

ԱԿԱՆԱՊԱՅԹՅՈՒՆԱՅԻՆ ՎԵՐՔԵՐԻ ԱՆՏԱՁԵՎԱԲԱՆԱԿԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՎ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Ա.Մ. Մաղաբեյան, Մ. Ա. Մաղաբեյան
ստոնատողգիայի ամբիոն

Լայնածավալ ռազմական գործողությունների ժամանակաշրջանում /1992-1994թթ./ Ստեփանակերտի կենտրոնական ռազմական հոսպիտալ են ընդունվել հրազենային և ականապայթուցիկ վնասվածքներով վիրավորներ: Ուրպես կանոն, նրանք ընդունվել են վիրավորվելուց 1-3 օր անց, ապա 1-2 շաբաթ բուժում ստանալուց հետո տեղափոխվել են հետագա բուժման՝ բժշկական էվակուացիայի փուլերում: Հաշվի առնելով հրազենային վնասվածքների ախտաձևաբանական բերի ուսումնասիրությունը՝ մենք որոշեցինք ամփոփել 19-23 տարեկան 15 տղամարդկանցից վերցրած փափուկ հյուսվածքների վնասվածքի կտորների ախտաձևաբանական հետազոտությունների արդյունքները:

Նյութը վերցվում էր անջատված ազդրի եզրից 1-1.5 սմ վեր հատվածից, վիրավորվելու 3-րդ, 7-րդ և 14-րդ օրերին: Պարաֆինային սերիական կտրվածքների վրա ընդունված հյուսվածաբանական և հիստոքիմիական ընդունված մեթոդներով ուսումնասիրվել են մկնդրաբանատության հունի և նրա շրջակա հյուսվածքների վիճակը:

Հետազոտությունը ցույց տվեց, որ վիրավորվելուց 3 օր հետո պատուցված բուն մաշկում երևում են կոլագենային բելերի ապակողմնորոշված խրձեր, որոնք տեղ-տեղ հանդես են գալիս միատարր /հոմոգեն/ խառնակույտների /կոնգլոմերատների/ ձևով: Պիկրոֆուլսինով ներկելիս նրանք ստանում էին աղյուսակաձևի զույգ՝ ցուցաբերելով օջախային պիկրինահականում: Որոշ անոթների շուրջ նկատվում էին մոնոցիտանման տարրերի կուտակումներ սնուցախանգարված լեյկոցիտների խառնուրդով: Միկրոանոթների պատերում դիտվում էր էնդոթելի փրում, իսկ տեղ-տեղ՝ բջջա՝: Բուն մաշկի գլխկողմնադիկանները հանդես էին գալիս A և C խանդոտիտին-սուլֆատներով և հիալոտոմաթթվի ձևով: Անբողջ տեսողաշտում դիտվում էին գրամ բացասական ցուպիկների և գրամ դրական կոկերի միկրոգաղարներ: Նկատվում էին աղյուսակ ճեղքված օջախներ, որոնք հիմնականում կազմված էին հեմոլիզված էրիթրոցիտներից: Դարպաբջջանքի պատուցված բլթակների միջև երևում էին նեկրոզի օջախներ, որոնք պարունակում էին ֆիբրին-դրական նյութ: Այդպիսի օջախների շուրջը դիտվում էին մոնոցիտանման տարրերի կուտակումներ: Լիարյուն երակիկների մեծ մասում հայտնաբերվում էին էրիթրոցիտների սլաջավորում /կալումահավաք/. ձևավոր տարրերի անջատում. որոնք հետագայում միաձուլվում են անոթի պատին ադիեզիա: Միևնույն մկանային շերտի վրա հարաբերական չվնասված տեսք ունեցող միոցիտների հետ միասին հայտնաբերվել են նեկրոթիոզի և նեկրոզի փուլում գտնվող միոցիտները: Նրանցից մի քանիսը ձեռք էին բերել որոշում և թելակազմ տեսք, տեղ-տեղ նրանք միատարր տեսքով ունեին բազոֆիլ երանգ: Որոշակի անդերում նկատվում էին սակրոպլազմայի հատիկավոր բեկորային քայքայում կամ լուծում: Առանձին միատարր միոցիտների սակրոպլազմայում նկատվում էր օջախային ֆիբրին-դրական ռեակցիա: Միկրոշրջանատության խանգարումը կրում է տարածուն բնույթ՝ հանդես գալով կանգով, էրիթրոցիտների սլաջավորմամբ, էրիթրոցիտային էքստրավակատների առկայությամբ:

Վիրավորվելուց 5 օր անց վերցված մաշկում և մկանային շերտերում նկատվել են վերը նշված պրոցեսների առաջընթաց: Վնասվածքի 2-րդ շաբաթի վերջում արդեն առկա էին ֆիբրոպլաստների օջախային բջջա՝ և բազմաթիվ փոփրավոր ցիտոպլազմային մակրոֆագեր: Խոշոր անոթների պատերում հայտնաբերվել են ֆիբրինային կուտակումներ: Սնրամաշկային փոքր շարակցական հյուսվածքում նկատվում էին ալափոխության թույլ արտահայտված օջախներ: Բջջաձվող ֆիբրոպլաստների զանգվածային շերտերը տեղ-տեղ նեյրոփանցել էին նեկրոզի և ինֆիլտրացիային օջախները: Նկատվել են եզակի պլազմային բջջերը 2 կամ ավելի կորիզներով: Մկանային շերտերում ախտաբանական փոփոխությունները հիմնականում շարունակում էին զարգանալ, սակայն առանձին դեպքերում հնարավոր եղավ արտաբերել մկանային հյուսվածքը բեյաճարուպայինով փոխարինված հատվածներ:

Այսպիսով, մեր կողմից ուսումնասիրված նյութի մեջ ախտաբանական պրոցեսները ակտիվանում էին մինչև 14-րդ օրը, որից հետո տեղի էր ունենում որոշակի կայունացում, և

արտահայտվում էին վերականգնման թույլ նշաններ, ինչպես նաև ստացված արդյունքները վկայում են այն մասին, որ ալանապայթյունային վնասվածքը վաղ ժամկետներում /3-14 օր/ անդամահատված ծայրատի փափուկ հյուսվածքներում առկա են մետաբոլիկ խանգարումներ, որոնք հավանաբար ունեն շոկային ծագում և ընթանում են էնդոգեն ու բակտերիալ ինտոքսիկացիայի գուգակցմամբ: Մետաբոլիկ տեղաշարժերը իրենց հերթին պայմանավորում են վերականգնողական պրոցեսների արգելակումն ու ազավադումը, որը դրսևորվում է զրանուլացիոն հյուսվածքի հասունացման և ձևավորման, վերքի էպիթելիզացիայի և մկանային հյուսվածքի ոչ լիարժեք, անավարտ վերականգնումով:

Կատարված հետազոտությունների հիման վրա մշակվել է ալանապայթյունային վիրավորումների ժամանակ անդամահատված ծայրատի սնատոմո-տեղագրական մակարդակները:

պոկման գոտի – տրավմատիկ և կոգուլյացիոն նեկրոզի մակարդակ.

միջանկյալ գոտի – պոկման և անդամահատման մակարդակների միջև ընկած շրջանը, որը բնութագրվում է խորանիստ հյուսվածքների մեռուկացումով և դիստրոֆիկ խանգարումներով, սալջարդով.

անդամահատման մակարդակ:

Միկրոշրջանառության խանգարման կամ ցնցման գոտի: Մինչև հետազոտությունների կատարումը անդամահատում կատարում էին մաս I և II մակարդակներում՝ խնայելով ծայրանդամը և պատճառ հանդիսացել ծանր քարոզությունների, կրկնակի անդամահատման /ուսումնասիրության/, ներյոնոգեկան խանգարումների: Հետազոտման արդյունքներից ելնելով՝ անդամահատումը կատարել ենք III մակարդակում, որը տվել է դրական արդյունք և լայն կլինիկական կիրառություն է գտնել ալանապայթյունային վիրավորումների բուժման ժամանակ:

Ամփոփում

Ալանա-պայթյունային վիրավորումների ժամանակ անդամահատված ծայրատում և նրա շրջակա հյուսվածքներում ընթացող ախտաբանական փոփոխությունները ակտիվանում են մինչև 14-րդ օրը, որից հետո տևելի է ունենում կալոնացում, ռեգիներացիոն+վերականգնողական պրոցեսներ: Կատարված հետազոտությունների հիման վրա ծայրատում մշակվել է անատոմո-տեղագրական մակարդակներ ճիշտ անդամահատում կատարելու համար, որը տվել է դրական արդյունքներ և ունի մեծ գործնական նշանակություն:

Резюме

При минно-разрывных ранениях, протекающие в ампутированных конечностях и прилегающих тканях воспалительные процессы активизируются в течении 14 дней, после чего наступает период стабилизации и регенеративно-восстановительных процессов. На основе проведенных исследований уточнены анатомолокальные уровни для правильного проведения ампутации конечностей, давшие положительные результаты и имеющие большое практическое значение.

Գրականություն

- 1.Ա.Ա. Մաղաբեյլյան, Անդամահատված ծայրատի փափուկ հյուսվածքների վիճակը ալանապայթյունային վնասվածքների ժամանակ, Հայաստանի մոթոլոգների ասոցիացիա. I միջազգային կոնգրես, Երևան, 1998թ.:
- 2.Գլուխով Գ., Յենսեն Մ.Կ., Պատերազմից տուժածների վիրաբուժական օգնությունը, 1999թ.:
- 3.Ն.Փ. Դավին, Ալանա-պայթյունային վիրավորման ժամանակ պոկված ստորին ծայրանդամի կլինիկո-մաթիոլոգիական բնութագիրը, Ռազմա-թշկական հանդես, 1992թ.:
4. Գրիցիկանով Ա.Ի., Փոմին Ն.Փ., Ծայրանդամների ալանա-պայթյունային վիրավորումների վիրաբուժական անատոմիան, Վիրաբուժական հանդես, 1991թ.: