

УДК 616:34-007.43-031:957:616.089.84

Աճուկային ճողվածքների պլաստիկայի ժամանակ կարերի և սինթետիկ տրանսպլանտատների դնելու նոր մոդիֆիկացիա: Հեռավոր արդյունքների վերլուծություն

Է.Գ. Ամիրյան

*«Արթմեր» բժշկական վերականգնողական կենտրոն
0045 Երևան, Ծարավ Աղբյուրի փ. 55^ա*

Բանալի բառեր. աճուկային ճողվածք, կարեր, տրանսպլանտատ

Ճողվածքների բուժումը այսօր էլ համարվում է վիրաբուժության հրատապ խնդիրներից մեկը, քանի որ դեռևս շատ են հետվիրահատական բարդությունները, հատկապես բարձր է ռեցիդիվների տոկոսը, որը, ըստ տարբեր հեղինակների, կազմում է 8-10 և մույնիսկ 25%: Մա մեծ թիվ է, եթե հաշվի առնենք, որ աշխարհում տարեկան կատարվում է հարյուր հազարավոր ճողվածքափափում:

Իհարկե, ճողվածքների ռեցիդիվը վիրահատությունից հետո կախված է բազմաթիվ հանգամանքներից. անհատի կոնստիտուցիայից, մկանային համակարգի զարգացվածությունից, մասնագիտությունից (ֆիզիկական աշխատանքով զբաղվում է, թե ոչ), տարիքից, օրգանիզմի ընդհանուր վիճակից, ուղեկցող հիվանդություններից:

Սակայն իմ համեստ փորձով՝ ես եկել եմ այն եզրակացության, որ ճողվածքի ռադիկալ վիրահատությունից հետո ճողվածքի ռեցիդիվը կախված է մույնպես վիրահատման եղանակի ընտրությունից:

Ընդունված է այն կարծիքը, թե ճողվածքափափումը հեշտ և թեթև վիրահատություն է, համարյա միշտ սկսնակ վիրաբույժի առաջին վիրահատությունը ճողվածքափափումն է լինում: Սակայն կարծում եմ, որ այս դրվածքը սխալ է: Ճողվածքի վիրահատությունը չի կարելի համարել թեթև, հասարակ վիրահատություն: Խնդիրը նրանում է, որ վիրահատությունից հետո ռեցիդիվը չնչին տոկոսներ պիտի կազմի, կամ լրիվ բացառվի:

Ավելի բարդ է հետվիրահատական և ռեցիդիվող ճողվածքների վիրահատությունը: Լինում են դեպքեր, երբ այդպիսի հիվանդները վիրահատվում են 3-4-5 անգամ: Այդպիսի ճողվածք վիրահատող վիրաբույժը պետք է ունենա բարձր որակավորում, մեծ փորձառություն, իսկական ոսկերչական տեխնիկա: Պետք է ձգտել այնպես վիրահատել, որ դա հիվանդի համար լինի վերջին անգամը:

Հյուսվածքների նկատմամբ անհրաժեշտ է ցուցաբերել առավել նուրբ և զգուշավոր վերաբերմունք, որովհետև ճողվածքների ժամանակ լինում են հյուսվածքների դեֆեկտներ և, առանց այն էլ թուլացած,

ատրոֆիայի ենթարկված և քրքրված հյուսվածքները նոր վնասվածքների ենթարկելը ավելի հավանական է դարձնում ճողվածքի կրկնողությունը:

Աճուկային ճողվածքների բուժումը միայն վիրահատական է: Տարբեր հեղինակների կողմից առաջարկված են 80-ից ավելի եղանակներ, մեթոդներ, մոդիֆիկացիաներ: Այսօր ընդունված և կիրառվում է մոտ մեկ տասնյակ եղանակ:

Պարզ է, որ եթե կան այդքան եղանակներ, նշանակում է, որ ոչ մեկն էլ կատարյալ չէ, և պատահական չէ, որ այսօր էլ կարիք կա զբաղվելու այդ հարցերով, ստեղծելու նոր մեթոդներ, նոր մոտեցումներ ցանկացած հիվանդին բուժելու համար: Այդ բոլոր վիրահատությունների նպատակը մեկն է՝ ամրացնել աճուկային խողովակի առաջային և հետին պատերը:

Ես ձեզ կհիշեցնեմ մի եղանակի մասին, որն այսօր էլ խիստ տարածված է, օգտագործվում է շատ վիրաբույժների կողմից և այդ եղանակի ժամանակ էլ կիրառվել է կարելու նորամուծությունը: Դա Ժերար-Սպասուկուկոցկի-Կիմբարովսկու եղանակն է:

Ժերարի եղանակը այն է, որ պուպարտյան կապանին, նրա ամբողջ երկարությամբ կարվում են ներքին և միջաձիգ մկանների ազատ եզրերը, այնուհետև նորից կապանի ամբողջ երկարությամբ կարվում է արտաքին թեք մկանի փակելը: Դրա վրայից արտաքին թեք մկանի փակելի դրսային եզրով դուրիկատուրա է արվում:

Սպասուկուկոցկու մոդիֆիկացիան կայանում է նրանում, որ մկանափակեղային լաթը միասին է կարվում պուպարտյան կապանին:

Կիմբարովսկու մոդիֆիկացիան կարելու ձևի մեջ է: Մկանափակեղային լաթը այնպես է կարվում, որ կապանին հավի լաթի փակեղային մակերեսը:

Այսպիսի պլաստիկայով աճուկային խողովակի առաջային պատը շատ ամուր է ստացվում: Դուրիկատուրայի տեղից ռեցիդիվը համարյա բացառվում է: Ռեցիդիվը լինում է կամ աճուկային խողովակի նորաստեղծ արտաքին օղից, կամ պուպարտյան կապանից: Պատճառը մա է, որ պուպարտյան կապանին ամբողջ երկարությամբ կարեր դնելիս կապանը *թելավորվում* և *քրքրվում* է, կապանի և դուրիկատուրայի արանքում հանգուցակապեր են մնում, ինչպես մահ կապանը ձգման տակ է ընկնում, ինչի հետևանքով էլ հաճախակի առաջանում է ռեցիդիվը:

Վերջին 12 տարվա ընթացքում «Արթմեդ» բժշկական վերականգնողական կենտրոնում աճուկային ճողվածքի պլաստիկայի ժամանակ կիրառվում է Ժերար-Սպասուկուկոցկի-Կիմբարովսկու եղանակով կարելու հետևյալ ձևափոխումը:

Մկանափակեղային լաթը՝ կարով վերցվելուց հետո, անմիջապես կարվում է ոչ թե պուպարտյան կապանին, այլ թելի երկու ծայրերը միջանցիկ անց են կացվում կապանի միջով դեպի դուրս, կապանից դուրս էլ թելը շարունակվում է անցկացվել ճարպաբջջանքի միջով և հանգուցակապը դրվում է ճարպաբջջանքի վրա:

Այսպիսով՝ նախ մկանափակեղային լաթը ամբողջ երկարությամբ *կիպ* հավում է պուպարտյան կապանին, որովհետև կապանի և դուրի-

կատուրայի արանքում հանգուցակապեր չեն լինում: Կապանը մնում է ամբողջական, չի *քրքրվում*, չի *թելավորվում*, ինչպես նաև ձգման տակ չի ընկնում, որովհետև կարերը ոչ թե կապանի վրա են դրվում ու նրա միջոցով են ձգվում, այլ թելերը անցնում են նրա միջով: Ձգումը կատարվում է մկանափակեղային լաթի և ճարպաբջջանքի միջև, որոնց արանքում գտնվում է պուպարտյան կապանը: Միևնույն ժամանակ դրանք պուպարտյան կապանի համար հենարանի և բուֆերի դեր են կատարում:

Այժմ ես կներկայացնեմ սինթետիկ տրանսպլանտատով պլաստիկայի հետևյալ ձևը: Օգտագործվել է 8-10 սմ երկարությամբ և 6-7 սմ լայնությամբ տրանսպլանտատ, որը լրիվ բավական է աճուկային խողովակի պատը լիարժեք ամրացնելու համար: Տրանսպլանտատը դրվում է արտաքին թեք մկանի փակեղի տակ, ֆիքսումը սկսելով ցայլային թմբիկից: Առաջին կարը անցկացվում է ոսկրի միջով՝ կարճ կտրող ասեղի միջոցով: Այնուհետև թելի երկու ծայրերը հերթականությամբ միջանցիկ անցկացվում են տրանսպլանտատի և պուպարտյան կապանի միջով ներսից դուրս, կրկին հանգուցակապի մեջ ընդգրկելով ճարպաբջջանքը: Այնուհետև, տրանսպլանտատի դրսային եզրը ավելի բարակ թել ու ասեղով ամբողջ երկարությամբ նույն ձևով կարվում է պուպարտյան կապանին:

Մինչև տրանսպլանտատի միջային եզրը կարելը՝ պետք է արտաքին թեք մկանի փակեղի միջային հատվածի եզրը անջատել ներքին թեք մկանից մինչև սիմֆիզը այնպես, որ տրանսպլանտատը ազատ տեղավորվի դրա տակ: Այնուհետև պետք է սերմնալարը ինչքան հմարավոր է հավաքել և բարակացնել, այսինքն՝ հեռացնել նրա մեջ եղած ճարպային բջջանքը, թաղանթների մնացորդները, դրա կարիքը լինում է հատկապես աճուկավորության և չուղղվող ճողվածքների ժամանակ: Այնուհետև պետք է սերմնալարը քաշել դեպի դուրս և վար՝ աջակողմյան ճողվածքի ժամանակ աջ ձեռքով, ձախակողմյանի՝ ձախ ձեռքով: Սերմնալարի վրայից տրանսպլանտատը ազատ ձեռքով մոտեցնել և կպցնել սիմֆիզին, որոշելով ստեղծվելիք աճուկային օղի տրամագիծը և կարի տրանսպլանտատով անցնելու տեղը: Ֆիքսումը սկսվում է սիմֆիզից, կրկին կարը անցկացնելով ոսկրի միջով և հանգուցակապելով այդտեղ:

Սովորաբար, առաջին կարը դնելուց հետո, տրանսպլանտատի մոտ 2-3 սմ-ը ազատ է լինում և պետք է այդ ազատ եզրը կրկնակի կարել սիմֆիզին:

Այնուհետև տրանսպլանտատի միջային ազատ եզրը ամբողջ երկարությամբ փակեղի տակից կարվում է փակեղին, ընդ որում, կարերը միջանցիկ անցկացվում են փակեղի միջով և հանգուցակապվում մաշկի տակ: Տրանսպլանտատի ամեն հերթական կարը դնելիս պետք է այն լավ ձգել և հարթեցնել, որ նմանվի դիոլի ձգած կաշվի: Տրանսպլանտատը՝ մեջտեղով մի քանի հանգուցակարերով ամբողջ երկարությամբ ֆիքսել հատակին:

Այսպիսով, տրանսպլանտատով ստեղծվում է աճուկային խողո-

վակի նոր արտաքին օդ, ճիշտ այնպես, ինչպես դա լինում է բնականում, ստեղծված արտաքին թեք մկանի փակեղի երկու ուղիկներով: Եթե նորաստեղծ օդը ստուգելուց կասկածում ենք, որ այն նեղ է ստացվել (ի դեպ, մատով դա հնարավոր չէ ստուգել, որովհետև սինթետիկ տրանսպլանտատը էլաստիկ չէ), ապա կարելի է սերմնալարի վրայից երկայնաձիգ հատել տրանսպլանտատը, բայց ոչ մինչև ծայրը, առանց վախենալու, որ նա չի կատարի իր ֆունկցիան:

Այնուհետև տրանսպլանտատի վրայից՝ սովորական ձևով, առանց դուրիկատուրայի կարվում են արտաքին թեք մկանի փակեղի հատված եզրերը:

«Արթմեդ» բժշկական վերականգնողական կենտրոնում 2002-2007 թթ. ներառյալ վերոհիշյալ մոդիֆիկացիաներով վիրահատվել է 276 հիվանդ: Հարցմանը պատասխանել են 255 վիրահատվածներ, նրանցից առանց տրանսպլանտատի՝ 159, տրանսպլանտատով՝ 96 հոգի:

Ռեցիդիվ եղել է երեք հոգու մոտ, երեքն էլ առանց տրանսպլանտատի վիրահատվածներ, տրանսպլանտատով վիրահատվածներից ոչ մեկի մոտ ռեցիդիվ չի եղել: Ընդհանուր թվի մեջ ռեցիդիվը կազմում է 1.1%, առանց տրանսպլանտատի 1.9%:

Այսպիսով, չնայած վիրահատվածների ոչ մեծ թվին, կարելի է որոշակի եզրակացությունների հանգել:

1. Առանց տրանսպլանտատի վիրահատվածների արդյունքները կարելի է համարել լավ, տրանսպլանտատով վիրահատվածների մոտ՝ գերազանց:

2. Տրանսպլանտատով վիրահատությունը կարելի է համարել լավագույն միջոցը ճողվածքների ռեցիդիվից խուսափելու համար: Կարող են նշել, որ վիրահատվածների հեռավոր արդյունքների ռատոմնասիրման ժամանակ այլ տեղակայումներով ճողվածքների տրանսպլանտատով վիրահատվածների մոտ ևս ռեցիդիվ չի եղել:

3. Կարելի է հանդուգն առաջարկ անել բոլոր ճողվածքները վիրահատել տրանսպլանտատով, չնայած համոզված են, որ շատ վիրաբույժներ սա չեն ընդունի: Այսօր թե հիվանդները, թե նրանց հարազատները լավ ծանոթ են այսպես կոչված ցանցին, և հաճախ իրենք են առաջարկում տրանսպլանտատ դնել: Իսկ եթե լավ տեղեկություն չունեն, բացատրելուց հետո շատ հեշտ համաձայնվում են: Ընդունված այն կարծիքը, թե տրանսպլանտատը օտար մարմին է և առաջացնում է հետվիրահատական բարդություններ, չի համապատասխանում իրականությանը: Մեզ մոտ տրանսպլանտատով վիրահատված ոչ մի հիվանդի մոտ, իսկ նրանք այլ լուրջ խնդիրներով ճողվածքների հետ կազմում են մոտ 150 հոգի, որևէ բարդություն չի եղել:

4. Տրանսպլանտատ ցանկալի է դնել աճուկային հետևյալ ճողվածքների ժամանակ. ռեցիդիվող, աճուկափոշտային, ուղիղ, ինչպես նաև ծանր ֆիզիկական աշխատանք կատարող մարդկանց մոտ:

Новые модификации наложения швов и синтетических трансплантатов при пластике паховых грыж. Анализ отдаленных результатов

Э. Г. Амирян

Лечение паховых грыж в настоящее время считается одним из актуальных вопросов хирургии, так как и сегодня высока вероятность послеоперационных осложнений, особенно рецидивов. По данным разных авторов, рецидив составляет 8-10%.

Вкратце описаны новые модификации пластики паховых грыж. Представлены отдаленные результаты 255 больных, прооперированных в период с 2002 по 2007 гг. из них без трансплантата – 159 пациентов, с трансплантатом – 96. Рецидив возник у трех пациентов, все трое без трансплантата. У пациентов, прооперированных с трансплантатом, рецидива не наблюдалось.

New modifications of putting stitches and synthetic transplants during the inguinal hernia plasty. Analysis of remote results

E. G. Amiryan

Hernia treatment is one of the urgent issues in surgery, as the quantity of post-operation complications, especially relapses, is still high.

According to the data of different authors the percentage of relapses is 8-10%.

New modifications of inguinal hernia plasty are suggested.

The remote results of 255 patients operated on with application of these modifications are represented within the period 2002 -2007, out of which 159 patients were operated without transplants, 96 with transplants. Only 3 patients with relapse have been recorded, who were operated on without transplants. No relapses have been observed in patients operated on with application of transplants.