

## **Հիպոֆիզի նորագոյացությունների բաց կամ էնդոսկոպիկ էնդոնազալ եղանակով վիրահատության համաձայնագիր**

Հիպոֆիզը համարվում է մարդու օրգանիզմի ամենակարևոր արտազատիչ /էնդոկրին/ գեղձը: Նրա նորագոյացությունները հանդիպում են 10-15% դեպքերում և ըստ չափի բաժանվում են միկրոադենոմաների, որոնց ժամանակ նորագոյացության տրամագիծը չի գերազանցում 1սմ, և մակրոադենոմաների, որոնց ժամանակ ուռուցքի տրամագիծը 1սմ-ից ավել է:

Վիրահատական բուժման են ենթակա այն դեպքերը, երբ ուռուցքի չափը 2 սմ և ավել է կամ առկա է տեսողական նյարդի սեղմում, որն արտահայտվում է տեսողության վատթարացմամբ՝ անկախ ուռուցքի չափից: Վիրահատությունը ցուցված է նաև այն դեպքերում, երբ առկա է ուռուցք, որն ունի հորմոնային ակտիվություն, ինչն արտահայտվում է օրգանիզմում հորմոնային խանգարմամբ և վերջինս չի ենթարկվում դեղորայքային շտկմանը: Նախքան վիրահատական բուժմանը ընտրությունը՝ խնդրում եմ կատարել էնդոկրինոլոգի խորհրդատվություն, քանի որ կան դեպքերի, երբ դեղորայքով հնարավոր է փոքրացնել ուռուցքի չափը և խուսափել վիրահատությունից:

### **Վիրահատական բուժման հնարավոր մեթոդները**

Հիպոֆիզար շրջանի նորագոյացությունների դեպքում հնարավոր է կատարել վիրահատություն բաց եղանակով, որի ժամանակ կատարվում է գանգահատում և ուռուցքը հեռացվում է բաց եղանակով: Այս եղանակի բացասական կողմն է համարվում ծավալային վիրահատությունը և այն փաստը, որ հնարավոր չէ հեռացնել ուռուցքի ինֆրասելյար մասը:

Այլընտրանքային մեթոդ է համարվում էնդոսկոպիկ էնդոնազալ-տրանսֆենոիդալ վիրահատությունը, որի ժամանակ վիրահատությունը կատարվում է քթանցքից՝ բնական ուղիներով: Այս վիրահատության առավելությունն է մինիմալ-ինվազիվությունը, և այն փաստը, որ վիրահատությունը կատարվում է առանց գանգահատման: Թերությունն այն է, որ միշտ չէ որ հնարավոր է ամբողջությամբ հեռացնել ուռուցքի սուպրասելյար մասը:

Մեր կլինիկայում մենք առաջնապատվություն ենք տալիս էնդոնազալ-տրանսֆորամինալ եղանակին՝ հաշվի առնելով այն փաստը, որ այս եղանակը ամենաքիչ տրավմատիկն է և հեշտությամբ է տարվում հիվանդի կողմից:

Նշենք նաև որ վիրահատության առանձնահատկությունը կայանում է նրանում, որ փոքր տրամագծի տարածքում /մոտ 3 սմ/ տեղակայված է ուռուցքը, քնային զարկերակները, երակային խառնարանը, տեսողական նյարդերը, ակնաշարժիչ նյարդերը Այսպիսով՝ խիստ անհրաժեշտ է կատարել միջամտությունն այնպես, որ հնարավորինս նվազեցնել նման կարևոր կենտրոնների վնասման հավանականությունը, սակայն իսպառ բացառել հնարավոր չէ: Նշենք նաև որ այս կենտրոնների ախտահարումը կարող է տեղի ունենալ նաև ոչ թե ուղղակի վնասման, այլ երկրորդային անգիոսպազմի հետևանքով /երբ վիրահատությունից ժամեր կամ օրեր անց անոթները կծկվում են առաջացնելով սպազմ/:

Նշենք որ վերը նկարագրված բարդությունների հավանականությունը, ըստ մեր տվյալների, առավել բարձր է բաց եղանակով կատարվող վիրահատությունների դեպքում: Այսպես, ըստ գրականական, տվյալների հնարավոր են հետևյալ հետվիրահատական բարդությունները՝ ոչ շաքարային դիաբետ, հորմոնային խանգարում /խիստ իջեցում/, արյունազեղում հեռացված ուռուցքի խոռոչի մեջ, **հիդրոցեֆալիայի** զարգացում, տեսողության խանգարում, լիկվորեյա, մենինգիտ: Եզակի դեպքերում հնարավոր են քնային զարկերակի և երակային խառնարանի վնասում:

Ոչ բարենպաստ ելքով վիրահատությունները նկարագրված են 0.6-1.5% դեպքերում: Հնարավոր հետվիրահատական բարդությունների հավանականությունը բարձր է նախավիրահատական շրջանում հորմոնային խիստ շեղումներ ունեցող հիվանդների մոտ, տեսողական նյարդի արտահայտված շեղումներ ունեցող հիվանդների մոտ /ըստ պերիմետրիայի տվյալների և ակնահատակի զննման/, խիստ մեծ չափերի ուռուցքներով /4սմ և ավել/ հիվանդների մոտ, նախկինում վիրահատված հիվանդների մոտ, 60 տ և բարձր հիվանդների խմբում: Հնարավոր բարդությունների ծագման ժամանակ հնարավոր է պահանջվի լրացուցիչ հետազոտություններ, դեղորայք, հոսպիտալիզացում վերակենդանացման բաժանմունքում և այլն, ինչի հետ կապված վճարները ներառված չեն վիրահատության համար կատարված վարձավճարում և գանձվում են առանձին:

Նկարագրված են նաև դեպքեր, երբ անզգայացման կամ բուժական նպատակով տրվող դեղամիջոցները սրացրել են խրոնիկական կամ թաքնված հիվանդությունները, առաջացնելով, օրինակ՝ սրտմկանի ինֆարկտ, խոցային արյունահոսություն, լյարդային կամ երիկամային անբավարարվածություն, սուր միզակապություն, թրոմբոէմբոլիա, հիպերթերմիա, ալերգիկ ռեակցիաներ, ինսուլտ և այլն: Այս բարդությունների հավանականությունը խիստ ցածր է, սակայն իսպառ բացառել հնարավոր չէ:

Վիրահատության ընթացքում ուռուցքը հեռացվում է հնարավորինս լիարժեք, սակայն այն դեպքերում, երբ նրա կողմնային սահմանները սերտաճած են կամ շատ մոտ են հարակից հյուսվածքների կամ անոթներին, ապա այդ հատվածը չի հեռացվում՝ ելնելով անվտանգության տեսանկյունից: Վիրահատության ավարտին հեռացված ուռուցքի խոռոչի մեջ է դրվում ճարպային հյուսվածք վերցված պորտի շրջանից: Հնարավոր է նաև որ վիրահատությունից հետո կարիք լինի լյուսբալ դրենաժի տեղադրման կամ լումբալ պունկցիաների: Հնարավոր է կարիք լինի արյան փոխներարկման կամ կրկնակի վիրահատության:

Տեղեկացնենք որ, մեր բուժհիմնարկում վիրաբուժական գործիքների ախտահանումը իրականացվում է Karl Storz ընկերության «Կարմիր գիրք» /2012թ./ ուղեցույցներով: Վիրահատության ժամանակ օգտագործվում են միանվագ օգտագործման ստերիլ ծածկեր և նոր սերնդի լայն սպեկտորի ազդման հակաբիոտիկներ, ինչպես նաև տեղային ազդման (վիրահատական դաշտի մշակման ժամանակ) բարձր մանրէասպան հատկությամբ օժտված ախտահանիչ նյութեր: Վիրահատությունները կատարվում են ռենտգեն հսկողության պայմաններում:

Վիրահատության և բուժման հետագա ընթացքի մասին առավել մանրամասն տեղեկություններ ստանալու համար կարող եք դիմել բժիշկին կամ օգտվել համացանցից օգտագործելով բանալի բառեր

/pituitary surgery, endoscopic endonasal surgery, complications and results/:

Միևնույն ժամանակ հնարավոր է, որ այլ բուժհիմնարկներում Ձեզ առաջարկվի այլընտրանքային բուժում: Նշենք նաև որ վիրահատությունից հետո հնարավոր է ծագի ճառագայթային կամ հորմոնային բուժման անհրաժեշտություն: Չնայած ձեռնարկված բոլոր բուժական միջամտություններին՝ վիրահատվածների 1/4-ի մոտ նկատվում է կրկնակի աճ:

Վիրահատությունից առաջ խորհուրդ ենք տալիս կատարել՝

1. Հիպոֆիզի հորմոնների որոշում
2. Էնդոկրինոլոգի խորհրդատվություն
3. Գլխուղեղի ԿՏ-հետազոտում /անգիոգրաֆիա/
4. Կատարել հարքթային ծոցերի սանացիա

Հետվիրահատական շրջանում՝

1. Վիրահատությունից հետո գլխուղեղի ԿՏ-հետազոտում անմիջապես, նաև երրորդ, տասնամեկերորդ ամիսներին /կամ ՄՌՏ/
2. Էնդոկրինոլոգի խորհրդատվություն, հետևել հորմոնային դիսբալանսին

Խնդրում եմ նշեք Ձեր հիմնական գանգատները նախքան վիրահատությունը և վիրահատությունից հետո:

Նախքան վիրահատությունը՝

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Վիրահատություն

նից հետո՝

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Մույնով տալիս եմ իմ համաձայնությունը վիրահատության, ծանուցված եմ հնարավոր բոլոր բարդությունների, ելքերի մասին:

\_\_\_\_\_  
/անուն, հայրանուն, ազգանուն/

\_\_\_\_\_  
/օր, ամիս, տարի/

\_\_\_\_\_  
/ստորագրություն/

## Հիշեցում

Խնդրում ենք Ձեզ վիրահատության նախօրյակին պահպանել սննդային ռեժիմը, ընդունել մեկ հաբ (20մգ) օմեպրազոլ դեղամիջոց և այլ անհրաժեշտ դեղամիջոցներ, եթե այդպիսիք նշանակվել են անեսթեզիոլոգի կողմից նախքան վիրահատությունը:

Հետվիրահատական շրջանում խնդրում ենք Ձեզ կատարել տրված խորհուրդները, իսկ նշանակված դեղորայքային բուժումը նախքան ընդունելը քննարկել համապատասխան մասնագետի հետ, եթե օրինակ Դուք ունեք որևէ այնպիսի հիվանդություն (շաքարային դիաբետ, հիպերթոնիա, լյարդային կամ մակերիկամային պաթոլոգիա, բրոնխալ ասթմա կամ ստանում եք հակամակարդիչ դեղամիջոցներ և այլն), որի դեպքում նշանակված դեղորայքը կարող է լինել հակացուցված:

Եթե Դուք ունեք հիվանդություն և այդ նպատակով ստանում եք որևէ դեղորայքային բուժում, խնդրում ենք Ձեզ նախքան վիրահատությունը խորհրդակցել Ձեր բուժումը հսկող մասնագետի հետ և քննարկել Ձեր դեղորայքի ընդունման կամ դադարեցման հարցը և վիրահատության հնարավոր ազդեցությունը Ձեր դեղորայքային բուժման, հիվանդության ընթացքի վրա:

---

Հիվանդի անուն, ազգանուն

---

ստորագրություն

---

Ամիս, ամսաթիվ