

Գրախոսական

Պաշտոնական ընդդիմախոս, բժշկական գիտությունների թեկնածու, Հովհաննես Կարպիսի Սարկավազյանի, Ռաֆիկ Գրիգորի Շահպարոնյանի «Վերին տրախեոստոմայի մոդիֆիկացված եղանակի կիրառումը վերին շնչուղիների անհապաղ և պլանային պրոթեզավորման նպատակով» ատենախոսության վերաբերյալ, որը ներկայացված է բժշկական գիտությունների թեկնածուի գիտական աստիճանի հայցման Ժ. Դ. 00.15 վիրաբուժություն մասնագիտությամբ:

Տրախեոստոմիան հանդիսանում է վերակենդանացման բաժանմունքում արհեստական շնչառությամբ հիվանդներին ամենահաճախ արվող վիրաբուժական միջամտությունը և հաճախ ասֆիքսիայի որոշ դեպքերում անհետաձգելի օգնության միակ շտապ վիրահատությունը (չհաշված կրիկոտոմիան): Տրախեոստոմիայի ցուցում են հանդիսանում շնչափողի ինտուբացիայի անհնարինությունը որոշ իրավիճակների և հիվանդությունների ժամանակ, ինչպես նաև դիմաձևոտային ծավալուն վիրահատությունները, որոնք ուղեկցվում են բերանի խոռոչի և պարանոցի հետվիրահատական այտուցով: Կրիտիկական ծանր հիվանդների մոտ, որոնք գտնվում են արհեստական շնչառության տակ, տրախեոստոմիան թույլ է տալիս պակասեցնել մեռյալ շնչական տարածությունը, հեշտացնում է շնչուղիների, բերանի խոռոչ մաքրումը, կերակրումը և այլն:

Տրախեոստոմայի ամենավիճելի հարցերն են մնում վիրահատության մեթոդը և ժամկետները: Ըստ գրականության տվյալների արհեստական շնչառության տակ գտնվող հիվանդների մոտ 10%-ը կարիք է ունենում տրախեոստոմիայի: Չնայած միջամտության առօրյաության, վերոհիշյալ վիճելի հարցերը շարունակում են մնալ վիճելի: Շարունակում են արդիական մնալ նաև տրախեոստոմիայի հետևանքների գնահատումը, կանխարգելումը և բուժումը:

Ներկայումս կան վերին տրախեոստոմիայի երկու հիմնական մեթոդներ. բաց վիրահատական և պունկցիոն-դիլատացիոն մեթոդները: Վերջինս համարվում է ոսկյա ստանդարտ նվազ տրավմատիկ լինելու առումով, սակայն այն ունի իր սահմանափակումները որոշ անատոմիական և ընդհանուր սոմատիկ իրավիճակների հետ կապված: Պունկցիոն-դիլատացիոն մեթոդը կիրառելի չէ նաև անհետաձգելի

իրավիճակների ժամանակ: Կապված վերոհիշյալի հետ տրախետոստոմիայի մոդիֆիկացված մեթոդների մշակումը և ներդրումը կլինիկական պրակտիկայում, որոնք ուղղված են ներվիրահատական և հետվիրահատական բարդությունների նվազեցմանը, արդիական խնդիր է հանդիսանում: Բավարար չեն ուսումնասիրված տրախետոստոմիայի ենթարկված պացիենտների կյանքի որակի հարցերը և կոսմետիկ խնդիրները: Այդ առումով հետտրախետոստոմիկ պացիենտների կյանքի որակի գնահատումը և առաջացած բարդությունների ժամանակին բուժումը առողջապահության համակարգում մեծ դեր ունի:

Գիտական աշխատանքի նորարարությունը և գործնական նշանակությունը

Իր աշխատանքում հեղինակը գիտական նորարարության առումով առանձնացրել է հետևյալ հիմնական ուղղությունները. հեղինակի մշակած վերին տրախետոստոմիայի մեթոդը հանդիսանալով հիբրիդ բաց և պոստոպերատիվ-դիլատացիոն մեթոդների միջև, թույլ է տալիս կատարել պլանային և անհետաձգելի տրախետոստոմիաներ, չունենալով անատոմիական և ընդհանուր սոմատիկ հակացուցումներ, ինչպիսին են ճարպակալումը, կոագուլոպաթիան և այլն: Առաջարկված մեթոդի հիմնավորման համար հեղինակն անց է կացրել մոդիֆիկացված մեթոդի և պոստոպերատիվ-դիլատացիոն մեթոդի միջև համեմատական վերլուծություն, հենվելով միջամտության տևողության, ներվիրահատական և հետվիրահատական բարդությունների վրա: Հեղինակը նաև խորը վիճակագրական վերլուծություն է արել երեք տարբեր հիվանդանոցների վերակենդանացման բաժանմունքների տվյալները: Բուժվող հիվանդների քանակի, կատարված պլանային տրախետոստոմիաների վերաբերյալ, կախված հիվանդի տարիքից, հիմնական և ողեկցող հիվանդություններից, տրախետոստոմիայի ժամկետներից:

Կարևոր նշանակություն ունի տրախետոստոմիայի ենթարկված պացիենտների կյանքի որակի հետազոտությունը: Կատարված է հետվիրահատական սպիների համեմատական ուսումնասիրությունն ըստ POSAS-ի, արտաքին շնչական ֆունկցիայի համեմատական վերլուծությունը հևոցի և mMRC սանդղակով, սպիրոմետրիա և կրծքավանդակի ՅՇ: Հեղինակի ստացած տվյալները թույլ են տալիս եզրակացնել, որ պացիենտի սուբյեկտիվ դժվարաշնչությունը կարող է լինել շնչափողի սպիական ստենոզի արտահայտումը, որի ախտորոշումը պահանջում է ՅՇ և բրոնխոսկոպիա:

Գործնական առողջապահության համար վերին տրախեոստոմիայի մոդիֆիկացված մեթոդը կարելի է առաջարկել որպես ընտրության մեթոդ պարանոցի որևէ անատոմիական առանձնահատկության դեպքում, հիպոկոագուլյացիայի ժամանակ, երբ պունկցիոն-դիլատացիոն մեթոդը ցուցված չէ: Առաջարկված մեթոդը լինելով նվազ տրավմատիկ, քան դասական տրախեոստոմիան և որը չի պահանջում հատուկ սարքավորումներ (բրոնխոսկոպ և այլն), ի տարբերություն պունկցիոն-դիլատացիոն մեթոդի կարող է կիրառվել հոսպիտալներում, հատկապես պատերազմական իրավիճակներում:

Աշխատության վերլուծությունը

Ատենախոսության աշխատանքը շարադրված է համակարգչային տեքստի 109 էջերի վրա: Բաղկացած է ներածությունից, գրականության տվյալների ուսումնասիրությունից, սեփական հետազոտությունների 3 գլխից, եզրակացությունից, հետևություններից, գիտագործնական առաջարկներից, գրականության բիբլիոգրաֆիկ ուղեցույցից, որը ներառում է 126 աղբյուր (7 ռուսերեն և 123 այլ լեզուներով): Աշխատանքը պատկերված է 33 նկարներով, 8 դիագրամներով և 9 աղյուսյակներով:

«Հետազոտության մատերիալները և մեթոդները» գլխում շարադրված է հետազոտման ծրագիրը և նկարագրված է կլինիկական մատերիալը: Մանրամասնորեն նկարագրվում է հետազոտման իրականացման պայմանները, վիճակագրական վերլուծությունը, պացիենտների վերանայումը, նրանց վերադասավորումը ըստ տրախեոստոմիայի մեթոդի: Ներկայացվում են հիմնական հիվանդությունը, տրախեոստոմիայի ցուցումները կատարման ժամկետները: Մանրամասնը ներկայացված է մոդիֆիկացված վերին տրախեոստոմիայի տեխնիկան, ինչպես նաև պունկցիոն-դիլատացիոն մեթոդը, որը կիրառվել է համեմատական խմբի մոտ: Տրախեոստոմիա տարած մարդկանց կյանքի որակի կլինիկական հոտազոտությունը գրանցված է կլինիկական փորձարկումների ISRCTN ռեեստրում, որը ընդունված է ՀԱԿ-ի ICMJE-ի կողմից:

Սեփական հետազոտության արդյունքերը

Հետազոտության արդյունքներում մանրամասնորեն նկարագրվում են մոդիֆիկացված մեթոդի և պունկցիոն-դիլատացիոն մեթոդի արդյունքները: Վիրահատությունները զնահատվում էին տևողությամբ, առաջնային և երկրորդային բարդություններով:

Ներկայացվում են կլինիկական դեպքեր, որտեղ նկարագրվում են տրախեոստոմիայի երկու մեթոդներն էլ: Մանրամասնորեն քննարկվում են հետտրախեոստոմիկ սպիակապ փոփոխությունները և դրանց ազդեցությունը կյանքի որակի վրա: Հեղինակը հատուկ ուշադրություն է դարձնում պացիենտներ արտաքին շնչառության տվյալների վրա, ելնելով ինքնագնահատման MRC սանդղակի և սպիրոմետրիայի արդյունքներից: Սպիրոմետրիայի արդյունքներից ելնելով, որոնք բացահայտվում են ռեստրիկտիվ կամ օբստրուկտիվ խանգարումներ, ինչպես նաև ՀՇ տվյալների վրա ներկայացված են շնչափողի հետտրախեոստոմիկ ստենոզի առաջացման տվյալները կախված տրախեոստոմիայի մեթոդից:

Սեփական հետազոտությունների ամփոփումով ներկայացված «Եզրակացություն» գլխում, տրամաբանական հետևողականությամբ շարադրված են աշխատանքի հիմնական ուղղությունները, որոնք վերաբերվում են ստացված տվյալների վերլուծությունը հետազոտվող պացիենտների խմբերում, ինչը թույլ է տալիս միանգամայն հիմնավորված գիտական հետևությունների և գործնական առաջարկների:

Ռ. Գ. Շահպարունայնի ատենախոսությունը գրված է գրագետ, կարդացվում է հետաքրքրությամբ, պատկերված է դեմոնստրացիոն նյութի բավարար քանակով:

Չունենալով սկզբունքային դիտողություններ գրախոսված ատենախոսության վերաբերյալ, վերջինիս գիտական դրույթների և եզրակացությունների մասին անհրաժեշտ է ճշտել դիսերտանտի մոտեցումը հետևյալ հարցերում.

- 1) վերին տրախեոստոմիա հասկացության վերաբերյալ
- 2) մոդիֆիկացված վերին տրախեոստոմիայի մեթոդը չի բացառում շնչափողի պատի վիզուալիզացիայի անհրաժեշտությունը, մեկնաբանել պունկցիոն մեթոդով շնչափողի տեղակայումը ճշտելու գաղափարը
- 3) Ինչու՞ համեմատական խմբի մեջ չկան դասական տրախեոստոմիայի արդյունքները
- 4) Շնչափողի հետվիրահատական ստենոզը հաճախ զուգակցվում է հետինտուբացիոն ստենոզի հետ, անհրաժեշտ է մեկնաբանել իրական ստենոզի գնահատումը:

Ատենախոսության համապատասխանությունը ՀՀ ԲՈԿ-ի պահանջներին

Ռ. Գ. Շահպարտնայի ատենախոսական աշխատանքը «Վերին տրախտեստոմիայի մոդիֆիկացված եղանակի կիրառումը վերին շնչուղիների անհապաղ և պլանային պրոթեզավորման նպատակով» ավարտուն գիտական հետազոտություն է, որը ներկայացնում է վիրաբուժության մեջ նոր ուղղություն – վերին տրախտեստոմիայի արդյունավետության բարձրացումը մոդիֆիկացված մեթոդի կիրառման շնորհիվ և տրախտեստոմիա տարած պացիենտների կյանքի որակի գնահատումը:

Ռ. Գ. Շահպարտնայի ատենախոսությունը ըստ բովանդակության, ծավալի, կատարված հետազոտությունների քանակի, ստացված արդյունքների դրանց արժեքավորման և բովանդակալից հետևությունների, գործնական առաջարկների համապատասխանում է պահանջներին, որոնք ներկայացվում են թեկնածուական ատենախոսություններին ԺԴ 00.15 վիրաբուժության մասնագիտությամբ:

Պաշտոնական ընդդիմախոս

Մ. Հերացու անվ. Երևանի Պետական բժշկական

համալսարան, կրծքային վիրաբուժության

ամբիոն, բ.գ.թ. դոցենտ

Սարկավազյան Հ.Կ.

Բ.Գ.Թ. դոցենտ Հ.Կ. Սարկավազյանի Ստորագրություն

հաստատում եմ



ԵՊԲՀ-ի գիտական քարտուղար բ.գ.դ. պրոֆեսոր

Ավագյան Տ. Գ.