ կամ ն/ե օրը 3-4 անգամ:

Վիրաբուժական միջամտությունը հիպոթիրեոզի դեպքում – հիպոթիրոզով հիվանդների դեպքում վիրաբուժական միջամտությունը տարբեր օրգանների վրա կարող է առաջացնել մի շարք բարդություններ՝ կոմա, սրտի կանգ, պսիխոզ, աղիքային անանցանելիություն և այլն: Հիպոթիրեոզով հիվանդներին վիրահատությունից առաջ նշանակվում են թիրեոիդ հորմոններ և գլյուկոկորտիկոիդներ:

ԹԵՄԱ 8. ԹԻՐԵՈՏՈՔՄԻԿՈՉ, ԴԻՖՈՒՉ ՏՈՔՄԻԿ ԽՊՒՊ

Դիֆուզ տոքսիկ խալիպ (ԴՏԽ): Այն անվանում են նաև աուտոիմուն հիպերթիրեոզ, Պերրի հիվանդություն, Ֆլայանիի հիվանդություն, Բագեդովյան հիվանդություն, Գրեյվսի հիվանդություն: Առաջանում է թիրեոիդ հորմոնների մեծ քանակով արտազատման հետևանքով, որի դեպքում դիտվում է գեղձի չափերի դիֆուզ մեծացում (նկ.1.62):



Նկար.1.62.

Հիվանդությունն ավելի հաճախ հանդիպում է 20-50 տարեկան կանանց շրջանում:

Էթիոլոգիան և պաթոգենեզը: Ներկայումս ԴՏԽ-ն ընկալվում է որպես գենետիկ աուտոիմուն հիվանդություն: Հուզական լարվածությունը հաճախ խթանում է հիվանդության զարգացումը:

ԴՏԽ-ի դեպքում իմունային պրոցեսների յուրահատկությունն այն է, որ աուտոհակամարմինները բջիջների վրա ունեն խթանիչ ազդեցություն, առաջացնում են գեղձի հիպերտրոֆիա և հիպերֆունկցիա: Ջգայուն B լիմֆոցիտներն առաջացնում են սպեցիֆիկ TSL իմունոգլոբուլիններ, որոնք խթանում են վահանաձև գեղձը: Դրանցից առավել ուսումնասիրված է LATS-ը (Long Acting thyroid stimulator): ԴՏԽ-ը համակցված

արտակնության (Էկզոֆթալմի) և պրետիբիալ միքսեդեմայի հետ հայտնաբերվել է 89% դեպքերում:

ԴՏԽ-ով հիվանդների շրջանում երկար ժամանակ յոդային պատրաստուկ օգտագործելիս վնասվում է ֆոլիկուլյար էպիթելը և առաջանում է յոդ բազեդով հիվանդությունը: Կլինիկորեն այն չի տարբերվում Բազեդովյան հիվանդությունից: Տարբերությունը միայն այն է, որ դրա դեպքում դիտվում է վահանաձև գեղձի կողմից I^{131} կլանման բացակայություն կամ ցածր է ռադիոմետրիայի ժամանակ: ԴՏԽ-ի դեպքում ԹՏՀ-ի քանակը նվազում է:

Կլինիկան և ախտորոշումը: Վահանաձև գեղձը մեծացած է ի հաշիվ 2 բլթերի: Բնորոշ է ախտանիշերի հետևյալ եռյակը՝ խպիպ, տախիկարդիա և էկզոֆթալմ:

Սիրտ-անոթային համակարգի ախտահարումն արտահայտվում է մշտական հաճախասրտությամբ (տախիկարդիայով), մշտական կամ պարոքսիզմալ տախիառիթմիայով, անոթազարկային բարձր ճնշումով, միոկարդիոդիստրոֆիայի զարգացումով՝ թիրեոտոքսիկ սիրտ:

Բնորոշ ակնային ախտանիշերն են՝

➤ Շտելվագի ախտանիշ. կոպերի հազվադեպ թարթում,
➤ Գրեֆեի ախտանիշ. հայացքը դեպի ներքև շարժվող առարկային ֆիքսելիս վերին կոպի հետ մնալը,

➤ Դալրիմալի ախտանիշ. էկզոֆթալմ, ահնաճեղքի լայնացում, ծիածանաթաղանթի և վերին կոպի միջև սկլերայի շերտի առկայություն,

➤ Ելինեկի ախտանիշ. պիգմենտավորում աչքերի շուրջը:

Տարբերում են թիրոտոքսիկոզի ծանրության 3 աստիճան՝

✓ թեթև՝ պուլսը մինչև 100գ/ր, թույլ արտահայտված սիմպտոմատիկա,

✓ միջին՝ պուլսը մինչև 120գ/ր, մարմնի զանգվածի կորուստ մինչև 20%, տրեմոր, թուլություն,

✓ ծանր՝ պուլսը 120գ/ր ավելի, շողացող առիթմիա, թիրեոտոքսիկ պսիխոզ, սրտային անբավարարություն, կախեքսիա:

ԹՏՀ-ի ցածր մակարդակի դեպքում T₃-ի, T₄-ի մակարդակը բարձր է, ինչպես նաև շատ հիվանդների դեպքում բարձր է հակամարմինների քանակը թիրոգլոբուլինի նկատմամբ:

ԳՁՀ հայտնաբերում է վահանաձև գեղձի դիֆուզ մեծացում:

Սուտոիմուն օֆթալմոպաթիա (ՍՕՊ). հանդիպում է ԴՏԽ-ով հիվանդների 40-50%-ի, առավելապես տղամարդկանց շրջանում: Այս դեպքում մեծանում է ռետրոբուլբար բջջանքի ծավալը, ժամանակի ընթացքում զարգանում է ֆիբրոզ, որի հետևանքով ակնային փոփոխությունները դառնում են անդարձելի: Այդպիսի հիվանդները գանգատվում են էկզոֆթալմից, աչքերում ավազի զգացողությունից, արցունքահոսությունից, շաղապենաբորբից, եղջերաբորբից, երկտեսությունից:

Տարբերում են ՍՕՊ-ի 3 մակարդակ՝

I աստիճան՝ արցունքահոսություն, աչքերում ավազի զգացողություն,

II աստիճան՝ երկտեսություն, դեպի վեր հայացքի պարեզ (թերլուծանք),

III աստիճան՝ տեսողությանը վտանգ սպառնացող ախտանիշներ (տեսողական նյարդի ապաճում):

II և III աստիճանի ՍՕՊ-ի հիմնական բուժման մեթոդը գլյուկոկորտիկոիդներն են՝ պրեդնիզոլոն 30-60մգ/օր 3-4 ամսվա ընթացքում, չափաբաժնի աստիճանաբար նվազեցումով, ակնային կաթիլներ, դեքսամետազոնի ժելե, դեքսամետազոնի ռետրոբուլբար ներարկում: Հազվադեպ է պրետիբիալ միքսեդեման

(1-4%), որի դեպքում ախտահարվում է սրունքի առաջային մակերեսի մաշկը, որը հիշեցնում է նարնջի կեղև, դիտվում է նաև քոր, էրիթեմա:

ԴՏԽ-ն բուժում են.

1. Պահպանողական. մերկազուլիլ, β-ադրենաբլոկատորներ, ստրանկվիլիզատորներ: Բուժման կուրսը 1-1,5 տարի է:

2. I³¹ ռադիոակտիվ յոդով բուժում:

3. Վիրաբուժական բուժում. նախավիրահատական նախապատրաստումից հետո (թիրեոստատիկներ, β-ադրենաբլոկատորներ) սովորաբար վիրահատությունից 2-3 շաբաթ առաջ նշանակվում է Լյուգոլի լուծույթ:

Վիրահատական բուժման ցուցումներն են՝

- ✓ ԴՏԽ-ի համակցումը նեոպլաստիկ պրոցեսների հետ,
- ✓ խալիպի մեծ չափերը,
- ✓ ծանր թիրեոտոքսիկոզը,
- ✓ պահպանողական թերապիայի անարդյունավետ լինելը,
- ✓ հիվանդության կրկնությունը,
- ✓ թիրեոստատիկների անտանելիությունը,
- ✓ հետկրծոսկրային խալիպը:

Վիրահատության ծավալը՝ սուբտոտալ կամ տոտալ մասնահատում:

Հետվիրահատական բարդություններն են՝ արյունահոսությունը՝ հեմատոմայի առաջացումով, հետադարձ նյարդերի վնասման հետևանքով ձայնային կապանների պարեզը, հիպոթիրեոզը, հիպոպարաթիրեոզը, թիրեոտոքսիկ կրիզը, տրախեոմալացիան:

Տրախեոմալացիա: Խալիպի երկարատև առկայության հետևանքով շնչափողը տևականորեն ճնշվում է, որը հանգեցնում է պատերի հյուսման և փափկեցման: Էքստուրպացիայից հետո

ներշնչման ժամանակ հնարավոր է շնչափողի պատերի մոտեցում, լուսանցքի նեղացում, սուր շնչահեղձություն (ասֆիքսիա): Այդ դեպքում ցուցված է տրախեոտոմիա:

Թիրեոտոքսիկ կրիզ: Պատճառ են հանդիսանում վիրաբուժական միջամտությունը վահանաձև գեղձի կամ այլ օրգանների վրա չկոմպենսացված թիրեոտոքսիկոզի դեպքում, ինֆեկցիաները, թիրեոստատիկների վաղ հանումը, հոգեբանական տրավման:

Կլինիկական դրսևորումը: Թիրեոտոքսիկոզի ախտանիշերը կտրուկ աճում են՝ ջերմաստիճանը մինչը 40°C, տախիկարդիա մինչև 150զ/ր, շողացող առիթմիա, խոսքը դժվարացած է լինում, «գորտի դիրք», փսխում, լուծ, գիտակցության մթազնում: Դեղնուկը թիրեոտոքսիկոզի դեպքում վկայում է լյարդային անբավարարության մասին:

Բուժումը

- ✓ գլյուկոկորտիկոիդներ (հիդրոկորտիզոն 50-100մգ ն/ե կամ մ/մ յուրաքանչյուր 3-4ժ մեկ),
- ✓ թիրեոստատիկներ,
- ✓ β-ադրենաբլոկատորներ,
- ✓ դեզինտոքսիկացիոն թերապիա և ջրաէլեկտրոլիտային խանգարումների շտկում,
- ✓ սեդատիվ թերապիա,
- ✓ սրտային գլիկոզիդներ,
- ✓ յոդի պրեպարատներ՝ Լյուգոլի լուծույթ 30-40 կաթիլ օրը 3 անգամ:

Տոքսիկ աղեւնում: Վահանաձև գեղձի հիվանդություն է, որը պայմանավորված է թիրեոիդ հորմոնների ավելցուկ արտադրությամբ ավտոնոմ աղեւնմայի կողմից և ուղեկցվում է թիրեոտոքսիկոզով: Պատճառը դեռ հայտնի չէ, ավելի հաճախ

հիվանդանում են կանայք: *Կլինիկան* նման է ՂՏԽ-ին, օֆթալմոպաթիան և պրետիբիալ միքսեդեման բացակայում են: Առկա է առաձգական բաղադրությամբ հանգույց, որը ստնոզրաֆիկ հիպերեխոզեն է, իսկ սկանավորման դեպքում՝ «տաք» հանգույց է: T₃-ի, T₄-ի քանակները բարձր են, ԹՏՀ-ի քանակն իջած է: *Բուժումը* վիրաբուժական է:

Բազմահանգուցավոր տոքսիկ խախյա: Ավելի հաճախ հանդիպում է 50-60 տարեկան կանանց շրջանում, որոնք ապրում են էնդեմիկ օջախում: *Կլինիկան* նման է տոքսիկ ադենոմային: Որոշվում են մի քանի հանգույցներ: Քաղցկեղը բացառելու համար կատարվում է պունկցիոն բիոպսիա և բջջաբանական հետազոտություն: *Բուժումը* վիրաբուժական է, իսկ հակացուցման դեպքում բուժում են I¹³¹-ով:

ՎԱՀԱՆԱՁԵՎ ԳԵՂՁԻ ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐ

Տարբերում են բարորակ և չարորակ ուռուցքներ:

1. Վահանաձև գեղձի բարորակ ուռուցքներ: Վահանաձև գեղձի հանգուցավոր գոյացությունների մոտ 20%-ը ֆոլիկուլյար ադենոման է: Նրանք առաջանում են A և B ֆոլիկուլյար բջիջներից: Այդ ուռուցքներից է նաև տոքսիկ ադենոման: Օքսիֆիլ (B բջջային) ադենոման որոշ մասնագետների կողմից դիտվում է որպես պոտենցիալ չարորակ:

Ախտորոշելու նպատակով կատարվում է ԳՁՀ, պունկցիոն բիոպսիա, ռադիոիզոտոպ սկանավորում: Բուժումը վիրաբուժական է:

2. Վահանաձև գեղձի չարորակ ուռուցքները լինում են՝

- առաջնային էպիթելային ուռուցքներ (քաղցկեղի տարբեր ձևերը), առաջնային ոչ էպիթելային ուռուցքներ (լիմֆոմա, սարկոմա),
- երկրորդային (մետաստատիկ) ուռուցքներ:

Քաղցկեղը վահանաձև գեղձի չարորակ ուռուցքներից ամենահաճախ հանդիպողն է: Այն ախտորոշվում է հանգուցավոր էութիրեոիդ խպիպով հիվանդների 15-20%-դեպքում, ավելի հաճախ կանանց շրջանում: Պապիլյար, ֆոլիկուլյար և չդիֆերենցված քաղցկեղների զարգացման աղբյուր են A և B ֆոլիկուլյար բջիջները, իսկ մեդուլյար քաղցկեղինը՝ C-բջիջները:

Վահանաձև գեղձի չարորակ ուռուցքների միջազգային դասակարգումը TNM համակարգով՝

T – առաջնային ուռուցք,

T_x – առաջնային ուռուցքը գնահատելու համար տվյալներն անբավարար են,

T₀ – ուռուցքը չի որոշվում,

T₁ – ուռուցքը մինչև 1 սմ է,

T₂ – ուռուցքը 1-4սմ է,

T₃ – ուռուցքի չափը 4սմ ավելի է, սակայն դուրս չի գալիս գեղձի սահմաններից,

T₄ – ցանկացած չափի ուռուցք, որը դուրս է գալիս գեղձի պատիճի սահմաններից,

N – ռեգիոնար ավշային հանգույցներ,

N₀ – ռեգիոնար ավշային հանգույցներում մետաստազ չի հայտնաբերվել,

N_{1a} – մետաստազ առկա է միայն ախտահարված կողմում,

N_{1b} – առկա են երկկողմանի, միջային պարանոցային, միջնորմային մետաստազներ,

M – հեռակա մետաստազներ,

M_0 – չկան,

M_1 – կան:

Վահանաձև գեղձի չարորակ ուռուցքներն ըստ հյուսվածաբանական կառուցվածքի, լինում են՝

1. պապիլյար քաղցկեղ՝ 60-70%;
2. ֆոլիկուլյար քաղցկեղ՝ 15-18%;
3. մեդուլյար քաղցկեղ՝ 5%;
4. չդիֆերենցված (անապլաստիկ) քաղցկեղ՝ 5-10%:

I-ը և II-ը պատկանում են դիֆերենցված քաղցկեղի ձևերին և քիչ չարորակ են:

Կլինիկան և ախտորոշումը: Վահանաձև գեղձի քաղցկեղը ընթանում է հանգուցավոր խպիպի պես: Հայտնաբերվում է պինդ, թմբիկավոր, անշարժ հանգույց, կարող են շոշափվել պարանոցի ավշային հանգույցները: Կոկորդի հետադարձ նյարդի ճնշման հետևանքով առաջանում է ձայնի խտպոտություն, շնչառության դժվարացում, իսկ դեպի շնչափող ներաճելու դեպքում՝ արյունային խորխով հագ:

Քաղցկեղի ամենաչնչին կասկածի դեպքում անհրաժեշտ է կատարել ԳՁՀ. եթե հայտնաբերվում է ուռուցք՝ ցածր էխոգենությամբ, անհարթ եզրերով, միկրոկալցիֆիկատներով, ապա անհրաժեշտ է կատարել պունկցիոն բիոպսիա՝ հետագա բջջաբանական հետազոտությամբ: Վահանաձև գեղձի սկանավորման ժամանակ հայտնաբերվում է «սառը» հանգույց:

ԹՏՀ-ն սովորաբար նորմալի սահմաններում է, բացի քաղցկեղի այն ձևերից, որոնք ընթանում են թիրեոտոքսիկոզով: Մեդուլյար քաղցկեղի դեպքում շատանում է կալցիտոնինի քանակը: Քաղցկեղի դիֆերենցված ձևերի դեպքում թիրեոզլորուլինը օնկոմարկեր է:

Ախտորոշիչ նշանակություն ունեն նաև ՀՇ-ն, ՄՌՇ-ն, անգիոգրաֆիան: Այս հիվանդներին անհրաժեշտ է հետազոտել՝ թոքերում, ոսկրերում, լյարդում, երիկամներում, ուղեղում հնարավոր MTS հայտնաբերելու համար:

Բուժումը վիրաբուժական է, անհրաժեշտության դեպքում այն համակցվում է ճառագայթային բուժման, հորմոնալ բուժման և քիմիաթերապիայի հետ:

Քաղցկեղի ձևով պայմանավորված՝ կատարում են 3 տեսակի վիրահատություններ՝

- հեմիթորեոիդեկտոմիա (T_1 – T_2 քաղցկեղի դեպքում),
- վահանաձև գեղձի սուբտոտալ մասնահատում,
- թիրեոիդեկտոմիա (T_3 , մեղուլյար և շլիֆերենցված քաղցկեղի դեպքում):

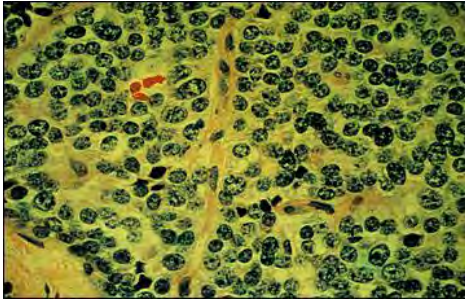
Ավշային հանգույցներում MTS-ի առկայությամբ է պայմանավորված ախտահարման կողմում պարանոցի ճարպաբջջանքի և ավշային հանգույցների ֆասցիալ-ֆուսյուլյարային հեռացումը: T_4 -ի դեպքում կատարում են Կրայլի վիրահատություն:

Վիրահատությունից հետո կատարվում է ճառագայթային բուժում և բուժում ռադիոակտիվ յոդով (I^{131}): Գումարային դեղաչափը 40-50գր. է: Ռադիոակտիվ յոդը՝ I^{131} , օգտագործում են յոդ դրական MTS-ի դեպքում:

Վահանաձև գեղձի պատրաստուկներով (L-թիրոքսին) փոխարինող բուժումը ուղղված է ինչպես պակասորդ հորմոնի լրացմանը, այնպես էլ tSZ -ի քանակի նվազմանը:

Վահանաձև գեղձի մեղուլյար քաղցկեղ և բազմաթիվ էնդոկրինային նեոպլազիաներ: Վահանաձև գեղձի մեղուլյար քաղցկեղը զարգանում է հարֆոլիկուլյար կամ C-բջիջներից (նկ.1.63): ՎԳՄՔ

բջիջները, բացի կալցիտոնինից,



Նկար. 1.63. Վահանաձև գեղձի մեղույյար քաղցկեղի հյուսվածաբանական պատկերը:

ունակ են արտազատելու թիրեոգլոբուլին, թիրեոտրոպին և այլն:

ՄԷՆ-III

համախտանիշը (Միպլի համախտանիշ) ՎԳՄՔ, ֆեոքրոմոցիտոմայի և հարվահանաձև գեղձի ուռուցքների համակցումն է: ՎԳՄՔ բուժման հիմնական մեթոդը

վիրաբուժական է, կատարվում է թիրեոիդեկտոմիա, ֆեոքրոմոցիտոմայի առկայության դեպքում հեռացվում է նաև այն, իսկ հիպերպարաթիրեոզի առկայության դեպքում հեռացվում է նաև հարվահանաձև գեղձի ադենոման:

ԹԵՄԱ 9. ԿԵՐԱԿՐԱՓՈՂԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ, ԱՆԱԼԱԶԻԱ, ԴԻՎԵՐՏԻԿՈՒԼՆԵՐ

Անատոմիաֆիզիոլոգիական տվյալներ: Կերակրափողը /որկոր/ ըմպանը միացնում է ստամոքսին և ապահովում սննդի

անցումը դեպի ստամոքս: Կերակրափողի պատը կազմված է հետևյալ շերտերից՝ դրսից ներս՝ աղվենտիցիալից, մկանային /արտաքին երկայնաձիգ, ներքին շրջանաձև/, ենթալորձային, լորձաթաղանթից: Կերակրափողի վերին երրորդականի երկու մկանային շերտերը կազմված են միջաձիգ գոլավոր մկանաթելերից, ստորին երրորդականինը՝ հարթ մկանաթելերից, միջին երրորդականինը՝ ն՛ միջաձիգ գոլավոր, ն՛ հարթ մկանաթելերից: Լորձաթաղանթը ծածկված է բազմաշերտ տափակ էպիթելով, ստամոքսին անցման սահմանում փոխարինվում է գլանաձևի:

Կերակրափողն ունի երեք հատված՝ պարանոցային, կրծքային և որովայնային:

Պարանոցային հատվածը սկսվում է պարանոցային VI ողի մակարդակից և վերջանում կրծքային II ողով: Կրծքային հատվածը հասնում է մինչև ստոծանու մակարդակը: Կերակրափողի ընդհանուր երկարությանը տղամարդկանց մոտ՝ 24,5-25,5սմ է, իսկ կանանց շրջանում՝ 23,5-24սմ: Պարանոցային հատվածի երկարությունը 5-8սմ է, կրծքային հատվածինը՝ 15-18սմ, իսկ որովայնային հատվածինը՝ 1-3սմ: Տարբերում են երեք նեղացումներ՝ վերին, որը ըմպանը կերակրափողին անցնելու տեղում է, միջին, որը համապատասխանում է շնչափողի երկատման մակարդակին, և ստորին, որը ստոծանու հաստության մեջ է: Արյունամատակարարումը հատվածավորված է՝ պարանոցային հատվածը և կրծքային հատվածի վերին երրորդականը արյունը ստանում են ստորին վահանագեղձային զարկերակներից, միջին երրորդականը՝ բրոնխալի և միջկողային զարկերակների կերակրափողային ճյուղերից, ստորին երրորդականը՝ անմիջականորեն աորտայից և միջկողային զարկերակներից, նաև ստորին ստոծանիական զարկերակից:

Երակային արտահոսքը կատարվում է կենտ և կիսակենտ երակների համակարգով՝ վերին սիներակի համակարգի մեջ և ստամոքսի երակների բերանակցումներով՝ դոներակի համակարգի մեջ:

Ավշի արտահոսքը պարանոցային հատվածից անցնում է հարշնչափողային, պարանոցային խորանիստ ավշահանգույցներ, վերին երրորդականից՝ հարշնչափողային, շնչափողաբրոնխային ավշահանգույցներ, միջին երրորդականից՝ բիֆուրկացիոն, շնչափողաբրոնխային ավշահանգույցներ: Կրծքային բաժնի ստորին երրորդականից ավիշը հիմնականում հոսում է ստամոքսի ուղղությամբ դեպի ստամոքսամուտքի շրջանի հանգույցները, ձախ ստամոքսային զարկերակի ընթացքով տեղակայված հանգույցները և միջնորմի ավշային հանգույցները: Որկորի նյարդավորումն իրականացվում է ինտրամուրավ ավտոնոմ հյուսակներով՝ միջմկանային՝ /աուերբախյան հյուսակ/, ենթալորձային՝ /մեյսներյան հյուսակ/ և վեգետատիվ նյարդերի համակարգով՝ թափառող և սիմպաթիկ նյարդերի ճյուղերով:

Ամեն կլումից 1-2,5վրկ անց ֆիզիոլոգիական ստամոքսամուտքը /որկորի ստորին 2-3 սմ/ բացվում է: Այն ունի փակող ֆունկցիա, որը պայմանավորված է կերակրափողի մկանների տոնիկ կծկումներով, կերակրափողի երկայնակի ծալքերի լորձային վարդակով, կերակրափողի և ստամոքսի միացման սուր անկյունով /Հիսի անկյուն/, ստոծանու սեղմող ազդեցությամբ: Հիսի անկյան զագաթի մոտ ստամոքսի լուսանցքի կողմից գոյանում է մի լորձաթաղանթային ծալք, որը ենթալորձային շերտին ամրացված է թեք մկանաթելերով, գոյացնում է Գուբարևի փականը: Վերջինս ներստամոքսային ճնշման բարձրացման դեպքում ներքնից փակում է ստամոքսի

մուտքը: Վերոհիշյալ գործոնները կանխում են ստամոքսի պարունակության հետհոսքը դեպի կերակրափող: Կերակրափողից ստամոքս սննդի անցման համար անհրաժեշտ է 4մմ ս.ս. ճնշում, իսկ հակառակ ուղղությամբ՝ 80մմ ս.ս.:

Պարանոցային հատվածում և կրծքային հատվածի սկզբնական մասում (մինչև աորտայի աղեղի մակարդակը) կերակրափողը տեղակայված է միջին գծից ձախ: Միջին կրծքային հատվածում այն թեքվում է աջ և անցնում է աորտայից աջ: Ստորին կրծքային հատվածում որկորը թեքվում է միջին գծից ձախ և ստոծանուց վեր տեղակայված է աորտայից առաջ: Ստոծանուց ներքև որկորի կարճ որովայնային հատվածը տեղակայված է միջին գծով: Որկորի այսպիսի անատոմիական տեղակայումը, թեքումները պետք է հաշվի առնել վիրահատական մուտք ընտրելիս: Պարանոցային հատվածին պետք է մոտենալ ձախակողմյան, միջին կրծքային հատվածին՝ աջակողմյան տրանսպլերալ, ստորին կրծքային հատվածին՝ ձախակողմյան տրանսպլերալ մուտքերով, որովայնային հատվածին մոտենում են վերին միջային որովայնահատմամբ:

Կերակրափողը հետազոտելու մեթոդները: Կերակրափողի հիվանդությունները ախտորոշելու համար կարևոր նշանակություն ունեն գանգատները (դիսֆագիա, այրոցի զգացում, ցավ էպիգաստրալ շրջանում), անամնեստիկ տվյալները (թթուների կամ հիմքերի ընդունումը, օտար մարմիններ կուլ տալը, վնասվածքները, տարած վարակները), գործիքային հետազոտությունները /ռենտգենաբանական հետազոտություն, էզոֆագոսկոպիա, ՀՇ և այլն/:

Բարիումի սուլֆատի կախույթով ցայտներանգային ռենտգենասկոպիայի և ռենտգենագրության ընթացքում ուշադրություն են դարձնում օրգանի եզրագծերին,

գալարակծկանքին, անցանելիությանը, դրանում լցման արատների, նեղացումների առկայությանը: Ինֆորմատիվ հետազոտություն է նաև ռենտգենակլինիկումատոգրաֆիան:

Համակարգչային շերտագրումը հնարավորություն է տալիս որոշելու պատերի հաստությունը, ուռուցքի տարածվածությունը, շրջակա հյուսվածքների ընդգրկումը, մետաստազների առկայությունը և քանակը:

Էզոֆագոսկոպիան հնարավորություն է տալիս զննելու լուսանցքը, կատարելու բիոպսիա լորձաթաղանթի կասկածելի հատվածներից, քսուքներ, լվացման ջրեր վերցնելու հետագա բջջաբանական և հյուսվածաբանական հետազոտությունների համար: Էզոֆագոսկոպիան կոշտ էզոֆագոսկոպով կիրառում են բուժական միջամտությունների նպատակով (օտար մարմինների դուրսբերում, սկլերոթերապիա): Էնդոսկոպիկ ուլտրաձայնային հետազոտությունը հնարավորություն է տալիս որոշելու կերակրափողի պատի ախտահարման խորությունը, մետաստազների առկայությունը միջնորմի ավշային հանգույցներում:

Էզոֆագոտոնոկլինոգրաֆիան կերակրափողի կծկումների գրաֆիկական գրանցումն է, ինֆորմատիվ է նյարդամկանային ֆունկցիոնալ խանգարումների դեպքում: Կերակրափողում pH-ի որոշումը հնարավորություն է տալիս որոշելու ստամոքս-կերակրափողային ռեֆլյուքսը, դրա մակարդակը: Էզոֆագոմանոմետրիան տարբեր մակարդակներում կերակրափողի ճնշման որոշումն է:

ԿԱՐԴԻԱՅԻ (ՍՏԱՍՈՔՍԱՍՈՒՏՔԻ) ԱՆԱԼԱԶԻԱ

Կարդիայի ախալազիան /կարդիոսպազմ, մեզաէզոֆագուս,

որկորի իդիոպաթիկ լայնացում/ որկորի ամենատարածված նյարդամկանային հիվանդություններից մեկն է: Առկա է կարդիայի բացման ռեֆլեքսի կայուն խանգարում, կերակրափողի պատի տոնուսի անկում, դրա գալարակծկանքի (պերիստալտիկայի) խանգարում: Հիվանդության էությունը ճիշտ բնութագրող «կարդիայի ախալազիա» անվանը զուգահեռ մասնագիտական գրականության մեջ հայտնի այլ անվանումներն ապացուցում են, որ հիվանդության պատճառագիտության և ախտածնության մասին համընդհանուր պատկերացում դեռևս չկա: Հիվանդության պատճառագիտությունն ամբողջովին բացահայտված չէ: Հիվանդության հանգեցնում են ներոզները, նախատրամադրվածությունը դեպի որկորի մոտոր ֆունկցիայի նյարդաբանական դիսկորդինացիան, ռեֆլեկտոր դիսֆունկցիաները: Որպես գործարկող գործոն հանդես են գալիս սթրեսային վիճակները և ԿՆՀ-ի երկարատև հուզական լարումները: Նշանակություն ունեն վարակային-տոքսիկ կամ վիրուսային ծագման ախտահարումները, որոնք հանգեցնում են կարդիայի և կերակրափողի նյարդային հյուսակների դեգեներատիվ փոփոխությունների: Ըստ նորմայի՝ ստորին կերակրափողային սեղմանը տոնիկ կծկման վիճակում է և փակ է, իսկ կլման ակտի ժամանակ թուլանում է: Այս մեխանիզմի խանգարմանը զուգահեռ ախալազիայի դեպքում դիտվում է նաև կերակրափողի պերիստալտիկայի թուլացում: Պերիստալտիկ կծկումները դառնում են ոչ պրոպուլսիվ (պասսժ չապահովող): Կլման ակտի ժամանակ պերիլստալտիկ ալիքը հասնում է մինչև լծային կտրուճի կամ առրտայի մակարդակին, այստեղ դրան են միանում կերակրափողի պատի անարդյունավետ սեզմենտար կծկումները:

Ժամանակակից տեսակետներով ախտահարման հիմքում

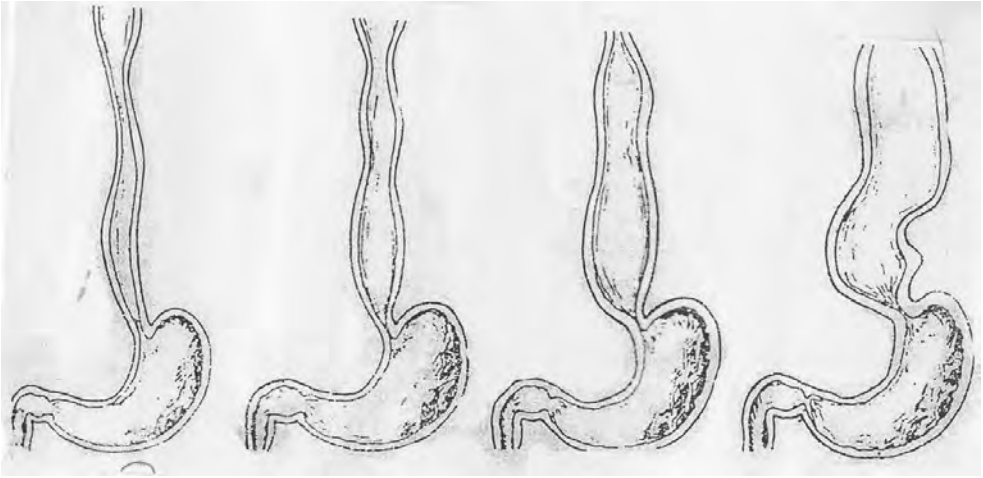
ընկած է աուերբախյան հյուսակի նեյրոնների նվազումը, յուրահատուկ նեյրոտրանսմիտորի, վազոինտեստինալ պոլիպեպտիդի և հատկապես ազոտի մոնօքսիդի պակասը (դեֆիցիտ), որոնք անհրաժեշտ են հարթ մկանները թուլացնելու համար:

Ախտաբանական անատոմիան: Որկորից ստամոքս անցնելու հատվածում 2,5սմ երկայնքով որոշվում է նեղացած հատված, որից վեր որկորը լայնացած է երբեմն մինչև 16-18սմ տրամագծով: Բնորոշ են աուերբախյան և մեյսներյան հյուսակների դիստրոֆիան: Կերակրափողում սննդի, լորձի և թթի երկարատև առկայության հետևանքով դիտվում է էզոֆագիտի և պարակտոֆագիտի արտահայտված պատկեր: Ըստ լայնացման բնույթի՝ տարբերում են 2 տիպի ախալազիա:

1-ին տիպի դեպքում (60-70% դեպքերում) որկորը չափավոր է լայնացած, ունի գլանաձև կամ իլիկաձև տեսք, մկանային շերտը չափավոր հիպերտրոֆիայի է ենթարկված, լորձաթաղանթի վրա կան խոցոտումներ, որկորը շրջապատող հյուսվածքներում՝ պերիէզոֆագիտի երևույթներ:

2-րդ տիպի ախալազիայի դեպքում որկորը երկարած է, պարկաձև լայնացած, S-աձև կորացած է, մկանային շերտը հիպերտրոֆիայի է ենթարկված, սակայն ժամանակի ընթացքում առաջանում է մկանային շերտի ատրոֆիա, ենթալորձային շերտի սկլերոզ՝ կոպիտ թելքային շարակցական հյուսվածքի ներաճով: Այդպիսի որկորի տարողությունը կարող է հասնել մինչև 2-3լ (ըստ նորմայի՝ տարողությունը 100-150 մլ) է:

Դասակարգումը: Տարբերում են ախալազիայի 4 շրջան /ըստ Բ.Վ. Պետրովսկու/ (նկ.1.64):



*Նկար.1.64. Կարդիայի ախալագիայի 4 շրջանները՝ ըստ
Բ.Վ. Պետրովսկու:*

1-ին (սկզբնական) շրջանում ստամոքսամուտքի բացման ռեֆլեքսը պահպանված է, սակայն անլիարժեք է և ժամանակին չի կատարվում, որկորի լայնացումը բացակայում է կամ աննշան է: Ստամոքսամուտքը նեղացած չէ: 2-րդ շրջանը բնութագրվում է ստամոքսամուտքի բացման ռեֆլեքսի բացակայությամբ: Արդեն նկատվում է որկորի լայնացում: 3-րդ շրջանում նկատվում է որկորի զգալի լայնացում և ստամոքսամուտքի բացման ռեֆլեքսի կայուն բացակայություն: Ստամոքսամուտքի շրջանում նկատվում են սպիական փոփոխություններ: 4-րդ շրջանում հայտնաբերվում են արտահայտված օրգանական փոփոխություններ: Ստամոքսամուտքը նեղացած է, որկորը՝ խիստ լայնացած, պարունակում է մեծ քանակությամբ հեղուկ, սնունդ: Որկորի պատերը ատոնիկ են, երկարացման հետևանքով որկորը դառնում է տձև:

Կլինիկան: Հիվանդությանը բնորոշ է ախտանիշերի եռյակը՝ դիսֆագիան, ռեգուրգիտացիան, հետկրծոսկրային ցավը:

Սովորաբար առաջին ախտանիշը դիսֆագիան է: Դիսֆագիան կարող է լինել պարադոքսալ՝ պինդ սնունդը ստամոքս է անցնում հեշտությամբ, իսկ հեղուկը՝ դժվարությամբ: Դիսֆագիան առավել հաճախ առաջանում է կոշտ սնունդ ընդունելուց: Որպեսզի հեշտանա սննդի կլլումը, հիվանդները հաճախ օգտագործում են ջուր: Սկզբնական շրջանում ռեգուրգիտացիան դիտվում է ուտելուց անմիջապես հետո կամ քիչ ժամանակ անց: Ավելի ուշ, լայնացած որկորի տարողության մեծացմանը զուգահեռ, ռեգուրգիտացիան լինում է ավելի հազվադեպ, քիչ քանակի: Այն կարող է առաջացնել ասպիրացիա և հանգեցնել թոքաբորբի, քրոնիկական բրոնխիտի, բրոնխոէկտազների զարգացման, թոքերում դեստրուկտիվ պրոցեսների: Հետկրծուկային ցավը պայմանավորված է միջնորմի նյարդային վերջավորությունների սեղմումով, էզոֆագոսպազմի երևույթներով, էզոֆագիտով: Հնարավոր բարդություններ են էզոֆագիտը, դիվերտիկուլիտները, թոքային բարդությունները, սնուցման խանգարումները, մինչև անգամ կախեքսիան, վարքագծի խանգարումները: Սպառնացող բարդություն է որկորի քաղցկեղը, որը դիտվում է 2-4% դեպքերում:

Մխտորոշումը: Հիմնական ախտորոշիչ եղանակը ռենտգենաբանականն է: Այն հայտնաբերում է որկորից ստամոքս անցման նեղացումը և կերակրափողի լայնացումը: Այդպիսի ռենտգեն պատկերի արտահայտման աստիճանը պայմանավորված է ախալազիայի տիպով և հիվանդության փուլով: Կերակրափողի հեռադիր հատվածի համաչափ նեղացումը, որն անցնում է լայնացման մոտակա հատվածներում, ռենտգեն դիտման ժամանակ առաջացնում է «մկան պոչի», «թոչնի կտուցի», «գազարի ծայրի» պատկեր: Եթե սկզբնական շրջանում կերակրափողի կարդիալ հատվածը շատ քիչ է նեղացած, իսկ կերակրափողը դեռևս լայնացած չէ, և բարիումի կախույթը

կարճատև կանգ է առնում նեղացած հատվածից վեր, ապա ավելի ուշ, կերակրափողի լցման հետ կապված, կերակրափող-ստամոքսային անցումը բացվում է կարճ ժամանակով, բարիումի կախույթը լցվում է ստամոքս՝ կլլման ակտից անկախ: Դիտվում են կերակրափողի տարբեր աստիճանների արտահայտվածության լայնացում, գալարակծկանքի թուլացում, ստամոքսի գազային բշտի բացակայություն:

Կարդիայի ախալազիան անհրաժեշտ է տարբերակել ստամոքս-որկորային հատվածի քաղցկեղից և այդ հատվածի սպիական փոփոխություններից:

Ախալազիայի դեպքում նեղացման հատվածում լորձաթաղանթի ծալքերը պահպանված են, առկա է երկարատև անամնեզ: Ուռուցքի դեպքում նեղացած հատվածի ուրվագծերը անհարթ են, լորձաթաղանթի ռեիլեֆը խախտված է: Այս դեպքում մեծամասամբ հայտնաբերվում է նաև ստամոքսի ուռուցքային ախտահարում: Մպիական նեղացումների առկայության դեպքում կան անամնեստիկ տվյալներ նախկինում առկա խոցերի, քիմիական այրվածքների մասին: Այս դեպքում նեղացումները սովորաբար ավելի տարածուն են և կերակրափողի երկարում ու լայնացում չի դիտվում:

Տարբերակիչ ախտորոշման հարցում օգնում է էզոֆագոսկոպիան:

Էզոֆագոսկոպիայով հստակ երևում են կերակրափողի լայնացումը, էզոֆագիտի երևույթները և մեծամասամբ, ի տարբերություն ուռուցքով պայմանավորված նեղացումների, ախալազիայի դեպքում հնարավոր է լինում էնդոսկոպը նեղացած հատվածով անցկացնել դեպի ստամոքս: Կասկածելի դեպքերում ցուցված է բիոպսիան: Էզոֆագոտոնոկլիմոգրաֆիան հնարավորություն է տալիս վաղ շրջանում ախտորոշելու

կարդիայի ախալազիան, քանի որ կերակրափողի և ստորին կերակրափողային սեղմանի կծկողական ֆունկցիայի խանգարումներն առաջանում են ավելի վաղ, քան հիվանդության կլինիկական դրսևորումները: Հետագոտման ընթացքում գրանցվում է որկորի կծկում և ներկերակրափողային ճնշման փոփոխություն: Ախալազիայի դեպքում դիտվում են ստորին կերակրափողային սեղմանի թուլացման բացակայություն և գալարակծկանքի խանգարումներ: Կասկածելի դեպքերում կիրառվում են ֆարմակոլոգիական փորձեր: Նիտրոգլիցերինը, ամիլնիտրիտը թուլացնում են ստորին սեղմանի տոնուսը ախալազիայի դեպքում և հեշտացնում սննդի անցումը դեպի ստամոքս: Խոլինոտրոպ միջոցները (ացետիլխոլին, կարբախոլին), հակառակը, բարձրացնում են կերակրափողի մկանների տոնուսը, որը գրանցվում է կլինիկորեն՝ կրծոսկրի ետևում սեղմման զգացողության, սրտխառնոցի, փսիման առաջացումով և այլն: Նշված երկու փորձերը բացասական են կերակրափողի ուռուցքների և սպիական նեղացումների դեպքում:

Բուժումը: Դեղորայքային բուժումը քիչ արդյունավետ է: Ախալազիայի 1-ին, 2-րդ փուլերի ընթացքում բուժման հիմնական մեթոդը կարդիոդիլատացիան է՝ ֆիզիոլոգիական ստամոքսամուտքի լայնացումը հատուկ գործիքների օգնությամբ: Այն իրականացվում է օդային կարդիոդիլատատորի օգնությամբ (նկ.1.65): Դիլատացիայի կուրսը պետք է կրկնել պարբերաբար, քանի որ դիսֆագիան կարող է կրկնվել 10% դեպքերում:



Նկար.1.65. Պնևմատիկ կարդիոդիլատատոր:

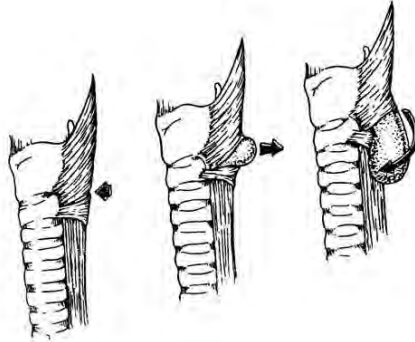
Երբ դիլատացիան անարդյունավետ է, կամ այն իրականացնելն անհնար է, կիրառվում է վիրահատական բուժում: Առավել տարածում են գտել երկայնակի արտալորձաթաղանթային էզոֆագոկարդիոմիոտոմիայի զանազան տեսակները: Ներկրծքային կամ ներորովայնային ճանապարհներով որկորի նեղացած հատվածը մերկացնելուց հետո վերջինիս առաջային ձախ մակերեսի վրա կատարվում է 4–10սմ երկարությամբ կտրվածք, ընդ որում, հատվում են օղակաձև մկանաթելերը մինչև որկորի լորձաթաղանթին հասնելը: Վերականգնելով որկորի անցանելիությունը՝ տվյալ վիրահատությունը չի խոչընդոտում ստամոքսի պարունակությունը որկորի մեջ անցնելուն, այսպիսով, պատճառ է դառնում ռեֆլյուքս-էզոֆագիտի, պեպտիկ խոցերի, սպիական նեղացումների առաջացման համար: Այդ պատճառով վիրահատությունը լրացնում են ստամոքս-կերակրափողային ռեֆլյուքսը կանխող միջամտություններով:

ԿԵՐԱԿՐԱՓՈՂԻ ԴԻՎԵՐՏԻԿՈՒԼՆԵՐ

Դիվերտիկուլը կերակրափողի պատի սահմանափակ պարկաձև արտափքումն է: Ըստ առաջացման մեխանիզմի՝ դրանք բաժանվում են 2 խմբի՝ պուլսիոն և տրակցիոն: Պուլսիոն դիվերտիկուլներն առաջանում են ներկերակրափողային ճնշման ազդեցությամբ կերակրափողի պատի արտափքման հետևանքով, իսկ տրակցիոնները կապված են բորբոքման, շրջակա հյուսվածքներում սպիների առաջացման և դրանց (մասնավորապես տուբերկուլյոզով ախտահարված ավշահանգույցների) կողմից որկորի պատը ձգելու հետ: Ըստ երևույթին, որկորի դիվերտիկուլների առաջացման գործում հաճախ մասնակցում են երկու մեխանիզմները միասին (պուլսիոն-տրակցիոն դիվերտիկուլներ): Բացի դրանից, տարբերում են նաև ֆունկցիոնալ (ռելաքսացիոն) դիվերտիկուլներ: Որկորի սեզմենտային արտափքում առաջանում է միայն դրանում ճնշման բարձրացման պահին և անհետանում՝ անմիջապես դրա թուլացումից հետո:

Գոյություն ունի դիվերտիկուլների տարբերակում՝ ըստ դրանց տեղակայման: Տարբերում են ըմպան-կերակրափողային (ցենկերյան), բիֆուրկացիոն և վերստոծանիական (Էպիֆրենալ) դիվերտիկուլներ: Ըմպան-կերակրափողային դիվերտիկուլներն առաջանում են ըմպանի՝ կերակրափողին անցնելու տեղում՝ հետին պատին, մատանիաձև աճառի մակարդակին՝ Կիլիանի եռանկյան շրջանում: Ըմպանի ստորին սեղմանի և մատանիաձև ըմպանային մկանի միջև առկա է թույլ հատված՝ Կիլիանի եռանկյունին (մասնագիտական գրականության մեջ հանդիպում է նաև «Լանյե-Հակերմանի եռանկյունի» անվամբ): Հենց այստեղ էլ գոյանում է արտափքումը, և ձևավորվում

ցենկերյան դիվերտիկուլը (նկ.1.66): Այսպիսի դիվերտիկուլները պուլսիոն են, գոյացման հիմքում ըմպանում և կերակրափողում ճնշման բարձրացումն է, մատանիաձև ըմպանային մկանի և կերակրափողի վերին սեղմանի ֆունկցիաների խանգարումը (ախալազիա):



Նկար. 1.66. Ցենկերյան դիվերտիկուլի գոյացման պրոցեսը:

Բիֆուրկացիոն դիվերտիկուլներն առաջանում են շնչափողի երկատման մակարդակին, սովորաբար չափերով փոքր են: Բիֆուրկացիոն դիվերտիկուլները սովորաբար տեղակայվում են կերակրափողի առաջակողմնային պատին՝ շնչափողի բիֆուրկացիայի մակարդակին: Ըստ ծագման՝ դրանք տրակցիոն են: Շրջակա հյուսվածքների հետ սերտաճման արդյունքում, որոնք գոյացել են տարած տուբերկուլյոզի կամ միջնորմի ոչ սպեցիֆիկ բորբոքային պրոցեսների հետևանքով, կերակրափողի պատը կոնսաձև ձգվում է: Բիֆուրկացիոն դիվերտիկուլների առանձնահատկություններն են դրանց լայն մուտքը, հատակի սերտաճումը շնչափողի, բրոնխների, ավշային հանգույցների հետ, դրա ֆիքսացիան մուտքից բարձր դիրքով, որը նպաստում է դրանում սննդի չկուտակվելուն:

Էպիֆրենալ դիվերտիկուլներն առաջանում են կարդիայից

վեր: Էպիֆրենալ դիվերտիկուլներն ըստ ծագման պուլսիոն են, ավելի ուշ կարող են դառնալ խառը: Սրանք տեղակայվում են ստոծանուց 2-10սմ վեր՝ կերակրափողի հետին կողմնային պատին: Մովորաբար ունեն գնդաձև տեսք և արտահայտված վզիկ: Հաճախ գուգակցվում են կարդիոսպագմով, ստոծանու կերակրափողային բացվածքի ճողվածքներով, ստամոքսի և տասներկուամտնյա աղիքի խոցային հիվանդությամբ, աղիքների դիվերտիկուլյոզով:

Կլինիկան: Կլինիկական երևույթները պայմանավորված են դիվերտիկուլի չափերով, դրանց դատարկվելու հնարավորությամբ և բարդություններով: Ցենկերյան դիվերտիկուլի դեպքում սկզբում հիվանդները զգում են չափավոր ցավեր, քերոցի, այրոցի զգացողություն կոկորդում, կարող են լինել հազ, գերթքարտադրություն: Աստիճանաբար զարգանում են դիսֆագիա, սննդի ռեգուրգիտացիա, շրջապատող օրգանների ճնշում: Կլլումը թեթևացնելու համար հիվանդները քանդում են օձիքը, սեղմում են պարանոցը, խոնարհում են գլուխը, որձկում, դուրս են բերում սննդի զանգվածները, որոնք կուտակվել են դիվերտիկուլում: Սակայն սննդի մի մասը մնում է դիվերտիկուլում, քայքայվում և բերանից զարշահոտություն արձակվում: Մեծ դիվերտիկուլների դեպքում հաճախ ձախից հնարավոր է պարանոցի վրա շոշափել արտափքում, որտեղից լսվում է ծփանքի աղմուկ, բախումը որոշում է տիմպանիկ հնչյուն: Մեղմման ժամանակ ի հայտ է գալիս բնորոշ գրգռոց: Դիվերտիկուլի պատը և շուրջդիվերտիկուլային հյուսվածքները բորբոքվում են (դիվերտիկուլիտ): Դիվերտիկուլիտը կարող է բարդանալ խոցոտմամբ, արյունահոսությամբ, թափածակմամբ, չարորակացմամբ (մալիգնիզացիա): Կանգի, ռեգուրգիտացիայի հետևանքով հնարավոր է ասպիրացիա դեպի շնչառական

ուղիներ, թոքեր՝ համապատասխան բարդությունների զարգացմամբ:

Բիֆուրկացիոն դիվերտիկուլները մեծամասամբ ընթանում են անախտանիշ: Հազվադեպ կարող են առաջանալ դիվերտիկուլի պատի նեկրոզ կերակրափող-բրոնխային, կերակրափող-շնչափողային խուղակների առաջացմամբ, հարակից անոթների երոզիա՝ վտանգավոր արյունահոսության առաջացմամբ:

Ոչ մեծ էպիֆրենալ դիվերտիկուլները կլինիկորեն կարող են ոչնչով չարտահայտվել: Էպիֆրենալ դիվերտիկուլների դեպքում հնարավոր է դիսֆագիայի առաջացում, որը սովորաբար դիտվում է մուտքի ավելի բարձր դիրքով դիվերտիկուլների դեպքում: Կարող են լինել ստենոկարդիա հիշեցնող ցավեր: Դիսֆագիան խորանում է և վատթարանում կերակրափողի զուգակցող սպազմի հետևանքով, զարգանում են էրոզիայի և դիվերտիկուլիտի երևույթներ, որոնց արդյունքում կարող է ձևավորվել կերակրափողի կայուն ստենոզ:

Ախտորոշումը: Ցենկերյան դիվերտիկուլի դեպքում ախտորոշումը հիմնվում է բնորոշ գանգատների վրա: Մեծ դիվերտիկուլների դեպքում հաճախ ձախից հնարավոր է պարանոցի վրա շոշափել արտափքում, որտեղից լսվում է ծփանքի աղմուկ, բախումը որոշում է տիմպանիկ հնչյուն: Մեղման ժամանակ ի հայտ է գալիս բնորոշ գրգռոց:

Բիֆուրկացիոն դիվերտիկուլի դեպքում ռենտգեն լուսանցման ժամանակ վերին միջնորմում հնարավոր է տեսնել կլորավուն գոյացություն՝ հորիզոնական մակարդակով: Ռենտգեն կոնտրաստային հետազոտությունը հստակ ի հայտ է բերում դիվերտիկուլները, հնարավորություն է տալիս որոշելու պարկի, դրա վզիկի չափերը, սննդային զանգվածների կուտակման ընթացքը, բարդությունների, կերակրափողի այլ

հիվանդությունների առկայությունը: Բարիումի սուլֆատի անցման ուշացումն ավելի քան 2 րոպե վկայում է դիվերտիկուլի առկայության մասին:

Էպիֆերնալ դիվերտիկուլի դեպքում ռենտգեն լուսանցման ժամանակ ստորին միջնորմում հնարավոր է տեսնել կլորավուն գոյացություն՝ հորիզոնական մակարդակով: Ռենտգեն կոնտրաստային հետազոտությունը հայտնաբերում է դիվերտիկուլը, հնարավորություն տալիս որոշելու պարկի, դրա վզիկի չափերը, սննդային զանգվածների կուտակման ընթացքը, բարդությունների, կերակրափողի այլ հիվանդությունների առկայությունը:

Վերը նշված բոլոր դիվերտիկուլների դեպքում էզոֆագոսկոպիան հնարավորություն է տալիս լրացուցիչ ստյալներ ստանալու դիվերտիկուլի պատերի վիճակի մասին:

Ախտորոշումը հաստատում է ռենտգեն հետազոտությունը:

Բուժումը: Բուժումը հիմնականում դիվերտիկուլի հեռացումն է:

Ընդանակերակրափողային դիվերտիկուլը հեռացնում են ձախ կրծոսկրանրակպտկաձև մկանից առաջ կատարված կտրվածքով: Դիվերտիկուլի վզիկը կարում են և հեռացնում այն: Հետո կարում են մկանները:

Շատ փոքր դիվերտիկուլների դեպքում հնարավոր է դրա ինվազիանցիան ընդանի լուսանցք և պատի ամրացում: Բիֆուրկացիոն տրակցիոն դիվերտիկուլների դեպքում վիրաբուժական բուժումը ցուցված չէ: Այն ցուցված է սննդի երկարատև կուտակումով դիվերտիկուլների, ինչպես նաև այնպիսի բարդությունների առկայության դեպքում, ինչպիսիք են կերակրափողից դեպի շնչուղիներ խուղակները, արյունահոսությունները:

Էպիֆերնալ /պուլսիոն/ դիվերտիկուլների դեպքում ցուցված է

դիվերտիկուլէկտոմիա: Էպիֆրենալ դիվերտիկուլի և կարդիայի ախալազիայի զուգակցման դեպքում կատարում են դիվերտիկուլէկտոմիա և ախալազիայի վիրահատություն: Դիվերտիկուլների դեպքում վիրաբուժական բուժման արդյունքները գոհացուցիչ են:

ՄՊԻԱԿԱՆ ՆԵՂԱՅՈՒՄՆԵՐ

Կերակրափողի այրվածքներ: Կերակրափողի այրվածքներն առաջանում են քիմիական նյութերի և բարձր ջերմության ազդեցությամբ: Քիմիական նյութերը (կաուստիկ սոդա, ծծմբաթթու, աղաթթու, քացախաթթու, կոնցենտրացված լուծույթներ, հազվադեպ հիմքեր և կոնտակտային ազդող թույներ և այլն) ընդունում են հաճախ պատահաբար, ավելի քիչ՝ ինքնասպանության նպատակով: Տարբերում են նյութերի ընդհանուր ազդեցությունը օրգանիզմի վրա (թունավորում) և տեղային ազդեցությունը (այրվածք):

Ախտաձևաբանական փոփոխությունները, կլինիկական արտահայտությունները հիմնականում պայմանավորված են ընդունած նյութի քանակով ու որակով: Թթուներով ախտահարումը պայմանավորված է ազատ ջրածնային իոնների առկայությամբ, որոնք, խլելով ջուրը, խախտում են հյուսվածքների ջրաաղային հավասարակշռությունը, ինչպես նաև կապում են հիմքերն ու մակարդում սպիտակուցները: Թթուների ազդեցության հետևանքով զարգանում է չոր, մակարդող մեռուկացում, գոյանում է ամուր կեղև, որը խոչընդոտում է թթվի առավել խոր ներթափանցմանը, կանխում դրա հետագա ներծծումը: Օրգանական թթուներ ընդունելու դեպքում առաջնային են դառնում ընդհանուր թունավորման նշանները: Օրինակ՝ քացախաթթվի էսենցիայով թունավորվելիս դիտվում է արյան կտրուկ թթվայնացում և երիթրոցիտների քայքայում: Վերջինս հանգեցնում է սուր լյարդ-երիկամային անբավարարության:

Հիմքերի վնասող ազդեցությունը պայմանավորված է հիդրօքսիլ իոնների առկայությամբ, որոնք ճարպերը վերածում են օճառների և քայքայում սպիտակուցները՝ առաջացնելով հիմնային

ալբումինատներ:

Հիմքերն (կաուստիկ սոդա) առաջացնում են խոր տեղային փոփոխություններ, զարգանում է կոլիկվացիոն նեկրոզ («թաց մեռուկացում»): Վերջինս չի կանխում հիմքերի հետագա ներթափանցումը հյուսվածքների խորքը և դրանց քայքայիչ ազդեցությունը: Հիմքերով այրվածքների դեպքում հաճախ առաջանում են կերակրափողի ձևախախտումներ, հարկերակրափողային թարախակույտեր, միջնորմաբորբեր: Հիմքերի ռեզորբտիվ ազդեցությունը համեմատաբար մեծ չէ:

Ընդունված է տարբերել կերակրափողի երեք աստիճանի այրվածք՝ թեթև, միջին և ծանր (I, II, III): **I աստիճանի** դեպքում նկատվում է որկորի կամ ստամոքսի էպիթելի միայն մակերեսային շերտերի վնասում: **II աստիճանը** բնութագրվում է էպիթելի վրա ամբողջ խորությամբ տարածուն մեռուկացումների զարգացմամբ: **III աստիճանի** դեպքում մեռուկացումն ընդգրկում է որկորի բոլոր շերտերը: Նկատվում են բերանի խոռոչի, ըմպանի, կերակրափողի, ստամոքսի, շրջակա հյուսվածքների այրվածքներ:

Տարբերում են այրվածքների գոտում ախտաբանական պրոցեսների զարգացման չորս շրջաններ՝

I-սուր շրջան /մինչև 2 շաբաթ/. տեղի է ունենում լորձաթաղանթի մեռուկացում և էպիթելի շերտազատում: Սուր շրջանում դիտվում են շոկին բնորոշ երևույթներ: Ընդհանուր վիճակը պայմանավորված է ընդունած ազդեցիվ նյութի քանակով և խտությամբ:

II-կեղծ լավացման շրջան /մինչև 3 շաբաթ/. տեղի է ունենում մեռուկացած հյուսվածքների հեռացում և պատի խոցոտում:

III-հատիկավորումների առաջացման շրջան (3-4 շաբաթից մինչև ամիսներ). գոյանում է հատիկավորություն (գրանուլյացիա), սկսվում է էպիթելացումը:

IV-սպիացման շրջան, երբ տարիների ընթացքում ձևավորվում է որկորի լուսանցքը նեղացնող կոպիտ սպի:

Կլինիկան: Յուրաքանչյուր շրջան ունի իրեն հատուկ կլինիկական արտահայտությունը:

Սուր շրջանում դիտվում են շոկին բնորոշ տարբեր արտահայտվածության երևույթներ: Ընդհանուր վիճակը պայմանավորված է ընդունած ագրեսիվ նյութի քանակով և խտությամբ, այն բանով, թե դրա որ մասն է որկորի պատից թափանցել արյան մեջ:

Հիվանդները գանգատվում են բերանի խոռոչի, ըմպանի, կրծոսկրի հետևի, հաճախ նաև ստամոքսի շրջանի ուժեղ ցավերից, դիսֆագիայից, առատ թքարտադրությունից, երբեմն փսխումից: Կոկորդի այրվածքի հետևանքով հիվանդների ձայնը դառնում է խոպոտ կամ իսպառ կտրվում է, կարող է առաջանալ շնչահեղձություն: Մակկոկորդի այրվածքի, դրա ֆունկցիայի խանգարման հետևանքով թուքը, փսխման զանգվածները կարող են ընկնել շնչափողաբրոնխային ծառի մեջ և առաջացնել թոքաբորբ: Ավելի ուշ շրջանում հնարավոր է արյունահոսություն, որկորի կամ ստամոքսի թափածակում, թոքաբորբերի զարգացում, շնչահեղձուկ:

Որկորի այրվածքը ախտորոշվում է անամնեստիկ տվյալների, կլինիկական նշանների հիման վրա, ռենտգեն ցայտներանգային հետազոտությամբ, էզոֆագոսկոպիայով:

Բուժումը: Առաջին օգնությունը բերանի խոռոչի ողողումն է, այրված շրթունքների, դեմքի մաշկի, ձեռքերի վրացումը ջրի շիթով: Կատարում են որկորի և ստամոքսի լվացում հաստ գոնդի միջոցով, 4-10 լ գոլ ջրով և չեզոքացնող լուծույթներով:

Թթուներով թունավորվելիս լվացումը կատարում են կերակրի սողայի 1-2%-անոց լուծույթով, այրված մազնեզիումով, իսկ

հիմքերով թունավորվելիս կերակրի քացախաթթվով, 0,1%-անոց աղաթթվի լուծույթով: Հիվանդին ցավազրկում են:

Մտացիոնար պայմաններում կատարում են հակաշոկային միջոցառումներ, դեզինտոքսիկացիա, էլեկտրոլիտային փոխանակության կարգավորում, թթվահիմնային հավասարակշռության վերականգնում: Լյարդային ու լյարդատերիկամային անբավարարության զարգացումը հեմո- և լիմֆոսուրբցիայի ցուցում է:

Մակկոկորդի, ձայնալարերի, վերին շնչառական ուղիների միաժամանակյա այրվածքի, սպառնացող շնչահեղձության դեպքում ցուցված է կատարել տրախեոստոմիա, բրոնխոսկոպիա:

Մուր երիկամային անբավարարության դեպքում կիրառվում է հեմոդիալիզ: Արյունահոսությունների դեպքում ներարկում են մակարդիչներ, երիթրոցիտար զանգված, թարմ սառեցված պլազմա:

Բարդություններ առաջանալու դեպքում (թափածակում՝ միջնորմի ֆլեգմոնայի զարգացում) անհրաժեշտ է կատարել միջնորմի շտապ դրենավորում:

Առաջին և երկրորդ շրջաններում հիվանդին թույլատրվում է փոքր բաժիններով հեղուկ և սառը սնունդ ընդունել: Եթե կլլումը ցավոտ է, ապա նպատակահարմար է ընդունել բուսական յուղեր, արևածաղկի յուղի 10%-անոց էմուլսիան անէսթեզիսի հետ (1 ճաշի գդալ ուտելուց առաջ):

Կերակրափողի սպիական նեղացումներ: Այրվածքից 1-2 ամիս անց հատիկավոր հյուսվածքը սկսում է փոխարինվել ֆիբրոզ շարակցական հյուսվածքով, ձևավորվում է սպի, առաջանում են սպիական նեղացումներ: Վերջիններս հաճախ տեղակայվում են ֆիզիոլոգիական նեղացումներում՝ մատանիաձև աճառի ետևում, աորտալ և վերստոծանիական սեզմենտների մակարդակներում:

Որկորի լուսանցքը ստրիկտուրայի շրջանում ոլորուն է, իսկ դրավրա երևում են վերնեղացումային լայնացումներ: Հաճախ այրվածքային ստրիկտուրան կարող է համակցվել կարդիայի անբավարարությամբ, ռեֆլյուքս էզոֆագիտով, որն արագացնում է սպիական ստրիկտուրաների ձևավորումը: Հնարավոր են նաև ըմպանի, ստամոքսաելքի, տասներկուամսնյա աղիքի և աղիճ աղիքի նեղացումներ:

Կլինիկան: Կլինիկորեն ստրիկտուրաներն առաջանում են աստիճանաբար զարգացող դիսֆագիայի զուգակցմամբ, որն ուղեկցվում է գերթքարտադրությամբ, ռեզուրգիտացիայով: Աստիճանաբար հեղուկ սնունդը նույնպես չի անցնում: Երբեմն կարող է առաջանալ որկորի խցանում սննդային զանգվածներով, որի դեպքում անհրաժեշտ է կատարել էզոֆագոսկոպիա սննդային զանգվածը հեռացնելու նպատակով:

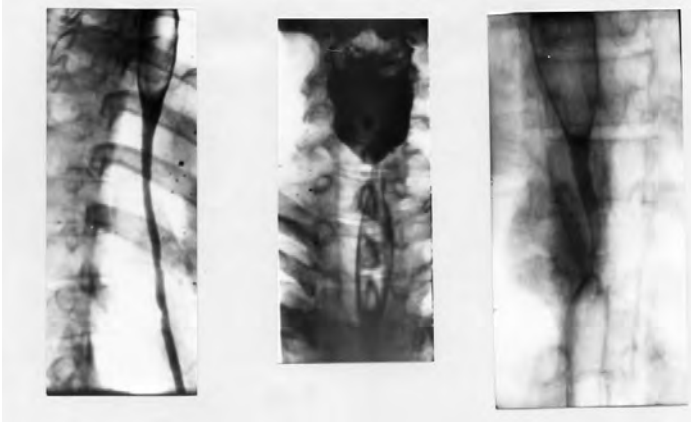
Բարձր ստրիկտուրաների դեպքում սննդային զանգվածների ասպիրացիա դեպի շնչառական ուղիներ առավել հավանական է, որի հետևանքով դրանցում առաջանում են քրոնիկական բորբոքային պրոցեսներ: Աստիճանաբար զարգանում է ալիմենտար կախեքսիա: Գոյություն ունեցող երկարատև ստրիկտուրաները վտանգավոր են քաղցկեղայինի վերափոխման տեսանկյունից:

Ախտորոշումը: Որկորի սպիական նեղացումների ախտորոշումը հիմնված է զանգատների, զննման, անամնեստիկ տվյալների, էնդոսկոպիկ և ռենտգեն հետազոտությունների տվյալների վրա:

Ֆիբրոէզոֆագոսկոպիան ի հայտ է բերում նեղացած որկորի լորձաթաղանթի փոփոխություններ:

Ռենտգեն հետազոտությունն անցկացնում են բարիումի կախույթով կամ ջրալույծ նյութերով: Դրա միջոցով որոշում են

նեղացման տեղը, երկարությունը և այլն (նկ.1.67):



Նկար.1.67. Որկորի ստրիկտուրայով հիվանդների ռենտգեն նկարներ:

Նախապես ձևավորված գաստրոստոմի առկայության դեպքում դրա միջով ռետրոգրադ զննման, ինչպես նաև ռենտգեն կոնտրաստային հետազոտության միջոցով հնարավոր է դիտել նեղացման հեռադիր հատվածը:

Բուժումը: Այրվածքային նեղացումների դեպքում բուժավորումը 70-90% դեպքերում նպաստում է կայուն առողջացմանը: Տարբերում են վաղ և ուշ բուժավորում: Վաղ բուժավորումն իրականացնում են 8-11-րդ օրերից սկսած: Այն ունի նոր ձևավորվող սպինները ձգելու նպատակ: Ուշ բուժավորումը կատարվում է այրվածքից 2 ամիս անց:

Գոյություն ունեն բուժավորման մի քանի ձևեր՝ «կույր», «թելով», «թելով անվերջ»՝ անտե- և ռետրոգրադ, էնդոսկոպի հսկողությամբ, սնամեջ սինթետիկ /պլաստմասսա/ ռենտգեն կոնտրաստային բուժերով մետաղալարի ուղղորդչի վրայով: «Կույր» բուժավորումն առավել վտանգավոր է որկորի վնասման տեսանկյունից: Այն կիրառելի է ուղիղ մուտքով կարճ

ստրիկտուրաների դեպքում: Տվյալ մեթոդի համար ցուցումները շատ սահմանափակ են:

«Թելով անվերջ» բուժավորումը հնարավոր է գաստրոստոմի առկայության դեպքում: Հիվանդի կողմից կուլ տված և գաստրոստոմի միջով դուրս բերված թելին կապում են բուժը (ձևավորում են օղակ): Տվյալ եղանակով հնարավոր է անտե- և ռետրոգրադ բուժավորում: Մեթոդն անվանում են նաև անվերջ բուժավորում: Հատկապես կարճ ստրիկտուրաների դեպքում հուսալի է էնդոսկոպիկ բալոնային հիդրոստատիկ դիլատացիան: Առավել արդյունավետ է մետաղալարի ուղղորդիչով բուժավորումը: Ռենտգեն ապարատի հսկողությամբ մետաղալար ուղղորդիչն անցկացնում են ստրիկտուրայի միջով, որից հետո դրա վրայով անցկացնում են բուժը: Բուժի տրամագիծը աստիճանաբար մեծացնում են մինչև նորմալ որկորի չափերը:

Բուժավորումը հակացուցված է, եթե ստրիկտուրաները բարդացած են որկոր-ռեսպիրատոր, որկոր-միջնորմային խողակներով, ինչպես նաև կեղծ դիվերտիկուլների, խիստ արտահայտված էզոֆագիտների, չարորակացման կասկածի դեպքում:

Վիրաբուժական բուժման ցուցում է որկորի ամբողջական անանցանելիությունը, բուժավորման ընթացքում թափածակումը, բուժավորման անհնարիությունը, վերջինից հետո կարճատև արդյունքը, որկորային խողակների առկայությունը, երկրորդային կարդիալ ճողվածքների և ռեֆլյուքս էզոֆագիտի հետ համակցումը: Էզոֆագոպլաստիկայի մեթոդի ընտրությունը պայմանավորված է ստրիկտուրաների տեղակայմամբ, երկարությամբ, ըմպանի և ստամոքսի ուղեկցող ախտահարումներով, անցյալում տարած վիրահատություններով, տարիքով և հիվանդի ընդհանուր վիճակով:

Երբեմն հյուծված հիվանդների շրջանում ցուցված է գաստրոստոմի ձևավորումը՝ սնուցումը ապահովելու նպատակով:

Ստամոքսի այրվածքների դեպքում պետք է վերականգնել դրա անցանելիությունը:

Կարճ ստրիկտուրաների դեպքում (1,5-3սմ) հնարավոր է տեղային պլաստիկա և անցանելիության վերականգնում:

Երկար ստրիկտուրաների ժամանակ ձևավորում են արհեստական որկոր: Էզոֆագոպլաստիկայի համար նյութ են ստամոքսը, հաստ և աղիճ աղիքները: Նախապատվությունը տրվում է ստամոքսին, եթե այն վնասված, այրված չէ:

Շատ վիրաբույժներ որպես փոխպատվաստ (տրանսպլանտատ) օգտագործում են հաստ աղիքը, հատկապես դրա ձախ կեսը. շնորհիվ մագիստրալ տիպի արյունամատակարարման՝ հնարավոր է լինում վերցնել անհրաժեշտ երկարության փոխպատվաստ: Հետվիրահատական մահացությունը էզոֆագոպլաստիկայի դեպքում մասնագիտացված բաժիններում չի գերազանցում 6-8%-ը:

II ԳԼՈՒԽ

ԷՆՂՈՍԿՈՊԻԿ ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ

ԹԵՄԱ 1. ԷՆՂՈՍԿՈՊԻԱ

Էնդոսկոպիան ներքին օրգանների հետազոտման եղանակ է հատուկ գործիքների՝ էնդոսկոպերի օգնությամբ: Այս մեթոդը լայնորեն կիրառվում է վիրաբուժության, գաստրոէնտերոլոգիայի, թոքաբանության, ուրոլոգիայի, գինեկոլոգիայի և բժշկության այլ բնագավառներում՝ ախտորոշելու և բուժելու նպատակով:

Պայմանավորված հետազոտվող օրգանով և խոռոչով՝ տարբերում են բրոնխոսկոպիա (բրոնխների ներգնում), էզոֆագոսկոպիա (կերակրափողի ներգնում), գաստրոսկոպիա (ստամոքսի ներգնում), կոլոնոսկոպիա (հաստ աղիքի ներգնում), թորակոսկոպիա (կրծքավանդակի (թոքամզի խոռոչի) ներգնում), լապարասկոպիա (որովայնի խոռոչի ներգնում) և այլն:

Ներգնելիս գործիքները (էնդոսկոպը) անցկացնում են համապատասխան խոռոչներ բնական ճանապարհներով (բերանով, կերակրափողով, շնչափողով, միզուկով և այլն) և փոքր անցք-կտրվածքներով կամ վիրահատական մուտքերով (լապարասկոպ, թորակոսկոպ, արթրոսկոպ և այլն):

Էնդոսկոպիկ հետազոտության առաջին փորձերը կատարվել են դեռևս XVIII դարի վերջերում, որից հետո զարգացման ընթացքում էնդոսկոպիան անցել է մի քանի փուլ, որոնցից յուրաքանչյուրը բնութագրվում է գործիքների կատարելագործմամբ և նոր մեթոդների առաջացմամբ:

Առանձնացնում են էնդոսկոպիայի զարգացման 4 հիմնական շրջաններ՝

1. ռիզիդ (կոշտ) էնդոսկոպերի ժամանակաշրջանում (1795-1932),
2. կիսաճկուն էնդոսկոպերի ժամանակաշրջանում (1932-1958),
3. օպտիկա-մալուխային էնդոսկոպերի ժամանակաշրջանում (1958-1981),
4. էլեկտրոնային էնդոսկոպերի ժամանակաշրջանում (1981-ից առ այսօր):

Ներկայումս կիրառվող էնդոսկոպերը լինում են կոշտ (ռիզիդ) և ճկուն (ֆիբրոէնդոսկոպեր, վիդեոէնդոսկոպեր):

Ճկուն էնդոսկոպեր

Ֆիբրոէնդոսկոպ: Ժամանակակից ֆիբրոէնդոսկոպերը կազմված են հեռադիր ղեկավարվող մասից, միջին ճկուն հատվածից, մոտակա տեղակայված ղեկավարող համակարգից և օկուլյարից, լուսափոխանցիչ ճկուն լարից (լուսավորման աղբյուրից դեպի էնդոսկոպի աշխատող մակերես «սառը» լույսի փոխանցման համար) և օպտիկամանրաթելային համակարգից (պատկերի փոխանցման համար): Ջրի և օդի հոսքը, օրգանի պարունակության ասպիրացիան իրականացվում են ավտոմատ կերպով: Էնդոսկոպի հեռադիր հատվածում տեղակայված են լուսափոխանցիչի վերջնական պատուհանը, օբյեկտիվը, գործիքների, օդի և հեղուկի համար նախատեսված խողովակների բացվածքները: Էնդոսկոպի հեռադիր հատվածը առաձգականության և շարժունակության շնորհիվ ունի մի քանի հարթություններով հետագոտելու հնարավորություն:

Էնդոսկոպը կիրառելու ոլորտից պայմանավորված են նրա երկարությունը, տրամագիծը, գործիքային անցքերի քանակը և տրամագիծը, օպտիկայի տեղակայումը (թեք, ուղիղ, կողմնային), էլեատորների առկայությունը, օդ և ջուր մղելու համակարգերը:

Ներկայումս կիրառվում են էնդոսկոպերի բազմաթիվ

տեսակներ՝ ֆիբրոգաստրոսկոպ, ֆիբրոդուոդենոսկոպ, ֆիբրոխոլեդոխոսկոպ և այլն:

Պայմանավորված ինվազիայի բնույթով և կիրառելու նպատակներով՝ էնդոսկոպերը լինում են՝

1. Փակ (ստերիլ) խոռոչները հետազոտելու և վիրահատական միջամտություն կատարելու համար նախատեսված էնդոսկոպեր, որոնք կիրառելու համար անհրաժեշտ է մաշկի և լորձաթաղանթների ամբողջականության խախտում (խոլեդոխոսկոպեր, վենտրիկուլոսկոպեր և այլն):
2. Մեփական միկրոֆլորան ունեցող և արտաքին աշխարհի հետ կապ ունեցող խոռոչների հետազոտման և վիրահատական միջամտություն կատարելու համար նախատեսված էնդոսկոպեր (գաստրոսկոպ, կոլոնոսկոպ, բրոնխոսկոպ, ցիստոսկոպ և այլն):

Գաստրոքինտեստինալ էնդոսկոպերը կիրառվում են ստամոքս-աղիքային ուղու վերին հատվածները դիտելու նպատակով (նկ.2.1): Դրանց հեռադիր հատվածի թեքումը կատարվում է 2 հարթություններով: Ներկայումս լայնորեն կիրառվում են գաստրոսկոպերի երկխողովակավոր մոդելները (վիրահատական), որոնք ստեղծվել են բուժիչ գործողությունների համար:



Նկար. 2.1. Գաստրոսկոպ:

Դուոդենոսկոպերը կիրառվում են 12-մատնյա աղիքի պատերը մանրակրկիտ զննելու և մեծ դուոդենալ պտկիկի վրա միջամտություն կատարելու համար: Դրանց օգնությամբ կատարում են էնդոսկոպիկ ռետրոգրադ խոլանգիոպանկրեատոգրաֆիա (ՌԽՊԳ) և էնդոսկոպիկ պապիլոսֆինկտերոտոմիա (ԷՊՍ) լեղաձորանների և ենթաստամոքսային գեղձի ծորանների հիվանդությունները ախտորոշելու և բուժելու համար: Էնդոսկոպն ունի կողմնային օպտիկա և հատուկ բարձրացնող էլևատոր գործիքային խողովակի հեռադիր հատվածում:

Կոլոնոսկոպերը կարելի է պայամանականորեն բաժանել ախտորոշիչ և վիրահատական խմբերի (նկ. 2.2): Կոլոնոսկոպերը տարբերվում են աշխատող մասի երկարությամբ՝

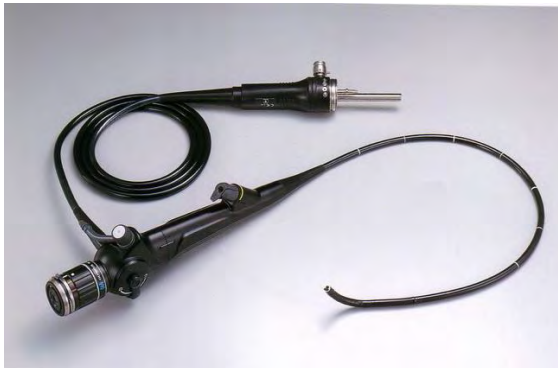
- կարճ 105-110 սմ, միջին 135-145 սմ, երկար 165-175 սմ:

Կարճ կոլոնոսկոպերը նախատեսված են հաստ աղիքի ձախ կեսը դիտելու համար, իսկ միջինը և երկարը՝ տոտալ կոլոնոսկոպիայի:



Նկար.2.2. Կոլոնոսկոպեր:

Բրոնխոսկոպերը նախատեսված են ըմպանի, շնչափողի, բլթային, հատվածային (սեգմենտար) և ենթահատվածային (սուբսեգմենտար) բրոնխները դիտելու, ախտորոշիչ և բուժիչ գործողությունների համար (բիոպսիա, սանացիա, օտար մարմինների հեռացում և այլն) (նկ.2.3): Ժամանակակից բրոնխոսկոպերն ունեն ներս անցկացվող մասի 60սմ երկարություն և 3-6 մմ տրամագիծ: Տարբեր մոդելների գործիքային խողովակների տրամագծերը տատանվում են՝ 1,2-2,6մմ: Հեռադիր հատվածի ծռումը իրականացվում է միայն մեկ հարթությամբ: Ջուր և օդ մղելու խողովակը բացակայում է:



Նկար.2.3. Բրոնխոսկոպ:

Տեսաէնդոսկոպ: Տեսաէնդոսկոպերը ճկուն էնդոսկոպերի նոր սերունդն են, որոնք էապես տարբերվում են ֆիբրոէնդոսկոպերից: Հիմնական տարբերությունն այն է, որ էնդոսկոպի ծայրին տեղադրված ոսպնյակը փոխարինվել է միկրոտեսախցիկով, որի հետևանքով էնդոսկոպի աշխատող մասի փխրուն ֆիբրոմալուխը (լարը) փոխարինվել է հեռուստամալուխով, որը պատկերը փոխանցում է էկրանին (նկ.2.4):

Տեսաէնդոսկոպը կիրառելու հիմնական առավելություններն են՝

- էնդոսկոպիկ պատկերի ավելի բարձր և պարզ որակ, մի քանի տասնյակ անգամ պատկերի մեծացման հնարավորություն,
- խտացված տեսանյութը թվային ձևաչափով ձայնագրելու հնարավորություն,
- պատկերը էկրանին փոխանցելու շնորհիվ՝ հնարավոր եղավ ասիստենտների մասնակցությունը էնդոսկոպիկ հետազոտություններին և վիրահատություններին,
- ավելի մեծ վստահելիություն:



Նկար.2.4. Փամանակակից ԷԳԴՄ-ի սարքավորումների համակարգ:

Կոշտ (ռիզիդ) Էնդոսկոպեր

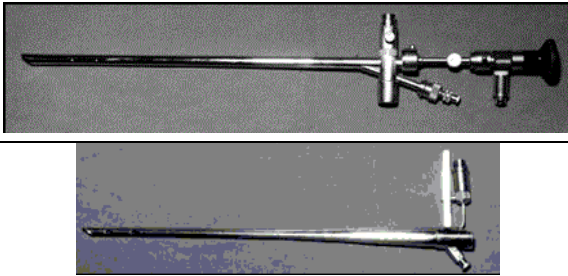
Կլինիկական պրակտիկայում ճկուն Էնդոսկոպերի հետ միաժամանակ լայնորեն կիրառվում են նաև կոշտ կամ ռիզիդ Էնդոսկոպերը: Կոշտ Էնդոսկոպերն ունեն նույն աշխատանքի սկզբունքը: Դրանց օպտիկական մասը տեղակայված է կոշտ մետաղական մասում, որն աշխատանքի ընթացքում չի կարող փոխել իր կոնֆիգուրացիան:

Կոշտ Էնդոսկոպերը կիրառվում են կրծքավանդակի և որովայնի խոռոչի օրգանների (թորակոսկոպեր, լապարոսկոպեր), հոդերի (արթրոսկոպեր), միջնորմի (մեդիաստիոսկոպեր) հիվանդություններն ախտորոշելու և բուժելու համար:

Բոլոր նշվածները սարքավորումների հատուկ համակարգեր

են, որոնք կազմված են տրոսկարներից, օպտիկական համակարգերից և հատուկ գործիքներից՝ համապատասխան խոռոչ մուտք գործելու, դիտելու և այդ խոռոչում ախտորոշիչ և բուժական գործողություններ կատարելու համար: Դրանց հիմնական տարբերությունը երկարությունն է և տրամագիծը:

Ռիզիդ բրոնխոսկոպերը մետաղական խողովակների, սկոպերի և հատուկ գործիքների հավաքածուներ են, որոնք ունեն տարբեր երկարություն (մանկական, մեծահասակների) (նկ.2.5): Դրանք նախատեսված են շնչափողի, գլխավոր և բլթային բրոնխների ինտուբացիայի, դրանք դիտելու, ախտորոշիչ ու բուժական գործողություններ կատարելու համար: Դրանց առանձնահատկությունն այն է, որ գործողությունները կարելի է կատարել թոքերի արհեստական շնչառության պայմաններում:



Նկար. 2.5. Ռիզիդ բրոնխոսկոպեր:

Էնդոտուտրաձայնային Էնդոսկոպեր

Վերջին տարիներին ավելի շատ զարգանում է կրծքավանդակի և որովայնի օրգանների էնդոսկոպիկ ուլտրասոնոգրաֆիկ հետազոտությունը, որը կատարվում է ուլտրաձայնային էնդոսկոպերով (նկ.2.6): Դրանց կառուցվածքային առանձնահատկությունը էնդոսկոպի ծայրին սկանավորող սարքի առկայությունն է, որը հնարավորություն է տալիս կատարելու ոչ միայն խոռոչավոր օրգանների, այլև դրանց կից օրգանների և

հյուսվածքների ուլտրաձայնային հետազոտություն:



Նկար.2.6. Էնդոուլտրաձայնային էնդոսկոպ:

Մտացված ուլտրաձայնային պատկերը հնարավորություն է տալիս հայտնաբերելու այն օրգանների և հյուսվածքների ախտաբանական փոփոխությունները, որոնք հասանելի չեն տրանստրովայնային սոնոգրաֆիայի համար: Շնորհիվ էնդոսկոպիկ սոնոգրաֆիայի՝ կարելի է տեսանելի դարձնել մարսողական համակարգի ենթալորձային ուռուցքները, չարորակ գոյացությունների ինվազիայի աստիճանը, որոշել շրջակա ավշային մետաստազավորման տարածվածությունը, արտաօրգանային ճնշման պատճառները:

Նվազ ինվազիվ վիրաբուժություն

Նվազ ինվազիվ վիրաբուժությունը բժկշության բնագավառ մուտք գործեց 20-րդ դարի 70-ականներին, երբ ախտորոշիչ էնդոսկոպիան սկսեց փոփոխել մոտեցումները վիրահատական միջամտությունների հանդեպ: Նվազ ինվազիվ վիրաբուժությունը բժշկության մի նոր բնագավառ է: Այս մեթոդի դեպքում հիվանդին փոքր վնաս է հասցվում, այնպես, որ դրա մետաբոլիկ, սիրտ-թոքային և հոգեբանական էֆեկտներն աննշան են, այսինքն՝ նվազ ինվազիվ վիրաբուժության նպատակն է նվազագույնի հասցնել վիրաբուժական վնասվածքը: Էնդոսկոպիկ եղանակով ընդհանուր

լեղածորանից Օղիի սեղմանը լայնացնելու օգնությամբ քարի հեռացումը նվազ ինվազիվ վիրաբուժության առավելության վառ օրինակ է: Որովայնի պատի կտրվածքները հանգեցնում են ֆիզիոլոգիական տարբեր ֆունկցիաների խանգարմանը, որը բացառվում է նվազ ինվազիվ վիրահատական միջամտությունների դեպքում:

Նվազ ինվազիվ վիրահատությունները, անկախ տեսակից, կատարվում են հեռավորության վրա՝ հատուկ երկար, բարակ և յուրահատուկ կառուցվածք ունեցող գործիքներով: Միջամտություններն անցկացվում են ռենտգեն ուլտրաձայանային կամ էնդոսկոպիկ հետազոտությունների հսկողության տակ:

Ներկայումս նվազ ինվազիվ վիրաբուժությունը կազմված է 5 բաժիններից.

1. Լապարասկոպիկ վիրաբուժություն, որը ներառում է խոլեցիստեկտոմիան, վագոտոմիան, ստոծանու կերակրափողային բացվածքի ճողվածքի վերացումը, սպլենեկտոմիան, ադրենալեկտոմիան, ապենդեկտոմիան, ճողվածքի պլաստիկան, հաստ աղիքի մասնահատումները և այլն:
2. Էնդոսկոպիկ վիրաբուժություն, որը ներառում է պապիլոսֆինկտերոտոմիան, ստամոքսի և 12-մատնյա աղիքի խոցի շուրջը տարբեր նյութերի ներարկումը, սկլերոզացնող լուծույթների ներարկումը կերակրափողի վարիկոզ լայնացած երակների մեջ, բարակ աղիքի ուռուցքների հեռացումը, ուռուցքների դեպքում կերակրափողի և ուղիղ աղիքի նեղացումների լազերային դիլատացիան և այլն:
3. Պերիվիսցերալ էնդոսկոպիկ վիրաբուժություն, որը ներառում է էզոֆագեկտոմիան և նեֆրեկտոմիան:

4. Թորակոսկոպիկ վիրաբուժություն, որն աստիճանաբար մեծացնում է իր ծավալները: Առավել հաճախ կատարվում են ներկրծքային սիմպաթեկտոմիա, վագոտոմիա, կերակրափողի մոբիլիզացիա, բշտերի (բուլաների) կապում և պլևրոդեզ:

5. Ներհոդային վիրաբուժություն, որը ներառում է մենիսկեկտոմիան և հոդերից օտար մարմինների հեռացում:

Ի լրացում նշվածների՝ գոյություն ունեն խառը ռենտգենավիրաբուժական միջամտություններ (միջմաշկային խոլեցիստոլիտոտոմիա) և բուն ռենտգենաբանական գործողություններ (դրենաժի անցկացում թարախակույտի խոռոչ):

Չնայած նվազ ինվազիվ վիրահատությունների քանակի աճին՝ միշտ պետք է պահպանել ավանդական վիրաբուժության և նվազ ինվազիվ վիրաբուժության մեջ գոյություն ունեցող հավասարակշռությունը, որպեսզի հնարավոր լինի գնահատել այս կամ այլ մեթոդի առավելությունները և թերությունները: Օրինակ՝ երբ նվազ ինվազիվ եղանակով ինչ-որ վիրահատություն հնարավոր չէ կատարել արմատական, կամ երբ խախտվում են վիրաբուժության հիմնական սկզբունքները, ապա պարզ է, որ վիրահատությունը պետք է կատարել ավանդական եղանակով: Եթե միջամտությունը կատարելու համար անհրաժեշտ է շատ երկար ժամանակ, ապա նվազ ինվազիվ միջամտությունը կլինի արդյունավետ: Երբ որոշակի էնդոսկոպիկ միջամտությունից հետո հիվանդի ստացիոնարում մնալու ժամանակը և նորմալ (լիարժեք) կենսակերպի վերադառնալու ժամանակները չեն կրճատվում, այդ դեպքում նույնպես նվազ ինվազիվ միջամտությունն արդյունավետ է:

Նվազ ինվազիվ վիրաբուժության առանձնահատկությունը նաև

այն է, որ տարբեր հիվանդներին բուժելու համար անհրաժեշտ է լինում բուժական գործընթացում ընդգրկել տարբեր ուղղվածությունների մասնագետների խմբեր: Օրինակ՝ նվազ ինվազիվ վիրաբուժության մեջ ռենտգենաբանների առջև դրվում են հիմնականում 2 խնդիրներ.

1. Հատուկ գործիքներով բիոպսիայի կատարում ռենտգեն հսկողությամբ:
2. Մետաղական լարերի (փոխանցիչների) կիրառում և խոռոչավոր օրգանների կամ ծորանների լուսանցքի լայնացում՝ դրենաժ կամ ստենոտ անցկացնելու համար, քարեր կամ հյուսվածքային դետրիտ հեռացնելու և թարախակույտի խոռոչ կամ հավաքված հեղուկ դրենավորելու համար:

Ներկայումս կան տվյալներ, որ ռենտգեն հսկողությամբ ներորոպայնային թարախակույտերի միջմաշկային դրենավորումը շատ ավելի լավ արդյունքներ ունի, քան որոպայնահատումով կատարած դրենավորումը:

Բժշկական պրակտիկայում լայն կիրառում են ստացել նաև ռենտգեն հսկողությամբ կատարվող տարբեր օրգանների նեղացումների բալոնային դիլատացիաները, որոնք բավական լավ արդյունքներ են ունենում:

Միջմաշկային խոլեցիստոլիտոտոմիայի և լեղային քարերի հեռացման նշանակությունը դեռ վերջնական գնահատված չէ, սակայն դեպի ներյարդային լեղային ուղիներ մուտք ապահովելու համար այս մեթոդի կիրառումը և նվազ ինվազիվությունը գերազանցում է մյուսներին:

Էնդոսկոպիայի զարգացման հետ միաժամանակ հետազոտությունները սկսեցին վերափոխվել նաև բուժիչ միջամտությունների, և հնարավոր եղավ էնդոսկոպի օգնությամբ

ու հսկողությամբ կատարել ստամոքս-աղիքային ուղու նվազ ինվազիվ վիրահատություններ՝ հեռացնել պոլիպներ, կատարել քրոնիկական խոցից կամ ուռուցքից բիոպսիա, կոագուլյացիա անել արյունահոսող անոթը, անոթներ ներարկել բուժիչ լուծույթներ, հատել սֆինկտերներ, օրինակ՝ Օդիի սֆինկտերը՝ ընդհանուր լեղածորանից քար հեռացնելու համար:

Էնդոսկոպի հսկողությամբ լազերային ճառագայթ օգտագործելով՝ ուռուցքների մեծ հատվածների հեռացումը բավականին ամոքիչ (պալիատիվ) արդյունք ունի ինօպերաբիլ ուռուցքների դեպքում:

Բավականին լավ արդյունքներ ունի նաև ենթաստամոքսային գեղձի պսևդոկիստայի ներքին դրենավորումը ստամոքսի կամ 12-մատնյա աղիքի պատի միջով:

Այսպիսով, պարզ է դառնում, որ նվազ ինվազիվ վիրաբուժությունը շատ դեպքերում ոչ միայն չի զիջում, այլև գերազանցում է ավանդական վիրաբուժությանը, այդ պատճառով էլ ներկայումս գիտական բժշկությունն օրեցօր փորձում է ավելացնել նվազ ինվազիվ եղանակով կատարվող միջամտությունների քանակը: Սակայն, չնայած դրան, կան բազմաթիվ վիրահատություններ, որոնք կատարվում են միայն ավանդական վիրաբուժական եղանակներով:

Էզոֆագոգաստրոդուդենոսկոպիա (ԷԳԴՄ)

Մարսողական ուղու վերին հատվածների (կերակրափող, ստամոքս, 12-մատնյա աղիք) էնդոսկոպիան ընտրության մեթոդ է, երբ առաջանում է նշված օրգանների հետազոտման անհրաժեշտություն: ԷԳԴՄ-ն հնարավորություն է տալիս միանգամից իրականացնելու նշված օրգանների մակրոսկոպիկ զննում, վերցնելու հեղուկ (սեկրետ) և հյուսվածքի կտորներ հետազոտության նպատակով և անհրաժեշտության դեպքում

կատարելու ընտրողական և անհետաձգելի բուժական գործողություններ:

ԷԳԴՄ-ի ցուցումները բավականին շատ են: ԷԳԴՄ-ն կատարվում է ստամոքսաղիքային տրակտի վերին հատվածների հիվանդությունների ախտանիշերի առկայության դեպքում ենթադրվող ախտորոշումը հաստատելու կամ ժխտելու, արդեն հայտնի փոփոխությունները հսկելու, որոշ միջամտություններ իրականացնելու նպատակով:

ԷԳԴՄ-ի ցուցումները՝ պայմանավորված օրգանների և պաթոլոգիկ պրոցեսների տեղակայմամբ՝

1. կերակրափող՝ դիսֆագիա, կլլման ակտի որոշ խանգարումներ, հետկրծոսկրային ցավեր,
2. կերակրափող-ստամոքսային անցման շրջան՝ որովայնի վերին հատվածների ցավեր, այրոցի զգացում, Բարետի կերակրափողի կասկած, պեպտիկ նեղացում, ախալազիա, ստոծանու կերակրափողային բացվածքի ճողվածք,
3. ստամոքս և 12-մատնյա աղիք՝ սրտխառնոց, փսխում, ախորժակի վատացում, արյունային փսխում, քաշի կորուստ, պերնիցիոզ սակավարյունություն, լուծ (ցելիակիա),
4. աղիքներ՝ աղիքների քրոնիկական բորբոքային հիվանդություններ, ընտանեկան պոլիպոզի համախտանիշեր,
5. լյարդ-ենթաստամոքսային գեղձ՝ պորտալ հիպերտենզիա, լեղածորանների և ենթաստամոքսային գեղձի ծորանների պաթոլոգիաներ,
6. բրոնխաթոքային՝ անհայտ ծագման ասպիրացիա, քրոնիկական հագ:

ԷԳԴՄ-ի հակացուցումները: ԷԳԴՄ-ի բացարձակ հակացուցում

է հիվանդի կտրականապես հրաժարվելը էնդոսկոպիայից:

Հարաբերական հակացուցումները՝ պայմանավորված օրգան համակերպերով՝

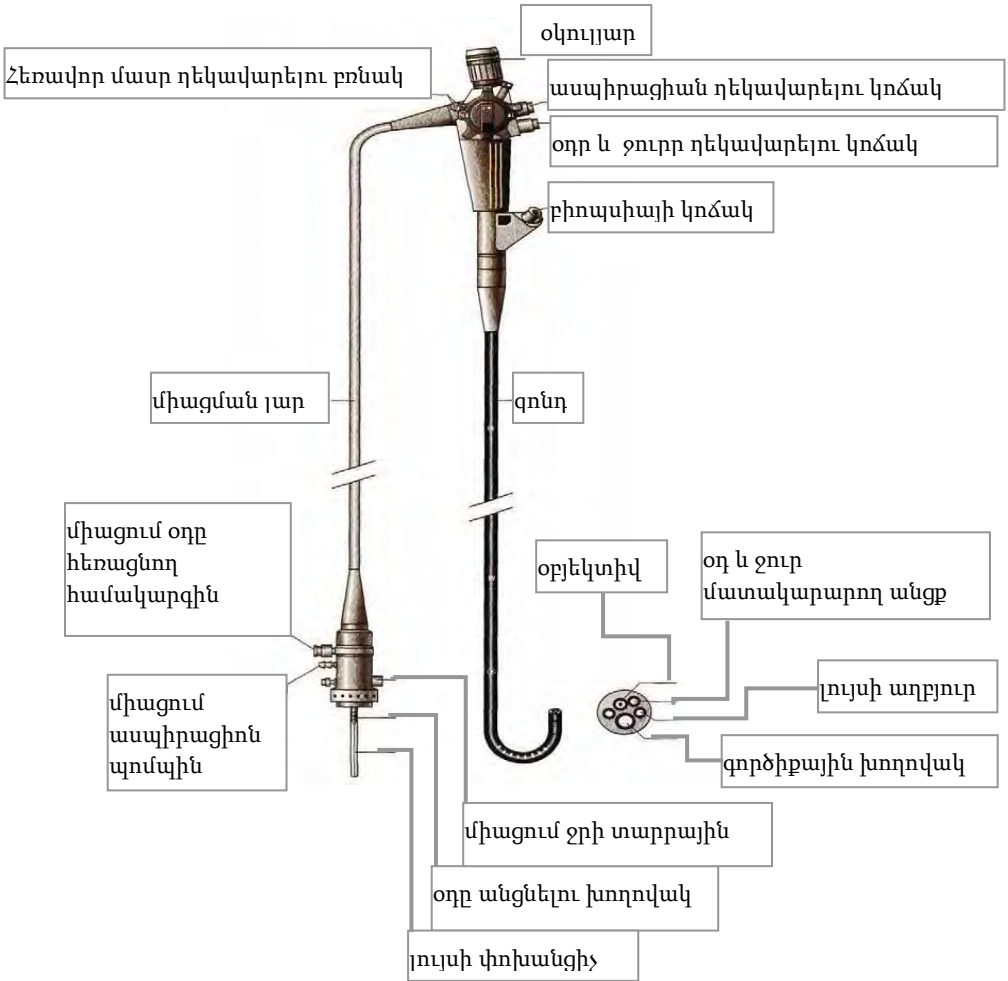
1. մարսողական համակարգ՝ ցենկերյան դիվերտիկուլ, կերակրափողի քիմիական այրվածքներ, թափածակում, լցված ստամոքս,
2. սիրտ-անոթային համակարգ՝ սիրտ-անոթային ծանր անբավարարություն, սրտամկանի սուր իշեմիա,
3. շնչառական համակարգ՝ շնչառական ծանր անբավարարություն:

ԷԳԴՄ-ի բարդությունները: Պայմանավորված բարդության առաջացման ժամանակով՝ հնարավոր բարդությունները բաժանվում են մի քանի խմբերի.

1. Բարդություններ, որոնք առաջանում են հետազոտության ընթացքում՝ անհանգստություն, ցավեր, հազ, փսխման ցանկություն, հևոց, ապնոէ, գիտակցության կորուստ, արյունահոսություն:
2. Բարդություններ, որոնք առաջանում են անմիջապես էնդոսկոպիայից հետո կամ որոշ ժամանակ անց՝ ցավեր (պարանոցում, կրծքավանդակում, որովայնում), կերակրափողի թափածակում, ստամոքսի թափածակում, 12-մատնյա աղիքի թափածակում, կոկորդի վնասում, սրտամկանի իշեմիա, հևոց, ասպիրացիա և ասպիրացիոն թոքաբորբ, սրտային դեկոմպենսացիա, փսխում արյունով, մելենա, հիպովոլեմիա:

Էնդոսկոպիկ հետազոտություններ անցկացնելու համար անհրաժեշտ է ունենալ համապատասխան գործիքներ: Տարբեր հետազոտությունների և միջամտությունների դեպքում կիրառվում են տարբեր խմբերի գործիքներ: Բոլոր գործողությունների համար

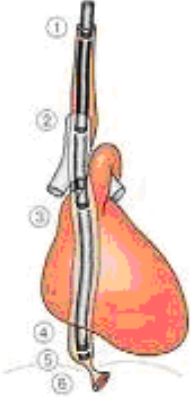
ընդհանուր է մնում էնդոսկոպիկ միավորը: Էնդոսկոպիկ միավորը կազմված է էնդոսկոպից, մաքրող սարքավորումից և օժանդակ սարքավորումներից: Օժանդակ սարքավորումներից են լույսի աղբյուրը, պոմպերը, որոնցով տրվում է օդ և հեղուկ, արտածող սարք և որոշ դեպքերում նաև տեսապրոցեսոր: Նշված բոլոր սարքավորումները միացվում են էնդոսկոպին (նկ.2.7):

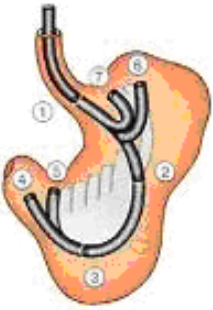


Նկար. 2.7. Էնդոսկոպի կառուցվածքը:

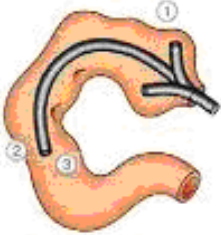
Էնդոսկոպիկ հետազոտության ընթացքը պետք է համակարգված լինի: Էնդոսկոպիայի ժամանակ կատարվող գործողությունների հերթականությունը կարող է տարբեր լինել, սակայն գոյություն ունի գործողությունների հատուկ հերթականություն, որին պետք է հետևել:

Առաջարկվում է Էնդոսկոպիկ հետազոտության հետևյալ հերթականությունը՝ օրգանի վիճակը գնահատող հետևյալ կետերով՝

<p>Կերակրափող՝</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. մուտք.կերակրափող, 2. կերակրափողի միջին հատված, 3. կերակրափողի ռետրոկարդիալ հատված, 4. սֆինկտերի ֆունկցիա, 5. ատամնավոր գիծ՝ <ul style="list-style-type: none"> • ձևը, • տեղակայումը ատամնաշարի համեմատ, 6. ստոծանիական բացվածք, հեռավորությունը ատամնաշարից: 		<p>Էնդոսկոպիկ գնահատականը՝</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ լորձաթաղանթը՝ <ul style="list-style-type: none"> • գույնը, • մակերեսը, ➢ ձևը՝ <ul style="list-style-type: none"> • համաչափությունը, • ճնշվածությունը, ➢ պարունակությունը՝ <ul style="list-style-type: none"> • սեկրետը, ➢ պերիստալտիկան՝ <ul style="list-style-type: none"> • հաճախականությունը, • համաչափությունը:
---	---	---

<p>Ստամոքս՝</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. լորձաթաղանթի անտեզրադ դիտում, 2. մարմին՝ <ul style="list-style-type: none"> • մեծ կորություն, • փոքր կորություն, • առաջային պատ, • հետին պատ, • ծալքերի ռելիեֆ, 3. անտրալ հատված՝ <ul style="list-style-type: none"> • պերիստալտիկան, • համաչափությունը, 4. ստամոքսաէլք՝ <ul style="list-style-type: none"> • ձևը, • ֆունկցիան, 5. անկյան շրջանը, 		<p>Էնդոսկոպիկ գնահատականը՝</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ պարունակությունը՝ <ul style="list-style-type: none"> • սեկրետը, • սննդի մնացորդները, • լորձը, ➢ լորձաթաղանթը՝ <ul style="list-style-type: none"> • գույնը, • մակերեսը, ➢ հարևան օրգանները՝ <ul style="list-style-type: none"> • լյարդ, • ենթաստամոքսային գեղձ, • փայծաղ, • սիրտ, • 12-մատնյա աղիք, ➢ պերիստալտիկան:
---	--	---

6. հատակը, 7. կարդիայի ռետրոգրադ դիտում, 360°:		
--	--	--

<p>12-մատնյա աղիք՝</p> <ol style="list-style-type: none"> կոճղեզ՝ <ul style="list-style-type: none"> առաջային պատ, հետին պատ, փոքր կորություն, մեծ կորություն, 12-մատնյա աղիքի հեռաղիք հատված, <ul style="list-style-type: none"> ծալքերի ռելիեֆը, մեծ դուռդենալ պտկիկ, Օդիի սֆինկտեր: 		<p>Էնդոսկոպիկ գնահատականը</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ձևը՝ <ul style="list-style-type: none"> կոճղեզ-խոցային խորշ, ➤ լորձաթաղանթը՝ <ul style="list-style-type: none"> գույնը, մակերեսը, ➤ դուռդենալ պտկիկ՝ <ul style="list-style-type: none"> լեղու արտահոսքը:
--	---	--

ԷԳԴՄ-ի ընթացքում հայտնաբերված փոփոխությունները և գոյացությունները պետք է հստակ նկարագրվեն.

Կառուցվածքը՝

- չափսերը,
- ձևը,
 - ձվաձև, կլոր, ոչ հստակ, պտկիկաձև, գծային, կետային փոփոխություններ, իրար խառնվող,
- հիմքը՝
 - լայն հիմքով,
 - ոտիկի վրա,
- սահմանները,
- մակերեսը՝
 - հարթ, ծալքերով, փայլուն, ճաքերով,
- գույնը,
- նկարը՝

-թմբիկավոր, հետքեր, մանր պտկիկներ:

Քանակը և դասավորվածությունը`

➤ քանակը`

-եզակի, միայնակ, բազմակի, համատարած,

➤ դասավորվածությունը`

-օջախային, դիֆուզ:

Բնութագիրը հպվելիս`

➤ շարժունակությունը`

-շարժուն, շարժուն լորձաթաղանթի հետ, անշարժ,

➤ բաղադրությունը,

➤ շփման ժամանակ վնասվելը:

Ստենոզներ`

➤ լուսանցքի նեղացման աստիճանը,

➤ տարածվածությունը,

➤ անցանելիությունը,

➤ բաղադրությունը,

➤ լորձաթաղանթը վնասվելու աստիճանը:

ԷԳԳՄ-ի ժամանակ հայտնաբերվող կերակրափողի հիվանդությունները և ուշադրության արժանի սվյալներն այդ հիվանդությունների դեպքում`

➤ ուռուցք`

-տեղակայումը` հեռավորությունը ատամնաշարից (սանտիմետրերով), հարաբերությունը ֆիզիոլոգիական նեղացումների հետ, հարաբերությունը Z-աձև գծի հետ,

-տարածվածությունը` երկարությունը, նեղացման աստիճանը,

-աճի տեսակը,

-լուսանցքի չափը,

-շարժունակությունը,

- բաղադրությունը,
- շփման ժամանակ վնասվելը,
- էզոֆագիտ` (կերակրափողաբորբ)`
- փուլը,
- փոփոխությունների տարածվածությունը,
- բարդությունների առկայությունը,
- անհրաժեշտության դեպքում նեղացման աստիճանը,
- երակների վարիկոզ լայնացում`
- փուլը,
- տարածվածությունը,
- արյունահոսության ռիսկի նշանների առկայությունը,
- կերակրափող-ստամոքսային անցման շրջանի հիվանդություններ`
- կարդիայի անբավարարություն,
- ստոծանու կերակրափողային բացվածքի ճողվածք,
- Մելորի-Վեյսի համախտանիշ (լորձաթաղանթի արյունահոսող ճաք, պատռվածք),
- Բոերհավի համախտանիշ (կերակրափողի լրիվ (պատի ամբողջ հաստության) պատռվածք),
- գաստրոէզոֆագեալ ռեֆլյուքս, ռեֆլյուքսային հիվանդություն,
- դիվերտիկուլներ`
- տեղակայում,
- չափերը,
- պարունակությունը,
- բորբոքման առկայությունը,
- մոտորիկայի խանգարումներ`
- ախալազիա,
- կերակրափողի դիֆուզ սպազմ,
- օտար մարմիններ և հազվադեպ հիվանդություններ,

➤ հետվիրահատական վիճակներ:

ԷԳԴՄ-ի ժամանակ հայտնաբերվող ստամոքսի հիվանդությունները և ուշադրության արժանի տվյալներն այդ հիվանդությունների դեպքում՝

➤ սուր և քրոնիկական գաստրիտ՝

-պրոցեսի տարածվածությունը,

-լորձաթաղանթի տեսքը, գույնը, ծալքերի վիճակը,

➤ էրոզիա/խոց՝

-տեղակայումը,

-չափերը,

-ձևը՝ կլոր, ձվաձև, անկանոն ձևի, երկարավուն

-քանակը,

-խոցի հատակը՝ ֆիբրինի, հեմատինի կամ անոթի եզրի առկայություն,

-խոցի եզրերը,

-բարդությունների առկայությունը՝ արյունահոսություն, թափածակում,

➤ ուռուցք՝

-տեղակայումը ստամոքսում,

-չափերը,

-աճի տեսակը,

-շարժունակությունը,

-բաղադրությունը,

➤ պոլիպ՝

-տեղակայումը ստամոքսում,

-չափերը,

-ձևը,

-հիմքը,

-մակերեսը,

- պորտալ հիպերտենզիա՝
 - երակների վարիկոզ լայնացում,
 - պորտալ գաստրոպաթիա,
- վիճակներ վիրահատական միջամտությունից հետո՝
 - տոտալ գաստրեկտոմիա,
 - ստամոքսի մասնահատումներ,
 - վագոտոմիա և պիլորոպլաստիկա,
 - ֆունդոպլիկացիա,
 - տարբեր բերանակցումներ,

➤ օտար մարմիններ և հազվադեպ հիվանդություններ:

12-մատնյա աղիքի հիվանդությունները, որոնք հայտնաբերվում են ԷԳԴՄ-ի ժամանակ, և այդ հիվանդությունների դեպքում ուշադրության արժանի տվյալները՝

- բուլբիտ՝
 - պրոցեսի տարածվածությունը,
 - լորձաթաղանթի տեսքը, գույնը, ծալքերի վիճակը,

➤ խոց՝

- տեղակայումը,
- չափերը,
- ձևը՝ կլոր, ձվաձև, անկանոն ձևի, երկարավուն,
- քանակը,

-խոցի հատակը՝ ֆիբրինի, հեմատինի կամ անոթի եզրի առկայություն,

-խոցի եզրերը,

-բարդությունների առկայությունը՝ արյունահոսություն, թափածակում,

➤ պոլիպոզ փոփոխություններ՝

- տեղակայումը,
- չափերը,

-ձևը,

-հիմքը,

-մակերեսը,

➤ դիվերտիկուլներ՝

-տեղակայում,

-չափերը,

-պարունակությունը,

-բորբոքման առկայությունը,

➤ Կրոնի հիվանդություն, Ուիպլի հիվանդություն, Ցելիակիա՝

-լորձաթաղանթի վիճակը՝ գույնը, ծալքերը, խոցերի առկայությունը,

➤ մեծ դուռդենալ պտկիկ, Օդիի սֆինկտեր՝

-սֆինկտերի վիճակը,

-լեղու արտահոսքը,

➤ փոփոխություններ հարակից օրգանների պաթոլոգիաների դեպքում:

ԷԳԴՄ-ի ժամանակ խոցերի, ուռուցքների, պոլիպների դեպքում անհրաժեշտաբար կատարվում է նաև հեղուկի և հյուսվածքի կտորի հավաքում՝ բիոպսիա՝ նյութի հետագա բջջաբանական և հյուսվածաբանական հետազոտության համար: Պարտադիր պայման է անտրալ հատվածից վերցված նյութի հետազոտությունը՝ *Helicobacter pylori*-ն հայտնաբերելու նպատակով:

Ներկայումս հետազոտության ուղարկվող նյութը վերցնելու համար օգտագործում են հետևյալ մեթոդները՝

➤ հյուսվածքային բիոպսիա,

➤ խոզանակային բջջաբանություն,

➤ հեղուկի հավաքում:

Հետազոտությունների արդյունքները շատ մեծ նշանակություն

ունեն բուժման տակտիկան և վիրահատությունների ժամանակ վիրահատության ծավալը որոշելու համար:

Բուժական ԷԳՂՄ

Ժամանակակից էնդոսկոպերն ունեն այնպիսի հնարավորություններ, որ ախտորոշիչ գործողություններից բացի, կատարում են նաև մեծ քանակի բուժական միջամտություններ: Դրանցից են՝

- արյունահոսությունների էնդոսկոպիկ դադարեցումը,
- նախաքաղցկեղային փոփոխությունների և վաղ քաղցկեղի բուժման էնդոսկոպիկ եղանակները՝ պոլիպեկտոմիա, լորձաթաղանթի էնդոսկոպիկ մասնահատում, լուսադինամիկ թերապիա,
- օտար մարմինների հեռացումը,
- զոնդերի և որոշ սնուցող խուղակների էնդոսկոպիկ տեղադրումը,
- նեղացումների՝ ստենոզների էնդոսկոպիկ բուժումը,
- էնդոսկոպիկ պապիլոսֆինկտերոտոմիան (ԷՊՍ) և խոլեդոխի վացումն ու քարերի հեռացումը:

Մարսողական ուղու վերին հատվածներից արյունահոսությունների դեպքում էնդոսկոպով հնարավոր է կատարել արյունահոսության էնդոսկոպիկ դադարեցում, որը հիվանդների մեծ մասի դեպքում լինում է նաև բուժման հիմնական բաղադրիչը և զուգակցվում է դեղորայքային բուժմամբ: Կերակրափողից, ստամոքսից և 12-մատնյա աղիքից արյունահոսության տեղը և պատճառը հայտնաբերելուց հետո (կերակրափողի և ստամոքսի հատակի վարիկոզ լայնացած երակներ, ստամոքսի և 12-մատնյա աղիքի խոց, ռեֆլյուքս էզոֆագիտ, Մելորի-Վեյսի համախտանիշ, էրոզիաներ) միանգամից կարելի է անցնել արյունահոսության էնդոսկոպիկ

դադարեցման: Արյունահոսությունների էնդոսկոպիկ դադարեցման եղանակներն են *սկլերոզացումը* *և կապումը (լիզավորումը)*:

Կերակրափողի վարիկոզ լայնացած երակներից արյունահոսության դեպքում կատարում են.

1. Սկլերոզացում պոլիդոկանոլով. կատարում են պոլիդոկանոլի պարավազալ (0,5մլ յուրաքանչյուր կողմից) և ինտրավազալ (1,0մլ) ներարկումներ, որոնք հանգեցնում են երակների ճնշման և թրոմբոզացման, առաջացնում են բորբոքում՝ հետագա սպիական փոփոխություններով: Այս մեթոդը կարող է ունենալ որոշակի բարդություններ (սկլերոզացված հատվածի խոց, կերակրափողի նեղացում, կերակրափողի թափածակում, թոքամզային խոռոչում հեղուկի առաջացում):
2. Լիզատուրաների տեղադրում:
3. Սկլերոզացում հիստոակրիլով (կատարվում է նաև ստոմոքսի հատակի վարիկոզ լայնացած երակներից արյունահոսության դեպքում):

Խոցային արյունահոսությունների դեպքում կատարում են.

1. Ներարկումներ (ադրենալին, ֆիզիոլոգիական աղային լուծույթ, պոլիդոկանոլ, էթանոլ, ֆիբրինային սուսինձ): Ադրենալինի (1:10000) ներարկման ժամանակ խոցի շուրջը մի քանի տեղից կատարում են 1-ական մլ ինֆիլտրացիա, որից հետո 1-2մլ ներարկում են խոցի հատակում եղած արյունահոսության աղբյուրի մեջ: Ֆիբրինային սուսինձ օգտագործելիս կատարում են երկու բաղադրամասերի՝ ֆիբրինի և թրոմբինի ներարկում (2 մլ) երկու լուսանցք ունեցող ասեղով, որոնք միանալով առաջացնում են ֆիբրինային մակարդուկ:

2. Հեմոկլիպավորում:

3. Ջերմային եղանակներ (լազերային, էլեկտրոկոագուլյացիա, արգոնալազմային կոագուլյացիա):

Պոլիպեկտոմիա: ԷԳԴՄ-ի օգնությամբ հնարավոր է նաև կատարել պոլիպների հեռացում: Էնդոսկոպիկ պոլիպեկտոմիայի ցուցում են ստամոքսի կամ 12-մատնյա աղիքի 10մմ-ից մեծ պոլիպները: Հակացուցումներից են արյան մակարդեղիության խանգարումները (պրոթրոմբինային ինդեքս <50%, թրոմբոցիտների քանակ <50000/մկլ), ացետիլսալիցիլաթթվի օգտագործումը (գոնե վերջին 5 օրվա ընթացքում), ինտրամուրալ ուռուցքները: Պոլիպեկտոմիա կատարելիս նախ վիզուալիզացնում են պոլիպը, ապա, հատկապես մեծ պոլիպների դեպքում հիմքից ներարկում են ադրենալին կամ կլիպավորում են, որից հետո բաց հանգույցն անցկացնում են պոլիպի շուրջը և տեսողության հսկողության տակ փակում են հանգույցը ու կապում են: Պոլիպը փոքր-ինչ բարձրացնում են և հոսանքով (բարձր հաճախականության դիաթերմիա) անջատում ու հեռացնում են: Վերջում պարտադիր ստուգում են հեմոստազը: Հեռացված պոլիպը ենթակա է պաթոհիստոլոգիական հետազոտության:

Կոլոնոսկոպիա

Հաստ աղիքի հիվանդություններն ախտորոշելու և որոշ բուժական միջամտությունների համար լայնորեն կիրառվում է հաստ աղիքի էնդոսկոպիան՝ կոլոնոսկոպիան:

Կոլոնոսկոպիայի ցուցումները՝

- ռենտգեն հետազոտության ժամանակ հայտնաբերված պաթոլոգիայի դեպքում ախտորոշման ճշտում,
- ստամոքս-աղիքային ուղուց թաքնված կամ սուր արյունահոսության աղբյուրի հայտնաբերում և անհայտ

ծագման միկրոցիտար սակավարյունության պատճառի հայտնաբերում,

- հաստ աղիքի ուռուցքներ,
- հաստ աղիքի բորբոքային հիվանդություններ:

Կոլոնոսկոպիայի հակացուցումները՝

- բացարձակ հակացուցումներն են շոկը, սրտամկանի սուր ինֆարկտը, պերիտոնիտը, աղիքի թափածակումը, կոլիտի կայծակնային ձևերը,
- հարաբերական հակացուցումներն են հաստ աղիքի վատ նախապատրաստված լինելը, զանգվածային աղիքային արյունահոսությունը, դիվերտիկուլիտը, որովայնի խոռոչում կատարած թարմ վիրահատությունները, անամնեզում կոնքի շրջանում տարած բազմաթիվ վիրահատությունները, մեծ ճողվածքները:

Սրտի արիեստական փականներով և հեռադիր հոդերի պրոթեզներով հիվանդներին անհրաժեշտ է կանխարգելիչ անտիբիոտիկոթերապիա (էնդոկարդիտը և հոդաբորբերը կանխարգելելու նպատակով):

Բուժական նպատակներով կոլոնոսկոպիան կատարվում է պոլիպները հեռացնելու, արյունահոսությունները դադարեցնելու և որոշ դեպքերում, հաստ աղիքի ոլորքի և ինվազինացիան լիկվիդացնելու նպատակով:

Ռեկտոռոմանոսկոպիա

Ռեկտոռոմանոսկոպիան ուղիղ աղիքի և սիգմայաձև աղիքի մոտակա հատվածի էնդոսկոպիկ հետազոտությունն է:

Ռեկտոռոմանոսկոպիայի ցուցումները՝

- ցավեր հետանցքի շրջանում, հետանցքից թարմ արյան, լորձի կամ թարախի արտահոսք, աղիքների

գործունեության խանգարումներ, ուղիղ աղիքի կամ սիզմայաձև աղիքի այլ հիվանդությունների կասկած,

- անհրաժեշտ է կատարել հաստ աղիքի ռենտգեն հետազոտությունից առաջ, քանի որ ուղիղ աղիքի որոշ հիվանդություններ (փոքր ուռուցքներ, ինֆիլտրատիվ պրոցեսներ, պրոկտիտ) ախտորոշվում են միայն էնդոսկոպիայով,
- ներկայումս բավականին շատ կատարվում է՝ պրոֆիլակտիկ նկատառումներից ելնելով:

Ռեկտոռոմանոսկոպիայի հակացուցումները

Բացարձակ հակացուցումներ պրակտիկորեն չունի:

Հարաբերական հակացուցումներն են՝

- հետացքի շրջանի սուր բորբոքային հիվանդություններ (սուր պարապրոկտիտ, հեմոռոիդալ հանգույցների թրմաբոլ),
- ուռուցքներ, որոնք առաջացրել են անալ խողովակի նեղացում,
- սուր փուլում քիմիական և ջերմային այրվածքներ:

Ռեկտոռոմանոսկոպիա կատարելու համար կարևոր պայման է հաստ աղիքի դատարկ՝ մաքուր, լինելը:

Ռեկտոռոմանոսկոպի օգնությամբ հնարավոր է կատարել պոլիպի հեռացում, արյունահոսության դադարեցում, զոնդերի տեղադրում, նեղացումների ռեկանալիզացիա և այլն:

Բրոնխոսկոպիա

Բրոնխոսկոպիան էնդոսկոպիայի տեսակ է, որով հետազոտվում է շնչափողբրոնխային ծառը՝ շնչափողը և բրոնխները, ֆիբրոբրոնխոսկոպով կամ ռիզիդ բրոնխոսկոպով:

Բրոնխոսկոպիա կատարում են հետևյալ դեպքերում՝

- բրոնխներում ուռուցքի կամ բորբոքման կասկածի դեպքում,

- արյունախիման պատճառը հայտնաբերելու նպատակով,
- թոքերում դիսեմինացված պրոցեսի ռենտգենաբանական նշաններ հայտնաբերելու դեպքում,
- բրոնխների ծռումներ և նեղացումներ հայտնաբերելու նպատակով:

Բրոնխոսկոպի օգնությամբ կատարում են նաև բազմաթիվ միջամտություններ՝ օտար մարմինների հեռացում, բիոպսիա, շնչափողաբրոնխային ծառի սանացիա, դեղորայքի ներարկում:

Ռիզիկո բրոնխոսկոպերով կատարում են հետևյալ միջամտությունները.

- Օտար մարմնի հեռացում, այդ թվում նաև այն դեպքերը, երբ հնարավոր չէ օտար մարմինը հեռացնել ֆիբրոբրոնխոսկոպով:

- Շնչափողի և խոշոր բրոնխների անցանելիության վերականգնում սպիներով, բարորակ և չարորակ ուռուցքներով օբտուրացիաների և նեղացումների դեպքում:

- Բորբոքային և ուռուցքային նեղացումների դեպքում ստենտի տեղադրում:

- Թոքի սուր թարախակույտի տեղակայումը ճշտելու նպատակով:

- Թոքում խոռոչի առկայության դեպքում բակտերիալ թարախակալումը և ուռուցքի քայքայումը տարբերակելու նպատակով:

- Բրոնխների մոտակա հատվածներում մեծ քանակությամբ թանձր խորիս կուտակվելու դեպքում, էքսպեկտորացիայի անարդյունավետության դեպքում, բրոնխների բուժական լաված կատարելու նպատակով:

- Չանգվածային արյունահոսությունների, պնևմոթորաքսի և պիոպնևմոթորաքսի դեպքում բրոնխի լուսանցքի ժամանակավոր օկլյուզիայի նպատակով:

Բրոնխոսկոպի օգնությամբ կատարում են միջամտություններ հետևյալ մեթոդներով՝

1. Էլեկտրավիբրաբուժական,
2. կրիովիբրաբուժական,
3. Լազերային էնդովիբրաբուժական
4. արգոն-պլազմային կոագուլյացիայի եղանակով,
5. ներբրոնխային ֆոտոդինամիկ թերապիայով,
6. ներբրոնխային և ներշնչափողային ստենոավորմամբ:

Ներկայումս լայն տարածում են ստացել կոմբինացված բրոնխոսկոպիկ միջամտությունները, որոնց ժամանակ, պայմանավորված պաթոլոգիայի բնույթով, կիրառում են պաթոլոգիկ հյուսվածքի լազերային, էլեկտրակոագուլյացիոն և մեխանիկական մասնահատում:

Էնդոսկոպիկ (բրոնխոսկոպով կատարվող) վիրահատությունները ցուցված են շնչափողի և խոշոր բրոնխների բարորակ նորագոյացությունների (եզակի պապիլոմաներ, էնդոբրոնխիալ պոլիպներ, ոչ էպիթելային ծագման ուռուցքներ՝ ֆիբրոմա, լիպոմա, ֆիբրոլիպոմա) դեպքում, երբ դրանց հեռացումը էլեկտրոկոագուլյացիոն հանգույցով և լազերով բավականին ռադիկալ է:

Էնդոսկոպիկ (բրոնխոսկոպի օգնությամբ կատարվող) վիրահատությունները կարող են կիրառվել նաև որպես պալիատիվ միջամտություններ շնչափողի և հիմնական բրոնխների չարորակ ուռուցքների դեպքում.

1. Ոչ ռեզեկտաբել չարորակ ուռուցքների դեպքում, որոնք առաջացնում են շնչափողի և խոշոր բրոնխների անցանելիության խանգարումներ՝ հիպօքսիայի, պոստստենոտիկ ինֆեկցիայի, զանգվածային արյունախիտումների, անզուսպ հազի

ախտանիշերով: Այս դեպքում կատարում են ռեկանալիզացիա՝ ստենտի հետագա տեղադրումով:

2. Չարորակ ռեզեկտաբել ուռուցքների դեպքում, երբ հիվանդի վիճակի ծանրությունը՝ պայմանավորված արտահայտված օդափոխանակային խանգարումներով, հետստենտիկ թոքաբորբով կամ թարախակալումով, հնարավորություն չի տալիս վիրահատական միջամտություն կատարելու: Այս դեպքում կատարում են ուռուցքի էկզոֆիտ հատվածի հեռացում բրոնխոսկոպով, վերականգնում անցանելիությունը և հիվանդին պատրաստում վիրահատության:

3. Չարորակ ռեզեկտաբել ուռուցքների դեպքում ծերերի և ծանր սոմատիկ վիճակում եղած հիվանդների, ինչպես նաև այն դեպքում, երբ հիվանդը կտրականապես հրաժարվում է ռադիկալ վիրահատությունից: Այս դեպքում նույնպես կատարում են ռեկանալիզացիա՝ ստենտի հետագա տեղադրումով:

Բրոնխոսկոպիայի (ախտորոշիչ և բուժական) բարդություններից են բրոնխի պատի վնասումը՝ թափածակումը, պնևմոթորաքսը, բիոպսիայից և ուռուցքի հեռացումից հետո արյունահոսությունը, բրոնխոսպազմը, թոքաբորբը, ալերգիկ ռեակցիաները և այլն:

Թորակոսկոպիա

Թորակոսկոպիան էնդոսկոպիկ հետազոտության եղանակ է, որը հատուկ գործիքով՝ թորակոսկոպով, հետազոտում է թոքամզային խոռոչի օրգանները և անատոմիական կառուցվածքները: Անհրաժեշտության դեպքում ախտորոշիչ թորակոսկոպիան կարող է դառնալ բուժական թորակոսկոպիա:

Թորակոսկոպիան առաջարկել է շվեդ թերապևտ Հ.Յակոբեուսը՝ 1910թ., որից հետո թորակոսկոպիան հսկայական աճ է ունեցել ինչպես գործիքների կատարելագործման, այնպես էլ

հետազոտությունների և միջամտությունների ծավալի առումով:

Ներկայումս գոյություն ունեն ինտրաթորակալ նվազ ինվազիվ միջամտությունների երկու տարատեսակներ.

1. Թորակոսկոպիկ, որի դեպքում տեսախցիկով թորակոսկոպը և գործիքները թորակոպորտերով անցկացնում են թոքամզային խոռոչ:
2. Տեսապիստենցված թորակալ վիրաբուժություն, որի դեպքում թորակոպի հետ մեկտեղ կատարում են նաև մինիթորակոտոմիա՝ 5-6սմ, որը հնարավորություն է տալիս ունենալ վիրահատվող հատվածի դիտման կրկնակի տեսադաշտ և օգտագործել ավանդական գործիքներ:

Թորակոսկոպիայի ցուցումները

Ներկայումս առանձնացնում են թորակոսկոպիայի ցուցումների երկու խումբ՝ ախտորոշիչ և թերապևտիկ՝ բուժական:

Թորակոսկոպիայի ախտորոշիչ ցուցումներն են՝

1. թոքամզի հիվանդությունները՝ անհայտ ծագման պլևրիտները, տուբերկուլյոզը, մեզոթելիոման,
2. թոքային պարենքիմայի հիվանդությունները՝ թոքերի դիսսեմինացված պրոցեսները, թոքերի պերիֆերիկ սոլիտար գոյացությունները,
3. միջնորմի հիվանդությունները՝ լիմֆոման, ավշային հանգույցների մետաստատիկ ախտահարումները, անհայտ ծագման լիմֆադենոպաթիաները,
4. նախավիրահատական փուլում պրոցեսի տարածվածությունը գնահատելու նպատակով՝ թոքի ուռուցք, կերակրափողի ուռուցք:

Առավել տարածում են ստացել բիոպսիայի (ախտորոշման մորֆոլոգիական հաստատում) նպատակով կատարվող

թորակոսկոպիաները:

Թորակոսկոպիայի թերապևտիկ ցուցումներն են՝

1. թոքամզի հիվանդությունները՝ պլևրայի ոչ սպեցիֆիկ էմպիեման,
2. թոքերի հիվանդությունները՝ բուլյոզ հիվանդությունը, սպոնտան պնևմոթորաքսը, տուբերկուլոման, թոքերի բարորակ ուռուցքները, սոլիտար մետաստազները, թոքի պերիֆերիկ և կենտրոնական քաղցկեղը T1N0 և T2N0 փուլերում, բրոնխոէկտազներ, թոքի էխինոկոկոզը,
3. սրտապարկի (պերիկարդ) հիվանդությունները՝ սրտապարկաբորբեր (պերիկարդիտներ), սրտապարկի բուշտեր,
4. միջնորմի հիվանդությունները՝ թիմոման, մեդիաստինալ կիստաները, միջնորմի ուռուցքները, խիլոթորաքսը,
5. կերակրափողի հիվանդությունները՝ կերակրափողի ախալազիան, գաստրոէզոֆագեալ ռեֆլյուքսային հիվանդությունը, կերակրափողի լեյոմիոման, կերակրափողի քաղցկեղը,
6. ստոծանու հիվանդությունները՝ ստոծանու գմբեթի ռելաքսացիան, ստոծանիական ճողվածքները,
7. կրծքավանդակի վնասվածքները՝ հեմոթորաքսը, թոքամզային խոռոչի օտար մարմինները,
8. այլ ցուցումներ՝ պեպտիկ խոց, բրոնխային ասթմա, ավերի, անութափոսերի և դեմքի իդիոպաթիկ հիպերհիդրոզ, Ռեյնոյի հիվանդություն, Սուդեկի դիստրոֆիա, զարկերակային օկլյուզիայի հիվանդություն, բազուկ-նախաբազկային համախտանիշ, միգրեն:

Թորակոսկոպիայի բացարձակ հակացուցում է թոքամզային կոպիտ սերտաձուլմաների առկայությունը, որոնք առաջացել են բուն

ախտահարման կամ տարած վիրահատությունների հետևանքով: Այս դեպքերում թոքի կոլապսի անհնարինության պատճառով ցուցված է ավանդական թորակոտոմիա: Անհրաժեշտ է առավելություն տալ ավանդական թորակոտոմիային նաև այն դեպքում, երբ պրոցեսում ընդգրկված են պարիետալ կառույցները, ինչպես նաև տարբեր տեղակայման ուռուցքների դեպքում թոքի արմատի անոթները:

Թորակոսկոպիայի ընդհանուր հակացուցումներից են մեկ թոքով արհեստական շնչառության անհնարինությունը, չկոռեկցված կոագուլոպաթիաները, սրտամկանի սուր ինֆարկտը, գլխուղեղի արյան շրջանառության սուր խանգարումները:

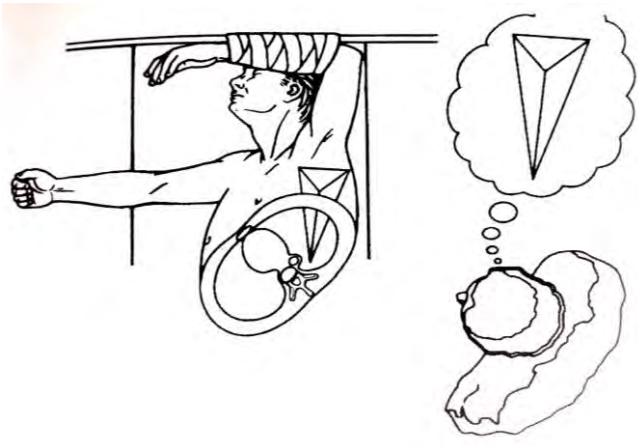
Թորակոսկոպիկ և թորակոսկոպիայով ապիստենցվող վիրահատություններ կատարելու համար վիրահատարանները պետք է ունենան երեք խմբերի սարքավորումներ և գործիքներ՝

1. սարքավորումներ տեսանելի դարձնելու համար,
2. գործիքներ էքսպոզիցիայի և մանիպուլյացիաների համար,
3. սարքավորումներ հատելու և կոագուլյացիայի համար:

Տեսանելի դարձնող սարքավորումը ներառում է թորակոսկոպը՝ ուղիղ կամ թեք օպտիկայով, համակցված կոմպակտ տեսախցիկով, դրա կառավարման համակարգը և մոնիտորը: Բացի նշվածներից, թորակոսկոպիայի համակարգը ներառում է գազի ինսուֆլյացիայի սարք, էլեկտրավիրաբուժական համակարգ, ասպիրացիոն-լվացող համակարգ, տեսաձայնագրիչ (կամ թվայնացված ձայնագրիչ (DVD)): Կոագուլյացիայի հիմնական սարքավորումներն են էլեկտրակոագուլյացիոն բլոկը, նեոդիմային լազերը, CO₂ – լազերը, պլազմային վիրաբուժական սարքավորումները (հելիումային, արգոնային):

Թորակոսկոպիկ վիրահատությունների ժամանակ հիվանդի դիրքը լինում է կողքի վրա, ձեռքը՝ վեր բարձրացրած: Պետք է

վիրահատական դաշտն այնպես մշակել և ծածկել, որ ցանկացած պահի հնարավոր լինի կատարել թորակոտոմիա և անցնել բաց վիրահատության: Մինչ թորակոսկոպիան անհրաժեշտ է հստակ տեղեկություններ ունենալ և պատկերացնել ախտաբանական պրոցեսի տեղակայման մասին: Թորակոսկոպիա կատարելու համար վիրաբույժը պետք է մտովի ստեղծի (պատկերացնի) «աշխատանքային բուրգ» (նկ.2.8): «Աշխատանքային բուրգի» հիմքը տեղակայված է կրծքավանդակի պատին, զագաթը միջամտության թիրախն է, բուրգի հիմքի կետերը՝ տրոակարների տեղադրման տեղերը: Թորակոսկոպիայի ժամանակ ցանկալի է տեղադրել նույն չափսի թրոակարներ, որպեսզի անհրաժեշտության դեպքում հնարավոր լինի փոխել գործիքների տեղը:



Նկար.2.8. «Աշխատանքային բուրգ»:

Վիդեոասիստենցված թորակալ վիրահատությունների ժամանակ կատարում են փոքրիկ կտրվածք՝ 5-6սմ չափի, որի միջոցով անցկացնում են ավանդական գործիքներ: Այդ կտրվածքը կարող է տեղակայվել առջևից, կողքից կամ հետևից: Կտրվածքի տեղակայումը ճշտվում է թորակոսկոպով դիտում

իրականացնելուց հետո, այն հիմնականում տեղակայվում է 5-րդ միջկողային տարածության մեջ, միջին անութային գծի և թիակի անութային սահմանի միջև: Առավել հաճախ այն կատարվում է լոբեկտոմիա, պնևմոնեկտոմիա և թոքի դեկորտիկացիայով պլերեկտոմիա կատարելու նպատակով:

Միջամտության դեպքում թորակոսկոպը մտցնում են թորակոպորտի միջով, որը տեղադրված է միջինանութային գծով՝ հաշվի առնելով եռանկյունու սկզբունքը, շնչառությունից համապատասխան թոքը անջատելուց հետո: Նշվածը հեշտացնում է պնևմոթորաքսի ստեղծումը, հնարավորություն է տալիս տեսանելի դարձնելու հեմիթորաքսը, տեղայնացնելու ախտաբանական օջախը, պարզելու սերտաճումների առկայությունը, գնահատելու էնդոսկոպիկ պնևմոլիզի հնարավորությունները և, վերջապես, գնահատելու միջամտություն կատարելու հնարավորությունը:

Հեմիթորաքսի էքսպլորացիայի հետևանքով հնարավոր են հետևյալ եզրակացությունները.

1. Թորակոսկոպիկ միջամտություն հնարավոր է կատարել:
2. Միջամտությունը հնարավոր է կատարել փոքր կտրվածքով թորակոսկոպով ասիստենցվող եղանակով:
3. Միջամտությունը հնարավոր է կատարել ավանդական թորակոտոմիայով:
4. Միջամտությունը հնարավոր չէ կատարել պրոցեսի տարածվածության հետևանքով:

Թորակոսկոպիայի բարդությունները լինում են երկու տեսակի.

1. Ոչ սպեցիֆիկ բարդություններ, որոնք առաջանում են թորակալ ցանկացած վիրահատությունից հետո՝ անկախ եղանակից՝

- շնչառական և սիրտ-անոթային անբավարարություն,
- հետվիրահատական արյունահոսություններ,
- վերքային ինֆեկցիա,
- ոչ լրիվ պնևմոտտագ:

2. Սպեցիֆիկ բարդություններ թորակոսկոպիկ վիրահատությունների դեպքում՝

- թորակոսկոպն անցկացնելիս ստոծանու, սրտապարկի (պերիկարդ), թոքի և միջկողային զարկերակների վնասում,
- միջնորմի տեղաշարժ՝ պայմանավորված լարված պնևմոթորաքսով,
- միջկողային նյարդացավեր,
- ուռուցքային բջիջների ներպատվաստում տրոսկարներն անցկացնելու տեղերում:

Մեդիաստինոսկոպիա

Մեդիաստինոսկոպիան և դրա մոդիֆիկացիաները միջնորմի և դրա հարակից անատոմիական կառուցվածքների հետազոտության էնդոսկոպիկ եղանակներ են, որոնք կարող են օգտագործվել նաև բուժական նպատակներով:

Ախտորոշիչ մեդիաստինոսկոպիայի հիմնական ցուցումներն են թոքերի և միջնորմի չարորակ ուռուցքները, մեդիաստինալ լիմֆադենոպաթիաները և թոքերի դիֆուզ (համակարգային) հիվանդությունները: Հիվանդների բուժման մարտավարությունը (տակտիկա) որոշելու համար կարևոր նշանակություն ունեն մեդիաստինոսկոպիայի ժամանակ վերցված բիոպսիայի պաթոհիստոլոգիական և ցիտոլոգիական հետազոտությունների պատասխանները:

Բուժական նպատակներով կատարվող միջնորմի էնդոսկոպիկ էքսպլորացիան կարող է կիրառվել միջնորմի ոչ մեծ

բարոբակ նորագոյացությունները և բուշտերը հեռացնելուց, թոքի մասնահատումից հետո առաջացած ծայրատի անբավարարության ժամանակ գլխավոր բրոնխի օկլյուզիայի նպատակներով: Առանձին դեպքերում մեդիաստինոսկոպիան կարող է օգտագործվել պնևմոնէկտոմիայից հետո՝ գլխավոր բրոնխի ծայրատի ռեօկլյուզիայի նպատակով:

Մեդիաստինոսկոպիա հնարավոր է կատարել տարբեր մուտքերով և տարբեր տեխնիկական եղանակներով: Տարբերում են մեդիաստինոսկոպիայի և դրա մոդիֆիկացիաների հետևյալ եղանակները՝

1. մեդիաստինոսկոպիա՝ ըստ Կառլենսի,
2. ընդլայնված մեդիաստինոսկոպիա՝
 - ընդլայնված մեդիաստինոսկոպիա Կառլենսի մուտքից,
 - ընդլայնված մեդիաստինոսկոպիա՝ ըստ Գինզբերգի,
3. մեդիաստինոպլերոսկոպիա,
4. պարաստերնալ մեդիաստինոպլերոսկոպիա,
5. կրկնակի մեդիաստինոսկոպիա:

Մեդիաստինոսկոպիայի բարդություններն են՝

- թոքային զարկերակի վնասումը,
- կենտ երակի վնասումը,
- բրոնխային զարկերակների ճյուղերի վնասումը,
- միջկողային և ներքին կրծքային զարկերակների վնասումը,
- պնևմոթորաքսը,
- բիոպսիայի տեղից արյունահոսությունը,
- շնչառության և հեմոդինամիկայի սուր խանգարումները:

ԹԵՄԱ 2. ԼԱՊԱՐՈՍԿՈՊԻԿ ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ

Լապարասկոպիան (հունարեն՝ որովայն+դիտում) արդի վիրաբուժության մեթոդ է, որի դեպքում ներքին օրգանների վրա կատարվող վիրահատություններն իրականացվում են ոչ մեծ (սովորաբար 0,5-1,5սմ) վիրաբուժական մուտքից:

Լապարասկոպիկ վիրաբուժության հիմնական գործիքը որովայնադիտակն է՝ հեռուստադիտակային փողակը, որը պարունակում է ոսպնյակային համակարգ, որը միացված է տեսախցիկին:

Ժամանակակից լապարասկոպները հագեցված են գունավոր մատրիցաներով և պատկերի բարձր որակ են ապահովում: Փողակին միացված է նաև օպտիկական լարը, որը հագեցված է լույսի «սառը» աղբյուրով (հալոգենային կամ քսենոնային լամպ): Վիրահատական տարածություն ստեղծելու համար որովայնի խոռոչը սովորաբար լցվում է ածխաթթու գազով (կարբոքսիպենոպերիտոնեում): Որովայնը փքվում է, որովայնի առաջային պատը հեռանում է ներքին օրգաններից և ստանում գմբեթի տեսք: Լապարասկոպիկ եղանակով իրականացվում են բազմաթիվ վիրահատություններ ինչպիսիք են՝ խոլեցիստեկտոմիան, հերնիոպլաստիկան, գաստրեկտոմիան, պանկրեատոդուոդենալ մասնահատումը, հաստ և ուղիղ աղիքների վիրահատությունները և այլն:

Զարգացման պատմությունը

Ժամանակակից էնդոսկոպիայի մեթոդը սկիզբ է առնում 1805թ-ից, երբ առաջին անգամ սկսեցին օգտագործել մոմի լույսը, որն ուղղորդվում էր դեպի փողակ, և որի միջոցով զննում էին միզուկը և հեշտոցը: 1897-ին Բեռլինից ուրուլոգ Նիսցեն, օպտիկ Ռայնկեն և վիեննացի վարպետները համատեղ ստեղծեցին առաջին

ցիստոսկոպը, որը հագեցված էր ոսպնյակներով և պլատինե ուղղորդիչով՝ լուսային էֆեկտ ստեղծելու նպատակով:

Ներքին օրգանները ոչ մեծ կտրվածքի միջոցով դիտելու գաղափարը Գիորգ Կոլլինգինն է (1901 թվական): Նա կատարեց փորձնական որովայնադիտում շան վրա՝ ցիստոսկոպի միջոցով նախօրոք շան որովայնի խոռոչ օդ ներմուծելով (ինսուֆլացիա):

1901-ին գինեկոլոգ ֆոն Օտտը Պետրոգրադից ներկայացրեց ներորովայնային դիտման առաջին հաջող փորձը, կոլպոտոմիկ բացվածքի միջոցով, որի ժամանակ որպես լույսի աղբյուր օգտագործվել է մոմի լույսի հայելային արտացոլումը դեպի փողակ:

1902-ին Համբուրգում Կելլինգը զեկուցեց կենդանի շան վրա կատարված որովայնի խոռոչի լապարասկոպիկ հետազոտության մասին:

1910-ին Ստոկհոլմից վիրաբույժ Յակոբեուսը, օգտագործելով ցիստոսկոպ, մարդու վրա կատարեց առաջին բարեհաջող լապարասկոպիան և թորակոսկոպիան, պրակտիկա ներմուծեց «լապարասկոպիա» տերմինը: Հետագա առաջընթացը կապված էր օպտիկայի զարգացման հետ: 1929-ին գերմանացի հեպատոլոգ Կալկը, որը գերմանական լապարասկոպիկ վիրաբուժության հիմնադիրն է, ստեղծեց լապարասկոպի թեքվող լինգաներ, իսկ հետագա 5 տարիներին ներդրվեցին բիոպսիոն բռնիչները:

Հետագայում լապարասկոպը բարեհաջող զարգացավ գինեկոլոգիայի բնագավառում Պալեոի կողմից (Ֆրանսիա), Ֆրանգենխայմի և Ջեմմի կողմից (Գերմանիա), Ստեպտոուի կողմից (Մեծ Բրիտանիա) և Ֆիլիպսի կողմից (ԱՄՆ):

1938-ին հունգարացի Յանոշ Վերեշը ստեղծեց անվտանգ և զսպանակավոր օբտուրատոր ասեղը՝ պնևմոթորաքս ստեղծելու համար: Երբ ասեղն անցնում է խոռոչի մեջ, օբտուրատորը

«ցատկով» փակում է ասեղի ծայրը՝ խոչնդոտելով վերջինիս՝ ներքին օրգանների վնասումը կամ թափածակումը: Արդի ժամանակներում Վերեջի ասեղը ամենուր օգտագործում են պնևմոպերիտոնեում ստեղծելու համար: 1947թ-ին Ռաուլ Պալմերը առաջ քաշեց ինսուֆլյացիայի ժամանակ ներորովայնային ճնշումը վերահսկելու կարևորության գաղափարը:

Արդի լապարասկոպիկ վիրաբուժության սկզբնաղբյուր ընդունված է համարել գերմանական վիրաբուժության դպրոցը՝ (սկսած Կիլիանի տարիներից) գինեկոլոգ և ինժեներ, պրոֆեսոր Կուրտ Ջեմմի գլխավորությամբ: Նրա ղեկավարությամբ են լապարասկոպիկ վիրաբուժության մեջ ներդրվել լապարասկոպիայի տարբեր գործիքներ, ինչպես նաև մեքենայացված ինսուֆլյատորը: 60-ական թվականներին Ջեմմը գինեկոլոգիական բաց վիրահատությունների 78%-ը փոխարինեց լապարասկոպիկ եղանակով, որի դեպքում բարդությունները 0,28% էին, դրանով ցուցադրելով լապարասկոպիայի անվտանգությունը և արդյունավետությունը:

1952թ-ին անգլիացի բժիշկ Հոպկինսի կողմից օպտիկամանրաթելային լույսի և լինզային համակարգի զարգացումը արմատապես փոխեց և մեծացրեց հեռուստադիտակի կիրառումը բժշկական բնագավառում: 60-70-ական թվականներին աճեցին մասնագետներ, որոնք նպաստեցին էնդովիրաբուժության զարգացմանը հատկապես գինեկոլոգիայում: Չնայած փայլուն արդյունքներին, առանձին վիրաբուժական կենտրոններում էնդոսկոպիան ուրույն տեղ չի զբաղեցնում ընդհանուր վիրաբուժության բնագավառում: Լապարասկոպիան ժամանակավորապես կորցրեց իր դիրքը, երբ ի հայտ եկավ համակարգչային շերտագրությունը, և ուլտրաձայնային հետազոտության միջոցով հնարավոր դարձավ բիոպսիան:

1977թ-ին Դե Կոկն սկսեց կատարել ապենդեկտոմիա լապարասկոպի օգնությամբ: Լապարասկոպիան սկսեցին օգտագործել երիտասարդ կանանց հետազոտելիս, երբ սուր ապենդիցիտի կասկած կար, 50%-ով կրճատվեցին չփոփոխված որդանման ելունի հեռացման դեպքերը: 1986թ-ին Ուրոշոուն լապարասկոպիան օգտագործեց ենթաստամոքսային գեղձի քաղցկեղի աստիճանը որոշելու համար: Ճշգրտությունը հասնում էր 93%-ի: 1979թ-ին մի խումբ բժիշկներ դոկտոր Ֆրենկերգի ղեկավարությամբ առաջին անգամ նկարագրեցին լապարասկոպիկ եղանակով կենդանիների լեղապարկից քարերի հեռացումը: 1983թ-ին Ջեմմը և իր գիտական խումբը առաջին անգամ նկարագրեցին լապարասկոպիկ ապենդեկտոմիայի տեխնիկան: 1985թ-ին Սյուգեն (Գերմանիա) առաջին անգամ ցուցադրեց լապարասկոպիկ խոլեցիստեկտոմիան՝ ինսուֆլացիայի համար օգտագործելով անթափանց գազ և որպես դիտակ՝ մոդիֆիկացված ռեկտոսկոպ:

Էնդոսկոպիկ վիրաբուժության մեջ հեղաշրջում տեղի ունեցավ 1986թ-ին, երբ ճապոնացի մի խումբ ինժեներներ մոդելավորեցին մատրիցան, որը հնարավոր դարձրեց տեսաազդակը հաղորդել մոնիտորին: Դրանով հնարավոր եղավ վիրաբուժական միջամտություն կատարել (շնորհիվ պատկերի որակի բարելավման և պատկերի 30-40 անգամ խոշորացմանը): 1987թ-ին Լիոն քաղաքում վիրաբույժ Ֆիլիպ Մուրելը կատարեց լապարասկոպիկ խոլեցիստեկտոմիա՝ օգտագործելով լապարասկոպիկ տեխնոլոգիան: Որոշ ժամանակ անց՝ 1988թ-ին, նույնպիսի վիրահատություն կատարեցին ամերիկացի վիրաբույժներ Մակ Կերմանը և Սայը: Մի քանի ամիսների ընթացքում էնդովիրաբուժական տեխնիկան արմատապես փոխեց լեղաքարային հիվանության բուժման մարտավարությունը: 1989թ-

ին վիրաբույժ Դյուբուան (Փարիզ) զեկուցեց լապարասկոպիկ խոլեցիստեկտոմիայի մասին, որն իրականացվում էր որովայնի առաջային պատին մի քանի փոքրիկ կտրվածքների միջոցով: Փոքր վնասվածքայնության տեխնիկան և մեթոդը սկսեցին ակտիվ օգտագործել վիրաբուժական տարբեր ուղղություններում, որը և դրդեց ստեղծելու առավել ժամանակակից և բարձր տեխնոլոգիական գործիքներ և սարքավորում: 90-ական թվականների կեսերին լապարասկոպիկ միջամտությունը դարձավ հանրահայտ և ամենօրյա:

Առավելությունները՝

- վիրահատության ցածր տրավմատիկությունը,
- բարդությունների հաճախականությունը և ծանրությունը նվազեցնելը,
- ստացիոնարում գտնվելու օրերի կրճատումը,
- հետվիրահատական շրջանում արագ ապաքինումը,
- բուժման գնի նվազեցումը,
- դեղորայք ընդունելու կարիքի նվազումը,
- կոսմետիկ էֆեկտը:

Թերությունները՝

- ներքին օրգանների զննումը և մանիպուլացիան կատարվում են հերթականությամբ,
- տեսադաշտի սահմանափակ լինելը,
- օպտիկական համակարգի և գործիքների ֆիքսվածությունը,
- օրգանները շոշափելու անհնարիությունը,
- վիրահատությունն իրականացնելու համար հարկավոր են հատուկ հարմարանքներ (գործիքների շարժման հակառակ ուղղությունը բռնակի համեմատությամբ), հատուկ գործիքներ,
 - որոշ վիրահատություններ տարբերվում են հարաբերական թանկարժեքությամբ:

Հնարավոր բարդությունները

- Տրոսկարով մեծ անոթներ կամ աղեգալարներ վնասելու հավանականությունը: Այսպիսի վտանգը հնարավոր է մարմնի անբավարար քաշ ունեցող կամ անամնեզում ուրիշ արդոմինալ վիրահատություններ տարած հիվանդների դեպքում: Տրոսկարը ի սկզբանե դրվում է կուրորեն: Չնայած այդպիսի բարդություններ լինում են շատ հազվադեպ, սակայն լինելու դեպքում կարող են առաջանալ զգալի բարդություններ. անոթների վնասումը կարող է հանգեցնել կյանքի համար վտանգավոր արյունահոսության, աղիքների վնասումը կարող է հանգեցնել պերիտոնիտի զարգացման: Շատ կարևոր է այդպիսի վնասվածքների շուտ հայտնաբերումը:

- Որոշ հիվանդներ զգալի էլեկտրական այրվածքներ կարող են ստանալ էլեկտրակոագուլյացիայից: Վերջինիս հետևանքով կարող է առաջանալ ներքին օրգանների թափաճակում, ինչպես նաև պերիտոնիտ: Այդ ռիսկը նվազեցվում է էլեկտրոդների ակտիվ մոնիտորինգի շնորհիվ:

- Սառը և չոր գազով շարունակվող իսուֆլիացիայից հնարավոր է հիպոթերմիա և որովայնամզի վնասում: Այդ բարդություններից խուսափելու համար օգտագործում են տաք և խոնավ ածխաթթու գազ:

- Թոքային հիվանդություններով տառապող շատ հիվանդների դեպքում անտանելի է դառնում պնևմոպերիտոնեումը, որը հանգեցնում է կոնվերսիայի անհրաժեշտության (լապարասկոպիկից անցում դեպի բաց վիրահատական եղանակի): Գազի ճնշումը ստոծանուն կարող է հանգեցնել շնչառական և սիրտ-անոթային համակարգերի ֆունկցիաների խանգարման: Ստոծանիական նյարդի գրգռումը ածխաթթու գազով կարող է հանգեցնել ճառագայթող ցավերի

դեպի ուսագոտու շրջան: Որոշ դեպքերում կարող են սուր ցավեր առաջանալ շնչելիս: Բոլոր դեպքերում ցավը կրում է ժամանակավոր բնույթ, քանի որ մարմնի հյուսվածքները, կլանելով ածխաթթու գազը, հեռացնում են շնչառական համակարգի միջոցով:

- Հեմոստագի խանգարումը, ինչպես նաև կրած վիրահատությունների սպիները կարող են լրացուցիչ ռիսկային գործոն լինել լապարասկոպիկ վիրահատությունների ժամանակ և հարաբերական հակացուցում են այդպիսի վիրահատություններ կատարելու համար:

Սարքավորումներ և գործիքներ

Բոլոր վիրաբուժական միջամտությունները, այդ թվում նաև լապարասկոպիկ, կարելի է բաժանել մի քանի փուլերի.

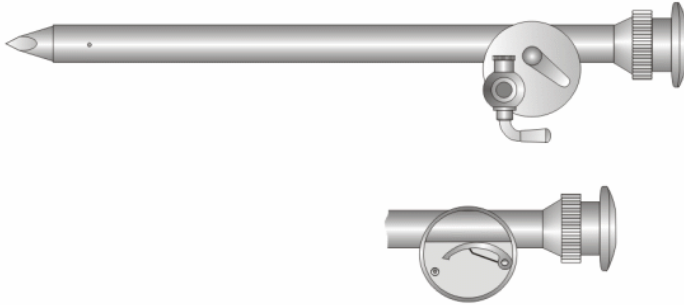
1.Մուտք

- Վերեշի ասեղը որովայնի առաջային պատի պունկցիայից հետո պնևմոպերիտոնեում ստեղծելու համար է (նկ.2.9):



Նկար 2.9.

- Տրոակարը գործիք է, որի միջոցով կատարում ենք մուտք որովայնի ծածկույթային հյուսվածքների միջով դեպի որովայնի խոռոչ՝ ստեղծելով գործիքային խողովակ և ապահովելով հերմետիկություն (նկ.2.10):



Նկար 2.10.

2.Տեսադաշտի ստեղծումը

Էնդովիրաբուժության մեջ տեսադաշտը ստեղծվում է պնևմոպերիտոնեումի, հիվանդի դիրքը փոփոխելու, հյուսվածքները տարամիտելու, օրգանները ձգելու և դրանք տեսադաշտ դուրս բերելու միջոցով՝

- Էնդոսկոպիկ բռնիչ (նկ.2.11),



Նկար 2.11.

- Էնդոսկոպիկ ռետրակտոր (նկ.2.12):



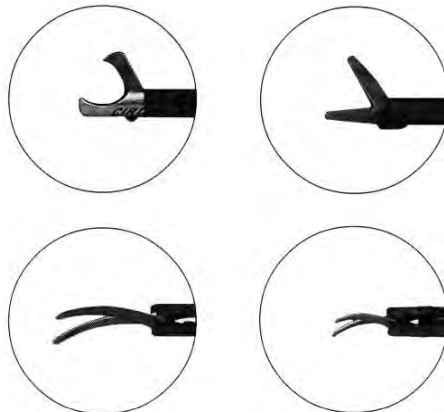
Նկար 2.12.

3. Հյուսվածքների հաստում

4. Հեմոստագ

Բարձր հաճախականության էներգիայի վիրաբուժություն-
լապարասկոպիայում հյուսվածքների անջատման և հեմոստագի
հիմնական մեթոդն է: Բարձր հաճախականության էներգիայի
ազդեցությունը հյուսվածքների վրա կատարում են միա-
կամ երկբևեռ ռեժիմներով: Մոնոպոլյար ռեժիմի դեպքում հաղորդիչը
հիվանդի մարմինն է, իսկ երկբևեռի դեպքում հոսանքն անցնում է
հյուսվածքների մի մասի միջով, որոնք սեղմված են երկբևեռ
գործիքի բրանշների միջև, որոնք իրենցից ներկայացնում են երկու
ակտիվ էլեկտրոդներ՝

- էնդովիրաբուժական մկրատ (նկ.2.13),



Նկար 2.13.

- Ռեդիկի կարթ կամ L-աձև էլեկտրոդ (նկ.2.14),



Նկար 2.14.

- երկբևեռ սեղմակ (նկ.2.15):



Նկար 2.15.

5.Հյուսվածքների միացում

- Կլիպատոր (նկ.2.16)



Նկար 2.16.

Բացարձակ և հարաբերական հակացուցումներ

Ներկայումս բացարձակ հակացուցումներից են՝

- սրտամկանի սուր ինֆակտը
- գլխուղեղի արյան շրջանառության սուր խանգարումը
- չկարգավորվող կոագուլոպաթիան:

Հարաբերական հակացուցումներից են՝

- ընդհանուր անզգայացման անտանելիությունը,
- տարածուն որովայնամզաբորբը (պերիտոնիտը),
- անցյալում տարած վիրահատությունները,
- հղիության ուշ ժամկետները,
- III-IV աստիճանի ճարպակալումը:

Բարիատրիան բժշկության ճյուղերից է, որը զբաղվում է ճարպակալման բուժմամբ: Ընդհանուր առմամբ «բարիատրիա» տերմինը կարելի է օգտագործել բոլոր այն դեպքերում, երբ խոսքը վերաբերում է մարմնի ավելորդ քաշի նվազմանը (օրինակ՝ դիետալոգիա, նիհարեցման դեղորայքային եղանակ), սակայն պատմականորեն այնպես ստացվեց, որ «բարիատրիա» ասելիս հասկանում ենք մարմնի քաշի նվազեցում վիրաբուժական եղանակով: Բարիատրիկ վիրահատություններից են՝

- ստամոքսի կարգավորվող բանդաժավորում (gastric banding),
- թևքային գաստրոպլաստիկան (sleeve gastrectomy),
- ստամոքսի շունտավորումը (gastric bypass),
- բիլիոպանկրեատիկ շունտավորումը (biliopancreatic bypass):

Բանդաժավորման դեպքում ստամոքսի վերին հատվածում տեղադրում են օղ (սիլիկոն): Ժամանակակից օղերը միշտ կարգավորվող են: Ստամոքսի բանդաժավորումը

հնարավորություն է տալիս նվազեցնելու մարմնի ավելորդ քաշի 50-60%-ը:

Թևքային գաստրոպլաստիկայի դեպքում ստամոքսի մեծ մասը հեռացնում են, իսկ մնացած հատվածից ձևավորում են նեղ փողակ 1սմ տրամագծով: Այդպիսի ստամոքսն ունի փոքր տարողություն և խոչընդոտում է սննդի ազատ անցմանը:

Ստամոքսի շունտավորման դեպքում ստամոքսը կարում են տիտանե ամրակներով, որի հետևանքով ստամոքսը բաժանվում է երկու մասի՝ փոքր՝ 50սմ տարողությամբ, և մեծ (ստամոքսի մնացած հատվածը): Ստամոքսի փոքր հատվածին միացնում են բարակ աղեգալարը: Այսպիսով, ընդունած սննդի մեծ մասն անցնում է կարճ ճանապարհով, որի հետևանքով սննդի ներծծումը նվազում է: Ստամոքսի շունտավորումը հնարավորություն է տալիս նվազեցնելու մարմնի ավելորդ քաշի 80%-ը:

Բիլիոպանկրեատիկ շունտավորման դեպքում ստամոքսը կարում են տիտանե ամրակներով, որի հետևանքով ստամոքսը բաժանվում է երկու մասի, ինչպես ստամոքսի շունտավորման դեպքում, տարբերությունն այն է, որ փոքր հատվածն ունի 200սմ տարողություն, իսկ, ամենակարևորը, բարակ աղիքի հետ բերանակցումը կատարվում է դրա հեռակա հատվածում, որպեսզի սննդի ներծծման համար մնա ընդամենը 50սմ: Բիլիոպանկրեատիկ շունտավորումը հնարավորություն է տալիս նվազեցնելու մարմնի ավելորդ քաշի 90%-ը:

Որովայնի առաջային պատի մեխանիկական բարձրացումը

Որովայնի առաջային պատի մեխանիկական բարձրացումը (առանց գազի) առաջարկվել է պնևմոպերիտոնեումի հետևյալ թերությունները շտկելու համար՝

- հետվորովայնամզային տարածության խոշոր անոթների ճնշումից խուսափելու համար (ստորին վերջույթների արյան

շրջանառության խանգարումը և թրմբագոյացումը կանխելու նպատակով),

- որովայնի խոռոչի զարկերակային արյունամատակարարման խանգարումը վերացնելու համար,

- սրտի գործունեության խանգարումը կանխելու նպատակով (արտամղված արյան քանակի քչացում, առիթմիայի զարգացում),

- ստոծանու սեղմումը վերացնելու համար:

Որովայնի առաջային պատի մեխանիկական բարձրացումով լապարասկոպիայի կատարումը ցուցված է՝

- սիրտ –անոթային անբավարարության դեպքում,

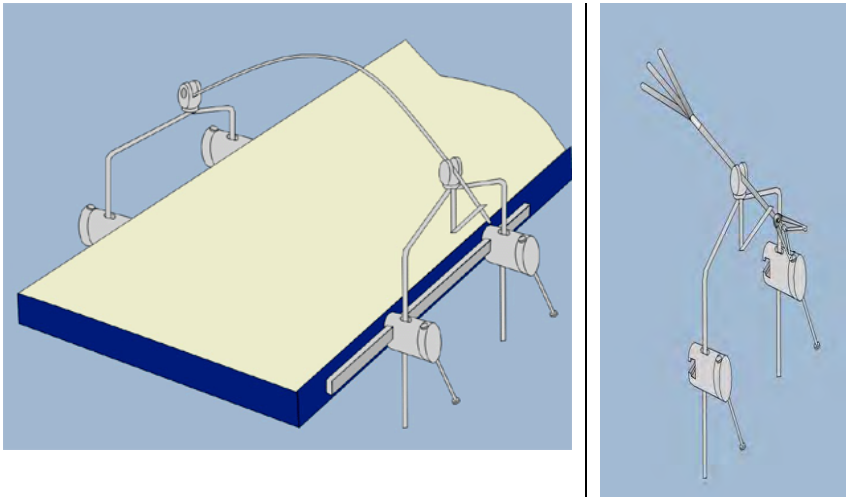
- ՄԻՀ-ի և հիպերտոնիկ հիվանդության II-III աստիճանների դեպքում,

- անամնեզում սրտմկանի ինֆարկտի դեպքում,

- սրտի արատների դեպքում,

- անամնեզում սրտի հիվանդությունների դեպքում,

- թոքի օբստրուկտիվ հիվանդությունների դեպքում:



Նկար 2.17. Որովայնի առաջային պատի մեխանիկական բարձրացում:

Գոյություն ունեն էլևատորների երկու հիմնական տեսակներ՝

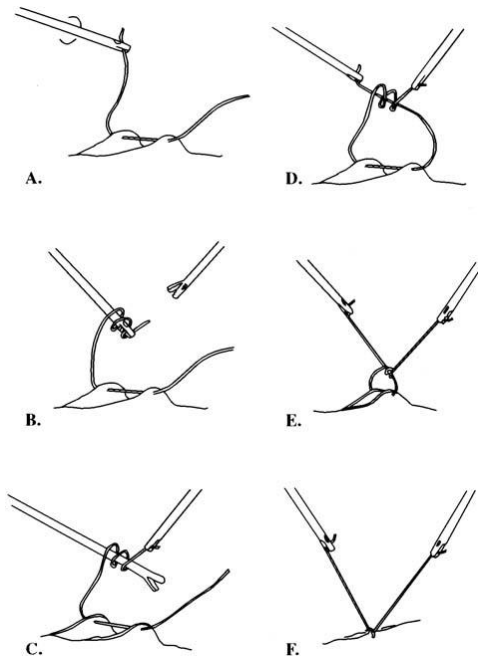
- որովայնի առաջային պատի հաստության մեջ անցկացվող,
- որովայնամզի տակ անցկացվող:

Որովայնի առաջային պատի մեխանիկական բարձրացումը տեխնիկապես կատարվում է կամարաձև մետաղական թիթեղների միջոցով, որոնք ամրակների միջոցով միացված են վիրահատական սեղանին (նկ.2.17):

Էնդովիրաբուժական կար

Էնդովիրաբուժական կարն օգտագործում են հյուսվածքները միացնելու, անոթները կապելու համար՝

- էքստրակորպորալ՝
 - Ռեդերի հանգույց,
 - ուղիղ հանգույց,
- ինտրակորպորալ (նկ.2.18)՝
 - հասարակ հանգույց,



Նկար 2.18.

- կլիպավորում,
- էնդովիրաբուժական մեխանիկական կար (էնդոստիչ):

Պրեպարատի դուրսբերումը

Էնդովիրաբուժության մեջ հեռացված օրգանի դուրսբերումն իր առանձնահատկություններն ունի.

➤ պրեպարատի չափերը սովորաբար չեն համապատասխանում տրոակարի անցքին:

➤ Հեռացվող օրգանը հիմնականում ինֆեկցված է և դրա շփումը հարակից օրգանների հետ կարող է առաջացնել թարախային բարդություններ:

➤ Պրեպարատի չափերի անհամապատասխանությունը տրոակարի անցքին կարող է նպաստել հեռացվող օրգանի

պատմանը (բուշտի պատռում, լեղապարկի ամբողջականության խախտում և այլն):

Վերը թվարկածներից ելնելով՝ մշակվել են հատուկ եղանակներ՝ հնարավոր բարդություններից խուսափելու համար՝

- ✓ վերքի լայնացում,
- ✓ վերքալայնիչներ,
- ✓ հետին կոլպոտումիա,
- ✓ կոնտեյների օգտագործում,
- ✓ մորցելատորի օգտագործում (մեխանիկական գործիք է, որի

միջոցով հեռացվող օրգանը մանրացվում է որովայնի խոռոչում):

Էնդովիրաբուժության ընդհանուր բարդությունները

Բոլոր բարդությունները բաժանվում են երկու մեծ խմբերի՝ Պայմանավորված հիվանդության բնույթով և կատարված վիրահատության տեսակով,

Սպեցիֆիկ բարդությունները հանդիպում են միայն էնդովիրաբուժության մեջ (օրինակ՝ տրոսկարով անոթի վնասումը):

Սպեցիֆիկների մեջ առավել հաճախ հանդիպում են՝

- ✓ էքստրապերիտոնեալ ինսուֆլյացիան՝
 - ենթամաշկային էմֆիզեման,
 - գազը առաջորրովայնամզային տարածություն ներմուծելը,
 - պնևմոմենտումը,
 - պնևմոմեդիաստիումը,
 - պնևմոթորաքսը,
 - պնևմոպերիկարդը,
- ✓ որովայնի առաջային պատի անոթների վնասումը,
- ✓ ներքին օրգանների վնասումը,
- ✓ խոշոր անոթների վնասումը,
- ✓ գազային էմբոլիան,

- ✓ թրոմբոտիկ բարդությունները,
- ✓ իշեմիկ բարդությունները,
- ✓ ուռուցքային պրոցեսի դիսեմինացիան:

Հարկ է նշել, որ կոնվերսիան (լապարասկոպիկ եղանակից անցում բաց վիրահատության) իրականացվում է, երբ առկա է ներվիրահատական բարդություն կամ ոչ ճիշտ ախտորոշում է դրվել, երբ հնարավոր չէ վիրահատությունն իրականացնել լապարասկոպիկ եղանակով, կամ լապարասկոպիկ եղանակով շարունակելիս ավելի մեծ վնաս կհասցվի հիվանդին:

Լապարասկոպիկ միջամտություն ռոբոտ-ասիստենտավորմամբ

Լապարասկոպիկ վիրաբուժության զարգացման նոր փուլ է հատուկ ռոբոտների օգտագործումը, որոնցից ամենաճանաչվածը «DaVinci»-ն է (նկ.2.19): Այս ռոբոտը զինված է գործիքներով և ունի նուրբ տեսախցիկ, որը հնարավորություն է տալիս դիտելու գունավոր, եռաչափ վիրահատական պատկերը:

Վիրաբույժի շարժումն անցնում է ռոբոտի գործիքներին, որոնք սահուն շարժվում են բոլոր ուղղություններով: Դրա շնորհիվ վիրահատությունն անցնում է ճշգրիտ՝ չվնասելով անգամ ամենանուրբ նյարդային հյուսակները և արյունատար անոթները:

«DaVinci»-ի օգտագործումը հնարավոր է տարածության վրա, օրինակ՝ վիրաբույժը և հիվանդը կարող են լինել տարբեր քաղաքներում:



Նկար 2.19.

Մեկմուտքանի (singl port) լապարասկոպիա

Մեթոդի էությունն այն է, որ որովայնի խոռոչ անցկացվում է մեկ լապարասկոպիկ մուտք, որն առաձգական է և հնարավորություն է տալիս իր բացվածքներով որովայնի խոռոչ անցկացնելու մի քանի էնդովիրաբուժական գործիքներ: Անհրաժեշտ է նշել, որ այդ դեպքում վիրահատության տեխնիկան փոխվում է: Այս դեպքում որովայնի խոռոչի պունկցիա Վերեշի ասեղով չի կատարվում և տրոակարներ չեն տեղադրվում, քանի որ մուտքը տեղադրվում է պորտի շրջանում կատարված փոքրիկ կտրվածքի միջոցով` փոքրիկ որովայնահատումով (նկ.2.20):



Նկար 2.20.

Ներլուսանցքային վիրաբուժություն

Նոր վիրաբուժական մեթոդը, որը ստացել է տրանսյումինալ (ներլուսանցքային) անվանումը, էնդոսկոպիկ վիրաբուժություն է բնական անցքերի միջոցով: Էնդոսկոպիկ գործիքներն անցկացնում են նախօրոք մշակված բերանի, հեշտոցի կամ ուղիղ աղիքի միջով, հետո մտնում են որովայնի խոռոչ՝ փոքրիկ անցք բացելով համապատասխան օրգանի պատում (ստամոքսի, հեշտոցի, խթաղիքի): Օրգանը հեռացնում են նույն ճանապարհով: Ըստ նորարարների՝ այս մեթոդի առավելությունն այն է, որ հետվիրահատական սպի չի մնում և հետվիրահատական վերականգնման պրոցեսը շատ կարճ է տևում. հիվանդը կարող է անցնել իր առօրյա կյանքին նույն օրը: Բացի դրանից, այս վիրահատությունը կարելի է կատարել առանց ընդհանուր անզգայացման:

Լապարասկոպիկ խուլեցիստեկտոմիա

Վերջին տարիներին արդումինալ վիրաբուժությունը մեծ առաջընթաց ունեցավ՝ պրակտիկայում ներդնելով

լապարասկոպիկ մի շարք վիրահատություններ որոնց մեջ առաջնային է խոլեցիստեկտոմիան:

Առաջին անգամ լապարասկոպիկ խոլեցիստեկտոմիա կատարվեց 1987-ին Ֆ. Մուրեյի կողմից, որից հետո մեթոդն արագ տարածվեց ամբողջ աշխարհում: Լապարասկոպիկ խոլեցիստեկտոմիայի դեպքում հեռացվում է ախտահարված լեղապարկը քարերի հետ մեկտեղ, և հետվիրահատական շրջանում հիվանդների ապաքինումը արագ է կատարվում՝ պայմանավորված լապարասկոպիկ վիրահատության քիչ տրավմատիկությամբ: Հաշվի առնելով այն փաստը, որ խոլեցիստիտը (լեղապարկաբորբ) ավելի հաճախ հանդիպում է 30-40 տարեկան կանանց շրջանում, պակաս նշանակություն չունի նաև կոսմետիկ էֆեկտը (5-10մմ մաշկային կտրվածքներ, որոնք լավանում են՝ թողնելով փոքրիկ սպիներ):

Լապարասկոպիկ խոլեցիստեկտոմիան ունի մեծ առավելություն փոքր (5-6սմ) լապարատոմիկ խոլեցիստեկտոմիայի հետ համեմատած, որը կատարվում է հայրենական և արտասահմանյան որոշ վիրաբույժների կողմից: Որովայնի առաջային պատի ոչ մեծ կտրվածքը սահմանափակում է տեսադաշտը և խոչընդոտում վերքի խորքում գործողություն կատարելիս: Լապարասկոպիկ խոլեցիստեկտոմիայի դեպքում տեսանելիությունը լավ է անգամ մեծ լապարատոմիայի հետ համեմատած, հատկապես լեղապարկի ծորանի և լեղապարկը սնուցող զարկերակի տեսանելիությունը: Բացի դրանից, լապարասկոպիկ վիրահատության ժամանակ հնարավոր է ոչ տրավմատիկ գննում, իսկ կարիքի դեպքում որովայնի բոլոր օրգանների գործիքային ռեզեկտիա: Ուղեկցող հիվանդությունների (քրոնիկական ապենդիցիտ, ձվարանի ոչ մեծ կիստա և այլն) հայտնաբերելու դեպքում հիմնական վիրահատությունը

ավարտելուց հետո հնարավոր է իրականացնել երկրորդ վիրահատությունը: Ներկայումս լապարասկոպիկ խոլեցիստեկտոմիան իր առավելություններով մի շարք երկրներում քարային խոլեցիստիտի բուժման հիմնական եղանակն է:

Լապարասկոպիկ խոլեցիստեկտոմիայի ցուցումները՝

- քրոնիկական քարային խոլեցիստիտը,
- լեղապարկի պոլիպ և խոլեստերոզը,
- սուր խոլեցիստիտը (նոպայի առաջին 2-3 օրերի ընթացքում),

- քրոնիկական ոչ քարային խոլեցիստիտը,
- անախտանիշ խոլեցիստոլիթիազը

/լեղապարկաքարակրություն/:

Վերը նշված ցուցումների մեջ հիմնականը հանդիսանում է քրոնիկական քարային խոլեցիստիտը: Հարկ է նշել, որ ո՛չ քարերի մեծությունը, ո՛չ քանակը, ո՛չ հիվանդության երկարատևությունը չեն կարող ազդել վիրահատության մեթոդի ընտրության վրա: Լեղապարկի պոլիպոզը ներկայումս ախտորոշվում է շնորհիվ ուլտրաձայնային հետազոտության: Այս ախտորոշմամբ հիվանդների համար վիրաբուժական միջամտությունը պարտադիր է՝ պայմանավորված պոլիպների շատացմամբ, քարերի առաջացմամբ, պոլիպի պոկմամբ և լեղապարկի ծորանում կամ խոլեդոխի հեռադիր հաստվածում պոլիպով օբտուրացիայի վտանգով:

Սուր խոլեցիստիտը սկզբնական շրջանում վիրաբույժների կողմից դիտվում էր որպես հակացուցում՝ լապարասկոպիկ խոլեցիստեկտոմիա կատարելու համար: Սակայն կլինիկական փորձի հետագա ձեռքբերումն ակնհայտ դարձրեց, որ լապարասկոպիկ վիրաբուժության մեջ որակավորված

մասնագետի կողմից հնարավոր է լապարասկոպիկ խոլեցիստեկտոմիա կատարել սուր խոլեցիստիտի դեպքում հատկապես վաղ շրջանում, քանի դեռ արտահայտված ինֆիլտրատիվ փոփոխություններ չեն զարգացել լեղապարկում և հեպատոդուոդենալ կապանում: Լեղապարկում քարերի առկայությունը՝ առանց կլինիկական պատկերի, կարելի է վիրահատական միջամտության ցուցում ընդունել, քանի որ չի բացառվում, որ կզարգանան սուր խոլեցիստիտ կամ այլ բարդություններ: Հատկապես այն հիվանդների դեպքում, որոնք լեղապարկում մանր կամ մեծ քարեր ունեն, հնարավոր է՝ քարերը տեղաշարժվեն դեպի լեղապարկի ծորան, ընդհանուր լեղածորան կամ զարգանա լեղապարկի պատի պատկելախոց: Այս դեպքում վիրահատական եղանակն ընտրելու առավելությունը պետք է տրվի լապարասկոպիկ խոլեցիստեկտոմիային:

Հակացուցումներ

Լապարասկոպիկ խոլեցիստեկտոմիայի հիմնական հակացուցումներից են՝

- արտահայտված սիրտ-անոթային խանգարումները,
- արյան մակարդեղիության խանգարումները,
- հղիության ուշ ժամկետները,
- լեղապարկի չարորակ ախտահարումը,
- հեպատոդուոդենալ շրջանի արտահայտված

ինֆիլտրացիան:

Լապարասկոպիկ խոլեցիստեկտոմիան կատարվում է պնևմոպերիտոնեոմի (12-14 մմ ս.ս.) պայմաններում, որը բարձր դիրք է տալիս ստոծանուն և դրանով խոչընդոտում դրա շարժմանը, որն իր հերթին չի կարող չազդել սիրտ-անոթային և շնչառական համակարգերի գործունեության վրա, չնայած կատարվում է թոքերի արհեստական օդափոխում: Արյան

մակարդելիության խանգարումը, որը չի ենթարկվում թերապևտիկ բուժման, կարող է հանգեցնել հյուսվածքներից առատ արյունահոսության և լուրջ բարդությունների, այս բարդության հաղթահարումը ավելի հեշտ և հուսալի է վիրահատական լապարատոմիկ եղանակի դեպքում: Հղիության ուշ ժամկետը լապարասկոպիկ խոլեցիստեկտոմիայի հակացուցում է, երկու հիմնական պատճառով`

- մեծացած արգանդը զգալի բարդացնում է պնևմոպերիտոնեումի ստեղծումը և տրոսկարների ներմուծումը, իսկ լյարդին սեղմված աղեգալարները սահմանափակում են մուտքը դեպի լեղապարկ,
- երկարատև պնևմոպերիտոնեումը բացասական է ազդում արգանդի և սաղմի վրա:

Լեղապարկի քաղցկեղը հարաբերական հակացուցում է լապարասկոպիկ խոլեցիստեկտոմիայի համար, քանի որ այդ դեպքում տեխնիկապես դժվար է կատարել ավշային հանգույցների լիարժեք հեռացում լյարդի դրունքից և հետորովայնամզային տարածությունից :

Նախավիրահատական հետազոտություն

Լապարասկոպիկ վիրահատությունից առաջ հիվանդը պետք է ենթարկվի կլինիկական բազմակողմանի հետազոտման: Լապարասկոպիկ վիրահատության ժամանակ մեծ է ծանրաբեռնվածությունը սիրտ-անոթային և շնչառական համակարգերի վրա: Այս գործոնները պետք է հաշվի առնել նախավիրահատական շրջանում և հիվանդներին մանրակրկիտ հետազոտության ենթարկել:

Ներկայումս այս հիվանդների շրջանում պարտադիր է կատարել ուլտրաձայնային հետազոտություն, որը հնարավորություն է տալիս տեսնելու ոչ միայն լյարդի,

լեղապարկի և ենթաստամոքսային գեղձի ախտահարման աստիճանը, այլև երիկամների, միզապարկի, արգանդի և հավելումների վիճակը: Ուղեկցող հիվանդություններ հայտնաբերելու դեպքում պետք է կատարել միանվագ վիրաբուժական միջամտություն: Ցուցումների դեպքում կատարում են խոլեցիստոխոլանգիոգրաֆիա և էնդոսկոպիկ ռետրոգրադ պանկրեատոխոլանգիոգրաֆիա: Հարկ է նշել, որ մանրակրկիտ նախավիրահատական հետազոտությունը ոչ միայն հեշտացնում է վիրահատության ծավալի և մեթոդի որոշումը, այլև քչացնում ներվիրահատական խոլանգիոգրաֆիայի հնարավորությունը, որը կերկարացնեք լապարասկոպիկ վիրահատության տևողությունը:

Անզգայացում

Լապարասկոպիկ խոլեցիստեկտոմիան կատարվում է ընդհանուր ներշնչափողային անզգայացմամբ, միոռելաքսանտների օգտագործմամբ: Ինտուբացիայից հետո ստամոքսի մեջ անցկացվում է զոնդ, որի օգնությամբ ստամոքսից հեռացվում են գազերը և հեղուկը: Ձոնդը մնում է մինչև վիրահատության ավարտը:

Լապարասկոպիկ խոլեցիստեկտոմիայի կատարման տեխնիկան

Լապարասկոպիկ խոլեցիստեկտոմիան, ինչպես նաև նույնատիպ վիրահատությունները (ապենդեկտոմիա, վագոտոմիա, ճողվածքահատում և այլն) կատարվում են մի խումբ վիրաբույժների կողմից (նկ.2.21): Ներորովայնային միջամտություններն իրականացվում են մոնիտորին երևացող գունավոր պատկերի օգնությամբ, որը փոխանցվում է որովայնի խոռոչում եղած տեսախցիկից (լապարասկոպ): Հարկ է նշել, որ հեռուստատեսային պատկերի որակը մեծ նշանակություն ունի

լապարասկոպիկ միջամտության դեպքում:

Լապարասկոպիկ խոլեցիստեկտոմիայի ժամանակ որովայնի առաջային պատին կատարում են չորս փոքրիկ կտրվածքներ տրոակարների համար, որոնց միջոցով որովայնի խոռոչ են անցկացնում լապարասկոպը և օժանդակ գործիքները:

Ամենից առաջ պորտից վեր կամ ներքև կատարում են փոքրիկ կտրվածք, որի միջով Վերեշի ասեղն անցկացնում են որովայնի խոռոչ և ստեղծում պնևմոպերիտոնեում, որից հետո ասեղը հեռացնում են և նույն տեղից անցկացնում տրոակարը լապարասկոպի համար: Այնուհետև լապարասկոպով գնում են որովայնի խոռոչը՝ ուշադրություն դարձնելով լյարդի, փայծաղի, ստամոքսի, ճարպոնի, հաստ և բարակ աղեգալարների, արգանդի և հավելումների վրա: Նախկինում վիրահատության ենթարկված հիվանդների դեպքում պետք է ուշադրություն դարձնել առպատային որովայնամզի և ներքին օրգանների միջև կպումների առկայությանը, որոշել կպումների հատման հարցը՝ հետվիրահատական շրջանում աղիքային անանցանելիությունից խուսափելու համար: Բացի դրանից, պետք է ուշադրություն դարձնել՝ ասեղը տրոակարը անցկացնելիս անոթներ վնասվել են, թե՞ ոչ, մեծ ճարպոնում ածխաթթու գազի առկայություն կա՞ արդյոք պնևմոպերիտոնեում ստեղծելու ժամանակ, որը կարող է բարդության հետևանք լինել:

Վիրահատական սեղանի հորիզոնական դիրքում լեղապարկը դժվար հասանելի է գնելու համար, քանի որ ծածկված է ճարպոնով և աղեգալարներով: Այդ պատճառով վիրահատական սեղանը գլխային մասից բարձրացնում են 20-25 աստիճանով և թեքում ձախ: Այդ դիրքում ճարպոնը և աղեգալարները տեղաշարժվում են ներքև, իսկ ստամոքսը՝ դեպի ձախ (եթե լեղապարկի հետ կպումներ չկան) այս դիրքում լեղապարկը

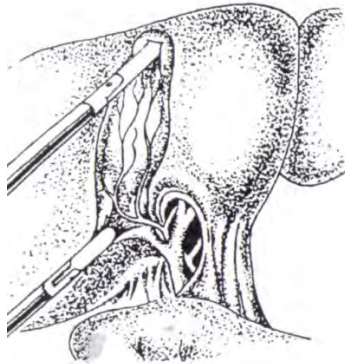
դառնում է հասանելի:



Նկար. 2.21. Վիրաբույժների դասավորությունը՝
ա) ֆրանսիական, բ) ամերիկյան:

Եթե որովայնի խոռոչը զննելիս լապարասկոպիկ վիրահատությունն իրականացնելու համար հակացուցում չի հայտնաբերվել, ապա որովայնի խոռոչ են անցկացնում ևս երեք տրոսկարներ՝ օժանդակ գործիքների համար: Եթե զննելիս հայտնաբերվում է, որ լեղապարկը չափազանց լարված է (լեղապարկի ջրգողություն, էմպիեմա) և դրա պատերը հնարավոր չէ բռնել բռնիչով, ապա կատարում են լեղապարկի պունկցիա և պարունակությունը մասամբ դատարկում:

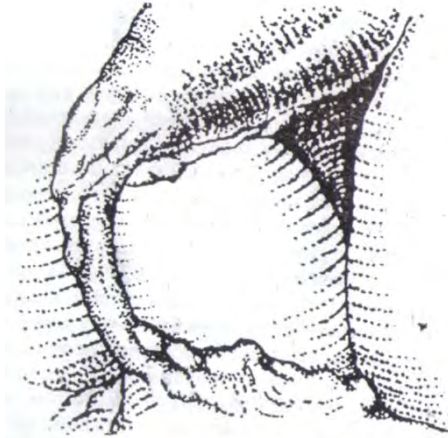
Կարելի է առանձնացնել լապարասկոպիկ խոլեցիստեկտոմիայի մի քանի հիմնական փուլեր՝ 1.լեղապարկի անջատումը շրջակա օրգանների հետ կպումներից (նկ.2.22), 2.լեղապարկի ծորանի և լեղապարկի զարկերակի անջատումը և կլիպավորումը, 3.լեղապարկի անջատումը լյարդից, 4.լեղապարկի հեռացումը որովայնի խոռոչից: Այս փուլերից յուրաքանչյուրը կարող է բավականին բարդ լինել՝ պայմանավորված լեղապարկի և հարակից օրգանների բորբոքային պրոցեսի աստիճանով:



Նկար 2.22. Լեղապարկի անջատում

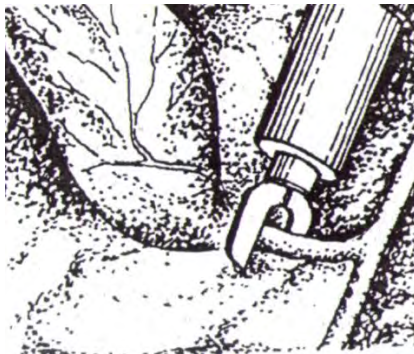
Հաճախ լեղապարկը կպումներ է ունենում հարակից օրգանների՝ ճարպոնի, ստամոքսի, 12-մատնյա աղիքի և հաստ աղիքի հետ: Լեղապարկն անջատելիս այն բռնում են հատակից և բարձրացնում վեր լյարդի հետ միասին: Եթե լեղապարկի և ճարպոնի միջև կպումները մակերեսային են, ապա ճարպոնը բռնիչով անջատում են մեխանիկական եղանակով: Եթե կպումներն ավելի ամուր են, ապա դիմում են մկրատի կամ էլեկտրավիրաբուժական կեռիկի օգնությամբ: Այս միջամտությունները կատարելիս կարևոր է, որ մեխանիկական կամ էլեկտրական հոսանքով անջատումները լինեն անմիջապես լեղապարկի պատին մոտ: Կպումների անջատման հետ մեկտեղ լեղապարկը և լյարդը տեղաշարժում են ստոծանու տակ, մինչև լեղապարկի վզիկին հասնելը: Այդ շրջանում գործողությունները պետք է կատարել շատ զգուշորեն: Լեղապարկը հարակից օրգանների կպումներից անջատելուց հետո Հարտմանի գրպանիկի շրջանում տեղադրում են «կոպիտ» բռնիչ, որի օգնությամբ լեղապարկի վզիկը բարձրացնում են վեր և աջ, որից հետո հասանելի է դառնում լեղապարկի ծորանի և զարկերակի դիտումը և գործողության կատարումը:

Բիլիար վիրաբուժության մեջ անհրաժեշտ է այդ շրջանի նորմալ անատոմիայի իմացությունը (լեղապարկի ծորանի միացումը հեպատիկոխոլեդոխին), ինչպես նաև հնարավոր անոմալիաները: Լեղապարկի ծորանը և զարկերակը անջատելու համար սկզբից հատում են լեզապարկի վզիկի շրջանի որովայնամիզը (մկրատի կամ էլեկտրավիրաբուժական կեռիկի միջոցով): Լեղապարկի ծորանը և զարկերակը անջատելու հերթականությունը կարող է տարբեր լինել՝ պայմանավորված Կալոյի եռանկյան շրջանում ճարպաբջջանքի արտահայտվածությամբ և դրանց փոխադարձ դասավորվածությամբ: Մեծամասամբ լեղապարկի զարկերակը լեղապարկի ծորանի հետևում է, դրա համար զարկերակը անջատելու առաջնահերթությունն արդարացված է այն հիվանդների դեպքում, որոնք այդ շրջանում ունեն քիչ արտահայտված ճարպաբջջանք: Լեղապարկի վզիկի շրջանի որովայնամիզը հատելուց հետո լեղապարկի ծորանի մերկացումը կատարվում է տուպֆերի, դիսեկտորի և էլեկտրավիրաբուժական կեռիկի միջոցով: Եթե լեղապարկի ծորանի շրջանում առկա է փոխը շարակցահյուսվածքային շերտ, ապա այն տուպֆերի միջոցով հրում են ներքև՝ հեպատիկոխոլեդոխի կողմը: Այդ շրջանի ամուր հյուսվածքները և անոթները բռնում և հատում են էլեկտրակարթի միջոցով (նկ.2.23):



Նկար 2.23. Լեղապարկի անջատումը «փղի կնճիթի» տեխնիկայով

Հաջորդ գործողությունը (կլիպսի տեղադրում և հատում) կատարելու համար լեղապարկի ծորանը ցանկալի է մերկացնել 1-1,5սմ երկարությամբ (նկ.2.24): Ազատված ծորանը ապլիկատորի միջոցով կլիպավորվում է և հատվում: Լեղապարկի ծորանը ազատելիս հնարավոր է վնասվի լեղապարկի ծորանի զարկերակը, որի տրամագիծը զգալիորեն փոքր է լեղապարկի զարկերակից, դրա հետևանքով էլ դրանից արյունահոսությունն ավելի սակավ է:



Նկար 2.24. Կլիպսի տեղադրումը լեղապարկի ծորանին

Հաճախ լեղապարկի զարկերակի անջատումը, հատկապես այն հիվանդների դեպքում, որոնց հեպատոդուոդենալ կապանի ճարպային բջջանքը խիստ արտահայտված է, հարմար է իրականացնել լեղապարկի ծորանը հատելուց հետո: Լեղապարկի զարկերակի անջատումը հարմար է կատարել էլեկտրավիրաբուժական կեռիկի և դիսեկտորի միջոցով: Դիսեկտորի օգնությամբ անցնում են զարկերակի հետևով, մերկացնում այն 1սմ երկարությամբ և տեղադրում կլիպսը: Ջարկերակի հատումը կլիպսների միջև կատարվում է մկրատի կամ էլեկտրավիրաբուժական կեռիկի միջոցով, եթե կլիպսների միջև առկա է բավարար տարածություն: Թույլատրելի է կլիպավորել զարկերակի միայն մոտակա հատվածը, իսկ հեռադիր հատվածն այրել էլեկտրավիրաբուժական կեռիկի, միաբևեռ մկրատի կամ երկբևեռ ունելիի միջոցով՝ լեղապարկի պատին մոտ:

Լապարասկոպիկ խոլեցիստեկտոմիայի դեպքում ներվիրահատական խոլանգիոգրաֆիայի անհրաժեշտություն հազվադեպ է առաջանում, եթե հիվանդի նախավիրահատական հետազոտությունների ընթացքում կատարվել է լեղուղիների մանրակրկիտ հետազոտություն: Խոլանգիոգրաֆիայի անհրաժեշտություն է առաջանում, եթե դժվար է տարբերակել լեղապարկի ծորանի և հեպատիկոխոլեդուխի տեղագրաանատոմիական փոխհարաբերությունը:

Լեղապարկի անջատումը լյարդից տեխնիկական փուլ է և պայմանավորված է այդ երկու օրգանների փոխդասավորվածության աստիճանով: Լեղապարկը տեղակայված է լյարդի ստորին մակերեսին, որը կոչվում է լեղապարկի բունոց (մահիճ): Հազվադեպ է լեղապարկը լյարդի պարենխիմայի խորքում, և դրա կիսակլորության 1/2-ը կամ 1/3-ն է

ազատ, հաճախ այն դասավորված է ոչ խորը, իսկ որոշ դեպքերում ունի իր միջընդերքը:

Լեղապարկի և լյարդի հյուսվածքների միջև առկա է փուխը շարակցական հյուսվածք, որը մի շարք դեպքերում կարող է հաստանալ և ամրանալ՝ պայմանավորված բորբոքային պրոցեսներով: Լեղապարկի բունոցում, ինչպես նաև որովայնամզում, որն անցնում է լյարդի մակերեսից լեղապարկի կողմնային պատերի վրա, առկա են շատ մանր զարկերակներ և երակներ, որոնք կարող են արյունահոսել, եթե դրանք հատեն կամ բուխ եղանակով անջատեն՝ առանց նախօրոք կոագուլացիայի: Լեղապարկը լյարդից անջատում են տուպֆերի կամ թիակի միջոցով՝ նախօրոք էլեկտրավիբրաբուժական կեռիկի միջոցով հատելով շարակցահյուսվածքային ձգանները, որոնց միջով անցնում են անոթները: Լեղապարկը լյարդից անջատելու պրոցեսում լեղապարկի վզիկը և մարմինը աստիճանաբար ձգում են դեպի վեր, որպեսզի լեղապարկի հետին պատը և լյարդի բունոցը միշտ տեսանելի լինեն:

Լեղապարկը հեռացնելուց հետո բունոցից հնարավոր է լինի արյունահոսություն՝ չնայած կատարված էլեկտրակոագուլացիային, այս դեպքում կատարում են լրացուցիչ կոագուլացիա:

Լեղապարկի հեռացումը որովայնի խոռոչից կատարվում է վերորովայնային (էպիգաստրալ) կամ պորտային շրջաններում տեղակայված տրոակարների բացվածքների միջով: Պորտային կտրվածքն այս գործողության համար առավելություն ունի: Վերորովայնային շրջանում որովայնի պատի հաստությունն ավելի մեծ է, քան պորտի հաստվածում, վերորովայնային տրոակարն անցկացվում է թեք ուղղությամբ՝ որովայնի ուղիղ մկանի հաստության միջով և ունի ավելի երկար վերքային

խողովակ, վերորովայնային շրջանի վերքը լայնացնելու անհրաժեշտության դեպքում պետք է հատել ուղիղ մկանի բունոցի առաջային և հետին պատերը, որն էլ իր հերթին բերելու է մաշկային կտրվածքի մեծացման, վերորովայնային շրջանում դժվար է վերքը շերտ առ շերտ կարելը: Բացի դրանից, հնարավոր է վարակվի ոչ միայն առաջորովայնամզային կամ ենթամաշկային ճարպաբջջանքը, այլև մկանային հյուսվածքը:

Պորտի հատվածում տրոակարը սովորաբար անցկացվում է անմիջապես պորտի վերևով՝ միջին գծով, որովայնի ուղիղ մկանները չեն վնասվում, վերքի խողովակը կարճ է, որի հետևանքով էլ հեշտանում է վերքի կարումը: Այս շրջանում մաշկային կտրվածքի մեծացումը քիչ երևացող է, քանի որ ձգվում է պորտի խորության մեջ:

Որովայնի առաջային պատի միկրոկտրվածքից լեղապարկը դուրս բերելիս պետք է զգույշ լինել, քանի որ ձգելու ժամանակ լեղապարկի պատի միկրովնասվածքներից, որոնք առաջանում են լեղապարկի պատի վրա բռնիչներ տեղադրելիս, լեղին կարող է անցնել որովայնի խոռոչ: Բացի դրանից, լեղապարկի պատը կարող է պատովել և լեղապարկում եղած քարերը թափվեն որովայնի խոռոչ, որոնց հեռացումը կհանգեցնի բազում դժվարությունների: Այս բարդություններից զերծ մնալու նպատակով լեղապարկը որովայնի խոռոչում տեղադրում են պոլիէթիլենային պարկի մեջ, որից հետո հեռացնում որովայնի խոռոչից: Պետք է նշել, որ որովայնի խոռոչից լեղապարկը հեռացնելը հեշտանում է, եթե միոռելաքսացիան բավարար է: Լեղապարկը որովայնի խոռոչից հեռացնելիս վերքի խողովակը կարող է ինֆեկցվել, որից խուսափելու համար լեղապարկը հեռացնելուց հետո պետք է վերքի խողովակը մշակել հականեխիչ լուծույթով, որից հետո ապոնևրոզի դեֆեկտը փակել 1-3 կարերի

միջոցով, հետո նորից ստեղծել կարբօքսիլանմուսկուլոստոնեում, քանի որ լեղապարկը հեռացնելիս ածխաթթու գազի որոշ մասը դուրս է գալիս որովայնի խոռոչից, կրկնակի կատարել որովայնի խոռոչի զննում, կարիքի դեպքում լվանալ և մանրակրկիտ չորացնել:

Լապարասկոպիկ խոլեցիստեկտոմիայի, ինչպես նաև յուրաքանչյուր վիրաբուժական և էնդոսկոպիկ միջամտությունների դեպքում կարող են տարբեր բարդություններ լինել, որոնք պահանջում են անհապաղ լապարատոմիա: Բարդությունների հաճախականությունը, ախտորոշումը և դրանց վերացումը առավելապես պայմանավորված են վիրաբույժի փորձով և հմտությամբ: Միսալների և բարդությունների մեծ մասն առաջանում է լապարասկոպիկ վիրահատության ընթացքում, իսկ մի մասը՝ հետվիրահատական շրջանում:

Բարդությունները

Դրանք կարող են առաջանալ լապարասկոպիկ միջամտության բոլոր փուլերում: Հիմնական բարդություններն են՝

- որովայնի պատի անոթների վնասումը,
- ստամոքսի, 12-մատնյա և հաստ աղիքների թափածակումը,
- հեպատիկոխոլեդոխի վնասումը,
- լեղապարկի զարկերակից և նրա ճյուղերից արյունահոսությունը,
- լեղապարկի բունոցից արյունահոսությունը և լեղահոսությունը:

Լարված պնևմոպերիտոնեումի պայմաններում որովայնի օրգանները վնասելու հավանականությունը տրոակար տեղադրելիս մեծ չէ, առավել ևս, որ չորս տրոակարներից երեքը տեղադրվում են լապարասկոպի տեսողական հսկողությամբ: Որովայնի պատի կտրվածքներից փոքր-ինչ արյունահոսություն

հաճախ նկատվում է, բայց այն շատ շուտ ինքնուրույն դադարում է: Եթե այն չի դադարում, ապա կարելի է տրոսկարի շուրջ ներարկել նոփոկահին–ադրենալինային լուծույթ կամ կատարել վերքի խողովակի կոագուլացիա՝ էլեկտրավիրաբուժական գործիքի միջոցով: Մեծ անոթները վնասելիս թվարկված մեթոդները կարող են արդյունավետ չլինել, այդ դեպքում պետք է կիրառել առավել արմատական մեթոդներ: Որովայնի ամբողջ պատի հաստությամբ՝ տրոսկարից վերև և ներքև պետք է կարեր դնել թանգիվե տամպոնների վրա: Կպումներից լեղապարկը անջատելիս հնարավոր է խոռոչավոր օրգանի (ստամոքսի, 12-մատնյա աղիքի, հաստ աղիքի) վնասում՝ թափածակում: Հազվադեպ է ստամոքսի թափածակման հավանականությունը, քանի որ ստամոքսի պատը բավականին հաստ է:

Լեղապարկի թափածակման հավանականությունը լապարասկոպիկ խոլեցիստեկտոմիայի դեպքում հաճախ մեծ է: Այն կատարվում է լեղապարկը լյարդից անջատելիս, եթե առակա է այդ երկու օրգանների միջև եղած շարակցակախյուսվածքային թաղանթի սպիական փոփոխություն:

Լապարասկոպիկ խոլեցիստեկտոմիայի ամենավտանգավոր բարդություններից մեկը հեպատիկոխոլեդոխի վնասումն է: Այս բարդության առաջացման վտանգը լապարասկոպիկ խոլեցիստեկտոմիայի դեպքում ավելի մեծ է, քան ավանդական վիրահատության ժամանակ, քանի որ լապարասկոպիկ խոլեցիստեկտոմիայի դեպքում լեղապարկը հատակից չի հեռացվում: Հետատիկոխոլեդոխի վնասման վտանգը մեծանում է անատոմիական բարդ դեպքերում, երբ լեղապարկի վզիկի, լեղապարկի ծորանի և ընդհանուր լեղածորանի շրջաններում առկա է սպիական-ինֆիլտրատիվ պրոցես, հատկապես եթե այդ պրոցեսն ազդում է օրգանների տեղագրաանատոմիական

փոխհարաբերության վրա: Արտայարդային լեղուղիները կարող են վնասվել նաև այն դեպքերում, երբ առկա է լեղապարկի կարճ ծորան, երբ նեղ խոլեդոխը (հատկապես եթե տրամագիծը 4-6մմ է) հանգիստ ձգվում է լեղապարկը վզիկից բարձրացնելիս, և հնարավոր է այն շփոթել լեղապարկի ծորանի հետ:

Հեպատիկոխոլեդոխի ծանր վնասման դեպքում պետք է կատարել լապարատոմիա և վերացնել բարդությունը, արտայարդային լեղուղիների ոչ մեծ վնասումների դեպքում այն կարում են լապարասկոպիկ եղանակով և վիրահատությունն ավարտում են լեղապարկի ծորանի ծայրատի միջով խոլեդոխի դրենավորմամբ:

Լապարասկոպիկ խոլեցիստեկտոմիայի ամենավտանգավոր բարդություններից է նաև լեղապարկի զարկերակից արյունահոսությունը, հատկապես եթե այն ամբողջական հատվել է, կամ այն լյարդային զարկերակին մոտ է վնասվել: Այս իրավիճակում լավագույնը լապարատոմիայի իրականացումն է: Եթե վնասվել են լեղապարկի զարկերակի ճյուղերը կամ հենց ցողունը լեղապարկի պատին մոտ, ապա արյունահոսության դադարեցումը հնարավոր է լապարասկոպիկ եղանակով (անոթի բռնում գործիքի միջոցով, կլիպավորում կամ այրում): Չնայած լեղապարկի անջատումը բունոցից կատարվում է էլեկտրավիրաբուժական գործիքների միջոցով, սակայն հաճախ այն ուղեկցվում է ոչ մեծ արյունահոսություններով, հատկապես եթե լեղապարկը խորը լյարդի պարենխիմայի մեջ է, բայց այն հեշտորեն դադարեցվում է լրացուցիչ կոագուլացիայի միջոցով: Եթե արյունահոսությունն ավելի ինտենսիվ է, ապա նպատակահարմար է անոթը բռնել գործիքով, հետո կատարել կլիպավորում կամ կոագուլացիա: Շատ ներվիրահատական բարդություններ կարելի է ուղղել առանց լապարատոմիա

կատարելու, և դրանք ոչ մի կերպ չեն ազդի հետվիրահատական շրջանի վրա:

Լապարասկոպիկ խոլեցիստեկտոմիայից հետո բարդություններ հազվադեպ են լինում: Լապարասկոպիկ խոլեցիստեկտոմիայի ամենավտանգավոր բարդություններից է լեդահոսությունը որովայնի խոռոչ: Այն կարող է լինել լեդապարկի ծորանի ծայրատից (ծայրատի վատ կլիպավորման կամ թույլ կապման պատճառով), լյարդի բունոցից և հեպատիկոխոլեդոխի վնասման տեղից: Ենթալյարդային շրջանի դրենավորման և որովայնամզային ախտանիշերի բացակայության դեպքում սպասողական մարտավարությունն արդարեցված է:

Եթե արտալյարդային լեդուղիների վնասման կասկած կա, ապա մինչև լապարատոմիան պետք է կատարել էնդոսկոպիկ ռետրոգրադ խոլանգիոգրաֆիա: Որովայնամզի (պերիտոնիտի) կլինիկական պատկերի դեպքում որովայնի խոռոչը մանրակրկիտ զննելու, սանացիայի և լեդային պերիտոնիտի պատճառը վերացնելու նպատակով պետք է կատարել լապարատոմիա:

Հարպորտային վերքը, որի միջոցով լեդապարկը հեռացվում է որովայնի խոռոչից, ավելի շատ է վնասվում, քան մյուս վերքերը: Այդ պատճառով էլ այդ շրջանում բորբոքային պրոցեսները կանխելու համար պետք է առաջին օրերին հետևել, որպեսզի վերքում արյունային արտադրություն կամ բորբոքային հեղուկ (էքսուդատ) չկուտակվի:

Հետվիրահատական վարումը

Վիրահատության առանձնահատկությունը, այս կամ այն հետվիրահատական բարդությունները, հիվանդի տարիքը և ուղեկցող հիվանդությունները պարտադրում են կատարել նպատակաուղղված բուժում:

Լապարասկոպիկ խոլեցիստեկտոմիայի դեպքում որովայնի

առաջային պատին հասցրած ոչ մեծ վնասվածքը հետվիրահատական շրջանում հանդարտ է ընթանում, համեմատած ավանդական լապարատոմիկ խոլեցիստեկտոմիայի հետ: Միջամտության առաջին օրերին հիվանդներին քիչ են անհանգստացնում որովայնի առաջային պատի ցավերը, որը հնարավորություն է տալիս նարկոտիկ անալգետիկների չափաբաժինը խիստ կրճատել:

Եթե խոլեցիստեկտոմիա կատարելիս հիվանդի լեղապարկից թարախային արտադրությունն անցնում է որովայնի խոռոչ, ապա ցուցված է 4-5 օր հակաբիոտիկների կիրառում: Եթե վիրահատությունն ավարտվել է առաջին 2-3 ժամերի ընթացքում վեր- կամ ենթայարդային տարածության դրենավորմամբ, սովորաբար արտազատվում է 100-150մլ արյունային արտադրություն (չնայած ներվիրահատական շրջանում կատարվում է որովայնի խոռոչից ասպիրացիա, սակայն ամբողջ հեղուկը որովայնի խոռոչից հնարավոր չի լինում հեռացնել): Հետվիրահատական շրջանի նորմալ ընթացքի դեպքում, եթե չկան արյունահոսության կամ լեղահոսության նշաններ, ապա որովայնի խոռոչի դրենաժը սովորաբար հեռացնում են 1-ին օրվա վերջին, քանի որ դրենաժի երկարատև պահելը նպաստում է որովայնի խոռոչի ինֆեկցմանը և սահմանափակում հիվանդի շարժությունը: Վիրահատությունից մի քանի ժամ հետո հիվանդին թույլատրվում է շրջվել կողքի և նստել, իսկ 1-ին օրվա վերջին վեր կենալ և ինքնուրույն քայլել: Վիրահատության հաջորդ օրը, չնայած հիվանդի լավ ինքնազգացողությանը, հիվանդը պետք է բավարարվի միայն հեղուկներ ընդունելով, իսկ 2-րդ օրվա վերջում, եթե չկա ստամոք-աղիքային համակարգի մոտոր – էվակուատոր ֆունկցիայի խանգարում, կարելի է նշանակել սեղան 5A: Հարկ է նշել, որ որոշ հիվանդներ հետվիրահատական

շրջանում գանգատվում են վերանրակային շրջանի ցավերից (հաճախ աջից), այդ ցավերի պատճառը ստոծանու երկարատև ձգված վիճակն է պնևմոպերիտոնեումի պատճառով, ածխաթթու գազի որոշ քանակի պահպանումը ստոծանու գմբեթների տակ (Ֆրենիկոս ախտանիշ): Այդ շրջանի ցավերը հաճախ ավելի մեծ անհանգստություն են պատճառում հիվանդներին, քան որովայնի առաջային մակերեսի հետվիրահատական վերքերը: Այդ ցավերը ինքնուրույն անցնում են վիրահատության 4-5-րդ օրերին առանց դեղորայքային միջամտության: Լապարասկոպիկ եղանակով վիրահատված հիվանդների ընդհանուր վիճակը հնարավորություն է տալիս կլինիկայից նրանց դուրս գրել 2-րդ օրը, ինչպես դա արվում է շատ արտասահմանյան կլինիկաներում: Հիվանդների՝ կլինիկայից այդքան շուտ դուրսգրումը, եթե հաշվի չառնենք ֆինանսական կողմը, մեր կարծիքով արդարացված չէ: Հետվիրահատական բարդությունները կարող են ի հայտ գալ 3-4-րդ օրը, և այդ դեպքում վտանգ կա, որ հիվանդներին ժամանակին չի ցուցաբերվի բժշկական զննում և համապատասխան բուժում: Հետվիրահատական բնականոն ընթացքի դեպքում սովորաբար չի կարելի հիվանդներին կլինիկայից դուրս գրել երեք օրվանից շուտ:

Լապարասկոպիկ խոլեցիստեկտոմիայից հետո հիվանդների աշխատանքի վերադառնալու հարցը որոշելիս պետք է հաշվի առնել նրանց տարիքը և ուղեկցող հիվանդությունները:

Քանի որ լապարասկոպիկ միջամտության ժամանակ որովայնի առաջային պատին հասցրած վնասվածքը նվազագույն է, ապա հիվանդները ոչ ֆիզիկական աշխատանքի կարող են անցնել վիրահատությունից 10-14 օր հետո:

Թեմատիկ թեստերի օրինակներ

1. Լյարդի փակ վնասվածքների ժամանակ մակերեսային պատռվածք է համարվում՝

ա) 1սմ-ից ոչ մեծ խորությամբ պատռվածքը

բ) 3սմ-ից ոչ մեծ խորությամբ պատռվածքը

գ) մինչև 4սմ խորությամբ պատռվածքը

դ) մինչև 4.5սմ խորությամբ պատռվածքը

2. Աղե-ստամոքսային տրակտից արյունահոսությունը ախտորոշելու նպատակով կիրառում են նշված բոլոր հետազոտության մեթոդները, բացի՝

ա) Էզոֆագոգաստրոդուոդենոսկոպիա

բ) ռետրոգրադ խոլանգիոպանկրեատոգրաֆիա

գ) Tc 99m իզոտոպով հեմոգլոբինային սցինտիգրաֆիա

դ) կոլոնոսկոպիա

3. Խոցային արյունահոսության ժամանակ կիրառվում են հետևյալ դեղամիջոցները, բացի՝

ա) պրոտոնային պոմպի ինհիբիտորներ

բ) հեմոստատիկ դեղամիջոցներ

գ) Օկտրետտիդ

դ) ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային պրեպարատներ

4. Կրոնի հիվանդությունը այլ կերպ կոչվում է՝

ա) ոչ սպեցեֆիկ խոցային կոլիտ

բ) էնտերոկոլիտ

գ) գաստրոէնտերիտ

դ) տերմինալիլեիտ

5. Ըստ կրկնությունների բնույթի ոչ սպեցիֆիկ խոցային կոլիտը դասակարգվում է՝

1. սուր, 2. կայծակնային, 3. քրոնիկ կրկնվող, 4. անընդհատ

ա) 1.2.3.

բ) 1.3.4.

գ) 2.3.4.

դ) **1.2.3.4.**

6. Ըստ թարախակույտի տեղակայման պարապրոկտիտները լինում են՝

1. ենթամաշկային, 2. ենթալորձային, 3. իշիոտեկտալ, 4. պելվիոտեկտալ, 5. հետուղիդադիքային

ա) 1,3,4,5

բ) 2,3,4,5

գ) **1,2,3,4,5**

դ) 1,2,3,4

7. Հետանցքային ճաքը հաճախ համակցվում է՝

ա) **թուլթքի հետ**

բ) էպիթելային պոչուկային ուղու հետ

գ) դիվերտիկուլյար հիվանդության հետ

դ) խոցային կոլիտի հետ

8. Կրծքագեղձի քաղցկեղի դիֆուզ ձևերն են բոլոր նշվածները, բացի՝

ա) ներսփռանքային-այտուցային

բ) **ներծորանային պասպիլումա**

գ) գրահանման

դ) Պեջետի քաղցկեղ

ե) էրիզիպելոիդային

9. Վահանաձև գեղձի քաղցկեղի ժամանակ կատարում են հետևյալ տեսակի վիրահատությունները՝

1. հեմիթիրեոիդեկտոմիա, 2. վահանաձև գեղձի սուբտոտալ մասնահատում, 3. վահանաձև գեղձի էկոնոմմասնահատում՝ ուռուցքի հետ միասին, 4. թիրեոիդեկտոմիա

ա) 1.4

բ) 2.3

գ) 1.2.4

դ) 1.2.3.4

10. Կերակրափողի ախալազիայի ռենտգենաբանական պատկերի նկարագրման համար կիրառվում են հետևյալ արտահայտությունները, բացի՝

ա) «մկան պոչի» պատկեր

բ) «թռչնի կտուցի» պատկեր

գ) «գազարի ծայրի» պատկեր

դ) «փղի կնճիթի» պատկեր

11. Կարդիայի ախալազիային բնորոշ են հետևյալ ախտանիշերը.

1. դիսֆագիա, 2. հետկրծոսկրային այրոց, 3. հետկրծոսկրային ցավ, 4. ռեգուրգիտացիա, 5. ստենոկարդիա

ա) 1,2,3,4

բ) 1,3,4

գ) 2,3,5

դ) 2,4,5

12. Որկորի այրվածքային նեղացման շրջանում սննդային զանգվածներով խցանման դեպքում կատարում են՝

ա) էզոֆագոսկոպով սննդային զանգվածների հեռացում

բ) էզոֆագոստոմայի ձևավորում

գ) գաստրոստոմայի ձևավորում

դ) բուժավորում

13. Ներկայումս ԷԳԴՄ-ի ժամանակ հետազոտության ուղարկվող նյութի վերցման համար օգտագործում են հետևյալ մեթոդները, բացի՝

ա) հեղուկի հավաքում

բ) օրզանի մասնահատում

- գ) հյուսվածքային բիոպսիա
- դ) խոզանակային բջջաբանություն

14. Բարիատրիկ վիրահատությունների շարքին դասվում են բոլոր թվարկվածները, բացի՝

- ա) ստամոքսի կարգավորվող բանդաժավորում
- բ) թևքային գաստրոպլաստիկա
- գ) ստամոքսի շունտավորում
- դ) բիլիոպանկրեատիկ շունտավորում
- ե) ստամոքսի տոտալ հեռացում**

15. Լապարոսկոպիկ վիրահատությունների առավելություններն են բոլոր թվարկվածները, բացի՝

- ա) վիրահատության ցածր տրավմատիզացիան
- բ) բարդությունների հաճախականության և ծանրության նվազեցում
- գ) ստացիոնարում գտնվելու օրերի կրճատում
- դ) հետվիրահատական շրջանում արագ ապաքինում
- ե) օրգանների շոշափման (տակտիլ) զգացողության բացակայությունը**