ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԲԱԺԻՆ

Բաց վիրաբուժություն

Հիվանդի դիրքը վիրահատական սեղանին

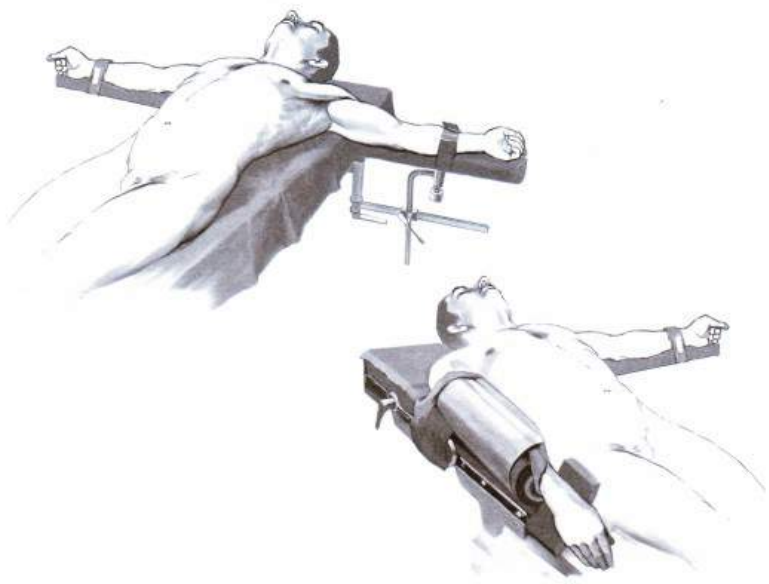
Մեջքի վրա

Կիրառվում է որովայնի օրգանների վրա իրականացվող վիրահատությունների մեծ մասի դեպքում: Ձեռքերը, կախված պլանավորված վիրահատության տիպից, կարող են լինել տարածված (A-1) կամ տեղակայված մարմնի երկայնքով (A-2)՝

⇒ եթե պլանավորվում է հիվանդի թեք դիրք, նրա ոտքերը վիրահատական սեղանի վրա ժապավեններով ամրացվում են

⇒ ձեռքերը պաշտպանվում են տամպոններով կամ սիլիկոնե թիթեղներով

⇒ անհրաժեշտ է խուսափել բազկային հյուսակի գերձգումից /ուսի տարածումը չպետք գերազանցի 90^0–ը/:



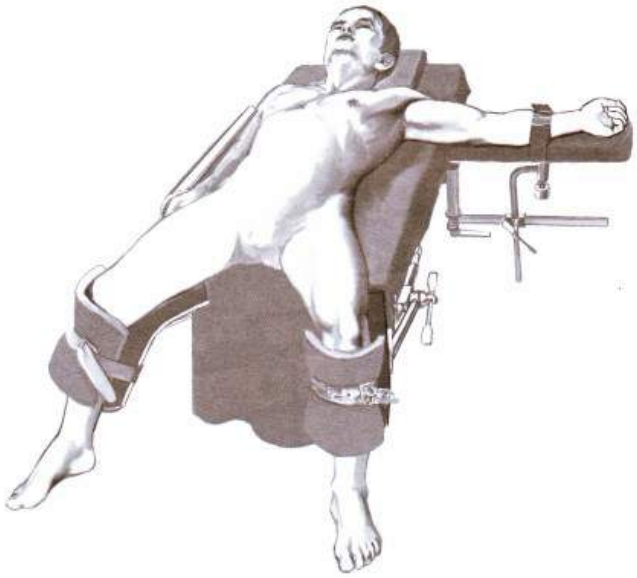
Ֆրանսիական դիրք

Այն լապարոսկոպիկ միջամտությունների ժամանակ կիրառվող դիրքերից մեկն է (մեկ այլ դիրք է ամերիկյանը՝ հիվանդը մեջքի վրա պառկած, ձեռքերը իրանին սեղմված)

⇒ հիվանդի ոտքերը պահվում են ծնկների տակից

⇒ ոտքերը տեղակայվում են հորիզոնական դիրքում կամ քիչ ներքև իջեցրած, ապահովելով լապարոսկոպիկ գործիքների ազատ տեղաշարժ

⇒ հարկ է խուսափել նրբոլոքային նյարդի սեղմումից:



Ծովափնյա բազկաթոռի դիրք

Ցուցված է կիրառել ճարպակալման հետ կապված վիրահատական միջամտությունների մեծ մասի ժամանակ՝

⇒ պահանջվում է հատուկ ուժեղացված սեղան

⇒ հիվանդը «նստում» է սեղանի վրա

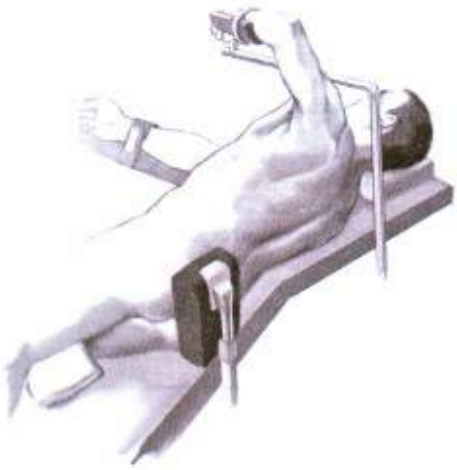
⇒ անհրաժեշտ է խուսափել ձեռքերի, բազկային հյուսակի և նրբոլոքային նյարդերի որևե սեղմումից:

Կերակրափողի վիրահատությունների ժամանակ կիրառվող դիրքեր

Կերակրափողի մասնահատման ու վերակառուցման ժամանակ կարող են կիրառվել մի քանի մուտքեր: Հիվանդի դիրքը կախվածէ հիվանդության տեղակայումից ու վիրահատական մուտքից: Կիրառվող դիրքերն են՝

- ✓ մեջքի վրա, ողնաշարի կրծքային հատվածի առավելագույն հետծռմամբ, գլուխը թեքված դեպի աջ, պարանոցը հետգցած: Աջ ձեռքը տարածված է, ձախը՝ մարմնի երկայնքով(Նկար ա): Այս դիրքը առավել հաճախ կիրառվում է տրանսհիատալ էզոֆագէկտոմիաների ժամանակ, ապահովելով.
  - ⇒ որովայնի խոռոչի վերին հատվածների լավ էքսպոզիցիա
  - ⇒ լավ էքսպոզիցի պարանոցային բերանակցման համար:

- ✓ Աջ կամ ձախ կողմնայինդիրք (Նկար բ)՝
  - ⇒ ներկրծքային բերանակցման ժամանակ
  - ⇒ վերին կողմնային թորակոտոմիայով իրականացվող միջամտությունների ժամանակ, ընդ որում կերակրափողի վերին ու միջին կրծքային հատվածի ախտահարման դեպքում մուտքը իրականացվում է աջ կողմից, իսկ ստորին կրծքային հատվածի ախտահարման ժամանակ նախընտրելի է նույնը կատարել ձախից
  - ⇒ սեղանը կրքծի մակարդակում փոքր ինչ ծալվում է, նպաստելով թորակատոմիայից հետո կրքծավանդակի լրացուցիչ բացվելուն:



- ✓ *45^0 թեքվածությամբ կողմնային դիրք* (Նկար գ)՝
  - ⇒ թույլ է տալիս կերակրափողի վիրահատության որովայնային, կրծքային ու պարանոցային փուլերը իրականացնել առանց հիվանդի դիրքը փոփոխելու
  - ⇒ լավագույն մուտքի ապահովման համար հնարավոր է սեղանի թեքում
  - ⇒ հիմնական բացասական կողմը առավել էքսպոզիցիայի սահմանափակումն է:

Կտրվածքներ

Որովայնի խոռոչ մուտքի ընտրությունը պայմանավորված է՝

- ➢ նախավիրահատական ախտորոշման հստակությունից
- ➢ հիվանդության տեղակայումից ու տարածվածությունից
- ➢ նախորդ սպիներից
- ➢ կտրվածքի հնարավոր մեծացման անհրաժեշտությունից

- անատոմիական կառուցվածքների՝ մաշկի, փակեղների, ապոնևրոզի, մկանների, նյարդերի ու արյունատար անոթների առանձնահատկություններից:

Որովայնի խոռոչի ֆունկցիոնալ ամբողջականությունը պետք է պահպանվի: Կտրավծքները՝ հնարավորինսպետք է տեղակայվեն մաշկի լարման գծերի երկայնքով /Լանգերի գծեր/, իսկ մկաններն ու փակեղները փեղեքվում են մկանաթելերի երկայնքով:

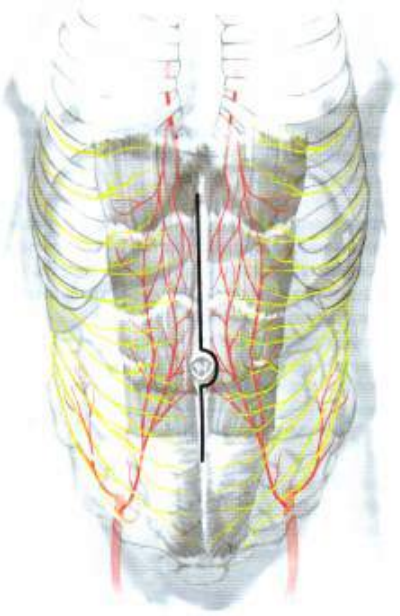
Սխալ տեղակայման կտրվածքներից խուսափելու համար կտրվածքի տեղը պետք է նախօրոք նշագծվի:

Միջային կտրվածք - հանդիսանում է որովայնի խոռոչի բացման լավագույն եղանակ, անկախ հիվանդի կազմվածքից, ապահովելով անսահմանափակ մոտեցում /ներառյալ մուտք դեպի կոնքի խոռոչ/: Առավելություններից են

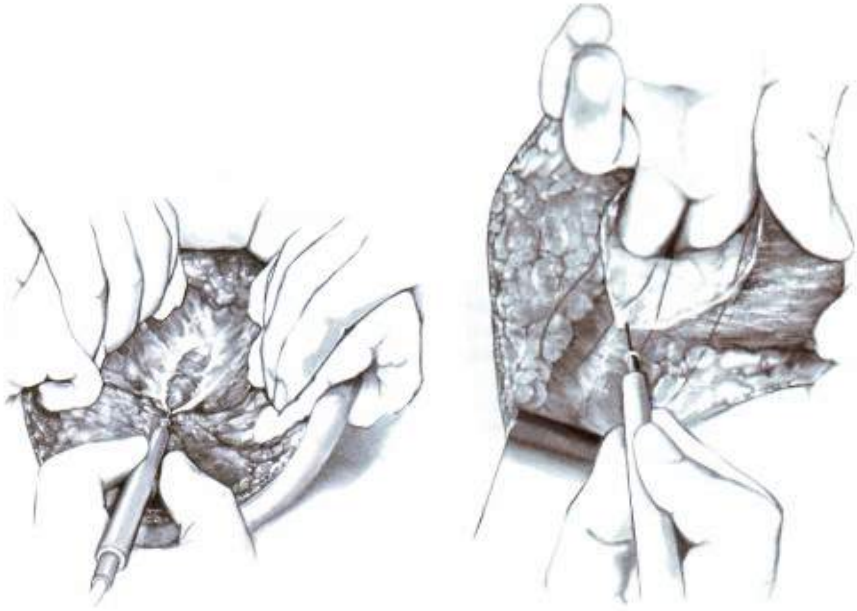
- ✓ լայնացման հնարավորություն ստերնոտոմիայի միջոցով
- ✓ նվազագույն արյան կորուստ
- ✓ մկանաթելերի հատման բացառում
- ✓ նյարդերի վնասման բացակայություն
- ✓ կրկնակի որովայնահատումների հնարավորություն
- ✓ լավագույն էքսպոզիցիայի ապահովում շտապ դեպքերում, երբ ախտորոշումը պարզ չէ:

Փ ու լ ե ր ը՝

- կտրվածքը պետք է կատարվի միջին գծով՝ պորտից վերևև ներքև, թրանման ելունից մինչև ցայլային սիմֆիզ (A-1)



- կտրվածքը շրջանցում է պորտը աջից կամ ձախից: Նախընտրելի է շրջանցնել պորտը ձախ կողմից, որովհետև աջ կողմում հանդիպում են ռուդիմենտար պորտային անոթներ: Եթե պլանավորվում է ստոմայի ձևավորում, կտրվածքը պետք է շրջանցի պորտը հակառակ կողմից
- բոլոր դեպքերում կիրառվում է նշտար կամ էլեկտրակաուտեր
- բացելով վերքը, միջին գծով ճարպային շերտը բաժանվում է մինչև ապոնևրոզ (A-2,A-3)



- արյունահոսության նվազեցման համար կարող է օգտագործվել մատնային սեղմում
- ապոնևրոզը նշտարով կամ էլեկտրադանակով հատվում է անմիջապես պորտից վերև կամ ներքև, քանի որ սպիտակ գիծը առավելագույն լայնություն ունի պորտի շուրջը (A-4)

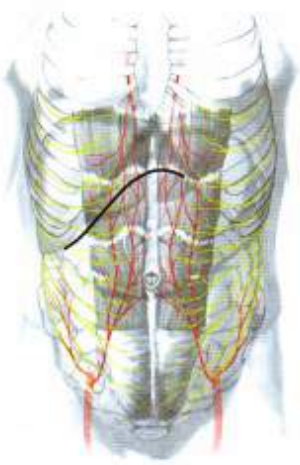
- անհրաժեշտ էհատել սպիտակ գիծը առանց ուղիղ մկանները մերկացնելու, ինչը կհեշտացնի վերքի հետագա լավացումը:

Ենթակողային կտրվածք - սովորաբար կատարվում է խոլեցիստէկտոմիայի կամ ընդհանուր լեղածորանի ստուգման /աջակողմյա ենթակողային կտրվածք/, ինչպես նաև պլանային սպլենէկտոմիայի /ձախակողմյա ենթակողային կտրվածք/ դեպքում:

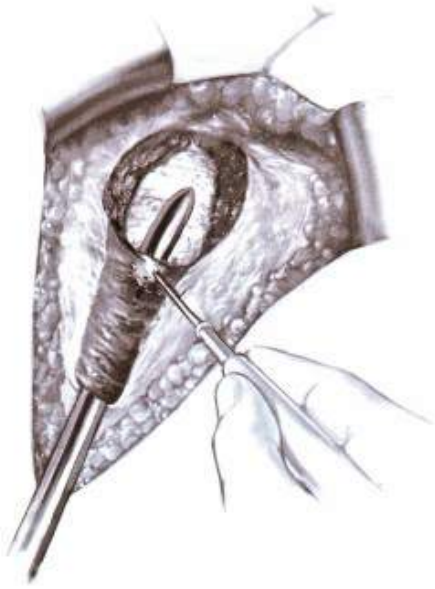
Նման կտրվածքի հիմնական առավելությունը վերին-միջային որովայնահատման նկատմամբ, ավելի լայն կողմնային էքսպոզիցիան ու նվազ ցավոտությանն է վիրահատությունից հետո: Բացասական կողմը՝ վիրահատության տևողության երկարումը, քանի որ ստիպված հատվում են ավելի շատ շերտեր: Վերքը այս կտրվածքներից հետո սովորաբար լավ է ապաքինվում, իսկ ճողվածքների առաջացման հավանականությունը ցածր է:

Փ ու լ ե ր ը՝

- մաշկը հատվում է կողաղեղից երկու մատ ներքև, հնարավորություն տալով փակել վերքը այնպես, որ հատման գիծը չտեղակայվի կողի եզրին (A-1)



- հատվում են որովայնի ուղիղ մկանի բունոցի առաջային ու հետին թերթիկները, ինքը՝ մկանը մաս-մաս հատվում է էլեկտրադանակով (A-2): էպիգաստրալ անոթները անհրաժեշտ է կապել կամ այրել



- հնարավոր է լայնակի մկանի ապոնևրոզի դրսային հատվածի հատում
- ցանակալի է ապոնևրոզը չհատել միջին գծով, անհրաժեշտության դեպքում կտրվածքը կարող է երկարացվել միջային ուղղությամբ:

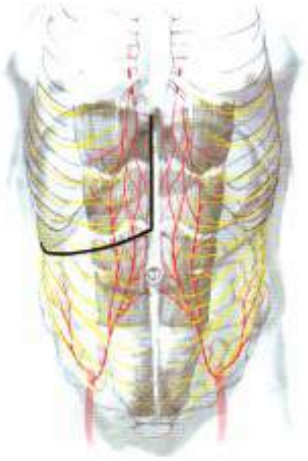
Երկկողմանի ենթակողային կտրվածք - կիրառվում է լյարդի տրանսպլանտանտի վերցման կամ լյարդի լայնածավալ մասնահատման ժամանակ: Ենթաստամոքսային գեղձի մասնահատումների մեծ մասը ևս իրականացվում են այս կտրվածքով: Անհրաժեշտության

դեպքում էքսպոզիցիան կարող է բարելավվել կտրվածքի ուղղահայաց երկարացմամբ մինչև թրանման ելուն:

Փ ու լ ե ր ը՝

- մաշկի ու ապոնևրոզի կտրվածքը իրականացվում է վերը նշված եղանակով
- ենթաստամոքսային գեղձի մասնահատման ժամանակ կտրվածքը իրականացվում է կողաղեղից 3-4 մատ ներքև
- լյարդի տեղայնացումը սկսվում է մանգաղաձև կապանի հատումով
- հատվում է կլոր կապանը, որնանհրաժեշտ է կապել արյունահոսության կանխարգելման նպատակով, հատկապես դռներակային հիպերտենզիայի պայմաններում
- ցանկալի է լյարդի մոբիլիզացիան իրականացնել մինչև ռետրակտորների տեղադրումը, որպեսզի նվազեցվի նրանց տեղաշարժման անհրաժեշտությունը:

J-աձև կտրվածք - հաճախ կիրառվում է լյարդի աջ բլթի վրա միջամտությունների դեպքում: Այն հատկապես լավ մուտք է ապահովում դեպի ստորին սիներակ ու աջ երիկամային երակի միջև ընկած շրջան: Լավ էքսպոզիցիայի համար J-աձև կտրվածքը կարող է դրսային ուղղությամբ երկարացվել, անցնելով թորակատոմիայի:



Կտրվածքներ կերակրափողի վիրահատությունների ժամանակ կախված է հիվանդության տեղակայումից, բերանակցման մակարդակից և վիրաբույժի նախասիրություններից: Մեծ մասամբ օգտագործվում են ստորև բերված կտրվածքներից երկուսի ու ավելիի համակցումը՝

ա/ Վերին-միջային որովայնահատում

- այնպես ինչպես նկարագրված է որովայնի բաժնում

- առավել լավ էքսպոզիցիայի համար կարող է համակցվել լայնակի որովայնահատման հետ:

  բ/ Թորակոտոմիա

- առաջակողմնային՝ մաշկի կտրվածքը սովորաբար չորրորդ կամ հինգերորդ միջկողային տարածությունով
- հետին-կողմնային՝ մաշկի կտրվածքը յոթերորդ միջկողային տարածությունով, թիակի անկյան մոտ (A-1):

  Հնարավոր է կտրվածքի երկարաձգում հետողնաշարային կամ առաջային՝ դեպի կրծոսկր, ուղղություններով,

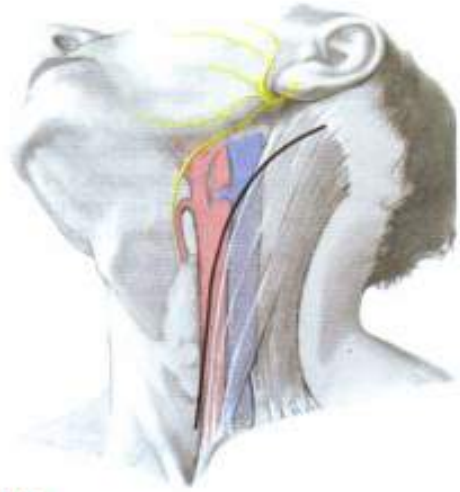
- միջկողային մկանը անջատվում է կողի վերին եզրով /կողի ստորին եզրով անցնող միջկողային անոթն ու նյարդը չվնասելու համար/ (A-2)

- առպատային պլևրան բացվում է մկրատով, կողերը լայնացվում են ռետրակտորով:

գ/ Պարանոցային կտրվածք (Б-1)

- կտրվածքը կրծոսկր-անրակապտկային մկանի երկայնքով (Б-2)
- ենթամաշկային մկանի հատում մաշկի կտրվածքի ուղղությամբ,
- բավարար էքսպոզիցիա ստեղծելու համար հատվում է թիակ-ենթալեզվային մկանը (Б-3) , անհրաժեշտության դեպքում հատվում ու կապվում են ստորին վահանագեղձային զարկերակն ու/կամ միջին վահանագեղձային երակը:

Б-1



Б-2

Б-3

- կրծոսկր-անրակ-պտկային մկանն ու քնային զարկերակի բունոցը իր պարունակությամբ տեղաշարժվում են դրսայնորեն, իսկ կոկորդը՝ միջայնորեն
- պարանոցային փուլի ամբողջ ընթացքում շնչափող-կերակրփափողային ակոսով անցնող հետադարձ նյարդի պրոյեցիայի ուղղությամբ լայնիչների տեղադրում չի թույլատրվում

- կրծոսկր-անրակապտկային մկանի միջային հատվածի առավել լավ տեսանելիության համար, այն կարող է անրակին մոտ հատվել
- կրերակրափողի հայտնաբերումը հեշտանում է, եթե նրա մեջ տեղադրվում է մեծ տրամաչափի զոնդ
- հաստ պարանոցով կամ օստեոարտրիտով տառապող հիվանդների մոտ, որոնց մոտ սահմանափակ է պարանոցի հետծալումը, ինչպես նաև դեպի կերակրափողի վերին հետկրծոսկրային հատված մուտքի ապահովման համար հնարավոր է մասնակի վերին ստերնոտոմիայի իրականացում:

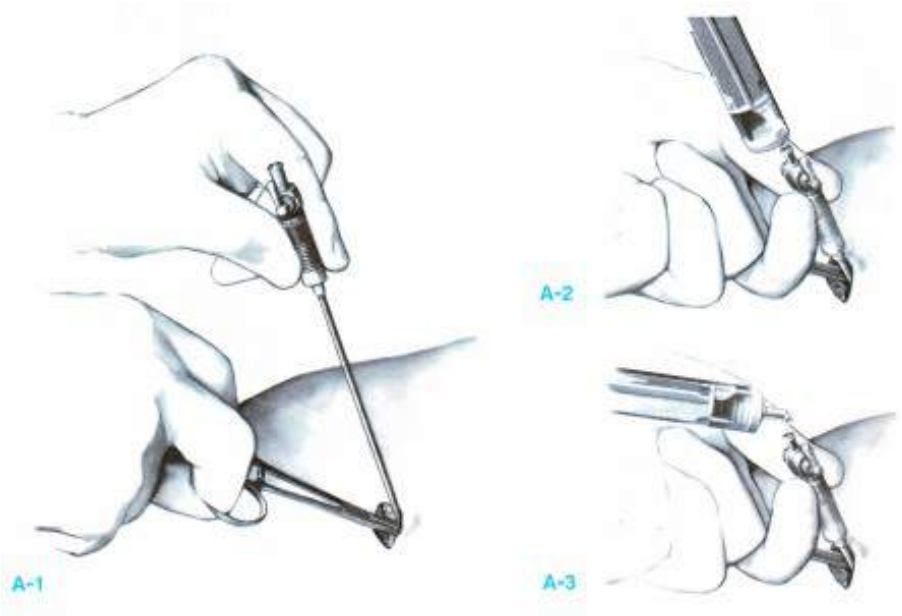
Լապարասկոպիկ վիրաբուժություն

Պնևմոպերիտոնեումի իրականացում

Պնևմոպերիտենոումը իրականացվում է Վերեշի ասեղով կամ բաց եղանակով: Վերջինս առավել նախընտելի է և նվազագույնի է հասցնում հնարավոր վնասումները բարակ ասեղի կիրառման ժամանակ: Սակայն ճարպակալած հիվանդների մոտ ցուցված է օգտագործել Վերեշի ասեղը, քանի որ հաստ ենթամաշկային բջջանքը նրանց մոտ թույլ չի տալիս 1-2 սմ-ոց կտրվածքով հասնել ապոնևրոզին:

Մուտք Վերեշի ասեղով

- Կատարվում է մաշկի հատում /սովորաբար միջին գծով, պորտի տակ/ և ենթամաշկի բութ դիսսեկցիա:
- Կեռիկներով կամ Կոխերի սեղմիչներով բռնվում է ապոնևրոզն ու բարձրացվում դեպի առաջ (Ա-1):
- Վերեշի ասեղը մտցնելուց առաջ անհրաժեշտ է համոզվել, որ այն սարքին է:
- Ասեղը մտցվում է որովայնի պատի մեջ 90^0 անկյան տակ: Երբ նախազսպանակային մանդրենը ապոնևրոզի միջով անցնում է որովայնի խոռոչ, սովորաբար լսվում և զգացվում են երկու չրխկոցներ:
- Ֆիզիոլոգիական լուծույթի /3մլ/ ներմուծման ժամանակ դիմադրության բացակայությունը (Ա-2) և «կախված կաթիլի» հետագա փորձը /որովայնի պատը վեր բարձրացնելիս ասեղի պոչին դրված կաթիլը ներծծվում է ասեղի մեջ/ (Ա-3) ապացուցում են ասեղի ներորովայնային տեղակայումը:



- Երբ պնևմոպերիտոնեումի ընթացքում որովայնի խոռոչում ճնշումը հասնում են 13-15 մմս.ս., Վերեշի ասեղը դուրս է բերվում և նույն կտրվածքով կուրորեն մտցվում է սրածայր տրոակար, տեսախցիկի տրոակարը տեղադրելու համար:

Բաց մուտք

- Կատարվում է մաշկի կտրվածք /սովորաբար միջին գծով, պորտի տակ/ և ենթամշակայի հյուսվածքների բութ դիսսեկցիա:
- Հատվում է ապոնևրոզը /1-2սմ/, որովայնի պատը բարձրացվում ու մկրատով հատվում է որովայնամիզը: Հետագայում տրոակարը ամրացնելուցդրվում են երկու մաշկային կար (Ա-1):
- Որովայնի խոռոչ ներթափանցումը հաստատվում է վերքի մեջ մատը մտցնելով:
- Տեսախցիկի համար մտցված բութ վերջույթով տրոակարը կարելի է երկու կարով ամրացնել (Ա-2):

A-1

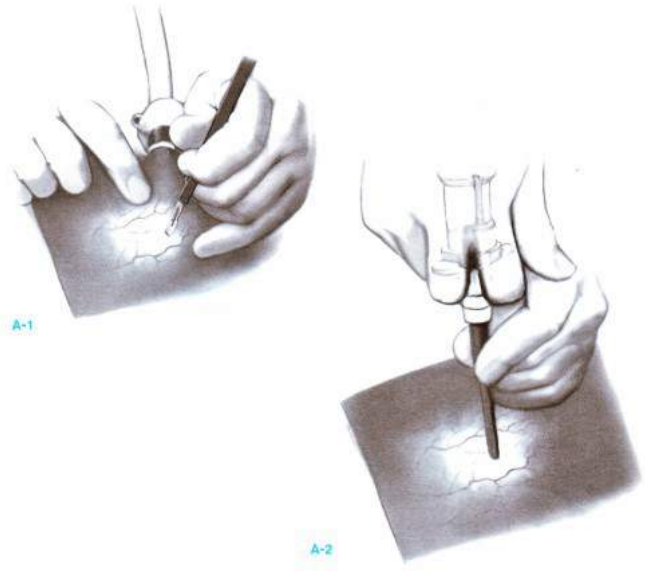
A-2

Հավելյալ տրոակարների տեղադրումը

Աշխատանքային պոռտերի տեղակայումը պայմանավորված են՝ պլանավորված վիրահատությամբ, վիրաբույժի նախասիրություններով, հիվանդի կառուցվածքով, սպիներով /եթե նրանք կան/, տարած վիրահատություններից հետո առաջացած ներորովայնային կպումներով:

Փ ու լ ե ր ը

- Մաշկի կտրվածքի չափերը պետք է մանրակրկիտ պլանավորվեն: Շատ փոքր կտրվածքը, առաջացնելով շփում մաշկի ու պոռտի միջև, վերջինիս տեղադրման համար պահանջում է ավելի շատ ուժ, բարձրացնելով չղեկավարվող պունկցիայի ռիսկը: Շատ մեծ կտրվածքը նպաստում է գազի արտահոսքին:
- Մաշկի տրանսիլյումինացիան օգնում է խուսափելու խոշոր անոթների վնասումից (Ա-1):
- Տրոակարը ներդրման ժամանակ նպատակահարմար է պահել ցուցամատի ու միջին մատի միջև: Որովայնի պատի միջով առաջացման ընթացքում տրոակարի առանցքաձողը հարկավոր է մյուս ձեռքով պահել (Ա-2):



Վերքի փակման ընդհանուր սկզբունքները՝

- Կարաթելի ու վերքի երկարության հարաբերությունը պետք է լինի 4:1-ի:
- Ապոնևրոզի փակման ժամանակ պետք է խուսափել թելի հավելյալ ձգումից, ինչը կարող է խախտել վերքի եզրերի արյան մատակարարումը:
- Ապոնևրոզի հետին պատը և նրա առաջային թերթիկը պորտից ներքև կարվում են որպես առանձին շերտեր:
- Ասեղը պետք է բռնել գործիքի ծայրով:

Միջային որովայնահատում՝

- Ապոնևրոզը, որովայնամիզի հետ կամ առանց նրա, անընդհատ եղանակով կարվում է մոնոֆիլամենտ ներծծվող թելով /օրինակ օղակավոր PDS-ով կամ օղակավոր Maxon-ով/:
- Ենթամաշկային ճարպաշերտը չի կարվում, դրենավորում կիրառվում է հազվադեպ:
- Ցանկալի է մաշկը կարել անընդհատ եղանակով, ներմաշկային ներծծվող մոնոֆիլամենտ թելով /օրինակ, Maxan 5-0/ կամ մեխանիկական կարով:

Ենթակողային կտրվածք՝

- Ի տարբերություն միջային որովայնահատման, ապոնևրոզը կարվում է երկու շերտով:

Տրոակարային վերքերի փակում՝

- Պոռտերը հեռացվում են անմիջական տեսողական հոսկողության տակ, անցքերից արյունահոսության բացակայությունը ստուգվում է 10 վայրկյան պոռտերի տեղադրման շրջանին հետևելով,
- 5մմ-ից ավելի մեծ տրամագիծ ունեցողբոլոր ապոնևրոտիկ դեֆեկտները փակվում են ներծծվող կարով /օրինակ, Vierylo/,
- Մաշկը կարվում է առանձին մատրացային կարերով /օրինակ, Dermalon 4-0/ կամ սկոբաներով:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- Վիրաբույժը, մինչև վիրահատական դաշտը ծածկելը, պետք է անձամբ ստուգի հիվանդի ճիշտ դիրքն ու վերջույթների պաշտպանության հուսալիությունը;
- Վիրահատությունից առաջ կտրվածքի տեղի նշագրումը կանխում է նրա ոչ ճիշտ տեղակայումնու հարմար է սովորելու ընթացքում;
- Կտրվածքը միշտ պետք է լինի բավարար մեծության, ապահովելու համար վիրահատական դաշտի լավ դիտարկումը, ինչպես նաև անվտանգ ու արդյունավետ գործողությունները;
- Խուսափեք վերքի եզրերի հավելյալ ձգումից, ինչը կարող է խանգարել նրա հետագա լավացմանը;
- Տրոակարները տեղադրեք, վիրահատության պահանջներին ու հիվանդի կառուցվածքին համապատսխան /օրինակ՝ ճարպակալման ժամանակ/;
- Արյունահոսության բացառման համար անհրաժեշտ է 10 վարկյանից ոչ պակաս դիտարկել տրոակարի տեղադրման շրջանը:

ՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ԷՔՍՊՈԶԻՑԻԱՅԻ ՍԿԶԲՈՒՆՔՆԵՐԸ

Ներածություն

Նշակետային օրգանի համարժեք էքսպոզիցիան կարևոր նախապայման է հանդիսանում ամեն մի վիրահատության համար: Օպտիմալ էքսպոզիցիայի հասնելու համար պահանջվում է տարաբնույթ լայնիչների կիրառում և որոշակի ժամանակի կորուստ: Կապված նվազագույն ինվազիվ վիրաբուժության ներդրման հետ, էքսպոզիցիայի հիմնարար սկզբունքները ենթարկվել են վերանայման: Նշենք նաև, որ փոփոխվել են միայն վիրահատական մուտքի եղանակները, մինչդեռ վիրահատության իրականացման տեխնիկան հիմնականում մնացել է անփոփոխ:

Լապարասկոպիկ միջամտությունների ժամանակ էքսպոզիցիան, ի տարբերություն բաց վիրաբուժության, ապահովվում է հիմնականում հիվանդի դիրքով և տրոակարների տեղակայումով: Ռետրակցիոն համակարգերը, այս միջամտությունների դեպքում, ունեն ավելի քիչ կարևորություն:

Լայնիչների համակարգերը

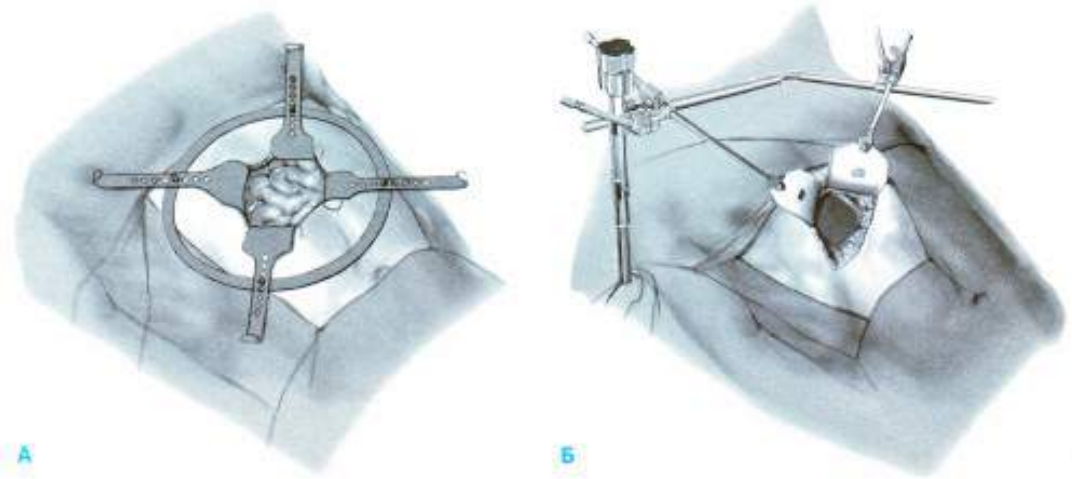
Լավագույն վիրաբուժական էքսպոզիցիայի համար վերքի լայնացման համակարգը պետք է համապատասխանի հետևյալ պահանջներին, ապահովելով՝

- ✓ որովայնի խոռոչի լայն անսահմանափակ տեսադաշտ,
- ✓ լայն մոտեցում նպատակային օրգանին,
- ✓ վիրահատական դաշտի հավելյալ լուսավորման հնարավորություն,
- ✓ որովայնի պատի ու շրջակա օրգանների կայուն ռետրակցիա,
- ✓ հյուսվածքների փափուկ ռետրակցիա, կանխարգելելով տեղային իշեմիան,
- ✓ կիրառում տարբեր իրավիճակներում /տարբեր հիվանդներ, տարբեր կտրվածքներ և այլն/,
- ✓ որովայնի պատի տեղաշարժման համար տարբեր տիպի հավելյալ հարմարանքների կիրառման հնարավորություն:

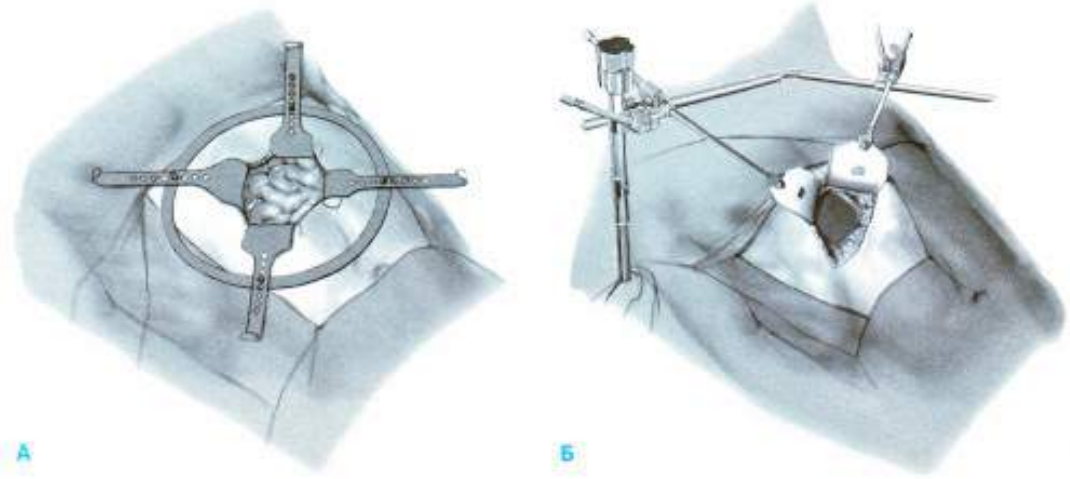
Տարբեր լայնիչների հիմնական թերությունը՝ վիրահատական անձնակազմի կողմից ազատ «ձեռքերի» կորուստն է: Աշխատանքային տարածքի ստեղծման համար օգտագործվում են ինքնապահող լայնիչներ:

Ներկայումս կիրառվում են երկու տիպի ինկնապահվող լայնիչներ.

1. Փակ օղով լայնիչներ – օղակային համակարգը ինքնուրույն կայունանում է բացման համար տարբեր սարքերի ձգման փոխանցումից և չի պահանջում վիրահատական սեղանին պարտադիր ամրացում /օրինակ Կիրշների լայնիչը, Ա/: Լավագույն էքսպոզիցիան ստացվում է երբ յուրաքանչյուր ձգող սարք տեղադրվում էանիմիջապես մյուսի դիմացը, էքսպոզիցիայի և ֆիքսացիայի բարելավման նպատակով ֆիքսացիոն օղը վիրահատական սեղանին:



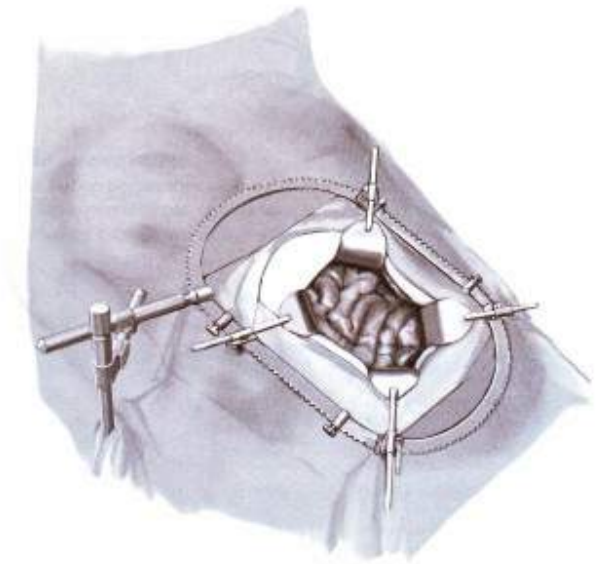
2. *Ջողային լայնիչներ* - սրանք պետք է ամրացվեն վիրահատական սեղանին: Նման լայնիչները թույլ են տալիս ստանալ ասիմետրիկ էկսպոզիցիա /օրինակ, Թոմփսոնի լայնիչը, Բ/:



Թոմփսոնի լայնիչ - լայնացման համար այս խիստ կայուն համակարգի հիմնական մասնիկներ են հանդիսանում՝ վիրահատական սեղանին ձողի ամրացնող սարքը, երկու առանցքաձողեր և տարբեր լայնիչ թիակներ, որոնք ամրացվում են պահող ձողին: Այս սարքը հարմար է միա- կամ երկկողմանի ենթակողային կտրվածքների համար, որոնք հաճախ կիրառվում են հեպատոբիլիար վիրահատությունների ժամանակ, որոնց պարագայում պահանջվում է լայնացում հիմնականում գլխամասային ուղղությամբ կամ դեպի առաջ: Որովայնի ստորին հատվածների էքսպոզիցիան սահմանափակ է: Որպես հավելյալ հարմարանքներ առկա է շեղբերի ու թիակների լայն տեսականի:

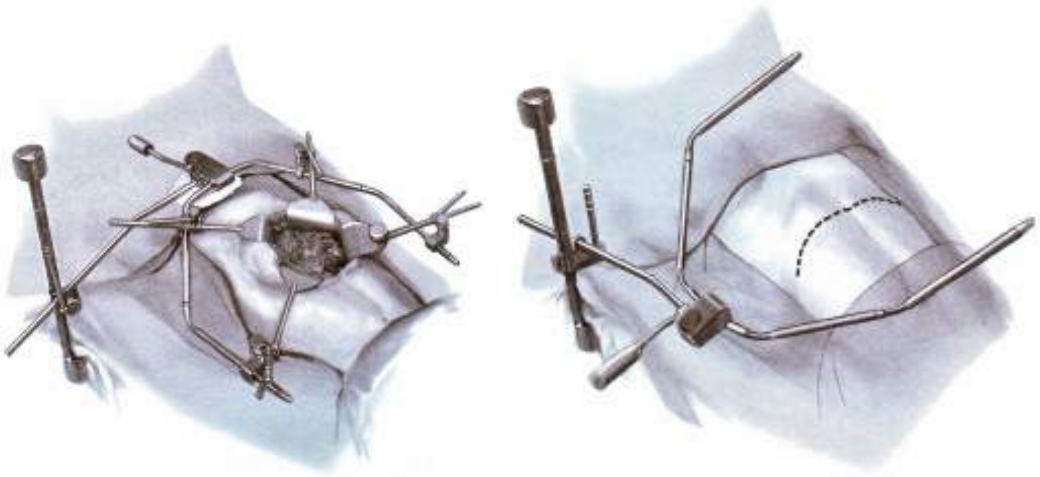
Բուկուոլտերի լայնիչ - Այս համակարգի հիմնական մաս է հանդիսանում վանդակը /փակ օղ/, որը ամրացվում է վիրահատական սեղանի ձողին: Վանդակին կարող են միացվել տարբեր լայնացնողհարմարանգներ, ինչպիսին են շեղբերն ու թիակները: Բուկուոլտերի համակարգը

կիրառվում է ինչպես երկայնակի, այնպես էլ լայնակի կտրվածքների ժամանակ: Չնայած այն հանգամանքին, որ լայնիչի ապահով տեղադրումը պահանչում որոշակի մարզվածություն, այնուամենայնիվ հստակ հարմարեցումը ստացվում է 3 հարթություններով: Մաքրումն ու ախտահանումը ևս բավականաչափ աշխատատար է համակարգի բարդ մասնիկների հետևանքով:

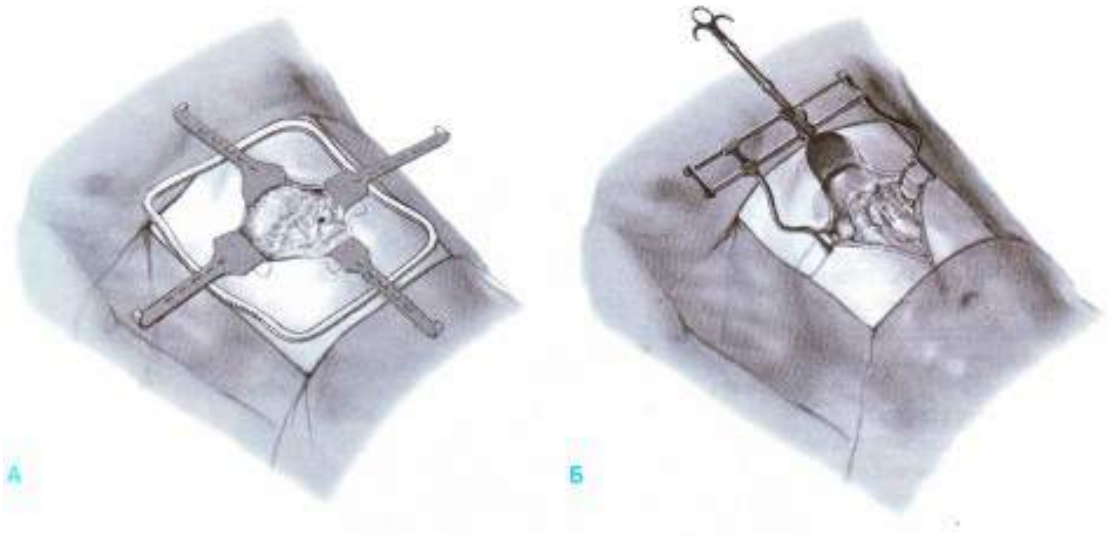


Ռոշարի լայնիչ – իրենից ներկայացնում է մեկ շեղբով սարք, որը հիմնականում կիրառվում է ստամոքս-աղիքային տրակտի վերին հատվածների վիրաբուժությունում: Մեծ կիսակլոր շեղբը բացազատում է որովայնի պատը և ամրանում է վիրահատական սեղանին ամրացվող ձողին: Նրա հիմնական բացասական կողմը միակողմանի ձգումն է և այն որ որովայնի պատը մնում է ոչ բավարար բարձրացած:

OmniTract – չնայած, որ այս լայնացման համակարգի տեղադրման համար պահանջվում զգալի ճշտություն, նրա կիրառումը հնարավորություն է տալիս ստանալ լավագույն մուտք հիմնական օգտագործվող կտրվածքներից: Բաց վանդակի համակարգը հեշտությամբ վերածվում է փակ օղի և կարող է լայնորեն կիրառվել ներորովայնային ու հետորովայնամզային վիրահատությունների ժամանակ: Խնամքն ու մաքրումը շատ բարդ չէ: Նկարը ցուցադրում է երկայնակի /Ա-1/ ու լայնակի /Ա-2/ որովայնահատումը Omnitract համակարգի օգտագործմամբ:



Կիրշների, Բալֆուրի, Օ՝Սալլիվան-Օ՝Քոնների լայնիչները /Ա,Բ/ – Քիրշների վանդակն /Ա/ ու Բալֆուրի ռետրակտորը /Բ/ հանդիսանում ենլավագույն օրինակըայն համակարգերի, որոնք չեն պահանջում որևէ ամրացում վիրահատական սեղանի ձողին: Սակայն ստացված լայնացման կայունությունը կարող է լինել անբավարար, իսկ ուժի ներդրումը ուղղահայաց հարթությունում անհնար է: Նման համակարգերը լայնորեն կիրառվում են, հեշտ հասանելի են և նախընտրելի այն դեպքերում, երբ անհրաժեշտ է միայն կողմնային էքսպոզիցիա:



*լապարասկոպիկ վիրաբուժությունում*կիրառվող լայնիչներ– չնայած որ որովայնի պատը պնևմոպերիտոնեումի ժամանակ բարձրանում է , ներորովայնային էքսպոզիցիան հիմնականում ստացվում է հիվանդի դիրքով և տրոակարների տեղադրմամբ:Գոյություն ունեն մի քանի սարքեր, որոնք կարող են կիրառվել լյարդի տեղաշարժման համար ստամոքս-աղիքային համակարգի վրա վիրահատությունների ժամանակ, ինչպիսին են լապարասկոպիկ ֆունդոպլիկացիան, ստամոքսային շունտավորումը կամ ադրենալէկտոմիան:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- Լավագույն օգտագործման նպատակով, անհրաժեշտ է տեղյակ լինել և առավելագույնս ծանոթ լինել տարբեր լայնիչների, դրանց դրական և բացասական կողմերի հետ:
- Դանդաղ, քայլ առ քայլ լայնացումը կանխարգելում է կողերի կոտրվածքը և նվազեցնում է հետվիրահատական ցավը;
- Երկարատև վիրահատությունների ժամանակ ռետրակցիայի պարբերական թուլացումըկանխարգելում է տեղային իշեմիկ բարդությունները:

ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԿԱՐՈՂ ԳՈՐԾԻՔՆԵՐ

Ներածություն

Ժամանակակից ստամոքս-աղիքային վիրաբուժությունում կարող գործիքները, հատկապես նվազագույն ինվազիվ միջամտությունների ներդրումից հետո, դարձել են ստանդարտ միջոցներ: Այդ իսկ պատճառով գործիքների և նրանց օգտագործման ձևերի մասին բժիշկը պետք է տեղեկանա վիրաբուժական մասնագիտացման վաղ շրջանում:

Նախապատմությունը

1909թ. Hultl-ը /Բուդապեշտ/, հիմնվելով մեխանիկական կարի գլխավոր սկզբունքների վրա, նախագծեց առաջին գծային կարող գործիքը գաստրեկտոմիաների ժամանակ ստամոքսի ծայրատի փակման համար: Կապված գործիքի քաշից ու չափերից, նրա հետ աշխատելը դժվար էր: Մեկ այլ հունգարացի վիրաբույժ Petz-ը, ինչպես նաև Friedrich-ն ու Neuller-ը Գերմանիայից,

անցած դարի 20-ական թվականներին ստեղծեցին ավելի հարմար ու թեթև կարող գործիք: Երկրորդ Համաշխարհային պատերազմից հետո Սովետական կառավարությունը, վիրաբույժների պակասի հետ կապված, խթանեց տարբեր մեխանիկական սարքերի մշակման գործընթացը, հույս ունենալով օգնել փորձի պակաս ունեցող մասնագետներին: Այն բերեց ստամոքսի ու աղիքի մասնահատումների համար տարբեր գծային ու ցիրկուլյար կարող գործիքների նախագծմանը:

Անցած դարի 60-ական թվականներին ամերիկյան վիրաբույժ Ravitch-ը այդ գործիքները բերեց Միացյալ Նահանգներ, որտեղ կենտրոնացան դրանց բարելավման գործին, նպատակ ունենալով բարձրացնել գործիքների հուսալիությունն ու հարմարավետությունը: Ինժեներների հետ միասին նրա կողմից մշակվեցին երկու գծով շախմատաձև կարգով տեղակայված սկոբաներով, տարբեր երկարություն ունեցող պլաստիկ փոփոխվող քարտրիջներ: Ի շնորհիվ այս աշխատանքների, միանվագ օգտագործման կարող գործիքները անցած դարի 70-ական թվականներից սկսած մեծ կիրառություն ստացան ամբողջ աշխարհում:

Նվազագույն ինվազիվ վիրաբուժության հաջողությունները վերջին 10 տարիների ընթացքում նպաստեցին փոքր կարող գործիքների մշակմանը, որոնք ներկայումս կիրառվում են տարբեր հիվանդությունների վիրահատական բուժման ժամանակ:

Մեխանիկական կարող գործիքների տեսակները

Ներկայումս, բաց և լապարասկոպիկ վիրաբուժությունում օգտագործվում են 3 տիպի մեխանիկական կարող գործիքներ:

Ինչպես ներկայացված է ներքևում, մեխանիկական կարի սկզբունքներն ու նախադրյալ պայմանները շատ քիչ են փոփոխվել

⇒ *Հյուսվածքների մեխանիկական միացման սկզբունքները*՝

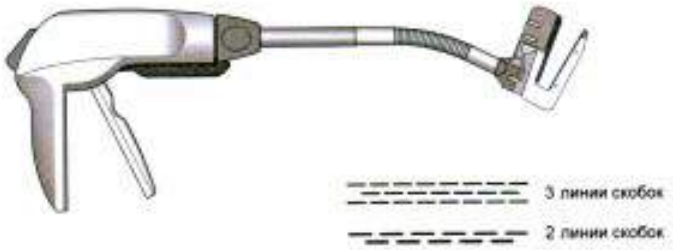
- հյուսվածքների սեղմում,
- հյուսվածքների կարում մետաղական լարի օգնությամբ,
- B-ա ձև փակ սկոբա,
- սկոբաները կարի գծով տեղակայում շախմատային կարգով:

⇒ *վիրաբուժական մեխանիկական կարիպայմանները*՝

- համարժեք լուսանցքի ստեղծում,
- հյուսվածքների համարժեք անոթավորման պահպանում,
- համադրվող հյուսվածքների ձգվածության կանխում,
- անբավարարության ու խուղակների զարգացման կանխում,
- բավարար հեմոստազի ապահովում,

- մեխանիկական ապահովություն / կարող գործիքների միատեսակություն:

Գծային կարող գործիք կամ TIA-կարիչ /Transverse Anastomosis Stapler/ լայնակի բերանակցումների կարիչ/:

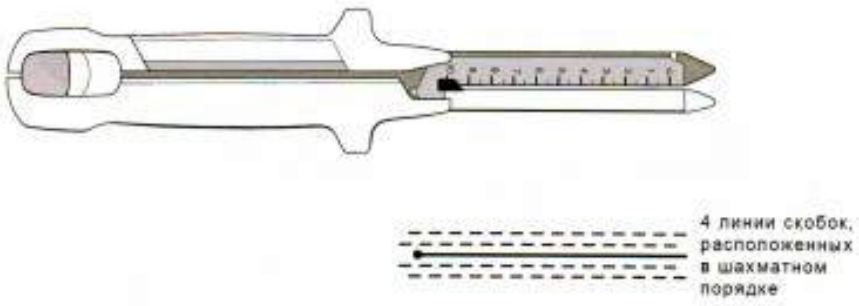


Հիմնականում օգտագործվում են խոռոչավոր օրգանների հատման ու փակման համար: Կան նաև անոթային գծային կարող գործիքներ: Ցանկալի է օգտագործել սկոբաների ֆիքսված երկարության ստեպլերներ:

Սկոբաների բարձրությունը անոթային կարերի համար հավասար է 2.5մմ, չփոփոխված աղիքային պատի համար-3.5մմ, ստամոքսի կամ հաստացած հյուսվածքներ համար-4.8մմ:

Գծային հատիչ կամ կարող գործիք GIA /Gastrolnetestinal Anastomosos/ ստամոքս-աղիքային բերանակցում:

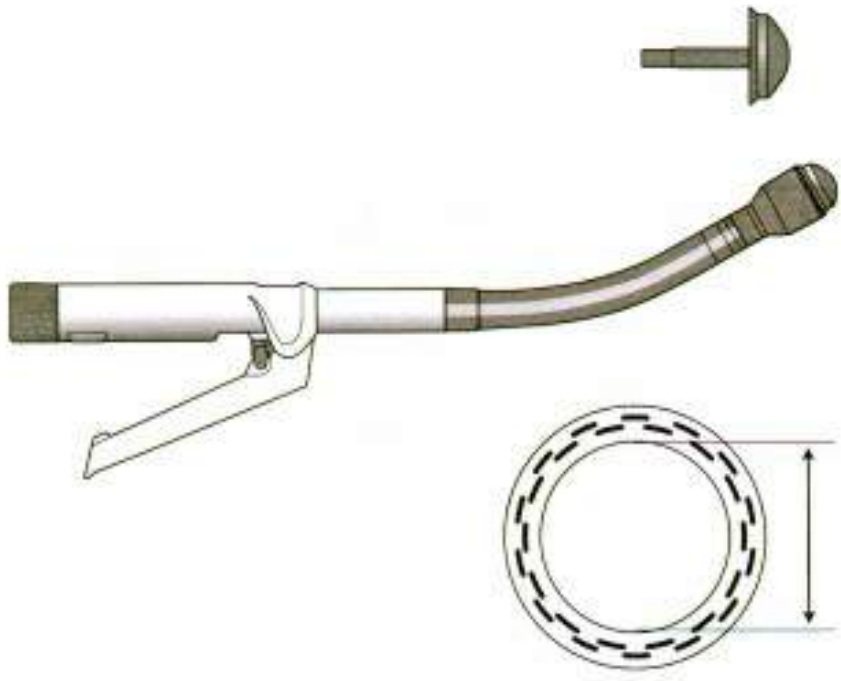
Սրանք ունենալով իրենց մեջ կտրող սարք կարող են կարելով միաժամանակ հատել խոռոչավոր օրգանը կամ իրականացնել “կողքը-կողքին” բերանակցում /Ա/:



Նվազագույն ինվազիվ վիրաբուժության համար առաջարկվել են հատուկ կառուցվածքի կարող սարքեր /Բ/: Մասնավորապես տրոակարների անկյունային շեղման կոմպենսացիայի համար սարքերը հավելվել են շարնիրային գլխիկներով:

Ցիրկուլյար կարող գործիք

Նման գործիքները կիրառվում են “ծայրը-կողքին” կամ “ծայրը-ծայրին” բերանակցումներ ձևավորելու համար: Նրանք թույլ են տալիս դնել երկշարք սկոբաներ, տեղակայված շախմատային կարգով, իսկ դանակը հատում է դրված սկոբաներից ներս: Սկոբաների բարձրությունը ընտրվում է կախված կարվող հյուսվածքների հաստությունից:



Սկոբաների տեսակները

Կասետաները լիցքավորելու համար առավել հաճախ կիառում են ուղղանկյուն ձևի սկոբաներ: Նրանք փակվելու ու սեղմվելու ժամանակ ընդունում են B տառի ձև: Մի կողմից նման ձևի սկոբաները թույլ են տալիս ստանալ միացվող հյուսվածքների պինդ հպում, իսկ մյուս կողմից՝ պահպանել նրանցում բավարար արյան մատակարարում:

Առանձին տեսակի սկոբաների համեմատականը

Կասետայի տեսակը	Անոթային	ստանդարտ	հաստ հյուսվածքի համար
գույնը	սպիտակ	կապույտ	կանաչ
սկոբայի բարդությունը	ֆիկսված	ֆիկսված	ֆիկսված
մինչև B-ձև ստանալը	2.5մմ	3.5մմ	4.8մմ
B-ձև ստանալուց հետո	1.0մմ	1.5մմ	2.0մմ
կիրառման տեղը	բարակ հյուսվածքներ արյամբ լավ մատակարարվող հյուսվածքներ անոթներ ենթաստամոքսային գեղձ լյարդ	կերակրող բարակ աղի հաստ աղի թոք - - -	- - - - - -

Տեխնիկական ասպեկտներ

Եթե կարող գործիքների կիառման սկբնական շրջանում օգտագործվում էին արծաթից ու պողպատից սկոբաներ, ապա ժամանակակից կարի տեխնոլոգիաներում օգտագործում է տիտանը, որը ունի լավագույն բիոհամատեղելիություն և շատ քիչ արտեֆակտներ է առաջացնում ՀՇ-ի և ՄՌՇ իրականացման ժամանակ: Բացի այդ, տիտանի վրա չեն ազդում ստամոքսի մագնիսական դաշտերը, իսկ նրա ջերմաստիճանը ՄՌՇ ընթացքում շատ չնչին է բարձրանում: Սրա շնորհիվ սկոբաների հաստությունը նվազեցվել է մինչև 0.2-0.3մմ:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- Վիրաբույժը պետք է լավ կողմնորոշվի կարող սարքերի տարբեր ձևերի միջև: Գործիքի հետ սխալ վարմունքն ու կարիչի ոչ ճիշտ գործարկումը՝ մնում են նրանց անհաջող կիրառման հիմնական պատճառներ:
- Կարող գործիքը չի կարելի օգատգործել իշեմիայի ենթարկված, նեկրոզված, զգալի այտուցված ու բորբոքված հյուսվածքների վրա, քանի որ նման իրավիճակներում հյուսվածքների անվնաս փակումն ու բերանակցման ձևավորումը անհնար է:
- Ստեպլերի կիրառումից առաջ անհրաժշետ է հեռացնել ճարպային հյուսվածքը, տեղակայված շճային մակերեսների վրա:
- Անբավարարության ու որովայնաբորբի կանխարգելման համար անհրաժեշտ է ստուգել յուրաքանչյուր ստեղծված բերանակցման հերմետիկությունը:

ԴՐԵՆԱՎՈՐՄԱՆ ՍԿԶԲՈՒՆՔՆԵՐԸ

Ներածություն

Դրենաժները նախատեսված են ներորովայնային կուտակումների հեռացման համար և կիրառվում են ախտորոշիչ, կանխարգելիչ և բուժական նպատակներով: Որովայնի վերին հատվածի օրգանների վիրաբուժությունում ախտորոշիչ դրենաժները հիմնականում տեղադրվում են ներորովայնային կուտակումների արագ հայտնաբերման համար: Նրանք հազվադեպ են մնում իրենց տեղում և, այդ իսկ պատճառով, չունեն մեծ նշանակություն: Մյուս կողմից կանխարգելիչ դրեաժները տեղադրվում են վիրահատության վերջում՝ հիմնականում երկու նպատակներով.

- հեղուկի հեռացման ու նրա ագրեսիվ ազդեցության վերացման՝ օրինակ, պանկրեատիկ հեղուկի կամ լեղի,
- հեղուկային կուտակումների ինֆեկցման ու հետագա թարախակույտի առաջացման կանխարգելման:

Կանխարգելիչ դրենաժները օգնում են հայտնաբերել այնպիսի վաղ հետվիրահատական բարդություններ, ինչպիսիք են՝ ներորովայնային արյունահոսությունը կամ բերանակցման անբավարարությունը: Եթե որովայնի հեղուկի կուտակումը ինֆեկցիվում է և զարգանում է թարախակույտ, պահանջվում է նրա բուժական դրենավորում, մաշկի միջով կամ կրկնակի վիրահատության ընթացքում,

Դրենավորման ձևերը

Դրենաժները պայմանականորեն կարող են բաժանվել պասսիվ և ակտիվ համակարգերի: *Պասսիվ դրենաժները* – ինչպիսին են Պենրոուզի դրենաժը /A-1/ կամ Easy Flow տիպի սարքերը /Ա-2/ նպաստում են հեղուկի դուրսբերմանը, ստեղծելով բնական արտահոսք, ճնշման գրադիենտի ուղղությամբ: Նրանց համար, որովայնի պատում ստեղծված անցքերը պետք է լինեն բավական լայն, քանի որ պասսիվ դրենաժների պատերը կարող են նստել: Հաճախ նրանք խցանման հետևանքով դադարում են գործել և հանդիսանալով բաց համակարգեր՝ ունեն հետընթաց ինֆեկցիայի զարգացման պոտենցիալ վտանգ:

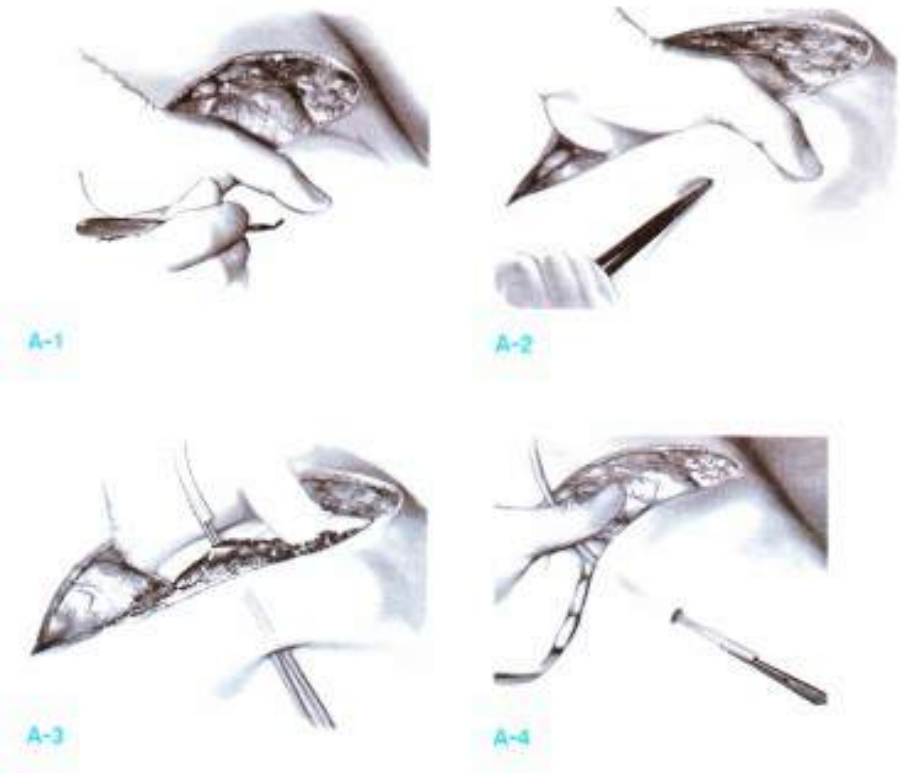
*Ակտիվ դրենաժները,*ի տարբերություն պասսիվների, գործում են ճնշման բացասական գրադիենտի հաշվին: Սովորաբար դրանք սիլիկոնայն ռենտգենդրական Ջեկսոն-Պրատտի / A-1/ և Բլեյկի / A-2/դրենաժներն են:

Չկպչող դրենաժները -երկլուսանցքանի խողովակներ են մեծ անցքով հեղուկի հեռացման և փոքրով՝ օդի մուտքի համար: Մեծ խողովակով օդի ներհոսքը թույլ է տալիս դրենավորող խողովակներում պահպանել ճնշման գրադինենտը, խուսափել դրենաժի անցքերը շրջապատող հյուսվածքների մշտական խցանումներից՝ թույլ տալով պահել դրենաժը աշխատանքային վիճակում: Սրանք օգտագործվում են հիմնականում, երբ անհրաժեշտ է հեռացնել մեծ քանակի հեղուկ: Նման դրենաժների թույլ կողմը փոքր խողովակի հնարավոր խցանումն է, ինչի կանխարգելման համար նրա միջով կարելի է ներմուծել լվացող հեղուկ:

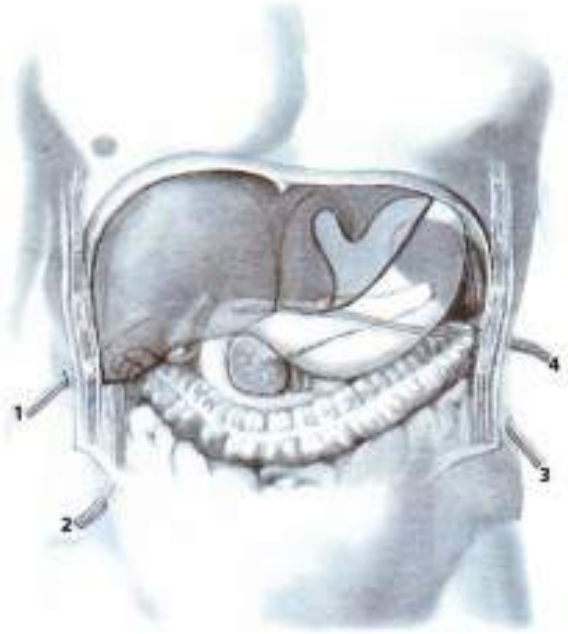
Լրիվ դրենաժային համակարգում - բացասական ճնշումը պահում է դրենաժին “հերմետիկ” ամրացնելով սեղմվող տանձիկ, այդպիսով նվազեցնելով հետընթաց ինֆեկցիայի զարգացման վտանգը:

Պրոֆիլակտիկ /կանխարգելիչ/ դրենավորում

Դրենաժային անցքը մաշկի վրա բացվում է նշտարով /Ա-1/: Անցքի մեջ մտցվում է Միկուլիչի սեղմանը /Ա-2/ ու թեք ուղղությամբ ծակվում է որովայնի պատը: Մյուս ձեռքը ներսից պահում է որովայնի պատը /Ա-3/, պաշտպանելով աղիները վնասումից: Նման եղանակով ստեղծվում է թունել, որը չի խախտում որովայնի հերմետիկությունը: Սեղմիչի բրանշներով բռնվում է դրենաժի ծայրը և որովայնի պատի միջով անցկացվում դեպի դուրս /Ա-4/: Որոշ վիրաբույժներ նախընտրում են թունելը ստեղծել ներսից դուրս, ներքաշելով դրենաժը դեպի որովայնի խոռոչ: Գործողության ավարատին դրենաժն ամրացվում է մաշկին և դրենաժային խողովակը միացվում արտածծիչ սարքին:



Կանխարգելիչ դրենավորումը կիրառվում է որովայնի օրգանների վրա վիրահատական միջամտություններից հետո, շրջապատող հյուսվածքների համար վտանգ ներկայացնող թունավոր կամ ինֆեկցվելու մեծ ռիսկ ունեցող ներորովայնային հեղուկի հեռացման համար /եթե կա նրա կուտակում/: Նման միջավայր են հանդիսանում ասցիտիկ հեղուկը, արյունը, ավիշը, լեղին, պանկրեատիկ հյութը կամ աղիքային պարունակությունը: Այդ իսկ պատճառով դրենաժները դրվում են հեղուկի առավել հաճախ կուտակման տարածքներում՝ ենթալյարդային /1/, աջ ենաստոծանիական /2/, ձախ ենթաստածանիական /3/, հարպանկրեատիկ, կողմնային /4/ խողովակներում, փոքր կոնքի խոռոչ:



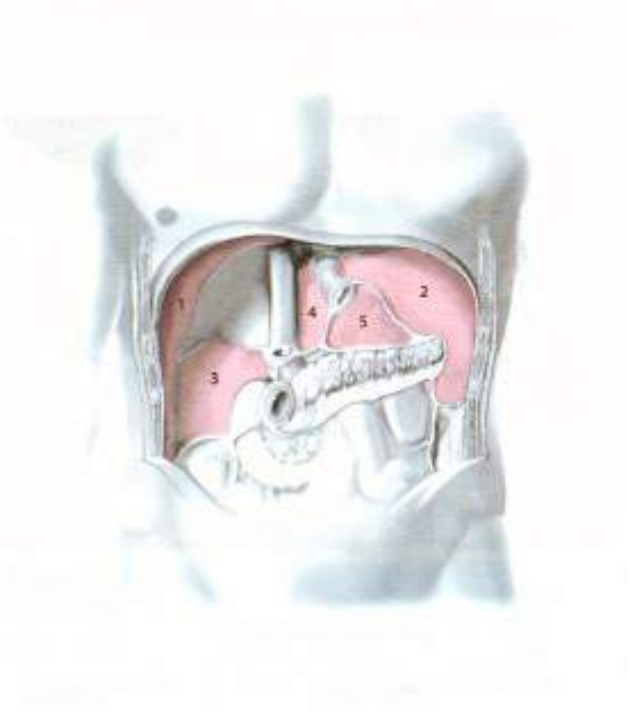
Բերանակցման ժամանակ դրենավորումը կիրառվում է հիմնականում բերանակցման անբավարարության վաղ հայտնաբերման համար: Պարկելախոցերից խուսափելու համար անհրաժեշտ է հետևել, որ դրենաժը տեղադրվի անբավարարության բարձր ռիսկ ունեցող բերանակցումից անվտանգ տարածության վրա՝ չշփվելով նրա հետ:

Չնայած նման դրենաժների կիրառումը հաճախ դիտարկվում է որպես բարդություններ կանխարգելող եղանակ, վերջին տարիներին նրանց կիրառման անցանկալի հետևանքների հետ կապված հաղորդումները զգալի աճել են: Հատկապես նշվում է նրանց դերը հետադարձ ինֆեկցիայի զարգացման գործում: Այդ իսկ պատճառով ներկայումս այս եղանակի կիրառումը միշտ չէ, որ ընդունվում է միանշանակ:

Ապացուցողական հետազոտությունների վրա հիմնված առաջարկներ
կապված կանխարգելիչ դրենավորման կիրառման հետ

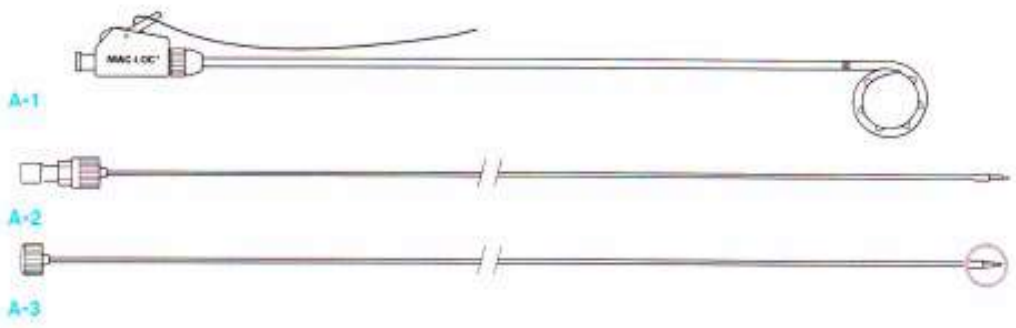
Տեղակայում	Վիրահատություններ	Առաջարկներ
Լյարդ, լեղուղիներ, ենթաստա-մոքսային գեղձ	լյարդի մասնահատում, առանց բիլիո-դիգեստիվ բերանակց-ման	առանց դրենավորման
	խոլեցիստէկտոմիա / բաց, լապարասկոպիկ/	առանց դրենավորման
	ենթաստամոքսային գեղձի մասնահատում	առանց դրենավորման
	բիլիո-դիգեստիվ բերանակ-ցում	չի գնահատվել
Ստամոքս-աղիքային խողովակի հատվածներ	կերակրափողի մասնահատում	ներկրծքային դրենաժներ բոլոր դեպքերում
	գաստրէկտոմիա	դրենավորում
	ստամոքսի դիստալ մասնա-հատում	առանց դրենավորման
	ստամոքսային շունտավորում ըստ Ռու-ի բերանակցումով	չի գնահատվել
	տասներկումատնյա աղու թափածակման ժամանակ դուոդենոտոմիա, ճարպոնով տամպոնավորում	առանց դրենավորման

Բուժական դրենավորում՝ հեղուկի կուտակման համար որովայնի խոռոչի բարենպաստ շրջաններում: Ինֆեկցված հեղուկի կուտակումները, ինչպիսին են թարախակույտերը և ինֆեկցված բիլիոմաները հանդիսանում են լավ ծանոթ բարդություններ որովայնի վերին հատվածի վիրահատական միջամտությունների դեպքում, որոնց դրենավորումը իրականացվում ներվիրահատական կամ ռենտգենաբանական հսկողության տակ տեղադրված դրենաժներով: Թարախակույտերի զարգացման համար առավել հաճախ անատոմիական շրջաններ են աջ ենթաստոծանիական տարածությունը /1/, ձախ ենթաստոծանիական տարածությունը /2/, հեպատոռենալ փոսիկը կամ Մորիսոնի գրպանիկը /3/, ձախ ենթալյարդային տարածությունը /4/ և ճարպոնային գրպանիկը /5/, փոքր կոնքի խոռոչը:



Կատետերները

Որովայնի վերին հատվածների հեղուկային կուտակումների մեծ մասը հասանելի է (տեղային անզգայացմամբ, ասեպտիկ պայմաններում, քիչ ինվազիվ եղանակներով), մաշկի միջով դրենավորման համար: Գերձայնային կամ ՀՇ-հսկողության տակ մաշկի միջով դրենավորվումը իրականացվում է տրոակարով կամ Սելդինգերի եղանակով: Մաշկով դրենավորման համար տիպիկ կատետերներ են հանդիսանում MAC-ZOC-ը /Ա-1/, որոնք հնարավոր է ներդնել կանյուլյայի /Ա-2/ կամ մանդրենի /Ա-3/ օգնությամբ: Այս ինքնաամրացվող օղակաձև կատետերի մեծ օվալ կողմնային անցքը ծառայում է նրա դրենաժային հնարավորությունների ավելացման համար, իսկ ռենտգեն պոզիտիվ շերտը օգնում է որոշելու նրա դիրքը: Մանդրենը մտցվում է կատետերի լուսանցք և ուղղում նրա եզրի օղը, որը կատետերի տեղադրումից ու մանդրենի հանելուց հետո նորից վերականգնում է իր ձևը անհրաժեշտ դիրքով: Այս օղը բացառում է կատետերի անցանկալի տեղաշարժը:



Որոշ դեպքերում հեղուկի կուտակումը կարող է պահանջել վիրաբուժական դրենավորում որովայնի խոռոչի լվացում ու կրկնակի վիրահատական ստուգում:

Ինֆեկցված հեղուկի կուտակումների հեռացումը մաշկի միջով և վիրաբուժական դրենավորմամբ:

Մաշկի միջով դրենավորում	Վիրաբուժական դրենավորում
Մեկ կամերային կուտակում, թարախակույտ	Բազմակամերային կուտակում, թարախակույտ
Ցածր մածուծիկության դրենավորվող հեղուկ	Բազմակի իրար հետ չկապված կուտակումներ
Դրենաժային կապուղին չի անցնում որովայնային օրգանների միջով և չի մտնում կրծքավանդակ:	Դրենավորվող հեղուկի բարձր մածուցիկություն
	Մաշկի միջով դրենաժային կապուղին անցնում է ներորովայնային օրգանների միջով կամ մտնում է կրծքավանդակ:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- Որպեսզի նվազեցվի հետադարձ ինֆեկցիայի զարգացման վտանգը, կիրառեք փակ դրենաժային համակարգեր և տեղադրեք կարճ դրենաժներ:
- էրոզիաների կամ բերանակցման անբավարարության զարգացման կանխարգելման համար, դրենաժը տեղադրեք բերանակցմանը մոտ, բայց առանց նրանց անմիջական շփման:
- Մի հիմնվեք միային դրենաժից արտադրանքի բացակայության վրա: Այն կարող է լինել խցանված կամ սեղմված հարակից հյուսվածքներով:
- Պառկելախոցերի առաջացման կանխարգելման համար, աշխատեք ներորովայնային դրենաժները տեղադրել այնպես, որ դրենաժային խողովակը անմիջապես չհպվի արյունատար անոթների ու խոռոչային օրգանների հետ:

ՆԱԽԱՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ՆԿԱՏԱՌՈՒՄՆԵՐ ԿԱՊՎԱԾ ՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ՄԻՋԱՄՏՈՒԹՅԱՆ ՀԵՏ

Հիմնական նախավիրահատական հետազոտություններ

Ամեն մի վիրահատությունից առաջ կատարվում են մի շարք հետազոտություններ.

- պլանային վիրահատությունների դեպքում հիմնական լաբորատոր քննություններ են համարվում՝ արյան կլինիկական անալիզը, էլեկտրոլիտների մակարդակի որոշումը արյան մեջ, հեմոստազի ցուցանիշները, ՄԻԱՎ-թեստ:

- կրծքավանդակի ռենտգեն նկարահանում և 40-ն անց հիվանդների մոտ ԷԿԳ:

Կախված տարիքից, հիվանդության պատմությունից ու հիվանդի վիճակից կարող են պահանջվել հավելյալ հետազոտություններ:

Բացարձակ հակացուցումներ՝

- հիվանդի ոչ վիրահատելի վիճակ,
- չի ստորագրվել պլանային վիրահատություն կատարելու վերաբերյալ հիվանդի տեղեկացված համաձայնությունը (այն անհրաժեշտ է ստանալ վիրահատությունից 1 օր առաջ)

Հարաբերական հակացուցումներ՝

Նման հակացուցումներ ի հայտ են գալիս հիվանդությամբ պայմանավորված վիրահատական բուժման ծավալի և միջամտության ռիսկի միջև հակասությունների առկայության դեպքում: Նման անհամատեղելիությունը հաճախ պայմանավորված է տեղային ու ժամանակային գործոններով: Բացառապես *էնդոսկոպիկ միջամտություններին* վերաբերվող հակացուցումները անընդհատ վերանայվում են: *Ուռուցքաբանական վիրահատությունների* և *սեպտիկ վիճակների* դեպքում պետք է ցուցաբերել հավելյալ զսպվածություն:

Ընդհանուր տեղեկություններ հիվանդի համար ու նրա համաձայնությունը.

- ❖ Տեղեկատվություն բուժման ընթացքի, հոսպիտալացման տևողության, ինտենսիվ թերապիայի անհրաժեշտության, դրենաժների, ակտիվ համագործակցության, ֆիզիոթերապիայի անհրաժեշտության, շնչառական վարժությունների և այլ գործողությունների պայմանների վերաբերյալ:
- ❖ Համաձայնություն հոսպիտալացման ընթացքում մի շարք վնասակար սովորություններից հրաժարվելու վերաբերյալ՝ հատկապես ծխելուց (եթե անհրաժեշտ է համապատասխան գրառում մտցնել հիվանդության պատմության կամ համաձայնության ձևի մեջ):
- ❖ Ընդհանուր տեղեկություններ հիվանդի մասին և նրա համաձայնությունը կապված վիրահատության հետ:
- ❖ Վերքի լավացման բարդությունների և վիրահատություն տանելու համաձայնություն;
- ❖ Նախա- և հետվիրահատական արյունահոսության հնարավորություն:
- ❖ Ալոգեն արյան փոխներարկում, մինչ վիրահատությունը աուտոարյուն վերցնելու հավանականություն:
- ❖ Աղիքային կպումային անանցանելիության հավանականություն:
- ❖ Սպիի առաջացում / հետվիրահատական ճողվածքի հավանականություն:
- ❖ Հնարավոր թրոմբոէմբոլիկ բարդություններ:
- ❖ Լապարասկոպիկ վիրահատությունից հնարավոր անցում բաց միջամտության, ինչը չի համարվում բարդություն:

Վիրահատական ստանդարտներ.

Նախավիրահատական՝

- ⇒ թրոմբոզների կանխարգելում՝ կոմպրեսիոն գուլպաներ, հիվանդի վաղ ակտիվացում, հեպարինի նշանակում;
- ⇒ քննարկել նախավիրահատական հակաբակտերիալ կանխարգելման/բուժման հնարավորությունը և անհրաժեշտության դեպքում այն անցկացնել;

⇒ տրավմայից հետո պետք է հիշել փայտացման հնարավոր վտանգի մասին;
⇒ համոզվեք, որ հիվանդը ոչինչ չի կերել ու խմել վիրահատությունից ոչ պակաս քան 6 ժամ առաջ, իսկ ստամոքսի դուրս բերող հատվածի ստենոզի կամ աղիքային պարեզի պարագայում՝ ավելի առաջ; եթե կան կասկածներ պետք է տեղադրվի քիթ-ստամոքսային զոնդ;
⇒ չարորակ ուռուցքների վիրահատական բուժման ժամանակ պետք է հայտնել հյուսվածքաբանական լաբորատորիա շտապ հետազոտություններ անցկացնելու անհրաժեշտության մասին և ճշտել անհրաժեշտ է արդյոք նատիվ մակրոպրեպարատ ախտորոշումը հաստատելու համար (օրինակ՝լիմֆոմաների կամ սարկոմաների դեպքում),
⇒ եթե ցուցված է ու հասու պլանավորեք ներվիրահատական ճառագայթային թերապիա;
⇒ վիրահատությունից առաջ հիվանդին նշանակեք ֆիզիոթերապիա և շնչառական վարժություններ;
⇒ տեղադրեք կենտրոնական երակային կատետեր: Նրա ճիշտ դիրքի վերաբերյալ հնարավոր է ռենտգենաբանական հաստատման անհրաժեշտություն և ցուցումների դեպքում անցկացրեք նախավիրահատական պարէնտերալ սնուցում;
⇒ ապահովեք արյան փոխարինողներ (էրիտրոցիտար զանգված, թարմ սառեցված շիճուկ, թրոմբոցիտար զանգված , աուտոարյուն);
⇒ սափրեք վիրահատվող շրջանը կամ օգտվեք քիմիական դեպիլյատորներից:

Ներվիրահատական

⇒ վերցրեք ցանքս (նաև տրավմատիկ վերքերից);
⇒ փաստագրման համար օգտագործեք թվայնացված ֆոտոխցիկներ;
⇒ որովայնի խոռոչ մտնելուց հետո կատարվում է կարճ, բայց ամբողջական շոշափողական ստուգում, եթե այն հնարավոր է առանց որևէ որոշակի հավելյալ ռիսկի:

Հետվիրահատական

⇒ թրոմբազի կանխարգելում;
⇒ ստրեսսոր խոցի կանխարգելում՝ անտացիդներ, H2-արգելակիչներ, պրոտոնային մղիչի արգելակիչներ, վաղ էնտերալ սնուցում;
⇒ կերակրման սկիզբը որոշվում է՝ քիթ-ստամոքսային զոնդից հետհոսքի քանակով, աուսկուլտատիվ աղիքային աղմուկով, գազերի կամ կղանքի դուրս գալով, որովայնի խոռոչի օրգանների գերձայնային հետազոտությամբ: Հերթականությունը՝ սկզբում թույլատրվում են փոքր կումերով ջուր կամ թեյ, որից հետո հեղուկ՝ առանց սահմնափակման, որից հետո յոգուրտ /գալետներ/ սպիտակ հաց և վերջապես սովորական դիետա;
⇒ աղիների շարժման ակտիվության խթանման հետվիրահատական գործառույթներ՝ երրորդ օրվանից ներերակային դեղամիջոցների օգտագործում (օրինակ՝ մետոկլոպրամիդ), որովայնային վիրահատություններից հետո հետվիրահատական կայուն աղիքային ատոնիայի ժամանակ (բոլոր բերանակցումների լավացումից հետո) կարելի է ներերակային ներարկել պիրիդոստիգմինի բրոմիդ կամ 250մգ էրիթրոմիցին (մոտիլինիազդեցություն), հոգևանների նշանակում կամ բերանով լուծողականներ (օրինակ՝ գաստրոգրաֆին, որը, և հետազոտում է, և բուժում);
⇒ հետվիրահատական շրջանում որովայնի խոռոչի ստուգում գերձայնային հետազոտությամբ (ԳՁՀ)՝ հայտնաբերելու համար հեղուկի կուտակումներ ստամոքս-

աղիքային տրակտում և ազատ որովայնի խոռոչում, աղիների պերիստալտիկ շարժումներ, խոռոչավոր օրգանների լայնացում;

⇒ հեղուկի հեվիրահատական կուտակումների դեպքում (սերոմա, հեմատոմա, բիլոմա, թարախակույտ), կարելի է ԳՋՀ-ի հսկողության տակ կատարել պունկցիա և եթե անհրաժեշտ է,հիվանդի կայուն կլինիկական վիճակի պայմաններում, մաշկի միջով դրենավորել;

⇒ ակտիվ ենթամաշկային դրենաժները հեռացվում են վիրահատությունից հետո 2-րդ օրը;

⇒ Դեմքի ու պարանոցի շրջանում կարերը հանվում են 4-6-րդ օրից սկսած, մյուս տեղերում՝ 10-12-րդ օրը;

⇒ հիվանդին պետք է տեղյակ պահել ստացիոնարից դուրս գրվելուց հետո հնարավոր վերականգնողական ծրագրերի մասին և անհրաժեշտության դեպքում, սոցիալական ծառայության աշխատակիցների հետ պլանավորել դրանք;

⇒ հիվանդներին բացատրեք երկարատև հետվիրահատական դիտարկման ու բուժման անհրաժեշտության ու հնարավոր ընթացքի մասին, օրինակ՝ ուռուցքային հիվանդությունների դեպքում;

⇒ հիվանդներին տեղեկացրեք փոխօգնության խմբերի մասին:

Լապարասկոպիկ վիրահատություններ

⇒ նախօրեին պորտի շրջանի հեռանեխում;

⇒ նախա- և հետվիրահատական քիթ-ստամոքսային զոնդի ու միզային կատետերի տեղադրում;էնդոսկոպիկ վիրահատությունների ժամանակ կարող են պահանջվել ընդունվածից տարբերվող հիվանդի հատուկ դիրքեր:

⇒ Որպես օրենք, որովայնի վերին հատվածների վիրահատությունների ժամանակ կիրառվում է ոտքերը 10-20 աստիճան դեպի ներքև դիրք (Տրենդելենբուրգի հակառակ դիրք): Որովայնի կողմնային հատվածների էքսպոզիցիայի ժամանակ նույնպես անհրաժեշտ են որոշակի դիրքեր: Վիրահատության ընթացքում լինում են դեպքեր երբ հիվանդի դիրքը մի քանի անգամ փոփոխվում է ինչը պահանջում է վիրահատական սեղանի վրա հիվանդի կայուն ֆիքսացիա:

ՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՍԿԶԲՈՒՆՔՆԵՐ

Նախնական նկատառումներ վիրահատական միջամտությունների վերաբերյալ

Հիմնական նախավիրահատական հետազոտություններ

Ամեն մի վիրահատական միջամտությունից առաջ անհրաժեշտ է իրականացնել՝

- պլանային վիրահատությունների համար հիմնական լաբորատոր հետազոտությունները, արյան կլինիկական անալիզ, արյան մեջ էլեկտրոլիտների մակարդակը, հեմոստազի հետազոտում, BUN (արյան միզանյութի քանակի)-տեստավորում:
- կրծքավանդակի ռենտգեն նկարահանում և էլեկտրակարդիոգրաֆիա 40 տարին անց հիվանդների մոտ:

Կախված հիվանդի տարիքից, անամնեզից և առողջական վիճակից կարող են պահանջվել նաև հավելյալ հետազոտություններ:

Բացարձակ հակացուցումներ

- հիվանդի ոչվիրահատելի վիճակ,
- ստորագրված չէ պլանային միջամտության վերաբերյալ հիվանդի տեղեկացված համաձայնությունը /պետք է ստանալ նվազագույնը վիրահատությունից մեկ օր առաջ/:

Հարաբերական հակացուցումներ

Հարաբերական հակացուցումները առաջ են գալիս, երբ կա անհամապատասխանություն վիրահատական բուժման անհրաժեշտության, հավանական վիրահատության ծավալի և չվիրահատելու ռիսկի միջև: Նման անհամապատասխանությունը մեծ մասամբ պայմանավորված է տեղային ու ժամանակային գործոններով:

Միայն էնդոսկոպիկ միջամտություններին վերաբերվող հակացուցումները անընդհատ վերանայվում են: Կապված ուռուցքաբանական վիրահատությունների և սեպտիկ վիճակների հետ անհրաժեշտ է հավելյալ զսպվածություն:

Ընդհանուր տեղեկատվությունը հիվանդի վերաբերյալ և նրա համաձայնությունը

⇒ *տեղեկատվություն բուժման ընթացքի մասին*՝ հոսպիտալացման տևողության, ինտենսիվ թերապիայի անհրաժեշտություն, դրենաժների, ֆիզիոթերապիայի ժամանակ ակտիվ համագործակցություն, շնչառական վարժություններ և այլն:

⇒ *հոսպիտալիզացիայի ընթացքում վնասակար սովորություններից հրաժարվելու անհրաժեշտություն*՝ հատկապես ծխելուց /եթե անհրաժեշտ է գրառումը պետք է մտցվի հիվանդության պատմության կամ համաձայնագրի ձևի մեջ/:

⇒ *ընդհանուր տեղեկություններ հիվանդի մասին և վիրահատության համաձայնությունը*՝

- վերքի լավացման բարդություններ, վերքի եզրերի հեռացում,
- նախ- և հետվիրահատական արյունահոսություն,
- ալոգեն արյան փոխներարկում հնարավորություն, հնարավոր է աուտոարյան կուտակում վիրահատությունից առաջ,
- աղիքային կպումային անանցանելիություն,
- սպիի առաջացում / հետվիրահատական ճողվածք,
- թրոմբոէմբոլիկ բարդություններ,
- լապարասկոպիկ վիրահատությունների համար՝ կարող է պահանջվել անցում բաց մուտքի, ինչը չի համարվում բարդություն:

Վիրահատական ստանդարտներ

Նախավիրահատական

- ✓ թրոմբոզի պրոֆիլակտիկա՝ կոմպրեսսիոն գուլպաներ, հիվանդի վաղ ակտիվացում, հեպարինի նշանակում,
- ✓ նախավիրահատական հակաբակտերիալ /կանխարգելիչ/ թերապիայի անհրաժեշտության քննարկում և իրականացում ըստ պահանջի,
- ✓ վնասվածքներից հետո անհրաժեշտ է հիշել փայտացման մասին,
- ✓ համոզվեք, որ հիվանդը վիրահատությունից առաջ ոչինչ չի կերել/խմել ոչ պակաս 6 ժամվա ընթացքում, իսկ ստամոքսից դուրս բերող հատվածի ստենոզի կամ աղիքի պարեզի դեպքում՝ ավելի երկար ժամանակահատվածում: Կասկածների դեպքում տեղադրեք քիթ-ստամոքսային զոնդ,
- ✓ ուռուցքների հետ կապված միջամտությունների ժամանակ վիրահատությունից առաջ շտապ հյուսվածքաբանական ուսումնասիրություններ կատարելու անհրաժեշտության մասին հայտնեք պաթոհիստոլոգիական լաբորատորիա և ճշտեք, օրինակ լիմֆոմայի կամ սարկոմայի դեպքերում, կպահանջվի արդյոք նատիվ մակրոպրեպարատի հետազոտություն,
- ✓ պլանավորեք ներվիրահատական ճառագայթային բուժում, եթե այն ցուցված է ու հուսանելի,
- ✓ վիրահատությունից առաջ հիվանդին նշանակեք անհրաժեշտ ֆիզիոթերապիա և շնչառական վարժություններ,
- ✓ տեղադրեք կենտրոնական կատետեր, ռենտգենաբանորեն ճշտելով նրա դիրքը և նշանակեք /ըստ անհրաժեշտության/ նախավիրահատական պարենտերալ սնուցում,
- ✓ ապահովեք արյան փոխարինիչների հասանելիությունը /ԷՋ, ԹՍՊ, թրոմբոցիտար կոնցենտրատ, աուտոարյան/,
- ✓ սափրեք վիրահատության շրջանը կամ օգտագործեք քիմիական դեպիլյատոր:

Ներվիրահատական

- ✓ վերցրեք ցանքսեր /նաև տրավմատիկ վերքերից/,
- ✓ փաստագրելու համար օգտագործեք թվայնային ֆոտոխցիկ,
- ✓ որովայնի բացումից հետո հարկավոր է անցկացնել որովայնի խոռոչի ճրգանների կարճ, բայց լրիվ շոշափողական ստուգում, եթե այն հնարավոր է առանց որևէ էական հավելյալ ռիսկի:

Հետվիրահատական

- ✓ թրոբոզի կանխարգելում,

- ✓ ստրեսային խոցի կանխարգելում, անտացիդներ, H_2 բլոկատորներ, պրոտոնային մղիչների արգելակիչներ, վաղ էնտերալ սնուցում,
- ✓ սնուցման սկիզբը որոշվում է՝ քիթ-ստամոքսային զոնդից հետհոսքի չափով, աուսկուլտուցիայի ժամանակ աղիքային աղմուկով, կեղտի և/կամ գազերի դուրս գալով, որովայնի խոռոչի օրգանների գերձայնային հետազոտությամբ: Հերրթականությունը՝ սկզբում թույլատրվում է են ոչ մեծ կումերով ջուր և թեյ, հետո խմելու սահմանափակումները հանվում են, ապա յոգուրտ/հաց և վերջապես սովորական սննդակարգ,
- ✓ աղիների շարժողական գործունեության խթանման համար հետվիրահատական երրորդ օրվանից ներերակային դեղամիջոցների ներմուծում /օրինակ մետոկլոպրումիդ/, հետվիրահատական ատոնիայի հետ կապված աղիքային գործունեության ձգձգման ժամանակ /ինչպես նաև բոլոր բերանակցումների ապաքինումից հետո/ հնարավոր է պիրիդոստիգմինի բրոմիդի կամ 250 մգ էրիտրոմիցինի ներերակային կիրառում /մոտիլինի ազդեցություն/, հոգնայի կամ բերանով լուծողական միջոցների /գաստրոգրաֆին՝ հետազոտում և բուժում/ նշանակում,
- ✓ հետվիրահատական շրջանում որովայնի խոռոչի հսկողության գերձայնային հետազոտության միջոցով /հեղուկի պահում ստամոքս-աղիքային տրակտում, ազատ հեղուկ որովայնի խոռոչում, պերիստալտիկ շարժումներ, խոռոչավոր օրգանների ձգվածություն/,
- ✓ հեղուկի հետվիրահատական կուտակումները /սերոմա, հեմատոմա, բիլոմա, թարախակույտ/ կարող են գերձայնային հետազոտման հսկողության տակ ենթարկվել պունկցիայի և եթե անհրաժեշտ է, մաշկի միջով դրենավորվել, հիվանդի կայուն կլինիկական վիճակի պայմաններում /Sonnenberg, OH_0 կամ նմանատիպ կատետերով/,
- ✓ ակտիվ ենթամաշկային դրենաժները հեռացվում են վիրահատության 2-րդ օրը,
- ✓ կարերը հանվում են 10-12-րդ օրը /դեմքի ու պարանոցի վրա 4-6-րդ օրը/,
- ✓ տեղեկացրեք հիվանդին հնարավոր վերականգնողական ծրագրի մասին և անհրաժեշտության դեպքում պլանավորեք նրա համագործակցութունը սոցիալական աշխատակցի հետ:
- ✓ բացատրեք հնարավոր երկարատև հետվիրահատական հսկողության ու բուժման անհրաժեշտության, տեղեկացրեք հիվանդության ընթացքի մասին /օրինակ՝ ուռուցքային հիվանդությունների ժամանակ/,
- ✓ տեղեկացրեք հիվանդին փսխյդնության խմբերի գոյության մասին:

Լապարասկոպիկ վիրահատություններ

- ✓ վիրահատության նախօրեին իրականացվում է պորտի շրջանի դեզինֆեկցիա,
- ✓ քիթ-ստամոքսային զոնդ ի ու միզային կատետերի տեղադրումը մինչև հետվիրահատական շրջան,
- ✓ էնդոսկոպիկ վիրահատությունների ժամանակ կարող են պահանջվել հիվանդի հատուկ դիրքեր, տարբերվող ընդունվածից: Վիրահատության ընթացքում անհրաժեշտ է լինում մի քանի անգամ փոխել հիվանդի դիրքը, ինչը պահանջում է նրա կայուն ֆիկսացիան վիրահատական սեղանի վրա:

ՄԱՍՆԱՎՈՐ ԲԱԺԻՆ

Կերակրափող

Այս բաժնում լուսաբանվում են ինչպես բաց, այնպես էլ լապարասկոպիկ վիրաբուժության համար հեռանկարային շրջանի՝ կերակրափողի, ստամոքսի, տասներկումատնյա աղու բարորակ ու չարորակ հիվանդությունների վիրահատական բուժումը:

Կերակրափողի քաղցկեղի բուժման փորձեր ձեռնարկվել են քսաներորդ դարի սկզբից: 1913թ Torek-ը հաջողությամբ իրականացրեց կերակրափողի կրծքային հատվածի մասնահատում, սակայն այս ոլորտի իրական առաջաընթացը կապված է, Երկրորդ համաշխարհային պատերազմի ժամանակ ու նրանից հետո, թորակալ վիրաբուժության զարգացման հետ: Ընդլայնված ավշահատաման հետ կերակրափողի հեռացման միասնական կոնցեպցիան առաջարկվել է Logan-ի կողմից դեռ 1963թ, սակայն նրա իրականացումը ուղեկցվում էր զգալի քանակի բարդություններով ու բարձր մահացությամբ:

Սակայն վերջին տասնամյակների ընթացքում վիրահատության տեխնիկան, նախա- և հետվիրահատական բուժումը, խնամքը, ինչպես նաև վիրահատական բուժումից հետո կանխատեսումը ցուցաբերում են զգալի բարելավում: Վիրաբույժների ու բժշկական

հիմնարկների փորձը, հիվանդների ընտրության սկզբունքները, վիրահատական միջամտությունների լայն սպեկտրն ու նրանց արմատականությունը, ինչպես նաև հիվանդի նախա- ու հետվիրահատական բուժումը հանդիսանում են բուժման արդյունքների վրա ազդող առավել կարևոր պայմանները:

ԿԵՐԱԿՐԱՓՈՂԻ ՊԱՐԱՆՈՑԱՅԻՆ ՀԱՏՎԱԾԻ ՄԱՍՆԱՀԱՏՈՒՄ

Ներածություն

Չարորակ նորագոյացության կապակցությամբ կերակրափողի պարանոցային հատվածի մասնահատումը, ներառում է որկորի պարանոցային հատվածի հեռացում, պարանոցային ավշահատման հետ և կերակրափողի վերակառուցում ազատ բարակ աղիքային ներդիրի միջոցով, միկրոանոթային բերանակցումների ձևավորմամբ:

Ցուցումներն ու հակացուցումները

Ցուցումներ՝

- որկորի պարանոցի հատվածի չարորակ ուռուցք,
- կերակրափողի բարորակ ստրիկտուրա (նեղացում):

Հակացուցումներ՝

- տեղային անմասնահատելիություն /կոկորդի, շնչափողի կամ ողնաշարի ինֆիլտրացիա/,
- բազմաօջախային ախտահարում,
- հեռակա մետաստազներ,
- գաստրոդուոդենալ խոցի սրացում,
- Քրոնի հիվանդություն:

Նախավիրահատական հետազոտություն / պատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ ռիսկի գործոնների բացահայտում /ալկոհոլ, նիկոտին/, ճշգրտումներ նախորդած ճառագայթային բուժման, ուղեկցող չարորակ հիվանդության, Քրոնի հիվանդության վերաբերյալ:
- ✓ կլինկական հետազոտություններում կարևորվում են հետադարձնյարդի վիճակը և պարանոցային ավշագեղձերի մեծացումը:
- ✓ լաբորատոր հետազոտություններից՝ տափակ-բջջային քաղցկեղի անտիգենի և հեմոստազի ցուցանիշների որոշումը:
- ✓ գործիքային ուսումնասիրություններից. բազմաօջախային /մուլտիֆոկալ/ ախտահարման բացառման համար՝ էզոֆագոգաստրոդուոդենոսկոպիա /ԷԳԴՍ/ և հիվանդության փուլի գնահատման և մասնահատելիության որոշման համար՝ *համակարգչային շերտագրություն (ՀՇ)* կամ *մագնիտոռեզոնանսային շերտագրություն (ՄՌՇ)*/ներառնելով կրծքավանդակն ու որովայնի խոռոչը/: Ինչպես նաև *դոպլեր ԳՁՀ*՝պարանոցի անոթների վիճակի գնահատման և *ՊԷՏ-սկանավորում*՝ հեռակա մետատազների բացառման համար:

Հիվանդի պատրաստում՝՝ պետք է խուսափել կենտրոնական երակային կատետերի տեղադրումից բերանակցման կողմից և պատի ստենտավորումից, պատրաստվում են աղիները, տեղադրվում են քիթ-ստամոքսային և միզապարկային կատետերներ:

Սպեցիֆիկ ռիսկեր և հիվանդի տեղեկացված համաձայնություն

- ❖ բերանակցման անբավարարություն;
- ❖ մեդիաստինիտ;
- ❖ սնուցող յեյունոստոմիա;
- ❖ աղիքային տրանսպլանտանտի մեռուկացում:

Վիրահատություն

Մուտք

Որկորի պարանոցային հատվածին մոտեցման համար իրականացվում է միակողմանի կամ երկկողմանի /U-ա ձև/ կտրվածք կրծոսկր-անրակ-պտկային մկանի ներսային /մեդիալ/ եզրով: Այն անցնում է ստորին ծնոտի ստորին եզրից մինչև լծային կտրուձը, որտեղ միանում

է հակառակ կողմի կտրվածքին: Պարանոց-կրծոսկրային ավշային հանգույցների հատման համար կտրվածքը հավելվում է մասնակի կամ լրիվ ստերնոտոմիայով: Տրանսպլանտանտի համար բավարար է ոչ մեծ լայնակի որովայնահատումը:

Էքսպոզիցիան

Վերքի եզրերը լայնացվում են տարբեր ձևի ու չափի ձեռքի լայնիչներով՝ համապատասխան անատոմիական առանձնահատկությունների:

Փուլ 1. Պարանոցային շրջանի պատրաստումը

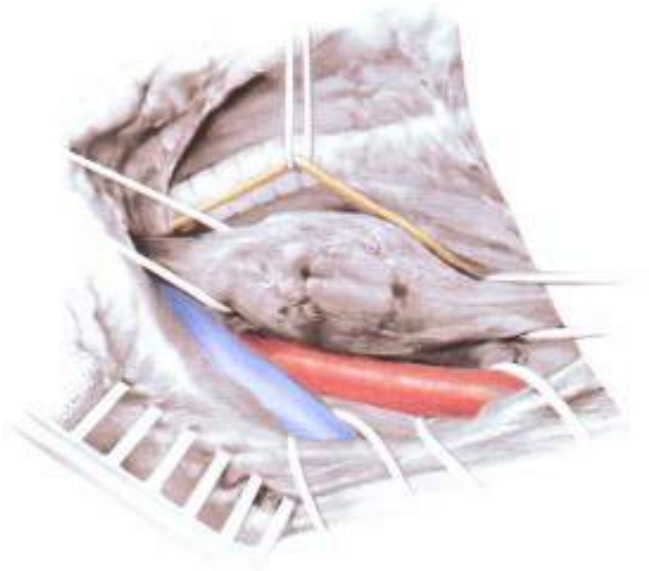
Պարանոցի ենթամաշկային մկանի հատումից հետո կրծոսկր-անրակ-պտկային մկանը տեղաշարժվում է դեպի դուրս, իսկ թիակ-ենթալեզվային մկանը՝ փեղեքվում է կամ հատվում: Կտրվածքի ամբողջ երկայնքով առանձնացվում են ընդհանուր քնային զարկերակը, ներքին լծային երակն ու թափառող նյարդը, որոնց շրջապատող ավշագեղձերը հատվում են: Այս փուլը առավել դյուրին է իրականացնել բիպոլյար մկրատով: Վերին վահանագեղձային զարկերակը կարելի է պահպանել հետագա վերակառուցման համար: Դիսսեկցիայի միջոցով քնային զարկերակից հասնում են առաջային լայնակի կապանին, որից հետո, տեսողական հսկողության տակ կատարվում է կերակրափողի պարանոցային հատվածի դիսսեկցիա՝ հետևից: Վահաննաձև գեղձի ձախ /կամ աջ/ բլթի տեղայնացումից հետո հետադարձ նյարդը առանձնացվում է և պահպանվում հարվահանաձև գեղձը: Հետադարձ նյարդի վնասման դեպքում, այն անհապաղ պետք է վերականգնվի: Եթե պլանավորվում է ճառագայթային բուժում, կարլեի է իրականացնել հարվահանաձև գեղձի աուտոտրանսպլանտացիա նախաբազկի շրջանում:

Շատ հաճախ վիրահատության ընթացքը զգալի հեշտանում է հեմիթիրոիդէկտոմիայից հետո: Առանձնացվում է շնչափողի հետին մակերեսը և հակառակ կողմի հետադարձ նյարդի նույնականացումից հետո կերակրափողի պարանոցային հատվածը ամբողջովին տեղայնացվում է կոկորդից միչև կրծքավանդակի վերին բացվածք կամ ավելի ցածր:

Որոշ դեպքերում կարևոր անոթների նույնականացմանը կարող է օգնել ներվիրահատական դոպլեր ԳՋՀ-ն: Վիրահատական դաշտի տիպիկ անատոմիան որոշ դեպքերում կարող է լինել զգալի փոփոխված, հատկապես կոկորդի ուռուցքների հետ կապված լայնածավալ վիրահատություններից հետո: Կրծքային ծորանի վնասումը կարող է առաջ բերել մշտական խուղակի զարգացում, դառնալով հեղուկի զգալի կորստի պատճառ, ինչը ծանրանում է նախորդած ճառագայթային թերապիայի դեպքում:

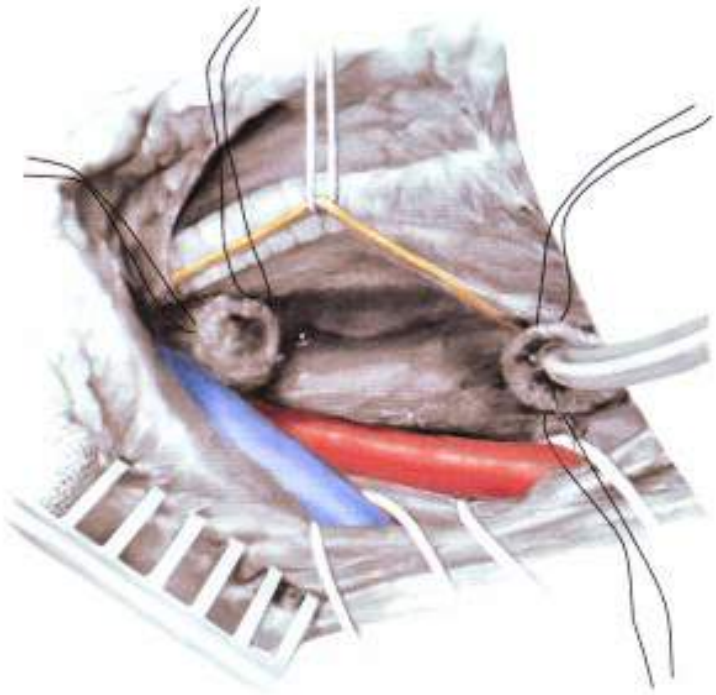
Տարածված ուռուցքային աճի դեպքերում, մասնահատման իրականացման համար, կարող է առաջանալ շնչափողի ու կոկորդի վրա լայնածավալ միջամտությունների անհրաժեշտություն:

Մասնահատումից առաջ դրեք պահող կարեր բերանակցման հավանական պրոքսիմալ ու դիստալ եզրերին:



Փուլ 2. *Կերակրափողի հատումը*

Պարանոցային հատվածը հատվում է և քիթ-ստամոքսային զոնդը ձգվում մինչև պարանոցի մակարդակ, որպեսզի պրեպարատը հեռացվի առանց դժվարության: Անհրաժեշտ է իրականացնել մասնահատված երկու եզրերի շտապ հյուսվածքաբանական հետազոտություն: Եթե մասնահատման նեգատիվ եզր չի ստացվել, անհրաժեշտ է իրականացնել էզոֆագէկտոմիա:



Փուլ 3. *Բարակ աղեգալարի պատրաստումը*

Բավարար լուսանցքով զարկերակային ու երակային ոտիկով բարակ աղեգալարը վերցվում է որովայնահատումից հետո: Եթե միջընդերքը խիստ հաստ է, ճարպային հյուսվածքի մանրակրկիտ հեռացման համար իրականացվում է դիաֆանասկոպիա, որի ժամանակ առանձնացվում է բավարար երկարության զարկերակ ու երակ: Միջընդերային կողմից անոթների կապումից և տրանսպլանտանտի հատումից հետո, զարկերակի մեջ ներարկվում է հեպարինիզացված ֆիզիոլոգիական լուծույթ, մինչև երակից թափանցիկ հեղուկի ստանալը:

Եթե անոթային ոտիկը, կամ անոթներից մեկը շատ կարճ է, անհրաժեշտ է իրականացնել երակի կամ զարկերակի հատվածի ինտերպոզիցիա: Կենսունակ երակային ինտերպոնատների աղբյուր է հանդիսանում առաջին հերթին նախաբազուկը, մինչդեռ զարկերակի երկարացման համար առավել լավ է օգտագործել մեծ ենթամաշկային երակի հատված: Եթե անոթները վերցված են ձեռքի կամ ոտքի շրջանից, պիտանի են երակային ինտերպոնատների համար, իր հերթին մեծ ենթամաշկային երակը, իր չափերի ու կծկման ենթարկվելու ունակությամբ, պիտանի չէ որպես երակային ներդիրներ և պետք է օգտագործվի միայն զարկերակի երկարացման համար: Որոշ դեպքերում աղիքային տրանսպլանտանտում շատ դժվար է տարբերել զարկերակը երկաից: Որպեսզի խուսափենք շփոթից, աղիքը վերցնելուց առաջ, զարկերակն ու երակը պետք է հուսալի նշագրվեն:

Աղիքի անընդհատության վերականգնման համար իրականացվում է «ծայրը-ծայրին» բերակակցում, իսկ որովայնի խոռոչը փակվում է առանց դրենավորման:

Փուլ 4. *Անոթային բերանակցումներ*

Այս փուլում ձևավորվում են զարկերակային ու երակային բերանակցումները: Սկզբում բերանակցվում է երակը:

Տրանսպլանտանտներից առավել նպատակահարմար է օգտագործել խոշոր ընդերային երակի և նրա մանր ճյուղի միացման տեղը, իսկ մյուս կղմից լծային երակը: Վերջինիս պատի կտրվածքը չպետք է լինի 3-4 մմ-ից կարճ: Բերանակցումը իրականացվում 4 կամ ավել անգամ մեծացման տակ, ցանկալի է միկրոսկոպով, չներծծվող մոնոֆիլանտ 7-0 կամ 8-0 համարի անընդհատ կարի եղանակով: Բերանակցումը փակելուց առաջ այն լվացվում է հեպարինիզացված ֆիզիոլոգիական լուծույթով:

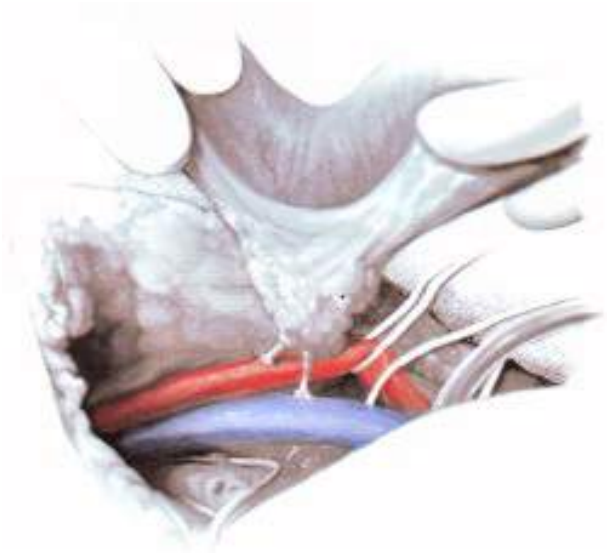
Երակային բերանակցումը իրականացվում է զարկերակայինից առաջ, երբ վիրահատության տևողությունը համապատասխանում է սպասվածին: Ձգձգումների դեպքում /օրինակ, պատրաստման բարդությունների կամ անեստեզիոլոգիական չկանխատեսված հանգամանքների ժամանակ, կապված ոչ կայուն սիրտ-անոթային ցուցանիշների հետ/ նախ բերանակցվում է զարկերակը, հնարավորություն տալով ենթարկել աղիքային տրանսպլանտնատը սննդանյութերով հարուստ արյան պերֆուզիայի, մինչև պերիստալտիկայի վերականգնումը: Իսկ եթե ուշացման պատճառը խանգարում է բերանակցման ձևավորմանը,

վերցրած աղիքային տրանսպլանտանտը անհրաժեշտ է պահել թաց թանզիվներում: Ցանկության դեպքում մետաբոլիզմը տրանսպլանտանտում սառեցմամբ ժամանակավոր իջեցվում է: Հատուկ կոնսերվացնող լուծույթների կիրառման անհրաժեշտություն սովորաբար չի առաջանում:

Նման տեխնիկա կիրառվում է նաև զարկերակի բերանակցման համար: Բերանակցումը կարող է իրականացվել վերին վահանագեղձային զարկերակի հետ /հաճախ բավականին փոքր/, վահանա-պարանոցային բնի կամ անմիջապես ընդհանուր քնային զարկերակի հետ: Այլ պարանոցային ճյուղեր, ինչպիս օրինակ լեզվային զարկերակը, այս նպատակով հազվադեպ են օգտագործվում:

Տրանսպլանտանտի տեղադրման և պարանոցի հյուսվածքների կարման ընթացքում խիստ կարևոր է խուսափել անոթների, հատկապես երակի, ծռումից կամ ճնշումից:

Եթե անոթային վերակառուցումն անհնար է, կարելի է վերցնել երկրորդ աղիքային տրանսպլանտանտը կամ ձևավորել ստամոքսային խուղակ:



Փուլ 5. Կերակրափող-բարակաղիքային բերանակցում

Ռեինֆուզիայից հետո հաստատվում է արյան հոսքի համապատասխանությունը: Ապա տրանսպլանտանտի համապատասխան կարճացումից հետո իրականացվում ստորին, իսկ հետո վերին ստամոքս-բարակաղիքային «ծայրը ծայրի» կամ «ծայրը կողքի» բերակակցումներ: Սրանք դրվում են միաշարք եղանակով, ներծծվող 3-0 կամ 4-0 կարով, կերակրափողի կամ ըմպանի պատը պետք է վերացնել նրա ամբողջ հաստությամբ, մինչդեռ աղիքի լորձաթաղանթը

կարի մեջ չի վերցվում: Եթե անատոմիական պայմանները անբարենպաստ են՝ օրինակ, խիստ ցածր ներկրծքավանդակային բերակակցման ժամանակ, կարելի է կիրառել հանգուցակարեր: Որից հետո քիթ-ստամոքսային զոնդ տրանսպլանտանտի միջով իջեցվում է ստամոքս:

Տրանսպլանտանտի իզոպերիստալտիկ տեղակայումը հանդիսանում է հեշտ կլման կարևոր պայման: Նույնիսկ օպտիմալ պայմաններում, տրանսպլանտանտը սկսում է նորմալ գործել միայն մի քանի շաբաթ անց:

Փուլ 6

Երկու կողմերից պարանոցը դրենավորվում է, առնվազն մեկական փափուկ դրենաժ՝ Eard Flow ամեն կողմից և կարվում ոչ հաճախ ենթամաշկային ու մաշկային կարերով:

Բավարար հետվիրահատական դիտարկման համար անհրաժեշտ է, որ բարակաղիքային տրանսպլանտանտը հասու լինի կլինիկական դիտման: Դրան հասնում են կամ մի քանի կարեր դնելով, որոնք թույլ են տալիս բացել փակող հյուսվածքները, կամ տրանսպլանտանտի այնպիսի տեղադրմամբ, որի ժամանակ նրա մասերը մնում են չփակված հետվիրահատական դիտարկման համար: Արյան հոսքի ինտենսիվությունը հաստատվում է դոպլերային ԳՁՀ-ով: Կիրառվում են նաև թթվածնի պարցիալ ճնշումը որոշող տարբեր չափիչներ:

Ստանդարտ հետվիրահատական գործառույթներ

- Հեմոստազի ցուցանիշներիմոնիթորինգ:
- Միջին զարկերակային ճնշման պահպանում 70-80 մմ ս.ս. մակարդակի վրա:
- Միկրոցիրկուլյացիայի ցուցանիշների հսկում և արյան ռեոլոգիական հատկանիշների բարելավում:
- Ամենօրյա դոպլերային ԳՁՀ:
- Առաջին օրերին վիրահատությունից հետո տրանսպլանտանտի ամենժամյա դիտարկում:

Հետվիրահատական բարդություններ

- երակային թրոմբոզ /անհապաղ կրկնակի վիրահատություն/;
- զարկերակային թրոմբոզ /անհապաղ կրկնակի վիրահատություն/;
- տրանսպլանտանտի մեռուկացում /հատում ու դրենավորում ֆարինգոստոմիայի միջոցով, վերակառուցում ստամոքսային խողովակով կամ հաստ աղիքով/;
- թքի արտահոսք /համարժեք դրենավորում/;
- ավշահոսք
- հետադարձ կոկորդային նյարդի վնասում;
- կերակրափողի ստենոզ/հեռավոր բարդություն, էնդոսկոպիկ բուժավորում/;
- կլման խանգարում /հեռավոր բարդություն/:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդներ

- Եթե տրանսպլանտանտի արյան մատակարարումը հարցականի տակ է չկասկածեք կրկնակի վիրահատության անհրաժեշտության վերաբերյալ:
- Խուսափեք երակի ծալվելուց, որը պետք է լինի կարճ:
- Որպեսզի խուսափեք անոթային բարդություններից պահպանեք բարձր կենտրոնական երակային ճնշում /ԿԵՃ/ և հասեք համարժեք հեպարինիզացիայի:

- Եթե աղու տեսքը “կանգային” է պարանոցը թողեք բաց, սակայն անոթները փակեք հյուսվածքներով:
- Եթե էքսպոզիցիան անոթային վերակառուցման համար անբավարար է, իրականացրեք հեմիթիրեոդէկտոմիա:
- Որոշ դեպքերում ստորին կերակրափողային բերանակցման առավել հուսալիություն ապահովելու համար իրականացվում է մասնակի ստերնոտոմիա:
- Ավշահոսքի ժամանակ պետք է գործել պահպանողական միջոցներով, խիստ հազվադեպ է պահանջվում կրծքային ավշային ծորանի կապում:
- Առավել լավ էքսպոզիցիայի կարելի է հասնել կրծոսկր-անրակ-պտկային մկանի ներսային գլխիկի հատումով:
- Ներքին լծային երակի մասնահատմամբ նախորդած վիրահատությունը պահանջում է դիսսեկցիա դեպի ներքև, մինչև ենթաանրակային երակի մակարդակ:

ՉԱՓ ԹՈՐԱԿՈ-ԱԲԴՈՄԻՆԱԼ ՄՈՒՏՔ՝ ԿԵՐԱԿՐԱՓՈՂԻ ՍՏՈՐԻՆ ՈՒ ՍՏԱՄՈՔՍԻ ԿԱՐԴԻԱԼ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ներածություն

Շնչափողի երկատման շրջանից ներքև տեղակայված ուռուցքները՝ օրինակ Բարրետի կարցինոման ու կերակրափող ստամոքսային անցման քաղցկեղը, սովորաբար հեռացվում են որովայնահատման հետ համակցված աջակողմյան թորակոտոմիայով, կարելի է մասնահատել նաև ձախակողմյան թորակոտոմիայով: Ավշահատման ծավալը նման դեպքերում սահմանափակվում է միջին ու ստորին միջնորմով:

Ցուցումներ ու հակացուցումները

Ցուցումները՝

- բիֆուրկացիայից ներքև տեղակայված կերակրափողի ուռուցքներ,
- կերակրափող-ստամոքսային անցման ուռուցքներ:

Հակացուցումները՝

- բարձր ռիսկայնության հիվանդներ, տես՝ «Կերակրափողի սուբտոտալ մասնահատում, տրանսհիատալ մուտք» գլուխը:

Նախավիրահատական հետազոտում / պատրաստում վիրահատությանը

Տես «Կերակրափողի սուբտոտալ մասնահատում , տրանսհիատալ մուտք» գլուխը:

Սպեցիֆիկ ռիսկեր և հիվանդի տեղեկացված համաձայնություն

- Բերանակցման անբավարարություն
- Մեդիաստինիտ
- Թոքաբորբ
- Էմպիեմա
- Հնարավոր սնուցող յեյունոստոմայի ձևավորում

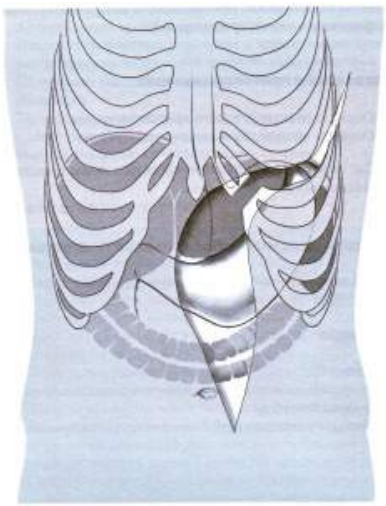
Հիվանդի դիրքը՝ հիվանդի դիրքը սպիռալածև, կրծքավանդակի ձախ կեսի 45^0 բարձրացումով: Վիրահատական սեղանի շրջում համապատասխան կրծքային / որովայնային փուլերին:

Մուտք՝ համակցված, ձախակողմյան թորակոտոմիա և վերին-միջային որովայնահատում:

Վիրահատություն

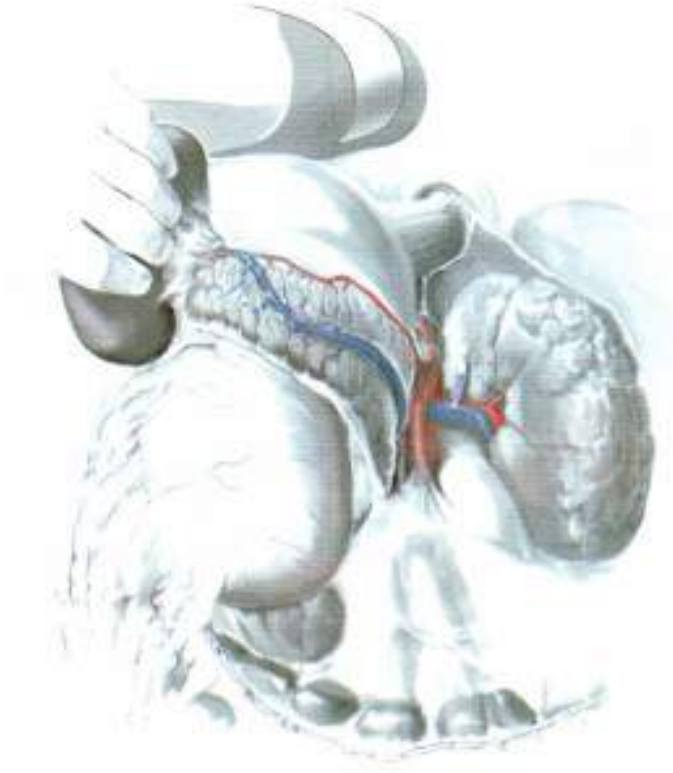
Փուլ 1. *Թորաքոտոմիա*

Մաշկի կտրվածքը թեք՝ էպիգաստրալ շրջանից դեպի ձախ վեցերորդ կամ յոթերորդ միջկողով, վիրահատական սեղանը թեքելով կարելի է ստանալ միջնորմի կամ որովայնի խոռոչի բավարար էքսպոզիցիա: Կողաճառի 1սմ մասնահատումից հետո բացվում է կրծքավանդակի ձախ կեսը: Մինչ թորակոտոմիան անհրաժեշտ է բացառել որովայնամզի ու որովայնի խոռոչի օրգանների մետաստազները:



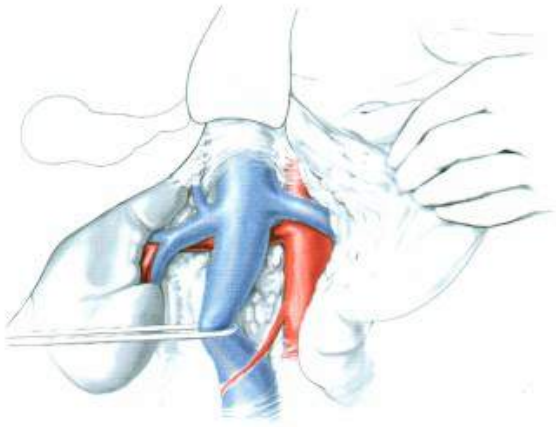
Փուլ 2. *Ստոծանու հատում ու հաստ աղու տեղայնացումը*

Հարաորտալ ավշահատումը իրականացվում է դեպի կրծքավանդակ, ստոծանու պերիֆերիկ հատվածի բացվածքով, հաստ աղու փայծաղային անկյան տեղաշարժից հետո: Որից հետո, ձախ կողմնային կապուղով, վայրէջ հաստ աղին տեղայնացվում է դեպի ներքև՝ մինչև սիգմագաձև աղու միջնորմի հիմքը: Ձախ երիկամի, փայծաղի ու ենթաստամոքսային գեղձի տեղայնացումից հետո նույնականացվում է ձախ երիկամային երակը:



Փուլ 3. *Հարաորտալ ավշագեղձերի հեռացում*

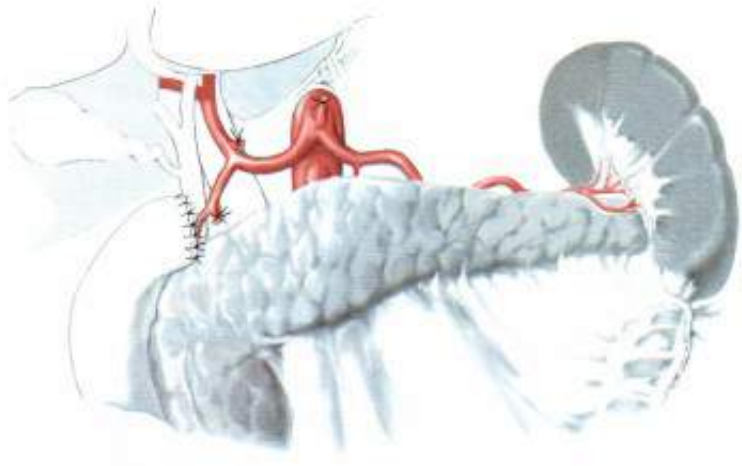
Ձախ դրսային շրջանում իրականացվում է հարաորտալ ավշագեղձերի դիսսեկցիա, իսկ աջ դրսային հարաորտալ ավշագեղձերը հեռացվում են Կոխերի գործողության ընթացքում:



Փուլ 4. *Վերին որովայնային ավշագեղձերի հեռացում*

Իրականացվում է լյարդ-տասներկումատնյա կապանի դիսսեկցիա, ինչպես նաև ընդհանուր լյարդային, ձախ ստամոքսային զարկերակների և ընդերային ցողունի շուրջը տեղակայված հանգույցների հեռացում:

Ստամոքսի տեղայնացումն ու տասներկումատնյա աղու հատումը իրականացվում համապատասխան «Տոտալ գաստրէկտոմիա ստանդարտ ավշահատմամբ» գլխում նկարագրածի:



Փուլ 5. Ստորին միջնորմային ավշագեղձերի հեռացում

Ձախ ներկրծքային մուտքի ժամանակ հատվում է ձախ թոքային կապանը և բացվում միջնորմային պլևրան: Կերակրափողի ստորին կրծքային հատվածը ծածկող պլևրան հատվում է՝ թույլ տալով հեռացնել միջնորմի շարակցական հյուսվածքը, ստորին կրծքային հարէզոֆագեալ, վեր-ստոծանիական, հետին մեդիսատինալ և ստոր-ստոծանիայի ավշագեղձերի հետ:

Փուլ 6. *Վերակառուցում*

Կախված ուռուցքի տեղակայման ու տարածման առանձնահատկություններից, կիրառվում են վերակառուցման մի քանի եղանակներ: Բերված վերակառուցումը, ըստ Ռու-ի աղեգալարով, ցիրկուլյար կարող սարքի /EEA/ կիրառմամբ, հանդիսանում է էզոֆագոեյունոստոմիայի ձևավորման ընտրության եղանակ:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդներ

- Տրանսպլանտանտի ոլորումը հազվագույտ բայց վտանգավոր բարդություն է, ստամոքս-աղիքային անցման սիմպտոմատիկ խանգարման զարգացման պատճառով: Անհրաժեշտ է վիրահատական միջամտություն, աղիքային հատվածի կառճացման նպատակով:
- Շնչափողի վնասման դեպքում, այն կարվում է պերիկարդի կտորով:

ԿԵՐԱԿՐԱՓՈՂԻ ՍՈՒԲՏՈՏԱԼ ՄԱՍՆԱՀԱՏՈՒՄ, ՏՐԱՆՍՀԻԱՏԱԼ ՄՈՒՏՔ

Ներածություն

Անհրաժեշտ է նշել, որ տրանսհիատալ մուտքի կիրառման պարագայում վիրահատական տրավման, համեմատած տրանսթորակալ մուտքի հետ, ավելի նվազ է: Սակայն ավշահատումը, հատկապես միջին ու վերին միջնորմի շրջանում, այս դեպքում պակաս արմատական է: Այդ իսկ

պատճառով որոշ վիրաբույժներ նախընտրում են տրանսթորակալ մուտքը, կիրառելով այն նույնիսկ կերակրափողի դիստալ հատվածի քաղցկեղի ժամանակ: Սուբտոտալ տրանսհիատալ մասնահատումը ցուցված է բարորակ վիճակներով ու կերակրափողի դիստալ հատվածի քաղցկեղով հիվանդների մոտ:

Ցուցումներն ու հակացուցումները

Ցուցումները՝

- կերակրափողի դիստալ հատվածի ադենոկարցինոմա />T1 փուլից/,
- ներէպիթելիալ տափակբջջային քաղցկեղ,
- բարձր վիրահատական ռիսկի հիվանդներ,
- էրոզիայի հետևանքով /քիմիական այրվածքներ/ երկարընթաց ստրիկտուրա /ստենոզ/, կայուն ոչ վիրաբուժական բուժման հանդեպ, ներառած բուժավորումը,
- երկարաընթաց պեպտիկ ստրիկտուրա /ստենոզ/,
- մեգաէզոֆագուսի՝ կրկնություն կարդիոսպազմի վիրահատական բուժումից հետո, համակցված պեպտիկ ստրիկտուրաների և անհաջող դիլյատացիայի հետ:
- կերակրափողի տարածված բարորակ ուռուցքներ /բացառիկ դեպքերում, քանզի տեղային հատումը սովորաբար լինում է բավարար/:
- կերակրափողի պատռվածք կամ յատրոգեն թափածակում մեդիաստինիտով /առաջնային կարումը անհնար է/:

Հակացուցումներ

- ստամոքսի կամ տասերկումատնյա աղու խոցի սրացում;
- ներաճ աորտայի մեջ;
- հեռակա մետաստազներ:

Նախավիրահատական հետազոտություն / պատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ Տեղեկություններ ստամոքսի կամ հաստ աղու վրատարած վիրահատությունների, ալկոհոլի կամ նիկոտինի օգտագործման, ստամքս-կերակրափողային ռեֆլյուքս հիվանդության, Բարրետի կերակրափողի վերաբերյալ:
- ✓ Հետընթաց կոկորդային ներվի վիճակի ուսումնասիրում, պարանոցային ավշագեղձերի վիճակի հստակեցում:
- ✓ Լաբորատոր հետազոտություններից CEA , լյարդի գործունեության և հեմոստազի ցուցանիշներ:
- ✓ Գործիքային հետազոտություններից՝ ԷԳԴՍ բիոպսիայով, բացառելու համար դեպի ստամոքս ուռուցքի ներաճ, կոլոնոսկոպիա՝ եթե պլանավորվում է հաստ աղու ինտերպոզիցիա:
- ✓ ՀՇ-սկանավորում /կրծքավանդակ + որովայն/, կերակրափողի էնդոսոնոգրաֆիա (ԷՍԳ), բրոնխոսկոպիա՝ եթե ախտահարված է կերակրափողի միջին երրորդը ու հնարավոր է ներաճ դեպի շնչափող:

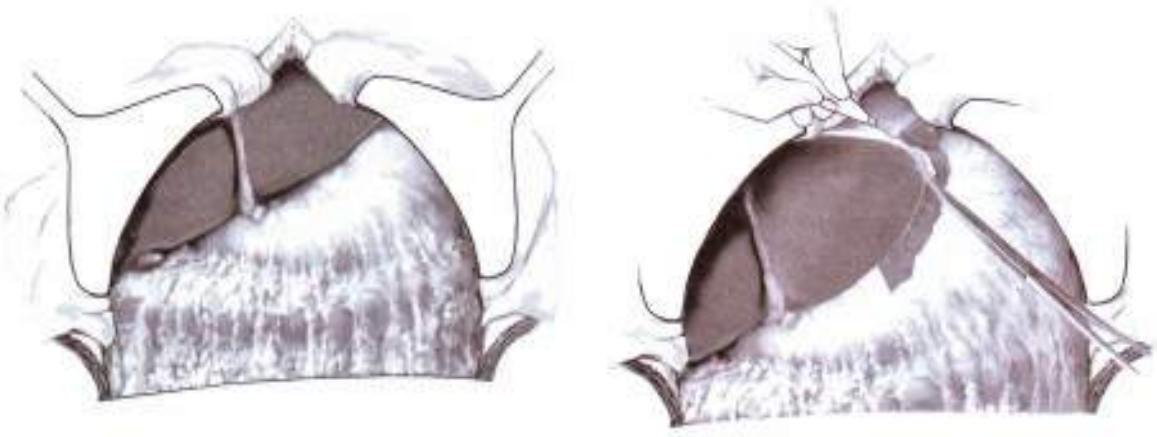
Հիվանդի պատրաստում աղիների պատրաստում, շնչառական թերապիա, կատետերի տեղադրում միզապարկում, կենտրոնական կատետեր:

Մուտքը՝ վերին լայնակի կտրվածքի երկարացմամբ միջին գծով կամ միջային որովայնահատում:

Վիրահատություն

Փուլ 1. Որովայնահատում և ստամոքսի, կերակրափողի ստորին հատվածի լյարդի ու ռեգիոնալ ավշային հանգույցների ստուգում:

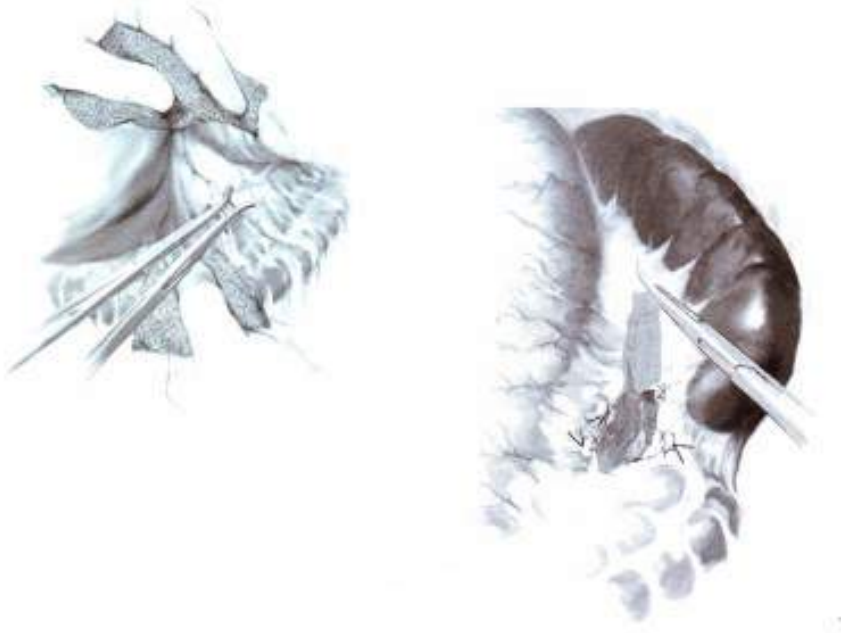
Որովայնի բավարար էքսպոզիցիայի համար ինքնապահվող լայնիչը տեղադրում է էպիգաստրալ շրջանում /Ա/: Ձախ եռանկյունաձև կապանի հատում և լյարդի ձախ կողմնային հատվածների տեղայնացում: Հարևան կառուցվածքների վնասման կանխարգելման համար, լյարդի ձախ բլթի տակ դրվում է թանզիվ /Բ/:



Փուլ 2. Ստամոքսի պատրաստումն ու տեղայնացումը, էպիգաստրալ ավշահատում, ներառյալ հարաորտալ ավշային հանգույցները

Ստամոքսի մեծ կորությամբ դիսսեկցիան սկսվում է ներքևից և տարվում մինչև փայծաղի դրունքի մակարդակ, պահպանելով աջ ստամոքս-ճարպոնային անոթներն ու աղեղը աջ և ձախ ստամոքս-ճարպոնային անոթների միջև /Ա/:

Մեծ կորության դիսսեկցիան շարունակվում է փայծաղի ուղղությամբ: Ձախ ստամոքս-ճարպոնային զարկերակը հատվում է անմիջապես փայծաղային զարկերակից անջատման տեղում: Մեծ կորության ամբողջական տեղայնացումը ավարտվում է կարճ ստամոքսային անոթների հատումով ու կապումով: Կերակրափողի քաղցկեղի ժամանակ ենթաստամոքսային գեղձի վերին եզրով հատվում է առպատային որովայնամիզը և իրականացվում ավշահատում փայծախային զարկերակի երկայնքով: Լյարդ-ստամոքսային կապանի գլխամասային հատվածը /լյարդ կերակրափողային կապան/ անջատվում է ստոծանուց: Եթե հավելյալ լյարդային զարկերակը բավականաչափ խոշոր է, այն անհրաժեշտ է պահպանել: Այս դեպքում ձախ ստամոքսային զարկերակը պետք է կապվի հավելյալ լյարդային զարկերակի անջատման տեղից ավելի դիստալ /Բ/:

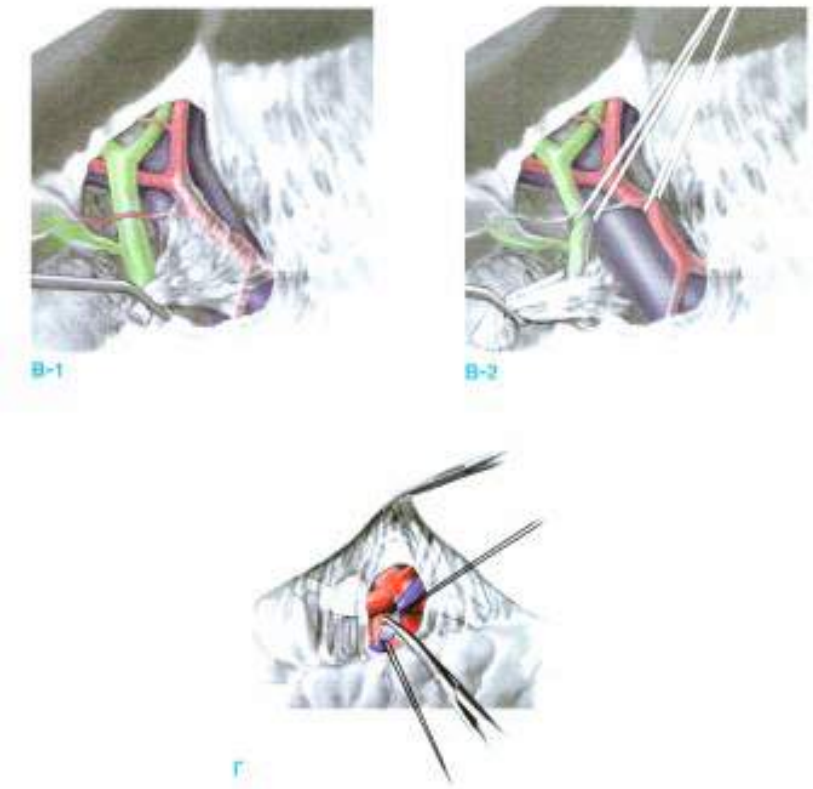


Փուլ 2, /շարունակություն/

Իրականացվում է ավշահատում լյարդ-տասներկումատնյա կապանի հատվածում: Հեռացվում են լյարդային զարկերակի, ընդերային ցողունի, դռներակի և ընդհանուր լեղածորանի շրջակա բոլոր ավշային հանգույցները: Աջ ստամոքսային զարկերակի կապումն ու հատումը իրականացվում է նախադուռից ներքև, նրա հիմքի մոտ /Գ-1, Գ-2/:

Հատվում է ձախ ստամոքսային զարկերակը, հեռացվում են ավշագեղձերը նրա, փայծաղային զարկերակի ու ընդերային ցողունի երկայնքով, ինչպես նաև հարաորտալ տեղակայված հանգույցները: Բարորակ հիվանդությունների ժամանակ իրականացվում է կերակրափողի բութ դիսսկեցիա, առանց ավշահատման /Դ/:

Ստամոքսային խողովակի արյան մատակարարումը, նրա ձևավորումից հետո ապահովվում է բացառապես աջ ստամոքս- ճարպոնային զարկերակով:



Փուլ 3. Կերակրափողի որովայնային հատվածի տեղայանացումն ու ստոծանու կերակրափողային անցքի հատումը

Ավշահատումը ընդերային ցողունի երկայնքով շարունակվում է մինչև հարաորտալ շրջան: Բջջանքը ավշագեղձերի հետ տեղաշարժվում են դեպի փոքր կորություն ապա ուռուցքի հետ միասնական բլոկով մասնահատվում:

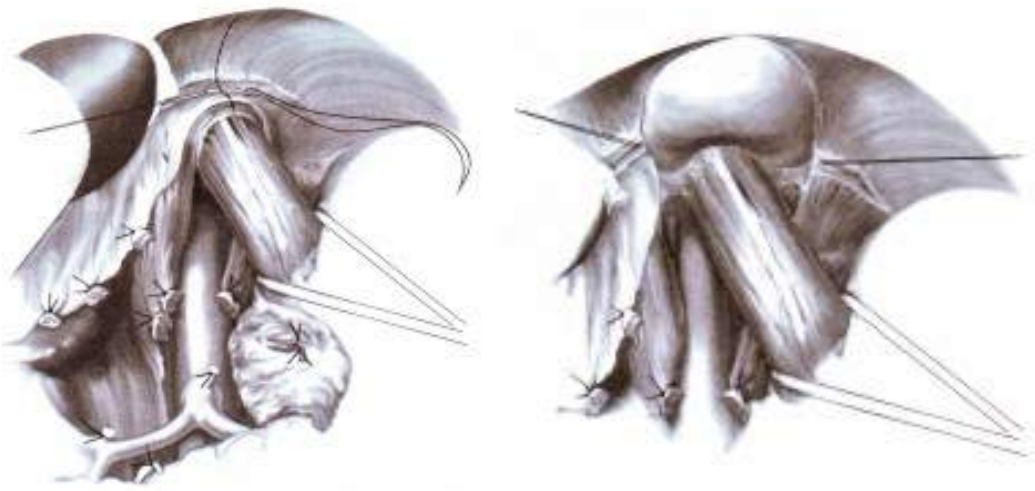
Էքսպոզիցիայի լավացման համար ստածանու ոտիկները էլեկտրադանակով հատվում են, իսկ նրանց ծայրատները կապվում: Կերակրափողի բութ տեղայնացումը իրականացվում է ցուցամատով: Այս գործողության ընթացքում անհրաժեշտ է մանրակրկիտ հեռացնել շարակցահյուսվածքային թելիկները՝ կերակրափողի, ստոծանու ոտիկների ու որովայնային աորտայի միջև /Ա/:

Աորտայի որովայնային հատվածը տեղայնացվում է և ռետինե խողովակի օգնությամբ, ձգելով այն ոտնամասային ուղությամբ:

Փուլ 3. /շարունակություն/

Ստոծանու ձախ ստորին երակի հատումից հետո կերակրափողային անցքի եզրը ուղղահայաց հատվում է լիգատուրաների միջև /Բ/:

Տեղադրվում են ռետրակտորներ: Հետկարդիալ ավշային հանգույցները հեռացվում են պրեպարատի հետ միասնական բլոկով /Գ/:

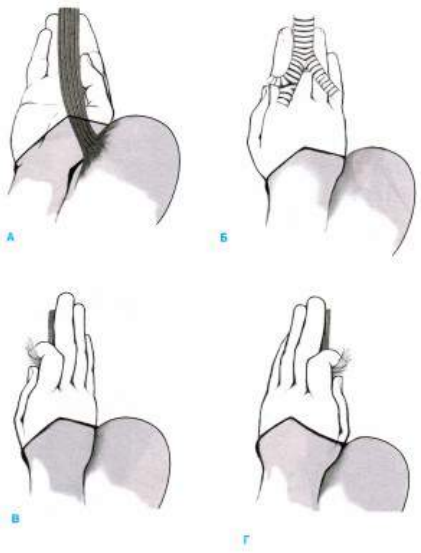


Փուլ 4. Կերակրափողի դիսսեկցիան հետին միջնորմում, ստածանու

կերակրափողային անցքի միջով հարաորտալ ավշահատմամբ,

կերակրափողի դիստալ հատվածի տեղայնացում

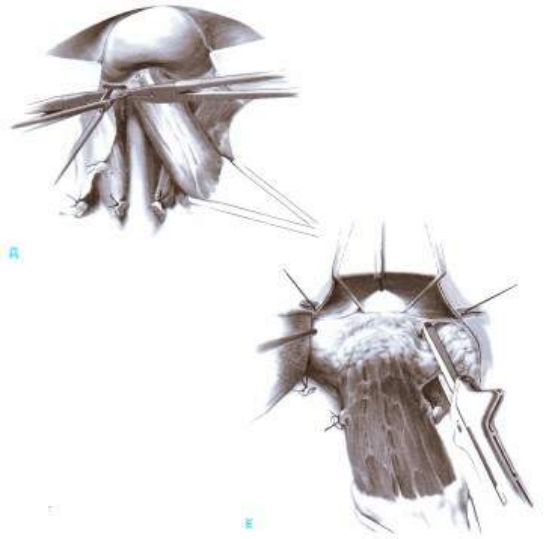
Կերակրափողի դիստալ հատվածի դիսսեկցիան իրականացվում է պերիկարդից նրա անջատումով: Ինֆիլտրացված պերիկարդը կարող է մասնահատվել միասնական բլոկով: Սուր դիսեկցիան շարունակվում է դեպի առաջ մինչև շնչափողի բիֆուրկացիա և ավելի վեր ավարտվում բութ դիսսեկցիայով: Դիմացից շոշափվում է շնչափողը և գլուխ պարանոցային ցողունը: Այս փուլում կա շնչափողի, կենտ երակի, թոքային անոթների կամ աորտայի վնասման զգալի վտանգ՝ հատկապես տարածված ուռուցքային աճի դեպքերում /Ա-Դ/:



Փուլ 4. /շարունակություն/

Առաջային ու հետին մակերեսների տեղայնացումից հետո կերակրափողը ձգվում է ոտնամասային ուղղությամբ: Կապանները, օրինակ այսպես կոչված «կերակրափողային կապանը» ներառնող թափառող ներվի ճյուղերը, թոքային կապանները, աորտայի ճյուղերը դեպի կերակրափող պետք է հատվեն սեղմիչների /կամ կլիպների/ միջև, կանխելով խիլաթորաքսը արյունահոսությունը և խիլապերիտոնեումը /Է/:

Հատվում է առպատային պլևրան: Դեպի պլևրա կամ թոք ուռուցքի ներաճի դեպքում կարելի է իրականացնել միասնական բլոկով մասնահատում, անհրաժեշտության դեպքում, երկարացնելով ստոծանու կտրվածքը /Ը/:

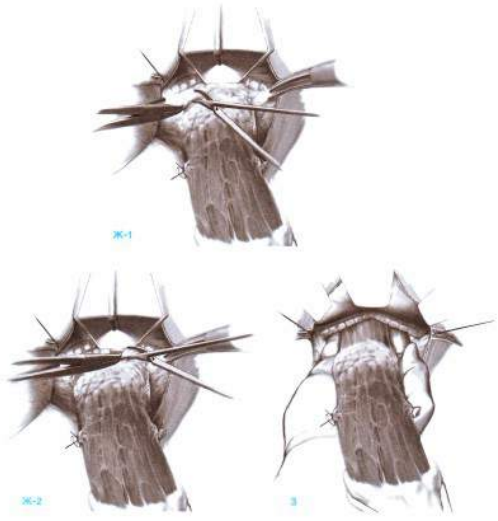


Փուլ 4. /շարունակություն/

Հետագա դիսսեկցիան դեպի վեր, մինչև շնչափողի բիֆուրակցիա, իրականացվում է կողմնային կապանների հատումով: Այս փուլում ևս իրականացվում է ավշահատում հետին միջնորմում և շնչափողի բիֆուրկացիայի հետևում /Թ-1,Թ-2/:

Պրոքսիմալ ուղղությամբ, կերակրափողի բութ դիսսեկցիայի համար մինչև շնչափողի բիֆուրակցիա, կողմնային կապանները պետք է ձգվեն ներքև և հերթականությամբ հատվեն:

Բութ դիսսկեցիան, ըստ հնարավորի, իրականացվում է մինչև կրծքավանդակի վերին բացվածք /Ժ/:



Փուլ 5, *Ստամոքսային խողովակի ձևավորում*

Կարող սարքի օգնությամբ ստամոքսի հատակի կողմից իրականացվում է փոքր կորության մասնահատում նախադռան ուղղությամբ: Ստամոքսային խողովակի կարճացումից կարելի է խուսափել մասնահատման ընթացքում ստամոքսը ձգելով երկայնակի ուղղությամբ /Ա/:

Մեխանիկական կարի գիծը փակվում է սերոզ-մկանային հանգուցակարերով: Ստացված ստամոքսային խողովակի տրամաչափը, այս գործողությունից հետո, պետք է լինի 2.5-3.0սմ /Բ/:

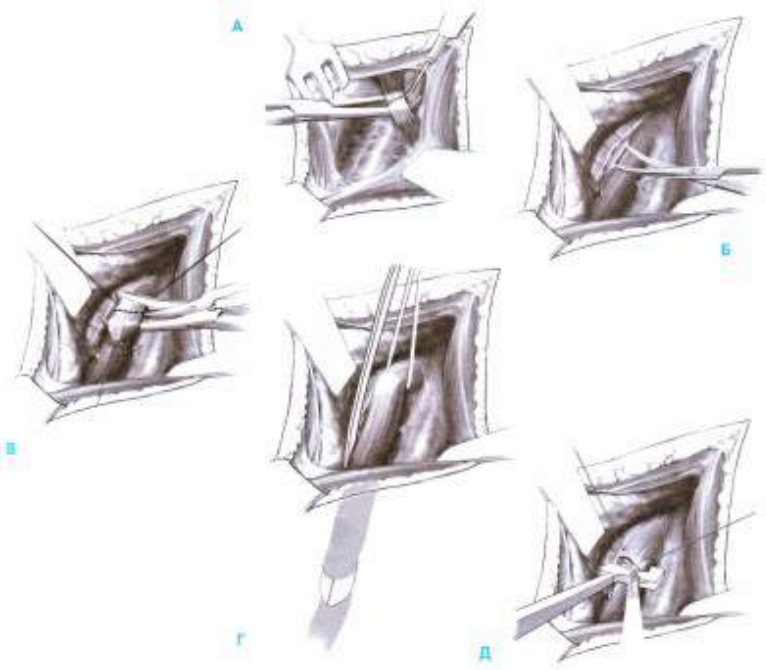
Փուլ 6. *Կերակրափողի պարանոցային հատվածի*

տեղայնացումն ու դիսսեկցիան, կերակրափողի մասնահատում

Առավել լավ էքսպոզիցիայի հասնելու համար հիվանդի գլուխը թեքվում է դեպի աջ: Մաշկի կտրվածքը կրծոսկր-անրակ-պտկային մկանի առաջային եզրի երկայնքով: Կատարվում է ենթամաշկային մկանի հատում և կրծոսկր-անրակ-պտկային մկանի ու պարանոցի այլ մկանների միջև բութ դիսսեկցիա, հետո կրծոսկր-անրակա-պտկային մկանը տեղաշարժվում է դրսայնորեն: Թիակ-ենթալեզվային մկանի սուր դիսսեկցիան և ենթալեզվային մկանի տեղաշարժը միջային ուղղությամբ թույլ է տալիս մերկացնել վահանաձև գեղձի լատերալ եզրը, լծայիներակն ու քնային զարկերակը /Ա,Բ/:

Կերակրափողը տեղաշարժվում է կեռ գործիքով: Պարանոցային ու վերին կրծքային հատվածներում կերակրափողի տեղայնացումը ավարտվում է մատի բութ դիսսեկցիայով կամ դիսսեկտորով /Գ,Դ/: Քիթ-ստամոքսային զոնդը հեռացվում է: Կերակրափողի ստորին հատվածի

կապումից հետո, կերակրափողը ստեպլերով /Գ/ կամ մկրատով /Է/ հատվում է: Կերակրափողի բերանային ծայրատի վրա, մինչև նրա տեղաշարժումը որովայնի խոռոչ, ամրացվում է պինդ թել կամ ռետինե ժապավեն: Այն հեշտացնում է հետագայում ստամոքսային խողովակի ձգումը դեպի պարանոց:



Փուլ 7. *Վերակառուցում*

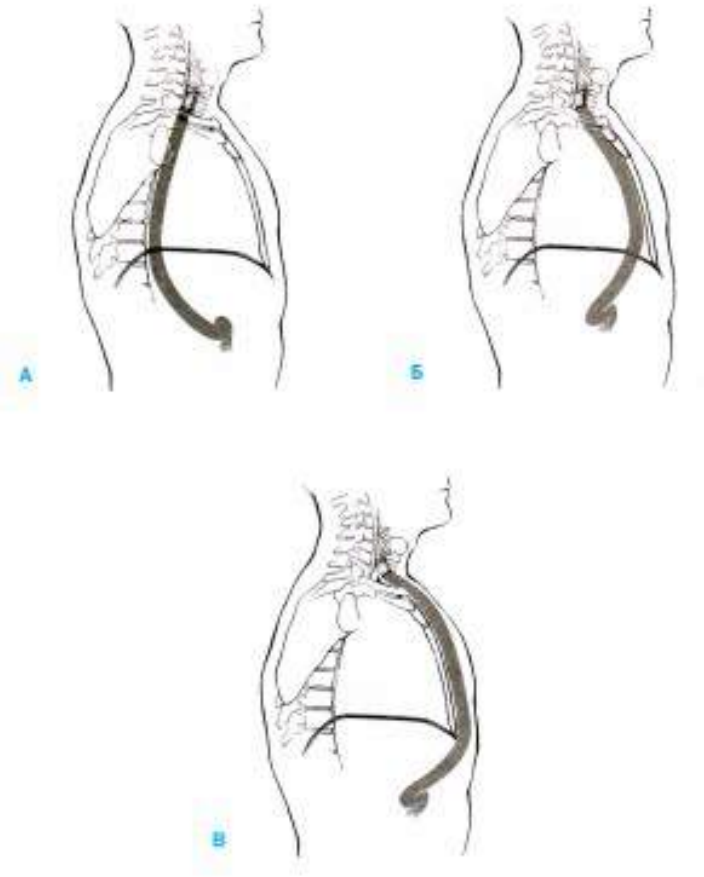
Իրականացվում է ստամոքսային խողովակի անցկացում: Հազվադեպ հիվանդների մոտ նրա երկարացման համար կարող է պահանջվել տասներկումատնյա աղու մոբիլիզացիա /Կոխերի գործողություն/

Տեղադրման տարբերակները՝

⇒ կերակրափողի ծոցում (Ա),

⇒ կրծոսկրի հետևում /հետկրծոսկրային, (Բ)/,

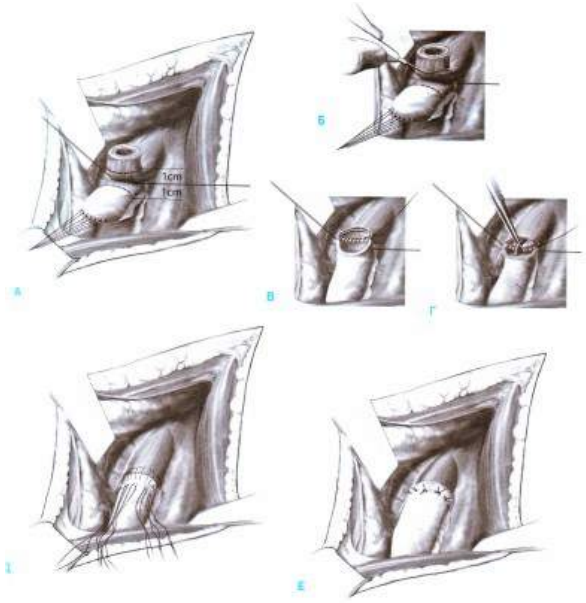
⇒ կրծոսկրից առաջ /առաջկրծոսկրային, (Գ)/:



Փուլ 8. *Պարանոցային բերանակցում*

Իրականացվում է ստամոքսային խողովակի ու կերակրափողի ծայրատի երկշարք բերանակցում: Առաջին, սերոզ-մկանային շարքը ձևավորվում է հանգուցակարերով /Ա/: Կերակրափողի ու ստամոքսիային խողովակի ցցուն հատվածները հատվում են /Բ/: Երկրորդ ներքին կարերի շարքը կարելի է իրականացնել անընդհատ եղանակով /Գ/: Ապա բերանակցման միջով դեպի ներքև, բարակ աղու առաջին գալար, անցկացվում է խողովակ՝ հետվիրահատական էնտերալ սնուցման համար /Դ/:

Բերանակցման առաջային պատի ձևավորումը ավարտվում է հանգուցակարերով կամ անընդհատ կարով: Պատի կարերի երկրորդ շարքը կարելի է իրականացնել Ս-ա ձև կարերով, նպաստելով բերանակցման ներսուզմանը ստամոքսային խողովակի մեջ /է,Ը/:



Փուլ 9. *Ավարտ*

Բերանակցումից դորզալ տեղադրվում է դրենաժ և մաշկը կարվում: Միջնորմը դրենավորվում է որովայնի խոռոչ դրված երկու փափուկ խողովակներով՝:

Ստանդարտ հետվիրահատական գործառույթներ

- ✓ հետվիրահատական դիտարկում ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքում,

- ✓ “լայն” ցուցումներ հետվիրահատական էնդոսկոպիայի համար,
- ✓ դրենաժի ամենօրյա ստուգում:

Հետվիրահատական բարդություններ

- ➢ պլևրալ հեղուկ և թոքաբորբ,
- ➢ բերանակցման անբավարարություն,
- ➢ ինտերպոնատի մեռուկացում,
- ➢ հետադարձ ներվի վնասում /մեկ կամ երկկողմանի/,
- ➢ մեդիսատինիտ,
- ➢ ավշային խուղակ
- ➢ կերակրափողային բերանակցման սպիացում՝ ստենոզով /հեռավոր/:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- Տասներկումատնյա աղու տեղայնացումը հեշտացնում է սնուցող զոնդի տեղադրումը: Այն նաև ստեղծում է պայմաններ ստամոքսային խողովակի երկարացման համար, ինչը բարելավում է բերանակցման շրջանի արյան մատակարարումը;
- Ստոծանու ոտրկների լայն հատումը ապահովում է հետին միջնորմի օպտիմալ էքսպոզիցիա, նվազեցնելով բութ դիսսեկցիայի վտանգը:

ՄԻԱՍՆԱԿԱՆ ԲԼՈԿՈՎ ԿԵՐԱԿՐԱՓՈՂԻ ՍՈՒԲՏՈՏԱԼ ՄԱՍՆԱՀԱՏՈՒՄ, ԱԲԴՈՄԵՆՈ-ԹՈՐԱԿԱԼ ՄՈՒՏՔ

Ներածություն

Այս վիրահատության խնդիրը՝ կերակրափողի քաղցկեղի հեռացումն է հնարավոր առավելագույն ավշահատմամբ /երկմակարդակ ավշահատում/, որը իր մեջ ներառում է որովայնային, հետին ու միջին միջնորմային ավշահանգույցների հեռացում: Վերակառուցումը կատարվում է ստամոքսային խողովակով, կամ հաստաղիքային ներդիրով:

Ցուցումներն ու հակացուցումները

Ցուցումները՝

- կերակրափողի կրծքային հատվածի քաղցկեղ,
- բարորակ նեղացում, եթե տրանսհիատալ մասնահատումը անցանկալի է /օրինակ, շնչափող ներաճելու դեպքում/:

Հակացուցումներ՝

- տես՝ «Սուբտոտալ մասնահատում, տրանսհիատալ մուտք» գլխում,
- հիվանդների բարձր վիրահատական ռիսկ:

Վիրահատություն

Դիրքը՝ վիրահատության կրծքային փուլում՝ պառկած ձախ կողքի վրա,

Մուտքը ՝ առաջ-կողմնային թորակոտոմիա 5-րդ միջկողային տարածությունով,

Դիրքը՝ վիրահատության որովայնային փուլում՝ մեջքի վրա /տես՝ “Կերակրափողի սուբտոտալ մասնահատում, տրանսհիատալ մուտք” գլուխում/,

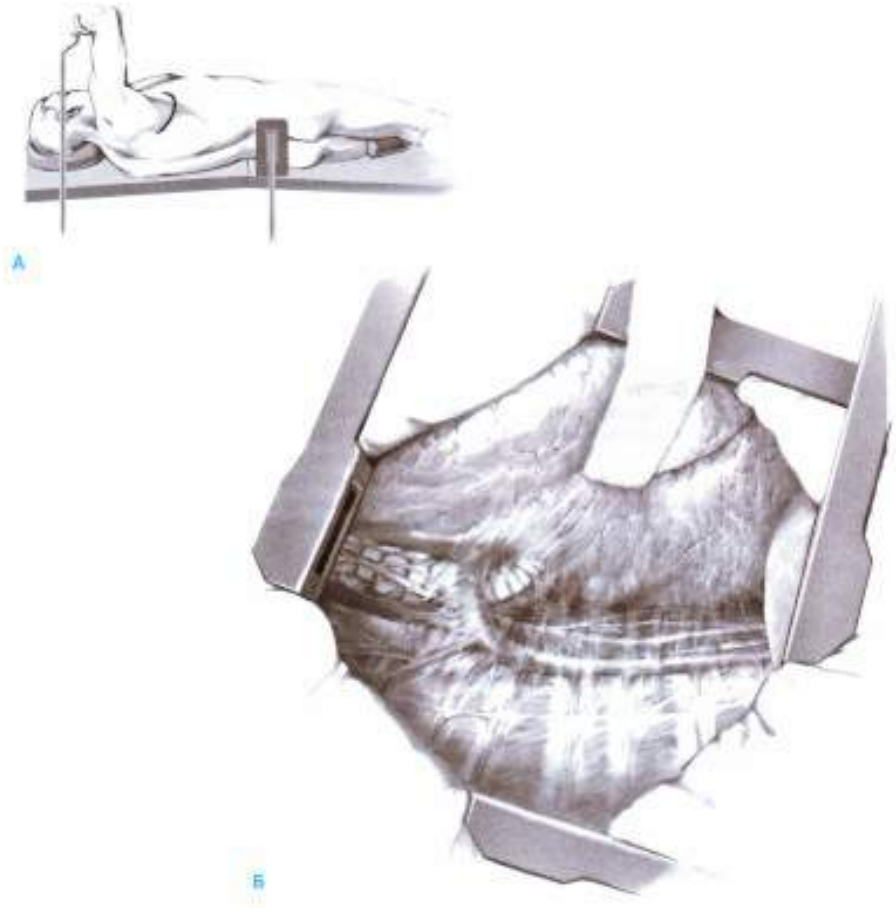
Մուտքը՝ վերին լայնաձիգ կտրվածք կենտրոնական երկարացումով կամ միջային որովայնահատում /տես՝ “Կերակրափողի սուբտորալ մասնահատում. տրանահիատալ մուտք” գլուխում /:

Փուլ 1. Թորաքոտոմիա և կտրվածքի գծի երկայնքով պլևրայի հատում

Թորաքոտոմիա V միջկողում, մաշկի կտրվածքով թիակի անկյունից մինչև ենթակրծքային ծալք /Ա/:

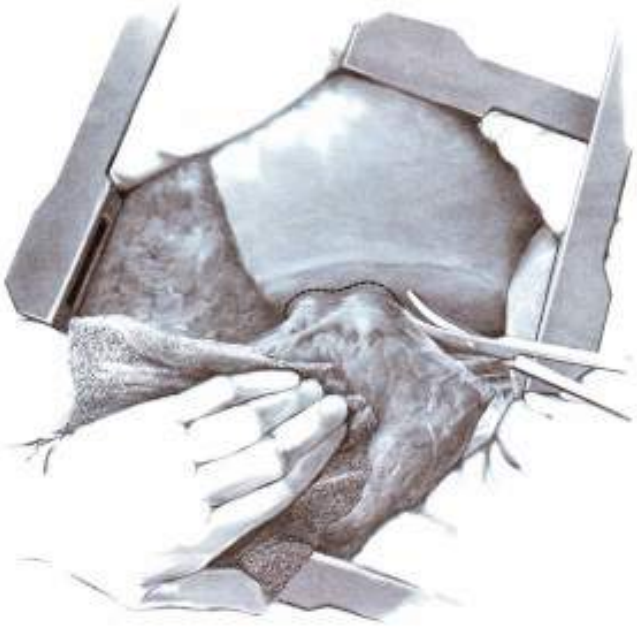
Ըստ փուլերի դրվում են երկու լայնիչներ: Իրականացվում է միակողմանի թոքային օդափողանակություն ձախից: Միասնական բլոկով կերակրափողի մասնահատման համար միջնորմայինթոքամիզը հատվում է կտրվածքի գծով: Այն սկսվում է լյարդային կապանից շրջանցելով աջ թոքարմատի դորզալ հատվածը և շարունակվում աջ բրոնխի երկյանքով: Կտրվածքը շարունակվում է աջ գլխավոր բորնխի երկայնքով վերին սիներակի լատերալ եզրով մինչև կրծքավանդակի վերին բացվածք: Ապա կտրվածքի գիծը փոխում է ուղղությունը և իջնում

ներքև աջ հարողնաշարային գծի ու կենտերակի երկայնքով մինչև ստոծանի: Շատ կարևոր է հայտնաբերել աջ ստոծանիական նյարդը /Բ/:



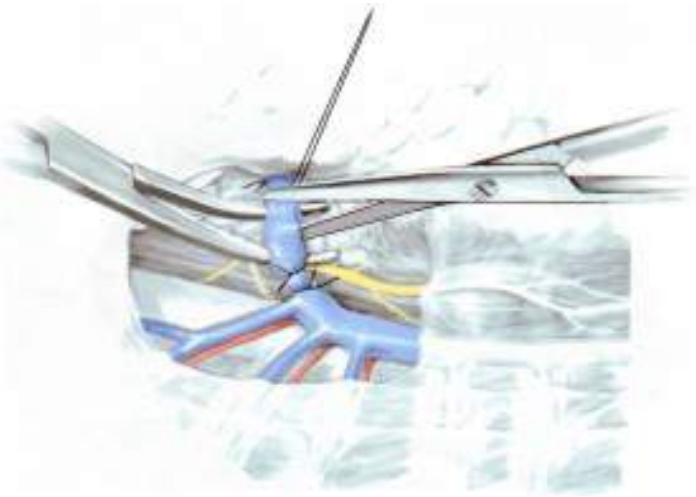
Փուլ 2. *Թոքային կապանի առանձնացումը*

Թոքային կապանի հայտնաբերման համար թոքը քաշվում է գլխամասային ու լատերալ ուղղությամբ: Ավշագեղձեր պարունակող ամբողջ հյուսվածքը, անհրաժեշտ է տանել դեպի կերակրափող: Կարևոր է պահպանել զգուշություն չվնասելու համար աջ թոքի ստորին բլթի երակը:



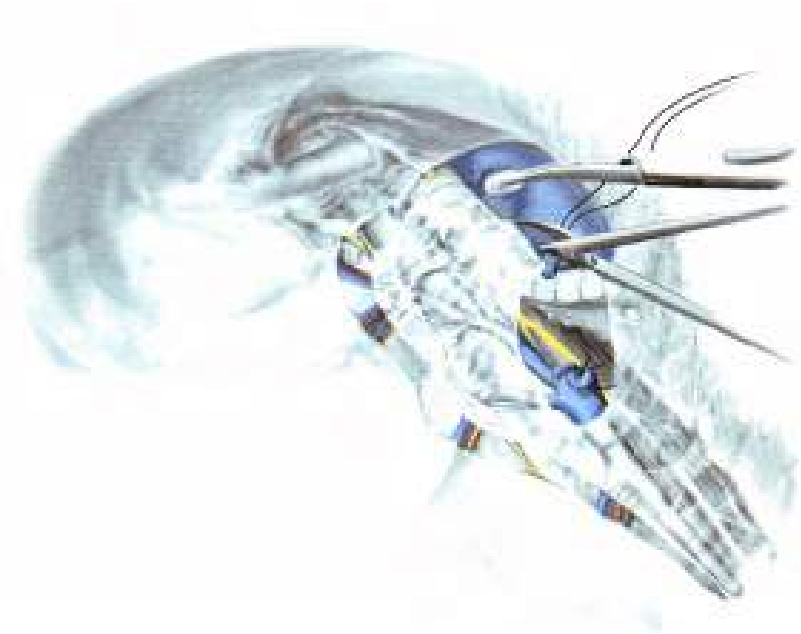
Փուլ 3. *Կենտ երակի կապումը*

Առանձնացվում են վերին սիներակն ու կենտ երակը: Կենտ երակի ծայրատի կապումը իրականացվում է վերին սիներակի ուղղությամբ:



Փուլ 4. *Մեկ բոլկով արմատական ավշահատում*

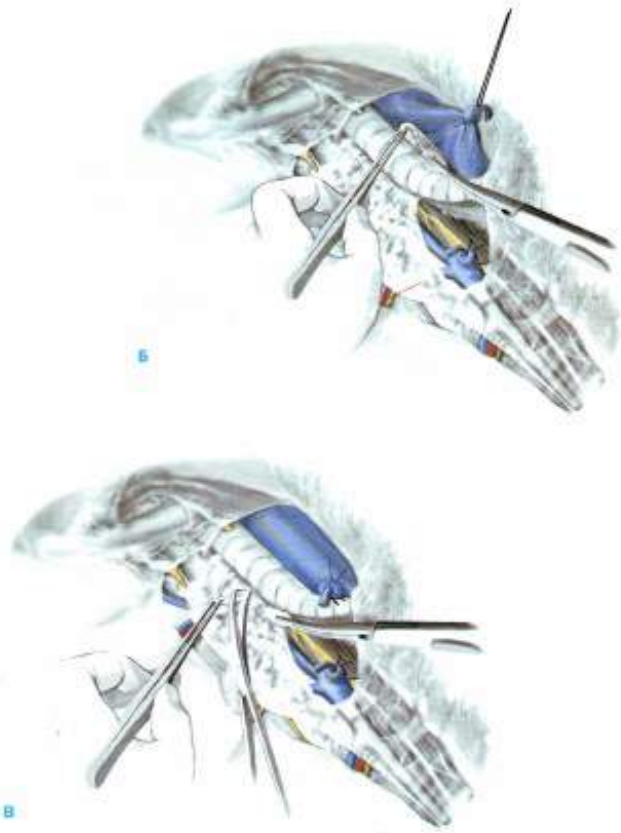
Ավշահատումը սկսվում է վերին սիներակից վերև, մինչև երկու անանուն երակների միացումը: Գլուխպարանոցային ցողունի ու աջ ենթաանրակային զարկերակի դիսսեկցիայից հետո անհրաժեշտ է առանձնացնել աջ թափառող նյարդը և նույնականացնել աջ հետադարձ նյարդը: Թափառող ներվը հատվում է հետադարձ ներվի ճյուղավորումից ավելի ներքև և նրա դիստալ հատվածը տեղաշարժվում է դեպի ապագա պրեպարատ: Ապա, վերին սիներակի դորզալ պատի երկայնքով կատարվում է հետևողական ավշահատում /Ա/:



Փուլ 4. /շարունակություն/

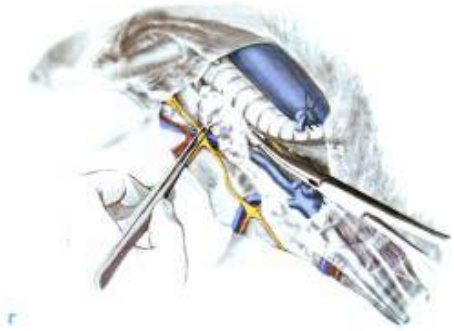
Վերին սիներակի մշակումից հետո շնչափողն ու աջ գլխավոր բրոնխը լրիվ մաքրվում են ավշագեղձեր պարունակող բջջանքից: Նախա- և հարշնչափողային ճարպային բջջանքը ավշագեղձերի հետ տեղաշարժվում է կերակրափողի կողմը /Բ/:

Հետո իրականացվում է հետշնչափողային ավշագեղձերի դիսսեկցիա: Տեղաշարժելով այս հանգույցները դեպի կերակրափող, պետք է զգուշանալ չվնասելու համար շնչափողի թաղանթային հատվածը /Գ/:



Փուլ 4. /շարունակություն/

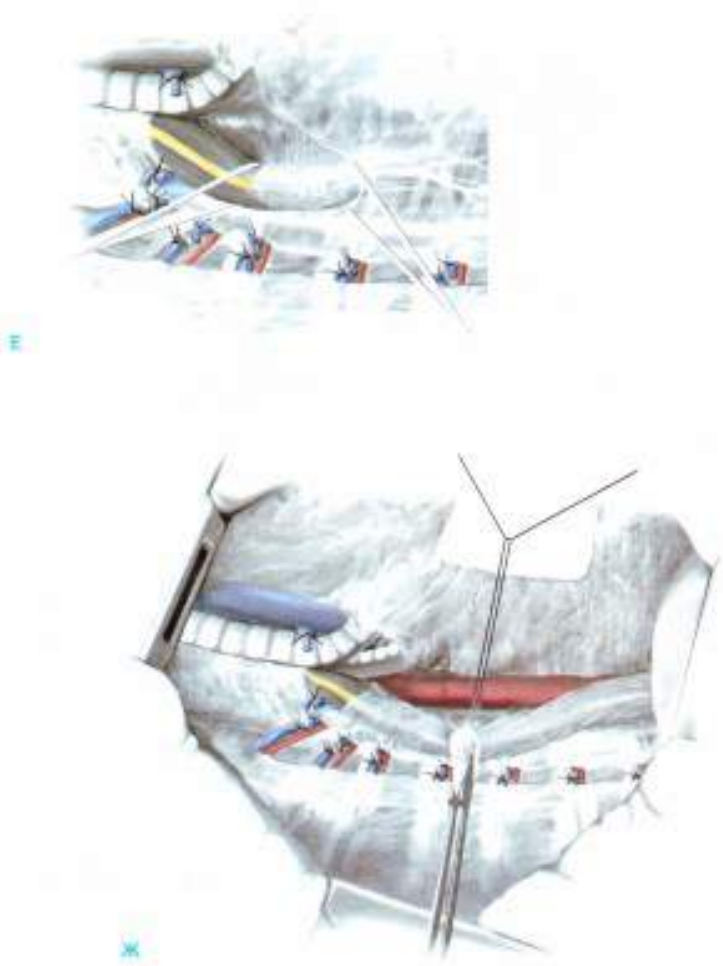
Ավշագեղձերի հատումը շարունակվում է վերին հարկերակրափողային կոլլեկտորում /Դ/: Կենտ երակ թափվող բոլոր միջկողային երակները կապվում են ու հատվում: Որից հետո հեռացվում են շնչափողի երկատման հատվածի ավշագեղձերը, ձախ գլխավոր բորնխի դիսսեկցիայով /Ե/:



Փուլ 4. /շարունակություն/

Իրականացվում է հարաորտալ ավշահատում: Կրծքային աորտալ կերակրափողային ճյուղերը պետք է առանձնացվեն, զգուշորեն կապվեն ու հատվեն /է/:

Կրծքային ծորանի նույնականացումն ու մանրակրկիտ դիսսեկցիան իրականացվում է անմիջապես ստոծանուց վեր և շնչափողի երկատման մակարդակին կրկնակի կապումով /Ը/:

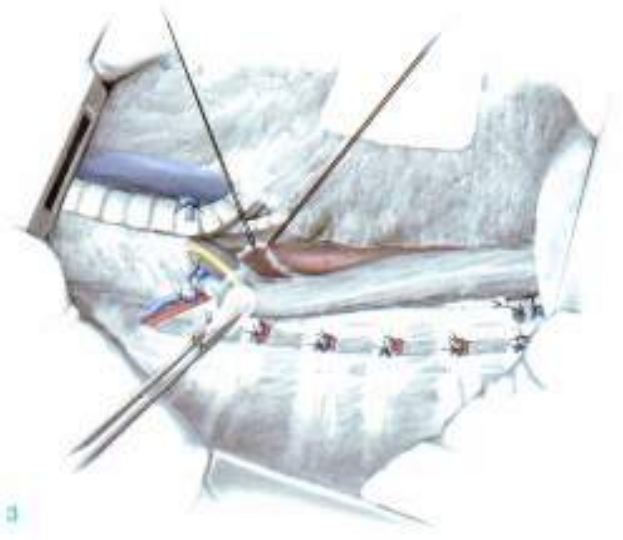


Փուլ 4. /շարունակություն/

Միջնորմի ավշահատումը ավարտվում է ձախակողմյան հարաորտալ ու հետպերիկարդիալ հանգույցների հեռացումով, ինչպես նաև, միջանկյալ ու ստորին բլթի բրոնխների երկայնքով դեպի ներքև մինչև ստոծանու կերակարփողային անցք /Թ/:

Կերակրափողային պրեպարատի տեղայնացման ավարտից հետո աջ պլևրալ խոռոչը դրենաժի տեղադրումից հետո փակվում է:

Հիվանդը պառկացվում է մեջքի վրա, վիրահատության որովայնային փուլի իրականացման համար:



Որովայնային ու պարանոցային փուլերի նկարագրությունը տես “Տրանսհիատալ մոտեցում” գլխում:

Որպես այլընտրանք կարելի է ձևավորել ներկրծքային բերանակցում /տես “ներկրծքային բերանակցում” գլուխում/:

Ստանդարտ հետվիրահատական հետազոտություններ ու բարդություններ

Նկարագրված “Կերակրափողի սուբտորալ մասնահատում, տրանսհիատալ մուտք” գլխում:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- եթե հնարավոր չէ իրականացնել Ro մասնահատում, ապա նախապատվությունը տրվում է հետկրծոսկրային վերակառուցմանը,
- եթե վնասվել է շնչափողը, այն անմիջապես կարվում է և պերիկարդի կտորով փակվում,
- կերակրափողի պարանոցային հատվածի էքսպոզիցիայի բարելավման համար հատվում է կրծոսկր-անրակա-պտկային մկանի միջային գլխիկը,

- ստամոքս-ճարպոնային աղեղի վնասումը բերում է բարակ աղիքային ներդիրի ձևավորման անհրաժեշտությանը:

ՄԻԱՍՆԱԿԱՆ ԲԼՈԿՈՎ ԿԵՐԱԿՐԱՓԱՂԻ ԱԲԴՈՄԻՆՈ-ԹՈՐԱԿԱԼ ՄԱՍՆԱՀԱՏՈՒՄ ԲԱՐՁՐ ՆԵՐԿՐԾՔԱՅԻՆ ԲԵՐԱՆԱԿՑՄԱՄԲ

Ներածություն

Շնչափողի բիֆուրկացիայից դիստալ տեղակայված ներկրծքային ուռուցքների հեռացման ժամանակ, որպես պարանոցային բերանակցման այլընտրանք, չխախտելով ուռուցքաբանական սկզբունքները, կարող է ձևավորվել բարձր ներկրծքային բերանակցում: Առավելությունները, կապված են վիրահատության տևողության զգալի կրճատման հետ, բայց համակցվում են ծայրահեղ ծանր մեդիաստինիտի զարգացման ռիսկի հետ, բերանակցման անբավարարության դեպքում:

Ցուցումներն ու հակացուցումները

Ցուցումները՝

- կերակրափողի կրծքային հատվածի քաղցկեղ,
- տարածուն պեպտիկ ստրիկտուրա, եթե անհնար է իրականացնել տրանսհիատալ մասնահատ:

Հակացուցումներ՝

- Տես «Կերակրափողի սուբտորալ մասնահատում, տրանսհիատալ մուտք» գլխում:
- վիրահատական բարձր ռիսկի հիվանդներ:

Նախավիրահատական հետազոտություն և պատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ Տեղեկություններ ստամոքսի կամ հաստ աղու վրա տարած վիրահատությունների, ալկոհոլի կամ նիկոտինի օգտագործման, ստամքս-կերակրափողային ռեֆլյուքս հիվանդության, Բարրետտի կերակրափողի վերաբերյալ:
- ✓ Հետադարձ կոկորդային նյարդի վիճակի ուսումնասիրում, պարանոցային ավշագեղձերի վիճակի հստակեցում:
- ✓ ՔԷԱ, լյարդի գործունեության և հեմոստազի ցուցանիշներ:
- ✓ ԷԳԴՍ բիոպսիայով, բացառելու համար դեպի ստամոքս ներաճ, կոլոնոսկոպիա՝ եթե պլանավորվում է հաստ աղու ինտերպոզիցիա:
- ✓ ՀՇ /կրծքավանդակ + որովայն/, կերակրափողի ԷՍԳ, բրոնխոսկոպիա՝ եթե ախտահարված է կերակրափողի միջին երրորդը ու հնարավոր է ներաճ դեպի շնչափող:

Հիվանդի պատրաստում՝ աղիների պատրաստում, շնչառական թերապիա, միզային կատետր, կենտրոնական երակային կատետեր:

Հիվանդի դիրքը՝

-Դիրքը “պտուտակաձև”, ձեռքի ու կրծքավանդակի աջ կեսի 45^0 բարձրացումով:

-Սեղանի թեքում մինչև մեջքի վրա հորիզոնական դիրք ստանալը՝ վիրահատության որովայնային փուլի համար:

-Սեղանի թեքում դեպի ձախ՝ վիրահատության կրծքային փուլի համար:

Վիրահատություն

Փուլ 1.

Տես*փուլեր 1,3 և 5.* “Կերակրափողի սուբտուրալ մասնահատում. տրանսհիատալ մուտք» գլխում:

Փուլ 2.

Տես*փուլեր 2, 4.* “Կերակրափողի սուբտուրալ մասնահատում. տրանսհիատալ մուտք» գլխում:

Փուլ 3. *Բարձր ներկրծքային բերանակցում*

Կերակրափողի հատումը իրականացվում է կրծքի վերին բացվածքից 5սմ ներքև քիսեթակարի համար սեխմիչի վրա /Psrsestring 45/: Որպես այլընտրանք կերակրափողը հատվում է, իսկ քիսեթակարը դրվում ձեռքով /մոնոֆիլամինատ 2-0/: Կերակրափողի պրոքսիմալ եզրը լայնացվում է բութ սեղմիչով: Ցիրկուլյար կարող գործիքի սալը /ցանկալի է 28սմ/ մտցվում է կերակրափողի ծայրատ և ամրացումը կատարվում է քսակակարի կապումով:

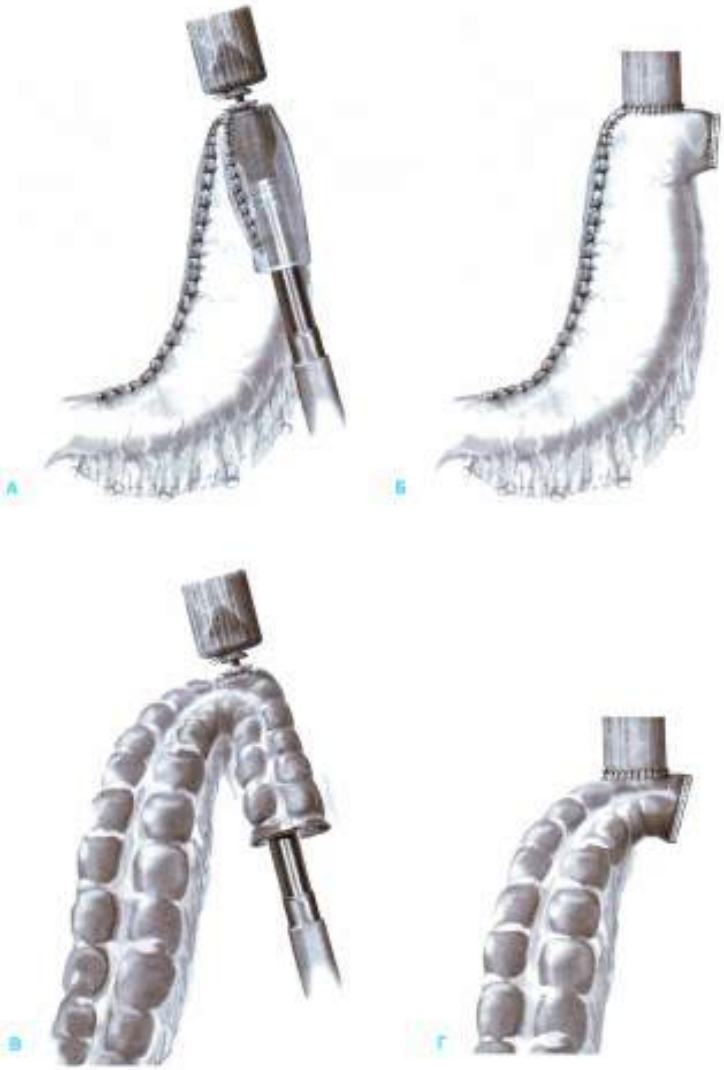
Ստամոքսային խողովակը անցկացվում է ստոծանու կերակրափողային անցքով և ծայրատի գագաթը հատվում է, որովհետև հաճախ պահանջվածից շատ է: Կարող գործիքը մտցվում է ստամոքսային խողովակ և բերանակցման հակառակ կողմից սարքի գլխիկով թափածակվում է խողովակի պատը /Ա/:

Եթե ստամոքսային խողովակի երկարությունը սահմանափակ է, ապա կարող սարքը անցկացվում է վենտրալ գաստրոտոմիայի միջով և իրականացվում է «ծայրը-ծայրին» ստամոքս-կերակրափողային բերանակցում, միացնելով գործիքի գլխիկը սալին ու կարելով /Բ/:

Ստուգվում են երկու մասնահատված բերանակցման օղերը: Կարող գործիքը դուրս է բերվում և գծային կարիչով իրականացվում է ստամոքսի խողովակի ավելորդ հատվածի մասնահատում:

Որից հետո բերանակցումից ներքև մինչև բարակ աղու առաջին գալար դեկոմպրեսիայի և էնտերալ սնուցման համար անցկացվում է քիթ-ստամոքսային խողովակ: Դրենավորվում է աջ պլևրալ խոռոչը:

Որպես այլընտրանք, նույն եղանակը կարող է կիրառվել հաստաղիքային ներդիրի համար՝ էզոֆագոգաստրէկտոմիայից հետո /Գ,Դ/:



Ստանդարտ հետվիրահատական գործառույթներ

- ✓ հետվիրահատական դիտարկում ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքում,
- ✓ «լայն» ցուցումներ հետվիրահատական էնդոսկոպիայի համար,
- ✓ դրենաժի ամենօրյա ստուգում:

Հետվիրահատական բարդություն

- ➢ պլևրալ հեղուկ և թոքաբորբ,
- ➢ բերանակցման անբավարարություն,
- ➢ ինտերպոնատի մեռուկացում,

- հետադարձ նյարդի վնասում /միա- կամ երկկողմանի/,
- միջնորմաբորբ,
- ավշային խուղակ
- կերակրափողային բերանակցման սպիացում՝ ստենոզով /հեռավոր բարդություն/:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- Ստամոքսային խողովակի ավելորդ երկարություն կարելի է ստանալ տասներկումատնյա աղու տեղայնացմամբ /Կոխերի միջամտություն/: Նման դեպքում բերանակցման համար նախատեսված ստամոքսային խողովակի եզրը, տեղակայվում է ստամոքս-ճարպոնային ոտիկին մոտ: Համարժեք արյան մատակարարումը նվազեցնում է բերանակցման անբավարարության վտանգը:

- Ի տարբերություն պարանոցային կերակրափող-ստամոքսային բերանակցման, ներկրծքայինբերանակցման ցանկացած անբավարարության ժամանակ պետք է իրականացվի շտապ էնդոսկոպիա: Եթե էնդոսկոպիկ հետազոտությունը անբավարարության նշաններ չի հայտնաբերում, պետք է նկատի ունենալ կերակրափողի ստենտավորման հնարավորությունը, շարունակվող անբավարարության կլինիկական նշանների շարունակվելու պայմաններում սարսափելի միջնորմաբորբերից խուսափելու համար:

ԿԵՐԱԿՐԱՓՈՂ-ՍՏԱՄՈՔՍԱՅԻՆ ԱՆՑՄԱՆ ՍԱՀՄԱՆԱՓԱԿ ՄԱՍՆԱՀԱՏՈՒՄ՝ ԻԶՈՊԵՐԻՍՏԱԼՏԻԿ ԲԱՐԱԿ ԱՂԻՔԱՅԻՆ ՆԵՐԴԻՐՈՎ

Ներածություն

Կերակրափող-ստամոքսային անցման միասնական բլոկով սահմանափակ մասնահատումը ներառում է մետապլազիայի ենթարկված լորձաթաղանթով կերակրափողի սեգմենտի լրիվ հեռացում, ստորին կերակրափողային սեղմանի ու ստամոքսի փոքր կորության հատվածի հետ միասին՝ նոր ստամոքսի հատակի ձևավորմամբ: Քանի որ կերակրափողի ստորին հատվածի քաղցկեղի նույնիսկ սկզբնական փուլերում /T1b/, հիվանդների մոտ 20%–ի դեպքում բերում է փոքր կորությամբ և լյարդային ու փայծաղային զարկերակների երկայնքով տեղակայված ավշագեղձերի մետաստատիկ ախտահարման, հարաորտալ շրջանի ու ստորին

միջնորմի ավշագեղձերի հեռացումը հանդիսանում է այս վիրահատական միջամտության կարևորագույն մասը:

Ուռուցքի վաղ փուլով հիվանդների մոտ, նախավիրահատական էնդոսկոպիկ-սոնոգրաֆիկ դասակարգված T1a կամ T1b, ինչպես նաև կերակրափողի դիստալ հատվածի ծանր դիսպլազիայի դեպքերում, կարդիայի ու կերակրափողի դիստալ հատվածի սահմանափակ պրոքսիմալ մասնահատումը, սնուցող ոտիկի վրա բարակ աղիքային իզոպերիստալտիկ ներդիրով վերակառուցմամբ՝ բերում է բավարար ֆունկցիոնալ և ուռուցքաբանական արդյունքների:

Ցուցումներն ու հակացուցումները

Ցուցումները՝

- կերակրափողի դիստալ հատվածի ծանր դիսպլազիա /Բարրետտի կերակրափող/,
- կերակրափողի դիստալ քաղցկեղ / T1a և T1b փուլեր/,
- ամոքիչ նպատակներով /առանձին հիվանդների մոտ՝ խցանող ուռուցքներով պայմանավորված ծանր դիսֆագիա կամ ուռուցքից պրոֆուզ արյունահոսություն/:

Հակացուցումներ՝

- կերակրափողի քաղցկեղ T_2 կամ ավելի բարձր փուլերում,
- Բարրետտի մետապլազիայով սեգմենտ, տեղակայված շնչափողի բիֆուրկացիայից վեր:

Նախավիրահատական հետազոտում / պատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատական հետազատություններ՝

- ✓ էզոֆագոգաստրոսկոպիա բիոպսիայով,
- ✓ Կերակրափողի էնդոսկոպիկ-սոնոգրաֆիա, կրծքավանդակի ու որովայնի խոռոչի օրգանների համակարգչային շերտագրություն, որովայնի խոռոչի օրգանների ԳՋՀ,
- ✓ Թոքերի ֆունկցիոնալ ուսումնասիրություն, աղիների օրտոգրադ լավաժ:

Հիվանդի պատրաստումը վիրահատության՝ քիթ-ստամոքսային զոնդ /եթե հնարավոր է/, միզապարկային կատետերի տեղադրում, կենտրոնական երակային կատետեր:

Հիվանդի դիրքը՝ պառկած մեջքի վրա:

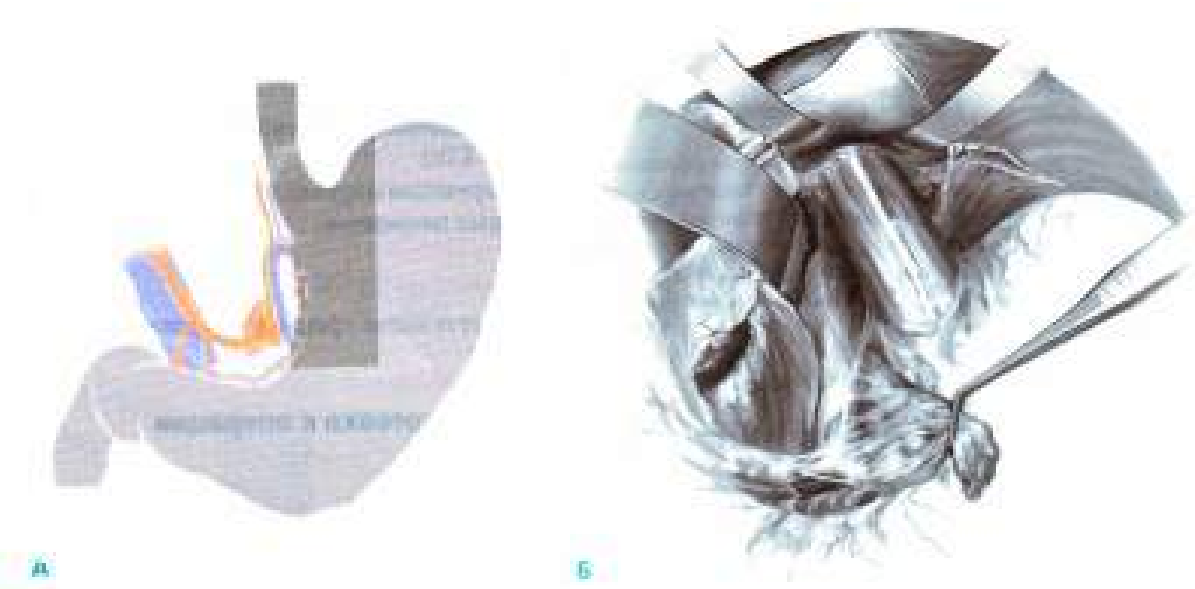
Մուտք՝ վերին լայնակի կտրվածք միջային հավելյալ լայնացմամբ, կողաղեղի բարձրացման համար Ռոշարի ռետրակտորի տեղադրում:

Վիրահատություն

Փուլ 1. Ստորին հետին միջնորմի էքսպոզիցիա, դիաֆանասկոպիա

Լյարդի ձախ բիլթը լրիվ տեղայնացվում է, իսկ փոքր ճարպոնը՝ թափառող ներվի հետին ու առաջային ստամոքսային ճյուղերից անմիջապես մեդիալ, հատվում: Միջնորմի բացումը, ստոծանու երկայնակի միջին կտրվածքով, ապահովում է հետին միջնորմի ստորին հատվածների բավարար էքսպոզիցիան: Տեղայնացվում է կերակրափողի դիստալ հատվածը, ներառած հարկերակրափողային հյուսվածքները, հատվում են թափառող նյարդերը:

Բարրետտի սեգմենտի գլխամասային սահմանը, որը նաև ծառայում է որպես մասնահատման պրոքսիմալ եզր, որոշվում է ներվիրահատական էԳՍ (էզոֆագոգաստրոսկոպիա)-ով՝ դիաֆանասկոպիայի հետ միասին: Իրականացվում է փայծաղային ու լյարդային զարկերակների շուրջը տեղակայված ավշային հանգույցների հատում, ընդերային ցողունի մոտ հատվում են ձախ ստամոքսային երակն ու զարկերակը: Որից հետո ընդերային ցողունն ու հարաորտալ շրջանը ևս մաքրվում են ավշահանգույցներ պարունակող շարակցական հյուսվածքից:



Փուլ 2. *Կերակրափողի հատումը*

Բարրետտի սեգմենտի գլխամասային սահմանից մոտ 1սմ պրոքսիմալ դրվում է քիսեթային կարի համար սեղմիչը ու կերակրափողը հատվում:

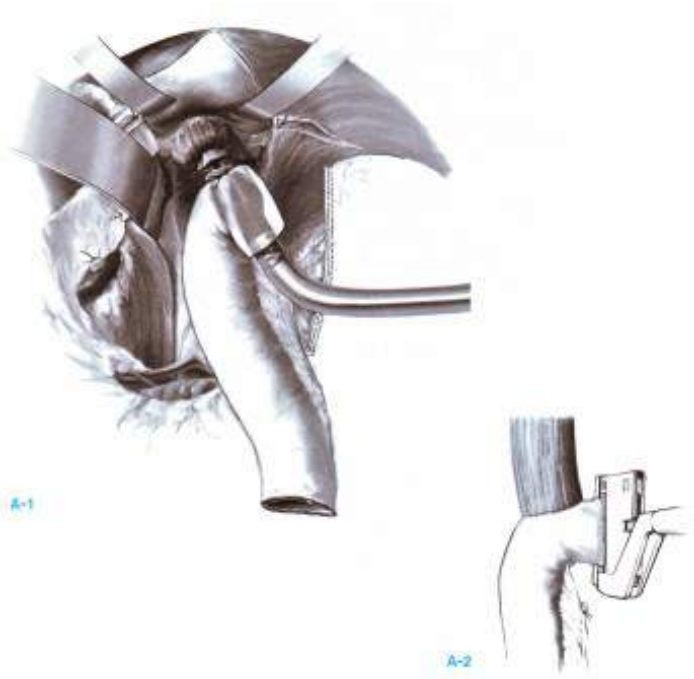
Ստամքոսի փոքր կորության ու կարդիայի հեռացումը իրականացվում է մեծ կորության պրոքսիմալ հատվածից դեպի ներքև գծային կարող սարքի բազմակի կիրառումով, մինչև ստամոքսի մարմնի ու անտրալ հատվածի սահմանը: Նման գործողությամբ ստեղծվում է ստամոքսի նոր հատակ:

Ավելի տարածված ուռուցքի դեպքում, վիրահատության հնարավոր ընդլայնումը ներառում է կերակրափողի տրանսհիատալ մասնահատում կամ էզոֆագէկտոմիա ստամոքսի մասնահատմամբ:

Փուլ 3. *Բարակ աղու պրոքսիմալ սեգմենտի էզոֆագոեյունոստոմիա*

Առանձնացվում է բարակ աղու պրոքսիմալ հատվածից 15-20 սմ երկարության սեգմենտ, որը իր միջընդերային ոտիկով, լայնաձիգ հաստ աղու միջընդերքի միջով ու ստամոքսի հետևով, տեղափոխվում է ստոծանու շրջան: Որպեսզի ապահովվի աղիքային ներդիրի անոթային ոտիկի համարժեք երկարություն, անհրաժեշտ է իրականացնել մանրակրկիտ դիսսեկցիա: Բարակաղիքային ներդիրը, անցկացված ստամոքսի ու խթաղու հետևով պարտադիր պետք է լինի իզոպերիստալտիկ: Որից հետո ցիրկուլյար կարող սարքով ձևավորվում է պրոքսիմալ տերմինո-լատերալ /ծայրը կողքի/ էզոֆագոեյունոստոմիա «կերակրափող-բարակ աղիքային բերանակցում»: Կարող սարքը մտցվում է աղիքային ներդիրի բերանային ծայրով:

Բերանակցման կարից հետո նեդիրի խուլ եզրը մասնահատվում է, փակվում գծային ստեպլերով և եզրը կարվում:



Փուլ 4. *Եյունոգաստրոստոմիա*

Նոր ստեղծված ստամոքսի հատակի հիմքում, մեխանիկական կարի գիծը հատվում է 3-4 սմ երկարության վրա և ձևավորվում “ծայրը-կողքի” եյունոգաստրո բերանակցում: Ստամքոսի վրա մնացած կարը փակվում է սերոզ հանգուցակարերով: Բարակ աղու անընդհատությունը վերականգնվում է տերմինո-լատերալ յեյունո-յեյունո բերանակցումով: Միջնորմը դրենավորվում է որովայնի խոռոչի կողմից տեղադրված երկու փափուկ խողովակներով: Վիրահատության վերջում, ստոծանու կերակրափողային անցքի մոտ դրվում են առաջային ու հետին կարեր:

Սանդարտ հետվիրահատական գործառույթներ

- ✓ դերնաժների ամենօրյա դիտարկում ներկրծքային բերանակցման անբավարարության վաղ հայտնաբերման համար:

Հետվիրահատական բարդություններ

- ➢ էզոֆագոյեյունոստոմիայի կամ որովայնային բերանակցման անբավարարություն,
- ➢ մեդիաստինիտ,
- ➢ պանկրեատիտ,
- ➢ որովայնաբորբ,
- ➢ պլևրայի էմպիեմա,
- ➢ բարակ աղու տեղափոխված սեգմենտի մեռուկացում,
- ➢ ռեֆլյուքս,
- ➢ ստամոքսի դատարկման ուշացում:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- Բոլոր այն դեպքերում երբ հայտնաբերվում է կերակրափողի պատի տարածուն անհարթություն կամ բազմակենտրոն օջախներ կատարվում է ներվիրահատական էնդոսկոպիա:

- Կարող սարքը մտցվում է բարակ աղու սեգմենտի բերանային ծայրից:

ԵՌԱՄԱԿԱՐԴԱԿ ԱՎՇԱՀԱՏՈՒՄ ԿԵՐԱԿՐԱՓՈՂԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ներածություն

Կերակրափողի կրծքային հատվածի վերին երկու երրորդից ավշային դրենավորումը իրականացվում է հիմնականում դեպի պարանոց ու վերին միջնորմ, չնայած կա նաև ավշի որոշակի արտահոսք ստամոքսի ձախ զարկերակի երկայնքով տեղակայված ավշագեղձեր: Ճապոնիայում 1981թ. իրականացված եռամակարդակ ավշահատման առաջին ուսումնասիրությունները ցույց տվեցին, որ ուռուցքի ներկրծքային տարածման բացակայության պայմաններում կերակրափողի մասնահատումից հետո 36 հիվանդներից 10-ի մոտ պարանոցային ու որովայնային ավշային հանգույցներում գտնվել են չհայտնաբերված մետաստազներ:

Ցուցումներ ու հակացուցումները

Ցուցումներ՝

- շնչափողի բիֆուրկացիայից վեր տեղակայված կերակրափողի ուռուցքները />T1m փուլ/:

Հակացուցումներ՝

- մակերեսային քաղցկեղ /<T1m փուլ/;
- ծանր ուղեկցող հիվանդություններ /սիրտ-անոթային, թոքային հիվանդություններ, ու/կամ լյարդային անբավարարություն/;

- վիրահատական բարձր ռիսկի հիվանդների մոտ պարանոցի ավշագեղձերում մետաստազների վերաբերյալ նախավիրահատական տվյալների բացակայություն /հարաբերական հակացուցում/;
- շնչափողի բիֆուրկացիայից ներքև տեղակայցած ուռուցքներ /հարաբերական հակացուցում/:

Նախավիրահատական հետազոտում / պատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ տես “Տրանսհիատալ մուտքով էզոֆագէկտոմիա” գլուխը,
- ✓ պարանոցի ԳՋՀ+ՀՇ
- ✓ Տեղային տարածուն ուռուցքների դեպքերում, սկզբում իրականացվում է քիմիո-ճառագայթային թերապիա, հետո վիրահատություն:

Հիվանդի դիրքը՝ մեջքի վրա պառկած:

Մուտք՝ առաջ կողմնային թորակոտոմիա V միջկողում, T-ա ձև կտրվածք պարանոցի վրա:

Վիրահատություն

Փուլ 1. *էքսպոզիցիա և աջ վերին միջնորմի ավշահատում*

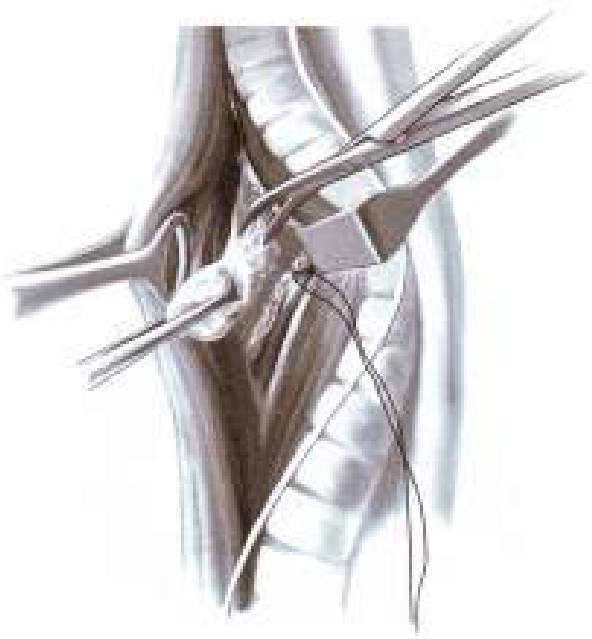
Ուռուցքի մասնահատելիության գնահատման համար հատվում է կենտ երակի աղեղը, իսկ աջ բրոնխիալ զարկերակը կապվում հիմքի մոտ, ապահովելով բավարար մուտք դեպի վերին ու միջին միջնորմ: Աջ հետադարձ նյարդի ու աջ հարշնչափողային հանգույցների շրջանում ավշագեղձերի հեռացման համար մերկացվում են գլուխ-ուսային և աջ ենթաանրակային զարկերակները, որից հետո մանրակրկիտ կապվում են ստորին վահանագեղձային զարկերակի ճյուղերը /սլաքը ցուցադրում է ավշահատման ուղությունը/:

Փուլ 2. *Կերակրափողի մասնահատումն ու ավշահատման ավարտը*

Կերակրափողի պրոքսիմալ հատումից հետո աորտայի աղեղի մակարդակում հեռացվում են ձախ հետադարձ նյարդի շրջանի հանգույցները /ձախ հարշնչափողային ավշահանգույցներ/:

Միջին միջնորմի ավշահանգույցները՝ ներկայացված ենթաաորտալ, ենթաբիֆուրկացիոն և հարկերակրափողային հանգույցներով, հեռացվում են կերակրափողի հետ:

Սրա շնորհիվ մերկանում են գլխավոր բրոնխը, ձախ թոքային զարկերակը, թափառող նյարդի ճյուղերն ու պերիկարդը: Թափառող նյարդի երկու թոքային ճյուղերն ու վայրէջ աորտայից սկիզբ առնող ձախ բորնխիալ զարկերակը ձախ թոքի դրունքի մոտ պահպանվում են: Սակայն թափառող նյարդի կերակրափողային ճյուղերը հատվում են, իսկ կրծքային ծորանը հեռացվում կերակրափողի հետ:

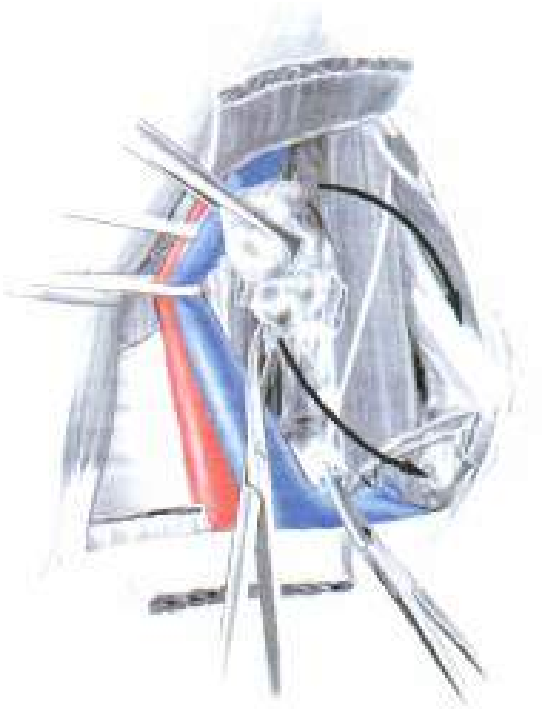


Փուլ 3. *T-ա ձ և կտրվածքը պարանոցի վրա*

Պարանոցի վրա կատարվում է T-ա ձևի կտրվածք, կրծոսկր-վահանաձև, կրծոսկր-ենթալեզվային, կրծոսկր-անրակա-պտկային մկանները հատվում են մինչև անրակ, ինչպես նաև բացազատվում է թիակ-ենթալեզվային մկանը: Հետադարձ նյարդի առանձնացումից հետո նրա երկայնքով հեռացվում են ավշային գեղձերը, որոնք հանդիսանում են մինչ այդ, վերին միջնորմում հեռացված ավշագեղձերի շղթայի շարունակությունը: Կապվում ու հատվում է ստորին վահանագեղձային զարկերակը: Հարկերակրափողային ավշահանգույցները, ներառյալ հետադարձ նյարդի ավշագեղձերը պարանոցային ու կրծքային հատվածների սահմանում, դասակարգվում են որպես պարանոցային կամ վերին միջնորմային ավշագեղձեր, կախված բիֆուրկացիայի, ընդհանուր քներակի և աջ ենթաանրակային զարկերակի հանդեպ նրանց դիրքի:

Փուլ 4. *Պարանոցային ավշահատում*

Լծային երակը, ընդհանուր քներակն ու թափառող ներվը հերթականությամբ առանձնացվում են ու հատվում: Կողքից, հավելյալ ներվի պահպանմամբ հեռացվում են ներքին լծային երակից ավելի լատերալ տեղակայված ավշագեղձերը: Հետո առանձնացվում են վահանա-պարանոցային ցողունն ու նրա ճյուղերը, ինչպես նաև ստոծանիային ներվը: Երկու կողմից մաքրվում են պարանոցային ավշագեղձերը՝ ներքին լծային ավշագեղձերը մատնայածև աճառի մակարդակից ներքև, վերանրակային և պարանոցային հարկերակրափողային ավշագեղձերը /սլաքը ցույց է տալիս ավշահատման ուղղությունը/:



Ստանդարտ հետվիրահատական հետազոտությունն ու բարդությունները

Ըստ “Կերակրափողի սուբտորալ մասնահատում. տրանսհիատալ մուտք» գլխի:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- վերին միջնորմին հասնելու համար լավագույն էքսպոզիցիա ստանում են կրծոսկր-անրակ-պտկաձև մկանի միջային գլխիկի հատման և/կամ մասնակի վերին ստերնոտոմիայի միջոցով:

ԿԵՐԱԿՐԱՓՈՂԻ ՆՎԱԶԱԳՈՒՅՆ ԻՆՎԱԶԻՎ ՄԱՍՆԱՀԱՏՈՒՄ

Ներածություն

Ժամանակակից լապարասկոպիկ ու տորակոսկոպիկ եղանակների հասանելիությունը, ինչպես նաև տեսաէնդոսկոպիայի զարգացումը նպաստել են կերակրափողի մասնահատման նվազագույն ինվազիվ տեխնիկայի մշակման: Ներկայումս առաջարկվում են և կլինիկորեն փորձարկված են երկու սկզբունքային եղանակներ: Կերակրափողի թորաքոսկոպիկ մասնահատումը թեորիապես հանդիսանում է տրանսթորակալ մուտկով կերակրափողի միասնական բլոկով մասնահատման նմանակը, սակայն կատարվում է միայն մի քանի

կլինիկական կենտրոններում, քանի որ հանդիսանում է բավականին դժվար միջամտություն, որը պահանջում է երկարատև միակողմանի թոքային վենտիլյացիա: Մինչ օրս մեծ սերաներում դեռ չի ապացուցվել նրանց առավելությունը սովորական բաց մասնահատումների հանդեպ: Կերակրափողի արմատական տրանսհիատալ մասնահատումը կերակրափողի մեդաստինոսկոպիկ դիսսեկցիայով /էնդոսկոպիկ/ առաջարկվել է 1990թ. Buess-ի ու համահեղինակների կողմից և անցել կլինիկական փորձարկում: Եղանակը թույլ է տալիս ուղղակի տեսողության տակ տեղայնացնել կերակրափողի պրոքսիմալ կրծքային հատվածը, իրականացնել մեդիաստինոսկոպիկ ավշագեղձերի հեռացում և նվազեցնել ներ- ու հետվիրահատական բարդությունների վտանգը համեմատած կերակարփողի սովորական տրանսհիատալ մանսհատումների հետ:

Կերակրափողի թորակոսկոպիկ մասնահատում

Ցուցումներ ու հակացուցումները

Ցուցումներ՝

- կերակրափողի կրծքային հատվածի քաղցկեղ:

Հակացուցումներ՝

- թոքերի գործունեության խանգարումներ /երկարատև մեկ թոքային վենտիլացիա/;
- վիճակ թորակոտոմիայից հետո /կպումներ/;
- տարածված քաղցկեղ;
- 65-ից ավել տարիքի հիվանդներ /համեմատական հակացուցում/:

Կերակրափողի արմատական տրանսհիատալ

մասնահատում էնդոդիսսեկցիայով

Ցուցումներ ու հակացուցումներ

Ցուցումներ՝

- կերակրափողի դիստալ հատվածի քաղցկեղ /Բարրետտի կերակրափող/
- տարիքային սահամնափակումներ՝ եղանակը հաջողությամբ կարող է կիրառվել մինչև 80 տաերկան հիվանդների մոտ:

Հակացուցումներ

- վիճակներ վահանաձև գեղձի վիրահատությունից հետո կամ դեպքեր, որոնց ժամանակ մուտքը դեպի կրծքավանդակի պարանոցային հատված և/կամ վերին միջնորմ կարող է լինել դժվարացած /վիճակ կոկորդային քաղկցեղի ճառագայթային բուժումից հետո/:
- մինչ վիրահատությունը հայտնաբերած շուրջուռուցքային կամ միջնորմային ավշային հանգույցների մեծացում /ցուցված է տրանսթորակալ մասնահատում միասնական բլոկով/:

Նախավիրահատական ուսումասիրում և պատրաստում վիրահատությանը

ԷՍԳ՝ հիվանդության փուլավորման համար /T և N չափորոշիչների գնահատում ըստ UYEC դասակարգման/, կրծքավանդակի ռենտգենոգարֆիա՝ հեռավոր միետաստազների հայտնաբերման համար, որովայնի խոռոչի օրգանների ԳՁՀ՝ հեռավոր մետաստազների հայտնաբերման համար, ՀՇ՝ միջնորմում մեծացած ավշահանգույցների մասնահատելիությունը որոշման համար: Վտանգի վերլուծություն՝ սրտի, թոքերի, լյարդի գործունեության գնահատում: Ալկոհոլի ընդունման բացառում մի քանի շաբաթների ընթացքում մինչ վիրահատությունը:

Կերակրափողի թորակոսկոպիկ մասնահատում

Վիրահատություն

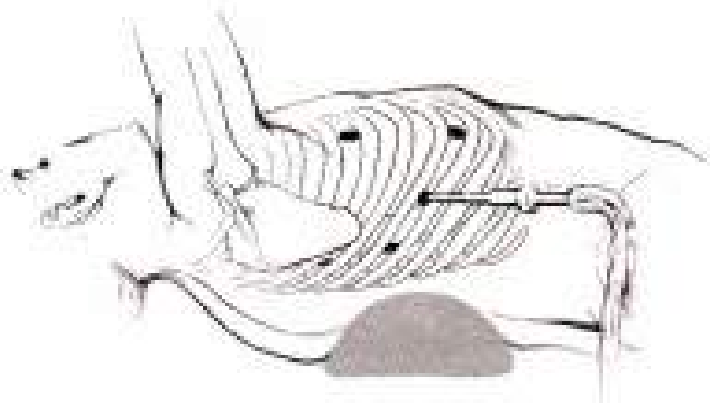
Փուլ 1. *Հիվանդի դիրքը և էքսպոզիցիան*

Միակողմանի թոքային վենտիլյացիայի համար անեսթեզիոլոգի կողմից շնչափողը ինտուբացվում է երկկողմանի խողովակով, որի իրականացման որակը վիրահատության հաջող ընթացքի անկյունաքարն է:

Հիվանդը թեքվում է ձախ կողքի վրա, ինչպես սովորական հետ կողմնային թորակոտոմիայի ժամանակ:

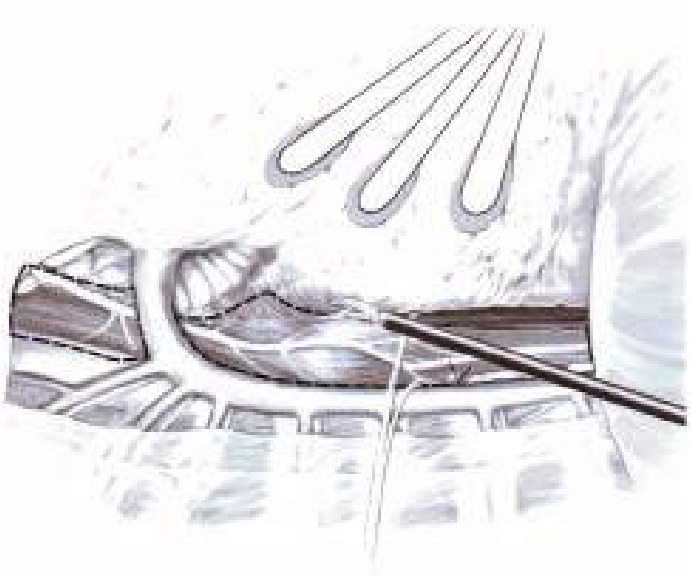
Հատուկ թորակոսկոպիայի համար կիրառվող կարճ ու օվալ տրոակարները նվազեցնում են արյունահոսության վտանգը միջկողային զարկերակներից և ավելացնում գործիքի ազատության աստիճամը: Տրոակարների դիրքը պետք է պլանավորվի համապատասխան ուռուցքի տեղակայման, իսկ էքսպոզիցիայի համար պահանջվում են թոքային ռետրակտորներ:

Նկարի վրա ցուցադրված է հիվանդի դիրքն ու տրոակարների տեղկայումը բիֆուրկացիայի մակարդակին տեղակայված կերակրափողի քաղցկեղի ժամանակ:



Փուլ 2. *Կերակրափողի դիսսեկցիա*

Միջնորմային պլևրան հատվում է լրիվ մերկացնելով կերակրափողը ու պահպանելով կենտ երակը: Որպեսզի հեշտացվի ձգումը ու լավացվի էքսպոզիցիան, կերակրափողի դիստալ հատվածի շուրջը տեղադրվում է սիլիկոնե դրենաժ: Հարկերակափողային հյուսվածքների դիսսեկցիան իրականացվում է գերձայնային դանակով այնպես, որ նրանք մնան պրեպարատի հետ: Կրծքային ծորանը անհրաժեշտ է կապել չներծծվող թելով, իսկ ուղղակի աորտայից գնացող անոթները՝ կլիպավորել, կանխելով հնարավոր արյունահոսությունը հետվիրահատական շրջանում:



Փուլ 3, *Կերակրափողի հատումը*

Ավշահատման ընթացքում շնչափողի բիֆուրկացիայից ներքև անհրաժեշտ է խուսափել գլխավոր բրոնխների վնասումից: Այս շրջանի ավշագեղձերը պետք է մնան պրեպարատի հետ միասնական բլոկում:

Կենտ երակի հատման համար կիրառվում է գերձայնային մկրատ:

Վերջապես Endo GIA-ի ևս մեկ պարկուճի օգնությամբ կերակրափողը հատվում է կրծքավանդակի մուտքի մոտ: Պրեպարատը հեռացվում է ավելի ուշ՝ վերակառուցման փուլում ստոծանու բաց կերակարփողային անցքով: Որպես այլընտրանք կերակրափողը կարելի է հատել կարող գործիքով ավելի դիստալ հատվածում /կերակրափողային անցքի մակարդակին/ և հեռացնել որևէ մեկ պոռտի պրոյեկցիայով իրականացված կտրվածքից, լայնացնելով այն մինչև 3-4սմ: Վիրահատությունը ավարտվում է տեսախցիկի պոռտից մեկ 26 Fr-ոց խողովակի տեղադրմամբ կրծքավանդակ, մյուս պոռտերի տեղադրման անցքերը փակվում են ներծծվող կարերով:

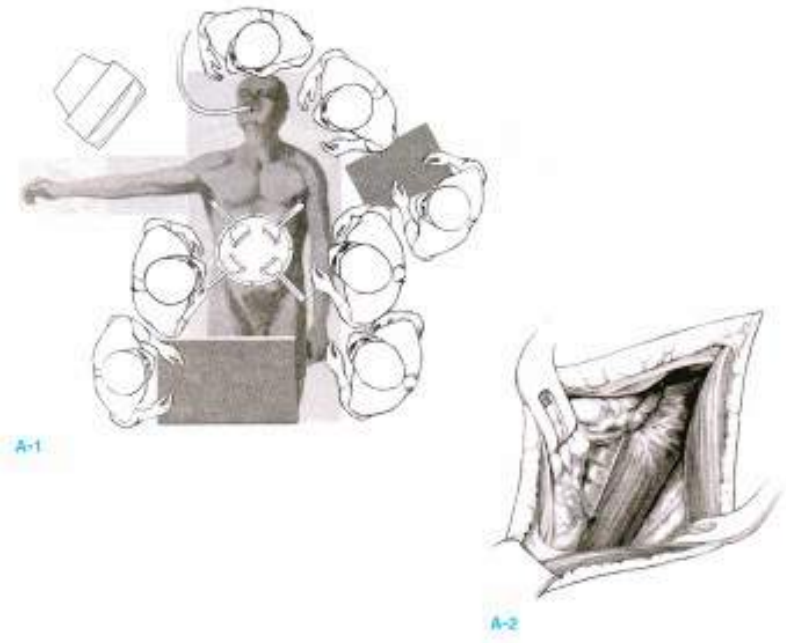
Կերակրափողի արմատական տրանսհիատալ մասնահատում էնդոդիսսեկցիայով

Փուլ 1. Էքսպոզիցիա, պատրաստում և մուտք դեպի կերակրափողի պարանոցային հատված

Հիվանդը պառկեցվում է մեջքի վրա, մշակվում մաշկը: Կերակրափողը ինտուբացվում է պինդ ռետինե խողովակով: Որովայնի պատը, առաջային կրծքավանդակի պատը, և պարանոցի ձախ հատվածը պետք է լինեն լրիվ բաց երկու վիրաբուժական բրիգադների, “որովայնային” ու “պարանոցային”, աշխատանքի համար:

Կտրվածքը պարանոցի վրա իրականացվում է կրծոսկր-անրակ-պտկային մկանի առաջային եզրով: Թիակ-ենթալեզվային մկանը հատվում է մոնոպոլյար էլեկտրադանակով, իսկ ստորին վահանգեղձային զարկերակը կտրվում ու կապվում: Դիսսկեցիայի մյուս փուլերում անհրաժեշտ է նույնականացնել և պահպանել հետադարձ և կոկորդային ներվերը: Նման նույնականացումը դյուրին է ստորին վահանագեղձային զարկեակի տակ՝ նրանց անցման տեղում: Որպեսզի կանխվի վնասումը, նյարդի հետագա դիսսկեիցայից անհրաժեշտ է խուսափել:

Որպեսզի դիսսեկցիայի համար կերակրափողի ու շնչափողի միջև ունենանք որոշակի տարածք, կերակարփողի պարանոցային հատվածը բութ և սուր եղանակով տեղայնացվում է, վերցվում սիլիկոնե խողովակի վրա ու տարվում ավելի լատերալ:

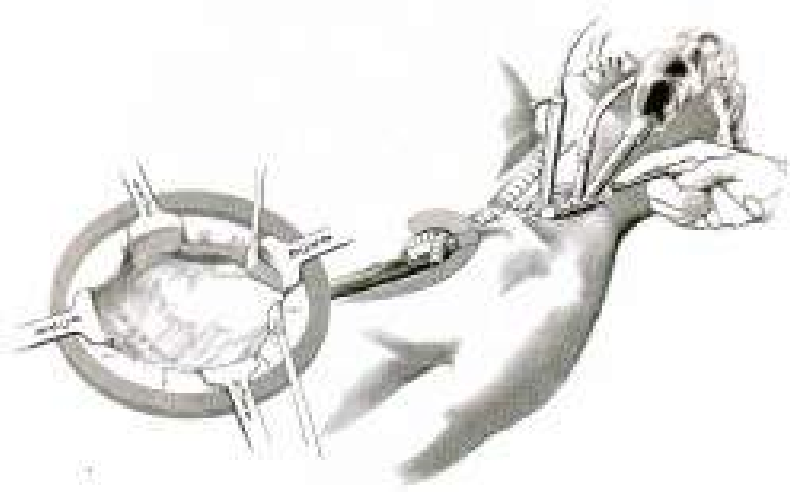


Փուլ 2. *Էնդոդիսսեկցիա*

Հավաքվում և վերին միջնորմ է մտցվում միջնորմային էնդոդիսսեկտորը: Այն զինված է հյուսվածքային լայնիչով, օպտիկական սարքով Hopkins 15 աստիճան տեսողական անկյան տակ և աշխատանքային կապուղիով՝ մեկ 5մմ լապարասկոպիկ գործիքի համար: Հյուսվածքային լայնիչը պատրաստված է հաշվի առնելով անատոմիական առանձնահատկությունները, որպեսզի այն կարողանա ազատ շարժվել կերակրափողի մակերեսով, ստեղծելով միջնորմում 2-3 սմ-ոց տարածք դիսսեկցիայի համար: Հյուսվածքային լայնիչն ու մեդիաստինասկոպը կարելի է 360 աստիճան ազատ շրջել: Այն միացված է տեսախցիկին, լույսի քսենոնային աղբյուրին և լվացման ասպիրացիոն սարքին:

Էնդոսկոպիկ դիսսեկցիայի առաջին փուլը, շնչափողի հետևում, միշտ դժվարացած է պայմանավորված սկզբնական սահմանափակ տեսանելիությամբ և կրծքավանդակի մուտքի անատոմիական նեղացումով: Սակայն մեդիաստինասկոպի աշխատանքային կապուղին թույլ

է տալիս կիրառել միկրոգործիքներ՝ մկրատներ, բռնիչներ, կոագուլյատորներ, ասպիրատորներ, ինչպես նաև գերձայնային դիսսեկտոր:



Փուլ 3. Էնդոդիսսեկցիա, առաջային միդիաստինասկոպիա

Հյուսվածքները շնչափողի հետևում անջատվում են կոագուլյացիոն գործիքի շարժումով, «կոագուլյացիայի» կարճ իմպուլսի կամ գերձայնային մկրատի միջոցով:

Կերակրափողի առաջային մակերեսը հերթականությամբ առանձնացվում է մինչև շնչափողի բիֆուրկացիայից 2-3 սմ ներքև:

Սովորաբար ձախ հետադարձ նյարդը, երկու թափառող նյարդերն ու բիֆուրկացիան հայտնաբերելուց հետո, վերջինիս տակի ավշահանգույցները լրիվ հեռացվում են:

Թեքելով գործիքի ծայրը ժամացույցի սլաքին հակառակ 90 աստիճան կարելի է առանձնացնել կերակրափողի ձախ մակերեսը: Հաճախ այն հանդիսանում է էնդոդիսսեկցիայի առավել դժվարին փուլը, կերակրափողի ու ձախ գլխավոր բրոնխի միջև կպումների հետևանքով: Այս կպումները պետք է լրիվ զգուշորեն անջատվեն, չվնասելու համար կերակրափողի երկայնակի մկանային շերտը:

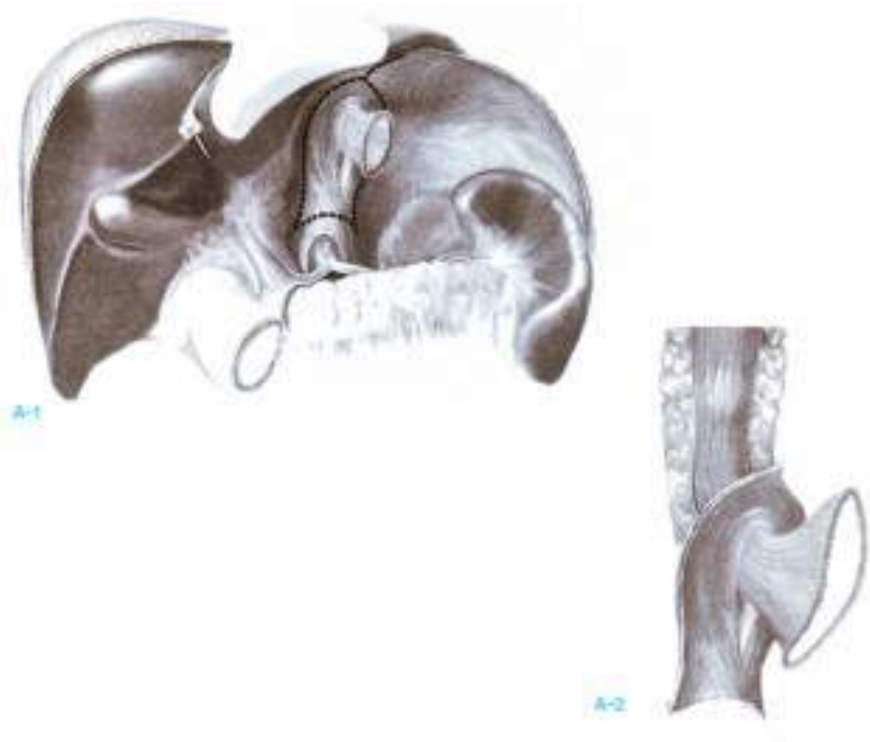
Փուլ 4. *Էնդոդիսսեկցիա, հետին մեդիսատինասկոպիա*

Կերակրափողի հետին պատի ու աջ մակերեսի առանձնացումը սովորաբար մեծ դժվարություն չի ներկայացնում, իսկ մեդիսատինալ պլևրայի թափածակումը, որպես կանոն ահարկու չէ: Արդյունքում կերակրափողը պետք է լինի տեղայնացված՝ ըստ իր շրջագծի, այնպես որ միջամտության գոտիները, «որովայնային» ու «պարանոցային» միանան: Պարանոցային բրիգադը օգնում է կերակրափողի միասնական բլոկով դիսսեկցիայի ժամանակ շնչափողի բիֆուրկացիայի տակ, ապահովելով ասպիրացիան ու լուսավորումը: Այն կարող է հատկապես օգտակար լինել մեծ ուռուցքների պարագայում: Վերջապես կերակրափողի պարանոցային հատվածը կտրվում է գծային կարող գործիքով և ներքաշվում է որովայնի խոռոչ: Միջնորմային փուլը ավարտվում է հեմոստազի ստուգումով ու տեսանելի ավշագեղձերի հեռացումով՝ հիվանդության փուլի վերաբերյալ հավելյալ տեղեկատվություն ստանալու համար:

Փուլ 5. Կերակրափողի արմատական տրանսհիատալ մասնահատում էնդոդիսսեկցիայով, ստորին միջնորմի և ստոծանու կերակիափողային անցքի դիսսեկցիա

Որովայնի կտրվածքից /որովայնահատում շուռ տված «T» տառի ձևով, պահող ռետրակտորների տեղադրմամբ/ և լյարդի ձախ բլթի տեղայնացումից հետո պետք է հայտնաբերվի ստոծանու կերակրափողային անցքը:

Երբ էնդոդիսսեկցիան գրեթե լրիվ ավարտված է «որովայնային» բրիգադը լայն բացում է կերակրափողային անցքը, հատելով ստոծանու ոտիկների հատվածները /ձախը պրեպարատի հետ միասին/ ու բռնիչների մեջև ստոծանիական երակը: Հարկերակրափողային միջնորմային ավշահանգույցները անջատվում են պերիկարդից և մնում միասնական բլոկում պրեպարատի հետ: Առաջնային ուռուցքը չպետք է մերկանա վիրահատության ընթացքում: Պլևրայի երկու վիսցերալ թերթիկներն էլ կարող են առանց տեխնիկական դժվարությունների մասնահատվել: Կերակրափողի լրիվ տեղայնացումից ու նրա պարանոցային հատվածի հատումից հետո, պրեպարատը ներքաշվում է որովայնի խոռոչ: Որպես սրա հավելում՝ I և II տարածքներում միշտ իրականացվում է ավշահատում:



Փուլ 6. *Վերակառուցում*

Ստամոքս-աղիքային խողովակի անընդհատությունը սովորաբար վերականգնվում է առաջային կամ հետին միջնորմով ստամոքսային բարակ խողովակի անցկացումով: Վերակառուցումը հաստ աղիքով իրականացվում է միայն երիտասարդ հիվանդների մոտ, սպասվող լավ կանխատեսման դեպքում:

Ստանդարտ հետվիրահատական հետազոտություններն

Տես՝ “Կերակրափողի սուբտոտալ մասնահատում, տրանսհիատալ մուտք” գլխում:

Հետվիրահատական բարդություններ

- հետադարձ նյարդի պարալիչ,
- խիլոթորաքս,
- արյունահոսություն,

- բերանակցման կարերի անբավարարություն:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

Կերակրափողի թորակոսկոպիկ մասնահատում՝

- Վենտիլյացիայի պայմաններում կողմնորոշման կորուստի կամ արյունահոսության դեպքում հնարավորինս շուտ փոխել մուտքը:
- Կրծքային ծորանը կապել չներծծվող կարանյութով:

Կերակրափողի արմատական տրասհիատալ մասնահատում էնդոդիսսեկցիայով

- ժամանակի տնտեսման նպատակով էնդոդիսսեկցիան և որովայնային մուտքը իրականացվում են միաժամանակ:
- էնդոդիսսեկցիայի ժամանակ, միջնորմում կյանքի համար կարևոր կառուցվածքների վնասումից խուսափելու համար, կերակրափողը միշտ պետք է պահվի ուշադրության կենտրոնում
- էնդոդիսսեկցիայի ժամանակ զարկերակային արյունահոսության դեպքում, անոթը միջնորմում ցանկալի է սեղմել/ ենթարկել տամպոնադայի/, այլ ոչ թե այրել:
- չփորձեք առանձնացնել շնչափողի բիֆուրկացիայից ներքև տեղակայված ուռուցքները: Առավել նպատակահարմար է, այն իրականացնել «որովայնային» բրիգադի կողմից, բաց կերակարփողային անցքով:

ՑԵՆԿԵՐԻ ԴԻՎԵՐՏԻԿՈՒԼՆԵՐ

Ներածություն

Առավել հաճախ հանդիպող Ցենկերյան դիվերտիկուլները չունեն կերակարփողային ծագում, քանի որ առաջանում են հարաբերական բաց լորձաթաղանթի եռանկյունում, տեղակայված կոկրդի ստորին սեղմիչների և մատանիա-կոկորդային մկանի միջև /Կիլլիանի եռանկյունի/: Կերակրափողի այլ դիվերտիկուլների հետ համեմատած Ցենեկրի դիվերտիկուլները հանդիպում են 10 անգամ ավելի հաճախ:

Նրանք իրենցից ներկայացնում են այսպես կոչված կեղծ դիվերտիկուլներ և ըստ Lahey դասակարգվում են՝

I փուլ՝ նշաններ չկան, թույլ տեղային բորբոքում,

II փուլ՝ դիսֆագիա և ռեգուրգիտացիա,

III փուլ՝ կերակրափողի օբստրուկցիա, դիսֆագիա և ռեգուրգիտացիա:

Ցուցումներ և հակացուցումներ

Ցուցումներ՝

- ժամանակի ընթացքում արտափքման չափերի մեծացում: Բուժումը ցուցված է մեղմ ու արտահայտված ախտանիշներով /բարդություններով՝ թոքաբորբ կամ ասպիրացիա/ հիվանդների մոտ:

Հակացուցումներ՝

- ծանր հոգեկան խանգարումներ

Նախավիրահատական հետազոտում և պատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ կլինիկական ուսումնասիրություններ,
- ✓ կերակրափողի կոնտրաստային ռենգեն նկարահանում,
- ✓ ստամոքս-աղիքային խողովակի վերին հատվածների էնդոսկոպիա,
- ✓ ԳՋՀ, մանոմետրիա:

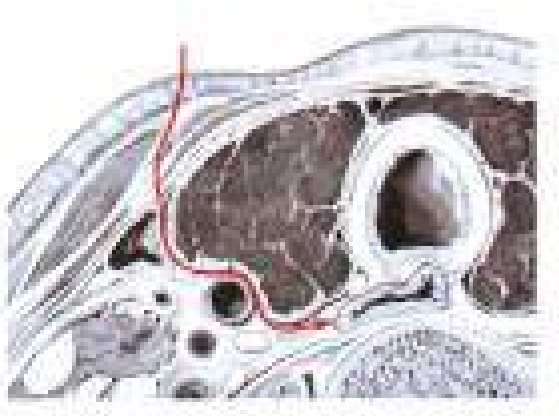
Հիվանդի պատրաստում՝ կերակրափողի վերին հատվածում զգուշորեն տեղադրվում է հաստ ստամոքսային խողովակ:

Հիվանդի դիրքը ՝մեջքի վրա, գլուխը թեքված դեպի աջ:

Վիրահատություն

Փուլ 1. *Մուտքը*

Գործողությունը իրականացվում է ձախ պարանոցային կտրվածքով /ցենկերյան դիվերտիկուլների մեծ մասը տեղակայվում են այս կողմից/, մատանիաձև աճառի մակարդակին, կրծոսկր-անրակա-պտկաձև մկանի առաջային եզրով՝ անրակից անմիջապես վեր: Կերակրափողի պարանոցայինի հատվածին անատոմիական մոտեցումը ցուցադրված է նկարում:



Փուլ 2. *Դիսսեկցիա*

Դիսսեկցիան իրականացվում է կրծոսկր-անրակա-պտկիկաձև մկանի միջային եզրով, որը տարվում է լատերալ՝ պահպանելով հետադարձ նյարդը: Թիակա-ենթալեզվային մկանը կարելի է կամ տեղաշարժել կամ հատել: Տեղայնացվում է վահանաձև գեղձը և առանձնացվում անոթները:

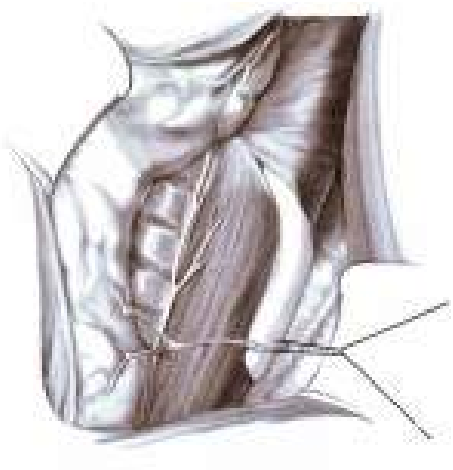
Փուլ 3. *Կերակրափողի ու դիվերտիկուլի տեղայնացումը*

Կերակրափողը տեղայնացվում է նախաողնաշարային փակեղից, որից հետո հայտնաբերվում է դիվերտիկուլը /վստահ ճանաչման համար նրա մեջ կարելի է մտցնել զոնդը/:

Մեծ դեվերտիկոոլները կարող են անցնել միջնորմ, սակայն զգույշ տրակցիան և բութ դիսսեկցիան բավարար են նույնիսկ ամենամեծ դիվերտիկուլների տեղայնացման համար:

Փուլ 4. *Դիվերտիկուլի մշակումը*

Առանձնացվում է դիվերտիկուլի վզիկը: Դիվերտիկուլի զգույշ ձգումը մերկացնում է մատանիա-կոկորդային մկանի թելիկները: Դիվերտիկուլի փնտրտուկը հեշտացվում է բերանով օդի ինսուֆլիացիայի միջոցով:



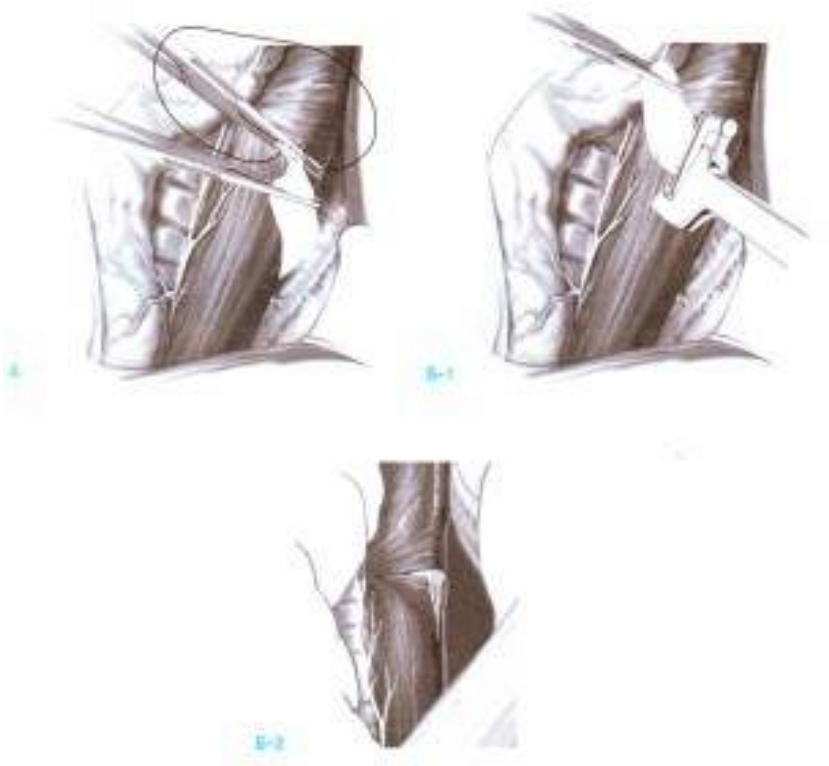
Փուլ 5. *Միոտոմիա*

Մատանիա-կոկորդային մկանը հատվում է և բութ անջատվում լորձաթաղանթից: Իրականացվում է կերակրափողի վերին մասի ու լայնացած հատվածի միոտոմիա:

Միոտոմիայից հետո իրականացվող գործառույթների անհրաժեշտությունը որոշվում է ելնելով դիվերտիկուլի չափերից:

Ոչ մեծ, մինչև 2 սմ-ոց դիվերտիկուլները միոտոմիայից հետո գործնականում լրիվ անհետանում են և կարող են չենթարկվել հետագա մանիպուլյացիայի կամ ֆիքսվել գլխամասային ուղղությամբ: Նրանք կարող են ներհրվել ու կարվել նախաողնաշարային փակեղին, ինչը կկանխի նրանց մեջ սննդանյութի մնալն ու կբացառի մեխանիկական կարի անհրաժեշտությունը, որոնք վտանգավոր են հնարավոր խուղակի առաջացման առումով:

Մեծ չափերի դիվերտիկուլները, գծային կարող սարքով մասնահատվում են կերակրափողի լուսանցքին զուգահեռ, չնեղացնելու համար որկորի լուսանցքը: Որպես այլընտրանք կիիրառվում է բաց մասնահատում և անընդհատ կարով վերականգնում:



Փուլ 6. *Կարում*

Մասնահատման գծին մոտեցվում է փափուկ դրենաժ: Ենթամաշկային կարերից հետո մաշկը ոչ հաճախ կարերով կարվում:

Ստանդարտ հետվիրահատական գործառույթներ և հետազոտություններ

- ✓ Ստամոքս-աղիքային խողովակի վերին հատվածների կոնտրաստային ստուգում /սովորաբար չի անցկացվում մինչև բերանով սնունդի ընդունումը /:
- ✓ Հիվանդների մեծ մասի մոտ հեղուկի ընդունումը կարող է սկսվել վիրահատությունից մի քանի ժամ անց:
- ✓ Հոսպիտալացման տևողությունը կազմում է 2-3 օր:
- ✓ Դրենաժը թողնվում է մինչև 5 օր:
- ✓ Կոշտ սննդի ընդունումը կարելի է սկսել վիրահատությունից 5 օր անց

Հետվիրահատական բարդություններ

- հետադարձ կամ կոկորդային նյարդի վնասում,
- վերքային ինֆեկցիա,
- խուղակի զարգացում /բերանակցման անբավարարության հետևանքով, սովորաբար վերքի բացումն ու պահպանողական բուժումը դրենավորումով լիովին բավարար են/,
- հետկոկորդային թարախակույտ /կարող է պահանջվել վիրահատական միջամտություն/,
- մատանիա-կոկորդային մկանի լրիվ հատման դեպքում, մասնահատումից հետո մատանիա-կոկորդային դիվերտիկուլի կրկնության հաճախականությունը խիստ ցածր է:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- լայն ստամոքսային խողովակի տեղադրումը օգնում է նույնականացնել կերակրափողն ու դիվերտիկուլը:
- առանց ձգվածության մասնահատումը թույլ է տալիս խուսափել կարերի անբավարարությունից:

էնդոսկոպիկ բուժում

Ներածություն

Ցենկերյան դիվերտիկուլի բուժումը ճկուն էնդոսկոպով հանդիսանում է այլընտրանք ավանդական վիրաբուժական միջամտությանն և կոշտ էնդոսկոպով ներլուսանցքային մոտեցմանը: Դիվերտիկուլի ու կերակրափողի միջև հատվում է «անջրպետը», որի հետևանքով կերակրափողի ու դիվերտիկուլի խոռոչները միանում են մեկ ընդհանուր խոռոչի մեջ, հեշտացնելով կերի անցումը:

Ցուցումներ ու հակացուցումներ

Ցուցումներ՝

- միջամտությունը հնարավոր է բոլոր հիվանդների մոտ, ներառյալ ընդհանուր անզգայացման հանդեպ հակացուցումներ ունեցողների:

- մնացածը ինչպես բաց վիրահատության ժամանակ:

Վիրահատություն

Ցենկերի դիվերտիկուլով հիվանդների մոտ կերակրափողի ինտուբացիան դժվարացած է: Գործողության հեշտացման համար հարկ է կիրառել մանկական էնդոսկոպ: Եթե դիվերտիկուլը լցված է սնունդով, ապա ասպիրացիայից խուսափելու համար, նախ և առաջ այն անհրաժեշտ է մաքրել էնդոսկոպի լայն կապուղիով:

Կերակրափողի ինտուբացիայից հետո մինչև ստամոքսի անտրում անցկացվում է Ավարի-Գագարի ուղեկցորդ, որի վրայով, էնդոսկոպ դուրս բերումից հետո, բերանից դեպի ստամոքս անցակցվում է քիթ-ստամոքսային զոնդ:

Փուլ 1. Անջրպետի արգոն-պլազմային կոագուլյացիան

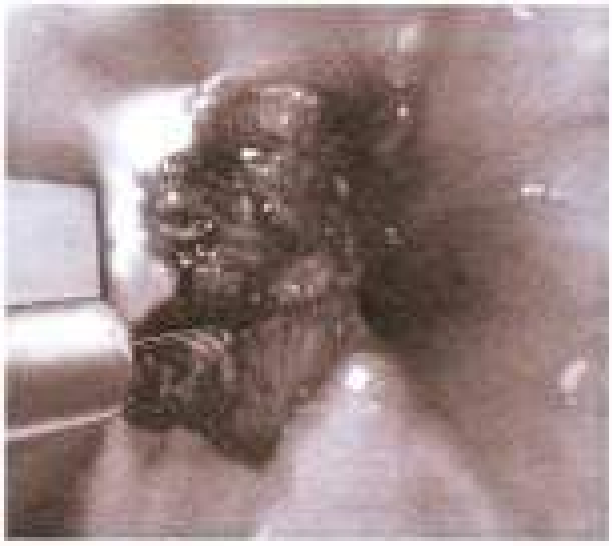
Քիթ-ստամոքսային զոնդը ցույց է տալիս կերակրափողի մուտքը: Այս խողովակը նպաստում է անատոմիական լավ կողմնորոշմանը և միաժամանակ պաշտպանում կերակրափողի պատը:

Անջրպետը մշակվում է արգոն-պլազմային կոագուլյատորով: Սովորական դիաթերմիայից նրա առավելություն՝ ավելի լայն ազդման մեջ է, ինչը թույլ է տալիս խուսափել մանր անոթների արյունահոսությունից: Մեկ սեանսի ընթացքում կոագուլյացիայի է ենթարվում 1սմ անջրպետ: Անհրաժեշտության դեպքում սեանսը կրկնվում է 4 շաբաթ անց:

«Գ» նկարը ցուցադրում է արգոն-պլազմային կոագուլյացիայի ներազդման արդյունքը առաջին սեանսի ավարտին:

Փուլ 2. *Հատում ասեղանման դանակով*

Ցույց է տրված ասեղանման դանակով հատումը սեանսի սկզբին ու վերջին: Նման դանակի կիրառման ժամանակ արյունահոսության վտանգը համեմատած արգոն-պլազմային կոագուլյացիայի հետ ավելի բարձր է, հատկապես առաջին սեանսի ժամանակ:



Փուլ 3. *Մնացորդային անջրպետ*

Մնացորդային անջրպետը հաջողված էնդոսկոպիկ բուժումից հետո:

Ստանդարտ հետվիրահատական գործառույթներ ու հետազոտություններ

Ոչ մի հատուկ բուժում չի պահանջվում:

Հետվիրահատական բարդություններ

- արյունահոսություն,
- թափածակում,

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- Արյունահոսությունը կանգնեցվում է կլիպներով կամ էպինեֆրինի 1:20000 նոսրացված լուծույթի ներարկումով:

ՎԵՐՍՏՈԾԱՆԻԱՅԻՆ ԴԻՎԵՐՏԻԿՈՒԼՆԵՐ

Ներածություն

Վերստոծանիային դիվերտիկուլը իրենից ներկայացնում է կրծքավանդակի դիստալ հատվածում, կերակրափող-ստամոքսային անցման 10սմ-ի սահմաններում մկանների միջից կերակրափողի լորձաթաղանթի արտափքանք: Համարվում է, որ տվյալ ախտաբանությունը պայմանավորված է, կերակրափողի շարժունակության խախտման պայամաններում, ֆունկցիոնալ նեղացման շրջանի վրա արտափքող ուժերի ազդեցությամբ:

1804 թվականին Deguise-ն նկարագրեց կերակրափողի ստորին հատվածի դիվերտիկուլի հետ կապված ախտանիշները, իսկ 1808թ. Reitzensteuin-ը ստացավ այս հիվանդության առաջին ռենտգենաբանական նկարները: 1986թ. Cross-ն ու համահեղինակները կերակրափողի դիստալ հատվածի շարժունակության և դիվերտիկուլի առաջացման միջև էթիոլոգիական կապը ցուցադրելու համար կիրառեցին մանոմետրիա և ռենտգենկինեմատոգրաֆիա:

Ցուցումներն ու հակացուցումները

Ցուցումներ՝

- դիսֆագիա,
- թոքային բարդություններ /կրկնվող թոքաբորբեր, ասպիրացիոն պնևմոնիտ, թոքի թարախակույտ/:

Հակացուցումներ՝

- առանց ախտանիշների դիվերտիկուլյոզներ
- ախտորոշման պահին թոքաբորբ կամ թոքի թարախակույտ /ժամանակավոր/:

Նախավիրահատական հետազոտություններ և պատրաստում վիրահատությանը:

Նախավիրահատական հետազոտություններ`

- ✓ ԷԳԴՍ, կերակրափողի մանոմետրիա /24-ժամյա մանոմետրիան թույլ է տալիս ստանալ առվել ստույգ տվյալներ/,
- ✓ լաբորատոր հետազոտություններ /սովորական բիոքիմիական պրոֆիլ/,
- ✓ ճառագայթային ախտորոշում /կրծքավանդակի ռենտգենաբանական հետազոտում, կոնտաստային էզոֆագոգրամմա /փոքր դիվերտիկոզների հայտնաբերման համար կարող է անհրաժեշտ լինի հիվանդին թեքել/:

Հիվանդի նախապատրաստում` լայն ազդման սպեկտրի հակաբիոտիկներ, դիվերտիկուլյոզի բարդությունների բուժում /ասպիրացիոն թոքաբորբ,թոքի թարախակույտ/, եթե այդպիսիք կան: Ասպիրացիայի վտանգի նվազեցման համար, մինչև անզգայացում, դիվերտիկուլը պետք է առավելագույնս ազատվի պարունակությունից:

Մուտք` թորակալ, լապարասկոպիկ, որովայնային, տեսողական օգնող կրծքային:

Թոքային մուտք

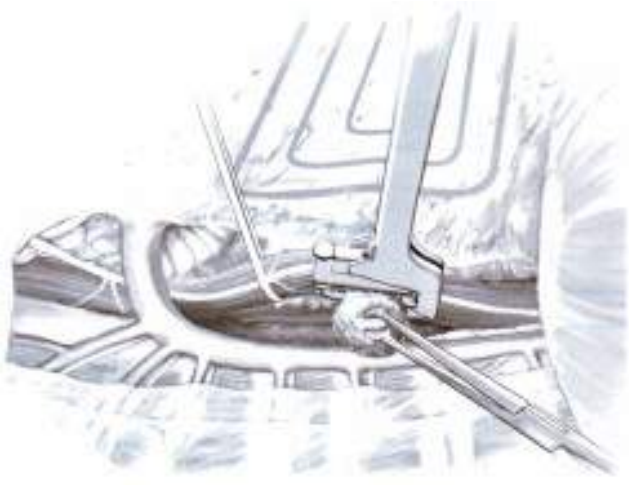
Վիրահատություն

Փուլ 1. *Կերակրափողի էքսպոզիցիան*

Ստորին կրծքային կապանը մինչև ստորին թոքային երակի մակարդակ էլեկտրադանակով հատվում է և թոքը տեղաշարժվում դեպի վեր: Կերակրափողի ու դիվերտիկուլի հայտնաբերման համար երկայնակի հատվում է կերակրափողը ծածկող միջնորմային պլևրան:

Փուլ 2. *Դիվերտիկուլի մերկացումն ու մանսահատումը*

Կերակրափողը իր ծոցից տեղայնացվում է այնքան, որպեսզի հնարավոր լինի կատարել, առավել հաճախ նրա հետին մակերեսին տեղակայված դիվերտիկուլի դիսսեկցիա: Դիվերտիկուլը առանձնացվում է, բռնվում Բեբկոկի տիպի բռնիչով և մանրակրկիտ անջատվում կպումներից, մինչև ամբողջ պարկի անջատումը, մնալով կապված կերակրափողի հետ միայն վզիկով: Եթե դիվերտիկուլի վզիկը լայն է, ապա կերակրափողով դեպի ներքև տարվում է հաստ /60Fr/ բուժ և դիվերտիկուլը կարող սարքով /TA/ երկայնակի կարվում է ու հատվում:



Փուլ 3. *Կերակրափող-ստամոքսային միացման էքսպոզիցիան և միոտոմիան*

Մկանային շերտը 3-0 հանգուցակարերով կարվում է լորձաթաղանթի մեխանիկական կարի գծի վրա:

Որովայնային խոռոչը բացվում է ստոծանու կերակրափողային անցքի առաջային եզրի մոտ, ձախ ոտիկի միջին-կողմնային սահմանի երկայնքով, ստոծանի-կերակրափողային կապանի միջով 2-3 սմ-ոց կտրվածքով: Ստամոքսի հատակի լեզվակը ձգվում է կրծքավանդակ, ինչը հնարավորություն է տալիս մոտենալ կերակրափող-ստամոքսային միացմանը և նրա հետ կապված ճարպային բարձիկին: Վերջինս հատվում է:

Կերակրափողի առաջային պատին /դիվերտիկուլի հակառակ կողմով/ իրականացվում է երկայնակի միոտոմիա դիվերտիկուլից հեռանալով 1սմ դեպի վեր ու 1-2սմ՝ դեպի ներքև:

Փուլ 4. *Կարդիայի վերակառուցում*

Կարդիան վերականգնվում է միոտմիայի եզրերին, մոտ 4սմ տարածության վրա, ստամոքսի հատակի լեզվակի ամրացմամբ, Prolene 3-0 հանգուցակարերով:

Տեղադրվում է թորակալ դրենաժ, որը դուրս է բերվում առանձին միջկողային անցքով:

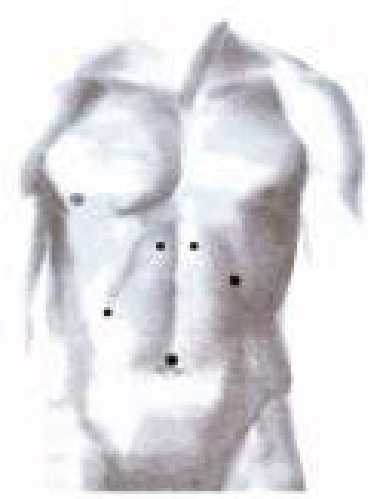
Եթե թոքը լրիվ բացվել է և չկա անբավարարության նշաններ կամ ինֆեկցիա, դրենաժը սովորաբար վիրահատությունից 48 ժամ անց հեռացվում է:

Քիթ-ստամոքսային զոնդի հեռացումից հետո հիվանդին թույլատրվում է հեղուկ սննդակարգ: Ցավազրկող ու հակափսխումային միջոցները նվազեցնում են սրտխառնոցն ու փսխումը:

Լապարասկոպիկ վիրահատություն

Մուտքն ու էքսպոզիցիան

- հիվանդին տրվում է լիտոտոմիկ դիրք 20-30 աստիճանով Տրենդելենբուրգին հակառակ ուղղությամբ /ֆրանսիական դիրք/;
- վիրաբույժը կանգնում է հիվանդի ոտքերի արանքում;
- ապահովվում է պնևմոպերիտոնեումը և տեղադրվում են հինգ պոռտեր:



Փուլ 1. *Էքսպոզիցիա*

Ստոծանի-կերակրափողային կապանը հատվում է էնդոոսկոպիկ մկրատով: Դիսսեկցիան սկսվում է ստոծանու աջ ոտիկի շրջանում: Աջ ոտիկը անջատվում է դեպի ներքև և ձախ ենթակողային պոռտով կերակրափողի հետևն է անցկացվում Պենռոուզի դրենաժի օղը, նրա հետագա ձգման համար: Դրենաժի ծայրերը կերակրափողի դիմացից կապվում են 3-0 էնդո հանգույցով,որից հետո բութ գործիքներով և գերձայնային նշտարով, կերակրափողի երկայնքով մինչև դիվերտիկուլի պարկը, իրականացվում է միջնորմի դիսսեկցիա:

Փուլ 2. *Էնդոսկոպիա և դիվերտիկուլի պատրաստում*

Էնդոսկոպը մտցվում է կերակրափողի լուսանցք մինչև դիվերտիկուլի մակարդակ: Պարկի դիսսեկցիայի անվտանգության համար, այն հայտնաբերվում է ինսուֆլիացիայի ու տրանսիլլյումինացիայի միջոցով: Պարկը մանրակրկիտ անջատվում է կպումներից, առանց պլևրալ սինուսների վնասման, մինչև վզիկի լրիվ մաքրվելը:

Փուլ 3. *Մասնահատում*

Որովայնի խոռոչի ձախ վերին քառորդակում դրված տրոակարով մտցվում է կարող սարքը և առաջ է տարվում մինչև դիվերտիկուլի վզիկ: Որպեսզի խուսափենք լորձաթաղանթի հավելյալ հատումից, էնդոսկոպը անցկացվում է ստամոքս և կարող սարքի բրանշները փակվում

են էնդոսկոպիկ հսկողության տակ, որից հետո այն հետ է քաշվում: Սարքի դիրքի ստուգումից հետո դրվում է մեխանիկական կար և հաստատվում լորձաթաղանթի հպվածությունը: Դիվերտիկուլի վզիկի լրիվ հատման ու փակման համար կարող է պահանջվել հավելյալ կարող պարկուճ: Դիվերտիկուլյար պարկը հանվում է և մեխանիկական կարի գիծը ուսումնասիրվում է էնդոսկոպով:

Փուլ 4. *Միոտոմիա*

Կերակրափողի հակառակ պատին իրականացվում է միոտոմիա՝ երկայնկի ու ցիրկուլյար մկանային թելիկների հատում և ենթալորձային շերտի մանրակրկիտ դիսսեկցիա: Պրոքսիմալ ուղղությամբ միոտոմիան, գերձայնային կամ էնդոսկոպիկ մկրատով, հասցվում է դիվերտիկուլի վերին սահմանից վեր, իսկ դիստալ ուղղությամբ շարունակվում գրեթե 1.5 սմ դեպի կարդիա,:

Փուլ 5. *Ֆունդոպլիկացիա ըստ Դորի*

Հետևից կերակրափողային անցքը կարվում է երկու կամ երեք հանգույցակարերով: Դիմացից միոտոմիան փակվում ստամոքսի հատակի կարումով /ըստ Դորի/ նրա եզրերին: Ստամոքսի հատակը նաև կարվում է ոտիկի վերին հատվածին և ֆիքսվում կերակրափողի երկու կողմերին:

Տեսողության օգնությամբ կրծքային մուտք

Հիվանդի տեղակայումը աջ կողքի վրա, ինչպես ձախ հետին-կողմնային թորակոտոմիայի ժամանակ:

Օդը ձախ թոքից արտածծվում է երկլուսանցքային էնդոտրախեալ խողովակով: Տեղադրվում են հետևյալ պոռտերը.

- 10 մմ-ոց՝ հետին անութային գծով VI միջկողում, տեսախցիկի համար:
- 10մմ-ոց՝ առաջային անութափոսային գծով V միջկողում, թոքի ռետրակցիայի համար:
- 10մմ-ոց III միջկողմում աշխատանքային կանյուլայի համար:
- 12մմ-ոց միջին որովայնային գծով աշխատանքային կանյուլայի համար:

Վիրահատություն

Իրականացվում է բաց եղանակի նման:

Ստանդարտ հետվիրահատական գործառույթներ

- ✓ վիրահատությունից 5 օր անց բերանով կոնտրաստավորում ջրում լուծվող ոչ իոնային կոնտրաստով՝
- կարի գծի անբավարարության բացառման համար,
- մանժետի դիրքի ճշգրտման,
- լուսանցքի նեղացման բացառման համար,
- ստամոքսի դատարկման գնահատման համար:

Հետվիրահատական բարդություններ

Վաղ /օրեր, շաբաթներ/

- ➢ արյունահոսություն;
- ➢ կարի գծի անբավարարություն /նշանների առկայության դեպքում կատարվում է թորակոտոմիա և կարվում, նրանց բացակայության դեպքում՝ բուժումը պահպանողական/;,
- ➢ պլևրալ հեղուկ;,
- ➢ էմպիեմա;,
- ➢ ենթաստոծանիական թարախակույտ:

Ուշացած /ամիսների, տարիներ/

- ➢ դիվերտիկուլի կրկնություն /եթե կան նշաններ, ցուցված է բաց վիրահատություն/,
- ➢ ստամոքս-կերակրափողային ռեֆլեքս համակցված ստրիկտուրայի հետ /բուժվում է դիլյատացիայով և հակառեֆլուքսային դեղամիջոցներով/:
- ➢ հարկերակրափողային ճողվածք /ճողվածքի վերացման համար կարող է պահանջվել վիրահատական միջամտություն/:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- կարի գծի անթափանցիկության փորձարկումը կատարվում է գաստրոսկոպով օդի ներմղումով և լապարասկոպիկ պոռտով հեղուկի ներմուծումով:
- հետվիրահատական շրջանում ոչ իոնային կոնտրաստներից նախընտրելի է գաստրոգրաֆինը, քանի որ ապահովում է լավ պատկեր և քիչ ռեակտիվ է, հատկապես երբ ասպիրացիայի կամ այլ ճանապարհով կոնտրաստն անցնում է կրծքավանդակ կամ որովայնի խոռոչ,
- ոչ մեծ դիվերտիկուլները կարող են բուժվել մանոմետրիայով,
- ստամոքսի պարեզը սովորաբար լուծվում է պրոկինետիկների միջոցով, բայց կարող է անհրաժեշտ լինել նաև պիլորոպլաստիկա,
- ներվիրահատական էնդոսկոպիան հեշտացնում է դիվերտիկուլի տրանսիլյումինացիան, նպաստելով կարող սարքի անվնաս կիրառմանն ու գազի լցման պայմաններում կարի գծի գնահատմանը:

ՏԵՂԱՅԻՆ ԷԶՈՖԱԳՈՊԼԱՍՏԻԿԱՅԻ ԵՂԱՆԱԿՆԵՐԸ

ԿԱՐՃ ՍՏՐԻԿՏՈՒՐԱՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ներածություն

Տեղային էզոֆագոպլաստիկան ցուցված է կերակրափողի կարճ ստրիկտուրայով այն հիվանդներին՝ ում մոտ էնդոսկոպիկ բուժումը, ներառած բուժավորումն ու բալոնային դիլյատացիան եղել են անարդյունավետ:

Ցուցումներն ու հակացուցումները

Ցուցումներ՝

- կարճ պեպտիկ ստրիկտուրա,
- կարճ սպիական ստրիկտուրա:

Հակացուցումներ

- կասկած չարորակ գործընթացի վերաբերյալ

Նախավիրահատական հետազոտություններ և պատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ ԷԳԴՍ բիոպսիայով,
- ✓ լաբորատոր հետազոտություններ:

Հիվանդի պատրաստումը՝ ինչպես վերը նկարագրված վիրահատությունների ժամանակ:

Անզգայացում՝ էնդոտրախեալ նարկոզ, ներկրծքային սեգմենտի ստենոզի դեպքում պետք է օգտագործվի երկլուսանցքանի էնդոտրախեալ խողովակ թոքերի առանձին վենտիլյացիայի հնարավորությամբ:

Հիվանդի դիրքն ու մուտքը կախված են ստենոզի տեղակայումից՝

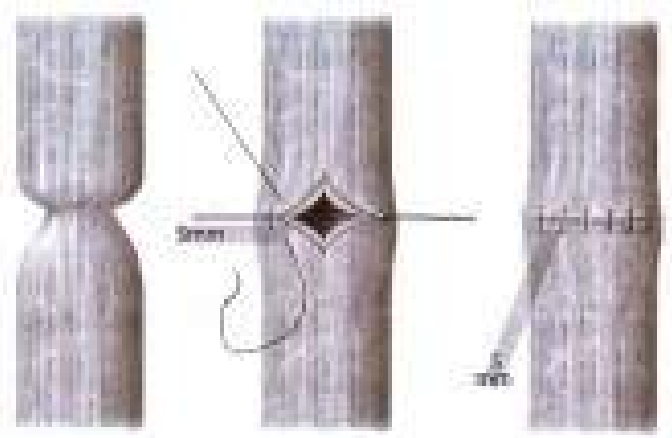
- պարանոցային գոտու ստենոզի դեպքում՝ ձախ պարանոցային մուտք, սուպինացիա,
- ներկրծքային գոտու ստենոզի դեպքում՝ աջ առաջ-կողմնային թորակոտոմիա 4-6-րդ միջկողերով,
- որովայնային գոտու ստենազ՝ միջային որովանահատում կամ շուռտված “T”-ի տեսքով կտրվածք:

Վիրահատություն

Փուլ 1. Մասնահատման ու բերանակցման ձևավորման տեխնիկան

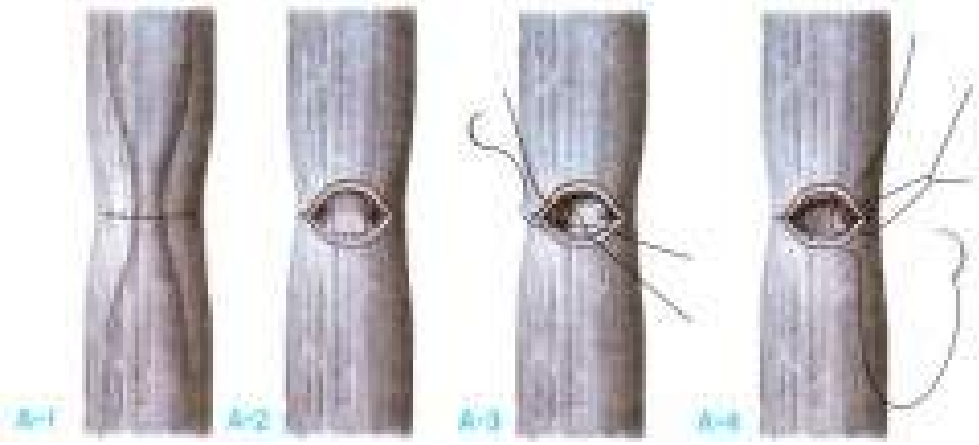
Նեղացած սեգմենտի մասնահատումից հետո կերակրափողի պրոքսիմալ ու դիստալ եզրերի տեղայնացումը հիմք է ստեղծում “ծայրը-ծայրին” միաշարք անընդհատ կարով բերանակցմամբ, նրա ամբողջականության վերականգնմանը: Կարի քայլերի միջև տարածությունը, ինչես նաև ասեղի անցման տեղերը բերանակցման գծից կազմում են 5 մմ:

Մեկ սմ-ից փոքր ստենոզի պարագայում անհրաժեշտ է վերականգնումը իրականացնել ըստ Հեյնիկե-Միկուլիչի, որի դեպքում իրականացվում է երկայնակի էզոֆագոտոմիա, հետագա լայնակի փակումով մատրացային կարերով:



Փուլ 2. Մասնակի ստենոզի ժամանակ

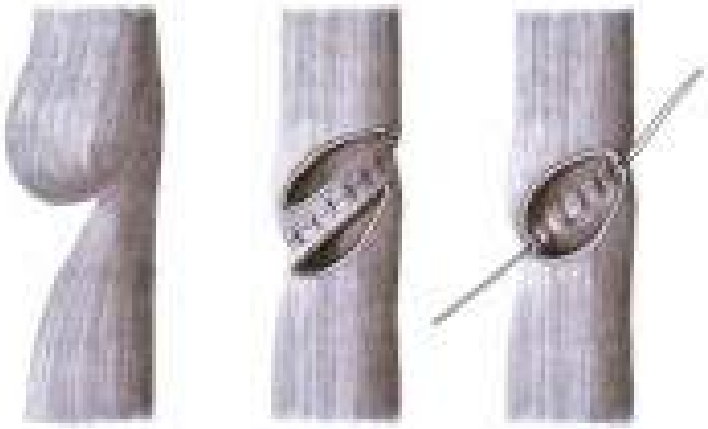
Լորձային ու ենթալորձային շերտերով սահմանափակված ստենոզի ժամանակ բավարար է համարվում ստենոզի վրա մկանային շերտի լայնակի հատումը: Ստրիկտուրայի առաջային հատվածը մասնահատվում է և վերականգնում լորձաթաղանթի ու ենթալորձային շերտի հետին պատի շրջանում, վերջում առաջային պատը փակվում է լայնակի միաշարք մատրացային կարով:



Փուլ 3. *Պատի լայնացման դեպքում*

Նման դեպքերում, նախաստենոտիկ լայնացած ու հետստենոտիկ հատվածների միջև անհրաժեշտ է իրականացնել “կողքը կողքի” բերանակցում:

Բոլոր տեղային էզոֆագոպլաստիկաների դեպքում անհրաժեշտ է կերակրափող անցկացնել խողովակ /մեծ ստամոքսային զոնդ/ և իրականացնել արտաքին դրենավորում:



Ստանդարտ հետվիրահատական հետազոտություններ

- ✓ էզոֆագոպլաստիկայի վիճակի ամենաօրյա ստուգում,

- ✓ եթե դրենաժի հեռացումից հետո առաջանում են խնդիրներ, խորհուրդ է տրվում իրականացնել կոնտրաստային հետազատում՝ ջրում լուծվող կոնտրաստով,
- ✓ վաղ հայտնաբերված անբավարարության դեպքում էզոֆագոսկոպիայով գնահատվում է ստենտավորում իրականացնելու հնարավորությունը:

Հետվիրահատական բարդություններ

- ➢ անբավարարություն,
- ➢ մեդիաստինիտ,
- ➢ պլևրայի էմպիեմա,
- ➢ որովայնաբորբ,
- ➢ ռեստենոզ:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- Հիմնային լուծույթ խմած հիվանդների մոտ կերակրափողի առանձնացումը անհրաժեշտ է իրականացնել խիստ զգույշ, քանի որ կարող են վնասված լինել կերակրափողի շուրջը տեղակայված օրգանները՝ օրինակ, շնչափողը:

ՎԻՐԱՀԱՏՈՒԹՅՈՒՆ ԱԽԱԼԱԶԻԱՅԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ներածություն

1913թ. Heller-ը հայտնեց ձախ թորակոտոմիայով իրականացված կերակրափողի միոտոմիայի մասին, կապված կերակրափողի ախալազիայի հետ: Մի քանի տարի անց ներդրվեց և հատկապես Եվրոպայում լայնորեն ընդունվեց տրանսաբդոմինալ մուտքը: Ավելի ուշ, որոշ կենտրոններում, առաջնային վիրահատությունների ժամանակ որպես հիմք ընդունվեց միջամտության լապարասկոպիկ եղանակը:

Վիրահատությունը բաղկացած է կերակրափողային մկանային երկու շերտերի /երկայնակի ու ցիրկուլյար/ և կերակրափող ստամոքսային անցման թեք մկանային թելիկների լրիվ հատումից: Տրանսաբդոմինալ վիրահատության մյուս քայլը դա

հակառեֆլյուքսային փականի ստեղծումն է, առավել հաճախ առաջային ֆունդոպլիկացիայով՝ ըստ Դորի:

Ցուցումներն ու հակացուցումներ

Ցուցումներ՝

- հաստատված կերակրափողի ախալազիա, անկախ հիվանդության փուլի

Հակացուցումներ՝

- ընդհանուր անզգայացում անցկացնելու անհնարինություն,
- պասվող ոչ երկար կյանքի տևողություն, երբ պնևմոտիկ դիլյատացիան կամ բոտուլոտոքսինի ներդրումը ավելի նախընտրելի բուժման եղանակներ են:
- արտահայտված ներորովայնային կպումներ, նախկին վիրահատություններից հետո, որոնք լապարասկոպիկ մուտքը դարձնում են վտանգավոր:

Նախավիրահատական հետազոտում և պատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ անամնեզ և կլինիկական հետազոտություններ, սնուցման վիճակի գնահատում: Կրծքավանդակի օրգանների ռենգենոգրաֆիա՝ ատելեկտազ, ֆիբրոզ /վիճակ ասպիրացիոն թոքաբորբից հետո/:
- ✓ Կոնտրաստային հետազոտություն կերակրափողի դիլյատացիայի ու երկարացման աստիճանի որոշման համար:
- ✓ Կերակրափողային մանոմետրիա՝ չթուլացող ստորին կերակրափողային սեղման, պերիստալտիկայի բացակայություն:
- ✓ ԷԳԴՍ՝ կերակրափողի լորձաթաղանթի պաթոլոգիական փոփոխությունների բացառում, Candida-ի գաղութների, ուղեկցող գաստրոդուոդենալ հիվանդության հայտնաբերման համար:
- ✓ ՀՇ և/կամ ԷԳՀ ըստ ցուցումների՝ պսևդոախալազիայի /պայմանավորված ուռուցքով/ բացառում:

Հիվանդի պատրաստում՝ վիրահատությունից 11 ժամ առաջ երկլուսանքային քիթ-ստամոքսային զոնդի տեղադրում կերակրափող, սննդային մնացորդներից նրա լուսանցքի մաքրում: Կարճաժամկետ հակամիկրոբային ու հակատրոմբոտիկ կանխարգելիչ բուժում:

Սպեցիֆիկ ռիսկեր և հիվանդի տեղեկացված համաձայնություն

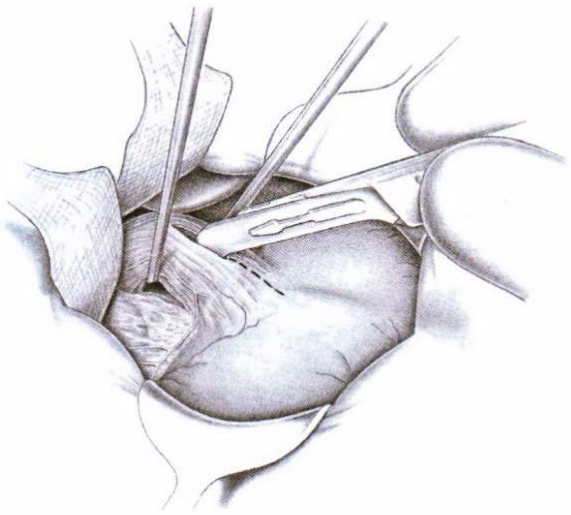
- փայծաղի, լյարդի, թափառող նյարդի վնասում;
- ստամոքս-կերակրափողային նյարդի վնասում;
- հիվանդության կրկնություն;
- կարի բացում /հեռացում/:

Բաց վիրահատություն

Վիրահատություն

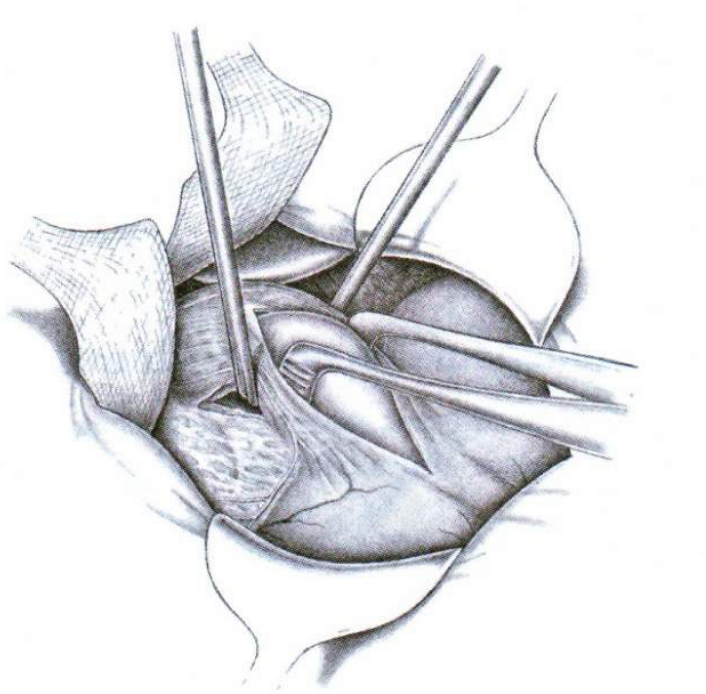
Փուլ 1. *Միոտոմիա*

Այն սկսում են կերակրափողի դիստալ հատվածում ու շարունակվում դեպի ստամոքս: Միոտոմիայի երկարությունը կազմում է մոտ 5-6 սմ, կտրվածքի մեջ ներառելով կերակրափողի ու ստամոքսի պրոքսիմալ հատվածի հիպերտրոֆիայի ենթարկվածբոլոր մկանային թելիկները՝ մինչև ենթալորձային շերտ: պետք է ցուցաբերել հատուկ զգուշություն լորձաթաղանթը չվնասելու համար և կասկածի դեպքում կարող է պահանջվել հետվիրահատական էնդոսկոպպիյա կամ գունավորող նյութով կերակրափողի ու ստամոքսի ստուգում:



Փուլ 2. *Միոտոմիայի բութ լայնացումը*

Մկանային շերտի երկայնակի լրիվ հատումից հետո ցիրկուլյար մկանային թելիկները ձգվում են լատերալ ուղղությամբ ու մկրատի եզրով հատվում մինչև ամենախորը շերտերը: Այստեղ կարելի է տեսնել մկանային շերտի միջից արտափքված լորձային շերտը: Պատռվածքը կամ սպիական նեղացումը կանխելու համար խորհուրդ է տրվում ստամոքսի հատակով ծածկել միոտոմիայի ենթարկված շրջանը և հանգուցակարերով այն ֆիքսել մկանային շերտին: Միոտոմիան կարելի է իրականացնել նաև բաց լապարասկոպիկ եղանակով:



Լապարասկոպիկ վիրահատություն

Մուտքի նկարագումը տես՝ “Ստամոքսի լապարասկոպիկ մասնահատում” գլխում:

Փուլ 1. *էքսպոզիցիա*

Իրականացվում է ստոծանի-կերակրափողային թաղանթի հատում: Կարդիայի հետ անատոմիական փոխհարաբերությունների պահպանումից և միջամտությունից հետո հետհոսքի կանխարգելման համար, դիսսեկցիան սահմանափակվում է կերակրափողի առաջային մակերեսով ու ստոծանու ոտիկներով: Ստամոքսի կարդիալ հատվածը տեղայնացվում է միայն հավելյալ երկար կերակրափողով հիվանդների մոտ, այս դեպքում գերադասելի է իջեցնել երկարացած սեգմենտը որովայնի խոռոչ և հետևից կարել ստոծանու ոտիկին:

Փուլ 2. *Միոտոմիա ըստ Հելլերի*

Միոտոմիան՝ ըստ Հելլերի, L-ա ձև կեռիկով սկսվում է կերակրափողի դիստալ հատվածում և տարվում մինչև ենթալորձային շերտ: Որից հետո, գերձայնային նշտարով կամ Ligasure գործիքով, կտրվածքը երկարաձգվում է պրոկսիմալ ուղղությամբ, մոտ 6 սմ:

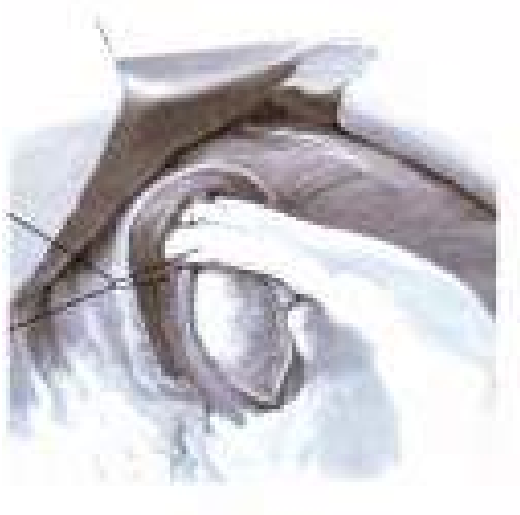
Միոտոմիան L-ա ձև կեռիկով շարունակվում է ստամոքսի վրա /մոտ 2սմ/ ներառնելով ստամոքսի պատի թեք թելիկները:

Փուլ 3. *Ներվիրահատական էնդոսկոպիա*

Ներվիրահատական էնդոսկոպիան օգնում է գնահատել միոտոմիայի երկարությունը, բաժանել մնացած մկանային թելիկները և փորձարկել կերակրափող-ստամոքսային անցման անցանելիությունը: Այն հատկապես ցուցված է նախկինում լայնացմամբ կամ բոտուլոտոքսինով բուժված հիվանդների մոտ:

Փուլ 4. *Ֆունդոպլիկացիան ըստ Դորի*

Օգտագործում են Երեք հանգուցակարեր (պրոլեն՝ էկստրակորպորալ հանգուցակարերի համար և Ethibond՝ ինտրակորպորալ հանգույցների համար):հատակի առաջային պատը կարվում է միոտոմիայի մոտակա ձախ մկանային եզրին: Ամենաբարձր կարով վերցվում է ստոծանու ձախ ոտիկը:



Փուլ 5. *Ստամոքսի հատակի պատի ֆիկսացիա*

Ստամոքսի հատակի առավել լատերալ հատվածի առաջային պատը երեք կարերով ֆիքսվում է միոտոմիայի աջ մկանային եզրին ու ստոծանու աջ ոտիկին:

Անատոմիական առանձնահատկություններ, լուրջ վտանգներ, վիրահատական հնարքներ

Ստամոքս-կերակրափողային հետհոսքի կանխարգելման համար միոտոմիան պետք է զուգակցվի, թեկույզ մասնակի, ֆունդոպլիկացիայի հետ:

Ստանդարտ հետվիրահատական հետազոտություններ

- ✓ Որպեսզի գնահատվի սննդի անցումը կերակրափողով և հաստատվի անբավարարության բացակայությունը, վիրահատությունից հետո առաջին օրերին նշանակվում է գաստրոգրաֆինով հետազոտություն:

Հետվիրահատական բարդություններ

- ➢ համառ դիսֆագիա;
- ➢ կերակրափողի դատարկման դանդաղում;

- կրկնվող դիսֆագիա;
- դեկոմպենսացված մեգակերակրափողով հիվանդների մոտ կարող է պահանջվել կերակրափողի մասնահատում;
- ստամոքս-կերակրափողային ռեֆլյուքս;
- ստրիկտուրայի առկայության դեպքում կարող է պահանջվել մեխանիկական դիլյատացիյա, հետագա վագոտոմիայով և տասներկումատնյա աղու լրիվ «անջատումով»;
- արտահոսք չհայտնաբերված անբավարարությունից;
- կարող է պահանջվել էնդոսկոպիկ ստենտավորում կամ ՀՇ-ի հսկողության տակ մաշկի միջով դրենավորում:

Հետվիրահատական գործառույթներ

Բժշկական խնամք՝ – քիթ-ստամոքսային զոնդի հեռացում 2–րդ օրը, դրենաժի հեռացում՝ 5–րդ օրը:

Կերակրման վերսկսում – խողովակի ճիշտ դիրքի հաստատումից հետո, 3–րդ օրվանից ոչ շուտ սկսում են էնտերալ սնուցումը, հետզհետե հեղուկի ավելացվող ծավալներից անցնելով սովորական սննդակարգի:

Ակտիվացում՝ անմիջապես:

Անաշխատունակության տևողությունը՝1-2 շաբաթ:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- մինչ մկանների հատումը ենթալորձային շերտի հայտնաբերումից հետո խողովակի ստեղծման ժամանակ կիրառեք տամպոն:
- միոտոմիայի ժամանակ մկանի եզրերից արյունահոսությունը դադարում է ինքուրույն, խելամիտ է խուսափել չափից ավել էլեկտրոկոագուլյացիայի կիրառումից: Տաք ջրի մեջ թաթախված մառլիայի տամպոնով մի քանի րոպե սեղմեք հյուսվածքները:
- էնդոսկոպը կերակրափողով և միոտոմիայից հետո կարդիայով անցկացնելիս եղեք զգույշ յատրոգեն թափածակումից խուսափելու համար, սեղմիչը ստամոքսից պետք է հեռացնել անմիջապես:

ՍՏԱՄՈՔԻ ՍՈՒԲՏՈՏԱԼ ՄԱՍՆԱՀԱՏՈՒՄ, ԱՆՏՐՈՒՄԷԿՏՈՄԻԱ, ՎԵՐԱԿԱՌՈՒՑՈՒՄ ԸՍՏ՝ ԲԻԼՐՈՏ I-Ի ՈՒ ՌՈՒ-Ի, ՍՏԱՄՈՔԻ ԲԱՐԴԱՑԱԾ ԽՈՑԵՐԻ ՏԵՂԱՅԻՆ ՀԱՏՈՒՄ

Ստամոքսի սուբտոտալ մասնահատում

Ներածություն

Ստամոքսի սուբտոտալ մասնահատման ժամանակ հեռացվում է ստամոքսի 3/4-ը: Որից հետո անցանելիությունը վերականգնվում է նրա բերանակցմամբ տասներկումատնյա աղու կամ բարակ աղիքի (օմեգանման կամ Y-ա ձև գալարով՝ ըստ Rու-ի) հետ:

Ցուցումներն ու հակացուցումներ

Ցուցումներ՝

- ստամոքսի դիստալ հատվածի աղիքային տիպի չարորակային մետապլազիյա,
- ստամոքսի դիստալ հատվածի և տասներկումատնյա աղու բարդացած խոցեր:

Նախավիրահատական հետազոտություն ու պատրաստվում վիրահատությանը

Փուլ 1. Որովայնահատում և ստամոքսի տեղայնացում

Որովայնահատմը կարելի է իրականացնել էպիգաստրալ շրջանի լայնակի կտրվածքով: Ոչ բավարար էքսպոզիցիայի դեպքում, այն կարող է հավելվել միջային գծի կտրվածքով: Նման մուտքը ապահովում է համարժեք տեսադաշտ մինչև կերակրափող-ստամոքսային անցում: Որպես այլընտրանք կարելի է կիրառել միջային որովայնահատում:

Ստամոքսի քաղցկեղի մետաստազների հայտնաբերման նպատակով, ամբողջ որովայնի խոռոչի ստուգումից հետո, անհրաժեշտ է տեղայնացնել առաջնային ուռուցքը:

Մեծ ճարպոնը անջատվում է լայնակի հաստ աղուց, մերկացնելով ստամոքսի հետին պատն ու բացելով մուտք դեպի ճարպոնածոց:

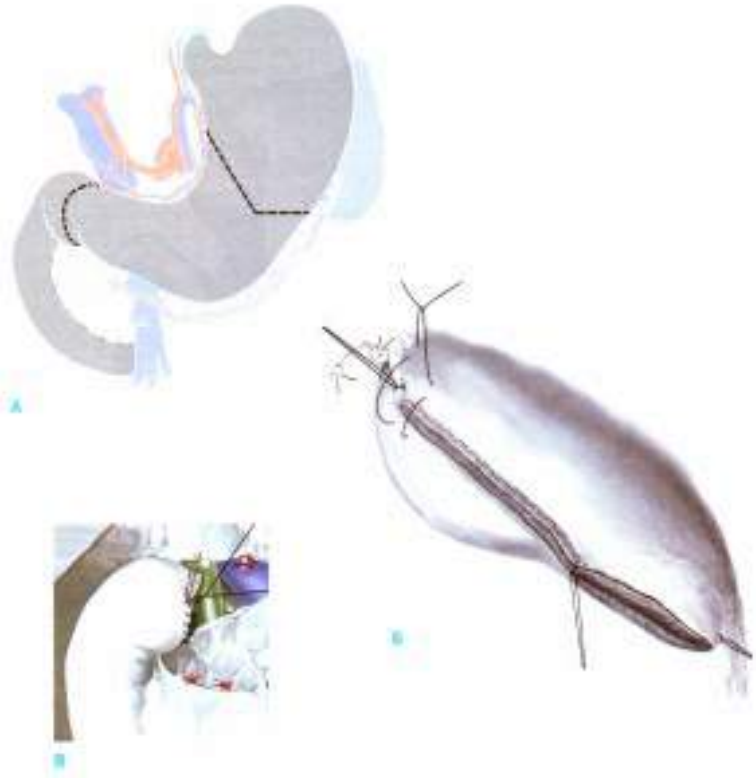
Փուլ 1. /շարունակություն/

Ստամոքսի նախադուռը առանձնացվում է շարակցական հյուսվածքից, փոքր կորության երկյանքով բացվում է փոքր ճարպոնը: Հարկ է զգուշանալ ձախ լյարդային զարկերակ վնասումից: Առանձնացվում են ձախ ստամոքսային զարեկրակն ու երկաը, կապվում ու հատվում: Այսպիսով ստամոքսի մեծ ու փոքր կորությամբ ավշային գեղձերը ներառվում են ապագա պրեպարատի մեջ: Աջ ստամոքսային զարկերակն ու երակը կապվում են ու հատվում, ինչպես նաև աջ ստամոքս-ճարպոնային զարկերակն ու երակը մեծ կորության վրա, պահպանելով անոթային աղեղը ստամոքսի պրոքսիմալ հատվածում:

Փուլ 2. *Մասնահատում*

Մասնահատման սահմանը անցնում է նախադռից մոտ 1սմ դիստալ և ստամոքսի պրոքսիմալ երրորդով: Տասներկումատնյա աղին հատվում է կարող գործիքով: Ստամոքսի կտրած եզրը խորհուրդ է տրվում փակել միաշարք անընդհատ կարով կամ հանգուցակարով: Ստեպլերի կիրառման դեպքում՝ այն ամրացվում է սերոզ-մկանային կարերով: Տասներկումատնյա աղու ծայրատի հետ պետք է վարվել մեծ զգուշությամբ, խուսափելով կարի գծով որևէ ձգվածությունից: Ծայրատի փակման համար դրվում են հանգուցակարեր:

Գաստրոյեյունո բերանակցման համար կիրառվում է՝ ըստ Բիլրոտ II-ի օմեգանման/ *1-3 փուլեր*/, կամ ըստ Ռու-ի Y-ա ձև /*փուլ 1*/ բարակ աղու գալար:



ՍՏԱՄՈՔՍԻՄԱՆԱՀԱՏՈՒՄ

Գաստրոդուոդենոբերանակցում(հիլրոտ I)

Ցուցումներուհակացուցումներ.

Բացարձակցուցումներ – չվակվողկամբարդացածստամոքսիխոց, պահպանողականբուժմանհանդեպկայունկամմեծ(ամպուտացում) դուոդենալխոց:

Հարաբերականցուցումներ – ստամոքսիդիստալհատվածիչարորակնորագոյացություններ:

Հակացուցումներ – ստամոքսիդիֆուզվոպի(ըստՅաուբենիդասակարգման) դիստալբաղցկեղ:

Այլընտրանքայինվիրահատություններ – ստամոքսիհամակցվածմասնահատում, մասնահատումըստհիլրոտ II-ի, տոտալգաստրէկտոմիա:

Նախավիրահատականպատրաստում.

Նախավիրահատականհետազոտություններ – որովայնայինէնդոսկոպիկ ԳՁՀ, ԷԳԴՍ բիոպսիայով, հնարավորէստամոքս-աղիքայինվողվակիերիհնոսվածճերվոեճոգեճաբանականճնճկաբահանում, ՀՇ:

Հիվանդիհոսպիտալացում – բնթսստամոքսայինզոնդիտեղադրում, կենտրոնականերակիկաՏեսերիզացիա:

Սպեցիֆիկոպերևիվանդիտեղակացվածհատմածայնություն.

- Փայծաղովճասում, սպլենէկտոմիա;
- Ախյունահոսություն(2% դեպքերում);
- Բերանակցմանհանբավարարություն(5%);

- Կրկնվողկամբերաճակցմանհոքջանիխոց;
- Կերակրափողիցմանխանգարումներ(5-15%);
- Դեմպինգհամախտանիշ(5-25%);
- Լեղածորանիվնասում(1%-ից)պակասդեպքերում;
- Միջինհաստաղիքայինզարկերակիվնասում;
- Պանկրեատիտ(1%):

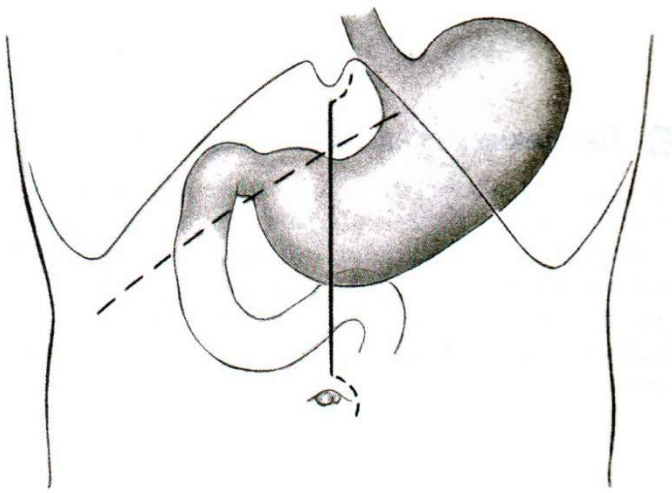
Հիվանդիդիրքը 'մեջքիվրապատկած:

1. *Վիրահատություն*

Հացերատակ

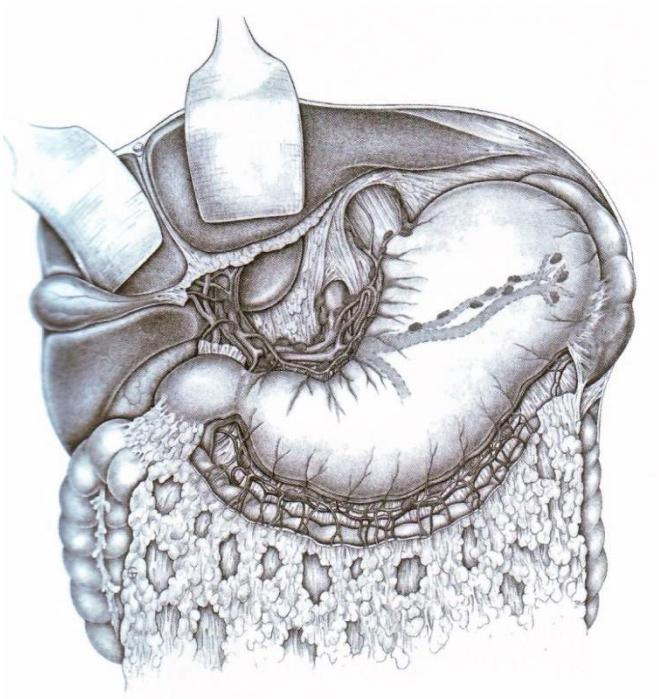
Փուլ 1. *Մուտք*

Մուտքըկերևի-միջային որովայնահատումով, հնարավոր լայնացումով դեպիվերուներիվ: Ճարպակալածհիվանդերիմոտայլընտրանքայինհետաձգվողհիվանդությածքըջից:



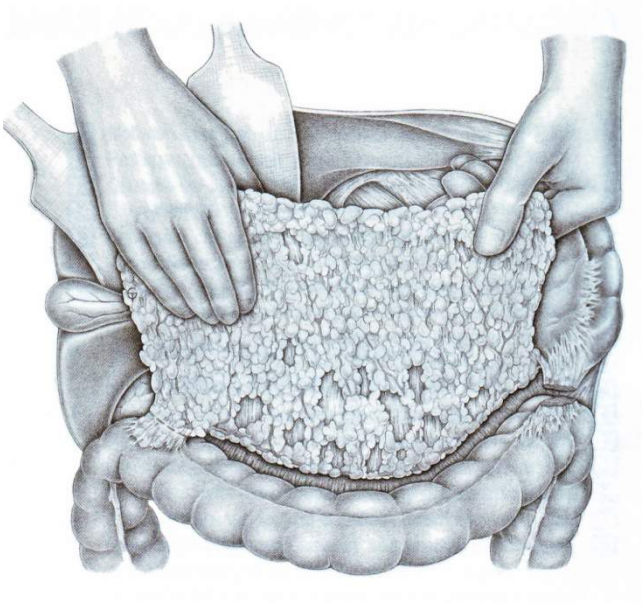
Փուլ 2. *Մասնահատմանծավալը*

Ստամոքսիդիստալմասնահատումըներառում է օրգանի դիստալկեսիհեռացումնախադրանհետ: Մասնահատմանենթարկվածքաշությանվրա անցնումէծախստամոքսայինզարկերակիվերելակուվայրէջհյուղերիմիջև, իսկմեծկերությունում՝աջուծախստամոքս-հոգպորնայինզարկերակիհիմունդիսմանտեղով: Եթեխոցկոպտազայումստամոքսիսիսկեհեռացնելիէիրականացնել ստամոքսիհնոտ, պահպանելովստամոքս-հոգպորնայինհանգրեները, ապահովորակուռցիկդեմոմլրվելուցմեհնեծուվոքթեպորները, համապատասխանհեռգիտնորակշայինկոլեկտորներիհեռմասին: Խոցերիմասնահատմանժամանակավշայինհանգույցներիհեռացմանհիրաժեշտությունչկա:



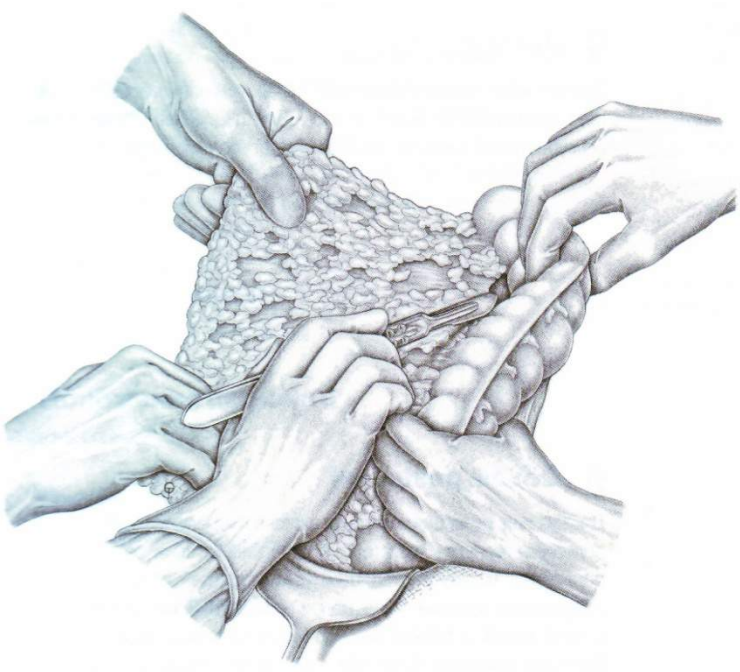
Փուլ 3. *Մեծաթաղանթախոռոչի բացում*

Այնուհետև կատարվում է լյարդի կլոր և երակային կապանների հատում՝ լյարդի ձախ բլթի ներքևի մակերեսը ազատելու նպատակով: Լյարդի ձախ բլթի ներքևի մակերեսը ազատելու համար անհրաժեշտ է հատել նաև լյարդաստամոքսային ծալքը:



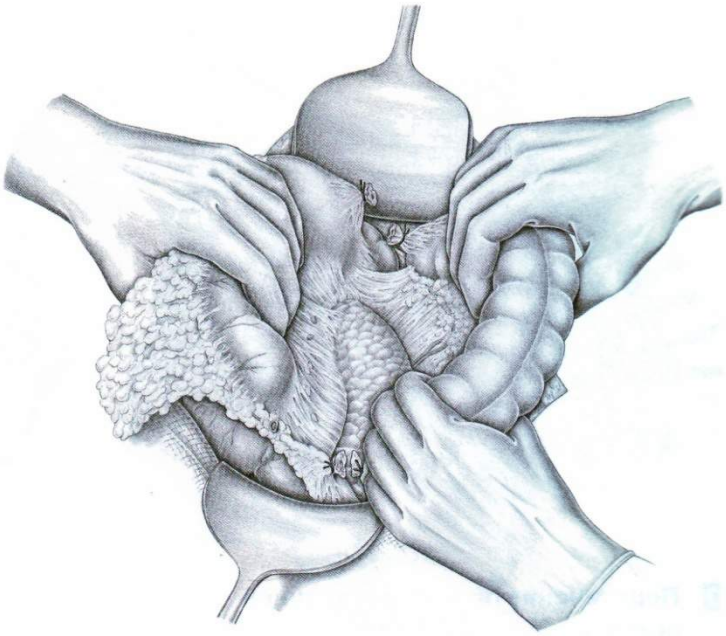
Փուլ 4. *Մեծաթաղանթախոռոչի բացում լյարդաստամոքսային ծալքի հատման միջոցով*

Այնուհետև կատարվում է բլթամանուկի պոչային մասի ձգման միջոցով՝ մեծաթաղանթային ճեղքի լայնացում, իսկ լյարդաստամոքսային ծալքի հատման միջոցով՝ մեծաթաղանթախոռոչի բացում: Անջատում է ընդհանուր լյարդային զարկերակի էկստրավասալ ներդիրը:
Մանրաթելերը սեղմիչներով միջևանցում և կապում են:
Ճարպային բլիթը անջատում է լյարդաստամոքսային ծալքի հատման միջոցով և ներքևից վերև ուղղությամբ ազատում է լյարդի ձախ բլթի ներքևի մակերեսը:



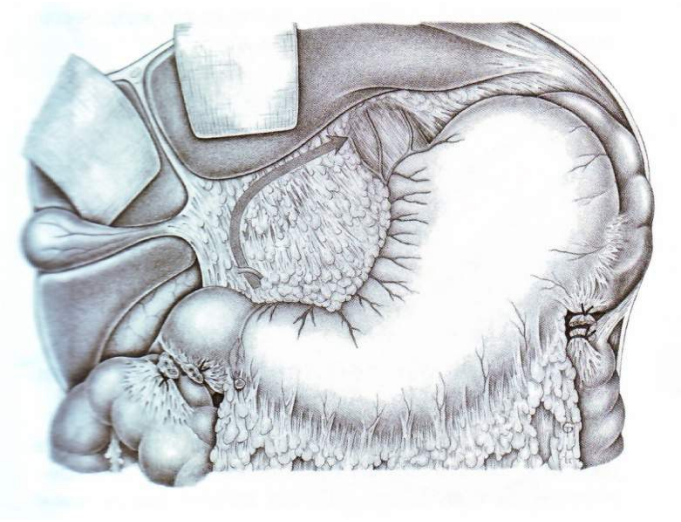
Փուլ 5. *Ստամոքսամեծոքրությանդիսեկցիան*

Մեծաքրոնիկ այնածխփոքրաքսիջընդերքիթերթիկիդիսեկցիանբուեղոնակովշարունակվումէենթաստամոքսայինգեղձիառաջայինմակերեսի: Վերջինիսավարտիցհետոենթաստամոքսայինգեղձնուխթաղումիջընդերքիառնոթներըզատվումենորովայնամզից: Որից հետո հնարավոր է լինում ստամոքսըբարձրացնելդեպիվերևավարտելմեծոքրությամբդիսեկցիան:



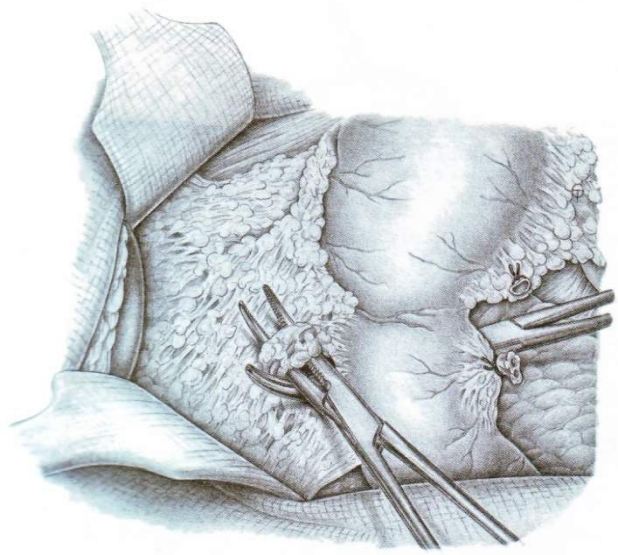
Փուլ 6. *Փոքրկորությանսիգեղձիան*

Փոքրկորությանսիգեղձիանիրականացվումէկարդիստրիմակերեսովմինչևստոծանուկերակըավարտայինբացվածք: Խոցերիժամանակայինկաստրվումէստամոքսիպատիճոտ, մինչդեռմաղձկեղի դեպքում վոքրթաղանքնըենթակաէրիվիեռացման: Խորհուրդէտրվումայնիրականացնելերբևիցվերևաստավելհարմարէսկսելստամոքսիմատնյաողից, ստամոքսիճախստորամոքսից:



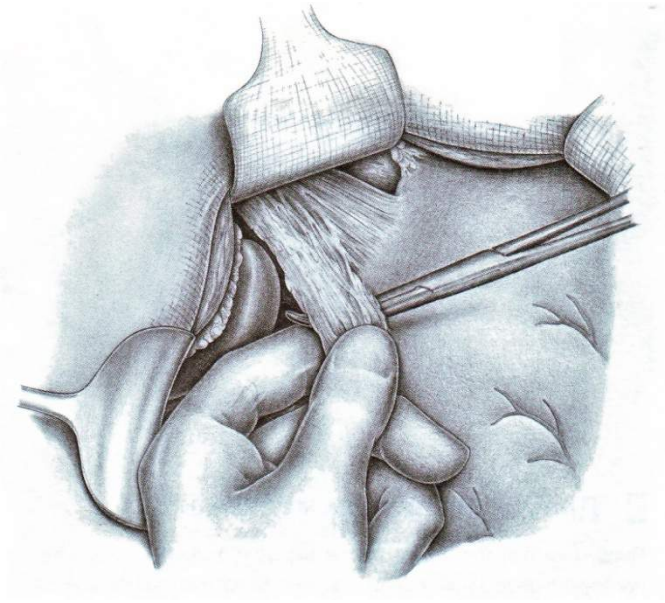
Փուլ 7. *Աջստամոքսային զարկերակի հատումը*

Տասներկումատնյա-խթանիմայինկապանիհատումիցուստամոքսինախստամոքսայինապահովությունբերումիցհետո, վերջինիսհեռուովանցկացումէվահուկրոնիչ: Այնպետէդուրսգալպոչ-տասներկումատնյակապանիցավելիվեր, աջստամոքսայինզարկերակիանջատմանտեղում: Վերջինս, տեսողականհսկողությանտակ, սեղմիչներիմիջևհատվումէուկապվում: Այսգործողությունըհնարաւորությունէտալբարիարդյունք, կանխելովրոնեթակի, լյարդայինսեղմակազարկերակիբնդհանուրեղածրանիվնասումը:



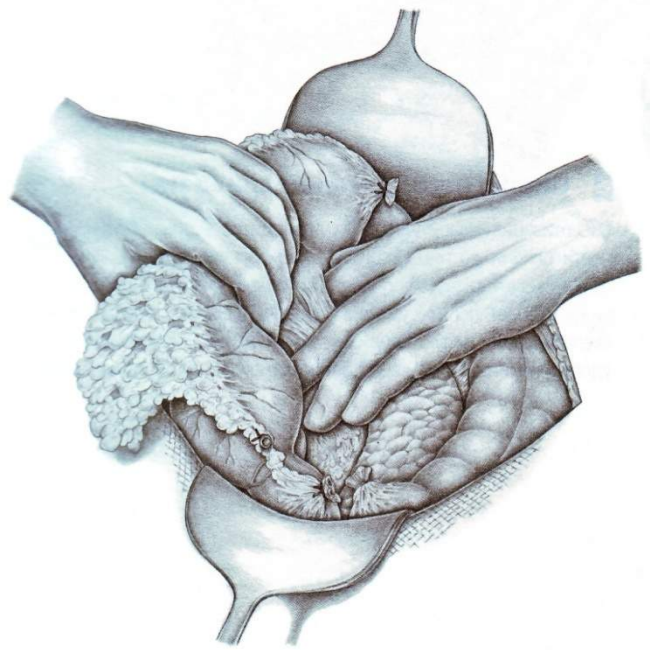
Փուլ 8. *Փոքրթաթպտնիպրոքսիմալհատվածիսկելեղոգցիան*

Սկելեղոգցիանսարսուռակումէմինչևկերակրավողովոերմինալհատվածը: Այստեղ, որտեղպերտմվոքրթաթպտնիհատստացմանպատճառով միայն շոշափումը կարող է թույլ տալ որոշել ստամոքսհատմանը: Ստամոքսիեզրըպահվել հեշտությամբ կարելիէորոշելբթամատիուցուցամատի միջև: Ցուցամատինհսկողությանտակվոքրթաթպտնիայսհատվածըվերցվումէհատբութեխմիչներով, հատվումկապվում: Փոքրկորությանհսկելեղոգցիանհավասարումէկերակրավող-ստամոքսայինճյուղիցերկու 2 սմ-ից ավելդիստալստամոքսիվրակայր-բունիչդնելով:



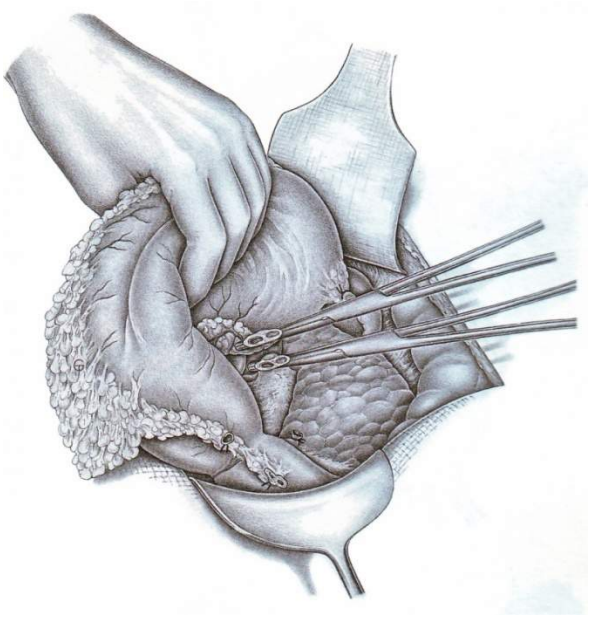
Փուլ 9. *Ձախստամոքսայինզարկերակիտարածնահատումը*

Ձախստամոքսայինզարկերակիանատոմիան մակարդակը կախվածէհիվանդությանբնույթից: Եթեհաղցկեղիժամանակ, ավշահանույթիցհեռու, այնիսովորմէընդհատայինհյուսվածքը, ապահոցիպեսզումբավարարէհասնելնրանայրէջհյուղը, վիրահրությանվրա:Ստամոքսըվերծգելով, մատերիմեջհետությամբկարելիէշոշափել անոթայինխոցը: Նրանուղեկցողշարակցականհյուսվածքիհատվումուտրվումէդեպիստամոքս:



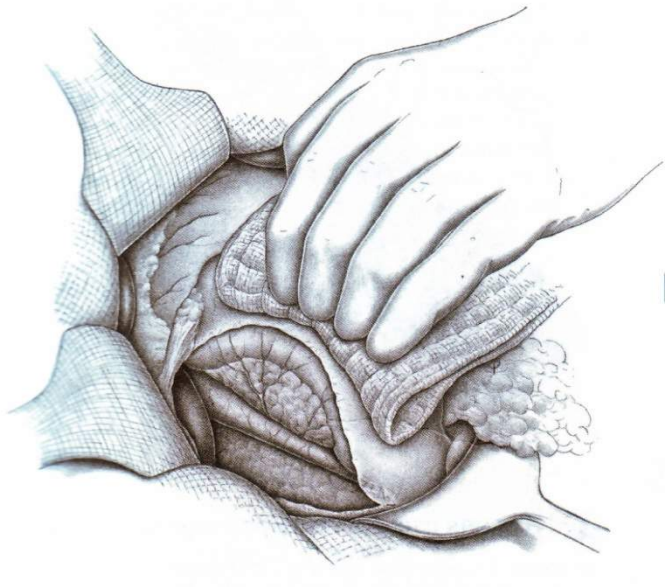
Փուլ 10. *Ձախստամոքսայինզարկերակիկտրումը*

Անոթները սեղմիչների միջև հատում են ու կարով կապում: Ախտահատման եզրերում նկատվում է ընդերային հավելյալ հյուսվածքի եզրերի հստակ:



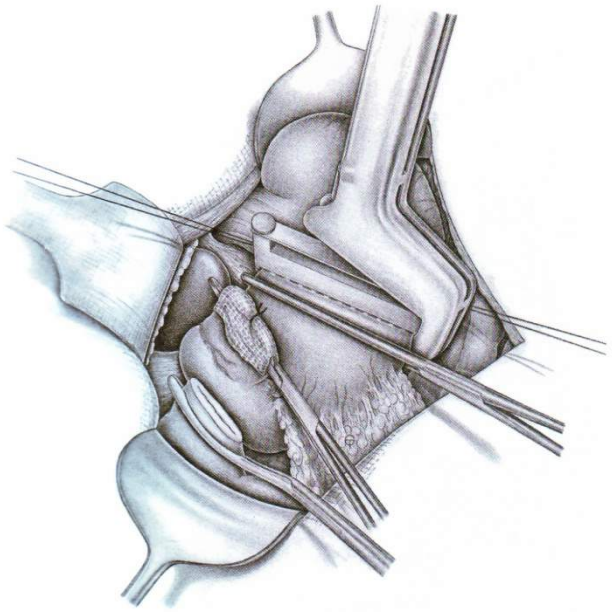
Փուլ 11. *Տառեխումոնոյատ տեղայնացում*

Ստամոքս-աղիքային տրակտի համաձայն վերականգնումը (ըստ Բիլրոտ I-ի) պահանջում է տառեխումոնոյատ տեղայնացում (Կոխերի գործողություն): Դուոդենումը թանզիվով բռնում ու ձգում է մեխանոտրոպությամբ, թույլ տալով հաղթահարել առաստոյինոտրոպ հակումը:
Այնհատում է դեպի վեր՝ մինչև տառեխումոնոյա-խթաղիքային կապանի դեպի ներքև՝ տառեխումոնոյատուստրինոտրոզոնակա նհատված: Դիսեկցիան հատուկ ուշադրությամբ է կատարվում իրականացվում աղուներում: Մանրոանոթները այրվում են: Գործողության ավարտին ցեմենտացվում են թաստոմոֆոսյինգեղձի հետինմակերեսոստրինսինները կիջատը:



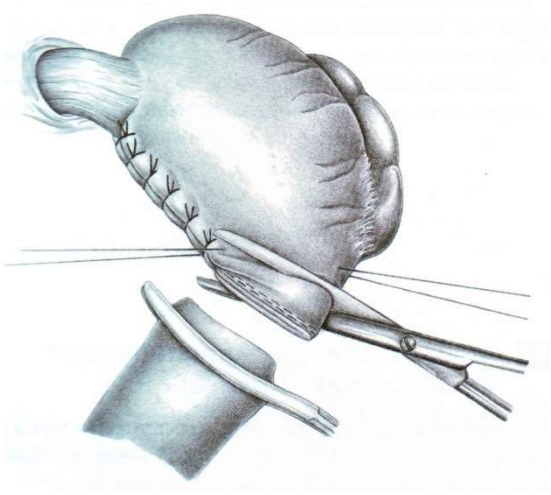
Փուլ 12. *Ստամոքսիդիստալհատվածիմատնահատում*

Մատնահատմանպրոսիմալկտրվածքըանցնումէստամոքսիկարդիայից1-2 սմ ավելի դիստալփոքրկորության երակովտեղակայվածկետը, մեծկորության երակովառաջանալստամոքս-ճարպոտայինզարկերակների միացմանկետին միացնողպայմանականգծով: Այս կետերըստամոքսի կորությունների վրա նշվում են կաթեր-բռնիչներով: Փոքրկորության երակովանգնումով Ստամոքսիմատնահատում, կտրելիէրակտիվացնելգծայինկտրող սարքի միջոցով: Կոխերի սեղմիչով փակվումէստամոքսի դիստալհատվածը: Մատնահատմանդիստալեզրը անցնում էստամոքսիճեղքից1սմդիստալ: "Ծայրըկողի" գաստրոդուոդենոստոմայիձևավորմանժամանակստամոքսերկարմատնայաուծայրատրըկտրողէխուլփակվել: "Ծայրըծայրի" գաստրոդուոդենոստոմայի դեպքում այն թողնում ենբաց: Պրեպարատովդիստալհատվածըժամանակավորապեսփակվումսեղմիչովֆիբսվածթանզիվով, թրջվածձիակասեպտիկկոմպրես:



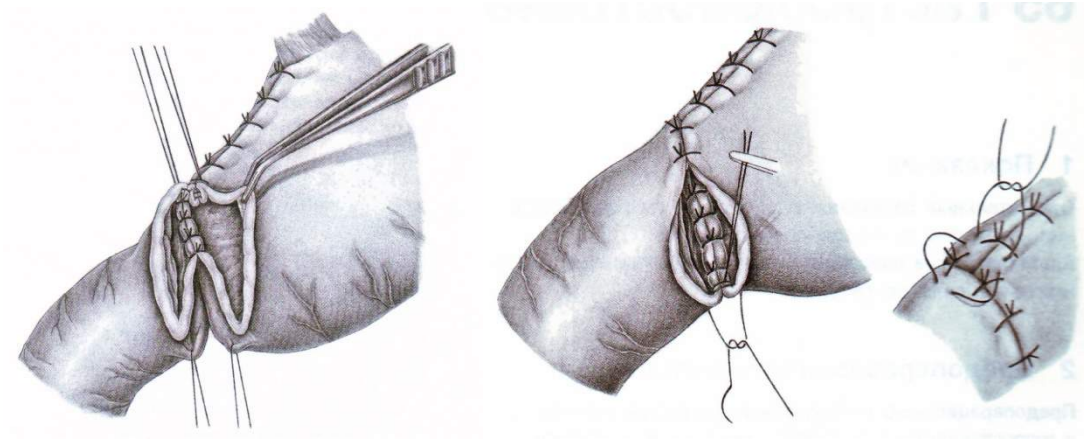
Փուլ 13. *Մեխանիկականկարիգծիխոտրատուգումը*

Պրեպարատովհեռացումիցհետո, ստամոքսիպրոքսիմալմեխանիկականկարերըխոտրատուգվումմեծաքանակությամբ(3-0 PGA), չկարվածթողնելովմոտ4 սմ-ոցսեգմենտամեծկորությանվրա: Ստամոքսիծայրատիպիստալհատվածը, կարեր-բռնիչներիվրա, մատնահատվումէհամապատասխանտասներկումատնայաուղուտեղիցսկսվում "ծայրըծայրի" բերանակցման:



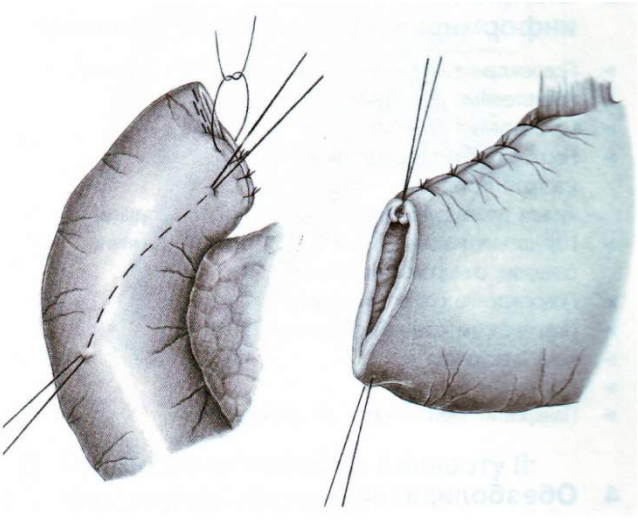
Փուլ 14. *Գաստրոդուոդենոստոմիա*

Գաստրոդուոդենոստոմիան իրականացվում է մի շարք հանգուցակարերով (3-0 PGA), անցնող բոլոր բերոեերիմիջով: Տարածությունը կարերիմիջևում 0.6սմ: Հետինսրտըկարելուցհետովերջինկարըպահպանվումէևօգտագործվումորպեսառաջինսրտոհատաջիկար: Առաջայինսրտըևավակվումէմիաբարբ, հանգուցակարերով, պատերիբոլորբերոեերիմիջով: Մեխանիկականկարիանկյունը, որտեղ առավելհաճախէ զարգանում կարերի անբավարարություն, ամրացվումէ, այսպեսկոչված, երեքկետերի(անկյուններին) կարով:



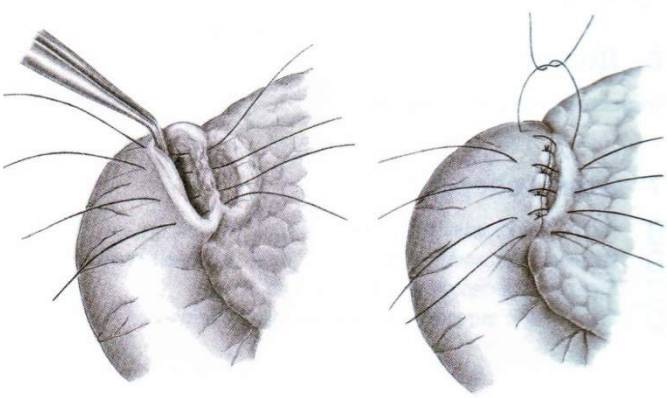
Փուլ 15. *“Ծայրկողմի” գաստրոդուոդենոստոմիա*

Տաներկումատնոյաստուկպճծայրատվդեպումատավելանվտանգէ “ծայրկողմի” գաստրոդուոդենոստոմիան: Այստեղստաներկումատնոյաստուծայրատըվակվումէվուլ, ինչըստավելդյուրինէիրականացնելգծայինկտրող սարքով: Կարիգիծըվերստուզվումէմիաբանիսերոզհանգուցակարերով:
Բերանակցմանհամարտաներկումատնոյաստուառաջայինպատըեբոբյամբհատվումմոհանգուցակարերովմիացվումստամոքսին:
Նմանբերանակցմանառավելությունները՝ էհամարվումստամոքսովստաներկումատնոյաստուծայրատվակեղը:
Այսեղանակիիրականացմանհամարանհրաժեշտպայման՝ հանդիսանում տաներկումատնոյաստուլայնոբիլիզացիան՝ ըստԿոխերի:



Փուլ 16. *Տառներկումառնչառաուժիմարծայրատոխիակումը*

Տառներկումառնչառաևեռնկատին տեղակայված մեծկալեռզնոցերըկարողեզգալ ուժիմարացնել աղիքիծայրատոխիակումը: Նմանդեպքերումխորհուրդէտրվում իրականացնել ներվոգիհացիա՝ ըստՆիսեեի, ենթաստամոքսային գեղձով փակվողտասներկումատնյա աղու ծայրատի ներիրում երկշարք կարերով:Այսեղանակըկարողէկիրառվելպեեեորացվածնթափածակվածնոցերիժամանակ:



Հետվիրահատական բարդություններ

- Լեղածորանիվնասում՝ T-ածևխողովակիտեղադրումևերծվողել երովկարեր:
- Փայծաղիվնասում՝ անհրաժեշտէվերծել պահպանելօրգանը, էլեկտրո/արգոնասպլազմայինկոագուլյացիայիևհեմոստատիկնյութերի կիրառումով:

2. *Հետվիրահատականգործառույթներ*

Բժշկականհետամ՝ հիպոստամոմսայինզոնդըևեռացվում է3-4-րդօրը, դրենաժները՝5-7-րդօրը:

Կերակրմանռեժիմը՝ ինչֆանակովիեղուկ4-5-րոպրը, կոշտսնունդառաջինևինքնուրույնկրանքիցհետո:

Ադիմայինգործունեություն 2-րոպրիցհոգնա, միջոցներպաշինելիգործունեությանխթանմանհամար7–րոպրից:

Ախտիվացում՝ - առնվազապես:

Առաջխաղացհակությանտևողությունը 2-4 շաբաթ:

Փորձվածվիրաբույժիխորհուրդները.

- Ստամոքսիհատականհավայծաղը(ստամոքսիկարճառքեր), մեծկրությունևու միջածիգ խթաղին (երամիջընդեբը), վոքրկրությանգիստալհատվածճուհեպատա-դուոդենալկապանը, ինչպեսնաստամոքսիհետիհոպտոնուհերթատամոքսայինգեղձըտեղակայվածեհիրաբշտոմոտ:
    - Կանմիքանիկարևորառաջինհիվանդություններ՝ աջուձախստամոքսայինզարկերակերի, աջուձախստամոքս-ճաղարնայինզարկերակների, ստամոքսիկարճառքերևուվայծաղայինզարկերակիհյուղերիմիջև: Փոքրկրությաներակայնքովանցնումէդռներակիմեջթափվողկարևորերակայինցողուն(ստամոքսպտկածևերակը):
    - Ջգուշացեքառաքերիպոկում hg; վոքրեպարպոնումմոտ15% դեպքերում հայտնաբերվող ձախստամոքսայինզարկերակիցսկսվողհավելյալձախլյարդայինզարկերակ:
    - Աջստամոքսային զարկերակի հատմանհիժամանակահատվածէզգուշանալլյարդայինզարկերակիվնասումից: Այսանոթիկլիպավորումիցհետոհիրաժեշտէհամոզվելլյարդ-տասներկումատնոհյակապտնումպուլսացիայիառկայության մեջ:

Անտրէկտոմիա

Ներածություն

Անտրէկտրոմիայի ժամանակ մասնահատվում է ստամոքսի դիստալ հատվածի 1/4:

Ցուցումներն ու հակացուցումները

Ցուցումները

- Բարդացած դուոդենալ խոցեր կամ պիլորիկ հատվածի խոցեր: Կատարվում է անտրումէկտոմիա համակցված երկկողմանի ցողունային վագոտոմիայով: Այս վիրհատության արդյունքում ստամոքսում իջնում է թթվի սեկրեցիայի մակարդակը, անտրալ հատվածի գաստրինի արտադրանքը, թափառող ներվի ացետի-լխոլինային խթանման նվազման հետևանքով:

Նախավիրահատական հետազոտություն ու պատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատական հետազոտություն՝

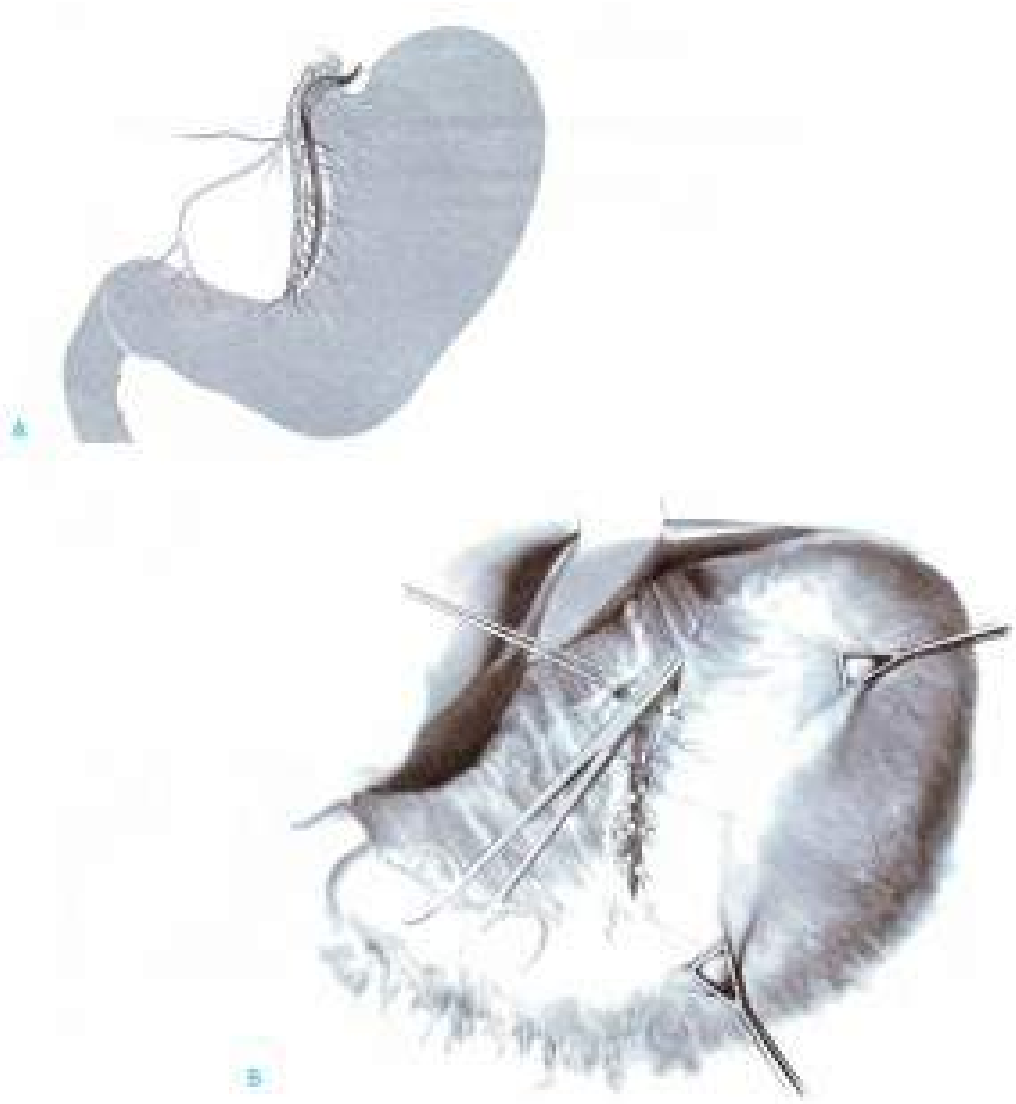
- ✓ հիվանդության էնդոսկոպիկ հաստատում, որպես ռիսկի գործոններ՝ գաստրինոմայի և հիպերկալցեմիայի բացառում, քաղցկեղի բացառում /բիոպսիա/:

Հիվանդի պատրաստում՝ քիթ-ստամոքսային զոնդ, միզապարկի կատետեր, աղիների պատրաստում:

Վիրահատություն

Փուլ 1 *Ստամոքսի տեղայնացում ու վագոտոմիա*

Ինչպես և սուբտորալ մասնահատման ժամանակ, ստամոքսը տեղայնացվում է և ազատվում ճարպոնից, որից հետո առանձնացվում նախադուռը: Կերակրափողի դիստալ հատվածի վրա որոշվում են թափառող նյարդի ցողունները՝ առաջային ճյուղը տեղակայվում է ձախից, իսկ հետինը՝կերակրափողի հետևից կամ դիմացից /Ա/: Ամեն մի ցողունից հատվում է մոտ 2սմ և եզրերը կապվում /Բ/:



Փուլ 2 *Անտրալ հատվածի էքսպոզիցիան*

Առանձնացվում է նախադուռն /Սուբտոտալ մասնահատման *I փուլ*/ ու ստամոքսի դիստալ հատվածը կապելով անոթները մեծ ու փոքր կորությունների վրա: Մասնահատումը առավել դյուրին է իրականացել կարող սարքերով /ստեպլերներով/:

Փուլ 3. *Մասնահատման եզրերը*

Մասնահատման եզրերը մշակվում են ինչպես ստամոքսի սուբտոտալ մասնահատման ժամանակ: Մասնահատման պրոքսիմալ գիծը փոքր կորությունով անցնում է կերակրափող-

ստամոքսային անցումից ներքև, իսկ մեծ կորությունով՝ նախադռան և հատակի միջև տարածության կենտրոնով:

Փուլ 4. *Անընդհատության վերականգնումը*

Կիրառվում է վերակառուցում՝ ըստ Բիլրոտ II-ի կամ Y-ա ձև՝ ըստ Ռու-ի:

Վերակառուցում ըստ Բիլրոտ II-ի

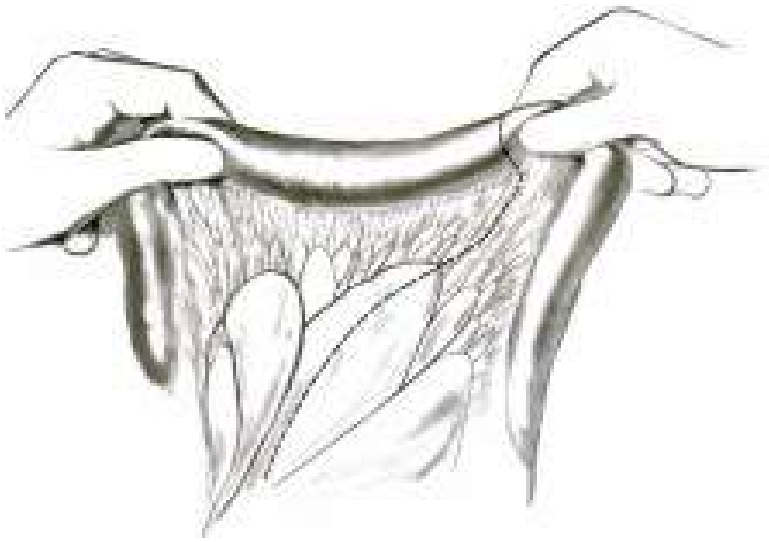
Վիրահատություն

Գաստրոեյունոստոմա օմեգայածև գալարով

Փուլ 1. *Գալարի տեղադրումը օմեգայի ձևով*

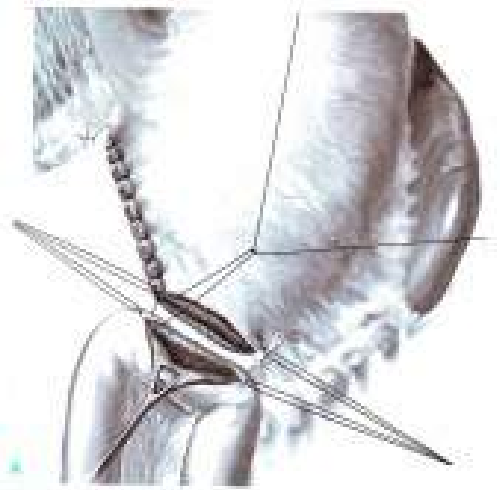
Բարակ աղու պրոքսիմալ հատվածում ընտրվում է գալար, որը հնարավոր է հեշտությամբ տեղայնացնել մինչև ստամոքսի ծայրատի հետին պատի դիստալ հատված: Եթե ընտրվում է գալարի անցկացման հետխթաղիքային ուղի, այն պետք է լինի կարճ:

Միջաձիգ հաստ աղու միջընդերքում բացվում է ոչ մեծ անցք և բարակ աղու օմեգայածև գալարը նրա միջով անցկացվում է դեպի ստամոքսի ծայրատ: Հիշեք, երբ գալարը տեղադրվում է իր տեղում, միջընդերքը չպետք է գտնվի ձգվածության տակ:



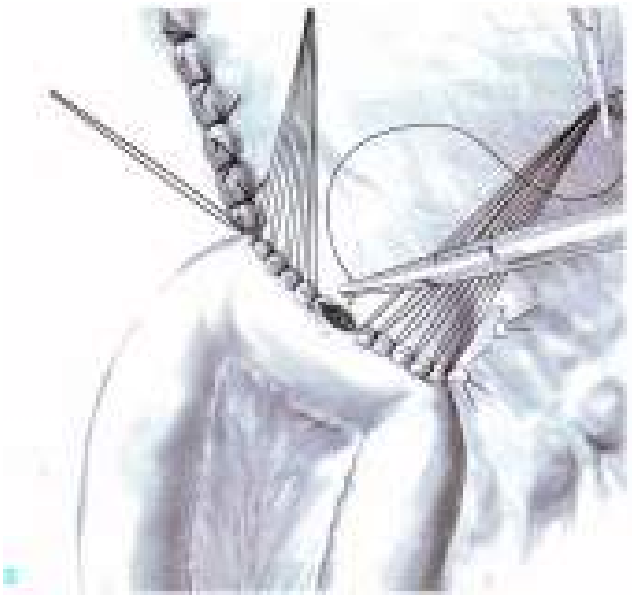
Փուլ 2. *Գաստրոեյունոստոմիա*

Ստամոքսի ծայարտի կարված դիստալ հատվածում ու օմեգայաձև աղեգալարի հակաընդերային կողմում համապատասխան երկարության վրա բացվում են ստամոքսի ու բարակ աղու լուսանցքները: Բերանակցման հետին պատի ձևավորման համար կարող են կիրառվել հանգուցակար կամ անընդհատ կար:



Փուլ 2. /շարունակություն/

Բերանակցման առաջային պատի ձևավորումը հարմար է իրականացնել անընդհատ կարով: Սակայն հնարավոր է օգտագործել նաև միաշարք հանգուցակարեր, ինչպես նաև կարող սարք: Բերանակցման ստրիկտուրայի կանխարգելման համար գաստրոեյունոստոման պետք ունենա 5-6սմ-ից ոչ պակաս երկարություն:



Փուլ 3. *Բերանակցում ըստ Բրաունի*

Ըստ Բրաունի բերանակցումը ձևավորվում է ստամոքսային բերանակցումից զգալի ներքև />40սմ/, բերող ու տանող բարակ աղեգալարների միջև, դեպի ստամոքսի ծայրատ լեղու հետհոսքից խուսափելու համար: «Կողք կողքի» եյունոստոման կարող է ձևավորվել հանգուցակարի կամ անընդհատ կարի եղանակով, ինչպես նաև կարող սարքի կիրառումով:

Գաստրոեյունոստոմիա (Բիլրոտ II)

Ցուցումներըուհակացուցումներ.

Հարաբերականհակացուցումներ՝

- անաստոմիականպատճառովինարավորչէիրականացնելստամոքս-տասներկումատնյաողիմոյինբերանակցում:

Այլընտրանքայինգործողություններ Բիլրոտ I, այսպեսկոչվածհամակցվածմասնահատում, տոտալգաստրէկտոմիա:

Նախավիրահատականհետազոտություններ /պատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատականհետազոտություններ՝

- ✓ լավայհայինուէնդոսկոպիկԳՁՀ,
- ✓ ստամոքսիէնդոսկոպիաբիոպսիայով,
- ✓ ստամոքս-աղիմոյինհոդովակիվերինհատվածներիռենտգենաբանականհետազոտություն,
- ✓ ՀՇ:

Հիվանդինհոսպիտալացումը՝ հիպստամոքսայինգոյիտեղադրում:

Սպեցիֆիկոսկերևևիվանդիտեղեկացվածհամաձայնություն.

- Փայծաղիվնասում, սպլեեկտոմիա(0.5% դեպքերում);
- Արյունահոսություն(2%);
- Հոմոլոգիվհեմոտրանսֆուզիա;
- Բերանակցմանհանբավարարություն(ստամոքս-աղիմայինբերանակցման՝ 1%, տառներկումատնյաողուծայրատի՝ 2%);
- Կրկնվողկամբերանակցմանուջանիխոց;
- Սննդահացմանխանգարումներ(5-15%);
- Դեմպինգհամախտանիշ(5-25%, բերողգալարիհամախտանիշ);
- Ստամոքսիծայրատիմաղկեղ;
- Լեղածորանիվնասում(>1%);
- Միջինհաստաղիմայինզարկերակիվնասում;
- Պանկրեատիտ(>2%):

Հիվանդիտիրը – սպակածմեջքիվրա:

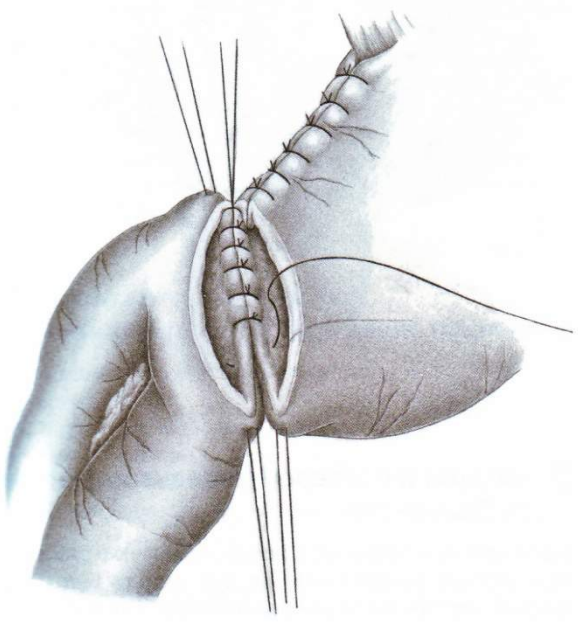
Մուտքը – վերինմիջայինհորովայնահատում:

Վիրահատություն

Բացեղանակ

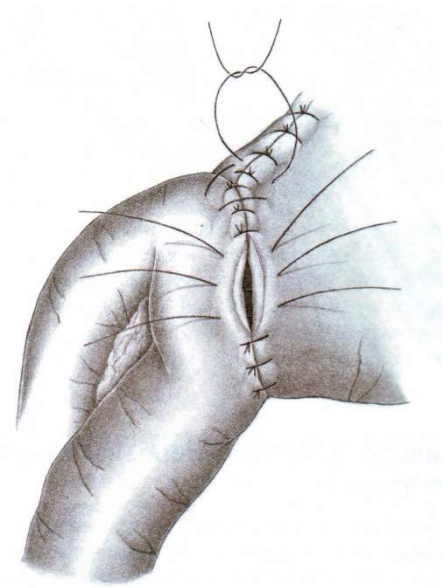
Փուլ 1. ԳաստրոէզոֆագեալանաստոմոզըստԲիլրոտ II-ի, հետինպատիվտքերը

Ստամոքս-աղիմայինկոմպոզիտիմոբոլջակառուցությանվերականգնումըիրականացնումէգաստրոէզոֆագեալանաստոմոզիձևավորումով՝ըստԲիլրոտ II-ի: Այդեպքումստամոքսիծայրատըբերանակցվումէբարակաղեղալուիեռո, որըմոտեցվումէստամոքսին հետհաստաղիքային (միջաձիգ խթաղումիջընդերմով) կամառաջհաստաղիմայինուղիով: Բերանակցմանձևավորումըսկսվումէ հետին պատից հանգուցակարերով (3-0 PGA):Բերանակցման լայնությունըպետք է մոտ երկու անքամ գերազանցի տասներկումատնյա աղու լուսանցքի լայնությունը:



Փուլ 2. Գաստրոէյունոստոմոզըստոմիլրոտ II-ի, առաջայինպատիկտերը

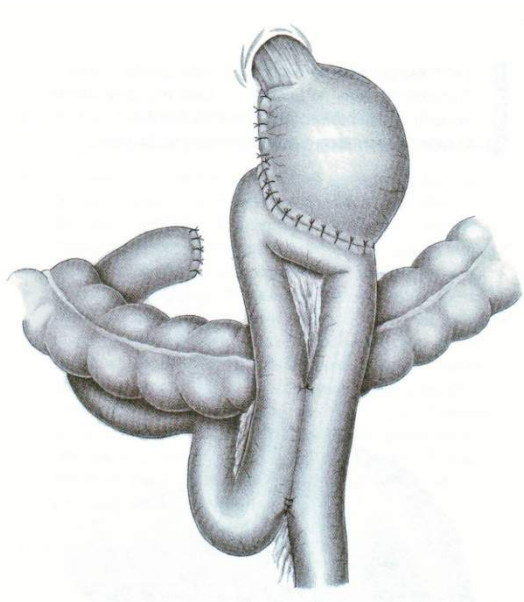
Հետինպատիկտերըզավարտելուցհետո, առանձինհանգուցակտերովձևավորվումէբերանակցմանառաջայինպատը: Հաստուկուշադրությունպետքէդարձվիբերանակցմանառջանկյանումառնուազածստոմոսիվիճակովթոքրությանհպմանկետվրա: Ստոմոսիերկարպատերնուբերանակցմանեզրըամրացվումէառանձինկարով: Հակառակդեպքումայստեղ կարող է զարգանալ բերանակցման կարերի անբավարարություն:

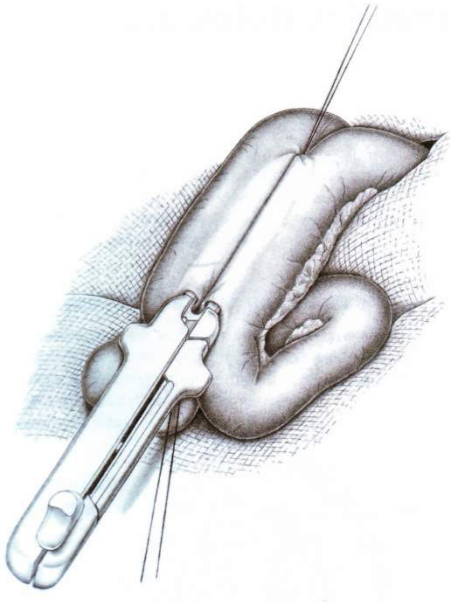


Փուլ 3. Հիլրոտ II. էնտէրո-էնտէրոբերանակցումըստոմիդրան

Առաջնաթաղիմայինբերանակցումներիժամանակնախընտրաժեշտէձևավորել հավելյալէնտերո-էնտերոբերանակցումբերողուտոնոզգալուրեվիջև՝ ըստոմիդրան:

Այնկատողէիրականացվելձեռի /Ա/կոմնեխանիկականկարիերաճակերով /Բ/:





Այսպիսով, մանանահատումիցհետոստոմոս-աղիմայինխողովակիամբողջականությանվերականգնումը՝ըստհիլրոտ II-ի, առաջհաստաղիմայինվերականգնմանտարբերակիդեպքումիրմեջերասումէտոսնեերկումտոնոյասպուծայրոովիակում, ստոմոս-բարակաղիմայինևէնտերո-էնտերո բերանակցումներ:

Հետվիրահատականբարդություններ

- *Լեղածորանիվնասում*՝ներթծվողթելով (4-0 PDS) առաջնայինկարում, խոլեդոխում T-ածևխողովակիտեղադրում;
- *Փայծաղիվնասում*՝անհրաժեշտէվարձելպահպանելօրգանը, հեմոստազիապահովմանհամարկիրառելովէլեկտրո/արգոնպլազմայինկոագուլյացիահաևհեմոստատիկնյութեր:
- *Տասներկումատնյաաղիքայինհատվածի*՝եթեանհնարէդնելկրկնակիկարեր՝ախտահոսքը կարող է ապահովվել՝բերանակցումով, ձևավորածY-ածևբարակաղեձալարով՝ ըստՈռ-ևիամտեղադրելովայնիվախոռկկատեսերտասևերվումատնյաաղուսացմանդուրս բերելով այն որովայնիվառոչից, ստեղծելովկատավարվողդուռդեղավնուղակ:

Հետվիրահատականգործառույթներ

Բժշկականհսկում՝ֆիբստամոքսայինզոնդըհեռացվում3-4-րդօրը, դրենաժները՝5-7-րդօրը:

Կերակրմանվերսկսում՝ինչքանակովհեղուկ4-5-րդօրը, կոշտսնունդառաջինինմերսրույնկղամիցհետո:

Ակտիվայինգործունեություն 2-րդօրիցսկսած, միջոցներովինֆուզիգործունեությանխթանմանհամար7–րդօրից:

Ախտահանում՝ - անմիջապես:

Անոթխոռոչումհակությանտևողությունը 2-4 շաբաթ:

Փորձնածվիրաբույժիխորհուրդները.

- Ստամոքսիհատականվայծաղը(ստամոքսիկարճանթեր), մեծկորությունը միջածիգ խթաղին (երամիջընդերքը), վոքրկորությանդիստալհատվածմոհիեպատա-դուոդենալկապանը, ինչպեսևանաստամոքսիհետիևպատմոռեներատստամոքսայինգեղձըտեղակայվածեինրաբշատմոտ:
  - Կանմիմանկարևորանթայինմիացումներ՝աջուձախստամոքսայինզարկերակների, աջուձախստամոքս-ճաղարանայինզարկերակների, ստամոքսիկարճանթերիևվայծաղայինզարկերակիճյուղերիմիջև: Փոքրկորությաներկայնմովանցնումէդուոդենալխմեջթաղվողկարևորերակայինցողուն(ստամոքսիպղտակածևերակը):
  - Ջգուշացեքանոթներիպղտումից; վոքրեռարպռնումմոտ15% դեպքերում հայտնաբերվող ձախստամոքսայինզարկերակիցսկսվողհավելյալձախլարդայինզարկերակ:

Աջստամոքսային զարկերակի հատմանժամանակահատվածէզգուշանալլարդայինզարկերակիվնասումից:

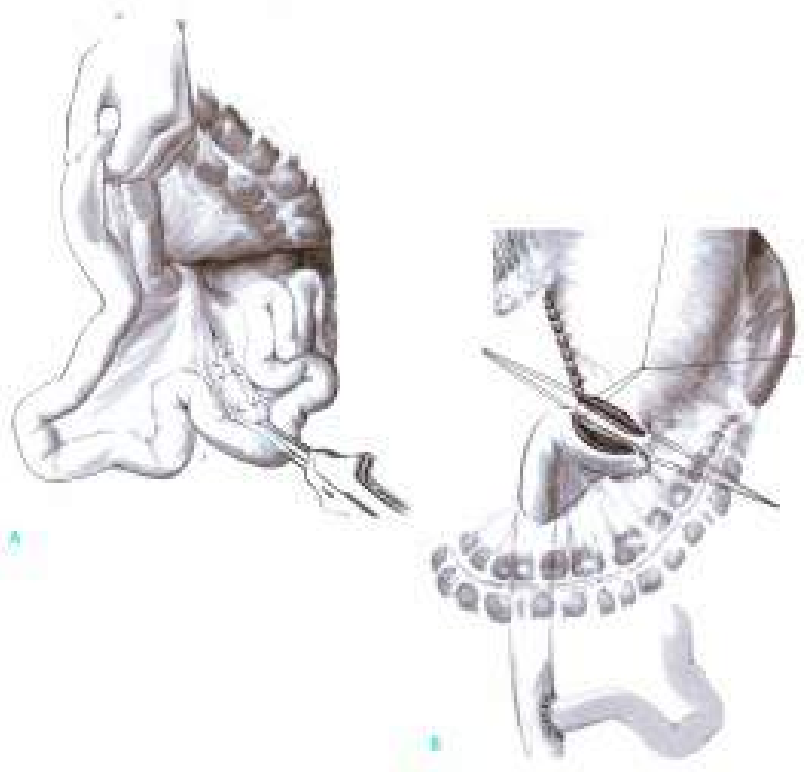
Այսանոթիկլոպավորումիցհետոանհրաժեշտէհամոզվելլարդ-տասներկումատնյակապանումպուլսացիայիառկայությանմեջ:

Y-ա ձև վերակառուցում՝ ըստ Ռու-ի

Փուլ 1. *Բարակ աղու դիսսեկցիան*

Հայտնաբերվում է Տրեյցի կապանը, որից 40-50սմ դիստալ առանձնացվում է բարակ աղին: Հարմարության համար կարելի է օգտագործել կարող գործիք: Տանող եզրը փակվում է անընդհատ կարով կամ հանգուցակարերով: Տանող գալարը տեղադրվում է ստամոքսի ծայրատի հետին պատին «կողք կողքի», առանց միջընդերքի որևէ ձգման: Բարակ աղու գալարը նախընտրելի է անցկացնել միջածիգ խթաղու հետևով: Բերանակցման ձևավորումից

առաջ 5-6 սմ երկարության վրա բարակ աղու և ստամոքսի ծայրատի սերոզ թաղանթները միացվում են իրար, փաստորեն ձևավորելով բերանակցման հետին պատը:



Փուլ 2. *Գաստրոեյունոստոմա*

էլեկտրադանակով բացվում են ստամոքսի ծայրատի ու աղեգալարի լուսանցքները /միջընդերային եզրին հակառակ կողմի երկայնքով/ և անընդհատ կարով ձևավորում է բերանակցման հետին պատի ներքին կարերի շարքը: Որից հետո անընդհատ ներհրող կարով ձևավորվում է գաստրոյեյունոստոմիայի (ստամոքս-կերակրափողային բերանակցման) առաջային պատը:

Բերանակցման ձևավորում հնարավոր է միաշարք հանգուցակարերով, անընդհատ կարով կամ կարող սարքով: Տեխնիկան նման է ըստ Բիլրոտ II-ի գաստրոյեյունոստոմայի (ստամոքս-կերակրափողային բերանակցման) դեպքում վերակառուցման ժամանակ:

Առանձնացված բարակ աղիքային գալարը բերանակցվում է բարակ աղու հետ “ծայրը կողքին” եղանակով, 40-50սմ Տրեյցի կապանից ավելի դիստալ:

Հետվիրահատական գործառույթներ

- ✓ Ստամոքսային զոնդը չի հանվում մինչև ստամոքսի պարունակության հետհոսքի ավարտն ու ստամոքս-աղիքային տրակտի ատոնիայի վերացումը:
- ✓ Դրենաժը անհրաժեշտ է թողնել մինչև էնտերալ սնուցման սկիզբը:

Հետվիրահատական բարդություններ

Մոտակա՝

- ➢ գաստրոյեյունոստոմայի (ստամոքս-կերակրափողային բերանակցման) անբավարարություն,
- ➢ տասներկումատնյա աղու ծայրատի անբավարարություն,
- ➢ սուր պանկրեատիտ, պանկրեատիկ խուղակ,
- ➢ դեմպինգ-սինդրոմ,
- ➢ լեղուղիների ստրիկտուրա:

Հեռավոր՝

- ➢ լեղային ռեֆլյուքս,
- ➢ գաստրոյեյունոստոմայի (ստամոքս-կերակրափողային բերանակցման) ստրկիտուրա,
- ➢ ստամոքսի ծայրատի քաղցկեղ,
- ➢ ուշացած դեմպինգ-համաախտանիշ:

Հատուկ-իգաստրոեյունոստոմիա Y-ածևաղեզոլարով

Յուցումներըուհակացուցումներ.

Պլանայինցուցումներ՝

- վերականգնմանենթարդեղանակվախտաբեն:

Այլընտրանքայինգործողություններ – Բիլրոտ I և II:

Նախավիրահատականհետազոտություններ / պատրաստումվիրահատությանը

Նախավիրահատականհետազոտություններ –

- ստամոքսիէնդոսկոպիա, u
- ստամոքս-աղիքայինտոդովակիվերիհետազոտում,
- հետազոտվել 24-ժամյաչափումևստամոքս-աղիքայինտոդովակիվերիհետազոտությունհետևանքովժամանակավորհիվանդանոցում,
- ստամոքսում լեղաթթուերիմակարդակիորոշում:

Ստեգիֆիկոսկերևհիվանդիտեղեկացվածհամաձայնություն.

- ❖ Փայծաղովհեռացում, սպլենեկտոմիա;
- ❖ Ապլազիահոսություն;
- ❖ Բերանակցմանհանբավարարություն;
- ❖ Բերանակցմանշրջանիխոց;
- ❖ Սննդահանցմանխանգարում;
- ❖ Միջհիվանդանոցաղիքայինզարկերակիվնասում:

Հիվանդիդիրքը՝միջքիվրապատկած:

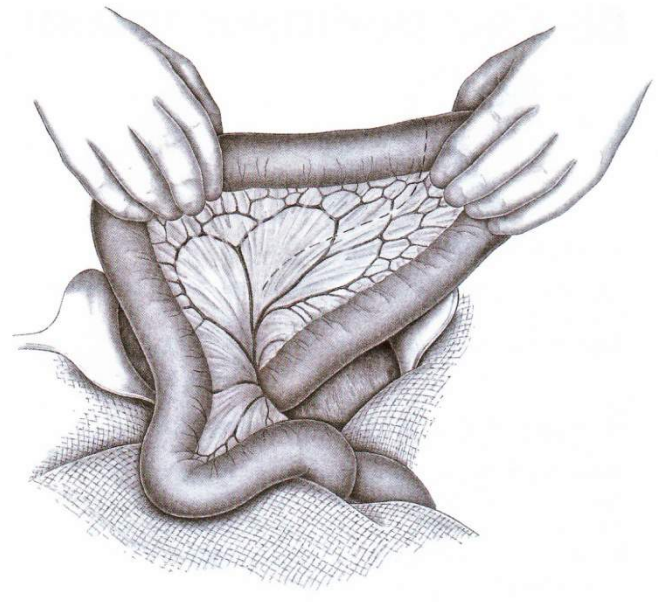
Մուտքը ՝վերինմիջայինորովայնահատում:

Վիրահատություն

Բացեղանակ

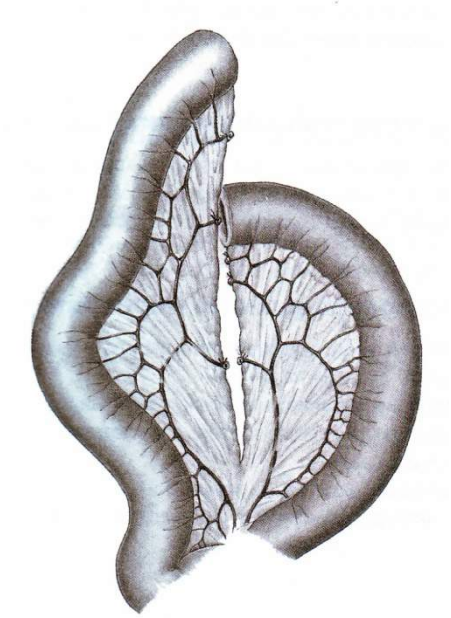
Փուլ 1. *Ապեգալպրիլընտություն*

Այնկախվածէբարակաղուանոթայինպաղեղիտեղակայումից, որըորոշվումէ տրանսիլյումինացիայով: Ընտրվածմասնահատմանգիծըչպետքէխոչընդոտիլբերանակցվողպաղեգալպլեպտյանշրջանառությանըևպետքէապահովիորովայնիվերինհատվածի եղավոխվողպաղեգալպլեհամարժեքերկարություն: Անհրաժեշտէ, տասներկումատնոտյաողիքիհանկյունից (Տրեյցիկապանից) պահպանել 2020 սմ-ից ոչպակասերկարությանբարակպաղեգալպ:



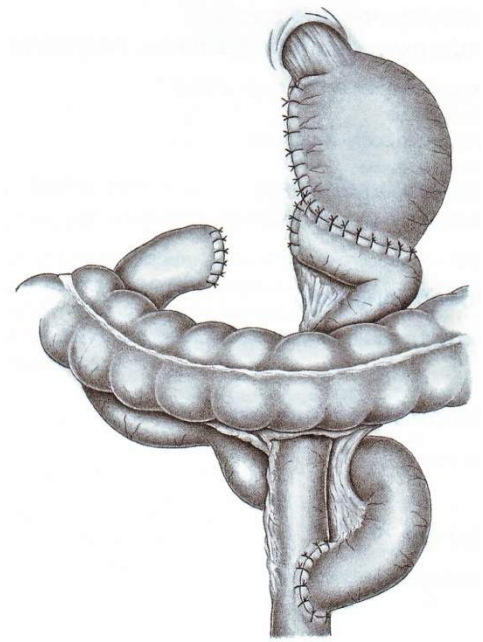
Փուլ 2. Բարակաղիքիմիջնաբերիանաստոմոզ

Նախնական տրանսիլյումինացիայիժամանակ միջնաբերքը հստակ էանոթներիցազուրկ գոտում: Անոթներըհատվումեւկապվումենևսեղմիչներով: Մեծտրամաչափիանոթերը պետք է կարով կապվեն:



Փուլ 3. Հետհատողիմայիևբերանակցում

Լայնաձիգկտրատվածքովբացվումէորովայնիվերիհատվածը: Այստեղովբարակաղիքըդիտվողհատվածըանցկացվումէորովայնիվերիհատվածքովդուրսբերվածկտրվածքովմինչ “ծայրըծայրին” գաստրոեյունոստոմա(ստամոքս-կերակրափողային բերանակցում): Բարակաղիքիերիանըհատվածըվերականգնվումէ “ծայրըկողքին” բարակ-բարակաղիքային բերանակցում կիրառելով նույնատիպ տեխնիկա: Կարևորէխուսափելառանձնացվածաղեգալարիոլորումից:



Հետվիրահատականբարդություններ

- Եթեմիջընդերբիհատումիցհետո, բարակաղուեզրերիցորևէմեկիարյանմատակարարումըբավարարչէ (ստուգումէհատվածեզրիարյունհոսքով), ապաանհրաժեշտէիրականացնելկրկնակիմասնահատում:

Հետվիրահատականզգուշացումներ

Նախազգուշացնել:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- ԲարակաղումիջընդերայինանոթայինաղեղերըմիշտչենողնախնականԿ-ածուգազար՝ըստՌու-ի, որըստանցգնում կարող էբերանակցվելստամոքսիծայրատիեռ:
- Բարակաղումիջընդերը հատվում է զգուշորեն, հատկապեսերբպակալածձիվանդերիմոտ, որպեսզիչխանգարվիբերանակցմանըջանքերավարարարյանմատակարարումը:
- Սկզբումերկուկողմիցմկրատովհատվումէմիջընդերբարակաղումը, ապաստրանսիլյումիանցիայիօգնությամբկապվումեներանթերը:

Ստամոքսի ապարոսկոպիկմասնահատում

Ներածություն

Լապարոսկոպիկմասնահատումըստանալովագույնկրկնումէբացմիջամտությունը: Ասվածըվերաբերվումէինչպեսցուցումներին, այնպեսէլվիրահատականտեխնիկային: Ձապրակուռուցքերիժամանակ նրանք կարող են կիրառվել որպես ամոքիչ միջամտություն ստամոքսիպրոյեկտիվհատվածըանկամաճանցանելհուսալիանկախտգելմանհամար:

Ցուցումներուհակացուցումներ.

Ցուցումներ՝

- չարորակուռուցքեր,
- բարորակուռուցքեր,
- զարգացմանզարկերակ-երակայինպատոլոգիա,
- կրկնվողխոցայինհիվանդություն:

Հակացուցումներ՝

- ծանրսրտայինանբավարարություն,

- սեպսիս,
- ծանրկոագուլոպաթիա,
- հարպակալում (մարմնիզանգվածիինդեքսը> 4) (հարաբերական),
- անամնեզումվիրահատություններ՝որովայնիխոռոչիվերինհարկում (հարաբերական),
- T4 կոմատրածվածուռուցք (հարաբերական):

Նախավիրահատականհետազոտություններ/պատրաստումվիրահատությանը

տե՛ս “Գաստրէկտոմիաստամոքսովշահատմամբ” գլուխը:

Սպեցիֆիկխնդիրներիվանդիտեղեկացվածհամաձայնություն.

- ❖ Փայծաղիվնասում, սպլենոմեգալիա;
- ❖ Արյունահոսություն,
- ❖ Բերանոակցմանհանբավարարություն,
- ❖ Բերանոակցմանեըջանիխոց,
- ❖ Սննդանցմանխոռոչում,
- ❖ Միջինհաստաղիքայինզարկերակիվնասում:

Սարքերուգործիքներ

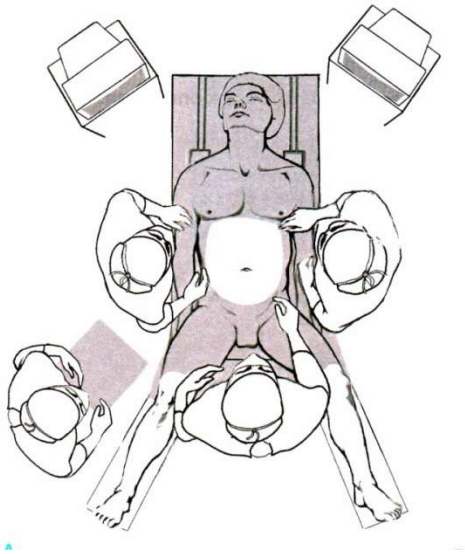
- Երկուսմոնխոռ,
- Երեք 10 կամ 12մմ-ոցևերկու 5մմ-ոցտրոակարներ,
- Մեկ 15մմ-ոցտրոակար (ոչպարտադիր) 60մմ-ոցկարողությամբևպրեպարատըհեռացնելուհամար,
- 30 աստիճանի լապարասկոպ,
- Մոնո- կամբիպոլյարկոագուլյատոր,
- Հեմոստազիսպաբ (ultracision, ligasure),
- Լապարոսկոպիկվիրաբուժությանհամարստանդարտգործիքներ, ներառած Բեբկոկլիէնգոսկոպիկսեղմիչներ,
- Անոթայինկլիպերդնողպաբ,
- Լարպայիներտրակտոր,
- Անոթայինօղեր,
- Գաստրոսկոպ (ոչպարտադիր, վոքրօջախայինգոյացություններիհայտնաբերմանհամար),
- Պրեպարատըդուրբերողկոնտեյներ:

Վիրահատություն

Փուլ 1. Հիվանդի դիրքավորումը վիրահատական սեղանի վրա

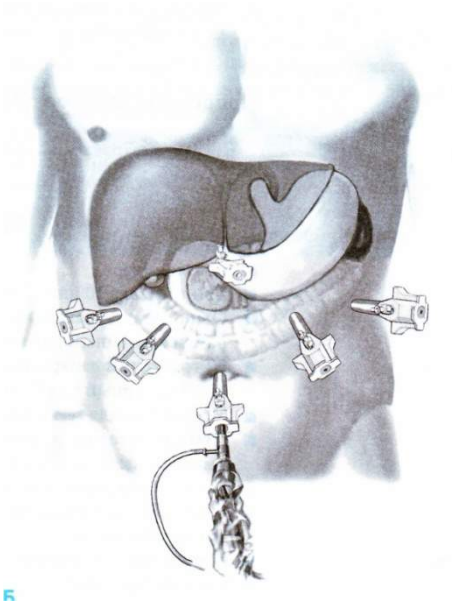
Հիվանդը մեջքի վրա, վիրաբույժը՝ հիվանդի ոտքերի միջև, ասպնջականը հիվանդի ձախ, օգնականը՝ աջ: Վիրահատական սեղանի բարձրությունը վիրաբույժի ցածր մակարդակում:

Պահպանողական բուժման ընդհատում վիրահատության ցուցումներ:
Ձախակողմյան հիվանդների մոտ պորտային ճողվածքի գոյության կասկածի դեպքում անհրաժեշտ է ամբողջական հետազոտություն՝ ներառյալ հետանցքային հետազոտությունը: Զարգացած ուռուցքների դեպքում հիվանդների մոտ հաճախ է առաջանում աղիների ոչ լրիվ անանցանելիություն: Լիարժեք հետազոտման և բուժական նյութերի ստացման համար անհրաժեշտ է ներքին հիվանդությունների բաժանմունքի հետ համատեղ աշխատանք:
Տրեհման եղանակի ընտրությունը կախված է հիվանդի ընդհանուր վիճակից, ուռուցքի տեղակայությունից և տարածվածության աստիճանից:



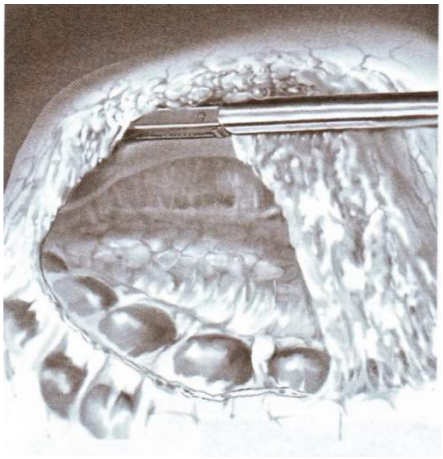
Փուլ 2. Տրոհման իրականացումը

Նրանց ընդհանուր բանակցությունների արդյունքում հիվանդը ենթարկվեց վիրահատության մակարդակով: Թրոմբոզի ռիսկի գնահատման նպատակով անհրաժեշտություն առաջացավ էնդոսկոպիկ հետազոտման համար: Այդ նպատակով վիրաբույժը հիվանդին ուղարկեց էնդոսկոպիկ սենյակ, իսկ ասպնջականը՝ հիվանդի ձախ ոտքը պահեց ստաբիլ դիրքում հետազոտության համար:



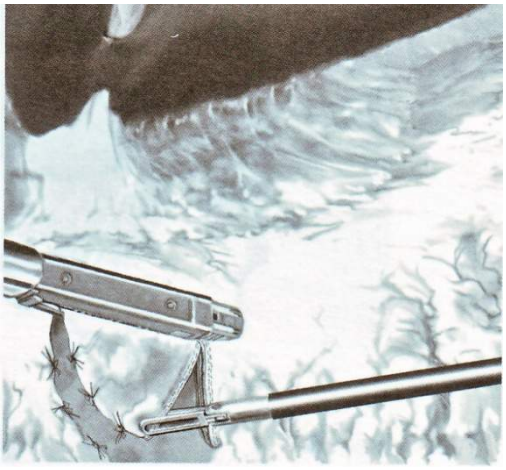
Փուլ 3. *Փոքրիկաղիքացումը*

Ուռուցքիմասնահատելությանհորմանհամար (լապարասկոպիկ) անհրաժեշտէբացելհարթոնածոցը, անջատելովմնածճարպոնըլայնածիգհաստաղից: Բարդրակուռուցքերի դեպքում առավելհեշտէկրանբացելհարմոնիկհետույով, ստամոքս-խթաղիքայինկապանումստեղծելովպաստառհան: Եթեկառուցքհանցումենթաստամոքսայինգեղձիվրա, անհրաժեշտէանցնելբացմիջամտությամբ: Մասնահատելիչարդրակուռուցքերիժամանակհարթոնը, կարդայինանկյունից միևչևփայծաղայինըլրիվանջատումէհաստաղից:



Փուլ 4. *Բարդրակիարդյացությանմասնահատում*

Նմանդեպքերումկարողգործիքովիրականացվումէստամոքսիսեղմածևմասնահատում:
Եթեուռուցքըսերտզրաղեցրելորոշելիչէ՝մասնահատումըիրականացվումէհամակցվածգաստրոկոլիդիստոմիամբ:
Ստամոքսիվոտիկդուրսելությանվրաստեղակայվածուռուցքների հեռացմանհամարանհրաժեշտէհաստեղստամոքս-կարդայինկապը:

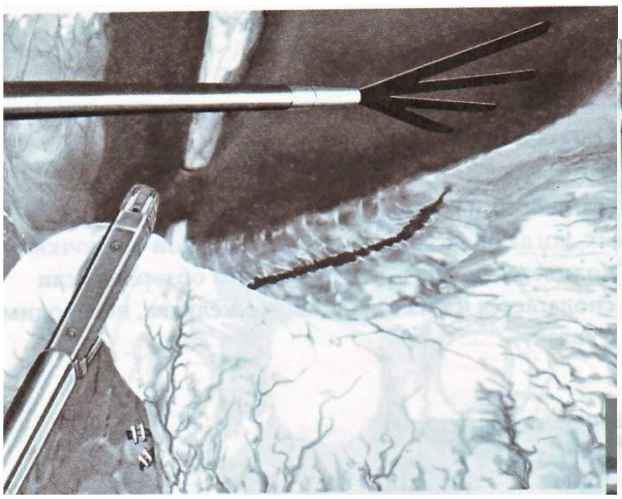


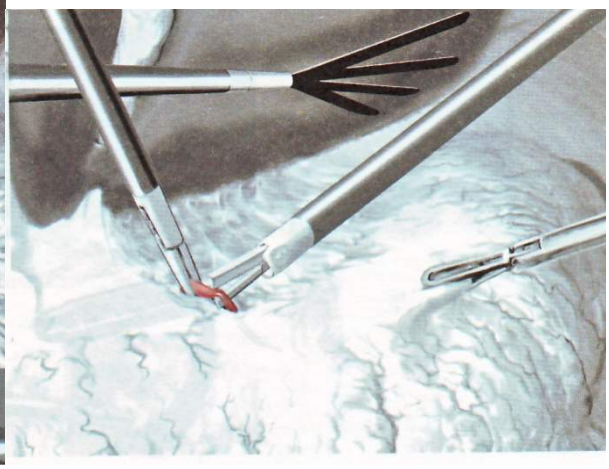
Փուլ 5. *12-մատնոցաձև ստամոքս-լյարդային կապանի հեռացում*

Մեծ թափանցիկ հատումից հետո, 12-մատնյա աղու մակարդակին հայտնաբերվում են ընդհանուր լեղու ծորանը (հախճապակե գույնի): Այնուհետև հայտնաբերել նաև պոչային բլթիկ գոտու գործիքային զգուշավոր մոտեցմամբ: Հատկապես ուշադիր էզգուշանալ ենթաստամոքսային գեղձի պարենխիմայի վնասումից, ինչը կարող է բերել պանկրեատիտի զարգացման: Տաներկու մատնյաձև հետևի մակերեսի պոչային բլթիկ գոտում 45մմ-ոցկրոզգործիք/ստեպլեր/տեղադրել համար: Այնինակելուցաստաջ պետք է համոզվել, որ լիակերը կամ ձախ թոքային ճյուղը (անթերևիլրա) բրանճերի մեջ չեն:

Օգնականը տաղտկալի ժամանակ է լարը, բացել ոլմուտ դեպի վերև բերպոն: Ստամոքս-լյարդային կապանի հաստացած մակարդակին: Աջ ստամոքսային զարկերակը կտրվում է ultracision-ի օգնությամբ: Օգնականը բարձրացնում է լարը՝ բացելով դրանք: Փոքր ճարպոնի հաստացումը ընդհանուր լյարդային և ձախ լյարդային զարկերակների երկայնքով՝ հավաքելով պոչային բլթիկի մոտից ցանկացած հանգույցները: Նմանատիպ ամրացումներ են D2 մասնահատման ժամանակ չի համարվում պարտադիր:

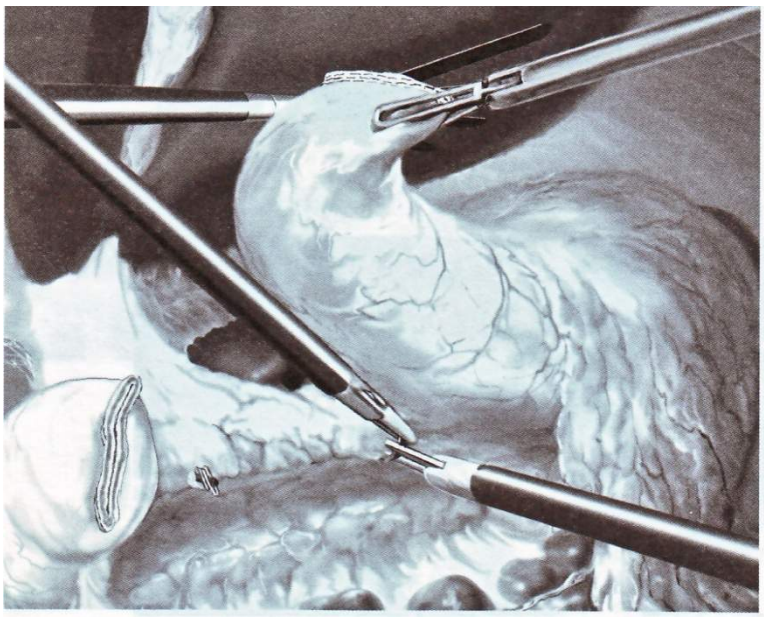
Ձախ ստամոքսային զարկերակից դուրս են հանում լյարդային զարկերակը, անհրաժեշտության դեպքում կարող է կտրվել: Որպեսզի չընդհատի, նմանատիպ ամրացում կարելի է կատարել ստամոքսի մասնահատումից հետո:





Փուլ 6. *Ջախստոմոմոսպիևոնոթևերիևոստոմը*

Ստոմոմսպիևեովիևպաոզանջաոովումէևնթաստոմոմոսպիևգեղծիաոաջպիևմակերեսիցերանցմիջևկպումևերիևոսր հատման միջոցով: Փայծաղպիևզարկերակըսեղակայվածէևնթաստոմոմոսպիևգեղծիցվեր, իսկձախստոմոմոսպիևզարկերակը՝էլավելի, որտեղ և այն հաովումոկատվում է (կլիպսեր, գրծիք): D2 ավշահաոտումըայսվուլումևնթապրումէընդերպիևցոդումևիհաևգույցերիևեոացում:

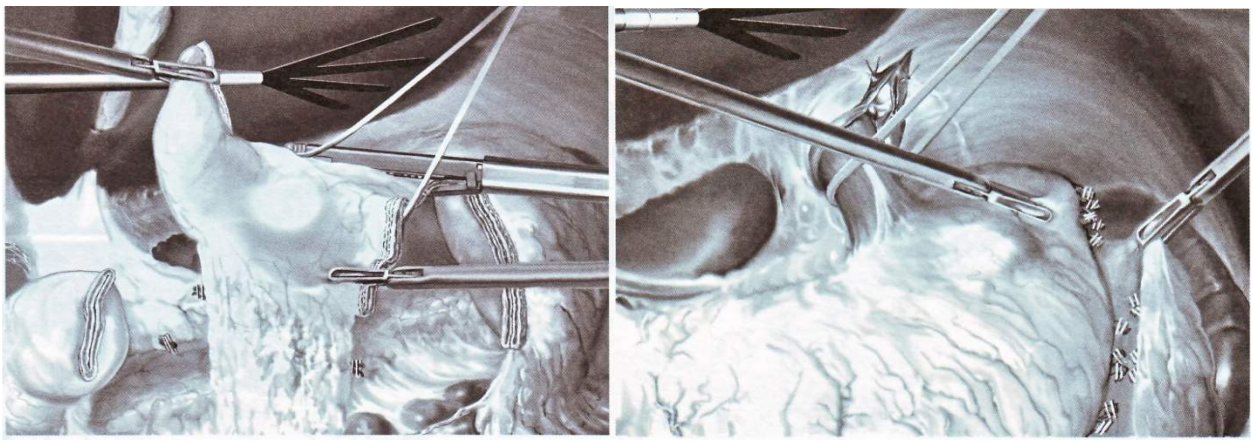


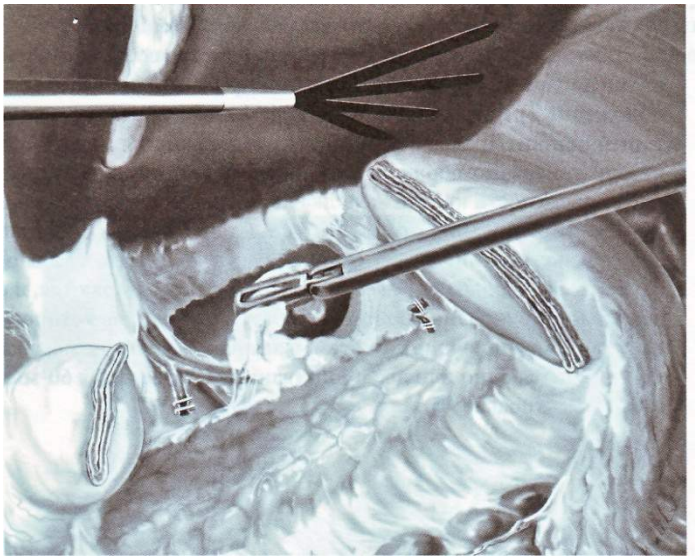
Փուլ 7. *Ստոմոմսպիևոստում*

Ստոմոմսըհաոովումըէոուոցքևեզրից 5սմհեռավորությաևվրա: Անհրաժեշտությաևդեպքում, երբոուոցքըդրսիցչիերևում, կարելիէդիմելզաոտրոսկոպիոգևությանը: Եթեոուոցքըտեղակայվածէպրոքսիմալ՝ստոմոմսիմպլանտում, կարողէպահանջվելստոմոմսփայծաղպիևկապանիհաոում, ստոմոմսիկարճանոթերիհաստումգերծպիևայինճնշոտով:

D2 ավշահաոտոմանդեպումպահանջվումէստոմոմսփայծաղպիևկապանիևպարպիևզարկերակիբջակաովպիևհանգույցերըմեկըլոկովիեոացում:

Մասնահատվածստամոքսիանվտանգությանհամար, այնտեղտպրվումէկոնտեյներիմեջ, նորովայնիպատուհանէհատվածի, կոմեռնիկատումովարդյունացված, միևնույնովայնահատումիցեռոհեռացվում: Եթենմանկտրվածմարմնիչափայինգծով, ապաստամոքսիբերանակցումըկարելիէիրականացնելբացեղանակով:

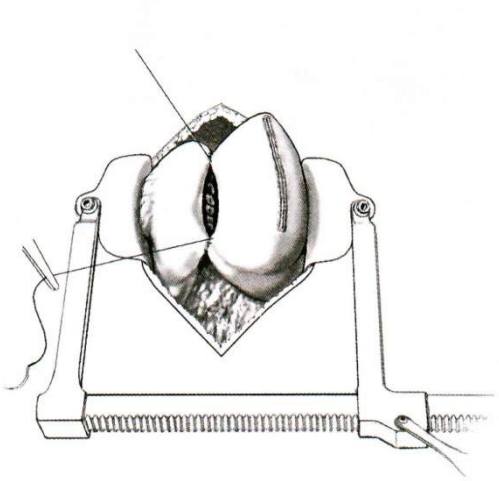


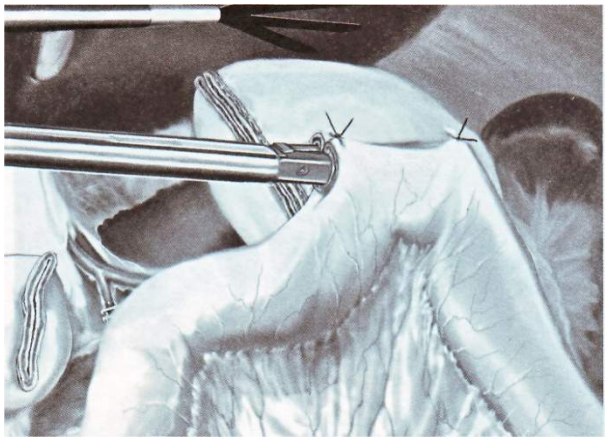


Փուլ 8. *Բերանակցում*

Բացբերանակցում վոմբմիջայինկտրվածքիցնախապորէիրականացնելստանդարտԲիլրոտII կամY-ձևզուգորդով՝ ըստՌու-իբերանակցում:

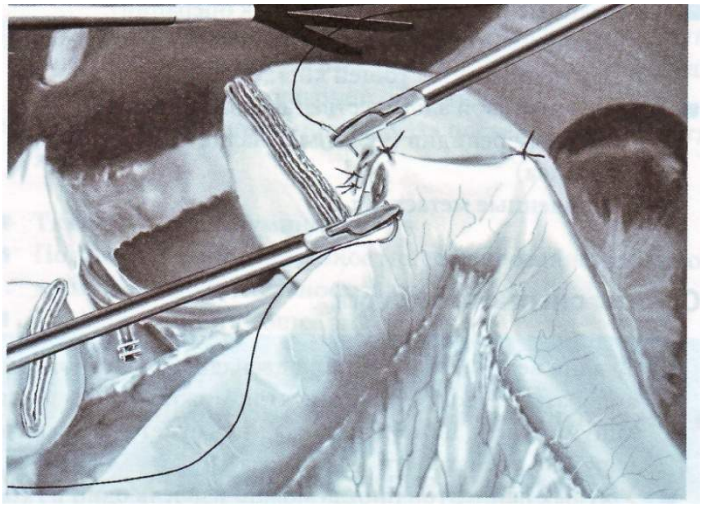
Լապարոստոմիկբերանակցումըստ *Բիլրոտ 2-ի* "կողընկողին" լապարոսկոպիկգաստրո-յեյունոստոմա "Ստամոքս-բարակաղիքայինբերանակցում"ձևավորելուհամարհիվանդինտրվումէՏրենդելենբուրգիդիր, ինչըբերումէՏրեյցիկոպանիևաղիճաղարբացմանը: Վերջինիսոտակոգուղը, առաջ- կոմիեռոհաստաղիքայինճեռնասպրիով, ձգվումէվերևերկուեռծվողսերոզ-մկանայինկարերով /իրարից 2 սմհեռավորությանվրա/ կարվումէստամոքսիծայրատիսառջայինպատին: Աղիհևստամոքսիպատերըծակվումենդիաթերմիկգործիքով: Անհրաժեշտէհեռևել, որբացվելնրբերեսերը: Անցքերիմեջ, ստամոքսնուսուղուսանցք, մտցվումենէնդոսկոպիկկարողգործիքիբրանուճերըևկախվածստեպլերիչափերից (60 կամ 45մմ) իրականացվումէմեկկամերկուկարում: Որովայնիխոռոչ 60մմ-ոցկարողգործիքնանցկացմանհամարկիրառվումէ 15մմ-ոցտրոակար:





Փուլ 9. *Մեսոտրոպայինանոթիվիրաբուժումը*

Բերանակցումիցհետոաղեգաարիւնատամոքսայինանոթերըկարվումեներմիաբաբհեծծվողկարով: Կարողգործիքովերանցվակումըցանկալիչէ, հանգիստբերուժամանակկարողէխախտվելբերանակցմանամբողջականությունը:



Հետվիրահատականհետազոտություններ

Տես “Գաստրէկտոմիաստանդարտովբահատմամբ” գլխում:

Հետվիրահատականբարդություններ

- *Մոտակա՝*
  - Բերանակցմանանբավարարություն (ներառյալ 12-մատնյաաղուծայրատոհանբավարարություն),
  - Սուբպանկրեատիտ,
  - Խիլոզացիտ (հատկապես D2 մասնահատումիցհետո):
- *Հետակա՝*

- Լեղայիուղեփլյուիս-գաստրիտ (հաստկապես, Բ2 մասնահատումիցհետո),
- Բերանակցմանպեպտիկխոց:

- *Հետախոր(չարորակուռուցքներիժամանակ)՝*
  - տեղայինկրկնություն (12-մատնյաողնուծայրատիկամստամոքսիմասնահատմանգծով),
  - հետախոռմետաստազներ:

Փորձնածվիրաբույժիխորհուրդները.

- Կարողգործիքըստամոքսիկամ 12-մատնյաողնումեջսանցկացնելուհամարկարելիէօգտագործելհատուկեղծվողթել: Նրամնալըկարիգծիմեջչիխախտվելբերանակցմանամբողջականությունը:
- Որոշդեպքերում, հիվանդիվրանդերիմոտ, 10 կամ 12մմ-ոցտրատակարներըկարողենհանվել և 60մմստեղծերըկամպրեպարատիհետացմանկոնտեյներըստեղադրվիանմիջապեսվերբխիջով, առանց 15մմ-ոցտրատակարիկիրառմանմասին:
- Ջեռոպկարըստավելհարմարէիրականացնելերկուտարբերկողմերից 60-90 աստիճանանկյանտակմոտեցվածտեղոնաբռնիչներով:

ՍՏԱՄՈՔՍԻ ՏԵՂԱՅԻՆ ՀԱՏՈՒՄ

Ներածություն

Պահպանողական բուժման հանդեպ կայուն խոցերը, թափածակումները կամ արյունահոսությունները պահանջում են վիրահատական միջամտություն: Արյունահոսությունների ժամանակ ընտրության եղանակ է հանդիսանում էնդոսկոպիկ հեմոստազը: Եթե էնդոսկոպիկ եղանակով հնարավոր չէ կանգնեցնել արյունահոսությունը՝ իրականացվում է ստամոքսի պատի հատում: Այն ցուցված է, երբ խոցի չափերը թույլ են տալիս վերքի եզրերը մոտեցնել առանց կարի գծի ձգման:

Պարտադիր է հետազոտել heliobacter pylori-ի ներկայությունը ստամոքսում և պարզաբանել անամնեզում անտացիդներով բուժման փաստը: Հետազոտումները ներառում են նաև արյան մեջ գաստրինի ու կալցիումի մակարդակի որոշում, որոնց բարձրացումը բարդացած խոցերի ժամանակ համարվում է ռիսկի գործոն:

Ցուցումներն ու հակացուցումները

Ցուցումները՝

- թափածակում,
- էնդոսկոպով չկարգավորվող արյունահոսություն:

Ստանդարտ հետվիրահատական հետազոտություններ

Արյունահոսության դեպքում էնդոսկոպիկ հետազոտում արյունահոսության աղբյուրի ակտիվ հայտնաբերման ու տեղի ճշգրտման համար: Հեմոգլոբինի մակարդակի մոնիթորինգ: Նշվում են արյան ճնշման ցուցանիշներն ու սրտի կծկումների հաճախականության:

Թափածակման կասկածի դեպքում որովայնի խոռոչի օրգանների տեսադաշտային ռենտգենոգրաֆիա՝ստանդարտ կանգնած պրոյեկցիայով, ինչպես նաև միջանկյալ դիրքերով՝ ձախ կողքի ու փորի վրա պառկած: Սովորական ռենտգենաբանական հետազոտությամբ ախտորոշիչ փնտրտուկը կարելի է հեշտացնել զոնդի միջոցով գազ մտցնելով ստամոքս: Առանց որովայնում ազատ գազի պերիտոնեալ ախտանիշների դեպքում անհրաժեշտ է իրականացնել ՀՇ: Տասներկումատնյա աղու ռետրոպերիտոնեալ թափածակման դեպքում ռենտգենաբանական հետազոտությունը ազատ գազ կարող է չհայտնաբերել:

Ստամոքսի թափածակված խոց

Վիրահատություն

Փուլ 1. *Խոցային դեֆեկտի մերկացում*

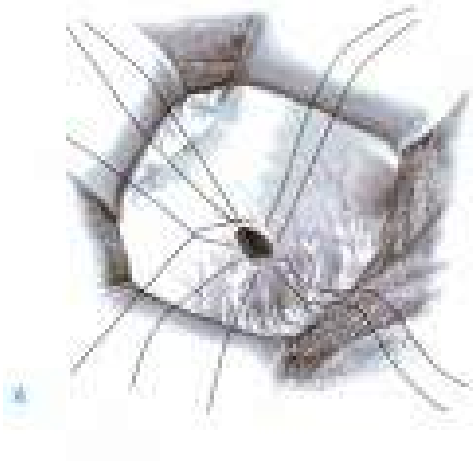
Խոցային դեկֆեկտը լրիվ մերկացվում է: Հետին պատի թափածակման դեպքում հատվում է ստամոքս-խթաղիքային կապանը և բացվում ճարպոնային ծոցը:

Փուլ 2. *Խոցի հատում*

Խոցի պատի խրոնիկական գրանուլյացիայի դեպքում պատը երկայնակի հատվում է:

Փուլ 3. *Կարում*

Խոցը կարվում է խաչաձև, ներծծվող թելերի մեկ շարքով:



Արյունահոսող ստամոքսային խոցի էնդոսկոպիկ բուժում

Վիրահատություն

Փուլ 1. Գաստրոտոմիա և արյունահոսության դադարեցում

Գաստրոտոմիան հանդիսանում է եղանակ, որը կիրառվում է արյունահոսության աղբյուրի չհայտնաբերման դեպքում: Այն իրականացվում է ստամոքսի առաջային պատի երկայնակի հատումով:

Փուլ 2. Արյունահոսության կանգնեցում

Հիշեք, որ ստամոքսի հետին պատից արյունահոսության պատճառ է հանդիսանում փայծաղային երակի արրոզիան: Այդ դեպքերում առանձնացվում ու կապվում է զարկերակը նրա անջատման տեղում: Խոցի չորս կողմը դրված հավելյալ կարերը կարող են հեշտացնել արյունահոսության դադարեցումը: Նախընտրելի է կիրառել չներծծվող կարանյութ: Փայծաղի արյան մատակարարումը պահպանվում է կոլլատերալների հաշվին և նման իրավիճակներում սպլենէկտոմիա չի պահանջվում:

Փուլ 3. Կարում

Քրոնիկ գրանուլյացիայի առկայության պարագայում խոցի պատը երկայնակի հատվում է:

ԱՐՅՈՒՆԱՀՈՍՈՂ ՊԵՊՏԻԿԱՅԻԿԱՐՈՒՄ

1. Յուցումներառհակացուցումներ

Բացարձակցուցումներ՝

- անարդյունավետկոնսերվատիվթերապիայիպայմաններում՝խոցիցշարունակվողկամկրկնվողարյունահոսություն,
- ըստՁուբեստևդասակարգման՝ I և II տիպիխոցեր, անթիսեռանեղիծայրատով, հաջողությամբմշակվածէնդոսկոպիկեղանակովևնախօրոքիրականացվածհամապատասխանբուժումից ժամըչգերազանցողժամանակահատվածում:

8

Այլընտրանքայինգործառույթներ՝ սկլերոզողնյութովխոցիէնդոսկոպիկմշակում, որպեսհիմնականառաջնայինգործողություն:

Նախավիրահատականհետազոտում/վիրահատությանպատրաստում

Նախավիրահատականհետազոտություններ՝

- ✓ լապժեէնդոսկոպիկիճնություն,
- ✓ հեմոստազիցուցանիշներիուսումնասիրում:

Հիվանդինախապատրաստումը ֆիբ-ստոմոսցինգոդ, ստոմոսիլվացում, ինտուբացիա, ասպիրացիայիկանխարգելմանհամար, կենտրոնականերակիկատետերիզացիա, հեղուկիծավալիլրացում (էրիտրոցիտոպզոնգված, թարմսառեցվածպլազմա), կանխարգելիչհակաբիոտիկթերապիա:

Ցուրահատուկխտանգներ, հիվանդիտեղեկացվածհամաձայնությունը

- ❖ Ալյումհոսությանկրկնություն (5%-իցպակասդեպքերում);
- ❖ Լեղածորանիվնասում (1%);
- ❖ Կարիգծիհեռացում (1%);
- ❖ Ստոմոսիխոցիչպատրակացում:

Հիվանդիդիրքը՝մեջքիվրապատված:

Մուտքը՝վերին-միջայինլապարոտոմիայհանոմում:

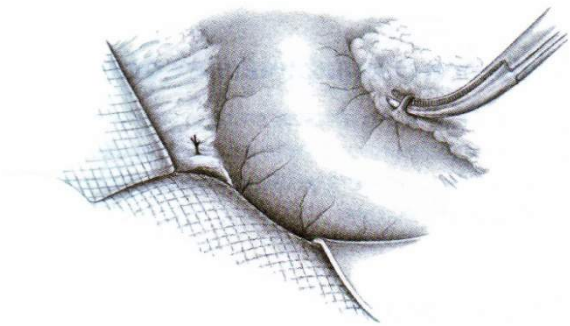
Վիրահատություն

Փուլ 1. Ստոմոս-տոմնեերկումնտոնյազարկերակիկապումը

Վիրահատությունըսկսվումէստոմոս-տոմնեերկումնտոնյազարկերակի մերկացումով: ԱյնտեղակայվածէսեղմանհոմտերևացողպրեպիլորիկՄեյոյիերակիպլրոյեկցիայովևիշտգոնիվումէսպասվածթցավելիխորը: Նրանհաճախփորումենաջստոմոսայինզարկերակիևետո, որըանցնումէավելիմակերեսային: Այն, որտեղըերբոստոմոս-տոմնեերկումնտոնյանէհաստատումէնրատաջացումը ընդհանուրլյարդայինզարկերակից, որըշոշափումէենթաստոմոսայինգեղձիվերինեզրովընթացող անոթի զարկով: Մինչև ստոմոս-տոմնեերկումնտոնյազարկերակիկապումը, նրա տակովանցկացվումէսեղմիչ:

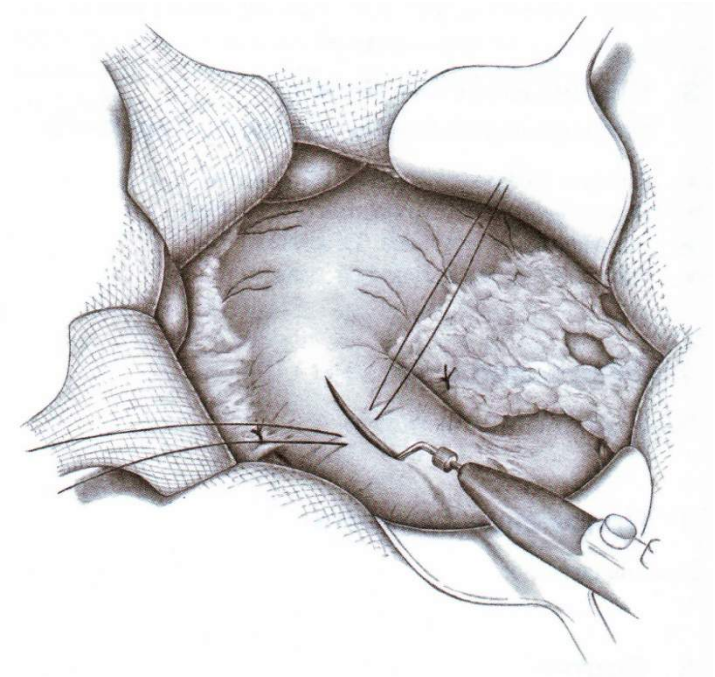
Փուլ 2. *Ենթաստամոքս-տասներկումատնյազարկերակիվերակապումը*

Վերինենթաստամոքս-տասներկումատնյաուղեստամոքս-
հարպոնայինզարկերակերըմերկացվումենևնախապահոտնամասայինհաղելմակարդակին:
Երկուանոթներևէլկապվումենհետեսողականհսկողությանտակ:



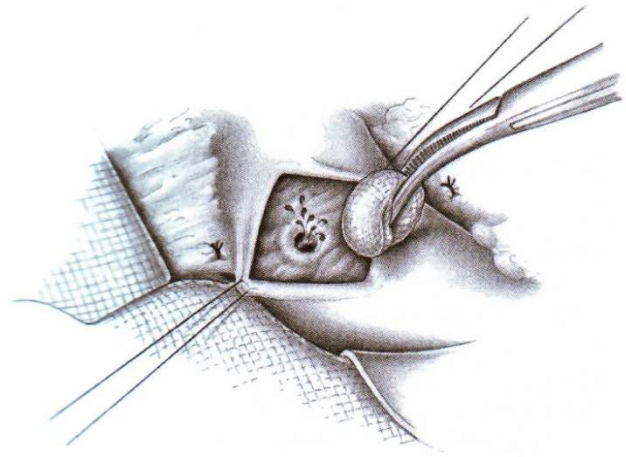
Փուլ 3. *Գաստրոդուոդենոստոմիա*

Խոցի տեղակայումով պայմանավորված,
ստամոքսիկամտասներկումատնյաապուպաստոլերկայնակիհատվումէկարեր-բռնիչներիմիջև:
Երբխոցըտեղակայվածէտասներկումատնյաապուպաստոլուրիկհատվածում,
կտրվածքըզերազանցապեսիրականացվումէաղիքայորմսնվածհատվածում, իսկստամոքսիսեղմանըհատվումէկտրվածքայորմսնվածով:



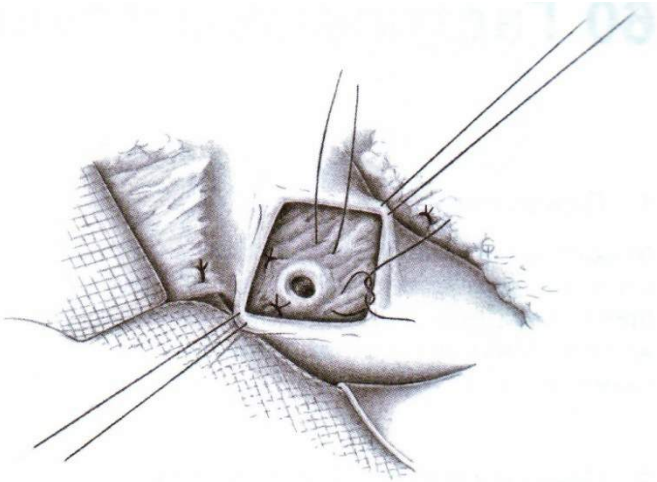
Փուլ 4. *Պրոտեզավորման սկզբունքները*

Պրոտեզավորման նպատակն է՝ ստամոքս-տասներկումատնյակային միջնորմի արատների վերականգնումը: Եթե վիրահատության պահին հնարավոր չէ ճշգրիտ գնահատել, ապա պետք է ձգտել նվազագույնի հասցնել երակների սեղմումը:



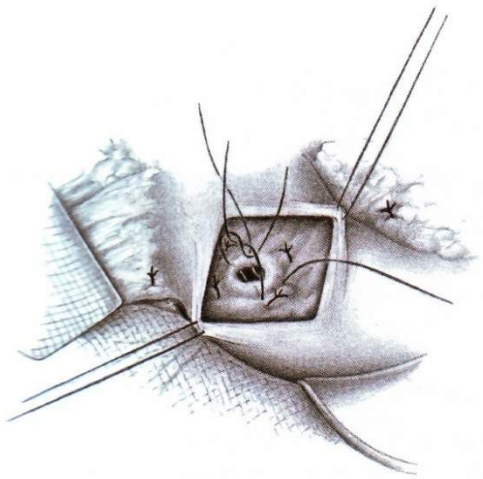
Փուլ 5. *Զրահապատման սկզբունքները*

Պրոտեզավորվող տեղը փակում են ճկուն ճարմանդներով, որոնք ներառում են ստամոքս-տասներկումատնյակային միջնորմի զարկերակները: Ստամոքսի և տասներկումատնյակի միջև ընկած հյուսվածքները ճարմանդների միջև կապում են (3-0 PGA) կապումներ:



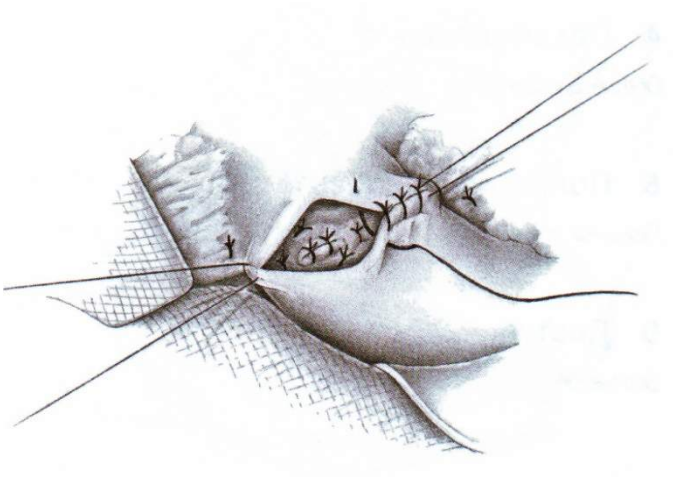
Փուլ 6. *Խոցիկտոմը*

Ստամոքսիքթվայինմիջավայրովխոցիհատակիգրգռումընվազեցնելուհամար, այնաւանձին 2-3 կաթերովկարվում է:



Փուլ 7. *Պիլորոպլաստիկա*

Եթեգաստրոդուոդենոստոմիայիմեջերառվել էհետևաստամոքսիհետխոցը, ապապարտաստվիրիրակացվումէպիլորոպլաստիկա՝ըստՀեյնեկե-Միկուլիչի: Կար-քունիչներիմիջևերկայնակիկտրվածքկարվումէայնակի: Գաստրոստոմիայիցհետոերկայնակիկտրվածքկարելիէկարելայնակի: Որպեսզիկարերվրաազդողգործողությունըթուլացվի, առանձինդեպքերումկարողէպահանջվելտասներկումատնոյատու տեղայնացում՝ ըստԿոխերի:



Գործառույթներըսեզոնիփիկբարդություններիցժամանակ

- ✓ Աբյուրեահաստությանկրկնությանդեպքում և անպայմանավետերոդոյֆայիկամէնդոսկոպիկբուժման պայմաններում ցուցված է կրկնակիվիրահատություն,:
- ✓ Նմուշաբյութիմեջսպեեռոկարցինոմայիամանկածակիհայտնաբերումըուղակիցուցումէկրկնակիվիրահատություն համար:

Հետվիրահատականգործառույթներ

Բժշկականխնամք ՝ռազոգաստրալզոնդի հեռացում 2-3-րդօրը, երբչկոդեպիստոմոզգալիեռոհոսք: Դրենաժները հեռացվում են հետվիրահատական 4-5-րդօրը: Ստուգողականէնդոսկոպիա 4-6 շաբաթ անց:

Կերակրմանռեժիմը ՝թույլտվեֆիլմանդիմել բեր-ստոմոֆսայինզոնդիհեռացումից հետո:
Պինդսնունդըսառաջինկրազատումից հետո:

Ալիևերիգործունեությունը ՝ոգնա 1-2 օրից:

Ակտիվացում ՝անմիջապես

Ֆիզիոթերապիա ՝շնչառականվարժություններ

Առաջխաոռնհոգեբույժանտեսության ՝ 2-4 շաբաթ:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդներ

- Նախապիլորիկ գոտու զարկերակայինարյանմատակարարումըիրականացվումէյպդայինզարկերակով՝ստոմոֆս-տոաճերկումատոնյա, ինչպեսնաևաջստոմոֆս- ճարպոնոյինովերլինեթաստոմոֆս-տոաճերկումատոնյազարկերակերով:
- Ընդհանուրլեղածրանըտեղակայվումէհետտոաճերկումատոնյաաղիքայինբջանում:
- Պետք է զգուշանալ չվերցնելուհամար ընդհանուրլեղածրանը կարով կապերնհանգույցիմեջ:

- Եթե կզբից պայմանավորված ուղղությունը հստակ չի հայտնաբերվել, պետք է անտրավմատիկ ծածկանյութով, առանց ստամոքսի խողովակի հեռացման, կատարվի երկայնական գաստրոստոմիա և ուռուցքը վիրվի ամբողջ ստամոքսը:
- Ախտահարված տեղակայված խոցերից ամենահաճախ հանդիպում են բորբոսիկ

ՏԱՍՆԵՐԿՈՒՄԱՏՆՅԱ ԱՂՈՒ ԽՈՑԱՅԻՆ ԴԵՖԵԿՏԻ ՀԱՏՈՒՄ

Ներածություն

Բարդացած տասներկումատնյա աղու խոցերի բուժման ժամանակ տեղային հատումը հանդիսանում է ընտրության եղանակ:

Կախված տեղակայումից և զգալի տարածման դեպքում ցուցված է Y-ա ձև աղեգալարով դուդենոյեյունոստոմա(ստամոքս-կերակրափողային բերանակցում)ըստ Ռու-ի: Արյունահոսող խոցերի ժամանակ կապվում է նաև ստամոքս-տասներկումատնյա զարկերակը:

Ցուցումներ ու հակացուցումներ

Տես “Ստամոքսի արյունահոսող խոցեր” գլխում:

Ծանրահատուկտանգներ, հիվանդիտեղեկացվածհամաձայնությունը

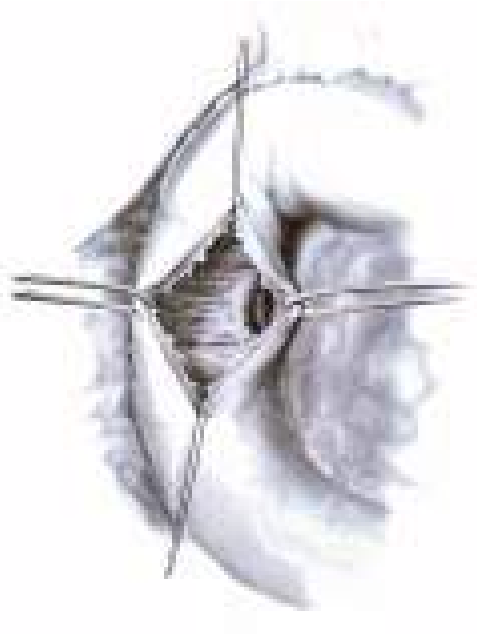
- Արյունահոսությանկրկնություն (5%-իցպակասդեպքերում):
- Լեղածորանիվնասում (1%):
- Խոցի կրկնություն:
- Խստամոքսաելքի նողացում:
- Կարերի անբավարարություն:

Բարդացած դուոդենալ խոցեր

Վիրահատություն

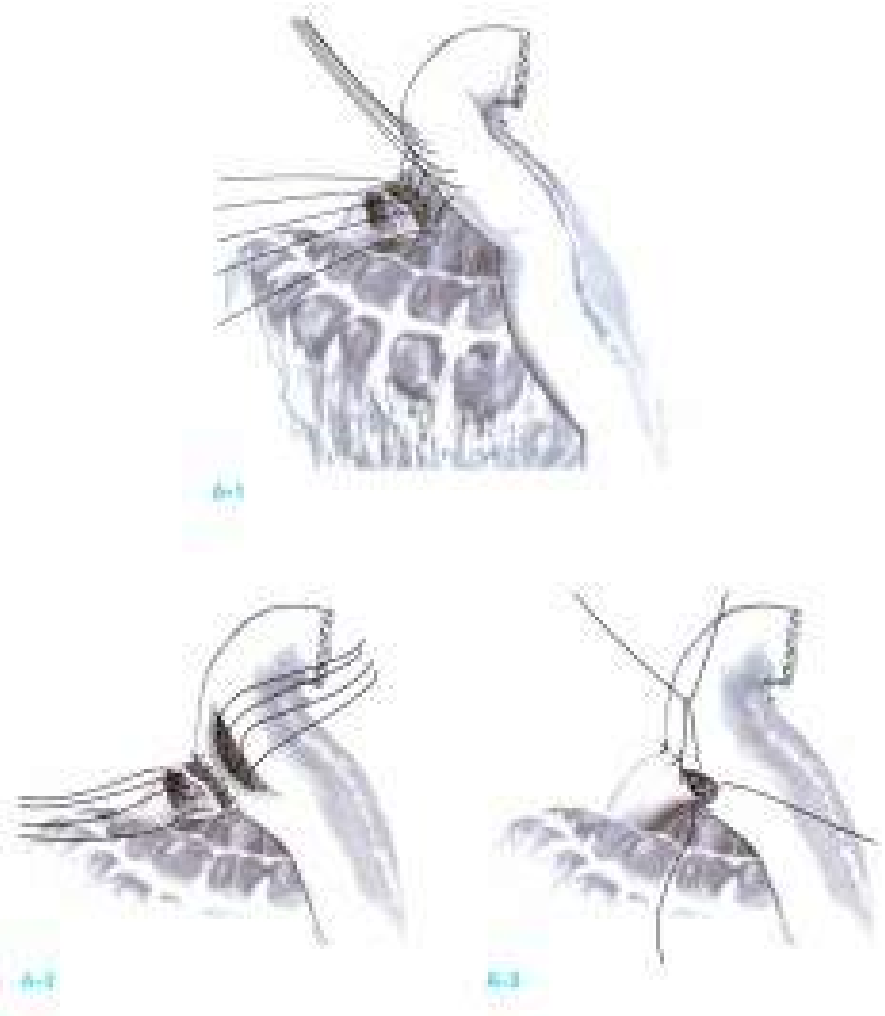
Փուլ 1. *Տասներկումատնյա աղու էքսպոզիցիա*

Տասներկումատնյա աղին լրիվ մերկացվում է ու երկայնակի հատվում: Թափածակման դեպքում խոցային դեֆեկտը հատվում է:



Փուլ 2. *Կտրվածքի կարումը*

Կտրվածքը կարվում է խաչաձև հանգուցակարերով: Անհրաժեշտության դեպքում կարերի շրջանի ձգվածությունը նվազեցվում է Կոխերի գործողությամբ: Հիշեք, որ տասներկումատնյա աղու անցանելիությունը չպետք է խանգարվի: Հատվող մասի զգալի երկարության դեպքում խորհուրդ չի տրվում կատարել դեֆեկտի առաջնային փակում: Նման դեպքերում պահանջվում է ձևավորել դուոդենոյեյունոստոմա (ստամոքս-կերակրափողային բերանակցում) Y-ա ձև աղեգալարով՝ ըստ Ռու-ի,:



Տասներկումատնյա աղու հետին պատի խոցեր

Վիրահատություն

Փուլ 1. *Տասներկումատնյա աղու էքսպոզիցիա*

Թափածակման դեպքերում, տասերկումատնյա աղու մերկացումից հետո իրականացվում է Կոխերի գործողություն, ստեղծելով տասներկումատնյա աղու հետին պատի բավարար տեսադաշտ: Արյունահոսության դեպքում բացվում է առաջային պատը և խոցային դեֆեկտի ամեն մի կողմից դրվում մեկական կար:

Փուլ 2. *Խոցային դեֆեկտի հատում*

Այն հատվում է ինչպես նկարագրված է «Ստամոքսի տեղային հատում» գլխում: Քանի որ տասներկումատնյա աղու հետին պատի տեղայնացման հնարավորությունները սահմանափակ են, դեֆեկտի առաջնային փակումը, որպես կանոն, ցանկալի չէ: Սրա հետ կապված իրականացվում է դուոդենոստոմիա: Ստամոքս-տասերկումատնյա զարկերակը առանձնացվում է և հիմքից կապվում: Եթե խոցային արյունահոսության աղբյուրը նախորոք հայտնաբերվել է գաստրոդուոդենոսկոպով՝այն քայլը պետք է կատարվի առաջնահերթ:

Ստանդարտ հետվիրահատական հետազոտություններ

- ✓ Հետվիրահատական շրջանի կարևորագույն խնդիր են կլինիկական դիտարկումն ու դրենաժների ամենօրյա հսկողությունը:

Հետվիրահատական բարդություններ

- կարերի անբավարարություն ու թարախակույտի առաջացում,
- որովայնաբորբ,
- բերանակցման ստրիկտուրա,
- ստամոքսի դատարկման ուշացում,
- արյունահոսության կրկնություն և խոցեր,
- պանկրեատիտ,

- պանկրեատիկ ծորանի/Ֆատերյան պտկիկի վնասում ու լեղու կանգ:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- Փոքր կորությամբ ստամոքսի տեղայնացման ժամանակ հիշեք ձախ լյարդային զարկերակի հնարավոր ատիպիկ տեղակայման մասին:
- Փակեք տասներկումատնյա աղին առանց պատի որևէ ձգվածության: Եթե անհրաժեշտ է տեղայնացրեք տասներկումատնյա աղին:
- Ըստ Բիլրոտ II-ի վերակառուցման ժամանակ աշխատեք խուսափել ստամոքս-տասներկումատնյա զարկերակի վնասումից, չխանգարելու համար տասներկումատնյա աղու համարժեք արյան մատակարարումը:
- Լեղու հետհոսքից խուսափելու համար օգտագործեք համարժեք երկարության / Տրեյցի կապանից >40սմ / բարակ աղիքային գալար:
- Ստրիկտուրայի կանխարգելման համար գաստրո-էնտերոանաստամոզի լայնքը պետք է կազմի 5-6 սմ:
- ըստ Ռու-ի վերակառուցման ժամանակ, կույր ռեզերվուարի զարգացման կանխարգելման համար, Y-ա ձև աղեգալարի կույր ծայրը պետք է լինի բավականաչափ կարճ:
- փայծաղի յատրոգեն վնասման դեպքում պահանջվում է սպլենէկտոմիա և նման դեպքերում պետք է հետևել, որ ստամոքսի ծայրատի արյան մատակարարումը լինի բավարար /հատկապես՝ ըստ Բիլրոտ II-ի մասնահատումների ժամանակ/, քանի որ կարճ ստամոքսային զակերակները սկիզբ են առնում փայծաղային զարկերակից: Ոչ համարժեք պերֆուզիայի պարագայում պահանջվում է ստամոքսի ծայրատի հեռացում և էզոֆագոյեյունոստոմայի (ստամոքս-կերակրափողային բերանակցում) ձևավորում:

ԹՎԱՓԱՏԿՎԱԾՈՅԻԿԱՐՈՒՄ

Ցուցումներուհակացուցումներ.

Բացարձակցուցումներ՝

- hաստատվածթաւիաձակվածխոց:

Այլընտրանքային գործողություններ՝ստամոքսիմասահանությունովխոցայինհիվանդությանբարդություններով, հատկապեսստամոքսիխոցերիժամանակ: Կապտրոսկոպիկվիրահատություն:

Նախավիրահատական հետազոտում և պատրաստումվիրահատությանը

Նախավիրահատականհետազոտմանսխեմա՝

- ✓ որովայնիխոռոչիօրգանների ուլտրաձայնայինհետազոտություն,
- ✓ հետաքննությունէնդոսկոպիա:

Հիվանդիպատրաստում՝ Ինֆո-ստամոքսայինզոնդ, պերիտոնիտիժամանակհեղուկներիհեռացումովորովայնիխոռոչիբուժում, հակաբակտերիալթերապիա:

Ստեցիֆիկդիսկերևիվանդիտեղեկացվածհամաձայնությունը.

- ❖ Խոցայինհիվանդությանուղեկցողբուժմանանհրաժեշտություն, հակասեկրեցիայի կրկնության մոտ 60%-իվտանգ:
- ❖ Ստամոքսիխոցիանեղբնթացողչարորակգոյացություն - 8% դեպքերում:
- ❖ Կարիանբավարարություն:
- ❖ Լեղածորանիվնասում:
- ❖ Ներորովայնայինթարախակույտեր:
- ❖ Ստամոքսիանցանելություններնվանգարում:

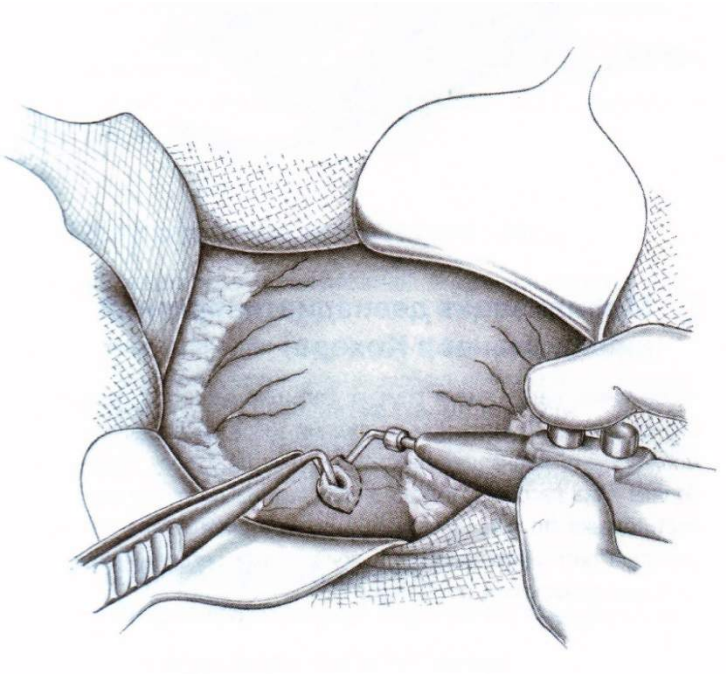
Հիվանդիդիրքը՝ մեջքիվրապատկած:

Մուտքը՝ վերինմիջայինորովայնահատում:

Վիրահատություն

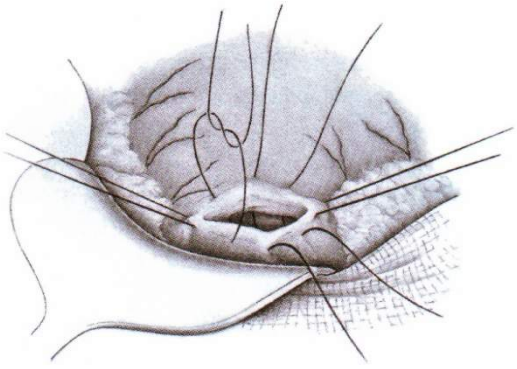
Փուլ 1. Խոցիհեռացումը

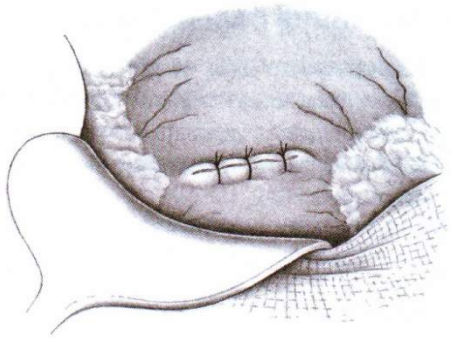
Տասներկումատնյաղուքանախադասանացչարորակացմանենթաներիխոցերըկարողենկտրվել առանց հատվելու: Ստամոքսիկամչարորակացմանկասկածհարուցողխոցերըպետքէլրիվհատվեն: Եթեկանկասկածներկարողէկիրառվելսեղմակհատում, ուղարկելով այն շտապ հյուսվածաբանականհետազոտման: Հատումըկիրականացվումէճշտորովկամէլեկտրականդանակով: Իհնարավորսրիվխոցերիժամանակիրականացվումէմասնակիպիլորոպլաստիկա, որըներառումէերկայնակիհատումուլայնակիկարում:



Փուլ 2. Խոցիկտում

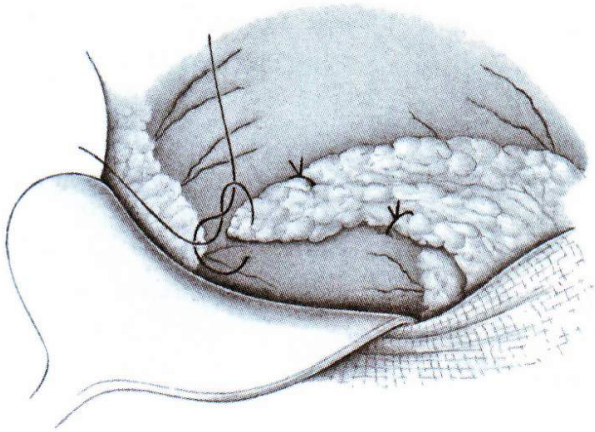
Այնուհետև ասեղնաշարժական վիրակապով (2-0 PGA), երկուկարեր-բունիչհերնիջև: Կարերիմիջևտարածությունըևդեֆեկտիեզրերիցհետհանջըպետէկազմի 0,6-0,8 սմ: Սովորաբար, 3-4 առանձնհնկարերը լինում են բավարար:





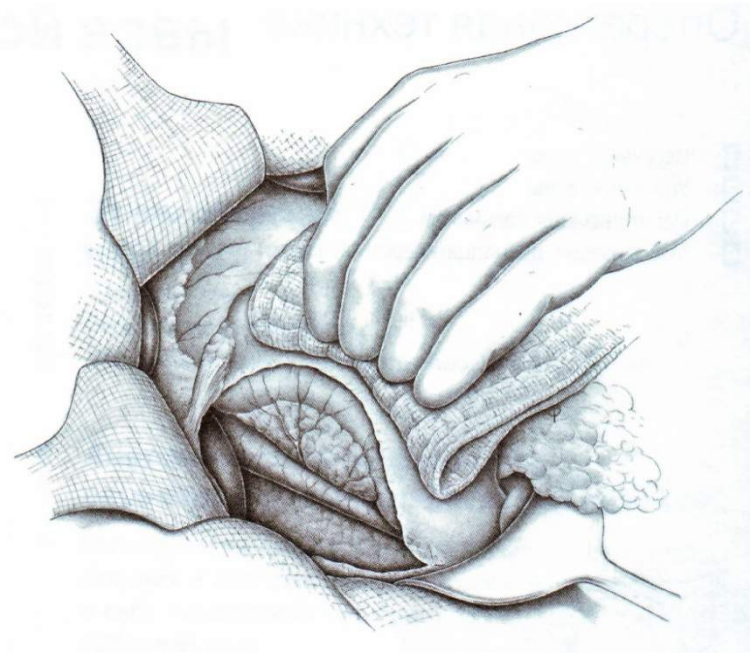
Փուլ 3. Պերիտոնիզացիաեւսրտոմոլ

Եթեհյուսվածքները, որովհետևմեկնարիմեջ, բավարարվածչեն, կամկարելըդրվումենծգմանպայմաններում, վերխյուսվածքներիվրա՝խորհուրդէտրվումկարիգիծըվակել ճարպոնիհյուսով, որըառանձինկարելով (2-0 PGA) ամրացվումէստամոքսիառաջայինպատին:



Փուլ 4. Տառներիմատնոցառում տեղայնացում՝ըստԿոխերի

Մեծդեֆեկտների դեպքում ևկարելիզգալիծգումըթուլացնելուհամար, խորհուրդէտրվում տասներկումատնոցառիվ տեղայնացնել՝ըստԿոխերի: Եթեխոցը գրավում է աղիխողովակիցավելին (այսինքն՝ ամպուտացնողխոցերիժամանակ), խորհուրդէտրվումմանրադեպ հատվածքումնախապահմանահատումիցհետոիրականացնել գաստրոդուոդենոստոմիա (ստոմոբա-բարակաղիմայինբերանակցում) ըստԲիլրոտ I-ի:



Հետվիրահատականբարդություններ

- Ծավալուն (ամպուտացնող) խոցերըստովորաբարպահանջումենստամոքսիդիստալմասնահատում՝ըստ Բիլրոտ I-ի:

Հետվիրահատականբարդություններ

Բժշկականխնամք՝ ինֆուզիոնայինզոնդըհեռացվում է 2-3 օրը, դեպիստամոքսզգալիհեռուստոմիջացակայության պայմաններում: Հակաբիոտիկներինշումակում 5 օրերիընթացքում, եթեհնարավոր է, ըստհամապատասխանցանքսիարդյունքների: H2 - ռեցեպտորներիարգելիչներինշումակում: Էնդոսկոպիկհսկողություն 4-6 շաբաթից:

Կերակրմանվերսկսելը՝ ինֆուզիոնայինզոնդիհեռացումիցհետոհեղուկովմրգայինպյուրեով, ապա հեղուկսնունդ, պինդսնունդթույլատրվումէառաջինկրկնազոնդումիցհետո:

Աղիներիգործունեությունը՝ 3-րդօրվանիցհոգնաներ, եթեչկանիհիվանդությունկղանք:

Ախտահոգում՝ անմիջապես

Անաբիոտիկոգությանտևողությունը՝ –

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- Նախապահնտեղակայումըհամապատասխանումէստամոքսիուռուցքիտեղայնությանհետ ախտորոշիչգործիքներով, այդտեղերևումէնաևլոյնածիգերակը:
- Առավելհաճախթափածակումըհայտնաբերվում է 12-մատնյաղիքիհետսկրրիկհատվածիառաջային պատին:
- Տառերկումմատնյաղուսաբերանխոռոչմոտեցմանդեպքում, այնկարելիէտեղայնացնել՝ըստԿոխերի:
- Հիշեք, որ 8% դեպքերումթափածակվածստամոքսիխոցըտառաջանումէչարորակուռուցքից՝ կատարելբիոպսիահուսալիկերհայտնվածմաքսիմալհեռացման:
- Եթերովայնահատումիցհետոխոցայինդեֆեկտըչիհայտնաբերվում, անհրաժեշտէուսումնասիրելստամոքսիհետիմպլանը:

ԳԱՍՏՐԷԿՏՈՄԻԱ՝ ՍՏԱՆԴԱՐՏ ԱՎՇԱՀԱՏՄԱՄԲ

1884թ. Connor-ը կատարեց մարդու մոտ տոտալ գաստրէկտոմիայի առաջին փորձը, վերականգնելով մարսողական խողովակի անընդհատությունը գաստրո-դուոդենոստոմայով «ստամոքս-բարակ աղիքային բերանակցում»: Սակայն փորձը ավարտվեց անհաջող: 1897թ. Schlatter-ը իրականացրեց առաջին հաջող գաստրէկտոմիան: 1892թ. Roux-ը կողմից նկարագրվեց նոր վիրահատություն՝ բարակ աղիքային գալարի ձևավորմամբ, որի դիստալ հատվածը միացվում էր կերակրափողին, իսկ պրոքսիմալը՝ բերանակցվում բարակ աղու հետ, կերակրափողից մոտ 45 սմ դիստալ: Վերջին հարյուրից ավելի տարիների ընթացքում, ստամոքսի փոխարինման համար, առաջարկվել են մեծ քանակով վիրահատություններ, որոնք կարելի է բաժանել երկու մասի. միջամտություններ կապված հաստ աղու և բարակ աղու

սեգմենտների օգտագործման հետ: Որոշ դեպքերում վերակառուցումները իրականացվել են շրջանցելով տասներկումատնյա աղին: Որոշ վիրահատությունների ժամանակ ստեղծվել են ռեզերվուարներ և/կամ կատարվել հակառեֆլյուքսային միջամտություններ: Մեր ժամանակներում գաստրէկտոմիաներից հետո առավել հաճախ կիրառվում է Y-ա ձև վերակառուցում ՝ ըստ Ռու-ի:

Ցուցումներ և հակացուցումներ

Ցուցումներ

- ստամոքսի մարմնի ու հատակի ադենոկարցինոմա,
- ստամոքսի անտրալ հատվածի չարորակ ուռուցքներ, վատ ախտահյուսվածաբանական կանխատեսմամբ /ցածր դիֆերենցված ադենոկարցինոմաներ, աճի սփռված տեսակ, մատանիաձև-բջջային ուռուցք/,
- Ցոլինգեր-էլիսոնի համաախտանիշ,
- մեզինխիմալ ուռուցքներ /օրինակ ստամոքս-աղիքային ստրոմալ ուռուցքներ/,
- ամոքիչ գաստրէկտոմիա ծանր արյունահոսության ժամանակ:

Հակացուցումներ

- որոյանամզի կարցինոմատոզ,
- ներաճ հարևան օրգաններ,
- ըստ Չայլդ-Պյու-ի դասակարգման՝ծանր պորտալ հիպերտենզիայով լյարդի C-դասի ցիրրոզ:

Նախավիրահատական հետազոտում / նախապատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ Անամնեստիկ տվյալներ սրտի ու թոքերի հիվանդությունների, ստամոքսի դատարկման գործունեության, մելենայի, ալկոհոլի, ծխելու, Helieobacter pylory ինֆեկցիայի, դիետայի, գենետիկ գործոնների վերաբերյալ:
- ✓ Կլինիկա-լաբորատոր հետազոտություններից կարևորվում են սնուցման վիճակի, հեմոգլոբինի մակարդակի, հեմոստազի ցուցանիշների, ուռուցքային մարկերների,

ալբումինի մակարդակի որոշումը: ԷԳԴՍ ախտորոշման հաստատման համար /բիոպսիա/: էնդոսկոպիկ գերձայնային հետազոտում ու ՀՇ գործընթացի ռեգիոնար ու հեռավոր տարածման գնահատման համար:

Հիվանդի պատրաստում՝ եթե ըստ նախավիրահատական տվյալների հաստ աղին ներգրավված է գործընթացի մեջ, անցկացվում է աղիների հատուկ պատրաստում:

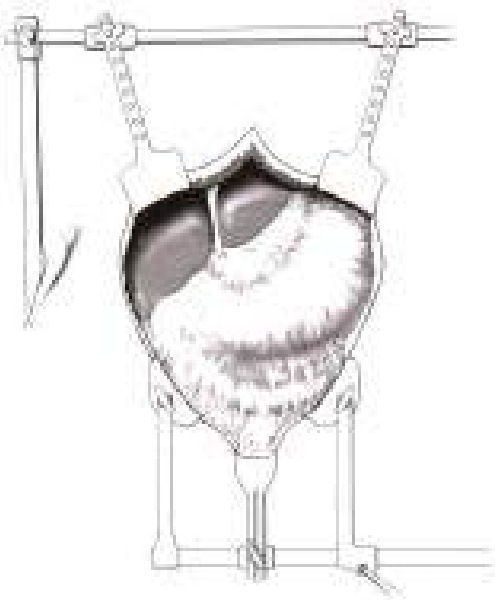
Հիվանդի դիրքը՝ մեջքի վրա պառկած:

Մուտքը միջային կամ երկկողմանի ենթակողային կտրվածք, կլոր և մանգաղաձև կապանների հատում:

Վիրահատություն

Փուլ 1. *էքսպոզիցիա և որովայնի խոռոչի ստուգում*

Որովայնի խոռոչի ստուգումը հնարավորություն է տալիս ստանալ տվյալներ լյարդում մետաստազների, որովայնամզի կանցերամատոզի, ուռուցքի տեղակայման ու չափերը, նրա շրջակա օրգաններ /ենթաստամոքսային գեղձ, փայծաղ ու լայնաձիգ հաստ աղի/ ներաճի և ռեգիոնար ավշագեղձերի վիճակի վերաբերյալ:



Փուլ 2. Մեծ ճարպոնի անջատումը միջածիգ հաստ աղու ամբողջ երկայնքով

Մեծ ճարպոնի ստամոքս-հաստաղիքային հատվածը անոթներից ազատ գոտում մկրատով անջատվում է միջածիգ հաստ աղուց: Հատումը իրականացնելով այս գոտում կարելի է խուսափել արյունահոսությունից: Մյուս փուլում, տեղայնացված ճարպոնը անջատում է հաստ աղուց, մերկացնելով ենթաստամոքսային գեղձի առաջային մակերեսը: Ճարպոնի տեղայնացումից հետո առանձնացվում ու կապվում է աջ ստամոքս-ճարպոնային ու միջին հաստաղիքային երկաների միջև անցնող երակային ճյուղը:

Փուլ 3. Լյարդի ձախ բլթի ու ստամոքս-կերակրափողային անցման տեղայնացում

Լյարդի ձախ բլթիտեղայնացումը թույլ է տալիս տեղաշարժել նրա II ու III սեգմենտները: Հատվում է փոքր ճարպոնը: Հավելյալ կամ աբերանտ ձախ լյարդային զարկերակի դեպքում, այն զգուշորեն անջատվում է ու պահպանվում: Որպեսզի մերկացվի կերակրափողի որովայնային հատվածը օգտագործվում է լյարդային ռետրակտոր: Ստամոքսը ձգվում է դեպի ներքև և հատվում որովայնամիզը կերակրափող-ստամոքսային անցման վրա: Անջատվում են ստոծանու երկու ոտիկները: Մեծ դիսսեկտորի օգնությամբ կերակրափողը տեղաշարժվում է ստոծանու ոտիկներից վեր: Նրա շուրջը անցկացվում է ռետինե բռնիչ և ֆիքսվում գործիքով:

Հատվում են թափառող նյարդերը, հեշտացնելով կերակրափողի դիստալ հատվածի հետագա տեղայնացումը:

Փուլ 4. *Մեծ կորության տեղայնացումը*

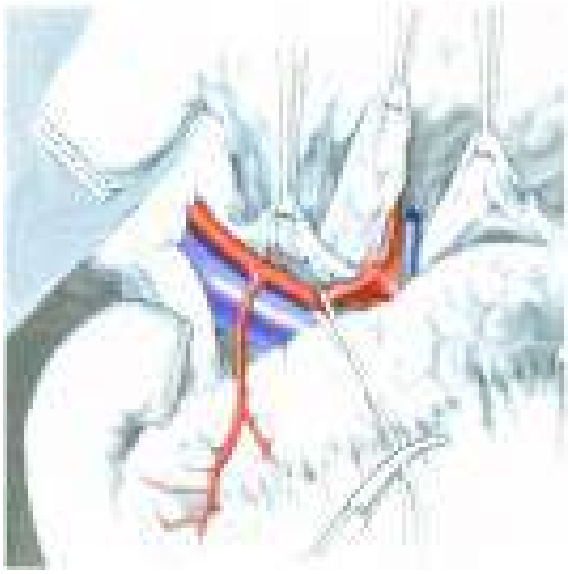
Մեծ ճարպոնը անջատվում է փայծաղային կորությունից և ստամոքսը զգուշորեն ծգվում ներքև, թույլ տալով առանձնացնել ու հատել ստամոքսի կարճ անոթները, նրա մեծ կորությամբ՝ անմիջապես ստամոքսի պատի մոտ:

Փուլ 5. *Տասներկումատնյա աղու հատումը*

Աջ ստամոքս-ճարպոնային ու աջ ստամոքսային զարկերակները հատվում են, ազատելով տասներկումատնյա աղու հետին պատը: Եթե անտրումի դիստալ հատվածը ներգրավված չէ ուռուցքի մեջ, ապա տասներկումատնյա աղու ընդլայնված դիսսեկցիա չի պահանջվում: Աղին հատվում է նախադռնից 1-2 սմ ներքև, գծային կարող գործիքով: Մեխանիկական կարի գիծը խորասուզվում է չներծծվող անընդհատ կարով: Պրեպարատի դիստալ հատվածը փակվում է տամպոնով ու ֆիքսվում գործիքով:

Փուլ 6. *D2 ավշահատում*

Այժմ ստամոքսը ձգվում է դեպի վեր ու ձախ, թույլ տալով ապահովել օպտիմալ տեսադաշտ: Իրականացվում է D2 ավշային ավազանի հանգույցների հատում: Այն ենթադրում է լյարդ-տասներկումատնյա կապանի, ընդհանուր լյարդային զարկերակի, ընդերային ցողունի, փայծաղային զարկերակի բնի, ինչպես նաև ենթաստամոքսային գեղձի վերին եզրի ու առաջային մակերեսի բոլոր ավշագեղձերի հեռացում: Որպեսզի խուսափենք հետվիրահատական ավշահոսքից բոլոր մնացող ավշային անոթները անհրաժեշտ է կապել կամ կլիպավորել:



Փուլ 7. *Ձախ ստամոքսային անոթների հատում*

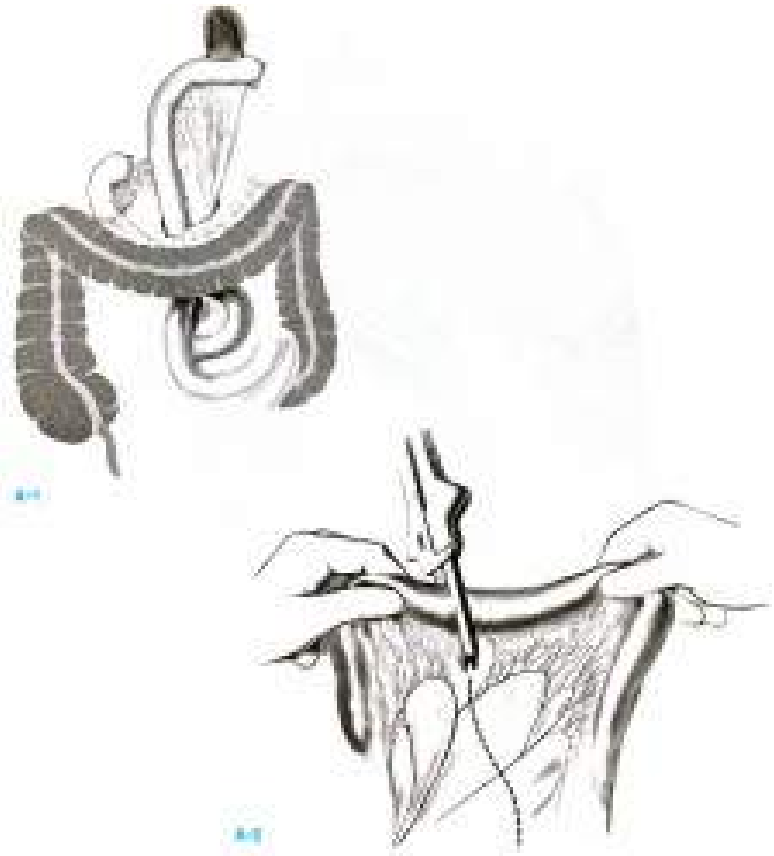
Բութ և սուր եղանակով ձախ ստամոքսային անոթները առանձնացվում են, կապվում ու հատվում: Ստամոքսի պսակաձև երակը, որը անցնում է զարկերակից քիչ ներքև, դիսսեկցիայի ընթացքում առանձնացվում ու կապվում:

Փուլ 8. *Կերակրափողի դիստալ հատվածի հատում*

Ամբողջ ստամոքսի տեղայնացումից հետո կերակրափողը հատվում է անմիջապես կարդիայից վեր: Կերակրափողի ստորին հատվածից ավելի դիստալ դրվում է կեռ գործիք և կերակարփողը էլեկտրադանակով հատվում: Պրեպարատը կազմված ստամոքսից, տասներկումատնյա աղու պրոքսիմալ 1-2 սմ-ից, մեծ ճարպոնից և ռեգիոնար ավշային գեղձերից վերակառուցման փուլից առաջ ուղարկվում է հյուսվածաբանական հետազոտության՝ եզրերի մաքրության ստուգման համար:

Փուլ 9. *Y-ա ձև վերակառուցում `ըստ Ռու-ի*

Ըստ Ռու-ի, Y ձև բարակաղիքյաին սեգմենտի պատրաստումը սկսվում է մոտ 20-30 սմ Տրեյցի կապանից ավելի դիստալ: Տրանսիլլյումինացիան հեշտացնում է միջընդերքի դիսսեկցիան: Մասնահատման գծով հատվում է որովայնամիզը: Բարակ աղին հատվում է գծային կարող գործիքով: Ըստ Ռու-ի Y-ա ձև սեգմենտի բավարար երկարություն ստանալու համար անհրաժեշտ է երկարացնել հիմնական աղեղների անջատումը, պահպանելով ծայրամասային աղեղները:



Փուլ 10. Ձեռքի կարով «ծայրը-ծայրին» էզոֆագոեյունոստոմա «կերակրափող-բարակաղիքային բերանակցում»

Գոյություն ունեն էզոֆագոեյունոստոմիայի «կերակրափող-բարակաղիքային բերանակցման» ձևավորման երկու եղանակ՝ «ծայրը-ծայրին» և «ծայրը-կողքին»: Առաջին եղանակը ունի բարձր ռիսկայնություն կապված բարակ աղիքային սեգմենտի ծայրում արյան մատակարարման հնարավոր խանգարման հետ: Մյուս կողմից «ծայրը-կողքին» բերանակցման ժամանակ ավելի դյուրին է հավասարեցնել կերակրափողի ու բարակ աղու տրամաչափերը: Բերանակցումը իրականացվում է միաշարք հանգուցակարի եղանակով /կախված բերանակցում/.

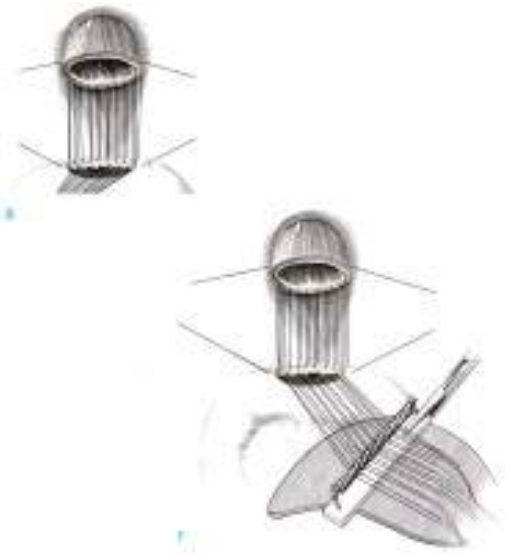
- Բարակ աղիքային գալարի միջընդերքի հակառակ կողմից կատարվում է կերակրափողի տրամագծին համապատասխան կտրվածք: “Կույր աղու” համաախտանիշից խուսափելու համար կտրվածքը իրականացվում է մեխանիկական կարով փակված աղիքի եզրին մոտ /1-2սմ/:

- Դրվում են երկու անկյունակարեր ու թեթևակի ձգվում Պեանի սեղմիչներով: Հետագա կարը դրվում է հետին պատի վրա երկու անկյունակարերի միջև, հետին պատի ձևավորումը ավարտվում է մատրիցային կարերով, վերցնելով պատերը նրանց ամբողջ հաստությամբ:

Փուլ 10. /շարունակություն/

Թելերը անցկացվում են բարակ աղու պատի բոլոր շերտերով՝ լուսանցքից դեպի դուրս, ապա կերակրափողի պատով՝ դրսից ներս: Որից հետո ասեղը թեքվում է և հետընթաց վերցվում են ամեն մի կողմից լորձաթաղանթի ոչ մեծ հատված: Կախված պատի հաստությունից, վերքի եզրերից պետք է նահանջել մոտ 5-8մմ, իսկ հանգույցների միջև տարածությունը պետք է կազմի 4-6մմ:

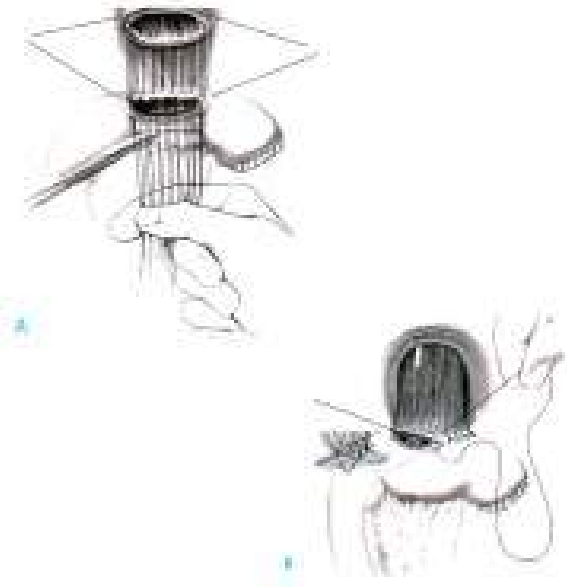
Կարերը առանց կապելու պահվում են բռնիչի վրա:



Փուլ 10. /շարունակություն/

Հետին պատի բոլոր կարերը դնելուց հետո, թաց տուպֆերի օգնությամբ նրանք իջեցվում են բերանակցման վրա: Այս գործողությունը հեշտացնելու համար կարևոր է բոլոր թելերը պահել մշտական ձգված վիճակում:

Եթե տեսադաշտը բավարար է, բերանակցման առաջային պատը փակվում է անընդհատ կարերով, հակառակ դեպքում՝ դրվում են հանգուցակարեր: Առաջային պատի կարումը ևս սկսվում է հեռավոր անկյունից, կարի մեջ վերցնելով աղիքի սերոզ-մկանային և կերակրափողի բոլոր շերտերը: Բերանակցման առաջային պատի ավարտից առաջ զոնդը անցկացվում է դեպի բարակ աղի:



Փուլ 11. *Աղիքի անընդհատության վերականգնումը*

էզոֆագոեյունոստոմայից 50-60 սմ ներքև անընդհատ սերոզ-մկանային կարով ձևավորվում է “ծայրը-կողքին” յեյունոյեյունոստոմա «Բարակ-բարակ աղիքային բերանակցում:

Միջընդերքի բոլոր անցքերը փակվում են մոնոֆիլամենտային կարով:

էզոֆագոյեյունոստոմայի «Կերակրափող-բարակ աղիքային բերանակցման» հետևում և տասներկումատնյա աղու ծայրատի մոտ դրվում են երկու դրենաժներ,:

Ստանդարտ հետվիրահատական հետազոտություններ

- ✓ հեմոգլոբին,
- ✓ ինֆեկցիայի կլինիկական նշանների ամենօրյա ստուգում,
- ✓ էզոֆագոյեյունոստոմայի «Կերակրափող-բարակ աղիքային բերանակցման» կոնտրաստային հետազոտում /6-րդ օրը/:

Հետվիրահատական բարդություններ

Մոտակա՝

- ➢ ներորովայնային արյունահոսություն,

- ենթաստոծանիական թարախակույտ,
- բերանակցման անբավարարություն,
- պանկրեատիկ խուղակ,
- տասներկումատնյա աղու ծայրատի անբավարարություն:

Հեռավոր՝

- քաշի կորուստ, սնուցման վիճակի վատացում /ծայրատի ծավալ/,
- լուծ
- դեմպինգ-համախտանիշ,
- հիմնային հետհոսք:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- Խնդրեք անեսթեզիոլոգին չհանել ստամոքսային զոնդը մինչև էզոֆագոյեյունոստոմայի «Կերակրափող-բարակ աղիքային բերանակցման» հետին պատի ձևավորման ավարտը: Այն նվազագույնի կհասցնի կերակրափողի կրճատման վտանգը:
- Ստամոքսի կարճ անոթները առանձնացվում են ստամոքսի մեծ կորությանը մոտ:
- Տասներկումատնյա աղու ծայրատի մեխանիկական կարի գիծը փակեք անընդհատ կարով:
- Ավշահատում իրականացնելու համար օգտագործեք խոշորացույց:

ՏՈՏՈԼԳԱՍՏՐԷԿՏՈՄԻԱ (լուսանկարի)

Ցուցումներըուհակացուցումներ.

Պլանայինցուցումներ՝

- չարորակուռուցքներ:

*Այլընտրանքայինգործողություններ՝*ստամոքսխոռոչըտասներկումատնյաաղու տեղակայվածուռուցքներիժամանակ(աղիքայինխոպկիկտրցիոնմասերըստվառելի): Y-ածևվերակառուցում՝ ըստRoux-ի, հատկապեսստամոքսիչմասնահեռացումներիցհետո: Էզոֆագոգաստրէկտոմիաստամոքսսիկտրպիալհատվածիմաղկելիժամանակ:

Նախավիրահատականհետազոտություն / պատրաստումվիրահատությանը

Նախավիրահատականհետազոտություններ՝

- ✓ ԷԳՏքնոպսիայով ԷԳՏ,
- ✓ ստամոքս-աղիքայինտրակտիռենտգենաբանականհետազոտում,

- ✓ որովայնիօրգանների ԳՋՀ, հնարավորէՇԸ:

Հիվանդիպատրաստում՝ ֆիբ-ստամոքսոսկոպիզոնդիտեղադրում, նախավիրահատականհակաբիոտիկներտրգելում:

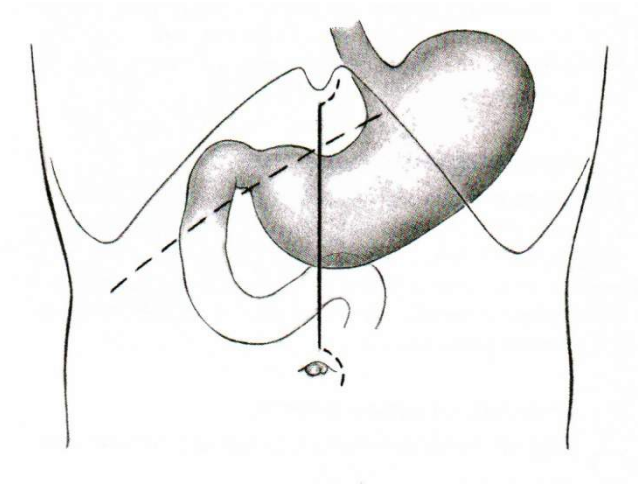
Տպեցիֆիկոպերացիանհիվանդիտեղեկացվածհամաձայնություն.

- ❖ Սպլենէկտոմիա,
- ❖ Բերանակցմանհանբավարարություն(5%),
- ❖ Սննդիանցմանխոռոչում,
- ❖ Պանկրեատիտ(3%),
- ❖ Թարախակույտ,
- ❖ Լայնակիհատողությունորովայնիպատերիվրա,
- ❖ Սննդակարգիուսնդաոտեսակիհնարավորվոխոխություններ:

Վիրահատություն

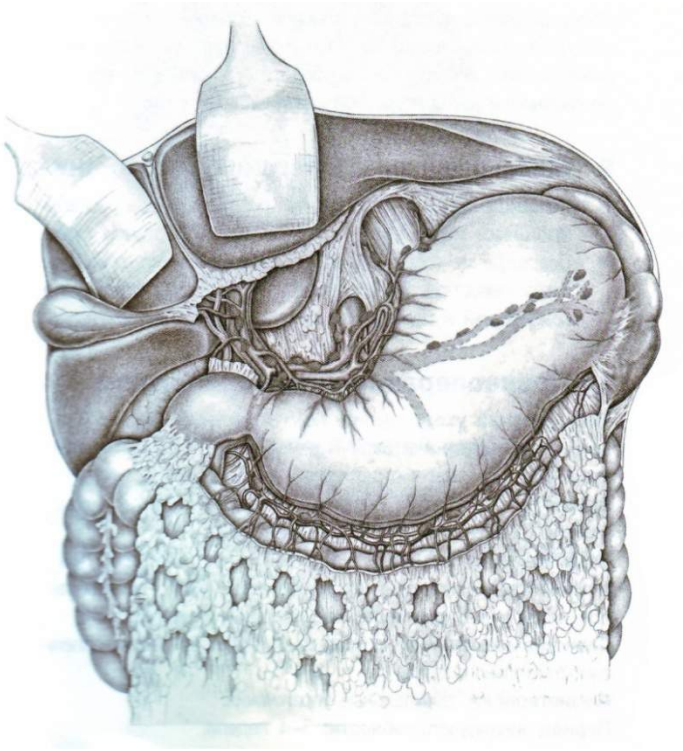
Փուլ 1. *Մուտք*

Հարմարէվերին-միջայինկտրվածքը, հնարավորլայնացումովդեպիներքև: Ճարպակալածհիվանդերիմոտայլընտրանքայինմուտքհամարվումկտրվածքիլայնացումըդեպիաջքուլակող:



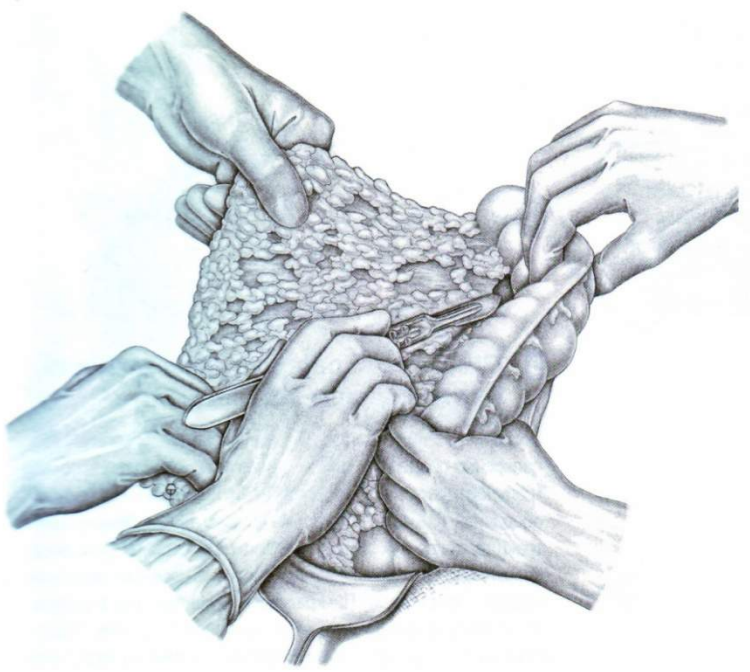
Փուլ 2. *Որովայնիխոռոչիստուգում*

Որովայնահատումիցհետոլրակազմվումէորովայնիխոռոչիստուգում:
Ախտահայտվածությունգաստրէկտոմիանհետևանքովէստամոքսիամբողջական,
կերակրափողիտերմինալուսուցաձևերկումստոմայաղուպրոմսիմալհատվածների, ուեծուվոմբեթաբոնների, ինչպեսնաև II մակարդակիավշայինկոլեկտորներիհասնելահետացում:
Ախտորոշումիցհետոպետքէբացառվենհետևավորմետաստազները(օրինակլյարդում, որովայնամզում, ձվարաններում, դուգլասյանծոցում):



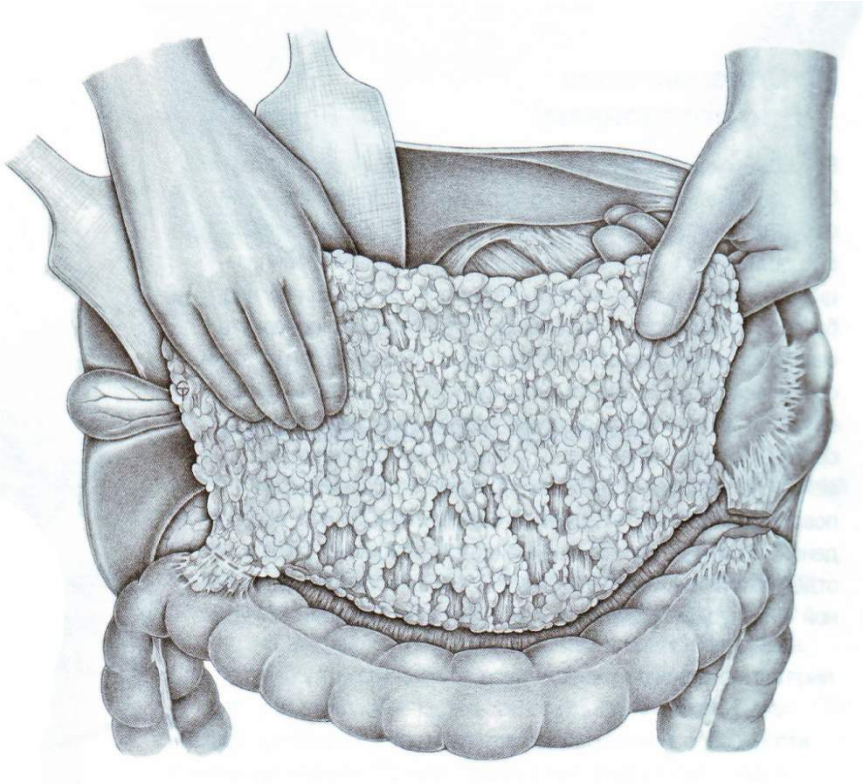
Փուլ 3. Ճարպահիմնջոռումըլայնածիգհաստոցով

Տոսոզգաստրէկտոմիաևսկսվումէմեծաթպոնի տեղայնացումով: Օգնականըմեծաթպոնըծգումէդեպիվերուվենտրալ, իսկլայնածիգհաստոցը՝ներքևուվենտրալ: Իրչըբերումէլայնածիգհաստոցովուհետոթպոնիկպումներիծգման, որոնքսովորաբարզոտեևոնթրելուցկպրողենգրեթեևոնբոլոռևոնպարիսովիստվել:
Մանրաթոքերըսեղմիչներիմիջևկտրվումեևուկապվում: Հաոմաևոեբոլոռևոցնումէլաևածիգհաստոցումիջընդերբիներով, սակայնպետէհկատուևենալ, որմիջընդերբիվենտրալթերթիկը(այսինքնթաթոպոևածոցխառավելցածրըերոլը)ևսհեռացվումէ: Թեթևծգումըսովորաբարօգնումէբուր, որոշտեղերումնուրեղոևակովիհեռացնելնրոևմիջընդերբից:



Փուլ 4. *Ճարպոճի հանեցատումը հաստաղու ոլորանների*

Ճարպոճի տեղայնացումը ձգվում է այնածիգհաստաղու ոլորանների (անկյունների) միջև: Ձախ ցհաստովում է վայծաղհաստաղի ֆայիլուավել խոշոր տեղակայված ստամոքս-վայծաղային կապանները: Անոթները կպավում են կարվում: Այսպայիլոլորանը ազատվում է տասներկումատոնյա-հաստաղի ֆայիլ կապանի հաստումով կապվում սեղմիչների միջև:



Փուլ 5. *Ենթաստամոքսային գեղձի առաջային մակերեսի բացումը*

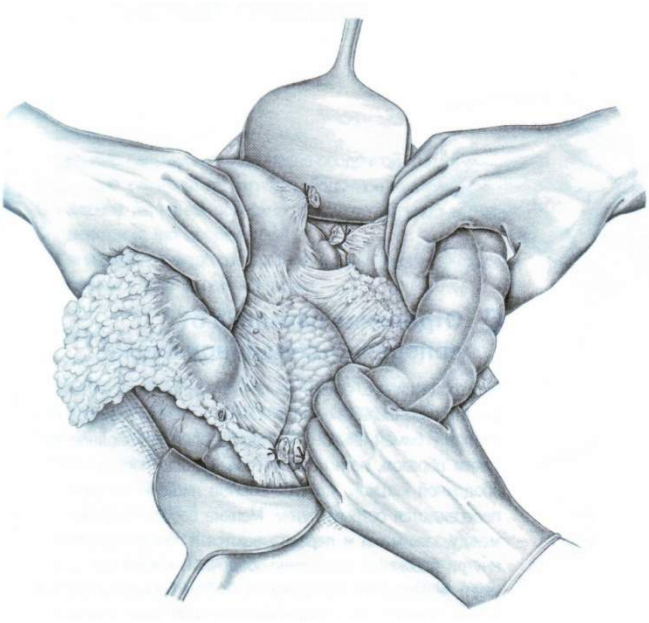
Կապանների հատումից հետո,

այնածիգհաստաղու առաջային թերթիկը ստոլեհանում բարակ ենթաստամոքսային գեղձի վրայից:

Այնակի հաստաղի ներքև ձգվում է երկու ներ, իսկ ստամոքսի մեծ կորությունը տեղաշարժում են դեպի վեր:

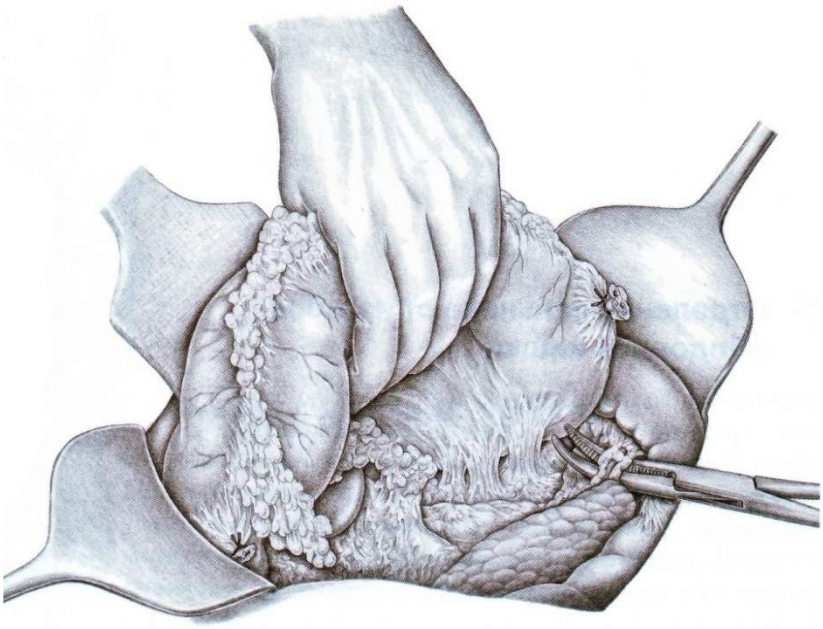
Նմանբացումը հնարավորություն է տալիս մուտք գործելու ենթաստամոքսային գեղձի:

Ենթաստամոքսային գեղձի արյունատար անոթները վիրահատության ընթացքում ստամոքսի հետ միասին կապում են:



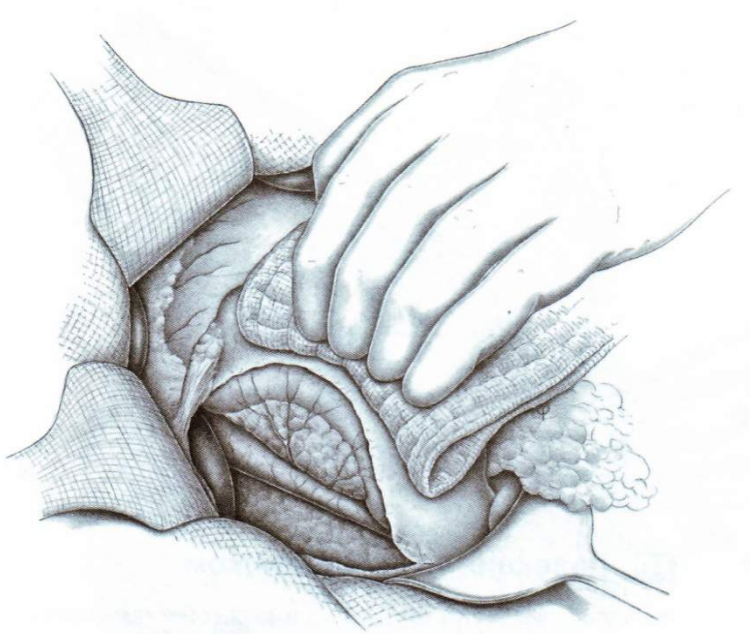
Փուլ 6. *Սպլենէկտոմիա (լուսցուցումների)*

Ճարպոնոպլինճոցիբացումըտեսանելիէդարձնումվայծաղկումը: Փայծաղայինզարկերակնուերակըառանձնացվումեն, վերցվումսեղմիչներիվրա, հատում, կապվումուկարվում(2-0): Ապահրակառացվումէվայծաղկարզ տեղայնացումը, վերջիվկողմնայինմակերեսով, առպտոպլինորովայնամզի հատումով: Այնհնարավորությունէտալխթեէվայծաղըվենտրալուղղությամբ: Բոլորփիբրոզկապերը, որոնմիացումեննրաեներառաստամոմոպլինգեղձիպոչին հատվումեն: Իրակառացվումէվայծաղայինառնոթերիբարձրհատում, նրաճառանձնացվումեն, սեղմիչներիմիջևհատվումուկտվում: Մանրակրկիտպլխսեկցիաբացառումէեներաստամոմոպլինգեղձիպոչիվնասումը: Եթեհայտնաբերվումէճամավնասում, այնպետէառանձնիկարերով (3-0 PGA) վակվի: Փայծաղըմնումէկտրածստամոմոսինկարհստամոմոպլինառոթերով:



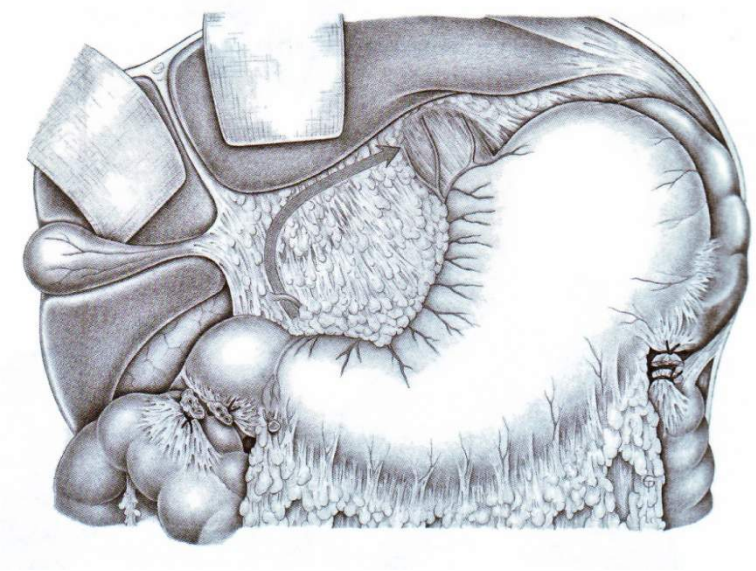
Փուլ 7. *Տառներկումտոհյառրա տեղայնացում*

Այնհետսացնումէտասներկումտոնոյաապուծայրատվիակումը,
ինչպեսևաևվզոպերխստալտիկներդիրիկիրատմանդեպքում՝յեյուռոդուռոդեռոբերատնակցմանձևավորումը: Ավելին, նման տեղայնացումը թույլէտալխոհեռացնելհետպանկրեատիկովշայինհատվածը:
Օգնականըձգումէտասներկումտոնոյաապինմեդիալուղղությամբ ինչը թույլ է տալիս մկրատովհատելստերալտեղակայվածթրոմբոյնատնիզվածծալքը:
Դիսեկցիանիրականացվումէբութևսուբդեռնակներովևշարունակվումմինչևստորինսիներակիմիջայինկողմը:
Դիսեկցիայիվերինեզրէհանվումսաձևատ-տասներկումտոնոյակապանը, խկստորինը՝հաստաղուլպրդայինծումկը: Լրիվ տեղայնացումից հետոեթաստոմոսայինգեղձիհետինմակերեսնուստորինսիներակըերևումեղրիվբացված, իսկավելիխորումտեսանելիենհետրովոյնամզայինճարպայինքջջանիրև Գերտոներիկոմայինվակեղը:



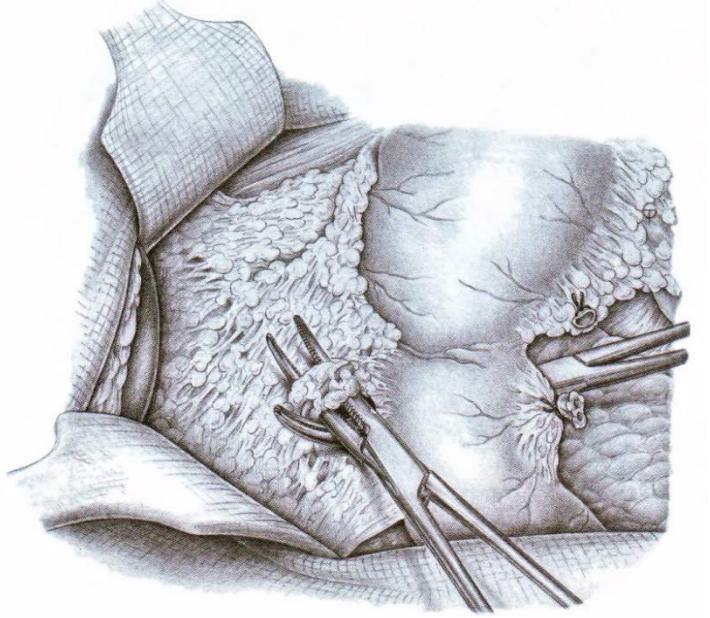
Փուլ 8. Դիսեկցիանիրականացնելով

Փոքրճարպանիմասնահատումըսկսվումէստամոքսիճախսպարանմոտևշարունակվումմինչևկարդիոէզոֆագեալ հատվածը:
Որպեսզիվնասչճարպանըսառավելլիարժեհետացվի, անհրաժեշտէերանհատելպրդինսառավելմոտ:



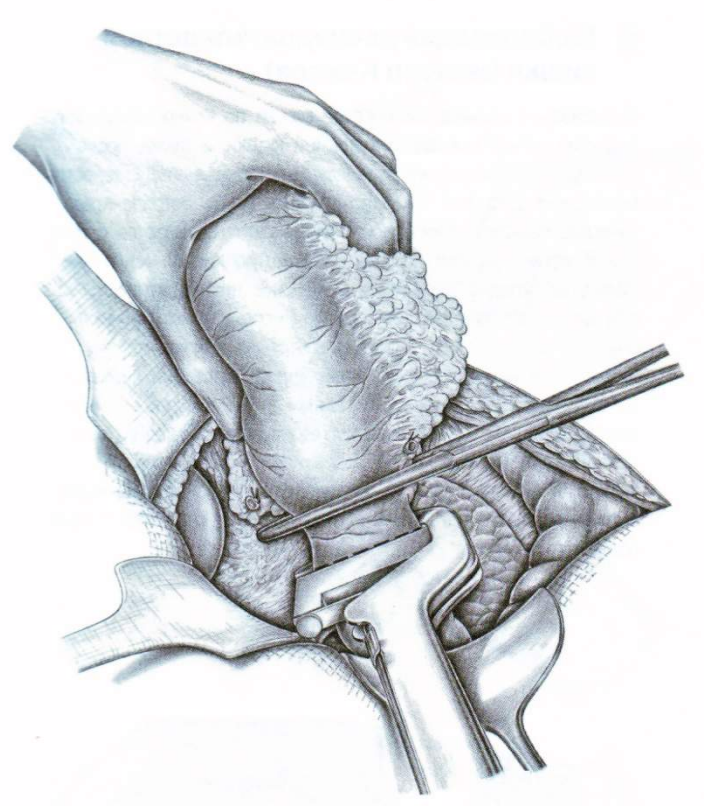
Փուլ 9. *Փոքրեսպտակիմոտիմահատում*

Այնակովումէտասներկումատնյասպրոմսիմալհատվածխոսքսեղմիչհանցկացումով:
Վերջինիսբրանճերիբացումըևհատվորությունէտալխնայտնաբերելաջստամոմասյիզարկերակը, որը սեղմիչներիմիջևհատվումէուկապվում: Այսգործողությանընթացումպետքէխստագույնսպաբտվանվիլտարբ-տասներկումատնյակապանը: Անհրաժեշտէխուսափելլայդույիզարկերակիպատահականվնասումից, իսկեթեայնտեղիէունենում՝անցքըանհրայինկարով պետք է փակվի: Հետագայիսանեկցիանլայդիստորիմակերեսիերկայնմոլբարումնակվումէմինչևկպդիս:



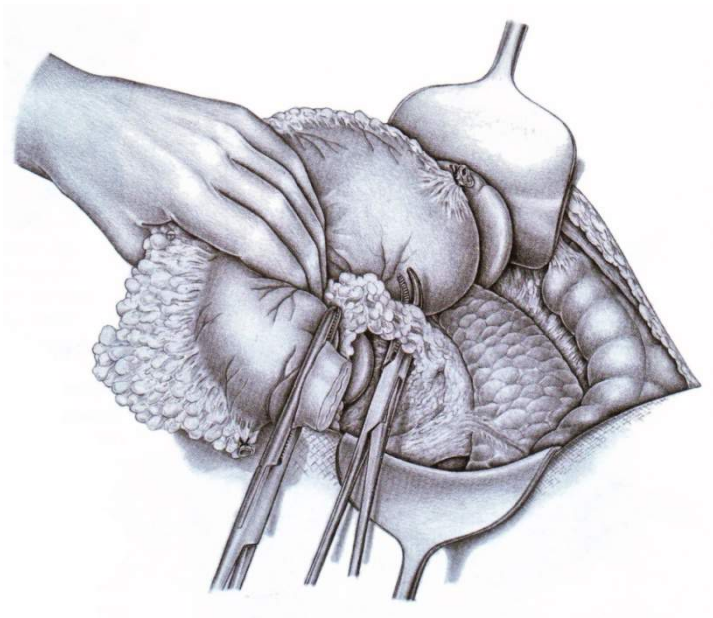
Փուլ 10. *Մատնահատումստամոմասեղիհեռացում*

Ստամոմսըհատվումէհակառակից1,0 -1,5 սմավելհպիստալ, տասներկումատնյասպրոմսիմալհատվածիհետ: Կախվածհետագավերակառուցմանեղանակից՝տասներկումատնյասպրածայրատը, կոմիտալկարվումէ, կոմճգմող սեղմիչովժամանակավորվիսկվում: Վերջինիս դեպքումկարողէօգտագործվելգծայինկարող սարք, մեխանիկականկարիգիծըժամեղացվումէհավելյալսերոզհանգուցակարելով(3-0 PGA):



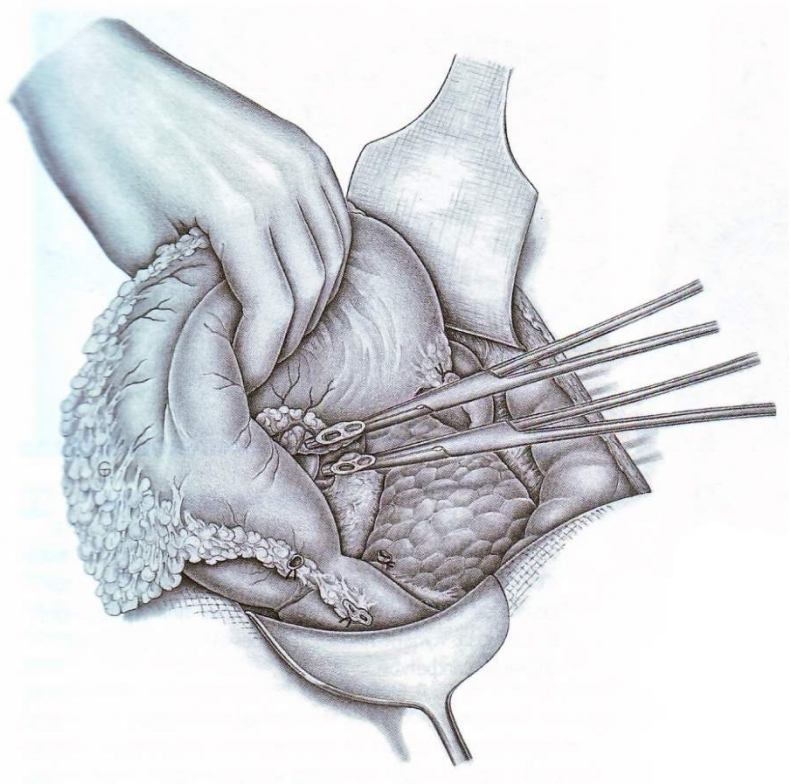
Փուլ 11. Ձախստամոքսայիներակիառանձնացում

Ստամոքսըծգելովդեպիվերահատելովստամոքս-ենթաստամոքսայինկապանըբացվումէստամոքսիծախսահմանթայինհատվածը:



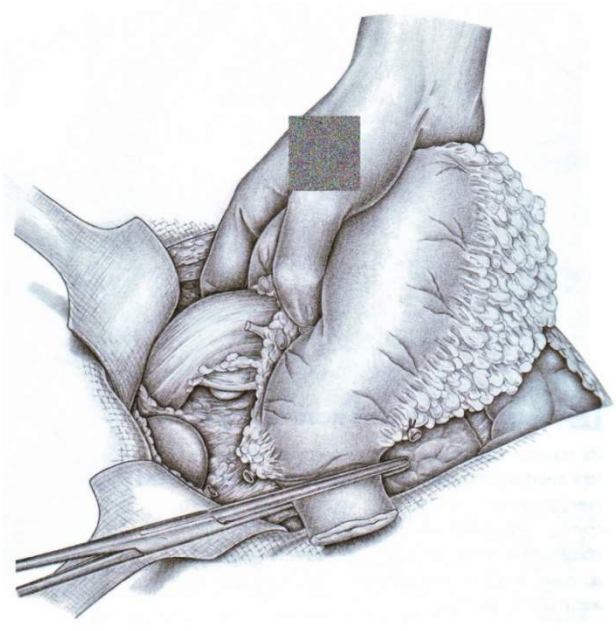
Փուլ 12. Ձախստամոքսայինզարկերակիերակիհատում

Ձախստամոքսայինզարկերակնհատելումենսեղմիչներիմիջևկապվումհատվում(2-0 PGA)՝ընդերայինցողունիմոտ,: Հատումիցառաջշոշափումով ստուգումենզարկերըլայթայինհատվայծաղայինզարկերակներում, հատմանհետևցավելիդիստալ:



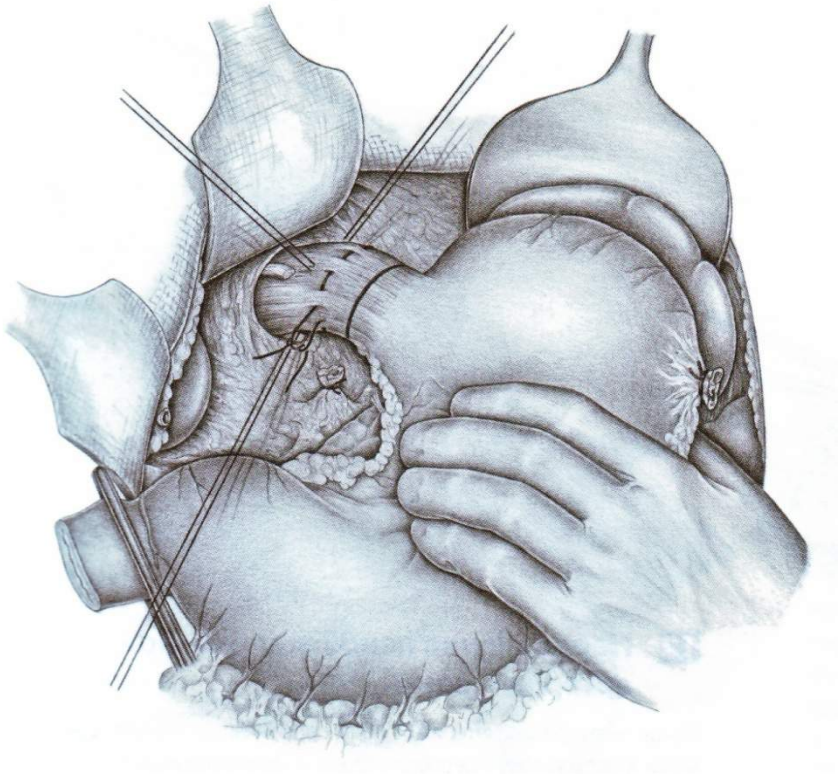
Փուլ 13. *Թոքամաղձերակիցտրանսիլիատում*

Տոսոլգաստրէկտոմիայիվերջնական՝կերակրափողաղիտերմինալհատվածի տեղայնացումն ութոքամաղձյարկիցդուրսհանելուհետո:
Այսփուլումպետքէառանձնացվենուպրեպարատիևետհետացվենկարկամալավշայինհանգույցները:
Պրեպարատիծգումըդժվարիներբևնորավորությունէտալիսիայտնաբերելթոքամաղձյարկիցդուրսները:
Տեսողականհսկողությանտակնրանքայրվումհատվածեն, թույլտալովմոտ5սմ-ովերկարացնելկերակրափողիորովայնայինհատվածը:



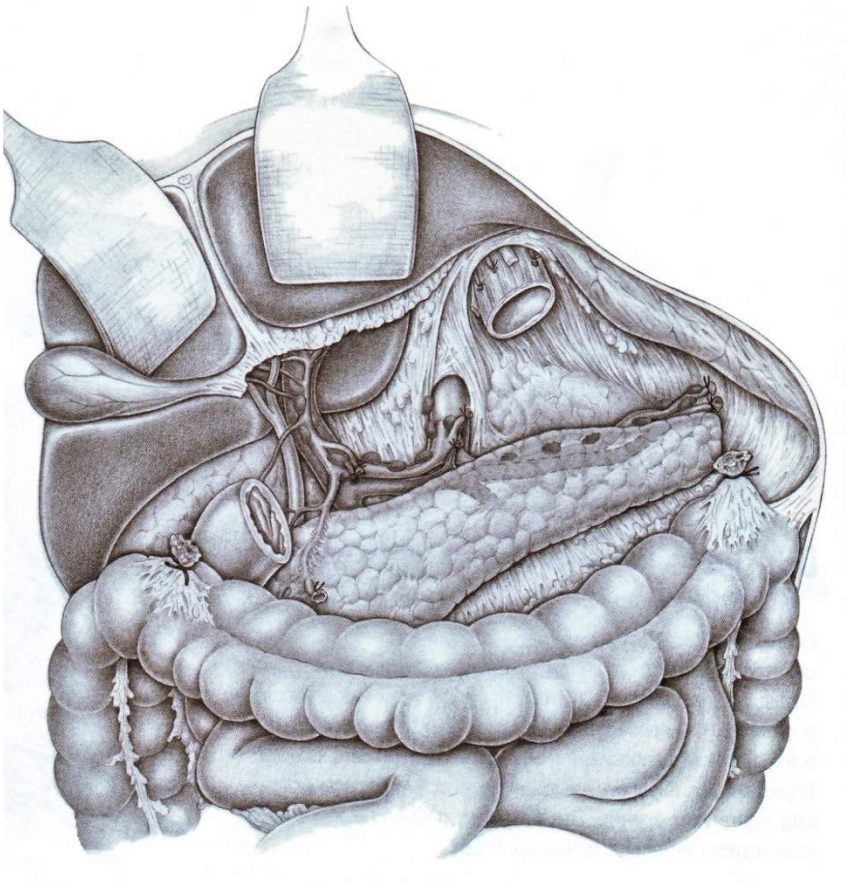
Փուլ 14. Կերակրափողի ներքին հյուսվածքների հատում

Մասնահատման եղանակով սկսում են հատման գիծը անցկացնում է կերակրափողի տերմինալ հատվածով՝ կտրվածքից 1.5 սմ վեր: Կերակրափողը հատելուց առաջ կատարում են ասեղակարծակալում /մեխանիկական բերանակցման եղանակ/ հետո: Կերակրափողի ներքին հյուսվածքները ժամանակավորապես փակվում են թանզիով:



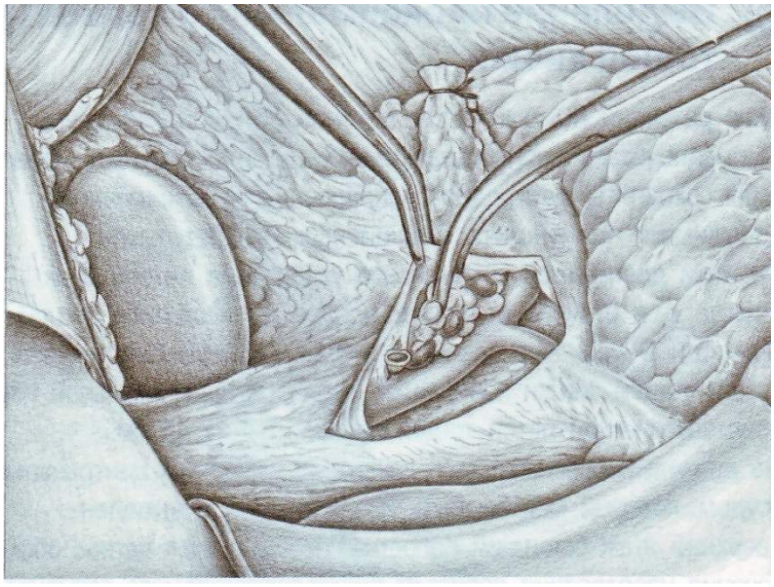
Փուլ 15. Ստոմատի երկարության ընտրությունը

Ստոմատ սխտոտ հեռացման ընթացքում էընդհանուր վնասվածքահատումը: Այնեղթողնումէստոմատ սիII մակարդակի վերջույնի եկտորիհեռացում, որըներառումէընդերային ցողունի, ընդհանուր բուսեխականչարդույնի, վայծաղայինզարկերակներիև երթաստոմատ սայինզեղծվերինեզրովտեղակայվածավշային հանգույցներիխմբերը:



Փուլ 16. *Ավտոհատում*

Ավտոհատումըսկսվումէստամոքս-տասներկումատնյազարկերակիհիմքից: Վեր-ուհսրանոթայինճտրակցակաճնյուսվածքըբռնվումէպինցետովումկրատովիհատվումմինչևզարկերակիառվենոցիան: Կտրտյայինզարկերակըառանձնացվումէուտելայնացվումկտրվածքայնությամբ, մինչևերամիացումըաջստամոքսայինզարկերակին: Բոլորհայտնաբերվածավշայինհանգույցներըևջլատվումենհանոթիցուտելուցարժվումավելհեռու: Խորհուրդէտրվումհյուսվածքներըհատելանոթիառաջայինկողմովեւթաստամոքսայինգեղձվերիներիմիջև, ավշագեղձերիամբողջխումբըտեղափոխվումէպիդեպստամոքս: Այսպիսով՝ստամոքս-տասներկումատնյազարկերակիպրոքսիմալհատվածնուընդհանուրկտրտյայինզարկերակըլրիվմասնակցությունենավշայինհանգույցներից:

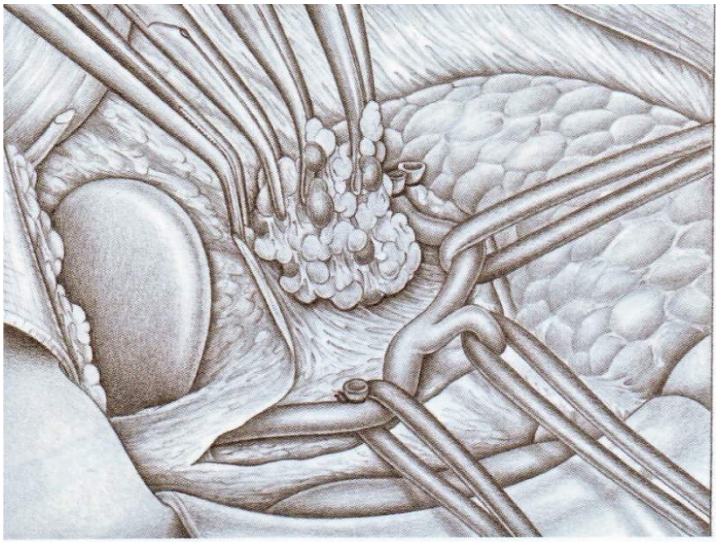


Փուլ 17.

Դուեթակիառաջայինմակերեսիցավշայինհանգույցներիառջառումիցառաջայնպետքէդրզուղղությամբառանձնացվի:
Այստեղառվորաբարհայտնաբերվումէձախստամոքսայիներակը(պսակածևերակը), որըդուեթակիհիմոտհատվումէու կարով կապվում:

Փուլ 18.

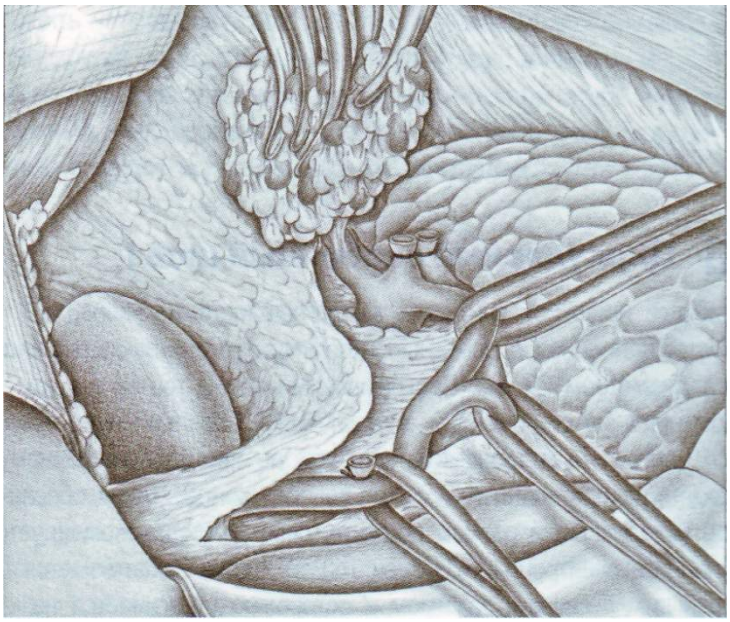
Ավշահատումըշարունակվումէմիջայինուղղությամբ՝ընդհանուրլյարդայինզարկերակիերկայնքով: Լյարդայինեռվակառուստամոքս-տասներկումատնյազարկերակներըտեղաշարժելուհամարվերցվումեներեոփնե պահիչների վրա:
Հանգույցներիհատավելհեշտհեռացմանհամարլյարդիընդհանուրզարկերակըևսառջառովումէիրտեղիցուծգվումվեր:
Շրջակաբջջանքիհեռավշայինհանգույցներիհեռացումըշարունակվումէդեպիընդերայինցողուն՝վայծաղայինուձախստամոքսայինզարկերակ ներփառջառմանտեղը:



Փուլ 19.

Ավշահատմանվերջնվուլըպահպանելովծաղկակերպակի 3 սերկայնմոդիոլուսեկցիաներ, ինչը թույլ է տալիս հեռացնել պատերազմական վնասվածքային մոդուլի էկստրեները:

Հատուկզգուշությունպետքէցուցաբերելենթաստամոքսային գեղձըչվնասելուհամար:

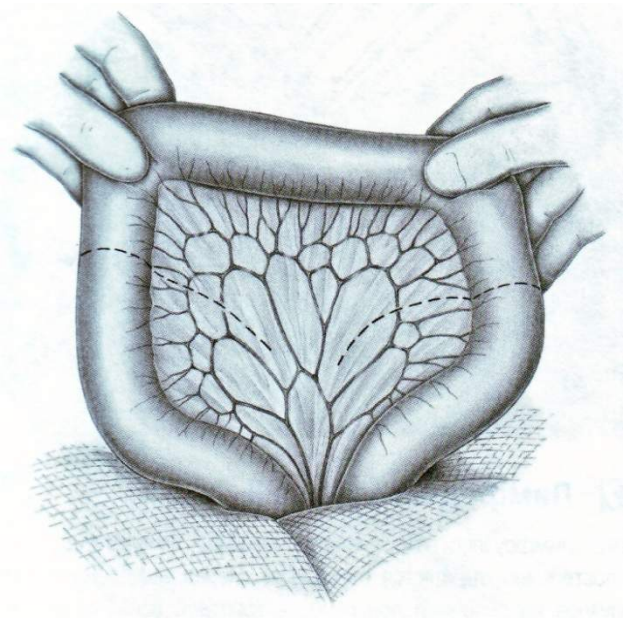


Փուլ 20. *Բարակաղիքի սիմպլ հատվածի հանջատումը*

R_0 մասնահատումիցհետո, որպեսվերակառուցմանհեղանակառաջարկվումէօգտվել հզոր պերիստալտիկայից, որը ապահովում է աղիքային պարունակությանանցումը օրթոգրադությամբ, բերելով բավարարմունկցիոնալ արդյունքների: Նմանվերակառուցմանպայմաններումմտահոգումենհնարավորպերիստալտիկայի բացակայությունը, խոպոպերությունայլ տիպիվերակառուցումների, խիստնվազումենարդյունավետությունը: Այնպիսովումէմոտ45 սերկորությանպրոքսիմալ բարակաղու զալարիընտրությամբ, որիպայմանմատակարարումըպետքէապահովիառնվազնմեկկենտրոնականանոթությամբ տազալարըհետհաստատելիքայիուղիովտեղավոխելու պայմանովերիհնարկ: Կարևորէնշել աղիքիշարժմանուղությունը, հանգիստրահակապերիստալտիկայի բարակաղու զալարիբերելաղիքայինանցանելությանզարգացման:

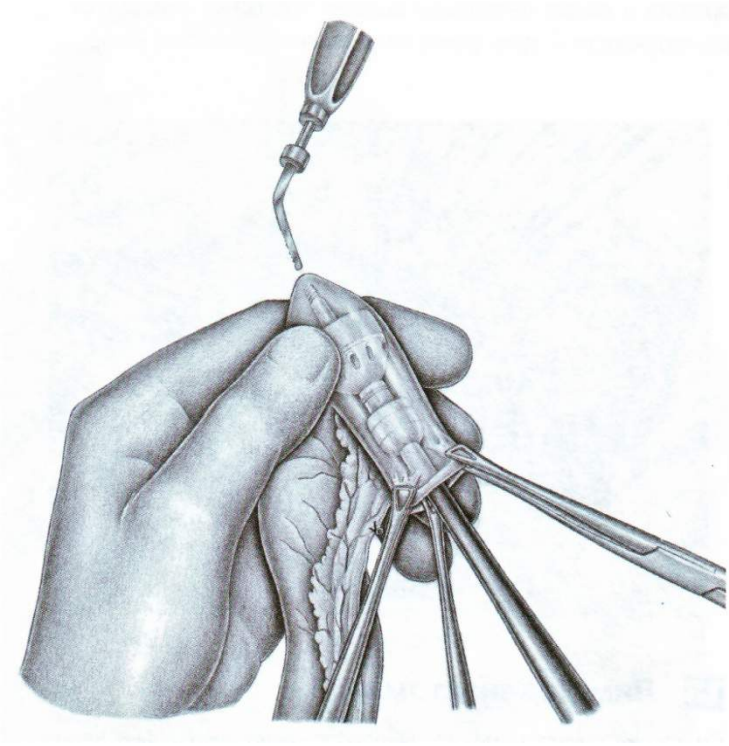
Գալարհոդավոխումիցհետո՝աղիներիանընդհատությունըվերականգնվումէբարակաղիքային “ծայրըծայրի” բերանակցումով, որից

հետո վակվումմիջընդերբիոպստուհանը:
Վերինհատկտեղավոխվածաղիքայինսեգմենտըմիացվումէկերակրափողինուստամոքսայինմասովձևավորում:



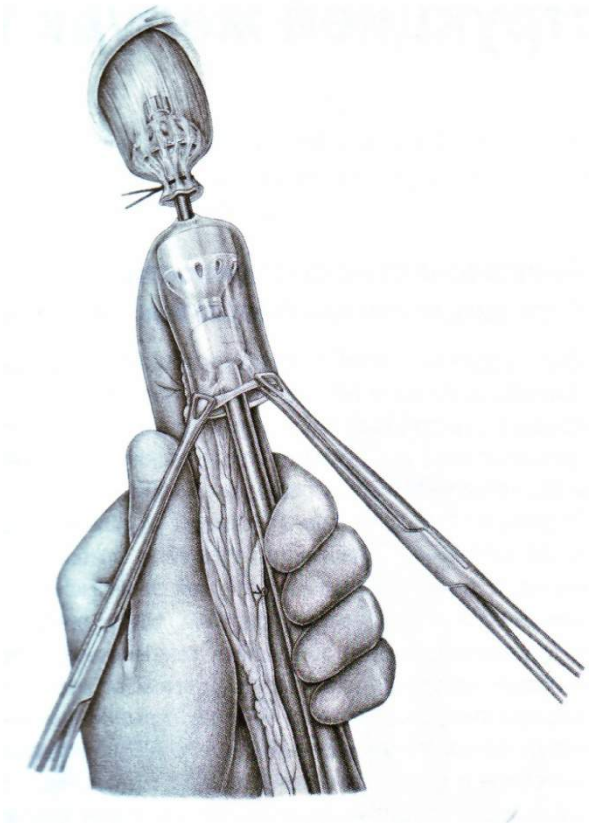
Փուլ 21. *Յիրկուլյատմեթոդիկամիտար*

Առավելապահովէհամարվում “ծայրըկողմից” էզոֆագոգեյունոստոման<կերակրափող-բարակաղիքայինբերանակցումը>, որըիրականացվում է29 ամորամաչափիցիրկուլյարկտող սարքով: Բարակաղեգոլարևմտակողքըհագցվումէկարող սարքի վրա, առանց նրա սանդի, որըմոտ7 սմիրմումէներս: Գործիքիտրոակարով, աղումիջընդերբինհակառակեզրով, իրականացվում էաղիքիպերֆորացիա: Որպեսզիապահովվիպեֆեկտինվազագույնչափովպերֆորացիանհնարինսրբել կատարել էլեկտրակոագուլյացիայով:
Աղիքիեզրերըբոնվումենվոմբոթայինսեղմիչներովևզգուշորենծգվումտրակտիվրա:
Տրակտրիպուրզոլուցիաեռոգործիքիվրածգվումէսանդըևայնառավելագույնսբացվում:



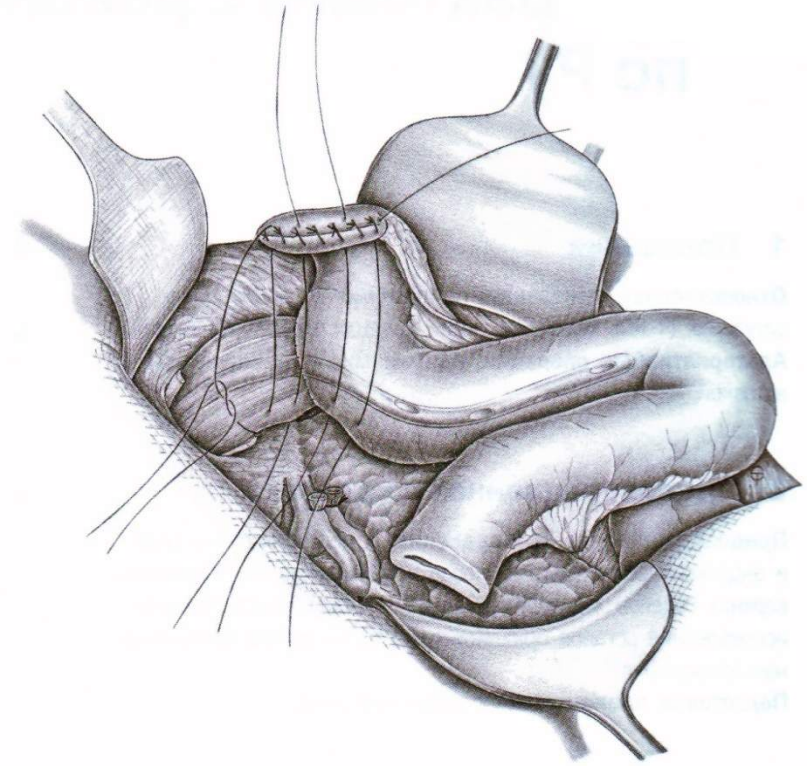
Փուլ 22.

Կարիչըսահիեռմտցվումէկերակրավող, որիշուսացիընչայդզգուշությամբլայնացվելէրուերկուսեղմիչներովբացվել: Կերակրավողովրպպրվածմասկակարըկապվումէուկայողգործիմասերըմոտեցվումեներսը: Կարևոր է, որբարակողիհպատըսեղակայվիսացիծավերիութեմայում:



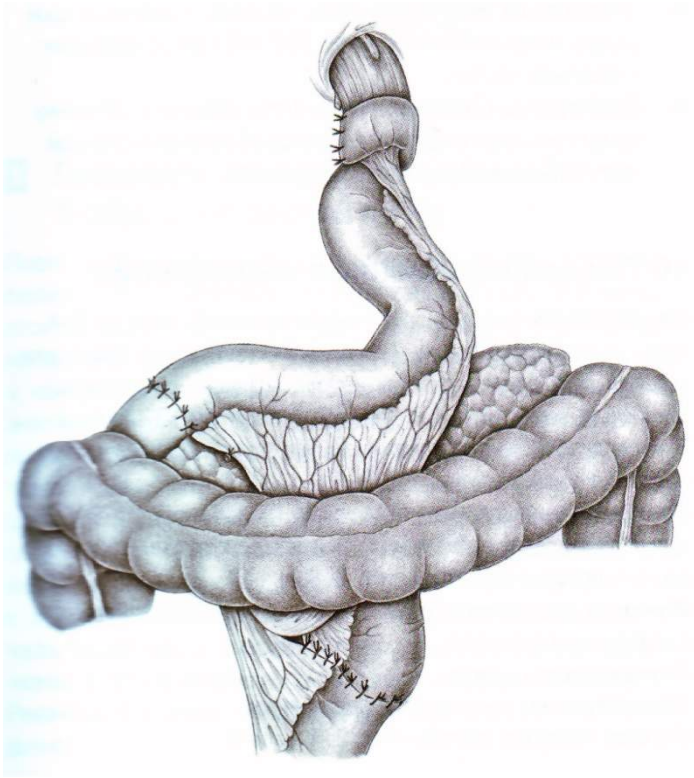
Փուլ 23. *Հեմոստազիա*

Բերանակցմանավարտիցհեռացողիհեզրերըխուլփակվումէ (մեխանիկականկամձեռիկարով) և հեմոստազիայացիրականացնում՝ պատեցվումբերանակցմանճուրջը: Այսգործողությունըիրականացնելուհամարպրվումենչորսկարեր, որոնցիցերկուսըվերցնումենկերակրավողը, մյուսերկուսըշաղիխպրոմսնամոսվածը, փակելովբերանակցումըևրավենորոշմակերեսով: Այսվուլում, ամենթեզվողոգըիր-ստամոքսայինզոնդըվիրաբույժիմատերևսկողությանտակիրումէդեպիվերակտացվածստամոքս:



Փոլ 24. *Նյութապրեհոստոմա*

Ստամոքսիվերակառուցումըավարտվումէլյուծողապրեհոստոմայի<կերակրափող-բարակաղիքայինբերանակցման>ձևավորումով, որըսովորաբարդրվումէձեռով, բոլոր շերտերի միջով՝ միաբաբհանգուցակտիկամանրնգհատակաբիեղանակով (3-0 PGA): Վիրահատությունըեզրափակումեն՝ստոծանումոտ, կերակրափողիբերանակցմանհարևանությամբդրված, երկուդրենաժիները:



Հետվիրահատականբարդություններ

- *Լեղածորանիվնասում*՝ T-ածևխողովակիտեղադրում, առաջնայինկարևերծվող (4-0 PDS) թելերով,
- *Փայծաղիվնասում*՝էլեկտրակոագուլյացիայի, արգոն-պլազմայինկոագուլյացիայի, ինչպեսնաևհեմոստատիկմիջոցներովպետքէձգտելպահպանելփայծաղը:

Հետվիրահատականբգործառույթներ

Բժշկականխնամք՝ բիլթ-ստամոքսայինզոնդըհեռացվումէ3-4–րդօրը: Դրենաժերըհեռացումը7-8–րդօրը (ամիլազայիբարձրակտիվությանպարագայումթողնումենավելիերկար), ամեն3 ամիսըմեկանգամժեստվախտինողթերապիաB12–ով, անհրաժեշտության, դեպքում, ենթաստամոքսայինգեղձիֆերմենտներով:

Կերակրմանռեժիմ՝հեղուկիվոքրչափաբաժիններ4-5 օրից: Բավարարտանելությանդեպքումաղիներիգործունեությանվերսկսումիցհետո, 7-8օրիցսննդակարգիընդլայնում:

Աղիներիգործունեությունը՝հոգնաներ3–րդօրիցմինչևաստաջինկղազտումը:

Ավտիվացում՝անմիջապես:

Ֆիզիոթերապիա՝ ընչաոսկանվարժություններ:

Անաբխատունակությանտևողությունը՝ 2-4 շաբաթ:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- Ստամոքսիհատակնուվայծաղը, ստամոքսիկարճանոթները, մեծկորություննուլայնածիգհատստամքին, նրամիջընդերբը, վոքրկորությանդիստալհատվածնուլարդ-տասներկումատնյակապատը, ինչպեսնաևստամոքսիետինպատճառնեթատստամոքսայինգեղձըտեղակայվածեհիրաբշատոմոտ:
- Գոյությունհենիքանիկսրևորտոգրայինխոցումներ՝

- վոմբկորությաներկայնքով՝ձախստամոքսային /ընդերայինցողունից/ ուղղստամոքսային /կարդայինզարկերակից/ զարկերակներիմիջև
- մեծկորությաներկայնքով՝ձախստամոքս-ճարպոնային /փայծաղայինզարկերակից/ ուղղստամոքս-ճարպոնային /ստամոքս-տասներկումատնյազարկերակից/ զարկերակներիմիջև:
- կարևորերակայինցողունէվոմբկորությաներկայնքովընթացողպրսակածևերակը, որըթափվումէդռներակ:
- Զգուշացեքանոթներիպրկումից:
- Մոտ 12% դեպքերումվոմբկորությունումհայտնաբերվում է, ձախստամոքսայինզարկերակիցսկիզբառնող,հավելյալձախլյարդայինզարկերակ:
- Զգուշացեքլյարդայինզարկերակիվնասումից, աջստամոքսայինզարկերակիհատմանժամանակնրանքպլպավորումիցհետոլյարդ-տասներկումատնոյակապանումըոչխափանվումգեմոռիզարկերը:

ԳաստրէկտոմիաըստՀու-իստամոքսիվերակառուցմամբ

- ***Ցուցումներըուհակացուցումներ.***

Հարաբերականցուցումներ՝

- ամոթչգաստրէկտոմիաներ(<R_0),
- կոնվերսիա ԱԽորդովիրահատություններից հետո:

*Այլընտրանքայինգործողություններ՝*գաստրէկտոմիա, բարակաղիքայիներդիրով:

- ***Նախավիրահատականպատրաստում.***

Նախավիրահատականհետազոտություններ՝

- ✓ ստամոքս-աղիքայինտրակտիվերիհիստովածներիէնդոսկոպիա՝բիոպսիայով,
- ✓ որովայնիխոռոչիօրգանների ԳՁՀ, հնարավորէՀԾ:

*Հիվանդիպատրաստում՝*բիւ-ստամոքսայինզոնդ:

- ***Ստեցիֆիկոխակերևիվանդիտեղեկացվածհամաձայնությունը.***
  - վայծաղիվնասում, սպլենէկտոմիա,
  - բերանակցմանանբավարարություն (5%),
  - թարախակույտ,
  - լայնակիհաստաղուանդրամիջընդերքիվնասում,
  - սննդիանցմանխանգարում (0-3%),
  - պանկրեատիտ (3%):

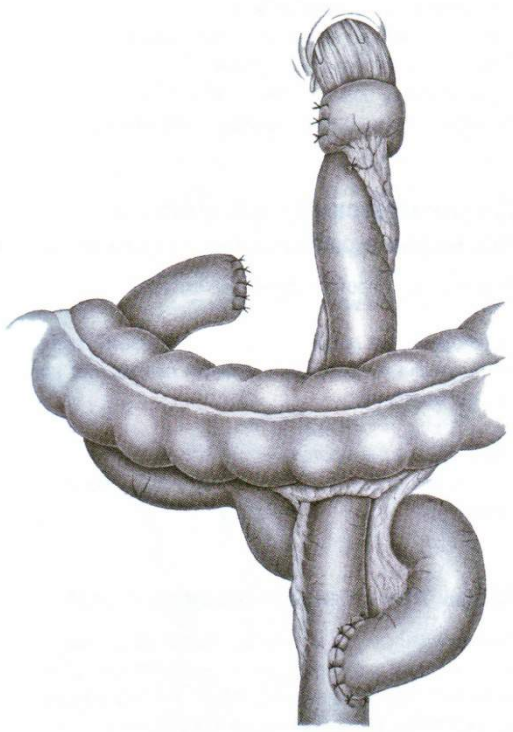
- ***Հիվանդիդիրքը՝***մեջքիվրապատկած:

- ***Մուտքը՝***վերին-միջայինորովայնահատում:

- ***Վիրահատություն***

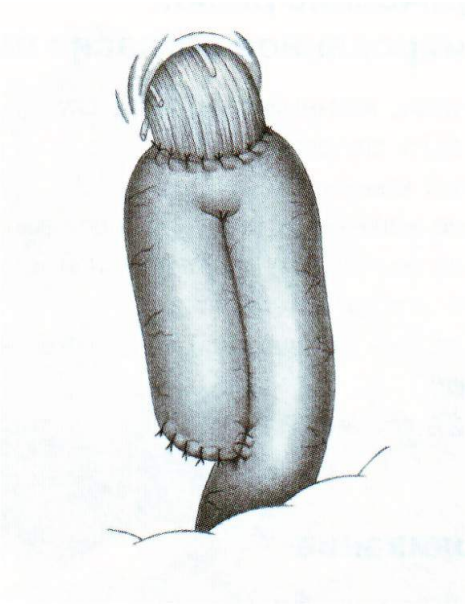
Փուլ 1. *Գաստրէկտոմիա Y-ածևզարպով՝ըստՀու-իվերակառուցմամբ*

Նմանվերակառուցումխոլևուլէտրվումկիրառելամոբիչմասնահատումներիցհետո: Օգտագործվումէբարակաղու 45 սմ-ոցիգոպերիստալտիկգալար, որըանջատվումէ՝ըստՌու-ի, ևմիացվումկերակրափողին “ծայրը-ծայրին” եղանակով: Եթեբերանակցումըկրականացվումէ “ծայրը-կողին” եղանակով, ապաայնձևավորվումէաղուպրոքսիմալհատվածը 5 սմավելիպիստալ: Բարակաղուեզրըխուլկտրվումէևվերնոտըչէյուռոպլիկացիայինձևովփաթաթվում, կտրիգիծըամրացնելուհամար: Տառերկումատոհյառաղուստացիըմիակվումէստանդարտձևով(մեխանիկականկար): Բարակաղուպրոքսիմալհատվածը “ծայրը-կողին” եղանակովբերանակցվումէերրորդհաստաղհատվածինեռ, ստեղծելովY–ածևկոնֆիգուրացիա՝ըստՌու-ի: Վերակառուցվածստամոքսընհանգիստվումէհետհաստաղիմայինեռակայում:



Փուլ 2. Գաստրէկտոմիառերբերուպրինձևավորումով՝ըստՀանտ-Ռոպինի,

Ստամոքսինծավալնմեծացմանհամարկարելիէերրորդստականեզրում՝ըստՀանտ-Ռոպինիձևավորելուեզերվուար: Պրոքսիմալիլուսկանացվումէ “կողը-կողին” լայնբերանակցում, ռեզերվուար ստանալու համար: Նմանբերանակցմանհամարկարելիէկիրառելգծայինկտրող սարք, ինչըկարագացնիվերածնվածությունը:



Հետվիրահատականբարդություններ

- *Լեղածորանիվնասում՝* T-ածևխողովակիտեղադրում, առաջնայինկարևերծվող (4-0 PDS) թելերով,
- *Փայծաղիվնասում՝*էլեկտրակոագուլյացիայի, արգոն-պլազմայինկոագուլյացիայի, ինչպեսնաևհեմոստատիկմիջոցներովպետքէձգտելպահպանելփայծաղը:

Հետվիրահատականբուժում

Բժշկականխնամք՝ բիլ-ստամոմսայինգոնդըևառացվում3-4–րոպրը: Դրեհաժեռիևհեռացումը7-8–րոպրը (ամիսազայիբարձրակոխվությանդեպքումնշանակվումէթոդումենավելիերկար), ամեն3 ամիսըմեկանգամժեստվոխրինողերապիաB12–ով, անհրաժեշտության, դեպքում, ենթաստամոմսայինգեղձիփերմենտներով:
*Կերակրմանռեժիմ՝*հեղուկկոմբրչափաբաժիններ4-5 օրից:
Բավարարտաևելությանդեպքումսովորականերակրմանհետությանվերսկսումիցհետո, 7-8օրիցսննդակարգըընդլայնում:
*Աղիներիգործունեությունը՝*առկաևեր3–րոպրիցմինչևառաջինդողանը:
Ավտոխաշում՝ անմիջապես:
*Ֆիզոթերապիա՝*շնչառականվարժություններ:
Անաշխատունակությանտևողությունը՝ 2-4 շաբաթ:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- Ստամոսիհաստակնուփայծաղը, ստամոսիկարճանթերը, մեծկորությունուայնածիգհաստաղին, նրամիջընդերբը, վոմրկորությանգլխաղհատվածնուլայդ-տասներկումատնայապալը, ինչպեսնաևստամոսիհետինպատճառնենթաստամոսայինգեղձըտեղակայվածեննրարշտոմոտ:
- Գոյությունունեմիքանիկարևորանթայինմիացումներ՝
- վոմրկորությաներկայնքով՝ձախստամոսային /ընդերայինցողունից/ ուաջստամոսային /լայնքայինզարկերակից/ զարկերակներիմիջև
- մեծկորությաներկայնքով՝ձախստամոս-ճարպանային /վայծաղայինզարկերակից/ ուաջստամոս-ճարպանային /ստամոս-տասներկումատնայազարկերակից/ զարկերակներիմիջև:
- կարևորերակայինցողունովմրկորությաներկայնքովընթացողպսակածևերակը, որըթափվումէդուոդենալերակիմեջ:
- Զգուշացեքանոթներիպոկումից:
- Մոտ 12% դեպքերումվոմրկորությունումայտնաբերվումէհավելյալձախլյարդայինզարկերակ, սկիզբառնողձախստամոսայինզարկերակից:

ԳԱՍՐԷԿՏՈՄԻԱ՝ ԱՐՄԱՏԱԿԱՆ ԱՎՇԱՀԱՏՄԱՄԲ

/Ճապոնական մոդիֆիկացիա/

Ներածություն

Արմատական ավշահատմամբ գաստրէկտոմիան՝ ներառյալ ենթաստամոքսային գեղձի պոչի մասնահատումն ու սպլենէկտոմիան, առաջարկվել է Brunschwiq-ի կողմից 1948թ: Maruyama-ն այն ենթարկել է փոփոխության, պահպանելու համար ենթաստամոքսային գեղձը: Նման վիրահատության մասին առաջին հաղորդագրությունը հրատարակվել է 1979թ: Սկզբում հեղինակը փայծաղային զարկերակն ու երակը կապում էր հիմքի մոտ, որը հաճախ բերում էր ենթաստամոքսային գեղձի պոչում զգալի կանգի, նպաստելով այդ շրջանի զանգվածային մեռուկացման զարգացմանը: Այս միջամտությանը նվիրված աշխատանքը, հրատարակված անգլերենով, հասանելի դարձավ 1995թ:

Այստեղ նկարագրվում է ենթաստամոքսային գեղձի պահպանմամբ գաստրէկտոմիայի տեխնիկան՝արմատական ավշահատմամբ /D2/, փայծաղային զարկերակի մինչ պանկրեատիկ զարկերակային ճյուղերի անջատմամբ ու երակի պահպանմամբ /Sasako-ի մոդիֆիկացիա/:

Ցուցումներ ու հակացուցումներ

Ցուցումներ՝

- ստամոքսի վերին երրորդի ախտահարմամբ քաղցկեղ /T_2-T_4 M_0/

Հակացուցումներ՝

- ենթաստամոքսային գեղձի և պոչի ուռուցքային ինվազիայի կամ փայծաղային զարկերակի ավշային գեղձերում միկրոսկոպիկ մետաստազների դեպքում պետք է կատարվի ընդլայնված գաստրէկտոմիա, պանկրեատիկո-սպլենէկտոմիայով /միասնական բլոկով/,
- ներաճ կերակրափողի դիստալ հատված,
- հեռակա մետաստազներ,

- ծանր սիրտ-թոքային անբավարարություն /հարաբերական/:

Նախավիրահատական հետազոտում և պատրաստում վիրահատությանը

Տես՝ «Գաստրէկտոմիա ստանդարտ ավշահատմամբ» գլուխը:

Հիվանդի դիրքը՝ մեջքի վրա պառկած:

Մուտք վերրին-միջային կամ վերին լայնակի որովայնահատում՝միջին գծով T-ա ձև ընդլայնմամբ:

Վիրահատություն

Փուլ 1. էքսպոզիցիա

Իրականացվում է որովայնահատում և որովայնի խոռոչի զննում (որովայնամիզ, լյարդ և ըստ Կոխերի տասներկումատնյա աղու տեղայնացումից հետո հարաորտալ շրջան): Դուգլասյան տարածության լվացման ջրերի բջջաբանական հետազոտությունից հետո, էպիգաստրալ շրջանի և հատկապես ստոծանու կերակրափողային անցքի տեսադաշտի բարելավման համար, տեղադրվում են մեկ կամ երկու լայնիչներ: Խորհուրդ է տրվում հատել կրծոսկրի թրանման ելունը:

Գաստրէկտոմիայի փուլերը նկարագրված են “Ստաանդարտ ավշահատմամբ գաստրէկտոմիա” գլխում:

Փուլ 2. Օմենտէկտոմիա

Միջածիգ խթաղու միջընդերքը ձգվում է օգնականի կողմից: Իրականացվում է մեծ ճարպոնի դիսսեկցիա մինչև ճարպոնային գրպանիկի հետին պատ: Այն կազմված է որովայնամզի երկու թերթիկներից, որոնցից մեկը շարունակվում է որպես ենթաստամոքսային գեղձի կապսուլա, իսկ մյուսը՝ տասներկումատնյա-ենթաստամոքսային հետին փակեղ: Դիաթերմիան թույլ է տալիս ապահովել անարյուն հատում:

Փուլ 3. *Ավշային գեղձերի դիսսեկցիան նախադեռան տակ*

Հենլեի վիրաբուժական ցողունը կարելի է հայտնաբերել հավելյալ երակի երկայնքով շարժվելով դեպի աջ: Նկարի վրա ցույց է տրվում դիսսեկցիայի հարթությունը մինչև վիրահատական երրորդ փուլին անցնելը:

Փուլ 4. *Աջ ստամոքս-ճարպոնային զարկերակի կապումն ու հատումը*

Տասներկումատնյա աղու ուղղությամբ ենթաստամոքսային գեղձի առաջային կապսուլայի հատումից հետո, վզիկի առաջային մակերեսին հայտնաբերվում է ստամոքս-տասներկումատնյաաղիքային զարկերակը: Հետևելով այս զարկերակին պոչայինուղղությամբ, ապա կարելի է գտնել նրա սկիզբը: Կապելուց ու հատելուց հետո, գլխամասային ուղղությամբ մինչև ընդհանուր լյարդային զարկերակի երկատումըուշատրություն է դարձվում ստամոքս-ենթաստամոքսային զարերակին:

Փուլ 5. *Փոքր ճարպոնի հատումը*

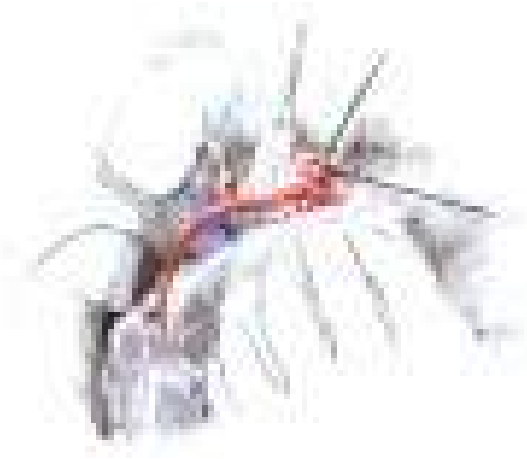
Փոքր ճարպոնը հատվում է լյարդի ձախ բլթի մոտ, լյարդ-տասներկումատնյա կապանի ձախ եզրից սկսած դեպի կերակրափող:

Փուլ 6. *Աջ ստամոքսային զարկերակի հատումը*

Փոքր ճարպոնիհատումը սկսվում է լյարդ-տասներկումատնյաաղիքային կապանում ընդհանուր լեղածորանի աջ եզրից մինչև տասներկումատնյա աղի: Սուպրադուոդենալ անոթների կապումից հետո, կապանում հեշտությամբ հայտնաբերվում է աջ ստամոքսային զարկերակը: Այս կտրվածքով մերկացված հյուսվածքները անջատվում են մինչև լյարդի սեփական զարկերակ, որը բոլոր կողմերից առանձնացվում է դեպի ձախ: Ստամոքս-տասերկումատնյաաղիքային զարկերակը դիտարկվում է մինչև լյարդի սեփական զարկերակի հետ միացումը: Վերջինս մերկացվում է մինչև նրանից աջ ստամոքսային զարկերակի անջատումը և վերջինս կապվում է: Լյարդ-տասներկումատնյաաղիքային կապանի դիսսեկցիան դեպի ձախ պետք է անցնի լյարդի սեփական զարկերակից ավելի խորը բերելով դռներակի ձախ կողմի ավշագեղձերի հեռացմանը:

Փուլ 7. *Սուպրապանկրեատիկ ավշագեղձերի դիսեկցիան*

Եթնաստամոքսային գեղձի վերին եզրի երկայնքով ճարպոնային բջջանքը պարունակում է մեծ թվով ավշագեղձեր: Այն անջատվում է ենթաստամոքսային գեղձից, ինչպես նաև լյարդային, փայծաղային զարկերակներից ու ընդերային ցողունից: Այս զարկերակները պատված են նյարդային թելիկների խիտ ցանցով, որոնք պետք է պահպանվեն, եթե մոտակայքում չեն հայտնաբերվում մետաստատիկ ախտահարված ավշային գեղձեր: Ձախ ստամոքսային երակը մերկացվում է, կապվում ու հատվում: 30-40% հիվանդների մոտ ձախ ստամոքսային երակը պոչային ուղղությամբ, մինչ փայծաղային երակին միանալը, հատվում է ընդհանուր լյարդային կամ փայծաղային զարկերակների սկզբնամասում: Այն առավել հաճախ ընթանում է լյարդային զարկերակի հետևով, թեք ուղղությամբ՝ թափվելով փայծաղային երակ վերջինիս դռներակի հետ միացման տեղում:



Փուլ 8. *Ընդերային ցողունի շրջակա դիսեկցիան և ձախ ստամոքսային զարկերակի հատումը*

Ընդերային ցողունը պատված է համանուն նյարդային հյուսակով: Ընդերային ցողունի ու ձախ ստամոքսային զարկերակի նույնականացման նպատակով, այս կառուցվածքները առանձնացվում են շրջապատող հյուսվածքներից: Ձախ ստամոքսային զարկերակի կապումն ու հատումը իրականացվում է նրա անջատման տեղում:

Փուլ 9. *Ենթաստամոքսային գեղձի պոչի ու փայծաղի տեղայնացում*

Փայծաղային զարկերակի և փայծաղի դրունքի ավշային հանգույցների դիսսեկցիայի համար, հետորովայնամզային տարածությունից տեղայնացվում են գեղձի մարմինը/պոչը և փայծաղը՝ սկսած նրա ստորին եզրից շարժվելով դեպի վեր, անցնելով պոչի ու փայծաղի վրա: Փայծաղի լրիվ տեղայնացումից հետո, նրանից կողմնային հատվում են հետորովայնամզային հյուսվածքները: Այժմ ենթաստամոքսային գեղձի պոչն ու մարմինը լրիվ տեղայնացված են ենթաստամոքսային գեղձի պոչի շուրջը գտնվող ավշային հանգույցների մանրակրկիտ դիսսկեիցայի համար:

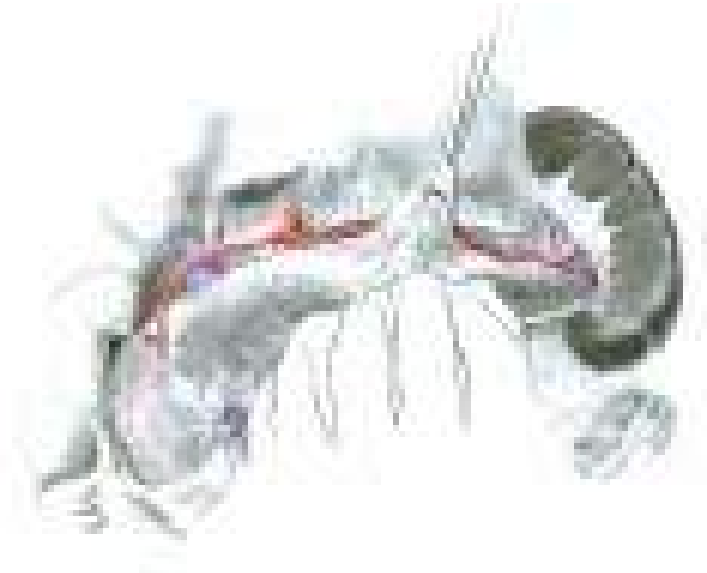
Փուլ 10. *Փայծաղային զարկերակի հատումը*

Փայծաղի զարկերակը Sasako-ի մոդիֆիկացիայում ևս հատվում է իր հիմքի մոտ, սակայն ի տարբերություն Maruyama-ի՝ վիրահատության այդ տարբերակը կատարվում է պանկրեատիկ զարկերակի ցողունի անջատման տեղից ավելի դիստալ: Որոշ դեպքերում հնարավոր է լինում պահպանել դեպի գեղձի պոչ գնացող զարկերակը:

Փուլ 11. *Ավշային հանգույցների դիսսեկցիան*

փայծաղային զարկերակի երկայնքով

Փայծաղային զարկերակի շուրջը գտնվող հյուսվածքների դիստալ հատվածը հեռացվում է դիմացից դեպի հետ: Երակային կանգի կանխարգելման համար փայծաղային երակը պետք է հատվի հնարավորինս դիստալ: Եթե հայտնաբերվում է ենթաստամոքսային գեղձի պոչի երակը՝այն պահպանվում է:



Հետվիրահատական հետազոտություններն ու բարդությունները

Նկարագրված են « Ստանդարտ ավշահատմամբ գաստրէկտոմիա » գլխում:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- Պետք է խուսափել տասներկումատնյա աղու հետպիլորիկ հատվածի հատումից ենթաստամոքսային կապսուլային շատ մոտ, քանի որ այն կդժվարացնի խորասուզող կարեր դնել աղու ծայրատի վրա:
- հետվիրահատական պանկրեատիտի կանխարգելման համար անհրաժեշտ է սեփական լյարդային ու փայծաղային զարկերակների մանրակրկիտ դիսսեկցիա:

ՏՐԱՆՍՀԻԱՏԱԼ ԷԶՈՖԱԳՈԳԱՍՏՐԷԿՏՈՄԻԱ

Ներածություն

Հաշվի առնելով կերկրափող-ստամոքսային անցման ադենակարցինոմաների ախտածագումնաբանությանև բուժման առանձնահատկությունները նրանց դասակարգում են՝

- կերակրափողի դիստալ հատվածի ադենոկարցինոմաների /I տեսակ/,
- կարդիայի իրական կարցինոմաների /II տեսակ/ և
- սուբկարդիալ կարցինոմաների /III տեսակ/:

Պոտենցիալ մասնահատելի,իսկականկարդիալ կարցինոմաներով հիվանդների մոտ, կարելի է կատարել գաստրէկտոմիա կերակրափողի դիստալ հատվածի միասնական բլոկով տրանսհիատալ մասնահատումով, ստորին հետին միջնորմի ու որովայնի խոռոչի վերին հարկի ավշային կոլլեկտորների հետ միասին:

Ցուցումնեն ու հակացուցումները

Ցուցումներ՝

- կերակրափողի դիստալ հատվածի քաղցկեղ, անցումով ստամոքսի պրոքսիմալ հատված,
- տեղային տարածված կարդիայի քաղցկեղ,
- ստամոքսի պրոքսիմալ քաղցկեղ, կերակրափողի դիստալ հատվածի ինֆիլտրացիայով,
- կերակրափողի դիստալ քաղցկեղ, ստամոքսի սուբտոտալ մասնահատումից հետո,
- կերակրափողի միջին կամ վերին երրորդականի քաղցկեղ, ստամոքսի սուբտոտալ մասնահատումից հետո /աբդոմինո-թորակալ էզոֆագոգաստրէկտոմիա պարանոցային կամ բարձր ներկրծքային բերանակցումով/,
- հիմք խմելուց հետո /հիմնային այրվածքներ/

Հակացուցումներ՝

- տասներկումատնյա աղու խոցի սրացում,
- ծանր կամ դեկոմպենսացված սիրտ-թոքային անբավարարություն:

Նախավիրահատական հետազոտում և պատրաստում վիրահատությանը

Ներվիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ կլինիկական ու լաբորատոր հետազոտություններից կարևորվում են ուղեկցող հիվանդությունների հայտնաբերումն ու խոցային անամնեզի առկայությունը, լարդային ու երիկամային փորձերը, ալբումինի մակարդակը պլազմայում, մակարդելիության համակարգի ցուցանիշները:
- ✓ գործիքային հետազոտություններից կիրառվում են՝ ԷԳԴՍ-ն՝ բիոպսիոն նյութի հյուսվածաբանական ուսումնասիրմամբ, ինչպես նաև լրիվ կոլոնոսկոպիան՝ տեղաշարժվող խթաղու հատվածում դիվերտիկուլների կամ երկրորդային ախտահարումների բացառման համար: էխոԿԳ, անհրաժեշտության դեպքում՝ էրգոմետրիա և այլ կարդիոլոգիական հետազոտություններ:
- ✓ թոքերի ֆունկցիայի և արյան գազերի հետազոտություն:
- ✓ ճառագայթային ախտորոշման եղանակներից՝ որովայնի խոռոչի օրգանների և կրծքավանդակի ՀՇ, որովայնի խոռոչի օրգանների ԳՋՀ, կերակրափողի ԷՍԳ:

Հիվանդների պատրաստում `աղիների լրիվ օրտոգրադ պատարստում:

Հիվանդի դիրքը` մեջքի վրա, հիպերլորդոզով:

Մուտքը` վերին լայնաձիգ կտրվածք, միջին գծով T-ա ձև հավելումով կամ վերին միջային որովայնահատում: Կողաղեղը բարձրացնելու համար տեղադրվում է լայնիչ:

Վիրահատություն

Փուլ 1. ***Որովայնահատում***

Տես «Կերակրափողի սուբտոտալ մասնահատում, տրանսհիատալ մուտք» գլխում:

Փուլ 2. ***Էքսպոզիցիա***

Լյարդի ձախ բլթի մոբիլիզացիայից ու լյարդի մոտ փոքր ճարպոնի դիսսեկցիայից հետո, մեծ ճարպոնը անջատվում է միջաձիգ հաստ աղուց: Ավշահատումը սկսվում է աջ ստամոքս-ճարպոնային անոթների հիմքից:

Աջ ստամոքս-ճարպոնային անոթների վրա բացվում է որովայնամիզը, որից հետո նրանք հատվում են ենթաստամոքսային գեղձին հնարավորինս մոտ, չվնասելով օրգանի պատյանը:

Փուլ 3. ***Տասներկումատնյա աղու հատում***

Իրականացվում է շրջապատող ավշահանգույցների դիսսեկցիա, որոնց տեսանելիության լավացման համար ստամքոսը տեղաշարժվում է վերևև վենտրալ ուղղությամբ: Հետագա միասնական բլոկով մասնահատման հեշտացման համար ենթաստամոքսային գեղձի վերին եզրով տեղակայված հանգույցները անջատվում են տասներկումատնյա աղու ուղղությամբ: Անհրաժեշտ է խուսափել տասներկումատնյա աղու սերոզ թաղանթի ու ենթաստմոքսային գեղձի պատյանի վնասումից:

Իրականացվում է ավշահատում լյարդ-տասերկումատնյա կապանում: Դեպի ստամոքս անջատվում են աջ ստամոքսային զարկերակի սկզբնամասի շրջակայքի ավշային գեղձերը: Որից հետո աջ ստամոքսային զարկերակը հիմքի մոտ կապվում է ու հատվում: Ստամոքս-

տասներկումատնյա աղի անցման շուրջը գտնվող ամբողջ ճարպային բջջանքի դիսսկեիցայից հետո տասներկումատնյա աղին նախադռնից 1-2 սմ դիստալ հատվում է գծային կարող սարքով: Մեխանիկական կարի գիծը հավելյալ փակվում է հանգուցակարերով:

Փուլ 4. Ավշահատման ավարտը

Ստամոքսի դիստալ հատվածի վեր ձգման ժամանակ, բացվում է ենթաստամոքսային գեղձի վերին եզրը: Լյարդ-տասներկումատնյա կապանից ավշահատումը ընդհանուր լյարդային զարկերակի երկյանքով շարունակվում է մինչև ընդերային ցողուն: Իրականացվում է նաև փայծաղային զարկերակի, ընդերային ցողունի շրջակայքի և հարաորտալ տարածքի ավշահատում:

Փուլ 5. Ստամոքսի տեղայնացում

Ձախ ստամոքս-ճարպանոային զարկեակի ու կարճ ստամոքսային զարկերակների անջատման տեղի որոշման համար ստամոքսը ձգվում է դեպի որովայնի խոռոչի վերին աջ քառորդակ: Այս անոթները բռնիչների միջև հատվում են ու կապվում: Ստամոքսի մեծ կորության տեղայնացումը իրականացվում է մինչև կերակրափող-ստամոքսային անցում: Այս փուլում էլեկտրադանակով հատվում է նաև ստոծանի-ստամոքսային կապանը:

Փուլ 6. Կերակրափողի տրանսհիատալ մասնահատում

Տես՝ «Կերակրափողի սուբորտալ մասնահատում, տրանսհիատալ մուտք» գլխում:

Փուլ 7. Խթաղու փայծաղային անկյան տեղայնացում

Վերջապես գլխամասային ուղղությամբ տեղայնացվում է որովայնամզի ձախ կողմանային ծալքը: Խթաղի-փայծաղային ու ստոծանի-փայծաղային կապանները կապվում են ու հատվում: Այս կերպ տեղայնացվում է խթաղու ամբողջ փայծաղային անկյունը:

Փուլ 8. *Սիգմայածև աղու տեղայնացում*

Սիգմայածև աղու տեղայնացումը հեշտանում է նրա ձգմամբ միջային ու գլխամասային ուղղությամբ, առավել ցայտուն դարձնելով աղիքի ու հետորովայնամզային տարածության միջև էմբրիոնալ կպումները: Հետագա դիսսեկցիան տարվում է սիգմայածև աղու ճարպային բջջանքի ու հետորովայնամզային տարածության միջև /հիշեք ձախ միզածորանի ու գոնադային անոթների մասին/:

Փուլ 9. *Աղիքային սեգմենտի անհրաժեշտ երկարության որոշումը*

Ընտրվում է ներդիրի համար պիտանի խթաղու սեգմենտ: Անհրաժեշտ երկարությունը որոշվում է հետևյալ եղանակով՝ խթաղին բարձրացվում է որովայնի պատից վեր և թելի օգնությամբ, որը ֆիքսվում է խթաղու միջընդերային առավել խոշոր անոթի հիմքին, չափվում է մինչև ստորին ծնոտի անկյուն տարածությունը: Հետո թելի երկարությունը տեղափոխվում է աղիքի վրա և որոշվում մասնահատման մակարդակը:

Փուլ 9. /շարունակություն/

Միջաձիգ խթաղու աջ անկյան մասնահատումը միջին ու աջ խթաղիքային զարկերակների միջև իրականացվում է հարաղիքային անոթայինաղեղների պահպանումով: Որից հետո պետք է ձգտել խթաղու սեգմենտի առավելագույն տեղայնացման: Կերակրափողի վերին երրորդականի քաղցկեղի ժամանակ, երբ կա ֆարինգոկոլոստոմիայի (կոկորդ-հաստաղիքային բերանակցում) իրականացման անհրաժեշտություն, պահանջվում է բավականին երկար խթաղու սեգմենտ: Այդ իսկ պատճառով օգտագործվում է սիգմայաձև աղու հատվածը կապելով առաջին /հնարավոր է և երկրորդ/ սիգմայաձև զարկերակները՝ ստորին միջընդերային զարկերակի մոտ: Անոթների դիսսեկցիայից առաջ նրանք սեղմվում են, որպեսզի համոզված լինենք համարժեք արյան մատակարարման վերաբերյալ: Սեգմենտի լավ արյան մատակարարման համար միջին ու աջ խթաղիքային զարեկրակների միջև անոթային աղեղը անհրաժեշտ է պահպանել:

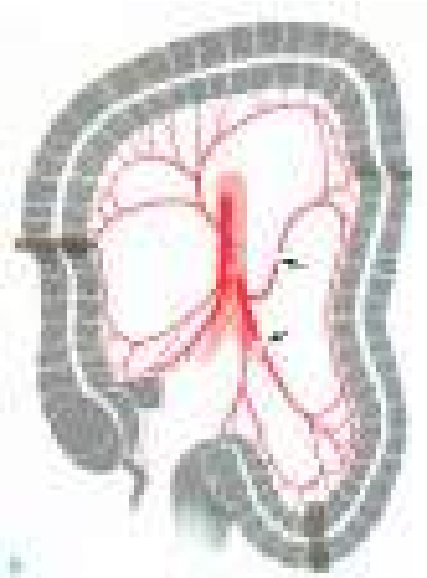
Խթաղու ձախ հատվածի սեգմենտների օգագործման առավելություններն են՝

- կանխատեսված ձախ կեսի մեծ երկարությունն ու փոքր տրամագիծը,

- արյան համարժեք մատակարարումը, շնորհիվ զարկերակների մեծ տրամագծի, ի տարբերություն աջ կեսի աղեղնաձև տիպի արյան մատակարարման:

- ոչ իզոպերիստալտիկ հաստ աղու սեգմենտի օգտագործումը կլինիկական նշանակություն չունի, քանի որ սննդի շարժը ընթանում է գրավիտացիայի ազդեցության տակ:

Բոլոր դեպքերում խթաղու ձախ կեսի օգտագործման հիմնական առավելությունը ավելի երկար աղիքային սեգմենտ ստանալու հնարավորությունն է:

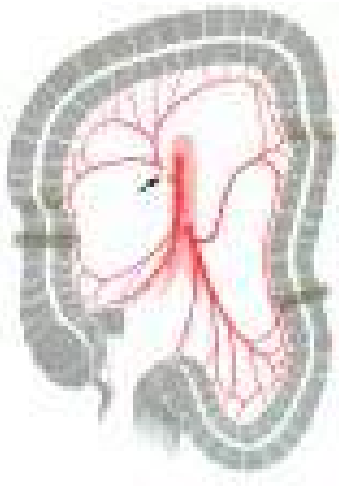


Փուլ 10. Ստանդարտ վիրահատություն, իզոպերիստալտիկ վերակառուցում

Միջին խթաղիքային զարկերակից արյան ոչ բավարար մատակարարման դեպքերում, արյան շրջանառությունը, Ռիոլանի աղեղի համապատասխան երկարության պայմաններում, ապահովվում է ձախ խթաղիքային զարկերակի միջոցով:

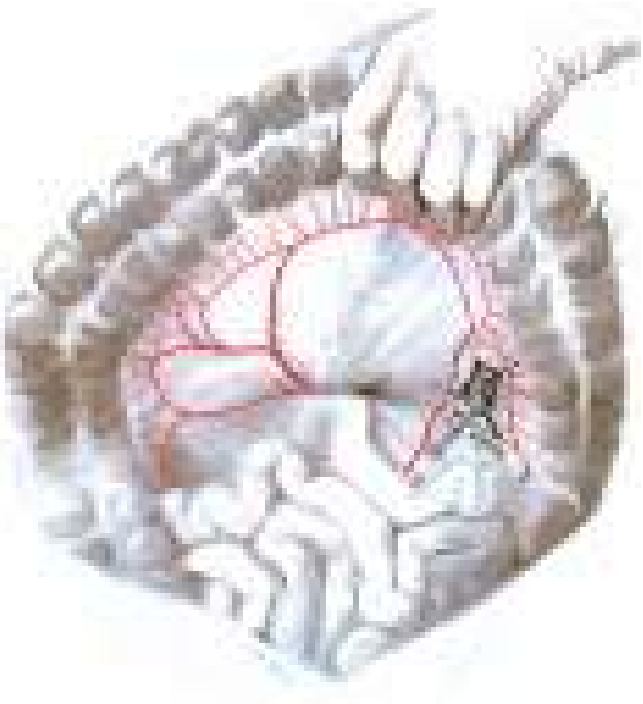
Այս եղանակը ապահովում է իզոպերիստալտիկ վերակառուցում /ստանդարտ վիրահատություն/: Անհրաժեշտ է պահպանել ձախ խթաղիքային անոթները և պատրաստումը իրականացվում է շատ ուշադիր, աղիքի պատին մոտ, միշտ հատելով վայրէջ հաստ աղին կարող գործիքով՝ առանց նրա ընդլայնված դիսկեցիայի: Աջ ու միջին խթաղիքային անոթները առանձնացվում են իրենց հիմքի մոտ: Խթաղու լրիվ տեղայնացումից հետո խորհուրդ է տրվում իրականացնել կանխարգելիչ ապենդէկտոմիա:

Հակապերիստալտիկ խթաղիքային ներդիրը ձախ խթաղիքային զարկերակի վրա, կարող է իրականացվել, երբ Ռիոլանի աղեղը բացակայում է կամ նրանց ցանցը, նախորդած վիրահատական միջամտության հետևանքով, անբավարար է:



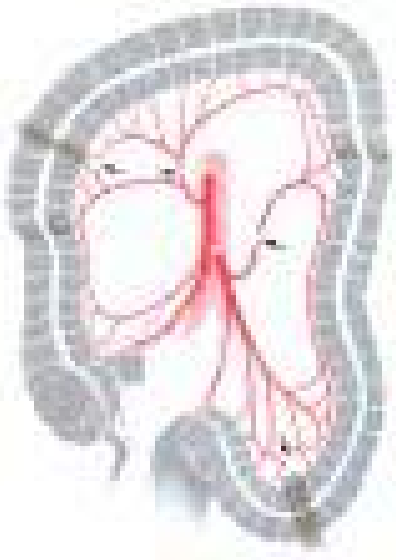
Փուլ 11. Հակապերիստալտիկ վերակառուցում /ոչ ստանդարտ/

Խթաղու հակապերիստալտիկ /ոչ ստանդարտ/ սեգմենտի պատարստումը սկսվում է աղիքից բավարար հեռավորության վրա որովայնամզի հատումով և աղու միջընդերքի հետևողական տեղայնացումով՝ պահպանելով աղուն մոտ գտնվող աղեղները և միջին ու ձախ խթաղիքային անոթները: Ձախ խթաղիքային ու սիգմայաձև զարկերակների միջոցով Ռիոլանի ուղիով արյան մատակարարման համարժեքության որոշման համար, աղու պլանավորվող մասնահատման պրոեկցիայով ժամանակավոր դրվում են անոթային սեղմիչներ: Եթե 3 րոպե անց իշեմիա չի առաջանում, աղին կարելի է օգագործել որպես ներդիր:



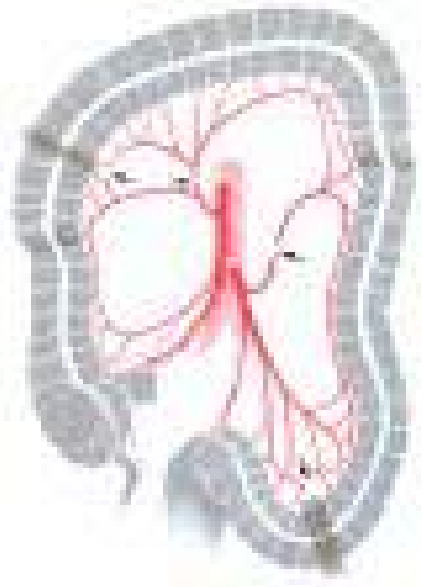
Փուլ 12. *Ոչ համարժեք արյան մատակարարում*

Ձախ ու միջին խթաղիքային զարեկրակների կողմից ոչ համարժեք արյան մատակարարման դեպքում, հնարավոր է խթաղու իզոպերիստալտիկ սեգմենտի վերակառուցում, ապահովելով արյան մատակարարումը սիգմայաձև զարկերակով:



Փուլ 13. *Ոչ համարեժք արյան մատակարարում*

Հազվագյուտ դեպքերում ձախ խթաղու զարկերակի ու առաջին սիգմայածև աղու միջև բերանակցումը բացակայում է: Նման պարագայում, այս երկու արյան մատակարարման գոտիների միջև, որպես բերանակցում կարող է օգտագործվել ստորին միջընդերային զարկեակի հիմնական բունը: Դա հնարավոր է միայն, երբ սիգմայածև աղու դիստալ սեգմենտը, միջին ու ստորին ուղիղ աղիքային զարկերակներով, ունի արյան համարժեք մատակարարում: Արյան մատակարարման համարժեքությունը ստուգվում է անոթների ժամանակավոր սեղմումով:

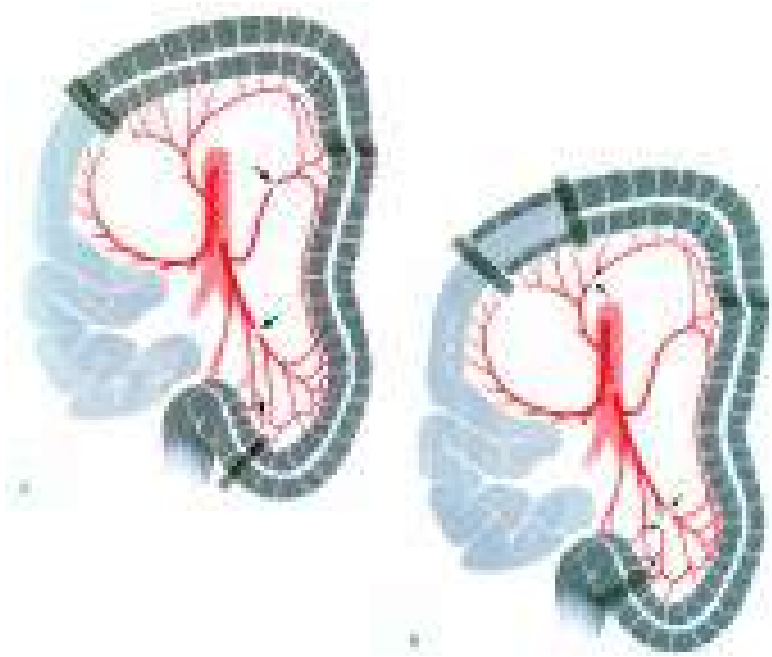


Փուլ 14. *Հազվագյուտ իրավիճակներ*

Հակապերիստալտիկ վերակառուցումը հնարավոր է նույնիսկ աջ հեմիկոլէկտոմիայից հետո, եթե առաջին վիրահատության ժամանակ միջին խթաղիքային զարկերակը պահպանվել է: Առանձնացվում են ձախ խթաղիքային ու առաջին սիգամայածև զարկերակները: Ներդիրի արյան մատակարարումը իրականացվում է միջին խթաղիքային զարկերակով: Վերակառուցումը զստա-սիգմոստոմայի միջոցով:

Որպես տարբերակ, միջին խթաղիքային զարկերակի հատմամբ նախորդած աջակողմյան հեմիկոլէկտոմիայից հետո, ներդիրը կարող է ձևավորվել խթաղու ձախ կեսից: Որպեսզի ստացվի բավարար երկարության սեգմենտ, պահանջվում է հատել ամբողջ սիգմայաձև աղին:

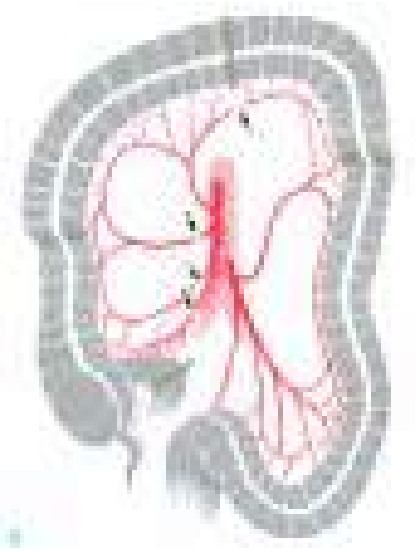
Եթե խթաղու ձախ կեսը հնարավոր չէ օգտագործել ներդիրի համար, ապա տրանսպլանտատը ստեղծվում է խթաղու աջ կեսից:



Փուլ 14. /շարունակություն/

Ցուցադրվում է խթաղու աջ կեսից ու զստաղու տերմինալ հատվածից ստեղծված իզոպերիստալտիկ խթաղիքային նեդիրի ստեղծման սխեման, միջին խթաղիքային զարկերակից մատակարարվող արյամբ:

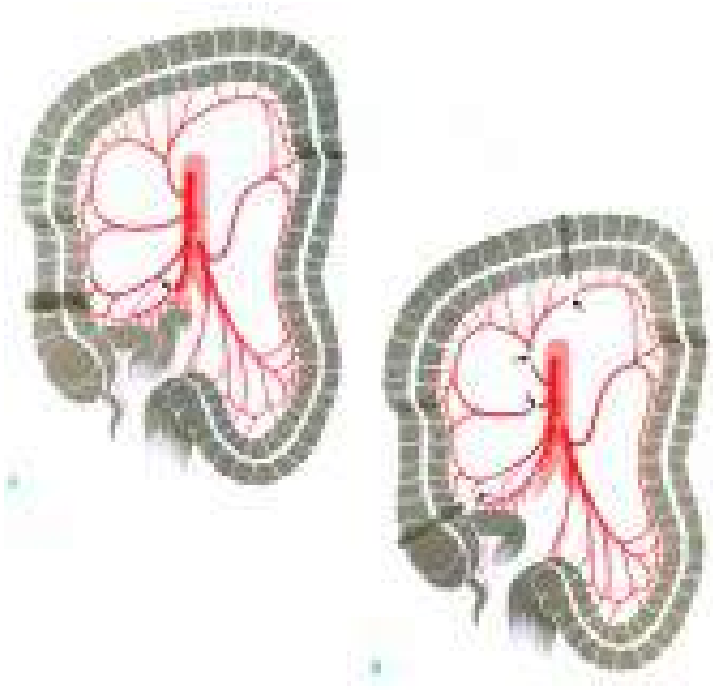
Սակայն ներդիրների համար հաստ աղու աջ կեսի օգտագործումը կապված է հաճախակի բարդությունների հետ, որոնք բերում են անբավարար ֆունկցիոնալ արդյունքների:



Փուլ 15. Արյան մատակարարումը զստա-խթաղիքային զարկերակից

Խթաղու աջ կեսի համարժեք երկարությունը թույլ է տալիս ձևավորել իզոպերիստալտիկ ներդիր առանց նրա մեջ ներառելով զստաղու տերմինալ հատվածը: Այս եղանակի կիրառումը ունի մի քանի առավելություններ:

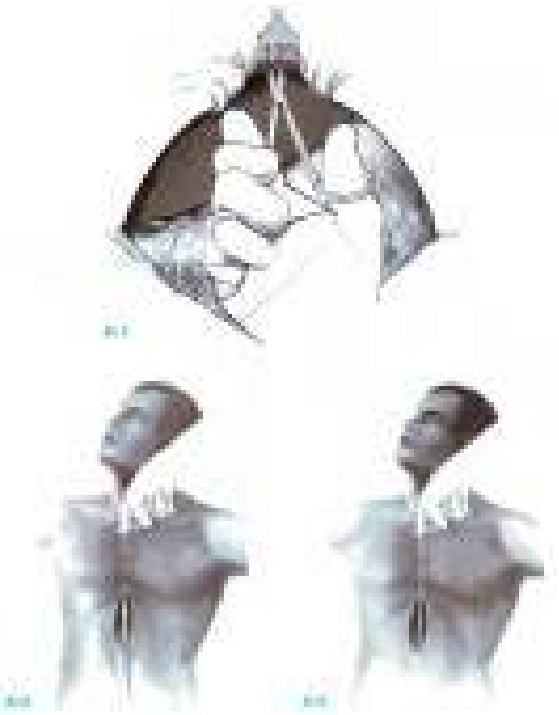
- բացառում է ներդիրի մեջ զստաղու տերմինալ հատվածի ներառումը, որը հակված է մեռուկացման,
- բացառվում է իլեո-ցեկալ սեգմենտը, որը բերում է ոչ բավարար ֆունկցիոնալ արդյունքների:



Փուլ 16. *Թունելի պատարստումը կրծոսկրի հետևում*

Թրանման ելունը տեղաշարժվում է վենտրալ ուղղությամբ և սուր լայնիչներով և ստեղծվում է բութ մուտք դեպի հետկրծոսկրային խոռոչ, մկրատի <u>բրանշների</u> տարածման ճանապարհով:

Հետկրծոսկրային տարածության բացումից հետո ատրավմատիկ սեղմիչով ստեղծվում է հետկրծոսկրային թունել: Կրծոսկրից ներկրծքային փակեղի անջատման ժամանակ անհրաժեշտ է իրականացնել կրծոսկրի մշտական տրակցիա /վերձգում/: Կերակրափողի պարանոցային հատվածի առանձնացման համար իրականացվում է երկայնկի կտրվածք ձախ կրծոսկր-անրակա-պտկային մկանի առաջային եզրով: Հետկրծոսկրային թելերի բութ դիսսեկցիան սովորաբար բերում է միջնորմային պլևրայի պատռման:

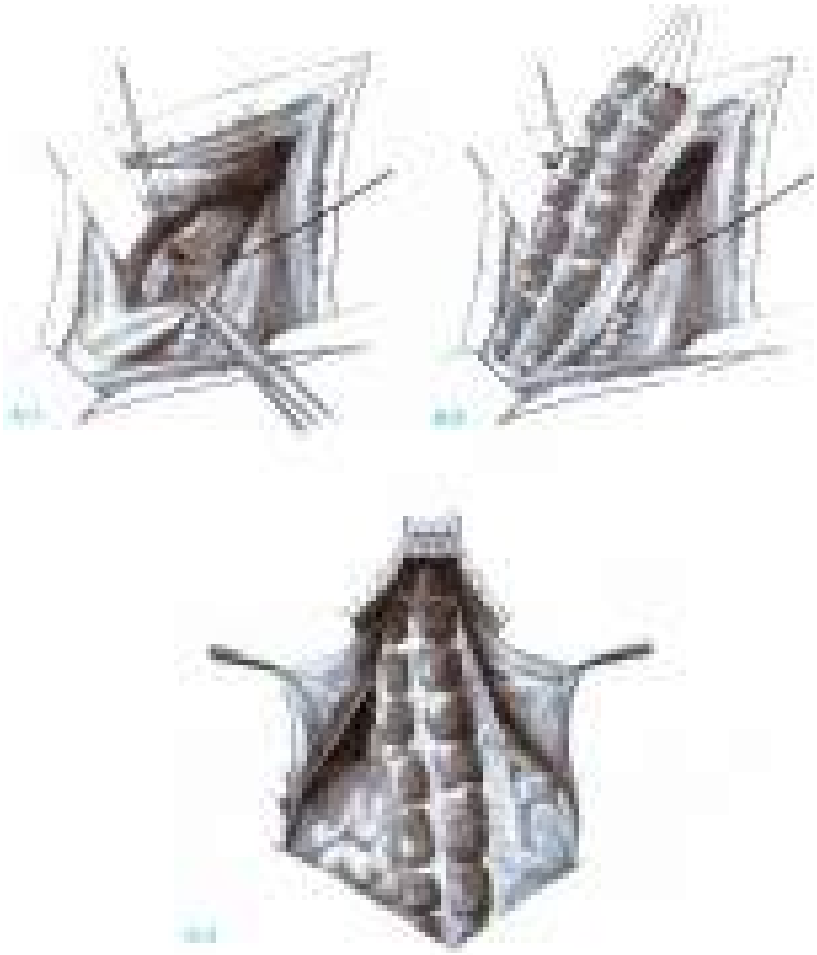


Փուլ 17. Հետկրծոսկրային թունելի պատրաստման ավարտը

Կրծոսկրի կոպիտ կպումները, սուր միջոցով՝ մկրատով, պետք է անջատվեն: Հետկրծոսկրային փակեղը պինդ հպված է կրծոսկրի մարմնի ու կոթի շրջանում: Ավելին այս շրջանում վիսցերալ ու պարիետալ պլևրան պինդ հպված են իրար: Ինչի պատճառով անջատումը անհրաժեշտ է իրականացնել քայլ առ քայլ և զգուշությամբ, օգատգործելով վիրաբույժի մատի հսկողության տակ անցկացված երկար ատրավմատիկ սեղմիչ:

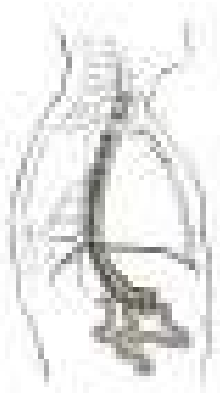
Փուլ 18. *Անցկացման ընթացքը*

Հետկրծոսկային վերակառուցման ժամանակ աղիքային գալարի անցկացման համար կարելի է օգտագործել դրենաժային խողովակին ֆիքսված երկար ամուր թել: Թելը կապվում է խթաղիքաին ներդիրի բերանային եզրին: Հաստ աղին մշտական զգույշ ձգմամբ անցկացվում է հետկրծոսկրային թունելով մինչև պարանոցային կտրվածք: Այս ընթացքում կրծոսկրը, սուր ռետրակտորով, ձգվում է դեպի վեր:



Փուլ 19. *Հետին միջնորմ*

Ներդիրը, հեռացված կերակրափողի ծոցով, անցկացվում է հետին միջնորմ: Այս ճանապարհը, գրավիչ է իր կարճությամբ և ավելի նախընտրելի, համեմատած հետ-կրծոսկրային կամ առաջ-կրծոսկրային ուղիների հետ: Բացի այդ, այս ճանապարհը հաստ աղուն զերծ է պահում ծռվածությունից, բերելով առավել լավ ֆունկցիոնալ արդյունքների: Վերջապես հաստ աղու անցկացումը այս ուղիով նպաստում է վիրահատական դաշտի հեմոստազին:



Փուլ 20. *”Ծայրը-կողքին” բերանակցում*

Հնարավորության դեպքում, պետք է իրականացվի “ծայրը-կողքին” բերանակցում, երկշարք եղանակով: Այն դեպքերում, երբ լուսանցքների տրամագծերը չեն համընկնում, “ծայրը-կողքին” բերանակցումը իրականացվում է հանգուցակարերով:

Փուլ 21. *«Կողք- կողք» բերանացկում*

Հաստաղիքային ներդիրների համար բերանակցման այլընտրանքային տեխնիկա է հանդիսանում գծային կարող գործիքով իրականացվող ”կողքը-կողքին” կերակրափող-խթաղիքային բերանակցումը:

Փուլ 22. *Աղիքի վերակառուցումը*

Ստամոքս-աղիքային խողովակի աընդհատության վերականգնումը իրականացվում է վեյրէջ հաստ-բարակ աղիքային բերանակցման և բարակ-բարակ հաստ աղիքային բերանակցման միջոցով:

Վերակառուցումը ավարտվում է կույրաղի-սիգմայաձև աղի բերանակցման ձևավորմամբ: Միջընդերքի անցքերը պետք է փակվեն:

Ներածություն

Այս վիրահատության մասին առաջին անգամ տվյալներ են ստացվել 1980թ.: Վիրահատության մշակման ընթացքում օգատգործվել են փոխառնված մտքեր տրանսհիատալ մուտքով ուռուցքների դիսսեկցիայից, որոնք տեղակայված են ավելի վերև՝ պարանոցակրծքային հատվածում տեղակայված կերակրափողի կամ կրծքային կերակրափողի միջին երրորդականում: Այս վիրահատությունը թույլ է տալիս խուսափել առանց կուրորեն իրականացվող բութ դիսսեկցիայից, որը նպաստում է միջընդերքի կառուցվածքների յատրոգեն վնասմանը: Սակայն ներկայումս ավելի շատ ու շատ վիրաբույժներ նախընտրում են կերակրափողի տրանսհիատալ մասնահատումը, նրա տեխնիկական պարզության և բարենպաստ ելքի համար:

Ցուցումներն ու հակացուցումները

Ցուցումները՝

- կերակրափողի միջին ու վերին երրորդականի քաղցկեղ, ստամոքսի սուբտոտալ մասնահատումից հետո:

Հակացուցումմներ՝

Տես “Տրանսհիատալ էզոֆագէկտոմիա” գլուխում:

Նախավիրահատական հետազոտում / պատրաստում վիրահատությունը

Տես “Տրանսհիատալ էզոֆագէկտոմիա” գլուխում:

Մուտքը՝տես **“**Կերակրափողի սուբտուրալ մասնահատում միասնական բլոկով աբդոմինո-թորակալ մուտք” գլխում

Վիրահատություն

Փուլ 1. *Որովայնի խոռոչի էքսպոզիցիա*

Վիրահատությունը սկսվում է վերին միջային որովայնահատումով, ստուգվում են որովայնի խոռոչի օրգաններն ու ստոծանին: Վերջինիս հատումից ու հետին միջնորմ մուտք ստանալուց հետո, կերակրափողի դիսսեկցիան իրականացվում է նույն կերպով, ինչպես և նախորդ դեպքում, թույլ տալով տեսանելի դարձնել մինչև շնչափողի երկատումընկած տարածքը:

Փուլ 2. *Առաջային թորակոտոմիա աջից*

Որից հետո կատարվում է աջակողմյան թորակոտոմիա, հնարավորության դեպքում առանց թիակի մասնահատման: Կրծքավանդակի զգալի ռիգիդության դեպքում հեռացվում է առաջային կողաղեղը մինչև կողմնային երակ, իսկ եթե դա էլ բավարար չէ՝ առաջային թորակոտոմիայով մասնահատվում է այդ կողի մնացած հետին աղեղը:

Փուլ 3. *Կերակրափողի դիսսեկցիան ու ավշահատումը միջնորմում*

Կերակրափողը ծածկող իպսիլատերալ միջնորմային պլևրան հատվում է առաջային թորակոտոմիայով: Հատվում է կենտ երակի աղեղը, թույլ տալով առանձնացնել կերակրափողի պարանոց-կրծքային հատվածը: Բացի միջնորմային ավշահատումից, նման կտրվածքը օգտագործվում է միջկողային երակների դիսսեկցիայի ժամանակ: Կենտ երակի բունը կապվում է ստոծանուց վեր և ավշահատման ժամանակ հատվում է նրա հետ կապված կրծքային ծորանը:

Մոտեցումը դեպի կերակրափող հեշտացնելու նպատակով, պարանոցային հատվածում կերակրափողի դիսսեկցիայի ժամանակ, կարելի է օգտագործել տրախեո-բրոնխիալ ինտուբացիա Կառլենսի խողովակով՝փակելով աջ բրոնխը:

Փուլ 4. *Բերանակցման իրականացումը պարանոցի վրա*

Տես՝ “Կերակրափողի տրանսհիատալ մասնահատում’ գլխում:

Փուլ 5. *Բարձր ներկրծքային էզոֆագոկոլոստոմիայա*

Տես՝ “Կերակրափողի որովայնային մասնահատում միասնական բլոկով, բարձր ներկրծքային բերանակցմամբ’ գլխում:

Ստանդարտ հետվիրահատական հետազոտություններ

Տես ‘Կերկարափողի սուբտոտալ մասնահատում, տրանսհիատալ մուտք” գլխում:

Հետվիրահատական բարդություններ

Վաղ հետվիրահատական շրջան՝

- թոքային ինֆեկցիա,
- սեպտիկ բարդություններ, ենթաստոծանիական կամ ներորովայնային թարախակույտ, պարանոցի վերքի ինֆեկցիա,
- բերանակցման անբավարարություն,
- ինտերպոնատի (ներդիրի) մեռուկացում,
- էնտերոթորաքս:

Ուշ հետվիրահատական շրջան՝

- պարանոցային էզոֆագո-կամ ֆարինգոկոլոստոմայի սպիական նեղացում, առավել հաճախ բերանակցման անբավարարության պատճառով,
- նեդիրի ծալում,
- ենթամաշկային տրանսպլանտատի մեխանիկական տրավմա, որը պահանջում է վիրահատական միջամտություն,
- շարժողական խանգարումներ:

Հմուտ վիրաբույժի խորհուրդները

- Ստենոզի բուժման ժամանակ օգտագործեք բուժավորում կամ բալոնային լայնացում: Վիրաբուժական միջամտությունը լինում է ցուցված խիստ հազվադեպ:
- Ներդիրի մեռուկացման պատճառներն են՝ ծալման հետևանքով արյան մատակարարման խանգարումը կամ հիմնական անոթների սեղմումը, հիպովոլեմիան,

հիպերկոագուլյացիան: Մեռուկացումից կարելի է խուսափել բացառելով երկար հաստաղիքային սեգմենտի ձգվածությունը: Հետվիրահատական շրջանում անհրաժեշտ է հեմոդինամիկ ու ռեոլոգիական ցուցանիշների շտկում:

- Նեդիրի ծալվելը հանդիսանում է խիստ հազվադեպ, բայց վտանգավոր բարդություն կապված ստամոքսաղիքային անցանելիության խախտման հետ, ինչը պահանջում է վիրաբուժական միջամտություն՝ տրանսպլանտատի կարճացում:

- էնտերոթորաքսի բացառման համար պահանջվում է ֆրենոտոմիա:

ԴԱՍՏՈՒՆՏԵՐՈՍՏՈՄԻ

Ցուցումներըուհակացուցումներ.

Ցուցումներ՝

- ստամոքսաղիքայինտրակտիհիվանդություններ,
- անհանգստանալությանժամանակավորթերևացում,
- վագոտոմիայիցհետոստամոքսնդաստրիտներ, եթեպիլորոպլաստիկանհնարէ

Հակացուցումներ՝

- ավելդիստալտեղակայվածխցանումներ,
- ծանրհիպոալբումինեմիա,
- հեռավորմետաստազներևսպասվողկյանքիտևողություն,
- ծանրուղեկցողհիվանդություններ:

Այլընտրանքայինգործողություններ՝ Ելք-ալիքայինդրենավորում, պարբերաբար սնուցում:

Նախավիրահատականհետազոտում / պատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատականհետազոտություններ՝

- ✓ ստամոքսիէնդոգեննկոնոսկոպիկանհրամայականություն,
- ✓ որովայնայինէխոսկոպիկ ԳՁՀ, որովայնիխոռոչիօրգանների ՀՇ:

Սպեցիֆիկոպերևիվանդիտեղեկացվածհամաձայնություն.

- ❖ արյունահոսությունըբերանակցմանընթացում(2%),
- ❖ բերանակցմանկոպերիանբավարարություն (1%):

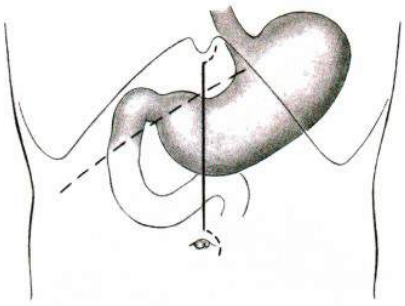
Հիվանդիպիրը - պարկածմեջքիվրա:
Մուտքը - վերինմիջայինորովայնահատում:

Վիրահատություն

Բացեղանոք

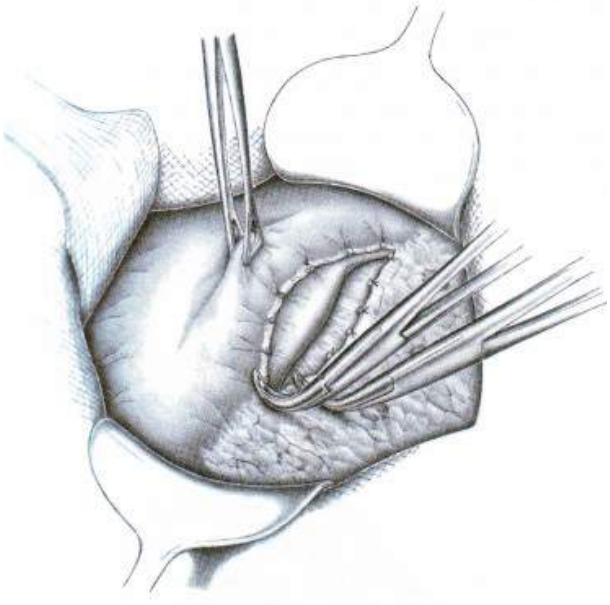
Փուլ 1.

Մուտքորովայնիխոռոչվերլինելիջայնի որովայնահատումով: Որոշդեպքերում, (օրինակ՝եթաստամոքսայինգեղձիքաղցկեղի, ամորձիվիրահատություններիժամանակ) նախընտրելիէջ ենթակողային որովայնահատում:



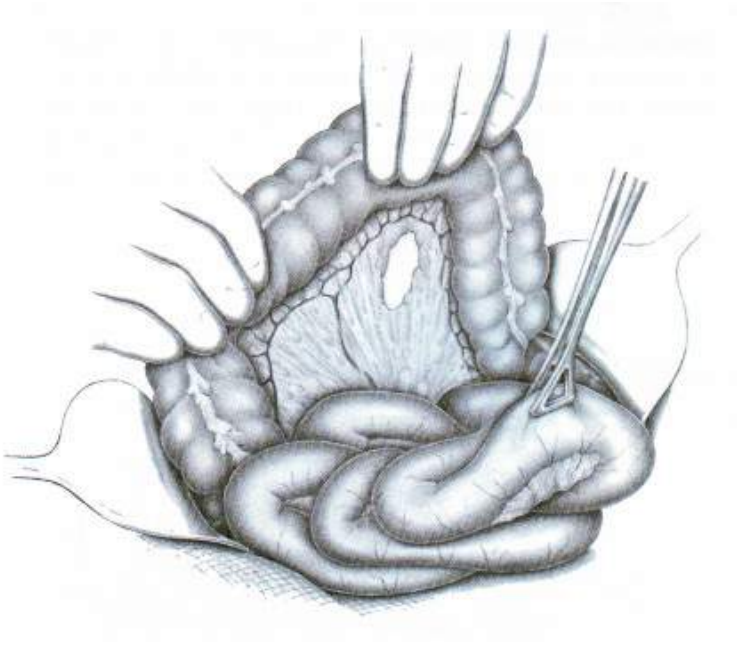
Փուլ 2. Ստամոքսիմեծկորությանվերլեռնում

Գաստրոէնտերոստոմայիձևավորումըսկսվումէստամոքսիմեծկորության տեղայնացումով: Ստամոքս-հաստաղիքայինկապանը ստամոքսի պատին մոտ, բոլորչներիմիջև 8-10 ամերկատությամբհատվում է, օրգանիևտիևնպատրաստվածլինելովազոստուբավարարչարժուն:



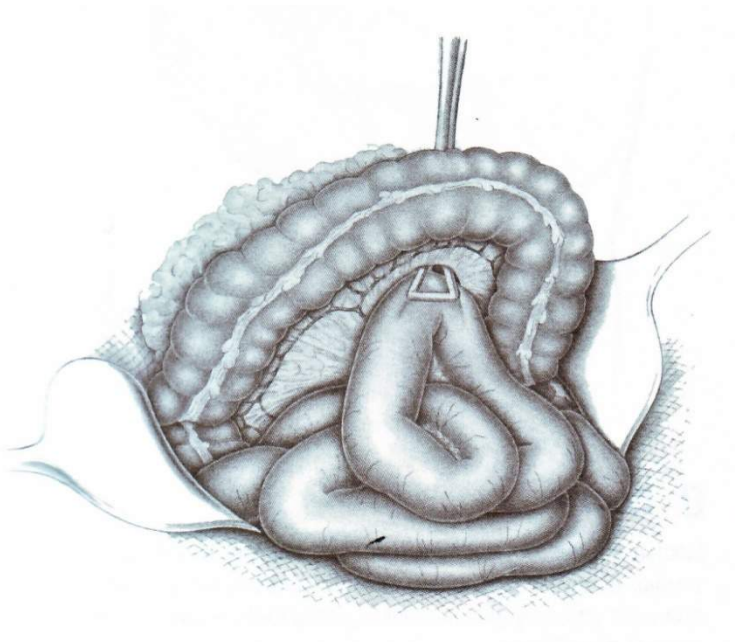
Փուլ 3. Բարակաղուստաջիևգալարիևույտաբերում

Կայնածիգհաստաղիևձգվումէվերևներամիջընդերբում, ևնորներիցազատագոտում, էլեկտրադանակով բացվումէպատուհան: Տրեյցիկապանիմոտ, բարակաղուստաջիևգալարըվերցվումէբոլորչվրա: Եթեստամոքս-աղիքայինբերեռակցումըձևավորվելուէկարճգալարվրա, առանցհավելյալմիջբարակաղիքայինբերեռակցման՝ ըստբուռնի, ապավերցվումէՏրեյցիկապանիևհատվելմոտագալարը: Հակառակդեպումկարելիէօգտագործելերկրորդկամերդագալարը, ապահովելովբավարարտեղմիջբարակաղիքայինբերեռակցմանհամար:



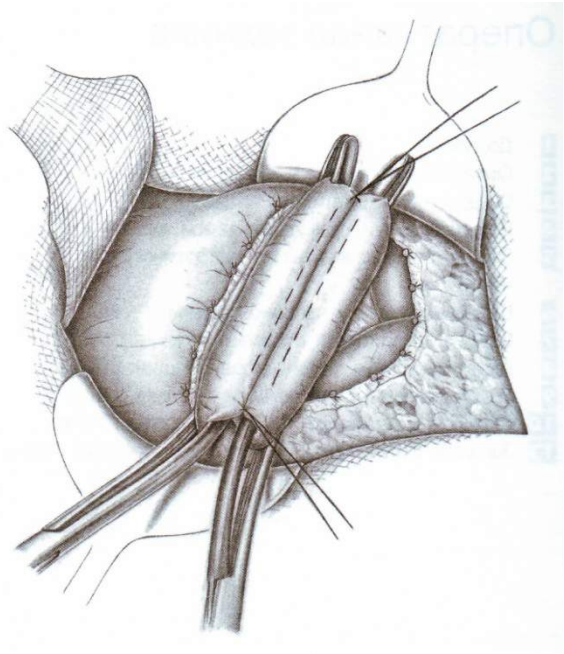
Փուլ 4. Բարակաղիքի սպիհետհաստաղիքային անցկացումը

Ընտրվածուրույնչիվրասվերցվածբարակաղիքայինսրընհատտարածությունով,
նրանիջնեղեբումբացվածպատուհանով, բարձրացվումէորովայնիխոռոչիվերիհնարկ:
Բարակաղիքայինսրընհատմոտսիներսկարողէբերանակցվելիզո- կամանտիպերիստալտիկությունովեր:
Հետհատաղիքայինբերանակցումներիպարզացումատալովնպատակահարմարէկիրառելիզոպերիստալտիկբերանակցմանեղանակը:



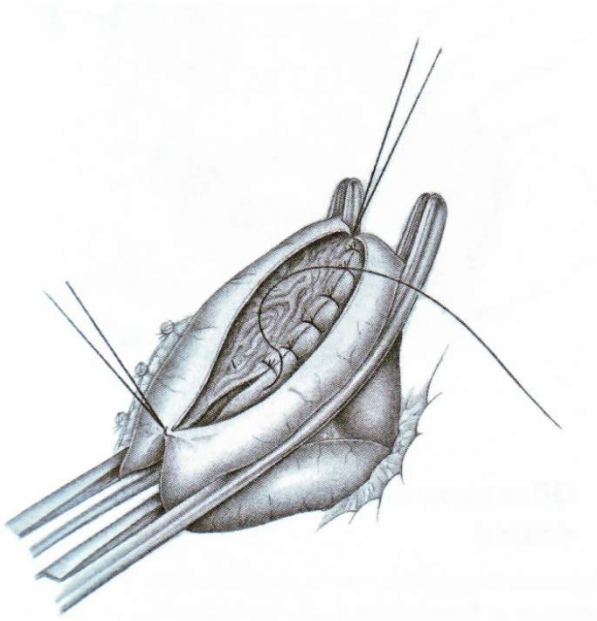
Փուլ 5. Ստամոքս-աղիքայինբերանակցմանհետինոպատիճնավորումը

Բերանակցմանհետինոպատըձևավորվումէմիաշարքհանգուցակարերով(3-0 PGA):
Պատվերցվումէամբողջհաստությամբ, ավելբաստերազմկանայինհյուսվածքիից՝ նրձգարաղանթից:
Թելըստամոքսիսուղիղկորությանջոկանցնումէթեքությամբ, իսկտարածությունըհանգույցերիմիջևպետքէկազմիոտ 0,5սմ:



Փուլ 6. Բերանակցմանհատաջայինպատճևատվություն

Հետինպատճևավորումիցհետո, նույնեղանակով, առանձինկամանընդհատակարկտելովկիսկայնձևավորվումէբերանակցմանհատաջայինպատը:

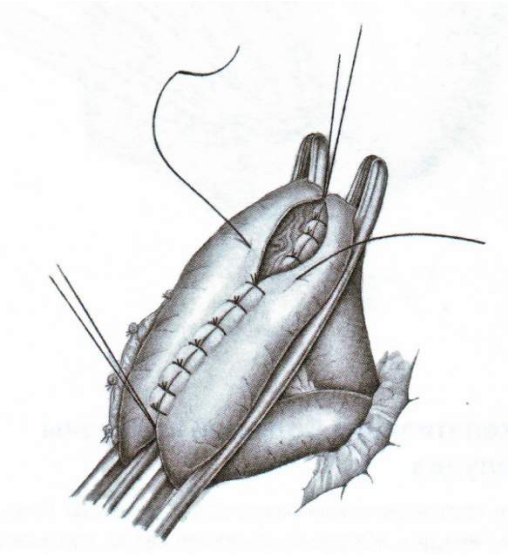


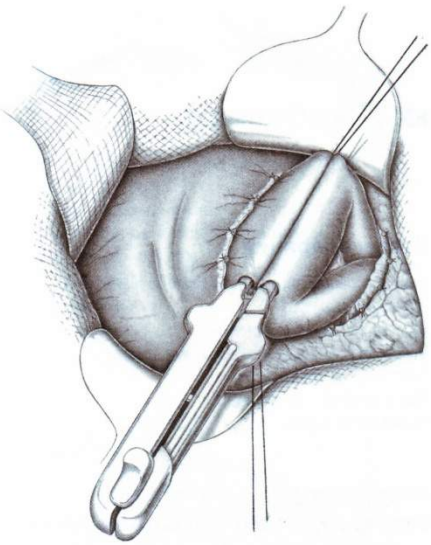
Փուլ 7. Ստամոքս-աղիքայինբերանակցմանձևավորումըգծայինկարող սարքով (մեխանիկականկար)

Ստամոքս-աղիքայինբերանակցումկարողէձևավորվելհանկարողգործիքով: Ստամոքսիհատվեգալարիպատերըմոտեցվումեներքո-բունիչներիօգնությամբ, օրգաններիլուսանցքըգծայինկարող սարքի բրանճերըմտցնելուհամար,էլէկտևապանակովկրանցվրաբացվում են համապատասխան երկու անցքեր,: Գործիքըտեղադրումիցհետովակվումէուկարվում:

Գործիքհեռացնելուցհետոընդհանուրպատծածանցքըհանգուցակարովկամանընդհատակարով(3-0 PGA)լայնակիուղղությամբվակվումէ:

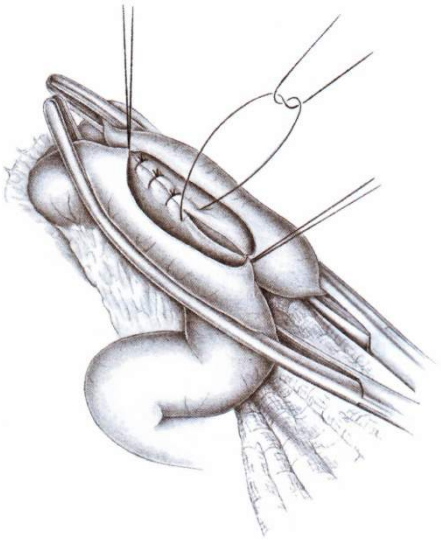
Զգուշացում՝ անհրաժեշտէզգուշանալմեխանիկականկարիջրանիերկրորդայինարյունահոսությունից:

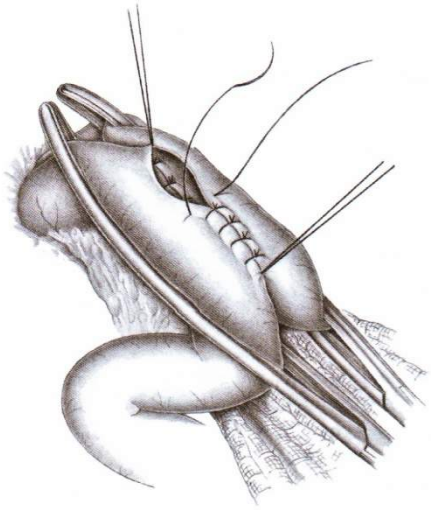




Փուլ 8. Միջբարակողմայինբերանակցում՝ըստհյուսվածքի

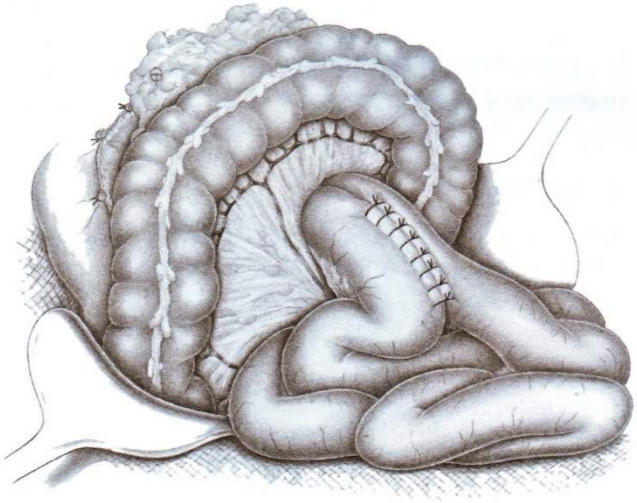
ՆմանբերանակցումներըպարտադիրեներկայացվելովրծիվավորվածԱստամոքս-աղիքայինբերանակցումիցհետո, ինչպեսնաևհաստաղիքային, այնպեսէլառաջհաստաղիքայինտարբերակներիպարագայում: Նրանիրարակողացվումեներմուծարիհանգուցակայաբերիկամանըներդիտավորվածհեղուկով(3-0 PGA), վերցնելովպատկերըտեբերտերը: Նրանցձևավորումըսկսվումէհետևիպատից, որըավարտելուցհետո, հայեղանակովկատարումէառաջայինպատը: Հաստկապեսկարևորէհաստաղիքակայաբերիապահովումը: Այդ իսկ պատճառով բերանակցման անկյունները ամրացվում են երկուառանձինհյուսվածք-մկանայինհանկյունակարերով:





Փուլ 9. Լայնածիգհաստաղումիջբնդերիպատահանիմակումը

Բերանակցմանվերջնականձևավորումիցհետո, առանձինկարերով**միջածիգ**հաստաղումիջբնդերիպատահանըներացվումէհամապատասխանբարակաղիքուսանցքիլայնին, բացառելովերբիներհողվածքիզարգացումը: Կարերիմեջպատակահարմարէներառելհաևբարակաղիքիպատը, ֆիբսելովայնպատահանին:



Լապարոսկոպիկեղանակ

Փուլ 1.Հիվանդիդիրքըվիրահատականսեղանին

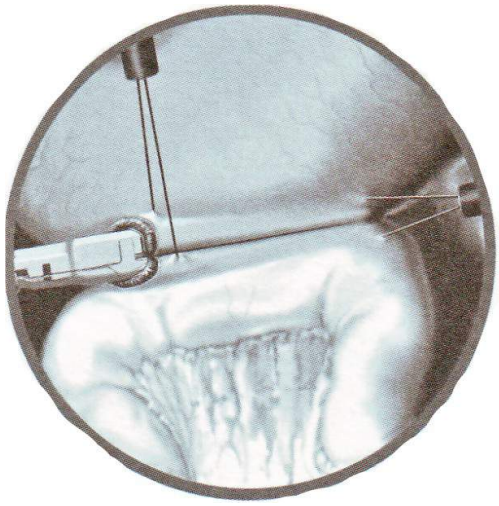
Հիվանդիդիրքը՝մեջքիվրա, վիրահատողըաջից, առաջինօգնականը՝ ձախից: Լապարոսկոպըհագցրածլայնպատից: Անհրաժեշտությանդեպքումլապարոսկոպըկարողէտեղավոխվելայլպատ: Առաջայինպատովմտցվումեներկու 10մմ-ոցևմեկ 12մմ-ոցտրոակարներ: ՍեղանըՏրենդելենբուրգիդիրքով (30 աստիճան), Տրեյցիկապանըհայտնաբերելուհամար, Բերկովիտեղմիչով (որպեսզիչտրավմատիկ) մեծճրպնոցիառյհակիհատվածիհետաջարժումենգլխամասայինուղղությամբ,:

Փուլ 2. Բարակաղիքումտեղումըստամոքսի

Առաջհատվածայինճրպնոցովբարակաղիքըգալըբռնվումէստամոքսիանտրալհատվածին: Բարակաղիքնէստամոքսիմեծկորությանվրա 5-6 սմհեռավորությամբդրվումեներկուկարեր: Ալիքխուստամոքսիպատերը, նույնմակարդակիվրածակվումեն:

Փուլ 3. Բերանակցմանձևավորում

Ստամոքսիևաղիքիպատերըպահվումենկարեր-բռնիչներով, ապա 12մմ-ոցպատովմտցվում 45մմ-ոց EndoGIA կարողտեղլերը, որիբրանճներըդողգալուցիևստամոքսիպատերիանցքերովմտցվումեննրանցխոռոչ: Կարողգործիքըփակվում, կատվումուհեռացվում: Ներսիցտուգվումէմեխանիկականկարիգիծը (անցանելությանգնահատմանևպյուռնահատությանհայտնաբերմանհամար): Ստամոքսիևաղեգալարիմիջևանցքըփակվումէինտրակորպորալանըդհատ միաշարք կարով: Կարողէկիրառվելնաև Endo-TA կամ Endo-GIA: Դրենաժներչենպահանջվում:



Անատոմիականառանձնահատկություններ, լուրջփոփոխություններ, վիրահատականհնարքներ.

ա/ Չպարզվածկուտուցքներիկապակցությամբվիրահատությունները ժամանակիավելացել վազոտոմիայիանհրաժեշտությունչկա,

բ/ Ստամոքս-աղիքայինբերանակցումկատարելիէձևավորելստամոքսի, թեառաջային, թէհետևինպատերի վրա:

Ձգուշացում՝խուսափելբերանակցվածքարակողեզալարվելուրումից:

Ստանդարտհետվիրահատականբարդություններ.

Ռենտգենհետազոտությունգաստրոգրաֆինով, երեկազգալիկանգ՝հեղուկխարտահոսիանպահովումզոնդով:

Հետվիրահատականբարդություններ.

- ստամոքսայինպարետիկություն,
- պյուռնահոսությունբերանակցումից,
- բերանակցմանանբավարարություն,
- խցանում (բերանակցմանկամֆունկցիոնալանհանցանելություն),
- բերանակցմանստենոզ (հեռավոր):

Հետվիրահատականգործառույթներ.

Բժշկական խնամք՝ Ինթ-ստամոքսայինզոնդըթողնվումէմինչևստամոքսայինպարետիկավարտ: Համեմատաբարհաճախհանդիպումէբերանակցմանեղիպարտուկայտուց, որինհետկապվածկարելիէկիրառելֆիլոմետազոլինինհնտիլյացիաներ: Որովայնումտեղադրվածդրենաժըհեռացվումէ 4-5–րդօրը:

*Կերակրմանվերականգնում՝*սկսումենջրիցևուչֆաղցրթեյից, իսկսննդիընդունումըմայրինթ-ստամոքսայինզոնդիցվազոգոյնհետոհոսքինասելուցևաղիներիպերիստալտիկայիվերականգնումիցհետո:

*Ավտիվացում՝*անմիջապես:

Անոթախտաուռկությանտևողությունը կախվածիմնականհիվանդությունից:

Փորձվածվիրաբույժիխորհուրդները.

- Եթեընտրվումէառաջնայնականիմպլանտ,

ապաբերաբարակաղեգաարընթերամբչպետքէզգալիչափովկտրճացնելտեղավորելովայնոլորտածիգնայնաստաղուբերանակցումիցհնարավորինսաջ:

- Բերաոզոլարիավելյալերկարությունընկարողէնպաստել “բերաոզոլարիանմասնախտանիշի” զարգացմանը:

- Ոչմխտումնավորստամոքս-զտողիմպլանտներըայնքանհավելհազվադեպչեն: Համոզվեք, որիրոբընտրելեքբարակաղուճոտհատված:

- Քանիորստամոքսկտրատարկումըկախվածէիրականացվելհստղտիկակտիվությունից, այլոչինդրավիկճնճանաստիճանից, ապաբերանակցմանձևավորումըստամոքսի “առավել կախված” հատվածումորևէգիստականհիմնավորումչունի:

- Ձևավորեքբերանակցումըայնտեղ, որտեղրադիրըկլինիառավել հարմար: Թեմաներ, սուրանկյուններկամբերող-տառադաշարերի սեղմվելու բացակայությանպայմաններումհետ- կամառաջհատստալիմպլանտ, ստամոքսիպիստաղկամպրոմսիմալդիրքիընտրությունըկարևորչէ:

ՊԻԼՈՐՈՊԼԱՍՏԻԿԱ (ըստՀեյճեկե-Միկուլիչի, Ֆիննեի, Ջաբուլեի)

Յուցումներուհակացուցումներ.

Պլանայինցուցումներ՝

- ստամոքսաելիսպիսկանիներեցում,
- վիճակզանազանվիրահատությունների ընթացքումկատարածպիլորոտոմիաներիցհետո

Այլընտրանքայինգործառություններ՝ գաստրէկտոէրատստոմա, ստենոզիպլայնացում

Նախավիրահատականհետազոտում / պատրաստումվիրահատությանը

Նախավիրահատականհետազոտություններ՝

- ✓ ըստսխեմայի, կոնտրաստայինռենտգենկրանահանում, ԷԳԴՍ:

Հիվանդիհոսպիտալացում՝ ինք-ստամոքսայինզոնդիտեղադրում:

Տպեցիֆիկոպերևիհանդիսանալուհնարավորությունը.

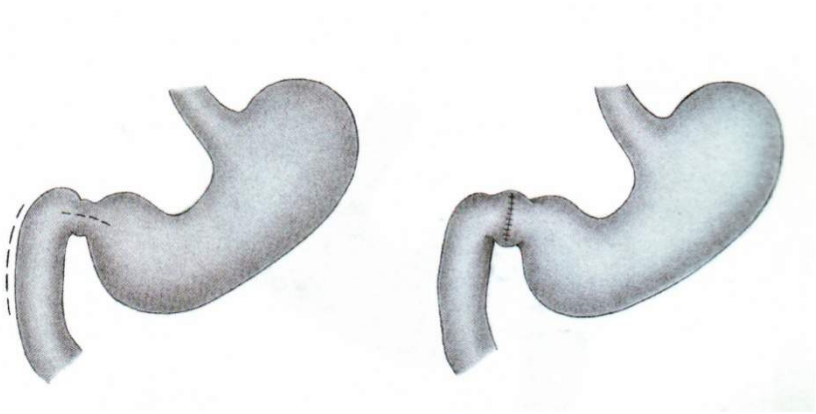
- ստամոքսիպատարկմանխանգարումներ,
- կարերիանբավարարություն,
- արյունահոսություն,
- ենթաստամոքսայինգեղձիվնասում,
- լեղածորանիվնասում:

Հիվանդիդիրքը՝ պառկածմեջքիվրա:
Մուտք՝ վերիմիջայինորովայնահատում, կարողէօգտագործվելայնակիորովայնահատումկամթեկորվածքաթուլակտոմում:

Վիրահատություն

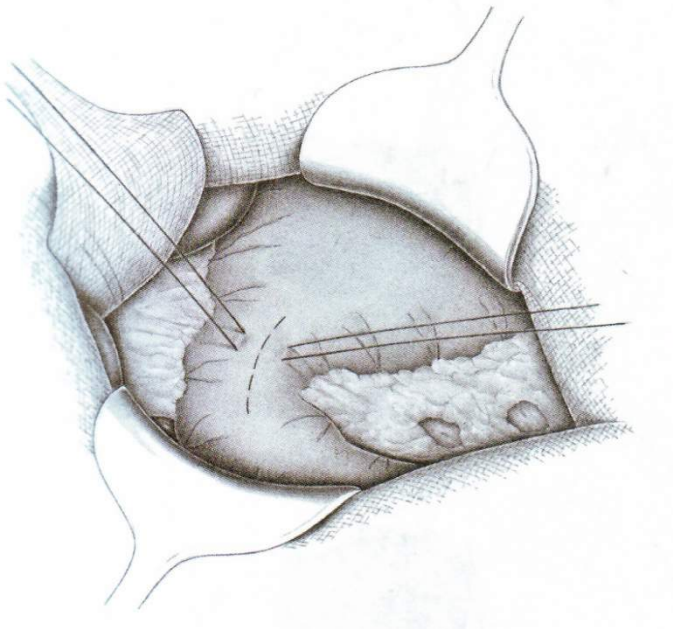
Ըստ Հեյնեկե-Միկուլիչ-Ռոբսոն-Ստոկայի դասակարգման

Կատարվում է ստամոքսաբուդային հեռացում՝ տեղայնացում՝ ըստ Կոխերի, որի ժամանակ ծալվածքները կարվում են այնպես, որ չլցվի ստամոքսաբուդը:



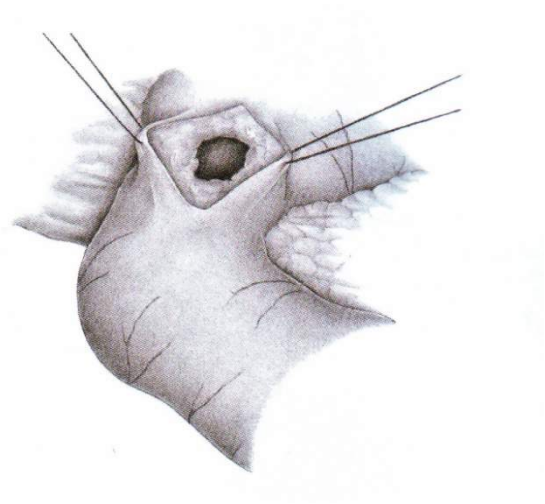
Փուլ 1. Երկայնակի կտրվածք

Հոնիչ հերիմի ջլային կամ մետաքսյա ընդհատվող հերկայնակի կտրվածք, որը ընդգրկում է ստամոքսի երկու եզրերին զուգահեռ ձգվող մկանաթաղանթային շերտերը:



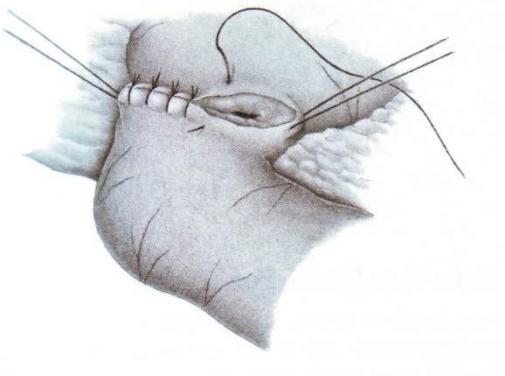
Փուլ 2. Առաջային պատի բացում

Բուհիչներիմիջևստամոքսիառաջային պատերբացվումէլրիվհաստությամբևխոցըկամպիսակավուն ծածկըամբողջովինհեռացվումէ: Կարևոր է, որ ստացվի լրիվ ազատ: Ըստ Հոխերիկատարածված տեսակներում ստոմայի տեղայնացումը թույլ է տալ ավելի հեշտ ընտրել առանց գծման:



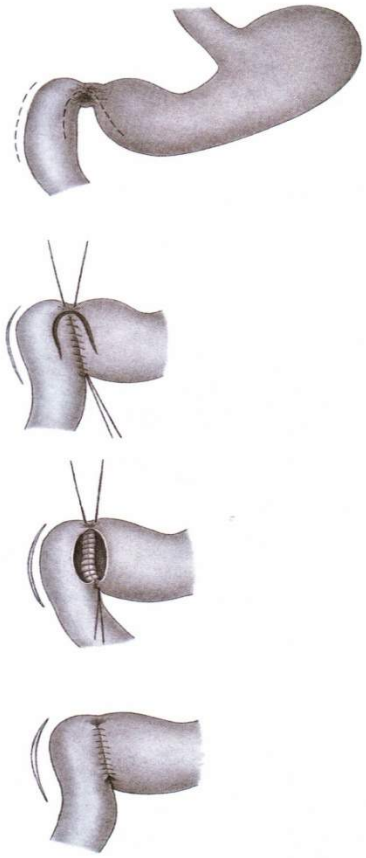
Փուլ 3. Հյուսվածքաբանական հետազոտություն

Տառերում ստոմայի վիրահատությունից հետո, երկայնակի բացված վերքը, հանգուցակապերով կամ ընդհատուկ կարերով, լայնակի է ուռկում: Կարեր-բուհիչները չեն օգտագործվում, որպեսզի կարերի հանկյուններում չառաջանան ճնշման խոցեր, այսպես կոչված "ճաճանչներ": Կտրված ծայրերը-բուհիչների հետ համապատասխան թույլ է տալիս որոշ աստիճանի ձգում ստանալ, էլ ավելի լայնացումով:



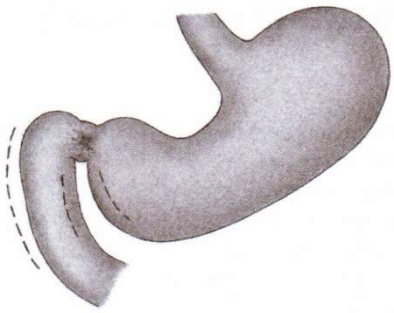
Պիլորոպլաստիկաստոմայի

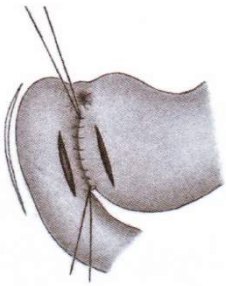
Այնիրականացվումէստամոքսաելքևտասեղկումատոնյաողիքիպրոքսիմալհատվածներկայհակիկտրվածքով, շուռտված “U” տառիձևով: Որիցհետոհամապատասխանեզրերըկարելովձևավորվումէայնբերանակցումստամոքսնուտասեղկումատոնյա աղու միջև:

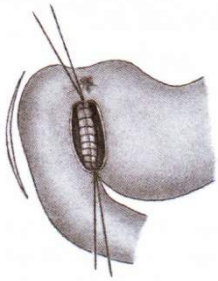


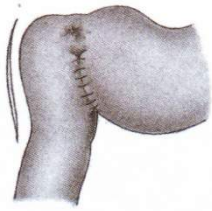
Պիլորոպլաստիկայստոքսաբուլեի

Նմանպիլորոպլաստիկայհատուկծանրհետևանքներչենառաջանում, որստեղոգնածհատվածըդուրսէմնում “կոճը-կողիկի” ձևավորվածստամոքսատասեղկումատոնյաողիքայինբերանակցումից: Եթեմիացվողօրգաններիսպառողությունչենապահովի, բերանակցումըկարողէձևավորվելմիաբարիկամերկշարքեղանակով:









Անատոմիականառանձնահատկություններ, լուրջփոփոխություններ, վիրահատականհնարքներ՝

ա/ ՎիրահատությունըըստՀեյնեկե-Միկուլիչիհնարքէ, երեկոնաստամոքսիկամսոսներիումատոյատպատուպատոփիլրոզ, բորբոքային կամխորըսպիականովախտություններ:

բ/ ԿտրվածքըստՀեյնեկե-Միկուլիչիպրոկսիմալտստամոքսնահաջայինսպատոփլեներով, մինչդեռըստՓիլիպեիկամՋաբուլեխմիջամտությունների ժամանակայնտեղըսեղմվումէդեպիմեծկորությունում՝ թաստամոքսային գեղձ:

Զգուշացում՝ խորհուրդչիտրվումձևավորել ստոլայնբերանակցում:

գ/ Անհրաժեշտէտասներկումատոյաաղուլայն տեղայնացում:

դ/ Կարողգործիքիկիրառմանդեպքումցանկալիէօգտագործել4.8 մմ բարձրության մետաղակարեր:

Ստանգարտհետվիրահատականբնութագրեր

Գաստրոգրաֆիևոլոենտգենաբանական հետազոտությանժամանակ զգալիկանգի դեպքում՝հեղուկիարտահոսքը ապահովվում է գոնդից:

Հետվիրահատականբարդություններ

- Պեռֆէզգույշլինելփատեյան պտկիկի ուղեծորանիվնասումից: Կասկածներիդեպքումլեղածորանըլուծոգեներաբանականկամէնդոսկոպիկհետազոտվեռէֆանհապաղստուգվի:

Հետվիրահատականգործառույթներ

Բժշկականխնամք կախվածստամոքսիևեռհոսքիիրավակից, բիլ-ստամոքսայինզոնդըևեռացվումէ 2-3-րդօրը: Ստուգողականէնդոսկոպիկհետազոտություն՝ 3-6 շաբաթից:

Կերակրմանվերականգնում հեղուկդիետա 4-րդօրվանից (ընդհանուրվիճակիցկախված): Կոշտսնունդ՝աղիներըգործելուցհետո:

Ակտիվացում՝անմիջապես:

Անաշխատունակությանտևողությունը՝1-3 շաբաթ /կախվածհիմնականհիվանդությունից/:

Փորձվածվիրաբույժիխորհուրդները.

- Պեռոուշադրությունդարձնելբացչթողնելուհամարտարյունահոսությունըբերամակցմանկարերից,
- Բերանակցումըանհրաժեշտէլրակատնացնելբավարար լայնությամբ,չնեղացնելովայնկարելուժամանակ,
- Բերանակցմանբավարարլավացմանհամարկարևորէբիլ-ստամոքսայինզոնդիտեղադրում՝ստամոքսիպեկոմպրեսիայիհամար:

ՍԵԼԵԿՏԻՎ ՈՐՈՎՈՒՄ ՎԱԴՈՏՈՄԻԱ
Ցուցումներուհակացուցումներ.

Պլանայինցուցումներ համառ, չբարդացածխոց:

Հարաբերականհակացուցումներ՝բարդացածդուոդենալխոց:

Այլընտրանքայինմիջամտություններ՝լապարասկոպիկվիրահատություն, ստամոքսիպիլաստալմասնահատումըտասոմեծխոցերիդեպքում(ամպուտացնողխոց)սելեկտիվպրոքսիմալկոմցտոմուռայինվագոտոմիապիլորոպլաստիկայով:

Նախավիրահատական հետազոտում / պատրաստումվիրահատությանը

Նախապիրառականհետազոտություններ՝

- ✓ ԷԳԴՍ,
- ✓ ստամոքսիներսզննություն,
- ✓ մանրէաբանականհետազոտություն,
- ✓ 24-ժամյա pH-մետրիա:

Հիվանդիպատրաստում՝ ֆիբ-ստամոքսոսկոպիա:

Ստեցիֆիկորսկերևիվանդիտեղեկացվածհամաձայնություն.

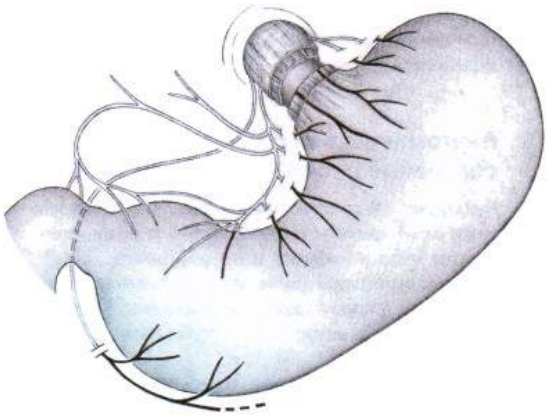
- ❖ խոցիկրկնություն(5-10% դեպքերում՝ 10 տարիանց),
- ❖ ստամոքսիվնասում(վիրբկորությանմեռուկոցում՝ 0,5% դեպքերում),
- ❖ վայծաղիվնասում,
- ❖ որկորիվնասում,
- ❖ ստամոքսիդստպրկմանխանգարում(5%):

1. ***Հիվանդիդիրքը*** ՝մեջքիվրապատված:

2. ***Մուտք*** ՝վերին-միջայինորովայնահատում:

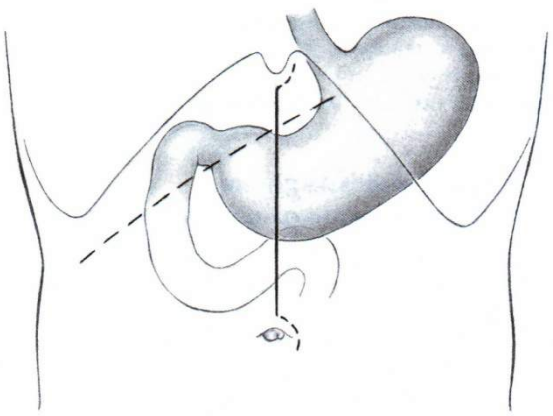
3. ***Վիրահատություն***

Սկզբնականիրականացվումէստամոքսիվիրբկորությաներկայնքով “սգիթաթից” անմիջապեսվերևստամոքսիպրոքսիմալշրջանականվումմոտակաորդությամբ, հյուսդերիցառնոթներիցավելիմիջայնորեն:



Փուլ 1. *Մուտք*

Կատարվումէվերին-միջայինորովայնահատում,
անհրաժեշտությանդեպքումկտրվածքնկարողէընդլայնվել դեպիկրծոսկրիթրքածևով/կամպրտիջրջան:
Ճարպակալածիվանդերիմոտայլընտրանքայինմուտքհամարէհանդիսանալ աջեզրակողայինկտրվածքը:



Փուլ 2. Լատերժիևներվիհատումաբերում

Լատերժիևհատվածը(ստամոքսիառաջայինհյուղ) հատումաբերվումէստամոքսիառնոտրալհատվածումմարմնիստամոքսում, որտեղայնբաժանվումէերեքհյուղերի(սագիթաթ):

Այստեղստամոքսիպատվերցվումէերկութոքայիսեղմիչներովևծգվումզլխամասայինհուղությամբ:

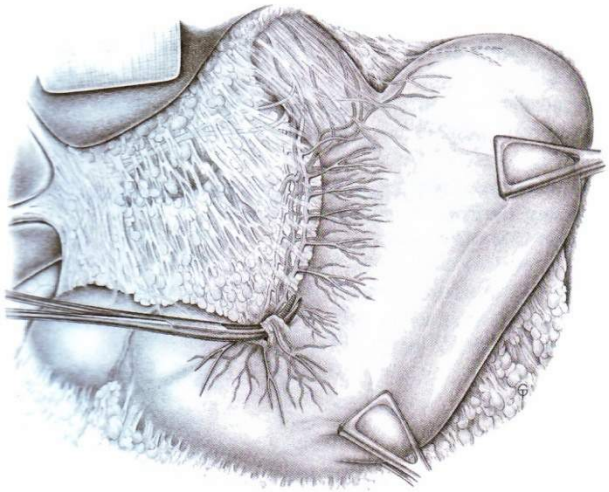
Ոչէլաստիկհյուսվածքթելիկներըծգվումեննինչպեսարեր,

դառնալովավտեսանելիառհեշտուշտվիճ:Երեքբաժանվածճյուղերիցհատվումէառավելպրոքսիմալը:

Դիսեկցիաևսկզումէմակերեսայինբացահատումըևերիզոգնությամբ,

որոնքպրկումենհյուսվածքայինթմբիստակայունհետևհատվումումկապումեն: Դիսեկցիայիընթացքումհատվածվում “սագիթաթի” երկուհեռավորհյուղերըևնրանքժեշտպահպանել:

Որովհայնմզկիպատժեմակերեսայինբացահատումըհեշտացնումէնրանցհետագադիսեկցիայիպրակտիկացումը:



Փուլ 3. Փոքրկորությանսկել էոիզացիա

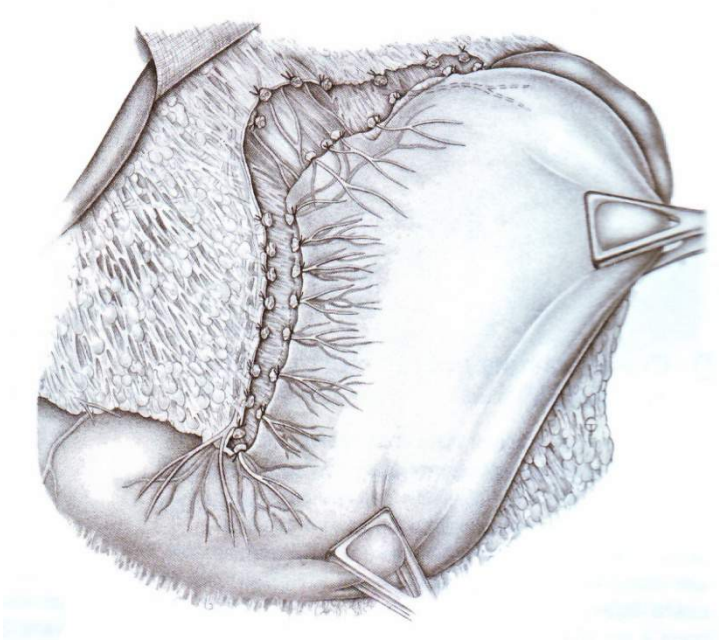
Ստամոքսիպատվոսկել էոիզացիանհեշտությունէպատճառումհյուսվածքերիկայնքովոչմեծհեռավորությամբ, հետևաբարվնասումենծկորությանպրոքսիմալ 3 սմ-ը: Բոլորկապանքներըևանոթներըհատվումենուկապվում:

Ստամոքսիփոքրկորությունըսկել էոիզացվումէերկուկամերեքեբտերում:

Ավելիլավկողմնորոշվելուհամարհյուսվածքիհատումըկատարելիէվերցնելլուսնյակըձգելդեպիաջ:

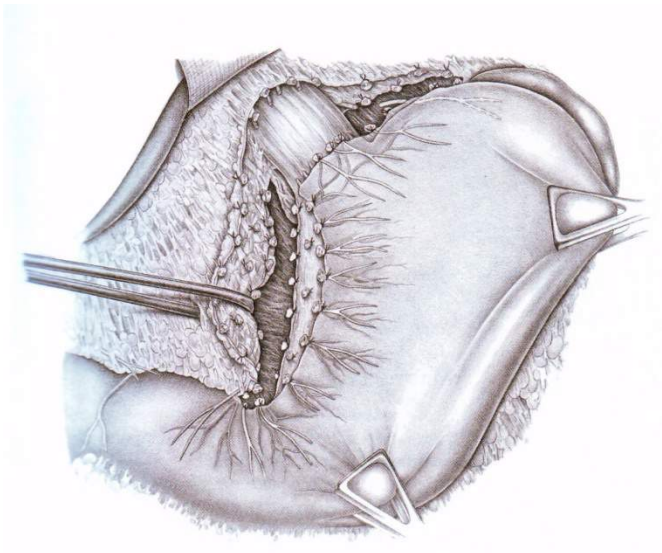
Սկել էոիզացիանպետքէհետևիփոքրկորությունըգնացողըոչորևնթհետևանյութերը:

Ապահովություն կիցխուսափել ոսկրամարմնացգործողությունը ընտրությամբ էրակամացնել բայլառբայլ: Պետք է հաճախ ենք կերակրվողի առաջնային ստամոքսի մեծությունը գնահատելու, ինչպես Գրասսի "կրծքնման հյուղը", ինչպես հաճախ ընտրում ենք ցողունները: Սկել եռիզացիան ավարտելուց հետո, ապահովելով ծոցիբացումը թույլ տալ հեռացնել կերակրվողը:



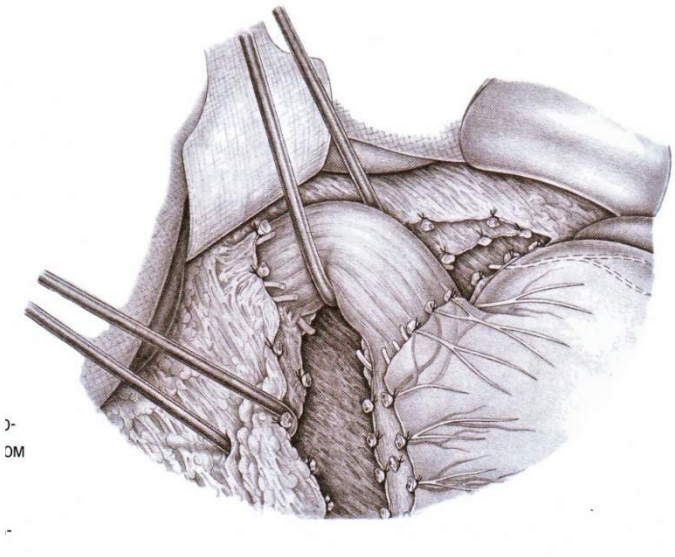
Փուլ 4. Կերակրվողի հեռացում եռիզացիա

Կերակրվողը, որի տրամագիծը 6 սմ-ը կազմում է, անցկացվում է ենթաբերձան: Անհրաժեշտ է կերակրվողի մարմնը կարել ընդհատ կարերով: Կերակրվողի, ստամոքսի մարմնի և ծոցի միջև ընկած հատվածը ենթարկվում է հեռացման: Թափանցող հյուսվածքի ենթարկումից (որը ոչ պակաս 1 սմ) հետո ենք ստուգել արյունահոսությունը:



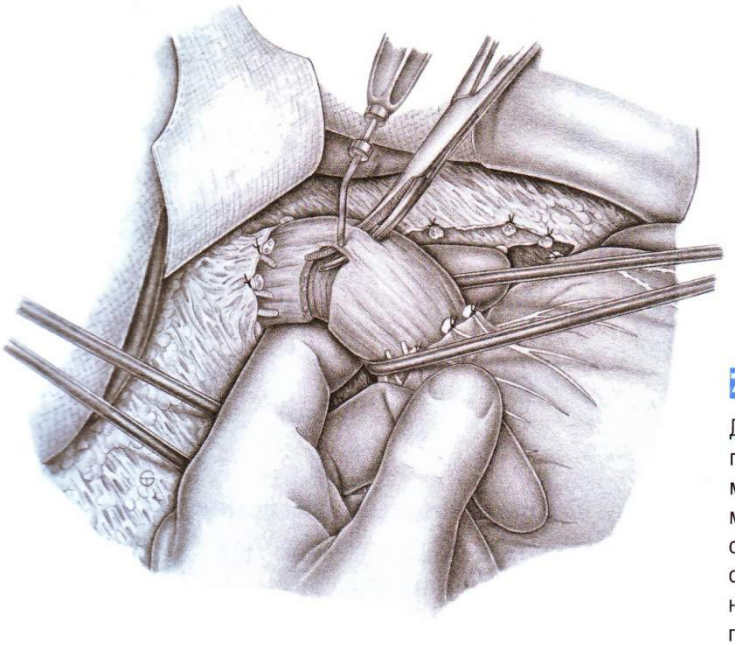
Փուլ 5. Կերակրվողի հեռացում

Շրջանաձև միոտոմիայի միջոցով, ծայրամասային նյարդաթել ներդիրներ են կիրառում էնտրականգրծության: Նրանց կանացման համար կերակրավոր երկայնական միջնապատերը բաժանվում էլեկտրակոագուլյատորով: Պետք է ցուցաբերել առուկզուշավորություն նյարդային ճյուղերի վնասման կամ ամբողջական հեռացման համար: Ախտահիվանդային միջնապատերը պետք է հեռացնել ոչ ամբողջությամբ: Այսգործողության ընթացքում արյունահոսությունը՝ թափառող նյարդի մոտ 20% նյարդաթել երի հետ կապված է: Կերակրավոր ի հետևանքով ուղեկցվածցուցաոր ընթացքում իրականացնել հարթ ուղեղում:



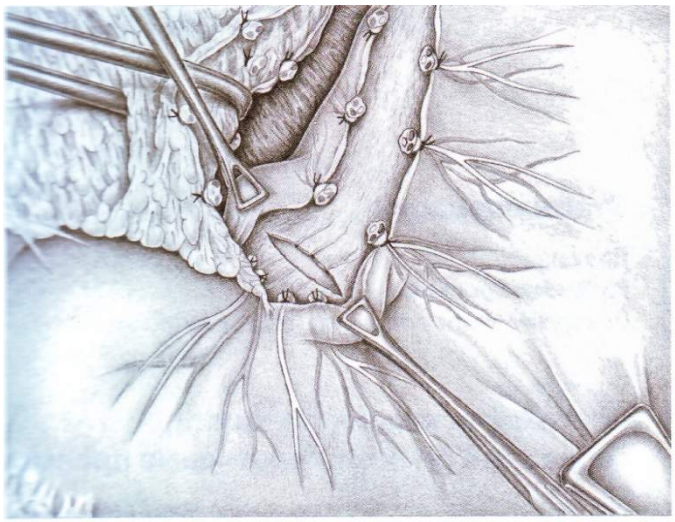
Փուլ 6. *Փոխպատվաստում*

Վագոտոմիա ընտրովի էվոմբոտոմիայի միոտոմիայով: Նյարդային ճյուղերի միջև, վոմբոտոմիայի, ստոմոմոսիսի կամ միոտոմիայի, բոլոր ինտրամուրալ թելիկների միջոցով:



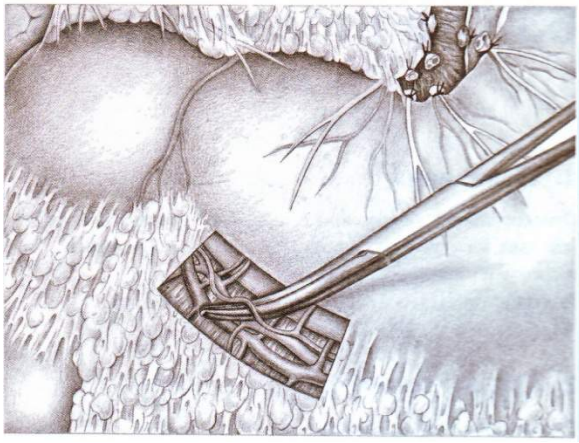
Փուլ 7. *Մեծկորությանկիստոզհատվածի դիսսեկցիա*

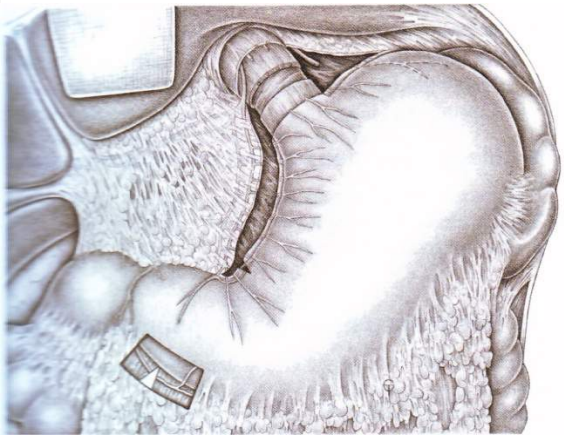
Վագոտոմիահնդրացվումէաջստոմոէս-ճարպոնույնինյուղի հատումով, տեղակայվածաջճարպոնույնիևանոթայինկոթղթում: Այնհատվումէանոթաբռնիչներիմիջև:



Փուլ 8. *Վերջնականտեսքըվագոտոմիայիցհետո*

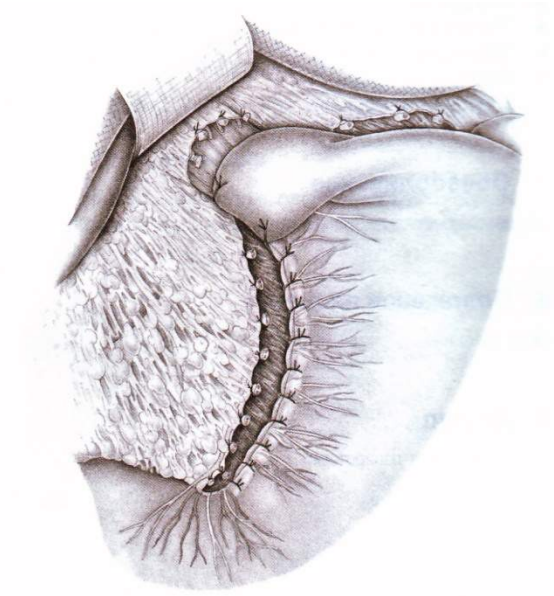
Վագոտոմիայիարդյունքումմիրականացվումէստոմոէսնոսպանդարդավորում, որըներառումէվոէրկորությունըմինչև “սագիաթաթի” մակարդակ, կերակրավողիոշրջանումճկորությանպարոէսիմոտ3 սմ-իսկելեոկացիա “կրնմինով” ճյուղի հատումով, ինչպեսևանհրամարժեշտությունդեպքումնոսոգաստոմոէս-ճարպոնույնինոթներըտուղեկցողնյարդերիհատում: Այսգործողությունները,հանդիսանումենհիմնականպայմանտոքսիկանսեզեկտիվպարէսիմոտվագոտոմիայիհամար:





Փուլ 9. *Փոքրկորությանձևավորումը*

Ստամոքսի պատիմեռուկացումն ունյարդիոեգեներացիանբացառելուհամար, ստացված դեֆեկտը համապատասխանգումարերովծածկվումէստամոէսնբեռպատվերով: Հետագոտոստամոէս-կերակրափողայինհետհոսքըացառելուևկրակոնացվածմխոտոմիան ծածկելու համարիրականացվում է վերտրվածկիսպլիկացիա, որըկատարելովօգտագործելով 3-0 PGA:



Հետվիրահատականբարդություններ

- Լայնածավալվագոտոմիանցանկալիէլրացնելպիլորոպլաստիկայով

Հետվիրահատականգործառույթներ

Բժշկական խնամք՝ ինք-ստոմոմսայինգոնդիհեռացում2-3–րդօրը, որովայնիպրեսաժերիհեռացում3-4-րդօրը, էնդոսկոպիկստուգում2-6շաբաթից:

Կերակրմանվերականգնում՝ հեղուկիինչհանակերը2-3-րդօրվանից, հետոսովորականսննդակարգիաստիճանականվերականգնում:

Ախտհոգում՝ անմիջապես:

Անոթխոռոչումհակությանտևողությունը 2շաբաթ

Փորձնածվիրաբույժիխորհուրդները.

4. Անհրաժեշտէհստակպրեոպերացիոնշրջանը: Փոքրկորությանհնկել եռիզոցիայիժամանակպահպանվումեճնվայնհոսքըմոտգտնվողերակներում,
5. Փոքրթաթպոնհատաջայինհուհետևիրթիկերիհնկել եռիզոցիանիրականացվումէայլառաջ, վոքրկորությաներկայնքով, իսկշատգերանձանցմոտպարզէանհրաժեշտ լինելաշխատել “երեքերտերում”;
6. Անհրաժեշտէխուսափելստամոքսիչափազանցվելթծգումից:
7. Անհրաժեշտէբացառելվայծաղիվնասումն ու ստամոքսիկպրեանոթերիպոկումը:

ՅՈՂՈՒՆԱՑԻՆ ՎԱԳՈՏՈՄԻ

Ցուցումներուհակացուցումներ.

Հոսպաբերոխանցուցումներ՝

- բարդացածդուռդեհոլխոց,
- II/III տիպիխոցեր՝ լուսՋոնոնհիպոսակարգման, լրացվածպիլորոպլաստիկայով,
- խոցիկրկնություն:

*Այլբնորաևիմայինգործողություններ՝*ևեկտովիվագոտոմիա

Նախավիրահատականպատրաստում.

*Նախապիրահատականհետազոտություններ՝*ստապդեպիերում՝օրինակթավածակվածխոցիպարագայում, բավականէորովայնիխոռչիօրգաններիբջջախտականռեոգենոբանականոգնությունև ԳՋՀ, սնուցածդեպիերումնհիրաժեշտէրականացնել ԷԳՂՍ:

Հիվանդիպատրաստում – բիթ-ստամոքսայինզոնդ:

Սպեցիֆիկոխակերևիվանդիտեղակացվածհամաձայնություն.

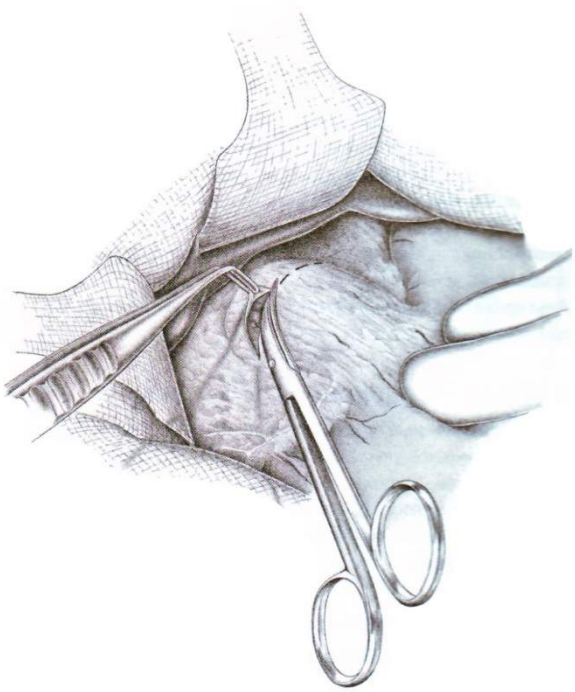
- Խոցիկրկնություն,
- Կերակրափողիվնասում(>1%),
- Ստամոքսիվնասում,
- Լյարդիվնասում,
- Ստամոքսիպաստարկմանխանգարում(10%):

Հիվանդիդիրքը՝մեջքիվրապատկած:
Մուտքը՝վերին-միջայինորովայնահատում:

Վիրահատություն

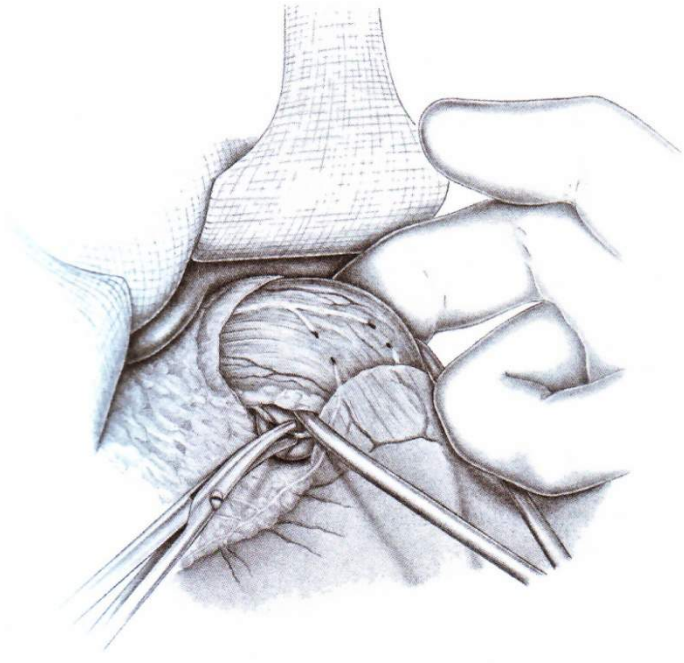
Ցողունայինվագոտոմիաևերեսաևումէկերակրափող-ստամոքսայինանցմանեզրջանիմակարդակով թափառողներվիբողոքոչերևիստում:
Ցողունայինվագոտոմիայիպատճառովզարգացածստամոքսիպաստարկմանխանգարումըվախենալուցկումէուղեկցողպիլորոպլաստիկայով:

Փուլ 1. *Որովայնամզիհատում*
Վերին-միջայինորովայնահատումևցիեստո,
կերակրափողիտերմինալհատվածըհայտնաբերելուհամարմկրատովհատումէերևանծածկողորովայնամիզը:



Փուլ 2. Կերակրափողիտուբջիժապավենիանցկացումնուփաթոցմիան

Կերակրափողիայտնաբերումիցհետո, այնտեղայնացվում է բուժեղանակով, դրա հետևով անցկացվում է ցուցամատը և վերջինիս օգնությամբ կերակրափողը վերցվում ռետինե ժապավենի վրա: Այն թույլ է տալիս ձգել ստամոքսընտանեկանայինհատվածըև շոշափելով հայտնաբերելհյուսվածքները: Փորձըցույցէտալիս, որձախգլխավորհյուղըտեղակայվումէկերակրափողիձախդռզակողմում, իսկաջհյուղը՝աջիցաւելիվնեցրել: Սակայն, եթեայսմակարդակումթափառողհյուսվածքըբաժանվումէմիանձիհյուղերի, ապանրանքբաղդրըպետքէպարտադիրհայտնաբերվենաստանձևնաստանձևնաստվեն:



Ստանդարտհետվիրահատականբուժում.

Հետվիրահատականբարդություններ.

- Կերակրափողովիճակամանդեպումայնանիրաժեշտկատարելերեքծվողկարերով(2-O PGA)ևծածկելստամոքսիպատով, իրականացնելովֆունդոպլիկացիա:

Հետվիրահատականզգոշություններ

Ժամկետները՝ հիպստամոքսայինզոնդըհեռացվում է 2-3–րդօրը, խմդրեհաժը – 4-րդ:

Կերակրման վերսկսում՝ դժվեծմանակովիեղուկներ3-4–րդօրը:

Ակտիվացում՝ անմիջապես:

Ֆիզիոթերապիա՝ ճնշատականվարժություններ

Անաշխատունակությանտևողությունը երկուշաբաթ:

Փորձածվիրաբույժիխորհուրդները.

- Ստածանուկերակրափողայինացիքջանումթափառողնյարդիերկուցողունքերիել, սովորաբար, լավշոշափումեն՝ձախցողունըտեղակայվածավելիդրզել, իսկաջը՝ավելիվեհորով:
- Թափառողնյարդիհատաջինցողունըսովորաբարանմիջականորենկպվածէլիհնումկերակրափողիպատին(այնկարողէանհնալմիմանիպուլեր), հետինճյուղըեզակիէ, կորտդեպիերում, գտնվումէկերակրափողիցփչհետու:
- Ստածանիակականացիանմիջականհարևանությամբկարողենանցնելստածանուերակները: Այդիսկ պատճառովկերակրափողի տեղայնացման ընթացքումպետքէցուցաբերելզգուշություն;
- Որոշդեպերումկերակրափողիինտուբացիանանհրաժեշտէրականացնելհատստզոնդիմիջոցով;
- Որովայնամիզընանհրաժեշտէհատելկերակրափողիջրջանում՝անմիջապեսստածանուկերակրափողայինացիքվրա, այլոչթէկերակրափող-ստամոքսայինանցման շրջանի ճարպայինհյուսվածքում:

ՍՏՈՄԱՆՈՊԱՏՎԱԾՔՆԵՐ

Ցուցումներուհակացուցումներ.

Բացարձակցուցումներ՝

- բոլորհայտնաբերվածպաստվածքները, նույնիսկհին, եթեհնարավորչէբացառելսիրտ-անոթայինգործունեությանխանգարումները,
- աղիքայինանոմալիա,
- օղակմանվտանգ:

Նախավիրահատականհետազոտում պատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատականհետազոտություններ՝

- ✓ կրծքավանդակիօրգաններիևհեռոգենաբանականկոնտրաստումով(տրավմայիցհետոստոծանումկեսիզգալիբարձրքիրք),
- ✓ ԳՋՀ,
- ✓ կոնտրաստայինհեռոգենաբանականկոնկրեմում,
- ✓ ՀԾ (համակարգայինվնասումերիժամանակ):

Հիվանդիպատրաստում՝ ֆիբ-ստամոքսայինզոնդիտեղադրում:

Սպեցիֆիկոպերևիվանդիտեղեկացվածհամաձայնություն.

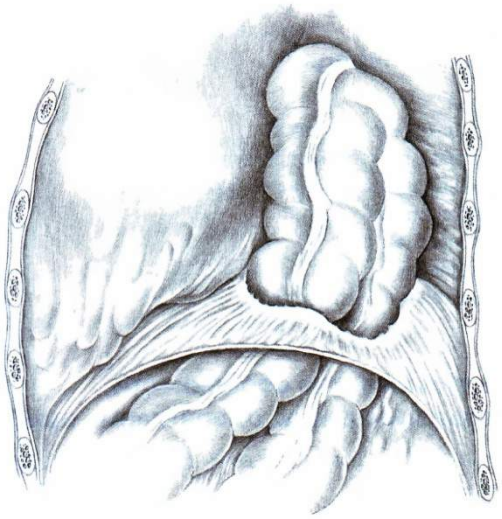
- ❖ թոքի, վայծաղի, ստամոքսի, աղիքիևնպարավորվնասում,
- ❖ համակցվածվնասումերիբուժմանհամարժեստություն,
- ❖ ալոպլաստիկնյութիտեղադրում:

Հիվանդիդիրքը՝ մեջքիվրապատված;
Մուտ՝ սովորաբարորովայնիկողմից(միջնիգծով, չնայածհնարավորէհավելենթակողայինկտրվածքով):
Կրծքավանդակիկողմիցմուտըկիրառվումէմյայնահամակցված, զգալիներկրծքայինվնասվածքերիկամիհնպատակվածքերիդեպքում:

Վիրահատություն

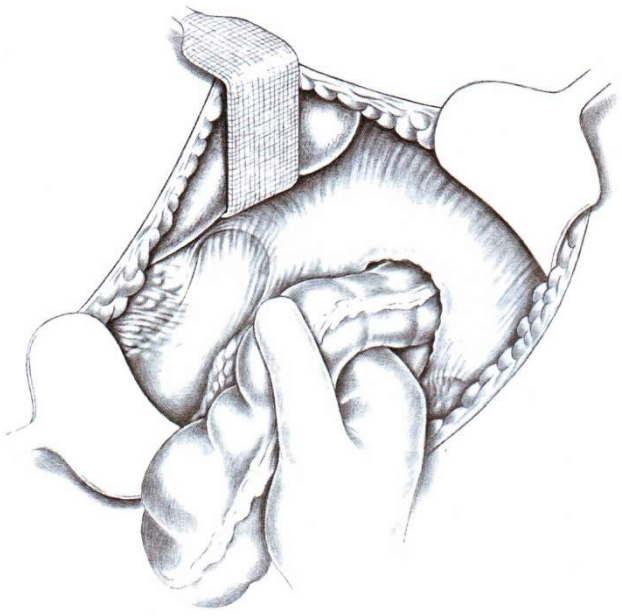
Փուլ 1. Ստոծանուպատվածքիհամակցվածհատվածներիբացում

Ստամոքսորակմատիպատվածքերըշատհաճախլինումենհամակցվածդեպիկրծքավանդակիծախկես,հատատուծախկեսիարտոփումով:
Ստոծանուկենտրոնականդեֆեկտըսովորաբարտեղակայվումէնրաջղոսայինհատվածիկենտրոնում:



Փուլ 2. Ճողվածոպերացիայի ժամանակ դեպի որովայնախոռոչ

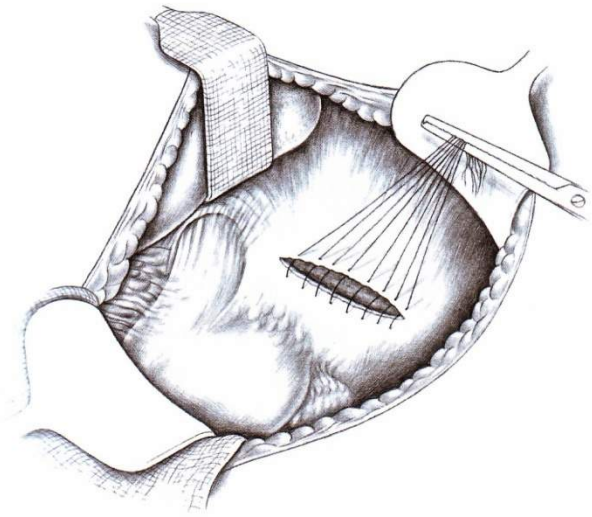
Որովայնապատումբացելուց հետո ձախ ձեռքով ամրացնում ենք որովայնախոռոչը: Աջ ձեռքի ցուցամատով, պետք է զգուշորեն, աղիների վնասվածքից խուսափելու համար: Օղակավոր կարի միջոցով պետք է ամրացնել ներքին ծոպը: Եթե պերիտոնիտի նշաններ կան, ապա անհրաժեշտ է օգտագործել կրծքա-որովայնային ելուք:



Փուլ 3. Պտտվածքի ընթերխմիտում

Դեպքերի մեծ մասում վնասվածքի հիմքում ընկած են ներքին օրգանների ներքին պատերի պատռվածքները, որոնք ձևավորվում են ներքին կոպերի ամրացման ժամանակ:

Կարևոր է ժամանակին ախտորոշել վնասվածքները և ժամանակին վիրահատել:



Փուլ 4. *Պատռվածքի վերակառուցումը*

Ձևերծվողկարևորությամբ(մետաքս) իրականացվումէպատռվածքիվերակոճգումծայրը-ծայրինկամերկբերան(դուբլհյուսուրա): Ստածանուալողպատճառազավորումըպոլիպրոպիլենայինցանցով (օրինակ, Prolen կամ Ulfrapro, Ethicon, Ine Somesvill, NI) կիրառվումէնայն, այլպաթոգիականվոխոխությունների հետհամակցված, շատմեծդեֆեկտների դեպքում:

.

Հետվիրահատականբարդություններ

- Կրծքավանդակիօրգանների վրագործողությունների ժամանակ պետք է կիրառվի որովայն-կրծքավանդակայինմուտք:

Հետվիրահատականգործառույթներ

Բժշկականխնամք՝ պլևրալդրենաժիպահպանումէառնվազը 1-2 օրով:

Կերակրման վերսկսում՝ 2-3 օրից, աղիների գործունեության վերականգնումից հետո:

Ակտիվացում՝ անհապաղ:

Ցիգիմնաստիկա՝ շնչառականվարժություններ:

Անուշադրությանտուժը – կախվածըհիմնարկից:

Փորձվածվիրաբույժիխորհուրդները.

- Որովայնա-կրծքայինբնույթովնախավածքերիցհետոմիշտանհրաժեշտէմտածել ստածանուհնարավորպատռվածքիմասին: Որովայնահատմանժամանակստածանուերկուգիբեթերըպարտադիրպետքէառանմնասրվեն;
- Եզրայինդեֆեկտերիժամանակվերակոճգումըիրականացվումէհարկդոպայինկարերով;
- Հինպատռվածքերիվերացմանժամանականհրաժեշտէդիտարկել պոլիպրոպիլենայինցանցովպլաստիկայինվարպետությունը;
- Պլևրալդրենաժիկիրառումըմիշտցանկալիէ:

ՎԻՐԱՀԱՏՈՒԹՅՈՒՆ ՊԱՐԱԿԱՂԱՑԱԳԵԼԱՁՈՂ ՎԱՐԴԻԺԱՄԱՆԱԿ

Ներածություն

Առաջինանգամստոծանումվերիվիրաբուժականբուժմանմասինհայտնել է Postempski-ն 1889թ: Իրևերթին Ackerlung-ը 1926թ. նկարագրել էհարկերակրավողայինճողվածքներհաճախանձինտեսակները, խնդրանցբուժումը (փունդոպլիկացիայիմիջոցով) առաջինանգամնկարագրել էՆիսսենը 1955թ: Այդժամանակիցփունդոպլիկացիան, ըստՆիսսենի, ստացել էայնիրառումներկայումսհամակառեֆլյուքսայինվիրաբուժությանմեջ: Չնայած տեխնիկական դժվարություններին, այնկիրառվումէհաճախ՝ջրանիճողվածքներիլապարոսկոպիկվերացմանժամանակ:

Հարկերակրավողայինճողվածքերիբուժմանվրաերեն՝ստամոքսի (այդպիսիօրգաններիեւ, ինչպիսիենենաստղին, ճարպոնը, վայծաղը) հևերակրավողհաստաղիքծայրի հատվածի իջեցումորովայնիխոռոչ, ճողվածքապարկիառաջ, ստոծանուռոտիկներիմոռեցում, փունդոպլիկացիա՝ստամոքս-կերակրավողայինռեֆլյուքսիկանխարգելմանհամար, վերջապես, գաստրոպեկսիա՝ստամոքսիմոտորումըկանխելուհամար:

Յուցումներուհակացուցումներ.

Յուցումներ՝

- Ստոծանուկերակրավողայինբացվածքիհարկերակրավողայինճողվածք:

Հարաբերական հակացուցումներ՝

- ստամոքսկերակրափողային ռեֆլյուքս հիվանդություն, կերակրափողի վատ շարժունակության հետևանքով

Հարաբերականհակացուցումներ Սովորաբար համակցվում է ֆունդոպլիկացիայի հետ, ինչը ներկայումս սովորաբար իրականացվում է լապարասկոպիկ եղանակով:

Լապարոսկոպիկայիցուցումներ նույնն են, ինչորլապարոսկոպիկմիջամտությանժամանակստամոքսօդակմանդեպքում

Բացարձակհակացուցումներ 2-կամ 3-բդոպլիներկրծքայինստամոքսճողվածք

*Մասնակիհակացուցումներ՝*չկան

Այլընտրանքայինվիրահատություններ—սովորաբարիրականացվումէփունդոպլիկացիայիհետ, որըներկայումսկատարվումէլապարոսկոպիկեղանակով:

Նախավիրահատական հետազոտում/պատրաստում վիրահատությանը
Նախավիրահատական ուսումնասիրում՝

- ✓ տեղեկությունստամոքս-կերակրավողայինռեֆլյուքսիհիվանդությանմասին, աղեստամոքսայինտրակտովերիհնարավորանցանելիությանխոսգրմանհնարաններ,

- ✓ Կրծքավանդակի ռենտգեն նկարահանում՝ռետրոկարդիալ հատվածումհեղուկիկամգազիմակարդակի հայտնաբերման համար,
- ✓ Կոնտրաստային ռենտգեն հետազոտություն՝ ստամոքս-կերակրափողայինանցման շրջանի տեղակայմանննախավիրահատականգնահատում, ճողվածքիտիպըորոշում:
- ✓ Կերակրափողային մանոմետրիա կերակրափողիշարժականֆունկցիայինգնահատում:
- ✓ ԷԳԴՍ՝ ՍԿՈՀվերաբերյալօբյեկտիվտվյալներիստացումկամ/ևստամոքսիխոցայինհիվանդությանբացառում: 24-ժամյամոնիտորինգևստացիոնարմանհամեմատիա (ոչպաթոգոմոնիկ)՝ՍԿՈՀևկերակրափողիշարժողականությանխանգարումներիհայտնաբերում: 2-րդոպինիոնովծրագրիդեպքումհիվանդների 70%-ինում Ph-մետրիանհայտնաբերումէախտաբանականգաստրոէզոֆագիալռեֆլյուքսներ; 3-րդոպինիժամանակ 100% դեպքերում - շեղումներ:

Հիվանդիպատրաստում՝ ջրազրկմանհակտիվ կարգավորում, հիպոստամոքսայինզոնդիէնդոսկոպիահանմինջապեսվիրահատությունիցառաջ, երկրորդերեկոյիցեֆալոսպորինների մանվագերակային:

Սպեցիֆիկհոսպիտալիզացիատեղակացվածհամաձայնություն.

- ❖ կերակրափողի, ստամոքսի, թոքաստղոյարդի, լյարդիևույծաղիքնասմանհնարավորություն;
- ❖ անցողիկ դիսֆագիա:

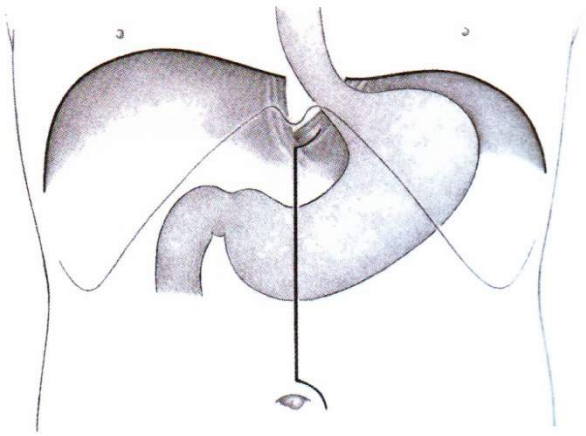
Հիվանդիխորհ՝ մեջքիվրապատկած:
Մուտք՝ վերիմիջայինորովայնահատում, հազվադեպ՝մուտքկրծքավանդակից:

Վիրահատություն

Բացեղանակ (հիատոպլաստիկաըստՋոտար-Ջակոբի)

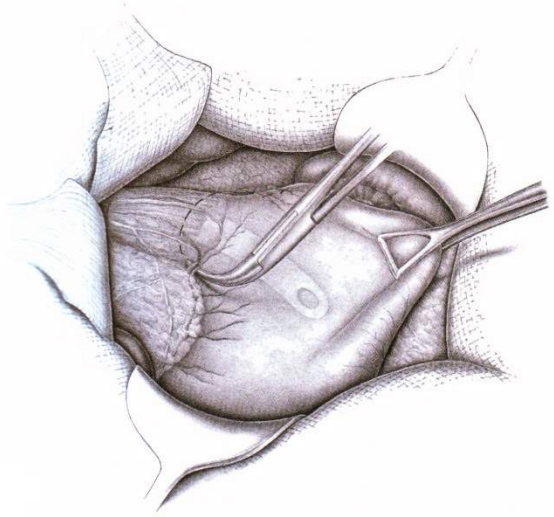
Փուլ 1. *Մուտք*

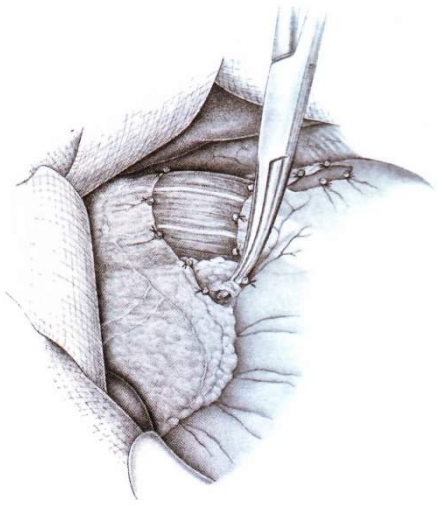
Վերին-միջայինորովայնահատում, որըկարելիէերկարացնելպրոքսիցերբևէրջանցելովնրանձախից: Շատգերանձանցմոտկարելիէկիրառելաջեռթակոդայինկտրվածք: Հնարավոր է կիրառել նաևորևէտիպիկրծոսկրայինկտրվածք:

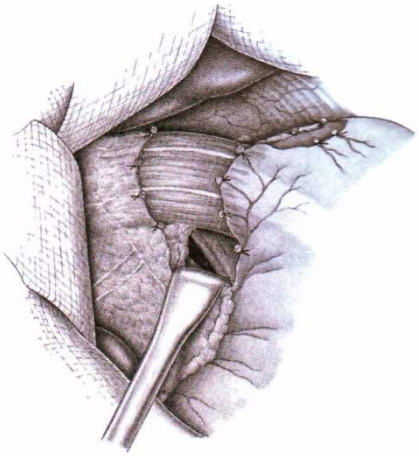


Փուլ 2. *Մոտեցումիմոբիլոբությանը*

Որովայնիխոռոչիբացումիցհետոլյարդայինկապոցովլյարդիածախքիլթքնգվումէդեպիվեր: Ստամոքսըստորվումէներքևուծախ, որիցհետոորովայնամիզընկերակրավոր-ստամոքսայինանցման շրջանում հատվումէ: Փոքրնոբությանպրոսիմամալհաստվածըբացելուցհետոերակայինանցվումէկերակրավորիդիստալմասի տեղայնացում: Շերտաոչերտանջատումը, հատվածպահեստարվածկապածևիվանդներիմոտ, թույլէտալհատանցդժվարությանպահպանելթափառողնյարդիճյուղերը: Նմանմոտեցումը ապահովում է ստոծանուկերակրավորայինբացվածքիամբողջկերակրավոր-ստամոքսայինանցմանհամարժեքտեսանելիություն:

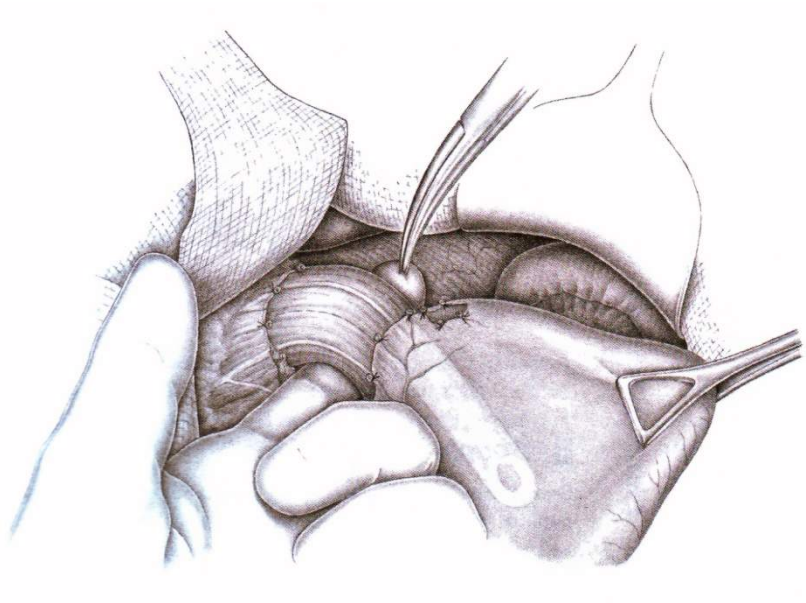






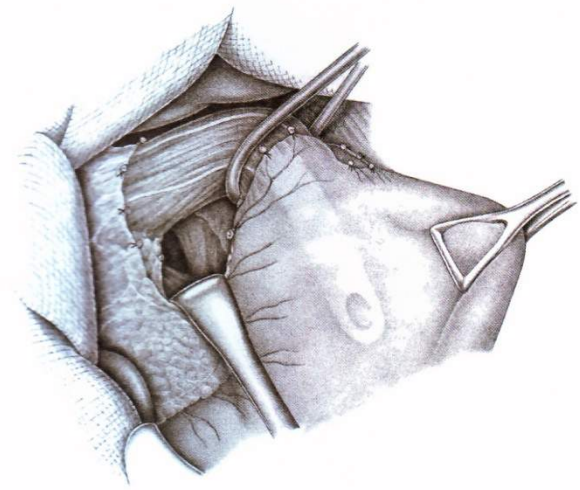
Փուլ 3. *Կերակրափողիբջանածև տեղայնացում*

Կերակրափողիստերնիհալհատվածիլրիվազատումիցհետո, կերակրափողինհետևլրացվածվիրաբույժիածախցուցամատովուղղությամբ, բռնիչը բութթելպովանցկացվումէնրա տակով:



Փուլ 4. Ջգուհանոցկոճղումըկիրակրոսկոպիաժամանակ

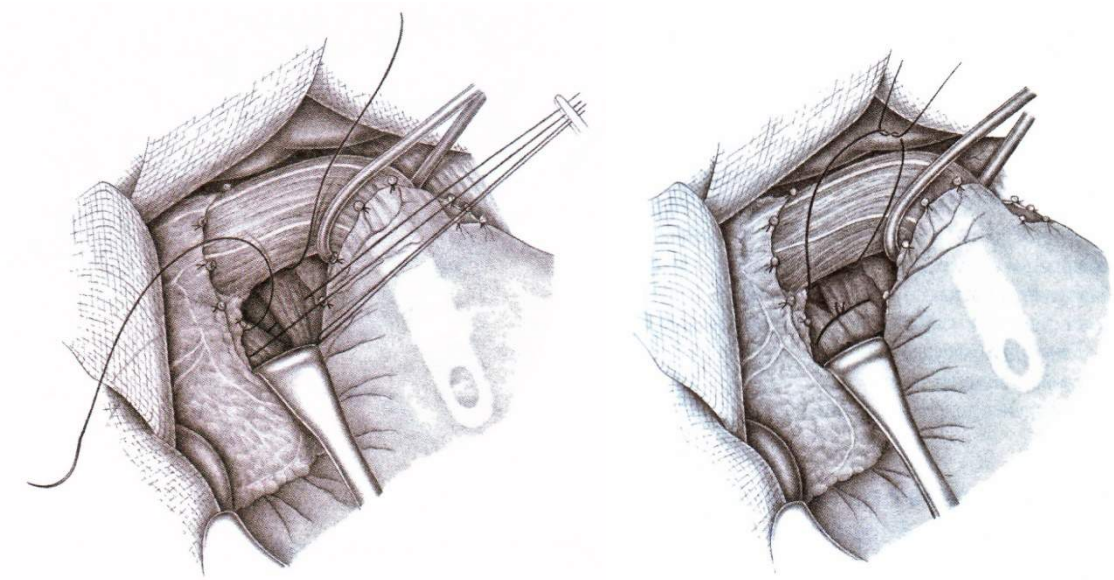
Կերակրոսկոպիանստաղհատվածիուղղությամբզգուհանոցկոճղումիցհետոստամոքսիսկիմոբրկությանվրա, 2-3սմերկայնքով, իրականացվումէսկելետիզացիա: Կարևորէպահպանելթափառողհյուղդիանոթայինհյուղերը(կոսոպժեհյուդ):



Փուլ 5. Հիստոլոգիա

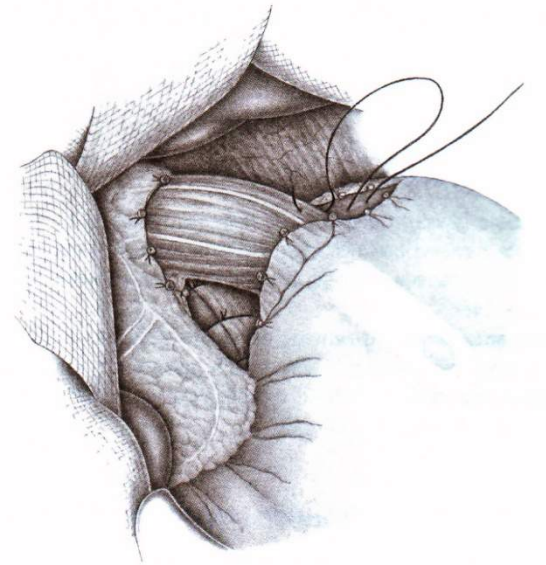
Այժմ, ստամոքսիծգումըլվենտրալուղղությամբքթայլէտալհահյտնաբերելառավելզորզալտեղակայվածստծանուռոտիկները: Նրանքմոտեցվումենուկրվումխոռըմոտեցող 0 համարիհանգուցակարերով: Պետէզգուշանալընդերայինցողունիվնասումից: Կերակրոսկոպիաըցվածքիրավարարներացմանհամարպահանջվումեն 3-4 կոր:

Ստոծանուկերակրոսկոպայինըցվածքմեծությունըպետէլինիրավարտցուցամոտիազատանցկացմանհամար: Ջգուհանեուցհետոկերակրոսկոպըազատիջնումէիրտեղը:



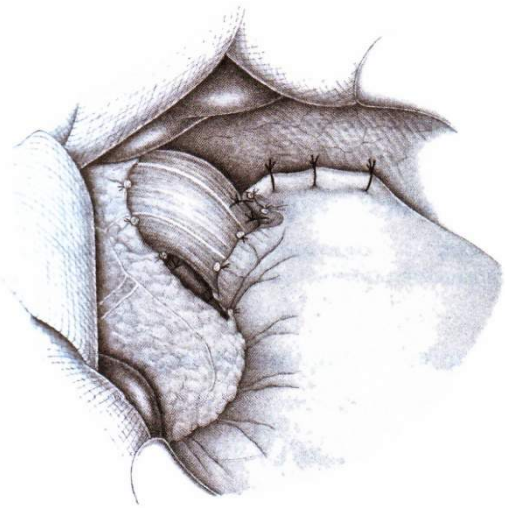
Փուլ 6. *Ցուցադրություն*

Ստոծանու կեղտակրավորողային բացված ծալքեն ելնելով ցցեն,
ստամոքսի աստակը առանձին կարերով մրցվում է ստոծանու եզրակրավորի: Այստեղ օգտագործվում է 0 համարի մետաքսաթել:
Սովորաբար Հիատուսոմոքս-կեղտակրավորային հանկյանը կեղտակցման համար պահանջվում են երեք առանձին կարեր,
իսկ ցուցադրության համար՝ չորս:



Փուլ 7. *Հատուկ ստոծային տար*

Այնպես կերվում է ստոծանու կեղտակրավորային բացված ծալքի եզրացումով, ստոծանու ստամոքսի ամրացումով և Հիսանկյան վերականգնումով:

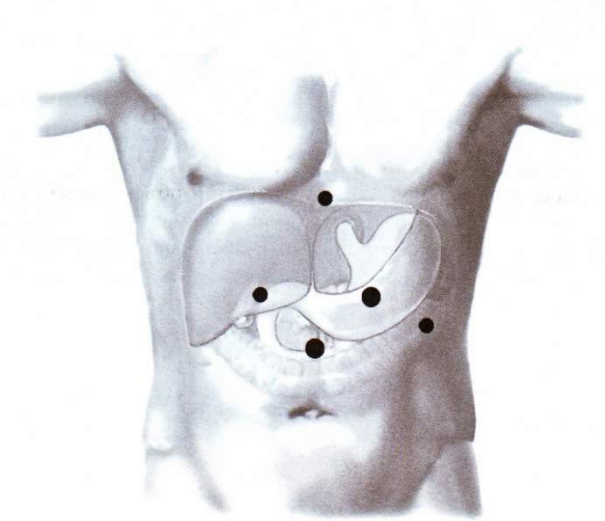


Լապարոսկոպիկեղանակ

Հիվանդըպառկածմռուքիփիլոցվածլիտոտոմիկդիրքով: Սեղանըհակաուղղությամբ դիրքին (ֆրանսիականդիրք), վիրաբույժըհիվանդիոտքերիմիջև, առաջինօգնականը՝ հիվանդիցձախ, երկրորդը՝տեսախցիկով, հիվանդիցաջ:

Փուլ 1. *Պռոտերիտեղապրումը*

10մմ-ոցպռոտոըտեղապրվումէմիջինգծովպորտից 5-8սմվեր (Հաստոնիբացեղանակով): Դրվումէպնևմոպերիտոնեում (12մմ/սս): Անհրաժեշտէ 30 աստիճանիլապարոսկոպ: Որովայնիընդհանուրլապարոսկոպիկդիտումիցհետոտեսողականհսկողությանտակդրվումեն 4 տրոակարներ՝ 5մմ-ոցպռոտթրանսհանելուհամարլյարդայինհետորակտրիհամար, երկուաշխատանքայինպռոտեր (5մմ - աջվերինքառորդում, 10մմ – ձախվերինքառորդում) և 5մմ-ոցձախենթակողայինպռոտ:

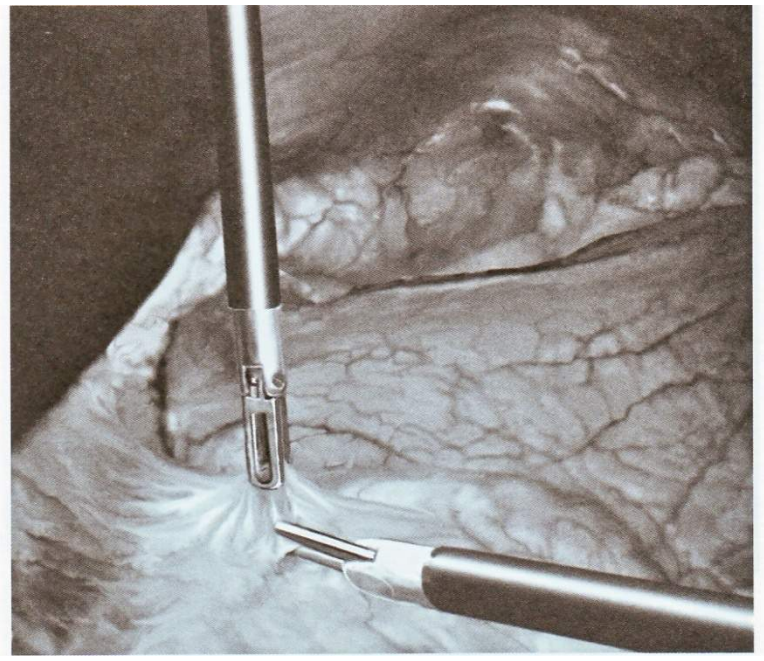


Փուլ 2. *Էքսպոզիցիա*

Լայնացածլյարդայինհամուսինհամոտեղողուհամարանհրաժեշտէռետրակտորովբարձրացնելլյարդիձախբլիթը:

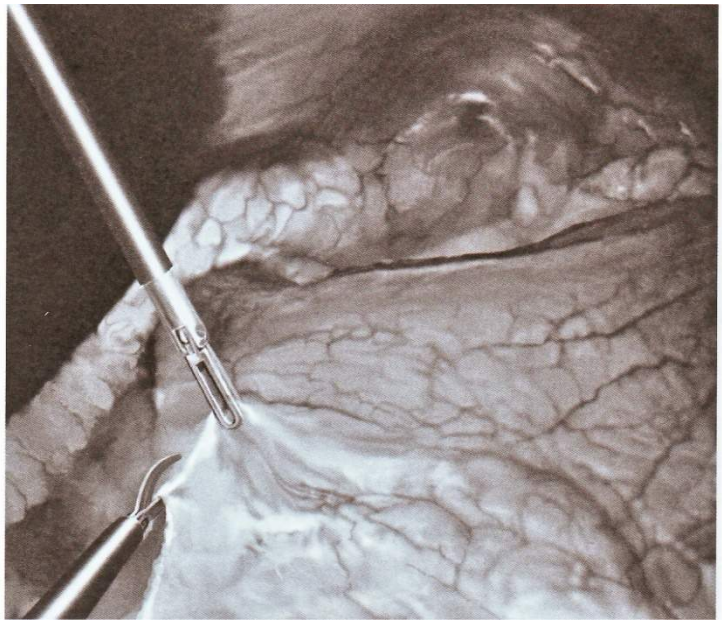
Փուլ 3. *Ստոմոսիներառում*

Ճողվածապարկումգտնվողստամոքսնումեծճարպըքերելովիերկուբռնիչներովներառվումենորովայնիխոռոչ: Որիցհետո, ստամոքսիդիակողմնբերսիայիամար, տեղադրվումէ քիթ-ստամոքսային զոնդ: Այսգործողությունըբավականինվտանգավորէ, հանկարծաստամոքսըթափածակելուվտանգ, հատկապեսերբոմեխանիկականնշանման (ոչորում), օդակումանհանգստությունէառաջացնում: Ճողվածապարկումկարողենգտնվելփայծաղը, հաստաղիքը, մեծճարպոնը:



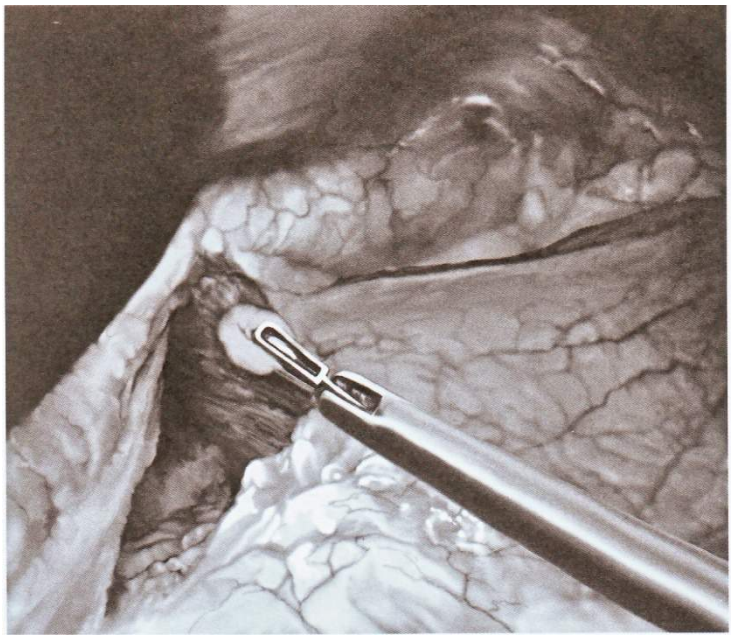
Փուլ 4. *Ստոծանուկերակրատվողայինանցքիհիէատզիա*

Ճողվածապարկիպատռումնակարելիությանհետո, ստոծանուաջողովիմերկացմանհամարհատումէստամոքս-լյարդայինկապանը: Որիցհետոերևանենգալհաստոծանուկերակըավողայինանցքնուճողվածապարկը:
Թափառողլյարդայինլարդայինանոթըժեստէհնարավորինսպահպանել:



Փուլ 5. *Ճողվածի պարկի բացում և պարունակության տեղափոխում*

Դիսեկցիան սկսվում է ներքևից, որտեղ ճողվածի պարկը գերծ է կպումներից և հեշտությամբ անջատվում է առանց ներքին օրգանների վնասման: Անջատումը շարունակվում է դեպի վեր՝ ներքին օղակի մոտ, որտեղ պարկը ենթարկվում է ամուր կպումների, որոնք պահանջում են ավելի մեծ զգուշություն: Ներքին օղակի մոտ պարկը հեռացնելուց հետո անհրաժեշտ է ստուգել արյունահոսության բացակայությունը:

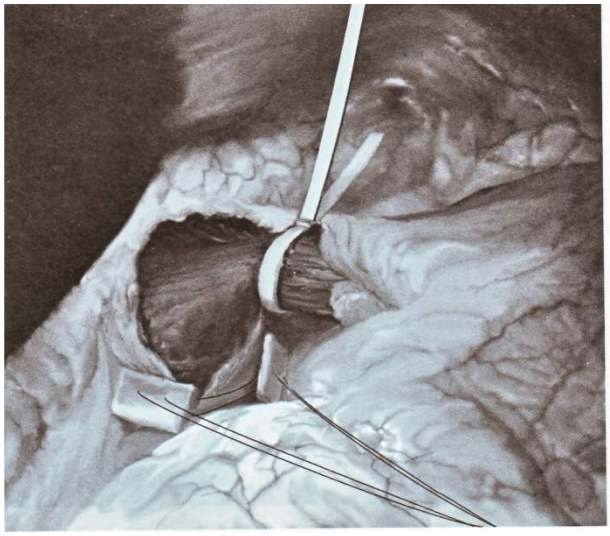


Փուլ 6. *Ճողվածի պարկի բացում և ստուգում*

Ճողվածի պարկը բացում են՝ ներքևից վերև շարժվելով: Պարկի պարունակությունը՝ ներքին օրգանները, հեշտությամբ տեղափոխվում են ներքին որովայնային խոռոչ:

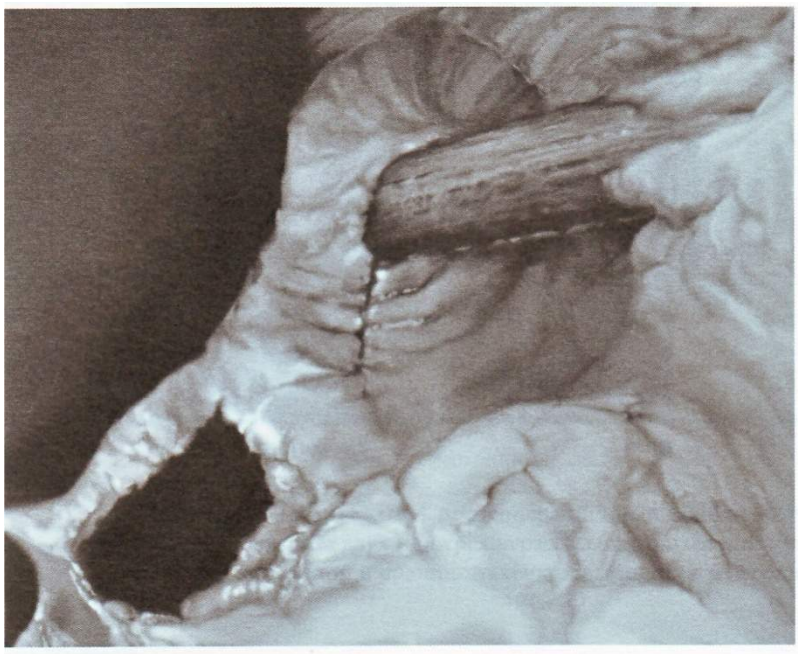
Ոչհազվադեպբուդիսսեկցիայիընթացքումմիջնորմումկատողեվնասվելծախկամաջպլևրան, սակայնմեծմասամբպլևրադրեհաժիկպրիֆչիլիում:

Դիսսեկցիանավարտվումէծախտոտիկիևեին-ստորինեզրիմոտ: Պեռիէհաստուկուշպրությունդրսևորվել, որդիսսեկցիանկերակրտավողնուծախտոտիկիմիջևընթանաճիշտհարթություն:



Փուլ 7. Կերակրտավող-ստամոքսանցմանհերնուդրումորովայնիխոռչ

Երբկերակրտավողիստամոքսայինհանցմանմոտեղիշուջըկտրելիէանցկացնելռետինեժապավեն, դեպիորովայնիխոռչդուրսբերելուհամար: Ըստրուշհաղորդումների՝ 3-րդոպիևայակաևհարկերակրտավողայինճողվածքերի 15% դեպքումհանդիպումէկերակրտավողիկտրեցում, առաջբերելովչհերնուդրվողկերակրտավող-ստամոքսայինհանցում: Այդպատճառովկերակրտավողի տեղայնացումը միջնորմումպետքէիրականացվիառավելազգայնբարձրությանվրա: Եթեդրանիցհետոևանհերնուդրումըանհնարէ, առավելարդյունավետգաստրոպլաստիկա՝ըստԳոլլիս-Նիսսենի, որըհնարավորէիրականացնելապահովելիկոմթորտկոպիկ մոտեցումով:



Փուլ 8. Հիստերսինդեզոպլաստիկա (հետին հատվածային պլաստիկա)

Կերակրափող-ստամոքսային հանգույցը ընդարձակ չվերապրած հետին հատվածային սինդեզոպլաստիկայով 5-6 հենարանային մատրիցային կարերով Ethiboud 2-0-ով, որոնք դրվում են կերակրափողից հետ առաջ: Որպեսզի կերակրափող-ստամոքսային հանգույցը լինի ավելի կերակրափողի ներքին, կարերը դրվում են մոտ համաչափ ստամոքսի վրա:

Ստոծանու կերակրափող-ստամոքսային հանգույցը լինելով ներքին՝ ընդգրկում է ստամոքսի մոտ 10%՝ ժամանցույցիալ հատվածը և կրդիան: Ստամոքսի 70% ժամանցույցիալ հատվածը և կրդիան գտնվում են կրծքավանդակում: Այսպիսով, հիատուսինդեզոպլաստիկայի ընդհանուր էկստրավիսցերալ տեխնիկան ցույց է տրված A նկարին համապատասխան:

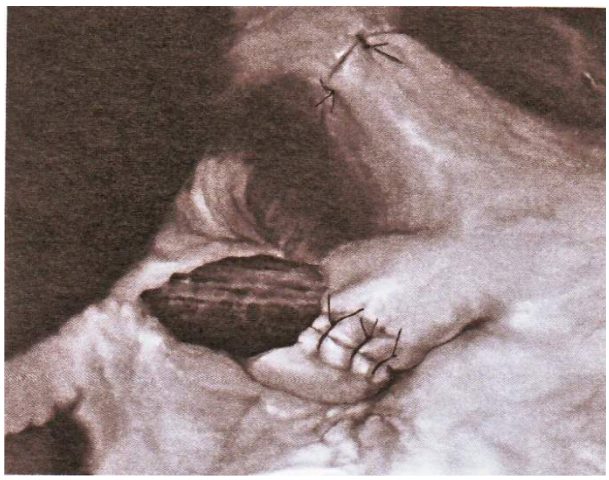
Որոշ դեպքերում 1-2 կարերը դրվում են միայն ստամոքսի, որպեսզի խուսափեն ներքին կերակրափողային ճյուղերի հատվածքի “S-աձև” ծռումից, կերակրափող-ստամոքսային հանգույցը լինի ազատ առանց ոլորման: Որպեսզի նվազեցվի պլաստիկայի ջղոտվածության հետևանքով առաջացած ժխտական ազդեցությունը, որոշ հիվանդներ կարող են ունենալ պրոտեզավորված ստամոքսային ժեստացում:

Փուլ 9. *Ցուցադրվիրահատությունըսկսելուհամար*

Ստամոքսիմեծկորության տեղայնացումից հետո (կտրումուկապվումենստամոքսիկարճանոթները) իրականացվումէ 2սմ-ոցագաստոմիզադրվիրահատություն՝ըստՆիսսենի, երեքկարերով 56Frբուժիվրա:

Փուլ 10. *Առաջայինգաստրոպեկսիա*

Որպեսզիկանխվիստամոքսիհետվիրահատականուռուցքը, որովայնիխոռոչումիրականացվումէառաջայինգաստրոպեկսիա 2-3 չկերածծվողկարերով, մեծկորությանուրվայնիառաջայինպատիմիջև:



Անատոմիականառանձնահատկություններ, լուրջփոփոխություններ, վիրահատականհնարքներ

ա/ Կերակրափողայինբացվածքինեղացումիցհետոանցքըգտնելէհեշտությամբբացթողնելմեկմատ:

Զգուշացում՝ անհրաժեշտէխուսափելստեղոզից:

Ստանդարտհետվիրահատականբժշկություններ

- սնմանվերսկսումըվիրահատությունիցմեկօրանց;
- կոնտրաստայինզոնդագրաֆիամեկամսանց:

Հետվիրահատականբարդություններ

- հիպոթորաքս;
- թոքաստղային պոլիներսում (առաջային հիվանդություն);
- սրտի տամպոնադ;
- պերիկարդիտ;
- պնևմոնիա;
- պնևմոթորաքս;
- թոքային զարկերակի էմբոլիա;
- կերակրափողի կամ ստամոքսի պրոլապսով ճառագայթային ախտորոշում կատարելուց առաջ:

Հետվիրահատական ընթացքը

Բժշկական հսկում՝ իր-ստամոքսային զոնդի հեռացում 1-2 օրից:

Կերակրում հիվանդանոցում՝ հեղուկը բերանով մեկ օրից, պինդ սնունդը՝ երկու:

Ախտահանում՝ անմիջապես:

Անաշխատունակության տևողությունը՝ 1-2 շաբաթ

Փորձաժամկետային ժամկետները.

- հետևյալ աստիճանական օգտագործեն չեն ժամկետները;
- ստամոքսի հեռացման վիրահատության ընթացքում կատարել ստամոքսի առաջային զոնդավորում:

ԳԱՍՏՐՈՍՏՈՄԻԱ

Ստամոքսի գաստրոստոմա (Կադերի վիրահատություն)

Ժամանակավոր կամ մշտական ստամոքսային խոց

Գաստրոստոմայի եղանակը ձևավորվում է հիշյալ ազդակներով, որոնցից՝ մաշկի և ստամոքսի պատի կարով միացում, ներքին խողովակով կերակրում և այլն: Գաստրոստոմայի հեռացում, սակայն շարունակվում է կիրառվել, օրինակ՝ ստամոքսի լուսամուտը հեռացնելուց, ապահովելով կոնկրետ ժամանակ:

Ցուցումներ և հակացուցումներ.

Ցուցումները՝

- կերակրափողը, կերակրափող-ստամոքսային միացումը, ստամոքսի պրոքսիմալ հատվածը և հարակից հյուսվածքները/կոմպոզիցիաները,
- էնդոսկոպիական ցածր ռիսկի ուռուցքներ,

- էնդոսկոպիկբուժմանհակացուցումներ (ասցիտի),
- լայնածավալվիրահատականմիջամտությանանցկացնելիության,
- նևրոլոգիականխանգարումներ (ցերեբրալդիսֆագիա):

Հակացուցումներ՝

- մասնահատելիությունը,
- նախորդած ստամոքսիլայնածավալմասնահատում/գաստրէկտոմիա (ընտրությանեղանակէհամեմատականությունըստոման):

Նախավիրահատական հետազոտում/պատրաստումվիրահատությանը

- ✓ ԷԳՍԴ,
- ✓ մարսողականխողովակիվերինհատվածներիռենտգենազոտում,
- ✓ ԳՋՀ:

Հիվանդիդիրքը՝մեջքիվրապատկած:
Մուտքը՝վերինմիջայինլորովայնահատում:

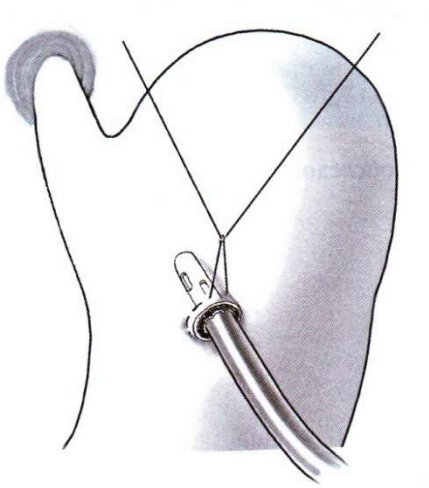
Վիրահատություն

Փուլ 1. *Էքսպոզիցիան*

Մուտքըսկսվումէոլորմկանիվերինեզրըպարկանմուղանայացկամհորիզոնականլորովայնահատմամբ: Մաշկի, ենթամաշկայինճարպաբջջանիևապոնևրոզնուրհատումըուղեկցվումէմկանեերիբութ անջատումով: Ստամոքսհատաջայինպատըբռնիչներովգլուխէդեպիհատաջ:

Փուլ 2. *Ստամոքսիպատուհատրատումնևհատումը*

Սովորաբարստամոքսհատաջայինպատիվրապրվում 3անտրամագծովմասկակոր: Կարիկենտրոնովպատըբացվումէև նրա մեջ, ստամոքսպրպհայությամբ, մտցվումգաստրոստոմիկվողով: Հերմետիկությանստուգումիցհետոկարըկապվում է: Հիմնայինհայրվածքերիդեպքում, գաստրոստոմայինձևավորումիցառաջ, անհրաժեշտէբացառելանտրալպրիկհատվածներիդեֆորմացիան, ինչը իրականացվում է ներսից, ստամայինմակարդակիցներքև, ստամոքսիբռնատվումով:

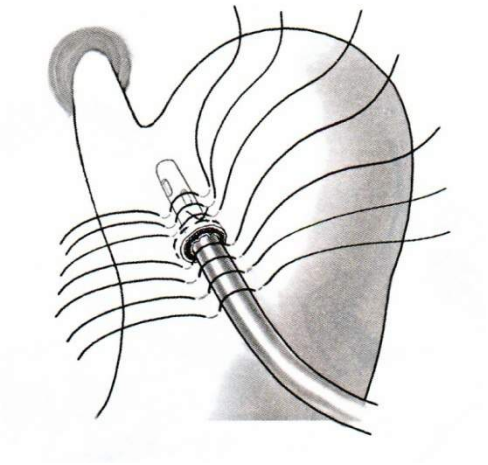


Փուլ 3. *Կատետերիդիրքը*

Սեռցմանխողովակիեզրըպետքէտեղակայվածլինիստամոքսիկարդիալհատվածում, իսկտրամագիծըհամապատասխանի 1սմ: Նրաճիշտտեղադրումիցհետո (ովազգույնստացածթյունըսնցքիցմինչևվեզր - 5սմ) բռանկարըկապվում է:

Փուլ 4. *Գաստրոպլիկացիա*

Գաստրոպեքսիանիրականացվումէառանձինվիրաբերով, պրոքսիմալուղղությամբնեահանջելով մոտ 8 սմխողովակիմոտցվածտեղից: Ստամոքսիսերոզաթաղանթըփիքսվումէորովայնիպատինգելովնեղուռնեպիվերևխողովակըդուրսբերվումպտուտորովայնայինգաստրոպլիկացիա յիմակարդակիցավելի: Վերջումխողովակիմահճեղըփիքսվումէմաշկին:



Գաստրոստոմա (ըստՎիտցելի)

Ցուցումներուհակացուցումներ.

Պլանայինցուցումներ

- կերակրափողիերկարաստամոքսանմեջցանելությունը, երբէնդոսկոպիանմեկնաբանությունը:

Այլընտրանքայինգործողություններ կերակրափողիկարճացմանկետոնմեջցանելությունը (պարբերաբերակրում, խցանողկատետեր, քիթ-աղիքային կերակրողզոնդ):

Նախավիրահատական հետազոտում / պատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատականհետազոտություններ՝

- ✓ ԷԳՍԴ,
- ✓ մարսողականխողովակիվերինհատվածներիռենտգենհետազոտում,
- ✓ ԳՁՀ:

Սպեցիֆիկոխակեր, հիմանդիտեղեկացվածհամաձայնությունը

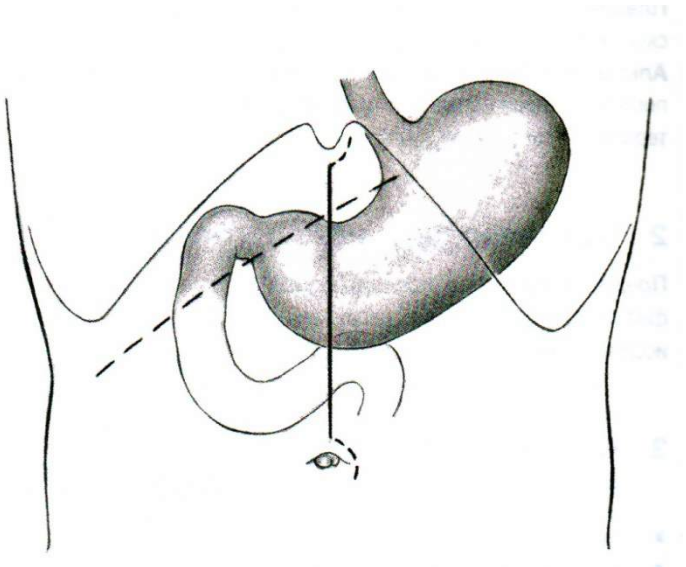
- ❖ անբավարարությունառաջերխոնիո,
- ❖ էրոզիայիևստամոքսիխոցայինհիվանդություն,
- ❖ կատետերիդրում,
- ❖ կատետերիխցանում:

Հիվանդիդիրքը '՝ներքինվրաստամոքսային
Մուտքը '՝վերին-միջայինհորովայնահատում

Վիրահատության

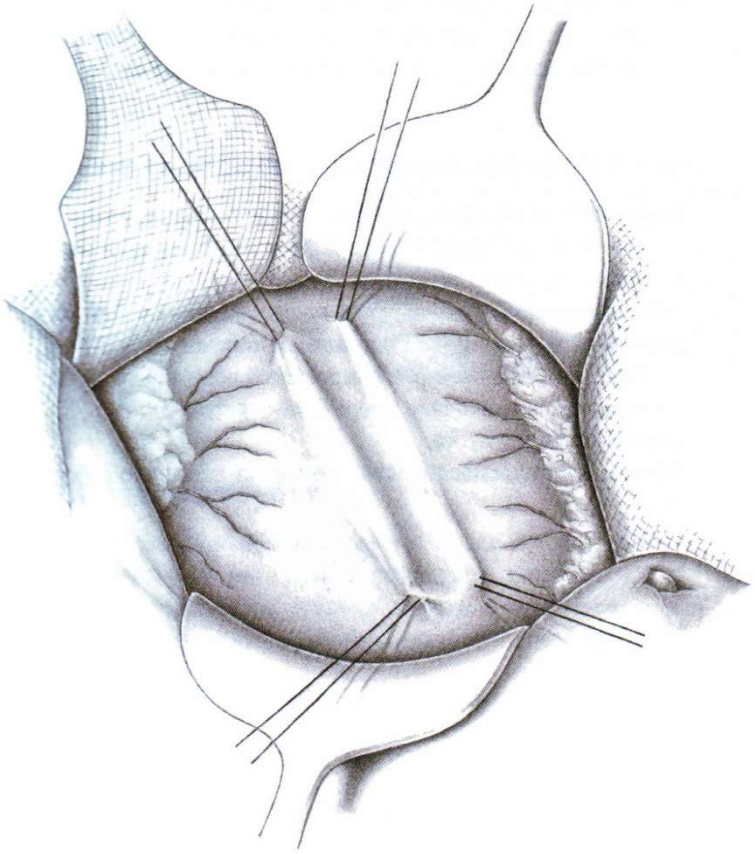
Փուլ 1. *Մաշկիկտրվածքը*

Մաշկիկտրվածքըհամապատասխանվերինմիջայինհիվազգաստոպերում՝ենթակողային:



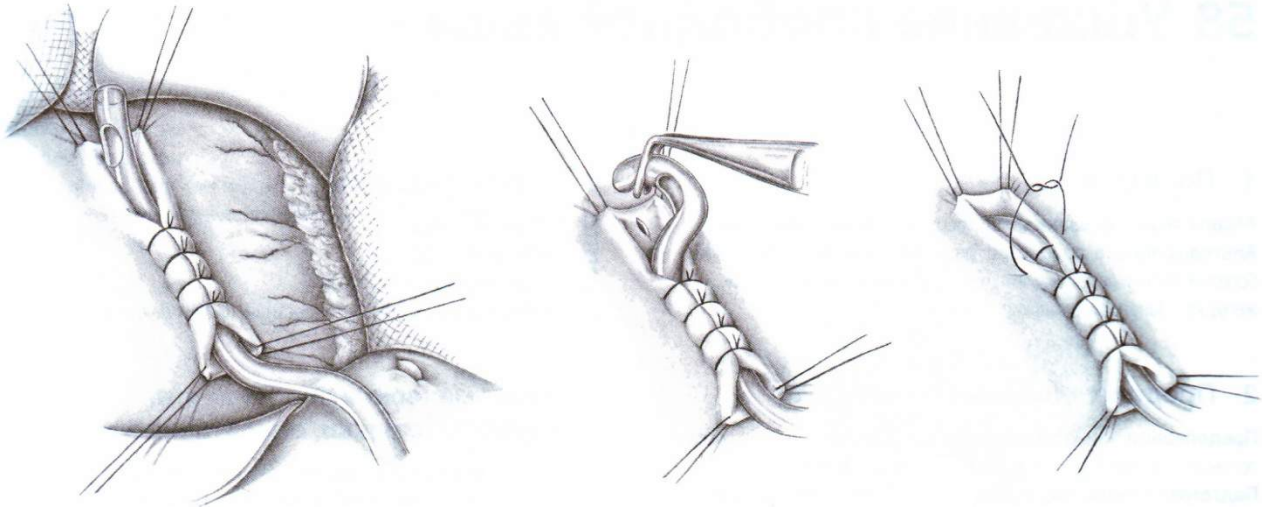
Փուլ 2. *Աոսմոհսկտոտ/ կտրերքոնիչներ*

Որպեսզիճշգիտավորվողթուլությունները, ստամոքսըհայտնաբերելուցհետոնրատաոաջայինպատվովրադրվումենչորսկարերբռնիչներ:



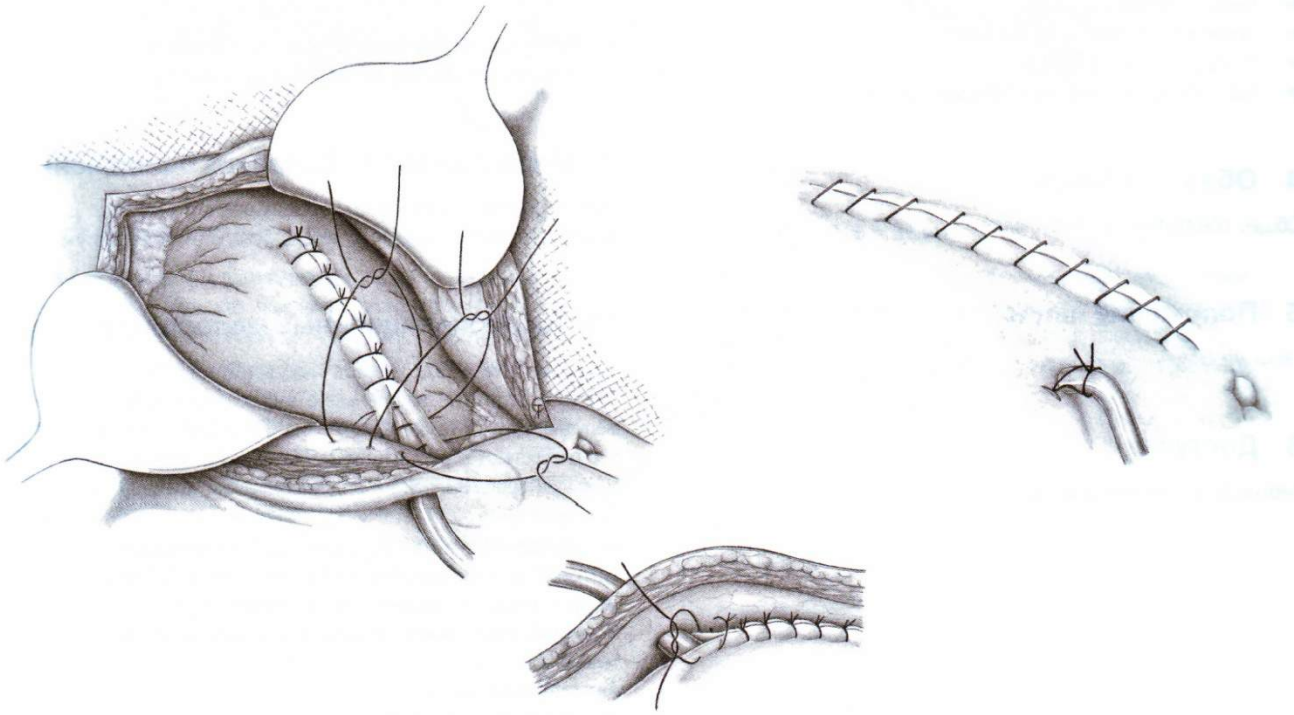
Փուլ 3. *Կոռեկցիոն օղակում*

Հաստոպատերովռետինեխողովակըանցկացումէմաշկով, տեղադրումստամոքսիխոռոչմարմնիջևռառանձնհատոզ-մկանայինկարերովերսուզումթունելիմեջ: Դիաթերմիայիօգնությամբ Ստամոքսիպատին, խողովակի եզրով, բացվումէոչմեծանցք, որովխողովակըմտցվումէստամոքսիխոռոչ: Պետքէհետևուշադիր, որպեսզիառաջինստամոքսիբոլորտերտերը, ներառյալորձաթաղանթը, ապահովելու համար խողովակիհետևերստամոքսայինդիրը: Ապաստամոքսիպատըխողովակիվրայովկարվումէ, առանձնհատոզ-մկանայինկարերով:



Փուլ 4. *Էմպերիոռհիզացիա*

Խողովակիստոմոզիվրադարսզալուտեղըառաճելիկարերովամրացվումէառպատոպայիորովայնամզին:
Այնխոռոչըմէստոմոզառկայութիւնընդհանրութերիվիտցելիթռնել ովդեպիորովայնիխոռոչներսհատուկ:
Որպեսզիորովայնիպատըվակելուցհետոկանխվիողովակիդուրսհանումը, այնիերծվոդկարերովամրացվումէմաշկին:



Գործառույթներըսթոքսիկբարդություններիժամանակ

- անբավարարությանկասկածդնելիցոմպահոնջվումէխողովակիմիջովիրականացնելուռեոգեոնոտրաստոպայինուսումնասիրություն
- վաղհետվիրահատականշրջանում կատետերի լրիվարտամոմանդեպմումաշկիմիջովկրկնակիանցկացումըխոռոչզավոդէկամանիհոպխողովակիոչկայունընթացիպատճառով:

Հետվիրահատականգործառույթներ

Բժշկականխնամք հետվիրահատականշրջանումխողովակիտեղակայմանհսկողություն կատետերի միջովմտցվածկոնտրաստոպայինոգնությամբ:

Կերակրմանվերսկսում՝ էնտերալսնուցումըսկսումենխողովակիհիշտեղակայմանհաստատումիցհետո 3-րդօրիցոչուշ, հետզհետեավելացվող թեյի ծավալով, ապաանցնումհամարժեքէնտերալսնուցման:

Ախտխոցում՝ անմիջապես

Անաշխատունակությանտևողությունը կախվածէհիմնականհիվանդությունից:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- կատետերիտեղադրումըպլանավորեմայնպես, որթույնտվիցդուրսզալուկետնուղղվոդայնիպատիանցքըդուրսայնպեսըկարելուցհետոհեշտությամբհամապրվեներևույնիսկառանցկարերի, լիներնիբարվրա,

- բալոնայինկաթետերըտեղադրելուցհետոպահպանվածհիպոթերմիայի ռեժիմից,
- չպետքէօգտագործելխիստսեղմվածհյուսվածքերի, հատկապեսվնասվածքներիդեպքում:

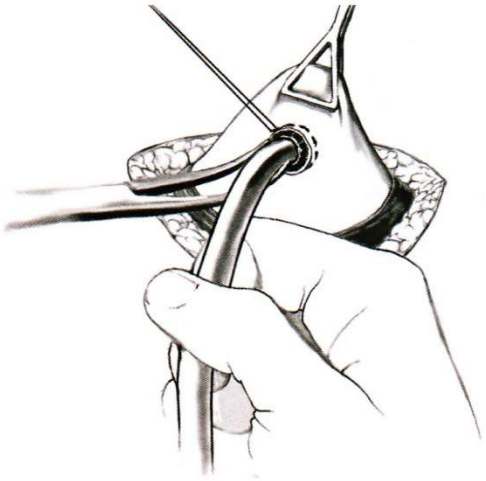
Բալոնայինկատետերովզարկանոպլաստիկա

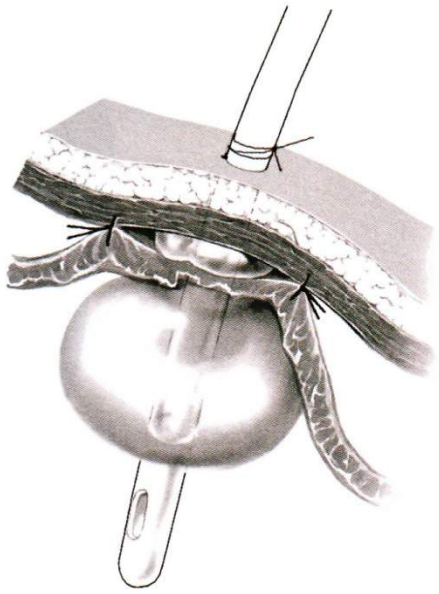
Փուլ 1. *Էքսպոզիցիա*

Վերընկարագրածեղանակով:

Փուլ 2. *Բալոնայինկատետերիտեղադրումևուռմարացումը*

Ստամոքսիհատակիջայինպատվրաստվումէքսակակարևորակետնոտռոնովբացվումպատը:
Անհարժեշտությանդեպքումկտրվածքըլայնացվումէևխողովակըտեղադրվումստամոքսիխոռոչում:
Հիմերովայրվածքիներդիպեպքումստամքսիսիներսնյութովլցնելուցհետո, բացակարըկապվումէ:
Կարիքիդեպքումկատարվումէստամոքսիպարունակությունըներծծումով:
Կատետերիծգումըդադարեցվածպահին՝չպետքէբերկստոմայիշուրջըստամոքսիպատիմեռուկացման:
Երկրորդայինանբավարարությունիցխուսափելուհամար, հատկապեսառատհայտնվածնյութիպարագայում, կարելիէդիմել չորսերորդմկանայինհանգուցակարեր:





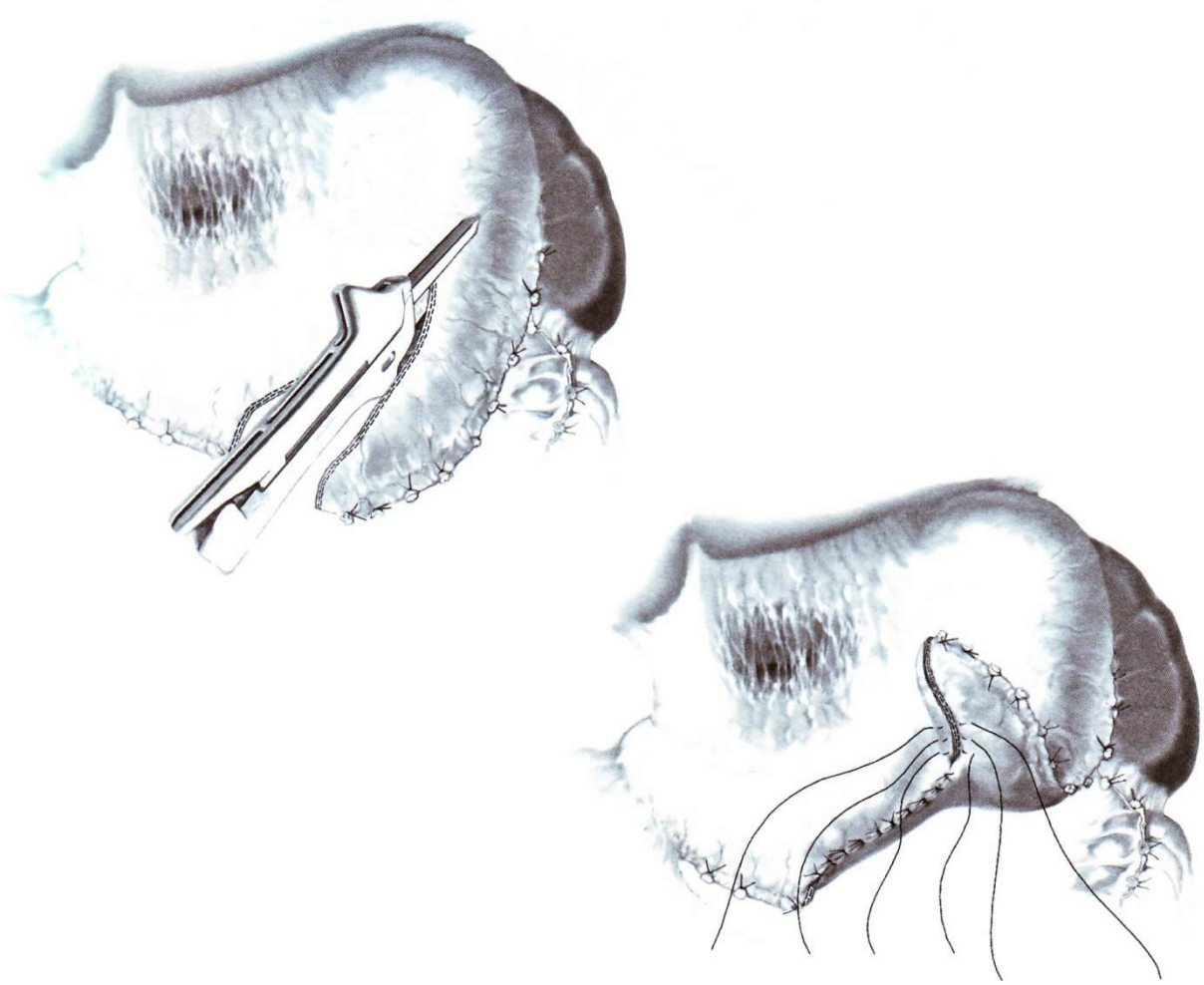
Մշտականգործիքայինգաստրոստոմա

Փուլ 1. *Մուտք*

Մուտքըտրվայնիկխոռոչևստամոքսիէսպոզիցիան վերը նկարագրվածձևով:

Փուլ 2. *Ցողունիստեղծումը*

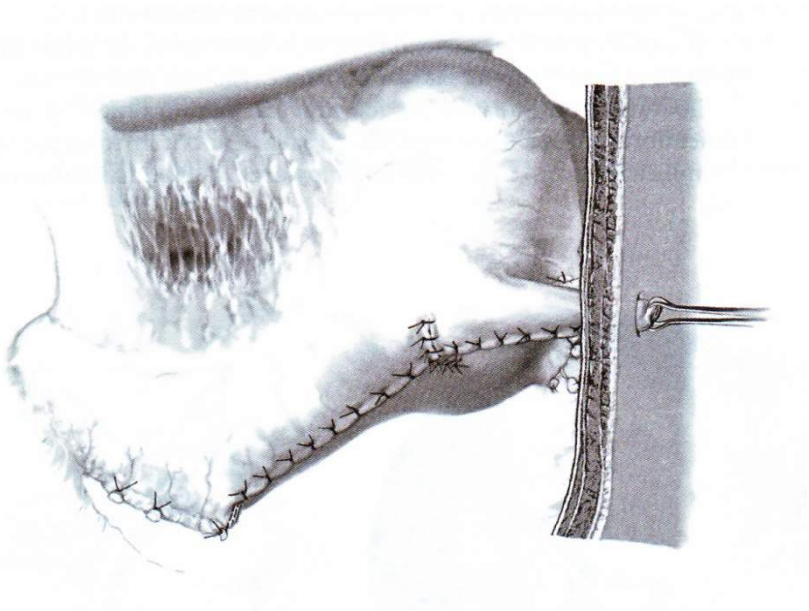
Մշտականեւսընթացքաստրոստոմայիստեղծմանհամարտրվողրեկոմենդացիաներըհետևյալն են՝ Ստեղծվածցողունիհանդայինոտիկըձևավորվումէձախսեռնդայինոտիկիցանվտանգեհեռավորությանվրա, առանցստամոքս-ճարպոճայինաղեղիամբողջականությանխախտման: Հաստումէստամոքս-հաստաղիքային, ևերեանիրաժեշտէստամոքս-վայծաղայինկապանը: Ցողունիհիմքըտեղակայվումէմեծկորությանմիջինեռրորդումում: Գաստրոստոմայիհանդայինոտիկենհանդիսանումձախստամոքս-ճարպոճայինանդրեը: Ցողունիբավարարերկարությունը, կախվածորովայնիպատիհաստությունից, ապահովվումէգծայինկարողստեղերի 2 կամ 3 կասետային կոթերով: Մեխանիկականկարիգիծըպերիստոնիզացվումէանընդհատ կարով կամհանգուցակարով:



Փուլ 3. *Գաստրոպլաստիկա*

Գաստրոպլաստիկանիրականացվումէստամոքսիմարմնիևհաստկիսահմանում: Այնպեսէընդգրկիցողունիհիմքիամբողջտրամագիծը, առանցխանգարելուերակայինստակարտրմանը, հատկապեսվերինհատվածում:

Յաղուզըդրովայնիպատվոտիմիջովդուրսբերվումդրովայնիձնախվերիմեջտարվող:
Ստոմոմասնայուքիագրեսիվագդեցությանևհարստոմատիկդեղամատիտներիկանխարգելմանհամարցողունիբացումնուղղամուտիսեղակայումը մաշկիվրակատարվումէավելցուկով: Պերիստոմատիկբարդություններիցպաշտպանվելուհամարստոմայիուջըզրկվումէ Stomaplast.



Հետվիրահատականբարդություններ

- ստոմայիայտուցիեվոպտվածիեվվիրահատականհանհանցանելիություն,
- գաստրոստոմայիանբավարարություն, կարերիպոստում,
- վերիլավացմանխանգարում,
- որովայնաբորբ,
- ներքովայնային, ներստոմոմասայինարյունահոսություն,
- ստոմոմսկիզամստոմայիպատի մեռուկացում:

Հետվիրահատականգործառույթներ

Բժշկական խնամք՝

Կերակրմանմ վերսկսում `հերուկսնուցվիրահատությունից 6-12 ժամանց; կերակրումըսովորականհեղվածսննդով՝առնիջապեսստոմոմսկրտոպարկմանխանգարումներիբացառումիցհետո:

Ախտխացում՝առնիջապես:

Առաջխաղացհոգեբանականդրությունը կախվածհիմնականհիվանդությունից:

Փորձնական հիմնարկներ.

- Գաստրոստոմայի գործունեությունը կարելի է բարելավել ցողունը բուժելով ներարկելով երակի մեջ;
- Խուսափեք ստոմայի գաստրոպլաստիկայից, որը կարող է խանգարել ձախ ստոմոֆագային հանգույցի հեռացմանը:

Մաշկի միջոցով էնդոսկոպիկ գաստրոստոմայի ձևավորում

Ցուցումներ և հակացուցումներ.

Ցուցումներ՝

- զարգացման անոմալիաներ,
- բերանով կերակրման անհնարինություններ,
- մեխանիկական խոչընդոտներ կերակրափողում:

Վիճակներ, որոնց ֆոնին անհնար է միջամտել էնդոսկոպիկ գաստրոստոմա.

հյուծվածություն՝

ա/ ուղեղային նյարդային ուռճացման անոմալիաներ, հյուծվածության պատճառով;

բ/ ցրված սկլերոզ;

գ/ ուղեղային պարալիչ;

դ/ մկանային դիստրոֆիա:

մեխանիկական դիստրոֆիա՝

ա/ կերակրափողի ատրեզիա;

բ/ գլխուղեղային անոմալիաներ:

պրոգրեսիվ դեմենցիա՝

ա/ բերանով կերակրման անհնարինություն:

Հակացուցումներ՝

- ծանր ուղեկցող հիվանդություններ,
- 6 ամսից պակաս տարիք,
- որովայնի պատի ինֆեկցիա,

- կոագուլոպաթիա,
- բազմակիորովայնայինվիրահատություններառումով,
- աղիքայինանաստոմոզներ,
- ստոմոսիմասնահատում:

Վիրահատություն

Փուլ 1. *Պատրաստում*

Վիրահատությունից 24 ժամևազատրուստոմանձևավորելուցմիքանիժամառաջնորիցգնահատվումէհիվանդիվիճակը, քանի որ հիվանդությանսրացումըկպահոէազդելսպասվելիքկյանքիտևողությանվրա:

Փուլ2. *Ստոմոմս-տոպոգրաֆոնոյա աղու էնդոսկոպիկմոնիտորումը*

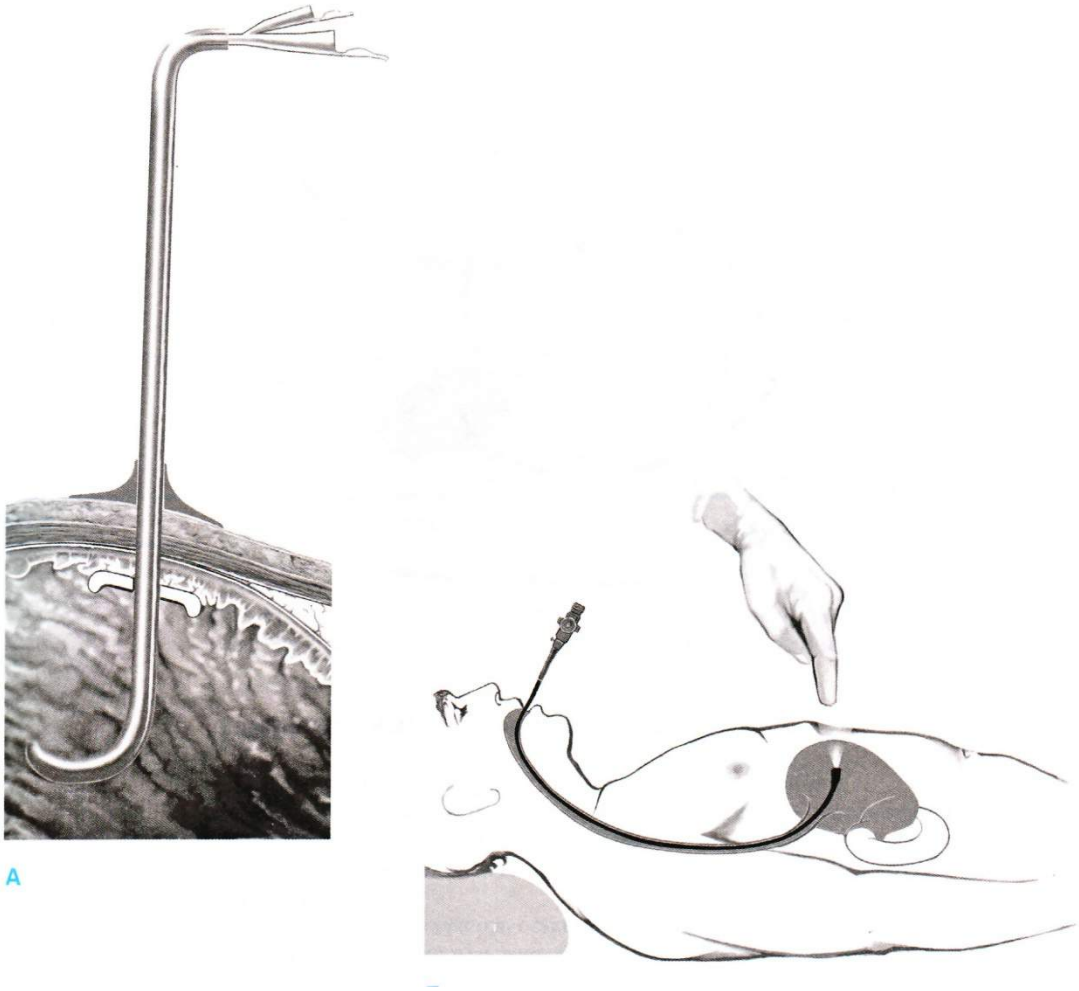
Իրականացվումէտեղայինհակացուցումների /ուռուցք, ծանրէրոզիվգաստրիտ, ստոմոսիներակներիվարիկոզայնացում, մեծխոցևստոմոսոզեֆիխցառում/ բացառմանհամար:

Փուլ3. *Հնաոքլյուզիա*

Ստոմոսըլցվումէօդովայնքաո, մինչևդրսառաջայինպատը, տեղաշարժելովբարակաղեզըարները, հասնիորովայնպատին:

Փուլ4. *Տրանսիլյումինացիա*

Վիրասրահըմթեցնելուցհետո, ստոմոսմոցվածէնդոսկոպիլույսովկատարվումէորովայնհառաջայինպատոխտրանսիլյումինացիա: Օգնականըճշտումէպունկցիայիտեղը, մատովսեղմելովորովայնպատըտրանսիլյումինացիայիընթացքում: Լուսավորմանբացակայությունըխոսումէորովայնհուստոմոսիպատերիմիջևբարակաղեզըարներիհերկայությանմասին, դրածնելովվիրահատությունըվտանգավոր: Մատիներդրումըպետք է հստակիայտնաբերվիէնդոսկոպով, որիծայրըհպվումէստոմոսհառաջայինպատին:

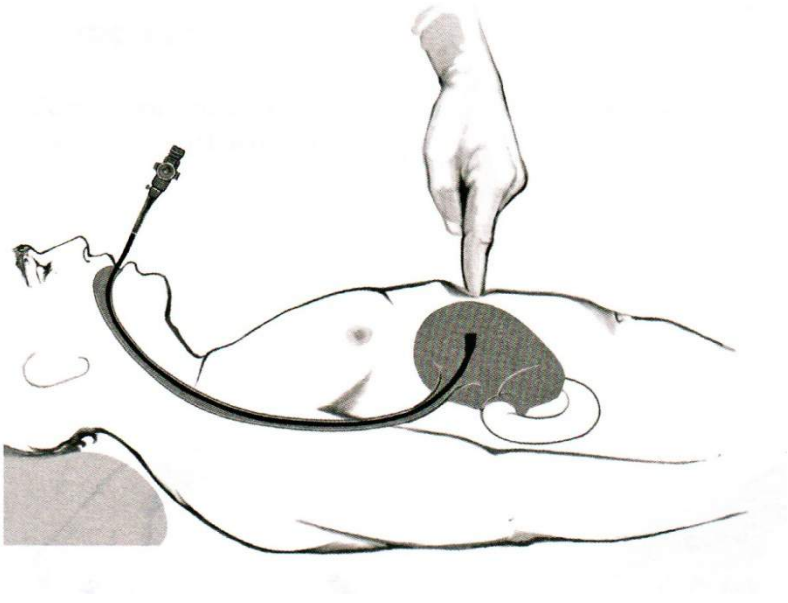


Փուլ 5. *Տեղայինհանգստացում*

Ընտրվածտեղընճվում է, հակասեպտիկովմշակվում, որիցհետովիրաբույժիօգնականըմատիկնուվավուկիայուծածքերը, շերտառեթոնիֆիլտրացնումէտեղայինանեսթետիկով: Ավարտելուցհետոբարակնճտարովկատարվում է 5մմ-անոցմակերեսայինկտրվածք: Սրամիջովանցկացվում է 18G կանյուլանստիլետով, որըթափանցումէստամոքսիլուսանցք՝ ընկնելովէնդոսկոպիտեսադաշտ, որիցհետոստիլետըհեռացվում է:

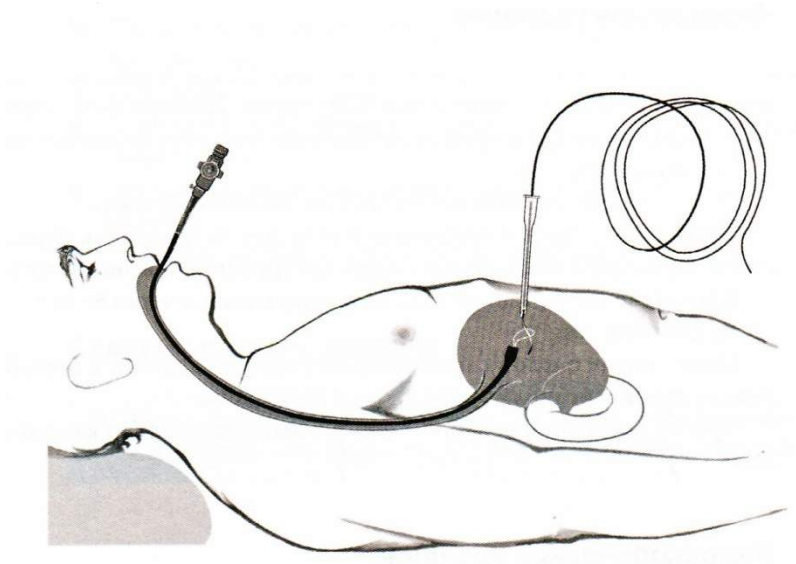
Փուլ 6. *Ուղեկցողիմոտեցումը*

Կանյուլայիմիջոցովստամոքսէմտցվումմեռողաերկարուղեկցող, որըբռնվումէենդոսկոպիբիոպսիանախատեսվածխոռոչիմիջոցով և բերվում: Այսընթացքումօգնականըստանձնումժեստոլյանուղեկցողըևերկուսնէլդիստամոքս:



Փուլ 7. *Ձգում*

Ուղեկցողդիվրահաղցվումէնշակվածկաուչուկէրիկոնուսածևեզրըևուղեկցողըոտնամատայինուղղությամբ ձգումով /բերանով, կերակրափողովևստամոքսով/ դուրսէբերվումկտրվածքիմեջ; այսեղանակըկոչվումէ “էԳձգմամբ”, հանիրօգնականընձգումէկաուչուկերըդեպիդուրսմինչևնրաևերսիցպումըստամոքսիպատին, երբմինչևամաՀիմնումէ3-4սմ: Նշումներըլողովակիվրաօգնումեհաստատելնրաոեղակայմանիճշտությունը:



Փուլ 8. *Երկարությանորոշումը*

Կաուչուկիարտաքինհատվածըդրվումէաջայինկողային ճաՓիմակումէսահմանակավոկչնօգնությամբ, դուրսնայնպիսիՀաստվածընտրվումէևնրաարտաքինեզրինամրացվումէկանոնավոկերակրմանխողովակըդիմակիհաստությանհամար:

“Մակի միջով էնդոսկոպիկ գաստրոստոմա, հրմանի միջոցով”

Ներկայումսայնիչէկիրառվում: Կանյուլայի վնասվածք, որպեսայնընդհանրկարելիէօգտագործելսրտակար, դրվածհանվողլաստիկկատետերիմեջ: Վերջինիսմիջովանցկացվումէնմանհամարնույնտեսվածխողովակը: Կատետերըևսհեռացվում՝ թողնելովերջնատեղումզոնդ, որըհետագայումֆիքսվումէորովայնիպատին: Այսվիրահատությունըկոչվում “ՄԷԳհրումով”, բանիորկատետերհնարավորությունէտալիսմեղմորովայնիպատիկտրվածքիմիջով՝ որովայնիպատիկտրվածքիմիջով: Ստամոքսխոռոչայինպատռումորովայնիպատըսեղմվումենիրարսահմանակվածչհեղուկ: Կերակրումըսկսումենհիվանդությունըսկսվելուց՝հիվանդությանբնույթից: Կատետերըհեռացվումէմիայնմեղուկիլրիվձևավորումից:

Ցուցումներուհակացուցումներ

Պլանայինցուցումներ՝

- կլմանհակվերկրաժամկետխոցգործումներ:

Հակացուցումներ՝

- ասցիտ,
- ճարպածվիրահատությունորովայնիվերիհատվածներում,
- որկորովէնդոսկոպիանցկացմանհնարինությունը:

Այլընտրանքայինգործողություններ – պերէնտերալսնուցում, բարակաղիքայինխողովակ, ֆիքսվածքայինսնուցմանզոնդ:

Նախավիրահատականուսումնասիրում / վիրահատությանպատրաստում

Նախավիրահատականհետազոտություններ՝

- ✓ ԷԳԴՍ,
- ✓ մարսողականխողովակիվերինհատվածներիռենտգենաբանականհետազոտություն,
- ✓ ԳՋՀ:

*Հիվանդիպատրաստում՝*հեղուկորովայնիդատարկում՝ցավազրկում-ստամոքսայինզոնդիտեղադրում:

Սպեցիֆիկոպերևիվանդիտեղակացվածհամաձայնություն.

- ❖ խողովակիարտանում,
- ❖ անբավարարությունորովայնաբորբ,
- ❖ էրոզիայիհետևանքովարյունահոսություն,
- ❖ խողովակիխցանում:

Հիվանդիդիրքը ՝մեջքիվրապատկած:

Վիրահատություն

Փուլ 1. *Ստամոքսպունկցիա*

Մշտականկամժամանակովորոստամոքսայինխողովակնվազագույնդեպքումհամարվում է առավելհասարակությանվտանգգործողություն:
Նախապայմանէհանդիսանումստամոքսորովայնիառաջայինպատերիմիջևանմիջականեղումը:

Ստամոքսընհայտնաբերվումէգաստրոսկոպիկոտրանսկլյումինացիայիօգնությամբ: Այնինարավորությունէտալիս, տեղայինանզգայացմանտակ, մաշկիմիջովծակելստամոքսը: Ապատրոսկոպվումցնելմետաղալարևուղեկցող, որըբռնվումէենդոսկոպովևդուրբերվումբերանից:

Փուլ 2.

Բերանիմոտուղեկցողըմիացվումէխողովակին, որըծգվումէդեպիստամոքս: ԱյնծգվումէմինչևՓիլորուսըչծգվստամոքսըողովայնիապաջայինսրտին, որտեղայնամրացվումէհավելյալպոտաֆինպոտաիումթթելին: Ներստամոքսայինեզրըևեռակարելիէենդոսկոպովանցկացնել 12-մատնյապողի, որպեսզիկանխվիևեստադրծնանգայացիաոջացումը:

Մաշկիմիջովհեռացում

Նախևառաջորոշվումէխողովակիտեսակը. Սնկածևխողովակըուհիմնկուսանցք, մինչդեռբալոնայինընկրվածքիվրա՝երկու:

Սնկածևխողովակիհեռացում՝ շրջանըմաքրվում, ֆսվումլոգակաինիֆսուկ: Դեպիորովայնիապաջայինպատխողովակի 90 աստիճանիստակերկարատևձգումըբերումէերականկարծակիիջեցմանևայնստամոքսիցդուրսէգալիս: Արյունահոսությունները ևանդպումեննազվազեպ, իսկստամոքսիվրկում 8-48 ժամվաղնթացքում:

Բալոնայինխողովակիհեռացում ներարկիչիմիջոցովբալոնըպատռվումէկամխողովակըկտրվում, հնարավորությունտալովդեռևինդուրսհոսելբալոնից, որիցհետոխողովակըդուրսէաշվումառանցարևէդժվարության:

Էնդոսկոպիկհեռացում՝ ցուցվածէ. եթեհնարավորչէխողովակը հեռացնելմաշկիմիջով, օրինակ՝ եթեբալոնըչդասպարկվումկամսկիզբչիծալվում: Իրականացվումէգաստրոսկոպիա, խողովակըստամոքսիներսցբռնվումէպոլիպէկտոմիկայանով:Մաշկիմակարդակովխողովակըկտրվումէևերանեբսիհետովածքէնդոսկոպիաե ռացվում:

Կրկնակիհեռացում՝ նորխողովակըմտցվումէգոյությունունեցողանցքով, որիցհետոբալոնըլցվումէջրով: Խողովակիհարմարպիրավորմանհամարայնձգվումէդեպիդուրսինչևստամոքսիպատվերսաֆինից ամրացվում ռետինեհամաճավակիչով:

Ստամոքսահեռովիրահատականհետազոտություններ.

- ✓ Ստամոքսիուրոլոգիականհետազոտմանհամարմեծօրյապիտարկում, երանցտեղաբաշխվիև որովայնաբորբի բացառմանհամարպատակով:

Հետվիրահատականբարդություններ.

- ➢ կերակրափողի, ստամոքսի, հաստաղիքթափածակում,
- ➢ արյունահոսություն,
- ➢ սեպսիս, սովորաբարհայտնաբերվումէ 2-3 օրը,
- ➢ խողովակիխցանում,
- ➢ ստամոքս-մաշկայինխուղակ,
- ➢ ստամոքսիխոց,
- ➢ որովայնաբորբ,
- ➢ սահմանափակչիխորասուզումորովայնիպատիմեջ,

- խողովակիդիստալմիգրացիա, ստամոքսխոռոչիողիսովածի խցանում:

Փորձառությունժխտելուդեպքեր

- Պետքէզգույշլինել“սնկիկով” խողովակիստամոքսիպատիմեռուկացումից, նրազգալիճնշմանպատճառով:

Լապարոսկոպիկօգնողգաստրոստոմա

Ներածություն

Լապարոսկոպիկգաստրոստոմանհանգիստումէլավագույնովազագույնիվազիվիճաստությունըկլմանփուկցիայիխանգարումներովի վանդերիմոտկամրաց, ումինչ-ինչպատճառներովինարավորչէիրականացնելմաշկիմիջովէնդոսկոպիկգաստրոստոմայի ձևավորում:

Ցուցումներևհակացուցումները

Ցուցումները՝

- համապատասխանվերըբերվածների:

Հակացուցումներ՝

- ասցիտ,
- հավտրդողստամոքսիկամորովայնիխոռոչիայլօրգաններիվիրահատություններ (կարելիէիրականացնելորովայնիխոռոչիլապարոսկոպիկստուգում՝ ռևիզիա):

Վիրահատություն

Կիրառվողսարքավորումներ.

Էնդոսկոպիկսարքավորումներ՝

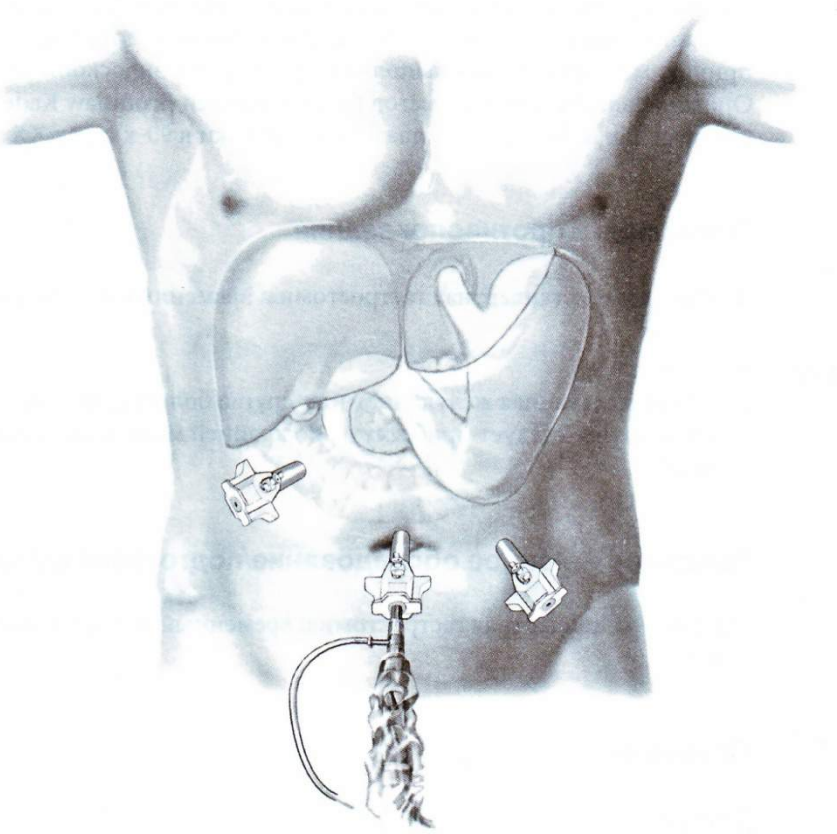
ա/ 10մմհատվորտայինտրոակար

բ/ Պնևմոպերիտոնեումմինչև 12 մմս.ս.

գ/ 5մմ-ոցտրոակարաջվերինճատրում

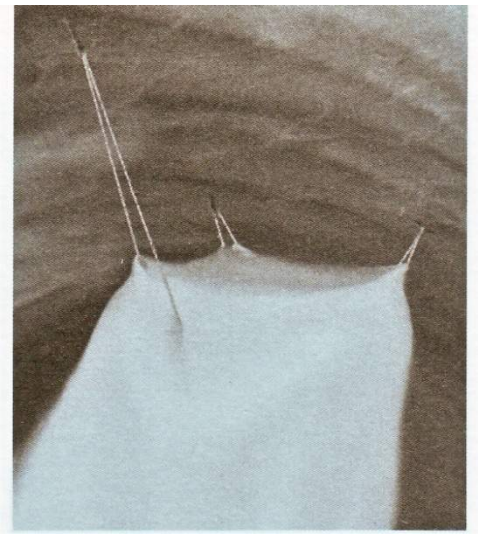
Փուլ 1.

Էֆսոգոգիա, ստուգում, անհրաժեշտությանդեպքումկպումներիանջատում:



Փուլ 2. *Երեքկոպերամբողջահատությամբ*

Ձախնիպոգաստրալշրջանիցդուրսայնիխոռչմտցվողուղղանկյունեղերովդրվումեներեքլիսեերտեռանկյունիկոպեր (կոպերը՝մաշկ - ոլոմայնիպատ - ստամոքս – ոլոմայնիպատ - մաշկ), թույլտալովապարտոսկոպիկիսկողությանտակաանցկացնելկտտեռերըստամոքս:



Փուլ 3. *Ուղեկցորդիանցկացումը*

Երեքկոպերովձևավորվածէզգմանտակգտնվողեռանկյունուհեկեոտրոնում, կատարվումէ 1 սմ-ng կտրվածք: Լապարոսկոպիկիսկողությանտակ 18G-ոցասեղով, եռանկյունուհեկեոտրոնով, ծակվումէստամոքսիառաջայինպատը:

Ասեղիմիջովստամոքսիպատվածությունը, որիվրայովմտնումէլյարդը, 26 Fr լայնությանվողնաղաղարը: Խողովակիհետագայումըվիրահատությանվերջումպետքէհեռացնելառանցվիրահատության:

Փուլ 4. Կաթետերայինհամակարգիտեղադրումը

Լայնությունըհիմնականումէևորոշողգործոնըմտովորականմիզային 24 Fr կաթետեր: Հանվողդաղարըհեռացվում: Բալոնիլցումցնցիաթոռոտամոքսի կատետերը ձգվումէորովայնիպատվաստությամբ, կարերըկապվումեևխորատումզվումմաշվածոսկրանձգմանևպլևմոպերիտոնեումիամրթեռնուկցիայիմիջոցով: Կաթետերը 24 ժամթողնվումէձգմանոսկ:

Փորձառությունըմիտրալայնությունները.

- վիրահատությունից 14 օրանց 24Fr միզայինկաթետերըվոխումէկոճակումեցողհատուկգաստրոստոմիկսարքով,
- սնմանդեֆեցիտիկանխորգելմանհամարևիվանդըհսկվումէմասնագետ-դիետոլոգիկողմից,
- ընդհանուրանզգայացմանհակացուցումներկամբումվիրահատությունըկարելիէիրականացնել տեղայինկամռեգիոնալանզգայացմ անպայմաններում:

ՏԱՄՆԵՐԿՈՒՄԱՏՆՑԱՂՈՒԾԱՑԱՏԻՆԲՆԱՎԱՄԱՐՈՒԹՅԱՆԲՈՒԺՈՒՄ

Ներածություն

Տասներկումատնոցաղուծայրատոհանքավարտությունըստամոքսիմատնահատումներիցհետոառավելուրջբարդություններիցէհա ճախնահղիպումէտասներկումատնոցաղուխոցերիբստպլիրահատությունների ցուավելիհազվադեպ, ստամոքսիբաղցկեղիմատնահատումներիցհետո: Առաջացմանպատճառներեն.

ա/ տեխնիկականսխալներ,

բ/ հետվիրահատականպահպանկրեատիտ,

գ/ ծայրատուբջանիարյանմակարդակներ, որոնքբարենպաստեղինֆեկցիայիզարգացմանհամար;

դ/ ծայրատի վրա դրված մեծմանակիկարեր, նպաստող պատնեշիզարգացմանը:

Ցուցումներուհակացուցումներ.

Ցուցումներ՝

- որովայնաբորբ, սեպսիսինճահներ:

Հակացուցումներ՝

- շտապվիրավիճակերումհակացուցումներչկան:

Նախավիրահատականհետազոտում / պատրաստումվիրահատությանը

Նախավիրահատականհետազոտում՝

- ✓ որովայնիցկամդրենաժիցարտաթորանքհետազոտում (բիլհուբին, ամիլազա, լիպազա),
- ✓ օբյեկտիվհետազոտություններ,
- ✓ որովայնիխոռչիԳՋՀ, ՀՇ:

Հիմնականհիմարարատում՝ ելք-ստամոքսայինզոնդ, կենտրոնականերակիկատետերիզացիա, միզապարկիկատետերիտեղադրում:

Սպեցիֆիկոպերևիմնականհետևակացվածհամաձայնությունը.

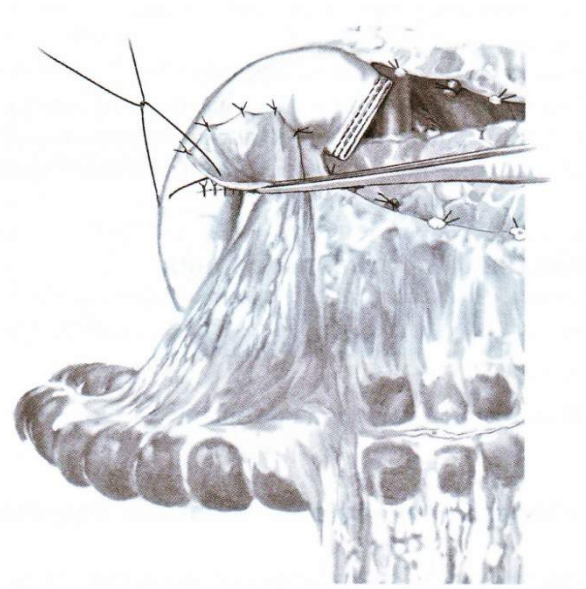
- ❖ որովայնաբորբիհնարավորբարդումների,
- ❖ լեղայինխուզակ,
- ❖ որովայնիխոռչիկրկնողսանացիաներ, լապարատոմիա:

Հիմնադիպիրը՝ մեջքիվրապատակած:
Մուտը՝ վերինմիջայինորովայնահատումկամճախարդկոտրվածքով:

Վիրահատություն

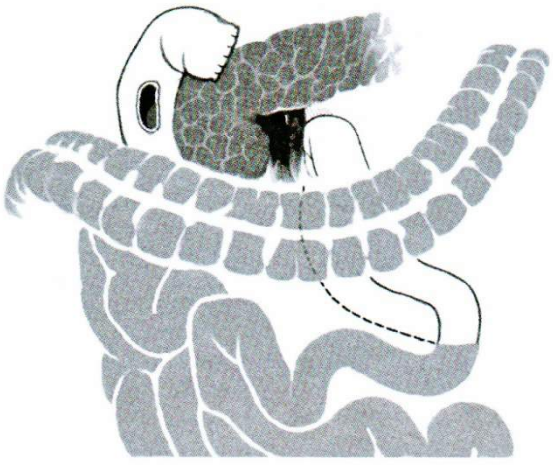
Փուլ 1.

Եթեանբավարարությանհետևանքովերիկամներըչենհամարվում, ձևավորվումէմեծծոպրոնիլոպեևկազմակերպվումայսբջանիլավդրենովրվում: Որոշիվանդներիմոտանցքելնոպրավորէլինումկարել: Սովորաբարօգտագործվումէձեռիկար, չնայածորոշվիրաբույժներնախապատվությունըտալիսեռմեխանիկականին:



Փուլ 2.

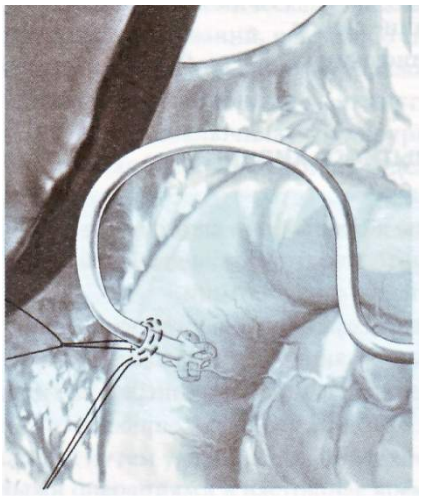
Եթեկարելըտեխնիկապեսանհնարէ, կարելիէձևավորելմիաշարք (Vicryl 3-0) “ծայրը-կողին” տասներկումատնյա-աղիճաղիքային բերառակցում:



Փուլ 3.

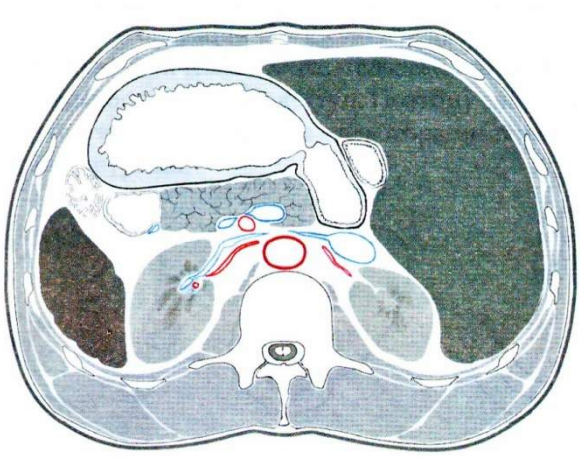
Եթետասներկումատնյաողնիլայնբացվելէևպատերըայստուցվածեն, առաջնայինկարըսովորաբարանարգյունավետէայնչիպտահում: ՆմանդեպերումանբավարարությանգոտումտեղայնվումէՃոլիկստեներ,

ամրացվածէսակակարով: Այնըրիվիակումէմեծճախարհովևառանձինկտրվածքովդուրսբերվումորովայնիխոռչից: Խուզակներիմեծմասը3-4 շաբաթիցիհիմնությունիակումեն: Մյուսեղանակըանբավարարությանվակումնէբարակաղու Y–ածևգալարով՝ըստՈու-ի:



Փուլ 4.

Տառերկումմատնյածայրատիուշացածանբավարարությունըսովորաբարիայտնվեզավիստոմոմսիդիստալմասհաստումից 2 շաբաթանց: Նմանիրավիճակն ավելիհիչվոտանգավոր է, հանիորևէսովիրահատականկարմիրերըսառնամանովակումենբերառնակցմանըջանը: Եթեպրեճաժշարժենևեռացվածէ, դուռնեղալարաությունըկարողէպրեճավորվել նախկինպրեճաժայինացիոնով: Խուզակիհիմնությունիակումէհիվանդի լրիվ պարբերաբար սնուցմանևհակաբիոտիկթերապիայիպայմաններում: Դուռնեղալարաությանհեռացմանհամար, բավարարէպուկցիոնճանապարհովպրեճաժիտեղադրում:



Ստամոքսահեռվիրահատականհետազոտություններ.

- ✓ Դրեճաժիաբսորբումիհիմնականօրյանակում:

Հետվիրահատականբարդություններ.

- ➢ Ծայրատիանբավարարությանկրկնություն,

- Դուոդենոստոմայիանբավարարություն,
- Որովայնաբորբ,
- Սեպսիս,
- Պանկրեատիտ,
- Խուղակիառաջացում,
- Վերքայինինֆեկցիա:

Հետվիրահատականբարդություններ

Բժշկականխնամքի՝ բեր-ստոմոմսայինզոնդիեւացում 3-4-րդօրը, աղիներիգործունեությանվերականգնումիցեւետո: Դրեհոժերիեւացումորովայնիխոռոչիցարտազատումբիլիովազմանուրովայնումնեղուկայինկուտակումներիվերացմանեւետ (ըստՈՀՉ-ի):

Կերակրմանվերսկսում՝ հեղուկներ 1-ինօրվանից, սնունդը՝աղիներիգործունեությանվերսկսումիցուբեր-ստոմոմսայինզոնդիեւացումիցեւետո:

Ակտիվացում՝ առաջինօրվանից

Անհաշմանդամությանտևողությունը՝ մոտ 1 ամիս

1. *Փորձվածվիրաբույժիխորհուրդներ*

- Հյուսվածքներըչպետքէլինեեռատայտուցված: Ինչի պատճառովտասներկումտոնոյատուծայրատոնությանհայտնաբերումիցեւետոցուցվածէստոմպրովայնահատում
- Որոշիվանդներիմոտօրգանապահպանվիրահատությունըչիբերումվիճակիբարելավման: Որպեսվերջինիջոցկարողէկատարվելպանկրեատո-դուոդենոէնդոսկոպիա (Ռիսպոլիվիրահատություն):

ԴԻՈՂԵՆԷԿՏՈՄԻԱԵՆԹԱՍՏԱՄՈՒՍԱՑԻՆԳԵՂՋԻ ՊԱՀՊԱՆՈՒՄՈՎ

Ներածություն

Այնկիրառվումէտոտաներկումտոնոյատուևերամեծպտկիկինախաբաղկեղայինինվազություններիժամանակ, երբտեղայինհատումը հնարավորչէկամհայտնաբերվելեռբազմակիօջախներ: Ենթաստոմոմսայինգեղձի պահպանումով դուդենէկտոմիայիժամանակտոտաներկումտոնոյատուինեւեացվումէլրիվկամգրեթելրիով: Ջնայածորայնենթաստոմոմսայինգեղձինեւտուինըռիսկայինմտոտակարպում՝ աղիբզկսելիէմտնանահատելատանցգեղձինկենտրոնականգործոնեն, լեղայինուղանկրեատիկծորաններըբերանակցելով ստեղծած “նեռդուդենումի ” հետ:

Յուցումներուհակացուցումներ.

Յուցումներ՝

- բազմակիևախտաճաղկեղեցայինջրհոսքախնեղոտանեղերկումատենդայաղուկամնրամեծպտկիկիլորձաթաղանթում (օրինակ՝ ընտանեկանհոդերեմատոզպոլիպոզիհամախտանիշը);
- սահմանափակբարորակկամհախտաճաղկեղեցայինառաջնեղերկումատենդայաղում:

Հակացուցումներ՝

- չարորակնորագոյացություններ;
- տոսնեղերկումատենդայաղու, ստոմոտսիկամենթաստոմոտսայինգեղձիվրանախորքածվիրահատություններ

Նախավիրահատականհետազոտումևպատրաստումվիրահատությանը

Նախավիրահատականհետազոտում՝

- ✓ ԷԳԴՍ բիոպսիայով,
- ✓ ԷԳՍ,
- ✓ ծոռանիանաստոմիայիառկությունըփոքրոգիայիգանահատմանհամարէՈՒՊԴ(կամմագնիսառեզոնանսայինէՈՒՊԴ):

*Նախավիրահատականհոսպիտալացում՝*քիթ-ստամոքսային զոնդ, աղիների պատրաստում, միզապարկի կատետեր

Հիվանդիդիրքը՝մեջքիվրապատկած
Մուտքը՝լայնակիկամվերիճմլջայինհորովայնահատում

Վիրահատություն

Փուլ 1. *12-մատնյաաղուէֆոզիցիա*

Որովայնիխոռոչըբացելուցհետոլեղապարկըհեռացվում է, թույլտալովհետագայումանցկացնելզոնդ ու տեղադրելայնամպուլայում: Տասներեքմատնյաաղուլյարդայինհանկյունը տեղայնացվում էդեպիներքևևլայնորենբացվումվոքրոպոնիխոռոչ:
ԻրականացվումէԿոխերիըստայնվածգործողությունմիջինգծիցբավականհեռուդեպիձախ՝ բացելովտասներեքմատնյաաղուառաջինհերթությունըհատվածները:

Փուլ 2. *Պաստաստումևտասներեքմատնյաաղումանհահատումը*

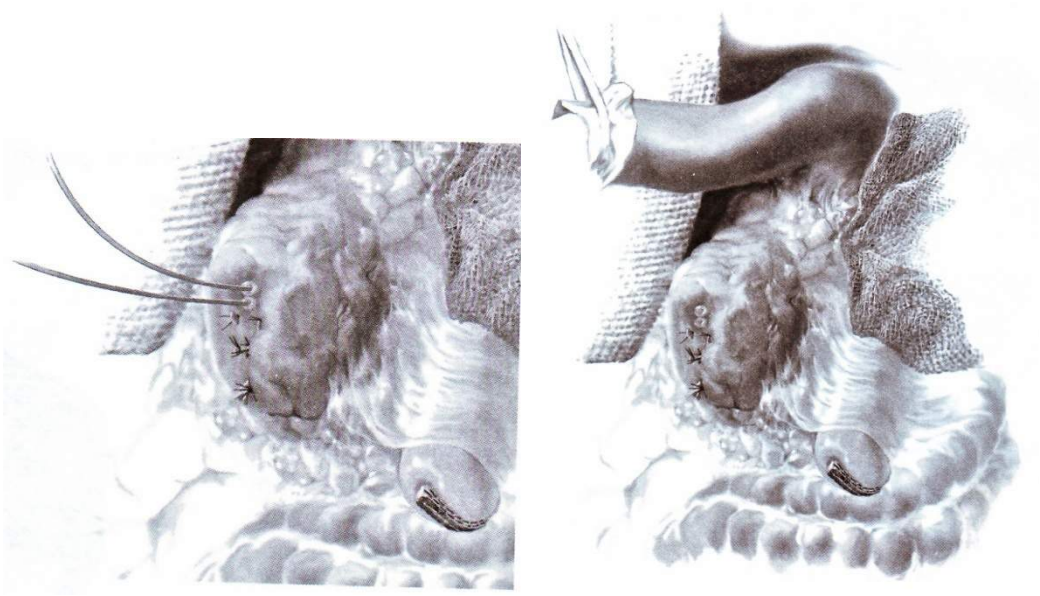
Տրեյցիկապանըհատվում է: Ապակարողսաբովհատվումբարակաղուպրոքսիմալհատվածը, որիցհետոաղիճաղարումիջընդերբը (պրոքսիմալտասներեքմատնյաաղու 4-րդմասերում)աղիքիպատիճմոտհատվումէուկապվում: Աղիճաղուպրոքսիմալհատվածիազատվածմասըանցկացվումմիջընդերքիառմատիներեուվորովայնիխոռոչիաջվերիհետոված: Տասներեքմատնյաաղուերբորդչորրորդհատվածները, մեզաբակրկիտոպիսսեկցիայիհանապարհով, անջատումենթաստոմոտսայինգեղձից՝ կապելովաջմեծուվոքմիջընդերքայինճոթերը: Դիսեկցիանիրականացվումէպրոքսիմալուղղությամբդեպիվեր, մինչևպտկիկիմակարդակը:

Փուլ 3.

Հարամպուլյարբերջանիդիսսեկցիայիեւտոացմանհամարկարևորէպտկիկիտեղակայմանճիւեստրոտումը:
Այնիրականացվումէպարկայինճայրատով (լեղապարկիհեռացումիցհետո) կամվոլեդոխոտամիայինիջոցովանցկացվածգունդով, որըընդհատուելեղածրանուվիասնումէտասներկումատնյաապի:
Պտկիկըկարելիէհայտնաբերելնաև ստերալդուռդեռոտոմիայով՝ լեղածրանիհետոպարձկանյուլյացիայով:
Մեծպտկիկիբերջանումտասներկումատնյաապին զգուշորեհանջատվումէենթաստամոքսայինգեղձից՝ բացելովընդհատուլեղայինուզլխավորպանկրեասովիծրանները:

Փալ 4.

Լեղայինուպանկրեասովիծրաններիոպտոգրաֆիանոպեռոալհատվածներընհատվումեռաղիֆիլմոտ: Եթեկաերկարընդհատուկապուղի (պանկրեասովիալ եղայինծրանների) ևտասներկումատնյաապունիվանդությունըչհատրածվումամպուլյարհատվածիվրա, այնկարելիէհատել՝ թողնելովմիայնմեկ “ծրանայինկատյց” ոորստեղծվածտասներկումատնյաապուներդրմանհամար: Պանկրեասովիալ եղայինծրաններընհատբացվումեներկուսառանձինկատետրերով:



Փուլ 5.

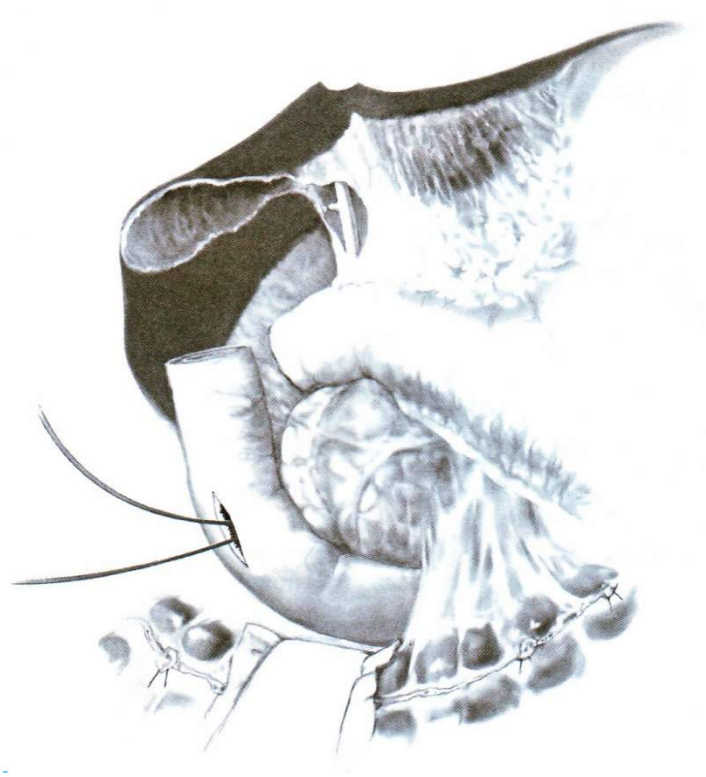
Պոկիկից ավելի պրոքսիմալ, ենթաստամոքսային գեղձը սեղմող ծխամորճաձև տասներկումատնյա աղու հետ: Կոմպրեսիոն անաստոմոզի դիսեկցիան, որի արդյունքում ձևավորվում է ենթաբուային հարթություն, որն անցնում է դրսից 12-մատնյա աղու մեդիալ պատի մկանային շերտից և վերևից հասնում է աղու առաջային հատվածի դիստալ մասին, որտեղ իհայտ է գալիս " տասներկումատնյա աղու միջընդերքը": Որպես այլընտրանք դիսսեկցիան կարելի է սկսել պրոքսիմալ և շարունակել ներքև մինչև պապիլլա: Մանր անոթները կապվում են: Անհրաժեշտ է մանրազննին փնտրել առանձին փոքր պանկրեատիկ ծորանը և եթե այն գտնվում է, անհրաժեշտ է այն կապել: Հաճախ ծորանը չի հայտնաբերվում և այդ դեպքում բոլոր անոթներն ու "ֆիբրոզ" կպումները տասներկումատնյա աղու հետ պետք է կապվեն:

Տասներկումատնյա աղին հատվում է ստամոքսի նախադռից 1-2սմ ավելի դիստալ եթե այս գոտում չկան պաթոլոգիական փոփոխություններ: Մասնահատված հյուսվածքները պետք է ուղարկվեն շտապ հյուսվածաբանական հետազոտության, որպեսզի բացառվի ինվազիվ աճը չարորակ նորագոյացության ժամանակ:

Փուլ 6. *Վերակառուցում*

Բարակ աղու պրոքսիմալ հատվածը , որը պետք է կատարի տասներկումատնյա աղու ֆունկցիան, անցկացվում է կամ վերին միջընդերային անոթների հետևով, կամ հետխթաղիքային մեզակոլոնի միջով:

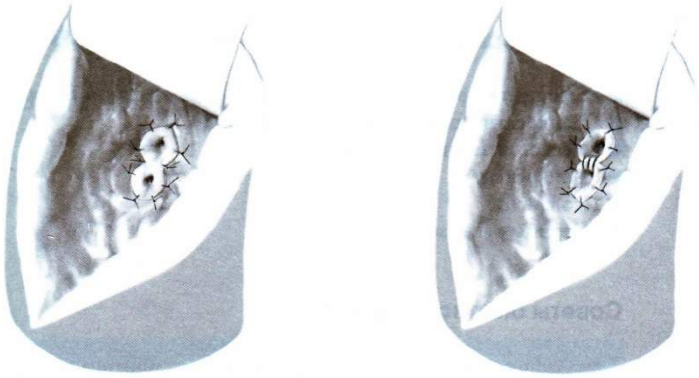
Լեղային ու պանկրեատիկ ծորանները բերանակցվում են նախադռից նույն տարածության վրա, ինչպիսին բնական պապիլլան է: Ծորանը ենթարկվում է իմպլանտացիայի նոր տասներկումատնյա աղիքի վրա 2 սմ տրամագծով էնտերոտոմիայի միջոցով, իրականացվող հավանական իմպլանտացիայի տեղի հակառակ պատին: Բերանակցումը իրականացվում է առանձին լիաշերտ բարակ (6-0 կամ 7-0) մոնոֆիլամենտային ներծծվող կարերով:



Վիրաբույժը պետք է տիրապետի ծորանների ռեիմպլանտացիայի մի քանի եղանակների: Եթե ընդհանուր կապուղին պահպանված է, բավարար է մեկ բերանակցում: Մինչդեռ, եթե հիվանդությունը տարածվում է դիստալ ծորանների վրա և/կամ ամպուլայի վրա, ծորանների հատումից հետո սովորաբար մնում են երկու ծայրեր միացված միջծորանային անջրպետով: Նման իրավիճակում կարելի է ձևավորել մեկ բերանակցում նրա մեջ ներառնելով երկու ծորանների ծայրերը: Եթե հատումից հետո մնում են երկու առանձին ծորաններ առանց միջծորանային անջրպետի (անսովոր իրավիճակ) առավել նպատակահարմար է ծորանների պատերը կարել իրար 6-0 կամ 7-0 ներծծվող թելերով, ապա միացված ծորանային ստրուկտուրան որպես մեկ բերանակցում ենթարկել ռեիմպլանտացիայի:

Պանկրեատիկ ստենտը դրվում է տասներկումատնյա աղու լուսանցքում կանյուլայի միջոցով ձևավորելով երկար ենթալորձային խողովակ, ստենտի մյուս ծայրը որովայնի պատով դուրս է բերվում մաշկի վրա: Էնտերոտոմիան ծակվում է լայնակի, պանկրեատիկ ստենտը հեռացվում է վիրահատությունից 4-6 շաբաթ անց:

Ստամոքս-աղիքային խողովակի անընդհատությունը վերականգնվում է նեոդուոդենումը բերանակցելով կամ տասներկումատնյա աղու պրոքսիմալ հատվածի հետ, կամ ստամոքսի նախադռան հետ միաշարք “ծայրը-ծայրին” բերանակցմամբ: Ընդհանուր լեղածորանում տեղադրվում է T-ա ձև դրենաժ:Նոր ստեղծված տասներկումատնյա աղու հետևում տեղադրվում են փափուկ դրենաժներ:



Ստամքարտեղովիրահատականբարդություններ

- ✓ T-ա ձև խողովակն ու պանկրեատիկ դրենաժները թողնվում են տեղերում մինչև 6 շաբաթ վիրահատությունից հետո;
- ✓ T-ա ձև խողովակի հեռացումից առաջ նրա միջով իրականացվում է խոլանգիոգրաֆիա:

Հետվիրահատականբարդություններ

- ➢ T-ա ձև խողովակի կամ պանկրեատիկ դրենաժների տեղաշարժ;
- ➢ Պանկրեատիկ և/կամ լեղային խուղակ;
- ➢ բերանակցման անբավարարություն;

- Պանկրեատիտ;
- Խոլանգիտ;
- Բերանակցման ստրիկտուրա:

Հետվիրահատականբարդություններ

Բժեիլհանխոռոմբ՝

Կերակրմանվերսկսում՝

Ախտիվացում՝

Անաբխաստուհոգությանհետևողությունը՝

Փորձվածվիրաբույժիխորհուրդները.

- “Նեոպապիլլայի” մոտ պանկրեատիկ ծորանների դրենաժները ֆիքսել ներծծվող կարեր-պահիչներով;
- Որոշիչ նշանակություն ունի բերանակցման ձևավորումը առանց ձգման; որոշ դեպքերում անհրաժեշտ է կիրառել անջատված ներդիր բարակ աղուց:

ԱՐՏԱՀԱՐԴԱԾԻՆՎԵՂՈՒԻՆԵՐԻՎԵՂԱՊԱՐԿ

Ներածություն

Լեղուղիներիիվնասվածքներըհանդիսանումենբարդվիրաբուժականխնդիր:
Մասնավորապեսեղած ախտահարությունըխստացրածվածախտաբանությունէևնրավիրահատականբուժմանվտանգներըձեռնարկվելեհետևանքիկրճատում: Ստորևբերվածենայսհամակարգիվիճակներիհիշեցում,այնպեսէլբացվիրահատականմիջամտություններիոտաբերակները:
Նաևկոնկրետարձրկլիսվիրաբուժությանհետառնչվողառավելծանրբարդություններիբուժմանը՝օրինակ, լեղուղիներիվնասումներ:
Քննարկվումենհազվադեպհիշեցնողայնպիսիվիճակներիբուժումը,
ինչպիսիենեղայինծառիբնածիևնամոմլիամերըևատոպայտոյիլեղուղիներիոլեղապարկիչատրակուռցիները:
Վերջիններիսմասնահատումըտեխնիկականտեսակետիցերկայացնումէզգալիդժվարություն:
Ներկայացվածենևաևլեղուղիներիվցառնամիժամանակկիրառվողզանգվածըմիջամտությունները:
Նկարագրվածենընդհանուրմոտեցումներբիլո-դիգեստիվբերսնակցմանձևավորման,
ինչպեսնաևսպեցիֆիկզոնդավորությունիրահատությունները,ժամանակկիրառվող եղանակներըևստոմանկամեղաստիկայուհոստոման:
Ջնայած, անմասնահատողլուծվածքների,
լայնկիրառումստացածէնդոսկոպիկկամաբկիմիջովբիլոստեհոներիտեղադրմանեղանակերին,
վերըբերվածծուռնստավորությունները,ժամանակովումեներկրատևամոիչպատճառ:

ԼԱՊԱՐԱՍԿՈՊԻԿՈՂԵՅԻՍՏԿՏՈՄԻ

Ներածություն

Վերջին երկու տասնամյակում մոլեգնող իսլամիստական ահաբեկչության “ոսկե ստանդարտ” է համարվում ապստամբական պայքարը: Սակայն որոշ դեպքերում՝ օրինակ, որտեղ այն ուղեկցվում է քաղաքացիական պատերազմներով, ավելի գերադասելի է քաղաքականությունը:

Քաղաքականության հանձնարարականներ.

Քաղաքականություն՝

- հույսը, որ ինչպես քաղաքական գործընթացների դեպքում, կարևոր պայմանների առկայությունը կամ բացակայությունը կարող է հանգեցնել ահաբեկչության նվազմանը,
- սխալ տեղեկատվության կամ ապատեղեկատվության հետևանքով ընդունված որոշումները, որոնք չեն հանգեցնում ցանկալի արդյունքների,
- լեգիտիմության կորուստ,
- ոչ պատշաճ իրավական գործընթացներ,
- լեգիտիմության ճգնաժամեր:

Հակացուցումներ՝

- ապստամբական խմբի ներսում քաղաքական աջակցության բացակայություն;
- հետևյալ հանգամանքներից են՝
  - ընդդիմության զինված պայքարի անհրաժեշտությունը,
  - հեղափոխական իրավիճակը,
  - հավատը,

Վերը նշված գործոնները կարող են ազդել ապստամբական խմբի ներսում քաղաքական աջակցության վրա:

Այլընտրանքային միջամտություն՝ ռազմական միջամտություն

Նախապատրաստում և պատրաստում միջամտությանը

Նախապատրաստական գործողություններ՝

- ✓ ընդդիմության ճանաչում ԳՀՀ
- ✓ Եթե ապստամբական խումբը քաղաքական աջակցություն չունի, ապա պետք է ստեղծել քաղաքական աջակցություն, որպեսզի հնարավոր լինի զինված պայքար իրականացնել
- ✓ Եթե անհրաժեշտ է զենք, ապա պետք է ապահովել զենքի մատակարարում:
- ✓ ՀԴՀՍ, հնարավորության դեպքում, ստամոքսի ռումբի, ստամոքսային գործողություն (հոգեբանական պատերազմ՝ ներառյալ ծխախոտի բացառում):
- ✓ Ապստամբական խումբը քաղաքական աջակցություն ունենալու դեպքում պետք է ստեղծել /ԷՌԽՊԳ/ ստորաբաժանում:

Հիվանդի պատրաստումը՝

Միջամտությունից առաջ կարևոր է գնահատել հնարավոր հոտերը կամ հնարավոր ախտորոշիչ միջոցառումներ, տեղադրվում բեթ-ստամոքսային:

Ստեղիֆիկոխակերևհիվանդիտեղակացվածհամաձայնություն

- լեղայինպատճառած, լեղայինխուղակներ (0,5% դեպքերում),
- որովայնաբորբ (0,1%),
- բացթողնվածմարեր (1%),
- լեղածորանիվնասում (0,3%),
- լյարդի, տասներկումատնյաաղու, հաստաղուվնասում (0,1%),
- անոթներիվնասում՝ դրեզրակ, լյարդայինզարկերակ (0,1%),
- թարախակույտեր (0,2%):

Հիվանդիդիրքը՝մեջքիվրապսակած (կատաղէպահանջվելուենթափանցողսեղան) ինչ թեքումով Տրենդելենբուգիդիրքինհակառակ ուղղությամբ:

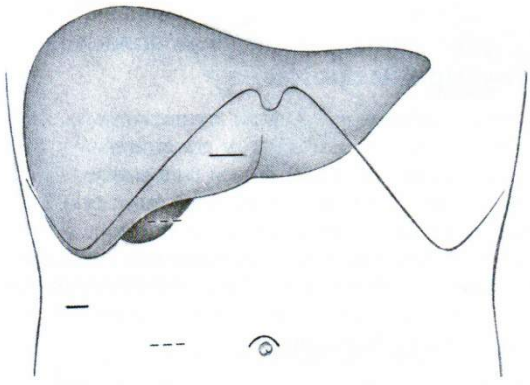
Մուտ՝գումպային 4 տրոակարներ՝ տեղակայվածպորտիցվերևում, որովայնիպատի վերին քառորդակում:

Վիրահատություն

Փուլ 1. *Տրոակարներիդիրքը*

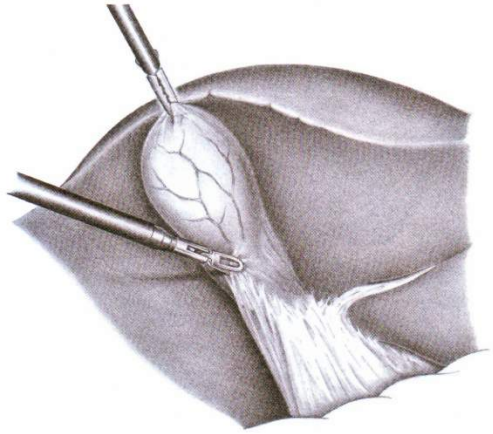
Լապարոսկոպիկիմոլեցիստէկտոմիայիժամանակգումպայինպահանջվում է 4 տրոակարներ, որոնցիցառաջինըտեղադրվումէպորտիցվեր, իսկմյուսերը՝ աջեթակողայինկողվածքերկայնքով (վերինպարամեդիալ, աջպարաստայպայինլատերալ,աջիցլեղածորանիվրա, կամայլընտրանքային՝պորտիմակարդակին, աջիցպարամեդիալդիրքով): Աջիցպորտիցվերկասուսնածևկողվածքիցհետո, մաշկիկտրվածեզրերըերկուբռնիչհեռվծգվումեներ, թույլտալովմտցնելուՎերնիսասեղը որովայնի խոռոչ: Վերջինիսճիշտեղակայումըվերահսկվումէասպիրացիայով “կաթիլայինտեստով”: Ասեղի ճիշտդիրքնհաստատելուցհետո, դրվումէպնևմոպերիտոնեում: Վերջինիսիրականացումիցհետոտրոակարիմիջովկատարելիէմտցնելօպտիկականհամակարգը: Կիրառումէ30⁰լապարոսկոպ, ինսուֆլյացիա15մմսնճումով:

Վիրահատությունըսկսվումէորովայնիխոռոչիդիտարկմամբ՝կպումներիկամախտաբանականփոփոխություններիհայտնաբերմանհամար: Մյուս 3 տրոակարներըերդրվումենհուղակիլապարոսկոպիկիսկողությամբ, հետևյալհերթականությամբբաացիևը՝վերմիջայինպարասեկտալ (10 մմտրամաչափի), ապաաջեթակողայինստրին (10 մմ, այլընտրանքային՝պորտիմակարդակին) լաջեթակողայինլատերալ (5 մմ): Օգնականըբռնիչընտրումէեթալյարդային 5 մմտրոակարիմիջով, բռնումլեղապարկը, տաղաշարժելով այն գլխամասայինուղղությամբ:



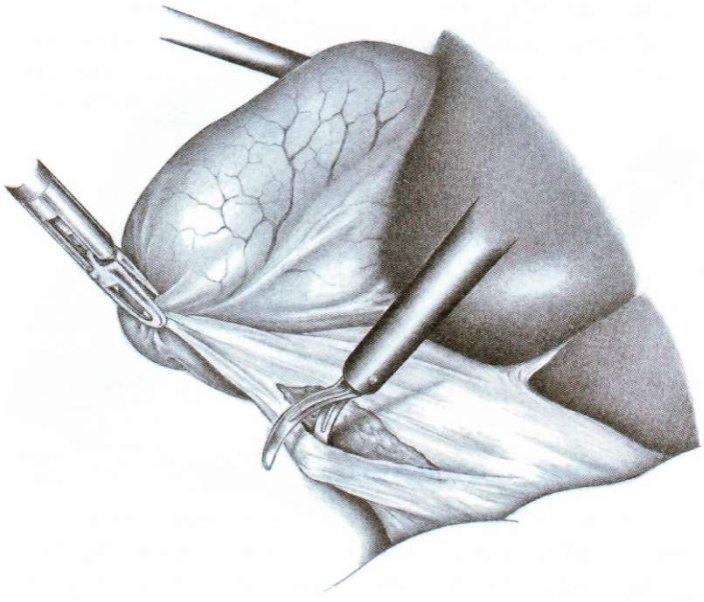
Փուլ 2. Լեղածորանիբռնում

Լեղածորանիհատակըսեղմիչովբռնվումևպարկիուլցայրդիհեռծգվումենդեպիվեր:
Այդպեսովումվիրաբույժըկարողէսեղմիչըտեղադրելաջտրամակարից, իսկմկրատըջրվերիհետրամակարից:
ՄյուսփայլըԿալոյիեռանկյանհատակիճեռնաչումէ, որտեղիրականացվելուէհեռազդիսսեկցիան:



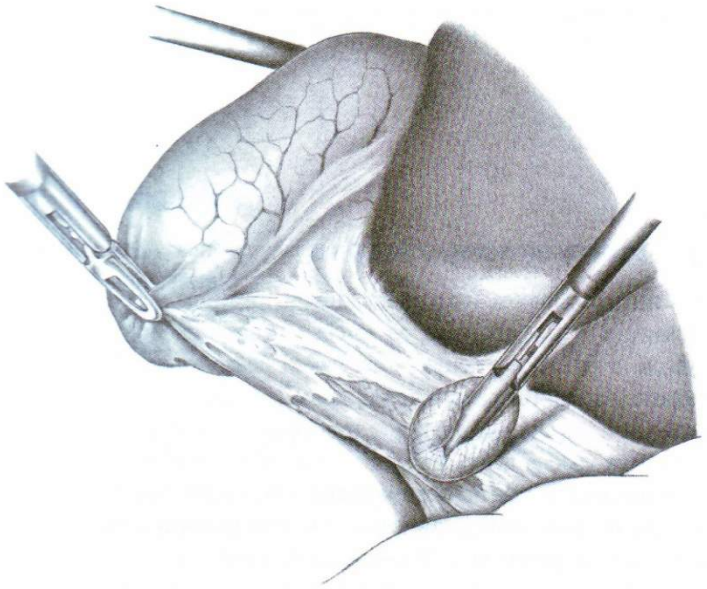
Փուլ 3. Կալոյիեռանկյանբացազատումը

Լեղապարկիորակցիանթույլէտալհսկայանտեղաբաժել գլխամասայինուղղությամբ: Որիցհետովիրաբույժըծակեռով, սեղմիչիմջոցով, բռնումէլեղապարկիվզիկիցևայնտեղաբաժումգլխամասայինուղղությամբ, ձգելով Կալոյիբրջանիորովայնամիզը ու հեռացնելովրահատումը:



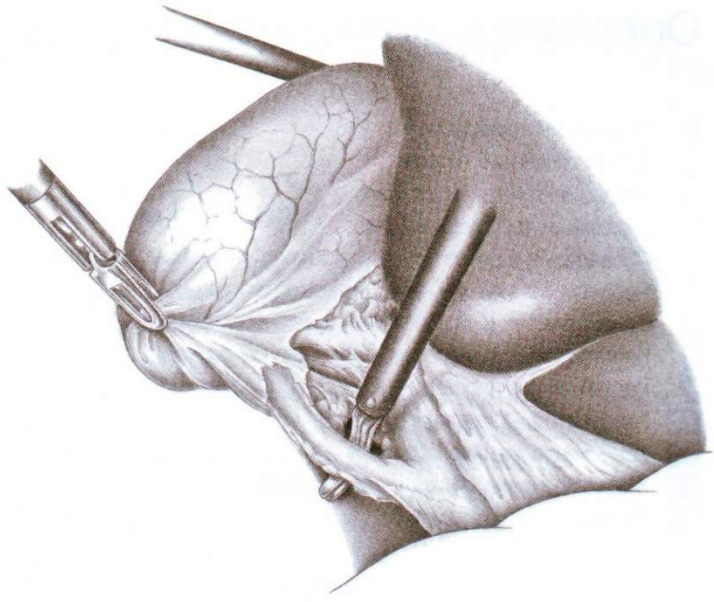
Փուլ 4. Կալոյիեռանկյանդիսեկցիան

ՀարթմանիգրպանիկիձգմանհետևանքովԿալոյիեռանկյունիհուղվումէուծգվում, հնարավորությունտալովբուժելանոպով (տուպֆերով) մշակելկամմկրատովկտրելնրանծածկողորովայնամիզը: Թելանմանգոյացությունները ջեռոմովեռանջատվումենհետադրությանհամար: Լավտեսանելիությունըապահովումէբավարարկոագուլյացիոնհեռմոստազ:



Փուլ 5. Միզասեռական ապարատի վնասվածքների ախտորոշում

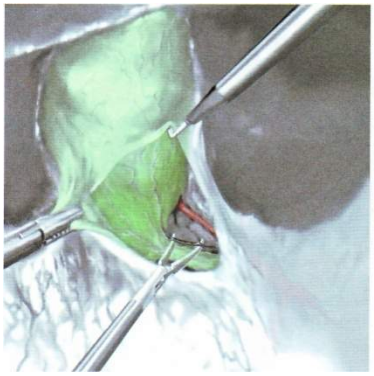
Պարկային ճողվածքի հայտնաբերելուց հետո, նրա ստորին հատվածում կատարվում է լրացուցիչ կտրվածք՝ ճողվածքային պարկը լավ բացահայտելու համար: Ընդհանուր լեղածորանը վիրահատության 1 ամերիկյան ընտանիքում չափազանց հազվադեպ է հանդիպում: Անհրաժեշտ է հստակորեն հայտնաբերել ընդհանուր լեղածորանի և պարկային ճողվածքային պատի միացման տեղը: Եթե նույնականացումը կասկածելի է, ցուցված է վիրահատական հետազոտություն: Նմանատիպ ընդլայնված ախտահարումներ հանդիպում են հիվանդների մոտ երկարատև հիպերգլիկեմիայի դեպքերում:



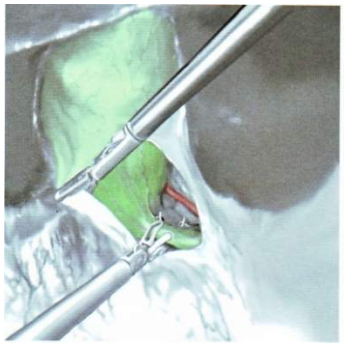
Փուլ 6. Խոլանգիոգրաֆիա

Ենթաբրածնային ստամոքսի չափազանց մեծ պարկային ճողվածքը /Ա/:
Առանձին դեպքերում տեխնիկական դժվարությունները կարող են ստիպել պարկային ճողվածքի վիրահատությունը:
Խոլանգիոգրաֆիկական հետազոտության /Օլսեն-Ռադեկի/ պարկային ճողվածքի մոտ N4 կատարելը, որպես ախտորոշիչ քայլ /Բ/:

Ի տակահոցվումէերվիրահատականխոռոչանգիոգրոֆիա,
լեղուղիներիահաստոմիանճըգտնելուևընդհանուրլեղածորանումթարելուայտնաբերեուհամար,
ինչըկարողէպահանջելծորանիհավելյալ ապարատայինկտուգում:



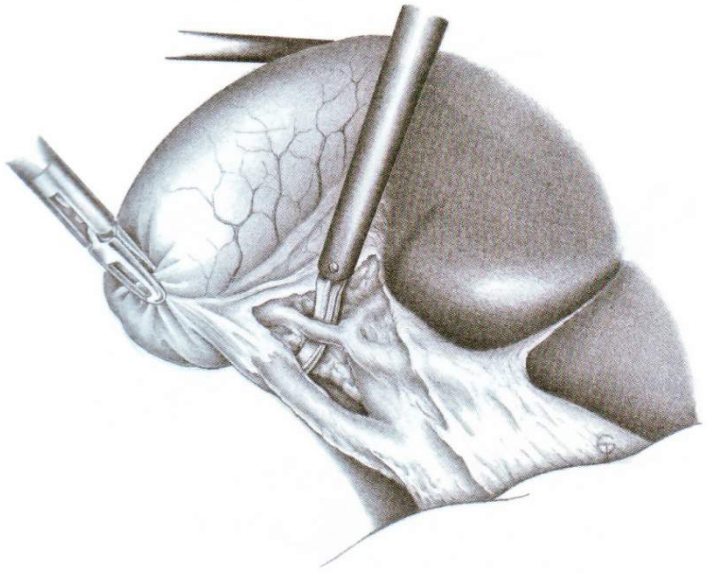
Ա



Բ

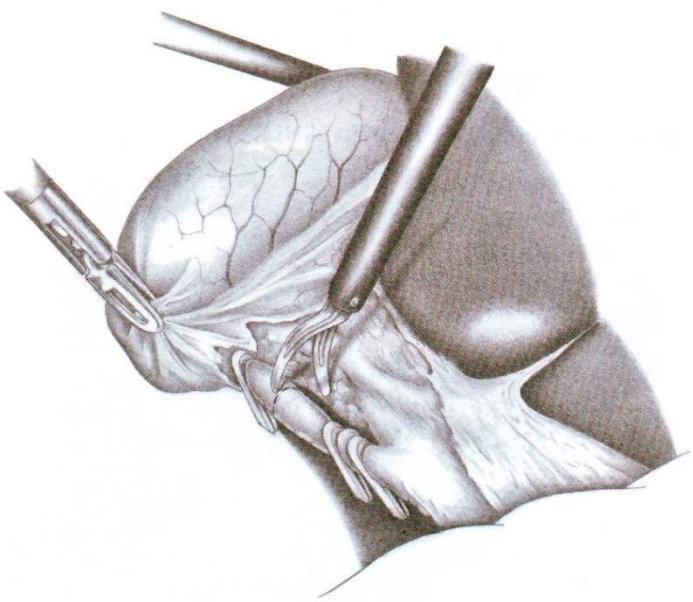
Փուլ 7. Սեղմիչխոռոչումըպարկայինզարկերակիհատակ

Պարկայինծորանըգտնելուցհետո, նույնականացվում էպարկայինզարկերակը:
Պետքէբացառելլայպարկայինզարկերակիվրավորմանհնարավորությունըվերակները:



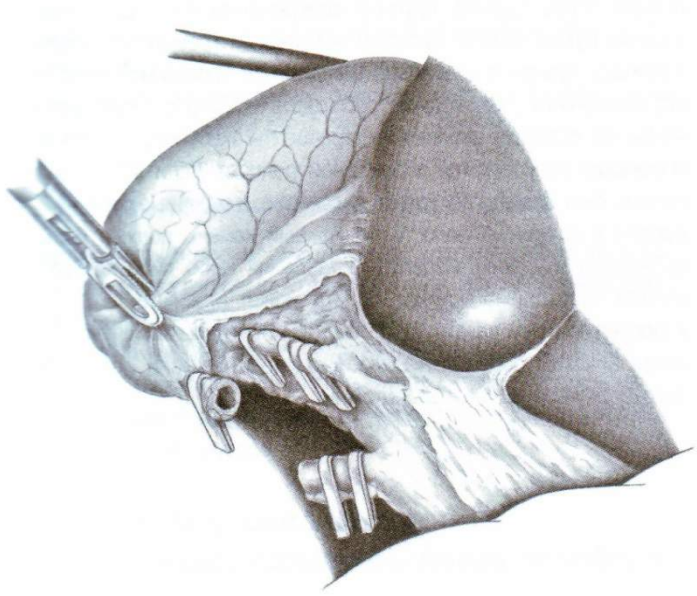
Փուլ 8. Լեղապարկիծորանիհատումիցհետո

Լեղապարկիծորանիհատականհանելուցհետո, այնպրոբսիմպատրոյամբվակումէերկուկլիպերովևդիստալ՝ մեկով:
Տեսողականհսկողությանտակ պարկայինծորանըկլիպերի միջև հատվումէմկրատով:



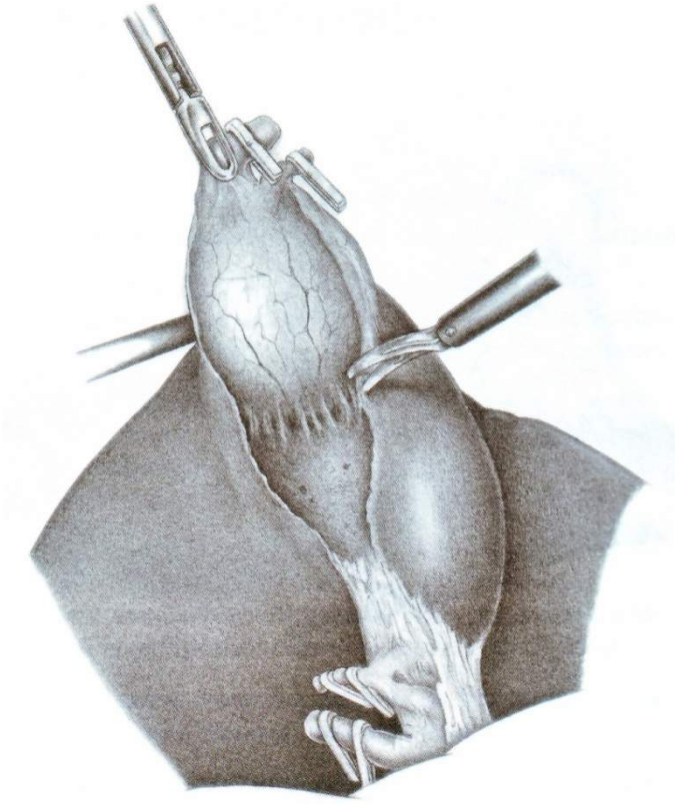
Փուլ 9. Պարկույճզարկերակիկլոպավորումնուհատումը

Նույնձևովհատվումէպարկույճզարկերակը՝պրոքսիմալերկուկապհատվածմեկկլոպերիմիջև: Նրանցմեջևտարածությունըչպետէլինի 0,5 սմ-իցպակաս: Անթըռաուցիսկիկտրողէհատվելկլոպերիմիջև: Հատուկուշադրությունպետէդարձվիաջկտրույճզարկերակիհատակիայտնաբերմանհանգամանքին, ապահովելովերոնիներացումիցհամահանկարծակիվնասումից: Գերձայնային նշտարի առկայության դեպքում զարկերակը կարող է ենթարկվել կոագուլյացիայի ու հատվել առանց կլիպների կիրառման:



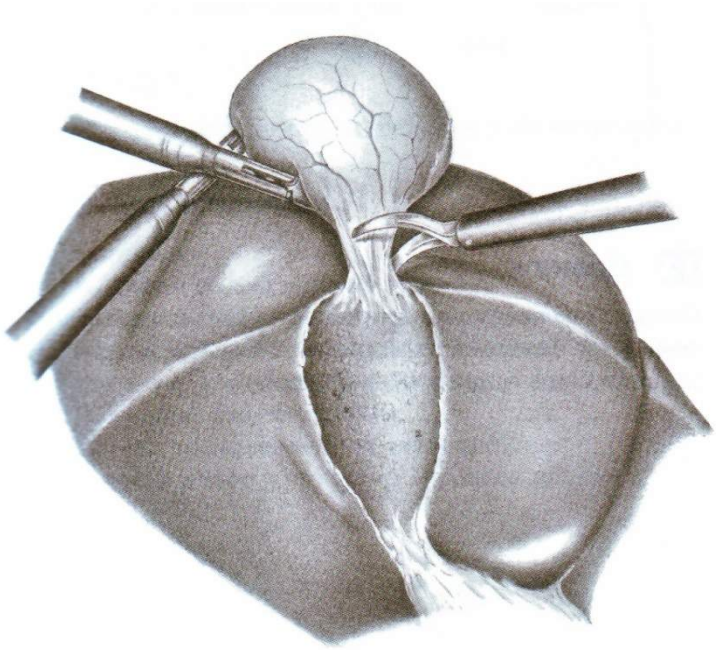
Փուլ 10. Լերծորանիհեռուզրաստիսեկցիա

Երբպարկույճծորանըզարկերակըհատվումեն, լեղապարկըհետզհետեանջատվումէլիրծոցիցչմեծզգխոմատույճգման պայմաններում: Պետէուշադրվիել, որպեսզիհայտնաբերվենգոյությունըեցդոհավելյալլեղույճծորաններըհատ որոնք ևս անհրաժեշտ է կլիպավորել: Ոչմեծարյունահոսությանդեպքումենդիմեհեմոստատիկայի:



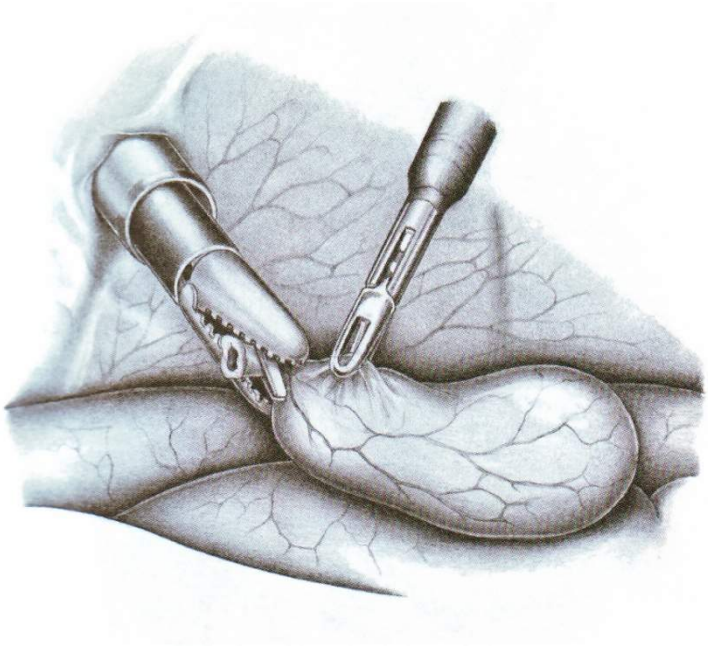
Փուլ 11. Լեղապարկիծոցիհեռացումը

Լեղապարկիդիսեկցիաևշարունակվումէմինչևլյարդիեզրիհետևրանեղիտրոցայինկապը, որըօգտագործվումէլեղապարկիծոցըզտմասայինհուղուբյամբծգվածպահելուևլյարդիստորինմակերեսիվրահամապատասխանհեռացվի ակաճացնելուհամար: Ստուգվումէարյանհոսությանմեծխառանճնիաղբյուրը: Լյարդիստորինմակերեսըշարունակումէհավելյալ եղածդրանիայտնաբերելուհամար: Կասկածելիէմնդրվումեննհավելյալկլիպեր: Հեռացվելովարտեղացիետո Լեղապարկըլյարդիհետկապուղիերջինիտրոցըհատվումէմկրատովևենթարկվումիոազուլյացիայի:



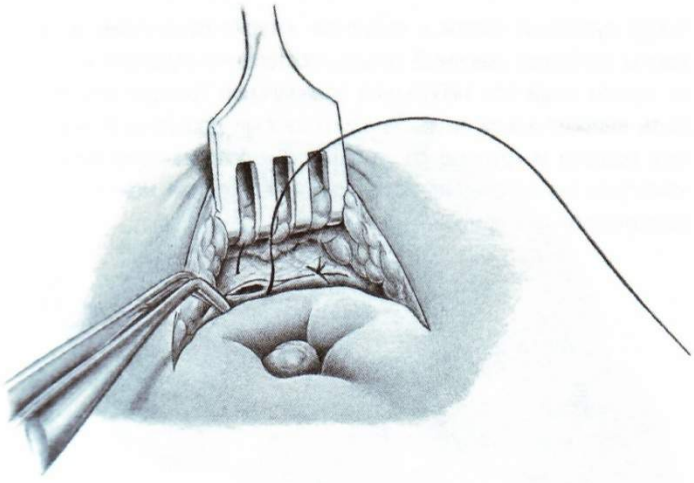
Փուլ 12. *Լեղապարկիդուրսբերումը*

Լեղապարկըլրիվաճջատելուցհետո, այնամուրբռնվումէսեղմիչով (“կոկոլոպիլոս” տիպի սեղմիչ) ևվերպորոսայինտրուակարիմիջովպատրաստվումդուրսբերման: Կապիտսեղմիչովլայնացվումէտրուակարիմուտքը, հեշտացնելովլեղապարկիդուրսբերմանգործընթացը:
Որպեսզիհնարավորլինիհեռացնելխոշորկոնկրեմենտներկամընդունակչբերելուղղակիվերտրիպսինայով, որոշդեպքերումանհրաժեշտէլինումլեղապարկըբացել: Պետքէպահպանելհատուկզգուշություն, չթողնելուհամարտրովայնիխոռոչումիմբարերկամլեղապարկիհատվածներ:
Եթելեղապարկըդհասեկցիայիընթացքումբացվելէևլեղայինմարերըընկելեներովայնիխոռոչ, դրանցիցամենօրինակըպետքէհայտնաբերվիհետացվի: Պետքէխուսափել որևէկոնկրեմենտթողնելուց, բանիորհետագայումդրանքկարողենբերելթարախակույտիզարգացման: Ասանձինդեպքերում, երբմարերըհնարավորչէվերհեռացնել, անհրաժեշտէանցնելլապարոտոմիայի:



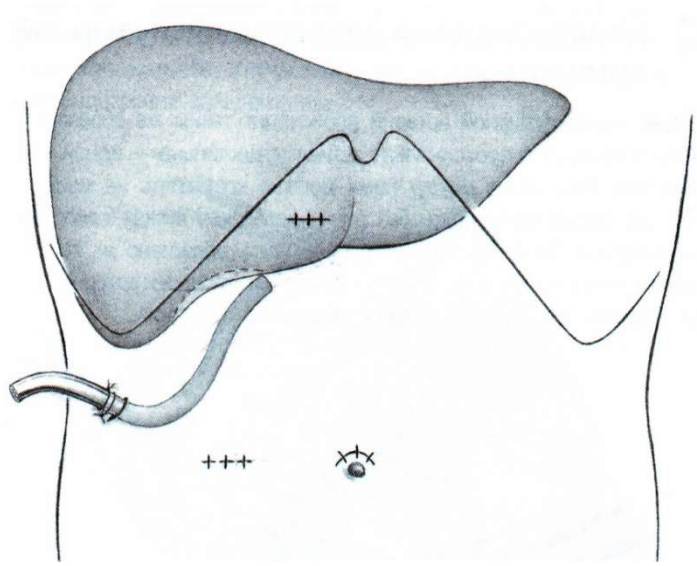
Փուլ 13. *Վերպորտայինխոռոչածխխակումը*

Ճողվածքի զարգացումից խուսափելուհամար, վերպորտայինխոռոչածքը, որըլայնացվելէրլեղապարկիևեռացմանժամանակ, փակվումէխորըսպոնկոտիկկարերով, տեսողականհսկողությանտակ:



Փուլ 14. Դրենաժ

Վիրահատականհատվածըկարողէդրենավորվելտրոակարիկապուղուդրենաժով, որըհեռացվումէ 48 ժամիցոչուշ:



Անատոմիականառանձնահատկություններ, լուբջխոռոգիներ, վիրահատականհնարքներ

ա/ Լեղածորանիընթացքըխիստփոփոխականէ:

Զգուշացում՝ չշփոթել ընդհանուրլյարդայինծորանըպարկայինծորանի, իսկաջլյարդայինզարկերակը՝ ծորանայինզարկերակիհետ:

բ/ Ուղղակիլեղապարկ թափվող մանրլեղայինծորաններըանհրաժեշտէկարովկապել:

գ/ Շատբարակըդիահատուլեղածորանըկարողէընդունվելարպեսպարկայինծորանուլրիվիասովել: Զգալիդժվարությունեհնաոաջացնումաջածախյարդայինծորաններիցածրմիացումըկամաջաոաջայինաջհեռուհյարդայինծորաններիցածրմ իացումը: Նմանիրավիճակերումպարկայինծորանըկարողէթափվելաջյարդայինկամհետիհաջծորան, ինչիպատճառովաջկամաջհետինծորանըկարողէսխալմամբընդունվելպարկայինծորանիտեղումհատվել:

դ/ Ավելիհիշհանդիպողուժվարինիրավիճակէ, երբսուրխողեցիստխոռերիժամանակբացակայումէպարկայինծորանըևՀարթմանիգրպանիկըբացվումէուղղակիաջյարդայինծորանիոսակկամդ եպիընդհանուլեղածորան:

Բարդություններ

Ներվիրահատականբարդություններ՝

- արյունահոսություն՝հանդիպանումէհիմնականերվիրահատականբարդություն:
  Սովորաբարաոաջանումէշատկաբճպարկայինկամանմիջապես՝աջյարդայինզարկերակից:
  Արյունահոսությունըդուրսերակիցկխստհազվադեպէ, սակայն,
  իսարբերությունլյարդայինկամպարկայինզարկերակերիցարյունահոսության,
  ավելիհնտենսիվէևգրեթեմիշտպահանջումէանցումորովայնահատմամբ,

- անհաջողվիրահատություն՝ երեվիրաբույժըվիրահատությանընթացքումտաոաջընթացչիտեսնում,
  պետքէանցնիբացվիրահատության,

- լեղաձորաբնիվնաասումը՝ կամմասնահատումը՝կարելիէհասցնելնվազագույնիհամարժեռեզերվացիայի, հյուսվածքիերևիմանրակրկիտպիսսեկցիայի, արյունահոսությանմշտականհսկմանևվիրահատականմուտիկոնվերսիայիհնարաժամանակինորոշմանմիջոցով:

Հետվիրահատականբարդություններ՝

- սառավելհաճախլեղուպոտահոսքչկունենումմեծծավալովդրդպատումէիրմնաքույն: Նյոզգալիմանակըպոտրկայինծորանիքացվելուկամընդհանուրլեղածորանիչհայտնաբերվածվնասմանհետևանքէ: ՆմանդեպերբումանհրաժեշտէվիրակատացնելէՆԽՊԳ,
- հեղուկիեներաստոծանիակտուսակումներըկարողենպահանջելմաշկիմիջովդրենավորում,
- հետվիրահատականթոքաբորբըպայմանավորվածէժամկոնֆլիգոթերապևայությունհակաբիոտիկներով;
- դեղուկիզարգացումըհանդիսանում է ընդհանուրլեղածորանիխցանմանկամհատմանհետևանք, որի ժամանակ ցուցվածէՆԽՊԳ:

Հետվիրահատականգործառույթներ

Բժշկականխնամք՝ հեռացվումէիր-ստամոքսայինզոնդըմեկօրից, դրենաժները՝ 2-3 օրից:

Կերակրմանվերսկսում՝ բերանովհեղուկներ 1-ինօրվանից, ապահովումկարգիպարագլերակովգլյուկոզ:

Ակտիվացում՝ անմիջապես:

Ֆիզիոթերապիա՝ շնչառականվարժություններ:

Անաբխատունակությանտևողությունը՝ 3-7 օր:

1. *Փորձվածվիրաբույժիխորհուրդները.*

- Լյարդիցիրրոզովուղեկանայինհիպերտենզիայովհիվանդերիմոտկարելիէիրականացնելմասնակիվոլեցիստէկտոմիա, լեղապարկիևեռնոպաղթողելովլյարդինկպած: Հակառակդեպումկարելիէստանալկյանքիհամարվտանգավորարյունահոսություն: Ավելին, լապարասկոպիկվիրահատությանպարագայումարյունահոսությանհետևանքովուղղակիանհնարէտեսնելվիրահատականդաշտը:
- Ծանրընթացողսուրվոլեցիստոհիդեպումվիրահատությանառաջինվուլումկատարվումէլեղապարկիդատարկում՝ասպիրացիայիեղանակովնրա պատուհակությունընդտրակարկիջոցով: Նման գործողությունը թույլէտալիսհանելլեղապարկի լարվածության նվազման, ստանալդատարկ, հատպատերովպարկ, որըհեշտությամբէբռնվումտեղաշարժվում:
- Եթեհարթմանիգրպանիկումկաերևրվածքար, ապապայնպետքէհետևելդեպիլեղապարկ, ինչըտալիհնվտանգկդարձնիհաջողանքըԿալոյիեռանկյունում:

Բացվող եցիստէկտոմիա

Ցուցումներուհակացուցումներ.

Պ ա ռ ա յ ի ն ց ու մ ն ե ր ՝

- սիմպտոմատիկ էոզինոֆիլիա,
- աննաջողապարասկոպիկխոլեցիստէկտոմիա,
- լեղապարկիչարտրակացածպոլիպ,
- որպեսայլվիրահատությանմաս (Ռիսկլիվիրահատությունկամընդհանուրլեղածորանիմասնահատում):

Հ ա կ ո ց ու ց ո ւ մ ՝

- խոլեցիստէկտոմիայիանդեպքացարձակհակացուցումներչկան:

Այ լ ը ն տ ր ա ն ք ա յ ի ն գ ո ր ծ ո ղ ո ւ թ յ ո ւ ն ն ե ր ՝ լապարոսկոպիկվիրահատություն

Նախավիրահատական հետազոտություններ / պատրաստումվիրահատությանը

Նախավիրահատականհետազոտություններ ՝

- ✓ ԳՋՀ,
- ✓ ԷԳՊՍ,
- ✓ հետաքրքրէերեբակայինխոլանգիոգրաֆիա,
- ✓ ստամոքսիերեսոգեննոմորաստայինհետազոտություն (խոցիևստոծանումկերակրափողայինբացվածքիճողվածքիբացառում):

Վ ի ր ա հ ա տ ո ւ թ յ ա ն պ ա տ ր ա ս տ ո ւ մ ՝ ստորին եզիստոխոլամոլելիթիազիդեպքում՝ ստամոքսային զոնդ, 70 աստիճանի անկյունով՝ հակավիրահատականհակաբիոտիկթերապիա:

Ա ն ե ս թ ի զ ի ա ն ե ւ հ ի վ ա ն դ ա ր տ ա հ ա տ ա կ ա ն ժ ա մ ա ն ա կ ը ն ե ր ը.

- ❖ լեռնաշոտանոմ, լեռային խունդակ (0,5% դեպքերում),
- ❖ որովայնաբորբ (0,1%),
- ❖ բացթողածծաք (1%),
- ❖ լեռածորանիվնասում (0,3%),
- ❖ լյարդի, տասներկումատնյաաղու, հաստաղուվնասում (0,1%),
- ❖ աննթերիվնասում՝ լյարդայինզարկերակ, դուներակ (0,5%),
- ❖ թարախակույտ (0,2%):

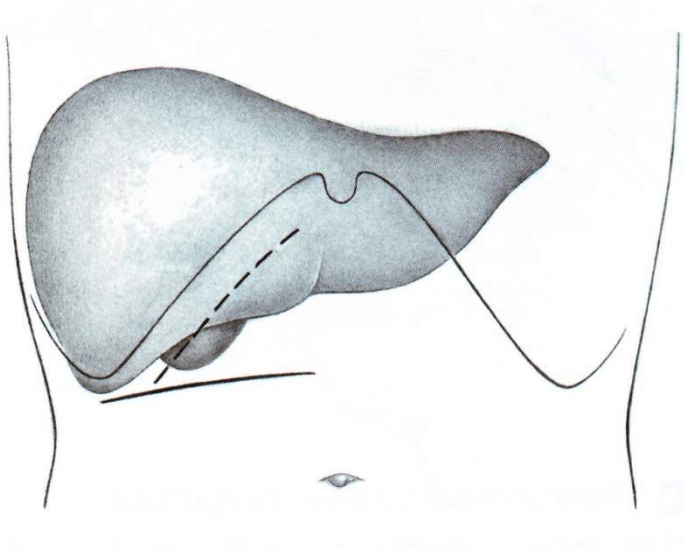
Հ ի վ ա ն դ ա ր դ ի ր ը՝ պառկածմեջքիվրա:
Մ ու տ ՝ աջեղեգակողայինկամաջվերինլայնակիկտրվածք:

Վ ի ր ա հ ա տ ո ւ թ յ ո ւ ն

Փ ու լ 1. *Մ ա շ կ ի կ տ ր վ ա ծ ք ը*

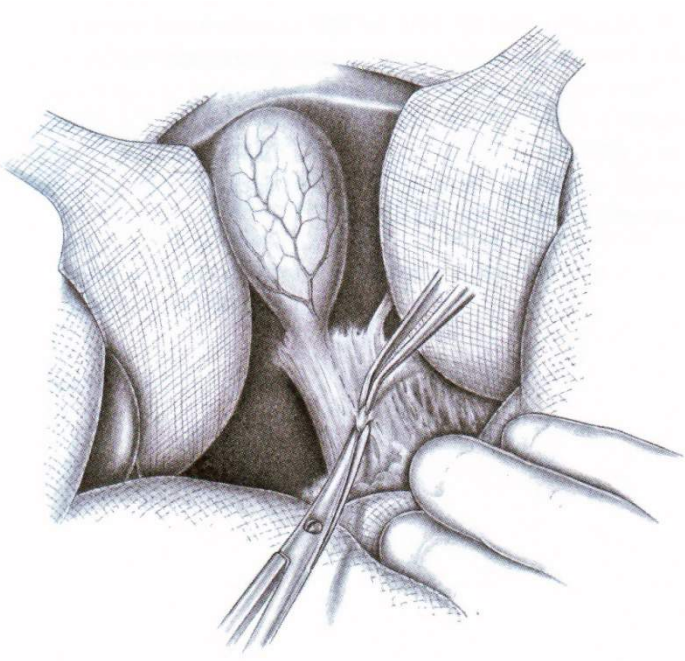
Բացվողեցիստէկտոմիանայսօրհանդիսանումէբացառություն: Այնուամենայնիվդրոհանգամանքներումայնդեռկիրառվում է (մոտ 10% դեպքերում), նույնիսկ լապարոսկոպիայիժամանակաընթացքում:

Առավել ուռցիտոլոգիական հետազոտության ենթակա է ենթաստամոքսային գեղձի ծավալային գոյացությունը:
Ախտորոշումն իրականացվում է ուլտրաձայնային հետազոտության, համակարգչային տոմոգրաֆիայի, մագնիսական ռեզոնանսային տոմոգրաֆիայի, էնդոսկոպիկ ուլտրաձայնային հետազոտության միջոցով:



Փուլ 2. Կողային հատվածային հեմիհեպատէկտոմիա

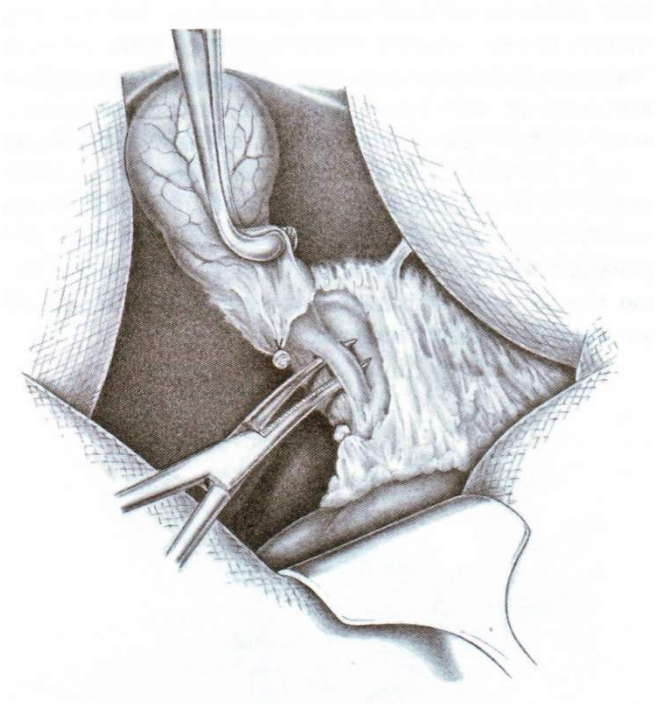
Որովայնահոսում միջնորմային չհեռացված ուռուցքից հեռու հատվում է եղջերաթաղանթի հեպատիկոդուոդենալ կապանը: Լեղապարկի ուղղությամբ բացվում են ընդհանուր լեղուղին և խոռոչում ներարկվում ինտրաօպերացիոն խոլանգիոգրամի համար, թույլ տալով զննել այս կառուցվածքները:



Փուլ 3. Պորտային ծոռանի մերկացում

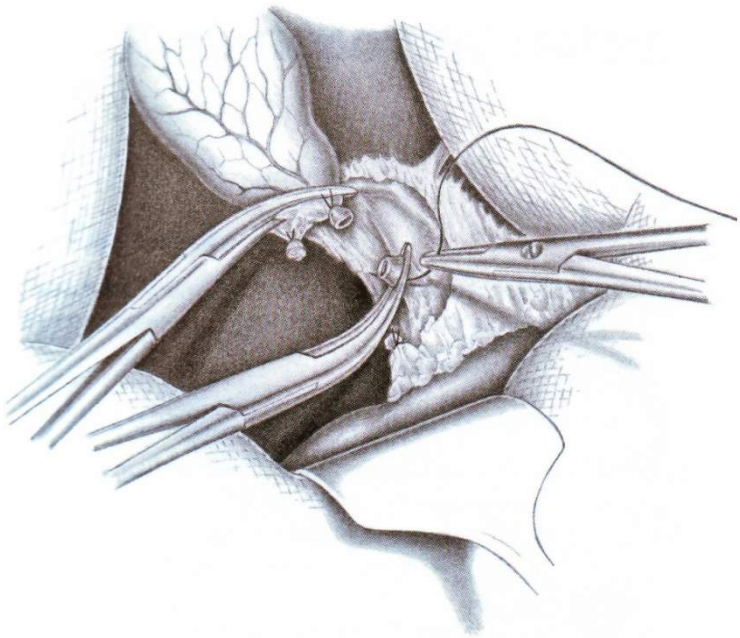
Որովայնամզի հոսում միջնորմի լեղապարկը բռնվում է սոսնձման տարվում վերտոլուղության, նպատակով լեղապարկի ծոռանի մերկացման: Վերջինիս հայտնաբերումը հիշեցնում է, երբեմն տեսանելի ընդհանուր լյարդային ծոռանը պորտային ծոռանի հետ միացմանն ընդելացվելուց ծածկոցով: Նույնականացումը

հիմնականում երակների վնասվածքների հետևանքով,
ընդհանուր լյարդային ծորանի մինչև լյարդը ընթացքում հայտնաբերման և պարկային ծորանի հետ միասին հայտնաբերման դեպքում:



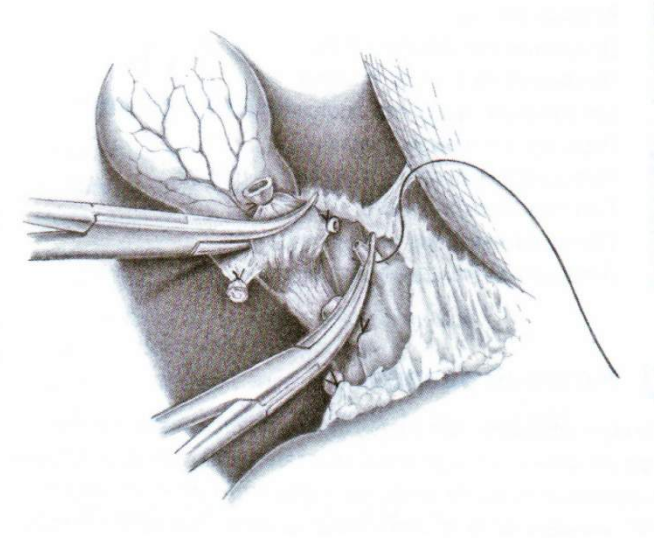
Փուլ 4. Պարկային ծորանի հատում

Պարկային ծորանի վստահաբար չունենալու դեպքում, այնպես որ էհատվի ընդհանուր լեղածորանի նման, երկու սեղմիչներ միջև: Դիստալ հատվածը կապվում է կարով, իսկ պրոքսիմալը՝ ուղղակի կապվում: Եթե անատոմիական պատճառներով չի կարողանում ընդհանուր լեղածորանի մասին, պարկային ծորանի հատումից առաջ՝ իրականացվում է խոլանգիոգրաֆիա, ընդհանուր լեղածորանում չնախատեսված մնացորդային քարերի հայտնաբերման դեպքում: Խոլանգիոգրաֆիան իրականացվում է այնքան ժամանակ, մինչև հեղուկը սկսի հոսել անպայման:



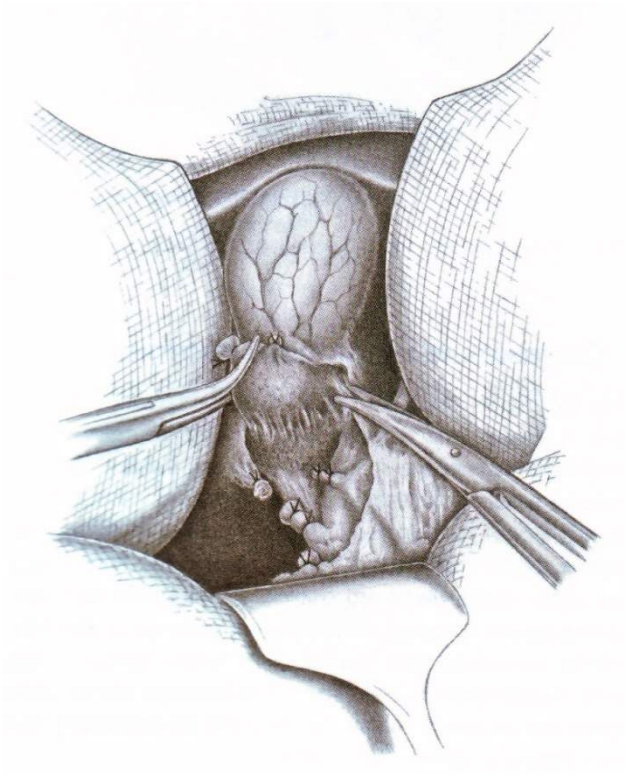
Փուլ 5. Պարկայինզարկերակիհատումը

Պարկայինզարկերակըսովորաբարտեղակայվածէպարկայինծորանիցավելիվեր, չնայած, կախվածաջլայդոյինզարկերակից, բացառված չեն նրա ընթացքի այլտարբերակները: Կարևորէհայտնաբերելճյուղը, որըգնումէդեպիլեղապարկևայնկապելառավելագույնմոտպարկին: Կապումըիրականացվումէբոնիչելիմիջև, պրոմսնմակողմիցտրըկապվումէկարով:



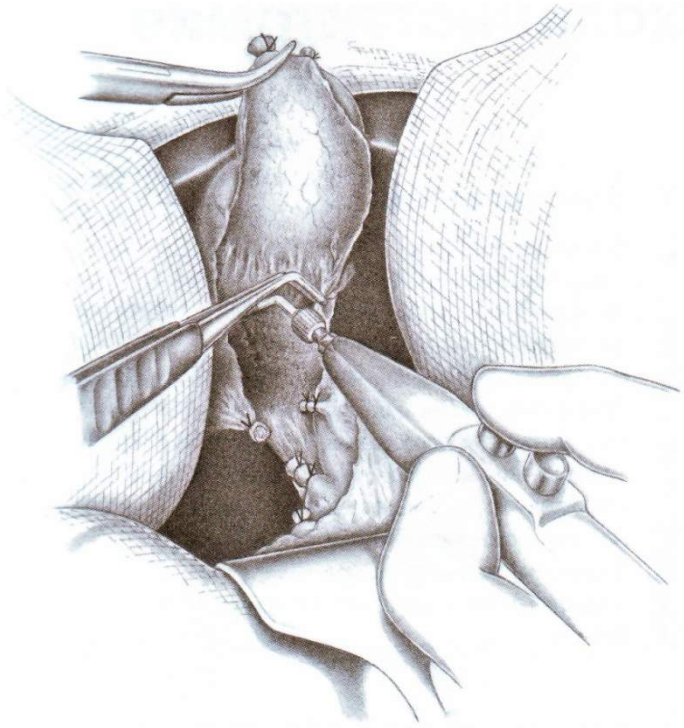
Փուլ 6. Լեղապարկիհեռացումըհյուսեկցիայով

Պարկայինծորանն ուզարկերակը կտրելուցհետոիրականացվումէլյարդայինծոցիցլեղապարկիհետընթացահեռացում, որըիրականացվումէգլխամասայինուղղությամբլեղապարկիվզիկիզգույշ ձգման պայմաններում: Լյարդիհետնոլորտիզոկպումներըհասովմենմկրատով, խոհեմոստազըիրականացվումէդիաթերմոլույծով: Լեղապարկիհեռացումըկատարէբերզգալիայրուհանության, հատկապեսծանրբորբոքայինվոխությունների ժամանակ, պահանջելով հավելյալմիջոցներ՝լյարդիպորեինֆունդուսիհետոստազայանովլեռուհատար (կարեր, կոագուլյացիահևայլն):



Փուլ 7. *Լեղապարկիծոցիևեմաստազը*

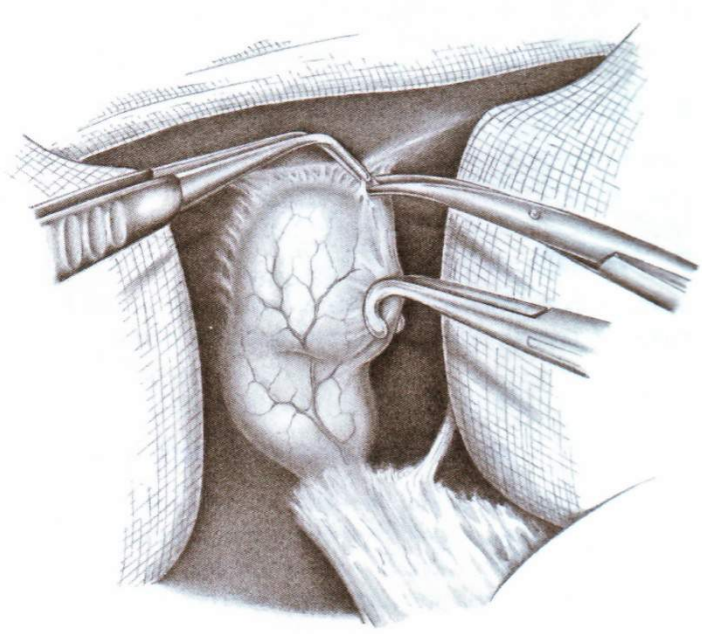
Լեղապարկիանջատումըներածոցիցիրականացվումէհայելառեայլմկրատովուղիաթերմիայով: Հուսալիեմաստազ ապահովելու համարանհրաժեշտէտրամատդրելժամանակ: Այնմիւսէ, որևեսրաովոչէծանրբորբոքայինվոխտյունեերևպարագայումևվիրաբույժըկարողէօգտվելեմաստատիկկյութերիցուտեղայինեղումից:



Փուլ 8. *Լեղապարկիանոթագրադիսեկցիա*

Կալոյիեռանկյունուշրջանումխոփքրոզպումներիդեպքումանհատականխնդրությունների երբեմն ավելի ավարտուն ցումկարելիէստանալ՝ լեղապարկիանոթագրադիսեկցիանշելիս (այսինքն՝ հայտնաբերելպարկույինծորանիուպարկույինզարկերակը՝ լեղապարկիանջատումըսկսելովերահատակից):

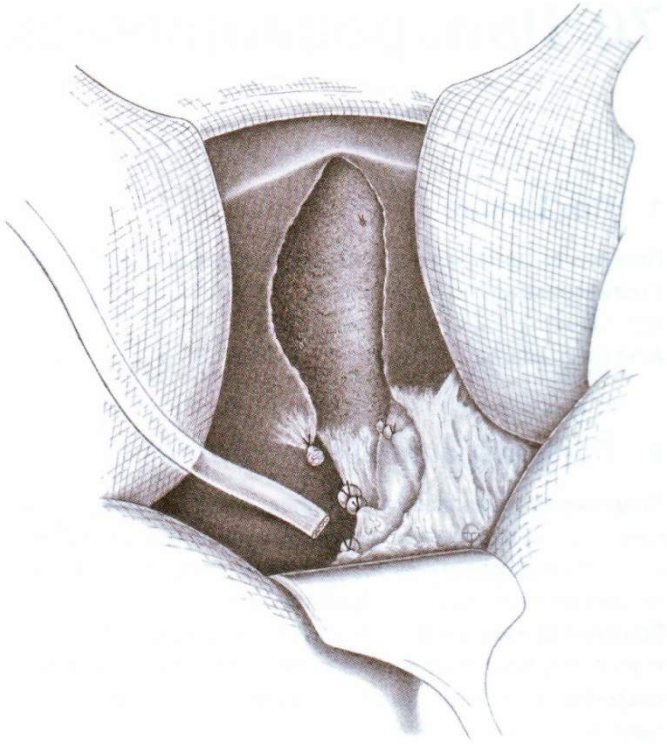
ԼեղապարկըանջատվումէլյարդույինծոցիվենտրալուղղությամբսպարվումէմինչևԿալոյիեռանկյանըվերահայտնաբերում: Հատկապես պետքէուշադրվիլինել լեղածորանիազատմանժամանակ, խուսափելուհամարաջլարդույինզարկերակիվնասումից:



Փուլ 9. *Լեղապարկիծոցիբեռնավորում*

Հեռոստազիսպանվումիցևպարկույինծորանիուզարկերակիծայրատոհերիկրկնակիկապարկումիցհետո, անհրաժեշտությանդեպքումկարելիէկիրառելստորլյարդույինսպառածությանդրեհնավորում:

Իդեալականիսկլեցիստէկտոմիանպետքէկատարվիառանցդրեհնավորման: Դրեհածիերըցուցվածենմիայնբարդացածդեպքերում:



Հետվիրահատականբարդություններ

ա/
Հետվիրահատականերկարատևցավերիցեղուկպտտահոսքըհաճախնախևառաջինհերթինդեպիլեղապարկիլայպրոյեկցիոնցավերիցեղածոբանների: Դրենաժըպետքէթողնելայնտեղևդրեգրելսպասողականմոտեցում: Կարողէպահանջվելեղածոբանի քիթ-բկլհարդրեհավորումկամժամանակավորստեհովէնդոսկոպիկտեղադրում
բ/ ԱնհաստականալինախավիրահատականվիճակերումկատարվումէՕԽՊԳ:

Հետվիրահատականզործառույթներ

Բժշկականհետամ՝ ինֆ-ստամոքսայինզոնդըհեռացվում է 1 օրից, որովայնիդրենաժը 2-3 օրից:

Կերակրման վերսկսում՝ հեղուկներ 1-ինօրից, հետագայումսննդակարգվարազբնդլայնում:

Այտխիացում՝ անմիջապես:

Անաշխատունակությանտևողությունը՝ մեկշաբաթ:

Փորձաժվիրաբույժիխորհուրդները.

- Լեղածորանիընթացքնխստովհսկում է:
- Չափոթեֆընդհանուրևաջլայրոյինծորանները,եղապարկիծորանիհետ, խնդաջլայրոյինզարկերակը՝ պարկայինզարկերակիհետ:
- մանրլեղայինծորանները,կարողենթախվելանմիջապեսընդհանուրլեղածորան և նրանցհետժամեռտէկապելկարելով:

ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԼԵՂԱԾՈՐԱՆԻ ՍՏՈՒԳՈՒՄ

Ներածություն

Լեղամպայինհիվանդությանժամանակէոսթեոտեղաշարժըբավականինհաճախնահանիպողկրավիճակէ:
Այդիսկպատճառովեղելէթիմազիվիրահատականբուժմանանկյունհամարըմնումէընդհանուրլեղածորանիստուգումը:
Ներկայումսայնիրականացվումէինչպեսբաց, այնպեսէլվակ՝լապարասկոպիկեղանակով:
ԱռաջինլապարասկոպիկվոլեդեխոտոմիանիրականացվելէPetelin–իկողմից 1991 թվականին:

Յուցումներուհակացուցումներ.

Պլանայինցուցումներ՝

- լեղուհոսիխցանմանհիվանդ- ևնեղվրահատականհիվանդությունում,
- ընդհանուրլեղածորանիմարեր,
- ծորերիէնդոսկոպիկհետացմանհիվանդ:

Այլընտրանքայինգործողություններ էնդոսկոպիկկոմբինացիոնմիջամտությունները (ԷՌԽՊԳ/ ՊԷՀկոմՆՆՀԳ/ ՆՆԴ):

Նախավիրահատականհետազոտումներիպատրաստումվիրահատությանը

Նախավիրահատականհետազոտություններ՝

- ✓ ԳՋՀ,
- ✓ խոլանգիոգրաֆիա (ներերակայինկամներվիրահատական),
- ✓ հետազոտությունԷՇ, ԷՌԽՊԳ, ՆՆՀԳ:

Հիվանդիպատրաստում նախավիրահատականհակաբիոտիկթերապիա (ինչպեսհետ՝ ԷՌԽՊԳ/ՆՆՀԳ-իհամար) կամհակաթրոմբոտիկթերապիա: Կազմեֆիեմոստազհետևյալըներմուծելուցհետոգործառույթներիպլանը:

Սպեցիֆիկոպերացիայիհիվանդիտեղակացվածհամաձայնություն.

- ❖ բացթողնվածքար,
- ❖ լեղուպրոքսիմոս, որովայնաբորբ,
- ❖ լեղածորանիվնասում,
- ❖ լեղածորանիստենոզ,
- ❖ ամորճերիվնասում (դրանքայինեղակ, լյարդայինզարկերակ),
- ❖ լյարդիվնասում, արյունահոսություն,
- ❖ խոլանգիտ,
- ❖ պանկրեատիտ:

Հիվանդիտիպը՝ մեջիվրաստվածք:

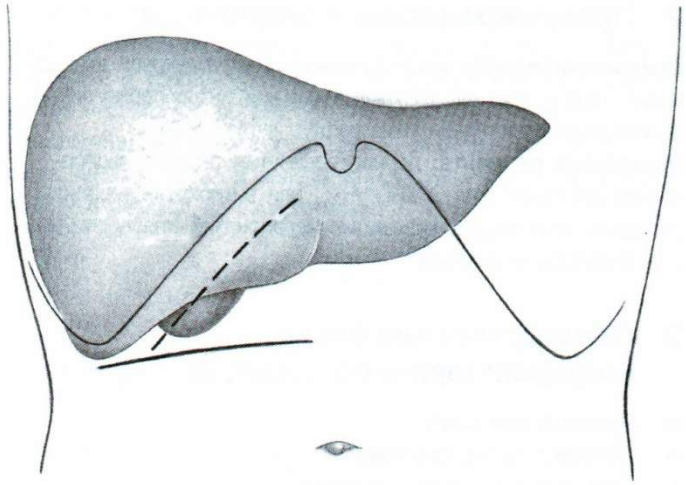
Մուտք հեթակողայինկտրվածք, աջլայնածիգվերիճորակայնահատում::

Բացեղանակ

Վիրահատություն

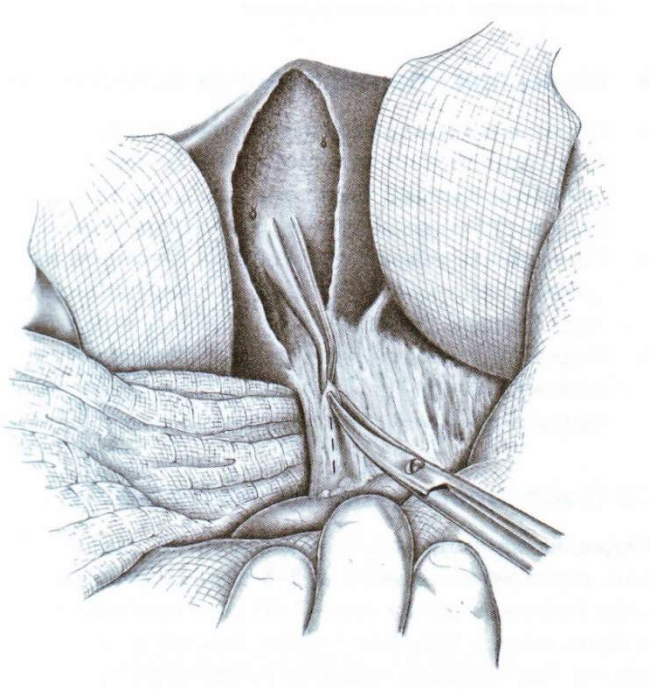
Փուլ 1. *Մաշկիկտրվածքը*

Ներկայումսսխխստհազվադեպենդիմումընդհանուրեղածորանիցմարերիներվիրահատականհետացմանըմահվանընտրությանմիջոցէհանդիսանումընդանցեռոսկոպիկհետացումը: Ընդհանուրեղածորանիներվիրահատականհետսումնասիրությունըցուցվածէմիայն, էնդոսկոպիկբուժմկազմակերպմանհնարինությանդեպքում (օրինակ՝ Բիլրոթ II եղանակովստամոսիմասնահատում, ներիրվածմարեր, չարորակուռուցքիվերաբերյալկասկածև 50 սպրեկանիցերկոստաստրպանծանցլեղապարկիով եղածորանիմարեր): Կտրվածքնիչպետովորակալիով եցիստէկտոմիայիժամանակ (այսինքն՝ վերինլայնակիաջլապատոմիակամեթակողայինկտրվածք):



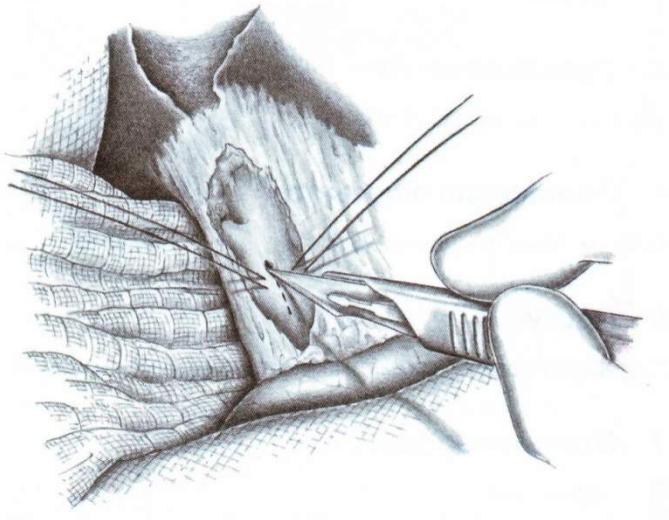
Փուլ 2. *Ընդհանուրլեղածորանիտատանձնացումը*

Կալլոյնեռանկյունում, երկայնակիհատելովորովայնամիզքսացվումէընդհանուրլեղածորանը: Բութդիսեկցիանթույլէտալիսատանձնացնելընդհանուրլեղածորանը, որըգտնվումէավելիվենտրալևչպատ-տասներկումատոյատուդպսայինեզրինմոտ: Լավկողմնորոշիչէհանդիսանումպորտայինծորանը:



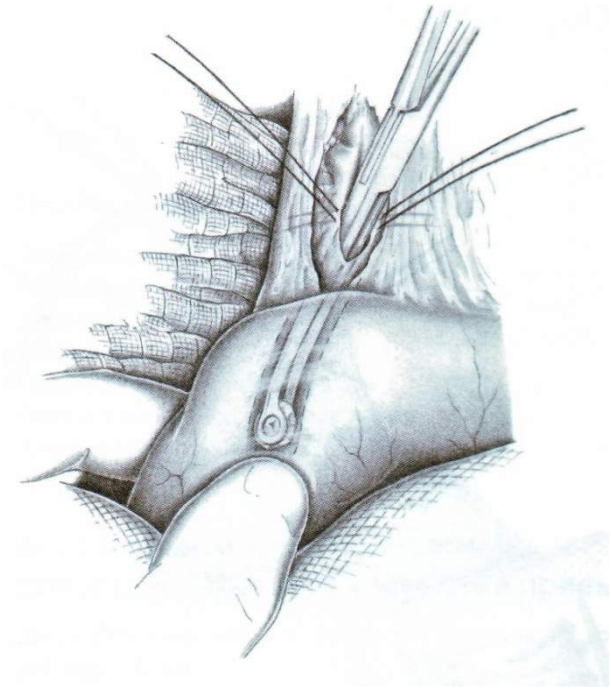
Փուլ 3. Ընդհանուր եղածորանի երկայնակի հատում

Ընդհանուր եղածորանը հստակ գտնելուց առաջ ծնցնելուցիետո, երկուկարեր-բռնիչներովմի ջևերկայնակիբացվումէնրաընւսացքը: Սրահամարծորանիճուղահայացդրվումեներկուկար-բռնիչներ (4-0 PDS) կլուսացքը 1,0-1,5 սմերկարությամբբացում: Եթեվստահչեք (կրկնակիվիրահատություն), ապալուսացքըբացելուցառաջկատարեքախտորոշիչպունկցիա:



Փուլ 4. Թարիեռացումըբռնիչով

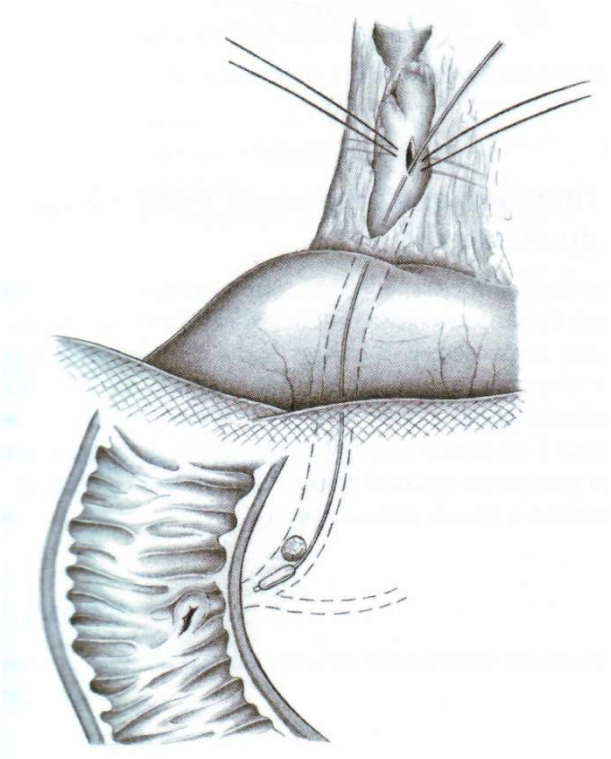
Ընդհանուր եղածորանիպատճհատումիցհետոմարըներդրումըբռնվումէբռնիչովևերկումատերևիսկողությանստակիրվումէդեպիտա սներկումատոնյառաջումեծպտկի: Սովորաբարբոլորնկրեմենտոներըհետստությամբբռնավոմեն: Պտկիկիհետհայտնաբերմանհամարկարելիէիրականացնել տասներկումատնյառաջումտեղայնացում (ըստԿոխերի): Որպեսզիբացառվիընդհանուր եղածորանիվնասումնա via falsa-ի (կեղծուղի) ստեղծում, անհրաժեշտէգործել նուրբուզգուշավոր:



Փուլ 5. ԹարախահեռացումըՖոգոտոխիստեռեզով

Եթեբոնիչովիճոպաովոչչիմարլևեռացնել,

նրանիցհերմևկպաղէսնցկացվելՖոգոտոխիկատետերևբալոնըլցնելուցհետոռետորգրաֆիեռացնելխարը:

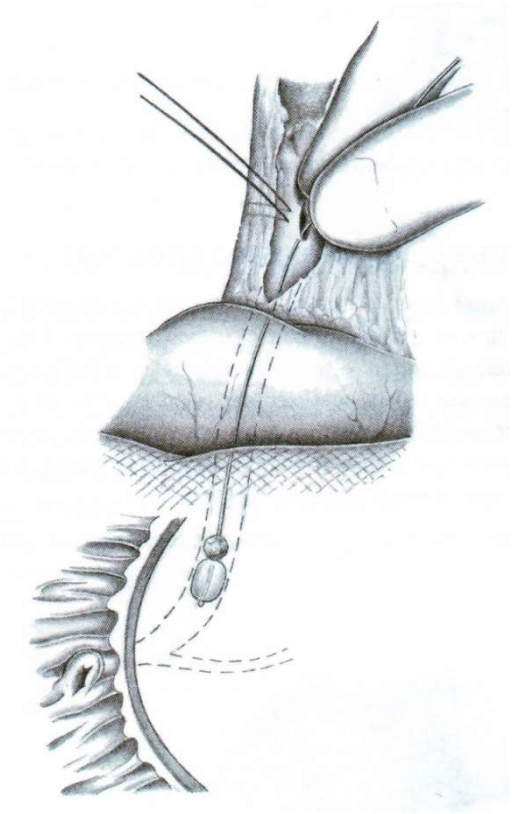


Փուլ 6. Լեղածորանիվիցում

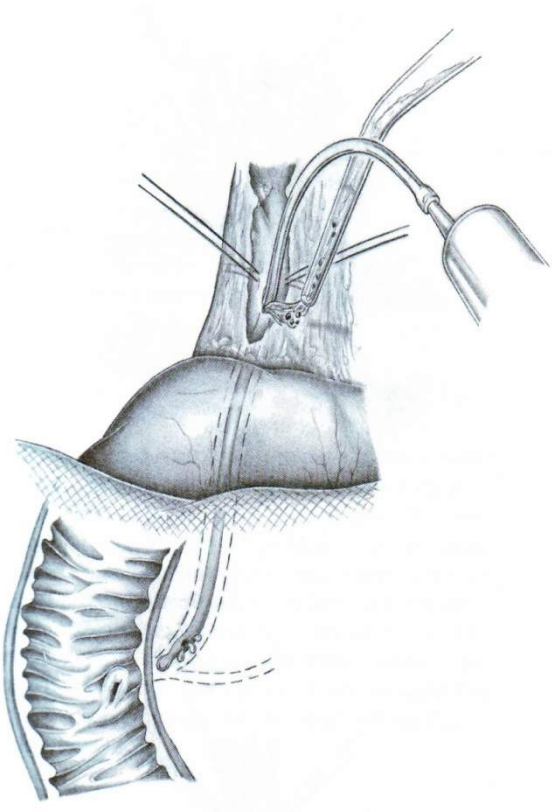
Եթելեղածորանումկանբազմաթիվքարերիկտորներ, նրանցհեռացնելուհամարծորանըլվացվումէ:

Ասավելանվճասեղանակէհկուհևպինգոցնիմերիօգտագործմամբերվիրահատականվեդոսկոպիան,

հնչըթույլէտալհասկանալեթեբերածդրանիամբողջերկայնքով՝միևնույնտառնիշանակումայսպես, հնչեևնահևներկայդրությամբ,

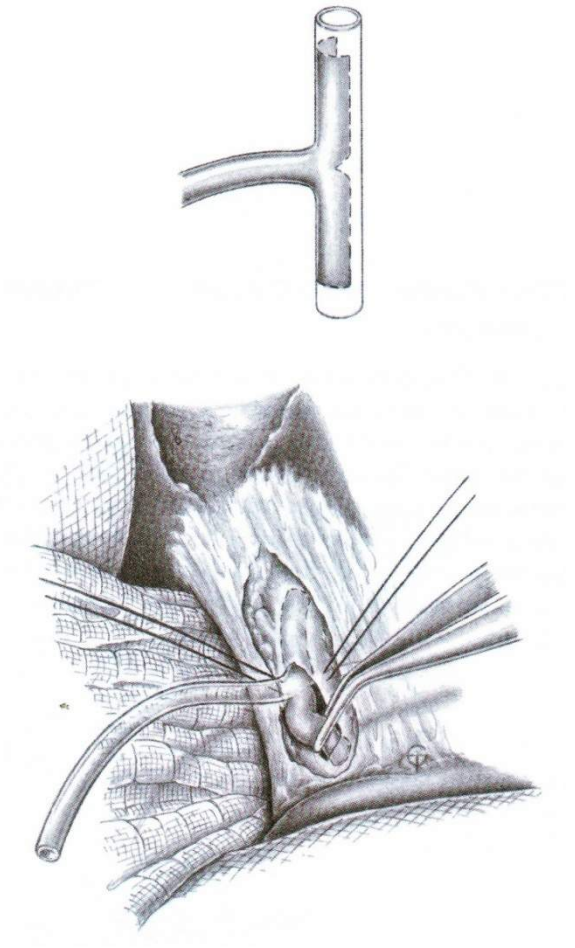


հնարավորություն տալով հեռացնել ովկրծքացՂրմխայիզամբյուղով:



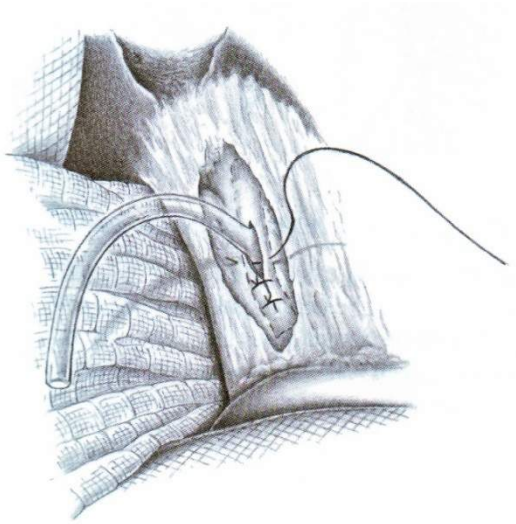
Փուլ 7. T-ածևպրեհոժոիպրեհոսիորմահոսիգբոմբհեիբը

Ընդհանուրլեղածորանիոպտարկումիցուսանացնոայիցհետո, վերջինիսպատը, դեկոմպրեսիոհանապահովելուհամար, վերականգնվումէ T-ածևպրեհոժիվրա: Այնդեպերում, երբլեղուհոսքնուսմաժեֆէևֆարերիբացակայությունըերաբխավորված, կարելիէպատվերականգնելառանց T-ածևպրեհոժի, իսկեթեկանկասածներ՝գերդասելիէայնտեղադրել: Այսնպատակովուեռոիեե T-ածևպրեհոժըկտրվումէմինչևհոմոգեննոսոսոսանչափերևտեղադրվումընդհանուրլեղածորանում:



Փուլ 8. Լեղածորանիհիմակումը T-ածևպրեհոժիվրա

Ընդհանուրլեղածորանըվերականգնվումէ T-ածևպրեհոժիվրա 4-0 PDS թելիկարերով (հանգուցակարկամանընդհատակար): Կարիներմետիկությունըպետքէստուգվիպրեհոժովֆիզիոլոգիականլուծույթի ներմուծումով: Վիրահատությունըավարտվումէվիրահատականդաշտի դրենավորմամբ լարոտոմիհոտիվակումով:



Անատոմիական առանձնահատկություններ, լուրջ խոցերի, վիրահատական հնարքներ

ա/ Լեղածորանը սովորաբար ձևավորվում է լյարդ-տոսների հյուսվածաղիկապնի ջահմանում, լյարդային զարկերակը տեղակայվում է առաջ-միջայնորեն, դուեռակը՝ հետ-միջայնորեն:

Զգուշացում՝ եղեֆզգույշ տարանջատել զարկերակների ժամանակ, օրինակ՝ վերին միջընդերային զարկերակից սկիզբ առնող աջ լյարդային զարկերակը կարող է ընթանալ եղածորանին համեմատական առաջ-դրսային կամ հետ-դրսային:

բ/ Մինչ եղածորանի երիտասարդությունը մի տեղ հյուսվում է տոսների հյուսվածաղիկ՝ ըստ Կոխերի:

գ/ Ընթացքում մակարդվածքի ձևավորված է, բարակ պատերով կաթոգեն ենթադրյալ եղածորանին հպում:

Զգուշացում՝ լեղածորանը զոնդով հասնելիս երբեմն նրա մեջ բոլորովին չի տեղավորվում զոնդը “կեղծուղի” ստեղծելուց:

դ/ Տեղադրել T-ածևդրենաժ, անհրաժեշտ ապահովել երկայնական չափսերի համարժեք երկարությամբ, հանդարտ վիրահատական հանգամանքներում երկայնական երկարությունը կարող է բերել ընդհանուր լեղածորանի հյուսվածքից T-ածևդրենաժի դուրսգալուն:

Հետվիրահատական հսկողություններ

Բժշկական հսկողություն՝ բեր-ստամոքսային զոնդը հեռացվում է 1-3 օրից, ստորլյարդային դրենաժը՝ 3-5: Խոլանգիոգրաֆիան T-ածևդրենաժով 7-10 օրից, երբ դրենաժը դադարում է, հակադրանյութը ցցում է հեռու կեղևային ծայրերը: Տեղի, լաբորատոր ցուցանիշների վերականգնում, ցավի ժամանակավոր միջադեպերի հսկողություն T-ածևդրենաժի հեռացումը: Ախտահոտած դեղհյուսվածքազոյացում առաջանալ բավարար չափով, իսկ ողնուղեղի հյուսվածասիրտ-թոքային 5 օրերի ընթացքում: Անհրաժեշտ է կատարել ճառագայթային, լույսային, բիլիրուբինի հսկողություններ:

Կերակրման վերսկսում՝ փոքրկում երակային կաթոցիկից, լավացում դեպքում՝ սննդակարգի աստիճանական ընդլայնում:

Այտվածքում՝ անմիջապես:

Ցիզիոթերապիա ՝ճնշատականվարժություններ:

Անուշխաստումնակությանտևողությունը երկուշաբաթ:

Փորձնածվիրաբույժիխորհուրդները.

- Եթեհոսքըեղածրանովազատ, հետովիրահատականեղուհոսքնկտրվումէսպոնտան; որովայնաբորբի բոլորնշաններիժամանակիրականացրեէնդոսկոպիկպլաստիկա, ինչ-ևէպայինդրենավորումկամվիրահատականստուգում:
- Մնացորդայինմարերիէնդոսկոպիկհետացումկամհետացում T-ածևդրենաժիմիջովմոտավորապես 6 ամիսանց (թողնումեն T-ածևդրենաժ in situ):
- Լեղածրանիվնասումը, եթեհնարավոր է, վիակումենկարով, կիրառվումէլայնլուսանցքով T-ածևդրենաժիլեղուպրոտահոսիբջջանըդրենավորվում:

Հնդհանուր եղածրանիստուգում /բացմուտ/

Ներածություն

ԼապարատոմիայիմիջոցովառաջինիվոլեդխոտոմիայիմասինհայտնելէKher–ը1896թ: Այներկարտոպլիներհամարվումէրընտրությանվիրահատություն: Սակայնանցածդարի – ակտիվականներիցբացմուտըլիրտեղըսկսեցավելհաճախզիջել լապարասկոպիկեղանակին:

1. ***Ցուցումներևհակացուցումներ.***

Ցուցումներ՝

- բացվոլեցիստէկտոմիայիանցնելուցհետո,
- լապարասկոպիայիէնդոսկոպիայիփորձիբացակայությանդեպքում:

Հակացուցումներ՝

- հոյնըլինչոր լապարասկոպիկվիրահատություններիդեպքում;

Վիրահատություն

Փուլ 1. Կտրվածքևէքսպոզիցիա

Կիրառվումենառջևթակողայինկամվերին-միջայինկտրվածքներ: Լայնտոմսերկումատոնայապատնիծգումըբացեղանակիժամանակովելդյուրինէհայելիրականացվումէլայնչոր՝ լապրիմառակուսիբլիծգումովդեպիվերևենթաստամոքսայինգեղձիգլխիկիրումով /օգնականիձեռով/ դեպիներքև:

Փուլ 2. Խոլեդխոտոմիա

Ցուցումներնուսումնասիրությանմասնակիցներըլուծարանիներկուսանցիայիգնահատումըչենոսրբերվումլապարասկոպիկնո
ւյնատոմիջամտությունից:
Սակայնբացմիջամտությունիցհետոսովորաբարիրականացվումէլուծարանիարտաքինդրեհատվածում /պարկայինծորանովկամ T-
ածևխողովակով/: Սովորականխուզկարըլուծարանիվրակտրողէցուցվածլինելմիայնորուշիրավիճակներում,
ինչպեսևլապարասկոպիկվիրահատություններիժամանակ: Ընթացքը՝

- ա/ պլանավորվածկտրվածքիտեղում, լուծարանիվրա, երկուկողմերիhgդրվումենկարեր-բռնիչներ,
- բ/ լուծարանիբարերլուհատվածումենկամխողովակով, կամբարերիհամարհատվածքռնիչներով,
- գ/ լուծարանիկտրվումէ T-ածևխողովակիվրա:

Լապարասկոպիկեղանակ

Ցուցումներ նույնն են

Մուտիքնոտությունը՝լուծարանիլապարասկոպիկստուգմանօպտիմալմատուցմանընտրությունըորոշվում է,
ըստբարերիքանակի, նրանցտեղակայմանուղուղիներիհանդամախոհությանվրահաստակամխողանգվածքաֆիլայխովշլաների:

⇒ *Պարկայինծորանով*նուտքըընտրվում է , երբ՝

✓ պարկայինծորանըանցանելիէ,

✓ բարերիթիվըմեծչէ,

✓ բարերըչմեծչափերիեն /նրանիվտրեենկամհավասարպարկայինծորանիտրամագծին/,

✓ պարկային քարերը տեղակայվածենպարկայինուղնգհանուրծորաններիմիացումիցցած,

✓ առկա է լուծարանիպարկայինմիացմանտեղիտվպիկանատոմիա /նրանցմիացումըիդեալականէ՝ ուղղանկյանտոպ/:

⇒ *Խոլեդոխոտոմիայով*ընտրվում է, երբ՝

✓ լուծարանիլայնությունը7-8մմ-իցավելէ,

✓ լյարդիդրումիբնահանելիէ /սուբկոբոբոմանբացակայություն/:

Հակացուցումներ՝

Հնդհանուր.

- բարձրռիսկիմբիվիվանդներ /անեսթեզիոլոգիականռիսկիստիճանը ASA–իսանդրակով III կամ IV/, որոնցհամարնավնըտրելիէէնդոսկոպիկմուտքը,
- որովայնիխոռոչինախորդովիրահատություններիցառաջացածարտոսանայտվածկպումներ /սահմանավանումլապարասկոպիկմուտքիհամար/,
- լյարդիցիրրոզ՝պորտալիպերտենզիայով /հեմոստազիծանրխանգարումներ/:

Պարկայինծորանիմիջովիհատացմանհակացուցումներ.

- պարկայինծորանիլուսանցքիխափանում առկայություն /լուծարանիկամպարկայինծորանիգործիքայինվնասմանվտանգ/,

- հարելիմեծչափեր, պարկայինծորանովհեռացնելուհամար,
- հարելիտեղակայումլյարդայինծորանումկամերլյարդայինելուղիներում,
- պարկայինծորանիևմ /ոչորովհետև/ ուպարկայինհուշտնդհանուրլյարդայինծորանիմիացմանոչտիպիկանատոմիան /զուգահեռաստիպարփակվում, միացումսուրանկյանտակևայլն/:

Խոլեդոխոտոմիա

- ներքնդհանուրլեղածորան /կոպեդուցհետոներքացմանվտանգ/,
- լյարդիդքունքումսրտանոթայինվնասվածքորբոհում /զանգրենոզվոլեցիստիտ, սուրնեկրոտիկպանկրեատիտևայլն/, խանգարողընդհանուրլեղածորանիանանձնացմանը:

Նախավիրահատական հետազոտություններ և պատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատական հետազոտում՝ հիվանդի մոտ ցավի, դեղնուկի, ջերմության, դողի, սառնամի, ինչպես նաև պանկրեատիտիճանների: Լեյկոցիտոներիճանակի, C-ռեակտիվսպիտակուցի, բիլիռուբինի, ԱՍՏ-ի, ԱԼՏ-ի, հիմնայինֆոսֆատազայի, ամիլազայի, լիպազայի, հեմոստազիցուցանիշների ուսումնասիրում: ԳՋՀ, ՄՌՇ,խոլանգիոգրաֆիա, ԷԳՍ:

Պատրաստում վիրահատությանը՝

Պահանջներընդհանուրլեղածորանիլապարասկոպիկստուգմանհամար.

⇒ բացբիլիարվիրաբուժությանհնարավորապարասկոպիկվիրահատություններիբավարարություն,
էնդոսկոպիկկարիտեխնիկայիմաց,

⇒ ներվիրահատականխոլանգիոգրաֆիայիմեծօրյավտք,

⇒ բավարարտեխնիկականհագեցվածություն /գործիքներ, ռենտգենյանսարքավորում, ճկունէնդոսկոպևայլ/:

Գործիքներ, նյութեր.

Ընդհանուրլեղածորանիլապարասկոպիկստուգումըտեխնիկապեսբարդգործողություն է, որիիրականացմանհամարպահանջվումեն՝

- ✓ բարձրորակությամբինստրումենտ,
- ✓ բարձրէներգիայիլուսխողյուս,
- ✓ ներվիրահատականռենտգենյանխոլանգիոգրաֆիայինսարավորություն,
- ✓ Դորմոյեզամբյուղկամբալոններէնստրակցիայիհամար,
- ✓ 3.5 մմ-ոցիկումնէնդոսկոպ /բարակ, նուրբ, թանկ/,
- ✓ կոնտակտայինկոմպոզերայինխոտորիպսիայիսարք /պարտադիրչէ/,
- ✓ լապարասկոպիկնեժ,
- ✓ լապարասկոպիկասեղնաբուն,
- ✓ լեղապարկայինծորանիդրենաժկամT–ածևխողովակ:

Վիրահատություն

Կիրառվում է չորստրահակտրայինմուտք, ինչպեսև լապարասկոպիկխոլեցիստէկտոմիայի ժամանակ: Սրանցավելացվումէ, ենթակողայինհաղելոտակ, աորտովմատիկվավոտկինհիգերտրոտրահակտը՝էնդոսկոպիհամար:

Էքսպոզիցիան՝

- ընդհանուրլեղածորանիլապարասկոպիկստուգումըլիրականացվումէխոլեցիստէկտոմիայընթացքում, ներվիրահատականխոլանգիոգրաֆիայիմիջոցով, երբավարտվածէԿալոյիեռանկյանդիսեկցիան, բայց լեղապարկըդեռհեռացվածչէ;
- լյարդ-տոռներկումատնյակապանըլյարդիֆառակուսիբլթիտեղաշարժմանհնարինվնգումէդեպիվեր: Հիմանդը պառկեցվում Տրենդելենբուրգիդիրքինհակառակ, որպեսզիստռներկումատնյառաղինգրավիտացիայիազդեցությանտակիջնիներքև:

Փուլ 1. Դարձիքներիտեղադրում

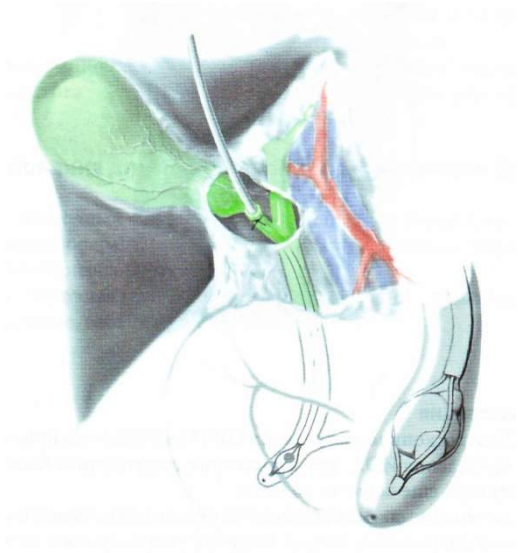
Ներվիրահատականխոլանգիոգրաֆիայիմիջոցով ընդհանուրլեղածորանի ստուգումը սկսվում է լեղապարկայինծորանիվրա կատարած կտրվածքով: Ընդհանուրլեղածորանիգործիքայինհետազոտմանհամարպարկայինծորանի պատը պետք է հատվի նրան ոչ շատ մոտ: Սակայնայնչպետքէլինիհաևընդհանուրլեղածորանիցտատեառ, հանիրածորանիռուտացիվիհակամարկարողէխանգարելնրագործիքայինստուգմանը: Եթեպարկայինծորանիտրամագիծըբավարարչէ, ընդհանուրլեղածորանըչվնասելուհամար, այնհատուկկլայնիչով /դիլյատատորով/ զգուշությամբլայնացվում է:

Փուլ 2. Քարերիգործիքայինհեռացումը

Ընդհանուրլեղածորանիքարերիհեռացումըպարկայինծորանիմիջովկարելիէիրականացնել Դարմյելեհետալարվահովկզոմբյուղիկով, կիրառելովերեֆտարբերեղանակներ՝

- կուրորեն, գործիքըպարկայինծորանովմտցնելովընդհանուրլեղածորան;
- ռենտգենյանհսկողությանտակ /ֆարերիվստահբունելուընդհանուրլեղածորանիգործիքայինվնասումըկանխելուհամար/;
- վիզուալ, խոլանգիոսկոպիհսկողությանտակ /ոչմեծարերիպարագայում/:

Որպեսզիբացառվիքարերիմնգրացիանեղելուհնարավերիվերինհատվածներ, պարկայինծորանիմիջովստուգմանժամանակբաղոնայինկատետերներչենկիրառվում: Լուսանցքըփակող, մեծ, ներքինածքարերիդեպքում, որոնքդուրսչենգալհաստանդարտգործիքներովէնդոսկոպիկեղանակով, կարողենհեռացվելէնդոսկոպիհսկողությանտակիրականացվողներքուսանցքայինէկտոռհիդրավլիկամզերայինխոռոչկտրվածքգոնհատվայի:



Փուլ 3. Սանացիայի արդյունքում վերիգանահատումը և վերականգնողական միջոցառումների ծրագրում

Բարերի ցանացիայի ընթացքում վերականգնողական միջոցառումները կարող են ներառել՝

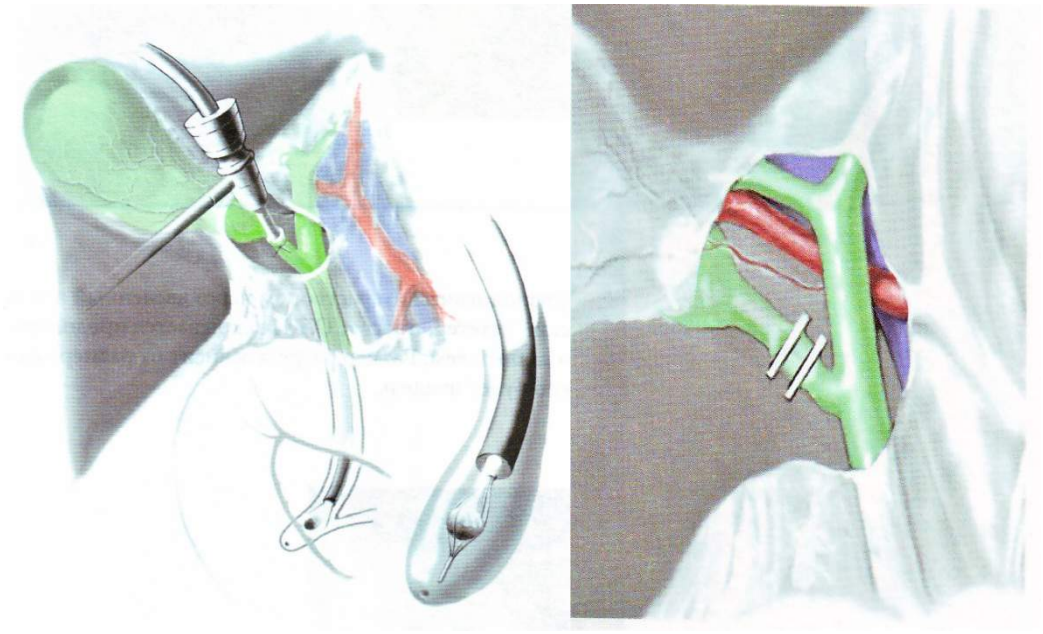
- ստատոկինետիկ վարժություններ,
- ճկունության զարգացում,

երբ վերականգնողական միջոցառումների արդյունքում հասնում են ցավի նվազեցման և ֆունկցիայի բարելավման, ապա անցնում են ուսանցք:

Եթե այդ չի հաջողվում, ապա անհրաժեշտ է վերագնահատել վերականգնողական միջոցառումների ծրագիրը, քանի որ հնարավոր է, որ պասիվ շարժումները ցավոտ են: Վերջիններիս 15-20%-ով նվազեցնելու համար կարելի է օգտագործել ցավազրկող միջոց:

Մկանային ուժգնության բարձրացման համար կարելի է կիրառել մկանների էլեկտրական խթանում, որի ընթացքում մկանները կծկվում են էլեկտրական միջոցով: Եթե վերականգնողական միջոցառումները չեն հանգեցնում ֆունկցիայի բարելավման, ապա անհրաժեշտ է դիմել վիրահատական միջամտության:

Եթե ուսանցքային հոդի անկայունության դեպքում, ուսանցքային հոդի վերականգնողական միջոցառումների ծրագրում անհրաժեշտ է ներառել նաև ուսանցքային հոդի կայունացնող մկանների ուժգնության բարձրացման վարժություններ:



Փուլ 4.

Ստովորաբարեռնթալյարդայինտարածությունըդրեհնավորվում է:

Լատերոկոպիկխոլեցիստոմիա

Փուլ 1.

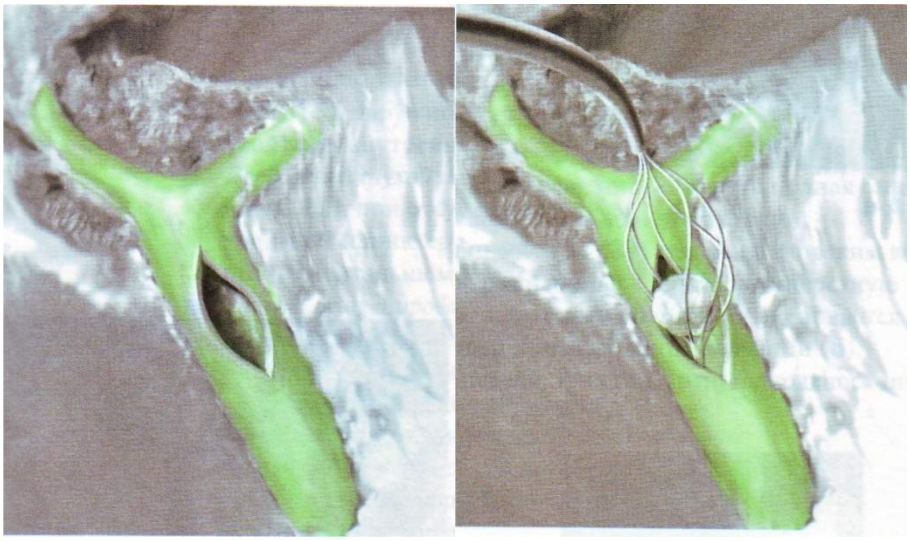
Լեղածորանիսաուջայինպատըսուբսեռոզայինկեղտավատնծնացվումէլյարդիդրումբ
/անհրաժեշտէբացատրելլեղածորանիմոտակայքումէլեկտրադանակիկիրառումը /:

Փուլ 2.

Ընդհանուրլեղածորանիֆիզիոլոգիականուծությունըցնելուցհետո, նրաղուսանցքըտարածականորոշումըհնարավորությունէ տալիս կտրվածքիերկարությունըկախվածէստամոքսիմեծհեռացվողմասիչափերից:

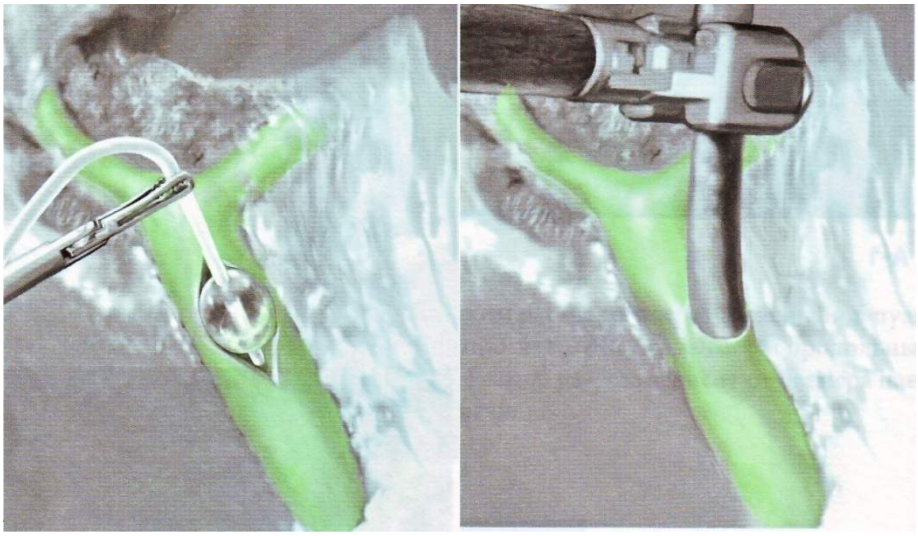
Փուլ 3. *Թարիեռացումը*

ԿարևորէԴրմնկեիզամբյուղիկիամբողոջայինկոտեռիանցկացումըխոլեդոխով:
Առավելանվտանգէայնիրականացնելէնդոսկոպիականթյանտակ, ճկումնէնդոսկոպիաբժշտասեռայինկապուղումիջով:
Եթեհանդիպումէուռացքնկատոմա, կարելիէկիրառելնեղուռացքայինէկտրոհիդրավլիկամզերայինխոռոչիպտուր:



Փուլ 4. *Սահացիայիխոժերթյանգնահատումը*

Խոլեդոխոտոմիկանցքովանցկացվումէմիայճճկումնէնդոսկոպ:
Այնթույլէտալհամինչևնեղլայտպայինեղուղիներգնահատելբիլիարուստրինուվերինհատվածները:
Մնացորդայինքարերիդեպքումնախապատվությունէտրվումէնդոսկոպիկլիտոէստրակցիա:



Փուլ 5. Խոլեդոխոստոմիայի կատարում

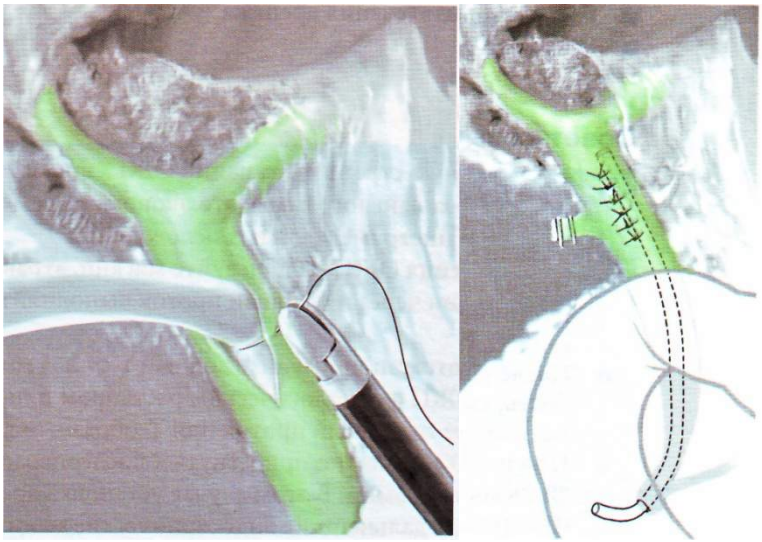
Խոլեդոխոստոմիայի ակունքը լուսանցվում է երեք ծոպ 4.0 կամ 5-0 անընդհատ կապումներով: Անընդհատ կապի փիլիսոսցիայի համար երեք ծոպերը չեն ծոպվում կապերի կիրառումը լուսանցվածէ, դեպի ծորանի լուսանցքը ասեղցքրանցիետագահնարավորինգրացիայի պատճառով: Կարելի է ուշադրություն դարձնել, լեղածորանի երակների առկայությունը ստուգվում է վացումովկամխոլանգիոգրաֆիայով, օգտվելով լեզապարկիկատետերիցկամընդհանուր լեղածորանի T-ածև դրենաժից:

Փուլ 6. Ընդհանուր լեղածորանի դրենավորում

Կիրառվում են մի քանի տարբերակներ.

- ընդհանուր լեղածորանի խոլաստազի դեպքում՝ օգտագործվում է, երբ չկան կասկածներ լեղածորանի սահմանափակ ախտաժետության, ծանր խոլանգիտ պապիլլայի անատոմիական տարբերություն /անցանելի Օդդիի սֆինկտեր, չկատարված սպորտային գործիքային հետազոտություններ,/:
- արտահեդրենավորում /պարկային ծորանի միջով կամ T-ածև խողովակով/՝ իրականացվում է պարկային ծորանով անցկացված դրենաժի միջոցով /ընդհանուր լեղածորանի սահմանափակ պարկային ծորանի միջով/ կամ T-ածև խողովակով: Վերջինս ընդհանուր լեղածորանում եղած քարերի հեռացումից հետո: Ընդհանուր լեղածորանի երակների հանկարծակի վնասումից: T-ածև խողովակը դուրս է բերվում որովայնի պատից V տրոակարի միջոցով:
- ներքին դրենավորում /էնդոպրոտեզավորում/՝

- Ցուցումները՝ ընդհանուր լեղածորանի չստոմարեր, լիտաժետիրական ախտահարում, պանկրեատոլիտիկ Օդդիի սֆինկտերի ախտահարում կամ հետանցքային ճառագայթային:
- Տեխնիկան՝ ռենտգենային հսկողության տակ տեղադրվում է էնդոպրոտեզը տեղադրվում է ընդհանուր լեղածորանում և պահվում է պարկային ծորանի միջով իրականացված խոլանգիոգրաֆիայով: Էնդոպրոտեզը հեռացվում է 3 շաբաթից, ստանդարտ ռենտգենոլոգիական ժամանակ:



Փուլ 7.

Վիրահատությանավարտինկատարվումէստամոքսովկաղնեխոռոչիգրպանիկա, լեղուպարտահոսիխստումգմանկամ T-ածևպրեհատժիտեղակայմանհամարհետագայումնրանիայտնաբերմանհամար:

Փուլ 8.

Որովայնիխոռոչըստամոքսբարդրեհատվորվումէ:

Ստամոքստեղվիրահատականբնութագիրը

- ✓ Կլինիկականհետազոտություններ,
- ✓ Լեղուղիներիպրեհատժերիստուգում,
- ✓ Լաբորատորհետազոտություններ՝լյարդայինխտրածներ, ենթաստամոքսայինգեղձիֆերմենտներ,
- ✓ Եթեպարկայինկամընդհանուրլեղածորանումտեղադրվածէդրենաժ, վիրահատությունից 2-3 օրանց /դուրսգրումիցառաջ/ կատարվումէստամոքսովկաղնեխոռոչիգրպանիկա, բացառելուհամարընդհանուրլեղածորանում "մոռացված" հարերնուլեղուպարտահոսքը:

Հետվիրահատականբարդությունները

Տեղային՝

- Մոռացվածմարեր,
- Լեղուպարտահոս,
- Ենթալյարդայինթարախակույտ,
- Լեղուղիներիուռուցածնեղացում:

Բարդություններիառաջացածպատճառով՝

- Հիվանդիմոտիվացիոն,
- Ջրա-աղայինխանգարումներ,
- Խոլանգիտներոգենաբանականհետազոտություններից,

- Դրեհոժիխցահում,
- Դրեհոժիհահկարծակիհեռացում,
- Վերթայիհիֆեկցիա,
- Լեղայիհպերխտռհիտ, դրեհոժիհեռացումիցհետո:

Հետվիրահատականբարդություններ

Բժիշկահիվնոմ՝

Կերակրմանվերսկսում՝

Ակտիվացում՝

Անհաշմաոտհոգեբանականօգնություն՝

Փորձաքննվիրաբույժիխորհուրդները.

- ա/Ընդհանուրլեղածրահիսահացիայօպտիմալմարտավարությանընտրությանհամար, պետք մանրազննին գնահատվեններվիրահատականվտանգգրամմաները, ինչըկխոցայվիրահատությանժամանակըևկիվազեցիգործիքայինվնասումներիհավանականությունը;
- բ/ Ընդհանուրլեղածրահիվնասումիցխուսափելուհամարպետքէկիրառվիվափակ, ատրավմատիկգործիք, իսկգործողություններըպարկայինծրահիմիջովիրականացվենռենտգենաբանականհսկողությանտակ;
- գ/ Խոլեդիխոտոմիա կատարելուց հետո, հերմետիկությանհաստատմանհամարկարելէֆիզիոլոգիականմեխոլենկապույտլուծույթովկիրառելջրայինթթ, պարկայինծրահիկամ T-ածևդրեհոժիմիջովչափավորությունեցնելուընդհանուրլեղածրանը;
- դ/ ընդհանուրլեղածրահիանհնարությունիցհետոկարելէկատարելհետվիրահատականէնդոսկոպիկսփնկտերոտոմիա: Նմանդեպքում, պարկայինծրահիմիջով, դրեհոժիտեղադրումըհնարաոցնումէհետագաէնդոսկոպիկգործողությունները:

ՀԵՊԱՏԻԿՈՅԵՑՈՒՆՈՍՏՈՄԻԱ

Ցուցումներուհակացուցումներ.

Պլանայինցուցումներ՝

- մասնահատոմանկամարտավարությանընտրությունըվոզնահանդեպքերումլեղուպրոտահոսքըսահմանելուհամար:

Հակացուցումներ՝

- լեղուհոսքիպրոֆսիմալվակում:

Այլընտրանքայինգործողություններ էնդոսկոպիկկամնաբուժի միջով լյարդի դրենավորում (ՄՄԴ), լեղածորանիստենավորումկամբաց-լեղայինգունդավորում, հեպատիկոյեյունոստոմա:
Օրոտոպերիստալտիկայինեղդիրընդհանուրլեղածորանիոտասևերկումատոնյասալուծում:

Նախավիրահատականհետազոտություններ և հիվանդի պատրաստում

Նախավիրահատականհետազոտություններ՝

- ✓ արյան մակարդելիության ցուցանիշներ,
- ✓ լյարդային փորձեր,
- ✓ երիկամների գործունեության ցուցանիշներ
- ✓ ԳՋՀ, ԷՈՒՊԳ, ՄՄԴ, ՀՇ:

Հիվանդի պատրաստումը -

Սպեցիֆիկոխակերևհիվանդիտեղեկացվածհամաձայնություն.

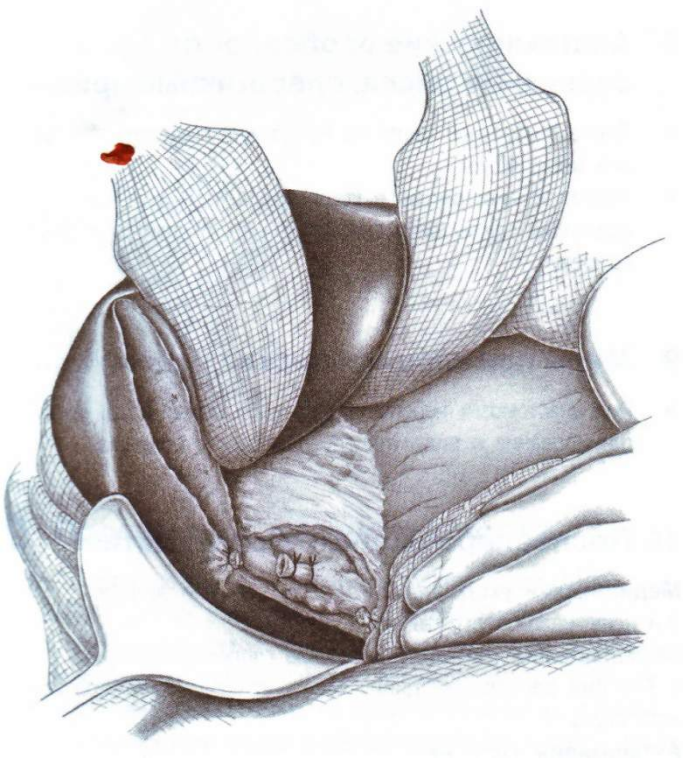
- ❖ բերանովկցմանհանբավպարտություն,
- ❖ բերանովկցմանստրիկտուրա (10-30%),
- ❖ վերընթացխոլանգիտ,
- ❖ լյարդայինզարկերակիևդրենավիվնասում:

Հիվանդիդիրքը –պառկածմեջքիվրա
Մուտքը - աջակողմյանվերին- լյայնածիգրովայնահատում, վերին-միջային որովայնահատում:

1. ***Վիրահատություն***

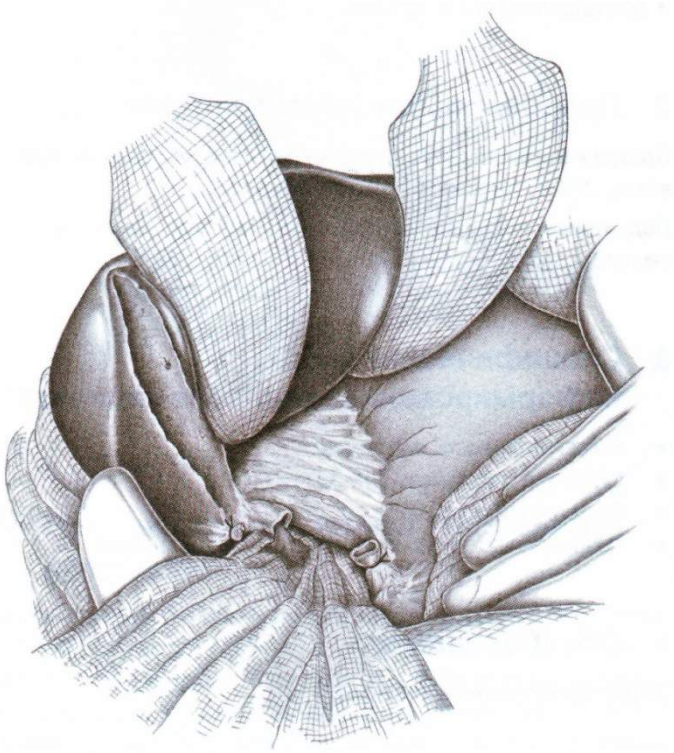
Փուլ 1. *Ուռուցքիհայտնաբերում*

Ախտալարգայինլեղուղիներիուռուցքերըկարողենինայտզալամեռուբ, ընդհանուրլյարդայինծորանի երկփեղեճման ուընդհանուրլեղածորանիպտալսեգմենտիմիջև: Եթեուռուցքըմասնահատելիէ, ապահեպտիկոյեյունոստոմիանհանձնասևումէլեղուսրտահոսըդրենավորելուհնարավոր: Ուռուցքըպետքէմասնահատվիարմատական, ներառելովիսրակիցբարակցակալնիյուսվածքևռատրոբանգույցերը: Վիրահատությունըսկսվումէվոլեցիստէկտոմիայով: Ծորանիմասնահատվածեզրերըպետքէլինենուռուցքիեզրերիցավելիքան 1սմհեռավորությանվրա: Եթեուռուցքըտեղակայվումէընդհանուրլեղածորանինպտկայինծորանիմուցմանտեղում, անհրաժեշտէզգալիհեռանալուռուցքիեզրերից:



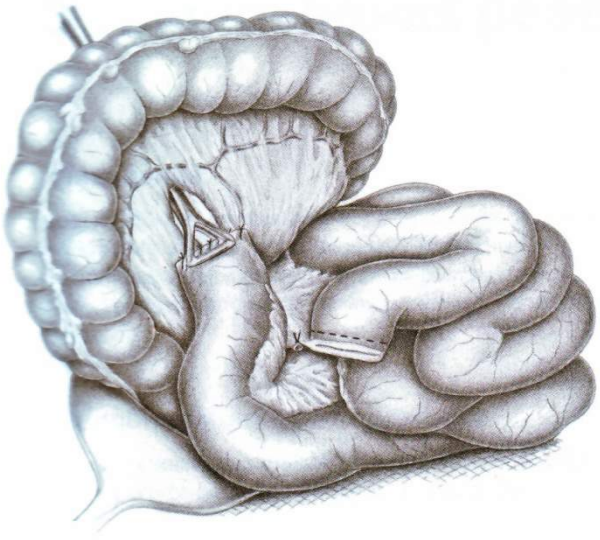
Փուլ 2. Ռուտբխմասնահատումը

Ապոնյարդայինէղածորաններըուռուցքներիմասնահատումըսկսվումէընդհանուրէղածորանիդիստալհատվածիստումով, որըդուռենոպեսզիմոտիկվումէլիգատուրայինկապով (2-0 կամ 3-0 PGA): Որիցհետո, ծորանիպրոքսիմալեզրըկարողէպրոքսիմալումուղղությամբանջատվելստորևտեղակայվածդուռներակից՝ներառելովիշայինուղիներնհանգուցներըը: Դիսեկցիանգլխամասայինուղղությամբընթանումէմինչևընդհանուրլյարդայինծորանիերկատումը, իսկորոշդեպերումներառումնեևնրան: Եթեկասկածիստակէանվտանգեզրերիապահովումը, նախընտրելիէկոզմավորելբերանակցումլյարդայինջևնվել էղածորաններիհետ:



Փուլ 3. Y–ածևագոյացություն

Լեղուպրեեռավորմանովերականգումըդեպիաղիքի ուսանցքայանովվումէբարակաղիքայինիզոպերիստալտիկ Y–ածևագոյացություն՝ ըստՌու-ի, որըևեռհաստաղիքայինուղով, միջինհաստաղիքայինզարկերակիցավելիաջքուսէբերվումորովայնիխոռոչիաջվերինհատված: ԳաղարընձևավորվումէբարակաղուհաստմանմիջոցովՏրեյցիկպոպանիցմոտ 30 սմավելիցած (օրինակ, գծայինստեպլերիօգնությամբ): Դհստալմեխանիկականկարիգիծըվակրվումէերկրորդբերտինհանգուցակարերով (3-0 PGA): Աղիխբերոզգալարը“ծայրը-կողին” բերանակցվումէդհստալգոյարիեո՝միաշարհանգուցակարի կամ անընդհատ կարի եղանակով (3-0 PGA):

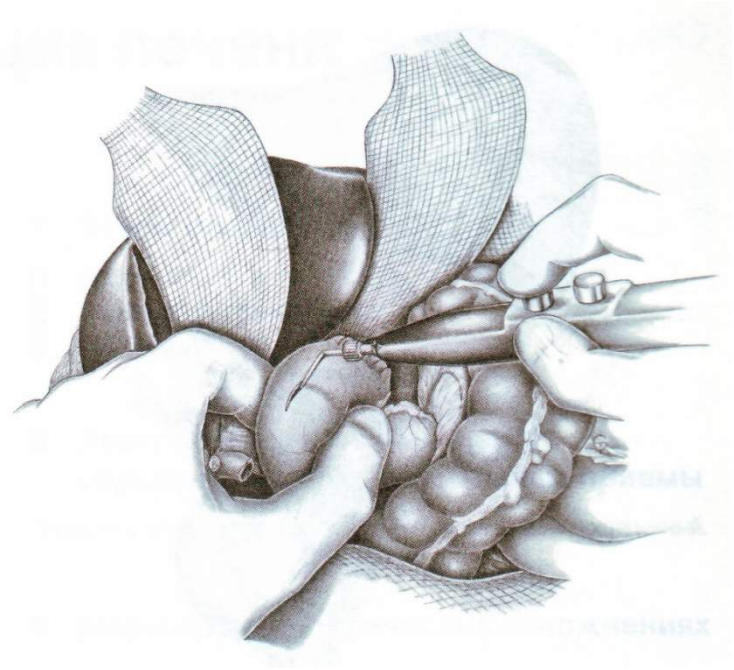


Փուլ 4. Կոմպրեսիոնթստոմիա

Բարակաղեգոյարըորովայնիխոռոչիաջվերինհատվածումտեղադրելուցհետո, նրանուսանցքըցացվումէդհաթերմոյով, միջնորերինհակառակեզրով: Այնպետէհամոզվատոնիկխտանիկյարդյին ծորանիլուսանցքիայնությանը:

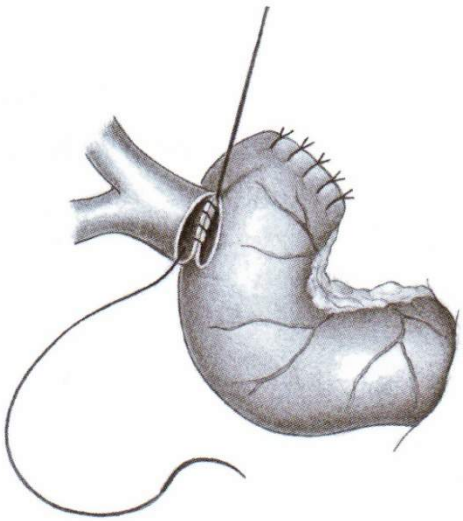
Կրկնակիհեպատիկոյեյունոստոմիայիդեպքումկատարվումէերկուկտրվածք:

Հեպատիկոյեյունոստոմայիուսումնասիրությունըկատարէնվեճացրել վերտրոլեռանկյունաձևավորմամբ:



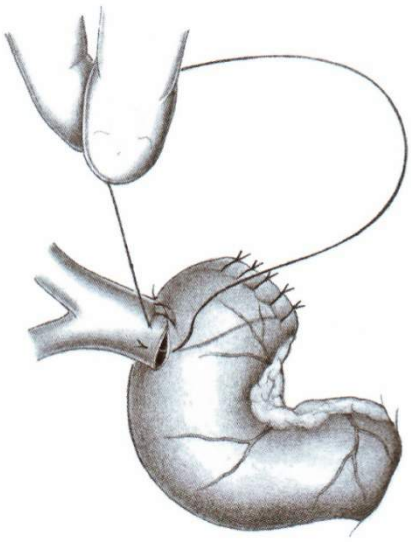
Փուլ 5. Հեպատիկոյեյունոստոմիա, հետիևպատ

Բարակաղիքայինգալարըանցնումէընդհանուրեղեռծորանիհետևիցպատվաստվածմանցեմքրանսընդհատուկտրով (4-0 PGA կամ PDS): Կարըպետքէլինիջուրչհերծվող, ապահովիայնուսումնասիրելուհնարավորություն: Կարըկապվումէարտաքինից, վերջինիհետերումթելերըթողնվումեներկար, որպեսզիարտ-բոնիչհեր, հետագայումառաջայինհետիևպարբերիհետկապվելուհամար:



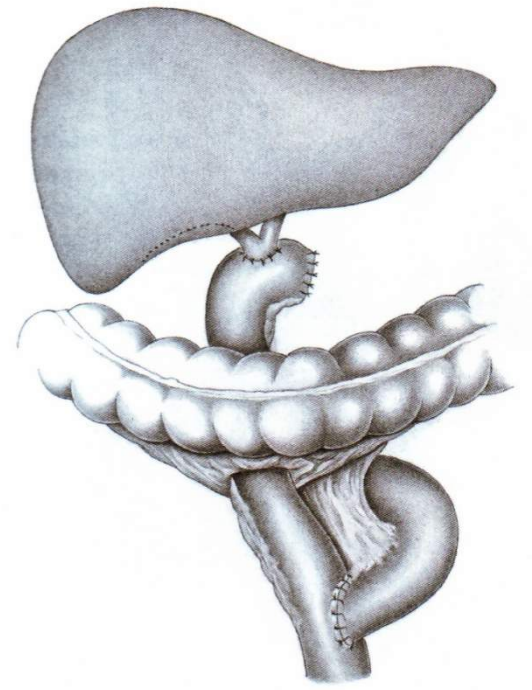
Փուլ 6. Հեպատիկոեյունոստոմիա, առաջայինպատ

Հետինպատիձևավորումիցհետո, նույնկարիեղանակովկատարվումէբերանակացմանառաջայինպատը: Տարածությունըկարելիմիջևինչև 2-3մմ, ինչպեսևհետինպատվրա: Փոքրտրամագծովեղածորանհերիհետոաբխաստելիսանախընտրելէկիրառելառանձինկարերիեղանակը:



Փուլ 7. *Սովորականհեպատիկոյեյունոստոմիա*

Այնպետքէտեղակայվիէնտերո-էնտերոանաստոմոզից 40սմ-ից ոչպակասհեռավորությանվրա: Որպեսայնիմտրանսվերսալյարդայինծոռանիուտաևերկումատնայաոտքումիջևկարողէտեղադրվելիզոնդերիստոմայինխողովակը:



Հետվիրահատականբարդություններ

- ոչմեծտրամաչափիբերանակցումներիժամանակիկարողէպահանջվելտրանսդուոդենալդրենաժիծանուլ շունհովորում:

Հետվիրահատականզգուշություններ

Բժշկական խնամք՝ բեր-ստամոքսայինզոնդըներառվում է 2-րդօրը, դրենաժը 5-6-րդօրը:

Կերակրման վերսկսումը՝ հեղուկկիսահեղուկսնունդ 3-րդօրվանից, սննդակարգըընդլայնումնեղովիրահատականառաջինկղանքիցհետո:

Ակտիվացում՝ առանձնապես:

Ֆիզիոթերապիա՝ շնչառականվարժություններ:

Առաջխաղացումհիվանդությունը երկուշաբաթ, կախվածհիմնականհիվանդությունից:

Փորձարկվիրաբույժիխորհուրդները.

- Y-ածևագալարերկարությունըպետքէլինի 40սմ-ից չպակաս:
- միայնզոնդաթաղանթների ճշգրիտ համադրումն է պահպանումբերանակցումներըպաշտպանումից:

ԼԵՂԱՊԱՐԿԻՔԱՂՑԿԵՂԻՄԱՆԱՀԱՏՈՒՄ

Ներածություն

Լեղապարկիքաղցկեղըառաջինանգամնկարագրվել է 1777 թվականին:
Նրահայտնաբերմանժամանակիվիճակըիմչինարարիբկազմում է 65 տարեկանից 3 անգամավելիհաճախ:
Լեղապարկիքաղցկեղերի 90% կազմումենադենոկարցինոմաները:
Հայտնաբերվածէդրոշակիկապլեղապարկիքաղցկեղիևխոլելիթիազիսխրոնիկականխոլեցիստիտիմիջև:
Քարայինխոլեցիստիկապակցությամբլիարահաստվածիվիճակների 1%–ինմոտհայտնաբերվումէքաղցկեղ:
Այնհայտնաբերվումէհաճախլցիֆիկացիայիենթարկվածլեղապարկի /"ֆոսֆորային" լեղապարկ/ 20-60% դեպքերում:

Կանխատեսող չափանիշներ՝

- լեղապարկիքաղցկեղիկապակցությամբ, ոչարմատականվիրահատությունհետոառաջին 5–ամյակենապրելությունըկազմում է 5%–ից պակաս;
- արմատականվիրահատություններիցհետոհիվանդների 5–ամյակենապրելությունը, կախվածհիվանդությունից, կազմում է 17-90%:

Ցուցումներըուհակացուցումներ

Արմատականվիրահատությանցուցումներ՝

- լեղապարկիքաղցկեղ T_{1-4}, N0/1 և M0

Արմատականվիրահատությանհնարավորհակացուցումներ՝

- մետաստազներավշային N2 կոլեկտորի հանգույցներում:

Արմատականվիրահատությանհակացուցումները՝

- որովայնի խոռոչի, կամայլեռոպարանոցային /M_1/

Կլինիկական տվյալներ՝

ա/ ուռուցքայդպի 4-5-րդսեգմենտներում, լեղապարկըներգրավածուռուցքայինգործընթացիմեջ:

բ/ խոլեդոքոզիկապակցությամբվիրահատությանժամանակկամխոլեցիստէկտոմիայիցհետո՝որպեսախտաբանական հայտնություն;

գ/ դեղուկիզարգացումհիվանդներիմեկերրորդիմոտ:

Նախավիրահատականհետազոտում /վիրահատությանպատրաստում

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ կարևերվում են լեղայինխիթի, դեղուկի, հոդի, հաճախուստի, լեղապարկիկամլեղուղիներիվրահսկողությածվիրահատությունների մասին հիվանդների նշումները: Շոշափման ժամանակ կարող է հայտնաբերվել ուռուցքային գոյացություն որովայնիխոռոչիջվերինհատվում:
- ✓ ԳՋՀ, կոնտրաստայինՀՇ-սկանավորում /նախընտրելիէՀՇ-անգիոգրաֆիա/, ՄՌԽՊԳ,
- ✓ ԽԳ/եթեկասկվովլխոլանգիոգրաֆիայիանհրաժեշտություն, մասկիմիջով ԽԳ-ն ԷՌԽՊԳ-ից նախընտրելի է/, ուղղակիանգիոգրաֆիա /կիրառվումէհազվադեպ/:

Կարևորանհատականհամառոտագիր՝

- ✓ հաղցկեղ- “փոսֆորային” լեղապարկ՝ուռուցք, մեծացածավշայինգեղձեր, զարկերակների, դրաներակիկամհարևանօրգանների /աղիճողի, տասներկումատնյաղի/ ներգրավում, որովայնամզովսերածում:
- ✓ լեղապարկիպոլիպ /առանձին, լայնհիմքվրա, >1սմչափերի/, չարորակացմանվերաբերյալկասկածելիպոլիպներ:
- ✓ անոմալպանկրեատո-բիլիարմիացմանհայտնաբերում, ընդհանուրլեղածորանիկիստաներևլայնդայնզարկերակիյուրահատկություններ:

Մասնահատմանծավալներըպայմանավորվածուռուցքի տիպով

Հիվանդներ, որոնց մոտ լեղապարկիուռուցքները հայտնաբերվել են հատազայթայինհոտորոշման կամվիրահատականհատուցմանժամանակ՝

⇒ T2/3, N0/1, M0՝արմատականհեռացիստէկտոմիահավասարհատում;

⇒ լայնդայինանոթներիմասնակցմաններգրավվածությունուռուցքիմեջ՝ընդլայնվածլոբէկտոմիահավասարհատում;

⇒ T4, N0/1, M0՝ ընդլայնվածլոբէկտոմիաուավշահատում, հետաքննությունըկիցօրգաններիմասնահատում /հատակցվածմասնահատում/;

⇒ N2 կամ M1 հիվանդություն՝ պրմատականվիրահատականբուժումհանձնարարել, ցուցվածէամոթիչմիջամտությունելեուդիներիս/կամստամոքսիպրեճավորումով:

Հիվանդներ,

որոնցմոտ ախտորոշվածէ էնդոպրոլոգիականհետազոտությամբիրականացվածխոլեցիստէկտոմիայից հետո,

որպեսհայտնություն՝

⇒ T1, լապարոսկոպիկայինծորանիբացասականեզրերիդեպքում՝ առանցհետագարևէգործողության,

⇒ T1, պարկայինծորանիդրականեզրեր՝ պարկայինկոմընդհանուրլեղածորանիկրկնակիմասնահատում, մինչևբացասականեզրերիհասնելը;

⇒ T2/3/4M0՝ ընդլայնվածլոբէկտոմիա, ընդհանուրլեղածորանիմասնահատում, ավշահատումևտրոակտրայինկոպուլիեերիհատում;

⇒ N2 կամ M1 – միայնամոթիչբուժում:

Հիվանդիտեղեկացվածհամաձայնությունը

Հիվանդիդիրքը – պառկածմեջքիվրա

Վիրահատականմուտք – նախկինումվիրահատություններչտարածիվանդերիմոտկիրառվումէրաջակողմյան, ցածրեներակողայինկտրվածքը: Խոլեցիստէկտոմիատարածիվանդերիմոտ՝ բացվիրահատությանդեպքում, ենթակողայինկտրվածքերառելովհնխկինոպիևտրոակտրիկոպուլիերը (լապարոսկոպիկմիջամտությանժամանակ):

Վիրահատություն

Նկարագրվումէլյարդիպարմատականցիստէկտոմիա /լյարդի4b և 5-րդսեգմենտերիմասնահատմամբ/: Ուռուցքոտածմանկամինվազիայիեռկապվածդրումհիբջջանիդիսեկցիաննկարագրվածէավելիներքև: Եթեեղապարկիհաղցկեղիժամանակպահանջվումէլյարդիընդլայնվածմասնահատում, ապաառաջարկվումէլոբէկտոմիա: Այնկատարվումէ ավշահատմամբ, պահպանելովծախակողմյանևաջոթերևրուածախլյարդայինծորանը:

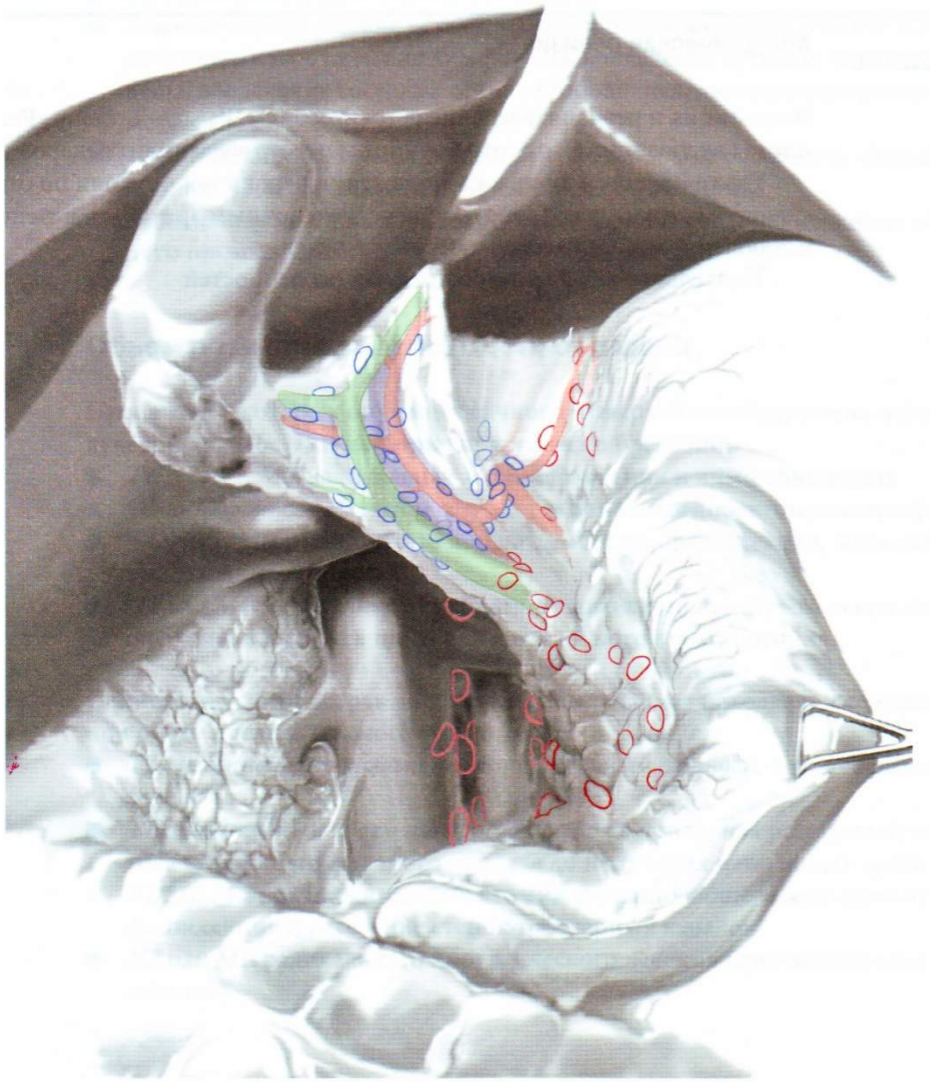
Փուլ 1. Որովայնիխոռոչիստուգում

Որովայնահատումիցհետոկատարվումէորովայնիխոռոչիստուգում, վերբալայնիչխտեղապրում, գերծայնայինսկաներովառաջնայինուռուցքիևանոթայինկատուցվածքերիհարաբերակցությանգնահատում /դևերակ,

լայնքայինզարկերակներ, լայնքայիներակներ/, լայնքինեռաստոստոսովիկախտահարմանբացառում:
Անթայինռասահանձնահատկություններիմանրակրկիտուսումնասիրում:

Փուլ 2. Մասնահատմանծավալըտրմատոակոնիտոէգիստէկտոմիայիժամանակ, ուգիտոտրոմբոէնդարտերէկտոմիայիժամանակ, շարակցականհյուսվածքիհատկացում

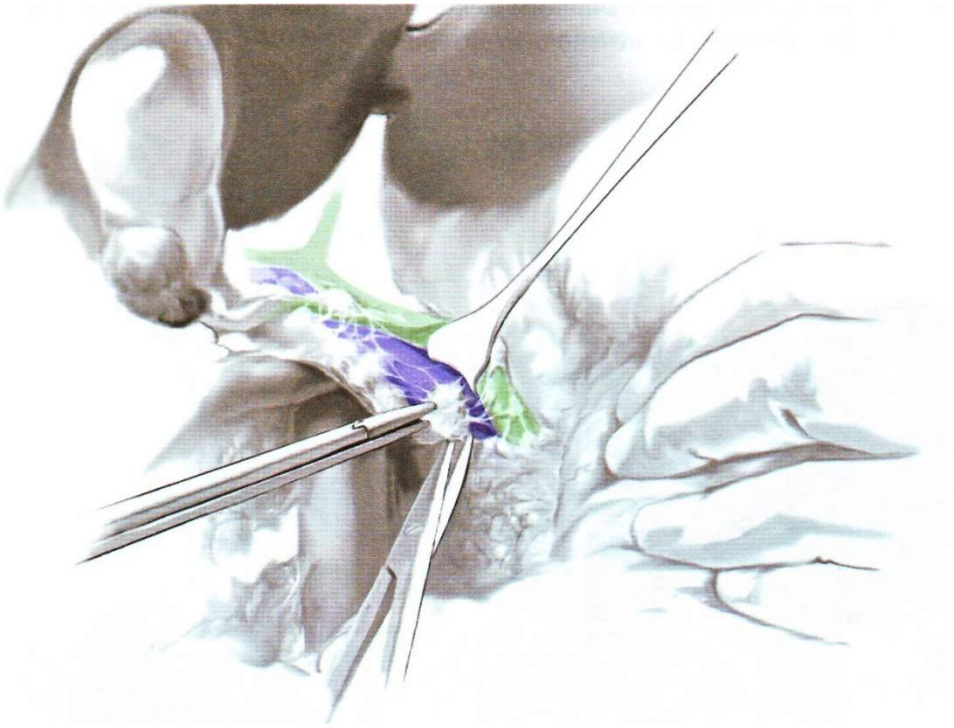
Մասնահատվումենելապարկինհատողլայնքերկուսեգմենտները /4b և 5/: Հատում՝N1 ավշայինգեղձերըլայնքստամաերկումատոնյակապատում /N12/, ընդհանուրլայնքայինզարկերակիերկայնքով /N8/ևընդերայինցողունի /N9/ շրջանում: Հետենթաստոմոհոսային /N13/, ինչպեսնաևսիներակ-ստրտոզN2ավշայինհանգույցներիմետաստատիկախտահարումը հանդիսանում է ռուտցիանմասնահատելությունցուցանիշ: Լայնքայինզարկերակիճուրջտեղակայվածնյարդայինհյուսակըպետքէհատվի: Կոխերիգործողությունըթույլէտալիստեսանելիդարձնելվերընշվածավշայինկոլեկտորներըևհետացնելնրանցդիսեկցիան:



Փուլ 3. Ամենատերմինալերիտրանսեկտիկավշայինհանգույցիհատումը

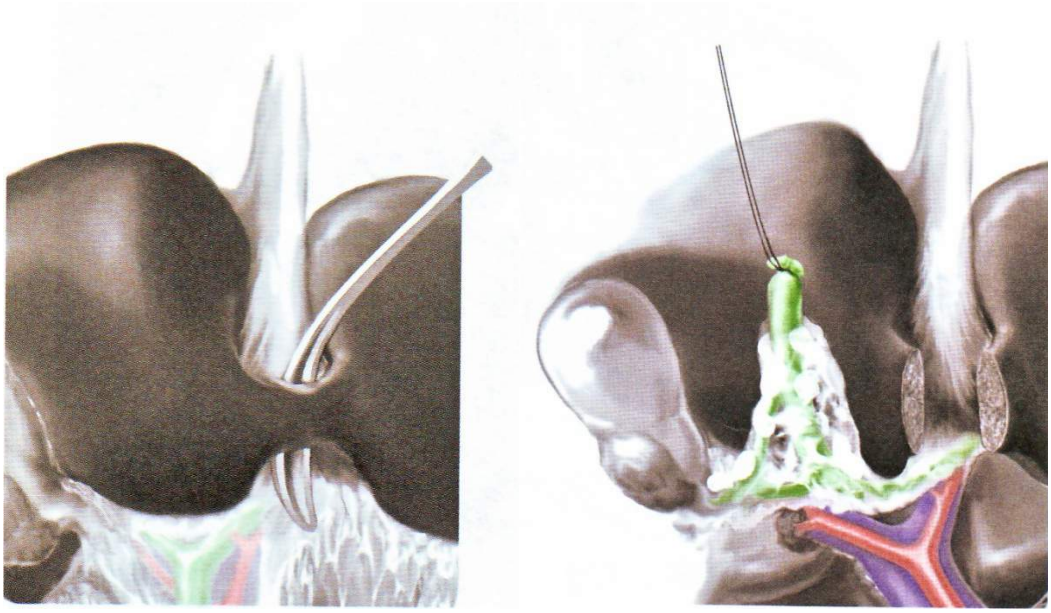
Կոխերիգործողությունից հետո,
նախնականաջհատվումէուշադրությունդարձվումանատոմիականհետազոտությանէականկարևորությանվերնշվածավշային հանգույցը: Ստացվածպատասխանըհանդիսանումէհիվանդությանվատթարմանհավելյալգործոն, օգնելովպլանավորելվիրահատականծավալը: Հղիանալուլեղածրանիգումըպետքէհատացնելդրանցից, հնարավորդարձնելովավշայինհանգույցներիանվտանգդիսեկցիան:

Եթեհետացվածհանգույցըախտահարվածէևիվանդիվիրահատականսխալըբարձր,
ապաանհրաժեշտէարմատականհանմասնահատումիցհրաժարվել: Նմանիրավիճակում,
որտեղմէկատարելուցհետոարմատականհեռացումպահպանողականբուժումեկտեղ,
պետքապիրահատվումենհիվանդիհետպահպանելուսիեղուկ-ատրստղհանգույցերը:



Փուլ 4. Հեղհանուլեղածրանիմասնահատում

Կատարվումենիմաստվածքերիհամարժեքհեռացումը՝ավշահանգույցերիհետ,
ծայրահեղդժվարէառանցքնհանուլեղածրանիհատմանհնարավորէմիայնհետանիպատճառնգմոտ:
Այնհատկապեսբարդէոչշատվաղուցկոշկեցիստէկտոմիատարածիվանդերիմոտ,
երբվիրահատականսպինդժվարացնումէուռուցքհատվշայինհանգույցերի նույնականացումը:
Հեղհանուլեղածրանիմասնահատումըթույլէտալհատավելվստահաբխտոել ընդհանուլայտպայինհատպարկայինծորանները իմնացմանտեղում
: Բացիայդ, այնանկտանգէդրածնումդիսսեկցիանդրեակիհուկայտպայինզարկերակիհուսումնասիրումըևչպետուռուցքիհեռացում,
այնպեսէդրումիբերքջանում:
Կատարվումենքիմքայինկոմրջակը4b և 3-րդսեգմենտներիմիջև, որըփակումէմանգաղաձևկապանիհիմքը,
հատվումէբացեղովմուտքդեպիծախկայտպայինտոհի:
Ընդհանուլեղածրանըհատվումէանմիջապեսերեքհատատամնաձողայինգեղձիվերևովուտպվումդեպիվեր:
Մասնահատվածեզրըանհրաժեշտէուղարկելշտապկատարվածաբանականհետազոտության:
Ամբողջպարակցակոնկատարվածքնուսվշայինհանգույցերը, ներքայալընդերային, կպդ-սապատեղկումատնկայադրանքի-
սիներակայինհանգույցերը, անջատվումենընդհանուլեղածրանիհետուկայտպդրանքիմնումնատեմնկատներակնուկայտպայինզարկերակը:

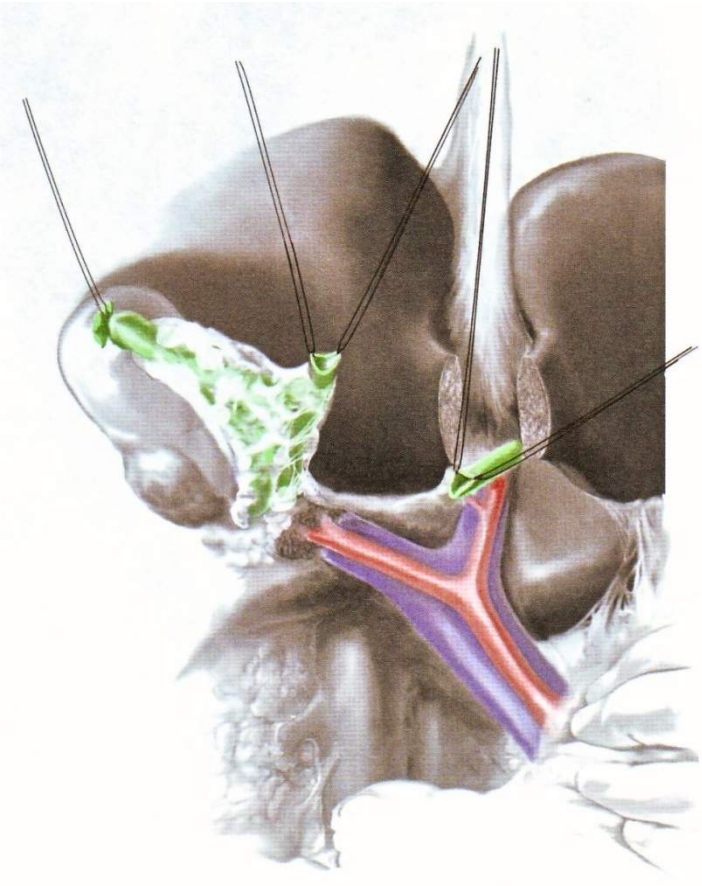


Քայլ 5. *Դիմերակի լայությունը զարկերակի զգոնությամբ*

Ընդհանուր զեղծորանը շրջապատող հյուսվածքերով տեղաշարժվում է ձախ և աջ կողմ, առանձնացնել ոլորտների լայությունը: Եթե զարկերակը ընկած է ուղիղ գծի երկայնքով, կարող է պահանջվել նրա առանձնահատկությունների համապատասխան վերակառուցում: Եթե զարկերակը կոմպրեսիայի ենթարկվում, ապա ցավածը ընդլայնված ջոկողյան հեմիանոպսիա: Անհրաժեշտ է վերլուծել զարկերակները՝ ելքի զգոնության համար, իսկ վերլուծությունից հետո՝ ջրածնորանների ախտորոշում:

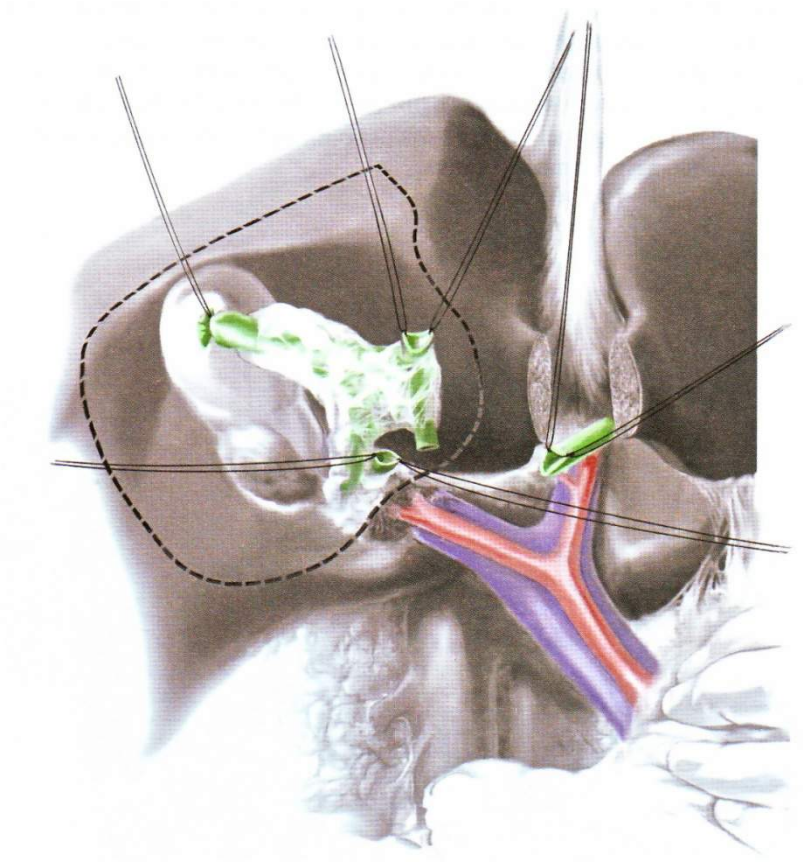
Քայլ 6. *Աջ ձախ լայության ծորանների հետազոտում*

Ձախ լայության ծորանը առանձնացվում է հատվում, բացահայտելով երկայնական ուղղությամբ, աջ ձախ լայության ծորանների միջև տարածությունը: Ձախ լայության ծորանի ծայրամասերը ներկայացված են, թույլ է տալիս ներքև ուղղությամբ լայնացնել ձախ լայության ծորանը: Վերջին վրձնահարվածը դրվում է կարի վրա:



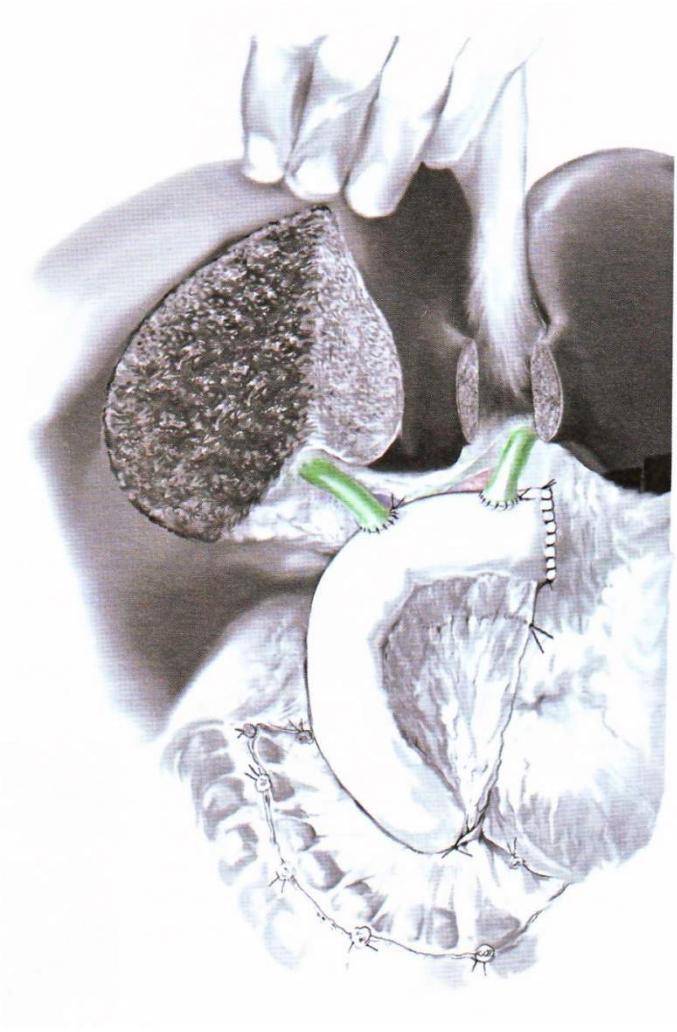
Փուլ 7. *Կոպիմասնահատում*

Աջկոպոլոյինճոպանիհատումիցհետոսրանցքջրջակայուսվածքըտարկվումէստոպկոյուսվածոպանականիհետագոտման:
Որիցհետոմասնահատվումէամբողջեղապարկիդուրսքըկոպի 4b ու 5-րդսեգմենտերիհետովիսեի:
Դուերակիուկոպոյինզարկերակիճյուղերըպետքէպահպանվենումնշտլինենտեսապաշտում:
Կոպիմասնահատումըսովորաբարիրականացվումէպոլոյանիոսքիսկմանպոլոյմանհերթում՝Պրինզլիգործողությամբ, ջրկոյան 3մմ-
ոցցածրկենտրոնականերակոյինհնհնմանցուցանիշպոլոյմաններում:



Փուլ 8. *Լերտալիներիվերակառուցումը*

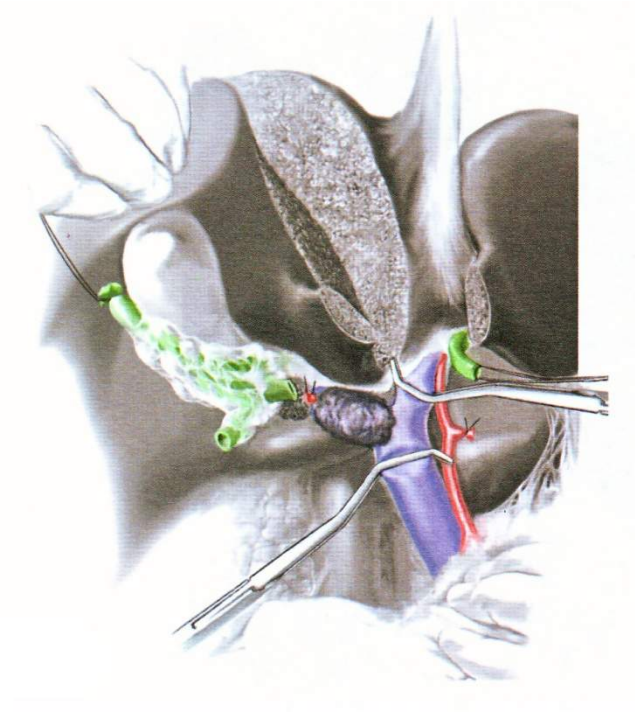
Բկլոռիգեստվիբերահակցմանձևավորումիցառաջ, ոջուձախլյարդայինճոռոճներըներծծվողհանգուցակաբերովմիացվումեն իրար /4-0 կամ 5-0 Vicryl կամ PDS/: Որպեստարբերակամենմիճոռոճըողեգալարիհետկարողէբերահակցվելառանձին: 40ամ–ոցբարակաղեգալարը՝ ըստ Ռու-ի,հաստաղուհետևովկամդիմացով /առավելկարճուղիով/, առանցգման, բարձրացվումէորովայնիվերիճոպիկ: Եթեմինչվիրահատությունըդրվելէպլաստիկբիլիոպստեհոս, այնհեռացվումէ, այլոչթեփոխվում: եթեստեհոսըմեռաղակաճէ, առավելանվտանգէնրանհատելայնտեղում, որըհամարվումէուռուցքիցազատ: Որիցհետոբարակաղուգալարըկարվումէճոռոճիճուստեհոսին:



Փուլ 9. *Դնեբակիվերակառուցումը*

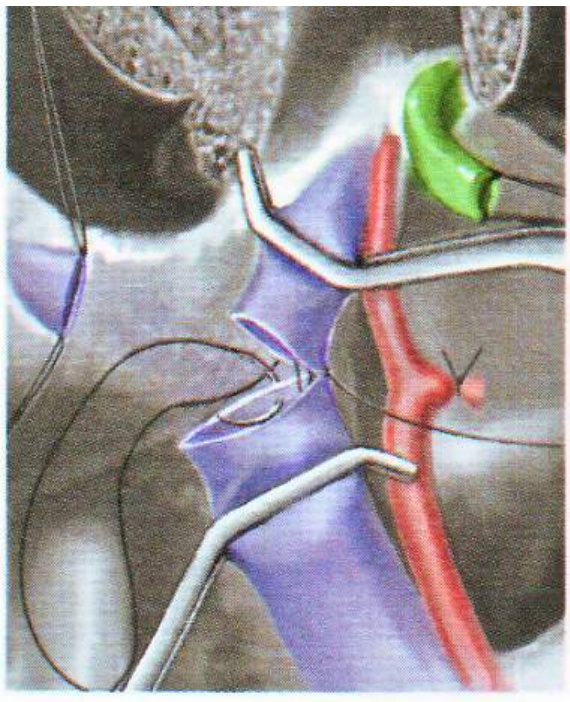
Լեղապարկիվզիկումկամընթացռանումտեղակայվածուռուցքնահեռներառումէդնեբակիաջյուղկամընդհանմակարծուն:
Դրումբուռուցքայինհիվանդությանկրնահասկապեսմեծէդեղնուկովինվանդեբիմոտ:
Եթեձախդնեբակնուլյարդայինզարկերակըազատենուռուցքից, ապահանձևերառեովուռուցքերըկարողենմասնահատվել:
Կարելիէդնեբակահացնելհամակցվածընդայնվածաջակողմյանլոբէկտոմիա, դրումբիսովշահատումով, դնեբակիմասնահատումով ուվերակառուցումով:

Լյարդիհատումը, ընդլայնվածլոբէկտոմիայիգծովթույլէտալիսմուտգործելդրումբիբջան, առավելհեշտմոտենալդնեբակինևերակահացնելանվտանգվերակառուցում: Ձախլյարդայինծորանինահատումիցհետոայնտարվումէդեպիձախ:



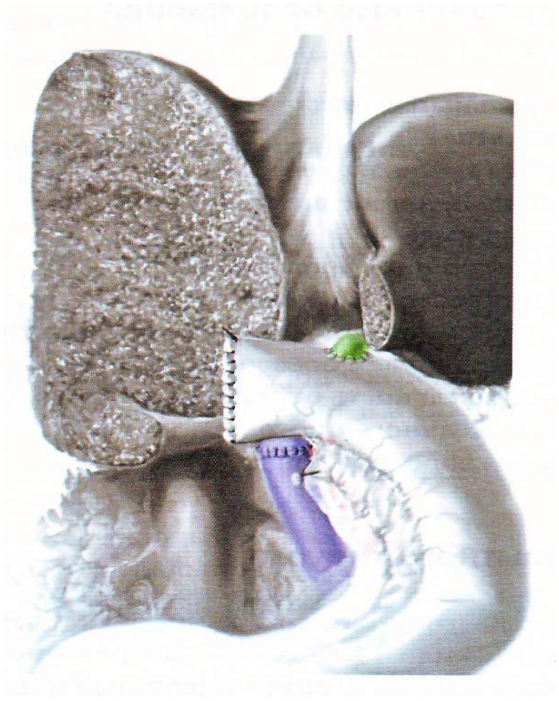
Փուլ 10. *Լյարդիմասնահատումը հեղուկհեղիվհերակաուռցումը*

Ապաոջլյարդայինզարկերակիհատումովստանումենեմավելիազատմուտքդեպիդրեհերակ:
Վերջինիհիմնականբնիևրաածախճյուղիվրադրվումենհանձնայինեղմիչներ: Հատումիցհետոանընդհատչներծծվողկարով /օրինակ 5-0 պրոլեն/ դրեհերակըբերամակցվումէրթախճյուղին:



Փուլ 11. *Լյարդիմասնահատումըհեղուկհեղիվհերակաուռցում*

Որիցհետոկատարվումէընդլայնվածաջոկողմնայինհեպատէկտոմիա:
Հետագավերակառուցումըիրականացվումէհեպատիկոյեյունոստոմիայիմիջոցով՝ ըստ Ռու-ի, Y–ածևագալարիևետ:



Փակ 12. Դրենավորումվերակառուցմանից հետո

Թրովայնիխոռոչիվերինաջ քառորդակում հեմոստազիավարտից հետո, բերանակցմանմոտեղադրվումենպատասծծիչհամակարգինմիացվածփակդրենաժներ: Եթեմաշկիուլցպրդմիջովդրվածստեղնիեռացվել է, անիրաժեշտէստեղնիլցպրմնասածտեղիմոտևադնել դրենաժ: Բերանակցմաներբումնավորաբարստեղնոերչենկիրառվում: Միևչևաղիների գործունեությանվերականգնումը, ստամոքսնդեկոմպրեսիանիրականացվումէքթ-ստամոքսայինզոնդով: Նմանդեկոմպրեսիանիատկապեսկարևոր է, եթեբերանակցվողեղուղիներիտրամաչափըփոքր է: Այնվերջապեսբացառումէայտուցիզարգացումը Y –ածևաղեզալարումևկանխարգելումբերանակցման պատռվելու հնարավորությունը:

Ստամքարտեղիրահատականբարդություններ

- ✓ հեղիրահատականդիստարկումինտեղնվածքերպիայիբաժանմունքում /ընդլայնվածվիրահատություններից հետո/;
- ✓ Առնվազն48 ժամերընթացքումհեմոստազնուհեղոգնթացանիշերվադիստարկում;
- ✓ Առնվազն48 ժամերընթացքումլցպրվորձերիոէլեկտրոլիտերիցուցանիշերվադիստարկում:

1. Հետվիրահատականբարդություններ

⇒ *Հնդհանուր*

- Պլևրալհեղուկ,
- Թոքաբորբ,
- Խորանիստերակներէմբոլիա,
- Թոքայինզարկերակիէմբոլիա:

⇒ *Որովայնային*

- Ներորովայնայինարյունահոսություն,
- Ինֆեկցվածհեղուկիկուտակում /թարախակույտ/,
- Լյարդայինանբավարարություն /ընդլայնվածվիրահատություններ/,
- Լեղուպտոսահոսք՝բիլոմայիգոյացում,
- Բիլիոդիգեստիվբերանակցմանանբավարարություն/վիրահատությունընդհանուրլեղածորանիմասնահատումով/,
- Դռներակիթրոմբոզ:

Հետվիրահատականգործառույթներ

Բժշկականխնամք՝

Կերակրման վերսկսում՝

Ակտիվացում՝

Անաշխատունակությանտևողությունը՝

Փորձվածվիրաբույժիխորհուրդները.

- ԵթելստակտոռեմանովյալերիհիվանդիմոտհայտնաբերվելէT3-T4 վուլվոլեղապարկիֆաղցկեղ, լապարասկոպիկվուլավորմանանցկացմցուցվածչէ, բանիորքարձրէեղորովայնայինմեստաստազավորմանհավանականությունը;
- Լեղապարկիվզիկիկամընդհանուրլեղածորանիվրաուռուցքիստարածմանամենմոդեպում, ինչպեսնաևբոլորդեղուկով հիվանդների մոտ անհրաժեշտէ ՀԾ-սկանավորում, որպեսզի առավել ճշգրիտ պլանավորվիվիրահատությունն ու հայտնաբերվիուռուցքի հնարավոր ներսեղաջլայդայինզարկերակ: Եթեկանմանհետանեղապա որպես ուռուցքիմասնահատմանվազագոյն ծավալ պետէպլանավորվիընդլայնվածլոբէկտոմիա:
- Հավելյալ, կամաբերանոծախլյարդայինզարկերակըտեղակայվածչէլյարդայինդրուճում, այլանցնումէվոքրոպորոն: Նմանհանգամանքովիվանդերիմոտասանհահատումըկարելիէրակնոցներով, եթելյարդդրուճումկառուցքիզգալիստարածում:
- Ներլյարդայինծորանիհատումիցառաջանհրաժեշտէդնել կարեր-բռնիչներ, բանիորչմեծսեգմենտածորանըկարող է “ներքաշվել լյարդիպարենխիմա”;
- Հետվիրահատականավշիհոսքիկանխատեսմանհամար, ավշայինանոթներըհամապատասխանդիսեկիայիժամանակահրաժեշտէկապել:

ԼԵՂԱԾՈՐԱՆԻՄԱՄՆԱՀԱՏՈՒՄ

Ներածություն

Լեղածորանիմասնահատումըերկատմամբ շրջանի ուղղահայացհարթությամբ՝ կատարվում է լեղածորանիմասնահատում, այլ՝ գրեթեմիշտ՝ լյարդիմասնահատում:

Նմանվիրահատականմիջամտությանհիմնականքայլերն են՝

ա/ առաջնայինուղղագիծհատում;

բ/ լյարդիավշայինուղիներիհատում;

գ/ լեղուղիներիանցնելիությանվերականգնում:

Ցուցումներուհակացուցումներ.

Ցուցումներ՝

- առաջնայինչարորակուռուցքեր (սպրուեծումովլյարդիդրսում, ներլյարդայինխոլանգիոկարցինոմաներ, լյարդիդրսումիխոլանգիոկարցինոմաներ, լեղապարկիկարցինոմաներտարածվելովդեպիդրսում, պրոքսլյարդայինլեղուղիներիխոսված /դիմֆուզ/ կարցինոմաներ),
- բարորակհիվանդություններ՝առաջնայինսկլերոզացնողխոլանգիտ, բորբոքայինսպեւդրուստրա,
- լյարդիդրսումիկառուցվածքներիխորովմատիկվնասումներ:

Հակացուցումներ՝

Բացարձակ

- հեռավորմետաստազներովլեղուղիներիմաղցկեղ/լյարդ, թոք, ոսկրեր, պրովայհամիզևայլն/,
- չվերահսկվողծանրխոլանգիտսեպսիսովկամառացրտա,
- լյարդիանբավարարությունզուգորդվածերիկարոտևխոլեստազիեետևանիով,
- չկարգավորվողծանրկոագուլոպաթիա:

Հարաբերական

- տեղայինոպերացվածխոլանգիոկարցինոմա՝լյարդայինզարկերակներիերկկողմանիախտահարումով:

Նախավիրահատական ուսումնասիրություններ / պատրաստումվիրահատությանը

Նախավիրահատականհետազոտություններ՝

- ✓ տեղեկություններ լեղուղիներովրոպացածվիրահատությունների մասին, դեղորակիխոլանգիտիհավանականության, սովածությանզգուշացում:

- ✓ Բիլիրուբինի, հիմնայինֆոսֆատազայի, ԱԱՏ, ԱԼՏ, պլազմայիալբումինի, հեմոստազիցուցանիշեր /պրոթրոմբինայինժամանակ, տրոմբոցիտներ, կանուչինոգենայինինդեքս/,
- ✓ ուռուցքայինմարկերներ՝ածխաջրածնայինհատուկ 19-9 /CA-19-9/ և կանցերոէմբրիոնալանտիգեն /CEA/,
- ✓ ԳՋՍ, ԽԳ /ՄՄՀԳ, ԷՀԽՊԳ, ՄՀԽՊԳ/, 3D ՀՇ /անգիոգրաֆիա/, ուռուցքիստազածվածությանորոշում՝ ըստՀՇ-ի:

Վերլուծածախտորոշիչհետազոտություններիարդյունքերըչպետքէհետաձգվենհոսպիտալացումըերկարաձգելուկամբարդացնելուհիվանդիվիճակը:

Հիշյալհետազոտությունները իրականացնելուհամարանհրաժեշտէհիվանդիցստանալգրավոր համաձայնություն:

Հիվանդի ախտորոշում՝

- ✓ լեղային ճիպոտային ախտահարում,
- ✓ մաշկի և լորձաթաղանթների դեղնություն /հեպատոցելյուլյար դեղնություն չէ/;
- ✓ դոնեբակի էմբոլիզացիա, եթե սպասվում է լարդի լայնածավալ մասնահատում;
- ✓ ներքին եղային ընդերքում հիվանդիմոտ իր-ստոմոտասային զոնդով եղուծավալ իվերակոգում, արտաքին ընդերքում առկայության դեպքում:

Սպեցիֆիկռիսկերևհիվանդիտեղակացվածհամաձայնություն.

- ❖ բերանակցմանհանբավարարություն,
- ❖ լեղուարտահոսք,
- ❖ արյունահոսություն,
- ❖ հիվանդությանկրկնություն,
- ❖ դեղնուկիկրկնություն,
- ❖ բերանակցմանստրիկտուրա:

Հիվանդիդիրքը ՝մեջքիվրապատկած:

Մուտքը ՝վերինմիջային, կոմուջենթակոտոյին:

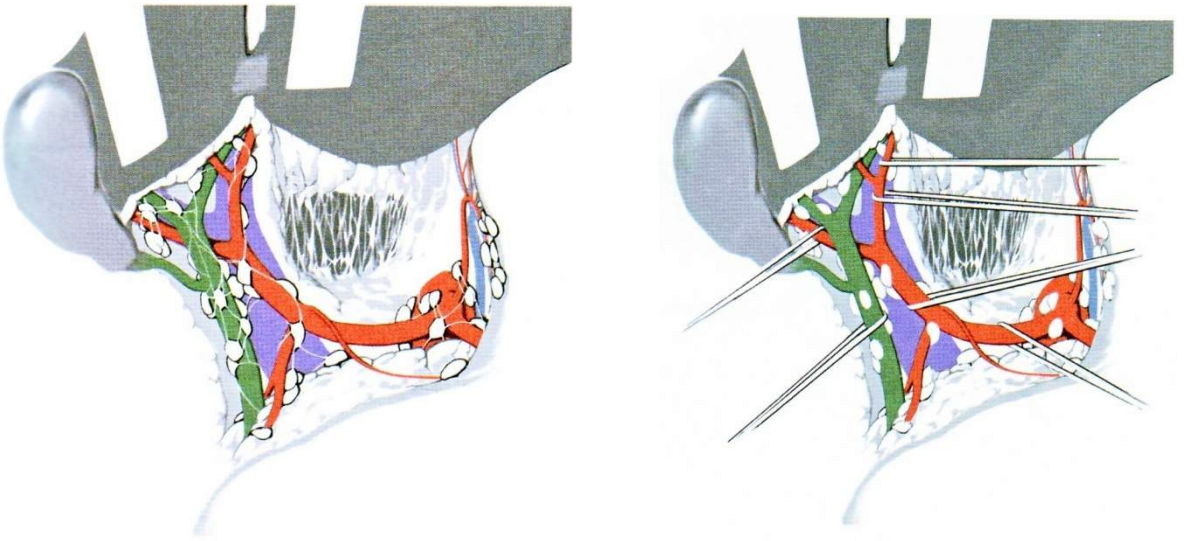
Վիրահատություն

Մուտքիցհետոկղզումանգղածևկապաններիհատում:

Փուլ 1.

Էֆսպոզիցիաևռուտինայինվիրահատությունըկատարվածեղանակով:
Լեղուստոտահոսքիպատճառմանրահատությանընթացքումմաքիկուլյարդիմիջովանցկացվումէլեղայինծորեռեժուտեղափոխվումվիրահատականդաշտ: Անթերևիվրա /դևերակ, լյարդայինզարկերակ, լյարդայիներակ/ ուռուցքխոպանծումըգնահատվումէերկվիրահատականԳՁՀ-ով:
Կատարվումէանոթավորմանհետևողականհատումկախանոսպերակերիմանրակրկիտուսումնասիրում:

Փուլ 2. Ռեզեկտվածհիվանդայինգոյացությունըջոկաբարձակմանկյանմածխդիսեկցիա
Անհրաժեշտէհեռացնելլյարդ-տասներկումատնյակապանի / N12/, ընդհանուրլյարդայինկապանի /N8/, ընդերային /N9/ ևհետպանկրեատիկ /N13/ ավշայինհանգույցները (Ա): Այսընթացքումընդհանուր, սեփական, աջուձախլյարդայինզարկերակները, ինչպեսևանընդհանուրլեղածորանըպետքէվերցվենհնարավորինքիչերկարությամբ (Բ):
Լյարդայինզարկերակիցանհրաժեշտէանջատելհյարդայինհյուսվածքը: Մեկնաբանելսպետքէհեղգությամբհայտնաբերելհանգույցները:

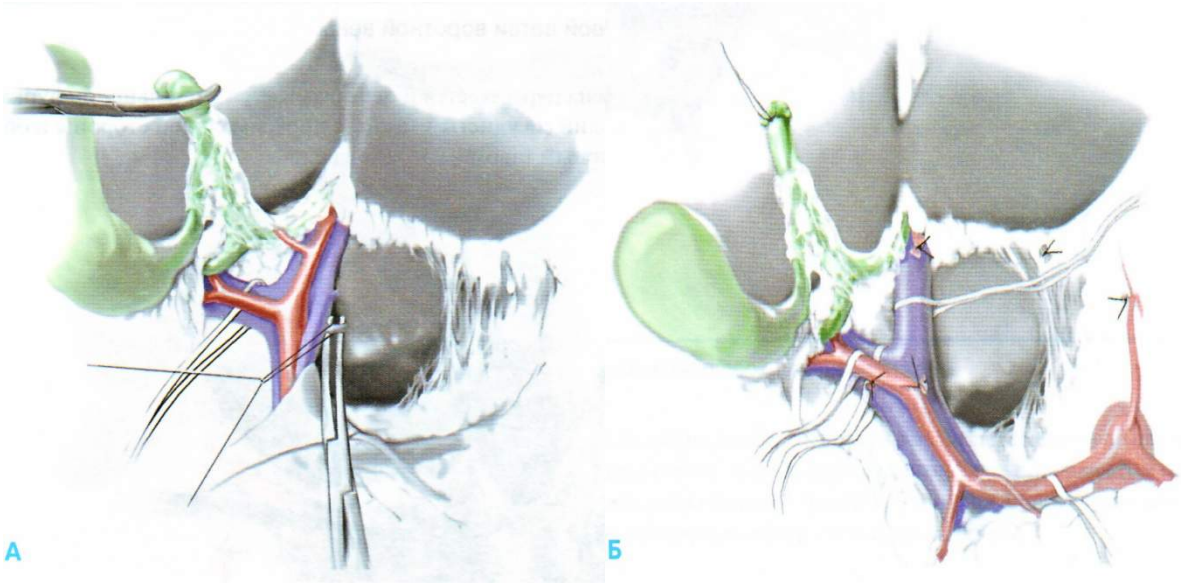


Ա Բ

Փուլ 3. Լեղածորանիդիստալհատվածիմոբիլիզացում
Տասներկումատնյաուտեղայնացման ուընդհանուրլեղածորանիեռազգայունկեցիայիամաքրությանպահպանմամբէԿոխերի գործողությունը: Որիցհետոընդհանուրլեղածորանիդիստալհատվածը, ղեկիներբևմինչևենթաստոմոզայինզեղձիգլխիկատանձնացվումէևվերջինիսերկերինեզրովհատվում:
Մասնահատվածեզրըուղարկվումէստոպայուսվածքաբանականհետազոտության:
Որոշդեպքերում, բացառականեզրերստանալուհամարդիսեկցիանեղյուծարանովումէավելխիստ, առանձնացնելովընդհանուրլեղածորանըենթաստոմոզայինզեղձիցից:

Փուլ 4. Լյարդ-տասներկումատոհյակապտակիվերիհեռացումը հոիզացիա

Հետագա հատվածումկոտրվածընդհանուր եղածդրանըծգվումէդեպիվեր,
թույլ տալովմերկացնել լյարդայինզարկերակիխիստ հատվածըևդրանցերակիերկատմանեզրացանը:
Լյարդիֆառակուսիբլթիզգնացողդրանցերակիհյուղերիհատումիցհետոդրանցերակիաջուձախհյուղերիվրակաթաթվումեռանոթայինբունչեր:



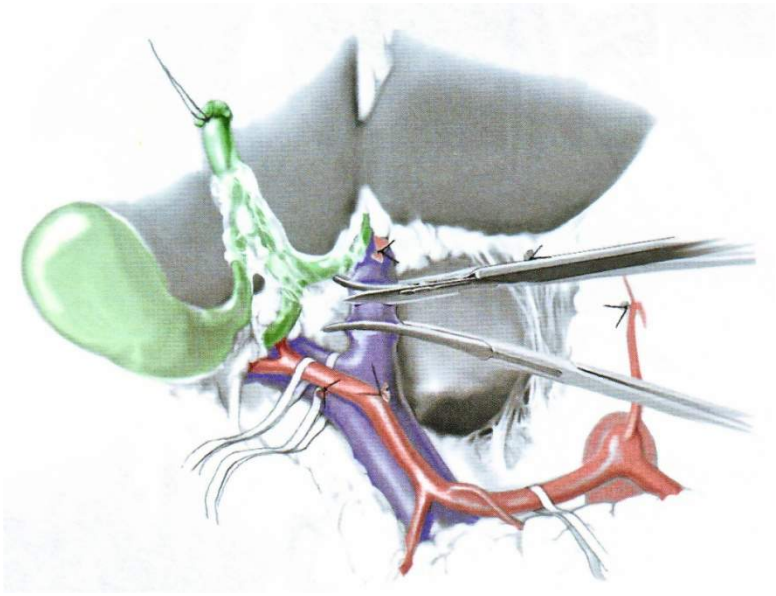
Լյարդիձախակողմյանմասնահատում

Փուլ 5. Լյարդայինզարկերակիհատում

Ջարկերակիանոմալիականաձևահատկություններիուղղորդերակների /ձախսրտիջիլարդայինզարկերակներ/ հստակ պրոեկցիայում, աջ ու միջին լարդային զարկերակները /և պրակային զարկերակը / կամաջլարդայինզարկերակըհիմքիցհատվում են: Որից հետո ձախլարդայինզարկերակըավելիդիստալմերկացվում է, որպեսզի լարդի դրունքի աջ անկյունում շրջանցվեն աջ առաջային ու հետին ճյուղերիը կամ միջին և ձախ լարդային զարկերակները Rex-ի ծոցում:

Փուլ 6. *Դռներակի ձախճյուղիհատումը*

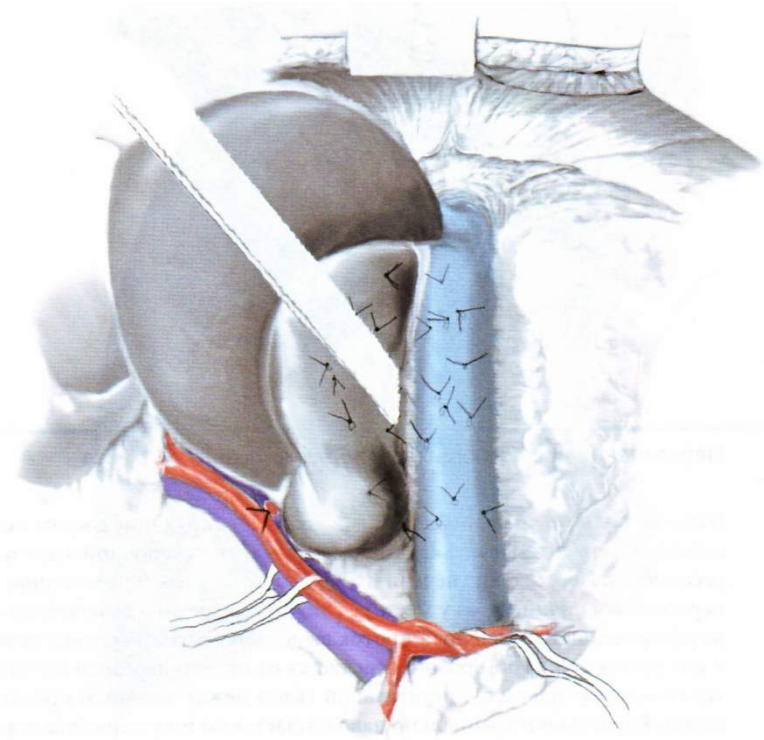
Երկփեղեկումից ավելի դիստալ, ձախդռնեմայիներակըհատվումէուկապվում: Պրոքսիմալկողմիցկապելիէօգտագործելվոբլանոթայինսեղմիչ, իսկծայրատի վրադնելովընդհատակար 5-0 Proleune-ով:



Փուլ 7. *Լյարդիաջլոբըթիստերայինծոցում, կարելյարդայիներակիերիբաժանումով*

Լյարդիձախակողմյանմասնահատմանժամանակկարելյարդայիներակերըընդլայնվածեն: Ներքևում ներկայացված է ձախ լոբի մասնատման ընթացքը:

Որիցհետոհատումսկսվումէուղիղգծովլյարդիդռնեմայինմակերեսով: Ներքևում ներկայացված է ձախ լոբի մասնատման ընթացքը:

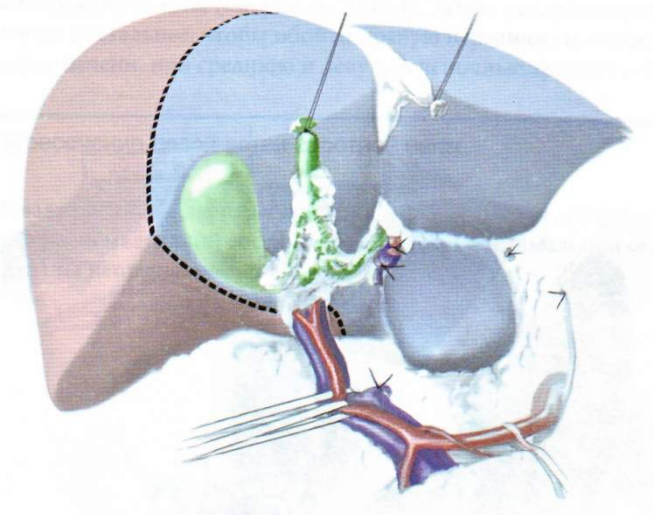


Փուլ 8. *Ձախ լյարդային երակի էքստրահեպատիկ հատվածը*

Ձախակողմյան մասնահատումների ժամանակ ձախ լյարդային երակը միշտ պետք է մնա հեղուկ արտահոսքի մեջ; ձախ միջին լյարդային երակի ուղղությամբ անցնող ճյուղերը կարելի է անջատել: Մինչդեռ ձախակողմյան հեռացման ժամանակ այդ երակը պետք է ամբողջությամբ ներառվի հեղուկ արտահոսքի մեջ:

Փուլ 9. *Հեմոստազի և լյարդի խոպան մասի հատումը*

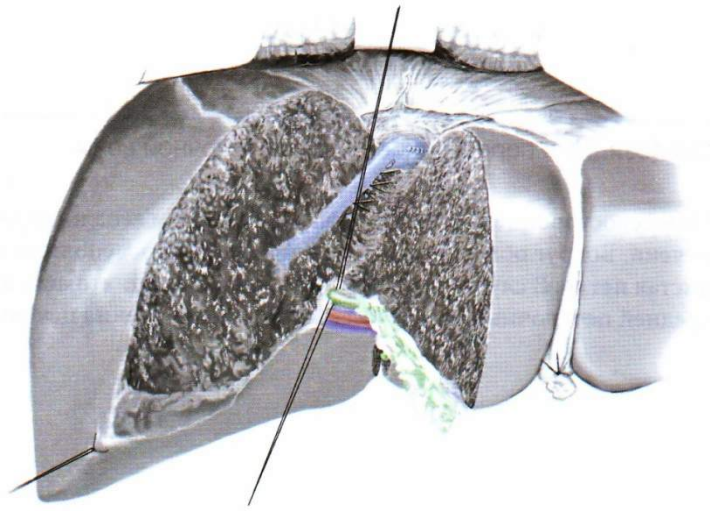
Պոչավոր բլթի հեռացումից հետո, ձախակողմյան մասնահատման ժամանակ, պետք է անջատել 7–րդ սեգմենտի միջնաճառաջանում էքստրազեմնային:



Փուլ 10. *Հեպատիկ երակների և ստորին սեղմակի երակի հատում*

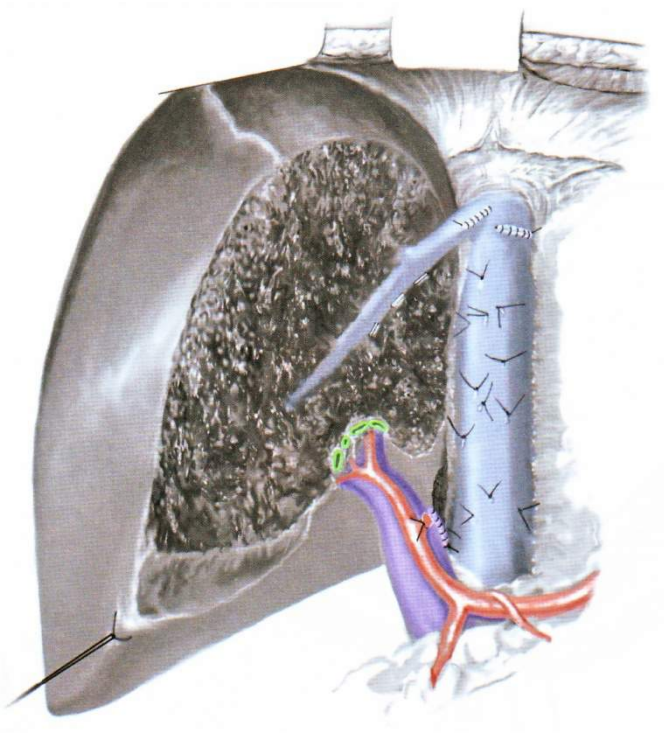
Պոչավորբլթիլրիվիեռացմանդեպքում, հորիզոնական միջնեգմենտալ ճեղքը /սեգմենտ 9/ առանձնացվում է միջին լայնքային հորիզոնական հատվածում:

Լյարդի պարենխիմայի հատումը շարունակվում է մինչև ձախ լայնքային հորիզոնական, որը հատվում է ուղղահայաց լայնքային միջին հորիզոնական հատվածում:
Աջ երկայնքային եղածորանը միջին լայնքային հորիզոնական հատվածում է ուղղահետևային պատը զգուշորեն ազատվում շարակցական հյուսվածքով: Գլխամասային ուռուցիկ մասային ուղղությամբ բացվում են մեծ կաղիքներ՝ բուն երկայնքային եղածորանը հատվում է ուռուցիկ մասային եզրով, որտեղ բացվում է հետին աջային հատվածային 5-րդ սեգմենտալ եղածորանը:



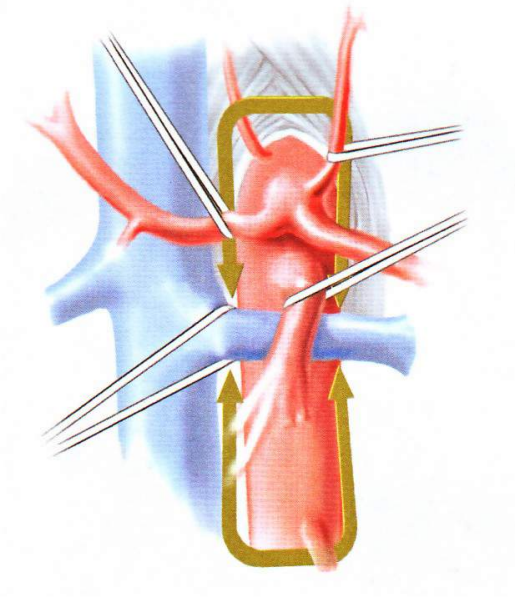
Փակ 11. Ներլյարդային եղածորանի հատահատում

Երկայնական կտրվածքով բացվում են սեգմենտալ 8-րդ սեգմենտային ենթասեգմենտալ եղածորանները/B8, B8a, B8bc/ և հետին աջ ծորանը:



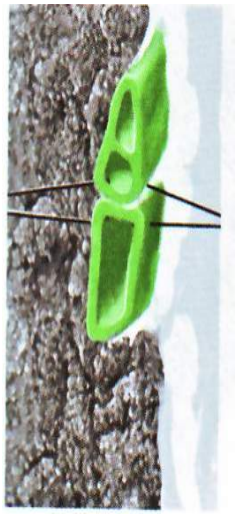
Փուլ 12. Հիպոպլաստիկ թոքահյուսվածք

Կարող է լինել ինչպես ձախողված թոքի ռեզեկցիայի հետևանք, այնպես էլ բնածին զարգացման անոմալիա: Ախտանշանները կախված են ներգրավված հատվածների քանակից և ծավալից: Ձախողված թոքի ռեզեկցիայի դեպքում ախտանշանները կարող են հայտնվել տարիներ անց: Վիրահատության ընթացքում հեշտացնում են ներքին օդափոխության ապահովումը:

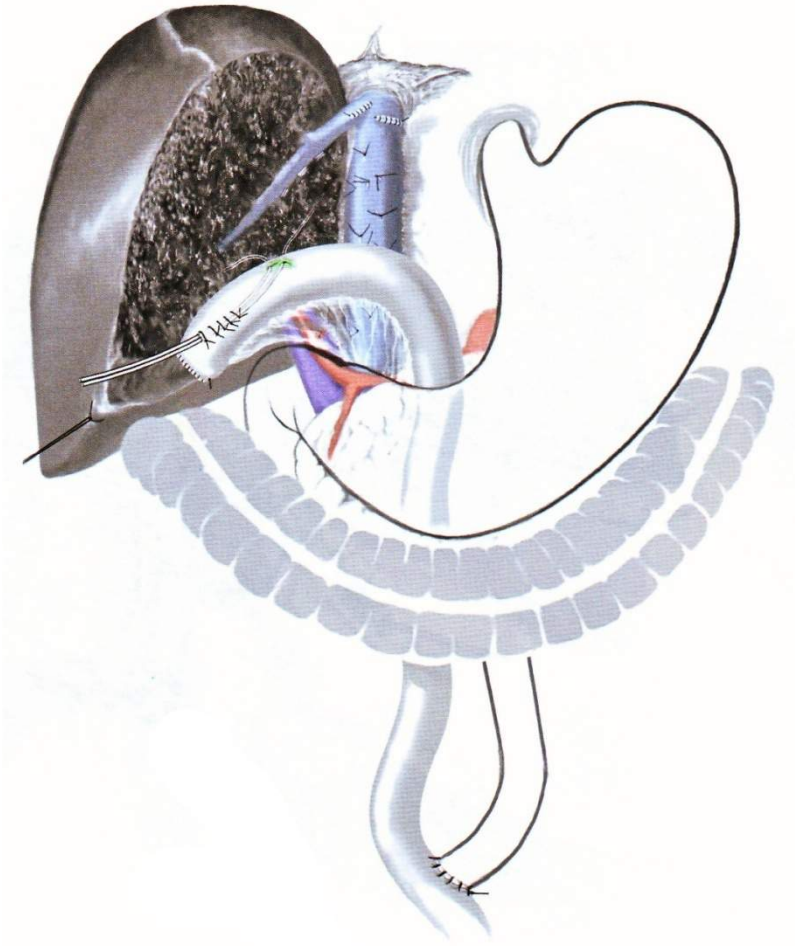


Փուլ 13. Լեղածորանային ատրեզիա

Բերանակցումներիմահակիվազեցմանհամարբիլհոդիգեստիվբերանակցումներիձևավորումիցառաջ5-0 PDS-ովիրականացվումէհեպատիկոպլաստիկա: Հստոհու-ի՝ձևավորած Y-ածևբարակաղուզլարը, առավելկրճեետ- կամ առաջխթաղիքային հանապարհովդուրսէբերվումլյարդիմոտ: Հեպատիկոյեյունոստոմայիկազմավորումիցառաջբարակաղուպրոքսիմալհատվածումդրվումէյեյունոստոմիկխողովակ: Սկզբում4-0 PDS կարերովձևավորվումէբերանակցմանեետիհսկաը, անցկացվումէդրենաժայինխողովակ, որիցեետոմիայնկարվումբերանակցմանառաջայինկաը:



Ա



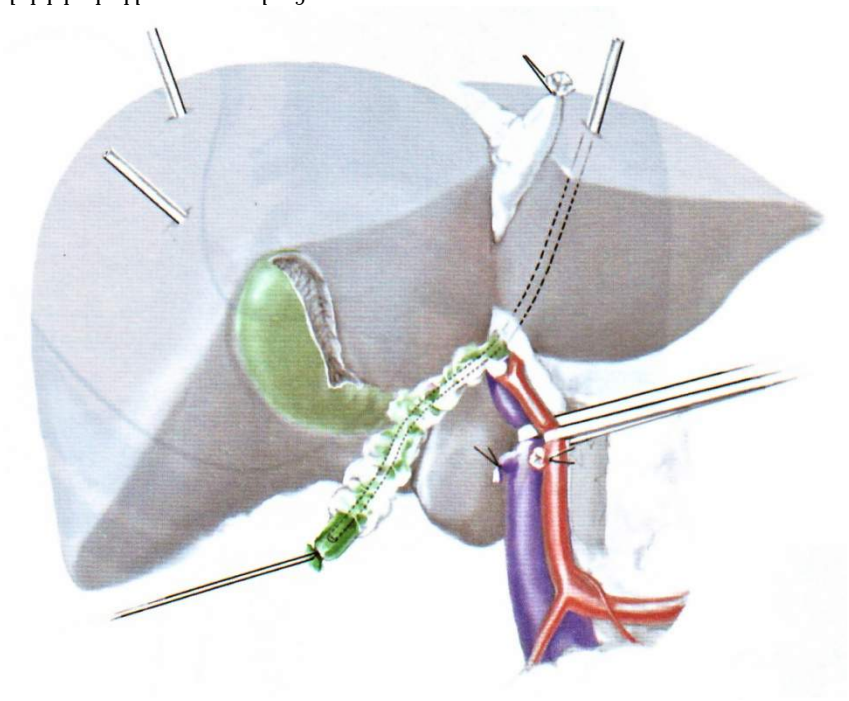
Բ

Փալ 14. Դրենավորումըվերակառուցումիցեետո

Վիրահատականդաշտեետոստազիցեետո, Վինսլոու-լանցքովհարսիներակայինգոտուլյարդիմասնահատվածմակերեսիերկայնքովտեղադրվումենակտիվասպիրացիայիհամարդրենաժեր: Բիլիարդրենաժերիյեյունոստոմիկխողովակըմրացվումէմաշկին, որովայնիպատերկարվում: Եթեեղայինստեհներչենկիրառվել, ապադեպքումբահատողեղինվառվումէկերակըմանխառնուրդիեետովիրահատությաներկրորդօրվանիցյեյունոստոմիկխողովակովմորիցերմուծվումսողիներ:

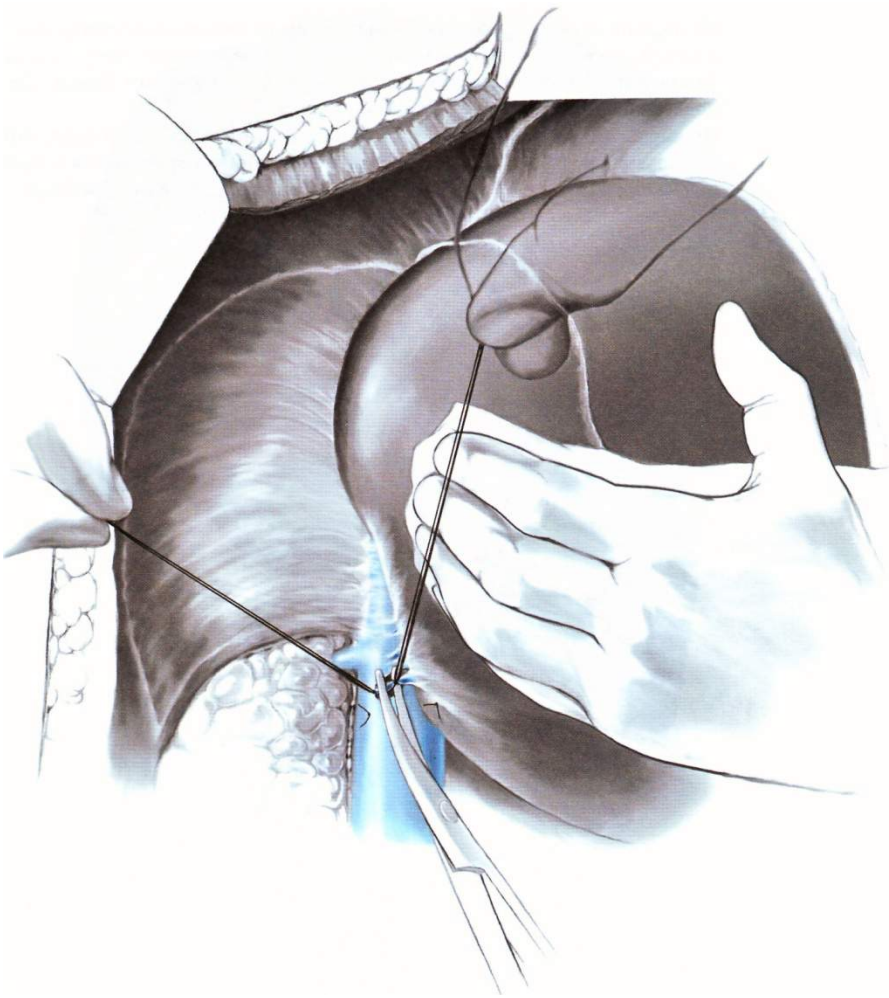
Փալ 5. Լյարդիաջակողմյանմասնահատում, լյարդայինզարկերակիդրենավորում

Ջարկերակայինանոմալիաներըտեղայնացնելուցհետոանջրպետայինզարկերակըհատվումէիրհիմքում:
Նրանհատվածըսկելետվիզացվումէմինչևառաջայինհունհետևինհյուղերիանջատումըլյարդիդռնումբիանջեզրիմոտկամմիջինհունձախլյարդայինզարկերակներիմոտ՝ Rex-լծուցում:



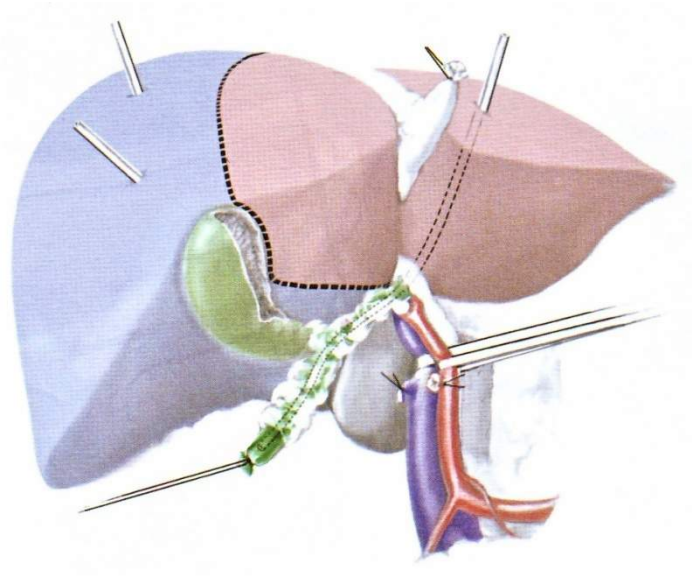
Փուլ 6. Աջու պոչիկային բլթի տեղայնացումը լյարդայիներակներովայն հատումով

Տեղայնացվում է լյարդիաջկեսըբաղկացնողերակների հատումով ստորինսիներակիընթացքով, աջոտնամասայինհատվածիցդեպիձախզլխամասայինհունդրությամբ: Սիներակիկողմիցդրվումենլիգատուրաներ, իսկլյարդիկողմիցկլիպսներ:



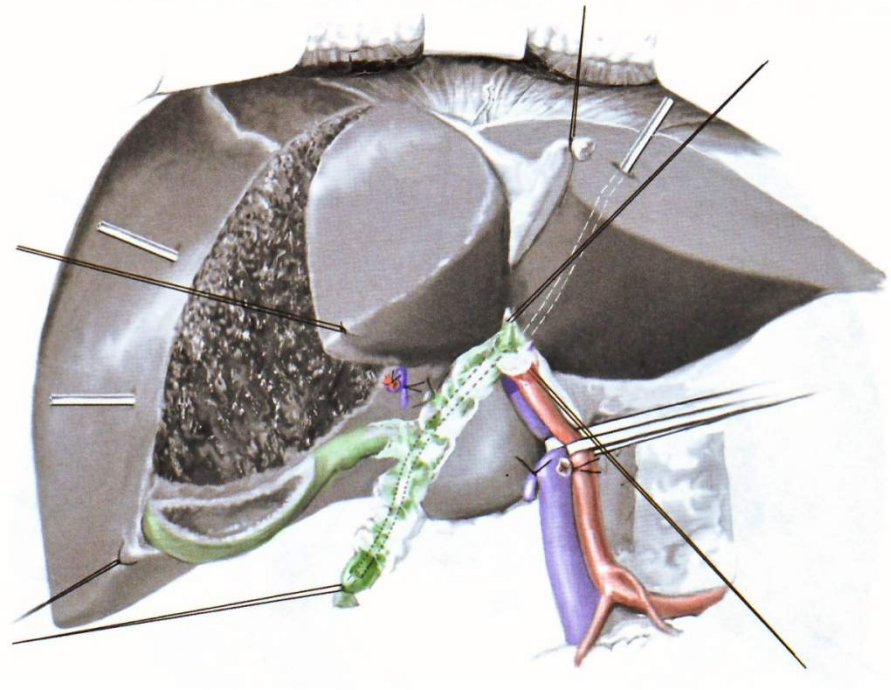
Փուլ 7. Էխոսրտագրական հսկողությունը աջ նախասրտային կաթետերի տեղադրման ժամանակ

Աջ նախասրտային կաթետերի տեղադրման ժամանակ էխոսրտագրական հսկողությունը թույլ է տալիս ճշգրիտ տեղադրել կաթետերի ծայրը աջ նախասրտի խոռոչում՝ խուսափելով կաթետերի ոչ ճիշտ տեղադրումից կամ նրա ծայրի ոչ ճիշտ դիրքից: Վերջինիս հետևանքով հնարավոր է լինում սրտային հաղորդիչ համակարգի վնասում, սրտային հաղորդունակության խանգարում, սրտի ռիթմի խանգարում, սրտի պարզման ֆունկցիայի նվազում, սրտի տամպոնադ, սրտի պատռվածք, թոքային էմբոլիա, թոքային արյունազեղում, թոքի ինֆարկտ, թոքի արյունազեղում, թոքի ատելեկտազ, թոքի բորբոքում, թոքի թարախակալում, թոքի թարախակալում, թոքի թարախակալ



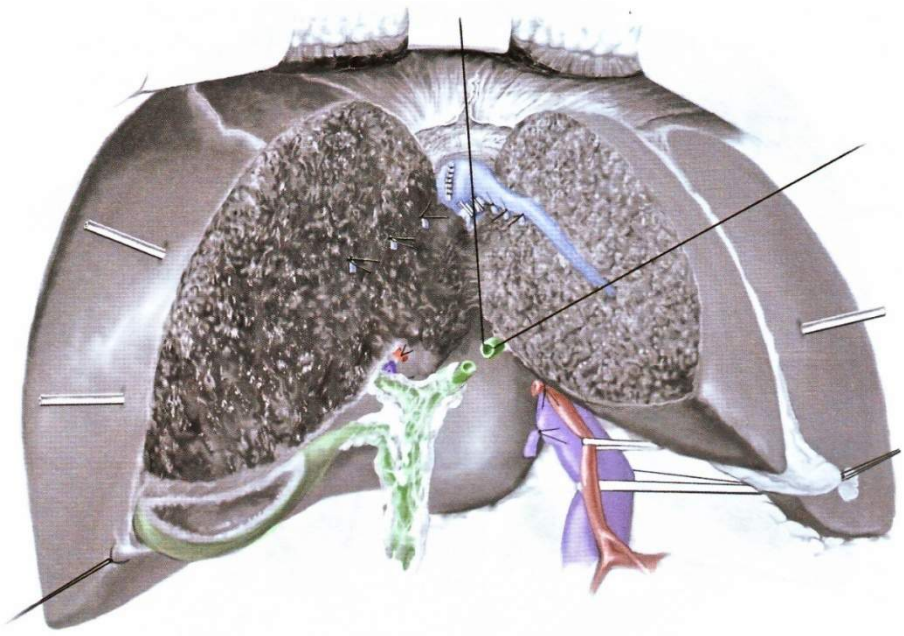
Փուլ 9. *Լյարդիմասնահատում*

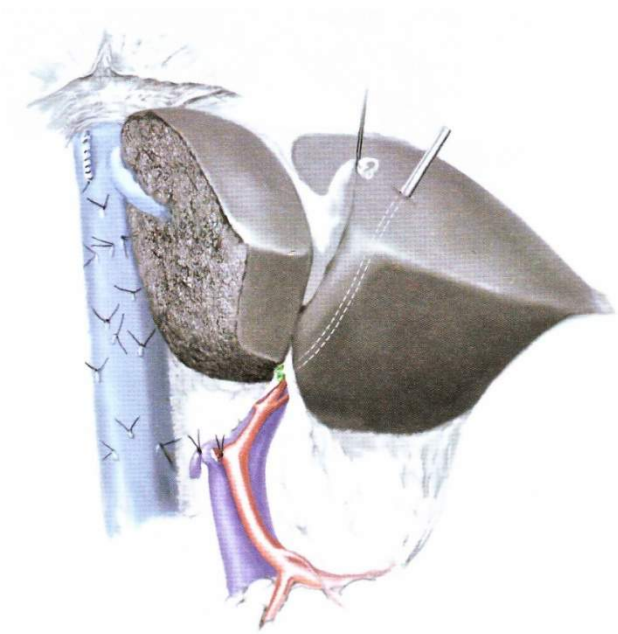
Լյարդիդիսեկցիանսկսվումէերակաստորիեզրիցևշարունակվումգլխամասայինհատվածությամբ, միջինլյարդայիներակիպահպանումով:



Փուլ 10. *Ներլյարդայինեղածորանիմասնահատում*

Ձախներլյարդայինեղածորանըառանձնացվումէ Rex–խիտուսիաջեզրիմոտ: Վեներալուդրզուդությունները վերլուծումենկարերակոնիչներ, ձախլյարդայինծորանըուղղահայացհատվում: Հեռացվումէլյարդիաջիկեսը(հրապուչավորբլթիեո) ևսրտալյարդայինեղուղին: Ձախլյարդայինծորանիմասնահատվածվենոզալեզրիերացվումէ 4–րդսեգմենտովիեղածորանը, իսկավելիհեռուդրզուլ՝ 2–րդու 3–րդսեգմենտներիծորանները:



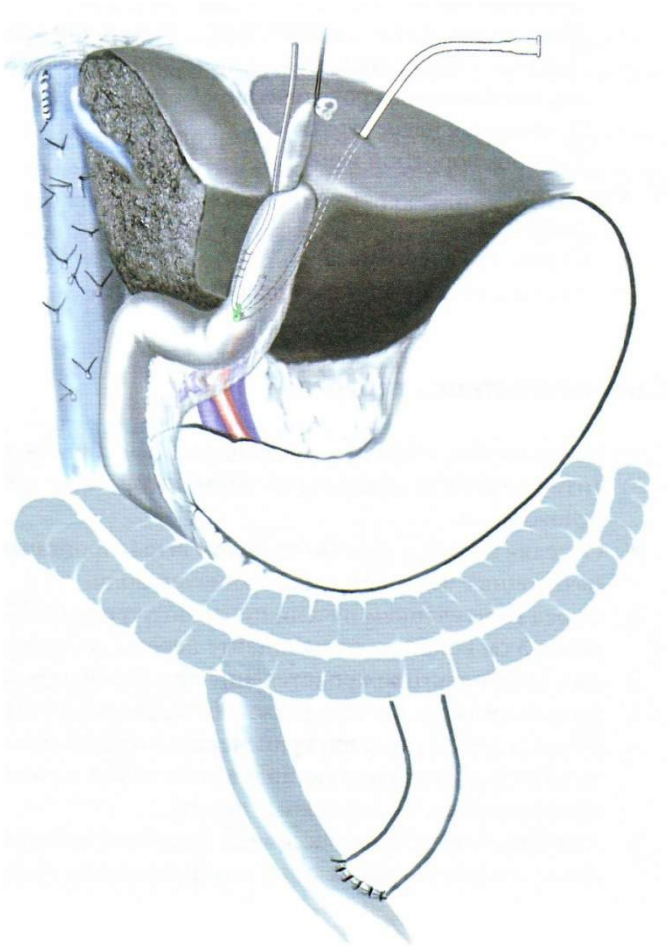


Փուլ 11. *Ախտահատում*

Ընդլայնված ախտահատումը լրակազմում է վերընձյուղված եղունգով

Փուլ 12. *Լեռնիհիվիրահատում*

Հստակ՝ բարակատու Y-ածև զուգահեռաստավել կարճուղիով, հետո- կամառաձև աստղաձև այինճանապարհով, դուրս է բերվում յարդիպրուճխոտ: Բերանակցմանիակումից (հեպատիկոյեյունոստոմա) առաջ, բարակատու պրոսթեզմամբ եզրումտեղադրվում է յեյունոստոմիկ խողովակ:



Անատոմիականառանձնահատկություններ, լուրջվտանգներ, վիրահատականհետաբերներ

Ստանդարտհետվիրահատականբժշկություններ

- ✓ հետվիրահատականդիսպանսերիմիտեղումներիբուժանմուծում,
- ✓ լաբորատորհետազոտությունների /բիլիրուբին, ԱԼՏ, ԱՍՏ, ալբումին/, հեմոստազիցուցանիշներ, հեմոգլոբին, էրիտրոցիտներ, լեյկոցիտներ, C-սպիտակուց,
- ✓ գումարդոպլերագրաֆիայով ԳՋՀ դուռերակովոլայնությանհոսքիարագությանհետազոտության համար:

Հետվիրահատականբարդություններ

Մոտակա՝

- պլևրալէֆուզիա,
- վերքայինինֆեկցիա/ հեպատոիկոյեյունոստոմայիցկամլայնիմասնահատվածմակերեսիցլեղուարտահոսք,
- ենթաստծանիայինկամեռքալայնությունթարախակույտ,
- ներորովայնայինարյունահոսություն,
- լայնությունբավարարություն,
- դուռերակիթրոմբոզ:

Հեռավոր՝

- խոլանգիտ,
- բերանակցմանստրիկտուրա,
- էրոնիվլայնությունբավարարություն:

1. Հետվիրահատականգործառույթներ

Բժիշկանիխնամք–

Կերակրման վերսկսում

Ակտիվացում

Անուշխոսոռնհոգեբանականօգնություն

2. Փորձնածվիրաբույժիխորհուրդները

- Լեղու կանգիցխուսափելուհամարվիրահատությանժամանականհրաժեշտէստուգելլեղուհոսքը: Նմանբարդությանզարգացումըկարողէբերելսեպտիկվիճակների:
- Պոչավորբլթըստրկինհերակիցանջատելովպիկարելայնհերակներնուպոչավորերակներըանհրաժեշտէկարել:
- ԼյարդիհատումիցառաջգեՀԵՃ-ը, եթեայն 3 սմջ.ս.-իցբարձրէ. լյարդինմասնահատումը չպետք է սկսել:
- Լյարդիտեղաբաժմանժամանակպյունահատությանկանխարգելմանհամար, լյարդայիներակըլյարդիդռմիցնպատակահարմարէվիսկելանընդհատկարով
- Ներլյարդայինեղածրանիհատումիցառաջպետքէդրվենկաբեր-բունիչներ, հակառակդեպմունչմեծանգենառածրանըկարողէերբաժվելուլյարդիպարենխնայումկորել,
- հետվիրահատականզանգածայինովճահոսքիկանխմանհամարովշայինահոթերըպետքէկապվեն:

3. Մեկնաբանություններ

ա/
Ենթադրյալսոլանգիոկարցինոմայիպարագայումհյուսվածաբանականհետազոտությունըպարտադիրնախապայմանչիհանդիսանում լյարդինմասնահատմանհամար, բովանդակությունմկիճիկականհաճախգայթայինախտորոշմանճշտությունը:
բ/ Լեղածրանիբարձրվիսկմանժամանակահրաժեշտէնշանակել ԷՌԽՊԳ-իցբերանովպոլանգիոսկոպիայից, բանիորհամարչօգնելովախտորոշմանըկարող են դառնալ պոլանգիտիզարգացմանպատճառ:
գ/ Վիրահատությունիցառաջմաքսիմալքանակներլյարդայինեղածրանիպրեոպերացիոնդրենավորումըպարտադիրչէ:
Նմանգործողությունըցուցվածէհիվանդներիմոտ, եթե՝

- կախոլանգիտ
- կաերիկամայինգործունեությանխանգարում
- հնարավորէլյարդիայնհատվածներիանթերևութայինհոսք, որովհետևախտահարվածենպահբանելմասնահատումիցհետո
- անհրաժեշտ էդրենաժկոտեղայնացում:

դ/ Պոչավորբլթինեռացմանժամանակտեղայնացումըսովորաբարառավելանվտանգէվիրակատարելաջիցծախ:
Միայնճառոհիհարիվանդերիմոտ տեղայնացումը կարելիէսկսելձախից:
ե/
որովիրաբույժներպոչավորբլթիմասնահատումըհամարումենահրաժեշտպայմանդրումհիվոլանգիոկարցինոմաերիկապակցությամբլյարդիմասնահատմանժամանակ,
մինչդեռուրիշերիկարծիքովլյարդիայդհատվածիմասնահատումըցուցվածէմիայնհոսքայինգործընթացիմեջպոչավորբլթիընդգրկման դեպքում:

Հեղհանուրլեղածրանիմիջինհատվածիմասնահատում

Ներածություն

Ընդհանուր լեռնծորանիմիջինհաստվածիրականռուտցիերըհանդիպումենխստհազվադեպ:

Նմանտիպիփոցանումերովիվանդերիմեծմասիմոտհայտնաբերվումէլեռապարկիբացվել:

Ծորանիմիջինհաստվածմասնահատումներըստորաբաժիրականացվումենխոլանգիոկարցինոմաներիկամլեռապարկայինծորանի խթափանոտեղիվաղացկելիկապակցությամբ:

Յուցումներուհակացուցումներ.

Յուցումները՝

- լեռնծորանիերեցումառանց չարորակացման,
- ենթադրվողբարորակիվիճակություն,
- չարորակիվիճակությանհաստատում,

որըերբակաչէավելիծավալունմասնահատման /պռնկրեատոդուոդենալկամլյարդիմասնահատում/:

Հակացուցումներ՝

- չարորակռուտցիեր՝երկատման շրջանի ախտահարումով, ինչպեսհանգլյարդիդյուրիվիճոլանգիոկարցինոմաներ,
- ռուտցիներաճառոքներ /դուներակիհիմնականբուկամսեփականլյարդայինզարկերակ/,
- լյարդայինզարկերակներին/կամդուներակիճյուղերիերկկողմանիխոտահարում:

Նախավիրահատական հետազոտում / պատրաստումվիրահատությանը

Նախավիրահատականհետազոտություններ՝

- ✓ անամնեզից. ալկոհոլիօգտագործում, առաջնայինսկլերոզացնողխոլանգիտ, խոցայինկոլիտ, ընդհանուրլեռնծորանիկիստա, Կարոլիհիվանդություն, կրկնվողթարախոտայինխոլանգիոհեպատիտ, լեռուլիներիպպարազիչներ, ֆիմիականռուտցիածիններիազդեցություն:
- ✓ ուսումնասիրությունից. դեղնուկ /90-98% հիվանդներիմոտ/, բաբիկորուստ /54%/, ցավերտրվայնում /45%/, տենդ /20%/

հիմնայինֆոսֆատազայի, գամմագլյուտամինտրանսպեպտիդազայի, ԱԼՏ,ԱՍՏ, հեմոստազիցուցանիշերի որոշում:

- ✓ ՀՇ, ՀՇ-անգիոգրաֆիականՄՌՇ՝ներլուսրտալյարդայինլեռայինծորանմանգիահաստում, լեռայինբարերիայտնաբերում, ռուտցիստրուծվածությանգիահաստում, դեպիանորմներերևաբիայտնաբերում: Ուռուցքայինզանգվածիգիահաստումլյարդիաետ /եթեհանարավոր է/, աորտոֆիայիկամբլթերիկամպեճնաստորիայիպորտֆիա, լյարդայինզարկերակայինանհաստոմիայիդոռում,մեռուստազերիայնտնաբերում: Մաբկիմիջովլանգիոգրաֆիա /ԷՌԽՊԳ/ՄՀԽՊԳ/ - ռուտցիպլյորմսիմալտրուծվածությանևերանցքանակի /10%-իմոտերանքբազմակիեն/ որոշմանհամար: Բջջաբանականհետազոտություն՝մաբկիմիջովանցկացվածկատետերիպարունակությանհետազոտություն /47% դեպքերումդրականտվյալներ/, բորակասեղայինասպիրացիոնբիոպսիա /զգայնությունը77%/, էնդոսկոպիկռետրանսպապիլյարբիոպսիա:

Հիվանդիպատրաստումը `ինտրաստոմոսայինկատետեր, մակարդեկությանցուցանիշերիկարգավորում, հակաբիոտիկթերապիա /անհրաժեշտությանդեպքում/, մզայինկատետեր, կենտրոնականկատետեր:

Սպեցիֆիկոպերացիայիհիվանդիտեղակայվածճառագայթում.

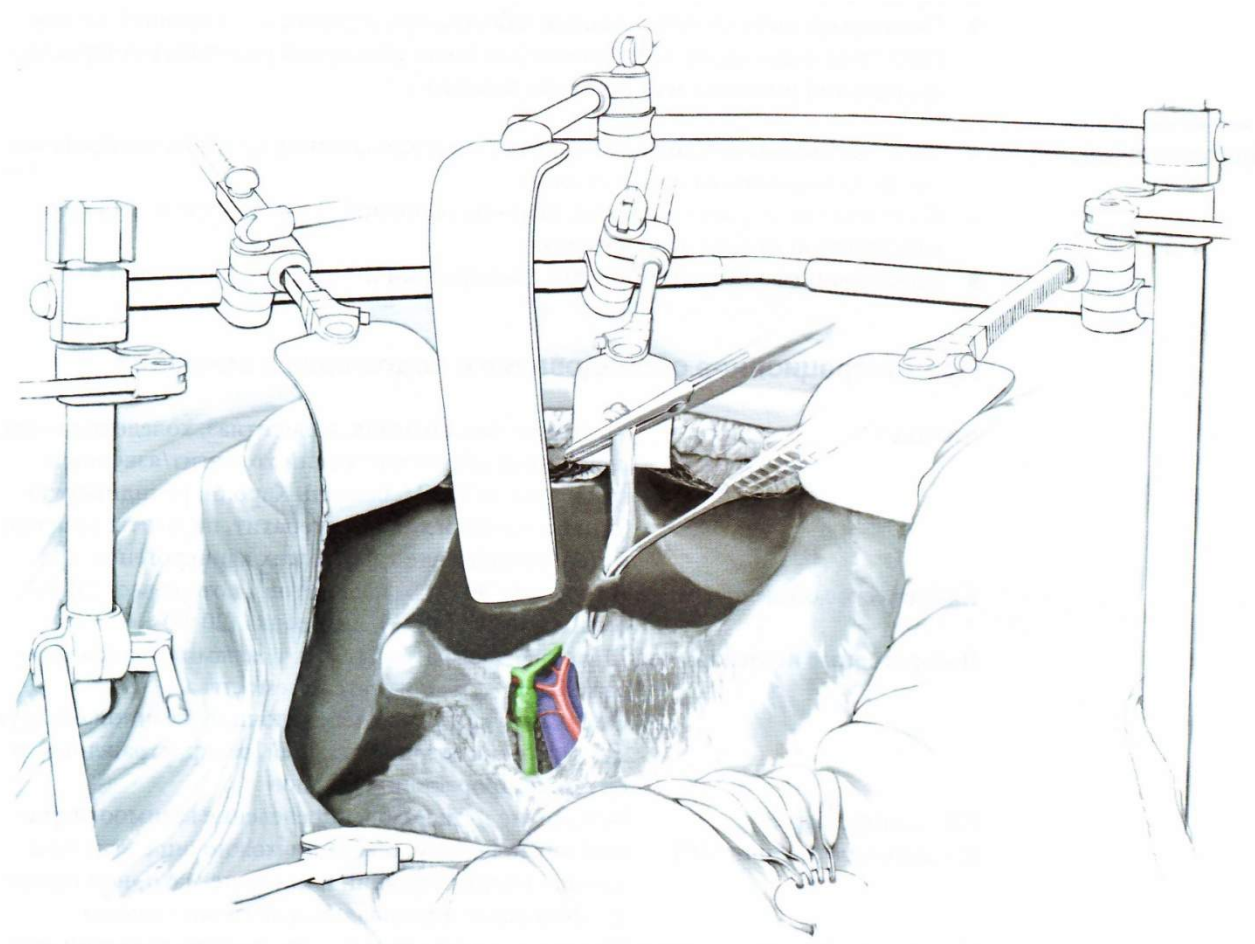
Հիվանդիդիրքը `մեջքիվրապատկած:

Մուտքը `վերին-միջայինկամերկողմանիենթակողայինորովայնահատում:

Վիրահատություն

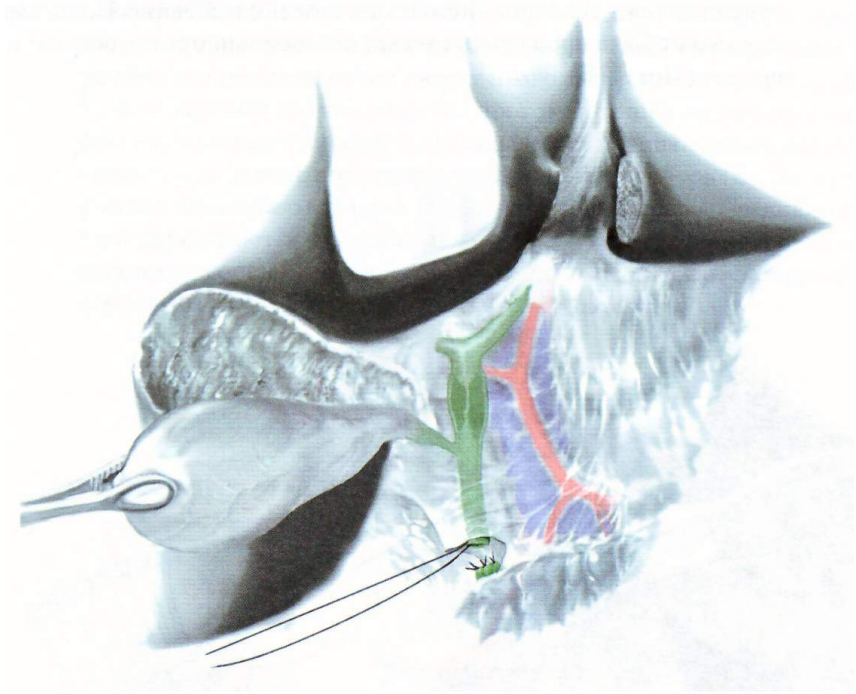
Փուլ 1. *Տեսարշավումստուգումը*

Որովայնըբացելուցհետո, տեղադրվումէկողպեղըբարձրացնողռետրակտոր, 4-րդսեգմենտիբարձրացմանհամարկարելիէկիրառելվերևիցդրվողհավելյալվահանակռետրակտոր:
Հաստումէկլորկապանըևմանգաղածևկապանըանջատումմորովայնիառաջայինպատից:
Կլորկապանիծգումըդեպիվերապահովումէլյարդիստորինմակերեսիհավելյալէքսպոզիցիա: Եթե 4-րդստեղբիսեգմենտիմիջևկլյարդայինպարենխիմայիկամրջակ, ապապայհեղեկտրականգոհահոկովհատվումէևմինորայստեղգրեթեմիշտբացակայումենմեծտրոմաչափանոթներ՝արյունահոսությունըևեստությամբկանգնեցվում: Այսգործողությամբբերկացվումէպորտոայինկոտրուծը, ինչըկարևորէվիրահատությանյուսվող երիտամար:



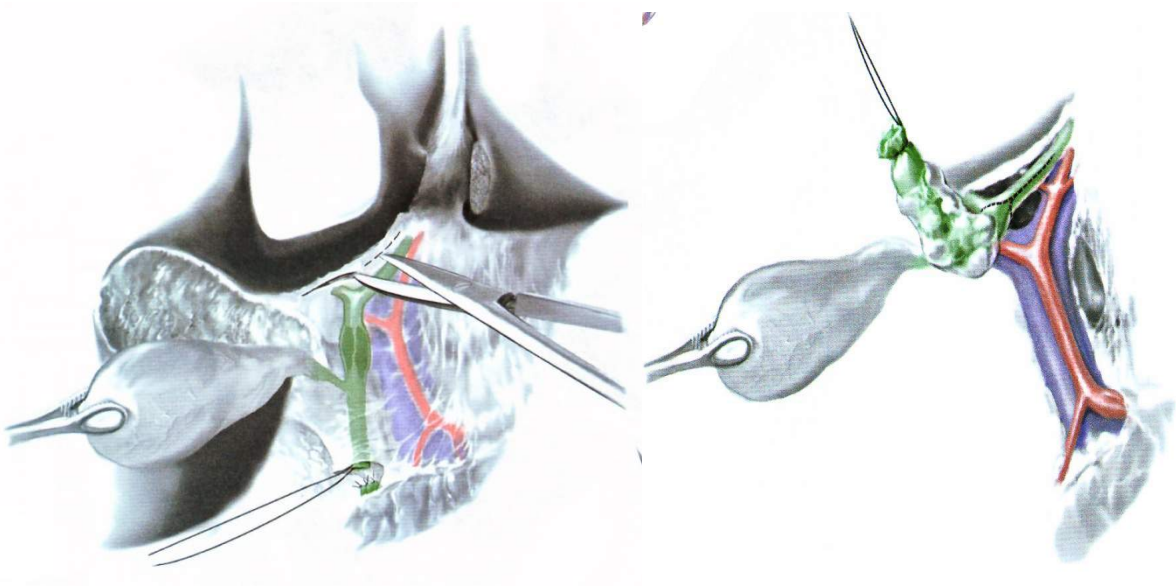
Փուլ 2. Ընդհանուր էղածորանի դիսեկցիա

Եթե էղածորանը լեռացված չէ, այն ազատվում է շրջակա հյուսվածքից: Էղացումից վերը նշված ընդհանուր էղածորանի պրոքսիմալ հատվածը, աջում՝ լյարդային ծորանները և ձախում՝ ստամոքսի ելքը, երբ էղուլցերային հիվանդության ժամանակ կատարվել է էղացման ստենոզող վիրահատություն: Ընդհանուր էղածորանի դիսեկցիա հատվածը սահմանափակվում է միայն վերին մասում: Կատարվում է մասնակի հատվածեզրիչ պլաստիկական վիրահատություն: Ընդհանուր էղածորանի ծայրը կապվում է 4-0 PDS-ով:



Փուլ 3. Ընդհանուր էղածորանի պրոքսիմալ հատում

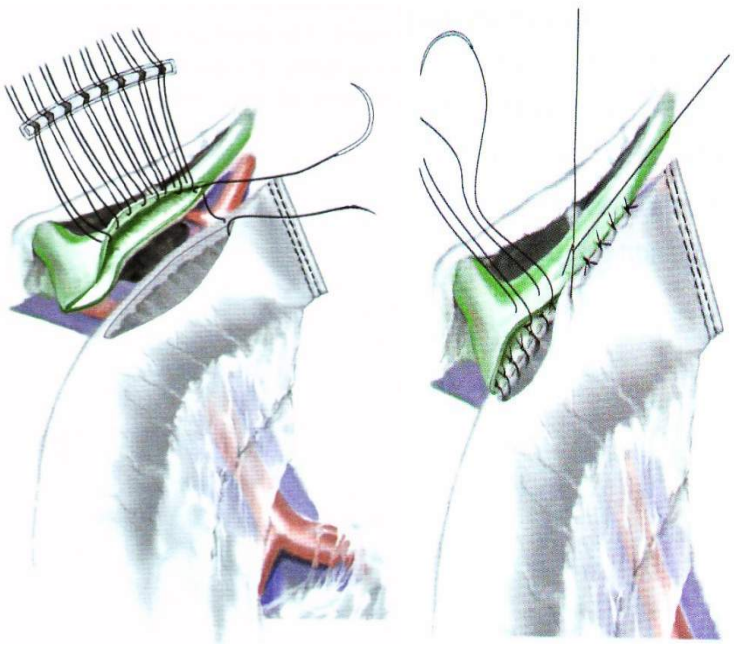
Ընդհանուր էղածորանի մասնակի հատելու համար էղածորանը բռնում են մկրտիչներով, ապա էղածորանի պրոքսիմալ հատվածում անցկացնում են մետաքսյա կարեր, դեպի ներս ուղղված ասեղով: Դիսեկցիա են կատարում էղածորանի ներքին մակերեսի ուղղությամբ: Որովայնամզի բացվելուց հետո, 4-րդ աղեգոնի տարածքում, հստակ տեսանելի են դառնում լյարդային ընդհանուր ծորանի հարթ մկանային թաղանթը: Դեպի ձախ տեսադաշտը ընդլայնելու համար կարել են ստամոքսի ելքի մկանային 4-րդ աղեգոնը գնացող լյարդային ծորանին, որոնք սերտորեն կպած են: Նմանատիպ աշխատանքներ են կատարել 4-րդ աղեգոնի ներքին մասում: Պրոքսիմալ հատվածում բացում են էղածորանի ներքին մակերեսը, իսկ լյարդաստամոքսային ծալքը՝ ընդհանուր էղածորանի մեջ: Այնուհետև հատվածքի եզրերը կարում են ընդհանուր էղածորանի երկայնքով, սուր եղունակով /Պոստոլիպրատոլիի ձևով/, կարողանալով դեպի ձախ լյարդային ծորան:



Փուլ 4. Վերակառուցումըստ Hepp-Couinau-ի

ԼեղուղիներիանաստոմոզիձևկապվելերականգիովումէհետհաստոպոլիմայինY-ածևըստՌու-իպողեզալարիվրա“կողբ-կողբին” հեպատիկոյեյունոստոմայիձևավորումով, միաշարքհանգուցակարերի /5-0 PDS/ կամանընձիաստկարիեղանակով: Բերանակցումըկարելիէլայնացնել, եերառելովնրամեջծախլյարդայինծորանիպատալյարդայինհաստվածը՝ըստHepp-իու Couinaud-ի: Պառարաստվումէ՝ըստՌուի, 70 սմ-ոցY–ածևբարակաղեզալար, որըանցկացվումէլայնածփգհաստոպոլումիջընդերբով՝միջինմթաղիքայինզարկերակիցավելիաջ: Կարողգործիքովվակվածնրաեզրըպերիոռնիզացիայիկարիչունի: Ձախծորանիուբարակաղուլուսանցքիերըերկայնակիքացվումեհու2 ամերկայնքովկազմավորվումէբերանակցում:

Բերանակցմանհաստաջինշարքիկարը, 5-0 ներծծվողթելերով, դրվումենլեղածորանիպատիվրա, ասեղներըչենկտրվումևզրըծգվումէվեր: Հետինպատիկարերըդրվումենվերցնելովաղիքիուլեղածորանիլոծաթաղանթները: Հետինպատիկարերըկապվումենհանգույցովդեպիներս, իսկառաջայինպատինը՝ դեպի դուրս: Այսբերանակցումներըներքինստեհոտոմչենպահանջում, շրջանըդրեհովրվումէ, դրեհաժընդուրսբերվումորովայնիցումիացվումապղպատրին:



Հետվիրահատական բարդություններ

Մոտակա՝

- Լերուպոստահոս:

Հետադեմ՝

- Խոլանգիտ /հազվադեպ/:

Հետվիրահատականգործառույթներ

Բժշկականխնամք՝

Սնուցմանվերսկսումը՝

Ակտիվացում՝

Անուշադրությանտեսողությունը՝

1. *Փորձվածվիրաբույժիխորհուրդները.*

- սինջվիրահատությունուսումնասիրվածդրեհամաձայնպարզէհետացնել լարդիդրումիդիսեկցիանուբիլիո-դիգեստիվբերանակցմանձևավորումը:
  Սակայնայնչինվազեցնումհետվիրահատականբարդությունների ռիսկըհիվանդիհոսպիտալիզացիայիտևողությունը:
  Դրեհամարումըցուցվածէմիայնհետևյալդեպքերում՝ հիվանդներում,
- եթե4–
  լրսեզմենտալուլատերալբիսեգմենտումիջևկալարդայինպարբերությամբ՝ այնպետոէլեկտրակառուտերովիատոմի,
- ծորանիանստոմածեզրերըդժվարէուղարկվենճշտապահպանվածմաքառնականհետազոտության,
- բերանակցումներըներքինստեղծումչենպահանջում,
- խոպոբերություն “ծայրը-կողքին” բերանակցումներին, ըստ Hepp-Couinaud-ի վերակառուցումը/լրծաթաղանթը-լրծաթաղանթինբերանակցումձախծորանիվրա/ ամելիազվադեպէբերումնեղացումների:

Հիվիրաբուժականբերանակցումներառանցներքինստենտավորմամբ

Ներածություն

Նկարագրվումէատոմայարդայինեղուղիներիբարակաղումիջևանըևդիաստոմայովերակագնմանտեխնիկա: Լարդիդպարբերմնայինհոսքինհակվազագույնդիսեկցիայովպարագայումբացվումեներազմաթիվեղայինլուսանցքեր: Բոլորբացվածծորաններըպետքէբերանակցվենկամկապվենչհերթծվողթելով:

Յուցումներուհակացուցումներ.

Յուցումներ՝

- ընդհանուրեղածորանիկամեղապարկիմաղկեղի, լարդիդրումիհիմնականգիծոմաներիկապակցությամբ, լեղածորանիկամլարդիհամակցվածմասնահատումներիցհետոբիլիո-դիգեստիվբերանակցմանձևավորում,
- տեղայինստրածվածոլուցքներովպայմանավորվածլեղուղիներիպրոքսիմալխցանմանմոմիչդրեհավորում,
- լեղածորանիտրավմայիցհետո /բալթրակնեղացում/ ուհաճախ, նախորդածվերակոնգնմանբազմաթիվանհաջողվորձերիցհետո, լեղուղիներիերկարատևդրենավորմանպահով:

Հակացուցումներ՝

- սպրոծվածմեխոսոստոսոտիկգործընթացի,
  լյարդիծանրհիվանդությանևպրեպարկիխցանմանպայմաններումպլանայինառոմիչբկո-
  դիգեստիվշուռնատվորումներիցցանկալիէխուսափել,
- բարորակնեղացումովիվանդերիմոտքերակայինհիպերտենզիանհամարվումէմահացուհամադրումևմանգեպերում
  հարկէխուսափելվիրահատությունից:

Նախավիրահատական հետազոտում/ պատրաստումվիրահատությանը

Սպեցիֆիկոխակերևիվանդիտեղեկացվածհամաձայնություն.
Հիվանդիդիրքը -
Մուտքը –

Վիրհատություն

*Հնդհանուրսկզբունքները/"ծայրը-կոտիհ" բերանակցում/

Երբմոտեցումըընդհանուրլեղածրանիևսահմանափակէ,
առավելհաճախլեղածրանիդիստալբերանակցմանհամարընդունելիմոտերիվիրատումն անարդյունավետ է:
Բոլորդեպերումբերանակցումըձևավորվումէ70 ամերկատությանY-ածևբարակաղիմայինգալարիհետ՝ըստՈու-ի:
Օգտագործվումէներծվողկապանյութ/3-0 կամ4-0 Vicryl կամPDS/:

Փուլ 1. Հատվածլեղուղիներիհայտնաբերումը

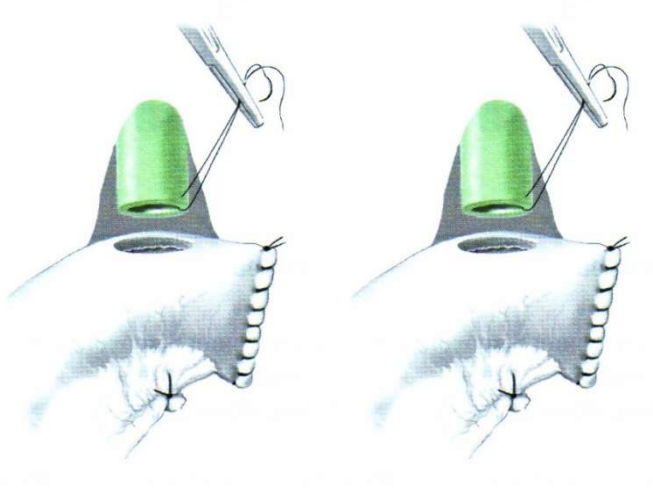
Ծրանիհամարժեքէսպոզիցիայիասելուցհետո, բարակաղեգալարըառանցձգմանանցկացվումէմիջածիգիպթաղումիջընդերքով:
Վիրաբույժինանհրաժեշտէհայտնաբերելբոլորնասվածլեղուղիներիրուսանցքները, նրանցբերանակցմանմեջերառելուհամար:
Ոչբոլործրաններիհամարժեք դրենավորումը կարող է պատճառ դառնալ լուրջհետվիրահատական բարդությունների զարգացման՝լեղուարտահոս, ենթալյարդայինթարախակույտ, լեղայինխուղակ, բլթիատրոֆիա, խոլանգիտ:
Բերանակցվողաղեգալարըկար-բոնիչովժամանակավորապեսֆիկսվումէլեղածրանիցորոշհետազոտությանվրա:

Փուլ 2. Առաջայինկարեր

Ձախիցանցնելովառջևլեղածրանիվրադրվումենառաջայինկարեր /ներսիցդուրս/: Թելերըհերթականությամբվերցվումենբունիչներիվրա, պահպանելովասեղները:

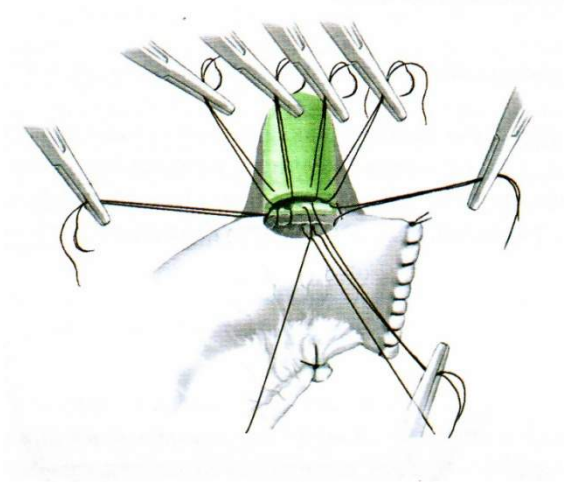
Փուլ 3. Հետինպատկարերը

Առաջայինկարերիցհետոդրվումէհետին կարերի շարքը:
Հետևելովձախիցաջկարերըդրվումենբերանակցվողպատերիամբողջհաստությամբաղիվվրաներսիցդուրս,
լեղածրանիհետինպատին՝դրսիցներս: Կարերըմիանգամիցչենկապվումևհերթականությամբվերցվումենբունիչներիվրա:
Ասեղներըկտրվումեն:



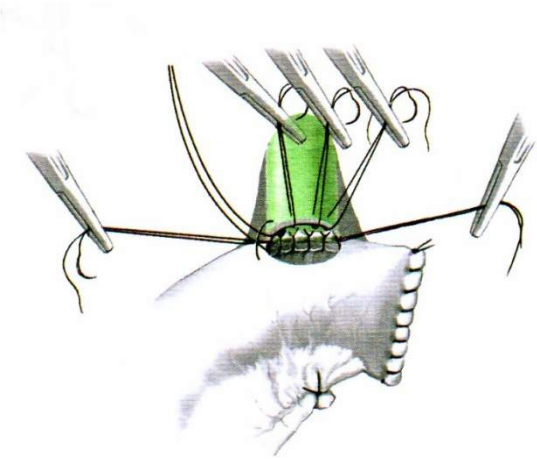
Փուլ 4. *Բերանակցմանհետիհոդատիհամադրումը*

Որիցհետոբարակաղուզալարըհետիհոդատիկարերիերկայնքովբարձրացվումէվերմինչևաղուռածոքանիհետիհոդատերիհամադրումը: Կարերըկապվումեն, թելերըկտրվում:



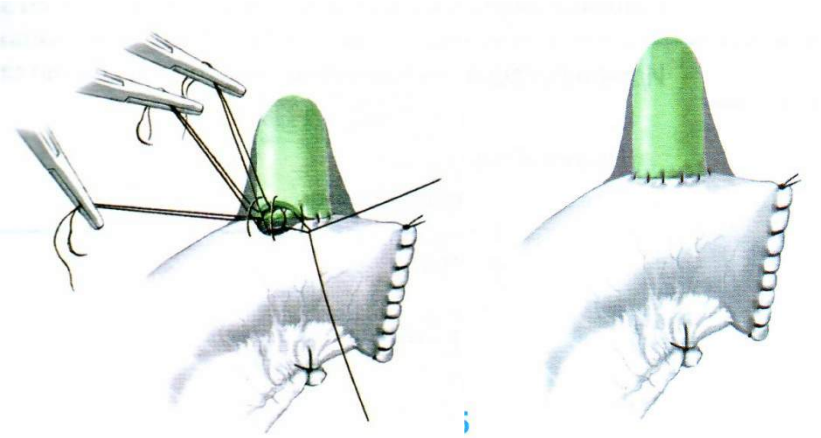
Փուլ 5. *Բերանակցմանառաջիհոդատիձևավորումը*

Լեղածոքանիառաջիհոդատիհնախօրոք դրվածկարերըօգտագործվումենբերանակցումնորավարտելուհամար: Անցնելովձախփցաջասեղըներքակնոցայտբռնցնումէաղիքիառաջիհոդատով: Կարերըչենկապվումմինչերցվումենքունիչերիվրա, ասեղներըկտրվումեն:



Փուլ 6. *Առաջային հիմքերի կտրումը*

Չափից աջառաջային ոստիվրակտերը հեռացնելու համար կատարում են վերահսկողություն՝ ապահովելով բերանակցման առաջային ոլորտը:



“Ծայրը-կողքից” բերանակցումից բերանի ներհյութ

Երկաստումից վերլուծության համար անհրաժեշտ է մի քանի ռենտգենագրություններ, որոնց միջոցով կարելի է պարզաբանել վիրաբուժական միջամտության անհրաժեշտությունը:

Այսպիսով, հիվանդի հետևելը՝ հաճախ երկուսից մեկ անգամ պարբերաբար, թույլ է տալիս վերահսկել ատամների զարգացումը:

Հնարավորություն կա մեկուսացնել ուսումնասիրելու համար բերանակցում ձևավորելիս ոսկրային վերոլեռամասնական ծորան: Եթե նման տեղում ոսկրային հյուսվածքի ձևավորումը ժամանակին չի կանխվում, ապա հետագայում դրա վերացումը կարող է պահանջել վիրաբուժական միջամտություն:

Բոլոր ծորանների վրա կզբաղվում են առաջային ոստիկները, որից հետո միայն ձևավորում է հետին ոլորտը:

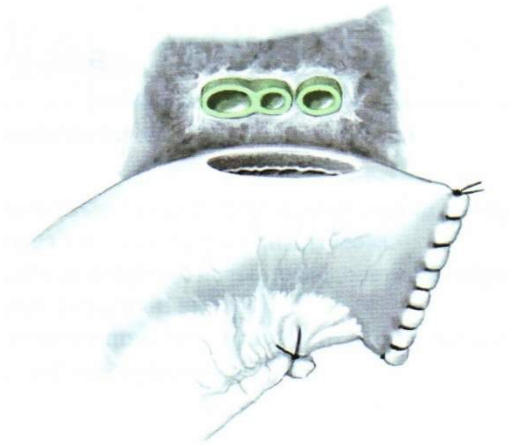
Ալիքայինգալարըփիսեղովառաջինբերառակցմանըսովորաբարխանգարումէնյուսերիկազմավորմանը,

այդպատճառովբաժանվածդուսացիներըմշակվումենորպեսմեկ:

Մեկբերառակցումմիքանիծորաններով

Փուլ 1. *Բոլորդուսացիների գույնականացումը*

Պետքէհայտնաբերվենբոլորցածծորանները:

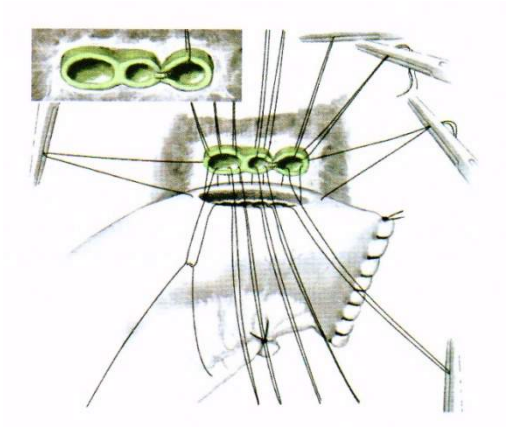


Փուլ 2 *Բերառակցումբարակաղարմեկ բացվածքի հետ*

Ընդհանուրպատչառնեցողծորաններըերկուկամերեքկարերովմոտեցվումենհամահամպրվում:

Բացվածծորաններիընդհանրությունըկարողէդիտարկվելորպեսմեկդուսացիևայնբերառակցվելբարակաղարբացվածքիհետ:

Բերառակցումըիրականացվումէընդունվածտեխնիկայի կիրառումով:



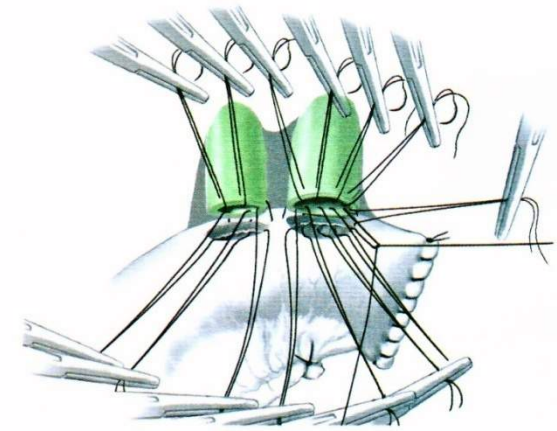
Միաժամանակմիքանիբերառակցումներառանձինծորաններիհետ

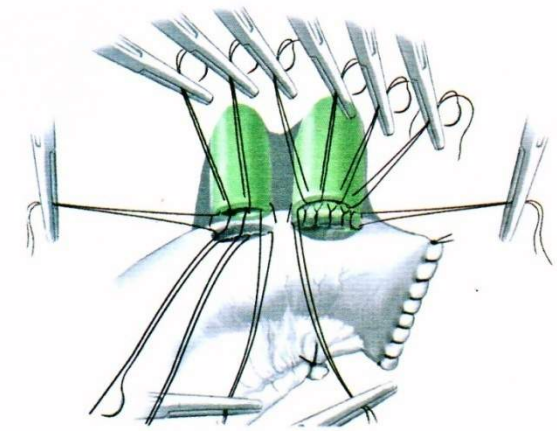
Եթեերածծորաններիդուսացիներըտեղակայվածենիրարիցհեռուևհնարավորչէստեղծելմեկմիասնականբերառակցում,

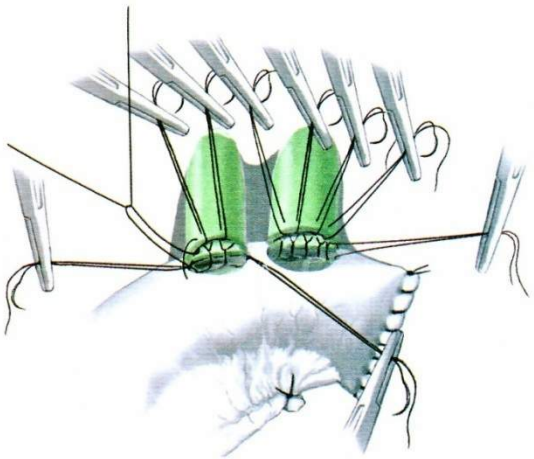
ապաանհրաժեշտէհամայնտեխնիկայի կիրառումով ձևավորելմիքանիբերառակցումներ:

Շարժվել ոլնախկուսուցքով ոչբացված ուսանողների հետևյալ հարցերով կարող /հետևյալ/:
Թե երբ են թաքնվում ձկները:

Որևէ առարկայի կողմից ստվերի առաջացումը կախված է լույսի աղբյուրի դիրքից, միևնույն ժամանակ ստվերի չափը: Պետք է հետևել, որ բոլոր ոչբացված հետազոտվող ուսանողների:
Հանգստացրեք ձեր ավարտվում են բառակցումները լույսի աղբյուրը, կարելի կապվում են կտրվում:
Լեռնային առաջին ոլնախկուսուցքով ոչբացված կարելի օգտագործում են բառակցումները լավ ստանում համար:
Նորից անհրաժեշտ է համոզվել, որ կարելի ձևավորվում են հետևյալ ուսանողների ոչբացված հետ:







Ներկայացրեք “կողքը-կողքին” բեռնակցում

”Կողկողի”

հետևյալ ոլորտի հետևյալ հետազոտվում են ուսանողները ստվերի ուսուցման հետևյալ հետ կապված հետ է հետևյալ ուսանողների հետևյալ ուսուցման հետևյալ հետ կապված

Հիշատակվումէհաւելեղապարկիբուհոցիհիմիհիմնատեղակայված5-րդսեգմենտիծորանը,
սակայնիրաօգտագործումըկապվածէորոշակիբարդություններիառկայությամբ:
Բերանակցմանտեխնիկականմանրամասերընկարագրվածին: Կանորոշընդհանուրմոտեցումներ, որոնքկարևորէընդգծել.

ա/ տարածվածուռուցքովիհիվանդներիմոտլյարդիծորանայինհամակարգիաջուձախկեսերըհաճախառանձնացվածեն: Առանձինաջկամձախկողմիդեկոմպրեսիաերբեմնէշեհուկայինբնիկությունակարգակիկանոնավորմանմիայնայդեպքում, երբդրենավորվածէլյարդիգործողպարենխիմայինզանգվածըը30%-ը;

բ/ բերանակցումըայնքանիաե, որնպատճառկհիդատոլեհսցանվածէկամկատարտահայտված ատրոֆիա, հիմնականումանհնարինէանհաջողելիրչպետքէկիրառվի;

գ/ եթեաջևձախծորանայինհամակարգերըառանձնացված, ապահակատակկողմըհամարժեքչդրենավորվում: Տարածվածուռուցքովիհիվանդներիմոտհամոզվելուհամար, եթեկոնտրաստերըհեղայինծառըվնասվածչէ /օրինակհակոտրտզգրծիքայինմանիպուլյացիայով/: Նմանդեպքումկարելիէձախկեցաջ /կամաջկցձախ/ տեղադրելերբիհնարեհնարհասնելովկոնտրաստերըհամակարգչիէկրանիպրեսիոնջանցողբերանակցմանմիջոցով, հակառակդեպքումհիվանդիմոտանհրաժեշտէձևավորելմշտականարտաքինդրենավորում:

դ/ Բարորակստրիկտուրաներիդեպքումդրենավորումըհոսքբերությունչպարզորակուռուցքերիժամանակկիրառվողամոթիչդրենավորման, պահանջումէայնէսպզիցիա, լյարդիդրոնիքիերիվրիվեկոմպրեսիայիասելուհամար:

Հետվիրահատականբարդություններ

Հետվիրահատականգործառույթներ

Բժշկական խնամք՝

Կերակրման վերսկսում՝

Ակտիվացում՝

Առաջխաոտնհսկությանհանձնարարությունը՝

Փորձարկվիրաբույժիխորհուրդները.

- Ընդհանրապումենքազմաթիվբացծորաններ, հատկապեսկարևորէգտնելպոչավորըթիւբացծորանները: Եթեդրանք մնանառանցպաղիքիևնեբերանակցմանհամոզմամբ կարողէզարգանալբռնկիվտանգ:
- Եթեայտնաբերվածէբերանակցմանհամապատասխանություն, ոչմեծդրամաչափիբացեղածրան՝ նպատակահարմարէայնչներծծվողթելովկապել:

ԴԵՊԻՆԵՂՑԱՀԱՑԻՆՇՈՐԱՆՆԵՐԱՄՈՒՏՔԻԶԱՐԳԱՑՄԱՆՈՒՂԻՆԵՐԸ

Ներածություն

Այդեպքերում, երբհնարավորչէիրականացնելօբստրուկտիվվիդեոլարինգոսկոպիաչարորակ ուռուցքիհնարավորինչափ լիարժեք հեռացում, ներլայարդյունքի ծորանների օգտագործումը, լեղուղեբիհնարտահոսքըապահովելուհամար, հանդիսանում է միանգամայն անվտանգ ու արդյունավետ տեխնիկա, որըառաջինըկիրառել է Corlette-ն 1975թ.-ին, հետագայում մոդիֆիկացրել Blumgart-ն ու Kelly-ն 1984-ին: Ընդհանուրսկզբունքըկայանումէօբստրուկցիայիցպրոքսիմալ, անվտանգ եղածծորանըլուծաթաղանթիհետ անաստոմոզավորելումեջ՝ ըստՈՒ-ի "լուծաթաղանթըլուծաթաղանթին" բերառակցմանը: Բերառակցումըպետքէապահովիլեղուդրենավորումովհիվանդիմոտեղումկլուծարքերեւացում:

Ցուցումներուհակացուցումներ.

Ցուցումներ՝

- չարորակկիստաձում/ուռուցքհանգիստեղապարկիմաղկեղիկամդրենիմոլանգիոկարցինոմայիպատճառով/ աջուձախլյարդայինծորաններիմիացմանտեղում/,
- հիվանդիկյանքիսպառնալ տևողությունը 6ամսիցավել,
- լյարդայինծորաններիմիացմանգոտիընդգրկողծավալուբարորակնեղացումը, երեհնարավորչէմոտենալընդհանուրլյարդայինծորանին,
- լեռնածորաններիմիացմանտեղիլրիվօբլիտերացում, երբաջուձախծորաններիտարանջատումըանհնար է:

Հակացուցումներ՝

- համարժեքբերառակցմանհամարչվովոխվածլուծաթաղանթիանգիոգիաներ ունոտեցմանբացակայություն;
- լյարդիսեգմենտներիդրենավորում, որովհետևբոլոր ճեղքավածքերիտարբերվածաստղաձևայի:

Նախավիրահատականհետազոտում և վիրահատությանպատրաստում

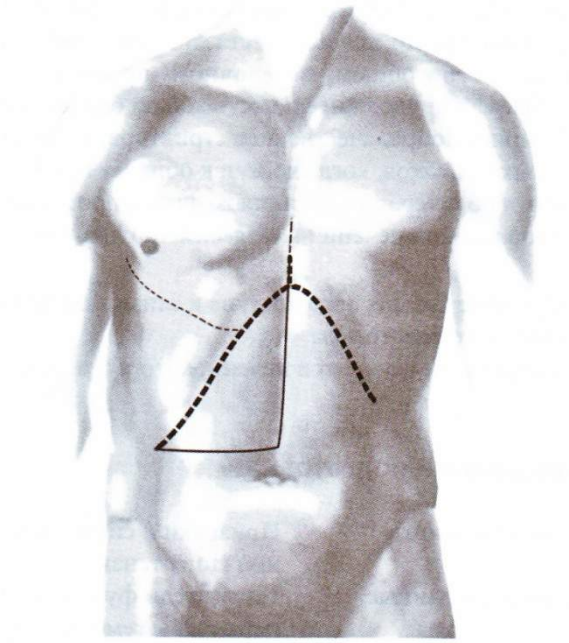
Նախավիրահատական հետազոտություն՝

- ✓ խոլանգիոգիաներ, միտրալուղեղայինհիպերտենզիա:
- ✓ Պարտադիր լյարդայինփորձեր, սեռցմանցուցանիշներ, երիկամներիփորձեր:
- ✓ ԳՋ դուպլեքսհետազոտություն, ՄՀՊԳ, հակավիրահատականտեղումբկամառանցքառուղու ԽԳ կատարելունհնարավորությանգնահատում /մաճկիմիջով/:

Հիվանդի Պատրաստումը `աղիներիմաքրում, լայնազրեցությանպրեպարատովհակաբիոտիկներիճակավիրահատականհետազոտում, դրենավորումուհակաբիոտիկներովվոլանգիտիհամարժեքբուժում:

Հիվանդիդիրքը՝մեջքիվրապատված:

Մուտք՝կտրվածքըպետքէապահովիլյարդիդրենավորումիհնհամարժեքմոտեցում, հնարավորությունտալովիրականացնելլյարդիլրիվ տեղայնացում, անհրաժեշտությանդեպքումիջհիգծովուղղահայացընդլայնմանհնարավորությամբ; երկկողմանի ենթակողոպնհատում՝միջհիգծովուղղահայացընդլայնումով կամառանց դրա: Հատուկդեպքերում, աջքրիստորոֆկայիպայմաններում, կարողէօգտակարլինելկտրվածքիթորակո-աբդոմինալընդլայնում, աջենթակողոպնհկտրվածքիհետևորովհիցդեպիVIIմիջկող:



Վիրահատություն

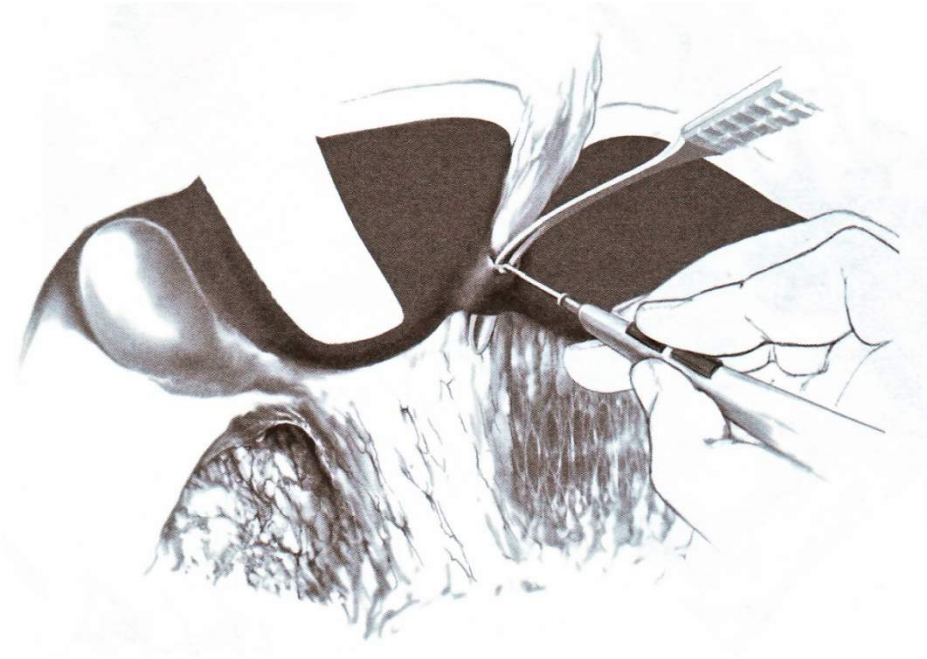
Հիվանդասիզբուհիներ

- պալատային կողաղեղը դեպիվերտեղաշարժուղեղուկտրիվիրահատում, որըբերումէվիրաբույժիտեսադաշտիբացվելմամն,
- ուռուցքի/սրտիկտուրայիևայնացածլեղածորանիերիվնոխհարաբերությանորոշմանհամարպահանջվումէերիվիրահատական ԳՉՀ,
- վիրահատությանվերջումպասսիվդրենավորմանհամարթողնվումենդրենաժիեր:

Մուտծախլարդայինծորանիուղղությամբ

Փուլ 1. Լյարդայինև 3 և 4 սեգմենտներիմիջևմիացմանհատում

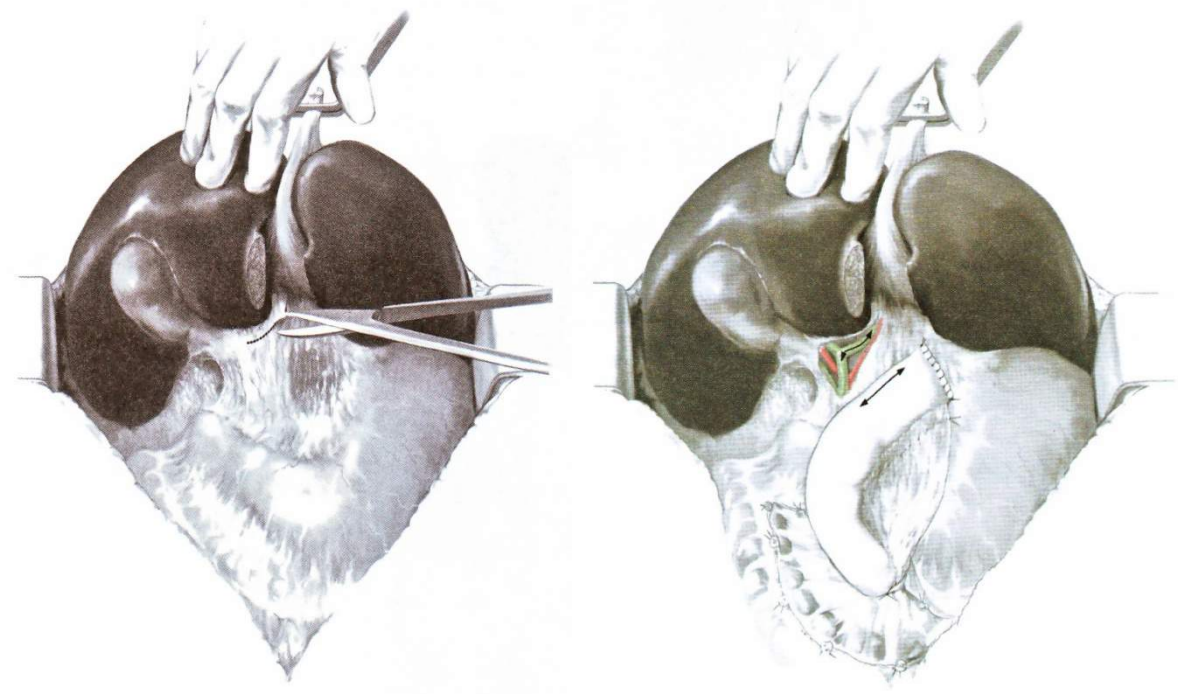
Հասովումէկլորկապանը, որովայնիսաջայինպատիցուստծանուցանջատովումմանզալածևկապանը: Լյարդիկողմիցկլորկապանիվրաթողնվումէերկարլիգատուրա, որըծառայումէորպեսեղեգուկտր, լարդըբարցրացնելուհամար: Ծառակուսիբլթի/4b-սեգմենտ/ուծախլատերալսեգմենտիմիջևհատվումէլյարդիայուսվածքայինկամրջակը: Այստեղերբեքչենլինումխոշորանոթներևայնկպողէէլեկտրադանակովհեռստությամբհատվել:Սրանովլրիվմերկացվումէպրոքսայինկոտուրը, հեռացնելով4-րդսեգմենտիհիմքիպռիսեկցիան:



Փուլ 2. *Մոբիլիզացիա*

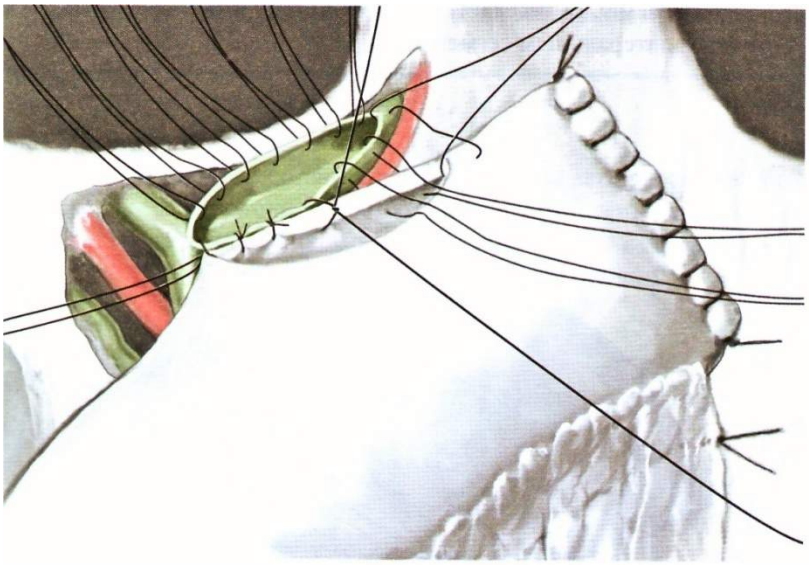
Զոլյոդյանեգմենտըգլուխվեր, տեսանելիդարձնելովերսահիմքը: Գլխավորսոյամիուծախեակիհատմանհամարկիրառվումէսուրհիսեկցիայիեղանակը: Զոլյոդյանեգմենտիհիմքումներկացվումէծախլարդյիճծրանըուսանձնացվումարտաքայդյիճըթացիիրամբողջերկայնքով, մինչևպրոքսիմումըհասնելը: Դեպիաջդհսեկցիանկարողէներկացնելծոլանձերիմացմանտեղուսջլարդյիճծրանիսկզբնամասը: Այսբջանումկարողէառաջանալոչնեծարյունահոսություն, որըգրեթեմիշտկանգումէշորհիվբարակթելոտեղադրի, որըդրվումէվերևից 4-յուսեգմենտիհիմքով:

Այսբջանիմեծուտացիներըկարողենդժվարացնելէսպոզիցիանպահանջելովտեղայինհատումկամայլմուտիկիրառում:



Փուլ 3. *Հիլխո-էնտերոլբերահանկցում*

Հետխթաղիմայինհատվողվոսրդիդրսուիմինոտեցվումէ՝ըստՈռու-իձևավորած 70 սմ-ոցքարակաղուգալարըև “կոմբը-կոմիհև” եղանակովքերանակցում:



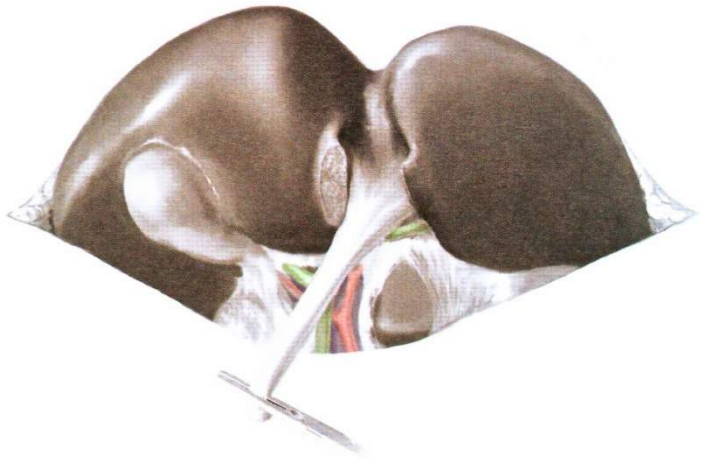
Մուսկլորկապանիմիջով

Փալ 1. Գործողությունների որկապանիհետ

Հասովումէկլորկապանհատմանգալածևկապանըանջատվումէորովայնիսաուջայինպատից և ստածանուց: Որիցհետոհասովումէլսրդիպարեհիմայինմրջակը4-րդստերալսեգմենտներիմիջև:

Փալ 2. Կորկապանիմոբիլիզացիանտեղաշարժը

Լսարդըծգվումէվեր, իսկկլորկապանըներքև և հատվում Որա լսարդինկպածտեղում՝ բացելովկապանիհիմքը:



Փուլ 3.

Կողակոպանիհիմիվերիհնմակերեսիցիրականացվումէդիսեկցիադեպիծախ:

Այստեղհանդիպումենդեպիծախլատերալսեգմենտըզհացառողիչմահակովանոթայինհյուղեր, որոնքոչդեպիէրոմպետիհատվենովպրվեն: Դեպի3–րդսեգմենտզհացառնիհմնականհրումհամարվողէպռնոպոեել: Այսդիսեկցիանկատողէլինելհոգնեցուցիչ, սակայնայնպետիէիրականացվիմնորակրկիտուզգույշ, հանիրայսբջանիպյունհոսությանդադարեցումըխիստժվրէ: Այսչմեծհյուղերիմեկուսացմանուտեղաշարժմանհամարկարողենօգտակարլինեհանելզմայիկարիհամարօգտագործվողմանրաթելերը:

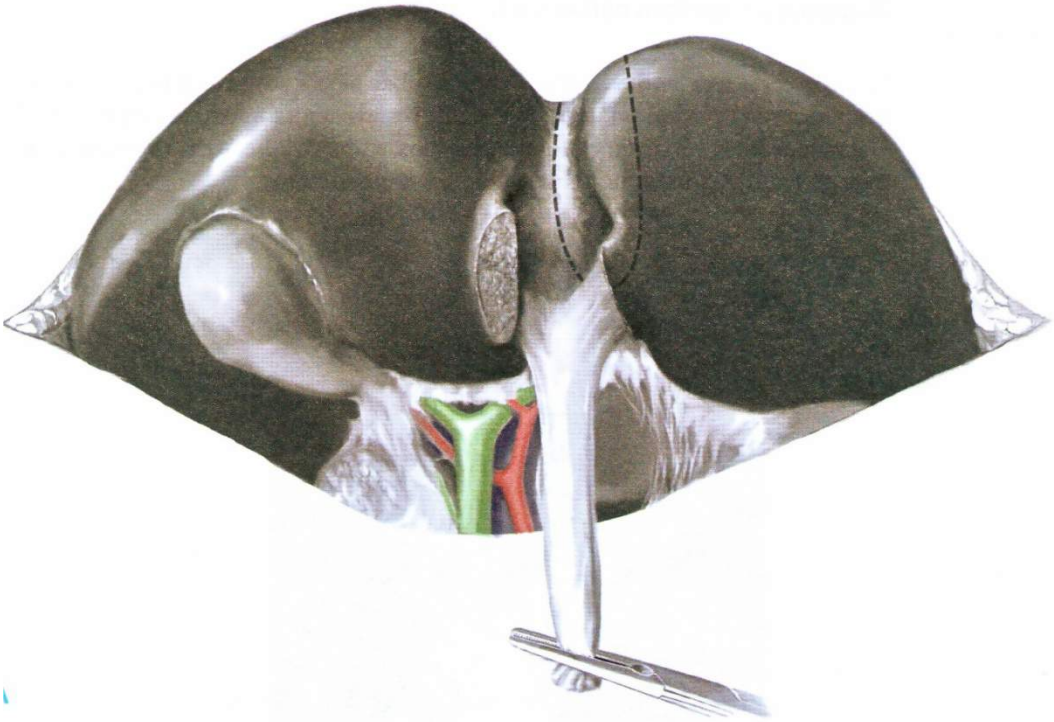
Փուլ 4. *3–րդսեգմենտիծորանիէքսպոզիցիան*

Այսսեգմենտայինծորանըմերկացվումէդրումհամայիներակիհյուղերիցվերևհերթ: Ծորանըբացվումէերկայնակի, անմիջապես2–րդ3–րդսեգմենտերիծորաններիբաժանումիցվեր: Դրվում “կողբ-կողին” լարդ-բարակալիմայինբերանակցում՝ ըստՌու-ի70սմ-ոցY–ածևաղեգոլարիեռ, մոտեցրածնեռհաստատիմայինուղով:

Փուլ 5. *Լյարդիմասնահատումէնստոզիցիայիբարեխոհմտորեն*

Այլընտրանքայինկամ3–

բռնեգմեներծրանիէնստոզիցիանհեռուցնողտեխնիկաէլյարդիմասնահատումըմանգղաձևկապանիցանմիջապեսաջվեր, մինչևվերևիցծրանիհիմասելը: Նմանգործողությունըկատարէօգնելգտնելուծրանը, կամայնկատարէկիրառվելորպեսհիմնականմոտեցում: Այսմոտեցմանհատակվելությունները՝էհամարվում3–բռնեգմեներիդեմասկուլյարիզացիայինկանխումը:

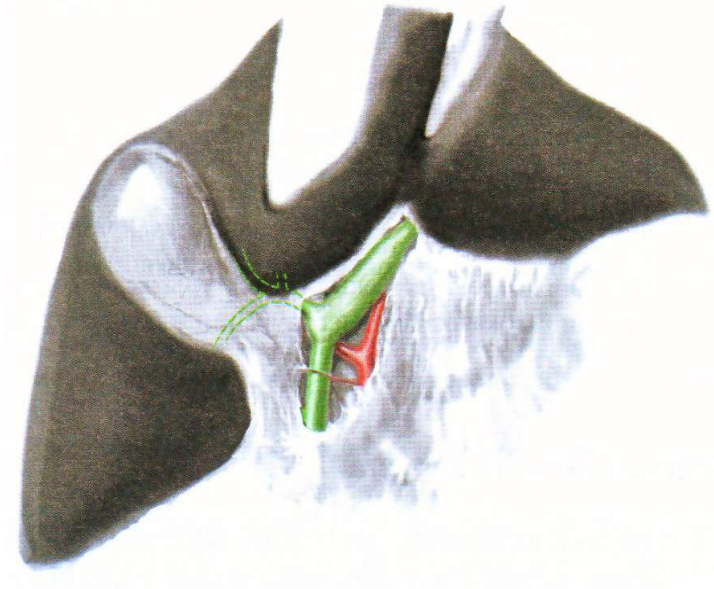


Մուտդեպիաջպրոքսիմալսեկտորալծրան
Փուլ 1.

Հաստումէկզոկապանը, որովայնիառաջայինպատիցառաձգականջլատվումէմանգաղածևկապանը: Լյարդիկոմիցկապանովլարթողվումէերկարլիգաստրա, լյարդիտեղրակցիայիամար:

Փուլ 2. Աջլյարդիֆոսիկի ասյնականացումը

Լեղապարկիառաջնորդումիմիականացվումէհեղուկոռոմիանևհայտնաբերվումաջլյարդիֆոսիկը: Հյուսվածքըաջլյարդիֆոսիկիցառաջինկանգառումանջատվումէբութեղանակով, հատվումևկապվում:



Փուլ 3. Աջլյարդայինծորանիէքսպոզիցիան

Աջիմանականլյարդայինծորանըառանձնացումիցհետո, դիսեկցիանշարունակվումէընդհուպաջային /առավելհաճախ/ կամհետինհոտիկիերկայնով, մինչևբավարարերկարությունըստանալը: Հետոեղածորանըառանձնացվումևերկայնակիմերկացվում: Լեղածորանիպատերերկայնակիբացվում:

Փուլ 4.

Իրականացվում է “կոմբլոկոմբին” բեռնաթակցում՝ լստՈու-ԻՏ–ածև70 սմ-ոցքաբակալեզալարիներ:

Ստանդարտհետվիրահատականխնամքներ

- ✓ հեմոստազիմոնիտորինգ մոնիթորինգ, առաջին48ժամերիընթացքում,
- ✓ լարդիգործունեությանցուցանիշերիգնահատումամեջ,
- ✓ երիկամներիգործունեությանգնահատումամեջ,
- ✓ դրենաժներիցարտազատուկների բնույթի ամենօրյագնահատում:

Հետվիրահատականբարդություններ

Մտավախ՝

- ➢ լեղուարտահոսք,
- ➢ բիլիոմա,
- ➢ թարախակույտ,
- ➢ լարդիդիսֆունկցիա/լարդայինանբավարություն,
- ➢ ներորովայնայինարյունահոսություն,
- ➢ բեռնաթակցմանվայրերազում:

Հեռավոր՝

- ➢ լեղածորանիթարմարկերազմանկրկնություն,
- ➢ լեղածորանիչարմարկերազմանկրկնություն,
- ➢ խոլանգիտ:

Հետվիրահատականզգործառույթներ

Բժշկական խնամք՝

Կերակրման վերսկսում՝

Ակտիվացում՝

Անհաշմանդամությանտևողությունը՝

Փորձվածվիրաբույժիխորհուրդները.

- Կողկապանիմիջովմուտքիդեպքում, դեպի3–րդսեգմենտզգացողություներակովչմեծճյուղերը, սովորաբար, գտնվումենանմիջապես3–րդսեգմենտիծորանիցառաջ:
  Ծորանիհամարժեքցուցադրմանհամարնրանքսովորաբարհաստովմեն:

- Եթեհոյնիսկչատրակօբստրուկցիայիհետևանքովձախկյարդայինծառը անջատված է աջից, հաճախմիայնկյարդիձախկեսիդրենավորումըբավարարէդեղությանճիշտազեցմանհամար: Նմանմիջամտությունըհաստկապեսցուցվածէկյարդիաջիկեսիստրոֆիաառաջացողուռուցքայինհիվանդություններին:
- Տեխնիկականդժվարություններիհետևանքովշատովիրաբույժերիդաժտալումենհաջակողմյադրենավորումից, նախապատվությունըտալովմսճկիմիջովկյարդիստոմաիդրենավորմանը:

ՄՂԵՀՈՒՈՑԵՑՒՆՈՍՏՈՄԱԼԱՂԵՁԻՍՏՈՑԵՑՈՒՆՈՍՏՈՄ

Ներածություն

Լեղուդրենավորողվիրահատությունները կատարեն բոլոր հիվանդների մոտ ախտանշանների դեղորակի երկարատև թերևացում, եթեսպասվողկյանքիտևողությունը 6 ամիսներից ավելի է: Բիլիոպօբստրուկցիայիհիվանդը նրան կարելի է “կողբ-կողիկ” բերանակցումը՝ թույլտալով, հոյնիսկերբկյարդայինծորանների դրենավորմանդեպքում, ձևավորել մեծ ուսանցքովմիացում: Եթեանատոմիականնիշերովհնարավոր չէ նորակազմել “կողբ-կողիկ” բերանակցումևհաշվիառելովերթաստամոքսայինհյութիհնարավորկանգրկելուհամար ժամանակ “ծայրը-կողիկ” բերանակցում:

Ցուցումներուհակացուցումներ.

Ցուցումներ՝

- երթաստամոքսայինգեղձիգլխիկիամբարտ-երթաստամոքսայինհամակարգայինչարորակհոտագոյացություններ, ինչպեսհամաM1վուլկուուցքեր,
- տասներկումատնյաղաստաջնային /անմասնահատելի/ ուռուցքներ /ադենոկարցինոմա, նեյրոէնդոկրինուռուցքեր, լիմֆոմա, սարկոմա/,
- լյարդ-տասներկումատնյակապանիբջջանիերկրորդային /անմասնահատելի/ չարորակուռուցքեր /կարցինոմա, մելանոմա, լիմֆոմա, սարկոմա/:

Բացարձակհակացուցումներ՝

- սպասվողկյանքիտևողությունը 6 ամիսներից պակաս /հավընդունելիբուժմանեղանակըմասնակիմիջով, կամէնդոսկոպիկստենտավորում/,
- լեղայինօբստրուկցիայիհետևանքովհեմոստազիածանրխանգարումներ /հավասկիրահատականկորեկցիավիտամին K-ով/,
- տեղայինինֆեկցիա /խոլանգիտ, թարախակույտ/,
- լյարդ-տասներկումատնյակապանի, լեղուղիներիկամբարակաղուձբավարար /վիրաբուժականհանձնաժողովայիտեսակետից/ վիճակ /օրինակդրենավորկայինհիպերտենզիա, սկլերոզացնողխոլանգիտ, կարճաղուսինդրոմ/,
- ուղեկցողհիվանդություններ /օրինակըստԶայլդ-Պյու-Խրտասակարգմանի C դասիցիրրոզ/:

Խոլեցիստոգրաֆիականհետազոտմայիցուցումներ՝

- պարկայինծորանիքարծրմիացում,
- ընդհանուրլեղածորանիօբստրուկցիայիցածրմակարդակ:

Նախավիրահատական հետազոտություններ և պատրաստումվիրահատությանը

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝ցավաջքթուլակողում, բաբիկոքուստ, դեղնուկ, մաշկիքոր, կոագուլոպաթիա, լյարդ-երիկամայինանբավարարություն, խոլանգիտ: Լյարդայինհիվանդներ /լակտատդեհիդրոգենազա, ԱԼՏ, ԱՍՏ, գամմագլյուտամիլտրանսֆերազա, հիմնայինֆոսֆատազա, բիլիրուբին/; արյանմակարդելությանցուցանիշեր, լյարդ-աղիքայինցիկլընդհատմանդեպքում; ԵռոֆագՇՇ-սկանավորում /օբստրուկցիայիերևույթություն, ուռուցքիմասնահատելիություն, շրջակակատուցվածքերիներխուժությունը, հատկապեսդուոդենալկոնքայլարդայինզարկերակի/; ԳՋՀ /տեղակայում, արտալյարդայինծորանների լայնությունը, լեղածորանիերիքբեռնաթափմանհնարավորությունմաշկովլյարդովդրենավորմամբ/:

Վիրահատությանպատրաստում՝կոագուլոպաթիայիկարգավորումվիտամինK-ինճանակմամբ, նախավիրահատականդրենավորում, չնայածլեղուղիերիներիվնգեկցմանպատճառավերացությունների նախավիրահատականդրենավորվելացմանը, այնավելհաճախխրթականացվումէ՝կարևորելովլեղուարտահոսիվերականգնումը: Հակաբիոտիկայինկոմպոզիցիաներպատվաստ:

Հիշյաչեմոէհանել՝մինչվիրահատությունըպետքէգնահատելհնարավործանրբերություններիզարգացմանևմահացուելիքայնությունները, հիշյաեսնաևապասվողկյանքիտևողությունըվիրահատականբուժումիցհետո: Որովայնիխոռոչիուռուցքմանժամանակմասնահատելուցոչայնգործընթացնշանակությունբերելիս, որպեսմոհիչմիջոց, պետքէկիրառելշուտնշանակում: Սակայն, եթեպատվողկյանքիտևողությունընվիվանդիմոտպրեմ, առավելգերադասելիէստեհնտիվիրահատականտեղադրումը:

Եթեօբստրուկցիայիժամանակպահանջվումէնախավիրահատականդրենավորում, նախապատմությունըպետքէստալ պատկերազոտելուհին, հանրայինվիրահատությանժամանակդրանցհետացումըպատվել դյուրին է: Ընդհատուլեղածորանիօբստրուկտիվիվնասվածքությունների ժամանակստեհնտեղադրումիցանհրաժեշտէխուսափել:

Սպեցիֆիկխոսքերևիվանդիտեղակացվածհամառայնություն.

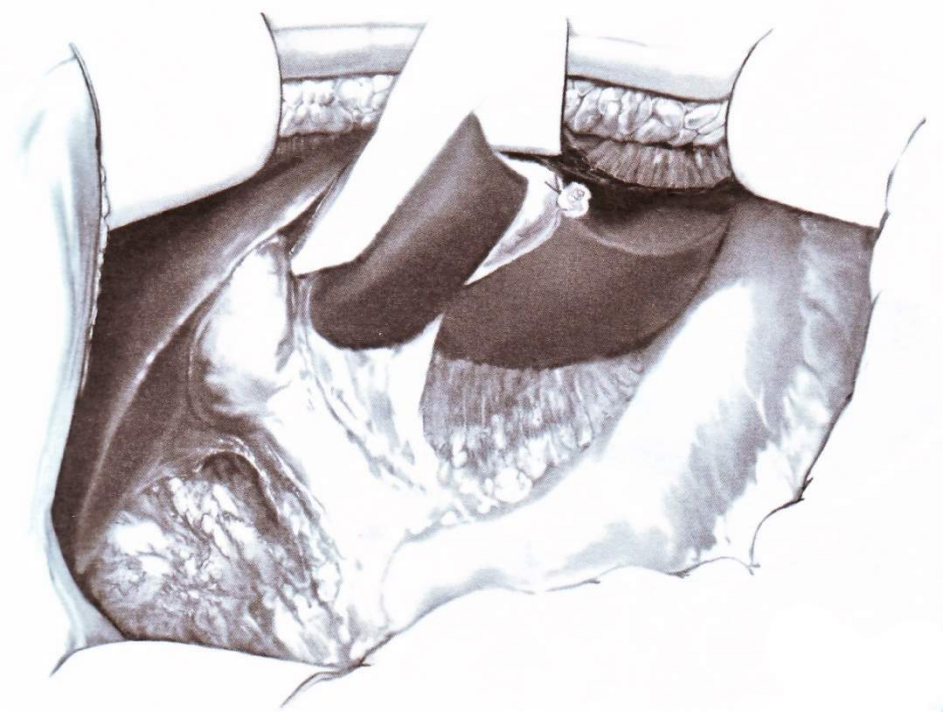
Հիվանդիդիրքը՝մեջքիվրապատկած:

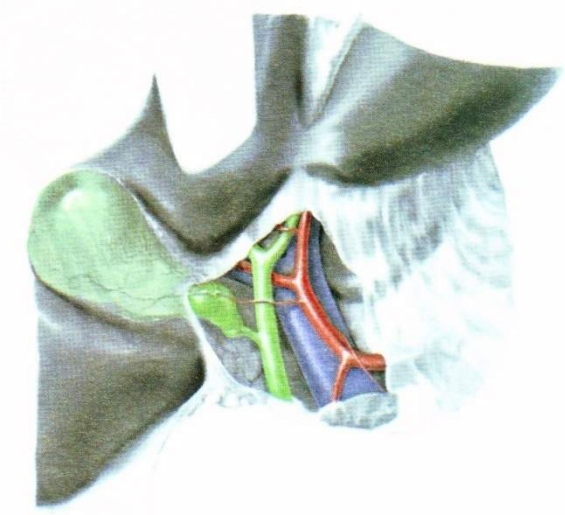
Մուտքը՝կարելիէկիրառելկամաջենթակողայինկոտրվածք՝այներկարացնելուհնարավորությամբդեպիորովայնիպատի, կամմիջայինկոտրվածք: Եթեմիջմաշկային, ներլյարդայինխողովանգիոգրաֆիկստեղ, կոտրվածքըիրականացվումէայնպես, որչառաջանանդրաներվիրահատականհիվանդությունը:

Վիրահատություն

Փուլ 1. *Լիմպոզիցիա*

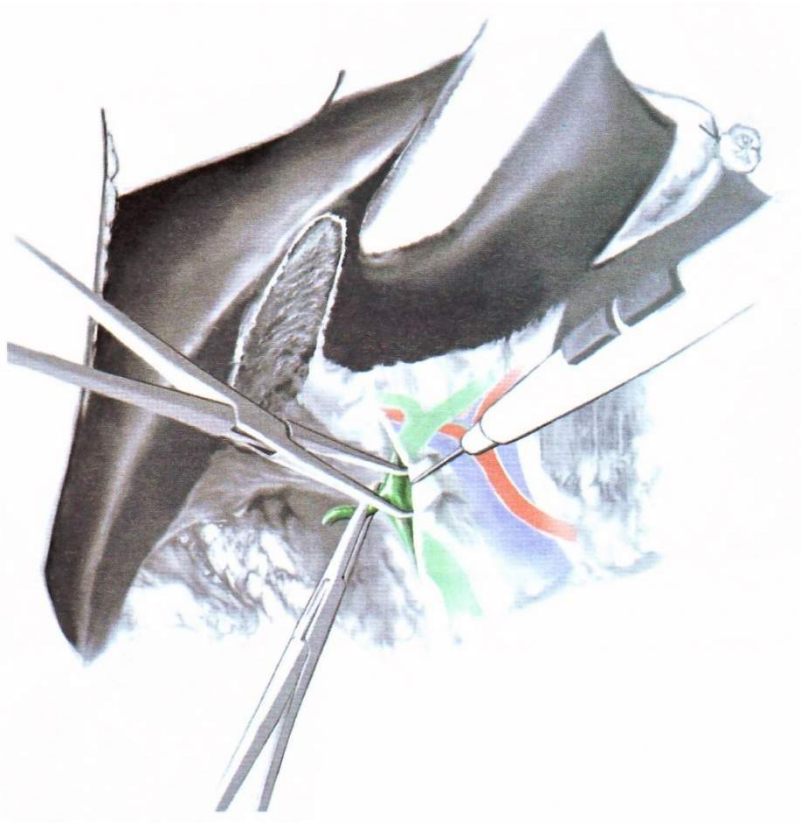
Հարկէնշել, որԿոխերիգործողությունըկատարվումէոչմիշտ, սակայնայնզգալիբարելավումէվիրահատականտեսադաշտը: Կրկնակիմիջամտությունների ժամանակկարևորէկպումների հանդեպզգոնիհետևողությունը, սկսածաջենթալյարդայինբջանից, տեղայնացնելովլյարդըորովայնիպատից: Այստեղից, լյարդիեզրով, զգուշորենհատելով, պետքէտարժվելդրզոլուգլխամասայինհատվածըհամարլյարդիդրումի: Կարևորէմշտապեսաբխատել լյարդինմոտիկ: Բավարարտեղայնացումիցհետոտեղադրվումէվերմալայնիչ:





Փակ 2. Ներքի ծոծրակային ոսկրահիպոցազատումը

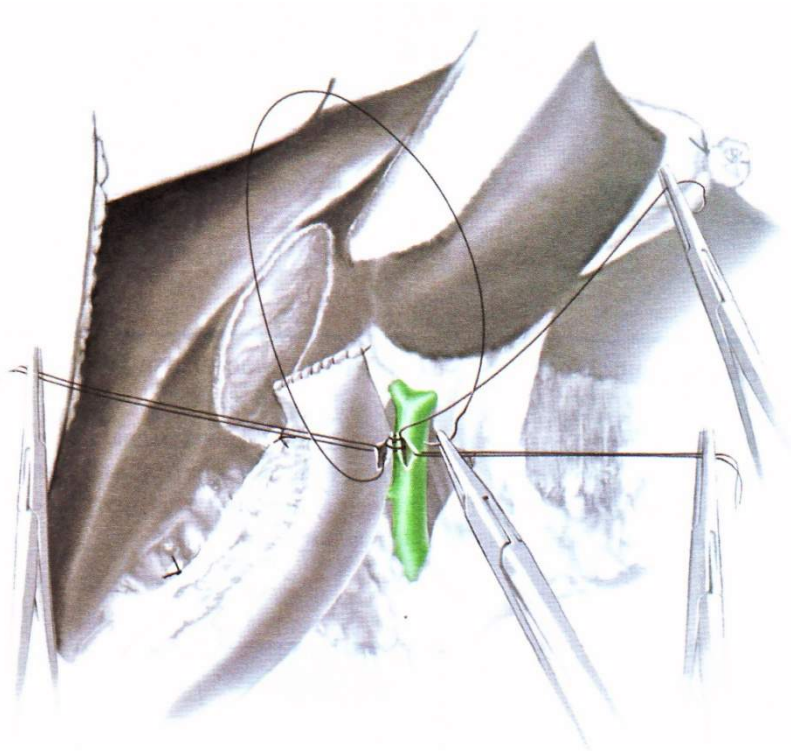
Սկզբում իրականացվում է խոլեցիստէկտոմիա: Ներքի ծոծրակային ոսկրի հետ կապված ընդհանուր ընդունված պարկային ծոծրակիմիացմանտեղը: Տրեցիկապանից 40 սմ ավելի հիստոլոգիապատրաստվում է բարակաղիքային ենգմենտ, որը հատվում է կոպրոստաբ ովուս 40 սմ ավելի հիստոլձևավորվում “ծայրը-կողին” բարակ-բարակաղիքային ենթակցում: Պատրաստված բարակաղեզալարը, միջածիգհատատաղում իջընդերիմիջով, խուլ ծայրովմոտեցվում է ընդհանուր եղածորանին: Նկատի ունենալով անհատական տարբերակները բազմազանությունն ուշադրություն դարձնել ընդհանուր եղածորանների տեղակայմանը, անհրաժեշտ եզրիտրուբել յարդային ընդհանուր եղածորանի պատերակայմանը յարդ-տատներկումատոհյակապանում, միևչորս էհատում իրականացնել: Վիրահատականայտուլինպատակը օպտիմալ եղածորանի զատահատված ծիրայտնաբերումն ու ստոմ-իY– ածև բարակաղեզալարխեգմենտի ենթաբերանակցումն: Բարակաղիքի լուսանցքել եկտրոդանակով քացվում է մոտ 1,0-1,5 սմ ածխկողմնցդրվում պար-բոնիչ:



Մոտեցում աջ պրոքսիմալ սեկտորալ ծորանների

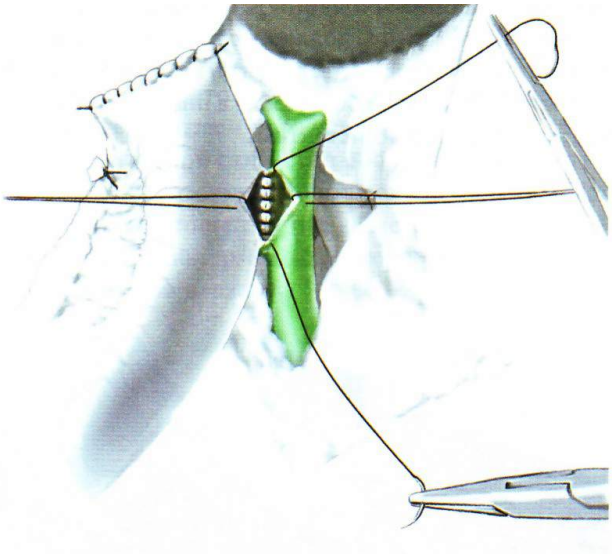
Փուլ 3. Բորակապիտումը ընդհանուր լեղածորանում և ծածկիթափոխումը ուկտերբոնիչների միջոցով

Հասովում է ընդհանուր լեղածորանի պատը և բավարար տեսադաշտ ապահովելուն համար, կտրվածքի երկու եզրերին դրվում են ուկտերբոնիչներ: Հետծնվածքով մի էբերանակցումը, ներսից դուրս ընդհանուր լեղածորանի պատով, օգտագործելով երկարերկկողմանի ասեղներով 3-0 կամ 4-0 PDS: Երկու ծայրերն էլ պետք է լինեն հավասար երկարության և միկողմից դրվում է սեղմիչ: Թելը ոլորվում է էբերանակցումը պետք է օգտագործվի բերանակցման դրական հատվածի կարի համար: Առաջին երկու, երեք կարերը կարելի է դնել առանց գնման, որից հետո բարակ ալեզը արդյունքում ծորանի պատին: Թելը գնում են միկողմից պետք է ուղղվի:



Փակ 4. Հետանցմանդրզոլհատոմածիանըմիհատոկար

Կարելուժամանակվերցվումեճաղիքիանըմիանալուելաճառանիպատերիքոլոշերտերը:
Ամենկարևցիետոպինցետովիամմպրվումեճոլորձաթաղանթերըևձգվումկարաթելը: Ներվիրահատականելեռւսրտահոսքըսովորաբարչնչիվե:
Որպեսզիմվազեցվիևետովիրահատականիվիճեկցիայիամավանականությունը, որըկարողէնպաստելանբավարարությանզարգացմանը,
անհրաժեշտէզերծմնելսրովայնայինխոռոչումիբայինպարունակությանհոսքիցկամէշտապվելրացնելայն:

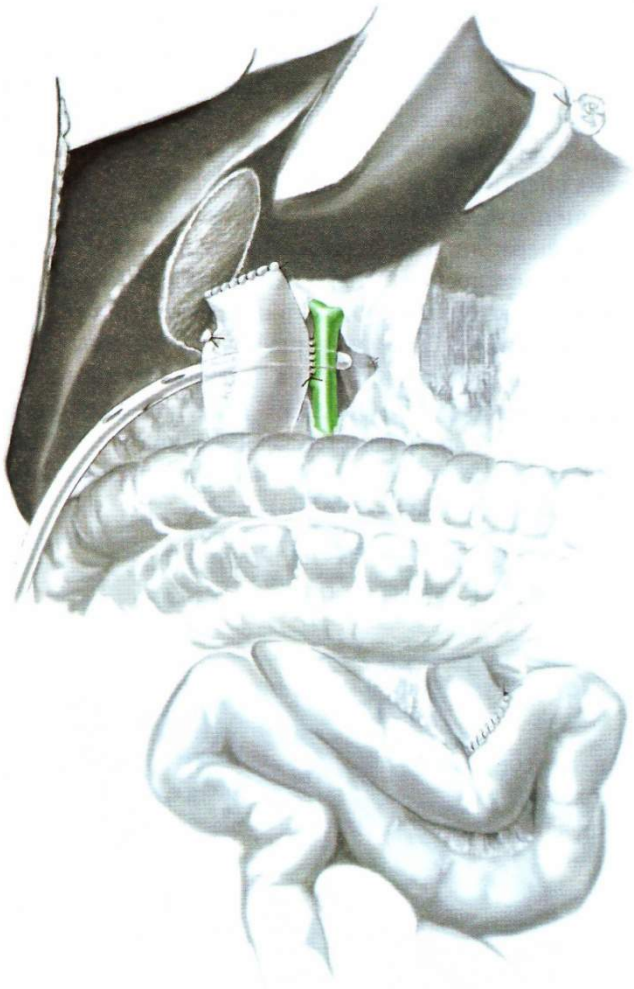


Փակ 5. Հետանցմանվճեռորոլհատոմածիանըմիհատոկար

Անկյանմոտբերանակցմանդրզոլկողմնցդրվումեճոմեկկամերկուկար,
իսկբերանակցմանվճեռորոլմասիամամբռուցկոարերանակովօգտագործվումէբռնիչիվրավերցվածթելիմյուսսկեսը:

Փակ 6. *“Կոֆը-կոլֆին” խոլեդոխո-յեյունոբերանակցմանոմպոզը*

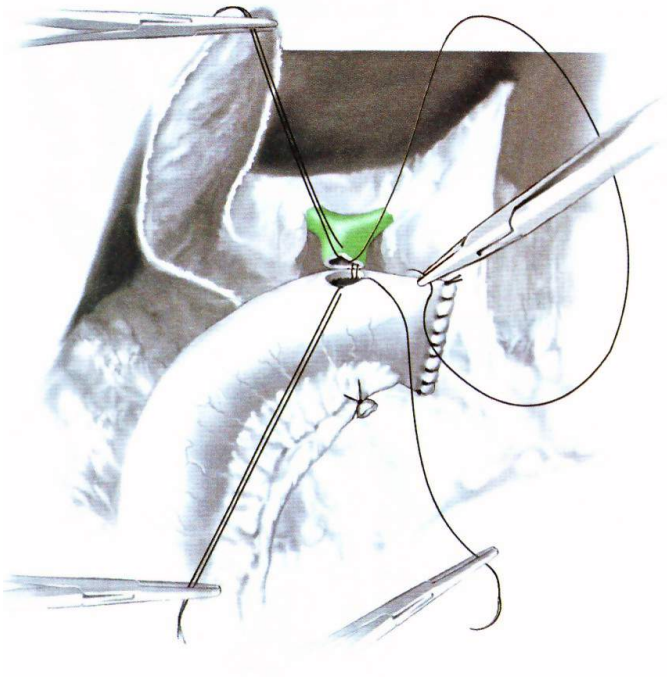
Բերանակցմանանվարտիցիետո,
հնարավորինեսովիրահատականպայմանհամաձայնությանկամբերանակցումիցլեղուպրոտահուբիհսկմանհամարբերանակցմանհետևումթողնվումէդրեհաժ: Ակտիվդրենաժչիպահանջվում:



Փուլ 7. Հոդակապուլուսանցքիբացում, ընդհանուրլեղձուքանդիհատում ուդուռդեհոլսեգմենտիվիսկում

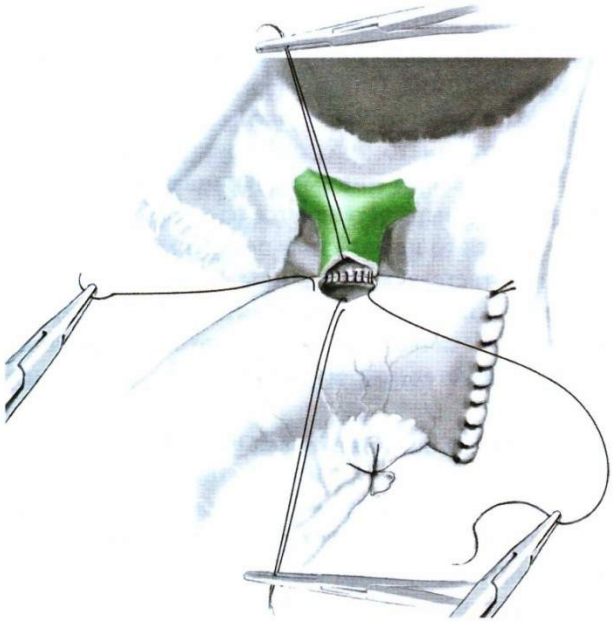
Կյսդր-տասներկումատնոյակապանիստուգումիցհետոընդհանուրլեղձուքանդիհատումէուղղուլուսանցքը, առվորաբարսուպրասուդեհոլսեգմենտում, անընդհատկտրովիսկում՝դանդաղներծծվողմոնոֆիլամենտթել-ով: Այստեղկատարէզգուշանալպանկրեատիկյութիկանգ, հրահետազգացումովորովայնիխոռոչ: Եթեմանբարդությանզարգացումըչիբացառվում, ապածորանիդիստալսեգմենտըպետքէվիրահատությանժամանակառանձինբերանակցվի, կամստեղստոմայովվիներ- կամհետովիրահատականջրջանում: Պանկրեասիկյուսվածքիվնասմանդեպքումորևէգործողությանչիկրակատացվում, սակայնհետագիտոեյունոստոմայիպաշտպանությանհամարբջանըդրեհնովորվում:

Բերանակցմանձևավորումըսկսվումէլեղածորանիվերնտրալհատվածքումբարակաղուլուսանցքիբացվածքիեզրերիննշվածկարբոնիչներով: Բերանակցմանձևավորումըսկսվումէկենտրոնից, երկկողմանիհատելներով3-0 PDSթելով, կարելովաղիններսկցպես, իսկշարադրայինծորանը՝դրսից ներս: Թելիերկուեզրերնէլպետքէլինենհատկերակության, հրամիկողմիցդրվումէսեղմիչ, իսկմյուսկողմըօգտագործվումբերանակցմանդրզահատվածիկարիհամար:



Փուլ 8. Բերանակցմանդրզահատվածիընդհատիչ

Աղիքհատծորանիպատերըվերցվումենամբողջհաստությամբ: Կարիամենմիքայլիընթացումհամապատասխանելուծաթաղանթերըթելըծգվում է: Եթեկարիժամանակպատըշտատվում է, ապաբերանակցումըպետքէդրվիսավելիբարձրմակարդակիվրա՝ շարունակուելիհնոտ:



Փուլ 9. Բերանախցմանվերտրած հատվածիմերնիհատկորը

Անկյանմոտբերանակցմանդրզակողմիցկատարվում, իսկվերտրածհատվածըկտրվումէօգտագործելովթելիմյուսծայրը:

,

Խոլեցիստոյեյունոստոմիա

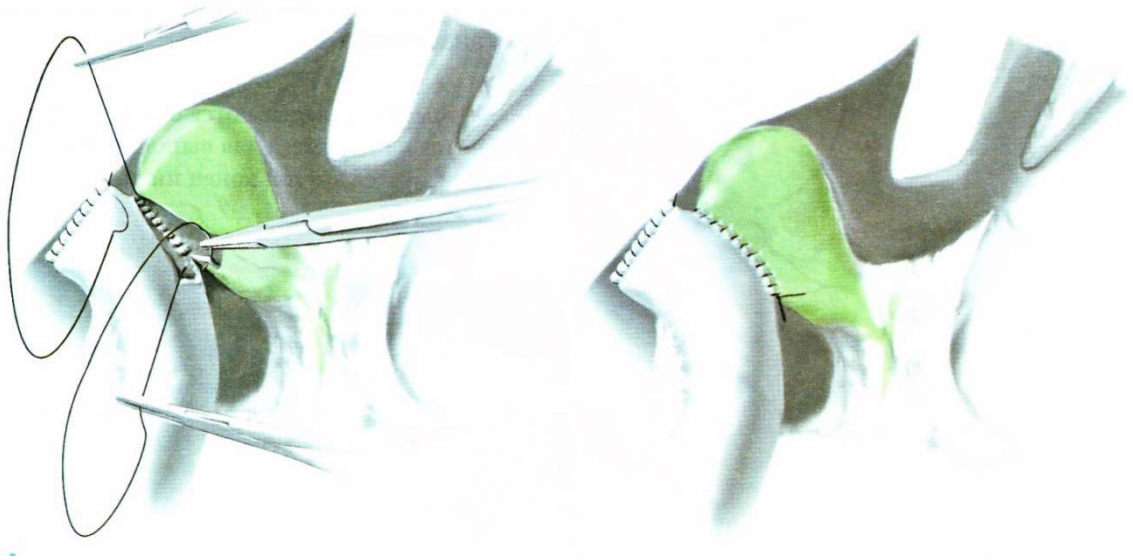
Լեղապարկիծորանիուրույնհատվածիբացթողմանդեպքում,
խոլեցիստոյեյունոստոմանհատավելհեշտությանցվոդրվեհավորմանեղանակէընդհանուրլեղածորանիխցանումովիվանդերիմոտ:

Փուլ 10. Պատրաստումդրզակաճիհատկոր

Եթե ցավը շատ է մեծանում կամ ոտքի մատները սկսում են կապտել, դա նշանակում է, որ վիրակապը չափազանց սեղմ է, և այն պետք է անհապաղ թուլացնել կամ հեռացնել (բերանակցում):

Միջամտությունից առաջ անհրաժեշտ է համոզվել, որ հիվանդը ստացել է պրոֆիլակտիկ հակաբիոտիկ ներարկում:

Քանի որ սահմանափակումներ կան, որոնք կապված են ոսկրային հատվածների՝ կարողունակության հետ, պետք է ընտրել ամենաթույլ կարը, որը կարող է ապահովել անհրաժեշտ ամրություն: Կարի նյութը կարող է լինել ոչ կլանվող կամ դանդաղ կլանվող, իսկ պատվանդանում՝ 2,0 մետրիկ թելանյութ: Ինչպես նկարագրված է վերևում, պատրաստվում է բազմակողմանի անցք, և ներբանի կատարվում համապատասխան երկարությամբ անցք: Կարի ասեղը զգուշորեն անցկացվում է ոսկրի միջով, որպեսզի հնարավորինս քիչ ոսկրեր վնասվեն կամ ճեղքվեն: Բերանակցման համար օգտագործվում է 3-0 PDS թել՝ ամրացված ասեղով:



Փուլ 11.

Պատերը վերցնում են՝ վերցնելով պատերի ամբողջ հաստությամբ: Անհրաժեշտ է համոզվել, որ ոսկրի մակերեսները, որոնց միանում են, հարթ են: Ցանկալի է, որ դրանք լինեն, որպեսզի հնարավորինս քիչ ոսկրեր վնասվեն՝ ոսկրի ամրությունը պահպանելու համար:

Բերանակցման ավարտից հետո, հետվիրահատական ցավի նվազեցման համար, դեղորայք է նշանակվում:

Ստանդարտ հետվիրահատական ցուցումներ

- ✓ Կարի նյութի ընտրությունը կախված է հիվանդի ընդհանուր առողջական վիճակից /դող, դեղորայք, ցավ/, հատկապես, հետվիրահատական բարդությունների առկայության դեպքում, օգտագործվում է կամ կլանվող կամ դանդաղ կլանվող նյութ՝ կախված հիվանդի առողջական վիճակից:
- ✓ Ապահովել ցավի կառավարում հետվիրահատական 5 օրվա ընթացքում ՆՍԳ /էթեյնտեղապրված է/, օգնել հիվանդին հասկանալ բերանակցման հնարավոր բարդությունները՝ որպես ֆունկցիոնալ ճշգրտություն:

Հետվիրահատական բարդություններ

- արյունահոսությունըսովորաբարդիտայտէգալհաստաջին24ժամերիընթացքումևկարողէպահանջելանհապաղկրկնակիայց վայնահաստում,

- եթեհայտնաբերվածէբերանակցումիցէղուտպտտահոսհաստաջին24ժամերիընթացքում, ցուցվածէկրկնակիայցվայնահաստում, որիընթացքումկրավիճակըսովորաբարկարողէշտկվել: Եթեանբավարարությունըսաստաջանումէավելհուշ՝բուժմանեղանակըհիմնականումդրեհավորումնէ, որըկարելիէհամակցելէՈՒՊՀ-իմիջոցովհեպատիկո-յեյունոբերանակցմանստենոխտեղադրմամբ: Կրկնակիբերանակցմանփորձերը, նմանիրավիճակում, բերումենկարերիանբավարարությանկամեղացմանզարգացման: Այդիսկպատճառովբերանակցումըդրվումէպլանայինկարգով6-8շաբաթաց

- խոլանգիտը, որըառավելհաճախաստաջէգալիսեովիրահատականհաստաջինօրերին, պետքէբուժվիճակաբխոտիկեղով: Եթեկատկինայտօբստրուկցիանկրկնակիվիրահատականմիջամտությունչիճախատեսվում, ապախոլանգիտըբուժմանհարցըլուծվումէմիջմաբկայինդրեհավորմամբ կամ էնդոսկոպիկ եղանակով:
- Նեղացմանկրկնությունը (ռեստենոզ) կլինիկորեհարտահայտվումէկրկնվողդեղնախովևմերթընդմերթզարգացողխոլանգիտով: Կրկնակիվիրահատությանանբավարարությունըմիճեղիդեպքումանհրաժեշտէտեղադրել ստենտ:
- արտաբինաղիքայինխոզուկը /բարակաղուեզրայինկարերիանբավարարություն/ բուժվումէպահպանողականեղանակով:
- պանկրեատոխոզարգացմանդեպքումարդյունավետհամապատասխանպահպանողականբուժումը:
- ստամոքսկդպրդրկմանուշացմանև/կամանացումեղելությանընթացքումիշտպետքէվերաբերվելուշք, հանկարծանաիկարողէնիներայլբարդություններիհետ: Զգուշացեքասպիրացիոնթոքաբորբից:

Հետվիրահատականբարդություններ

Բժշկական խնամք՝

Կերակրման վերսկսում՝

Ախտիվացում՝

Անաշխատունակությանտևողությունը՝

Փորձածվիրաբույժիխորհուրդները.

- Նախավիրահատականստենոզումը /էՇԽՊԳ-ովկամմաճկիմիջով/, պլոմսիմոլլեղայինօբստրուկցիայիժամանակօգնումէմինչևվիրահատությունտեղայնացնելուեղածդրանը;
- Եթեմաճկիմիջովեղածդրանըդրեհավորվածէ, ապամուտիկտրվածքպետքէհախատեսվիայնպես, որդրեհաժընմատեղումիետագախոլանգիտգրաֆիայիրականացմանհամար:
- “ծայրը-կողիմ” խոլեդոխոյեյունոբերանակցմանժամանակբարակաղինպետքէբացվիոչաստմեծ, հանկարծբացվածքիչափերըսովորաբարլինումենպատասխանիցմեծ:
- Վիրահատությանժամանակվերցվածլեղամանրեաբանականհետազոտությունըթույլէտալիսինֆեկցիաներ իզարգացմանդեպքումանցկացնելհամարժեհակաբիոտիկթերապիա:

ԽՈՂԵՀՈՒԽՈՂ-ԴՈՒՈԵՆՈՔԵՐԱՆԱԿՑՈՒՄ

Ներածություն

ԱյսվիրահատությունըառաջինըիրականացրելէRiedel–ը1888թվականին՝ընդհանուրլեղածորանումմխրճվածքարիկապակցությամբ: Վիրահատությանհիմնականսկզբունքը “կոդը-կոդին” բերառակցմանձևավորումնէ, որըթույլէտալիս ապահովել լեղուպրոտոհոսք ընդհանուրլեղածորանիցտոնեերկումատոյաղի:

Խոլեդոխոյէոնոստոմայիևեոհամեմատածատավելությունները՝

- առավելֆիզիոլոգիականլեղուպրոտոհոսք;
- ձևավորվածբերառակցումերիիչեմանկու վիրահատությանուրացուհոսպրակընթացքը:
- հեշտացված մուտիևեոագէնդոսկոպիկմիջամտություններիհամար:

Ցուցումներուհակացուցումներ.

Ցուցումներ՝

- լեղուղիներիդիսկոզտրիկտուրաներ, երբհնարավորչէ իրականացնել պրոնոգրադենդոսֆինկտերոպլաստիկա,
- ենթաստոմոհոսայինգեղձիգլխիկումընդհանուրլեղածորանիևեոպիրհոտովածքանհայտնեղացում, երբհնարավորվիրահատականորոշումէընդունվելմասնահատումչկատարելուայնդեպքումերբզննմանմիջոցովկոմբացբիոպսիայովհնարավորչէչարորակբնույթիհաստատումը:
- չարորակօբստրուկցիայիհամմասնահատելդեպքեր, երբոպերացիերկումատոյաղիհնեոպլազմայամբողջապատվածէդեպիլայնացածլեղածորան,
- ընդհանուրլեղածորանիևորկամկրկնակիքարայինհոսպերվածքարեր, երբէնդոսկոպիկբուժումըանհնարէկամեղէանհաջող,
- ընդհանուրլեղածորանումմխրճվածքարեր:

Հակացուցումներ՝

- ընդհանուրլեղածորանիևեղացում/<8մմ/,
- սկոտիկդուոդենոպոխոց,
- չարորակուռուցք, որըթույլչիտալհատանցգմանոպատևերկումատոյաղիմոտեցնելընդհանուրլեղածորանին:

Նախավիրահատականհետազոտումվիրահատությանպատրաստում.

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ ստամոքսաեղիքօբստրուկցիայիդեպքերում՝ անհրաժեշտությունհոսպրակումատոյաղուխոց, կոագուլոպաթիակամբիալաբսեպսիս, ջրազրկմանհետևանքներ:
- ✓ Լաբորատոր հետազոտություններ՝ բիլիրուբինիմակարդակը, հեմոստազիցուցանիշներ, կրեատինին, էլեկտրոլիտներ:
- ✓ ԳՀՀկոնվազագույնհետազոտություն/ օբստրուկցիայիտեղիևաստասոմանուրընդհանուրլեղածորանիտրամագծորոշմանհամար:
- ✓ Այլեղանակներիկիրառմանանհրաժեշտությունըորոշումէհիմնականհիվանդությամբ:

Հիվանդիպատրաստումը՝հանրաժեհիդրատացիա, կանխարգելիչհակաբիոտիկթերապիա:

Հիշեցնեմհավել՝ նախավիրահատականբիլիոպերտոնեոսկոպումըկարողէբերել լեղածորանիդեկոմպրեսիայի, դժվարացնելով բերառակցմանձևավորումը: Այնհաճախ լեղացումէվերբայնինֆեկցիայովտանգը: Եթեհիվանդիվիճակըթույլէտալիսչկանխանգիտներևույթներ, վիրահատությունհիցառաջպետքէհարմարվել ստենոզովորումից:

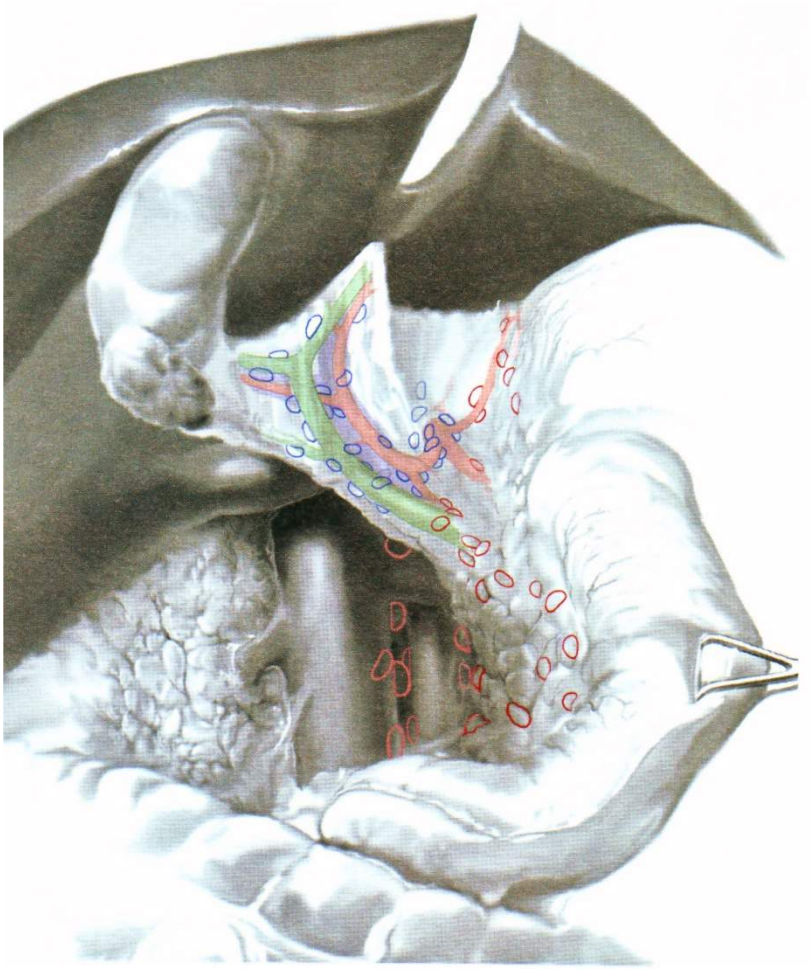
Սպեցիֆիկռիսկերևհիվանդիտեղեկացվածհամաձայնություն.

Հիվանդիդիրքը՝
Մուտքը՝ աջթոռակողայինկամմիջային:

Վիրահատություն

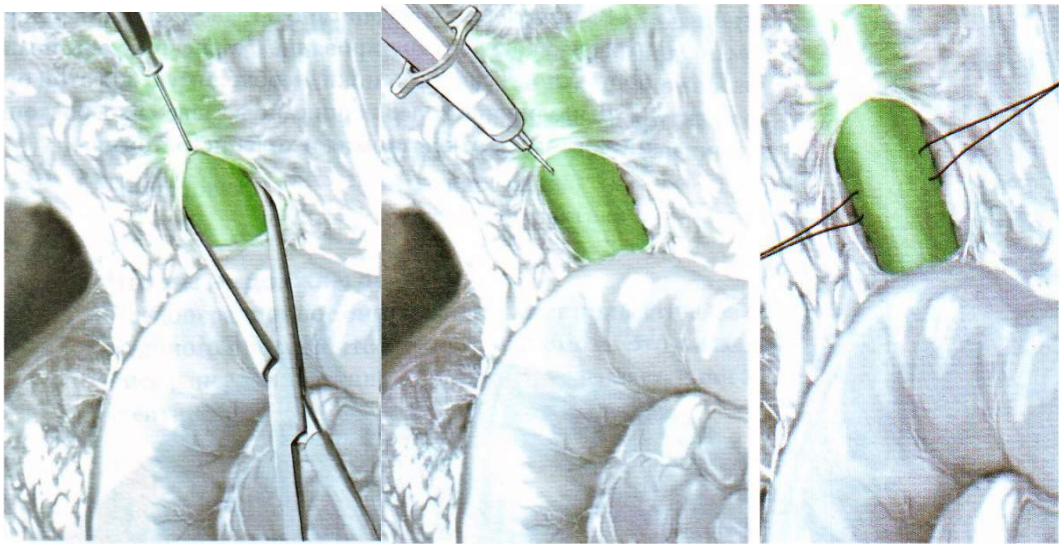
Փուլ 1.

էքսպոզիցիա, որովայնիխոռոչիստուգում, ուռուցկատրիտեղադրում: Միջածիգհաստաղիներեղաբարժվումէներբև: Իրականացվումէ Կոխերի գործողություն, բարելավելովոսանեղրկումատնյաողուծարժունակությունը: Կատարվումէխոլեցիստէկտոմիա:



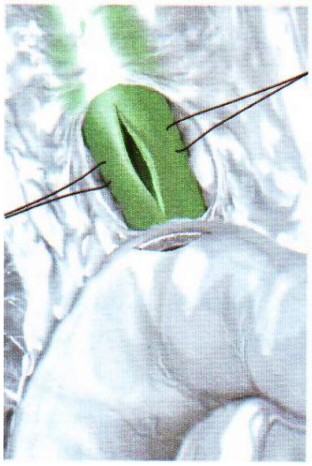
Փուլ 2. Հնդհանուրլեղածրանիհայտնաբերումը

Հնդհանուրլեղածրանիմերկացմանհամարհատվումէլայդլ-տասեերկումատնյակապանքըզատողրովայնամիզը:
Հնդհանուրլեղածրանիտեղակայումըհաստատվումէ “փնտրողսեղով”: Հնդհանուրլեղածրանիվրադրվումեեմեետսի3-0 թելիկապ-բանիչներ:



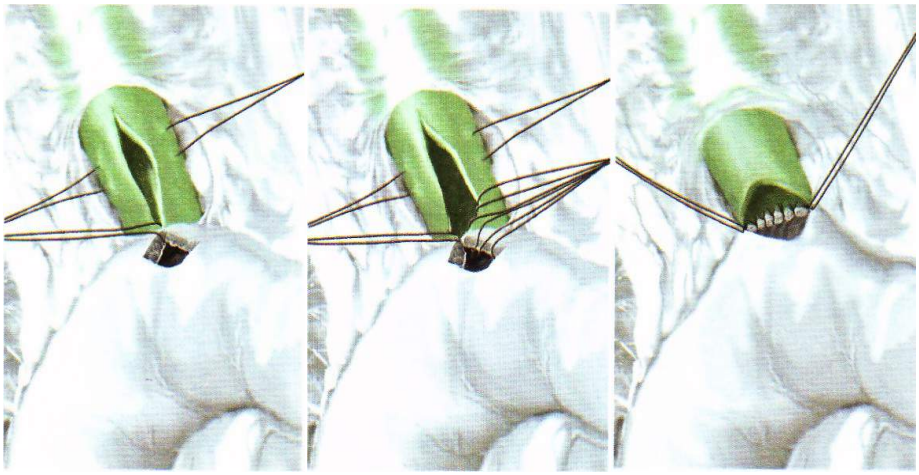
Փակ 3. Հնդհանուր եղածոլորտիհետտոնուսներկումտոնոյատուլուսանցքներիբացումը

Իրականացվումէ 2 սմ-ոցիտոլեզուիտոնուս, որնդհաստալեզվըպետքէանմիջապեսմոտիլնի տեղայնացված տոնուսներկումտոնոյատուն, այնպեսորպահիլըազատվիծորանիբացվածպոտենիետո:



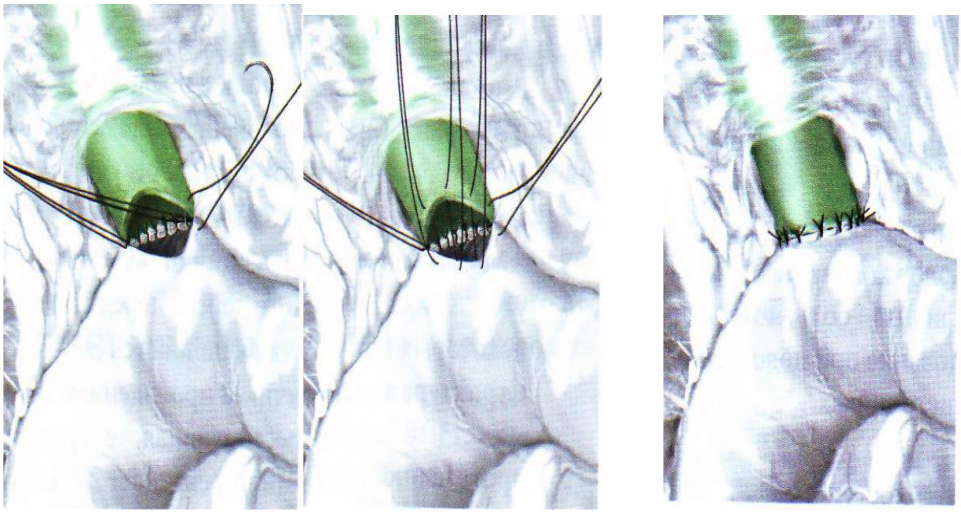
Փակ 4. Բերանակցմանհետիհոպատը

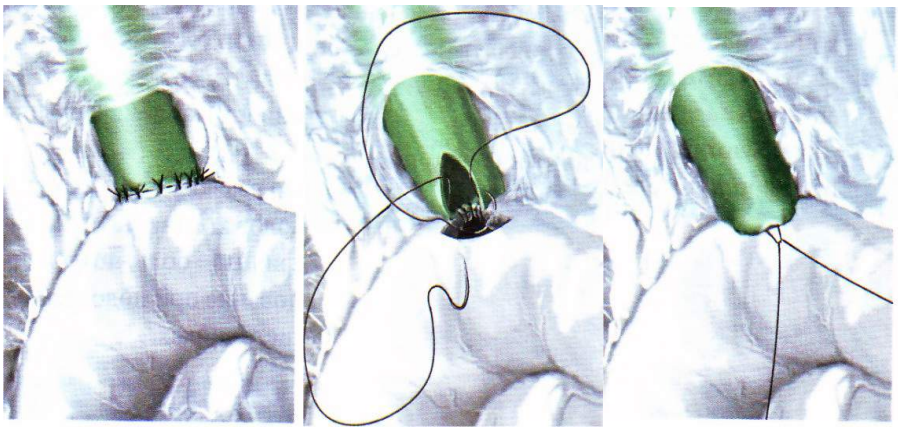
Հետինոպատիձևավորումըիրականացվումէ3-0ներծծվողթելիներլուսանցքոյինհանգուցակապերով:
Մեծհանակիկարերհանիրաժեշտությունչկա: Եթեբերանակցումըդհասարկենորպեսժամացույցիթվատախտակ, ապատաստջինկարըդրվումէժամը 6–իվրա: Այսկարիճգումըևետացնումէնյուսկարերիտեղադրումըևետինոպատին: Հետոերեքկարերդրվումենդեպիժամը 3–իտությամբևևսերեքը՝ 9-ի: Կարերըսկսումենկապելբոլորդնելուցհետոևբացիանկյունակարերիցբոլորհատվումեն:



Փուլ 5. Բերանակցմանառաջայինտարը

Անկյունակարերիծգումըթույլէտալիսբերանակցումներիանկյուններըխորասուզելուսանցքիմեջ:
Այստեղկարերըպրովումենդրսիցներսամինչևվերջնակարըչենկապվում: Էնտերոտոմիկանցքըպետքէլինիմոլեռնոտոմիկանցքիցվաթը, բանիորբարակաղիքբերանակցմանծևավորմանժամանակսովորաբարլայնանումէ, բերելովբացվածքներիանհամապատասխանությանը:
Բերանակցումըկարելիէիրականացնել նաևանընդհատկարիերանակովժամը6–իցմինչև12-ըերկկողմանիկարերով:





Ստանդարտ հետազոտություններ

- ✓ Բիլիրուբինև լիմֆոցիտներիֆունկցիա:

Հետազոտություններ

Մոտակա՝

- վերջույթներիֆեկցիա - արյունաճախտակաճությունը ավելանում է ատեռոիկիրառմանդեպքում;
- լեղուպրոտեոմ - պրեճաքցիաբիլիրուբինիբարձրացումկարողությունըհամարվումէլեղուբջիջներիֆունկցիայիճշմարիտչափանիշ: Նախընտրելիմարտավարությունէխուղակիձևավորումնհասնելը, դեպիաղելեզազատհոսքիմոնիտորինգիպայմաններում: ԻրականացվումէՀՇ, պրեճաքվֆիստուլոգրաֆիա: Եթեավելիպիստալտեղակայվածօբստրուկցիաչկա, խուղակըինքնուրույնփակվում է:

Միջին- ուշ՝

- կրկնվողխոլանգիտ - ցավերորովայնիաջվերնիմասում, դեղնուկ,սեպսիսիճաներ: Նմանբարդությունըհաճախբերանակցմանհետևանքէ, սակայնկարողէլինել “կույրպարկի”, հեպատիկոխոլեդոխոզի, լեղայինծառվերնիհատվածներիխիտացությանհետևանք: ԽցանմանտեղըորոշումէՀՇ-ի ժամանակ: Լեղայինծառահանաստոմիաճճտելուհամար, խոլանգիոխորոշպատճառներիվերացումիցառաջիրականացվումէԷՌԽՊԳ:
- բերանակցմանհետազոտում- սովորաբարպատահայտվումէխոլանգիտով, սակայնկարողէպատճառհանդիսանալ: Հիմնականումառաջանում է, երբխոլեդոխոտոմիայիերկարությունը2 սմ-իցավելիէ: Նեղացումկարողէառաջանալհանէնդոսկոպիկբաղոնայինկոնցիկլոպլաստիկայով: Բուժումըպահանջումէխոլեդոխոդուոդենոբերանակցմանվոխարինում Y-ածև, ըստՌու-ի, բարակաղուձգատիեռ բերանակցմամբ:
- “կույրպարկի” համախտանիշ - պրոգահայտվումէցավով, խոլանգիտով, դեղնուկով, վիրահատությունիցամիսներկամտարիներանց: Ավելիհազվադեպկարողէդիտարկվել պանկրեատիտ: ԱխտորոշումէԷՌԽՊԳ-ով, երբհայտնաբերվումէընդհանուրլեղածորանիկոյրեզրըլցվածէմարերովանճկմանցուցադրելով: Առաջնակիբուժումըպեռոէնդոսկոպիկ:
- խոլանգիոկարցինոմա՝սովորաբարզարգացումէկրկնակիխոլանգիտներիէպիզոդներով, վիրահատությունից10-20տարիանց՝երկարատևամենեզուեցողիվատնվերիմոտ: Վատախտանիշներըլյարախատուկչեն՝ցավ, բաշխկրուստ, կախեքսիա: Սովորաբարառաջանումէխոլանգիտ:

Հետազոտականգործառույթներ

Բժշկական խնդիր՝

Կերակրման վերականգնում՝

Ախտիվացում՝

Անհաշտաստանհակությանհուդությունը՝

Փորձաքննիրաբույժիխորհուրդները.

- Բերանակցմանհոդամագիլսովորաբար 50%–ովիմքանում, այդիսկպատճառովկողերնոտամկայիերկարությունըպետքէլինի 2 սմ-ից ոչպակաս;
- Բերանակցվողհատվածներըպետքէտեղադրվենայնպես, որբերանակցմանգոտումնգլածությունըբացակայիկամլինինվազագույն:
- Հյուսվածքներինգլածությանկանխարգելմանհամարբերանակցմանգոտումանհրաժեշտէիրականացնել Կոսերիգործողություն:

ԼԵՂԱՏՈՐԱՆԻՎ ՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐԻՎԵՐԱԿԱՌՈՒՑՈՒՄ

Ներածություն

Լապտրասկոպիկվիրաբուժությաններդրումիցհետոկլինիկայում, լեղածորանիվնասումներըսկսեցինհանդիպել ավելհաճախ, դառնալովբաստբարդությաններիպատճառ: Գոյությունունենլեղածորանիվնասմանմեխանիզմներ: Վիրաբուժականտացիոնարներումհանդիպողնասումները / A և D տիպ/ կարողենվերացվելվիրահատությանժամանակում, եթեհայտնաբերվելենհետովիրահատականշրջանում, էնդոսկոպիկկամմիջմաշկայինմուտքի կիրառումով: Ավելիլուրջնասումներիդեպքում /E1 և E2 տիպ/, որոնքուղեկցվումենստրիկտուրայիառաջացումով, կարելիէօգտագործելբիլիոդիգեստիվանաստոմոզներ: Էլավելիբարդ՝ B ու C տիպիվնասվածքներիդեպքում, անհրաժեշտէհեպատոիկոյեյունոստոմայի(բերանակցման) ձևավորում: Վերջիններսավելհաճախկապվածենբերանոսջլապտրայինծորանիանոմալիայությանհետ:

Վերականգնմանժամանակիորոշումը.

Արագվերականգնմանընպաստում են՝

- վաղդիմումը,
- որովայնիխոռոչիօջերիևմառդումլեղուկումակումներիբացակայությունը,
- հասարակվնասումները,
- անոթներիվնասմանբացակայությունը,
- հիվանդիկայունվիճակը:

Հետածգվածվերականգնումենպահանջում՝

- ուշացածդիմումը /վնասվածքիցմեկշաբաթանց/,
- բարդվնասվածքները / E4,E5 տիպ/,
- այրվածքայինվնասումները,
- ուղեկցողհեմիկվնասումները:

Յուցումներուհակացուցումներ.

Յուցումներ՝

Հակացուցումներ՝

Նախավիրահատականհետազոտումևպատրաստումվիրահատությանը.

Կլինիկականհետազոտություն՝

- ✓ տեղեկությունննախկինվիրահատություններինմասինստացվածվիրահատողբժիշկներից, նախկինվիրահատություններիվերաբերյալգրառումներիուսումնասիրում:

- ✓ Լաբորատոր հետազոտություններից՝ բիլիրուբինի, հիմնայինֆոսֆատազայի, ԱԼՏ-ի, ԱՍՏ-ի, ալբումինինակտիվությունը, ներսային էկոցիտների քանակը:

Ճառագայթային թերապիա՝

Հիվանդի պատրաստում՝

Սպեցիֆիկ խնդիրներ հիվանդի տեղափոխման ժամանակ.

Վերակենդանման միջոցները՝

- ❖ Բերանային խոռոչի, կոկորդի, քթանցքերի, շնչուղիների, լորձաթաղանթների ուռուցքային գործընթացների դեպքում՝ ներկայանում մասնակի կամ լրիվ խոչընդոտ
- ❖ Նախապատրաստություն իրականացնել հեպատիկոստոմայի բերանային ներծծիչ
- ❖ Նախքան հիվանդին տեղափոխելը ստուգել “կողը-կողի” երակային կաթետերի անձեռնմխելիությունը:
- ❖ Անհրաժեշտ է ուշադիր հետևել ծորանների անոթների վնասվածքների, ներքին արյունահոսության և համապատասխան բուժօգնության ցուցման (անոթազերծում):

Հետվիրահատական խնամքի կազմակերպումը՝

- ❖ Զգուշությամբ, որպեսզի չվնասվեն “լորձաթաղանթների ուռուցքային” կայծերի հանգույցները;
- ❖ Նրանց, առավել հաճախ, օգտագործում են ծորանների ներքին ներծծման համար;
- ❖ Կատարվող վիրահատության ընթացքում էքստրանային միջոց, որպեսզի կանխվի վիրահատական հետ անգործածելիությունը:

Առավել արմատական միջոցառումներ՝

- ❖ Եթե ենթածորանի վերակառուցումը չի կարող կատարվել, անհրաժեշտ է կանխել նրա մասնահատումը,
- ❖ որոշ դեպքերում, անհրաժեշտ վերակառուցումներ են, զարգանում է երկրորդային բիլիոգեն ցիրոզ և կատարվում է ենթաստամոքսային գեղձի հեռացում:

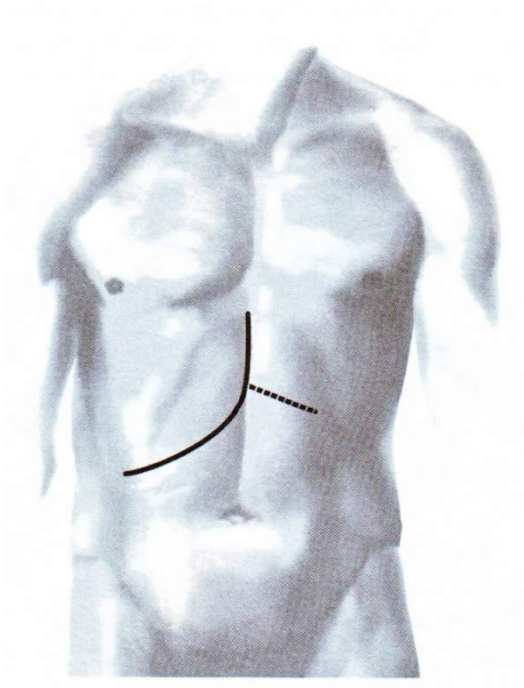
Հիվանդի տեղափոխումը՝ մեջքի վրա պառկած:

Մուտքը – սովորաբար պորտային երակի քառորդական կիրառվում է J-աձև կտրվածք: Ուղղահայաց հատվածի երկարությունը պետք է լինի 6սմ-ից ոչ պակաս:

Գերհիվանդների մոտ էսպոզիցիան բարելավելու համար կտրվածքը կարելի է երկարացնել դեպի ծախ:

Նման հիվանդների մոտ կարող է կատարվել միջային հորովայնահատում:

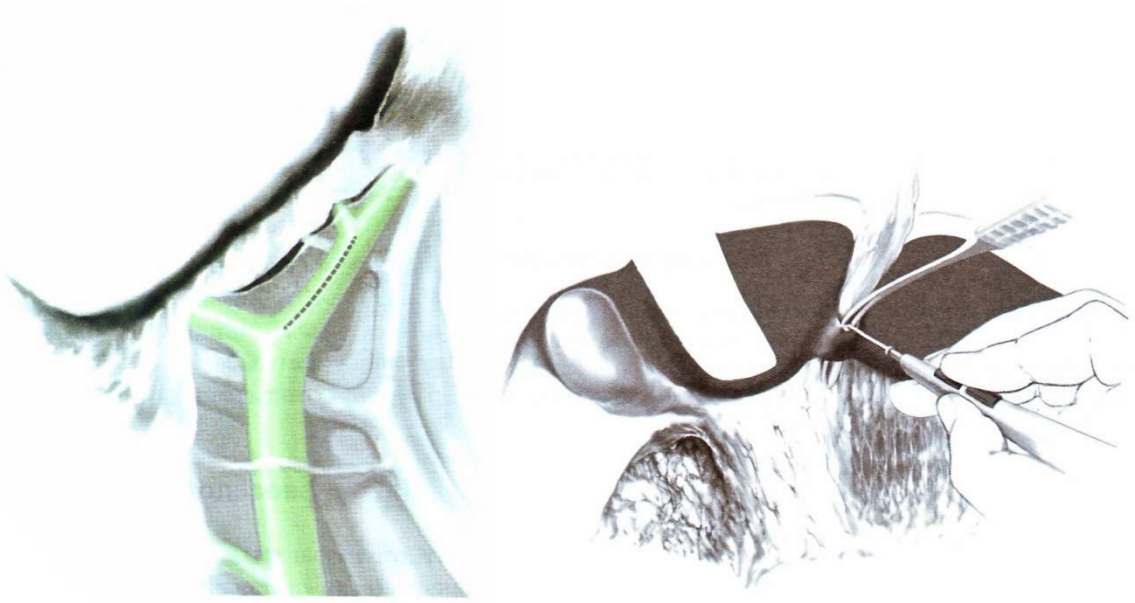
Առաջային պատի հետկպումների հատումից հետո տեղադրում է վերքային հետ:



Վիրահատություն

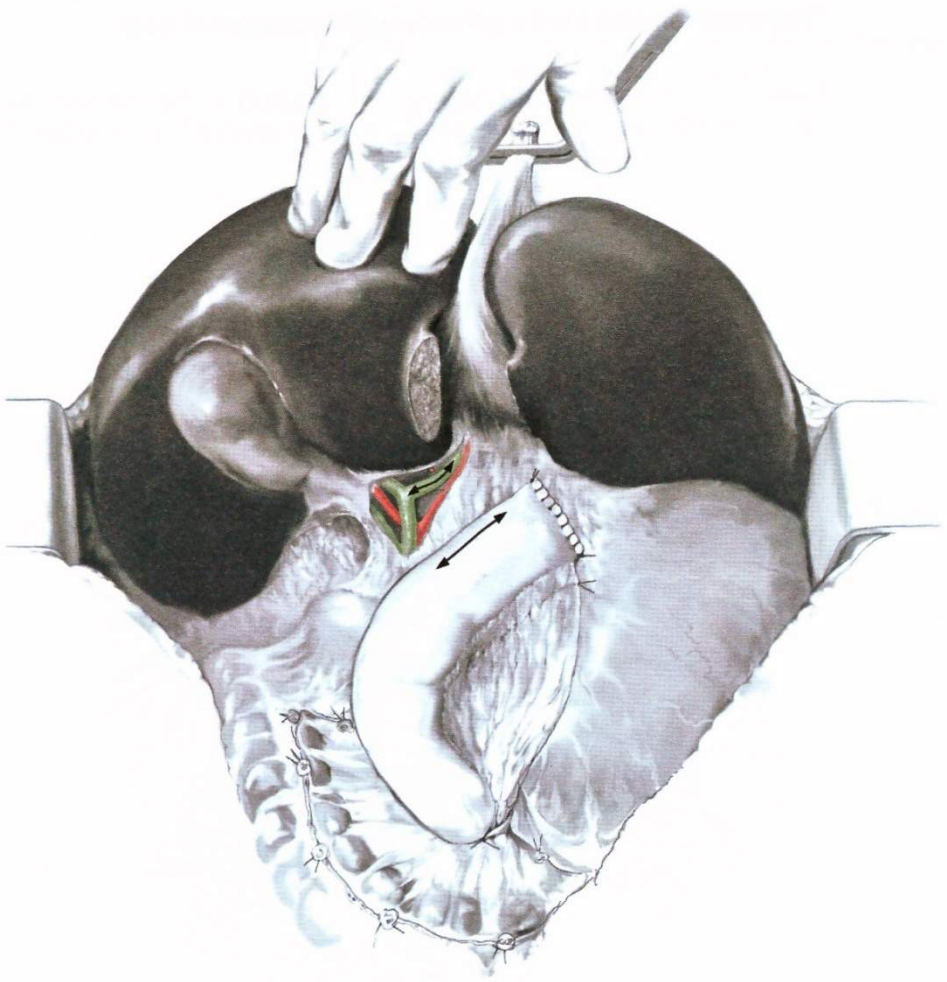
Փուլ 1.

ԲերվածէմուտքիսխեմանըստՀեպպ-Քուհնո-ի: Այնօպտիմալէ E1-E3 տիպիվնասումներիհամար: Դիսեկցիանսկսվումէլյարդայինեզրիցուընթանումդեպիներքև՝ 3-րդ 5-րդսեգմենտներիմակարդակով, մինչևլյարդայինդրունքը: Այստեղդիսեկցիանշարունակվումէուղիղ՝ 4–րդսեգմենտովուղղությամբ: Դիսեկցիայիվերջնականկետէհանդիսանումայսպիտությունումլյարդիհյուսվածքինհասնելը: Լյարդիդրունքիբերքանումհասովումէվնասերակորովայնամիզընևանմիջապես, այսմակարդակիցներքև, առանձնացվումձախլյարդայինծորանը: Այնառավելհասանելիէ, բանիորնրասրտալյարդայինսեգմենտըավելիերկարէհամեմատածաջծորանայինարտալյարդայինսեգմենտիհետ: Ձախծորանըկարողէտեղակայվելհորիզոնականկամթեվելուղղահայաց, վերջինիհոդեպիմնիսեկցիանիրականացվումէկոմբջակըհատելովբացելովէղապարկիբունցը, եթեայնկպումներիմեջէ: Կարողէօգնելնաև 4-րդսեգմենտիստորինհատվածիմասնահատումը:



Փուլ 2.

Այսուհետև կատարել հիբոցելձախ կողային ճոճանիառաջային ճոճակերեսը, շոշափել վերին ուսոսկրի ողնաբլիթը: Բավարար հեռավորության վրա 2 սմ երկարությամբ կտրվածք: Պետք է զգուշանալ կտրվածքը շատ խորը, որպեսզի ձախ կողային ճոճանուց, հանիրկարողվնասվել 4–րդ արգեմենոզնացողզարկերակը: Ձախ կողային ճոճանը անցնում է 4–րդ արգեմենոզբաթթացել ուցիետո: Նախապատրաստվում՝ ըստՌու-ի, Y–ածև բարակաղիքայինգալար:



Փուլ 3. Բերանակցմանձևավորումը

Բերանակցումըիրականացվումէսիմետրիկերեքծվող 5-0 թելիանգուցակարերով: Սկզբիցդրվումենլեզուծորանիառաջնայինպատիկարերը, որիցհետո ձևավորվում է բերանակցման հետին պատը նմանապեսայնառաջնայինպատիկարերովվերցվումէաղիքայինտունկվրա: Թաղվումէմեկականովդրեհամար: Ստեղծվիրառվումէմիայնճաստովորտրամաչափիլեզուծորաներիհամար /2 մմ-ից պակաս/, ինչըհանգիստումէխոստոգվադեպ:

Դեպերմեկուսացվածաջլարդայինծորանով

E4-E5 ու C տիպիվնասվածքերիդեպումմուտքը՝միայնըստՀեպպ-Քուիճ-ինամարվումէանբավարար, աջլարդայինծորանիմեկուսացմանպատճառով:

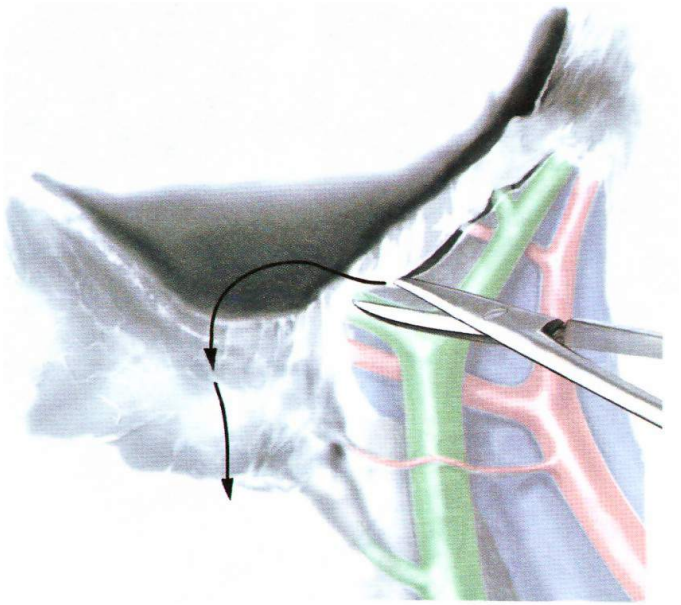
Դիսեկցիայիսկզբունքընմանվածէաջուձախգլխավործորաններիեռակառուցվածքայինառանձնացմանսկզբունքին՝ընդհանուրփքրտզպատյանիմեջգտնվելուվրա:

Կարևորէհաշվեղեցպարկիբուսցիտարակցահյուսվածքայինճերմոխուաջգլխավորդրությունիմայինառուցիկիպատյանիառաջնայինպատիրարկպածլինել

ուսանգամանքը: Որպեսզիփիբրոզպատյանումայտնաբերվիաջլայտպայիծորանը, անիրաժեշտէանջատելէղապարկըծածկողհյուսվածքը, աջդրումնմայիճոտիկիառաջայինմակերեսից:

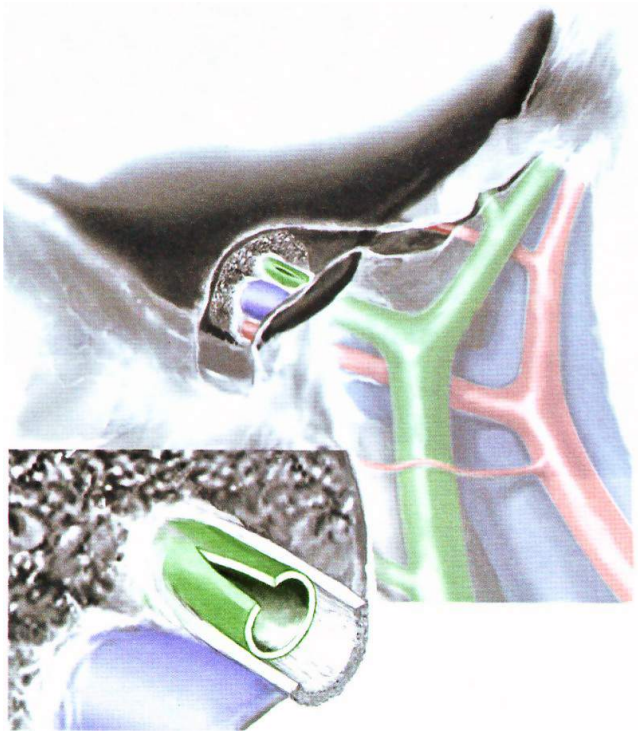
Փուլ 1. *Պատրաստմանփուլ.ընդհանուրդրդզոլկար*

Կարդիպատյանըհատվումէերկուից՝մինչևաջդրումնմայիճոտիկիպատյան, որը իրենից ներկայացնում է մոտ 2 մմհաստության ու 5-8 մմլայնությանփիբրոզհյուսվածքիհամարժապավեն:



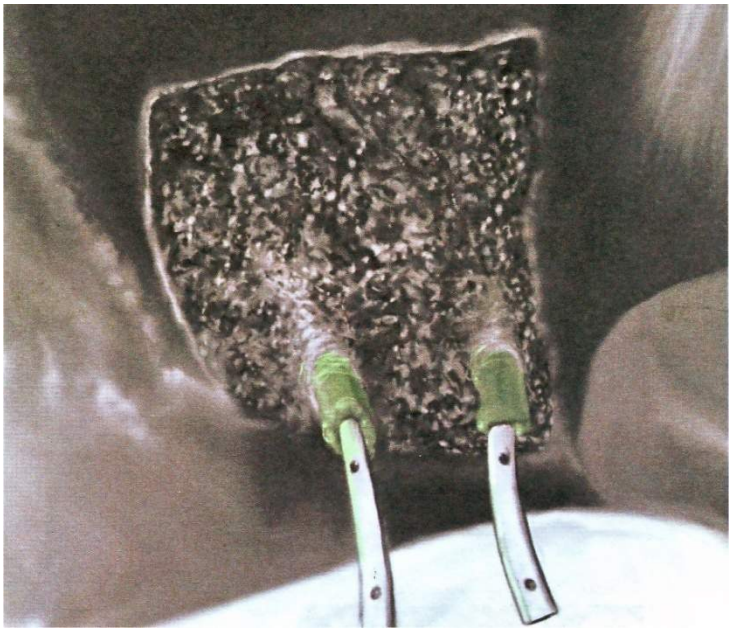
Փուլ 2.

Էղապարկինհատելուցհետո, լայդըհեռացվումէաջդրումնմայիճոտիկից: Կարդիպատյանըհատվումէղապարկից 1 սմմոտաճությանվրա: Այժմկարելիէանջատելլայդը /5-դրսեգմենտ/ դրումնմայիճոտիկից,վերբարձրացնելով 5-դրսեգմենտհամարկրտրվումհատելովկրահիմը: Այստեղմերկանումէաջդրումնմայիճոտիկիպատյանիհատաջայինմակերեսը: Աջծորանիդիբըորոշվումէստեթոսկոպիջոցով: Որպեսզիաջլայտպայիծորանը /ծորանները/ պատրաստվիբերառնակցման, այնիրատաջայինմակերեսովհատվումէ: Կարագոյնիրավիճակումլայտպայիծորանը /ծորանները/ բացվումէ 1 սմերկարությամբ: Սկզբից, ամբողջերկարությամբ, դրվումենհատաջայինզոնդիկարեր: Եթեբերառնակցվումենմիքանիծորաններ, ապահակզրումբոլործորաններովկրատրվումենհատաջայինկարերը, որիցհետոձևավորվումէբերառնակցման /բերառնակցումների/ հետինպատըևմիայնվերջում ձևավորվում է հատաջայինպատը՝վերցնելովմիքիպատհատկարերըկապելով:



Մոտեցումդեպիներլարտոյիճնշումներ,լարդիմադիմադրությունիցհետո

Որոշիրավիճակներում, հատկապեսդողչհաջողված հեղուկ-էլեկտրոլիտներից (բերանիցկամներսերակով)հետո /կրկնակիվոլումգիտեր, այսուհանդերձլարտոյիճնշումըշարունակում էմնալ 4-րդեզրաբաժնիկամէլևս բարձրանալ 4-րդեզրաբաժնիմակարդակից: Մադիմադրությունըհետևյալ բանաձևովէ՝ Ռ=(Ճ-Ճ)/Ա, որտեղ Ռ-ն դիմադրությունն է, Ճ-ն՝ ներարտոյիճնշումը, Ճ-ն՝ կենտրոնականերակայինճնշումը, Ա-ն՝ սրտիարտադրությունը (բերանիցկամներսերակով)ձևավորմանհամար: Այսգործողությունըկարելիէկիրառելոչմիայնդողյիճնշումիջեցմանհամար: Այնհարմարէհատ E3 տիպի, ինչպեսհանդուրժողականության՝ E տիպիվնասումների պարագայում:



ԸՆԴՀԱՄՈՒՂԵՂԱԾՈՐԱՆԻԿԻՍՏԱՑԻՈՒԺՈՒՄ

Ներածություն

Ընդհանուր ելածորանիկիստայիառավել վաղնկարագրությունըտրվել է 1952 թվականինDouglas–իկողմից, որըդիտվել էր 17 տարեկանաղջիկոմոտ, աջթոքալտոլիքըջանումծավալայինգոյացությամբ, դեղնուկով, խոլանգիտովուցավերով: Ախտահարումնմանվիճակներհանդիպումեն 200.000 ոռթածիններիցմեկիմոտ: Ասիականերկրներումայսիվանդությանհաճախտարածվածությունըավելի բարձր է: Ատավել հաճախայնարտահայտվումէմանկականհասակում 25% դեպքերումախտորոշվումկյանքիառաջինտարում: Այնհաճախտակիլինումէհամակցվածայլհետստոբիլխոպիվանդություններիհետ, ինչպիսիներնեյտրդիֆիբրոզնուլ ելածորանիոբեթանտիացումըևթաստամոքսայինգեղձածորանին:

Նմանհիվանդներիմոտցուցվածէվիրահատականբուժում, սեպսիսիդեպքերի, ցավային հոպանեղիկանխարգելման, ինչպեսնաևխոլանգիտկարցինոմաների հետհաճախակի համակցման պատճառով: Ըստարևմտյանհեղինակների,խոլանգիտկարցինոմայիզարգացմանդեպքերիհաճախականությունըավելիսպակասէհամեմատածճապոնական հեղինակներիտվյալների: Ներկայումսնման հիվանդներիմոտցիստո-էնտերոթբերանակցումչիձևավորվում:

ԸստAlonso-Lej–Լրասակարգման /տեսնկարը/ առանձնացնումենկիստաներիհետևյալտեսակները՝

I տիպ՝առանձինկիստա,

իրենիցներկայացնումէընդհանուրլեղածորանիլիակածևայնացում /հանդիպումէհամեմատաբարավելիհաճախ/,

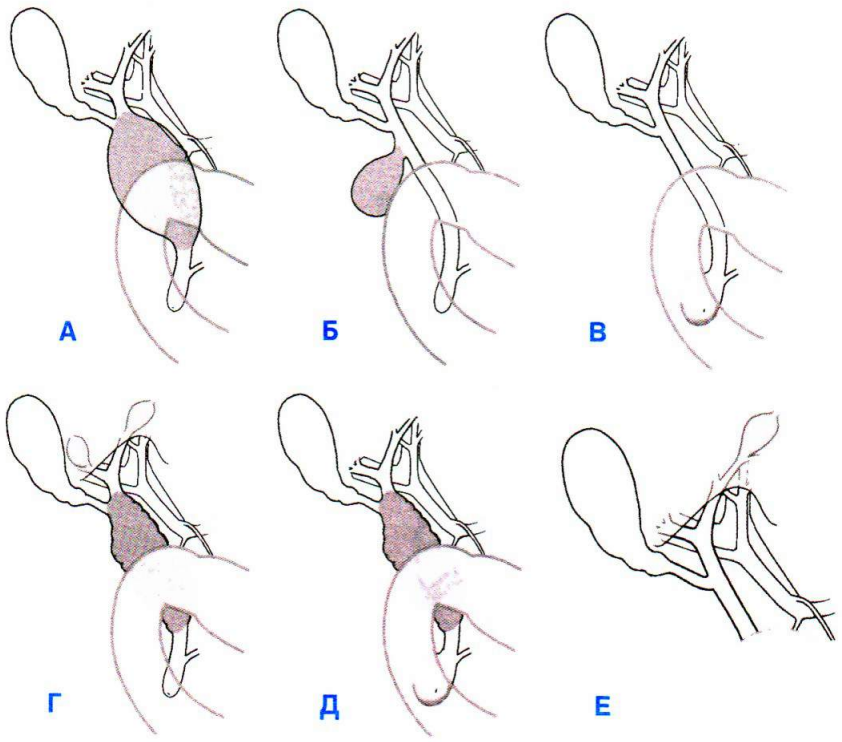
II տիպ՝ընդհանուրլեղածորանիդիվերտիկուլ,

III տիպ՝խոլեդոխոցել է,

IV տիպ՝ընդհանուրլեղածորանիկիստաներիհետհամակցվածներլյարդայինկիստաներ /ըստհաճախականությաներկրորդն է/;

V տիպ՝Կարոլիհիվանդություն, լյարդիպոլիկիստոզ, ընդհանուրլեղածորանիկիստայիբացակայությամբ:

Կարող են նաև հանդիպել ներլյարդային ու արտալյարդային կիաստաների համակցում:



Յուցումներըուհակացուցումներ.

Ախտաոսկանմասնահոսհատմանցուցումներ՝

- ախտանիշերը /դեղնուկ, ցավ, խոլանգիտ/,
- կասկածվողկամհաստատվածչարորակուռուցք,
- ընդհանուրլեղածորանիI տիպիկիստա,
- ընդհանուրլեղածորանիII տիպիկիստա,

- ընդհանուրլեղաձորանի IV տիպիկիստա,
- հակադրածցիստոէնտերոստոմա:

Հակացուցումներ՝

- լարպիծաճրիհիվանդություն /օրինակ՝ Crohn լարպիցիրրոզ/,
- ծանրդեկոմպենսացիաիհիպերտեզիա,
- կոագուլոպաթիա:

Նախավիրահատականհետազոտումևպատրաստումվիրահատությանը.

Կլինիկականհետազոտություններ՝

- ✓ լարպիբռոնխոպնևմոնիահիվանդություններ:
- ✓ լաբորատոր հետազոտություններ՝ բիլիրուբին, հիմնայինֆոսֆատազա, ԱԼՏ, ԱՍՏ, ալբումինհիմակարգակըլյուկոզմոլայում, պրոթրոմբինայինժամանակ, տրոմբոցիտներ:
- ✓ գործիքային հետազոտություն՝ ԳՋՀ, որովայնիօրգաններիՀՇ, ՄՌՀՊԳևԷՀՊԳ, եթեՄՌՀՊԳ-ի ժամանակներըչենդիտվել:

Հնվանդի պատրաստում՝ կանխարգելիչհակամանրեաբանականդեղորակուսովեղուսխոցածինֆլորայիհամեմատ:

Վիրահատություն

Փուլ 1. *Կորլածմաջքուլսկտում, դեպիորովայնիծոծրակիմկանտարանհատությամբ (ըստպահանջի)*

Տեսադաշտիապահովումլայնիչով: Լարպըբարձրացվումէռետրակտորով, խնկոտառներկումատնոցապահնմոբիլիզացվում՝ ըստԿոխերի:

Փուլ 1ա.

Կորլածըզտումէկատարելվոքրեբե՝

- բացակայումէկորլածիգազաթը,
- կորլածըտեղաբաշխվելուէդեպիվեր,
- ռետրակտորիհամարկապվելիայնքան,
- տեսադաշտիհամարբավարարէլարպիչմեծմակերես:

Փուլ 1բ.

Անհատականիրավիճակիհետգրոմանհամար /կիստայիչափերը, պատերիհաստությունը, նրաներսումգոնվողմարերըևայլն/ կատարվումէերիվիրահատականԳՋՀ:

Իրականացվումէլեղապարկիռետրոգրադիսեկցիա, պարկայինզարկերակիհատում:

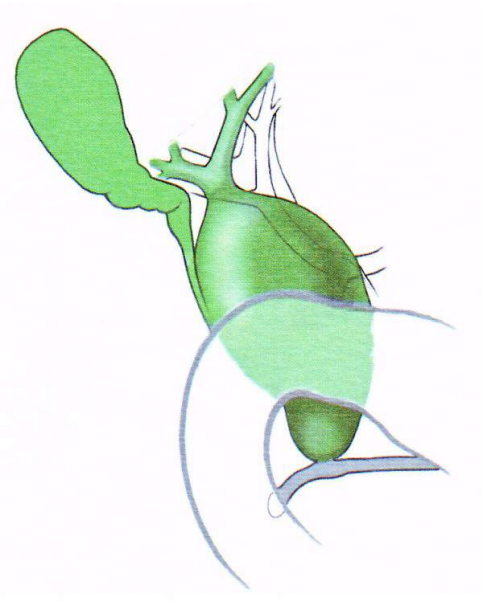
Պարկայինծորանըանհրաժեշտէդիտարկելմինչևնրամիացումըընդհանուրլեղածորանին /կիստային/:

Կիստաանջատվումէդուներակիցուլարպայինզարկերակից:

Պայմանավորվածբորբոքայինկպումներովնմանդիսեկցիանկատողէլինելդժվարին:

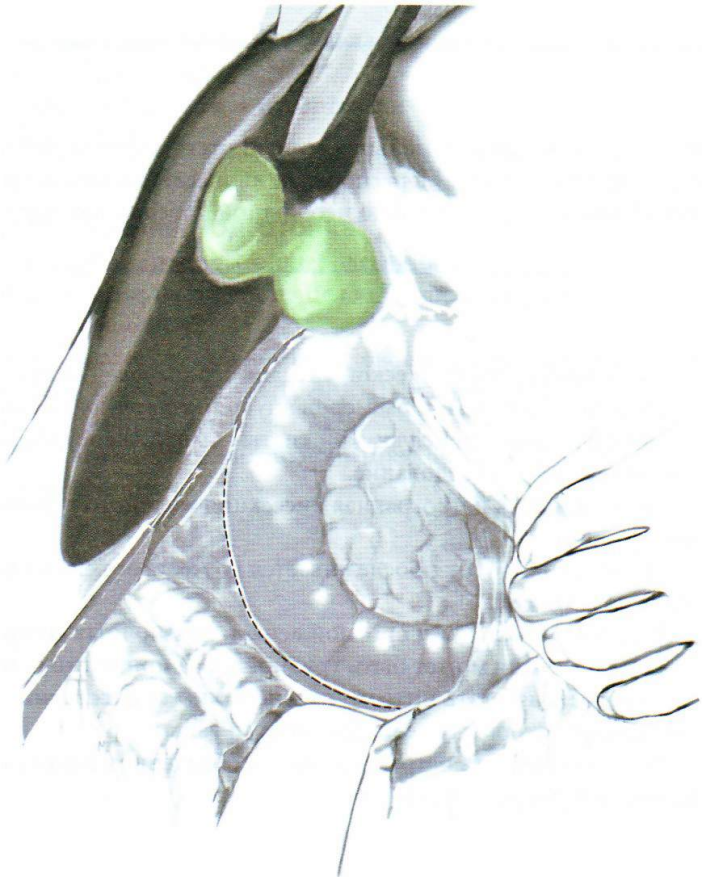
Կիստայիտհատգուցեերբեմնջատմանժամանակկարևորէխուսափելանոթերիհատվելեհոգիցայինհատրամուղիսեկցիայից:

Կիստայիտրակցիանհետացումէերբուշքանցկացվածանոթայինքուհով: Լեղապարկըչիեռացվում:



Փուլ 2. Կոխերիմիջամտությունից յուրդիստրումի տեղայնացումը

Որպեսզիհնարավորլինիմոտեցնելեղածուրահիստուրինհատվածինուռուցքայինկրեատինկտուրածությանը՝իրականացվումէԿոխերիմիջամտությունը:

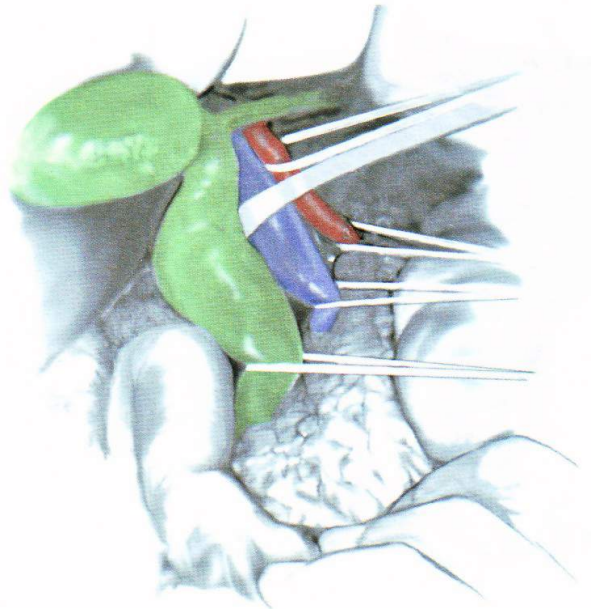


Փուլ 3.

Այժմկատարվում է դեպինեբև, մինչևենթաստամոքսայինգեղձիզլխիկիվերինեզր, խուսափելովենթաստամոքսայինգեղձիվնասումից:

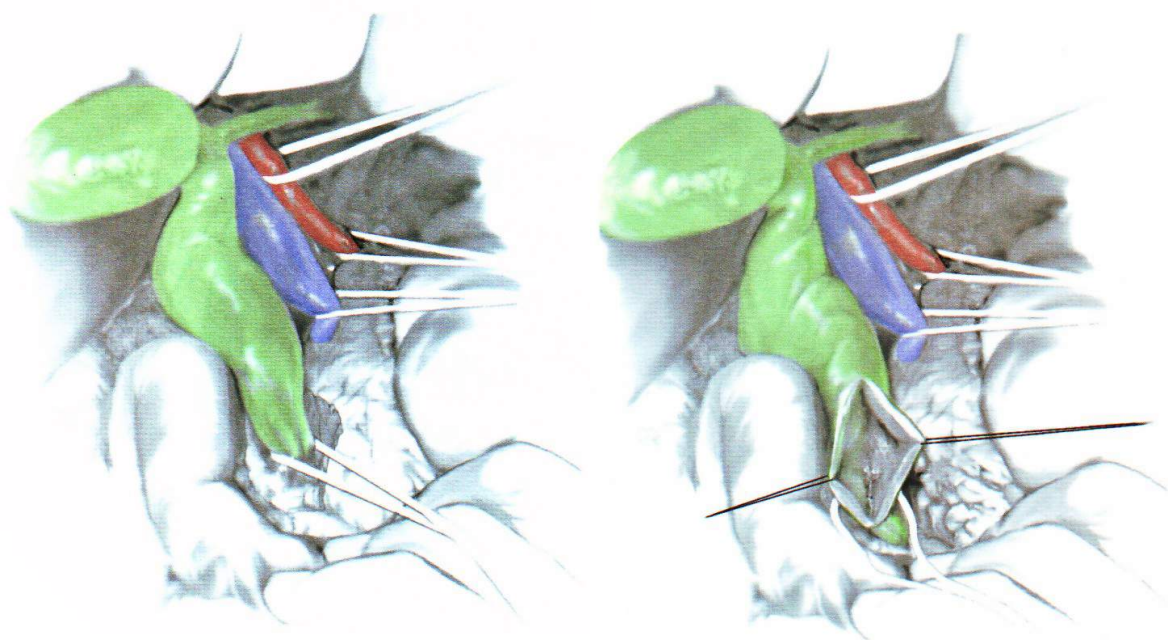
Օգտակարտոհչտեղեկություններկարելիէստանալերկրորդհատվածկոնգերծայնայինհետազոտությանժամանակ:

Ենթաստամոքսայինգեղձիցկիստայիանջատման ընթացքում կարելիէկիրառելգերձայնայինդիսեկցիա:
Մանրաթոթերըկարողենանասվել էլեկտրաբանակով:



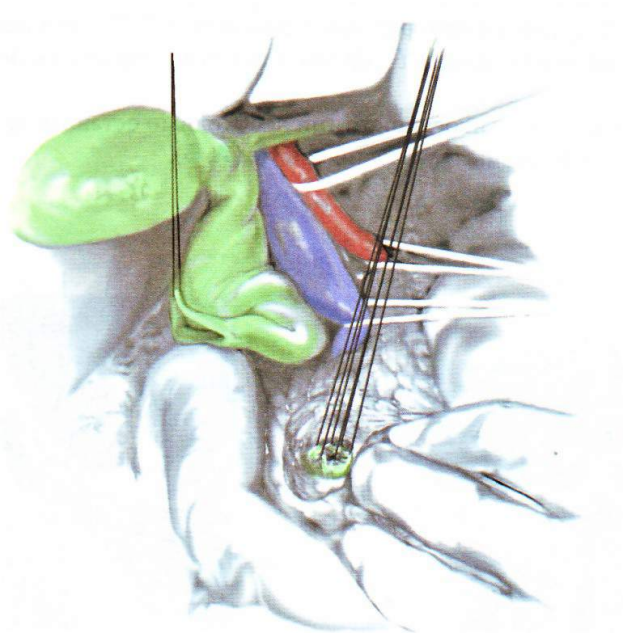
Փուլ 4. Հեռանալ եղածորանիկիստայիբացումը

Հեռանալ եղածորանիևեռպանկրեատոկծորանիմացմանտեղըտեսնելուհամարկարողէպահանջվելկիստայիբացում:
Կիստահանջատվումէմինչևիրստորիեզրը, ծորանեերիմացմանտեղիցվեր, որըպարտադիրպահպանվումէ:



Փուլ 5. Հեռանալ եղածորանիպիստող սեգմենտիվերակտատցում

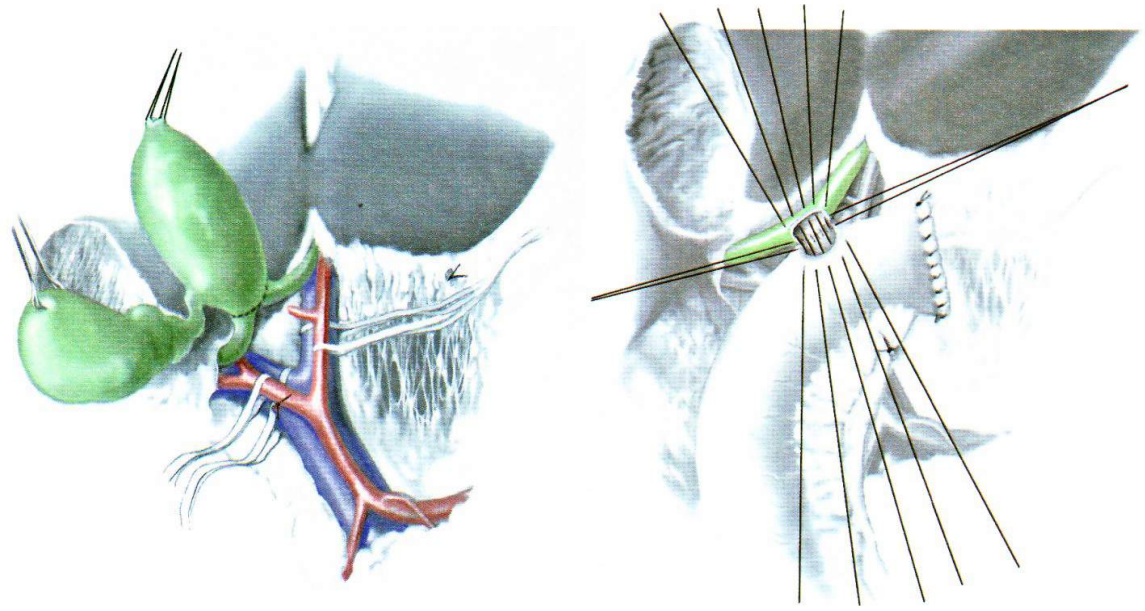
Կիստայինճացածէպիթելիայնծածկըդիաթերմայովզգուշորենեերթարկվումէկաուտերիզացիայի: Հեռանալ եղածորանիստորինիասվածը, անմիջապեսպանկրեատոկծորանիևեռըմացմանտեղում, հանգուցակարերովփակվում է/5-0 PDS/:
Վերջինիսվնասումիցպետքէխուսափել:



Փուլ 6. *Հետանցուլ երածորանի կիստոյիբացումը*

Կատարմանը բավական դժվարություն չի պատճառում: Միևնույն ժամանակ անհրաժեշտ է ուշադիր լինել արյունահոսության նկատմամբ: Եթե անհրաժեշտ է երածորանը երկարացնել, կարող է անհրաժեշտ լինել ընդարձակել վերջինիս ներքին անցքը:

Որոշ դեպքերում ժամանակի ընթացքում, երբ կիստոգաստրոստոմիայի անհրաժեշտություն չի առաջանում, կարող է անհրաժեշտ լինել կատարել լեծորանների հետագա վերակառուցում, եթե երկարացված անթափանցելի է ռենտգենյան ճառագայթների համար: Միջանցքային գործողության /4-0/ կատարումն է "ծայրը-կողքին" հետանաստոմոզի (բերանակցում): Ըստ Ռու-ի Y-ածև բարակաղեցուղարձերկարությունը պետք է լինի 70սմ: Բերանակցման գոտում անհրաժեշտ է թողնել դրենաժ: Բերանակցումը ձևավորվում է կիստոյիեռացումից հետո:



Հարցություններ

- Լեռնադրոսահոսք
  - առաջին 48 ժամերի ընթացքում պահանջվում է եղուկ չմեծադրոսահոսք, որը սովորաբար ինքնուրույն դադարում է,
  - շարունակվող եղուկադրոսահոսքի վերաճի հնարավորության դեպքում,
  - եթե ենթադրվում է սոցիալ-էկոնոմիկական/կամ քաղաքական ժամանակաշրջանի երկարացում,

  անհրաժեշտ է ձեռնարկել նրանց կայունացնելու միջոցներ:
- Խոշոր /20-40% դեպքերում/ սովորաբար բերում են ճանապարհների փակման:

ԼԵՌ

Մինչև 80-ական թվականները, պայմանավորված ագրոնոմական հնարավորություններով, բարձրությունների մասին պատկերացումները շատ տարբեր էին: Այդ ժամանակ լեռները համարվում էին ոչ հյուրընկալ, վտանգավոր և անմարդաբնակ: Վերաբերմունքը փոխվեց միայն 19-րդ դարի վերջին, երբ սկսեցին ուսումնասիրել լեռները: Ներկայումս լեռները` սահմանելով տարածքային և, ոչ միայն, խոշոր ենթակառուցվածքների իրականացումը, ինչպիսիք են բարձրադիր ճանապարհները, կենդանիների ոչ պատշաճ արածեցումը, ինչպես նաև ռեկրեացիոն նպատակներով լեռնային տարածքների օգտագործումը, ունեն մեծ նշանակություն:

Բեռնում (Վերջացրել) 1998 թ. համաշխարհային բանկի-պետական-մասնավոր գործընկերության (ՀՀՊԲԱ) գիտական կոմիտեն ստորագրեց պայմանագիր և սկսեց իրականացնել ծրագրերի գնահատման աշխատանքները: Վերջինս ստացել էր ծրագրերի առաջարկներ, որոնք ներկայացվել էին ՀՀՊԲԱ-ի կողմից, Բրիսբենում (Ավստրալիա, 2000թ.): Այս առաջարկները ընտրվել էին “Լեռնային համայնքների զարգացում, Բրիսբեն 2000” միջոցառման ընթացքում ՀՀՊԲԱ-ի գիտական կոմիտեի կողմից և ուղարկվել էին ՀՀՊԲԱ-ի աշխատակազմ: Այն 2000թ տեղի ունեցավ ընտրության ՀՀՊԲԱ-ի աշխատակազմում: Սրանից բացի ծրագրերի զարգացման հայեցակարգերի ընտրության գործընթաց: Իսկ` ընտրված հայեցակարգերի զարգացումը, բերվում էր պահանջվող:

Սահմանները. Համայնքային սահմանները չեն համապատասխանում լեռնային էկոհամակարգերի սահմաններին: Ջրհավաք ավազանների կառավարման պլանները չեն համապատասխանում: Լեռնային էկոհամակարգերի սահմանները հաճախ անորոշ են:

Նկար 2. Երկրորդական գիտական հետազոտությունների համար անհրաժեշտ տեղեկատվության աղբյուրներ, հիմնված եղուկների և լեռնային զարգացման հայեցակարգերի վրա:

Լյարդիպարենխիմայիդիսեկցիաներկապված տարբեր բարդություններիհետևանքովզարգացմանհետ՝ ներառյալարյունահոսություն, հեմատոմաներիառաջացում, ինֆեկցիայիզարգացում, լեղուսրտահոսք, լյարդայինանբավարարություն: Այդ իսկ պատճառով Լյարդիպարենխիմայիմանրակրկիտուռանվտանգդիսեկցիայիհամարմշակվել ենտարբերտեխնիկաներ, որոնքթույլենտալխնայողությամբ վերականգնելերիկամիանատոմիականհետևիհետվիրահատականբարդությունները:

Առավել հաճախկիրառվում՝

- Կեղևիսեղմիչներիկիրառումը,
- ջրիհոսանքովդիսեկցիան,
- գերձայնայինդիսեկցիան,
- գերձայնայինհեռացումը,
- “եփոջմով” դիսեկցիա:

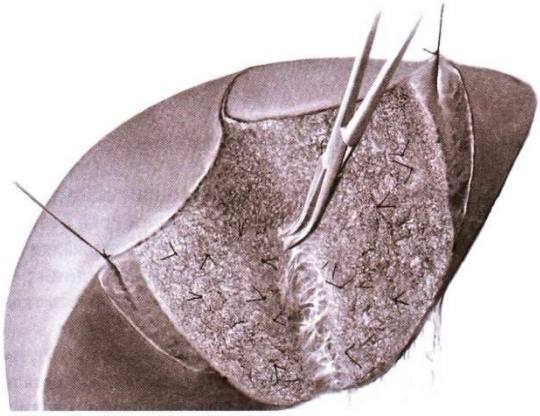
Պառենխիմայիդիսեկցիայի

Դիսեկցիանիրականացնումենհետևյալկերպով՝ Հիվանդինդրվումէլյարդիպարանոցը: Հիվանդիէնդոտրախեալզիացիա կարելի է ապահովել, լյարդիբարձրացմանհամար, նրա ստորին եզրին, մասնահատմանգծերովնախապես դրված կապերը-քունիչներով (2-0 մետաքս),:Զգուշավորությամբ զգույշ լինել չվնասելուղեմոքրլյարդայինաճիուներըառաջացնելուժյունահոսություն:

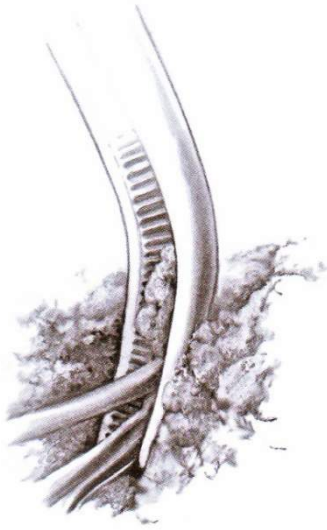
ԼյարդիավելորդհյուսվածքըհեռացնելուհամարկիրառվումէՊրինգլիգործողությունը, ուղղվածերկարատևկամընդհատայունհեռացմանը: Իհարկե, բացիԿեղևիսեղմիչներիկիրառմանտեխնիկայից, հնարավորինսկրնվազագույնիհասցնելուհամարմշակվել ենհետևյալեղանակներ, որոնքթույլենտալխուսափելՊրինգլիգործողությանկիրառումից:

Կեղևիսեղմիչներըդիսեկցիաներ

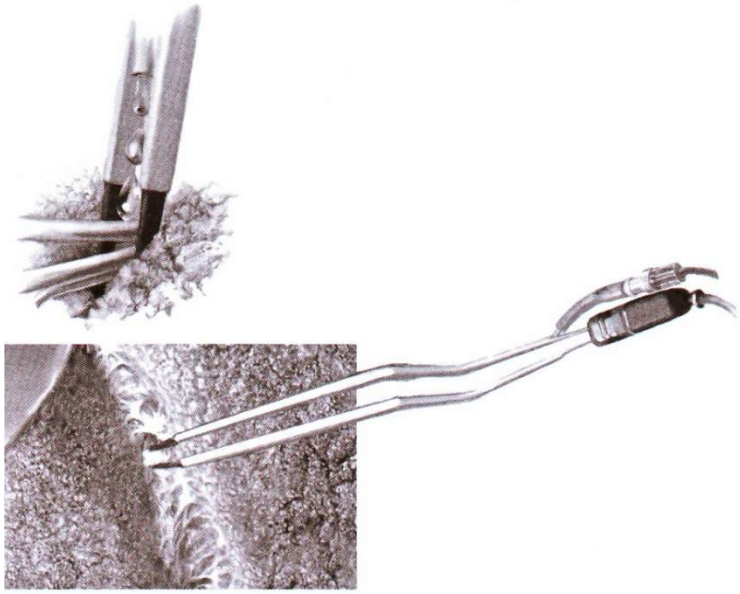
Փոքրսեղմիչները (Կելլի) օգտագործվումենբրանուներիմիջևլյարդիպարենխիմայիջնջմանհամար, ինչըթույլէտալխուսափելանոթներըվնասելուեղածդեպքերում /Ա-1, Ա-2/: Գլխաձևածավիճակներըայդ (<3մմ) բիպոլյարաքցանովեներթարկվումենկոագուլյացիայիկրճատովիհասվում /Ա-3/: Որպեսզիխուսափենայդողկառուցերիբրանուներիվնասվածքներիցպետք, բիպոլյարաքցաններըդուրեմենկոպտի, որիմիջոցովկարելիներթարկել հեղուկ: Լյարդիմնացողհողմիմակերեսիայտնաբերվածավելիմանրորակագծանոթներընույնեղանակները (<3մմ) կապվումկամկլիպավորվումենհեռահասով: Կլիպերըօգտագործվումենմիայնհոծերևիճծրաններիդուրսհեղելիվակմանհամար:



Ա-1



Ա-2



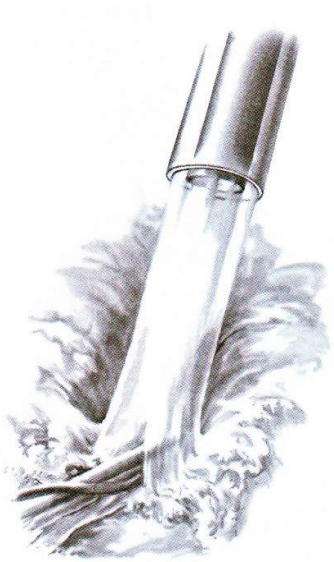
Ա-3

Ջրհեռակտիվհիդրոդիսեկցիա (Helix Hydro-Jet, Erbe)

Կատարվում է հատուկ, ճկուն ներարկիչով, որի ծայրին ամրացված է ջրհեռակտիվ գլխիկ /Ա-1/: Ցիզիոլոգիական ուռուցքը ներարկիչի միջոցով բարձրճնշմամբ ուղղվում է դեպի ՕՊԼՈ (վարպակը), որտեղ ճնշումը վերածվում է կիսեռային էներգիայի: Կատարվում է 30-50 մթնոլորտային ճնշում: Կատարվածի արդյունքում ուռուցքը /Ա-2/: Ապահովում է ոչ միայն ուռուցքի, այլև շրջակա հյուսվածքերի անվնաս մեկուսացում: Այնուհետև կիրառվում են ծիլիչ էլեկտրավիրաբուժական գործիքներ:

Առաջարկում ենք ուռուցքը կատարել միայն ճկուն ներարկիչով, կլիպերով կամ կապանով, ինչպես կլինի հարմար վիրահատի համար:

Ա-1



Ա-2

Գերձայնայինվիրաբուժականսարք (Cavitron Dissection, Integra Neurosciences)

Գերձայնայինդիսեկցիայիսկզբունքը՝կավիտացիոնեֆեկտի, որըիրականացվումէգործիքիվիբրացիոծայրով: Գործիքիաշխատանքայինմասըկոնցումէգերձայնայինվիբրացիա, սիստեմատիկակրկնվողհզորացումնուերծծումը /Ա-1/: Գերձայնայինզոնդըկավիտացիայիմիջոցովքայքայումէպարենխիմայինբջիջները (նրանցմեջքրիբարձրպարունակությանպատճառով), մինչդեռարյանանոթներըմնումանձեռնտեղում, օրինակ՝լեղածորանները/նուրբանոթները, վնասվումենվերլուծիչ /Ա-2/: Ջոնգլովսկելետիզացիայիցհետոայսէլեմենտներըկարողենթարկվելկլիպավորման, կապվելկամայրվել, ինչպեսդիսեկցիայիայլեղանակների դեպքում: Գործիքըկարողէլացվելէլեկտրակոագուլյացիայի հնարավորություններով: Անոթների, լեղայինուղիներիևհյուծէրիստոմանևկոագուլյացիայիհամար, գերձայնայինսարքբարձրհաճախականությանէլեկտրականությունըկարողենակտիվացվելմիաժամանակ:

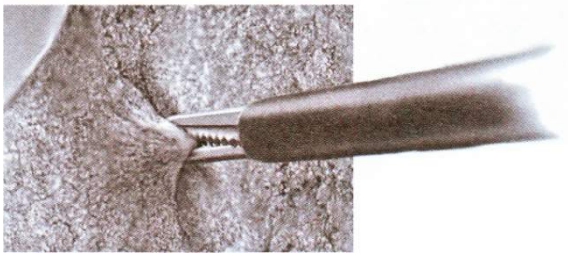
Ա-1

Ա-2

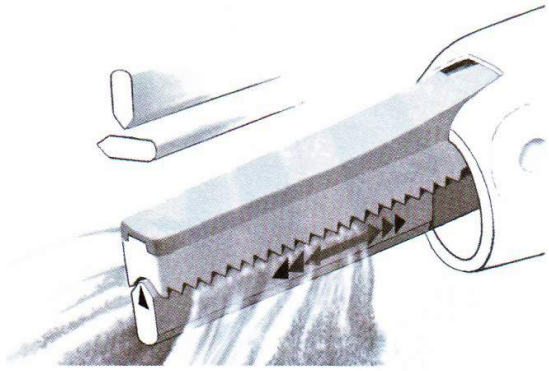
Գերձայնայինհամառում (Ultracision Ethicon Endo-Surgery)

Հաստոգերծայհայինհամակարգըիրմեջներառումէպեռալայինմիացումովգերծայանհայինգեներատոր, բազմակիանգամօգտագործվողբռնակնհատիհամարևկտրողհարմարանքով: Գեներատորովստեղծվողգերծայհայինէներգիան, բռնակումտեղադրվածպեգէլեկտրականբյուրեղերիհամակարգիմիջոցով, վերածվումէմեխանիկականի: Գործիքծայրըսարսռահոլումէմեծտատանականաճախականությամբ (55500Հց) վիբրացիա /Ա-1, Ա-2/: Վերջինիսերկայնականալիքըտարածվումէկտրողէկպոզավորվելհինգչափանիշերով 25-իցմինչև 100մկմ: Հաստումը, բարձրհաճախականությանվիբրացիայհաղորդությամբ, իրականացնումէպղոցանմանճեղքումմասնահատվողսարքիծայրով:

Մինչև 2-3 մմհաստությունըկոգուլացվումէնվիբրացվողմետաղիհետևյուսվածքիխզմանժամանակ: Ավելամեծտրամաչափիանոթներիկոագուլյացիայհամարանհրաժեշտէերանցսեղմածպահելգործիքիբրանճերիարտաճում 3-5վրկ: Հարմոնիկնեշտարբերությունէտալիսանջատելլարդիպարբերնվիմանպրակտիկորենառանցարյունահոսության, լեղուպրոտահոսքիևտրավմայի, հատկապեսարյունամեռեէրերիկիրառումըօրգանի ծայրամասում: Կատարմանարագությունըհնարկիրառմանպարզությունըևհատկապեսկարևորելապարասկոպիկվիրահատություններիժամանակ: Սակայներբակիրառումըլարդիվորմումկարողէբերելանոթների /հատկապեսլարդայիներակների/ վճռման: Որոնքպետքէկլիպաներով փակվենկամկարովկապվեն:



Ա-1



Ա-2

“Եփոմք (զոդման)”դիսեկցիա (Tissue Link)

Այսեղանակիհիմքումդրվածէզոդողդիսեկտորը, կոագուլյացիայհյուսվածքերիզոդմանպատեհնտավորվածտեխնոլոգիան, ինչըհեռուստազննպահովումհյուսվածքերիհատումիցառաջուհետո:

Դիսեկտորըֆիզիոլոգիականլուծույթինջովխոնացումէոպտիմալհաճախությանէներգիան, բերելով հյուսվածքների կոագուլյացիայհյուզոդման/Ա-1, Ա-2/: Ֆիզիոլոգիականլուծույթըսառչհաճախականությանէներգիանցկացումէհյուսվածքներ, սառեցնելովնրանց, ինչիհաստևանքովազդմանգոտայինջերմաստիճանըերբեքչիգերազանցում 100^0C: Արդյունքում, կոլագենայինթելերիկրճատմանմիջոցով, ձեռքբերվումնեղմաստոզ, առանցհյուսվածքերիչոդացման, ծխի, կայծերիևհատագայթման, որըայնքանքոքոշէէլեկտրականներազդանը: Զոդողդիսեկտորըկարողէմիանալտրպոյինհատվածականությանգեներատորի, որը լայնկիրառում ունի, էլէկտրավիրաբուժությունում: Դիսեկցիայհամարգործիքըդրվումէանմիջապեսամբակվողմակերեսին: Խիստ կարևորէպահպանելմշտական շփում լարդիհետևգործիքըտեղաշարժելընդհատվողշարժումներով: Սկզբնականզոդայինժամանակհայտնաբերված 5 մմ-ից, վոհրտրամաչափիանոթները, կարողենկոագուլացվել 10 վրկընթացքումևհետոհատվել: Ավելամեծտրամաչափիանոթներըանհրաժեշտէվարկել կլիպներովկամկապել:

Ա-1

Ա-2

Փորձառու վիրաբույժի խորհուրդները

- Վիրահատության ընթացքում կարող են օգտագործվել տարբեր տարբերակներ, բայց որևէ ընտրանքի մասին կցված կիրառման ցուցումներում;
- Լարված ապարոսկոպիկ մանևրները ժամանակատար են և արտահայտված են միայն հազվադեպ դեպքերում, առանց գործիքների վերին վերջույթի;
- Որպես պարենխիմայի խզման ցուցիչ ժամանակին զգալու հնարավորությունը, անկախ կիրառվող եղանակից, կենտրոնական երակային ճնշումը պետք է պահել ցածր մակարդակի վրա;
- Անկախ կիրառվող գործիքներից, լարված հյուսվածքի հատումը ժամանակ զգալ հարյանկորստի դեպքում անհրաժեշտ է կիրառել արյանհեղոսքի ձևափոխում,:

Արյանհեղոսքի վերականգնման եղանակները ուղեղի վիրահատության ժամանակ

Արյանհեղոսքի վերականգնումը ներառում է.

- հեղոսքի ժամանակավոր դադարեցում (առաջին անգամ նկարագրել է J.H. Pringle-ը 1908)
- հեղոսքի ընդհատվող դադարեցում (առաջին անգամ նկարագրել է M. Makuuchi-ը հանցածդարի 70-ական թվերին)
- նախնական հեմոստազի ստեղծում և լարված օրգանի արյունազրկում:

Արյանհեղոսքի վերականգնման եղանակները զգալի տարբերվում են, որոշ դեպքերում՝ միայն մեկ, մյուսներում՝ միայն բազմակի: Որպես վերին սահման ընտրված է հեղոսքի վերականգնման ժամանակահատվածը (<3 րոպե) կենտրոնական երակային ճնշում (ԿԵՃ): Ցածր ԿԵՃ-ի պայմաններում ընդհանուր ընդունված պրինցիպ է, որ պետք է հնարավորինս արագ արյան հոսքի վերականգնումը: Մյուս կողմից, լարված օրգանի արյունազրկումը, սրտի բարձր ճնշման և ընդհանուր անոթային համակարգի չկայունության դեպքում, կարող է հանգեցնել ուղեղի այտուցի զարգացման: Այդ իսկ պատճառով անհրաժեշտ է պահպանել հնարավորինս ցածր ԿԵՃ-ի (>10 մմ.ս.): Այս մոտեցումը հատկապես կարևոր է երակային հետադարձ դժվարությունների դեպքում:

Աղյուսակ 1.

Տարբերությունները ժամանակի ընթացքում հիվանդանոցային մահացության և ծանր հիվանդության բուժման արդյունքում (րոպե):

	Նորմալ կյանք	Ցիրկոսիկլյանք
Մշտական հիվանդում	60 րոպե	30 րոպե
Նախնական հետևելի պատրաստմամբ	75 րոպե	? րոպե
Հիդեստվածում	>90 րոպե	> 60 րոպե

Ցուցումներ՝

- կյանքի սկզբնական շրջանում հիվանդության զարգացում,
- դիսեկցիոն զարկերակների ներքին մակերեսում,
- ուռուցքներ ստամոքսի և աղիների կամ բազմակի էնդոկրին նեոպլազիաներ, կենտրոնական նյարդային համակարգում (պայմանական հիվանդների համար):

Հակացուցումներ՝

- Տեխնիկական դժվարություններ (կոմունիկացիա),
- Սրտային անբավարարություն (պայմանական հիվանդների համար)

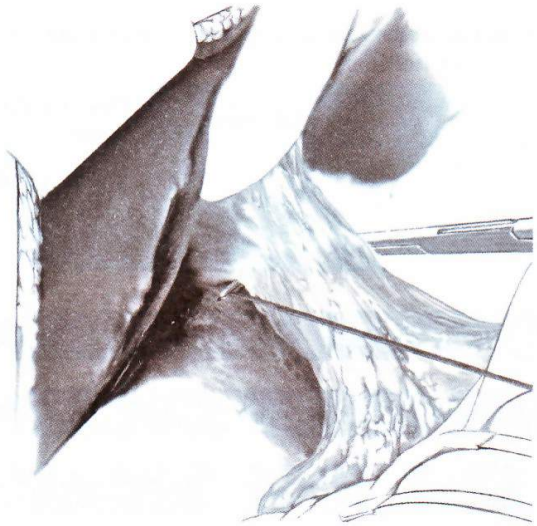
Հետհիվանդանոցային բարդություններ

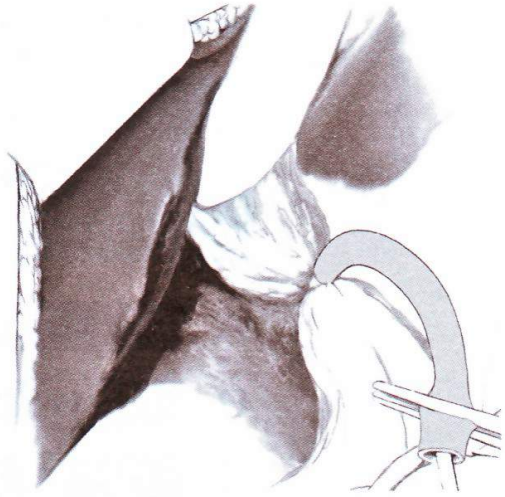
- Փայծաղի պատվածք (եզակի) – հանգեցնող իշեմիա կամ ինֆարկտ՝ ծանր վարակների զարգացման հետ: Եթե հնարավոր է, կատարել սպլենէկտոմիա:
- Սիրտ-անոթային ոչ ստաբիլ վիճակ (պայմանական հիվանդների դեպքում) – ապահովել համարժեք ծավալային ինֆուզիա, բացել սեղմիչները, մտածել երակ-երակային հուսալի վերականգնելու մասին:

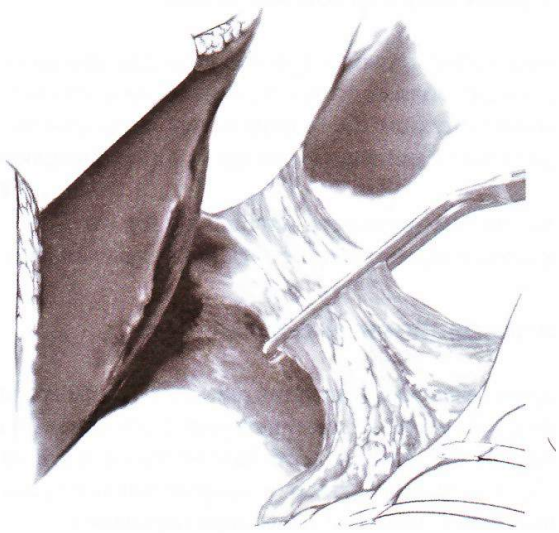
Վիրահատություն

Պրինցիպ (= հերնիոպլաստիկա)

Ուղղորդված սանձել սեղմիչը մտցվում է կյանք—տանող երկուղանոց կապանային տակավանդակի ջիլային շրջանցում: Նրա վրայից հագցվում է կարմիր ռետինե, որը ժապավենի վրայով ջեցվում է երբ, ինչպես կապանը սեղմելու համար բավարար է, ուսեղմիչով ֆիքսում: Անհրաժեշտ հետևել հերնիոպլաստիկայի: Որպեսզի կյանք-տանող կապանի վրա կարել իզոնել անոթային սեղմիչ: Զգույշ ծորակներով ստուգել՝ չխզվի գլխուղեղ: Դիսեկցիայի, օրինակ՝ խոլանգիոկարցինոմաների դեպքում, կյանք-տանող կապանի ընդհանրացում՝ ներվակոնացվելու դրանք երակային ուղերի հետ:







Արյանհոսքիանհատականառանձնահատկությունները

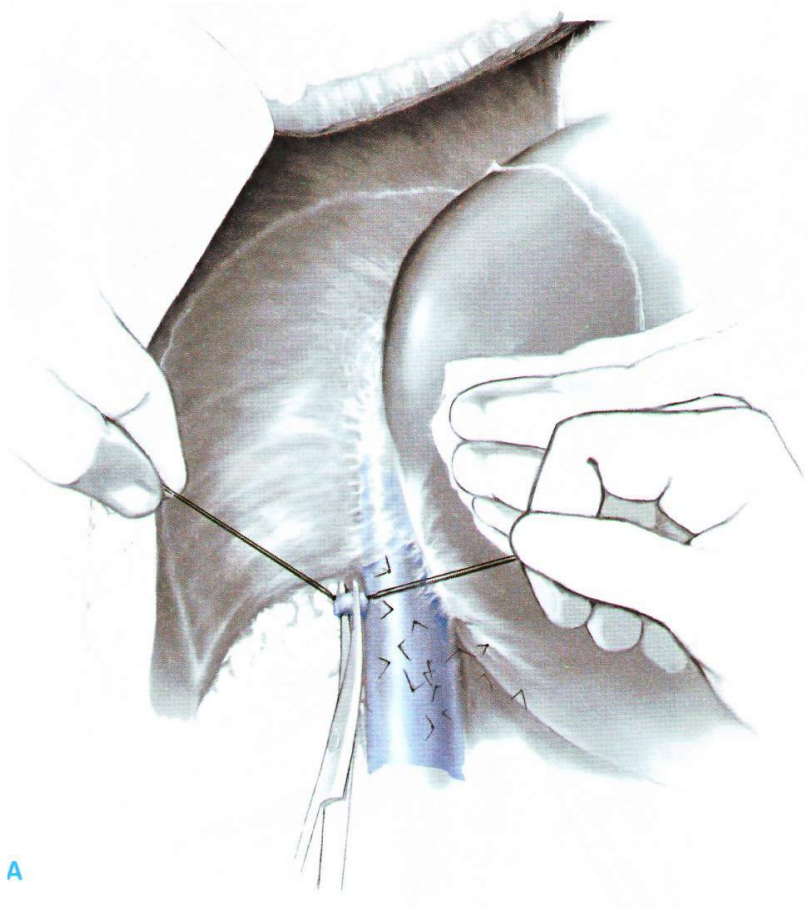
Արյանհոսքիցկարդիոցիկլիընթացքում, ինչպեսկարդիոցիկլիամբողջությամբ:

Փուլ 1.

Կարդիոցիկլիսկզբումմիոկարդիանընդհանուրկծկումիհետևանքովարյունըհրվումէաորտայիևթոքայինբնից, ինչպեսնաևկարդիոցիկլիբոլորփուլերը:

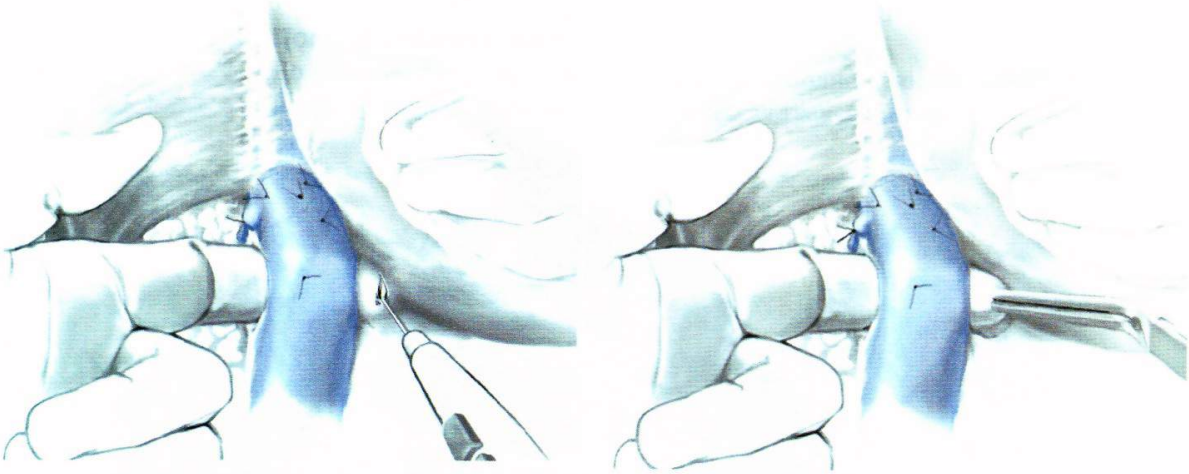
Փուլ 2.

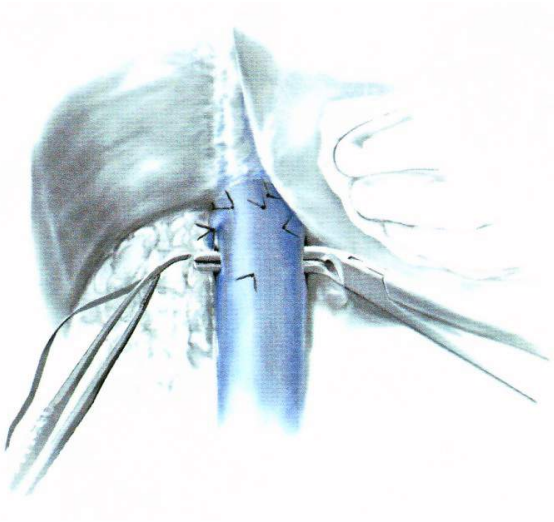
Աջիցւածախից, 2-3սմերկարությամբ, կարդիոտոկառանձնացումէստորինսիներակը:
Աջմակերիկամայինևերակըառանձնացումէուհասովումկապելիմեջ:



Փուլ 2. /շարունակություն/

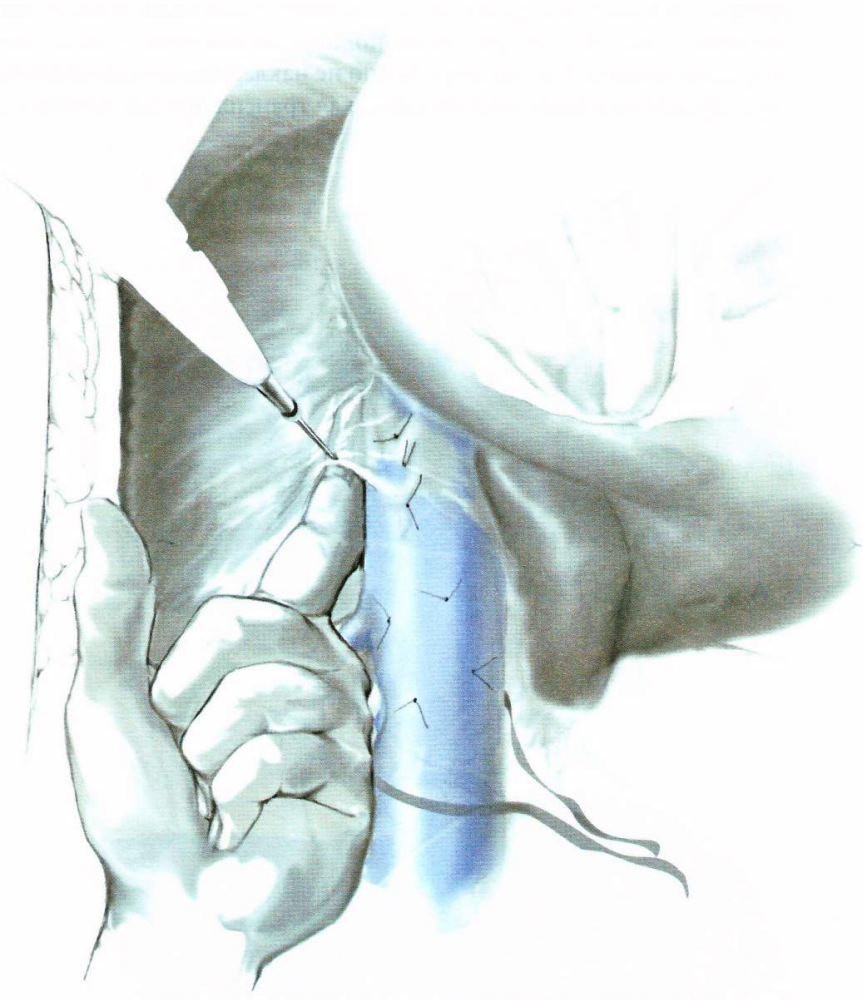
Մատնաջիցձախսանճկացվումէստորինհինգակիևտևևէէկտրակոագուլյատորովմատովվրատարանջատվումշարակցականհյուսվածք: Ստորինհինգակիստակմոտեցվումէմեծուղղանկյանստակթեվածսեղմիչ, որովբռնվումէաւանճկացվումէհամապատասխանժապավեն, որի վրաանճկացվումէկատետեր, այսպիսովհնարավորություն համար, ինչպես վերը նկարագրվածէլայդ-տասներկումատնյակապանիդեպքում:





Փուլ 3.

Սինեռակինեզոլյարդոյինովվերլյարդոյինհնասովածնեբըսոեռոյնացվումեռմինչևստոծանի, ինչըկրակոնացվումէսինեռակից հետոնցկացվածմատիվրապիաթերմիայովշարակցականհյուսվածքի հատումով: Այսգոտումերակայինհյուղերչկան:

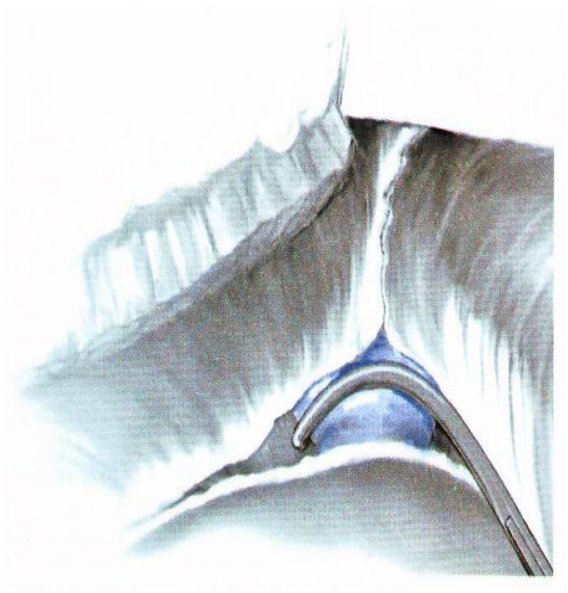


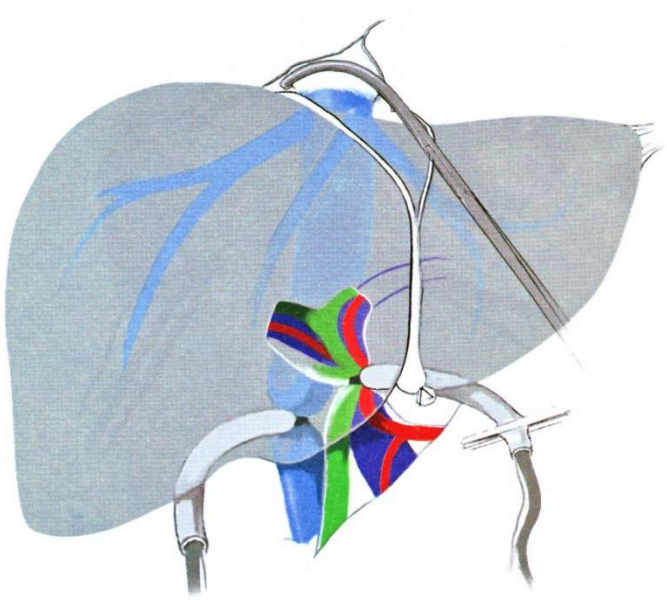
Փուլ4 .

Համապատասխան ախտորոշիչ հետազոտությունների արդյունքում:

Հիվանդի հիմնական խնդիրները, որոնք պետք է լուծվեն վիրահատության ընթացքում:

Եթե այնտեղ է հիվանդի համար, լյարդի ձախ կողային հատվածի ռեզեկցիա կամ ձախ լյարդային ծորանի ներքին ճյուղավորման ախտահարման դեպքում: Համոզվեք, որ կարող է իրականացնել այնուհետև մնացած լյարդը, ձգելով տուրնիկետը լյարդ-տասներկումատնյակապակիր: Սիներակի լյարդային հատվածների ներքին մակերեսի (եթե առկա է): Որոշեք լյարդը վիրահատությունից: Նմանատիպ դեպքում, որպեսզի հետագայում չձևավորվի:





Վիրահատության ախտորոշում լյարդի ախտահարման համար (հետաքրքրություն ներկայացնող անատոմիական հատվածներ)

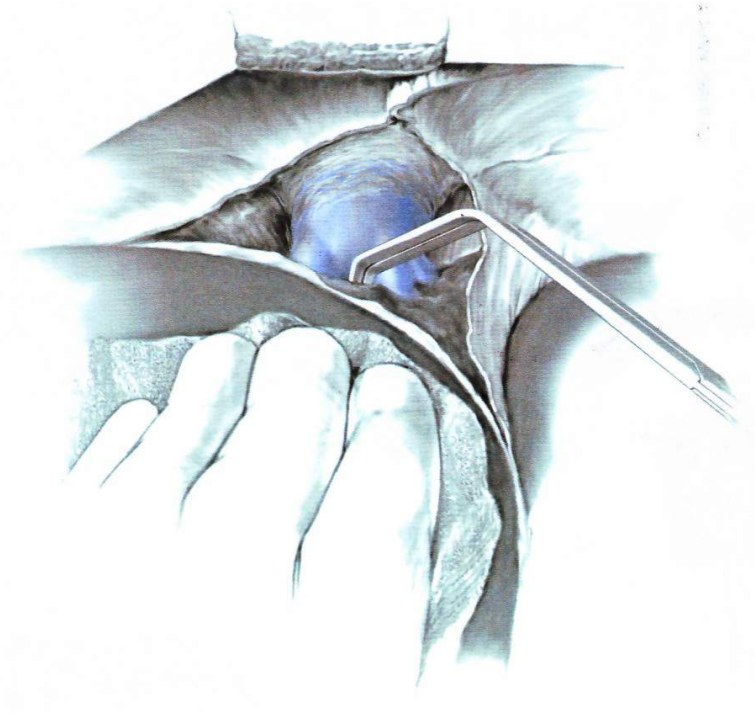
Վիրահատության ախտորոշումը հիմնված է հետևյալ տվյալների վրա:

Ներքին օգտագործվում են լյարդի մասնահատման կամ հեռացման ընթացքում լյարդի վերցման ժամանակ;

Վերլյարդային ծորան

Տես 1.

Դրա հիմնական պատճառը, որ հետագայում լյարդային հետազոտությունը, հատկապես ախտորոշումը: Աջ հետևյալ հիվանդությունները՝ աջ միջին լյարդային հետազոտություն ընտրելու համար:



Փուլ 2. Ստորինսիներակիտոտալտրոմբոէնդարտերէկտոմիա

Ստորինսիներակիոտնային միջնատարածքիոտքազատումըսկսվումէճակմիջապեսաջերիկամայիներակիակզբնամասում: Խոռոչակիպատրաստմանժամանակերիկացնողմանիամարանիրաժեշտէկապելդեպիտրոմբոզվորբիթզնացողմեկկամերկուերակներ: Որևցիեսողզգուշորենմկրատովբացումենքաոթերիցազատելտրոմբուստորինսիներակիառաջայինմակերեսիմիջնբերը՝ ձևավորելովխոռոչակ:

Առրոտոզսեռմիչովժապավենըանցկացվումէմիջնոտքայիներակիաջկողմիցստորինսիներակիհետևնտրոմբոզվածհատվածի 1-ինտրոմբոէնդարտեռ, որըբացվումէ, որպեսզիժապավենըտեղադրվիաջքրումքթայինոտիկիառջև:

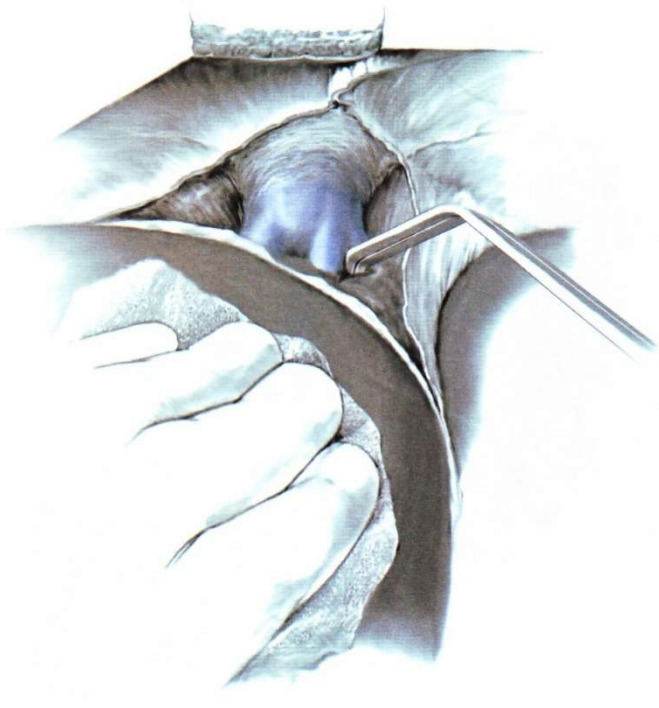
Փուլ 3. Պարենխիմայիհատումը

Ժապավենիթեթևձգումըբերումէաջուձախընթերիբաժանմանգիծըէտալիսհեշտությամբորոշելպարենխիմայիհատմանճիշտսահմանը: Կախվածիրավիճակիցհատումըիրականացվումէարյանհոսքի փակումով կամառանցդրան, համապատասխանտեխնիկայիկիրառմամբ: 3մմ-իցվոքրտրամաչափիհանգերըայրվումեն, ավելհնեծերը՝կապվումկամկլիպավորվում: Հատմանգիջումըպարենխիմայիերկարքերըլիովնջատվումեն, իրարկապվածմնացողմասիոչդադարեցնողհեղուկովպարենխիմայիերակներով: Վիրահատությունըհեշտացնումէարտանետվումէըստիրավիճակի:

Մոդիֆիկացվածկախվածգործողություն, միջնապարզային երակըվերցնելուհամար

Կենդանիգործողիցմիջայինպարզայիերակվերցնելուկամընդլայնվածուղեբաբանականհետազոտմանժամանակկատարվածկախվածգործողությունըմոդիֆիկացվում, հեշտացնելու համար երակիձախկողմիերկայնովիատոմը: Լայնդիսեկտվածքըսկսվումէվերևից, լայնպիսմիջնեբնիոտ, ինչըթույլէտալիսայսօրինաբերելհամապատասխանձախնաբարձակմիջնապարզայիերակները:

Միջինլսարկայիներակիազատումիցհետոժապավենըանցկացումէերեքածախնաստվածըևվիրահատությունըավարտվումէինչպեսնկարագրվածէվերևում:



Փորձվածվիրաբույժիխորհուրդներ.

- Լսարկիպասյանհատորինսիներակիմիջնբորբոքայինկպումներիդեպքում (օրինակ՝ հախկինումտարածաստորինսիներակիդիսեկցիայիցկամբազմակիսրանհատորերիալեմոէմբոլիզացիաներիցհետո) չպետք է դիմել նման գործողության:
- Լսարկիվերինհատվածումդիսեկցիանպետքէինհավելինհատնել, հանրայինհետացումէստորինսիներակիդիամցովինուտիությանհայտնաբերումը:

ԼԵԱՐԴՄԱՆԱՀԱՏՈՒՄ

Յուցումներ. հակացուցումներ

Յուցումները՝

- աորտոգայինհատերկրորդայինչարորակիսրտահարումներ (օրինակ՝ լսարդաբջջայինքաղցկեղ, հերլսարդայինիոլանգիոկարցինոմա, կոլոռեկտալքաղցկեղիմետաստազներ, նեյրոէնդոկրինհուսացիներ),
- բարորակուռուցքներ (օրինակ՝ ադենոմա, գիգանտահեմանգիոմաներ);
- Echinococcus multilocularis (alveolaris),
- Կոնսերվատիվբուժմանհամարհակացությունթարախակույտեր,

- Լյարդիտրանսպլանտացիակենդանիդոնորից,
- Կլատսկիհիմուտցք,
- Լյարդիտրավմատիկախտահարումներ:

Հակացուցումներ՝

- աուտիեպատիտներ (վիրուսայինհեպատիտ).
- ծանրբռնիկականիեպատիտ,
- լյարդիանբավարարություն (օրինակ՝ C դասիցիրրոզ՝ըստՉայլդ-Պյուի),
- ծանրդուերակայինհիպերտենզիա (օրինակ՝ կերակրափողիանոթերիվարիկոզ, ասցիտկամերեերակայինճնշմանլյարդայինգրադիենտը>10մմս),
- ծանրկոագուլոպաթիա, չնայածվիտամին K–ինեբանակման,
- ծանրտրոմբոցիտոպենիա (տրոմբոցիտներիթվակը<3000մմ^3):

Նախավիրահատականհետազոտումևպատրաստումվիրահատությանը

Նախավիրահատական հետազոտում

- ✓ ալկոհոլիզմ, հեպատոխոլևհեպատոտոքսիկդեղերիօգտագործում, դաջվածքներևայլն: Էնցեֆալոպաթիայի, ասցիտի, դեղնախտի, սեռցմանվիճակի,հիպերտենզիայինճգտաններ ուսումնասիրում:
- ✓ լաբորատոր հետազոտություններ -ԱԼՏ, ԱՍՏ, բիլիռուբին, հիմնայինֆոսֆատազա, ալբումին, հեմոստազիցուցանիշեր, ուռուցքայինմարկերներևսերոլոգիականռեակտեր (օրինակ՝ հեպատիտ, էխինոկոկ) ըստցուցումների:
- ✓ գործիքային ուսումնասիրում - ՀՇկոմՄՌՇ /լյարդիծավալիուռուցքիմասնահատելիությանգնահատում/: ՊԷՏ-սկանավորում՝արտալյարդայինօջախներիհնարտուկլիամար /օրինակ՝ կոլոռեկտալքաղցկեղիմետաստազներ/:

Սպեցիֆիկպատվաստներ

- ❖ արյունահոսություն,
- ❖ լեղուպրոտահոսք,
- ❖ թարախակույտ,
- ❖ մասնահատմանճավալիհնարավորմեծացում:

Հիվանդիպրոբը՝մեջբիլրուպտակած:

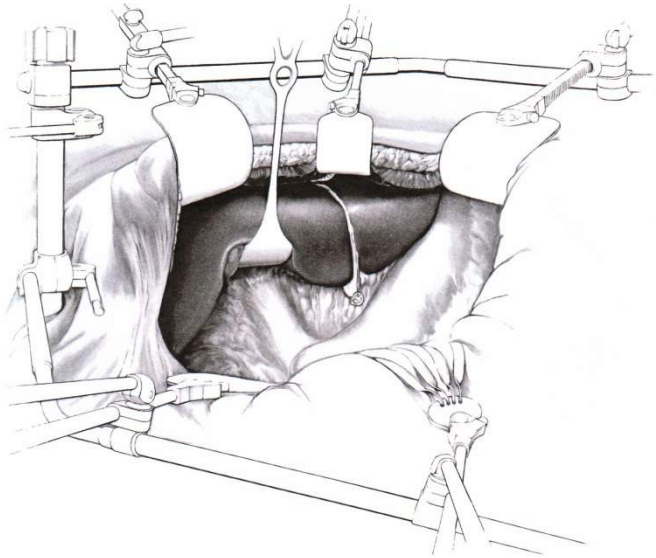
Մուտ՝կախվածընդհանուրվիճակից

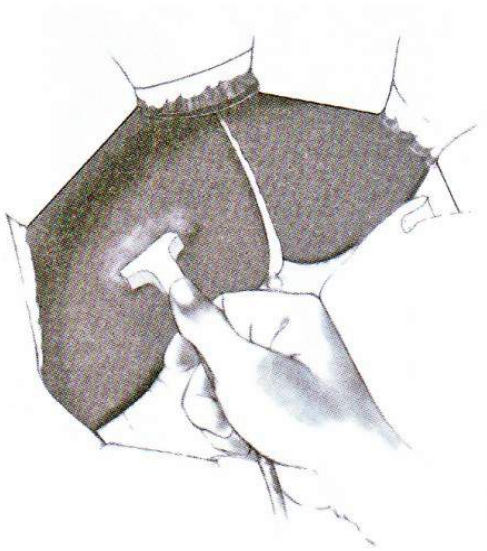
Աջակողմյանհեմիհեպատէկտոմիա

Վիրահատություն.

Փուլ 1. *Մուտք, էքսպոզիցիա, ստուգում*

Աջթոքակողիկտրվածքիցհետահատվումենկլորամանգալածևկապանները, տեղապրվումետրակտոր (օրինակ՝ Թոմպսոնի) ևիրականացվումորովայնիխոռոչիստուգում: ՆերվիրահատականԳՁՀ որոշումենհնահզոյցերիչափերը, հանակնհետևողականությունըանոթայինկատուցվածքերիհանդեպ, որոշումգործընթացիմասնահատելությանհնարավորությունը:

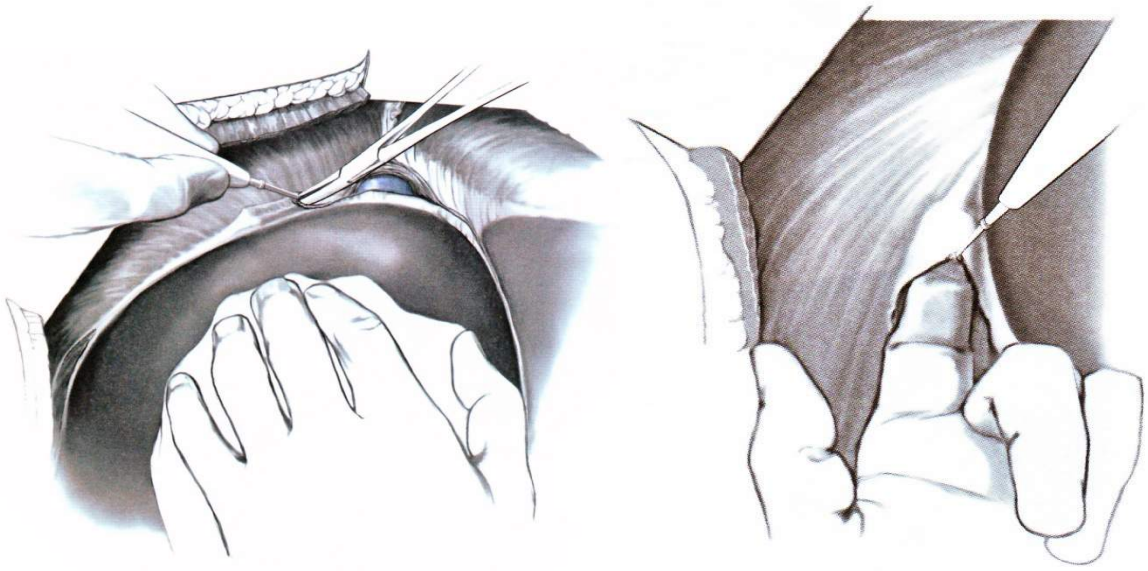




Փուլ 2. *Աջլյարդի տեղայնացում*

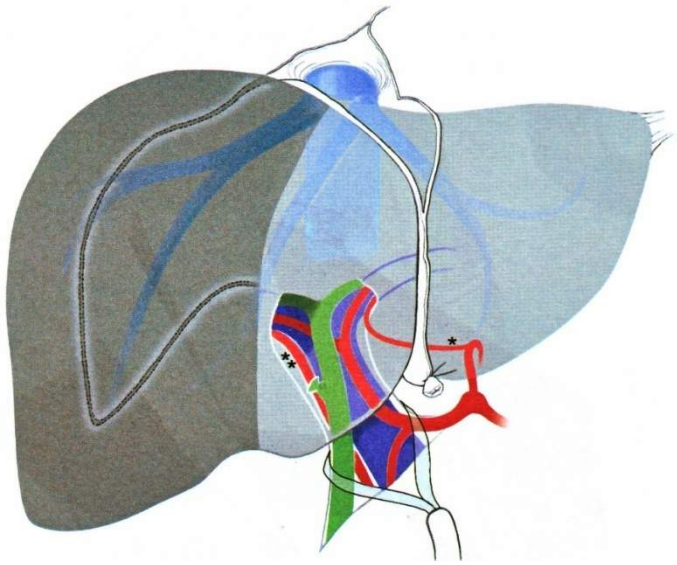
Այնակովումէպտակածևկապանիհատաջայինթերթիկիևաջեռանկյունածևկապանիհատումով: Օգնականը, տուպֆերիօգնությամբ, լյարդըտեղաշարժումէներքևուձախ: Վիրահատությանայսվայրումպետքէհետացվիհատմամբ 12-մատնյաողնուղեղաշարժող ռետրակտորիբացակշեղը: Մոտենալովստորինսիներակին, կապանըկարելիէտեղայնացնելուղանկյունկամՑելլիհիսեղմիչով: Կապանիերըկարելիէառանձնացնելմատով, որըանցկացվումէստածանուսպտակածևկապանիմիջև: Հատկապեսանհրաժեշտէզգուշանալստածանուանոթներիվնասումից և ստածանիականկոլլեկտորներըմասնակովելկայունհեմոստազ:

Սրանիցհետո իրականացվում է Պրինգլիգործողությունը,վերընկատացրվածինհամապատասխան: Հատվումենմանգալածև, կլորևաջպտակածևկապանները, հեռացվումլեղապարկը:



Փուլ 2. /շարունակություն/

Հայտնաբերվում են նույնականացվում են ենսիներակիվերը այդպիսինեզմենտն ու աջերիկամայիներակը: Նկարումցուցադրվածէտեղայնացվածլյարդը, ինչպեսնաևհեռազգալուերիկընթացքումհայտնաբերվողկարևորկառուցվածքները՝լյարդայինզարկերակը, դուներակը, ընդհանուրլեղածորանը: Աբերանոծախլյարդայինզարկերակը (հնարումնըվածմեկաստղիկով) հայտնաբերվումէմոտ 20-25% դեպքերում: Այնպեսէհանջատվիևեռազգայումներնոսքնախելուհամար: Աբերանոծախլյարդայինզարկերակը (հնարումերկուաստղիկներ) հայտնաբերվումէ 10-15% դեպքում:

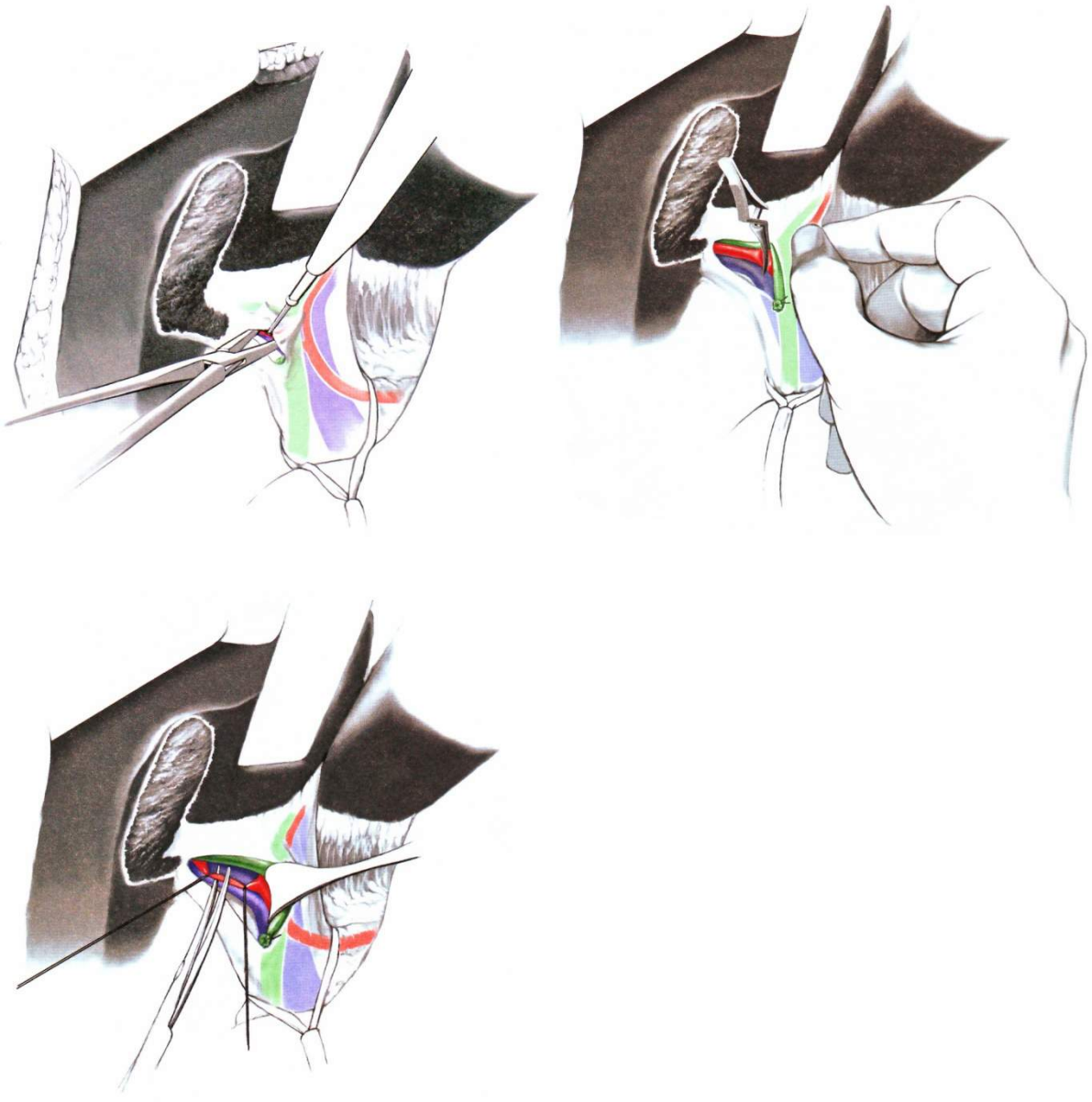


Փուլ 3. Լյարդիպրոմեմիգայոցությունների/ճառկումմեռաջլյարդայինզարկերակիվիռատումը

Որպեսզիազատվելլյարդայինծորանիուլյարդայինզարկերակիսեջյունըլյարդաստաներկումատնոյակապանըբացվումէլեղապարկիծորանիցդեպիծախ: Ոչմեկուսացում, ոչնոյնիսկաջլյարդայինծորանիհայտնաբերումչպահանջվում:

Կոպիտ ախտահարումների դեպքում ոսկրային հյուսվածքի ամբողջականության վերականգնումը հնարավոր է միայն ոսկրային փոխպատվաստանյութերի օգտագործմամբ: Այժմ կարելի է հետևել ոսկրային փոխպատվաստանյութերի կենսաբանական հատկությունները, ինչպես նաև ոսկրային փոխպատվաստանյութերի ընդունման գործընթացին: Դրական արդյունքի հասնելու համար անհրաժեշտ է ոսկրային փոխպատվաստանյութի ճիշտ ընտրություն, որը կարող է ներառել վերին ծնոտի ոսկրային հյուսվածքի ամբողջական վերականգնում:

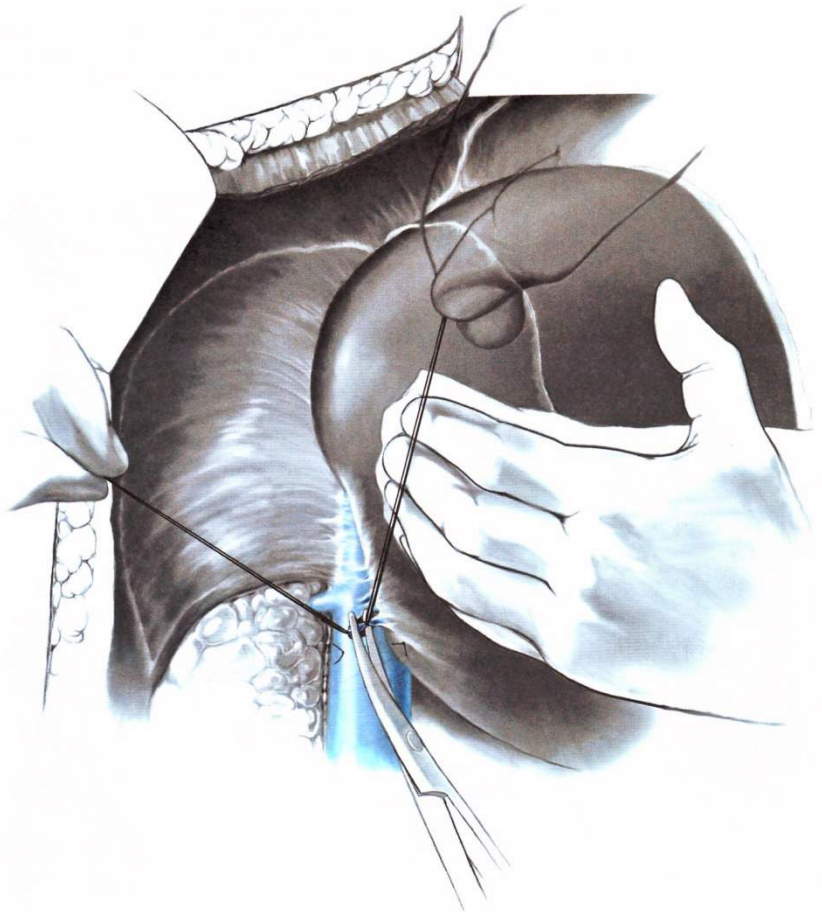
Ոսկրային հյուսվածքի ամբողջական վերականգնումը հնարավոր է միայն ոսկրային փոխպատվաստանյութերի օգտագործմամբ: Եթե հայտնաբերվել է ոսկրային փոխպատվաստանյութ, այն ևս կապվում է:



Նկ. 4. Դրական արդյունքի հասնում

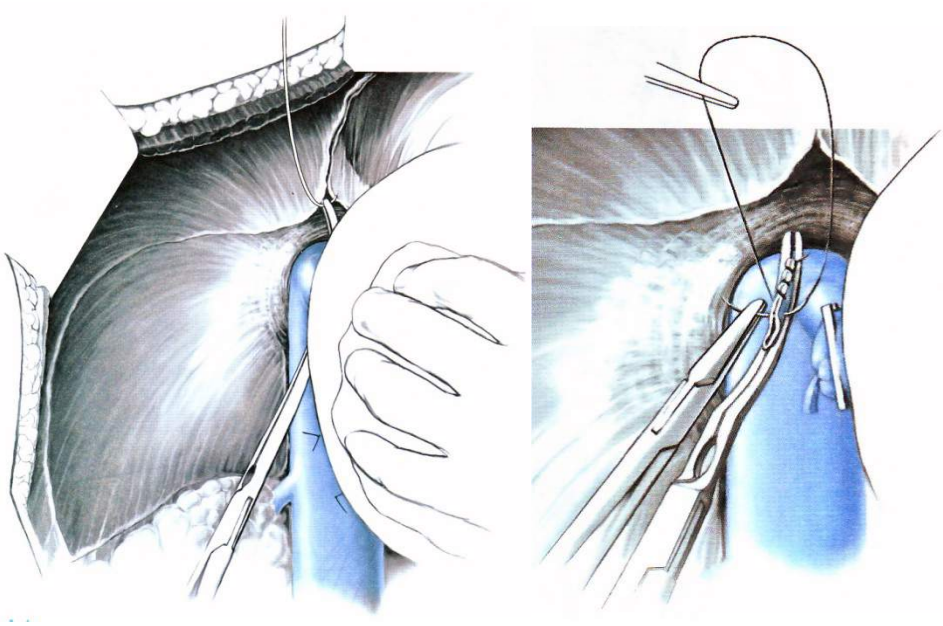
Դրական արդյունքը կարող է հաստատվել: Դեպի պոչ ավարտելուն հաջորդում է կարճաժամկետ ոսկրային ճեղք: Նրանք պետք է կարողանան հավելյալ մոտ 2 ամիս կարողանան դրական արդյունքի հասնել, ապահովելով նրա ամրացումը:

Դիֆերակիալ ախտորոշման ժամանակ պետք է հաշվի առնել ոսկրային կիստաների, ոսկրի ֆիբրոզ դիսպլազիայի, ոսկրի ֆիբրոմայի, ոսկրի ֆիբրոքոնդրոմայի, ոսկրի ֆիբրոզ կեղևային արատի, ոսկրի ֆիբրոզ կեղևային հիպոպլազիայի, ոսկրի ֆիբրոզ կեղևային հիպերպլազիայի, ոսկրի ֆիբրոզ կեղևային դիս



Փուլ 6. *Աջլսափայիներակիհատում*

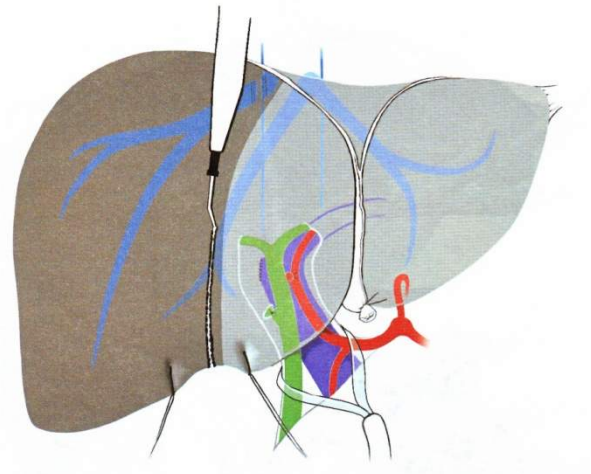
ՍինեբակիբնիցվերևումերևԿելլիի սեղմիչով առանձնացվումէաջլսափայիներակը /այնառանձնացումէմիջնուծախլսափայիներակներից/: Նրաբուջըանցկացվումէմետաքսե 1-0 լիգատուրակամաքթայինօղ: Հաստումըկապելիէրակատացնելաքթայինկարողգործիքով: Որպեսայլընդարձերակըկարողէտեղվելաքթայինգլանաձևտեղմիչով, խնդրուպրոմսնմալլսափայինկողմըվակվելմետաքսե 1-0 լիգատուրայով՝ լրացվածմեծկլիպներով: Եթեչնայածլիգատուրայուկլիպների համակցված կիրառմանպայմանահատությունը շարունակվում է՝այնհետությամբ կարող է կանգնեցվել աջլսափայիներակը մատով սեղմելով: Սինեբակիկողմիցեղմնչիցվերիրականացվումէանընդհատկար՝պրոպիլենայինի 4-0 թելով: Անթիսպասմովիականումիցհետո, նրագնացողմասըկարելիէկարովկապել:



Փուլ 7. *Լյարդահյութեհեղհամակիրառում*

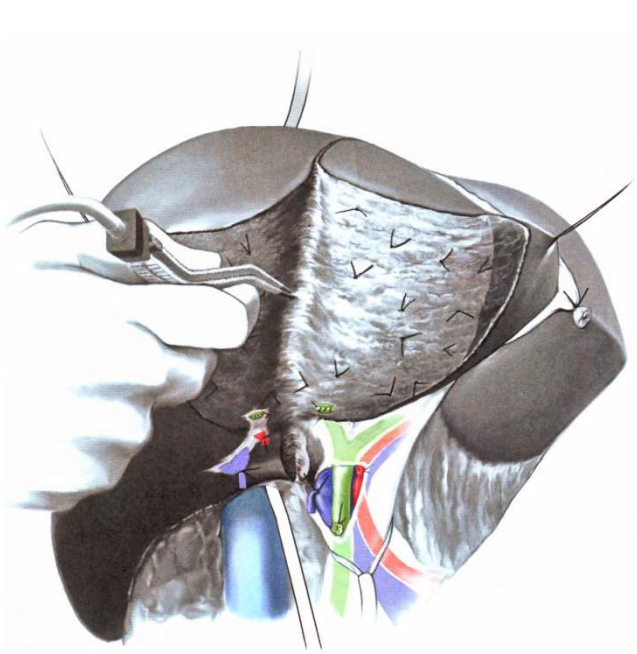
Լյարդաստորիներզրկելուցհետոարկայանգծիկողմերիցդրվումեներկուկարեր-բռնիչներ (2-0 մետաքս): Պետրկլիներվստահ, որԿԵՃ-ներակարգակըցածրէ (<3 մմ): Եթե այն բարձրէ, անհրաժեշտ է խնդրելանեսթեզիոլոգին, որիջեցիԿԵՃ-ը: Անցնելովմիմանիպուլյատորդեպիեհեղհյուծիգործիքներմակոգուլյացիայովհատվումէլյարդիպարույրը: Որոշդեպերում, ելնելովառաջնաբանականցուցումներից, կտրվածքիգիծըշարունակվումէ 4-րդսեգմենտովիրա:

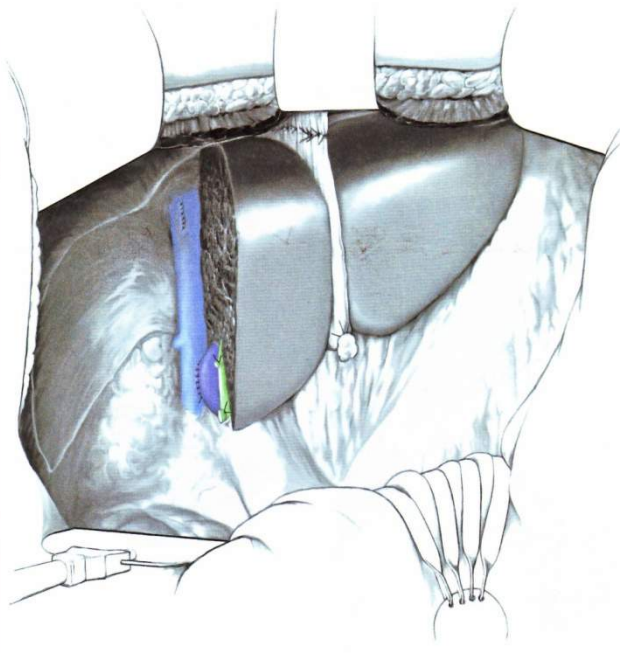
Անհրաժեշտությանդեպքում, երկարատևկամընդհատությանհամարհիվանդանհամար, կիրառվումէՊրինգլիգործողությունը: Դիսեկցիանճարմանկվումէդեպիեհեղապահեր՝ պահպանելովմիջինլյարդայիներակը: ԿարելիէկիրառելբիպոլյարտրոմբոցանոթներևԿելլիսեղմիչներ: Սինեբակիուլյարդիմիջևկարելիէանցկացնելժապավենև բարձրացնելլյարդը՝ ապահովելովառավելագույնէքսպոզիցիա: Որպեսայլընտրանք, վիրաբուժկարողէտեղադրելհրծանծաեռբսինեբակիուլյարդիմիջև: Ամենմիայտնաբերվածլյարդայինծորանկամանոթ (>3 մմ) ծանկողմիցկապվումէռեհոստով: Դրանքմեջլյարդայինծորանըանջատվումէերկաստումից, պոչավորելուստիցվեր:



Փուլ 7. /շարունակություն/

Դիմֆուզայուռևահոսությանդեպքումմասնահատմանմակերեսինդրվումէթանզիմֆեոամպոն, որիցհետոմիմանիպուլյատորնեղբրնթացքումստեղծվումէթույլճնշում: Կատղիկտրվածքիվրաումեռնիայուռևահոսողհատվածպետքէկարովկապվի: Վիրահատությանավարտինհոսանպոնըևեռացվումէև կատղիհատվածմակերեսըուշադրզննվում: Կեղևատոտահոսքհետեղերը (համապատասխանտամպոնիվրադեղինկետերի) կարվումեն PDS 4-0 կամ PDS 5-0 կարանյութով: Որոշվիրաբույժնեղրատոտահոսքինայուռևաբերմանհամարկիրառումենմեթիլենկապույտինեղմուծումլեղածուրան: Որպեսզիկանխարգելվիկատղիձախկեսհատոցիա, մանգաղաձևկապանըկարվումէիրտեղը, իսկ որովայնիխոռոչըվակվումէառանցդրենաժների:





Հետվիրահատականհետազոտություններ

- ✓ հետվիրահատականհսկայականիտորկումինետևելովթերապևտայիբաժանմունքում,
- ✓ հետազոտվելուցանկությանդեպքում պարբերական դիտարկում 48 ժամիցոչպակաստևողությամբ,
- ✓ ամենօրյադիտարկում,կատղայինանբավարարությանհետևանքների (դեղնուկուէնցեֆալոպ)հայտնաբերմանհամար:

Հետվիրահատականբարդություններ

Մոտակա՝

- ➢ պլևրալհեղուկ,
- ➢ ասցիտ,
- ➢ կատղայինանբավարարություն,

- ներդրովայնայինվարչությունահանուցում,
- լեղուպրոտեոմ,
- ենթալյարդայինթրոմբոզ:
- դուոդենալիթրոմբոզ:

Հետաքրքր.

- բիլհոմա,
- լեղայինուղիներիստրիկտուրա,
- բրոնխոբիլիարխուղակ:

Փորձառուվիրաբույժիխորհուրդները.

- Խնդրեմանեսթեզիոլոգիովիրահատությանսկզբնամասումստեղծելցածր ԿԷՃ, այնզգալիկնվազեցնելընդհանուրարյանկորուստը:
- Եթելյարդիկողմիցաջլյարդայիներակիկապմանհամարօգտագործվումէլիգատուրա, նրանպետքէավելացվիմեծկլիպ, արյանհոսությանկանխարգելմա համար:
- Եթեչհայածկլիպվորման, արյանանհոսությունըշարունակվումէ, միխառնվեք: Մատովսեղմեքաջլարդայիներակն ու շարունակեքսիներակիկողմից:
- Լարդիպարենխիմայիխտեկցիայիժամանակ, լավագույնէօպերացիայիուստրինսներակիպարբաստպանությանհամարլարդիաջկեղրպահեքձախծռիվկամժապավենով :

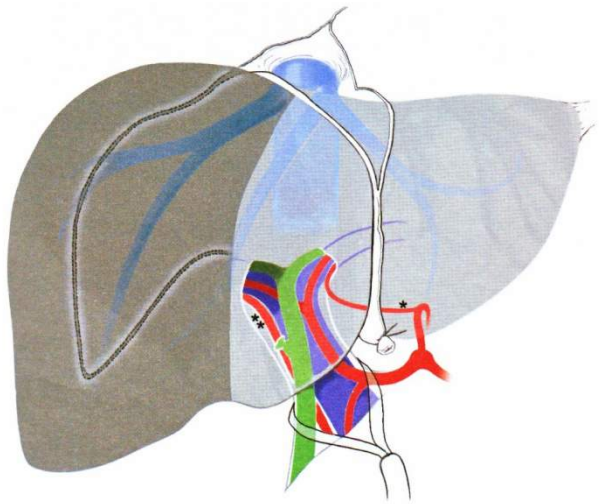
Ջախակողմյանհեմիհեպատէկտոմիա

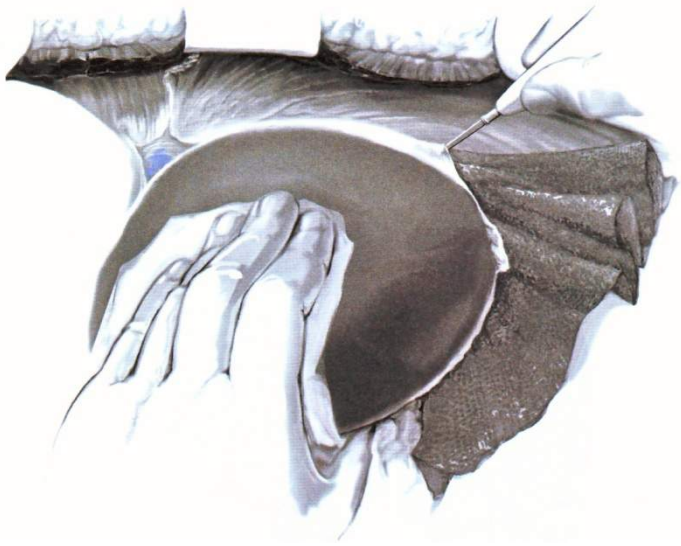
Վիրահատություն

Փուլ 1. Մուտքլյարդիծախկիսի տեղայնացում

Ենթակողայինկտրվածքովբացվումէորովայնիխոռոչը, հատվումենկլորումանզրաժածևկապանները: Լյարդիծախկեսի տեղայնացումից հետո, կարելիէանցկացնել ԳՋՀ: ՄասնահատելությանհատատամնակոպէումիրականացվումէՊրինգլիգործողությունը, որիհամաբերացվումէլյարդ-տոռներկումատնյակապանը: Այսվուլումկարելիէանջատելաբերանոծախլյարդայինզարկերակը “բուլդոգ” սեղմիչովիսկելուհամար:

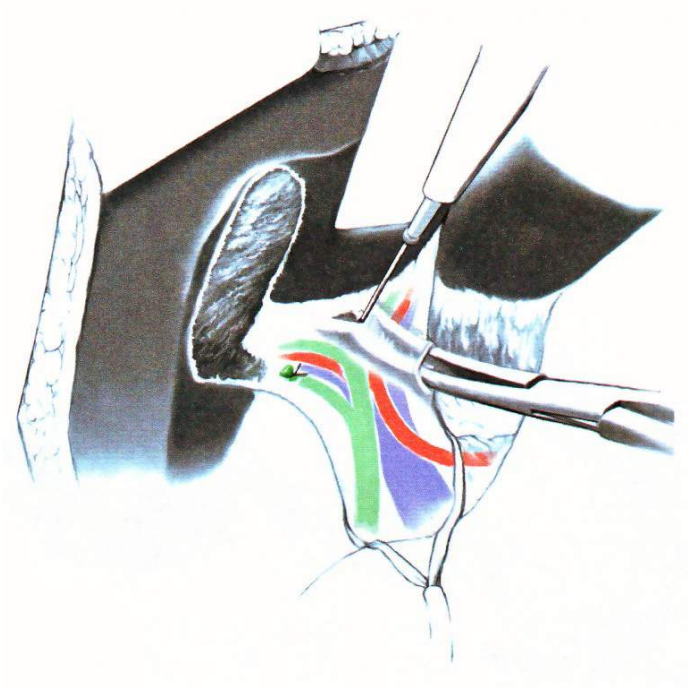
Իտարբերությունաջկողմիմասնահատման, այստեղպատկածևկապանիհատաջայինհատվածնենթարկվումէերկարատևբուժման: Կապանիերկարհետքայամբհատվումենէլէկտրոկառտերովկամուլտրաձայնատարածքեֆված բրաշներով սեղմիչկիրառմամբ:





Փուլ 2.Լյարդ-տասներիկումատոմիայախտահիվանդումը

Առավելհաճախսկսումենիմունէֆիստէկտոմիայից, սակայնբոլորմասնագետներչէ, որայնհամարումենպատճառ: ՋախնցԿելլիխսեղմիչօգնությամբևէկտոկստոերովբացվումէլյարդ-տասներիկումատոմիայակապանը: Մերկացվումենընդհանուրլեղածորանը, զարկերակն ու դուներակը: Լյարդայինճախծորանիանջատմանորևէվտծչհայտվում:



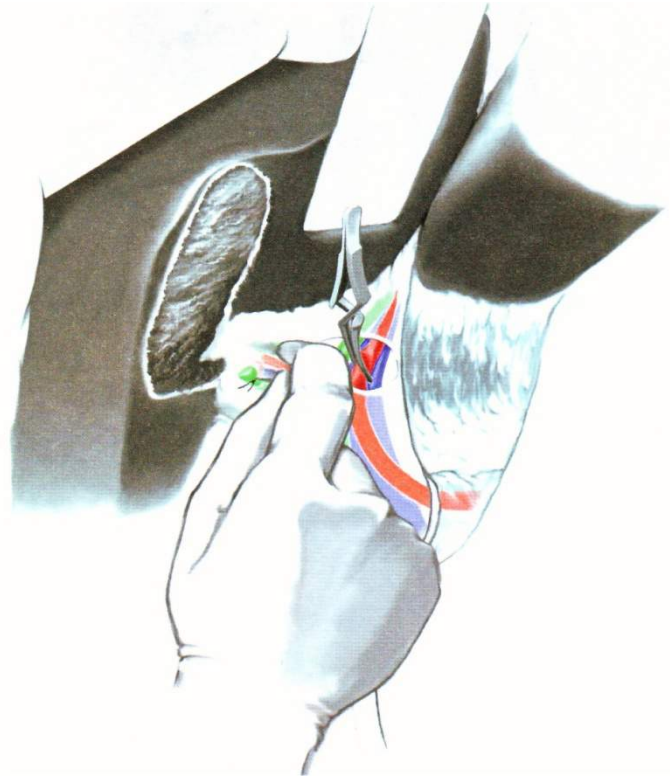
Փոլ 3.Զարկերակիհեռացումնուլյարդիածախիկի

զարկերակայինարյանհոսքիդադարեցումը

Վիրահատությանայսփուլումանհրաժեշտէորոշելզարկերակայինհուսալիանաստոմիականառանձնահատկությունները: Եթեկասկածառնծախլյարդայինզարկերակ, այնպեսէվերցվիսեղմիչվրա: Նրանկարելիէայտնաբերելլյարդ-տոասեղկումատոնյակապանիաջեզրիշոշափումով:

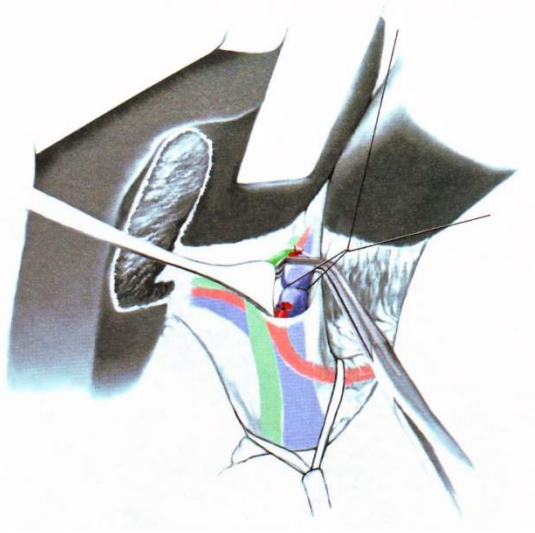
Ձախլյարդայինզարկերակըհայտնաբերվումէընդհանուրածախլյարդայինծորանիերկայնվելիճակս, որտեղայնկարողէազատվելուվերցվելսեղմիչվրա: Որևցիետոհետոէորոշելլյարդիաջկեսիզարկերակայինհոսատակարարմանվիճակը՝ շոշափելովաջլյարդայինզարկերակըա/կամաբերանոսոջզարկերակը:

Անոմալիականճյուղավորվածլյարդայինզարկերակը(ևաբերանոսծախզարկերակը, երեայդպիսիկա) կապելիմիջևհատվածում:



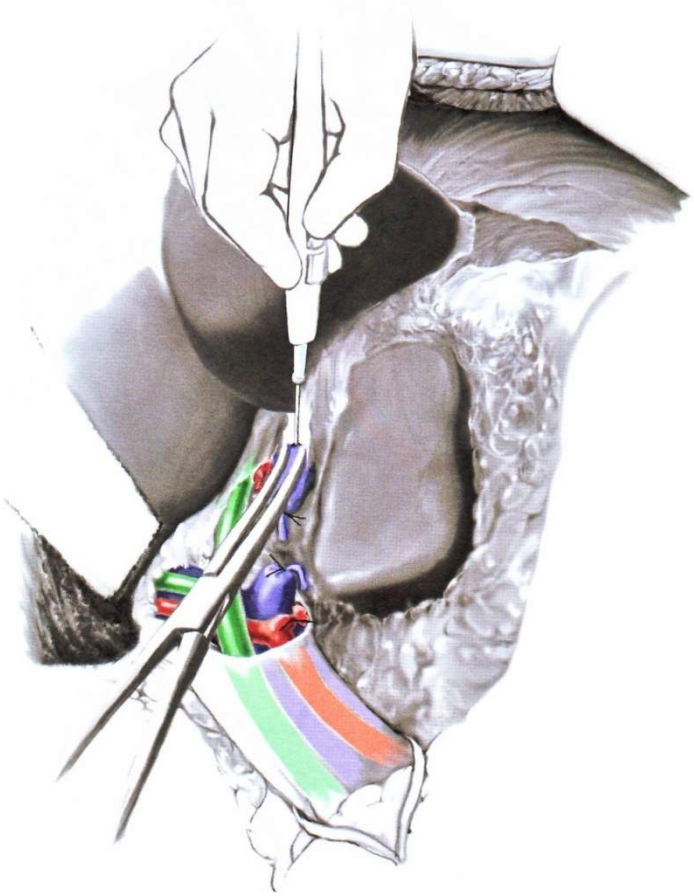
Փուլ 4. Ռևերսակիծախթյուղիսպառոտոմումնռևհատումը

Ռևերսակիծախթյուղի ,առավելհաճախտեղակայվելովծախլսպոդայինզարկերակիևեռևում,հեշտությամբէհայտնաբերվում: Երկատմանճանաչումիցհետո, դոերակիծախթյուղըազատվումէապվենտիցիալհյուսվածքից: Նրահետևծախկողմումատաջինսեգմենտինգնացողկոճղայուղը կապերի միջևհատվումէ: Այժմերակըերկուկողմերիցկտրողէկապվել 1-0 մետաքսով: Ռևերսակիմինչևերկատում մնացող հատվածի երկարությունը պետքէլինիաուվազն 5մմ: Երակըկտրելէմշակել, կտրելով 5-0 Prolene կամհատելանոթայինկարողսբոմով:



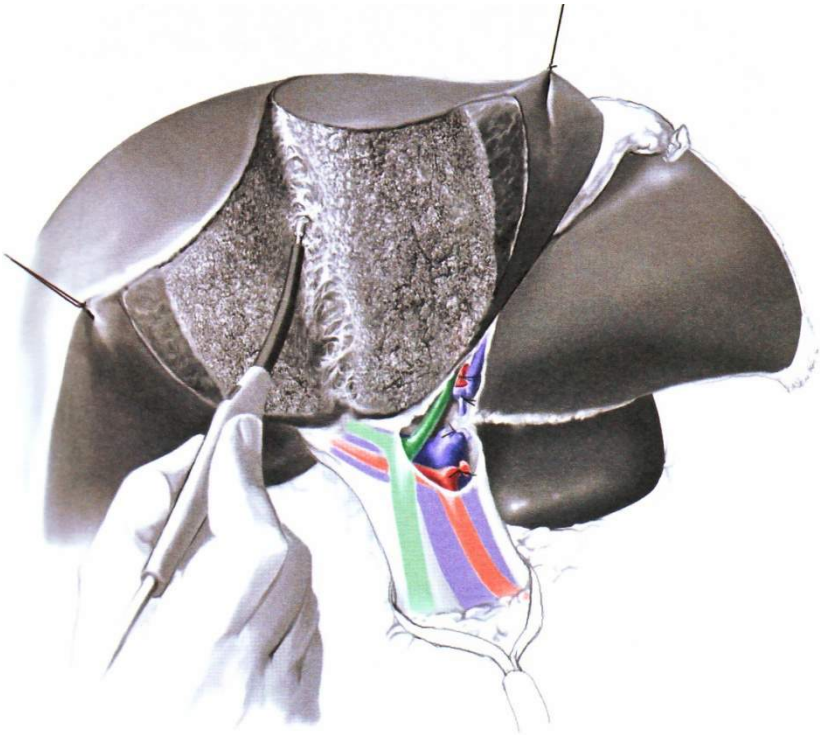
Փուլ 5. Երակայինկոճղիհատվածիցծախլսպոդայիներակիէքստրզիցիա

Ջախտումիջինկոպտայիներակներիառաջային ճյուղատոմոքսային երակներով: Դեպի երակ ներարկումը մատեցման համար, կոպտի ծալքերի ընդգծման համար, կոպտի ներարկումը կատարվում է վերին կոպի մեջտեղի մոտ: Կոպտի ներարկումը 1-ին սեգմենտի միջին հատվածում է երակային ճյուղը, որը հոսում է ներքին կրծքային երակի մեջ: Կոպտի երակների ներարկումը կարող է առաջացնել կոպտի ուռուցք, որը կարող է ազդել տեսողության վրա: Ջախտի երակները կարելի է հեռացնել միայն 1 սեգմենտի միջին մասի հատվածներից: Ջախտի երակները կարելի է հեռացնել միայն կոպտի ներարկումից հետո: Կոպտի ներարկումը չի ազդում կոպտի ֆունկցիայի վրա:



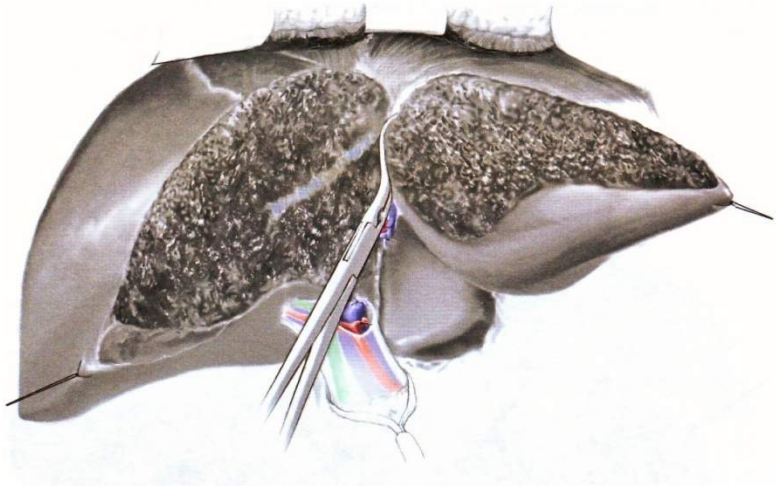
Փուլ 6. *Կոպտի ներարկում*

Այժմ, երբ կոպտի ներարկումը ավարտվել է, կոպտի միջին երակը պետք է գալիս հոսակղեղարկում: Հեռարկոցիայի ծնունդը հոսում է հիմնական հոսանքի մեջ: Կոպտի հոսքի ուղղությունը, որ կեճ-ի մակարդակը (3 մմ-ից ոչ ավել): Կոպտի ներարկումը հոսում է կոպտի երակների միջով: Կոպտի ներարկումը չի ազդում կոպտի ֆունկցիայի վրա: Կոպտի ներարկումը չի ազդում կոպտի ֆունկցիայի վրա: Կոպտի ներարկումը չի ազդում կոպտի ֆունկցիայի վրա:



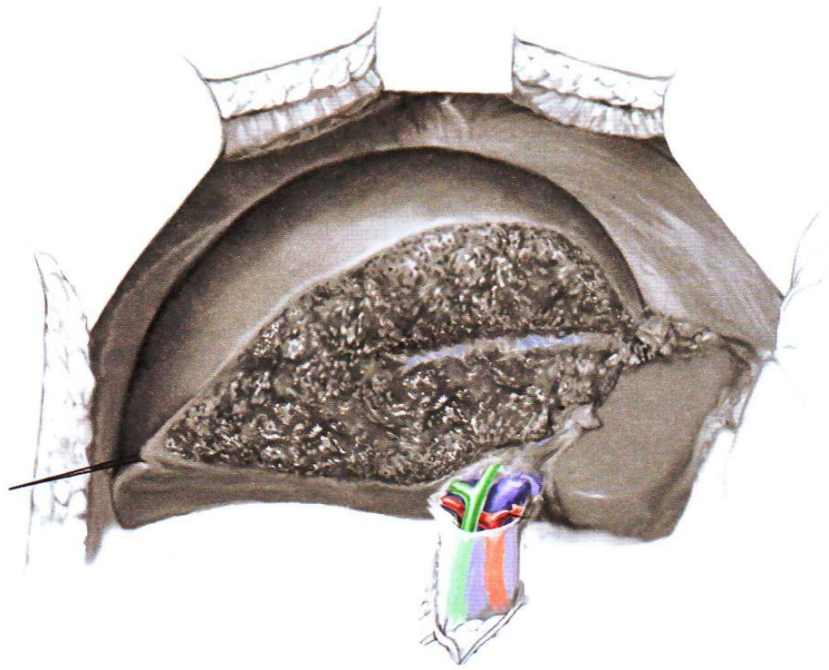
Փուլ 7. *Ձախ ստորին բլեբեկտոմիա*

Եթե միևնույն խմայիսատումը ձախ ստորին բլեբը չի կապվել, լցոցիգազաթիմոտեռնալիսպեսոֆելիեն խիստ զգույշ: Ձախ ստորին բլեբեկտոմիան ամենահաճախ կատարվում է օգտագործելով կաղապարված գծային ավտոմատ կարող սարքեր: Եթե պահանջվում է ավելի ընդարձակ վիրահատություններ (օրինակ՝ ուռուցքի մասնակի տեղայնացման հետևանքով) երակի ներքին ճյուղավորումը կարելի է պահպանել մատներով կամ այլ պարզ սարքերով, ինչպիսին են Casa-ն կամ Hydrojet-ը:



Փուլ 8. *Վիճակ 1-ին ներքին ստորին բլեբեկտոմիայից հետո*

Դիֆուզային հեմոռագիայի դեպքում, թրջված թանզիվներով մեծ ուշադրություն է դարձվում ամենափոքր հեմոստազին: Ամեն փոքր հեմոռագիա պետք է կասեցվի: Լեռնային հեմոստազ ապահովելու համար օգտագործվում է 4-0 կամ 5-0 PDS-ով: Որոշ դեպքերում անհրաժեշտ է լինում կիրառել ներքին կարեր:



Փորձառու վիրաբույժի խորհուրդները.

- Խնդրեմ անեպեզիոլոգին, վիրահատությանզգին, ապահովելցածրեթակայինճնշում: Այնզգալիպակասեցումէընդհանուրարյանկորուստը:
- Մինչև պարենխիմայիդիսեկցիանծախլարդյունեթակիանջատումնուհատումըացարծակապեսպարտադիրչէ: Պարենխիմայիամիջինլարդյունեթակիակտիվդիսեկցիանկարողէառաջացնելծանրարյունահոսություն: Այդիսկպատճառով, եթեծախլարդյունեթակըազատելըդժվարէ, կրկնակիվնրձերիցպետքէերաժարվելևայնհատելպարենխիմայիդիսեկցիանավարտելուցհետո: Ցածր ԿԵՃ-ը պայմաններում արյանկորստիծավալը նվազում է:

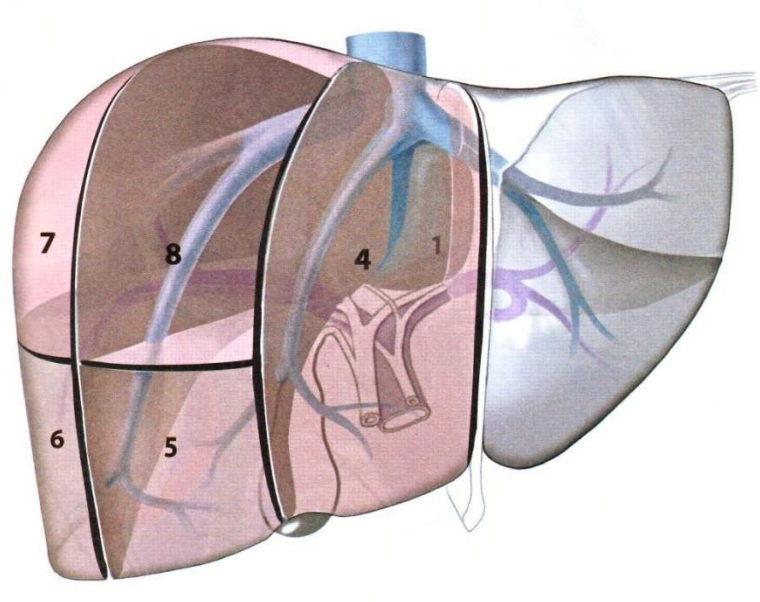
ԸՆԴԱՑՆ ՎԱՏՉԵՄԻՀԵՊԱՏԻԿՏՈՄԻԱ

Ընդլայնվածաջակողմյահեմիհեպատէկտոմիա (աջ եռսեկցիոնէկտոմիա)

Այններառումէլյարդի 4-8-րդսեգմենտներիմասնահատում: Դրանիվիոլանգիոկարցինոմաների (Կլատսկինհոմոմֆեր) կամէտոպարկիմատցկեղևդեպքումնախորհրդակացվումէմիասնականբլոկովմասնահատում, ներառելով 1-9-րդսեգմենտները: Նմանվիրահատությունկարելիէիրականացնել, եթե լյարդիմնացածմասը (2 և 3-րդսեգմենտներ) ապահովումէօրգանիբավարարփունկցիան: Այդիսկպատճառով, ընդլայնվածմասնահատումներիցառաջ, անհրաժեշտէգնահատելլյարդիֆունկցիոնալհնարավորությունները՝ բացառելնրափքրոզլկոցիրրոզը: Սեգմենտ 4-ահանատոմիականմասնահատմանհամար, ինչպեսնաև 5-8-րդսեգմենտների, կարելիէկիրառելերկուտարբերմոտեցումներ: 4-րդսեգմենտիդասականահանատոմիականմասնահատում, որը իրականացվումէմինչպարենխիմայիհատումը, կապելով դեպիայդսեգմենտգնացողտունկը: Որպեսայլընտրանք՝ ռադիկալությունըկարողէիրականացվելդիսեկցիայիընթացքում:

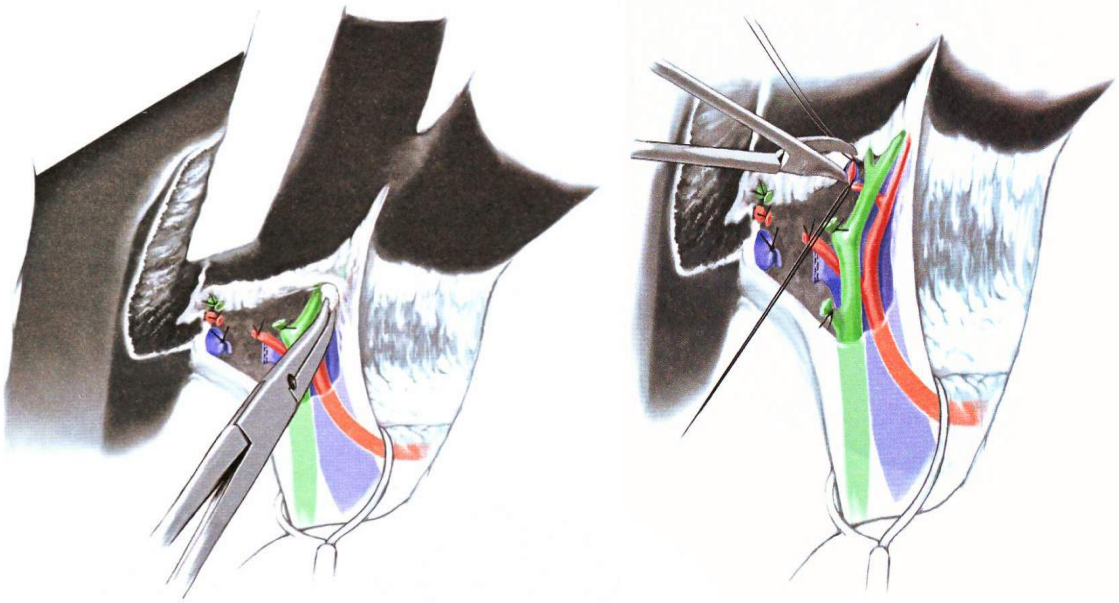
Փուլ 1-7.

Նույննեղիևչ, որաջակոդմյանևեմիևեպատէկտոմիայիժամանակ:



Փուլ 8. 4-րդսեգմենտզնացողտոմիկիսեղեկտիմպակտում

Լյարդիաջիևեի տեղայնացումից ու յարդայինզարկերակի և դուներակիաջիյուղերիկապումիցհետո, դուներակիածախճյուղերկայնճոպիրականացվումէբութզգուշավորդիսեկցիա, բերելով դեպի 4-րդսեգմենտզնացողտոմիկի առանձնացման:

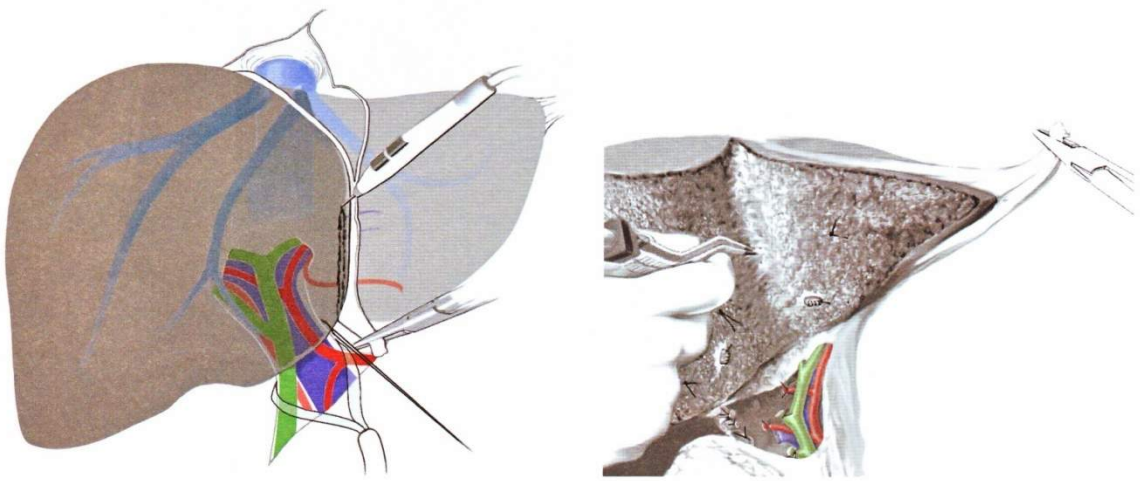


Փուլ 9. Աջլյարդայիներակիէքստրահեպատիկհատվածում

Աջլյարդայիներակը, հիչպեսաջակողմյանհեղուկտոմոգրաֆիաժամանակ, առանձնացվումէդեպիերբևև վերցվում ռետինեժապավենի վրա: Եթեհատումըկրակոցվելուէկախվողտեխնիկայիպատճառով, վերևիցկարելիէառանձնացնելաջումիջինլյարդայիներակերը:

Ընդայնվածաջակողմյանհեղուկտոմոգրաֆիամարմնահատմանսահմանէհանդիսանումմանգաղածևկապանիաջակողմը: Բանկորկապանըկրճատելուցհետոմէպրոսալարը,ձախլյարդայիներակիսաղմնային մնացուկը, այնկարելիէօգտագործելորպեսառաջնորդ: ԿլորկապանըբռնվումէԿելլիհեմոստատիչովևտարվումէձախ, իսկաջիցդրվումէկար-բոնիչ: Ճիշտտարածվածությանորոշմանևառաջայինհանգստոմոգրաֆիաստակեցմանհամարսովորաբարօգտագործվումէերկրաքաշային ԳՋՀ:

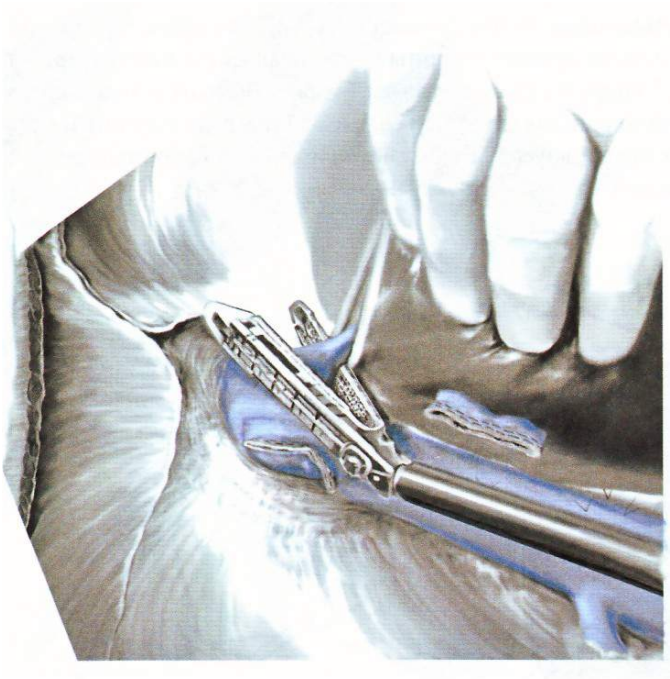
Հյուսվածքերիհատումըսկսվումէանմիջապեսկլորկապանիաջկողմից: Բոլորհյուղերը, որոնքգնումենկլորկապանիաջ կողմով դեպիլյարդ պետք է առանձին կապվեն: Որիցհետոդեպի 4-րդսեգմենտգնացողտոհիլկպորտէառանձինկապվել, եթեդաչկարվելավելիշուտ (ձախդրումնմայինպատյանըբջջապատողդուռցիերիժամանակնմանմոտեցումը համարվում է առավելօպտիմալ): Աջլյարդայինծորանիու 4-րդսեգմենտգնացողեղածորանընույնպեսկապվումեն:



Փալ 10. Աջումիջինլյարդայիներակիերիտում

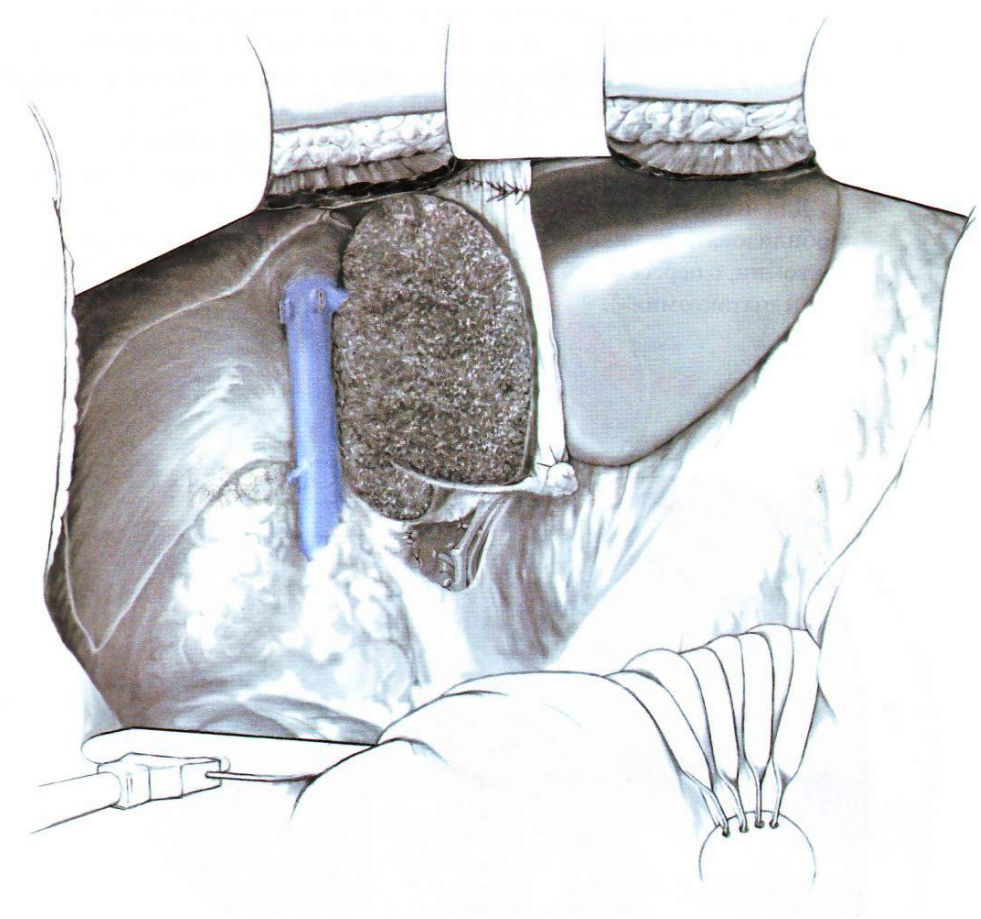
Հիմնականդեպքերումմիջինլյարդայիներակը, բայցերբաջլյարդայիներակըվերի շուտ էրպատրաստվել, ևերկուսանթերևիհել, պարենխիմայինանջատումիցհետո, անթայինկորտոսրմովկարողենհատվել: Նկատումենք, որմիջինուձախլյարդայիներակերըսովորաբարունենմեծընդհանուրբուն ևայդիսկպատճառովհատելուցառաջեսոչէհամոզվել, որձախլյարդայիներակըպահպանվածէ:

Եթեպահանջվումէընդլայնվածաջակողմյանհեղինեպատէկտոմիա, միասնականբլոկովկարողէմասնահատվելնաևպոչավորբիլթը:



Փուլ 11. Մանգաղածև կապանի միացման վերականգնումը

Կատարվում է ոտնաթաթի ներքին կողմի կարճացած կապանի վերականգնում, որի համար կատարվում է Բրոդի-Քեսլիի ամրակման (կատարվում է ոտնաթաթի ներքին կողմում), մանգաղածև կապանը կտրվում է կտրվել իրևիների մեջ: Նմանատիպ միջամտություն կարող է անհրաժեշտ լինել ոտնաթաթի ներքին կողմի կարճացած կապանների վերականգնման համար, համապատասխան պրոկեդուրայի:



Ընդլայնվածձախակողմյանևեմիհեպատէկտոմիա (ձախտրիսեկցիոնէկտոմիա)

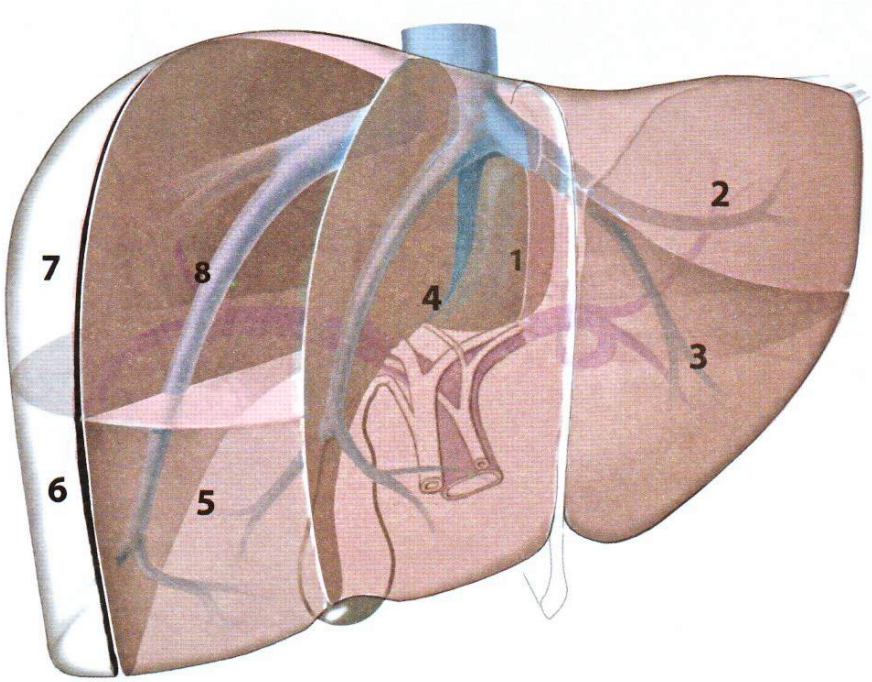
Այններառումէ 2,3,4և 8-րդսեգմենտներիմասնահատում: Այսվիրահատությունըկարելիէիրականացնել, երբկալիակատարիամոզմուիմ, որլյարդիմնացածհատվածը (1/9 + 6 + 7-րդսեգմենտներ) կապահովիօրգանիբավարար գործունեություն:

Այդպատճառովընդլայնվածմասնահատումիցառաջանիրաժեշտէգնահատելլյարդիպարավողմնացորդիծավալնուփունկցիան, բացառելովֆիբրոզըկոմցիրրոզը:

Կախվածանոթայինահատումիակահատանձնահատկություններից, 5 և 8-րդսեգմենտներիահատումիակամնասնահատմանհամարկիրառումեներկուտարբերմոտեցումներ:

Նրանցպատակահատումիակամնասնահատմանժամանակ, միևչևլյարդիպարենխիմայիհատումը, իրականացվումէայսսեգմենտներգնացողտոհիկներիսելեկտիվկապում:

Որպեսայլընտրանք՝նրանքկարողենկապվելնաևլյարդիպարենխիմայիհատմանընթացքում:



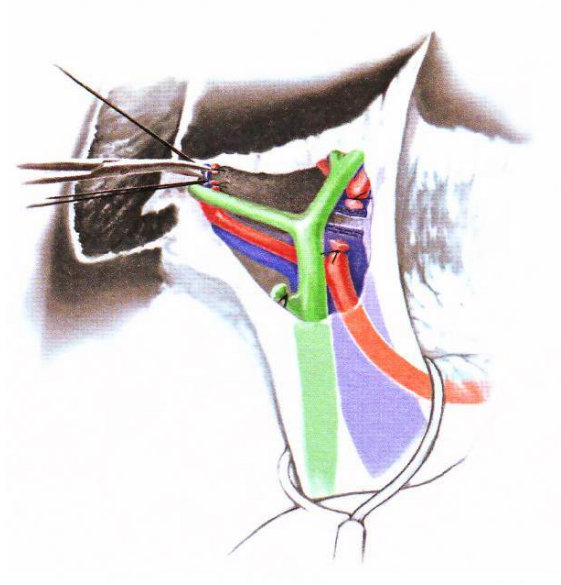
Փուլեր 1-7.

Նմանեղհամապատասխանձախփակողմյանհեմիհեպատէկտոմիայիվուլերին:

Ընդայնվածձախփակողմյանհեմիհեպատէկտոմիայիընթացքումանհրաժեշտէ տեղայնացնել լյարդիաջ հատվածը, հատելովկարճերակները, ինչպեսնաևպորտականաջփակողմյանհեմիհեպատէկտոմիայիժամանակ:

Փուլ 8. 8 ու 5-րդսեգմենտներիոտիկներիսեղմելէկտիվկատում

Բուդիսսեկցիայիաջդրումնմայինպատյանիերկայնճոպազոսումեն 5 և 8-րդսեգմենտներիոտիկները (աջառաջայինոտիկ): Անոթներըառանձինկապվումեն, մնաժամանակպահպանելովաջհեղուկոտիկը: Աջդրումնմայինպատյանըպարուրտղուտուցքներիդեպքում, առաջայինոտիկըչպետքէանջատելդրումնմ, այնկապվումէհյուսվածքներիհատմանընթացքում: ՆերվիրահատականգՁՀ-ն օգնումէորոշելհիվանդությանճշգրիտտարածվածությունևնուհատկապեսանոթայինհանգույցում:



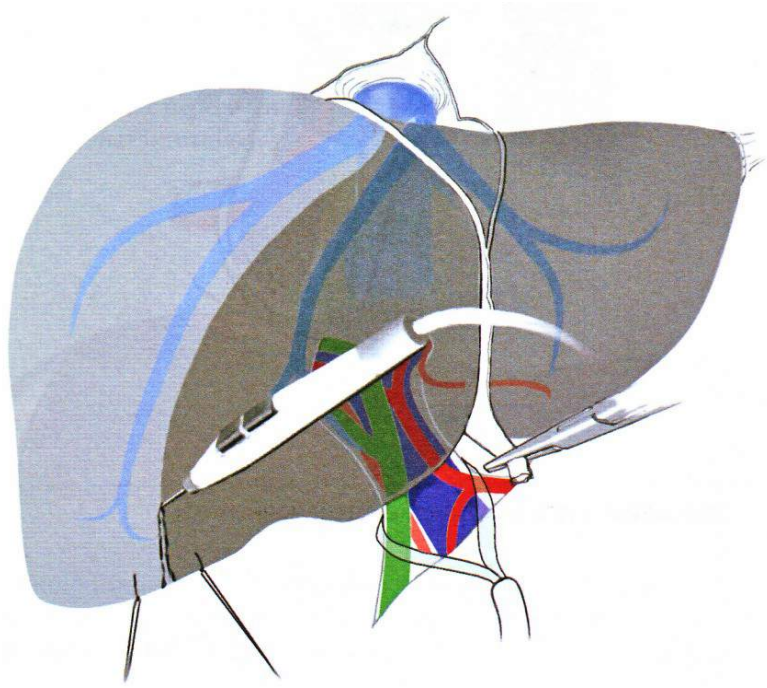
Փուլ 9. *Ձախումիջինկապտկիերակներիէմպոզիցիա*

Ձախումիջինկապտկիերակներըսովորաբարանհեղինակությունչունմանրակրկիտդիտեկցիայիհանումպահովելուհնարավորություն: Միաժամանակհայտնաբերվումուպահպանվումէաջկապտկիերակը:

Փուլ 10. *Պարենխիմայիհատումը*

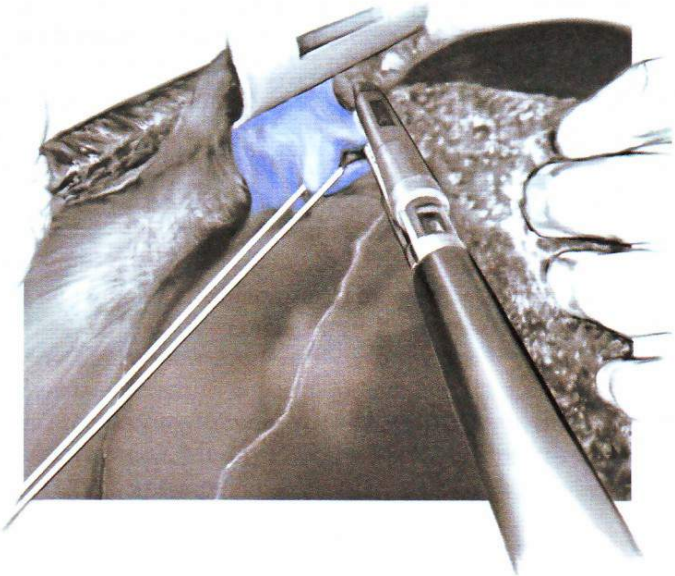
Մանևահատումըկատարվումէդեմարկացիոնգծիերկայնքով, որըտեսանելիէդառնում 5 և 8-րդսեգմենտներիառանձնակիերիկապումիցհետո: Դեմարկացիոնգծիերկուկողմերիցգծմանհամարպրվումենկարերբունիչներ: Երեհատվածչլինումնիմիխոռոչապելոտիկները, հատմանհարթությունըտեղավոխվումէաջկապտկիերակից /որիընթացքըտրամաբանորենհամապատասխանում ԳՁՀ-ի ժամանակ/ 1սմավելիձախ:

Հատուկուշադրությունպետքէդարձվիաջկապտկիերակին, ամբողջվրահատությանընթացքումնեուղղվածրանի 5 և 8-րդսեգմենտներգնացողէդայինճյուղերըկարողենանվտանգկապվելպրեպխմայիսեկցիայիջրում:



Փոլ 11. Ձախումիջինլյարդայիներակներիկտրումնուհատումը

Պարենխիմայիհատումիցհետոձախումիջինլյարդայիներակներըանոթայինկարողսաբուժողհատվումենևլյարդիմասնահատվածմասիհետացվում իցհետովիրահատականդաշտումմնումենմիայն 6-7-րդսեգմենտներնուպտղավորբիլը: Անհրաժեշտության դեպքում, սովորականձախակողմյանհեմիհեպատէկտոմիայիընթացքում, միասնականբլոկովկարողէմասնահատվել նաևպտղավորբիլը:



Փորձնածվիրաբույժիխորհուրդները

- Ընդլայնածհեմիհեպատէկտոմիաներըսովորաբարկատարվումենմեծուտցքներիկապակցությամբ, մասնակիորեններառած 4 սեգմենտ (աջակողմյանընդլայնածհեմիհեպատէկտոմիա), կամ 5/8 սեգմենտներ (ձախակողմյաընդլայնածհեմիհեպատէկտոմիա), կամլյարդիդարսումի՝խոլանգիոկարցինոմաներիժամանակ: Նմանդեպքերումոչթէկատարվում 4 կամ 5-8-

թրեզմենտներիոտիկներիսեկտիվկոպում, այլիրականացվումէտովորականհեմիհեպատէկտոմիա, մասնահատմանեզրիերկարացումով դեպի լյարդիկոնտրաստերակհատված (ընդլայնվածսեպածևմասնահատում): Նմանտեխնիկանպահպանումէլյարդիպարենխիմանևկրճատումվիրահատությանտևողությունը:

- Լյարդիդրումբիլիրուտուցիստոպածմանժամանակ, դիսեկցիաևուսեգմենտոպոտիկներիսեկտիվկոպումըիրականացվում էպարենխիմայիհատմանընթացքում:
- Եթելյարդայիներակներիսպառոստումևհատումըդժվարացածէ, պետքէննախկինհեռացնել՝
  - լյարդայիներակներիհատմպարենխիմայինսեկցիաներ, առանցհրահանգնախնականհատանձնացմանուղուբերման,
  - լյարդիըրիվանջատումարյանհոսքից:
- Եթելյարդիմնացածհատվածըգնահատվումէոստովոր, պետքէննախել դոնեգրակիէմբոլիզացիայիցհետոգործողությունը, հետագա (միայն 4 շաբաթից)հետածգվածհեպատէկտոմիայիիրականացմամբ:

ՍԵԳՄԵՆՏԷԿՏՈՄԻԱ, ՍԵԿՑԻՈՆԷԿՏՈՄԻԱԵՎՍԵՊԱՋԵՎՄԱՄՆԱՀԱՏՈՒՄ

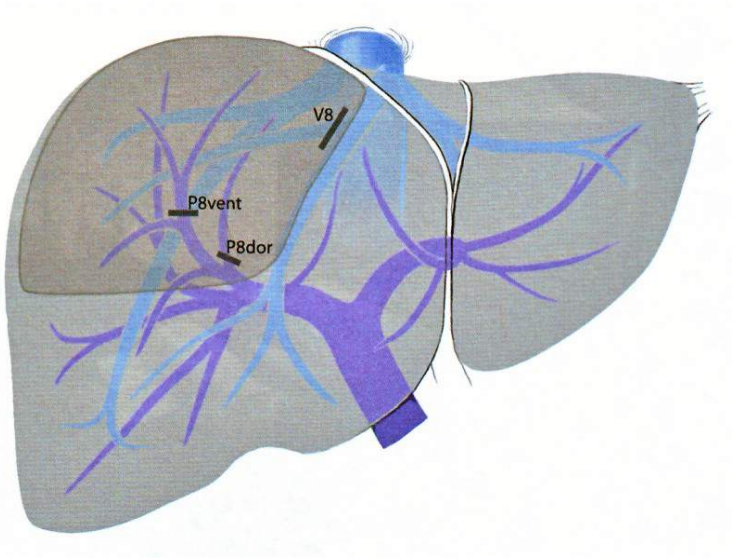
Ներածություն

Քանիորլյարդաբջջայինքաղցկեղըևմետաստատիկհիվանդությունները մեծմասնությամբածվումենդուեղակիերլյարդայինհյուղերով, դրանքհիանալիթեկնածուներնհանդիսանում՝ուռուցքպարունակողսեգմենտիկամսեկցիայիհետ, հանդիսանումէլյարդիուռուցքերիբուժման անհամարհիմնականմիջամտություն:

8-րդ սեգմենտիհատատմիականմասնահատում

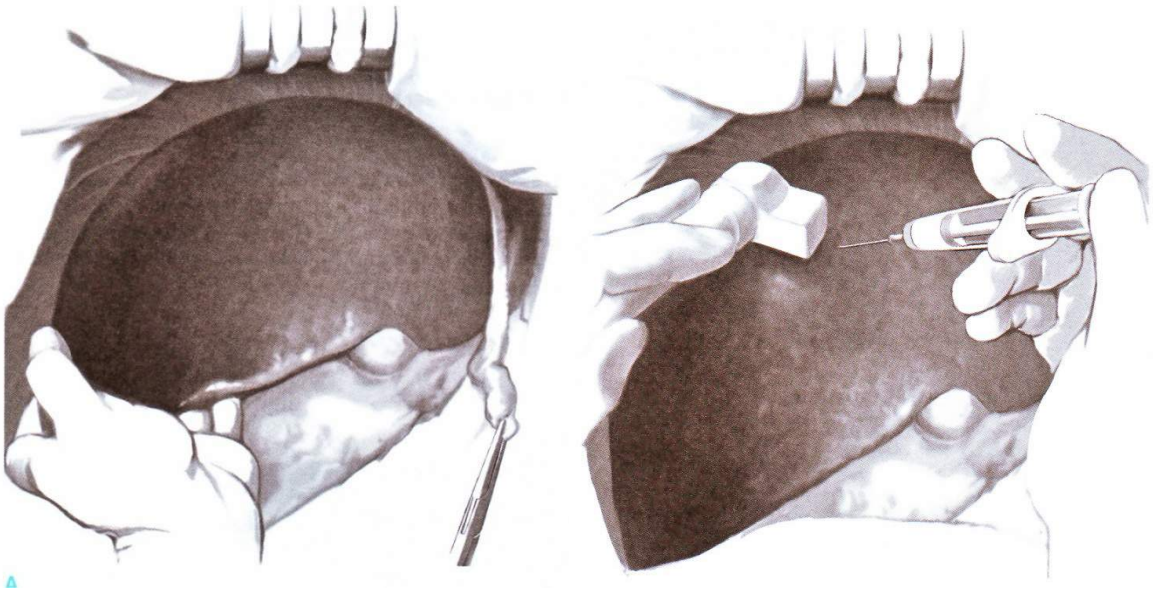
Սեգմենտ 8-իստանդարտհատատմիաներվածէերեքևուռմ:

Դրանքայնհամակարգը 8-րդսեգմենտում 92% հիվանդերիմոտերկայանում է երկուհիմնականճյուղերով՝դորզալ (P8 dor) ևվենտրալ (P8 vent):Վերջին, 62% հիվանդերիմոտ, 5-րդսեգմենտիմեր-երեքվենուսյուղերիհետհամատեղկազմումէընդհանուրբուն: P8 vent-ևP8 dor-իմիջևանցումէմիջայինլյարդայիներակիհատատոյուղ, դրենավորող 8-րդսեգմենտը (V8):



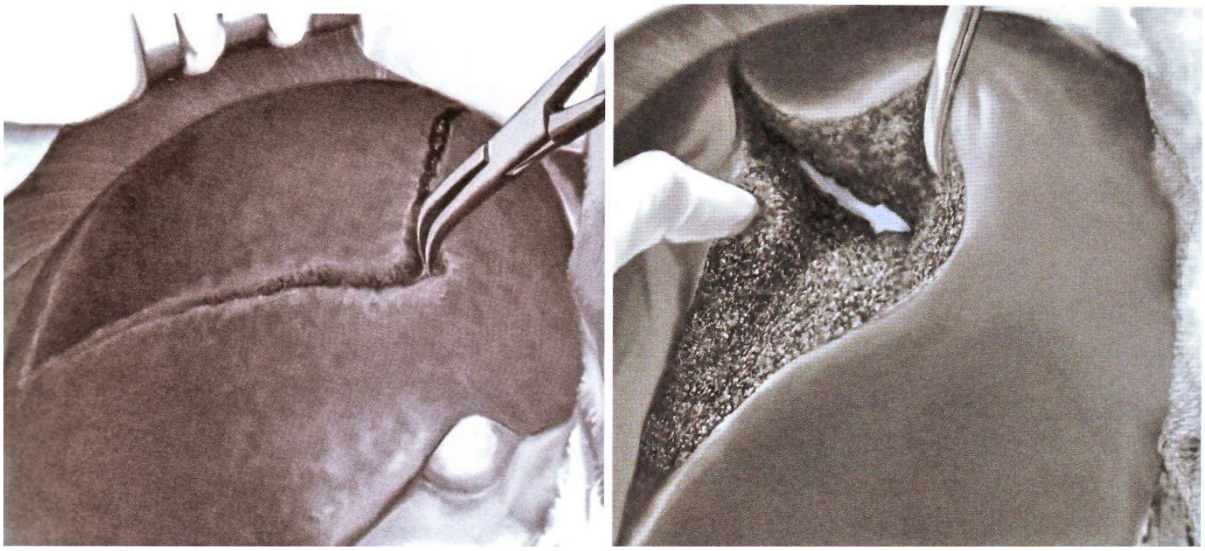
Փուլ 1. *Մուտքում 8-րդ սեգմենտին ու նույնականացումը*

Իրականացվում է J-ձևի թոքային-աբդոմինալ կոտրվածք 9-րդ միջկողային միջով: Կատարվում է ստոծանուհետոմիասին, վիրաբույժի ձախ ձեռքի մատների հետազոտությամբ բարձրացվում է, բացելով անհրաժեշտ այնվիրահատական դաշտ, կարգավորվում է ներվածքի տեղը: Գ.Զ.Հ-ի հակոտրությանոտակվածուկ, սեղմիչով առաջացրած կարգավորման ենթակա 22G ասեղով իրականացվում է P8 dor-ի և P8 vent-ի պունկցիա: Անոթներիմեջառանցքներովկատարվում է 5մլ ինդիգոկարմին: 8-րդսեգմենտիհիմնամասնոսասիանողկարգավորման, ներկվումէկոպույտգույնով, որիցհետոդիտարկվածիեզրերընշվումենէլեկտրակառուտերով: Խոլեցիստէկտոմիանևդրանիցիսեկցիանիրականացվումէկարգավորման ենթակա սեգմենտներում, որըստեղծվումէպարենխիմայիհատոմանհամար: Պրինցիպգործողությանկիրառմանդեպում, դրանիցիսեկցիաչիկատարվում:



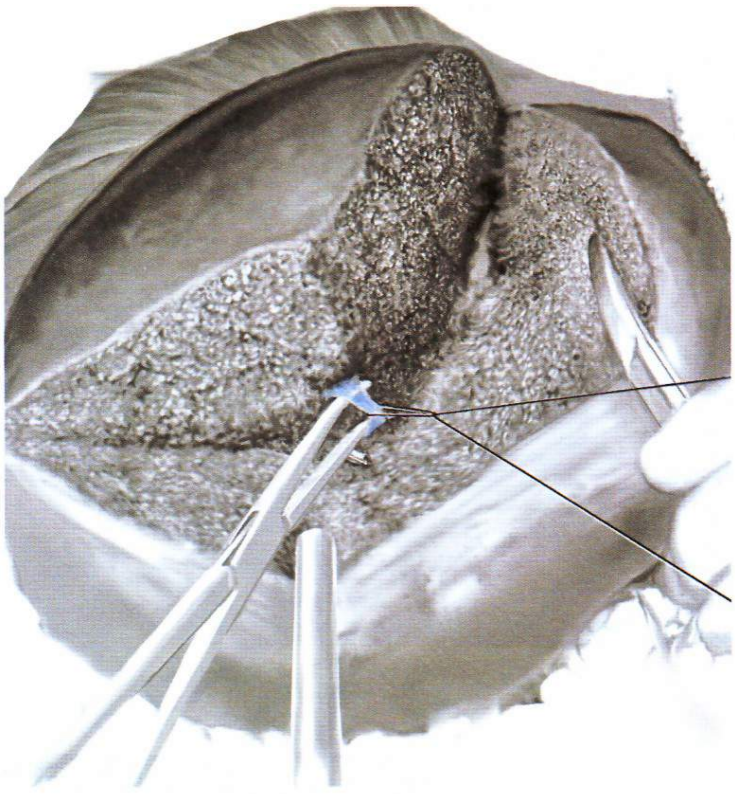
Փուլ 2. *Կարգավորենխիմայիհատումըդրանիցիսեկցիայիերկայնքով:*

Լյարդիմակերեսնայրելուցհետո, ծավածսեղմիչխոզհուբյամբ իրականացվում էլյարդիպարենխիմայիհատում՝դրանիբայիհիմնականճիւսուրայիերկայնքով: Մերկացվումէմիջինլյարդայիներակիբունդև 8-րդսեգմենտըդրեհավորողբոլորհյուղերըմանրակրկիտկապվումեննահատվում:



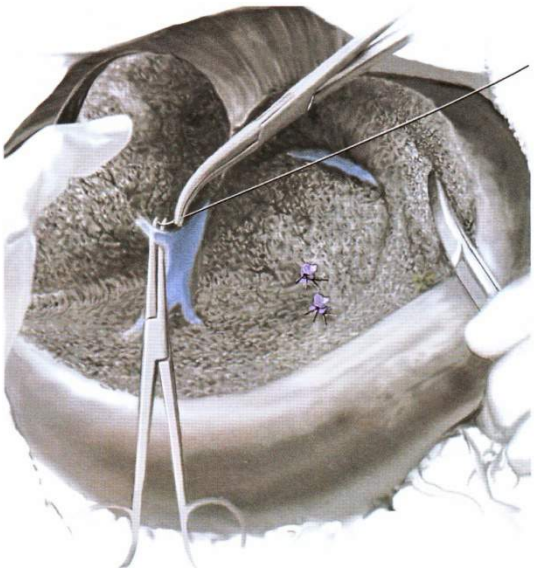
Փալ 3. 8-րդսեգմենտիհիգհացարդյունքայիհատիհիերիհատում

Մասնահատմանգիծըանցնումէ 8-րդու 5-րդսեգմենտներով: 8-րդսեգմենտիդրանիբայիհատիկիվենտրալմասը (P8 vent) մերկացվումէևհատվում: Որիցհետոկապվումնահատվումէդորզալհատիկը (P8 dor) և լյարդիաջդրանիբայինճիւսուրայիերկայնքովհատվումէպորտենխիմանուսանածնացվումլյարդայիներակը:



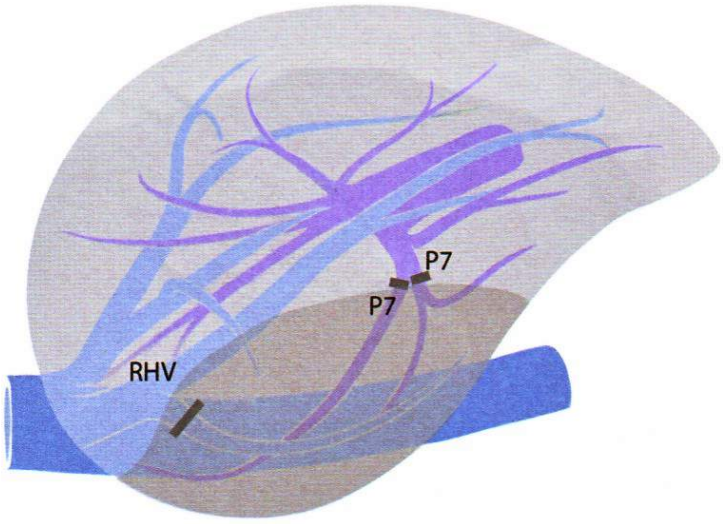
Փուլ 4. *Աջլսարտայիներակիբնիվիզիա*

Մերկացվումէաջլսարտայիներակիհիմքնուհասովում 8-րդսեգմենտըդրենավորողհաստերակայինճյուղը: Այժմկարելիէհետացնելպրեպարատը: Գործողությունըլավարտվումէմանրակրկիտհեմոստազով՝ կապելովկարելովվերջնաստահոսքիբոլորպաղպայուրցերը: 8-րդսեգմենտիհետացումիցհետոմերկանումենբոլորանատոմիականուղիները՝ ներառյալմիջինլսարտայիներակը, աջլսարտայիներակը, P8 dor-ում P8 vent-ածպարտաճերը:



7-րդսեգմենտիանատոմիականմասնահատում

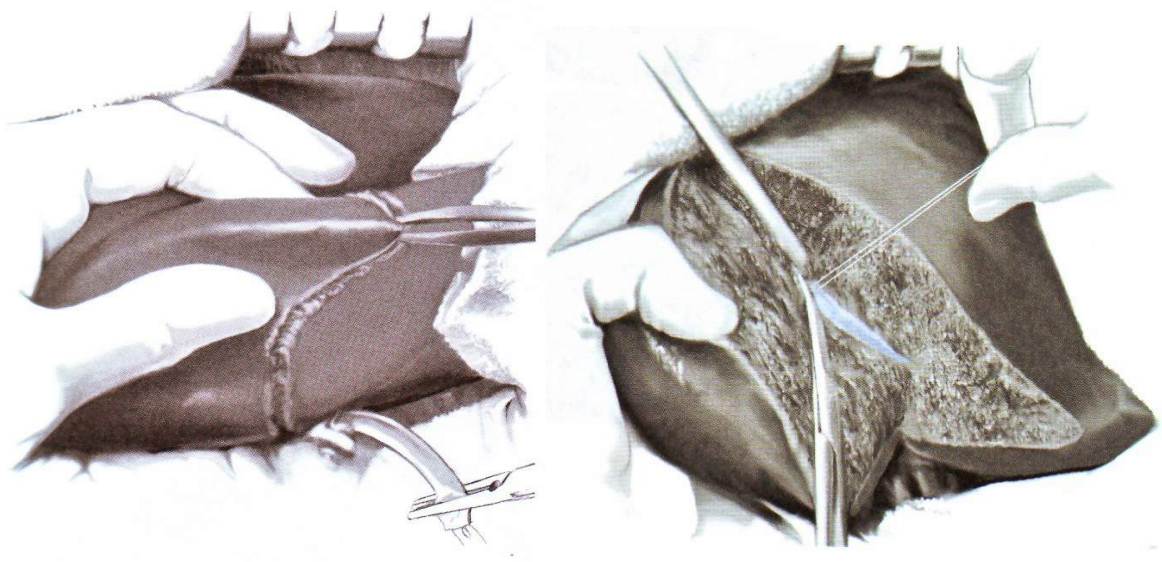
Մուտքեպի7-րդսեգմենտիրականացվումէ 8-րդմիջկողովուղղորակո-աբդոմինալ (ձախկիսաթեքդիր) կամաջեզրակողայինկտրվածքով: Առավելկարևորանատոմիականգոյացությունները ցուցադրված են նկարում:



Փուլ 1. *Միջսեգմենտարտերիայիտրոմբոզումնումանրէրիկտոմը*

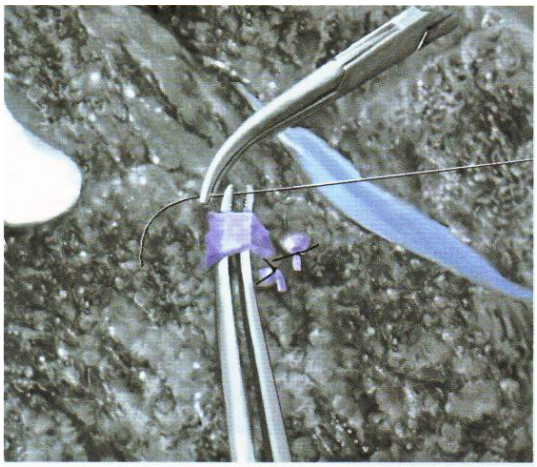
Միջսեգմենտարիապրությունը 7 և 6-րդսեգմենտներիմիջևորոշվում է P6-իմեջներկանյութի ներարկումով: Պրինցիպգործողությունըիրականացնելուցհետո անոթները կտրողենհայտնաբերել հյուսվածքների վիրահատությանջրջխմանեղանակով:

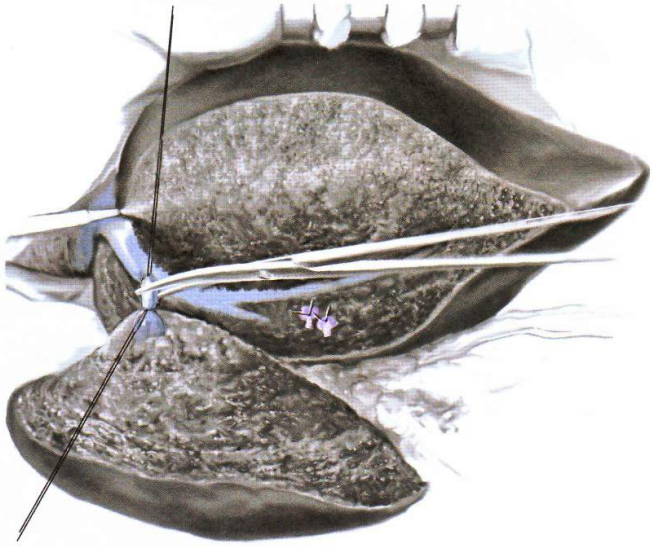
Աջլարդայիներակիպերիֆերիկհյուղհայտնաբերումցհետոայնպռոսիմամուղղությամբառանձնացնում է, մերկացնելովաջլարդայիներակիբուն: Նրամանրհյուղերըմեռոսաթելովկապվումենռուհատվում:



Փուլ 2. 7-րդսեգմենտգնացողդրսումբերմայինռոտիկներիհատումմեռ աջլարդայիներակիանջատումը

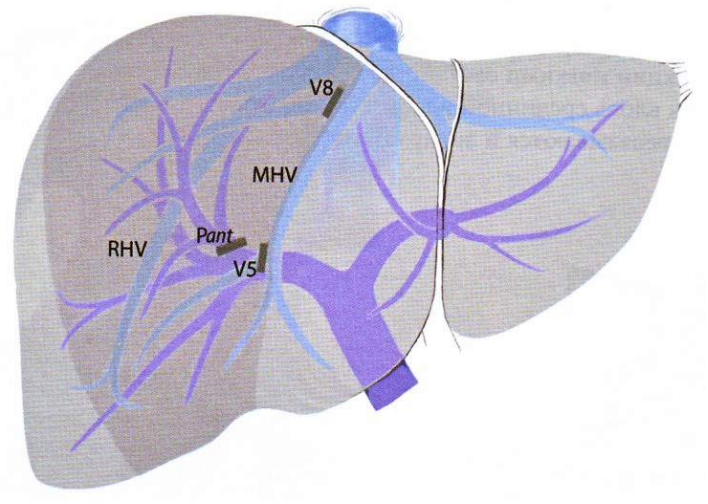
Հայտնաբերվումեներկուգլխավորռոտիկները: Երկուսնել կապվումենռուհատվում: Հայտնաբերվումէաջլարդայիներակըև 7-րդսեգմենտըդրենավորողհատտերակըկապվում: Սեգմենտիհեռացումիցհետոմերկանումենայնպիսիկարևորանատոմիականգոյացեր, ինչպիսիհենաջլարդայիներակնու P7-իծայրատը:





Աջառաջայինսեկցիոնէկտոմիա (աջպարամեդիալսեկտորէկտոմիա, 5 և 8-րդսեգմենտներիանատոմիականմասնահատում)

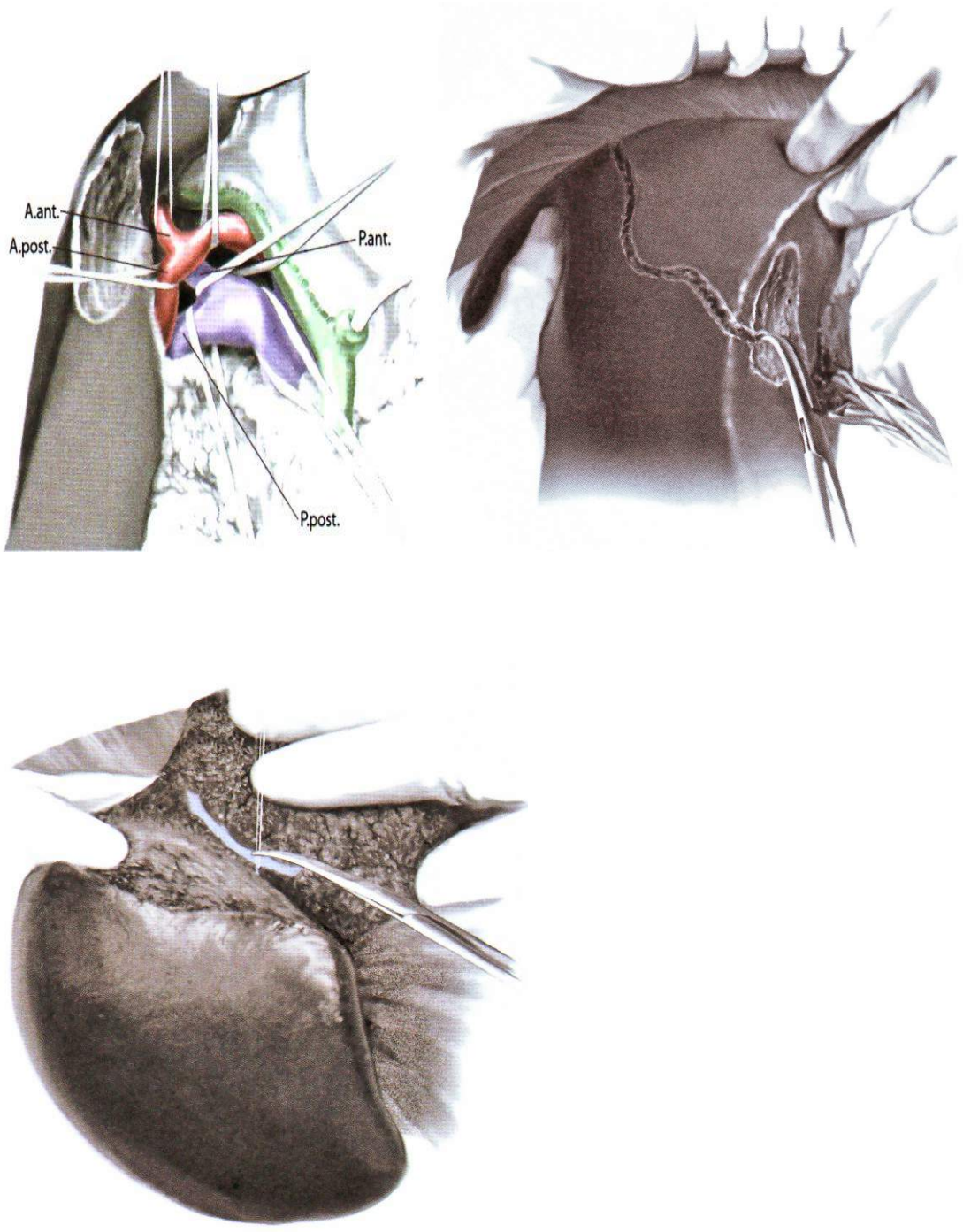
Այսմիջամտությունըպահանջումէգլխավորապաջքայինֆիքսատիաներիլրիվբացազատում, որիրագործումնձևավորվում է լարդի պարենխիմայիհատմանատավելագույն շրջանակ, համեմատած նրա բոլորանատոմիականմասնահատումների հետ:



Փակ 1. Դրանիպիսեկցիանաաջայինսեկցիայիխորությունը, լարդիմիջինհարթությաներկայիմոդիֆիկացիան

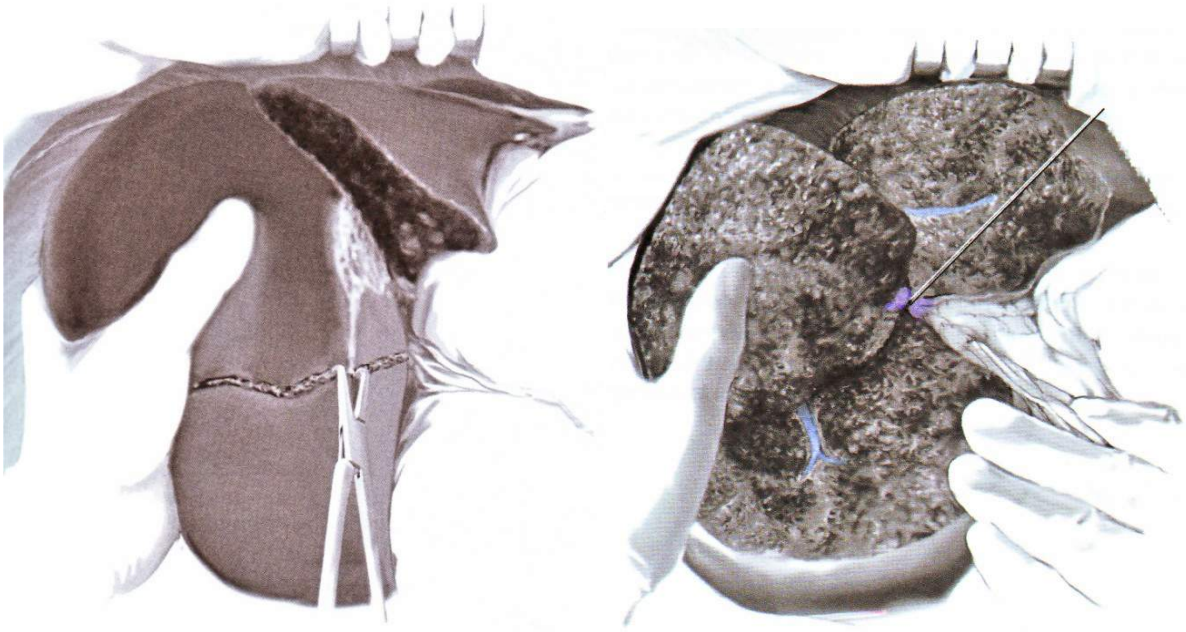
Խոլեցիստէկտոմիայիցհետոկատարվումէպրոնիպիսեկցիա, մեկուսացվումենաջլարդայինզարկերակը, աջ դռներակը, դեպիառաջայինևուհետևինսեկցիաներ (Aant, Apost, Pant, Ppost) գնացողզարկերակայինուղղությունդրանց: Aant և Pant սեղմումիցհետոլարդիմակերեսիգույնըառաջայինսեկցիայիբացառմամբ, թույլտալովէլեկտրակառուցումնճեղքերիգծագիծը: Նույնեղանակովհաստատվումէլարդիսեկցիանահանատոմիան: Այժմ Aant և Pant-ըկտրվենկապվելհատվել:

Փոխհատուցիչներովլարդիծախկեսիևառաջայինսեկցիայիանոթներըընտրովկանոնկոչուզիայիհետո, սկսվումէլարդիպարենխիմայիհատումըմիջինհարթությաներկայիմով:
Մերկացվումէմիջինլարդայիներակը, նրամահրիցուղերըկապվումենուհատվում:



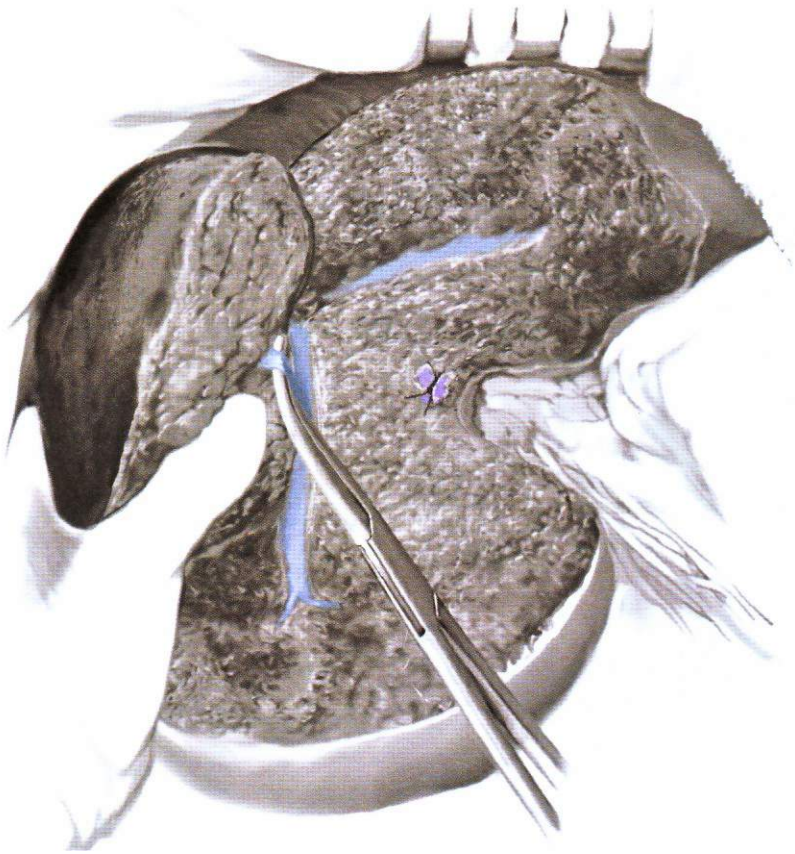
Փակ 2. Կոպիտ պատճենահանում ըստ միջսեկցիոնային տարածությունների

Կոպիտ ջեսիանոթերիոլոգիական պատճենահանում է կոպիտ պատճենահանում ըստ միջսեկցիոնային տարածությունների: Վիրաբույժը ամենից հաճախ բախվում է առաջային սեկցիան, կապված է հետ առաջային սեկցիոզացուցիչ հյուսվածքի:

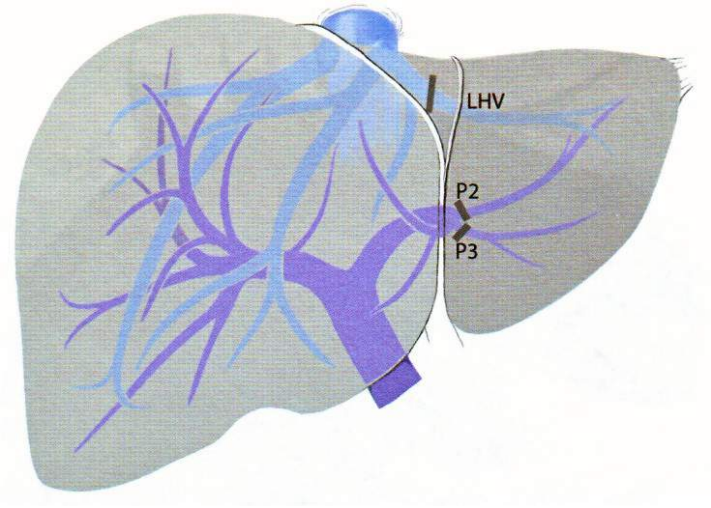


Փուլ 3. *Աջլայնապայիևերակիհյուղերիևատումը*

Աջլայնապայիևերակըմերկացվում է, թույլտալովիատել առաջայինևեկցևանդրեհավորովհաստերակայինհյուղը: Առաջայինևեկցևայինեռացումիցհետոմերկանումենանատոմիականուղեցույցերևահանվածողմիջայինլայնապայիևերակը, աջլայնապայիևերակըև Pant-ի ծայրատը:



Ձախ ստերալ սեկցիոնէկտոմիա (2 և 3 սեգմենտներիռեզեկտոմիակամմասնառում)



Փուլ 1. Մանգուղածև կապանիծախկողմնիերկայնքով լյարդիպարենխիմայիառում (ծոմիջսեկցիոնկտրություն)

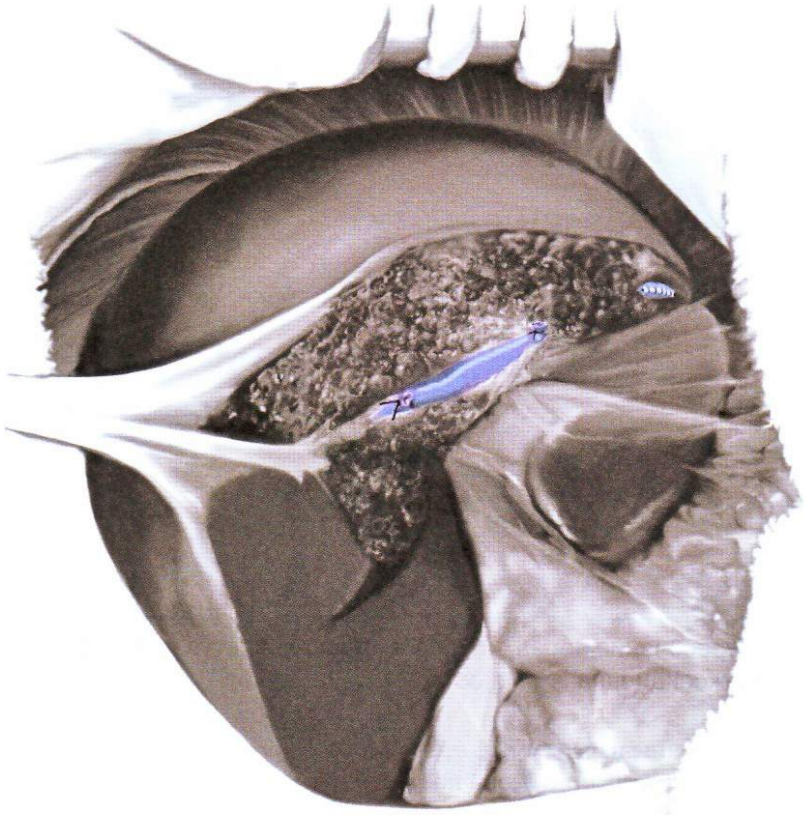
Լյարդիպարենխիմայիառումըմանգուղածև կապանիծախկողմնիերկայնքովիրականացվումէկլոր կապանը դեպիվերձգելով: Բացվումէդրանիմայինոտիկիծախպատը, պարտայիներակիթռոմբոմանոեղումև լստերալ սեկցիայինգնացողբոլոր ոչնչացրելըկապվումենռեհառով: Վիսցերալ կողմիցհատվում է 3 և 4-րդսեգմենտներիպարենխիմալմուցումը, եթեայնկա:

Փուլ 2. 2 և 3-րդսեգմենտներիդրանիմայինոտիկներիառում

Դռներակիծախպատիցդուրսեճգվելհամիմանիառնոցուղեր, որոնքգնումենդեպի 3-րդ (P3) սեգմենտ: Նրանքբոլորըկապվումենռեհառով: Դրանիմայինոտիկներըդեպի 2 սեգմենտ (P2) գտնվումենդռներակիգլխամասայինհատվածում: Նրանքսովորաբարավելհատ, համեմատածդեպի P3 գնացողներիհետևգտնվումենծախլյարդայիներակիհիմից 2-3 սմավելհոտհատվածին: Նրանքևսկապվումենռեհառով:

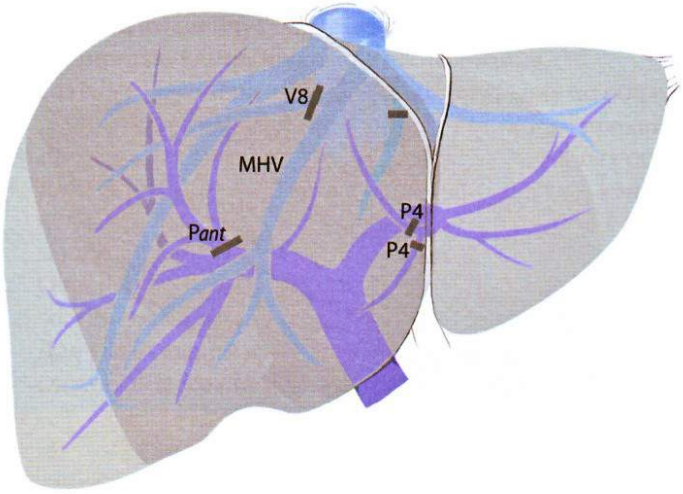
Փուլ 3. Ձախլյարդայիներակիառումը

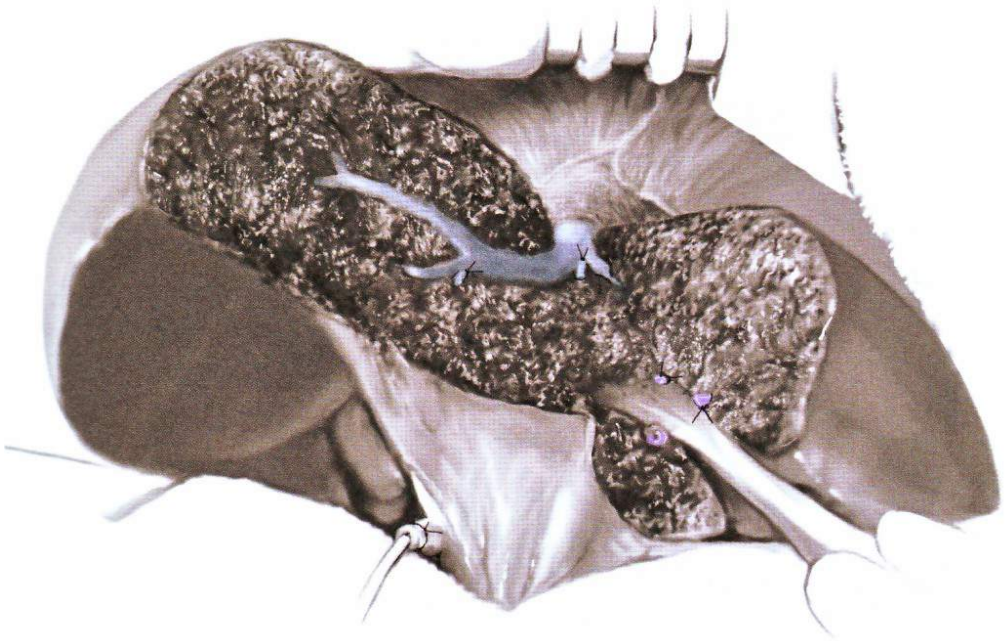
Լյարդիպարենխիմայիառումիցհետո մերկացվում ուհատվումէծախլյարդայիներակիբունը: Ձախլյարդայիներակիծայրատըկապվումէկոմկոպվումանընդհատկարով:



Ձախմեդիալսեկցիոնէկտոմիա (4-րդսեգմենտիահանումմիականմասնահատում)

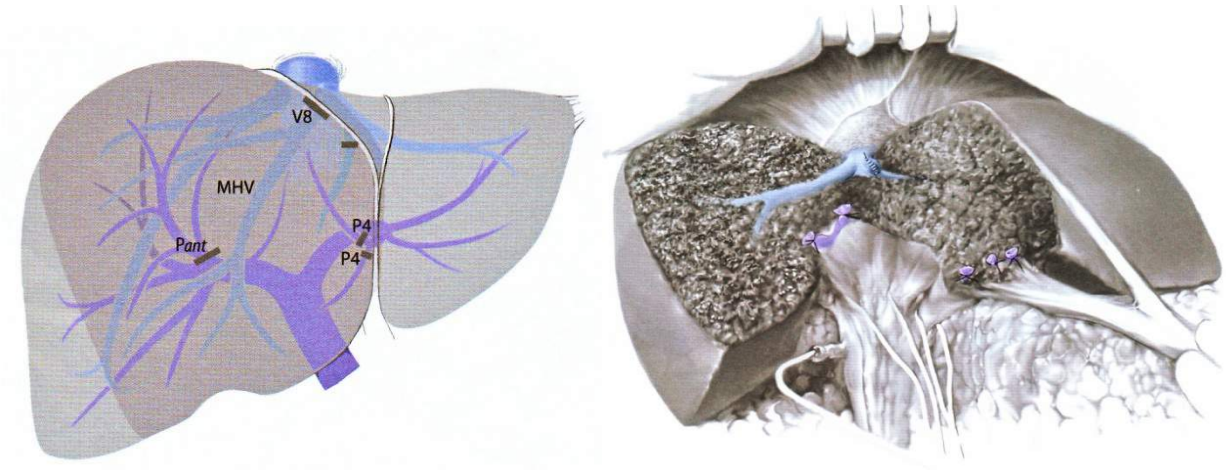
Լյարդիպարենխիմայի հատումը իրականացվումէլյարդիմիջինհոսքությաներակայինմոխլոդմով (ձախմիջսեկցիոնհարթությունում): Ձախմեդիալսեկցիայիեռացումիցհետոբացվումենիհետևյալանատոմիականուղեցույցերը՝ միջինլյարդայիներակ և P4-իծայրատը:





Լյարդիկենտրոնակոնմասնահատում (5,4,8 սեգմենտներիահեռոմիակոնմասնահատում)

Լյարդիպարենխիմայիառումըիրականացվումէաջևձախմիջսեկցիոնհարթությունների երկայնքով: Միջինլյարդայիներակըհատվումէհիմնական: Կենտրոնականսեկցիայիառումիցհետոահեռոմիակոնուղեցույցներիցբացվումեն՝ աջլյարդայիներակը, Pant և P4 հյուղերիծայրամասերը:



Աջումիջինլյարդայիներակներիանջատումնուաջլյարդայիներակիևմիջսեկցիոնհարթությանոչումըընկարագրվածենառաջայինսեկցիոնէկտոմիայիժամանակ:

Սեպաձևմասնահատում (սեհմանափակմասնահատում)

Վիրահատությանընթացքումցիռոզհեղուկոմիակոնմատակարարմատակարարումնէ: Կայնվիրաբուժականեզրնստեղծման (10մմ-ից պակաս) հարկչկա, սակայնլյարդիկտրվածքումառցիմերկացմանկարիքևչկա:

Փորձարկվիրաբուժիտեխնիկաները

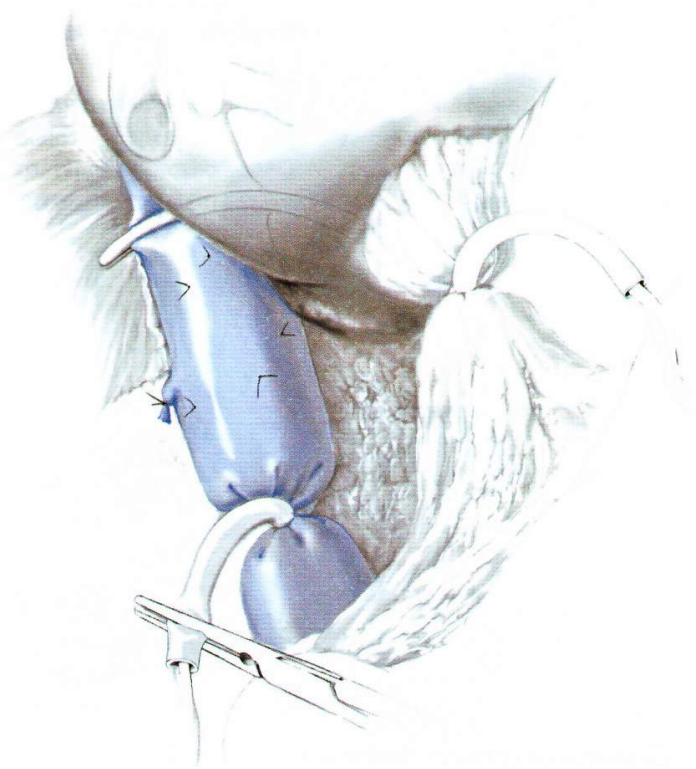
- Հաջողությունըկախվածէ ինչպեսնաև ճիշտ ընտրված գործիքներից:
- Ամենադժվարությունները կապված են ԳՋՀ-ով ճիշտ գլխավոր զարկերակերի հայտնաբերման հետ:
- Գլխավոր զարկերակերը սկզբից պետք է մեկուսացվեն շրջակա հյուսվածքներից (դիստալ ծայր) մոտ: Ապա երկու կողմից հանգույցներ են դրվում և միայն դրանից հետո են հատվում:
- Զարկերակերի պատերը պետք է ուշադիր վերաբերվել, որպեսզի չվնասվեն:
- Բոլոր 1մմ-ից մեծ ճյուղերը պետք է կապվեն:
- Ավելի մանր ճյուղերը կարող են պատռվել:
- Պարենխիմային օրգանների վիրահատության ժամանակ, կեծ-ը պետք է պահել ցածր մակարդակի վրա (3մմ-ից ցածր):

Ստորին վերջույթների վերակառուցումը

Այս վիրահատությունը կատարվում է հետևյալ ցուցումների դեպքում:
Այն վերաբերում է զարկերակների փուչիկանման լայնացումներին:

Փուլ 1.

Բացվում է որովայնամիջնապատը, սիգմանման հաստ աղիքը հանվում է որովայնի խոռոչից և դրվում է ձախ կողմում:

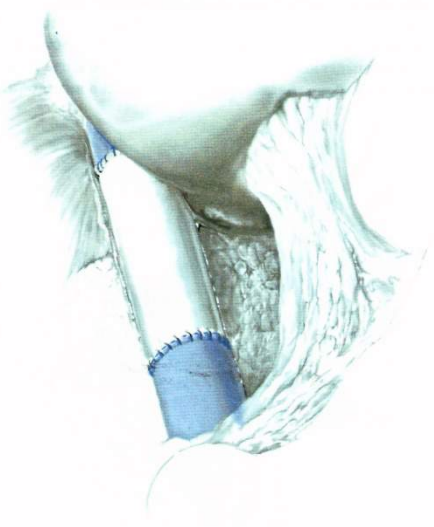


Փուլ 2.

Թուլացնելովտուբինկետըլայդ-տասներկումատոյակապանիվրաբացում են արյանհեռոմբըեպիլյայդ: Նման եղանակով ստորինսիներակիհետլայդպոյինմասը մնում է վակված՝ պահպանելովլայդիպերֆուզիան:

Փուլ 3.

Որից հետո կտրելիէստորինսիներակիհետլայդպոյինսեգմենտըմասնահատել: վերակառուցումըիրականացվումէ “ծայրըծայրի” միացնելով “Gore-tex” ներդիրպրոթեզով: Ավարտիցհետոսեղմիչնռուտուբինկետըստորինսիներակիներբևևսեգմենտիցհանվումեն:



Փորձվածվիրաբույժիխորհուրդները

- Միջտիեզերականտարածությունում,
- Բացիկապանիվակում,
- Եթեարյունահոսությունըսաստկանումէարյանհոսքիցկարճատևդադարով,

ԼԱԲՈՐԱՏՈՐԱԿԱՆ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒԹՅՈՒՆ

Ներածություն

Առաջինըպարզապեսկոպիկվիրահատությունների, սովորականկլստաների, որինուղղությունչունեցողկեղծմակերեսայինբարորակուռուցքների: Առաջինկարգիպարզապեսկոպիկհետազոտմանհամար (ձախկողմնայինհեկցիոնէկտոմիա) հայտնվեց 1996 թ: Հետագայումնուղղությամբկատարվեցինկարգիմեծծավալիհետազոտումներ, կապվածչարորակուռուցքերիբուժման: Ներկայումս, կարգիվիրահատականիմպլանտների 15-20% ենթակաեղապարոկոպիկեղանակովհեռացման:

Ցուցումներևհակացուցումները

Ցուցումներ

Նույնհետևյալբացմասհետազոտումներիհամար:
Կախվածգոյացություններիչափերիցուտեղակայումից, երբհիստարվումենհետևյալդեպքերում.

- օջախայինգոյացություններ, որոնցտրամագիծը 5մմ-իցմեծ է,
- օջախայինգոյացություններ՝ տեղակայվածկարգիհետազոտվողհատվածներում (2-6-րդհետգնդեր),
- ոչիմպլանտեղակայվածբոլորտեսակիօջախայինգոյացությունները:

Հակացուցումներ

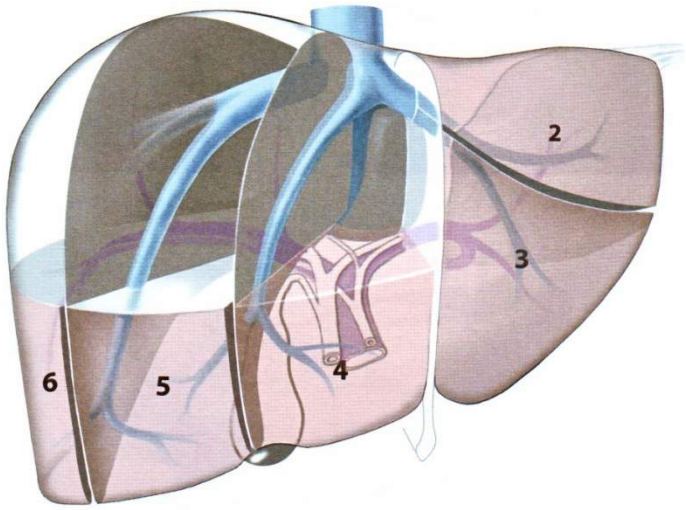
- մեծչափիուռուցքներառանցոչիլի (տրամաչափը՝ 5մմևավել),
- օջախայինգոյացություններկարգի գմբեթում (այսինքն՝ 7 և 8-րդհետգնդերում),
- օջախայինգոյացություններ՝ տեղակայվածկարգիհիմնականերակայինբների, ստորինսիներակիևկարգիդրուքիհամար,
- արտահայտվածդեներակայինհիպերտենզիա (օրինակ՝ ճնշումըդեներակում 12մմս-իցավել),
- ծանրհոգեկոպոթիա (օրինակ՝ թրոմբոցիտներիքանակը 1մլ-ում 30000-իցքիչ):

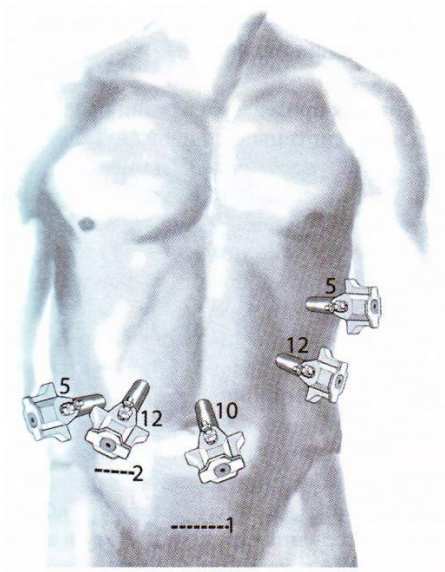
Հիվանդի դիրքը, տրոակարների տեղակայումը, պնևմոպերիտոնեումը

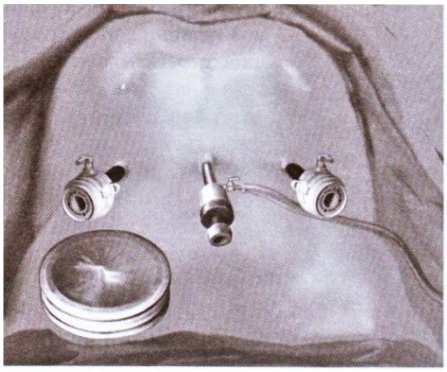
⇒ 2-5 լրացվենհոսանքիաղբյուրիհոսքայինգոյացություններիդեպքում, դիրքըպատվածմեջքիվրա, ոտքերըստրածած, տեղադրվումեն 5 տրոակարներ: Հերմետիկպոտոլվիրաբույժիձեռքիհամար, որըդրվումէաջզոտայինհոդըջանում, կարելիէօգտագործել “ձեռքոլօգնելու”համար: Նույնկտրվածքիցհետազոտումհետացվումէպրեպարատը:

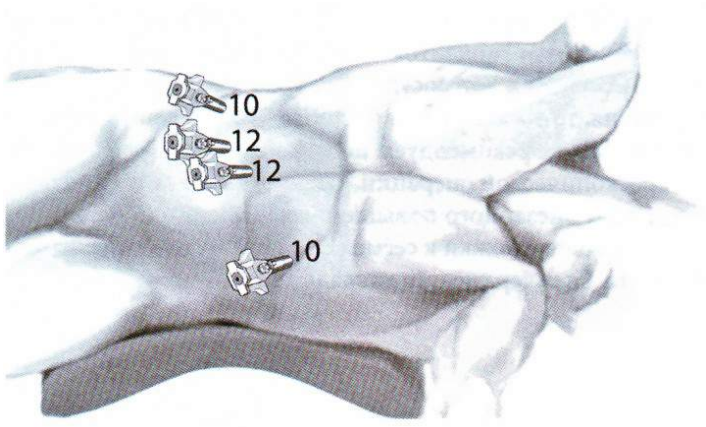
⇒ սեգմենտ 6-իսահմանակիվրաանահատմանհամարկարողէկիրառվելձախկողմնայինդիրքը:

⇒ խորհուրդէտրվումկիրառել 30 աստիճանիլապարոսկոպնածխաթթվոլցածրճնշմանպնևմոպերիտոնեում (12 մմս.ս.):









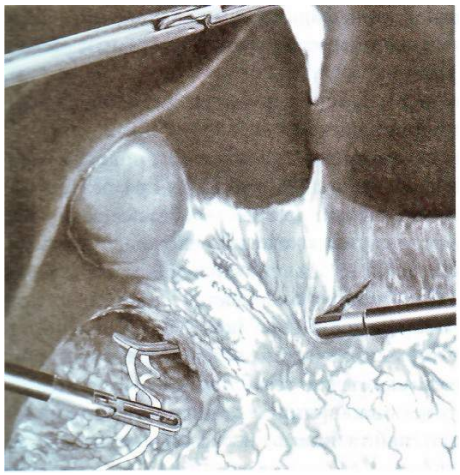
Վիրահատությունները.

Ձախ ատերալ սեկցիոնէկտոմիա (բիսեգմենտէկտոմիա 2,3)

Առավել հաճախ իրականացվող ծավալը՝ լյարդահանոսոմիականմասնահատումն է:

Փուլ 1.

Մուտք, ստուգում, ձախ ատերալ պռոտով, գերծայնայինցուցիչովուսումնասիրումենուռուցքիչափերնուսեղակայումը, ինչպեսնաևհավելյալհանգույցերիառկայությունը: Նախաառաջպահանջվումէկղոր, մանգաղածևառևանկյունիկապաճերըհիստումևվոքրեալպոճիկոռոչիբացում:
Մանգաղածևկապաճիպիսեկցիանստրվումէմինչևստորինսիներակ, նրամեջլայնդայիներակերիթափվելումակարդակ:



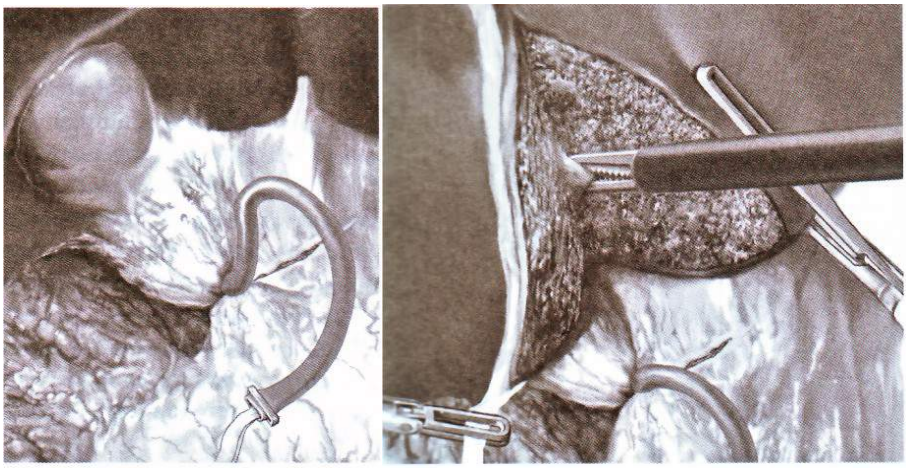
Փուլ 2. Պրինգլիգործողությանինտրաոպերացիոնմուտքենիմպլանտումը

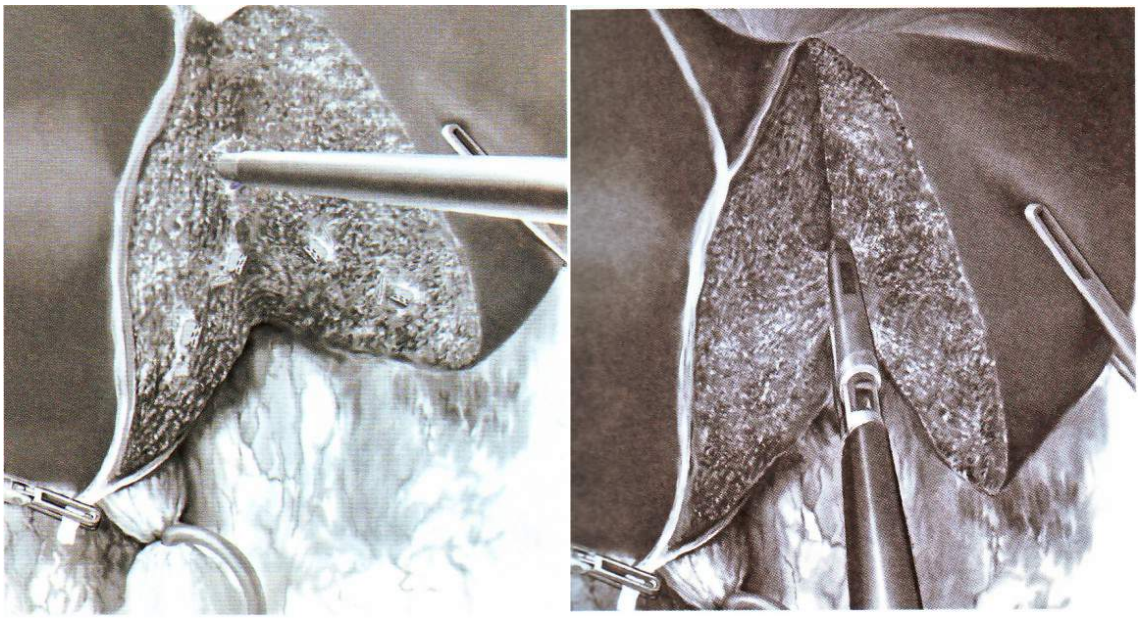
Լյարդիդրումիբուջևանցկացվումէժապավեն, որըմտցվում 16Fռետինեդրենաժիմեջ, կլիպերովամրացվում և օգտագործվումորպեսառնչվել: Պրինգլիգործողությունը կիրառվում է ոչսիստեմատիկ, միայնանհրաժեշտությանդեպքում՝պարենխիմայիհատման ընթացքում արյունահոսությանվազեցմանհամար: Եթեհայտնաբերվումէձախստամոքսայինզարկերակիցսկիզբառնուղիավելյալձախլյարդայինզարկերակ, ապապայմանկլիպավորվում է, կամկապվումհատվում:

Լյարդիպարենխիմայիհատումըիրականացվումէկլորումանգաղածևկապանների ձախկողմներկայնքով, ձախլատերալսեգմենտներիառաջայինզրիցդեպիվեր, մինչևձախլյարդայիներակիթափանցումբջան:

Հատմանընթացքումէսպոզիցիանապահովումէստրավմատիկսեղմիչովկլորկապանիտրակցիայով: 4-րդսեգմենտոտիկիտրավմատիկնահատումիցկտրատիպովհատվածներնանհրաժեշտէհատմանգիծըտանել կապաններիցձախ: Հետևիցհատմանգիծըանցնումէերակայինկապանիեզրերկայնքով: Պարենխիմայիհատումըիրականացվումէայլառարայլ, լյարդիհյուսվածքի բաժանումով, հանդիպողհյուսվածքայինոտիկներիպատռումով ուհատումով: Կլորկապանիստորինմասըձածկողպարենխիմատոզկամբջակովպեպում, այնառաջնահերթհատվում: Մինչև 3մմտրամագիծունեցողկատեգորիայիծառերիպեպումմկրատվում (2-3 ամսորությանվրա):

Նրատասավելությունըկայանումէերակում, որիհատումոկոզուցումէմիաժամանակ: Սակայնայնկարգրծիէևերազոզոգրծումըլյարդիխորքում, որտեղինարտավորէխոշորանոթներիվնասում, վտանգավոր: Խորըտեղակայվածանոթներըհատումիցառաջպետքէազատվենայստեղտորհուրդէտրվումկիրառել CUSA-իլուպատոսկոպիկծայր: Ավելիփոքրանոթներիհամարկիրառվումէբիպոլյարկառուցերիզոցիա, այնդեպքում, երբ 3մմուավելիտրամաչափիկառուցվածքերըհատումիցառաջ պետք է կլիպավորվեն: Լապարոսկոպիկվիրահատությանժամանակկտրիչըդիտվումկիրառելսրգոն-ուժեղացվածկոագուլյացիա, հանդրծանրգազայինէմբոլիայիդեպքերենկարագրվել կապվածանպատասելհենտմանբարձրացմանհետ: 2 և 3-րդսեգմենտներիպորտալտոփիներըկարելիէանջատելկարողսրբով: Ստեղերըպետքէտեղադրելկորկապանիցձախ:

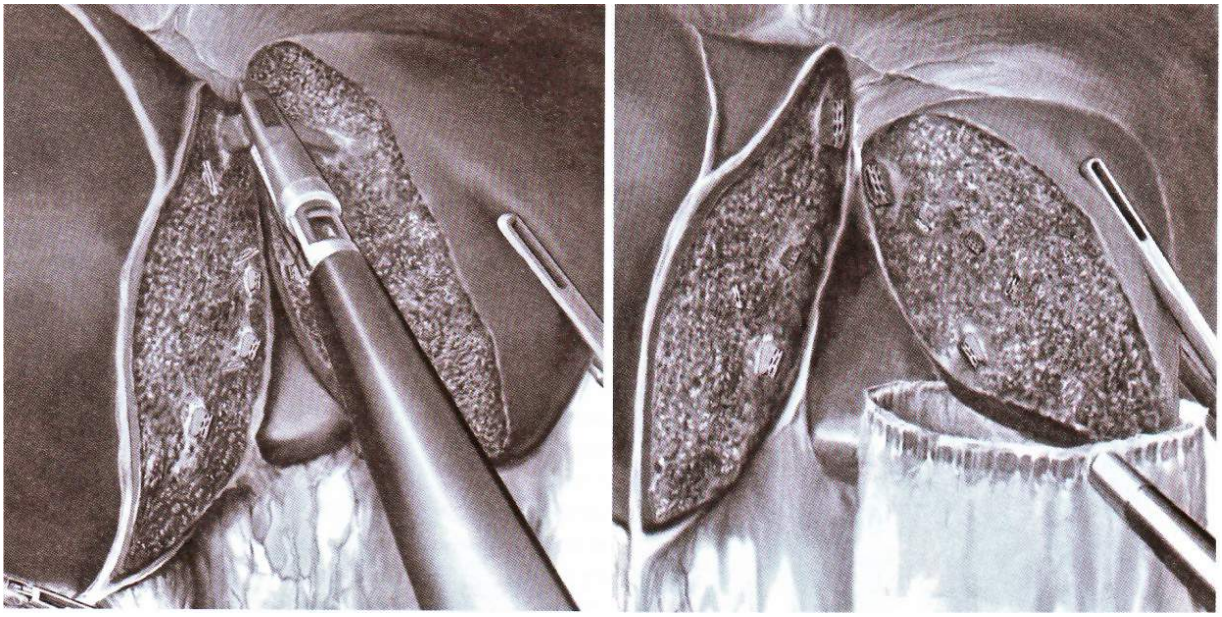




Փուլ 3. Ձախ լսողության վերականգնում միջին ականջի վիրահատության ժամանակ

Դրա համար անհրաժեշտ է,
ձախ լսողության վերականգնման ժամանակ գերծայնային ճկվածքի ստեղծման միջոցով,
ապահովել լսողական ոսկրիկների ամբողջականությունը:
Լսողության վերականգնման վիրահատությունը կատարվում է տեղային անզգայացման պայմաններում:

Ձախ ականջի ներքին լսողության վերականգնման վիրահատության ժամանակ 5սմ-ոց կտրվածք, որը կատարվում է ականջի ետևում գտնվող ծալքում: Հետևածոտեղումնաստացվում է ականջի ելքը, որպեսզի այնայնվի լսողական խողովակը: Ներսից տեսողական հսկողության ներքո 15սմ-ոց կտրվածք: Ածխաթթվով հարստացված գազ է ներարկվում, որպեսզի ստապեդիուսը: Պահպանվում է ականջի գլխիկը և ոտիկը: Հետվիրահատական ցավի նվազեցման համար կիրառվում է ներարկում: 5մմ-ոց ավել կամ պակաս երկարությամբ ներքին ականջի պրոթեզ:



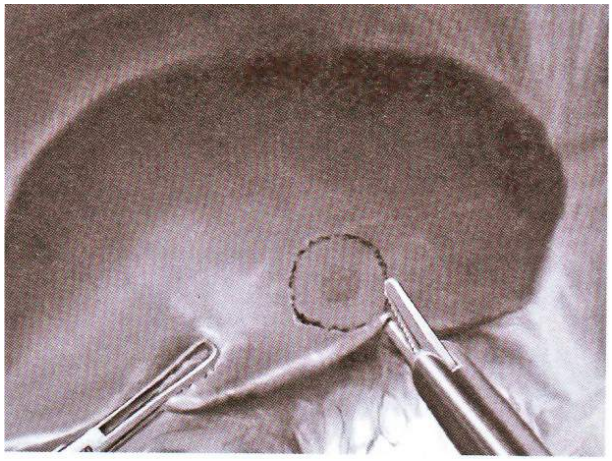
Պերիֆերիկօջախայինգոյացությանոչանատոմիականեղածևմասնահատում

Նմանմասնահատումներըիրականացվումենառաջ-
կողմնայինեզմենտներիեզրիներտեղակայվածոչմեծօջախայինգոյացություններիժամանակ:
Կատարվածտարատասովումէինչպեսածախղաստերալսեկցիոնէկտոմիայիամար:
ՁևայածՊրինզիգործողությունընմանմիջամտություններիժամանակիազվադեպէկիրառվում,
սակայնանվտանգությանհամարմոնրիրականացմանընպատրաստվելըկարևոր է:

Մասնահատմանեզրերըէկտրակաուտերովնշվումենկատիմակերեսին:
Բարորակիվիճակությունների ժամանակեզրերիցկատարվածհատումչիպահանջվում,
մինչդեռչարորակուռուցքերիպարագայումխորհուրդէտրվումտեսանելիեզրերիցգոպահովելմինչև 10 մմմասնահատմանայնի:
Պարենխիմայիհատումըիրականացումէկաուտերիզոցիայով՝ըստնշվածսահմանների:

Քանի որ, նմանմասնահատումներըպերիֆերիկեն, գերծայնայինհետազոտությունըօգտագործումըստվորաբարխնդիրչիներկայացնում:
Հավելյալհետազոտությունեքիպոլյարկաուտերիզոցիայով, համապատասխանմոնիտորինգերիչափերի:
Կարողսարքերովորոշվածչենկիրառվում, բացիայնդեպքերից, երբգոյացությունըտիպիվրաէ, ևայնկարողէհաստվելստեպլերով:

Պրեպարատըհետացվումէինչպեսնկարագրվածէնախղաստերալսեկցիոնէկտոմիայիամար:
Կտրվածքերիկարությունըպետքէհամապատասխանիչափերին, իսկբոլոր 5մմ-ից մեծկտրվածքերըպետքէկարվեն:

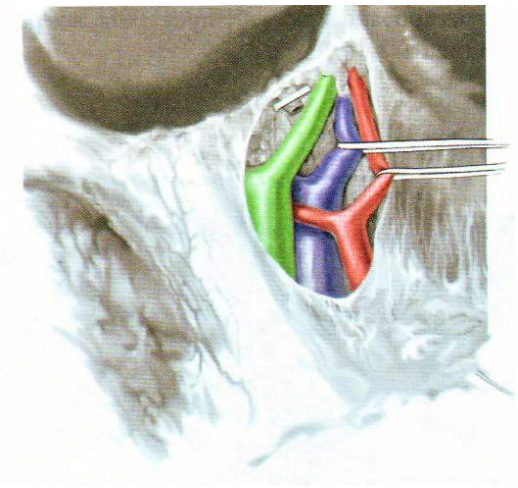


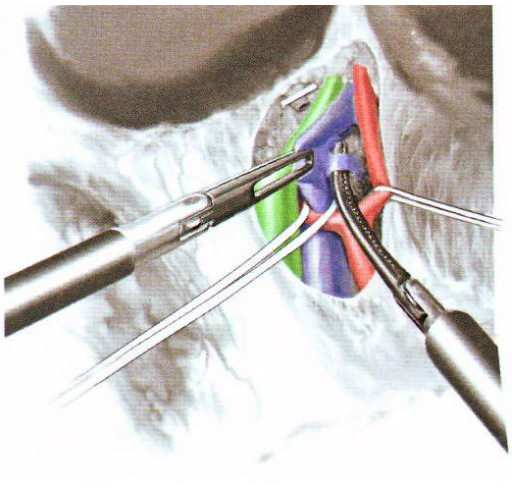
Լապարոսկոպիկ ձախ աստեղալսեկցիոնէկտոմիակեռանիդոնորիցերեխաներիմոտրահասալ անոտացիայիհամար

Նմանվիրահատությունըձախկողմնայինսեկցիոնէկտոմիաէ,
առանցսեռմանիկամանոթերիհատման,պարենխիմայիբեմիզացիայիվազեցմանհամար:
Ընդհանուրսկզբունքները,հիվանդիդիրքըևգործիքայինապահովումըչտարբերվումձախսեկցիոնէկտոմիայից:
Մոբիլիզացիանևսիրակառոցվումէհույնձևով:

Փուլ 1.Ձախքուղեմոյինոտիկիպատրաստում

Ձախզարկերակայինուքրուքմոյինհյուղերըանջատվումենլայդ-տասներկումատոյաալիմայինկապանից,
վարթելումուճագրվումառոթայինճժապավեններով: 1-ինսեգմենտիզարկերակայինուքրուքմոյինհյուղերըհատվումենկլոկերիմիջև:





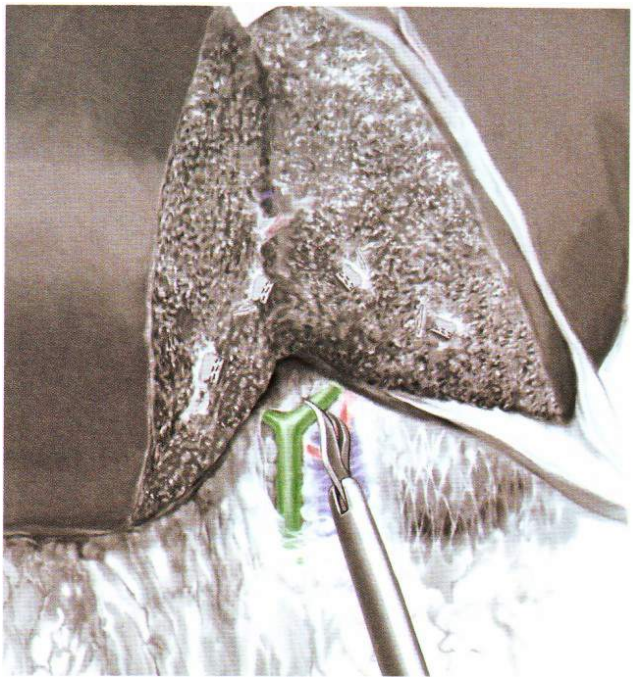
Փուլ 2. *Պարենխիմայիհատումը.*

Փոխպատվաստմանննպատակովձախ աստեղալսեկցիայինմասնահատմանժամանակ,
Պարենխիմայինհատումըիրականացվումէմանգաղձևկապանիանջկողմիերկայնքով:
Հատմանմակերեսայինհովուումկիրառվումէուլտրաձայնայինսրուր, իսկխորըմանիպուլյացիաներիժամանակ CUSA-ն:

Այս նահանջությունը կանգնեցվում էմիայն երբ ոչ ախտահարված տերիզացիայով ևկլիպերով: 4-րդ եզեռնային զարկերակը, կախված ճյուղից, հաճախ մեծ պարենխիմայի խոր մասի արյունազրկման ենթարկվում կլիպերի միջև:

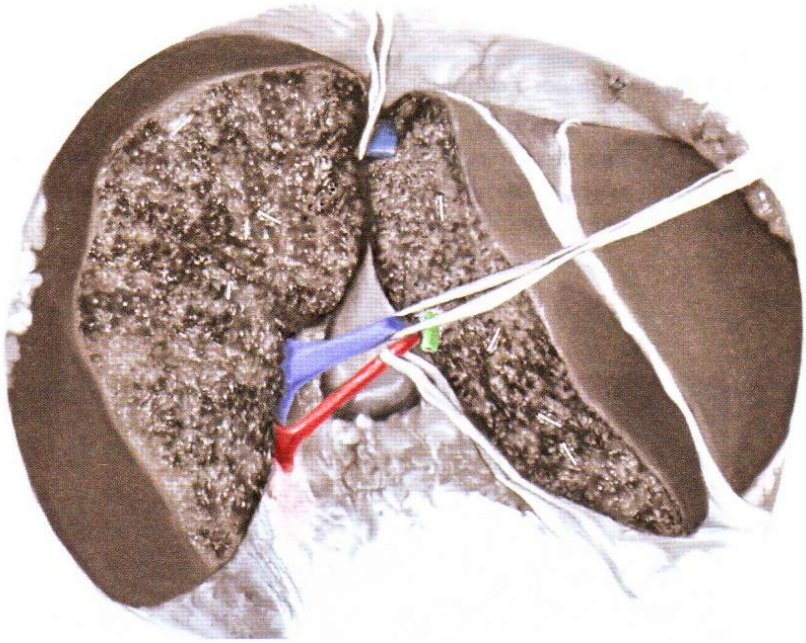
Փուլ 3. Ձախ երակային ստամոքսային

Երբ պարենխիմայի տվածքը նահանջում էդրան հիմքի մակարդակին ձախ կարճ ստամոքսային ճյուղերը ընդհանրացում էտեսանելի այնհատվում էսրածայրմկրատով և պրոքսիմալ ծայրատոլկատվում էերեք ժողովրդական հանգույցով (PDS 5-0):



Փուլ 4. Հաճախանոթատու ձախ կարճ ստամոքսային երակի հատումը

Ձախ երակային կտրելուց հետո պարենխիմանհատվում էգլխամասային ուղղությամբ՝ բացվում էերակային հիմքերը և հետևաբար կանգիսանում ձախ կարճ ստամոքսային երակը: Այսուհետ ստամոքսը անհատ հանգույցով ծալվում էդեպի ներս:

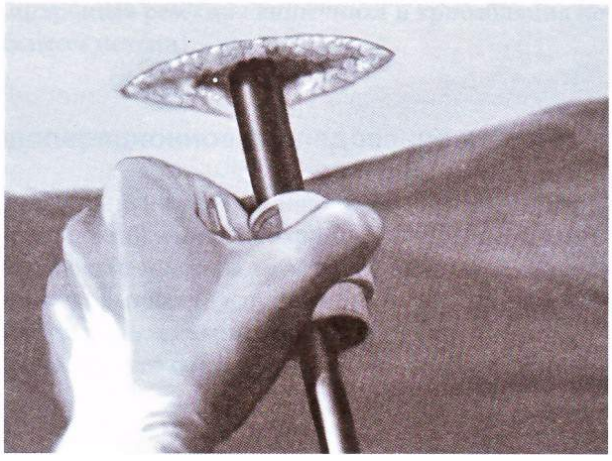


Փուլ 5. Տրանսպլանտատիվերցումը

Որպեսզիձախքլթիտրանսպլանտատըչտաբերվի, ցայլևցվերկատարվում 8-10մլսայնհովկտրվածք: Հատվումենմաշկուհեռամաշկը, որևցիետո, կոնտեյներովանցկացմանհամար, մտցվում 15մմ-ng տրոակտր: Ձախքլթիզարկերակայինհեղուկըկլխպավորվումէուհատվում: Ապահատվումէձախտրներակը, ինչըբերումէտրանսպլանտատիանցմանըստաբիեմայիվուլի: Որպեսզիպրոսիմալկողմնցատահովվիձախտրներակիբավարարերկարություն, կիրառվումէմիակողմանիկտրոյEndo TA: Ապյուհահատությանկանխարգելմանհամար, տրանսպլանտատիկողմնցրվում “բուլդոգ” տիպսեղմիչ: Վերջապեսձախշտրայիներակըփակվումէհատկապեսայնմիակողմանիկտրոյ:

Տրանսպլանտատը, վակեղիհատումիցհետո, դուրսբերվումվերցայլբայինկտրվածքից, ինչպեստվորականձախակողմյանսեկցիոնէկտոմիայիցհետո:

Կոնսերվացվածլուծույթովպերֆուզիայիրականացմանհամարտրանսպլանտատըտրվումէմշուշվիրահատականբրիգադին: Տաբիեմայիսկսվությունըտվորաբար 10 րոպէ: Վերջնականհեմոստազհետբիլիոստազըիրականացվումէտվորականձևով:



8. *Անատոմիականառանձնահատկություններ, լուրջոխկեր, վիրահատականհնարքներ.*

ա/ լյարդիսեգմենտներ,

բ/ ընդհանուրառմամբլյարդըբաժանումեն 8 սեգմենտների, անատոմիապես (5-8) ևձախ (1-4) կեսերումառանձնացումենչորսսակավսեգմենտներ, մինչդեռմակրոսկոպիկաջքիլթըերառումէ 6, իսկձախը՝ 2 սեգմենտներ,

բ/ լյարդիաջևձախկեսերըբաժանողհատվածըլրացումէլեղապարկիբացակայությամբ,

գ/ պոչավորսեգմենտըդա 1-ինսեգմենտնէ,

դ/ այնամենը, ինչմանգաղտածևկապանիցավելիձախէ, վերաբերվումէ 2-3-րդսեգմենտներին,

ե/ ձախլյարդայիներակըանցնումէ 2-3-րդսեգմենտներիև 4-րդսեգմենտիմիջով,

է/ Պրինգլիհնոտիցառաջերարկվումէ 1գկրտիզոն,

ը/ Պրինգլիհնոտիը (այսինքն՝ տաֆիհեդիան) հնարավորէիրականացնել60 րոպեիընթացքում՝ լյարդիցիրրոտիկվոխություններիբացակայությանդեպքում:

Զգուշացում՝ հիմնականխնդիրըզարկերակայինհանգստամիայնմասին, առավելհաճախծախլյարդայինզարկերակըկարողէսկիզբառնելձախստամոքսայինզարկերակից (20%), աջլյարդայինզարկերակը՝վերինմեզընդերայինզարկերակից (15%):

թ/ լյարդայինզարկերակներըունենշատկարճարտաքինլյարդայինընթացքևհեշտությամբպատռվումենեթելյարդըուժովբերվումէառաջ

ժ/ հետվիրահատականշրջանումմասնհահատմանկողմիցհաճախհայտնաբերվումէպլևրալհեղուկ: Պետքէննախքիվիրահատությանվերջումպլևրադրենաժիտեղադրմանհնարավորությունը:

Գործառույթներ Սպեցիֆիկբարդություններիժամանակ

- ✓ Ախյուռհահոսությանժամանակկարևորըհանգստությունն ուտեսադաշտիապահովումը:
- ✓ Ամենմարյունահոսությունկարելիէծայրահեղդեպքումկանգնեցնել սեղմելով (տամպոնադա):
- ✓ Պետքէխուսափելսեղմիչներըկոպտենօգտագործելուցևառանցհսկողությանխորըկարերդնելուց:

Հետվիրահատականգործառույթներ

Բժշկականհսկում՝ մանկարդմանհամամկարգիստուգում, հնարավորէարյանովախներարկում: Լյարդիֆունկցիայիստուգում, ֆիբրոստոմոֆսայինզոնդիհեռացում 1-2 օրից, դրենաժներինը՝ 2-3-րդօրից:

Զգուշացում՝ չիկարելիբացթողնելպլևրայումհեղուկիկուտակումը (գերծայնայինհետազոտությամբ):

Կերակրման վերսկսում՝ ոչմեծկամերովհեղուկթույլտալ 1-ինօրվանից, լավտանելությանդեպքումնորմկարգիանցնել:

Ֆիզիոթերապիա ինտենսիվշնչառականվարժություններ:

Անաբխոտունակությանտևողությունը՝ 2-3 շաբաթ:

Փորձածվիրաբույժիխորհուրդները

- Լյարդիվոսպրոսկոպիկմասնահատումըբարդվիրահատությունէ, պահանջումէինչպեսլյարդային, այնպես էլվոսպրոսկոպիկվիրաբուժությանմեծփորձ: Այնկարողէպահանջելերկուփորձածվիրաբույժներիներտիամսագործակցություն:

- Տեխնիկականոչժվարությունների /շարունակվողպրոցեդուրա, ոչբավարարէսպոզիցիա/, ուստցիպաստոմանվտանգիկամանիրաժեշտեզրերիլայնությանհասնելուանհնարինությանդեպքումպետէանհապաղացնելբացթրոմբոլիտիկ: Մուտիվովախությունը, խոպոպերությունչօպտնմալարդյունքի, չիանդիսանումբարդությունկամանհաջողվիրահատություն:
- 12մմս.ա.-իցցածրներորովայնայինճնշումը, իջեցնումէզարկայինէմբոլիայնվտանգը:
- Մինչևհաստչեղինիլարդիպարեխնայինհոտամանհամարհարմիջոցներ, խորհուրդէտրվումկիրառելգերծայնայինճնշոպտ-ատպիրատորիհամակցվածօգագործում:

ԿՐԻՎԻՐԱՒԺՒԹՅՈՒՆ

Բուժմանայսեղանակըպահովումէուստցիհարմաստակնկամամոիչբնույթիլրիվդեստրուկցիա, եթեմասնահատոմանիրակոնցումըանհնարէ:

Յուցումները՝ լարդիչարորակուստցիերիայդեպքերը, երբ՝

- կալարդիցիրրոզևմասնահատմանխստմեծովսկ,
- առկա են բիլոբարախտահարումներև հնարավոր չէ մասնահատումիցհետո ապահովել լարդիպարեխնայինբավարարծավալ,
- պետէապահովելցնտառեդուկտովազդեցությունեյրէնդոկրինուստցիերիվրա,
- կամասնահատմանանհրաժեշտություն (այսինքն՝ մասնահատումնիկողմիցկրնաբլացիան՝ մյուսկոմից);
- բավարարէզրայինկրկնազդեցությունըերբմասնահատմանեզրնխորությունը 1սմ-իցպակաս է:

Հակացուցումներ՝

- ոչմասնահատելհստարլարդայինախտահարում (բացինեյրէնդոկրինուստցիերից),
- օջախներիմեծքանակ (այսինքն՝ >9 օջախներ; այլկենտրոնիերումհակացուցումկարողէհանդիսանալ>5 օջախները),
- >5ամմեծուստցիեր,
- աղիխանիպրոմասնահատումլարդիկրկնաբլացիայինհիվանդի (լարդիթարախակույտիբացթրոխ)

Նախավիրահատականհետազոտություններևպատրաստումվիրահատությանը

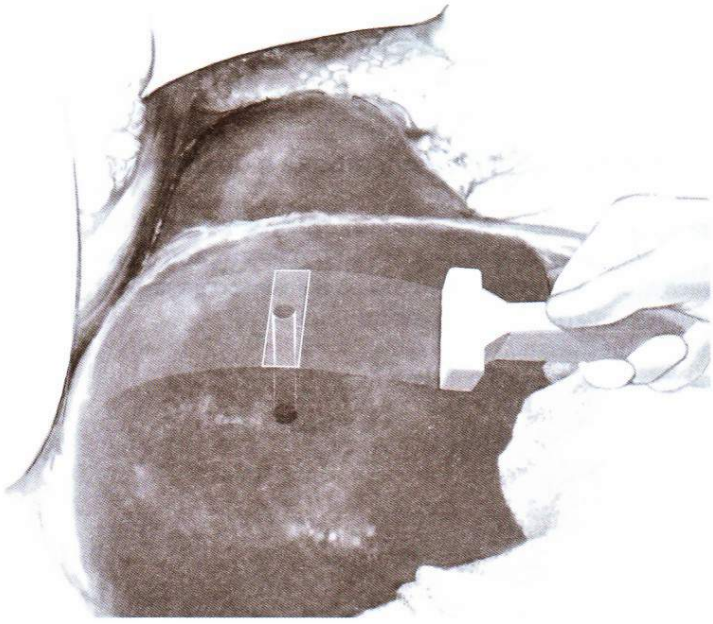
Տես նախավիրահատական հետազոտություններ ու հիվանդի պատրաստումը լարդիմասնահատումներիժամանակ:

Նեյտրէհդրոկրինուտուցքերիժամանակ՝ H1 և H2 բլոկատորներևստամոքսատապի (նախկինդազայիավելացումկրկնակիկամ 100 մլօրը 2 անգամ, եթեմինչայդիվանդըչիլընդունել) վիրահատությունից 48 ժամառաջ: Ալիներխոտրաստում (պարտադիրչէ), համոզվեք, որհեղուկզոտիֆանակըբավարարէ:

Վիրահատությունը.

Փուլ 1. Ուտուցքիգնահատում

Վիրահատությունըսկսվումէախտորոշիչլապարոսկոպիայովկամմինիլապարոտոմիայով, որոշայտարկայինինվանդությանառկայությունըեցաոմանհատկությունները: Կատղըբխմանուղեծոռվումէ, ուտուցքերըհայտնաբերվումեն ԳՉՀ-ով, որոշում են նրանցքանակը, չափերըևհեռավորությունըմինչևեղոտլիներուանոթներ: Ապաբացվումէվոքրեպտոնըևկասածելիհանգույցներիցքջջանյութուղարկվումհստապիսուվածքաբանականհետազոտության: Հիպոթերմիայիբացառմանհամարկարելիէօգտագործելսառածածկոց:



Փուլ 2.Ջոնիանցկացումևուրէտերոպիելիքրաումը

Մուտքումըդեպիլապարոսկանացվումէեղթակողայինբլանոտերալկամեռանճառագայթկտրվածքով: Անվտանգությանհնպատակովպետքէհամոզվել, որհեղուկզոտկարտաձևով չկա՝ մնացվածհոսքիպայմաններումխորասուզելովզոնդըջրիստակ: Գերծայնայինհսկողությանտակզոնդերը (3-10 մմտրամաչափի) կարելիէմուտեցնելուտուցքիկենտրոնին:

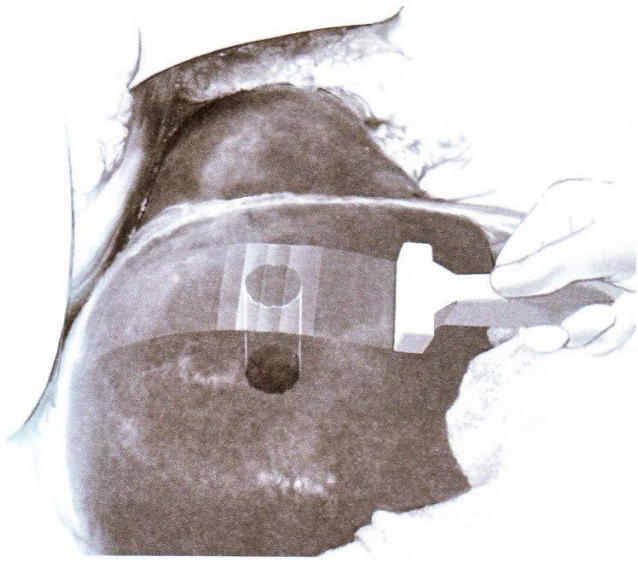
Փուլ 2. /շարունակություն/

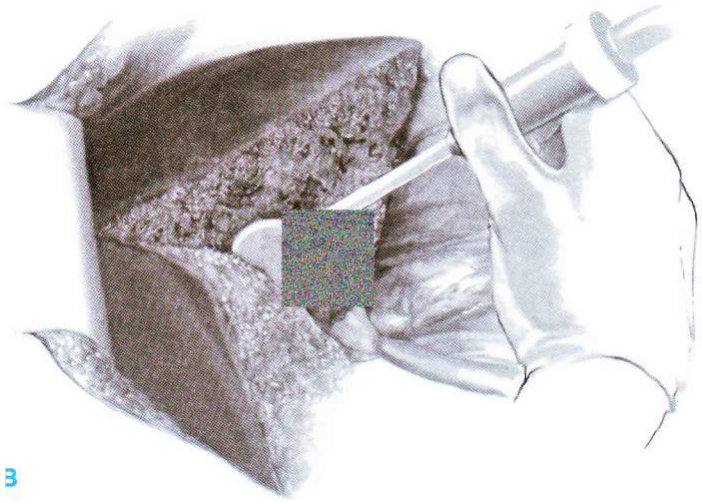
Մեծաքանակ հեղուկների ներարկման ենթակա օրգանների ցնցումային ախտահարման դեպքում: Կրկնակի բաժանումների ընթացքում ստացված արյան քանակը, որպես կանոն, չի գերազանցում ընդհանուր ծավալի 1/3-ը: Նման դեպքերում, անհրաժեշտության դեպքում, անհրաժեշտ է ներարկել արյան փոխարինիչներ, որոնց ծավալը չի գերազանցում կորցրած արյան ծավալը:

Կրկնաբլյացիայի ստեղծված ցեգոսին, պետք է շարունակել՝ 1 մլ-ից ոչ պակաս ալյոնետի: Քանի որ գերծայնը չի հանգեցնում ոսկրային, կրկնաբլյացիայի ընթացքում է շարունակել ոսկրածուծի կորուստով:

Ոսկրի հյուսվածքը 1 սմ-ոցսացեբջանակի ձևավորումից հետո, սպասում են կրճատվելուն, որից հետո իրականացնում կրկնակի ստեղծում: Կրկնակի ստեղծումն ունի ոսկրի տեղային կրկնություններ հաճախականությունը:

Կրկնաբլյացիայի 1 ցիկլը, կախված օգնության չափերից, տևում է մոտ 7-10 րոպե:

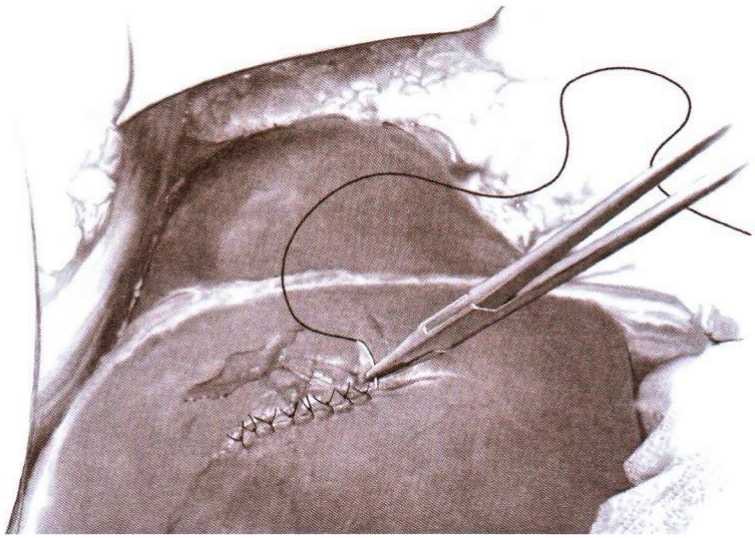




Փուլ 3. *Ջոնգիպուրսբերտումը*

Ջոնդը հանելուցառաջ այն անհրաժեշտէտառացնելտառազոտով: Հետազոնդըկարողէզգույշդուրսբերելլարդիայուսվածքից, խնկապուղինվակելհեմոստատիկսպունգով:

Ջերմաստիճանիփոփոխությունները կարողեն լարդումառաջացնել ճաքեր՝ դառնալովայրուհահոսությանպատճառ: Նման "ճաքերը" պետքէվերացվեն, կարովկամտամպոնադայով:



Հետվիրահատականհետազոտությունները

Կրկռոկիկանխորհչցուցանիշները՝

- ✓ թրոմբոցիտոպենիայիբացառմանհամարարյանանոթիզիաստկապեավիրահատության 3-րդօրը,
- ✓ լարդիֆունկցիայիիմակալացուցանիշի ուսումնասիրում՝ԱՍՏ-իակտիվությունը, որիպիկը 1-ինօրնէ,
- ✓ երիկամների գործունեության հետազոտում:

Հետվիրահատականբարդություններ

- Կրկնօրյա՝հանդիսանում է բազմաօրգանայինանբավարարությանհամախտանիշ, որըներառումէերիկամներիախտահարում, թոքերիայտուց, կոագուլոպաթիա, դիսեմինացվածներանոթայինմակարդում: Նրազարգացմանհաճախականությունըկազմումէմոտ 1%, այնառաջէգալհամայնմեծծավալայինեռստրուկցիաների, հաճախստառեցման-հալեցմաներկարլրիվցիկլերիցհետո:
- Լյարդիթարախակույտ՝հանդիպումէշատհազվադեպ, բացատրությանբաղիխսինխրոմոսոմահաստոմանուկրիտոքսացիայի:
- Պլևրալարտաղքուկ՝հանդիպումէհաճախհատկապեսլյարդիաջմասիբացիայիցհետո:
- Բիլիոմա՝լեղուպրոտոհոսք:
- Լեղայինստրիկտուրաներ՝կարողենզարգանալ, սակայներբացերլյարդայինտեղակայումըհանդիպումէխիստհազվադեպ: Հիմնականնշանգրկապված 4-րդսեգմենտիմեծչափերիաջխներիհետ, տեղակայվածդրենակիերկաստմանընջամում:

Փորձառուվիրաբույժիխորհուրդներ

- Հալեցմանգործընթացըարագացնելուհամարօջախըկամորովայնիխոռոչըչպետքէվանողտաֆիզիոլոգիականլուծույթով, որը կարողէբերելպրոտեահայտովածճարերիաոաջացմանը
- Վիրահատությունիցառաջհամոզվեք, որգոնէիբըլիցիավորվածէբավարարբանակիեղուկազոտով
- Բազմակիախտահարումներիժամանակ, գործողությանարագացման համար, կիրառեքմիանգամիցմիքանիզոնդեր: Սակայնեթեբաջանալուվտանգիպատճառովիմքզոնդերիմիջևեզակիաջխներըպակելիսավէշտակելմեկմեծզոնդով, այլոչմիքանի վոքրերով:
- Մեծաջխներիհամարպահանջվումեներկուսովելիզոնդեր:
- Որովայնիխոռոչըվակելուցառաջհամոզվեք, որսացեգոնդըլրիվհալվելէևճարերիցարյունհոսությունչկա, երիկամայինանբավարարությանպրոֆիլակտիկայիհամարպետքէ ասնելզգալիպակուրեզի(ներբ- ևհեռվիրահատական):

ԼԵՄԱՀԱՑԻՆՈՒՈՒՑՔՆԵՐԻՈՒԴԻՈ-ՀՆՁԱՎԱԿԱՆԱԲԼԱՑԻԱՆ

Ցուցումներևհակացուցումները

Ցուցումները՝

- լյարդիոչմասնահատելիչարորակությունացիաներ(օրինակ՝ հեպատոցելյուլյարկարցինոմա, կոլոռեկտալքաղցկեղիմետաստազներ, նեյրոէնդոկրինուռուցքներ, որոշայլտիպիմետաստազներ),
- 5 սմ-իցփոքրչափսուռուցքներ(առավելարդյունավետեն<3 սմ),
- սիմպտոմատիկուռուցքներիառաջացում(օրինակ՝ նեյրոէնդոկրինուռուցքներիմետաստազներ),

- լսողիստրանսպլանտացիայիվիճակումկոնկրետ(հեղաստոցելյուլյարկարգիմոա):

Հակացուցումները՝

⇒ պրոգրեսիվխուլհաստաձայնություն(բացիայդեպքերից, երբարտադրությունըկարողենհեռացվելկամ ըստ ամոթիչցուցումների),

⇒ ուռուցքիտեղակայումլսողիպրոտեզավորում,

⇒ ծանրկուզուլոպաթիակամթրոմբոցիտոպենիա,

⇒ ասցիտ,

⇒ նախորդողբիլհոդիգեստիվբերանակցմանձևավորում(հարաբերականհակացուցում՝ պայմանավորվածոդիո-հաճախականաբլացիայիցհետոլսողությունթարախակույտհաստաջացմանհնարավորությանբարձրվտանգի)

Մուտք.

1. Բաց՝

- մասնահատմանհետհամակցված,

- եթեպլանավորվելէուռուցքիհեռացում, բայցլապարոտոմիայիժամանակհայտնաբերվելէոչմասնահատելուռուցք,

2. Բարդանաստոմիակամիրավիճակերումկամառանձինդեպերում, երբպահանջվումէբազմակիաբլացիա՝

- մաշկիմիջով,

- լապարոսկոպիկ՝ հիվանդըհամապատասխանումէայսուռոտիպահանջներին, իսկօջախը(օջախները) հասանելի է լապարոսկոպիկմուտիհամար:

Նախավիրահատականհետազոտություններևպատրաստումվիրահատության

*Նախավիրահատական հետազոտություններ՝*մասնահատելությանգնահատումևաբլացիայիիրականացմանհնարավորության որոշումնշ-սկանավորմանկամՄՌՇ-իմիջոցով: Ախտորոշարտադրությունըօջախներիհայտնաբերում(օրինակ՝կոլոռեկտալքաղցկեղիմետաստազների դեպքում)՝ՊԷՏ-իմիջոցով:

*Վիրահատարանում՝*հողանցմանթիթեղներ (տարբերեվնկախվածգործիքիհարտադրողից.

ա/ տեղադրվումենեվեկտրոդից 50 սմուավելհեռավորությանվրա

բ/ թիթեղիերկարատևցքհոսելակայումըհակադարձէմարմնիառանցքին

Հայտնաբերմանեղանակները. Օջախներիտեղակայման, զոնդերիանցկացմանևաբլացիայիմոնիտորինգիհամարկիրառվումէհետազոտությունիզուգահեռ: Սակայնամենմդիստարկողեղանակումնիկրառանձնահատկությունները՝

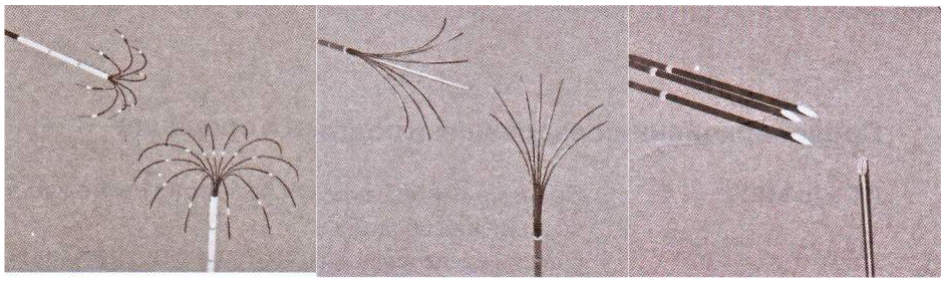
⇒ ԳՋՀ-ըոչթանկ, առավելհաճախկիրառվողեղանակէ, թույլ տալով հայտնաբերել ախտահարումը իրականժամանակում, սակայն միկրոբուծուքացման, ուռուցքիէխոպնդությանբարձրացման և էխոհետսանելությանիջեցման

պատճառով օջախլորոշդեպքերումհայտնաբերվումէդժվարությամբ: Մինչոբստերլդժվարացնում են նաև կոագուլյացիոննեկրոզիլիականսահմաններիվերաբերյալպատկերացումը, էխոգենությանկտրուկբարձրացումըկարողէդժվարացնել էկոտրոդիհետագատեղակայումը:

⇒ ալտերնատիվեղանակները /ՀՇկամՄՌՇ/՝պահանջում են ասեղնտրանսպլակսիլյարհետազիծ, հարմարլրացումէհանդիսանումՀՇ-ռենոգենոպլաստ, ՄՌՇ-ինամարպահանջվումէուադիո-հաճախականաբլյացիայիհամապատասխանասել:

Էլեկտրոդներիընտրությունը

Ռադիո-հաճախականաբլյացիայիհամարհատուկնախատեսվածզոնդեր: Նրանքտարբերվումեն 14-17,5 G չափեր, 15-25 սմերկարություն, իսկմեկուսացվածկոնյուսներըպարունակումեննատղանմանէլեկտրոդներկամ 5-ից 10 լարանմանէլեկտրոդներ, ծայրակետիկիձևով (RYTA Medical, Boston Scientific): Նարագայորոշզոնդերծայրըսառեցնելուհամարունենցիրկուլացիոնփիզիոլոգիականհուծայթիկամերատեղայինինֆուզիայիհամակարգ:

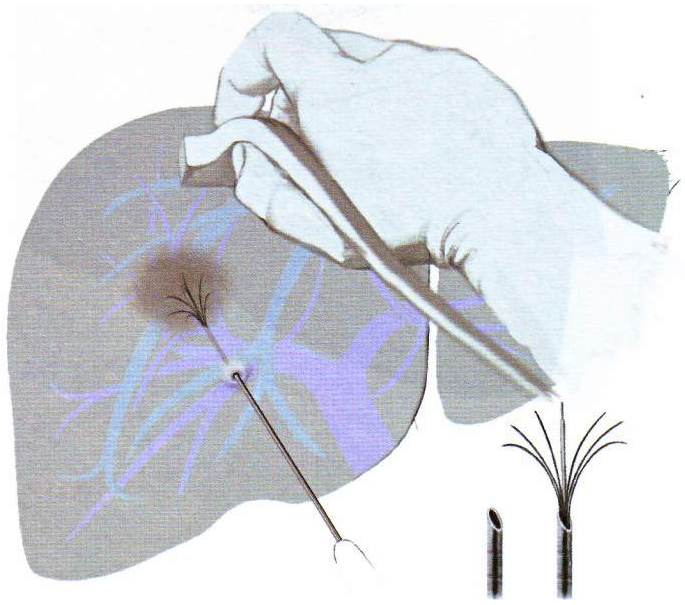


Վիրահատություն

Բացտեխնիկա

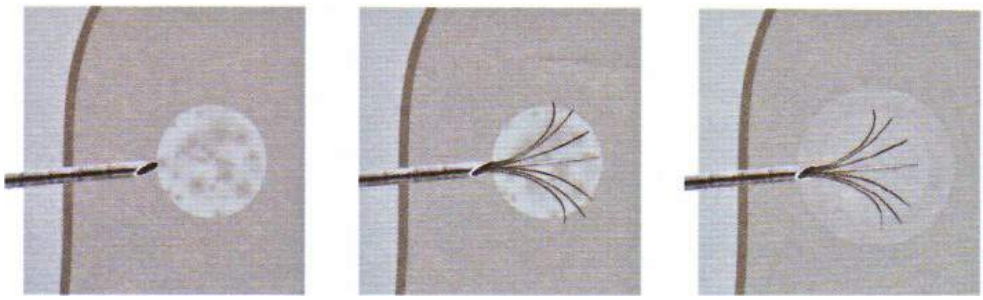
Փուլ 1.

Կյտրդի տեղայնացումը, կտրվածքևորովայնիստուգումը՝ նույնկերպինչպեսկյտրդիմասնահատմանժամանակ: Որովայնիխոռոչըհետազոտվումէարտաքսյտրդայինօջախներիհայտնաբերմաննպատակով: ԱխտորոշմընհավելվումէհերվիրահատականԳՋՀ-ով՝օջախներիտեղակայմանուչափերորոշման/հատատոմանհամար:
Հստակեցվումէաբլացիայիրականացմանհնարավորությունը, հաշվումանհրաժեշտաբլացիաներիքանակը:



Փուլ 2. Ջոնքերխոերապրումմուռուցքներիաբլացիան

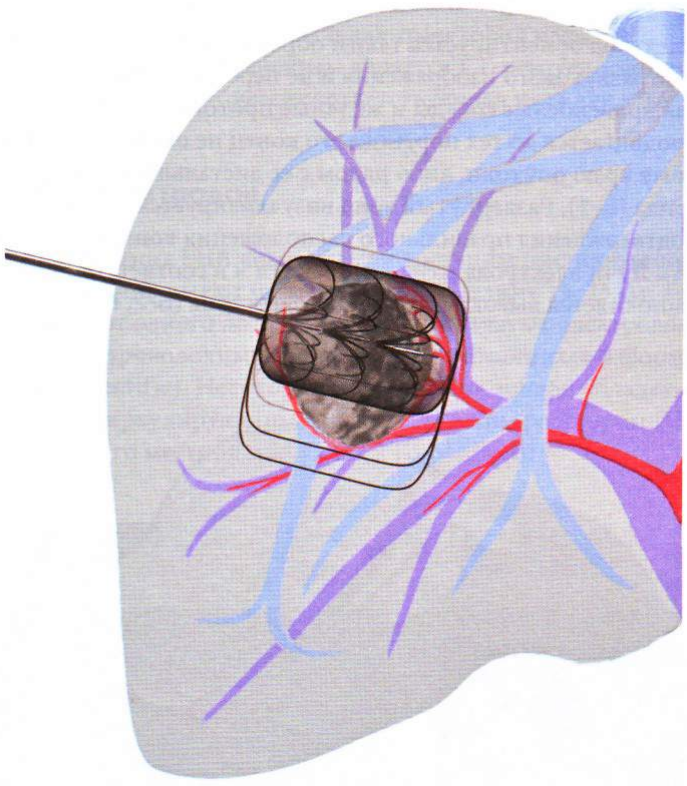
Էլեկտրոդըկողմնորոշվումէայնպես,
որնրանհեռացիծըտեղակայվիգերծայնայինպատկերիվերթությունումչհատիկիենսականկարևորգոյացությունները,
ինչպիսիներնայուհատապրանթերնուլեղածորանները:
Ջոնքըտեղականհսկողությանտակառաջէտարվումմինչևնրածայրըհասնիուռուցքայրոմսևմալկամպստալեզրին՝կախվածգոնդտեսակից: Բացվածգոնդըդիտարկվումէուղղահայացպրոեկցիայում,
որպեսզիհաստատվիգոնդիծայրիհիստոտեղակայումըևնրալիարժեբացումը:
Էլեկտրոդիհատագայթերըբացվումենևհամապատասխանպատկերների,
իրականացվումէբարձրհաճախականությաներազդում:



Փուլ 3. Մեկամոծևջախներխոբլացիա, կապուդայինբլացիա

Նմանուռուցքներըկարողենպահանջելբազմակիբլացիա (անհրաժեշտությանդեպքումկրկնվումէ 2 վուլը):
Օջախիվրաներազդելուևհամարժեծավալիբլացիաստանալուհամարօգտագործվումէխոչվողփերաներիկոնցիլինդրներիսկզբունքը:

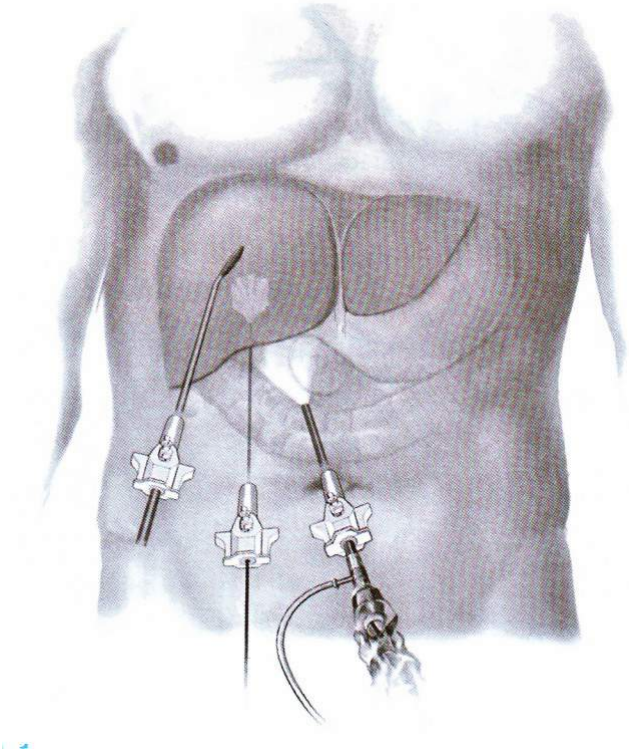
Որոշհարմարավետ հերիօգտագործմանժամանակպահպանվածուռուցքայինբջիջներիստորոշումըևզգեցնել ուհատ մարիրակաճացվումէերբաբլացիա:
Ջոնքըհանվումէ 1 սմայլավևամենմիբայլումկապուդաբլացիայիհամարգեներատորիհաստոցկոեժիմովստանում են 70^0C աստիճանիցավելտամացում:
Այնբարավոկվումէմինչևզոնդիլրիվիեռացումը:



Ներածություն

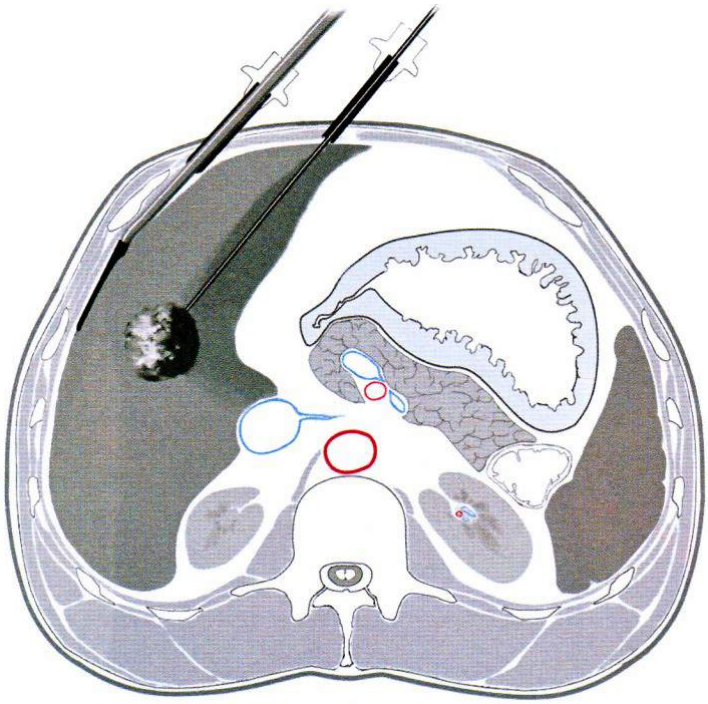
Քայլ 1. *Հիմնադիրների հանդիպում*

Առանցքային հանդիպումներից մեկը տեղի ունեցավ Կողմի վրա: Դրվում են երկու սկզբնական ապարանոցային տարածքներ՝ 12մմ-ոց հարթ մետաղյա ներդիրներ և 12մմ-ոց՝ աջքեւավ ապարանոցային գերծայրային ցիլինդր: Ոսպնյակաձև ակոսը կարող է տեղավորել նաև մեծ իջով՝ կանչում յայովի ամաջքուլ ակոսում դրված 5մմ-ոց ստուգով: Եթե պահանջվում է հավելյալ վիրահատություն (օրինակ՝ տեղայնացում, լարդինասնահատում), ապակարողը պահանջվել ավել հանակավոր ակոսներ:



Փուլ 2. *Ռոտացիաերիգնահատումտարբերակիա*

Որպեսզիտրոշվի/հաստատվիօջախներիտեղակայումնուչափերը, անշարժկամճկուցցիչովիրականացվումէերվիրահատականԳՋՀ: Որովայնիխոռոչըհետազոտվումէուռուցքիտարածողությունըօջախներիհայտնաբերմանհամար: Որպեսզիհետագայիուղղությունը, ինչպեսնկարագրվածէբացմուտիժամանակ, ապահովաճախականզոնդըկողմնորոշումէցուցիչիբյուրեղինզուգահեռ: Այսինարբևկատարէվիրահանգցուցիչհասնմանհամարակշռժուռնակությանհետևանքով: Աբլացիայիգործընթացնուրամոնիտորինգըիրականացվումէնույնկերպ, ինչպեսևբացմուտիժամանակ:



Հետվիրահատականհետազոտություններ

- ✓ Վիրահատությունից 3-7 օրանց, արյացիայի լիսպժեբությունըզննահատվումէՀՇ-ակաճավոքմանկամՄՌՇ-ի միջոցով:

Հետվիրահատականբարդություններ.

Մոտակա՝

- պլևրալհեղուկ,
- զոնդիկապուղուցարյունահոսությունկամհետագայիհաճախականգոտումեռուկացում,
- տեճդ,
- լյարդիթարախակույտ (առավելհաճախ՝ բիլհոդիգեստիվբերանակցումներիցհետո),
- լեղուղիներիստրիկտուրա,խոշորլեղածորանիմոտակայքումիրականացվածարյացիայիցհետո:

Հետավոր՝

- բիլոմա,
- լեղայինկուղակ,
- ասցիտ,
- լյարդայինանբավարարություն,
- զարկերակ-երակայինկուղակ,

Փորձարկվիրաբուժիխորհուրդները

- Երբօջախըտեղակայվածէխոշորարյունատարանոթիհետո, սահմանափակվածկրկնությունը: որըկարելիէսահմանափակելհոսքիվերակումով կամէլեկտրոդըտեղաշարժելովխոշորանոթիմոտից:

թերմիկէներգիանէլեկտրոդիցկարողէհեռանալաբլացիայիգոտուց, Այսերևույթըկոչվումէնաև “մարտկոցիէֆֆեկտ”, (օրինակ՝ Պրինգլիգործողությամբ)

- Որպեսզիբացմանժամանակխուսափենհոսքո-հաճախականաբլացիայիզոնդարտահոսքից, այնպեսորէկայունացվիմաքիմակարգակինկամլարդիմակերեսին;

- Սարքավորումներիորոշտեսակներիդեպքումէլեկտրակաճիմպուլսայինրոֆիլիմոնիտորինգնուէլեկտրոդհեռաստգայթերիբացում զտամանգիտարկումը, կարողենօգնելգնահատելուաբլացիայիարդյունքըանպաժամանակում;

- Որոշարեմաբլացիայիխարժեքությանհետագամանըօգնումենջերմայինպրոֆիլիմասինտյալները՝ճառագայթերիջերմությանվերահսկություննուտեղայինսառեցմանարագությունը:

ՆԵՐՋԱՐԿԵՐԱԿԱՑԻՆԱՑԱՂԱՑԻՆՍԵԼԵԿՏԻՎԲԻՄԻՈԹԵՐԱՊԻԱ.

Ներլարտայինհիվերզարկերակայինինֆուզիայիամար (ՆՆԻ) Ապամպիտեղադրումըսպասահովումէլարդինյուսվածքիամարսպեցիֆիկիմոթերապևտիկմիջոցներիերկարատևերմուծում: Քիմիոպրեպարատները, որոնք կիրառվում են ՆՆԻ-ի միջոցով կիրառվելուհամակարգայինթունավորումընվազեցնելուհամար, պետքէունենանհամապատասխանֆարմակոկինետիկբնութագրեր: Ներկայումս, այսնպատակներով, առավելլայնորենօգտագործվումեն այնպիսի դեղամիջոցներ ինչպիսիքեն ցիսպլատինը, ֆտորուրացիլը, միտոմիցին C և ադրիամիցինը:

Յուցումներևհակացուցումներ.

Յուցումները՝

- կոլոռեկտալքաղցկեղիհամամասնահատելիլյարդայինմետաստազներ,
- աղյուսանոքիմոթերապիայի ապահովում, կոլոռեկտալքաղցկեղիմետաստազներիմասնահատումիցհետո,
- որոշհանգամանքներումկարողէկիրառվելլյարդըբջջայինքաղցկեղինլյարդիոչկոլոռեկտալմետաստազներիբուժմանժամանակ :

Հակացուցումներ՝

- պորտալհիպերտենզիա (ճնշումըդռներակում> 12մմսս),
- ապացուցվածարտալյարդայինչափորակուտուցք,
- լյարդիոչբավարարություն (օրինակ՝ ըստՉայլդ-Պյուղասակարգման B ու C դասիցիրրոզ),
- ծանրկոագուլոպաթիա (օրինակ՝ թրոմբոցիտները<30000 1մլ); ակտիվհեպատիտ

*Այլընտրանքայինգործառույթներ՝*սիստեմայինքիմիոթերապիա, դռներակիէմբոլիզացիա:

Նախավիրահատականհետազոտություններ և նախավիրահատական պատրաստում

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝ կարևոր են տեղեկությունները լյարդիփունկցիոնալվիճակիգնահատմանհամար (օրինակ՝ ալկոհոլիօգտագործում, հեպատիտ): Լյարդիչարորակուռուցքիբացառում, ավշայինհանգույցներիևետազոտում, լյարդիփունկցիոնալվիճակիգնահատում (ասցիտ, պորտալհիպերտենզիայինճառեր, սնվածությանվիճակ): Կրծքավանդակի ռենտգեն թոքայինմետաստազներիբացառման համար, բացիկոլոռեկտալքաղցկեղիդեպքերից: Ճառագայթային ախտորոշումը (եռաչափՀՇ, ՀՇ-անգիոգրաֆիականՄՌՇ) թույլ է տալիս ճշգրտել ուռուցքիանոթներիսհեմատոմաև: ՖոսֆորեզօսինգլյուկոզայովՊԷՏ-ը առավել արդյունավետ է կոլոռեկտալքաղցկեղիմետաստազներիդեպքում: Լյարդիզարկերակայինկոմպոնենտիառումովարտոպսիչէ, եթեհամապատասխանհամակարգչայինպլանավորումիկիրառում, բայցկարողէկրճատելվիրահատությանտևողությունը: Պարտադիրէհամակարգչայինպլանավորումըպորտալհիպերտենզիայում, եթեչենկատարվելՀՇ-անգիոգրաֆիականՄՌՏ:

Սպեցիֆիկռիսկեր, հիվանդիտեղեկացվածհամաձայնությունը.

- պոռտ/կատետերի ինֆեկցում,
- արտահոսքկատետերիտեղադրմանհատվածից,
- կատետերիտեղաշարժ, արյունահոսություն,
- լյարդայինզարկերակիթրոմբոզիկիսկում՝ օկլյուզիա,
- պեպտիկխոց:

Հիվանդիդիրքը՝ պառկածմեջքիվրա:

Մուտքը ենթակողայինկտրվածք՝ աջիցվեր-լայնակիտրովայնահատում, հնարավորէմիջայինտրովայնահատում:

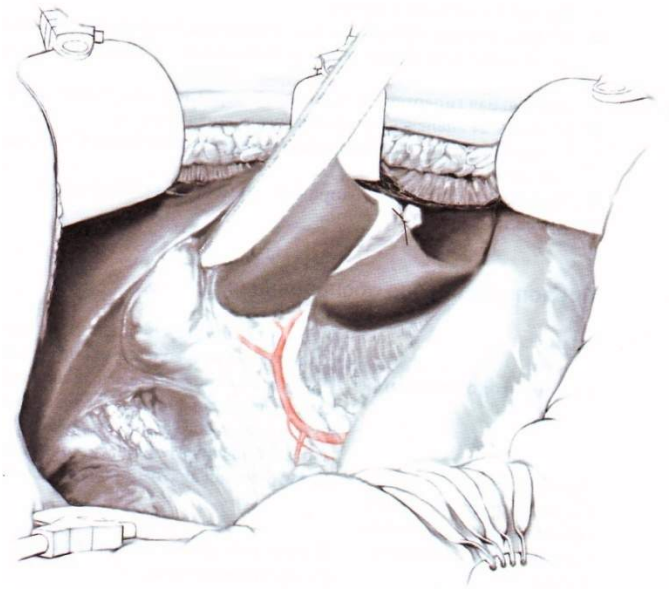
Վիրահատություն.

Փուլ 1. Կտրվածքէսպոզիցիա

Կիրառվումէաջենթակողայինկտրվածք: Մանգաղածևկապանըհատվումէևլյարդըզգուշորեն ձգվումդեպիվեր, բացելովլյարդդրսումը:

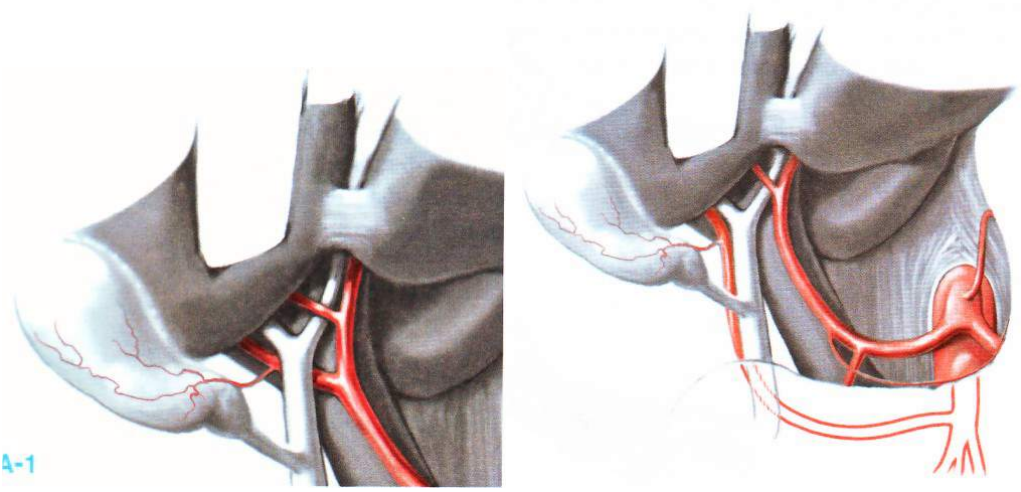
Ինֆուզիոնիմիջոցովհեպատոպրոտեկտորներիևանտիբիոտիկներիներարկումանհամար, կատարվումէվոլեցիստէկտոմիա: Հավելյալձախլյարդայինզարկերակիվնասումից (եթեայնկա) խուսափելու համար, լյարդոստոմատսայինկապանըհատվումէզգուշությամբ:

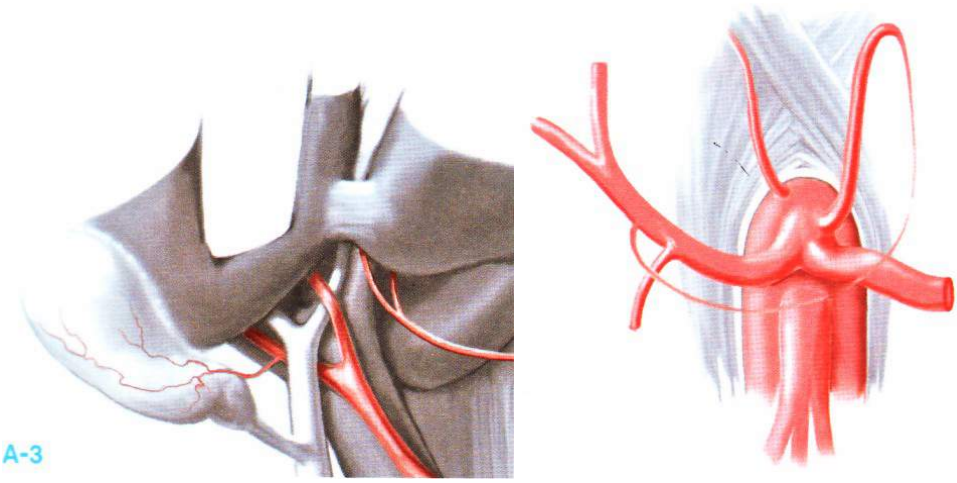
Դեպիստամոքսկոմատնյասպաստուսստամոքսիսպիտակեպատոնհատվածիմիջովբերելովտոնեֆլյուսիպրացառմանհամար, բոլորուղղենալուսոլոգանոթերըանհրաժեշտէկապել, ասավելուս, որպայնկատրվէատաջբերելիմիմիականդուղեղիտոմգաստրիտ: Լյարդ-տասներկումատնյայապանիդիսեկցիայիմեջոցովատանձնացումուանոթայինհանգույցներովնեստամոս-տասներկումատնյաևլյարդիսեվոկոնզարկերակները:



Փուլ 2. *Ջարկերակային հանգստամիայի տրոհում*

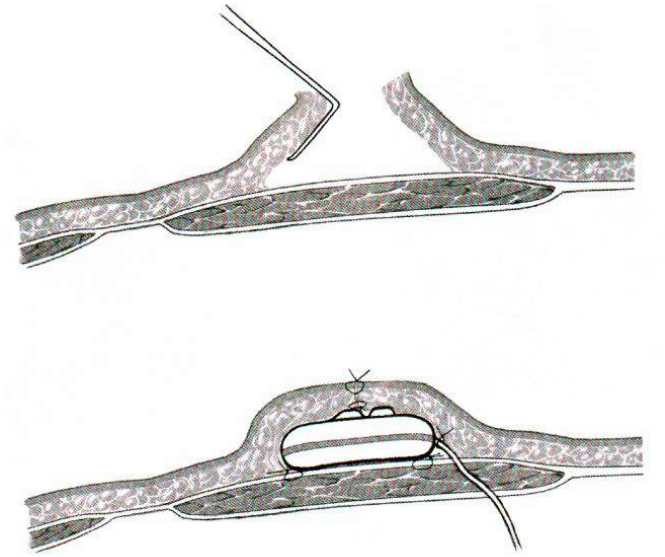
Եթե նախորդ փուլում չի հաջողվել, այսինքն՝ մանիպուլյատորն ի վիճակի չի եղել ջարկերակային հոսքը տրոհելու, անհրաժեշտ է դիմել ջարկերակային հոսքի ուղղակի տրոհման: Նկարի վրա ցուցադրված է ջարկերակային հանգստամիայի հետևանքով առաջացած ախտահարման չորս տարբերակները: Ընդհանուր ջարկերակը կարող է սկիզբ առնել ընդերային ցողունից (տիպիկ), հավելյալ ձախ ջարկերակը կարող է սկիզբ առնել անմիջապես վերին մեզենտերիալ զարկերակից, հավելյալ ձախ ջարկերակը կարող է սկիզբ առնել անմիջապես ձախ ստամոքսային զարկերակից, ընդհանուր բնիկ ջարկերային, ձախ ջարկերային և ստամոքս-12 մատնյա զարկերակների համար: Վերջին տարբերակը հաճախ նշվում է “տրիֆուրկացիա” տերմինով:





Փուկ 3. Ինֆուզիոնդիչի (սրսոց) տեղադրումըբենթամաշկայինգրպանիկում

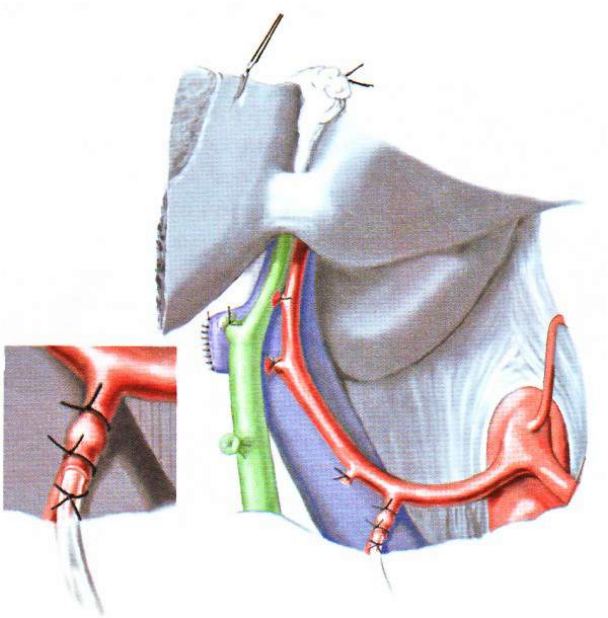
Մղիչիամարպրոտիմակարգակիճորովայնիպատուհանիմաշկատրումձևավորվումէգրպանիկ: Այսհատիկգկտրվածքովիրականացվումէդիսեկցիամինչևաղիմկանիապոնևրոզիառաջայինթերթիկուրովայնիբեմկանիարտաքինթիակե ղ: Գրպանիկըլայնացվումէկողմնայինուղղությամբ՝դեպիզստոսկրիկատար, ևերբևէ՝մինչևառաուկայինկապան: Որոշվիրաբույժներգերադասումենգրպանիկըձևավորել սկզբնականենթակողայինկտրվածքից, մինչդեռմյուսերըխուսափումենորովայնահատմանբացվածքիհետևմից: Մղիչիճիշտգործունեությանհսկողությունիրականացնելու, այնչեթծծվող 2-0 կարովկարվումէապոնևրոզին: Ջարկերակայինկատետրը դեպի գրպանիկանցկացվումէուղղակիպունկցիայիմիջոցով:



Փուլ 4. Ջարկերակայինկատետրիտեղադրումը

Տիպիկդեպքերումկանոյուզցիանիրականացվումէստամոս-տասներկումատնյազարկերակում (ՍՏՋ) տեղադրվածմեկկատետրով: ՀնդհանուրլայտպայինզարկերակիցառանձնացվումէՍՏՋ-իսկիզբնամասըևլայդիսեվականզարկերակըսկսեղոիզացվումՍՏՋ-իցմինչևլայտպ: Բոլորհետացողոյուղերըկապվումենուհատվում: Այսփուլըբացառումէերբինօրգանեերիվնասումը՝ կապվածզարկերակայինսերֆուզիայինվազեցմանհետ: ՍՏՋ-ևսկզեղոիզացվումէմոտ 2սմսկզբնամասիցավելդիստալ ևենթաստամոքսայինգեղձիմոտկապվում: ՍՏՋ-

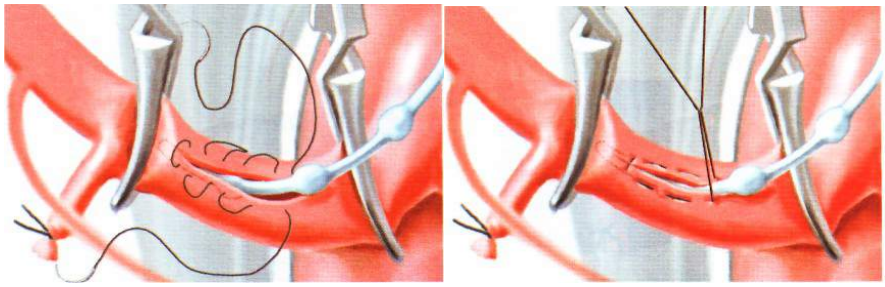
ներկա ուսումնասիրության նպատակը եղել է ուսումնասիրել ՍՏՋ-ի անաստոմոզների վաղ և հեռավոր հետազոտության արդյունքները: Հետազոտության ենթարկվել է 1,5 տարվա ընթացքում 45 հիվանդ: Հիվանդների տարիքը տատանվել է 45-ից մինչև 70 տարեկան, որոնցից 30-ը տղամարդիկ էին, 15-ը՝ կանայք: Բոլոր հիվանդներին կատարվել է ՍՏՋ-ի անաստոմոզ: Կատարված վիրահատությունների ժամանակ, որպես կանոն, օգտագործվել է 4-0 թելով: Սակավարյունության դեպքում կատարվել է 1,5 միավոր էրիթրոցիտային զանգվածի փոխներարկում: Նախապես իրականացվել է 1-5 միավոր էրիթրոցիտների փոխներարկում, այսինքն՝ ընդհանուր արյան ծավալի 10-15%-ի չափով:



Նկ. 5. Աորտակորոնարային անաստոմոզ ներկայացված սխեմատիկորեն

Հետազոտության ընթացքում հիվանդների մոտ ուշադրություն է դարձվել ինչպես անաստոմոզների վաղ, այնպես էլ հեռավոր բարդությունների առկայությանը: Ուշադրություն է դարձվել նաև հիվանդների ընդհանուր վիճակին, ինչպես նաև ՍՏՋ-ի ախտանիշների առկայությանը: Հետազոտության ընթացքում ստացված տվյալները մուտքագրվել են համակարգչային ծրագրի միջոցով, որի հիման վրա կատարվել է վիճակագրական վերլուծություն: Ստացված արդյունքները ներկայացվել են աղյուսակների և գծապատկերների տեսքով:

Հետազոտության ընթացքում ստացված տվյալների համաձայն՝ վաղ հետվիրահատական շրջանում մահացության դեպքեր չեն գրանցվել: Ուշ հետվիրահատական շրջանում մահացության դեպքեր գրանցվել են 3 հիվանդների մոտ, որոնցից 2-ը՝ սրտամկանի ինֆարկտի, 1-ը՝ սրտային անբավարարության հետևանքով: Ընդհանուր մահացության ցուցանիշը կազմել է 6,7%: Հետվիրահատական շրջանում սրտամկանի ինֆարկտ է զարգացել 4 հիվանդի մոտ, որոնցից 2-ի մոտ՝ ինֆարկտը ախտորոշվել է ԷՍԳ-ի միջոցով, 2-ի մոտ՝ կլինիկական ախտանիշների հիման վրա: Հետվիրահատական շրջանում սրտային անբավարարության դեպքեր գրանցվել են 5 հիվանդների մոտ: Հետվիրահատական շրջանում ուղեղային արյան շրջանառության խանգարումներ գրանցվել են 2 հիվանդների մոտ: Հետվիրահատական շրջանում երիկամային անբավարարության դեպքեր գրանցվել են 3 հիվանդների մոտ: Հետվիրահատական շրջանում թոքային բարդություններ գրանցվել են 4 հիվանդների մոտ: Հետվիրահատական շրջանում վերքի թարախակալման դեպքեր գրանցվել են 2 հիվանդների մոտ: Հետվիրահատական շրջանում արյունահոսության դեպքեր գրանցվել են 3 հիվանդների մոտ: Հետվիրահատական շրջանում վարակիչ բարդությունների դեպքեր գրանցվել են 5 հիվանդների մոտ: Հետվիրահատական շրջանում նյարդաբանական բարդությունների դեպքեր գրանցվել են 2 հիվանդների մոտ: Հետվիրահատական շրջանում այլ բարդությունների դեպքեր գրանցվել են 3 հիվանդների մոտ:



Հետվիրահատականհետազոտություններ

- ✓ Որոշկլինիկականերում, որպեսզիբացառվիսրտայինպերֆուզիան, հետվիրահատական 3-5 օրերինընթացքում, ռադիոիզոտոպայինեղանակով, իրականացվումէդրվածհամակարգերիամենօրյաուսումնասիրություն: Հետազոտմանընթացքումկլսվումենսիստոլիկսրտիխշյունկամ սիստոլիկ-դիաստոլիկսրտիխշյուն,որըկարողէլինելհետվիրահատականշրջանում: Ստացվածպատկերներըգրվումենհիշասարք, ինչըթույլէտալիսրտաբեղկայրդիպերֆուզիայիհամարժեքությունըևբացառումենթաղկայրայինօրգաններիպերֆուզիան:

Հետվիրահատականբարդություններ

Վաղ՝

- ➢ ներքինօրգաններիպերֆուզիայիխանգարում,
- ➢ զարկերակիվնասումևհետվիրահատականարյունահոսություն,
- ➢ ներմղիչգրպանիկիևմաստոմակամսելոմա:

Ուշացած՝

- ➢ լեղուղիներիստրիկտուրա,
- ➢ կայծայինզարկերակիթրոմբոզ,
- ➢ կատետրիփակումկամտեղաշարժ,
- ➢ պսևդոանևրիզմա,
- ➢ ներմղիչգրպանիկիինֆեկցում:

Փորձածվիրաբույժիխորհուրդները

- Հնարավորինչափ շուտ ապահովեցրեքներմղիչհուվարծարկեքրատախտակը: Կավկողմնորոշվեքտպաբերներմղիչներկայրահատությունների, ինչպեսնաևասեղներիբոլորայինեղանակ, ներարկիչվերմանուլցմանտեխնիկայիմեջ;

- Եթե հայտնի է, որ անհավասարակշռություն կա, եթե հայտնաբերվում են ապացույցներ միայն ժամանակ, լայնորեն փոփոխվող հայեցողություն թույլ տալու համար սեղմումով ու պարենխիմայի հակադրությամբ: Դա կարող է վիրահատության ընթացքում, հնարավորինս արագ, որպեսզի հայտնաբերվեն այն որոշումները, որոնք կարող են չհետաձգվել մինչև հիվանդության ժամանակը:

ՀՅՈՒԴՈՂՈՄԱՆ ՏԱՐԲԱՐԱԿՆԵՐԻ ՄԱՆՐԱՄԱՍՆԱՀԱՏՈՒՄ

Կիստաները սովորաբար ախտորոշվում են ուլտրաձայնային հետազոտության ժամանակ: Նրանք հազվադեպ են բերում ցավ կամ ախտանիշներ: Բուժումը ներառում է համապատասխան բուժում կամ վիրահատություն: Միջամտության ընտրությունը կախված է հիվանդի ընդհանուր առողջական վիճակից, հանգամանքներից, ցավի առկայության (գիստոպեքսիա/գիստոպեկտոմիա) ախտորոշիչ գոյությունից: Կյանքին սպառնացող բարդությունների հավանականությունը խիստ ցածր է:

Ցուցումներ և հակացուցումներ

Ցուցումներ՝

- ցավ,
- կենսունակության զգալի վատթարում,
- դեղնուկ,
- լյարդի ֆունկցիայի խանգարում,
- պորտալ հիպերտենզիա,
- որովայնի ծավալի մեծացում:

Հակացուցումներ՝

- ախտանիշերի բացակայություն,
- դեպքեր, երբ մարդը կամ ընտանիքի անդամները չեն կարող ապահովել ԳՀՀ-ի համաձայնությունը (հղիություն, չզգալի վնասվածքներ, համառ ցավ տեղակայված 7-8-րդ սեգմենտներում):

Նախավիրահատական հետազոտություններ և պատրաստում վիրահատության համար

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ տեղեկություններ էխինոկոկերի վերաբերյալ:
- ✓ կլինիկական ախտանիշներից կարևորվում են ցավը որովայնում, դեղնուկը, պորտալ հիպերտենզիայի նշանները:

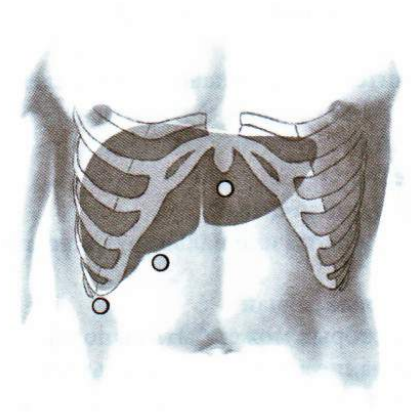
- ✓ լաբորատոր հետազոտություններից կարևոր են ԱԱՏ, ԱԼՏ, ՀՁ, բիլիռուբինի մակարդակը, ուռուցքայինմարկերները (CEA, CA 19-9) լսերոլոգիականհետազոտությունների (հիպոպեենիա, կիստա) ցուցանիշները:
- ✓ ՀՇ-սկանավորումըճշգրտում է տեղակայումը, նրանց հասանելիությունըլապարասկոպիկկամբացվիրահատությանհամար, մնացորդայինհատվածպարենխիմայիծավալը; ՈՒՁՀ-ն ցույց է տալիս՝ տեղակայումը, հիմնականանոթներիներքումը (հատկապես՝ լյարդայիներակների), լեղուղիներիլայնացումը, ՄՌՀ-ն՝ լյարդիպոլիկիստոզ ախտահարումը կամիվանդությանբարդությունները:

Վիրահատություն

Սովորականկիստայիկամարիլապարասկոպիկհեռացում

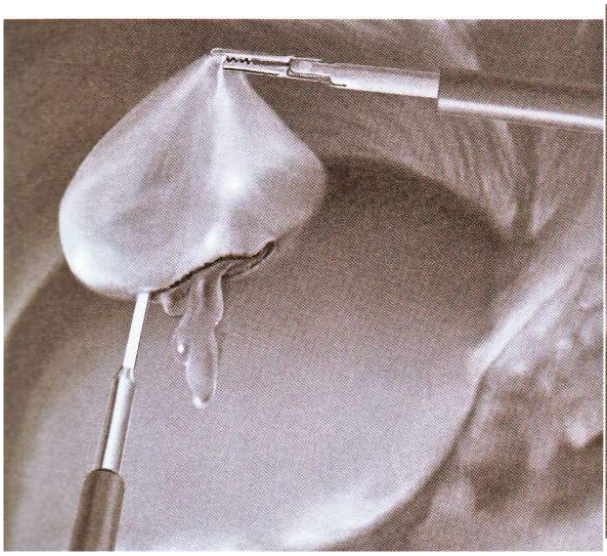
Փուլ 1. *Մուտք և աստղում*

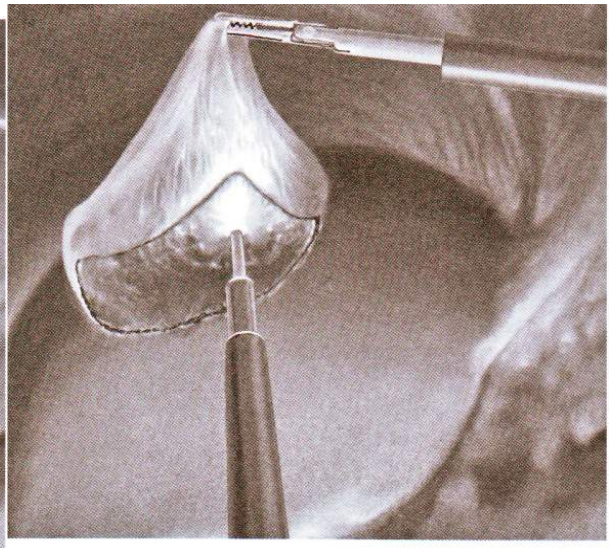
Սովորաբարօգտագործվումեներքևպատերի՝տեսախցիկի, կիստայիպատոլպանելուևկոտրոզգործիքի /էլեկտրոկառուտեր, գերձայնայինինճուտրկամկլոռո/ համար: Պռատերի տեղակայումը կախվածէ լյարդի կիստայով ախտահարված շրջանից Աշխատողպռատերիցմեկըպետքէլինի 10 մմ-ոց՝ կլիպ-ապլիկատորիհամար:



Փուլ 2. *Կամարիհեռացում*

Կիստայիկամարըսեղմիչովբարձրացվում, հատվումմպարանոցայինհատվածըհեռացվում է, որիցհետոյնրաոճումէթույլճմրթվածևբռնելուհամարավելի հարմար: Էլեկտրակառուտերով կիստայիպատոլըմասնահատվում: Հատումըպետքէիրականացվիկիստայիլյարդիսահմանիցներսավորիհամար: Խնամքովէմասնահատելկիստայիպատի առավելագույն մեծհատված, որպեսզիբարելավվիկիստայինհնացողեզրիհետացմանպայմանները, բացառելովկիստայիկրկնությունը: Ապահովելովբջջաբանականհետազոտությունըիրականացվումէըստցուցումների, երբառկաէպատերիգոյացությունների,երբվերջնականացվածկիստա: Կիստայիլյարդիսահմանիներկացվածծորանները կամանոթները պետքէկարվենգործիքովկամկլոպավորվեն: Հեռացվածկիստայիպատըդուրսկվումէհյուսվածաբանականհետազոտության:





Քայլ 3. *Կաստայի ամրացում*

Կամարկաթսայի ներքին մակերեսը պետք է լավ մաքրված լինի: Կաստայի 50%-ը պետք է լցնել ոսկրային փոշիով, որը կարելի է ստանալ հենց հիվանդի ոսկրից: Ոսկրային փոշին կարելի է ստանալ ոսկրի մանրացման միջոցով:

Ստոմատոլոգիական վիրահատություններ

Քայլ 1. *Մուտք*

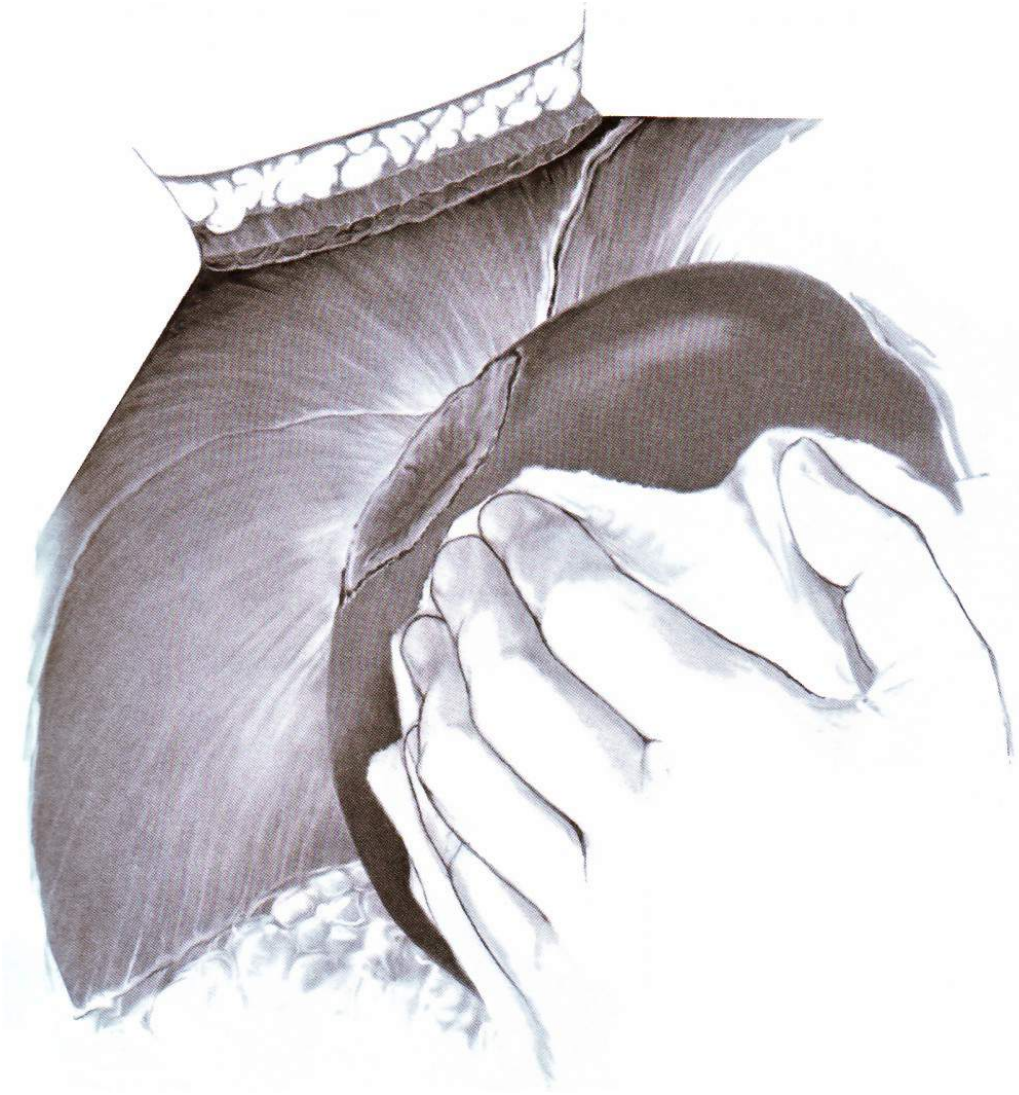
Բերանի՝ 7 և 8-րդ ատամների շրջանում գտնվող լորձաթաղանթը, ենթալորձային հյուսվածքը: Ապահովել լավ տեսանելիություն: Ատամների միջև եղած տարածությունը:

Վիրահատության ընթացքում հիվանդի ինքնազգացողությունը:

Կաստայի ամրացում: Որպես այլընտրանք, կարելի է կիրառել կաստայի հեռակա en toto:

Քայլ 2 *Կաստայի հեռացում*

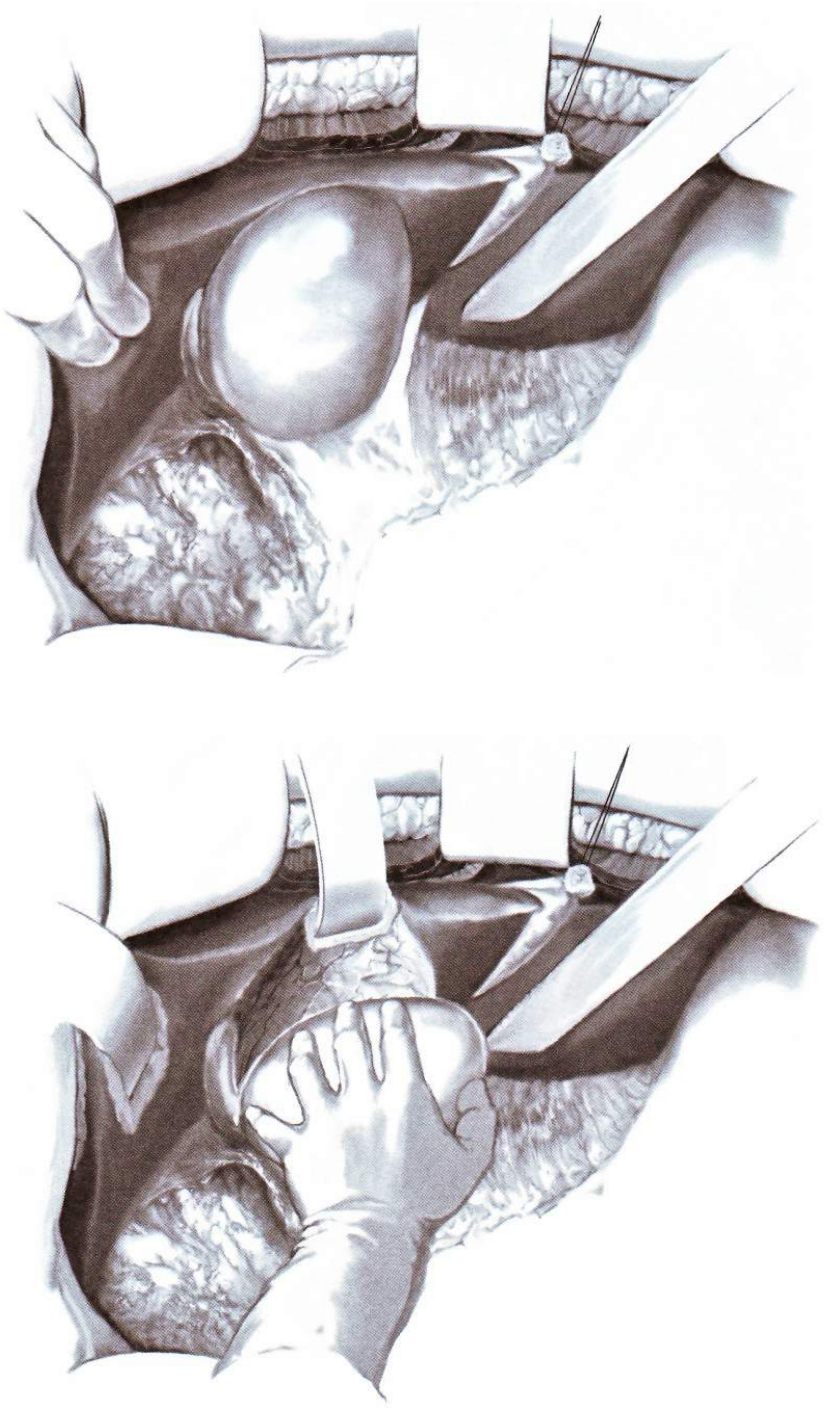
Այդ պրոցեդուրան չի կարող իրականացվել հիվանդի ինքնազգացողության վատթարացման դեպքում: Կաստայի հեռացումը պետք է կատարվի հնարավորինս շուտ:



Եղջյուրաձև ստամոքսի հումքի եռացիա

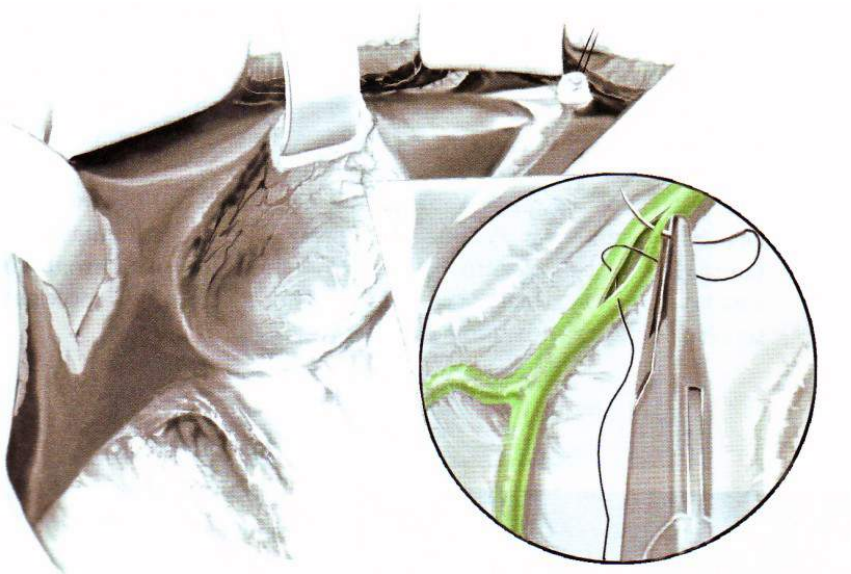
Փուլ 1. *Կաստոյիհումքի եռացիա*

Լյարդի տեղայնացումից հետո վերջնաբուժվում ստեղծումէհակածգում:
Մասնահատումըիրականացվումէկիստոյիուլյարդիպարենխիմոյիսահմանիերկայնքով:
Կիստոյիպատըսովորաբարլինումէհատուկհագվածդեպպատով:
Խորդիսեկցիոյիժամանակտեսանելիեղուռնումսեղմվածանոթներնուլեղածորանները, որոնքանհրաժեշտպահպանել:
Դիսեկցիանիրականացվումէբլունտով,
ցիստոդեռոմանեերթարկվումէհումքիեռացիայիևդրվումհյուսվածքաբանականհետազոտության ցիստոդեռոկրցիռոմայիժխտմանհամար:



Փուլ 2. Լեռնիներիխոսոսծիներիխոցում

Երբսառաջանումէլեռնիներիխոսոսոսկանվնասում, նրանցվերականգնմանհամարօգտագործվումեն 4-0 կամ 5-0 ներծծվողթելովհանգուցակապեր: Որովայնիխոռոչըդրեհնովովումէբստըլնոտությամբ: Կարևորէընդգծել, որցիստոպեհոմոյիլիվհեռացումըբացառումէնրակրկնությանվտանգը:

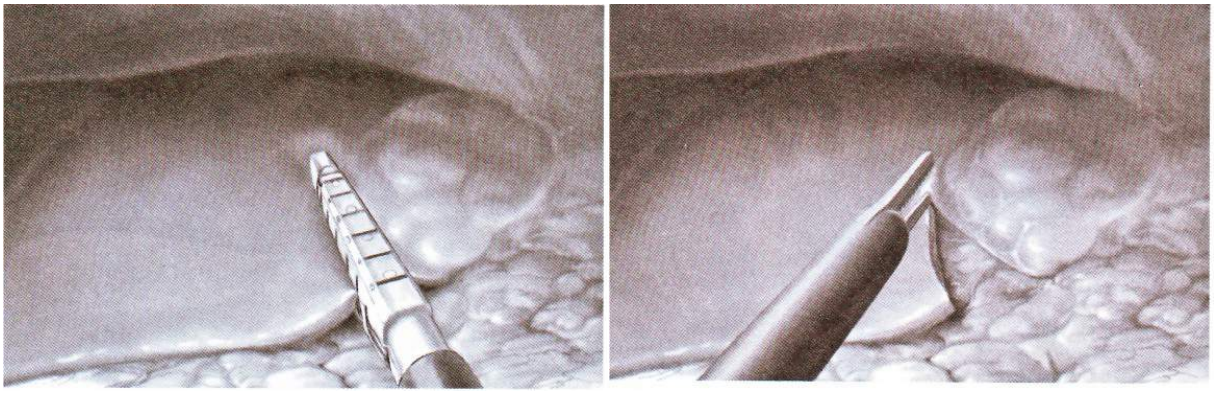


Կիստային ապարատակոպիկմասնահատում

Փուլ 1. Մուտք, մոտեցումևպարենխիմայիհատում

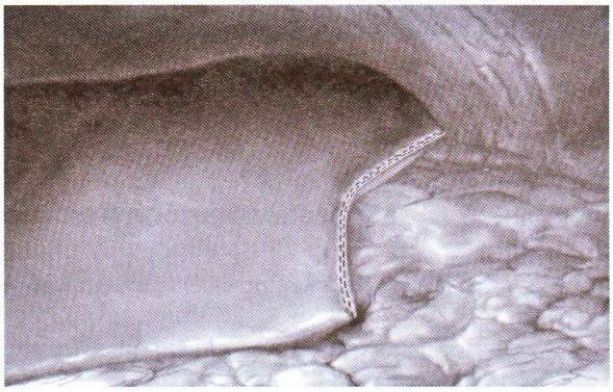
Լապարոսկոպիկմասնահատումըկիրառվումէծայրամասայինկիստաձևերիբուժմանհամար, հատկապես, եթեերաճմոտեղակայվածենծախլատերալսեկտորում (2 և 3-րդսեգմենտներ) կամաջայինսեգմենտներում (4b, 5 և 6-րդսեգմենտներ): Սովորաբարօգտագործվումեներեմպոռտերևերանցտեղադրումըկախվածէկիստայիտեղակայումից:

Առավելհաճախնմանմասնահատումներիհամարօգտագործվումէգերծայնայինհետազոտվիրաբուժականկարողգործիք: Որպեսզիհասնեհիկիստայիրիմմասնահատման, պահպանելովատողջպարենխիման, վիրաբույժըպետքէորոշիպի ախտաբանական գոյացությունառավելկարճճանապարհը: Քանիորկիստաառավելհաճախտեղակայվածէլյարդիծայրամասերում, իսկերաճըջապատողպարենխիմաբարակ, առանձնահատկությունկարողապրովիզորովորէհաստատվիմակել հատմանգծիստորիհեզրըևապահովել պրակտիկորենառողջությունմասնահատում: Նմանիրավիճակումանոթայինծորանայինհյուսվածքներիհատանձնացումպարտադիրչէ: Երբիյուսվածքներիայնությունըկարողապրիհամարբավականչափմեծ, առաջնայինհատումըկարողէիրականացվել գերծայնայինմկրատովկամանոթհերիսճակմանմեկայլեղանակով, իսկոտիկըկարողէկարվել մեխանիկական կարի համար ապրով: Նմանտիպի հատումը Պրինգլիգործողությանկիրառումչպահանջվում:



Փուլ 2. *Պրեպարատիմասնահատում*

Կարգայինպարենխիմայինհատումիցհետոանհրաժեշտէրակացնելհեմոստազիստուգում: Որոշդեպքերումհարմարէօգտագործելկամբերելհատմանմակերեսը, որպեսզիբացառվիսպոնտանարյունահոսությանհնարժամանակավորդադարում, հնարավորվերսկսումովկնումպերիոդերիտոնեումիվերացումիցուեղորովայնայինիջեցումից հետո: Եթեհայտնաբերվումէարյունահոսությանաղբյուր, ապահեմոստազըապահովվումէ Կաուտերիզացիայով, կլիպավորմամբկամհեմոստատիկկոթերովհատուկմիջոցներով:



Հետվիրահատականհետազոտություններ

- ✓ ստորականհետվիրահատականդիտարկում, ինչպեսհիվանդիմեծմասիմոտ,
- ✓ լապարոսկոպիկհստազովբարդացածդեպքերում, անհրաժեշտէ հիվանդին տեղավորել դիտարկմանհետվիրահատականսենյակում կամառանձինհիվանդակենդանացմանբաժանմունքում:

Փորձածվիրաբույժիխորհուրդները

- Չնայած, որկամարհեստացումըիրականացվումէհեշտությամբ, էնուկլեացիանուղեկցվումէարյունահոսությանվտանգով: Անհրաժեշտությանդեպքումհամոզվեք, որլյարդ-ստամոքսայինմոծակապանըհստէՊրինգլիգործողությանհամար,
- Էնուկլեացիայիցհետոփոքրմանրլեղայինհյուղեր, դրեհնովորումըչհանգիստանումկարելունկամկապելունբավարարայլընտրանք,

- Լսողիկիստաոնեերիլսպտրոսկոպիկմասնահատմանպրոգրամովխոշորանոթներնուծրանոեերըչպետէմշակվենեվողսաբ բերով: Մինչօրսնմանկատուցվածքներիապահովիսկմանլավագոյնմեխանիզմըկարողգործիքներիկիրառումնէ,
- Ինչպեսամենմիլսպտրոսկոպիկվիրահատությանժամանակ, եթեառաջէգալիսզգալիարյունահոսությունչկասկածելսպտրոտոմիայիանհրաժեշտությանվերաբերյալ: Անվտանգությունըևպարսությունիցավէ:

ՊԵՐԻՑԻՍՏԿՏՈՄԱԼ ԵԱՀԻՆՑԵԿՑՎԱԾԿԻՍՏԱՆԵՐԻԴԵՊՔՈՒՄ

Ձևայածվիրաբուժականտեխնիկայիատարելագործման, մինչօրսարդիականեինդոսկոպիէխիևոկոկկոզիառավելարդյունավետբուժմանեղանակիևեոկոպվածտարածայնությունները: Վիրաբուժականմիջամտությանինդիկացիաներնենգրաֆիականգնահատմանհամարկիստոսկոպիարտահայտությանաստիճանըորոշմանբացառումը: Պերիցիստէկտոմիանպահովումէարմատականբուժում, վերացնելովամբողջկիստան “մեկլոկով”, ներառածպարկեոցիան, առանցկարդիևոակտիվածքներիմասնահատմամբ:

Նախավիրահատականբուժում

Ալբենդազոլ 10-14 մգ/կգ/օրըերկուանգամ 2-4 շաբաթ, մինչևվիրահատությունըևուրանիցհետո:

Յուցումներևհակացուցումներ

Յուցումները՝

- կարդիոպերիֆերիկիդոսկոպիա:

Հակացուցումներ՝

- ներկարդիայիններառեդեպի խոշորանոթներ,
- աջկամծախկարդիայինծորանի ինվազիա,
- կարդիոպարեենխիմայիխորըկիստա (կարդիմակերեսիցավելիհան 2-3սմխորությանվրա),
- կարդիմասնահատմանընդհանուրհակացուցումներ:

Նախավիրահատական հետազոտում / պատրաստումվիրահատությանը

*Նախավիրահատականհետազոտություններ՝*ՈՒՁՀ, ԷՈՒՊԳ, ՀՇ, էխիևոկոկկիկապակցությամբսերոլոգիականհետազոտություն:

*Հիվանդինախապատրաստում՝*էխիևոկոկկոզբուժվիրահատականհակաբեռոտիկայինթերապիա:

Սպեցիֆիկոպերացիա, հիվանդիտեղեկացվածհամաձայնությունը

- անոփիլակտիկոզ (1% դեպքերում)
- ներորովայնայինսպրածում (>1%)
- լեղածորաններիվնասում

- լեղուսպառակոսք, լեղայիճխուղակ (>5%)
- պերիտոնիտ
- պյուռևահոսություն

Հիվանդությունը՝ պառկածմեջքիվրա:

Մուտք՝ ենթակողայինկտրվածքստրուկավոդեպիձախ (աջմիջանձիգվերիճորովայնահատում, հնարավորէերկարացումմիջինգծովդեպի թրանսվերսալ՝ (“մերսեդես” տիպիկտրվածք):

Վիրահատություն

Փուլ 1. *Հատում, մուտք, էքսպլորացիաևվիրաբուժություն*

Մուտքը՝ ինչպեսլայդիմասնահատումներիժամանակ: Ապահովելայդայինստրածմանբացատմանհնարավորությունէորովայնիմանրակրկիտ զննում: Լայդքանիդաժեստէրով տեղայնացնել, ինչպեսմեծ մասնահատումների ժամանակ, հանիր տեղայնացման ընթացքումհնարավորէկիստայիհանկարծակիբացում: Որովայնիխոռոչկիստայիպրարտնակությանթափվելուդեպքում, անհրաժեշտէձեռքխոռոչումեղածպարունակությունը (կամհեղուկըսորբիչներով) տարա:

Զգուշորենիրականացվումէլայդիերկարլթերիդիստալկումուշադրություն:
Կիստաներիմանրակիուռեղակայմանգնահատմանհամարկարելիէօգտագործել ներվիրահատական ԳՀՀ 5 Մհց T–ածնեցուցիչով:
Հատուկուշադրությունէդարձվումկիստայիհարաբերակցությանըդեպիորովայնիճակատգիծ,
գլխավորլայդայիներակներիևստորինսիներակիհետ:
Բացիայդուշադիրզննությունըկարողէհայտնաբերելկիստայիկապըլեղայինծառիհետ:

Փուլ 2. *Վիրահատականմուտքըստրուկը*

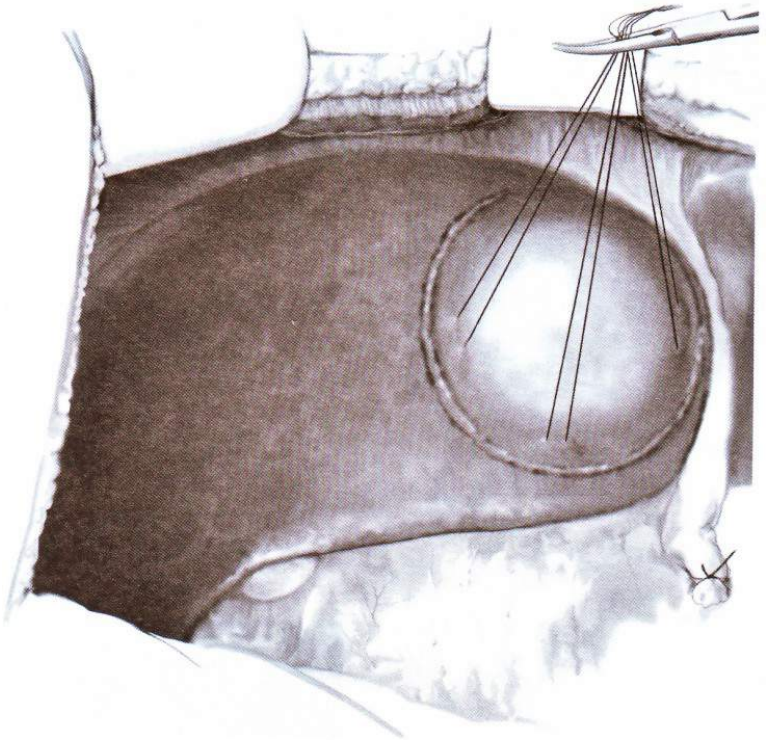
Կիստաներիմեծմասըտեղակայվումենլայդիաջհատվածումևհեշտությամբստուգանուց:
Եթեայնհնարավորչէիրականացնելանվտանգ, անհրաժեշտէմասնահատել ստածանին:

Եթեգործընթացիմեջ ներառվածենխոշորանոթներկամաջլայդայինծորանը, ապացուցվածէլայդիահատոմիակամմասնահատում:
Եթեկիստահեղուկայվածէխոլըլայդիպարենխիմայում՝ցուցվածէմասնահատում: Սակայնեթերատեղակայմանխորությունը 2-3 սմ-ից պակաս, հեպատոտոմիանթույլէտալիսահմանելկիստայինևկատարելստանդարտգիստէկտոմիա: 6 և 7-րդսեգմենտներումտեղակայվածկիստաներիհամար, որոնքմոտենստրինսիներակին, պահանջվումէլայդի տեղայնացում, ինչպեսաջակողմյանհեպատէկտոմիայիժամանակ:

Փուլ 3. *Նախատարատատումպերիցիստէկտոմիայի*

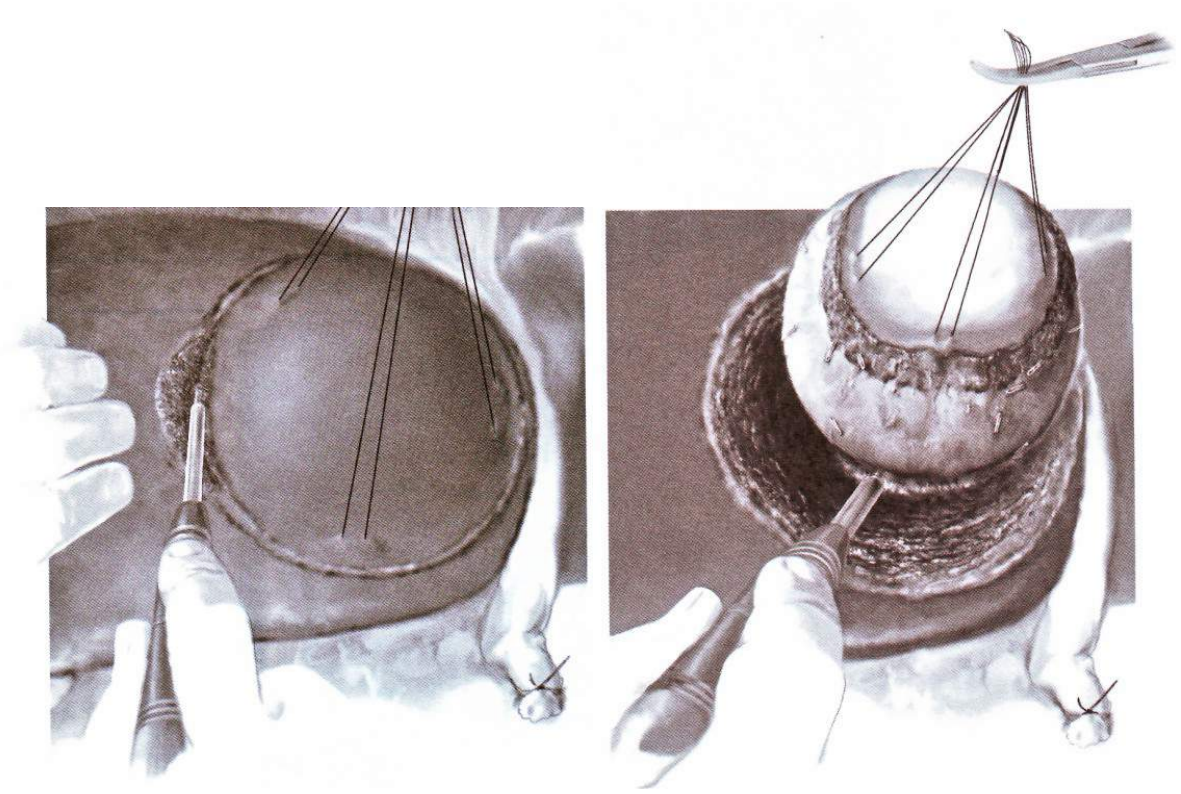
Լայդինայուսվածքիհատումիցառաջկենտրոնականերակայինճնճուկըպետքէիջեցվի 3սմս.ս.-ից ցածր:
Լայդայդումքիվրադրվումէտուրնիկետ, որպեսզիհնարավորությունտանհատությանժամանակդադարեցվիորայնհոսքը:
Կիստայիպարունակությանհեռացումըծակվածքովարտածմանբացատմանհամար,
լայդիշրջակատամբողջտարածքըպետքէպահպանվումէտամպոնադայիթաղիքիփեդով: Աջբլթիհետևումդրվածմեծտամպոնը,

սովորաբարբարել ավելմէկկստոյիցուցադրումը: Կստոյիպատուիրկարելդրեել պահոլկարեր:
Կստոյիպարտուհակությունըերբեք չպետքէհեռացվիմինչևմասհատում:
Մասնահատմանըթացքումտրակցիայուցադրմանբարել ավելանհամար, կստոյիդուրսցցվածմասիշուրջըդրվումեն 2-0 մետաքսովպահոլկապեր:



Փուլ 4. Կստոյիհեռացհատում

Լյարդիպատյանըհատվումէդիաթերմակոագուլյատորով:
Արյունահոսությանևկստոյիպարտուհակությանդրսթափվելուկանխարգելմանկարևորագույնպայմանէդիսեկցիայիընթացքում:
Ներլյարդայինանոթներըևերթուղկումենկոագուլյացիայիբիպոլյարտերմիչովևփակվումմետաղակաճկլիպերովկամկապվումկախված արանց տրամաչափից: Ջնայածորլյարդիպարենխմայիհատմանհամարկարողենկիրառվելտարբերեղանակներ, օրինակ՝ ռեակտիվջրայինճեթովդիսեկտոր, որըթույլէտալիսընտրականևանվտանգգանջատելկստոյիպատուղլյարդիպարենխմայից: Ոչմեծ եղայինծորանները ըստհետէմանրակրկիտանջատվենեն:
Դիսեկցիայիընթացքումմերկացածլյարդիմակերեսիհետհնարավորսահմանափակելիէբարելավելարգոնայինկոագուլյատորովկամֆիբրինպարուհակ ռէսուկիտեղային կիրառումով:



Անատոմիականյուրահատկություններ, լուրջոխսկեր, վիրահատականհնարքներ

ա/ դեզօնտոգենետիկկիստաներիսպարզումնպատակաուղղվածփոքրեւգոեբերող եղածորանըկարովկապելովայն: Քննարկեբիլհոդիգեստիվբերանակցմանձևավորմանհավանականությունը,

բ/ ննարկեմնիմանիդեզօնտոգենետիկխոռչներիիրարմիացելուհնարավորությունը,

գ/ պարենխիմայիխոբումտեղակայվածկիստաներիհայտնաբերմանհամարօգտագործեներվիրահատականգերծայհայհնսկանովրում ը:

Գործառույթներսպեցիֆիկբարդություններիժամանակ.

- ✓ Լյարդիստակիեղուկիհեռովիրահատականկուտակումը (բիլոմա) նախնականպահանջումէգերծայահայինկոմկոմպյուտերայինտոմոգրաֆիկուղղորդմամբ, մաշկիմիջովդրենավորում

Հետվիրահատականբարդություններ

- ➢ հույնը, ինչորլյարդիմասնահատումիցհետո,
- ➢ խոպոբերությունմասնահատմներին, լեղայինխողովակներառաջանումեն խիստ հազվադեպ:

Հետվիրահատականգործառույթներ

Բժշկականխնամք՝ Ինթ-ստամոմսայինզոնդը հեռացվում է 1-2-րդ օրը, դրենաժը՝ 2-3-րդ (լեղուպրոտահոսիդեպումայնթողնումենավելիերկարժամանակ): Անցկացվում են հեռովիրահատականգերծայհայինսերտոգիսկանհետազոտություններ

Կերակրման վերսկսում՝վոմբիկումերովհեղուկ 1-ինօրվանից, լավյուրացմանդեպքումսննդակարգիսպառզգլուխըպայման:

Ակտիվացում՝առավելագույնս:

Ֆիզիոթերապիա՝շնչառականվարժություններ:

Առողջարանականբուժում՝ 2-3 շաբաթ:

1. *Փորձնածվիրաբուժիխորհուրդները*

- Պերիցիստէկտոմիայիցհետոլեղուհոմհայտնաբերելուհամարկարելիէկիրառելխոշորացույց: Բացվածձորանիերըանհրաժեշտէկապել4-0 կամ 5-0 Prolene-ով:
- Որովայնամզովկիստայիպարունակությանտարածումըկանխելուհամար, նրապատվելուդեպքում, ձեռհոսականերհրաժեշտէունենալերձծիչպարբ:
- Կիստայիպատռմանդեպքումիշտպետէունենալպատրաստվովիրակո-յոդին /կամիոպերտոնիկաղայինլուծույթ/ շրջակահյուսվածքերիմշակմանհամար:
- Ներվիրահատականշրջանումհատուկուշադրությունհարկավորէդարձնել, որհամարժեքպահպանողականվիրաբուժականմարտավարությունը /օրինակ՝կիստայիմասնահատումը/ ևսկարողէբերելավարդյունքների: Մարտավարությունըվիրահատությանժամանակկարողէփոփոխվելամենրոպե:

ԴՈՐՇՈՂԱԹՑԻՆՆԵՐՂՅԱՂԻՊՈԱՏՎԱԾՔՆԵՐԻԺԱՄԱՆԱԿ

Ներածություն

Լյարդիվնասվածքներըառավելհաճախ /ավելիման90%դեպքերում/ հանդիպում են այլվնասվածքներիհետհամակցված, ինչպեսոսկրաուղեղայինվնասվածքը, թոքերիսաղջարդը, այլներքովայնայինվնասվածքերկամծայրահդամների, կոնքհուգլխիվնասումներ: Լյարդիվնասվածքներըդասակարգվումենըստօրգաններիվնասմանսանդղակի /աղ. 1/՝առաջարկված վնասվածքների վիրաբուժությանԱմերիկյանասոցիացիայիկողմից /AAST-OYS/:

Քանիոր, գիտակցությունըկորցրածտրավմայովիվնասվածքներիմոտավոյնիխոռչիկիհիվանդությանհետազոտումըհնարաստիչէ, առաջնայինհիվանդությունըանհրաժեշտէպարզելուցհետոզրաֆիկուսումնասիրությամբ: Ոչ կայուն հեմոդինամիկայով հիվանդերիմոտոնոզրաֆիկորովայնումհեղուկիայտնաբերումըհանդիսանումէբացարձակցուցումխոտորոշչորովայնահատմանհամար՝առանցհետազոտությունների:Հեմոդինամիկկայունհիվանդերիմոտհեմոպերիտոնեումիգնահատմանուպարբերխնամոզ օրգաններիպատռվածքերիհայտնաբերմանհամար “ոսկեստանդարտ” էհանդիսանում անոթներիեռափուլհետազոտումը /զարկերակային, դուներակայինևերակային/: Այնկարողէհամարվելնաևնախնականվնասվածքայինտեղայնացման համար: ԼյարդիբութրավմայիդեպքումվիրահատականկոչվիրահատականբուժմանվերաբերյալորոշումըդնվումէՀՇ-ակնհայտությունից, համապատասխանլյարդիախտահարմանաստիճանիևախտահարվածկոմկասածելիայլներքովայնայինվնասվածքերի: Որովայնիերբախանցողվնասումներիդեպքումստանդարտմոտեցությունէհանդիսանումորովայնիխոռչիվիրահատականստուգումը:

Աղյուսակ 1. Վնասվածքներովլիարյունովովարտաքին արտահոսքիգնահատման / AAST-OYS/

Լյարդիախտահարմանաստիճանը, ըստօրգաններովնասմանսանդղակի

Աստիճան	*Վնասմանկարագիրը*	*Հաճախակա-կանություն*	*Մահացու-թյուն*
I	Ենթապատյանայինպատռվածք, մակերեսիչափերը< 10%:	20%	0%
II	Ենթապատյանայինպատռվածքմակերեսի 10-50%-իչափով, ներպարենխիմալ<10 սմխորությանվրա, < 10սմ սմերկությամբ: Պատռվածք 1-3 սմխորությանվրա, < 10սմ սմերկությամբ:	55%	<10%
III	Ենթապատյանայինպատռվածքմակերեսի>50%, ստացվողկամպատռվածքովնությունհեմատոմայով: Ներպարենխիմալպատռվածք>10 սմխորությանվրա: Պատռվածք> 3 սմխորությանվրա:	15%	25%
IV	Պարենխիմայիպատռվածք, ներգայալբլթի 25-75% կամ 1–ից 3 սեգմենտները:	7%	45%
V	Պարենխիմայիպատռվածք, ներգայալբլթի>75% կամ 3 սեգմենտներից առավել: Պորտալայինայիներակիվնասում:	3%	80%
VI	Լյարդիպոկում	1%	մոտ 100%

Պահպանողականբուժում

Լյարդի I-III աստիճանիվնասումներըբուժվումենոչվիրահատականեղանակով: Անկովպատռվածքներովարյունահոսությանդեպքում /ախտորոշվածՀՇ-սկանավորմամ ոմով/ I-IV աստիճանիվնասվածքներովիվանդներինցուցվածէանգիոգրաֆիկէմբոլիզացիա, որըպետքէիրականացվիորոշակիպայմաններիդեպքում, եթե

- հիվանդիգիստակցությունըպահպանվածէ,
- հեմոդինամիկկայունվիճակէ կամվերջինսպառվկայունացումկորցրածհեղուկիհսկզբնականվերականգնումիցհետո,
- հիպոթերմիայի, ացիդոզիկամծանրկոագուլոպաթիայինշանները բացակայում են,
- որովայնիխոռոչիլօրգաններիկամանոթերիվնասմաննշանները չկան,

– ինտենսիվթերապիայիբաժանմունքիառկայության պայմաններում հնարավոր է իրականացնել պուլսի, զարկերակայինճնշումնուհեմոդինամիկայիցուցանիշերիմշտականմոնիտորինգ, ինչպես նաև մանրակրկիտկլինիկականուսումնասիրություն,

– կա համապատասխանվիրահատականբլիգադ,

– հնարավոր է կատարել պրոեքսիոգրաֆիա և կա ճառագայթայինախտորոշմանմասնագետ:

Լաբորատորմիայնցուցումներ՝

- հեմոպերիտոնեում (>300մլկամնրապավելացողծավալներըստԳՋՀ-ի),
- ուղղակիգերծայնայինհսկանավորմամբհայտնաբերվածլարդիպարենխիմայինվնասում, հատկապես՝ որովայնիբութարվածայինհեմոդինամիկոչ կայուն հիվանդերիմոտ:

*Այլ ընտրանիայինգործառույթներ՝*հեմոդինամիկկայունությանդեպքումԳՋՀ-խորովայնում 300-ից փոքրծավալներովհիվանդերիմոտ, կարելիէորոշեգրելսպասողականմարտավարություն,ինտենսիվբաժանմունքումմշտական (այսինքն՝ ամենկես/մեկժամըմեկ) հսկողությունով ուլտրաձայնի վիրահատականռեժիմ:

Նախավիրահատականհետազոտում /պատրաստումվիրահատությանը

Նախավիրահատականհետազոտություններ՝

- ✓ ԳՋՀ(ըստընտրության՝ ախտորոշիչլապարոցենտեզ՝որովայնիխոռոչումազատհեղուկիհայտնաբերմանհամար),
- ✓ բիչդեպբերումորովայնայինլավաժ,
- ✓ հեմոդինամիկստաբիլհիվանդերիմոտհնարավորէՀՇ, անհրաժեշտէժխտելուղեկցողնասումները (օրինակ՝ կրծքավանդակիօրգանների):

Հիմնականպատրաստում՝ մազիստրալերակիկաթետերիզացիա, հեղուկիծավալիլրացում, միզայինկաթետեր, հետվիրահատականհսկակոբակտերիալթերապիա:

Սպեցիֆիկռիսկեր, հիվանդիտեղեկացվածհամաձայնությունը

- ❖ մահացումըբլյարդի 4-5-րդաստիճանիվնասմանդեպքում (>80% դեպքերում),
- ❖ արյանմակարդելությանխանգարում (զանգվածայինփոխներարկում),
- ❖ դեղուկ (բազմակիպաստեռներ, վախեներարկում),
- ❖ լեղուհոսք, հեմոբիլիա,
- ❖ ակտիվհսկմանոսկգտնվող, առանցգիտակցությանկորստիհիվանդերինպետքէհայտնել հնարավորվիրահատությանմասին:

Հիվանդիդիմքը՝ պառկածմեջքիվրա

Մուտ՝ միջայիինկոտրվածքովիվախտածվնասմանհետևանքից, լայնահաղորդականքրծքավանդակ՝ միջայիինստերնոտոմիայով, ձախակողմյանինկամաջակողմյանթորակոտոմիայով:

Վիրահատություն

Փուլ 1.

Վնասվածքներիժամանակառաջինբուժությունը, տամպոնադայիմիջոցով, որովայնիբոլորչորսկողմերումպարյանհանոսությանառաձգականալարգրաքեցումնէ: Հաջորդբայլով, ստամոքսանմիջոցովպարյանհանոսությանսկզբնաղեղյուրի /կամսկզբնաղեղյուրների/ ուլնասվածքի հայտնաբերումը /հաստուկուշադրությունդարձնելոմէդողծվիճենթաստամոքսայինգեղձիևաջիեռոտրովայնամզայինտարածությանվրա/: Տամպոնները հանջորդաբարհեռացումենորովայնիբոլորչորսքառորդներից, սկսելովչկնասվածըջանիցուվերջացնելովվնասվածգոտում: Այսընթացքումվերականգնվումենողիներիևլեղուղիներիվնասումները:

Ջուգահեռաբարիրականացվումէկրիստալոիդներիոսմոլուծույթներիուպարանարազատանսփուզիա: Խոռչավորզանգերիբացակայությանպարագայում, որովայնումկուտակվածպարյանըհավաքվումէ /օրինակ Cell Saver-ով/ աուտոտրանսֆուզիայիամար: Բանիոր, զանգվածայինտրանսֆուզիայի կարողէհետևելտարածունկոագուլոպաթիա, անիրաժեշտէիրականացնելթրոմբոցիտների, թարմսառեցվածպլազմայի/կամակտիվացված VII գործոնիվոխարինում:

Նմանհիվանդներիորովայնահանոսմանժամանակկարողենհանդիպելհիմնականումհետևյալերեքիրավիճակները՝

1. *Դիֆֆուզզանգվածայինարյանհոսությունկամսրտիկանգկոտրվածքիժամանակ*

Զանգվածայինարյանհոսությանդադարեցմանհամարպահանջվումէառաջայինկամստրիկսնիների սեղմում: Ստրոյինմոտեցումենստերնոտոմիայովկամձախթորակոտոմիայով, թույլտալովստածանուցվելոյնակի սեղմել կրծքայինառաջանուսրտիկանգիպեպումիրականացնելնրաուղղակիմերում: Նմանիրավիճակումբժիշկըէկանխատեսել, եթեչուղղակիմերումէիրականացվում “ձգվածորովայնովմահացողիմոտ”: Միևնույնժամանակ, երիկամայինանոթներիցվերորովայնայինառաջայինկարելիէմոտենալստամոքս-լյարդայինկապանիմիջովկամթաղանթայինծաղայինանկյանմիջայինառաջացիայիցհետո /Մեստոմսկգործողություն/: Ստոծանուցներբևստրիկսնիներակինկարելիէմոտենալուձեռովկամգործիքովրանսեղմել Կոխերիգործողությունից կամաջիցմիջայինուղղությամբներքինօրգաններնստացիայիցհետո /Բեստոլ-Բուսա-իգործողություն/:

2. *Լյարդիամոտիվարյունահոսությանբացակայություն*

Լյարդի I, II և III աստիճանիվնասվածքներ, առանցակտիվարյունահոսության, վիրահատականանստուգումնբուժումչպահանջվում

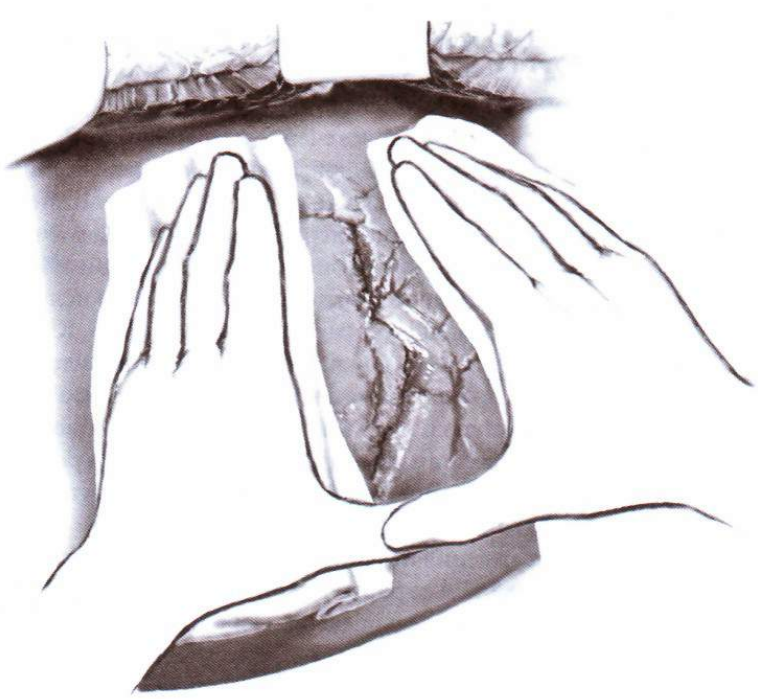
3. *Ակտիվարյունահոսությունլյարդից*

Փուլ 2. *Ձեռքի լյարդի հետազոտում*

Լյարդի ախտահարումների հայտնաբերման նպատակով լյարդը ենթարկում են ուլտրաձայնային հետազոտման, ձեռքով սեղմելով նրան 10 րոպե ընդմիջումներով /ոչ պակաս/: Որոշ դեպքերում կարող են լինել հետևյալ բարդությունները՝

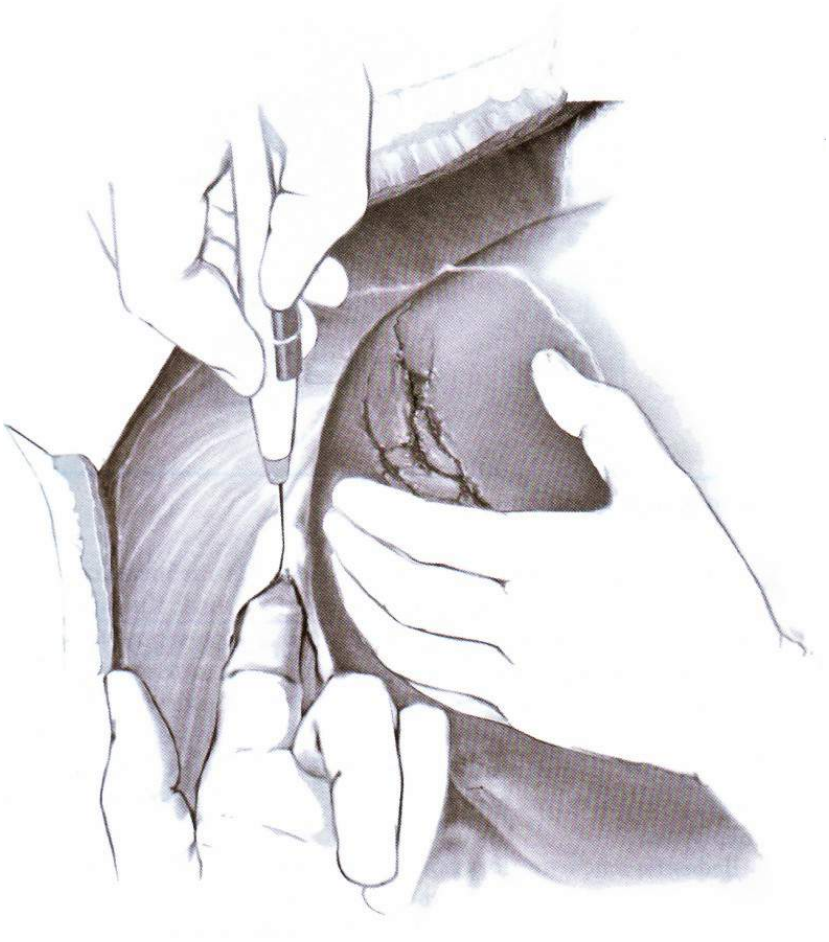
ա/ Ախտահետազոտության ընթացքում հնարավոր է ներքին արյունահոսություն, եթե լյարդի հիվանդությունների ժամանակ նկատվում է արյան մակընթացության խանգարում, չկանխորոշված ներքին արյունահոսություն/*փուլ 3*/:

բ/ Ախտահետազոտության ընթացքում, զարգանում է հեմոդինամիկական ցնցում, հիպոթերմիա, ացիդոզ և կոագուլոպաթիա: Նմանատիպ ուսումնասիրության ժամանակ /*փուլ 9*/ անոթների սեղմումով կամառացնում /*փուլ 10*/:



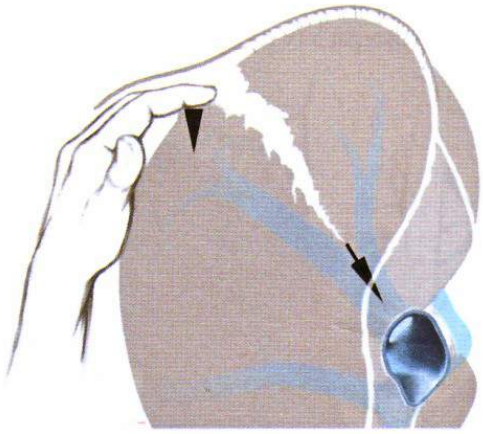
Փուլ 3. *Լյարդի տեղայնացում*

Լյարդի հետազոտման ընթացքում հնարավոր է ներքին արյունահոսության զարգացում, որի հայտնաբերման համար, լյարդը անհրաժեշտ է լրիվ տեղայնացնել: Մանգուածային կապանները կտրելուց հետո, հատում են կլոր և օրգանական կապանները: Այս ընթացքում վիրաբույժը օգնական է ձեռքով սեղմած պահել պատռված ծիտեղը լյարդի վրա:



Փուլ 4. Կոտրվածքի տեղաշարժման ժամանակ կոտրվածքի ծայրերի հարաբերությունները

Կոտրվածքի ամրակայման ժամանակ /փուլ 9/, կոտրվածքի վերականգնելու տեղաշարժում, ճանապարհ է անում կոտրվածքի ծայրերի հարմարվողականությունը, կոտրվածքի օրգանիզմի կենսագործունեության ընդհանուր խանգարումները: Կոտրվածքների ամրակայման ժամանակ զարգացող բացասական ազդեցության, ինչը բերում է աջակցության կորստի, ոսկրային կոշտացման: Այստեղ անհրաժեշտ է հաշվի առնել հիվանդության ընթացքի առանձնահատկությունները, օրգանիզմի ընդհանուր վիճակը, տարիքը, հիվանդի մասնագիտությունը, կենսակերպը և այլն:

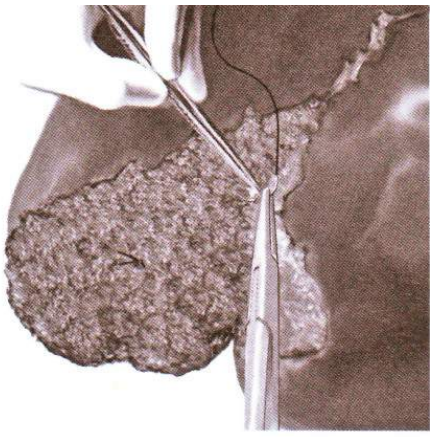


Փուլ 5. *Ամորձեբիլիտացում*

Այսուհանդամանքայնպարզությունիայսոմբերմանհամարկարողէանհրաժեշտինելմատնեբովկամեռտրակոտրով /հեպատոտոմիա/ լյարդիվերքիկայացում: Այսուհանդամանքողանդրնեըլկարողենկապվել, կլնպավորվելևմշակվելէլեկտրակաուտերով: Սակայնանհրաժեշտէխուսափելխորըկարերի կիրառումից, որոնք կարողենմեծացնելլյարդիիշեմիայիգոտին:

Պրինգլիգործողությանկիրառմանդեպքում, պետքէխուսափելդրունիհանդնեբիերիկարատևեղմումից, ինչը կարողէխորացնելօրգանիշեմիկախտահարումը, առաջբերելովիկոտոնիա: Եթեպահանջվումէ 30 րոպեիցավելի ոտիկլեմում, խորհուրդէտրվումկիրառելընդմիջվողսեղմանեղանակը /15 րոպեոդմումև 5 րոպեանպերֆուզիա/:

Լյարդայինզեֆեկտըկարողէցվելոտիկլովթաճարպոնիհատվածով: Այնթույլէտալովերացնելմեայլտարածությունը, տամպոնավորելերակայինարյանթույլհոսքըզգալիվազեցնելէեղուստոհոսքիվտանգը:



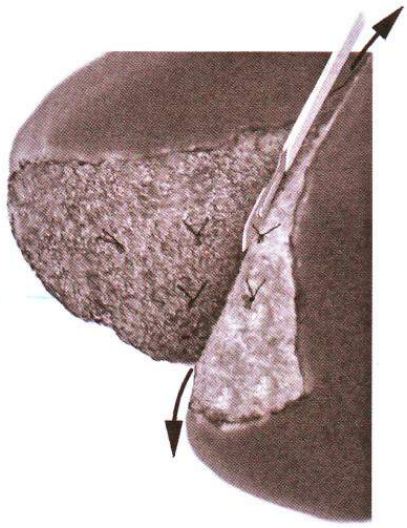
Փուլ 6. *Վնասվածքերիվիրաբուժականմշակումը*

Հնարավորթարախակույտիծևավորմանվտանգըբացառելուհամարլյարդիանկենդանհյուսվածքերըպետքէհեռացվեն: Լյարդիպարենխիմանբացազատվումէբութեղանակով /ճնշոտիպոչով/ պատվածքիզծինգուգահեռ, արյանհոսքիցզուրկուլյարդիկենդանհյուսվածքերիմիջևնորթությունով:

Հանդիպողանոթներնուղեղիներըսեռմիչներովբնավորվում:

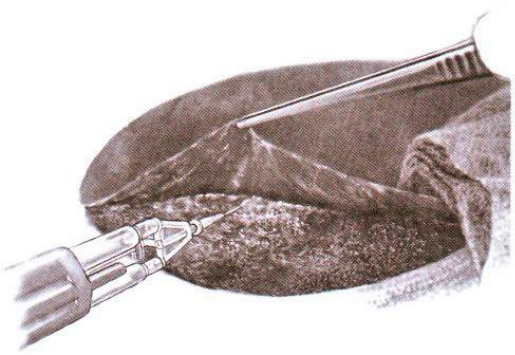
Բոլորեպիթումգերադասելիէիրականացնելոչնաստոմիականմասնահատում:

Լյարդիմեծվնասումներիդեպքումխստհազվադեպէկիրառվումօրգանիմասնահատում:



Փալ 7. *Ենթապատյանայինպրոլիֆերմանպատում*

Նմանդեպքերումհեռուհետազննվածմէտգործունայինկոագուլյատորիևլյարդիպրոլյուհահոսողպարենխիմայիմակերեսիհեմոստատիկթաղանթիկիրառմամբ: Կարողէլյարդիպարենխիմայիգլիսոնյանկապսուլայիմիջևներթրվելհատուկսոսինճ: Կարողէօգտագործվելնաևզոդդիսեկտոր:



Փալ 8. *Թեսո Մերիլենիպատյտվիխոլտանգիոգրաֆիա*

Ապրումնահատությանդրդեցումիցհետոլեղուլիներիոմբողջականությունըստուգումէմերիլենկապույտով:

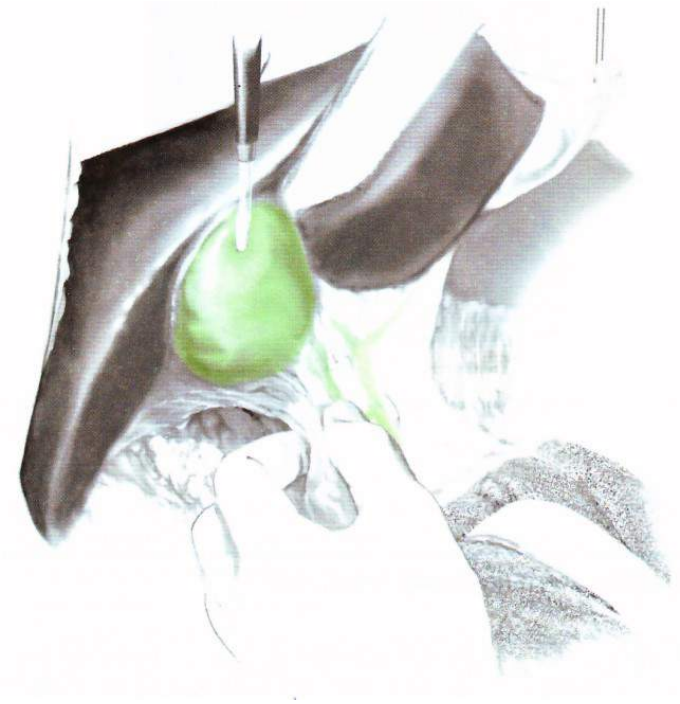
Թեսոըլրակատացվումէլեղապարկիպատնկցիայությունձեռքովընդհատուլեղածորանիմիաժամանակյա սեղմումով:

Լեղուպրոտահոսքիտեղըլյարդիմակերեսիցկապվումէ: Անհրաժեշտէկարելլեղածորանպատահացքը:

Լյարդիսահմանահատվածկնասումներիժամանակնպատակահարմարէիրականացնելտոլեցիստէկտոմիա,

ինչըհնարավորությունկստացվիճուրահատկատարելխոլանգիոգրաֆիա

ուլտրաձայնայինծխերկայնքովհայտնաբերելլեղուղիներիընդլայնումները:



Փուլ 9. *Տամպոնավորում*

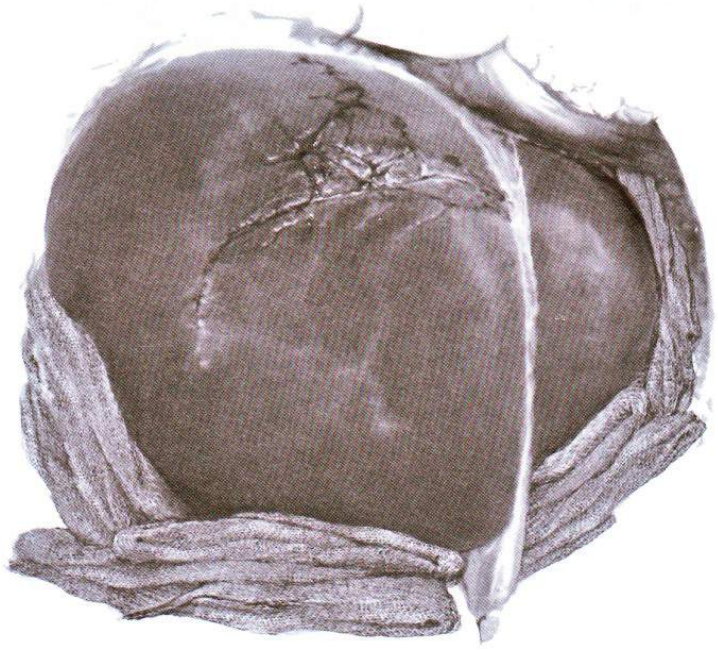
Տամպոնավորումըհանդիսանումէպրոցեսայիանհետացմանհիմնականմիջոց:

Անհրաժեշտէլայպրընսեղմելստոծանուն /դեպիվերահեռաղղությամբ/, ինչըապահովելպրոցեսայիանհետացմանհամար: թանզիվներըստեղադրվումենլայպիուրջը, ոչթեպատռվածքիներսում, այլնրանիցդուրս, որպեսզիլայպը պահվի ստոծանուներսեղմված: Մինույնժամանակստոծանուլայպիմիջև թանզիվներչպետէդրվեն,

հանդարտպրողենբերելստորինսիներակիուլպրոցեսայիներակներիհեռացմանուպրոցեսայինարտահայտվածությանը՝ նպաստելովքրև երակայինհամակարգիթրոմբոզի զարգացմանը: Ստոծանուբարձրացումընպաստումէշնչառականուղիներիհեռացմանը, նիպովենտիլյացիային, ինչըպետքէհաշվիառնելհետվիրահատականշրջանում:

Որովայնիխոռոչըփակվումէշզմամբ, առանցդրենաժների, որպեսզիտեղադրված թանզիվներնվիրահատվածքումչխանգարեն: Ներքովայնայինհեռացմանբարձրացումըպահպանվումէկապվածորովայնայինկոմպարտմենտ-համախտանիշիհետզարգացմանհետ, որիպատճառովպահանջվումէհիվանդիմշտականմոնիտորինգ:

Եթեպրոցեսայինհեռացումըչիպարտադրում, կատարվումէլայպիկրկնակիսեղմումձեռքովուստոմպոնավորում: Եթեայնևսանպարտադրվածէ, ապաանհրաժեշտությունէառաջանումլայպիպրոցեսայինհոսքիկամըրիվվիակման /*փուլ 10*/:



Փուլ 10. *Արյունահոսությանանոթայինհսկողությունը*

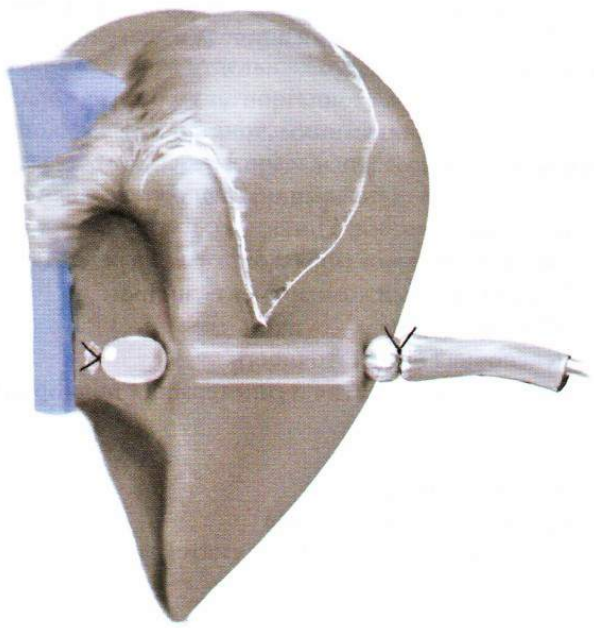
Եթեվարդիբարդվնասվածքերիժամանակարյունահոսությունըսաստանպահպանվածչի կանգնեցվում, վարդիզարկերակիուղերակայինհամակարգվնասմանդեպքումիրականացվումէՊրինգլիգործողությունը: Այնթույլէտալիսբացառելարյունահոսությանայլպատյուղերիսխալկոդությունը, ինչպեսինեինեթեվարդայիներակներնուստրինսիներակը: Եթեայսգործողությունըևսչիբերումարյունահոսությանդադարեցման /IV աստիճանիվնասվածք/, իրականացվումէարյանհոսքիցվարդիվրիվանջատումստորինսիներակիստածանումցվեր /ադենէկտոմիայիցհետո/ նստածանումցերբևսեռվելով: Վաղուհամարժեքանոթայինհսկողությունըթույլէտալիսավելիհաստատ նույնականացնել վնասվածքնուկանգնեցնելարյունահոսությունը:

Փուլ 11. *Վարդիանջատումըերակայինարյանհոսքից*

Վարդիհետևում, ստորինսիներակիվնասմանդեպքում, իրումՊրինգլիգործողության, իրականացվումէդեպիվերինսիներակատրանսկավալկոմվարդայիներակ-երակայինճուղումով, որպեսզինսիներակիհետևվարդայինեզմենովնասվածքիվերացմանընթացքումպահպանվիերակայինարյանվերադարձը:

Փուլ 12. *Ներվարդայինբալոնայինտամպոնադա*

Վարդիթափանցողվնասումներիժամանակարյունահոսությունըկարելիէկանգնեցնել ներվարդայինբալոնով, խուսափելովայնհետոտոսոմայից /թրոմբոտոմիայից/: ՆերվարդայինբալոնըպատրաստվումէՊենրոուզդրենաժից, որըսեխտոումէ, ևդրեսբալոն, ևդրեսերիվկատետեր: Բալոնիուեցումըբերումէպարենխիմայիտամպոնադայի: ՈրպեսզինախորհուրդկարողէօգտագործելսովորականՃոլեկատետր: Տամպոնադանճնշումըվարդիմէ 48 ժամ:



Անաստոմիականառանձնահատկություններ, լուրջռիսկերը, վիրահատականհնարքներ.

ա/ չիկպրելիբացթողելհամակցվածներտրովայնայինվնասումները (ստամոքսաոպսավածք, բարակաղուսպսավածք, ենթաստամոքսայինգեղձիպսավածք, միջընդերքիպսավածք);

բ/ միշտանհրաժեշտէկատարելլայպիլրիվտեղայնացում;

գ/ եթեՊինգլի գործողությունը չիկանգնեցնում ապյունահանությունը(այսինքն՝ ապյունահանությունըլայպայինեղրակիցկոմսիեղրակից), ապապահովէմտածելհվազագումը 3-րդաստիճանիվնասմանմասին:

դ/ հիպերտենզիանուբացսինեղրակըբարձրացնումենօդայինէմբոլիզացիայիվտանգը:

Հետվիրահատականհետազոտություններ

- հետվիրահատականբուժումըինտենսիվթերապայիբաժանմունքումպահանջումէհիպովոլեմայիկայրազավորումևմահացուարկայի /հիպոթերմիա, ացիդոզ, կոագուլոպաթիա/ վերացում;
- որովայնիփակումիցհետո, որովայնայինհոմոստազիմեծ-հոմոստատնիւթերմանհամար, անհրաժեշտէներտրովայնայինճնշումնիտեսողությամբգազովլրացնել;
- եթեիրականացվելէստամպոնավորում, ապապահովելուակենդանացմանմիջոցառումներիցհետոպահանջվումէպղտևայնայինմիջամտությունստամպոնները, հինչպեսնաև /ըստցուցումների/ կրկնակիստամպոնավորման, հետևակետայինհեմոստազիև, վակուումայինպրեսիայիենթարկմանհամար, որովայնիվերջնականփակմանհամար:
Կրկնակիմիջամտությանժամկետըկախվածէհիպոթերմիայի, ացիդոզիևկոագուլոպաթայինբարդ կարգավորումից, որիվրաստվորաբարձախսվումէ24-48 ժամ:

Հարցություններ

Մոտակա՝

- արյունահոսություն,
- որովայնայինհեմոպերիտոնեում-հետսեռոտնիջ,
- լեղուպրոտեինոզ,
- լյարդայինանբավարարություն,
- ացիդոզ, կոագուլոպաթիա, հիպոթերմիա, բազմաօրգանայինանբավարարություն:

Հետագա

- բիլոմա,
- լեղայինկուղակ,
- լեղուղիներիստրիկտուրա,
- հեմոստոմայինփեկցումոթպրոխոակալում:

Գործառույթներոպեցիփիկբարդություններիժամանակ.

- լյարդայիներակիցկամսիներակիցպրյունահոսություններիժամանակսովորաբարպահանջվումէլյարդիլրիվանոթայինհեմոստազ (այսինքն՝ սիներակիվիակումլյարդիցվերնոհերթ, Պրինզիպգործողության հետեվեղով):
- եթեհնարավորչէհայտնաբերելպրյունահոսությանաղբյուրնոհամեմատաբարկարճժամկետումայնկանգնեցնել՝վիճակիկայունացմանհամարանիրաժեշտէիրականացնել տամպոնադպրանիվանդինոհեղավոխելինտեհնիկիվերապրայնբաժանմունք (որովայնիխոռոչըցանկալիէվակել ներծծվողցանցեր):
- տամպոնադպայիցհետոնվազագույնը 24 ժամերիընթացքումհեմոստազինոչդրվածվիրահատականվտանգներչպետէկրկնվեն, օգտագործելովայսժամանակըորպեսանմահկարելիությանհնրաբջանաստյանկոնհավորմանը:

Հետվիրահատականգործառույթներ

Կախվածէընդհանուրվիճակից օգտագործվում են ԳՋՀ, լաբորատորհետազոտություններ, հետրավորէդրսպէսզերծպայինտոնոգրաֆիա, ՀՇ: Եթեպրյունահոջանաստյունըվիրահատությունիցհետոկայունէևչկանորևէհեմոդոզիկնշաններկամլեղայինհետուկրճեժներում, ինթ-ստոմոսպինզոնդըհեռացվումէ 2-րդօրը, իսկդրենաժը՝ 4-5-րդ:

Զգուշացում՝եղեքզգոյշկապվածհետվիրահատականվերնոիլացիայիհետ, երբպրոտրոմբինմնիժամանակինճումըդրականէ՝չպետէբացթողելպլևրալխոռոչումհեղուկիծևավորումը:

Կերակրման վերսկսումը՝ յոդդիվնեասումանմեկուսացումիցհետո, պայմանավորված է ընդհանուրիրավիճակով, սննդակարգըաստիճանաբարընդլայնվում է:

Ախտիհայտում՝ բուժումըսովարտելուցանմիջապեսհետո:

Ցիգիտերապիա՝ ճնշատականովարժություններ:

Անաբեղմնավորությանտևողությունը՝ 2-4 շաբաթ, կախվածյոդդիվնեասմանաստիճանիցևուղեկցողհիվանդություններից:

Փորձնականբուժումներ

- Չհամապատասխանության դեպքում օգնությունչունեցողհիվանդի:
- Աշխատելփորձառուանեսթեզիոլոգիհետ:
- Պարբերաբարտեղեկացնելսրտանոթվնասվածքներիմասին:
- Լյարդըչպետքէտեղայնացվիմինչևբջանասովորածավալներիվերականգնումը;
- Խոշորանոթներիսեղմումիցառաջզգուշացրեք անեսթեզիոլոգին, համապատասխանվերապատրաստմանծավալովազդումըվատէանդրադառնումհիպոքսիայիզարգացմանվրա;
- Բարդությունիկերպումնամսոնդոգոնհանդիսանումէլավագույնորոշում:

Ենթաստամոքսային գեղձ

Վերջինսահմանափակվածկարողությունունիսննդանյութերիհանդեպպրահատականքաղցմանհամակհառուսառաջընթացմասին: Նորվիրահատությունները, հորմոտեցումներիուկիրառվող տեխնիկան, գուցենույնիսկվիրահատականքաղցմանորևէոնցեպիանիմնվածգեղձիհիվանդությունների էթիոպաթոգենեզիավելիլավըկոլման/օրինակ՝ պանկրեոնեկրոզի/, հորմոնխնոլոգիաներիներդրումով /լապարոսկոպիա, հնազագույնորովմատիկմուտ, ինտերվենցիոնճառագայթաբանություն/էնդոսկոպիա/ ևզգալիսառաջընթացով՝ ինչպեսսխտրոման /ՀՇ, էնդոսկոպիա, գերձայնայինհետազոտություն, ՄՌՇ, ՊԷՏ/, այնպեսէլանհետածգելի բուժօգնության վրա: Այսժամանակսրջանումնույնիսկնկարագրվելենորիհիվանդություններ /ինտրադուկտալպապիլայինմուցինոզուռուցք/ ևչնայածայնմիտումէլկարսակայնմերկողմիցայնչէրհայտնաբերվում: Այսձեռքբերումներիներդրումիցհետո, զգալիավելացել էորովիրահատությունների կատարմանհոտը /օրինակ՝պանկրեատոդուոդենալմասնահատում/, այնդեպքում, երբնվազել ենհետվիրահատականբարդությունների հաճախականությունը, ցույցտալովթերապևտների, որենթաստամոքսայինգեղձիվիրահատականքաղցմահեղանակները /վերծվածձեռքում/ ուղեկցվումեն 5%-ից պակասմահացությամբհոսպիտալացումնանցածդեպքի 60-70-թվականների, երբ այն հասնումէր 20-25%-ի:

Ինչպես նշվեց վերջին տպիներիհոդվածներում, ենթաստամոքսայինգեղձիվիրահատություններ.

Թրոմբոցիտոպենիկպուրպուրայիժամանակ

⇒ Գլխիկիմասնահատումստամոքսերկումատնոցայաղիքիպատիպանմամբ /Բեբեր/Ցռեյվիրահատություն/,

⇒ Թոքաբորբոքայինպլանխեկտոմիա:

Պոլիգլոբուլիայիժամանակ

⇒ Ագրեսիվընթացքունեցողպանկրեատիկոտպրածությանդրեննավորմանոտաբերելանակերով,

⇒ Նվազագույնինվազիվպանկրեատէկտոմիա /ոչմոյնդրեննավորում/:

Կրկնող /ռեցիդիվող/ պանկրեատիտների դեպքում

⇒ Սֆինկտերոտոմիա / սեպտէկտոմիա

Ենթաստամոքսայինգեղձիխոխլոտոխտում

⇒ Կղզյակայինբջիջներ, սեգմենտար, ամբողջօրգանի

Նորտեխնոլոգիաներ

⇒ Ենթաստամոքսայինգեղձիկղզյակայինբջիջներիտրանսպլանտացիաներիլապարասկոպիկեղանակովէնուկլեացիա, ենթաստամոքսայինգեղձիպիստոլմասնահատում, պսևդոկիստաներիներքին /պիլիմեջ/ դրենավորում, գաստրոյեյունոստոմաևհոյնիսկպանկրեոնեկրոզիդեպքերում՝ նեկրէկտոմիա:

Նորվոնցեպցիաներ

⇒ Ենթաստամոքսայինգեղձնուտրացիաներիլապարասկոպիկվուլավորում, որըթույլէտալխոսուսափելավերդրդրովայնահատումներից;

Սակայնհիմնականեղանակները, ինչպեսնաևվիրահատականտեխնիկանհիմնարար փոփոխություններիչենենթարկվելապահովումենհոյնմակրակրկիռ, համակարգայինէպոզիցիանևվիրաբուժականուսակությունները:

ԵՆԹԱՍՏԱՄՈՔՍԱՅԻՆԳԵՂՁԻՊՄԵՎՀՈԿԻՍՏԱՆԵՐԻԴԵՆԱՎՈՐՈՒՄ

Ներածություն

Ենթաստամոքսայինգեղձիպսևդոկիստաներիմեծմասըբուժումըվիրահանցվումէ, էկզոկրինարտազատուկիդեպիտալիներիհնդրեննավորմանպահովմանհիմքոցով, ինչըբերումէհամապատասխանծորանիվակմանկամնշտականխուղակիձևավորման:

Առավել հաճախ հիվանդությունը սպանում է ցիստոգաստրոստոմայի կամ ցիստոյեյունոստոմայի, իսկ ավելի հազվադեպ ցիստոդուոդենոստոմայի միջոցով:

Առանձին իվանդների մոտ հիվանդությունը կարելի է բուժել էնդոսկոպիկ եղանակով ցիստոգաստրոստոմայի կամ ցիստոյեյունոստոմայի ավորմամբ:

Յուցումներ և հակացուցումներ

Պլանային յուցումներ՝

- մշտական սպանդիստա՝ 4 սմ-ից ավել տրամագծով, տեղաբաշխմանախտանիշերով չափերի մեծացման հետևանքով:

– *ցիստոգաստրոստոմիա՝* սիմպտոմատիկ կամ ենթաստամոքսային գեղձի շատմեծ կիստաների ժամանակ, ստամոքսի հետ միացման ֆիստուլայով, երբ վերջինիս հետ միացված կարգավորվում է սպանդի ստայի առաջացման տեմպը,

– *ցիստոյեյունոստոմիա՝* գեղձի բորբոքավածքերում /գլուխ, մարմին, պոչ/ տեղակայված պսևդոկիստաներ՝ չֆիստուլավածստամոքսի հետ միացման, ինչպես նաև պսևդոկիստաներ, որոնք պրոգրեսիվ մեծացող ցավածության պատճառ են դարձել;

– *ցիստոդուոդենոստոմա՝* ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի պսևդոկիստաներ, առաջացած ընդհանուր լեղատար ծորանի սեղմման հետևանքով:

Հակացուցումներ՝

- պսևդոկիստաներ, առաջացած ենթաստամոքսային գեղձի ուռուցքի հետևանքով (6 շաբաթից պակաս):
- Կիստայի հետ կապված բարդություններ առաջացմանդեպքում (արյունահոսություն, պատռվածք, թարախակույտ, էրոզիաներ բարակաղիքում), առկա ակնհայտ ժամանակ չի տրամադրվում:
- Կան կասկածներ կիստոզուուցքի վերաբերյալ (ցիստադենոկարցինոմա):

– *Ցիստոգաստրոստոմիա՝* գլխիկի կամպսևդոկիստաների ստամոքսին չկպած կամպսևդոկիստա, որոնք պրոգրեսիվ մեծացող ցավածության միջոցով, մասնակի կամ ամբողջական խոչընդոտ են ստամոքսին;

– երբ վիրաբույժը համոզված չէ, որ կիստոզգայացությունը բխում է պսևդոկիստա;

– արտահայտված ֆիբրոզ ներթափանցում պսևդոկիստայում:

– *Ցիստոյեյունոստոմա՝* փսևդոկիստաներ, որոնք ավելի հարմար են ցիստոգաստրո- կամ ցիստոդուոդենոստոմայի համար:

– *Ցիստոդուոդենոստոմա՝* պսևդոկիստաներ, որոնք չեն հետևանք ջրածնական կապոստասների չափման հետևանքով, կամ պատված ծխական կածդեպիստաների /մեծկանխոբոմպուլա/ ենթաստամոքսային գեղձի ծորանի բացված ծխեղում:

Այլընտրանքային վիրահատություններ՝ ներմաշկային հիվանդությունների, էնդոսկոպիկ ցիստոգաստրոստոմիա, ենթաստամոքսային գեղձի մասնահատում:

Նախավիրահատական հետազոտություններ և պատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ Գանգատներում կարևորվում ենրովայնում կամ գոտկատեղում տարածուն ցավերըբնորոշ սուր պանկրեստիտի նոպային, սրտխառնոցը, փսխումն ու քաշի կոևուստը:
- ✓ Կլինիկորեն էպիգաստրալ շրջանում կարող է շոշափվել ծավալային գոյացություն:
- ✓ Լաբորատոր փորձերըշիճուկում հայտնաբերում են ամիլազայի մշտական բարձրացում, սուր պանկրեատիտի նոպայից հետո:
- ✓ Հատուկ հետազոտման եղանակներից կարող են կիրառվելՀՇ /կարող է հայտնաբերել ենթաստամոքսային գեղձի մեկ կամ մի քանի պսևդոկիստաներ և օգնել տարբերակել գեղձի կիստազ ուռուցքները պսևդոկիստաներից,ԷՀՊԳ /կիրառվում է հազվադեպ, սակայն կարող է օգնել տարբերակել ենթաստամոքսային գեղձի գլխավոր ծորանի հետ հաղորդացվող փսևդոկիստան կիստոզ ուռուցքներից, որը կարող է լինել միայն ներծորանային պտկիկային ներծորանային պտկիկային մուցինոզ ուռուցք:

Նախահիվանդանոցայինփուլում – վիրահատությունից2-4ժամառաջհիվանդըչպետքէընդունիսնուդկամեղուկ: Կանխարգելիչներեբակայինհակաբիոտիկթերապիան իրականացվում է կախվածվիրահատությանտեսակից:

Սպեցիֆիկխնդիր, հիվանդիտեղեկացվածհամաձայնությունը.

- ❖ հնարավորէմիաժամանակիրականացնելլեղաբշտայինհիվանդությանբուժում,
- ❖ սուբպանկրեատիտ,
- ❖ բերանակացմանհանբավարարություն (1-5%),
- ❖ պանկրեատոգեն շաքարախտ (>5%),
- ❖ թարախակույտ (>5%):

Հիվանդիդիրքը՝ մեջքիվրապատկած

Մուտք՝վերին-լայնակիորովայնահատում, ոչհաճախդեպերում՝ միջայինորովայնահատում:

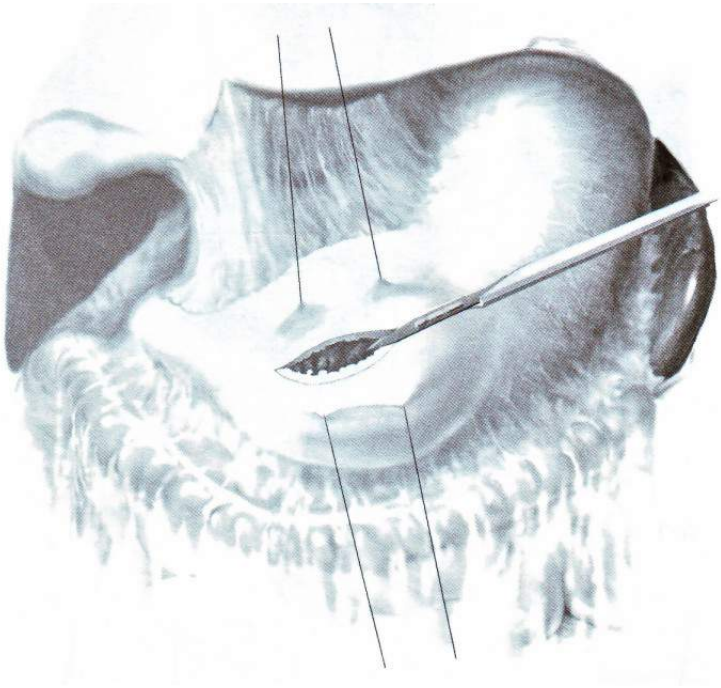
Վիրահատություն

Բացձիստոզաստրոստոմիա

Փուլ 1. *Պևնրակիստոյիէքսցիզիա*

Նախընտրելիէերկկողմանիենթակողային նկտրվածք, որպեսայլընտրանք, կտրողէկիրառվելմիջայինկտրվածքը: Որովայնիխոռոչիառավորականսուգումիցհետոլայնորովայնոտրովայնիպատերիտեղաշարժմանհամարկիրառվումէմեխանիկականկլորեատրակտոր: Ստամոքսնիհետինպատիկպածպսևդոկիստանուսումնասիրվումուշադիրէստամոքսիցից: Ստամոքսիառաջայինպատին,

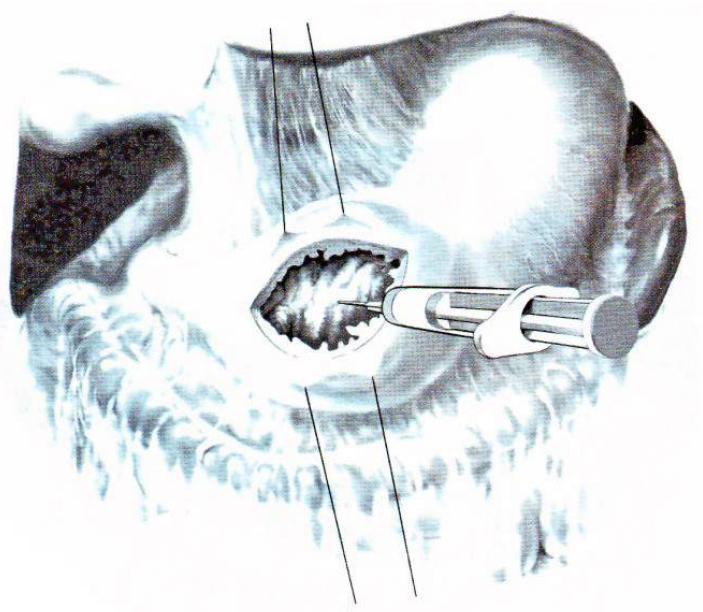
կիստոպլաստիկա, դրվում են ճիճաձև-մկանային կարեր-բռնիչներ, որից հետո իրականացվում է երկայնական կիզակետային տոմոգրաֆիական ուսումնասիրություն ծխի հեղուկի ներարկմամբ բռնիչների:

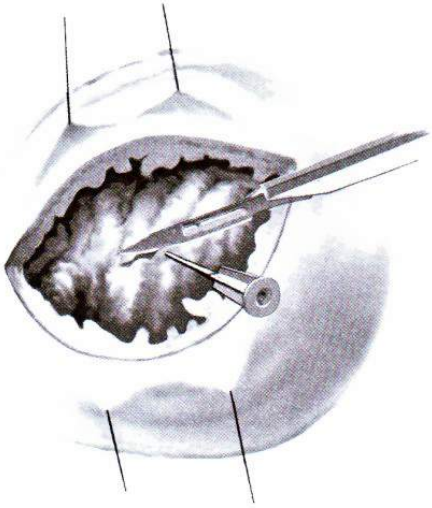


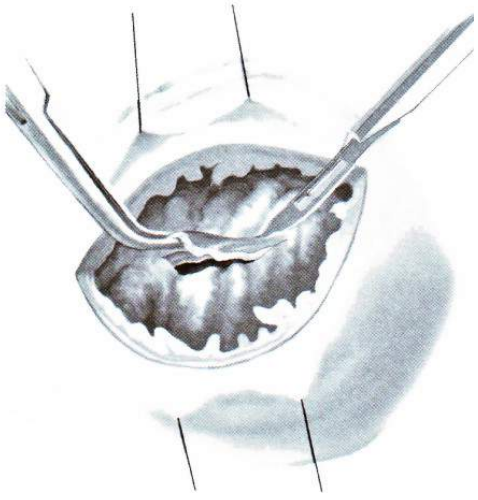
Փուլ 2. Սոնոգրաֆիայի միջոցով կիստոպլաստիկա

Կիստաճիճաձևությունը ախտորոշվում է սոնոգրաֆիայով: Նրա պարունակությունը դուրս է մղվում 22 G-ոց ասեղով, որը սովորաբար իրենից ներկայացնում է մոտ, դարչնագույն հեղուկ: Եթե պարունակությունը ունի խիտ, կարելի է մտածել կիստոգրաֆիայի մասին: Արտաթելուցիան, , կիստան ճնշարվում է ասեղի վրայով: Ասեղը հեռացնելուց հետո անցքի միջոցով ծծեն հեղուկի չափով, 3 ամսվա ընթացքում վրա, բացվում են սոնոգրաֆիական կիստոպլաստիկայի: Կիստոպլաստիկայից ճնշարվում է խոպան: Մաղձի ցնդումը կիստոպլաստիկայի մեջ այն բոլոր դեպքերում չի ճնշարվում, եթե կան միջնապատեր, ապա բավարար զգուշություն են ցուցաբերում կիստոպլաստիկայի ընթացքում:

Ավելի զգալի են ուռուցքները չի զգուշություն են ցուցաբերում հեղուկի:





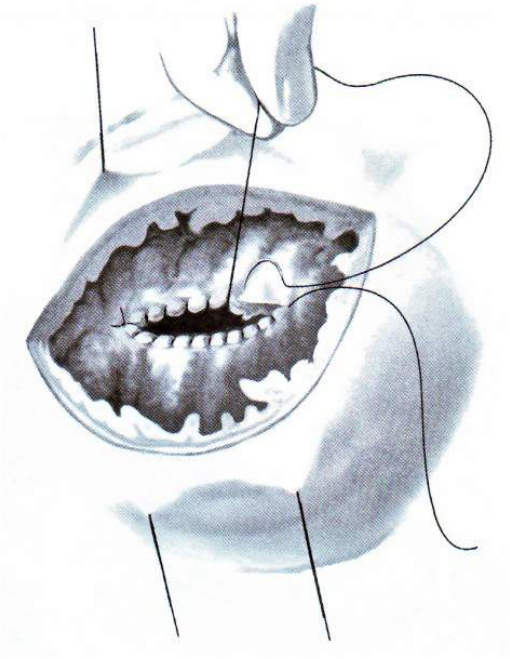


Փուլ 3. *Ցիստոգաստրոստոմիայի կատարումը*

Ստամոքսի կիստայի բորբոքված պատերը մեծ ամպուլայով հեռացնելուց հետո՝ անցնում են ստամոքսահաստոցային կարերի տեղադրմանը: Կարերի քանակը 3–ից մինչև 9-ը, իսկ հաստությունը 9–ից 3–ը, ապահովելով ազատ հաղորդակցություն կիստայի խոռոչի և ստամոքսի միջև:

Գաստրոստոմիկ անցքը կտրվում է երկարությամբ, որպեսզի այն թափանցիքը հետագայում կիստոմոզ /հերմետիկ անցնի/ կարով 3-0 պոլիգլիկոնատով, արտաքինը՝ շեղ-մկանային հանգուցակարեր՝ 3-0 մետաքսաթելով/:

Որովայնի խոռոչը փակվում է առանց դրենաժի:



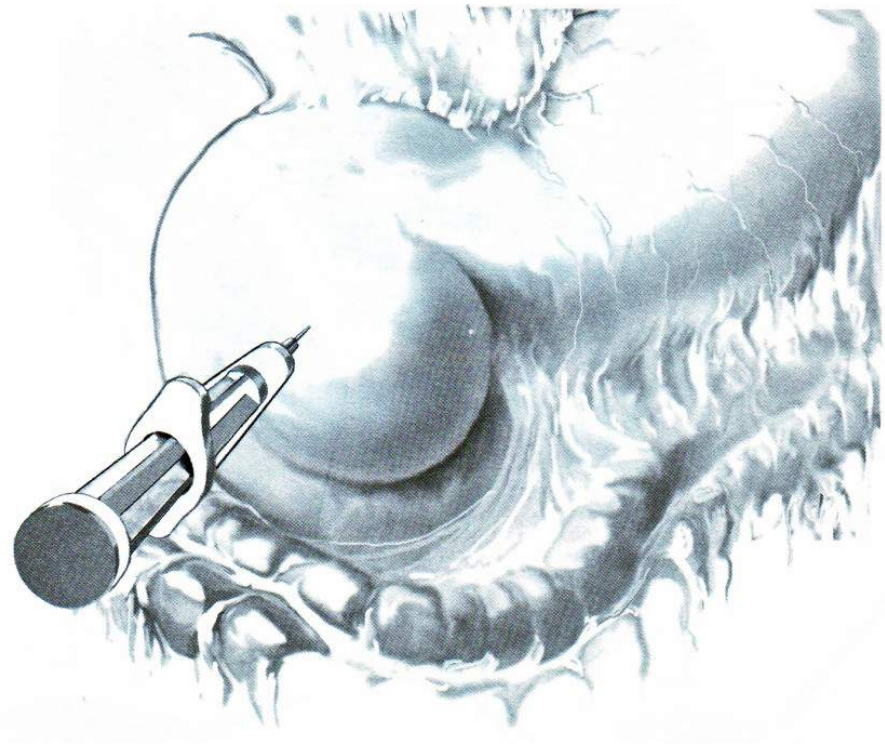
Բացիստոդուոդենոստոմիա

Փուլ 1

Հատուկ ցուցումներ՝ ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկում պսևդոկիստան անատոմիորեն տեղակայված է այնպես, որ հնարավոր է իրականացնել միայն ցիստոդուոդենոստոմիա:

Կիրառվում է նույն մուտքը և էքսպոզիցիան, ինչը ցիստոգաստրաստոմայի ժամանակ:

Պսևդոկիստան հայտնաբերվում է շոշափումով, պարունակությունը արտածծվում 22 G-ոց ասեղով: Սովորաբար այն պարունակում է թափանցիկ, գորշավուն հեղուկ, լորձային հեղուկի առկայությունը խոսում է կիստոզ ուռուցքի մասին: Կաստան նշտարով բացվում է ասեղի վրա: Կիստայի պատի բարձրացման և անցքի, մինչև 2-3սմ ու ավելին, լայնացման համար օգտագործվում է սեղմիչ, որի բրանշը թեքված է ուղիղ անկյան տակ: Կատարվում է պատի բիոպսիա:

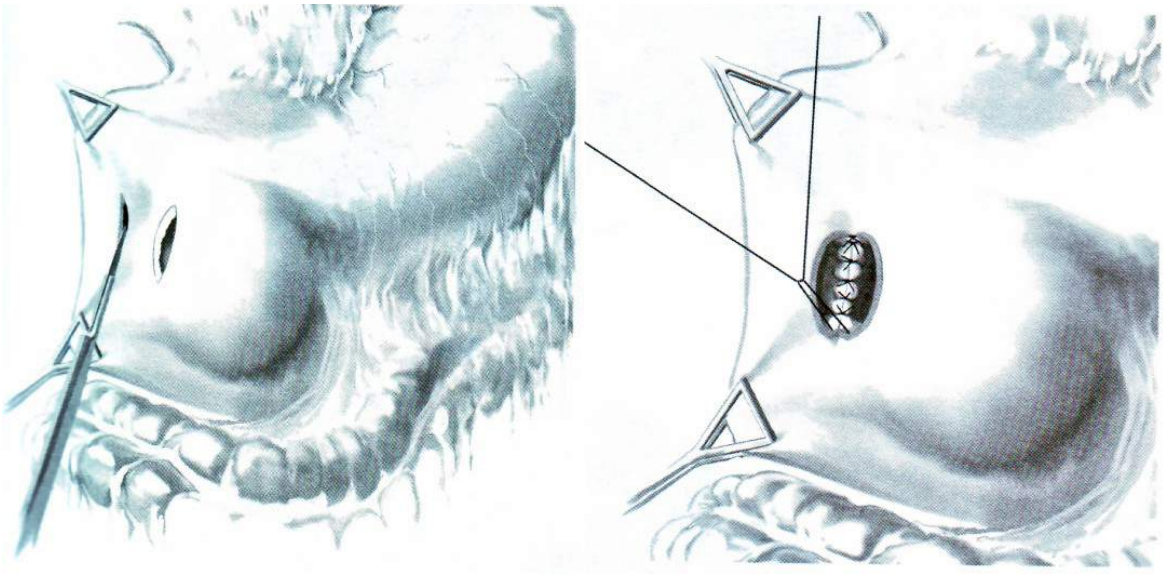


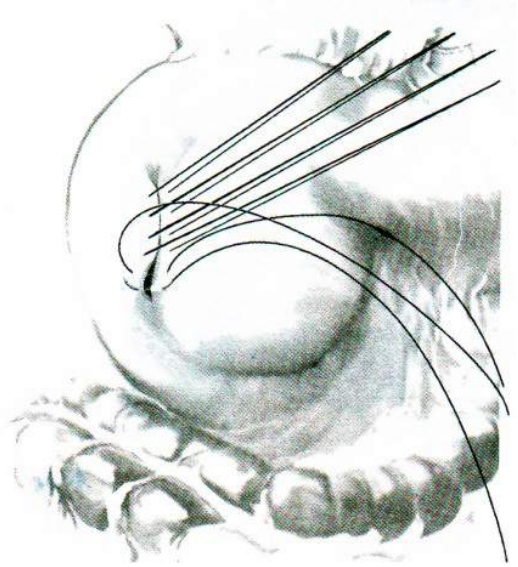
Փուլ 2

Կոխերի գործողությունից հետո, ձևավորվում է մոտ 2-3սմ երկարությամբ, առաջային ուղղահայաց դուոդենոստոմա: Վերջինիս հետին պատը ձևավորվում է մետաքսաթելի հանգուցակարերով: Առաջային պատին դրվում են տառներկումատնյա աղուց դեպի կիստա գնացող մեկ շարք հանգուցակարեր՝ 3-0 մետաքսով:

Եթե հնարավոր է դնել տրանսդուոդենալ ցիստադենոստոմա ապա այն արվում է նույն կերպ, ինչպես և ցիստոգաստրոստոման: Սակայն որպեսզի խուսափենք ընդհանուր լեղածորանի վնասումից, կիստայի դրենավորումը տառներկումատնյա աղու հետին պատի հետ իրականացվում է միայն նրա առաջին ու երրորդ հատվածներում, խախտառներկումատնյատողուհետևիպատիկտրվածքնուբերանակցումը՝ միջին գծով, բացառելով ստամոքս-տասներկումատնյա և ենթաստամոքս-տասներկումատնյա անոթների հնարավոր վնասումը: Ընդհանուր լեղածորանի և անոթների հայտնաբերման անհրաժեշտությունդեպքում, կատարվումէ ներվիրահատական ԳՋՀ:

Որովայնի պատը կարվում է ինչպես ցիստոգաստրոստոմայի ժամանակ:

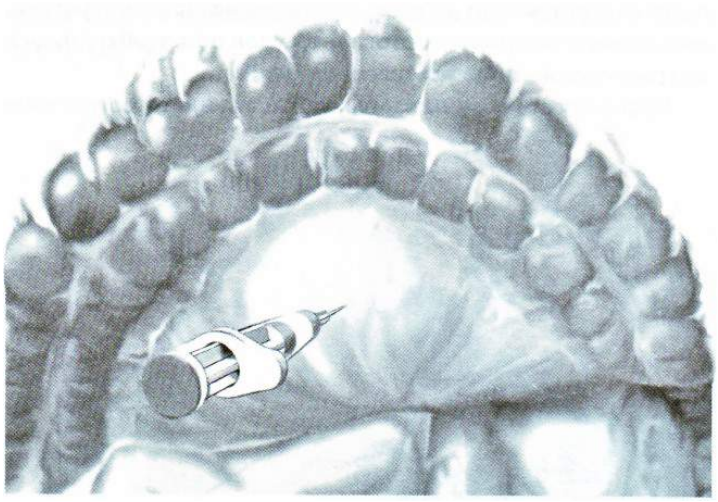




Բաց ցիստոյեյունոստոմիա

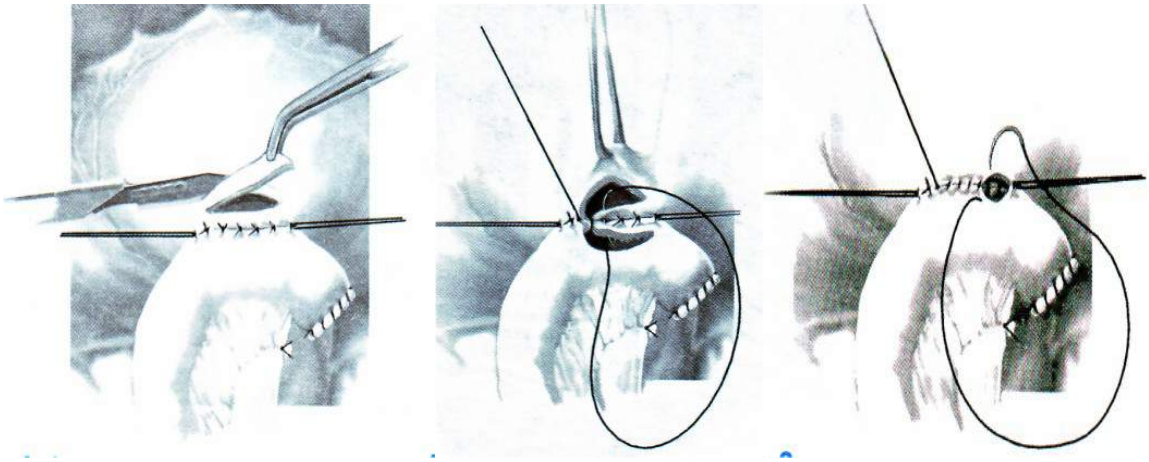
Փուլ 1. *Պսևդոկիստայի էքսպոզիցիան*

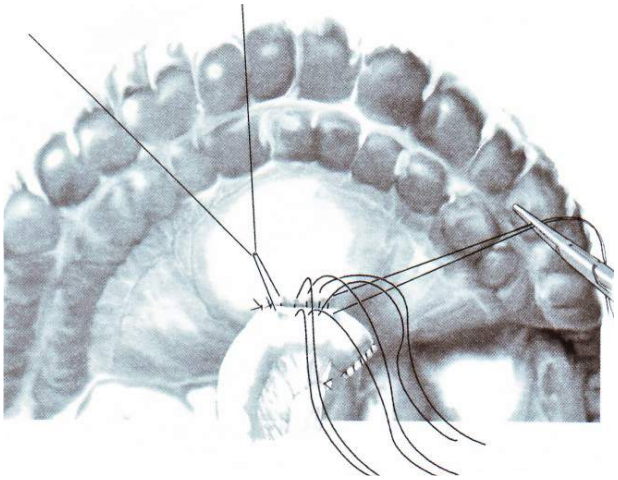
Հատուկ ցուցումներ. անկախտեղակայումից, ստամոքսի հետին պատին չկպած ենթաստամոքսային գեղձի պսևդոկիստաները, ինչպեսնաև լայնաձիգ հաստ աղու միջընդերքից արտափէվածկլաստաներըբերանակցվումենբարակաղեգալարիհետ: Ինչպես արդեն նշվել է ստանդարտ մուտքից ու ռետրակտորով էքսպոզիցիան ապահովելուց հետո, 22G-ոց ասեղով կիստայի պարունակությունը ենթարկվում է արտածծման:



Փուլ 2.

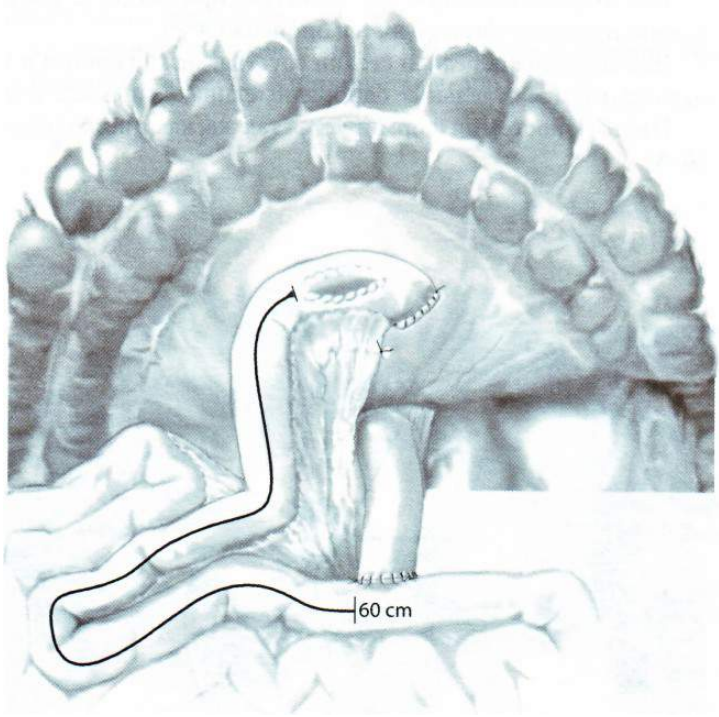
Տրեյցի կապանից 20 սմ-ից դիստալ ուղղությամբ պարանոցային կարող գործիքով հատվածք: Դիստալ հատվածը Ռա-ի գալարի ձևով մոտեցվում է կիստային: Կիստայի և աղիքի միջև 4-5սմ ու ավելի երկայնքով դրվում են հանգուցակարեր /3-0 մետաքս/ և բոլոր կարերը դնելուց հետո՝ կապվում: Ցիստոստոմիան իրականացվում է նույն կերպ և կիստայի պատից վերցվում բիոպսիա: Ցիստոյեյունոստոման ձևավորվում է “կողք-կողքի”, վերընճվածեղանակով:





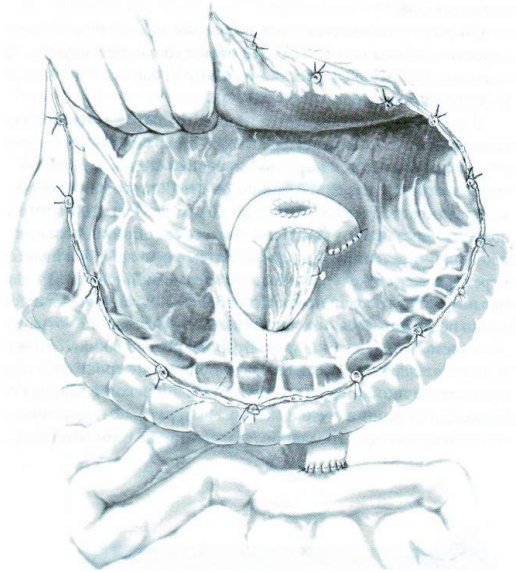
Փուլ 3.

Պրոքսիմալ բաբախաղին բերանակցվում է ըստ Ռու-ի՝ առանձնացված աղեգալարի հետ 60սմ հեռավորության վրա:



Փուլ 4.

Եթե կիստան չի արտափփվում լայնաձիգ հաստ աղու միջընդերքի միջոցով ֆիքսված չէ ոչ ստամոքսին, ոչ 12-մատնյա աղուն ապա նրան հասնելու համար հատվում է ստամոքս-հաստաղիքային կապանը: Ըստ Ռու-ի գալարը անցկացվում է հետհաստաղիքային ուղիով՝ միջին հաստ աղիքային անոթներից աջ կամ ձախ:



Լապարասկոպիկ ցիստոգաստրոստոմա

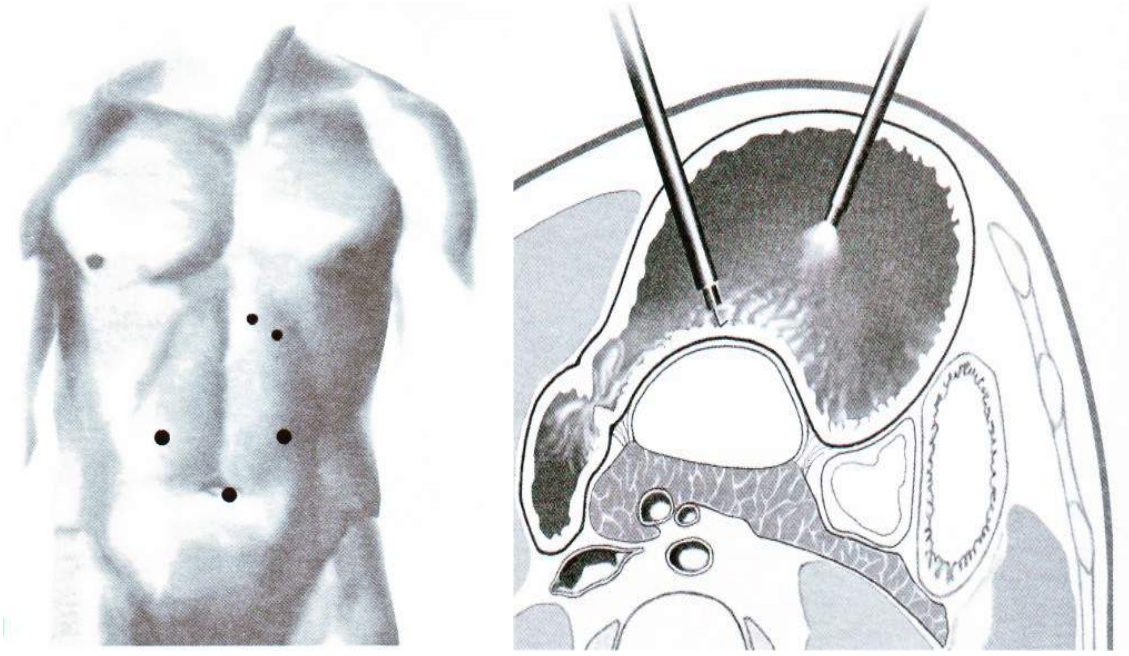
Փուլ 1

Բաց ցիստոգաստոստոմաների այլընտրանքն համարվում կամրիվ էնդոսկոպիկ մուտքը ցիստոգաստրոստոմա ձևավորելու համար կամ ավելի քիչ ստանդարտիզացված, մաշկի ու ստամոքսի միջով, ռենտգենաբանական հսկողության տակ, ցիստոգաստրալ խողովակի տեղադրումը: Լապարասկոպիկ մուտքը ապահովում է առավել լավ տեսանելիություն, ինչպես նաև լապարասկոպիկ եղանակների կիրառում, որոնք սահմանափակված չեն գաստրոսկոպի նեղ աշխատանքային կոպտուղիով: Գազով լցված ստամոքսի լուսանցք մտցվում են երկու տրոակարներ և ստամոքսի խոռոչը նմանվում է գազով լցված որովայնի խոռոչի:

Վիրահատությունը սկսվում է լապարասկոպի համար /5մմ կամ 10մմ/ հարպորտային տրոակարի տեղադրումով:

Ստամոքս էանցկացվում քիթ-ստամոքսային զոնդը և միացվում լապարասկոպիկ ինսուֆլյատորին: Ստամոքսի ուռեցման համար, նրա մեջ լցվում է ածխաթթու գազ, մինչև որ նրա առաջային պատը կհայտնվի որովայնի պատից մի քանի միլիմետր հեռավորությանվրա, ինչը դիտվում է լապարակսոպի միջով: Ստամոքսի մեջ տեղադրվում է 10մմ–ոց տելեսկոպիկ տրոակար, որը սկզբից անցկացվում է որովայնի պատի միջով ու հասնում ստամոքսին՝ սովորաբար ձախ էպիգաստրալ շրջանում: Որից հետո տրոակարը ձեռքի արագ ու կտրուկ շարժումով մտցվում է ստամոքսի խոռոչ: Տրոակարի միջով անցկացվում է 30 աստիճանի 5մմ-ոց լապարասկոպ, ստամոքսի խոռոչը դիտարկվում է ինչպես որովայնի խոռոչը և քանի որ ստամոքսի պատերը արտացոլում են լույսը, պատկերը լինում է վառ և մանրամասն: Երկրորդ տրոակարը ստամոքս

է մտցվում առաջինից 6-10 սմ հեռավորության վրա: Պետք է համոզվել, որ տորակարների դիրքը, ստամոքսի միջով վիրահատության համար, բավարար է նրանից ամեն մեկի մեջ մտցնելով 5մմ-ոց էնդոսկոպ: Տելեսկոպիկ տրոակարները ստամոքսի պատում ստեղծում են կոկիկ, հերմետիկ անցքեր, ի տարբերություն սովորական կտրող տրոակարների, որոնք առաջացնում են ոչ հերմետիկ վեքեր:



Փուլ 1. /շարունակություն/

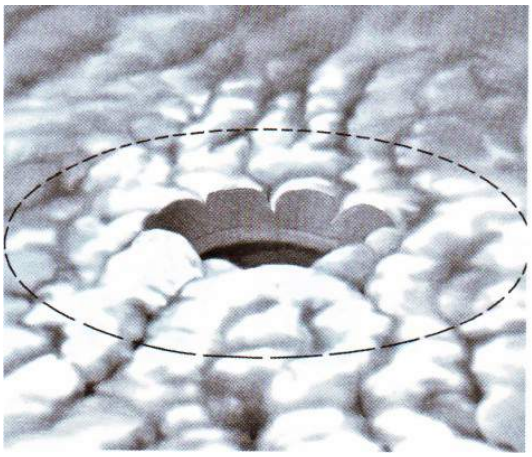
Որովայնի խոռոչի գազի ինսուֆլիացիան դադարեցվում է և տրոակարներում բացվում են փականները, որպեսզի թույլ տան ստամոքս դրված տրոակարների կողքերով դուրս եկող նույնիսկ գազի ամենաչնչին քանակին հեռանալ որովայնի խոռոչից, չկուտակել այնտեղ: Ճնշումը ստամոքսի խոռոչում պետք է դրվի 20սմ ջրի սյան մակարդակում: Ինսուֆլիացիան իրականացվում է տրոակարներից մեկի միջոցով:

Սովորաբար ստամոքսի հետին պատով, բավականինհեռու, հայտնաբերվում է պսևդոկիստա յուղոպայմանավորված արտափքում: Կիստայի նույնականացման համար, կողմնային պատով նրա խոռոչ է մտցվում ասպիրացիոն ասեղ ու հեռացվում պարունակության մի մասը: Եթե ասպիրացիայի ժամանակ հեղուկ չի ստացվում ուրեմն կամ ասեղն է կիստայից դուրս կամ պարունակությունն է պինդ: Վերջինս հանդիպում է ավելի հազվադեպ, այնպես որ առավել հավանական է առաջին տարբերակը: Նորից դիտարկեք շերտանկարները ու փորձեք հրահանգել կրկնակի պունկցիա: Որպես կանոն նրանց հայտնաբերումը դժվարություն չի ներկայացնում և լապարասկոպիկ սոնոգրաֆիա կարիք չի ունում:

Տեղայնացնելով կիստան, էլեկտրավիրաբուժական միաբևեռ կեռիկով, մոտ 1սմ երկայնքով պսևդոկիստան, ստամոքսի հետին պատով, բացվում է: Կիստայի պարունակությունը ենթարկվում է

ասպիրացիայի և էնդոսկոպը մտցվում է նրա խոռոչ: Որից հետո, անհրաժեշտ է լայնացնել ցիստոգաստրոստոմիկ կտրվածքը այնպես, որ այն գտնվի կիստայի պատի ու ստամոքսի հպման շրջանի կենտրոնում, կազմելով կիստայի տրամագծի մեկ երրորդից մինչև կեսը: Պետք է հասնել հեմոստազի, որի համար օգտվում են էլեկտրոկոագուլյատորից կամ լիգատուրաներից:

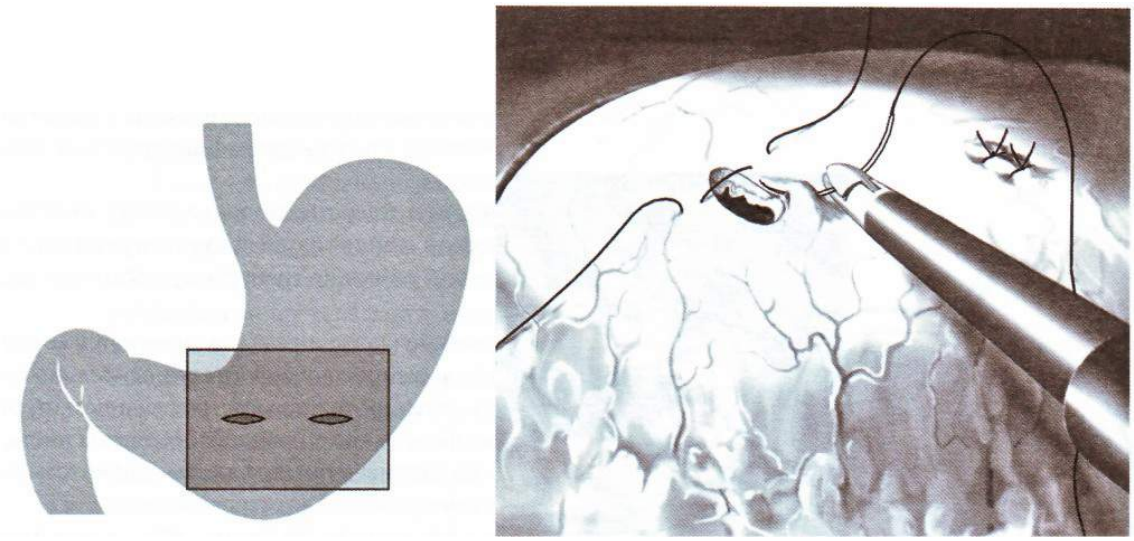
Կիստայի խոռոչից պետք է հեռացվեն նեկրոտիկ ֆրագմենտները, ժամանակավոր ապես տեղադրելով նրանց ստամոքսի խոռոչում: Ստամոքսից տրոակարների հեռացումից առաջ նրանք պետք է հրվեն ու անցկացվեն տասներկումատնյա աղի: Չպետք է փորձել “մաքրել” պսևդոկիստայի պատերը:



Փուլ 2

Ստամոքսային տրոակարները դուրս են բերվում և նորից դրվում է պնևմոպերիտոնեում ու հարպորտային տրոակարով մտցվում է լապարասկոպ: Ստամոքսային տրոակարները հանվում են օրգանից տեսողական հսկողության տակ, բայց չեն հեռացվում որովայնից, քանի որ մուտքի անցքերից գազը դուրս կգա: Ստամոքսը դատարկվում է բիբ-ստոմոսային զոնդով:

Ստամոքսի առաջային պատի պունկցիոն անցքերը կարվում են առանձին ինտրակորպորալ կարերով /2-0 մետաքսով /՝ ըստ Լամբերի կամ էնդոսկոպիկ կարող գործիքով: Վերջում հանվում են բոլոր հինգ տրոակարները նախ բիբ-ստոմոսային զոնդը:



Անատոմիականառանձնահատկությունները, լուրջոխսկերը, վիրահատականհնարքները

ա/ ցիստոյեյունոստոմիան (40սմերկարությամբգալար) հանդիսանումէստանդարտվիրահատություն: Եթեկիստանիխտամոտէտեղակայված 12-մատնյաղարմն, կամստամոքսին, ապացիստոդուոդենոստոմիանիկամցիստոգաստրոստոմիանհանդիսանումենավայլընտրանքներ,

բ/ չդրեհնավորեֆզարկերակայինպուլսացումևրիզմայինճոճանեթովկիստաները, նրանցպետքէմասնահատել,

գ/ կիստաներըմիշտեհեռացրեֆիմնական, երկրորդայինկիստաներըմիացրեֆիմնականին, կիստայիպարունակությունըցվերցրեֆնմուշմանրեաբանականհետազոտությանհամար,

դ/ միշտկատարեֆկիստայիպատիբխոպսիա,

ե/ կիստաները, որոնքպատվածենէպիթելումով, չենհանձնումպաթոլոգիականեղանակովեն, այլոչթեդրենավորվեն,

է/ հնարավորէկտրվածքի/բերանակցմանեզրիկարումնընդհատվարով,

ը/ եթեկիստայիպատիբերանակցմանհնարավորությունըկասկածելիէ, կիրառեֆերբինդրենավորում, սակայնմիջամտությունըավարտեֆարտաքինդրենավորմամբևավելուծ, կայունկպումներիհաջացումիցհետո, իրականացրեֆստուգում:

Զգուշացում. բացեղովկիստանայնածիգհաստատուցեբև՝ զգուշացեֆմիջինհաստաղիքայինզարկերակիվնասումից:

Զգուշացում. բացչթողնեֆանևրիզմայինպատռումըպլուպացողկիստայիպարագայում, մինչևկիստայիբացազատումըպետքէունենալանթիպրոֆսիմալսեգմենտիհմոտենալուհնարավորություն, կարելիէիրականացնելախտորոշիչպունկցիա:

Հետվիրահատական դիտարկում

- ✓ ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքում հսկողությունըմիայն առանձին հիվանդների համար է պահանջվում :
- ✓ ֆիբ-ստամոֆսայիգաստրոսկոպ ասպիրացիա առաջին 48 ժամերի ընթացքում:

Տեղային հետվիրահատական բարդություններ

Վաղ՝

- արյունահոսություն ստամոքս-աղիքային տրակտի վերին հատվածներից,
- բերանակցման անբավարարություն և/կամ ներորովայնային թարախակույտ,
- զգուշացեք ալկոհոլի բացառումից:

Ուշացած՝

- պսևդոկիստայի կրկնություն,
- սխալ ախտորոշում, այսինքն կիստոզ ուռուցքը պսևդոկիստայի վախսպրեն, որը բերում է համապատասխան ախտանիշներով “կիստայի” հաճախակի կրկնության:

Գործառույթներըսպեցիֆիկբարդություններիժամանակ.

⇒ եթեպսևդոանևրիզմայիսպառնալածքլկհոսայիմեջանգիոգրաֆիկհաստատվել է, հարկավորէռենոգենաբանականհսկողությանտակիցանոթայինկոտեռերովկանգնեցնել արյունահոսությունը,

⇒ համարժեքբեռնավորվողանկրեատինինկլիրենսկհերկարելէնդոգեն պսևդոպանկրեատիտ՝ ապահովելովինվանդիսպրէնտերոանաստոմոզովինհեռանալուծումը, ինչըկարողէբերել նրանցիհիմնությանկոման:

Հետվիրահատականգործառույթներ

Բժշկականհետամ՝ ֆիբ-ստամոքսայինզոնդըհեռացվումէ 1-2-րդօրը, խոպրեհաժիները՝ 5-8-րդ: Հետվիրահատականշրջանումկատարվումէգերծայնայինուլտրաձայնություններ:
Ցանքսիպրավանությունհիդեֆումպսևդոցիստէհակաբակտերիալթերապիա՝ 7 օրերիընթացքում:

Կերակրման վերսկսում՝ 2-րդօրվանիցսկսածվճռբկումերովհեղուկ, թույլէտրվումզտվել 3-րդօրվանից, սովորականսննդիընդունումը՝ինքնությանկղզատմանուլաբորատորցուցանիշերինորմալացումիցհետո:

Ապիայինփուլիկյան. հնարավորէմեխանիկականխթանումկամթույլուծողականներովպերօսընդունում:

Ֆիզիոթերապիա՝ շնչառականվարժություններ:

Անաշխատունակությանտևողությունը՝ 1-2 շաբաթ:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

Բաց ներքին դրենավորում

- Համոզվեք, որ պսևդոկիստայի պարունակությունը համապատասխանում է կիստաների պարունակությանը, այսինքն իրենից ներկայացնում է պարզ, գորշավուն հեղուկ, այլ ոչ թե լորձ, որը առավել բնորոշ է կիստոզ ուռուցքներին:
- Թողեք ասպիրացիոն ասեղը տեղում և նրա վրայով, նշտարով մտեք կիստայի խոռոչ:
- Որպեսզի բարձրացնեք կիստայի պատը և կատարեք համապատասխան չափի կտրվածք օգտագործեք ուղիղ անկյան տակ թեքված սեղմիչ:
- Գործնականում, բոլոր դեպքերում անհրաժեշտ է կատարել կիստայի պատի բիոպսիա:

- Եթե կիստայի պարունակությունը թարախային բնույթի է, ուղարկեք նրա քսուկը ըստ Գրամի ներկելու: Եթե միկրոսկոպիկ հետազոտության ժամանակ հայտնաբերվում են միայն լեյկոցիտներ ապա կարելի է իրականացնել ներքին դրենավորում: Եթե հայտնաբերվում են մեծ քանակով բակտերիաներ և հեղուկը ինֆեկցված է՝ նախընտրելի է արտաքին դրենավորում:
- Լայնորեն կիրառեք ներվիրահատական ռնտգրաֆիա, ինչը կարող է հայտնաբերել նաև այլ կիստաներ: ԳՋՀ-ն ընդհանուր լեղածորանի ու պանկրեատիկ ծորանի հայտնաբերմանը, ինչպես նաև պարզելու պսևդոկիստայի փոխհարաբերությունը շրջակա օրգանների ու անոթների հետ:

Լապարասկոպիկ ցիստոգաստրոստոմիա

- Լապարասկոպիկ մուտքով իրականացվող ցիստոգաստրոստոմայի տեխնիկան հիմնականում համապատասխանում է բաց վիրահատությանը: Չնայած եղել է առաջարկ իրականացնել լապարասկոպիկ “կողք-կողքին” ցիստոգաստրոստոմիա՝ գծային լապարասկոպիկ կտրող-կարով, ներկայացված բերանակցման տեխնիկան թույլ է տալիս բացառել ներորովայնային “բերանակցման անբավարարության” վտանգը:
- Նախնական նեղ ցիստոգաստրոստոմիան կարելի է լայնացնել էնդոսկոպիկ կտրող գծային գործիքով կամ նույնիսկ հարմոնիկ նուռով, սակայն դա խիստ անհրաժեշտ չի, քանի որ այն ավելացնում է վիրահատության արժեքը:
- Ուշադիր դիտարկեք ցիստոգաստրոստոմայի շրջանը, եթե կա որևէ արյունահոսություն ապա կտրվածքը, ներստամոքսային երկու տրոակարների միջով, կարող է կարվել 2-0 մետաքսով կամ կանգնեցվել էլեկտրականուտերով:
- Եղեք զգույշ ենթաստամոքսային գեղձի մեծ պսևդոկիստաների դեպքում: Համոզվեք որ փայծաղային երակի և վարիկոզ լայնացած ստամոքսային երակների սեղմում կամ փակում չկա: Նման վարիկոզ հանգույցները կարող են լինել բավականին մեծ և բերել ծանր արյունահոսության ցիստոգաստրոստոմայի ժամանակ:

Դեներվացիա, ցավի բուժում

Ներածություն

Ենթաստամոքսային գեղձի բարորակ կամ չարորակ հիվանդությամբ պայմանավորված ցավը կարող է լինել խիստ հյուծող: Նման իրավիճակներում ցավի թեթևացման ընդլայնված վիրահատական եղանակները ներառում են լրացուցիչ:

եղանակներովիրահատվածծ ընտրողական դեներվացիաները թույլ են տալիս հասնել բավականին լավ միջին տևողության ամոքիչ արդյունքի:

Ցուցումներևհակացուցումները

Ցուցումներ՝

- էպիգաստրալ շրջանի ու բիլուեքի ցավեր, կապված ենթաստամոքսային գեղձի անմասնահատելի քաղցկեղի կամ հարամպուլյար և ստամոքս-աղիքային ուղու այլ չարորակ ուռուցքների, ինչպես նաև քրոնիկ պանկրեատիտի հետ, եթե չկան ցուցումներ այլ տիպի վիրահատական բուժման վերաբերյալ:

Հակացուցումներ

- մաշկի միջով կամ էնդոսկոպիկ քիմիական սպլանխիկէկտոմիայի անհաջող փորձեր:

Վիրահատության

Ներվիրահատական քիմիական սպլանխնիկէկտոմիան կարող է լինել օգտակար, երբ լապարասկոպիկ հայտնաբերվում է ենթաստամոքսային գեղձի անմասնահատելի քաղցկեղ: Փոխանակ նման հիվանդները ենթարկվեն հետվիրահատական էնդոսկոպիկ քիմիական սպլանխնիկէկտոմիայի, այն հեշտությամբ ու արդյունավետ կարելի է իրականացնել վիրահատության ընթացքում:

Ընթացքը

⇒ ընդերային հյուսակը պարունակում է վիսցերալ աֆֆերենտ /ցավային/ ելարդեր, որոնքսկիզբեննումստամոքսից, ենթաստամոքսային գեղձից, լեղային ծառից, երիկամներից և աղիներից,

⇒ ընդերային ցողունի և վերին միջընդերային զարկերակի ամեն կողմից կամ ստոծանու ոտիկներից առաջ և մակերիկամներից միջայնորեն տեղակայված են մեկից մինչև հինգ հանգույցներ,

⇒ գործողության համար անհրաժեշտ է 10 կամ 20 մլ-ոց ներարկիչ, 20G-ոց սպինալ ասեղ և 40մլ 50%-ոց սպիրտի կամ 5%-ոց ֆենոլի լուծույթ,

⇒ ստամոքսի փոքր կորությունը տեղաշարժվում է գլխամասային ուղղությամբ,

⇒ աորտան վերցվում է վիրաբույժի ձախ ձեռքի երկու մատերիմիջև,

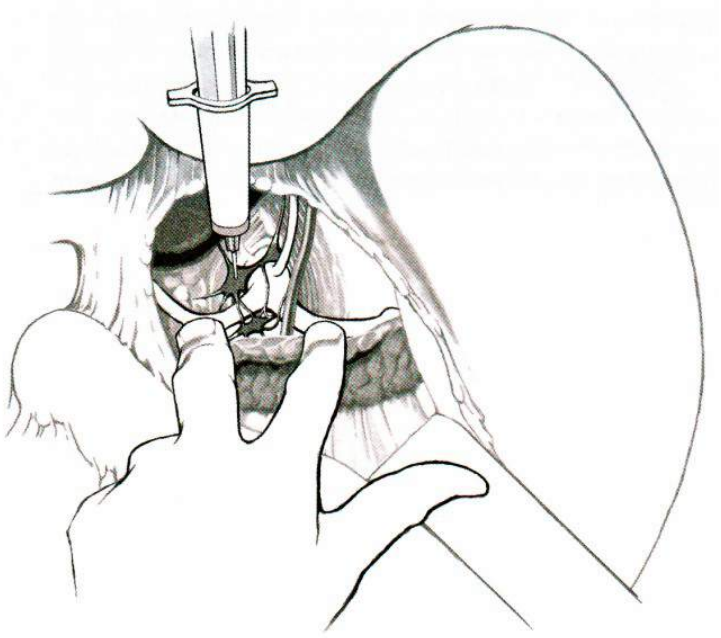
⇒ ցուցամատը դրվում է պուլսացվող փայծաղային զարկերակի, իսկ մյուս մատը՝ ընդհանուր լյարդային զարկերակի վրա,

⇒ նեյրոլիտիկ հեղուկով ներարկիչը գտնվում է վիրաբույժի աջ ձեռքում,

⇒ սպինալ ասեղը մտցվում է աջ հոգաորտալ շրջան, անմիջապես լյարդային զարկերակից վեր և տեղաշարժը ընթացառելու համար բռնիչով ֆիքսվում օգնականի կողմից,

⇒ վիրաբույժը ներարկիչով կատարում է ասպիրացիա և արյան բացակայությանդեպքում /ասեղը անոթի լուսանցքիներսում/, ներակում 10մլ նեյրոլիտիկ դեղամիջոց, որիցհետո ասեղը դուրս է բերվում և ներարկված շրջանը տամպոնով սեղմվում,

⇒ ներարկիչը նորից է լցվում և նույն գործողությունը կատարվում անմիջապես ընդհանուր լյարդային զարկերակից ներքև աջ հաբաորտալ շրջանում, ինչպես նաև փայծաղային զարկերակից վեր ու ներքև, ծախ հաբաորտալ շրջանում:



Թորակոսկոպիկ սպլանխնիկէկտոմիա

Փուլ 1.

Նախազգույշ ինվազիվ թորակոսկոպիայի կիրառման հետ մեկտեղ բարձրացել է հետաքրքրությունը փորձը թորակոսկոպիկ մուտքով ընդերային նյարդի հատման հանդեպ: Այն թույլ է տալիս խուսափել մեծ թորակոտոմիաներից:

Մեկ լուսանցքային ներբճչափողային խողովակով իրականացվում է ստանդարտ ընդհանուր անզգայացում: Հիվանդը պառկեցվում է փորի վրա, բարձիկները պահում են էպիգաստրալ և կրծոսկրի շրջանները, հեշտացնելով շնչառությունը: Ձեռքերը տարածվում են, արմունկները ծալվում:

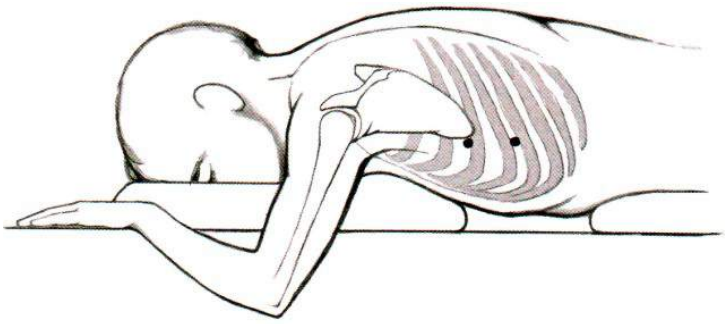
Թիակի ստորին անկյունում /սովորաբար 5-րդ միջկող/, միջկողային տարածություն մտցված Վերեշի ասեղով իրականցվում է պնևմոթորաքս, որը ածխաթթվի ինսուֆլիացիայով պահվում է ներպլևրալ ճնշման 8մմ ջրի սյուն մակարդակում:Թոքի լրիվ կծկումը պարտադիր չէ, քանի որ

ընդերային նյարդերի հայտնաբերման համար նման ճնշման տակ պահվող պնևմոթորաքսը բավարար է:

Հետին անոթային գծով 7-րդ միջկողային տարածությունէ մտցվում 5մմ-ոց կանյուլյա, որի միջով պլևրալ խոռոչ անցկացված թորակոսկոպ միացվումէ տեսախցիկին:

Վերեշի ասեղի տեղը մտցված երկրորդ 5մմ-ոց կանյուլյան ապահովում է դիսեկտորի մուտքը:

Աջ կողմից վիրահատությունը իրականացվում է 4-րդ միջկողով, կեհտ երակի մակարդակին, որը ավելի պրոքսիմալ սովորաբար գտնվումէ ընդերային ցողունի դուրս գալու տեղին մոտ:

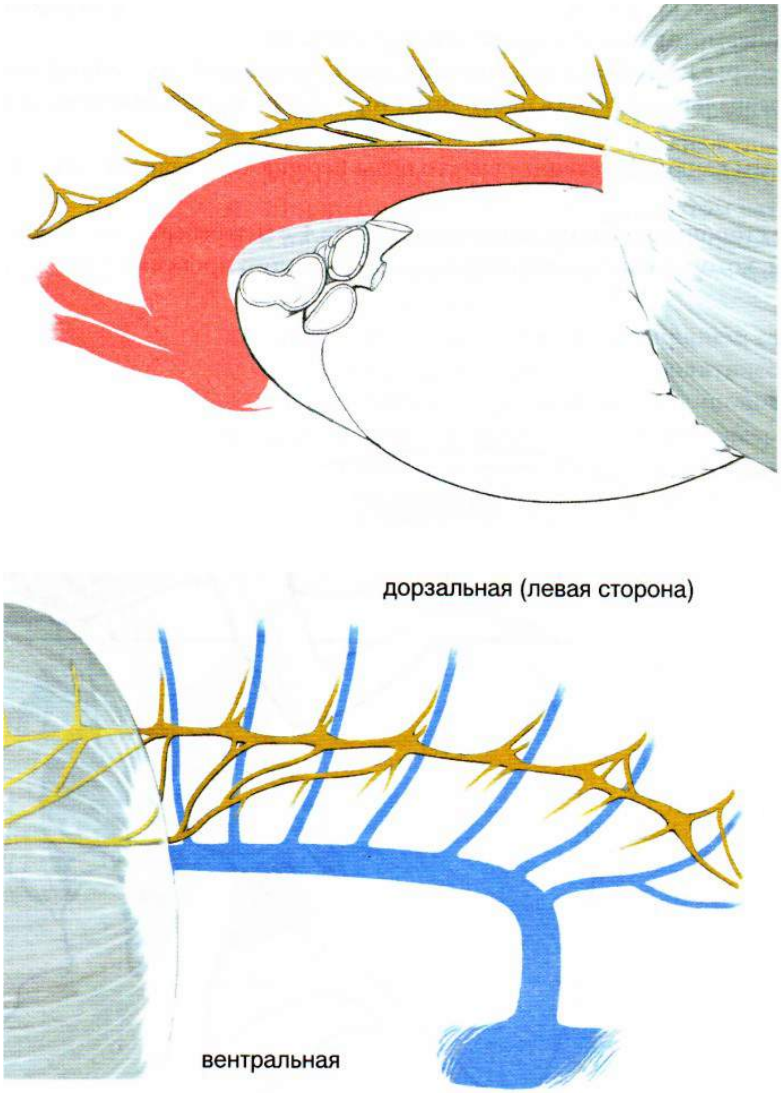


Փուլ 2.

Սկզբնական և կարևորագույն վիրահատական փուլ է հանդիսանում ընդերային նյարդերի ճշգրիտ հայտնաբերումը: Նրանք /մեծ, միջին և փոքր/ առաջանում են սովորաբար ստորին ութ հանգույցների սիմպատիկ շարանից: Այն դեպքում, երբ մեծը միշտ է հայտնաբերվում, միջին ու փոքր նյարդերի գոյությունը փոփոխական է ուսումից հայտնաբերման հաճախականությունը տատանվում է համապատասխան 86-ից 100% և 16-ից 98%:

Մեծ ընդերային նյարդի սովորաբար ձևավորվում է 5-9 հանգույցների ճյուղերից, բայց որոշ դեպքերում այն կարող է տարածվել երեքից երկու կրծքային հանգույցների միջև:

Ընդերային ցողունների նյարդերի միջև կան բազում միջնյարդային կապեր, որոնք ձևավորում են պանկրեատիկ ցավի փոխանցման նյարդային ուղիները:



Փուլ 3

Էլեկտրավիրաբուժական կեռիկի օգնությամբ, սիմպատիկ շարանից մոտ 10մմ ավելի մեդիալ, առպառոտոմիայի պլևրան հատվում է հետին կրծքային պատից մինչև ստոծանիային անկյուն, այնպես որ երկայնակի պլևրոտոմիայի լայնությունը կազմում է 10մմ: Սկսած մեծ ընդերային նյարդի առավել պրոքսիմալ թելիկներից ու ներքև, սիմպատիկ շարանից մեդիալ ընթացող բոլոր ճյուղերը հերթականությամբ տեղայնացվում էլեկտրավիրաբուժական կեռիկով հատվում են այնպես, որ կտրվեն մեծ, միջին ու փոքր ընդերային նյարդերի բոլոր ցողունները /եթե նրանք կան/: Կասկածի դեպքում, սիմպատիկ շարանի զգույշ ձգումը հաստատում է ընդերային նյարդերի լրիվ հատումը:

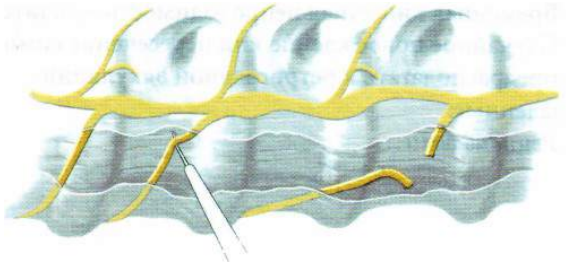
Ձախ կողմից գործողությունը սկսվում է 4-րդ միջկողից, աորտայի աղեղի մակարդակին, որտեղ ձևավորվում է առավել պրոքսիմալ ընդերային ճյուղը: Միջամտության տեխնիկան նույնն է:

Հարպանկրեատիկ բորբոքման տարածումը հետորովայնամզային տարածության վրա կարող է բերել պլևրայի հաստացման, խախտելով վիզուալիզացիան ու խոչընդոտելով սիմպատիկ շպրանի և ընդերային նյարդերի դիսսեկցիան:

Արյունահոսությունը կարելի է կանգնեցնել կաուտերիզացիայի օգնությամբ:

Նյարդահատման ավարտից հետո, գազի ինսուֆլիացիան դադարեցվում է և արտաբերչմանվերջում, դիսսեկցիայի համար հախտահեղված պոռտով, դրական ճնշման պայմաններում իրականացվում զգույշ արտածծում:

Եթե բացված թոքը հասնում է միջկողային մկաններին, պլևրալ խոռոչը չի դրենավորվում: էմֆիզեմայի զարգացման, պրոգրեսվող դեսատուրացիայի և շնչառական խանգարումների դեպքում իրականացվում է կրծքավանդակի ռենտգենագրաֆիա: Հիվանդը կարող է դուրս գրվել ստացիոնարից հաջորդ օրը:



Հետվիրահատական հետազոտություններ

Թորակոսկոպիկ սպլանխնիկէկտոմիա՝

- ✓ դիտարկում ինտեսիվ թերապիայի բաժանմունքում, թթվածնով հագեցվածության մոնիթորինգով,
- ✓ մնացորդային պնևմոթորաքսի ժխտման համար կրծքավանդակի սովորական ռենտգենաբանականհետազոտություն:

Տեղային հետվիրահատական բարդություններ

Ներվիրահատական սպլանխնիկէկտոմիա.

Մոտակա՝

- ➢ նեյրոլիտիկ լուծույթի ներզարկերակային ներարկումը կանխարգելելու համար, նրա ներարկումից առաջ ներարկիչով կատարվումէասպիրացիա,
- ➢ հետորովայնամզային արյունահոսություններ հազվադեպ են հանդիպումևնվազագույնհետևհասցվում, նեյրոլիտիկ դեղամիջոցի ներարկումից հետո,տեղային սեղմումով,;
- ➢ ժամանակավոր օրտոստոտիկ հիպոտենզիա դիտարկվում է հազվադեպ ու տևում միայն 1-2 օր:

- պարապլեգիայի էպիզոդիկ դեպքերը, կապված նեյրոլիտիկ դեղամիջոցի թաղանթի տակ անցնելու հետ, խիստ հազվադեպ են և կարողանալով սպլանխնիկէկտոմիայի տեխնիկայի մանրակրկիտ պահպանման դեպքում:

Հետևյալ՝

- ցավի կրկնություն:

Թորակոսկոպիկ սպլանխնիկէկտոմիա

Մոտակա՝

- թոքային պնևմոթորաքս, հեմոթորաքս, հեմոպնևմոթորաքս՝ բուժումը պլևրալ խոռոչի փակ դրենավորումով: Առավել հազվադեպ հանդիպում է խիլոթորաքս, որը պահանջում է կրծքային ծորանի կապում,
- ժամանակավոր աղիքային անանցանելիություն՝ բուժումը պահպանողական,
- սիմպատիկ շղթայի հանկարծակի վնասումը կամ հատումը կարող է տրամադրել ռետրոգրադ էյակուլյացիայի:

Հետևյալ՝

- ցավի կրկնություն

Փորձված վիարբույժի խորհուրդները

Ներվիրահատական սպլանխնիկէկտոմիա

- Օգտագործեք 20 G-ոց սպինալ ասեղ /սովորական ասեղից ավելի երկար/:
- Փոքր ծավալի ներարկիչի օգտագործումը թույլ է տալիս պահել ներարկիչն ու ասեղը մի ձեռքում:
- Ընդերային ցողունի շրջանում հետորովայնամզային տարածությունը պատող որովայնամզի ամբողջականությունը չպետք է խախտվի:
- Տեղային սեղմումը երկու րոպեների ընթացքում կանխարգելում է հեմատոմայի զարգացումը:

Տորակոսկոպիկ սպլանխնիկէկտոմիա

- Պոռտերի տեղադրման ճիշտ պլանավորումը բարելավում է ամբողջ սիմպատիկ շղթայի դիտարկումը:
- Մեծ ընդերային նյարդի պրոքսիմալ թելիկները հայտնաբերվում են, կողերի վզիկների վրայով, սիմպատիկ շղթայի դիստալ ուղղությամբ անցնելու ժամանակ:
- Սիմպատիկ շղթայի զգույշ ձգումը թույլ է տալիս ձգել ընդերային ճյուղերը:

- Միջկողային երակներից արյունահոսությունը կանգնեցվում է սեղմումով, կլիպավորումով կամ կատերիզացիայով:
- Միջկողային տարածություններում պորտերի ճշգրիտ տեղադրումը թույլ է տալիս խուսափել հետվիրահատական միջկողային նևրալգիայից:

ՔՐՈՆԻԿ ՊԱՆԿՐԵԱՏԻՏԻ ԺԱՄԱՆԱԿ ԾՈՐԱՆԻ ԴՐԵՆԱՎՈՐՈՒՄԲ ԱՄԿԱՂԻ ՔՈՎ

Ներածություն

Փակված գլխավոր պանկրատիկ ծորանի դրենավորման կոնցեպցիան սկզբում հիմնված էր կամ ծորանի պրոքսիմալ ծայրի բացումով, սֆինկտերոտոմիայի միջոցով ամպուլայում, կամ դիստալ ծայրի ու պոչի մասնահատումով /Դյուվալի վիրահատություն/: Puestow-ի ներդրումը հիմված է գլխավոր ծորանի երկայնակի հատման /բացազատման/ վրա՝ ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի և մարմնի հատվածներում: Այն սկզբում նկարագրվել է որպես Դյուվալի վիրահատության մոդիֆիկացիա, որի պատճառով ներառում էր նաև ենթաստամոքսային գեղձի պոչի մասնահատումը: Սակայն Partington-ն ու Rochelle-ը ցույց տվեցին, որ պոչի մասնահատման անհրաժեշտություն չկա և հնարավոր է բավարարվել միայն “կողքը-կողքին” պանկրեատիկոյեյունոստոմայով: Վիրահատության սկզբունքը, բարձր պանկրեատիկ ճնշման համաախտանիշի ժամանակ /նկարագրված Reber-ի կողմից/, փակ գլխավոր պանկրեատիկ ծորանի դեկոմպրեսիան է /հնարավոր է նաև ենթաստամքսային գեղձի պաենխիմայի դեկոմպրեսիան/:

Ցուցումներ ու հակացուցումներ

Ցուցումներ՝

- մշտական քրոնիկ ցավ,
- քրոնիկ պանկրեատիտի սրացման էպիզոդների կանխարգելում,
- ենթաստամոքսային գեղձի պսևդոկիստայի վերացում,
- էնդոկրին և էկզոկրին ֆունկցիայի հետագա բացակայության կանխարգելում

Հակացուցումներ՝

- փոքր ծորանի /5մմ/ քրոնիկ պանկրեատիտ,
- երակների արտալյարդային խցանում /արյունահոսության վտանգի պատճառով/,

- կասկած հնարավոր չարորակ գործընթացի վերաբերյալ,
- լարդի արտահայտված ցիրրոզ:

Նախավիրահատական հետազոտություններ/ վիրահատության նախապատրաստում

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ էպիգաստրալ շրջանի/իլիոնիկ մշտական ցավ կամ տիպիկ պանկրեատիկ ցավ, ալկոհոլի չարաշահում կամ քրոնիկ պանկրեատիտի այլ հնարավոր պատճառների հայտնաբերում: Նարկոտիկ միջոցների օգտագործում ուշացից հնարավոր կախվածության /եթե կա թմրամոլություն, պետք է գնահատվի հետվիրահատական դետոկսիկացիայի անհրաժեշտության հարցը/, հոսպիտալիզացիաների հաճախականությունը,
- ✓ Ուսումնասիրվում է սնուցման վիճակը, ենթաստամոքսային գեղձի գործունեության վիճակը /էկզոկրին և էնդոկրին/, անզգայնացման ռիսկը՝ ըստ անեսթեզիոլոգիական ռիսկի սանդղակի /ASA/: Լաբորատոր քննություններից կարևորվում են ճիճուկային ամիլազայի և/կամ լիպազայի, ալբումինի, հիմնային ֆոսֆատազայի, ԳԳՏ-ի /գումագլյուրամիլիտրանսպեպտիդազա/, բիլիրուբինի, հեմոստազի ցուցանիշների, ենթաստամոքսային գեղձի ուռուցքային մարկերների, գլյուկոզայի ցուցանիշները:
- ✓ Սելեկտիվ հետազոտություններից ըստ ցուցումների կիրառվում են ՀՇ կամ ՄՌՇ/ՄՌԽՊԳ, ԷՌԽՊԳ:

Հիվանդի պատրաստում՝ էնդոկրին /ինսուլին/ և էկզոկրին /փոխարինող ֆերմենտային թերապիա/ կարգավիճակի շտկում, անհրաժեշտության դեպքում ուղիների պատրաստում, նախավիրահատական կանխորգելիչ հակաբակտերիալ թերապիա:

“Կողքը-կողքին” պանկրիատիկոյեյունոստոմիա
/Պուեստո-ի մոդիֆիկացված վիրահատությունը/

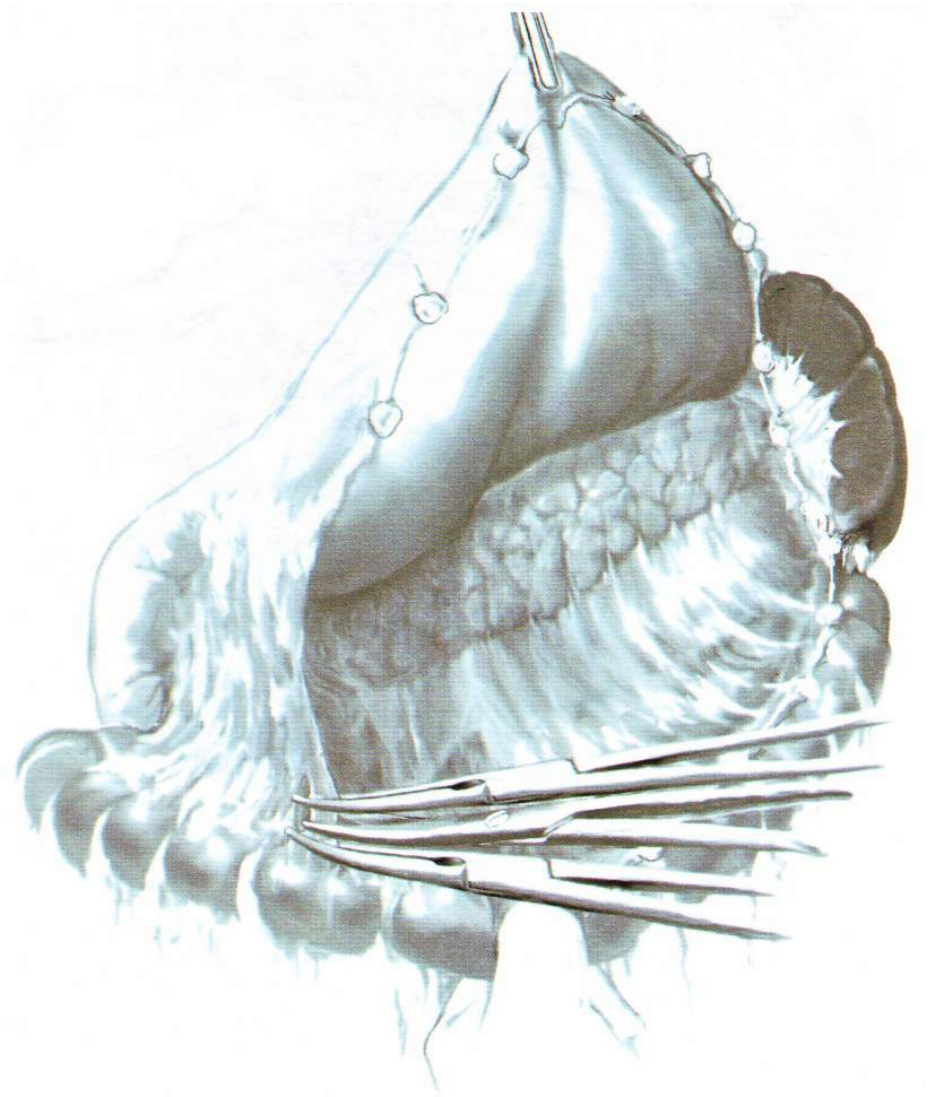
Վիրահատության

Փուլ 1. *էքսպոզիցիա և ստուգում*

Մուտքը դեպի փոքր ճարպոն իրականացվում է ստամոքս-աղիքային կապանի հատումով:

Լայնորեն հատվում են ստամոքսի հետին և ենթաստամոքսային գեղձի առաջային մակերեսի միջև բոլոր “ի ծնե” կամ ձեռքբերովի կպումները, մերկացնելով ենթաստամոքսային գեղձի առաջային մակերեսը: Աջ ստամոքս-ճարպոնային զարկերակն ու երակը, որոնք գտնվում

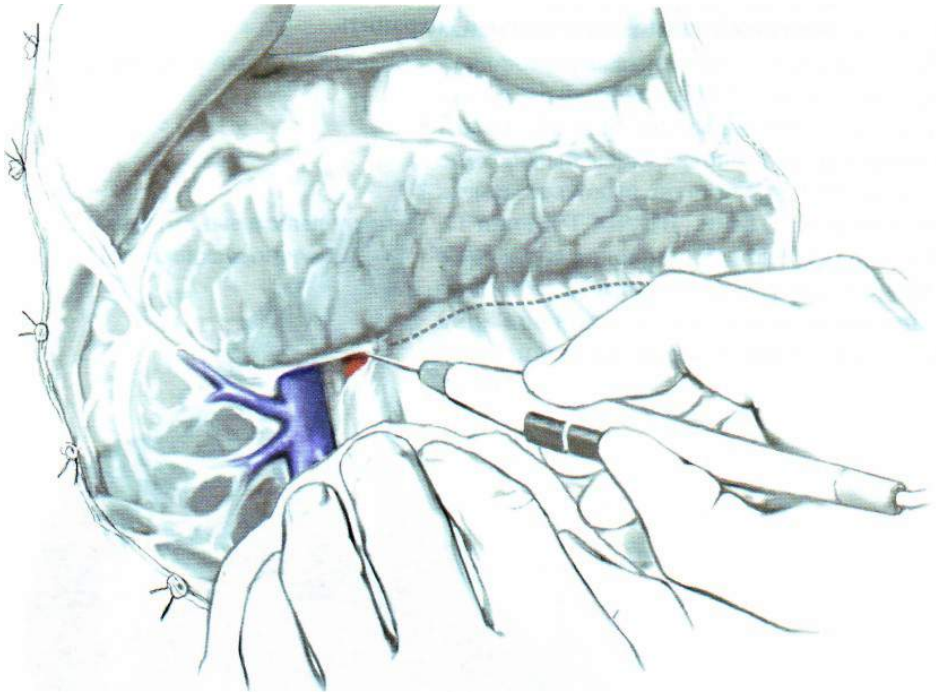
են ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի և ստամոքսի նախադռան միջև, պետք է հայտնաբերվեն ու պահպանվեն:



Փուլ 2. Ենթաստամոքսային գեղձի մարմնի ստորին եզրի տեղայնացում

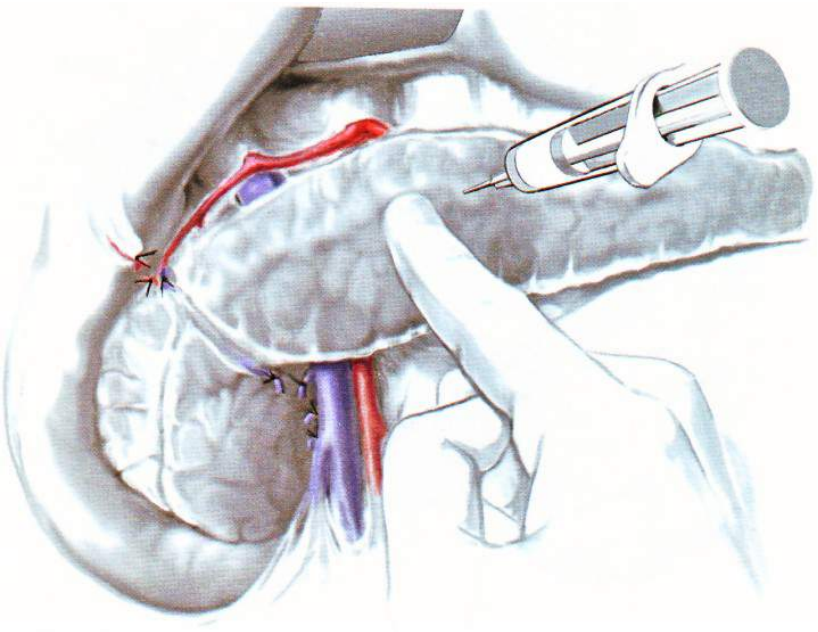
Ողնաշարից ձախ պետք է գտնել ստորին միջընդերային երակ և պահպանել: Դիսսեկցիան իրականացվում է մարմնից դեպի գեղձի գլխիկ: Այն հեշտացնում է բիմանուալ ուսումնասիրումն ու գեղձի առաջային մակերեսի շոշափումը: Լայն ռետրակտորը դրվում է ստամոքսի հետին պատի վրա և այն ձգվում է դեպի վեր:

Գլխավոր պանկրեատիկ ծորանի տեղակայումը որոշվում է շոշափումով:



Փուլ 3.

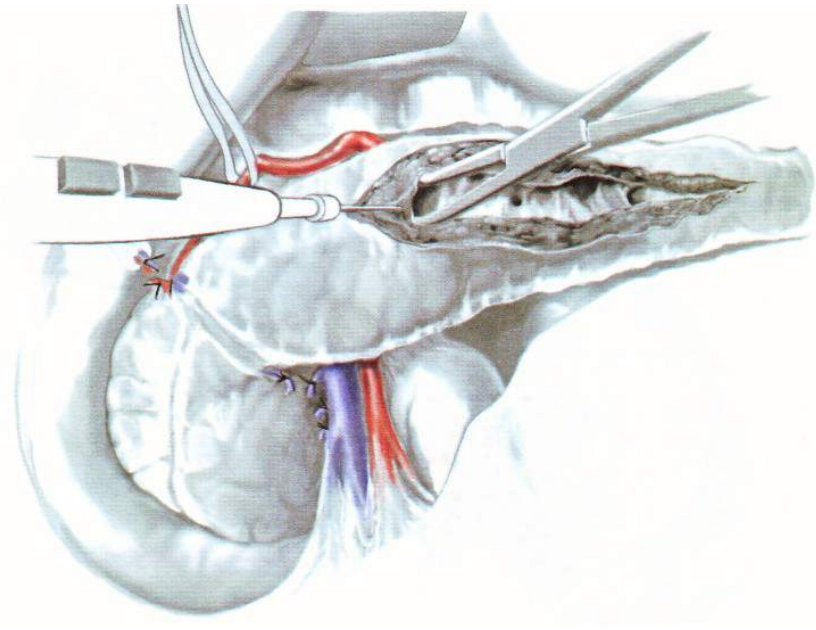
Ենթաստամոքսային գեղձի գնահատումը դժվարացած չէ, կապվածնրապնդֆիբրոզկառուցվածքիհետ: Լայնացած գլխավոր պանկրեատիկ ծորանը ձեռքով զգացվում է որպես մեծ երկարաձգվող, ձգանիվանով, խստակ կազմավորում: Գեղձի ֆիբրոզ հյուսվածքները երկու կողմից էլ շոշափվում են որպես խտությունցներ, որոնք սահմանազատվածեն պարենխիմայի ավելի փափուկ հատվածները: Կողմնորոշող շոշափումից հետո, առաջային մակերեսի միջով դեպի պանկրեատիկ ծորան մտցվում է 22 G-ոց ասեղ, հաստատելով գլխավոր պանկրիատիկ ծորանի հաջողված պունկցիան, եթե ստացվում է թափանցիկ հեղուկ ասպիրատ: Այս գործողության նպատակը փայծաղային երակի կամ այլ կառուցվածքի հատումից խուսափելն է, որոնք կարող են ընդունվել որպես պանկրեատիկ ծորան: Ծորանի հայտաներումից հետո ենթաստամոքսային գեղձի մարմնի առաջային մակերեսով, անմիջապես ասեղի մոտով /կողմնորոշվելու համար թողնվածծորանում/ ուղեկցորդանոթովգեղձնահանվում պանկրեատիկ ծորանին զուգահեռ:



Փուլ 4

Ուղիղ անկյան տակ բեֆ բռնիչը հեռացնում է պոչից մինչև գլխիկ էլեկտրադանակով ծորանի լայն բացումը: Գլխավոր պանկրեատիկ ծորանի ծնկանման անհրաժեշտ է լայնացնել կտրվածքը ծնկի միջով մինչև ամպուլա: Այս գործողությունը ոչ միայն պահանջում է կտրվածքի շրջադարձ դեպի ներքև, այլ նաև գեղձի գլխիկի պարենխիմայի միջով կտրվածքի խորության զգալի ավելացում, ինչը կարող է առաջացնել արյունահոսություն: Գտնում են, որ վիրահատության հաջողության աստիճանը կախված է ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի դրենավորման համարժեքությունից: Գեղձի պոչի դրենավորումը համարվում է ավելի քիչ կարևոր, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ ախտաբանական գործընթացը տեղակայված է այնտեղ:

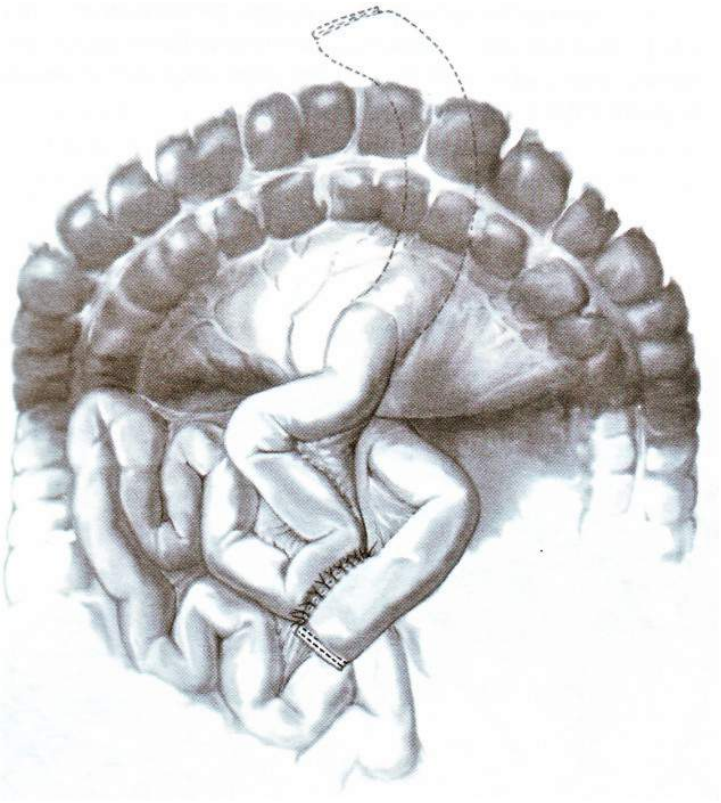
Բոլոր հայտանաբերված քարերը հեռացվում են ոչ միայն գլխավոր ծորանից, այլ և երկրորդ կարգի ծորաններից:



Փուլ 5. Y-ա ձև գալարի պատրաստում՝ ըստ Ռու-ի

Բերանակցման համար ընտրվում է Տրեյցի կապանից մոտ 15 սմ ավելի դիստալ բարակաղեգալար, այնպես որ հնարավոր լինի հեշտությամբ ձևավորել բարակ-բարակ աղիքային բերանակցում: Միջընդերքը հատվում է սեղմիչների միջև և՝ըստ Ռու-ի, աղեգալարը տեղայնացվում է: Բարակ աղու հատման համար կարող է կիրառվել GIA տիպի կարող գործիք:

Լայնածիգհատոցում միջընդերքի ձախ կեսում ընտրվում է անոթներից ազատ գոտի, ստեղծվում պատուհան, որի միջով աղեգալարի դիստալ հատված եզրը անցկացվում է դեպի վեր: Կարևոր է խուսափել միջընդերքի հավելյալ ձգվածությունից և որոշ դեպքերում շարժուն գալար ստանալու համար անհրաժեշտ է բարակ աղու միջընդերքումհատել առկադաճերի տակ ընթացողավելհատ ճյուղերը: Բարակը հատված եզրը մոտեցվում է ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկին և սկսվում «կողքը-կողքին» բերանակցման ձևավորումը:



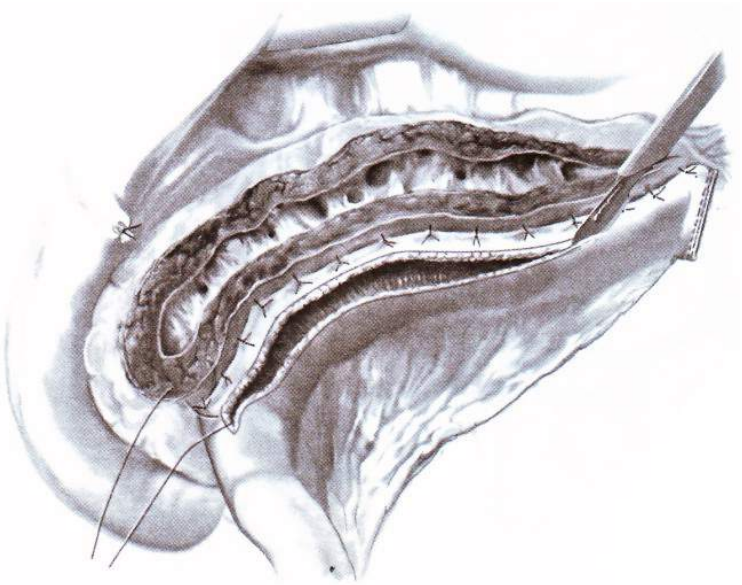
Փուլ 6. *Պանկրեատիկոյեյունոբերանակցում*

Բերանակցումը իրականացվում է չներծծվող թելով, միաշարք կարհեղանյութով: Կարելի է օգտագործել 3-0 մետաքսի երկու առանձին թելեր:

Հետին պատի կարերը դրվում են մինչ բարակ աղու հատումը: Պետք է հետևել, որ բարակ աղու վրա կարերի միջև տարածությունը, համեմատած ծորանի հետ, լինի ավելի կարճ,: Առաջին կարը դրվում է անմիջապես հատված ծորանի անկյան մոտ՝ գեղձի պոչի հատվածում, մյուսները՝ գեղձի գլխիկի ուղղությամբ: Տարածությունը կարերի միջև բարակ աղու վրա չպետք է գերազանցի 3մմ, մինչդեռ պանկրեատիկ ծորանի վրա նրանց երկարությունը կախված է գեղձից: Շատ հաստ պարենխիմայի պայմաններում հարկավոր է կարել գեղձի պատյանը, իսկ կարերը կարող են կապվել գլխավոր պանկրետատիկ ծորանի էպիթելի վրա: Հարաբերական բարակ պարենխիմայի դեպքում կարերը անմիջապես դրվում են ծորանի վրա: Կարերը չեն կապվում մինչև շարքի լրիվ ձևավորումը՝ գեղձի գլխիկի վրա:

Հետո բարակ աղու գալարը դրվում է այնպես ինչպես անհրաժեշտ է բերանակցման համար և կարերը կապվում են:

Բարակ աղիանաստոմոզը համապատասխան պանկրեատիկ ծորանի: Աղիքի վրա կարերը դրվում են ավելի մոտ, քանի որ աղիքի հատման ժամանակ այն սովորաբար լայնանում է, ինչը բերում է կարերի առաջին շարքի վատ համադրման:



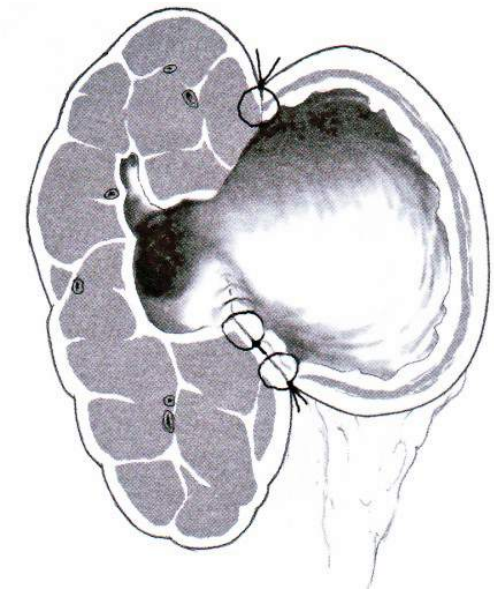
Փուլ 6. Պանկրեատիկոյեյունոբերանակցում /շարունակություն/

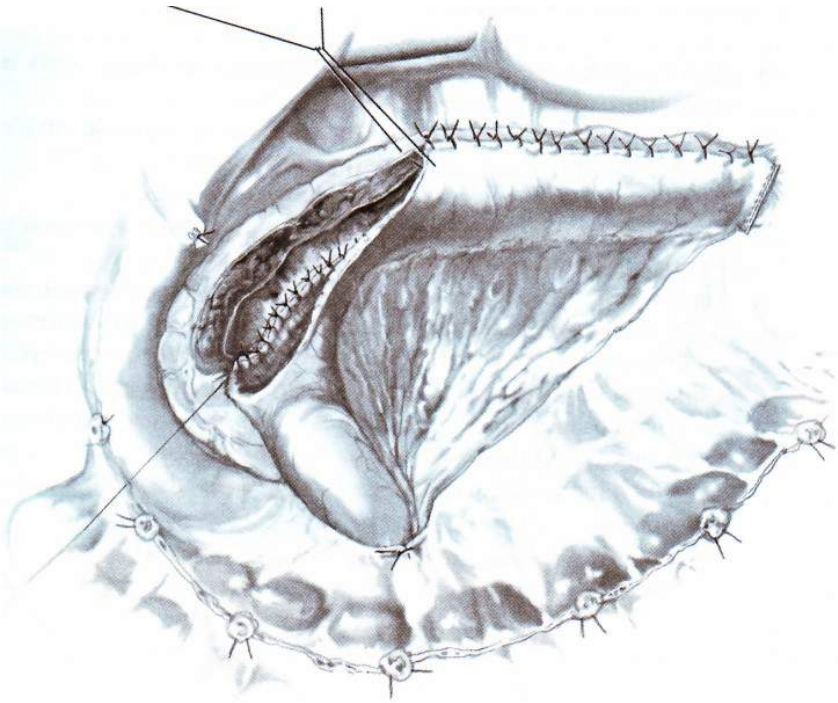
Առաջային շարքի կարերը սկսվում են հետին շարքի անկյունային կարի խորասուզումով, նրա ձգմամբ դեպի հատված ծորան և կտրվածքի ամեն մի անկյունում դրվում են կարեր՝ ըստ Լամբերի: Իրականացվում է անցում հետին պատին «դրսից ներս» դրվածկարերիցդեպի «ներսից դուրս» կարերի՝ առաջային պատի վրա: Երկու անկյուններում ճման կարեր դնելուցհետո, հետին պատի անկունային կարերը հատվածեն: Ի տարբերություն հետին շարքի, առաջային շարքի ամեն մի կարը անմիջապես կապվում է, ինչըհարմար է հավասարեցման և բերանակցման կտրվածքների համապատասխանեցման համար:

Աղիքի գալարի երկու անկյունակարերից հետո ներսցմեջտեղում դրվում է համեմատական կար՝ ըստ Լամբերի, որիցհետո պանկրեատիկ ծորանը, միաճիկարերով,ֆիբրովմէտոզ կտրվածքի վերին եզրին: Սրանից հետո բերանակցումը հեշտությամբ ավարտվում է 3-0 մետաքսի հանգուցակարերով, որոնցով “լցնում” են դրված կարերի արանքները:

Բարակաղեցվածրընհանգուցակարերովֆիբրովմէլայնաձիգ հաստ աղու միջընդերքի միջով անցմանտեղին, բացառելով ներքին ճողվածքի առաջացում:

Վերջապես, պանկրեատիկոյեյունոստոմայից 40սմ դիստալ ձևավորվում է «ծայրը-կողքին» բարակ-բարակ աղիքային բերանակցում:





- ✓ առաջին 24 ժամերի ընթացքում դիտարկում, հնարավոր արյունահոսության հայտնաբերման համար,
- ✓ ֆիճուկային գլյուկոզայի մակարդակի հսկողություն,
- ✓ պետք է նպաստել նարկոտիկ անալգետիների ընդունման պրոգրեսիվ իջեցմանը /ինչպես նաև դուրս գրումից հետո/,
- ✓ ցավի գնահատման սանդղակը կարող է ունենալ որոշ նշանակություն, սակայն վերջնական եզրակացության կարելի է գալ միայն, երբ հիվանդը վերջնականապես կհրաժարվի թմրանյութերիօգտագործումից:

Տեղային հետվիրահատական բարդություններ

Մոտակա

- ➢ ներորովայնային արյունահոսություն,
- ➢ արտահոսք պանկրեատիկ ծորանից /անընդհատ արտադրություն դրենաժից/,
- ➢ վիրահատական ստրեսի հետևանքով, գլյուկոզայի անտանելիություն,
- ➢ ալկոհոլի հանման համաախտանիշ,
- ➢ վերքային ինֆեկցիա:

Հեռավոր՝

- ➢ արտահայտված ցավային համաախտանիշի ուշացման բացակայություն,
- ➢ թմրամիջոցներիօգտագործման շարունակում,
- ➢ պանկրեատիտի կրկնություններ,
- ➢ ենթաստամոքսային գեղձի գործունեությանխանգարում իջեցում:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- Ծորանը կարող է շոշափվել մեծ դժվարությամբ, ինչի պատճառով կիրառվում են շոշափման տարբեր միջոցներ:
- Պետք է տեղայնացվի տառներկումատնյա աղին՝ ըստ Կոխերի, և մանրակրկիտ շոշափվի ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկը:
- Իրականացրեք ներվիրահատական ԳՁՀ:
- Ընտրեք ենթաստամոքսային գեղձի մարմնի կենտրոնում որևէ հատված ու իրականացրեք ուղղահայաց կտրվածք, հուսալով հատել պանկրեատիկ ծորանը:
- Եթե գեղձի պալենխիման հատված է, վիրաբույժը կարող է անվտանգ մերսել գեղձի պոչի պրոքսիմալ հատվածը, փորձելով ստանալ պանկրեատիկ հյութ:

- Չպետք է փորձել մտնել պանկրեատիկ ծորան անմիջապես ընդերային, փայծաղային և դոներակի միացման հատվածում, հանիթար շատ խորը կտրվածքը կարող է բերել ծանր արյունահոսության:
- Ապահովեք ծորանի և բարակ աղու կտրվածքների առավել ճշգրիտ համապատասխանեցումը: Հակառակ դեպքում կստեղծվեն բերանակցման անբավարարության համար նպաստավոր պայմաններ:

ՄԱՄՆԱՀԱՏՈՒՄՆԵՐԸ ԵՆԹԱՍՏԱՄՈՔՍԱՅԻՆ ԳԵՂՁԻ ՆՈՐԱԳՈՑԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ներածություն

Առաջատար վիրաբուժական կենտրոնների կողմից ենթաստամոքսային գեղձի հիվանդությունների բուժման փորձի կուտակման հետ մեկտեղ, օրգանի մասնահատումները նորագոյացությունների ժամանակ դարձել են առօրյա պրակտիկա, բարդությունների ու մահացության ընդունելի ցուցանիշներով: Մյուս կողմից, ախտորոշման եղանակների կատարելագործման և հազվագյուտ ուռուցքների վերաբերյալ գիտելիքների խորացումը /չգործող նեյրոէնդոկրին ուռուցքներ, առաջնային կիստոզ ուռուցքներ և հատկապես ներծորանային պապիլյար ուռուցքներ/ բերել են ենթաստամոքսային գեղձի մասնահատումների հաճախացման:

Պրոքսիմալ մասնահատում

Ներածություն

Պանկրեատոդուոդենալ մասնահատումը առաջինը նկարագրել է Kaush-ը, սակայն այն անվանվել է ի պատիվ Whipple-ի, որը առաջինն է 1935թ. հայտնել պանկրեատոդուոդենալ մասնահատման՝ որպես երկփուլ միջամտության մասին, ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի քաղցկեղի կապակցությամբ: Waugh-ը և Clagett-ը 1946-ին վիրահատությունը ենթարկել են ձևափոխման հասցնելով այն այսօրվա միափուլ վիճակին: Վիրահատությունը ներառում է ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի, տասներկումատնյա աղու, լեղապարկի, ընդհանուր լեղածորանի հատվածի մեկ բլոկով հեռացում: Շնորհիվ Traxero-ի և Zongmire-ի լայն կիրառում ստացավ մասնահատոմանեղձանոկըստամոքսիանոթախտաբանպահպանումով: Վիրահատության նպատակն է ուռուցքի լրիվ հեռացումը /R0 մասնահատում/: Տվյալներ ենթաստամոքսային գեղձի ամոքիչ վիրահատությունների /R2/ նպատակահարմարության վերաբերյալ չկան: Այդ իսկ պատճառով

կարևորագույն նշանակություն է տրվում ուռուցքների մասնահատելիության նախավիրահատական գնահատմանը:

Ցուցումներն ու հակացուցումները

Ընդհանուր սկզբունքներ

- մասնահատելիության որոշման համար օգտագործվում են օբյեկտիվ անատոմիական ցուցանիշեր, հիմնված բարձր որակի համակարգչային շերտանկարման վերլուծության վրա:
- ուռուցքի տեղային մասնահատելիությունը /ուռուցքի հարաբերակցությունը ընդերային ցողունի, վերին միջընդերային զարկերակի և վերին միջընդերային ու դուներակների միացման շրջանիների/ որովայնահատման ժամանակ, մինչև ստամոքսի ու ենթաստամոքսային գեղձի հատումը, հնարավոր չէ որոշել: Այդ իսկ պատճառով պարտադիր է համարվում ուռուցքի և գլխավոր անոթների նախավիրահատական գնահատումը :

Ցուցումներ՝

Մասնահատելի ուռուցքներն ունեն հետևյալ ՀՇ բնութագրերը.

- ուռուցքի և միջընդերային զարկերակի ու երակի միջև ճարպային շերտի փոփոխության բացակայություն,
- հիվանդության ախտապանկրեատիկ տարածման բացակայություն,
- վերին ընդերային երակի ու դուներակի միացման շրջանի անցանելիության պահպանում /ենթադրվում է այս երակների առանձին հատվածի մասնահատում և վերակառուցում/:
- դեպի ընդերային ցողուն կամ վերին միջընդերային զարկերակ ուռուցքի իրական ներաճի բացակայություն:

Ուռուցքի «սահմանային» մասնահատելությունը.

- վերին միջընդերային երակի ու դուներակի միացման տեղի կարճ խցանում համակցվծ խցանումից վերև ու ներքև պրոտեզավորման համար պիտանի անոթի պատերով /նկատի ունեն վերին միջընդերային կամ միջընդերային ու դրունքային երակների մասնահատման տեխնիկական հնարավորություններն ու նրանց վերակառուցումը/:
- ուռուցքը ոչ մեծ տարածքի վրա /սովորաբար< 1սմ/ կպած լյարդի ընդհանուր, սեփական կամ էլ վերին միջընդերային զարկերակին՝ ըստ բարձրորակ ՀՇ-ի տվյալների:

Բացարձակ հակացուցումներ

- մեծաքանակ տարածում ենթաստամոքսային գեղձի սահմաններից դուրս,
- ընդերային ցողունը կամ վերին միջընդերային զարկերակը իրենց մեջ ներառած ուռուցքներ:

Նախավիրահատական հետազոտություններ և պատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ Հիվանդությանը նպաստող գործոնների հայտնաբերում՝ ծխախոտի օգտագործում, ճարպակալում, գլյուկոզայի հանդեպ տանելիության խանգարում, ընտանեկան անամնեզ /~10%/ համակցվածքայլ համաախտանիշների հետ /ընտանեկան պանկրեատիտ, Պեյտց-Եգերսի համաախտանիշ, մելանոմայի հետ ասոցացվող բազմակի ախիպիկ նեվուսների ընտենական համաախտանիշ, հաստ աղու ժառանգական ոչ պոլիպոզ քաղցկեղ:
- ✓ Կլինիկական ուսումնասիրություններում կարևորվում են՝ դեղնախտը, վերանրակային լիմֆադենոպաթիան ձախից, ասցիտը, սնուցման, սիրտ-անոթային համակարգի, աշխատունակության /հատկապես վիրահատական ռիսկի որոշման համար/ վիճակի գնահատում:
- ✓ Լաբորատոր փորձերից՝ ուռուցքային մարկերներ CA19-9 և CEA, լյարդի գործունեության ու հեմոստազի ցուցանիշներ, արյան կլինիկական անալիզ:
- ✓ Ճառագայթային ախտորոշում՝ որովայնի խոռոչի և կրծքավանդակի ՀՇ, ինչը հանդիսանում է հիվանդության նախավիրահատական փուլավորման առավել կարևորագույնմաս: Էնդոսկոպիկ ԳՋՀ-ն ցուցված է, եթե ուռուցքային գոյացությունը ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկում ունի ցածր խտություն է և չի հայտնաբերվում ՀՇ-ով:
- ✓ ԷնդոսկոպիկԳՋՀ-ի հսկողության տակ բարակ ասեղային ասպիրացիոն բիոպսիա իրականացվում է ուռուցքի հյուսվածաբանական հաստատման համար, ինչը հատկապես անհրաժեշտ է նախավիրահատական համակարգայինքիմիաթերապիայի և/կամ քիմիոճառագայթային բուժման իրականացման համար: Սակայն, եթե նեոադյուվանտ թերապիայի համար ցուցումներ չկան, նախավիրահատական պունկցիոն բիոպսիան միայն ձգձգում է վիրահատության սկիզբը:
- ✓ *ԷՀԽՊԳ*կատարվումէ էնդոբիլիար դեկոմպրեսիայի համար, եթե վիրահատական միջամտությունը հետաձգվում է /վատ սոմատիկ վիճակ, ուղեկցող

հիվանդությունների հետ կապված հետագա ուսումնասիրությունների անհրաժեշտությա՛ն կամ նեոադյուվանտ բուժումից առաջ/:

Հիվանդի պատրաստումը՝ աղիների մեխանիկական պատրաստում, վիրահատությունից առաջ պրոֆիլակտիկ հակաբիոտիկ թերապիա:

Վիրահատություն

Փուլ 1. Վերին միջընդերային երակի առանձնացում ենթաստամոքսային գեղձի տակ

Կիրառվում է երկկողմանի ենթակողային կամ միջային կտրվա՛ծք, սովորաբար լապարատոմիայից անմիջապես առաջ կատարվում է լապարասկոպիա: էքսպոզիցիան օպտիմալ է ռետրակտորների կիրառման ժամանակ /օրինակ Թոմփսոնի/: Լապարատոմիայի ընթացքում մանգաղաձև կապանը պահպանվում է հետագայում ստամոքս–տասներկումատնյա զարկերակի ծայրա՛ի փակման համար:

Ուռուցքի մետաստատիկ տարածման գնահատում՝

- բիոպսիայով ապացուցված լյարդի կամ որովայնամզի՛ մետաստազները՛ հանդիսանում են հակացուցում պանկրեատոդուոդենալ մասնահատման համար,
- ներվիրահատական լյարդի գերձայնային սոնոգրաֆիան իրականացվում է ընտրողաբար, երբ ՀՇ-ն չի տվել որոշակի հստակ արդյունք,
- ավշագեղձերի բիոպսիան, սառեցված կտորներով, հետազոտման համար մնում է վիճելի խնդիր: Ոչ մեծ վիրահատական ռիսկի պայմաններում, ավշագեղձերի մետաստատիկ ախտահարումը չի հանդիսանում բացարձակ հակացուցում պանկրեատոդուոդենալ մասնահատման համար, հատկապես այն իրականացվում է որպես կոմպլեքսային բուժման մաս՝ ուռուցքաբանական սկզբունքներով ավշահատումով:

Բարձր վիրահատական ռիսկովիվանդների մոտ /ուղեկցող հիվանդություններ կամ ուռուցքաբանական զգուշավորություն/, դրական ռեզիոնալ ավշային գեղձերը հանդիսանում են հակացուցում պանկրեատոդուոդենալ մասնահատման համար:

Նախ և առաջ իրականացվում է մուտք դեպի ճարպոնային գրպանիկ, լայնաձիգ հաստ ուղուց մեծ ճարպոնի անջատումով:

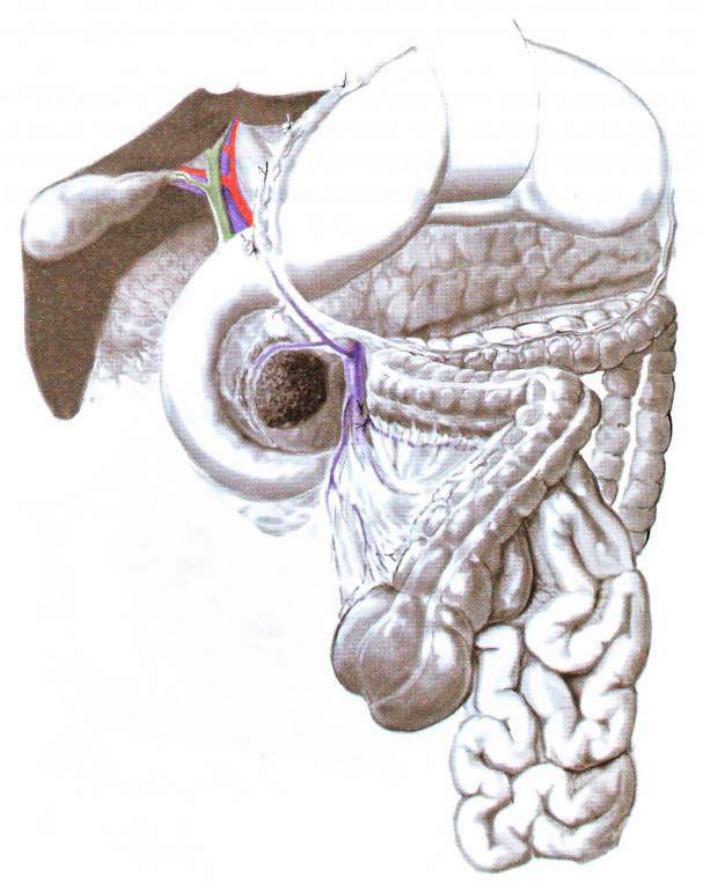
Փուլ 1 /շարունակություն/ Վերին միջընդերային երակի առանձնացումը ենթաստամոքսային գեղձի տակ

- որպեսզի մերկացվի տասներկումատնյա աղու ամբողջ պայտը, տեղայնացվածեն վերել հաստ աղին ու նրա լյարդային անկյունը: Այս փուլում վիրացերալ որովայնամզի հատումով մինչև Տրեյցի կապան, տեղայնացվածէ բարակ աղու միջընդերքի արմատը:

– ենթաստամոքսային գեղձի ստորին եզրի երկայնքով միջին հաստաղիքային անոթներից ձախ ու աջ հատվում է որովայնամիզը, հայտնաբերելուհամար միջին հաստաղիքային երակի միացումը վերին միջընդերային երակին:

– վերին միջընդերային երակի լրիվ առանձնացման համար ենթաստամոքսային գեղձի ստորին եզրով նրանիհանելուտեղիցանմիջապեսվերհատվումէ միջին հաստաղիքային երակը, նվազեցնելով, ձգման ժամանակ, վերին միջընդերային երակի վնասման հնարավորությունը:

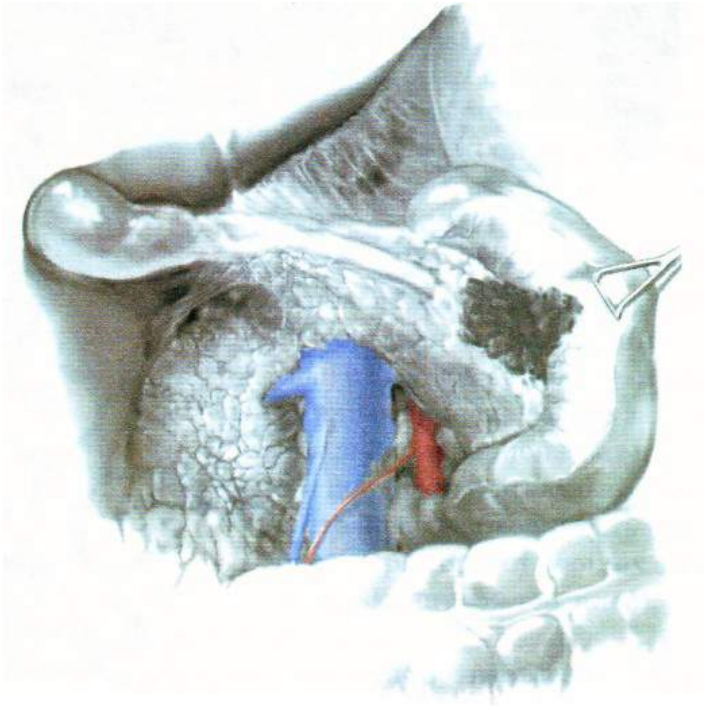
– պարտադիր չէ խորացնել դիսսեկցիան վերին միջընդերային երակի առաջային և ենթաստամոքսային գեղձի վզիկի հետին պատի հարթությունում, քանի որ գեղձի գլխիկի ուռուցքները գործընթացի մեջ ներառում են երակի հետին կողմնային պատը կամ նրա դռներակին միանալու տեղը, բայց ոչ այդ անոթների առաջային պատը: Նաև այս փուլում հազվադեպ է առաջանում անհրաժեշտություն հատելու ստամոքս-ճարպոնային երակը /բացի այն դեպքերի, երբ նա միջին հաստաղիքային երակի հետ կազմում է մեկ բուն /, այս անոթը առավել դյուրին է մեկուսել ենթաստամոքսային գեղձի հատումից հետո:



Փուլ 2. *Ընդլայնված Կոխերի գործողություն*

Այս գործողությունը սկսվում է տաճերկումատնյա աղու հորիզոնական մասից ստորին սիներակի առանձնացումով: Ամբողջ ֆիբրոզ-ճարպային հյուսվածքն ու ավշայինհանգույցները, որոնքտեղակայվածեն միզածորանից մեդիալ և ստորին սիներակից առաջ ներառվում են հեռացվող բլոկի մեջ:

Ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկն ու տասներկումատնյա աղիի՝ մինչև ձախ երիկամային երակի գլխամասային եզրը /որտեղ այն հատում է աորտան/, լրիվ տեղայնացվում են: Վերին միջընդերային զարկերակի էքսպոզիցիան այս մակարդակում, կարելի է ապահովել տասներկումատնյա աղու հետ ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի մեդիալ ռոտացիայով և պերիներալ հյուսվածքների հատումով՝ նրա առաջին 2սմ-ից ավելի լատերալ:



Փուլ 3. *Լյարդի դրունքի դիսեկցիա*

Մերկացվում է ընդհանուր լյարդային զարկերակը և նրանիցառաջ՝ աջստամոքսայինաստամոքս-տասներկումատնյազարկերակներից Պրոքսիմալտեղակայվածավշագեղձերըհեռացվում: Դռներակը տեղակայված է ընդհանուր լյարդային զարկերակի ստորին եզրի հետևում, ստամոքս-տասներկումատնյա զարկերակի աջատման տեղից անմիջապես պրոքսիմալ:

Աջ ստամոքսային ու աստամոքս-տասներկումատնյա զարկերակները կապվում են և հատվում: Եթե ուռուցքը տարածվում է մի քանի միլիմետր ստամոքս-տասներկումատնյա զարկերակի վրա, անջատման ժամանակ մի փորձեք բութ կերպով առանձնացնելնրա հիմքը, դրա փոխարեն, ավելի պրոքսիմալ առանձնացրեք ընդհանուր լյարդային զարկերակը և ավելի դիստալ՝ լյարդի սեփական զարկերակը, որից հետո միայն հիմքի մոտ հատեք ստամոքս-

տասներկումատնյա զարկերակը: Լյարդային զարկերակը փխրուն է, ագրեսիվ բութ դիսսեկցիան կարող է բերել նրա ինտիմիայի լոսկուտի առաջացման:

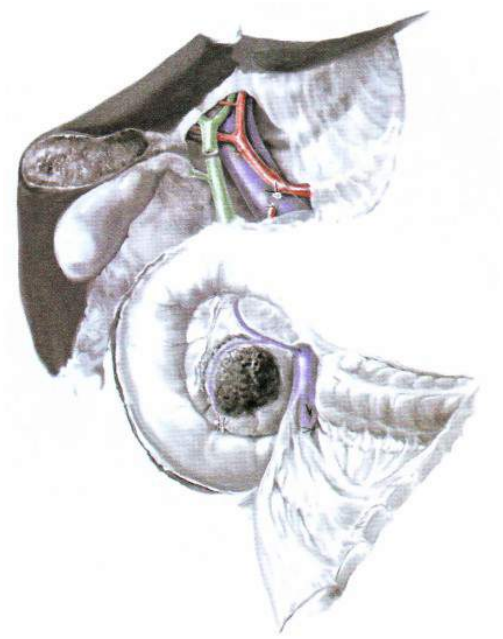
Իրականացվում է խոլեցիտէկտոմիա և ընդհանուր լյարդային ծորանը պարկային ծորանին միաձուլու տեղում հատվում է, որով փաստորեն մերկացվում է ծորանի տակով անցնող դռներակը: Մանրակրկիտ շոշափումով, լեղածորանի հատումից առաջ, վիրաբույժը պետք է ճշգրտի վերին միջընդերային զարկերակից անջատվողու լեղածորանի կողմնային պատի հետևով ընթացող աբերանտ աջ լյարդային զարկերակի հնարավորգոյությունը:

Ուշադրություն՝ եթե Վինսլոու-ի անցքը փակված է կպումներով այն պետք է Կոխերի գործողության ժամանակ վերականգնվի: Վինսլոուի անցքին մոտեցումը անհրաժեշտ է լյարդի դրունքի շոշափման ու աբբերանտ աջ լյարդային զարկերակի հայտնաբերման համար:

Լեղու արտահոսքի կանխման համար, հատված ընդհանուր լյարդային ծորանի վրա, մինչև նրա վերակառուցումը, դրվում է փափուկ սեղմիչ:

Դռներակից առաջ ավելի պոչային ուղղությամբ տեղակայված շարակցական հյուսվածքը բութ կերպով փեղեքվում է: Այստեղ խորհուրդ չի տրվում լայնորեն տեղայնացնել դռներակը, քանի որ, նրա յատրոգեն վնասումը, մինչև ստամոքսի ու ենթաստամոքսային գեղձի հատում, կարող է բերել զգալի արյան կորստի՝ ոչ բավարար էքսպոզիցիայի հետևանքով:

Պետք է լինել զգույշ և հիշել լյարդի անոմալ զարկերակային արյան մատակարարման հնարավոր տարբերակների մասին: Ոչ հաճախ լյարդային զարկերակը /ստամոքս-տասներկումատնյա զարկերակի անջատման տեղից ավելի դիստալ/ անցնում է դռներակի հետևով: Հավելյալ կամ աբերանտ աջ լյարդային զարկերակը ևս կարող է անցնել դռներակի հետևով ու լատերալ, բայց սկիզբառնել ոչ թե ընդերային ցողունից, այլ վերին միջընդերային զարկերակից: Աջ լյարդային զարկերակը պետք է պահպանել: Ընդհանուր լյարդային զարկերակը ևս կարող է անջատվել վերին միջընդերային զարկերակից:



Փուլ 4. Ստամոքսի անտրալ հատվածի հատում /կամ տոտալ սուբտոտալ, եթե պլանավորվում է պահպանել նախադուռը/

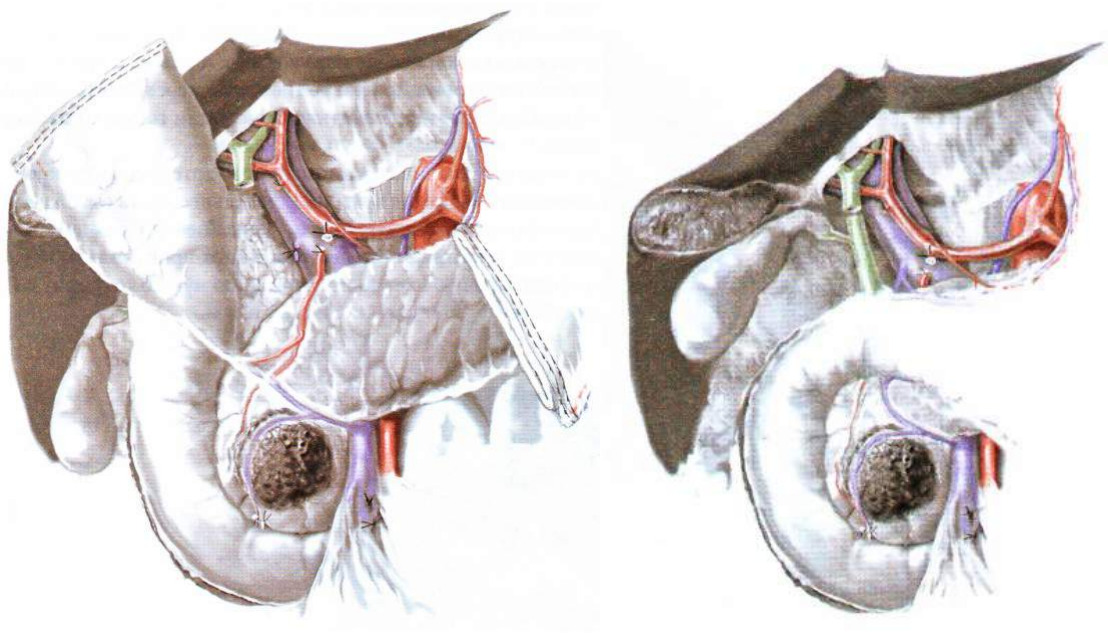
Մինչև ստամոքսի հատումը, փոքր կորության երկայնքով, կապվում են ու հատվում ձախ ստամոքսային զարկերակի տերմինալ ճյուղերը:

Փոքր կորությամբ, երրորդ կամ չորրորդ լայնակի երակից մինչև մեծ կորության ստամոքս-ճարպոնային երակի միացում, ստամոքսը գծային ստեպլերի օգնությամբ հատվում է:

Մեծ ճարպոնը հատվում է մեծ կորությանը մոտեցող տեղից:

Ոչ մեծ պերիամպուլյար ուռուցքներով հիվանդների մոտ կարելի է իրականացնել ստամոքսախոռոչահատում նախադռան պահպանումով: Նման միջամտության խորհուրդ չի տրվում կատարել ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի տարածքի ուռուցքների ժամանակ, ուռուցքային գործընթացի մեջ տոտալ սուբտոտալ աղու առաջին-երկրորդ չափաբաժինների ներգրավման, ինչպես նաև պոզիտիվ պիլորիկ ու պրեպիլորիկ ավշագեղձերի պարագայում:

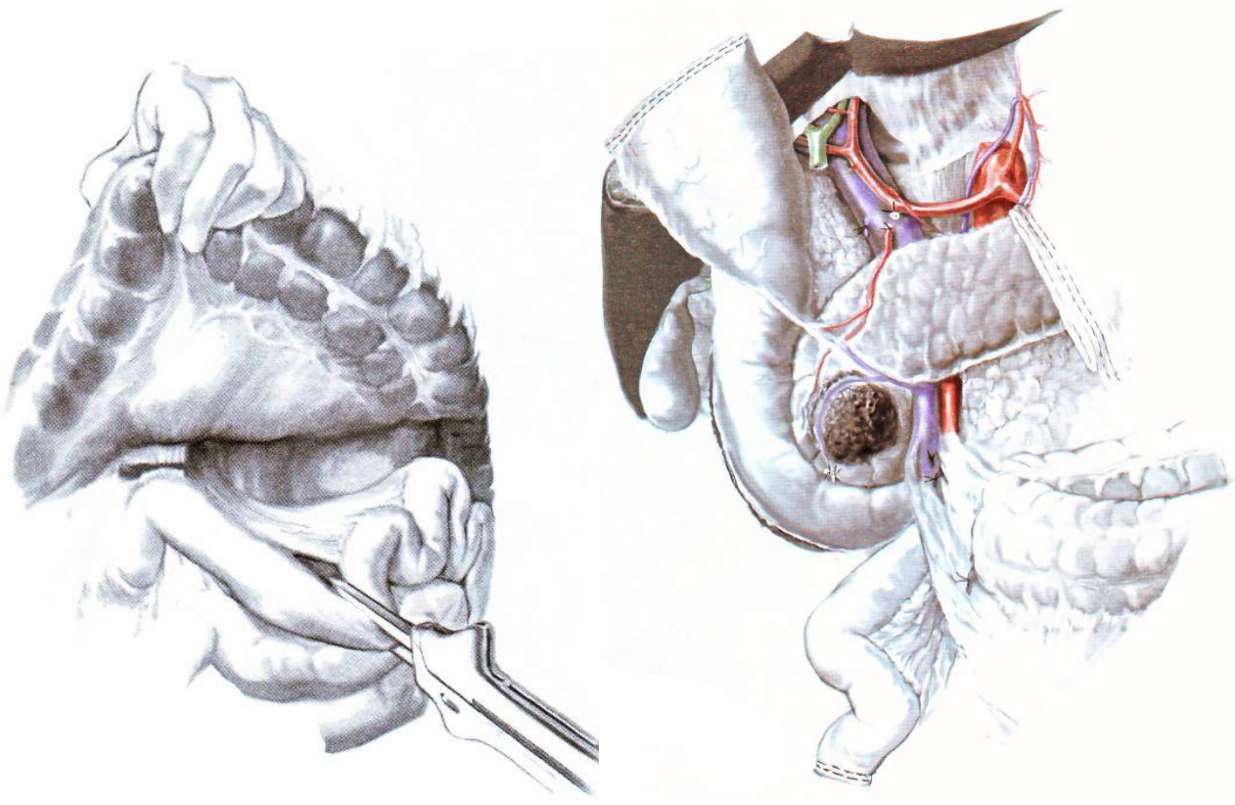
Հնարավորության դեպքում, ստամոքս-ճարպոնային անոթային աղեղը և տոտալ սուբտոտալ աղին հատվում են նախադռից 3սմ ոչ պակաս հեռավորության վրա: Սակայն վերակառուցման ժամանակ տոտալ սուբտոտալ աղուց հատվում է ևս 1.0-1.5սմ և դուոդենոյեյունոստոման ձևավորվում նախադռից 1.0-1.5սմ-ի վրա, որտեղպրյամոտակպրոքսիմը համարժեք է:



Փուլ 5. *Բարակ աղու հատում*

Փոքր կպումներից Տրեյցի կապանի առանձնացման ժամանակ, հատուկ ուշադրություն է դարձվում ստորին միջընդերային երակի պահպանմանը: Բարակաղիի հատվում է կապանից մոտավորապես 10սմ դիստալ՝ գծային կարող գործիքով: Միջընդերքը կապվում է ու հատվում:

Այս դիսսեկցիան շարունակվում է տասներկումատնյա աղու չորրոդ ու հինգերորդ հատվածների վրա: Դեվասկուլյարիզացված տասներկումատնյա աղիները ընդերային անոթներից հետ:



Փուլ 6. Ենթաստամոքսային գեղձի հատումն ու հետորովայնամզային դիսեկցիայի ավարտը

Առավել կարևոր ու վիրահատության դժվարին հատվածէ գեղձի լրիվ տեղայնացումը վերին միջընդերային երակի մ դռներակի հատման տեղում և հեռացվող բլոկի անջատումը վերին միջընդերային զարկերակի լատերալ եզրից:

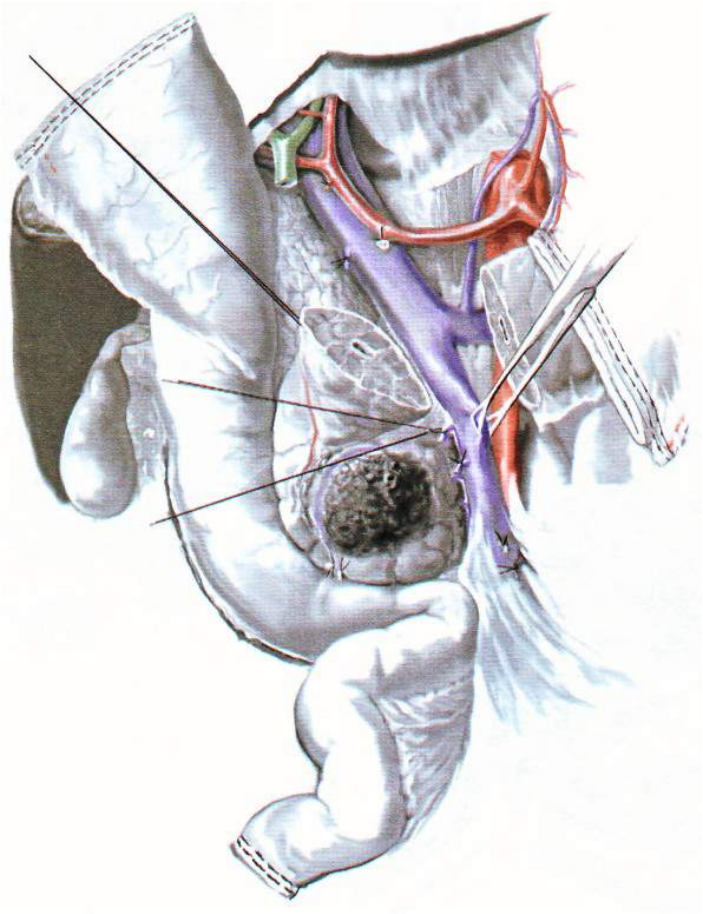
Ենթաստամոքսային գեղձի վզիկի վերին ու ստորին եզրերից դրվում են կարեր- բռիչներ: Պետք է հիշել, որ շատ դեպքերում ստորին եզրի մոտ կա ոչ մեծ զարկերակ:

Ենթաստամոքսային գեղձըէլեկտրադանակով հատվում է դեպի ներքև մինչև վերին միջընդերային երակի ու դռներակների միացման տեղի առաջային մակերես:

Եթե ուռուցքը մոտ է աճում այս երակներին, ապա ենթաստամոքսային գեղձը կարելի է հատել ավելի դիստալ՝ նրանց միացման մեդիալ եզրի երկայնքով և պատրաստվել երակի սեգմենտար մասնահատման:

Հեռացվող հյուսվածքները տարվում են դիպի աջ, որից հետո անջատվում դռներակից ու վերին միջընդերային երակից՝ կապելով ու հատելով գեղձի գլխիկից ու կեռիկանման ելունից եկող առանձին երակային ճյուղերը: Պետքէուշադրություն դարձվի երակների միացման տեղի ու կողմնային պատերի հետ ուռուցքի փոխհարաբերությանը, ինչը կարելի է տեսնել միայն ստամոքսի ու ենթաստամոքսային գեղձի հատումից հետո:

Այդ փոխհարաբերությունը հնարավոր չէ ճշգրիտ գնահատել ներվիրահատական սովորական դիսսեկցիայի իրականացման ընթացքում՝ ենթաստամոքսային գեղձի վզիկի հետին պատի ու երակների միացման տեղի առաջային պատի հարթությունում: Այդ իսկ պատճառով այս հնացած գործողությունը վիրահատության վաղ փուլում այլևս չի կիրառվում:



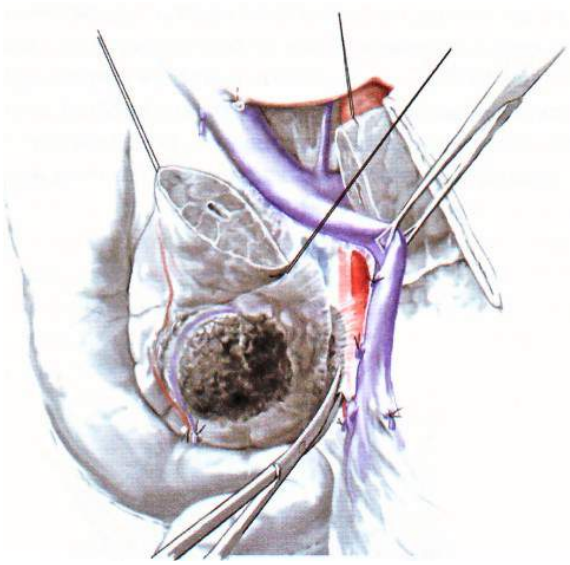
Փուլ 7. Կեռիկանման ելունի հեռացում

Վերին միջընդերային երակի ու դռներակի միացման տեղի տեղայնացման և վերին միջընդերային զարկերակի նույնականացման համար պահանջվում է կեռիկանման ելուճի լրիվ անջատում վերին միջընդերային երակից ու նրա առաջին բարակ աղիքային ճյուղից /որը անցնում է վերին միջընդերային երակի հետևով/: Այն անջատվելով վերին միջընդերային երակի աջ հետին կողմնային պատից /ելուստի մակարդակից/, անցնում է վերին միջընդերային զարկերակից հետ և մտնում բարակաղու մեդիալ /պրոքսիմալ/ հատված, տալով մեկ կամ երկու ճյուղեր անմիջապես ելուստին, որոնք անհրաժեշտ է հատել: Եթե ուռուցքի տարածումը վերին միջընդերային երակի վրա թույլ չի տալիս իրականացնել անոթից կեռիկանման ելունի անջատում, առաջին բարակաղիքային ճյուղը կարելի է հատել /այս դեպքում հայտնաբերվում է վերին միջընդերային զարկերակը՝ համանուն երակից ավելի միդիալ/: Վերին միջընդերային երակի

վնասումը առաջին բարակաղիքային ճյուղի մակարդակին /այն անցնում է վերին միջընդերային զարկերակից հետ/ դժվար է հաղթահարել: Նման իրավիճակը առավել հաճախ դառնում է վերին միջընդերային զարկերակի յատրոգեն վնասումների պատճառ, երբ փորձում են մինչև միջընդերային զարկերակի առաջնացումը կար դնել վնասված երակի վրա:

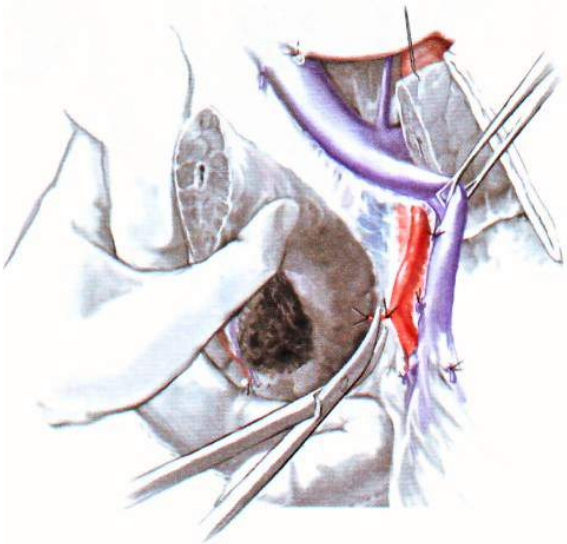
Փուլ 8. Վերին միջընդերային երակի աջ կողմի ազատումը

Վերին միջընդերային երակի ու դաշերակի միացման տեղից մեդիալ տեղաշարժը թույլ է տալիս հայտնաբերել վերին միջընդերային զարկերակը, հեշտացնելով ենթաստոմքսային գեղձի գլխիկի ու փափուկ հյուսվածքների անջատումը վերին միջընդերային զարկերակի աջ կողմնային պատից, նրա պրոքսիմալ հատվածում: Երակների միացման տեղի ոչ լրիվ անջատումը և վերին միջընդերային զարկերակի ոչ բավարար էքսպոզիցիան սովորաբար թույլ չեն տալիս ապահովել մասնահատման դրական եզրեր, վերին միջընդերային զարկերակի հոմոգրաֆոլոգիական ելուկի և միջընդերքի փափուկ հյուսվածքների ոչ լրիվ հեռացման հետևանքով:



Փուլ 9. Ստորին ենթաստամոքս-տասներկումատնյա զարկերակի կապում

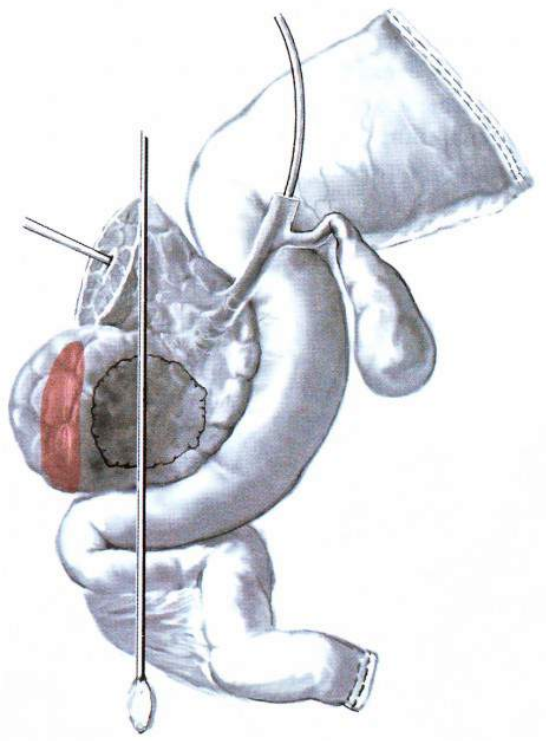
Բացի այդ, երակների միացման տեղի ոչ լրիվ տեղայնացումը, վատ էքսպոզիցիայի հետևանքով, կարող է բերել վերին միջընդերային զարկերակի վնասման: Հետվիրահատական հետորովայնամզային արյունահոսությունների հիմնական պատճառը ստորին ենթաստամոքս-տասներկումատնյա զարկերակի անջատման ու հուսալի կապման անհնարինությունն է, քանի որ անոթները կարող են կծկվել և հետվիրահատական շրջանում արյունահոսել:



Փուլ 10. Հետորովայնամզային եզրը

Որպեսզի ապահովվի հետագա ծխախոտային հետորովայնամզային եզրի ճիշտ գնահատման այլ ախտաանատոմիական տվյալներ, պրեպարատը պետք է անհրաժեշտ ձևով նշագրել: Վերին

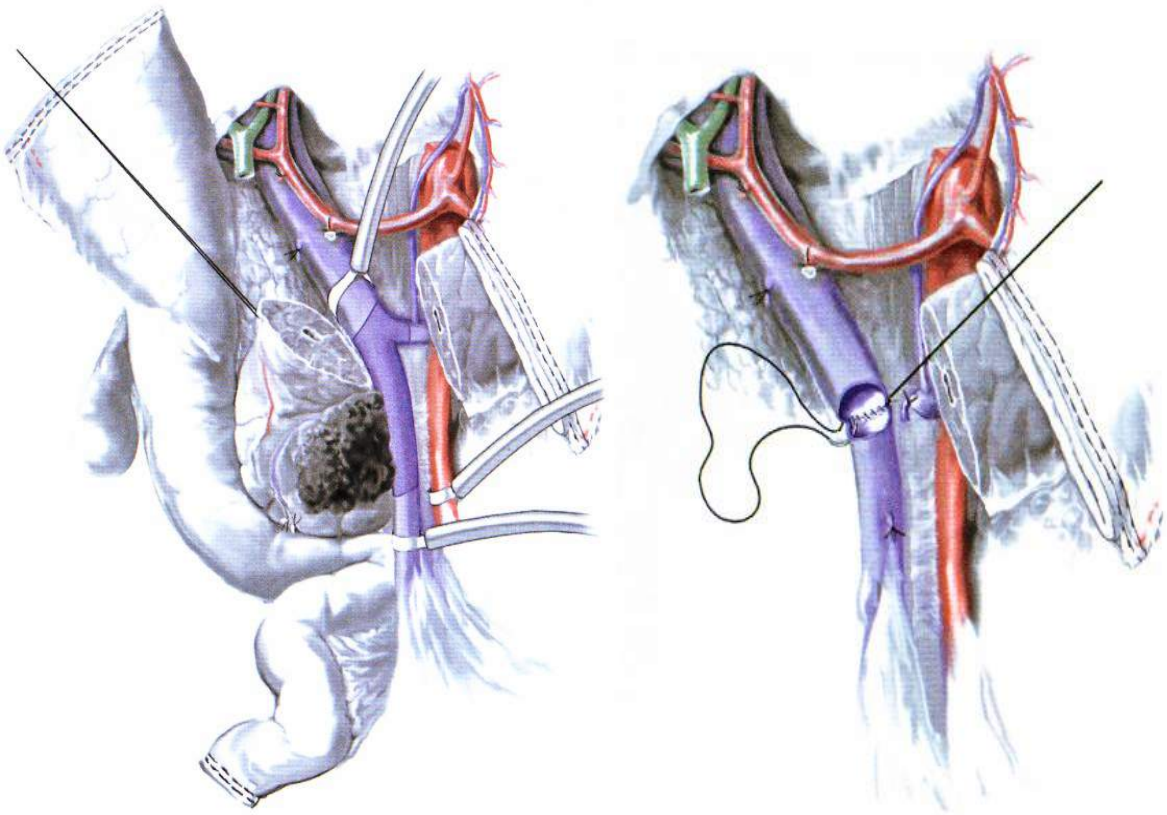
միջընդերային զարկերակի պրոքսիմալ 3-4սմ-ի մոտ փափուկ հյուսվածքը ներկայացնում է պրեպարատի հետորովայնամզային եզրը և պաթոլոգի կողմից նշվում է պլանային հյուսվածաբանական հետազոտման համար: ՀՇ-ի տվյալների հիման վրա ճիշտ նախավիրահատական պլանավորման դեպքում, հետորովայնամզային եզր չպետք է լինի: Միկրոսկոպիկ դրական հետորովայնամզային եզր հայտնաբերվում է մասնահատումների 10-20% դեպքերում /R1 մասնահատում/: Ենթաստամոքսային գեղձի մասնահատման ու ընդհանուր լարդային ծորանի եզրերը պետք է ուղարկվեն շտապ հյուսվածաբանական հետազոտության:



Փուլ 11. Անոթային վերակառուցում

Ուռուցքի ներաճը միջընդերային երակային դաշերակի միացման լատերալ պատին հնարավորություն չի տալիս անջատել նրանց ենթաստամոքսային գեղձից և նրա կեռիկոմման ելունից, խոչընդոտելով երակների միացման տեղի մեդիալ տեղաշարժին /ինչպեսհաև, պրեպարատի լատերալ տեղաշարժին/: երակային սեգմենտար մասնահատման ստանդարտ տեխնիկան ներառում է փայծաղային երակի հատում: Այն թույլ է տալիս լրիվ մերկացնել վերին միջընդերային զարկերակը համանուն երակից ավելի մեդիալ և վերին միջընդերային երակի ու դաշերակի համար ստեղծել հավելյալ շարժունակություն /քանի որ փայծաղային երակը այլևս նրանց չի ֆիքսում/ առաջնային երակային բերանակցման համար: Հետորովայնամզային դիսսեկցիան ավարտվում է աորտայից առաջ և մերկացված վերին միջընդերային երակից աջ փափուկ հյուսվածքների սուր անջատումով, որից հետո պրեպարատը մնում է կապված միայն

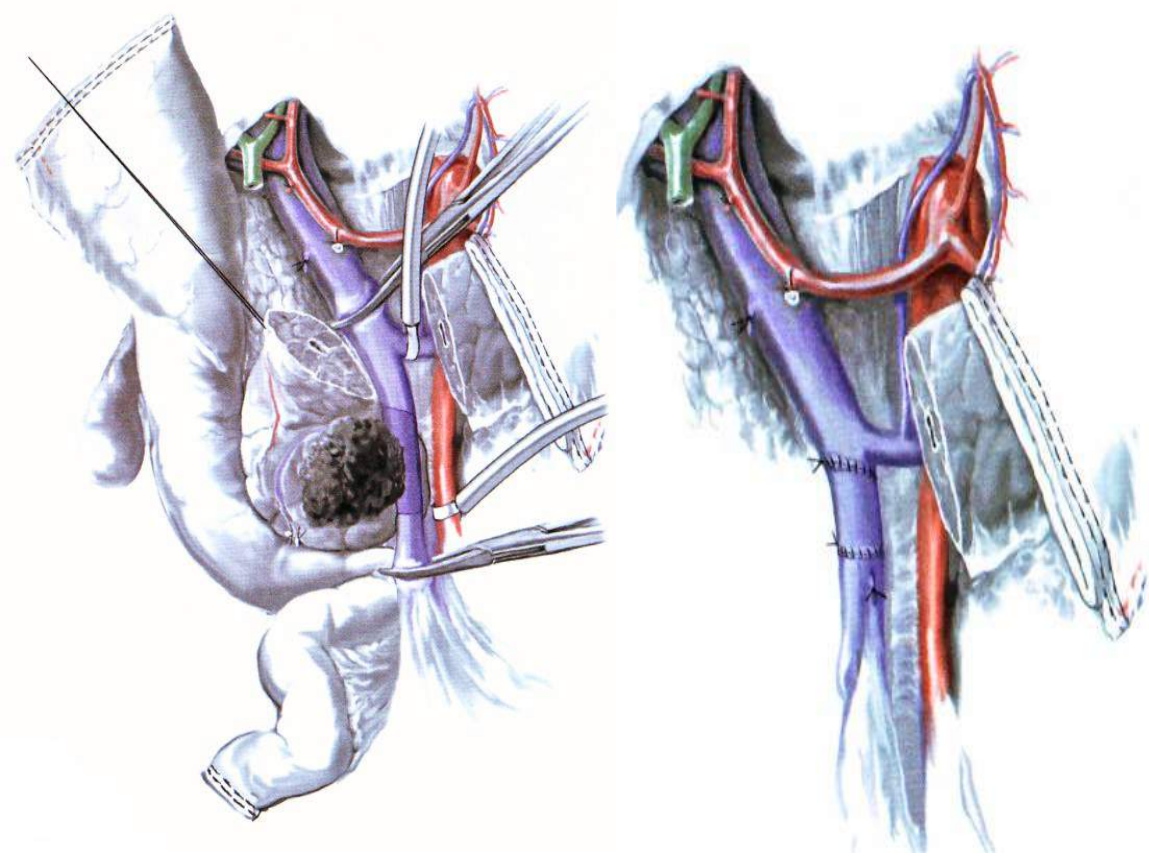
երակների միացման տեղի հետ: Ուռուցքի մեջ ներառված երակային սեգմենտի վրա 2-3 սմ ավելի պրոքսիմալ /դեպի սիրտ/ և դիստալ /վերին միջընդերային երակի վրա/ դրվում են անոթային սեղմիչներ, որից հետո երակի հատումը թույլ է տալիս հեռացնել պրեպարատը: Եթե փայծաղային երակը հատված է, ապա կարելի է մասնահատել երակների միացման շրջանի սեգմենտ, ոչ պակաս 2-3սմ երկարությամբ՝ առանց հետագա պրոտեզավորման: Երակային մասնահատումը միշտ իրականացվում է վերին միջընդերային զարկերակի ներհոսքի փակմանը նախորդում՝ բարակ աղու այտուցը բացառելու համար /ինչը դժվարացնում է ենթաստամոքսային գեղձի ու լեղուղիների վերակառուցումը/: Վերին միջընդերային զարկերակի փակումից առաջ սովորաբար իրականացվում է համակարգային հեպարինիզացիա, երակների ազատ եզրերը համադրվում են 6-0 պոլիպրոպիլենի առանձին կարերով:



Փուլ 12. Վերին միջընդերային երակի վերակառուցում

Եթե ուռուցքային ինվազիան սահմանափակվում է վերին միջընդերային երակով, փայծաղային երակի դեպի դեպի երակի միացումը պահպանվում է: Փայծաղային երակի միացման պահպանումը չի խանգարում բերանակցման ձևավորմանը, միայն երբ սեգմենտար մասնահատման երկարությունը 2 սմ-ից ավելի է, մինչդեռ մյուս դեպքերում այն սահմանափակում է դեպի երակի շարժունակությունը: Այդ պատճառով հաճախ փայծաղային երակի պահպանումով վերին

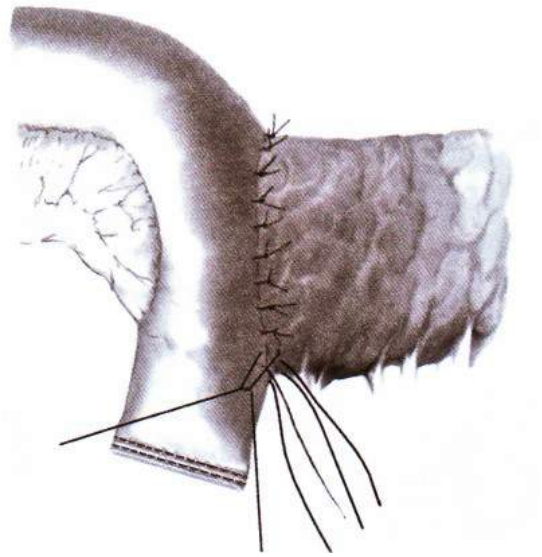
միջընդերային երակի մասնահատմանժամանակ օգտագործվում է ներքինծայրերակիցվերցրած ներդիր տրանսպլանտանտ: Փայծաղային երակի պահպանումը զգալի չափով դժվարացնում է երակային վերակառուցումը, խանգարելով վերին միջընդերային զարկերակի պրոքսիմալ 3-4սմ-ին հասնելը /վերին միջընդերային երակից ավելի մեդիալ/: Երակային մասնահատումն ու վերակառուցումը կարելի է իրականացնել կամ մինչև վերին միջընդերային զարկերակի աջ կողմնային պատից պրեպարատի անջատումը, կամ այդ զարկերակից պրեպարատի լրիվ դիսսեկցիայից հետո: Երկու եղանակներն էլ պահանջում են պանկրեատոդուոդենալ մասնահատման մեծ փորձ:



Փուլ 13. Ենթաստամոքսային գեղձի վերակառուցում

Ենթաստամոքսային գեղձի մնացորդը, 2-3 սմ խորության վրա, տեղայնացվում է հետորովայնամզային տարածությունից և փայծաղային երակից, որպեսզի ստեղծվեն պայմաններ աղիք-ենթաստամոքսային բերանակցման կարերը դնելու համար: Հատված բարակաղիհետհաստաղիքային ուղիով անցկացվում է միջային հաստաղիքային անոթներից ավելի ձախ: Եթե պանկրեատիկ ծորանը լայնացած չէ, նպատակահարմար է ձևավորել "ծայրը-կողքին" երկշարք պանկրեատոեյունոստոմա, ոչ մեծ ստենտի տեղադրումով: Արտաքին շարքը դրվում է 4-0 մոնոֆիլամենտ թելի առաձին հանգուցակարերով: Ներքին շարքը՝ առանձին 4-0 կամ 5-0 մոնոֆիլամենտ կարերով, համադրելով պանկրեատիկ ծորանի պատը բարակաղուեի՝ նրա ամբողջ հաստությամբ: Հետին հանգույցները կապվում են դեպի ներս, մինչդեռ կողմնային ու առաջային

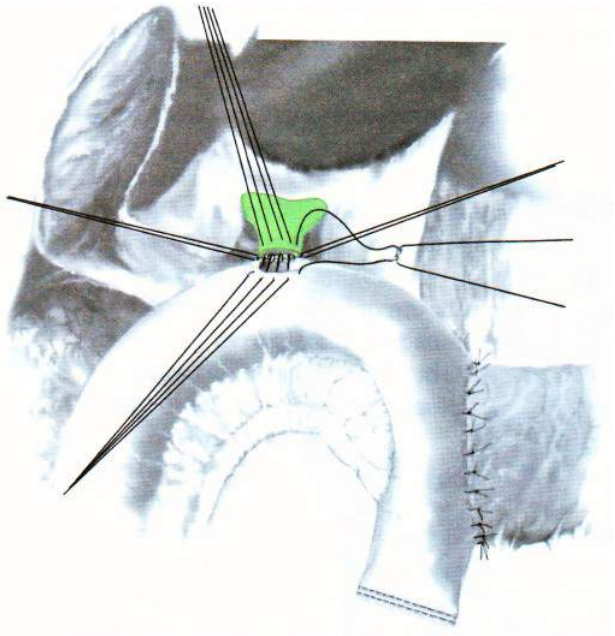
հանգույցները՝ դեպի դուրս: Եթե կիրառվում է ստենտ ապա այն անցկացվում է բերանակցման միջով մինչ առաջային կարերի կապումը, այնպես որ նրա եզրերը 2սմ տարածության վրա մոնոպրոպիլենային ծորան ու բարակ աղի:



Փուլ 14. Լեղուղիների վերակառուցում

Պանկրեատոյեյունոբերանակցումից ավելի դիստալ ներծծվող մոնոֆիլամենտ կարերով / 4-0/ ձևավորվում է “ծայրը-կողքին” միաշարք հեպատիկոյեյունոբերանակցում /այն չի ստենավորվում նույնիսկ ծորանի սովարական չափերի պարագայում/:

Բրակպոլին լեղածորանի հետ համադրվում է այնպես, որ պանկրեատիկ ու լեղային բերանակցումներում խուսափենք ձգվածությունից:

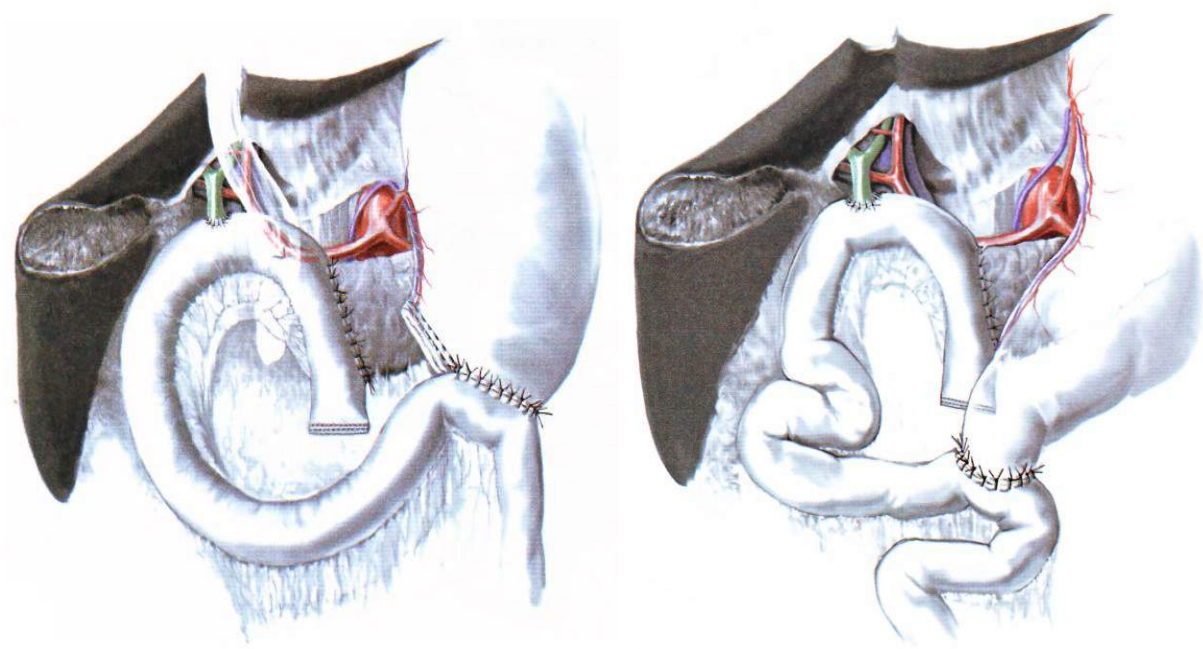


Փուլ 15. Ստամոքսի կամ տասներկումատնյա աղու վերակառուցում

Գաստրոդյուոդենոստոմայի ձևավորվում է առաջ հաստաղիքային եղանակով՝ ձեռքի երկշարք կարով: Եթե նախադուռը պահպանված է, ապա ձեռքի միաշարք կարով մոնոֆիլամենտ ներծծվող թելով իրականացվում է “ծայրը-կողքին” դոդենոյեյունոբերանակցում: Տարածությունը լեղային ու ստամոքս/տասներկումատնյա աղիքային բերանակցումների միջև պետք է լինի 50սմ, որպեսզի բացառվի ստամոքսային պարունակության ռեֆլյուքսը:

Գաստրոյեյունոբերանակցումից ավելի դիստալ, Վիտցելի եղանակով, տեղադրվում է 10Fr լայնությամբ յեյունոստոմիկ խողովակ, հետվիրահատական էնտերալ սնուցման համար:

Որպեսզի ծածկվի ստամոքս-տասներկումատնյա զարկերակի ծայրատը, մանգաղաձև կապանը տեղադրվում է ընդհանուր լյարդային զարկերակի և բերող բարակ աղու գալարի միջև: Այն թույլ է տալիս բացառել ստամոքս-տասներկումատնյա զարկերակի ծայրատի պսևդոանևրիզմայիզացումը, պանկրեատիկ բերանակցման անբավարարության և թարախակույտի առաջացման պայմանները:



Հետվիրահատական հետազոտություններ.

- ✓ Հեմոգլոբին, լեյկոցիտներ, տրոմբոցիտներ,
- ✓ էլեկտրոլիտներ, կրեատինին,
- ✓ շիճուկային ամիլազայի ակտիվության որոշում,
- ✓ ամիլազայի ակտիվությունը դրենաժով արտահոսող արտադրանքում,
- ✓ ընդհանուր շիճուկային բիլիրուբին,

- ✓ լեյկոցիտոզի կամ սեպսիսի առավել հաճախ պատճառ է հանդիսանում պանկրեատոյեյունոբերանակցման անբավարարությունը:

Տեղային բարդություններ

Մոտակա

- Ներորովայնային թարախակույտ՝ պանկրեատիկ բերանակցման անբավարարություն,
- Դողուսպրսուռ, լեյկոցիտոզ, անանցանելիություն, որովայնի փքում, սովորաբար վիրահատությունից 4-5 օրհետո: ՀՇ-ի հսկողության տակ ասպիրացիա և մաշկի միջով ինֆեկցված հեղուկի դրենավորում, որովայնի ու կոնքի ՀՇ,
- Աղիքի ու ստամոքս-տասներկումատնյա զարկերակի միջև խոցղակ,
- Ստամոքս-աղիքային ուղուց կամ դրենաժային կապուղուց արյունահոսություն հետվիրահատական առաջին 10 օրերի ընթացքում: Սովորաբար պանկրեատիկ բերանակցման անբավարարության հետևանքով, շրջակա հյուսվածքների ինֆեկցիան ու բորբոքումը բերում են ստամոքս-տասներկումատնյա զարկերակի ծայրատի պատռման: Ընտրության եղանակ է անգիոգրաֆիան լարդային զարկերակի ստենտավորումով կամ էմբոլիզացիայով, վիրահատական միջամտությունը կարող է քննարկվել որպես վերջին միջոց:
- Ստամոքսի դատարկման դանդաղում: Ստամոքսի վատ դատարկման ժամանակ, յեյունոստոմիկ խողովակի տեղադրումը թույլ է տալիս կիրառել էնտերալ սնուցում, խուսափելով ներերակային սնուցումից:

Հետաձգ

- Ենթաստամոքսային գեղձի քաղցկեղի հեռավոր ու տեղային կրկնություն, գեղձի բունոցում, մետաստազներ լարդում, թոքերում և որովայնամզում
- Էկզոկրին /~40%/ կամ էնդոկրին /~20%/ անբավարարության զարգացում,
- Պանկրէատիկ բերանակցման նեղացում, կրկնվող պանկրեատիտով կամ պանկրեատիկ ցավերով,
- Բարակ աղու անանցանելիության:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- Գնահատեք ուռուցքի մասնահատելիությունը մինչև վիրահատությունը, ուռուցքի ու վերին միջընդերային երակի ու զարկերակի միջև փոխհարաբերությունները բարդ են, և հրահանգավորվող չէ գնահատել մինչև ստամոքսի ու տասներկումատնյա աղու հատումը:
- Զփորձեք բութ եղանակով առանձնացել ստամոքս-տասներկումատնյա զարկերակի անջատման տեղը, քանի որ ինտիմայի դիսեկցիան կարող է բերել լարդային

զարկերակի օկլյուզիայի /խցանման/: երբ ուռուցքը մոտ է տեղակայված ստամոքս-տասներկումատնյա զարկերակի հիմքին, լյարդային զարկերակը առանձնացրեք նրանից վերև ու ենրքև և զարկերակը հատեք նրա անջատման տեղում, առաջացած արտերիոստոմիան կարելի է փակել 6-0 պոլիպրոպիլենով՝ անոթային ներդիրով կամ առանց նրա:

- Միշտ ամբողջությամբ տեղայնացրեք վերին միջընդերային երակի միացման տեղը, մերկացնելով վերին միջընդերային զարկերակը, հանեք տեսողական հսկողությունը թույլ տա խուսափել վերջինիս վնասումից:
- Պանկրեատիկ ու լեղային վերակառուցումների համար բարակաղիքն անցկացվում է հետ հաստաղիքային ուղիով, այսպես հետորովայնամզային /մասնահատված տասներկումատնյա աղու լուծույթ/: Կտրվածքը լայնածիգ հաստ աղու միջընդերքում իրականացվում է միջային հաստ աղիքային զարկերակից ավելի ձախ:

ԵՆԹԱՍՏԱՄՈՔՍԱՅԻՆ ԳԵՂՋԻԿԵՆՏՐՈՆԱԿԱՆ ՄԱՍՆԱՀԱՏՈՒՄ

Ներածություն

1959թ. Letton-ն ու Wilson-ը հայտնեցին ենթաստամոքսային գեղձի վզիկի տրավմատիկ պատռվածքի հետո, առանց մանրադիտակային առաջին բուժման մասին: Հիվանդի մոտ գեղձի գլխիկի աջ ծայրատը խուլ կարվել էր, իսկ մարմնի ձախ մասում պոչը բերանակցվելբարակ աղիքային Y-ա ձև գալարի հետ՝ լյոՌու-ի: 1984թ. Dagrrad-ն ու Serio-ն հայտնեցին ինսուլոմայի կապակցությամբ ենթաստամոքսային գեղձի առաջին կենտրոնական մասնահատման մասին, իսկ 1988թ. Fagniez-ը, Kracht-ը և Rotman-ը ինսուլոմայով և սերոզ ցիստադենոմայովևս երկու հիվանդներիմոտ: Ներկայումս իրականացվել են 150-ից ավել կենտրոնական մասնահատումներ առանց մահացու ելքերի: Կենտրոնական մասնահատումը ներառում է ենթաստամոքսային գեղձի վզիկի և/կամ մարմնի պրոքսիմալ հատվածներում տեղակայված բարորակ ուռուցքների և սահմանային գոյացությունների անատոմիական հեռացում, երկու կողմերից 1սմ լայնությամբ չփոփոխված հյուսվածքներիհետ: Խնդիրը կայանում է 5 սմ-ից ոչ քիչ բնականոն մարմին/պոչ պահպանելու մեջ, որը ձախակողմյան մասնահատման դեպքում լիով կհեռացվեր:

1. *Ցուցումներն ու հակացուցումները*

Ցուցումները՝

- կենտոնական տեղակայմամբ, ոչ մեծ օջախային գոյացություններ /5սմ-ից փոքր չափերի/՝ անհասանելիէնուկլեյացիայի համար,
- ենթաստամոքսային գեղձի վզիկի տրավմատիկ պատռվածքներ,

- բարորակ, սահմանային կամ բարձր տարբերակման չարորակ ուռուցքներ /եզոֆագի նեյրոէնդոկրին ուռուցքներ, շճային կամ լորձային կիստոզ ուռուցքներ, սոլիդ պսևդոպապիլյար ուռուցքներ, իրական սոլիտար ուռուցքներ, ալիտար կիստաներ և այլն/,
- ենթաստամոքսային գեղձի դիստալ ծայրատի 5սմ-ից ոչ պակաս պահպանում:

Հակացուցումներ՝

- ենթաստամոքսային գեղձի չարորակ հիվանդություններ,
- ենթաստամոքսային գեղձի ընդգրկում հարևան օրգաններից առաջացած չարորակ ուռուցքի մեջ,
- ինսուլին-կախյալ շաքարախտ:

Հարաբերական հակացուցումներ՝

- մեծահասակ հիվանդներ />70տարի/,
- բարձր վիրահատական ռիսկ,
- ինսուլին կախյալ շաքարախտ:

2. ***Նախավիրահատական հետազոտություններ և վիրահատության պատրաստում***

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ էնդոկրին համասախտանիշ /հիպոգլիկեմիա, սուր պանկրեատիտ, ցավ որովայնի վերին հատվածում/ անամնեզում:
- ✓ Կլինիկական հետազոտություններում հարկ է բացառել էկզոկրին անբավարարության հետ կապված լուծի, շաքարախտի և պորտալ հիպերտենզիայի նշանները:
- ✓ Լաբորատոր հետազոտություններից կարևորվում են ամիլազան, լիպազան և/կամ պեպտիդային հորմոններ ու ինսուլինը, գաստրինը, գլյուկագոնը, վազոակտիվ ինտեստինալ պոլիպեպտիդը, սոմատոստատինը, քրոմոգրաֆին A-ն, ուռուցքային մարկերները /CA 19-9, CEA, MCA և այլն/: Եթե կասկածվում է էնդոկրին ուռուցք, պետք է պահպանել շիճուկի և/կամ պլազմայի նախավիրահատական նմուշները, համեմատական հյուսվածաբանական և իմունոքիմիական հետազոտությունների անցկացման համար:
- ✓ Ճառագայթային եղանակների կիրառումը կարևոր է տարբերակիչ ախտորոշման և ուռուցքի մասնահատելիության գնահատման համար՝ ԳՋՀ, ՀՇ, ՄՌՇ կամ էԳՍ: Ինչպես նաև.

ա/ էնդոկրին ուռուցքներիժամանակ սցինտիգրաֆիա III Yո՝ պենտետրեոտիդով /OctreoScan/,.

բ/ պոզիտրոն էմիսսիոնային շերտանկարում /ՊԷՏ/, բարորակ ու չարորակ ուռուցքների տարբերակմանհամար:

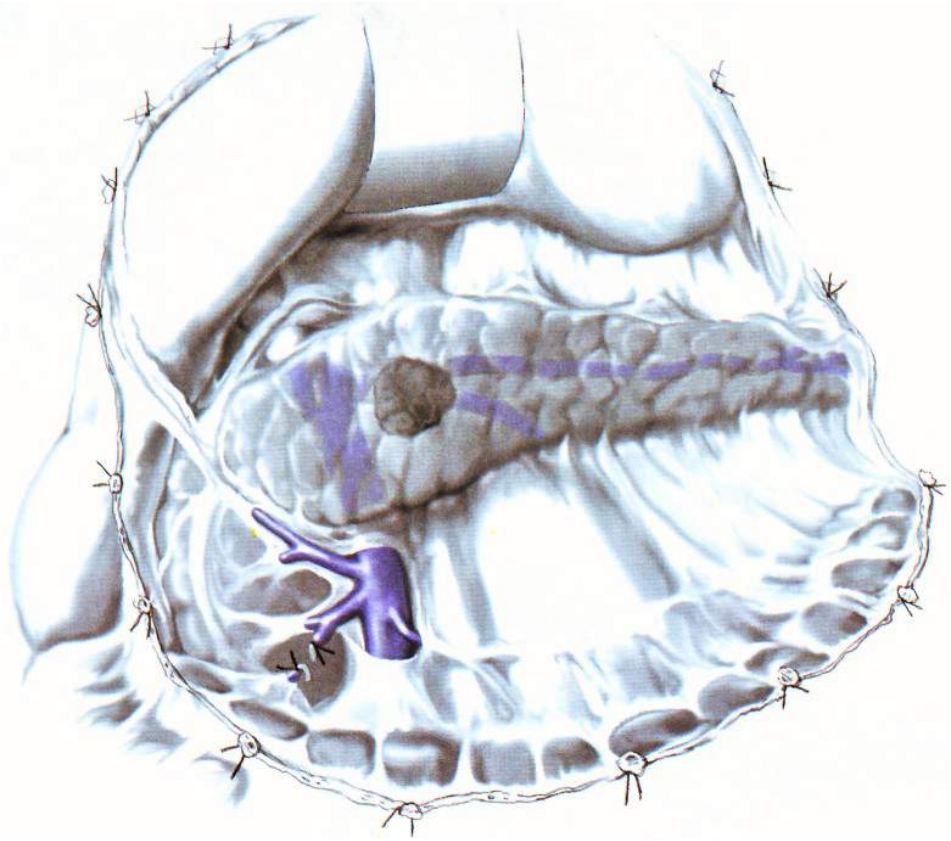
Հիվանդի պատրաստում՝ նախավիրահատական կանխարգելիչ հակաբակտերիալ թերապիա, կենտրոնական մասնահատման ժամանակ սոմատոստատինի նմանակներև հատուկ հետազոտություն չի կատարվում:

Վիրահատություն

Փուլ 1. Ենթաստամոքսային գեղձի կենտրոնական հատվածի էքսպոզիցիա

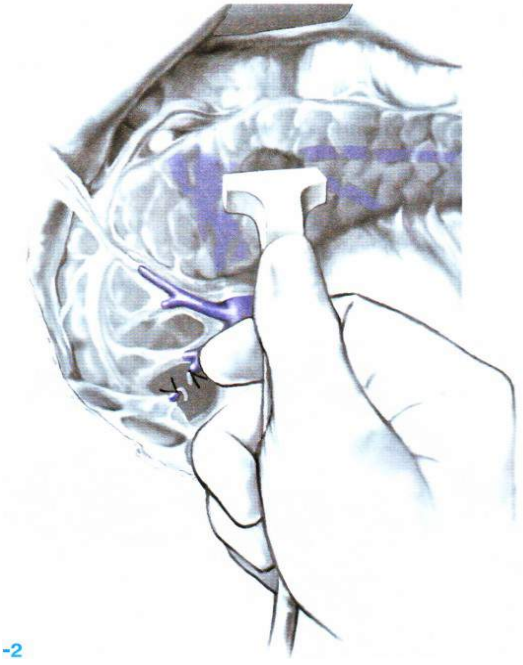
Օպտիմալ մոտեցում էհամարվում միջային կտրվածքը: Ենթաստամոքսային գեղձը առանձնացվում է, մեծ ճարպոնը անջատելովմիջածիգ հաստ աղուց և միջին հաստաղիքային անոթների ազատումով մինչև գեղձի վերին մակերեսի լրիվ բացում:

Վերին միջընդերային երակը նույնականացվում է և նրա առաջային մակերեսը գեղձի վզիկից ներքև մաքրվում: Պետք է լինել զգույշ, չվնասելառհամար երակային ճյուղերը, հատկապես եթե նրանք V տառի ձևով միացումներ են կազմում աջ ստամոքս-ճարպոնային երակի հետ: Եթե նորագոյացությունը իրաջեզրով չի հասնում վերին միջընդերային երակիդուռերակի անցմանն տեղին, ստամոքս-ճարպոնային անոթները պահպանվում են:



Փուլ 1. /շարունակություն/

Հիվանդության տարածվածությունը գնահատվում է ներվիրահատական ԳՋՀ-ով, այն հատկապես օգտակար է նորագոյացության ոչ շատ խորը տեղակայման դեպքում: Մասնահատման պլանավորման ժամանակ պետք է հաշվի առնել ուռուցքի կողմից մեկական սմ նորմալ գեղձային հյուսվածք ներառող անհրաժեշտությունը:



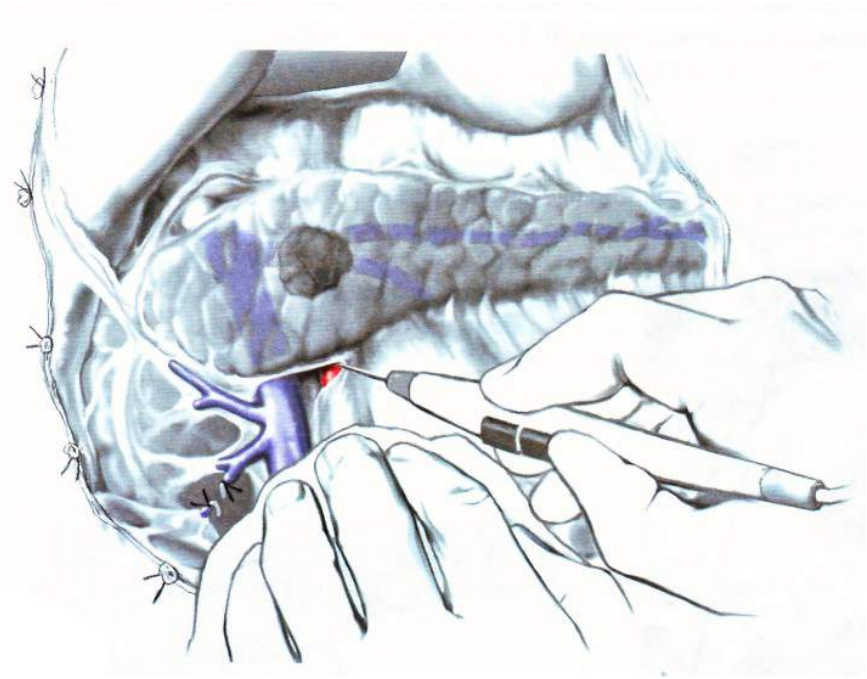
-2

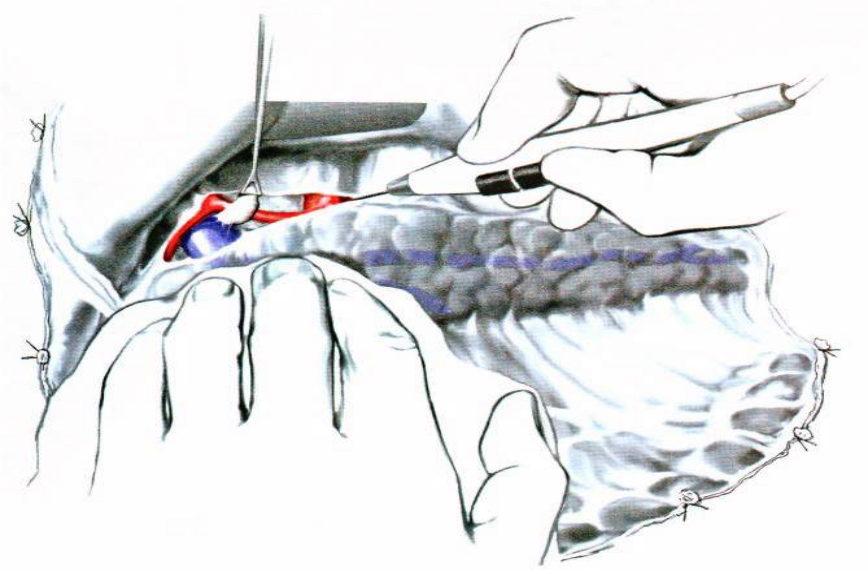
Փուլ 2. Ենթաստամոքսային գեղձի մասնահատվող մասի տեղայնացումը

Առպատային որովայնամիզը, հեռացման ենթակա մասում, ենթաստամոքսային գեղձի ստորին եզրով հատվում է էլեկտրադանակով, այնքան մինչև տեսանելի դառնա փայծաղային երակը: Պետք է ուշադիր լինել ընդերային ցողունից մինչև ստամոքս-տասներկումատնյա զարկերակ, ենթաստամոքսային գեղձի վերին եզրով, հաճախ ընթացող ոչ մեծ զարկերակներն ու երակներըկապելուս հատելուհամար:

Լյարդային զարկերակը տեղաշարժվում է դեպի վեր:

Եթե ուռուցքը տեղակայված է փայծաղային զարկերակի անջատման տեղից ձախ, ապա այն ևս պետք է տեղայնացվի մ տարվի դեպի վեր:



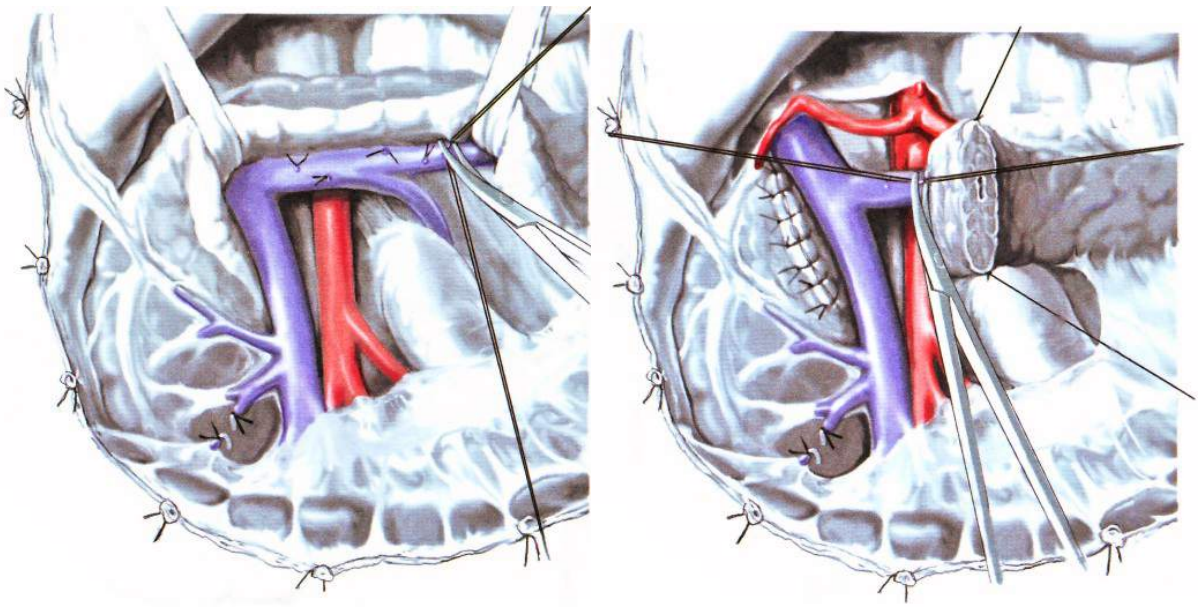


Փուլ 3. *Վերին միջընդերային ու փայծաղային երակների մոբիլիզացիան*

Ենթաստամոքսային գեղձը բջջանքերտով վզիկի ու վերին միջընդերային/փայծաղային երակների միջև, որտեղ սովորաբար անոթներ չկան, զգուշորեն անջատվում է: Հազվագյուտ դեպքերում, երբ դուոդենալ առաջային մակերես է թափվում ենթաստամոքսային երակ, գեղձը կարելի է հատել ներքևից, մինչև այդ երակի մերկացում, թույլ տալով հատել այն կապեղի միջև:

Ենթաստամոքսային գեղձը վերցվում է ժապավենի վրա և տեղաշարժվում դեպի առաջ ու վեր, թույլ տալով առանձնացնել մասնահատվող մասի հետին մակերեսով ընթացող ու փայծաղային երակ թափվող ճյուղերը: Որովհետև վերջինս զգուշորեն անջատվում է գեղձի մասնահատվող մասից:

Գեղձի պրոքսիմալ հատվածի հատումը /աջ կողմի/ սկսվում է նորագոյացությունից 1սմ պրոքսիմալ, իսկ գեղձի ձախ մասի տեղաշարժը դեպի առաջ կարող է բարելավել տեսանելիությունը և թույլ տալ կապել գեղձի հետին մակերեսից դեպի փայծաղային երակ ընթացող ճյուղերը:



Փուլ 4. *Ենթաստամոքսային գեղձի կենտրոնական մասի հեռացում*

Ենթաստամոքսային գեղձի հատվող գծերից պրոքսիմալ ու դիստալ դրվում են կարեր-բռնիչներ, որպեսզի փակվեն վերին ու ստորին պանկրեատիկ անոթները, որոնք անցնում են լայնակի դեպի պարենխիմա:

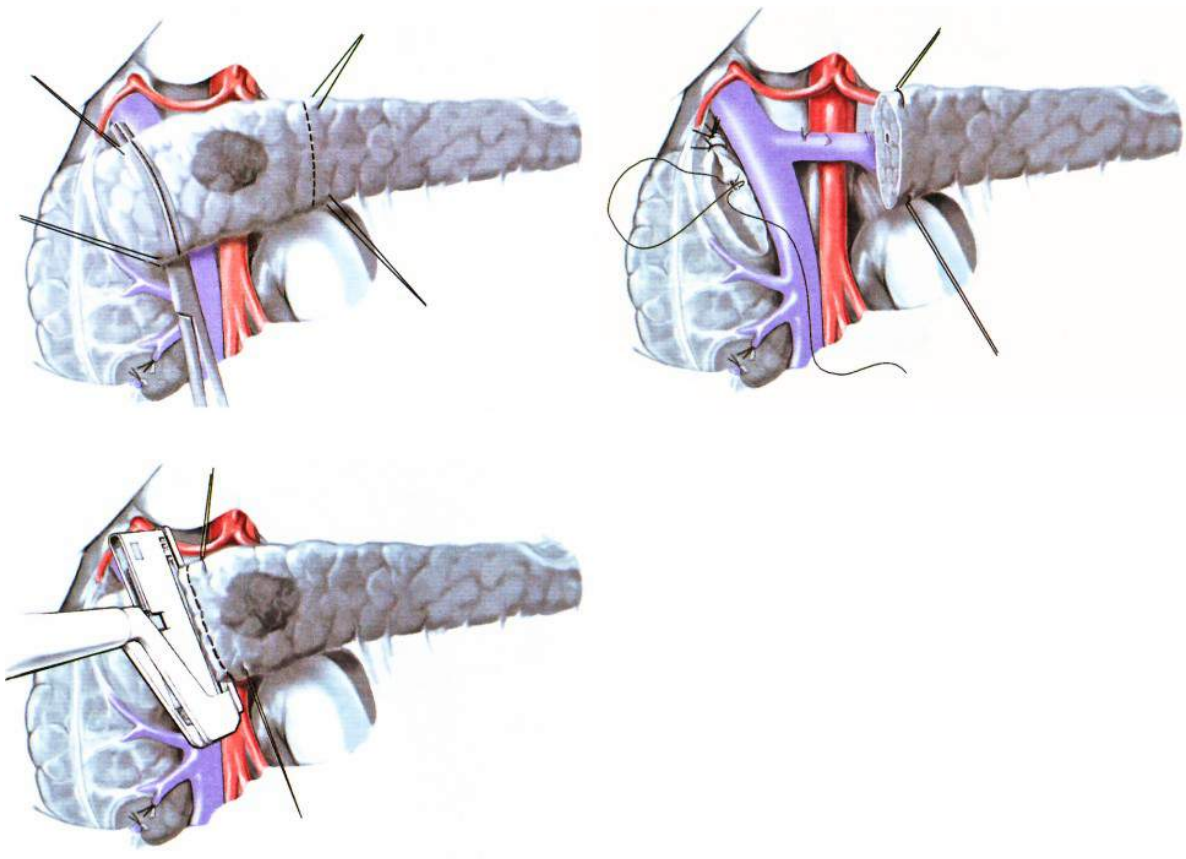
Գեղձը աջից կարող է նշտարով հատվել V-ա ձև կտրվածքով, ինչը թույլ է տալիս հետագայում ծայրատը կարել «ձգան բերանի» ձևով, լայնակի հատումը իրականացվում է ուռուցքից 1սմ ավելի ձախ կարելով ու կապելով կտրվածք մակերեսի տեսանելի արյունահոսող անոթները:

Պանկրեատիկ ծորանը գեղձի մնացուդ աջ կողմից կապվում ու կարվում է չներծծվող մոնոֆիլամենտ 5-0 թելով, իսկ գեղձի հյուսվածքը՝ սինտետիկ ներծծվող 3-0 կարերով՝ «ձգան բերանի» ձևով:

Ենթաստամոքսային գեղձի շատ բարակ վզիկը կարող է կարվել գործիքով /ստեպլերով/, իսկ արյունահոսությունը մանր զարկերակներից կանգնեցվել ներծծվող սինտետիկ կարերով, բացի այդ պետք է հայտնաբերվի ու առանձին կարով կապվի չներծծվող մոնոֆիլամենտ 5-0 թելով պանկրեատիկ ծորանը:

Կենտրոնական մասնահատման աջ սահմանը հանդիսանում է ստամոքս-տասներկումատնյա զարկերակի ձախ կողմը: Գեղձի հատումը այս զարկերակից ավելի աջ կարող է բերել ընդհանուր լեղածորանի վնասման:

Պրեպարատը, աջ ու ձախ մասնահատման եզրերի հետ ուղարկվում է շտապ հյուսվածքաբանական հետազոտության: Պրեպարատի մի կողմնատպված կարը հանդիսանում է կողմնորոշիչ նշան հյուսվածաբանի համար:



Փուլ 5. Ինվագինացիոն կամ խորասուզող պանկրեատիկոյեյունոբերանակցում

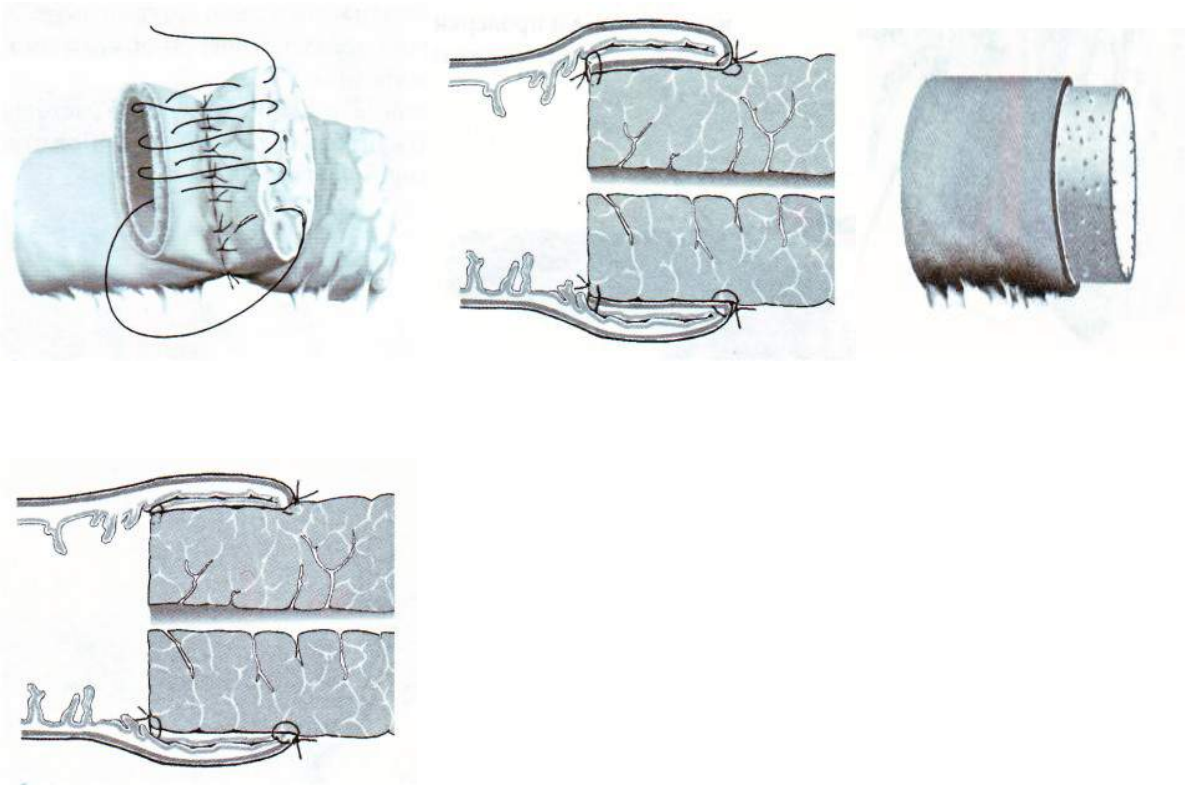
Գեղձի ձախ ծայրատը տեղայնացվում է 2.5-3սմ ավելի ձախ, կարերի առաջին շարքը չներծծվող 3-0 մոնոֆիլամենտ թելերով դրվում է բարակ աղու և գեղձի հետին մակերեսի միջև՝

եզրից 2,0 սմ-ի վրա: երկրորդ անընդհատ կարի շարքը, ներծծվող 3,0 մոնոֆիլամենտ թելով՝ աղու հատված եզրերը համադրում է ենթաստամոքսային գեղձի եզրերի հետ:

Առաջային շարքը ևս աղիքի պատի ու գեղձի ծայրատի կապսուլայի միջև դրվում է առանձին կարերով ծայրատի եզրից 2սմ տարածության վրա: Այս կարերով ծայրատի առաջին 2սմ-ը ինվագինացվում է աղիքի լուսանցք:

Եթե ենթաստամոքսային գեղձի ծայրատի չափերի մեծության պատճառով հնարավոր դժվարություններ խորասուզման համար, գործողության անվտանգ ավարտի եղանակներից մեկը՝բարակացու վերջին 2սմ-ի մկանային շերտի հատումն է:

Ինվագինացիան, ինչպես նկարագրված է վերևում, ձևավորված է ներքին լորձաթաղանթային ու արտաքին լիաշերտ օղերից:

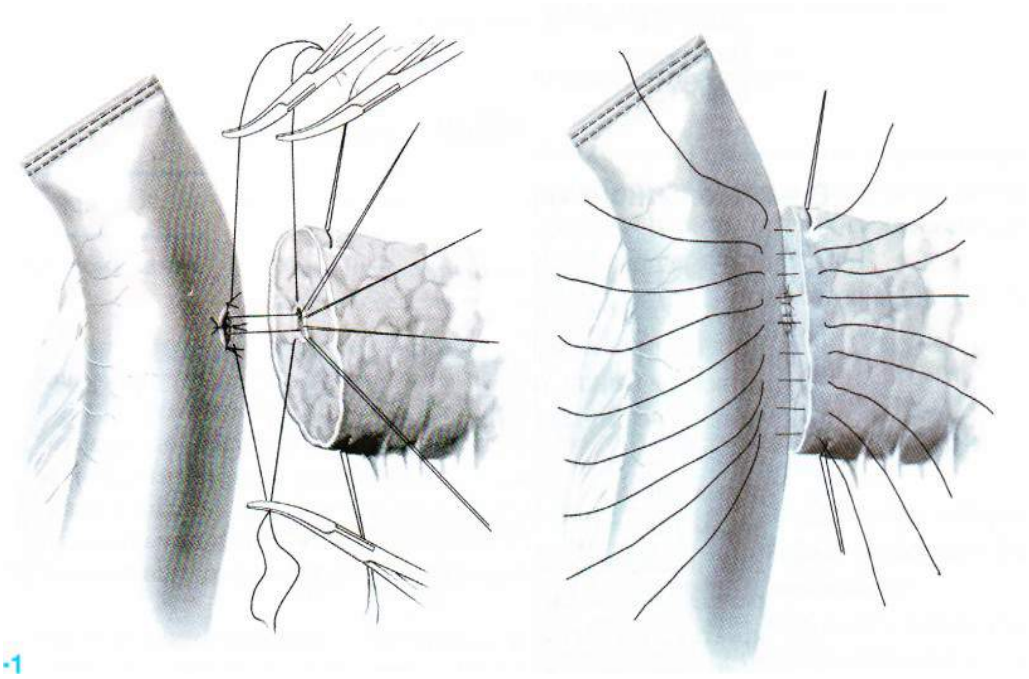


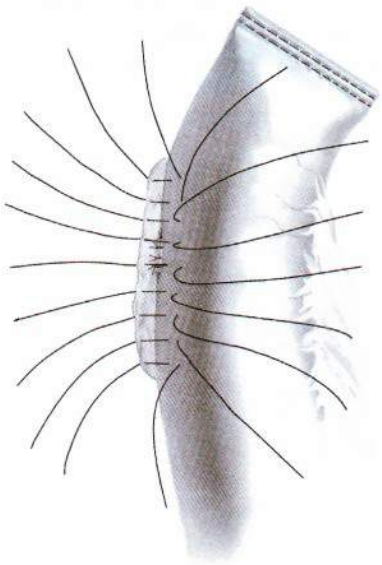
Փուլ 6. Անաստոմոզի “ծորան լորձաթաղանթային” պանկրեատիկոյեյունոբերանակցում

Ենթաստամոքսային գեղձի ձախ ծայրատը կարեր-բռնիչների տեղից ավել չի տեղայնացվում, իսկ բարակ աղու եզրը փակվում է կարող գործիքով: Բարակացու միջընդերքին հակառակ կողմում բացվում է պանկրեատիկ ծորանի տրամաչափին համապատասխան փոքր անցք, փակված եզրից 3-4սմ հեռավորության վրա,և լորձաթաղանթը ներծծվող 6-0 մոնոֆիլամենտ թելերով ներհրվում ու ֆիքսվում էշճա-մկանային շերտին: Նույնիսկ ներծծվող 5-0 կամ 6-0 թելով երկու ասեղներով իրականացվում է “լորձաթաղանթը-լորձաթաղանթին”

բերանակցում, կարերիկապելըձևավորելով լուսանցքից դուրս: Այս գործում զգալի օգնում է օպտիկական մեծացման հնարավորությունը:

Առանձին 3-0 մոնոֆիլամենտ կարերով բարակ աղու պատը համադրվում է ենթաստամոքսային գեղձի ծայրատին ու առաջային մասին:





Հետվիրահատական հետազոտություններ.

- ✓ հետվիրահատական դիտարկում, ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքում,
- ✓ շիճուկային ամիլազայի և/կամ լիպազայի ակտիվության որոշում,
- ✓ դրենաժի արտահոսքում ամիլազայի և լիպազայի ակտիվության ստուգում:

Տեղային հետվիրահատական բարդություններ.

Մոտակա՝

- բերանակցման պատռվածք,
- պանկրեատիկ խոռոչակ,
- հետպանկրեատիկ թարախակույտ,
- ներորովայնային արյունահոսություն,
- սուր պանկրեատիտ,
- արտաստոծանիային թարախակույտ,
- փայծաղ-դռներակային թրոմբոզ,
- պլևրալ հեղուկ:

Հեռավոր՝

- ենթաստամոքսային գեղձի պսևդոկիստա,
- պանկրեատիկ ասցիտ,
- պանկրեատիտ,
- շաքարախտ:

Փորձառու վիրաբույժի խորհուրդները

- Եթե մոտեցումը վերին միջընդերային/դռներակի բնին բարդ է, խորհուրդ է տրվում կիրառել Կոխերի գործողությունը, որը հեշտացնում է արյան կանգնեցումը:
- Եթե վնասված է վերին միջընդերային/դռներակային բունը կամ նրա ճյուղերից մեկը, չխառնվեք և չփորձեք կատարել գործիք կիրառել: Սեղմեք երակային բունը ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի հետևով անցկացված մատերի միջև /Կոխերի գործողությունից հետո/ և մեծ մատնահեղուկով ենթաստամոքսային գեղձի առաջային պատի վրա: Կարեք պատռվածքը 5-0 պոլիպրոպիլներով:
- Եթե ենթաստամոքսային գեղձի ծայրատը շատ մեծ է ինվագինացիոն պանկրեատոյեյունո բերանակցման համար, ընտրեք «ծորանը լորձաթաղանթին» կամ պանկրեատիկոգաստրոբերանակցման տարբերակները: Ենթաստամոքսային գեղձի ձախ ծայրատի կարումը ուղեկցվում է նրա ֆիբրոզով, որը խախտում է էնդոկրին սեկրեցիան, կենտրոնական մասնահատման երկարաժամկետ առավելությունները հասցնելով զրոյի:

ԵՆԹԱՍՏԱՄՈՔՍԱՅԻՆ ԳԵՂՁԻ ԴԻՍՏԱԼ ՄԱՍԱՀԱՏՈՒՄ

Ներածություն

Ենթաստամոքսային գեղձի ծորանային ադենոկարցինոմայի ախտանիշերի ուշ դրսևորումների ախտորոշման դժվարությունների հետևանքով դիստալ տեղակայմանուռուցքերի արմատական մասնահատումների հնարավորությունը շատ ավելի սակավեն, համեմատած գլխիկի քաղցկեղի հետ: Սակայն, եթեայնուամենայնիվ մասնահատումը հնարավոր է լինում իրականացնել, ապա դիստալ ծորանային քաղցկեղի արմատականհանեցումիցհետո ապրելիության ցուցանիշըհամապատասխանումէպրոքսիմալ մասնահատումներին: Ճառագայթային տեսանելիության եղանակների բարելավմանը, ինչպես նաև բարձր ռիսկիխմբիհանձնացմանսկրինինգիծրագրինացմանհետկապված, ենթաստամոքսային գեղձի դիստալ մասնահատումների քանակը ցուցաբերում է ավելանալումիտում: Ավելին, գեղձի մարմնում ու պոչում զարգացող կիստոզ ու չգործող նեյրոէնդոկրին ուռուցքները, հաճախ գնահատվում են որպես “մասնահատելի”:

Ցուցումներն ու հակացուցումները

Ցուցումներ՝

- ✓ ենթաստամոքսային գեղձի մարմնի ու պոչի ծորանային քաղցկեղ

Հակացուցումներ՝

- ուռուցքիտարածումնշոշոր ընդերային անոթների վրա /ընդերային ցողուն, փայծաղային զարկերակի պրոքսիմալ հատված կամ լյարդային զարկերակ/,
- տեղային կամ հեռավոր մետաստազավորում /լյարդ, որովայնամիզ, դիստալ ավշային հանգույցներ /ընդերային, վերին միջընդերային, կամ հաքաորտալ/,
- տեղային տարածումըդեպի փայծաղ, ստամոքս, հաստ աղի կամ ձախ երիկամ միշտ չէ որ հանդիսանում է մասնահատմանն հակացուցում:

Նախավիրահատական հետազոտության և պատրաստում վիրահատությունը

Նախավիրահատականհետազոտություններ՝

- ✓ Կարևորվումեն՝աշի կորուստը, ցավերը որովայնում ու մեջքի շրջանում, տարած պանկրեատիտը, առաջին անգամ հայտնաբերած շաքարախտը, ենթաստամոքսային գեղձի քաղցկեղի ընտանեկան անամնեզը:
- ✓ Կլինիկականտրտունհայտություններից՝ դեղնախտը, սնվածության վիճակը, ասցիտը, շոշափվող ձախ վերանրակային պորտալ հիպերտենզիայի նշանները /սպլենոմեգալիա, ստամոքսային վարիկոզ/:
- ✓ Լաբորատորհետազոտություններից՝ ուռուցքային մարկերները /CA 19-9, CEA/, լյարդային ցուցանիշները:

- ✓ Ուռուցքի փուլավորումնուսմասնահատման իրականացման հնարավորությունը գնահատվում էէՀԽՊԳ-ի, էԳՋՀ-ին և ՀՇ-ի միջոցով /հեռավոր մետաստազների և ուռուցքի խոշոր անոթների վրա տարածման բացակայություն/:

Հիվանդիպատրաստում՝ նախավիրահատական պատվաստումըմենինգոկոկի, մինիգոկոկի և Haemophilus influenzae-ի դեմ, հիվանդության լապարասկոպիկ փուլավորում /մինչև որովայնահատումը/, ֆիբ-ստոմոֆոգաստրոդուոդենոսկոպիա, միզապիկտոեռեր:

Վիրահատություն

Մուտեցում կախված կողային անկյան լայնությունից, նախապատվությունը տրվում է վերին միջային կամ ձախ ենթակողային կտրվածքին:

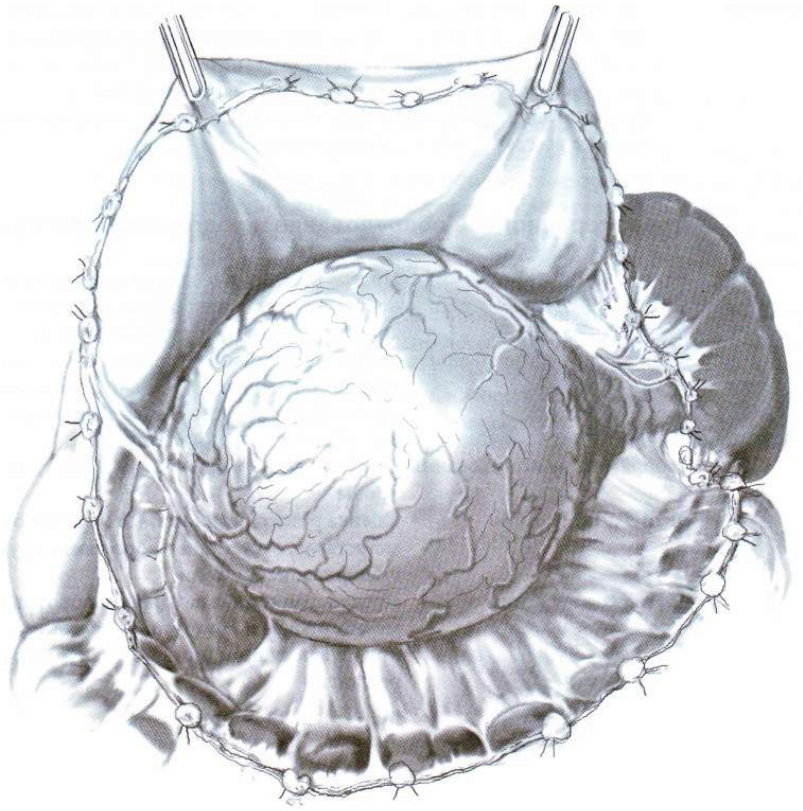
Փուլ 1.

Ֆիքսված ռոիկուլյով ռետրակտորի օգտագործումը զգալի հեշտացնում էախտահարվածքրջանի ցուցադրումը և որովայնի ստուգումը: Հեռավոր մետաստազների հայտնաբերման նպատակով /որովայնամիզ, լյարդ, հեռավոր ավշային ավազաններ/ որովայնի խոռոչը մանրակրկիտ ստուգվում է:

Ենթաստամոքսային գեղձի վենտրալ մակերեսի լրիվմերկացմանհամար /ստամոքս-տոսներկումատնյա զարկերակից մինչև փայծաղի դրունք/, ստամոքս-հաստաղիքային կապանի միջով բացվում է փոքր ճարպոնի խոռոչը:

Հաստ աղու փայծաղային անկյունը տեղայնացվում է դեպի ներքև, ստամոքսը տեղաշարժվում վեր, իսկ միջածիգ հաստ աղին դեպի ներքև բացելով ենթաստամոքսային գեղձի մարմինը:

Անոթները ստամոքսի մեծ կորության երկայնքով, նեղառայալ ստամոքսի կարճ անոթները, կապվում են բարակ մետաքսով և հատվում:

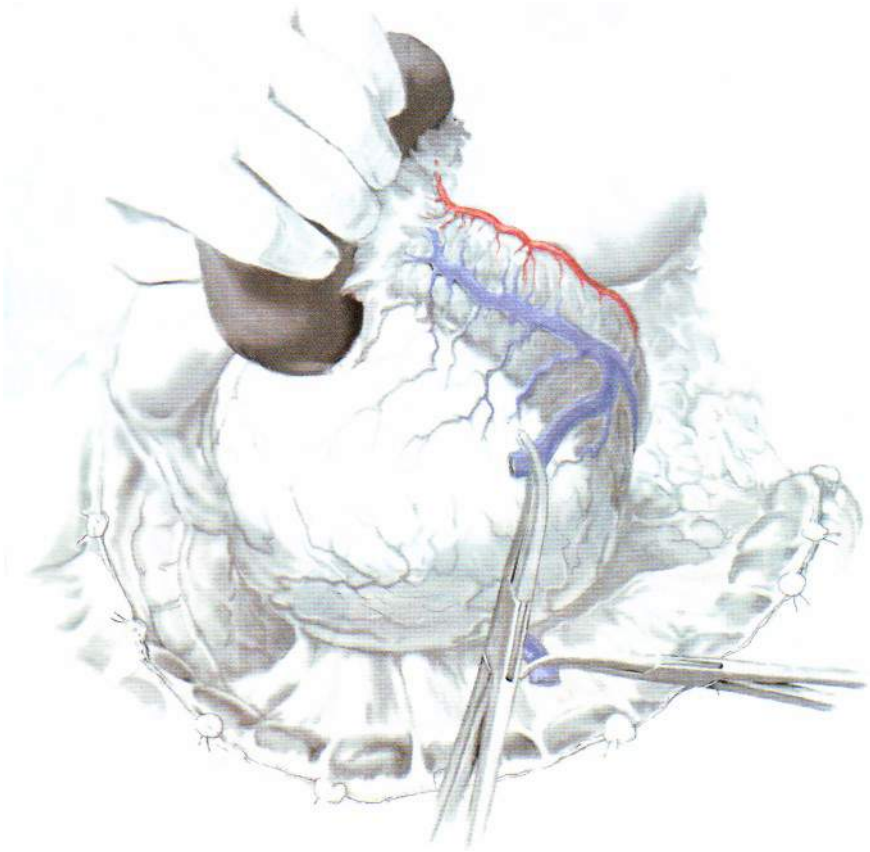


Փուլ 2. Ենթաստամոքսային գեղձի ու փայծաղի առանձնացում

Ուռուցքի եզրից ոչ շատ հեռու, ենթաստամոքսային գեղձի ստորին եզրով, որովայնամիզը էլեկտրադանակով հատվում է: Փայծաղը տեղայնացվում է հատելովիետին ու լատերալ ուղղություններով նրանմերըորովայնամզիհետ:

Փայծաղ-հաստաղիքային կապանի հատումը օգնում է չվնասել հաստ աղու փայծաղային անկյանը: Բիմանուալշոշափումով գնահատվում է ուռուցքի շարժունակությունն ու տարածվածությունը: Եթե ուռուցքը ներաճած է ստամոքս, ստոծանի, հաստ աղի կամ նրա միջըներք, հետորովայնամզային տարածություն, մակերիկամ կամ երիկամ խորհուրդ է տրվում իրականացնել նրանց մասնահատում մեկ բլոկով:

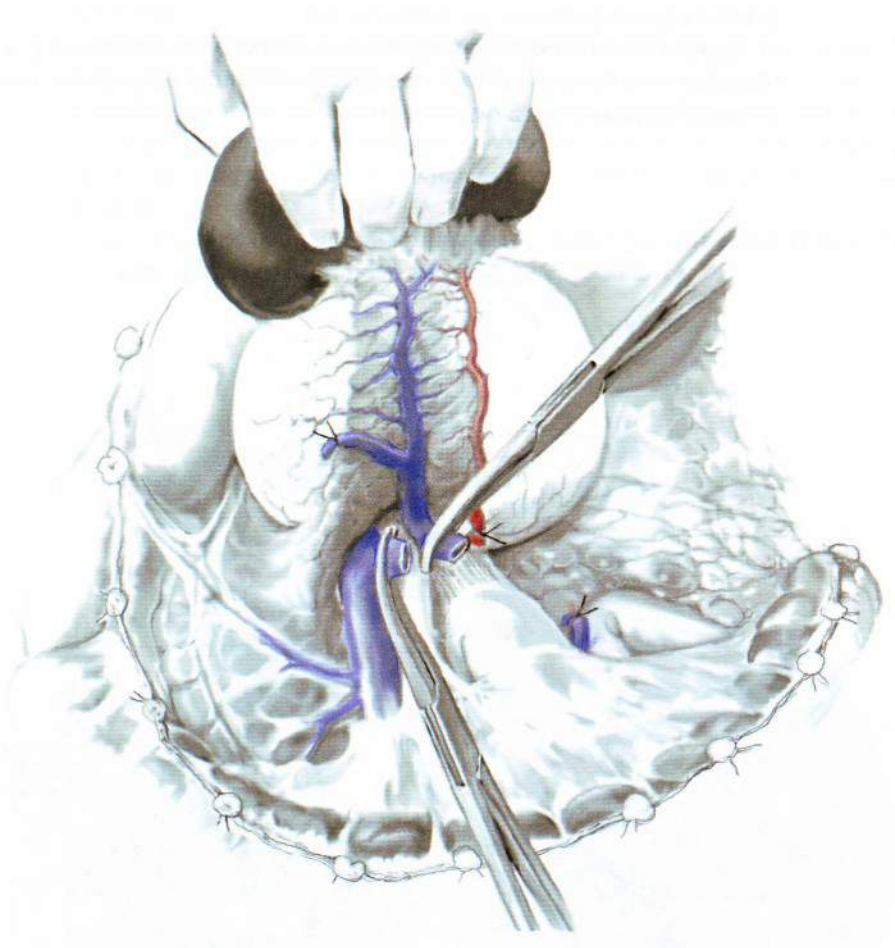
Փայծաղն ու ենթաստամոքսային գեղձը, կախված ուռուցքի տարածվածությունից, բութ և սուր դիսսեկցիայի օգնությամբ տեղայնացվումեն հետորովայնամզային տարածությունից դեպի առաջ ու մեդիալ:



Փուլ 3. Փայծաղային զարկերակի առանձնացում ու մշակում

Փայծաղային զարկերակը առանձնացվում և կապվում է ենթաստամոքսային գեղձի մարմնի ու պոչի հետին ու վերին եզրի մոտ:

Փայծաղային երակը սովորաբար հայտնաբերվում է փայծաղային զարկերակից ներքև ու հետ, որտեղ այն կապվում է ու հատվում: Եթե ստորին միջընդերային երակը միաձուլում է փայծաղային երակին նրա վերին միջընդերային երակի ճյուղավորման տեղից մոտ, ապա այն կարելի է պահպանել: Մյուս դեպքերում ստորին միջընդերային երակը կապվում ու հատվում է առանց որևէ հետևանքների:

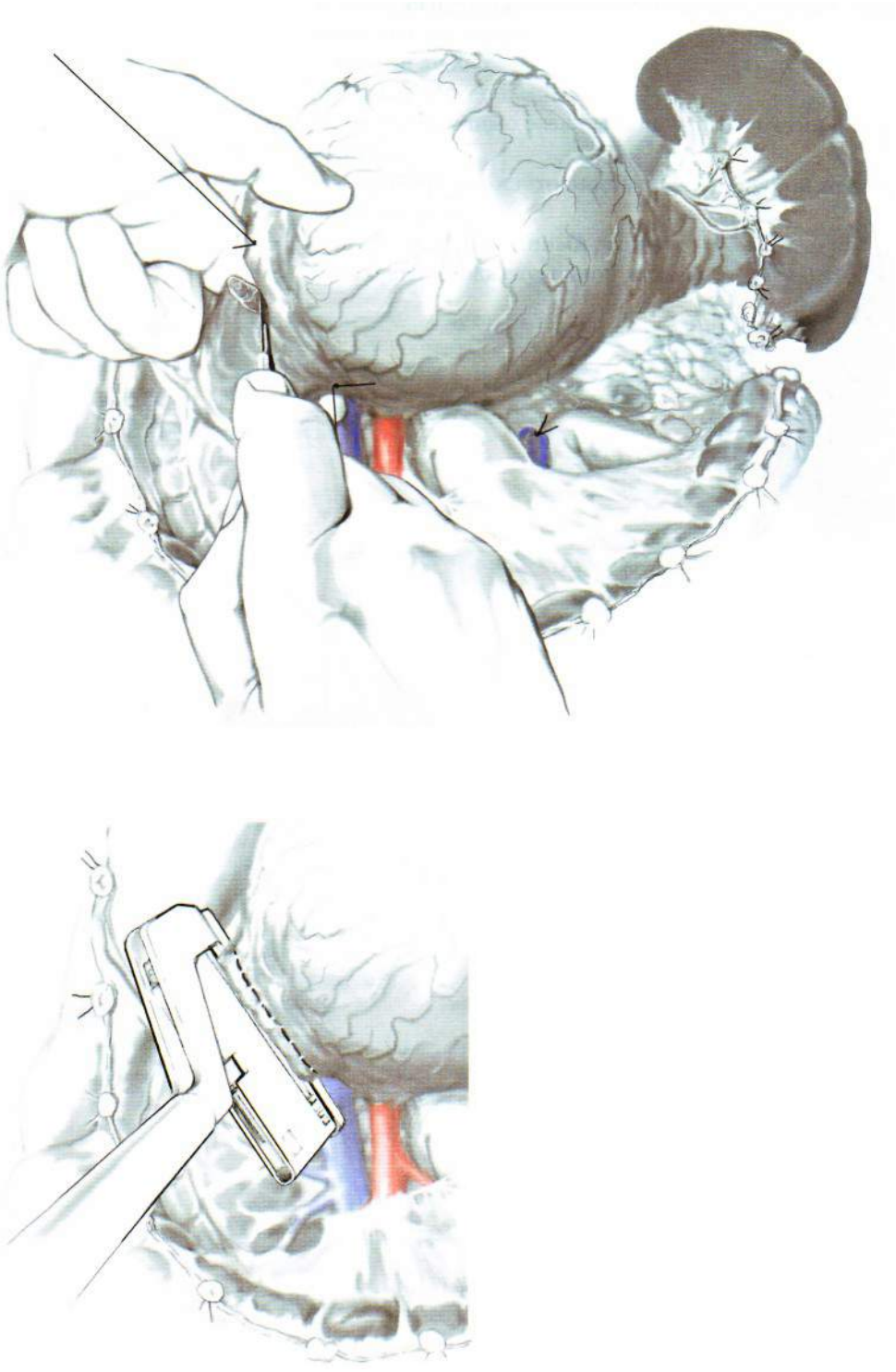


Փուլ 4. *Ենթաստամոքսային գեղձի հատում*

Հատման տեղի ուղղությամբ ենթաստամոքսային գեղձի վերին ու ստորին եզրերին դրվում են կարեր-բռնիչներ, որպեսզի ապահովեն հեմոստազն ու ձգումը:

Գեղձը հատվում է սրևէեղանակով /կաուտերիզացիան խեղաթյուրում է շտապ հյուսվածքաբանական հետազոտության արդյունքները/ անպրոբսևմամեզրըստուգվումհետազոտման՝ ուռուցքային բջիջների հայտնաբերման համար:

Եթե ենթաստամոքսային գեղձի հաստությունը չիգերազանցում 1սմ-ը, այն կարող է հատվել կարող սարքով:

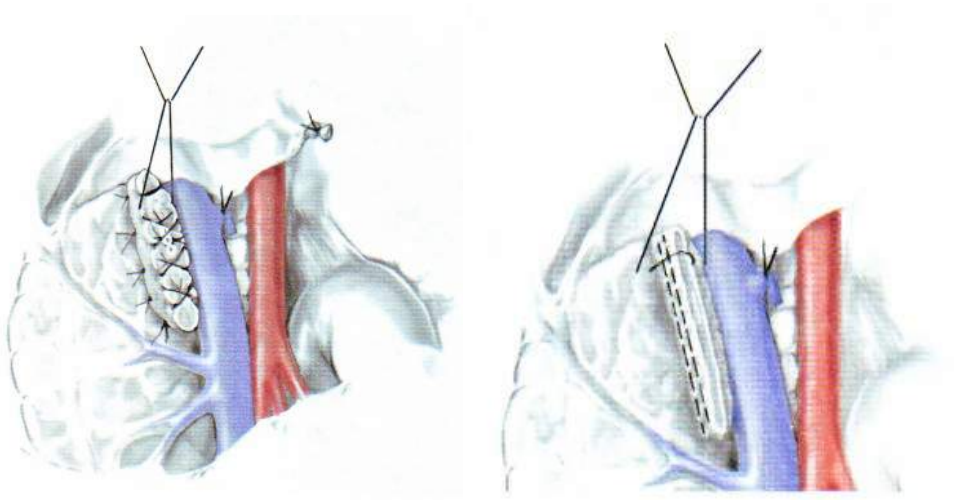


Փուլ 5. *Պանկրեատիկ ծորանի փակում*

Հատված պանկրեատիկ ծորանը փակվում է [illegible] եզրից ավելի պոքսիմալ դրված ութաձև կամ U-ա ձև մակերեսային բարակ պոլիպրոպիլենային կարով: Եթե գեղձը հատվում է կարող գործիքով՝ ծորանը առանձինչիկապրվում: Գեղձի ծայրատի հատված եզրը կարվում է առանձին մասնակի իրար փակող 3-0 պոլիպրոպիլենի մատրացային կարերով:

Կարող գործիքի օգտագործման ժամանակ, նման կարերի կարիք չկա, սակայն որոշ վիրաբույժներ նախընտրում են ուժեղացնել մեխանիկական կարերի գիծը անընդհատ պոլիպրոպիլենային կարով: Եթե ենթաստամոքսային գեղձի հաստությունը գերազանցում է 1 սմ-ը ցանկալի չէ կիրառել կարող գործիք:

Մասնահատված գեղձի բունոցում, բայց ոչ անմիջական շփումով նրա հատված եզրի հետ, տեղադրվում է ակտիվ դրենաժ:



Հետվիրահատական խնամքը և հետազոտությունները

- ✓ Հետվիրահատական դիտարկում ընդհանուր բաժանմունքում, տեղափոխում ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք սովորաբար չի պահանջվում:

Հետվիրահատական բարդություններ

Մոտակա՝

- ներորովայնային արյունահոսություն,
- պանկրեատիկ խոցղակ,
- հեղուկի հետպանկրեատիկ կուտակում,
- ենթաստոծանիական թարախակույտ ,
- պլևրալ հեղուկ,
- շաքարային դիաբետ,
- դռներակի թրոմբոզ,
- ասցիտ /հարկ է տարբերել պանկրեատիկ և ուշ պանկրեատիկ ասցիտներ/:

Հեռավոր՝

- ենթաստամոքսային գեղձի էկզոգեն անբավարարություն,

- շաքարային դիաբետ,
- տեղային կամ հեռավոր կրկնություն,
- ենթաստամոքսային պսևդոկիտաներ:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- Դիրքը հակառակ Տրենդելենբուրգի, թեթև թեքումով դեպի աջ հեշտացնում է էքսպոզիցիան, ձախ սռոծանու գմբեթից ենթաստամոքսային գեղձի ռ փայծաղի թեքման հետևանքով:
- Եթե մոտեցումը փայծաղային զարկերակի պրոքսիմալ հատվածին դյուրին է, ավելի լավ է այն կապել մինչև ենթաստամոքսային գեղձի ու փայծաղի լրիվ տեղայնացում: Նման մոտեցումը թույլ է տալիս ապահովել ռ արագ ու հուսալի հեմոստազ՝ տեղայնացմանընթացքում փայծաղի կապսուլայի վնասմանհեպճում:
- Փայծաղային զարկերակն ու երակը կարով կապվում են ու հատվում առանձին առանձին, ինչը նվազեցնում է հետվիրահատական շրջանում զարկերակ-երակային խուղակի առաջացման հնարավորությունը:
- Եթե հնարավոր է, ապա ենթաստամոքսային գեղձի հատված եզրը հարկավոր է կարել մոնոֆիլամենտ կարով, այլ ոչ մետաքսով: Օրինակ պոլիպրոպիլենը ունի ավելի ցածր սահքի կոեֆիցենտ, հեշտ է /քիչ տրավմատիկ/ անցնում է հյուսվածքներով, այն չունի դատարկություններ և ավելի կայուն է ինֆեկցիայի հանդեպ, համեմատած պոլիֆիլամենտ թելիհետ:

ԵՆԹԱՍՏԱՄՈՔՍԱՅԻՆԳԵՂՁԻՀԱՆՂԱԿՆԵՐԻ ԴՐԵՆԱՎՈՐՈՒՄ, Y-ԱՁԵՎԲԱՐԱԿԱՂՈՒԹԱՅԻՆՍԵԳՄԵՆՏՈՎ ՂՍՏՈՒՀ-Ի

Ներածություն

Պանկրեատիկ խուղակների մեծ մասը ապաքինվում էպռհսպռնռղռկռն բուժումով, որը ներառում է ամպուլայից պանկրեատիկ հյութի դրենավորման բարելավում, դիետա, սոմատոստատինի ճմռռռկների կիրառում: Եթե պանկրեատիկ խուղակը զարգանում է ենթաստամոքսային գեղձի ծորանի պատռման հետևանքով և պանկրեատիկ հյութը արտադրվում է գեղձի անջատված հատվածում ռ չի մտնում ստամոքս-աղիքային տրակտ, ցուցված է վիրահատական բուժում:

Ցուցումներ ու հակացուցումներ

Ցուցումներ չկազմակերպված խուղակի ժամանակ՝

- տրավմայի հետևանքովենթաստամոքսային գեղձի ծորանի պատռվածք,
- խուղակ, ենթաստամոքսային գեղձի նեկրէկտոմիայից հետո,
- ենթաստամոքսային գեղձի բարդ վիրահատությունից հետո ձևավորվածխուղակ դեպիհոսքակիցօրգաններ /օրինակ՝ ստամոքս, հաստ աղի, ձախ երիկամ, ձախ մակերիկամ/,
- ենթաստամոքսային գեղձի արտաքին դրենավորման հետևանքով ձևավորվածխուղակ,
- խուղակ, կապված պանկրեատիկ ասցիտի հետ:

Հակացուցումներ՝

- ենթաստամոքսային գեղձի շարունակվող բորբոքում,
- ենթաստամոքսային գեղձի թարախակույտ,
- չդրենավորվող հարպանկրեատիկ հեղուկի կուտակում:

Նախավիրահատական հետազոտություն և վիրահատության պատրաստում

Նախավիրահատականհետազոտություններ՝

- ✓ Անամնեզում կարևորվումենպանկրեատիտը, գեղձի տրավման, պսևդոկիստան, ներքին և արտաքին դրենավորմամբ նախորդողպահպանողական բուժումը, ալկոհոլի օգտագործումը, ցիրրոզը, պորտալ հիպերտենզիան: Անհրաժեշտէգնահատելխուղակի արտադրությունը, համապատասխանեցնելսնուդը, ապահովել համարժեք արտաքին դրենավորում, մաշկը պաշտպանել պանկրեատիկ հեղուկից:
- ✓ Լաբորատորհետազոտությամբճշգրտվումենհիճուկի էլեկտրոլիտները, ամիլազան, լիպազան և լյարդային փորձերը, իրականացվումէ որովայնի ուլտրայխոռոչից /եթեայնկա/ պրոտոկրվողհեղուկիցանքս, ցիտոլոգիական հետազոտություն, ամիլազայի ակտիվության որոշում:

Նախավիրահատական ճառագայթային ախտորոշում՝

- ✓ ՀՇ՝ չդրենավորվող թարախակույտերի կամ հեղուկի կուտակումների բացառմանհնարավոր:
- ✓ ԷՀԽՊԳ՝ պանկրիատիկ ծորանի ընթացքի ճշտման, նրա պատռվածքի տեղի, լուսանցքըփակող քարերի կամ նեղացումներիհայտնաբերմանհնարավոր:
- ✓ Ֆիստուլոգրամմա՝ ենթաստամոքսային գեղձի անատոմիական յուրահատկությունները հայտնաբերելու, նախավիրահատական համարժեք արտաքին դրենավորում ապահովելուհնարավոր:
- ✓ Անգիոգրամմա՝ կեղծ անևրիզմայի կասկածի դեպքում:

Հիվանդիհետազոտությունը էխո-ստամոքսոյինզոնդիտեղադրում, միզապարկիկատետեր, նախավիրահատականհակաբակտերիալբուժում՝ըստցուցումների:

Վիրահատություն

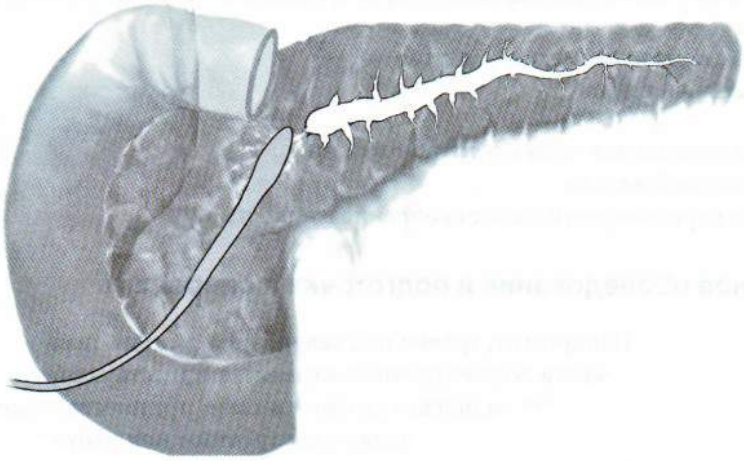
Փուլ 1.

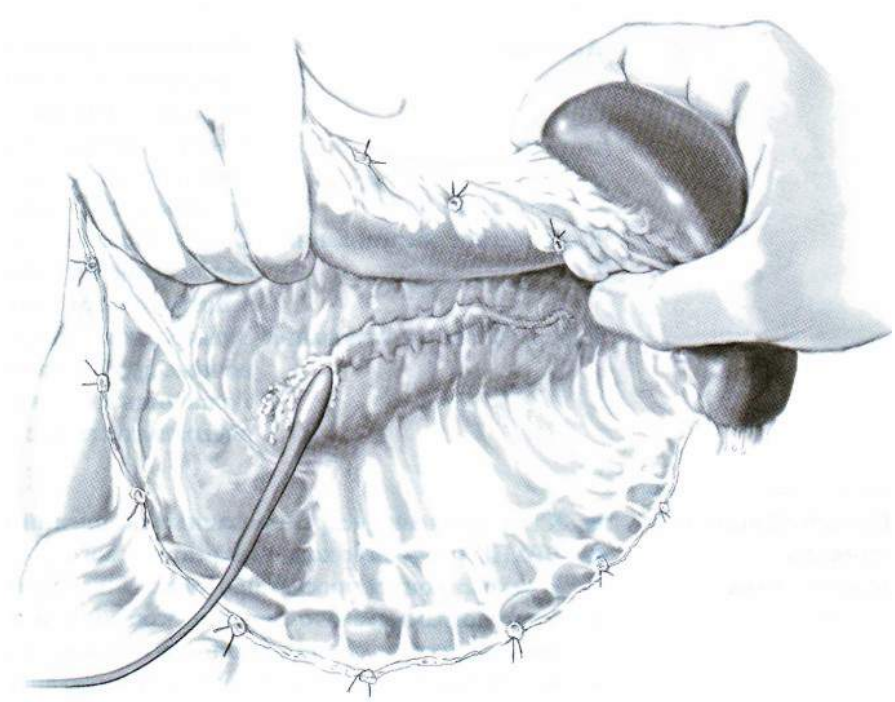
Մուտքը, կախված հիվանդի կառուցվածքից, միջային կամ երկկողմանի ենթակողային:

Առաջին քայլը ճարպոնածոցի ստուգումն ու ռետրակտորի տեղադրումն է: Նախավիրահատական ֆիստոլոգրաֆիան թույլ է տալիս գտնել վնասված պանկրեատիկ ծորանը: Մանրակրկիտ պետք է հետևել դեպի փոքր ճարպոնի խոռոչ դրենաժային խողովակի ընթացքին, դիսսեկցիան շարունակվում է բորբոքված հարպանկրեատիկ հյուսվածքների միջով դեպի ենթաստամոքսային գեղձի առաջային մակերես:

Խուղակի ընթացքը ոչ հազվադեպ կարելի է միանգամից հայտնաբերել, շնորհիվ գեղձի պարենխիմայում նրա արտաքին անցքի:

Եթե այն հստակ չի տարբերակվում,վիրահատությանընթացքում ներարկված 0.2 մգ/կգ չափաբաժնովսեկրետինը /տեստային 0.2 դոզայից հետո/ խթանում է պանկրեատիկ սեկրեցիան և օգնում հայտնաբերել ծորանի պատռվածքը:





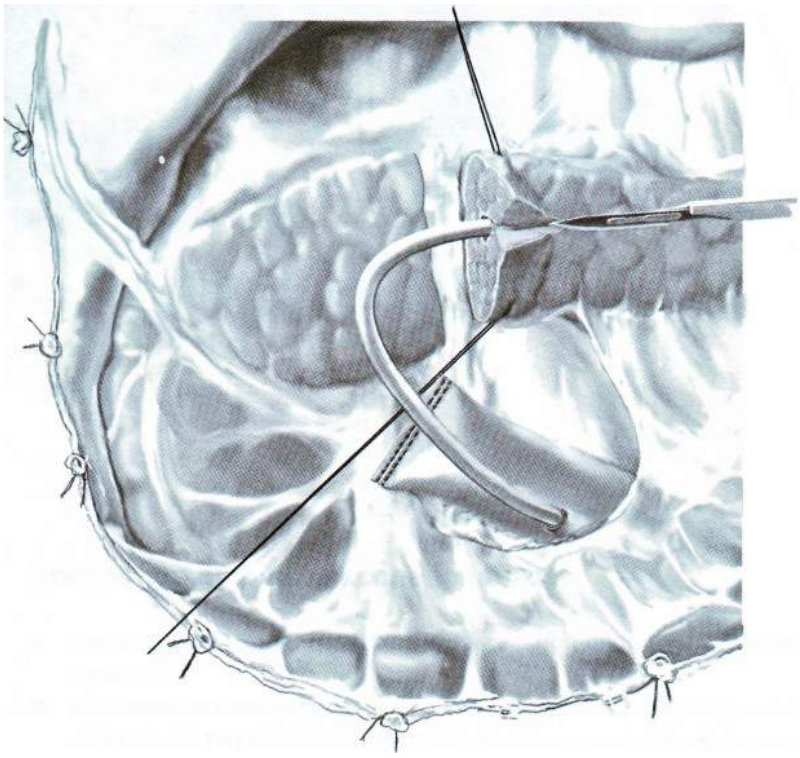
Փուլ 2.

Եթե հնարավոր է, խուղակի ընթացքով պանկրեատիկ ծորան մտցվում է կաթետեր կամ զոնդ: Եթե պանկրեատիկ ծորանը հայտնաբերված է, առաջային պատով նրա թեք հատումը ավելացնում է բերանակցման արդյունավետ տրամագիծը և հեշտացնում վերջինիս ձևավորումը:

Եթե մինչ այդ պանկրեատոգրաֆիա չի իրականացվել, ապա այն կարող է կատարել այս փուլում: Պետք է ստանալ ծորանի ինչպես դիստալ, այնպես էլ պրոքսիմալ հատվածների պատկերը:

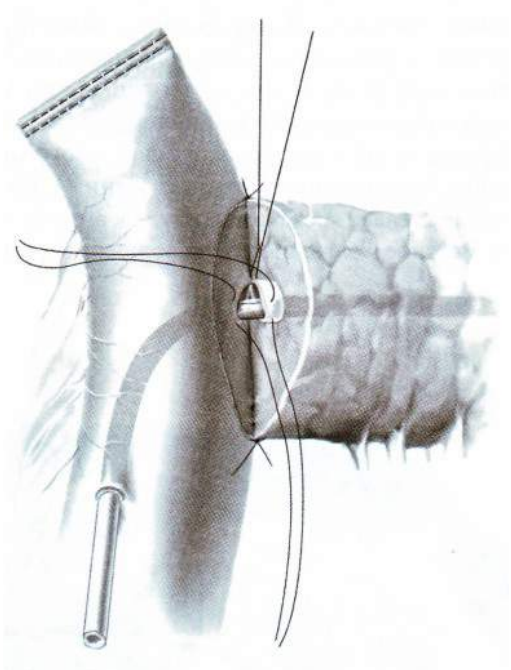
Բարակ աղիքը հատվում է մոտ 15 սմ Տրեյցի կապանից ավելի դիստալ: Նրա տանող եզրը փակվում է կարող սարքով կամ կարվում ձեռքով: Աղիքների անընդհատությունը վերականգնվում է «ծայրը-կողքին» յեյունոյեյունոբերանակցումով՝ ըստ Ռու-ի, ձևավորված տանող գալարի եզրից ոչ պակաս քան 60 սմ հեռավորությամբ:

Բերանակցումը իրականացվում է պանկրեատիկ ծորանի կամ խուղակիդուրսեկածոտեղիապիականհյուսվածքիերիբուբրակատուկողմնային պատի միջև:



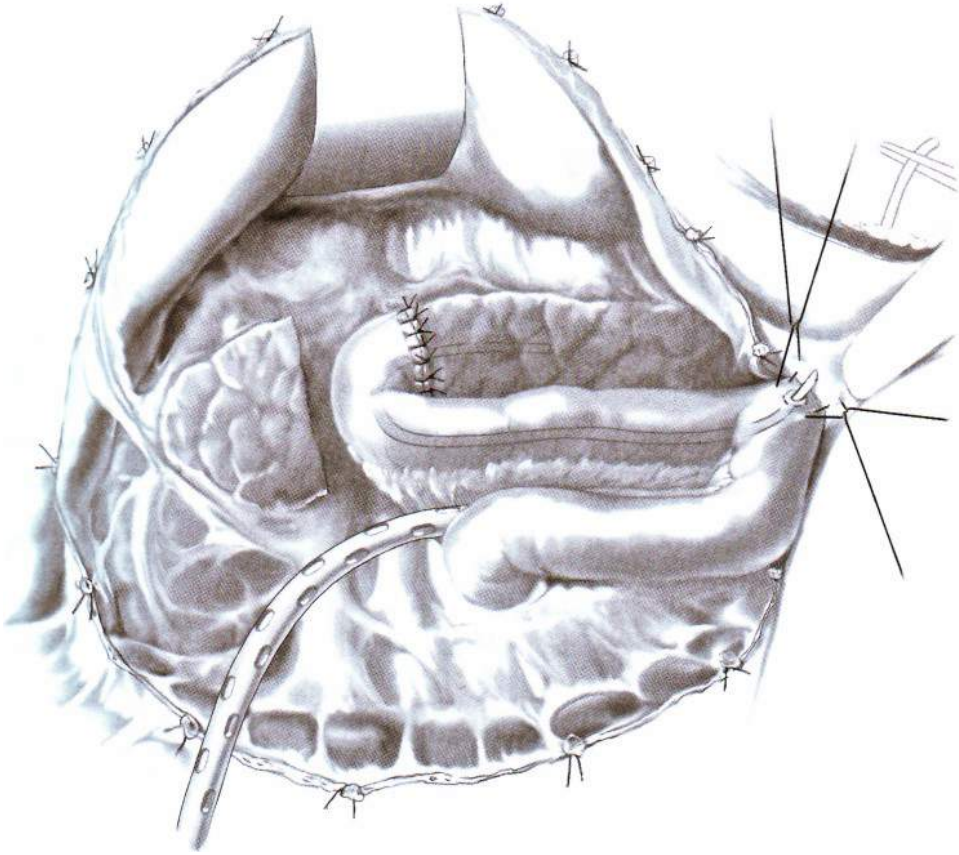
Փուլ 3.

Կարերի հետին շարքը դրվում է 4-0 մետաքսով՝ ըստ Լամբերի: Մյուս շարքը դրվում է ներծծվող կարերով ենթաստամոքսային գեղձի ռ բարակ աղու ամբողջ հաստությամբ: Կառետերը կարելի է թողնել որպես բերանակցման ստենտ, ինչը թույլ է տալիս անհրաժեշտության դեպքում վիրահատությունից հետո հետազոտել բերանակցումը:



Փուլ 4.

Եթե պանկրեատիկ ծորանը չի հայտնաբերվում, կարելի է բարակ ենթաստամոքսային գեղձի պարենխիմային խուղակի անցքի վրա՝ բերանակցման ձևով: Նման բերանակցման ժամանակ առավել նպատակահարմար է թողնել ստենտ: Բերանակցման մոտ դրվում է ակտիվ փափուկ դրենաժ:



Հետվիրահատական հետազոտություններ

- ✓ հեմոդինամիկայի և շնչառական գործունեության դիտարկում ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքում,
- ✓ դրենաժի արտադրանքի ամենօրյա չափում, հատկապես ուշադրություն դարձնելով նրա քանակի փոփոխման վրա ուտելուց հետո: Դրենաժները հեռացվում են բերանով սնման վերսկսումից հետո արտադրանքի նվազեցման պայմաններում, օրվա ընթացքում 50մլ-ից պակաս:
- ✓ պետք է չափել դրենաժի արտադրանքում ամիլազայի ակտիվությունը, եթե նրա քանակը օրը 50մլ-ից ավելի է: Եթե ամիլազայի պարունակությունը հեղուկ մարմարյա է, դրենաժը 7 օրից ակտիվ վիճակից չեզոքացնել պասիվ հետեղաշարժվում օրը 1-2սմ:

Տեղային հետվիրահատական բարդություններ

- բերանակցման անբավարարություն, հնարավոր է խուղակի կրկնություն,
- թարախակույտ,
- պանկրեատիտ,
- ենթաստամոքսային գեղձի կեղծ կիստա,
- ներորովայնային արյունահոսություն:

Փորձառուվիրաբույժի խորհուրդները

- Խուղակի հայտնաբերման ու նրա հետ կապված ծորանի ընթացքը որոշելու համար անհրաժեշտ են համբերություն, համապատասխան դրենաժ և լիարժեք նախա- ու ներվիրահատական ճառագայթային վիզուալիզացիա: Եթե ծորանում կան արտահայտված պաթոլոգիական փոփոխություններ, հարկավոր է ընտրել այլ վիրահատություն, օրինակ մասնահատում կամ կողմնային պանկրեատիկո-յեյունոբերանակցում:
- Խուղակի դրենավորման նպատակներից մեկը՝ ենթաստամոքսային գեղձի էկզոկրին ու էնդոկրին գործունեության պահպանումն է: Եթե խուղակը առաջացել է ենթաստամոքսային գեղձի պոչից, գեղձի դիստալ հատվածի մասնահատումը կարող է լինել լավագույն ընտրությունը, քանի որ այդ դեպքում ֆունկցիոնալ կորուստները հասցվում են նվազագույնի:
- Խուղակի ինքնուրույն փակումը կարող է նպաստել սոմատոստատինի նմանակների ներմուծումը, նման բուժման արդյունքները կարելի է կանխորոշել ռենտգեն հետազոտության տվյալների հիման վրա: Ծորանի լրիվ պատռվածքի հետ կապված խուղակները չեն փակվում:
- Ստամոքս-աղիքային տրակտի հետ կապված խուղակի փակումը կարելի է հեշտացնել տեղափոխով տրանսպապիլյար պանկրեատիկ ստենտ:
- Դեպի ստամոքս խուղակի ներքին դրենավորում խորհուրդ չի տրվում: Եթե ինչ-ինչ պատճառներով մասնահատումը լավագույն տարբերակը չէ, նախապատվությունը պետք է տալ՝ ըստ ՌՀՒ-ի բարակաղու գալարով բերանակցմանը:
- Ենթաստամոքսային գեղձի պարենխիման պետք է կարել խուղակի անցքի մոտ այլ ոչ թե նրա երկայնքով, այստեղ պարենխիման սովորաբար հաստացած է և անհավասար պնդացած:
- Եթե ներքին դրենավորումը անհնար է, բարձր է վիրահատական ռիսկը կամ անբարենպաստ անատոմիական պայմանները, ընտրության միջոց է հանդիսանում քրոնիկ արտաքին դրենավորումը:

- Ամիլազայի բարձր ակտիվությունը դրենաժային հեղուկում խոսում է բերանակցման պատռման մասին, բուժումը զգալի հեշտանում է, եթե վիրահատության ժամանակ բերանակցման միջոցովանցկացվում է ստենտ: Կարելի է իրականացնել բերանակցման ռենտգենաբանական գնահատական, արտադրանքի քչացման հետ, ստենտը ակտիվ վիճակից տեղափոխվում է պասիվ դրենավորման, ապա առաջ քաշվում օրը 1սմ:
- Վաղ ներորովայնային արյունահոսությունը առավել լավ է կանգնեցնել կրկնակի վիրահատությամբ՝ ուղղակի կապելով անոթը: Ուշացած արյունահոսությունը կարող է լինել կեղծ անևրիզմայի նշան: Ցուցված է անհապաղ անգիոգրաֆիա և անոթի էմբոլիզացիա:

ՍՖԻՆԿՏԵՐՈՊԼԱՍՏԻԿԱԿԵՆԹԱՍՏԱՄՈՔԱՅԻՆԳԵՂՁԻ ՓԵՂԵԿՎԱԾՔՈՐԱՆԻ ԴԵՊՔՈՒՄ

Ցուցումներ ու հակացուցումներ

Ցուցումներ՝

- Բացահայտ. սուր պանկրեատիտի կրկնվող էպիզոդներ /բնորոշ ցավ, պլազմայում ամիլազայի մակարդակի բարձրացում/ ի ծնե փեղեկված ենթաստամոքսային գեղձի ծորանով /pancreasdivisum/ կամ դոմինանտ դորզալ ծորանի այլ տարբերակով /բացակա վիրսունգյան ծորան, վիրսունգյան ծորանի հետ թելանման միացումներ/ հիվանդների մոտ:
- ոչ համոզիչ. pancreasdivisum-ով և էպիզոդիկ “աբստրակտիվ պանկրեատիկ ցավերով” հիվանդներ / տեղակայմամբ ու բնութագրերով նման պանկրեատիկ ցավի, սակայն առանց հիպերամիլազեմիայի կամ գեղձի այտուցի տեսքով օբյեկտիվ ապացույցների/:

Հակացուցումնե՝

- քրոնիկական պանկրեատիտ /ֆիբրոզ, գլխավոր ծորանի լայնացում, կեղծ կիստա, սեգմենտար ծորանի խցանում, կալցիֆիկացիա/,
- ալկոհոլիզմի հետևանքով պանկրեատիտ, հիպերկալցեմիա, հիպերլիպիդեմիա, լեղային քարեր կամ տրավմա,
- մոտակա ժամանակներում տարած սուր պանկրեատիտ, զգալի մնացորդային բորբոքում/այտուց:

Նախավիրահատական հետազոտում և վիրահատության պատրաստում

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ Անամնեզում կարևորվում են էպիգաստրալ շրջանի ցավերի կրկնվող էպիզոդները, հատկապես դեպի մեջք տարածումով, սպորադիկ բնույթի ցավերի սկիզբով, նոպաների կրկնումով ամիսներ անց, որոշ դեպքերում հաճախանալով ուրտոնոզով մշտական: Այս նոպաները սովորաբար արտահայտված են չափավոր և հաճախ են հանդիպում երիտասարդ կանանց մոտ, հիվանդության սկիզբի միջին տարիքը 34, չնայած այն կարող է առաջգալ նաև մանկական հասակում: Հիվանդության սկիզբը 50 տարեկանից հետո բնորոշ չէ: Կլինիկորեն հիվանդությունը կարող է արտահայտվել ցավերով ենթաստամոքսային գեղձի պրոյեկցիայում:
- ✓ Լաբորատոր հետազոտություններից անհրաժեշտ է որոշել շիճուկում ամիլազայի և/կամ լիպազայի մակարդակը:
- ✓ Ճառագայթային ախտորոշման եղանակներից ինֆորմատիվ են էՀԽՊԳ կամ ՄՀԽՊԳ, որոնք թույլ են տալիս որոշել պանկրեատիկ ծորանի ընթացքը: էՀԽՊԳ-ն պետք է ներառի նաև դոմինանտ դորզալ ծորանի կոնտրաստավորում հավելյալ պտկիկի միջով:

Նախազգուշացում՝ վիրսունգյան ծորանի խցանումը գեղձի գլխիկի ուռուցքի հետևանքով, կարող է առաջ բերել pancreasdivisum-ին նման կլինիկական նշաններ:

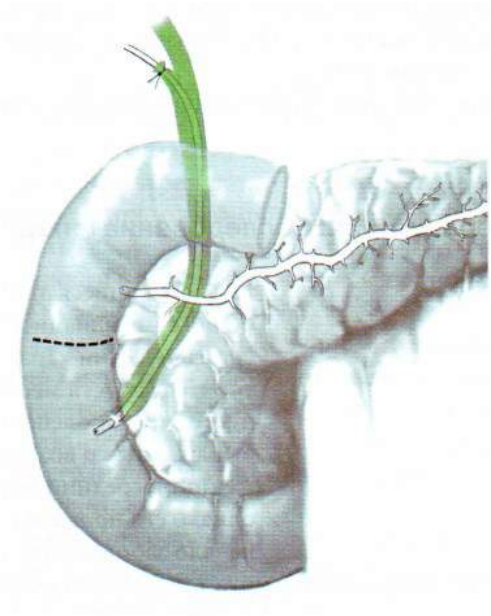
Հավելում՝ տրանսաբդոմինալ ԳՁՀ-ն, էԳՁՀ-ն կամ ՄՀԽՊԳ-ն, սեկրեցիայի խթանումովհայտնաբերվում է գլխավոր պանկրեատիկ ծորանի չափերի նորմալացման ուշացում պանկրեատիկ արտազատման գերխթանումից հետո: Արտազատման խանգարումը ստենոզված հավելյալ պտկիկի միջով բերում է ծորանի երկարատև /15-30 րոպ/ լայնացման:

Վիրահատություն

Փուլ 1. Փոքր պտկիկի մերկացումը

Հիվանդի կազմվածքից կախված իրականացվում է աջ ստորկողային կամ վերին միջային կտրվածք: Տասներկումատնյա աղու և գեղձի գլխիկի տարածուն տեղայնացումը /Կոխերի տարածուն գործողություն/ հեշտացնում է էքսպոզիցիան:

Եթե կա լեղապարկ, ապա կատարվում է խոլեցիստէկտոմիա և Ֆոգարտի կաթետերը պարկային կամ ընդհանուր լեղածորանից մեծ պտկիկով անցկացվում էտասներկումատնյա աղի, օգնելով գտնել հավելյալ պտկիկը: Տասներկումատնյա աղու մեծ պտկիկից անմիջապես պրոքսիմալ /հեշտությամբ ճանաչվում է տրանսդուոդենալ կամ ծորանի մեջ տեղադրված Ֆոգարտի կաթետերով/ իրականացվում է լայնակի դուոդենոտոմիա:

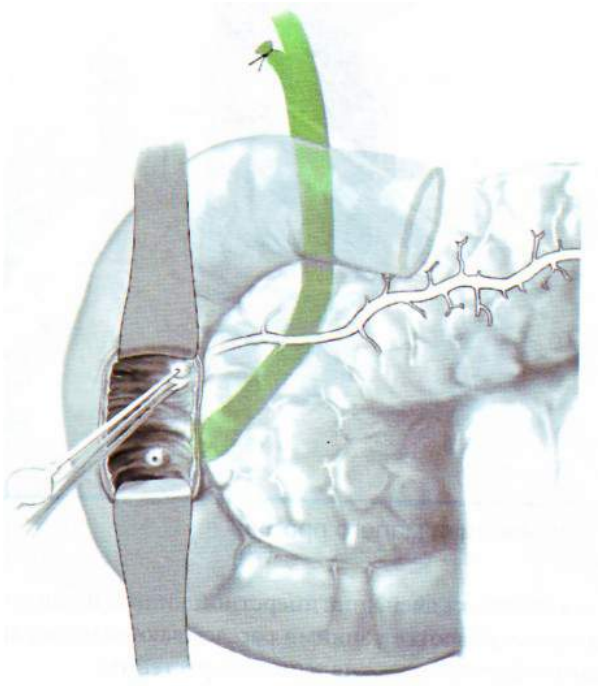


Փուլ 2. Փոքր պտկիկի ներդաոդենալ հայտնաբերումը

Այն հայտնաբերվում է մեծ դուոդենալ պտկիկից 2-3 սմ ավելի պրոքսիմալ՝ դեպի առաջ և մեդիալ: Լորձաթաղանթի վնասումըանհրաժեշտ է հասցնելնվազագույնի:

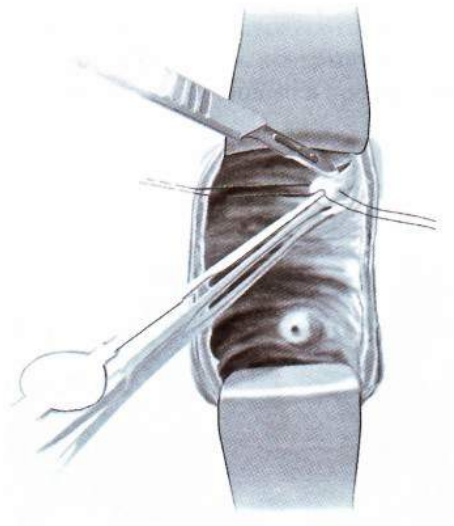
Սեկրետինի ներարկումը /1 միավ/կգ/ թույլ է տալիս հայտնաբերել պտկիկը, առաջացնելով պանկրեատիկ հյութի տեսանելի հոսք և որոշ դեպքերում՝ պտկիկի ուռչեցում:

Տասներկումատնյա աղու լորձաթաղանթը, փոքր պտկիկից անմիջապես դիստալ բոնխոսկէ, դիրքը ֆիքսելուհամար: Նրա լուսանցք էնտցվում բարակ զոնդ կամ անոթային կաթետեր Angiocath /կարող է առաջանալ պտկիկի ծակման անհրաժեշտություն, եթե նրա անցքը փակ է կամ շատ փոքր/:



Փուլ 3. *Փոքր ծորանի սֆինկտերոտոմիա*

Հավելյալ պտկիկի դիստալ եզրերին դրվում են կարեր-բռնիչներ և նրա մեջ մտցված զոնդի վրայով պտկիկը հատվում է: Պանկրեատիկ հյութը պետք է դուրս թափվի հոսելով, որից հետո տեսանելի է դառնում պտկիկային մեմբրանայիցթաղանթից ավելի պրոքսիմալ տեղակայված ծորանի լայնացած նախադուռը: Հարթ վարդագույն պանկրեատիկ ծորանի լորձաթաղանթը հեշտ է տարբերել տառեերկսմատնյա աղու լորձաթաղանթից: Կտրվածքը 1սմ-ի չափով երկարացվում է, որպեսզի լայնորեն բացվի ծորանի նախադուռը:



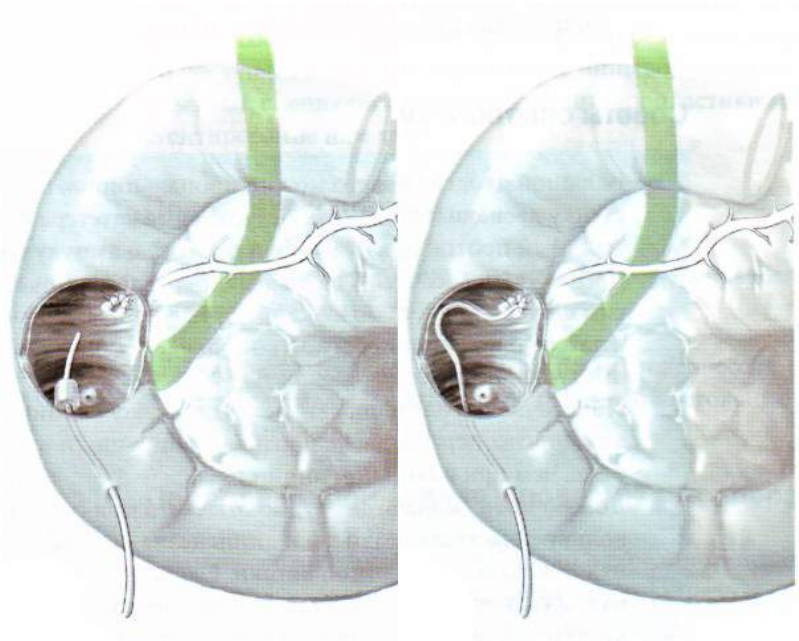
Փուլ 4. *Փոքր ծորանի սֆինկտերոպլաստիկա*

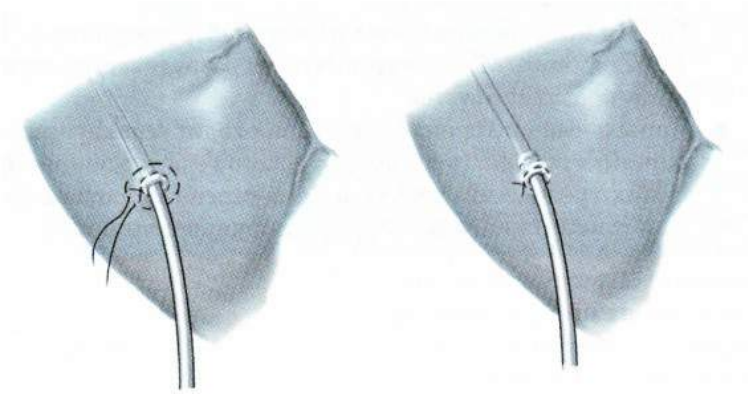
Տասերկումատնյա աղու լորձաթաղանթն ու պանկրեատիկ ծորանի էպիթելիումը համադրվում են բարակ ներծծվող սինթետիկ կարերով՝ հեմոստազի, ասպսֆիկման հեշտացման ու կրկնակի ստենոզի բացառման համար:

Փուլ 5. *Ծորանի դրենավորում, 12-մատնյա աղու փակում*

Ծորանի հետվիրահատական խցանման բացառման համար, տասներկումատնյա աղու պատով դեպի պանկրեատիկ ծորան անցկացվում է բարակ կաթետեր /օրինակ՝ 5 Fr տրամագծով պեդիատրիկ սնուցող զոնդ/: 14G-ոց ասեղի միջոցով /կարելի է կիրառել նաև հատուկ տրոակարով կաթետեր/ այն անցկացվում է տասներկումատնյա աղու պատի միջով և կրկնակի ներծծվողֆիսեթակարերով հերմետիզացվում: Հետվիրահատական դրենավորման համար կաթետերը դուրս է բերվում որովայնի պատով և թողնվում տեղում 2-3 շաբաթների ընթացքում:

Դուոդենոտոմիան կարվում է լայնակի երկշարք կարերով, դրենաժ չի թողնվում:





Հետվիրահատական հետազոտություններ

- ✓ սովորական հետվիրահատական դիտարկում,
- ✓ կլինիկական ցուցումների բացակայության պայմաններում շիճուկային ամիլազայի հետազոտման անհրաժեշտություն չի առաջանում:

Տեղային հետվիրահատական բարդություններ.

Մոտակա՝

- ➢ սուր պանկրեատիտ,
- ➢ տառեխմատնյա աղու անանցանելիություն,

- տառեղկումատնյա աղու կարերի անբավարարություն:

  Հեռավոր՝
- պտկիկի ստենոզի կրկնություն,
- հիվանդության կրկնություն, պանկրեատիտ,
- նախավիրահատական ցավային համախտանիշի պահպանում:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- Մեծ դուոդենալ պտկիկը հաճախ կարելի է շոշափել 12-մատնյա աղու պատի միջով, նույնիսկ առանց ընդհանուր լեղածորանով /օրինակ պարկային ծորանով/ ու պտկիկի ամպուլայով անցկացված կաթետերի:
- Տառեղկումատնյա աղիքում հավելյալ պտկիկը տեղակայվում է ավելի պրոքսիմալ և կարող է հայտնաբերվել նախադռից 3սմ-ի վրա /այս տեղում տառեղկումատնյա աղու լատերալ պատի վրա հաճախ հայտնաբերվում է նրա լուսանցք ապտոպիֆված անոթը:
- Լայնակի դուոդենոտոմիան ապահովում է համաթիֆ էքսպոզիցիա և նման դեպքերում դուոդենումի հետվիրահատական ստենոզ ներընծոտովելի հազվադեպ ենթամեմատոած երկայնակի կարերի հետ:
- Հավելյալ /փոքր/ պտկիկը, կապված փոքր չափերի ուտառեղկումատնյա աղու լոքձենոմակերեսին չնչին ապտոպիմանիետուաֆով, որոշ դեպքերում դժվար է հայտաբերվում,: Նրան ավելի հեշտ է հայտնաբերել տառեղկումատնյա աղու մեդիալ պատի զգույշ շոշափման միջոցով: Այն զգացվում է որպես ոչ մեծ “վուչիկ” կամ “եղուտո”,
- Պանկրեատիկ ծորանի բերանը գտնելուն օգնում է լորձաթաղանթի վրա մետիլեն կապույտի քսելը, քանի որ պանկրեատիկ հյութը, հատկապես սեկրետինի ներարկումից հետո, ծորանիքերանիմատկապույտ ներկը լվանում է:
- Ծորանիքերանի կանյուլյացիայից հետո, մինչև պտկիկի հատման ավարտը զոնդը չպետք էդուրս բերել: Տեղային տրավման խիստ դժվարացնում է տրավմայի ենթարկված ծորանիքերանի կրկնակի հայտնաբերումը:
- Դորզալ սանտորինյան ծորանը դուոդենալ պատով անցնում է ուղղահայաց /ի տարբերություն վիրսունգյան ծորանի թեք ընթացքի/, այդ իսկ պատճառով սֆինկտերոպլաստիկան ստիպված ստացվում է կարճ: Կարի մեջ բարակ թաղանթի 1սմ-ից ավելին վերցնելը դժվարացնում է սֆինկտերոպլաստիկան:

ՍՖԻՆԿՏԵՐՈՏՈՄԻԱ / ՍՖԻՆԿՏԵՐՈՊԼԱՍՏԻԿԱՊՏԿԻԿԻ ԴԻՍՖՈՒՆԿՑԻԱՅԻ ԴԵՊՔՈՒՄ, ՍՏԵՆՈԶՈՂՊԱՊԻՂԻՑ

Ներածություն

Օդդի-ի սֆինկտերի առաջային մակերեսի հասարակ հատումը /5մմ/՝ սֆինկտերոտոմիան, լայն կիրառվում էր XX դարի կեսերին, երբ բիլիոպանկրեատիկ ցավը համարվում էր լեղային դիսկինիզիայի հետևանք: Հաջողությունների բացակայությունը ստիպեցին կիրառել սֆինկտերի ավելի երկար /2-3սմ/ հատում, ֆորմալ սֆինկտերոպլաստիկայով, ինչը թերում էր միայն նվազագույն ֆունկցիոնալ լավացմանը: Կիրառվում էր երկարընթաց սֆինկտերոպլաստիկա, որի ժամանակ հատվում էր տրանսամպուլյար միջնապատը, սֆինկտերի պանկրետատիկ կոմպոնենտի ներառումով: Ճիշտ ընտրության դեպքերում, նման ընդլայնված մոտեցումը կարող է տալ գերազանց արդյունքներ: Այս գործողության ֆիզիոլոգիական իմաստը՝ սննդային ստիմուլյացիայից հետո, լեղու ու պանկրետատիկ հյութի ազատ անցմանապահովմանէտապերկումատնյա աղիք: Ներկայումս փորձված էնդոսկոպիստը կարող է իրականացնել ստենտավորում կամ նույնիսկ սեպտոտոմիան:

Ցուցումներ ու հակացուցումներ

Ցուցումներ՝

- խոլեցիստէկտոմիայից հետո, որովայնի աջ վերին քառորդակում կամ էպիգաստրալ շրջանում, կայուն կամ կրկնվող ուժեղ ցավային էպիզոդներ:

Հակացուցումներ՝

- Բացարձակ.
  - ալկոհոլիզմ,
  - քրոնիկ պանկրեատիտ,
  - դեպրեսիա:
- Հարաբերական. նարկոտիկ միջոցներից կառավարվող դետոկսիկացիայի կուրս անցնելու ցանկությանբացակայություն /քիմիական աբստինենցիա/:

Նախավիրահատական հետազոտություն և վիրահատության նախապատրաստում

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ Անամնեզում կարևորում են էպիզոտիկ ցավերը էպիգաստրիումի կենտրոնում, սովորաբար խոլեցիստէկրոմիայից հետո և հիմնականումերիտասարդ /25-40տ/ կանանց մոտ: Դեղնուկը բացակայում է:
- ✓ Լաբորատոր հետազոտություններից ուսումնասիրվում են հեմոգլոբինը, ամիլազան/լիպազան, մոտ 1/3 դեպքերում, պապիլյար ստենոզի պարագայում հայտնաբերվում է՝միայն լեղային կամ պանկրեատիկ ֆերմենտների անցողիկ բարձրացում: Ցուցված է սիրտ-թոքային ֆունկցիայի ստուգում:

- ✓ Ճառագայթային ախտորոշման եղանակներից կիրառվում է ԳՋՀ-ը խոլեցիստո- կամ խոլեդոխոլիթիազի բացառման համար, ԷՈՒՊԳ-ն հնարավոր է կիրառել բոլոր հիվանդների մոտ: Պտկիկի դեֆորմացիա կամ լեղային ու պանկրեատիկ ծորանների լայնացում հանդիպում է 25% դեպքերում, պանկրեատիկ ծորանի կանուլյացիա հնարավոր է միայն 50% հիվանդների մոտ:

Այլ՝ տրանսպապիլյար մանոմետրիան պանկրեատիկ ու լեղային ծորաններում հայտնաբերում է հանգստի բարձր ճնշում:

Հոգեբան/հոգեբույժի կոնսուլտացիա՝ վիրահատական բուժման բոլոր թեկնածուների մոտ անհրաժեշտ է փորձել իրականացնել նարկոտիկ միջոցների հանդեպ նախավիրահատական ակտիվ թունազերծում /որպես կանոն այնքիչ արդյունավետ է/:

Վիրահատության նախապատրաստում՝

- ✓ Խորհուրդ է տրվում լուրջ քննարկել հիվանդի պարտավորվածությունը նարկոտիկ միջոցների հանդեպ հետվիրահատական դետոկսիկացիայի հետ կապված:
- ✓ Նախավիրահատական հակաբակտերիալ թերապիա /մաքուր վիրահատություն հնարավոր կոնտամինացիայով/:
- ✓ Կանխարգելիչ հեպարինոթերապիա և շարունակական կոմպրեսիոն սարքերի կիրառում՝ երակային թորմբոզները կանխազգուշացնելու համար:

Վիրահատություն

Տրանսամպուլյար սեպտէկտոմիայով տրանսդուոդենալ սֆինկտերոպլաստիկա

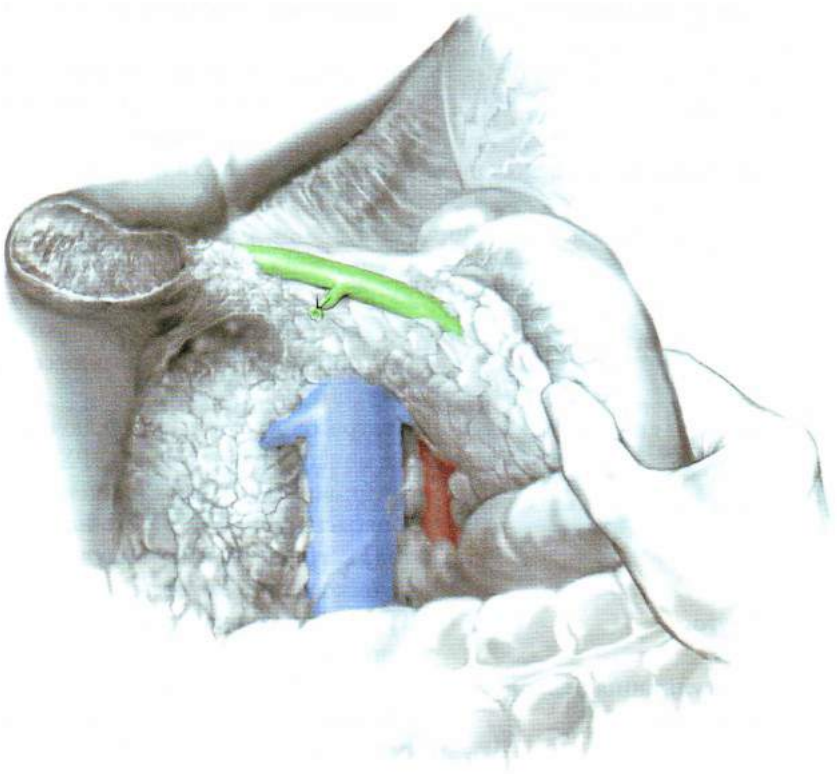
Փուլ 1.

Մուտքը որովայնի խոռոչ իրականացվում է նախորդած խոլեցիստէկտոմիայի սպիով կամ վերին-միջային կտրվածքով:

Էքսպոզիցիան ստացվում է Տոմպսոնի կամ նման ռետրակտորի միջոցով:

Տասներկումատնյա աղին, ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի ստուգումից հետո, լայն տեղայնացումէ՝ ըստ Կոխերի: Շաստ աղու լյարդային անկյունը, առանց Հերտի փակեղի վնասման, տեղայնացումէ դեպի ներքև: Ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկը անջատվում է ներքևում տեղակայված սիներակից ու աորտայից անոթների ցազան գոտում՝ տասներկումատնյա աղու հետևում:

Նման լայն տեղայնացումը մուտք է բացում դեպի պարկային ծորանի ծայրատը և տասներկումատնյա աղու առաջային մակերես՝ նրա երկրորդ հատվածի միջին ու ստորին երրորդականի մակարդակին, որտեղ գտնվում է մեծ դուոդենալ պտկիկը: Պապիլլան սովորաբար լավ շոշափվում է տասներկումատնյա աղու դրսային պատը միջայինին սեղմելուժամանակ:



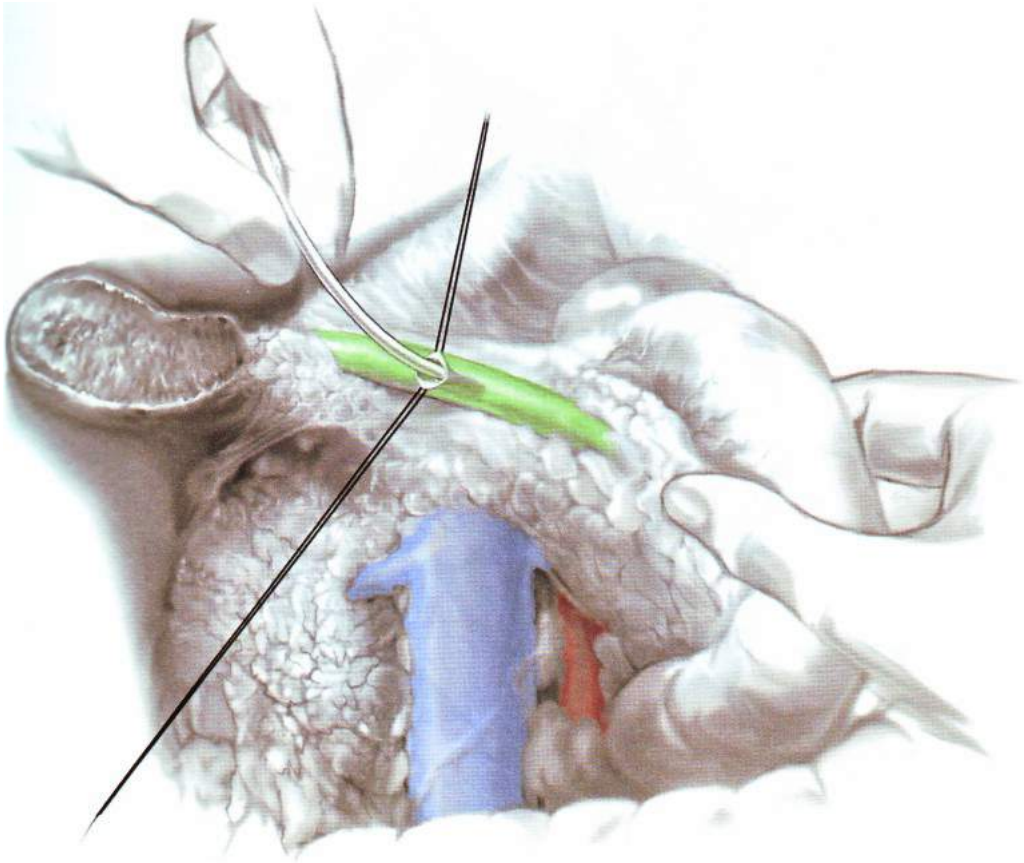
Փուլ 2. Փոքր պտկիկի ինտրադուոդենալ հայտնաբերում

Պտկիկիտեղակայումըճշտելու համար ինտուբացվում է ընդհանուր լեղածորանը:

Մոտեցումը լեղածորանին իրականացվում է պարկային ծորանի ծայրատով կամ ընդհանուր լեղածորանի ոչ մեծ կտրվածքով: Այսգործողությունից կարելի է խուսափել, եթե տասներկումատնյա աղու շոշափումով ճշտորեն որոշվում է ամպուլայի տեղակայումը:

Պտկիկի հայտնաբերման համար, ընդհանուր լեղածորանի միջով դեպի տասներկումատնյա աղի է ներխրվում թելանման միզածորանոսկին 3 Fr տրամագծով զոնդ /կամ Ֆոգարտի ոչ մեծ լեղային կատետեր/:

Եթե կա խոլեդոխոլիթիազի կասկած կարող է պահանջվել լեղածորանի ստանդարտ ստուգում: Խորհուրդ չի տրվում օգտագործել կարծր զոնդեր /օրինակ Bakes-ի լայնիչները/, որովհետև պտկիկի ստենոզի ժամանակ կարող են հեշտությամբ թափածակել լեղածորանը: Հիշեք, որ պտկիկով թելանման զոնդի անցկացման ժամանակ վիրաբույժը պետք է ձեռքով պահի ընդհանուր լեղածորանի ներենթաստամոքսային հատվածը:



Փուլ 3.

Պոկիկից զոնդի դուրս գալուտեղիվրա, կատարվումէ 2սմ-ոց առաջային դուոդենոտոմիա: Պոկիկըդուոդենոտոմիայի մակարդակիհ բարձրացնելու համար 2 և 8 ժամերի ուղղությամբ դրվում են երկու կարեր-բռնիչներ:

Պոկիկի առաջային պատի հարթության երկայնքով ժամը 11-ի ուղղությամբ իրականացվում է կտրվածք: Սֆինկտերի հատումը առավելդյուրինէկատարել փոքր մկրատներով, կաուտերիզացիայի կիրառմանընպատակահարմար չէ, քանի որ դժվարացնում է լորձաթաղանթի եզրերի ճանաչումը:

Ծորանի լորձաթաղանթի համադրումը տասներկումատնյա աղու լորձաթաղանթի հետ իրականացվում է 5-0 պոլիգլիկոլաթթվի հաջորդական կարերով: Սֆինկտերոպլաստիկայի երկարությունը /2-3սմ,/ որոշվումէայն կետով, որտեղ լեղային ծորանը անջատվում է տասներկումատնյա աղու պատից: Այստեղ անհրաժեշտ է մանրակրկիտ համադրել լեղածորանի էպիթելն ու աղիքի լորձենին:

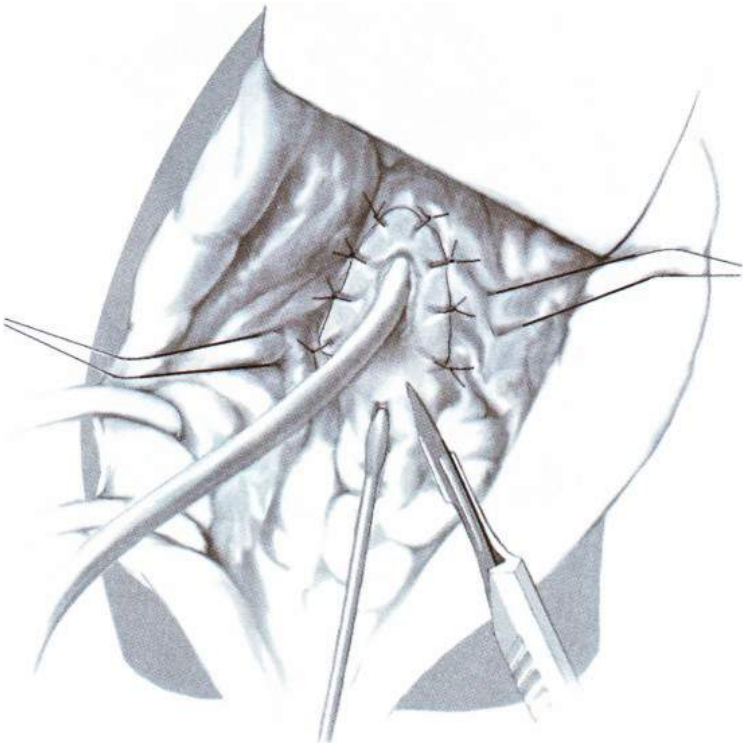
Փուլ 4.

Պոլիկի ստենոզը հաճախ կապված է ամպուլյար միջնապատի տեսանելի ձևախախտման հետ /հյուսվածքի այն մասը, որը պոլիկի ներսում բաժանում է ընդհանուր լեղածորանի ներպանկրեատիկ սեգմենտը, պանկրեատիկ ծորանից/:

Վիրսունգյան ծորանի բերանը հաճախ դժվար է տեսնել և կարող է անհրաժեշտ լինի, արցունքային զոնդերից ամենափոքրով, պոլիկի ստորին շրթի զգուշավոր զոնդավորում: Ծոռանիքերանիկանուլյացիայից հետո այն պետք է լայնացվի մեծ չափերի մեկ կամ երկու զոնդերով:

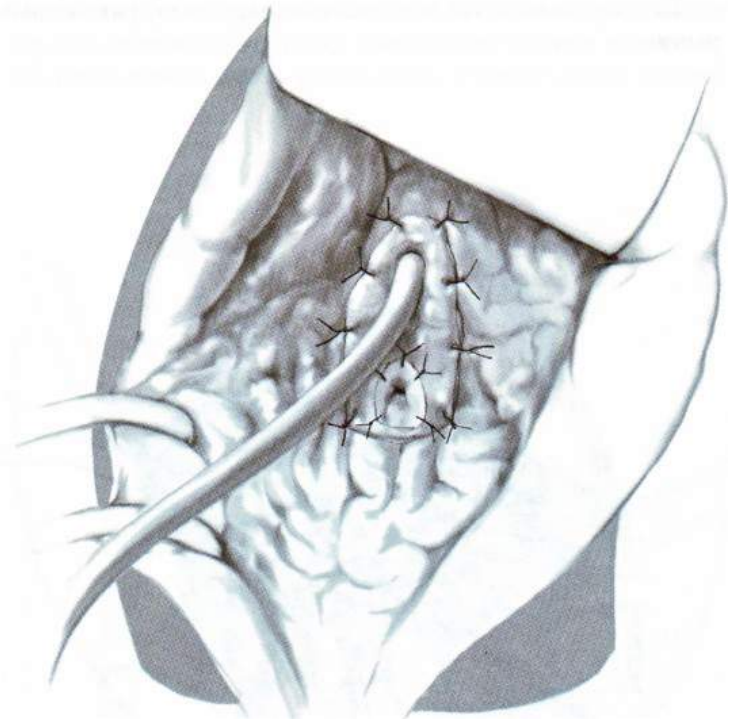
Միջնապատը կարելի է նշտարով անվտանգ հատել 1սմ-ից ոչ պակաս երկարության վրա կամ մինչև այն կետը, որտեղ պանկրեատիկ ծորանը կունենա 3մմ-ից ոչ պակաս տրամագիծ: Այս շրջանի ձևախախտումը կամ սպիացումը դժվարացնում է միջնապատի հատումը:

Սրանից հետո պետք է իրականացվի պանկրեատոգրաֆիա, եթե այն չի կատարվել:



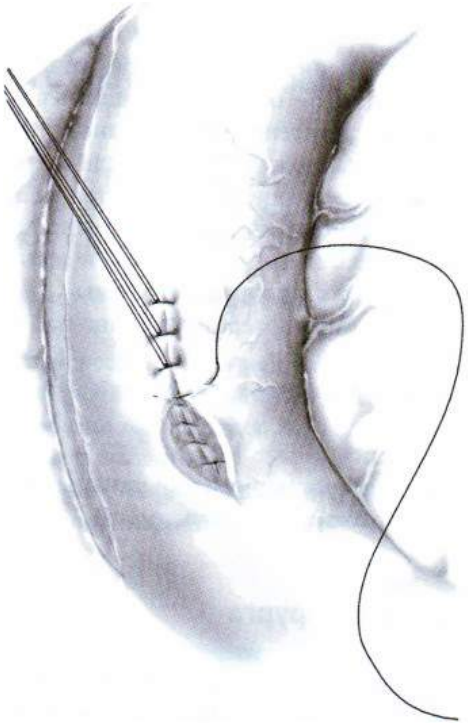
Փուլ 5.

Աչքի փոքր ասեղովպանկրեատիկ ծորանի ու լեղածորանի լորձաթաղանթևերըառանձին կարերով /պոլիգլիկռլային 7-0 թել/ համադրվում են: Պլաստիկայից հետո պսակիկի առաջային մակերեսը լինում է հարթված և ընդհանուր լեղածորանն ու վիրուսանգյան ծորանը թափվում են տասներկումատնյա աղիք առանձին:



Փուլ 6.

Տասներկումատնյա աղին փակվում է երկշերտ կարերով՝ ներքին, բարակ ներծծվող և արտաքին, առանձին շճա-մկանային լամբերի կարերով: Տասներկումատնյա աղու հետորովայնամզային բունոցում տեղադրվում է դրենաժ: Դուոդենոտոմիայի վրա կարվում է ճարպոնի շերտ:



Հետվիրահատական հետազոտություններ.

- ✓ Հեմոգլոբին, լեկոցիտներ, շիճուկային ամիլազա,
- ✓ Դրենաժի արտադրանքի դիտարկում,
- ✓ T-ա ձև դրենաժի տեղադրմանդեպքում՝ խոլանգիոգրաֆիան կատարվում է հետվիրահատական 6-րդ օրը,
- ✓ Փոր-ստամոքսային զոնդ անհրաժեշտ չէ,
- ✓ կերակրման սկիզբը՝ կախված հետվիրահատական ընթացքից:

Տեղային հետվիրահատական բարդություններ.

Վաղ՝

- ➢ Պանկրեատիտ՝ սովորաբար վիրահատությունից հետո 1-ին օրը ջերմության բարձրացում /տենդ/, ցավեր որովայնում, շիճուկային ամիլազայի բարձրացում,

- Թոքի ատելեկտազ՝ սովորաբար վիրահատության 2-րդ օրը ջերմության բարձրացում, դեղնուկ,
- Լեղու արտահոսք դրենաժից՝ սովորաբար հետվիրահատական 3-7-րդ օրը – տասներկումատնյա աղու անբավարարություն,
- Վերքային ինֆեկցիա՝ սովորաբար վիրահատության 4-7-րդ օրը ջերմության բարձրացում, լեյկոցիտոզ, այտուց, վերքի կարմրություն,
- Թոքային զարկերակի էմբոլիա՝ սովորաբար հետվիրահատական 7-10-րդ օրը շնչահեղձություն,
- Ստամոքս-աղիքային արյունահոսության սֆինկտերոպլաստիկայի տեղից:

Ուշացած՝

- ցավի կրկնություն,
- լեղային կամ պանկերատիկ ծորանի ստենոզի կրկնություն /պանկրեատիտ/,
- թմրանյութերից կայուն կախվածության:

Փորձված վիարբույժի խորհուրդները

- Նման վիրահատության համար հիվանդները պետք է ընտրվեն խիստ մանրակրկիտ:
- Օգտակար է հագնել գլխի լույս և կիրառել օպտիկական մեծացման սարք:
- Պոկիկի հետ պետք է վարվել քնքուշ ու զգույշ:
- Անհրաժեշտ է պնդել թմրամիջոցներից հետվիրահատական դետոկսիկացիայի անհրաժեշտությունը:
- Նման հետխոլեցիստէկտոմիկ ցավով հիվանդի հանդեպ, որը բերում է թմրանյութերից կախվածության, եղեք նրբանկատ և ուշադիր:

ԵՆԹԱՍՏԱՄՈՔՍԱՅԻՆ ԳԵՂՁԻՒՈՒՈՒՑԻՉՆԵՐԻՆ ԿԼԵԱՅԻՆ

Ներածություն

Ապացուցված է, որ գործող նեյրոէնդոկրին /ինսուլինոմա, որոշ գաստրինոմաներ/ և լավ սահմանազատված, չգործող նեյոէնդոկրին ուռուցքների /< 2սմ/ էնուկլեացիան հանդիսանում է համարժեք բուժում: Մևնույն ժամանակ չարորակ նեյրոէնդոկրին ուռուցքները պահանջում են ենթաստամոքսային գեղձի ստանդարտ անատոմիական մասնահատում:

Ցուցումներ ու հակացուցումներ

Ցուցումներ՝

- Ինսուլինոմաներ,
- Որոշ գաստրինոմաներ, սոմատոստատինոմա

- Գործող նեյրոէնդոկրին ուռուցքներ, սովորաբար 2սմ-ից պակաս չափերի, հստակ սահմաններով, առանց չարորակացման նշանների:

Հակացուցումներ՝

- Գլյուկագոնոմա /այս ուռուցքները սովորաբար չարորակ են և պահանջում են օրգանի անատոմիական մասնահատում/,
- Ոչ շատ վաղուց տարած սուր պանկրեատիտ,
- Անվերահսկելի կոագուլոպաթիա /ծանր թրոմբոցիտոպենիա,
- Սպասվողկյանքի երկարատևությունը զգալի կարճացնող ուղեկցող հիվանդություններ,
- Ակտիվ պեպտիկ խոցեր /գաստրինոմայով հիվանդներ/,
- Մալիգնիզացիայի նշաններ, բազմակի մեծացած ավշային հանգույցներ, մետաստազներ լյարդում:

Նախավիրահատական հետազոտություններ և պատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ Անամնեզում կարևորվում են հիպոգլիկեմիկ կրիզները, Ուիպպլի եռախտանիշը /ինսուլինոմա/; պեպտիկ նշանները, կայուն ստամոքս կերակարափողային ռեֆլյուքսը, դիարեան, ոչ սովորական տեղակայումով դուոդենալ խոցերը /աղու 1-ին հատվածից ավելի դիստալ /գաստրինոմա/:
- ✓ Կլինիկական հետազոտությունները ինսուլինոմայիդեպքում՝ նեյրոգլիկոպենիայի հաստատված էպիզոդներ /գիտակցության մթագնում, ամնեզիա, տեսողության երկատում, մշուշ աչքերի առաջ, կոմա/, գլյուկոզայի նշանակման դեպքում ախտանիշների արտահայտվածությունը նվազումէ/Ուիպպլի եռաախտանիշ/: Գաստրինոմայիդեպքում՝ պլազմայում բարձր գաստրինի և ստամոքսաթթվի արտադրություն: Լաբորատոր հետազոտություններ.ինսուլինոմա՝ 72 ժամաընց ստուգվող սովածություն /մինչև նեյրոգլիկոպենիա և պլազմայում գլյուկոզայի մակարդակը <45մգ/, C-պեպտիդի մակարդակի բարձրացում /200պկմոլ/լ/, ինսուլինի մակարդակի բարձրացում մինչև 3 /քանակային իմմունոխեմիլյումինեսցենտային անալիզ/ կամ ավելի, պրոինսուլինի մակարդակի բարձրացում, մեզի սուլֆանիլ միզանյութի բացասական տեստ, ինսուլինի հանդեպ հակամարմինների բացասական տեստ; գաստրինոմա /առանց հակասեկրետոր միջոցների/՝ շիճուկային գաստրինի մակարդակի բարձրացում /500պգ/մլ/, ստամոքսի պարունակության pH <3, դրական տեստ սեկրետինի պրովոկացիայի դեպքում /եթե հասանելի է/ կամ կալցիումի խթանման տեստ:

Տոպիկ ախտորոշում եռաֆազ կոնտրաստավորմամբ սպիրալային ՀԾ, ներորովայնային ԳՁՀ, ԷՔՍ, բարակ ասեղային ասպիրացիոն բիոպսիա, կալցիումի զարկերակային խթանման ընտրողական տեստ /ինսուլինոմաներ, գաստրինոմաներ/, օկտրեոտիդով սցինտիգրաֆիա /առանձին դեպքերում/:

Վիրահատություն

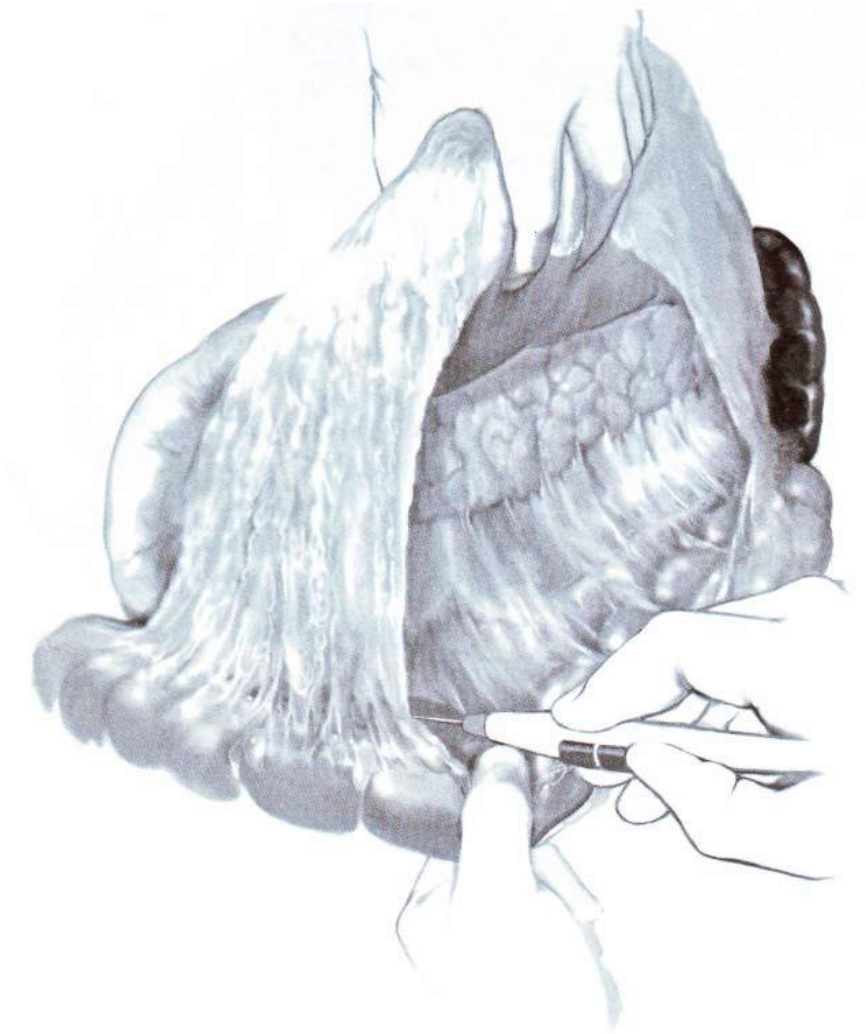
Բաց էնուկլեացիա

Փուլ 1. Պատրաստում, էպիգաստրալ շրջանում լայնակի կտրվածք, ճարպոնայի գրպանիկի ստուգում մատով

Գլյուկոզայի մակարդակը պլազմայում անհրաժեշտ է ստուգել ամեն 20-30 րոպեն մեկ, բոլոր գլյուկոզա պարունակող հեղուկների բացառման պայմաններում /միայն ինսուլոմայով հիվանդների մոտ/:

Առավել ռացիոնալ է համապրվում լայնակի կտրվածքըէպիգաստրալ շրջանում: էքսպոզիցիան հեշտացնում է մեխանիկական ռետրակտորիկիրառումը, թույլ տալով իրականացնել որովայնի խոռոչի ու կոնքի մանրակրկիտ զննում:

Սկզբում, միջածիգ հաստ աղուց անջատվում է ստամոքս-ճարպոնային կապանը, ձախից աջ, բացելով ճարպոնային գրպանիկի խոռոչը, օգնականը՝ ստամոքսն ու ճարպոնը ձգում է գլխամասային ուղղությամբ, իսկ լայնակի հաստ աղին՝ տեղաշարժում դեպի ոտնամաս, բացելով ենթաստամոքսային գեղձը:

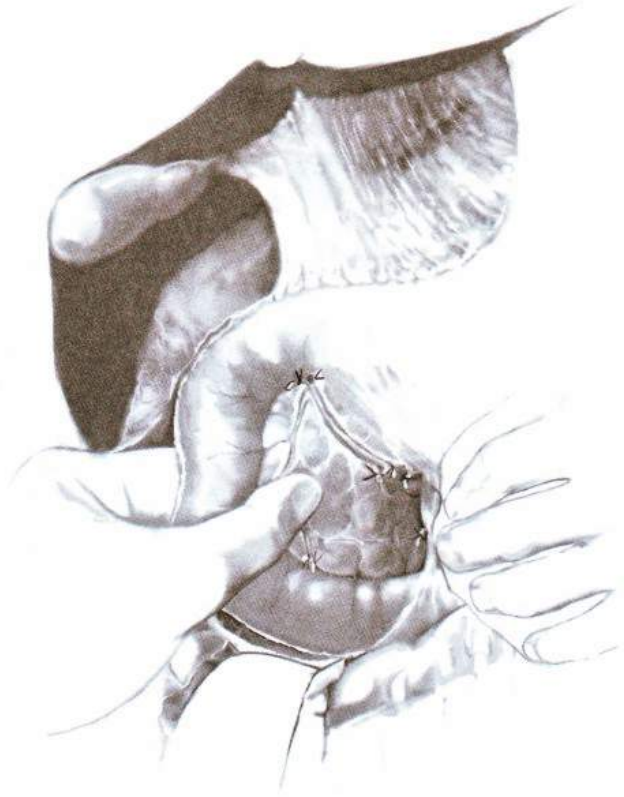


Փուլ 2. Կոխերի գործողություն, մարմնի ու պոչի տեղայնացում, զննում շոշափումով

Մինչ հետագա տեղայնացումը, ենթաստամոքսայի գեղձը մանրակրկիտ զննվում է շոշափումով: Եթե ուռուցքը գեղձի մակերեսին կամ նրա եզրին լավ երևում է և տեղակայումը համապատասխանում է նախավիրահատական տվյալներին, ապա ընտանեկան անամնեզի կամ բազմակի ուռուցքների նախատրամադրող այլ վիճակների բացակայության պայմաններում, հետագա տեղայնացումը կարող է սահմանափակվել ուռուցք պարունակող ենթաստամոքսային գեղձի հատվածով:

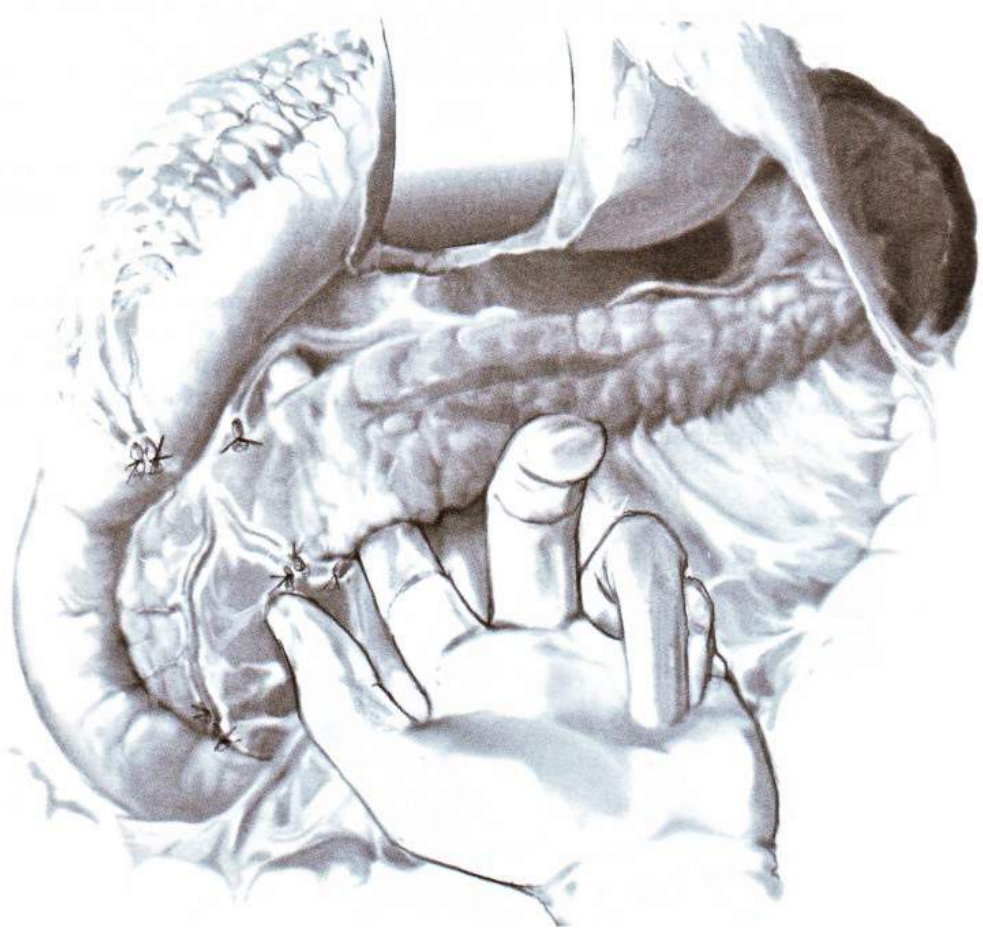
Գլխում և կեռիկանման ելուստի շրջանում տեղակայված ուռուցքների ժամանակ, տասներկումատնյա աղիքը լայնորեն տեղայնացվում է՝ ըստ Կոխերի, ներառելով Տրեյցի կապանը; աջ ստամոքս-ճարպոնային անոթների ու ենթաստամոքս-տասներկումատնյա երակի հատումը կեռիկանման ելուստի շրջանում հեշտացնում են գլխիկի էքսպոզիցիան և իջեցնում հետագա դիսսեկցիայի ժամանակ անոթների անզգույշ վնասման վտանգը արյունահոսությա

հնարավորությունը:Գլխիկի և կեռիկանման ելուստի առաջային հատվածների շոշափումը թույլ է տալիս հայտնաբերել այս շրջանում տեղակայված ուռուցքը:



Փուլ 3.

Երբ ուռուցքը տեղակայված է ենթաստամոքսային գեղձի վզիկում, դիսսեկցիան տարվում է գեղձի վզիկի ստորին մակերեսի և նրա տակ տեղակայված դռներակի միջև, մինչև վերջինիս միանալը վերին միջընդերային երակին: Դիսսեկցիան ավարտվում է ենթաստամոքսային գեղձի ստորին եզրի մոտ ցուցամատի կամ կլորացված եզրով ներծծիչի /ասպիրատորի/ ուղղակի տեսողական հսկողության տակ իրականացվող զգույշ շարժումներով: Դիսսկեցիան անհրաժեշտ է իրականացնել անմիջապես երակի վրա, ինչը թույլ է տալիս խուսափել կողմնային երակային ներհոսկերից /կեռիկանման ելուստից/: Ինսուլինոմայով հիվանդների մոտ այն իրականացվում է հիմնականում առանցքժխտությունների:



Փուլ 4.

Եթե ուռուցքը տեղակայված է ենթաստամոքսային գեղձի մարմնում, դիսսեկցիան շարունակվում է անոթավորումից զուրկ գեղձի ստորին եզրով: Ենթաստամոքսային գեղձի մարմինը տեղայնացվում է ստորին եզրից մինչև վերինը: Եթե ուռուցքը տեղակայված է գեղձի պոչում, լավագույն էքսպոզիցիա ստանում է փայծաղի տեղայնացումով, նրա կողմնային կապանների և երիկամի ու դիաֆրագմայի հետ կպումների հատման միջոցով: Եթե դիսսեկցիան իրականացվում է փայծաղի պահպանումով ստամոքսային անոթները չեն հատվում:

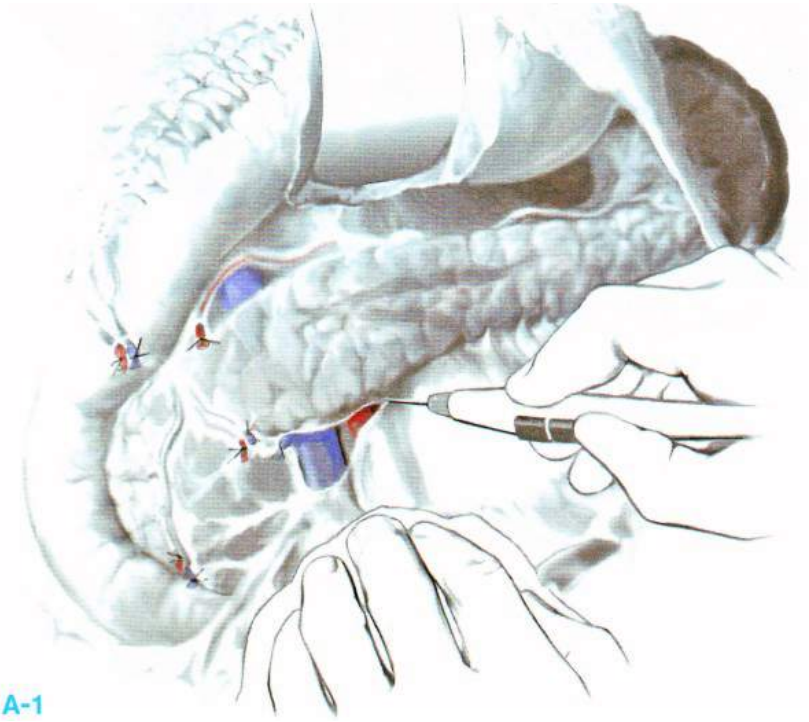
Եթե ուռուցքը թաքնված է, այս բոլոր գործողությունները անհրաժեշտ է իրականացնել մինչև ներվիրահատական ԳՋՀ:Բիմանուալ և երկմատանի շոշափումը թույլ է տալիս հետազոտել գեղձը գլխիկից մինչև պոչը, կասկածելի ավշային հանգույցները հատվում են առաջնային շտապ հյուսվածքաբանական հետազոտության:

Հետո իրականացվում է 6 ՄԳՀ ցուցիչով գեղձի գերձայնային սկանավորում, երկայնակի ու լայնակի ուղղություններով: Կղզյակա-բջջային ուռուցքները արտահայտվում են գեղձի պարենխիմայում հիպոէխոգեն գոյացության տեսքով, շրջապատի պարենխիմայիհետհամեմատ, ավելի խիտ կառուցվածքով: Նմանուռուցքներիգունավոր դոպլերային հետազոտությունը սովորաբար

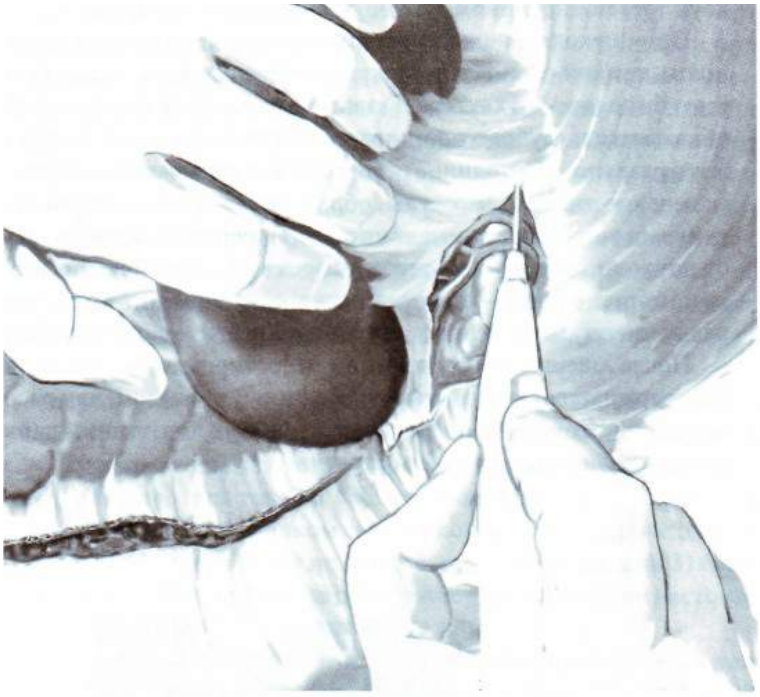
հայտաբերում ուժեղացած արյան հոսքի գոտուն համապատասխան շրջանակ, ինչը չի լինում ավշագեղձերի շուրջը:

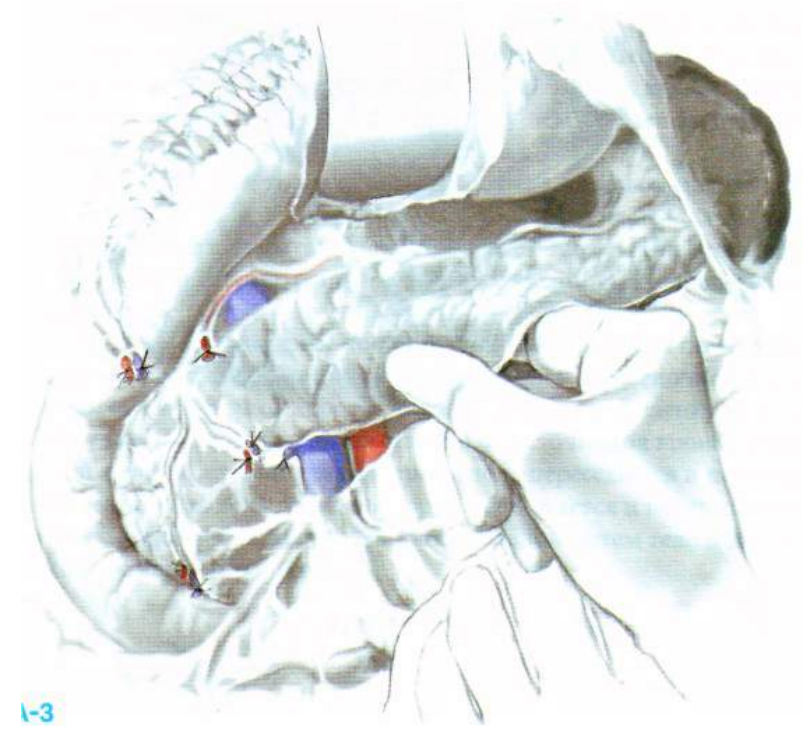
ԳՋՀ-ի ժամանակ դիտարկված օջախային գոյացությունների պրոյեկցիայով շոշափումը ենթաստամոքսային գեղձի ներսում հաճախ հայտնաբերում է ոչ մեծ պնդացումներ, որոնք հաշվի չեն առնվել առաջնային ստուգման ժամանակ:

Եթե մնում են կասկածներ, ապա իրականացվում է բարակ ասեղով ասպիրացիոն բիոպսիա շտապ հյուսվածքաբանական հետազոտության համար: Այն հատկապես կարևոր է գեղձի գլխիկում խորը թաքնված կղզյակա-բջջային ուռուցքների դեպքում, որոնք կարող են ընդունվել պանկրեատիկ և/կամ լեղային ծորանի տեղ: Ցիտոլոգիական վստահ հաստատումից հետո իրականացվում է ուռուցքի հեռացում՝ պանկրեատո-դուոդենալ մասնահատումով:



A-1





Ա-3

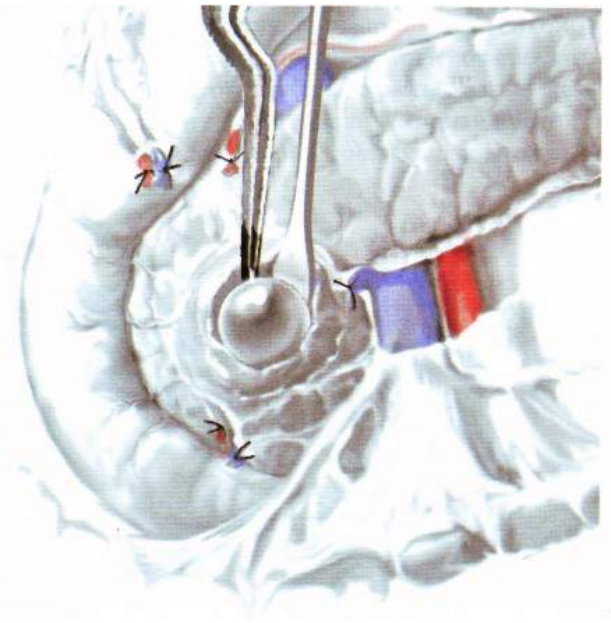
Փուլ 5. *Էնուկլեացիա*

Ուռուցքի տեղակայումը ճշտելուց հետո և այլ պաթոլոգիական գոյացությունների բացակայության պայմաններում, անհրաժեշտ է որոշում ընդունել էնուկլեացիայի կամ մասնահատման վերաբերյալ:

Ինսուլոմանները, երկու երրորդից ավելիպեպտեռում, կարող են առանց որևէ վտանգի ենթարկվել էնուկլեացիայի:

Գեղձի եզրին, նրա առաջային կամ հետին մակերեսով շոշափվող ուռուցքների դեպքում, ուռուցքը ծածկող հյուսվածքների բարակ շերտը բիպոլյար կաուտերով բարակ բրահեներովսեղմիչով զգուշորեն հատվում է: Ինսուլինոման մերկացվում է և պատռվածքից խուսափելուհամարերովրոպրվում են խորը ութաձև կար-բռնիչները: Ռենիչհմշտական զգույշ ձգումը թույլ է տալիս տեսնել փոքր սնող անոթները, որոնքհմշակվում են բիպոլյար էլեկտրադանակով կամ, հազվադեպ, բարակ մետաղական կլիպներով: Ենթաստամոքսային գեղձի պարենխիման անջատվում է ուռուցքից բարակ էնդարտերէկտոմիկ թիակով: Այն թույլ է տալիս ուռուցքի հիմքում տեղաշարժել պարենխիման, ինչը հատկապես կարևոր է պանկրեատիկ ծորանին հպվող ուռուցքի հեռացման դեպքում:

էնուկլեացիայի ավարտից հետո գլխավոր պանկրեատիկ ծորանի ամբողջականությունը ստուգվում է ԳՋՀ-ով: Առաջներում, պանկրեատիկ ծորանի լայնացման և պանկրեատիկ հյութի զգալի արտահոսքիպեպտոմում էնուկլեացիայի տեղում ներարկվում էր սեկրետին:



Փուլ 5. /շարունակություն/

Եթե փայծաղը զբաղեցնում է մեծ ծավալ կամ հիվանդը նիհար է, ապա փայծաղային զարկերակն ու երակը կարելի է անջատել ենթաստամոքսային գեղձից երակային ու զարկերակային ճյուղերը առանձին փակելով մետաղական կլիպների և/կամ հարմոնիկ նշտարիմիջոցով: Եթե կան կասկածներ փայծաղային երակի անցանելիության վերաբերյալ, ապա պետք է, իրականացվի սպլենէկտոմիա, կամ փայծաղային զարկերակն ու երակը կապվեն,

թողնելով փայծաղը ստամոքսային կարճ անոթների վրա: Փայծաղի մեծ չափերի դեպքում անհրաժեշտ է իրականացնել առաջին տարբերակը: Այն հնարավորություն է տալիս հետագայում խուսափել ձախակողմյան դռներակային հիպերտենզիայի և ստամոքսի երակների վարիկոզ լայնացման զարգացման վտանգից:

Բոլոր կղզյակ-բջջային չարորակ ուռուցքների ժամանակ, պետք է պահպանել մասնահատման ուռուցքաբանական սկզբունքները կատարել ենթաստամոքսային գեղձի դիստալ մասնահատում և սպլենէկտոմիա կամ պանկրեատոդուոդենալ մասնահատում, ռեգիոնալ ավշահատումով:

Էնուկլիացիայից/մասնահատումից հետո որովայնի խոռոչը լվացվում է ու իրականացվում է հեմոստազ: Ստամոքսն ու մեծ ճարպոնը վերադարձվում են իրենց տեղը, որովայնի խոռոչը կարվում: Ենթաստամոքսային գեղձի մարմնի ու պոչի զգալի տրավմայի դեպքում առավել նպատակահարմար է միանգամից իրականացնել ենթաստամոքսային գեղձի դիստալ մասնահատում:

Գեղձի գլխիկում ծորանի զգալի տրավմայի դեպքում կատարվում է՝

ա/ բարակ ներծծվող կարերով ծորանի վերականգնում, դրենավորումով;

բ/ պտկիկիցանոցկացված շատ բարակ սիլաստիկ ստենտի վրա անցքի կարում, էնուկլեացիայի տեղի վրա Ռու-ի գալարի տեղադրումով;

գ/ պանկրեատոդուոդենալ մասնահատում /<2% հիվանդների մոտ/: Բոլոր հիվանդների մոտ պահանջվում է պարտադիր արտաքին դրենավորում:

Ինսուլինոմայի հեռացումից հետո գլյուկոզայի կոնցենտրացիան պլազմայում չափվում է ամեն 15 րոպեն մեկ, նրա կոնցենտրացիայի բարձրացումը 20մգ/դլ-ով առաջին 30 րոպեների ընթացքում սովորաբար խոսում է վիրահատության հաջողության մասին, սակայն հնարավոր են թե կեղծ-դրական և թե կեղծ-բացասական արդյունքներ: Որոշ կլինիկաներ ունեն ինսուլինի կոնցենտրացիայի շտապ հետազոտման հնարավորություն:

Էնուկլեացիայի տեղը թողնվում է բաց և նրան մոտեցնում դրենաժ:

Մարմնի կամ պոչի կենտրոնում տեղակայված >2սմ ուռուցքների ժամանակ, հավանաբար ավելի ռացիոնալ է իրականացնել օրգանի դիստալ մասնահատում սպլենէկտոմիայով կամ առանց նրա, բացառությամբ ուռուցքի էքսցենտրիկ տեղակայման դեպքերի:

Ենթաստամոքսայի գեղձի պոչի ուռուցքների ժամանակ, սովորաբար, փայծաղային զարկերակի ու երակի անջատումը գեղձից դժվար չէ, գեղձի պոչային մասը հեռացվում է կարող գործիքի միջոցով, մեխանիկական կարերի գիծը ուժեղացվում է ներծծվող թելերի հորիզոնական մատրացային կարերի շարքով, որի ժամանակ պանկրեատիկ ծորանը: Տեղադրվում են դրենաժներ:

Փայծաղի պահպանումը, ենթաստամոքսային գեղձի մարմնի մեծ ուռուցքների դեպքում, հնարավոր է իրականացնել երկու ճանապարհներով: Ճարպակալած հիվանդների մոտ

փայծաղային զարկերակն ու երակը հատվում են փայծաղի դրունքից 1-1.5 սմ հեռավորության վրա թողնելով փայծաղը կարճ ստամոքսային անոթների վրա: Փայծաղի անջատումից հետո, փայծաղային զարկերակը նորից է հատվում ու կապվում իր հիմքի մոտ: Փայծաղային երակը ևս նորից հատվում է ու կապվում վերին միջընդերային երակը դուռերակի հետ միացմանտեղում: Որիցհետո գեղձի մարմինն ու պոչը հատվումէկտրողգրծիքով հեռացվում:

Լապարասկոպիկ էնուկլեացիա

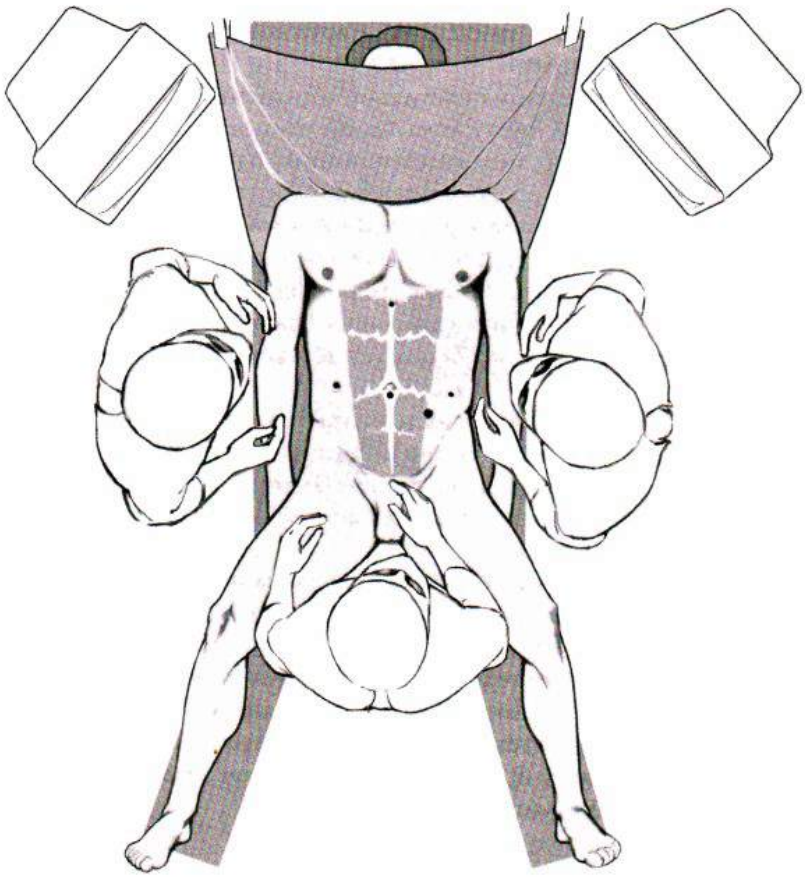
Փուլ 1. Վիրահատարանի կազմակերպում/տրոակարների տեղադրում

Հիվանդը գտնվում է ընդհանուր անզգայացման տակ ներշնչավողային ինտուբացիայով: Մտցվում է քիթ-ստամոքսային զոնդ և Ֆոլեի ուրոլոգիական կաթետեր: Կանխտրգելիչհոպատոակով պարենտերալ ներարկվում է հակաբիոտիկ:

Հիվանդը պառկած լիտոտոմիկ դիրքով, ձախ կողքի տակ դրված բարձով /բարձրացում 45^0-ով/:

Վիրաբույժը կանգնում է հիվանդի ոտքերի արանքում, առաջին օգնականը հիվանդից աջ, վիրահատական քույրը՝հիվանդից ձախ: Հիվանդի ուսերի երկու կողմերում տեղադրվում են մոնիտորներ:

Կիրառվում է հինգ տրոակարների /10մմ-ոց տրոակար պորտի շրջանում 30^0-ոց 10մմ լապարասկոպի համար/ տեխնիկական, մյուս չորս տրոակարների չափերն ու տեղակայումը կախված հիվանդի կառուցվածքից, կարող գործիքի տեղադրման համար օգտագործվում է ձախ միջին անրակային գծով դրված 12մմ-ոց տրոակար:

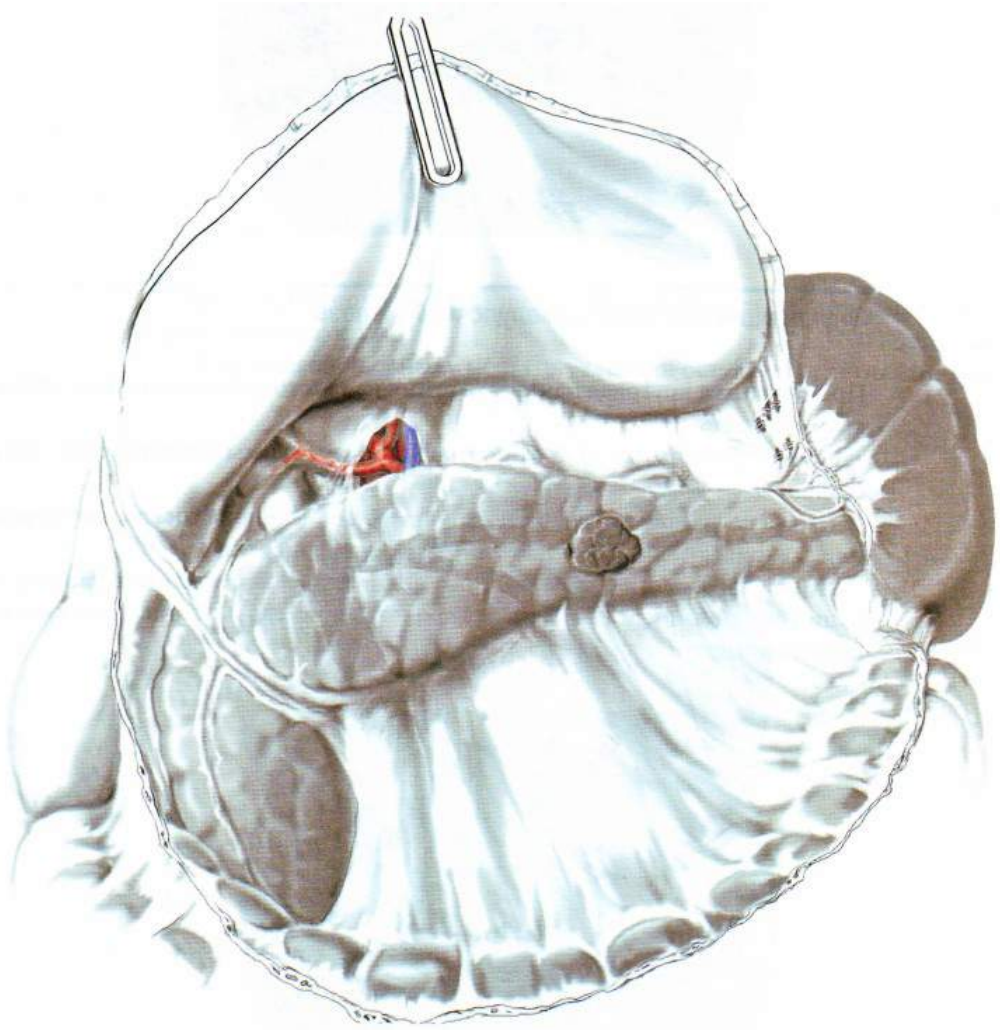


Փուլ 2. Ենթաստամոքսային գեղձի էքսպոզիցիան ու տեղայնացումը

Ուռուցքի տեղային ռեռավոր տարածման բացառման համար իրականացվում է ախտորոշիչ լապարասկոպիա: Լավագույն էքսպոզիցիայի հասնելու համար սեղանը թեքվում է Տրենդելենբուրգին հակառակ ուղղությամբ, ձախ կողմի բարձրացումով, որըբերումէբարակաղիների տեղաշարժմանըվիրահատական դաշտից:

Փոքր ճարպոնի խոռոչ մտնումենգերձայնային նշտարով կամ անոթների «եփման» համար էլեկտրաթերմիկ բիպոլյար սարքով /Ligasure,/ ստամոքս-ճարպոնային աղեղիցերիւ ստամոքս-խթաղիմայն կապանըհատելով: ենթաստամոքսային գեղձի պոչի մերկացման համար հաստ աղու փայծաղային անկյունը տեղայնացվում է դեպի ներքև, եթե պահանջվում է առավել էքսպոզիցիա, ապա հատվում են ևու կարճ ստամոքսային անոթները:

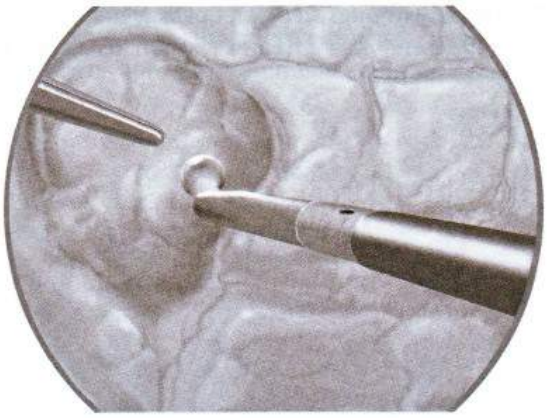
ենթաստամոքսային գեղձի մարմնի ու պոչի վերին ու ստորին եզրերի երկայնքով բացվում է հետորովայնամզային տարածությունը, միջընդերային անոթները առանձնացվում են կեռիկանման ելունի, իսկ փայծաղային զարկերակը՝ գեղձի վերին եզրի մոտ:



Փուլ 3. *Գերձայնային սոնոգրաֆիա*

Ուռուցքի հայտնաբերման, մասնահատման եզրերի որոշման, երկրորդային ախտահարումների բացառման /լյարդային կամ պանկրեատիկ/ և պանկրեատիկ ծորանի ու խոշոր անոթների հետ նրա հարաբերակցությունը պարզաբանմանհամարսովորաբար իրականացվում է էնդոսկոպիկ գերձայնայինսոնոգրաֆիա:

Գերձայնային ցուցիչըմտցվում է 10մմ-ոց տրոակարով, մակերեսի հետ առավելագույն հպման ապահովման համար նրա եզրը կարող է թեքվել: Ոչ մեծ ուռուցքների ժամանակ, սկանավորման պայմանների լավացման համար ցուցիչի ու գեղձի հյուսվածքի միջև տեղադրվում է ջրով բալոն: Բուժման լավագույն եղանակ է հանդիսանում էնուկլեացիան, սակայն մեծ կամ խորը, ինչպես նաև խոշոր անոթներին կամ պանկրեատիկ ծորանին շատ մոտ տեղակայված ուռուցքների ժամանակ, նախընտրելի է ենթաստամոքսային գեղձի պոչի մասնահատում սպլենէկտոմիայով կամ առանց նրա:



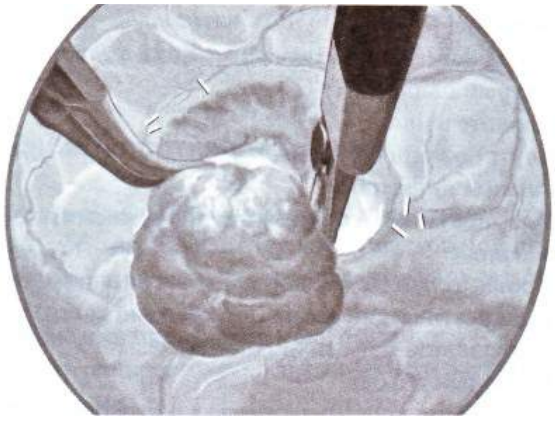
Փուլ 4. *Ենթաստամոքսային գեղձի ուռուցքի էնուկլեացիա*

Իրականացվում է շրջանաձև էնուկլեացիա, ուռուցքից մի քանի մմ հեռավորության վրա ռրիհատոր կիրառվում է գերձայնային շշտար: Դեպի խորքը դիսսեկցիայի ժամանակ, ոչ մեծ անոթները, ենթարկվում են կաուտերիզացիայի կամ «եփվում» գերձայնային էներգիայի միջոցով:

Արյունը վիրահատական դաշտից հեռացվում է ասպիրացիայով, եթե առաջանում է արյունահոսություն, ապա նրա աղբյուրը մի քանի րոպե սեղմվում է:

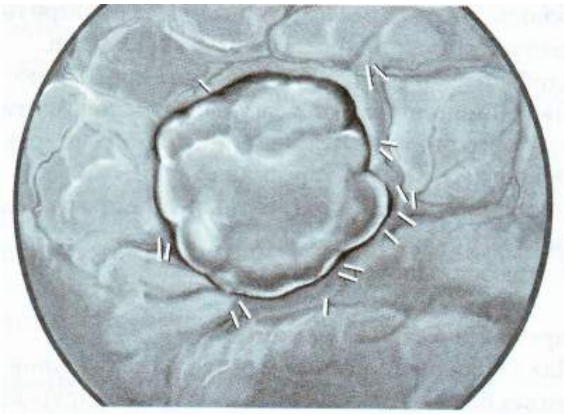
Փուլ 5. *Ենթաստամոքսային գեղձի ուռուցքի էնուկլեացիա*

Ուռուցքը սնուցող մեծ տրամաչափի անոթները փակվում են 5 կամ 10մմ-ոց անոթային կլիպներով: Մասնահատված ուռուցքը տեղադրվում է պահուճակի մեջ և դուրս բերվում 12մմ-ոց տրոակարով: Շտապ հյուսվածաբանական հետազոտությունը թույլ է տալիս ճշտել ախտորոշումը և գնահատել մասնահատման եզրերը: Ինսուլինոմայի մասնահատումից առաջ ու հետո որոշվում է ինսուլինի մակարդակը:



Փուլ 6. *Հեմոստազ և դրենավորում*

Պանկրիատիկ հյութի արտահոսքը բացառելու համար, ուռուցքի բունոցը ծածկվում է ֆիբրինային սոսնձով: Ճարպոնային գրպանիկում, էնուկլեացիայի տեղին մոտ, թողնվում է ակտիվ դրենաժ:



Հետվիրահատական հետազոտություններ

- ✓ Գյուկոզայի մակարդակի մոնիտորինգ 24 ժամերի ընթացքում /ինսուլինոմայի ժամանակ/:
- ✓ Պլազմայի գլյուկոզայի հետազոտում ամեն 6-8 ժամը մեկ 48 ժամվա ընթացքում, ապա օրը 2 ամգամ, մինչև սովորական սնուցում անվերահսկելիությունը /ինսուլինոմայի ժամանակ/:
- ✓ Երկու օրը մեկ արյան կլինիկական անալիզ, էլեկտրոլիտներ, ամիլազա:
- ✓ Եթե դրենաժից արտադրանքը դառնում է ոչ թափանցիկ, անհրաժեշտ որոշել ամիլազայի ակտիվությունը:

Հետվիրահատական բարդություններ

Մոտակա՝

- պանկրեատիկ հյութի արտահոսք,
- սուր պանկրեատիտ,
- արյունահոսություն,
- վերքային ինֆեկցիա,
- չկարգավորվող հիպոգլիկեմիա, հիպերգաստրինեմիա:

Հեռավոր՝

- քրոնիկ արտաքին պանկրեատիկ խուղակ,
- պանկրեատիկ ասցիտ /ներքին խուղակ/,
- ենթաստամոքսային գեղձի կեղծ կիստա,
- շաքարային դիաբետ,
- կրկնվող պեպտիկ խոց /գաստրինոմայի ժամանակ/,
- հիպոգլիկեմիայի կրկնության բաց թողնված ինսուլինոմայի պատճառով, չբացահայտված արհեստական հիպոգլիկեմիա, ենթաստամոքսային գեղձի կղզյակների հիպերպլազիա, բազմակի էնդոկրին ուռուցքների համախտանիշ:

Փորձառու վիրաբույժի խորհուրդներ

Բաց էնուկլեացիա

- Նվազագույնի հասցրեք ենթաստամոքսային գեղձի տեղայնացումը, եթե ուռուցքի տեղակայումը բացահայտ է,
- Ներվիրահատական ԳՁՀ-ն օգնում է ուռուցքի հեռացման ժամանակ / էնուկլեացիա կամ մասնահատում/: Օգտագործեք այս հետազոտությունը, որպեսզի ստուգեք էնուկլեացիայից հետո գլխավոր պանկրեատիկ ծորանի անընդհատությունը
- Որպեսզի բացառվի ծորանի վնասումը, էնուկլեացիայի ընթացքում խուսափեք կարերից և մոնոպոլյար կոագուլյացիայից, օգտագործեք կարեր-բռնիչներ, բիպոլյար կաուտերիզացիա, բարակ կլիպներ և էնդարտերէկտոմիկ թիակ,
- էնուկլեացիայի տեղը թողեք բաց,
- ֆիբրինային սոսինձն ու օկտրեոտիդը չեն բացառում պանկրեատիկ խուղակի ձևավորումը,
- միշտ թողեք դրենաժ /դրենաժներ/:

Լապարասկոպիկ էնուկլեացիա

- Խորը դիսսեկցիայի համար ենթաստամոքսային գեղձի ու ինսուլինոմայի միջև կարող է շատ հարմար լինի էլեկտրավիրահատական կեռիկի կիրառումը,
- էնուկլեացիան իրականացրեք գերձայնային հսկողության տակ:
- Եթե էնուկլեացիան ընթանում է դժվար, պետք է անցկացնել լապարասկոպիկ կամ բաց ենթաստամոքսային գեղձի դիստալ մասնահատում:
- Կլիպավորեք ենթաստամոքսային գեղձի պարենխիման կտրվածքի խորքում 1սմ-ի երկյանքով, այն թույլ կտա փակել անոթները որոնք հետևից սնուցում են ուռուցքը և հնարավոր դարձնում փակել մանր պանկրեատիկ ծորանները:

Հարամպուլյար թարթիչավոր նորագոյացությունների տրանսդուոդենալ մասնահատում

Ներածություն

Հարամպուլյար քաղցկեղի կապակցությամբ ամպուլայի առաջին մասնահատման մասին հաղորդել է Halsted-ը 1899թ: Այս վիրահատական միջամտությունը զգալի նվազեցնում է վիրահատական ռիսկերն ու հնարավոր հետվիրահատական բարդությունները, սակայն ի տարբերություն առավել արմատական միջամտությունների, նրանցից հետո խիստ բարձր է հիվանդության կրկնությունների հաճախականությունը մշտական էնդոսկոպիկ ուսումնասիրման անհրաժեշտությունը:

Ցուցումներն ու հակացուցումները

Ցուցումներ՝

- բարորակ պերիամպուլյար թարթիչավոր ուռուցք,
- պանկրեատոդուոդենալ մասնահատման անընդունելի ռիսկ,
- հիվանդի նախընտրությունը կամ պանկրեատոդուոդենալ մասնահատումից նրանց հրաժարվելը

Հակացուցումներ՝

- մալիգնիզացիայի կասկած կամ հաստատում,
- պանկրեատիկ կամ ընդհանուր լեղածորանի 1,5 սմ-ից ավել տարածվածությամբ ուռուցք,
- մեծ ուռուցք />2,5սմ/, որը խոչնդոտում է վերակառուցման ու փակման համար համարժեք եզրեր ստանալուն:

Նախավիրահատական հետազոտություններ և պատրաստում վիրահատությանը

Նախամիրահատակային հետազոտություն՝

էնդոսկոպիա.

- ✓ բոլոր հիվանդների մոտ պարտադիր էնդոսկոպիա բիոպսիայով,
- ✓ բիոպսիայով ապացուցված չարորակացմանիկամ նրա բարձր հավանականության դեպքում, հատկապես ինվազիվ աճով ուռուցքների դեպքում, գերադասելի է արմատական մասնահատումը,
- ✓ չարորակացման մասին են խոսում՝ լեղածորանի և/կամ պանկրեատիկ ծորանի լայնացումը, պնդացած կամ խոցակալված ուռուցքները, ինչպես նաև հայտնաբերված դիսպլազիայի բարձր աստիճանը:

Նախազգուշացնող մեջբերումներ՝

- ⇒ էնդոսկոպիկ բիոպսիան 40% դեպքերում չարորակ ուռուցք չի հայտնաբերում,
- ⇒ ինվազիայի /ներթաիլ/ գնահատման առավել ճշգրիտ եղանակ է հանդիսանում ուռուցքի լրիվ հեռացումնուրբա հյուսվածքաբանական հետազոտությունը:

Ճառագայթային ախտորոշում

- ✓ էնդոսկոպիկ ռետրոգրադ խոլանգիոպանկրեատոգրաֆիա՝
- հանդիսանում է «ոսկյա» ստանդարտ,
- որոշում է ծորանով պաթոլոգիականգործընթացի տարածումը:
- ✓ Համակարգչային շերտանկարում՝ բացառում կամհայտնաբերում է ամկա տեղային բարդությունները /ծորանի լայնացում, պանկրեատիտ և այլն/ կամ մետաստատիկ գործընթացները:
- ✓ էնդոսկոպիկ գերձայնային սոնոգրաֆիա՝
- հմուտ մասնագետի կողմից իրականացնելիս կարող է հայտնաբերել տրանսմուրալ ինվազիա, տարածում ծորանով և ռեգիոնար ավշային հանգույցների ախտահարում,
- ճշգրտությունը հիմնականում պայմանավորված է հետազոտողի փորձով:

Պերիամպուլյար նորագոյացության տրանսդուոդենալ մասնահատում

Վիրահատություն

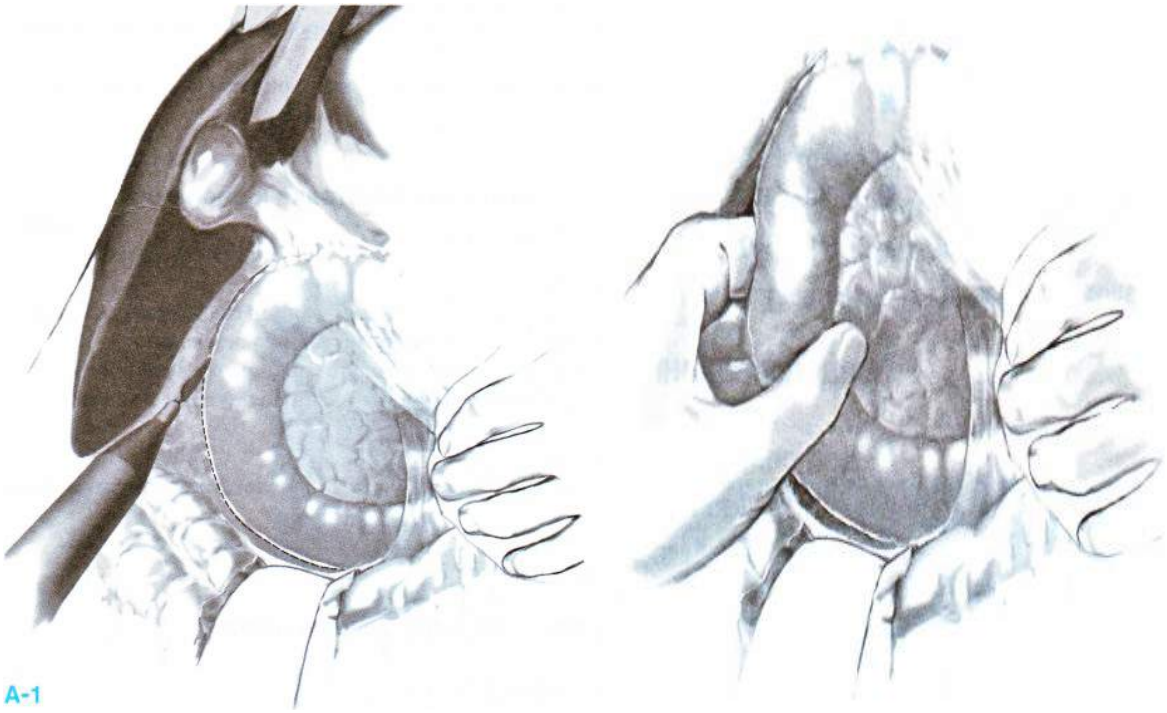
Փուլ 1. *Մոտեցում ու էքսպոզիցիա*

Հիվանդների մեծ մասի մոտ նախընտրելի է աջակողմյան ենթակողային կտրվածքը:

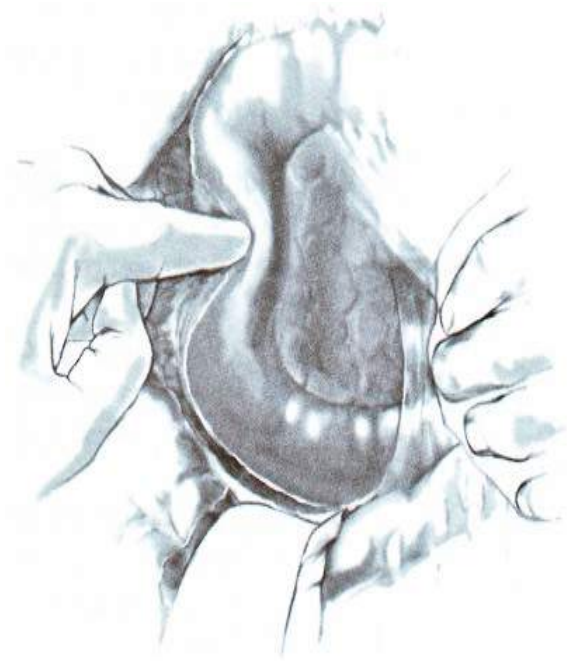
Ստուգման ժամանակ նախ և առաջ պետք է բացառվի լյարդի, ինչպես նաև ավշային հանգույցների ու որովայնամզի /հանդիպում է խիստ հազվադեպ/ մետաստատիկ ախտահարումը:

Որովայնի խոռոչի վերին հատվածների համար կիրառվող ամրացված մեխանիկական լայնիչը զգալի լավացնում է էքսպոզիցիան և հեշտացնում վիրահատությունը:

Լյարդային անկյունից դեպի ներքև հատոպտոզ տեղայնացումից հետո, իրականացվում է Կոխերի ընդլայնված գործողությունը, թույլ տալով տասներկումատնյա աղին տեղաշարժել միջայնուղղությամբ: Գեհատովամբ տասներկումատնյա աղու հետին պատը: Աղիքի կողմնային պատով իրականացվող շոշափման ժամանակ հայտնաբերվում են ուռուցքն ու ամպուլան:



A-1

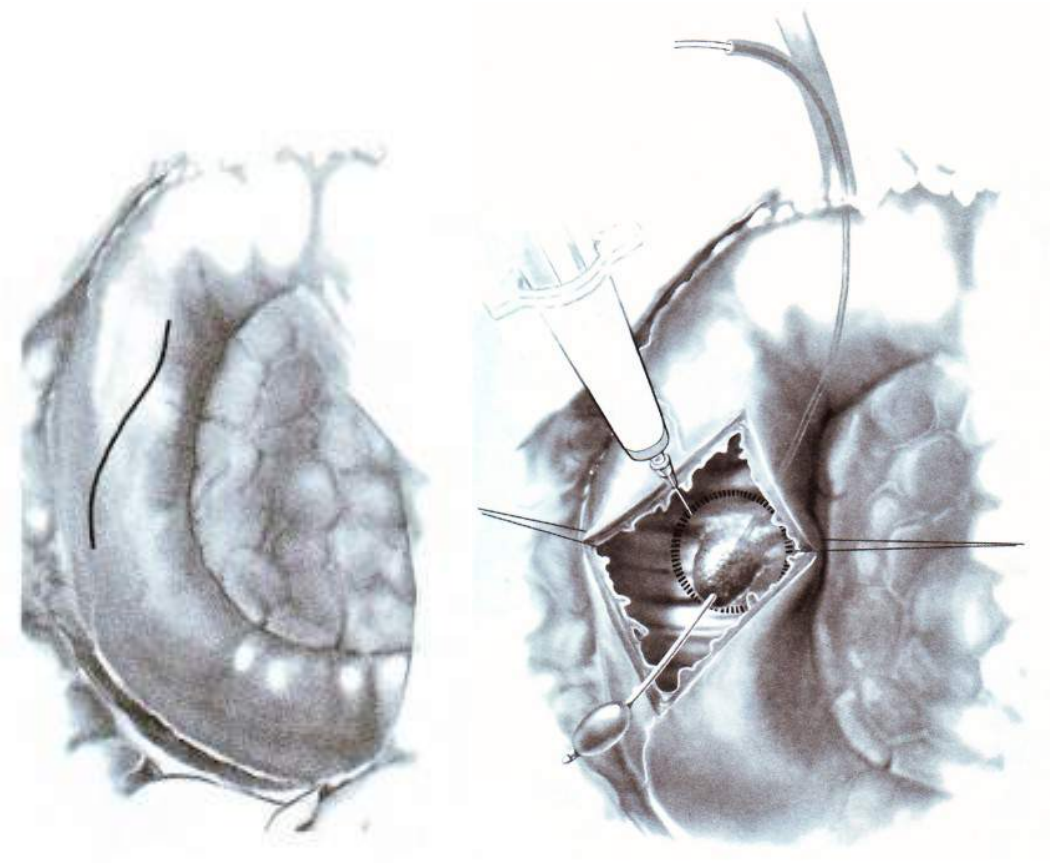


Փուլ 2. *Դուոդենոտոմիա*

Կատարվում է թեք առաջկողմնային դուոդենոտոմիա:

Խոլեցիստէկտոմիան իրականացվում է սովորական ձևով: Պարկային ծորանով ու պտկիկով, դեպի տոսնեերկումատնյա աղի, անտեգրադ անցկացվում է փափուկ կաուետեր /օրինակ Ֆոգարտի լեղային կաուետերը/, օգնելով գտնել ամպուլան:

Ադենոմայի եզրերից նահանջելով 5-10մմ<, շրջ ակալ ուրծաթաղանթըէլեկտրակաուտերով ցիրկուլյար հատվումէ: Եզրերին դրված կարերը օգնում են բացազատել լորձաթաղանթը: Որպեսզի լորձաթաղանթը ուռուցքի հետ բարձրացվի և հեշտացվի մասնահատումը, ենթալորձային շերտ է ներարկվում է էպինեֆրինի /1:10000/ ֆիզիոլոգիականական լուծույթի խառնուրդ:

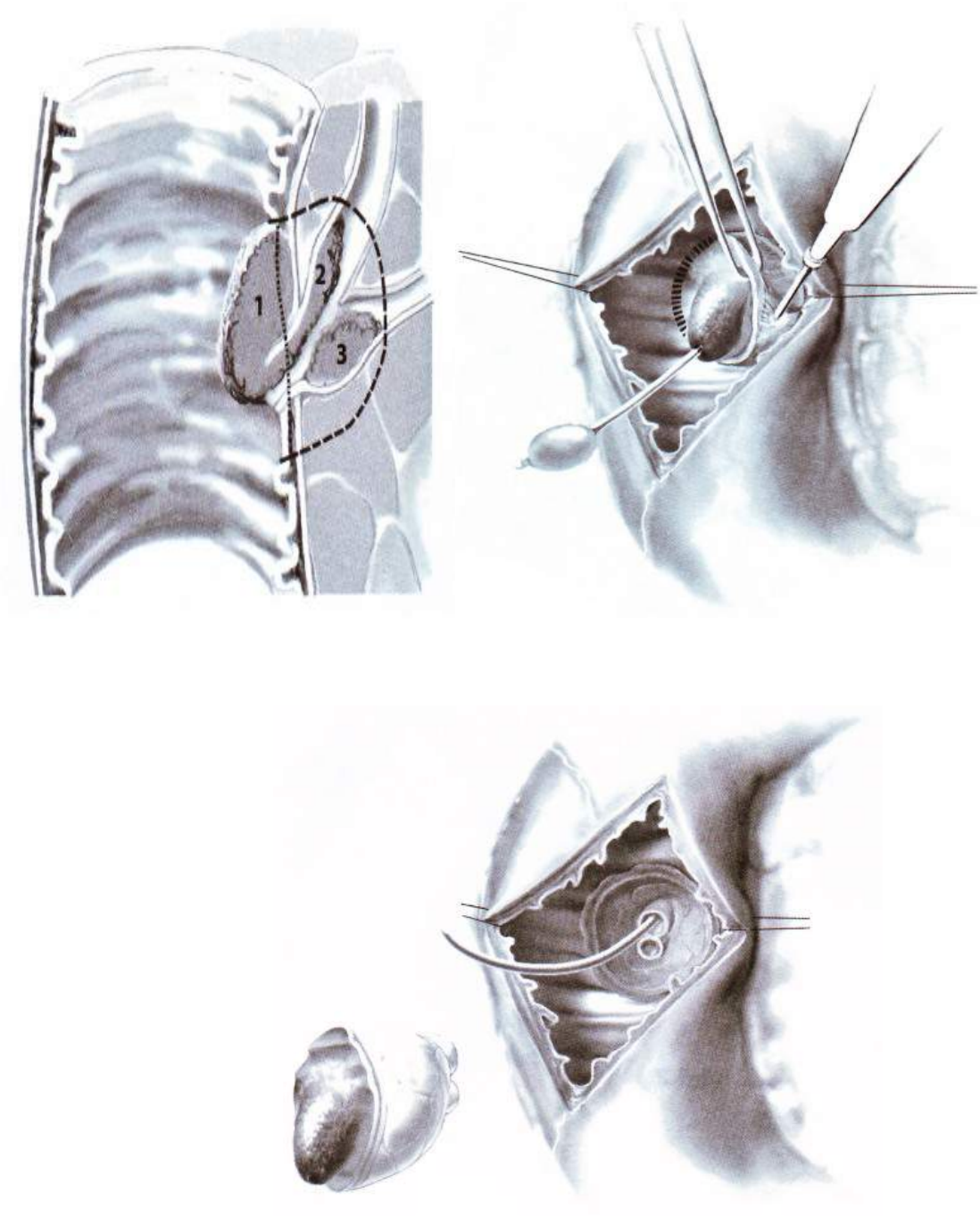


Փուլ 3. *Մասնահատում*

Հատման խորությունն ու երկարությունը որոշվում է նախավիրահատական և ներվիրահատական գնահատմամբ՝ ծորանը չներառող մակերեսային ուռուցքների դեպքում կարող է իրականացվել ենթալորձային մասնահատում, մինչ դեռ տրանսմուրալ ներաճով կամ դեպի ծորան տարածվող ուռուցքների պարագայում անհրաժեշտ է իրականացնել լիաշերտ ամպուլէկտոմիա:

Չախտահարված հյուսվածքներով շրջապատված ուռուցքների հատման համար կիրառվում է ասեղանման էլեկտրոդ: Բացասական եզրեր ապահովելու համար պահանջվում է ավելի լայն մասնահատում, ներառյալ ենթաստամոքսային գեղձի եզրը, ինչպես նաև պանկրեատիկ և ընդհանուր լեղածորանը: Կտորը մանրակրկիտ դիտարկվում է, դրվում են նշաններ շտապ հյուսվածքաբանական հետազոտության համար: Այս փուլում, ինչպես նաև վերակառուցման ընթացքէում զգալի օգնություն կարող է ցուցաբերել օպտիկական մեծացման հարմարանքը:

Եթե հայտնաբերվում է in situ կամ ինվազիվ քաղցկեղ, ընդունելի վիրահատական ռիսկերով հիվանդների մոտ առավել նպատակահարմար է անցնել ստանդարտ պանկրեատոդուոդենալ մասնահատման:



Փուլ 4. *Վերակառուցում*

Ուռուցքի բարորակ բնույթի հաստատումից հետո, սկսվում է տեղային վերակառուցումը, որի եղանակը կախված է մասնահատման երկարությունից և ծորանների անատոմիայից:

Ենթալորձային հատման տեղը վախվում է ներծծվող հանգուցակարելով՝ համադրելով ամպուլայի ու առաձգամատնյա աղու լորձաթաղանթները: Պետք է զգուշանալ ազատված ամպուլայի ռոնամասայի հատվածում տեղակայված պանկրեատիկ ծորանի լուսանցքը կտրելուց: Եթե այն չի հայտնաբերվում, ապա նրան գտնելու համար ենթերակային ներարկվում է սեկրետին /0.25պկգ/կգ/:

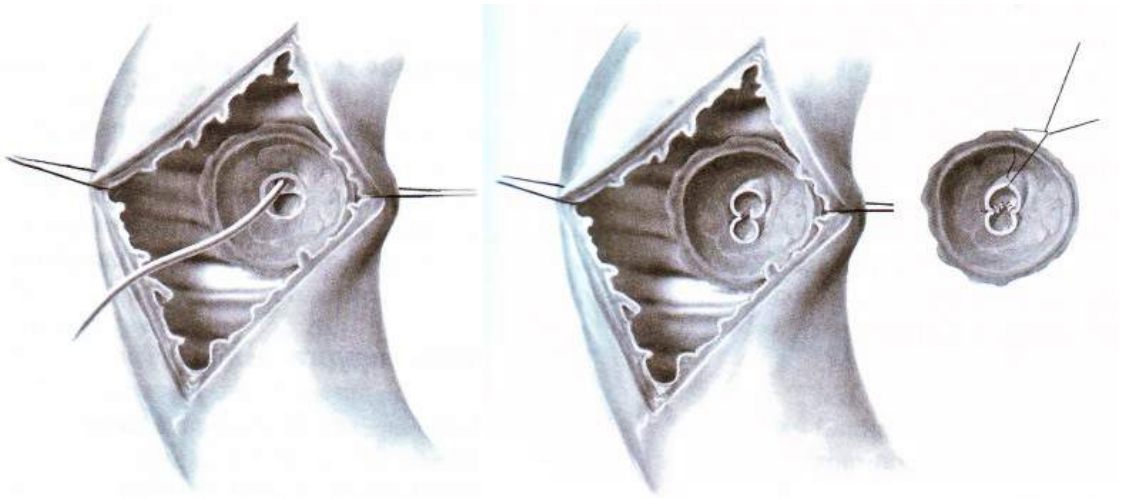
Ամպուլէկտոմիայից հետո դեֆեկտը կարվում է ներծծվող 5-0 կամ 6-0 հանգուցակարերով՝ պանկրեատիկ ու լեղածորանների մոտակա սեգմենտների համադրմամբ, որին հետևում է ամբողջ կոպլեքսի վերակառուցումը, ինչպես ենթալորձային հատման ժամանակ:

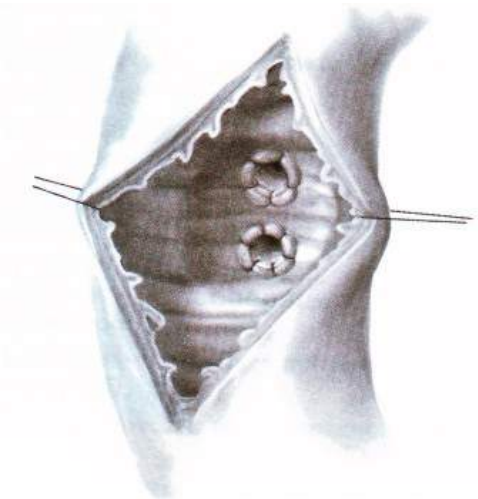
Ամպուլէկտոմիան կամ ավելի լայնածավալ մասնահատումը կարող են պահանջել պանկրեատիկ և լեղային ծորանների առանձնացված վերակառուցում՝

ա/ անհրաժեշտ է ծորանների անցանելիության գնահատում, որը իրականացվում է փոքր զոնդով,

բ/ կողմնային դուոդենոտոմիան կարվում է երկշարք կարով,

գ/ Մորրիսոնի տարածքում, տասերկումատնյա աղու երկայնքով, տեղադրվում է դրենաժ, որը աջ կողմնային պատով դուրս է բերվում որովայնի խոռոչից:





Հետվիրահատական ընթացք

-քիթ-ստամոքսային զոնդը հեռացվում է երեկոյան/վիրահատության հաջորդ առավոտը
-սովորական հետվիրահատական հետազոտություններ ու դիտարկման եղանակներ չեն պահանջվում:
-դրենաժը հեռացվում է հիվանդի սնվելուց հետո, բարդությունների բացակայության պայմաններում:

Տեղային հետվիրահատական բարդությունները

Մոտակա՝

- լարդի գործունեության և պանկրեատիկ ֆերմենտների շիճուկային ցուցանիշների անցողիկ բարձրացում /հազվադեպ են ունենում կլինիկական նշանակություն/,
- դուոդենալ պարունակության, լեղու կամ պանկրեատիկ հյութի արտահոսք,
- տասներկումատնյա աղու լուսանցքի արյունահոսություն,
- պանկրեատիտ:

Հեռավոր՝

- ընդհանուր լեղածորանի կամ պանկրեատիկ ծորանի նեղացում,
- տասներկումատնյա աղու նեղացում,
- թարթչավոր ադենոմայի կրկնություն /40% հավանականություն 10 տարում/
- ամպուլյար քաղցկեղի հնարավոր զարգացում /չարորակ կրկնություն/, որի համար անհրաժեշտ են հիվանդիպաթբերական ստուգումներ:

Հետվիրահատական դիտարկում

- ✓ վիրահատությունից 6 ամիս անց գաստրո-դուոդենոսկոպիա կողմնային դիտման հնարավորությամբ գործիքով, այնուհետև տարին երկու անգամ՝ առաջին 2 տարիների ընթացքում, իսկ հետո ամեն տարի,
- ✓ ուռուցքի կրկնությունը բացառելու համար մանրակրկիտ հետազոտվում են նեղացումները և իդեալական դեպքերում պանկրեատոդուոդենալ մասնահատումով վերացվում:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- Ենթակողային կտրվածքը ապահովումէբավարարբավարար էքսպոզիցիա, զգալի հեշտացնելով մուտքն ու դիսսեկցիան:
- Թեք առաջ-կողմնային դուոդենոտոմիան ապահովումէ լավագույն էքսպոզիցիա, թույլ տալով անհրաժեշտության դեպքում երկարացնել կտրվածքը, իսկ հետագա երկշարք կարը չի բերում տասներկումատնյա աղու լուսանցքի նեղացման:

- Ընդլայնված Կոխերի գործողության իրականացումը պարտադիր է:
- Տասերկումատնյա աղու հետևում տեղադրված ծալված թանզիվը տեղաշարժում է գրանդէպի առաջ:
- Պարկային ծորանով անտեգրադ անցկացված կատետերը, թույլ է տալիս հայտնաբերել ու պահպանել ընդհանուր լեղածորանի ռետրոդուոդենալ հատվածը՝ հատկապես լիաշերտ հատման ժամանակ:
- Հեռացվող կոմպլեքսի եզրերին տեղադրված կարերը բարելավում են գրա էքսպոզիցիա և օգնում դիսսեկցիային:
- Մասնահատման և վերակառուցման ժամանակ շատ է օգնում օպտիկական մեծացմանհնարավորությունը:

ՔՐՈՆԻԿ ՊԱՆԿՐԵԱՏԻՏ

Ներածություն

Պանկրեատիտների ժամանակ ցավի պաթոգենեզի մասին գիտելիքների կուտակման և ենթաստամոքսային գեղձի մասնահատումների փորձի ավելացմանհետ, սիմպտոմատիկ քրոնիկ պանկրեատիտով հիվանդների մոտ ներկայումս վիրահատությունների հանդեպ ուշադրությունը դիստալ մասնահատումից /60-80-95% մասնահատում/ տեղափոխվել է պրոքսիմալ /պանկրեատոդուոդենալ մասնահատում/ և տասերկումատնյա աղու պահպանումով ոչ անատոմիական սուբտոտալ մասնահատումներին:

Ենթաստամոքսային գեղձի պրոքսիմալ մասնահատում

Քրոնիկ պանկրեատիտի ժամանակ ստամոքսի նախադռան պահպանմամբ Ուիպպլի վիրահատությունը հետապնդում են երկու նպատակ՝ առաջինը, գլխիկի հեռացում, որը հանդիսանում է քրոնիկ ցավի աղբյուր, ըստ Longmire՝ “պանկրեատիտի խթանիչ”: Ճիշտ ընտրված հիվանդների մոտ, գրեթե միշտ, արձանագրվում է ցավի թեթևացում և 75% դեպքերում՝ այն չի վերսկսվում: Մնացած դեպքերում հասնում են ցավի զգալի թեթևացման, որը բերում է հիվանդների ընդհանուր վիճակի զգալի լավացման, վերադարձնելովգրանց իրենց սովորական կյանքին:

Երկրորդը՝ ստամոքս-աղիքային տրակտի դիսֆունկցիայի նվազեցումնէ: Անատոմիական մոտեցումը կապված է ստամոքսի լրիվ պահպանման հետ, գործող նախադռով ու տասներկումատնյա աղու 3-5 սմ–ով: Լայն դիսսկեցիա նախադռան շուրջը չի կատարվում, թույլ տալով լրիվ պահպանել նրա արյան մատակարարումնուևյարդավորումը: Վերջինիս բնականոն

աշխատանքի համար հատկապես անհրաժեշտ է պահպանել ստամոքսի դիստալ հատվածի վագուսային /թափառող նյարդի/ նյարդավորումը:

Ցուցումներ ու հակացուցումներ

Ցուցումներ՝

- հյուծող ցավեր որովայնում,
- քրոնիկ պանկրեատիտ/ենթաստամքսային գեղձում մնացորդային նեղացում ու ֆունկցիոնալ խանգարումներ, որոնք պահպանվում են առաջնային պատճառի ու այլ ապրող գործոնները վերացումից հետո,
- գեղձի գլխիկում գլխավոր պանկրեատիկ ծորանի /քորով կամ առանց նրա, լեղային նեղացում,տասներկումատնյա աղու ստենոզ, կամ գլխիկի պսևդոկիստա՝կեղծ անեվրիզմայով կամ առանց նրա/:
- ցավի էթիոլոգիան վերացված է /լեղային քար կամ ալկոհոլի ընդունում/,
- էնդոսկոպիկ բուժման անհաջողության դեպքում /էքստրակորպորալ լիտոտրիպսիայով կամ առանց նրա/:

Հակացուցումներ /պիլորուսի պահպանման դեպքում/

- նախորդած վագոտոմիա կամ չգործող նախադուռ /ստենոզ/,
- ենթաստամոքսայի գեղձի գլխիկի առաջ-վերին հատվածի քաղցկեղ,
- անամնեզում խոցային հիվանդության ծանր ընթացք,
- դուոդենումի կամ վերին միջընդերային երակի խցանում /համակարգչային շերտանկարման ժամանակ լյարդ-տասներկումատնյա կապանում հայտնաբերված խոշոր կոլլատերալներ:

Նախավիրահատական հետազոտություններ և պատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ Անհրաժեշտ են ՀՇ-ով ենթաստամոքսային գեղձի բոլոր հատվածների վիզուալիզացիա, ԷՌԽՊԳ, առանձին դեպքերում ներվիրահատական պանկրեատոգրաֆիա, դեղնուկի ժամանակ սովորաբար ցուցված է լեղային ուղիների դեկոմպրեսիա մինչև բիլիրուբինի ցուցանիշների նորմալացում:
- ✓ Նվազագույն ինվազիվ դրենավորման միջոցով անհրաժեշտ է, հասնել սուր բորբոքման կամ ինֆեկցիոն գործընթացի թուլացման:
- ✓ Կեղծ անևրիզմայի բացառման համար, գեղձի գլխիկի ներպանկրեատիկ կիստայի դեպքում հաճախ ցուցված է զարկերակային նկարահանում /արտերիոգրաֆիա/:

Եթե անևրիզման կա ապա պահանջվում է անոթի նախավիրահատական էմբոլիզացիա:

Հիվանդի պատրաստում՝

- ✓ Աղիների նախավիրահատական պատրաստում և ներերակային կանխարգելիչ հակաբիոտիկային թերապիա:

Պանկրեատոդուոդենալ մասնահատում

Վիրահատություն

Փուլ 1. Կտրվածք, տեղայնացում, տասներկումատնյա աղիք, նախադուռ, անտրալ հատված

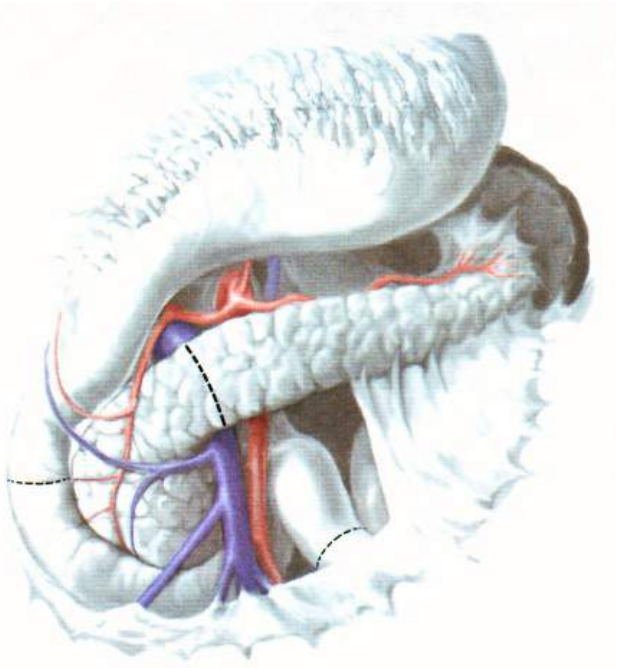
Վերին միջային կտրվածքը, թրանման ելուստից իջեցված պորտից ներքև, ապահովում է առավելագույն էքսպոզիցիա: Մեխանիկական լայնիչը բարձրացնում ու ձգում է կողաղեղը, իսկ շարնիրային լայնիչը՝ լյարդն ու լյարդ-տասներկումատնյա կապանը:

Կլոր կապանի հատումը նրա որովայնային հատվածում հաճախ բարելավում է էքսպոզիցիան: Տասներկումատնյա աղին լայնորեն տեղայնացվում է՝ ըստ Կոխերի, վերին միջընդերային զարկերակի շուրջը: Ճարպոնային գրպանիկը բացվում է, թողնելով ճարպոնը ստամոքսին կպած:

Լայն դիսսեկցիան ազատում է տասներկումատնյա աղու կոճղեզի վեր- առաջային մակերեսն ու նախադուռը լյարդ-տասներկումատնյա կապանի էլեմենտներից, իսկ հետին-ստորին մակերեսը՝ ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի հետ կպումներից, աջ ստամոքս-ճարպոնային զարկերակից ու երակային հյուսակից, որոնք վերին միջընդերային երակի մակերեսին թափվում են աջ ստամոքս-ճարպոնային երակ: Նախադռան անոթալիճում լարդային կապերը, տասներկումատնյա աղու կոճղեզից վեր ու ներքև մանրակրկիտ պահպանվում են:

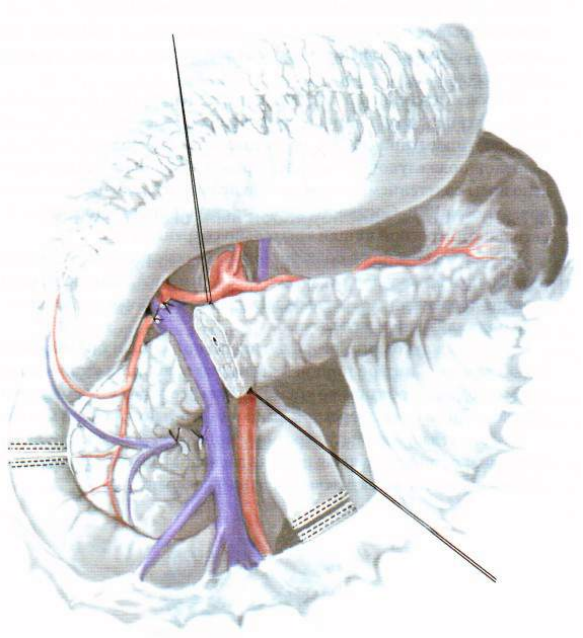
Նախադռան շրջանում, իրենց հիմքի մոտ, հատվում են՝ աջ ստամոքսային զարկերակը /սովորաբար ոչ մեկ մեծ անոթ/, վերին դուոդենալ անոթները, ինչպես նաև ստամոքս-ճարպոնային զարկերակն ու երակը՝ ենթաստամոքսային գեղձի ստորին եզրի մոտ:

Տասներկումատնյա աղու կոճղեզի դիսսեկցիան շարունակվում է 3-5սմ-ի վրա մինչև տասներկումատնյա աղու առաջին հատվածի ու ենթաստամոքսային գեղձի սահման, «անկյան» ձևավորումով: Սրանից ավելի դիստալ ենթաստամոքսային գեղձի ու տասներկումատնյա աղու միջև հանդիպում են շատ մանր ընդհանուր անոթներ: Այս անկյան մոտ տասներկումատնյա աղին կարող գործիքով հատվում է: Շարժուն դարցած ստամոքսն ու կարված տասներկումատնյա աղու առաջին հատվածը տարվում են դեպի որովայնի վերին ձախ քառորդակ:



Փուլ 1. /շարունակություն/

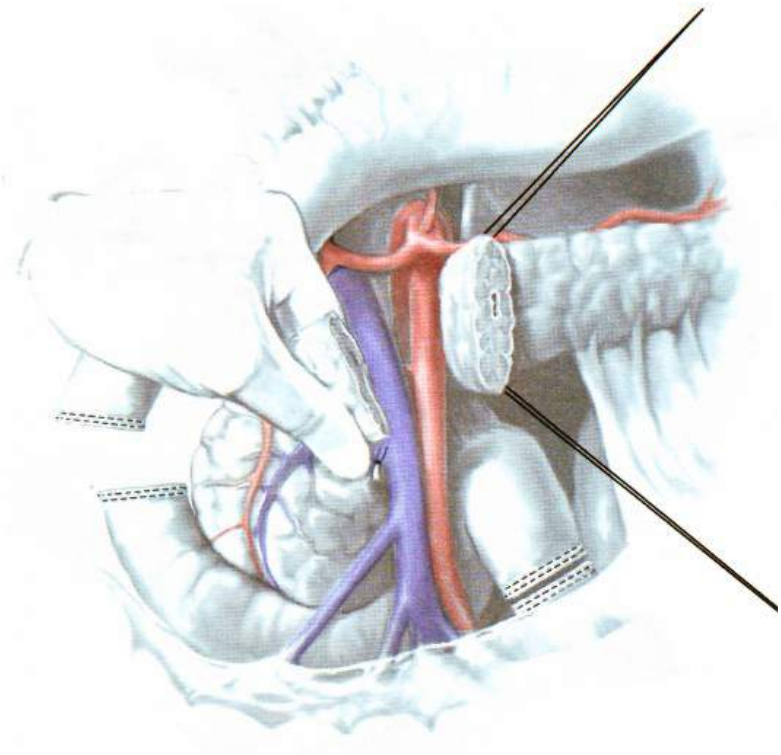
Ենթաստամոքսային գեղձի պարանոցի վերին ու ստորին եզրերին դրվում են կարեր-բռնիչներ, ապա զգուշորեն, վզիկի հետին ու վերին միջընդերային ու դուոդենալ միացման տեղի առաջային մակերեսների միջև ստեղծվում է տարածություն, որից հետո ենթստամոքսային գեղձի վզիկը հատվում է: Ծանր քրոնիկ բորբոքումով հիվանդների մոտ այս գործողությունը կարող է լինել բավականին դժվար:



Փուլ 2. Ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի հեռացում, տասներկումատնյա աղու մնացորդային և ընդհանուր լեղածորանի դիստալ հատվածների հետ:

Նման մասնահատումը չի տարբերվում քաղցկեղի ժամանակ իրականացվող մասնահատումներից, բացի այն, որ վերին միջընդերային զարկերակից աջ տեղակայված ավշային գեղձերի հեռացումը պարտադիր չէ: Որպեսզի անջատենք կեռիկանման ելուզը վերին միջընդերային ուղղահոսովանցքող առաջին բարակաղիքային երակներից, նրան կարելի է սեղմել: Արյան կորստի նվազեցման համար վիրաբույժը հիվանդի ձախ կողմից ձախ ձեռքի մատերի միջև սեղմում է ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկն ու կեռիկանման ելունը, փակելով անոթները՝ վերին միջընդերային զարկերակի և դռներակի հետևի շրջանում:

Դռներակի վրա գլխավոր պանկրեատիկ ծորանի հատման ժամանակ հարկավոր է խուսափել էլեկտրակոագուլյացիայից, որը ինչպես և հարմոնիկ նշտարը առավել հարմար է գեղձի պարենխիմայի հատման ընթացքում:

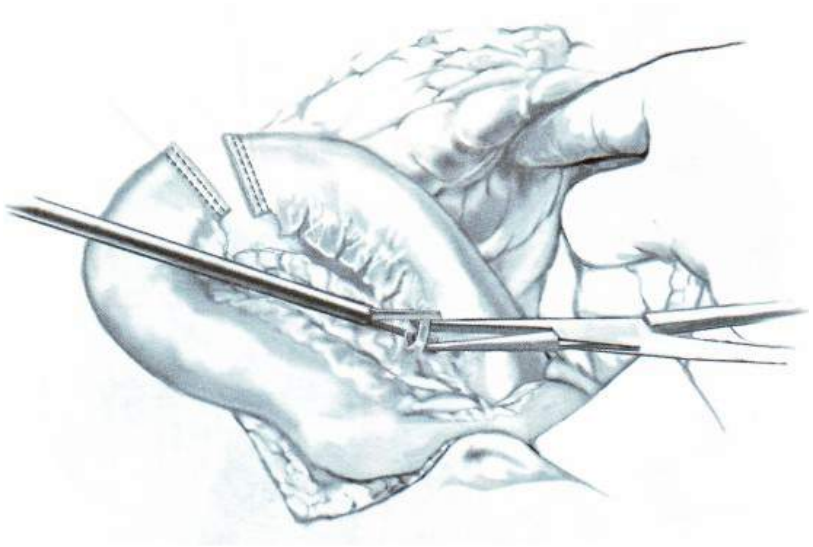


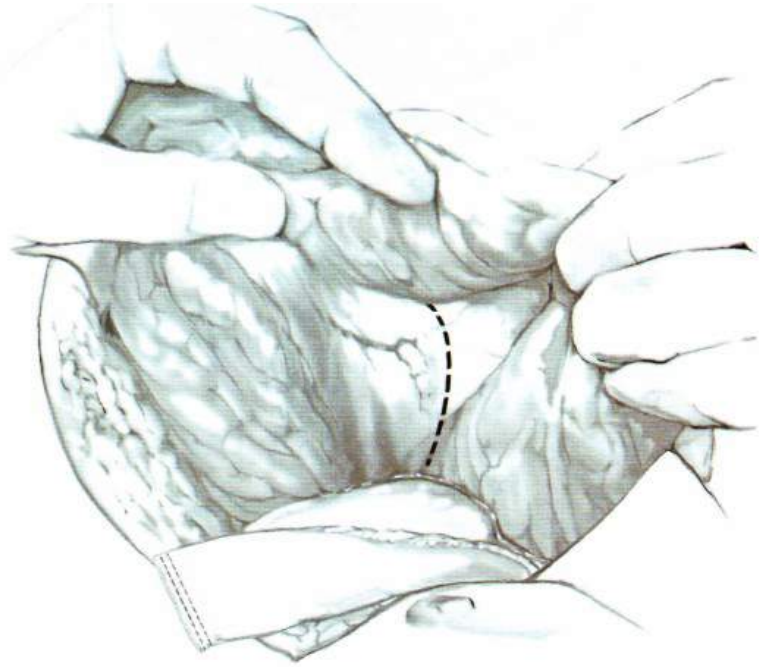
Փուլ 3. Նոր տասներկումատնյա աղու պատրաստումը

Գերձայնային նշտարով հատվում են լնդերային անոթային կապերը բարակ աղու պրոքսիմալ հատվածի հետ: Տրեյցի կապանից 6-8 սմ ավելի դիստալ՝ կարող գործիքով հատվում է բարակ աղին: Միջաձիգ հաստ աղու միջընդերքի անոթներից զուրկ հատվածում, միջին խթաղիքային երակից անմիջապես աջ, բացվում է պատուհան:

Տրեյցի կապանում առաջացածդեֆեկտը, ներքին ճողվածքի կանխարգելման համար, փակվում է:

Կատարվում է գեղձի ծայրատի ներվիրահատական ռենտգենյան պանկրեատոգրաֆիա, եթե ծորանի այս հատվածը նախավիրահատական ԷՌԽՊԳ-ի ընթացքում չի հայտնաբերվել: Եթե պանկրեատոգրաֆիայի ժամանակ հայտնաբերվում են «լճերի շղթայի» ձևով կառուցվածքներ, կարող է առաջանալ անհրաժեշտություն գեղձի մարմնի կամ պոչի մասնակի երկայնակի կողմնային հատման ու պանկրեատիկոյեյունոստոմայի ձևավորման:



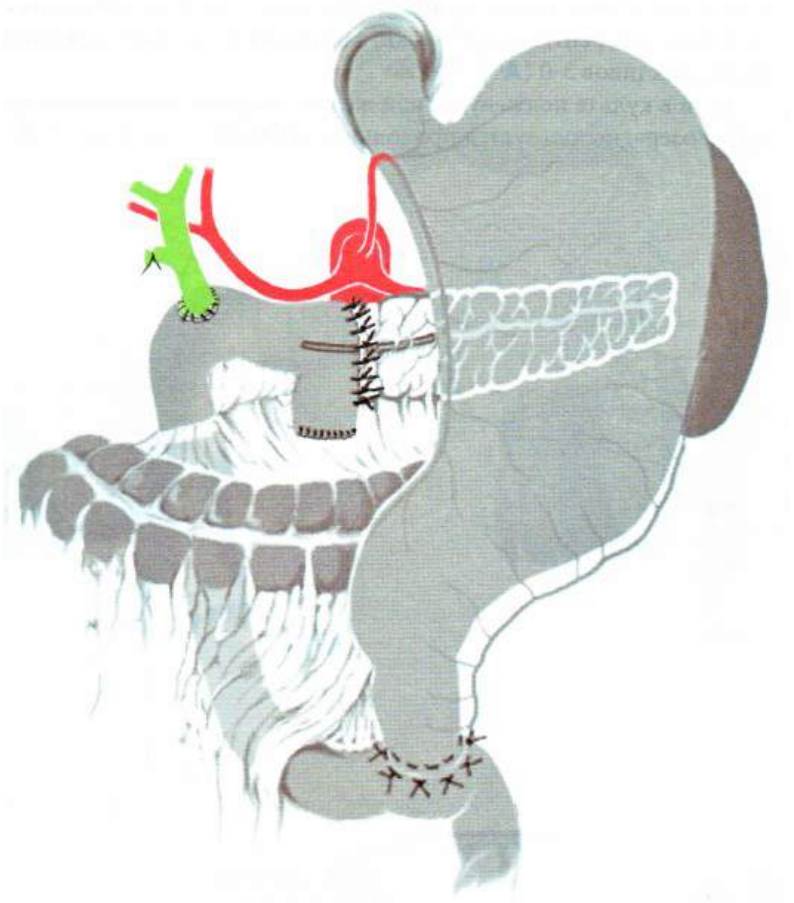


Փուլ 4. *Պանկրեատիկ բերանակցում*

Պանկրեատիկ ու լեղային բերանակցումները ձևավորվում են հետխթաղիքային ուղիով, իսկ դուոդենոյեյունոբերանակցումը՝ առաջ խթաղիքային: Բերանակցումները տեղակայվում են այնպես, որ անբավարարության դեպքում լեղային ու պանկրեատիկ բերանակցումը մեկուսացվեն դուոդենոյեյունոբերանակցումից, նվազագույնի հասցնելով ստամոքսի դատարկման հետ կապված դժվարությունները:

Բարակ աղու պրոքսիմալ ծայրատը որովայնի խոռոչի վերին հարկ է տեղափոխվում միջաձիգ հաստ աղու միջընդերքհպատոռհանով: Ստամոքսը պահպանված նախադռով ու տասներկումատնյա աղու կոճղեզով տեղադրվում է միջաձիգ խթաղու վրայից՝ թույլ տալով ձևավորել անատոմիորեն առանձնացված դուոդենոյեյունոբերանակցում:

Ենթաստամոքսային գեղձի ծայրատի նորմալ 2-3մմ ծորանով հիվանդների մոտ ավելի հաճախ է առաջանում պանկրեատիկոյեյունոբերանակցման անբավարարություն:



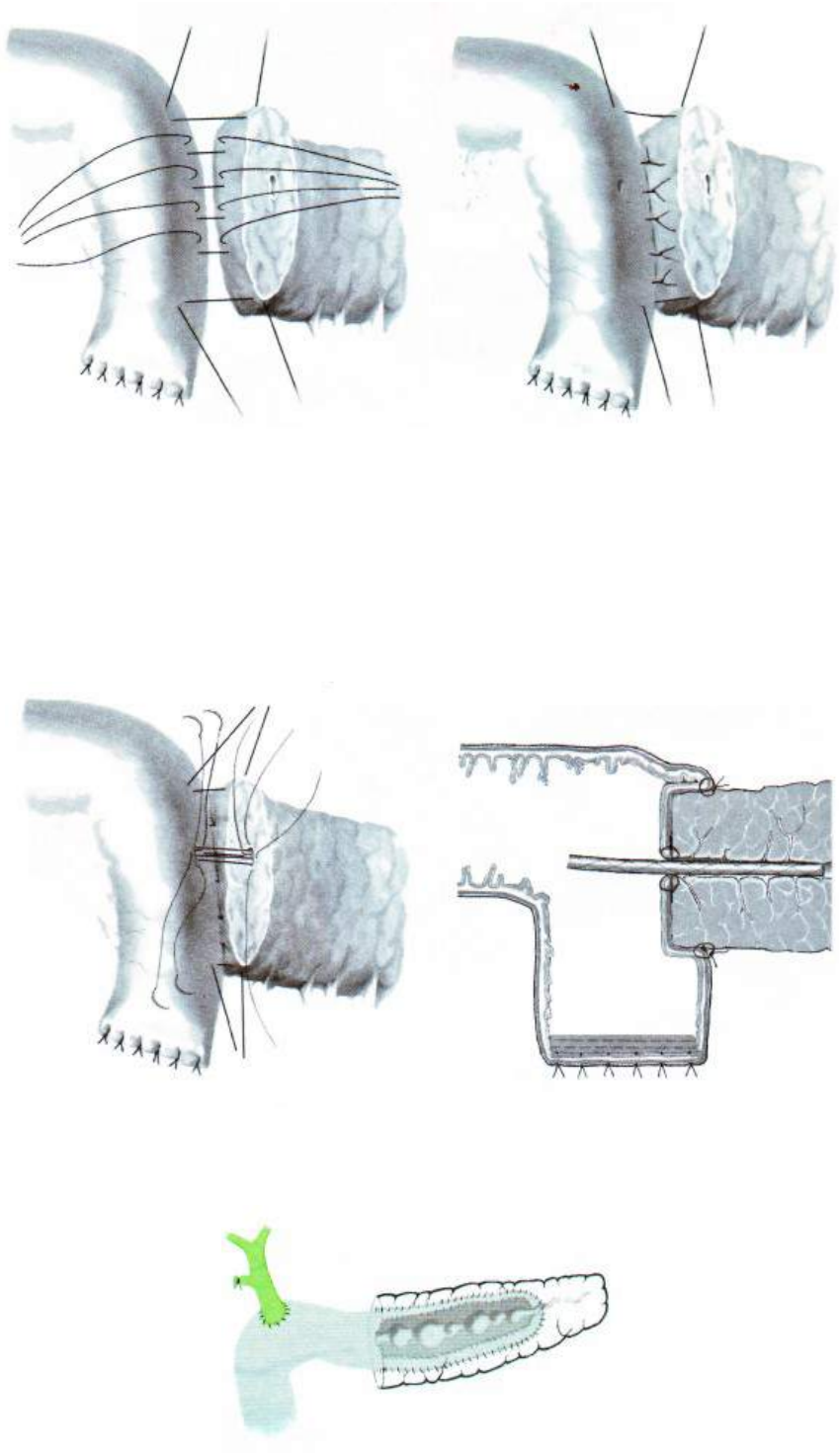
Փուլ 5. Պանկրեատիկոյեյունոբերանակցում

Պանկրեատիկոյեյունոբերանակցման տեխնիկան ներառում է սերոզ-մկանային ռեզերվուարի ստեղծում, բաղկացած ստենտավորված “ծայրը-կողքին” և “լորձաթաղանթ-

լորձաթաղանթային” բերանակցումներից, վերջինսպասակահարմարէ ձևավորել օպտիկական մեծացման տակ:

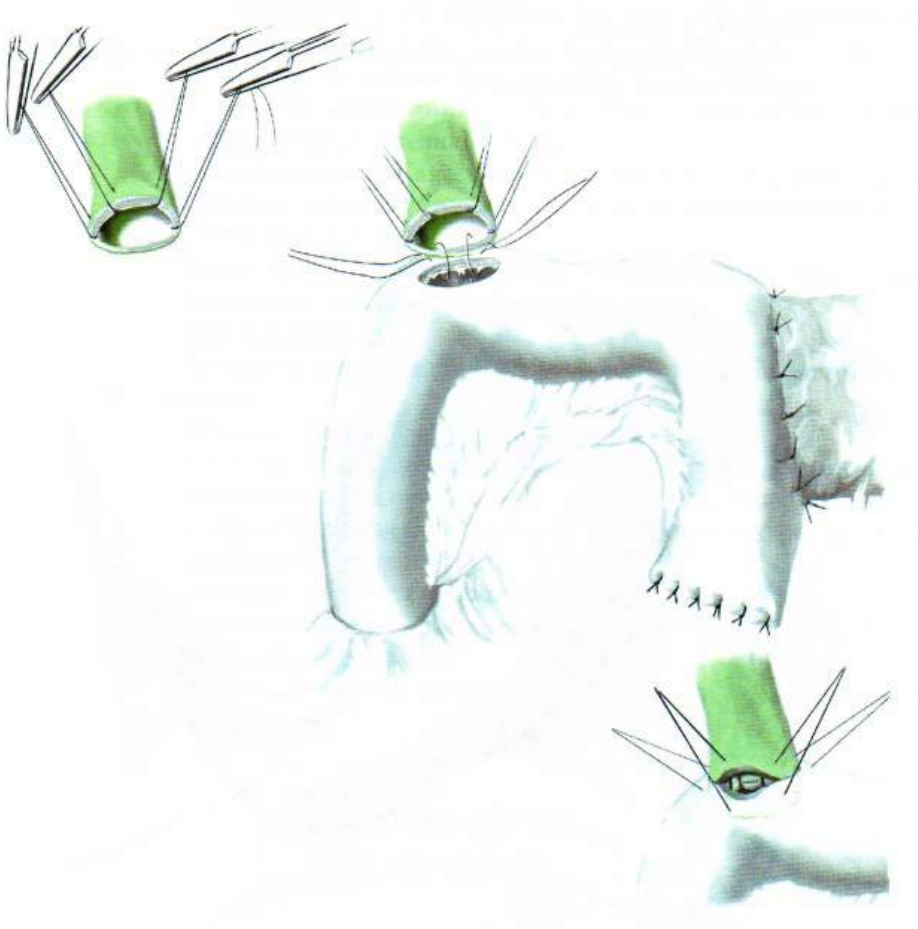
Սկզբից 3-0 մետաքսաթելով ձևավորվում է բերանակցման հետին արտաքին պատը, հանգույցները կապվում են դիմացից: Պանկրեատիկ ծորանի դիմաց ոչ մեծ կտրվածքովբացվումէ բարակ աղու լորձաթաղանթը: Առանձին 6-0 պոլիգլիկոլային թելերով ստեղծվում է «լորձաթաղանթ-լորձաթաղանթային» բերանակցում: Արտաքինից, միկրոսկոպի խոշորացման միջոցով, ներքին շերտի լորձաթաղանթային կարերի ճշգրիտ կատարումը հանդիսանում է նման վիրահատության կարևորագույն մաս: Վերջին /առաջային/ կարը դնելուց անմիջապես առաջ ծորանի մեջ տեղադրվում է 4 սմ երկարությամբ ռենտգենպոզիտիվ 3Fr տրամագծով ստենտ, մակերեսվրա բազաթիվ անցքերով: Վերջին առաջային կարի մոտ ստենտը՝ իր միջին մասում, ոչ շատ ամուր 6-0 թելով ամրացվում է աղիքի լորձենուն: Այն ապահովում է լորձաթաղանթների համադրումն ու պանկրեատիկ ծորանի դեկոմպրեսիան: Կարը ինքնուրույն պոկվում է 2 շաբաթից: Նրա դիրքը ռենտգենաբանորեն կարող է ստուգվել: Բերանակցումը ավարտվում է առաջային արտաքին շերտի կարերով /3-0 մետաքսաթելի/:

Եթե ենթաստամոքսային գեղձի ծայրատում կան լայնացած ծորաններ՝ “լճերի շղթայի” ձևով, պետք է կիրառվի երկայնակի “կողքըկողքին” բերանակցման տեխնիկան:



Փուլ 6. *Լեղային բերանակցում*

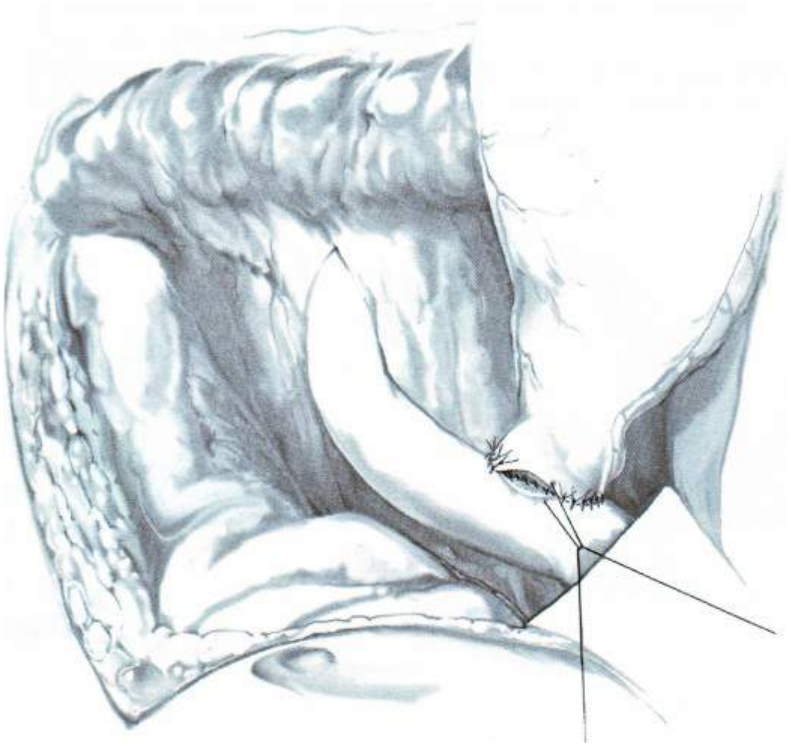
Լեղածորանի ու բաբախապող միաշարք “ծայրը-կողքին” բերանակցումը դրվում է 5-0 պոլիդիոքսոնի հանգուցակարերով: Հանգույցների վրա քարերի առաջացման բացառման համար, նրանք կապվում են արտաքինից: Բաբախապող գալարը 3-0 մետաքսաթելով ֆիքսվում է միջաձիգ հաստ աղու միջընդերքին:



Փուլ 7. Առաջհաստաղիքայինդուոդենոյեյունոբերանակցում

Ինտակտ ստամոքսը, տասներկումատնյա աղու առաջին հատվածն ու ճարպոնը դրվում են լայնակի հաստ աղու վրայից: Բարակ աղեգալարը /միջաձիգ հաստ աղու միջընդերքից դուրս գալուցիեառ/ մոտեցվում է մեխանիկական կարերով փակված տասներկումատնյա աղու եզրին և նրանցմիջև, Տրեյցի կապանից 10սմ դիստալ ձևավուրվում “ծայրը-կողքին” երկշարք բերանակցում: Ներքին շերտը իրականացվում է անընդհատ կարով /3-0 ներծծվող թել/, իսկ արտաքինը՝ 3-0 մետաքսի հանգուցակարերով:

Լեղային ու պանկրեատիկ բերանակցումների տակ տեղադրվում են 15 Fr տրամագծով դրենաժներ և դուրս բերվում աջ վերին քառորդակով: Միջային կտրվածքի ապոնևրոզը կարվում է 0 համարի պոլիգլիկոնատի առանձին ութաձև կարերով :



Հետվիրահատական շրջան

- ✓ հետվիրահատական դիտարկում,
- ✓ քիթ-ստամոքսային զոնդը հեռացվում է հետվիրահատական 1-3 օրերին,
- ✓ դրենաժները հեռացվում են, երբ ամիլազայի ցածր ակտիվության պայմաններում, արտադրանքի քանակը հասնում է օրը 30-50մլ-ի,
- ✓ բերանով սնուցումը՝ ըստ նրա ընդունման հնարավորության:

Հետվիրահատական բարդություններ

Մոտակա՝

- ➢ ներորովայնային արյունահոսություններ՝ պետք է հետազոտվեն կապելքլվերը նշված խոշոր անոթների վրա /կեղծ անևրիզմաներ/ և ենթաստամքսային գեղձի ծայրատը,
- ➢ ստամոքս-աղիքային արյունահոսության դուոդենոյեյունոբերանակցման կամ պանկրեատիկոյեյունոբերանակցման շրջանից,
- ➢ ստամոքսի դատարկման դանդաղում,
- ➢ բերանակցման անբավարարություն՝ հաճախ պանկրեատիկոյեյունոբերանակցման հետ կապված, չնայած հնարավոր են նաև խոլեդոխոյեյունոբերանակցման ու դուոդենոյեյունոբերանակցման դեպքում,

- ներորովայնային թարախակույտ՝ սովորաբար կապված է բերանակցման կարճատև կամ երկարատև անբավարարության հետ,
- վերքային ինֆեկցիա,
- աղիքային անանցանելիություն՝ պետք է բացառվի ներքին ճողվածքը:

Հեռավոր՝

- կրկնություն /ռեցիդիվ/ էպիգաստրալ շրջանում,
- արտալյարդային դեղնուկ խոլեդոխոյեյունոբերանակցմաննեղացման հետևանքով:
- ենթաստամոքսային գեղձի անբավարարության՝ հիվանդության պրոգրեսիաի /քրոնիկ պանկրեատիտ/ կամ պանկրեատիկոյեյունոբերանակցմաննեղացման պատճառով,
- կպումային աղիքային անանցելիության,
- բերանակցման կամ դուոդենոյեյունոբերանակցման հատվածում 12-մատնյա աղու խոց,
- ենթաստամոքսային գեղձի քաղցկեղ, որի հնարավոր զարգացումը չի գերազանցում տարում 1%:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- Քրոնիկ պանկրատիտի ժամանակ, ցավի թեթևացման լավագույն միջոց է հանդիսանում ենթաստամոքսային գեղձի մասնահատումը, իրականացված վերը բերված անատոմիական չափորոշիչների խիստ համապատասխան ընտրությամբ:
- Մեծ արյան կորուստը ծանրացնում է հետվիրահատական ընթացքը: Դրանից խուսափելու համար չներծծվող թելերով անոթները եռակի կապվում են: Մանր երակների հատման համար, հատկապես տեղակայված աջ ստամոքս-ճարպոնային անոթների շուրջը կամ վերդուոդենալ շրջանում, օգտագործեք գեղձայնային մկրատ: Նման տեխնիկան հարմար է նաև Տրեյցի կապանի շրջանի միջընդերային անոթային կապերի մեռակման համար՝ պրեպարատի հետ հեռացվող ընթացակարգում պրոքսիմալ հատվածում:
- Ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի դորզալ մակերեսից ավշային անոթների կպումների անջատման ժամանակ, հիվանդից ձախ կանգնած վիրաբույժը, աշխատելով ձախ ձեռքով, կարող է արյան կորուստը վերին ընդերային զարկերակի շրջանում հասցնել նվազագույնի:
- Հյուսվածքային ոտիկները հատվում են, ըստ դիսսեկցիայի առաջացման՝ վերին միջընդերային զարկերակի երկայնքով: Ոտիկների հատման ժամանակ, նրանցից ամեն

մեկի համար օգտագործվում է մեկ սեղմիչ, դրված մնացող կողմից: “Գնացող” կողմը օգնականը սեղմում է ձախ ձեռքով:

- Մեծ ճարպոնի լրիվ պահպանումը, նվազեցնում է հետվիրահատական ինֆեկցիայի վտանգը որովայնի խոռոչում:
- Ենթաստամոքսային գեղձի ծայրատի դրենավորման համարժեքությունը գնահատվում է ներվիրահատական ռենտգենյան պանկրեատոգրաֆիայով: Վերջինիս համար օգտագործվում է եզրային բալոնով խոլանգիոգրաֆիկ կաթետեր:
- Եթե պանկրեատիկոյեյունոբերանակցման համար օգտագործվում է մանր պանկրեատիկ ծորան, առավել ապահով է բերանակցումը իրականացնել խոշորացման տակ, խուսափելով թելերի խաչաձևումից: Հսկելով ծորանից աղի ասեղի ընթացքը, կարելի է հասնել ծորանի հետ ավելի ճշգրիտ “լորձաթաղանթ լորձաթաղանթին” բերանակցման: Հնարավոր անբավարարությունը նվազագույնի հասցնելու համար օգտակար է X12,5 խոշորացման վիրաբուժական մանրադիտակի կիրառումը:
- Խոլեդոխոյեյունոբերանակցման ժամանակ բոլոր կարերը պետք է կապվեն արտաքինից, իսկ ներծծվող թելը չպետք է ենթարկվի լեղու հոսքի ազդեցությանը:
- Առաջ հաստաղիքային դուոդենոյեյունոբերանակցումը, ի տարբերություն հետ հաստաղիքայինի, տեխնիկապես զգալի նվազեցնում է խնդիրները, կապված ստամոքսի դատարկման դժվարացման հետ:

Ոչ անատոմիական մասնահատումներ /ըստ Ֆրեյ-Բեգերի/

Ներածություն

Ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի տեղային, ոչ անատոմիական երկայնակի պանկրեատիկոյեյունոբերանակցումով մասնահատումը /Ֆրեյի վիրահատություն/ և գլխիկի սուբտոտալ մասնահատումը /անատոմիական/ 12-մատնյա աղու պահպանումով /Բեֆերի վիրահատություն/ հետապնդում են նմանատիպ նպատակներ՝ ցավի թեթևացում և պանկրեատիտի հետ կապված տեղային բարդությունների բուժում /լեղային, դուոդենալ կամ երակային խցանման վերացում, պանկրեատիկ ծորանի դրենավորում, տարածուն բորբոքային ինֆիլտրատի ժամանակ ենթաստամոքսային գեղձի սուբտոտալ մասնահատում/: Նման մոտեցումը հիմնավորվում է այն կարծիքով, թե քրոնիկական պանկրեատիտի ժամանակ ցավը առաջանում է որպես հետևանք ծորանային հաճակարգի կամ պարենխիմայի հիպերտենզիայի, ինչպես նաև նյարդերի բորբոքումների «գոգռման»: Համարվում է, որ ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի հյուսվածքը դառնում է ցավ առաջացնող կամ նրա գեներատոր: Արդյունքում ենթաստամոքսային գեղձի սուբտուտալ մասնահատմամբ հնարավոր է դառնում, առանց ծանր

բարդությունների, հեռացնել «ցավ առաջացնող» հատվածի ծավալի քանակ և պահպանել ստամոքս-աղիքային տրակտի անընդհատությունը:

Ցուցումներ և հակացուցումներ

Ցուցումներ

- սովորաբար երկարատև հյուծող ցավ որովայնում, առանձին դեպքերում ընդհատումներով ու հաճախակի կամ կապված սուր պանկրեատիտի կրկնվող նոպաների հետ,
- քրոնիկ պանկրեատիտի հետևանքով առաջացած բարդությունների լուծում՝ կապված պանկրեատիկ և արտապանկրեատիկ կառուցվածքների հետ, այդ թվում՝
    - ⇒ արտապանկրետիկ՝ ընդհանուր լեղածորանի կամ տասներկումատնյա աղու խցանում, առանձին դեպքերում դուոդենալի և/կամ վերին միջընդերային երակի ճնշում:
    - ⇒ պանկրեատիկ՝
        - պարենխիմային՝ սպիացում, ծորանի բազմակի ֆիբրոզ նեղացումներ /«լճերի շղթա»/ համակցված կրակալկոմբ, ծորանային հիպերտենզիա, ռետենցիոն կիստաներ, քարեր ծորաններում:
        - ծորանային համակարգի պատռվածք, մեկուսացված-կեղծ կիստաներ, չմեկուսացված՝ ասցիտ, խուղակ պլևրալ կամ պերիկարդիալ:
- ծորանի դրենավորման կամ ենթաստամոքսային գեղձի դիստալ մասնահատումից հետո ցավի ոչ բավարար թեթևացում,
- Pancreas divisum, առաջացնող քրոնիկ պանկրեատիտ:

Բացարձակ հակացուցումներ՝

- Անամնեզում ալկոհոլիզմի, հիպերլիպիդեմիայի, հիպերպարաթիրեոիդիզմի բացակայությունը, ոչ երկար ցավային անամնեզում CA 19-9–ի շիճուկային մակարդակի ցուցանիշի բարձրացումը թույլ են տալիս մտածել չարորակ ուռուցքի առկայության մասին,
- եթե հնարավոր չէ բացառել քաղցկեղը, պլանավորվում է պանկրատոդուոդենալ կամ գեղձի դիստալ մասնահատում,
- վերին միջընդերային երակի ու դուոդենալի միացման տեղի լրիվ թրոմբոզ, պերիպանկրեատիկ վարիկոզով:

Հարաբերական հակացուցումներ՝

- հիվանդությաւն սահմանափակված գեղձի մարմնով ու պոչով /հազվադեպ/:
- նույն ծավալներով թմրամիջոցների ընդունում, հիվանդի հրաժարում հետվիրահատական դետոկոսիկացիայից:
- հետվիրահատական շաքարային դիաբետի կորեկցիայի անհնարինություն սպասվող հիվանդի վատ համագործակցության հետևանքով:
- վերին միջընդերային երակի ու դռներակի միացման տեղի խցանում թեթև կամ չափավոր դրունքային հիպերտենզիայով:

Այլ նկատառումներ՝

- «Փոքր» պանկրեատիկ ծորանը /<3-4մմ/ գեղձի գլխիկում, մարմնում կամ պոչում չեն հանդիսանում հակացուցում:
- Ծորանները ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկում /մարմնում կամ պոչում/ կամ հատված են, կամ բացված, ինչը նվազեցնաւմէ ճնշումը նրանց մեջ ևբարակաղեգալարը՝ ըստ Ռաւ-ի, կարող է կարվել ենթաստամոքսային գեղձի պատյանին:

Նախավիրահատական հետազոտություններ և վիրահատության պատրաստում

Նախավիրահատական հետազոտություն՝

- ✓ անամնեզով պետք է բացառվեն ալկոհոլային կամ նարկոտիկ կախվածությունը, լեղաքարային հիվանդությունը, պանկրեատիտը սրացնող դեղամիջոցների ընդունումը, հիպերպարաթիրեոիդիզմը, հիպերկալցեմիան և հիպերլիպիդեմիան:
- ✓ անհրաժեշտ է հայտնաբերել ստեատորեա և շարքային դիաբետ /եթե նրանք կան/, անհրաժեշտության դեպքում որոշել ինսուլինի օգտագործման քանակը, որոշել նաև ցավի ծանրությունը /Լիկերտի սանդղակ/, փսիխո-սոցիալ կայունությունը, կյանքի որակը /պարտադիր չէ/՝ըստ քաղցկեղի հետազոտության ու բուժման եվրոպական կազմակերպության /EORTC/, կյանքի որակի սանդղակի /QZQ-C30/, ցավի ազդեցությունը աշխատանքի վրա, ընտանիքի օգնությունը, ամենօրյա ակտիվությունը:
- ✓ գնահատվում է հիվանդի քիմիական կախվածության աստիճանը /նարկոտիկներ, ալկոհոլ/, բացառվում ցավի արտապանկրեատիկ բնույթը, իրականացվում առավելագույն կոնսերվատիվ բուժում, ներառած սնունդը, ֆերմենտային թերապիան, բացառվում ալկոհոլի ընդումը: Անհրաժեշտ է մինչ վիրահատություն հիվանդից ստանալ հետվիրահատական ռեաբիլիտացիայի անցնելու վերաբերյալ պարտավորություն, հրաժարվելով ալկոհոլից և/կամ թմրամիջոցներից:

- ✓ կլինիկական ուսումնասիրություններից կարևորվում են դեղնուկի, ասցիտի, սնուցվածության վիճակի, քաշի, հոգեկան առողջության գնահատումը: Ըստ ցուցումների ենթաստամոքսային գեղձի ընթացիկ էկզոկրին ու էնդոկրին գործոնեության վիճակը:
- ✓ լաբորատոր հետազոտություններից՝ուռուցքային մարկերներ CA 19-9 /առավել հավաստի է ընդհանուր լեղածորանի անցանելիության պահպանման պարագայում/, լյարդի ֆունկցիոնալ տեստեր, հեմոգլոբին, գլյուկոզայի տանելիության տեստ: Կղանքում ճարպի պարունակության և սեկրետինի հետազոտությունը հազվադեպ են պահանջվում:
- ✓ ճառագայթային ախտորոշում՝ *եռաֆազ սպիրալային ՀՇ*՝ ենթաստամոքսային գեղձի ստրիկտուրաների գնահատման, դրենիրման և ձախակողմյան հիպերտենզիայի կամ փայծաղային երակի թրոմբոզը, հարևան օրգանների ներառման, պանկրեատիտի արտաենթաստամոքսային պատճառների /խոլելիթիազ/ հայտնաբերման համար; *ԷՈՒԽՊԳ*՝ լեղուղիների և ենթաստամոքսային գեձի ծորանային համակարգի գնահատման համար, ինչպես նաև *ԷԳԴՍ*՝ խոցային հիվանդության բացառման համար: Ըստ ցուցումների՝ էնդոսկոպիկ կամ ներվիրահատական ԳՋՀ անոթների ներգրավածության գնահատման և բիոպսիայի համար:

Հիվանդի պատրաստում՝ նախավիրահատական կանխարգելիչ թերապիա լայն ազդեցության սպեկտրի հակաբիոտիկներով, աղիների լրիվ պատրաստում, քիթ-ստամոքսային զոնդ, միզապարկի կատետեր:

Ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի տեղային մասնահատում, երկայնակի պանկրեատիկոյեյունոբերանակցումով /Ֆրեյի վիրահատություն/

Վիրահատություն

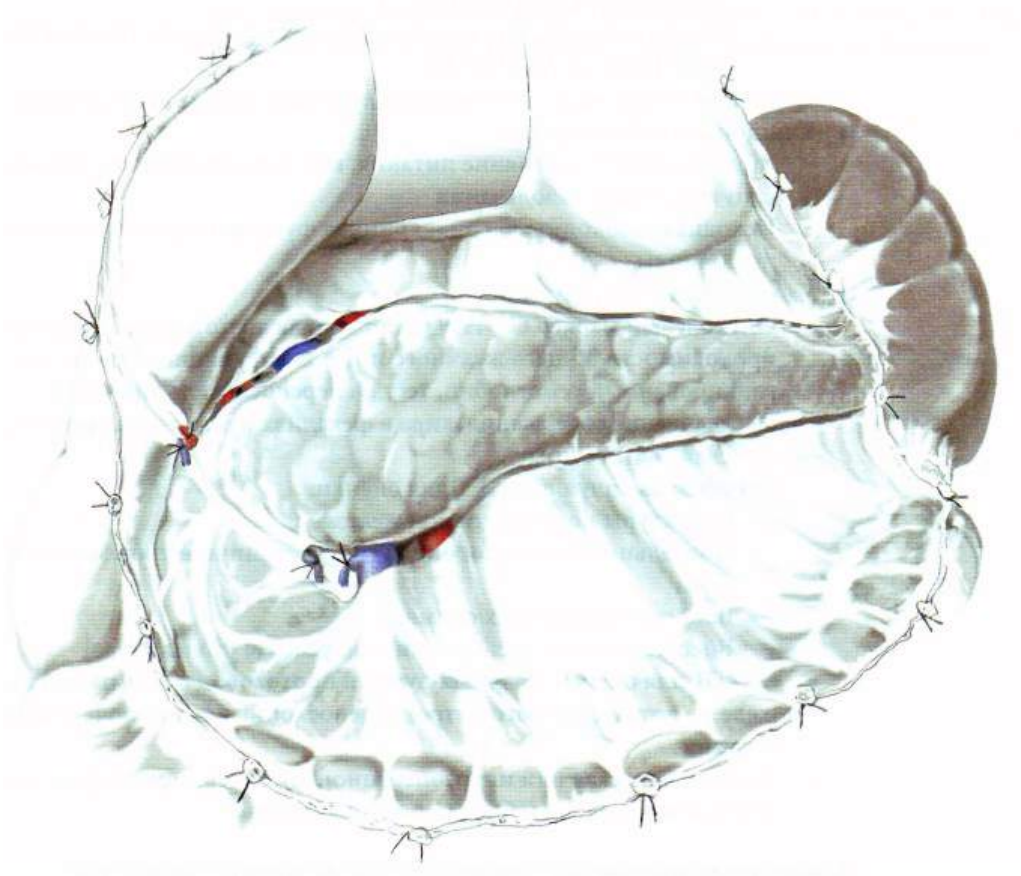
Փուլ 1. Էքսպոզիցիա և ստուգում, ենթաստամոքսային գեղձի գնահատում և տեղայնացում, մուտք դեպի փոքր ճարպոնի խոռոչ

Հիվանդների մեծ մասի մոտ իրականացվում է երկկողմանի ենթակողային կտրվածք: Միջային կտրվածք թրանման ելունից մինչև պորտ, կատարվում է ուղղահայաց կողմնորոշված կողաղեղներով հիվանդների մոտ:

Ստամոքս-ճարպոնային կապանի հատումը խթաղու լյարդային ու փայծաղային անկյունների միջև, բացում է փոքր ճարպոնի խոռոչը: Որպեսզի մերկացվի ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի ու մարմնի առաջային մակերեսը աջ ստամոքս-ճարպոնային զարկերակն ու երակը հատվում են:

Ստամոքսի գլխամասային ու միջաձիգ խթապատվածային ձգումը ապահովում է ենթաստամոքսային գեղձի մարմնի ու պոչի մերկացում:

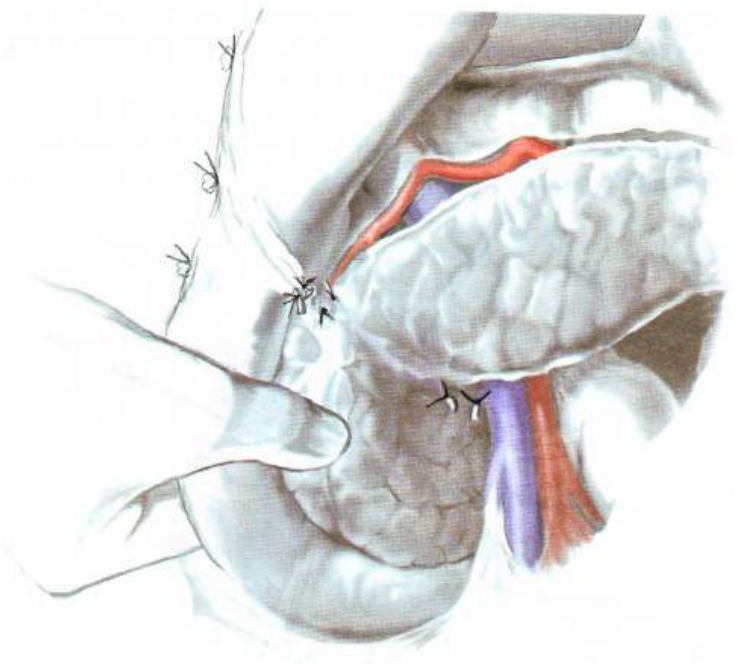
Ենթաստամոքսային գեղձի առաջային մակերեսի լրիվ էքսպոզիցիայի համար տեղայնացվում են նաև նրա մարմնի ու պոչի ստորին եզրը:



Փուլ 2. Ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի էքսպոզիցիան

Տասներկումատնյա աղին ու ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկը տեղայնացվում են՝ ըստ Կոխերի ընդլայնված գործողության, թույլ տալով ձեռքով շոշափել ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի երկու կողմերը, որոշելու համար նրա հաստությունը՝ ծավալային գոյացության առկայությունը:

Ստամոքս-տասներկումատնյա զարկերակը կարելի է վերցնել անոթային բուլիչիով և եթե գլխիկի մասնահատման ժամանակ պահանջվի՝ կապել /հազվադեպ/:

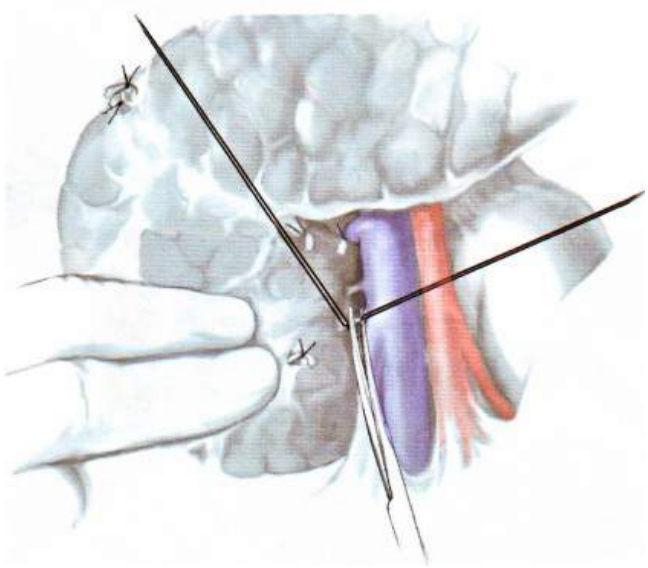


Փուլ 3 Վերին միջընդերային երակի էքսպոզիցիան ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի մոտ

Կարևոր է, որ դռնեթակը պետք չի ազատել ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի մոտ: Որպեսզի ապահովվի օպտիմալ էքսպոզիցիա, անհրաժեշտ է մերկացնել վերին միջընդերային երակը գլխիկի ու գեղձի կեռիկանման ելուճի մոտ:

Գլխիկի ու կեռիկանման ելուճիմեերկացումը կարևոր է ոչ միայն ելուճը հատելու, այլ և ենթաստամոքսային գեղձի հյուսվածքի բավարար եզր ստեղծելուհամար, որին կկարվի՝ ըստ Ռու-ի, առանձնացված բարակ Y-ա ձև աղեգալարը:

Պեռիէնտակիեն վերին միջընդերային երակի կողմից դեպի գլխիկ ընթացող մանր երակային ու զարկերակային ճյուղերը: Հատկապես պետք է ուշադիր լինել ներքևից՝ տասներկումատնյա աղու երրորդ հատվածից, դեպի վերին միջընդերային երակ երակային ներհոսքերիհանդեպ: Անհրաժեշտ է հիշել, որ ստորին պանկրեատոդուոդենալ զարկերակը որոշ դեպքերում կարող է ընթանալ վերին միջընդերային երակի դիմացով, այլ ոչ թե հետևով:



Փուլ 4. *Գլխավոր պանկրեատիկ ծորանի մերկացումը*

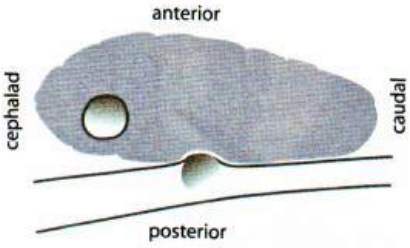
Գլխավոր ծորանը ենթաստամոքսային գեղձի մարմնում սովորաբար տեղակայված է էքսցենտրիկ՝ վերին եզրին և գեղձի հետին մակերեսին ավելի մոտ: Եթե այն լայն է, կարող է արտափքվել գեղձի առաջային մակերեսից, ոչ մեծ ծորանը սովորաբար շոշափվում է որպես օրգանի առանցքի երկայնքով տեղակայված "ակոս":

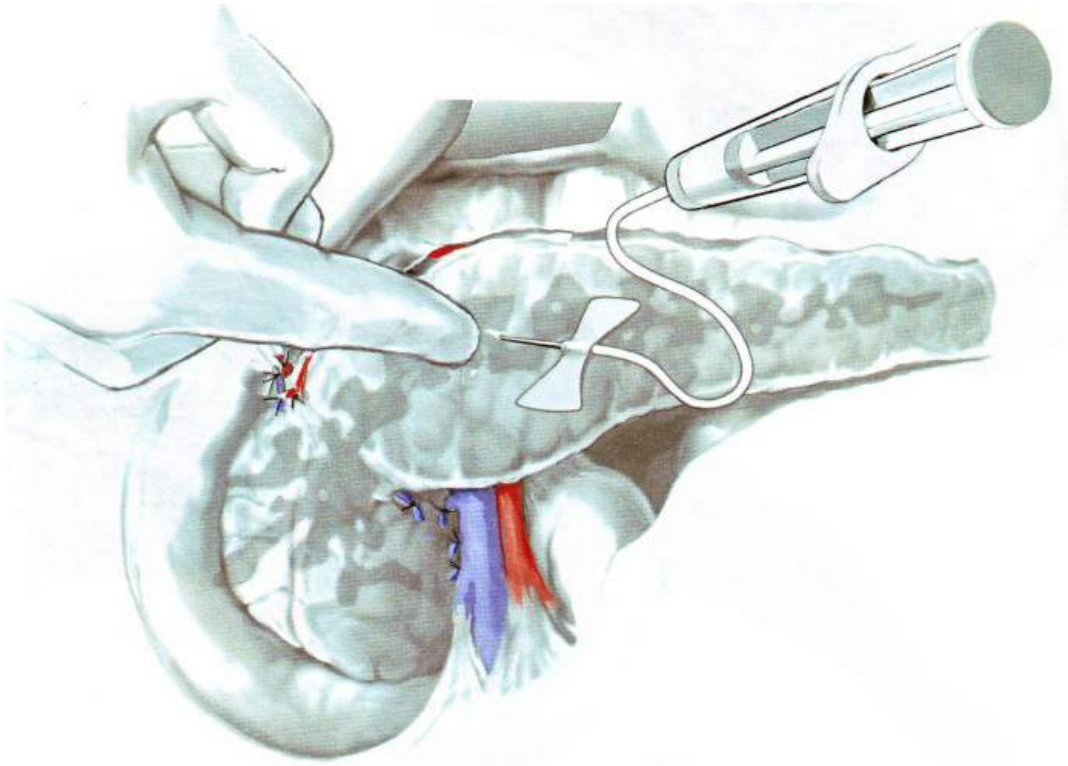
Ոչ մեծ ծորանը նույնականացվում է 10 մլ-ոց ներարկիչին միացված 23 G-ոց ասեղ-թիթեռնիկով, որն ուղղվում է թեք և հետ՝ ենթադրյալ ծորանի ուղղությանը համապատասխան: Պետք է խուսափել գեղձի վզիկի շրջանում փնտրտուկից/ասպիրացիայից, որպեսզի նվազագույնի հասցվի նրա տակով անցնող վերին միջընդերային երակի վնասմանհավանականությունը: Մաքուր հեղուկի ասպիրացիան հանդիսանում է հայտնաբերման ծորանի ցուցանիշ:

Ծորանում ճնշումը հաշվարկվում է ասեղը միացնելով մանոմետրին, ենթաստամոքսային գեղձի միջին ճնշումը քրոնիկ պանկրեատիտի ժամանակ համապատասխանում է 33 սմ ջրի սյան /20-47սմ ջ.ս.շրջանակներում/, ի տարբերություն նորմալ ծորանային ճնշման՝ 10 սմ ջ.ս.:

Ասեղը թողնվում է ծորանում:

Վիրսունգյան ծորանը գեղձի վզիկի շրջանում սովորաբար տեղակայված է էկսցենտրիկ, քիչ վեր ու հետ /ավելի մոտ վերին միջընդերային ու դրունքային երակների միացմանը/:





Փուլ 5. Ենթաստամոքսային գեղձի ծորանային համակարգի բացումը

Ենթաստամոքսային գեղձի առաջային պատյանը էլեկտրոկաուտերով անմիջապես հատվում է ասեղի վրայով, զոնդավորման և ուղղության որոշման համար կիրառվում է ուղիղ անկյան տակ թեքված սեղմիչ:

Ծորանի առաջային պատը հատվում է մինչև պոչից 1.5սմ-ի վրա տեղակայված կետը: Դեպի տասներկումատնյա աղիք այն հատվում է մինչև 0.5-1.0սմ չհատած լյարդա-ենթաստամոքսային ամպուլայիև:

Դռներակի վրայով անցնելուց հետո, ծորանը իջնում է դեպի հետ ու հետո ընթանում ստորին կողմնային ուղությամբ, ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկում անցնելով ավելի մոտ պատյանի հետին թերթիկին:

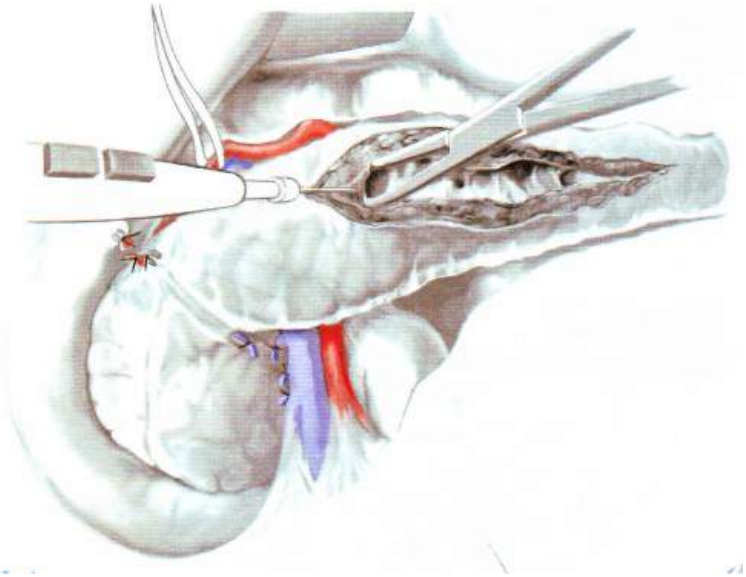
Կեռիկանման ելունից ծորանը դեպի վիրսունգյան ծորան /գլխիկի կենտրոն/ նույնպես անցնում է գեղձի հետին մակերեսին մոտ և բացվում է ուղիղ անկյան տակ ծռված սեղմիչի օգնությամբ, ինչը թույլ է տալիս որոշել նրա ուղղությանը:

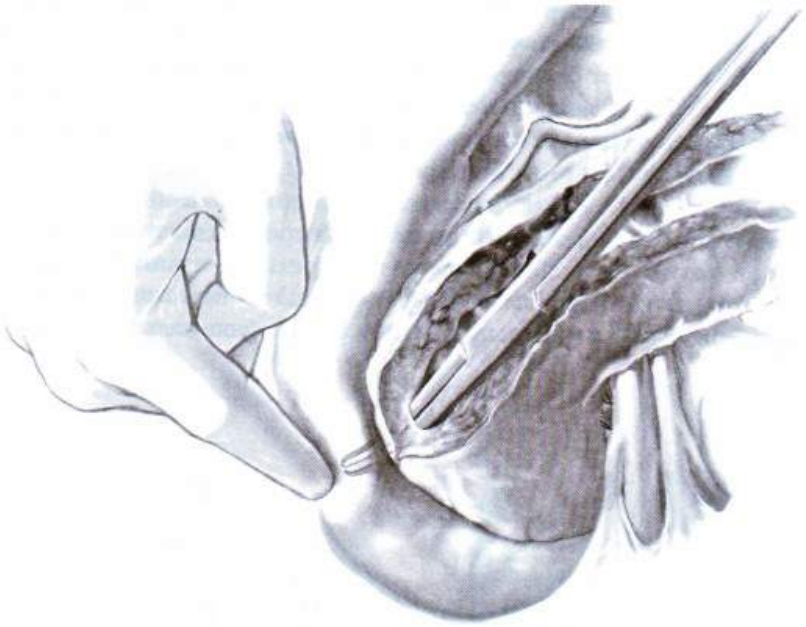
Իրականացվում է պանկրեատիկ քարերի փնտրտուկ կողմնային ճյուղերում և նրանք բոլորը հեռացվում են:

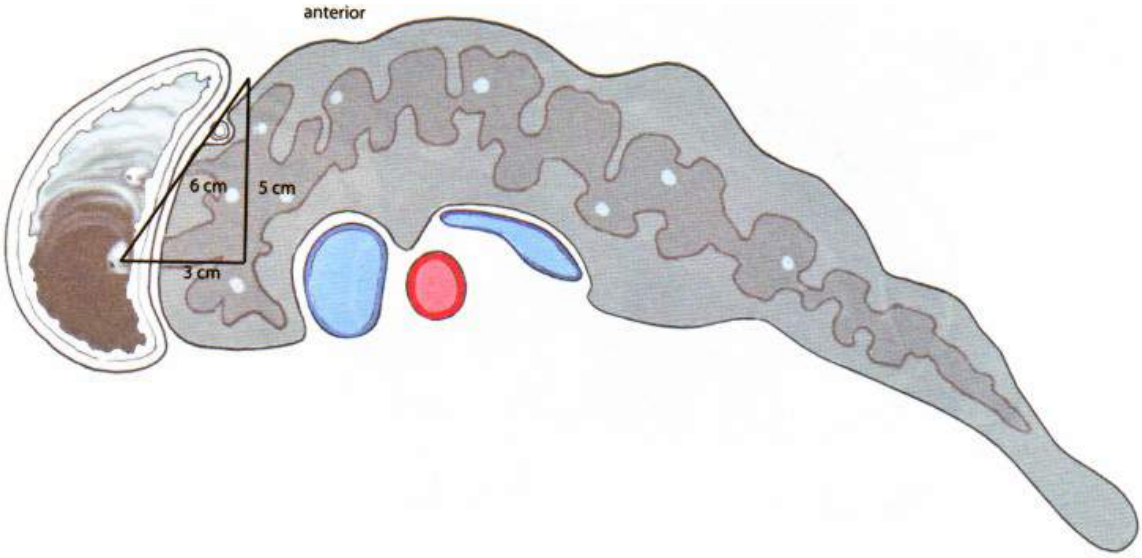
Ամպուլայի անցանելիության և գլխիկի մասնահատման համապատասխանության գնահատման համար, վիրաբույժը զոնդի /Bakes-ի 2-3մմ դիլյարատոր/ լայնիչ/կամ կեռ սեղմիչի եզրը մտցնում է բաց վիրսունգյան ծորան և հրում է նրան դեպի տասներկումատնյա աղու պատի մեջ ներհրված մատը:

Տասներկումատնյա ամպուլայով դեպի աղիք անց է կացվում սեղմիչ:

Ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկը, որտեղ տեղակայված է պանկրեատիկ ծորանի ամպուլյար հատվածը գտնվում տասներկումատնյա աղու մոտ: Գլխավոր պանկրեատիկ ծորանի ոչ հաջող հատումը, մինչև տասներկումատնյա աղի առանց դրենավորման կթողնի վիրսունգյան ծորանի մի զգալի հատված իր վտակներով: Նման իրավիճակ առաջանում է, երբ ամպուլայի հայտնաբերման համար որպես նշագիծ ընդունվում է պանկրեատոդուոդենալ միացման առաջային մակերեսը: Ջհատված ոչ մեծ ռետենցիոն կիստաները, կապված ծորանիվտակների հետ ու տեղակայված ֆիբրոզ փոփոխված օրգանի գլխիկի խորքում, նույնպես կարող են դառնալ շարունակվող ցավի աղբյուր:







Փուլ 6. Ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի տեղային մասնահատումը

Բաց պանկրեատիկ ծորանից առաջ դիսսեկցիայի ժամանակ, պանկրեատիկ հյուսվածքը հատվում է շերտ առ շերտ, որի ժամանակ հեռացվում է գեղձի պատյանի առաջային թերթիկը և ամբողջ պարենխիման մինչև վիրսունգյան ծորան: Որպեսզի որոշվի հյուսվածքի քանակը, որը դեռ պետք է հեռացվի, ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի մնացած շերտի հաստությունը մանրակրկիտ գնահատվում է ամեն մի կտրվածքից հետո:

Գեղձի գլխիկում վիրսունգյան ծորանի հետին պատը համապատասխանում է մասնահատման հետին սահմանին, քանի որ գտնվում է գեղձի հետին մակերեսից մի քանի միլիմետրի վրա:

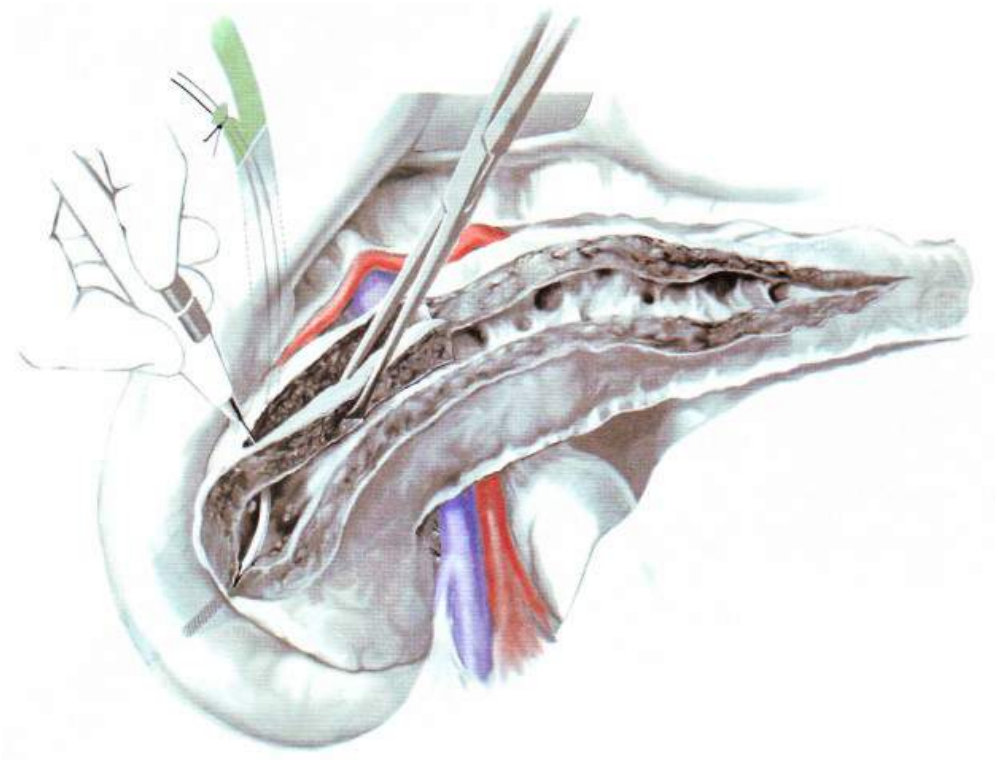
Սանտորինյան ծորանն ու նրա բերողծորանները, ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկում, տեղակայված են առջևից, և նրանից, առջևում տեղակայված հյուսվածքներին հատվում են: Ի տարբերություն սրա կեռիկանման ելունի ծորանն ու նրա բերողծորանները, ինչպեսնաև վիրսունգյան ծորանը տեղակայված են ավելի հետ և սրանք պետք է բացազատվեն, բայց չհատվեն, քանի որ կարող է վնասվել գեղձի հետին մակերեսի պատյանը, մերկացնելով հետորովայնամզային տարածության հյուսվածքները:

Մասնահատումից հետո մնացածենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի հյուսվածքների մանրակրկիտ շոշափումը, օգնում է ծորանի ուբերողծորանների համակարգում հայտնաբերել մնացորդային կիստաներ կամ ներհրված քարեր որոնք անհրաժեշտ է հեռացնել:

Սրտանիցհետո, տասներկումատնյա աղու պայտի ներքին մակերեսին մնում է միայն պանկրեատիկ հյուսվածքի շրջանակ, 5-10 մմ-ոց հյուսվածքների շերտը պետք է պահպանվի նաև վերին միջընդերային երակից աջ, որպեսզի խուսափենք նրա վնասումից:

Հատված ֆիբրոզ հյուսվածքի քաշը պետք է լինի մոտ 4-12 գր: Այն ավելի քիչ է քան ընդհանուր հեռացված հյուսվածքների քանակը, քանի որ վերջիններիս որոշ հատված “եփվում” է հատման ժամանակ:

Եթե կան չափորակման վերաբերյալ կասկածներ, մասնահատված հյուսվածքը կարող է ուղարկվել շտապ հյուսվածքաբանական հետազոտության: Քաղցկեղի հայտնաբերման դեպքում պետք է կատարվի պանկրեատոդուոդենալ մասնահատում:



Փուլ 7, Ընդհանուր լեղածորանի վնասման կանխարգելումը

Քրոնիկ պանկրեատիտով հիվանդների մոտ 50%-ի մոտ ռենտգենաբանական տվյալները խոսում են ընդհանուր լեղածորանի ոլորվածության, ծռվածության և նեղացման մասին: Զգալի նեղացումների պարագայում մասնահատման ենթարկված հիվանդների 10%-ում, հայտնաբերվում են ընդհանուր լեղածորանի խցանման կլինիկական նշաններ:

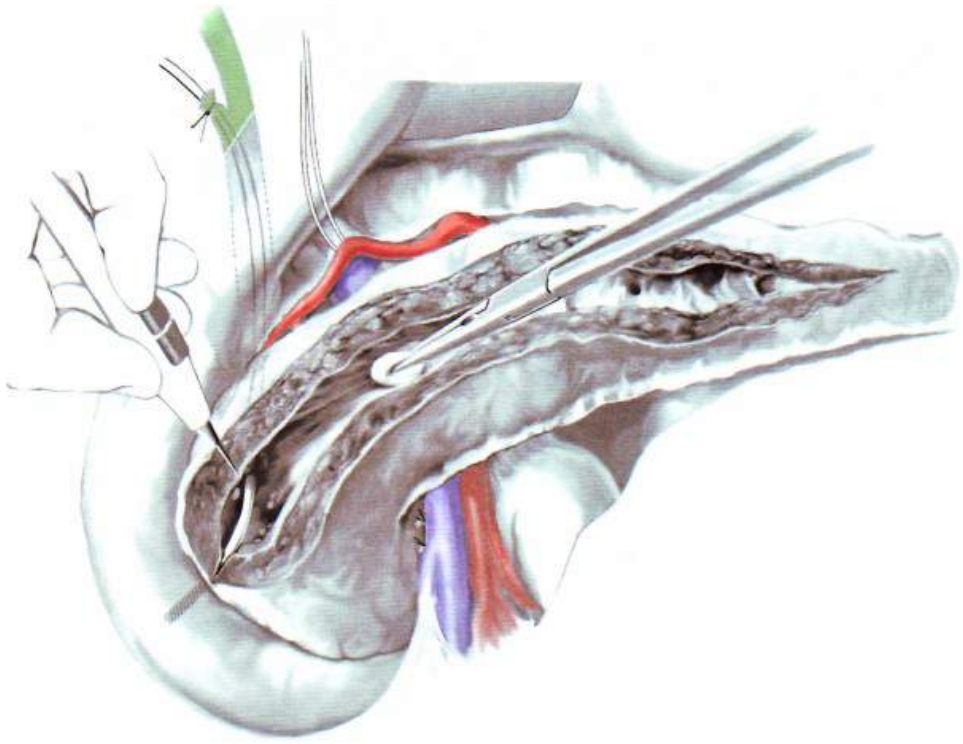
Հատման ընթացքում, անհրաժեշտ է հայտնաբերել ու առանձնացնել ընդհանուր լեղածորանի ներպանկրեատիկ սեգմենտը բորբոքված ու ֆիբրոզ փոփոխված հյուսվածքներից:

Ընդհանուր լեղածորանի դիրքը ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկում փոփոխական է, ծորանը կարող է անցնել, կամ ներկված գեղձի հետին պատին /շոշափման ժամանակ կարելի է շոշափել ակոս/, կամ նրա պարենխիմայով, վերջինս ավելի հաճախ է համակցվում ստրիկտուրայի հետ:

Խցանման ժամանակ, որպեսզի հայտնաբերերվի ու պաշտպանվի ընդհանուր լեղածորանը, ենթաստամոքսային գեղձի մասնահատումը անցկացվում է Bakes-ի 3մմ-ոց դիլատատորի կամ Ֆոգարտի լեղային կատետերիզում:

Եթե ընդհանուր լեղածորանը վնասված է կամ նեղացած կամ խցանումը հնարավոր չէ հայտնաբերել, կարող է դրվել խոլեդոխոյեյունոբերանակցում:

Ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի հյուսվածքի հատմանը այլընտրանք է հանդիսանում հյուսվածքի էքսկավացիան գլխավոր ու հավելյալ ծորանների լրիվ հատումով: Ծորանային համակարգը դիտարկվում է մինչև ամպուլա կամ մինչև այն տեղը, որտեղ պանկրեատիկ ծորանը հանդիպում է ընդհանուր լեղածորանի ներպանկրեատիկ հատվածին: Պանկրեատիկ ծորանը հատվում է, պրոքսիմալ եզրը կարվում 4-0 նեյլոնային թելով: Գերձայնային ասպիրատորի cavitron /CUSA-ի/ կիրառումը էլեկտրոկաուտերիզացիայով հեշտացնում է պարենխիմայի կոնուսաձև հատումը, 70-80% հզորությամբ բարձր էներգետիկ ծայրատի օգտագործումը թույլ է տալիս հստակ նույնականացնել ծորաններն ու անոթները ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկում: Պանկրեատիկ ծորանի պրոքսիմալ հատվածը լրիվ հեռացվում է, գեղձի վզիկում նրա դորզալ հատվածի հատումից հետո:

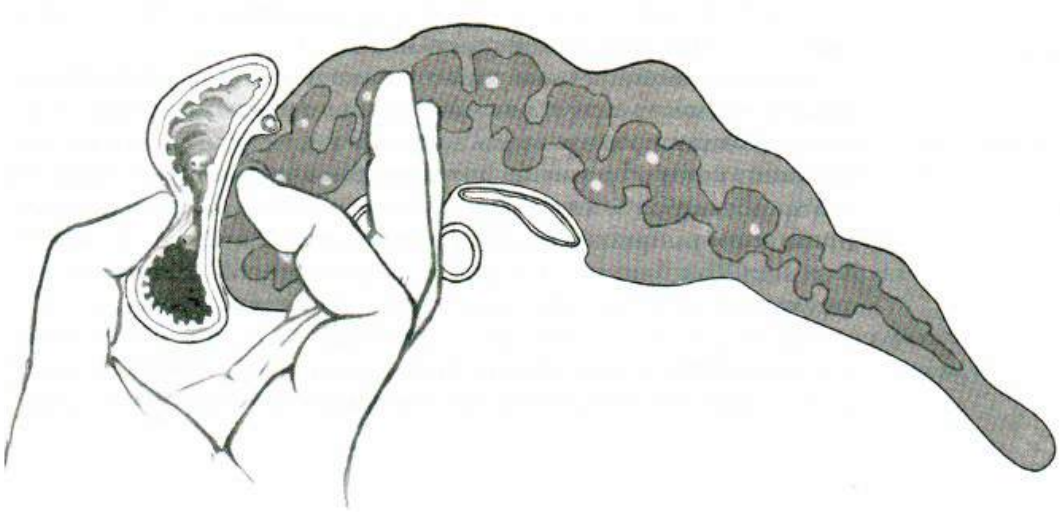


Փուլ 8. Խորության չափումը բթամատի ու ցուցամատիջոցով

Ըստ վիրսունգյան ծորանի դիրքի որոշվում է էքսկավացիայի/մասնահատման անհրաժեշտ խորությունը, գլխավոր պանկրեատիկ ու, պատյանի հետին թերթիկի մատով

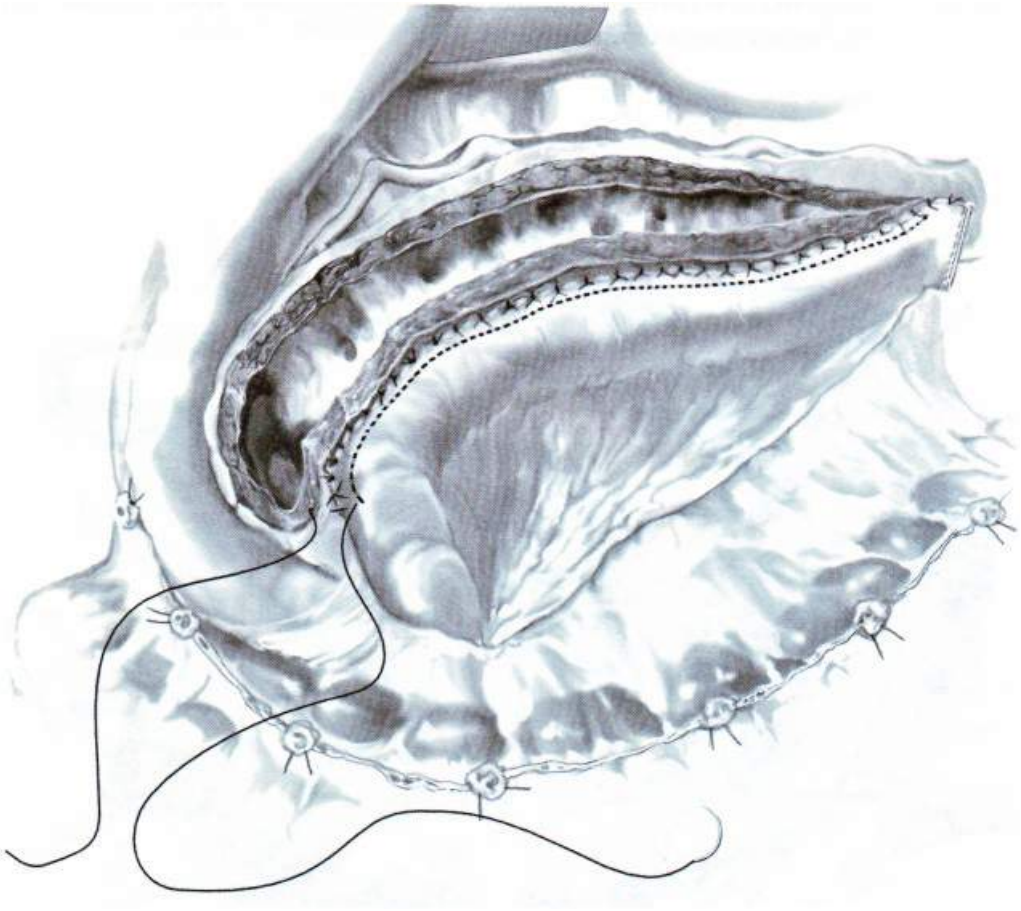
անցնող, կեռիկանման ելուզի ծորանները բացվում են /դեկոմպրեսիա/, սանտորինյան ծորանը հատվում:

Մասնահատված ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի և տասներկումատնյա աղիքի միջև կարելի է թողնել պանկրեատիկ հյուսվածքի ոչ մեծ մասիժեռ: Սովորաբար թողնվում է այնքան պանկրետաիկ հյուսվածք, ինչքան անհրաժեշտ է խիստ կարևոր ենթաստամոքս-տասներկումատնյա ապեղի պաշտպանման համար, որը ապահովում է տասներկումատնյա աղու միջին հատվածի կենսունակությունը:



Փուլ 9 Վերակառուցում բարակ աղու՝ ըստՌու-ի Y-աձև գալարով, ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի դրենավորում պանկրետաիկոյեյունոբերանակցում միջոցով, բերանակցման արտաքին շարքը

Ռու-ի գալարը անցկացվում է միջաձիգ հաստ աղու միջնդերքով և տեղադրվում ամբողջ ենթաստամոքսային գեղձի երկյանքով: Իրականացվում է երկշարք պանկրեատիկո-յեյունոբերանակցում արտաքին 3-0 մետաքսաթելի հանգուցակարերով ըստ Լամբերտի, համադրող բարակաղու սերոզ թաղանթը ենթաստամոքսային գեղձի պատյանի հետ, կարող է ներառել նաև 12-մատնյա աղու պատը: Բորբոքումն ու այտուցը կարող են դժվարացնել տասներկումատնյա աղու ու ենթաստամոքսային գեղձի միջև սահմանի որոշումը:



Փուլ 10 Պանկրեատիկոյեյունոբերանակցում ու բերանակցման ներքին շարքը

Անընդհատ ներծծվող կարով աղիքի պատը /վերցրած ամբողջ հաստությամբ/, կտրվում է պատյանի երկանքով ենթաստամոքսային գեղձ և շարունակվում մասնահատված ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի եզրի երկայնքով, ֆորմալ բերանակցում պանկրետատիկ ծորանի և բերանակցու միջև չի պահանջվում:

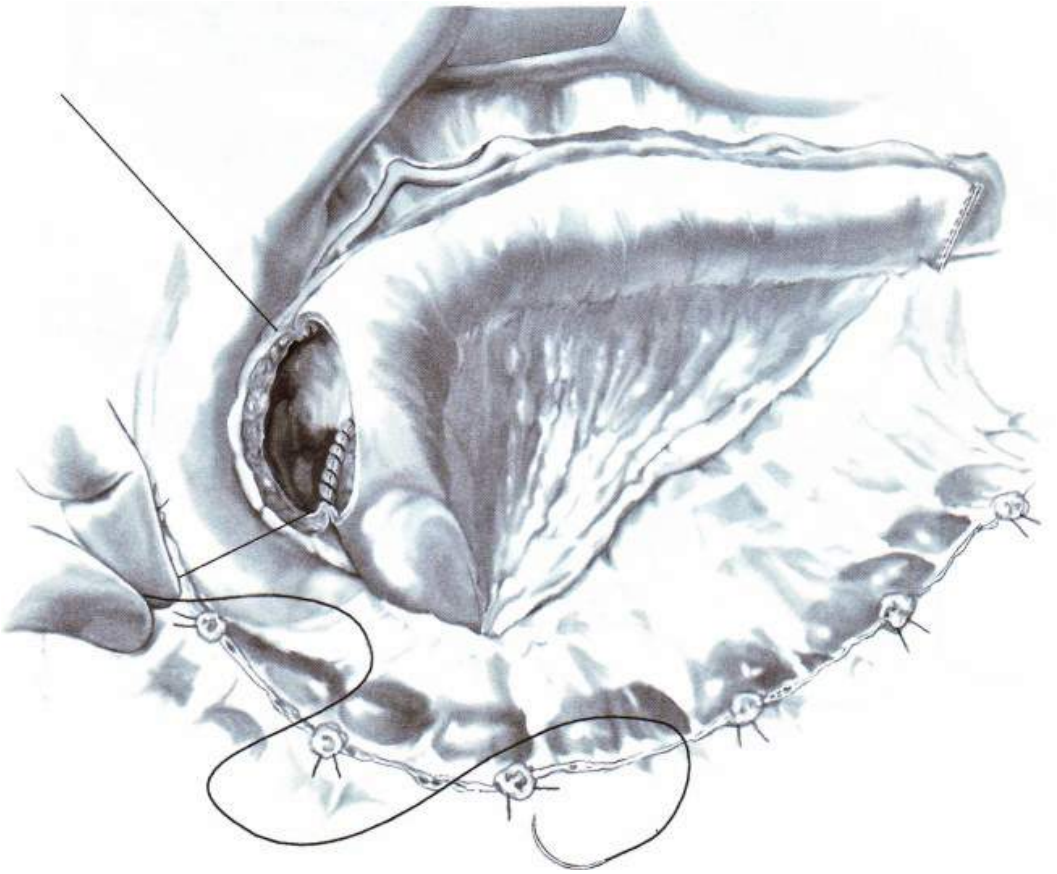
Բերանակցու կարումը ենթաստամոքսային գեղձին, այլ ոչ թե պանկրեատիկ ծորանին թույլ է տալիս իրականացնել 2-3մմ տրամագծով ծորանների դեկոմպրեսիա /գեղձի պարենխիմայում ճնշման թուլացում/:

Եթե պաթոլոգիական փոփոխությունները գտնվում են միայն ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկում, կամ եթե հիվանդը արդեն տարել է գեղձի դիստալ մասնահատում, ապա պահանջվում է գլխիկի միայն մասնակի հատում և նրա դրենավորում ըստ Ռու-ի տեղայնացված աղեգալարով:

Բերանակաղիքային գալարը ըստ Ռու-ի ֆիքսվում է միջառձիգ հաստ աղու միջընդերքին, որպեսզի բացառվի ներքին ճողվածքի առաջացումը:

Ստամոքս-աղիքային տրակտի անընդհատությունը վերականգնվում է “ծայրը-ծայրին” յեյունոյեյունոբերանակցումով, պանկրեատիկոյեյունոբերանակցումից 60-70 սմ դիստալ:

Միջընդերքի բոլոր դեֆեկտները փակվում են, դրենաժի կարիք չկա, բացի այն դեպքերից, երբ իրականացվել է խոլեդոխոտոմիա:



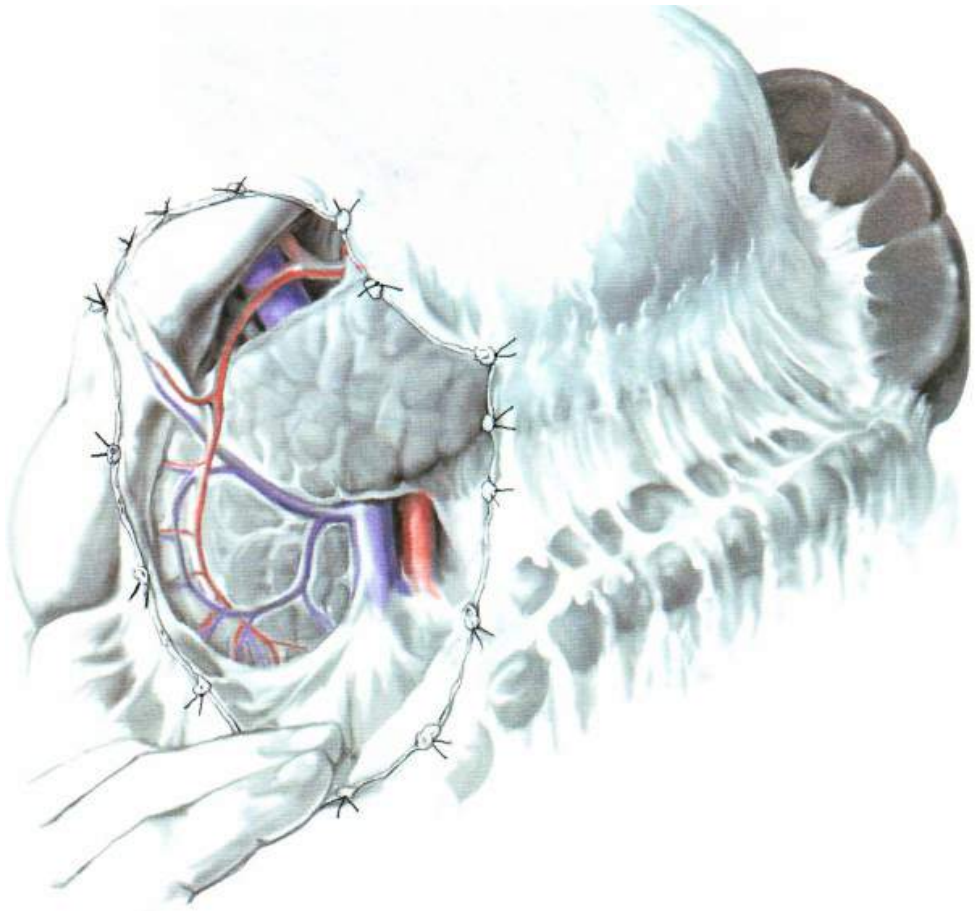
Ենթաստամոքսային գեղձի ոչ անատոմիական մասնահատում 12-մատնյա աղու պահպանմամբ /Բեգերի վիրահատություն/

Ենթաստամոքսային գեղձի մասնահատում 12-մատնյա աղու պահպանմամբ առաջին անգամ նկարագրվել է Beger-ի կողմից, 1979թ: Վիրահատության նպատակը ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի սուբտոտալ մասնահատումն է, բորբոքային զանգվածների հեռացումով և տասներկումատնյա աղու, ընդհանուր լեղածորանի արտալյարդային սեգմենտի, լեղապարկի, ստամոքսի, ինչպես նաև ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի պարենխիմայի մի հատվածի պահպանությամբ:

Վիրահատություն

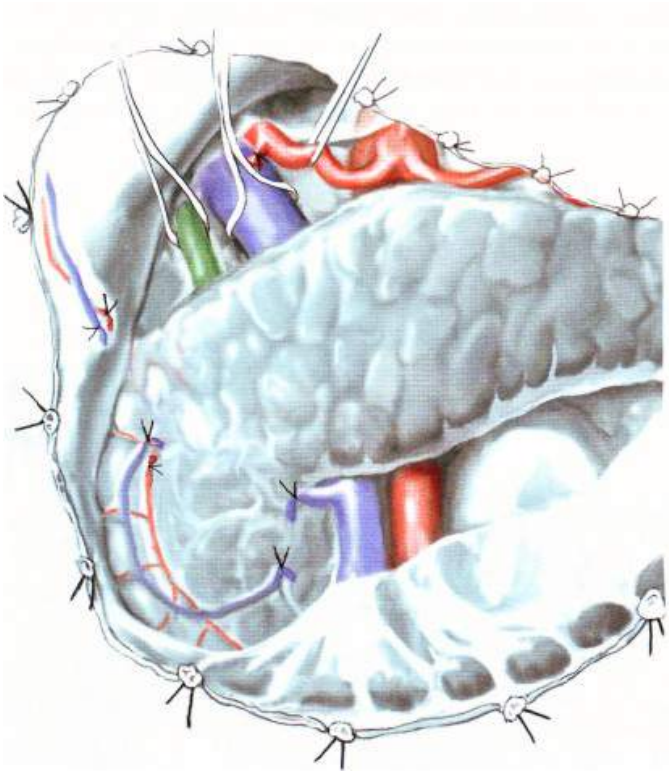
Փուլ 1

Ստամոքս-ճարպոնային կապանի հատմամբ մերկացվում է ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկը, առանց վնասելու ստամոքս-ճարպոնային անոթները: Հատվում է տասներկումատնյա-խթաղիքային կապանն ամիջապես հաստ աղին զգուշությամբ իջեցվում, որպեսզի իրականացվի Կոխերի գործողությունը: Սրան հետևում է գեղձի ստորին եզրի մոտ դուոդենալի ու վերին միջընդերային երակի մերկացումը:



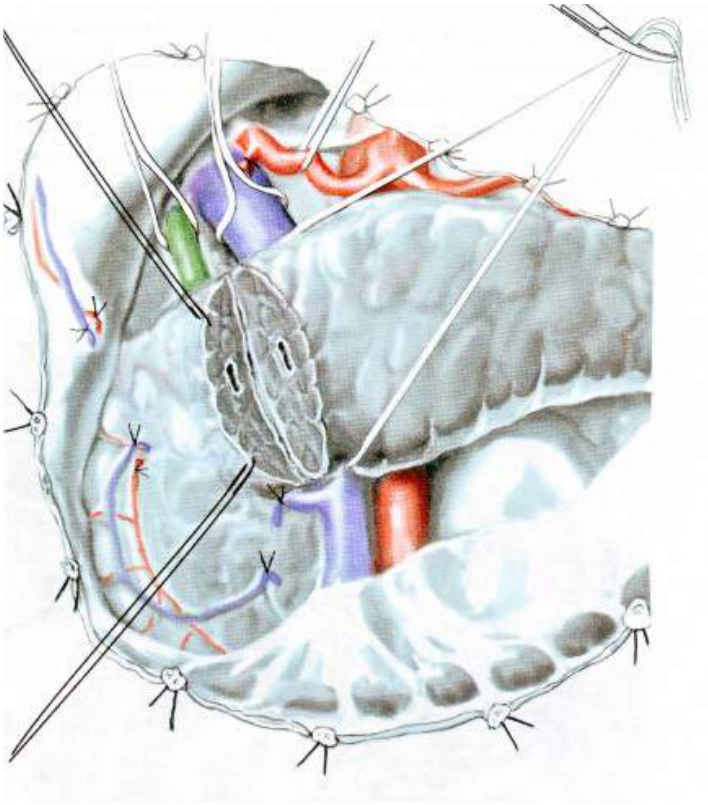
Փուլ 2. *Սնող անոթների կապում*

Ստամոքս-տասներկումատնյա զարկերակը կապվում է ենթաստամոքսային գեղձի մարմնի վերին եզրի մոտ: Առանձնացվում է ընդհանուր լյարդային զարկերակն ու վերցվում անոթային օղի վրա: Ընդհանուր լեղածորանը իր ամբողջ տրամագծով առանձնացվում է լյարդ-տասներկումատնյա կապանում՝ ենթաստամոքսային գեղձի վերին եզրով: Դիսսեկցիան շարունակվում դուոդենալի առաջային ու ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի հետին մակերեսների միջև՝ կամ գեղձի վզիկի վերևից, դուոդենալի կողմից, կամ ավելի հաճախ, վզիկի ներքևից՝ վերին միջընդերային երակի կողմից: Այս գործողությունը հատկապես բարդէգլխիկի բորբոքային փոփոխությունների ունեցող հյուսվածքների այտուցի պայմաններում:



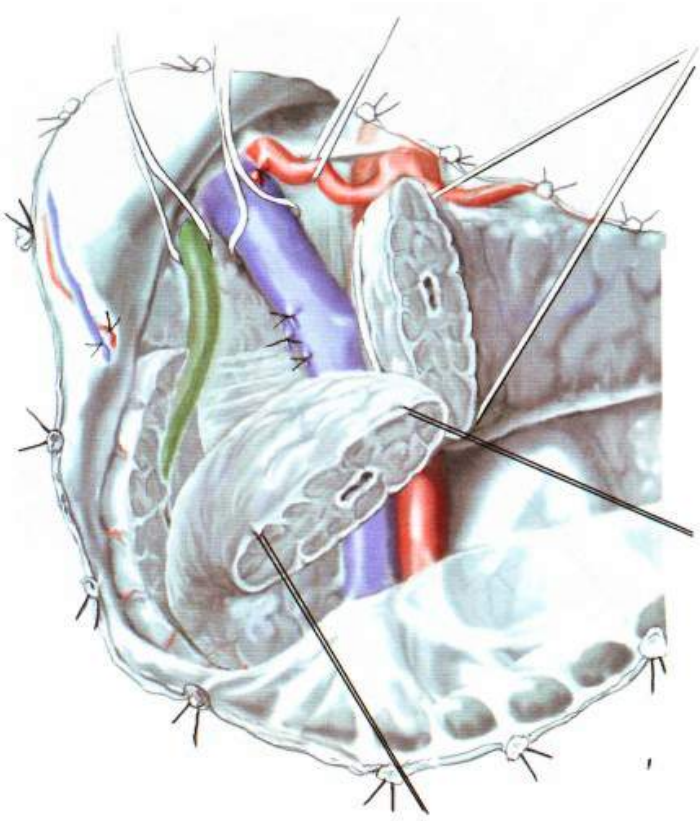
Փուլ 3. *Ենթաստամոքսային գեղձի վզիկի հատումը*

Ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի սուբտոտալ մասնահատումը սկսվում է դռներակի դուոդենալ եզրի մակարդակով նրա վզիկի հատումից: Գեղձի ձախ հատվածի մակերեսին, 5-0 կամ 6-0 չներծծվող մոնոֆիլամենտ թելերով, իրականացվում է մանրակրկիտ հեմոստազ:



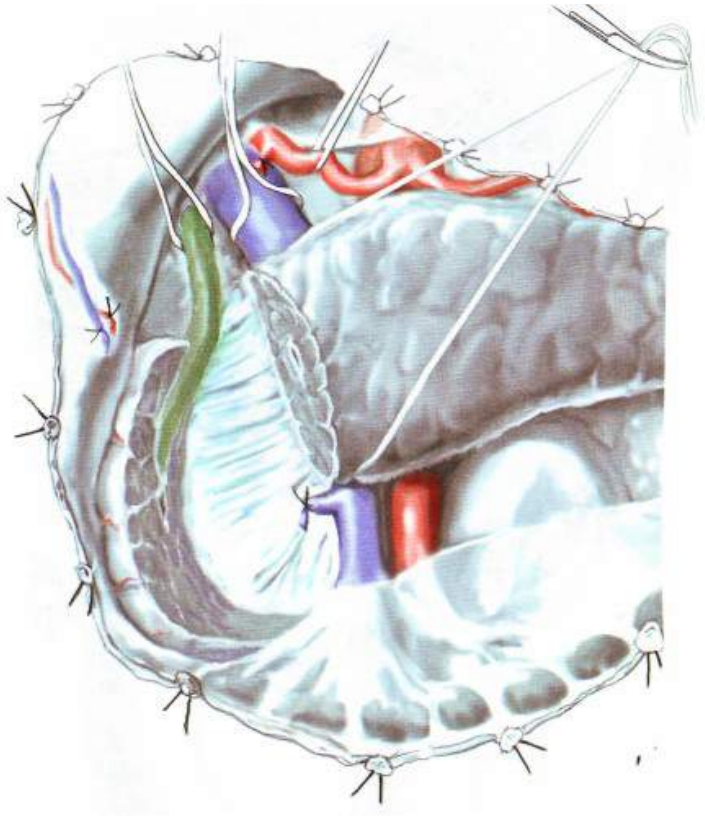
Փուլ 4. *Գեղձի գլխիկի սուբտոտալ մասնահատում*

Ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկը, դուոդենումից նրա բութ անջատման միջոցով, թեքվում է վենտրալ ու ներքև: Անմիջապես դռներակ թափվող մեզենտերիալ ճյուղերը կապվում են ու հատվում: Ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկը հետորովայնամզային հյուսվածքների կպումներից ազատվում է որոշ տեխնիկական դժվարություններով, քանի որ դռներակ բազմաթիվ անոթների ինդիվիդուալ առանձնացումը պահանջում է մանրակրկիտ աշխատանք: Ենթաստամոքսային գեղձի պարենխիման հատվում է ընդհանուր լեղածորանի ներգեղձային հատվածի ձախ պատի երկայնքով՝ մեծ դուոդենալ պտկիկից մոտ 1 սմ:



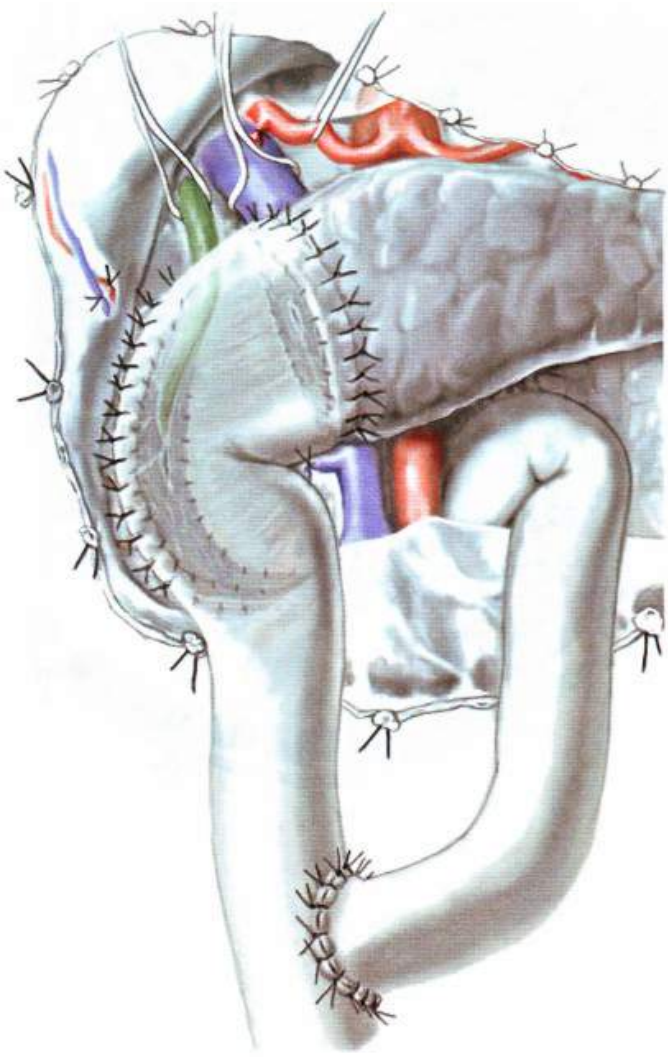
Փուլ 5

Ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի սուբտոտալ մասնահատումը ավարտվում է կեռիկանման ելունի հատումով: Տասներկումատնյա աղու արյան հոսքը մատակարարումը չի ենթարկում ստամոքս տասներկումատնյա զարկերակի պահպանում, քանի որ վերին միջընդերային զարկերակից սկիզբ առնող սուպրադուոդենալ անոթները, ապահովում են օրգանի բավարար պերֆուզիան: Հիվանդների մեծ մասի մոտ ենթաստամոքսային գեղձի դիսսկեցիան ընդհանուր լեղածորանի ներգեղձային հատվածի երկայնքով և, ավելի ցած, կեռիկանման ելունի ներառումով, դժվարություն չի ներկայացնում: Ընդհանուր լեղածորանի ընթացքով ֆիբրոզ հյուսվածքների հեռացումը առավելահեռախ բերում է նրա դեկոմպրեսիայի: Ընդհանուր լեղածորանի պատի բորբոքումով հիվանդների մոտ, լիարժեք ներքին լեղային դրենավորման համար կողմնային պատը կտրվածքով բացվում է:



Փուլ 6. Պանկրեատիկոյեյունոբերանակցում

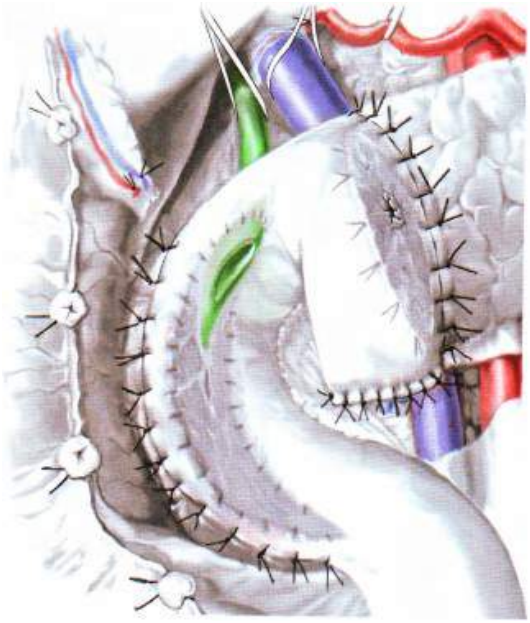
Վերակառուցումը սկսվում է, Տրեյցի կապանից 40սմ ավելի դիստալ, բարակ աղու վերին հատվածի հատումով: Ըստ Ռու-ի՝ Y-աձև բարակ աղեգալարը բարձրացվում է հետհաստաղիքային ուղիով: Ենթաստամոքսային գեղձի ձախ հատվածի ուբարակաղու միջև իրականացվում է “ծայրը-կողքին” բերանակցում /Warren-Cattell-ի վիրահատություն/: Սկզբից բերանակցվումեն պանկրեատիկ ծորանն ու բարակաղու լորձաթաղանթը: Բերանակցումն ավարտվում է բարակաղուշճա-մկանային և ենթաստամոքսային գեղձի ձախ հատվածի պատյանի միջև դրված միաշարք կարով: Բարակաղեգալարի և ենթաստամոքսային գեղձի ծայրատի միջև, 5-8սմ երկարության վրա, ձևավորվում է “կողքը-կողքին” բերանակցում: Բերանակցման համար հատված բարակաղու մասը համապատասխանում է 4-8սմ-ի: Բերանակցման ներքին շարքը հանգուցակարեր են դրված բարակաղուու ենթաստամոքսային գեղձի կտրվածքի գծի երկայնքով: Արտաքին շարքը միացնում է գեղձի պատյանը աղու շճա-մկանային շերտին: Աղիքի անընդհատության վերականգնման համար, ենթաստամոքսային բերանակցումից 40սմ ավելի դիստալ, ձևավորվում է էնտերո-էնտերոբերանակցում:



Փուլ 7. Խոլեդոխոյեյունոբերանակցում

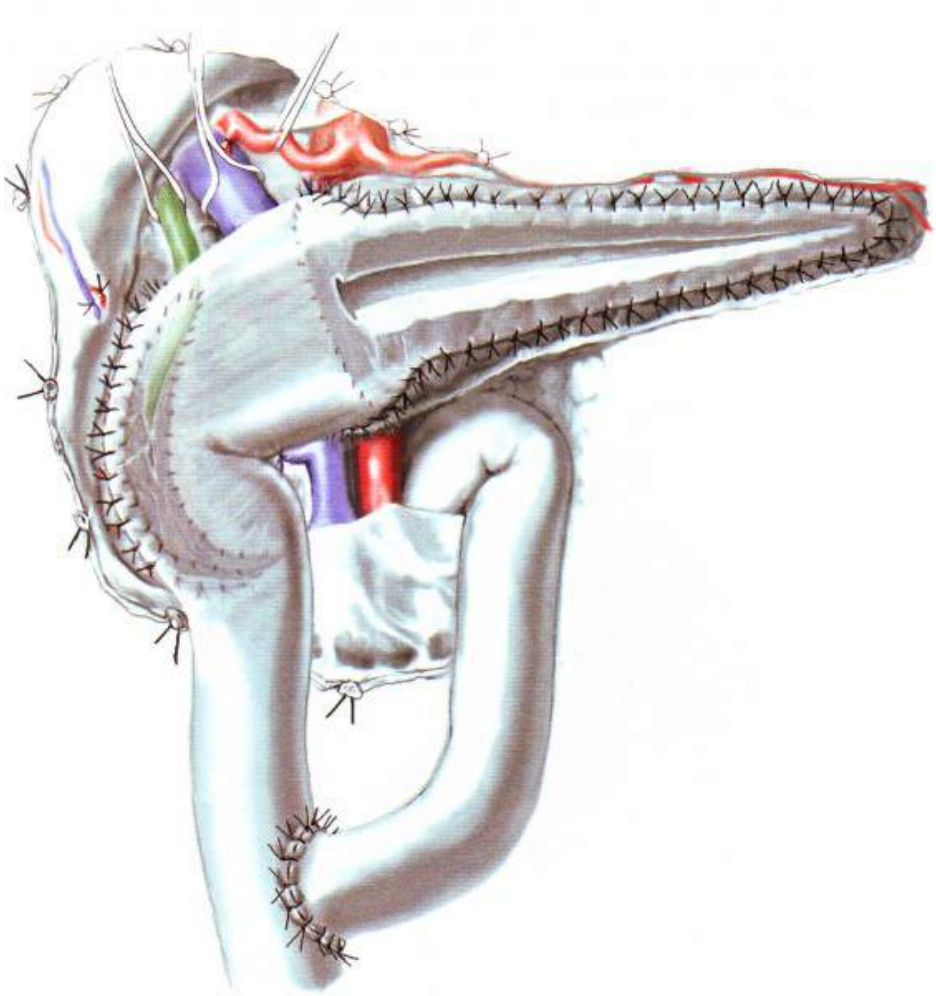
Ենթաստամոքսային գեղձի մարմնի ու պոչի լայն մնացորդի դեպքում լավագույն լուծում է “ծայրը-կողքին” պանկրեատիկոյեյունո բերանակցումը: Պրոքսիմալ “կողքը-կողքին” պանկրեատիկոյեյունոստոմայի մեջ կարող է ներառվել գեղձի գլխիկի պրոքսիմալ հատվածում բացված ընդհանուր լեղածորանը:

Եթե ենթաստամոքսային գեղձի սուբտոտալ մասնահատումը չի բերել ընդհանուր լեղածորանի ներգեղձային հատվածի լրիվ դեկոմպրեսիայի և ներվիրահատական ուսումնասիրությունը հայտնաբերում է նրա ներառումը կպումային գործընթացի մեջ, պապիլլայից վեր՝ կարող է ձևավորվել հավելյալ բերանակցում ընդհանուր լեղածորանի սուպրաստենոտիկ հատվածի միջև: “Կողքը-կողքին” բերանակցումը ձևավորվում է միաշարք կարով: Նմանդեպքերումնպաստավորհամարվումէկատարել խոլեկցիստէկտոմիա:



Փուլ 8. Պանկրեատիկոյեյունոբերանակցման մոդիֆիկացիա

Լայնացած պանկրեատիկ ծորանով կամ նրա ստենոզով հիվանդների մոտ գլխավոր պանկրեատիկ ծորանը, իր առաջային մակերեսով, հատվում է երկայնակիորեն մինչև պոչ: Այստեղ կատարվում է “կողք կողքի” բերանակցում բազմակողեզալային և երկայնակի հատված ենթաստամոքսային գեղձի միջև՝ինչպես Պարտինգտոն-Ռոշալի /Partington-Rochelle/ վիրահատության ժամանակով:



Հետվիրահատական շրջան

- ✓ հետվիրահատական դիտարկում ինտեսիվ թերապիայի բաժանմունքում պահանջվում է հազվադեպ, կախված է արտապանկրեատիկ ուղեկցող հիվանդություններից;
- ✓ կյանքի համար կարևոր ֆունկցիաների, ջրա-աղային բալանսի և շիճուկային գլյուկոզայի մակարդակի մանրակրկիտ մոնիթորինգ;
- ✓ ժամանակավոր քիթ-ստամոքսային դեկոմպրեսիա;
- ✓ խորհուրդ չի տրվում կիրառել սոմատոստատինի նմանակներ:

Տեղային հետվիրահատական բարդություններ

Մոտակա

- ➢ պանկրեատիկ հյութի արտահոսք, ասցիտ, խուղակ, տեղային կուտակում,
- ➢ լեղու արտահոսք /ոչ հաճախ/,
- ➢ մեխանիկական դեղնուկ /օրինակ ընդհանուր լեղածորանի վիրաբուժական վնասումից կամ հետվիրահատական բորբոքումից ու այտուցից/,

- բարակ աղիքային բերանակցման անբավարարություն,
- ներորովայնային արյունահոսություն

Պանկրեատիկ հյութի արտահոսքի ժամանակ՝

- լրիվ պարենտերալ սնուցում և աղու հանգիստ, առավելահաճախ արտահոսքը, ինքնուրույն դադարում է,
- ՀՇ հսկողության տակ, մաշկի միջով հեղուկի կուտակումների դերնավորում,
- սեպսիսի պարագայում կրկնակի վիրահատություն

Հեռավոր՝

- պսևդոկիստա,
- լեղային ստրիկտուրա,
- ցավի ռեցիդիվ,
- գեղձի էկզոկրին և/կամ էնդոկրին գործունեության անբավարարություն:

Փորձառու վիրաբույժի խորհուրդներ.

Ֆրեյի վիրահատություն

⇒ Մի «ուղղորդեք» հիվանդին վիրահատության՝

- Մանկրակրկիտ բացատրեք վիրահատության ծավալը և բոլոր մոտակա և հեռավոր բարդությունները, ներառելով ցավի հնարավոր շարունակությունը:
- Բացատրեք քրոնիկ պանկրեատիտի ընթացքը, ներառելով ապագայում հնարավոր էկզոկրկին ու էնդոկրին անբավարարության զարգացման հնարավորությունը:

⇒ Տեխնիկական

- Վիրսունգյան ծորանը ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկում պետք է բացվի մինչև ամպուլա, ստանալու համար ծորանի “քարտեզը” մինչ պարենխիմայի մասնահատում: Եթե ծորանը լցված է քարերով, նրանք կարող են հեռացվել փոքր ոսկրային կյուրետի օգնությամբ, ուղիղ անկյան տակ թեքված բրանշներով սեղմիչով կամ քարերի համար աքցանով:
- Ընդհանուր լեղածորանի խցանումով հիվանդների մոտ ծորանը պետք է լրիվ առանձնացվի: Ընդհանուր լեղածորանի վնասումից խուսափելու համար, պարկային ծորանից կամ խոլեդոխոտոմիկ անցքից նրա մեջ մտցվում է Bakes-ի լայնիչը, որը ծորանի ազատման ընթացքում մեծ մատի ու ցուցամատի միջև անընդհատպահվում շոշափվի լուսանցքում:
- Որոշ դեպքերում, ըստ Ռու-ի՝ Y-ա ձև բարակ աղեգալարը մասնահատված ենթաստամոքսային գեղձի հետ բերանակցման ժամանակ, անհնար է հստակ որոշել

տասներկումատնյա աղու պատի և ենթաստամոքսային գեղձի միջև սահմանը: Նման դեպքերում տասներկումատնյա աղու պատի հատվածի ներառումը կարի մեջ պատճառ չի դառնում բարդությունների զարգացման:

- Հետվիրահատական դիտարկում վիրահատությունից հետո շարունակեք ինքներդ, հիվանդները ունեն հատկապես ձեր հոգեբանական և էմոցիոնալ օգնության կարիքն:

Բեգերի վիրահատություն

- Դռներակի ակոսի երկայնքով ենթաստամոքսային գեղձի թունելավորումը սկսվում է գեղձի վզիկի ոտնամասային եզրից՝ վերին միջընդերային երակի անջատումով: Բութ դիսսեկցիան տարվում է դռներակի միջընդերային պատի երկայնքով դեպի վզիկի գլխամասային եզր: Որպեսզի հեշտացվի այս փուլը, գեղձի ստորին եզրը կարով վերցվում է բռնիչի վրա, թույլ տալով բարձրացնել վզիկը դեպի առաջ: Ջանգվածային արյունահոսության ժամանակ ենթաստամոքսային գեղձի սեղմումը ողնաշարին բացառում է արյան ներհոսքը փայծաղի երակից, խսկգլխիկի հատումը՝ դռներակի առաջային մակերեսով մերկացնում է անոթի պատը, դեֆեկտը կարելու համար:
- Ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի սուբտոտալ մասնահատման ժամանակ գլխիկի հետևում դրված ձեռքի դաստակը օգնում է նվազագույնի հասցնել արյան կորուստը:
- Եթե ընդհանուր լեղածորանի ներպանկրեատիկ սեգմենտը տեսանելի չէ ու չի շոշափվում ապա խոլեդոխոտոմիկ անցքով կամ /ավելի ցանկալի է/ պարկային ծորանով մտցվում է Կերի կատետր կամ Ֆոգարտի լեղային կատետեր, օգնելով շոշափել ընդհանուր լեղածորանի դիստալ սեգմենտը:
- Ենթաստամոքսային գեղձի հեռացված հյուսվածքները ընդհանրական շտապ հյուսվածքաբանական հետազոտություն, քանի որ 5% դեպքերում բորբոքային ինֆիլտրատում հայտնաբերվում է քաղցկեղ:
- Ընդհանուր լեղածորանի ներպանկրեատիկ սեգմենտի պատի հանկարծակի վնասումը պահանջում է անհապաղ կարում, այս սեգմենտը կարող է ներառվել գեղձի գլխիկի մնացորդի ռեզեկցիագալարի բերանակցման մեջ /"կողք կողքի"/:
- Ընդհանուր լեղածորանի ներպանկրեատիկ սեգմենտի զգալի ստենոզի ժամանակ, անհրաժեշտ է հավելյալ լեղային բերանակցում: Միաշարք բերանակցումը ռեզեկցիագալարի ու ընդհանուր լեղածորանի միջև, դրված ներծծվող կարերով, կարող է լինել բավարար:

«Գաստինոմայի եռանկյան» ստուգում

Գաստրին արտազատող ուռուցքների առաջին անգամ նկարագրվել են Zollonger և Ellison-ի կողմից 1955թ: Այս ոչ սովորական ուռուցքները կարող են լինել և բարորակ, և չարորակ: Հիվանդների մոտ Զոլինգեր-էլիսոնի համաախտանիշը հաստատվում է սոված ժամանակ պլազմայում գաստրինի />100 պկգ/մլ/ ու թթվի բազալ սեկրեցիայի/>10 մէկվ/լ/ կոնցենտրացիայի բարձրացման, ինչպես նաև սեկրետինի տեստի արդյունքների /շիճուկային գաստրինի կոնցենտրացիայի բարձրացում >200ոկգ/մլ, սեկրետինի 2 Մ/կգ չափաբաժնի ներարկումից հետո/ հիման վրա: Չնայած գաստրինոմաները սկզբում համարվում էին ենթաստամոքսային գեղձի առաջնային ուռուցքներ, սակայն հիմա հայտնի է, որ “բուժվող” գաստրինոմաները առաջանում են տասներկումատնյա աղու պրոքսիմալ հատվածի պատից: Նրանք կարող են լինել եզակի ուռուցքի կամ բազմակի էնդոկրին նորագոյացությունների համաախտանիշի /ԲԷՆ-1/ արտահայտություններից մեկը, վեջինս ներառում է հիպոֆիզի, հարվահանաձև գեղձի, տասներկումատնյա աղու ու ենթաստամոքսային գեղձի նեյրոէնդոկրին ուռուցքների, ինչպես նաև առաջային ու միջին աղիքի կարցինոիդ ուռուցքները:

Ցուցումներ և հակացուցումներ

Ցուցումներ՝

- Զոլինգեր-էլիսոնի համաախտանիշ, առանց անմասնահատելի մետաստազների նշանների:

Հակացուցումներ՝

- շիճուկային գաստրինի «կեղծ» բարձրացում՝ պայմանավորված պերնիցիոզ սակավարյունությամբ;
- թթվի արտադրությունը ճնշող դեղամիջոցների ընդունում, օրինակ H2 ռեցեպտորների անտագոնիստներ, պրոտոնային մղիչի բլոկատորներ;
- G-բջիջների հիպերպլազիա:

Նախավիրահատական հետազոտություններ և ն պատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ անամնեզում կարևորվում են պեպտիկ խոցը, ջրանման կղանքը, գաստրոէզոֆագեալ ռեֆլյուքսային հիվանդությունը, հնարավոր է էնդոկրինոպաթիայի ընտանեկան հիվանդություն, առաջնային հիպերպարաթիրեոիդիզմը, պրոլակտինոման, Քուշինգի համաախտանիշը, կարցինոիդ ուռուցքներն ու կարցինոիդ համաախտանիշը:
- ✓ կլինիկայում կիրառվում են՝ ստամոքս-աղիքային տրակտի վերին հատվածքների ԷԳԴՍ, ԷԳՋՀ-ի հետ կամ առանց նրա:

- ✓ լաբորատոր հետազոտություններից՝ գաստրինի շիճուկային մակարդակի որոշումը սոված ժամանակ, սեկրետինային տեստը, ստամոքսի բազալ սեկրեցիան թթվի սկերցիայի ինհիբիտորների ընդունման դադարեցումից հետո ոչ պակաս, քան 3-7 օրերի ընթացքում: Ըստ ցուցումների՝ չփոփոխված պարաթիրեոիդ հորմոնի կոնցենտրացիան շիճուկում, ընդհանուր կամ իոնիզացված կալցիումը, պրոլակտինը կամ գլյուկոզան սոված ժամանակ, պանկրեատիկ պոլիպեպտիդը, քրոմոգրանին A-ևև սերոտոնինը, ազատ կորտիզոլի 24 ժամյա սեկրեցիան մեզով և, եթե ցուցված է, 5-հիդրոքսիինդոլ քացախաթթուն:
- ✓ ճառագայթային ախտորոշում՝ ՀՇ կամ ենթաստամոքսային գեղձի ՄՌՇ, տասներկումատնյա աղիքի և լյարդի վիզուալիզացիայի, ինչպես նաև լյարդում մետաստազների բացառման համար: Սոմատոստատինի հանդեպ ռեցեպտորների սցինտիոգրաֆիան /Octreo-Scan-ը/ հանդիսանում է վիզուալիզացիայի լավագույն միջոց, թույլ տալով հայտնաբերվել գաստրինոմաների 90%-ը և չնայած այս եղանակը հնարավորություն ունի հայտնաբերելու հեռակա մետաստազները ևս, այն հաճախ "բաց" է թողնում տասներկումատնյա աղու ոչ մեծ գաստրինոմաները:

Հիվանդի պատրաստումը՝ թթվի հիպերսկրեցիայի արգելակման, խոցային և ռեֆլյուքս հիվանդությունների դիարեայի բուժման համար համապատասխան պրոտոնային մղիչների արգելակիչների բարձր դեղաչափերի կիրառում: Հաճախ պահանջվում է օրը երկու - երեք անգամ օգտագործել մինչև 80-120մգ պանտոպրազոլ կամ 20-40մգ օմեպրազոլ: Պանտոպրազոլը նույն դեղաչափով կարելի է նշանակել կամ ներերակային կամ բերանով հետվիրահատական շրջանում ընդունմանհամար: Քիթ-ստամոքսային զոնդի տեղադրում, միզապարկի կատետեր:

"Գաստրինոմաների եռանկյան" ստուգում

Վիրահատություն

Փուլ 1. Ենթաստամոքսային գեղձի մերկացումը

"Գաստրինոմաների եռանկյունին" ներառում է ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկնուտասներկումատնյա աղիքը, որտեղ առաջանում են գաստրինոմաների 85%: Նրանց մեծ մասը, հատկապես միայնակ ուռուցքները, առաջանում են տասներկումատնյա աղու պրոքսիմալ հատվածում, սակայն կարող են առաջանալ նաև ենթաստամքսային գեղձի գլխիկից, առավել հաճախ՝ բազմակի էնդոկրին նորագոյացությունների /ԲԷՆ/ համաախտանիշի ժամանակ:

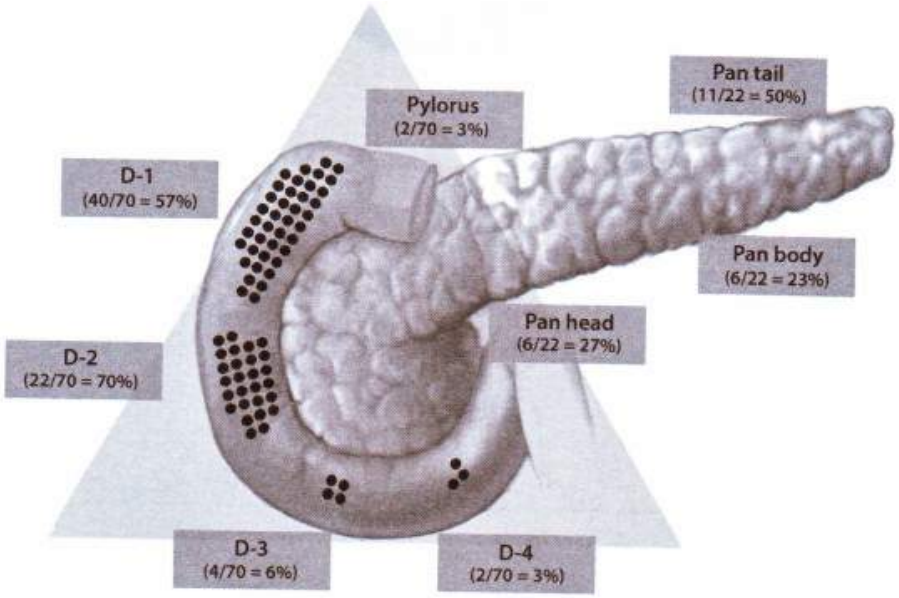
Հայտնվել են տեղեկություններ մի քանի "առաջնային" գաստրինոմաների առաջացման վերաբերյալ "գաստրինոմաների եռանկյան" շրջանի ավշային հանգույցներում, և բոլոր

դեպքերում երկարատև դիտարկման արդյունքներով գրանցվել է լիակատար ապաքինում, միայն ավշահատման կիրառումից հետո:

Սպորադիկ գաստրինոմաները սովորաբար լինում են եզակի ու հաճախ /50% դեպքերում/ մետաստազներ են տալիս ավշային գեղձեր:

Ընտանեկան ԲԷՆ-1-ի պարագայում, գաստրինոմաները սովորաբար բազմակի են, տեղակայվում են տասներկումատնյա աղում ու ենթաստամոքսային գեղձում և այդ իսկ պատճառով միայն լուսանցքի բացումն ու տրանսմուրալ շոշափումն են հնարավորություն տալիս ախտորոշել նրանց:

Մուտքը առավել ճիշտ է իրականացնել երկկողմանի ենթակողային կտրվածքով, մանգաղաձև կապանի հատումով ու մեխանիկական լայնիչի տեղադրումով: Որից հետո վիրաբույժը լայնորեն բացում է ճարպոնածոցը ստամոքս-աղիքային կապանը հատելով լյարդային անկյունից մինչև փայծաղային, մերկացնելով գեղձի վզիկը, մարմինն ու պոչը: Հյուսվածքների հատումը ենթաստամոքսային գեղձի ստորին եզրով թույլ է տալիս ներպանկրեատիկ ուռուցքները շոշափել մեծ մատի և ցուցամատի միջև:

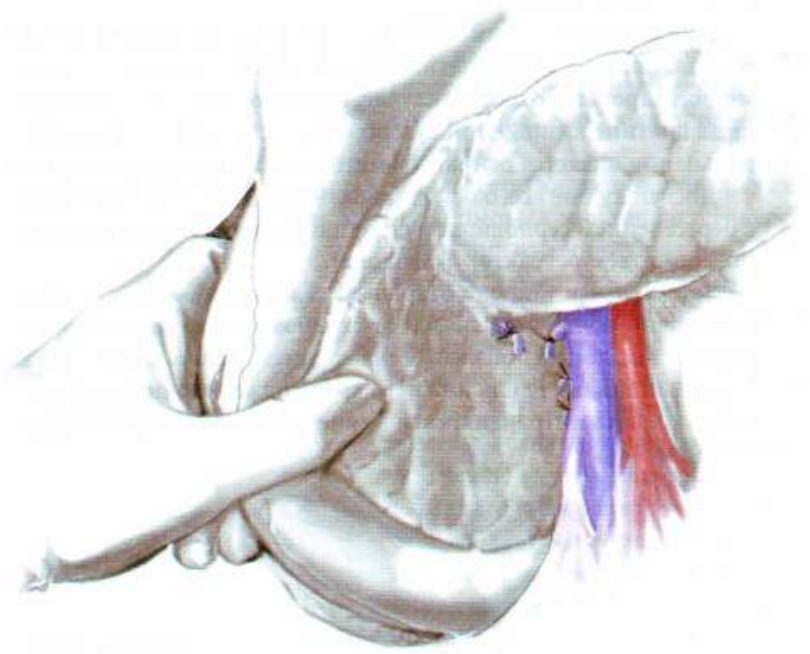


Փուլ 2. *Կոխերի ընդլայնված գործողություն*

Մյուս փուլը ներառում է Կոխերի ընդլայնված գործողությունը, հաստ աղու ամբողջ աջ կեսի, տասներկումատնյա աղու պրոքսիմալ ու դիստալ հատվածների տեղայնացմամբ, այն թույլ է տալիս շոշափել ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկը և, նույն չափ կարևոր, տասներկումատնյա աղու պատը:

Սիստեմատիկ կատարվում է ներվիրահատական գերձայնային սոնոգրաֆիա, բարձր զգայնության ցուցիչով: Ենթաստամոքսային գեղձի ոչ մեծ ուռուցքները դիտվում են որպես հիպոէխոգեն գոյացություններ՝ ենթաստամոքսային գեղձի համեմատաբար ավելի հիպերէխոգեն հյուսվածքում: Տասներկումատնյա աղու ներվիրահատական ԳՋՀ-ի ժամանակ գաստրինոմաները հաճախ չեն հայտնաբերվում, եթե չափերով մեծ չեն,:

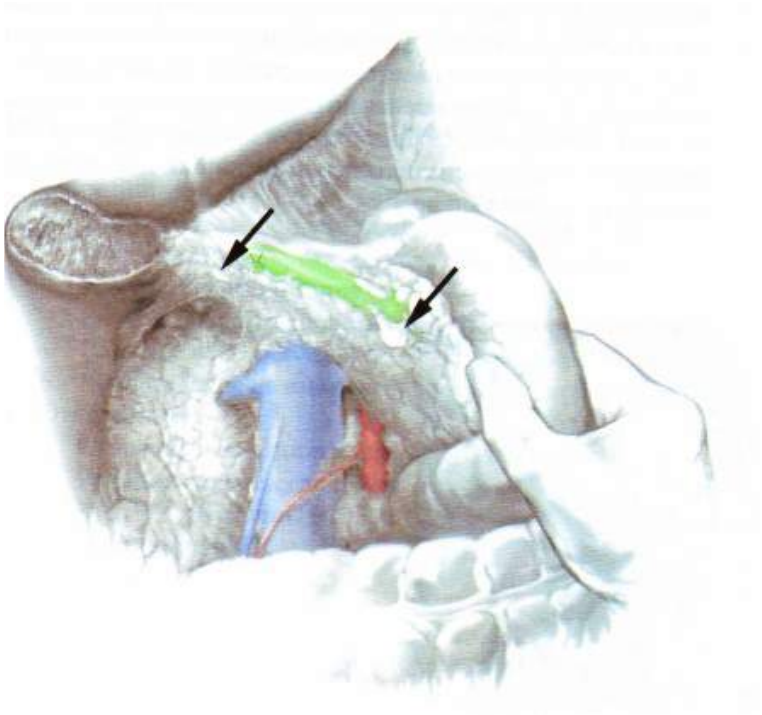
Վերջապես մետաստատիկ ախտահարման բացառման համար հետազոտվում է լյարդը:



Փուլ 3. “Գաստրինոմաների եռանկյան” շրաջանի ավշահատում

Այս շրջանի բոլոր ավշագեղձերը, հյուսվածաբանական հետազոտության համար, հետևողականորեն հատվում են, սկսած լյարդ-տասներկումատնյա աղու կապանի հանգույցներից ավշահատումից: Ավշային գեղձերը սկսած լյարդի դրունքից մինչև տասներկումատնյա աղիք հատվում են, նշագրվում են և ուղարկվում հյուսվածքաբանական հետազոտության, ինչպես նաև ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի վերին ու ստորին եզրերին տեղակայված հանգույցները:

Ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկում հայտնաբերված ֆեյրոէնդոկրին ուռուցքները ենթարկվում են էնուկլեացիայի՝ շոշափման կամ ԳՋՀ-ի հասկողության տակ: Եթե ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկից հեռացվում է ուռուցք ապա էնուկլեացիայի տեղը լցվում է 5մմ ֆիբրինային սոսինձ և կողքը տեղադրվում ակտիվ դրենաժ:

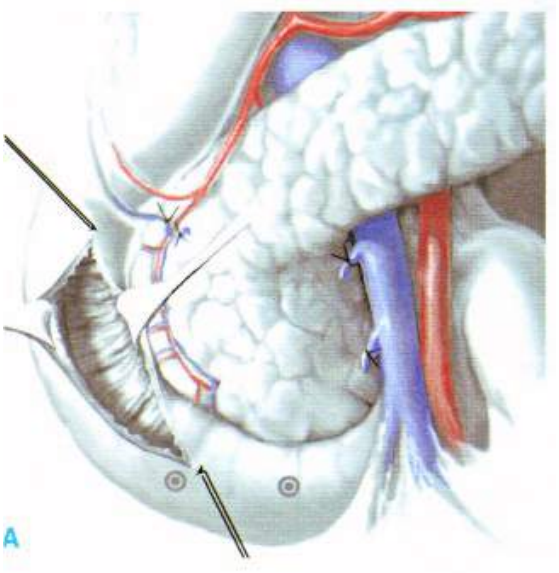


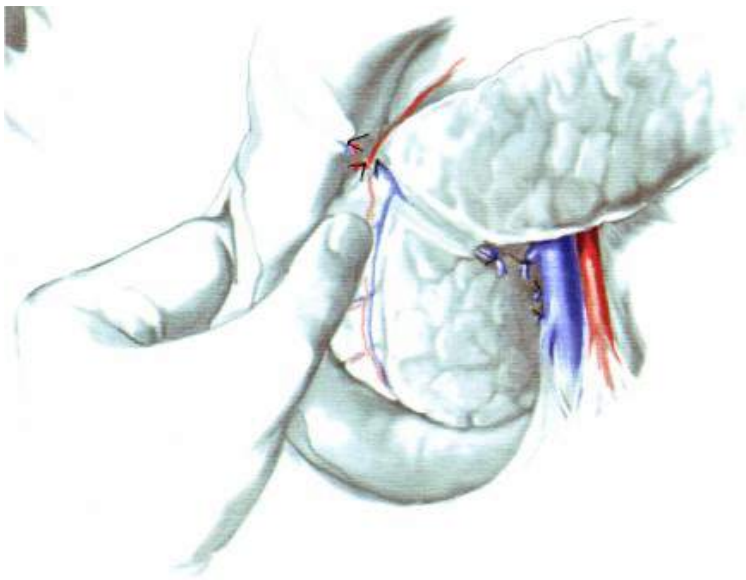
Փուլ 4. Տասներկումատնյա աղու բացումը, աղիքի գաստրինոմաների հայտնաբերման ու հեռացման համար

Եթե ուռուցքի տեղակայումը անհայտ է, անհրաժեշտ է իրականացնել դուոդենոտոմիա, քանի որ տասներկումատնյա աղու գաստրինոմաները հաճախ հայտնաբերվում են միայն նման ձևով: Վիրաբույժը կարող է աղիքի պատի մեջ տեղակայված ուռուցքը շոշափել ցուցամատով՝ լուսանցքի կողմից և մեծ մատով՝ դրսից:

Եթե հայտնաբերվում է տասերկումատնյա աղու ուռուցք, ապա նրա պատի կտրվածքը թույլ է տալիս հեռացնել ուռուցքը և ուսումնասիրել օրգանի մյուս հատվածները:

Քանի որ ուռուցքը առաջանում է ենթալորձային շերտից և կարող է ներաճել լորձային շերտ, գաստրինոման անհրաժեշտ է հատել շերտ առ շերտ, ուռուցքի շուրջը միշտ ունենալով տասներկումատնյա աղու նորմալ պատի հյուսվածքների շրջանակ: ԲԷՆ 1-ով հիվանդների մոտ կարող են լինել տասներկումատնյա աղու բազմաթիվ ուռուցքներ, և վիրաբույժը, նրա լուսանցքի բացումից հետո, պետք է մանրակրկիտ շոշափի և հետազոտի աղիքի հասանելի ամբողջ ներքին մակերեսը: Չպետք է լյարդ-ենթաստամոքսային ամպուլան կամ փոքր պանկրեատիկ ծորանի դուրս գալու տեղը խառնել գաստրինոմայի հետ: Տասներկումատնյա աղու բացվածքը, գաստրինոմայի հատումից հետո, լայնակի ուղղությամբ /որպեսզի չնեղացվի լուսանցքը/ ներծծվող թելով միաշարք կարվում է՝վերցնելով պատը ամբողջ հաստությամբ: Եթե պահանջվում է դուոդենոտոմիա երկար տարածքի վրա, ապա դրվում է երկայնակի կար: Տասներկումատնյա աղու կամ ենթաստամոքսային գեղձի մոտ թողնվում է ակտիվ դրենաժ:





Հետվիրահատական շրջան

- ✓ Վիրահատությունից հետո 1-3 ամիսների ընթացքում նշանակվում են պրոտոնային մղիչների արգելակիչներ, նույն չափաբաժիններով, Զոլլինգեր-Էլլիսոնի համաախտանիշի ժամանակ առաջացած առպատային բջիջների հիպերտրոֆիան հետ է զարգանում 3-6 ամիսների ընթացքում:
- ✓ Սոված ժամանակ, հետվիրահատական շրջանում շիճուկային գաստրինի մակարդակը պետք է համեմատվի նախավիրահատական մակարդակի հետ: Առանձին հիվանդների մոտ այն, ինչպես նաև բազալ ստամոքսային սեկրեցիան մ

սեկրետինով խթանված գաստրինհամակարգակը որոշվում են վիրահատությունից հետո՝ 3-6 ամիսների ընթացքում:

- ✓ Որոշ դեպքերում, վիրահատությունից 5-6 օր անց կատարվում է բերանով կոնտրաստավորմամբ ՀՇ, որպեսզի բացառվի տասներկումատնյա աղու անբավարարությունից պանկրեատիկ հյութի կուտակումը:
- ✓ Դրենաժը հեռացվում է, սովորական սնուցման վերականգնումից հետո և երբ իջնում է ամիլազայի մակարդակ նրա արտազատուկում և նրա ծավալները չեն գերազանցում օրը 20մլ: Հիվանդին կարելի է դուրս գրել դրենաժով, հեռացնել այդ հետագայում:

Տեղային հետվիրահատական բարդություններ

Մոտակա՝

- տասներկումատնյա աղու անբավարարություն,
- պանկրեատիկ հյութի արտահոսք և/կամ թարախակույտ,
- պանկրեատիկ խուղակ,
- ներորովայնային արյունահոսություն,
- պանկրեատիտ,
- տասներկումատնյա աղու խոցային արյունահոսություն:

Հեռավոր

- տասներկումատնյա աղու նեղացում,
- հիպերգաստրինեմիայի կրկնություն,
- ԲԷՆ 1-ի այլ արտահայտություններ /հիպոթալամիկ, պարաթիրեոիդ, կարցինոիդ/:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդներ

- Ջպետք է ման գալ կարճ ճանապարհի, իրականացրեք նույն վիրահատությունը ամեն անգամ անկախ նորագոյացության նախավիրահատական տեղակայումից:
- Ընտրեք մասնագիտացված կոլլեկտիվ մոտեցում, որոշիչ պահ է ԳՋՀ-ի մասնագետի ներկայությունը, որը գաստրինոմայի հայտնաբերման համար չի խնայում ժամանակ և ուժեր:
- Հիշեք տասներկումատնյա աղիքի մեդիալ պատի ամպուլայի ու պանկրեատիկ ծորանի մասին, նրանք կարող են շոշափվել հանգույցներին և սխալմամբ ընդունվել որպես գաստրինոմա: Եթե առաջանում է ինչ-որ կասկած լյարդ-ենթաստամոքսային ամպուլայի տեղակայման վերաբերյալ, պետք է հեռացնել լեղապարկը և պարկային ծորանից

անցկացնել կատետեր ընդհանուր լեղաձորանով դեպի տասներկումատնյա աղի: Որոշ դեպքերում, եթե կա կասկած, որ հայտնաբերվել է պանկրետահիկ ծորանի դուրս եկող անցքը, ներվիրահատական ներարկվում է սեկրետին, խթանելով ենթաստամոքսային գեղձի սեկրեցիան:

- ԲԷՆ-1-ը պետք է բացառվի մինչև վիրահատությունը, այլ էնդոկրինոպաթիաների սկրինինգի և ընտանեկան անամնեզի բացահայտման ճանապարհով
- Հիշեք, որ Զոլլինգեր-Էլլիսոնի համաախտանիշով և ԲԷՆ-1-ով հիվանդները սովորաբար ենթաստամոքսային գեղձում և տասներկումատնյա աղիքում ունենում են բազմակի նեյրոէնդոկրին ուռուցքներ և այդպատճառով, լրիվ ապաքինման հաճախականությունը խիստ ցածր է: Եթե հիվանդի մոտ կա առաջնային հիպերթիրեոիդիզմ, նախ և առաջ պետք է վիրահատվեն հարվահանաձև գեղձերը, քանի որ այն կարող է թեթևացնել Զոլլինգեր-Էլլիսոնի համաախտանիշի արտահայտությունները:
- Համոզվեք, որ հետվիրահատական շրջանում դեղորայքային բուժումը, ուղղված ստամոքսի թթվայնության սեկրեցիայի ճնշման իրականացվում է անհրաժեշտ ծավալով:

Նեկրէտոմիա /մեռուկահատում/

Ներածություն

Սուր պանկրեատիտը մնում է կյանքի համար վտանգավոր հիվանդություն: Առաջին փուլը /մոտ 10-14 օր/ բնութագրվում է պանկրեատիկ ու հարպանկրեատիկ մեռուկացումներով, ինչպես նաև համակարգային բորբոքային պատասխանի համաախտանիշի զարգացումով: Ենթաստամքսային գեղձի բորբոքման/մեռուկացման ման համակարգային պատասխանը առաջ է բերում վաղ օրգանային անբավարարություն, որը պահանջում է ինտենսիվ թերապիա: Երկրորդ փուլում /2 շաբաթ անց/ բարդությունների ու մահվան ելքի հիմնական պատճառ է դառնում մեռուկացման շրջանի գերինֆեկցիան, բերելով սեպտիկ բազմաօրգանային անբավարարության: Վերջին երկու տասնամյակներում պանկրեոնեկրոզի բուժման գործում կա զգալի առաջընթաց, ինտենսիվ թերապիայի արդյունավետության բարձրացման հետ, դիտվում է ընդհանուր միտում պահպանողական բուժման առավել հաճախ կիրառման: Վիրահատության հիմնականում դիմում են կապված մեռուկացման գոտու ինֆեկցիոն գործընթացի տեղային ու ընդհանուր արտահայտման հետ կապված և ավելի քիչ՝ ստերիլ մեռուկացման դեպքում: Ներկայումս սեպտիկ բարդություններից առաջացած պանկրեատիկ ինֆեկցիան հանդիսանում է մահվան ելքերի 80% պատճառ և այդ առումով մեռուկացած պանկրեատիկ և հարպանկրեատիկ հյուսվածքների ինֆեկցումը սովորաբար հանդիսանում է որևէ տիպի վիրահատական միջամտության բացարձակ ցուցում:

Վիրահատական նեկրէկտոմիայի խնդիրներն են՝ մեռուկացած ու ինֆեկցված հյուսվածքների հեռացումը՝ կենսունակ հյուսվածքների նվազագույն վնասումով: Բացի այդ ամեն մի վարքևճված տեխնիկա հետապնդում է էքսուդատի ծավալի և գեղձի սահմաններից դուրս եղած էկզոկրին սեկրետի նվազեցման նպատակ, քանի որ դրենավորման բացակայությունը անպայման բերում է ինֆեկցիայի զարգացման:

Ցուցումներ ու հակացուցումներ

Ցուցումներ՝

- պանկրեատիկ և/կամ հարպանկրեատիկ մեռուկացում /ՀՇ սկանավորման դինամիկ ուսումնասիրման տվյալներով/, բարդացած ինֆեկցմամբ /բարակ ասեղային ասպիրացիայի ժամանակ ստացված կուլտուրա կամ ներորովայնային հետորովայնամզային գազի առկայություն/;
- ստերիլ նեկրոզ պրոգրեսիվ կլինիկական վատացումով, ինտենսիվ դեղորայքային բուժման պայմաններում: Չնայած առանց ինֆեկցման մասին օբյեկտիվ տվյալների, ագրեսիվ վիրաբուժական մոտեցումը վիճելի է;
- մեռուկահատումը անհրաժեշտ է նախաձեռնել ինչքան հնարավոր է ուշ, երբ մեռուկացման գործընթացը ավարտվել է, կենսունակ ու ոչ կենսունակ հյուսվածքները լավ տարանջատվել, իսկ ինֆեկցված մեռուկացած զանգվածները ավելի կազմակերպված են ու առհասարակ;
- հիվանդության սկզբից 3-4 շաբաթ անց վիրահատական մեռուկահատումը մնում է վիճելի՝ լավացման բացակայության, սնունդ ընդունելու անհնարինության և հաստատված “ստերիլ նեկրոզի” դեպքում: Կա կարծիք, որ մեռուկահատումը արագացնում է “լավացումը”, մյուս կողմից՝ պահպանողական բուժումը ավելի անվտանգ է:
- զանգվածային արյունահոսություն, հաստ աղու կամ տասներկումատնյա աղու թափածակում:

Հակացուցումներ՝

- պանկրեատիկ և/կամ հարպանկրեատիկ մեռուկացում առանց ինֆեկցման կամ կլինիկական վատացման նշանների:
- վաղ վիրահատությունից /սուր պանկրեատիտի սկսվելուց մեկ շաբաթվա ընթացքում/ մինչև բորբոքային պատասխանի համախտանիշը նշանակվում է հանգիստ, երբ դեռևս պահանջվում է ինտենսիվ պահպանողական բուժում: Ենթաստամոքսային գեղձի մեռուկացման վաղ շրջանում հեմոդինամիկ ու

մետաբոլիկ անկայունությունները հանդիսանում են ոչ թե բակտերիալ սեպսիսի, այլ “բորբոքային համակարգային պատասխանի” համաախտանիշի հետևանք:

Նախավիրահատական հետազոտություններ և վիրահատության պատրաստում

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ սուր պանկրեատիտը ախտորոշվում է անամնեզի հիման վրա, բոլոր այլ վիրահատական վիճակների բացառման, կլինիկական և բիոքիմիական տվյալների վրա: Ծանրությունը գնահատվում է ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքում, մշտական դիտարկման միջոցով /APACHE II սանդղակ/:
- ✓ Լաբորատոր հետազոտություններ՝ արյան կլինիկական անալիզ և էլեկտրոլիտներ, լյարդային պրոբաներ ու հեմոստազ, որոշ կլինիկաներում հետազոտվում է C-ռեակտիվ սպիտակուցը, որպես ախտորոշիչ/պրոգնոստիկ չափորոշիչ: Սուր պանկրեատիտից հետո առաջին 10-14 օրերին՝ արտային, թոքային գործունեության և մետաբոլիզմի վերականգնում, համակարգային բորբոքային պատասխանի համաախտանիշի ինտենսիվ բուժում:
- ✓ Կոնտրաստային ուժեղացմամբ ՀՇ սկանավորում սուր պանկրեատիտի սկսվելուց մոտ 1 շաբաթ հետո գնահատելու համար մեռուկացման առկայությունն ու նրա տարածվածությունը, ինչպես նաև արտալուսանցքային հետորովայնամզային գազի կուտակումը:
- ✓ Համապատասխան հակաբիոտիկների վաղ “կանխարգելիչ” նշանակումը /Իմիպենեմ/ աղիներից պանկրեատիկ գերինֆեկցիայի բացառման համար ընդունվում է մեծ մասի, բայց ոչ բոլոր վիրաբույժների կողմից: Նպատակահարմար է հակասնկային դեղամիջոցների բերանով ընդունումը:
- ✓ Ծանր լեղաքարային պանկրեատիտի ժամանակ, եթե կա խոլեդոխոլիթիազ, վաղ էնդոսկոպիկ սֆինկտերէկտոմիան և քարերերի հեռացումը նվազեցնում են բարդություններն ու մահացությունը:
- ✓ Նախավիրահատական ՀՇ-ն ծառայում է «ճանապարհային քարտեզ» մեռուկահատման պլանավորման համար, օգնելով հայտնաբերել ենթաստամոքսային գեղձից հեռու հատվածներում հեղուկի բոլոր կուտակումները, հատկապես հարհաստաղիքային և հարերիկամային գոտիներում:

Հիվանդի պատրաստումը՝ պարէնտերալ սնուցում, վաղ անցումով բարակաղիքային զոնդային կերակրման /քիթ-աղիքային զոնդով, որի ծայրը գտնվում է տասներկումատնյա աղու չորրոդ հատվածից ավելի դիստալ/, արդյունավետ է ներստամոքսային սնուցումը:

Սպեցիֆիկ ռիսկեր, հիվանդի տեղեկացված համաձայնությունը

- Անոթների ու հարակից օրգանների /ստամոքս, բարակ աղի/ էրոզիա արյունահոսությամբ ու խուղակի ձևավորմամբ /50%-ից ավել դեպքերում/,
- խոլեցիստէկտոմիայի անհրաժեշտություն /T-ա ձև դրենավորում/ կամ սպլենէկտոմիա /30%-ից</,
- բազմակի որովայնահատումներ /որովայնաստոմա/:

Հիվանդի դիրքը՝ պառկած մեջքի վրա:

Մուտքը՝ վերին միջային որովայնահատում:

Բաց մեռուկահատում, փակ հետվիրահատական լավաժով /լվացումով/:

Վիրահատություն

Փուլ 1. *էքսպոզիցիա*

Բերված մեռուկահատման տեխնիկան իր մեջ ներառում է առաջնային օրգանապահպան նեկրոտիկ հյուսվածքների տեղային հեռացում՝ մեռուկացած զանգվածի ինֆեկցված մնացորդների հեռ, նեկրոզի նոր օջախների, հարպանկրեատիկ էքսուդատի և կուտակվող պանկրեատիկ էկզոկրին սեկրետի հետագա հեռացում մշտական հարպանկրեատիկ լավաժով: Նման մոտեցումը լինելով նվազ ինվազիվ մանիպուլյացիա, ցուցադրում է մյուս բուժական մոտեցումների համարժեք արդյունավետություն:

Միջային ուղղահայաց կտրվածքը թույլ է տալիս ստուգել ամբողջ որովայնի խոռոչը, իրականացնել լվացում և ձևավորել իլեոստոմա, երբ նեկրոտիկ գործընթացի մեջ ներառնված են հաստ և բարակ աղիների միջընդերքի մի մասը:

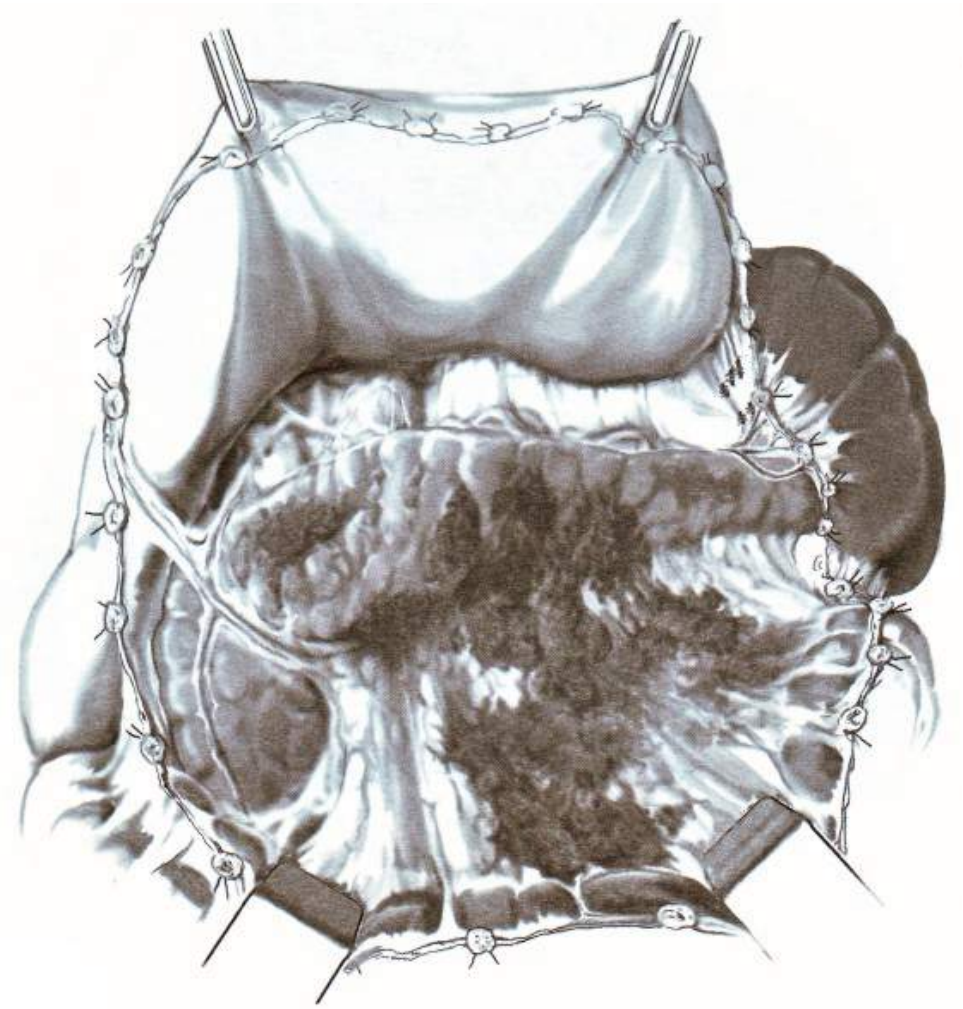
Մուտք դեպի փոքր ճարպոն իրականացվում է բութ եղանակով: Ստամոքսի մեծ կորության մոտ ու ստամոքս-ճարպոնային անոթներից ներքև հատվում են տասներկումատնյա-խթաղիքային ու ստամոքս-խթաղիքային կապանները, այս մուտքը թույլ է տալիս խուսափել հաստաղիքային անոթների ու միջաձիգ հաստ աղու վնասումից:

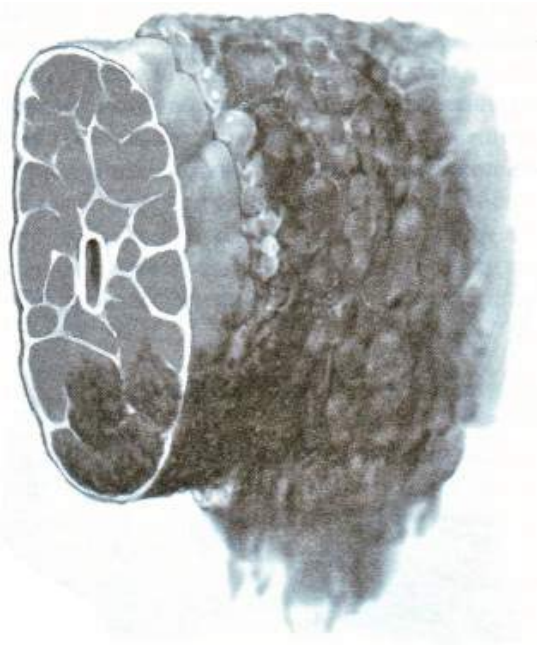
Անհրաժեշտ է զգուշանալ ենթաստամոքսային գեղձի, միջաձիգ հաստ աղու միջընդերքի և ստամոքսի հետին պատի միջև առաջացած բորբոքային կպումներից:

Լրիվ մերկացվում է ենթաստամոքսային գեղձի գոտին, մեռուկացման գոտիներն ավելի մուգ գույնի են և ունեն ավելի պինդ կոնսիստենցիա, համեմատած կենսունակ հյուսվածքների հետ:

Մեռուկացումը սովորաբար սահմանափակվում է ենթաստամոքսային գեղձով, բայց կարող է տարածվել նաև հարպանկրեատիկ և հետպանկրեատիկ ճարպային բջջանք:

Ենթաստամոքսային գեղձի պարենխիմայի մեռուկացումը սովորաբար օջախային է ու մակերեսային, մինչ դեռ գեղձի խորը հատվածներում պահպանված է լինում պերֆուզիան և հյուսվածքների կենսունակությունը:



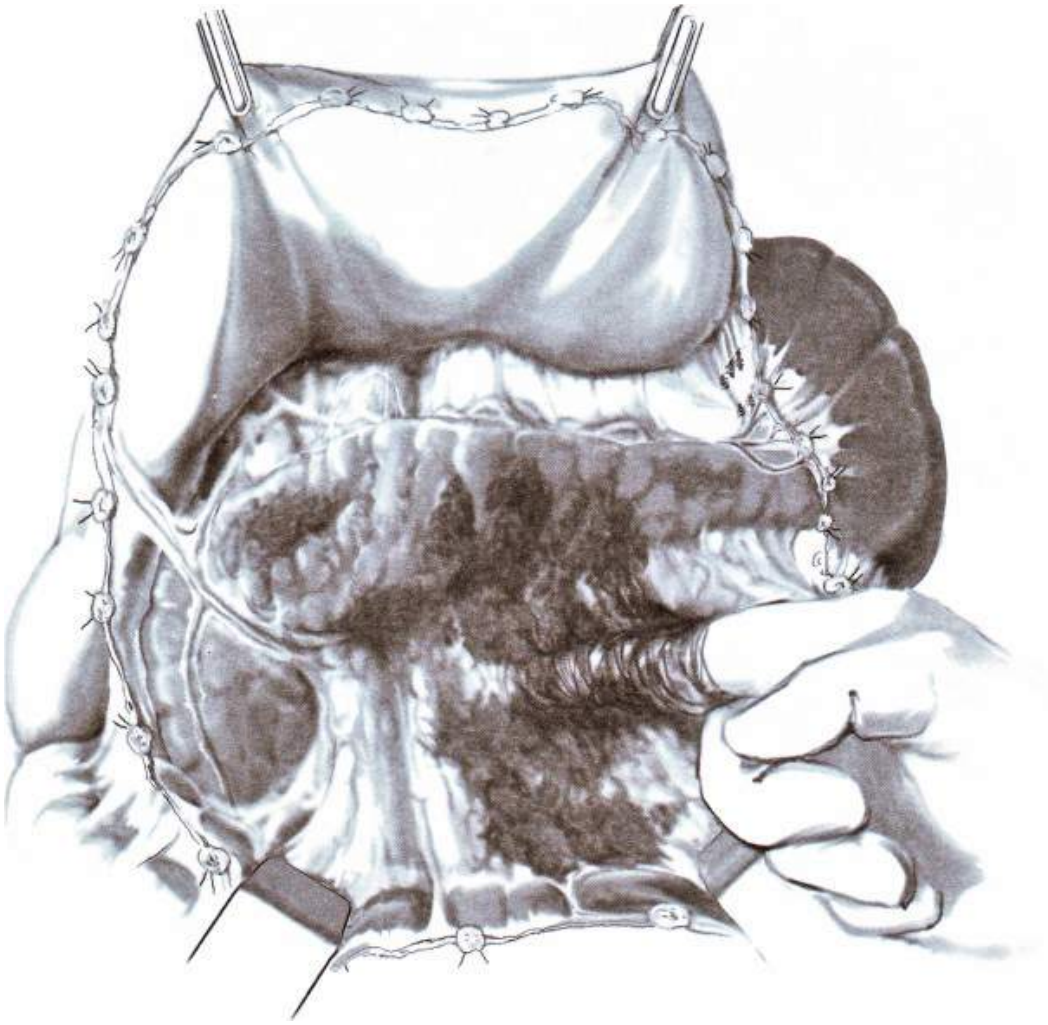


Փուլ 2. Մեռուկացած հյուսվածքների բութ դիսսեկցիան

Հեղուկի բոլոր կուտակումները՝ ըստ ՀՇ-ի տվյալների, պետք է բացազատվեն հեռացվեն ներծծիչով: Ենթաստամոքսային գեղձի ու հարպանկրեատիկ ճարպայինի բջջանքի մեռուկացած հյուսվածքների հեռացումը իրականացվում է մատով կամ գործիքային ու իրիգացիոն զգույշ դիսսկեցիայով, սուր դիսսեկցիայից անհրաժեշտ է խուսափել, չկարգավորվող արյունահոսությանների կանխարգելման համար:

Մեռուկացած փոփոխությունների օջախները հետևողականորեն նույնականացվում են հետորովայնամզային տարածությունում հաստ աղու վերել, միջաձիգ ու վայրէջ հատվածների հետևում, ինչպես նաև ավելի ներքև՝ մինչև Հերոտի փակեղ: Բոլոր նեկրոզված հյուսվածքները բութ դիսսեկցիայով հեռացվում են:

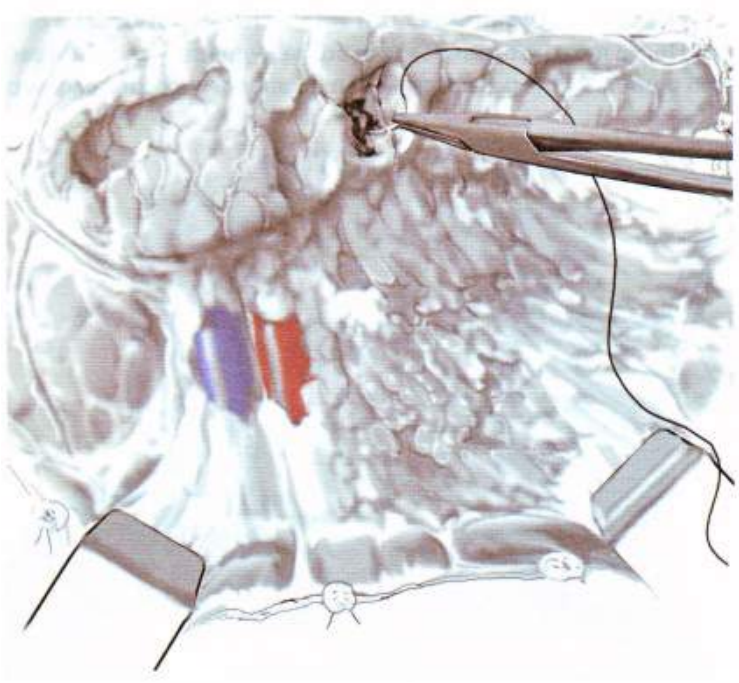
Մեռուկացած հյուսվածքն ու հեղուկը ուղարկվում է բակտերիոլոգ ցանքսի: Մեռուկահատումից հետո, ենթաստամոքսային գեղձն ու հետորովայնամզային շրջանները լվացվում են 4-10լ ֆիզիոլոգիական լուծույթով:



Փուլ 3. *Հեմոստազ մեռուկահատումից հետո*

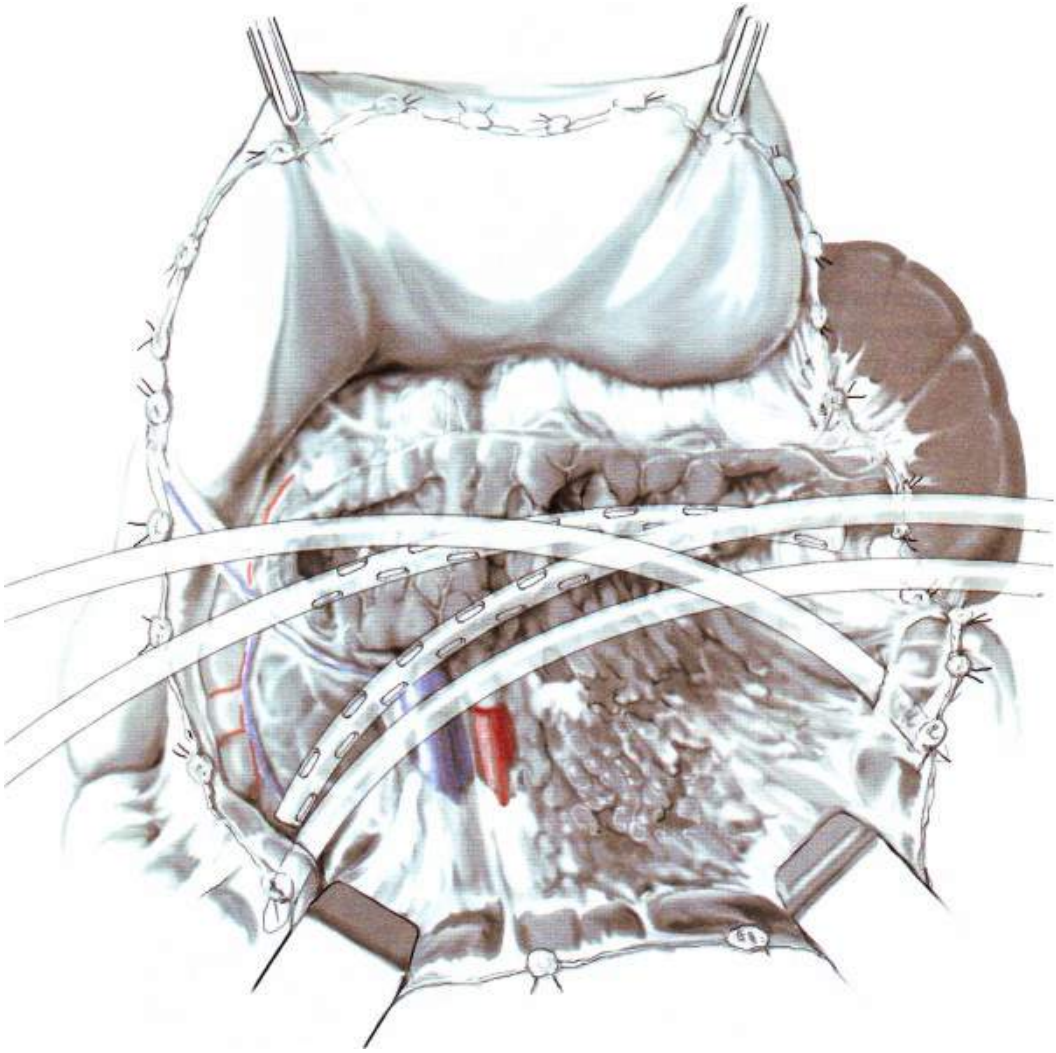
Մանրազնին բութ դիսսեկցիան թույլ է տալիս հեռացնել ոչ կենսունակ հյուսվածքները, պահպանել ենթաստամոքսային գեղձի անվնաս պարենխիման: Ենթաստամոքսային գեղձի արյունահոսությունը կանգնեցվում է չներծծվող մոնոֆիլամենտ կարերով:

Փայծաղը սովորաբար չի ներգրավվում մեռուկացման գործընթացի մեջ և այդ իսկ պատճառով սպլենէկտոմիայի անհրաժեշտություն առաջանում է խիստ հազվադեպ:



Փուլ 4. Կաnետերների տեղադրումը հետագա հետվիրահատական փակ լավաժի համար

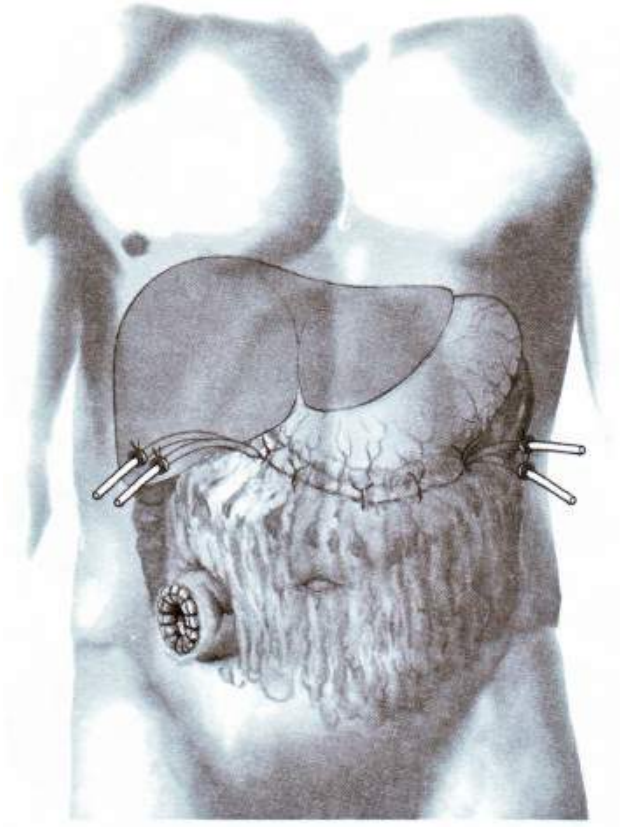
Չորս դրենաժներ /երկուական ամեն կողմից/ ուղղվում են հարպանեկրեատիկ տարածության հակառակ կողմերը և տեղադրվում ծայրերով դեպի ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկն ու պոչը, վերել ու վայրէջ խթաղիների հետևում: Այդ չորսից երկուսը /20-24 Fr/ ունեն երկուական լուսանցքներ՝ փոքրը լվացող հեղուկի ներհոսքի համար, իսկ մեծը արտահոսքի: Մյուս դրենաժները /սիլիկոնային խուղակներ 28-32 Fr/ ունեն մեկ մեծ տրամագծի լուսանցք և հնարավորություն են տալիս հեռացնել հեղուկը և հյուսվածքների մեռուկացած հատվածները:



Փուլ 5. *Փակումը*

Հարպանկրեատիկ տարածքը փակվում է ստամոքս-խթաղիքային ₥ տասերկումատնյա-խթաղիքային կապանների կարումով, ինչը թույլ է տալիս իրականացնել ճարպոնային գրպանիկի ու հարևան շրջանների հետորովայնամզային տարածության հետվիրահատական լավաժ:

Խթաղու միջընդերքի ու հետհաստաղիքային տարածության տարածուն մեռուկացման ժամանակ, որը սպառնում է լայնաձիգ հաստ աղու կենսունակությանը, որովայնի պատի ստորին աջ քառորդում ձևավորվում է դուրսբերող իլեոստոմա:



Մեռուկահատում և փակ տամպոնադա

Վիրահատություն

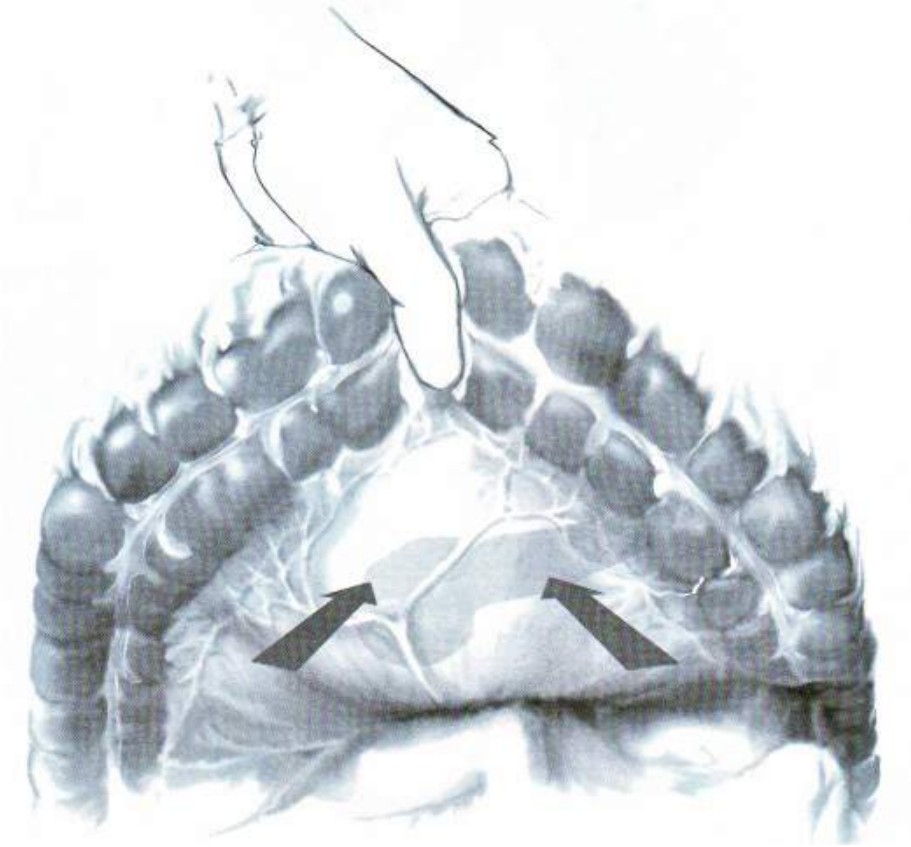
Փուլ 1. էքսպոզիցիա, փոքր ճարպոնի խոռոչի բացում, պանկրեատիկ և հարպանկրեատիկ նեկրէկտոմիա:

Պանկրեանեկրոզի բոլոր վիրահիբուժական մոտեցումների դեպքում, վիրահատության խնդիրը, մեռուկացած հյուսվածքների, ինչպեսնաև էքսուդատի ու ենթաստամոքսային գեղձի էկզոկրին սեկրետի հեռացումն է: Նման իրավիճակներում կրկնակի վիրահատությունը կարող է լինել դժվար իրականանալի, բերելով բարդությունների ավելացման: Մեռուկահատման և «փակ տամպոնավորման» սկզբունքը մեկ վիրահատության իրականացումն է, նեկրոզված ու ինֆեկցված հյուսվածքների մանրակրկիտ հեռացումով, նվազագույնի հասցնելով կրկնակի վիրահատության կամ հետագա դրենավորման անհրաժեշտությունը:

Հիվանդների մեծ մասի մոտ միջային կտրվածքը թույլ է տալիս ստանալ լավագույն էքսպոզիցիա և օպտիմալ տեղադրել դրենաժները:

Միջածիգ հաստ աղին բարձրացվում է դեպի առաջ և նրա միջընդերքի ձախ հատվածով իրականացվում մուտք դեպի փոքր ճարպոնի խոռոչ: Ընդարձրակ պանկրեանեկրոզի ժամանակ այս հատվածում հաճախ դիտարկվում է փքվածություն և մուտքը կարող է իրականացվել ուղղակի մատով կամ սեղմիչով: Հեղուկը էվակուացվում է և ուղարկվում ցանքսի:

Անցքը լայնացվում է, երկու մատերով հետազոտվում փոքր ճարպոնի խոռոչը: Կախված նեկրոտիկ փոփոխությունների տեղակայումից ու տարածվածությունից, անհրաժեշության դեպքում, կարելի է իրականացնել կտրվածք նաև հաստ աղու միջընդերքի աջ հատվածում, հատելով միջին հասաղիքային անոթները:



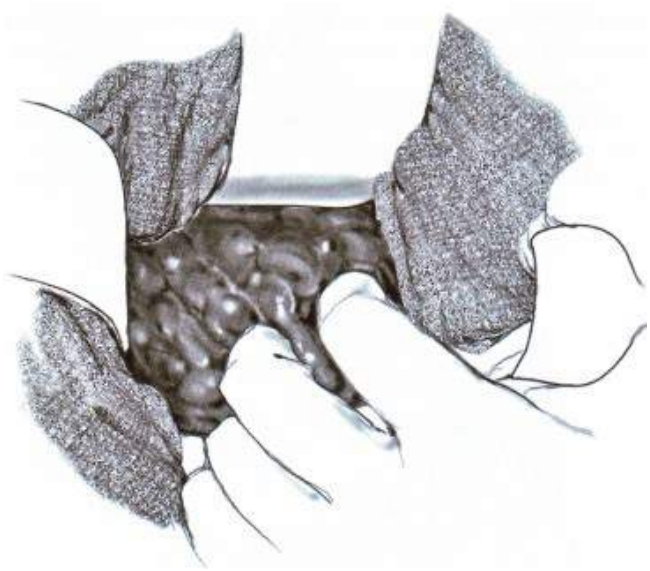
Փուլ 2. Պանկրեատիկ ու հարպանկրեատիկ մեռուկահատում /սանացիա

Մեռուկացման օջախների սանացիան ու հեռացումը /մեռուկահատում/ իրականացվում է բութ եղանակով՝ մատերով կամ թանզիֆով: Մեռուկացած զանգվածի առավելագույն հեռացման համար կարևոր է մտնել, ՀՇ-ի ժամանակ հայտնաբերված, խոռոչի բոլոր գրպանիկները, որոնց նմուշները ևս անհրաժեշտ է ուղարկել բակտերիոլոգիական հետազոտության: Պինդ կպումները կարող են սեղմվել և կապվել:

Հաճախ ենթաստամոքսային գեղձը կարելի է տարբերել հարպանկրեատիկ հյուսվածքներից միայն տեղակայման ու կոնսիստենցիայի միջոցով: Ենթաստամոքսային գեղձի մասնահատումը պետք է իրականացնել զգույշ և միայն գեղձի պարենխիմայի մեռուկացման ակնհայտ նշանների դեպքում:

Եթե մեռուկացման գոտին տարածվում է խորը հարլյարդային տարածություն և միջընդերքով հնարավոր չի հասնել նրան, նեկրոտիկ զանգվածի հեռացման համար բացվում է համապատասխան կողմնային կապուղի:

Մեռուկահատման/սանացիայի ավարտից հետո ենթաստամոքսային գեղձի ծայրատը լվացվում է մի քանի լիտր ֆիզիոլոգիական լուծույթով:



Փուլ 3. *Դրենաժների տեղադրում*

Պենրոուզի դրենաժներից, պինդ լցված 2 մարլյայի տամպոններով, սարքվում է այսպես կոչված «սիգարային» դրենաժներ, որոնք օգտագործվում են սանացիայից հետո առաջացած մեծ խոռոչի տամպոնավորման համար: Սրանք մտցվում են որովայն միջային կտրվածքից ավելի կողմնային ստեղծված առանձին կտրվածքներից: Այս դրենաժների խնդիրը խոռոչի լցումն է և ճնշման ապահովումը, այլ ոչ թե այդ շրջանի ուղղակի դրենավորումը: Կախված խոռոչի չափերից նրանց քանակը փոփոխական է՝ 2-ից 12 դրենաժներ:

Բացի այդ, թողնվում են փափուկ սիլիկոնային դրենաժներ /Ձեկսոն-Պրատտի/ փակ արտածծման համար, սովորաբար մեկական, սանացիայից հետո մնացած ամեն մի մեծ խոռոչում:

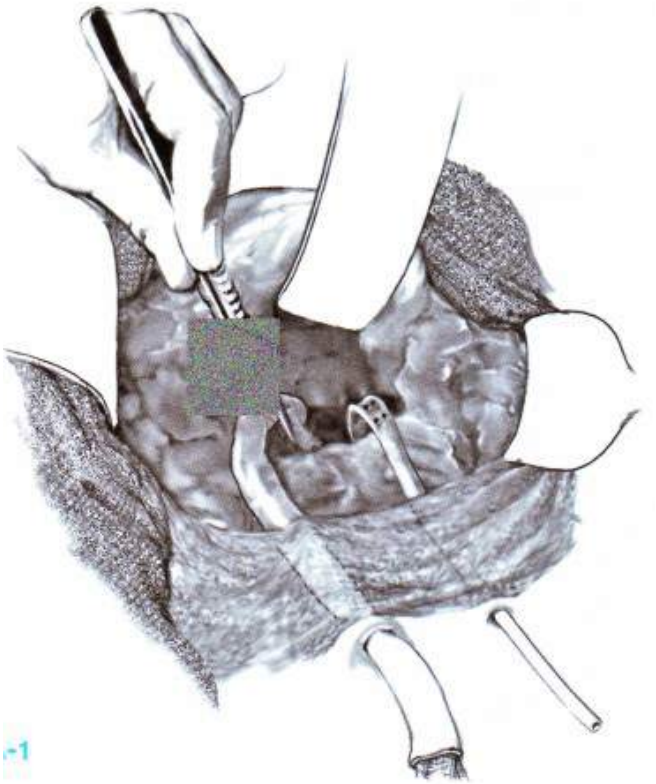
Պենրուզի լցված դրենաժները հեռացվում են վիրահատությունից 5-7 օր անց, սովորաբար օրը մեկ դրենաժ, ինչը խոռոչին թույլ է տալիս հետզհետե փակվել: Ձեկոսոն-Պրատտի դրենաժները հեռացվում են վերջում, երբ նրանցով արտազատումը դադարում է:

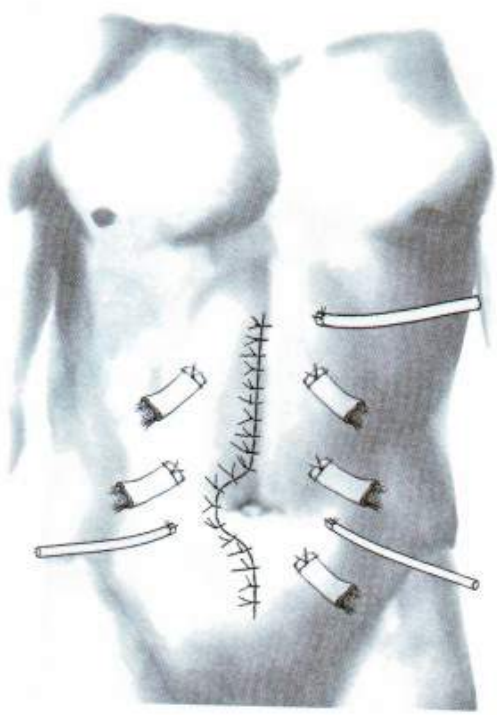
Սանացիայի ժամանակ դրված գաստրոստոմիկ խողովակը, շատ հիվանդների մոտ համարվում է օգտակար: Այն ավելորդ է դարձնում քիթ-ստամոքսային զոնդի տեղադրումը և

կարող է օգտագործվել ստամոքսային կերակրման համար: Յեյունոստոմիկ խողովակ սովորաբար չի դրվում:

Խոլեցիստիտով հիվանդների մոտ կարող է կատարվել խոլեցիստէկտոմիա, եթե հիվանդը կայուն է և աջ վերին քառորդակում բորբոքման արտահայտվածությունը վտանգավոր չի դարձնում նման միջամտությունը: Հակառակ դեպքում խլեցիստէկտոմիան առավել նպատակահարմար է իրականացնել ուշ:

Որովայնի խոռոչը փակվում է առաջնային սովորական կարով:





Պլանային կրկնակի նեկրէկտոմիա

Վիրահատություն

Փուլ 1

Վիրահատությունը սկսվում է ամբողջ ենթաստամոքսային գեղձի, երկկողմանի հետհաստաղիքային տարածությունների, հաստ աղու միջընդերքից ներքև, բարակ աղու միջընդերքի և ենթաստամոքսային գեղձից վեր՝ հետորովայնային հյուսվածքների մանրազննին, մանուալ և տեսողական ստուգումով: Նեկրոզի շրջանների հայտնաբերման համար կողմնորոշիչ են ՀՇ-սկանավորման տվյալները:

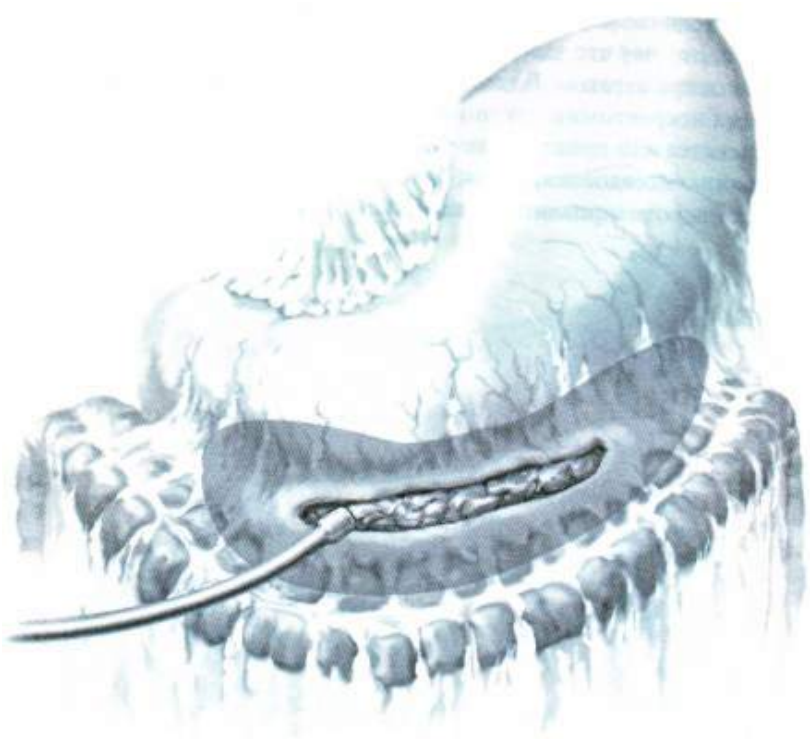
Մուտքը դեպի ճարպոնային գրպանիկ իրականացվում է ստամոքս-հաստաղիքային կապանով /այլ ոչ միջածիգ հաստ աղու միջընդերքով/, քանի որ այն ապահովում է ենթաստամոքսային գեղձի եզրին առավել լավ մոտեցում, առանց վտանգելու միջին և աջ հաստաղիքային անոթները: Չնայած որ, նեկրոտիկ փոփոխությունները հաճախ տեսանելի են հաստ աղու միջընդերքի ձախ հատվածից /ենթաստամոքսային գեղձի պոչի ու մարմնի ախտահարում/ կամ նրա աջ հատվածից /օրգանի գլխիկը և կեռիկանման ելունի ախտահարում/, այնուամենայնիվ լրիվ մեռուկահատման համար մեզոկոլոնով մուտքերը բավարար էքսպոզիցիա չեն ապահովում և առնչվում են հնարավոր վնասումների և ոչ լրիվ մեռուկահատման վտանգի հետ: էքսպոզիցիան ստամոքս-հաստաղիքային կապանի միջով հատկապես կարևոր է մարմնի ու պոչի շրջանի մեռուկացման ժամանակ, բացի այն դեպքերից, երբ մեռուկացման գործընթացը ներառում է գերազանցապես գեղձի գլխիկն ու կեռիկանման

ելունը կամ, երբ ենթաստամոքսային գեղձի վրա նախորդ վիրահատությունների արդյունքում, փոքր ճարպոնի խոռոչը լինում է փակ /օբլիտերացիա/:

Մատով ստամոքս-հաստաղիքային կապանի շոշափումը սովորաբար հայտնաբերում է փոքր ճարպոնում նեկրոզված հյուսվածքներ պարունակող խոռոչ: Այն զգուշությամբ բացվում է, չվնասելու համար ստամոքս-ճարպոնային արկադան և միջաձիգ հաստ աղու միջընդերքի անոթները:

Փուլ 2

Մեռուկահատումը կատարվում է ձեռքերով, բութ դիսսեկցիայի եղանակով: Դեպքերի գերակշիռ մասում մեռուկացած հյուսվածքների զգույշ հեռացումը լինում է հնարավոր: Սուր ճանապարհով մեռուկահատում /մկրատով կամ նշտարով/ կտրականապես խորհուրդ չի տրվում, հատկապես փայծաղային, վերին միջընդերային երակների և միջին հաստաղիքային անոթների մոտակայքում: Բութ եղանակով հեռացման համար հասանելի բոլոր մահացած հյուսվածքները պետք է դուրս բերվեն: Առաջանային նեկրէկտոմիան թույլ է տալիս հասնել հնարավոր առավելագույն էքսպոզիցիայի և այդ պատճառով լրիվ անվտանգ մեռուկահատման բոլոր փորձերը պետք է ձեռնարկվեն այս ընթացքում:



Փուլ 3

Երբ ստամոքս-հաստաղիքային կապանի հատումից հետո հասնում են մեռուկացման շրջանին, անհրաժեշտ է լինել չափազանց զգույշ, չվնասելու համար միջածիգ խթաղին և նրա միջընդերքը, որը հաճախ կնճռոտված է, հաստացած, քիչ շարժուն ու տեղաշարժված դեպի օբլիտերացված փոքր ճարպոնի շրջան:

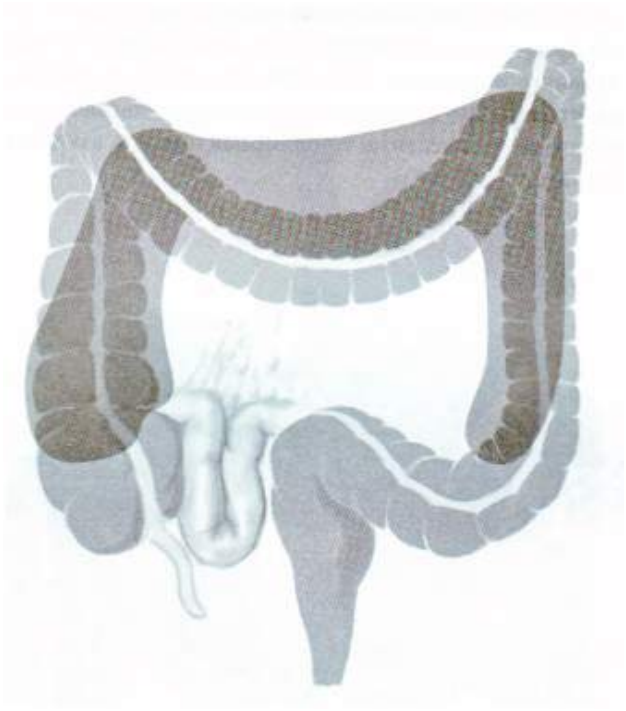
Քանի դեռ մեռուկացած հյուսվածքները մնում են կապված կենսունակ հյուսվածքների հետ, նրանց բութ բաժանումը կամ սուր դիսսեկցիան կարող են առաջ բերել դժվար դադարեցվող արյունահոսություն: Այս շրջանները ինքնուրույն անջատվում են կենսունակ հյուսվածքներից պլանային կրկնակի որովայնահատման ժամանակ, երկու կամ ավել օրեր հետո: Նման դեպքում բորբոքված, փխրուն, արտահայտված անոթավորումով, բայց կենսունակ հյուսվածքների ամբողջականությունը պահպանվում է, ինչը նվազագույնի է հասցնում արյան կորուստը:

Նեկրոզված հատվածների հեռացման ընթացքում նոր առաջացած խոռոչը կարող է հատվել հյուսվածքների կամրջակով: Չնայած նրան հատելու առաջացած ցանկությանը, վիրաբույժը չպետք է շտապի այն իրականացնել, քանի որ այստեղով սովորաբար անցնում է պահպանված արյան հոսքով արյունատար անոթ: Նման բորբոքված հարպանկրեատիկ տարածքի մեռուկահատման ժամանակ, բոլոր տեսակի արյունահոսությունների կանգնեցումը դժվարին գործ է: Բացի այդ, մեծ արյունատար անոթի կապումը կամ կարումը կարող է բերել պսևդոանեվրիզմայի առաջացման; մեռուկահատման հիմնական խնդիրը պետք է լինի առանց արյունահոսության բոլոր մեռուկացած հյուսվածքների հեռացումը:

Փուլ 4

Որպեսզի մերկացվի և դիտարկվի հետորովայնամզային տարածությունը, անհրաժեշտ է հատել որովայնի կողմնային կապուղիները ծածկող որովայնամիզը, ինչը հատկապես ցուցված է, եթե ըստ ՀԾ-սկանավորման տվյալների կա բորբոքային գործընթացի տարածում այս շրջանների վրա: Նման դեպքերում սովորական շոշափումը, շուրջպանկրեատիկ բջջանքի մեռուկացման հայտնաբերման համար քիչ տեղեկատվական է՝ հատկապես ճարպոտ անձնանց մոտ: Գործընթացի մեջ այս շրջանների ներառման դեպքում, հաստ աղու մեդիալ տեղայնացումից հետո նրանք, միջածիգ խթաղու միջընդերքից ավելի միդիալ կամ լատերալ, պետք է լայն մուտքով բացվեն: Բարակ աղու միջընդերքի արմատի և ենթաստամոքսային գեղձից վեր շրջանի /օրինակ հետէգոֆագեալ/ հյուսվածքների մեռուկացման գործընթացը կարող է չհայտնաբերվել, քանի որ դիսսեկցիան սովորաբար տարվում է վերին միջընդերային անոթների երկանքով:

Մեռուկացած հյուսվածքների մնացորդների, բորբոքային էքսուդատի ու բակտերիաների հեռացման համար նեկրէկտոմիայից հետո մաքրված շրջանները լվացվում են մեծ քանակի հեղուկով /առավել նախընտրելի է իրիգատորի Water-Pik-ի օգնությամբ, որը ունի մաքրման ու լվացման համար հեղուկի ճնշման ղեկավարման համակարգ/:

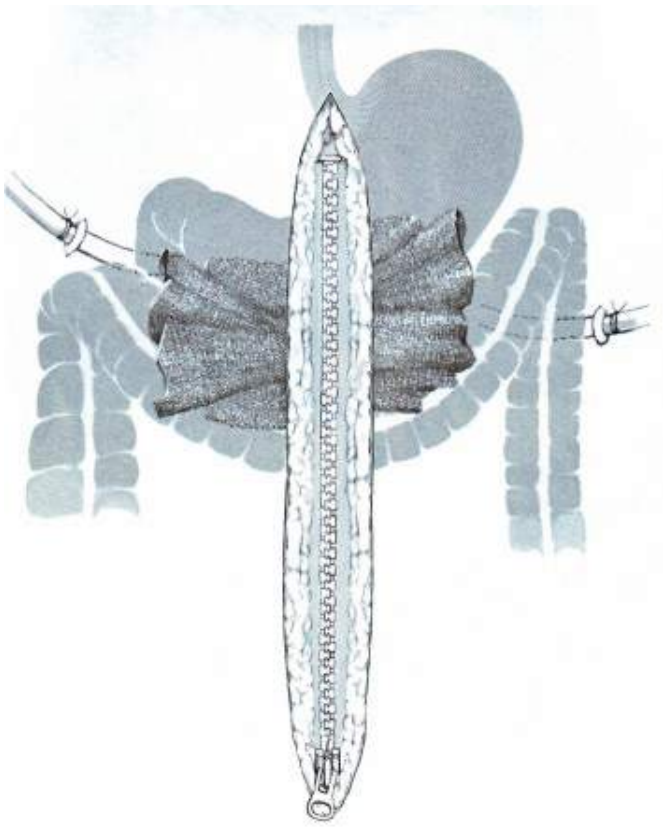


Փուլ 5

Եթե հայտնաբերվում են հյուսվածքների կասկածելի կենսունակությամբ հատվածներ, ապա հիվանդը 2 օրից վերադարձվում է վիրասրահ և ընդհանուր անզգայնացման տակ կատարվում է կրկնակի վիրահատական ստուգում և մեռուկահատում: Առաջնային մեռուկահատումից հետո սանացիայի ենթարկված շրջանները թաց թանզիվներով տամպոնավորվում են:Եթե փայծաղային կամ վերին միջընդերային զարկերակները մերկացած են՝ նրանց հարկ է պաշտպանել ոչ ադգեզիվ նյութից կազմված ներդիրներով, օրինակ Adaptic /Yduson L Yduson/ կամ սիլաստիկի բարակ շերտով: Ազատ հեղուկը, որը կարող է կուտակվել ու բարձրացնել ճնշումը որովայնի խոռոչում, դուրսբերելու համար մառլիայի թանզիվներից վեր տեղադրվում են փափուկ ակտիվ դրենաժներ:

Որովայնի խոռոչը փակվում է ապոնևրոզին կարվող փակիչ շղթայով: Այն ոչ միայն արագացնում է որովայնի խոռոչի բացումն ու փակումը կրկնակի սանացիայի ժամանակ, այլ նաև պաշտպանում որովայնի խոռոչը նման պրոցեդուրաների միջև, հեշտացնելով վերքի հետաձգված առաջնային փակումն ու թոքային օդափոխանակությունը: Գտնում են, որ ապոնևրոզի ռետրակցիայից խուսափելու համար, որը կարող է դժվարացնել կամ անհնար դարձնել նրա հետագա կարումը, մաշկը ցանկալի չէ կարել: Կրկնակի վիրահատությունը պլանավորվում է 48 ժամ անց, իսկ մինչ այդ կատարվում են ստորև նկարագրված ընթացիկ միջոցառումները: Ապա բացվում է շղթան և դիտարկվում ամբողջ որովայնի խոռոչը: Անհրաժեշտության դեպքում կատարվում է հավելյալ մեռուկահատում՝ բութ մաքրում: Գործողությունը կրկնվում է 48 ժամյա ընդմիջումներով, մինչև մեռուկացած գործընթացի ավարտ, ինչը որոշվում է թարախագոյացման դադարով և մեռուկացած գոտիների

բացակայությամբ: Եթե առաջնային վիրահատության ժամանակ հնարավոր է լրիվ մեռուկահատում, որը սովորաբար հասանելի է և, եթե վիրահատությունը կատարվում է ենթաստամոքսային գեղձի բորբոքումը սկսվելուց 21-օր անց, ապա որովայնի խոռոչը փակվում է առանց պլանավորելու կրկնակի ստուգումներ:



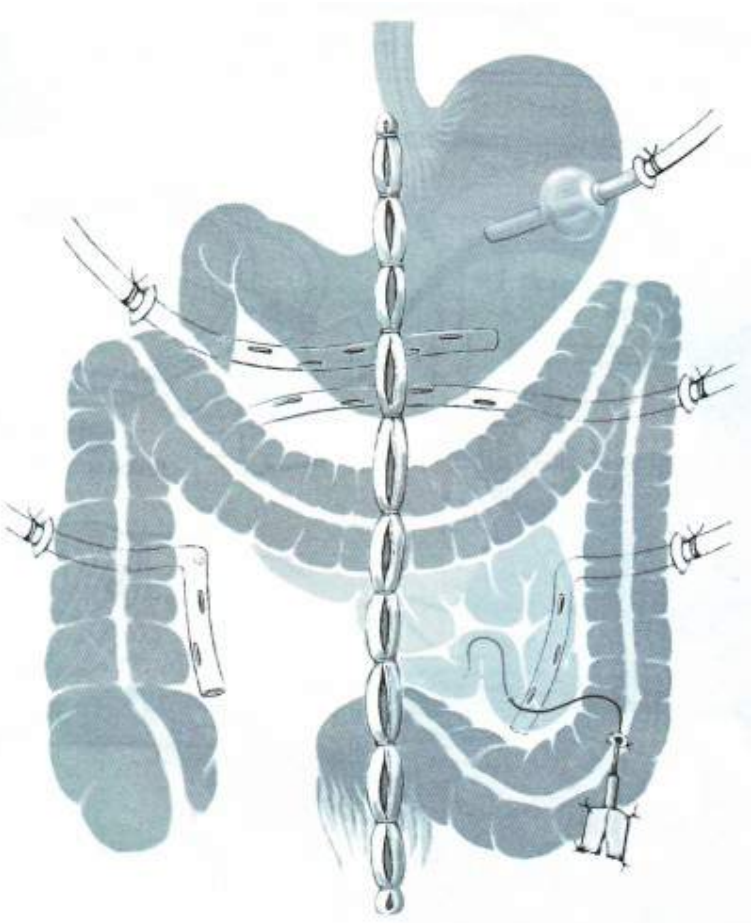
Փուլ 6

Եթե կա համազմունք, որ բոլոր մեռուկացած հյուսվածքները հեռացված են, որովայնի խոռոչը դրենաժների վրա փակվում է: Պետք է նախընտրել ակտիվ ասպիրացիայի համար փափուկ սիլիկոնային դրենաժներ, որոնք նվազագույնի են հասցնում ճնշման հետևանքով հարակից հյուսվածքների մեռուկացման վտանգը: Անհրաժեշտ է խուսափել լայն, կոշտ, մեծ անցքերով դրենաժներից, քանի որ ուշ /այլ ոչ թե վաղ/ առաջնային մեռուկահատման եղանակը, հետագա պլանային կրկնակի միջամտություններով, սանացիայի շրջանում թողնում է միայն չնչին քանակի խոշոր կտորներ և մեծ լուսանցքով դրենաժների անհրաժեշտություն չի առաջանում:

Դրենաժները պետք է տեղադրվեն խոշոր անոթներից հեռու, բացառելով ուղղակի շփումը հաստ և բարակ աղիների հետ: Տեղադրվող դրենաժների քանակին պետք է վերաբերվել ազատ, սակայն հիշել, որ ամեն մի մեռուկացման անատոմիական գոտում պետք է տեղադրվի առնվազը մեկ դրենաժ: Դրենաժները ուղղվում են լյարդի տակ և աջից հաստ աղու լյարդային

անկյան հետև, ինչպես նաև փայծաղային ստորին բևեռի մոտ: Ստամոքսի դեկոմպրեսիայի համար տեղադրվում է գաստրոստոմիկ խողովակ, իսկ էնտերալ սնուցմը ապահովվում՝ պունկցիոն կատետերային յեյունոստոմիայով:

Վերջին սանացիայի ժամանակ փակիչ շղթան հեռացվում է և որովայնի պատը չներծծվող կարերով փակվում: Մաշկը թողնվում է բաց ու տամպոնավորվում:



Մեռուկահատում մաշկի միջով

Փուլ 1 *Մուտք*

Հիվանդը տեղափոխվում է ռադիոլոգիական բաժանմունք երակի կոնտրաստավորումով ՀՇ սկանավորման և ռենտգենաբանական հսկողությամբ 8 Fr դրենաժային կատետերի պունկցիոն ներդրման համար:

Ընդհանուր անզգայացման ձևի ընտրությունը կախված է օրգանների անբավարարության աստիճանից, մուտքի տեղից և հիվանդի նախապատվություններից:

Հետո հիվանդը տեղափոխվում է վիրասրահ:

Նշենք որ նվազագույն ինվազիվ մուտքի եղանակի զարգացումը սահմանափակվում է տեխնիկական դժվարություններով: Սակայն, քանի որ վիրաբուժական մեռուկահատման խնդիրը միայն մեռուկացած ու ինֆեկցված հյուսվածքների հեռացումն է, առանց անվնաս հյուսվածքների կորստի, նվազագույն ինվազիվ մուտքի օգտագործումը ունի շատ առավելություններ:

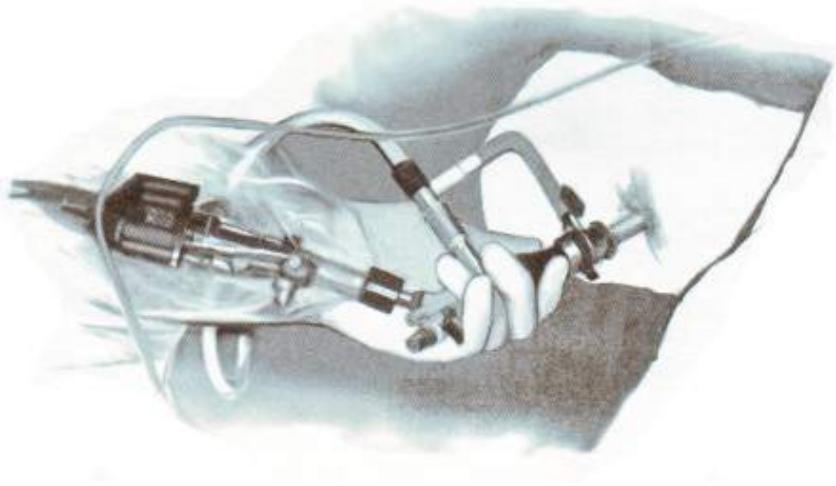
Այս վիրաբուժական մոտեցումը ունի մի քանի հատուկ ցուցումներ ու հակացուցումներ: *Հատուկ ցուցումներ*՝ նեկրոզի գոտին պետք է հասու լինի ենթամաշկային պունկցիայի և պունկցիոն կապուղու լայնացման համար: *Հատուկ հակացուցումներ*՝ այն ցուցված չէ աղիքի իշեմիայի, խոռոչավոր օրգանի թափածակման /ոչ երկար գոյություն ունեցող խուղակով/ կամ նախավիրահատական զգալի արյունահոսության ժամանակ:

Փուլ 2 *Նեֆրոսկոպի պատրաստումը /նեկրոզէկտոսկոպ/*

Ասպիրատորը /ներծծիչը/ պետք է միացվի եռաոտիկին: Ճնշման տակ գտնվող իրիգացիոն համակարգում պետք է օգտագործվի տաքացված հեղուկ: Որպեսզի ապահովվի հորիզոնական հասունություն պունկցիան կապուղու ամբողջ երկայնքով, հիվանդը պետք է գտնվի աջ /կամ ձախ/ կողքի վրա, իսկ որովայնի այդ հատվածը պետք է բերձրացվի բարձիկի օգնությամբ: Լվացման հեղուկի հավաքման համար հարմար է կիրառել “բարերային” նեֆրոլիտիկ սավան: Սկզբնական փուլում իրականացվում է խոռոչի լավաժ/ասպիրացիա նրա պարունակության հեռացման համար:

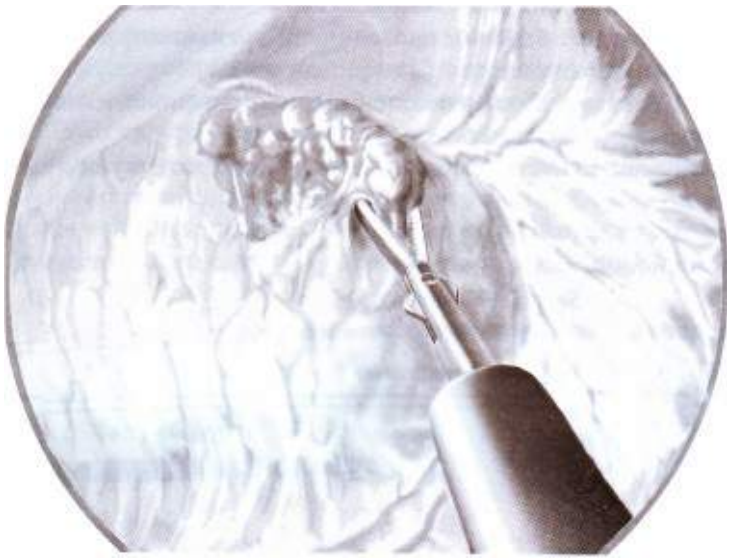
Վնասումից խուսափելու համար կիրառվում են ընդհանուր ցավազրկում և փափուկ սեղմիչներ: 8-Fr դրենաժային կատետերի միջոցով դեպի խոռոչ է անցկացվում 0.035 ուղեկցորդ, որից հետո դրենաժային կատետերը փոխարինվում է լայնիչով: Ստեղծված կապուղով անցկացրեք լայնացնող բալոն կամ լայնացրեք կապուղին նշագրված բուժերով:

Ամենալայն լայնիչի վրայով ներդրվում է պահուճակը 37Amplatz 34Fr-ը:



Փուլ 3. Մեռուկացած զանգվածների հեռացումը

Amplatz ուղեցի միջոցով նեֆրոսկոպը զգուշորեն մտցվում է խոռոչ: Թարախից մաքրելու համար սկզբում իրականացվում է խոռոչի լավաժ, հայտնաբերված մահացած հյուսվածքների զգույշ հեռացմամբ: Ամուր կպած հյուսվածքները թողնվում են տեղում, հետագա ստուգումների ժամանակ հեռացման համար: Խիստ ակտիվ սանացիան կարող է բերել զանգվածային արյունահոսության:



Փուլ 4. Խոռոչի հետվիրահատական լվացումը

Փոքր մեռուկացած հյուսվածքների ամբողջական հեռացումից հետո, լայնիչի ուղեկցորդը նորից է մտցվում լայնացած կապուղի և նրա միջով անցկացվում է փափուկ խողովակավոր 34 Fr-ոց դրենաժ, որի միջով իրականացվում է խոռոչի հետվիրահատական լվացում: Վիրջինիս համար օգտագործվում է արյան տաքացուցչի միջով տրվող դիալիզային հեղուկ՝ 250 մլ/ժամ ծախսով:

Անատոմիական առանձնահատկություններ, լուրջ ռիսկեր, վիրահատական հնարքներ

ա/ սուր շրջանում խուսափեք ենթաստամոքսային գեղձի ֆորմալ մասնահատումից,

բ/ մանրակրկիտ ուսումնասիրեք բոլոր մեռուկացած գոտիները և իրականացրեք նրանց բութ կոնսերվատիվ վիրահատական մշակում:

գ/ ճարպոնային պայուսակից դուրս զգալի մեռուկացած փոփոխությունների դեպքում, լավաժը իրականացվում է որովայնի խոռոչի պլանային ստուգման հետ /որովայնի ժամանակավոր փակում՝ ադհեզիվ թաղանթով պատված ներծծվող փափուկ ցանցով/:

Զգուշացում՝ բաց չթողնեք դրենաժների երկար մնալու հետևանքով օրգանների պարկելախոցերը՝ հատկապես հաստ աղու /կիրառեք փափուկ դրենաժներ, օրինակ սիլիկոնից/:

Հետվիրահատական շրջան

- ✓ հեմոդինամիկ ու շնչառական մշտական մոնիթորինգ ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքում:
- ✓ համապատասխան հակամիկրոբային ու հակասնկային բուժում հիմնավորված մանրեաբանական հետազոտման տվյալներով,
- ✓ պարէնտերալ կամ էնտերալ /ավելի նախընտրելի/ սնուցում, հատկապես գեղձի տարածուն մեռուկացումների ժամանակ:

Հետվիրահատական բարդություններ

Մոտակա՝

- ➢ պանկրեատիկ ստամոքս-աղիքային խուղակներ,
- ➢ կրկնվող շուրջպանկրեատիկ թարախակույտեր,
- ➢ Բարակ աղու մեռուկացում՝ թարախակույտ-խուղակ
- ➢ ներորովայնային արյունահոսություն,
- ➢ սեպտիկ համաախտանիշ,
- ➢ վերքային ինֆեկցիա:

Հեռավոր՝

- ➢ ենթաստամոքսայինգեղձիէնդոկրինանբավարարություն;
- ➢ ենթաստամոքսայինգեղձիէկզոկրինանբավարարություն;
- ➢ հետվիրահատականճողվածք;
- ➢ կեղծկիստա /հազվադեպ/, եթեձևավորվումէապահովաբարեհաջողէհեղուկիպարփակվածմնացուդիկոմանջատվածծորանիհամասեռտանիբի՝ ենթաստամոքսայինգեղձիվզիկի լրիվ մեռուկացմանժամանակ:

- կլինիվոդպոնկրեատիտ /հազվադեպ/:

Գործառույթներ սպեցիֆիկ բարդությունների ժամանակ

⇒ Մեռուկահատման շրջանի դիֆֆուզ արյունահոսության դեպքում կարող է պահանջվել որովայնային տամպոնադայի թանզիվներ, որոնք մնում են 24-48 ժամ,

⇒ Աղիքային խուղակները պետք է բացվեն վիրաբուժական եղանակով: Եթե պանկրեատիկ խուղակը լավ է դրենավորվում, նախընտրելի է սպասողական մարտավարությունը, իրականացնելով ստուգում միայն հիվանդի լրիվ վերականգնումից հետո: Նրանց ինքնուրույն փակվելու հավանականությունը մեծ է:

Հետվիրահատական գործառույթներ

Բժշկական խնամք՝ լվացման կատետերը հեռացվում է միայն լաբորատոր ցուցանիշների նորմալացումից և դրենաժից մաքուր արտաթորանք ստանալուց հետո: Պլանային ստուգումները ավարտվում են որովայնի խոռոչի բորբոքային նեկրոտիկ գործընթացի նվազումից և կլինիկական իրավիճակի կայունացումից հետո: Դրենաժները հեռացվում են արտահոսքի դադարից հետո, իսկ կրկնակի հեղուկային կուտակումների կամ թարախակույտերի դեպքում իրականացվում է ներմաշկային դրենավորում:

Կերակրման վերսկսում՝ լաբորատոր ցուցանիշների կարգավորումից ու աղիների գործունեության վերականգնումից հետո:

Աղիների գործունեության վերականգնում՝ նշանակվում է պահպանողական բուժում, հնարավոր է բերանով թեթև թուլացնող միջոցների ընդունում:

Ֆիզիոթերապիա՝ շնչառական վարժություններ, ընդհանուր ֆիզիոթերապիա:

Անաշխատունակության տևողությունը՝ հնարավոր է մի քանի ամիս:

Փորձաժվիրաբուժիխորհուրդները

Բաց մեռուկահատում, վակհեռավիրահատականտախտով՝

- *Բութ մեռուկահատում՝* մեռուկացածհյուսվածքերըհեռացվումենմատերով դիսեկցիայիմիջոցով, առանցգործիքների կիրառման: Մկրատի օգտագործումը բարձրացնումէդեռևկենսունակհյուսվածքերի հեռացման վտանգը, հաստաղիքային, վոյծաղայիև, վերինմիջընդերայինառնոթերովնաստանհավանականությունը, առաջբերելովիժվարկանգնեցվողությունահոսություն;
- *Հետորովայնամզային մեռուկացում՝* բութմատնոյինդիսեկցիանհրաժեշտէնույնիսկ, եթեմեռուկացումը տարածվումէմիհչևգոհ:

Նմանդիսեկցիանիրականացվումէառաջայինմուտիցմոնեղովիսթեթոպոնիխոռոչայինակիհաստաղուվերևիցումեռուկացածվոփ ոխությունևերևընթացովառաջանողովերիև:

- *Հեղուկհյուսվածքիէնդոսկոպիա*՝ լեղամուղային համակարգի ախտահիվանդությունների ժամանակ կարելի է կատարել էնդոսկոպիկ հետազոտություն՝ էնդոսկոպիկ ռետրոգրադ խոլանգիոպանկրեատոգրաֆիա, ընդհանուր լեղածորանը մանրադիտակային հետազոտության համար: Այն թույլ է տալիս որովայնահատման ժամանակ իրականացնել միային խոլեցիստէկտոմիա առանց լեղածորանի վրա միջամտության, ինչը նվազեցնում է վերջինիս վնասման վտանգը:
- *Դուոդենոստոմիայի ձևավորում*՝ խթաղուց դուոդենոստոմիայի կատարման ժամանակ, նման իլեոստոմայի ձևավորումը նվազեցնում է խթաղիքային խուղակի զարգացման վտանգը: Բարակաղիքի հյուսվածքի վերականգնման ժամկետները:

Մեռուկահատում և վիրահատական բուժում՝

- Վիրասրահում գտնվող ջիՇ-ի կարգավորիչը հանձնարարական է ”հանգստացած”, օգնելով գտնել մեռուկացած հյուսվածքների սահմանները:
- Մեռուկացած հյուսվածքների հեռացման ընթացքում պետք է հաշվի առնել ջրազրկման վտանգը: Եթե այդ վտանգ չկա, կարելի է սահմանափակել մի շարք հետազոտությունների անհրաժեշտությունը: Այնուհետև կարելի է մի քանի ժամ հետո կրկնել վիրահատությունը:

Կրկնակի պլանային մեռուկահատում

- Պանկրեասի մեռուկացումով հիվանդների մոտ պետք է խուսափել վաղ վիրահատական միջամտությունից, նույնիսկ հեմոդինամիկ ու մետաբոլիկ խանգարումների պարագայում: Ամեն կերպ պետք է աշխատել հետաձգել վիրահատությունը՝ կատարելով այն հնարավորին չափ ուշ, նույնիսկ մեռուկացման շրջանի ինֆեկցման պարագայում, հիվանդի վիճակի կայունությունը ապահովելով առավելագույնս ինտենսիվ թերապիայով: Նման մարտավարությունը թույլ է տալիս հանգամանքների, երբ մնացող կենսունակ ու մեռուկացած հյուսվածքները առավել տարբերակելի են: Այս հանգամանքը խիստ կարևոր է, քանի որ հնարավորություն է տալիս իրականացնել միանվագ լիարժեք մեռուկահատում և որովայնի առաջային պատի փակում, ապահովելով բավարար արդյունք:
- Վիրահատության պլանավորումը հիմնված է հետազոտական ջիՇ-ի տվյալների վերլուծության հետ: Հետազոտության ընթացքում ստացված բոլոր տվյալները պետք է գտնել, բացահայտել: Ցանկալի է, որ հետազոտությունը չհանգեցնի հետագա հետազոտությունների անհրաժեշտության;
- Առավելագույն տեսանելիության ապահովման համար մեռուկահատման ժամանակ հյուսվածքների հնարավորությունները մեռուկացած հյուսվածքների ամբողջական հեռացման համար:
- Բութ գործիքով հյուսվածքների շոշափումը հնարավորություն է տալիս “կամրջակի” /եթե այդպիսին կա/ առկայությունը, հանձնարարական է հետագա հյուսվածքային խթաղիքային անաստոմոզի:

Աբկխունիջով մեռուկահատում

- Հեղուկի տաքացուցիչը տեղադրեք ներվիրահատական լվացման համար հեղուկ մղող սարքի 1-ին մակարդակի ճնշման տակ
- Մեռուկահատմանը առավել նպատակահարմար է վերադառնալ մյուս օրը կամ երկու օր անց, քան թե չափից ավել ժրաջանություն ցուցաբերել առաջին կամ հետագա սանցիաների ընթացքում:
- Զգալի արյունահոսությունը կարելի է կանգնեցնել բալոնային տամպոնադայով, մինչև լապարատոմիան ու արյան վիրաբուժական կանգնեցումը:
- Սիրտ-անոթային անբավարարության նշանների դեպքում կանգնեցրեք պրոցեդուրան, անհրաժեշտ է հասնել հիվանդի վիճակի կայունացման, լվացեք խոռոչն ու վերադարձրեք գործողությանը հաջորդ օրը:

ՇՈՒՐՋԱՄՊՈՒՅԱՐ ՆՈՐԱԳՈՅԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԼԱՊԱՐԱՍԿՈՊԻԿ ՓՈՒԼԱՎՈՐՈՒՄ

Ներածություն

Լապարասկոպիկ փուլավորման հիմնական միտքը մասնահատման համար չարորակ նորագոյացություններով հիվանդների առավել ռացիոնալ ընտրությունն է: Քանի որ, անմասնահատելի պերիամպուլյար ուռուցքների դեպքում կատարված որովայնահատումները չունեն բուժական արժեք և հիվանդները ստիպված են անցնել «ոչ անհրաժեշտ» հետվիրահատական շրջան, փուլավորող որովայնադիտումը օգնում է ընտրել արմատական մասնահատման համար առավել բարձր հնարավորություններով պոտենցիալ հիվանդների և ոչ մասնահատելի դեպքերի մեծ մասում խուսափել անիմաստ որովայնահատումից:

Ցուցումներ ու հակացուցումներ

Ցուցումներ՝

- մասնահատելիության գնահատում
    - ենթաստամոքսային գեղձի քաղցկեղ,
    - լեղածորանի դիստալ հատվածի քաղցկեղ,
    - տասներկումատնյա աղու քաղցկեղ,
    - ամպուլյար քաղցկեղ

- կղզյակային բջիջների քաղցկեղ,

- հիվանդության տեղային տարածուն փուլավորում, մինչև քիմիա-ճառագայթային բուժում
- մետաստազների հայտնաբերում,
- հյուսվածաբանորեն հաստատված, ճառագայթային բուժման համար անբուժելի հիվանդություն: :

Հարաբերական ցուցումներ՝

- ընդհանուր անզգայացման համար անընդունելի ռիսկ,
- անամնեզում բազմաթիվ վիրահատություններ որովայնի խոռոչում,
- որովայնաբորբ:

Նախավիրահատական հետազոտություններ նախապատրաստում վիրահատությունը

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

✓ Անամնեզում կարևորվում են դեղնուկը, քաշի կորուստը, ցավերը որովայնում, վաղ հագեցման զգացողությունը:

✓ Կլինիկական ուսումնասիրություններում ուշադրություն է դարձվում դեղնուկի նշանների, կախեքսիայի, էպիգաստրալ շրջանի ծավալային գոյացության առկայության, ասցիտի վրա:

✓ Լաբորատոր հետազոտություններից՝ լյարդի գործունեության ցուցանիշներ /ալբումին, ընդհանուր սպիտակուց, բիլիրուբին, հիմնային ֆոսֆարազա, տրանսամինազներ/, հեմոստազի ցուցանիշներ /*պրոթրոմբինային ժամանակ, APTT/, միզանյութ և էլեկտրոլիտներ, արյան կլինիկական անալիզ,C-ռեակտիվ սպիտակուց, ուռուցքային մարկերներ /CA 19-9, CEA/:

✓ Ճառագայթային ախտորոշում՝ գերձայնային սոնոգրաֆիա, առանձին հիվանդների մոտ կոնտրաստավորումով, ենթաստամոքսային գեղձի ու լյարդի դինամիկ բարակ շերտերով ՀՇ, ԷԳՋՀ, ԷՀԽՊԳ, ՄՌ-պանկրեատոգրաֆիա:

Կիրառվող լապարասկոպիկ գործիքներ՝

- 30-աստիճանի լապարասկոպ, 10մմ կամ 5մմ,
- 5մմ-ոց լապարասկոպիկ գործիքներ: Մերիլենդի դիսսեկտոր,
- բութ վերջույթով դիսսեկտոր,
- գթալանման բիոպսիոն ակցան,
- ատրավմատիկ սեղմիչ,
- լյարդային ռետրակտոր,
- մկրատներ,
- ասպիրացիայի համար 10մմ-ոց խողովակ,

- լապարասկոպիկ գերձայնային ցուցիչ՝ պարտադիր չէ:

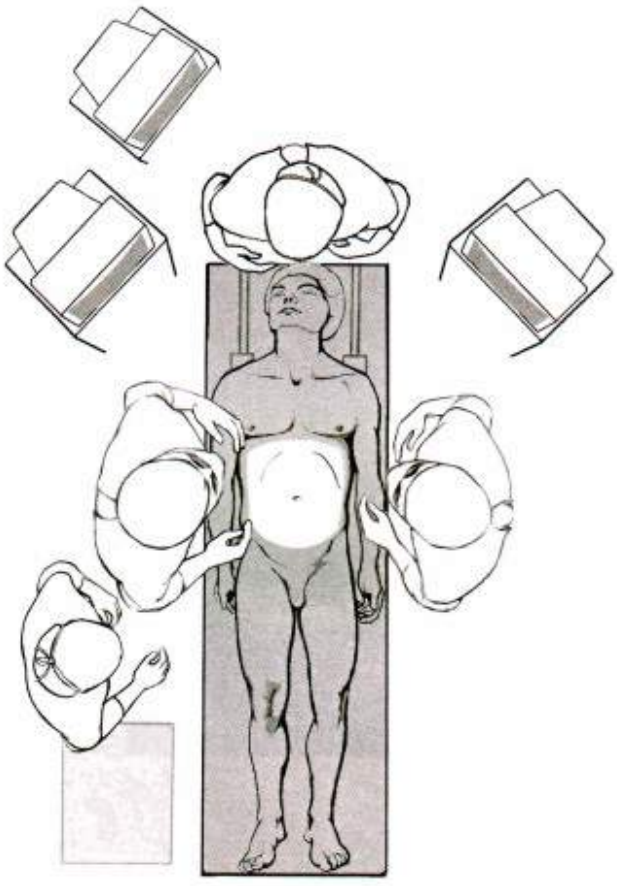
Վիրահատություն

Փուլ 1

Հիվանդը վիրահատական սեղանին մեջքի վրա պառկած դիրքով: Նրա տակ դրվում է տաքացնող ներքնակ և հիվանդը համապատասխան ձևով ֆիքսվում է սեղանին:

Պահանջները՝

- ընդհանուր անզգայացում
- բերան-ստամոքսային զոնդ ստամոքսի դեկոմպրեսիայի համար
- միզային կատետեր /ոչ պարտադիր/
- անեստեզիոլոգիական պիտույքներ առանձին սեղանի վրա

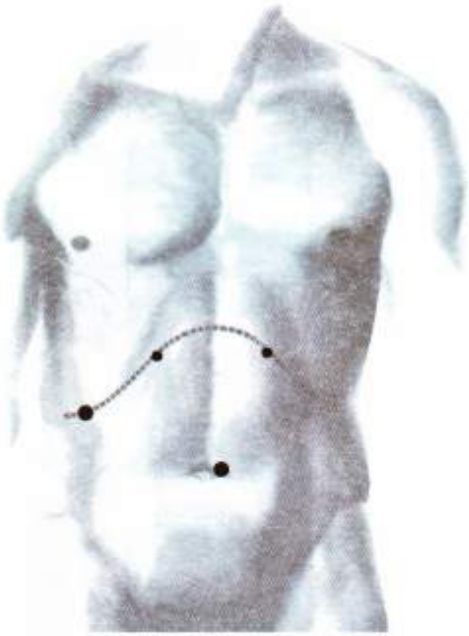


Փուլ 2. *Տրոակարների տեղադրում*

Կիրառվում է մի քանի պոռտերի եղանակը: Առաջին տրոակարը /բութ վերջույթով 10մմ/ դրվում է բաց եղանակով, սովորաբար պորտի տակ: Մաշկի ու ենթամաշկի հատումից հետո երկու սեղմիչներով բռնվում է ապոնևրոզը և նշտարով կամ էլեկտրադանակով հատվում ու

աչքի հսկողության տակ բացվում է որովայնամիզը: Մտցվում է բութ ծայրով Հասսոնի տիպի տրոակար, տեղում ֆիկսվում և CO_2-ով իրականացվում է պնևմոպերիտոնեում: Օպտիմալ է համարվում 10-12 մմ/սս հավասար ներորովայնային ճնշումը: Մտցված լապարասկոպով իրականացվում է որովայնի խոռոչի առաջնային զննում: Եթե տեսանելի մետաստազներ չեն հայտնաբերվում՝ որովայնի վերին քառորդներում աջից ու ձախից համապատասխան դրվում են 5-10մմ-ոց ու 5մմ-ոց պոռտեր, հավանական որովայնահատման գծին համապատասխան:

Պորտային պոռտի մեջ մտցվում է 30^0 լապարասկոպ, երկու 5մմ-ոց պոռտերը օգտագործվում են սեղմիչների, մկրատների ու լյարդային լայնիչի համար: Այն հատկապես հարմար է տեղաշարժման և «կույր» շոշափման համար: Կողմնային պոռտը օգտագործվում է նաև լապարասկոպիկ գերձայնային սոնոգրաֆիայի համար:



Փուլ 3. *Հետազոտում*

Իրականացվում է որովայնի խոռոչի համակարգային դիտարկում, ինչպես բաց վիրահատության ժամանակ: Եթե կան կպումներ՝ նրանք հատվում են դիտարկման հեշտացման համար: Որովայնի խոռոչի ամեն մի գոյացությունից գթալանման բիոպսիոն աքցանով վերցվում է հյուսվածքանյութ:

Հետազոտման հերթականությունը.

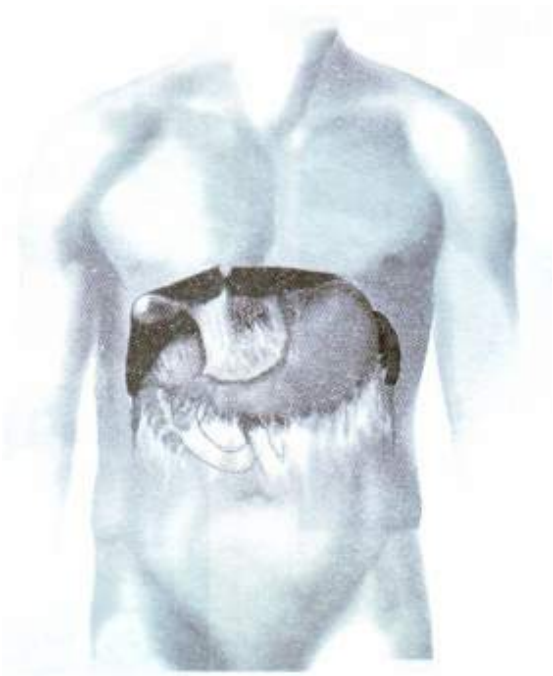
⇒ որովայնի խոռոչ,

⇒ լյարդի աջ ու ձախ բլթեր,

⇒ տասներկումատնյա աղիք ու Վինսլոուի անցք,

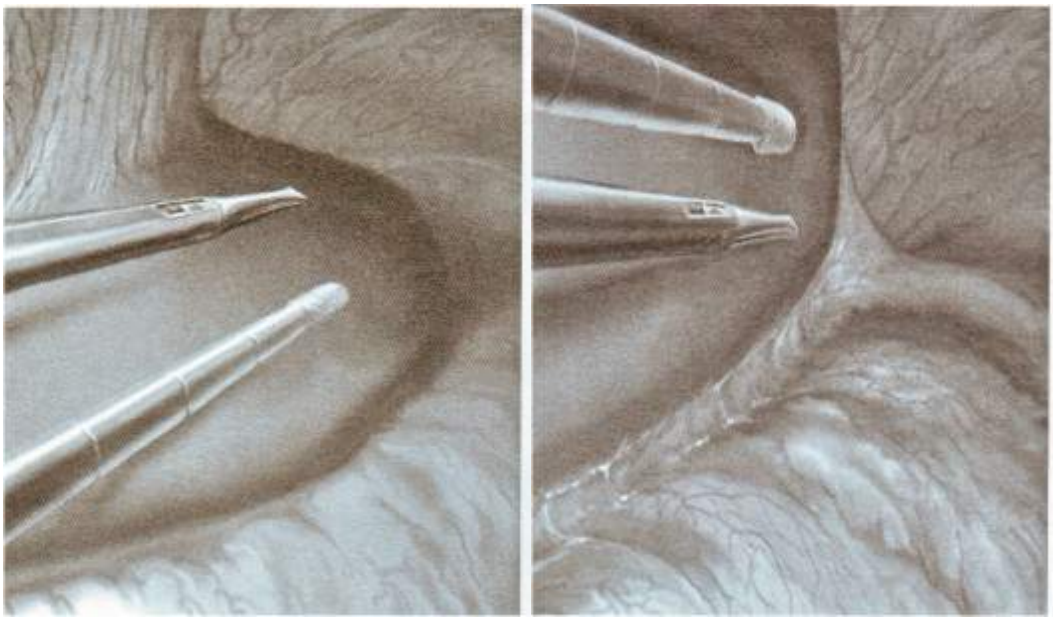
⇒ միջաձիգ հաստ աղու միջընդերք ու Տրեյցի կապան

⇒ փոքր ճարպոն, ճարպոնածոց, ստամոքս ու լյարդային զարկերակ:



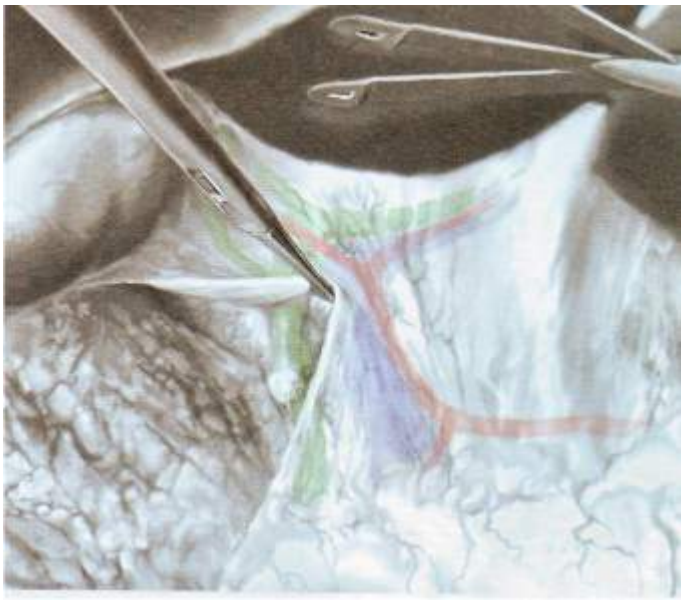
Փուլ 4. *Որովայնի խոռոչի ստուգում*

Որովայնի խոռոչի լրիվ դիտարկումից հետո վիրահատական սեղանի գլխամասային ծայրը բարձրացվում է մոտ 10 աստիճան դեպի վեր: Լյարդի հետազոտությունը սկսում են լատերալ բլթի առաջային մակերեսից /2 և 3 սեգմենտներ/: Շոշափումը իրականացվում է 10մմ և 5մմ գործիքներով: Հետևողական հետազոտության են ենթարկվում ձախ կողմնային ու աջ բլթերի առաջային ու հետին մակերեսները:



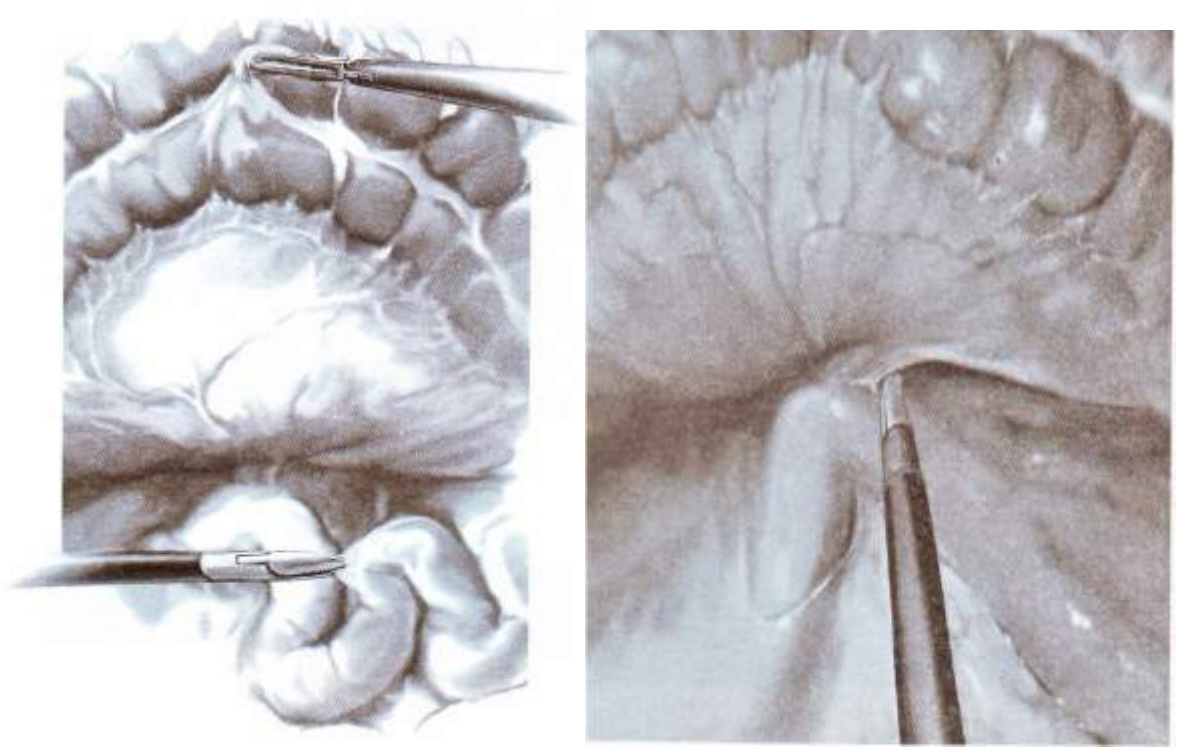
Փուլ 5. *Լյարդի դրունք ու Վինսլոուի անցքի դիտարկում*

Ձախ վերին քառորդի պոռտից մտցված լայնիչով բարձրացվում է լյարդի աջ բիլթը: Ցուցումների դեպքում կարելի է կատարել լյարդ-տասներկումատնյա կապանի դիսսեկցիա և վերցնել բիոպսիայի համար կասկածելի ավշային հանգույց:



Փուլ 6. *Լյնակի հաստ աղու միջընդերքի հետազոտում*

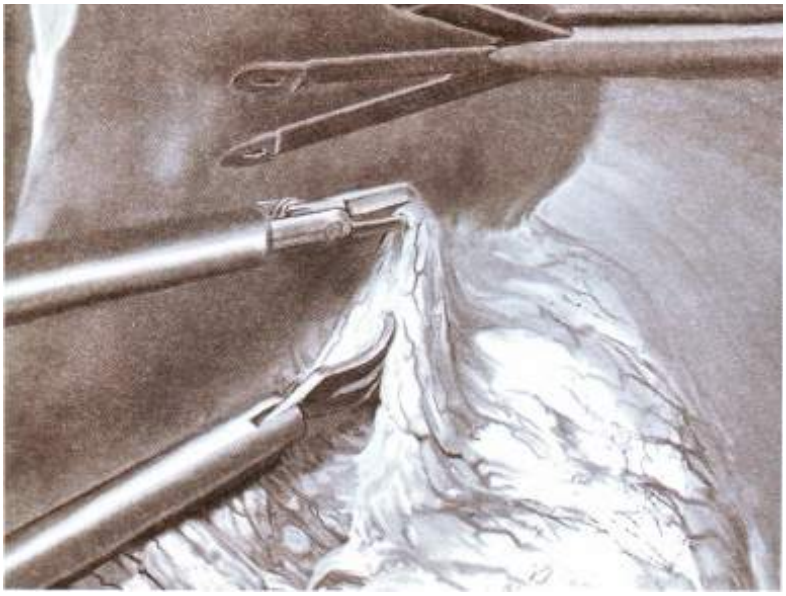
Այնուհետև հիվանդը տեղափոխվում է գլուխը 10 աստիճան ներքև վիճակի: Ճարպոն-միջածիգ խթաղին տարվում է ձախ վերին քառորդ, թույլ տալով հետազոտել Տրեյցի կապանը:

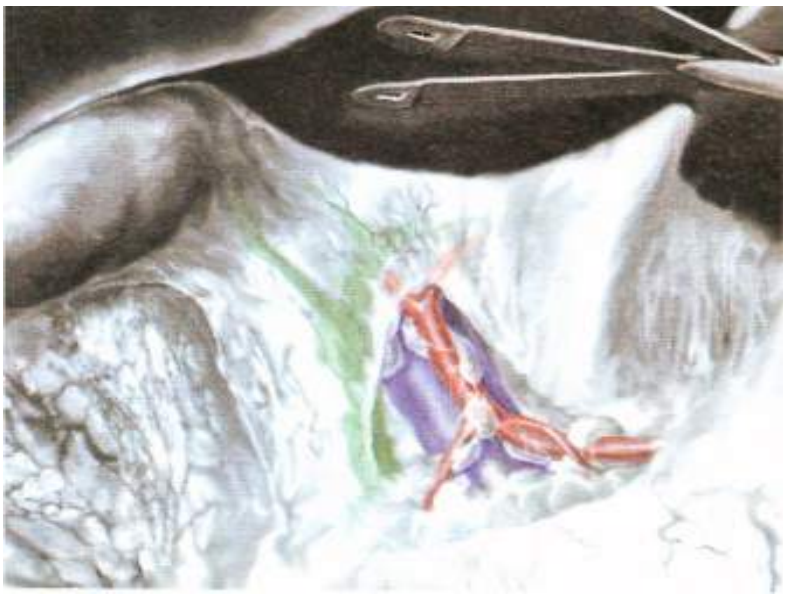


Փուլ 7. *Փոքր ճարպոնի խոռոչի հետազոտում*

Հիվանդը հորիզոնական դիրքով: Լյարդի ձախ կողմնային բլիթը բարձրացվում է ձախ վերին պոռտից մտցված 5մմ-ոց ռետրակտորով: Բռնվում, բարձրացվում ու հատվում է փոքր ճարպոնը: Պետք է պահպանելով զգշությունը փորձել հայտնաբերել ձախ աբերանտ լյարդային զարկերակը, որը անհրաժեշտ է պահպանել:

Երբ փոքր ճարպոնի խոռոչը բացված է, ձախ ստամոքսային կամ ընդհանուր լյարդային զարկերակների երկայնքով կարելի է իրականացնել կասկածելի ավշային հանգույցների բիոպսիա: Հնարավոր է ուսումնասիրել ենթաստամոքսային գեղձի վզիկն ու մարմինը:

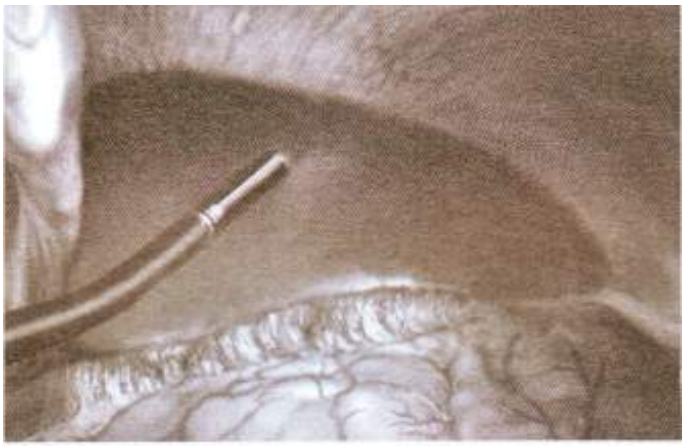




Փուլ 8. *Լապարասկոպիկ գերձայնային սոնոգրաֆիա*

Աջ կողմնային պոռտով մտցվում է լապարասկոպիկ գերձայնային ցուցիչը: Հետազոտությունը սկսվում է լյարդի ձախ բլթի սկանավորումից /I, II, III< սեգմենտներ/, հետո անցնելով աջ բլթի ուսումնասիրմանը:

Դիտարկվում է լյարդ-տասներկումատնյա կապանը ընդհանուր լյարդային ու ընդհանուր լեղային ծորանները, նույնականացվում են լյարդային զարկերակներն ու դռներակը: Այս կազմավորումների վիզուալիզացիան հեշտացնում է գունավոր դոպլերոգրաֆիան: Որից հետո ցուցիչի ոչ արագ շարժումով հետազոտվում է ենթաստամոքսային գեղձը: Կարելի է որոշել ուռուցքի, պանկրեատիկ ծորանի ու ենթաստամոքսային գեղձի շրջական անոթների /դռներակ, վերին միջընդերային երակ, վերին միջընդերային զարկերակ/ փոխհարաբերակցությունը:



Հետվիրահատական հետազոտություններ.

- ✓ նման միջամտությունները կարող են իրականացվել ամբուլատոր պայմաններում,
- ✓ լաբորատոր հետազոտությունների կարիք կարող է չլինել:

Տեղային հետվիրահատական բարդություններ.

- ➢ սովորական խնդիրներ կապված լապարասկոպիայի հետ՝ ցավեր ուսագոտու շրջանում և ինֆեկցիա, տրոակարների անցքերի ճողվածքներ:
- ➢ արտահայտված ցավի ու ջերմության դեպքում պետք է իրականացնել լապարասկոպիա, որովայնի խոռոչի օրգանների վնասումների հայտնաբերման համար:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- Եղեք համբերատար և որովայնի խոռոչով տեղաշարժվեք դանդաղ: Մետաստազների չափերը հաճախ փոքր են և անփույթ դիտարկման դեպքում նրանց կարելի է բաց թողնել:
- Հետևեք հեմոստազին, արյունը կլանում է լույսը և փակում անատոմիական կառուցվածքները:
- Մեկ պոռտի միջով հետազոտումը չի կարող լինել լիարժեք: Բավարար տեսադաշտի համար պահանջվում են մի քանի պոռտեր:
- Տասներկումատնյա աղու տեղայնացում չի պահանջվում:
- Կողմնային աջ վերին քառորդում, ըստ հնարավորի, տեղադրեք 10 մմ-ոց պոռտ: Այն թույլ կտա գերձայնային ցուցիչը լյարդ-տասներկումատնյա կապանի վրա տեղադրել անհրաժեշտ անկյան տակ, հեշտացնելով լեղածորանների/անոթների հայտնաբերումը:

ԵՆԹԱՍՏԱՄՈՔՍԱՅԻՆ ԳԵՂՁԻ ԴԻՍՏԱԼ ՄԱՍՆԱՀԱՏՈՒՄ

Ներածություն

Չնայած դիֆուզ քրոնիկ պանկրեատիտի ժամանակ ենթաստամոքսային գեղձի դիստալ մասնահատումները կորցրել են իրենց նշանակությունը, սակայն գոյություն ունեն իրավիճակներ, երբ ցուցված է ենթաստամոքսային գեղձի դիստալ հատվածի սահմանափակ անատոմիական մասնահատում:

Ցուցանիշներ ու հակացուցումներ

Ցուցումներ՝

- գեղձի մարմնով /պոչով/ սահմանափակված քրոնիկ պանկրեատիտով պայմանավորված՝ քրոնիկ ցավ որովայնում, օրինակ հետտրավմատիկ /գլխավոր պանկրեատիկ ծորանի հետնեկրոտիկ ստրիկտուրայի հետևանքով/,
- կասկածներ ենթաստամոքսային գեղձի պոչի ու մարմնի ադենոկարցինոմայի վերաբերյալ, առաջացած քրոնիկ պանկրեատիտի ֆոնի վրա,
- պանկրեատիկ ասցիտ, գեղձի պոչի/մարմնի շրջանում առաջացած ծորանի պատռման հետևանքով,
- գեղձի մարմնի/պոչի շրջանի պսեդոկիստա:

Հակացուցումներ՝

- ամբողջ ենթաստամոքսային գեղձի դիֆֆոզ քրոնիկ բորբոքային փոփոխություններ,

- եթե գեղձի դիֆուզ փոփոխությունները առավել արտահայտված են գեղձի ձախ հատվածում, որոշ դեպքերում կարող է համարժեք լինել դիստալ մասնահատումը /օրինակ ալկոհոլային պանկրեատիտ, ախտաբանական գործընթացների գերակշռմամբ գեղձի ձախ կեսում, ստրիկտուրա միջին սեգմենտում կամ բարդ պսևդոկիստա գեղձի միջին/դիստալ հատվածում/:
- լապարասկոպիկ մուտքի համար՝ ձախակողմյան պորտալ հիպերտենզիա, նախորդած բազմակի վիրահատություններ որովայնի խոռոչի օրգանների վրա, լայնածվալ կպումների առաջացումով:

Նախավիարհատական հետազոտություններ և պատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ Անամնեզում կարևորվում են ենթաստամոքսային գեղձի տրավման և ալկոհոլի չարաշահումը, քրոնիկ ցավը որովայնում, ստեատորեան, դիաբետը, պանկրեատիտի կամ ենթաստամքսային գեղձի քաղցկեղի ընտանեկան անամնեզը, ցավազրկող միջոցների ընդունումը: Ալկոհոլային/թմրանյութային կախվածության ժամանակ ստացեք հիվանդից պարտավորվածություն մասնագիտացված հիմնարկում թունազերծման կուրս անցնելու վերաբերյալ:
- ✓ Կլինիկական հետազոտություն՝ որովայնի ցավոտություն կամ ծավալային գոյացություն, սպլենոմեգալիա /կասկած փայծաղային երակի թրոմբոզի վերաբերյալ/:
- ✓ Լաբորատոր հետազոտություններ՝ արյան ընդհանուր անալիզ, գլյուկոզա, կալցիումի մակարդակը պլազմայում, տրիգլիցերիդներ:
- ✓ Ճառագայթային ախտորոշում՝ ՀՇ, ՄՌՇ կամ ԷԳՋՀ, պարենխիմայի ախտահարման տարածվածության գնահատական (պետք է սահմանափակված լինի մարմնով/պոչով), եթե կա սպլենոմեգալիա և/կամ ստամոքսի երակների վարիկոզ լայնացում՝ կասկածեք փայծաղային երակի թրոմբոզի մասին: ԷՀԽՊԳ-ով գնահատվում են պանկրեատիկ ծորանի միջին ու ընդհանուր հատվածի նեղացումները:

Նախավիրահատական պատրաստում՝ եթե պլանավորվում է սպլենէկտոմիա վիրահատությունից 2 շաբաթ առաջ իրականացվում է պնևմոկոկկային իմմունիզացիա, ինչպես նաև Haemophilus influenzaeB տիպի և մենինգոկոկկային վակցինաներով:

Ուշադրություն դարձրեք հետվիրահատական ցավազրկման համար էպիդուրալ կատետերների օգտագործման վրա /նախավիրահատական թմրանյութերից կախվածությունը հարաբերական հակացուցում է, քանի որ հիվանդի մոտ կպահանջվի թմրանյութերի համակարգային օգտագործում/:

Խորանիստ երակների թրոմբոզի կանխարգելում հետևողական կոմպրեսիայով և/կամ հեպարինի ենթամաշկային ներարկմամբ /հեպարինոթերապիա անցկացման վերաբերյալ էպիդուրալ անալգեզիայով հիվանդների մոտ պետք է խորհրդակցել անեստեզիոլոգների հետ:

Հակաբիոտիկի կանխարգելիչ ներարկում վիրահատությունից 30 րոպե առաջ:

Սպեցիֆիկոխսկեր, հիվանդիտեղեկացվածհամաձայնություն.

- Սպլենէկտոմիա
- Պանկրեասիխտուլակ
- Սուբպանկրեատիտ
- Շեմարոայիդիաբետ
- Ստոմոսիպատիվնաուում

Հիվանդիդիրքը` պառկածմեջքիվրա

Մուտքը` ձախվերին/ձախկիսորովայնահատում, հազվագյուտդեպքերում՝ միջայիներովայնահատում

Ենթաստամոքսային գեղձի բաց դիստալ մասնահատում՝ սպլենէկտոմիայով

Վիրահատություն

Փուլ 1. Առաջնային էքսպոզիցիա, մուտք դեպի փոքր ճարպոն

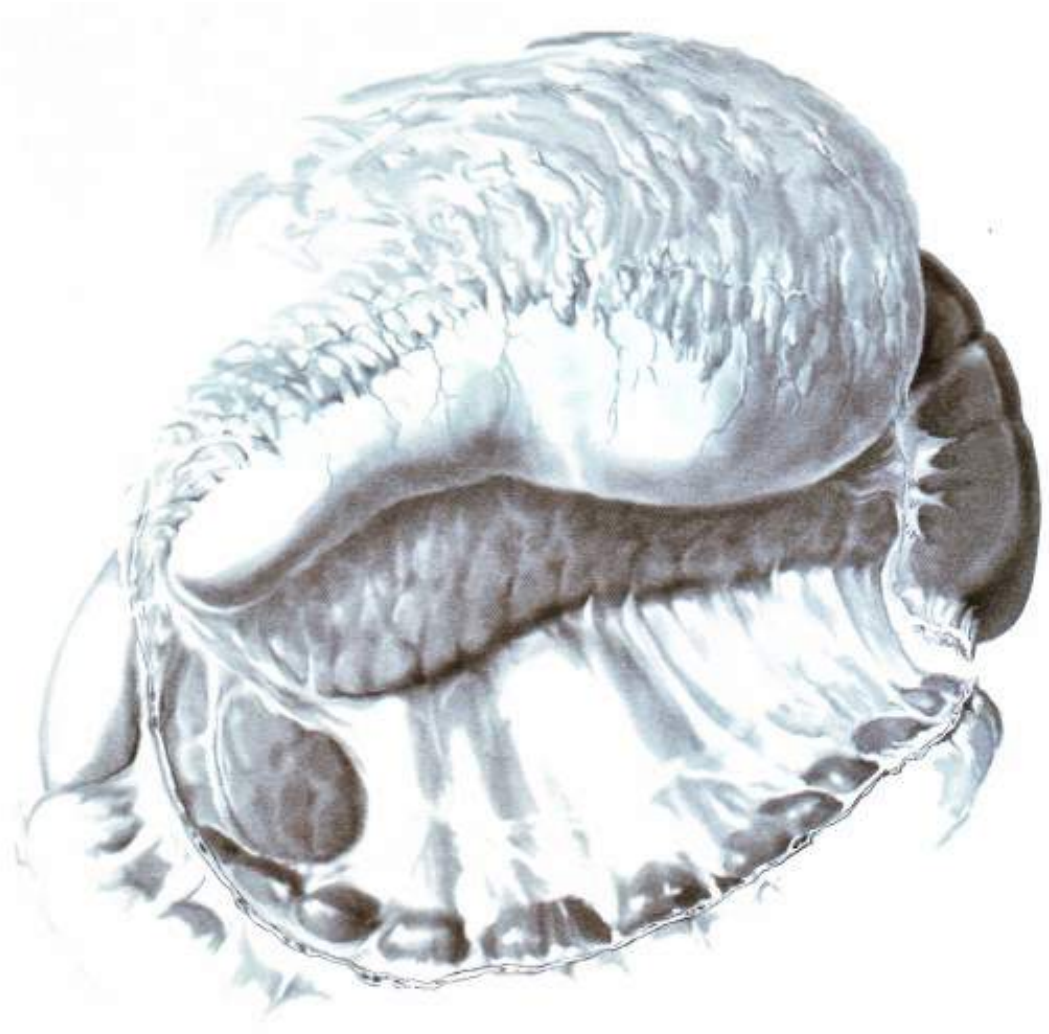
Երկկողմանի ենթակողային կամ միջային կտրվածքի ընտրությունը կախված է կողանկյան լայնությունից, սովորաբար նախապատվությունը տրվում է ենթակողային կտրվածքին:

Որովայնի խոռոչի լրիվ ստուգումից հետո դրվում է լայնիչ, օգնելով տեղաշարժել կողաղեղը գլխամասային ուղղությամբ:

Ճարպոնածոցը բացվում է միջաձիգ խթաղուց մեծ ճարպոնի անջատումով և ստամոքսի հետ նրա տեղաշարժումով դեպի վեր:

Ստամոքսի ու փայծաղի դրունքի միջև կտրվում ու կապվում են ամենաստորին կարճ ստամոքսային անոթները, ավելի վեր գտնվող կարճ անոթներին առավել հեշտ է մոտենալ փայծաղի տեղայնացումից հետո: Այս գործողությունների արդյունքում մերկանում են ենթաստամոքսային գեղձի մարմինն ու պոչը:

Հետագա դիսսեկցիան հեշտանում է, եթե հաստ աղու փայծաղային անկյունը լրիվ տեղայնացվում և իջեցվում է ներքև:



Փուլ 2. *Վերին միջընդերային երակի մերկացումն ու ենթաստամոքսային գեղձի ստորին եզրի տեղայնացումը*

Միջին հաստաղիքային երակով իջնելով ներքև հայտնաբերվում է վեհին միջընդերային երակը:

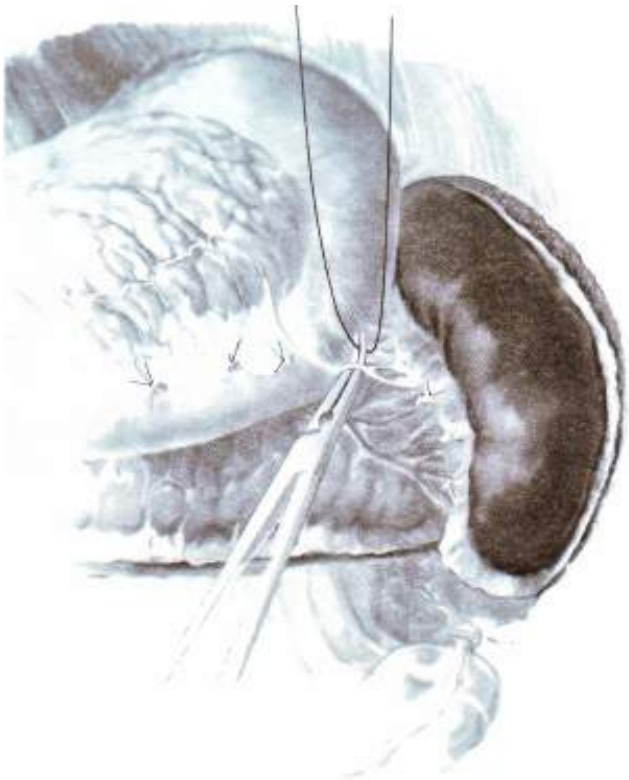
Այն պետք է անջատվի ենթաստամոքսային գեղձի ստորին եզրից դեպի ներքև և դարձվի տեսանելի մինչև նրա անցնելը գեղձի վզիկի հետին մակերես, այս գործողությունը հեշտացնում է վզիկի հետագա հատումը:

Ենթաստամոքսային գեղձի ստորին եզրի երկյանքով հատվում է որովայնամիզը, գեղձի մարմինը/պոչը բարձրացվում են օրգանի հետևում զգուշավոր սուր դիսսեկցիայով:

Փուլ 3. *Փայծաղի տեղայնացումը*

Փայծաղը տեղայնացվում է դեպի առաջ՝ որովայնի կողմնային կպումներից ազատվելուց հետո: Հատվում են նաև փայծաղի կպումները հաստ աղու /փայծաղ-խթաղիքային կապան/ և ստոծանու հետ:

Մշակվում են մնացած կարճ ստամոքսային անոթները և ստամոքսը տեղաշարժվում է վիրահատական դաշտից վեր, լրիվ մերկացնելով ենթաստամոքսային գեղձի դիստալ հատվածը:



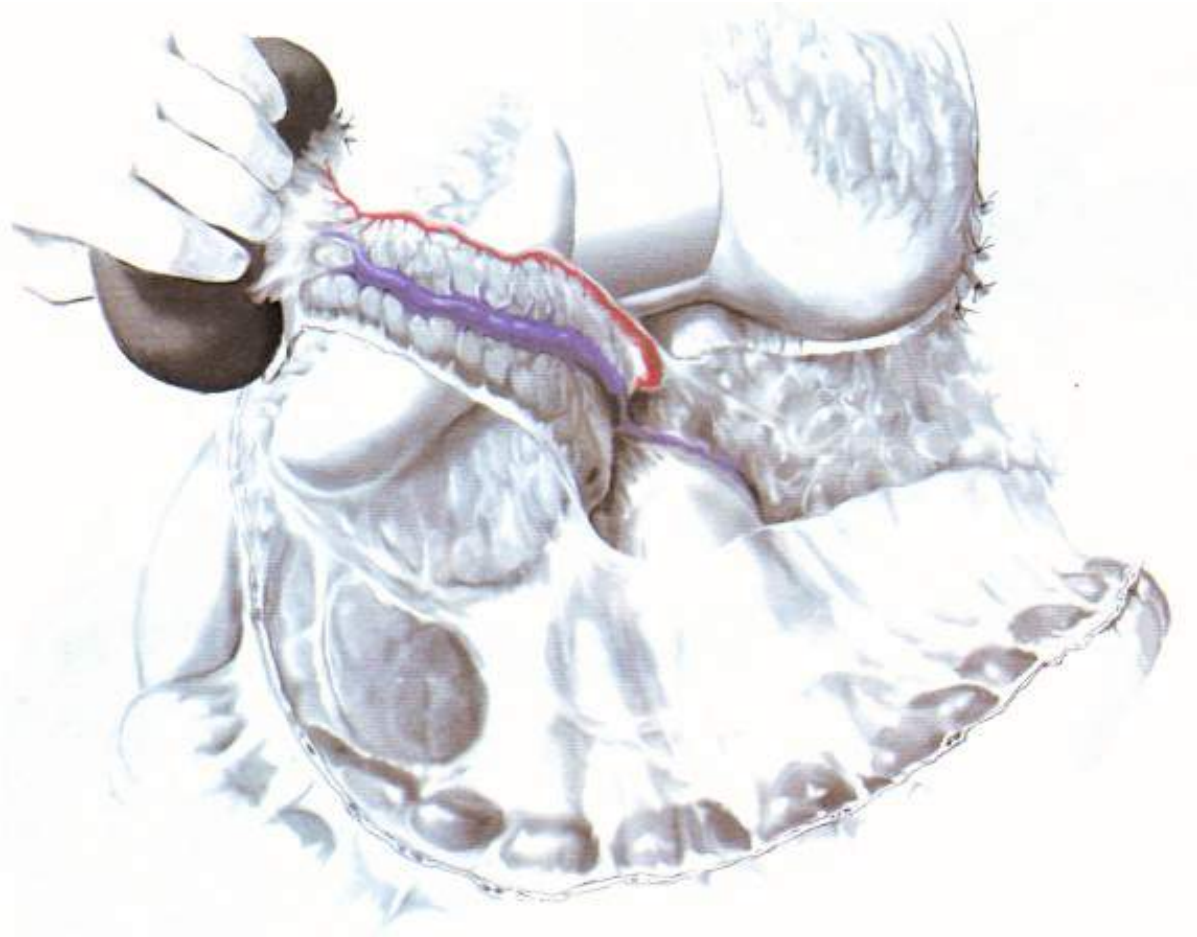
Փուլ 4. Ենթաստամոքսային գեղձի դիստալ հատվածի տեղայնացումը

Փայծաղն ու ենթաստամոքսային գեղձի դիստալ հատվածը տեղայնացվում են հիվանդի մարմնի աջ կողմի ուղղությամբ, կարևոր է դիսսեկցիան տանել ճիշտ երիկամի ու ենթաստամոքսային գեղձի պոչի միջև չխախտելով հետևում տեղակացված Հերոտի փակեղը:

Առաջանային տեղայնացումից հետո ձեռքը մտցվում է հետպանկրեատիկ տարածություն, որը ստեղծվել է *փուլ 3-ի* ընթացքում:

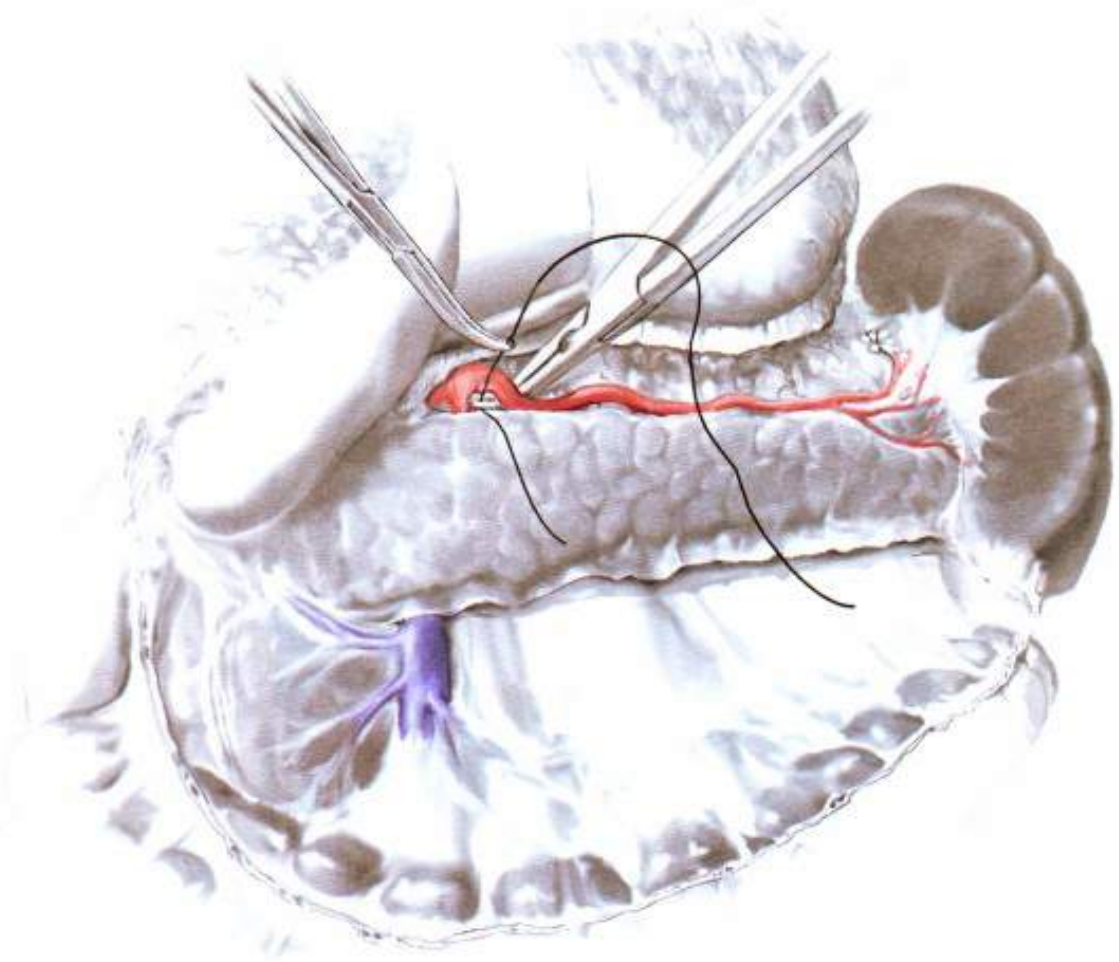
Հետորովայնամզային կպումները ենթաստամոքսային գեղձի վերին եզրի երկայնքով կապվում են ու հատվում մինչև փայծաղային զարկերակի սկզբնամասի հայտնաբերումը: Վերջինիս տեղակայումը ճշգրտվում է շոշափման միջոցով:

Փայծաղն ու ենթաստամոքսային գեղձը պահվում են դեպի վեր ու աջ ծգված, այնպես, որ վիրաբույժը կարողանա տեսնել գեղձի հետին մակերեսը և հայտնաբերի այստեղով անցնող փայծաղային երակը:



Փուլ 5. *Փայծաղային զարկերակի կապում*

Ենթաստամոքսային գեղձի վերին եզրով առանձնացվում է փայծաղային զարկերակը ընդերային ցողունից անջատման տեղում: Այստեղ այն հատվում է ու պրոքսիմալ եզրը կարվում 2-0 թելով, դիստալը՝ կապվում է: Պետք է ստուգել, որ անջատվող զարկերակը փայծաղայինն է, այլ ոչ թե լյարդայինը:



Փուլ 6. *Փայծաղային երակի անջատում/կապում*

Առաջանալով գեղձի հետին ու ստորին եզրով, հարպանկրեատիկ փափուկ հյուսվածքների դիսսեկցիան շարունակվում է այնքան ժամանակ, մինչև հասնեն փայծաղային ու վերին միջընդերային երակների միացման տեղին:

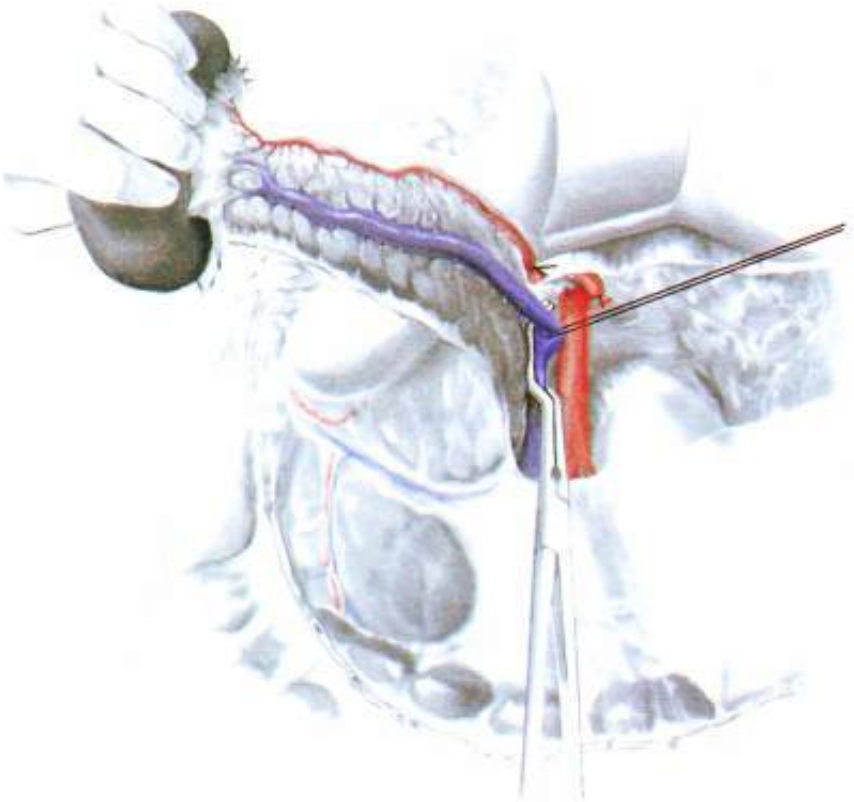
Ստորին միջընդերային երակը կապվում է ու հատվում, եթե այն անմիջապես լցվում է փայծաղային երակ կամ խանգարում է վերին միջընդերային երակի մոտ փայծաղային երակի կապելուն, սակայն դա սովորաբար այդպես չէ:

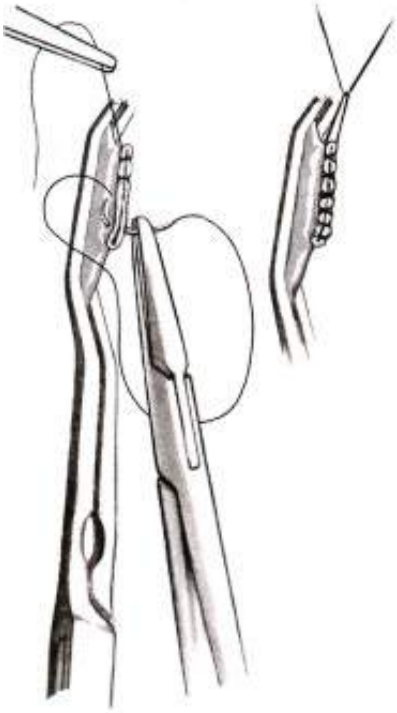
Վերին միջընդերային երակի հետ փայծաղային երակի միացման տեղում հյուսվածքները մանրակրկիտ անջատվում են երակից:

Վերին միջընդերային երակի ու դռներակների միացման տեղում դրվում է Սատինոսկու սեղմիչ, երակի վերջավորությունը փայծաղի կողմից կապվում է 2-0 թելով:

Փայծաղային երակը հատվում է լիգատուրայի և սեղմիչի միջև, բրանշից դուրս երակային պատի վրա թողնելով մանժետ:

Փայծաղային երակի պրոքսիմալ եզրը կապվում է ու 5-0 պոլիպրոպիլենով անընդհատ կարվում, որից հետո անոթային սեղմիչը հանվում է:





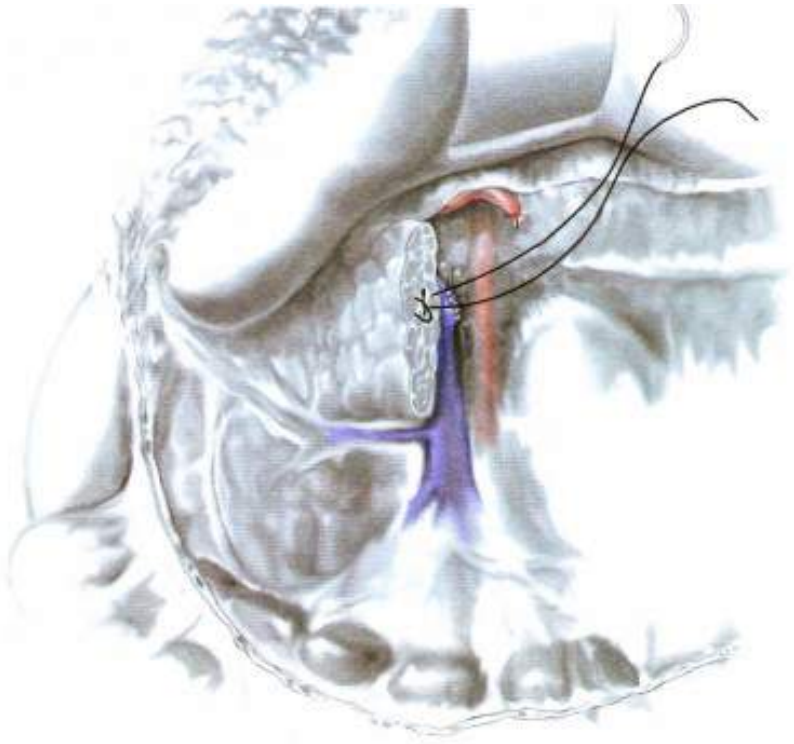
Փուլ 7. Ենթաստամոքսային գեղձի հատում

Ենթաստամոքսային գեղձի վզիկը հատվում է էլեկտրակաուտերով, վերին միջընդերային երակի ու դռներակի միացման տեղում: Եթե կան կասկածներ ուռուցքի վերաբերյալ, անհրաժեշտ է ձախից, ուռուցքների տեսանելի եզրից, թողնել առնվազն 1սմ լայնության եզր և իրականացնել մասնահատված եզրի շտապ հյուսվածքաբանական հետազոտության:

Ենթաստամոքսային գեղձը սնող եզրային անոթը, որը արյունահոսում է, հատումից հետո կարով կապվում է: Հատված գեղձից արյունահաոսության դադարեցումից հետո հայտնաբերվում է պանկրեատիկ ծորանի լուսանցքը, որը կապվում է 3-0 պոլիպրոպիլենով: Ենթաստամոքսային գեղձի հատված մակերեսը կարվում է 3-0 պրոպիլենի անընդհատ կարով:

Ենթաստամոքսային գեղձը կարելի է հատել նաև գծային կարող գործիքով կամ հյուսվածքների եփման տեխնիկայով: Գեղձի հատված մակերեսին մոտեցվում է ակտիվ դրենաժ, որը ձախ կողմնային պատով դուրս է բերվում որովայնի խոռոչից:

Որովայնի պատը շերտ առ շերտ կարվում է:



բ/ վայծաղանուսամոքսընստամոքսայինկարճանոթներիբոլքանումտեղակայվածեներոպաբուռոմոտ,

գ/ ենթաստամոքսայինգեղձիմարմնիուռուցքներիներթափանցումերակվերինմիջնորեդայիներակիմոնացմանեղումսառոլոբաբովկայումէգործընթացիանմասնահատելհնությանմասին,

դ/ կարեռվենթաստամոքսայինգեղձիհատվածմակերեսըվակելուդեպքում, գեղձիծորանըպետէկարվհատանձին, պարենխիման՝ “ձկանբերանի” ձևովկամխողըկարերով (3-0 PGA): Եթեկանկասածներկարվելեռաբեյալ, վակեռայն Y-ձևաղեզալարով՝ ըստՈռւ-ի:

9. *Գործառույթներպահպանվիվիրաբուժությունների ժամանակ*

- *Պանկրեատիտի դեպքում* կատարելիէորդեգրելսպասողականմարտավարություն՝ կիրառելով պարենտերալ սնուցում: Հնարավորէսոմատոստատինիներերակայինեղանակով: Խուղակըստամոքսիհաճախվակվումէինքնուրույն:

10. *Հետվիրահատականգործառույթներ*

Բժշկականխնամք՝ բիլթ-ստամոքսայինզոնդըհեռացվում է 1-2 օրից, լաբորատորիսկողությունովպահեստվիրահատականբոլքանում (ամիլազա, լիպազա, գլյուկոզա): Դրենաժըհեռացվում են 4-6-րդ օրը:

Կերակրմանեղանակ հերուկըկոմերով 1-2-րդօրից, եթեայնլավէյուրացվումևայտնվելէկղանք, սննդակարգըստազբաղնդլայնվումէ:

Աղիներիգործունեություն հնարավորէպերիստալտիկանխթանողմիջոցներկամ բերանով թեթևթուլացնողմիջոցներ:

Ախտահոգում՝ ամնիջապես:

Ֆիզիոթերապիա՝ շնչառականվարժություններ:

Անաբխտաստանալությանտևողություն՝ 2 շաբաթ:

Ենթաստամոքսային գեղձի դիստալ հատվածի մասնահատում փայծաղի պահպանումով

⇒ Քրոնիկ պանկրեատիտով հիվանդների մոտ ենթաստամոքսային գեղձի մարմնի ու պոչի հեռացումը փայծաղի պահպանումով տեխնիկապես դժվար խնդիր է: Փայծաղային երակի շուրջը առաջացած սպիացումները կարող են դժվարացնել դիսսեկցիան, դարձնելով երակի պահպանումը ոչ միայն դժվար, այլև վտանգավոր:

⇒ Եթե կասկածվում է չարորակ նորագոյացություն, ապա փայծաղն ու փայծաղային անոթները չպետք է պահպանվեն:

⇒ Եթե ենթաստամոքսային գեղձի դիստալ մասնահատումը իրականացվում է ցավային համախտանիշի կապակցությամբ, չկա ուռուցքի կասկածև փայծաղային երակը անցանելի է՝ փայծաղի պահպանմանը ուղղված փորձերը արդարացված են:

⇒ Եթե սպլենէկտոմիա չի կատարվում, ապա վիրահատության ընթացքը զգալի փոխվում է:

⇒ Ճարպոնածոց մտնելուց հետո վիրահատությունը շարունակվում է վերին միջընդերային երակի ու դռներակի միացման տեղում ենթաստամոքսային գեղձի վզիկի հատումով:

⇒ Փայծաղը չի տեղայնացվում, ենթաստամոքսային գեղձի մարմնի/պոչի դիսսեկցիան ընթանում է հատման տեղից դեպի փայծաղ, ճանապարհին հատվում են գեղձի պարենխիմայից փայծաղային երակ թափվող բազմաթիվ մանր ճյուղեր:

⇒ Ենթաստամոքսային գեղձ մտնող փայծաղային զարկերակի ճյուղերը ևս հատվում են դիստալ ուղղությամբ ընթացող դիսսեկցիայի ընթացքում:

⇒ Մինչ ենթաստամոքսային գեղձի անջատումը փայծաղից, խելամիտ է ստեղծել մուտք դեպի փայծաղային երակ /վերին միջընդերային երակ նրա թափման տեղը/ և փայծաղային զարկերակ /նրա հիմքի մոտ/, ինչը թույլ կտա արագ սեղմել անոթներն ու կանգնեցնել հետագա դիսսեկցիայի ընթացքում հնարավոր արյունահոսության զարգացումը:

⇒ Փայծաղային երակի ճյուղերը առավել նպատակահարմար է փակել բարակ անոթային կլիպներով կամ բարակ լիգատուրաներով /4-0 կամ 5-0 մետաքս/, քանի որ նրանք փոքր են, բարակ ու հեշտությամբ պատռվող:

⇒ Վիրաբույժը որոշում է, թե որ չափի արյունահոսությունն է ընդունելի փայծաղի պահպանման փորձի ժամանակ և պետք է պատրաստ լինի, անհրաժեշտության դեպքում հրաժարվել նման փորձից:

Ենթաստամոքսային գեղձի լապարասկոպիկ դիստալ մասնահատում

Նվազագույն ինվազիվ վիրաբուժության ներդրումն ու նրա տեխնիկական կատարելագործումը հնարավոր դարձրեցին քրոնիկ պանկրեատիտի և այլ հիվանդությունների առանձին դեպքերում գեղձի դիստալ մասնահատումը իրականացնել լապարասկոպիկ եղանակով:

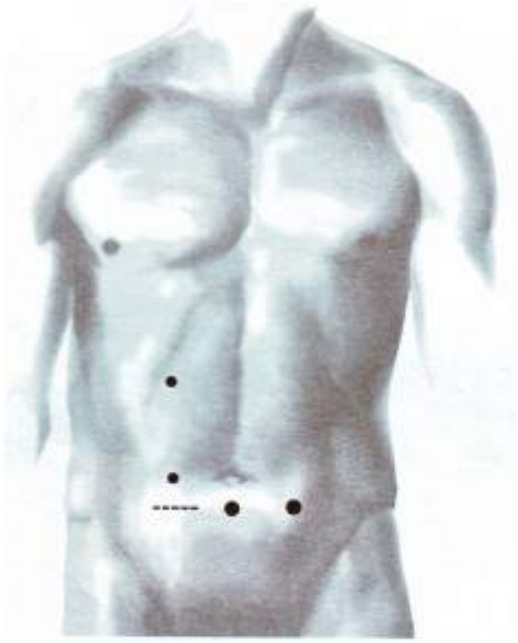
Փուլ 1. *Մուտք որովայնի խոռոչ*

Մուտքը որովայնի խոռոչ իրականացվում է միջին գծով, պորտից ներքև նվազագույն կտրվածքով՝ մինչև 15մմ/սս ճնշման պնևմոպերիտոնեումի իրականացման համար: Լապարասկոպը մտցվում է 10մմ-ոց պոռտով:

Հետո միջին անրակային գծով դրվում են 5մմ-ոց պոռտեր աջ վերին ու միջին քառորդակում և 12մմ-ոց պոռտ՝ ձախ միջային քառորդակի ներքևում:

Որովայնամզում ու լյարդում մետաստատիկ ախտահարումներ հայտնաբերելու համար ստուգվում են որովայնի խոռոչը և հետազոտվում փայծաղը:

Անհրաժեշտության դեպքում կպումները հատվում են:

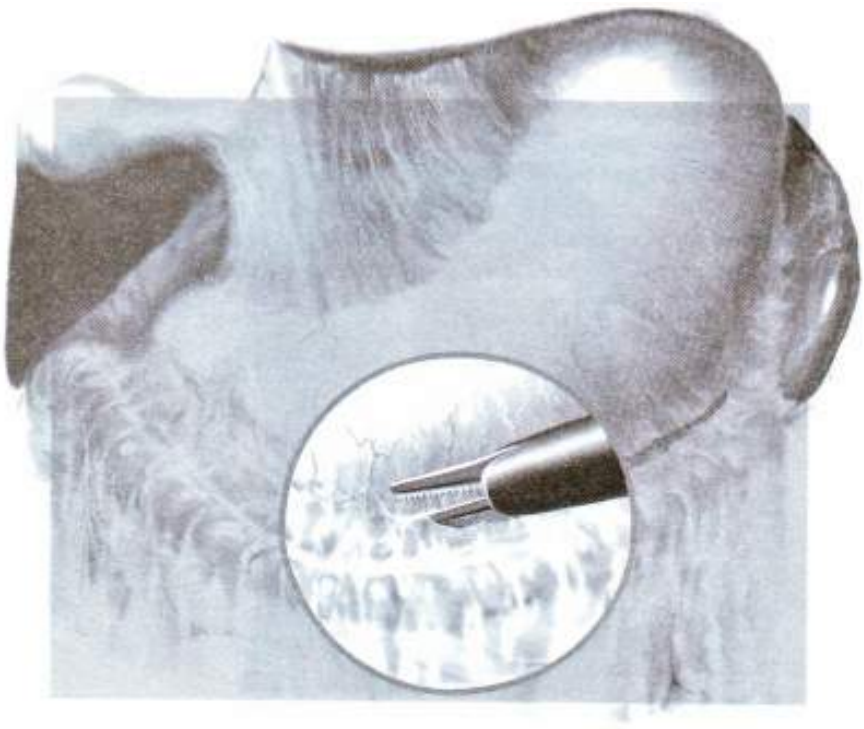


Փուլ 2. *Մուտք դեպի փոքր ճարպոնի խոռոչ*

Ստամոքս-հաստաղիքային կապանը հատվում է գերձայնային դիսեկտորով, ինչը մուտք է բացում դեպի փոքր ճարպոնի խոռոչ: Օգնականը ստամոքսը տեղաշարժում է դեպի վեր, թույլ տալով դիտարկել ճարպոնային խոռոչն ու ենթաստամոքսային գեղձի առաջնային մակերեսը:

Այս ամենը հաճախ թույլ է տալիս տեսանելի դարձնել ախտաբանական գործընթացը ենթաստամոքսային գեղձի պոչում: Եթե որևէ փոփոխություն չի հայտնաբերվում, այն կարելի է նույնականացնել լապարասկոպիկ գերձայնային հետազոտության միջոցով: Վերջինս պետք է կիռարվի նաև լյարդի հետազոտման համար, եթե կա չարորակ ուռուցքի մետաստազների հավանականություն:

Ենթաստամոքսային գեղձի ստորին եզրի երկյանքով փայծաղի ուղղությամբ հատվում է որովայնամիզը: Գեղձը զգուշորեն տեղայնացվում է հետորովայնամզային տարածության փափուկ հյուսվածքներից, որից հետո գնահատվում է լապարասկոպիկ մասնահատման հնարավորությունը:



Փուլ 3, «Ձեռքի օգնությամբ» եղանակ

Աջ ստորին քառորդում իրականացվում է Մակբուրնեի կտրվածք և մկանների տարանջատում: Կտրվածքի չափերը /4-5 սմ/ պետք է լինեն այնպիսին, որ կտրվածքը պինդ “բռնի” վիրաբույժի դաստակը:.

Վիրաբույժը դաստակի ամուր բռնած որովայնի պատի մկանների միջով, ձեռքը մտնցնում է որովայնի խոռոչ /ոչ լայն կտրվածքը թույլ է տալիս կանխարգելել գազի արտահոսքը/: Նույն գործողությունը կարող են հեշտացնել հատուկ հերմետիզացնող սարքերը:

Որովայնի խոռոչը հնարավոր է ստուգել նաև ձեռքով:

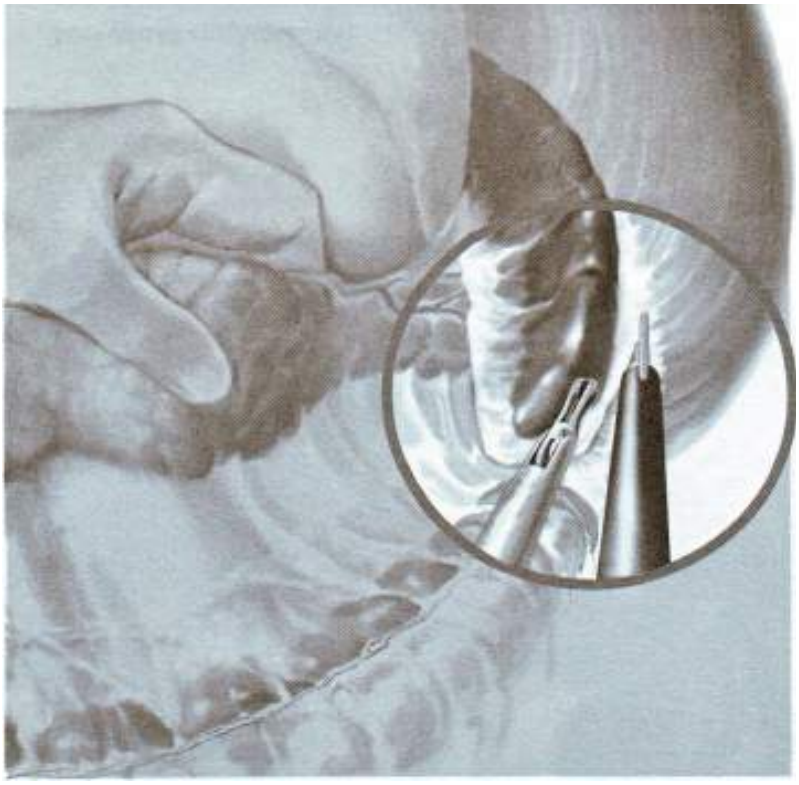
Վերցնելով գեղձի մարմինը/պոչը այն ձեռքով բութ անջատվում է, հրելով ստամոքսը դաստակի դորզալ մակերեսով: Նման տեխնիկան իրենից ներկայացնում է գեղձի դիստալ մասնահատման մեդիալ ու լատերալ մոտեցում՝ օրգանը տեղայնացնելով մարմնից դեպի պոչ ու փայծաղ, այլ ոչ թե հակառակը:

Հետագա դիսսեկցիան հեշտացնում է գեղձային դիսսեկտորի օգտագործումը:

Փուլ 4.

Ենթաստամոքսային գեղձը մինչև փայծաղի դրունք լրիվ անջատվում է: Փայծաղը տեղայնացվում է հետորովայնամզային տարածությունից, ստոծանուց, երիկամից և հաստ աղուց գերձայնային դիսսեկտորով հատելով փայծաղ-ստոծանքնիական, փայծաղ-երիկամային, և փայծաղ-խթաղիքային կապանները: Ձեռքի օգնությունը զգալի հեշտացվում է այս գործողությունները:

Ձեռքի համար նախատեսված կտրվածքով, վիրաբույժի ձախ դաստակիմակերեսին հպված, որովայն է մտցվում պրեպարատի համար ստերիլ կոնտեյները, որից հետո պրեպարատը բռնվում է և ձեռքի դանդաղ շարժումով կոնտեյները հագցվում է պրեպարատի վրա, որը թույլ է տալիս նրա մակերեսը անջատել վերքից:



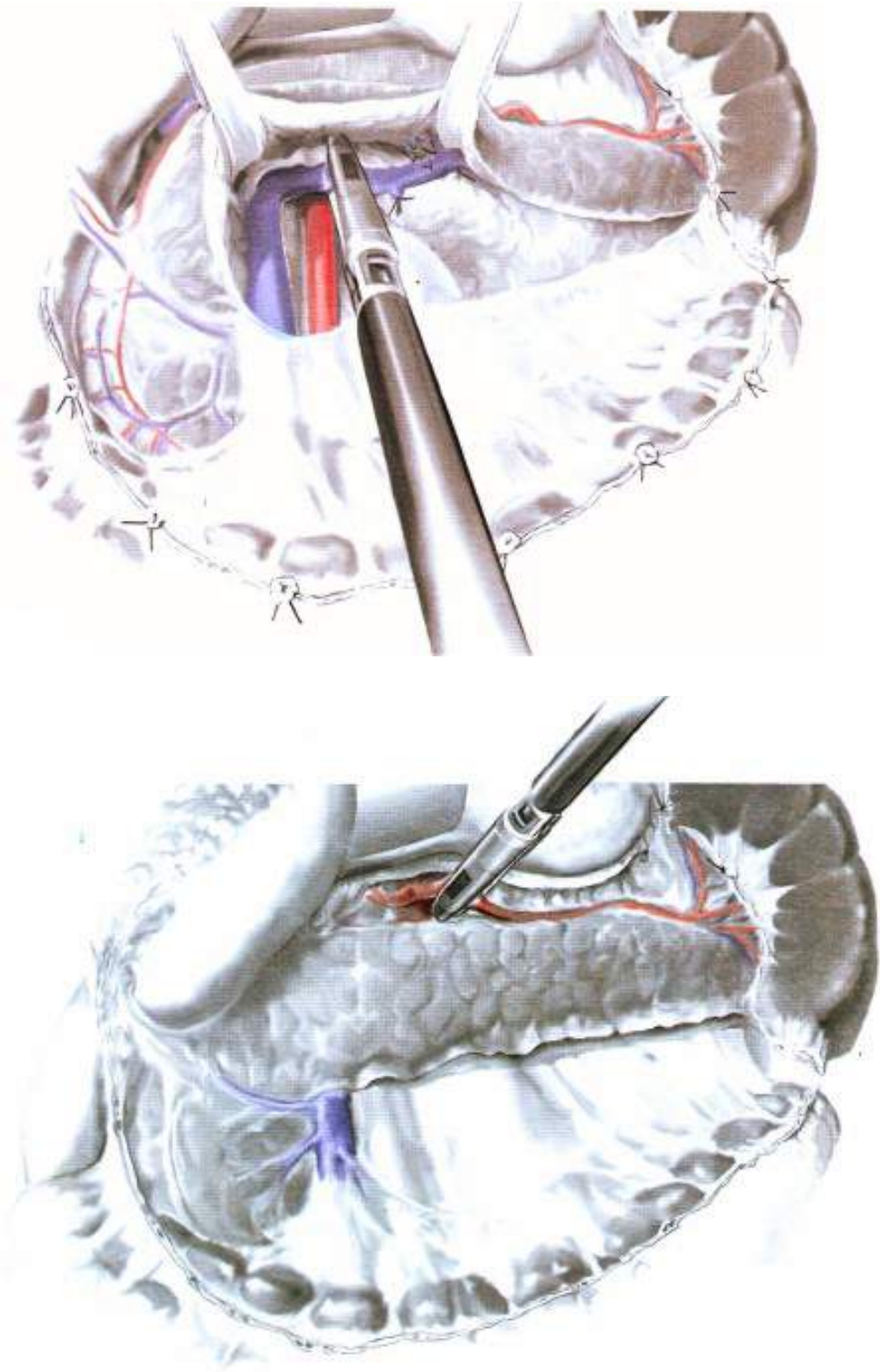
Փուլ 5

Փայծաղային երակը հայտնաբերվում է ենթաստամոքսային գեղձի հետևում, եթե ենթադրվում է մասնահատում փայծաղի պահպանումով: Գեղձի հետին մակերեսից գնացող մանր երակները, գերձայնային դիսսեկտորով, հնարավորության դեպքում հատվում են: Եթե երակը անհնար է անջատել գեղձից և չի բացառվում չարորակ ուռուցքի առկայությունը, երակը մասնահատվում է պրեպարատի հետ: Այն կապվում է ինտրակորպորալ հանգույցով կամ կարվում կարող անոթային գործիքով:

Անջատվում է փայծաղային զարկերակը, որը հաճախ ունենում է ոլորուն ընթացք, տեղակայվելով ենթաստամոքսային գեղձի վերին եզրի երկայնքով: Եթե պլանավորվում է սպլենէկտոմիա, ապա փայծաղային զարկերակը անջատվում ու հատվում է գերձայնային դիսսեկտորով կամ կապվում ինտրակորպորալ հանգույցով: Որոշ վիրաբույժներ փայծաղային զարկերակը հատում են կարող գործիքով:

Երբ փայծաղը պահպանվում է, ենթաստամոքսային գեղձը գերձայնային դիսսեկտորով անջատվում է ինտակտ փայծաղային զարկերակից ու երակից, մինչև գեղձի դիստալ հատվածի լրիվ ազատվելը կպումներից:

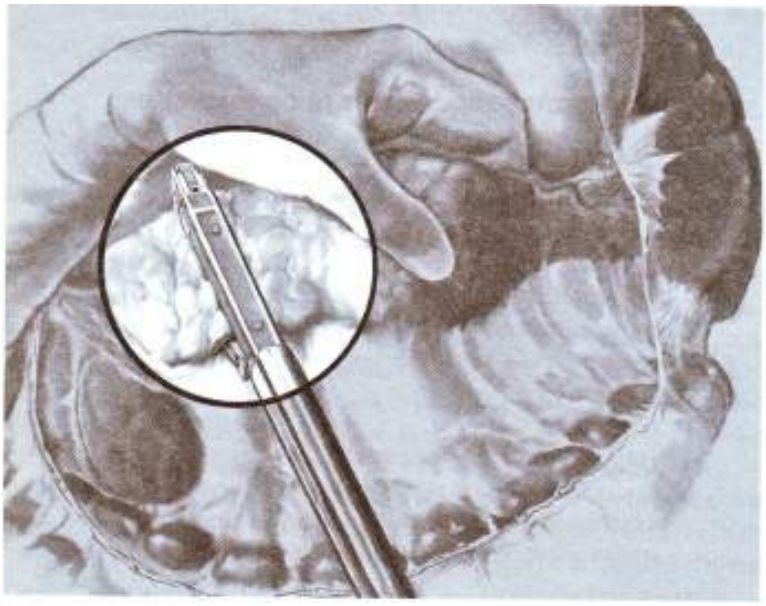
Եթե որոշված է փայծաղը հեռացնել պրեպարատի հետ, ապա դիսսեկցիան պետք է ընթանա այս անոթներից ավելի դրսայնորեն, թողնելով փայծաղային անոթները կպած ենթաստամոքսային գեղձի պոչին:



Փուլ 6.

EndoGIA կարող գործիքը մտցվում է ձախակողմյան 12մմ-ոց պոռտով և ենթաստամոքսային գեղձը մասնահատման գծից ավելի մեդիալ կարվում: Գեղձի կարելու և

հատման գծի փակման համար կարող են կիրառվել նաև այլ եղանակներ, օրինակ հյուսվածքների եփում:



Հետվիրահատական շրջան

- ✓ Եթե հիվանդի վիճակը կայուն է, նա տեղավորվում է սովորական վիրաբուժական սենյակում:
- ✓ Ասպիրացիան կարելի է ստուգել քիթ-ստամոքսային զոնդով՝ 24 ժամերի ընթացքում, սակայն այն սովորաբար պետք չի լինում:
- ✓ Հեղուկ սնունդը տրվում է վիրահատությունից մեկ օր անց, հետագայում, ելնելով վիճակից, դիետան ընդլայնվում է:
- ✓ Հիշեք պանկրեատիկ խուղակի զարգացման հնարավորության մասին /դրենաժից արտահոսող հեղուկում ամիլազայի բարձր պարունակությունը հուշում է դրա մասին/:
- ✓ Ստացիոնարից դուրս գրումը՝ վիրահատությունից 5-6 օր անց:

Տեղային հետվիրահատական բարդություններ

Մոտակա՝

- ➢ պանկրեատիկ հյութի արտահոսք/ենթաստամոքսային գեղձի խուղակ,
- ➢ ձախակողմյան ենթաստծանիական թարախակույտ /արտահոսք ծորանային համակարգից/
- ➢ սպլենէկտոմիայի հետ կապված տրոմբոցիտոզ,
- ➢ ներորովայնային արյունահոսություն /հատկապես, եթե մինչև վիրահատությունը կար փայծաղային երակի թրոմբոզ և ձախակողմյանդռներակային հիպերտենզիա/:

Հեռավոր՝

- շաքարային դիաբետ,
- մարսողության/ներծծման խանգարում /ստրեատորրեյա/ կամ էկզոկրին անբավարարության հետևանքով սննդանյութի անբավարար ներմուծում /օրինակ ենթաստամոքսային գեղձի պարենխիմայի մասնահատումից հետո, եթե մնացած հատվածում կան ախտաբանական փոփոխություններ/:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդներ

Ենթաստամոքսային գեղձի բաց դիստալ մասնահատում՝

- Ներվիրահատական հիմնական խնդիրները, կապված են խոշոր երակների վնասումների հետ, նրանց ձգման կամ ոչ ճիշտ դիսսեկցիայի պատճառով: Վերին միջընդերային երակի վաղ հայտնաբերումն և վերին միջընդերային երակի ու ենթաստամոքսային գեղձի միջև թունելի ստեղծումը կարևոր գործառույթներ են դիսսեկցիայի ընթացքում այդ անոթի պահպանման համար: Անհրաժեշտության դեպքում, այն թույլ է տալիս արագ հատել գեղձի պարենխիման երակի վրա և կանգնեցնել արյունահոսությունը:
- Դիստալ մասնահատման ժամանակ անոթների վնասման ռիսկը թելադրում է վիրասրահում ունենալ զանազան անոթային սեղմիչներ, որոնց հետ վիրաբույժը պետք է ծանոթանա մինչ միջամտությունը:
- Որոշ դեպքերում՝ պսևդոկիստայի տեղակայումը գեղձի պոչի հետին մակերեսով կամ փայծաղի դրունքի ծանր քրոնիկ բորբոքումը, պրակտիկորեն անհնար կամ ոչ ռացիոնալ են դարձնում փայծաղի տեղայնացումը պերիֆերիայից դեպի կենտրոն: Նման դեպքերում առավել խելամիտ է փորձել, վերին միջընդերային երակին մոտ զգուշորեն մտնել հետպանկրեատիկ տարածություն: Եթե հնարավոր է, ցանկալի է ընտրել առավել անվտանգ հարթություն դիսսեկցիայի համար և շարժվել ենթաստամոքսային գեղձի հետևով կենտրոնից դեպի ծայրամաս: Նման դեպքերում անհրաժեշտ է հիշել երիկամային երակի վնասման ռիսկի մասին, երբ դիսսեկցիան իրականացվում է շատ խորը շերտում: Կարևոր է միշտ մնալ գեղձի հետին մակերեսին մոտ:
- Որոշ դեպքերում տեղայնացման ընթացքում վնասվում է փայծաղը, առաջ բերելով նրա հեռացման անհրաժեշտությունը՝ հավելյալ արյունահոսության պակասեցման համար: Մինչդեռ փայծաղը հարմար «բռնիչ» է գեղձի տեղաշարժման համար և ցանակալի է մինչև դիսսեկցիայի ավարտը նրան թողնել տեղում: Արյունահոսությունը հաճախ կարելի է կանգնեցնել որովայնի թանզիֆը ձեռքով

սեխմելով փայծաղին: Որպեսզի պակասեցվի զարկերակային ներհոսքը դեպի փայծաղ կարելի է նաև անջատել ու կապել փայծաղային զարկերակի մոտակա սեգմենտը:

Ենթաստամոքսային գեղձի լապարասկոպիկ դիստալ մասնահատում

- Լապարասկոպիկ վիրահատությունները զգալի հեշտանում են որովայնի խոռոչ ձեռքի մուտքով /"ձեռքի օգնությամբ" տեխնիկան/: Լապարասկոպիան ձեռքի օգնությամբ թույլ է տալիս՝

⇒ Մանիպուլյացիայի ենթարկել ծավալային օրգանները /հաստ աղիք, ստամոքս, լյարդ, փայծաղ և ենթաստամոքսային գեղձ/:

⇒ Դիսսեկցիայի ընթացքում առաջացած զգալի արյունահոսության ժամանակ իրականացնել հեմոստազ՝ փայծաղային երակի ճյուղերի վնասումից առաջացած զգալի արյունահոսությունը հեշտությամբ կանգնեցվում է դրունքի ճնշումով, մինչդեռ լապարասկոպիկ գործիքներով նրանք դժվար են կարգավորվում:

⇒ Ձեռքի օգնությամբ լապարասկոպիայի համար կարելի է կիրառել որովայնի պատի հերմետիկությունը ապահովող սարքեր, սակայն դրանք պարտադիր չէն: Եթե որովայնի պատի կտրվածքը մեծ չէ, դաստակի անցկացումը նրա միջով թույլ է տալիս պահպանել պնևմոպերիտոնեումը: Բացի այդ, որպեսզի որովայնի խոռոչում ստեղծվի հավելյալ աշխատանքային տարածության, նախաբազկով կարելի է բարձրացնել :

Փ ա յ ծ ա ղ

Ներածություն

Ամբողջական սպլենէկտոմիան համարվում է լավագույն ընտրությունփայծաղի վնասվածքների և հիվանդությունների դեպքում, ինչպես նաև այն հիվանդությունների ժամանակ,որոնց ընթացքը փայծաղի հեռացումով փոխվում է:

Նման վիրաբուժական կոնցեպցիան ամրապնդվում էր այն համոզմունքով, թե փայծաղը չի հանդիսանում կյանքի համար անհրաժեշտ օրգան և փայծաղի տրավմատիկ վնասման ժամանակ մահացու ելքը գրեթե անխուսափելի է, քանզի օրգանի հետաձգված պատռվածքը իրենից ներկայացնում է զգալի վտանգ:

Սակայն սպլենէկտոմիաների հանդեպ վերաբերմունքը հետզհետե փոխվեց, երբ հաստատվեց որ՝

ա/ սպլենէկտոմիան զգալի բարձրացնում է սեպտիկ բարդությունների վտանգը,

բ/ փայծաղի մասնահատման իրականացումը և նույնիսկ նրա պահպանումը հնարավոր է հիվանդի համար ոչ մեծ ռիսկի պայմաններում:

Որովայնի խոռոչի ճառագայթային եղանակներով հետազոտման ձեռքբերումները զգալի ներդրում ունեցան վիրաբուժական այս նոր կոնցեպցիաներին:

Առաջընթացը շարունակվեց լապարասկոպիկ վիրաբուժության զարգացման հետ: Սկզբում լապարասկոպիկ սպլենէկտոմիան դարձավ համեմատաբար ստանդարտ վիրահատություն, հատկապես, երբ բացակայում էր փայծաղի տրավման: Հետագայում հաջողությամբ իրականացվեց փայծաղի լապարասկոպիկ մասնահատում: Ինչպես և այլ օրգանների վրա վիրահատության ժամանակ, փայծաղի լապարասկոպիկ վիրաբուժությունը մեծ խթան հանդիսացավ գործիքների ու սարքավորումների զարգացման համար, որոնք օգտագործվեցին ոչ միայն լապարասկոպիկ այլև բաց վիրահատությունների ժամանակ: Փայծաղի վիրաբուժության համար հատկապես արժեքավոր էր անոթային կարող սարքերի ներդրումը:

Սպլենէկտոմիայի համար հիվանդի պատրաստման և մուտքի ընտրության ժամանակ պետք է հաշվի առնվեն վիրաբույժի փորձը, ինչպես նաև հիվանդի վիճակը: Կարևոր գործոններ են նաև փայծաղի չափերը, հիվանդության բնույթն ու որովայնի օրգանների վրա նախորդած վիրահատությունները: Իհարկե, շատ կարևոր է ու պարտադիր ստանալ ճիշտ ձևակերպված հիվանդի տեղեկացված համաձայնությունը, ներառյալ սպլենէկտոմիայի մասին տեղեկությունները, եթե պլանավորվում է իրականացնել օրգանի մասնահատում:

ԲԱՑ ՍՊԼԵՆԷԿՏՈՄԻԱ

Ցուցումներ ու հակացուցումներ

Ցուցումներ՝

- վնասվածքներ
- հեմատոլոգիական հիվանդություններ, օրինակ իդիոպատիկ տրոմբոցիտոպենիկ պուրպուրա
- սիմպտոմատիկ միջամտություններ, օրինակ Գոշեի հիվանդություն, քրոնիկ միելո- և լիմֆոլեյկոզներ,
- փայծաղի կիստաներ և ուռուցքներ:

Հակացուցումներ՝

- սպլենէկտոմիայի նկատմամբ բացարձակ հակացուցումներ չկան,
- սպասվող կենսունակության սահմանափակ ժամանակ և անընդունելի վիրահատական ռիսկեր:

Լապարասկոպիկ սպլենէկտոմիայի հակացուցումներ՝

- նախորդած որովայնային վիրահատություններ,
- հեմոստազի չկարգավորվող խանգարումներ,
- արյան տրոմբոցիտների շատ ցածր ցուցանիշ /<20.000/100 մլ/
- փայծաղի զգալի մեծացում, երբ այն 4 ու ավելի անգամ մեծ է նորմայից,
- դռներակային հիպերտենզիա

Նախավիրահատական հետազոտություններ և վիրահատության պատրաստում

- ✓ Հետազոտություններ փայծաղի չափերի կամ նրա վնասման աստիճանի, ինչպես նաև որովայնի այլ օրգանների վիճակի /տրավմանների ժամանակ/ որոշման համար:
- ✓ Ոսկրածուծի բիոպսիայի արդյունքների, պերիֆերիկ արյան քսուկի և ֆերրոկինետիկների համագործակցված ինտերպրետացիան արյունաբանի հետ:
- ✓ Հակակոագուլյանտների ընդունման դադարեցում/ինչպիսին են ասպիրինը, վարֆարինը, կլոպիդոգրելը, վիտամին E-ն/:
- ✓ Հիվանդներին պոլիվալենտ պնևմոկոկային վակցինայի ներմուծում սովորաբար մեկ օրվա ընթացքում և ոչ պակաս քան 10-14 օր սպլենէկտոմիայից առաջ /տրավմայի ժամանակ վակցինացիան կատարվում է վիրահատությունից հետո/:
- ✓ Կանխարգելիչ հակաբիոտիկ թերապիա /ցեֆազոլին կամ ցեֆոտետան/:
- ✓ Խորանիստ երակների թրոմբոզի շուրջվիրահատական կանխարգելում:
- ✓ Նախա- և հետվիրահատական շրջանում ստերոիդային դեղամիջոցների նշանակում այն հիվանդներին, որոնք երկար ժամանակ ստացել են նման թերապիա:

Սպեցիֆիկ ռիսկեր և հիվանդի տեղեկացված համաձայնությունը

- ❖ հեմոռագիկ/ հիպովոլեմիկ ծոկ
- ❖ ստամոքսվնասում (2% դեպքերում)
- ❖ ենթաստամոքսայինգեղձվնասում, պանկրեատիկֆիստուլակ (5%)
- ❖ հաստաղիքվնասում
- ❖ ենթաստամոքսայինթարախակույտ (5-10%)
- ❖ ինֆեկցիաներիևկաստամոքսիեռվիրահատականհետևում (5%)
- ❖ թրոմբոզներիևկաստամոքսիում:

Հիվանդի դիրքը՝ մեջքի վրա պառկած:

Մուտք՝ վերին միջային կամ ձախ ենթակողային, միջին գծով լայնացմամբ կամ առանց նրա:

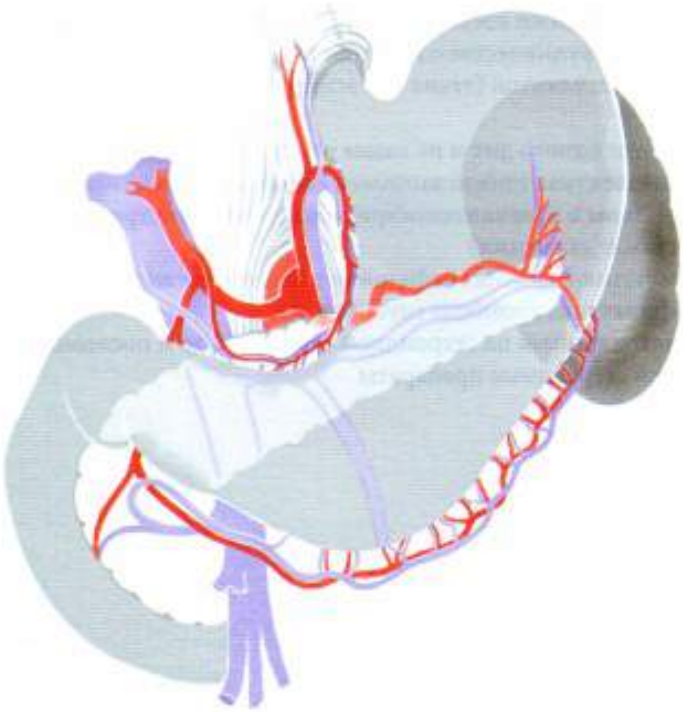
Վիրահատություն

Փուլ 1.

Որովայնահատումից հետո մեխանիկական լայնիչների կիրառումը զգալի լավացնում է տեսադաշտը: Տրավմաների դեպքում սովորաբար կիրառվում է միջային կտրվածք: Հիվանդին քնեցնելուց հետո պետք է որոշվի փայծաղի դրունքի տեղակայումն ու նրա վերին բևեռը, որպեսզի կտրվածքը տեսանելիության համար լինի օպտիմալ:

Ռետրակցիայի սկզբունքը կայանում է՝ վիրահատական դաշտի հանդեպ կտրվածքի վեր ձգման մեջ: Այն ապահովում է, ինչպես հաստ աղու նուրբ տեղաշարժում որովայնի ստորին հատված, այնպես էլ հակաձգում՝ կտրվածքի ձախ հատվածի բարձրացում դեպի վեր:

Կարևոր է լյարդ-ստամոքսային կապանով մոտենալ փայծաղային զարկերակին և նրան առանձնացնել ընդերային ցողունից նրա անջատման տեղում:



Փուլ 2.

Որովայն մտնելուց ու դուրս գալուց առաջ մանրակրկիտ փնտրվում են հնարավոր հավելյալ փայծաղները, հատկապես, եթե սպլենէկտոմիան իրականացվում է հեմատոլոգիական ցուցումներով:

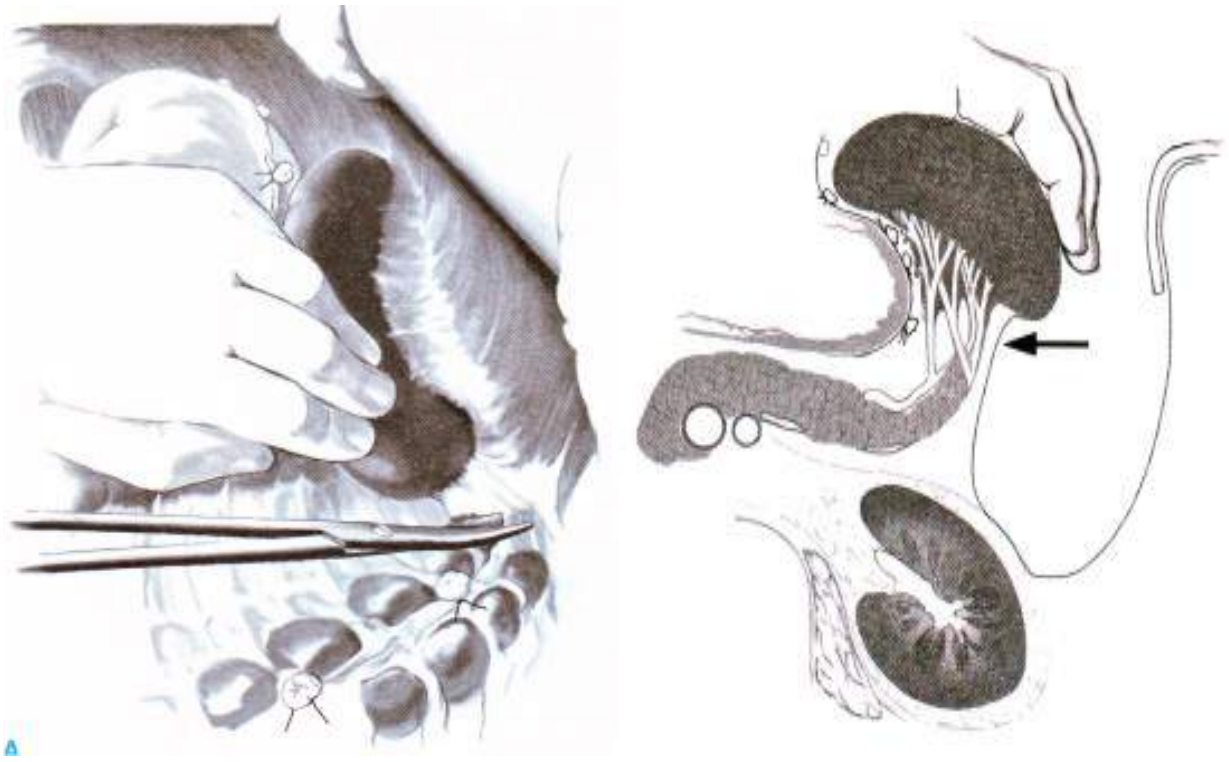
Անոթից զուրկ գոտում հատվում է ստամոքս-փայծաղային կապանը, լիգատուրայով կապելով կամ կլիպավորելով անջատվում ու հատվում են կարճ ստամոքսային անոթները: Փայծաղ-ստամոքսային կապանում, առավել պրոքսիմալ վերջին անոթները արժանի են հատուկ ուշադրության: Սրանք հաճախ շատ կարճ են և պետք է լինել զգույշ, որպեսզի կապելու համար բռնված հյուսվածքի անհրաժեշտ ծավալը ապահովելու ընթացքում, չվնասվի ստամոքսի մեծ կորությունը: Ստամոքս-փայծաղային կապանի հատման համար կարելի է կիրառել LigaSure գործիք, գերձայնային մկրատ կամ գծային կարող սարք՝ ինչպիսիք օգտագործվում են լապարասկոպիկ սպլենէկտոմիաների ժամանակ:

Փուլ 3. *Փայծաղի կպումների անջատումը*

Փայծաղի կպումների անջատման ժամանակ պետք է միշտ անցնել փայծաղին հնարավորինս մոտ: Ստամոքս-փայծաղային կապանի երկայնքով դեպի ներքև շարժումը սովորաբար իր մեջ ներառում է ձախ ստամոքս-ճարպոնային զարկերակի հատում: Այս դիսսեկցիան հեշտացնում է հաստ աղու փայծաղային կպումների տեղաշարժը դեպի ներքև:

Վիրաբույժի ձախ ձեռքով փայծաղը զգուշորեն տեղաշարժվում է մեդիալ ուղղությամբ: Ձգող ձեռքում պահելով մարլիայի մեծ թանզիվ, վիրաբույժին հեշտ է հայտնաբերել որովայնամզի հետ կպումներն ու անջատել նրանց ձախ ցուցամատով: Անջատումը իրականացվում է մկրատով ստորին բևեռից դեպի վերին և փայծաղի հետզհետե թեքմամբ դեպի առաջ ու մեդիալ հատվում է փայծաղ-երիկամային կապանը: Ամեն մի բութ դիսսեկցիայի իրականացման ժամանակ պետք է պահպանել զգուշություն, քանի որ փայծաղի պատյանը բարակ է և նույնիսկ փոքր պատռվածքը կարող է բերել զգալի արյունահոսության: Նույն

զգուշավորությամբ պետք է վերաբերվել մակերիկամին, փայծաղի ստորին բևեռի շուրջն ու հետևը աշխատելիս:



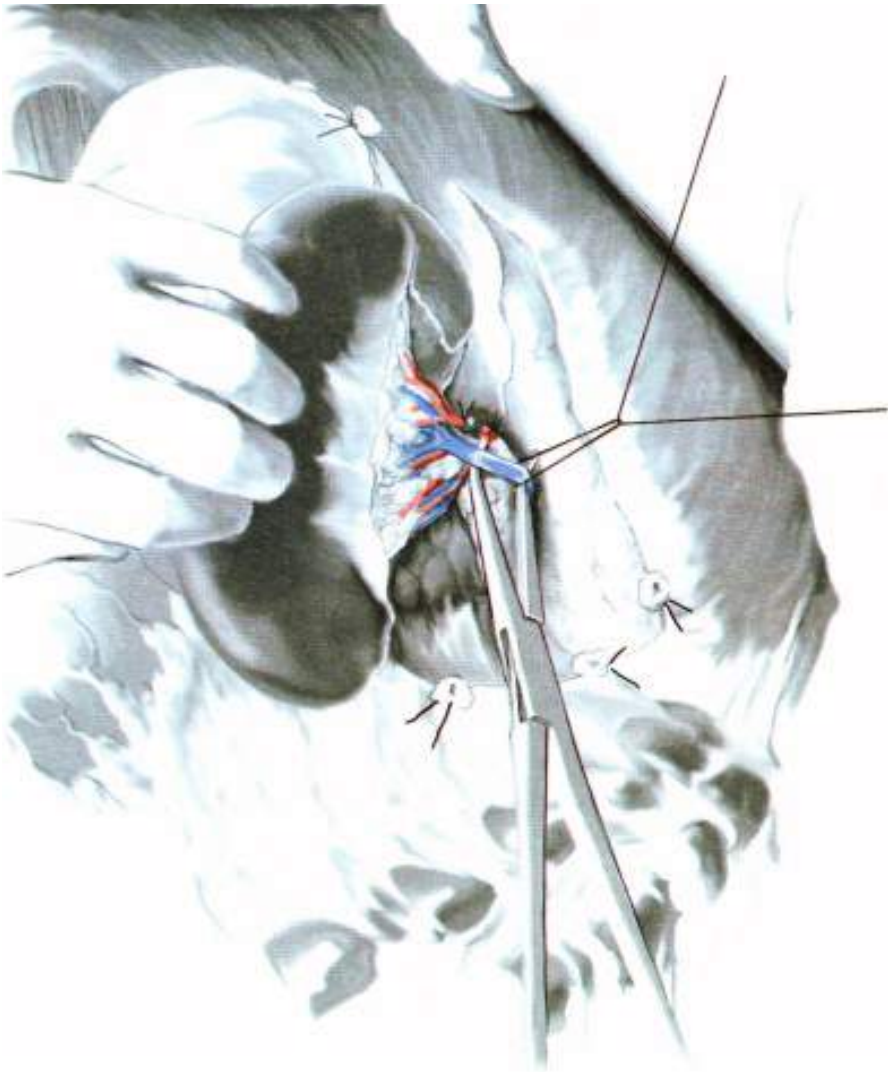
Փուլ 4. *Փայծաղային երակի մշակումը*

Բոլոր կապանների ու կպումների հատումից հետո կարելի է կենտրոնանալ փայծաղի դրունքի վրա: Փայծաղը բարձրացվում է հետորովայնամզային տարածությունից դեպի վեր ու առաջ: Այս գործողությունը օգնում է փայծաղային անոթների հայտնաբերման ու նրանց ենթաստամոքսային գեղձի պոչից անջատմանը:

Որովայնային թանզիվներով տամպոնադան թույլ է տալիս կանգնեցնել դիֆուզ արյունահոսությունը հետորովայնամզային տարածությունից: Օգնականը պահում է փայծաղը, իսկ վիրաբույժը անջատում եթաստամոքսային գեղձի պոչը փայծաղային անոթներից, պաշտպանելով նրան վնասումից սեղմիչներ դնելիս:

Փայծաղային զարկերակն ու երակը հատվում են սեղմիչների միջև նրանց երկհատման շրջանից ավելի պրոքսիմալ և կապվում ու կարվում փայծաղի հեռացումից հետո: Սկզբից կապվում է զարկերակը, որը սովորաբար ընթանում է երակից առջևից, իսկ երակը փակելուց առաջ սեղմվում է փայծաղը, շրջանառվող արյունը դուրս մղելու համար:

Փայծաղի հեռացումից ու անոթների կապումից հետո, վիրահատական դաշտը, լրիվ հեմոստազի համար, հետազոտվում է: Որովայնի պատը կարվում է, դրենավորումը կատարվում ընտրողաբար:



Անատոմիականառանձնահատկություններ, լուրջոխսկեր, վիրահատականհնարքներ.

ա/ Հիշեք վայծաղկաստամոքսի (ստամոքսայինկարճզարկերակներնուերակները), վայծաղկապրոնիֆլուենթաստամոքսայինգեղձիպոչի, ինչպեսնաևվայծաղկատորիևբևեռինհաստաղուծախկորությանմիջևսերտկապիմասին:

բ/ Փայծաղայինզարկերակիառաջնայինկապումըհետացնումէդիսեկցիան, հատկապես՝ զգալիսպլենոմեգալիայիդեպքում

գ/ Մինչև 10% դեպքերումառկաէհավելյալփայծաղ, առավելհաճախ՝ տեղակայվածձախմակարդիփայծաղկապրոնիֆլուբջանում, ստամոքս-փայծաղային, փայծաղ-հաստաղիքայինևփայծաղ-երիկամայինկապաններում, ենթաստամոքսայինգեղձիկամերիկամին, մեծճարպոնումկամմիջնորմում: Համակարգայինհետազոտականհնարքությունները է նրանց նպատակաուղղվածփնտրումն ու հեռացումը:

դ/ Փորձեքերեխաներիմոտպահպանել փայծաղն, այնդեպքերում, երբանհրաժեշտէերակրալիվ տեղայնացումը:

Հետվիրահատական հետազոտություններ

- ✓ դիտարկում ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքում,
- ✓ տրոմբոցիտների քանակի ու հեմոգլոբինի մակարդակի որոշում:

Գործառույթներ ըստ էության

- ✓ որպեսզի վերականգնվի ստամոքսի սիմեծկորության ֆունկցիան, օգտագործեք առանձին խորասուզող կաթեր,
- ✓ վիրահատությունից հետո առաջին 24 ժամվա ընթացքում հաճախ առաջանում է հեղուկ, որը պետք է հեռացվի ներքին միջոցով, եթե 300մլ-ից ավելի է,
- ✓ Պանկրեատիկ խուղակների ժամանակ անհրաժեշտ է սպասողական մարտավարություն ընդունել, հնարավոր է կիրառել սոմատոստատինի ներարկումներ:

Հետվիրահատական բարդություններ

- ➢ արյունահոսություն,
- ➢ պանկրեատիտ,
- ➢ պանկրեատիկ խուղակ,
- ➢ ստամոքսի կամ հաստ աղու թափածակում,
- ➢ ենթաստամոքսային թարախակույտ,
- ➢ վերքային ինֆեկցիա,
- ➢ թոքի ատելեկտազ,
- ➢ հեղուկ ձախ պլևրալ խոռոչում,
- ➢ սեպսիս,
- ➢ տրոմբոցիտոզ:

Հետվիրահատական գործառույթներ

Բժշկական հսկում՝ քիթ-ստամոքսային զոնդը հեռացվում է 1-ին օրը, դրենաժները՝ 2-3-րդ օրը: ՌԱՀ, լաբորատոր հետազոտություններ. նախատեսեք դրենաժի արտաթորման ծավալի մշտական մոնիտորում, տվյալները գրանցեք վիրահատական հսկման էկրանի վրա, եթե արտահոսքը >1000գ/լ կարելի է չեղարկել ժամանակավորապես ASA: Իրականացվում է պնևմոկոկային հիմնմուն պատվաստում վիրահատությունից 2 շաբաթ անց: Պենիցիլինով բուժում 1-2 տարիների ընթացքում (հատկապես 21 տարեկանից ցածր երեխաների մոտ):

Սննդակարգը՝ ապահովեք հեղուկների ընդունում 1-ին օրից, եթե հանդուրժողականություն, սննդակարգը արագ ընդլայնվում է:

Ցիգոթերապիա՝ ինտենսիվ շնչառական վարժություններ:

Անաբեղունության տևողությունը՝ 1 շաբաթ, կապված ընդհանուր վիճակից:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդներ

- Եթե արյունահոսությունը զգալի է, իսկ փայծաղային զարկերակը դեռ չի հսկվում կամ դա հնարավոր չի անել անհապաղ, ապա փայծաղային զարկերակն ու երակը կարելի է սեղմել աջ ձեռքի երկրորդ ու երրորդ մատերի միջև:
- Մոտեցումը փայծաղային զարկերակին առավել հեշտ է իրականացնել ստամոքս-լյարդային կապանի միջով՝ նրա սկզբնամասում, ստամոքսի փոքր կորության հետևում, ինչը հատկապես հարմար է փայծաղի պատռվածքների ժամանակ:
- Փայծաղի դրունքին մոտենալու մեկ այլ եղանակ է՝ “ուղին դիմացից”, սակայն այն ուղեկցվում է բարձր ռիսկով, քանի որ դրունքի մոտ փայծաղային երակը տեղակայվում է անմիջապես փայծաղային զարկերակի հետևում, իսկ ենթաստամոքսային գեղձի պոչը սերտորեն կապված է դրունքային կառուցվածքների հետ:
- Գծային կարող գործիքը, ինչպես լապարասկոպիկ սպլենէկտոմիայի ժամանակ, հատկապես օգտակար է, երբ անհրաժեշտ է անոթների արագ հատում դրունքի շրջանում, արյունահոսության կանգնեցման համար:
- Եթե ենթադրվում է, որ մոտեցումը անոթներին դժվար է, զգալի սպլենոմեգալիայի կամ դրունքային հիպերտենզիայի հետևանքով, փայծաղում կանգի իջեցման և արյունահոսության պակասեցման համար անմիջապես վիրահատությունից առաջ կարելի է իրականացնել փայծաղային զարկերակի էմբոլիզացիա:
- Փայծաղային զարկերակի վաղ կապումը ի տարբերություն ուշ կապման, նվազեցնում է արյան կորուստը, ավելացնում արյան հոսք վերադարձած փայծաղային արյան ծավալը, փոքրացնում փայծաղի չափերը, հեշտացնում նրա հեռացումը և բարձրացնում արյան կոմպոնենտների տրանսֆուզիայի արդյունավետությունը:
- Փայծաղի հիմնական հեռացումից առաջ ու հետո, անհրաժեշտ է իրականացնել հավելյալ փայծաղների մանրակրկիտ որոնում, հատկապես, եթե վիրահատությունը իրականացվում է հեմատոլոգիական ցուցումներով: Հավելյալ փայծաղ հայտնաբերվում է սպլենէկտոմիայի ենթարկված հիվանդների 15-35%-ի մոտ և առավել հաճախ հեմատոլոգիական հիվանդություններով տառապողների շրջանում: Նրանք հաճախ հայտնաբերվում են հիմնական փայծաղի դրունքում, հազվադեպ՝ փայծաղ-երիկամային կապանում: Շատ հազվադեպ հավելյալ փայծաղ կարելի է գտնել բարակ և հաստ աղու միջընդերքում, ինչպես նաև կոնքում, հատկապես ձախ միզածորանի ու արգանդի ձախ հավելումների մոտ:

- Անհրաժեշտության դեպքում, տեղայնացրեք հաստ աղու փայծաղային անկյունն ու մնացած հատվածը: Եղեք ուշադիր խուսափելու համար որևէ խոռոչավոր օրգանի վնասումից:

ԼԱՊԱՐԱՍԿՈՊԻԿ ՍՊԼԵՆԷԿՏՈՄԻԱ

Ցուցումներ ու հակացուցումներ

- նույնն են ինչ որ բացի ժամանակ

Նախավիրահատական հետազոտություններ և հիվանդի պատրաստումը

- ✓ Հետազոտություններ փայծաղի չափերի կամ նրա վնասման աստիճանի, ինչպես նաև որովայնի այլ օրգանների վիճակի /վնասվածքների ժամանակ/ որոշման համար,
- ✓ Ոսկրածուծի բիոպսիայի արդյունքների, պերիֆերիկ արյան քսուկի և ֆերրոկինետիկների ինտերպրետացիան՝ արյունաբանի հետ համատեղ,
- ✓ Հակակոագուլյանտների ընդունման դադարեցում /ինչպիսին են ասպիրինը, վարֆարինը, կլոպիդոգրելը, վիտամին E-ն/.
- ✓ Հիվանդներին պոլիվալենտ պնևմոկոկային վակցինայի ներմուծում, սովորաբար մեկ օրվա ընթացքում և ոչ պակաս քան 10-14 օր սպլենէկտոմիայից առաջ /վնասվածքի ժամանակ վակցինացիան կատարվում է վիրահատությունից հետո/:
- ✓ Կանխարգելիչ հակաբիոտիկ թերապիա /ցեֆազոլին կամ ցեֆոտետան/:
- ✓ Խորանիստ երակների թրոմբոզի հարվիրահատական կանխարգելում:
- ✓ Նախա- և հետվիրահատական շրջանում ստերոիդային դեղամիջոցների նշանակում այն հիվանդների, որոնք երկար ժամանակ ստացել են նման թերապիա:

Ցուրահատուկռիսկերևհիվանդիհնարավորմասին տեղեկատվությունը

- ❖ Հեմորագիկ (հիպովոլեմիկ ոկ),
- ❖ Ստոմոհսվհատում(2% դեպքերում),
- ❖ Ենթաստոմոհսայինգեղձվհատում, պանկրեատիկխուղակ (< 5%),
- ❖ Հետվիրահատական hսկողություն ինֆեկցիաներինկատմամբ (սեպսիս 5%),
- ❖ Հակումթրոմբոզներիհանդեպ,
- ❖ Հնարավորանցումբացմիջամտության

***Հիվանդիդիրքը*՝** մեջքովպառկած

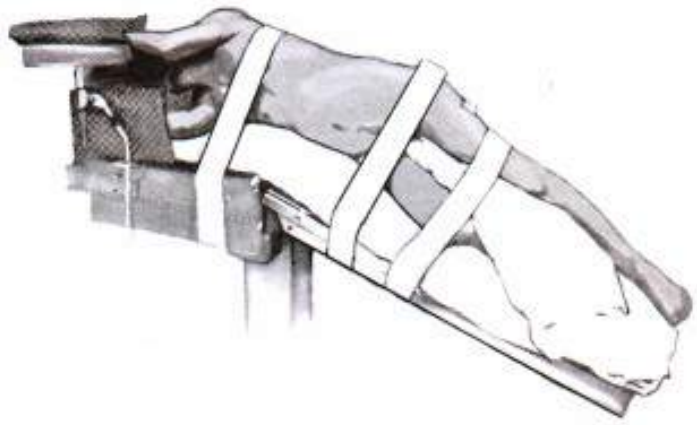
***Մուտ*՝** մուտքը ձախքունակողմերկայնքով, 3-4 տրոակարներով:

Փուլ 1. Հիվանդի դիրքը և վիրահատարանի կազմակերպումը

Հիվանդի դիրքը աջ կողքի վրա, վիրահատական սեղանը “կոտրվում” է հիվանդի կոնքի մակարդակին: Վիրաբույժն ու օգանականը դեմքով դեպի հիվանդը, հակառակ կողմերից տեղադրվում են մոնիտորներ:

Տրոակարների տեղադրումը

Ձախ վերին քառորդակում, անմիջապես ձախ կողաղեղի տակ, միջին անրակային ու առաջ-անութային գծերի կես տարածության վրա բաց եղանակով տեղադրվում է 11մմ-ոց պոռտ, իսկ ձախ առաջ-անութային գծով, նույնպես անմիջապես կողաղեղի տակ, 12մմ-ոց պոռտ: Հավելյալ մուտքերը ներառում են 5մմ-ոց պոռտ ձախ միջին անութային գծով և 12մմ-ոց պոռտ ձախ առաջանութային գծով՝ երկուսն էլ անմիջապես կողաղեղի տակ: Անհրաժեշտության դեպքում ևս մեկ 5մմ–ոց պոռտ կարող է տեղադրվել ավելի լատերալ: Մեկ երրորդ դեպքերում, պոռտերի տեղադրման համար լատերալ մոտեցում ստանալու համար, անհրաժեշտ է լինում տեղայնացնել հաստ աղու փայծաղային անկյունը:

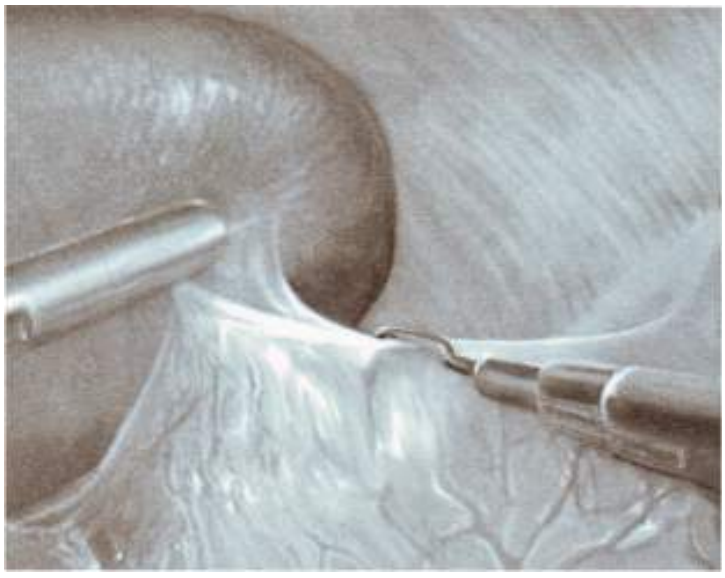


Փուլ 2. *Էքսպոզիցիա*

Ռետրակտորներ չեն պահանջվում: Կողքի վրա դիրքում գրավիտացիան ապահովում է փայծաղի հետին կապանների էքսպոզիցիան: Որպեսզի հետին կապանների ու կպումների մերկացման համար փայծաղը բարձրացվի, ամենա մեդիալ պոռտի միջոցով մտցվում է 5մմ-ոց բութ ծայրով սեղմիչ: Հավելյալ փայծաղների փնտրտուկը հարկ է սկսել մինչև փայծաղի դիսսկեիցան, քանի որ նրանց ավելի հեշտ է հայտնաբերել հենց այս փուլում և գտնելուց հետո նրանք անմիջապես պետք է հեռացվեն, քանի որ ավելի ուշ նրանց հեռացումը դժվարանում է:

Դեպի միջին գիծ փայծաղի թեքման ժամանակ, օրգանի պատյանից 5-10մմ տարածության վրա դիաթերմիկ կեռիկով կամ գերձայնային մկրատով հատվում են որովայնամզի հետ նրա կպումները: Փայծաղը հետզհետե տեղայնացվում է դեպի միջին գիծ՝ մերկացնելով “փայծաղի միջընդերքը”, որտեղ ներքևում տեղակայված են նրա հիմնական անոթները, իսկ վերևում՝ կարճ ստամոքսային անոթներն ու ենթաստամոքսային գեղձի պոչը: Համարժեք տեղայնացման համար հատվում են փայծաղի հետին կպումները, մինչև ստոծանու կերակրափողային անցքի ձախ կողմը: Գրավիտացիան ու փայծաղի շրջման համադրումը թույլ է տալիս մերկացնել նրա միջընդերքի հետևում գտնվող անոթից զուրկ փակեղային շերտը:

Այս դիսսեկցիայի ընթացքում, անհրաժեշտ է խուսափել ենթաստամոքսային գեղձի պոչի վնասումից: Նման վնասումը կամ արյունահոսությունը խոսում է դիսսեկցիայի հարթության ոչ ճիշտ ընտրության մասին:



Փուլ 3. Անոթային կառուցվածքների հատումը 30 կամ 45մմ-ոց էնդոսկոպիկ գծային կարող սարքով /սպիտակ կասետա/

Հատումը սկսվում է ներքևից, փայծաղի միջընդերքին լայնակի, պահանջվում է կարող գործիքի մի քանի տեղադրում /սովորաբար երեքից հինգ/: Կարող գործիքը փայծաղի դրունքին

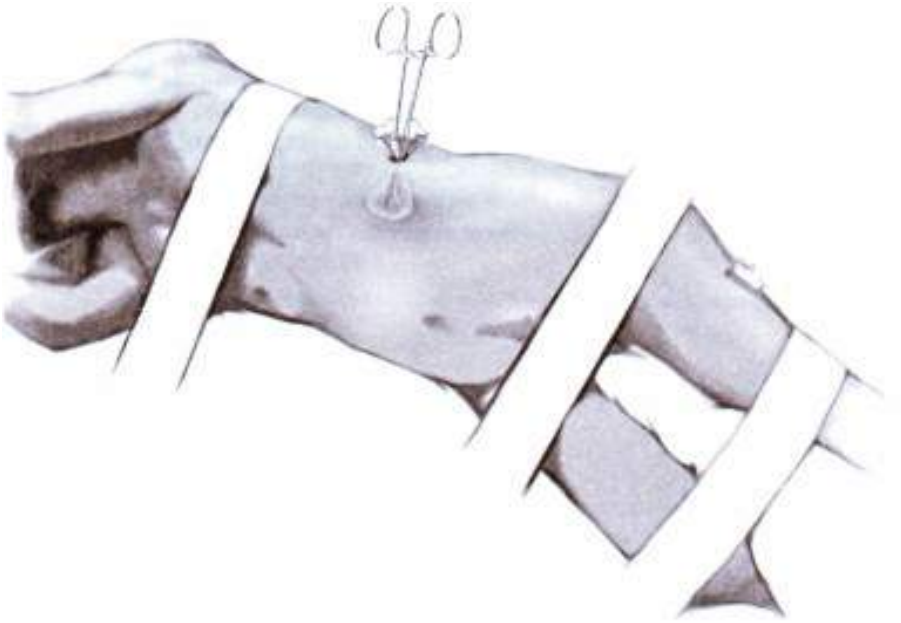
դրվում է պատյանին մոտ, նվազագույնի հասցնելով ենթաստամոքսային գեղձի պոչի հնարավոր վնասումը: Կարող գործիքը դնելու ժամանակ առավել միջային տեղակայված պոռտով անցկացված բութ գործիքով փայծաղը բարձրացվում է վեր: Նման տեխնիկայի դեպքում փայծաղային անոթների առանձնացում չի պահանջվում: Ավելին, անոթների առանձնացման փորձերը կարող է բերել նրանց վնասման ու արյունահոսության: Եթե կարելու ընթացքում հայտնաբերվում է փայծաղի ոչ համարժեք տեղայնացում, սկզբում իրականացվում է նրա վերին հատվածի կպումների հատում, ինչը թույլ է տալիս վերջնականապես հատել կարճ ստամոքսային անոթները և լրիվ ավարտել փայծաղի հեռացումը:

Փուլ 4. Փայծաղի տեղափոխումը մեծ կոնտեյներ որովայնի խոռոչից դուրս բերման համար

Պրեպարատի դուրս բերման համար փայծաղի տակ տեղակայվում է Autosuture Endocatch II կոնտեյները, որը բացվում է այնպես, որ նրա լայնացման հետ փայծաղը անմիջապես մտնի նրա մեջ: Պրեպարատի տեղադրման համար այլ կոնտեյներներ պահանջում են հավելյալ մանիպուլյացիաներ և նրանց օգտագործումը բարդ է: Կոնտեյների վերին հատվածը վերքի միջով դուրս է բերվում կողմնային 12մմ-ոց տրոակարով:

Փուլ 5. *Փայծաղի մորցելյացիա*

Փայծաղը ֆրագմենտացիայի ենթարկելու համար կոնտեյների մեջ տրոակարի վերքով մտցվում է վիրաբույժի ցուցամատը, որից հետո ձախ ձեռքով փայծաղով պարկը սեղմում է որովայնի պատին, իսկ աջ ձեռքի ցուցամատով այն ճզմում: Մանիպուլյացիայի ժամանակ դուրս թափվող արյունը ենթարկվում է ասպիրացիայի, իսկ փայծաղի հատվածները դուրս են բերում սեղմիչով: Վիրաբույժը պետք է լինի զգույշ, որպեսզի թույլ չտա փայծաղի կտորների ցրում որովայնի խոռոչով, ինչը հնարավոր է կոնտեյների ամբողջականության խախտման դեպքում: Փայծաղի հեռացման մեկ այլ եղանակ է նրա ամբողջական դուրս բերումը, սովորաբար, որովայնի ձախ ստորին քառորդում առանձին կտրվածքից:



Անատոմիականյուրահատկություններ, լուրջոհսկեր, վիրահատականռիսկեր

ա/ Եթեհնարավորէկատարեքհախնասուջվայծաղայինզարկերակիկլիպներովնճուկում:

Զգուշացում. հիշեքենթաստամոքսայինգեղձի փայծաղի մոտտեղակայմանմասին:

Գործառույթներըպեցիֆիկբարդություններիժամանակ

- ✓ ստամոքսիմեծկորությանվնասվածքըվիրահատությունգործընթացում խորասուզող կարեր;
- ✓ վիրահատությունիցհետոհաճախ զարգանում էձախակողմյանպլևրիտ (հեղուկ), որըպետքէհեռացվի, եթե 300մլ-իցավելէ;
- ✓ պանկրեատիկֆիստուլակիզեքում գերադասելի էսպասողականմարտավարություն, եթեհնարավորէապահովելբավարարդրենավորվում, պարենտերալսնուցումևառաստամոքսիհնճուկում:
- ✓ արյունահոսությանկամոչբավարարտրոմբոցիթներիպատճառովէձախեղերակոպայինկտրվածքովժամանակինանցում ասպրվիբացմիջամտության,:

Հետվիրահատականգործառույթներ.

Բժշկականխնամք՝ բեթ-ստամոքսայինզոնդըհեռացվումէ 1-ինօրը, դրենաժները՝ 2-3-րդ օրը:

Լաբորատորիհետազոտություններ՝ ցուցվածէամիլազայինակտիվի որոշում դրենաժերիարտազատքանքում; սովորաբարտակէմեղմհետվիրահատականհղեցոցիտոզ; եթեհետվիրահատականշրջանումհայտնվում 1000գ/լ-իցպականնշանակվումէ ASA; պլևմոկոկայինվակցինացիանշվումէվիրահատությունից 2 շաբաթանց; Պենիցիլինային per os պրոֆիլակտիկանշանակվումէ 1-2 տարի (հատկապես 21տարեկանիցցածրնիվանդերիմոռ):

Կերակրման վերսկսում՝ խմելթույլատրվումէ 1-ինօրից, իսկեթերավենտաձում՝ սննդակարգը ապազբնդլայնումէ:

Ֆիզիոթերապիա՝ ինտենսիվշնչառականվարժություններ:

Անաբխտաուհսկությանտևողությունը՝ 1 շաբաթ, կախվածընդհանուրվիճակից:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- Այս վիրահատությունը առավել տեղին է, երբ փայծաղի չափերը նորմալ են կամ կա ոչ մեծ սպլենոմեգալիա: Փայծաղի չափերը գնահատվում է մինչ վիրահատությունը, հիվանդի ձախ կողքի պառկած դիրքով: Եթե փայծաղը հեշտությամբ է շոշափվում, ապա այն կարող է լինել մեծ դրունքի լապարասկոպիկ դիսսեկցիայի համար:

ՓԱՅԾԱՂԻ ԲԱՑ և ԼԱՊԱՐԱՍԿՈՊԻԿ ՄԱՍՆԱՀԱՏՈՒՄ

Ցուցումներ ու հակացուցումներ

Ցուցումներ՝

- Վնասվածքներ՝ II-III-IV դասի փայծաղի առանձին վնասումներ հետևյալ պայմաններում.

- հեմոդինամիկ կայունություն,

- որովայնի խոռոչի այլ օրգանների վնասման նշանների բացակայություն,

- գլխի համակցված տրավմայի բացակայություն,

- ՀՇ-ի վրա հաստատված փայծաղի մեկուսացված ախտահարում:

Պլանային ցուցումներ

- ոչ պարազիտար կիստայի մասնահատում,
- գամարտոմա և փայծաղի այլ բարորակ ուռուցքներ,
- փայծաղի բորբոքային կեղծ ուռուցք, I տիպի Գոշի հիվանդություն,
- քրոնիկ միելոլեյկոզ,
- մեծ թալասեմիա, Խոջկինի հիվանդության փուլավորում երեխաների մոտ:

Հակացուցումներ

- ոչ համարժեք էքսպոզիցիա,
- մեդիալ ուղղությամբ փայծաղի և ենթաստամոքսային գեղձի տեղայնացման անհնարինության,
- փայծաղի լիարժեք գործունեության համար օրգանի >25%-ը թողնելու անհնարինության:

Ցուցումներ լապարասկոպիկ մասնահատման համար

- պահանջում է ճշգրտումներ

Սպեցիֆիկոխսկեր, հիվանդիտեղեկացվածհամաձայնությունը.

- Ախտահանություն,

- Ստամոքսիվնասում,
- Ենթաստամոքսայինգեղձիպոչիվնասում, պանկրեատիկխուղակ,
- Հաստաղիքիվնասում,
- Ենթաստծանիքակաթարախակույտ,
- Փայծաղիլրիվիեռացում

Հիվանդիդիրը պառկածմեջքիվրա:

Մուտը ձախեզրակողայինկտրվածք, ձախլայնակիտռվայնահատում:

Բաց մասնահատումը

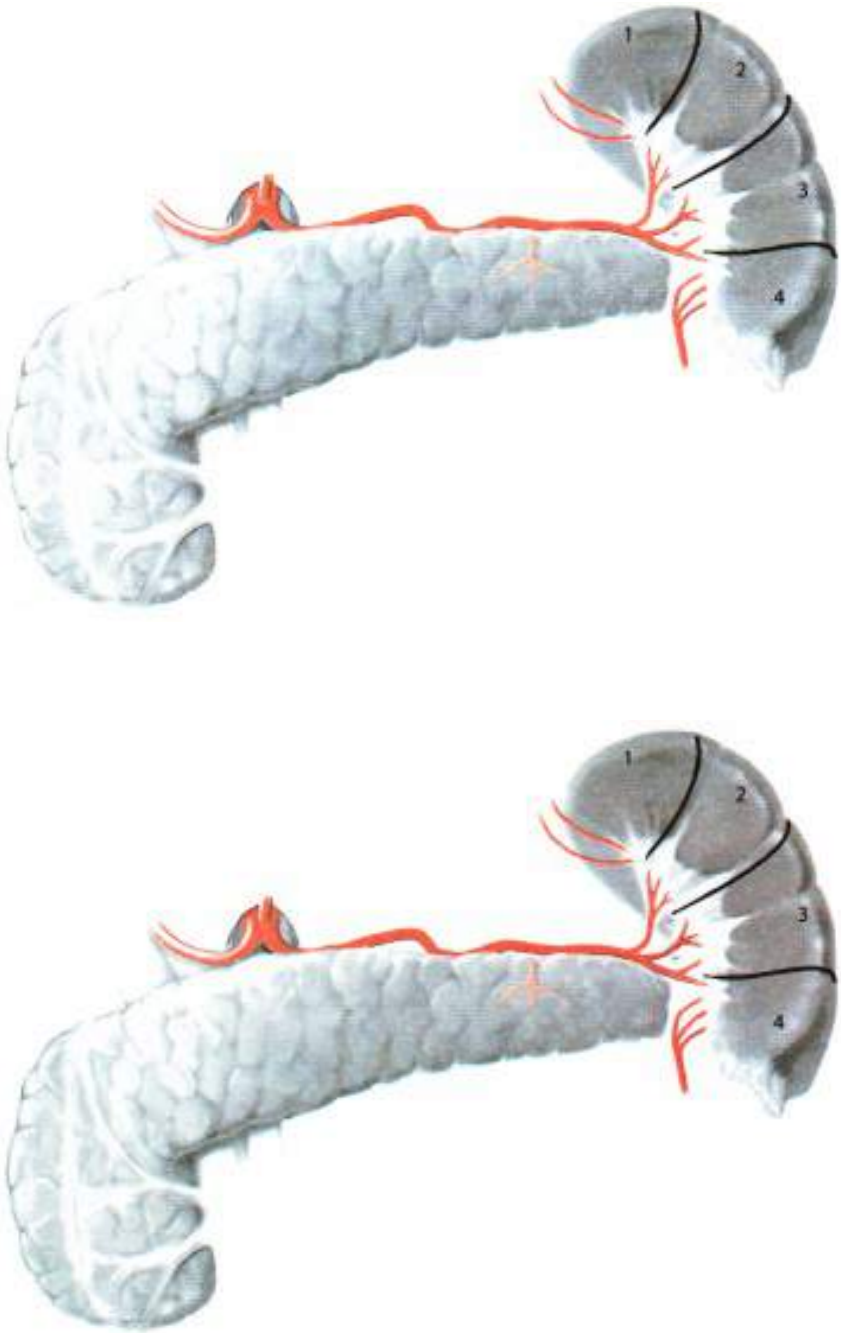
Վիրահատություն

Փուլ 1 *Փայծաղի մասնահատման պլանավորում*

Ենթադրելով, որ փայծաղը տեղակայված է գնահատման համար անհրաժեշտ դիրքում և կա համապատասխան հեմոստազ, կարելի է պլանավորել նրա մասնահատումը: Պլանային դեպքերում ծավալը պայմանավորված է ախտահարման չափերից ու հիմնական հիվանդության բնույթից:

Փայծաղը կարելի է բաժանել անկախ բլթերի կամ սեգմենտների, որոնցից ամեն մեկը ունի սեփական ծայրային արյան մատակարարում: Վերին բիլթը՝ կարճ ստամոքսային անոթներից, իսկ ստորինը՝ ձախ ստամոքս-ճարպոնային զարկերակի ճյուղերից /մինչև 5/, որոնք բերանակցվում են ստորին բևեռի զարկերակի հետ: Չնայած հնարավոր տարբերակների, մեծ մասամբ կան դրունք մտնող 2 կամ 3 մեծ անոթներ:

Այդ իսկ պատճառով, սովորաբար առանձնացվում են 4 կամ 5 բլթեր, որոնց ծավալներում կարելի է իրականացնել փայծաղի մասնահատում: Կարևոր է նաև իմանալ, որ փայծաղը սնուցող անոթները ընթանում են տարբեր պահող կապաններում: Վերին բևեռի /կարճ ստամոքսային/ ու ստորին բևեռի /ստամոքս-փայծաղային ճյուղեր/ անոթները գտնվում են ստամոքս-փայծաղային կապանում, մինչդեռ փայծաղային ճյուղերը, ենթաստամոքսային գեղձի պոչի հետ միասին, անցնում են փայծաղ-երիկամային կապանով:



Փուլ 2. Դրունքի լրիվ էքսպոզիցիան և զարկերակների կապումը

Մյուս փուլը ներառում է փայծաղի դրունքի լրիվ մերակցումը, որը իրականացվում է պարենխիմային հնարավորին չափի մոտ: Հարկավոր է հատել ստամոքս-փայծաղային ու փայծաղ-երիկամային կապանները, պահպանելով երկու բևեռների արյան մատակարարումը: Դեպի վերին բևեռ կարճ ստամոքսային անոթների և դեպի ստորին բևեռ ձախ ստամոքս-ճարպոնային ճյուղերի միջև կա անոթներից զուրկ գոտի, որը անհրաժեշտ է բացել և հնարավորություն ստանալ լրիվ պարզաբանելու փայծաղի արյան մատակարարումը՝ ներառած նրա երկու բևեռները:

Ընտրված զարկերակային ճյուղերը պետք է առանձնացվեն փայծաղի պարենիխիմային առավել մոտ, հիշելով, որ նրանց ուղեկցող երակները ընթանում են անմիջապես նրանց հետևով:

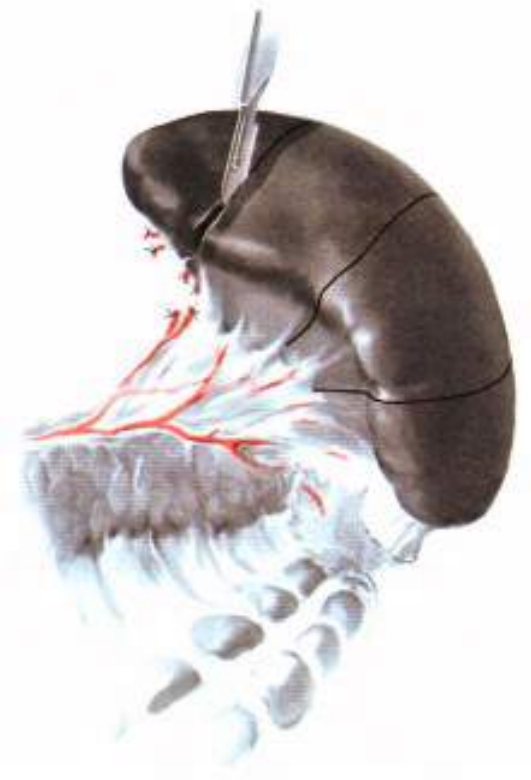
Անոթները կարելի է երկու անգամ կապել, կարել կամ կլիպավորել: Վիրահատության այս փուլում կարող են կիրառվել երկար ու բարակ լապարասկոպիկ կլիպներ-ապլիկատորներ: Զարկերակային ներհոսքի դադարումից հետո փայծաղի վրա շատ շուտ առաջանում է տեսանելի սահմանազատում: Եթե արյունից զրկված փայծաղի հատվածը համապատասխանում է ենթադրյալ մասնահատման ծավալին, ապա նույն տեխնիկան կիրառվում է նաև երակի մշակման համար: Երակային համակարգին կարելի է մոտենալ փայծաղի հետին մակերեսով՝ թեքելով նրան մեդիալ ուղղությամբ:

Փուլ 3. Փայծաղի պատյանի հատումն ու մասնահատումը

Փայծաղի պատյանը հատվում է նրա ամբողջ տրամագծով՝ կիրառելով մոնոպոլյար կոագուլյատոր կամ նշտար, թողնելով փայծաղի վրա 5մմ-ոց արյան մատակարարումից զուրկ հյուսվածքի շերտ: Նրան կարելի է հատել միաժամանակ օգտագործելով նշտար, մկրատ, մոնոպոլյար կոագուլյացիա: Եթե մասնահատման շառավիղով մնում է բավարար արյունից

զուրկ հյուսվածք, ապա առավել հաճախ կպահանջվի միայն շատ աննշան հեմոստազ, հասանելի սովորական միջոցներով:

Լրիվ հեմոստազի հասնելուց հետո որովայնի խոռոչը կարվում է դրենաժով կամ առանց նրա:



Լապարասկոպիկ մասնահատում

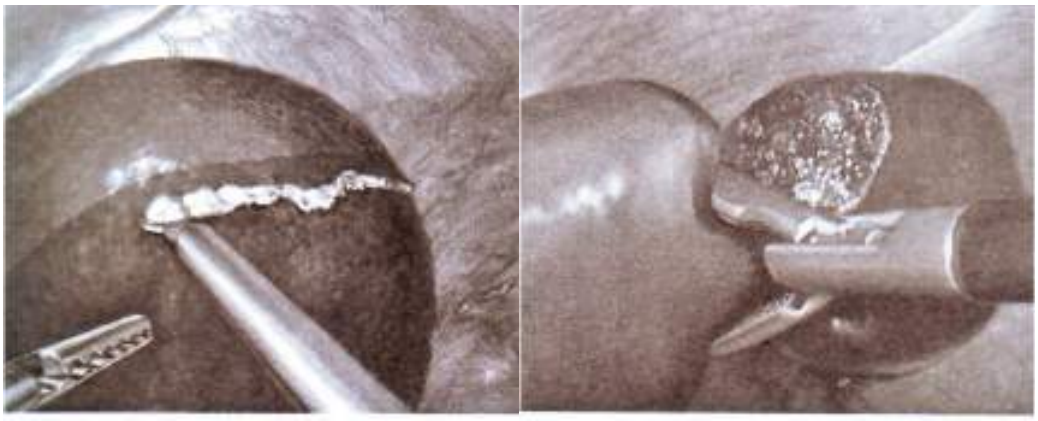
Փուլ 1.

Հիվանդի դիրքը, տրոակարների տեղադրումն ու փայծաղի տեղայնացումը իրականացվում են լապարասկոպիկ սպլենէկտոմիայի տարբերակով: Տեղայնացման հեշտացման համար անհրաժեշտ է թողնել 2սմ-ոց փայծաղ-հաստաղիքային կապանի շերտ փայծաղի կողմից: Հետո ուշադրությունը տեղափոխվում է դիմացից ստամոքս-փայծաղային կապանի վրա: Վերին բևեռում այն պարունակում է կարճ ստամոքսային անոթներ, իսկ ստորին բևեռում՝ ստամոքս-փայծաղային զարկերակի ճյուղեր /մինչև 5-ը/:

Փայծաղի արյան մատակարարման տիպի և փայծաղային ճյուղերի քանակի որոշումը, ներառյալդրունքի մեդիալ հատվածը, օգնում է փայծաղի բլթերի քանակի ճշգրտմանը:

Փուլ 2. *Անոթների դիսսեկցիան ու կլիպավորումը*

Մասնահատման ենթակա բլթի /բլթերի/ վերաբերյալ որոշման ընդունելուց հետո, կատարվում է դիսսեկցիա և փայծաղային զարկերակի համապատասխան ճյուղերի կլիպավորում: Նման դիսսեկցիան կարելի է իրականացնել ինչպես առջևից, այնպես էլ փայծաղի հետևից, քանի որ օրգանի տեղայնացումը բավականին հեշտ է: Ընտրված հատվածում առաջանում է պարենխիմայի սահմանազատում: Երակները տեղակայված են անմիջապես զարեկրակների հետևում, բացի նախավերջին ու վերջին ճյուղերի, որոնք սովորաբար փայծաղի մեջ են, որտեղ նրանք տեղակայվում են կամ առջևում, կամ զարեկրակների հետևում:



Փուլ 3. Մասնահատում, տեղադրում կոնտեյների մեջ, պրեպարատի դուրսբերում

Մոնոպոլյար կաուտերով կամ կոագուլացնող հոսանքով /30-40 Վտ/ փայծաղի պատյանը նրա տրամագծով հատվում է, թողնելով արյան մատակարարումից զուրկ 5մմ-ոց փայծաղային հյուսվածք: Փայծաղի պուլպա մտնելուց հետո, նրա բաժանման համար օգտագործվում են փափուկ աղիքային սեխմիչ: Կարելի է նաև կիրառել լապարասկոպիկ կեռիկներ կամ մկրատ: Եթե պահպանվում է 5մմ-ոց մեռուկացված հյուսվածքի շերտ, ապա այս գործողությունը ընթանում է պրակտիկորեն անարյուն: Վերջնական հեմոստազի համար կարելի է օգտագործել կոագուլյացիա կամ սպրեյ կոագուլյացիա:

Պարենխիման կարելի է հատել նաև անոթային կարող գործիքով: Պրեպարատը դուրս է բերվում, ինչպես լապարասկոպիկ սպլենէկտոմիայի ժամանակ:

Անատոմիականառանձնահատկություններ, լուրջոխսկեր, վիրահատականհնարքներ

ա/ պետք է հիշել սոսնձման (սոսնձող հյուսվածքներ), փայծաղային զարկերակի, ինչպես նաև փայծաղասորիքների անոմալիաների մասին;

բ/ մասնահատման ընթացքում փայծաղի տեղայնացում:

Գործառույթներըսպեցիֆիկբարդություններիժամանակ

- ստամոքսիմեծկորությանվնասվածքներըվերականգնումենառանձին խորասուզող կարերով;
- հաճախվիրահատությունիցհետոհանդիպումէծախսլուրով խոռոչի էֆուդատո, որըհեռացվում է, եթե 300 մլ-իցավել է:
- պանկրեատոիկյուղակներիժամանակկիրառումէսպասողականմարտավարություն, ուղեկցվողպարէնտերալսնուցմամբ և ևսոմատոստատինիներարկումով:

Հետվիրահատականգործառույթներ

Բժշկականխնամք՝ բիլ-ստամոքսայինզոնդըհեռացվում է 1-ինօրը: Գերծայնայինհետազոտություններ, ամիլազայինմակարդակիորոշումըներսժելապարտադրաբար:

Կերակրման վերսկսում՝ ամեըսառաջինօրվանից, բարդություններիբացակայությանդեպքում՝ սննդակարգի արագընդլայնում:

Ակտիվացում՝ ֆիզիոթերապևտիանմիջապես, ինտենսիվշնչառականվարժություններ:

Անաշխատունակությանտևողությունը՝ 1 շաբաթ, կախվածընդհանուրիրավիճակից:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- Փայծաղի անատոմիայի ճիշտ իմացությունը, թույլ է տալիս վիրաբույժին օգտագործել փայծաղի պարենխիման պահպանելու բոլոր հնարավոր միջոցները: Կան զարկերակների եզրային ճյուղավորման երկու տեսակներ՝ դիֆֆուզ ու մագիստրալ: Դեպքերի մեծ մասում հանդիպում են երկու կամ երեք վերջույթային ճյուղեր /վերին բևեռի, վերին ու ստորին եզրային/ սնուցող բլթերը կամ սեգմենտները: Վերջիններիս միջև գտնվում են անոթից հարաբերական զուրկ գոտիներ: Փայծաղի վիրաբուժական սեգմենտը որոշվում է դրունքում հասանելի անոթով:
- Փայծաղի լապարասկոպիկ մասնահատման հաջողության բանալին՝ բարդ լապարասկոպիկ միջամտությունների փորձն է, հիվանդների ընտրությունը, դրունքում փայծաղային զարկերակի ճյուղերի առանձնացումը, այն գիտակցությունը, որ օրգանի վրա 5մմ-ոց չսնուցվող շերտը զգալի հեշտացնում է հեմոստազը:
- Կաուտերիզացիայի ոչ ճիշտ կիրառումը կարող է բերել ստամոքսի, հաստ աղու, ենթաստամոքսային գեղձի յատրոգեն վնասման՝ հատկապես լապարասկոպիկ եղանակի դեպքում: Ստորին բևեռին մոտ, ստամոքս-հաստաղիքային կապանում տեղակայված կառուցվածքների մշակման ժամանակ, կարելի է կիրառել էլեկտրոկաուտեր, սակայն դիտողական հսկողության բացակայությունը կարող է բերել ծանր արյունահոսության: Գործիքը անհրաժեշտ է ակտիվացնել միայն չվնասված օրգանինմոտիկ, որպեսզի խուսափենք էլեկտրատրավմայից և

կետային նեկրոզից, ինչը կարող է պատճառ հանդիսանալ հետաձգված թափածակման և որովայնաբորբի:

- Բարդությունների կանխարգելման համար կարևոր դերակատարում ունի օգնականը: Լապարասկոպիկ մուտքի դեպքում, բոլոր գործիքները ներառյալ օգնականի բռնածները անհրաժեշտ է շարժել միայն տեսողական հսկողության տակ: Լյարդի ու ստամոքսի տեղաշարժը, ինչպես նաև փայծաղը վեր բարձրացնելիս պետք է խուսափել ենթապատյանային գեղձի պատռվածքներից, որոնք նպաստում են հետագա արյունահոսության կամ թափածակման զարգացմանը:

ՓԱՅԾԱՂԻ ՊԱՀՊԱՆՈՒՄ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ցուցումներ ու հակացուցումներ

Ցուցումներ՝

- փայծաղի վնասվածքներ, եթե հիվանդի հեմոդինամիկ ցուցանիշները կայուն են:

Հակացուցումներ՝

- հեմոդինամիկ անկայունություն,
- կյանքի համար վտանգավոր համակցված վնասվածք, որը հետվիրահատական շրջանում կարող է առաջ բերել հեմոդինամիկ խանգարումներ, օրինակ՝ լյարդի ծանր վնասածք կամ կոնքի ոսկրերի բարդ կոտրվածքներ:
- կոագուլոպաթիա՝ այն նման հիվանդների մոտ հիպոթերմիայի զարգացման հաճախակի պատճառ է:
- V աստիճանի վնասում կամ փայծաղի ջնջխում:

Նախավիրահատական հետազոտություններ և պատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ Կլինիկական հետազոտություններից իրականացվում է հեմոդինամիկ ցուցանիշների մոնիտորինգ, վնասման մեխանիզմի ճշգրտում, այլ վնասվածքների և ուղեկցող հիվանդութունների հայտնաբերում, տարիքի որոշում:
- ✓ Կոնքի ՀՇ-սկանավորում, բերանով ու ներերակային կոնտրաստավորմամբ, հեմոդինամիկ կայուն ցուցանիշներով հիվանդների մոտ:

Պատրաստում վիրահատությանը՝ լայն լուսանցքով երկու երակային կատետերներ, մշտական միզային կատետերի և քիթ-ստամոքսային զոնդ:

Ծուրահատուկոխսկերևհիվանդիինֆորմացվածհամաձայնությունը

- Ստամոքսիվնասում,
- Ենթաստամոքսայինգեղձիվնասում, պանկրեատիկխուղակ,
- Հաստաղիքվնասում,
- Ենթաստծանրհակացնթարախակույտ,
- Սպլենէկտոմիա,
- Հեռվիրահատականոպերացնահատություն:

Հիվանդիորբը՝ մեջբերվածպատկած:

Մուտք՝ ձախակողմյանենթակողայինկտրվածք, տրավմանեղելդեպքում՝ վերին-միջայինհորովայնահատում:

Վիրահատություն

Փուլ 1. Միջային կտրվածք

Վնասվածքների ժամանակ ենթակողային կտրվածքը չպետք է կիրառվի, նույնիսկ եթե մինչ վիրահատություն միակ վնասված օրգան համարվում է փայծաղը:

Իրականացվում է որովայնի խոռոչի էքսպոզիցիա: Նախ և առաջ կատարվում է ձախ վերին քառորդի տամպոնադա, ապա դրվում է ռետրակտոր, այս գոտու էքսպոզիցիայի հեշտացման համար: Որովայնային թանզիվով փայծաղի վնասման շրջանի զգույշ սեղմումը օգնում է նվազեցնել արյունահոսությունը:

Փուլ 2.

Ստամոքսի մեծ կորությամբ բացվում է ճարպոնածոցը, ավելի շուտ նրա ձախ կեսը: էնդոսկոպիկ կարող գործիքը հեշտացնում է այս փուլը, քանի որ այն երկար է և կարող է ծալվել: Սովորաբար երկու կարումը 45մմ-ոց կասետայով թույլ է տալիս ստանալ արագ ու լայն մուտք դեպի ճարպոնածոց: Եթե կա զգալի արյունահոսություն, անհրաժեշտ է փայծաղային զարկերակը առանձնացնել ենթաստամոքսային գեղձի վերին եզրի մոտ: Սեղմումից առաջ համոզվեք, որ զարկերակը անջատված է ենթաստամոքսային գեղձից և չի պարունակում ատերոսկլերոտիկ վահանիկներ.

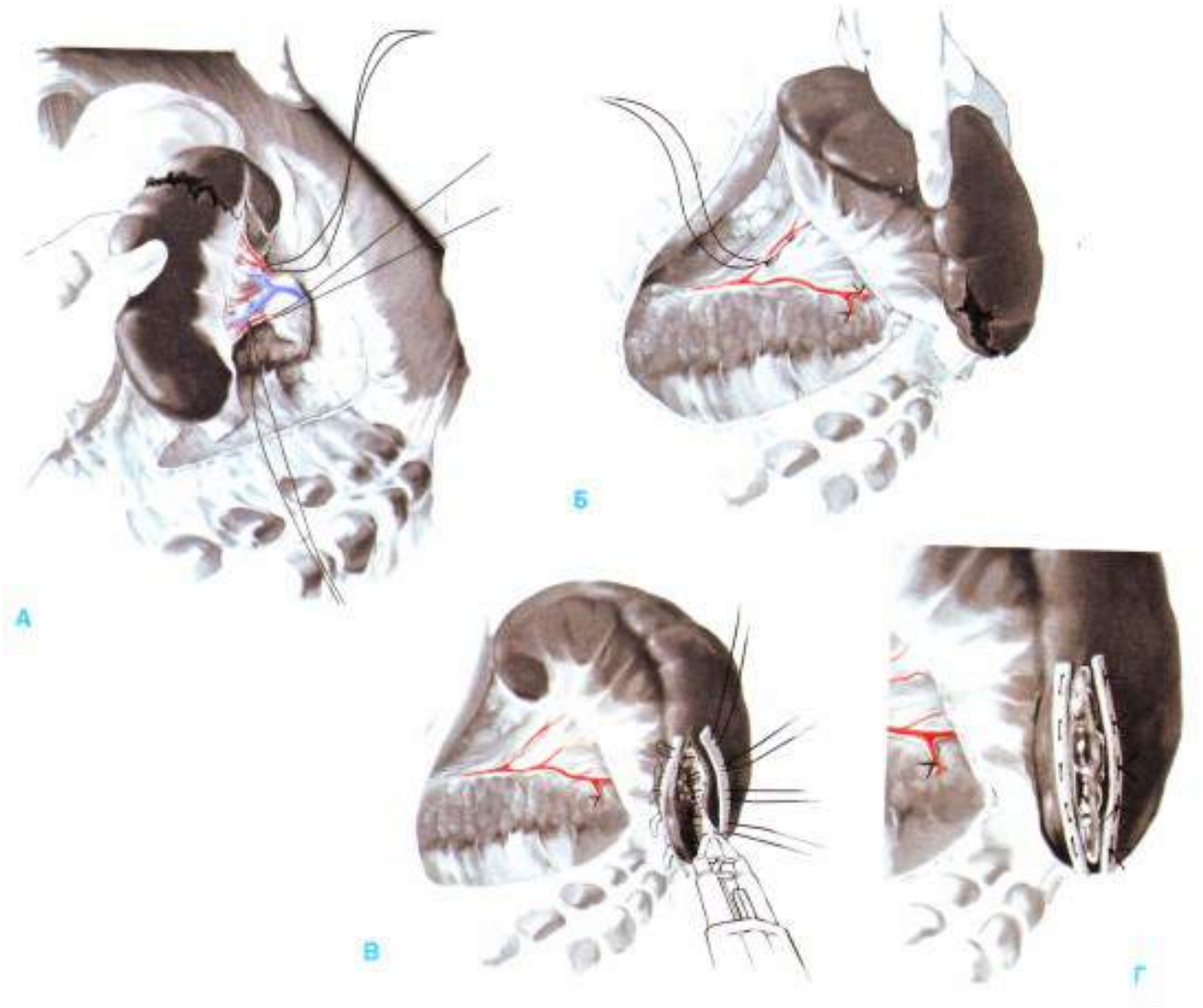
Փուլ 3.

Լրիվ տեղայնացումից հետո փայծաղը բռնվում է: Վնասված հատվածի վրա նորից դրվում է որովայնային թանզիվ: Արյունը կանգնեցնելու սկզբնական փորձերը կարող են ներառել հասարակ հեմոստատիկ միջոցներ՝ մակերեսային վնասվածքների արգոն-ուժեղացված կոագուլյացիա և խորը վնասումների դեպքում պարենխիմայի կարում:

Եթե վնասված է փայծաղի մեկ բևեռը, ապա ճարպոնածոցում, փայծաղի դրունքի մոտ,կարելի է կապել դիստալ բևեռի փայծաղային զարկերակի ճյուղը և որպես հեմոստատիկ գործողությունների հավելում նորից կիրառել օրգանի զգույշ սեղմում:

Եթե հեմոստազի սկզբնական փորձերը անարդյունավետ են կարելի է կիրառել կարեր ներդիրների վրա: Մեծահասակների մոտ փայծաղի պատյանը կարեր չի պահում, այդ իսկ պատճառով կարելի է օգտագործել համապատասխան ներդիրներ՝ Teflon, ֆետր կամ աուտոհյուսվածք /օրինակ՝ ուղիղ մկանի ապոնևրոզի հետին թերթիկը/: Կիրառվում են հորիզոնական մատրիցայի կարեր /Prolene 3-0/:

Մինչև հանգույցների կապումը ճաքի մեջ կամ վնասման տեղի վրա լցվում է ֆիբրինային սոսինձ:



Փուլ 4.

Որպես ինքնուրույն միջոց կարող է կիրառվել նաև հատուկ գործված ցանց: Վերցվում է համապատասխան նյութից /օրինակ՝ պոլիգլիկոլաթթվից/ պատրաստված թերթիկը և նրա կենտրոնը հատվում փայծաղի անոթների համար: Այս տեխնիկան հատկապես օգտակար է պատյանի վնասման ժամանակ: Փայծաղի վնասված հատվածի վրա աերոզոլի եղանակով մշակվում է ֆիբրինային սոսինձով: Որպեսզի փաթաթումը լինի արդյունավետ բոլոր ստամոքսային կարճ անոթները անհրաժեշտ է կապել, իսկ փայծաղի վերին բևեռը լրիվ տեղայնացնել: Սոսնձը փչելուց հետո, գործված ցանցը անընդհատ ներծծվող կարով ամրացվում է փայծաղի շուրջը: Հարկավոր է լինել ուշադիր, որպեսզի ցանցը դրվի ամուր, ապահովելով հեմոստազ և դրունքում թողնվի համարժեք անցք՝ չխանգարելու համար փայծաղային անոթների ընթացքը:

Փայծաղի պահպանման մեկ այլ տեխնիկա է փայծաղային զարկերակի ու երակի կապումը, ինչը հաջողությամբ կիրառվում է փայծաղի պահպանմամբ ենթաստամոքսային

դիստալ մասնահատումների ժամանակ: Փայծաղային անոթները փակվում են en masse անոթային կարող գործիքով: Այս ընթացքում պետք է լինել զգույշ, որպեսզի չփակվեն կարճ ստամոքսային անոթները: Հասարակ հեմոստատիկ միջոցների հավելյալ օգտագործումը տալիս է բավարար արդյունքներ ու եթե պահպանվել են կարճ ստամոքսային անոթները, փայծաղի ինֆարկտ չի զարգանում:

Անատոմիականյուրահատկություններ, լուրջոխսկեր, վիրահատականհնարքներ

ա/ պետքէհիշելստամոքսիևփայծաղի (ստամոքսայինկարճանոթներ), վայծաղիդրությունըևնրաստամոքսայինգեղձախցի, ինչպեսնաևփայծաղիստորինքևնրահիստոլոգիականկազմությանհետ կապվածանկանիջևանոթայինկապերիմասին:
Դրությունըախտահարվածլինելուդեպքումհեշտացնումէդիսեկցիան:

բ/ Անհրաժեշտէվարժելպահպանելփայծաղըհնարավորսահմաններում, նույնիսկայնդեպքում, երբանհրաժեշտէհյուղրվի տեղայնացում:

Հետվիրահատական հետազոտություններ

Տես՝ «Բաց սպլենէկտոմիա» գլուխը:

Տեղային հետվիրահատական բարդություններ

- Փայծաղի վերականգնումից հետո, հազվադեպ է զարգանում նրա ինֆարկտ կամ թարախակույտ:
- Հետվիրահատական արյունահոսությունը պահանջում է կրկնակի վիրահատություն: Եթե վերականգնման տեղում առաջանում է արյունահասություն /կամ թարմ մակարդակ/ ցուցված է սպլեէկտոմիա:

Դարձաուրթներըսպլեցիֆիկբարդություններիդեպքում

- ✓ Որպեսզիվերականգնվիկնասվածստամոքսիճեծ կորությունը կիրառումենառանձին խորասուզող կարեր
- ✓ Վիրահատությունիցհետոհաճախառաջէգալհածախսպլևրալ խոռոչի էմպիեմա, որը ենթակա է հեռացման, եթե 300 մլ-ից վել է:

Հետվիրահատականգործառույթներ

Բժշկականխնամք՝ ֆիբ-ստամոքսայինգոնդըհեռացվում է 1-ինօրը: Գերծայնայինևլաբորատորհետազոտություններ, դրեհամաչափաստղագիտականկախյալազայինմակարդակիդրոշում, սովորաբարդիսովումէհետվիրահատականչափավորլեյկոցիտոզ:

Կերակրման վերսկսում՝ խմելըառաջինօրվանից, բարդություններիբացակայությանդեպքում՝ սննդակարգի աղազրկայնում:

Ակտիվացում՝ անմիջապես

Ֆիզիոթերապիա՝ ինտենսիվշնչառականվարժություններ:

Անաշխատունակությանտևողությունը՝ 1 ամսից, կախվածընդհանուրիրավիճակից:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- Մի պահպանեք փայծաղը, եթե այն չի արյունահոսում:
- Փայծաղի պահպանման ոչ մեծ փորձի ժամանակ, պետք է ճիշտ դնել ցուցումները նման միջամտության համար: Սովորաբար փայծաղը պահպանվում է առանց կյանքի համար վտանգավոր այլ վնասումներով երիտասարդ անձանց մոտ:
- Փայծաղի պահպանման փորձերի ժամանակ չպետք է թույլ տրվի արյան կորուստ, եթե զանգվածային արյունահոսությունը չեք կարող կանգնեցնել, արագ հեռացրեք փայծաղը:
- Եթե հիվանդի մոտ վիրահատությունից հետո արյունահոսութունը շարունակվում է, արագ իրականացրեք կրկնակի միջամտություն:
- Փայծաղային զարկերակի ճյուղի կապման կամ, հատկապես, հիմնական զարկերակի ու երակի կապման դեպքում՝ մի հատեք ստամոքսի կարճ անոթները:

ՓԱՅԾԱՂԻ ԿԻՍՏԱՅԻ ԿԱՄԱՐԻ ԼԱՊԱՐԱՍԿՈՊԻԿ ՀԵՌԱՑՈՒՄ

Ցուցումներ ու հակացուցումներ

Ցուցումներ՝

- ախտանիշներով կամ առանց նրանց ոչ պարազիտար >5սմ կիստա,
- ախտանիշներով ոչ պարազիտար կիստա < 5սմ,
- պարազիտար կիստա,
- կիստայի հետ կապված բարդություններ /սպոնտան կամ վնասվածքային պատռվածքներ, թարախակույտերի առաջացում/,
- ուռուցքային կիստաներ:

Նախավիրահատական հետազոտում և վիրահատության պատրաստում

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ էխինոկոկկի հանդեպ սերոլոգիական հետազոտություն,
- ✓ որովայնի ԳՋՀ, անհրաժեշտության դեպքում ՀԾ:

Պատրաստում վիրահատությանը՝ քիթ-ստամոքսային զոնդի տեղադրում, միզապարկային կատետեր:

Ցուրահատուկ խոհերև հիվանդիհնշորմացվածհամաձայնությունը

- ❖ Արյունահոսություն փայծաղից,
- ❖ Ստամոքսի պատի վնասում,
- ❖ Ենթաստամոքսային գեղձի պոչի վնասում,

- Կրկնակի միջամտություն:

Հիվանդի դիրքը՝ մեջքի վրա պառկած:

Վիրահատություն

Փուլ 1. ***Մուտք և տրոակարների տեղադրում***

Հիվանդը պառկած է աջ կողքի վրա, 45 աստճան անկյան տակ: Վիրաբուժը և օգնականը տեսախցիկով կանգնում են հիվանդի որովայնի կողմից, հակառակ կողմում տեղադրվում են մոնիտորները: Առաջին տրոակարը /պորտային 12մմ/ մտցվում է բաց եղանակով /T_1/ և համապատասխան պնևմոպերիտոնեում է ապահովվում /14 մմ/սս ճնշում/: Մյուս տրոակարները տեսողական հսկողության տակ տեղադրվում են որովայնի ստորին ձախ մասում /T2, 10մմ/ և ձախ միջին անութափոսի գծով անմիջապես կողաղեղից ներքև /T3, 10մմ/: Անհրաժեշտության դեպքում, ըստ կիսաշրջանի /ցուցադրված է ընդհատվող գծով/ կենտրոնով դեպի փայծաղ: Կարող են կիրառվել նաև հավելյալ տրոակարներ:

Փուլ 2. ***Կիստայի պարունակության սապիրացիա և նրա պատի մասնահատում***

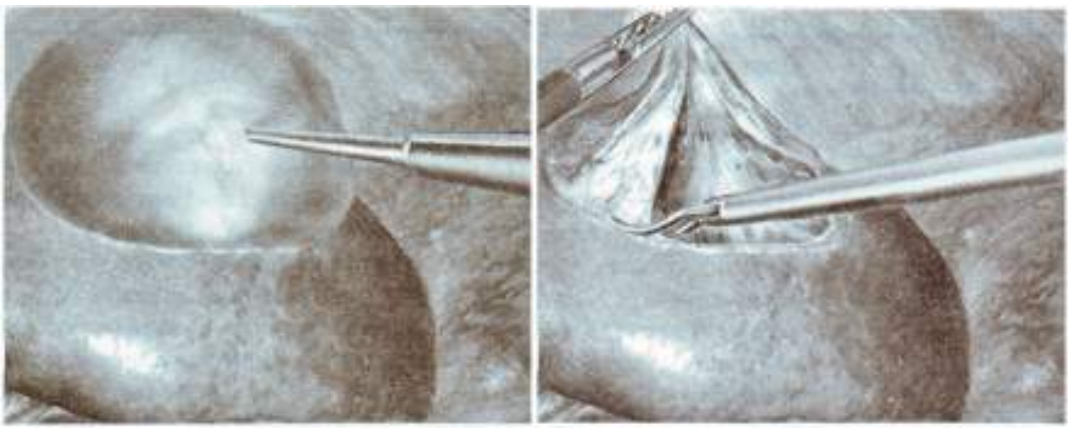
Կիստան էլեկտրակաուտերով բացվում է անոթից զուրկ գոտում և պարունակությունը արտածծվում: Հատվում են կպումները շրջակա հյուսվածքների հետ և փայծաղը լրիվ տեղայնացվում, ինչպես լապարասկոպիկ սպլենէկտոմիայի ժամանակ: Ստոծանիական կպումների հետ անհրաժեշտ է վարվել զգուշորեն, քանի որ նրանք կարող են լինել զգալի պինդ:

Փուլ 3

Կիստայի արտաօրգանային հատվածը, մինչև փայծաղի պարենխիմայի ինտակտ մասեր, հեռացվում է դիաթերմիայով կամ գերձայնային մկրատով: Դիսսկեցիայի ընթացքում կարևոր

է ապահովել մանրակրկիտ հեմոստազ, չնվազեցնելու համար վիրահատական դաշտի տեսանելիությունը: Կրկնության ռիսկի նվազեցման համար, պետք է հնարավորինս, առավելագույն չափով հատել կիստայի պատը:

Եթե տեխնիկապես հնարավոր է, կիստայի մնացորդային խոռոչը փակվում է ճարպոնի հատվածով ու կարվում, առանց դրենաժի տեղադրման:



Հետվիրահատական հետազոտություններ

Տես “Բաց սպլենէկտոմիա” գլուխը

Տեղային հետվիրահատական բարդություններ

- Տես “բաց սպլենէկտոմիա” գլուխը,
- Կիստայի կրկնություն

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- Կիստայի պատի մասնահատումից առաջ անհրաժեշտ է փայծաղի լրիվ տեղայնացում:
- Երբ կիստայի պատը ծածկված է փայծաղի անփոփոխ պարենխիմայով, արյունահոսության վտանգի նվազեցման համար կիրառվում է կարող գործիքով դիսսեկցիա: Այն հատկապես օգտակար է փայծաղի դրունքի մոտ մանիպուլյացիաների ժամանակ:
- Պարազիտար և ուռուցքային կիստաների ժամանակ կիրառեք բաց մուտք:

ՈՐՈՎԱՅՆԱԲՈՐԲ , ՈՐՈՎԱՅՆԱՀԱՏՈՒՄ

Յուցումներ

Պլանոյիևբացոտրծակցուցումներ

- “սուր որովայն” կլինիկական ախտորոշում, սփռուն որովայնաբորբ /թարախային կամ կղանքային/ կասկածով: Խորհուրդէտրվումիրականացնելօբյեկտիվգնահատումբազայինհամակարգիօգնությամբ (օրինակ՝ Մանեյմինիդեմսըպերիտոնիտովհամար):

    - միջինառողջահայտվածությանդեպքում (20 բալիցցածր)՝ մեծհանգամովվտանգումևստովորականդիրեհավորում:

    - ծանրդեպքերում (20-29 բալ)՝ լվացումևխոռոչիվակում, որովայնիքոլոր քառորդակներում դրենաժներիտեղադրումիցուվակհատողլավաժկազմակերպումիցհետո՝:

    - առավելծանրդեպքերում (30 բալիցավելի)՝ լվացումուլտրաձայնայինհետագա սլանայինռելապարատոմիաների կիրառումով (փուլային լավաժ):

Նախավիրահատական հետազոտություններ ու պատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատականհետազոտություններ՝

- ✓ կախվածկրավիճակից ԳՋՀ,
- ✓ որովայնիխոռոչիօրգաններիուլտրաձայնագրաֆիա,
- ✓ համակարգչայինհետազոտություն,
- ✓ ստամոքս-աղիքայինտրակտիվերիևստորիհիստովածներիուլտրաձայնագոտում (ջրումլուծվողկոնտրաստով):
- ✓ էնդոսկոպիա, ոչհատկանիշգրաֆիա:

Հիմնադիրպատրաստում՝ ինտենսիվթերապիայիպայմաններումհիպոդոլությունևապեկվատուժում, կենտրոնականերակիկատետերիզացիա, հեղուկիծավալներիլրացում, լայնսպեկտրիազդմանհակաբիոտիկներիներարկում, հիպոստամոքսայինզոնդում, մինչ վիրահատությունը, խթանողպրոֆիլակտիկգալարումնողովակիտեղադրում:

Սպեցիֆիկոպիկներ, հիմնադիտեղեկացվածհամաձայնությունը

- ❖ Երկարատևսեպտիկգործընթացիդեպքումպլանայինհետազոտումներ,
- ❖ Ներորովայնայինթարախակույտեր,
- ❖ Աղիների վնասումհետագախոռոչի զարգացումով, բերանովկցմանանհնարավորություն(10-20% դեպքերում),
- ❖ Ստոմայինվնասում,
- ❖ Հետվիրահատականարնագծ,
- ❖ Մահացության ցուցանիշը 50% հասել:

Հիմնադիրդիրքը՝ պառկածմեջքիվրա:

Մուտքը՝ լրիվմիջայինկոմպլայնակիորովայնահատում

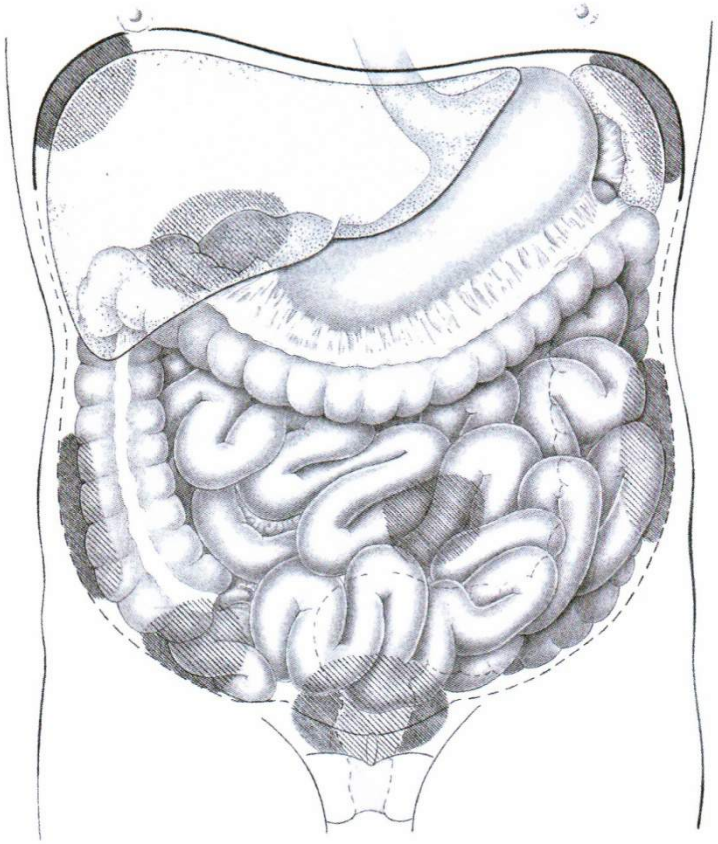
Վիրահատության

Փուլ 1. Ստուգում

Որովայնիխոռոչիվիրահատականստուգումըսկսահոնջումէնիշտոմուտ: Սովորաբարլավագույն էքսպոզիցիա ապահովումէլրիվմիջայինորովայնահատումը:

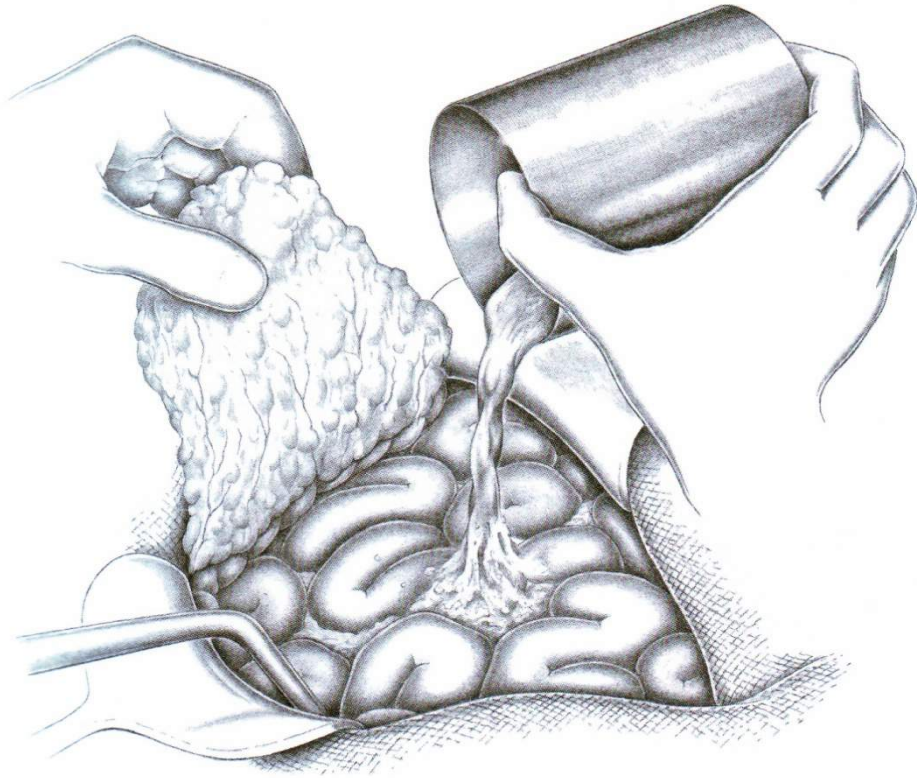
Երկրորդայինպերիտոնիտերիժամանակմուտիմնեջպետէերասովիևանհրաժեշտդեպքումայնացվինախորդկտրվածքը: Բոլորդեպքերում, որովայնաբորբի ժամանականհրաժեշտէապահովելբոլոր քառորդակների ուղղակիզննումը:

Որովայնիբացումիցհետոսիստեմատիկուսումնասիրվումենթաստամոքսայինհեղուկային կուտակումներիառավել կարևորտեղակայումները՝երկուհարստածանիական, հետույքաղիքայիև, միջգլաքայիշրջաններում:Դուգասիգրպահիկը: Այսքոր շրջանները պետք մանրակրկիտ հետազոտվենհատուկուշադրությամբ:Վերջիններսահեցվումենասպիրացիայի, լվացմանևդրենավորմանհամապատասխան:



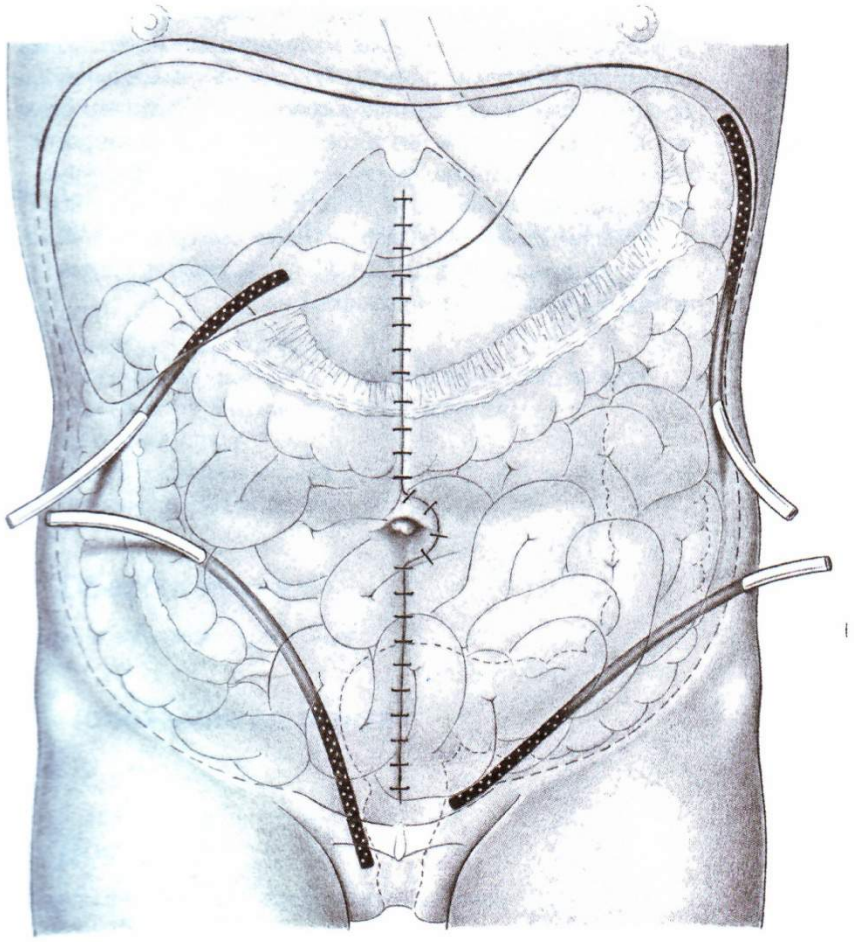
Փուլ 2. Որովայնիխոռոչիվիրահատում

Տարածումորովայնաքորքերիժամանակ աղեգլաքարները պետք է լրիվ ազատվեն և,մեծհարթոնիհանջատումիցդեպիվերծգումիցհետո,լվացվենմեծքանակովաղային հեղուկովՖիզիոլուծույթով, մարմնիջերմաստիճանի պայմաններում: Ֆիբրոզկպումներըհանվումենևամբողջությամբչըհամակարգայինձևովմոբիլիզում: Միջին հաշվով օգտագործվում է 10-20 լիտրլվացմանհեղուկ:



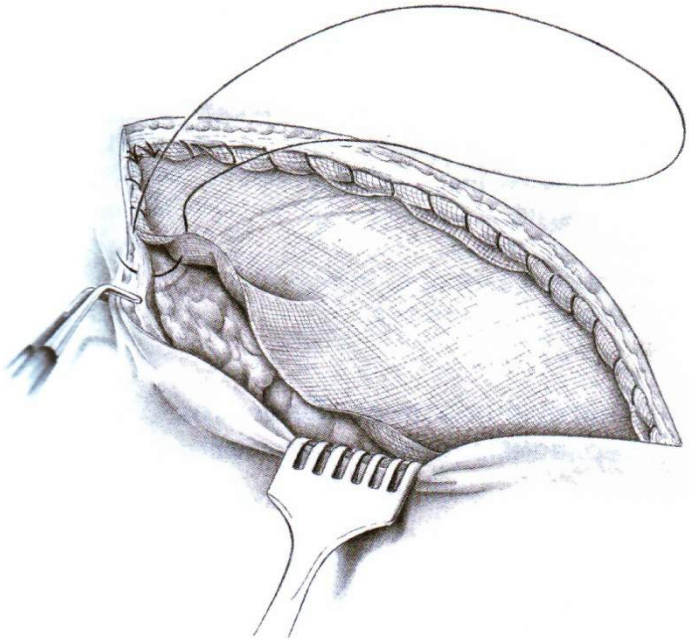
Փուլ 3. *Որովայնիխոռոչիանցքնգիաստոլոժիա*

Բացկամվակմոտեցմանըննոթությունըկախվածէ որովայնաբորբի տարածվածությունից: Որոշումըկատարելուհնարավոր է որովայնաբորբի բազայինգործառնականը (օրինակպերիտոնիտիմանիպուլյացիանէ): Ըստ նրա փակմոտեցումըթույլատրելիէ 25 սմ-ից ոչ ավելի երկարությամբ հնդեքսի դեպքում: Որովայնաբորբի թեթևձևերի ժամանակ իրականացվումէերովիրահատականվնասվածքում: Միջինծանրությանորովայնաբորբերի ժամանակկատարելիէպրոցեդուրաժամ կազմակերպել, ինչպես քաոտրդակների վակ դրենավորման, այնպեսէլորովայնիխոռոչիանցքնգիաստոլոժիայի պայմաններում (օրը 20-40 լիտր): Դրենաժներըտեղադրվումեն որովայնի խոռոչի 4 քաոտրդակներում և Դուգլասիգրպանիկում: Հեղուկներիհեռացումըսահմանափակվումնրանովորհնարավորէտրվումստեղծելվակհամակարգերոգևտանող դրենաժների միջոցով:



Փուլ 4. *Լապարոտոմա*

Որովայնաբորբհիվանդների դեպքերում, կրկնակի որովայնահատումներից խուսափելու համար, անհրաժեշտ է ընտրել բուժմանբացահայտումը՝ լապարոստոմայի ձևավորումով: Այն օգնում է հանել թարախային հեղուկը և ճնճղուկի բջիջները (այսինքն որովայնի խոռոչում թարախային ճնճղանման հոմախտանիշի զարգացման կանխարգելմանը): Բուժական նպատակներից է նաև որովայնի խոռոչի չվիժամանակավորական մշտական ներհեստոսկանացման, որը պահում է աղեզանգվածները իրենց տեղում, չդժվարացնել ներքին օղակների կրկնակի որովայնահատումների ժամանակ ախտահոսանքի վիճակները: Այս նպատակով օգտագործում է PGA-ից պատրաստված թելով: Այս պատրաստվում է in situ, որովայնաբորբի բուժումից հետո, երբ ծածկվում են գրանուլյացիոն հյուսվածքով հեռացում կատարած ծածկվելու տերիտորացված տրանսպլանտով: Ապրելու զգեցիլայնեացումը պահպանում է հետվիրահատական ներքին վիճակը, որի վիրաբուժական բուժումը նորմալ է 3-6 ամիսների:



Անատոմիականյուրահատկություններ, լուրջխոտնգքեր, վիրահատականհնարքներ

ա/ Որովայնիխոռոչիբոլոր քառորդակների ու աղեգալարների՝ իրենց ամբողջ երկայնքով, մանրակրկիտստուգում: Նույնըպարմանէբոլորկրկնակիվիրահատությանժամանակ,

բ/ Երբինֆեկցիայիսկզբնաղբյուրըհստակչէ, մանրազննիհետազոտմնասիրվումեն ելապարկը, կերակրափող/կարդիան, ստամոքսիսուրաջայինպատը (հետինը՝ճարպոնայինծոցիբացումովիցհետո), տասներկումատնյաղիքն, ենթաստամոքսայինգեղձը (Կոխերիգործողությունկիցհետո), հաստաբարակղիները, ինչպեսնաևերկուստրաստածանիքակոնստրուկցիաները: Հնարավորէերվիրահատականեղանակովնայնդիսկոմօդիներմուծումկերակրափող (ստամոքս) կամհաստաղի:

գ/ Պետքէդրեհավորվենորովայնիխոռոչիառավելխորըգրպանիկները՝Դուգլասի, ձախենթաստծանիքականդրզոլ (վայծաղիբուռոցը) և աջենթաստծանիքականդրզոլտարածությունները (լյարդիհետևում):

դ/ Բոլորդրենաժերըպետքէլինենախատաստծիկ նյութից (սիլիկոն), միօգտագործելկարծրլատեքսայինկամռետինենխողովակներ:

ե/ Աղիներիպարալիտիկանանցանելությունզարգանումէ բոլոր դեպքերում, ինչի պատճառով նպատակահարմար է առաջինվիրահատությանժամանակ տեղադրել խողովակ:

է/ Որովայնըստամպոնեերովևադհեզնիթաղանթովփակելուցհետո որովայնի պատիվերականգում PGA-իներծծվողցանցով: Կրկնակիվիրահատությանժամանակցանցըանհրաժեշտհատելնրակենտրոնով (ապագուշտզիեզրերիպաշտպանությանհամար):

ը/ Հոսողլավաժըկատարեհեղուկինեծծավալներով՝ մոտ 20-40 լիտր (օրինակ՝Ռինգերիլուծույթ):

Գործառույթներպացիփիկբարդություններիժամանակ

- ✓ օրգանայինբարդություններիհամարժեքվիրաբուժականբուժում,
- ✓ բարակաղիպրոբսիմալսեգմենտներիվնասմանդեպքումպետքէփորձելայնկարել: Բարակաղիդիստալկամհաստաղիվնասմանդեպքումանհրաժեշտէձևավորելշրջանցողստոմա, եթեդահնարավորչէ՝ իրականացնել համարժեքդրենավորումմինչևկայունվիճակձևավորում:

Բարդություններ

- ➢ Ներորովայնայինթարախակույտեր,
- ➢ Աղիներիպարեզ,
- ➢ Բազմաօրգանայինանբավարարություն,

- Սեպտիկշոկ,
- Սեպսիս,
- Աղիքայինխոռոչկեր,
- Կպումայինհանգուցավելվուցք:

Հետվիրահատականզարգացումներ

Բժշկականխնամք կախվածէպերիտոնիտիտարածվածությունից:

Փորձառությիրաբույժիխորհուրդները

- Զգուշացեք բերանակցումների ձևավորումից որովայնաբորբի պայմաններում:
- Որովայնի վիճակի ամենօրյա մոնիթորինք ԳՁՀ-ի միջոցով:
- Որովայնի խոռոչի առանձին հեղուկային կուտակումների ակտիվ դրենավորում մաշկի միջով դրենավորման եղանակով:
- Ներորովայնային լավաժի կիրառման դեպքում պարտադիր է հեղուկի համարժեք քանակի արտահոսքի ապահովումը:

ԲԱՐԱԿ ԱՂՈՒ ՍԵԳՄԵՆՏԱՐ ՄԱՍՆԱՀԱՏՈՒՄ

Ցուցումներ ու հակացուցումներ

Պլանայինցուցումներ

- Սահմանափակպաթոլոգիականախտահարում (ուռուցք, Կրոնհիվիանգություն, աղիքի միջնդերբիհիվարկո):

Ավտերնատիվիրահատություններ ՝ոչմասնահատելիդեպքումբուժանցողբերանակցում (ամոքիչվիրահատություն):

Նախավիրահատականուսումնասիրումևպատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատականհետազոտություններ՝

- ✓ որովայնի խոռոչի ԳՁՀ,
- ✓ ՀՇ,
- ✓ ռենտգենաբանականհետազոտություն (եթեկասկածվումէխցանում՝ստամոքս-աղիքայինտրակտիվերիհիվածվածներիհետազոտությունջրումլուծվողկոնտրաստով):

Հիվանդիպատրաստում ՝իրթ-ստամոքսայինզոնդ:

Սպեցիֆիկոպերացիաներ, հիվանդիտեղեկացվածհամաձայնությունը

- ❖ Բերանակցմանհանգրավարտություն (հազվադեպ, օրինակԿրոնհիվիանգությանժամանակհետաձգայթայիբուժումիցհետո):
- ❖ Բերանակցմանվերացում (ստեղոզ)՝անընդհատոտրի եղանակի դեպքում հանդիպումէհազվադեպ,
- ❖ Ամորձեկտոմիա,
- ❖ Կարճաղու համախտանիշ՝ բարակաղու 50%-իցավելիի կորստիդեպքում:

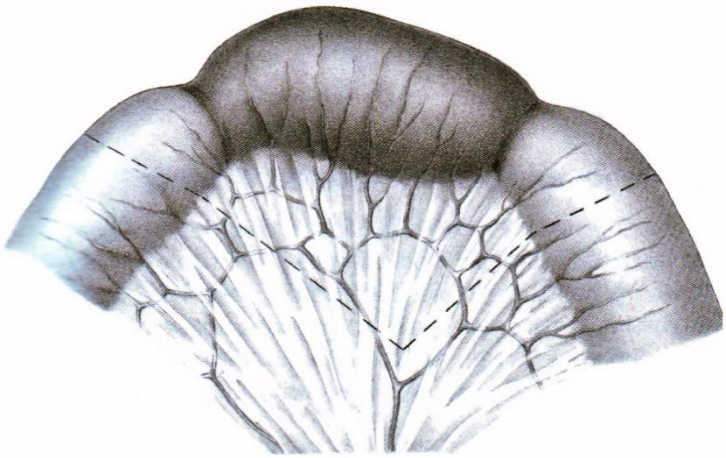
Հիվանդիդիրքը ՝պառկածմեջքիվրա:

Մուտքը սովորական միջայինորովայնահատում

Վիրահատություն

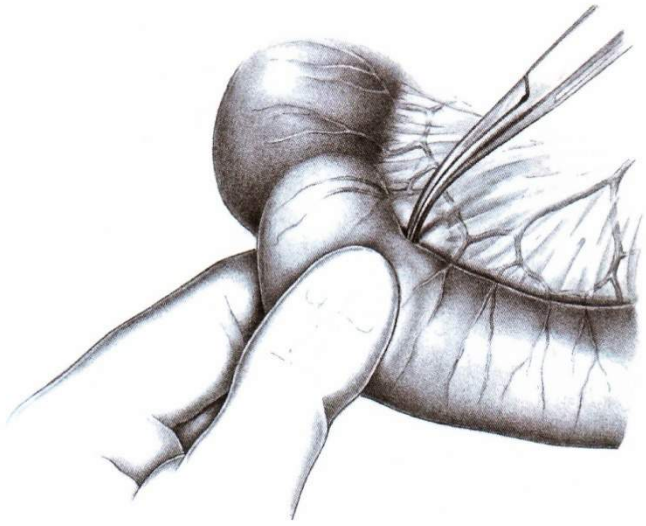
Փուլ 1. Հարակատամանահատմանակզբուհներ

Անկախբարակատուհիվանդությունից (բորբոքում, ուռուցք, դեֆեկտ, խեմիկամ մեռուկացում) նրասեգմենտարմասնահատմանմոտեցումները մնում են նույնը: Այն ենթադրումէաղիքիախտահարվածսեգմենտիմասնահատում, առավելագույն պահպանողականության պայմաններում: Թողնված եզրերը պետքէգտնվենմակրոսկոպիկառողջհյուսվածքերիգոտումևմիջընդերքիանոթայինտիպիվմատակարարվեն արյունով: Բերանակցմանանվտանգությանհամար, անհրաժեշտ է աղիքի դիստալապրոքսիմալ եզրերին ապահովել համարժեք արյան մատակարարում: Մասնահատմանեզրերիհետագրումըառավել արդյունավետ է իրականացնել տրանսիլյումինացիայով, ինչը թույլէտալհետգրիտհայտնաբերել անոթայինպրոբլեմները:



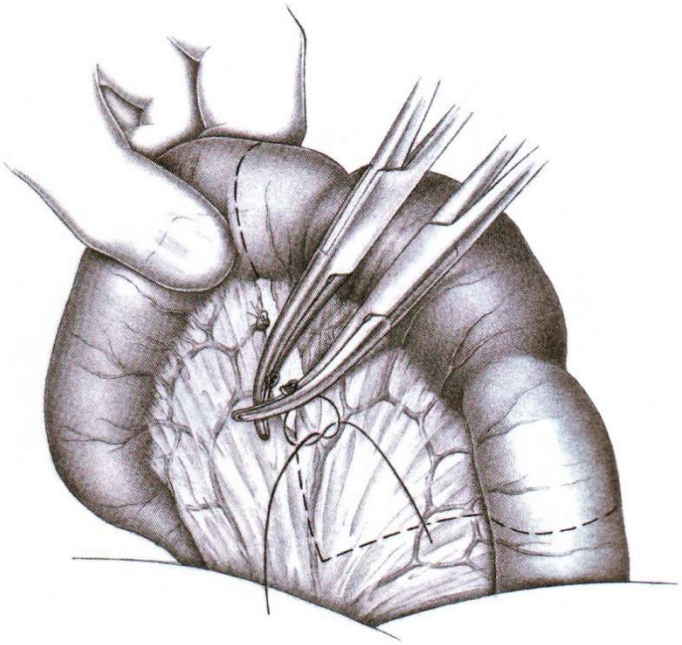
Փուլ2. Հարակատամիջընդերքիսկզբնական հատվածի

Միջընդերքումանոթայինպրոբլեմներիսկզբնական հատվածը սկսվում է աղիքի պատին մոտ: Հաստացածնբորբոհվածմիջընդերքըդժվարացնումէաղիքիմիջնաստիճանների բորոտումը: Այնառավելհարմարէհանձնել մատերիաոտիումով՝ցուցամատիևմեծմատիմիջև:



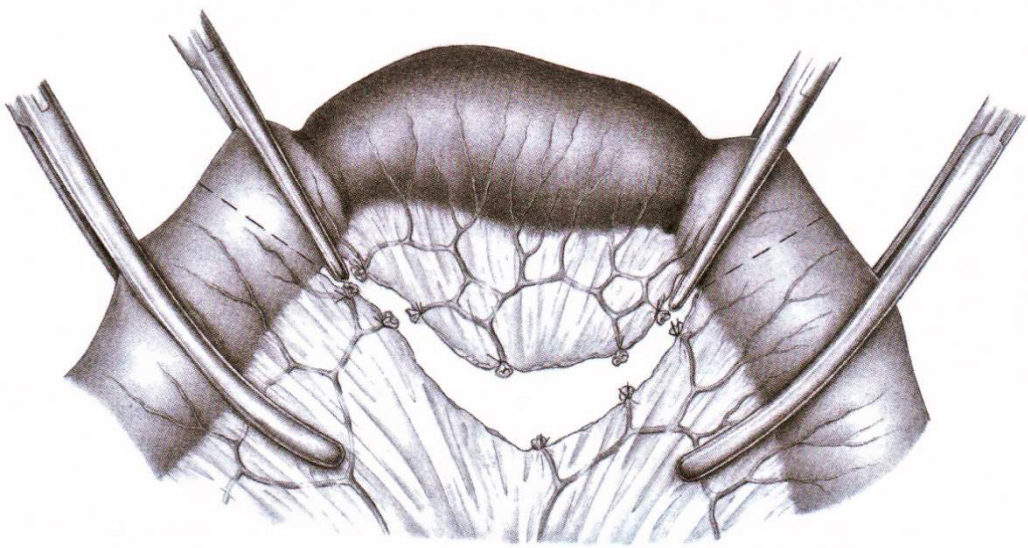
Փուլ 3. Հարակատամիջընդերքիսկզբնական հատվածի II

Միջընդերխառնթերըհատվումեներսիչներիմիջևածայրատներըկապվում: Շատհազվադեպդիպուկմիջընդերբզպահանջումէկարովկապում (3-0 PGA): Ավելիխոբըտամաչափիխառնթերըբռնվումեն “մոսկիտո” տիպիբռնիչներով:



Փուլ 4. Բարակաղիքսեգմենտիմատնահատում

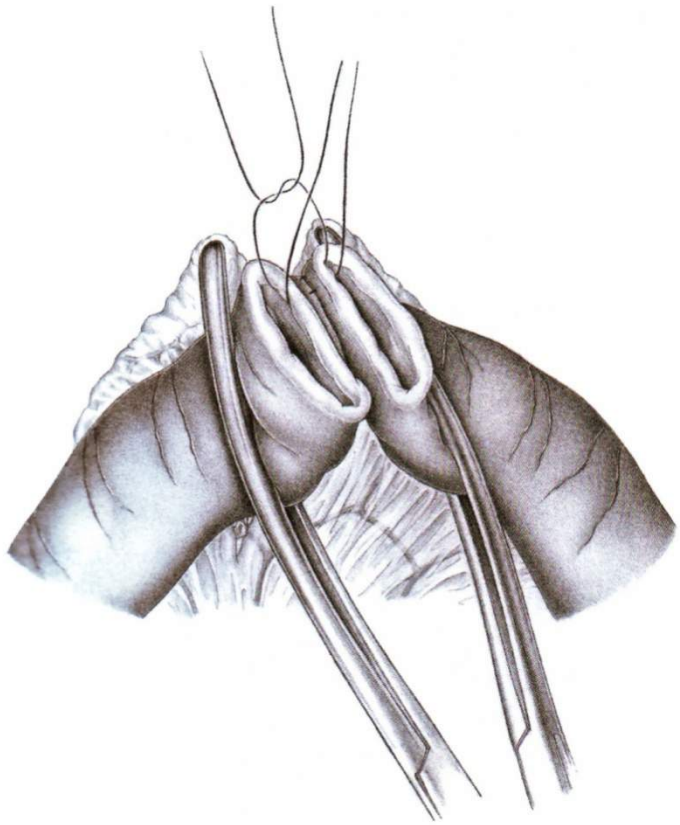
Սկելետոփզցիայիցհետոաղիքըբռնիչների միջև հատվում է: Ապահովանակաերբևանակցմանհամարնախատեսվածսեգմենտներովդադարվումենվասկուլյարներ, իսկ հեռացվողկողմից՝ ջնջվողկամկուռտ: Բերանակցմաներջանը, որովայնի խոռոչը մաքուր պահելու համար, փակվումէանտիսեպտիկլուծույթովթաթախվածտամպոններով:

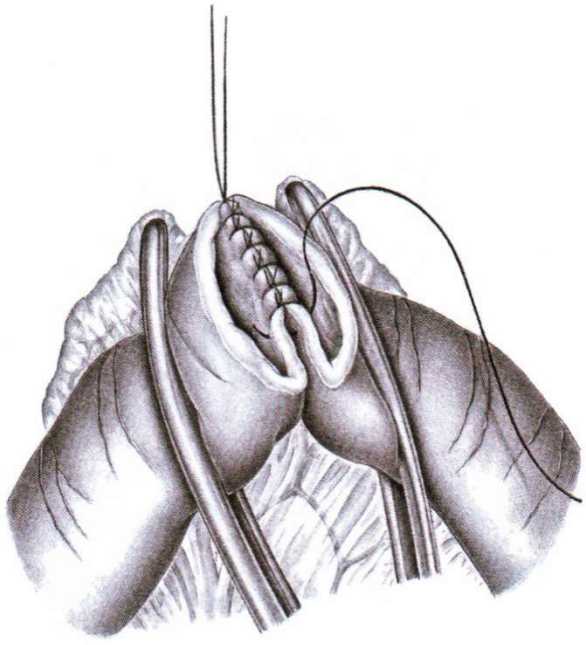


Փուլ 5. Բերանակցմանհետինդատիժևավորում

Ադիֆսեգմենտիմատնահատումիցհետո, նրանզբերըմոտեցվումենևբերանակցում: Այն իրականացվում է միաշարք եղանակով, 3-0 PGA-ով: Կարերըդրվումենաղիքիպատիճովմոտ 0.5 սմ հեռավորության վրա:

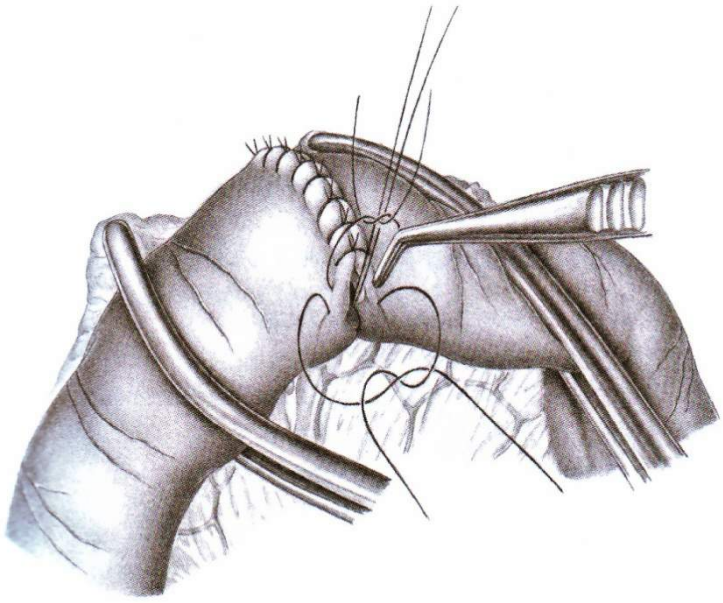
Որպեսզի ապագայում ձեռքի այտուցը չառաջանա, կարևոր է փոքր հատված, իսկ ձեռքի թաղանթից՝ մեծ: Հետևյալ տեղեկատվությունը կարող է օգտակար լինել ձեզ համար:





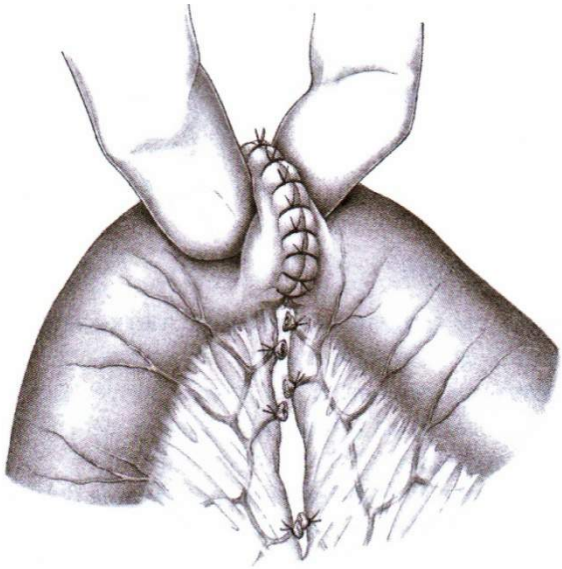
Փուլ 6. *Բերանակցմանատեղի ձևավորում*

Առաջայինպատիկպռումըիրականացվումէհոյհեղանակով:
Հետինպատովվերջինկարըմխոռմնավորթողնվումէերկարևփակվումպտտաձևկարերով:



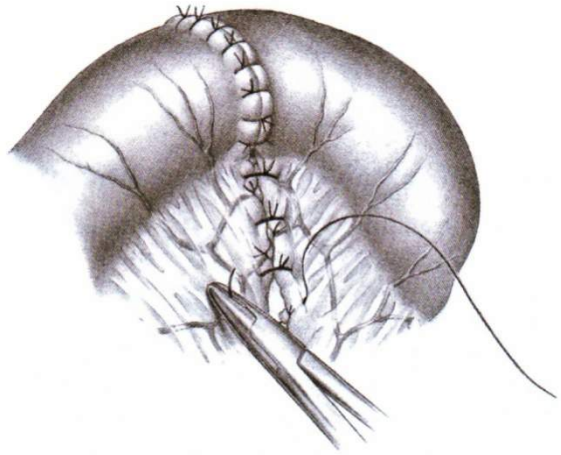
Փակ 7. Լուսանցքիայնությանհաստատումը

Կարը ավարտվածհեռումեծմատիևցուցամատիմիջևմանրակրկիտոճովսվումըթույլէտալխնայողաբարվերաբերվելհամաժեմայնությանըևապահովելհյուսվածքիսնուցումը: Ցուցամատըպետքէհետևությամբանցնիպաղպիրկուսանցք, այնպեսորմեծմատըապահովիդիմայնությանզգացողությունը, ինչըցույցէտալիս, որցուցամատըբոլորկողմերիցշրջապատվածէբերանակցմանկարով: Նմանճնշումըբերանակցմաներկուկողմերից ևսև հաստատումէվերջինիհերմետիկությունը:



Փակ 8. Միջընդերիդեֆեկտիփակում

Այնիրականացվումէառանձինհանգուցակարերով, որպեսզիչվնասվենհանոթայինստվարաթերը: Անթիվնաստումըկատարվէսահգեղաիիկենսահակությունն ու բերելբերանակցմանհերմետության:



Անատոմիականյուրահատկություններ, լուրջոխսկեր, վիրահատականհնարքներ

ա/ Որոշեմնանահատմանեզրերըտրանսիլլյումինացիայիմիջոցով, անհրաժեշտությունդարձնելով անոթային արկադաների վրա:

Զգուշացում՝բարակաղուծքիջրնդերքիսկսելեսիզացիայիժամանակ, զգուշացեմվերինմիջնդերայինզարկերակիվնասումից:

բ/ Միշտկրակահացրեմ “ծայրը-ծայրին” բերանակցում, օգտագործելով “կոմբլոդիին” եղանակը միայնամոմիչշրջանցողբերանակցումներիժամանակ:

գ/ Անհանգստեղությանհետևանքովլուսանցքերիհանհամապատասխանության դեպքում կարելիէվոմբլուսանցքնախատեսեմբերանքայիեզր:

դ/ Աղին բերանակցման պատրաստելուհամարթաղանթի մի կտորհատված, միջնդերքիկպմանտեղում, պետքէազատվիճարպայինքջանքից, հնարավորություն տալով ապահովելշճայինթաղանթերիհամապատասխանքողջքջազծով:

Ե/ Որպեսզիկապելուժամանակհանգույցի թելըգլուխտա՝ գործադրեմկատավարվողուժ:

Է/ Բերանակցմանձևավորմանհամարկիրառեմստանդարտմոտեցում: Անկյուն-հետինպատ, անկյուն-առաջայինպատ՝միշտպետքէսկսելմիջնդերայինկամերանհակառակեզրից:

ը/ Բերանակցմանհավարտիցհետոերան ամբողջքջազծովմանրակրկիտուշումնասիրեմ՝ գնահատելովկարերի գիծը:

թ/ Եթեպրեոպերացիոնհետևհեմոռագիակարծելիէ (պրիմիտեմիա)՝կրկնակիմասնահատեմ, դուրս բերելով սեգմենտիերկրորդստոմայինձևավոփամձևավորեմբերանակցում, ծրագրելով վիրահատական ստուգում 24 ժամից:

Զգուշացում՝պերիստոնիտներիժամանակաստաջայինբերանակցումչպետքէձևավորել:

ժ/

Բարակաղիքումպայմանահատությանաղբյուրինայտնաբերմանժամանակմտածելհնարավորներովիրահատականէնդոսկոպիականացնելումասին:

Գործառույթներոպերացիաիկիրարտություններիժամանակ:

- ✓ Բերանակցվողսեգմենտիերվիրահատականհեռեմիա (օրինակմիջնդերքիամորթերիվնասման պատճառով), կատարեմանհանահատումատրջհյուսվածքներիսահմանումևձևավորեմորբերանակցում:
- ✓ Խափանեմավարտվողբերանակցմանպատճառվածք, ստանցպերիստոնիտի՝բորբոքմանկլինիկականնշաբորատորտրաստջինհետազոտների դեպքում իրականացրեք ստուգումկրկնակի որովայնահատումով:

Հետվիրահատականգործառույթներ

Բժշկականխնամք՝կախվածէընդհանուրիրադրությունից: Փոք-ստամոքսայինզոնդըհեռացրեք 1-3 օրը:

Սննդակերպում՝ թույլ տալ ուտել 4-րդ օրից, պահպանելով օգտագործվող թույլ տալ ուտել պարենային տիպերի հավասարակշռությունը:

Ադիներիմունիտետ՝ հոգեհանգստյան օրվանից:

Ցիգոտերապիա՝ ճնշող վիճակներ:

Անասխատունակության տևողությունը՝ 1-2 շաբաթ:

Փորձառու վիրաբույժի խորհուրդները

- Բարակ աղիների բերանակցման ժամանակ կարելի է կիրառել ինչպես միաշարք հանգուցակար, այնպես էլ միաշարք անընդհատ կար:
- Աղիների հատումը ցանկալի է իրականացնել որոշ թեքությամբ թողնելով միջընդերային եզրը քիչ ավելի երկար:
- Անընդհատ կարի կիրառման դեպքում բերանակցման ձևավորումը ցանկալի է սկսել աղիների միջընդերայինին հակառակ անկյունից, որպեսզի վերջին կարը չդրվի միջընդերային անկյունում:

ԲԱՐԱԿ ԱՂՈՒ ՆԵՐԼՈՒՍԱՆՑՔԱՅԻՆ ՍՏԵՆՏԱՎՈՐՈՒՄ

Ցուցումներտեսակցուցումներ

Պլանայինցուցումներ՝

- որպեսկոմպոնենտացանելության կանխարգելում՝ լայնածավալ ախեզիոլիզիսից:

Հարաբերականցուցումներ՝

- աղիներիծանրպատճառիչներովտարված(օրինակ՝որովայնաբորբ) ներորովայնայինվիրահատություններիբուժմանհամար:

Հակացուցումներ՝

- մեկուսացված, մակկոմպոնենտգանով առանձնահատկությաղիքային անցանելություն:

Այլընտրանքայինգործողություն՝ ըստՆոբելիանՋայլս-Ֆիլպսի(հոգվադեպ) բարակաղուկարերովպլիկացիա:

Նախավիրահատականհետազոտություններըպատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատականհետազոտություններ՝

- ✓ որովայնի խոռոչի ԳՋՀ,
- ✓ որովայնիխոռոչիօրգաններիներքնոգեներացրափիա (ստամոքս-աղիքային ուղու վերինհատվածիհետազոտությունջրումլուծվողկոնտրաստանյութով):

Հիվանդիպատրաստում՝ բիք-ստոմոմայինզոնդ, հնարավոր բարակ աղու պրոքսիմալհատվածումպողովակիէնդոսկոպիկհետազոտում (թույլ էտալիսխուսափել 12-մատնյաաղիքովվերջինիձեռովհանվելուց, որըկարողէլինելտրավմատիկ՝հատկապեսստոմոս-

աղիմայիևոտրակտիվերիևնեոպլազմաների վրա առաջներում տարած միջամտություններից հետո), կենտրոնականերակիկաստեներիզոցիա, հեղուկիծավալիլրացում, էլեկտրոլիտայինփոխ-հիմնային բալանսի կարգավորում:

Սպեցիֆիկոխսկեր, հիմանդիտեղեկացվածհամաձայնությունը

- բարակաղու վնասում/որովայնաբորբ,
- բարակաղուսեգմենտարմասնահատում,
- կրկնակիաղիմայինանհանգստելություն (10% դեպքերում,առաջինէպիզոդիցետո):

Հիմանդիդիտը՝մեջքիվրապատկած:

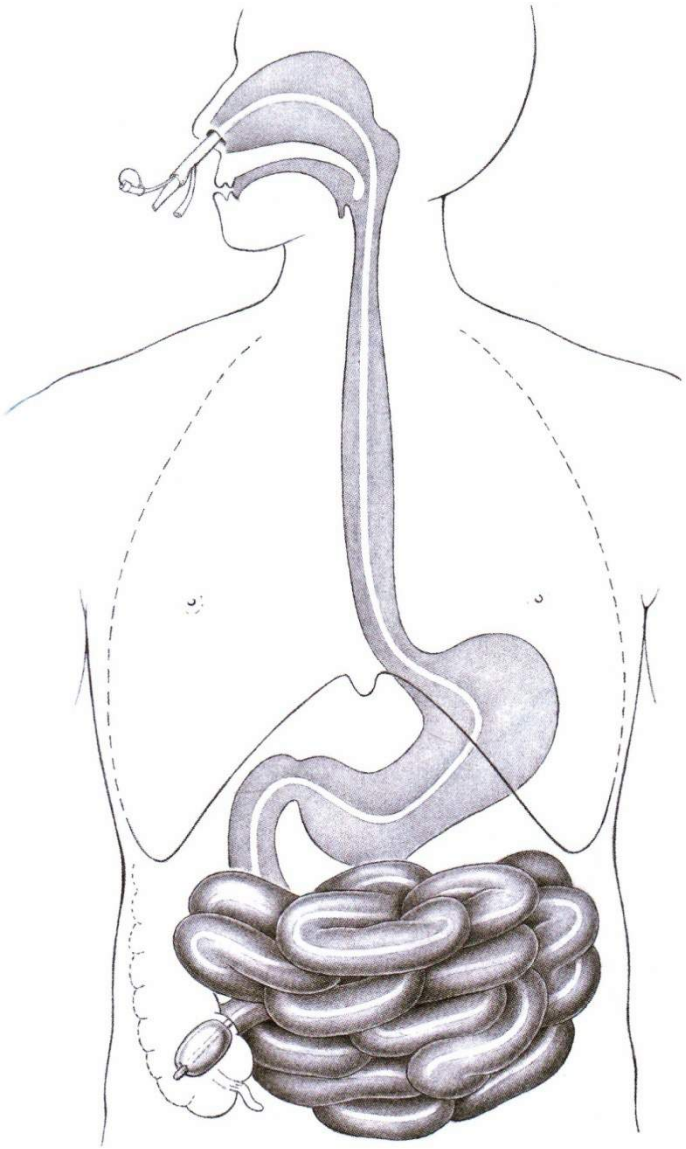
Մուտքը՝միջայինորովայնահատում, հնարավորէինլամուտոմով

Վիրահատության

Փուլ 1.Բարակաղուտեղնոպլաստմանսկզբունքներ

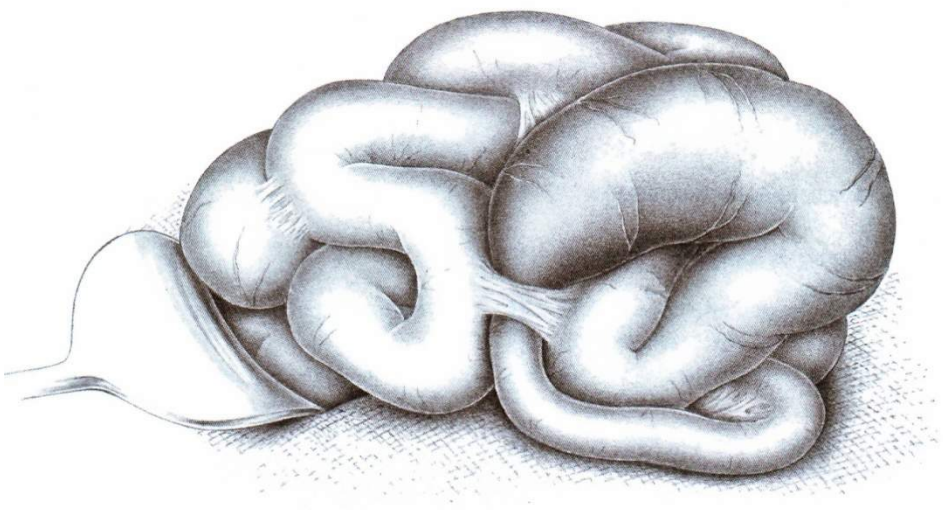
Պլանայինկամսուր իրավիճակներում կպումներիանջատմանցուցումկարողէհանդիսանալքրոնիկ ցավը՝ կպումայինանհանգստելությանկրկնությանհետևանքով: Սակայնպլանայինդեպքերումցուցումներըպետքէդրվենխստպահպանողական, բանիորկրկնությունհիվանդըբավականինհեռախեն: Աղիմայինանհանգստելությանժամանակ, շտապ իրավիճակներում,սովորաբարայլընտրանքչկա: Վիրահատությանընթացքումաղիմայինգալարերիմիջևկպումներիանջատումևբարակաղուհետագաստեղնոպլաստումը:

Ստեղնոպլաստումըերկարաղիմայինխողովակովծառայումէինչպեսհետվիրահատականհանգանգստելությանբացառմանը, այնպեսէլնպաստումպղեգալարերիանխուսափելուհամարկտրվիլպումներիառաջացմանը: Քթից խողովակովստեղնոպլաստմանսկզբունքընպատակացկացումն է մինչևկույրաղի: Որպեսզիանաստոմոզանախտգել վիրաղիմայինանհանգստելությանկրկնությունը,խողովակըանհրաժեշտէթողնել insitu առնվազը 10 օր: Անհրաժեշտությանդեպքումխողովակինկարողէմնացվել ասպիրացիոնսթոք: Բալոնըպատռվումէվիրահատության 1-12 օրը: Նեղվիրահատականխողովակիտեղադրումընրանախավիրահատականհանգկացումով մինչևՏրեյցիկապանկամնրանցվելի ներքև առավելնպաստականհարմարէնդոսկոպիկ եղանակով:



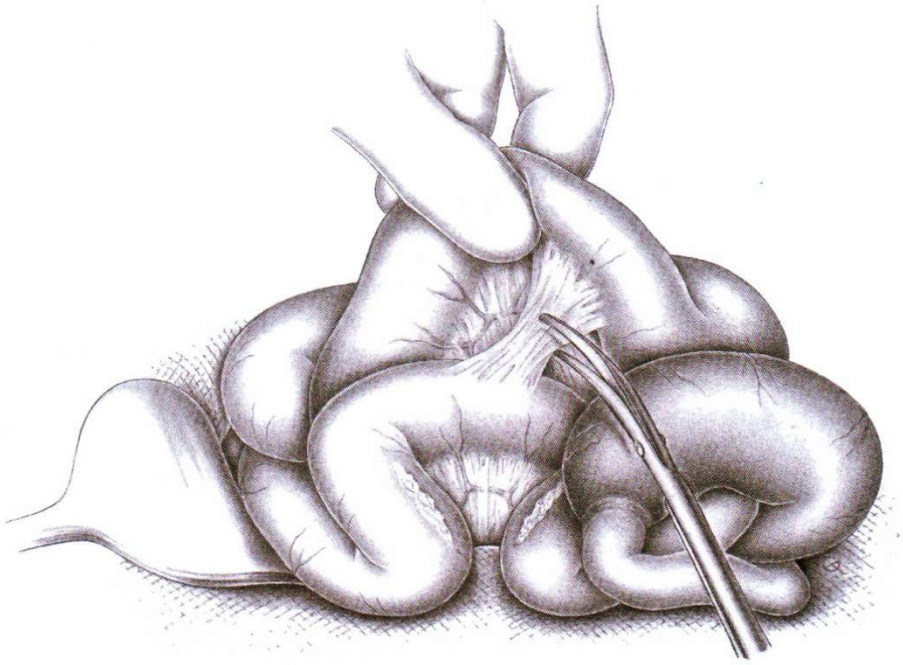
Փուլ 2.Անանցանելիության (օբստրուկցիա) կլումային .....

Որովայնիխոռոչըսովորաբարբացվումէմիջայինկոտրվածքովիբացակալիևմանրակրկիտուսումնասիրվում:
Օբստրուկցիայիտեղըհայտնաբերվումէհախմաղեղացմանլայնացածևպուստստենոտիկնեղացածաղիքայինեգմենտերով:
Իրապրությունըպավելիպարզէ,եթեերկուգալարներըմիացնողառանձնացվածկլումայինծգումայինգազերբեամբողջովինվակումէաղիքիմիջանկյալսեգմենտը, բերելովվերըբերվածկլավիճակի: Կլումիանջատումըմկրատովկամդիաթերմիայով բերում է օբստրուկցիայի արագ վերացման: Նմանիրավիճակումբարակաղուստենոտավորումչիպահանջվում, բանիորկրկնությանհավանականությունըխստացածէ:



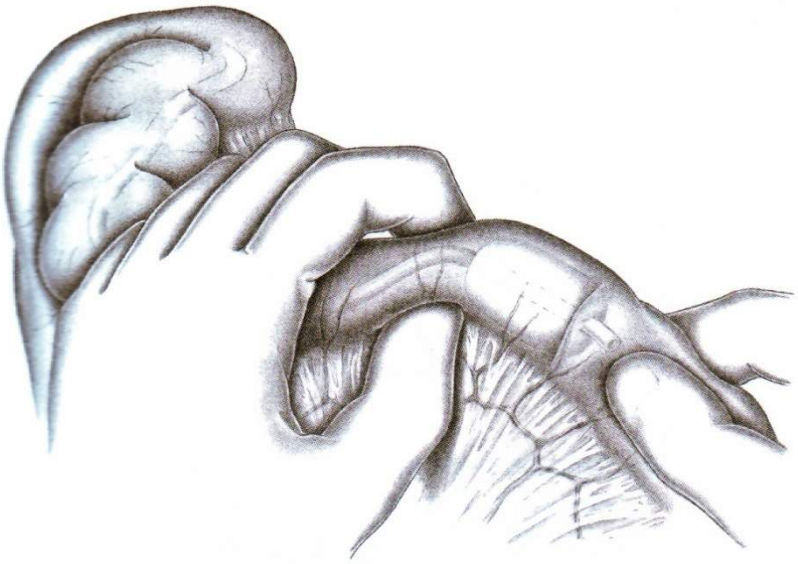
Փուլ 3. Աղիմայիևանաստոմոզիդիսեկցիա

Սակայնաղիներիմիջևհաճախառաջանումենբազմակիկպումներ: Վերջիններսհատվումենառաձգականկերով: Անհրաժեշտէազատելամբողջբարակաղիքն՝ Տրեյցիկապանիցմինչևկեցկալվակաճ: Այսմիջամտությանընթացքում աղիբղկետՀվերցվիմահսիմալ ճիմուշ, առանցպատերիջճջմամ՝ սեղմիչներիհավելյալ կիրառման հետևանքով: Անհրաժեշտէպահպանելաղիխմակերեսըխոնավ, չնպաստելուհամարկպումներիհետագաառաջացմանը:



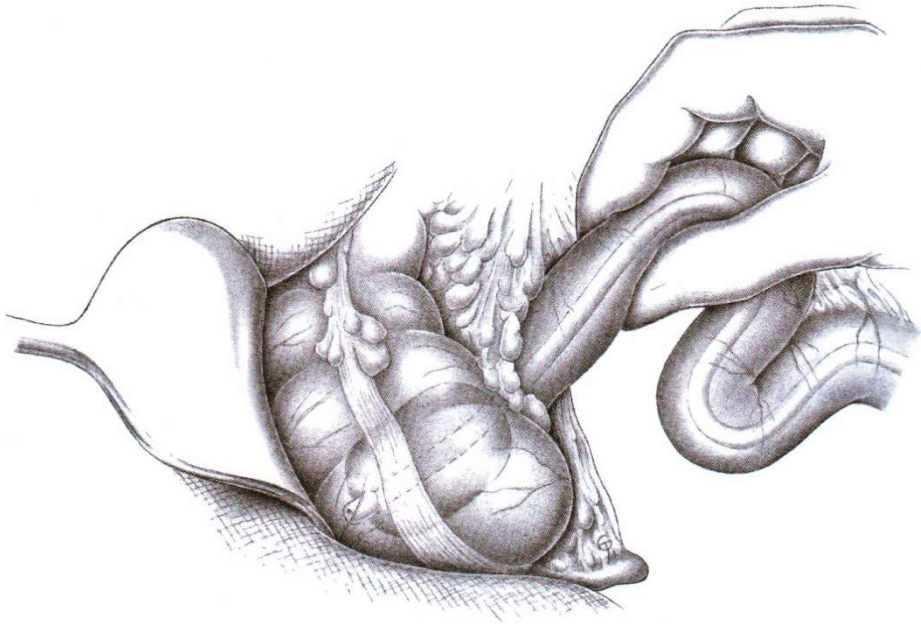
Փուլ 4. Խոռոչակիտեղադրումըբարակաղիքում

Կպումներիցաղիքիլրիվառանձնացումիցևկրառաղմիցհետո աղուանացնելությանկրկնությանկանխարգելմանհամար, այնխոռոչակովստեղծվածանցքում: Բացոնքլցվումէիչմանակի (10-20մլ) օգնով ևայնբիմանուղանցկացվումէբարակաղուիջով: Բացառաստամոզներնուստեղծզոնդըկարելիէանցնել դատարկելովբաղոնքը: Այսգործողությունըպետքէկատարվիխստզգույշ, խուսափելու համար բարակաղին վնասելուց:



Փուլ 5.

Խողովակհանցէկացվումմինչևկուրծքի, որտեղլցվածքաղոհովֆիբովումէ: Բարակաղիքուղղվումէմինչևխողովակիլրվի տեղադրում, առանցաստամոքսմնրածվելու: Եթեխողովակըչիհասնումմինչևկուրծքի, այնուամենայնիվբարակաղիքառավելազդեցիհնարավոր չափով պետքէստեհոտվորել:



Անատոմիականյուրահատկություններ, լուրջոխսկեր, վիրահատականհնարքներ

ա/ աղիքհատնարպնըհասնելովլիհումեկպածհետովիրահատականսպիհ: Առավելհեշտմուտդեպիորովայնիխոռոչկարելիէիրականացնել միհնպիկորևէեզրիոչմեծլացումով:

բ/ դիսեկցիանմիշտպահվումէ “հասկանալից” “անհասկանալիհն”:

գ/ երբ պտղաբերությունը գտնված են, որովայնի խոռոչի օրգանների հետագա ուսումնասիրության ընթացքում որովայնի պատերի հետ կապ չունենալու համար: Միկրոլիսեռմիջոցների ձգումով:

դ/ աղիների հեռացման ընթացքում հետևել, որ պտղաբերությունները չվնասվեն, հնարավորության դեպքում պահպանել հետին հյուսվածքները:

Դործառույթների պահպանման ժամանակ:

- ✓ կապերի ամրությունը ստուգել, որ աղիները չսեղմվեն:

Հետվիրահատական գործառույթներ

Ինքնակամ ՝ կողային կիսափակ ռնգանցքում 1-ին հետվիրահատական օրը: Կողային կիսաթեք in situ 10-14 օր: Քիթ-ստամոքսային զոնդը հեռացնելուց հետո, եթե չկան փքուն ախտանիշներ, ուժեղ ցավ, ուռուցքային գործընթաց, բուժում պահպանողական՝ դեղորայքային, մեթոդական, էնդոսկոպիկ, հնարավոր է հետվիրահատական հակաբիոտիկայինթերապիա:

Սննդանյութերի ՝ կլորացված ձևով, երբ ֆլյուիդ-ստամոքսային զոնդից հանելուց հետո (3-5 օրից), պինդ սննդի ընդունում՝ հետագա ուսումնասիրության համար: Ուղիներ ՝ անուղղակի ուղիներով՝ ներարկիչով:

Ավտոմատ ՝ անմիջապես:

Ֆիզիոթերապիա ՝ շնչառական վարժություններ:

Անաբիոտիկոթերապիա ՝ 2-4 շաբաթ:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- Աղեգալարներին վերաբերվեք առավելագույն զգուշությամբ, նվազագույնի հասցնելով գործիքների կիրառումը նրանց ֆիքսելու համար:
- Կապումների անջատման ընթացքում անընդհատ խոնավացրեք որովայնի խոռոչը:
- Զգալի սերոզ շերտի վնասումներով աղեգալարը առավել նպատակահարմար է մասնահատել վերականգնելով աղիների անընդհատությունը ծայրը-կողքին բերանակցումով:

ՄԵԿԿԵԼԻ ԴԻՎԵՐՏԻԿՈՒԼ

Ցուցումներև հակացուցումներ

Պլանային ցուցումներ ՝

- ախտորոշումից հետո, հաշվի առնելով, որ այսինֆորմացիոն բարդությունները զարգանում են 40% դեպքերում

Հակացուցումներ ՝

- տարածումնորովայնաբորբ,
- բարդացած դիվերտիկուլների ժամանակիանկոցուցումներչկան:

Այլընտրանքայինգործողություններ՝ լապարասկոպիկիեռացում:

Նախավիրահատականհետազոտություններև հիվանդի պատրաստումը

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ սովորաբարպլանիանասպասելի ներվիրահատականհայտնաբերումներեն, ցուցվածէերկակիկոնտրաստովորմամբեռնոգենաբանականհետազոտություն,
- ✓ հազվադեպհանդիպում, սցինտիգրաֆիա (այսպեսկոչվածՄեկկելդիվերտիկուլիսկանավորում):

Հիվանդիպատրաստում՝ ինֆ-ստամոքսայինզոնդ, միզապարկիկաթետեր, կախվածնվանդվիճակից՝կենտրոնականկաթետեր:

Ցավեցիֆիկոխակեր, հիվանդիինֆորմացվածհամաձայնությունը

- ❖ Որովայնիխոռոչիկենտրոնումկամաջկեռումկլինիկականսուր ախտանիշները կարող են հանդիսանալ Մեկկելդիվերտիկուլիբարդացումներ (ընդհանուրզգաբնակչության 1-2%-ում):
- ❖ Կարելիանբավարարություն:
- ❖ Որովայնաբորբ:

Հիվանդիդիրքը՝ պառկածմեջքիվրա:

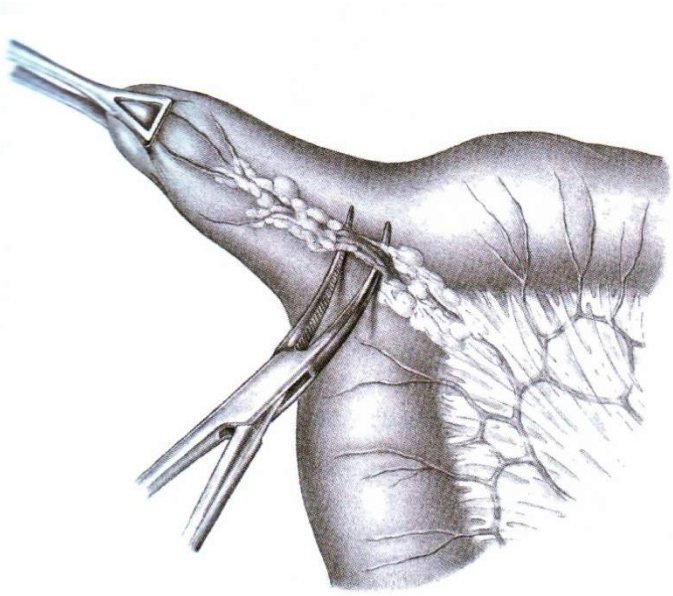
Մուտքը՝ սովորականմիջայինորովայնահատում:

Վիրահատություն

Փուլ 1. Դիվերտիկուլիակելետիզացիա

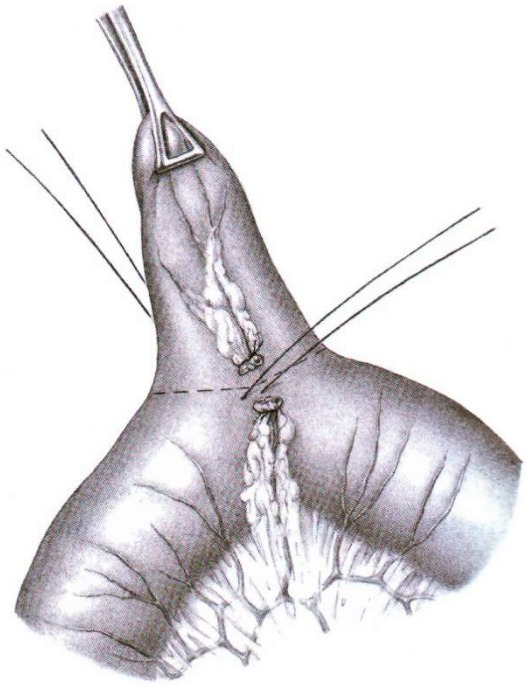
Մեկկելդիվերտիկուլըորովայնահատմանժամանակպատահականհայտնաբերվողպաթոլոգիաներիմեջհամեմատաբարառավել հաճախ է, սակայնայնհազվադեպէհանդիպումնիմիֆունդուսիհիվանդությանպատճառ:

Ներվիրահատականհայտնաբերումըպարտադիրչէայնհետացնելուհամար, հաշվիառնելով, որհետագայումհազվադեպչեն այս տեղի թարախակումը կամպրոնհանդուցությունը, որոնցդիմելենցիալախտորոշումըհաճախ դժվարացած է:



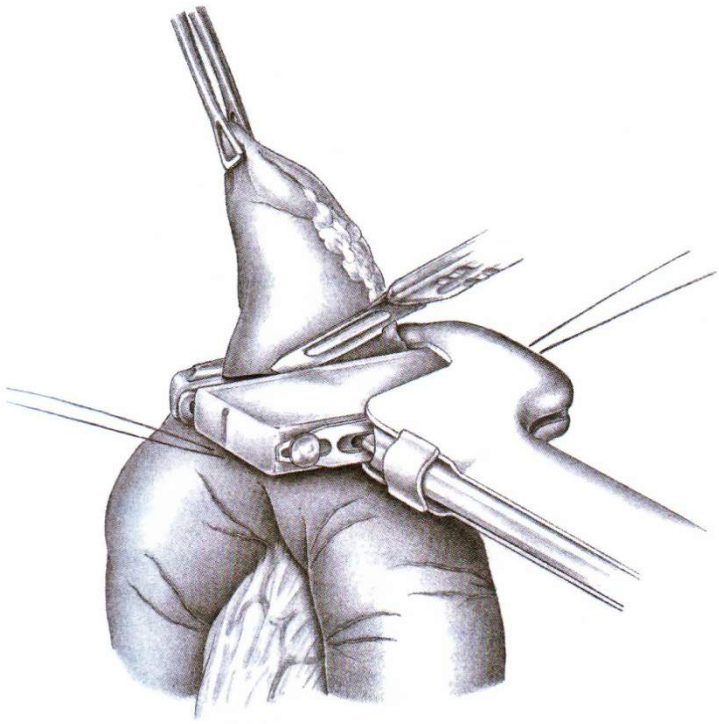
Փուլ 2. Մեկնել հղիվերտիկուլի համաճառատամ, երասեիական միջնորմի հատվածով

Դիվերտիկուլի միջնորմը նառատամ էաղիի կողմնային մասը, այսինքն մատակարարելով միայն հղիվերտիկուլը: Նրանից ձգվում է երկու ճյուղ՝ դեպի միջնորմ:



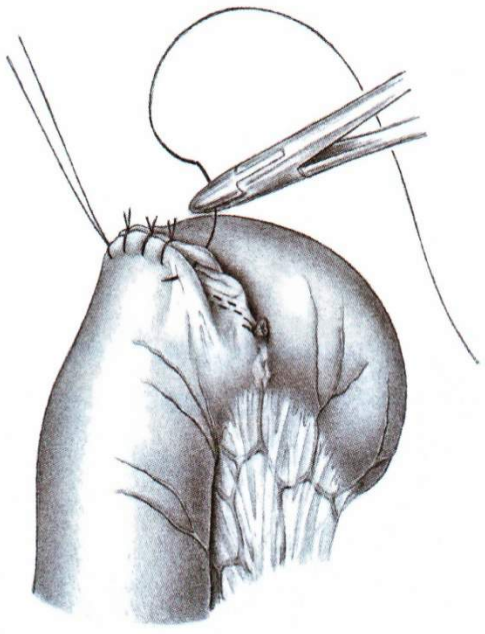
Փուլ 3. Մասնատոմանեզրերի հատումը

Մասնահատմանեզրըանցնումէմիջընդերայինեզրիմոտ, որիվրապրվումենկարեր-բունիչներ, որպեսզիառաջիբնականապրելիներգել լայնակիուղղությամբ:



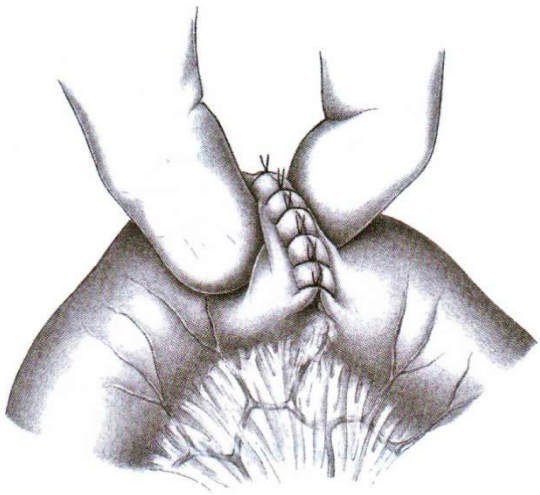
Փուլ 4. *Հիվերտիկուլիեռացում*

Մեկկելդիվերտիկուլըհատվումէերկուկարեր-բունիչներիմիջև՝կտրողգործիքով TA-30 կամբացեղանակով: Բացմիջամտությանդեպքումօգտագործվումենառանձնահատուցակարեր (PGA 3-0), չնայածորմեխանիկականկարիտեխնիկաևավելի դյուրին է: Կտրողգործիքիօգտագործումիցհետոպղիքհավելացածեզրըկարերիերկայնքովնշտարովհեռացվումէ: Բարակաղուսանցքիհեղացումիցխուսափելուհամար մասնահատումը իրականացվում է լայնակի ուղղությամբ:



Փուլ 5. *Մեխանիկականկարիխտրաստագում*

Այնիրականացվումէառանձնհետեւա-ճեպային հանգուցակապերով (PGA 3-0): Կարևոյսբերտղայնտոպիչէ, սակայնկարողէկիրառվելլիարժեքհեռոստազապահովելուհամար:



Փուլ 6. *Լուսացրիկայնությանհաստատում*

Կարիգծիկարումիցհետալուսացրիկայնությունըստուգվումէմեծ մատի ու ցուցամատի միջև:

Անատոմիականառանձնահատկություններ, լուրջռիսկեր, վիրահատականհնարքներ

ա/ դիվերտիկուլըտեղակայվումէզտաղուստերմինալհատվածում, իլեոցեկալվալվանիցմոտ1մալելիպրոքսիմալ (4% դեպքերում),

բ/Մեկնկելդիվերտիկուլըմիշտտեղակայվածէաղիքիհակամիջընդերայինեզրին,

գ/դիվերտիկուլհետիականմիջընդերբլկապվումէառանձին,

դ/ հնարավորէհանհատումկարողգործիքիմիջոցով (3.5 մմ),

ե/ կարերովիակումըմիշտպրակտիկացվումէաղիքիերկայնակառանցքինուղղահայաց:

Գործառույթներտպեցիֆիկբարդություններիժամանակ

✓Խիստ պայմանդիվերտիկուլներիժամանակցուցվածէկատեսեգմենտիմասնահատում “ծայրը-ծայրին” բերանակցումով:

Հետվիրահատականգործառույթներ

Բժշկականհսկում՝ կախվածէընդհանուրիրավիճակից: Միայնդիվերտիկուլիհեռացմանդեպքում, բիթ-ստոմոմասայինգունդըհանվում է 1-2 օրից:

Կերակրման վերսկսումը՝ թույլէտրվումհեղուկիօգտագործում 2-րդօրվանից, պինդսնունդ՝ 4-րդհեռվիրահատականօրվանից, եթե կա լսելի պերիստալտիկաղմուկ:

Ակտիվացում՝ միանգամից:

Անաշխատունակությանտևողությունը՝ 1-2 շաբաթ:

Յուցումներև հակացուցումներ

Պլանայինվիրահատություններ՝

- պրոկտոկոլէկտոմիայիցհետո (օրինակԿրոնի հիվանդություն, խոցայինկոլիտ, ընտանեկանադենոմատոզայինպոլիպոզովմիասնաադենոկարցինոմայիբազմակիֆոցիեղ)

*Այլընտրանքայինգործողություններ.*գաստրոստոմա՝ առաջնայինկոլէկտոմիայիցևկոլոպրոկտոստոմիայիցհետո, ժամանակավործայրայինկոլոստոմա՝ըստՀարտմանի, օբստրուկտիվմասնահատումիցհետո:

Նախավիրահատականպատրաստում

Նախավիրահատականհետազոտություններ՝

- ✓ կախվածէհիմնականհիվանդությունից (օրինակ էնդոսկոպիա ևբիոպսիա, ռենտգենկոնտրաստայինհետազոտություն, թափածակման վտանգի պարագայումհետաորովէջրումլուծվողկոնտրաստի կիրառում):

*Հիվանդիպատրաստում՝*պետքէբացատրվիթեինչէմտահանստոման: Կանգնածևպատկածդիրքերում նշեք ստոմայիտարբերմանտեղը, համաձայնացնելով այն հիվանդիհետ՝: Իրականացրեքմալիքիօրստգրադուալաժիասպահովեքհարվիրահատականհակաբեղմնավորմիպերապիա:

Սպեցիֆիկռիսկեր, հիվանդիտեղեկացվածհամաձայնությունը

- ❖ Կախվածենհիմնականհիվանդությունից:
- ❖ Իլեոստոմայիսպեցիֆիկբարդություններ (15% դեպքերում):
- ❖ Ստոմայի ռետրակցիա-արտահոսումկամընդլայնում:
- ❖ Հարստոմատիկ ճողվածք:
- ❖ Ստոմայով հեղուկիևէլեկտրոլիտներիկորուստիհետկապված, դիետայինփոփոխման անհրաժեշտություն հիմնականումերիկմիջոցներիհետարտաքինօգտագործում:

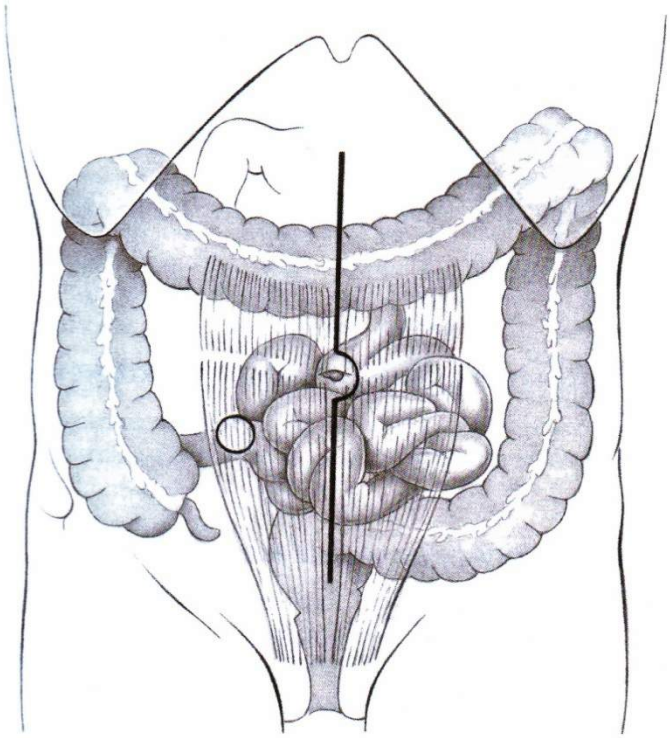
***Հիվանդիդիրքը*՝**պառկածմեջքիվրա:

***Մուտքը*՝**միջայինապարատոմիա:

Վիրահատություն

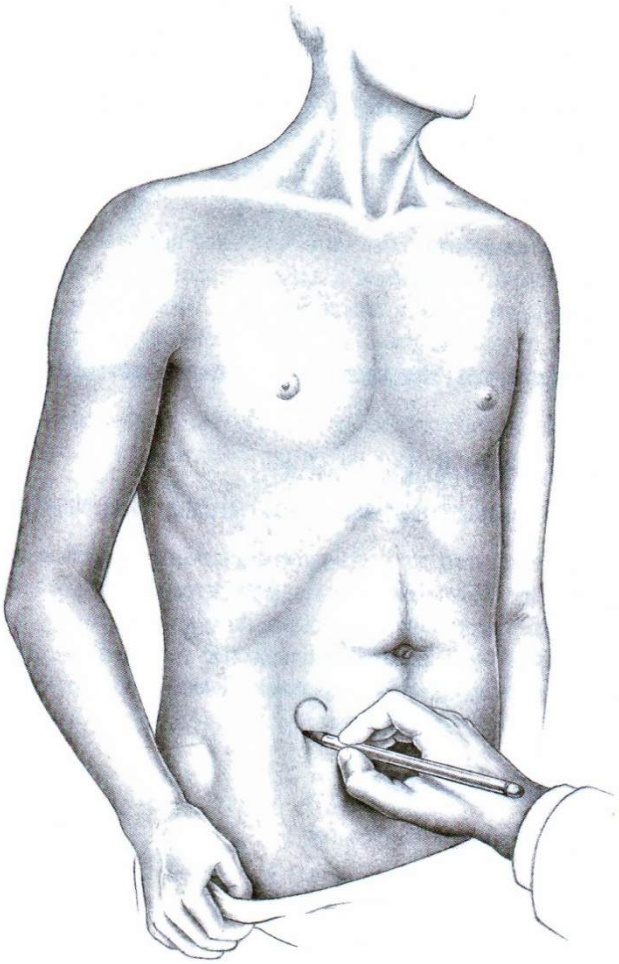
Փուլ 1. ***Մուտք***

Ներկայումսեզրայինիլեոստոմանկիրառվումէհազվադեպ, բացառությամբբոլոր ադենոմատոզպոլիպներիհոսանքբոլորհեռացվումէկոլէկտոմիանոսովկոլոպրոկտոստոմիայով, իսկոչսպեցիֆիկկոցայինկոլիտիդեպքումընտանեկանադենոմատոզիժամանակնախընտրվումէիլեո-անալռեզերվուար: Լրիվկոլէկտոմիանոսովորոշարկրկնականացվումէմիջայինհորովայնահատումով: Այսկտրվածքըսահմանելհարմարէզրայինիլեոստոմային, պայմանով, որայնչանցնիհորովայնիհուղմկանների, թույլտալուստոմայիանցքըպահելմկանների միջև: Նմանմկանայինմանժեռլկանխարգելումէհետովիրահատականճողվածքիկամհետագա արտանկման առաջացումը:



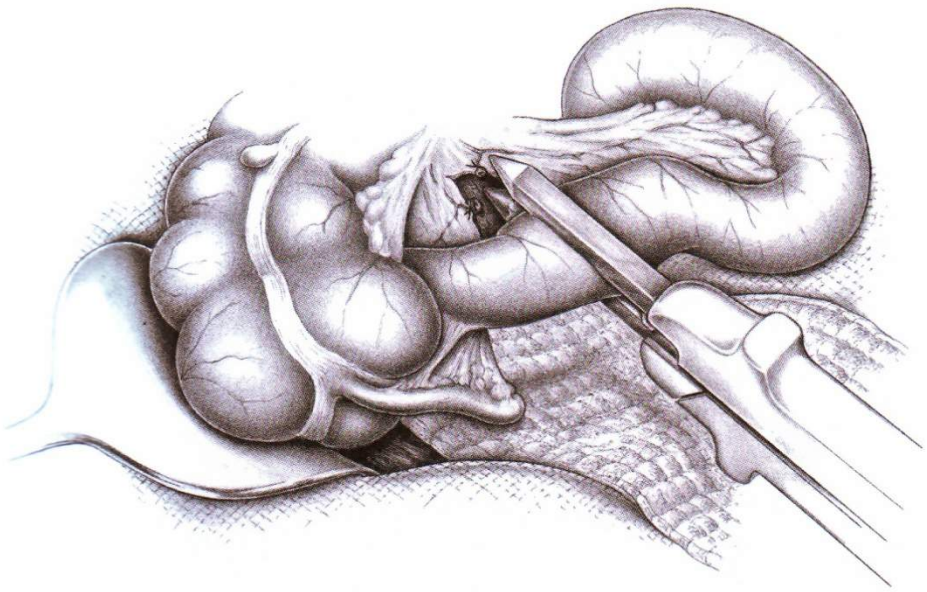
Փուլ 2. Ստոմայիտեղակայումը

Ստոմայիդուբերմանտեղընուլումէվիրահատությունիցառաջ:
Առավել ավէայնիրականացնել չլվացվողմարկերով՝հիվանդիկանգնածդիրքում:
Ստոմանտալովրաբարդությունէբերվումպորոտվերինզտոյինոսկրիառանցքին կոպզգծիմակարտակով, սակայնպետքէհաշվիառնել հիվանդիընդհվիքաղ առանձնահատկությունները:
Ստոմայիասրիվորձնականօգտագործումըվիրահատությունիցառաջթույլէտալխախտգավորել ստոմայիդիրքըմաշկայինծալքերի, ոսկրայինթմբկությունների, այլնհամեմատ՝հասնել ովրահերմետիկնստեցմանը:



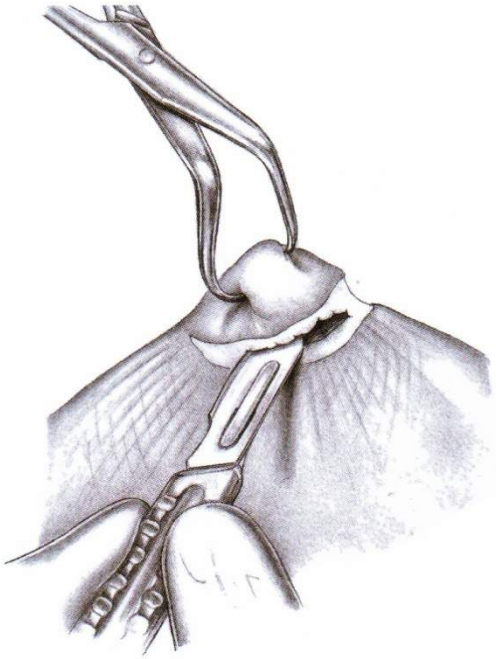
Փուլ 3. *Մասնահատմանպրոբսիմալեզրը*

Ձախաձեռնությունըհանձնարարվումէհիվանդինմոտկայքումգմբեթին: Եթեկողմնայինընթացքումհիվանդըէպահպանելզսպվածությունըկամկարողանումէկանգնեցնելարյունահոսությունը, անոթիմխմասըչհանջատվումզտվածից: Ալիքիհաճախությունըկրճատվումէգծայինկարողացիչով, որըթույլէտալհետևելհաճախությանըևամպլիտուդային պահել:



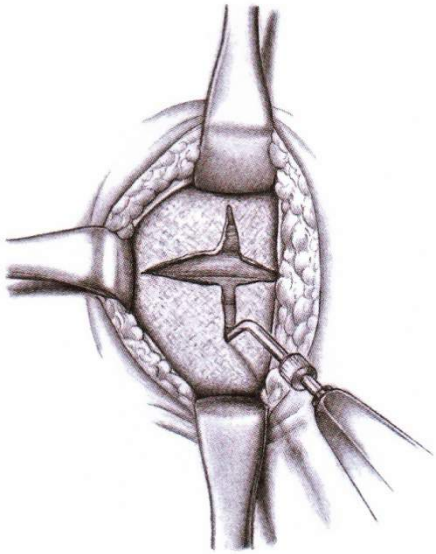
Փուլ 4. *Իշեմոմիկացիատարածումը*

Որովայնիպատուհերտերըստաբիլիզացվումենմիջայինկտրվածքից՝վիրահատականսպիտակեղենիբուհիչհօգնությամբ,ձգվելովմեդիալուղղությամբ,դեպիիրենցնախնականդիրքը: Կատարվումէմաշկիօղակածևկտրվածք: Բռնվածմաշկըձգվումէևնուռտրովտանգեհցիալհատվում: Դիաթերմիայովհատվումէհաևևերթամաշկայինճոպաշաերտը՝մերկացնելովապոնևրոզը:



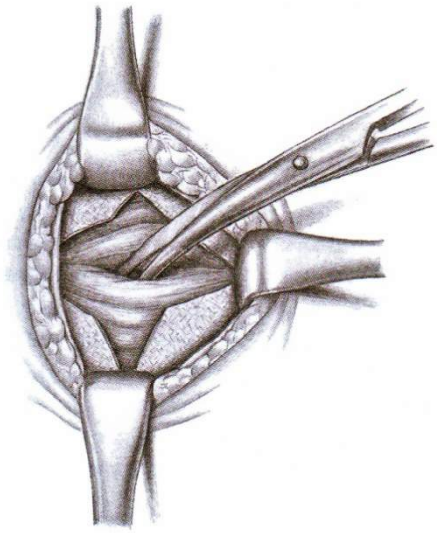
Փուլ 5.

Մաշկաուեղթամաշկային ճարպաշերտը կոխելիբուհիչովիեռացվում են: Կոլաղիհաթերմիայովկատարվումէապոնևրոզիխոչածև հատում:



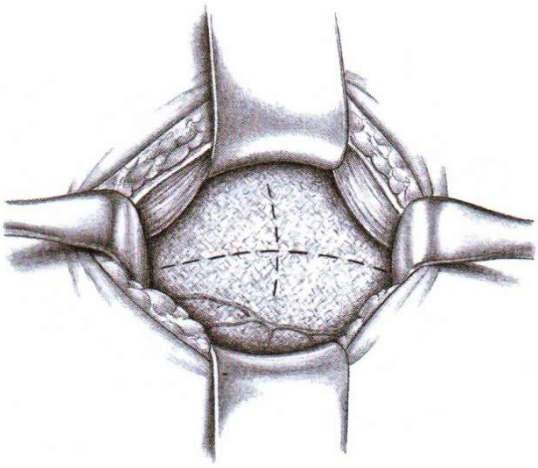
Փուլ 6.

Մկանների բութ տարանջատում (օրինակ՝ մկրատով կամ մատներով): Վերին ոսկրամկանային կապվի: Մատնահարման ենթարկված ֆիբրոզային մկաններն ու ոսկրի-էպիֆիզարային անոթները, որոնք պետք է անպայման պահպանել: Այս անոթների հատումը կհանգեցնի ոսկրի նեկրոզի:



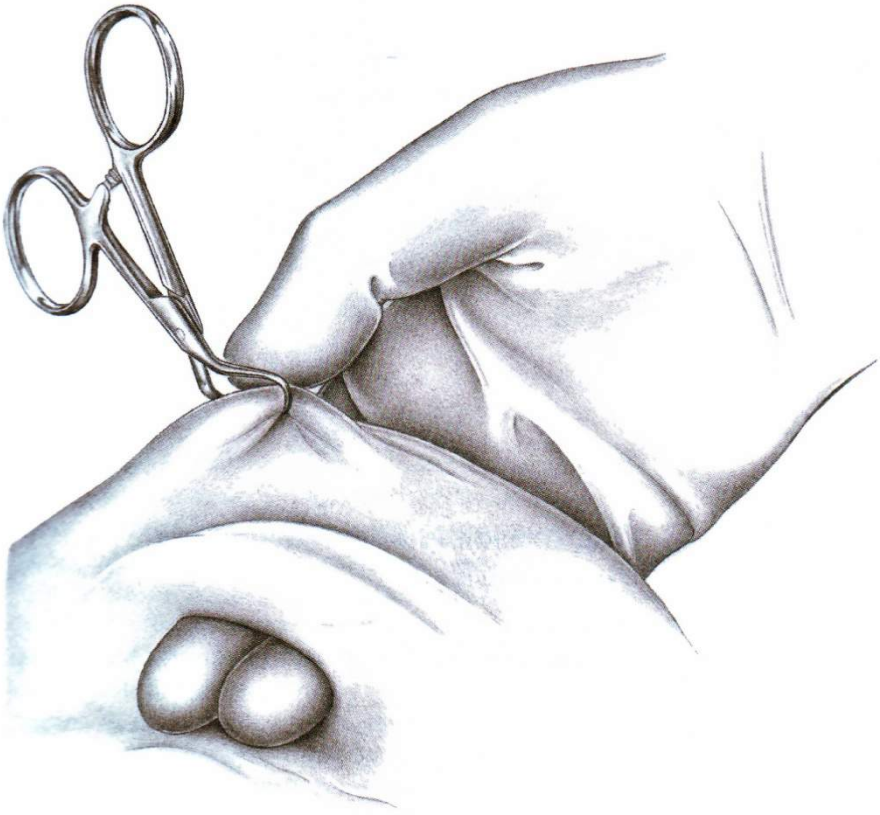
Փուլ 7.

Մկանի բավարար երկայնական լարում հետո կոխերի ներքին ոսկրամկանային ամրացում, մերկացնելով ոսկրային մակերեսը, որը հետագայում ծածկվում է:



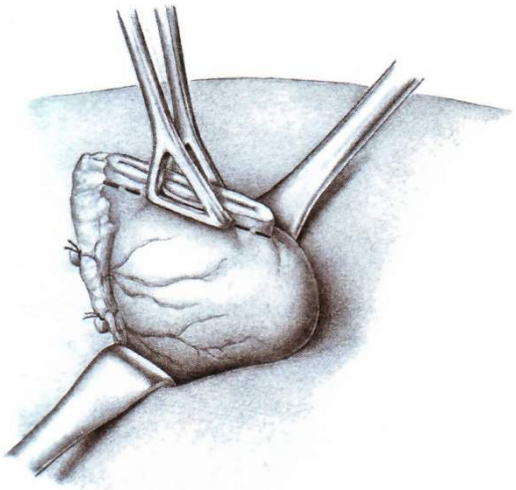
Փուլ 8.

Անցք ընտրել հնարավորության, որպեսզի հազվադեպ ցցողնիվի բջիջ չհերթագծվի: Այդ հատվածում ոսկրի ջայիկոտրված ծխամբողջությամբ հանվում է սեղմիչ հերթագծվածքի միջոցով, բացառելու համար հետագա վնասումը:



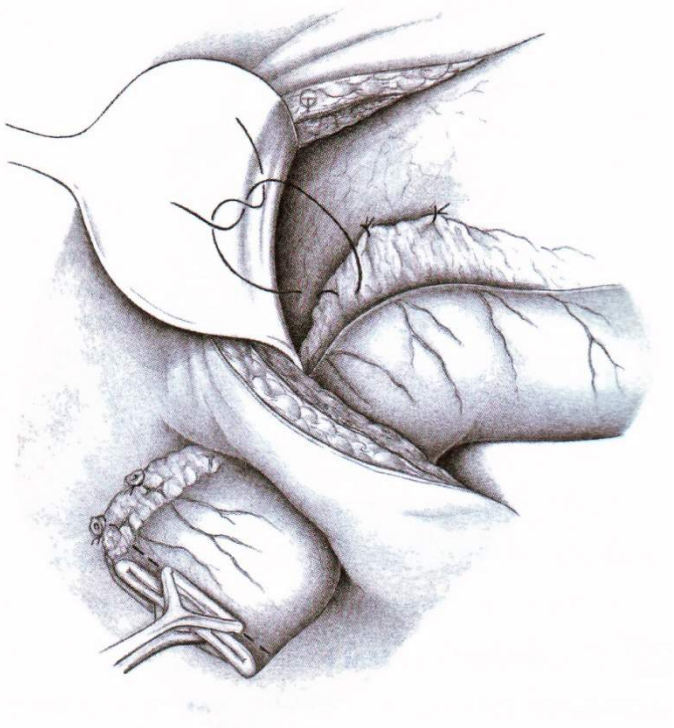
Փուլ 9. *Ջոտագուտերմինալ հատվածքի ֆոլգանոցիան*

Օգտագործել ոսկրային ցեմենտ, ստամոքսացված ծակոտկեն չհամընկնում է զոտագուտերմինալ գոյացությունների ձգումով դուրս բերվում: Այնուհետև հանձնաժողովը, առանց զգալու հետագա վիրահատական միջամտության անհրաժեշտության: Դուրս բերված ցեմենտի հետևանքով էմոցիոնալ հիվանդանոցում, սակայն հետագա ընթացքում էական հիվանդություն:



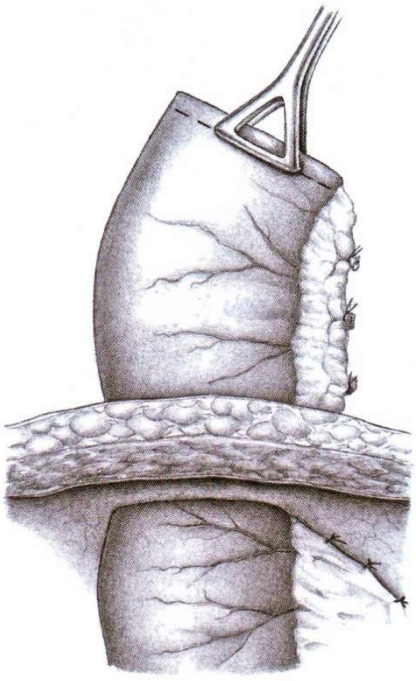
Փուլ 10. Պատճենիոդեղվածքայինպարպասներիփակում

Միջընդերքըփխիսվումէորովայնիկողմնայինպատին, որպեսզիխուսակվեճըլորևնպաստավորհոդվածքայինպարպասները: Այսքայլըպարտադիրչէև ոչ միշտնպատավոր: Եթեորովայնիպատախտաբածությունըմեծէ, միջընդերքըկարելիէթողնելչփխիսված:



Փուլ 11. Որովայնիպատիբացվածքիմեծացումը

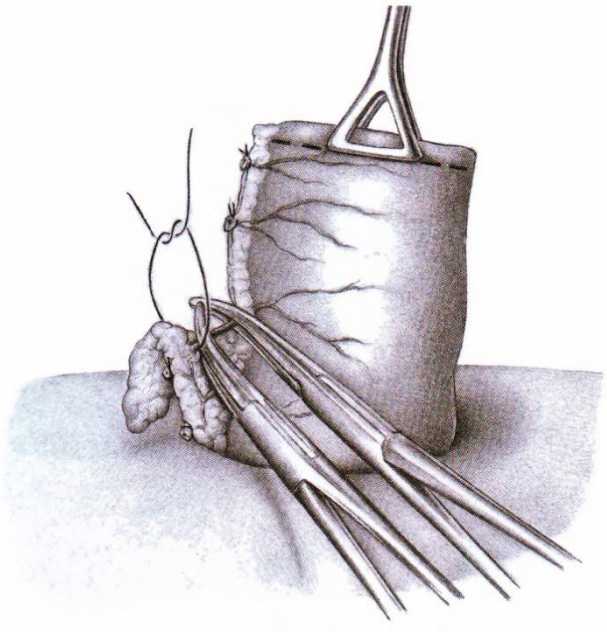
Կարևորէմիջընդերքըչհզմելորովայնիպատիբացվածքում: Այսհակիճատումըչպետքէբերիչորովայնիպատիբերտերիտեղաշարժի, ոչէլմիջընդերքիանոթներիօդակման: Եթեկանկասածներ, բացվածքըպետքէերկումատերովլայնացվի: Միջընդերքըփխիսվումէորովայնիկողմնայինպատինհատանձնհանգուցակարերով(3-0 PGA):



Փուլ 12. *Ստոմայիձևավորումը*

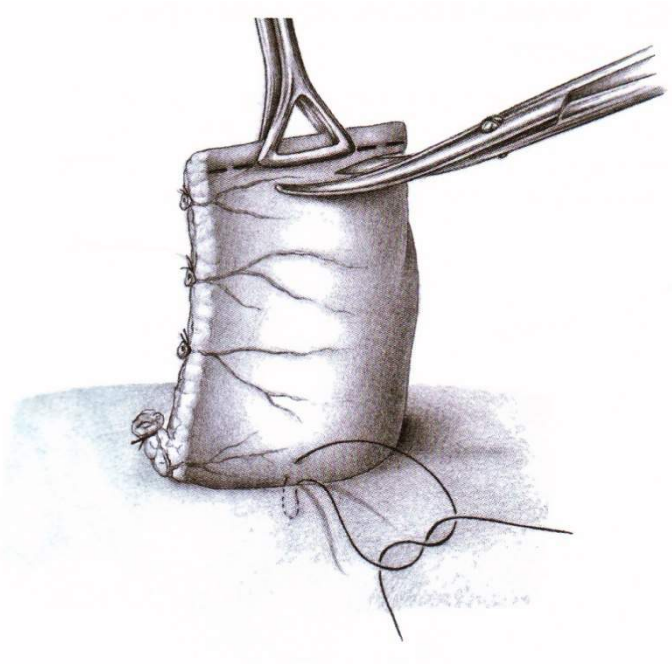
Ջստապուդրսցցվածեզրը,
Միջընդերբըմասնահատվումէապիրխպատիճմոտ:

5ամտարածությանվրա,երկուբոնիչներիմիջևենթարկվումէսկելետոիզացիայի:



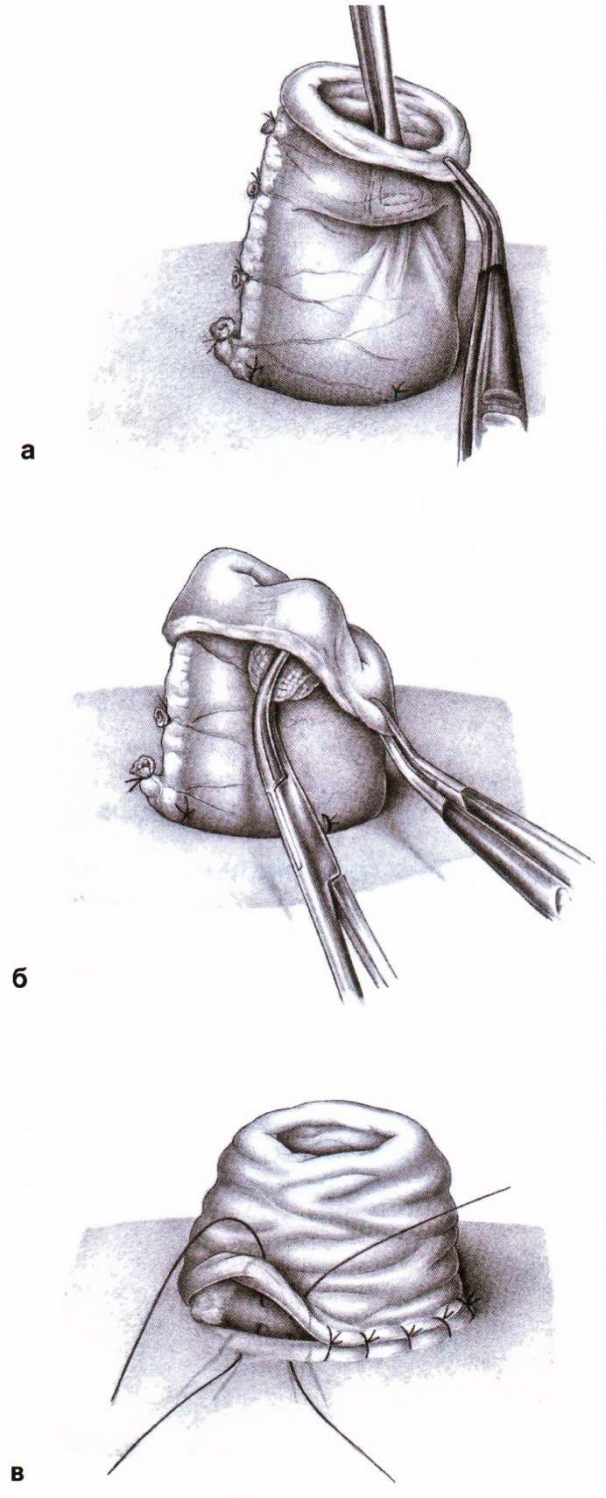
Փուլ 13.

Եզրայինկարիգիծըևեռացվումէմկրատով, որիցհետոկտրվածքիմակերեսըպետքէարյունահոսի: Կարողէպահանջվելարուճանաթերիընտրականկուռացույցիա: Որպեսզիկանխվիստոմայիտեղաշարժըդեպիևետո, խորհուրդէտրվումկարբոնիչովայհամրացնելենթամաշկայինհյուսվածքերին:



Փուլ 14.

Ստոմայիձևավորմանաստիճանականբարելէհամարվումստոմայիդուրսիմանձևավորումը:
Այսնպատակովվարիսիսպատերըշուռտենտրվում, ինչպեսեռձևոցիմատերը, ևառանձինհնմաչա-ղարծայինկարերովֆիբսվումորովայնիպատին:
Շուռտողևեռտացվումէթոմայինբռնիչներովզգույշորենբռնելովարիսիեզրերըկամթանզիֆիօգնությամբնրանցշուռտողով:
Բոլորեպիթելումստոմայիլրիվդուրսցցումըապահովվումէկարերիհամապատասխան տեղադրումով:
Վերջիններսպետքէվերցնենհանվարիսիխրտոսիհնպատը նրա ստորինհատվածում, ապահովելովստոմայիդուրսիմը:
Վիրահատությունըավարտվումէստոմայիհամապատասխան տեղադրումով:



Անատոմիականյուրահատկություններ, լուրջոխսկերևվիրահատականհնարքներ

ա/ Ստոմանմխստեղապրեֆորովայնխուղիկանխոպածծում: Այսնպատակովբութիեղեֆմկանը,առանց նրան հատելու:

բ/ Ստոմանձևավորեմ 2-3 սմ-ոցբրթով:

Գործառույթներըսպեցիֆիկբարդություններիժամանակ

- Ստոմայիբորբրությունների ժամանակ օպտիմիզացրել խնամքը, ընտրությունների տարբերակի իրականացում, հնարավոր էռեհիմպլանտացիա:

Հետվիրահատական գործառույթներ

Բժշկական խնամք՝ ֆիթ-ստոմոմասայիզգոնդը հեռացվում է 1-3-րդ օրը, անհրաժեշտ է ապահովել պրոկինետիկ ներվային ժամ 3-րդ օրվանից, հնարավոր է կիրառել ստոմայի միջով չմեծ ավազ ներգնաներ, մինչև հիվանդի դուրսգրումը ընտրել ցուցումներ ստոմայի խնամքի և սննդակարգի վերաբերյալ:

Կերակրման վերսկսում՝ թույլ տվել ոչ մեծ ծավալով 1-2 օրվանից, պինդ սնունդը վերսկսել աղիների ստոմայի բավարար գործունեության ցից:

Աղիների գործունեությունը հնարավոր է ակտիվ պրոկինետիկներ ներծծման (լուծողական դիետա միջոցներ):

Ախտահարում՝ անմիջապես:

Ցիգիտերապիա՝ ճչաձայնավարժություններ:

Անաշխատունակության տևողությունը՝ 1-3 շաբաթ:

ԳԱԼԱՐԱՅԻՆ ԻԼԵՈՍՏՈՄԱ

Ցուցումներ և հակացուցումներ

Պլանային ցուցումներ՝

- Որպես պաշտպանական միջոց ստոմայի ռեզերվուարով պրոկտոկոլէկտոմիայից:

Այլընտրանքային գործողություններ՝ եղել է նեստոմա՝ ըստ Հարտմանի, օբստրուկտիվ ստոմայի:

Նախավիրահատական հետազոտություններ ապատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ կախված էհիմնական հիվանդությունից (էնդոսկոպիա բիոպսիայով, ռենտգեն-կոնտրաստ հետազոտություն):

Հիմնական պատրաստում՝ բացառել թեթև չժամանակավորապես (հնարավոր է ուղղել բժիշկ-էնտերոստոմիստի): Նեֆրոբերվոստոմայի տեղը համաձայնեցրել հիվանդի հետ՝ ջրի վրա պատկերում: Կատարել հիմնական ցուցումներ հորվիրահատական հակաբիոտիկ թերապիա:

Սպեցիֆիկ խնդիրներ, հիվանդի ֆորմացված համաձայնություն

- ❖ Կախված էհիմնական հիվանդությունից, լեռստոմայի սպեցիֆիկ բարդություններ (մինչև 15% դեպքերում):
- ❖ Ստոմայի ռետրակցիա, ստենոզ ապտոնում:
- ❖ Հարստոմատոկեռոզ:
- ❖ Մաշկի ճաստոմատոմա:

❖ Ստոմայովհեղուկիևէլեկտրոլիտներիկորուստ:

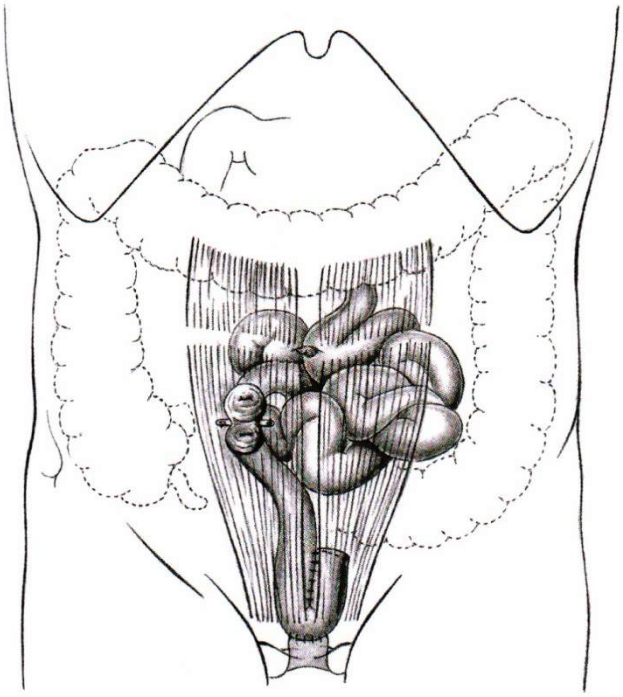
Հիվանդիքիրը 'մեջքիվրասպառված:

Մուտքը 'միջայինորովայնահատում:

Վիրահատություն

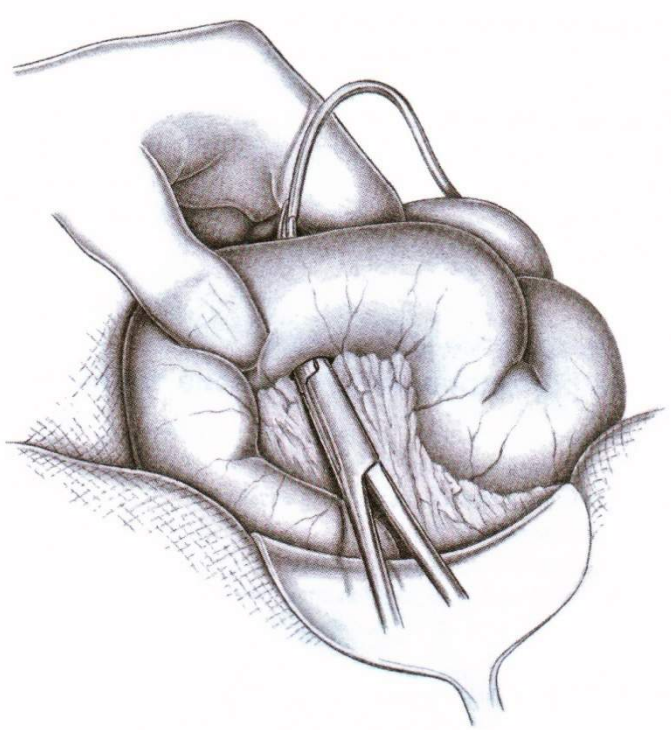
Փուլ 1. ***Ստոմայիտեղակայում***

Գալարայինիլեոստոմանատովորոքարտուրսէբերվումորովայնիառջևտարին հատվածում ուղղմկանիլատերալ եզրի պրոյեկցիայովևհազվադեպէհանդիսանումվերջնականվիրահատություն: Այստեղ բերված է զստաաղիքային ռեզերվուարի և հետանցքի միջև բերանակցումը: Առաջարկները բերող և տանող աղիքային գալարների տեղակայման առումով հաճախ հակասական են: Կարելի է թողնել աղիքի պարտադիր կաուդալ տեղադրման միտքը, ի օգուտ միջընդերքի նվազագույն ռոտացիայի ապահովման: Ստոմայի դուրս եկած մասը ուղորդում է միջընդերքի առանցքին համապատասխան /այսինքն գլխային դիրքով/: Այն թույլ է տալիս խուսափել որևէ ռոտացիայից և հեշտացնում է հետագա վերակառուցումը:



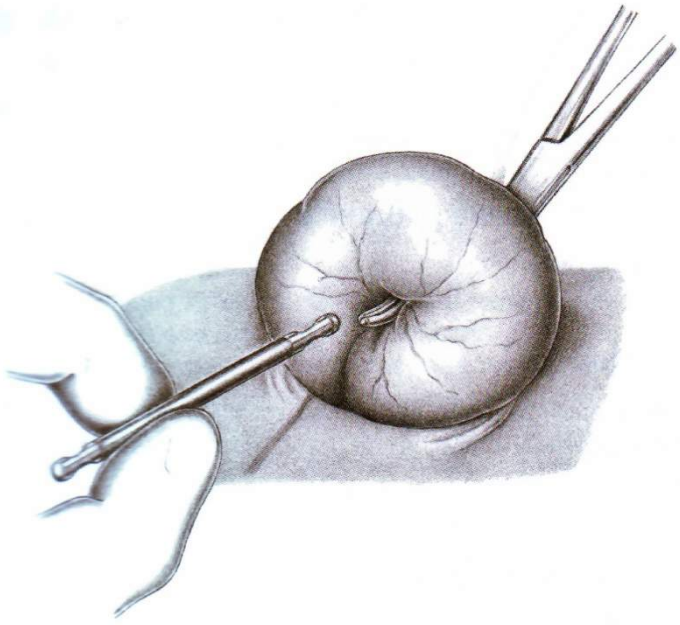
Փուլ 2. ***Ժապավենի անցկացումը զստաղու գալարի տակ***

Սեղմիչի օգնությամբ ռետինե ժապավենը անցկացվում է զստաղու տերմինալ գալարի տակ: Ստոմայի բացվածքը որովայնի պատին համապատասխանում է եզրային իլեոստոմայի ժամանակ ձևավորվող նման բացվածքին և պետք է ազատ բաց թողնի երկու մատ:



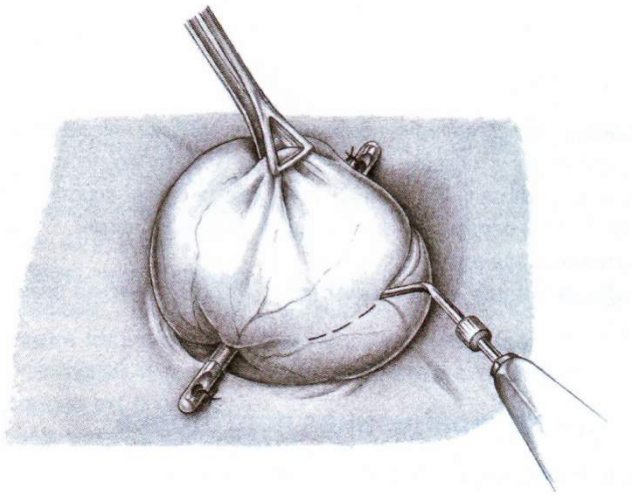
Փուլ 3. *Իլեոստոմիկ զսպանակի տեղակայումը*

Այն բռնիչի օգնությամբ անցկացվում է բարակ աղու գալարի տակ ներքսբերիում որովայնի պատի վրա և ֆիքսվում:



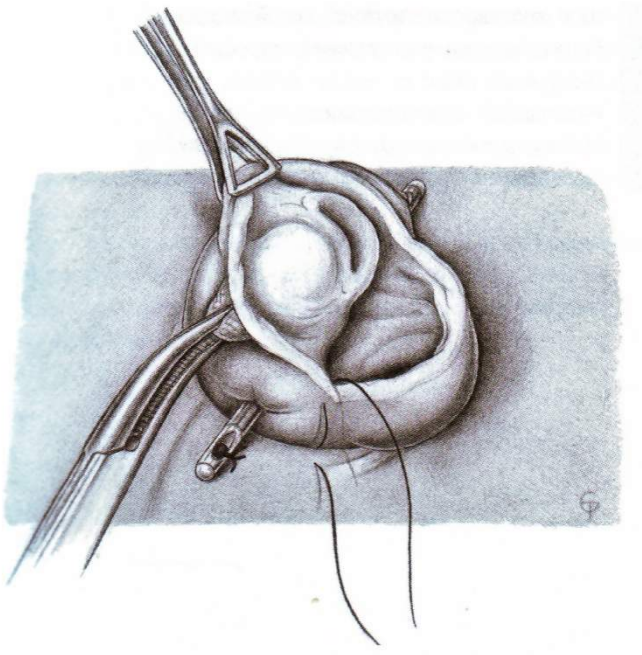
Փուլ 4. *Բարակ աղու բացումը*

Իլեոստոմիկ զսպանակը ֆիկսվում է մաշկին առանձին կարերով, թույլ չտալով նրան սահել ու ներքաշվել որովայնի խոռոչ: Ապա բարակ աղին էլեկտրակաուտերով ասիմետրիկ ու լայնակի բացվում է, այնպես որ աղիքի պատի մեծ լաթը տեղակայվի բերող գալարի վրա:



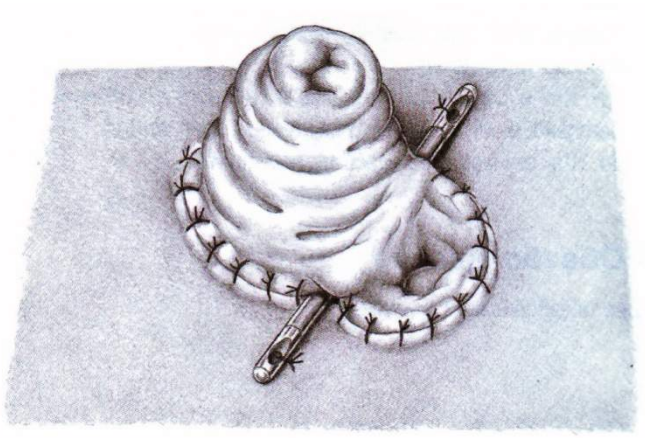
Փուլ 5.

Բերող գալարը սեղմիչի և տուփֆերի օգնությամբ շրջվում է: Նրա պրոքսիմալ եզրը լորձաթաղանթային կարերով /ամեն մի կարի մեջ ներառվում է աղիքի պատի լորձային շերտը/ կարվում է մաշկին՝ որպես ցցված իլեոստոմա:



Փուլ 6.

Ստոմայի դիստալ հատվածը հանգուցակարերով /PGA 3-0/ ֆիքսվում է մաշկի մակարդակին: Վիրահատությունը ավարտվում է ստոմայի համար նախատեսված սարքի տեղադրումով:



Անատոմիական առանձնահատկություններ, լուրջ ռիսկեր, վիրահատական հնարքներ

ա/ Ստոման միշտ տեղակայեք որովայնի ուղիղ մկանների սահմաններում: Այս նպատակով մկանը երկայնական բութ վերլեվումէ, առանց հատման:

բ/ Իլեոստոմիկ զսպանակը ամրացնելուց հետո բարակ աղին պետք է բացվի անմիջապես մաշկի մակարդակից վեր տանող հատվածի կողմից և աղիքի ոտնամասային պատը շրջվի, բերելով ստոմայի զգալի արտացցման:

Գործառույթներ սպեցիֆիկ բարդությունների հետ կապված

- ✓ Ստոմայի բարդությունների դեպքում օպտիմիզացրեք խնամքը, ըստ ցուցումների կատարեք կրկնակի վիրահատություն, ընդհուպ մինչև ռեիմպլանտացիան:

Հետվիրահատական գործառույթներ

Բժշկական խնամք՝ Իլեոստոմիկ զսպանակը հեռացրեք 10-րդ օրը, քիթ-ստամոքսային զոնդը՝ 1-3-րդ օրերին: Հնարավոր է ստոմայով ոչ մեծ ծավալի հոգնաների կիրառում, երրորդ օրվանից բուժում պրոկինետիկներով:

Կերակրման վերսկսում՝ հեղուկի ոչ մեծ քանակների օգտագործում 1-2-րդ օրից, պինդ սնունդը թույլ էորվում կղանքառ ստոմայի գործունեության կանոնավորումից հետո:

Ակտիվացում՝ անմիջապես:

Ֆիզիոթերապիա՝ շնչառական վարժություններ:

Անաշխատունակության տևողությունը՝ 2-4 շաբաթ:

Ցուցումներ հակացուցումներ.

Պլանային / բացարձակ ցուցումներ.

- որովայնի խոռոչի աջ ստորին հատվածի կլինիկորեն հաստատված ցավոտություն, կասկածի դեպքում կրկնակի ստուգումներ կարճ ժամանակահատվածների ընթացքում /յուրաքանչյուր ժամը մեկ/:

Հակացումներ՝ չկան

Այլընտրանքայինգործառույթներ՝ լապարասկոպիկ վիրահատություն

Նախավիրահատական հետազոտություն և պատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ որովայնի խոռոչի ԳՁՀ,
- ✓ լաբորատոր հետազոտություններ /լեյկոցիտեր, լեյկոցիտար ֆորմուլան, էՆԱ/,
- ✓ գինեկոլոգիական դիտարկումը հիմնականում ծառայում է այլ հիվանդությունների բացառման համար:

Սպեցիֆիկ ռիսկեր, հիվանդի տեղեկացված համաձայնությունը

- ❖ Լապարատոմիան միակ ճիշտ միջամտությունն է, որպեսզի համապատասխան ախտանշաբանության ժամանակ հաստատվի կամ բացառվի սուր ապենդիցիտը:
- ❖ Որդանման ելունի ծայրատի անբավարարություն />2%-ից դեպքերում/, խուղակի կամ պերիտոնիտի զարգացումով:
- ❖ Կրոնի հիվանդություն կամ Մեկկելի դիվերտիկուլի առկայություն:
- ❖ Ներորովայնային թարախակույտի ձևավորում />5%-ից/:
- ❖ Կպումի հետևանքով աղիքային անբավարարություն />4%-ից/:
- ❖ Զստա-աճուկային նյարդի վնասում:
- ❖ Վերքային ինֆեկցիա /մոտ 30%՝ֆլեգմանոզ թարախային բորբոքումների ժամանակ /:
- ❖ Մահացության ցուցանիշը 0.2%-ից /չբարդացած ապպենդիցիտ/ մինչև 10% /թափածակում, որովայնաբորբ/:

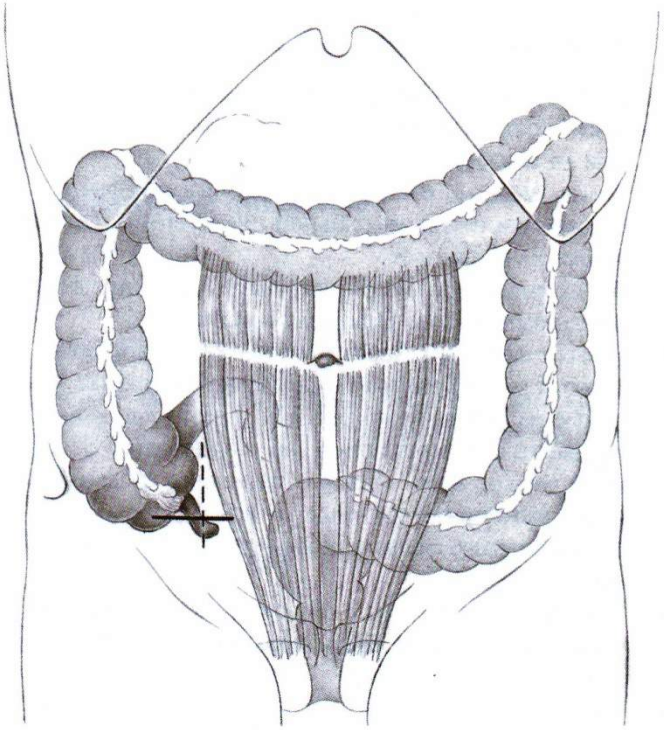
Հիվանդի դիրքը՝ մեջքի վրա պառկած:

Մուտքը՝ դասական կտրվածք՝ ըստ Մաք-Բուրնեի, տրանսռեկտալ կամ միջային մուտք, որոշ դեպքերում նաև ստոր-միջային որովայնահատում:

Վիրահատություն

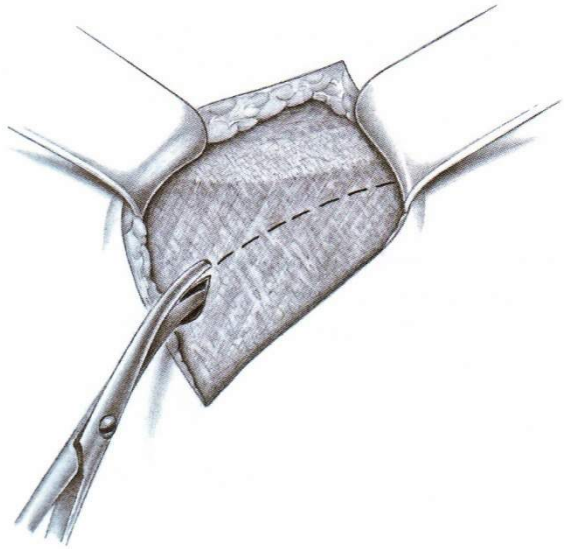
Փուլ 1. Մուտքը

Ցայլքի վրա, մազակալման գծից քիչ ավելի վեր, մաշկային գծերի ուղղությամբ կատարվում է մաշկի հորիզոնական կտրվածք: Կտրվածքի գիծը պետք է անցնի վերին-առաջային զստային ելուստը պորտի հետ միացնող գծից ավելի ներքև: Այլընտրանքային՝ միջայինին մոտ կտրվածքը, բերում է վատ կոսմետիկ արդյունքի:



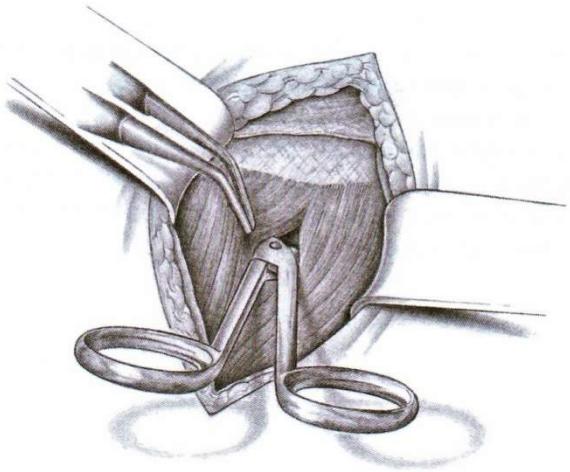
Փուլ 2. Արտաքին թեք մկանի ապոնևրոզի փեղեքում

Մաշկի, ենթամաշկի ու ենթամաշկային փակեղի հատումից հետո բացվում է արտաքին թեք մկանի ապոնևրոզը: Այն փեղեքվում է արտաքին-գլխամասայինից դեպի ներքին-ոտնամասային ուղղությամբ, մկանաթելերի ընթացքով /նկարում վիրահատական դաշտը պատկերված է այնպես, ինչպես այն տեսնում է վիրաբույժը՝ ձախը վերև, աջը-ներքև/:



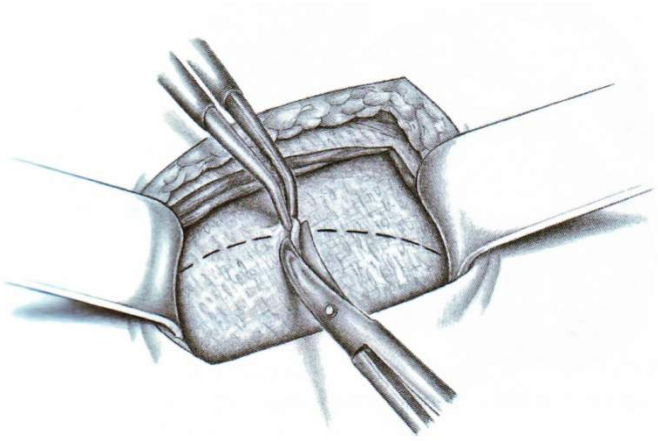
Փուլ 3. *Մկանների փեղեքում*

Բութ եղանակով, մկրատով ու սեղմիչով, բացում են արտաքին թեք և ուղիղ մկանների թելիկները: Պետք է ուշադրություն դարձնել մկանների միջև միջանկյալ շերտի վրա, որը հատկապես արտահայտված է դրսային կողմից: Մկանները տարանջատվում են Ֆարաբեֆի երկու լայնիչներով:



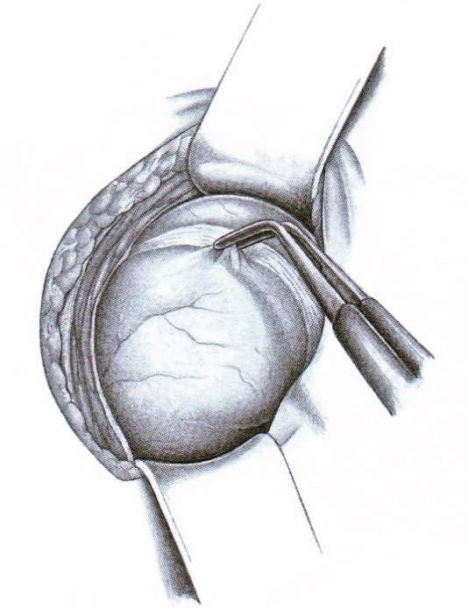
Փուլ 4. *Որովայնամզի հատում*

Մկանների տարանջատումից հետո լայնիչներով բացվում են լայնաձիգ փակեղն ու որովայնամիզը: Նրանք հատվում են սեղմիչների միջև, թեքությամբ ուղղահայաց առանցքին:



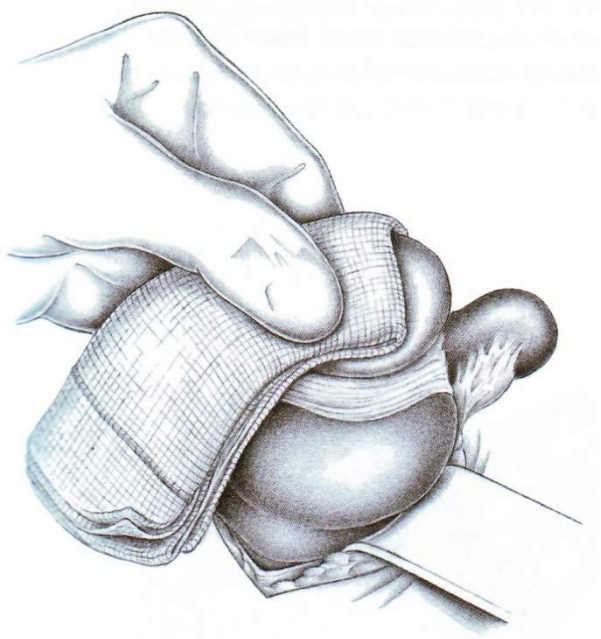
Փուլ 5. *Կույր աղու գմբեթի տեղայնացում*

Որովայնամզի բացումից հետո հայտնաբերում են կույր աղու գմբեթը և այն տեղայնացնում: Պինցետով զգույշնուրբ ձգումը /պետք է խուսափել կույր աղու պատի վնասումից/ թուլ է տալիս հայտնաբերել որդանման ելունի հիմքը:



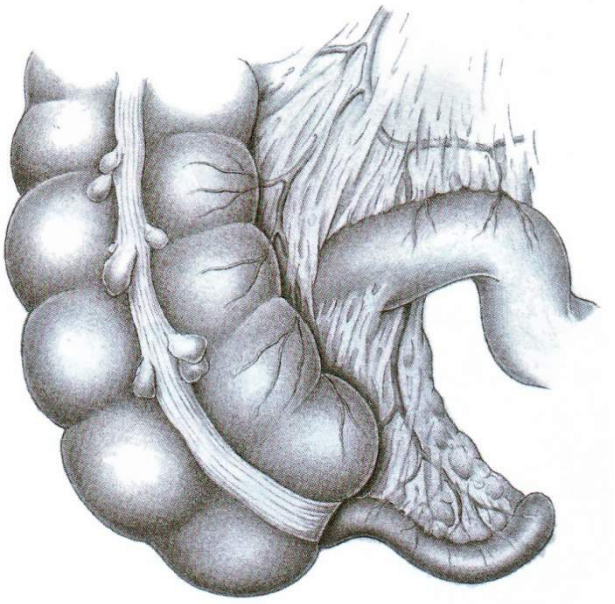
Փուլ 6. *Հաստ աղու գմբեթի դուրս բերումը վերքի մեջ*

Հաստ աղու ճիշտ ճանաչումից հետո, այն բռնվում է թաց թանզիֆով և դուրս բերվում վերքի մեջ: Աղիքը հետզհետե բարձրացվում է դեպի առաջ՝ գլխամասային ու ոտնամասային ուղղությամբ պարբերական տրակցիայի միջոցով:



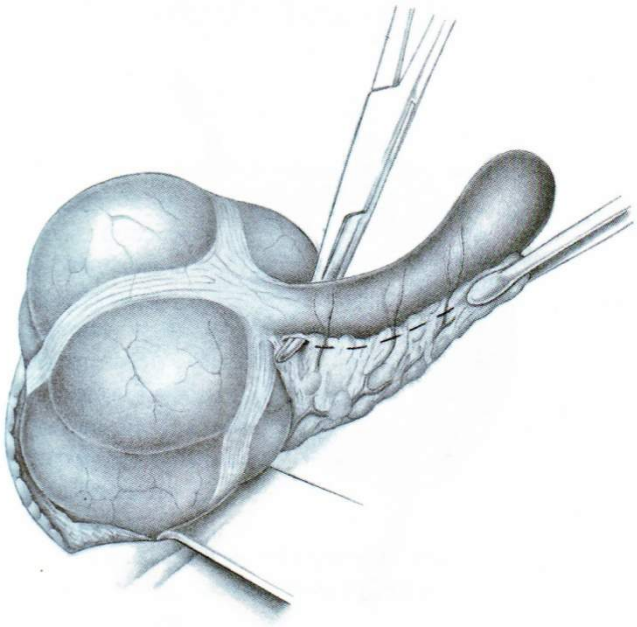
Փուլ 7. *Որդանման ելունի անատոմիան*

Այն տեղակայված է taenia libera-ի շարունակությամբ /առաջային տենիա/: Որդանման ելունի միջընդերքը անցնում է զստաղու հետևով, զստա-խթաղիքային զարկերակի եզրային առկադայի վերևով: Այդ իսկ պատճառով որդանման ելունի միջընդերքի սկելետիզացիան իրականացվում է զստաղու հետին մակերեսով:



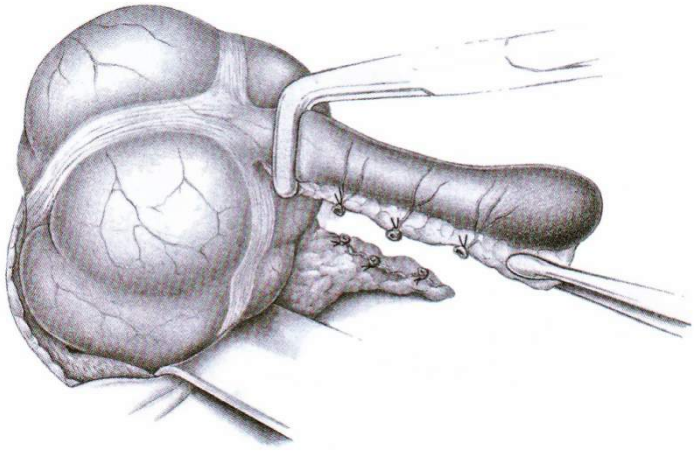
Փուլ 8. *Որդանման ելունի սկելետիզացիա*

Կույր աղու գմբեթը վերքի մեջ լրիվ դուրս է բերելուց հետո, որդանման ելուստի միջընդերքը բռնվում է Պեանի սեղմիչով: Ապենդիքսի քայլ առ քայլ սկելետիզացիան սկսվում է աղիքի պատի մոտ սեղմիչի դնելով: Հարակից զարկերակները պետք է ճշգրիտ ճանաչվեն ու կապվեն:



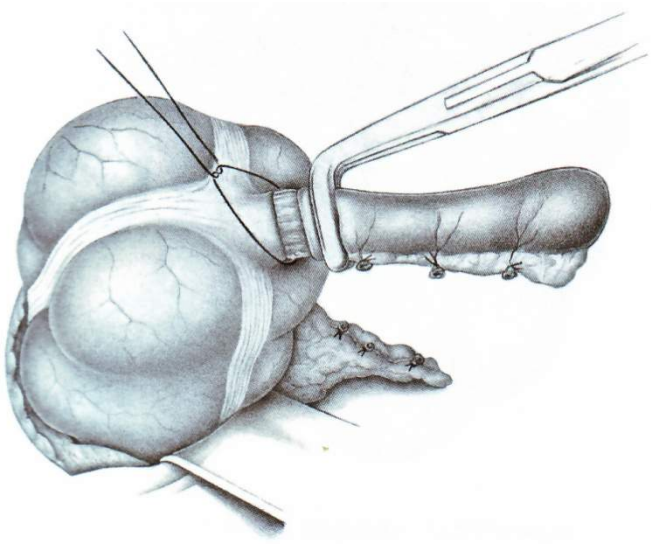
Փուլ 9. *Ելունի հիմքի ճզմում*

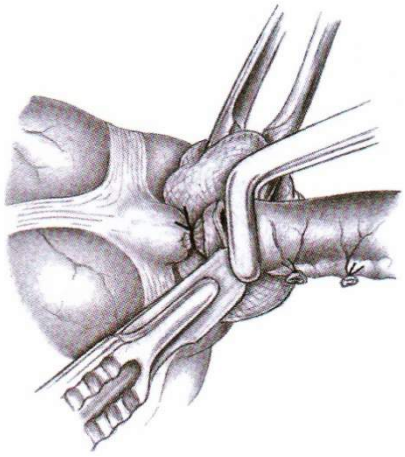
Ելունի լրիվ սկելետիզացիայից հետո, նրա հիմքը ճզմվում է սեղմիչով: Այն անհրաժեշտ է լորձաթաղանթի ջնջման և հետագա մուկոցելեի զարգացման կանխարգելման համար: Սակայն լապարասկոպիկ ապենդեկտոմիաների փորձի հիման վրա կարելի է ասել, որ այն հազիվ թե ունի որևէ ռացիոնալ նշանակության: Չնայած, որ լիգատուրան, որը դրվում է ճզմված մասի վրա ավելի քիչ հավանականություն ունի բացվելու և դուրս թռնելու բորբոքման հետևանքով այտուցված ելունի ծայրատի վրայից:



Փուլ 10. *Կապում ու հեռացում*

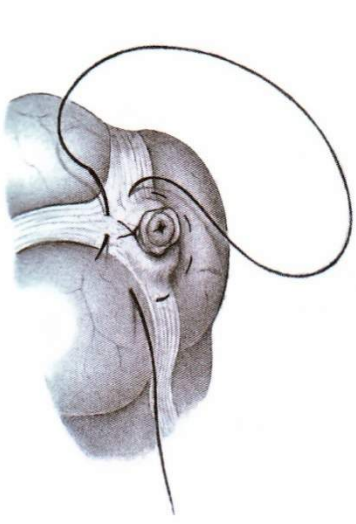
Ճզմված տեղում ելունը կապվում է և նրանից 0.5 սմ դիստալ նշտարով հատվում:

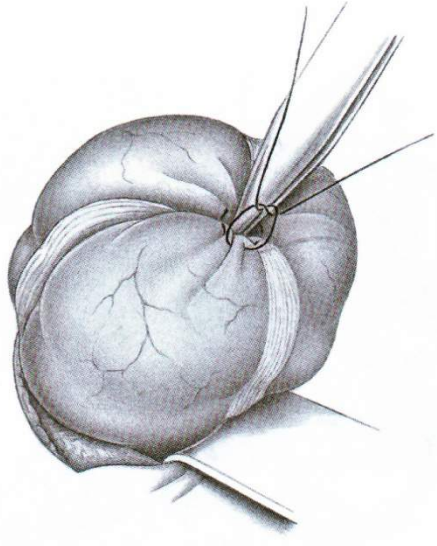




Փուլ 11.

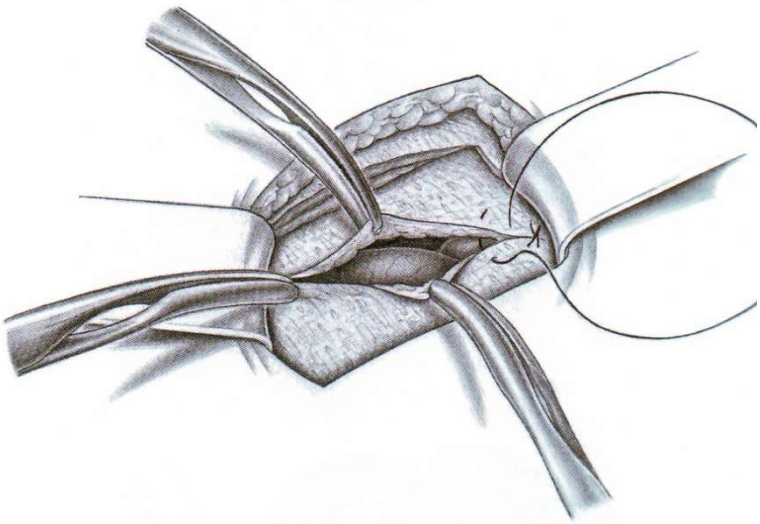
Պինցետի օգնությամբ դրված քիսետակարով ելունի ծայրատը խորասուզվում է հաստ աղու լուսանցք: Մինչ այդ այն մշակվում է հակասեպտիկ լուծույթով:





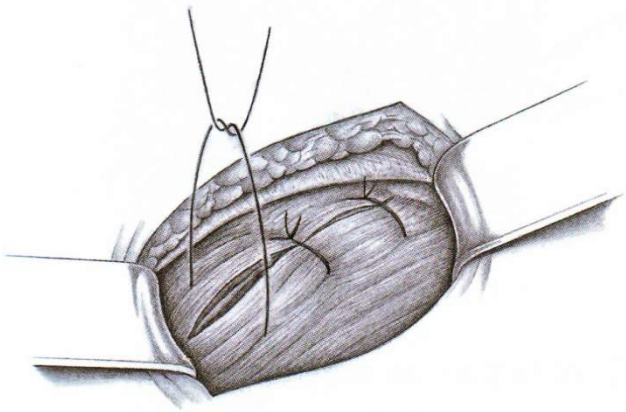
Փուլ 12. *Որովայնամզի կար*

Որովայնամիզի եզրերը վերցվում են չորս /Միկուլիչի/սեղմիչներով և կարվում անընդհատ, ներծծվող կարով /2-0 PGA/:



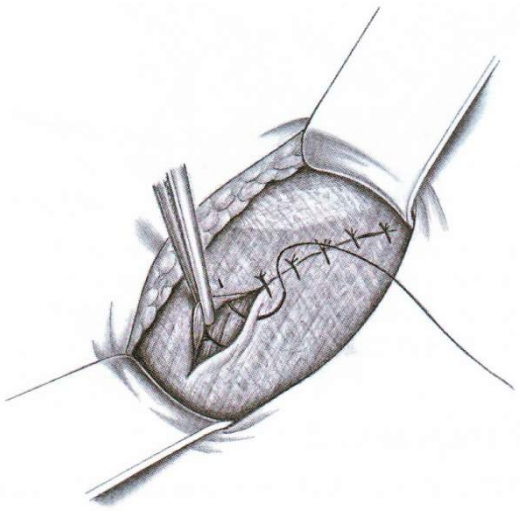
Փուլ 13. *Մկանի կար*

Լայնաձիգ ու ներքին թեք մկանների կարը իրականացվում է խորը հանգուցակարով /2-0 PGA/:



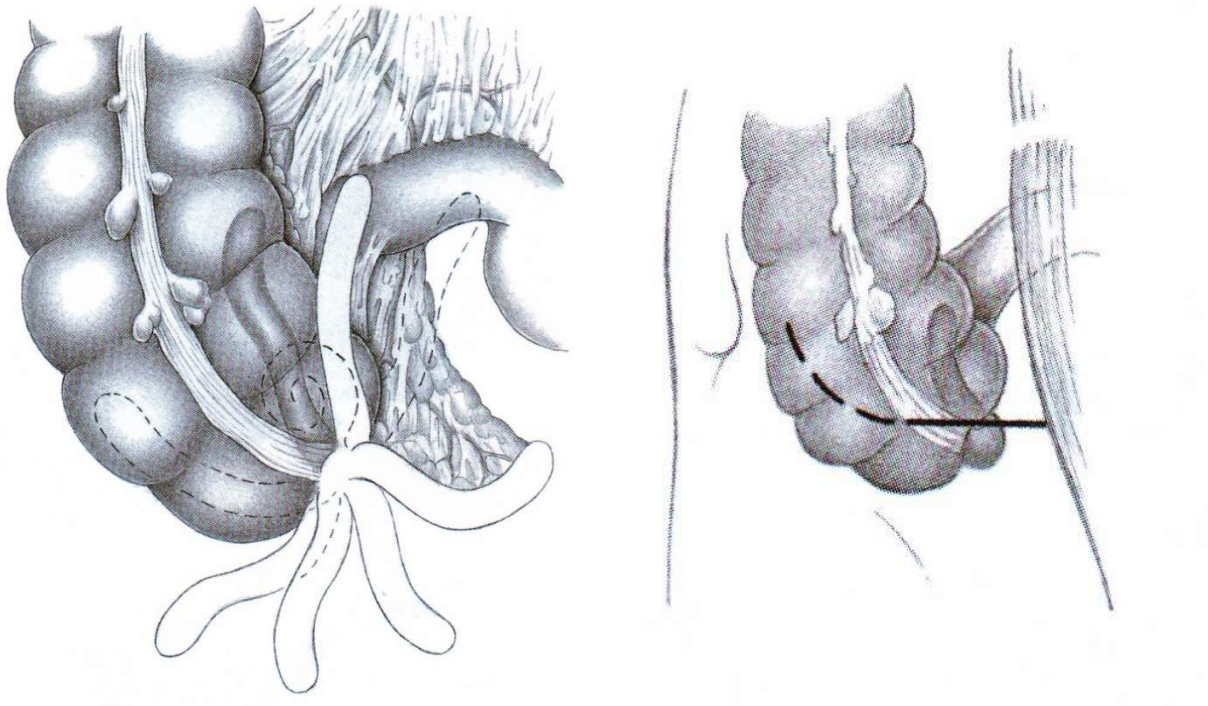
Փուլ 14. *Արտաքին թեք մկանի ապոնեվրոզի կար*

Այն կարող է վերականգնվել անընդհատ կարով /2-0 PGA/ կամ հանգուցակարերով, եթե կա որդանման ելունի արտահայտված բորբոքում:



Փուլ 15. *Ելունի ռետրոցեկալ տեղակայում*

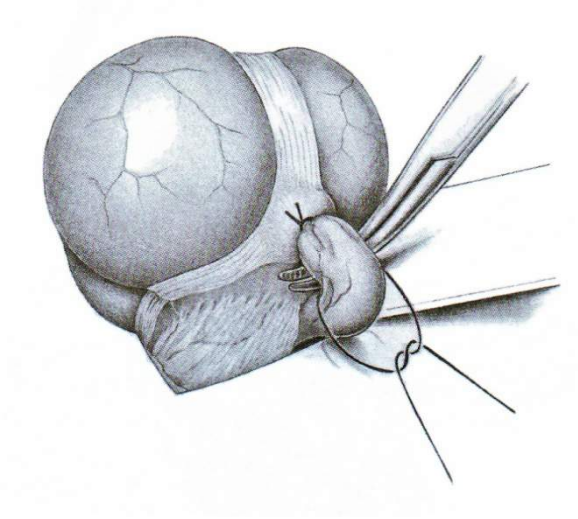
Ելունի տեղակայման բազմաթիվ տարբերակներից առավել շատ հանդիպում է նրա ռետրոցեկալ դիրքը, ինչը որոշ դեպքերում դժվարացնում է վիրահատության ընթացքը: Ավելի լավ տեսադաշտ ստանալու համար կարելի է ստորին միջաձիգ որովայնահատումը լայնացնել դրսային կամ միջային ուղղություններով, մինչև լրիվ աջակողմյան ստորին միջաձիգ որովայնահատում:



Փուլ 16. *Հեռացնող կարեր*

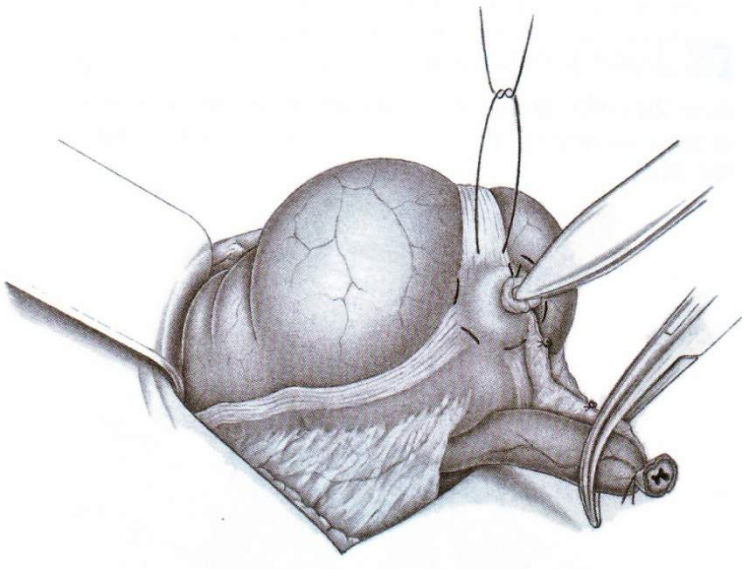
Եթե ելունը այնքան է կպած հետորովայնամզային տարածությանը, որ նրան անհնար է դուրս բերել դեպի առաջ, ապա հաստ աղու տեղաշարժը լատերալ ուղղությամբ թույլ է տալիս

ելունի բունոցը տեղակայել այնպես, որ հնարավոր լինի այն հեռացնել տեսողության հսկողության տակ: Սակայն հաճախ դա հնարավոր չի լինում և ելունը հեռացվում է անտեգրադ եղանակով: Այս նպատակով խորհուրդ է տրվում որդանման ելունի վրա հերթականությամբ դնել մի քանի կարեր բռինչների /հեռացնող կարեր/, նրա փուլային տեղայնացման համար՝ 1-2 սմ քայլի լայնքով:



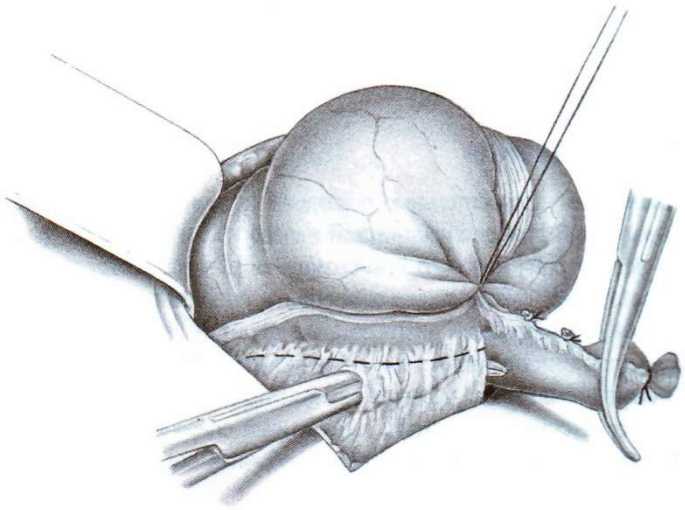
Փուլ 17. *Անտեգրադ ապենդէկտոմիա*

Ելունի հատումից հետո նրա ծայրատը կապվում է և քիսեթակարով խորասուզվում հաստ աղու լուսանցք: Մյուս փուլը քայլ առ քայլ տեղայնացման միջոցով ելունի հատումն է իր միջընդերքի հետ միասին: Պետք է լինել ուշադիր, որպեսզի ելունը լրիվ հեռացվի:



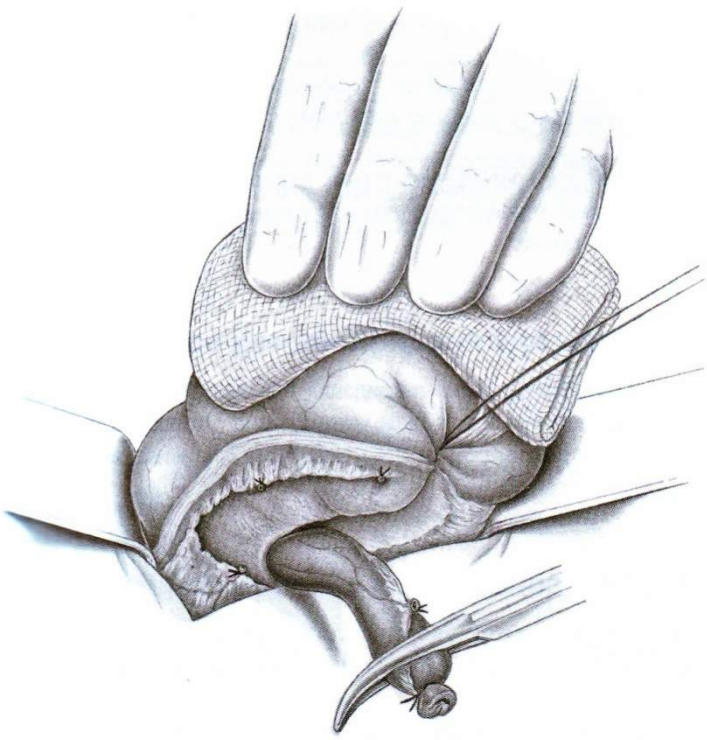
Փուլ 18. *Վերընթաց հաստ աղու տեղայնացում*

Երկար ելունի և նրա արտահայտված ռետրոցեկալ ֆիքսացիայի պայմաններում, որոշ դեպքերում անհրաժշետ է լինում անջատել վերել հաստ աղին իր կպումներից և տեղաշարժելնրան մեդիալ ուղղությամբ: Կողմնային կպումները որպես կանոն չեն պարունակում անոթներ, սակայն անհրաժեշտության դեպքում պետք է դրվեն սեղմիչներ:



Փալ 19. *Ռետրոցեկալ ելունի դուրս բերումը դեպի առաջ*

Կույր աղու գմբեթի լրիվ տեղայնացումից հետո հնարավոր է դառնում ելունի անջատումը տեսողական հսկողության տակ: Այս գործողությունը պետք է իրականացնել զգույշ, քանի որելունը կարող է տեղակայված լինել անմիջապես աջ միզածորանի կամ 12-մատնյա աղու հարեվանությամբ:



Անատոմիական յուրահատկություններ, լուրջ ռիսկեր, վիրահատական հնարքներ

ա/ Ախտորոշում՝ կլինիկական ԳՁՀ-ի բացասական տվյալներն ու նորմալ լաբորատոր ցուցանիշները չեն բացառում սուր ապենդիցիտի առկայությունը:

բ/ Շատ երիտասարդ, շատ ծեր ու արտահայտված ճարպակալումով հիվանդների մոտ ախտանիշները հաճախ արտահայտված չեն, նույնիսկ լայնածավալ բորբոքման դեպքում:

գ/ Կտրվածքը միշտ կատարեք վեր-առաջային երկու զստային ելուստները միացնող գծից ներքև:

դ/ Ելունի ատիպիկ տեղակայումների ժամանակ քիչ թեք կտրվածքը ապահովում է նրա առավել լավ էքսպոզիցիան, թույլ տալով երկարացնել կտրվածքը թեք դրսային ու գլխամասային ուղղություններով, համապատասխան փեղեքելով ներքին թեք մկանը: Կարելի է նաև կտրվածքը երկարացնել մեդիալ ուղղությամբ՝ ներառելով նրա մեջ ուղիղ մկանը:

ե/ Զստա-աճուկային նյարդը ընթանում է ներքին թեք մկանով:

զ/ Որդանման ելունի տեղակայումը խիստ փոփոխական է, իսկ ախտանիշները հաճախ ոչ սպեցիֆիկ՝ հատկապես ռետրոցկալ տեղակայման ժամանակ:

է/ Որդանման ելունը գտնելու կողմնորոշիչները տենիաներն են:

ը/ Կասկածելի դեպքերում, հատկապես, կանանց մոտ, ցանկալի է վիրահատությունը սկսել լապարոսկոպիկ և ապա նոր կատարել լապարատոմիկ ապենդէկտոմիա:

թ/ Չբորբոքված ելունը պահանջում է որովայնի խոռոչի հետագա ստուգում՝ միջընդերքի ավշային հանգույցներ, զստաղու տերմինալ հատված, Մեկկելի դիվերտիկուլ, ձվարաններ, արգանդի փողեր:

ժ/ Գանգրենոզ ապենդիցիտի ժամանակ քսակակարը պետք է դրվի հաստ աղու անփոփոխ պատի հատվածում:

ի/ Այն դեպքերում, երբ որդանման ելունը թարախակույտի խոռոչում քայքայվել է և չի հայտնաբերվում, ինչպես նաև հաստ աղու պատի զգալի բորբոքային փոփոխությունների պարագայում, բավարար է համարվում թարախակույտի շրջանի ինտենսիվ դրենավորումը:

լ/ Եթե հաստ աղու պատը խիստ այտուցված է ելունի ծայրատը կապելուց հետո քսակակարով չի խորասուզվում:

խ/ Ֆլեգմանոզ կամ գանգրենոզ որդանման ելունի հեռացումից հետո, բակտերիաների տարածման վտանգի հետ կապված, բարակ աղու ուսումնասիրություն չի կատարվում:

Գործառույթներ սպեցիֆիկ բարդությունների ժամանակ

- ✓ Թարախակույտ. կրկնակի վիրահատություն և համարժեք դրենավորում, հնարավոր է Դուգլասի գրպանիկից թարախակույտի տեղակայման մատնային որոշում և նրա հետագա տրանսռեկտալ դրենավորում:

Հետվիրահատական գործառույթներ

Բժշկական խնամք՝ ներ-ստոմոգային զոնդը հեռացվում է 1-ին օրը, հակաբակտերիալ թերապիան սկսվում է ներվիրահատական և թափածակված ապենդիցիտի ժամանակ շարունակվում հետվիրահատական շրջանում: Դրենաժը հեռացվում է 2-4-րդ օրը:

Կերակրման վերսկսում՝ թույլ է տրվում ոչ մեծ կումերով հեղուկներ 1-ին օրվա երեկոյից: Պինդ սնունդ՝ 2-3-րդ օրից:

Աղիների գործունեությունը՝ հնարավոր են ոչ մեծ ծավալի հոգնաներ կամ թուլացնող միջոցների պերօրալ ընդունում:

Ակտիվացում՝ անմիջապես:

Անաշխատունակության տևողությունը՝ 1-2 շաբաթ:

Լապարասկոպիկ ապենդէկտոմիա

Ցուցումներ և հակացուցումներ

Պլանային / հարաբերական ցուցումներ՝

- սուր ապպենդիցիտ հայտնաբերված ախտորոշիչ լապարասկոպիայի ժամանակ /օրինակ՝ որովայնի ստորին հատվածների անհասկանալի ծագման ցավի ժամանակ/,
- չափից ավել ճարպակալում և կասկածելի ախտորոշմամբ ապպենդիցիտ,
- երիտասարդ կանանց մոտ /գինեկոլոգիական հիվանդության բացառումից հետո/:

Հակացուցումներ՝

- ոչ սահմանափակ որովայնաբորբ,
- չարորակ ուռուցքի կասկած,
- արտահայտված կպումային գործընթաց:

Այլընտրանքայինգործողություններ՝ սովորական բաց միջամտություն:

Նախավիրահատական հետազոտություններ և պատրաստումվիրահատությանը

Նախավիրահատված հետազոտություններ՝

- ✓ որովայնի խոռոչի ԳՁՀ,
- ✓ լաբորատոր հետազոտումներ /լեյկոցիտներ, լեյկոցիտար ֆորմուլա, էՆԱ/
- ✓ գինեկոլոգիական ուսումնասիրություններ այլ հիվանդությունների բացառման համար:

Հիվանդի պատրաստում՝ պորտի շրջանը ախտահանեք, քիթ-ստոմաքսային զոնդ և միզային կաթետեր անզգայացումից հետո:

Սպեցիֆիկ ռիսկեր, հիվանդի տեղեկացված համաձայնությունը

- ❖ Լապարասկոպիկ գործիքով խոռոչավոր օրգանների կամ անոթների վնասում:
- ❖ Պնևմոպերիտոնեումի անհաջող իրականացում:
- ❖ Գազային էմբոլիա:
- ❖ Անցում բաց վիրահատության:
- ❖ Մնացածը ինչպես սովորական բաց ապենդէկտոմիաների ժամանակ

Հիվանդի դիրքը՝պառկած մեջքի վրա, վիրաբույժը ձախից, օգնականն ու տեսախցիկը՝ աջից:

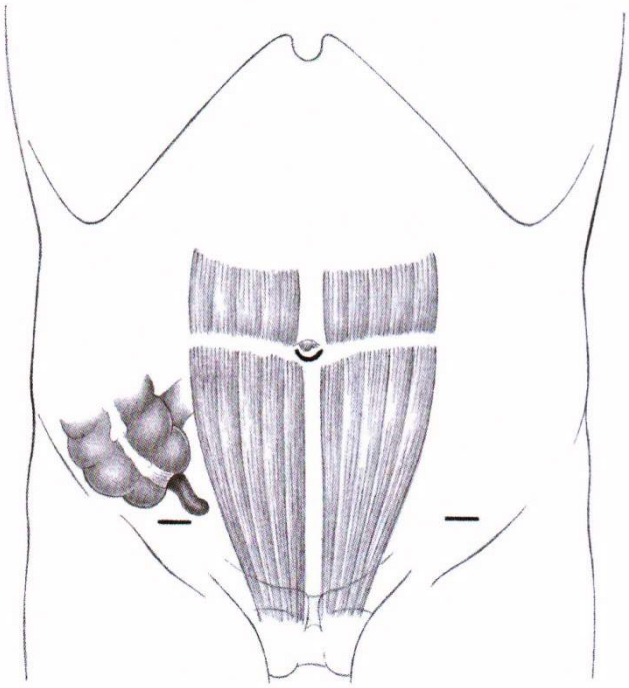
Մուտքը տեսախցիկի համար տրոակարը դրվում է պորտային պռտում, աշխատանքային տրոակարները՝ որովայնի ստորին հատվածների ձախ և աջ կողմերում:

Վիրահատություն

Փուլ 1. Մուտք

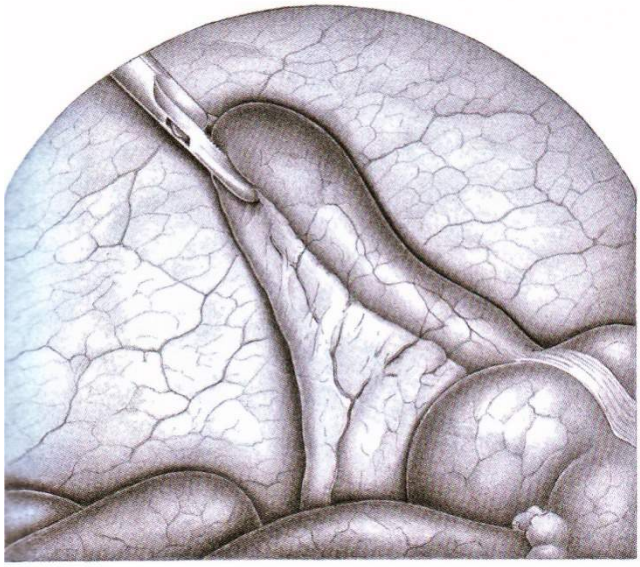
Կասկածելի դեպքերում և հատկապես երիտասարդ կանանց մոտ կիրառվող լապարասկոպիկ ապենդէկտոմիան, միաժամանակ ախտորոշման ու բուժման նպատակով, լիովին արդարացված է: Այն չունի առավելություններ սովորական ապենդէկտամիայի հանդեպ,

բացի որոշակի չափով խնայողական լինելուց: Մուտքը 3 տրոակարների միջոցով, որոնցից մեկը գտնվում է պորտի տակ, իսկ մյուս երկուսը՝ զստա-աճուկային շրջաններում, մազերի աճի գծի ուղղությամբ: Վիրահատությունը սկսվում է ստորպորտային պոռտի միջոցով պնևմոպերիտոնեումի իրականացումով: Տրանսիլյամինացիայով, տեսողական հսկողության տակ, ապահովելով էպիգաստրալ անոթների անվտանգությունը, մտցվում են աշխատանքային պոռտերի համար տրոակարները:



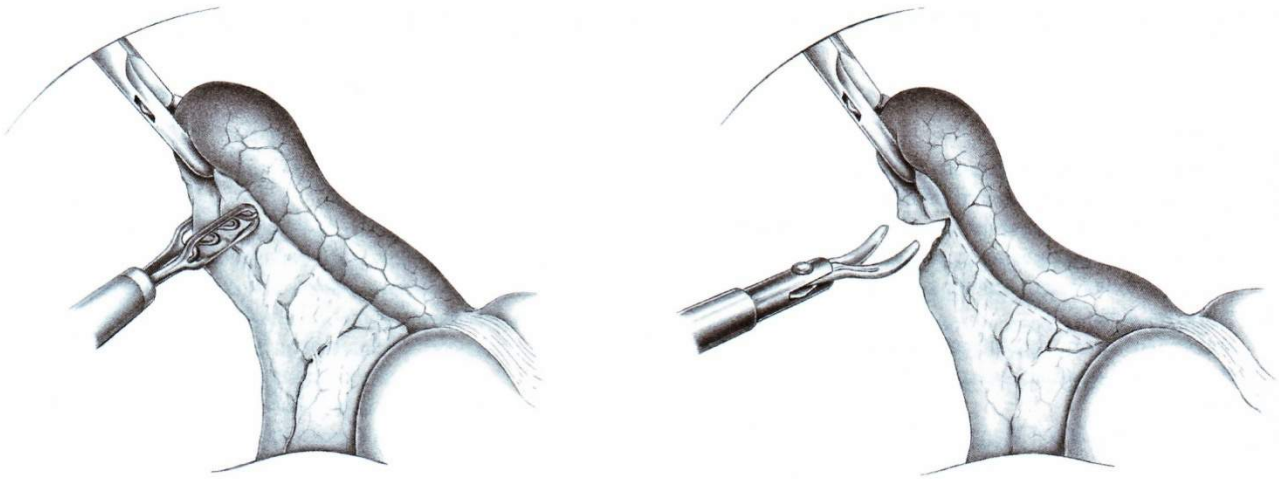
Փուլ 2.Որդանման ելունի նույնականացում

Որովայնի խոռոչի ստուգումից հետո հայտնաբերվում է ելունը: Այն բռնվում է աջ տրոակարից մտցված բռնիչով և կամաց-կամաց ձգվում:



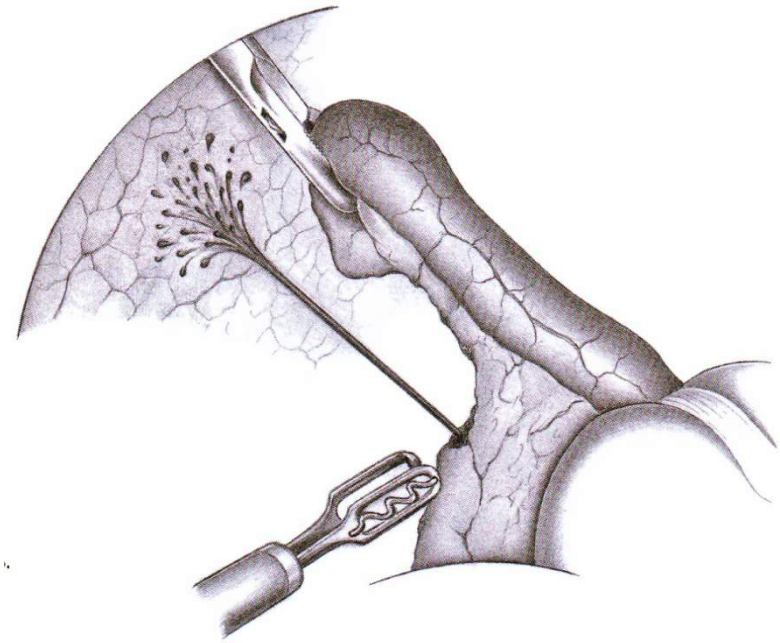
Փուլ 3. *Որդանման ելունի սկելետիզացիան*

Որդանման ելունի միջընդերքը բիպոլյար էլեկտրակաուտերով ենթարկվում է կոագուլյացիայի և մաս-մաս հատվում: Այս գործողությունը պահանջում է ժամանակ և կարող է առաջ բերել արյունահոսություն: Գծային կարող գործիքի օգտագործումը զգալի հեշտացնում է որդանման ելունի սկելետիզացիան՝ սակայն այն թանկ է:



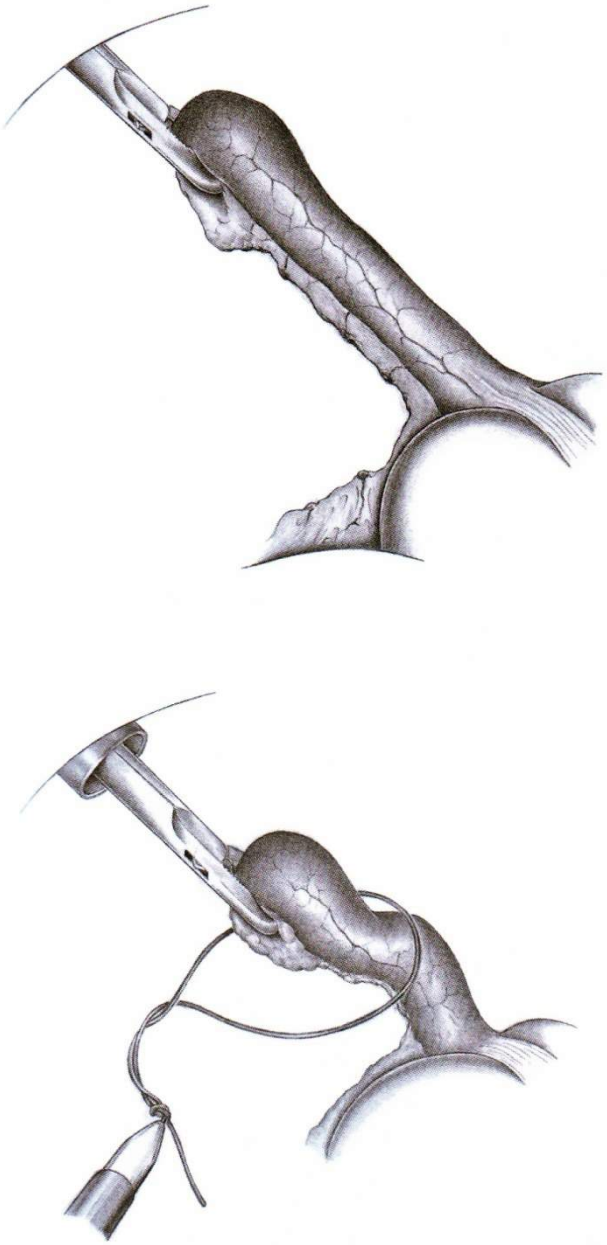
Փուլ 4. *Արյունահոսություն որդանման ելունի միջընդերքից*

Որոշ դեպքերում, որդանման ելունի սկելետիզացիայի ընթացքում, առաջ է գալիս պուլսացող արյունահոսություն ապենդիկուլյար զարկերակից: Անհրաժեշտ է զարկերակը բռնել դիաթերմիկ ակցանով և ենթարկել կոագուլյացիայի: Զգալի արյունահոսության դեպքում խորհուրդ է տրվում անոթըկապել Ռեդերի օղով:



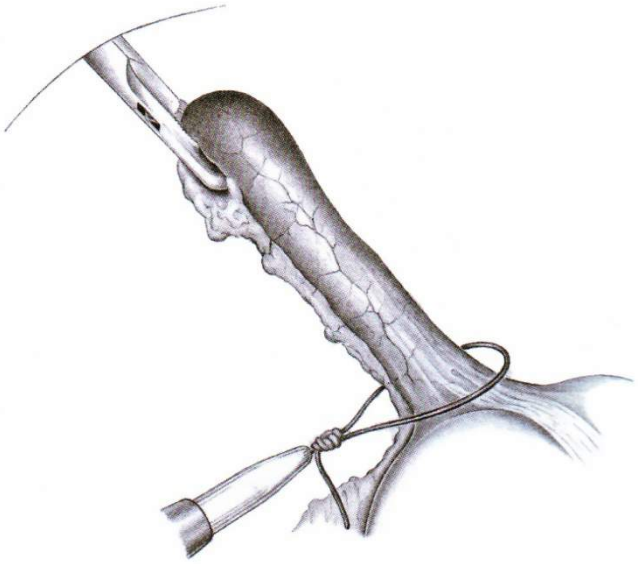
Փուլ 5. *Որդանման ելունի կապում*

Որդանման ելունը դեպի ներքև, մինչև հիմք ենթարկվում է սկելետիզացիայի և հետզհետե մտցվում տրոակարի մեջ: Ապա ձախ տրոակարով մտցվում է Ռեդերի օղը, որը ելունով իջեցվում է մինչև նրա հիմքը:



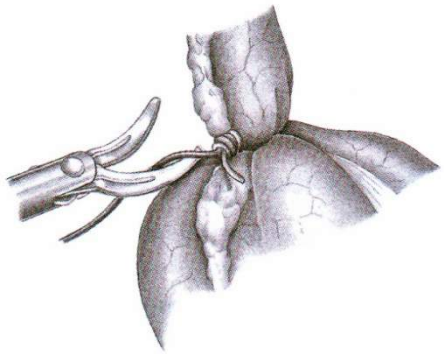
Փուլ 6. *Որդանման ելունի հիմքի կապում*

Երբ Ռեդերի օղը հասնում է անմիջապես ելունի հիմքին, այն ձգվում է ու կապվում:



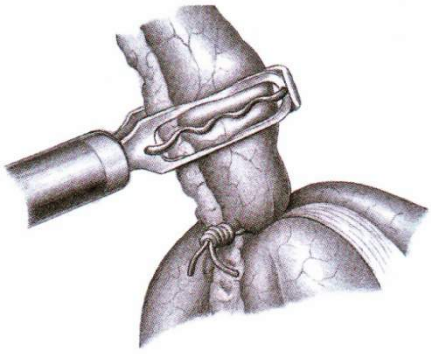
Փուլ 7. *Թելի հեռացում*

Ռեդերի օղի երկար թելը մկրատով հատվում է ու հեռացվում:



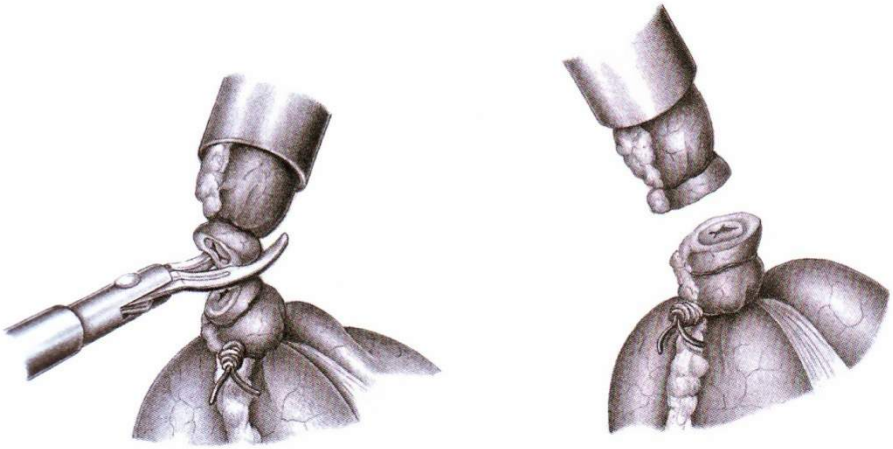
Փուլ 8. *Որդանման ելունի լորձաթաղանթի կոագուլյացիան*

Կոնտամինացիայից խուսափելու համար, ելունը կարող է բիպոլյար դիաթերմիկ ակցանով ենթարկվել կոագուլյացիայի: Կոագուլյացիայի եզրը պետք է գտնվի Ռեդերի օղից առնվազն 1 սմ ավելի դիստալ, քանի որ թափառող հոսանքները կարող են լիգատուրայի մոտ կամ կույր աղու գմբեթում առաջ բերել կոագուլյացիոն մեռուկացում:



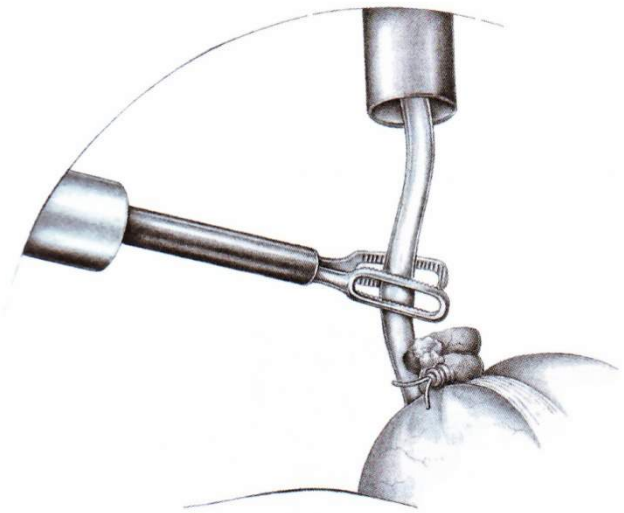
Փուլ 9.. *Որդանման ելունի հատում*

Ելունը հավելյալ կոագուլյացիայից հետո մկրատով հատվում է և վերցվում աջ ստորին տրոակարի մեջ: Տրոակարը հեռացվում է ելունի հետ, որի ծայրատը մշակվում է հակասեպտիկ տամպոնով ու տեղադրվում հետորովայնամզային դիրքով:



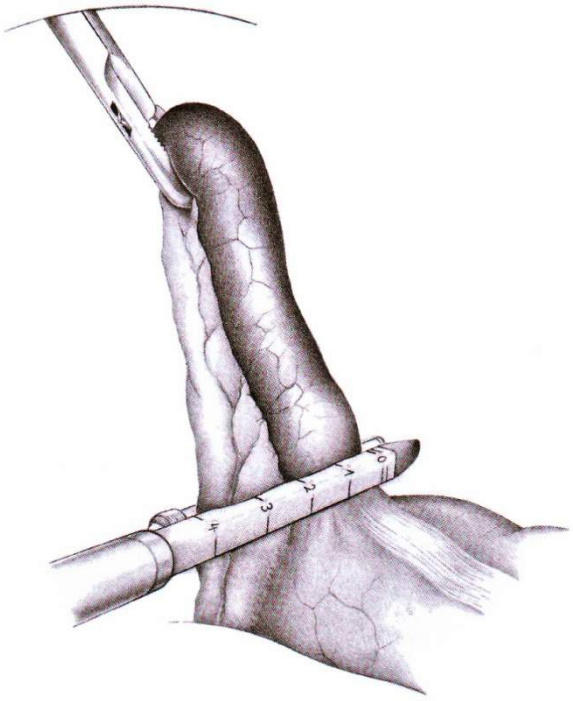
Փուլ 10. *Դրենաժ*

Ծանր թարախակալումն ու հարապենդիկուլյար թարախակույտերը պահանջում են ռետրոցեկալ շրջանում կամ Դուգլասի գրպանիկում տեղադրել դրենաժ: Նրա վերջնական ճիշտ տեղադրում իրականացվում է ձախ տրոակարից մտցված սեղմիչի օգնությամբ:



Փուլ 11. *ENDO-GYA-ի օգտագործումը*

Հնարավոր է նաև օգտագործել կարող ENDO-GYA սարք, որը հնարավորություն է տալիս միաժամանակ հատել որդանման ելունըև նրա միջընդերքը, վռւլռռվռւլ կամ, խիստ բարակ ելունի դեպքում, միաժամանակ: ENDO-GYA-ն մտցվում է ձախ ստորին 12-միլիմետրանոց տրոակարով:



Անատոմիական առանձնահատկություններ, լուրջ ռիսկեր, վիրահատական հնարքներ

ա/ էնդոսկոպիկ կարող սարքով որդանման ելունիա նրա միջընդերքը միաժամանակյա հատումը, համեմատած Ռեդերի օղակապելուհետ,ավելիանվտանգէ, սակայնայն զգալի թանկ է:

Զգուշացում՝պետք է զգուշանալ, հյուսվածքների հաստության տարբերությանհետ կապված, երկրորդային արյունահոսությունից:

Զգուշացեք՝ հոսանքի արտահոսքի կամ հաստ աղուն շատ մոտ ելունի կոագուլյացիայի ժամանակ, բարձր ջերմությամբ, հաստ աղու պատի վնասումից:

Գործառույթները սպեցիֆիկ բարդությունների ժամանակ

- Տրոակարային տրավմաներ՝ վերացումը որովայնահատումով
- Որդանման ելունի ծայրատի անբավարարություն տրանսմուրալ կոագուլյացիայի կամ օղի դուրս սահելու պատճառով՝վերացումը որովայնահատումով:

Հետվիրահատական գործառույթներ

Բժշկական խնամք՝ անզգայացման ավարտից հետո քիթ-ստամոքսային զոնդը հեռացվում է: Դրենաժի հեռացումը՝ 2-4-րդ օրը:

Կերակրման վերսկսում՝՝ թույլ տվեք հեղուկի ընդունումվոքր կումերով անզգայացումից 6 ժամ անց, սովորական թեթև դիետա 1-ին օրից:

Ակտիվացում՝՝ անմիջապես

Անաշխատունակության տևողությունը՝ 3-5 օր:

ԳԱԼԱՐԱՅԻՆ ՏՐԱՆՍՎԵՐՋՈՍՏՈՄԱ

Ցուցումները և հակացուցումները

Պլանային ցուցումներ՝

- աղիների անցանելիության խանգարում,
- գազերի ու կղանքի ժամանակավոր կամ մշտական /ամոքիչ միջամտություն/ հեռացման միջոց

Հակացուցումներ՝

- հաստ աղու պրոքսիմալ սեգմենտի անցանելիության խանգարում

Այլընտրանքայինգործառույթներ՝ իլեոստոմա, շրջանցող բարակ-հաստաղիքային բերանակցում:

2. *Նախավիրահատական հետազոտություններ և պատրաստում վիրահատությանը*

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ կախված է անանցանելիության պատճառներից. հաստ աղու օբստրուկցիայի դեպքում բավարար են որովայնի ԳՁՀ և որովայնի խոռոչի օրգանների շրջադիտակային ռենտգեն նկարահանումը:
- ✓ պլանային դեպքերում՝ էնդոսկոպիա բիոպսիայով, ԳՁՀ, ՀՇ-սկանավորում, հնարավոր է բարակ և հաստ աղիների կոնտրաստային հետազոտություն /անհասկանալի դեպքերում կիրառում են ջրում լուծվող կոնտրաստային նյութեր/:

Հիվանդի պատրաստումը հաստ աղու խցանման դեպքում տեղադրվում է քիթ-ստամոքսային զոնդ, վերացվում է էլեկտրոլիտների ու հեղուկների դիսբալանսը: Անցկացվում է հարվիրահատական հակաբակտերիալ թերապիա: Կատարվում է ստոմայի տեղակայման նախավիրահատական նշագրում:

Սպեցիֆիկ ռիսկեր, հիվանդի տեղեկացված համաձայնությունը

- ❖ Որովայնաբորբ,
- ❖ Ստամոքսի վնասում,
- ❖ Ստոմայի բարդություններ՝ պրոլապս, ստենոզ, ռետրակցիա, պարաստոմիկ ճողվածք, ստոմայի շրջակա մաշկի վնասում /մոտ 5-10% դեպքերում/
- ❖ Ստոման թողնելու կամ նրա վերացման հնարավորություն

Հիվանդի դիրքը պառկած մեջքի վրա:

Մուտքը կարճ աջ վեր-լայնակի լապարատոմիա, հնարավոր է երեք տրոակարներով լապասկոպիկ վիրահատություն:

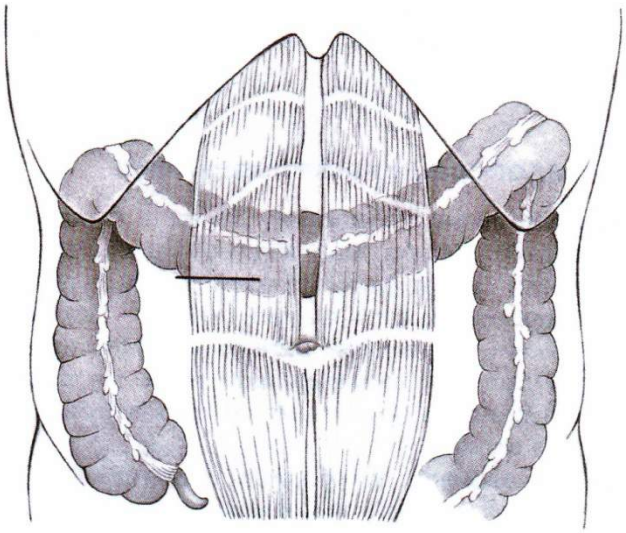
Վիրահատություն

Կոլոստոմայի տեղակայումը

Գալարային լայնակի կոլոստոմայի ձևավորումը սովորաբար հանդիսանում է կանխարգելիչ միջամտություն դիստալ հատվածի բերանակցումների պաշտպանության կամ հաստ աղու սեգմենտների անջատման համար: Այն հազվադեպ է կիրառվում որպես վերջնական գործողություն: Կոլոստոմայի համար իդեալական տեղ է համարվում որովայնի աջ վերին հատվածը՝ միջաձիգփոր աղու աջ կեսի վրա: Եթե ենթադրվում է միայն կոլոստոմայի ձևավորում, ապա բավարար է իրականացնել ոչ մեծ վերին լայնակի որովայնահատում:

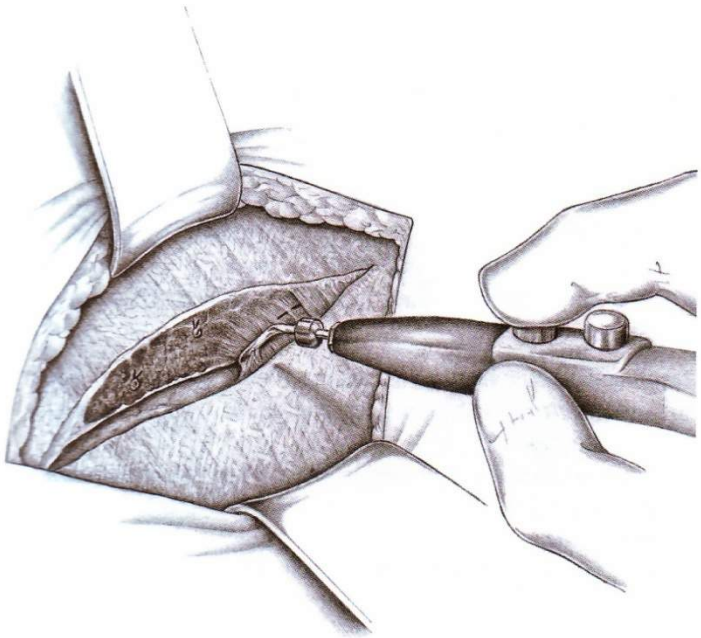
Փուլ 1. *Որովայնահատում*

Մաշկի լայնակի կտրվածքից հետո, կտրող դիաթերմիայով հատվում է ենթամաշկային ճարպաշերտը: Հատվում է ապոնևրոզն ու հետզհետե անջատվում է որովայնի ուղիղ մկանի կողմնային հատվածը: Մկանի անոթները պետք է բռնվեն և առանձին կոագուլացվեն: Որոշ դեպքերում հանդիպող վերին էպիգաստրալ անոթները պետք է բռնվեն ու կապվեն: Վատ զարգացած ուղիղ մկանների դեպքում բավարար է մկանաթելերի բութ փեղեքումը: Լրիվ հատումից կամ մկանային թելիկների բացազատումից հետո լայնիչներով մերկացվում է նրա բունոցի հետին թերթիկը: Հետին թերթիկն ու որովայնամիզը հատվում են տեսողության հսկողության տակ, խուսափելու համար ավելի խորը գտնվող կառուցվածքների /օրինակ կպած աղեգալար/ վնասումից:



Փուլ 2. *Միջաձիգ հաստ աղու աջ կեսի հայտնաբերումը*

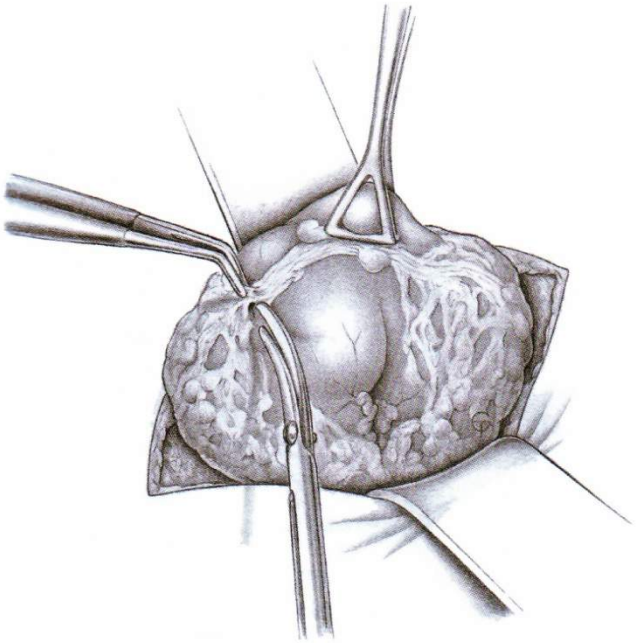
Որովայնի խոռոչի բացումից հետո հաճախ հայտնաբերվում է, որ միջաձիգ հաստ աղու աջ կեսը փակված է մեծ ճարպոնով: Ստամոքսի մեծ կորության և միջաձիգ հաստ աղու մոտ տեղակայումը ոչ պարզ իրավիճակներում հեշտացնում է կողմնորոշումը: Մեծ ճարպոնը, հատկապես եթե այն շատ հաստ է, պետք է մաս մաս անջատվի, բութ և սուր եղանակով անոթները կապելով կամ նրանց ենթարկելով կոագուլյացիայի:



Փուլ 3. *Սեղմիչի անցկացումը միջաձիգ հաստ աղու տակ*

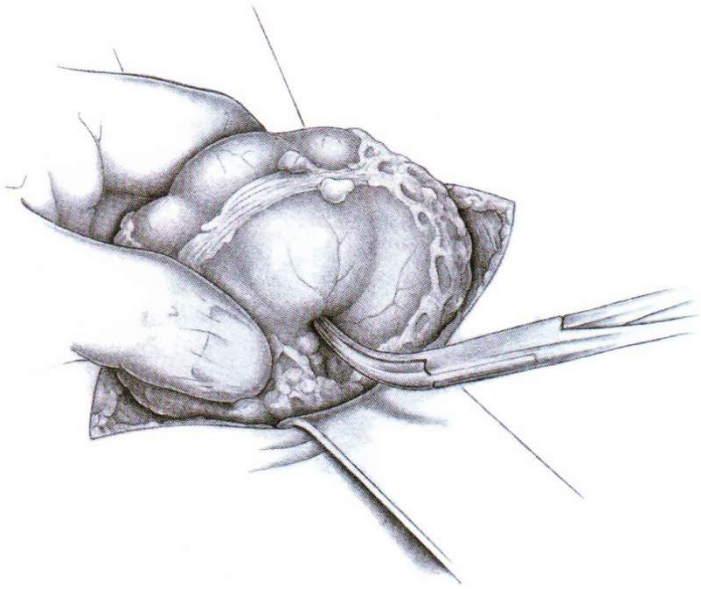
Միջաձիգ հաստ աղիի առանց ձգման որովայնի առաջային պատի վրա դուրս բերելու համար, պահանջվում է աղու տեղայնացում միայն անհրաժեշտ սահմաններում: Առավել նախընտրելի է

դուրս բերել լյարդային անկյանը մոտ գտնվող սեգմենտը, քանի որ հաստ աղու միջընդերքը այստեղ առավել երկար է: Մեծ մատի ու ցուցամատի միջև շոշափումը թույլ է տալիս հստակ որոշել աղիքի պատի ու նրա միջընդերքի սահմանը: Այստեղ, վիրահատողի ցուցամատխուրթրթրմամբ, միջաձիգ հաստ աղու տակով անցկացվում է բռնիչ:



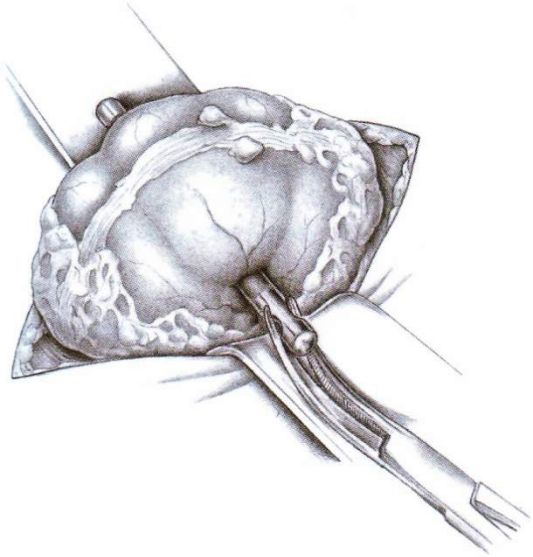
Փակ 4. *Կոլոստոմիկ զսպանակի տեղադրումը*

Որից հետո միջաձիգ հաստ աղու տակ կարելի է անցկացնել ռետինե օղ կամ կոլոստոմիկ զսպանակ: Վերջինիս երկարությունը պետք է ընտրվի այնպես, որ մաշկը փակելուց հետո, այն աղիքի պատերից գտնվի բավարար չափով դուրս, չխանգարելով կղանքահավաք սարքի տեղադրմանը:



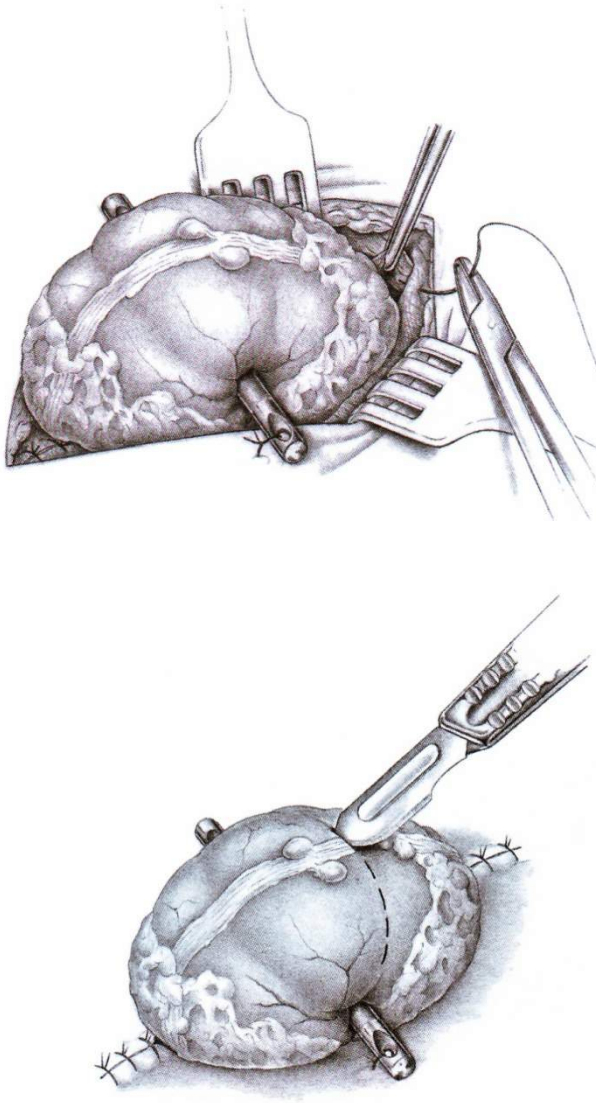
Փուլ 5. *Որովայնի պատի փակումը*

Կոլոստոմիկ զսպանակը առանձին կարերովֆիքսվում է մաշկին, ապա կողքերից դեպի կենտրոն վերականգնվում է ապոնևրոզը: Վերջին կարից հետո ապոնևրոզի դեֆեկտը պետք է դեռ ազատ բաց թողնի երկու մատ, որպեսզի բերող ու տանող աղեգալարների համար մնա բավարար տեղ և ապահովվիներացիամարժեք պերֆուզիան:



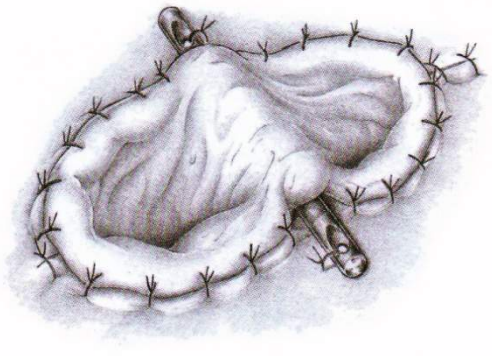
Փուլ 6. *Հաստ աղու բացումը*

Մաշկի կտրվածքը երկու կողմից, մի քանի առանձին կարերով մասնակի փակվում է՝ առանց սեղմելու դուրս բերված աղին: Միջաձիգ հաստ աղու լուսանցքը բացվում է նշտարով: Խուսափելու համար մեթանի պայթյունից խորհուրդ չի տրվում այն բացել դիաթերմիայով: Գազի դուրս գալուց հետո, աղիքի պատի անոթներից արյունահոսությունը կարող է կանգնեցվել կոագուլյացիայով:



Փուլ 7. *Ստոմայի ֆիքսացիան*

Աղիքի բաց պատը ամրացվում է որովայնի մաշկի մակարդակին առանձին մաշկ-լորձաթաղանթային կարերով /3-0 PGA/: Վիրահատությունը ավարտվում է կղանքահավաք սարքի տեղադրումով:



Անատոմիական առանձնահատկություններ, լուրջ ռիսկեր, վիրահատական հնարքներ

ա/ ստոմաև տեղադրեք որովայնի ուղիղ մկանի շրջանում,

բ/ մինչև կողեզր տարածությունը պետք է լինի բավարար, չդժվարացնելուհամար կղանքահավաք սարքի խնամքը,

գ/ շատ հաստ ճարպոնի դեպքում, աղեգալարի դուրս բերելը հեշտացնելու համար, ճարպոնըոչ երկար տարածքի վրա անջատվում է միջածիգ հաստ աղուց:

Գործառույթներ սպեցիֆիկ բարդությունների ժամանակ

- ✓ Ստոմայի բարդություններ.

- օպտիմիզացրեք ստոմայի խնամքը,
- ցուցումների դեպքում իրականացրեք կրկնակի վիրահատություն,
- հնարավոր է ռեիմպլանտացիա:

Հետվիրահատաան գործառույթներ

Բժշկական խնամք՝

- շտապ վիրահատություններից հետո կատարեք աղիքի լվացում և ավարտեք ախտորոշիչ գործողությունները /օրինակ, ստոմայի միջով էնդոսկոպիա/:
- ստոմայի զսպանակը հեռացրեք 10 օրից,
- հիվանդին ու նրա բարեկամներին տվեք ցուցումներ կապված ստոմայի խնամքի հետ:

Կերակրման վերսկսում՝մշտական ստոմայի դեպքում հիչֆանակովհեղուկառաջինօրվանից, պինդ սնունդ՝ ստոմայի գործելուց հետո:

Աղիքի գործնեությունը՝ 3-րդ օրվանից ոչ մեծ ծավալներով հոգնաներ:

Ակտիվացում՝՝ անիմիջապես:

Անաշխատունակության տևողությունը՝ կախված ընդհանուր իրավիճակից:

ԵԶՐԱՅԻՆ ՍԻԳՄՈՍՏՈՄԱ /ՀԱՐԹՄԱՆԻ ՎԻՐԱՀԱՏՈՒԹՅՈՒՆ/

Ցուցումներև հակացուցումներ

Ցուցումներ՝

- կապված ուղիղ աղու պլանային ամպուտացիայի հետ,
- կապված հաստ աղու օբստրուկտիվ մասնահատման հետ:

Այլընտրանքային գործառույթներ՝ կրկնակի բերանակցում հաստ աղու դիստալ հատվածների մասնահատումից հետո, դուրս բերված գալարային տրանսվերզոստոմայով:

Նախավիրահատական հետազոտություններ և վիրահատության պատրաստում

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ կախված է հիվանդությունից, անհրաժեշտ է բացառել հաստ աղու պրոքսիմալ սեգմենտների հավելյար ախտաբանական գոյացությունները կամ չարորակ ուռուցքների արտաաղիքային տարածումը: էնդոսկոպիա բիոպսիայով, ԳՋՀ, ՀՇ-սկանավորում, հնարավոր է ներերակային պիելոգրաֆիյա:

Հիվանդի պատրաստում աղիքի օրտոգրադ լվացում, արտահայտված ստենոզի բացառումից հետո: Հիվանդի հետ համաձայնեցված ստոմայի տեղի նշագրում, կանգնած ու մեջքի վրա պառկած դիրքում: Հնարավոր է հարվիրահատական հակաբիոտիկ թերապիա:

Սպեցիֆիկ ռիսկեր, հիվանդի տեղեկացված համաձայնությունը

- ❖ Կախված են հիմնական հիվանդությունից, հատուկ ուշադրություն պետք է ցուցաբերվի ստոմային,
- ❖ Պրոլապս /3-5% դեպքերում/,
- ❖ Իշեմիա /5-15%/,
- ❖ Ստենոզ /2-10%/,
- ❖ Արյունահոսություն ստոմայի շրջանից /<10%/,
- ❖ Պարաստոմիկ ճողվածք /5-15%/,
- ❖ Ստոմայի շրջակա մաշկի վնասում /10-40%/:

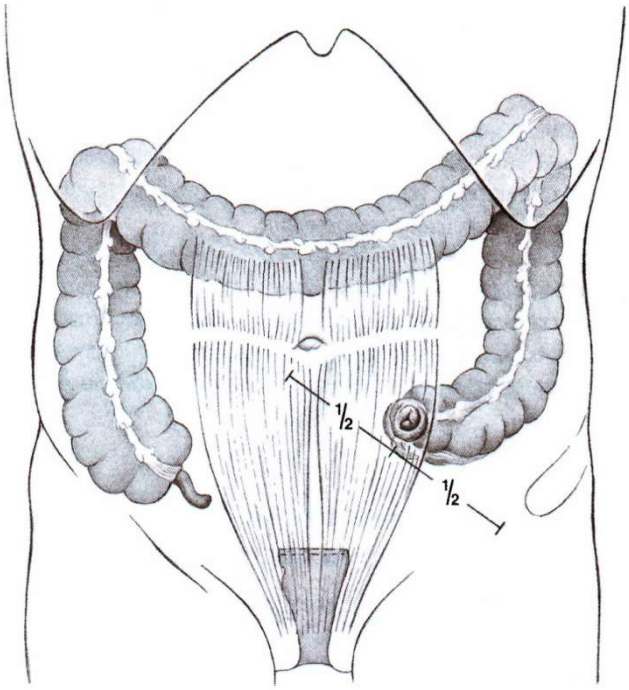
Հիվանդի դիրքը՝ մեջքի վրա պառկած, լիտոտոմիկ դիրք:

Մուտքը՝ միջային որովայնահատում, հնարավոր է կտրվածքի թեք շարունակություն պորտից վեր դեպի ձախ թուլակող: Հնարավոր 3-4 տրոակորներից լապարասկոպիկ վիրահատություն:

Վիրահատություն

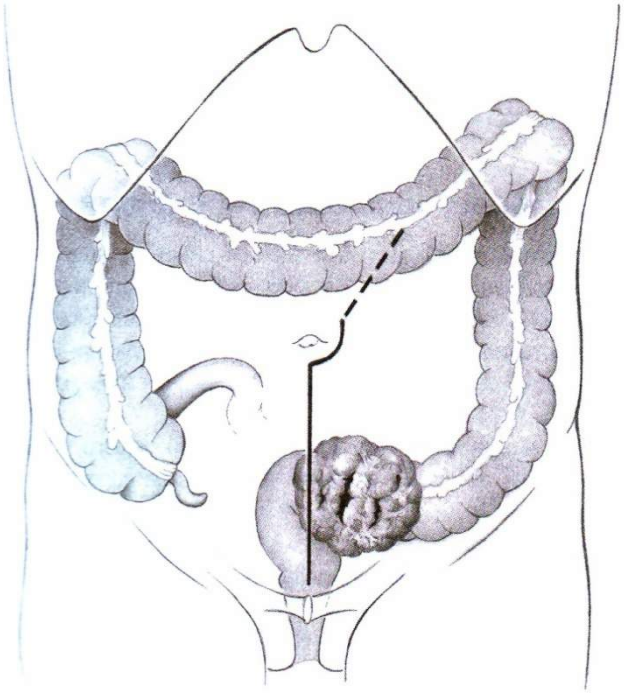
Փուլ 1. *Կոլոստոմայի տեղակայում*

Հաստ աղու մասնահատումը՝ ըստ Հարտմանի, առանց նրա անընդհատության վերականգնման ցուցված է սիգմայաձև և ուղիղ աղիքի ուռուցքների ժամանակ: Այն կիրառվում է նաև որպես նախնական միջամտություն բորբոքային հիվանդությունների, ինչպես նաև որպես վերջնական՝ փոքր կոնքի խոռոչում տեղակայված ոչ մասնահատելի ուռուցքների դեպքում: Վիրահատության սկզբունքը եզրային ստոմայի ստեղծումն է և ուղիղ աղու ծայրատի փակումը: Ստոման պետք է ձևավորվի նույնիսկ, եթե Հարտմանի վիրահատությունը հանդիսանում է ժամանակավոր միջոց: Սիգմաստոման պետք է տեղակայվի տրանսմուսկուլյար՝ որովայնի ուղիղ մկանի դրսային հատվածում: Ստոմայի լավագույն տեղակայումը որոշվում է հիվանդի կանգնած դիրքում: Ընդհանրապես նրա տեղն էպորտը աջ զոստոսկրի վեր-առաջային ելուստին միացնող գծի միջին երրորդականը:



Փուլ 2. *Մուտք*

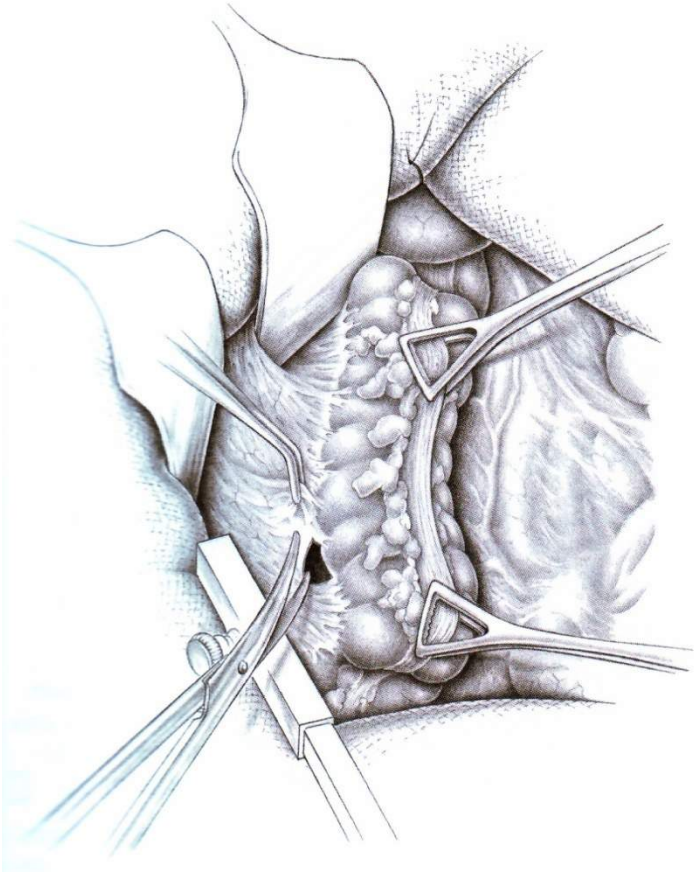
Սովորաբար դա միջային որովայնահատումն է, որը ձախից կարող է լայնացվել պորտի շուրջը: Այն հեշտությամբ թույլ է տալիս զննել ու հեռացնել որովայնի խոռոչի ստորին հարկում տեղակայված ուռուցքը:



Փուլ 3. *Ռեկտոսիգմոիդալ հատվածի տեղայնացում*

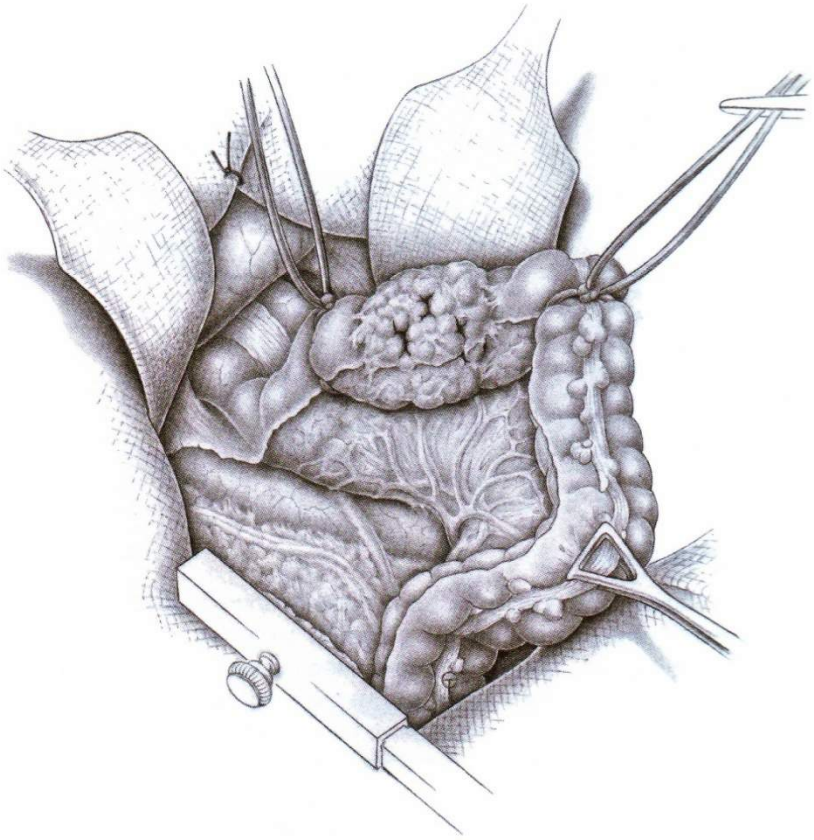
Որովայնի խոռոչը բացելուց և լայնիչները տեղադրելուց հետո սիգմայաձև աղին ազատվում է իր կողմնային կպումներից: Արդյունավետ է թոքային բռնիչներով կամ ձեռքով սիգմայաձև աղու զգուշավոր տրակցիան:

Միզածորանի վնասումից խուսափելու համար դիսսեկցիան անհրաժեշտ է իրականացնել անմիջապես աղիքի պատին մոտ: Առավել ապահով լինելու համար կարևոր է համարվում նրա նույնականացումը:



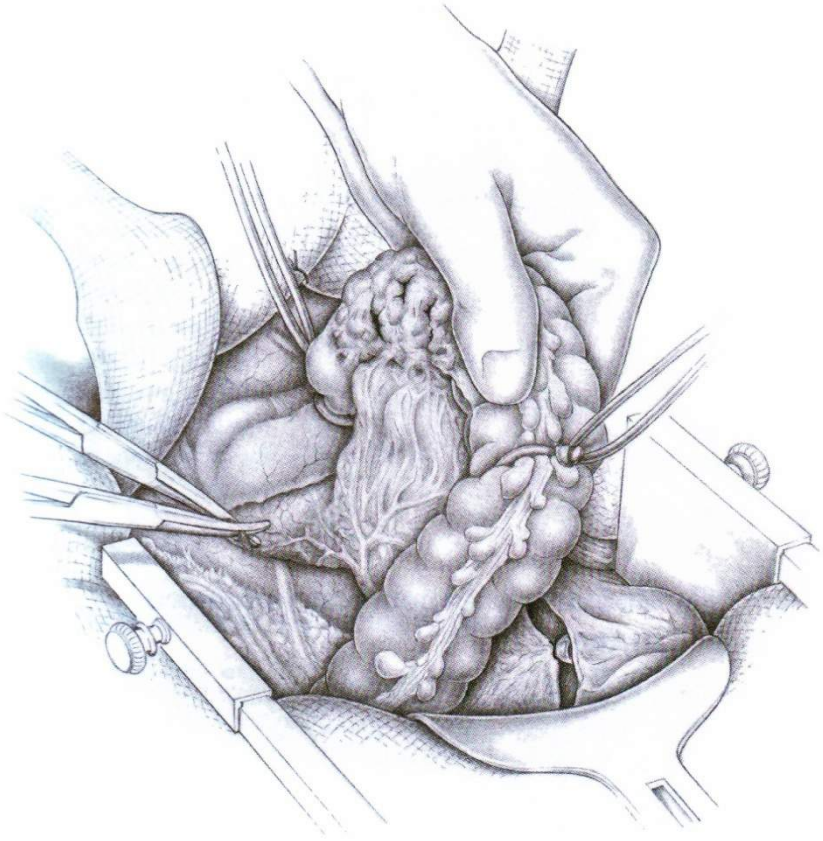
Փակ 4.

Սիգմայաձև աղու լրիվ տեղայնացումը պահանջում է բորբոքային ինֆիլտրատի կամ ուռուցքի անջատում որովայնի կողմնային պատից: Եթե հնարավոր է աղիքը պետք է շրջանցել ուռուցքից ավելի պրոքսիմալ: Կողմնային կպումների անջատումը շարունակվում է մինչև ուղիղ աղուց ավելի պրոքսիմալ գտնվող ազատ շրջան: Միզածորանը կարելի է գտնել զստային անթոները նրա հատման տեղում՝ սերմնա/ձվարանային անոթների հետ:



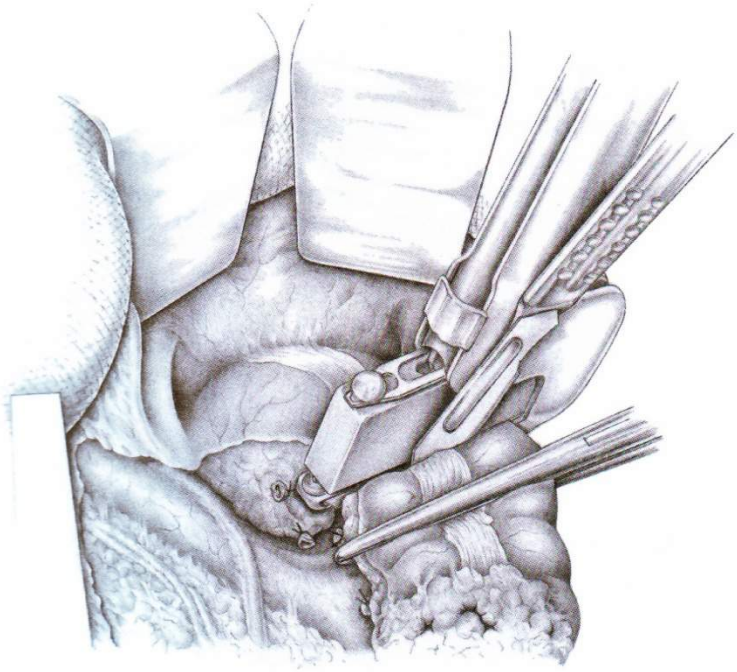
Փուլ 5. Ուղիղ աղու պրոքսիմալ սեգմենտի տեղայնացում

Տեղայնացումը պետք է շարունակվի դեպի ներքև՝ կոնքի խոռոչ, որպեսզի ուղիղ աղին համարժեք անջատվի իր հետորովայնամզային կպումներից: Սրանով ապահովվում է աղիքի բավարար երկարություն, առողջ սեգմենտում նրան անվտանգ փակելու համար: Մեզոռեկտումը հատվում է սեղմիչների միջև և կարերով կապվում /3-0PGA/:



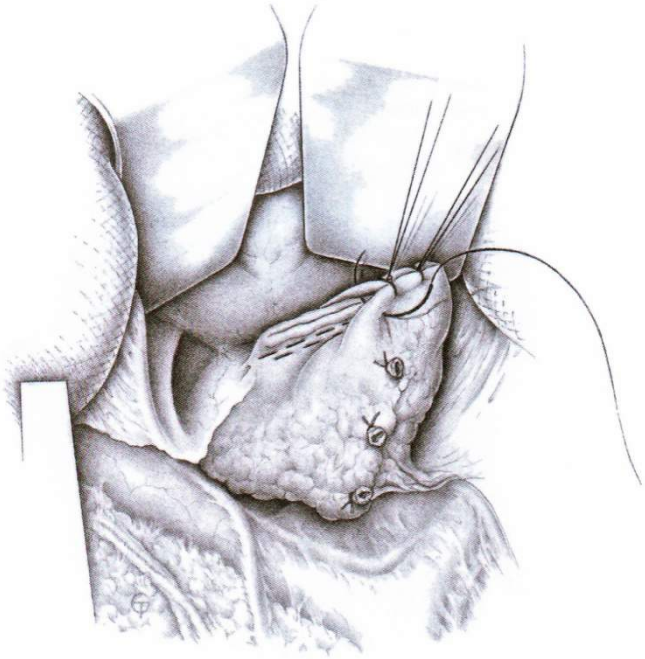
Փուլ 6. *Մասնահատում*

Ուղիղ աղու տեղայնացումից և նրա մեզոռեկտումի մշակումից հետո աղիքը հատվում է: Այն կարելի է իրականացնել բաց եղանակով կար բռնիչների միջև՝ փակելով աղիքը հանգուցակարերով: Առավել նախընտրելի է աղիքի մասնահատումը TA-55 կարող սարքով: Այն կարող է նախ կիրառվել աղիքի պրոքսիմալ հատվածում, ապա՝ դիստալ: Մասնահատվող աղիքային սեգմենտի լուսանցքը երկու կողմերից փակվում է Կոխերի սեղմիչներով:



Փուլ 7. *Ուղիղ աղու ծայրատի կարում*

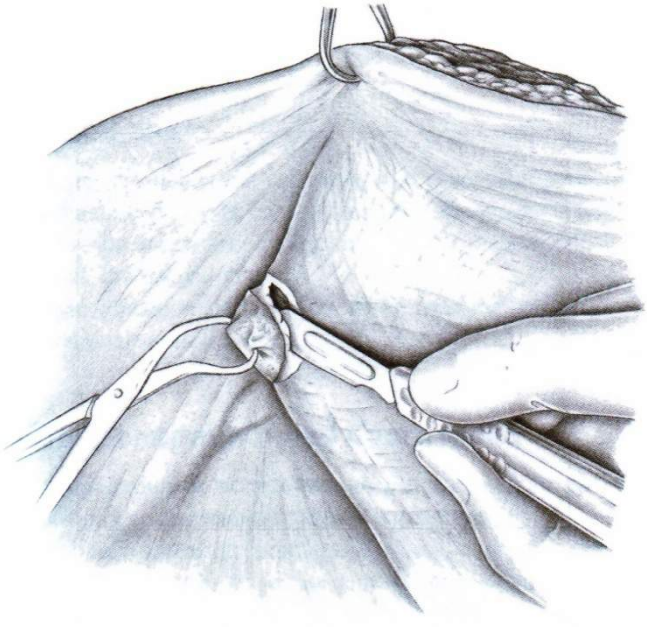
Ուղիղ աղու ծայրատը կույր փակող մետաղակարի գիծը հանգուցակարերով /3-0 PGA/ վերցվում է կարի մեջ: Մեկ անգամ ևս ստուգվում է մեզոռեկտումի շրջանի հեմոստազը: Որից հետո ձևավորվում է եզրային սիգմոստոմա, ինչպես ուղիղ աղու ամպուտացիայի ժամանակ:



Փուլ 8. *Ստոմայի ձևավորում*

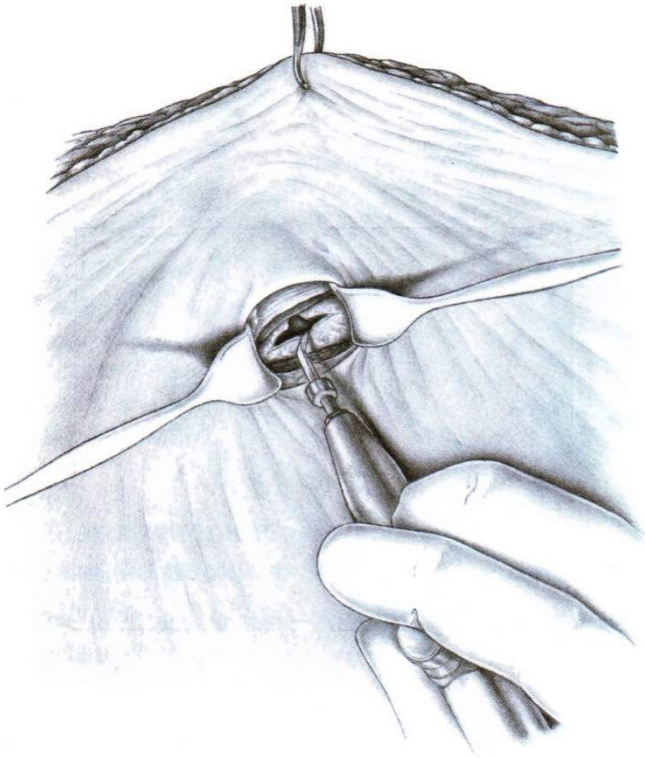
Սպիտակեղենի համար բռնիչներով որովայնի պատի ձգումից հետո, նախորոք որոշված տեղում իրականացվում է մաշկի շրջանաձև կտրվածք: Այստեղ ևս օգտակար է կիրառել

վիրահատական սպիտակեղենի համար բռնիչ: Ենթամաշկային ճարպաշերտը հատվում է դիաթերմիայով և բացվում ուղիղ մկանի ապոնևրոզի առաջային թերթիկը:



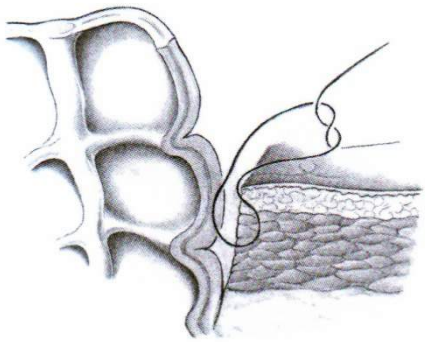
Փուլ 9.

Ապոնևրոզը խաչաձև հատվում է, մկանները բութ բացվում և լայնիչներով ձգվում: Խորքում հայտնաբերվում է որովայնամիզը և խաչաձև հատվում: Անցքը պետք է ազատ բաց թողնի երկու մատից ոչ պակաս:



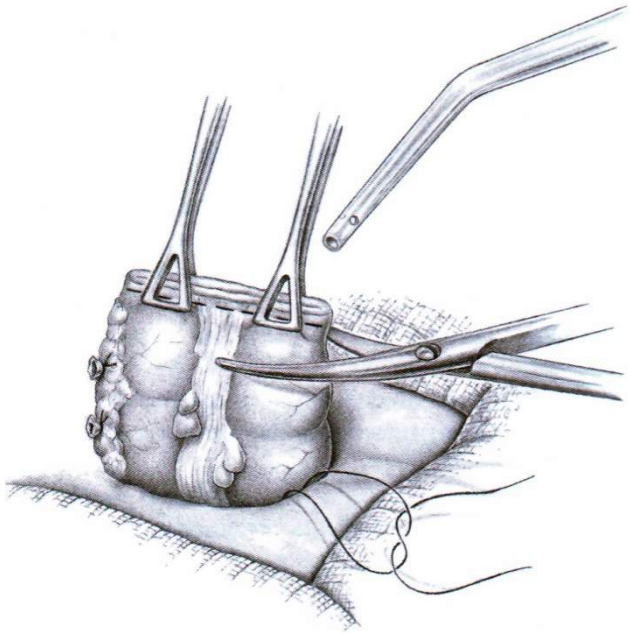
Փուլ 10.

Մեխանիկական կարով փակված աղիքի եզրը անցկացվում է ստոմայի անցքով և առանձին կարերով նախնական ամրացվում մաշկի մակարդակին, որպեսզի բացառվի նրա հետ քաշվելը դեպի որովայնի խոռոչ: Ներքին ճողվածքի կանխարգելման համար, որովայնի ներսից անցքը փակվում է առպատային որովայնամզի քսակակարով:



Փուլ 11.

Աղիքի լուսանցքը բացվում է մեխանիկական կարի գծով, հակասեպտիկ նյութով մաքրվում ու մշակվում: Աղիքային պարունակությունը պետք է ենթարկվի արտածծման:



Փուլ 12. *Ստոմայի ֆիքսացիա*

Ստոման ամրացվում է առանձին մաշկ-լորձաթաղանթային կարերով /3-0PGA/: Այն չպետք է արյունահոսի, բայց պետք է պահպանի կենսունակությունը /այսինքն լորձաթաղանթը պետք է լինի վարդագույն/: Գունաթափման դեպքում անհրաժշտ է աղիքի հետագա

մասնահատում, մինչև կենսունակ հյուսվածքներ և նոր ստոմայի ձևավորում: Վիրահատությունը ավարտվում է կղանքընդունիչ սարքի տեղադրումով:

Անատոմիական յուրահատկություններ, լուրջ ռիսկեր, վիրահատական հնարքներ

ա/ Ստոմայի համար անցքը ուղիղ մկանի շրջանում պետք է լինի բավականաչափ լայն, որպեսզի տեղավորի սիգմայաձև աղին, միջընդերքի անհրաժշետ քանակի հետ:

Զգուշացում՝ խուսափեք որովայնի պատի վրա դուրս բերված սիգմայաձև աղու ոլորումից:

բ/ Ստոման չպետք է ունենա ձգվածություն, պետք է թողնել որոշ «երկարության ավելցուկ», որպեսզի բացառվի նրա պոկումը, որովայնի պատի ձգվածության հետևանքով:

Գործառույթներ սպեցիֆիկ բարդությունների ժամանակ

- ✓ Ստոմայի բարդությունների դեպքում.
  - օպտիմիզացրեք ստոմայի խնամքը,
  - կրկնակի վիրահատություն, ըստ ցուցումների,
  - քննարկեք ստոմայի ռեամպուտացիայի կամ մեկ այլ տեղ տեղափոխելու հնարավորությունը:

Հետվիրահատական գործառույթներ

Բժշկական խնամք՝ կախված է ընդհանուր իրավիճակից, 1-2 օրից հեռացրեք քիթ-ստամոքսային զոնդը, ստոմայի խնամքը սկսեք մինչև դուրս գրումը, հայտնեք նման հիվանդին օգնող խմբերի գոյության մասին, եթե նրանք գործում են:

Կերակրման վերսկսում՝՝ թույլատրեք հեղուկի քիչ քանակներ 2-3-րդ օրից, սովորական սննդակարգ՝ անմիջապես ստոմայի գործելուց հետո:

Աղիների գործունեությունը՝ ոչ մեծ ծավալների հոգնաներ ստոմայից և բերանով թուլացնող միջոցներ 4-րդ օրվանից:

Ակտիվացում՝՝ անմիջապես:

Ֆիզիոթերապիա՝ շնչառական վարժություններ:

Անաշխատունակության տևողությունը՝ 2-3 շաբաթ:

ՍՏՈՄԱՅԻ ՓԱԿՈՒՄ

Ցուցումներ և հակացուցումներ

Ցուցումներ՝

- Պլանային. եթե ստոման այլևս պետք չէ: Փակման ժամկետը հիմնականում որոշվում է ոչ թե ստոմայի ձևավորման ժամանակով / ստոմայի ձևավորումից 1-ից մինչև 4-6 շաբաթ անց/, այլ ընդհանուր հանգամանքներով:

Հակացուցումներ՝

- դիստալ ստենոզ,
- բերանակցման անբավարարություն կամ դիսֆունկցիա:

Նախավիրահատական հետազոտություններ և պատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ աղիքի դիստալ սեգմենտի էնդոսկոպիա կամ ռենտգենկոնտրաստային հետազոտություն:
- ✓ ճառագայթային հետազոտություն /ԳՋՀ և ՀՇ-սկանավորում/ ուռուցքների մոտակա ու հեռավոր տարածման հայտնաբերման համար:

Հիվանդի պատրաստում՝ աղիների օրտոգրադ, ինչպես նաև դիստալ հատվածի լվացում, հարվիրահատական հակաբակտերիալ թերապիա, քիթ-ստամոքսային զոնդ, միզային կատետեր:

Սպեցիֆիկ ռիսկեր, հիվանդի տեղեկացված համաձայնությունը

- ❖ Բերանակցման անբավարարություն, խուղակ /<10% դեպքում/:
- ❖ Ներորովայնային թարախակույտ /<5%/:
- ❖ Կարի բացում /10-20%/:
- ❖ Բերանակցման նեղացում:

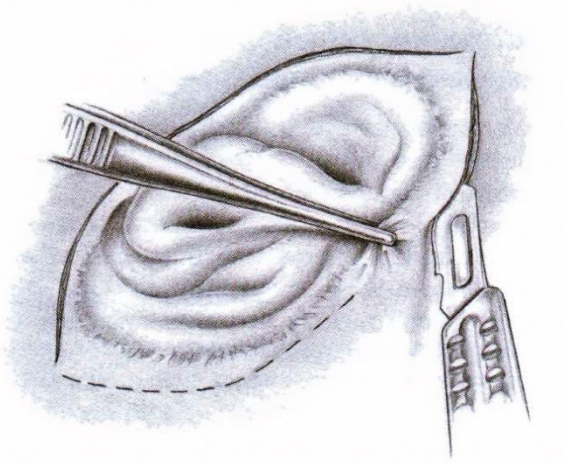
Հիվանդի դիրքը՝ մեջքի վրա պառկած:

Մուտքը՝ կարճ օվալածև կտրվածք ստոմայի շուրջը:

Վիրահատություն

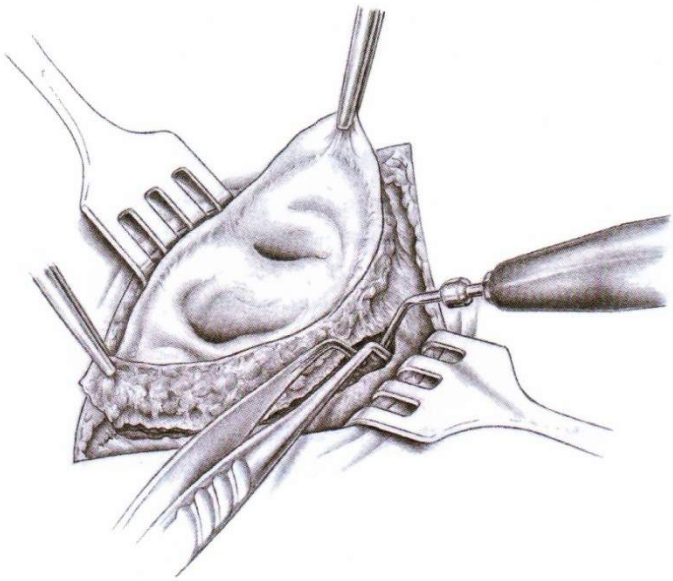
Փուլ 1. Օվալածև կտրվածք ստոմայի շուրջը

Կտրվածքի մեջ պետք է ներառվի մաշկի 3-5մմ-ոց եզր ենթամաշկային շերտով, հնարավորություն տալով բռնիչով բռնելու մաշկը:



Փուլ 2. *Ենթամաշկային շերտի դիսեկցիա*

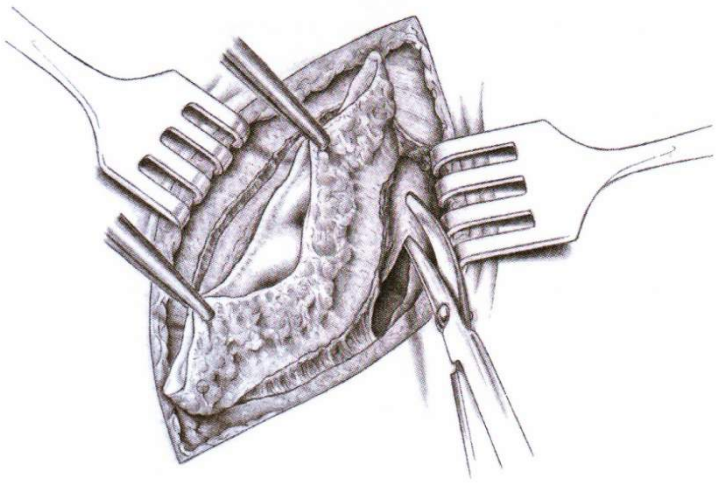
Ենթամաշկային շերտի հատումից հետո երկու լայնիչով բացվում են վերքի եզրերը և ստոմայի ենթամաշկային կպումները կտրող դիաթերմիայով հետևողական հատվում: Առանձին անոթները բռնվում են և ենթարկվում կոագուլյացիայի: Մաշկի եզրերը պահվում են սուր կեռիկներով: Դիսսեկցիան շարունակվում է դեպի ներքև, մինչև ապոնևրոզի դեֆեկտ, այնպես որ հնարավոր լինի մնալ աղիքին մոտ և չվնասել մկանը:



Փուլ 3. *Դիսսեկցիա ապաոնևրոզի մակարդակում*

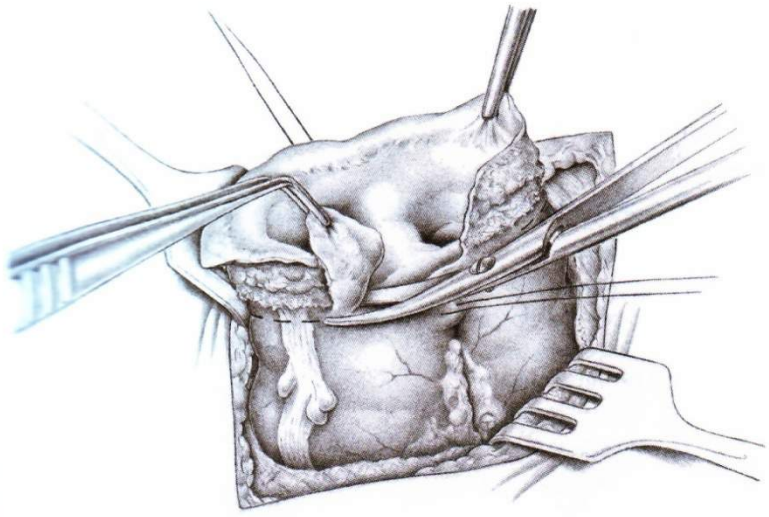
Դիսսեկցիան շարունակվում է աղիքի պատի երկյանքով մինչև ապոնևրոզ: Բոլոր հանդիպած կպումները հատվում են կամ ենթարկվում կոագուլյացիայի: Ապոնևրոզի մակարդակին աղիքը բոլոր կողմերից պետք է լինի ազատ ու շարժուն: Առանձին կպումային խտրոցներ տեսողական հսկողության տակ բռնիչների վրա հատվում են: Դիսսեկցիայի

ավարտից հետո վիրաբույժի ցուցամատը ապոնևրոտիկ կպումների մակարդակում պետք է ազատ շարժվի աղիքի շուրջբոլորը: Այս մակարդակում են հատվում նաև որովայնի պատի հետ կպումները:



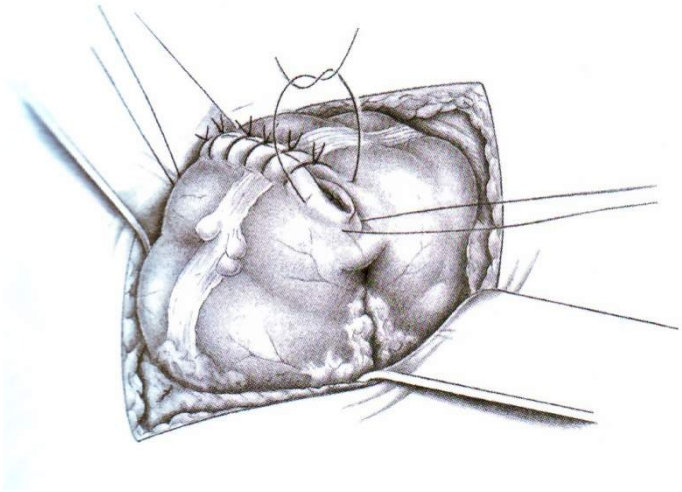
Փուլ 4. *Աղիքի պատի դիսսեկցիա*

Բերող ու տանող աղիքային սեգմենտների լրիվ տեղայնացումից հետո, երկու կողմից միջընդերքի կպման տեղում դրված կապեր-բռնիչներից ձգելով, աղիքը դուրս է բերվում որովայնի առաջային պատի վրա: Որովայնի պատի վերքը պաշտպանվում է ասեպտիկ լուծույթով թրջված թանզիֆով: Աղիքի պատը ստոմայի եզրից մոտ 0.5 սմ ներքև մասնահատվում է: Այն բերում է 1սմ լայնքով մաշկ-լորձային մանժետի առաջացման, որը ստոմայի ամբողջ տրամագծով հեռացվում է: Մանր անոթները բռնվում են, ենթարկվում կոագուլացիայի կամ կապվում: Դիսսեկցիայի ավարտից հետո աղիքի պատերը բոլոր կողմերից պետք է ունենան արյան լավ մատակարարում և լինեն առանց ձգման հասու բերանակցման համար:



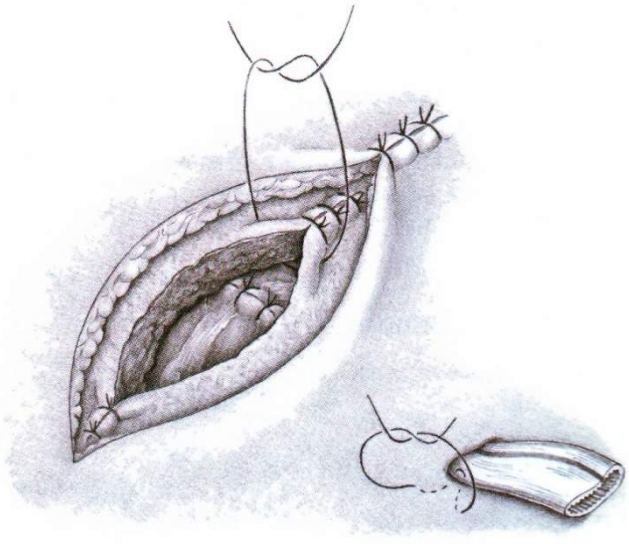
Փուլ 5. *Աղիքային պատի կար*

Աղիքային պատը փակվում է միաշարք հանգուցակարերով /3-0PGA/ աղիքի լայնակի առանցքի երկայնքով: Կարերի միջև տարածությունը հասնում է 0.6սմ: Կարի գիծը պետք է լինի հերմետիկ և չխանգարի արյան մատակարարմանը: Կարելի է կիրառել նաև միաշարք անընդհատ կարի եղանակը:



Փուլ 6. Որովայնհատման վերքի փակում

Դրենավորումը պարտադիր չէ: Եթե թողնվում է, ապա այն դուրս է բերվում որովայնի խոռոչից առանձին վերքով և ֆիկսող կարով ամրացվում: Որովայնի պատը փակվում է խորը ապոնևրոտիկ կարերով, ենթամաշկային տարածությունը դրենավորվում ակտիվ դրենաժով, իսկ մաշկը՝ փակվում հանգուցակարերով:



Անատոմիական յուրահատկություններ, լուրջ ռիսկեր, վիրահատական հնարքներ

ա/ իլեոստոմայի դեպքում /ինչպես նաև ոչ պարզ իրավիճակներում/ ցանկալի է լրիվ մասնահատել ստոման և ստեղծել “ծայրը-ծայրին” ֆորմալ բերանակցում,

բ/ անհրաժեշտ է ապահովել ստոմայի մաշկային եզրերի համարժեք հատում, այտուցված կամ սպիական փոփոխություններով եզրերի պայմաններում չպետք է փորձել ձևավորել նոր բերանակցում:

գ/ մեծ մատի և ցուցամատի օգնությամբ պետք է ստուգվի բերանակցման անցանելիությունը:

Գործառույթներ սպեցիֆիկ բարդությունների ժամանակ

⇒ բերանակցման անբավարարություն. եթե բացակայում է դիստալ խցանում, կա լավ դրենաժ և չկան բորբոքման նշաններ՝ պարենտերալ սնուցման պայմաններում կարելի է ակնկալել նրա ինքնուրույն ապաքինում:

⇒ վերքի բացում. վերքը լայն բացեք և սպասեք նրա երկրորդային լավացմանը:

Հետվիրահատական գործառույթներ

Բժշկական խնամք՝ հեռացրեք քիթ-ստամոքսային զոնդը 1-2-րդ, ակտիվ դրենաժը՝ 2-րդ,իսկ դրենաժները որովայնի խոռոչից 5-7-րդ օրերին:

Կերակրման վերսկսում՝ 3–րդ օրվանից քիչ քանակով հեղուկներ, պինդ սնունդ՝ ստոմայով գազերի ու կղանքի դուրս գալուց հետո:

Աղիքի գործունեություն՝՝պրոկինետիկների նշանակում 4-րդ օրվանից, հնարավոր է թեթև լուծողական միջոցների նշանակում 5-7-րդ օրերից:

Ակտիվացում՝ անմիջապես:

Անաշխատունակության տևողությունը՝ 2 շաբաթ:

ԿՈԼՈՏՈՄԻԱ ԵՎ ՊՈԼԻՊԷԿՏՈՄԻԱ

Ցուցումներ ու հակացուցումներ

Ցուցումներ՝

- խթաղու հաստ հիմքով ադենոմաներ, որոնք չեն կարող հեռացվել էնդոսկոպիկ եղանակով:

Հակացուցումներ.

- բիոպսիայով հաստատված 3-րդ ու բարձր աստիճանի դիսպլազիա:

Այլընտրանքային գործառույթներ՝ ուռուցքաբանական սկզբունքներին համապատասխան ֆորմալ սեգմենտար մասնահատում:

Նախավիրահատական հետազոտություն ու պատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատական ուսումնասիրություն՝

- ✓ այլ հաստաղիքային ախտահարումների բացառում, էնդոսկոպիա բիոպսիայով, որովայնի ԳՁՀ:

Հիվանդի պատրաստում՝ աղիքի օրտոգրադ լավաժ, հարվիրահատական հակաբիոտիկ թերապիա, միզապարկի կատետերի տեղադրում:

Սպեցիֆիկ ռիսկեր, հիվանդի տեղեկացված համաձայնությունը

- ❖ Վիրահատական ծավալի ընդլայնում չարորակ ուռուցքի հայտնաբերման դեպքում,
- ❖ Բերանակցման գծի կարերի անբավարարություն, որովայնաբորբ, թարախակույտ կամ խուղակ /5% դեպքերում/,
- ❖ Ադենոմայի կրկնություն

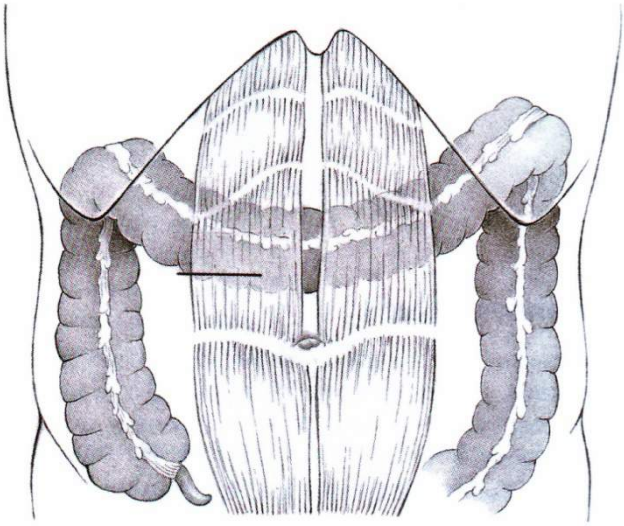
Հիվանդի դիրքը՝ պառկած մեջքի վրա, հնարավոր է լիտոտոմիկ դիրք

Մուտք՝ միջային լապարաստոմիա, կախված գոյացության տեղակայումից, հնարավոր է նաև հարմիջային կտրվածք կամ կտրվածք ըստ Պֆաննենշտիլի:

Վիրահատություն

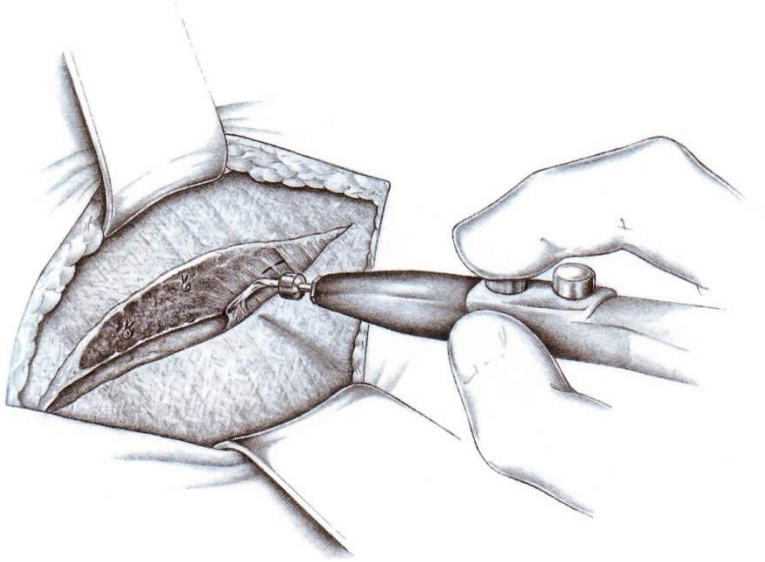
Փուլ 1. *Մուտք*

Ներկայումս կոլոտոմիան կիրառվում է խիստ հազվադեպ: Մաշկի կտրվածքը կախված է գոյացության տեղակայումից: Այստեղ նկարագրված է միջաձիգ հաստ աղու աջ կեսում տեղակայած պոլիպի հեռացում և համապատասխան իրականացվում է կարճ լայնակի կտրվածք որովայնի խոռոչի վերին հատվածում, ինչպես տրանսվերզոստոմայի դեպքում:



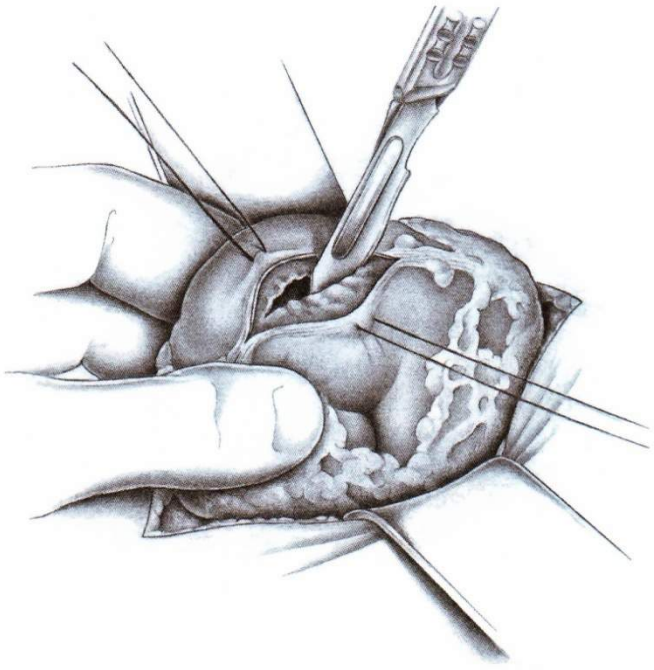
Փուլ 2. *Որովայնահատում*

Մաշկի ու ենթամաշկային ճարպաշերտի հատումից հետո բացվում են ապոնևրոզը, որովայնի ուղիղ մկանի արտաքին շերտն ու որովայնամիզը: Տեղադրվում է ռետրակտոր և հայտնաբերվում միջաձիգ հաստ աղին: Շոշափվող պոլիպի շրջանում այն ազատվում է մեծ ճարպոնից ու դուրս բերվում:



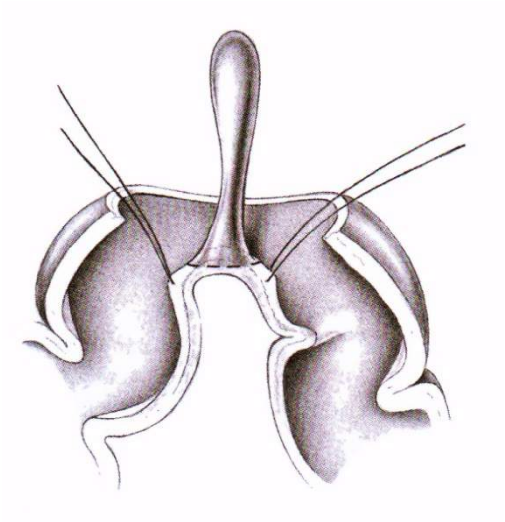
Փուլ 3. *Աղիքի լուսանցքի բացում*

Հաստ աղին վերցվում է կարեր-բռնիչների վրա և, նրանց միջև, պատը նշտարով բացվում: Սովորաբար աղիքի պատը հատվում է taenia libera-ով, բայց այն հիմնականում պայմանավորված է գոյացության տեղակայումով, քանի որ աղիքի պատը անհրաժեշտ է բացել պոլիպի հակառակ կողմից, եթե դա հնարավոր է:



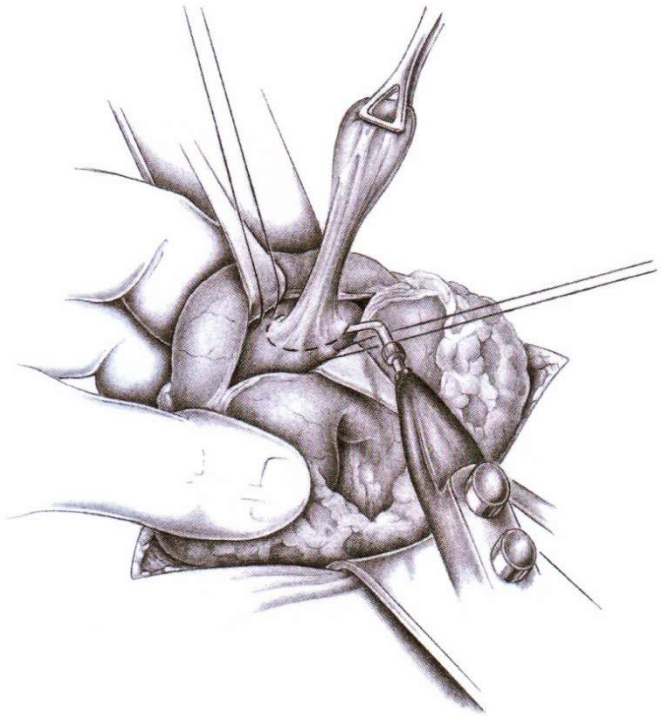
Փուլ 4. *Պոլիպէկտոմիա*

Պոլիպի հիմքից ավելի պրոքսիմալ ու դիստալ դրվում են կարեր-բռնիչներ թույլ տալով դուրս բերել նրան վերքի մեջ: Որոշ դեպքերում հարմար կարող են լինել կարեր-բռնիչները դրված պոլիպի հիմքի շուրջը:



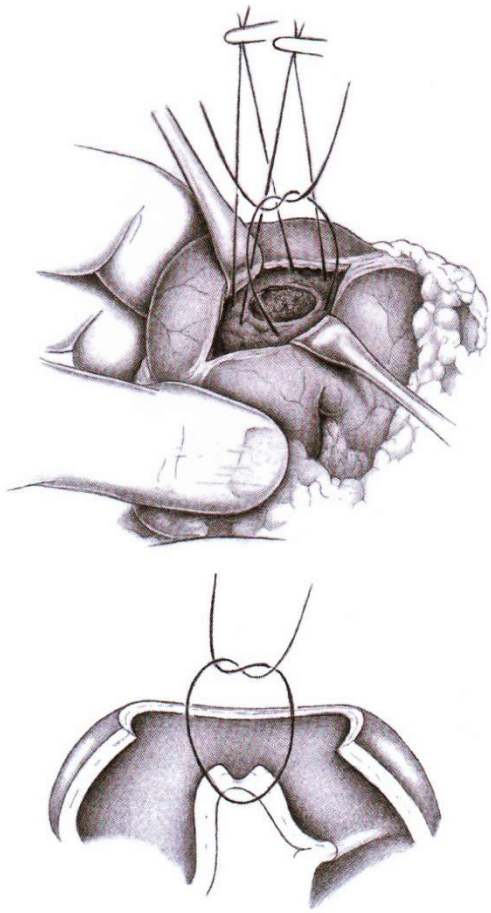
Փուլ5.

Պոլիպն ամբողջությամբ /նրա հիմքի հետ միասին/ աղիքի պատից հատվում է կտրող դիաթերմիայով: Որոշ դեպքերում դրա համար անհրաժեշտ է հատել պատի մի մասը, ստացված դեֆեկտը փակելով առանձին կարերով:



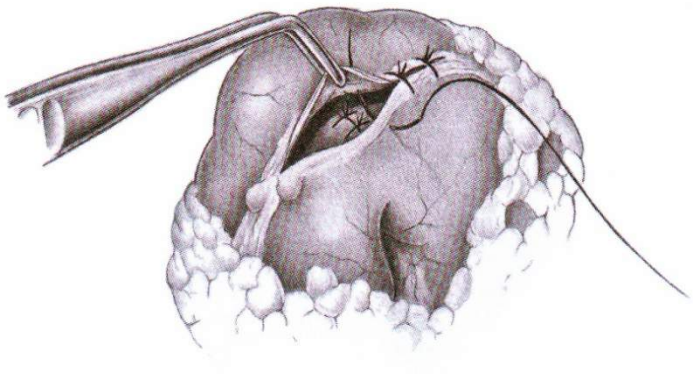
Փուլ 6.

Դեֆեկտի փակումը հանգուցակարերով պետք է իրականացվի շատ ուշադիր, որպեսզի աղիքի հետին պատին բաց չթողնվի որևէ անցք: Հետին խորը կարերի մեջ չպետք է վերցվեն արտաաղիքային կառուցվածքներ: Այդ իսկ պատճառով աղիքը պետք է զննվի բոլոր կողմերից:



Փուլ 7. *Կոլոստոմայի փակումը*

Այն փակվում է առանձին հանգուցակարերով /3-0PGA/: Կարի գիծը կարող է փակվել ճարպոնի հատվածով: Քանի որ կոլստոմիայից հետո կարող է զարգանալ որովայնաբորբ անհրաժշետ է կարեր դնել չխախտելով աղիքի արյան մատակարարումը: Եթե դեֆեկտը պոլիպէկտոմիայից հետո ստացվում է շատ մեծ կամ աղիքի պատը ենթարկվել է տրավմայի՝ խորհուրդ է տրվում իրականացնել հաստ աղու սեգմենտի ցիրկուլյար մասնահատում "ծայրը-ծայրին՛" բերանակցումով: Հեռացված հյուսվածքները միշտ պետք է ուղարկվեն հյուսվածքաբանական քննության: Չարորակ ուռուցքի հայտնաբերման դեպքում վիրահատական ծավալը պարտադիր ընդլայնվում է մինչև աղիքի մասնահատում և ռեգիոնար ավշային համակարգի հեռացում:



Անատոմիական առանձնահատկություններ, լուրջ ռիսկեր, վիրահատական հնարքներ:

Ադենոմայի ներվիրահատական փնտրտուկը կարող է հեշտացնել, անմիջապես միջամտությունից առաջ իրականացված էնդոսկոպիան և ներկանյութով նրա նշագրումը: Հակառակ դեպքում կարելի է կատարել ներվիրահատական կոլոնոսկոպիա:

Գործառույթները սպեցիֆիկ բարդությունների ժամանակ

Կարի գծի բացվելու դեպքում, եթե անբավարարության շրջանը լավ դրենավորվում է և չկան համակարգային բորբոքման նշաններ, հիվանդին կարելի է տեղափոխել պարենտերալ սնուցման և սպասել խուղակի ինքնուրույն փակմանը: Որովայնաբորբի նշանների դեպքում իրականացվում է կրկնակի որովայնահատում, որովայնի խոռոչի սանացիա և անբավարարության տեղից վեր ստոմայի ձևավորում կամ հենց նրա դուրս բերում, որպես ստոմա:

Հետվիրահատական գործառույթներ

Բժշկական խնամք՝ հեռացրեք քիթ-ստամոքսային զոնդը 1-2-րդ և դրենաժը՝ 5-7-րդ օրը:

Կերակրման վերսկսում՝ թույլ հեղուկներ 2-րդ օրից, պինդ սնունդ, առաջին հետվիրահատական կղանքից հետո:

Աղիների գործունեություն՝ հնարավոր է թեթև լուծողական միջոցների ընդունում 5-րդ օրից:

Ակտիվացում՝ անմիջապես:

Անաշխատունակության տևողությունը՝ 1-2 շաբաթ:

ԱՄՈՔԻՉ ԲԵՐԱՆԱԿՑՈՒՄ ՁՍՏԱՊՈՒ ԵՎ ՄԻՋԱՁԻԳ ՀԱՍՏ ԱՂՈՒ ՄԻՋԵՎ

Ցուցումներ ու հակացուցումներ

Ցուցումներ՝

- բարակ աղու դիստալ կամ խթաղու պրոքսիմալ սեգմենտի անմասնահատելի ստենոզ, պայմանավորված ուռուցքային գործընթացով:

Հակացուցումներ՝

- միջաձիգ հաստ աղու կեսից ավելի դիստալ տեղակայված ուռուցքային ստենոզ:

Այլընտրանքային գործառույթներ՝ պարենտերալ սնուցում և երկար խողովակով աղիքի դեկոմպրեսիա:

Նախավիրահատական հետազոտություն և պատրաստումվիրահատությանը

Նախավիրահատական ուսումնասիրություններ՝

- ✓ ախտաբանության հյուսվածաբանական հաստատում,
- ✓ բազմակողմանի ախտորոշիչ ստուգում ուղղված մետաստազների հայտնաբերմանը. ԳՋՀ, էնդոսկոպիա բիոպսիայով կամ մաշկի միջով բիոպսիա, ՀՇ, կոնտրաստ զանգվածով /ջրում լուծվող կոնտրաստ նյութ/ ստամոքս-աղիքային տրակտի ռենգենաբանական հետազոտություն:

Հիվանդի պատրաստում՝ քիթ-ստամոքսային զոնդ, հնարավոր է երկար աղիքային խողովակի օգտագործում /Դեննիսի խողովակ/:

Սպեցիֆիկ ռիսկեր, հիվանդի տեղեկացված համաձայնությունը

- ❖ Կրկնակի օբստրուկցիա /խցանում/,
- ❖ Բերանակցման անբավարարություն,
- ❖ Որովայնաբորբ:

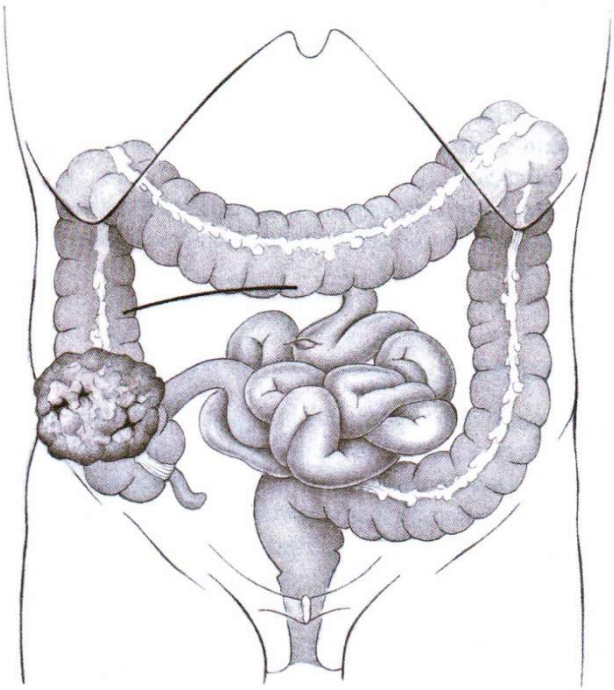
Հիվանդի դիրքը՝ պառկած մեջքի վրա:

Մուտքը՝ միջային որովայնահատում /կախված իրավիճակից/: Հնարավոր այլընտրանք է լապարասկոպիկ մուտքը 3-4 տրոակարների ու մի քանի Endo-GYA–ների կիրառումով:

Վիրահատություն

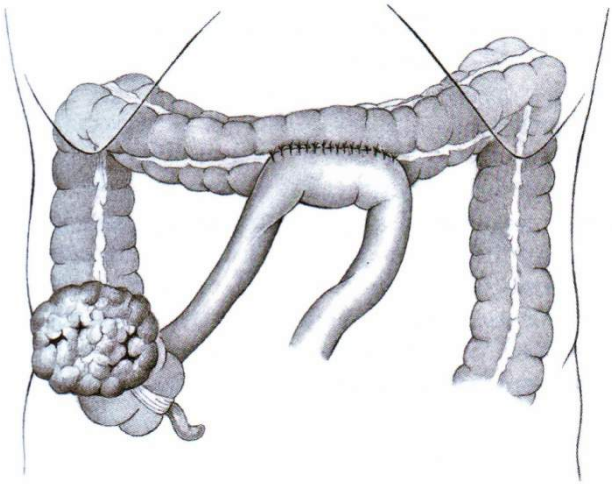
Փուլ 1. Մուտք

Հաստ աղու քաղցկեղի ժամանակ վիրահատության նպատակը ուռուցքի հեռացումն է: Նույնիսկ ամոքիչ ցուցումներով առավել նպատակահարմար է փորձել իրականացնել R_2 մասնահատում, չթողնելով ամբողջ ուռուցքը տեղում: Չնայած ուռուցքի ծավալուն ներաճը դեպի որովայնի պատ, տասներկումատյա աղի, ենթաստամոքսային գեղձ, լյարդի դրունք՝ հաճախ խոչընդոտում է իրականացնել նույնիսկ ամոքիչ մասնահատում: Նման դեպքերում ցուցված է ամոքիչ բերանակցման ձևավորում զստաղու և միջաձիգ հաստ աղու միջև: Լավագույն մուտքը վերին աջ լայնակի որովայնահատումն է: Հնարավոր են նաև միջային կամ աջ պարառեկտալ կտրվածքներ: Եվս մեկ այլընտրանք է՝ լապարասկոպիկ մուտքը, գծային կարող գործիքով բերանակցման ձևավորումով:



Փուլ 2. *Վիրահատության սկզբունքներ*

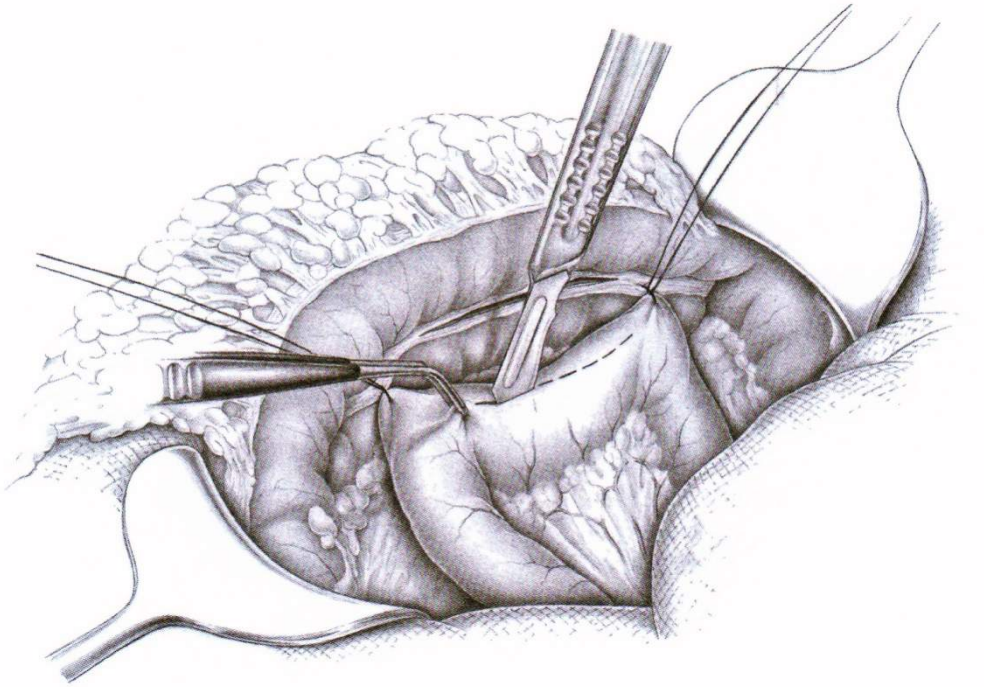
Բերանակցումը իրականացվում է զստաղու տերմինալ հատվածի և միջաձիգ հաստ աղու միջև: Պետք է լինել զգույշ, չոլորելու համար բարակ աղու գալարը և չառաջացնել բերանակցման շրջանի ձգում:



Փուլ 3. *Մոտեցում բարակ և հաստ աղիներին*

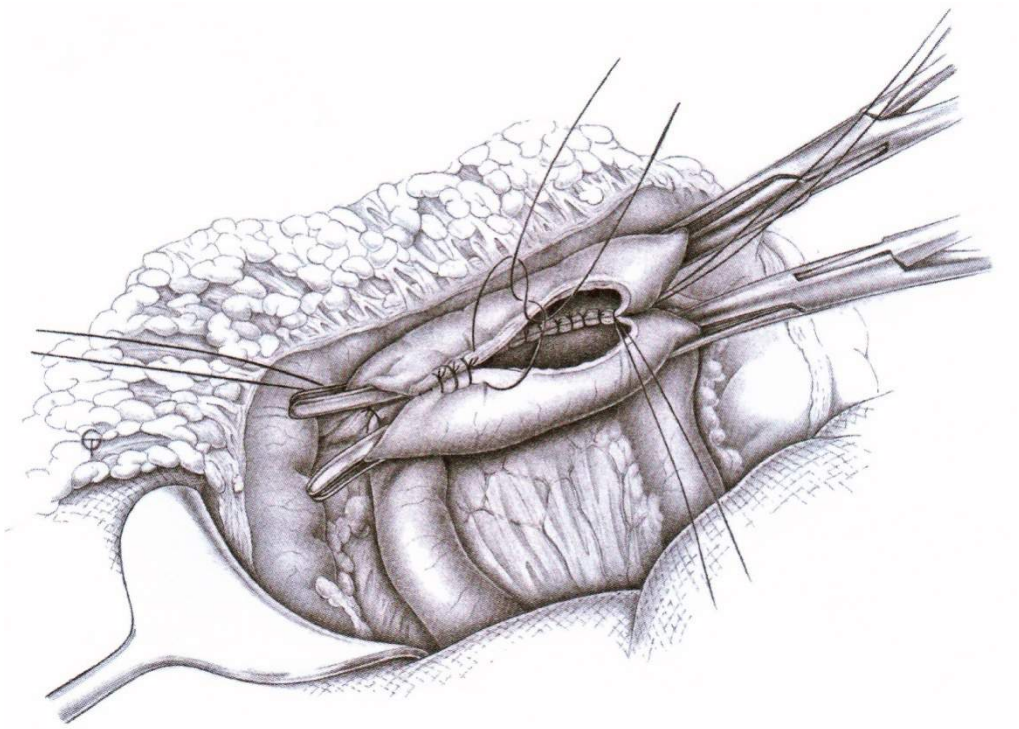
Որովայնի խոռոչի բացելուց հետո հաստ աղին ճարպոնի հետ տարվում է դեպի վեր: Հայտնաբերվում է զստաղու վերջին գալարը, որը երկու առանձին կարերով ամրացվում է միջաձիգ հաստ աղու taenia libera-ին: Բերանակցումը կարելի է ձևավորել բաց եղանակով կամ

կարող գործիքի միջոցով: Բաց եղանակի դեպքում հաստ աղիքը բացվում է taenia libera-ի երկայնքով, իսկ բարակը՝ երկու կար-բռնիչների միջև: Հաստ աղու վրա կարևոր է նշտարի կիրառումը մետանի պայթյունի վտանգի պատճառով, մինչդեռ բարակ աղու համար ավելի նպատակահարմար է դիաթերմիայի օգտագործումը:



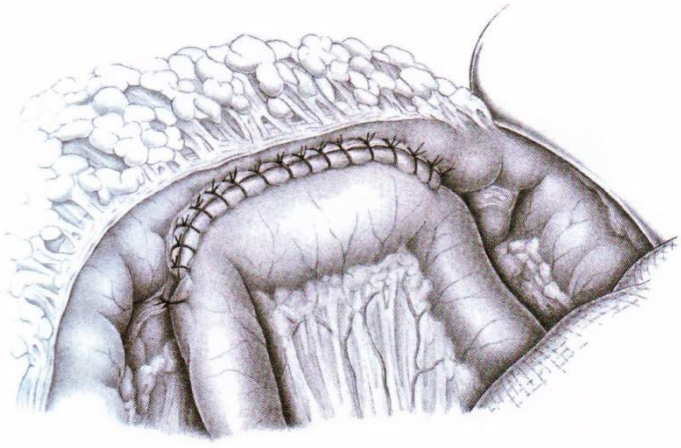
Փուլ 4. Ջեռքի եղանակով բերանակցում

Աղիների լուսանցքները մեկուսացվում են փափուկ սեղմիչներով: Նրանց շուրջբոլորը փակվում է թանզիֆներով: Բերանակցման հետին պատը ձևավորվում է միաշարք հանգուցակարով: Հետին պատի անկյունային կարերը թողնվում են երկար որպեսզի հնարավոր լինի նրանց ձգել ու խորասուզել առաջային պատի կարի մեջ: Կարանյութը և կարերի միջև տարածությունը տիպային են աղիների մասնահատման համար: Աղիքային սեղմիչները հանում են բերանակցման առաջային պատի ձևավորումից հետո: Հերմետիկությունը հաստատվում է սեղմիչ դնելով, իսկ բերանակցման լայնությունը՝ մեծ մատով ու ցուցամատով:



Փուլ 5.

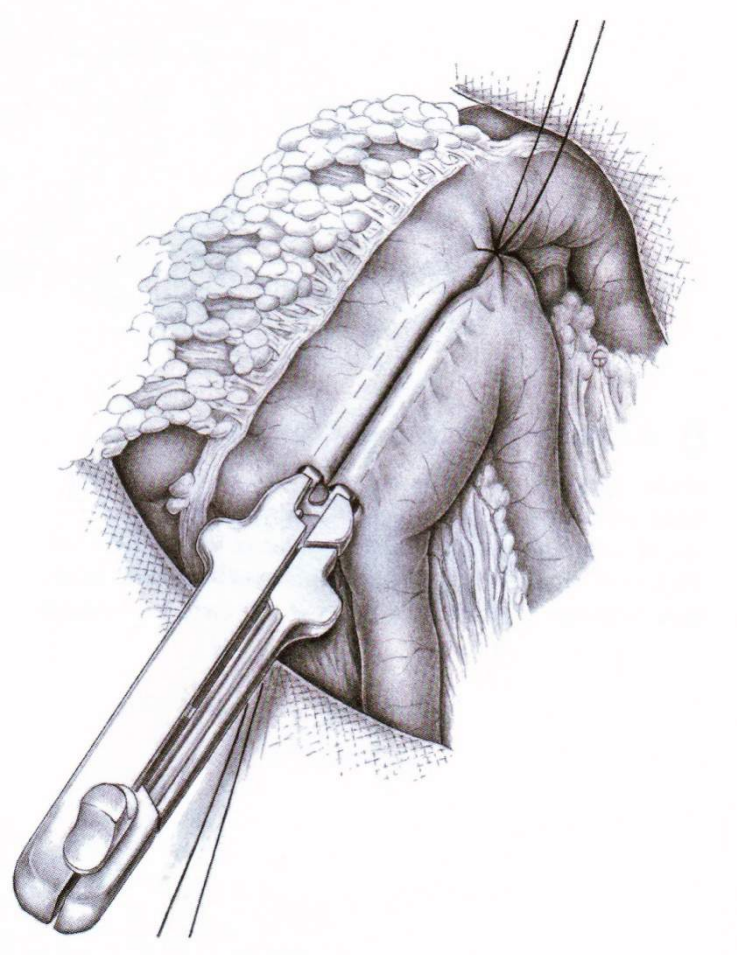
Բերանակցման ձևավորման ավարտից հետո ստուգվում է նրա դիրքը: Բերանակցման ծալվելուց խուսափելու և բարակ աղու գալարի առավելագույնս բացվելու համար բերող ու տանող գալարները կարող են կարվել taenia libera-ին առանձին կարերով: Բերանակցումը ծածկում են ճարպոնով: Վիրահատությունը ավարտվում է որովայնի խոռոչի դրենավորումով ու նրա պատի շերտ առ շերտ կարումով:



Փուլ 6. *Գործիքային բերանակցում*

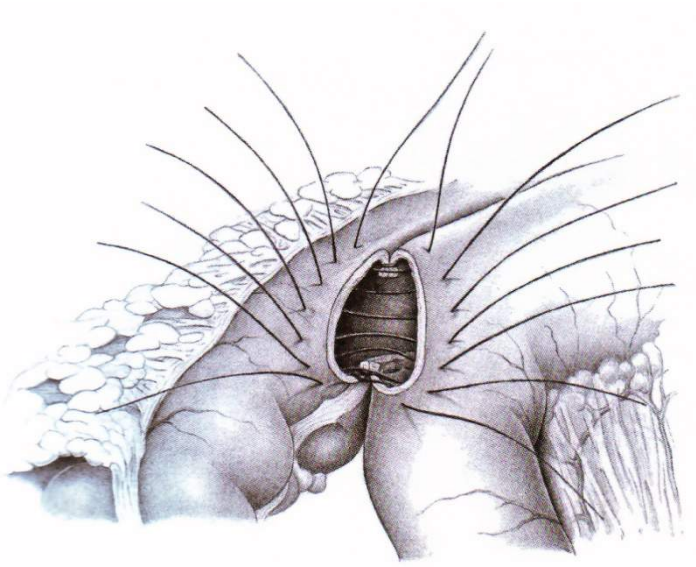
Կարող GYA գործիքի կիրառման ժամանակ բարակ ու հաստ աղիները մոտեցվում են նույն եղանակով՝ երկու կարեր բռնիչներով: Աջ կար բռնիչի դիմացով երկու 1 սմ-ոց կտրվածքներով բացվում են աղիների լուսանցքները՝ կարող սարքի երկու բրանշների համար:

Պետք է համոզվել, որ հետևից վերցվել են միայն աղիների պատերը, առանց որևէ այլ կառուցվածքների: Այդ իսկ պատճառով խորհուրդ է տրվում հաստատել սարքի դիրքը, տեղադրելով ձեռքը բարակ աղեգալարի հետևում: Կարող սարքի աշխատացնելուց հետո բերանակցումը շուռ է տրվում և հետազոտվում՝ հնարավոր արյունահոսող աղբյուրի հայտնաբերման համար: Ոչ հազվադեպ գործիքային կարի գծի վրա կարելի է հայտնաբերել շիթով արյունահոսող անոթ, ինչը պահանջում է նրա կարով կապումը:



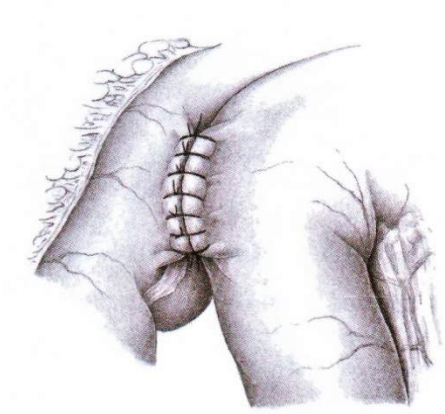
Փուլ 7.

Կարող սարքի հեռացումից հետո հաստ ու բարակ աղիների պատերի օվալ դեֆեկտը փակվում է հանգուցակարերով դրված լայնակի ուղղությամբ: Որպեսզի ապահովվի անվտանգ փակում, կարի գիծը պետք է հասնի մեխանիկական կարի գծին:



Փուլ 8.

Կարի ավարտից հետո աղիքի երկու լուսանցքները մի անգամ ևս փակվում են: Ինչպես և ձեռքով կարի ժամանակ բերանակցման ծալվելը բացառելու համար խորհուրդ է տրվում բերող ու տանող բարակ և հաստ աղիների պատերի միջև դնել առանձին կարեր:



Գործառույթներ սպեցիֆիկ բարդությունների ժամանակ

- Բերանակցման անբավարարություն. ինչքան հնարավոր է տանել կոնսերվատիվ, որովայնաբորբի նշանների դեպքում՝ կրկնակի վիրահատություն, բերանակցումը դուրս բերելով որպես ստոմա:

Հետվիրահատական գործառույթներ

Բժշկական խնամք՝ հեռացրեք քիթ-ստամոքսային զոնդը ռեֆլյուքսը նվազագույնին հասնելու և աղիների գործունեության նշաններ հայտնվելուն պես: Դրենաժները հեռացրեք 7-8-րդ օրը:

Կերակրման վերսկսում՝՝ թույլ տվեք հեղուկների օգտագործում 1-2-րդ օրից, հնարավոր է նույնիսկ քիթ-ստամոքսային զոնդի պայմաններում: Պինդ սնունդը՝ առաջին հետվիրահատական կղանքից հետո:

Աղիների գործունեություն՝ հետվիրահատական շրջանում հնարավոր է ջրում լուծվող կոնտրաստային նյութի նշանակում, բերանով կամ քիթ-ստամոքսային զոնդով՝ աղիների պարունակության շարժման ստուգման համար:

Անաշխատունակության տևողությունը՝ կախված է ընդհանուր իրավիճակից:

Փորձված վիրաբուժի խորհուրդները

- Անհրաժեշտ է ճիշտ որոշել բարակ և հաստ աղու սեգմենտների բերանակցվող հատվածները:
- Բերանակցման լայնությունը պետք է կազմի 8-10սմ:
- Բերանակցումը կարելի է ձևավորել միաշարք անընդհատ կարի եղանակով, ամրացնելով առանձին հանգուցակարերով նրա երկու անկյունները:

ԱՋԱԿՈՂՄՅԱՆ ՀԵՄԻԿՈԼԷԿՏՈՄԻՅԱ

Ցուցումներն ու հակացուցումները

Ցուցումները՝

- Իլեոցեկալ հատվածի, վերել և միջաձիգ հաստ աղու, լյարդային անկյան չարորակ ուռուցքներ,
- Վերել հաստ աղու բարորակ ախտահարումներ, որոնց ժամանակ ավելի քիչ տարածուն մասնահատումը անընդունելի է:

Այլընտրանքային գործառույթներ՝ իլեոցեկալ մասնահատում, ընդլայնված աջակողմյան հեմիկոլէկտոմիա, սուբտոտալ կոլէկտոմիա, ամոքիչ էնտերո-էնտերոստոմա:

Նախավիրահատական հետազոտություններ և պատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատական ուսումնասիրություններ՝

- ✓ պարատադիր կոլոնոսկոպիա, բիոպսիայով ու ստացված հյուսվածքների հյուսվածքաբանական հետազոտությամբ:
- ✓ Հնարավոր է կոնտրաստային ռենտգենաբանական նկարահանում:
- ✓ Ցանկալի է գինեկոլոգիական և ուռոլոգիական հետազոտում:
- ✓ Հեռակա մետաստազների բացառման համար կիրառվում են ԳՋՀ և ՀԾ:

Հիվանդի պատրաստում՝ աղիքի օրտոգրադ լավաժ, կենտրոնական երակի կատետերիզացիա, հարվիրահատական հակաբակտերիալ թերապիա, միզապարկի կատետերիզացիա, անեմիայի կարգավորում /եթե կան նշաններ/:

Սպեցիֆիկ ռեիսկեր, հիվանդի տեղեկացված համաձայնությունը

- Բերանակցման անբավարարորություն /2% դեպքերում/:
- Արյունահոսություն /1%/:
- Աղիքային անանցանելիություն /2%/:
- Վերքային ինֆեկցիա /2-10%/:
- Միզածորանի կամ 12-մատյա աղու վնասում:

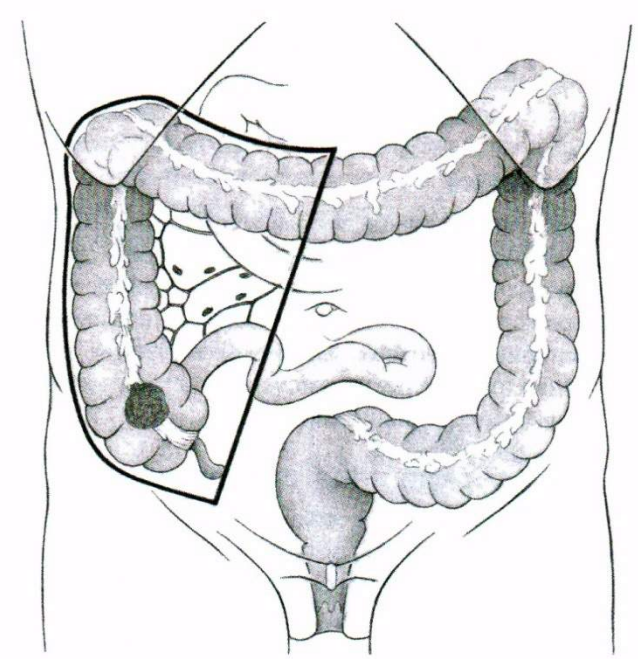
Հիվանդի դիրքը՝ մեջքի վրա պառկած

Մուտքը՝ միջային, աջակողմյան հարմիջային կամ վերին լայնակի որովայնահատում, որին բնորոշ են լավագույն կոսմետիկ արդյունքներ ու քիչ քանակի հետվիրահատական ճողվածքներ:

Վիրահատություն

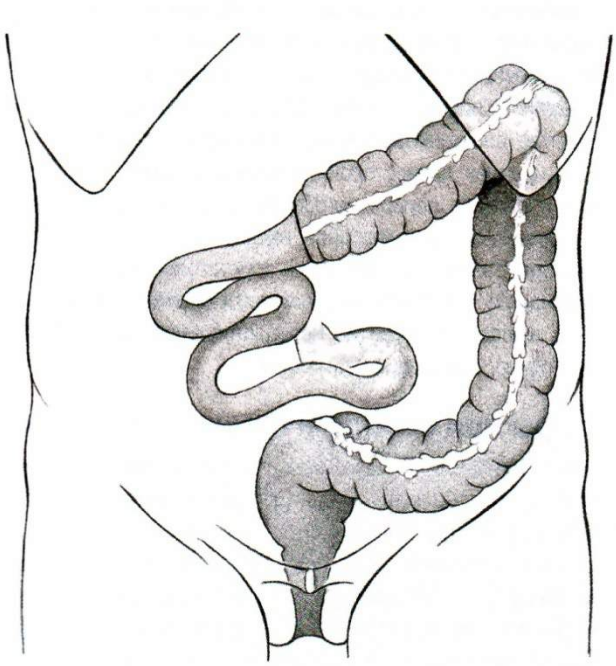
Փուլ 1. *Մասնահատման ծավալը*

Արմատական աջակողմյան հեմիկոլէկտոմիայի ժամանակ հեռացվում են հաստ աղու աջ կեսն ու զստաղու տերմինալ հատվածը, ռեգիոնար ավշային ուղիներով, մեծ ճարպոնի աջ կեսի հետ միասին:



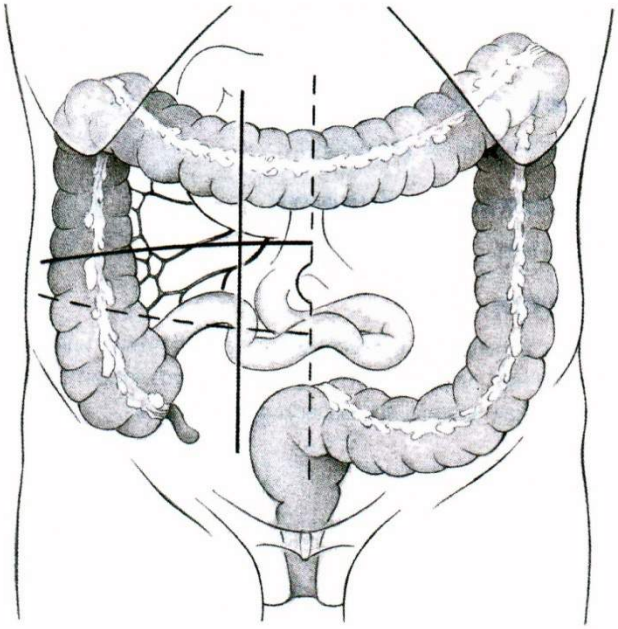
Փուլ 2. *Վերակառուցման պլան*

Աղիքային ուղու անընդհատությունը վերականգնվում է զստաղու դիստալ հատվածի և միջաձիգ հաստ աղու բերանակցումով, որը հիմնականում տեղակայվում է որովայնի խոռոչի վերին հատվածի կենտրոնում:



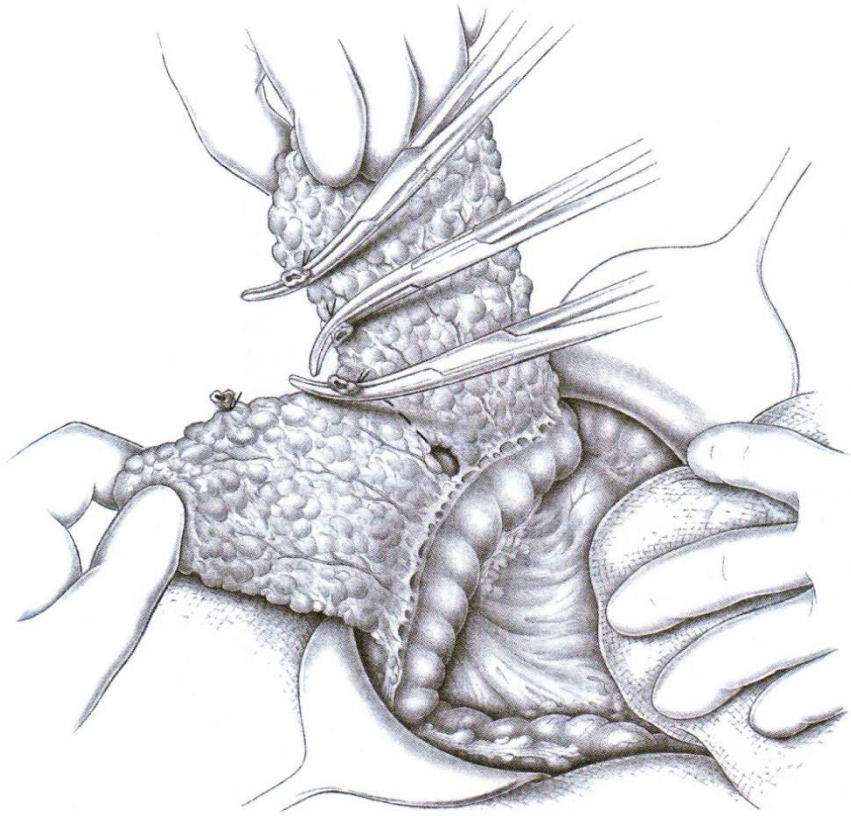
Փուլ 3. *Մուտք*

Չնայած ստանդարտ իլեոցեկալ մասնահատումների համար բավարար է ստորին լայնակի որովայնահատումը, աջակողմյան հեմիկոլէկտոմիայի դեպքում անհրաժեշտ է իրականացնել վերին լայնակի, կամ հարռեկտալ, կամ միջային որովայնահատում: Արտահայտված ճարպակալումով տառապող և ձգված որովայնի պատ ունեցող հիվանդների մոտ վերին լայնակի որովայնահատումը կարող է տալ առավել լավ էքսպոզիցիա: Կարող է նաև իրականացվել լապարասկոպիկ տեղայնացում, ոչ մեծ լայնակի կտրվածքից հեռացվող հատվածի դուրս բերումով և արտաորովայնային բերանակցման ձևավորումով:



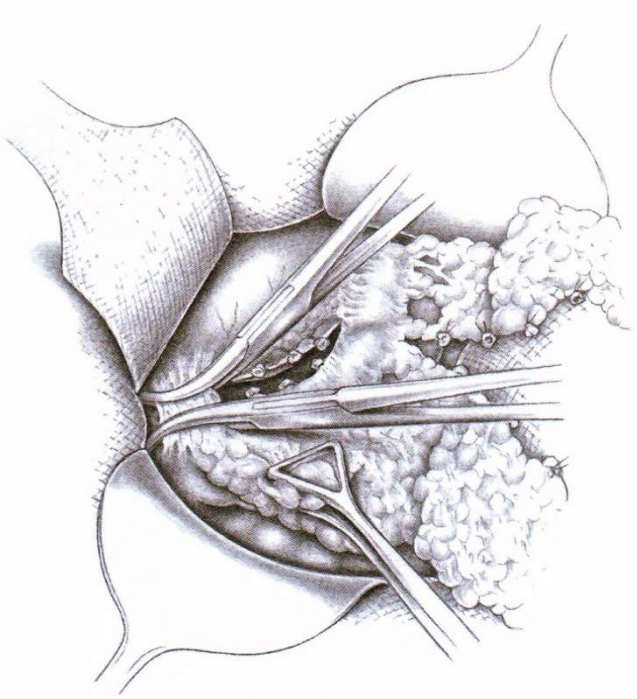
Փուլ 4. *Մեծ ճարպոնի հատում*

Դիսսեկցիան աջակողմյան հեմիկոլէկտոմիայի ժամանակ սկսվում է մեծ ճարպոնի երկայնակի հատումով: Անոթները սեղմիչների միջև կտրվում են ու կապվում: Մեծ ճարպոնի հատումը իրականացվում է մինչև միջաձիգ հաստ աղու տեննիա:



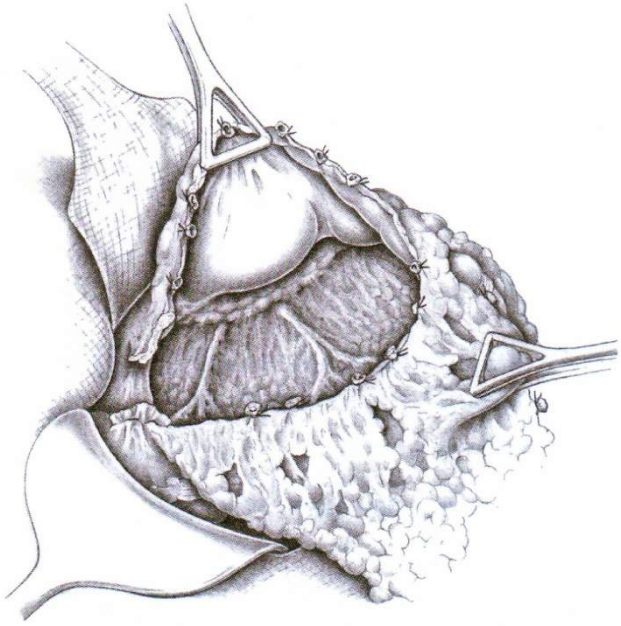
Փուլ 5. Ստամոքս-հաստաղիքային կապանի հատում

Ստամոքս-հաստաղիքային կապանը սեղմիչների միջև հետևողականորեն հատվում է, մոտ ստամոքսի պատին: Մասնահատման աջ եզրը, որը պահում է աղիքի լայարդային ոլորանը՝ լյարդ-հաստաղիքային կապան, հատվում է սեղմիչների միջև և կարով կապվում:



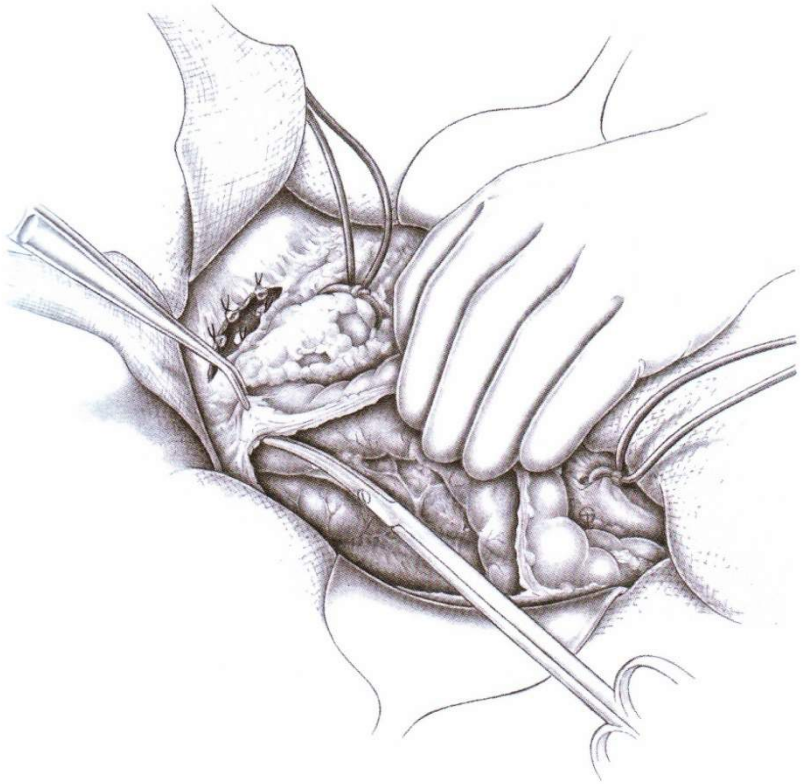
Փուլ 6. *Ստամոքս-հաստաղիքային կապանի հատում*

Ստամոքսը բռնվում է Դյուվալի բռնիչով և շուռ է տրվում առաջա-վերին ուղղությամբ, միաժամանակ, երկրորդ բռնիչով հաստ աղին ձգվում է առաջա-հետին ուղղությամբ: Այն թույլ է տալիս ստամոքսին մոտ իրականացնել մեդիալ ուղղությունով ստամոքս-հաստաղիքային կապանի հետագա հատում, սեղմիչների միջև: Ավարտելուց հետո, վերքի խորքում երևում են միջին ու աջ հաստաղիքային անոթները:



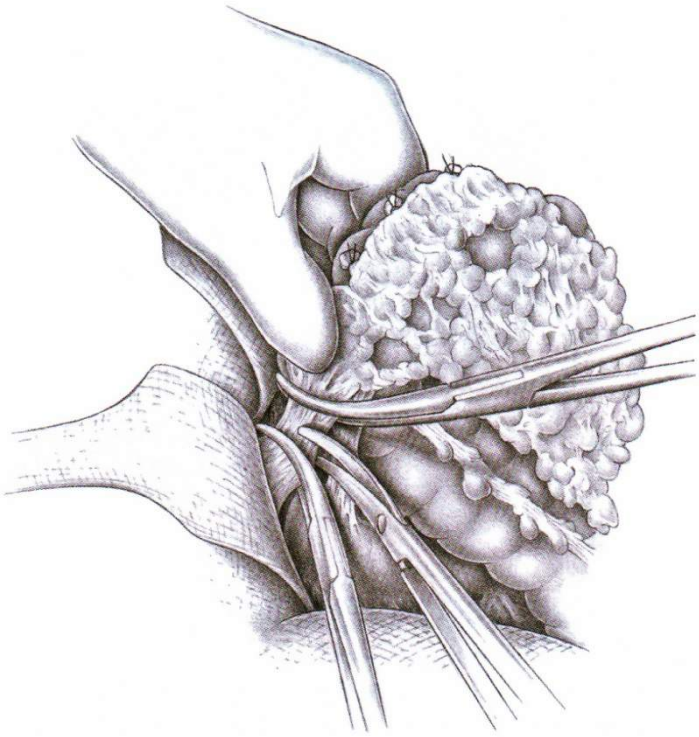
Փուլ 7. *Հաստ աղու աջ կեսի տեղայնացում*

Հաստ աղու աջ կեսը անջատվում է կողմնային կպումներից, սկսած կույր աղու շրջանից: Անջատումը հիմնականում իրականացնում են սուր կերպով առանց որևէ խոշոր անոթ կապելու: Վերքի խորքում հայտնաբերվում են աջ միզածորանն ու 12-մատյա աղին, որոնք բութ կերպով տեղաշարժվում են մի կողմ: Կույր աղու ձգումը գլխամասային ուղղությամբ թույլ է տալիս հայտնաբերել վերել հաստ աղու միջընդերային ոտիկը:



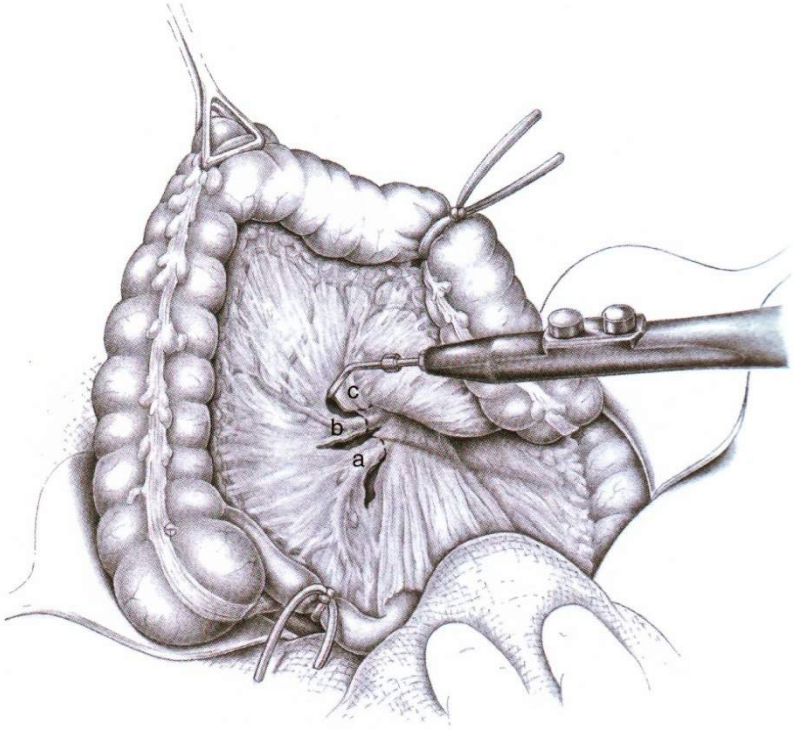
Փուլ8. *Լյարդ-հաստաղիքային կապանի հատում*

Լյարդային անկյունը դեռ մնում է կպած համապատասխան կապանին: Տեղայնացումը շարունակվում է երկու փուլերով: Մակերեսային մակարդակով երկու բռնիչների միջև հատվում է լյարդ-հաստաղիքային կապանը: Լյարդ-երիկամային կապանը հատվում է ավելի խորը, որից հետո հաստ աղու աջ կեսը կարող է զգալի տեղաշարժվել մեդիալ ուղղությամբ: Վերքի խորքում մերկանում են 12-մատնյա աղին ու աջ միզածորանը:



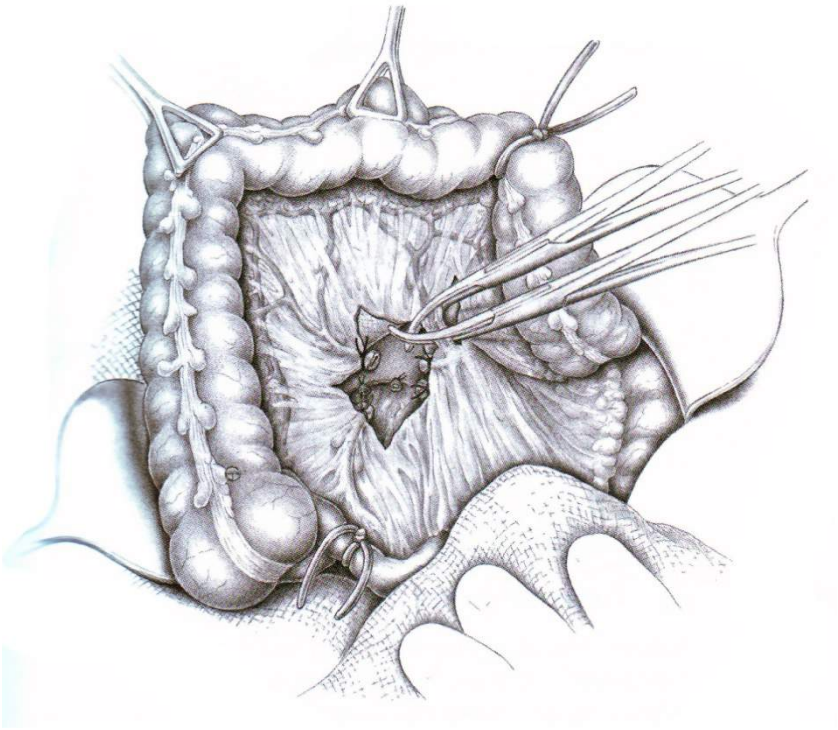
Փուլ 9.. *Մասնահատման եզրերի որոշումը*

Մասնահատման երկու եզերը նշվում են ռետինե բռնիչներով, փակելով աղիքի լուսանցքը: Լուսանցք կարող է մտցվել նաև ցիտոտոքսիկ լուծույթ /200մլ/ օրինակ, բետադին, որպեսզի սպանվեն բոլոր ազատ լողացող կենսունակ ուռուցքային բջիջները: Այս փուլում ճշգրտվում է մասնահատման ծավալը: Կույր աղու բարորակ ախտահարումների ժամանակ բավարար է իրականացնել նրա սովորական մասնահատումը, առանց մեծ ճարպոնի մասնահատման և լյարդային անկյան տեղայնացման: Սկելետիզացիան սահմանափակվում է զստաղու տերմինալ հատվածի և աղիքին մոտ վերել հաստ աղու դիսեկցիայով: Բոլոր տեսակի չարորակ ախտահարումների ժամանակ անհրաժեշտ է ավշային ճանապարհների արմատական հեռացում: Սրա համար պետք է առանձնացվեն զստա-հաստ աղիքային զարկերակը, աջ հաստաղիքային զարկերակը և միջին հաստաղիքային զարկերակը: Այս նպատակով կատարվում է միջընդերքի արմատի դիաֆանոսկոպիա, հետագա դիաթերմիկ դիսեկցիայով և սկելետիզացիայով:



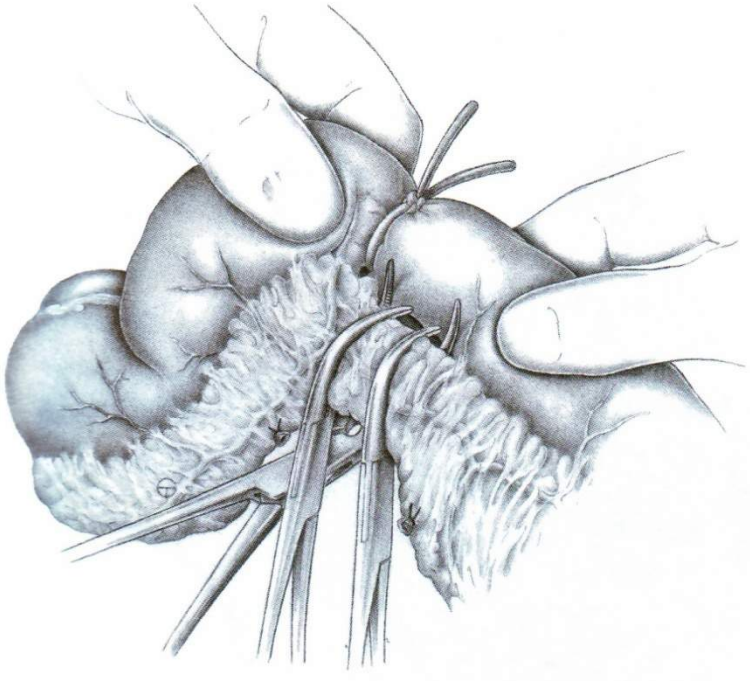
Փուլ 10. Հաստ աղու միջընդերքի արմատական հեռացում

Հաստ աղու միջընդերքը հատվում է փուլ առ փուլ նրա արմատի մոտ: Մասնահատումը սկսվում է զստա-հաստաղիքային անոթներից, որոնց հաջորդում են աջ ու միջին հաստաղիքային անոթները: Անհրաժեշտ է համոզվել Ռիոլանի աղեղի ամբողջականության մեջ /որն ապահովում և միջաձիգ հաստ աղու մնացած հատվածի արյան մատակարարումը/: Կասկածի դեպքում անհրաժեշտ է միջին հաստ աղու զարկերակի ձախ ճյուղը պահպանել: Անթոներն իրենց արմատի մոտ կապվում են ու կարվում: Սա միակ հնարավորությունն է ապահովելու ավշային ուղիների հեռացման արմատականությունը:



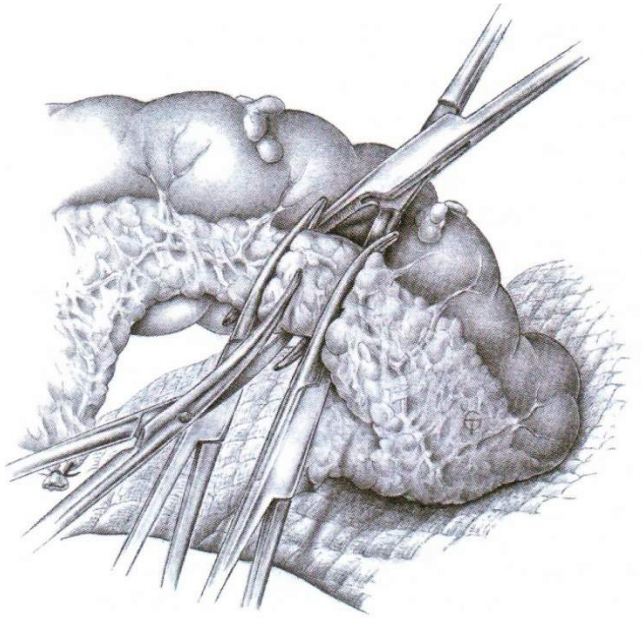
Փուլ 11. *Բարակ աղու հատման գիծը*

Վիրահատության վերջին փուլը զստաղու տերմինալ սեգմենտի անոթային աղեղի հատումն է: Անոթները բռնվում են երկու սեղմիչների միջև հատվում և կապվում: Վիրաբույժը պետք է վստահ լինի, որ զստաղու տերմինալ սեգմենտը ունի բավարար արյան մատակարարում: Հակառակ դեպքում հատման գիծը պետք է տեղափոխվի ավելի վեր:



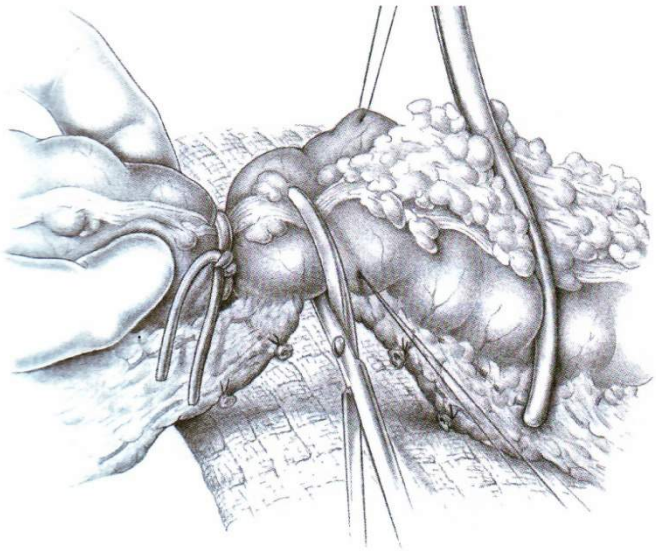
Փուլ 12. *Հաստ աղու գծի հատումը*

Լայնակի հաստ աղու վերջին մնացած անոթային աղեղը վերցվում է սեղմիչով և նույն կերպ հատվում: Կարևոր է համոզվել միջաձիգ հաստ աղու ձախ կեսի բավարար արյան մատակարարման վերաբերյալ:



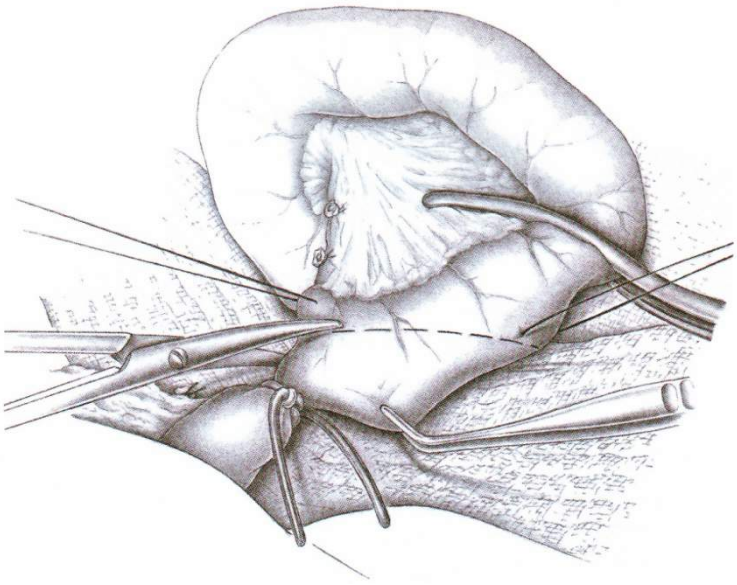
Փուլ 13. *Միջաձիգ հաստ աղու հատում*

Լայնակի հաստ աղու ձախ մասի վրա դրվում է փափուկժոմ և նրա տակ տարվում անտիսեպտիկ լուծույթով թրջված թանզիվ: Ոչ պարտադիր կարեր-բռնիչներ դնելուց հետո աղիքը լայնակի հատվում է և աղիքի ծայրատը մշակվում հակասեպտիկ լուծույթով:



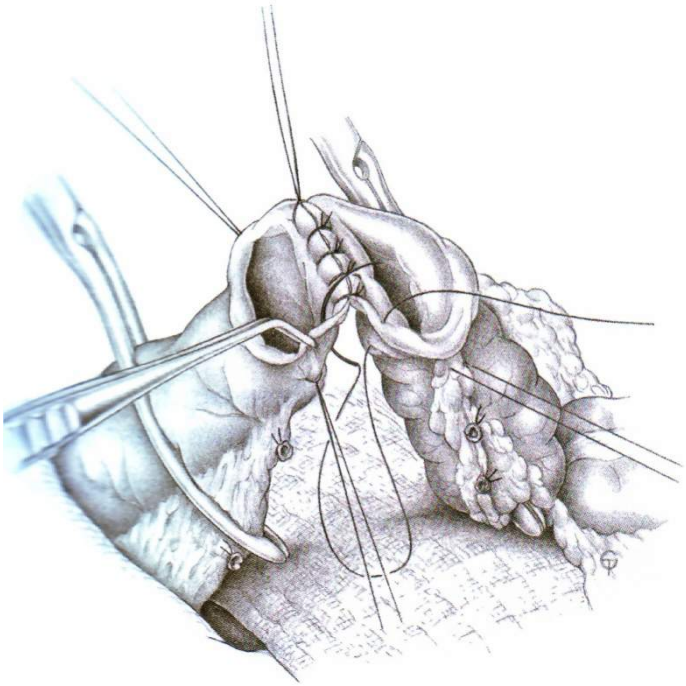
Փուլ 14. *Ջատաղու հատում*

Ջատաղու հատումը կատարվում է երկու կարեր-բռնիչների միջև, փափուկ ժոմի պաշտպանության ներքո: Այստեղ ևս աղիքի տակ կտրվածքի գծի ուղղությամբ դրվում է հակասեպտիկ նյութով թրջված թանզիվ: Աղիքը հատվում է թեք ուղղությամբ դիստալ միջընդերային եզրից դեպի պրոքսիմալ հակաընդերայինը: Այն թույլ է տալիս ստանալ բարակ աղու լայն թեք կտրվածք, որը համապատասխանում է հաստ աղու լուսանցքին: Կարեր-բռիչները կարող են հեշտացնել թեք հատումը:



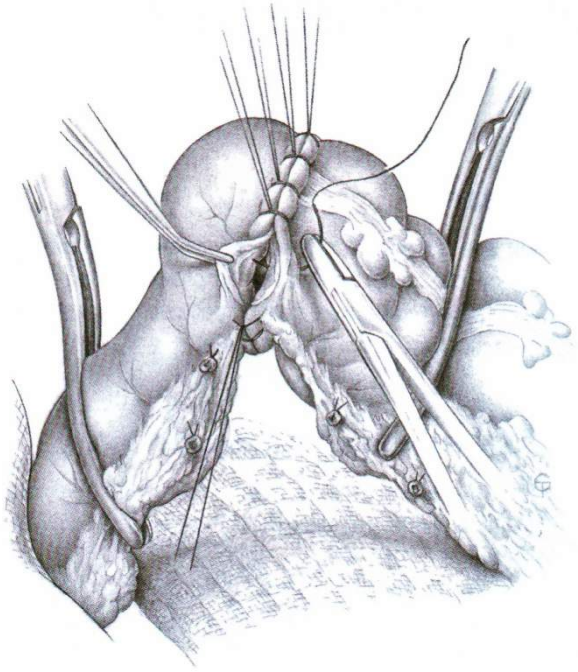
Փուլ 15. *Հետին պատի բերանակցում*

Իրականացվում է ”ծայրը-ծայրին“ բերանակցում միաշարք հանգուցակարի տեխնիկայի / 3-0 PGA/ կիրառումով: Լուսանցքների լայնության անհամապատասխանությունը պահանջում է “հավաքել” լայն եզր, կութերը դնելով անհրաժեշտ ուղղություններով: Կարերի միջև տարածությունը կազմում է 0.6սմ: Հետին պատի ձևավորման ավարտից հետո վերջին կարը օգտագործվում է որպես կար-բռնիչ: Բարակ ու հաստ աղիների միջև բերանակցումը պետք է կառուցվի այնպես, որ նրանց միջընդերքները լինեն նույն կողմից /միջընդերքը միջընդերքին/:



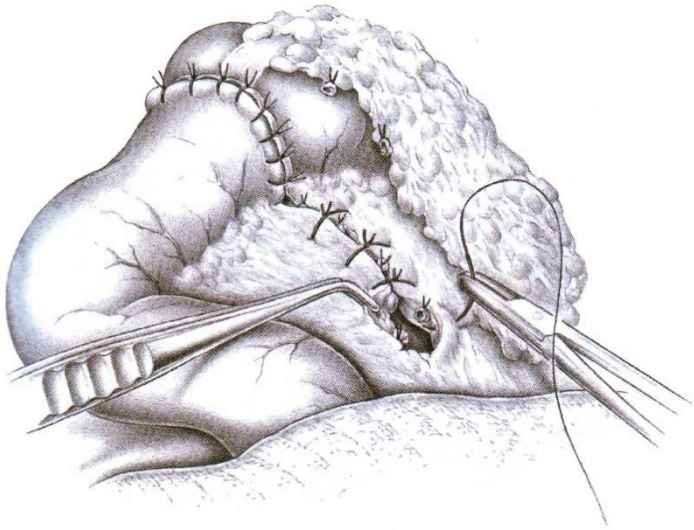
Փուլ 16. *Առաջային պատի բերանակցում*

Առաջային պատի կարը իրականացվում է նույն միաշարք հանգուցակարերով: Կար բռնիչը /այսինքն հետին պատի վերջին անկյունակարը/ խորասուզվում է առաջային պատի առաջին կարով: Բերանակցումը պետք է լինի ձգումից ազատ, լավ մատակարարվի արյունով և ունենա լայն լուսանցք: Լուսանցքի լայնության համապատասխանությունը հաստատվում է մեծ մատի ու ցուցամատի միջև:



Փուլ 17. *Միջընտերքի դեֆեկտի փակում*

Միջընդերքի դեֆեկտը փակվում է առանձին հանգուցակարերով, առանց անցնող անթոների վնասման: Բերանակցումը կարելի է ծածկել ճարպոնի հատվածով:



Անատոմիական յուրահատկությունները, լուրջ ռիկսերը,վիրահատական հնարքները

ա/ Հաստ աղու աջ կեսի արյան մատակարարումը ապահովվում է զստա-հաստաղիքային, աջ և միջին հաստ աղիքային զարկերակներով ու երակներով /եզրային աղեղներ/:

բ/ Հաստ աղու աջ կեսն ու աջ միզածորանը տեղակայված են իրար մոտ:

գ/ Մեծ ճարոպոնի մասնահատում.

- ցուցված է հաստ աղու լյարդային անկյան ուռուցքների ժամանակ, կատարեք մասնահատումը ստամոքս-ճարպոնային անոթային աղեղի սահմաններում:

- Պարտադիր չէ կույր աղու շրջանի ուռուցքների ժամանակ, հնարավոր է աջ սերմնային/ձվարանային զարկերակի ու երակի մասնահատում:

դ/ Գտեք աջ միզածորանը, որը հատում է ընդհանուր զստային զարկերակը նրա երկատման շրջանում, երբ այն բաժանվում է արտաքին ու ներքին ճյուղերի:

Զգուշացում՝ անհրաժշետ է խուսափել ենթաստամոքսային գեղձի ստորին եզրի մոտ տեղակայված միջին հաստաղիքային երակի ու ստորին ենթաստամոքս-տասներկումատնյա երակների միջև երակային բերանակցման վնասումից: Եղեք զգույշ միջաձիգ հաստ աղու տեղայնացման ժամանակ նրա չափից ավել ձգումից:

ե/ Ձստաղու հատումը իրականացվում է իլեոցեկալ փականից 10-15սմ պրոքսիմալ:

է/ Աղիքի մասնահատման շրջանում եզրային անոթային աղեղում շոշափվող պուլսացիան լավ արյան մատակարարման նշան է:

ը/ Պարտադիր չէ բերանակցումը ծածկել ճարպոնի կտորով:

թ/ Միջաձիգ հաստ աղու հատվածի, ձախ անկյան և հնարավոր է վայրէջ աղու պրոքսիմալ հատվածների ուռուցքների ժամանակ ընդլայնված աջակողմյան հեմիկոլէկտումիան թույլ է տալիս խուսափել հաստ աղիք - հաստ աղիքային բերանակցումներից, վերջիններիս բնորոշ ոչ հուսալի արյան մատակարարումով և կարող է կատարվել նույնիսկ չպատրաստված հաստ աղու պայմաններում /օրինակ, անացանելիության ժամանակ/:

Գործառույթներ սպեցիֆիկ բարդությունների ժամանակ

- Բերանակցման անբավարություն. իրականացրեք որովայնահատում դուրս բերելով բերանակցման երկու եզրերը ՝ ըստ Միկուլիչի ստոմայի ձևով կամ ձևավորելով առանձին ստոմա:

- Թարախակույտ /ենթալյարդային, ենթաստոծանիական, հարհաստաղիքային, կոնքային/: Եթե հնարավոր է դրենավորում մաշկի միջով ԳՁՀ-ի կամ ՀՇ-ի հսկողությամբ, հակառակ դեպքում՝ իրականացվում է վիրաբուժական դրենավորում:

Հետվիրահատական գործառույթներ

Բժշկական խնամք՝ հեռացրեք քիթ-ստամոքսային զոնդը 1-3-րդ օրը, դրենաժները՝ 7-8-րդ օրը:

Կերակրման վերսկսումը՝ թույլատրեք խմել հեղուկներ 3-4-րդ օրը, պինդ սնունդը՝ առաջին հետվիրահատական կղանքից հետո, մոտավորապես 7-րդ օրը:

Աղիների գործունեություն՝ սպասեք գազերի հեռացմանը 3-5-րդ օրը, հնարավոր է պրոկինետիկների նշանակում, ոչ մեծ ծավալի հոգնաներ՝ 5-րդ օրվանից:

Ֆիզիոթերապիա՝ շնչառական վարժություններ:

ԻԼԵՈՑԵԿԱԼ ՄԱՍՆԱՀԱՏՈՒՄ

Ցուցումներ ու հակացուցումներ

Ցուցումներ՝

- բոլոր բարորակ ախտահարումները սահմանափակված իլեոցեկալ շրջանով,
- որպես ամոքիչ միջամտություն ուռուցքների դեպքում:

Այլընտրանքային գործառույթներ՝ աջակողմյան հեմիկոլէկտոմիա, կոլոտոմիա /օրինակ, պոլիպէկտոմիայի համար/:

Նախավիրահատական հետազոտություններ և պատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատական ուսումնասիրություններ՝

- ✓ պարտադիր կոլոնոսկոպիա բիոպսիայով և ստացված նյութի հյուսվածաբանական հետազոտությամբ,
- ✓ ստամոքս-աղիքային տրակտի ռենտգենաբանական հետազոտում,
- ✓ ուռուցքային մարկերներ,
- ✓ որովայնի օրգանների ԳՁՀ և ՀԾ:

Հիվանդի պատրաստումը՝ աղիների օրտոգրադ լավաժ, հարվիրահատական հակաբակտերիալ թերապիա, կենտրոնական երակի կատետերիզացիա, միզապարկի կատետերիզացիա:

Սպեցիֆիկ ռիսկեր, հիվանդի ինֆորմացված համաձայնությունը

- ❖ չարորակ ուռուցքի ժամանակ վիրահատական ծավալի ընդլայնում,
- ❖ բերանակցման անբավարարություն />2% դեպքերում/,
- ❖ որովայնաբորբ,
- ❖ վերքային ինֆեկցիա />10%/,
- ❖ բերանակցման նեղացում, ստենոզ,

- միզածորանի և 12-մատնյա աղու վնասում />1%/:

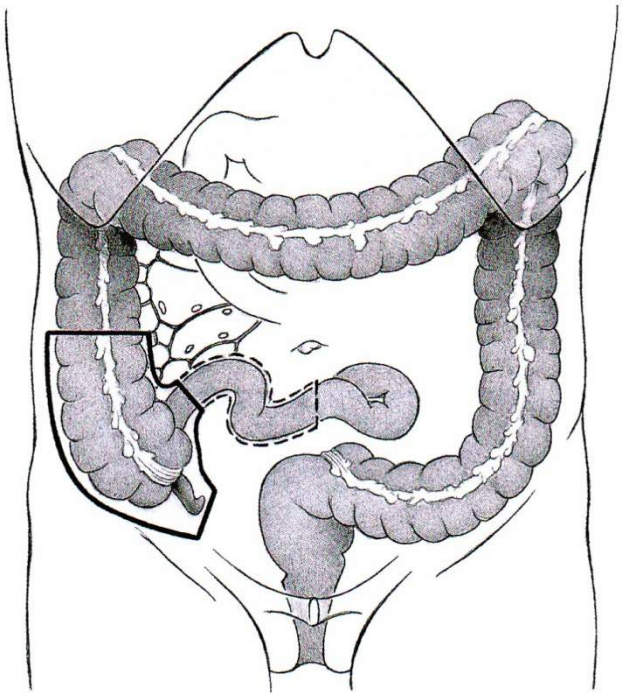
Հիվանդի դիրքը՝ մեջքի վրա պառկած:

Մուտքը՝ միջային կամ տրանսռեկտալ որովայնահատում, աջ լայնակի որովայնահատում: Հնարավոր է երեք տրոակարներով լապարասկոպիկ միջամտություն:

Վիրահատություն

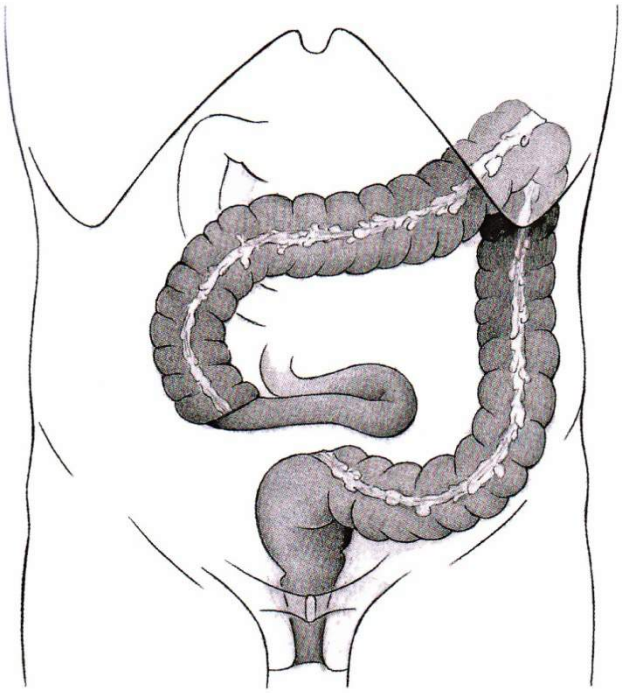
Փուլ 1. ***Մասնահատման ծավալը***

Իլեոցեկալ մասնահատման ժամանակ հեռացվում է զստաղու դիստալ ու հաստ աղու պրոքսիմալ սեգմենտները, առանց համապատասխան ավշահատման: Դիսեկցիան կատարվում է աջակողմյան հեմիկոլէկտոմիայի նման, սակայն սկելետիզացիան իրականացվում աղիքի պատին մոտ: Աղիքի լյարդային անկյան լրիվ տեղայնացում հազվադեպ է պահանջվում:



Փուլ 2.

Վերակառուցումը իրականացվում է միաշարք կարով/3-0 PGA/:Թեքությամբ հատված զստաղին “ծայրը-ծայրին” բերանակցվում է վերել հաստ աղու հետ:Միջընդերային դեֆեկտը կարող է փակվել առանձին կարերով:



Անատոմիական առանձնահատկություններ, լուրջ ռիսկեր, վիրահատական հնարքներ

ա/ Իլեոցեկալ հատվածը տեղակայված է միզածորանի, աջ սերմնային/ձվարանային անոթներին և 12-մատնյա աղու հետորովայնամզային հատվածին մոտ:

Գործառույթներ սպեցիֆիկ բարդությունների ժամանակ

- Եթե վիրահատության տեղը լավ դրենավորվում է, իսկ բորբոքման համակարգային նշաններ կամ այլ կլինիկական ախտանիշները բացակայում, ապա բերանակցման անբավարարության դեպքում կարելի է ընտրել սպասողական մարտավարություն՝ կիրառելով պարենտերալ սնուցում, մինչև խուղակի ինքնուրույն փակում:

Հետվիրահատական գործառույթներ

Բժշկական խնամք՝ քիթ-ստամոքսային զոնդը հեռացվում է 1-2-րդ օրը, իսկ դրենաժները՝ 5-7-րդ:

Կերակրման վերսկսում՝ հեղուկները թույլ են տրվում 2-3-րդ օրից, պինդ սնունդը՝ առաջին հետվիրահատական կղանքից հետո:

Աղիների գործունեությունը՝ հնարավոր են ոչ մեծ ծավալով հոգնաներ կամ պրոկինետիկներով բուժում հետվիրահատական 4-րդ օրից:

Ակտիվացում՝ միանգամից:

Անաշխատունակության տևողությունը՝ 1-2 շաբաթ:

ՍԻԳՄԱՅԱՁԵՎ ԱՂՈՒ ՄԱՍՆԱՀԱՏՈՒՄ

Ցուցումներ ու հակացուցումներ

Ցուցումներ

- սիգմայաձև աղու շրջանի բարորակ պաթոլոգիական գոյացություններ, երբ կպումների և նախորդած վիրահատության հետևանքով լապարասկոպիկ մուտքը անհնար է:
- չարորակ ուռուցքների ժամանակ, միայն պալիատիվ նպատակներով:

Այլընտրանքային միջամտություններ՝ ձախակողմյան հեմիկոլէկտոմիա - սովորաբար իրականացվում է սիգմայաձև աղու չարորակ ուռուցքների դեպքում: Բացառություն՝ լյարդի մետաստատիկ ախտահարումներ, երբ իրականացվում է սիգմայաձև աղու մասնահատում:

Նախավիրահատական հետազոտություններ և պատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ պարտադիր կոլոնոսկոպիա՝ բիոպսիայով,
- ✓ ռենգենկոնտրաստային հետազոտություն,
- ✓ որովայնի ԳՁՀ ու ՀՇ՝ չարորակ ուռուցքի հեռավոր մետաստազների բացառման համար:

Հիվանդի պատրաստումը՝ աղիքի օրտոգրադ լավաժ, կենտրոնական երակի կատետերիզացիա, հարվիրահատական հակաբիոտիկ թերապիա, միզապարկի կատետերի տեղադրում, քիթ-ստամոքսային զոնդ:

Սպեցիֆիկ ռիսկեր, հիվանդի տեղեկացված համաձայնությունը

- ❖ ձախ միզածորանի վնասում /1% դեպքերում/,
- ❖ փայծաղի վնասում /1%/,
- ❖ բերանակցման անբավարարություն />10%/:

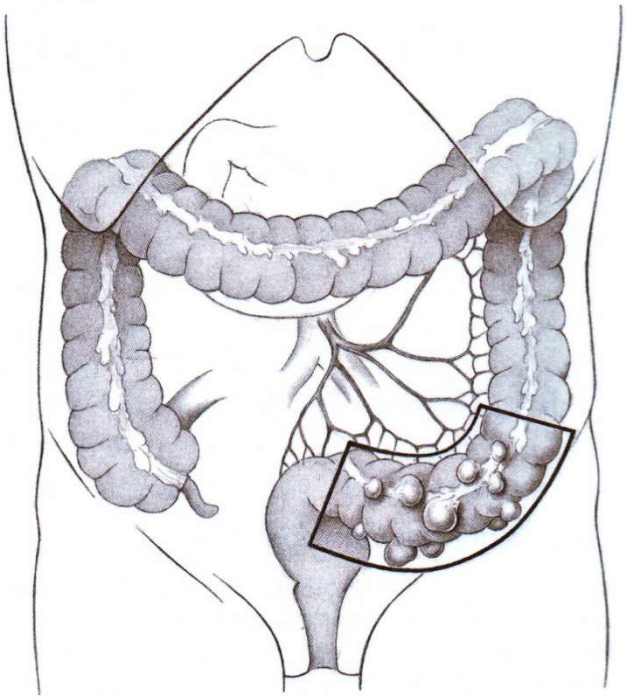
Հիվանդի դիրքը՝ մեջքի վրա պառկած, մոդիֆիկացված լիտոտոմիկ դիրք՝ ըստ Լյորդ -Դեվիսի:

Մուտք՝ միջային որովայնահատում պորտից ներքև: Հնարավոր է նաև՝ կտրվածք ըստ Պֆաննենշտիլի կամ ձախակողմյան պարառեկտալ կտրվածք՝ ըստ Լեննանդերի: Լավագույն ընտրություն է համարվում լապարասկոպիկ մուտքը

Վիրահատություն

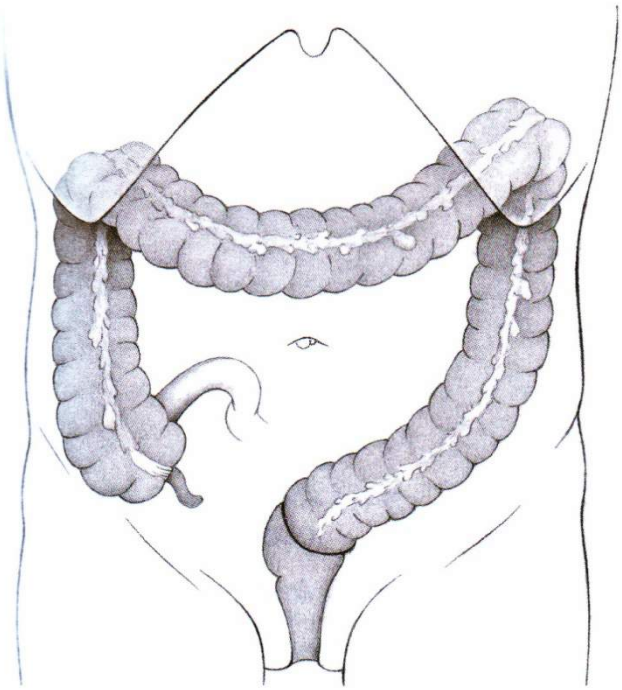
Փուլ 1. *Վիրահատության ծավալը*

Սիգմայաձև հաստ աղու խողովակային մասնահատում /միայն աղիքի մասնահատում, առանց միջընդերքի լրիվ հեռացման/ ցուցված է բորբոքային գործընթացների ու աղիքի դիվերտիկուլների պարագայում: Մասնահատման ծավալը պայմանավորված է աղիքի պատի պաթոլոգիական փոփոխությունների աստիճանով: Դիասեկցիան իրավանացվում է աղիքի պատին մոտ:



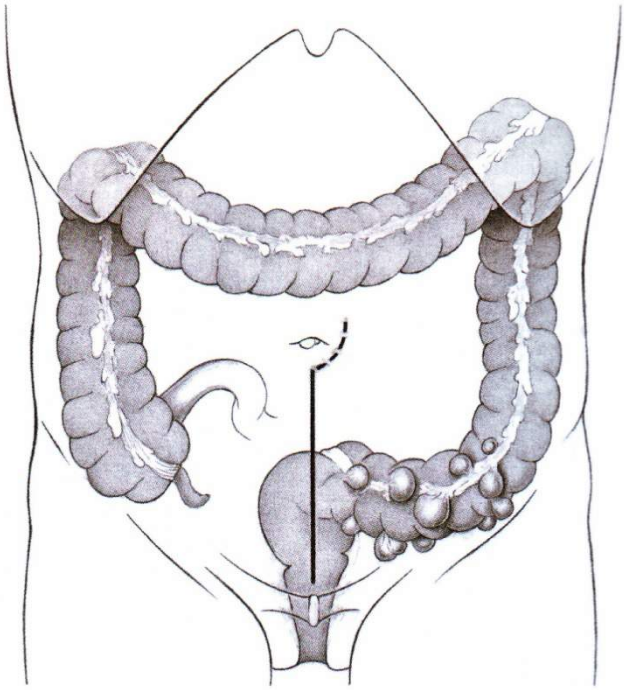
Փուլ2. *Վերակառուցում*

Աղիքի անընդհատության վերականգնումը վայրեջ հաստ և ուղիղ աղու բերանակցումով սովորաբար դժվարություն չի ներկայացնում: Փայծաղային անկյան տեղայնացման անհրաժեշտություն ի հայտ է գալիս միայն լայնածավալ մասնահատումներից հետո:



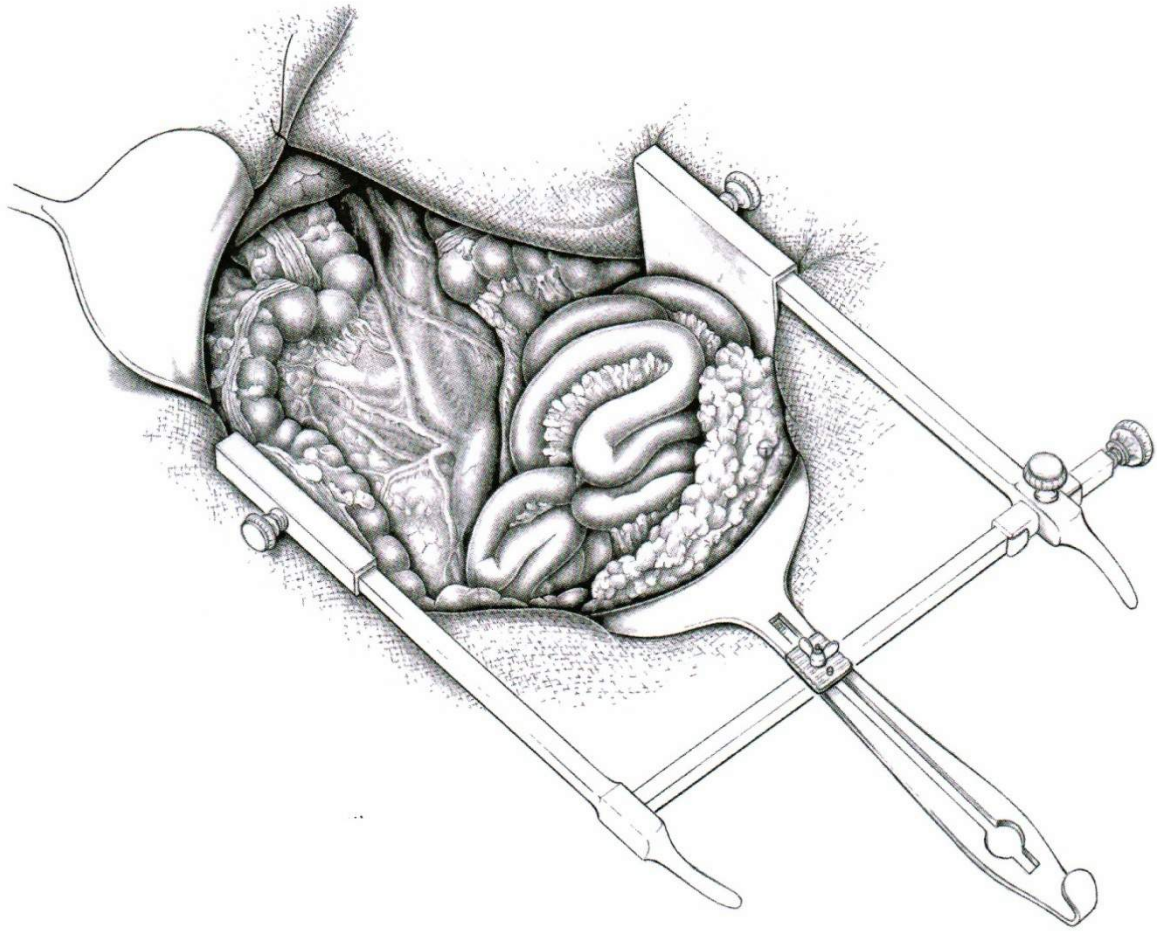
Փուլ3. *Մուտք*

Մուտքը միջին ստորին որովայնահատումով, որը կարող է լայնացվել պորտից վեր: Կանանց մոտ, ելնելով կոսմետիկ նկատառումներից, այն իրականացվում է՝ ըստ Պֆաննենշտիլի:



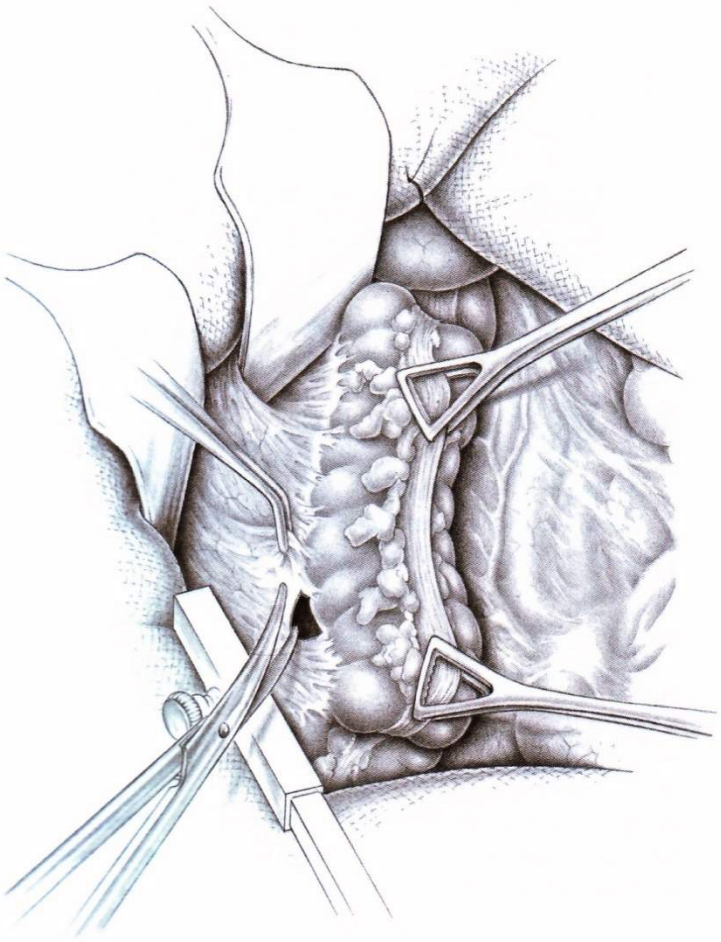
Փուլ4. *Ռետրակտորի տեղադրումը վերքի մեջ*

Որովայնահատումից հետո խոռոչում տեղադրվում է վերքալայնիչ, որի համար շատ նպաստավոր է Գոլայերի շրջանակը: Բարակ աղին ուսումնասիրելուց հետո, մեծ ճարպոնի հետ, ծածկվում է խոնավ ծածկոցով և տեղաշարժվում որովայնի խոռոչի վերին հատված և այնտեղ պահվում է լայնիչի միջոցով:



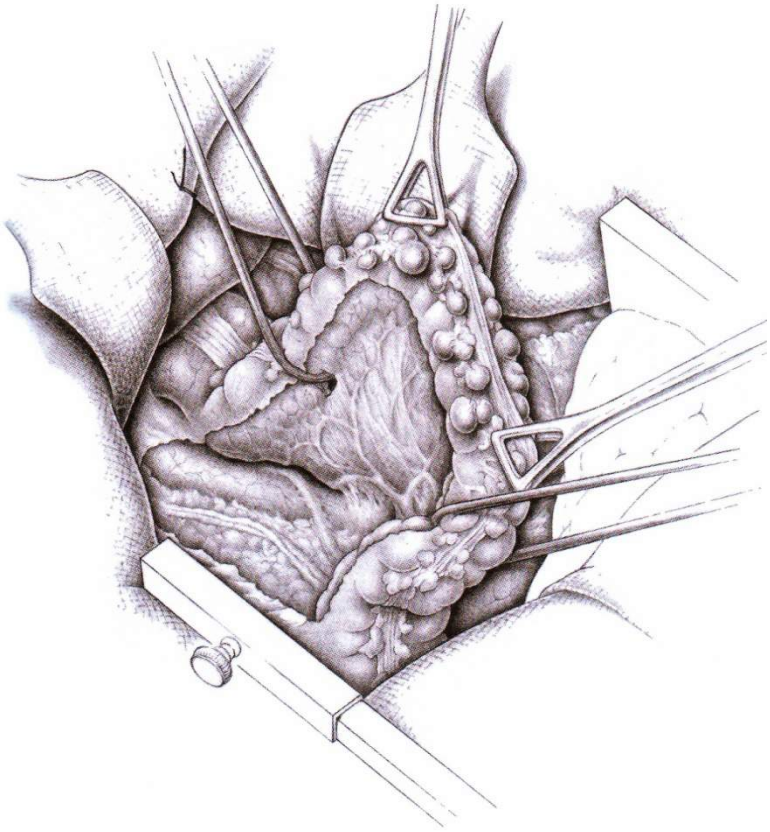
Փուլ5. *Սիգմայաձև աղու տեղայնացումը*

Բարակ աղին ու մեծ ճարպոնը տեղաշարժվում են գլխամասային ուղղությամբ և վիրահատական դաշտում ձախից մնում է սիգմայաձև աղին իր միջընդերքի արմատով, աջից՝ հազիվ երևացող կույր աղին և միզածորանը, որը նշմարվում է բարակ որովայնամզի տակից: Դիսսեկցիան սկսում են սիգմայաձև աղու ձախակողմյա կպումներից: Սիգմայաձև աղին իր հետորովայնիամզային կպումներից անջատվում է աղիքի պատին մոտ «սպիտակ գծի» երկայնքով պինցետի ու մկրատի օգնությամբ և երկու Դյուվալի բռնիչներով զգույշ տրակցիայով ձգվում մեդիալ:



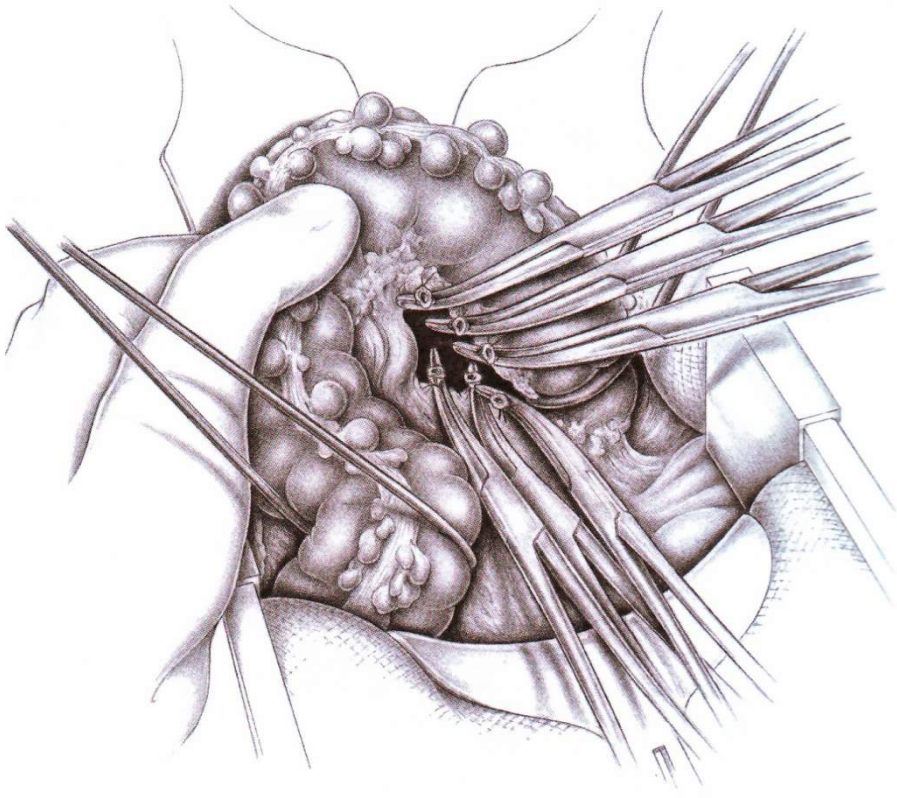
Փուլ 6. *Սիգմայաձև աղու ցիրկուլյար դիսսեկցիա*

Սիգմայաձև աղու լրիվ տեղայնացումը թույլ է տալիս մերկացնել որովայնամզի հետին մակերեսը: Մասնահատման ծավալը պայմանավորված է բորբոքային փոփոխությունների աստիճանով: Միզածորանը պետք է միշտ հստակ երևա հետորովայնամզային տարածության սահմաններում: Այն առավել հեշտ հայտնաբերվում է զստային անոթների վրայով անցման տեղում: Պետք է նաև հայտնաբերվեն ու պահպանվեն ավելի դրսայնորեն տեղակայված ձվարանային /սերմնային/ անոթները:



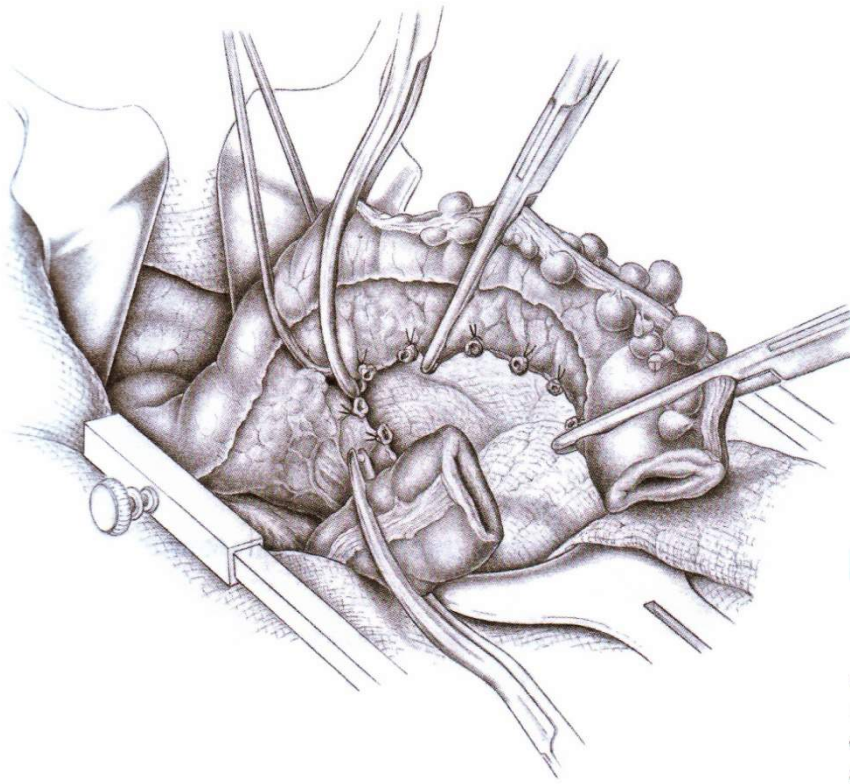
Փուլ 7. Սիգմայաձև աղու միջընդերքի սկելետիզացիա

Սիգմայաձև աղու լրիվ տեղայնացումից հետո միջընդերքը, աղիքի պատին մոտ, սեղմիչների միջև մաս-մաս հատվում է: Այստեղ ևս պետք է զգուշանալ միզածորանի վնասումից: Անոթները կապվում են 3-0 PGA-ով: Դիսսեկցիան շարունակվում է պրոքսիմալ ուղղությամբ դեպի վայրեջ հաստ աղի և դիստալ՝ մինչև ուղիղ աղու պրոքսիմալ հատված: Խուսափելու համար պրոքսիմալ բերանակցման շրջանի ձգումից անհրաժշտետ է վայրէջ հաստ աղին լրիվ տեղայնացնել: Փայծաղային անկյան տեղայնացում սովորաբար չի պահանջվում:



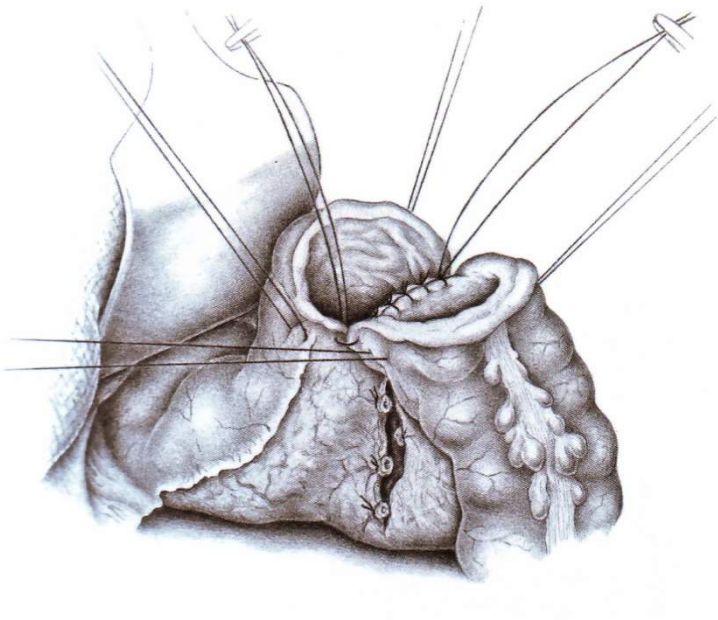
Փուլ 8. *Պրեպարատի հեռացում*

Լրիվ տեղայնացումից և աղիքի սկելետիզացիայից հետո այն հատվում է պրեպարատի կողմից երկու ճզմող սեխմիչների և հաստ աղու մնացող հատվածների կողմից էլաստիկ աղիքային սեխմիչների միջև: Մասնահատման տեղը փակվում է անտիսեպտիկ նյութով թրջված սրբիչով:



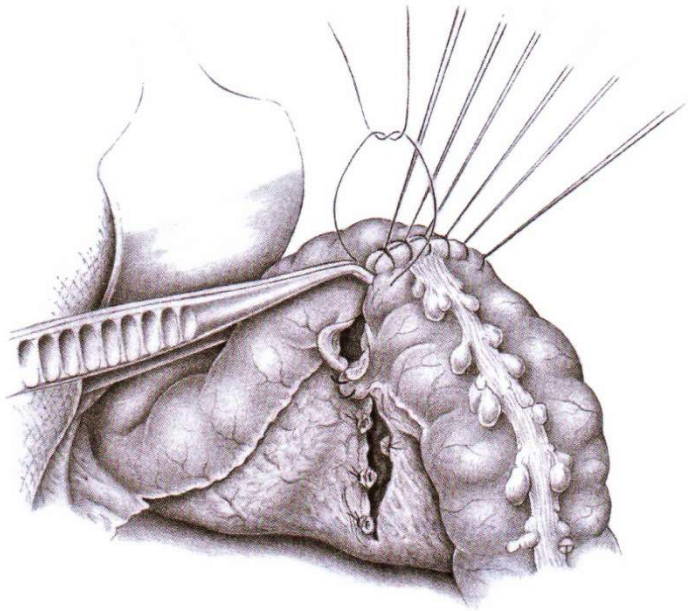
Փուլ 9. *Հետին պատի բերանակցում*

Ձեռքի կամ մեխանիկական գործիքի կարով իրականացվում է “ծայրը-ծայրին” բերանակցում: Ձեռքի եղանակը պահանջում է կարեր-բռնիչներով պրոքսիմալ ու դիստալ եզրերի մոտեցում: Կիրառվում են 3-0 PGA-ի հանգուցակարեր: Բերանակցումը ձևավորվում է միաշարք, կարը թեք ուղղությամբ՝ դեպի աղիքի պատ /ավելի շատ սերոզ թաղանթ, ավելի քիչ լորձաթաղանթ/, լայնությունը կարերի միջև՝ մինչև 0.5սմ:



Փուլ 10. *Առաջային պատի բերանակցում*

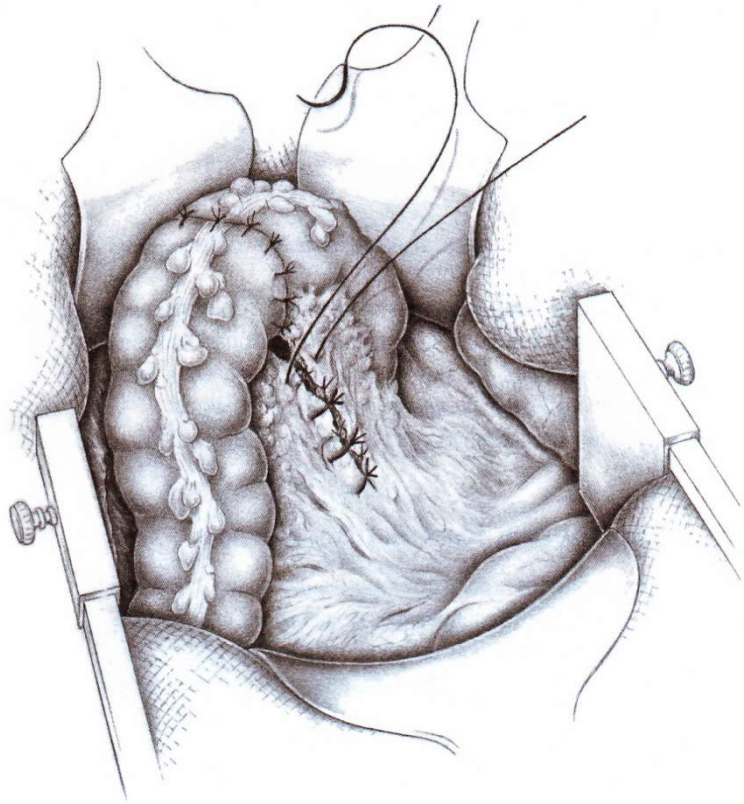
Առաջային պատի բերանակցումը իրականացվում է նույնանման հանգուցակարերով: Անկյունի երկու կարերը խորասուզվում են աղիքի լուսանցքի մեջ:



Փուլ 11. *Միջընդերքի դեֆեկտի փակում*

Սիգմայաձև աղու միջընդերքը փակվում է առանձին կարերով, առանց անոթային աղեղների վնասման, ինչը կարող է խախտել բերանակցման շրջանի արյան մատակարարումը:

Վիրահատությունը ավարտվում է երկու դրենաժների տեղադրումով ու որովայնի պատի փակումով:



Գործառույթներ սպեցիֆիկ բարդությունների ժամանակ

⇒ *Բերանակցման անբավարարություն՝* եթե վիրահատական շրջանը լավ դրենավորվում է, կիրառվում է սպասողական մարտավարություն, պարէնտերալ սնուցումով, միչև խուղակի ինքնուրույն փակում: Պերիտոնիտի ցանկացած նշանի դեպքում կատարվում է շտապ կրկնակի որովայնահատում և ձևավորվում դուրս բերող ստոմա կամ դուրս է բերվում բերանակցումը, ուղիղ աղին փակվում է կույր ծայրատի ձևով և վայրէջ հաստ աղու վրա ձևավորվում եզրային ստոմա /Հարթմանի վիրահատություն/:

⇒ *Բերանակցման նեղացում՝* հիմնականում առաջանում է, երբ բերանակցումը գտնվում է ծգված վիճակում: Հնարավորության դեպքում իրականացվում է էնդոսկոպիկ դիլյատացիա, անհաջողության դեպքում պահանջվում է վիրահատություն:

Հետվիրահատական գործառույթները

Բժշկական խմնամք՝ քիթ-ստամոքսային զոնդը հեռացվում է 1-3-րդ օրը և դրենաժները՝ 7-8-րդ:

Կերակրման վերսկսում՝ հեղուկներ թույլատրվում են 3-4-րդ օրից, պինդ սնունդ՝ առաջին հետվիրահատական կղանքից հետո / մոտավորապես 7-րդ օրը/:

Աղիքի գործունեություն՝ բուժում պրոկինետիկներով 4-5-րդ օրից: Առաջին շաբաթների ընթացքում, աղիքային ֆունկցիայի վերականգնումից հետո, հնարավոր է թույլ պերօրալ թուլացնող միջոցների կիրառում:

Ֆիզիոթերապիա՝ շնչառական վարժություններ:

Անաշխատունակության տևողությունը՝ 2-3 շաբաթ:

Փորձառու վիրաբույժի խորհուրդները

- Սիգմայաձև աղին տեղակայված է ձախ միզածորանի, ձախ ձվարանային/սերմնային զարկերակի ու երակի, փայծաղի ստորին բևեռի հարևանությամբ:
- Բերանակցումը պետք է լինի առանց ձգման, հնարավոր է անհրաժեշտ լինի հաստ աղու փայծաղային անկյան տեղայնացում:
- Հաստ աղու տեղայնացման ընթացքում խուսափեք փայծաղի ստորին բևեռի վնասումից, աղու չափից ավել ձգման հետևանքով:

ՍԻԳՄԱՅԱՁԵՎ ԱՂՈՒ ԱՐՄԱՏԱԿԱՆ ՄԱՍՆԱՀԱՏՈՒՄ

Ցուցումներ և հակացուցումներ

Ցուցումներ՝

- սիգմայաձև աղու չարորակ նորագոյացություններ

Այլընտրանքային գործառույթներ՝ ձախակողմյան հեմիկոլէկտոմիա՝ սովորաբար սիգմայաձև աղու պրոքսիմալ հատվածների չարորակ ուռուցքների հետ կապված: Լյարդում մետաստազների հայտնաբերման դեպքում՝ սիգմայաձև աղու խողովակաձև մասնահատում /միջընդերքի սկելետիզացիա աղիքի պատին մոտ/:

Նախավիրահատական հետազոտություններ և պատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ պարտադիր կոլոնոսկոպիա՝ բիոպսիայով,
- ✓ աղիների ռենգենկոնտրաստային հետազոտություն,
- ✓ ԳՋՀ ու ՀՇ չարորակ ուռուցքի հեռավոր մետաստազների բացառման համար,
- ✓ հնարավոր է ուրոլոգիական կամ գինեկոլոգիական հետազոտություն:

Հիվանդի պատրաստում՝ աղիքի օրտոգրադ լավաժ/լվացում, կենտրոնական երակի կատետերիզացիա, հարվիրահատական հակաբիոտիկ թերապիա, քիթ-ստամոքսային զոնդի տեղադրում, միզապարկի կատետերիզացիա:

Սպեցիֆիկ ռիսկեր, հիվանդի ինֆորմացված համաձայնությունը

- Ձախ միազածորանի վնասում /1% դեպքերում/,
- Փայծաղի վնասում /5%/,
- Բերանակցման անբավարարություն /10%/,
- Վերքի բացում /10%/:

Հիվանդի դիրքը՝ մեջքի վրա պառկած, մոդիֆիկացված լիտոտոմիկ դիրք՝ ըստ Լյորդ-Դեվիսի:

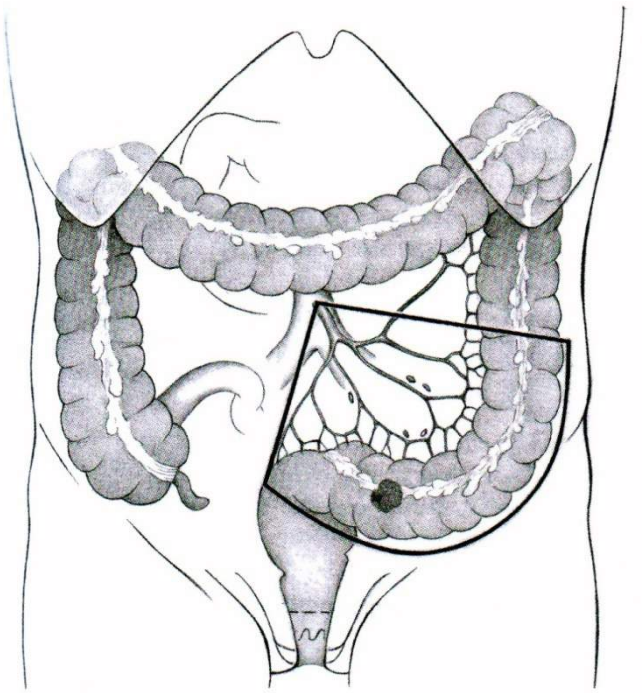
Մուտքը՝ միջային որովայնահատում, կտրվածքի շարունակում պորտից վեր դեպի ձախ թուլակող:

Սիգմայաձև աղու արմատական մասնահատումը խողովակային մասնահատումից տարբերվում է միայն մասնահատման եզրերի հեռավորությունով և միջընդերքի ավշային համակարգի միաժամանակյա ամբողջական հեռացումով: Այդ իսկ պատճառով ստորև բերվում են միայն այս տարբերությունները, մինչդեռ վիրահատության մյուս փուլերը նկարագրված են նախորդ գլխում:

Վիրահատություն

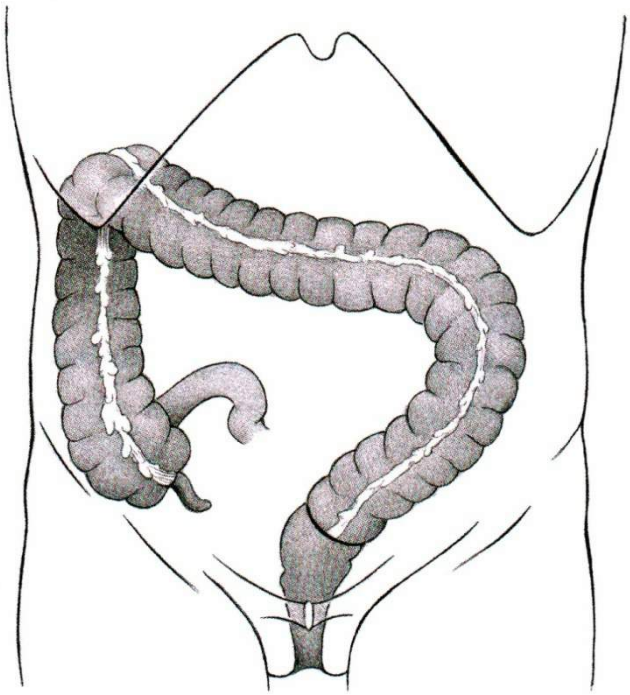
Փուլ 1. Մասնահատման ծավալը

Սիգմայաձև աղու արմատական մասնահատումը ներառում է սիգմայաձև աղին, ուղիղ աղու պրոքսիմալ սեգմենտը, միջընդերքի հիմքն /որտեղ աորտայից դուրս է գալիս ստորին միջընդերային զարկերակը/ ու վայրէջ հաստ աղու դիստալ սեգմենտը:



Փուլ 2, *Վերակառուցում*

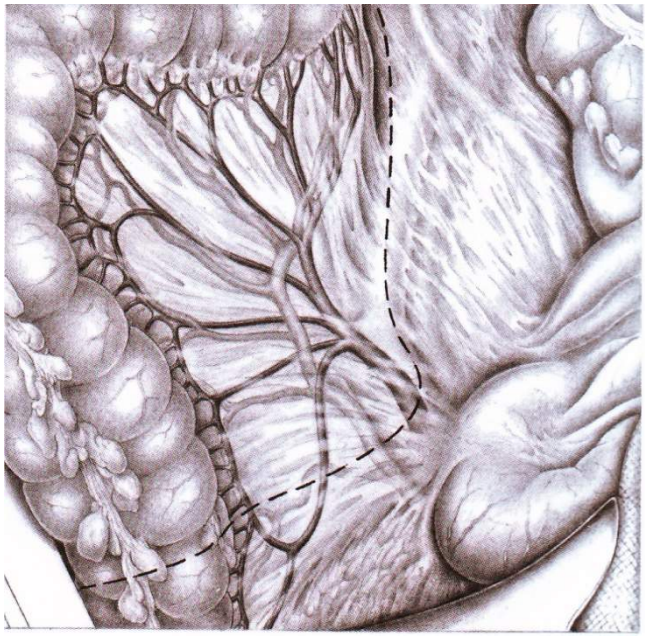
Աղիքի անընդհատության վերականգնումը իրականացվում է վայրէջ հաստ աղու և ուղիղ աղու բերանակցման ձևավորամամբ, ինչը հաճախ պահանջում է հաստ աղու փայծաղային անկյան տեղայնացում: Ի տարբերություն ձախակողմյան հեմիկոլէկտոմիայի այս մասնահատման ժամանակ պահպանվում են ձախ փայծաղային անկյունն ու լայնակի հաստ աղու ձախ կեսը:



Փուլ 3. Անոթների բարձր դիսսեկցիա

Սիգմայաձև աղու մասնահատման ժամանակ կիրառվում են նրա միջընդերքի սկելետիզացիայի երկու եղանակներ: Առաջինը այսպես կոչված բարձր կապումն է, որը ներառում է ստորին միջընդերային զարկերակի հատում մինչև աորտայից նրա բաժանվելը և ստորին միջընդերային երակի դիսսեկցիա ենթաստամոքսային գեղձի ստորին եզրի մոտ:

Մյուս եղանակը՝ դա ավելի ցածր կապելու միջոցն է, որը ներառում է ստորին միջընդերային զարկերակով արյան մատակարարվող տարածքը, պահպանելով նրա առաջին ճյուղը՝ ձախ հաստաղիքային զարկերակը: Սիգմայաձև աղու արմատական մասնահատումը միշտ պահանջում է ստորին միջընդերային զարկերակի ու երակի բարձր կապում:



Գործառույթներ սպեցիֆիկ բարդությունների ժամանակ

⇒ *Բերանակցման նեղացում*՝ եթե հնարավոր է կատարվում է էնդոսկոպիկ դիլատացիա, հակառակ դեպքում՝ կրկնակի վիրահատություն

⇒ *Բերանակցման անբավարարության*՝ եթե այդ շրջանը լավ դրենավորվում է, կիրառվում է սպասողական մարտավարություն, պարէնտերալ սնուցման պայմաններում՝ մինչև խուղակի ինքնուրույն փակվելը: Որովայնաբորբի որևէ նշանի դեպքում իրականացվում է շտապ կրկնակի որովայնահատում տանող ստոմայի ձևավորումով կամ բերանակցման դուրս բերումով: Ուղիղ աղին կույր ծայրատի ձևով փակվում է և վայրէջ հաստ աղու վրա դրվում եզրային ստոմա /Հատրմանի վիրահատություն/:

Հետվիրահատական գործառույթներ

Բժշկական խնամք՝ քիթ-ստամոքսային զոնդը հեռացվում է 1-3-րդ օրը, իսկ դրենաժը՝ 7-8-րդ:

Կերակրման վերսկսում՝՝ հեղուկի խմելը 3-4-րդ օրը, պինդ սնունդը՝ առաջին հետվիրահատական կղանքից հետո, մոտ 7-րդ օրը:

Աղիների գործունեությունը՝ աղիների գործունեության վերականգնումից հետո, առաջին շաբաթների ընթացքում, հնարավոր է բերանով թուլացնող միջոցներիլուծողականների ընդունում:

Ակտիվացում՝՝ անմիջապես:

Ֆիզիոթերապիա՝ շնչառական վարժություններ

Անաշխատունակության տևողությունը՝ 2-3 շաբաթ:

Փորձառու վիրաբույժի խորհուրդները

- Սիգմայաձև աղին տեղակայված է ձախ միզածորանի, ձախ սերմնային/ձվարանային անոթների և փայծաղի ստորին բևեռին մոտ:
- Բերանակցման շրջանում չպետք է լինի ձգվածություն, ինչը կարող է պահանջել հաստ աղու ձախ անկյան տեղայնացում:
- Փայծաղային անկյան տեղայնացման ժամանակ խուսափեք փայծաղի ստորին բևեռի վնասումից, հաստ աղու ձգման պատճառով:
- Նախքան ձախ հաստաղիքային զարկերակի կապումը, համոզվեք Ռիոլանի զարկերակային աղեղի առկայության մեջ:

ՍԻԳՄԱՅԱՁԵՎ ԱՂՈՒ ԼԱՊԱՐԱՍԿՈՊԻԿ ՄԱՍՆԱՀԱՏՈՒՄ

Ցուցումներ և հակացուցումներ

Ցուցումներ

- սիգմայաձև աղու դիվերտիկուլյոզ, առանց դիվերտիկուլիտի նշանների:

Այլընտրանքային գործառույթներ՝ բաց եղանակ՝ թափածակման կամ թարախակույտի ժամանակ

Նախավիրահատական հետազոտում և պատրաստում վիրահատությանը՝

Տես՝ «Բաց մասնահատում» գլխում:

Սպեցիֆիկ ռիսկեր, հիվանդի տեղեկացված համաձայնությունը

- Ինչպես և բաց մասնահատումների ժամանակ:
- Հնարավոր է անցում բաց մուտքի:

Հիվանդի դիրքը՝ պառկած մեջքի վրա, մոդիֆիկացված լիտոտոմիկ դիրք՝ ըստ Լյորդ-Դեվիսի:

Մուտքը՝ անմիջապես պորտից վեր կամ նրանից 4-5 սմ վեր տեղադրվում է տրոակար տեսախցիկի համար, երկու աշխատանքային տրոակարներ դրվում են աջ կողմնային ու աջ զստային շրջան: Սիգմայաձև աղին դուրս է բերվում ոչ մեծ կտրվածքով ըստ Պֆաննենշտիլի: Հնարավոր է չորրորդ տրոակարի տեղադրում որովայնի ձախ կողմում, հաստ աղու ձախ անկյան տեղայնացման համար:

Վիրահատման փուլերը

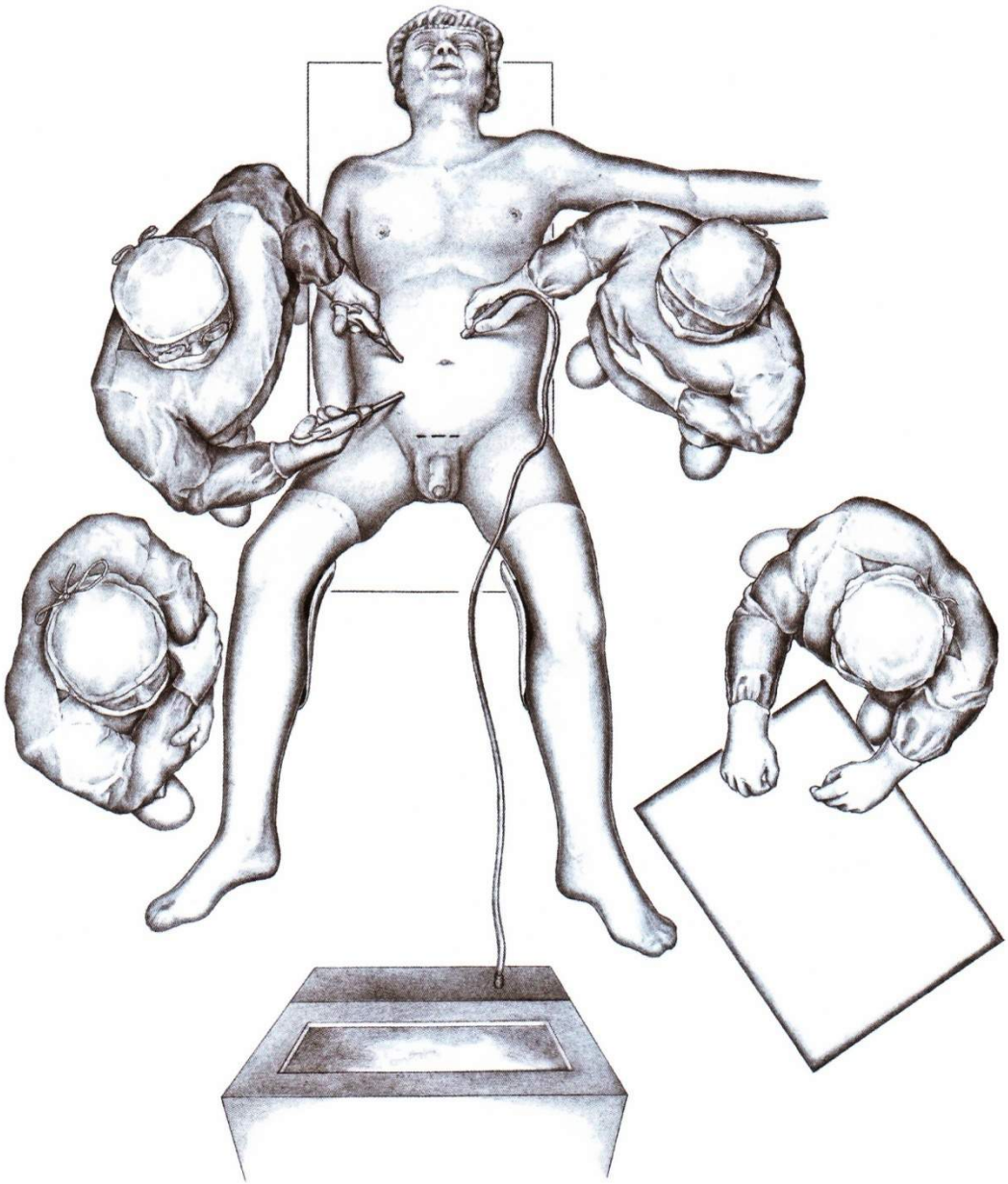
1) Պնևմոպերիտոնեումի իրականացում:
2) Աշխատանքային տրոակարների տեղադրում:
3) Կպումների անջատում:

4) Ձախ միզածորանի հայտնաբերում ու պահպանում:
5) Մասնահատման ծավալի որոշում:
6) Միջընդերային պատուհանի դիսեկցիա:
7) Ռեկտո-սիգմոիդ հատվածի ցիրկուլյար դիսեկցիա :
8) Կարող սարքով /Endo-GYA/ աղիքի դիստալ հատում:
9) Սիգմայի միջընդերքի դիսսեկցիա Ultciision-ի կամ էնդոկլիպների օգնությամբ:
10) Կտրվածք ըստ Պֆաննենշտիլի և սիգմայաձև աղու դուրս բերում:
11) Աղիքի մասնահատում և կարի ձգում կարող գործիքի շուրջը:
12) Աղիքի խորոսուզում ու ըստ Պֆաննենշտիլի կտրվածքի փակում:
13) Ցիրկուլյար կարող գործիքի տրանսանալ մուտք:
14) Կարող սարքերի միացում:
15) Բերանակցման իրականացում:
16) Փորձարկում ջուր չանցկացնելու տեստով:
17) Տրոակարների հեռացում ու կտրվածքների փակում:

Վիրահատություն

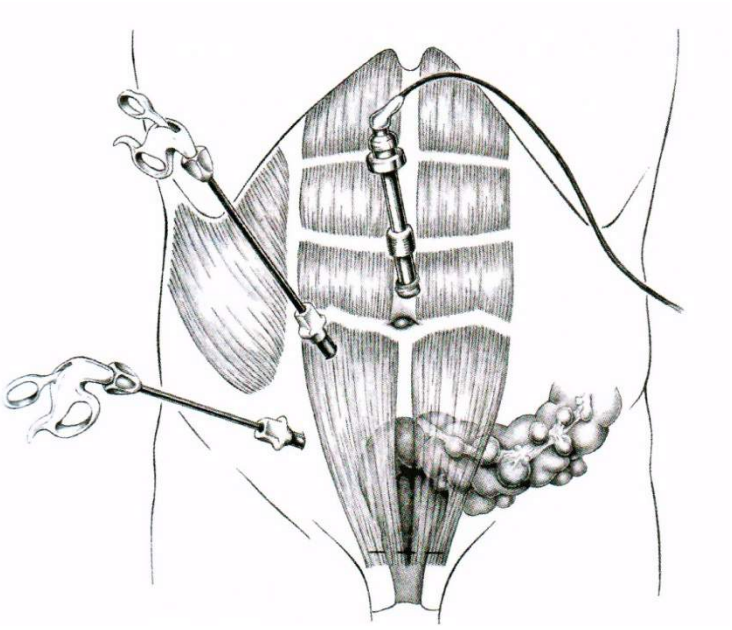
Փուլ 1. *Հիվանդի դիրքը*

Մոդիֆիկացված լիտոտոմիկ դիրք: Վիրաբույժն ու երկրորդ օգնականը գտնվում են աջ կողմից, առաջի օգնականն ու տեսախցիկը ձախից: Մոնիտորը դրվում է սարքերի սեղանի կողմից:



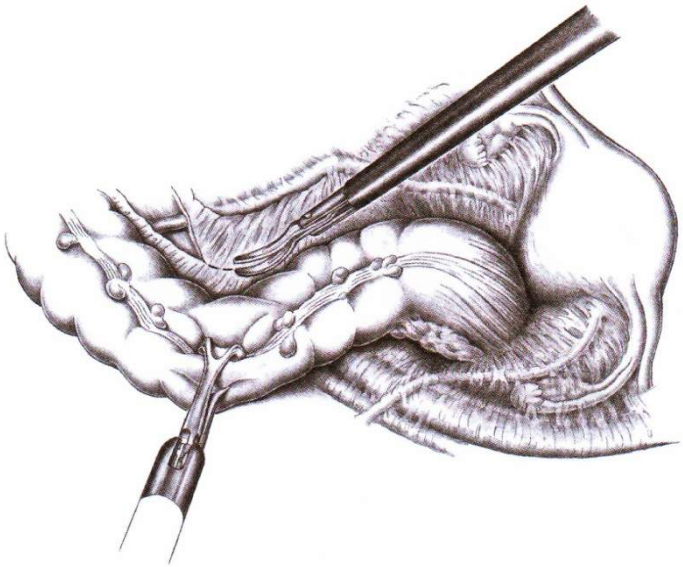
Փուլ2. *Տրոակարների դիրքը*

Կամերայի համար տրոակարը տեղադրվում է պորտից 1-5սմ վեր, աշխատանքային տրոակարները աջ կողմնային/զստային շրջանում: Չորրորդ տրոակարը ցայլքի վրա, Պֆաննենշտիլի կտրվածքի հատվածում: Հնարավոր է տրոակարի տեղադրում որովայնի ձախ կողմնային հատվածում, հաստ աղու ձախ անկյան տեղայնացման համար:



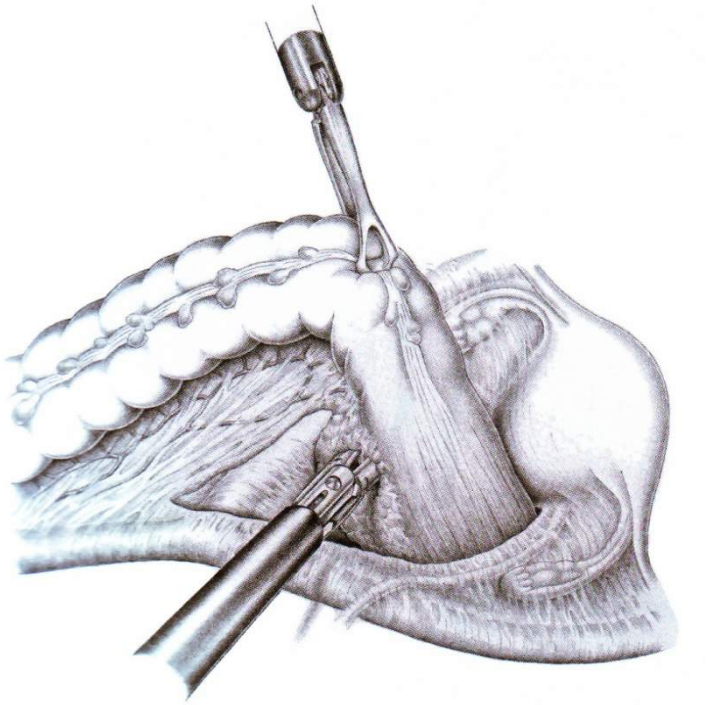
Փուլ3. *Հաստ աղու տեղայնացում*

Սիգմայաձև աղին ձգվում է և հատվում են նրա կողմնային կպումները: Որից հետո հատվում է որովայնամիզը, գտնելու համար ձախ միզածորանը և տեղայնացնելու սիգմայաձև ու վայրէջ հաստ աղու միջընդերքը: Հնարավոր է նաև հաստ աղու ձախ անկյան տեղայնացում:



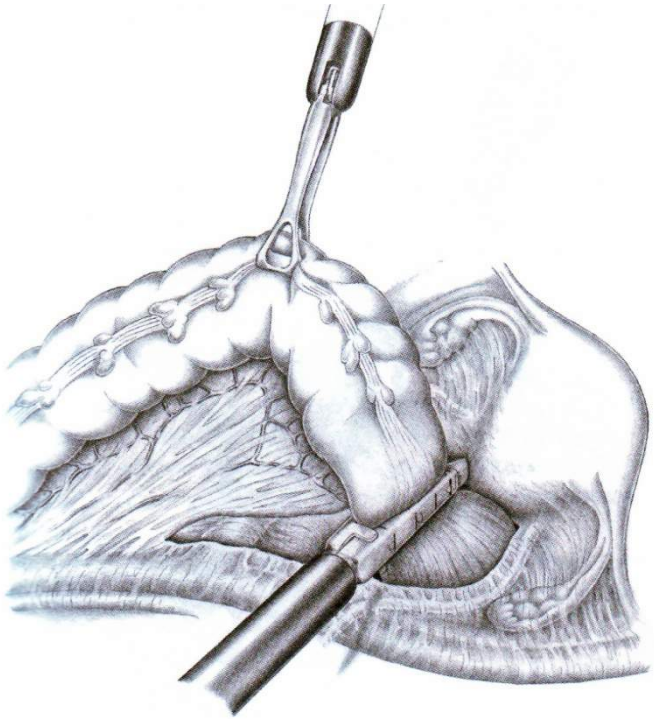
Փուլ4. *Ռեկտոսիգմոիդ հատվածի դիսսեկցիա*

Փոքր կոնքի խոռոչում, ձախ կողմից սկսվում է որովայնամզի հատումը: Նույնը կատարվում է աջից՝ ձևավորելով միջընդերային պատուհան: Որից հետո, աջից գերձայնային գործիքով իրականացվում է մասնահատման դիստալ եզրի ցիրկուլյար դիսսեկցիա:



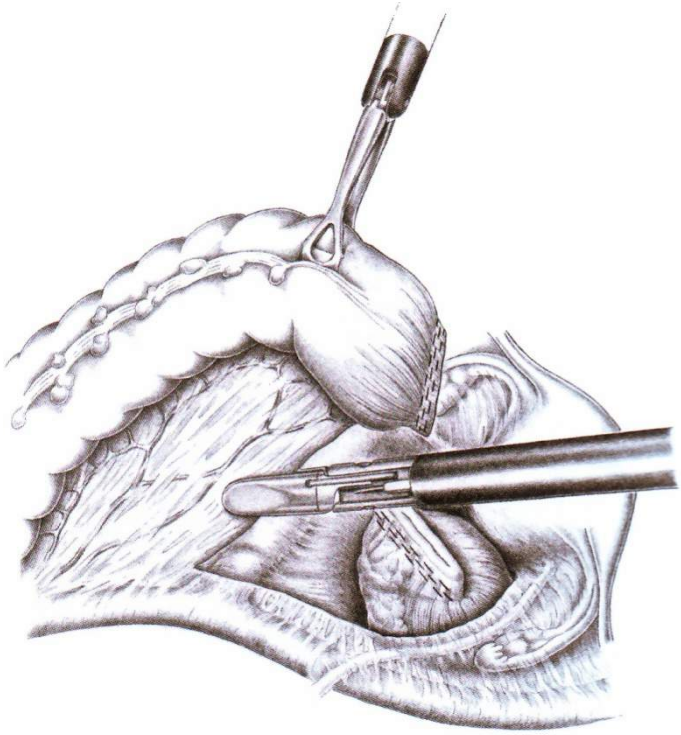
Փուլ5. Ռեկտոսիգմոիդ հատվածի հատում

Աղիքի ցիրկուլյար դիսսեկցիայից հետո այն հատվում է Endo-GYA կարող գործիքով:



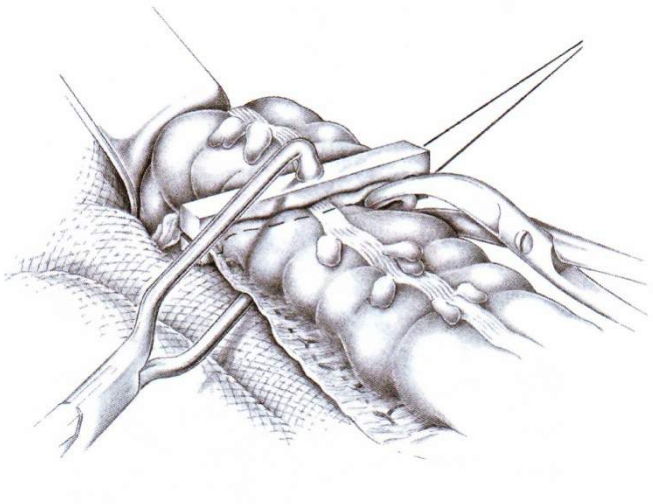
Փուլ6. Սիգմայածև աղու միջընդերքի սկելետիզացիա

Սիգմայածև աղու միջընդերքի սկելետիզացիան իրականացվում է Ultra Cision-ի կամ անոթների առանձին մերկացումով և նրանց վրա հատելուց առաջ էնդոկլիպներ տեղադրելով: Դիսսեկցիան կարելի է իրականացնել աղու պատին մոտ /պահպանելով վերին ուղիղ աղիքային զարկերակը/: Մինչև միզածորանի ճշգրիտ հայտնաբերումն ու նույնականացումը, պետք է պահպանել հատուկ զգուշավորություն:



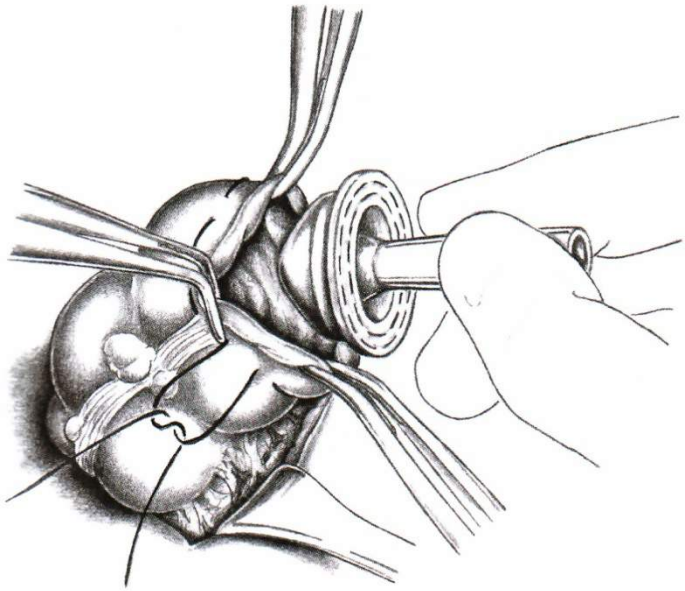
Փուլ 7. *Սիգմայաձև աղու դուրսբերումը*

Կատարվում է ըստ Պֆաննենշտիլի կտրվածք և աղիքը դուրս է բերվում որովայնի խոռոչից: Ավարտվում է սիգմայաձև աղու դիսսեկցիան /զգուշացում՝ սիգմայաձև աղու միջընդերքի հիմնական դիսսեկցիան անհրաժեշտ է իրականացնել ներորովայնային, դիսեկցիան աղիքի դուրս բերումից հետո չունի ոչ մի առավելություն/: Դրվում է քսակակար և սիգմայաձև աղին մասնահատվում:



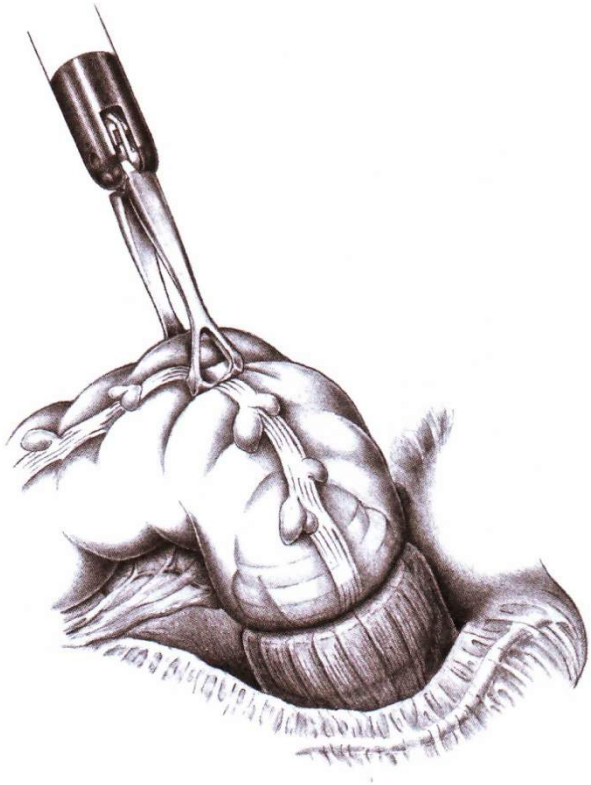
Փուլ8. *Աղիքի խորասուզում*

Կարող գործիքի սանդի գլխիկի շուրջը դրվում է քսակակար և աղիքը խորասուզվում որովայնի խոռոչ: Կտրվածքը ըստ Պֆաննենշտիլի կարվում է և նորից դրվում պնևմոպերիտոնեում:



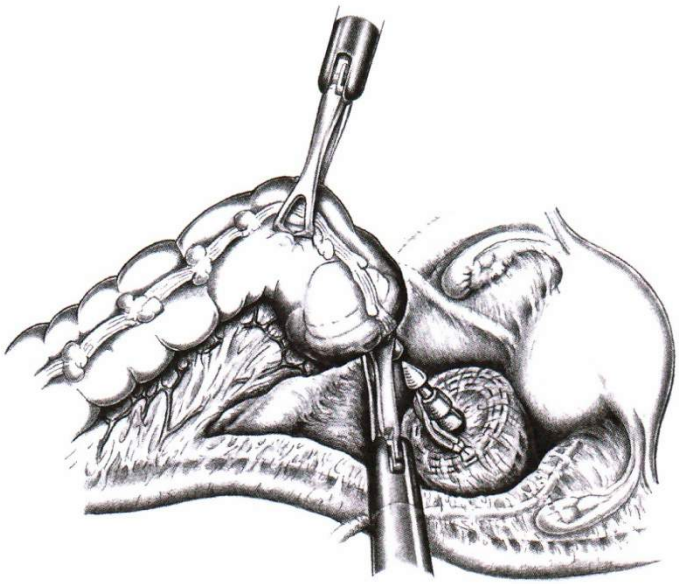
Փուլ9. *Ցիրկուլյար կարող սարքի ներհետանցքային տեղադրում*

Ներհետանցքային մտցվում է ցիրկուլյար կարող սարքը և նրա սայրով ծակվում մեխանիկական կարի գիծը ուղիղ աղու վրա, հնարավորի չափ մոտ կենտրոնին: Որովայնի խոռոչի կողմից սարքը կարող է ուղորդվել երկու տուպֆերների օգնությամբ:



Փուլ 10. *Բերանակցման ձևավորումը*

Կարող սարքը միացվում է այնպես, որ աղիքի պրոքսիմալ սեգմենտը չպտտվի:



Գործառույթներ սպեցիֆիկ բարդությունների ժամանակ

⇒ տարածուն կպումների հետևանքով վատ դիտարկամն կամ շարունակվող բորբոքման առկայության պայմաններում պետք է արագ անցնել բաց եղանակի:

⇒ մնացածը տես “Բաց մասնահատում” գլխում

Հերվիրահատական գործառույթներ

Բժշկական խնամք՝ քիթ-ստամոքսային զոնդը հեռացվում է 1-ին օրը, իսկ դրենաժը՝ 7-րդ օրը, եթե այն դրվել է:

Կերակրման վերսկսումը՝ հեղուկի օգտագործում թույլատրվում է 1-ին օրվանից, սննդակարգը արագ ընդլայնվում է պերիստալտիկ աղմուկների վերսկսումից հետո:

Ֆիզիոթերապիա՝ շնչառական վարժություններ

Աշխատունակության տևողությունը՝ 2-3շաբաթ:

Փորձառու վիրաբույժի խորհուրդները

- Վիրահատություն տարած հիվանդների մոտ առաջին տրոակարը տեղադրելու համար միշտ պետք է օգտվել բաց տեխնիկայից:
- Հաստ աղու ձախ անկյան տեղայնացման համար տեսախցիկը տեղափոխվում է ու տեղադրվում է հավելյալ տրոակար՝ որովայնի ձախ կողմնային շրջանում:
- Սիգմայաձև աղու միջընդերքի տեղայնացման ժամանակ պրոքսիմալ հատվածում պետք է նույնականացվի ձախ միզածորանը:

ՁԱԽԱԿՈՂՄՅԱ Ն ՀԵՄԻԿՈԼԷԿՏՈՄԻԱ

Ցուցումներ և հակացուցումներ

Ցուցումներ

- հաստ աղու փայծաղային անկյան ու ուղիղ աղու միջև ընկած շրջանի պաթոլոգիական ախտահարումներ

Այլընտրանքային գործառույթներ՝ սուբտոտալ կոլէկտոմիա, սիգմայաձև աղու մասնահատում:

Նախավիրահատական հետազոտություն և պատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ կոլոնոսկոպիա բիոպսիայով,
- ✓ ստամոքս-աղիքային խողովակի ռենտգեն կոնտրաստային հետազոտություն,
- ✓ ԳՋՀ և ՀՇ չարորակ ուռուցքի հնարավոր հեռակա մետաստազների բացառման համար,
- ✓ ըստ անհրաժեշտության՝ ուրոլոգիական կամ գինեկոլոգիական ուսումնասիրություն:

Հիվանդի պատրաստումը՝ աղիքի օրտոգրադ լավաժ, կենտրոնական երակի կատետերիզացիա, հարվիրահատական հակաբիոտիկ թերապիա, քիթ-ստամոքսային զոնդի տեղադրում, միզապարկի կատետերիզացիա:

Սպեցիֆիկ ռիսկեր, հիվանդի տեղեկացված համաձայնությունը

- ❖ Բերանակցման անբավարարություն />5% դեպքերում/:
- ❖ Փայծաղի վնասում />5%/:
- ❖ Միզածորանի վնասում />1%/:
- ❖ Վերքի բացում />5%/:

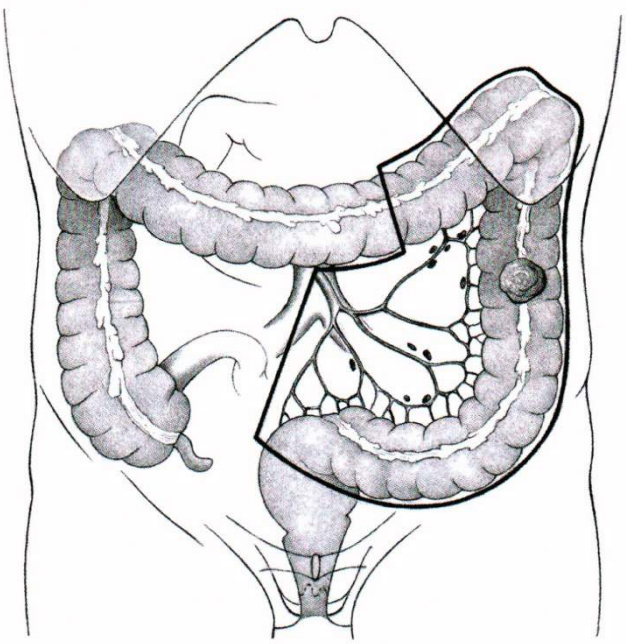
Հիվանդի դիրքը՝ պառկած մեջքի վրա, հնարավոր է մոդիֆիկացված լիտոտոմիկ դիրք՝ ըստ Լյորդ-Դեվիսի /թույլ է տալիս կիրառել կարող սարք/:

Մուտքը՝ միջային որովայնահատում: Հնարավոր է կտրվածք փայծաղային անկյան տեղայնացման համար: Բաց վիրահատության ժամանակ կարող է կատարվել հաստ աղու փայծաղային անկյան լապարասկոպիկ տեղայնացում, ուղիղ աղու ուղեկցվող մասնահատումով:

Վիրահատություն

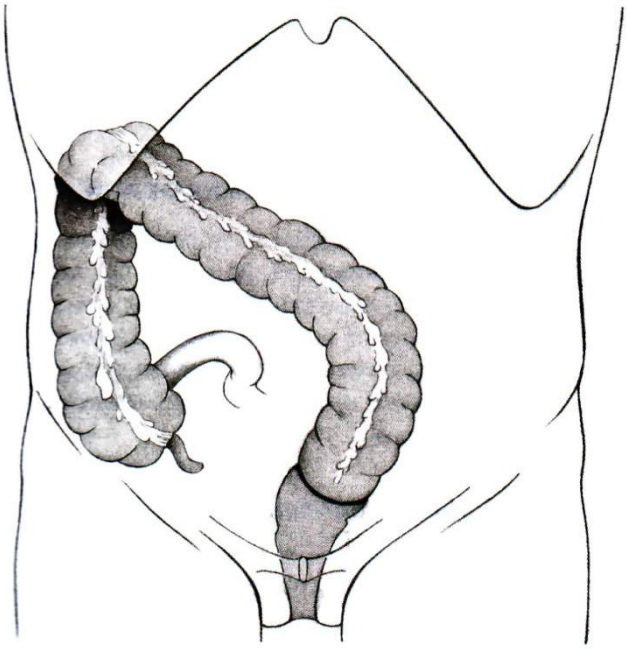
Փուլ 1. *Մասնահատման ծավալը*

Սիգմայաձև և վայրէջ հաստ աղու մեծ ուռուցքները պահանջում են ձախակողմյան հեմիկոլէկտոմիա, այսինքն, մասնահատում միջաձիգ հաստ աղու կենտրոնից մինչև ուղիղ աղու պրոքսիմալ հատված, ներառելով ստորին միջընդերային զարկերակի երկայնքով բոլոր ավշային գեղձերը: Հեռացվում է նաև մեծ ճարպոնի ձախ կեսը:



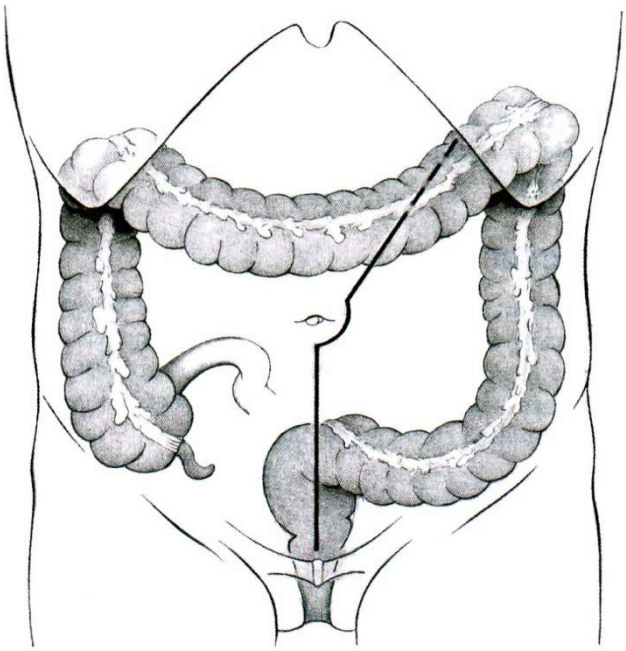
Փուլ 2. Վերակառուցումը ձախակողմյան հեմիկոլէկտոմիայից հետո

Ձախակողմյան հեմիկոլէկտոմիայից հետո աղիքի անընդհատության վերականգնումը պահանջում է միջաձիգ հաստ աղու լայնածավալ տեղայնացում, որոշ դեպքերում լարդային անկյան հետ:



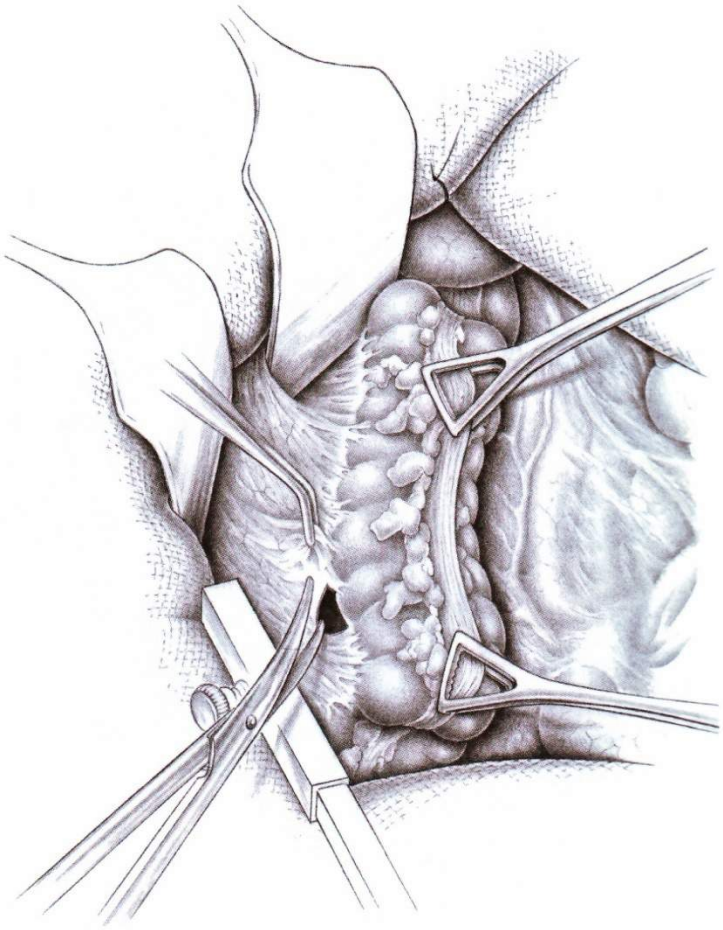
Փուլ3. *Մուտք*

Արդյունավետ է ստորին միջային որովայնահատումը, պորտից ձախ դեպի որովայնի խոռոչի վերին հատված հնարավոր լայնացումով և, կախված անատոմիական իրավիճակից, նաև մինչև ձախ թուլակող:



Փուլ4. *Սիգմայածև աղու տեղայնացում*

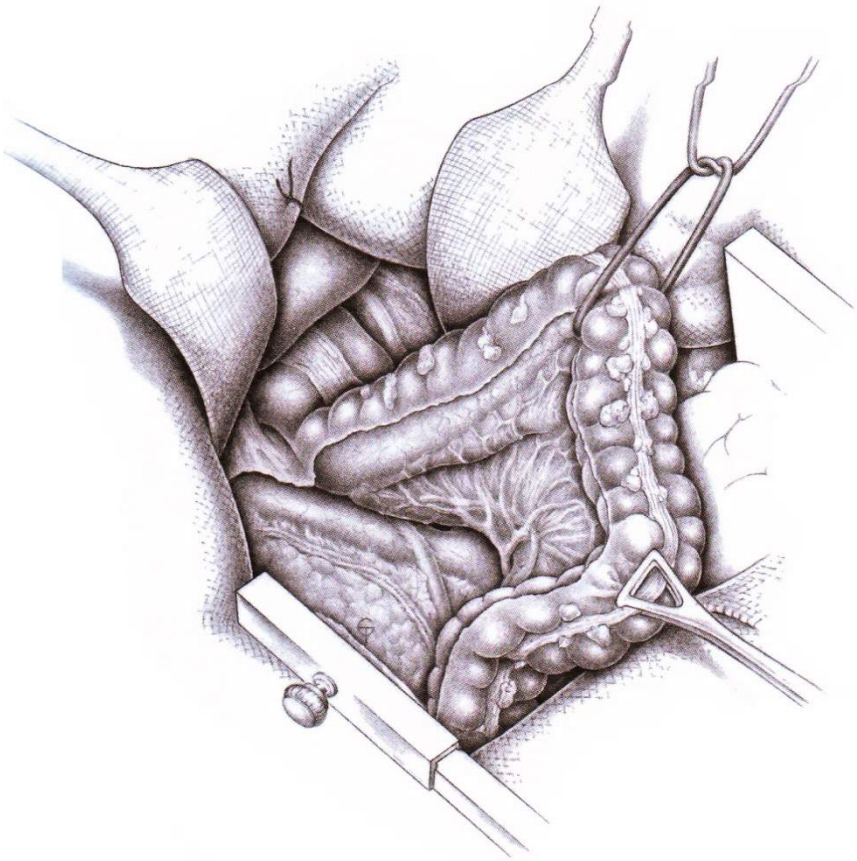
Որովայնի խոռոչի բացումից հետո տեղադրվում է Գոլայերի լայնիչը, որը ապահովում է վիրահատական դաշտի լավ տեսանելիություն: Սիգմայածև հաստ աղին բռնվում է Դյուվալի երկու բռնիչներով ու տեղաշարժվում մեդիալ ուղղությամբ: Որովայնի պատի հետ նրա կողմնային կպումները, այսպես կոչված, սպիտակ գծի երկյանքով մկրատով հատվում են: Այստեղ դիսսեկցիան հիմնականում կատարվում է անոթներից զուրկ շերտում, հետորովայնամզային տարածության անոթային կառուցվածքները մնում են անփոփոխ:



Փուլ5. *Միջընդերքի արմատի դիսսեկցիա*

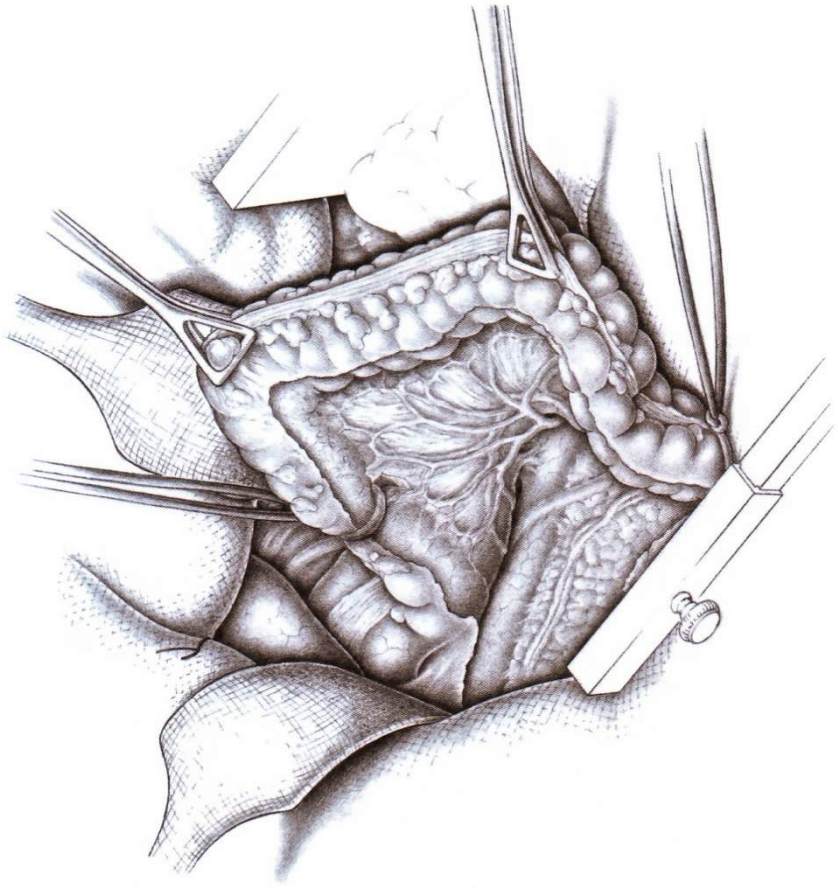
Ուռուցք պարունակող աղիքային սեգմենտը պրոքսիմալ ու դիստալ ուղղություններով փակվում է ռետինե օղակով, բացառելու համար ուռուցքի ներլուսանցքային տարածումը:

Միջընդերքի արմատը անոթների երկայնքով տեղայնացվում է մինչև աորտայից նրանց սկիզբ առնելը: Միզածորանները, որոնք հատում են զստային անոթները և սերմնային/ձվարանային անոթները պետք է հայտնաբերվեն ու պահպանվեն:



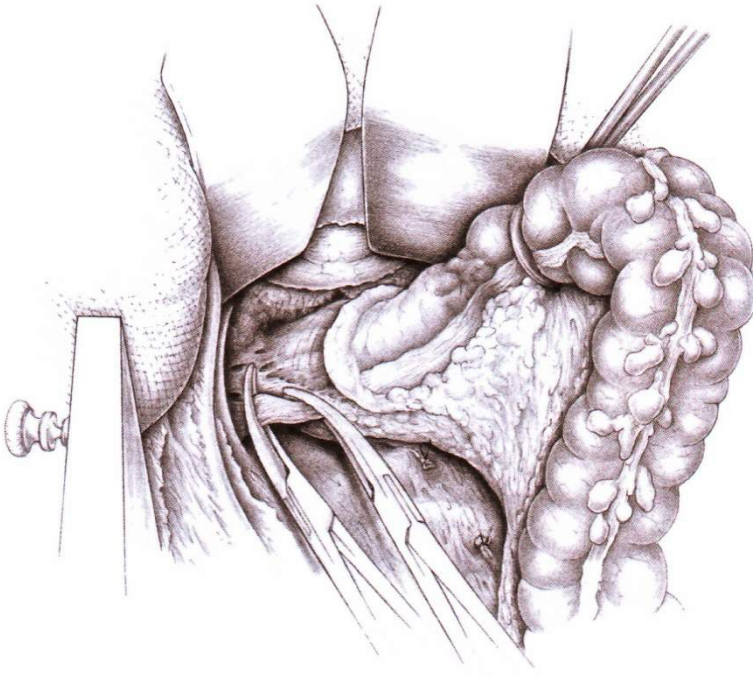
Փուլ6. *Անոթների բարձր հատում*

Միջընդերքի լրիվ տեղայնացումը թույլ է տալիս նույնականացնել ստորին միջընդերային զարկերակի անջատման տեղը և հետևել ստորին միջընդերային երակի ընթացքին մինչև ենթաստամոքսային գեղձի ստորին եզր: Անոթները հատվում են երկու սեղմիչների միջև և կարով կապվում: Այս անոթների մշակումը ուղեկցվում է առպատային որովայնամզի հատումով մինչև փոքր կոնք և հետո դեպի առաջ՝ միզապարկի հետին ու ուղիղ աղու առաջային պատերի միջև:



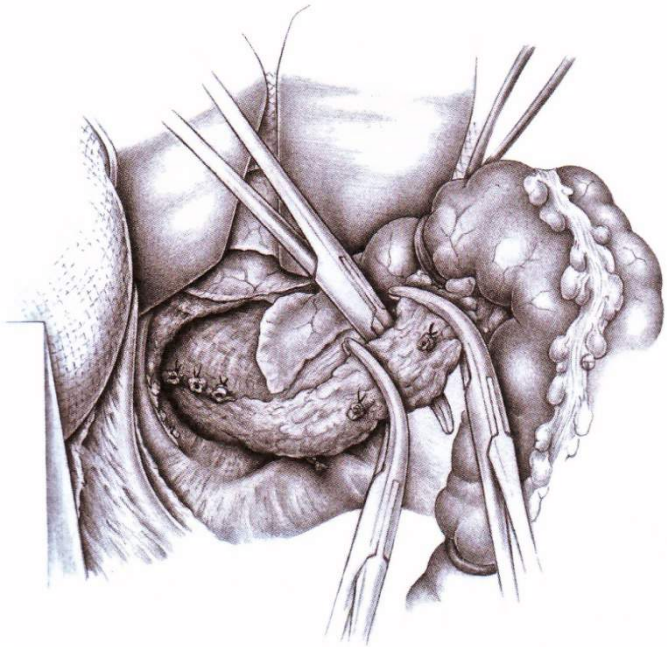
Փուլ 7. Ուղիղ աղու պրոքսիմալ հատվածի տեղայնացում

Կոնքի հատակի ցիրկուլյար հատման ավարտից հետո, կողմնային կապանների գլխամասային հատվածը կտրվում ու սեղմիչների միջև կարով կապվում: Անհրաժեշտության դեպքում ուղիղ աղին կարող է մասնակի անջատվել կոնքի պատերից: Դիսսեկցիան իրականացվում է անոթներից զուրկ շերտում, սրբանոսկրային երակների և նյարդային հյուսակների խստագույն պահպանումով:



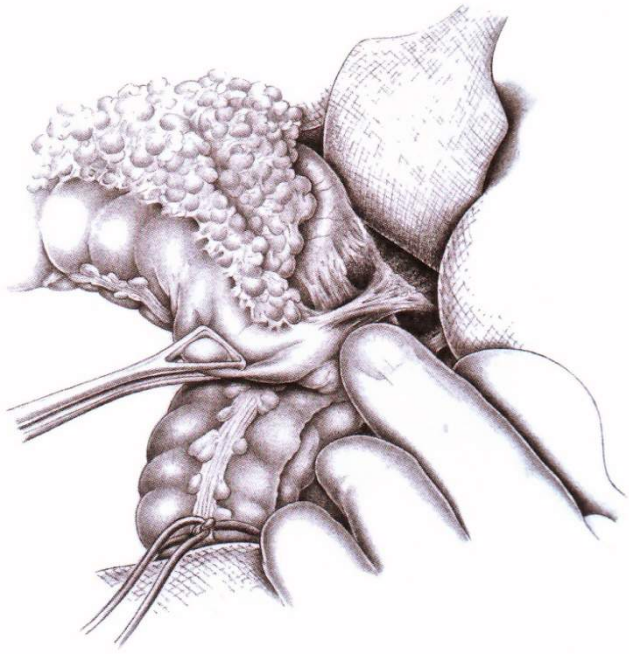
Փուլ 8. *Մեզոռեկտումի անջատում*

Մեզոռեկտումը ևս բռնվում է երկու բռնիչ-գործիքներով և փուլ առ փուլ հատվում: Միայն մանրակրկիտ դիսսեկցիան է թույլ տալիս մի կողմից ունենալ անարյուն վիրահատական դաշտ, իսկ մյուս կողմից՝ չխաթարել բերանակցման համար պատրաստված աղիքային սեգմենտների արյան մատակարարումը:



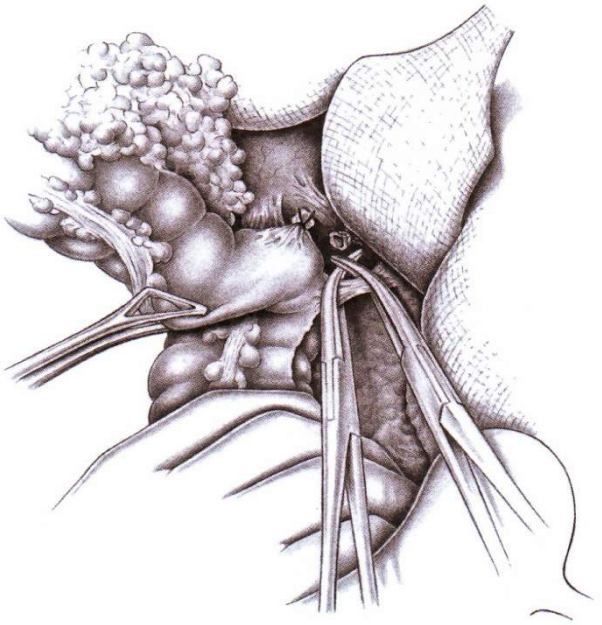
Փուլ 9. *Փայծաղային անկյան տեղայնացում*

Փայծաղային /ձախ/ անկյան տեղայնացումը պահանջում է ստոծանի-հաստաղիքային կապանի հատում, որի ժամանակ պետք է խուսափել փայծաղի ստորին բևեռի վնասումից: Որպեսզի ապահովվի այս մասի ճիշտ էկսպոզիցիան, անհրաժեշտ է կիրառել հավելյալ ռետրակտոր /լայնիչներ/: Առանց ձգման վերակառուցման համար պետք է հաստ աղու փայծաղային անկյունը լրիվ անջատվի ու տեղաշարժվի մեդիալ ուղղությամբ:



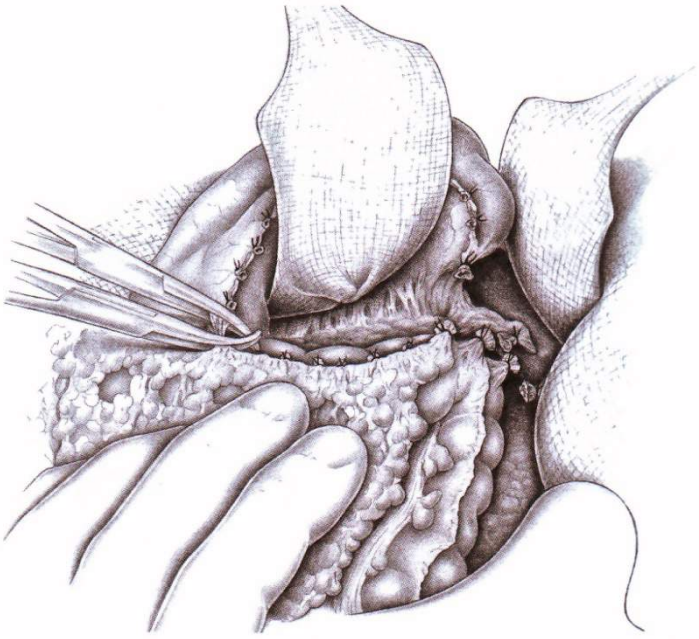
Փուլ 10.

Որպեսզի հայտնաբերվեն, հատվեն ու կապվեն փայծաղային անկյան կապանային կառուցվածքները, վայրէջ հաստ աղին ու միջաձիգ հաստ աղու ձախ կեսը պետք է տեղաշարժվեն միջային ուղղությամբ:



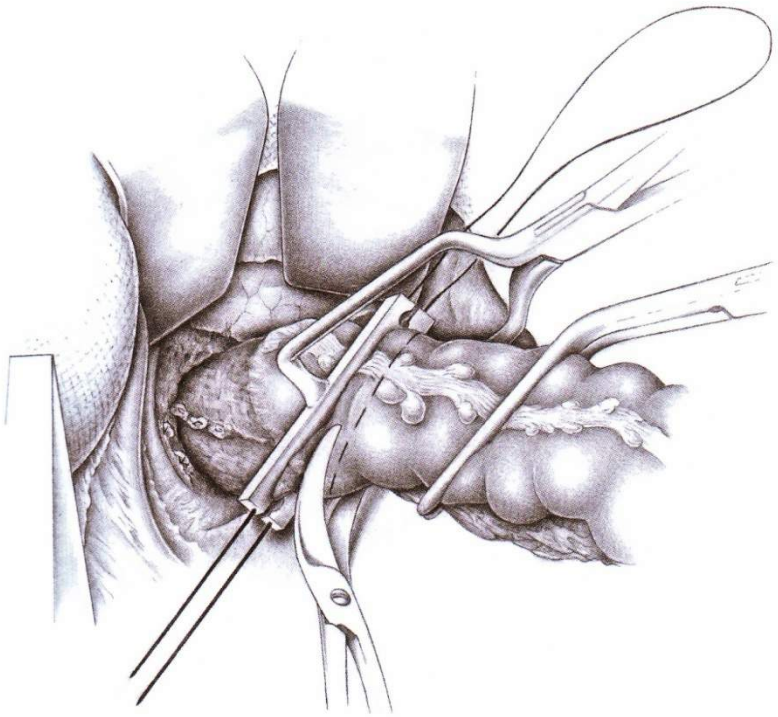
Փուլ 11. Ստամոքս-հաստաղիքային կապանի հատում

Ձախ ստամոքս-հաստաղիքային կապանի հայտնաբերման ու հատման համար անհրաժշտ է միջաձիգ հաստ աղու ձախ մասը զգույշ ձգել ոտնամասային ուղղությամբ: Հատուկ զգուշություն պետք է ցուցաբերել, չվնասելու համար փայծաղն ու ենթաստամոքսային գեղձը: Իրական դիսսեկցիայի ավարտին տեղայնացվում է հաստ աղու ամբողջ ձախ կեսը՝ միջաձիգ հաստ աղու կեսից մինչև ուղիղ աղի:



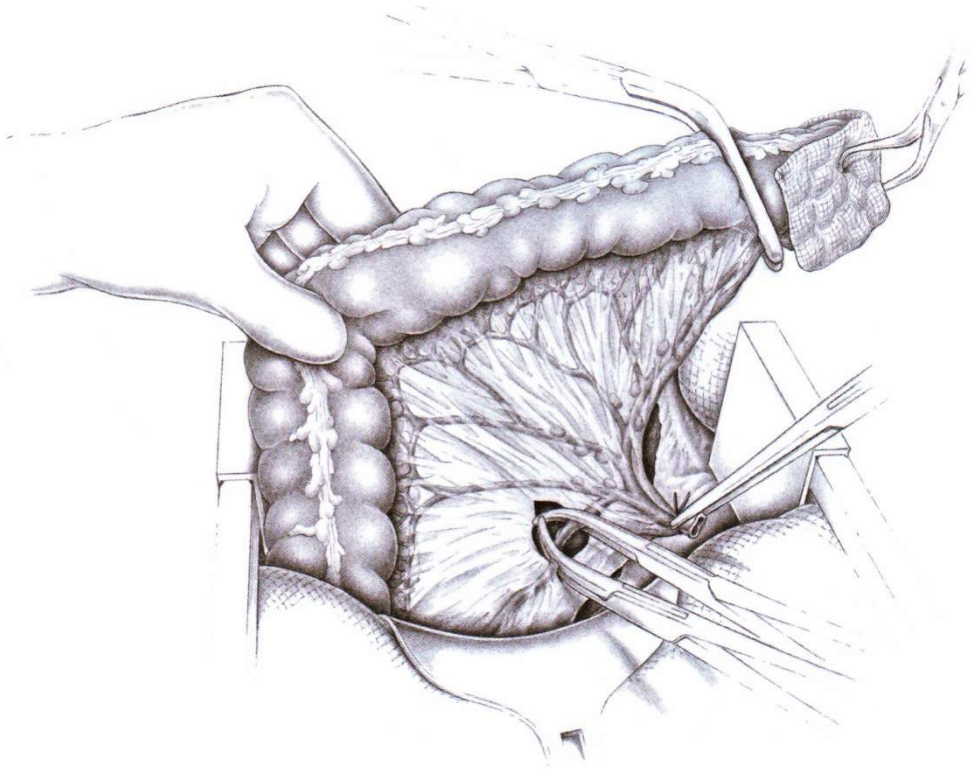
Փուլ 12. *Դիստալ հատում*

Եթե ենթադրվում է մեխանիկական կարի կիրառում դրվում է քսակակար: Վերջինիս համար գործիքի և ուղիղ անկյան տակ ծռված սեղմիչի դնելուց հետո, աղիքը նրանց միջև հատվում է: Ձեռքով բերանակցման դեպքում այն հատվում է կոշտ /պրոքսիմալ/ և փափուկ /դիստալ/ սեղմիչների միջև:



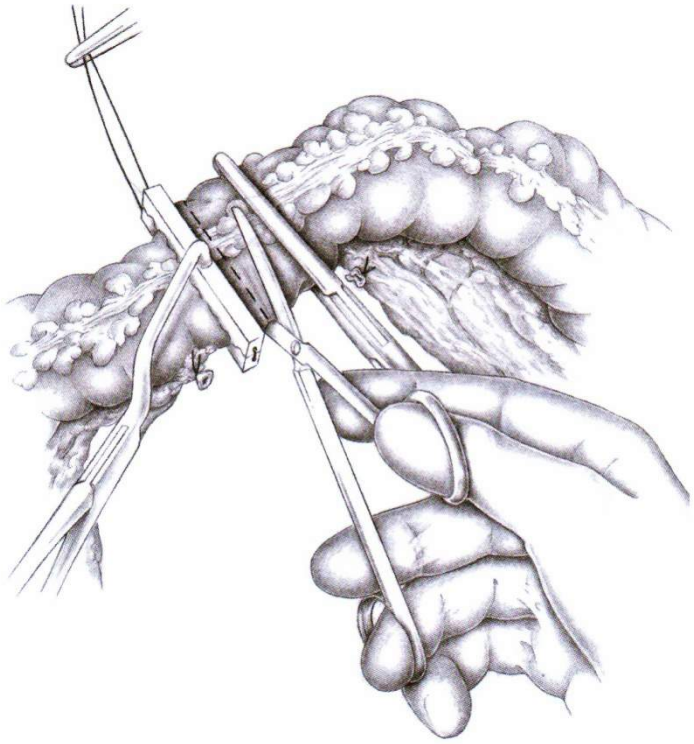
Փուլ 13. *Միջընդերքի սկելետիզացիա*

Միջընդերքի սկելետիզացիայի աստիճանը պայմանավորված է իրականացվող մասնահատման ծավալով: Հիմնական ուղեցույց է հանդիսանում ստորին միջընդերային զարկերակի հատման տեղը: Միզածորանն ու հետորովայնամզային անոթները պետք է խստագույնս պահպանվեն:



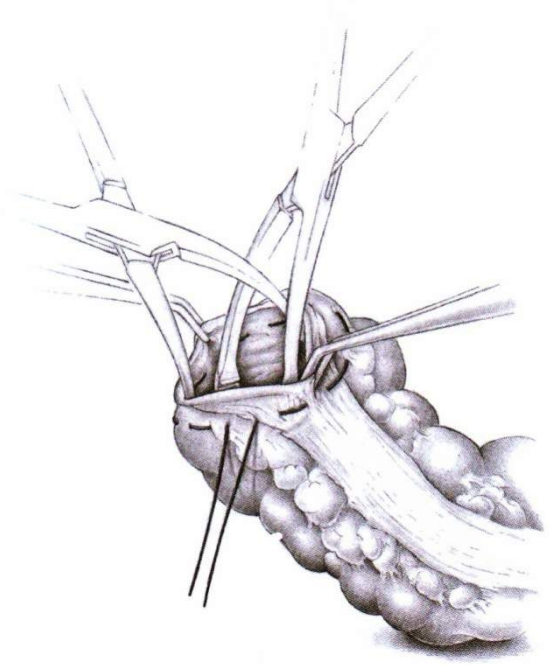
Փուլ 14. *Պրոքսիմալ հատում*

Պրոքսիմալ հատվածում դրվում է քսակակարի սեղմիչ, իսկ հեռացվող դիստալ հատվածին Կոխերի սեղմիչ, որոնց միջև աղիքը ուղիղ մկրատով հատվում է: Աղիքը պետք չէ հատել ամնիջապես կիսետային կարի համար սեղմիչի վրայով, անհրաժեշտ է թողնել մոտ 2-3 մմ բարձրությամբ հյուսվածքի շերտ: Եթե սեղմիչը լրիվ փակված չէ ուղիղ ասեղի անցկացումը դժվարանում է: Նման դեպքերում աղիքի պրոքսիմալ լուսանցքը փակում են փափուկ սեղմիչներով, իսկ մասնահատվող հատվածը՝ կոշտ:



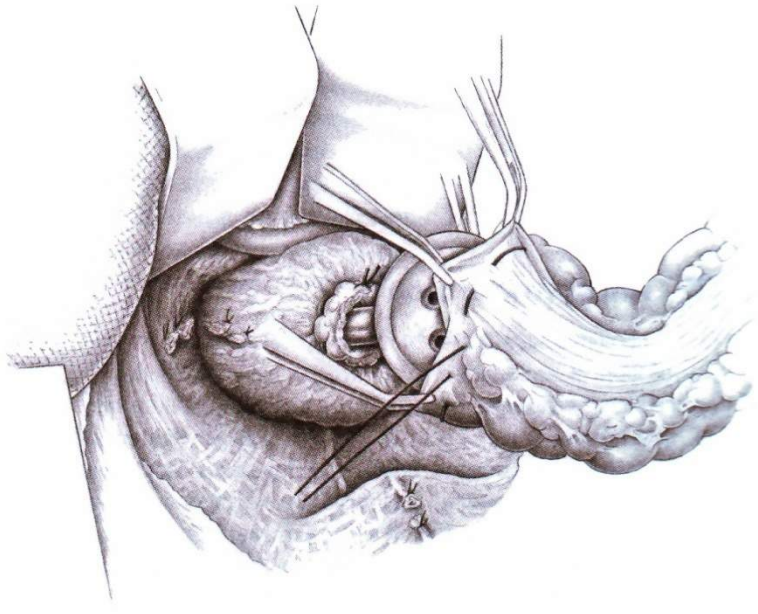
Փուլ 15. Պրոքսիմալ աղու լայնացում

Աղու պրոքսիմալ հատվածը երկու կորնցանքներով լայնացվում է այնքան, որ ցիրկուլյար կարող գործիքի գլխիկը հնարավոր լինի առանց դժվարության մտցնել աղու լուսանցք: Քսակակարը պետք է ստուգվի և անհրաժեշտության դեպքում ուժեղացվի:



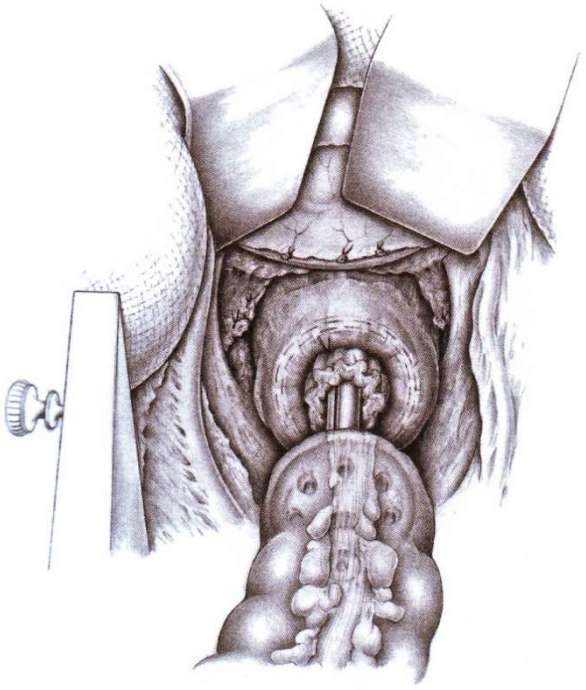
Փուլ 16. *Ապարատային /գործիքային/ կար*

Կարող գործիքի ներհետանցքային ուղիով մտցնելուց առաջ օգնականը, որը գտնվում է հիվանդի ոտքերի արանքում, մինչև 2-3 մատի չափով լայնացնում է հետանցքի սեղմանը: Կարող գործիքը մտցվում է փակ վիճակում և բացվում է միայն աղիքի ծայրատում: Սկզբում կապվում է քսակակարը ուղիղ աղու վրա, ապա սանդի գլխիկի վրա ձգվում է միջաձիգ հաստ աղու բաց եզրը, որից հետո ձգվում ու կապվում է նրա վրա դրվածքսակակարը:



Փուլ 17. *Կարող սարքի գործի դնելը*

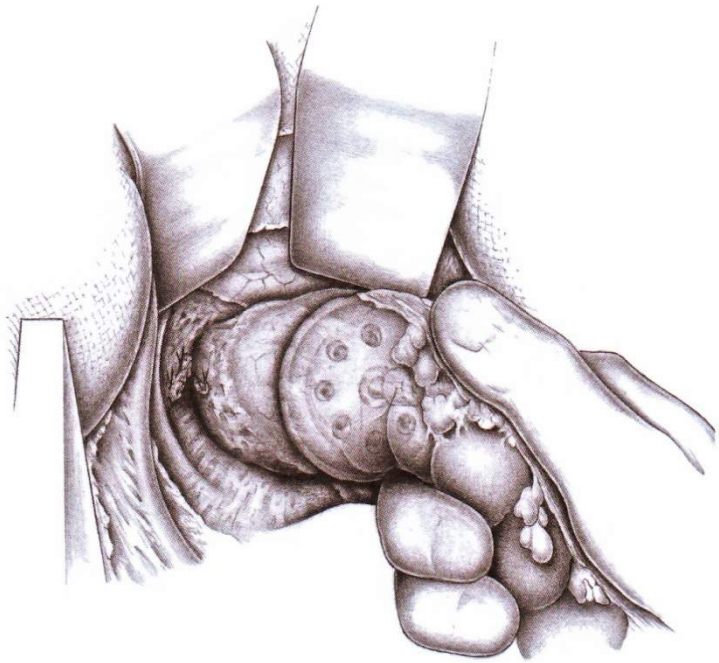
Կարող սարքը ակտիվացվում է միայն պրոքսիմալ աղու բավարար ձգման դեպքում: Այս գործողության ընթացքում վիրաբույժը պետք է վստահ լինի, որ բերանակցման համար աղիների սեգմենտները ճիշտ են ուղղորդվում: Երբ օգնականը հայտնում է կարող գործիքի լրիվ փակման մասին, բերանակցման հատվածը ուսումնասիրվում է ևս մի անգամ, հարակից ստրուկտուրաների ինտերպոզիցիա կամ դեֆեկտ հայտնաբերելու համար, որոնք կարող են ի հայտ գալ վիրահատության այս փուլում:



Փուլ 18.

Կարելուց հետո գործիքը երկու կիսապտույտով մասնակի բացվում է և պտտող շարժումներով զգուշորեն դուրս բերվում, պրոքսիմալ աղու շրջանում ուղեկցվելով հակաձգումով /զգույշ/: Բերանակցման հերմետիկության ստուգումը իրականացվում է ուղիղ աղու լուսանցք պովիդոն-յոդինի ներմուծումով: Այս նպատակով վիրաբույժը պրոքսիմալ կողմից փակում է աղու լուսանցքը, որից հետո ներմուծվում է 100-200 մլ լուծույթ մինչև բերանակցման շրջանում փքվածության առաջացումը: Ամեն մի արտահոսք փակվում է առանձին կարերով:

Կարող է կատարվել ներվիրահատական էնդոսկոպիա: Վիրահատությունն ավարտվում է երկու դրենաժների տեղադրումով, որովայնի պատը շերտ առ շարտ փակվում և ենթամաշկային բջջանքում թողնվում ակտիվ դրենաժ:



Սպեցիֆիկ բարդությունների հետ կապված գործառույթները

⇒ Բերանակցման անբավարարություն. եթե վիրահատության շրջանի դրենավորումը բավարար է, կիրառվում է սպասողական մարտավարություն, պարենտերալ սնուցումով, մինչև խուղակի ինքնուրույն փակում: Որովայնաբորբի որևէ նշանի դեպքում կատարվում է կրկնակի որովայնահատում, ձևավորելով դուրս բերող ստոմա կամ դուրս բերելով բերանակցումը: Ուղիղ աղին փակվում է կույր ծայրատի ձևով և դրվում եզրային կուլոստոմա /Հարտմանի վիրահատություն/:

Հետվիրահատական գործառույթներ

Բժշկական խնամք. քիթ-ստամոքսային զոնդը հեռացվում է 1-3 օրը, իսկ դրենաժները 7-8 օրից: Հնարավոր է հարվիրահատական հակաբակտերիալ թերապիայի շարունակում:

Կերակրման վերսկսում՝ հեղուկները թույլատրվում է 3-4-րդ օրվանից, պինդ սնունդ առաջին հետվիրահատական կղանքից հետո, մոտավորապես 7-րդ օրը:

Աղիների գործունեություն՝ կարող են նշանակվել պերօրալ թույլ պրոկինետիկներ մեկ շաբաթվա ընթացքում աղիների գործունեության վերականգնումից հետո:

Ֆիզիոթերապիա. շնչառական վարժություններ:

Անաշխատունակության տևողությունը՝ 2-3շաբաթ:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- Քանի որ վայրէջ հաստ աղու ավշային դրենավորման ճանապարհները անցնում են միջընդերային ստորին զարկերակի ու երակի երկայնքով, չարորակ ուռուցքների

ժամանակ ստորին ընդերային զարկերակը պետք է կապվի աորտայից անջատման տեղում, իսկ ստորին միջընդերային երակը ենթաստամոքսային գեղձի ստորին եզրի մոտ:

- Հաստ աղու փայծաղային կապանի տեղայնացման ժամանակ խուսափեք փայծաղի պատյանի վնասումից, հաստ աղու տրակցիայի ընթացքում:
- Աղու մասնահատման ոտնամասային եզրը պետք է լինի սրբոսկրի դարավանդի մակարդակին:
- Բերանակցման համար նախատեսված մասնահատված եզրերի սերոզ թաղանթը պետք է ցիրկուլյար մաքրվի ճարպային հյուսվածքից՝ մոտ 1 սմ տարածքի վրա:
- Համոզվեք բերանակցվող աղիների եզրերի ճիշտ դիրքի վերաբերյալ, տեղադրելով հաստ աղին այնպես, որ նրա միջընդերքը տեղակայվի բերանակցումից աջ /միջընդերքը միջընդերքին/:
- Ձգումը բերանակցման վրա պետք է բացառել:
- Բերանկացման հերմետիկության հաստատման համար կիրառեք տեստ ներկանյութով:

ՈՒՂԻՂ ԱՂՈՒ ԱՌԱՋԱՅԻՆ ՄԱՍՆԱՀԱՏՈՒՄ

Ցուցումներ ու հակացուցումներ

Ցուցումներ

- ուղիղ աղու պաթոլոգիական գոյացություններ տեղակայված մաշկահետանցքային գծից 5 սմ վեր /կոլոանալ կարով 4սմ այդ գծից վեր/:

Հակացուցումներ՝

- չարորակ ուռուցքներ տեղակայված հետանցքից 4սմ-ից պակասհեռավորության վրա կամ ներաճած սֆինկտերի մեջ:

Այլընտրանքային գործառույթներ՝ ուղիղ աղու որովայնա-շեքային մասնահատում:

Նախավիրահատական հետազոտություններ ու պատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ էնդոսկոպիա բիոպսիայով /անհրաժեշտ է հաստ աղու լրիվ ուսումնասիրում, ինֆորմատիվ իրիգոսկոպիա, եթե կոլոնոսկոպիան անհնար է/:

- ✓ չարորակ ուռուցքի հեռակա մետաստազների բացառում, անհրաժեշտության դեպքում մաշկի միջով պունկցիոն բիոպսիա, ԳՋՀ, ՀԾ,
- ✓ էնդոռեկտալ ԳՋՀ,
- ✓ անհրաժեշտության դեպքում՝ ուրոլոգիական կամ գինեկոլոգիական հետազոտություն:

Հիվանդի պատրաստումը՝ սակավարյունության միջվիրահատական կարգավորում, աղիքի օրտոգրադ լավաժ, քիթ-ստամոքսային զոնդի տեղադրում, կենտրոնական երակի կատետերիզացիա, հարվիրահատական հակաբիոտիկ թերապիա, միզապարկի կատետերիզացիա:

Սպեցիֆիկ ռիսկեր, հիվանդի տեղեկացված համաձայնությունը

- ❖ Բերանակցման անբավարարություն />5% դեպքերում/,
- ❖ Բերանակցման նեղացում />10%/,
- ❖ Միզածորանի վնասում />4%/,
- ❖ Միզապարկի վնասում />1%/,
- ❖ Իմպոտենցիա /40-50%/,
- ❖ Միզապարկի դիսֆունկցիա /20-100%/, հատկապես եթե մինչև վիրահատություն արդեն եղել են նշաններ,
- ❖ Վերքի բացազատում /10%/,
- ❖ Ամպուտացիայի անհրաժեշտություն, ստոմայի ձևավորում:

Հիվանդի դիրքը՝ պառկած մեջքի վրա, մոդիֆիկացված լիտոտոմիկ դիրք՝ ըստ Լլոյդ-Դեվիսի:

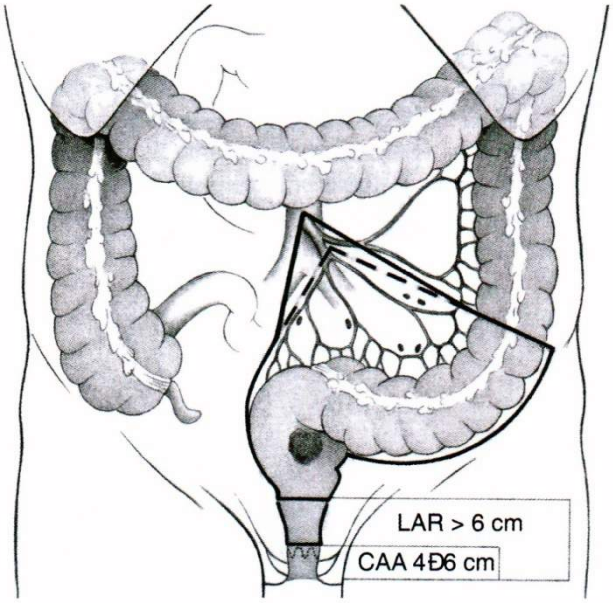
Մուտքը՝ միջային որովայնահատում, կտրվածքի երկարացում պորտից վեր դեպի ձախ կողային եզր, հնարավոր է լապարասկոպիկ մուտք:

Վիրահատություն

Փուլ 1. *Վիրահատության ծավալը*

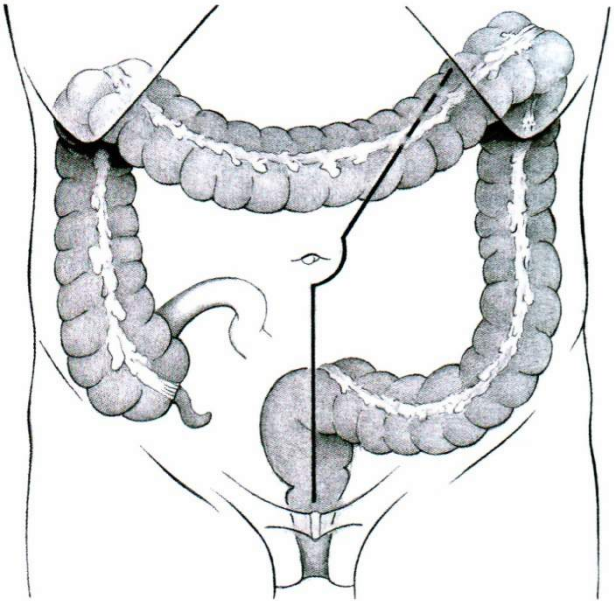
Ուղիղ աղու առաջային մասնահատում ցուցված է նրա պրոքսիմալ և միջին երրորդականի ուռուցքների դեպքում: Նման միջամտության նպատակն է վերականգնել ու պահել օրգանի ֆունկցիան վայրէջ հաստ աղին ուղիղ աղուն բերանակցելու ճանապարհով: Մասնահատումը ներառում է աղիքի ախտահարված սեգմենտի հեռացում, կողմնային կապանների և միջընդերքի ավշային կուլլեկտորների հետ: Սիգմայաձև աղու մասնահատման պրոքսիմալ եզրը համապատասխանում է ստորին միջընդերային զարկերակի անջատման մակարդակին: Մասնահատման դիստալ եզրը պայմանավորված է ուռուցքի տեղակայումով: Մաշկ-հետանցքային գծից 4սմ-ից վեր տեղակայված ուռուցքները կարող են մասնահատվել որովայնի խոռոչից, այսպես կոչված ցածր առաջային մասնահատման միջոցով: Ավելի ներքև տեղակայված ուռուցքները, մաշկ-հետանցքային գծից մինչև 4սմ, կարող են հեռացվել, պահպանելով պահելու ֆունկցիան և ապահովելով ադեկվատ մասնահատման եզրեր, միայն

կոլոանալ բերանակցմամբ համակցված ստորին առաջային մասնահատման միջոցով: Եթե ուռուցքը ներաճում է սֆինկտեր, կամ 5-6 սմ-ից ցածր տեղակայված ցածր դիֆֆերենցված ուռուցքների արմատական մասնահատման ժամանակ, պահող ֆունկցիայի ապահովումը անհնար է դառնում:



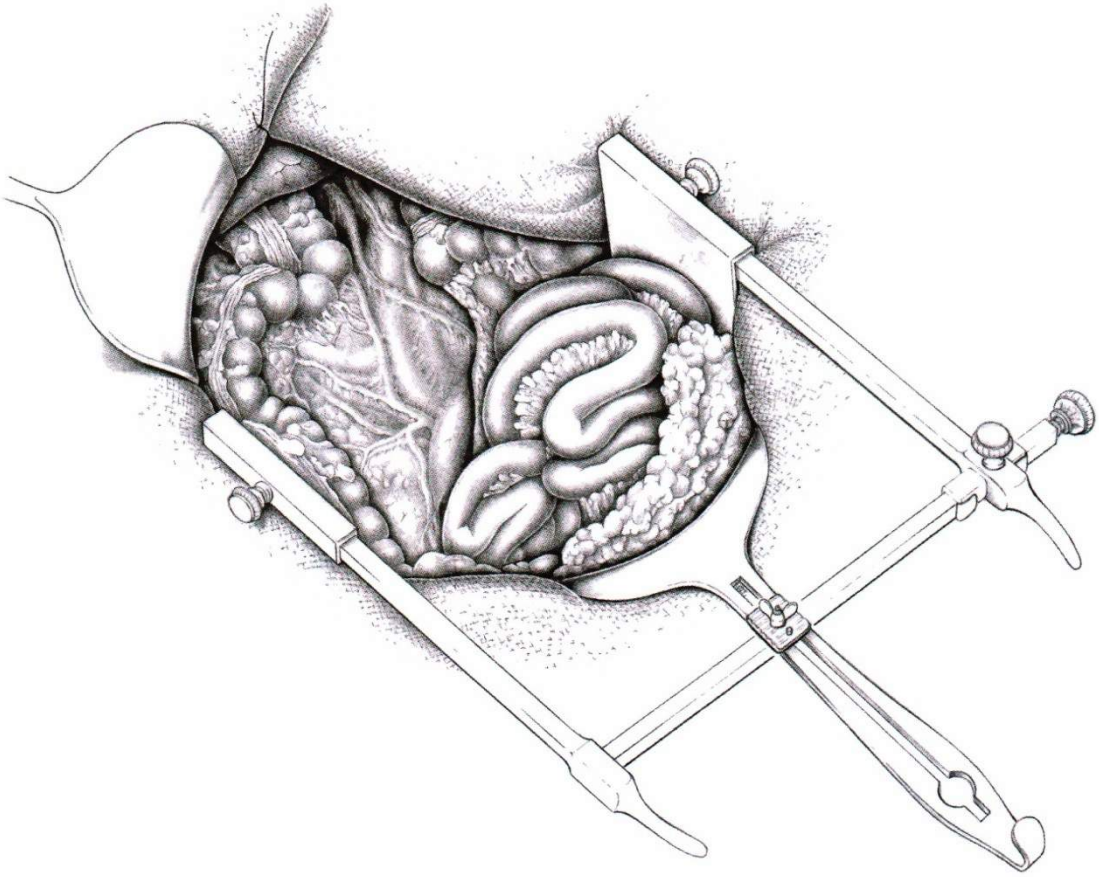
Փուլ 2. *Մուտք*

Մուտքը համապատասխանում է սիգմայաձև աղու մասնահատման մուտքին՝ ստորին միջային որովայնահատում, որը կարող է երկարաձգվել մինչև ձախ կողաղեղ:



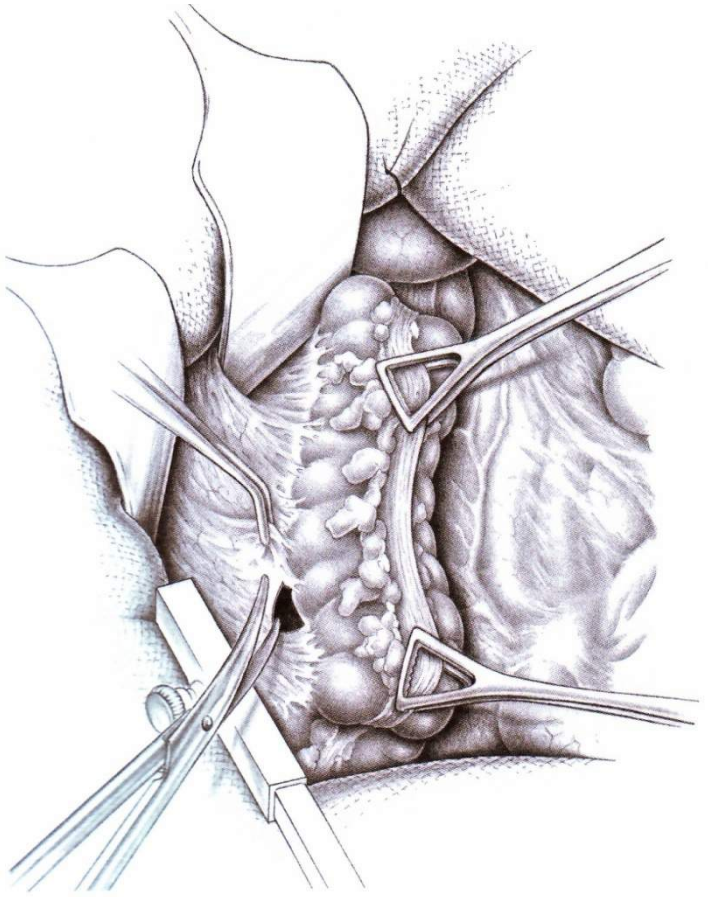
Փուլ3. *Էքսպոզիցիա*

Որովայնի բացումից հետո նրա եզրերը ծածկում են թրջած սպիտակեղենով, որոնք վերքի ներքևում կարով և վերքի վերևում վիրահատական սպիտակեղենի բռնիչներով որովայնի պատը ֆիքվսում է որովայնամզին: Լավ տեսանելիության ապահովման համար առավել հարմար է Գոլայերի ռետրակտորը, քանզի այն բացում է վերքի եզրերը երկու կողմից և հնարավորություն տալիս առանձին լայնիչի միջոցով մեծ սպիտակեղենով ծածկված բարակ աղիներն ու ճարպոնը տեղաշարժել գլխամասային ուղղությամբ: Այն թույլ է տալիս միջընդերքի արմատի ստորին հատվածի և փոքր կոնքի դիսսեկցիայի ժաանակ ապահովել լայն էքսպոզիցիա:



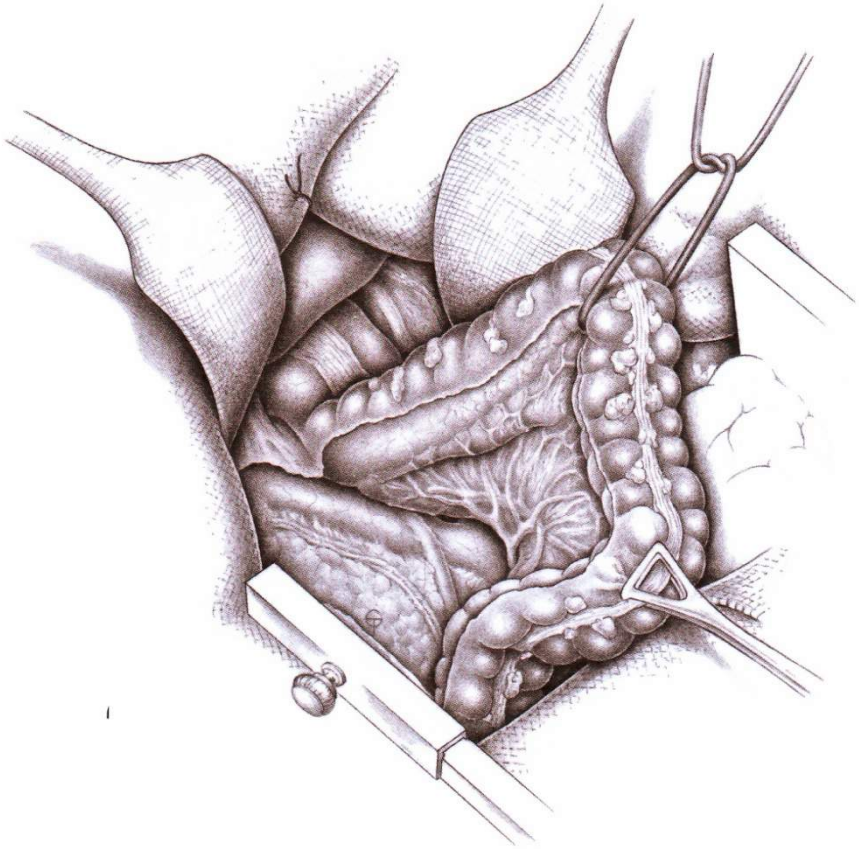
Փուլ4. Սիգմայաձև աղու տեղայնացում

Փաստացի դիսսեկցիան սկսվում է սիգմայաձև աղու կողմնային կպումներից: Հաստ աղին տարվում է միջային ուղղությամբ, օրինակ, երկու բռնիչներով և այդ ձևով ձգված հյուսվածքը հատվում որովայնամզի ծալքի երկայնքով: Սիգմայաձև աղին վայրէջ հաստ աղու և ուղիղ աղու հետ ամբողջ երկարությամբ անջատվում է կողմնայի կպումներից և տեղաշարժվում միջայնորեն ու վեր:



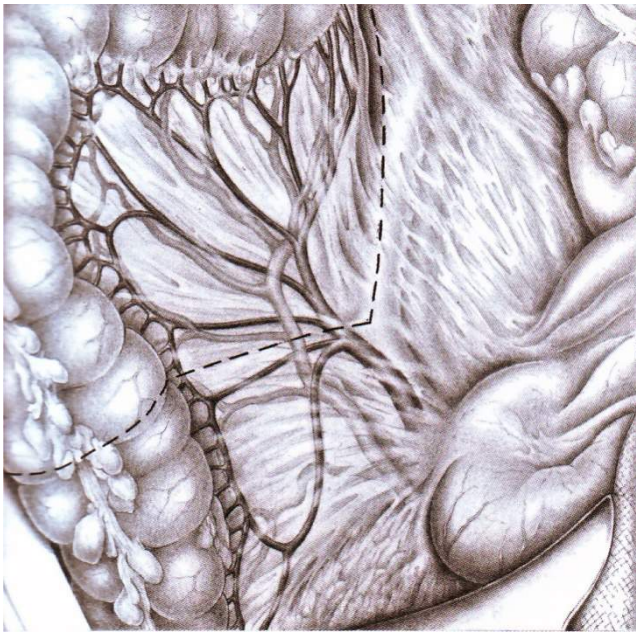
Փուլ5.

Սիգայածև աղու տեղայնացումը շարունակվում է մինչև զստային անոթներ, մերկացնելով միզածորանը, որը հատում է զստային անոթներն ու սերմնային/ձվարանային անոթները: Որովայնամիզը ուղիղ աղու բոլոր կողմերից հատվում է ներքև մինչև կոնքի հատակ: Սիգմայածև աղու տեղաշարժը դեպի վեր բացում է միջընդերքի անոթային ոտիկը: Վիրահատության այս փուլում որոշվում են մասնահատման ծավալները: Ընդունվում է որոշում միջընդերային զարկերակի բարձր հատման, աորտայից անմիջապես անջատվելու տեղում կամ ավելի ցած՝ ձախ հաստաղիքային զարկերակի պահպանման վերաբերյալ: Ստորին միջընդերային զարկերակի անջատման տեղից եզրային ավշային հանգույցը բոլոր դեպքերում պետք է հեռացվի և ուղղարկվի հյուսվածաբանական հետազոտության:



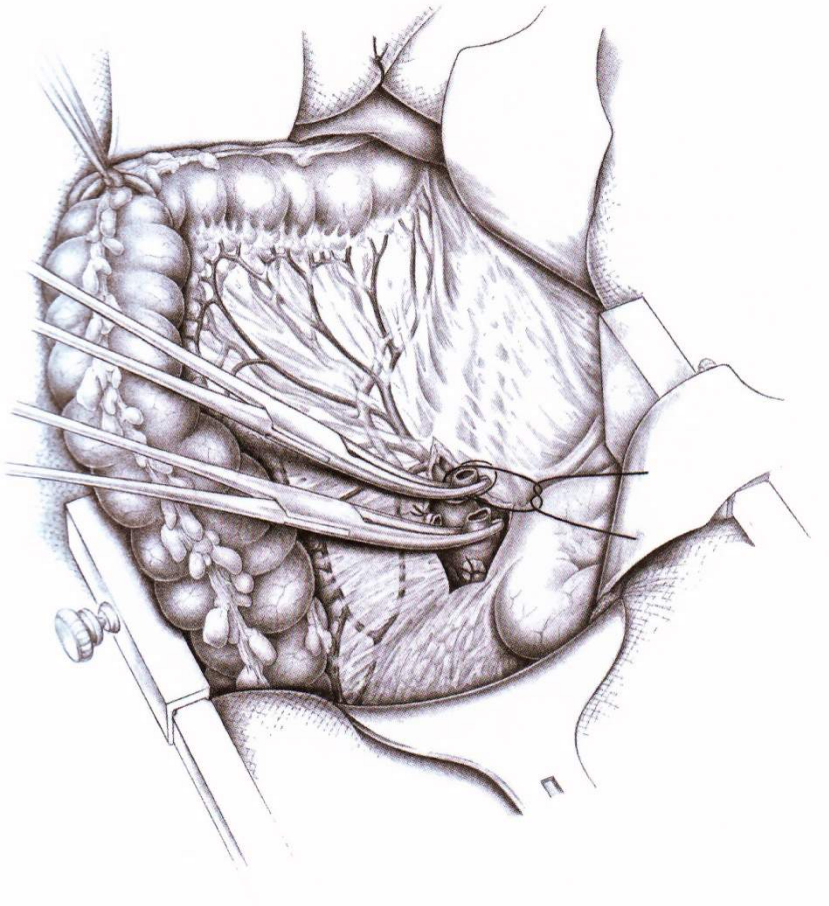
Փուլ6. *Անոթային ոտիկի նույնականացումը*

Ընտրությունը «բարձր կապումով» /ստորին միջընդերային զարկերակի արմատական հատում աորտայից անջատվելու տեղում/ և «ցածր կապումով» /ստորին միջընդերային զարկերակի հատում ձախ հաստաղիքային զարկերակի պահպանումով/ մասնահատումների միջև պայմանավորված է Ռիոլանի զարկերակային աղեղների առկայությամբ: Այս բերանակցման ժամանակ բարձր կապումը կարող է բերել մասնահատման ծավալի ընդլայնման միջաձիգ հաստ և ուղիղ աղիների միջև բերանակցման ձևավորումով: Այդ իսկ պատճառով մինչև որոշում ընդունելը անհրաժեշտ է գնահատել վայրէջ հաստ աղու արյան մատակարարումը:



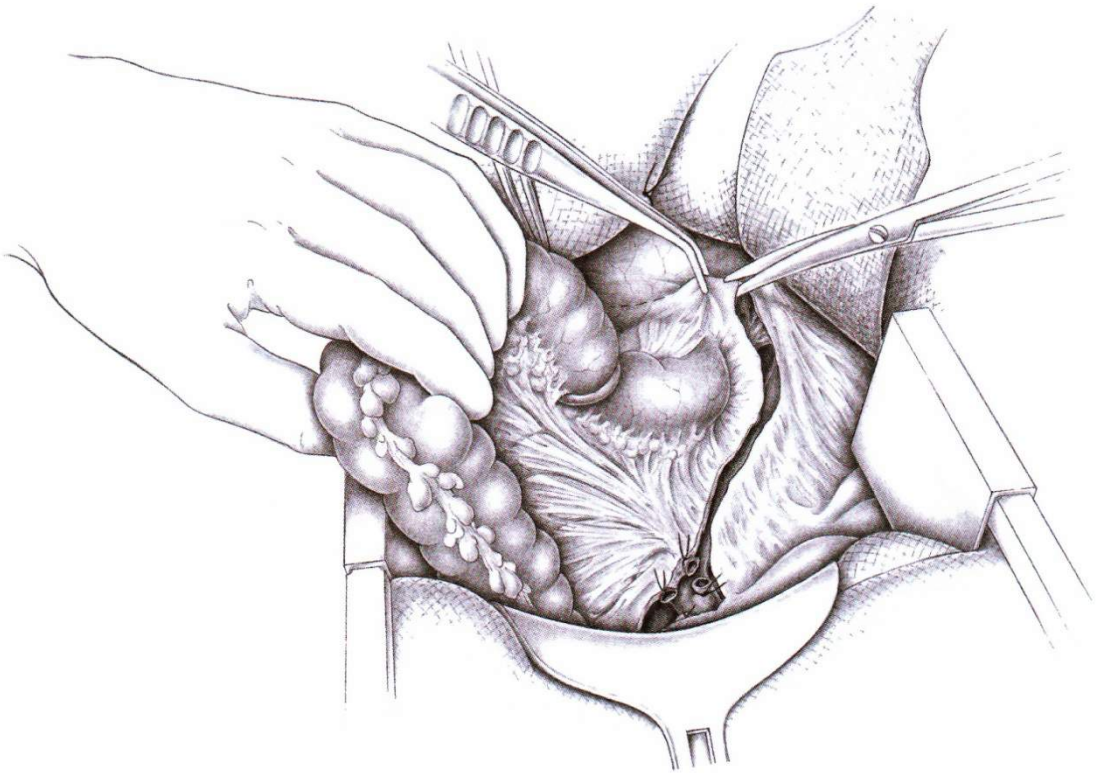
Փուլ 7. *Անոթների բարձր հատում*

Սիգմայաձև աղին հատման եզրից ցած փակվում է ռետինի հանգույցով և տեղաշարժվում դրսայնորեն: Նրա պրոքսիմալ հատվածն ու ուղիղ աղին կարող են մշակվել ցիտոտոկսիկ լուծույթով /պովիդոն-յոդին/: Ուղիղ աղու արմատական մասնահատումը ներառում է սնուցող անոթների բարձր հատում: Սկզբում երկու սեղմիչների միջև հատվում է ստորին միջընդերային երակը անմիջապես ենթաստամոքսային գեղձի ստորին եզրի մոտ և կարով կապվում: Ապա հատվում է ստորին միջընդերաին զարկերակը աորտայի մոտ, որի պրոքսիմալ եզրը կապվում է ու կարվում:



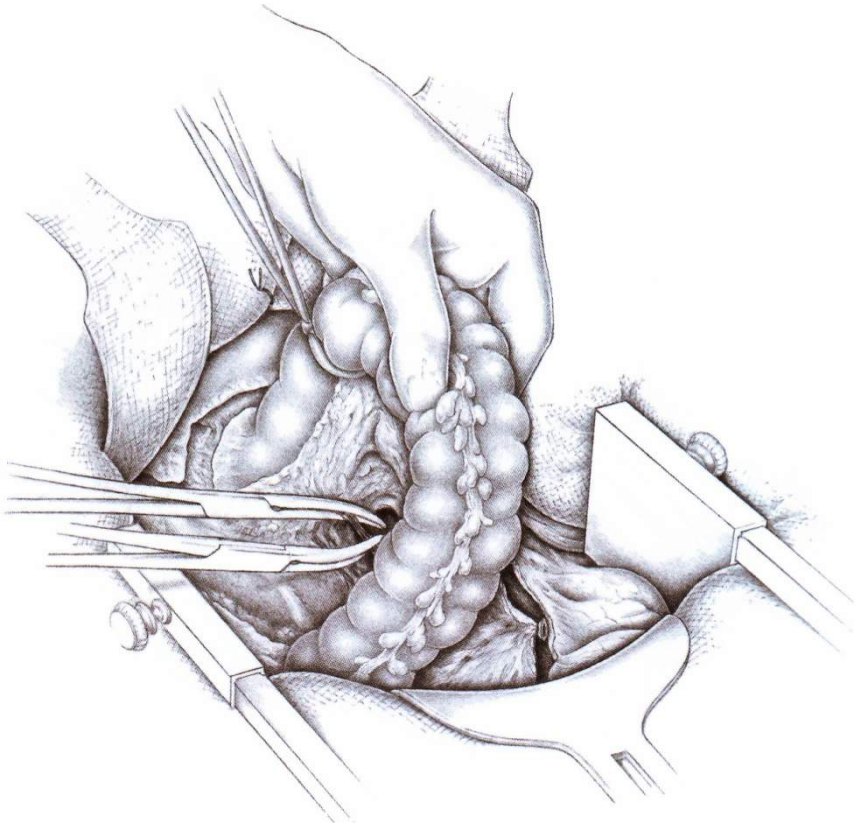
Փուլ 8. *Ռեկտոսիգմոիդ հատվածի սկելետիզացիա*

Անոթների հատումից հետո, ուղիղ աղու երկու կողմերից հատվում է կոնքի հատակի որովայնամիզը: Մանր անոթները ենթարկվում են կոագլյացիայի, խոշորները՝ սեղմիչների միջև հատվում ու կապվում: Հայտնաբերվում և պահպանվում են աջ ու ձախ միզածորաները: Կտրվածքը շարունակվում է միզապարկի հետին և ուղիղ աղու առաջային պատերի միջև պահպանելով Դենոնվիլի փակեղը: Միջընդերքը սկելետիզացվում է պահպանելով զստային անոթները: Որից հետո բացվում է մուտքը դեպի կոնքի խոռոչ:



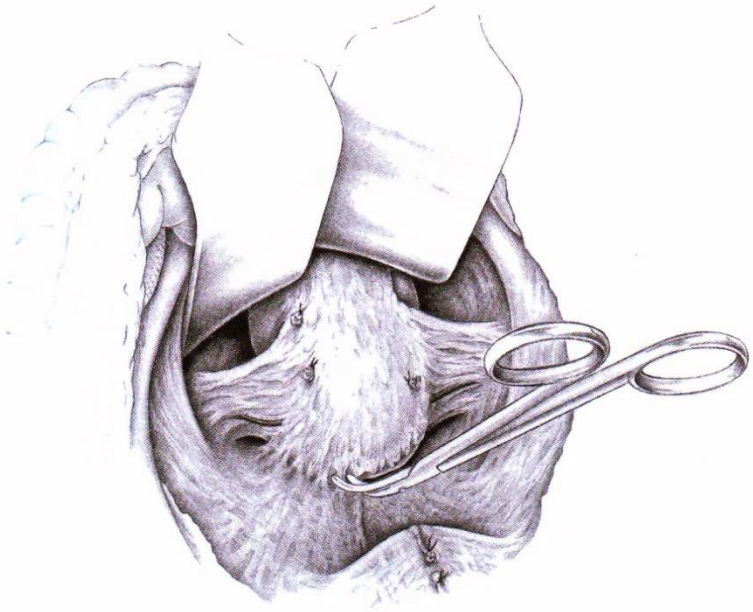
Փուլ 9. *Առաջ-սրբանային դիսեկցիա*

Միջային սրբանային անոթները հատվում են սեղմիչների միջև, մինչև առաջ-սրբանային տարածության բացումը: Սրբոսկրից առաջ ստեղծվում է մուտք դեպի անոթներից զուրկ հետուղիղաղիքային տարածություն, որը լցված է ռետիկուլյար շարակցական հյուսվածքով:



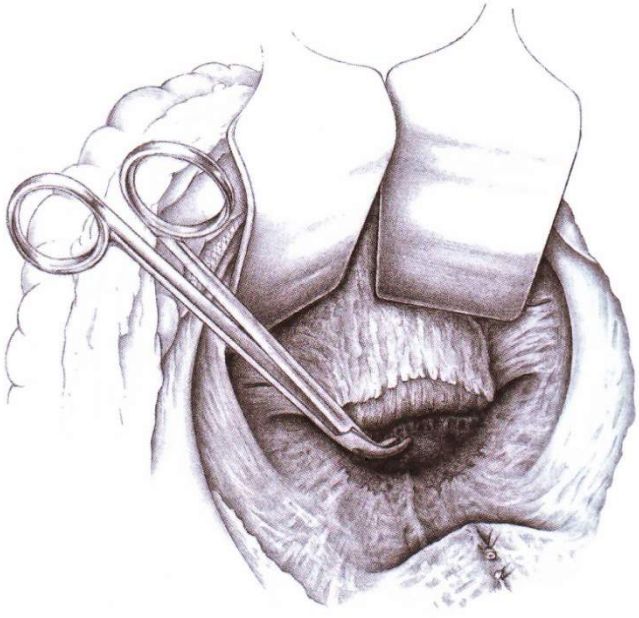
Փուլ 10.

Ուղիղ աղին ձգվում է գլխամասային ուղղությամբ: Վիրահատության այս փուլում կարևոր է պահպանել ղեկավարվող ձգումը լայնիչի վրա, որը պահում է հիվանդի ոտքերի միջև կանգնած օգնականը: Այն հնարավորություն է տալիս մուտք գործել փոքր կոնք միզապարկի ձգմամբ դեպի առաջ և ոտնամաս: Այս պայմաններում հնարավոր է դառնում կտրող դիաթերմիայով իրականացնել մեզոռեկտումի լրիվ հատում որի ընթացքում փոքր կոնք մուտքի մոտ հայտնաբերվում և պահպանվում են երկու ենթաընդերային նյարդային հյուսակները



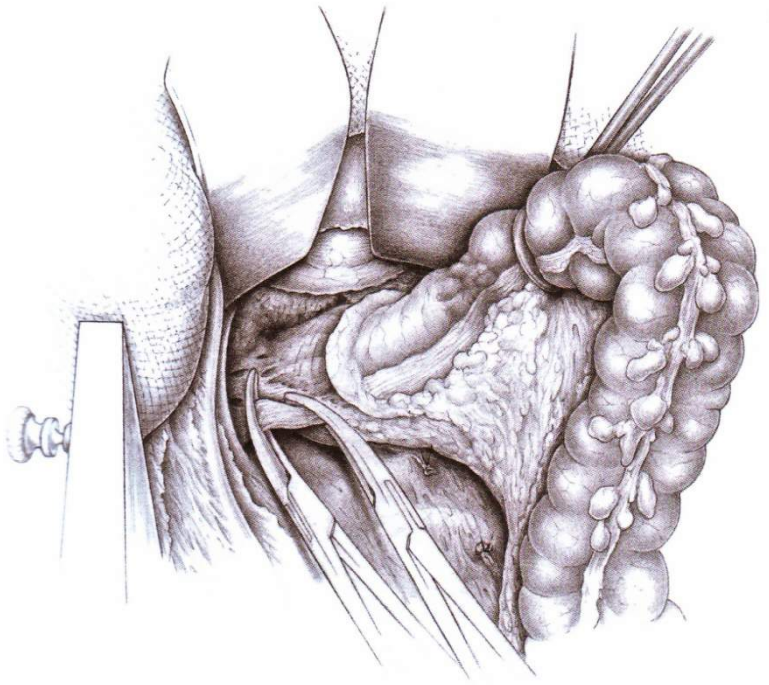
Փուլ 11.

Առաջ-հետին ուղղությամբ ուղիղ աղու լայնիչներով ռետրակցիան հետզհետե միացումով թույլ է տալիս հաջողությամբ բացել կոնքի խոռոչը: Առաջ-սրբանային դիսսեկցիան կատարվում է կտրող դիաթերմիայով կամ մկրատով անոթներից զուրկ շերտում: "Ձեռքով գործունեությունը" ինչպես աուտոպսիայի ժամանակ, համարվում է հնացած: Կտրող դիաթերմիան, մկրատն ու սեղմիչը հանդիսանում են լրիվ բավարար գործիքներ: Վալդևերի փականը և նրա հետևում տեղակայված երակային հյուսակները պետք է պահպանվեն:



Փուլ 12.

Ուղիղ աղու առաջ-սրբանային տեղայնացումը շարունակվում է դեպի ներքև՝ մինչև պոչուկի վերջը: Ուղիղ աղու ձգումը առաջային ու կողմնային թեքումներով լայնիչներով թույլ է տալիս իրականացնել ամբողջ կոնքի խոռոչի դիսսեկցիա՝ մինչև նրա մկանային հատակ: Ամբողջ մեզոռեկտումը դիաթերմիայով հատվում է, անընդհատ փոփոխելով հատման ուղղությունը: Դիսսկեցիայի նպատակը ամբողջ միզոռեկտումի հեռացումն է:

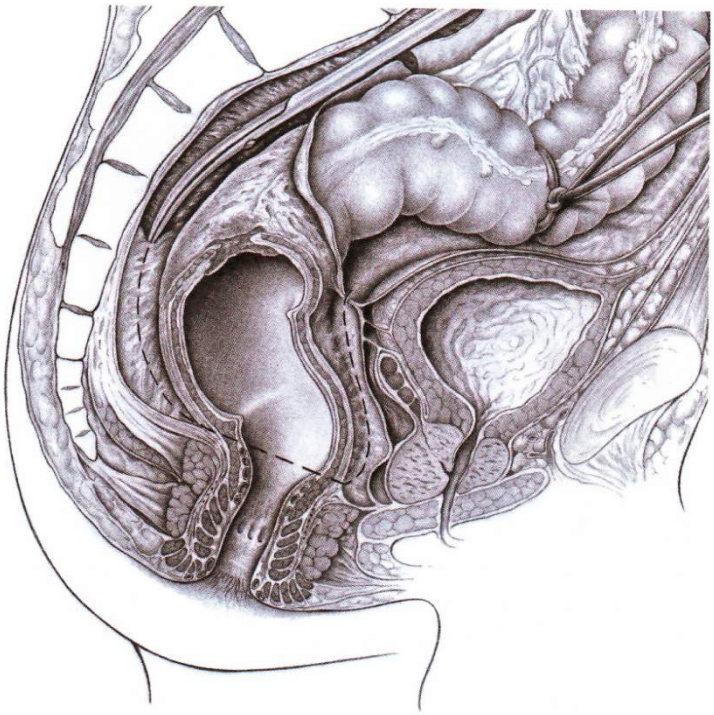


Փուլ 13. *Դիսսեկցիայի եզրը*

Դիսսեկցիայի համար շերտը առավել լավ տեսանելի է սագիտալ հարթությունում: Այն տարվում է անմիջապես սրբանից առաջ, պահպանելով վնասումից Վալդևերի նախասրբային փակեղը: Ապա շարունակվում ներքև դեպի կոնքի մկանային հատակ՝ դեպի հետանցքը բարձրացնող մկանների շրջան: Դիմացից ռետրովեզիկալ ստեղծվում է դիսսեկցիայի հարթություն՝ պահպանելով Դենոնվիլի փականը: Սերմնաբշտերն ու շականակագեղձը պետք է մնան փակեղով ծածկված:

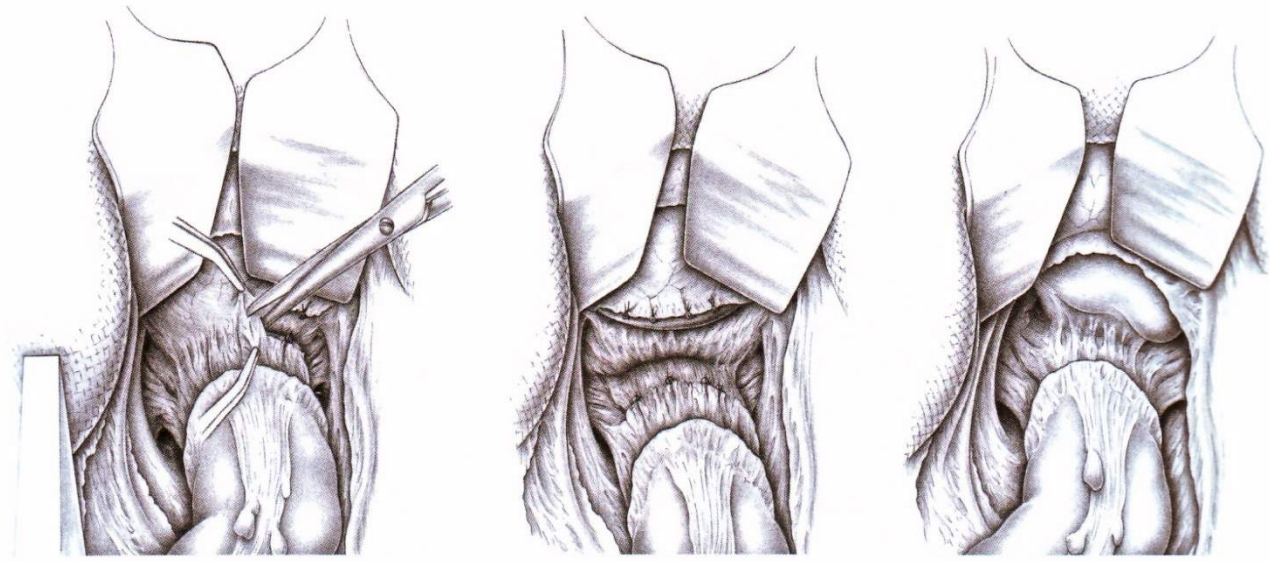
Ցածր առաջային մասնահատման ժամանակ, հատման եզրը անցնում է կոնքի հատակով, որի հետևանքով ուղիղ աղու 2-3 սմ-ոց սեգմենտը մնում է շարժուն և պիտանի կարող սարքով բերանակցման համար: Եթե ուռուցքի տեղակայումը ավելի ցածր է և մասնահատման եզրը անհրաժեշտ չափով իջնելուց հետո, մնացած աղին անբավարար է բերանակցման անվտանգությունը ապահովելու համար, պահանջվում է ներսֆինկտերային մասնահատում ու կոլո-անալ բերանակցման ձևավորում: Այս նպատակով դիսսեկցիան շարունակվում է շեքի կողմից՝ արտաքին անալ սֆինկտերի մկանի, ցայլք-ուղիղաղիքային մկանի և ներսից ներքին անալ սֆինկտերի մկանի միջև: Բոլոր դեպքերում մասնահատման ստորին եզր է հանդիսանում ատամնավոր գիծը: Այն թույլ է տալիս ձագարաձև հատել աղիքի ամբողջ մկանալորձային

հատվածը պահպանելով նրա պահող ֆունկցիան: Սակայն այս դեպքում վերակառուցումը անհրաժեշտ է իրականացնել տրանսսանալ մուտքից:



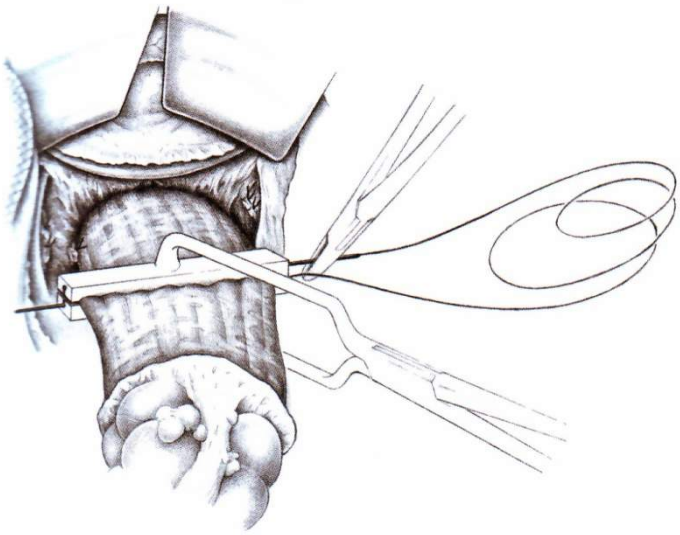
Փուլ 14. Դիսսեկցիան միզածորանի հետևում

Դիսսեկցիան ուղիղ աղու առաջային հատվածում իրականացվում է Դենոնվելլի փակեղի երկայնքով: Սկզբից սուր եղանակով հայտնաբերվում է միզապարկի հետին պատը, միազապարկը տեղաշարժվում է առաջ ու ներքև ուղղությամբ, իսկ ուղիղ աղին՝ դեպի վեր ու հետ: Մուտքը դեպի խորք հնարավոր է դառնում փակեղային շերտի մշակման ժամանակ: Դիսսեկցիայի ավարտին Դենոնվիլլի փակեղի տակ հստակ երևում են սերմնաբշտերը: Սակայն եթե ուռուցքը ներաճում է այս շրջան, ցուցված է առավել արմատական դիսսեկցիա սերմնաբշտերի և փակեղի հեռացումով, իսկ որոշ դեպքերում նաև միզապարկի մասնահատում:



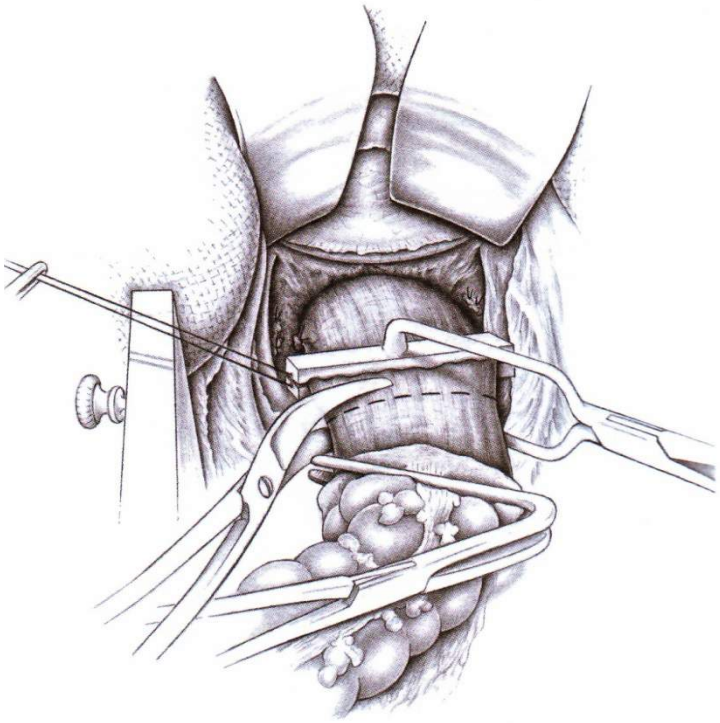
Փուլ 15. *Դիստալ քսակակար*

Ուղիղ աղու տեղայնացումը տարվում է մինչև կոնքի հատակ: Ամեն մի դեպքում պետք է նույնականացվի սՏվՏ-ուղիղ աղիքային մկանային հանգույցը: Եթե այս դեպքերում ցուցամատն ու միջնամատը կարելի է անցկացնել ուռուցքի տակ, ապա ցածր առաջային մասնահատման իրականացումը հնարավոր է: Նման դեպքերում որովայն-շեքային մասնահատումը չի ապահովի ավելի բարձր արմատականություն: Կոնքի հատակից վեր, աղիքի դիստալ հատվածի վրա դրվում է քսակակար: Կարելի է օգտագործել քսակակարի համար նախատեսված սեղմիչ և խորհուրդ է տրվում ընտրելասեղ, որը կարելի է ճկել նեղ կոնքի խոռոչից դուրս բերելու ժամանակ: Ոչ ճկուն ուղիղ ասեղը, այս շրջանում, սահմանափակում է շարժունակությունը և մասնահատման մակարդակի ընտրության հարցում բերում է կոմպրոմիսային որոշման:



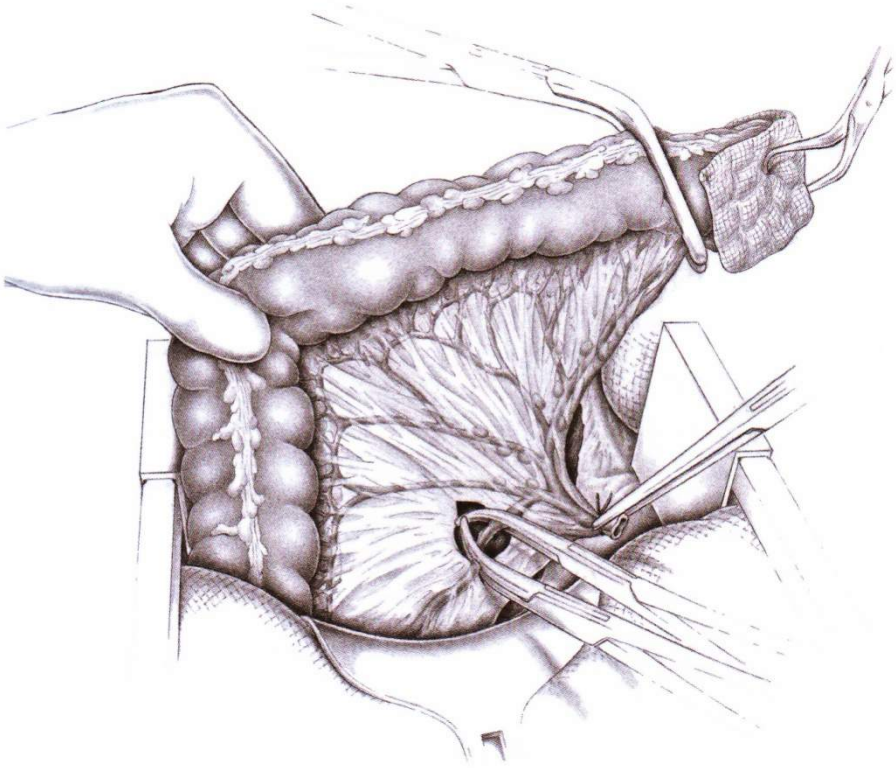
Փուլ 16. *Ուղիղ աղու դիստալ հատում*

Ուղիղ աղին փակվում է ուղիղ անկյան տակ թեքված սեղմիչով, որը դրվում է չափավոր ձգման պայմաններում, թույլ տալով հատել ուղիղ աղին սեղմիչից վեր քսակաական դնելու համար: Կտրելու համար հարմար են անկյունավոր մկրատները: Զգուշացում՝ խուսափեք քսակակարի հանկարծակի հատումից: Կարի համար սեղմիչը չի կարելի բացել մինչև ուղիղ աղու հատումը:



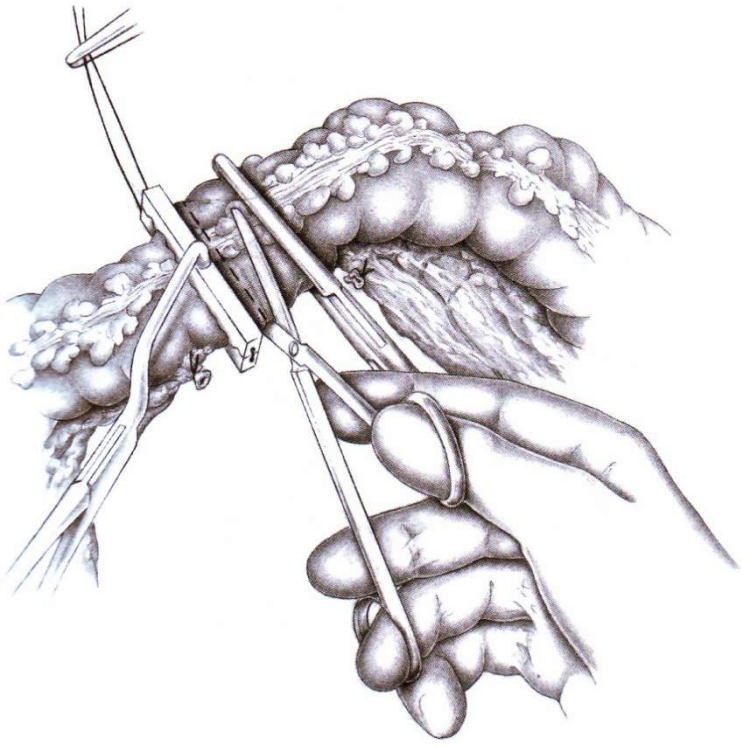
Փուլ 17. Պրոքսիմալ սկելետիզացիա

Ուղիղ աղու պրոքսիմալ ծայրատը փակվում է պովիդոն-յոդինով թրջված թանզիֆով, որը ֆիքսվում է սեղմիչով: Աղիքի արյան մատակարարման աստիճանը որոշվում է մասնահատման գլխամասային եզրով: Միջընդերքի սկելետիզացիան սեղմիչների միջև շարունակվում է, քանի դեռ թույլ է տալիս արյան մատակարարումը: Մասնահատման եզրը գտնվում է վայրէջ աղու սիգմայածևի անցման գոտում: Պետք է մանրազննին գնահատվի Ռիոլանի բերանակցման միջոցով արյան մատակարարումը:



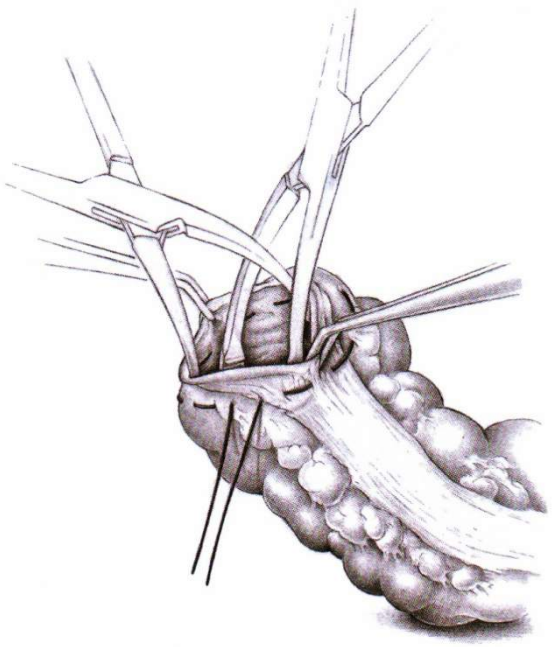
Փուլ 18. *Սիգմայածև աղու պրքսիմալ հատում*

Քսակակարի համար սեղմիչը դրվում է ավելի պրոքսիմալ, իսկ ջնջխող/կոշտ սեղմիչը՝դիստալ: Ապա աղիքը նրանց միջև հատվում:



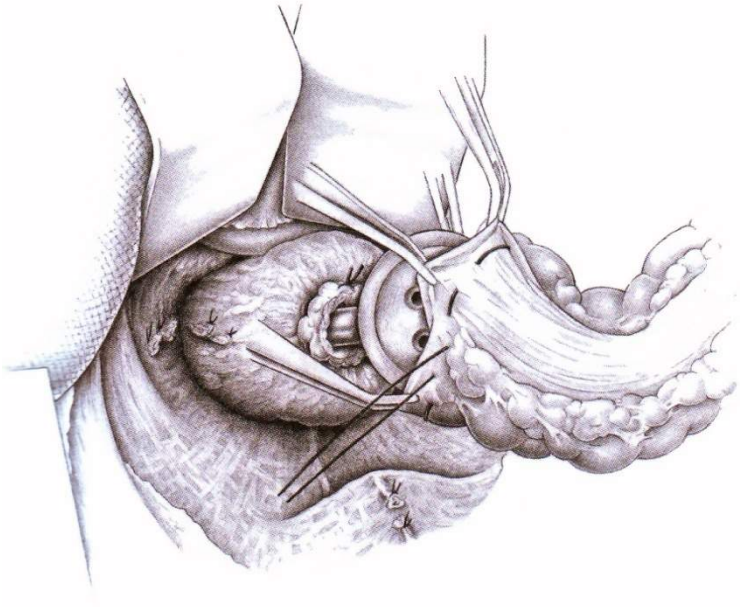
Փուլ 19. *Աղիքի լուսանցքի լայնացումը*

Աղիքի պրոքսիմալ ու դիստալ եզրերը երկու կորնցանքով զգուշությամբ լայնացվում են: Այն թույլ է տալիս համոզվել որ քսակակարը դրվել է ճիշտ և կարող գործիքի տեղադրման համար աղու եզրերի հատման անհրաժշետություն չկա:



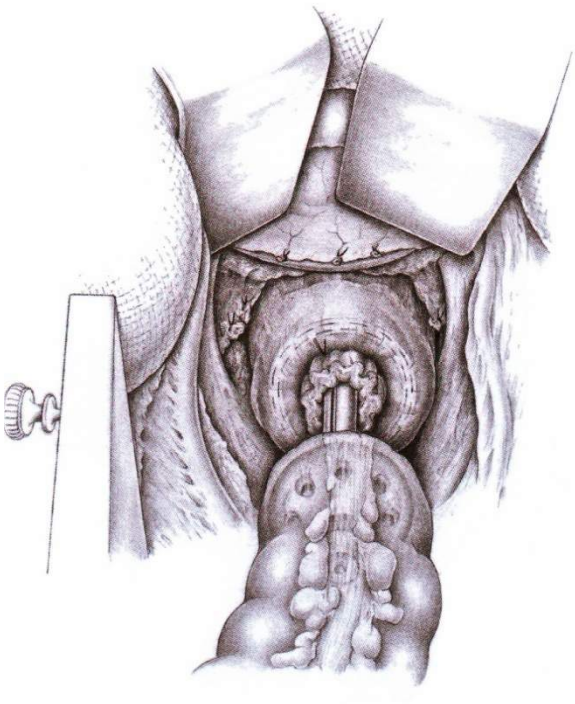
Փուլ 20. *Գործքային բերանակցում*

Ցիրկլուլյար կարող սարքը, սովորաբար 31 համարի սանդի գլխիկով, տեղադրվում է տրանսանալ: Քսակակարը ուղիղ աղու դիստալ ծայրատի վրա ձգվում է կենտրոնական ձողի շուրջը: Հիմա սանդի գլխիկի վրա կարելի է հեշտությամբ հագցնել լայնացրած վայրէջ հաստ աղին: Երկրորդ քիսեթի կապումից հետո հաստատվում է աղիքի պրոքսիմալ եզրի ճիշտ դիրքը:



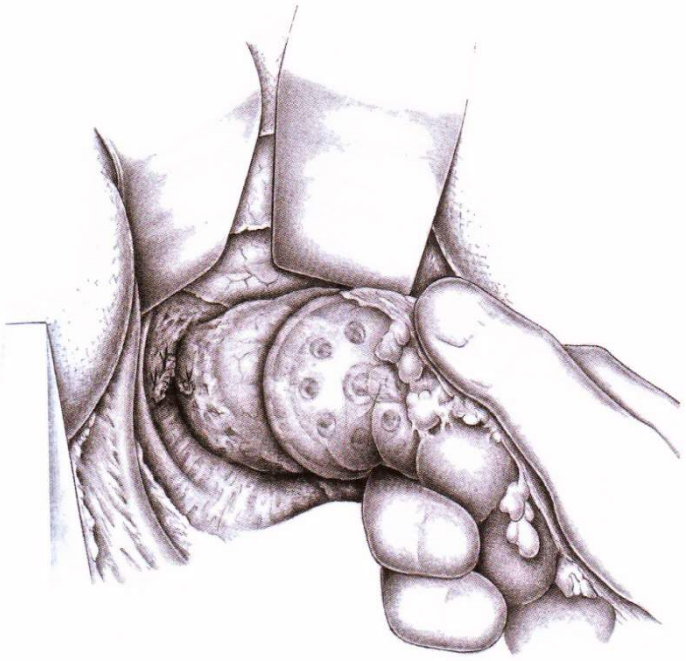
Փուլ 21.

Կարող գործիքի տրանսանալ անցկացումն ու վայրէջ հաստ աղու ղեկավարվող ձգումը թույլ են տալիս ձևավորել բերանակցում, առանց աղիքի վրա ծալքերի առաջացման: Քսակակարում հավելյալ հյուսվածքի ծավալը պետք է լինի ոչ շատ և չգերազանցի կարող գործիքի ներհրվածության ծավալը: Որպեսզի խուսափենք ոլորումից, կարող գործիքի ակտիվացման ժամանակ անհրաժեշտ է անընդհատ ստուգել պրոքսիմալ աղիքի դիրքը:



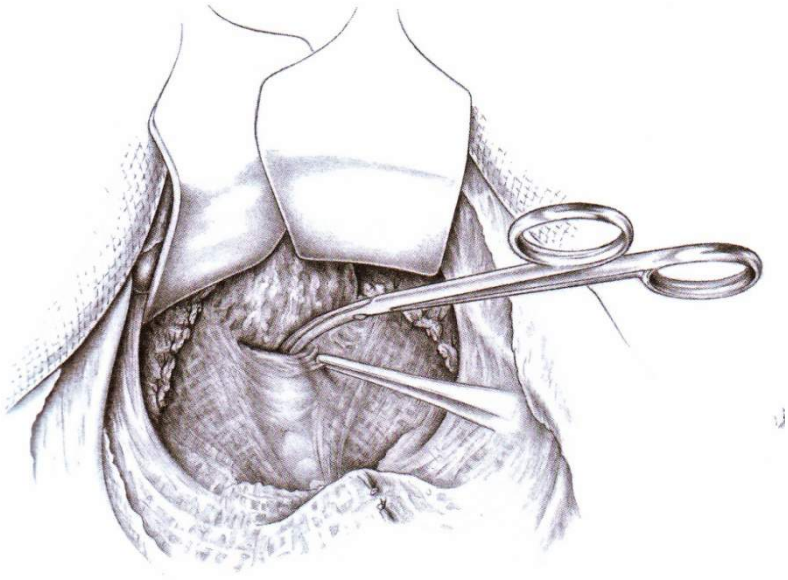
Փուլ 22.

Երբ բերանակցման օղերը լրիվ սեղմվում են մեկը մյուսին, հիվանդի ոտքերի միջև կանգնած օգնականը ակտիվացնում է կարող սարքը: Ապա երկու կիսաշրջանի չափով գործիքի մասնակի բացումից հետո, այն պտուտակաձև շարժումներով զգույշ դուրս է բերվում: Կոնքի հատակի որովայնամիզը կարելի է չվերականգնել:



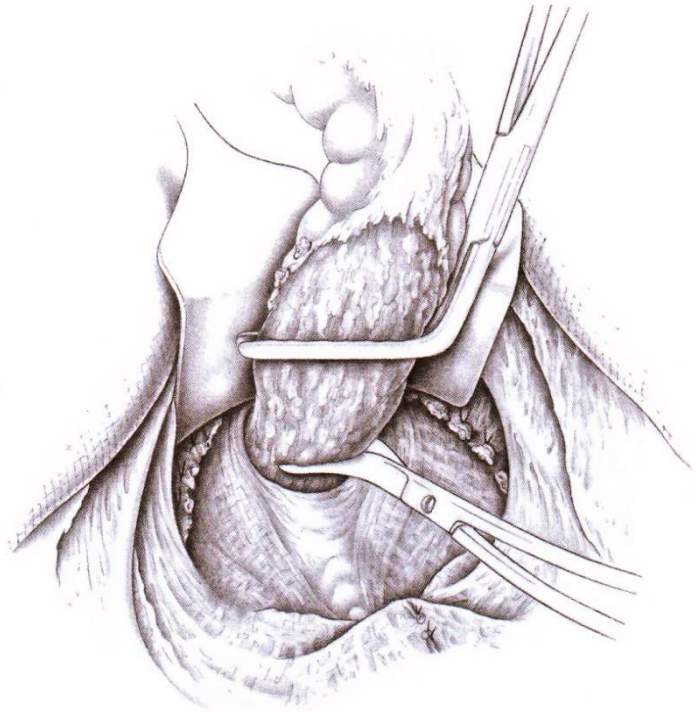
Փուլ 23. Միջփականային /միջսֆինկտերային/ մասնահատում

Եթե ուռուցքը տեղակայված է ցածր և որովայնի կողմից վիրահատելիս դեպի ներքև համարժեք հեռացում հնարավոր չէ ապահովել, կարելի է կիրառել միջսֆինկտերային մասնահատում: Այս նպատակով ուղիղ աղին հետևողականորեն անջատվում է կոնքի հատակից ստեղծելով դիսսեկցիայի համար միջսֆինկտերային հարթակ ցայլք-ուղիղ աղիքային մկանային հանգույցի և ներքին սֆինկտերի մկանի միջև: Լայնիչների ձգումը դեպի առաջ ու ներքև հնարավորություն է տալիս տեսնելու ուղիղ աղին մկանային հանգույցի մոտ, ինչը հեշտացնում է դիսսեկցիան: Այն իրականացվում է մկրատով կամ բութ՝ ցուցամատով, զգուշորեն պահպանելով ցայլք -ուղիղաղիքային և հետանցքը բարձրացնող մկանները: Ուղիղ աղին բոլոր կողմերից պետք է ազատվի մկանային օղից: Դա թույլ է տալիս մասնահատումը իրականացնել մաշկ-հետանցքային գծից մոտ 2 սմ վեր:



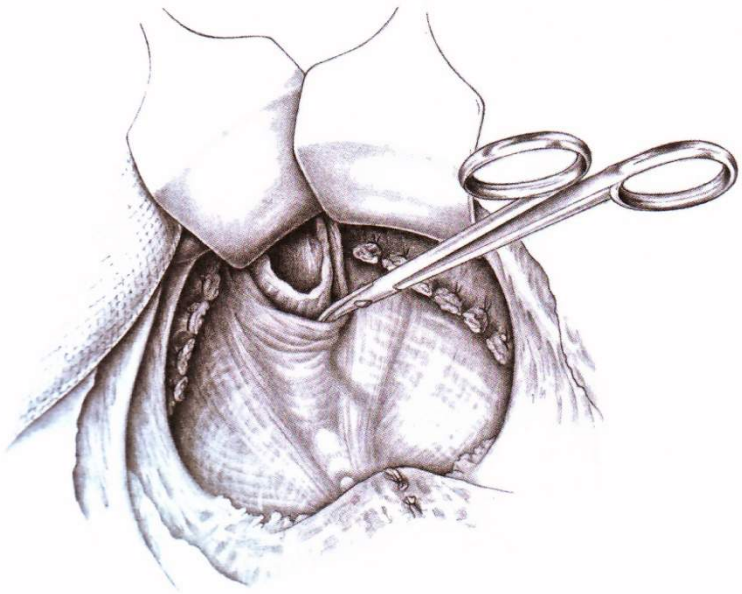
Փուլ 24. *Ուղիղ աղու հատում*

Մկանային շրջապատից ուղիղ աղու լրիվ ազատումից հետո, այն ուղիղ անկյան տակ թեքված սեղմիչով տեղաշարժվում է գլխամասային ուղղությամբ և անկյունավոր մկրատով, առանց երկրորդ սեղմիչի, հատվում ցածր՝ հետանցքից վեր: Շատ ցածր մասնահատումից /այսինքն անոդերմայում/ խուսափելու համար օգնականը պետք է հետանցքից անցկացված մատով նշի մասնահատման մակարդակը:



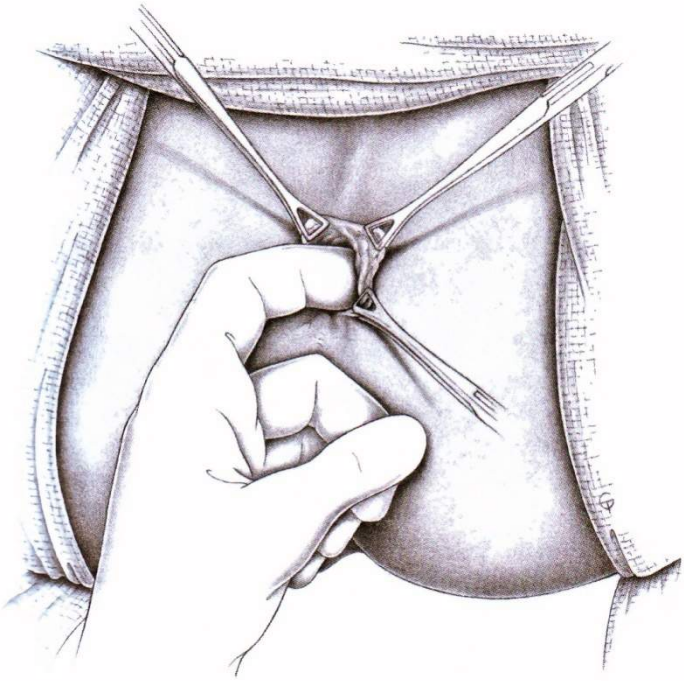
Փուլ 25. *Ուղիղ աղու ծայրատի դիսսեկցիա*

Ուղիղ աղու մասնահատումից հետո ցայլք-ուղիղաիքային օղի հատվածում հետագա տեղայնացումը սահմանափակվում է կողմնային կպումների անջատումով: Մասնահատման եզրային գոտին սովորաբար բավարար շարժուն է, որպեսզի դուրս բերվի հետանցքից:



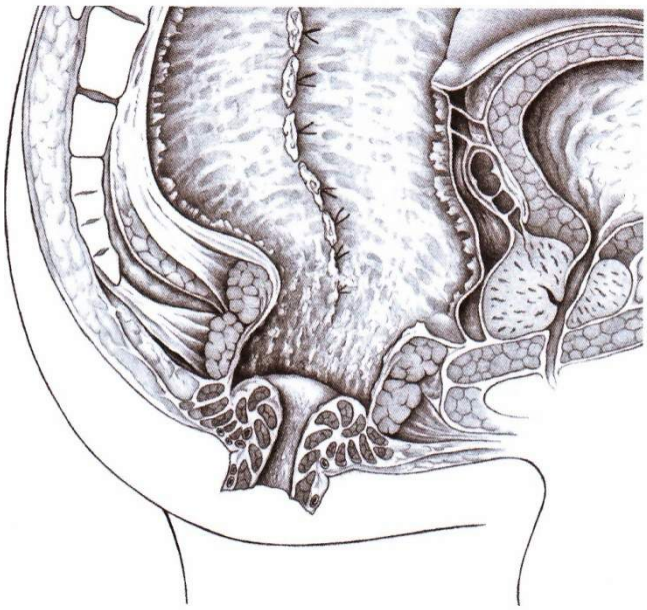
Փուլ 26. *Ուղիղ աղու ծայրատի շրջում*

Այն իրականացվում է ցուցամատով, արտաքին սֆինկտերի մկանների միջով: Ծայրատը բռնվում է փոքր բռնիչներով և բոլոր կողմերից առանձնացվում, այնպես որ լորձաթաղանթը կպած լինի միայն ներքին սֆինկտերի մկանի ստորին հատվածին: Այս ստորին վալիկի պահպանումը խիստ կարևոր է ներքին սֆինկտերի մկանի ֆունկցիայի պահպանման համար: Որպեսզի խուսափենք սֆինկտերների դեներվացիայից այս բոլոր գործողությունները պետք է կատարվեն շատ զգույշ:



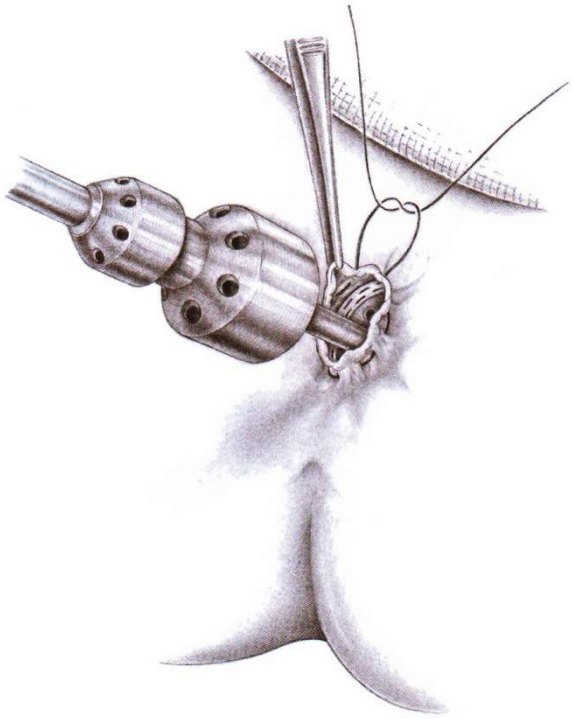
Փուլ 27.

Ուղիղ աղու ծայրատի լրիվ շրջումից հետո վիրահատական դաշտը սագիտալ հարթությունում ունենում է հետևյալ տեսքը՝ արտաքին սֆինկտերի և ներքին սֆինկտերների դիստալ հատվածի մկանները պահպանված են, Դենոնվիլի փակեղը ինտակտ, կողմնային կապանները կապված առանձին լիգատուրաներով: Գործիքային բերանակցումը բերում է ուղիղ աղու ծայրատի հավելյալ 0.5-1.0սմ հատվածի մասնահատման:



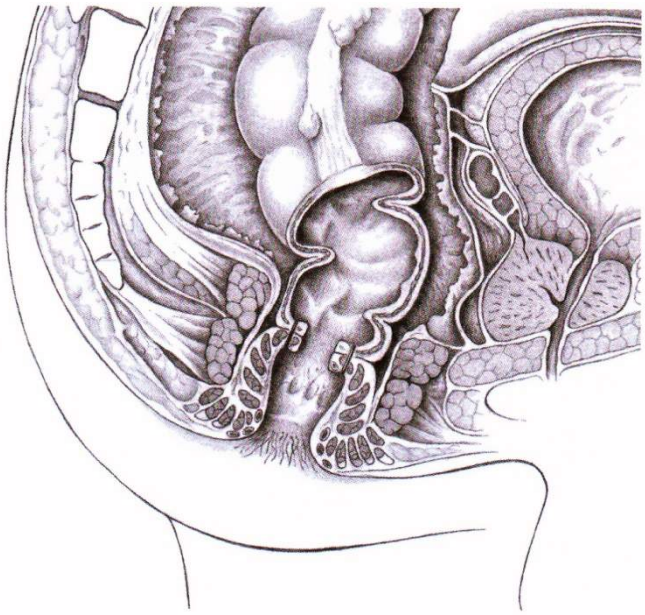
Փուլ 28. *Կոլո-անալ գործիքային կար*

Քսակակարը դրվում է արտաքինից և ներառում ներքին սիֆինկտերի մկանի մասերը: Նախքան կարող գործիքի (EEASI) մտցնելն ու քիսեթի կապելը, անալ օղը պետք է լայնացվի: Որովայնի խոռոչի կողմից վայրէջ հաստ աղին կապվում է սանդի գլխիկի շուրջը: Ապա ղեկավարվող ձգման պայմաններում /զգուշացեք աղիքի ոլորումից/ կարող գործիքը փակվում է և վայրէջ հաստ աղին միացվում է հետանցքին: Բերանակցումը պետք է դրվի առանց ձգման և լավ մատակարարվի արյունով:



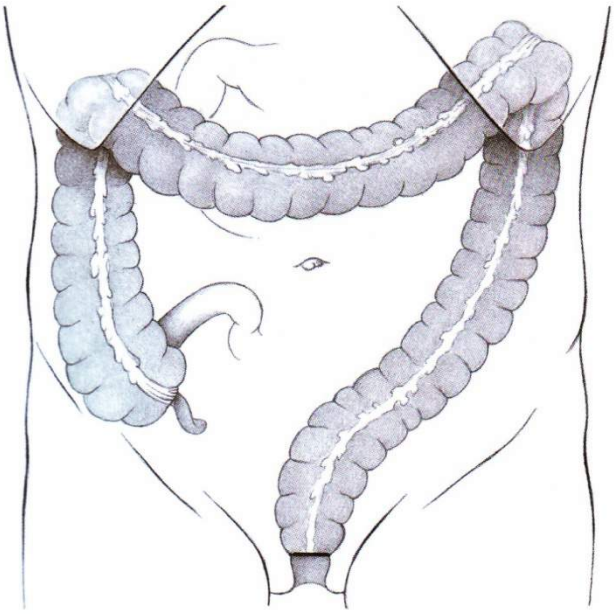
Փուլ 29. *Կոլո-անալ գործիքային կար*

Բերանակցման ձևավորումից հետո վայրէջ հաստ աղին իջեցվում է արտաքին սֆինկտերի մկանի մեջ, ձևավորվում է նեոռեկտում պահպանելով նեքին սֆինկտերի բարակ շերտ:



Փուլ 30. *Ավարտված վերակառուցում*

Կոլո-անալ բերանակցումը գտնվում է մաշկ-անալ գծից 2 սմ ավելի վեր, այն կարելի է պաշտպանել դուրս բերող երկփող իլեոստոմայով կամ տրանսվերզոստոմայով: Ավելի հաճախ կարելի է նրանցից խուսափել և օգտագործել միայն վատ արյան մատակարարման կամ հետվիրահատական ճառագայթային բուժում պլանավորելու դեպքում:



Գործառույթներ սպեցիֆիկ բարդությունների ժամանակ

- *Բերանակցման անբավարարություն՝* սովորաբար զարգանում է հետվիրահատական 6-9-րդ օրը: Կլինիկական նշաններն են՝ ջերմության բարձրացում, լեյկոցիտոզ, մուգ արտադրություն դրենաժից, աղիքով կեղտի անցման դժվարացումից մինչև աղիքային անանցանելիության զարգացում: Առաջին ախտորոշիչ քայլը - հետանցքի միջով մատով բերանակցման շրջանի մանրազննին հետազոտումն է, հնարավոր է նաև ջրում լուծվող կոնտրաստ նյութի միջոցով հոգնա: Նշված ախտանիշների դեպքում կարելի է ընտրել սպասողական մարտավարություն համակարգային հակաբիոտիկ թերապիայով և բերանով սնունդ ընդունելու բացառումով /պարենտերալ սնուցման/: Եթե կան որովայնաբորբի զարգացման կասկածներ՝ կատարվում է ստուգում և տեղադրվում դրենաժ, դուրս է բերվում բերանակցումը կամ նրան անջատում են գալարային տրանսվերզոստոմայի միջոցով:

- *Միզապարկի դատարկման խանգարում՝* 5-7 օրվա ընթացքում թողնվում է միզային կատետեր և մեզը ուղարկվում ստուգման ու բակտերիաբանական հետազոտման:

- *Միզածորանի ներվիրահատական վնասում՝* դեֆեկտը կարվում է միզածորանային կատետերի վրա, միզապարկը կատետերիզացվում է 10 օրերի ընթացքում, հնարավոր է լոսկուտի կիրառում ՝ ըստ Բոարի:

- *Միզապարկի ներվիրահատական վնասում՝՝* կարվում է ներծծվող կարանյութով / 3-0 PGA/ երկշերտ եղանակով, 10 օրերի ընթացքում միզապարկի կատետերիզացիա:

Հետվիրահատական գործառույթներ

Բժշկական խնամք՝ հեռացրեք քիթ-ստամոքսային զոնդը 2-4-րդ օրը և դրենաժները՝ 7-8-րդ օրը, առաջին հետվիրահատական կղանքից հետո: Պլանավորեք ճառագայթային թերապիա, քիմիոթերապիա:

Կերակրման վերսկսում՝ թույլ տվեք հեղուկներ 3-4-րդ օրից, պինդ սնունդ՝ 7-րդ օրից, առաջին հետվիրահատական կղանքից հետո:

Աղիների գործունեություն՝ հետվիրահատական շրջանում օգնեք կղանքի ռեգուլյար լինելուն, կարող են նշանակվել թուլացնող միջոցներ բերանով:

Ակտիվացում՝ անմիջապես:

Ֆիզիոթերապիա՝ շնչառական վարժություններ:

Անաշխատունակության տևողությունը՝ 2-3 շաբաթ:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- Ռեկտոսիգմոիդ հատվածը տեղակայված է մաշկ-հետանցքային գծից մոտ 15 սմ ավելի վեր:
- Դուգլասի գրպանիկը գտնվում է ուղիղ աղու միջին երրորդից առաջ:

- Առաջ-սրբանային փակեղը /Վալդևերի/ գտնվում է ուղիղ աղուց ավելի դորզալ, իսկ միզապարկից առաջ տղամարդկանց մոտ գտնվում է Դենովիլլի ապոնևրոզը:

- Մեծ տրամաչափի առաջ-սրբանային երակը տեղակայված է Վալդևերի փակեղից ներքև: Նրա վնասումից հետո առավել անվտանգ հեմոստազի եղանակ է հանդիսանում կոմպրեսիան, հնարավոր է հեմոստատիկ միջոցների հավելյալ կիրառմամբ:

- Ուղիղ աղին ունի միջընդերք միայն վերին երկու երրորդականի հատվածում /վերին ուղիղ աղիքային զարկերակի հաշվին, որը հանդիսանում է ձախ հաստաղիքային զարկերակի վերջին ճյուղը/, ստորին երրորդը ունի հետորովայնամզային տեղակայում /միջին ուղիղ աղիքային զարկերակի ճյուղերը սկզիբ առնելով ներքին զստային զարկերակից, երկու կողմից հասնում են ուղիղ աղուն լատերալ կողմերից /կողմնային կապաններով կամ հարաղիքային բջջանքով:

- Մասնահատման արմատականության կարևոր պայման է հանդիսանում մեզոռեկտումի լրիվ հեռացումը:

- Շտապ իրավիճակներում /աղիքային անանցանելիություն, թափածակում/ կարևորվում է հաստ աղու ներվիրահատական լավաժը, ապենդէկտոմիայից հետո որդանման ելունի մեջ տեղադրելով միզային կատետեր: Աղիքային պարունակության դրենավորումը առավել լավ է կատարել հետանցքից մտցված ինտուբացիոն խողովակով:

ՈՒՂԻՂ ԱՂՈՒ ՄԱՍՆԱՀԱՏՈՒՄ

Ցուցումներ ու հակացուցումներ՝

Ցուցումներ

- անալ կապուղու կամ ուղիղ աղու ստորին երրորդականի չարորակ ուռուցքներ:

Այլընտրանքային գործառույթներ՝ հատում և քիմիո-ճառագայթային բուժում, ուղիղ աղու ցածր ուռուցքների ժամանակ տրանսաբդոմինալ մասնահատում և կոլո-անալ բերանակցում:

Նախավիրահատական հետազոտում և պատրաստում վիրահատությանը

Նախավիրահատական հետազոտություններ՝

- ✓ էնդոսկոպիա բիոպսիայով /անհրաժեշտ է ամբողջ հաստ աղու լրիվ հետազոտություն, ինֆորմատիվ իրիգոսկոպիա, եթե կուլոնոսկոպիան անհնարին է/,
- ✓ չարորակ ոռուցքի հեռավոր մետաստազների բացառում ԳՋՀ, ՀՇ,
- ✓ մաշկի միջով պունկցիոն բիոպսիա էնդոռեկտալ ԳՋՀ-ի միջոցով,
- ✓ հնարավոր է ուրոլոգիական կամ գինեկոլոգիական հետազոտություն:

Հիվանդի պատրաստումը՝ սակավարյունության նախավիրահատական շտկում, աղիների օրտոգրադ լավաժ, կենտրոնական երակի կատետերիզացիա, հարվիրահատական հակաբակտերիալ թերապիա, միզապարկի կատետերիզացիա: Ստոմայի տեղի մինչ վիրահատական նշում:

Սպեցիֆիկ ռիսկեր, հիվանդի տեղեկացված համաձայնությունը

- Իմպոտենցիա /20% դեպքերում/:
- Միզապարկի դիսֆունկցիա /20-100%/:
- Միզածորանի, միզապարկի, միզուկի վնասում:
- Բարդություններ կապված ստոմայի հետ /10-30%/, նեղացում, ռետրակցիա, պրոլապս, նեկրոզ:
- Վերքի բացում /անբավարարություն/ շեքի հատվածում />50%/:

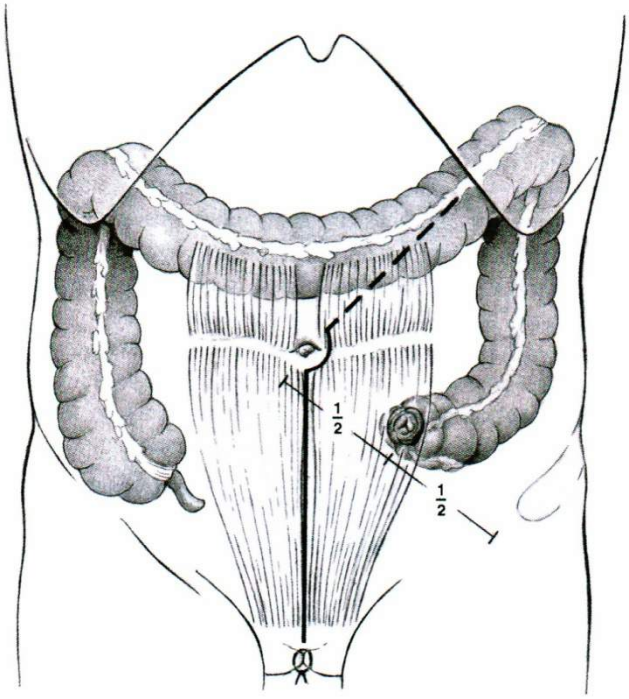
Հիվանդի դիրքը՝ մեջքի վրա պառկած, մոդիֆիկացված լիտոտոմիկ դիրք՝ ըստ Լյոյդ-Դեվիսի:

Մուտքը՝ միջային որովայնահատում, կտրվածքի երկարացում պորտից վեր դեպի ձախ թուլակող, ուղղահայաց կարճ շրջանաձև կտրվածք ուղիղ աղու շուրջը: Հնարավոր է լապարասկոպիկ մուտք բաց շեքային փուլով:

Վիրահատություն

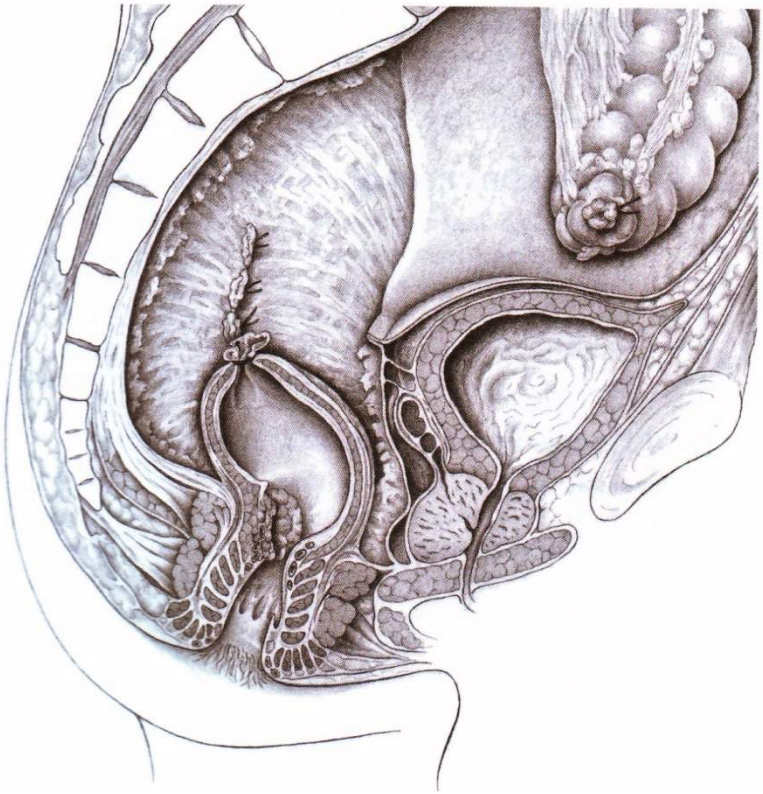
Փուլ 1. Ստոմայի տեղակայումն ու մուտքը

Մինչ վիրահատություն, հիվանդի կանգնած դիրքում պետք է նշվի ստոմայի տեղը: Նպատակահարմար է կղանքընդունիչ սարքի փորձնական տեղադրում: Մուտքը համապատասխանում է նմանին ուղիղ աղու առաջային մասնահատման ժամանակ: Հետագա դիսսեկցիան դեպի կոնքի հատակ համապատասխանում է նույն գործողություններին ցածր առաջային մասնահատման դեպքում: Վերջնական որոշումը ցածր առաջային մասնահատման և որովայնա-շեքային էկստիրպացիայի միջև ընդունվում է կոնքի հատակ հասնելուց հետո:



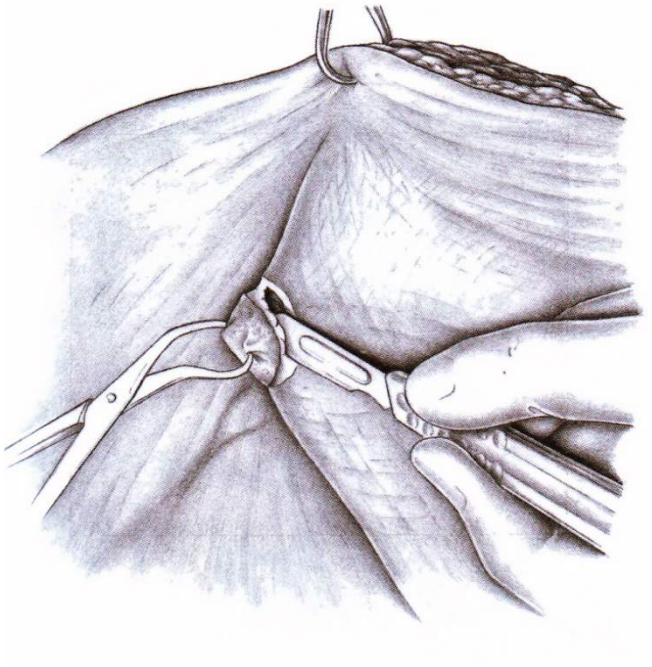
Փուլ2. Մասնահատման ծավալի որոշում

Ուղիղ աղու որովայնա-շեքային մասնահատում իրականացվում է, եթե ուռուցքը ներաճում է սֆինկտեր կամ ուռուցքի ստորին սահմանը գտնվում է մաշկ-անալ գծից 4սմ-ից պակաս տարածության վրա: Նման դեպքերում աղիքը հատվում է ռեկտոսիգմոիդ հատվածում և երկու եզրերն էլ խուլ փակվում: Վերջինս կարելի է իրականացնել պինդ լիգատուրայով կամ կարող գործիքով: Սիգմայաձև աղին սկզբից տեղաշարժվում է գլխամասային ուղղությամբ: Վիրաբույժը շարունակում է դիսսկեցիան դեպի փոքր կոնքի հատակ և ուղիղ աղին իր լրիվ շրջագծով տեղայնացնում: Սակայ ուղիղ աղու մասնահատումը վիրահատության վերջին փուլն է:



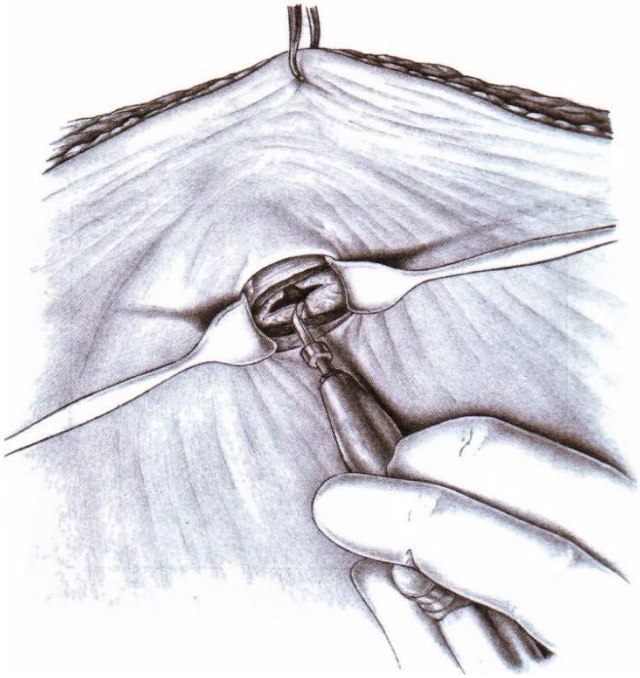
Փուլ 3. *Ստոմայի ստեղծումը*

Որովայնի պատը բռնում են վիրահատական սպիտակեղենի համար նախատեսված բռնիչներով և ձգում նրա սկզբնական դիրքին մեդիալ: Ստոմայի նշված տեղում մաշկը բռնում են նույնատիպ բռնիչով և մաշկն ու ենթամաշկը օղակաձև հատվում:



Փուլ4.

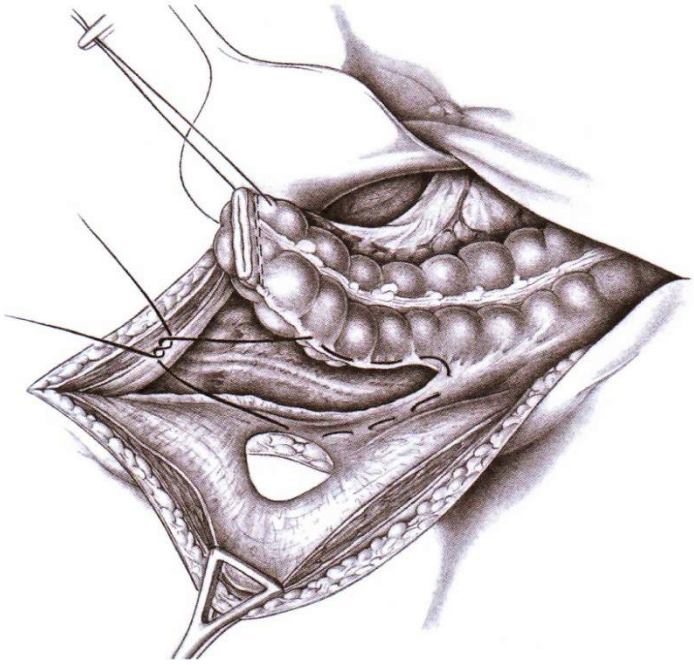
Որովայնի պատի ուղիղ մկանը բութ բացվում է և մկանաթելերը լայնիչներով տարվում են կողք: Լայնակի փակեղում և որովայնամզում կատարվում է խաչաձև կտրվածք, որը հեշտությամբ բաց է թողնում երկու մատ:



Փուլ 5.

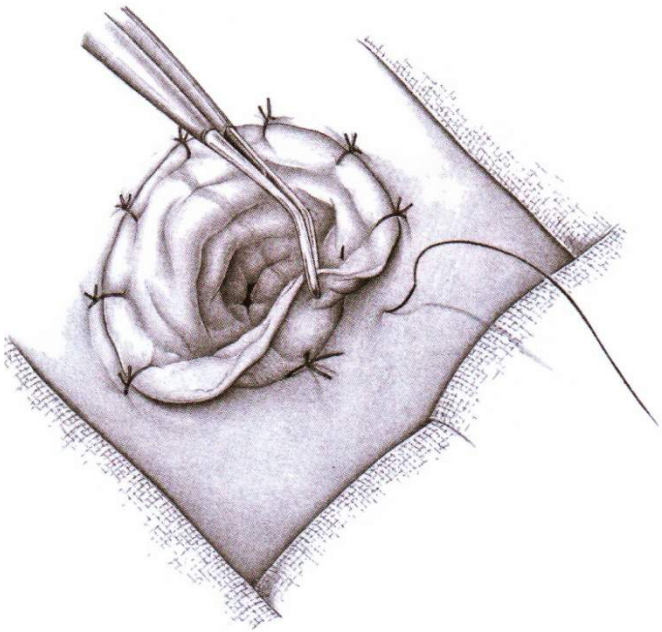
Ներքին ճողվածքի ձևավորումից խուսափելու համար որովայնի պատի ու սիգմայաձև աղու միջև դեֆեկտը անհրաժեշտ է փակել քսակակարով: Նրա ավարտից ու սիգմայաձև աղու

ծայրատը ստոմայի կտրվածքով դուրս բերելուց հետո, որովայնի խոռոչը լվացվում է, կոնքի խոռոչը դրենավորվում երկու դրենաժներով և որովայնի պատը կարվում ակտիվ ենթամաշկային դրենաժի տեղադրումով:



Փուլ 6.

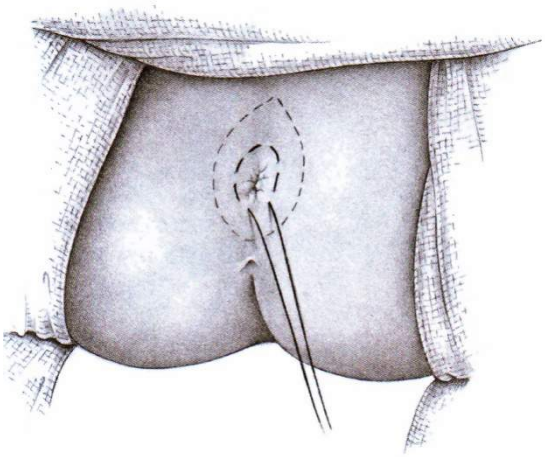
Վերքի կեղտոտումից խուսափելու համար որովայնի կարի գիծը սկզբում փակվում է սպրեյ կարով և ստերիլ տամպոններով, որից հետո բացվում է սիգմայաձև աղու ծայրատը: Ստոմայի ֆիքսացիան մաշկին առանձին կարերով նման է վերը նկարագրված տեխնիկային:



Փուլ 7. *Անալ անցքի փակում*

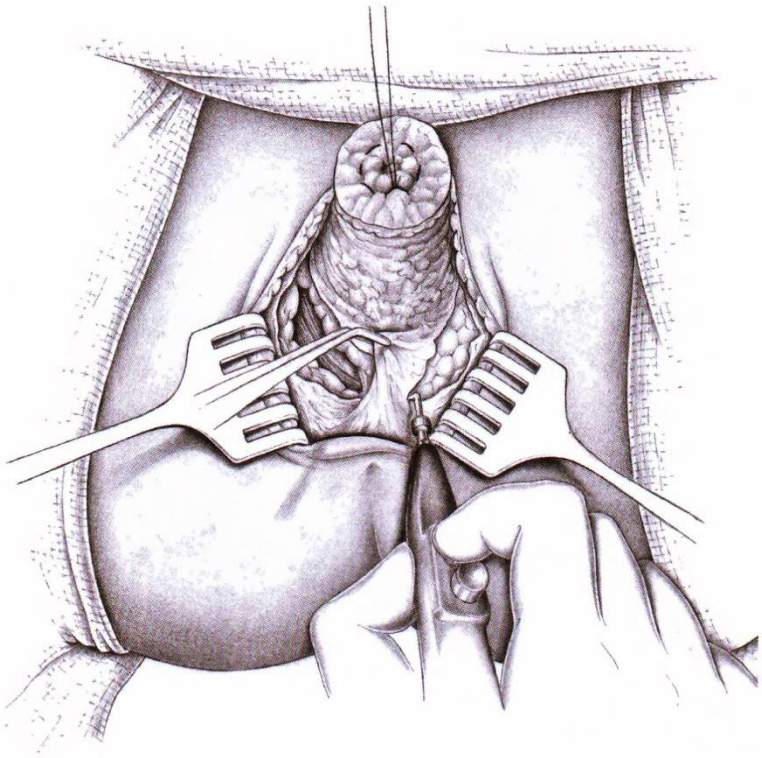
Լիտոտոմիկ դիրքով հիվանդին տեղադրելուց հետո սկսվում է վիրահատության շեքային փուլը:

Հետանցքը փակվում է պինդ քսակակարով /պոլիպրոպիլեն 2.0/, նրա շուրջը էլիպսաձև հատվում է մաշկը և ենթամաշկային շերտը դիաթերմիայով հետզհետե ենթարկվում կոագուլյացիայի:



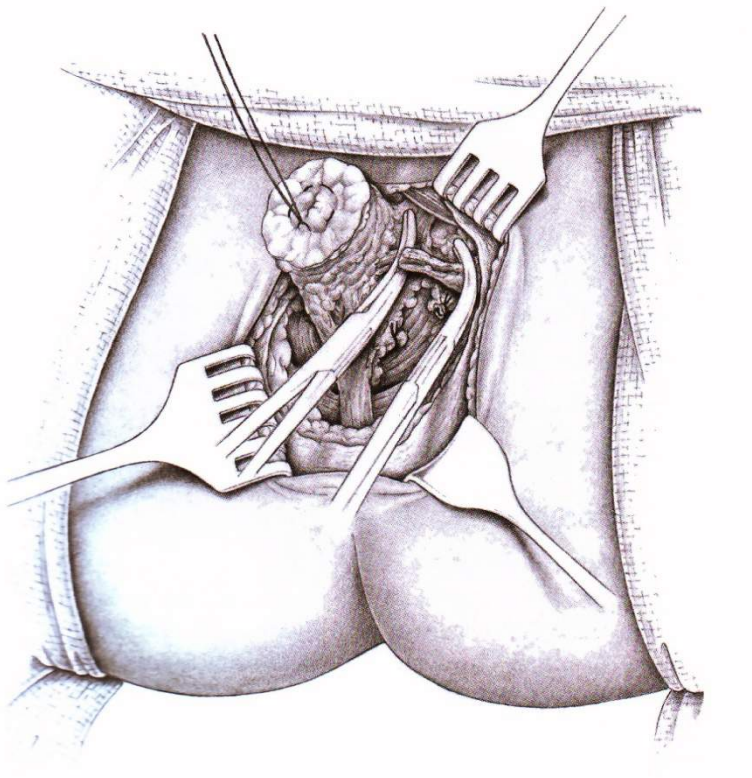
Փուլ 8. *Հարռեկտալ դիսսեկցիա*

Հար-ուղիղաղիքային ճարպաշերտը անմիջական տեսողական հսկողության տակ կտրող դիաթերմիայով հատվում է: Խոշոր անոթները առանձին վերցվում են և կապվում կամ ենթարկվում կոագուլյացիայի: Դիսսեկցիան շարունակվում է վիրահատության ընթացքում աղու տրամագծով փոխելով լայնիչների տեղը և քսակակարի ձգման ուղղությունը:



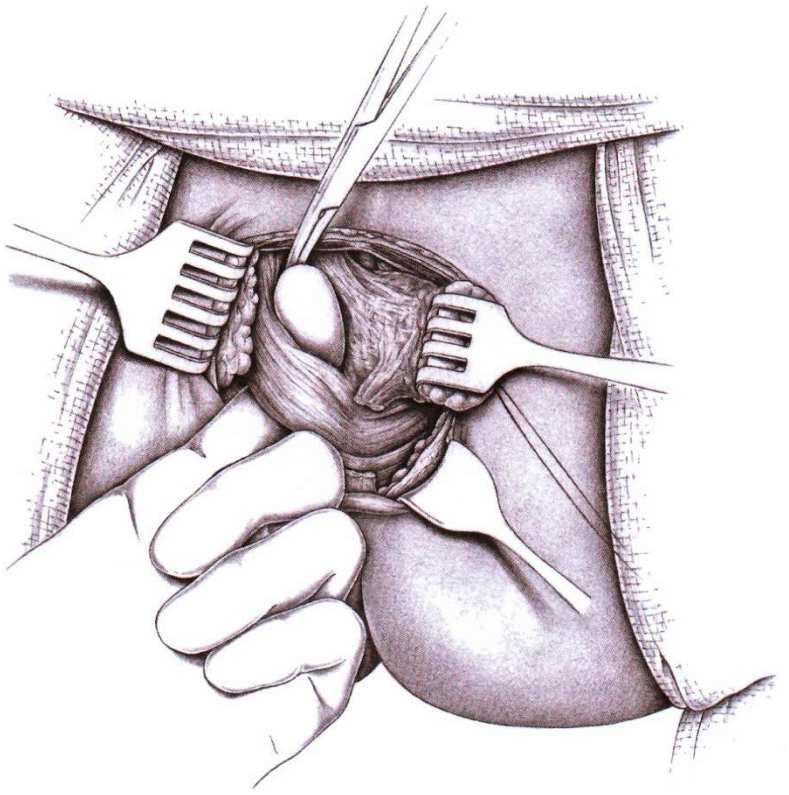
Փուլ 9. *Կոնքի հատակի դիսսեկցիա*

Կոնքի հատակի մկանին հասնելուն պես դիսսեկցիան շարունակվում է ուղիղ աղուց որոշակի տարածության վրա: Դա անհրաժեշտ է վիրահատության տեղային արմատականության ապահովման համար և թույլ է տալիս խուսափել ուղիղ աղու լուսանցքի բացումից, ինչը կարող է բերել ուռուցքային բջիջների տարածման: Անոթները, հատկապես ստորին ուղիղաղիքային զարկերակը, պետք է առանձնացվեն, հատվեն ու կապվեն: Կոնքի հատակի մկանները հետևողական հատվում են ենթարկվում մանրակրկիտ հեմոստազի: Հատվում են պոչուկի կապանային կպումները, որոշ դեպքերում օգտակար է պոչուկը սրբան-պոչուկային կապանով անջատել և հեռացնել: Պոչուկի երկու կողմերից սուր դիսսեկցիայի ճանապարհով տարածքի ստեղծումը հեշտացնում է օրիենտացիան և դիսսեկցիան, թույլ տալով մատը անցկացնել ինտրապերիտոնեալ, բռնել ու ձգել հետանցքը բարձրացնող մկանները:



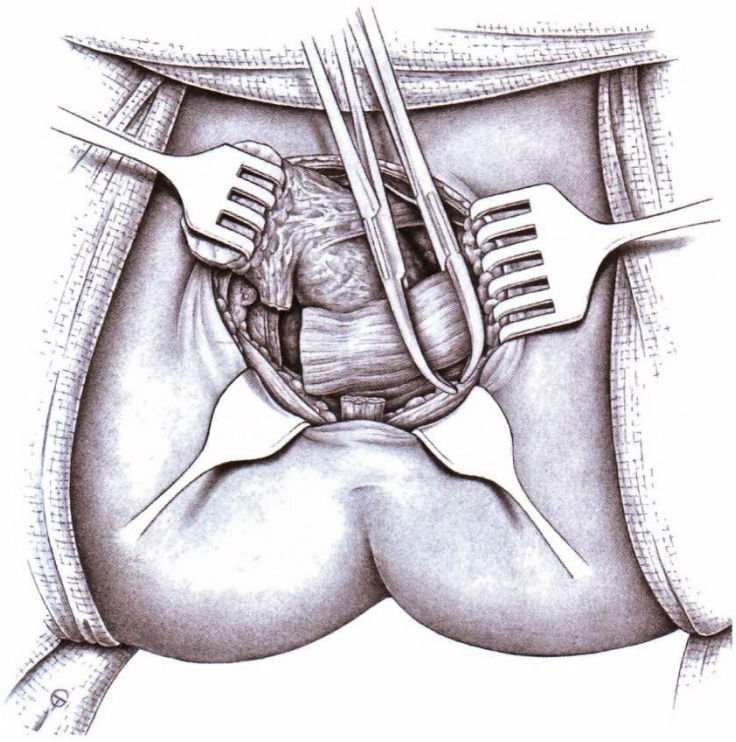
Փուլ 10.

Հետանցքը բարձրացնող մկանները վերցվում են մատի վրա, իսկ Վալդևերի փականը կարող է սկզբից ձգվել գլխամասային ուղղությամբ: Խորհուրդ է տրվում մկանները կապել, հաշվի առնելով հաճախ նրանց միջով անցնող անոթներ:



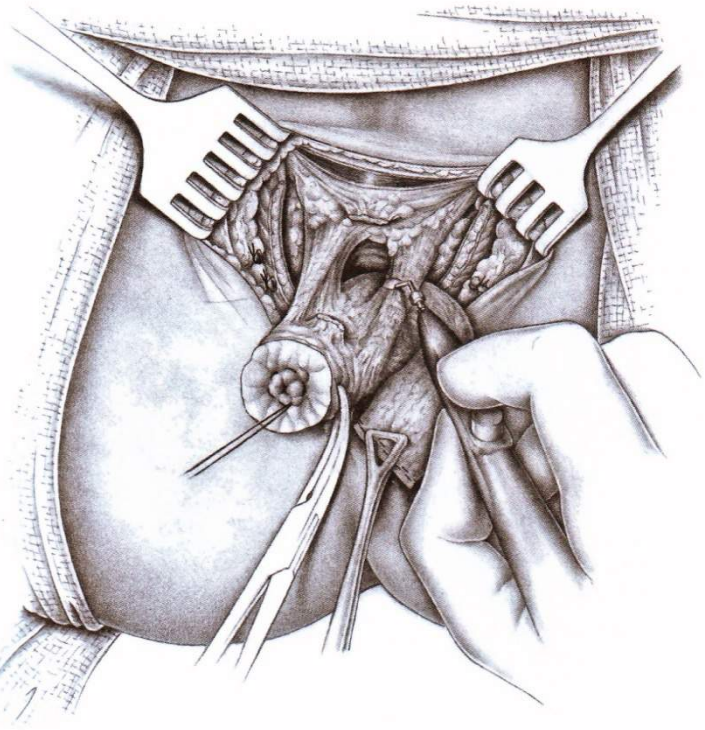
Փուլ 11.

Հետանցքը բարձրացնող մկանի երկկողմանի հատումը զգալի չափով ազատում է ուղիղ աղին նրան պահող կառուցվածքներից: Հետևից երևացող շերտը հանդիսանում է Վալդևերի փականը: Այն փեղեկվում է սուր եղանակով, եթե դա չի արվել ավելի վաղ, խուսափելու համար առաջ-սրբանային փակեղի անփույթ անջատումից, ինչը կարող է ավարտվել արյունահոսությունով ու նյարդի հնարավոր վնասումով: Բաց որովայնի խոռոչի պարագայում վիրաբույժը կարող է սրբոսկրի կողմից բռնել աղիքի ծայրատը և համահունչ աշխատանքի պարագայում շեքի կողմից աշխատող վիրաբույժի ձեռքը կարող է հանդիպել որովայնի խոռոչից աշխատողի ձեռքին:



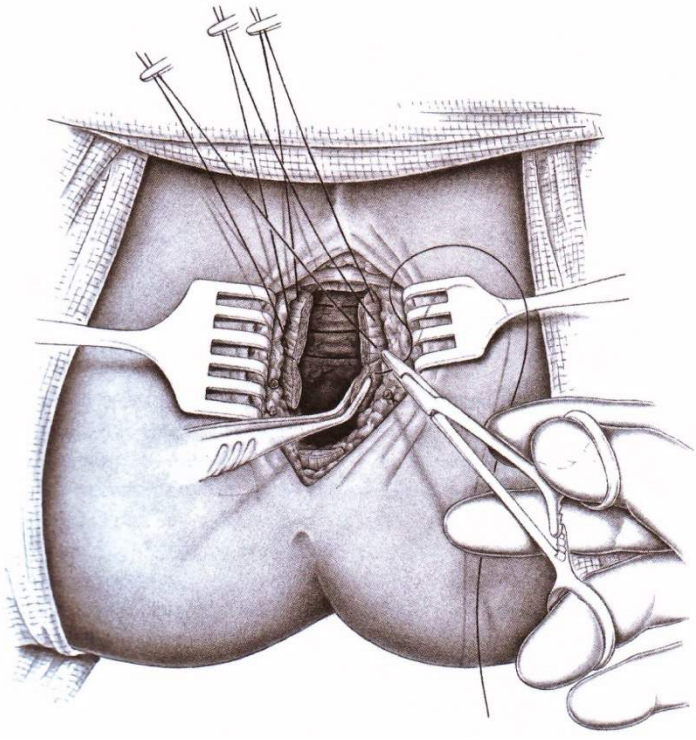
Փուլ 12.

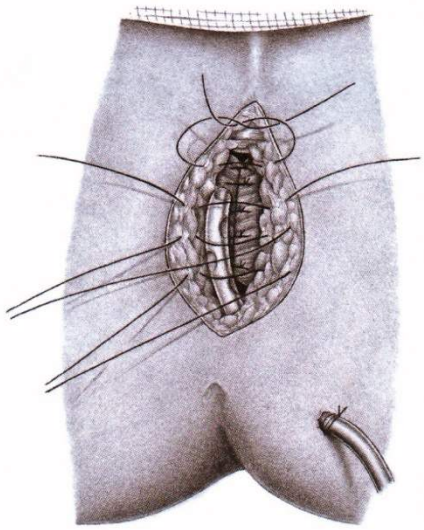
Ուղիղ աղին տարվում է դեպի ցած որպեսզի բացվեն առաջային խմբի մկանները: Վիրահատության այս փուլում անհրաժեշտ է հատուկ զգուշություն, խուսափելու համար միզուկի վնասումից: Այն պետք է ստենտավորվի և այդ կերպ միզապարկի կատետերով դուրս բերվի վիրահատական դաշտ: Ցայլք-պոչուկային մկանները հատվում են ուղիղ աղու և շագանակագեղձի, ինչպես նաև ուղիղ աղու և միզապարկի երկու կողմերում: Օգտակար է մատով պահել մկանային խուրձը, որպեսզի պաշտպանվեն ավելի խորը տեղակայված կառուցվածքները: Դիսսեկցիան շարունակվում է դեպի առաջ՝ Դենոնվիլլի փակեղի վրա: Ցայլք-պոչուկային մկանների երկու փորիկներն էլ հատվում են և կապվում: Վերջնական փուլը շագանակագեղձի վրա տարածվող կոնքային փակեղի հատումն է: Առաջային դիսսեկցիայի ավարտից հետո և եթե ներորովայնային դիսսեկցիայի ժամանակ հասել են կոնքի հատակին, ուղիղ աղին պետք է լրիվ անջատվի: Հակառակ դեպքում կարող է առաջանալ կողմնային կապանների մնացած հատվածների հատման անհրաժեշտություն: Ուղիղ աղու պրոքսիմալ ծայրատը բռնվում է Դյուվալի սեղմիչով և U-ա ձև դուրս բերվում հետևից՝ ձգելով առաջային մկանների վերջին խրձերը:



Փուլ 13. *Կոնքի հատակի փակում*

Ուղիղ աղու հեռացումը ուղեկցվում է մանրակրկիտ հեմոստազով և կոնքի խոռոչում տեղադրվում է ակտիվ դրենաժ: Կոնքի հատակի մկանները առանձին կարերով առավելագույնս մոտեցվում են իրար: Երկրորդ ակտիվ դրենաժը դրվում է ենթամաշկում և վիրահատությունը ավարտվում մաշկի ու ենթամաշկի կարով:





Գործառույթներ սպեցիֆիկ բարդությունների ժամանակ

- Շեքային վերքի ինֆեկցիայի նշանների դեպքում /դող, ջերմություն, լեյկոցիտոզ, տեղային ցավոտություն/ այն պետք է բացվի ու լվացվի:
- Աղիքով կեղտի անցման խանգարման դեպքում /ստոմաի 6-7-րդ օրը դեռ չի գործում/, իրականացրեք աղիքի ռենտգենկոնտրաստ հետազոտում /ջրում լուծվող կոնտրաստ/:

Հետվիրահատական գործառույթներ

Բժշկական խնամք՝ քիթ-ստամոքսային զոնդը հեռացվում է 2-4-րդ օրը, որովայնա-շեքային դրենաժները՝ 5-7-րդ: Տարեք հետվիրահատական հակաբիոտիկ թերապիա /7 օր/: Կատետերը մեզապարկից հեռացրեք 2-4-րդ օրը:

Կերակրման վերսկսում՝ հեղուկներ 3-4-րդ օրվանից, պինդ սնունդ ստոմայով առաջին հետվիրահատական կղանքից հետո՝ մոտավորապես 7-րդ օրը:

Աղիների ֆունկցիա՝ հնարավոր է ստոմայի միջով հոգնաներ 4-րդ օրից և պրոկինետիկների ներերակային կիրառում:

Ֆիզոթերապիա՝ շնչառական վարժություններ:

Անաշխատունակության տևողությունը՝ 2-4 շաբաթ:

Փորձված վիրաբույժի խորհուրդները

- Առաջ-սրբանային երակների վնասումն ու արյունահոսությունը Վալդևերի և սրբոսկրի փակեղների միջև ցույց է տալիս, որ դիսսեկցիան տարվում է շատ խորը /բացառություն՝ ուռուցքի ուղղակի ներաճ/: Փորձեք հասնել հեմոստազի կարերի ու կապի, կոագուլյացիայի կամ ոսկրային մոմի միջոցով /վնասված երկաները ներ են քաշվում սրբանային անցքերի մեջ/: Եթե հեմոստազը անաղյուսավետ է, օգտագործեք տեղային հեմոստատիկ միջոցներ և տամպոնադա:
- Առաջ-սրբանային դիսսեկցիան իրականացնում է սուր եղանակով աչքի հսկողության տակ, մինչև պոչուկի մակարդակից ներքև մուտքի ստանալը, ապա մատի օգնությամբ, բութ եղանակով կարող է շարունակվել կողմնային կապանների հայտնաբերման համար:
- Տղամարդկանց մոտ էրեկտիլ ֆունկցիայի պահպանումը պահանջում է նախաաորտալ նյարդային հյուսակից եկող ստորընդերային նյարդային թելիկների պահպանում, որոնք ընթանում են մի քանի հյուսակներով համապատասխան կողմից դեպի ներքև, սրբանի դարավանդի և կոնքի հետին կողմնային պատով:

- Միշտ հայտնաբերեք միզածորանը այն անցնում է զստային զարկերակի արտաքին ու ներքին ճյուղերի բաժանման տեղի վրայով /բնորոշ է միզածորանի պերիստալտիկայի ակտիվացումը, նրա մեխանիկական գրգռման ժամանակ/:

- Հատեք ստորին միջընդերային զարկերակը ձախ հաստաղիքային զարկերակի անջատվելու տեղից ավելի դիստալ /աորտայից մոտ 4 սմ ավելի դիստալ/: Բարձր հատումը անհրաժեշտ է, երբ կան նրա անջատման տեղի ավշագեղձերի ախտահարման վերաբերյալ կասկածներ:

- Կոլոստոման միշտ ձևավորեք ուղիղ մկանի հատվածում, ապահովեք հատման տեղի լավ սնուցում և հաստ աղու բավարար երկարություն: