

ԽՈՐԱՆԻՍ ԱԶԴՐԱՅԻՆ ՉԱՐԿԵՐԱԿԻ ԿԻՐԱՌՄԱՄԲ ԱՈՐՏԱ- ՉՍՏ-ԱԶԴՐԱՅԻՆ ՍԵԳՄԵՆՏՈՒՄ ՀԵՌԱԿԱ «ԸՆԴՈՒՆՈՂ» ԲԵՐԱՆԱԿՑՄԱՆ ՇՐՋԱՆԻ ՁԵՎԱՎՈՐՄԱՆ ՆՈՐ ՄԵԹՈԴ

ՍՈՒԼԹԱՆՅԱՆ Տ.Լ., ՄԱԼԽԱՍՅԱՆ Հ.Ա., ՍԱՐԳՍՅԱՆ Ա.Ս.

«Միքայելյան վիրաբուժության ինստիտուտ» ՓԲԸ, Երևան, Հայաստան

Ստորին վերջույթների զարկերակային ավազանում կատարվող վերականգնողական վիրահատությունների ժամանակ վիրաբույժի նպատակն է՝ ապահովել մագիստրալ արյունահոսք ինչպես խորանիստ ազդրային, այնպես էլ մակերեսային ազդրային զարկերակներում:

Հետագա շունտավորման համար հեռակա ռեցիպիենտ (ընդունող) բերանակցման պատրաստումը կարող է իրականացվել էնդարտերեկտոմիայի (աթերոսկլերոտիկ թիթեղի հեռացման) միջոցով:

Այդպիսի տակտիկան գործնականորեն բացառված է կրկնակի վիրահատությունների դեպքում, ինչը պայմանավորված է անոթի շուրջը սպիական փոփոխություններով և լուսանցքի ախտահարման բնույթով («նեոինտիմա»):

Այսպիսի իրավիճակում առավել ընդունելի է խորանիստ ազդրային և մակերեսային ազդրային զարկերակների ախտահարված հատվածների ռեզեկցիան, որից հետո ի հայտ է գալիս ռեցիպիենտ հատվածի ձևավորման խնդիր:

Այն դեպքում, երբ մակերեսային և խորանիստ ազդրային զարկերակների ռեզեկցիան իրականացվում է տարբեր մակարդակներում, ռեցիպիենտ բերանակցումը ձևավորվում է հետևյալ կերպ. «պրոտեզի ծայրը մակերեսային ազդրային զարկերակի ծայրին և խորանիստ ազդրային զարկերակի ծայրը՝ ալլոպրոթեզի կողքին եղանակներով»:

Հասկանալի է, որ այս եղանակով «ծայրը ծայրին» բերանակցումը իրագործվում է տարբեր տրամաչափի անոթների միջև, ինչը հեմոդինամիկ տեսանկյունից օպտիմալ չէ: Անհրաժեշտ է նշել նաև, որ երկու հեռակա բերանակցումները ձևավորվում են զարկերակի և ալլոպրոթեզի միջև: Առաջարկվող եղանակը թույլ է տալիս խուսափել վերը նշված որոշ թերություններից: Խորանիստ ազդրային զարկերակը մերկացվում է մոտ 3սմ երկարությամբ (սովորաբար մինչև նրա բիֆուրկացիայի մակարդակը), ինչն էլ հնարավորություն է տալիս ձևավորել բերանակցում խորանիստ ազդրային և մակերեսային ազդրային զարկերակների միջև «ծայրը ծայրին» եղանակով (խորանիստ ազդրային զարկերակի առաջային մակերեսը համադրվում է մակերեսային ազդրային զարկերակի հետին մակերեսի հետ, զարկերակների տրամագծերը գործնականում համընկնում են): Փաստորեն ձևավորվում է ոչ թե նոր բիֆուրկացիա, այլ նոր անոթային աղեղ: Ռեցիպիենտ անոթների այսպիսի ձևավորումը հնարավորություն է տալիս իրագործել հեռակա բերանակցումը հետևյալ կոնֆիգուրացիայով՝ «ալլոպրոթեզի ծայրը անոթային աղեղի կողքին» եղանակով: Ստեղծվող կոնֆիգուրացիան առավել շահավետ է հեմոդինամիկ տեսանկյունից և ներառում է արյան հոսքի մեջ երկու զարկերակների ավազանները միաժամանակ:

Առանց ներվիրահատական տեխնիկական դժվարությունների մշակված մեթոդով վիրահատվել են 3 հիվանդ: Բոլոր դեպքերում էլ հաջողվել է հասնել ստորին վերջույթի զարկերակային արյան շրջանառության վերականգնման: Վաղ և ուշ հետվիրահատական բարդություններ չեն դիտվել: Հիվանդները վեց ամսից ավելի գտնվել են մեր հսկողության տակ: Կրկնակի դուալիթս սկանավորման տվյալներով զարկերակային կոնստրուկցիաների գործունեությունը պահպանվում է:

OFFICIAL PUBLICATION OF THE YEREVAN STATE MEDICAL UNIVERSITY