

ზ. მახარაძე

**შეცდომები  
მწვავე მუცლის  
ქირურგიაში**

კლინიკური ნაჩვენებები



„გამომცემლობა „საბჭოთა საქართველო“  
თბილისი, 1987

წიგნში ლიტერატურისა და საკუთარი კლინიკური გამოცდილების მიხედვით განხილულია მუცლის ღრუს ორგანოთა მწვავე დაავადებების დიაგნოსტიკასა და ქირურგიულ მკურნალობაში დაშვებული შეცდომები. წიგნი დახმარებას გაუწევს ახალგაზრდა და ნაკლებად გამოცდილ ქირურგებს, აგრეთვე ექიმთა ფართო საზოგადოებას.

რეცენზენტები:

პროფ. თ. ახმეტელი  
პროფ. ა. ბეთანელი

4113000000 — 241

М1 ————— 108 — 87

М1 601(08)— 87

## შ ე ს ა ვ ა ლ ი

შეცდომა ადამიანის საქმიანობის ყოველ სფეროშია შესაძლებელი. ამ მხრივ, რა თქმა უნდა, არც ქირურგია დაზღვეული. ქირურგის მიერ დაშვებული შეცდომა განსაკუთრებული ხასიათისაა, რადგან ამას არა-იშვიათად მოჰყვება ფატალური შედეგი. სწორედ ამიტომ, ქირურგის შეცდომა, თითქმის ყოველთვის, ფართო საზოგადოების ყურადღებას იპყრობს.

ქირურგის საქმიანობაში არსებული სიძნელების, საშიშროებებისა და შეცდომების ობიექტურ ანალიზს არსებითი მნიშვნელობა აქვს მისი პროფესიული დახელოვნებისა და კვალიფიკაციის ამაღლებისათვის.

ნ. პიროგოვი სავსებით სამართლიანად თვლიდა, რომ გამოცდილმა ქირურგმა აშკარად უნდა აღიაროს პირადი შეცდომა, რადგან ამით იგი თავიდან ააცილებს დამწყებ და ნაკლებად გამოცდილ სპეციალისტს ანალოგიური შეცდომის გამეორებას. ნ. პიროგოვი თავად იძლეოდა ამის ბრწყინვალე მაგალითს.

ქირურგიული დახმარების სხვადასხვა ეტაპზე დაშვებული შეცდომების დიფერენცირების გათვალისწინებით შეიძლება გავარჩიოთ დიაგნოსტიკური, ტაქტიკური, ტექნიკური, ორგანიზაციული და დეონტოლოგიური შეცდომები.

წინამდებარე წიგნი განკუთვნილია ქირურგებისა და ამ საკითხით დაინტერესებული სხვა სპეციალისტებისათვის. მასში მოთხრობილია მრავალი წლის მანძილზე ქირურგიულ ავადმყოფთა გამოკვლევასა და მკურნალობაში დაშვებულ იმ შეცდომებზე, რომლებიც აღნიშნული იყო როგორც ავტორის, ასევე მისი კოლეგების მიერ.

წიგნში წარმოდგენილი და განხილული შეცდომები უთუოდ დაეხმარება ახალგაზრდა და ნაკლებად გამოცდილ სპეციალისტს თავისი პრაქტიკული მოღვაწეობის დროს მუდამ ახსოვდეს მათ შესახებ.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ამ რთული საკითხის ამსახველი ლიტერატურა ქართულ ენაზე თითქმის არ მოგვეპოვება. ეს წიგნი თუ სარგებლობას მოუტანს ქართველ მკითხველს, ავტორის მიზანი მიღწეული იქნება.

## მწვავე აპენდიციტი

მუცლის ღრუს ორგანოების მწვავე დაავადებათა შორის მწვავე აპენდიციტი სიხშირით პირველ ადგილზეა. ამას ადასტურებს მრავალი კლინიკისტი სტატისტიკა.

ქირურგიულ სტაციონარებში, რომლებიც გადაუღებელ ქირურგიულ დახმარებას ეწევიან, სასწრაფოდ ჰოსპიტალიზებულ ავადმყოფთა 75 — 85%-ს უკეთდება აპენდექტომია მწვავე აპენდიციტის გამო, 0,1 — 0,2 %-მდე ლეტალური შედეგით. (ბ. პეტროვი, 1957; ი. ნეიმარკი, 1960; ა. კარავანოვი, 1968). ეს მაჩვენებელი დ. არაპოვისა და კ. სომონიანის /1968/ მითითებით 1%-მდე იზრდება მწვავე აპენდიციტის დესტრუქციული ფორმების დროს, თუმცა როგორც ცნობილია, ლეტალობა მნიშვნელოვანწილად არის დამოკიდებული აგრეთვე ავადმყოფთა ჰოსპიტალიზაციის ვადებზე და საკუთრივ ოპერაციულ ტექნიკაზე. ა. კარავანოვის მიხედვით ლეტალობა 10-ჯერ იზრდება, თუ ოპერაცია კეთდება დაავადების დაწყებიდან 24 საათის შემდეგ.

მწვავე აპენდიციტი გარდა იმისა, რომ ხშირია, საკმარისად ვერაგი დაავადებაცაა. მ. რიკიკის /1979/ თქმით, იგი კიდევ უფრო ვერაგია ბავშვთა ასაკში, სადაც ისე, როგორც მოზრდილებში, ყველაზე უფრო ხშირია მუცლის ღრუს ორგანოების მწვავე ქირურგიულ დაავადებათა შორის. როდესაც მწვავე აპენდიციტის ვერაგობაზე ვლაპარაკობთ, უნდა ვიგულისხმოთ პირველ რიგში ისეთი კლინიკური ფორმები, სადაც დაავადების დამახასიათებელი სიმპტომატიკა არამკვეთრად არის გამოსახული, ხოლო ასეთ შემთხვევებში ოპერაციის დროს აღმოჩნდება ჭიკაძე დანამატის დესტრუქციული ცვლილებები. იშვიათი არ არის აგრეთვე როდესაც სახეზეა მწვავე აპენდიციტის ყველა კლინიკური ნიშანი და ოპერაციის დროს თვით ჭიკაძე ნაწლავი აღმოჩნდება მინიმალური ცვლილებებით. ზოგჯერ ეს უმნიშვნელო ცვლილებები ქირურგს დააუკვებს კიდევაც და აფიქრებიანებს სხვა პათოლოგიაზე.

მუცლის ღრუს ქირურგიის ისტორიის არც თუ შორეულ წარსულში გაბატონებული ტაქტიკა მწვავე აპენდიციტის გამო ოპერაციის ცივ პერიოდში გაკეთების შესახებ, სასწრაფო-გადაუღებელმა ოპერაციამ



შეცვალა. ეს ტაქტიკა დღესაც ურყევეა. გადაუდებელი ოპერაციის ტაქტიკა ჰქონდა მხედველობაში ფრანგ ჭირურგს დელაფუსს, როდესაც საქვეყნოდ განაცხადა, აპენდიციტისაგან მეტი აღარავინ უნდა მოკვდეს. ეს თეზისი მისმა თანამემამულემ ლეეარმა უფრო დააზუსტა და თქვა, რომ აპენდიციტისაგან იშვიათი გამონაკლისის გარდა აღარავინ უნდა მოკვდეს. ეს განმარტება თანამედროვე შეხედულებასაც კარგად მიესადაგა.

მწვავე აპენდიციტის გამო სასწრაფო ჭირურგიული მკურნალობის ტაქტიკამ მნიშვნელოვნად შეამცირა ლეტალობის მაჩვენებელი. ა. კარავანოვისა და ი. დანილოვის (1970) მიხედვით, ლეტალობა მწვავე აპენდიციტის გამო პირველ დღე-ღამეში წარმოებული ოპერაციის შემდეგ 0,1—0,3% -ს არ აღემატება, მეორე დღე-ღამეში ეს მაჩვენებელი 1% -ს აღწევს, ხოლო მესამე დღე-ღამეში — 4% -ს, მეოთხე და მეხუთე დღე-ღამეს წარმოებული აპენდექტომიის შემდეგ ლეტალობა 10% -მდე იზრდება. აქედან ცხადია, თუ რაოდენ დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მწვავე აპენდიციტის ჭირურგიულ მკურნალობაში დროის ფაქტორს. ლეტალობის მაჩვენებლის ნულამდე დაყვანა სადღეისოდ არარეალურია, რადგან ჯერ კიდევ ხშირია ექიმისადმი ავადმყოფის დაგვიანებული მიმართვა, დაგვიანებული ჰოსპიტალიზაცია და მწვავე აპენდიციტის დიაგნოსტიკური შეცდომები. მიუხედავად იმისა, რომ მწვავე აპენდიციტი ხშირი დაავადებაა, მის დიაგნოსტიკაში ბევრჯერ ისეთი შეცდომები შეგვხვდება, რომლებიც დაშვებულია როგორც ავადმყოფის ჰოსპიტალიზაციამდე. ისე საავადმყოფოში მისი მოთავსების შემდეგ. არაიშვიათია ისეთი ფაქტებიც, როდესაც მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზი ისმება იმ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფს აქვს მუცლის ღრუს ან მის გარეთ არსებული სხვა ორგანოს დაავადება. საავადმყოფოს გარეშე სამედიცინო ქსელიდან ექიმმა მწვავე აპენდიციტის მცდარი დიაგნოზით თუ აღრე გაგზავნა ავადმყოფი სტაციონარში, ამ შეცდომას ადვილად ეშველება — სტაციონარში ეს შეცდომა გამოსწორდება, დიაგნოზი დაზუსტდება და ავადმყოფს სათანადო დახმარებაც გაეწევა. მაგრამ სულ სხვაა, თუ ჭირურგმა დიაგნოსტიკური შეცდომა დაუშვა სტაციონარში. ამას მოყვება გაუმართლებელი ოპერაცია არასასურველი გართულებით ოპერაციის უახლოეს. თუ შორეულ პერიოდში. სწორედ ამიტომ, მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზი კარგად უნდა იქნეს დასაბუთებული, რადგან ეს ძირითადი არგუმენტია ოპერაციისათვის ჩვენების სწორად განსაზღვრისათვის.

მწვავე აპენდიციტის კლინიკური სურათი ხშირად სხვადასხვანაირია. სწორედ დაავადების სიმპტომთა ნაირსახეობები არაიშვიათად განაპირო-

ბებს დიაგნოსტიკურ შეცდომებს. ვიდრე ამ შეცდომებს შევეხებით, მოკლედ განვიხილავთ მწვავე აპენდიციტის ტიპურ კლინიკურ სურათს.

დაავადება, როგორც წესი, უეცრად იწყება მუცლის არეში ტკივილით, გულისრევით, პირღებინებით, ტემპერატურის მომატებით. შეიძლება განვითარდეს ყაბზობაც. ავადმყოფის გასინჯვის დროს მარჯვენა თქოს ფოსოში ხშირად აღინიშნება კუნთების დაჭიმულობა. მტკივნეულობა და შჩოტკინ-ბლუმბერგის ნიშანი, რაც მუცლის ფარის ანთებაზე მიუთითებს; პულისი აჩქარებულია და, თუ ამ დროს ტემპერატურამაც მოიმატა, ავადმყოფს ლოყები შეუწითლდება, ხოლო თვალები ბრჭყვიალა ელფერს მიიღებს. სისხლში აღინიშნება თეთრი ბურთულების მომატება ნეიტროფილოზითა და ლეიკოციტური ფორმულის მარცხნივ გადახრით.

ასეთია მოკლედ მწვავე აპენდიციტის ჩვეულებრივი კლინიკური სურათი. მაგრამ არსებობს აგრეთვე მისი სხვა ვარიანტებიც. უპირველეს ყოვლისა ეს ეხება მუცლის ტკივილის სიძლიერეს; ზოგიერთი ავადმყოფი ტკივილის დროს მშვიდად წევს საწოლში ან სიარულსაც არ ერიდება. ზოგიერთი კი საწოლში ადგილს ვერ პოულობს და მოუსვენარია, ან კიდევ იძულებით მდებარეობას იღებს — მარჯვენა გვერდზე წევს მოხრილი ქვედა კიდურებით. ტკივილი მწვავე აპენდიციტის დროს მართალია ყველაზე ხშირად მარჯვენა თქოს ფოსოშია, მაგრამ ზოგჯერ შესაძლებელია აღინიშნოს გულის კოვზის არეშიც, მარჯვენა ფერდქვეშ, მარცხენა თქოს ფოსოს მიდამოში. მეჩჯის მიდამოში ან მთლიანად მუცლის არეში. ვარიანტილობით ხასიათდება აგრეთვე მწვავე აპენდიციტის სხვა სიმპტომებიც და ცვლილებები თეთრი სისხლის მხრივ. მწვავე აპენდიციტის დროს შეიძლება თეთრი სისხლის ცვლილებები საერთოდ არც კი იყოს გამოხატული.

ი. ჯანელიძემ /1935/, რომელმაც დიდი ამაგი დასდო საბჭოთა კავშირში გადაუდებელი ქირურგიის განვითარების ორგანიზაციას, 100 კლინიკური შემთხვევის ანალიზის საფუძველზე შეისწავლა მწვავე აპენდიციტის ცალკეული ნიშნების სიხშირე და გამოარკვია, რომ ლოკალური ტკივილი ჰქონდა 100 ავადმყოფს, ტემპერატურის მომატება 37 — 38° ფარგლებში — 40-ს, 38 — 39° ფარგლებში — 48-ს, მუცლის კედლის რიგიდობა — 77-ს, შჩოტკინ-ბლუმბერგის ნიშანი — 72-ს, როვზინგის ნიშანი — 67-ს, ზომიერი ტაქიკარდია — 57-ს, ლებინება — 42-ს, გულისრევა — 41-ს, მთელი მუცლის მტკივნეულობა — 32-ს, ყაბზობა — 10-ს და ფალარათი 2 ავადმყოფს. აქედან გამომდინარე, ტაქტიკური შეცდომა იქნებოდა, რომ ქირურგს ოპერაციის გაკეთებისათვის ძვირფასი დრო დაეკარგა მწვავე აპენდიციტის ყველა შესაძლებელი კლინიკური ნიშნის

ძიებაში. ასეთი ტაქტიკური შეცდომა შეიძლება დაუშვან ახალგაზრდა და, სამწუხაროდ, დიდი კლინიკური გამოცდილების მქონე სპეციალისტებმაც.

მწვავე აპენდიციტის დროს დიაგნოსტიკური შეცდომის წყარო შეიძლება იყოს ანამნეზის ნაჩქარევად, უყურადღებოდ შეკრება და ავადმყოფის ზერელე კლინიკური გამოკვლევა. ლეჟარი პირდაპირ მიუთითებს, რომ ძალზე ცუდი ტაქტიკა იქნებოდა ავადმყოფის გამოკვლევა ნაუცბათევად, მარჯვენა თეძოს ფოსოს მიდამოს პალპაციით რომ დაწყებულიყო. მუცლის გასინჯვა პალპაციით უნდა დაიწყოს მარცხენა მხრიდან ძალზე ფრთხილად, ჯერ მარცხენა თეძოს ფოსოს მიდამოში, შემდეგ მარცხენა ფერდქვეშ, მუცლის ზედა ნაწილში, მარჯვენა ფერდქვეშ და ბოლოს მარჯვენა თეძოს ფოსოს მიდამოში. ასეთი თანმიმდევრობით პალპაცია ექიმს თავიდან ააცილებს თავდაცვით-რეფლექსური მოძრაობის ყალბ შეფასებას. მტკივნეული ზონის ლოკალიზაცია მუცლის პალპაციის დროს ძირითადად შეესატყვისება ჭიკაყელა დანამატის მდებარეობას მუცლის ღრუში — მარჯვენა თეძოს ფოსოს არეში, ღვიძლის, კიბის, მენჯის, მარცხენა თეძოს ფოსოსა და სხვა მიმართულებით. (სურ. 1). მტკივნეული ზონების ლოკალიზაციის ნაირსახეობები შეიძლება მიზეზი გახდეს ქოლეცისტიტის, მეზენტერიიტის, სალპინგოოოფორიტის, მარჯვენამხრივი ჩირქოვანი პარანეფრიტის, სიგმოიდიტისა და სხვა დაავადებათა მცდარი დიაგნოზისა.

ამასთან დაკავშირებით საილუსტრაციოდ მოვიყვანთ ერთ შემთხვევას.

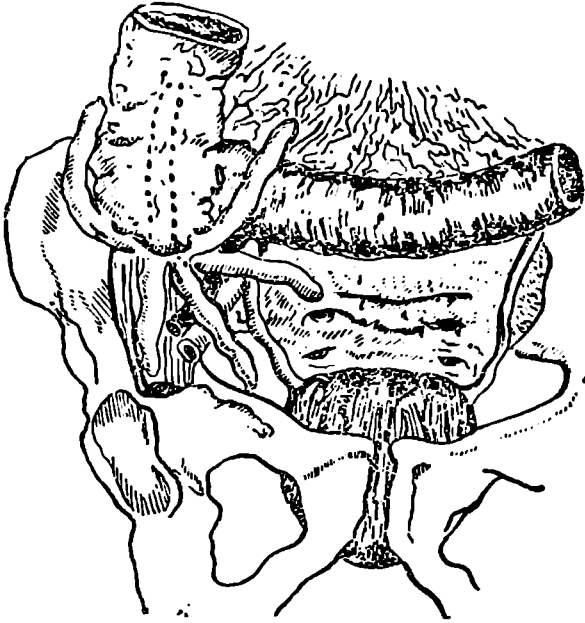
ავადმყოფი ვ., 27 წლის ქალი, კლინიკაში შემოსვლისას ჩიოდა მარჯვნივ წელია არეში მწვავე ტკივილზე, ტემპერატურის მომატებაზე, პერიოდულ შემცივნებაზე, გულსრევაზე და საერთო სისუსტეზე. კლინიკაში შემოსვლამდე ერთი კვირით ადრე უეცრად იგრძნო ძლიერი ტკივილი მარჯვენა წელის არეში. რამდენიმეჯერ ჰქონდა პირღებინება. წარსულში მსგავსი მოვლენა არ ჰქონია, თავს ჯანმრთელად თვლიდა.

ობიექტურად: ფერმკრთალი, ლოყებაწითლებული, პელსი წუთში 100, რიტმული, საშუალო აესებისა და დაჭიმულობის; ტემპერატურა 39,2°, ენა სველი, შეღესილი. მუცელი სუნთქვაში მონაწილეობს, პალპაციით — რბილი, უმტკივნეულო. ღვიძლის ქვედა კიდე ოდნავ სცილდება ნეკნთა რკალს; ელენთა არ ისინჯება, თუმცა მისი საპროექციო არე ღრმა პალპაციით ზომიერად მტკივნეულია.

წელის მიდამოს დათვლიერებით მარჯვნივ შეიმჩნევა ოდნავი გამობერილობა და

პალპაციით მტკივნეულობა. მარჯვენა ქვედა კიდური ოდნავ მოხრილი; მისი მოძრაობა: აძლიერებს წელის ტკივილს. ლეიკოციტები 19000. შარდი ცვლილებების გარეშე.

დაისვა მარჯვენამხრივი ჩირქოვანი პარანეფრიტის დიაგნოზი და ავადმყოფს გაუკეთდა სასწრაფოდ მარჯვენამხრივი ლუმბოტომია, ოპერაცია



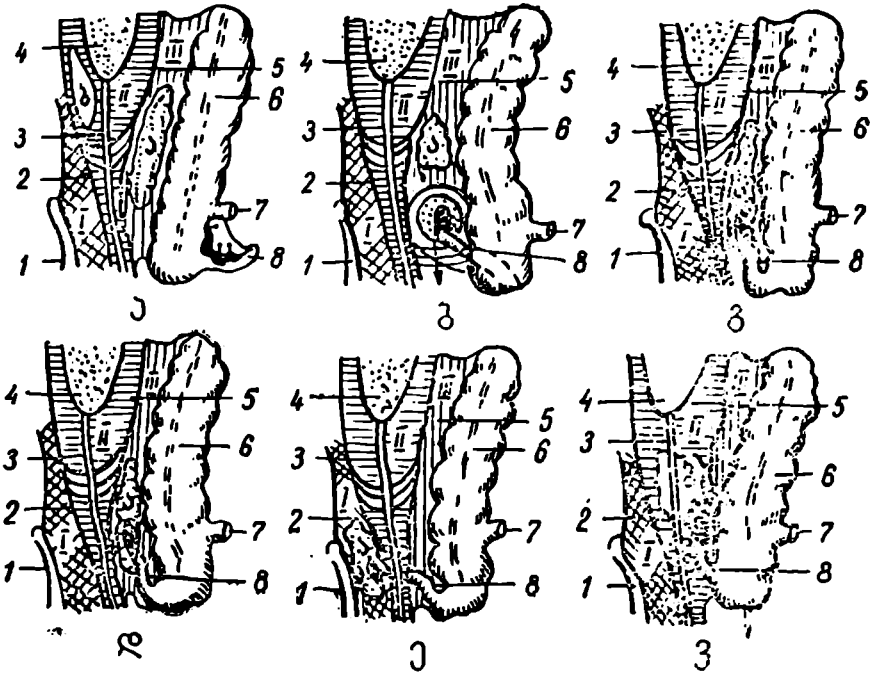
სურ. 1. ჰიაყელა დანამატის სხვადასხვა მდებარეობა მუცლის ღრუში.

გაკეთდა ადგილობრივი ნოვოკაინური ანესთეზიით. პარანეფრიუმში აღმოჩნდა დიდი რაოდენობით კოლიბაცილური სუნის მქონე სქელი ჩირქი. დადგინდა, რომ ჩირქის წყარო მწვერვალზე პერფორირებული ფლეგმონური ჰიაყელა დანამატი იყო. მისი მოცილების შემდეგ ტაკვი სათანადოდ დამუშავდა და ქისისებრი ნაკერით ინვაგინირებულ იქნა ბრმანაწლავის კედელში. პარანეფრიუმის ღრუში შეყვანილია კოლიფაგი და იგი დრენირებულია. ავადმყოფი კლინიკიდან გამოჯანმრთელებული გაეწერა.

ამ შემთხვევაში მარჯვენამხრივი ჩირქოვანი პარანეფრიტის დიაგნოზი სწორად იქნა ამოცნობილი, თუმცა იგი არ იყო კვალიფიცირებული, როგორც მწვავე დესტრუქციული აპენდიციტის გართულება. მსგავსი

მოვლენა შესაძლებელია განვითარდეს რეტროცეკალურად და რეტროპერიტონულად მდებარე ქიაყელა დანამატის მწვავე ანთების შედეგად, რაც ქირურგს მუდამ უნდა ახსოვდეს.

ცნობილია, რომ გ. სტრემბერგერის /1909/ მიხედვით, რეტროპერიტონული ქსოვილი ფასციების საშუალებით პარაკოლურ, პარანეფრულ და საკუთრივ რეტროპერიტონულ სივრცეებად იყოფა. ასეთ დაყოფას



სურ. 2. რეტროპერიტონულ ქსოვილში ანთებითი ინფილტრატების ლოკალიზაციის სქემა ქიაყელა დანამატის მდებარეობის მიხედვით /რ. შპიხელით/.

I. საკუთრივ რეტროპერიტონული ქსოვილი, II. თირკმლის მოსაზღვრე, III. მსხვილი ნაწლავის მოსაზღვრე: ა. საკუთრივ მსხვილი ნაწლავის მოსაზღვრე ინფილტრატი, ბ. პარანეფრალური, გ. რეტროპერიტონული. მარჯვენა თემოს ძვალი. 2. თირკმლის უკანა ფასცია; 3. შარდსაწვეთი; 4. თირკმელი; 5. თირკმლის წინა ფასცია; 6. აღმავალი კოლინჯი; 7. თემოს ნაწლავი; 8. ქიაყელა დანამატი. ა — ქიაყელა დანამატის მდებარეობა პერიტონეუმის ღრუში, ბ — ქიაყელა დანამატის რეტროცეკალური მდებარეობა პერიტონეუმის ღრუში, გ — ქიაყელა დანამატის ნაწილობრივი რეტროპერიტონული რეტროცეკალური მდებარეობა, დ — ქიაყელა დანამატის მთლიანად რეტროპერიტონული მდებარეობა, ე — ქიაყელა დანამატის საკუთრივ რეტროპერიტონულ ქსოვილში მდებარეობა, ვ — ქიაყელა დანამატის მდებარეობა პარანეფრულ ქსოვილში.

დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს, რადგან ჩირქოვანი პროცესი, რომელიც ერთ ქსოვილოვან სივრცეში იწყება, ხანგრძლივად ვითარდება იქ და არ გადადის ახლომდებარე ქსოვილოვან სივრცეზე, ვიდრე გამყოფი ფასციის დესტრუქცია არ მოხდება. რეტროპერიტონული სივრცის ფლეგმონის განვითარება დამოკიდებულია ჭიაყელა ნაწლავის მდებარეობაზე. რ. შპიზელის /1068/ მიხედვით, ექსტრაპერიტონულ ქსოვილებში ანთებითი ინფილტრატების წარმოქმნის ხელშემწყობი რამდენიმე ვარიანტი— ჭიაყელა დანამატის მუცლისშიდა, მუცლისშიდა რეტროცეკალური, მუცლისშიდა ნაწილობრივი და მუცლისშიდა მთლიანი მდებარეობით. გარდა ამისა, ჭიაყელა დანამატს შეიძლება ჰქონდეს რეტროპერიტონული მდებარეობა საკუთრივ პერიტონეუმის გარეშე და თირკმლის მიმდებარე ქსოვილში /სურ. 2/.

ასეთ ვითარებაში მოსალოდნელია პარაკოლური, პარანეფრული და საკუთრივ რეტროპერიტონული ქსოვილის დაშლა. რაც შეეხება ამ ქსოვილებში ინფექციის შეღწევას, ეს შეიძლება ჭიაყელა დანამატის ჯორჯლიდან მოხდეს.

რეტროპერიტონული ქსოვილის ფლეგმონა, მართალია, უფრო ხშირად ჭიაყელა დანამატის რეტროპერიტონული და რეტროცეკალური მდებარეობის დროს ხდება, მაგრამ შესაძლებელია იგი განვითარდეს პერიტონეუმის ღრუში ჭიაყელა დანამატის მდებარეობის დროსაც.

ასეთია მოკლედ მწვავე დესტრუქციული აპენდიციტის დროს რეტროპერიტონული ჩირქოვანი პროცესის განვითარების შესაძლებლობანი, რომელთა ცოდნა ქირურგისათვის სავალდებულოა.

შეედომა იქნებოდა, რა თქმა უნდა, ავადმყოფის გასინჯვის დროს ექიმი მხოლოდ მუცლის პალპაციით რომ შემოიფარგლოს. გამოკვლევის სისრულისათვის მან უნდა გამოიყენოს გულმკერდის პერკუსიისა და აუსკულტაციის მეთოდი, რათა წარმოდგენა იქონიოს სიცოცხლისათვის უმნიშვნელოვანესი ორგანოების — ფილტვებისა და გულის ფუნქციურ მდგომარეობაზე. უფრო მეტიც, გულმკერდის ორგანოების გამოკვლევა განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს ბავშვებში, რადგან ზოგჯერ მწვავე აპენდიციტის მცდარი დიაგნოზი ისმება მწვავე რესპირატორული დაავადების, პნევმონიის, ადენოვირუსული ინფექციისა და სხვა დაავადებების დროს.

ქირურგს არ უნდა დაავიწყდეს, რომ საშოდან ან სწორი ნაწლავიდან გასინჯვით მას შეუძლია გამოიკვლიოს დუგლასის სივრცე და გამოავლინოს მუცლის ფარის გაღიზიანების ნაადრევი ნიშნები ან სხვა რაიმე პათოლოგია.

მ. როკიცი ალწერს შემთხვევას, როდესაც 15 წლის გოგონას აპენ-

დექტომია გაუკეთა მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზით. ოპერაციის დროს ჭიაყელა დანამატის მხრივ მხოლოდ ქრონიკული აპენდიციტისათვის დამახასიათებელი უმნიშვნელო ცვლილებები იყო შენიშნული. ამასთანავე, მუცლის ღრუში 20 მლ-მდე მკრთალი ვარდისფერი სითხე აღმოჩნდა, რის გამოც მან მუცლის ღრუს განმეორებითი გულმოდგინე რევიზია მოახდინა. მუცლის ქვედა ნაწილში აღმოჩნდა ქათმის კვერცხის ოდენობის მარჯვენა საკვერცხის შემოგრებილი კისტა, რომელიც მოცილებულ იქნა ნარკოზის ქვეშ დამატებითი ოპერაციული განაკვეთიდან.

ცხადია, ოპერაციამდე წარმოებული საშოს ან სწორი ნაწლავის მხრივ დიგიტალური ვასინჯვა ქირურგს ააცილებდა დიაგნოსტიკურ შეცდომას და ოპერაცია თავიდანვე სწორად დასახული გეგმით წარიმართებოდა. აქვე უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ როდესაც ქირურგმა ჭიაყელა დანამატის მხრივ ვერ აღმოაჩინა მწვავე ანთებისათვის დამახასიათებელი ცვლილებები, იგი სწორად მოიქცა, რომ არ დაკმაყოფილდა აპენდექტომიით და გააგრძელა მუცლის ღრუს რევიზია, რომლის დროს ადვილად წააწყდა შემოგრებილ საკვერცხის კისტას — მუცლის არეში ტკივილის ძირითად მიზეზს.

ჩვენ უკვე ვთქვით, რომ მუცლის ღრუში ჭიაყელა დანამატის მდებარეობის შესატყვისად შესაძლებელია მტკივნეული ზონა სხვადასხვა ადგილზე წარმოიშვას. არაიშვიათია ასეთი მტკივნეულობა მწვავე აპენდიციტის დროს მარჯვენა ფერღქვეშა მიდამოშიც, რაც ხშირად მწვავე ქოლეციტიტის მცდარი დიაგნოზის საბაბი ხდება.

ქვემოთ აღწერილი კლინიკური შემთხვევა ადასტურებს ამ მოსაზრებას.

ავადმყოფი მ., 38 წლის, ქალი. მოთავსდა ერთ-ერთი საუწყებო საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში ჩივილით — მარჯვენა ფერღქვეშა მიდამოში ძლიერ ტკივილსა და პირღებინებაზე. დილით საუზმის შემდეგ უეცრად დაეწყო მუცლის არეში ძლიერი ტკივილი და პირღებინება, რაც 2-ჯერ გამეორდა საავადმყოფოში მოთავსებამდე. მარჯვენა ფერღქვეშა მიდამოდან ტკივილი გადაეცემოდა მარჯვენა ბუქისაკენ. წარსულში თავს ჯანმრთელად თვლიდა. ბინაზე ტემპერატურა აქონდა 37,6°.

ობიექტურად: სწორი აგებულების, გამხდარი, ტემპერატურა 38,2°, პულსი 95 წუთში, რიტმული, სუსტი ავსებისა და დაქიმულობის. ენა მწვანო, ნაღებით. მუცელი სუნთქვაში არ მონაწილეობს, პალპაციით მარჯვენა ფერღქვეშა მიდამოში, დაახლოებით ნაღვლის ბუშტის პროექციაზე, აღინიშნება ძლიერი მტკივნეულობა და კუნთთა დაქიმულობა. შოტკინ-ბლუმბერგის ნიშანი — დადებითი. დახველების დროს ტკივილი ავადმყოფს უძლიერდებოდა. სისხლში თეთრი ბურთულების რაოდენობა — 14 000. ლეიკოციტური ფორმულის მარცხნივ გადახრა.

ვინაიდან ექვი მიტანილია მწვავე დესტრუქციული ფორმის ქოლეციტიტზე, გადაწყდა სასწრაფო ოპერაცია.

ინტუბაციური ნარკოზით პერიტონეუმის ღრუ გაიხსნა მარჯვნივ ტრანსრექტალური

განაკვეთით. რევიზიის დროს ნაღვლის ბუშტის მხრივ რაიმე პათოლოგია არ აღმოჩნდა. მის ახლოს ღვიძლის ქვეშ აღინიშნა ჩირქი მცირე რაოდენობით, მისი წყარო იყო ღვიძლთან შეხორცებული ფლევმონური, პერფორირებული ჰიალუა დანამატი. ფაშარი შეხორცებები ადვილად დაიშალა და ჰიალუა დანამატი მოიკვეთა; მისი ტაკვი ქისისებრი ნაყრით ჩაბრუნდა ბრმა ნაწლავის კედელში. პერიტონეუმის ღრუში ჩაისხა პენიცილინისა და სტრეპტომიცინის ხსნარი. მარჯვენა თემოს ფოსოს მიდამოში დამატებითი განაკვეთიდან პერიტონეუმის ღრუში შეტანილია წვრილი ღრენაყი ანტიბიოტიკების შესაყვანად. კრილობები გაიკერა. ავადმყოფი განიჯუნა.

ამ მაგალითიდან ნათლად ჩანს, რომ მოხდა დიაგნოსტიკური შეცდომა, თუმცა ამას ავადმყოფის შემდგომ მდგომარეობაზე გავლენა არ მოუხდენია, ვინაიდან მას სასწრაფოდ გაუკეთდა ოპერაცია — აპანდექტომია და პერიტონეუმის ღრუს სათანადო სანაცია.

არის ისეთი დიაგნოსტიკური შეცდომებიც, როდესაც ავადმყოფს აქვს კუჭისა თუ თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება, ხდება წყლულის პერფორაცია და საავადმყოფოში მიყვანისას მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზით უკეთდება ოპერაცია. იშვიათად პირიქითაც ხდება, სინამდვილეში მწვავე აპენდიციტია და ექიმი კუჭის პერფორაციული წყლულის დიაგნოზს სვამს. ამ შემთხვევაში, რასაკვირველია, მუცლის ღრუს ოპერაციული რევიზიის შემდეგ ქირურგი საბოლოოდ აზუსტებს დიაგნოზს და სათანადო ოპერაციას აკეთებს.

მწვავე აპენდიციტის მცდარი დიაგნოზი შესაძლებელია ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის დროსაც, როდესაც ანამნეზის შეკრება ცუდად ხდება. ქირურგი ვერ აზუსტებს დაავადების თავისებურ დასაწყისსა და შემდგომ დინამიკას, ანგარიშს არ უწევს ტკივილის მოვლით, შეტევით ხასიათს და ა. შ. სწორედ ამგვარი ტკივილი განასხვავებს ნაწლავთა გაუვალობას მწვავე აპენდიციტისაგან, რომელსაც ახასიათებს მუდმივი და არამოვლითი ტკივილი, რომელიც თითქმის მუდამ ნაწლავთა პერისტალტიკის გაძლიერებას უკავშირდება. მწვავე აპენდიციტისათვის დამახასიათებელია აგრეთვე ტემპერატურის მომატება და ლეიკოციტოზი. ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის დროს კი ეს მოვლენები გამონაკლის შემთხვევებშია და მხოლოდ მაშინ ვლინდება, როდესაც დაავადების დაწყებიდან დიდი დროა გასული.

ნაწლავთა გაუვალობის ნაირსახეობებიდან ხშირია მწვავე აპენდიციტის დიაგნოსტიკური შეცდომები ილეოცეკალური ინვაგინაციის დროს. გარდა იმისა, რომ ამ უკანასკნელისათვის დამახასიათებელია მოვლითი ხასიათის ტკივილი, ამ დროს აღინიშნება მუცლის შებერვა, კანქვეშ იოლად შესამჩნევი პერისტალტიკური მოძრაობა და პალპაციით გასინჯვისას ძეხვის მსგავსი წარმონაქმნი. მწვავე აპენდიციტის მსგავსი სიმპტომატიკა შეიძლება განვითარდეს ტერმინალური ილეიტის, ანუ კრონის და-



ავადების დროსაც. შ. დრობნი (1983) მიუთითებს, რომ ამ დაავადების ნამდვილი დიაგნოზი ხშირად მხოლოდ ოპერაციის დროს ისმება.

მწვავე მუცლის დიაგნოსტიკაში რენტგენოსკოპიასა და რენტგენოგრაფიას რომ მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება, საყოველთაოდ ცნობილია. მათი გამოყენება როგორც კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაციის, ასევე ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის ამოსაცნობად არა მარტო სავსებით გამართლებულია, არამედ სავალდებულოც არის.

რენტგენოლოგიური გამოკვლევით აღმოჩენილი ჰაეროვანი ზოლი სუბდიაფრაგმულ სივრცეში /რაც ს. იუდინის მიხედვით პერკუსიით 70—75 %-ში, ხოლო რენტგენოლოგიურად 80 — 85 %-ში/ და აგრეთვე ე. წ. კლოიბერის „ფინჯნები“ ნაწლავთა მარყუევებში შესაბამისად კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაციული წყლულისა და ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის დამადასტურებელია და თავიდან აგვაცილებს მწვავე აპენდიციტის მცდარ დიაგნოზს.

ზოგჯერ ჰიაყელა დანამატის ატიპური მდებარეობის დროს, როდესაც მისი მწვერვალი შარდის ბუშტის ან შარდსაწვეთის მახლობლად მდებარეობს, მწვავე აპენდიციტის კლინიკური სურათი შეიძლება თირკმლის ჰვალის სიმულირებას იწვევდეს. მსგავს შემთხვევაში ქირურგი დიდ როლს უთმობს დიფერენციულ დიაგნოზს და, ბუნებრივია, აგვიანებს ოპერაციას.

ქირურგიისა და უროლოგიის კლინიკაში მუშაობისას, რომელსაც აკადემიკოსი ა. წულუკიძე ხელმძღვანელობდა, წლების მანძილზე მსგავსი შემთხვევა არაერთხელ მინახავს. მწვავე აპენდიციტისა და მარჯვენა თირკმლის ჰვალის დიფერენცირება კლინიკაში მიღებული ტაქტიკით ხდებოდა უპირველეს ყოვლისა თირკმლებისა და შარდსაწვეთების, მიმოხილვითი რენტგენოგრაფიით, ლორინ-ეპშტეინის წესით ნოვოკაინური ბლოკადით და ზოგჯერ მარჯვენა შარდსაწვეთის ურგენტული კათეტერიზაციით. თირკმლებისა და შარდსაწვეთების პროექციაზე კონკრემენტის ჩრდილის არარსებობა, ლორინ-ეპშტეინის ბლოკადის შემდეგ კვლავ მუცლის ტკივილი, მარჯვენა შარდსაწვეთის კათეტერიზაციით მისი სრული გამტარობა, ლეიკოციტოზი და დიდ უმრავლეს შემთხვევაში შეუცვლელი შარდი (მისი სასწრაფო გამოკვლევა მსგავს შემთხვევებში უეჭველად უნდა გაკეთდეს ოპერაციამდე) საკმარისი არგუმენტია იმისათვის, რომ მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზი სწორად განისაზღვროს. უნდა აღინიშნოს, რომ შარდში ერთროკიტების არსებობა ყოველთვის არ გამორიცხავს მწვავე აპენდიციტს, რომლის დროს შეიძლება იყოს მიკროჰემატურია განსაკუთრებით ჰიაყელა დანამატის დესტრუქციული ფორმებისა და დაავადების სეპტიკური მიმდინარეობის დროს.

მწვავე აპენდიციტის სიმულირება შეუძლია ქალთა სასქესო ორგანოების ზოგიერთ პათოლოგიას. მაგალითად, ქირურგს (და არა გინეკოლოგს) არაიშვიათად უხდება ოპერაციის გაკეთება საკვერცხის აპოპლექსიის დროს, ვინაიდან მწვავე აპენდიციტის მცდარი დიაგნოზით ავადმყოფები ამ პათოლოგიით ხშირად ქირურგიულ განყოფილებაში თავსდებიან. ასტრინსკისა და მალცევის /1961/ სტატისტიკით, საკვერცხის აპოპლექსიის 123 შემთხვევიდან სწორი დიაგნოზი იყო დასმული მხოლოდ 3 შემთხვევაში. გუტნიკის /1961/ მონაცემებით, ჰოსპიტალიზებული 1985 ავადმყოფიდან, რომლებსაც მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზი ჰქონდა დასმული, 484 ავადმყოფს ეს დიაგნოზი არ დაუდასტურდა. სტაციონარში ექიმებმა დიაგნოსტიკური შეცდომა დაუშვეს შემთხვევათა 1,4%-ში, რომელთა რიცხვში იყო 12 ავადმყოფი საკვერცხის აპოპლექსიით. ყველა ისინი ოპერაციამდე მწვავე აპენდიციტით დაავადებულებად ითვლებოდნენ.

საკვერცხიდან სისხლდენა უფრო ხშირად გვხვდება 16-30 წლის ასაკში, იშვიათად მენსტრუაციის დაწყებამდე და პრეკლიმაქტერულ პერიოდში. საკვერცხის გასკდომა შეიძლება მენსტრუალური ციკლის ნებისმიერ დღეს მოხდეს. მაგრამ უფრო მეტად ეს მე-12 და 27-ე დღეებს შორის აღინიშნება. საკვერცხის გასკდომის კლინიკური სურათი დამოკიდებულია მუცლის ღრუში ჩაღვრილი სისხლის რაოდენობაზე. ამ დროს მუცლის ქვედა ნაწილში, მარჯვნივ ან მარცხნივ, იმის მიხედვით, თუ რომელი საკვერცხე გასკდა, ავადმყოფი შეიგრძნობს ძლიერ მოვლითი ხასიათის ტკივილს. სხვადასხვა მიმართულებით ხდება ტკივილის ირადიაცია, თუმცა უპირატესად ტკივილი ვრცელდება სწორი ნაწლავის, შორისისა და წელის მიმართულებით. ზოგიერთი ავადმყოფი საკვერცხის გასკდომის მომენტში გონებას კარგავს, რაც გვაფიქრებინებს საშვილოსნოს გარეთა ორსულობაზე; ავადმყოფი ამ დროს თავბრუსხვევასა და საერთო სისუსტესაც გრძნობს.

ობიექტური გამოკვლევის დროს აღინიშნება კანისა და ლორწოვანი გარსის ჩვეულებრივი ფერი, თუმცა სისხლის დიდი რაოდენობით დაკარგვის დროს შესაძლებელია ავადმყოფი ფერმკრთალიც იყოს. ამ დროს აღინიშნება ტაქიკარდია და დაბალი არტერიული წნევა. ენა ჩვეულებრივად სველია. მუცლის პრესის დაჭიმულობა იშვიათია. შოტკინ-ბლუმბერგის ნიშნის არსებობა ხშირად გაურკვეველია. მუცლის დამრეცი ადგილების პერკუსიით შეიძლება მასში სითხე აღმოჩნდეს. საშოდან გასინჯვის დროს თითოთ საშვილოსნოს შერხევა მტკივნეულია. თვით საშვილოსნო გადიდებული არ არის, მაგრამ შეხებით მკვრივია. უკანა თაღის პუნქციით მიიღება სისხლი ან სეროზულ-სისხლნარევი სითხე. შეიძლება

ავადმყოფს ზომიერი ლეიკოციტოზიც ჰქონდეს. ქირურგს უნდა ახსოვდეს, რომ საკვერცხის გასკდომის დროს ძლიერი სისხლდენა შესაძლებელია. მიჩნეული იყოს საშვილოსნოს გარეშე ორსულობად, ხოლო მცირე სისხლდენა — მწვავე აპენდიციტად.

მწვავე აპენდიციტის დროს სწორი ნაწლავიდან დიგიტალური გასინჯვით თითოთ საშვილოსნოს აწვევა თითქმის უმტკივნეულოა. ეს მანიპულაცია საკვერცხეების მწვავე ანთების დროს ძლიერ მტკივნეულია, მაშინ როდესაც დუგლასის სივრცეში ტკივილს ავადმყოფი არ გრძნობს.

საკვერცხის გასკდომის დროს მწვავე აპენდიციტის მცდარი დიაგნოზის საილუსტრაციოდ მოვიყვანთ დაახლოებით ორი ათეული წლის წინ ერთ-ერთ საუწყებო საავადმყოფოში (სადაც მაშინ ქირურგიულ განყოფილებას ვხელმძღვანელობდი) მომხდარ კლინიკურ შემთხვევას.

ავადმყოფი ფ., 16 წლის გოგონა, ქირურგიულ განყოფილებაში მოთავსდა სასწრაფოდ მარჯვენა თეძოს ფოსოში ტკივილის, შეუჩერებელი პირღებინებისა და ძლიერი სისუსტის გამო. დილით, საავადმყოფოში შემოსვლამდე 4 საათით ადრე, თეძოს ფოსოში ძლიერმა ტკივილმა გამოაღვიძა და შემდეგ აღარ შეუჩერდა. წარსულში თავს ჯანმრთელად თვლიდა.

ობიექტურად: სწორი აგებულების, გამხდარი, კანი და ლორწოვანი გარსი ოდნავ ფერმართალი, ტემპერატურა 36,7°, პულსი რიტმული, აჩქარებული, 104 წუთში, შედარებით სუსტი ავსებისა და დაკუმულობის. არტერიული წნევა 110/60 მმ სინდიკას სვეტისა. ენა სველი, სუფთა, მუცელი სუნთქვაში მონაწილეობს, პალპაციით რბილი, მარჯვენა თეძოს ფოსოს მიდამოში ღრმა პალპაციით ძლიერ მტკივნეული, ჩახველებით მუცლის ტკივილი არ ძლიერდება. სისხლში. თეთრი ბურთულების რაოდენობა 7500. მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზით ავადმყოფი აყვანილია საოპერაციო მაგიდაზე განყოფილებაში მოყვანიდან 1 საათის შემდეგ. ეთერ-ჟანგბადის ნიღბიანი ნარკოზით მუცლის ღრუ გაიხსნა ლენანდერის განაკვეთით, რომლის დროს ჰრილობიდან ვადმოიღვარა დიდი რაოდენობით სისხლი. სისხლის ამომშრალების შემდეგ დათვალიერდა ფალოპიუსის მილი, რომლის მთლიანობის დარღვევა არ აღინიშნა. მარჯვენა საკვერცხის დათვალიერებით მისი ზედა პოლუსი მთელ სიგრძეზე გახეთქილი აღმოჩნდა. მოხერხდა საკვერცხის მთლიანობის აღდგენა კეტგუტის კვანძოვანი ნაკერით, რომელიც პერიტონიზებულია ასევე კვანძოვანი ნაკერებით. ჰიაყელა დანამატი ყოველგვარი მაკროსკოპული ცვლილებების გარეშე, რის გამოც საჭიროდ არ იქნა მიჩნეული მისი ამოკვეთა. პერიტონეუმის ღრუ ამომშრალდა, ჩაასხა პენიცილინის ხსნარი და იგი ყრულ დაიხურა. ავადმყოფი განიკურნა.

ოპერაციას ესწრებოდა საოპერაციო ოთახის სანიტარი ქალი. როდესაც პერიტონეუმის ღრუს გახსნის შემდეგ ჰრილობიდან სისხლი ვადმოიღვარა, იგი ოთახიდან გავიდა. როგორც შემდეგ გამოირკვა, მან ავადმყოფის დედას აცნობა, რომ მის შვილს საშვილოსნოს გარე ორსულობა აქვს. ეს ამბავი სწრაფად გავრცელდა. დაგვიპირდა გულმოდგინე მტკიცება, რომ საკვერცხის გასკდომა ორსულობის გარეშეც ხდება და ასეთი მოვლენა შეიძლება სწორედ 16 წლის ასაკში განვითარდეს.

აღწერილ შემთხვევაში, რა თქმა უნდა, მოხდა დიაგნოსტიკური შეცდომა და ამის მიზეზად უნდა ჩაითვალოს ნაჩქარევად შეკრებილი ანამნეზი, ავადმყოფის ზერელედ გასინჯვა /არ ჩატარდა ქალიშვილის სწორი ნაწლავიდან გასინჯვა, ავადმყოფი არ გაუსინჯავს გინეკოლოგს, არ გაკეთებულა მთლიანი კემოგრაფია და შარდის ანალიზი/ და სხვა. ამ შემთხვევაში უნებურად მომაგონა ლეიკოზის სიტყვები, როდესაც იგი მწვავე აპენდიციტის გამო სასწრაფო ქირურგიული ჩარევის უპირატესობას ასაბუთებდა. მან თქვა, „დაუყოვნებლივ ჩარევის საწინააღმდეგოდ მხოლოდ ერთი არგუმენტი შეიძლება დაეასახელოთ და ამით მისი აბსოლუტური ხასიათი რამდენადმე შევარბილოთ — ეს დიაგნოსტიკური შეცდომის შესაძლებლობაა“. საკვებით მართებული განსაზღვრაა — სიჩქარე თავისთავად არის დიაგნოსტიკური შეცდომის ერთ-ერთი მიზეზი.

ქალთა სასქესო ორგანოთა პათოლოგიიდან ქირურგს, რომელსაც საოპერაციო მაგიდაზე აპყავს ავადმყოფი მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზით, არაიშვიათად ჰქონია საქმე საშვილოსნოს გარე ორსულობასთან. ამის ამოცნობა ხდება ავადმყოფის ჩივილისა და საერთოდ ანამნეზური მონაცემების სწორი შეფასებით.

საშვილოსნოს გარე ორსულობის დროს ავადმყოფი პირდაპირ მიანიშნებს ტკივილის მოვლით ხასიათზე, თავბრუსხვევაზე, გულისრევაზე და პირღებინებაზე. ზოგჯერ გონების დაკარგვაზეც. ტემპერატურა ჩვეულებრივ ნორმალურია. საშოდან ხშირად სისხლნარევი გამოინადენია.

ობიექტურად აღინიშნება კანისა და ლორწოვანი გარსის სიფერ-მკრთალე, ხშირი და სუსტი ავსების პულსი, დაქვეითებული არტერიული წნევა, მუცელი უფრო ხშირად რბილია. შეიძლება გამოხატული იყოს ფრენიკუს-სიმპტომი. საშოს მხრიდან გასინჯვა მტკივნეულია. საშვილოსნო რამდენადმე გადიდებულია და გარბილებული. უკანა თალი დაჭიმული და გამოზერიალია. მისი პუნქციით მიიღება სისხლი. სისხლის მხრივ შესაძლებელია თეთრი ბურთულების რაოდენობის ზომიერი მომატება. ერთროციტების დალექვის სიჩქარე ნორმალურია.

საშვილოსნოს გარე ორსულობის სიმპტომატიკა თითქოს სულ არა ჰგავს მწვავე აპენდიციტისას. მაგრამ პრაქტიკაში მაინც ხდება ამ ორი დავადების ერთმანეთში არევა. საექვო შემთხვევებში საჭიროა ქირურგიულ განყოფილებაში შემოსულ ავადმყოფზე 1-2 საათით დაკვირვება. ამ პერიოდში უნდა მოხდეს სრული კლინიკური გამოკვლევა გინეკოლოგის კონსულტაციის ჩათვლით. თუ ვერ დადგინდა საშვილოსნოს გარე ორსულობისა ან საკვერცხის გასკდომის კლინიკური დიაგნოზი, ნაჩვენებია დიაგნოსტიკური ლაპაროტომია. მწვავე აპენდიციტის მსგავსი სიმპტომატიკა შესაძლებელია განვითარდეს საშვილოსნოს დანაშაულების ანთების და-

საწყის პერიოდში. უფრო მოგვიანებით გამოიხატება პერიტონიტის ნიშნებიც.

ამრიგად, ქალთა სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებების დროს, რომელთა კლინიკური ნიშნები შეიძლება ჰგავდეს მწვავე აპენდიციტისას, აუცილებლად საჭიროა გინეკოლოგის კონსულტაცია. საეჭვო შემთხვევებში, როგორც უკვე ითქვა, უნდა გაკეთდეს დიაგნოსტიკური ლაპაროტომია. სჯობს ავადმყოფს გაუქეთდეს ოპერაცია და არ აღმოჩნდეს მწვავე აპენდიციტი, ვიდრე კონსერვატულად ვუმკურნალოთ ჭიკაყელა დანამატის ანთებას, რამაც შეიძლება გაართულოს დაავადება /ინფილტრატი, პერიტონიტი/ და გამოიწვიოს სიკვდილი.

მწვავე აპენდიციტის კლინიკური სურათი ორსულობის დროს გარკვეული თავისებურებებით ხასიათდება. ამიტომ როგორც მისი დიაგნოსტიკა, ასევე მკურნალობა პრობლემური საკითხია.

ცნობილია, რომ ორსულობის პირველი ორი თვის განმავლობაში მწვავე აპენდიციტის კლინიკური სურათი არაფრით არ განსხვავდება მისი ჩვეულებრივი მიმდინარეობისაგან. ორსულობის მეორე ნახევარში, როდესაც გადიდებულია ორსული საშვილოსნო, შესაძლებელია ჭიკაყელა დანამატი მის უკან მდებარეობდეს და ამასთან დაკავშირებით, მწვავე აპენდიციტისათვის დამახასიათებელი ადგილობრივი ნიშნები წაიშალოს.

ორსულობის დროს მწვავე აპენდიციტი ზოგჯერ მუცლის მიდამოში უეცარი ტკივილით იწყება. მუცლის გასინჯვით აღმოჩნდება მარჯვენა ნახევარში ლოკალიზებული მტკივნეულობა, რაც ქირურგს მწვავე ქოლეცისტიტზე აფიქრებინებს. ამ დროს მუცლის კუნთების რიგიდობა უფრო ხშირად არ არის გამოხატული, რადგან ანთებითად შეცვლილ დანამატსა და მუცლის წინა კედლის კუნთებს შორის მოთავსებულია ორსული საშვილოსნო. ტემპერატურა ავადმყოფს ჩვეულებრივ ნორმალური აქვს. თუ მას გულისრევა და პირღებინება ექნება, ეს შეიძლება შეცდომით ორსულის ტოქსიკოზად იქნეს მიჩნეული.

ამრიგად, ორსულობის მეორე ნახევარში მწვავე აპენდიციტის კლინიკური სურათი ბუნდოვანია. მწვავე აპენდიციტი თუ დროულად არ დადგინდა, შეიძლება განვითარდეს მძიმე ვართულებები. პირველ რიგში ამ მხრივ აღსანიშნავია მუცლის ფარის შემოსაზღვრული ანთების დიფუზური გავრცელება და ნაადრევი მშობიარობა. მიუხედავად ორსულობის დროს მწვავე აპენდიციტის დიაგნოსტიკის სირთულისა, მაინც შესაძლებელია დიფერენციული დიაგნოზის გატარება. მწვავე აპენდიციტს ახასიათებს ტკივილის უეცარი დაწყება, მისი მუდმივი ხასიათი, უფრო ხშირი ლოკალიზაციით მარჯვენა თქმოს ფოსოს ან გულს ქაფურს მიდამოში. სამშობიარო მოვლითი ხასიათის ტკივილი თანდათანობით მატულობს

და ორსული ამ დროს საშვილოსნოს დაჭიმულობას გრძნობს. შემდეგ ხდება მისი მოდუნება და კვლავ იგივე მეორდება საშოს მხრიდან. ორსული საშვილოსნოს გასინჯვით აღმოჩნდება ყელის დამოკლება და გახსნა. ქირურგმა ყურადღება უნდა მიაქციოს იმას, რომ მწვავე აპენდიციტის დროს პირღებინება ტკივილის დაწყებასთან ერთად ვითარდება და უფრო ხშირად ერთჯერადია. ორსულობის პირველ ნახევარში პირღებინება ხშირად მეორდება, ხოლო მეორე ნახევარში იგი უკავშირდება რომელიმე საკვები პროდუქტის მიღებას ან მისდამი ზიზღს.

მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზით შესაძლებელია სასწრაფო ოპერაცია გაუკეთდეს ავადმყოფს, რომელსაც ფაქტობრივად ბრმა ნაწლავის ან თვით ქიაყელა ნაწლავის კიბო აქვს. საილუსტრაციოდ მოკლედ აღწერთ ერთ შემთხვევას.

ავადმყოფი ქ. 66 წლის ქალი, სამამულო ომის ვეტერანი, სასწრაფოდ მოთავსდა იმ საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში, სადაც იგი წლების მანძილზე ფერმლად მუშაობდა შესახვევ ოთახში. ავადმყოფი უჩიოდა ძლიერ ტკივილს მარჯვენა თემოს ფოსოს მიდამოში, გულისრევას და პირღებინებას. ანამნეზიდან გამოირკვა, რომ უკანასკნელი თვეების მანძილზე იგი პერიოდულად გრძნობდა მარჯვენა თემოს ფოსოს მიდამოში სუსტ, მოსათმენ ტკივილს და ხშირად ჰქონდა ყაბჯობა. კლინიკური გამოკვლევით დაისვა მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზი და ავადმყოფი სასწრაფოდ იქნა აუქანილი საოპერაციო მაგიდაზე. ინტუბაციური ნარკოზით გაკეთდა აპენდექტომია. თვით ქიაყელა ნაწლავი ნაკლებად შეცვლილი, თუმცა ეროგვარად გამკვრივებული იყო. ავადმყოფი გაეჭრა განყოფილებიდან. რამდენიმე დღის შემდეგ იგი თავის საქმიანობას შეუდგა სამსახურში. ქიაყელა დანამატის ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევით აღმოჩნდა კანცეროიდი. ზუსტად ერთი წლის შემდეგ ავადმყოფი კვლავ სასწრაფოდ მოთავსეს იმავე ქირურგიულ განყოფილებაში, ამჯერად ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის გამო. სასწრაფოდ წარმოებული ოპერაციის დროს, რომელიც ინტუბაციური ნარკოზით გაკეთდა, მუცლის ღრუს რევიზიით აღმოჩნდა ბრმა ნაწლავის კარცინომა, რამაც განაპირობა ნაწლავის გაუვალობა. სიმსივნე მოცილდა მარჯვენა მხრივი ჰემიკოლექტომიით, ილეთრანსვერზოანასტომოზის შექმნით. ერთი თვის შემდეგ ავადმყოფი მოკვდა დიფუზური პერიტონიტით.

ფატალური შედეგით დამთავრებულ ამ შემთხვევაში, ჩვენი აზრით, საყურადღებოა ტაქტიკური დიაგნოსტიკური შეცდომა. პირველი ოპერაციის დროს გულდასმით არ დათვალიერდა ბრმა ნაწლავი. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში არ გაკეთდა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის რენტგენოგრაფია და ფიბროკოლანოსკოპია. ეს გამოკვლევები ალბათ ნათელს მოფენდა სიმსივნის დიაგნოზს და განმეორებით, ამჯერად რადიკალურ ოპერაციას, არ გადადებდა ურგვენტულ მომენტამდე. უნდა ვიფიქროთ, რომ ბრმა ნაწლავის კარცინომის დასაწყისი სტადია უკვე იყო პირველი ოპერაციის დროს, თუმცა მაკროსკოპული ცვლილებები არ გამოინახებოდა.

ქიაყელა დანამატის კიბოს შემთხვევაში ქირურგიული ტაქტიკის შე-

სახებ აზრთა სხვადასხვაობაა. ჰოპკინსი, ტალიზი და კრისტენსენი /Hopkins, Tullis, Kristensen, 1973/ თვლიან, რომ ჭიკაძე და დანამატის პირველადი კიბოს დროს უკეთესი შედეგებია მიღებული მარჯვენამხრივი ჰემიკოლექტომიით. პაგედამ და ჰინშაუმა /Pugged.: Hinshaw, 1969/ წარმატებით გამოიყენეს ეს ოპერაცია ჭიკაძე და დანამატის პერიტონეული კიბოს დროსაც.

მწვავე აპენდიციტი არცთუ იშვიათია ხანდაზმულ და მოხუცებულთა ასაკში. ბესტამილნაიას (1953) ცნობით, მათი რიცხვი ამ დაავადებით შეპყრობილთა 3 — 8 %-ს შეადგენს. როგორც წესი, ისინი დაგვიანებით მიმართავენ საავადმყოფოს. ამის მიზეზი კი უნდა ვეძიოთ ხანდაზმულ და მოხუცებულებში მწვავე აპენდიციტის ატიპურ კლინიკურ მიმდინარეობაში. უთუოდ ამის გამოა, რომ ხანდაზმულ და მოხუცებულთა შორის მწვავე აპენდიციტის დიაგნოსტიკაში იშვიათი არ არის შეცდომები.

მოხუცებულებში ტკივილი სუსტად არის გამოხატული. უფრო მეტიც, აღწერილია მწვავე აპენდიციტის შემთხვევა ტკივილის გარეშეც /ი. ასტროქნიკოვი, 1962/, როდესაც ავადმყოფს გეგმიური ოპერაცია გაუკეთდა საზარდულის თიაქრის გამო და ჭიკაძე და დანამატის მწვავე ანთება შემთხვევით იქნა აღმოჩენილი.

ტკივილის გარეშე მწვავე დესტრუქციული ფორმის აპენდიციტი აღმოაჩნდა ერთ-ერთი ჩვენი ორდინატორის მამას, შუა ხნის კაცს, რომელიც ბინაზე გასინჯა ცნობილმა ქართველმა ქირურგმა ა. აბაშიძემ. სასწრაფო აპენდექტომიისათვის ჩვენებად მიჩნეულ იქნა ლეიკოციტოზი, ზოგადი ინტოქსიკაცია, მაღალი ტემპერატურა და მუცლის წინა კედლის გულმოდგინე პალპაციის დროს აღმოჩენილი პერიტონეუმის გაღიზიანების სუსტი ნიშანი.

ლებინება, მუცლის კუნთების დაჭიმულობა და პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნები მოხუცებს იშვიათად აღენიშნებათ. სისხლის თეთრი ბურთულები ჩვეულებრივ მომატებული არ არის, ტემპერატურა მომატებულია. დაავადების დასაწყისს ხშირად უკავშირდება ყაბზობა ან ფაღარითი. ზოგჯერ ტკივილი ავადმყოფს მარცხენა თეძოს ფოსოში აქვს და თუ ამას დაემატა ფაღარითიც, შეიძლება ექიმმა გასტროენტერიტის ან კოლიტის დიაგნოზი დასვას.

მთელი რიგი თავისებურებებით ხასიათდება მწვავე აპენდიციტის კლინიკური მიმდინარეობა ბავშვებში, რომლებიც ამ დაავადებით ნებისმიერ ასაკში ავადდებიან. გამონაკლისს შეადგენს 2-დან 3 წლამდე ასაკი, როდესაც ეს დაავადება შედარებით ნაკლებია. ამ ასაკში მწვავე აპენდიციტით დაავადების იშვიათობა შეიძლება აიხსნას კვების თავისებურებებით, ბაქტერიის განუვითარებლობით, პერიტონეუმის სუსტი პლასტიკური თვის-

სებებით და სხვა მრავალი ფაქტორით. ამის გამო ქიაცელა დანამატის მწვავე ანთება სწრაფად ვრცელდება მუცლის ღრუში და უკვე 12 საათის შემდეგ მასში დესტრუქციული ცვლილებები ვითარდება. მწვავე აპენდიციტის ამოცნობა ამ ასაკში დიდ სიმძნელებთან არის დაკავშირებული, ვინაიდან ვერ ხერხდება სრულფასოვანი ანამნეზის შეკრება და ექიმი კმაყოფილდება მშობლების ნაამბობით. მხოლოდ გულმოდგინე კლინიკურ გამოკვლევას ენიჭება გადამწყვეტი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა. გ. ბაიროვი /1973/ ხაზგასმით მიუთითებს, რომ მწვავე აპენდიციტის დიაგნოსტიკური შეცდომების მიზეზებია ბავშვის არასრულფასოვანი გამოკვლევა, გამოკვლევის შედეგების არასწორი შეფასება და დაავადების ატიპური მიმდინარეობა.

პ. მაცენკოს და ვ. ურუსოვს /1973/ ბავშვებში მწვავე აპენდიციტი დიაგნოსტიკური შეცდომის მიზეზად მიაჩნიათ ზოგადი პროფილის ქირურგების ნაკლებად გათვითცნობიერება ეპიდემიოლოგიური ანამნეზის საკითხებში, რასაც არაიშვიათად მოჰყვება გაუმართლებელი აპენდექტომია წითელას. ინფექციური ჰეპატიტისა და სხვა ინფექციურ დაავადებათა პროდრომალურ პერიოდში. გაუმართლებელია უფროსი ასაკის ბავშვებში მწვავე აპენდიციტის ისეთი სიმპტომების უგულვებელყოფა. როგორც არის ლებინება, თხიერი განავალი, მაღალი ტემპერატურა; საექვო შემთხვევაში არ შეიძლება ჰოსპიტალიზაციაზე უარის თქმა და ავადმყოფის შინ გაბრუნება. მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზის უარყოფა ბავშვის რექტალური გამოკვლევის გარეშე არ შეიძლება დასაბუთებულად იქნეს მიჩნეული.

მონდორმა /1937/ საკმარისად სრულად ჩამოაყალიბა მწვავე აპენდიციტის დიაგნოსტიკური შეცდომების მიზეზების ნუსხა: ნორმალური ტემპერატურა, შენელებული პულსი, ტკივილის არსებობა ან უარყოფა, ფლარათი, ლეიქოსის სიმპტომები. შარდის ბუშტის მხრივ მოვლენები, საერთო რეაქციის არსებობა, ტიფოზური შეხედულება, მენინგეალური სიმპტომები და სხვა.

მ. როკიცი შეცდომათა მიზეზებს შორის ასახელებს იმას, რომ ექიმები არასაკმარისად იცნობენ უმცროსი ასაკის ბავშვებში მწვავე აპენდიციტის კლინიკურ მიმდინარეობას. იგი ამბობს, რომ ერთი შეხედვით პარადოქსულად და პრეტენზიულადაც კი ელერს მტკიცება, თითქოს უმცროსი ასაკის ბავშვებში მწვავე აპენდიციტისათვის ტიპურია მისი ატიპური მიმდინარეობა. სინამდვილეში ეს მართლაც ასეა. თუ კი ატიპური სიმპტომატია უფრო ხშირია, ვიდრე ტიპური, ბუნებრივად იბადება კითხვა — როგორ შეიძლება ატიპურად მივიჩნიოთ ის სიმპტომები, რომლებიც უფრო ხშირად გვხვდება, ვიდრე ტიპური? როგორც ჩანს, უნდა



დავეთანხმოთ მ. როკიკის, რომელიც ასეთ შემთხვევაში რაციონალურად მიიჩნევს არა ტიპურობას, თუ ატიპურობას, არამედ მწვავე აპენდიციტის კლინიკური მიმდინარეობის ვარიანტებად დაყოფას.

ცნობილია, რომ ბავშვებში ხშირია ქიაყელა დანამატის მდებარეობა მენჯის ღრუში. ამ დროს და აგრეთვე მისი რეტროცეკალური მდებარეობისას. როგორც წესი, ავადმყოფი გასინჯვით არ გრძნობს მტკივნეულობას მარჯვენა თეძოს ფოსოს მიდამოში. არც ქუნთების დაჭიმულობა აღინიშნება ამ არეში. უხეში შეცდომა იქნებოდა, თუ ქირურგი უარყოფდა ამ ნიშნების საფუძველზე მუცლის ღრუს ორგანოების მწვავე ქირურგიული პათოლოგიის არსებობას.

აღსანიშნავია, რომ განსაკუთრებული დიაგნოსტიკური სიძნელეებს წინაშე დგას ქირურგი მწვავე აპენდიციტის დაგვიანებულ შემთხვევებში, როდესაც ესა თუ ის გართულება ფარავს ძირითადი პროცესისათვის დამახასიათებელ სურათს. დიაგნოსტიკური სიძნელეები წარმოიშობა აგრეთვე ისეთ შემთხვევებშიც, როდესაც ბავშვებს უკვე აქვთ რომელიმე დაავადება და ამ ფონზე უვითარდებათ მწვავე აპენდიციტის კლინიკური სურათი. ერთ-ერთ ასეთ დაავადებად შეიძლება დავასახელოთ შონლეინ-ჰენოხის დაავადების აბდომინალური ფორმა.

ერთ-ერთ საწყებო საავადმყოფოში ჩემი მუშაობის დროს სასწრაფოდ მიიღეს ავადმყოფი მ., 12 წლის ბიჭუნა, რომელიც ჩიოდა საერთო სისუსტეზე, მუცლის მარჯვენა ნახევარში, უფრო მეტად მენჯის მიმართულებით, ძლიერ ტკივილზე, გულისრევაზე, ფაღარათზე. ტკივილზე სახსრების არეში და ტემპერატურის მომატებაზე, რაც საავადმყოფოში მოყვანამდე 5 დღის წინ დაწყებია.

ობიექტურად: საერთო მდგომარეობა საშუალო სიმძიმის, ტემპერატურა 39,5°. პულსი 110 წუთში. სუსტი ავსებულობა და დაჭიმულობა, ცნობიერება გაბუნდოვანებული, კანი და ლორწოვანი გარსები ჩვეულებრივი შეფერვის, ენა სველი. შელესილი. მუცული ოდნავ შებერილი, სუნთქვაში მონაწილეობა, პალპაციით რბილი, მარჯვენა თეძოს მიდამოში ზომიერად მტკივნეული, აქვე კუნთების სუსტი დაჭიმულობა. შოტკინ-ბლუმბერგის ნიშანი უარყოფითი. სისხლის თეთრი ბურთულების რაოდენობა 13.000. მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზით ეთერ-განგზადის ნარკოზით გაკეთდა ოპერაცია. მუცლის ღრუ გაიხსნა მარჯვნივ თეძოს ფოსოს მიდამოში პარარექტალური განაკვეთით. რეიზიის დროს აღმოჩნდა მოწითალო ფერის წერალი გამონაყარი პერიტალურ პერიტონეუმზე, ბრმა ნაწლავზე, ქიაყელა დანამატი მწვერვალის არეში ზომიერად კიპერემიული იყო, ხოლო ქორჯლის სისხლძარღვები — სისხლსავსე. გაკეთდა აპენდექტომია. ამოკვეთილ ქიაყელა დანამატის ლორწოვან გარსზე აღინიშნა წერტილოვანი მოწითალო ფერის გამონაყარი. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი გაურთულებლად წარიმართა, ავადმყოფი განიკურნა.

ჩვენ საექიმო პრაქტიკაში შონლეინ-ჰენოხის დაავადებისა და მწვავე აპენდიციტის თანაარსებობა შემდგომში კიდევ სამჯერ აღინიშნა. ვინაიდან ჰემორაგიული პურპურა კანზე არცერთ შემთხვევაში არ ყოფი-

ლა, აგრეთვე ანგარიში არ გაეწია სახსრების ტკივილსა და ფულარათს, რაც ყველა ჩვენ შემთხვევაში აღინიშნა, ოპერაციამდე შონლეინ-ჰენოხის დაავადება დიაგნოსტიკურებული არ ყოფილა. ალბათ შეცდომა იყო დაშვებული მაშინაც, როდესაც ანამნეზი არ იქნა დაწვრილებით შესწავლილი. უნდა ვიფიქროთ, რომ ამ დროს შეგვეძლო გამოგვეკვია დაავადების ხანგრძლივი მიმდინარეობა და მისი ციკლური გამწვავებები ყოველ 10—15 დღეში, რაც ამ დაავადებისათვის არის დამახასიათებელი. ბოლოს, დიაგნოსტიკურ სირთულეს ხელი შეუწყო იმანაც, რომ მრავლობითი გამოანაყარი ყველა ჩვენ შემთხვევაში მხოლოდ ნაწლავებზე და პერიეტალურ პერიტონეუმზე იყო, რაც ოპერაციის დროს იქნა აღმოჩენილი.

უკვე ითქვა, რომ როდესაც მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზი დაისმება, საჭიროა სასწრაფო, გადაუდებელი ოპერაცია, რომ ეს ტაქტიკა საყოველთაოდ აღიარებულია. ისიც ითქვა, რომ საექვო დიაგნოზის შემთხვევაში სასწრაფოდ უნდა გაკეთდის დიაგნოსტიკური ლაპაროტომია, ანუ გამოკვლევის საბოლოო ეტაპი. ჭიკეულა დანამატის ამოკვეთის ოპერაციული ტექნიკა კარგად არის ცნობილი და მას არ ვეხებით. ჭვემთ განვიხილავთ მხოლოდ ოპერაციის დროს დაშვებულ შეცდომებს, რომელთა შედეგად ესა თუ ის გართულება ვითარდება. პირველ რიგში დავასახელებთ ჭიკეულა დანამატის ტაკვისა და მისი ჯორჯლის დამუშავებას. ჩვეულებრივ, ვიდრე ჯორჯალს ლიგატურა დაედება და იგი გაიკვეთება, მიღებულია მისი ინფილტრირება ნოვოკაინის ხსნარით. ეს ასეა, მაგრამ ზოგჯერ, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც დიდი რაოდენობით ხდება ნოვოკაინის ხსნარის შეყვანა ჯორჯლის სისქეში და შემდეგ გადაკვანძვა, შეიძლება ტაკვიდან დაიწყოს სისხლდენა.

ვადის მიხედვით არჩევენ მუცლის შიდა სისხლდენის ნაადრევ და მოგვიანებით დასაწყისს. ნაადრევი სისხლდენა აღინიშნება დღე-ღამის განმავლობაში, ხოლო მოგვიანებითი — პირველი კვირის განმავლობაში ან უფრო გვიანაც. ვინაიდან მათი დროული ამოცნობა ძნელია, ამიტომ დახმარების აღმოჩენაც ასეთ შემთხვევაში წმირად დაგვიანებულად ხდება.

ჩვენ საექიმო პრაქტიკაში აპენდექტომიის შემდეგ ჭიკეულა დანამატის ჯორჯლის ტაკვიდან სისხლდენა 3-ჯერ შეგვხვდა, აქედან 1 შემთხვევაში იყო ნაადრევი და 2-ში მოგვიანებითი. სამივე შემთხვევაში სისხლდენა დროულად იქნა დიაგნოსტიკურებული და რელაპაროტომიაც დროულად გაკეთდა. ყველა ავადმყოფი გამოჯანმრთელდა. 3-დან 2 შემთხვევაში აპენდექტომიის შემდეგ მუცლის ღრუში სისხლდენა აღინიშნა ჩვენი კლინიკის ავადმყოფებს, ხოლო 1 შემთხვევაში სისხლდენა ჩვენს მიერ იქნა დიაგნოსტიკურებული ერთ-ერთი რაიონული საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში ავადმყოფის სასწრაფო კონსულტაციის დროს. სამთავე

შემთხვევაში მუცლის ღრუ გახსნილი იყო ქვედა მედიალური ლაპაროტომიით. სისხლი და მისი კოაგულები საგულდაგულოდ ამომშრალდა და მოცილდა, გაკეთდა სათანადო დრენირება. სისხლდენის წყარო ვერცერთხელ ვერ იქნა ნახული. მიუხედავად ამისა, ჯორჯლის ტაკეს ყველა შემთხვევაში დაედო დამატებითი ლიგატურა. მუცლის ღრუს გულდასმით ამომშრალებას ოპერაციის დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს, ვინაიდან შესაძლებელია განვითარდეს უნივერსალური პერიტონიტი ან ნაწლავთა მარყუჟებს შორის შემოსაზღვრული ჩირქგროვა. სისხლდენის გამო წარმოებულ ოპერაციასთან ერთად საჭიროა დაკარგული სისხლის შევსება ტრანსფუზიის საშუალებით და ცილოვანი ნივთიერებების ჩანაცვლება ალბუმინის შეყვანით. საჭიროა აგრეთვე ანტიბიოტიკებისა და ვიტამინების გამოყენება. თუ მაინც განვითარდა პერიტონიტი, შეიძლება ჩატარდეს პერიტონეალური დიალიოზი, რისთვისაც თადარიგი ჯერ კიდევ რელატიურტომიის დროს უნდა დაიჭირონ და ამიტომ დრენაჟები (უმჯობესია ორსართულიანი) თავიდანვე სათანადო ადგილებზე უნდა გააკეთონ. არჩევენ ჭიაყელა დანამატის ტაკეს დამუშავების რამდენიმე წესს: ინვაგინაციურ-ლიგატურულს, ლიგატურულს, მანქეტურსა და ულიგატუროს. მანქეტური /რუ. 1891; ნ. ვოლკოვიჩი, 1919/ და ულიგატურო /პ. დიაკონოვი. 1902/ წესები კარგა ხანია დავიწყებას მიეცა. ქირურგების უმრავლესობა ჭიაყელა დანამატის ტაკეს ინვაგინაციურ-ლიგატურულ წესს მიმართავს. ამჟამად ბევრად ნაკლებია იმ ქირურგების რიცხვი, რომლებიც ლიგატურული წესით კმაყოფილდებიან. საბჭოთა კავშირში ერთ დროს ლიგატურული წესის პოპულარიზატორი იყო ი. ჯანელიძე /1935/, ამიტომ ბევრი მას ჯანელიძის წესს უწოდებდა. ამ წესის ნაკლად შეიძლება ჩაითვალოს ტაკეს ირგვლივ ანთებითი პროცესის განვითარება, ტაკეს მიხორცება ნაწლავთა მარყუჟებთან, რასაც შეუძლია ნაწლავთა გაუვალობა გამოიწვიოს. ნაკლოვანების გარეშე არც ინვაგინაციურ-ლიგატურული წესია. ამ დროს ქისისებრი ნაკერი თუ ჰერმეტიკულად არ ხურავს ჭიაყელა დანამატის ტაკეს და ბრმა ნაწლავის კიდელში დარჩა ყრუდ დახურული ღრუ — ე. წ. „Cavita close“, შეიძლება აბსცესი განვითარდეს. შესაძლებელია აბსცესიდან ჩირქის გასვლა თავისუფალ მუცლის ღრუში, მთელი მისი უარყოფითი და საშიში გართულებებით. ქისისებრი და Z-ის მსგავსი ნაკერების გაკვანძვამ, თუ ეს ახლოა ბრმა ნაწლავთან და თქმოს ნაწლავის შესაყართან, შეიძლება მათი სანათურის შევიწროვება და ნაწლავის გაუვალობა გამოიწვიოს Angulus ileocecalis-ის მიდამოში. ამიტომ ქირურგმა არ უნდა დაივიწყოს, რომ ორ თითს შორის მოქცეულ ნაწლავების კედლიდან საჭიროა მათი სანათურის შემოწმება.

რამდენიმე სიტყვით შევეხებით მწვავე აპენდიციტის დესტრუქცი-

ული ფორმების დროს მუცლის ღრუს ტამპონადის საკითხს. მუცლის ღრუში ჩირქის მცირე რაოდენობის დროს იგი კარგად უნდა ამომშრალდეს. ძირითადი წყაროს მოცილების შემდეგ მუცლის ღრუში უნდა ჩაისხას ანტიბიოტიკების ხსნარი და 3—4 დღით დარჩეს ღრენაეი, რომლის ირგვლივ ჰრილობა ყრუდ უნდა გაიკეროს. მუცლის ღრუში ტამპონი არ უნდა დარჩეს, კანიც ყრუდ გაიკეროს დესტრუქციული აპენდიციტის დროს, რადგან ჰრილობაში შეტანილია ღრენაეი. ზოგადი პერიტონიტის დროსაც არ არის სასურველი მუცლის ღრუში ტამპონების დატოვება. უმჯობესია ასეთ პირობებში მუცლის ღრუს ფართოდ ღრენიერება, რადგან ტამპონები ძალიან მალე იკლინთებიან მუცლის ღრუში არსებული გამონადენით. კარგავენ თავის კაპილარულ თვისებებს და საცობებს ემსგავსებიან. ამრიგად, ტამპონების დატოვებისათვის ძალზე ვიწრო ჩვენებებია — შეუჩერებელი კაპილარული სისხლდენა და ლოკალური ჩირქგროვის შემოფარგვლა მუცლის ღრუს სხვა ნაწილებიდან. გარდა ამისა, ტამპონის დატოვება მიზანშეწონილია აგრეთვე, როდესაც აპენდექტომიის დროს მისი მწვერვალი ან კედლის ნაწილი ვერ ამოიკვეთა და დარჩა პერიტონეუმის ღრუში.

ყველასათვის ცნობილია *Situs viscerum inversus*, რომლის დროს ბრმა ნაწლავი და მისი დანამატი გადანაცვლებულია მარცხენა თემოს ფოსოში. თუ ქირურგს არ ახსოვს ასეთი ანომალიის არსებობა, იგი ოპერაციის დროს დახურავს მუცლის ღრუს ჰიაყელა ნაწლავის ამოუკვეთავად და ამით დიდ შეცდომას დაუშვებს, რადგან ამ დროს შეიძლება განვითარდეს გართულებები. ჩვენ გვქონდა მწვავე აპენდიციტის ერთი შემთხვევა *Situs viscerum inversus*-ის პირობებში.

ავადმყოფი 10 წლის გოგონა ქირურგიულ განყოფილებაში მოთავსდა მარჯვენა თემოს ფოსოს არეში ძლიერი ტკივილის გამო. იგი მიუთითებდა აგრეთვე გულის კოვზთან და მარცხენა თემოს ფოსოს მიდამოში ტკივილზეც. მშობლის გადმოცემით ბავშვი წარსულში ჯანმრთელი ყოფილა. კლინიკური გამოკვლევით, რაც ურგენტულ პირობებში ჩატარდა, დისეა მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზი და ინტუბაციური ნარკოზით გაკეთდა სასწრაფო ოპერაცია. კანის განაკვეთი გატარდა მარჯვენა თემოს ფოსოს არეში ვოლკოვიჩ-დაკონოვის წესით. მუცლის ღრუს 10—15 წუთიანი რევიზიით მარჯვენა თემოს ფოსოს არეში ბრმა ნაწლავი და მისი ჰიაყელა დანამატი ვერ იქნა აღმოჩენილი. ჰრილობა გაიკრა და მეორე დამატებითი განაკვეთით გაკეთდა ქვედა მედიალური ლამპროტომია, რის შემდეგ გაგრძელდა მუცლის ღრუს რევიზია, ბრმა ნაწლავი და ჰიაყელა დანამატი ადვილად მოიხანა მარცხენა თემოს ფოსოს არეში. ჰიაყელა დანამატი ფლეგმონურ ცვლილებებს განიცდიდა. იგი მოიკვეთა და მისი ტაკვი სათანადოდ დამუშავების შემდეგ ქისისებრი ნაკერით ინეაგინირებულია ბრმა ნაწლავის კედელში. ავადმყოფი განიკურნა.

აღწერილ შემთხვევაში ოპერაციული ტაქტიკა მუცლის ღრუს გახს-

ნის შემდეგ სწორად წარიმართა და დამთავრდა იგი ფლეგმონური ჰიაყელა დანამატის ამოკვეთით. მარცხენა და მარჯვენა თედოს ფოსოებში, მტკივნეულობის თანაარსებობის გამო, შეიძლებოდა ოპერაციამდე ექვი მიტანილიყო ბრმა ნაწლავისა და მისი დანამატის მარცხენა თედოს ფოსოში მდებარეობაზე. ორგანოთა უნივერსალური ინვერსიის შემთხვევაში, რა თქმა უნდა, წინასწარ იქნებოდა გათვალისწინებული ბრმა ნაწლავისა და ჰიაყელა დანამატის მარცხნივ მდებარეობაც. მაგრამ აღწერილ შემთხვევაში იყო მხოლოდ მუცლის ღრუში ორგანოების ინვერსია და ამის გამო ოპერაციამდე ვერ იქნა ამოცნობილი.

ლიტერატურაში არაიშვიათად აღწერენ ისეთ კაზუსტიკურ შემთხვევებს, როდესაც ჰიაყელა დანამატის მწვავე ანთების დროს შეცდომით ამოუკვეთათ მარჯვენა ფალოპიუსის მილი, სათესლე ბაგირაკი და სხვა. მაგრამ, ყოველგვარ კაზუსტიკას აქარბებს შემთხვევა, რომელიც საქართველოს სსრ ჯანდაცვის სამინისტროს ქირურგიის ინსტიტუტის სისხლძარღვთა ქირურგიის განყოფილებაში მოხდა 1977 წლის 14 იანვარს.

ავადმყოფი მ. ჩ., 12 წლის ვაჟი. კლინიკაში მიიყვანეს ღამით, დასავლეთ საქართველოს ერთ-ერთი მსხვილი რაიონული ცენტრიდან. იმავე დღით მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზით იგი მოათავეს რაიონულ საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში, სადაც სასწრაფოდ გაუკეთდა ოპერაცია. ჰიაყელა ნაწლავის დიდი ხნის ძებნის შემდეგ ქირურგს ამოუკვეთია წარმონაქმნი, რომელიც აღმოჩნდა მარჯვენა თედოს ვარჯთა არტერიისა და ბარძაყის არტერიის 25 — 26 სმ სიგრძის სეგმენტი. ქირურგი მიხვდა დანაშაულის ტოლფას თავის შეცდომას; კარგა ხნის ძებნის შემდეგ აპენდიქსი მაინც მონახა და ამოკვეთა. იგი მაკროსკოპულად კატარალურ ცვლილებებს განიცდიდა. ქირურგმა ავადმყოფი დაუყოვნებლივ ჩამოიყვანა მანქანით თბილისში. საჭირო გახდა სისხლძარღვთა ქირურგიის ჩვეუდის მრავალსათიანი მუშაობა პროფესორ ჯ. კანდელაკის ხელმძღვანელობით არტერიის დიდი ხარვეზის ჩანაცვლებისა და საერთოდ ავადმყოფის სიცოცხლის შესანარჩუნებლად.

ეს შემთხვევა რაიმე განსაკუთრებულ კომენტარს არ საჭიროებს. ქირურგმა დაუშვა უხეში შეცდომა, რაც ალბათ მისი დაბალი პროფესიული დონით და უყურადღებობით უნდა აიხსნას. ასევე შეიძლება ითქვას იმ ქირურგზეც, რომელმაც აფხაზეთის ერთ-ერთ ქალაქის საავადმყოფოში მწვავე აპენდიციტის სავარაუდო დიაგნოზით სასწრაფო ლაპაროტომია გაუკეთა პატარა გოგონას და სიმსივნედ მიიღო მისი შარდით გადავსებული ბუშტი, რომელიც მთლიანად ამოკვეთა. ამ პატარა პაციენტის სიცოცხლის შესანარჩუნებლად საჭირო შეიქნა შემდგომში რთული ქირურგიული ჩარევები.

მოკლედ განვიხილოთ აპენდიციტის ინფილტრაციული ფორმის დროს ქირურგიული ტაქტიკა. თავდაპირველად ორიოდვე სიტყვა ინფილტრაციის წარმოშობის მექანიზმის შესახებ. ინფილტრატი მწვავე აპენდიციტის

დროს ჩნდება დანამატის ანთებითი კერიდან აღმოცენებულ ტოქსინებითა და მიკრობებით მუცლის ფარის გალიზიანების შედეგად. ამას მოყვება შეშუპება, ფიბრინის ნადებები, ნაწლავთა მარყუქებსა, დიდ ბადექონსა და პარიესულ პერიტონეუმს შორის შეხორცებები. ბადექონისა და პერიტონეუმის პლასტიკური თვისებების შემწეობით წარმოქმნილი დაცვითი ბარიერი ეწინააღმდეგება ანთებითი პროცესის გავრცელებას პერიტონეუმის ღრუში. ინფილტრატის განვითარება მწვავე აპენდიციტის დაწყებიდან სხვადასხვა ვადებში ხდება.

ჭიკაყელა ნაწლავის გამოყოფა ასეთ პირობებში ძნელი და საშიშიცაა. რადგან შეხორცებების დაშლით შესაძლებელია ნაწლავის კედლის დაზიანება და პერიტონეუმის ღრუში ინფექციის გავრცელება. აპენდიკულარული ინფილტრატის დროს საჭიროა ავადმყოფებზე დინამიკურ დაკვირვება, რადგან ინფილტრატის მიმდინარეობას ახასიათებს სხვადასხვა სტადია — დასაწყისი, მაქსიმალური გამკვრივებისა და გაწოვის ან დაშლის სტადია. აპენდიკულარული ინფილტრატებისას სისხლის თეთრი ბურთულების რაოდენობა შეიძლება ნორმალურიდან მაღალ მაჩვენებლებამდე მერყეობდეს.

მწვავე აპენდიციტის დროს წარმოშობილი ინფილტრატის მკურნალობაში ქირურგთა უმრავლესობა კონსერვატიული ტაქტიკის მომხრეა. მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც ვლინდება ინფილტრატის აბსცედირებისათვის დამახასიათებელი ნიშნები — მაღალი, ჰექტიური ტემპერატურა, ლეიკოციტების მომატება ფორმულის მარცხნივ გადახრით, ინფილტრატის მოცულობის ზრდა და მასზე მტკივნეული უბნის წარმოშობა, საჭიროა ოპერაციული ჩარევა, რადგან ამის გარეშე შესაძლებელია შემოსაზღვრული ჩირქგროვის გარღვევა თავისუფალ პერიტონეუმის ღრუში. ოპერაცია გულისხმობს ინფილტრატის გახსნას, ჩირქისაგან მის დაკლას და ჩირქგროვის ღრუს დრენირებას. თუ ჭიკაყელა ნაწლავი ჩირქგროვის ღრუშია და თავისუფლად მდებარეობს, მისი მოცილება არ წარმოადგენს ტექნიკურ სიძნელეს, რომელიც დაკავშირებულია შეხორცებათა დაშლასთან, უნდა გაკეთდეს აპენდექტომია. ინფილტრატის გახსნა გულისხმობს ყველა ქსოვილის გაკვეთას, პარიესული პერიტონეუმის ჩათვლით, და არა ოპერაციულ ჭრილობას პარიესული პერიტონეუმის გაკვეთის გარეშე. ამას იმიტომ ვამბობ, რომ რამდენიმე ხნის წინ ჩემამდე მოაღწია ამბავმა ერთი ოპერაციის შესახებ, რომლის გამო არ შეიძლება მოკლედ არ ვუამბო მკითხველს.

თბილისის ერთ-ერთ საავადმყოფოში საკმარისად გამოცდილმა ქირურგმა ავადმყოფს აპენდიკულარული აბსცესის გამო ადგილობრივი ანესთეზიით ოპერაცია გაუკეთა. კანის განაკვეთი გატარდა ვოლკოვიჩ-

დიაკონოვის წესით. გაიკვეთა კანქვეშა ქსოვილები, გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზი, ჩლუნგად გაიათიშა კუნთები და ოპერატორმა განიზრახა ამ ეტაპზე ოპერაციის დამთავრება პარიესულ პერიტონეუმთან ტამპონის მიტანით. ასისტენტმა მოაგონა ოპერატორს, რომ საჭირო იყო პარიესული პერიტონეუმის გაკვეთა და ჩირქგროვის დაცლა შიგთავსისაგან. შემდეგ მან ეს ეტაპი თვითნებურად შეასრულა; ქრილობიდან გადმოიღვარა ჩირქი და მისი ღრუ დრენირებულ იქნა. ეს ყოველივე ასისტენტმა საუბარში დამიდასტურა.

აპენდიკულარული ინფილტრაციის დაჩირქების გამო წარმოებული ოპერაციის შემდეგ საჭიროა ავადმყოფს ჩაუტარდეს ანტიბიოტიკოთერაპია, კალორიული კვება, ვიტამინების პარენტერალური მიღება, სითხეების შეყვანა. სასხლის გადასხმა. ინფილტრატის შეწოვის შემდეგ ავადმყოფს აუცილებლად უნდა გაუკეთდეს აპენდექტომია. ეს უნდა მოხდეს საავადმყოფოდან მისი გაწერიდან არაუადრეს 6 კვირისა.

### მწვავე ქოლეცისტიტი

მუცლის ღრუს ორგანოების მწვავე ქირურგიულ დაავადებათა შორის მწვავე ქოლეცისტიტი მწვავე აპენდიციტის შემდეგ სიხშირით მეორე ადგილზეა.

მწვავე ქოლეცისტიტის შემთხვევათა რაოდენობის მატებასთან ერთად, რაც უკანასკნელ წლებში განსაკუთრებით გამოიკვეთა, ამ დაავადების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საქმეში ქირურგთა გამოცდილებამაც მოიმატა.

მიუხედავად იმისა, რომ ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვე სადინარების ქირურგიაში მნიშვნელოვანი გამოცდილება დაგროვდა, დღემდე საბოლოოდ გადაწყვეტილი არ არის პრაქტიკული თვალსაზრისით ზედმიწევნით აქტუალური კლინიკის, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საკითხები. განსაკუთრებით ეს ეხება საექიმო ტაქტიკას პათოლოგიური პროცესის მწვავე პერიოდში.

ნაკლებად გამოცდილი ქირურგების პრაქტიკაში არაიშვიათად ხდება ქოლეცისტიტის დროს ტაქტიკური შეცდომები, რომელთა მიზეზად შეიძლება დავსახელოთ ამ დაავადებაზე, თითქოს როგორც ერთტიპობრივ შიმდინარე პროცესზე, მათი მცდარი წარმოდგენა. ნაკლებად გამოცდილ ქირურგებს მიაჩნიათ, რომ ასეთ პირობებში ერთი და იგივე წესით მკურნალობა, რაც, რასაკვირველია, სწორი არ არის. ჭერჭერობით ყველაზე უფრო სწავითოდ რჩება მწვავე ქოლეცისტიტის დროს ოპერაციის ვადებისა და მათდამი ჩვენებების საკითხები.

გ. გომზიაკოვს, ი. ტალმანს და ბ. ხრომოვს (1972) მიაჩნიათ, რომ ქირურგს გაუადვილებს ტაქტიკურ საკითხებში სწრაფ ორიენტაციას და თავიდან ააცილებს შეცდომებს სანაღვლე გზების დაავადებათა ერთიანი კლასიფიკაცია, რომელსაც ისინი გვთავაზობენ.

ნაღვლის ბუშტის ანთება, როგორც ცნობილია, მწვავე და ქრონიკულია. ეს ავტორები მწვავე ქოლეცისტიტს 5 ჯგუფად ყოფენ.

1. ინფექციით გაურთულებელი ქოლელითიაზი: ა) ლვიძლისმიერი (ნაღვლისმიერი) ქვალი (ნაღვლის ბუშტის სადინარის ობტურაციული გაუვალობა); ბ) ვენტილური კენჭი (ნაღვლის საერთო სადინარის ხანგამოშვებითი გაუვალობა); გ) სადინარში განხერილი კენჭი (ნაღვლის საერთო სადინარის ობტურაციული გაუვალობა).

2. ინფექციით გართულებული ქოლელითიაზი (მწვავე ქოლეცისტიტი). ა) კატარული, ბ) ფლეგმონური, გ) განგრენული, დ) პერფორაციული.

3. უკენჭო მწვავე ქოლეცისტიტი: ა) კატარული, ბ) ფლეგმონური, გ) განგრენული, დ) პერფორაციული.

4. მწვავე ქოლეცისტიტის გართულებები: ა) ქოლანგიტი, ბ) სეფსისი, გ) ლვიძლის აბცესი, დ) ადგილობრივი და ზოგადი პერიტონიტი, ე) პანკრეატიტი.

5. სანაღვლე გზების დისკინეზია.

რაც შეეხება ქრონიკულ ქოლეცისტიტს, ამ კლასიფიკაციის მიხედვით იგი ორ სახედ იყოფა: 1. გაურთულებელი, მხოლოდ ნაღვლის ბუშტის დაზიანებით, და 2. გართულებული ქოლეცისტიტი, როდესაც პათოლოგიური პროცესი ვრცელდება სანაღვლე სადინარებზე და მეზობელ ორგანოებზე (ლვიძლი, კუჭუქანა ჯირკვალი და სხვა).

ა. ვიშნევსკი და თანავტორები (1967) თვლიან, რომ უფრო ხშირად მწვავე ქოლეცისტიტი ქრონიკული კალკულოზური ქოლეცისტიტის გართულებაა, რომელიც შესულია თავისი განვითარების ფინალურ სტადიაში.

მწვავე ქოლეცისტიტის როგორც დიაგნოსტიკის, ასევე მკურნალობის ყველა ეტაპზე შესაძლებელია შეცდომები, გართულებები და ესა თუ ის საშიშროებები. R. Stich, M. Makkas (1928) ეხებიან რა ამ საკითხს, აღნიშნავენ, რომ შეუძლებელია მთლიანად ამოწურო ყველა ამგვარი შესაძლებლობის რიცხვი და ნაირსახეობა. სწორედ ამ სფეროში შეუძლია თითოეულ ქირურგს გაიმდიდროს გამოცდილება საკუთარი შეცდომების ხარჯზე. თავისი დროის უდიდესი სპეციალისტები — ს. ფედოროვი, Kehr, Körte, Riedel — გულახდილად აუწყებდნენ საექიმო საზოგადოებრიობას



საკუთარ შეცდომებს და ამან შექმნა მყარი საფუძველი ამ დარგში მომავალი თაობის დახელოვნებისათვის.

მწვავე ქოლევისტიტის დროს მნიშვნელოვანი ინტენსივობის ტკივილი აღინიშნება მუცლის წინა კედელზე, მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, ნაღვლის ბუშტის პროექციაზე. ტკივილი შეიძლება აღმოცენდეს სრულიად უმიზეზოდ, ხატოვანი გამოთქმით, როგორც ქეჭა-ქუხილი მოწმენდილ ცაზე. მაგრამ ტკივილი შეიძლება განვითარდეს აგრეთვე ფიზიკური დატვირთვის, ტრანსპორტით მგზავრობის ან სხვა პირობებში. შეტევითი ტკივილი შეიძლება აღმოცენდეს ისეთ პირობებშიც, როდესაც ავადმყოფი მკაცრად იცავს დიეტურ რეჟიმს. ძლიერი შეტევითი ტკივილის დროს ავადმყოფი უჩივს ბოყინს, გულისრევასა და ლებინებას, რომლის დროს ამონადები მასა ნაღველს შეიცავს. მწვავე ქოლევისტიტის დიაგნოზით საავადმყოფოში შემოსულ ავადმყოფთა შორის გვხვდებიან ისეთებაც, რომლებიც კარბად ეწაფებიან ცხიმით მდიდარ საკვებს. უფრო ხშირად ესენი არიან ქალები, კარგად განვითარებული კანქვეშა ცხიმითა და დიდი მუცლით. ასეთ ავადმყოფებში მწვავე ქოლევისტიტის სიმპტომები ატიპურად მიმდინარეობს და ამიტომ ძნელდება დიაგნოზის დასმა. ძნელია მწვავე ქოლევისტიტის ამოცნობა ხანდაზმულ და მოხუცთა ასაკშიც, რომლებიც ასეთ ავადმყოფთა 20 — 40 %-ს შეადგენენ. მწვავე ქოლევისტიტის ატიპური მიმდინარეობა მათ შორის უფრო მეტად არის გამოხატული.

მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში ლოკალური ტკივილი შეიძლება გავრცელდეს წელის, ხერხემლის, ლავიწზედა და ქვედა, აგრეთვე მარჯვენა ბეჭისა და მხრის მიდამოებში. ზოგჯერ ტკივილი ისეთი სიძლიერი-საა. რომ ავადმყოფი შეიძლება კოლაფსშიც ჩავარდეს. თუ ნაღვლის ბუშტის პერფორაცია მოხდა, ტკივილი ძალიან ძლიერია და არაფრით ჩამოუვარდება კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის შედეგად აღმოცენებულ ტკივილს. შეტევითი ტკივილის დროს შესაძლებელია კონსტატირებულ იქნეს მერფის და ორტნერის სიმპტომები. მიუსი-გეორგიევსკის, ფრენიკუსისიმპტომი და სხვა ნიშნები, მაგრამ ამ სიმპტომების არსებობა არ გამოირიცხავს მწვავე ქოლევისტიტის დიაგნოზს და ამდენად მათი პრაქტიკული მნიშვნელობა კნინდება.

ზოგჯერ შეიძლება გაისინჯოს მტკივნეული და გადიდებული ნაღვლის ბუშტი, რომლის ფუძე ხშირად ჭიპისა და მენჯის დონემდეც აღწევს. ზოგიერთი ავადმყოფის გასინჯვისას ნაღვლის ბუშტი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოს ლატერალურ ნაწილში აღმოჩნდება.

არაიშვიათად ტკივილის აღმოცენება ხდება ღამით ან გათენებისას, როდესაც კუჭი დაცლილია და მიღებული საკვების თორმეტგოჯა ნაწ-

ლავეზი გადასვლის დროს ნაღვლის ბუშტიდან ნაღვლის გამოყოფაზე რეფლექსი არ არის. რაკი ნაღვლის ბუშტის დაცლა არ ხდება, და პირიქით, შეგუბებული ნაღველი მას დაჭიშკავს, ანთებითი პროცესისა და ნაღვლის ბუშტის კედლის პათოლოგიური ცვლილებების თანაარსებობის პირობებში ეს მოვლენა ტკივილს იწვევს.

ხანდაზმულ და მოხუცთა ასაკში მწვავე ქოლეცისტიტის სიმპტომატიკა მკრთალია, წაშლილია და, უფრო მეტიც, გაუყუღმართებულია.

ეს უპირატესად ეხება მუცლის ტკივილს, რომელიც გავრცელებულია. მუცლის წინა კედლის კუნთების დაჭიმულობა უმნიშვნელოა, ხოლო მოდუნების დროს ეს სიმპტომები საერთოდ არ მელავნდება. მოხუცებულებს ჩვეულებრივ აღენიშნებათ მეტეორიზმი, რაც მუცლის პალპაციას ართულებს. ცხადია, ასეთ პირობებში საჭიროა ავადმყოფის გულდასმით გამოკვლევა.

მწვავე ქოლეცისტიტის დროს შეიძლება ავადმყოფს ტკივილი მოემატოს, გამოეხატოს შოტკინ-ბლუმბერგის ნიშანი, მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში კუნთების დაჭიმულობა, მოემატოს ტემპერატურა 38 — 39°-მდე და სისხლის თეთრი ბურთულების რაოდენობაც, აუჩქარდეს ედს, შესაძლებელია ანთებითი პროცესი მეზობელ ორგანოებში გავრცელდეს, ნაღვლის ბუშტის ფლეგმონისა და განგრენის დროს მოხდეს პერფორაცია და განვითარდეს ნაღვლოვანი პერიტონიტი. ზოგჯერ ნაღვლის ბუშტის დესტრუქცია ძალიან სწრაფად ვითარდება. ეს მაშინ ხდება, როდესაც პირველად ზიანდება სისხლძარღვები (სპაზმი, თრომბოზი და ემბოლია).

ავადმყოფის გასინჯვის დროს, როდესაც ეკვია მწვავე ქოლეცისტიტზე, ყურადღება უნდა მიექცეს კანისა და ლორწოვანი გარსების იქტერულობას ან სუბიქტერულობას; ანამნეზის შეკრების დროს უნდა გაირკვეს, ჰქონდა თუ არა ავადმყოფს წარსულში სიყვითლე და ტკივილი. ნაღვლის საერთო სადინარის კენჭოვანი ობტურაციის დროს სიყვითლე მკაფიოდაა გამოხატული, ჩნდება კანის ქავილი, განავალი თეთრი თიხის, ხოლო შარდი მუქი ლუდის შეფერილობისაა, თუ სიყვითლე სხვა კლინიკური ნიშნების თანაარსებობის დროს არასწორად იქნა შეფასებული, ეს გამოიწვევს ექიმის უხეშ შეცდომას. ავადმყოფის მკურნალობის დროს. როგორც ცნობილია, არჩევენ 3 სახის სიყვითლეს — მექანიკურს, პარენქიმულს და ჰემოლიზურს. მექანიკური სიყვითლის მიზეზი შეიძლება იყოს ნაღვლის საერთო სადინარის ობტურაცია კენჭით, პანკრეასის თავის ფატერის დვირლის კიბოთი, ასკარიდით ან კიდევ. წარსულში გადატანილი ოპერაციის შედეგად განვითარებული ნაწიბურით.

კენჭით გამოწვეული ნაღვლის საერთო სადინარის ობტურაცია ჩვე-

ულებრივ სწრაფად ვითარდება მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში წინა-მორბედი შეტევითი ძლიერი ტკივილის შემდეგ. პანკრეასის თავის კიბოს დროს სიყვითლე ნელა ვითარდება, ტკივილის შეგრძნება ამ დროს სუსტია. იგი ძირითადად წელის არეშია. კანის ფერი სხვადასხვანაირია — ყვითელი, მომწვანო, მოყვითალო. პანკრეასის თავის კიბოს დროს შესაძლებელია მუცლის პალპაციით გადიდებული ნაღვლის ბუშტის ან, იშვიათად, თვით სიმსივნის აღმოჩენაც.

სიყვითლის დიფერენცირება საერთოდ რთულია. ქვემოთ მოტანილმა ცხრილმა შეიძლება რამდენადმე გაადვილოს სიყვითლის დიფერენცირება (ცხრილი 1). ნაღვლის ბუშტში კენჭების არსებობა შეიძლება არ მქდავდებოდეს და სხვა მიზეზით გარდაცვლილთა გვამების გაკვეთის დროს შემთხვევით აღმოჩნდეს კალკულოზური ქოლეცისტიტი. ალბათ ამან განაპირობა ერთ დროს მცდარი დებულება იმის შესახებ, რომ „ნაღვლკენჭოვანი დაავადება უსიმპტომოა და მას მხოლოდ გართულებები აქვს“. ამ დებულებას, რომელიც Chiari, Pavel, Zomon -ის ეკუთვნის, ამჟამად მხოლოდ ისტორიული მნიშვნელობა აქვს.

მწვავე ქოლეცისტიტის დროს დიაგნოსტიკური შეცდომების თავიდან აცილების მიზნით ანამნეზის გულდასმით შეკრებისა და ობიექტურ გამოკვლევასთან ერთად უნდა ვაკეთდეს სისხლისა და შარდის საერთო ანალიზი, ეკგ, გულმკერდისა და მუცლის ღრუს რენტგენოსკოპია, დუოდენალური შიგთავსის, ნაღვლის, ღვიძლის ფუნქციებისა და სხვა ლაბორატორიული გამოკვლევები. დიაგნოსტიკური თვალსაზრისით მნიშვნელოვანი მონაცემები მიიღება ისეთი სპეციალური გამოკვლევებით, როგორცაა ქოლეცისტოგრაფია, ვენური ქოლეგრაფია, ტრანსკუტანეალური ჰეპატოქოლანგიოგრაფია და ა. შ. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ თითოეულ ამ მეთოდს აქვს თავისი ჩვენებები, წინააღმდეგჩვენებები და გამოყენების ვადები. სპეციალურ გამოკვლევათა შორის უნდა აღინიშნოს აგრეთვე ხელოვნური ჰიპოტონიის პირობებში დუოდენოგრაფიის ჩატარება /ბ. მაზაევი და ა. გრიშკევიჩი, 1969; Ziotta, 1955/. ეს მეთოდი განსაკუთრებით საყურადღებოა უცნობი ეტიოლოგიის მექანიკურ სიყვითლეზე ეჭვისა და კუჭ-ნაწლავისა და ბილიარული ტრაქტის შინაგანი ფისტულების დროს, აგრეთვე სანაღვლე გზებზე წარმოებული ოპერაციით შექმნილ ნაღვლის გამომტან სხვადასხვა ანასტომოზების შემდეგ.

ვინაიდან მწვავე დესტრუქციული ქოლეცისტიტის დიაგნოსტიკა არაიშვიათად ძალზე გართულებულია, საჭიროა მისი დიფერენცირება ზოგიერთი დაავადებებისაგან. არის შემთხვევები, როდესაც იგი ძალიან ჰგავს თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციას. ასეთ შემთხვევა-

ში ქირურგმა შეიძლება შეეცდომა დაუშვას, მაგრამ რაკი ორივე დაავადება სასწრაფო ოპერაციას საჭიროებს, ამით ავადმყოფი არ დაზარალებდა. ოპერაცია ხომ დამამთავრებელი დიაგნოსტიკური ეტაპია ავადმყოფის კომპლექსურ გამოკვლევაში, რომლის დროს დიაგნოზი საბოლოოდ ზუსტდება. სამაგიეროდ სულ სხვაა ისეთი დიაგნოსტიკური შეცდომები, როდესაც ფაქტობრივად მწვავე ქოლეცისტიტის დესტრუქციულ ფორმასთან გვაქვს საქმე და დაისმება პნევმონიის, მარჯვენამხრივი პლევრიტის და გულმკერდის ღრუს ორგანოთა სხვა დაავადებების დიაგნოზი. რა თქმა უნდა, ამ დროს ოპერაციისაგან თავშეკავება ან მისი დაყოვნება ავადმყოფისათვის საშიშია და ამას შეიძლება მოჰყვეს ფატალური შედეგიც. დიდი ზიანის მიმყენებელ ფაქტორად უნდა ჩაითვალოს ქირურგის მცდარი გადაწყვეტილება იმ მხრივ, რომ ზემოხსენებული დაავადებები /პნევმონია, პლევრიტი და სხვ./ მწვავე დესტრუქციულ ქოლეცისტიტად მიიჩნიოს და ავადმყოფს არასაჭირო ლაპაროტომია გაუქეთოს.

ცნობილია, რომ მწვავე ქოლეცისტიტის და მწვავე პანკრეატიტის თანაარსებობა საკმაოდ ხშირია. დიაგნოსტიკური სირთულის თვალსაზრისით ძნელია ამ დაავადებათა ერთდროული არსებობის ამოცნობა და ამას ხშირად შეეცდომებიც მოჰყვება. მსგავს შემთხვევებში ქირურგი ყოველთვის დილეშის წინაშე დგას; მან უნდა გადაწყვიტოს რომელია მთავარი — მწვავე ქოლეცისტიტი, თუ მწვავე პანკრეატიტი? ამ საკითხის გადაჭრას ისიც ართულებს, რომ მწვავე ქოლეცისტიტი, რომლის კლინიკური მიმდინარეობა პანკრეატიტს ემსგავსება, თითქმის ყოველთვის დესტრუქციული ხასიათისაა და სასწრაფო ქირურგიულ ჩარევას საჭიროებს. მწვავე პანკრეატიტის შემთხვევაში კი ქირურგს ყოველთვის აქვს ავადმყოფზე დაკვირვებისა და დიაგნოზის დაზუსტებისათვის დრო.

პრაქტიკაში შესაძლებელია ისეთი პათოლოგიების თანაარსებობა, როგორცაა ნაღვლის ბუშტის მწვავე ანთება და კიბო. მსგავს შემთხვევაში თითქმის ყოველთვის დიაგნოზი, როგორც ამბობენ, სანახევროდ ისმება. ვინაიდან ავადმყოფს ამ დროს გამოხატული აქვს მწვავე ქოლეცისტიტის კლინიკური სურათი, ბუნებრივია, ქირურგი უკვე აღარ ფიქრობს ნაღვლის ბუშტის სხვა პათოლოგიაზე. მით უმეტეს, თუ ეს მწვავე ზოგადი პერიტონიტის ფონზე მიმდინარეობს. ასე იყო ჩვენს ერთ შემთხვევაშიც.

ავადმყოფი უ. 70 წლის ქალი, სასწრაფოდ მიყვანეს საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში მუცლის არეში ძლიერი ტკივილის გამო. ანამნეზში აღინიშნა ქრონიკული ქვნიკოვანი ქოლეცისტიტი, რაც რენტგენოგრაფიულად დაუდასტურებიათ რამდენიმე წლის წინათ.

ობიექტურად: ავადმყოფის მდგომარეობა მძიმე, ძლიერ გამხდარია, კანქვეშა ცხი-  
მი განვლული. მაჯა სუსტი ავსებისა და დაქიმულობის, აღინშნა ტაქიკარდია, არტე-  
რიული წნევა 105/70 მმ სს; ტემპერატურა 39°, მუცელი პალპაციით რბილი. ნაღვლის  
ბუშტის საპროექციო არე მტკივნეული, შჩოტკინ-ბლუმბერგის ნიშანი დადებითი, გან-  
საკუთრებით მარჯვენა თემოს ფოსოს არეში. სისხლის თეთრი ბურთულების რაოდენ-  
ობა — 14000, ელს — 40 მმ.

მწვავე ზოგადი პერიტონიტით გართულებული დესტრუქციული /პერფორაციული/  
კალკულოზური ქოლეცისტიტის დიაგნოზით ავადმყოფს განყოფილებაში მოყვანიდან  
2 საათის შემდეგ გაუკეთდა ოპერაცია ინტუბაციური ნარკოზით. ახალგაზრდა ქირურგ-  
მა, რომელსაც ასისტენტისა და ვეფხევი, ზედა პედიკული კანის განაკვეთით გახსნა  
პერიტონეუმის ღრუ, რომელშიც აღმოჩნდა ნაღველშერეული თხიერი ჩირქი. რევიზიით  
აღმოჩნდა ნაღვლის ბუშტი ყელთან ახლოს პერფორირებული, ხოლო მისი ფუფე და სხე-  
ული განქვლებული, გამკვრივებული, არასწორი ზედაპირით და მკვეთრად ჰიპერემი-  
ული. ბუშტის ღრუში მრავლად წვრილი კენჭები. ნაღვლის ბუშტთან ლეიძლის შემგები  
ზედაპირი სისხლსავსე და მომკვრივო. ძალზე იოლად მოხერხდა ნაღვლის ბუშტის მო-  
ცილება მისი ფუფიდან გამოთავისუფლებით. ბუშტის საღინართან მიტანილია 1 დრე-  
ნაეი და 1 ტამპონი. 1 დრენაეი ჩაიდო პერიტონეუმის ღრუში მარჯვენა თემოს ფოსოს  
მიდამოს დამატებითი განაკვეთიდან. პერიტონეუმას ღრუში ჩაისახა კანამიციინის ხსნა-  
რი. კრილობა დრენაეების და ტამპონის ირგვლივ შრეების მიხედვით გაიკურა. ოპერა-  
ციის შემდგომი მძიმე პერიოდი ავადმყოფის სიკვდილით დასრულდა.

მწვავე დესტრუქციული პერფორაციული კენჭოვანი ქოლეცისტი-  
ტიისა და ნაღვლის ბუშტის კიბოს თანაარსებობის ოპერაციული დიაგნო-  
ზი დადასტურდა ამოკვეთილი ნაღვლის ბუშტის პრეპარატის ჰისტოპა-  
თოლოგიური გამოკვლევით. სხვადასხვა ავტორის მონაცემებით, შეცდო-  
მებე მწვავე ქოლეცისტიტის დიაგნოსტიკაში სხვადასხვა სიხშირითაა; მა-  
გალითად, ა. კარავანოვი (1959) — 3,6%; ვ. სტრუჩკოვი და ა. გრიგო-  
რიანი (1957) — 6,7%; ა. ლიდსკით (1955) — 8,6%; ა. ნორენბერგ-ჩარ-  
კიანი 1955—12%; ო. ოჩკინის (1956) სტატისტიკით, მწვავე ქოლეცის-  
ტიტის მცდარი დიაგნოზი ავადმყოფის ჰოსპიტალიზაციამდე აღენიშნებო-  
და 44,3%-ს, საავადმყოფოს მიმღებ განყოფილებაში — 29,3 %-ს, ხოლო  
სტაციონარში — 37%-ს.

მწვავე ქოლეცისტიტით ქალები 5 — 6-ჯერ უფრო ხშირად ავადდე-  
ბიან, ვიდრე მამაკაცები. ეს სიხშირე უფრო შესამჩნევია 70 წელს გადა-  
ცილებულ ავადმყოფებში (მ. კოვალიოვი თანავეტორებით, 1975).  
გ. შუშკოვის (1966) მიხედვით, მწვავე ქოლეცისტიტით დაავადებული ყო-  
ველი მე-3 ავადმყოფი 60-ზე მეტი წლისაა და შემთხვევათა 75 %-ში და-  
ავადებულია გულ-სისხლძარღვთა პათოლოგიით, 9 — 11 %-ში რესპირა-  
ტორული დაავადებით, ხოლო 5 — 7 %-ში — კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის და-  
ავადებებით. საინტერესოა ლ. გარვინის და ე. ხოდნევის /1966/ ცნობა  
იმის შესახებ, რომ მოსახლეობის სტრუქტურაში 60-ზე უფროსი ასაკის  
პირები 9,6 %-ს შეადგენს, ხოლო მწვავე ქოლეცისტიტით დაავადებულთა  
შორის — 32-1%'-ს.

მექანიკური და პარენქიმული ხივეთლის დიფერენციულ-დაგნოსტიკური ნიშნები (გ. გომზიაკოვის, ი. ტაღმანის და ბ. ხროშოვის მიხედვით)

დაგნოსტიკური ნიშნები	მექანიკური სიყვი- თლე სანაღველე გზების სიმსივნე- ების დროს	მექანიკური სიყვი- თლე სანაღველე სადინარების მობ- ტურირებელი კენ- კების დროს	პარენქიმული (ლვი- ძლის უჯრედოვა- ნი სიყვითლე
1	2	3	4
ანამნეზი	ლეიძლის კვალის არ აოხებობა, სა- ერთო სისუსტე	დამახასიათებელი ლეიძლისმიერი კვა- ლი	საერთო უგუნებო- ბა, სახსრების ტკი- ვილი, სხვა ავადმ- ყოფიებათა კონტა- ქტი
განვითარება	თანდათანობით	სწრაფი ლეიძლის- მიერი კვალის შე- მდეგ	თანდათანობით
ტკივილი	ყრუ. უმრავლეს შემთხვევაში აღი- ნიშნება	ხშირად	იშვიათად
სიგამხდრე	მნიშვნელოვანი, მუდმივი	იშვიათად აღინიშ- ნება	იშვიათად აღინიშ- ნება
სიყვილი	მკაფიოდ არის გა- მოსატული და პროგრესირებს	მკაფიოდ არის გა- მოსატული და პრო- გრესირებს	მკაფიოდ არის გა- მოსატული და პრო- გრესირებს
სიყვითლის ვარ- ნეღვენების ვადე- ბი და ხანგრძლი- ვობა	თანდათანობით	2—3 დღე	ერთ კვირაში მა- ტულობს; საშუა- ლოდ 7—10 დღე
წინააღმდეგობის მოცილებაშდე			
ტემპერატურა კა- ნის ქვეილი	ნორმალური მკვე- თრად გამოხატუ- ლი	ხშირად მომატებუ- ლი, ხშირია	მომატებულია, იშ- ვიათაა
მუცელი	რბილი	შეიძლება დაჭიმუ- ლი იყოს მარჯვნივ ფირღქვეშ	რბილი
მტკიცუნელობა მა- რჯვნივ ფერღქვეშ	არ არის	თითქმის მუდამ გამოხატულია	იშვიათია, ნაკლე- ბად ინტენსიურია
ლეიძლის გაღდე- ბა	ხშირია და მნიშე- ნელოვნად გამოხა- ტული	ხშირად არ არის გაღდეგებული	ზომიერად გადიდ- ებულია
კურვაზიის ს-მპტ- ომი	დადებითია, თუ სი- მსივნე ნაღვის ბუმტის სადინარის ქვემოთ მდებარეობს	უარყოფითია	უარყოფითია

1	2	3	4
სისხლის გამოკვლევა	მზარდი ანემია ლეიკოციტების ნორმალური რაოდენობა, ლეიკოციტოპენია, ედს აჩქარებულია.	ლეიკოციტოზი, ედს აჩქარებულია	ლეიკოპენია, ანემია, ნეიტროპენია, ლიმფოციტოზი, ედს არ არის აჩქარებული
სისხლის შრატში ტრანსამინაზა	ნორმალურია	ნორმალურია ან მკირველ მომატებულია	მკვეთრად მომატებულია (თითქმის 10-ჯერ)
შარდის გამოკვლევა	ბილირუბინურია: რეაქცია ურობილინზე უარყოფითი	ბილირუბინურია: რეაქცია ურობილინზე უარყოფითი	ბილირუბინურია; რეაქცია ურობილინზე ხშირად დადებითი
ფიკალური მასების შეფერილობა	გაუფერულეებელია		დროდადრო უფრო ფერმკრთალია, ვიდრე ნორმაშია
განავლის გამოკვლევა	სტერკობილინზე რეაქცია უარყოფითია	ატერკობილინზე რეაქცია უარყოფითია	სტერკობილინზე რეაქცია დადებითია ან უარყოფითია (დაავადების მიხედვით)
დუოდენალური ზონდირება	ნაღველი არ გადადის თორმეტგოჯა ნაწლავში	ნაღველი არ გადადის თორმეტგოჯა ნაწლავში	ნაღვლის გადასვლა თორმეტგოჯა ნაწლავში ხშირია
ბისხლში ქოლესტერინი სისხლში პროთრომბინი	ნორმის ფარგლებში მკვეთრად დაქვეითებულია, ვიტამინით დატვირთვისას მატულობს	მომატებულია და ქვეითებულია; K ვიტამინის დატვირთვისას მატულობს	მომატებულია, და ქვეითებულია K ვიტამინის შეყვანის შემდეგ არ მატულობს
სისხლში ბილირუბინი	მკვეთრად მომატებულია, ჩრბგ-რესულად მატულობს. რეაქცია პირდაპირია.	მომატებულია, რეაქცია პირდაპირია	მომატებულია, პირდაპირი და არაპირდაპირი ფრაქციების შემადგენლობა, მაგრამ შემცაქვს ტენდენცია არ არის
ბილირუბინის ეთერხსნადი ფრაქცია	განისაზღვრება	არ არის	არ არის
ბილირუბინის ცლა (შ. პეტროვიტა და ე. გალპერინი)	მნიშვნელოვანი მომატება	ზომიერი მომატება	ცვლილება არ არის
ლვიძლისმიერი და ლიქვიითი ტესტი	უარყოფითია	უარყოფითია	დადებითია
'სისხლის ცილოვანი ფრაქციების (ველილებები)	საერთო ცილა შეცირებულია სისხლის შრატში, გამოხატულია ჰიპოალბუმინემია, ყვე-	ცილის ნორმალური შემადგენლობა, ზომიერი ჰიპოალბუმინემია, ყველა	ცილის ნორმალური შემადგენლობა; ყველა ალბუმინური ფრაქციის მკვეთრი მომატება.

1	2	3	4
<p>ქუჩ-ნაწლავის რე- სტრენოლოგიური გამოკვლევა</p>	<p>ლა გლობულური ფრაქციის მკვეთ- რი მომატება</p> <p>რიგ შემთხვევაში ქუჩის ლორწოვან გარსის (ველიუბ- ები და ევავუა- ციის მოშლა</p>	<p>გლობულური. ვრაქციის მომა- ტება</p>	<p>(ველიუბები არ არის გამოხა- ტული</p>

ბ. პეტროვი /1963/ და ა. გრეჯევი /1970/ აღნიშნავენ, რომ სანაღვლე გზებზე მომუშავე ქირურგთა რიცხვის ზრდასთან ერთად იმატა ტექნიკური და ტაქტიკური შეცდომების გამო განმეორებით რეკონსტრუქციული ოპერაციების რიცხვმაც. ოპერაციის წარუმატებლობის ერთ-ერთი ძირითადი მიზეზი, რა თქმა უნდა, ამ პათოლოგიის სირთულეა. როგორც ბ. კოროლიოვი და დ. პიკოვსკი /1971/ მიუთითებენ, გართულებული ქოლეცისტიტის დროს გამოცდილი ქირურგიც კი შიშობს, რომ არ დაუშვას ტექნიკური და ტაქტიკური შეცდომები.

საგანგაშოა მწვავე ქოლეცისტიტის დროს ოპერაციის შემდგომი ლეტალობა. მ. კუზინისა /1972/ და ვ. ვინოგრადოვის /1972/ მონაცემებით, ლეტალობა 7 — 10 %-ს შეადგენს; Schumann /1962/ 1215 ოპერაციაზე აღნიშნავს ლეტალობის 15,2 %-ს, Colcock, Perey /1964/ 1754 ოპერაციაზე — 1,8 %-ს. ასაკთან დაკავშირებით ოპერაციის შემდგომი ლეტალობის რიცხვიც მატულობს.

პერიოდულ სამედიცინო პრესაში ხშირად ქვეყნდებოდა სადისკუსიო მასალები მწვავე ქოლეცისტიტის ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკის საკითხებზე. 1956 წ. ლენინგრადში ჩატარებულ ქირურგთა საკავშირო საზოგადოების გამგეობის VI პლენუმზე თითქოსდა შეჯამდა ეს დისკუსია ბ. პეტროვის საპროგრამო მოხსენების ძირითადი დებულებების აღიარებით. ამ დებულებებში განხილულია სამი ჯგუფი. I ჯგუფს შეადგენენ ავადმყოფები ექვით მწვავე ქოლეცისტიტის დესტრუქციულ ფორმებზე, როდესაც პროცესი თავიდანვე მძიმედ და მძაფრად იწყება მაღალი ტემპერატურით, შემცივნებით, ადგილობრივი პერიტონიტით, მაღალი ლეიკოციტოზით და სხვა სიმპტომებით; გარდა ამისა, ამ ჯგუფს მიეკუთვნება პანკრეატიტით დაავადებული პირები. ასეთ შემთხვევებში ნაჩვენებია სასწრაფო ოპერაცია სასიცოცხლო ჩვენებით.



მე-2 ჯგუფს შეადგენენ ავადმყოფები, რომლებსაც სტაციონარული დაკვირვებით აღენიშნებათ სიმპტომთა დამძიმება 2 — 3 დღის განმავლობაში და, მიუხედავად კონსერვატული საშუალებების მთლიანი კომპლექსის გამოყენებისა, არ აქვთ გაუმჯობესების ნიშნები. არ უმჯობესდება სისხლის სურათი, არ კლებულობს ტემპერატურა, არ ცხრება ტკივილი და ა. შ. განსაკუთრებით თუ არსებულ მდგომარეობას ემატება მწვავე პანკრეატიტის ნიშნებიც, ასეთ ავადმყოფებს უნდა გაუკეთდეს ოპერაცია 24 — 27 საათის განმავლობაში, ხოლო მანამდე დრო გამოყენებულ უნდა იქნას ავადმყოფთა გამოკვლევისა და წინასაოპერაციო მომზადებისათვის.

მე-3 ჯგუფს შეადგენენ ავადმყოფები, რომლებსაც შეტევები, განსაკუთრებით განმეორებითი და არა მძიმე, თანდათან უქრებათ. ასეთ ავადმყოფებს საჭიროა ოპერაცია გაუკეთდეს შეტევების მოხსნიდან მე-10 — მე-12 დღეს /ბ. პეტროვის მიხედვით „ნაადრევი“ ოპერაცია/. ოპერაციის ვადა განისაზღვრება ანთებითი მოვლენების ჩაცხრომის ტემპის მიხედვით.

ამ ტაქტიკის რაციონალობა დადასტურდა 1972 წ. ჩატარებულ უკრაინის ქირურგთა საზოგადოების მე-13 პლენუმზეც. ქირურგის შეცდომად უნდა ჩაითვალოს, თუ იგი ოპერაციას გაუკეთებს ავადმყოფს, რომელსაც აქვს სანაღვლე გზების დისკინეზია. თერაპევტი და ქირურგი არაიშვიათად ცდებიან, თუ ოპერაციისათვის ჩვენებების განსაზღვრის დროს პერიტონიტის სიმპტომების გამომჟღავნებით ახდენენ ორიენტირებას. ექიმს უნდა ახსოვდეს, რომ მწვავე ქოლაციისტიტი უპირატესად რთულდება ქოლანგიტით, სეფსისით და აბსცედირებული ჰეპატიტით, რომლებიც უთუოდ საშიშია ავადმყოფის ჯანმრთელობისათვის. ექიმის შეცდომად უნდა ჩაითვალოს, თუ იგი ეძებს პერიტონიტის სიმპტომებს, მათი არარსებობის შემთხვევაში თვითკმაყოფილება!; ეძლევა და ოპერაციიდან დროებით თავს იკავებს. როდესაც პერიტონიტის სიმპტომები მქლავნდება, ავადმყოფის მდგომარეობა უკვე ძალზე მძიმეა და შეუქცევადიც.

კლინიკური გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ მწვავე ქოლაციისტიტის დიაგნოზის დაზუსტებამდე ანტიბიოტიკების, ნარკოტიკული საშუალებებისა და სხვადასხვა სახის ნოვოკაინური ბლოკადის გაკეთებას თან სდევს ავადმყოფის მდგომარეობის არასწორი შეფასება. ანტიბიოტიკებს შეუძლიათ შეამცირონ ტემპერატურა, ლეიკოციტოზი; ნარკოტიკები ასუსტებენ ტკივილის ინტენსივობას, მაგრამ გავლენას ვერ ახდენენ ნაღვლის ბუშტის ანთების მიმდინარეობაზე. უოპერაციოდ გარდაცვილ ავადმყოფებს, რომლებსაც უტარდებოდათ ინტენსიური ანტიბიოტიკოთერა-

პია, გაკვეთაზე ხშირად აღმოჩენიათ ნალვლის ბუშტის განგრენა, მისი პერფორაცია, ქოლანგიტი, ღვიძლის დეგენერაციული ცვლილებები და სხვა გართულებები. იგივე ცვლილებები, როგორც ცნობილია, არაიშვიათად ყოფილა კონსტანტირებული, როდესაც ავადმყოფებს ანტიბიოტიკებით მკურნალობდნენ და ოპერაცია დაგვიანებით გაუკეთდათ. გადაუღებელი თერაპიის სახელმძღვანელოებში რეკომენდებულია ქირურგს მწვავე ქოლეცისტიტიანი ავადმყოფი მაშინ გადაეცეს, როდესაც ენერგიული ანტიბიოტიკოთერაპიითა და სხვა მედიკამენტებით მკურნალობის მიუხედავად მას ნალვლის ბუშტის პერფორაციისა და პერიტონიტის ნიშნები განუვითარდება. ვფიქრობ, ეს უხეში ტაქტიკური შეცდომაა. მწვავე ქოლეცისტიტით დაავადებული ყოველი ავადმყოფი, როგორც წესი, თავიდანვე ქირურგის მეთვალყურეობის ქვეშ უნდა იყოს. სანალვლე გზებზე ოპერაციების დროს მოსალოდნელია სხვადასხვა სახის შეცდომა, გართულება და საშიშროება.

ცნობილია, რომ მწვავე ქოლეცისტიტის ქირურგიული მკურნალობის დროს არჩევითი წესია ქოლეცისტექტომია. ამასთანავე, ამა თუ იმ მიზეზით ამ ოპერაციის გაკეთება თუ შეუძლებელია, ქირურგი უნდა შემოიფარგლოს ქოლეცისტოსტომიით, რომლის მიზანია სანალვლე გზების დეკომპრესია. პრაქტიკაში არაიშვიათია ორი უკიდურესობა — ქირურგი იშვიათად ან, პირიქით, ხშირად მიმართავს ამ ოპერაციას. ორივე პოზიცია მცდარია. ქოლეცისტოსტომიისათვის ჩვენებები შემდეგია: ხანდაზმულთა და მოხუცებულთა ასაკი, მკვეთრად გამოხატული კარდიოსკლეროზი. სხვადასხვა მიზეზით გაპირობებული ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობა, გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობა, ჩირქოვანი ქოლანგიტი /პ. ნაპალკოვი, 1955; ბ. კოროლიოვი, 1968). ალბათ, სჯობს ქოლეცისტოსტომიისაგან თავშეკავება შეეზუბებული ნალვლის ბუშტის პირობებში. როგორც ცნობილია, ზოგიერთი ქირურგი, პირიქით, ასეთ შემთხვევებში ქოლეცისტოსტომიის გაკეთებას ამჯობინებს. რა თქმა უნდა, არც ის არის სწორი. როდესაც მიზანშეწონილად მიიჩნევენ 60 წელზე მეტი ასაკის ავადმყოფს მწვავე ქოლეცისტიტის დროს გაუკეთდეს მხოლოდ ქოლეცისტოსტომია. ვფიქრობ, უფრო მეტი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის საერთო მდგომარეობას და არა მის ასაკს. საილუსტრაციოდ მოკლედ აღწერათ ორ კლინიკურ შემთხვევას.

ავადმყოფი კ., 71 წლის ქალი, კლინიკაში მოთავსდა მწვავე ქოლეცისტიტის დიაგნოზით, ჩიოდა მარჯვენა ღერძქვეშა მდამოში შეტევითი ხასიათის ტკივილზე, გულისრევაზე, ტემპერატურის მომატებაზე, ამ ნოვლენებით 3 დღე სახლში იმყოფებოდა, იღებდა ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებს, რომლებიც შედარებით უმსუბუქებდნენ ტკივილს. ანამნეზში ავადმყოფმა მიუთითა დაავადების 5 წლის ხანგრძლივობაზე. გა-

კეთებული ჰქონა ქოლევისტოგრაფია, რომელზეც ნაღვლას ბუშტში კონკრემენტების ჩრდილები აღმოჩენილა. პერიოდულად მეურნალობდა კურორტული ფაქტორებით, ხანგრძლივად იცავდა დიეტას. მორიგ შეტევას, რომლის გამოც საავადმყოფოში მოთავსდა, ავადმყოფი დიეტური რეჟიმის დარღვევას უკავშირებდა.

ობიექტურად: ავადმყოფის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი. კანის ფერი ჩვეულებრივი, კანვევა ცხიმი სუსტად გამოხატული. მაჭა წუთში 100, რითმული. არტერიული წნევა 145/75 მმ სინდიის სეტიისა; ენა სველი, შელესილი, მუცელი სუნთქვაში მონაწილეობს. პალპაციით რბილი, უმტკივნეულო, გარდა მარჯვენა ფერდვევაში მონაწილეობს, სადაც პალპაციით ზომიერი რიგიდობაა. ნაღვლის ბუშტის საპროექციო არე მკვეთრად მტკივნეული, ტკივილი ვრცელდება წელის მდამოსვენ. სისხლის თეთრა ბურთულების რაოდენობა 14.000. ლეიკოციტური ფორმულა მარცხნივ არის გადახრილი. ელს აჩქარებული. ტემპერატურა 37 — 38,0° ფარგლებში. დაისვა მწვევე კალკულოზური ქოლევიატის დიაგნოზი და სათანადო მომზადების შემდეგ, საავადმყოფოში მიყვანიდან 24 საათში ავადმყოფის ინტუბაციური ნარკოზით გაუკეთდა ოპერაცია — ქოლევისტოტომია. გაკეთდა ინტრაოპერაციული ქოლანგოგრაფია, ლეიძლის გარეთა სანაღველ სადარებოში კონკრემენტის ჩრდილი არ აღმოჩნდა. ნაღვლის ბუშტის ბუდე ლეიძლის ზედაპირზე შეძლებისდაგვარად იქნა პერიტონიზირებული, პერიტონეუმის ღრუში ჩაისხა კანამიცილის ხსნარი, შეტანილია 1 დრენაჟი და 2 ტამპონი, რომელთა ირგვლივ ჭრილობა შრეების მიხედვით კვანძოვანი ნაკერებით გაიყვრა. ამოკვეთილ ნაღვლის ბუშტის ღრუში აღმოჩნდა ალუბლის კურკის ოდენობის 5 ენჯი, ბუშტის ლორწოვანი გარსი ზოგან მაცერირებული და მკვეთრად ჰიპერემულია. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი გართულების გარეშე. ავადმყოფი განიკურნა.

მიუხედავად ავადმყოფის ხანდაზმულობისა, ვინაიდან მისი მდგომარეობა არ იყო მძიმე და ოპერაციის დროს არ აღმოჩნდა ნაღვლის ბუშტის დესტრუქციული ცვლილებები, გადაწყდა რადიკალური ოპერაციის გაკეთება. ავადმყოფმა ოპერაცია გართულებას გარეშე გადაიტანა და განკურნებული გაეწერა საავადმყოფოდან.

ქვემოთ აღწერილ მეორე შემთხვევაში ავადმყოფი ხანდაზმულია. მისი საერთო მდგომარეობაც მძიმე. ამის გამო მას გაუკეთდა პალიატიური ოპერაცია — ქოლევისტოსტომია. ავადმყოფის მდგომარეობა თანდათანობით გაუმჯობესდა.

დაახლოებით 28 წლის წინათ მოთავსდა საუწყებო საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში ჩივილით მაღალ ტემპერატურასა და შემოცენებაზე, ნაღვლით ლებინებაზე, ტკივილზე მუცლის მარჯვენა ნახევარში, მუცლის შებერილობასა და ყაბზობაზე. აღნიშნული მოვლენები საავადმყოფოში შემოსვლამდე ორი დღით ადრე დაწყებია. მუცლის მარჯვენა ნახევარში ყრუ, ხანგამოშვებოტ ტკივილს რამდენიმე წლის განმავლობაში გრძნობდა და ძირითადად მის აღმოცენებას ცხიმიანი საკვების მიღებას უკავშირებდა.

ობიექტურად: ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა მძიმე, აღენიშნება კანისა და სკლერების სუბიქტურულობა; გულის ტონები მოყრუებული, მაჭა სუსტი ავსებისა და დაქიშულობის, წუთში 96, ერთეული ექსტრასისტოლებით. არტერიული წნევა 175/100 მმ სინდიის სეტიისა. ენა მშრალი, შელესილი; მუცელი შებერილი, პერკუსიით ტიმპანტი, პალპაციით რბილი, ზომიერად გადიდებული, ღრმა პალპაციით ისრუჭება გადიდებული და მტკივნეული ნაღვლის ბუშტი. ტემპერატურა 39°; სისხლის

თეთრი ბურთულეების რაოდენობა 11000. ლეიკოციტური ფორმულა მარცხნივ გადახრილი; ელ — 42 მმ 1 ს. ეკგ-ზე კორონარული ათეროსკლეროზისათვის დამახასიათებელი ცვლილებები; ექსტრასისტოლური არითმია.

ექიმთა კონსილიუმმა, რომლის შემადგენლობაში იყვნენ ქირურგები და თერაპევტები, დასვა მწვავე ქოლევისტიტისა და ქოლანგიტის დიაგნოზი და განსაზღვრა ოპერაციის ტაქტიკა — „ოპერაცია გაკეთდეს ადგილობრივი ანესთეზიით, ოპერაციული ჩარევა შემოისაზღვროს ქოლევისტოსტომიით. საავადმყოფოში მიყვანიდან 4 საათის შემდეგ ავადმყოფი აიყვანეს საოპერაციო მაგიდაზე. ადგილობრივი ნოვოკაინური ანესთეზიით მარჯვენა მხრივი ტრანსრექტალური განაკვეთით გაიხსნა პერიტონეუმის ღრუ და ჩატარდა ნაღვლის ბუშტისა და ნაღვლის საერთო სადინარის რევიზია. ნაღვლის ბუშტი გადიდებული, ჰიპერემიული და დაჭიმულია; მრავლადაა მცირე ზომის კონკრემენტები; ნაღვლის საერთო სადინარში ბიდიგიტალური პალპაციით კონკრემენტი არ აღმოჩნდა. ღვიძლი გადიდებული და ზომიერად დაჭიმული. ნაღვლის ბუშტის ფუძეზე დადებულია ქისისებრი ნაყერა; ეს მიდამო 2 ტამპონით შემოიფარგლა და ქისისებრი ნაყერის ცენტრში ნაღვლის ბუშტის კედელი გაიკვეთა. ელექტროშემწოვი აპარატით ნაღვლის ვეკუთაიის შემდეგ კოურეტით ამოღებულია სხვადასხვა ზომის და ფორმის, უპირატესად მცირე ზომის, მრავალი კენჭი და ნაღვლის ბუშტში ანტროპოტიკების ხსნარის ჩასხმის შემდეგ ჩაიღო რეზინის ღრენაყი. ნაღვლის ბუშტის ფუძე პარაიესულ პერიტონეუმსა და აპონევროზს ვერ ამოეკერა, რადგან ანთებითი პროცესის გამო ნაღვლის ბუშტის მობილუზება ვერ მოხერხდა. ღრენაყის ირგვლივ კრილობა გაიკერა კვანძოვანი ნაყერებით შრეების მიხედვით. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ავადმყოფის მდგომარეობა თანდათანობით გაუმჯობესდა. მას უტარდებოდა ანტიბიოტიკოთერაპია, ინფუზიური თერაპია ვიტამინებით, დეზინტოქსიკაციური და კარდიალური საშუალებების კომპლექსით. საავადმყოფოდან გაეწერა ამბულატორიულ მკურნალობაზე გადაყვანილი.

აღწერილ შემთხვევაში, ვფიქრობ, ავადმყოფი სიკვდილისაგან იხსნა მკურნალობის სწორად არჩეულმა ტაქტიკამ — ადგილობრივი ანესთეზიით მინიმალურმა ოპერაციულმა ჩარევამ და ოპერაციის შემდგომი პეროდის გაურთულებელმა მიმდინარეობამ, რასაც ხელი შეუწყო ენერგიულმა ინტენსიურმა თერაპიამ.

ზემოთ უკვე აღინიშნა, რომ მწვავე ქოლევისტიტის ქირურგიული მკურნალობის არჩევითი წესია ქოლევისტექტომია. როგორც ცნობილია, ამ ოპერაციის დროს ნაღვლის ბუშტის გამოთავისუფლების 2 მეთოდიკა არსებობს — ფუძიდან და ყელიდან. თითოეულ მათგანს აქვს თავისი ჩვენებები, უპირატესობები და ნაკლოვანებები. ნაღვლის ბუშტის მწვავე ანთების პირობებში უფრო მიზანშეწონილია ბუშტის ფუძიდან გამოთავისუფლება, თუმცა ამ დროს გარკვეული სიფრთხილეა საჭირო. მაგალითად, ნაღვლის ბუშტში წვრილი კენჭების არსებობისას შესაძლებელია რომელიმე კენჭმა ბუშტიდან სადინარში გადაინაცვლოს და ბუშტის ამოკვეთის დროს იგი შეუმჩნეველი დარჩეს. ოპერაციის დროს ამგვარი მდგომარეობა ქირურგს ყოველთვის უნდა ახსოვდეს. ყელიდან ბუშტის გამოთავისუფლებას არაიშვიათად ახლავს ტექნიკური სიძნელე-

ები ქსოვილთა ანთებითი ცვლილებების გამო და არ არის გამორიცხული ტექნიკური შეცდომებიც. ამ დროს თუ ოპერატორი ჭარბი ძალით ცდილობს ბუშტის ამოწევას, შესაძლოა ამან გამოიწვიოს ჰეპატიკოქოლედოქის აცლა ჰეპატიკოდუოდენალური იოგის ქსოვილიდან. ამ გარემოებას შესაძლოა ხელი შეუწყოს იმანაც, რომ ოპერაციის ამ ეტაპზე ქირურგს უკვე გაკვეთილი აქვს პერიტონეუმის ფურცელი. ნაღვლის ბუშტის ყელიდან, ან იშვიათად ფუძიდან, გამოთავისუფლების დროს, მაშინ როდესაც ქირურგი სწრაფად და თამამად თიშავს შეხორცებებს, შესაძლებელია შემთხვევით დაზიანდეს ნაღვლის საერთო სადინარი ან საკუთრივ ღვიძლის საერთო სადინარი.

ღვიძლის გარეთა სადინარების დაზიანება სხვადასხვა ტიპისაა და შესაძლოა ეს ყველაფერი სხვადასხვა პირობებში მოხდეს. ასეთ პირობებში გარკვეული მნიშვნელობა აქვს ღვიძლის გარეთა სანაღვლე გზების ანატომიურ ვარიანტებსაც, რომელთა ცოდნა ქირურგისათვის სავალდებულოა. ზოგჯერ ქირურგი შემთხვევით გადაკვანძავს სადინარს ან მის კედლის ნაწილს მოკვეთს მთლიანი დაზიანების გარეშე. ისეც ხდება, რომ სისხლძარღვთა დამკერით ქირურგი სისხლდენის დროს სადინარის სანათურს დაახშობს და გაჰყვტს ან სადინარის სანათურს შეცდომით დაახშობს მისი გაკერვით. ზოგჯერ სადინარში გაჩხერილია სანათურზე უფრო მოზრდილი კენჭი და ამ უკანასკნელის ამოღება რამდენაღმე უხეში მანიპულაციით სადინარის ჭრილობის კიდეების გასკდომასთან არის დაკავშირებული. ქირურგს უნდა ახსოვდეს, რომ არაიშვიათია ანომალიურად მდებარე სადინარების გადაკვეთა და ამის მიზეზი თითქმის ყოველთვის ოპერატორის სიჩქარე და ქსოვილებში გაურკვეველობაა. იმ დროს, როდესაც ჯერ კიდევ არ მიმართავდნენ ინტრაოპერაციულ ქოლანგიოგრაფიას და ქირურგები სანაღვლე გზებისა და ფატერის ღვრილის გამტარობას ლითონის ზონდით არკვევდნენ, არაიშვიათი იყო ამ უკანასკნელით სადინარის ლორწოვანი გარსის დაზიანებისა და ყალბი გზის შექმნის, აგრეთვე პანკრეასის თავის დაზიანების შემთხვევები. თანამედროვე პირობებში ინტრაოპერაციულ ქოლანგიოგრაფიასთან დაკავშირებით ასეთი გართულების შესაძლებლობა მინიმუმამდეა დაყვანილი.

ორიოდე სიტყვა ინტრაოპერაციული ქოლანგიოგრაფიის შესახებ. წინადადება ამ მეთოდის ოპერაციის დროს გამოყენების შესახებ 1935 წ. Mirizzi-მ წამოაყენა, რაც მსოფლიოში სწრაფად გავრცელდა. თუ ქრონიკულად მიმდინარე კალკულოზური ქოლეცისტიტის გამო წარმოებულ ოპერაციის დროს საყოველთაოდ აღიარებულია ინტრაოპერაციული ქოლანგიოგრაფია, მწვავე დესტრუქციული ქოლეცისტიტის დროს ზოგიერთნი თავს იკავებენ ამ მეთოდისაგან. საქმე იმაშია, რომ მსგავს შემ-

თხვევებში აღწერილია ისეთი გართულებები, როგორცაა ღვიძლის აბსცესი, ქოლანგიტი და პანკრეატიტი ფატალური შედეგით. ინტრაოპერაციული ქოლანგიოგრაფიის დროს სიფრთხილეა საჭირო, რათა საკონტრასტო ნივთიერების სადინარში შეყვანა დიდი წნევით არ მოხდეს. ა. უგოლვეი /1961/ მიუთითებს, რომ ექსპერიმენტში წყლის სვეტის 200 — 300 მმ-ზე მეტი წნევის განვითარება საერთო სადინარში სითხის შეყვანით იწვევს ვირზუნგის სადინარის ეპითელიუმის დაზიანებას და მწვავე პანკრეატიტის განვითარებას.

უთუოდ ზემოაღნიშნული გარემოება ჰქონდა მხედველობაში დიდი გამოცდილების მქონე საკმაოდ პოპულარულ ქირურგს, როდესაც მან მწვავე კენჭოვანი ქოლეცისტიტის გამო თბილისის ერთ-ერთ საავადმყოფოში სასწრაფო ქოლეცისტექტომიის დროს არ გაუკეთა ინტრაოპერაციული ქოლანგიოგრაფია ავადმყოფ კ.-ს, 60 წელს მიღწეულ მამაკაცს, როდესაც მუცლის ღრუ სათანადო დრენირების შემდეგ დახურა. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი მძიმედ მიმდინარეობდა. დრენაჟიდან, რომლის წვერი ბუშტის სადინარის ტაკვთან იყო მიტანილი, ნალველმა იწყო დენა. ოპერაციიდან მე-3 კვირას გაკეთდა ფისტულოგრაფია და რენტგენოგრაფიაზე აღმოჩნდა ფატერის დვრილის მიდამოში სადინარში გაჩხერილი კენჭი, რომლის არსებობა საერთო სადინარის ხელით გასინჯვისას ოპერატორმა ვერ შენიშნა. შემდგომში საჭირო შეიქნა განმეორებითი ოპერაცია — ქოლედოქოდუოდენოსტომია, რის შემდეგ ნალველოვანი ფისტულა მალე დაიხურა. ავადმყოფი გამოჯანმრთელდა.

აღწერილ შემთხვევაში მოხდა ბუშტის სადინარის ტაკვის გახსნა. რომლის მიზეზი, ვფიქრობ, ნალვლის საერთო სადინარის კენჭოვანი ობტურაციით გამოწვეული ჰიპერტენზია იყო. მოხდა თავისთავადი დეკომპრესია. ინტრაოპერაციული ქოლანგიოგრაფიით კენჭის აღმოჩენა სადინარის დისტალურ ნაწილში შესაძლებელი იქნებოდა და ოპერაციის გეგმაც შესატყვისად შეიცვლებოდა.

ნალვლის საერთო სადინარის დაზიანება შესაძლებელია შემთხვევით მოხდეს არა მარტო სანალველ გზებზე ოპერაციების დროს. მაგალითად, კუჭის რეზექციის დროს, რომელიც კიბოს ან თორმეტგოჯა ნაწლავის დაბალი წყლულის გამო კეთდება, ქირურგმა შეიძლება შეცდომით გადაკვანძოს ან გაკეროს ნალვლის საერთო სადინარი. სანალველ სადინარის ნებისმიერი დაზიანების დროს ქირურგმა მყისვე უნდა აღადგინოს მისი მთლიანობა. ამიტომ იგი კარგად უნდა ფლობდეს სათანადო ოპერაციულ ტექნიკასაც.

ქოლეცისტექტომიის დროს დიდ საშიშროებას წარმოადგენს ღვიძლის არტერიისა და მისი განტოტებების დაზიანება. ეს უპირველესად ხდება

ამ არტერიისა და მისი ტოტების ანომალიების დროს, რაც შემთხვევათა 45%—ში აღინიშნება. ანომალია სხვადასხვა ვარიანტისაა და მისი ცოდნა ქირურგისათვის სავალდებულოა.

ძველთაგანვე არსებობს ღვიძლის არტერიისა და მისი განტოტებების დაზიანების თავიდან აცილების წესი. იმისათვის, რომ შემთხვევით არ გადაიკვეთოს საკუთრივ ღვიძლის არტერია, რაც საბედისწეროა, საჭიროა სისხლძარღვები გადაიკვანძოს უშუალოდ ნაღვლის ბუშტის ყელისა და სხეულის სიახლოეს. ყველა შეხორცებითი ზონარი, რომელიც ნაღვლის ბუშტის ყელის მარცხენა მხრიდან გამოდის, საჭიროა ორ ლიგატურათა შორის გადაიკვეთოს. გადაკვეთილი ზონარის ტაკვში ყოველთვის შეიძლება შემჩნეულ იქნას არტერიული სისხლძარღვის განივად გადაჭრილი სანათური.

ქოლეცისტექტომიის დროს ქირურგმა ცალ-ცალკე ლიგატურებით უნდა გადაკვანძოს ნაღვლის ბუშტის სადინარი და არტერია. თუ იგი ერთი ლიგატურით ახდენს ამ ორი ანატომიური წარმონაქმნის გადაკვანძვას. ეს მისი ტექნიკის მანკიერებაა. უფრო მეტიც, იგი საშიშია სისხლდენის შესაძლო განვითარების მხრივ, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ლიგატურისათვის კეტგუტი გამოიყენება. არ შეიძლება ბუშტის სადინარის გრძელი ტაკვის დატოვება, რადგან ეს შესაძლებელია ახალი კენჭის წარმოქმნის ადგილსამყოფელი გახდეს.

მასიური შეხორცებებისა და ინფილტრატების არსებობის პირობებში ჩატარებული ოპერაციის დროს შესაძლებელია კარის ვენის დაზიანება, რაც ძლიერ სისხლდენას იწვევს; ამ დროს სისხლძარღვზე მომჭერის დადება არ შეიძლება, რადგან ამას ავადმყოფის სიკვდილი მოყვება. რჩება ერთი შესაძლებლობა — სისხლძარღვის მთლიანობის აღდგენა მის კედელზე ნაკერების დადებით, რაც შემდეგნაირად უნდა გაკეთდეს. ქირურგს ერთი თითი შეაქვს ვინსლოვის ხვრელში, ხოლო მეორე თითს აქერს ჰეპატოდუოდენალურ იოგს და კარის ვენას. საოპერაციო ველიდან სისხლის ამომშრალების შემდეგ დაზიანებული ვენის კედელი იკერება. კარის ვენაზე თითის დაჭერა და სისხლის მიმოქცევის შეჩერება 20 — 30 წუთზე მეტ ხანს არ შეიძლება, რადგან ეს ავადმყოფის სიცოცხლისათვის საშიშია. იგივე წესით უნდა მოხდეს სისხლდენის შეჩერება ღვიძლის არტერიის დაზიანების დროსაც.

ამ აზრს ადასტურებს ქვემოთ აღწერილი ჩვენი ერთი შემთხვევაც, რომელიც მოხდა 30 წლის წინათ ერთ-ერთ საუწყებო საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში, რომელსაც იმ დროს მე ვხელმძღვანელობდი.

ავადმყოფი მ., 54 წლის მამაკაცი, სასწრაფოდ მოიყვანეს საავადმყოფოში აზერ-ბაიჯანის რესპუბლიკის კახანის რაიონიდან, რომელიც საქართველოს ტერიტორიას ესაზღვრება. განყოფილებაში შემოსვლის დროს ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა მძიმე იყო. მას აწუხებდა შეტევითი ტივილი იარკვენა ფერდქვეშა არეში, მაღალი ტემპერატურა და პირღებინება. ყაბჯობა და ძლიერი სისუსტე. აღნიშნული მოვლენები ერთი კვირის წინათ თანდათან დაწყებია. ამ ხნის განმავლობაში ექიმისათვის არ მიუ-მართავს.

ობიექტურად: მძიმე მდგომარეობა, კანი და ლორწოვანი გარსები სუბიქტურული, გულის ტონები მოყრუებული. აღენიშნება ტაქიკარდია (110 წ/წ), მაქა სუსტი აესებისა და დაკვირვების. არტერიული წნევა 100/50 მმ სინდიის სვეტისა. ენა მშრალი, მუცე-ლი შებერილი, სუნთქვაში არ მონაწილეობს, აღნიშნება მუცლის წინა კედლის კუნ-თების რიგილობა, განსაკუთრებით მარჯვნივ, ზედა ნახევარში, შიოტკინ-ბლუმბერგის ნიშანი დადებითი.

ლვიძლის ქვედა კიდე პალპაციით ისინჯება ნეკნთა რკალს გარეთ 4 სმ-ზე. სისხლის თეთრი ბურთულების რაოდენობა 18 000. ზოგადი პერიტონიტით გართულებულა მწვავე ქოლესისტიტის დიაგნოზით ავადმყოფი სასწრაფოდ იქნა აყვანილი საოპერაციო მაგიდაზე განყოფილებაში მოყვანიდან 3 საათს შემდეგ.

ეთერის ნიღბიანი ნარკოზით (ყანგბადის დამატებით) მუცლის ღრუ გაიხსნა შუა ხაზზე ზედა ლაპაროტომიით. პერიტონეუმის ღრუდან გადმოიღვარა ნაღველშერეული ჩირქოვანი გამონადენი. ჩირქოვანი ნადებები აღნიშნა კუქისა და ნაწლავების სერ-ოზულ ზედაპირზე. ღვიძლი შეგუბებული და გადიდებული, ნაღვლის ბუშტის ფუძე პერფორირებული, აქვე პერიტონეუმის ღრუში არის თავისუფლად მდებარე კენჭი, თვით ბუშტი ფლევგმონური ცვლილებებით. მისი სხეული ყელის ჩათვლით მკიდრო შეხორცებებში. კრილობის სიღრმეში მოზრდილი ინფილტრატი.

გაჭირვებით მოხერხდა ნაღვლის ბუშტის ფუძიდან გამოთავისუფლება; იგი ყელთან გადაიკვანძა და მოიკვეთა. ბუშტის ღრუში მრავლობითი კენჭები. კრილობის სიღრმის ამომშრალების დროს უეცრად ძლიერი სისხლდენა ატყდა, რომლის დროებით შეჩე-რება მოხერხდა ორ თითს შორის ჰეპატოდუოდენალური იოგის მიქცელტით, ინფილ-ტრირებული უზნიდან ვერ გამოთავისუფლდა სისხლმდენი სისხლძარღვების კედელი მასზე ნაკერების დასადებად. ისღა მოხერხდა, რომ სისხლმდენ ადგილზე ქსოვილებს დაედო კობერის მომჭერი და ეს ადგილი აბრეშუმის ლიგატურით გადაიკვანძა.

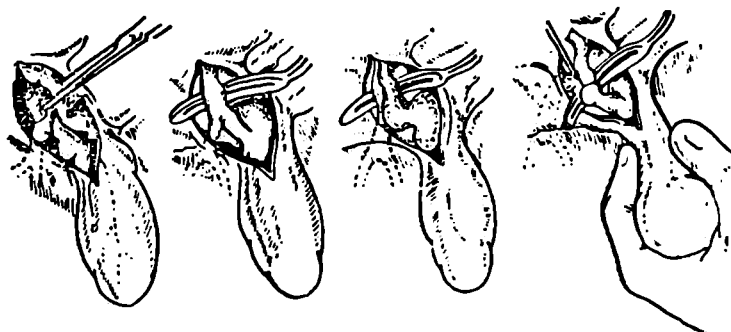
ოპერაციის შემდგომი პერიოდი მძიმე. უტარდებოდა ინტენსიური თერაპია. ოპე რაციიდან 48 საათის შემდეგ ავადმყოფი მოკვდა.

პათოლოგანატომიურ გაკვეთაზე ლიგატურაში აღმოჩნდა ღვიძლის არტერია.

ეს შემთხვევა რაიმე განსაკუთრებულ კომენტარს არ საჭიროებს. დაშვებული იყო შეცდომა ღვიძლის არტერიის გადაკვანძვის სახით.



ტექნიკური სირთულის გამო ვერ მოხერხდა მასიური ინფილტრირებული ქსოვილებიდან დაზიანებული არტერიის პრეპარირება მისი გაკერვის მიზნით.



სურ. 3. სანაღვე სადინარების დაზიანება ქოლეცისტექტომიის დროს.

მწვავე ქოლეცისტიტის დროს ქოლეცისტექტომიასთან ერთად შესაძლებელია საჭირო გახდეს ქოლედოქტომიაც. კენჭოვანი ქოლეცისტიტის დროს, როგორც ცნობილია, არაიშვიათია კენჭის არსებობა ნაღვლის საერთო სადინარშიც. ქოლედოქტომიური განაკვეთი სადინარის დისტალურ ნაწილში 2 სმ-ით არ უნდა აღწევდეს თორმეტგოჯა ნაწლავის კედელს, რადგან ამ ადგილის სიახლოვეს ყოველთვის არსებობს პანკრეატიკო-დუოდენალური არტერიისა და არაიშვიათად გასტროდუოდენალური არტერიის დაზიანების საშიშროება. ნაღვლის საერთო სადინარის წინა კედელს უნდა დაედოს 2 ნაკერი — დამპერისა და ძაფების ოღნაე აწევით მათ შორის უნდა გაიხსნას სადინარის სანათური. ეს იმიტომ, რომ ჩაფუშული სადინარის პირობებში ადვილი შესაძლებელია შემთხვევით მისი უკანა კედლის გაკვეთაც. არ შეიძლება ქირურგმა ნაღვლის საერთო სადინარის წინა კედლის გაკვეთა ბუშტის სადინარის ტაკვიდან დაიწყოს.

ნაღვლს საერთო სადინარში მრავლობითი კენჭების არსებობის დროს საჭიროა ყოვლის საშუალებით მათი მოცილება. ოპერაციის ეს

ეტაპი გულდასმით და ნაზად უნდა შესრულდეს. ზოგჯერ კოვზით უხე-  
ში მანიპულაციის შედეგად ზიანდება სადინარის ლორწოვანი გარსი,  
რასაც შეიძლება სანათურის ნაწიბუროვანი შევიწროება მოყვეს.

ქოლედოქტომიის შემდეგ სადინარის კედლის მთლიანობის აღდ-  
გენა ყრულ გაკერვით მხოლოდ იმ შემთხვევაში შეიძლება, თუ ქირურ-  
გი სავსებით დარწმუნებულია, რომ მან ყველა კენჭი ამოიღო. თუ ამაში  
ეჭვი ეპარება, მან სადინარის დრენირება უნდა გააკეთოს. ამან შეიძ-  
ლება ავადმყოფის მდგომარეობა მკვეთრად გააუარესოს, განსაკუთრე-  
ბით ფატერის დვრილის გაუვალობის დროს, რომლის შედეგად საერთო  
სადინარის სრული ფისტულა ჩამოყალიბდება. ფატერის დვრილის გაუ-  
ვალობის შემთხვევაში უნდა გაკეთდეს ტრანსდუოდენალური პაპილო-  
ტომია ან ქოლედოქტოდენოსტომია, რომელსაც ქირურგთა უმრავ-  
ლესობა ამჟამად უპირატესობას ანიჭებს.

ნაღვლის საერთო სადინარის დრენირებისათვის არსებობს შემდე-  
გი ჩვენებები — ჩირქოვანი ქოლანგიტი, ნაღვლის საერთო სადინარის  
პუნქციით მიღებული ჩირქიანი ნაღველი, ობტურაციული სიყვითლისა  
და დესტრუქციული ქოლეციტიტის დროს ნაღვლის საერთო სადინა-  
რიდან კენჭების ან საგოსებური მასის ამოღება.

ჰეპატიკოქოლექტომის დრენირება ფანჯარიანი რეზინის მილით, რო-  
მელიც ა. ვ. ვიშნევსკის მიერ არის რეკომენდებული, საშუალებას იძ-  
ლევს გაატაროს ნაღველი თორმეტგოჯა ნაწლავის მიმართულებითაც.  
რეზინის დრენაჟი საერთო სადინარის კრილობიდან შეტანილ უნდა იქ-  
ნას ღვიძლის სადინარში, მისი წვერი მოთავსდეს სადინარის გაორკა-  
პებამდე და ამ მდგომარეობაში დაფიქსირდეს. ასეთ პოზიციაში რეზინ-  
ის მილზე გვერდით გამოჭრილი ფანჯარა მთლიანად ამ სადინარის სა-  
ნათურში თავსდება. მილი არ უნდა ახდენდეს ჰეპატიკოქოლექტომის  
სანათურის დახშობას, რათა ნაღველმა გარდა მილის სანათურისა, მის  
ირგვლივაც იდინოს. დრენაჟის ირგვლივ საერთო სადინარის კრილობა  
კვანძოვანი ნაკერებით უნდა დაიხუროს. თვით დრენაჟი სადინარის  
კრილობის ზედა კუთხეში თავსდება, სადაც უნდა მოხდეს კედელთან  
მისი ფიქსირება კეტგუტით და არა აბრეშუმის, ძაფით, რაც უხეში  
შეცდომა იქნებოდა. ამჟამად T-ს მაგვარი დრენაჟი ბევრ ქირურგს მი-  
ტოვებული აქვს სხვადასხვა მოტივით. ამ დრენაჟის გამოყენების აბ-  
სოლუტური წინააღმდეგჩვენება მართალია არ არსებობს, მაგრამ, თუ  
ის ამჟამად მაინც გამოიყენება, შემდეგ პირობებს უნდა აკმაყოფილებ-  
დეს — დამზადებული უნდა იყოს უმაღლესი ხარისხის მყარი, რბილი  
რეზინისაგან, მაგრამ არ უნდა იყულიტებოდეს; მთლიანად ჩამოსხმული  
უნდა იყოს და არა მიწებებული, ორგ. მიღისაგან; შექმნილი, თუნდაც

ველკანიზებული. ყველა ამ პირობას აკმაყოფილებს პოლიურეთანისაგან ჩამოსხმული T-ს მაგვარი სადრენაჟო მილი, რომელიც შექმნილია ლ. ძაგნიძის მიერ საქართველოს სსრ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს ექსპერიმენტული და კლინიკური ქირურგიის ინსტიტუტში. პოლიურეთანისაგან დამზადებული მილები წარმატებით გამოიყენება კლინიკაში. T-ს მაგვარი მილი ნაღვლის საერთო სადინარში შეტანის დროს ჯერ მის დისტალურ ნაწილში თავსდება ერთი ბოლოთი, რომელიც 2—3 სმ-ის სიგრძისაა, ხოლო შემდეგ პროქსიმალურ ნაწილში თავსდება მეორე ბოლოთი, რომლის სიგრძე 1 სმ-ს არ აღემატება. უფრო მეტმა ზომამ შეიძლება დაახშოს ღვიძლის სადინარის ბიფურკაცია.

მწვავე ქოლეცისტიტის გამო წარმოებულ ქოლეცისტექტომიის შემდეგ საჭიროა პერიტონეუმის ღრუს დრენირება. აღწერილია მრავალი შემთხვევა, როდესაც ნაოპერაციევი ქრილობა ყრუდ გაუკერიათ და ოპერაციის შემდეგ ნაღვლის ბუშტის ბუდიდან ნაღვლის დენით განვითარებულა მწვავე პერიტონიტი ლეტალური შედეგით. პერიტონეუმის ღრუს ყრუდ დახურვა ნაღვლის ბუშტის ამოკვეთის შემდეგ შეიძლება მხოლოდ ქრონიკული ქოლეცისტიტის დროს, თუმცა ამასაც თავისი მკაცრი ჩვენებები აქვს. ოპერაციის დროს არ უნდა დაზიანდეს ღვიძლის აბერანტული სანაღვლე სადინარები ნაღვლის ბუშტის ბუდის არეში, არ უნდა მოხდეს ბუშტის პენეტრაცია ღვიძლში, საიმედოდ უნდა გადაიკვანძოს ბუშტის სადინარი, ქირურგი დარწმუნებული უნდა იყოს ნაღვლის საერთო სადინარის გამავლობაში. პერიტონეუმის ღრუ შეიძლება ყრუდ გაიკეროს, აგრეთვე, თუ ოპერაციის დროს არ იყო გახსნილი საერთო სადინარი, სისხლდენა საიმედოდ იყო შეჩერებული, პერიტონეუმის ღრუში არ იქნა შეტანილი ინფექცია და ბუშტის ბუდის პერიტონიზაცია კარგად მოხერხდა. რა თქმა უნდა, აქ ჩამოთვლილი პირობების გათვალისწინება ოპერაციის დროს და ისიც სრული გარანტიით, ქირურგისათვის ერთობ ძნელია. თუ ერთ-ერთი ამ პირობათაგანი არ შესრულდა, აუცილებლად საჭიროა პერიტონეუმის ღრუში დრენაჟის დატოვება.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში შეიძლება განვითარდეს ესა თუ ის გართულება, რომელთა დიდი ნაწილი ოპერაციული ტექნიკის ნაკლოვანებებს უნდა მიეწეროს. პირველ რიგში უნდა დავასახელოთ სხვადასხვა ხასიათის სისხლდენები (ბუშტის არტერიიდან ლიგატურის მოძრობა, ღვიძლის ქსოვილის დაზიანება, გათიშულ შეხორცებათა სისხლძარღვების გადაუკვანძვობა და ა. შ.), მექანიკური სიყვითლე (კენჭოვანი წარმოშობის ან სადინარის შემთხვევითი დაზიანების შემდეგ მისი აღდგენით და დავიწროებით), ქოლანგიტი, ჰეპატიტი, ღვიძლის მწვავე

უკმარისობა, მწვავე პანკრეატიტი, სუბდიაფრაგმული აბსცესი, სეფსი-  
სი, კუჭის მწვავე გაგანიერება, პნევმონია, თრომბოემბოლია და კიდევ  
სხვა პათოლოგია.

ქოლეცისტექტომიის შემდგომ გართულებათა შორის განსაკუთრე-  
ბული ადგილი უჭირავს ე. წ. პოსტქოლეცისტექტომიურ სინდრომს.

ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფის სიკვდილის მიზეზთა შორის ყვე-  
ლაზე ხშირია პერიტონიტი და პნევმონია, რომლებიც აღინიშნება შემ-  
თხვევათა 37,4-დან 64,6 %-ში (ლ. გარვინი, 1966; ბ. ხრომოვი, 1957;  
ი. კორაბელნიკოვი, 1968).

მწვავე ქოლეცისტიტის ქირურგიული მკურნალობის შორეული  
შედეგები მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული დაავადების ხანგრძლი-  
ვობაზე, ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდგომ სხვადასხვა გართულე-  
ბაზე, სწორ ქირურგიულ ტექნიკაზე და ოპერაციულ ტექნიკაზე, ნაო-  
პერაციევი ავადმყოფის რაციონალურ რეჟიმზე.

### მწვავე პანკრეატიტი

მწვავე პანკრეატიტის სიხშირის შესახებ 10 — 15 წლის წინათ  
დამკვიდრებული იყო აზრი, რომ ეს დაავადება საერთოდ იშვიათია.  
ვ. ბრაიციევი (1949) დაავადების იშვიათობით ხსნიდა დიაგნოსტიკურ  
შეცდომებს, რაც მწვავე პანკრეატიტის შემთხვევებში ხშირი იყო.

ვ. ვოსკრესენსკი (1951) სამართლიანად აღნიშნავს, რომ მწვავე  
პანკრეატიტის იშვიათობა ნაწილობრივ იმაზეც არის დამოკიდებული,  
რომ ეს დაავადება ხშირად ამოუცნობია. ასე ხდება ჩვეულებრივ მაშინ,  
როდესაც მწვავე პანკრეატიტის მსუბუქი ფორმის დროს გასტრიტის,  
ალიმენტური ინტოქსიკაციის ან სხვა დაავადების დიაგნოზს სვამენ.

უკანასკნელი წლების სტატისტიკური მონაცემებით მწვავე პანკრე-  
ატიტის სიხშირემ მკვეთრად მოიმატა. როგორც ზოგიერთი ავტორი  
მიუთითებს, იმ დაავადებათა შორის, რომლებიც გაერთიანებულია  
„მწვავე მუცლის“ სინდრომში, მწვავე აპენდიციტისა და მწვავე ქოლე-  
ცისტიტის შემდეგ მწვავე პანკრეატიტს სიხშირით მესამე ადგილი უჭი-  
რავს. ჩვენმა ასპირანტმა რ. ტორჩუამ (1982) შეისწავლა მწვავე პან-  
კრეატიტის სიხშირე აფხაზეთის ასსრ სამკურნალო დაწესებულებების  
1967 — 1972 წწ. მონაცემების მიხედვით. აღმოჩნდა, რომ უკანასკნელ  
წლებში მწვავე პანკრეატიტის სიხშირემ საგრძნობლად მოიმატა. უკა-  
ნასკნელ ხანს, თუმცა ამ დაავადების მატების ტენდენცია, არ შეიმჩნე-  
ვა, მისი მაჩვენებელი აფხაზეთში მაინც მაღალია.

ჩვენი აზრით, მწვავე პანკრეატიტის იშვიათობა, რასაც წარსული წლების მკვლევარები აღნიშნავდნენ, ზუსტად შეესატყვისებოდა იმ პერიოდს, როდესაც ამ დაავადების დიაგნოსტიკა დაბალ დონეზე იყო და ხშირად შეცდომით სვამდნენ მწვავე ქოლეცისტიტის, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის, ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის, მოკარდიუმის ინფარქტის, მწვავე აპენდიციტი-სა და სხვა დაავადებათა დიაგნოზებს. სწორედ დიაგნოსტიკური შეცდომების თავიდან ასაცილებლად განსაკუთრებული ყურადღება უნდა გამახვილდეს მწვავე პანკრეატიტის დიფერენციულ დიაგნოზზე.

უკანასკნელ წლებში, მიუხედავად იმისა რომ საგრძნობლად გაუმჯობესდა მწვავე პანკრეატიტის დიაგნოსტიკა, ჯერ კიდევ ვვხვდებით შეცდომებს.

მწვავე პანკრეატიტის დესტრუქციული ფორმის დროს მისი კლინიკური სურათი კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციას წააგავს. ორთავე იწყება უეცრად და ძლიერი ტკივილით ეპიგასტრიუმში; ტკივილის რადიაცია ხდება წელ-ზურგის არეში; ორთავეს ახასიათებს ლებინება, თუმცა მწვავე პანკრეატიტს ყოველთვის და განმეორებით, ხოლო წყლულის პერფორაციას შედარებით იშვიათად. ორთავე ამ დაავადების დროს ავადმყოფის მდგომარეობა მძიმეა. მწვავე პანკრეატიტს ახასიათებს რბილი მუცელი, წყლულის პერფორაციას კი დაჭიმული და მკვრივი, როგორც ფიცარი. პერფორაციის დროს ტკივილის დასაწყისი იმდენად ძლიერია რომ ავადმყოფი ხანჯლის დარტყმას ამსგავსებს, შემდეგ იგი შედარებით მშვიდად არის და წევს მარჯვენა გვერდზე მუცელთან მიზიდული ქვედა კიდურებით. მწვავე პანკრეატიტის დროს ავადმყოფი ტკივილის გამო მოუსვენრდაა, საწოლში ბორბავს და ზოგჯერ ყვირის კიდევ. წყლულის პერფორაციისათვის ძალზე დამახასიათებელია პნევმოპერიტონეუმი და სპიჯარნის სიმპტომი (ღვიძლის მოყრუების ნაცვლად ტიმპანიტი). ეს ნიშნები შეიძლება არ იყოს მაშინ, როდესაც კუჭში ჰაერი არ არის, ძალზე პატარა პერფორაციული ხერხელი და იგი საკმლის მასებით არის დაცობილი. მწვავე პანკრეატიტის დროს, როგორც წესი, არც პნევმოპერიტონეუმი და არც ღვიძლის მოყრუება ქრება. Saydjar და Kahe (1959), თუ წყლულის პერფორაციას არ ახლავს პნევმოპერიტონეუმი, მიმართავენ კუჭში ზონდით ჰაერის შეყვანასა და შემდეგ რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას. ეს რეკომენდაცია მცდარია. განსაკუთრებით ძნელია ამ ორი დაავადების დიფერენცირება მიფარებული პერფორაციის დროს, მაგრამ გულდასმით შეკრებილი და კარგად გაანალიზებული ანამნეზით მაინც ხერხდება ქვემარტების დადგენა. მწვავე პანკრეატიტის დროს სისხლში და

შარდში ამილახა ხშირად მომატებულია, რაც წყლულის პერფორაციას არ ახასიათებს.

მწვავე პანკრეატიტს წააგავს აგრეთვე ნაწლავთა მწვავე გაუვალობა. ორთავე დაავადებისათვის დამახასიათებელია მუცლის ტკივილი. მაგრამ ნაწლავთა გაუვალობისაგან განსხვავებით, ტკივილი მწვავე პანკრეატიტის დროს ეპიგასტრიუმშია ან მას შეიძლება სარტყელისებური ხასიათი ექნეს, წვრილ ნაწლავთა მწვავე მექანიკური გაუვალობის დროს კი ტკივილი უფრო ხშირად მოვლითი ხასიათისაა და პერიოდულად აღმოცენდება მუცლის სხვადასხვა ნაწილში. ამ დროს სიფონის ოყნა და ორმხრივი პარანეფრალური ნოვოკაინური ბლოკადა ავადმყოფის მდგომარეობაზე რაიმე არსებით ზეგავლენას ვერ ახდენს მაშინ, როდესაც მწვავე პანკრეატიტითა და ნაწლავთა დინამიკური გაუვალობით დაავადებულნი გარკვეულ შეღავათს გრძნობენ. მწვავე პანკრეატიტის დროს, როგორც უკვე ითქვა, დამახასიათებელია ამილახას მომატება სისხლსა და შარდში. აღსანიშნავია, რომ კუჭკვეთა ჭირკვლის ნეკროზის შემთხვევებში შარდში ამილახას რაოდენობა უფრო ხშირად მცირდება. ეს კი ავადმყოფის მდგომარეობის გაუარესებასთან ერთად კუჭკვანა ჭირკვლის ფუნქციის შეწყვეტის მაუწყებელია და ამდენად საშიში ნიშანია. მწვავე პანკრეატიტით დაავადებულ ავადმყოფთა 80 % -ს აღენიშნება სისხლის თეთრი ბურთულების რაოდენობის მომატება 10000-ზე ზევით, ჰიპერლეიკოციტოზი ახასიათებს კუჭკვანა ჭირკვლის ჩირქოვან პროცესს. მწვავე პანკრეატიტის დროს ხდება დეჰიდრატაცია, რასაც მოყვება ჰემოკონცენტრაცია და ამასთან დაკავშირებით, ჰემოგლობინისა და ჰემატოკრიტის მომატება. ეღს აჩქარებულია.

დიაგნოსტიკური შეცდომა მოსალოდნელია მწვავე ქოლეცისტიტის დროს, განსაკუთრებით, თუ მწვავე ქოლეცისტიტო-პანკრეატიტთან გვაქვს საქმე. მწვავე ქოლეცისტიტის დროს, თუ ტიპურად მიმდინარეობს, პალპაციით ისინჯება მტკივნეული ნაღვლის ბუშტი და ადგილობრივ პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნები. ძნელი არ არის მისი დიფერენცირება მწვავე პანკრეატიტისაგან. ზოგჯერ მძიმე მდგომარეობაშია ქირურგი, როდესაც მის წინაშეა ავადმყოფი, რომელსაც მწვავე ქოლეცისტიტო-პანკრეატიტი აქვს, და გადასაწყვეტია საკითხი, მკურნალობის რომელი ტაქტიკა აირჩიოს.

მწვავე პანკრეატიტის დიფერენციალურ დიაგნოსტიკაში ზოგჯერ უნდა გამოირიცხოს მწვავე აპენდიციტი, განსაკუთრებით თუ ჰიაყელა დანამატეს პერფორაციაა. ამ დროს ტკივილი არ არის დაკავშირებული საჭმლის მიღებასთან, მაშინ როდესაც მწვავე პანკრეატიტის დროს ტკივილი ყოველთვის უკავშირდება ჰარბი რაოდენობით მიღებულ

ცნობიან ან ცხარე საჭმლის მიღებას. მწვავე აპენდიციტის დროს ტკივილი მუცლის სხვადასხვა ნაწილში შეიძლება იყოს, მაგრამ ხშირად დასტურდება მისი ირადიაცია მარჯვენა თქმოს ფოსოს მიდამოდან. მწვავე პანკრეატიტის დროს, თუ გამონადენი მუცლის ღრუშია, მან შეიძლება მარჯვენა ლატერალური არხის გავლით ჩამოინაცვლოს მარჯვენა თქმოს ფოსოში, ამ დროს ეს ადგილი პალპაციით მტკივნეულია. მწვავე აპენდიციტის დროს მაქსიმალური ტკივილი აღინიშნება მარჯვენა თქმოს ფოსოში, მწვავე პანკრეატიტის დროს კი ეპიგასტრიუმში, არაიშვიათად მარცხენა ნეკნთა რკალის ქვეშ. ტკივილის ატიპურობის დროს ექიმმა შეიძლება დიაგნოსტიკური შეცდომა დაუშვას პირველ საათებში. მწვავე აპენდიციტის შემდგომი მიმდინარეობისას უფრო მკაფიოდ გამოიკვეთება ტკივილის ტიპური ლოკალიზაცია, სადაც აღინიშნება აგრეთვე მუცლის კედლის ადგილობრივი დაჭიმულობა და პერიტონეუმის გაღიზიანება.

მწვავე პანკრეატიტის დროს ქირურგი შეიძლება დაექვდეს მიოკარდიუმის ინფარქტის არსებობაზე: ეს მაშინ ხდება, როდესაც ავადმყოფი ანამნეზში მიანიშნებს წარსულში გადატანილ ინფარქტზე, სტენოკარდიამზე, ჰიპერტონიულ დაავადებაზე და ეპიგასტრიუმში აქვს ტკივილი. ასეთი ლოკალიზაციის ტკივილი მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოსაკენ ირადიაციით ორთავე დაავადების დროს შეიძლება აღინიშნოს, ამასთანავე ტკივილი შეიძლება იყოს მეტად ძლიერი და ავადმყოფი შოკურ მდგომარეობამდე მიიყვანოს. ლორწოვანი გარსების ციანოზი, ცივი ოფლი, მუცლის შებერილობა, ტემპერატურის მომატება, ღებინება, ლეიკოციტოზი, აჩქარებული ედს აღინიშნება როგორც მწვავე პანკრეატიტის, ასევე მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს. ნიტროგლიცერინმა და სხვა სპაზმოლიზურმა მედიკამენტებმა შეიძლება შეარბილოს შეტევები ორივე დაავადების დროს. ბოლოს, მწვავე პანკრეატიტის დროს ელექტროკარდიოგრაფიული სურათი ზოგჯერ წააგავს მიოკარდიუმის ინფარქტისას, რადგან პანკრეატიტის დროს მუცლის არეში ძლიერმა ტკივილმა შეიძლება რეფლექსური კორონაროსპაზმიც გამოიწვიოს. და მაინც შეიძლება ამ ორი დაავადების სიმპტომთა კლინიკური განსხვავება. მწვავე პანკრეატიტის დროს ტკივილის ირადიაცია ხდება წელსურგის მიდამოსკენ, იგი ხშირად სარტყლისებურია. მწვავე პანკრეატიტი შეიძლება უეცრად დაიწყოს გულის მხრივ ყოველგვარი წინასწარი მოვლენების გარეშე, მაშინ როდესაც გულის ინფარქტით უფრო ხშირად ავადდებიან ის პირები, რომლებმაც იციან, რომ მათ აქვთ სტენოკარდია, გულის კორონარული სისხლძარღვების ათეროსკლეროზი ან ჰიპერტონიული დაავადება. მიოკარდიუმის ინფარქტის

დროს დამახასიათებელია ტკივილის შემცირება ეპიგასტრიუმის ღრმა პალპაციით, ხოლო მწვავე პანკრეატიტის დროს ღრმა პალპაცია მტკივნეულობას აძლიერებს (ჯანელიძის სიმპტომი). მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს შარდში ამილაზა, როგორც წესი, ნორმის ფარგლებშია.

მწვავე პანკრეატიტის დიაგნოსტიკის დროს ქირურგმა მხედველობაში უნდა მიიღოს ალბინტური ინტოქსიკაციის შესაძლებლობაც. ამ უკანასკნელზე განსაკუთრებით მაშინ უნდა გაამახვილდეს ყურადღება, როდესაც გამორიცხული იქნება მუცლის ღრუს ორგანოების ყველა ის მწვავე დაავადება, რომლებიც გადაუდებელ ქირურგიულ ჩარევას საჭიროებენ. მან ისიც უნდა გაითვალისწინოს, რომ უხარისხო პროდუქტმა თავისთავად შესაძლოა ხელი შეუწყოს მწვავე პანკრეატიტის აღმოცენებას.

მწვავე პანკრეატიტის მკდარი დიაგნოზის მრავალი კაზუსტიკაა აღწერილი. მაგალითად, აბრამსონი (1941) აღწერს შემთხვევას, როდესაც ჩირქოვანი პანკრეატიტის ნაცვლად დაისვა საშვილოსნოსგარე ორსულობის დიაგნოზი, ხოლო Murrey-მ (1957) ელენთიდან სისხლდენის დროს შეცდომით დასვა მწვავე პანკრეატიტის დიაგნოზი. ანალოგიური შემთხვევები სხვა ავტორებსაც აქვს აღწერილი. საყურადღებოა, რომ ელენთის ტრავმის გამო შინაგანი სისხლდენის დროს ავადმყოფებს სისხლში ამილაზას რაოდენობა ჰქონიათ მომატებული.

ვ. ლაშევკერი (1982) შეკრიბა 74 ავტორის მონაცემები მწვავე პანკრეატიტის დიაგნოსტიკური შეცდომების შესახებ და გამოარკვია შემდეგი. სტაციონარში ავადმყოფის გაგზავნის დროს დიაგნოსტიკური შეცდომა დაშვებული იყო შემთხვევათა 68,9 %-ში, სტაციონარში მოთავსებისას — 30, 7 %-ში, კლინიკური გამოკვლევის შედეგად — 9,5 %-ში. მაღალი იყო დიაგნოსტიკური შეცდომების მაჩვენებლები ამ ავადმყოფებშიც, რომლებსაც ოპერაცია გაუკეთდათ. ოპერაციამდე დიაგნოზი მკდარი აღმოჩნდა შემთხვევათა 47,3 %-ში. სექციანზე კლინიკური დიაგნოზი არ დადასტურდა 47,9 %-ში.

უთუოდ გარკვეულ კლინიკურ ინტერესს იწვევს შეცდომები მწვავე პანკრეატიტის ინტრაოპერაციულ დიაგნოსტიკაში, რომლებსაც ვ. ლაშევკერი 3 ჯგუფად ყოფს.

1. მწვავე პანკრეატიტისათვის დამახასიათებელი ტიპური ცვლილებები (სტეატონეკროზი, ექსუდატი) არ არის. სხვა ორგანოთა ქრონიკული ან მეორადი ცვლილებები ფასდება როგორც ძირითადი დაავადება.

2. ცვლილებები მუცლის ღრუში არის, მაგრამ არასწორია მათი შეფასება. ხშირად ეს ექსუდატს ეხება. მისი არსებობა აღმოჩენილი პათოლოგიით თუ ვერ აიხსნა, საჭიროა ვიფიქროთ მწვავე პანკრეატიტზე.



3. კუჭუქანა ჭირკველს გულდასმით ათვალეირებენ და მაინც შეცდომას უშვებენ. ზოგჯერ ანთებითი ინფილტრატი მიიღება როგორც სიმსივნე. საყურადღებოა, რომ პანკრეასის თავში რომელიმე მთვანის არსებობას ზოგჯერ პროზექტორიც ვერ ამოიცნობს იოლად. პროცესმა შეიძლება უპირატესად ჭირკვლის დორზალური ნაწილები დააზიანოს და მისი ზედაპირის დათვალეირებით პათოლოგიური ცვლილებები ვერ იქნას შენიშნული (ეს ძალზე იშვიათია).

ასეთია მოკლედ შეცდომათა ნაირსახეობები, რომლებიც შესაძლებელია მწვავე პანკრეატიტის დიაგნოსტიკის დროს დაშვებულ იქნას ავადმყოფის გამოკვლევის საბოლოო ეტაპზეც — ინტრაოპერაციული დიაგნოსტიკის პირობებში.

რაც შეეხება მწვავე პანკრეატიტით დაავადებული ავადმყოფის მკურნალობას, უმრავლეს შემთხვევაში არჩევით მეთოდად ითვლება კონსერვატული თერაპია, რაც ამჟამად საყოველთაოდ არის აღიარებული. 30 — 40 -იან წლებში ერთგვარი გატაცება იყო აქტიური ქირურგიული ტაქტიკით (ტ. კორიაკინა, 1965; პ. კარნაუხი, 1965; მ. ბურმისტროვი და თანაავტორები, 1973; Roman, 1972; Mandacho, 1972). მომდევნო წლების პერიოდულ პრესაში ზოგჯერ ვხვდებით ამ ტაქტიკის მომხრეების ნაშრომებსაც. არის ისეთი ნაშრომებიც, რომლებშიც ოპერაციული ტაქტიკა საერთოდ უარყოფილია, რადგან კონსერვატულ მკურნალობა „ავადმყოფის განკურნების სრულ გარანტიას იძლევა“ (დ. დალგატი, 1979). ავადმყოფთა მკურნალობის დიამეტრალურად საწინააღმდეგო ამ ორი ტაქტიკის მომხრეები, რა თქმა უნდა, შეცდომას უშვებენ. დიდი სტატისტიკური მონაცემები, რომლებიც შეიცავენ როგორც მწვავე პანკრეატიტისაგან განკურნებულ ავადმყოფთა ავადმყოფობის ისტორიების, ასევე ამ დაავადებით გარდაცვლილთა გაკვეთის ოქმების ღრმა ანალიზს, გვარწმუნებენ, რომ ოპერაციას არ საჭიროებენ ავადმყოფები მწვავე პანკრეატიტის შემუშუბებითი ფორმით, თუ ის არ განიცდის შემდგომ პროგრესირებას. თანამედროვე კონსერვატული საშუალებებით ასეთი ავადმყოფები განიკურნებიან. სულ სხვაა კუჭუქანა ჭირკვლის მთლიანი ნეკროზი, რაც იშვიათად ელვისებურ ხასიათს იღებს. ასეთი მდგომარეობის დროს ამათა ყოველგვარი კონსერვატული მკურნალობა. მწვავე პანკრეატიტს უფრო ხშირად ახასიათებს ფაზური მიმდინარეობა. იგი იწყება შემუშუბებითი ფორმით და დაავადება სათანადო კონსერვატული მკურნალობის შედეგად ამ ფაზაში შეიძლება დამთავრდეს. მაგრამ შეიძლება შემუშუბებითი ფორმა ჭირკვლის ნეკროზმა შეცვალოს. აი სწორედ ასეთ ვითარებაში უნდა გამომკლავნდეს მწვავე პანკრეატიტის დიაგნოსტიკაში ქირურგის ცოდნა და გამოცდილება.

თუ ნეკროზი ვრცელდება ჭირკვლის ცალკეულ ნაწილებზე, შეიძლება ოპერაციით ავადმყოფის გადაარჩენა. ჭირკვლის მთლიანი ნეკროზის დროს ოპერაციის შემდგომი ლეტალობა ძალზე დიდია.

ამრიგად, მწვავე პანკრეატიტით დაავადებულთა უმრავლესობისათვის ნაჩვენებია კონსერვატული მკურნალობა. დღეს ეს ტაქტიკა, როგორც უკვე აღინიშნა, აღიარებულია. მაგრამ ჯერ კიდევ საკამათოა საკითხი, თუ რომელ ავადმყოფს გაუკეთდეს ურგენტული ოპერაცია.

ექვის მიტანა მწვავე პანკრეატიტზე, სხვა მწვავე ქირურგიული დაავადების დიაგნოზის გამორიცხვის შეუძლებლობა, მრავალთავან თითქმის ერთადერთი ჩვენებაა ოპერაციისათვის, რომელსაც არავინ უარყოფს. მართლაც, თუ შეუძლებელია მწვავე აპენდიციტის, ნაწლავთა მწვავე მექანიკური გაუვალობის, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაციული წყლულის დიაგნოზის უარყოფა, რა თქმა უნდა, ეს პირდაპირჩვენებად უნდა ჩათვალოს სასწრაფო ოპერაციისათვის და ეს ტაქტიკა არავითარ პოლემიკას არ ექვემდებარება.

გარკვეული შეუთანხმებლობაა კლინიციკტებს შორის მწვავე პანკრეატიტის სხვადასხვა ფორმის დროს ოპერაციული ჩვენებების საკითხში. მაგალითად, რ. ივანოვა, ტ. შააკი (1965) და სხვანი ოპერაციისათვის ჩვენებად თვლიან მწვავე პანკრეატიტის ყველა ფორმას, გარდა შემუშუბებითი ფორმისა. მ. კოლომიჩენკო (1965) და ო. ელეცკია (1967) მიიჩნევენ, რომ ოპერაციას ექვემდებარება ჰემორაგიული ფორმა, ხოლო ბ. პეტროვი და ა. შინდიკიანი (1968), ა. ამინევი (1970) და დ. ფორსიკოვი (1975) თვლიან, რომ ოპერაცია საჭიროა პანკრეონექროზის დროსაც. ა. კრავჩენკო (1965) პანკრეონექროზზე ექვსაც კი ოპერაციის ჩვენებად თვლის. ტ. კორიაკინა (1965) აღნიშნავს, რომ მწვავე პანკრეატიტის დესტრუქციული ფორმის დიაგნოზი თუ ვერ გამოირიცხა, უნდა გაკეთდეს ოპერაცია.

ახლა განვიხილოთ არანაკლებ ავტორიტეტული კლინიციკტების მეორე ჯგუფის აზრი მწვავე პანკრეატიტის დესტრუქციული ფორმების მკურნალობის საკითხზე. ა. რეტენსკი (1966) მიუთითებს, რომ ჰემორაგიული ფორმის დროს საჭიროა კონსერვატული მკურნალობა, ხოლო ვ. ზაიცევი (1968), ა. შალიმოვი (1970), ვ. ვინოგრადოვი და ნ. ლებედევი (1974) არ მიიჩნევენ პანკრეონექროზს ოპერაციის ჩვენებად.

ვ. მაიატმა და თანაავტორებმა (1979) მწვავე პანკრეატიტის დესტრუქციული ფორმის დროს ავადმყოფების 10 %-ს წარმატებით უმკურნალეს კონსერვატულად და ამის საფუძველზე გასაგებია მათი პოზიციაც.

შეიძლებოდა კიდევ ჩამოგვეთვალა სხვადასხვა კლინიციკტის აზრი

კონსერვატული. თუ ოპერატიული ტაქტიკის უპირატესობის შესახებ, მაგრამ ზემოთ ნათქვამიდანაც აშკარაა, რომ ოპერაციისათვის ჩვენებების საკითხში კლინიკისტების აზრთა ერთიანობა ჯერ კიდევ მიუღწეველია. არ შეიძლება ერთმანეთს დაუპირისპირდეს კონსერვატული და ოპერაციული ტაქტიკა, რადგან კონსერვატული მკურნალობის კარგი შედეგების რაოდენობა ყოველთვის მეტი იქნება, ვიდრე ოპერაციულია. ოპერაცია ხომ იმ ავადმყოფებს უკეთდებათ, რომელთა მდგომარეობა მძიმეა?

ყოველივე ზემოთქმულის საფუძველზე დასკვნის სახით შეიძლება აღინიშნოს შემდეგი. მწვავე პანკრეატიტის გამო ოპერაციული ჩვენებების განსაზღვრის დროს პირველ რიგში მხედველობაში უნდა იქნას მიღებული არა დაავადების ესა თუ ის ფორმა, არამედ ავადმყოფის მდგომარეობის სიმძიმე და უმოკლეს ვადებში მისი დინამიკა. უთუოდ რაციონალურ ტაქტიკად უნდა მივიჩნიოთ ურგენტული ოპერაციის გაკეთება ისეთ შემთხვევაში, როდესაც არა ვართ დარწმუნებული მწვავე პანკრეატიტის დიაგნოზის სისწორეში და ამ დროს სახეზეა პერიტონიტის მოვლენები. გარდა ამისა, ოპერაცია უნდა გაკეთდეს ყველა იმ შემთხვევაში, როდესაც მწვავე პანკრეატიტის ხანმოკლე აქტიური კონსერვატული მკურნალობა უშედეგო აღმოჩნდა და აშკარად გამოიჩაბა მისი გართულება ზოგადი პერიტონიტით. ოპერაცია უეჭველად უნდა გაკეთდეს მაშინაც, როდესაც მწვავე ქოლეცისტოპანკრეატიტის დროს განვითარდა დესტრუქციული ქოლეცისტიტის მოვლენები ან კიდევ განვითარდა მყარი მექანიკური სიყვითლე და სხვა გართულებები. ვინაიდან ასეთ შემთხვევებში ხსენებული მოვლენები შედარებით მოგვიანებით მჟღავნდებიან, ოპერაციაც რამდენადმე დაყოვნებულია და უკვე აღარ შეიძლება ჩაითვალოს სასწრაფო ქირურგიულ ჩარევად.

განვიხილოთ ყველაზე უფრო არსებითი შეცდომები, რომლებიც გვხვდება მწვავე პანკრეატიტით დაავადებულ ავადმყოფთა მკურნალობის დროს.

ცნობილია, რომ მწვავე პანკრეატიტის კონსერვატული კომპლექსური მკურნალობის სქემა შეიცავს რამდენიმე აუცილებელ კომპონენტს: ავადმყოფს რამდენიმე დღე არ ეძლევა საკვები per os; ხანგამოშვებით ხდება ზონდით კუჭის შიგთავსის ევაკუაცია; სხვადასხვა გზით ორგანიზმში შეყავთ სითხეების საჭირო რაოდენობა დიურეზის გათვალისწინებით; წარმოებს ნოვოკაინით ბლოკადა ვიშნევსკის ან სხვა წესით; ავადმყოფი პარენტერალურად იღებს ანტისეპტიკურ და ტკივილგამაყუჩებელ მედიკამენტებს. ამ სქემის მიხედვით კონსერვატული მკურნალობიდან რომელიმე კომპონენტის გამოორიციხვამ შეიძლება ავადმყოფის მდგომარეობა მკვეთრად გააუარესოს, ამდენად ეს შეცდომად უნდა ჩაითვალოს.

ხშირი ღებინება და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ჰიპოდინამია, რაც მწვავე პანკრეატიტისათვის დამახასიათებელია, იწვევს წყლისა და მარილების ცვლის მოშლას. ამიტომ სითხეების (ფიზიოლოგიური ხსნარი, 5 %-იანი გლუკოზის ხსნარი, პოლიგლუკინი და სხვა) ორგანიზმში შეყვანის იგნორირება შეცდომაა. აგრეთვე შეცდომაა ტკივილგაყუჩების მიზნით მორფიუმის გამოყენება, რადგან იგი იწვევს ოდის სფინქტერის სპაზმს, ზოგჯერ საკმაოდ ხანგრძლივადაც, 4—6 სათით (Keith, 1955, Valters 1956). ტკივილის გაყუჩება მწვავე პანკრეატიტის დროს საჭიროა პრომედოლით ან ვენაში 0,25 — 0,5 % ნოვოკაინის ხსნარის შეყვანით 50 — 100 მლ და მეტი რაოდენობითაც.

მწვავე პანკრეატიტის პათოგენეზში მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს სისხლძარღვთა, ნაღვლის გამომტანი გზების სფინქტერებისა და პილორუსის ხანგრძლივ სპაზმს. ამიტომ სპაზმოლიზური საშუალებებისაგან თავშეკავება გაუმართლებელია თუნდაც იმიტომ, რომ სპაზმის მოხსნით უმჯობესდება კუჭუკანა ჭირკვალში სისხლშიმოქცევა და მნიშვნელოვნად მცირდება ტკივილი. გარდა ამისა, იხსნება ჭირკვლის იშემიური ნეკროზის განვითარების საშიშროება.

ვიდრე ქირურგი ოპერაციას გააკეთებდეს, მან უნდა გადაწყვიტოს გაუტკივარებისა და მუცლის ღრუს გასახსნელად მოწოდებული კანის განაკვეთის საკითხი. ქირურგიის განვითარების თანამედროვე ეტაპზე ინტუბაციურ ნარკოზს უთუოდ უპირატესობა უნდა მიენიჭოს. რაც შეეხება კანის განაკვეთს, ეჭვს არ იწვევს ის ფაქტი, რომ კუჭუკანა ჭირკვალთან მიდგომა ყველაზე უკეთ ხერხდება მახვილისებრ მორჩსა და ჭიპს შორის შუა ხაზზე გატარებული კანის განაკვეთიდან. ქოლეცისტო-პანკრეატიტის დროს თუ საჭიროა ქოლეცისტექტომია, ამ განაკვეთიდანაც შეიძლება გაკეთდეს. ცალკეულ შემთხვევაში მარჯნივ შეიძლება დაემატოს განივი განაკვეთი. მწვავე ქოლეცისტო-პანკრეატიტის დროს კერის (kehr) განაკვეთით მუცლის ღრუს გახსნა მიზანშეწონილი არ არის, რადგან ამ განაკვეთიდან ვერ ხერხდება კუჭუკანა ჭირკვლის სათანადო რევიზია.

ზოგიერთი ქირურგი, განსაკუთრებით ახალგაზრდები და ნაკლებად გამოცდილნი, კუჭუკანა ჭირკვალთან მისადგომად ერიდებიან კუჭ-განივ კოლინჯის იოგის ფართოდ გაკვეთას, რაც დიდი შეცდომაა. ეს იოგი ფართოდ უნდა გაიკვეთოს, რადგან საჭიროა მთელი ჭირკვლის გულდასმით რევიზია, რათა განისაზღვროს მის რომელ ნაწილშია პათოლოგიური კერა.

ქირურგი, რომელიც მომზრეა კუჭუკანა ჭირკვლის კაფსულის გაკვეთისა, ამ ეტაპის შესრულების დროს დიდ სიფრთხილეს უნდა იჩინდეს, რათა არ გამოიწვიოს ტრავმული პანკრეატიტი. ცნობილია, რომ

კუჭუყანა ჭირკვეალი ძალზე ლაბილურია მექანიკური და სხვაგვარი დაზიანებების მიმართ.

ოპერაციის ძირითადი ეტაპია ბადექონის ჩანთის დრენირება. ეს შეიძლება გაკეთდეს მცირე ბადექონიდან, განივი კოლინჯის ჯორჯლიდან და კუჭ-განივ კოლინჯის იოვიდან. ეს უკანასკნელი ყველა ჩამოთვლილ მიდგომას ჯობია.

მუცლის ღრუში ცხიმოვანი ნეკროზული ნაწილაკების აღმოჩენას მწვავე პანკრეატიტის დროს მნიშვნელოვანი დიაგნოსტიკური ღირებულება აქვს. ისინი შეიძლება იყოს შეშუპებითი ფორმისას და არ აღმოჩნდეს პანკრეონეკროზის დროს. ამდენად მათი არსებობა თუ არარსებობა ვერ განსაზღვრავს დაავადების ვერც ფორმას და ვერც სიმძიმეს. ცხიმოვანი ნეკროზული ნაწილაკების არარსებობა მწვავე პანკრეატიტის დიაგნოზს არ უარყოფს.

მწვავე პანკრეატიტის დროს ოპერაციული ჭრილობის ყრუდ დახურვა პრინციპული შეცდომაა. ამ დროს უნდა შეიქმნეს ფართო, მოკლე და თავისუფალი არხი კუჭქვეშა ჭირკვლამდე. ამ არხიდან ბადექონის ჩანთაში უნდა შეიტანონ რეზინის წვრილი მილი და 5 — 6 ტამპონი, რომელთა ბოლოები კანის ჭრილობის ზედა კუთხეში იქნება გამოტანილი. რეზინის მილის საშუალებით ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ხდება მუცლის ღრუში ანტიბიოტიკების შეყვანა. ტამპონები, გარდა მათი კაპილარობისა, ხელს უწყობენ არხის ფორმირებასაც. მე-8 — 9 დღეზე ისინი უნდა შეიცვალოს 2 — 3 ახალი ტამპონით, რათა არ მოხდეს ისეთი გართულება, როგორცაა ყალბი კისტა, ხანგრძლივად შეუხორცებელი ფისტულა და, რაც ყველაზე საშიშია, პერიტონიტი.

უკანასკნელ ხანს აღინიშნება პანკრეონეკროზების რადიკალური მკურნალობის ტენდენცია ჭირკვლის რეზექციის სახით. ამ ოპერაციის მოცულობის განმსაზღვრელია ნეკროზის ლოკალიზაცია და გავრცელება. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ჭირკვლის ირგვლივ ქსოვილებიდან ნეკროზული უბნების მოცილებას, რეტროპერიტონეული სივრცის კარგ დრენირებას აქტიური ასპირაციითა და ლავაჟით, გვერდითი არხებისა და სხვადასხვა გზების გარეთა დრენირებას.

## კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების საშიში და მძიმე გართულებაა წყლულის პერფორაცია, რაც არც თუ იშვიათია. წყლულის პერფორაციის შედეგად თავისუფალ მუცლის ღრუში კუჭ-ნაწლავის შიგთავსის გადასვლა განაპირობებს მწვავედ და სწრაფად მიმ-

დინარე პერფორაციულ პერიტონიტს, რაც ჩვეულებრივ 2 — 5 დღეში ავადმყოფის სიკვდილით მთავრდება. რაც უფრო ადრე გაკეთდება ოპერაცია წყლულის პერფორაციის გამო, შედეგიც უკეთესია. პერფორაციის დროს ოპერაციის ყოველგვარი დაყოვნება მძიმე გართულებებისა და ხშირად ავადმყოფის სიკვდილის მომასწავებელია. ამას ადასტურებს ის ფაქტი, რომ წყლულის პერფორაციის დროს პირველ 6 საათში გაკეთებული ოპერაციის შემდგომი ლეტალობა 2,6 %-ს არ აღემატება, ხოლო 24 საათის შემდეგ ეს მაჩვენებელი 29,5%-მდე იზრდება.

ტიპურ შემთხვევებში კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის დიაგნოზი სიძნელეს არ წარმოადგენს. წყლულოვანი ანამნეზი ექიმს უადვილებს დიაგნოზში ორიენტირებას, მაგრამ პერფორაცია შესაძლებელია მოხდეს წყლულოვანი ანამნეზის გარეშეც, ე. წ. „მუნჯი წყლულის“ დროს, რაც უფრო ხშირად ახალგაზრდებში აღინიშნება. წყლულის პერფორაციის დიაგნოზის უარყოფა წყლულოვანი ანამნეზის არარსებობის გამო, დიაგნოსტიკური შეცდომაა.

კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის ყველაზე ხშირი სახეა თავისუფალ მუცლის ღრუში წყლულის გახვრეტა. ვ. ორნატსკის (1952) მიხედვით, პერფორაციული წყლულის მიფარება ბადექონით, ლეიძლით ან სხვა ორგანოთი შემთხვევათა 8,5%-ში ხდება, კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის კედელში წარმოშობილი ხვრელის მიფარების შედეგად მუცლის ღრუში განვითარებული ანთებითი პროცესი შემოიფარგლება და დაავადების მიმდინარეობა სასურველ ხასიათს იღებს. პერფორაციის ასეთ სახეს მიეკუთვნება უოპერაციოდ პერფორაციის განკურნების შემთხვევები.

კიდევ უფრო იშვიათია პერფორაციის მესამე სახე — კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია რეტროპერიტონულ ქსოვილებში ან მცირე ბადექონში (ვ. ორნატსკით — 3,7%). ეს პერფორაციის ატიპური სახეა.

უმრავლესობის აზრით, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაციული წყლული უპირატესად კაცებში გვხვდება, უფრო ხშირად შუა ხნის ასაკში. საერთოდ წყლულის პერფორაცია შეიძლება მოხდეს როგორც ახალგაზრდებში, ისე მოხუცებულებში. ჩვენ ავადმყოფებს შორის ყველაზე ხანდაზმული იყო მამაკაციდან 77 წლის, ხოლო ქალებიდან 80 წლის ავადმყოფი. პირველ მათგანს აღენიშნებოდა თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის, ხოლო მეორეს — კუჭის წყლულის პერფორაცია. წყლულის პერფორაცია აღწერილია 10 წლამდე ასაკში (პ. მონდორი, 1940) და სულ პატარა ბავშვებშიც (ნ. დუდკო, 1945).

ფ. ლეჟარი (1941), როდესაც კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავი

წყლულის პერფორაციის დიაგნოსტიკას მიმოიხილავს, აღნიშნავს, რომ საჭიროა ექიმმა იცოდეს ოთხი ძირითადი ნიშანი, რომლებიც სავსებით საკმარისია სწორი დიაგნოზის განსაზღვრისათვის. ეს ნიშნებია — უეცარი ტკივილი, წყლულოვანი ანამნეზი, მთელი მუცლის კედლის რიგიდობა და აუჩქარებელი პულსი ნორმალური ტემპერატურით.

წყლულის პერფორაციის დროს დაავადების უეცარი ტკივილით დაწყება იმდენად ტიპურია თავისი ინტენსივობით და ლოკალიზაციით, რომ მას არავინ უარყოფს. ტკივილის სიძლიერეს ხანჯლის ჩარტყმას აღარებენ. ჩვეულებრივ ტკივილი ეპიგასტრიუმშია, მაგრამ მას შეიძლება ჰქონდეს გავრცელების სხედასხვა მიმართულება (გულის კოვზთან და მარჯვნივ, მხრის, კისრის, ზურგის მიმართულებით).

წყლულოვანი ანამნეზი, თუ იგი სახეზეა, ძალიან გვეხმარება დიაგნოზის დასმაში. მაგრამ, მხედველობაშია მისაღები ის გარემოებაც, როდესაც ავადმყოფი არ მიუთითებს ანამნეზში წყლულის არსებობაზე; ასეთი ავადმყოფები კი წყლულის პერფორაციის მქონე ავადმყოფთა მნიშვნელოვან ნაწილს შეადგენენ.

საერთოდ, შეუცვლელი პულსი, ნორმალური ტემპერატურა, რაც პირველ 12 საათშია გამოხატული, პერფორაციული პერიტონიტის ერთ-ერთი დამახასიათებელი ნიშანია და ეს მკვეთრად განასხვავებს მას აპენდიკულარული წარმოშობის პერიტონიტისაგან. ეს პროცესი ხანმოკლეა; პერიტონიტის განვითარებასთან ერთად ჩქარდება პულსი, მატულობს ტემპერატურა და ამ პერიოდში ავადმყოფის განკურნება, როგორც ფ. ლეჟარი ამბობს, უკვე ძალზე პრობლემურია.

ი. ჯანელიძე (1961) თვლიდა, რომ კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციისათვის დამახასიათებელია ე. წ. „ვაგუსური“ ანუ შენელებული პულსი. ამის მიზეზად მას მიაჩნდა ცდომილი ნერვის დაბოლოებების გაღიზიანება მუცლის ღრუში ჩაღვრილი კუჭის მკვეთრი შიგთავსით.

რაც შეეხება მუცლის კედლის გავრცელებულ რიგიდობას (მუცელი ფიცარს ემსგავსება), იგი პერფორაციული პერიტონიტის მთავარი ნიშანია, თუმცა მისი აღმოცენების წყაროზე რიგიდობა ვერ მიუთითებს.

ამ ნიშანთა თანაარსებობა, თუ მათ ემატება ღვიძლის მოყრუების გაქრობაც, წყლულის პერფორაციის დიაგნოზის დასმის შესაძლებლობას იძლევა. პნევმოპერიტონეუმში შეიძლება ყოველთვის არ იყოს მკაფიოდ გამოხატული და ამის გამო არსებული სიმპტომები ვერ შეფასდეს ჯეროვნად. ამიტომ, თუ საშუალებაა, ასეთ შემთხვევაში უნდა ჩატარდეს რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, რაც თავიდან აგვაცილებს შეცდომას.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაციული წყლულის კლი-

ნიკური მიმდინარეობა სამ პერიოდად იყოფა: პირველი პერიოდი --- შოკური მდგომარეობა, პირველი 6 საათით შემოიფარგლება; მეორე პერიოდი — „მოჩვენებითი სიმშვიდე“, 6-დან 12 საათამდე გრძელდება; მესამე პერიოდი — პერიტონიტი, 12 საათის შემდეგ მქადვანდება მთელი თავისი სიმძაფრით.

პირველ პერიოდში შოკურ მდგომარეობას სწორედ ის უეცარი და უძლიერესი ტკივილი იწვევს, რომელიც დელაფუამ (Dieulafoy) ხატოვანი გამოთქმით ხანჯლის ჩარტყმას შეადარა, ხოლო ი. ჯანელიძემ და თანაავტორებმა აღნიშნეს, რომ უძლიერესი ტკივილის გამო „ვერცერთი ავადმყოფი ვერ რჩება ფეხზე მდგარი“. პირველ პერიოდში შესაძლებელია გამოხატული იქნას phrenicus სიმპტომი — ტკივილის ირადიცია მარჯვნივ კისრის, ბეჭისა და მხრის არეში, მაგრამ ვინაიდან იგი ქოლეცისტიტისა და სხვა დაავადებების დროსაც არის, არ შეიძლება მას არსებითი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა მივანიჭოთ. პირველ პერიოდში ავადმყოფს სუნთქვა ზერელე და აჩქარებული აქვს, იგი ფერმკრთალია, მისი სხეული ცივი ოფლით არის დაფარული, ტუჩები ოდნავ ციანოზურია. ამ პერიოდში ავადმყოფს შეიძლება ლებინებაც ჰქონდეს. ჩვენ ეს სიმპტომი ერთეულ შემთხვევაში გვინახავს. ფ. ლეჟარი, ვ. სმოტროვი (1944), ი. ზვიროკინი (1972), ვ. ორნატსკი და სხვები თვლიან, რომ პირლებინება ავადმყოფს ან არა აქვს, ან თუ აქვს, პრაქტიკულად დიაგნოსტიკურ ღირებულებას მოკლებულია. საწინააღმდეგო აზრს გვთავაზობენ ჰ. მონდორი, რომელსაც ეს ნიშანი შემთხვევათა 50 %-ში აქვს აღნიშნული, და ა. კარავეანოვი და ი. დანილოვი, რომელთა მიხედვით პირლებინება წყლულის პერფორაციის მქონე ავადმყოფთა 33,6 %-ს აღნიშნებოდა. ამ პერიოდში მუცელი სუნთქვაში არ მონაწილეობს, იგი ჩავარდნილია და პალპაციით დაჭიმულია. ამ დაჭიმულობას, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ზოგიერთი კლინიკისტი ფიცარს ამსგავსებს, ხოლო ი. ჯანელიძემ მას „გაქვავებული მუცელი“ უწოდა. შჩოტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი ამ პერიოდში დადებითია. პირველ პერიოდშივე ჩნდება წყლულის პერფორაციის ძალზე მნიშვნელოვანი პერკუტორული ნიშანი — ღვიძლის მოყრუების გაქრობა; ამ დროს რენტგენოლოგიურად მუცლის ღრუში თავისუფალი ჰაერია. სწორი ნაწლავიდან თითოთ გასინჯვით ნაწლავის წინა კედელი მტკივნეულია მუცელში ჩაღვრილი კუჭის შიგთავსით პერტონეუმის გაღიზიანების გამო. ასეთი ხერხით დუგლასის სივრცის რევიზია ყველა შემთხვევაში უნდა გაკეთდეს. გამოკვლევის ამ მეთოდის უგულვებელყოფა შეცდომაა. დაავადების მიმდინარეობის პირველი პერიოდისათვის სისხლის თეთრი ბურთულეების რაოდენობა ჩვეულებრივ ნორმალურია ან ოდნავ მომატებული.



მეორე პერიოდში მართლაც „მოჩვენებითი სიმწვიდეა“. პირველ პერიოდში მკაფიოდ გამოხატული სიმპტომები ნაკლებად გამოხატულია, ავადმყოფის თვითშეგრძნება უმჯობესდება. მუცლის არეში ტკივილი კლებულობს ან მთლიანად ქრება. პალპაციით მუცელი თუმცა რბილია, მაგრამ შებერილია აირების დაგროვების გამო. წყლულის პერფორაციის სიმპტომატიკის შერბილება ნამდვილად მოჩვენებითია, რადგან უკვე ამ პერიოდში დაკვირვებული ექიმი შეამჩნევს პერიტონიტის დამახასიათებელ ნიშნებს, მომატებულ ტემპერატურას, აჩქარებულ პულსს და სუნთქვას, მშრალ ენას; იწყება გულისრევა და პირღებინება. პერკუსიით მუცლის ღრუში შეიძლება სითხის აღმოჩენა, არტერიული წნევა ქვეითდება, სისხლში თეთრი ბურთულების რაოდენობა მატულობს, ლეიკოციტურ ფორმულაში მარცხნივ გადახრა აღინიშნება.

სესამე პერიოდში 10 -- 12 საათის შემდეგ ვითარდება ზოგადი პერიტონიტის მძიმე კლინიკური სურათი; თუ ამ პერიოდში იქნა ავადმყოფი ჰოსპიტალიზებული, პერიტონიტის მიზეზის დადგენა უფრო ხშირად საოპერაციო მაგიდაზე ხდება.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაციული წყლულის სიმპტომატიკის გამოხატულება სხვადასხვანაირი შეიძლება იყოს, რადგან ეს დამოკიდებულია ავადმყოფის ასაკზე, ორგანიზმის რეაქტიულობაზე, გადატანილ დაავადებებზე და პერფორაციის დაწყებიდან დაყოვნებულ იმ დროზე, როდესაც ავადმყოფი გაისინჯა. კუჭის პერფორაცია წყლულის კიბოდ გადაგვარების შემთხვევებშიც არაფრით განსხვავდება ზემოაღნიშნულ სიმპტომებისაგან.

არაიშვიათად, მოოკარდრუმის ინფარქტის კლინიკა წააგავს უკანა კედლის წყლულის პერფორაციის კლინიკას. ასეთ შემთხვევებში ძნელი არ არის შეცდომის აცილება, თუ კარგად გაანალიზდება ელექტროკარდიოგრამა.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაციული წყლულის მიმდინარეობა ზოგჯერ ჰგავს მწვავე დესტრუქციული აპენდიციტის კლინიკასაც, ამ დროს ხშირია დიაგნოსტიკური შეცდომები. როგორც ცნობილია, წყლულის პერფორაციის შედეგად მუცლის ღრუში ჩაღვრილი შიგთავსი მარჯვენა გვერდითი არხის საშუალებით ჩადის და გროვდება მარჯვენა თეძოს ფოსოს არეში. პალპაციით ეს ადგილი ისევე მტკივნეულია, როგორც მწვავე აპენდიციტის დროს. მაგრამ წყლულოვანი ანამნეზი, ტკივილის უეცარი დაწყება და სიძლიერე უფრო წყლულის პერფორაციაზე მიუთითებს, ვიდრე მწვავე აპენდიციტზე. თუ ამას დაემატებთ იმასაც, რომ კუნთების დაჭიმულობა პალპაციით უფრო გამოხატულია მუცლის მარჯვენა ზედა ნაწილში, ვიდრე თეძოს ფოსოში, და

აგრეთვე პერკუსიით მტკივნეულობაც უფრო მეტად გამოხატულია მუცლის ზედა ნაწილში, მაშინ წყლულის პერფორაციის დიაგნოზი ეკვს აღარ უნდა იწვევდეს.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაციული წყლულის დროს რომ აუცილებელია გადაუდებელი ოპერაცია, ამას არავინ უარყოფს, მაგრამ ქირურგიულ მკურნალობასთან დაკავშირებით არის ზოგიერთი საკითხიც, რომლებშიც აზრთა ერთიანობა ჯერ კიდევ მიუღწეველია. ერთ-ერთ ასეთ საკითხად მიგვაჩნია სასწრაფო ოპერაცია მიფარებული წყლულის შემთხვევაში. ჩვენ ვთვლით, რომ ეს საკითხი ოპერაციის სასარგებლოდ უნდა გადაწყდეს.

საილუსტრაციოდ მოგვყავს ერთი კლინიკური შემთხვევა.

ავადმყოფი ყ. 36 წლის ქალი. დილის 10 საათზე მან იგრძნო უძლიერესი ტკივილი ეპიგასტრუმისა და მარჯვენა ფერდქვეშა არეში. ერთი საათის შემდეგ ბინაზე გავსინჯე, ამ დროისათვის ტკივილი მუცლის არეში კვლავ ჰქონდა. ანამნეზში წყლულოვან დაავადებაზე არ მიუთითებს. ობიექტურად: შეწუხებული გამომეტყველება, სახეზე ცივი ოფლი, მკრთალი, მკაჟ რიტმული, კარგი ავსების, წუთში 80. არტერიული წნევა 110/80 მმ. სს; ენა სველი, შელესილი, მუცელი სუნთქვაში არ მონაწილეობს, სუნთქვას ზერელედ. მუცელი ჩავარდნილი, პალპაციით მკვეთრად დაჭიმული ზედა ნაწილში. აქვე, განსაკუთრებით მარჯვენა ფერდქვეშა არეში, მტკივნეული, ღვიძლის მოყრუება გამჭრალი, შიორტინ-ბლუმბერგის ნიშანი დადებითი. ავადმყოფი სასწრაფოდ გავვზავნე კლინიკაში. 12 საათზე იგი უკვე სტაციონარში იყო. ახლა უკვე მას აღარაფერი აწუხებს, დამშვიდებულია, მუცელი პალპაციით რბილი, უმტკივნეულო, სუნთქვაში თავისუფლად მონაწილეობს. გულ-სისხლძარღვთა და რესპირაციული სისტემების მხრივ რაიმე ცვლილება არ აქვს. ეკგ-ცვლილებების გარეშე, სისხლის თეთრი ბუროლეების რაოდენობა 7.500. მუცლის რენტგენოსკოპიით პნევმოპერიტონეუმი არა აქვს. იმ ხანად კუჭ-ნაწლავის ენდოსკოპია არ იყო კლინიკაში დანერგილი და ამიტომ ეს უკანასკნელი არ გაკეთებია. ჩემი აზრით იყო თორმეტგოჯას ან კუჭის მიფარებული პერფორაციული წყლული, რაშიც თანამშრომლების მხრივ წინააღმდეგობას წააწყდო. ჩემივე დაქინებით მითხოვნილ ავადმყოფი საოპერაციო მაგიდაზეა აყვანილი. ინტუბაციური ნარკოზი, ზედა მედიალური ლაპაროტომია. პილორუსის წინა კედელზე მიხორცილებული ბადექონის აკლის შემდეგ აღმოჩნდა წვრილი პერფორაციული ხვრელი, ირგვლივ ნაწიბუროვანი ცვლილებები. მხედველობაში მივიღეთ ავადმყოფის ასაკი, პოსპიტალიზაციის დრო და მისი დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობა და გავუეუთეთ კუჭის რეზექცია. ავადმყოფი კლინიკიდან გამოჯანმრთლებული გაწერა.

ზოგჯერ კუჭის, ან უფრო მეტად თორმეტგოჯა ნაწლავის, წყლულის პერფორაცია მწვავე ქოლეცისტიტის სურათს წააგავს, რაც უკვე აღინიშნა სათანადო თავში.

განსაკუთრებულ სიძნელეებთან არის დაკავშირებული დიაგნოზი ისეთ შემთხვევებში, როდესაც წყლულის პერფორაციის დროს აღინიშნება წყლულოვანი სისხლდენაც, იგი შეიძლება წინ უსწრებდეს პერფორაციას ან კიდევ პერფორაციის შემდეგ აღმოცენდეს. სისხლდენა შესაძლებელია განვითარდეს წყლულის პერფორაციული ხვრელის გაჭერის

შემდგომ პერიოდშიც. ქირურგმა აუცილებლად უნდა იცოდეს ამის შესახებ. მას უნდა ახსოვდეს ისიც, რომ პერფორაციის სიმპტომატიკა სისხლდენასთან თანაარსებობის დროს მკრთალია ან საერთოდ წაშლილია.

1946 წ. ტეილორის მიერ მოწოდებულია პერფორაციული წყლულის მკურნალობის კონსერვატიული მეთოდი, როდესაც 5 — 6 დღის განმავლობაში ენდონაზალური ზონდით ხდება კუჭის შიგთავსის მუდმივი ასპირაცია. ეს მეთოდი წარსულს ჩაბარდა; ჩვენში ამას მომხრეები არც ჰყოლია. სამაგიეროდ, კუჭის ზონდირება ენდონაზალური ზონდით, თუ იგი გამოიყენება ოპერაციის შემდეგ, კარგი საშუალებაა პერიტონიტის, კუჭის პარეზისა და გაგანიერების წინააღმდეგ.

წყლულის პერფორაციის დროს უხეში და არაიშვიათად გამოუსწორებელი შეცდომაა კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის ზონდით გამოჩეცხვა თითქოსდა ალიმენტარული ინტოქსიკაციის გამო. შეცდომაა წყლულის პერფორაციის დროს კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის რენტგენკონტრასტული გამოკვლევაც.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის გამო ოპერაცია უმჯობესია ინტუბაციური ნარკოზით ჩატარდეს. ცალკეულ შემთხვევაში, ავადმყოფის საერთო მდგომარეობის მიხედვით, შეიძლება ლაპაროტომიის გაკეთება ნოვოკაინით ადგილობრივი ინფილტრაციული ანესთეზიით.

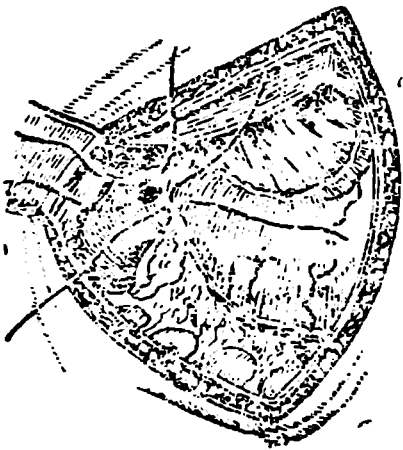
ლაპაროტომიის დროს რიგ შემთხვევებში წყლულის პერფორაციისათვის დამახასიათებელია მუცლის ღრუდან აირის გამოსვლა. აირს რაიმე სპეციფიკური სუნი არა აქვს. მუცლის ღრუს გახსნისთანავე მასში აღმოჩნდება მომწვანო ფერის ლორწონარევი სითხე საკმლის ნაწილაკებით. მწვავე პერფორაციული აპენდიციტის დროს მუცლის ღრუში გამონადენი არასდროს არ ჰგავს ასეთ სითხეს.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის დათვალიერებით, რაც უფრო დიდია პერფორაციული ხვრელი, მით უფრო იოლია მისი აღმოჩენა. წვრილი ხვრელის აღმოჩენას აადვილებს კუჭზე ხელის მოჭერა, რომლის დროს ამ ხვრელიდან აირის ბუშტუკები და სითხე გამოდის. ვინაიდან გამორიცხული არ არის მრავლობითი წყლულების არსებობა, ოპერაციის დროს საჭიროა ორთავე კედლის რევიზია. ზოგჯერ წინა კედელზე არსებული წყლული პერფორაციას არ განიცდის და ქირურგი მხოლოდ მისი დათვალიერებით კმაყოფილდება. ეს აშკარა შეცდომაა, რადგან წყლული შეიძლება იყოს უკანა კედელზეც და სწორედ ის განიცდიდეს პერფორაციას, ან კიდევ მრავლობითი წყლულების შემთხვევაში შეიძლება მოხდეს რამდენიმე წყლულის ერთდროული პერფორაცია.

მოკლედ აღვწერთ 2 წყლულის ერთდროული პერფორაციის ერთ ჩვენ შემთხვევას.

ავადმყოფი ზ. 40 წლის მამაკაცი, ქარხნის მუშა-ზეინკალი. ღამის ცვლაში მუშაობის დროს, დაახლოებით 0 ს. 15 წ., უეცრად იგრძნო ძლიერი ტკივილი მუცლის ზედა ნახევარში, რომლის მსგავსი მას არასოდეს ჰქონია. ანაენში წყლულოვანი, 5 წლის ხანგრძლივობის. იგი სასწრაფოდ მოთავსდა საუწყებო საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში ტკივილის დაწყებიდან 1/2 საათის შემდეგ. მორივე პერსონალის მიერ გამოყენებულა შოკური მდგომარეობიდან. ობიექტური გამოკვლევით დასმულა თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაციული წყლულის დიაგნოზი, რაც დადასტურა აგრეთვე მუცლის რენტგენოსკოპიით მარჯვნივ სუბდიფრაგმულად აღმოჩენილმა ჰაეროვანმა ზოლმაც. სისხლის თეთრი ბურთულეების რაოდენობა — 8000. საავადმყოფოში მიყვანიდან 2 საათის შემდეგ ავადმყოფს გაუკეთდა ოპერაცია ნარკოზით (ეთერი + ეანგბადი + ნილით). მუცელი გაიხსნა ზედა მედიალური ლაპაროტომიით. მუცლის ღრუში მცირე რაოდენობის მომწვანო ფერის სითხე და საკმლის ნაწილაკები. თორმეტგოჯა ნაწლავის წინა კედელზე, პილორუსთან ახლოს, აღმოჩნდა 2 წვრილი ხვრელი, რომელთა შორის ინტერვალი 3 სმ-ს არ აღემატება. ამ ადგილზე აღინიშნა თორმეტგოჯა ნაწლავის ძლიერი ჰიპერემია, ნაწიბუროვანი ცელილებების გარეშე. ორთავე ხვრელი გაიკერა გასწვრივი ღერძის პერპენდიკულარული მიმართულებით 2 სართულიანი კვანძოვანი ნაკერებით. აქვე დაფიქსირდა ბადექონის თავისუფალი ბოლო. ბიდიგეტალური გასინჯვით თორმეტგოჯა ნაწლავის სანათურის შევიწროება არ აღინიშნება. მუცლის ღრუ ამომშრალდა, მასში ჩ.ისხა პენიცილინის ხსნარი და ყრუდ დიხურა. ოპერაციის შემდგომი ხანა გაურთულებლად მიმდინარეობდა. ავადმყოფი გამოჯანმრთელდა.

კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციული ხვრელის გაკერვა სტაციონარულ ქირურგიულ განყოფილებაში მომუშავე ნებისმიერმა ქირურგმა უნდა შეძლოს.



სურ. 4. პილორუსის პერფორაციული წყლულის განივად გაკერვა.

ხვრელის გაკერვამდე ეს ადგილი ტამპონებით უნდა შემოიფარგლოს მუცლის ღრუს სხვა ნაწილების შემდგომი დაინფიცირების პროფილაქტიკის მიზნით. წყლული უნდა გაიკეროს კუჭის გასწვრივი ღერძის გარდიგარდმო მიმართულებით, რათა არ განვითარდეს ამ მიდამოში სანათურის დავიწროვება. ყველა შრის სალი ქსოვილების მიდამოში უნდა გატარდეს ნაკერები. პერფორაციული ხვრელის გაკერვა უნდა დამთავრდეს დამატებით სერო-სეროზული ნაკერებით. ამ ადგილთან ბადექონის ფეხიანი ადგილთან უნდა დაფიქსირდეს თავისუფალი ბოლო.

ყლორტის ფიქსირება არ არის სავალდებულო. არ შეიძლება ბადექონის

ყლორტის შეტანა პერფორაციულ ხერელში ამ უკანასკნელის წინასწარ გაკერვის გარეშე, რასაც პ. პოლიკარპოვი გვთავაზობს. ამ დროს კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის სანათურში გამოყოფილი წვენი გადახარშავს ბადექონს, დაშლის მას და პერფორაციული ხერელი კვლავ იხსნება, რასაც, როგორც წესი, უნდა მოყვეს პერიტონიტის განვითარება.

საილუსტრაციოდ მოგვყავს ერთი შემთხვევა.

ავადმყოფი მ. 55 წლის მამაკაცი, სასწრაფოდ ჰოთავსდა ერთ-ერთ რაიონულ საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში მუცლის ზედა მარჯვენა ნაწილში ძლიერი ტკივილის გამო. ახალგაზრდა ქირურგმა, რომელიც ავადმყოფთან გამოიძახეს ღამით, სწორად განსაზღვრა პერფორაციული წყლულის დიაგნოზი და ნარკოზის ქვეშ (ეთერი + ქანგბადი + ნიღბით) გააკეთა ოპერაცია. მუცლის ღრუ რევიზიის დროს თორმეტგოჯა ნაწლავზე კუჭის მცირე სიმრუდის გარძელებაზე აღმოჩნდა კალოზური წყლული ფართო პერფორაციით. ქირურგი ამოდ შეეცადა წყლულს გაკერვას (ეს იყო მისი ტექნიკური შეცდომა). ბოლოს მან ისდა შეძლო, რომ პერფორაციული ხერელი ბადექონის ყლორტის თავისუფალი ბოლოთი პერმეტულად დახშო და ორიოდე კვანძოვანი ნაკერით დააფიქსირა, რის შემდეგ შეუძელი ყრუდ დასურა (ესეც შეცდომაა, რადგან საჭირო იყო დრენირება). დაახლოებით 24 საათის შემდეგ, ავადმყოფის კონსულტაციის დროს, აღმოჩნდა ზოგადი პერიტონიტის პროგრესირების კლინიკური სურათი და გადაწყდა რელაპარატომია.

ნარკოზის ქვეშ (ეთერი + ქანგბადი + ნიღბით) მუცლის ღრუ გაიხსნა ნაოპერაციუმი პრილობიდან ნაკერების ახსნით. გადმოღვარა ჩირქნარევი მომწვანო-მორუხო ფერის სითხე. მუცლის ღრუ ამომშრალდა, თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციული ხერელი ღიაა. ბადექონის საცობი მასში აღარ არის.

ადგილი ტამპონებით შემოიფარგლა და კალოზური წყლული სოლისებურად აპოყვითა. თორმეტგოჯა ნაწლავის კედლის მთლიანობა აღსდგა ხალ ქსოვილებში დადებული ორსართულიანი კვანძოვანი ნაკერებით. ნაწლავის სანათურის შევიწროება პრაქტიკულად ძალზე უმნიშვნელოა. ამ ადგილთან მიტანილია. 1 დრენაჟი, 1 ტამპონი.

პერიტონეუმის ღრუს სათანადო ლაეჟის შემდეგ, რაც თბილი ფიზიოლოგიური ხსნარით გაკეთდა. პრილობაში ჩაისხა ანტიბიოტიკების ხსნარი. ორთავე თემის ფსოვების არეში ჩაიდო ნელატონის კათეტერებიდან დამზადებული მრავალფანჯრიანი 2 დრენაჟი. ნაოპერაციუმი პრილობები გაიყრა დრენაჟების ირგვლივ. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი მძიმედ მიმდინარეობდა. 7 დღის შემდეგ ზოგადი ინტოქსიკაციის მოკლენებით ავადმყოფი გარდაიცვალა.

დღემდე საკამათოდ რჩება საკითხი კუჭის რეზექციის შესახებ. როგორც ულცეროზოზფიისათვის, ასევე კუჭის რეზექციისათვის არსებობს სათანადო ჩვენებები. ქირურგი შეცდომას დაუშვებს, თუ რეზექციას გაუკეთებს ახალგაზრდა ავადმყოფს, რომელსაც პერფორაციის ირგვლივ არა აქვს 5. შ. მახარაძე

გამოხატული ნაწიბუროვანი ცვლილებები. ასეთი წყლულის გაკერვა ეფექტურია ხანგრძლივი დროით და არაიშვიათად ავადმყოფის სრული განკურნებით მთავრდება. წყლულის პერფორაციის დროს არ შეიძლება კუჭის რეზექცია, თუ პერფორაციის დაწყებიდან 6 საათზე მეტია გასული და უკვე გამოხატულია პერიტონიტი. ასეთ შემთხვევაში წყლული უნდა გაიკეროს. როდესაც ხანში შესულ ავადმყოფს კალოზური წყლულის პერფორაცია აქვს, წყლულის გაკერვა ვერ ხერხდება, ასეთ შემთხვევაში არც კუჭის რეზექციაა ნაჩვენები. ამიტომ ქირურგმა პერფორაციული წყლული სოლისებურად უნდა ამოკვეთოს, თუმცა ამის შემდეგ მოსალოდნელია სანათურის შევიწროება—სტენოზი. თუ სანათური დაევიწროვდა, საჭიროა კომპრომისული ოპერაცია — გასტროენტეროანასტომოზი. ამეამად გასტროენტეროანასტომოზი წყლულის გაკერვის დროს თითქმის მთლიანად მიტოვებულია. თუ მას ვინმე კიდევ მიმართავს, ეს უკიდურეს შემთხვევაში ხდება.

### გასტრო-დუოდენური წყლულოვანი სისხლდენები

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების დროს გადაუდებელი ჩარევის ერთ-ერთი მიზეზი შეიძლება იყოს წყლულოვანი გენეზის სისხლდენა, რასაც ჩვეულებრივად პროფუზული ხასიათი აქვს. ვამბობთ პროფუზულს იმიტომ, რომ ასეთი სისხლდენა თავიდანვე ისეთი უხვია, რომ გამეორების შემთხვევაში მოკლე დროში ორგანიზმს სიცოცხლისათვის საშიშროებას უქმნის (ლეჟარი).

წყლულოვანი წარმოშობის სისხლდენის პათოფიზიოლოგიური მექანიზმი შემდეგნაირად შეიძლება წარმოვიდგინოთ. კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის კედელში არსებული წყლულის დესტრუქციული პროცესი ქსოვილთა დაშლის ზონაში არსებულ სისხლძარღვის კედელს ღრღნის და ამის შედეგად ხდება სისხლის ჩაქცევა კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის სანათურში.

წყლულოვანი სისხლდენა თავისი ინტენსივობისა და განვითარების მექანიზმით შეიძლება 3 ჯგუფად დაიყოს: 1. სისხლდენა *Per diapedesis* წყლულის ირგვლივ ლორწოვანი გარსიდან, რომელიც ანთებით ცვლილებას განიცდის; 2. სისხლდენა დაშლილი წვრილი არტერიიდან; 3. სისხლდენა დაშლილი მსხვილი არტერიიდან, მაგ. *a. coronaria ventriculi*, *a. pancreatico-duodenalis* და სხვა.

ეჭიშ ჩვეულებრივ არ აღელვებს ისეთი წყლულოვანი მცირე სისხლდენა, რომლის აღმოჩენას ლაბორატორიული ტესტები სჭირდება.

ძლიერი სისხლდენა, რომელიც მსხვილი არტერიის კედლის გაღრმის შედეგად ვითარდება, საჭიროებს ენერგიულ სასწრაფო დახმარებას, ზოგჯერ ქირურგიულ ოპერაციასაც. ამიტომ სამართლიანად უნდა მივიჩნიოთ სისხლდენის მიკუთვნება მუცლის ღრუს ორგანოთა მწვავე პათოლოგიების იმ ჯგუფისადმი, რომელიც გაერთიანებულია „მწვავე მუცლის“ ტერმინით. ჩვენ კარგად გვესმის გასტრო-დუოდენური წყლულოვანი სისხლდენის „მწვავე მუცლის“ სინდრომისადმი მიკუთვნების პირობითობა. სისხლდენა ხომ სიმპტომია, რომელიც კონკრეტულ შემთხვევაში მიგვითითებს წყლულოვანი დაავადების გართულებაზე, პათოლოგიური პროცესის ნოზოლოგიური ერთეული კი თვით ეს დაავადებაა.

აღსანიშნავია, რომ კუჭ-ნაწლავიდან სისხლდენის მიზეზი შეიძლება იყოს მრავალი დაავადება, რომლებიც აღმოცენებულია როგორც თვით კუჭსა და თორმეტგოჯა ნაწლავში, ასევე მათ გარეშე. ვ. სტრუჩკოვი (1953) აღნიშნავს, რომ გასტრო-დუოდენური სისხლდენის მიზეზი შეიძლება იყოს 26 დაავადება. ამიტომ ექიმმა და, მით უმეტეს ქირურგმა, უნდა იცოდეს, თუ რომელ დაავადებას შეუძლია გამოიწვიოს სისხლდენა საჭმლის მომნელებელ ორგანოთა სისტემაში.

სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით, იმ დაავადებათა შორის, რომლებსაც შეუძლია კუჭსა და თორმეტგოჯა ნაწლავში სისხლდენა გამოიწვიოს, წყლულოვანი დაავადება პირველ ადგილზეა. მაგალითად. ბ. როზანოვი (1950) აღნიშნავს, რომ სისხლდენა წყლულოვანი ხასიათისა შემთხვევათა 73%-ში და არაწყლულოვანი — 27%-ში. რა თქმა უნდა, ამ უკანასკნელში შედის სისხლდენით გართულებული ყველა სხვა დაავადება: საყლაპავის ვენების გაგანიერება ღვიძლის ციროზით გაპირობებული კარის ვენის შეგუბების დროს, აორტის ანევრიზმის გასკდომა, საყლაპავის კიბოს ჩაზრდა აორტაში, კუჭის სისხლძარღვებიდან სისხლდენა ჰიპერტონიული დაავადების დროს, კუჭის კიბო, პოლიპი, ეროზია, გასტრიტი, ჰემოფილია, ვერლჰოფის დაავადება, სპლენომეგალია (ბანტის დაავადება), შონლეინ-ჰენოხის დაავადება, ლეიკოზი, მალორი-ვეისის სინდრომი, ოსლერის დაავადება და კიდევ სხვა მრავალი.

ბ. პეტროვი (1961) აღნიშნავდა, რომ კუჭ-ნაწლავის სისხლდენები 11 წლის კლინიკურ მასალაზე, სკლიფასოვსკის სახ. ინსტიტუტის მიხედვით, წყლულოვანი ხასიათისა იყო შემთხვევათა 17,2%-ში. აღსანიშნავია, რომ 13,7%-ში სისხლდენის წყარო ვერ იქნა დადგენილი. ვ. ბრატუსი (1971) მიუთითებს, რომ მის მასალაზე 48%-ში კუჭიდან მწვავე სისხლდენის მიზეზი წყლულოვანი დაავადებები იყო. მისივე მონაცემებით, ლეტალობა წყლულოვანი ეტიოლოგიის სისხლდენის

დროს შეადგენს 8.7 %-ს, კუჭის კიბოს დროს — 26,8 %-ს, პორტული  
პიპერტენზიის დროს — 13,3 % და ა. შ. ვ. ბრატუსი თვლის, რომ ზოგ-  
ჯერ ლეტალური გამოსავალი დიაგნოსტიკური შეცდომისა და მკურნა-  
ლობის მცდარი ტაქტიკის შედეგი იყო.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების დროს  
სისხლდენის ძირითადი კლინიკური ნიშნებია: სისხლიანი ლებინება,  
განავლის კუპრისებური მოშავო ფერი და შინაგანი სისხლდენის საერ-  
თო სიმპტომები.

სისხლნარევი ლებინება კუჭის წყლულს უფრო ხშირად ახასიათებს,  
ვიდრე თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულს. ლებინების მექანიზმი ადვილი  
წარმოსადგენია. კუჭში ჩაღვრილი სისხლის დიდი რაოდენობა გადაავ-  
სებს მის სანათურს და აქედან სისხლის ევაკუაცია ხდება რეფლექსური  
ლებინებით მოძრაობით. ამონაღები არტერიული სისხლი ჩვეულებრივ  
ღია წითელი ფერისაა, მაგრამ, თუ დიდხანს რჩება კუჭში, მასზე მოქმე-  
დებს კუჭის წვენი და იგი მოშავო ელფერს ლებულობს.

განავლის შავად შეფერვა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში სხვადასხვა ხა-  
სიათის სისხლჩაქცევების ცნობილი სიმპტომია. ასეთი შეფერვა გამო-  
წვეულია იმით, რომ ნაწლავში სისხლის ჰემოგლობინის გავლით წარმო-  
იქმნება გოგირდოვანი რკინა, რომელიც შავი ფერისაა და ამ შეფერვას  
იღებს განავალიც.

განვიხილავთ რა კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვან  
სისხლდენებს, კიდევ ერთხელ უნდა აღვნიშნოთ, რომ სისხლიანი ლები-  
ნება ახასიათებს კუჭის წყლულს და შავი კუპრისებური განავალი —  
თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულს.

რაც შეეხება შინაგანი სისხლდენის საერთო სიმპტომებს, აქ ყვე-  
ლაფერი დამოკიდებულია სისხლის კარგვის სისწრაფეზე, რაოდენობა-  
ზე. ორგანიზმის რეაქტიულობაზე და ა. შ. ავადმყოფს შეიძლება ჰქონ-  
დეს კანისა და ლორწოვანების სიფერმკრთალე, პულსის მკვეთრი აჩქა-  
რება, არტერიული წნევის დაცემა, დაბალი ტემპერატურა, ჰემოგლო-  
ბინისა და ერითროციტების რაოდენობის პროგრესული დაქვეითება.  
აუცილებლად უნდა განისაზღვროს ყოველ საათში გამოყოფილი შარდის  
რაოდენობა და ჰემატოკრიტი, რომელიც ცირკულირებული სისხლის  
მოცულობის მაჩვენებელია. სათანადო გაანგარიშებით დადგენილია, რომ  
როდესაც ჰემატოკრიტის მაჩვენებელი უდრის 36 — 39 %-ს, ცირკუ-  
ლირებული სისხლის მოცულობის დეფიციტია 500 მლ; ჰემატოკრიტის  
მაჩვენებლის დაქვეითება 20 — 25 %-დე შეესაბამება 1300 მლ-დე  
დეფიციტს და 15 — 19 % ცირკულირებული სისხლის მოცულობის  
დეფიციტი 1600 მლ-დე იზრდება.



ავადმყოფის მდგომარეობის შესაფასებლად მნიშვნელოვან კრიტერიუმს წარმოადგენს შოკის ინდექსის განსაზღვრა, რაც მდგომარეობს პულსის სიხშირისა და არტერიული სისტოლური წნევის ურთიერთშეფარდების გამორკვევაში (პულსის სიხშირის რაოდენობა იყოფა სისტოლური წნევის მაჩვენებელზე). მიღებულია, რომ შოკის ინდექსი რუერთზე მეტია, მოსალოდნელია სისხლის დიდი რაოდენობით დაკარგვის საშიშროება, დაკარგული სისხლის რაოდენობა კი მით უფრო მეტია, რაც უფრო მეტია პულსის სიხშირისა და სისტოლური წნევის მაჩვენებლების დისპროპორცია.

გასტროდუოდენური სისხლდენიანი ყველა ავადმყოფი ქირურგის დაკვირვების ქვეშ უნდა იმყოფებოდეს. ქირურგმა უნდა გამოარკვიოს სისხლდენის მიზეზი და მისი ლოკალიზაცია.

კუჭის სისხლმდენი წყლულისა და პოლიპის დიფერენციული დიაგნოსტიკა კლინიკურად ძნელია. მაგრამ ამას დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა არ უნდა ჰქონდეს, რადგან ორივე შემთხვევაში ქირურგის ტაქტიკა ერთნაირია. არ უნდა დავივიწყოთ, რომ მოხუცებულებში კუჭიდან სისხლდენა შეიძლება გამოიწვიოს დაშლის სტადიაში მყოფმა კუჭის კიბომ. კარგად შეკრებილი ანემიები, წინა გამოკვლევების შედეგები, ავადმყოფის დასუსტება კუჭის კიბოს დიაგნოსტიკისათვის გარკვეულ საფუძველს ქმნიან.

არაწყლულოვან სისხლდენებს შორის ავადმყოფთა უმრავლესობას აქვს პორტული ჰიპერტენზიით გაპირობებული სისხლდენები საყლაპავისა და კუჭის ვარიკოზულად გაგანიერებული ვენებიდან. თუ ამგვარი სისხლდენა შეცდომით მიღებულ იქნა წყლულოვანად, ქირურგმა შესაძლებელია მიიღოს მცდარი გადაწყვეტილება სასწრაფო ლაპაროტომიის გაკეთების შესახებ. პორტული ჰიპერტენზიის დიაგნოსტიკა დაავადების დასაწყისში ძნელია, მაგრამ შემდეგ, როდესაც აშკარად გამოიხატება დაავადების კლინიკური სურათი, იგი დიდ სიძნელეს არ წარმოადგენს.

კარგად აღჭურვილ სპეციალურ ქირურგიულ დაწესებულებებში, სადაც იყენებენ სპლენომანომეტრიას, სპლენოპორტოგრაფიას და სხვა სპეციალურ სადიაგნოსტიკო საშუალებებს, პორტული ჰიპერტენზიის, თრომბოფლებიტიური სპლენომეგალიის დიაგნოსტიკა და ამ დაავადებებით გამოწვეული სისხლდენების დიფერენციაცია წყლულოვანი პროფუზული სისხლდენებისაგან არ არის ძნელი.

უფრო ხშირად დიაგნოსტიკური შეცდომები ხდება ღვიძლის ვარეთა პორტული ჰიპერტენზიის სინდრომის დროს, როდესაც ელენტა შეკუშმულია და არ ისინჯება. გასინჯვით ღვიძლის მხრივაც არ აღინიშ-

ნება პათოლოგიური ცვლილებები. პორტული ჰიპერტენზიისათვის კი დამახასიათებელია სპლენომეგალია, ასციტი და პორტაკავალური ანასტომოზების გაფართოება. საყლაპავის გაგანიერებული ვენებიდან სისხლდენის დროს ავადმყოფს პირიდან შადრევანივით ამოსდის სისხლი. ამონაღებ სისხლში თითქმის სულ არ არის კოლტები, მაშინ როდესაც კუჭიდან წყლულოვანი სისხლდენისათვის დამახასიათებელია ამონაღებ სისხლში კოლტების არსებობა. საყლაპავის ვენებიდან სისხლდენის დროს ავადმყოფს არა აქვს წყლულოვანი ანამნეზი და, პირიქით, წყლულიანი ავადმყოფი თითქმის ყოველთვის მიუთითებს კუჭის არეში ტკივილსა და დისპეფსიურ მოვლენებზე.

დიდ სიძნელესთან არის დაკავშირებული კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციისა და ერთდროულად წყლულიდან სისხლდენის თანაარსებობის ამოცნობა, თუ სისხლდენასთან ერთად კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის უკანა კედლის წყლულის პერფორაციაა. პერფორაციული ხერელიდან შიგთავსი თავისუფალ მუცლის ღრუში კი არ იღვრება, არამედ ბადექონის ჩანთაში. ასეთ შემთხვევებში სისხლდენის ფონზე წყლულის პერფორაცია უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. დასაწყისში პერფორაციისათვის დამახასიათებელი ტკივილის სიმპტომები შეიძლება მაინც იყოს, მაგრამ ძალიან მალე ესეც ქრება.

ყველა ავადმყოფი, რომელიც სტაციონარში თავსდება გასტროდუოდენური სისხლდენით, გულდასმით უნდა იქნეს გამოკვლეული. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ანამნეზის დეტალურად შეკრებას, რადგან ამ დროს შეიძლება მნიშვნელოვანი ინფორმაციის მიღება. რიგ შემთხვევებში გულდასმით და დეტალურად ჩატარებული გამოკვლევების შემდეგაც ვერ ხერხდება სისხლდენის მიზეზისა და ლოკალიზაციის დადგენა. ამ დროს ქირურგს შეეძლოდ არ ჩაეთვლება, თუ იგი სისხლდენის გაძლიერების დროს მიმართავს დიაგნოსტიკურ ლაპაროტომიას და სისხლდენის ნამდვილ მიზეზს და ადგილს მაინც ვერ დაადგენს. ყოველ შემთხვევაში ეს მას შესაძლებლობას მისცემს გარკვიოს სისხლდენის არაწყლულოვანი ხასიათი და სისხლდენის საწინააღმდეგოდ უფრო რაციონალური ღონისძიება მიიღოს.

აღწერილია ისეთი შემთხვევები, როდესაც წყლულოვანი ანამნეზის გარეშე კუჭიდან სისხლდენის გამო გაკეთებულა კუჭის რეზექცია, ხოლო შემდეგ დაუდგენიათ კუჭიდან სისხლდენის სხვა მიზეზები.

რამდენიმე წლის წინათ დასავლეთ საქართველოს ერთ-ერთი რაიონის საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში მიიყვანეს ავადმყოფი ვ., 35 წლის მამაკაცი, რომელსაც ძლიერი პროგრესული სისხლდენა ჰქონდა კუჭიდან. რაკი კონსერვატული საშუალებებისა და ენერგიული ტრანსფუზიული თერაპიის შედეგად ავადმყოფის

მდგომარეობა არ უმჯობესდებოდა, სისხლდენის მწვერვალზე ეთერის ნარკოზით მას გაუკეთდა კუჭის რეზექცია. სისხლდენის წყლულოვანი გენეზი ვერ დადასტურდა — ამოკვეთილ კუჭში პათოლოგია არ აღმოჩნდა. მართალია, ავადმყოფმა ოპერაცია გადაიტანა, მაგრამ მას სისხლდენა კვლავ უგრძელდებოდა. შემდეგ გამოკვლევების საფუძველზე დადგინდა თრომბოფლემბიტური სპლენომეგალია, რის გამოც მას ეთერის ნარკოზით განმეორებითი ოპერაცია გაუკეთდა, ამჯერად სპლენექტომია. სისხლდენა შეწყდა, ავადმყოფი გამოჯანმრთელდა.

აღწერილი შემთხვევიდან აშკარაა, რომ სისხლდენის მიზეზისა და ლოკალიზაციის დასადგენად არ გამოიყენებულა ყველა სადიაგნოზო საშუალება, რამაც ნაჩქარევი და არასაკირო ოპერაციული ჩარევა ვანაპირობა. მხოლოდ განმეორებითი ოპერაციით მოხერხდა სისხლდენის ნამდვილი მიზეზის ლიკვიდაცია და ავადმყოფი განიკურნა.

ქირურგის მიერ დაშვებულ უხეშ შეცდომად უნდა იქნას მიჩნეული, თუ იგი არ გამოიყენებს ყველა თანამედროვე დიაგნოსტიკურ მეთოდს და სისხლდენის წყაროს დადგენის გარეშე გააკეთებს ოპერაციას. ქირურგის შეცდომად უნდა ჩაითვალოს, თუ იგი ზედმეტ კონსერვატივზმს გამოიჩინს და ოპერაციისათვის ოპტიმალურ ვადას ხელიდან გაუშვებს.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ სამკურნალო საშუალებების ხმარების შედეგად ავადმყოფის მდგომარეობა თუ უმჯობესდება და სისხლდენა ჩერდება, საჭიროა მოცდითი ტაქტიკა და კონსერვატული მკურნალობის გაგრძელება. შემდგომში უნდა დაზუსტდეს ოპერაციის გაკეთების ვადები.

აქ ლაპარაკი გვექონდა გასტრო-დუოდენური სისხლდენის დროს ყველა თანამედროვე დიაგნოსტიკური მეთოდის გამოყენებაზე. ამასთან დაკავშირებით ორიოდ სიტყვით უნდა შევჩერდეთ ენდოსკოპური გამოკვლევის მიზანშეწონილობაზე. 10 — 12 წლის წინათ გაბატონებული იყო აზრი იმის შესახებ, რომ მწვავე გასტროდუოდენური სისხლდენის დროს ენდოსკოპიით ავადმყოფის გამოკვლევის დაწყება შეცდომაა.

ი. ზვორიკინი (1972) აღნიშნავდა, რომ ეს მეთოდი მწვავე სისხლდენის დროს საშიში და არასაიმედოა.

თანამედროვე დიაგნოსტიკურ საშუალებათა კომპლექსში ამჟამად წარმატებით გამოიყენება ფიბროგასტროდუოდენოსკოპია გასტრო-დუოდენური მწვავე სისხლდენის დროს წყლულის ტოპიკის დასადგენად და სხვა დაავადებებისაგან მის სადიფერენციაციოდ. უფრო მეტიც, ფიბროსკოპიის საშუალებით სისხლდენი წყლულის ზედაპირი შეიძლება წებოთი დაიფაროს და ამ გზით შეწყვეტილ იქნას სისხლდენა. გარდა ამისა, ფიბროსკოპიით შესაძლებელია სისხლდენი წყლულის ან პოლიპის ელექტროკოაგულაცია. აქედან გამომდინარე, სრული საფუძველია იმისათვის, რომ გასტროდუოდენური მწვავე სისხლდენის დროს ფიბრო-

გასტროდუოდენოსკოპია ფართოდ გამოიყენებოდა ურგენტულ პრაქტიკაში. ამის უფლებას გვაძლევს ჩვენი კლინიკური მასალაც.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების დიაგნოსტიკაში მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს კლინიკურ-ლაბორატორიულ გამოკვლევასთან ერთად რენტგენოსკოპიას. წყლულოვან დაავადების სისხლდენით გართულების დროს კი ყველა ქირურგი არ მიმართავს რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას იმის შიშით, რომ ეკრანის ქვეშ მყოფ ავადმყოფს რენტგენოლოგმა პალპაციით ზიანი არ მიაყენოს. ამ დროს შეიძლება სისხლძარღვს თრომბი მოწყდეს და გამეორდეს სისხლდენა. კუჭის სანათურში სისხლდენის და კუჭის წვენის არსებობა და ამით წყლულის ნიშის ავსება რამდენადმე აძნელებს რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას. უკანასკნელ ხანს სულ უფრო ხშირად მიმართავენ სისხლდენი წყლულის დროს რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას სპეციალური მეთოდიკით, რაც გულისხმობს მის გამოყენებას ავადმყოფის წოლით მდგომარეობაში და მუცლის პალპაციის გარეშე. გამოკვლევას ატარებენ სისხლდენის განვითარების როგორც პირველ საათებში, ასევე მოგვიანებითაც (ე. საყფელდი და ნ. კორნილინა, 1954; ბ. პეტროვი, ა. მაზაევი, მ. შჩერბატენკო, 1966; ვ. რომანოვი თანავებრებით, 1968 და სხვ.). გასტროდუოდენური სისხლდენის დიაგნოსტიკურად რთულ შემთხვევებში რენტგენოლოგიურ მეთოდს ჩვენც მივმართავთ და ვთვლით, რომ გარკვეული სიფრთხილის დაცვით ამ მეთოდის გამოყენებამ შეიძლება მნიშვნელოვანი ინფორმაცია მოგვცეს.

დიაგნოსტიკის თვალსაზრისით რამდენადმე გაძნელებულია გასტროდუოდენური პროფუზული სისხლდენის მიზეზების ამოცნობა სისხლის დაავადების დროს. ავადმყოფმა, თუ ჰემოფილია აქვს, თავიდანვე იცის ამის შესახებ, კოაგულოლოგიური გამოკვლევა კი ადასტურებს არსებულ პათოლოგიას. ვერლჰოფისა და შონლეინ-ჰენოხის დაავადებებს მათთვის დამახასიათებელი კლინიკური მიმდინარეობა აქვს და ადვილად შეიძლება ამაში გარკვევა. რაც შეეხება ლეიკემიის დროს სისხლდენას, აქ ავადმყოფის საერთო გამოკვლევასთან ერთად სისხლის სურათს ვაღამწყვეტი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს. ჰიპერლეიკოციტოზი რამდენიმე ათეული და ასეული ათასების ფარგლებში უტყუარს ხდის ლეიკემიის დიაგნოზს, რაც ყველა ქირურგმა კარგად უნდა იცოდეს.

ჰემორაგიული და ეროზიული გასტრიტების დროსაც აღინიშნება კუჭიდან სისხლდენა და ამას ზოგჯერ წყლულოვან სისხლდენად თვლიან, ასეთ შემთხვევაში ზოგჯერ ოპერაციის სასარგებლოდ წყვეტენ მკურნალობის საკითხს, რაც არამართებულია. ასეთი სისხლდენები სა-

ერთოდ კარგად ემორჩილება კონსერვატული მეთოდებით მკურნალობას.

დაუშვებელია გასტრო-დუოდენური პროფუზული სისხლდენის დროს, თუ მიზეზი უცნობია, უმაღვე გადაეხას ავადმყოფს ფიზიოლოგიური ხსნარი. ასეთ შემთხვევებში საჭიროა თავიდანვე დაიწყოს სისხლის წვეთოვანი გადასხმა, უმჯობესია ახალი ციტრატული სისხლი. ასეთი სისხლი უფრო უკეთესი ჰემოსტაზური თვისებებისაა, ვიდრე დიდ ხანს შენახული.

ტიპური წყლულოვანი ანამნეზი, წარსულში რენტგენოლოგიურად დამტკიცებული წყლულის ნიშა, დაწყებული კონსერვატული მკურნალობის უშედეგობა, მზარდი სისხლდენა — აი ყველა ის პირობა, რომლებმაც ქირურგს უნდა გადააწყვეტინოს ქირურგიული ჩარევა. განმეორებითმა სისხლდენამ შესაძლებელია ავადმყოფის სიცოცხლე შეიწიროს. როდესაც სისხლდენა არ ჩერდება და ოპერაციული ჩარევა აუცილებელია, პრაქტიკა ამტკიცებს, რომ მისი შედეგები უკეთესია პირველ 24 საათის განმავლობაში, უარესი 48 საათის განმავლობაში, ხოლო შემდეგი პერიოდი უკვე დიდი ლეტალობით ხასიათდება.

ოპერაციის ერთდროულად უნდა დაიწყოს სისხლის გადასხმა. ოპერაცია უნდა გაკეთდეს თანამედროვე ნარკოზის პირობებში. პერიტონეუმის ღრუს გახსნის შემდეგ ქირურგმა ვიზუალურად და პალპაციით უნდა განსაზღვროს წყლულის ადგილსამყოფელი. კუჭის ანტრალურ ნაწილში თუ აღმოჩნდა წყლული, თუნდაც კალოზური, ქირურგი არ უნდა შემოიფარგლოს ამით, რადგან შეიძლება დაუშვას შეცდომა. საჭიროა გაგრძელდეს რევიზია. ამ დროს შეიძლება კიდევ აღმოჩნდეს სხვა, ზერელედ მდებარე წყლული, რომლის აროზიული სისხლძარღვი იძლეოდეს მნიშვნელოვან სისხლდენას. ოპერაციის დროს ფასდება ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა და ამის საფუძველზე წყდება საკითხი კუჭის რეზექციის შესახებ. ეს ოპერაცია გასტრო-დუოდენურ სისხლდენით გართულებული წყლულოვანი დაავადების დროს ავადმყოფის ქირურგიული მკურნალობის არჩევითი წესია, რა თქმა უნდა, თუ მისი საერთო მდგომარეობა ამის შესაძლებლობას იძლევა.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის დათვალეირებასთან ერთად, როდესაც ქირურგი ვერ პოულობს სისხლდენის წყაროს და საერთოდ რაიმე ცვლილებებს, მან უნდა შეამოწმოს ღვიძლი და ელენთა, გამოარკვიოს არის თუ არა ჩაღვრილი სისხლი კუჭში და ამის შემდეგ გააკეთოს გასტროტომია. ქირურგის შეცდომად უნდა ჩაითვალოს, თუ ამ ოპერაციას იგი არ მიმართავს მსგავს პირობებში. აღსანიშნავია, რომ არის ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც გასტროტომიის დროს არ აღ-

მოჩნდა სისხლმდენი წყლული, ხოლო გაკვეთაზე ნახეს მცირე ზომის წყლული დათრომბილი სისხლძარღვით. საბედნიეროდ, ასეთი შემთხვევები ძალზე იშვიათია.

ალბათ ნაკლებად მოიძებნება ქირურგი, რომელსაც არ გაეკეთებინოს სისხლდენის დროს იძულებითი ოპერაცია — კუჭის რეზექცია გამოთიშვით ან წყლულის ზონის სოლისებური ამოკვეთა სალი ქსოვილების ფარგლებში. ასეთი ოპერაციები ნაკლებად ტრავმულია, სისხლდენას აჩერებენ და ავადმყოფს სიცოცხლეს უნარჩუნებენ, მაგრამ ამ პალიატიური ოპერაციებიდან გარკვეული დროის შემდეგ შეიძლება საჭირო გახდეს რადიკალური ოპერაცია. ამიტომ ალბათ უფრო მიზანშეწონილი იქნებოდა ავადმყოფები იმ დაწესებულების ექიმთა დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდნენ, სადაც მათ გაუკეთდათ ეს ოპერაციები.

ქირურგის შეცდომად უნდა მივიჩნიოთ, თუ იგი ოპერაციის დროს სისხლდენის შესაჩერებლად შეეცდება კუჭის მთავარი არტერიების გადაკვანძვას. ეს ოპერაცია, რომელიც ჭერ კიდე ვიტყვითა მოგვაწოდებ, უშედეგოა და დავიწყებას მიეცა.

ამრიგად, წყლულოვანი გენეზის გასტროდუოდენური სისხლდენების დროს უმრავლეს შემთხვევაში კონსერვატული საშუალებებით ხერხდება სისხლდენის შეჩერება, ოპერაციული ჩარევა კი ნაჩვენებია კონსერვატული მკურნალობის უშედეგობისა და სისხლდენის გაგრძელების დროს. ოპერაციის არჩევით წესად მიჩნეულია კუჭის რეზექცია, თუ ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა ამის საშუალებას იძლევა.

ოპერაციული ჩარევის ყველა სხვა წესები კომპრომისული ხასიათისაა და მათ იძულებით მიმართავენ.

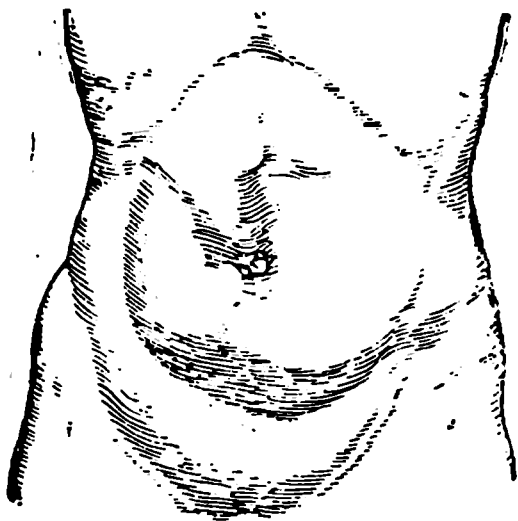
სათანადოდ აღჭურვილ დიდ ქირურგიულ ცენტრებში გასტროდუოდენური სისხლდენის შესაჩერებლად შეიძლება გამოიყენონ პრინციპულად ახალი ენდოვასკულური ემბოლიზაციის მეთოდი. ამ მიზნით სელდინგერის ხელსაწყოთი კეთდება ბარძაყის არტერიის პუნქცია და მისი კათეტერიზაცია. შემდეგ რენტგენის ეკრანის ქვეშ კათეტერი გატარდება აორტაში, აქედან კი ფაშვის არტერიაში, საიდანაც დასაწყისს იღებს კუჭის მარცხენა არტერია. კათეტერი მაქსიმალურად წინ უნდა წაიწიოს და მიუახლოვდეს სისხლმდენი წყლულის ზონას (სელექციური ან სუპერსელექციური კათეტერიზაცია), რის შემდეგ ხდება წნევის ქვეშ ემბოლების შეტანა სისხლძარღვში კათეტერის საშუალებით. ეს უკანასკნელი იწვევს წნევის დაცემას ემბოლის შეჩერების ადგილიდან დისტალურად და წყლულიდან სისხლდენის შეწყვეტას.

ამ ბოლო დროს უპირატესობას ანიჭებენ ენდოვასკულური ინტუზიის მეთოდს იმ შემთხვევებში, როდესაც სისხლდენა სისხლძარღვის

მაგისტრალურ ტოტიდან კი არ არის, არამედ მასიურად წვრილი ტოტებიდან. საინფუზიოდ უფრო ხშირად იყენებენ პიტუიტრინის ხსნარს. ინფუზიური წესი საპიროების დროს შეიძლება მრავალჯერ გამოიყენონ. ამ წესით წყლულოვანი სისხლდენის შეჩერება ხდება პიტუიტრინის ვაზოკონსტრიქციული მოქმედების შედეგად.

### კუჭის მწვავე გაგანიერება

კუჭის მწვავე გაგანიერების მექანიზმი მკიდროდ უკავშირდება ნევროგენულ ფაქტორებს. იგი იწყება მისი მოტორული აპარატის რეფლექსური შეკავებით, რაც სიმფატიკური და პარასიმფატიკური სისტემებიდან გამომდინარე იმპულსების შედეგად აღმოცენდება. სიმფათიკური და პარასიმფატიკური სისტემების მოქმედების დისკოორდინაცია იწვევს კუჭის მოტორიკის დარღვევასა და მისი ტონუსის დაქვეითებას სრულ ატონიამდე. კუჭში დიდი რაოდენობით გროვდება მისი წვენი და



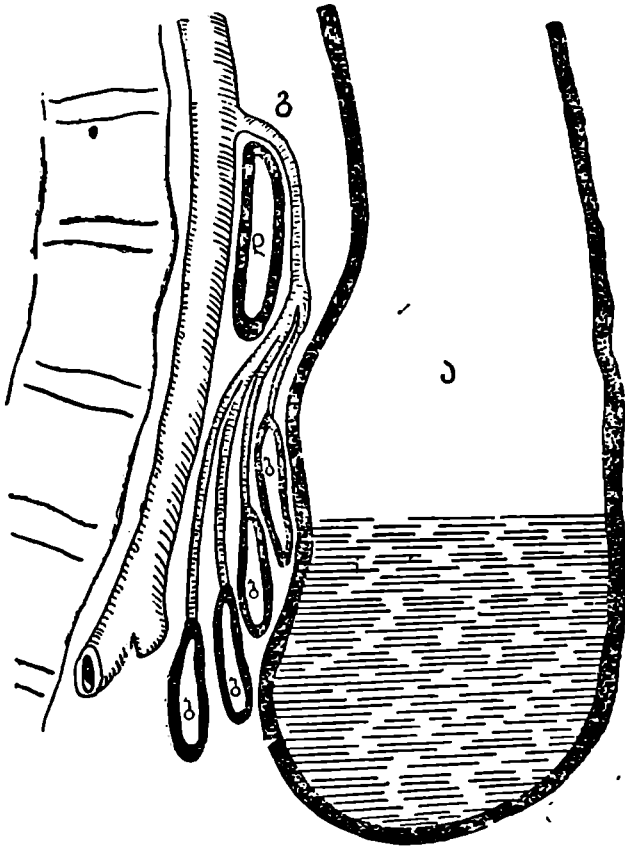
სურ. 5. კუჭის მწვავე გაგანიერება.

ჩაყლაპული ჰაერი, იგი მკვეთრად ფართოვდება, აღწევს დიდ პარამეტრებს და იკავებს მუცლის დრუს. ნაწლავების მარყუჟები ამ დროს მცირე მენჯის დრუსშია გადანაცვლებული. კუჭი კიბავს წვრილი ნაწლავების ჯორჯალს, აორტიდან თავის განტოტების არეში ამ დროს დაჭიმულია ჯორჯლის ზედა არტერია და იგი ზონარის მაგვარ წარმონაქმნს ემსგავსება. აორტა და ჯორჯლის ზედა არტერია ქმნიან ე. წ. არტერიული სისტემის ლეროებს, რომელთა შორის მოქცეულია და გადაჭერილია

თორმეტგოჯა ნაწლავის ქვედა პორიზონტალური ნაწილი. არტერიული სისტემის ლეროების მიახლოებით ხდება თორმეტგოჯა ნაწლავის და უკანა კედლების ერთმანეთთან მიჭყლეტა, რაც საბოლოოდ განაპირობებს არტერია-მეზენტერიულ გაუვალობას. კუჭს, რადგან მას უკვე დაკარგული

აქვს მოძრაობის უნარი, აღარ ძალუძს შექმნილი წინალობის გადალახვა. ნაღვლისა და პანკრეასის ფერმენტების კუჭში შესვლით კიდევ უფრო იზრდება მასში დაგროვილი სითხის მოცულობა.

ამრიგად, კუჭის მწვავე გაგანიერება და არტერია-მეზენტერიული



სურ. 6. კუჭის მწვავე გაგანიერების მექანიზმი.

ა. გაგანიერებული კუჭი, ბ. მიკცულტილი და მუცლის ქვედა ნაწილში გადანაცვლებული წვრილი ნაწლავები, გ. ჯორჯლის ზედა არტერია, დ. დაკიმული და ჩაჭედილი თორმეტგოჯა ნაწლავი.

გაუვალობა უნდა წარმოვიდგინოთ როგორც ერთი პათოლოგიური პროცესი, რომლის თავში ფართოდება კუჭი, ხოლო ბოლოში მას ემბტება თორმეტგოჯა ნაწლავის ვაფართოებაც.



კუჭის მწვავე გაგანიერება თითქმის ერთნაირი სიხშირით აღინიშნება ქალებსა და მამაკაცებში, ახალგაზრდებსა და მოხუცებში.

კუჭის მწვავე გაგანიერება, როგორც ფ. ლეჟარი აღნიშნავს, უფრო ხშირად ახალ ნაოპერაციევ ავადმყოფებს უვითარდებათ. ამასთანავე, არა აქვს მნიშვნელობა არც ოპერაციული ჩარევისა და არც გაუტკივარების სახეს.

კუჭის მწვავე გაგანიერების ძირითადი დამახასიათებელი სიმპტომია მუცლის ზედა ნაწილის ძლიერი გაფართოება, რასაც კასრის ფორმას ამსგავსებენ. მუცლის გვერდითი ნაწილები და თეძოს ფოსოები თავისუფალია და პალპაციით რბილი. გაფართოებული მუცლის ზედა ნაწილის პერკუსია ტიმპანიტს იძლევა.

კუჭის მწვავე გაგანიერების მეორე დამახასიათებელი ნიშანია უცარი და მრავალჯერადი ღებინება დიდი რაოდენობის ამონაღები მასით. ფ. ლეჟარი რატომღაც ასეთ პირღებინებას ამსგავსებს შარდით გადავსებულ და გადაჭიმულ ბუშტიდან მოშარდვას.

თითოეული ღებინების შედეგად კუჭი შიგთავსის დიდ რაოდენობას კარგავს, რაც ჩვეულებრივ 6 — 8 ლიტრამდე აღწევს, შეიძლება ამას თან მოყვეს კუჭის ტეტანია. ეს უკანასკნელი დაკავშირებულია ამონაღები მასით ორგანიზმიდან ქლორიდების გამოტანასთან. ასეთ პირობებში ირღვევა მკვავ-ტუტოვანი წონასწორობაც. კუჭის ტეტანიის დროს, გარდა პილორუსის სტენოზისათვის დამახასიათებელი კლინიკური სურათისა, ავადმყოფს აქვს ზედა და ქვედა კიდურებისა და მიმიკური კუნთების კრუნჩხვები, კუჭის კუნთების დაჭიმვა. ეს ნიშნები ვლინდება ძალზე სუსტი გარეგანი გამლიზიანებლებითაც და ამ დროს შესაძლებელია გამოწვეული იქნას ხეოსტეკის, ტრუსოსა და ბებტერევის სიმპტომებიც.

აღწერილია შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფი, რომელსაც კუჭის გაგანიერების გამო მისი ტეტანია განუვითარდა, ქირურგიულ განყოფილებაში მოუთავსებიათ ტეტანუსის მცდარი დიაგნოზით.

ავადმყოფს ძალიან სწრაფად უვითარდება კოლაფსის კლინიკური სურათი — სახე თითქოს ჩამომკნარი აქვს, გრძნობს საერთო სისუსტეს, პულსი სუსტი ავსებისა და ხშირია, თითქმის დაუთვლელი. ამ ნიშნებს ემატება აგრეთვე გაძლიერებული წყურვილი და შარდის რაოდენობის შემცირება. ამ დროს შარდი ძალზე კონცენტრულია, მისი ხვედრითი წონა მაღალია.

ოპერაციის შემდგომ განვითარებულ კუჭის მწვავე გაგანიერების დროს საჭიროა ამ მდგომარეობიდან ავადმყოფის სასწრაფოდ გამოყვანა. ქირურგის შეცდომა იქნება მოცდითი ტაქტიკა ან განმეორებითი

ლაპაროტომიის გაკეთება, რადგან ერთიც და მეორეც ავადმყოფის სიკვდილით მთავრდება.

კუჭის მწვავე გაგანიერების დროს ლეტალობის მაჩვენებელი მაშინაც საგულისხმოა, როდესაც ავადმყოფს მკურნალობა უტარდება ყველა რეკომენდებული საშუალებით.

საილუსტრაციოდ მოკლედ განვიხილავთ საკუთარ დაკვირვებას, სადაც კუჭის მწვავე გაგანიერება განუვითარდა ავადმყოფს კუჭის რეზექციის შემდგომ პერიოდში.

თბილისის ერთ-ერთ საუწყებო საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში მოათავსეს ავადმყოფი ფ., 47 წლის მამაკაცი, ქარხნის მუშა, რომლის კლინიკური გამოკვლევა აღმოჩნდა თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება პილორუსის სტენოზით. ამ უკანასკნელის არსებობის საორიენტაციო ვადა ანამნეზის საშუალებით 4 — 5 წლის ხანგრძლივობით განისაზღვრა; ქირურგიულ განყოფილებაში მოთავსების დროს ავადმყოფი ძალზე გამხდარი იყო, აწუხებდა ხშირი ლებინება, რომლის დროს ამონაღებ მასაში ხშირად პოულობდა წინ მიღებული საკმლის ნაწილაკებს.

სათანადო გამოკვლევებისას და მოზადების შემდეგ ინტუბაციური ნარკოზით ავადმყოფს გაუკეთდა ოპერაცია. მუცლის ღრუს გახსნის შემდეგ კუჭი აღმოჩნდა გაფართოებული (დეკომპენსირებული), პილორუსის მიდამო მკიდრო და მკვრივ შეზოკებში. გაკეთდა კუჭის რეზექცია პოსტულცეროზული ნაწიბურების ზონის მოცილებით. დავწრობული სანათურის დიამეტრი 4—5 მმ-ს არ აღემატება. ოპერაციის შემდეგ მესამე დღიდან ავადმყოფის მდგომარეობა დამძიმდა, უეცრად დაეწყო ლებინება დიდი რაოდენობით ამონაღები თხიერი მასით, რომელიც დასაწყისში მომწვანო-მოყვითალო ფერის იყო, ხოლო შემდეგ მოყავისფრო გახდა. ავადმყოფს მუცელი შეეებრა, აირებზე ვერ გადიოდა, დაისვა ოპერაციის შემდგომ პერიოდში განვითარებული კუჭის მწვავე გაგანიერების დიაგნოზი და ავადმყოფს ენდონაზალურად კუჭში ჩადგა ზონდი, იგი საწოლში მოთავსდა მუცელზე წოლით. საწოლი ავადმყოფის ქვედა კიდურების მხრივ მაღლა იქნა აწეული. ავადმყოფს ვენაში გაუკეთდა 30 მლ 10 % მარილის ჰიპერტონული, 10 მლ 10 % ქლორიანი კალციუმის და 40 მლ 40 % გლუკოზის ხსნარი. კუნთებში გაუკეთდა 1 მლ (30 მგ) პრენიზოლონის ხსნარი და B<sub>1</sub> ვიტამინი. მიუხედავად მიღებული ღონისძიებებისა, ავადმყოფის მდგომარეობა პროგრესულად უარესდებოდა, მას განუვითარდა ანურია და კუჭის მწვავე გაგანიერების დაწყებიდან 24 საათის შემდეგ გარდაიცვალა. პათოლოგანატომიურ გაკვეთაზე დადასტურდა ოპერაციის შემდგომი კუჭის მწვავე გაგანიერება.

პირველი, რასაც ქირურგმა უნდა მიმართოს კუჭის მწვავე გაგანიერების დროს, კუჭის ამორეცხვა და საწოლში ავადმყოფის მოთავსებაა მუცელზე წოლით მდებარეობაში ან იდაყვებზე და მუხლებზე დაყრდნობით. ამ ორი და მარტივი ღონისძიებით არაიშვიათად ხერხდება მისი გადარჩენა. როცა ავადმყოფი მუცელზე წევს ან იდაყვებზე და მუხლებზე დაყრდნობილ მდებარეობაშია, კუჭის შიგთავსი გადაინაცვლებს შესასვლელისაკენ და იგი თავისუფლდება სითხისაგან და მყერი-საგან. გარდა ამისა, ასეთ მდებარეობაში ღუზდება მანამდე დაჭიმული

წვრილი ნაწლავების ჯორჯალი და ჯორჯლის ზედა არტერია, ნაწლავები კვლავ თავისუფალი მუცლის ღრუსაკენ გადაინაცვლებენ და თორმეტგოჯა ნაწლავიც თავისუფლდება შემომკერი ფაქტორებისაგან.

კუჭის ამორეცხვა ზონდით მანამდე კეთდება, ვიდრე გაფართოებული კუჭი არ შემცირდება.

მწვავედ გაგანიერებული კუჭის ამორეცხვის მიზნით ზონდი ძალიან ღრმად უნდა შევიდეს, რათა გასცდეს ჰაერის ბუშტს და მიაღწიოს სითხის დონეს. მანამდე რეკომენდებულია ორმხრივი პარანეტრალური ბლოკადა ა. ვიშნევსკის წესით.

კუჭის მწვავე გაგანიერების დროს სამკურნალო საშუალებათა კომპლექსში გამოიყენება: 1 ლიტრი ფიზიოლოგიური ხსნარის კანქვეშ წვეთოვანი გადასხმა და ოყნით იგივე რაოდენობის შეყვანა; მარილის ჰიპერტონიული ხსნარის (10%) 20 — 40 მლ ვენაში შეყვანა ყოველ 4 — 5 საათში; ქლორიანი კალციუმის 10 % ხსნარისა და 50 მლ 40 % გლუკოზის ხსნარის ვენაში შეყვანა. გარდა ამ საშუალებებისა, კრუნჩხვების საწინააღმდეგოდ იხმარება 250 მლ 5 % გლუკოზის ხსნარის ვენაში წვეთოვანი გადასხმა; ამ ხსნარს უნდა დაემატოს 5 — 6 წვეთი 0,1 % ადრენალის ხსნარი; ავადმყოფს ენიშნება პარანეტრალურად აქტგ, პრედნიზოლონი და B<sub>1</sub> ვიტამინი. საჭიროა სისხლის გადასხმა. მკურნალობის პროცესში მიზანშეწონილია ჩატარდეს სისხლში ელექტროლიტების დინამიკური გამოკვლევა და სათანადო მაჩვენებლების მიხედვით მათი კორექცია.

## ნაწლავთა მწვავე გაუვალობა

ნაწლავთა გაუვალობა ორგვარია — დინამიკური და მექანიკური. დინამიკური გაუვალობა იყოფა პარალიტიკურ და სპასტიკურ, ხოლო მექანიკური—სტრანგულაციური და ობტურაციულ ფორმებად.

დინამიკური გაუვალობა ფუნქციური ხასიათისაა. მისი პარალიტიკური ფორმის სიმპტომატია ძალიან წააგავს ნაწლავთა მწვავე მექანიკურ გაუვალობას. იგი ყოველთვის მეორადი ხასიათისაა და მუცლის ღრუს რომელიმე ორგანოს პირველადი დაავადების გართულებაა. უმრავლეს შემთხვევაში ნაწლავთა დინამიკური გაუვალობის პარალიტიკური ფორმა თან ახლავს მწვავე ჩირქოვან პერიტონიტს, მწვავე პანკრეატიტს, საშვილოსნოს გარეშე ორსულობას, ნაწლავთა სისხლძარღვების თრომბოზს და მუცლის ღრუს ზოგიერთ სხვა მწვავე ქირურგიულ დაავადებას. პარალიტიკურ გაუვალობას საფუძვლად უდევს ტოქსიკური ინფექციური აგენტების პირდაპირი ან რეფლექსური ზემოქმედება პა-

რასიმფათიკურ ნერვულ სისტემაზე, რასაც მოყვება ნერვების დამბლა და ნაწლავთა პერისტალტიკის შეწყვეტა.

პარალიტიკური გაუვალობის მკურნალობა ძირითადად გულისხმობს მისი გამომწვევი ფაქტორების ლიკვიდაციას. ამიტომ ავადმყოფთა უმრავლესობას უკეთდება სხვადასხვა სახის და სიმძიმის ოპერაცია, რადგან მკურნალობის კონსერვატული მეთოდი ხშირად ვერ აღწევს მიზანს.

ნაწლავთა სპასტიკური გაუვალობაც ფუნქციური ხასიათისაა და პარალიტიკურისაგან განსხვავებით უფრო კეთილთვისებიანად მიმდინარეობს. ნაწლავთა დინამიკური გაუვალობის ამ ფორმის გამომწვევი მიზეზებიდან უნდა აღინიშნოს ტყვიით, მორფიუმითა და ნიკოტინით მოწამვლა, ფსევდობადომინალური სინდრომი, მუცლის ღრუს ორგანოების სისხლძარღვთა ათეროსკლეროზი და სხვა. ნაწლავთა სპაზმი არაიშვიათად აღმოცენდება ქოლელითიაზის, თირკმლის კენჭოვანი დაავადების, რეტროპერიტონული ქსოვილების ანთებითი პროცესებისა და სხვა პათოლოგიების დროს.

ნაწლავთა სპასტიკური გაუვალობის დროს ავადმყოფის თვითგონობა და მდგომარეობა არ არის მძიმე. მუცლის ტკივილი ჩვეულებრივად არ არის მწვავე, მაგრამ მოვლთი ხასიათისაა. ავადმყოფს ამ დროს ლებინება იშვიათად აქვს. მუცლის აუსკულტაციით მოისმინება ნაწლავთა სუსტი შუილი. სპაზმოლიტიკური საშუალებების (პაპავერინი, ნოშპა და სხვა) ზეგავლენით აუსკულტაციით ყოველთვის აღინიშნება ნაწლავთა შუილის ნორმალისება. ნაწლავთა სპასტიკური გაუვალობის მკურნალობის კონსერვატული მეთოდი ყოველთვის კარგ შედეგს იძლევა.

ნაწლავთა მწვავე მექანიკური გაუვალობა ვითარდება სხვადასხვა მიზეზებითა და სხვადასხვა დონეზე, მაგრამ ძირითადად იგი გამოწვეულია ნაწლავსგარეთ არსებული ფაქტორებით: სიმსივნით, გადიდებული მეზობელი ორგანოების ზეწოლით, შეხორცებებით, რომლებიც სხვადასხვა ოპერაციის შედეგად ვითარდება და ა. შ. (Quaniromoni, Rosoff, Halls, Vellin, 1980). შედარებით იშვიათად ვითარდება ნაწლავთა მექანიკური გაუვალობის ისეთი ფორმა, რომლის დროს ნაწლავის სანათურის დასშობის მიზეზია სიმსივნე, ნაღვლის კენჭები, ასკარიდები, გადაყლაპული უცხო სხეული და სხვა.

ნაწლავთა მწვავე მექანიკური გაუვალობის ხშირი სახეა სტრანგულაცია, რომლის განვითარება ჩვეულებრივ უკავშირდება შემაერთქსოვილოვან ნაწიბუროვან წარმონაქმნების შეხორცებით პროცესებს. ეს უკანასკნელი კი უფრო ხშირად ვითარდება ახლო თუ შორეულ წარ-

სულში გადატანილი ოპერაციების შედეგად. ნაწლავზე ზეწოლას შეხორცებებით, ბადექონით ან ნაწიბუროვანი ხარხებით, შეუძლია დასაწყისში გამოიწვიოს სანათურის ნაწილობრივი, ხოლო შემდეგ სრული დაზომა. ნაწლავთა სტრანგულაციური გაუვალობის გამომწვევი ფაქტორები მართალია მრავალია, მაგრამ სრულიად აშკარაა, რომ უფრო ხშირად იგი უვითარდება იმ ავადმყოფებს, რომლებმაც გადაიტანეს ესა თუ ის ოპერაცია, მათ შორის ჩვეულებრივი, გაურთულებელი აქენდექტომიაც.

ნაწლავების სტრანგულაციური გაუვალობის ერთ-ერთი ფორმაა ინვაგინაცია. gal, Kizscely, Macseky (1980) აღნიშნავენ, რომ ინვაგინაცია მართალია ნაწლავის სანათურს შეიგინიდან ახშობს, მაგრამ თავისი პათოგენეზით იგი აშკარად სტრანგულაციური ხასიათისაა.

ინვაგინაცია შეიძლება წარმოიშვას ნაწლავთა ტრაქტის ნებისმიერ ნაწილში. ამიტომ არჩევენ წვრილ ნაწლავთა ინვაგინაციას (წვრილი — წვრილში). მსხვილ ნაწლავთა ინვაგინაციას (მსხვილი — მსხვილში წვრილი ნაწლავის მსხვილში ინვაგინაცია (წვრილი ნაწლავის მსხვილში, გადასვლის ადგილას) და ორმაგ ინვაგინაციას, როდესაც დასაწყისში წვრილი ნაწლავი შთაინერგება ჯერ წვრილში, ხოლო შემდეგ მსხვილ ნაწლავში. ზოგჯერ ერთსა და იმავე ავადმყოფს შეიძლება განუვითარდეს მრავლობითი ინვაგინაცია ნაწლავთა ტრაქტის სხვადასხვა ნაწილში. ბრმა ნაწლავში შესაძლებელია მოხდეს ე. წ. გვერდითი ინვაგინაცია. ბრმა ნაწლავთან თექოს ნაწლავის შეერთების მოპირდაპირე კედელზე ჩნდება პატარა ჩაღრმავება ნაწლავის სანათურის მიმართულებით, რომელიც თანდათან ღრმავდება და თან გაიყოლებს ჯერ კედელს, ხოლო შემდეგ მთლიანად ნაწლავს. ბრმა ნაწლავზე ინვაგინაცია შესაძლებელია განვითარდეს მისი გუმბათის არეში იქ, სადაც ნაწლავი ყრუდ ბოლოვდება, ასეთ შემთხვევებში ინვაგინატში აღმოჩნდება ქიაყელა დანაპატი და თექოს ნაწლავიც. უფრო ხშირად ინვაგინაცია ხდება იზოპერისტალტიკური მიმართულებით და იშვიათად ანტიპერისტალტიკურად. ლოკალიზაციის მიხედვით ყველაზე ხშირია ილეოცეკალური კუთხის ინვაგინაცია, შემდეგ წვრილი ნაწლავისა და ბოლოს მსხვილი ნაწლავის ინვაგინაცია.

ინვაგინაციის გამომწვევ მჩუბებს შორის აღსანიშნავია ნაწლავის ნეირო-ვასკულარული მოშლილობის აღმოცენება იმ მონაკვეთში, სადაც მდებარეობს სიმსივნე, წყლული, პოლიპი, ინფილტრატი ან სხვა რაიმე პათოლოგიური პროცესი. გარდა ამისა, მნიშვნელოვანი როლი შეიძლება ჰქონდეს ილეო-ცეკალური კუთხის ანატომიურ თავისებუ-

რებებსაც. ინვაგინაციის წარმოშობაში გარკვეული მნიშვნელობა ენიჭება ანთებით პროცესებსა და მათ შედეგს.

ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის ცალკეულ სახეებს შორის ბავშვებში ყველაზე ხშირია ინვაგინაცია. ამასთანავე ხშირია ამ დროს დიაგნოსტიკური შეცდომებიც. უფრო ხშირად მცდარ დიაგნოზად გვევლინება მწვავე დიზენტერია. ამის საბაბი კი ხშირად ნაწლავიდან სისხლდენაა, რაც ორივე ამ დაავადებას ახასიათებს. ინვაგინაციის მკურნალობა მოზრდილებში მხოლოდ ქირურგიულია. ძუძუმწოვარ ბავშვებში კი დასაშვებია კონსერვატიული მკურნალობაც, მაგრამ ეს უკანასკნელი შესაძლებელია ჩატარდეს სპეციალიზებულ ბავშვთა ქირურგიულ დაწესებულებაში. ინვაგინაციაზე ექვის დროს საჭიროა ავადმყოფის თითით გასინჯვა სწორი ნაწლავიდან. ამ დროს თითის წვერზე, როგორც წესი, რჩება სისხლნარევი ლორწო. კლინიკური სიმპტომებიდან ყურადღებას იპყრობს ძლიერი მოვლითი ტკივილი მუცლის არეში, რომელიც უეცრად ვითარდება, გულისრევა, პირღებინება, სისხლნარევი თხიერი განავალი, ზოგჯერ დეფეკაციისა და აირებზე გასვლის შეწყვეტა. მუცელი რბილია, ზოგჯერ შებერილი, ხშირად ასიმეტრიული. მუცლის პერკუსიით ინვაგინაციის ზევით ტიმპანითია (ვალის ნიშანი), პალპაციით მარჯვენა თქოს ფოსოს არეში ინვაგინაციის დროს ზოგჯერ „სიკარიელის“ შთაბეჭდილება იქმნება (დანსის ნიშანი). მნიშვნელოვან მონაცემებს იძლევა რენტგენკონტრასტული გამოკვლევა, რომლის დროს ბარიუმის თხიერი ფაფა ოყნით უნდა იქნას შეყვანილი. *per rectum* თითით გასინჯვის დროს შეიძლება აღმოჩნდეს ინვაგინატი. მუცლის პალპაციით არაიშვიათად შეიძლება ძეხვისებური წარმონაქმნის შეგრძნება. მართალია ყოველთვის არა, მაგრამ ხშირად ინვაგინაციისათვის დამახასიათებელია სიმპტომთა ტრიადა — მუცლის არეში ძლიერი მოვლითი ტკივილი, სიმსივნის მსგავსი წარმონაქმნი და განავალში სისხლის არსებობა.

ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის სიმძიმე უპირველეს ყოვლისა განისაზღვრება მისი ლოკალიზაციის დონით. რაც უფრო მაღლა იგი, მით უფრო მძიმეა დაავადების მიმდინარეობა. არსებითი მნიშვნელობა აქვს იმას, გაუვალობა სრულია თუ ნაწილობრივი. ხშირად ნაწლავის სრულ გაუვალობას წინ უძღვის ნაწილობრივი გაუვალობა.

ნაწლავთა სტრანგულაციური გაუვალობის ერთ-ერთი სახეა ე.წ. კვანძწარმონაქმნი, რომელიც კლინიკურად მკვეთრად გამოხატული სიმპტომებით მქლავნდება. ნაწლავთა მარყუქებით კვანძის წარმოქმნას საფუძვლად უდევს რთული მექანიზმი. ერთ-ერთი მიზეზი კვანძწარმოქმნისა მსხვილი ნაწლავისა და მისი ჯორჯლის დაგრძელებაა. წვრილი და სიგმური ნაწლავების გრძელი ჯორჯლებისა და ბრმა ნაწლავის მობი-

ლურობის გარეშე წარმოდგენილია კვანძის წარმოქმნა. ამ უკანასკნელის წარმოშობაში მნიშვნელობა შეიძლება ჰქონდეს აგრეთვე mesenterium ileocolica communis-ს, მუცლის ღრუში შეხორცებებს და ნაწლავის ჯორჯალში ნაწიბურების წარმოქმნას.

ნაწლავთა კვანძწარმონაქმნით გაუვალობა ოპერაციამდე იშვიათად ამოიცინობა. ხშირად ასეთ შემთხვევებში სიგმური ან წვრილი ნაწლავის შემოგრების დიაგნოზს სვამენ. რენტგენოლოგიურად შესაძლებელია ამოცნობილ იქნას ნაწლავთა კვანძწარმონაქმნი. გ. ზედგენიძე და ლ. ლინდერბრატენი (1937) მიუთითებენ, რომ ასეთ ავადმყოფებს აღენიშნებათ სიგმური ნაწლავის ძლიერი შებერვა და წვრილი ნაწლავის მარყუქში სითხის დონე. ოყნის საშუალებით შეყვანილი ბარიუმი აღწევს მხოლოდ კვანძით დახშულ სიგმური ნაწლავის სეგმენტამდე. დიაგნოსტიკური სირთულის სიტუაციაში სწორად უნდა მივიჩნიოთ ექიმის მოქმედება, თუ იგი ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის დიაგნოზით ავადმყოფს სასწრაფოდ გაუკეთებს ოპერაციას. ნაწლავთა კვანძწარმონაქმნის ნაცვლად ხშირად ისმება პერფორაციული წყლულის, მწვავე პერფორაციული აპენდიციტის, შინაგანი ჩაქედილი თიაქრის, მეზენტერიული სისხლძარღვების თრომბოზის, პერიტონიტის და სხვა მცდარი დიაგნოზები. ნაწლავებისაგან წარმოქმნილი კვანძის დროს აღინიშნება ნაწლავთა მარყუქებისა და ჯორჯლის სისხლმიმოქცევის და ინერვაციის მოშლა, რაც იწვევს მათი კვების დარღვევას და ნეკროზს. ეს კი პერიტონიტის განვითარების ძირითადი წყაროა.

კვანძწარმონაქმნის კლინიკური სიმპტომები უეცრად და მწვავედ ვითარდება. ტკივილი მუცლის არეში ძლიერია, მაგრამ მას არა აქვს განსაზღვრული და მუდმივი ლოკალიზაცია. ავადმყოფს აწუხებს გულისრევა და პირღებინება, იგი საწოლში ადგილს ვერ პოულობს, კენესის, ენა მშრალი აქვს, აირებზე ვერ გადის, არა აქვს კუჭ-ნაწლავის მოქმედება, მუცელი შებერილია, დასაწყისშივე აღინიშნება მუცლის წინა კედლის დაჭიმულობა. აუსკულტაციით ნაწლავთა პერისტალტიკისათვის დამახასიათებელი შუილი არ არის. 2 — 3 დღეში დაავადება ლეტალური გამოსავლით მთავრდება. ნაწლავთა კვანძწარმონაქმნი შედარებით იშვიათია, მაგრამ მისი ლეტალობის მაჩვენებელი ჯერ კიდევ დიდია. დაავადების მკურნალობა მხოლოდ ქირურგიულია. ოპერაცია უნდა გაკეთდეს ყოველგვარი დაყოვნების გარეშე.

წვრილი ნაწლავების ობტურაციული გაუვალობა უფრო ხშირად ვითარდება სიმსივნით. ამ დროს ნაწლავთა გაუვალობა ჩვეულებრივ უფრო ადრე აღმოცენდება, ვიდრე სიმსივნისათვის დამახასიათებელი საერთო სიმპტომატიკა. დაავადების სიმძიმე, ისე როგორც სტრანგულა-

ციური გაუვალობის დროს, დამოკიდებულია სიმსივნის ლოკალიზაციის დონეზე. მღივი ნაწლავის პროქსიმალურ ნაწილში მდებარე სიმსივნის დროს ადრე ვითარდება ლეზინება, ფაღარათი, სიგამხდრე. ობტურაციული გაუვალობა შეიძლება უეცრად განვითარდეს, თუმცა დაავადების სიმპტომები უფრო ხშირად თანდათან ვითარდება. ასეთ შემთხვევებში ავადმყოფის ჩივილი და დაავადების კლინიკური მიმდინარეობა იმდენად ბუნდოვანია, რომ შეუძლია შეცდომაში შეიყვანოს ქირურგი.

ბავშვებში ხშირია ასკარიდებით გამოწვეული წვრილი ნაწლავის ობტურაციული გაუვალობა. ასკარიდები ნაწლავის სანათურში ქმნიან მორგეს, რაც უფრო ხშირად მარჯვენა თემოს ფოსოს არეში პალპაციით შეიგრძნობა როგორც მრგვალი ან ძეხვისებრი რბილი წარმონაქმნი. ასეთი ავადმყოფები ანამნეზში ზოგჯერ აღნიშნავენ ლეზინებას ასკარიდებით. დამახასიათებელია ასკარიდული გაუვალობის რენტგენოგრაფია, რომელზეც აღინიშნება მრავალი წვრილი და გრძელი ძაფისებრი ჩრდილები. ასკარიდოზის დროს ავადმყოფებს სისხლში, როგორც წესი, ეოზინოფილია აქვთ. ასეთი ავადმყოფების მკურნალობა უნდა დაიწყოს ჰერბის საწინააღმდეგო მედიკამენტებით, უეფექტობის შემთხვევაში კი საჭიროა ქირურგიული ჩარევა. ამ დროს ავადმყოფის მდგომარეობა შეიძლება უაღრესად მძიმეც იყოს.

საილუსტრაციოდ მოკლედ აღვწერთ ერთ შემთხვევას.

ქირურგიულ კლინიკაში დაიღო სასწრაფოდ მოთავსდა მძიმე მდგომარეობაში მყოფი 12 წლის ბავშვა. რომელსაც უეცრად დაეწყო მოვლითი ხასიათის ძლიერი ტკივილი მუცლის ზედა ნაწილში და ჰქონდა ლეზინებაც. ამონაღებ მასაში შეუნიშნავეთ ასკარიდა. აღნიშნული მოვლენები დაეწყო წინა ღამით: გასინჯვით ავადმყოფი კანს ოდნავ მოკეითალო ელფერი გადაკრავს, მაჟა სუსტი ავსების, აჩქარებული. არტერიული წნევა 115/60 მმ სს. ენა შშრალი, ბუცელი შებერილი და დაქიშული, პალპაციით ძლიერ მტკიუნეული, შოტკინ-ბლუმბერგის ნიშანი აშკარად გამოხატული. მუცლის აუსკულტაციით ნაწლავთა პერისტალტიკისათვის დამახასიათებელი შუილი არ მოიხიზნება. მუცლის ტკივილის დაწყების შემდეგ კუჭ-ნაწლავის მოქმედება არ ქქონია. სისხლის თერაი ბურთულების რაოდენობა 16000, ელს — 30 მმ სს. დაისვა ნაწლავთა მწვავე მაღალი გაუვალობით გაპირობებული მწვავე ჩირქოვანი პერიტონიტის დიაგნოზი. გამოთქევა ზრი ასკარიდული ობტურაციული გაუვალობის და ნაწლავის ედლას პერფორაციის არსებობის შესახებ.

ეთერის ნიღბიანი ნარკოზით გაკეთდა სასწრაფო ლაპაროტომია, რომლის დროს დადასტურდა ზოგადი ჩირქოვანი პერიტონიტი, გაპირობებული მღივი ნაწლავის პროქსიმალურ ნაწილში არსებული პერფორაციული ხერულით; აქვე იყო ნაწლავის სანათურში ასკარიდების გადახლართვის შედეგად წარმოშობილი მორგევი, პერიტონეუმის ღრუდელ მოცილდა 2 ასკარიდა, რომლებიც ნაწლავის სანათურიდან პერფორაციული ხერელის საშუალებით გავიდნენ. ვინაიდან ნაწლავის პერფორაციული ხერელის მომდებარე უზანი მკვეთრად ციანოზური იყო და ვერ ამქლავნებდა სიცოცხლის უნარაზბას, გაკეთდა ნაწლავის რეზექცია სალი ქსოვილების ფარგლებში პარდაპირ



შერთულით, ნაწლავის რეზექციებულ მონაკვეთში მოყვა ასკარიდული მორგეიც. ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა ოპერაციის შემდგომ პერიოდში კიდევ უფრო დაძვინდა და 14 საათის შემდეგ იგი გარდაიცვალა. სექციაზე აღმოჩნდა ღვიძლის შიგნითა და გარეთა სანაღვლე ვზების ტოტალური ასკარიდული ინვაზია. ასკარიდები იყო კუჭში და წერილი ნაწლავის სანათურში. მათი რაოდენობა რამდენიმე ასეულს აღწევდა.

ეს ოპერაცია, რომელიც სამი ათეული წლის წინათ ჩვენი კლინიკის გამოცდილმა ქირურგმა ელ. გოგიტიძემ გააკეთა ჩემი ასისტენტობით, კარგად დამამახსოვრდა, რადგან ასეთი შემთხვევები იშვიათი და მართლაც უნიკალურია.

წერილი ნაწლავის მწვავე ობტურაციული გაუვალობის მიზეზი შეიძლება იყოს ნაწლავის სანათურში გაჩხერილი ნაღვლის კენჭები. შ. დრობნის (1983) მიხედვით, ასეთი გაუვალობის სიხშირე 1 %-ს აღემატება. ზ. თოფჩიაშვილი და ი. კარპოვი (1984) აღნიშნავენ, რომ ნაღვლკენჭოვანი გაუვალობის კლინიკური სურათი არაფრით განსხვავდება ობტურაციული გაუვალობის სხვა ვარიანტებისაგან და დამოკიდებულია ნაწლავის დაზოზობის დონეზე. ეს ავტორები ნაწლავთა მწვავე ნაღვლკენჭოვან გაუვალობას თვითნებურად წარმოქმნილი შინაგანი სანაღვლე ფისტულების გართულებად თვლიან. ნაწლავთა ნაღვლკენჭოვანი გაუვალობის ამოცნობა ოპერაციამდე ძალზე ძნელია, მაგრამ შესაძლებელია. დიაგნოსტიკაში წამყვანი როლი ენიჭება მუცლის ღრუს მიმოხილვით რენტგენოგრაფიას.

Kelemen-ის (1965) აზრით, იმისათვის, რომ ნაღვლის კენჭმა ობტურაციული გაუვალობა გამოიწვიოს, სრულიადაც არ არის საჭირო იგი მოზრდილი იყოს და მთლიანად ახშობდეს წერილი ნაწლავის სანათურს. იგი დასაშვებად თვლის, რომ ნაღვლის კენჭის განსაკუთრებული გამლიზიანებელი თვისების ზეგავლენით ხდება წერილი ნაწლავის კედლის მის ირგვლივ მჭიდროდ შემოხვევა, რის გამოც ვითარდება ნაწლავის სანათურის სრული დახშობა. ამასთან დაკავშირებით მოკლედ აღვწერთ ჩვენს ერთ კლინიკურ შემთხვევას.

ავადმყოფი კ. 50 წლის მამაკაცი, რომელსაც საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში დაუდგინდა ნაწლავთა მწვავე გაუვალობა და ნარკოზით სასწრაფოდ გაუკეთდა ლაპაროტომია. ოპერაციის დროს მღვივი ნაწლავის სანათურში პალპაციით შეიგრძნობოდა მკვრივი, უსწორმასწორო ზედაპირის მქონე მრგვალი, ქლივის ოდენობის წარმონაქმნი, რომლის ზემოთ ნაწლავის სანათური აირებოდა და თხიერი შიგთავსით იყო გადავსებული, ხოლო ქვემოთ ნაწლავი — ჩაფუშული. ამ არეში ნაწლავის ჭოროჯალში შეყვანილი იქნა 0,5 % — 50 მლ ნოვოკაინის ხსნარი, გაკეთდა ენტეროტომია გასწვრივი განაკვეთით, ამოღებულ იქნა ნაღვლის კენჭი, რომელიც უფრო პატარა იყო, ვიდრე იგი ნაწლავის პალპაციით ისინჯებოდა მის გაკვეთამდე. ნაწლავის კრილობა განივად გაიკვრა. ავადმყოფი გამოჯანმრთელდა.

აღწერილ შემთხვევაში ნაღვლის კენჭის ზომები დიდი არ იყო და იმდენად არ შეესაბამებოდა ნაწლავის სანათურის სიფართეს, რომ ოპერაციის დროს ექვიც კი გამოითქვა ასეთი კენჭით ნაწლავის სანათურის სრული დახშობის შესახებ.

ნაღვლის კენჭებით გამოწვეული წვრილი ნაწლავის მწვავე გაუვალლობა ჩვეულებრივ ვითარდება მწვავე ქოლეცისტიტის ფონზე და ამით უნდა აიხსნას ალბათ ავადმყოფთა სიმძიმე და ლეტალობის მაღალი მაჩვენებლები, რაზედაც ლიტერატურაშია მითითებული. ეს გარემოება ქირურგს ავალებს, ასეთი ავადმყოფების ოპერაციის დროს ზედმიწევნით გულმოდგინედ შეასრულოს ოპერაციის ყოველი დეტალი, რადგან მათ დაქვეითებული აქვთ ინფექციისადმი მგრძობელობა და ეს უკანასკნელი კიდევ უფრო ღრმავდება ნაწლავთა გაუვალობის დროს.

წვრილი ნაწლავის მწვავე მექანიკური გაუვალობისაგან განსხვავებით, მსხვილი ნაწლავის მექანიკური გაუვალობა ხასიათდება ზოგიერთი მისთვის დამახასიათებელი თავისებურებებით, რომელთა ცოდნა ქირურგისათვის სავალდებულოა. მსხვილი ნაწლავის გაუვალობა ჩვეულებრივ ვითარდება მოხუცებულობის ასაკში. ვინაიდან მსხვილი ნაწლავის გაუვალობის კლინიკური სიმპტომები თანდათანობით მქლავდება, ამ დროს არ ვითარდება წვრილი ნაწლავის გაუვალობის მსგავსი მწვავე მოვლენები. უმრავლეს შემთხვევაში თუ წვრილი ნაწლავის გაუვალობა გაპირობებულია კეთილთვისებიანი პროცესებით, მსხვილი ნაწლავის გაუვალობა ხშირად დაკავშირებულია დუნედ მიმდინარე კარცინომატოზულ პროცესთან, რაც 90 %-ში მსხვილი. ნაწლავის მარცხენა მხარეზეა ლოკალიზებული. მსხვილი ნაწლავის კიბოს დროს გაუვალობა უვითარდება ავადმყოფთა 40 %-ს. დაავადების დასაწყისში ავადმყოფებს აქვთ შეკრულობა და ნაწლავის პროქსიმალური ნაწილის გადაჭიმვა. მსხვილი ნაწლავის მარცხენა ნაწილში კიბოს არსებობით გამოწვეული გაუვალობის სიხშირე რამდენიმე ფაქტორით შეიძლება აიხსნას. უპირველეს ყოვლისა აქ აღსანიშნავია განავლის მკვრივი კონსისტენცია, მსხვილი ნაწლავის მარჯვენა ნახევარში კი ქიმუსი თხიერია და კიბოთი შევიწროებულ ნაწლავის სანათურს თითქმის ყოველთვის თავისუფლად გადის. მსხვილი ნაწლავის მარჯვენა ნაწილის სანათური უფრო მსხვილია, ვიდრე მარცხენა ნახევრისა. ამ უკანასკნელში არსებული ავთვისებიანი სიმსივნეების ზრდასთან დაკავშირებით დამახასიათებელია ნაწლავის შეკუმხვნისა და შევიწროებისადმი მიდრეკილება, მაშინ როდესაც ბრმა ნაწლავისა და აღმავალი კოლნჯისათვის უფრო ხშირად ნიშანდობლივია სოკოსმაგვარი ან დაწყლულებული კიბო გადმობრუნებული კიდევებით.

მსხვილი ნაწლავის გაუვალობის სხვადასხვა მიზეზებს შორის შედარებით ნაკლები სიხშირით გვხვდება სიგმური ნაწლავის შემოგრება, ენდომეტრიოზი, განვითარების ანომალიები, ოპერაციის შემდგომი შეხორცებები და სხვა.

მსხვილი ნაწლავის სტრანგულაციური გაუვალობა ყველაზე უფრო ხშირად ხდება შემოგრებითა და ინვაგინაციით. არაიშვიათია აგრეთვე ასეთი გაუვალობა ჩაქედილი თიაქრის დროს.

მსხვილი ნაწლავის გაუვალობისათვის დამახასიათებელ კლინიკურ სიმპტომთა შორის აღსანიშნავია მოვლითი ტკივილი მუცლის ქვედა ნაწილში. ამასთანავე მოვლითი ტკივილები ისე ხშირად არ მჟღავნდება, როგორც წვირილი ნაწლავების მწვავე გაუვალობის დროს. მსხვილი ნაწლავის გაუვალობის დროს ლებინება მოგვიანებით ვითარდება. ლებინება განავლოვანი მასებით ცუდი პროგნოზის ნიშანია. მსხვილი ნაწლავის სტრანგულაციური გაუვალობა, რომელიც შემოგრების სახით უფრო ხშირია ახალგაზრდა მამაკაცებში, სიმსივნური გაუვალობისაგან განსხვავებით ყოველთვის მწვავედ მიმდინარეობს.

ნაწლავის გაფართოება მისი სანათურის დახშობის ზემოთ სხვადასხვა ინტენსივობისაა. მაგ. ილეო-ცეკალური კუთხის მიდამოდან ნაწლავის შიგთავსის ნაწილი თუ თქმოს ნაწლავში არ ბრუნდება, შესაძლებელია ბრმა ნაწლავი ისე გადაიჭიმოს, რომ მოხდეს მისი კედლის იშვიათობა. ნეკროზი და პერფორაციაც. გაფართოებული მსხვილი ნაწლავის კონტურები ზოგჯერ აშკარად მოჩანს მუცლის წინა კედლის დათვალიერებით. მუცელი ამ დროს ასიმეტრიულია. მსხვილი ნაწლავის შემოგრება უპირატესად ბრმა და სიგმურ ნაწლავში ხდება. ამის მიზეზად თვლიან დაგრძელებულ ჭორჭალს. რის გამოც ნაწლავი უფრო მეტად მოძრავი ხდება აგრეთვე ფიქსირებული ნაწლავის მომტანი და გამტანი ბოლოების სიახლოვეს. ორივე ფაქტორი აღინიშნება სიგმურ ნაწლავში მუხოსიგმას, როგორც ცნობილია, ვიწრო ფულე აქვს, მისგან ზევით ჭორჭალი მარაოსავით ფართოვდება. ვინაიდან სიგმური ნაწლავის მარჯულის სერკიე 90 სმ-ს აღწევს, გასაგებია, თუ რატომ არის აქ შემოგრებისათვის ხელშემწყობი პირობები. რაც შეეხება ტერმინს „ბრმა ნაწლავის შემოგრება“, Wolfler და თანაავტორები (1942) მას არ მიიჩნევენ მართებულად. რადგან ამ პროცესში ყოველთვის მონაწილეობს თქმოს ნაწლავის ტერმინალური ნაწილი და აღმაველი კოლინჯი, არაიშვიათად ლეიქლის კუთხემდე. Ponca (1969) მიიჩნევს, რომ უფრო სწორია ვილაპარაკოთ არა ბრმა ნაწლავის შემოგრებაზე, არამედ მსხვილი ნაწლავის მარჯვენა ნახევრის შემოგრებაზე, თუმცა არც ასეთი განსაზღვრა სავსებით შესაფერისი. ამჟამად ეჭვს არ იწვევს ის ფაქტი, რომ მსხვილი ნაწლავის

მარჯვენა ნახევრის მობილობის მიზეზია განვითარების თანდაყოლილი ანომალია, რომელიც გამოწვეულია საშვილოსნოს შიდა პერიოდში ნაწლავის როტაციის მესამე ფაზის დაუმთავრებლობით — ჯორჯალი არ უერთდება მუცლის უკანა კედელს (Székely 1974). რა თქმა უნდა, არსებობს მსხვილი ნაწლავის მარჯვენა მხარის გადაჭარბებული მობილობის სხვა ხელშემწყობი ფაქტორებიც. ნაწლავის ჯორჯალზე შემოტრიალება 180°-ით ჩვეულებრივ არ იწვევს შემოგრების სიმპტომატიკას. სამაგიეროდ, თუ ნაწლავის შემოგრება 180°-ს აღემატება, ჯორჯლის შემოტრიალების შემდეგ ნაწლავის მომტანი და გამტანი მარყუქები შემოკვერილია და ქმნიან ე. წ. „დახშული მარყუქის“ სინდრომს. მსხვილი ნაწლავის მკვებავი ჯორჯლის სისხლძარღვებზე შემოკვერა გადაჭიმულ მის კედელში იწვევს სისხლის მიმოქცევის მოშლას. ამ დროს აღრევე ვითარდება ვენური შეგუბება, რადგან პირველ რიგში შემოკვერილია ჯორჯლის ნაზი ვენები, რომლებიც ძალზე ლაბილურია მექანიკური ზემოქმედებისადმი. ვენურ შეგუბებას მოყვება ნაწლავის კედლის ინფარქტი, ხოლო მის შემდგომ გლარმავებას — ნაწლავის შემოგრებითი ნაწილის ტოტალური ნეკროზი (Pap. 1970, Gal, Ezsely, Mecsek). ბრმა ნაწლავის შემოგრებისათვის დამახასიათებელია ძლიერი, მოვლითი ტკივილი მუცლის მარჯვენა ნახევარში. ტკივილთან ერთად ავადმყოფს აწუხებს გულისრევა და ძლიერი ღებინება. დაავადების პროგრესირების შედეგად მატულობს მუცლის შებერილობა. ჩნდება მუცლის წინა კედლის ასიმეტრია; ავადმყოფს აღენიშნება განავლისა და აირების გაუვალობა. ეს სიმპტომები იმდენად წააგავს წვრილი ნაწლავის გაუვალობას, რომ ექიმები თითქმის ყოველთვის სვამენ წვრილი ნაწლავის გაუვალობის მცდარ დიაგნოზს.

ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის დიაგნოზის დასმასთან ერთად ქირურგის წინაშე დგება ოპერაციისათვის ჩვენების საკითხი. ამასთანავე ქირურგმა უნდა გადაწყვიტოს სასწრაფოდ გააკეთოს ოპერაცია, თუ კლინიკური მოვლენების ნელი განვითარების გამო რამდენადმე დააყოვნოს მისი გაკეთება. როდესაც ოპერაციის დაყოვნებაზე ვლავარაკობთ, უპირველეს ყოვლისა ვგულისხმობთ დაავადების კლინიკურ მიმდინარეობაზე დაკვირვებისათვის სკირო დროს, რათა ამ პერიოდში ობიექტურად შეფასდეს მოვლენათა შემდგომი განვითარება და ოპერაციამდე ხმარებულ საშუალებათა მოქმედების შედეგები.

დაავადების დაწყებიდან პირველ საათებში კლინიკური სიმპტომატიკის მიხედვით ძნელია გაუვალობის ხასიათის დიფერენცირება. ამიტომ დასაწყისში ის საშუალებები უნდა გამოვიყენოთ, რომლებზეც ზემოთ უკვე იყო მითითებული. ამ საშუალებათა გამოყენება ექიმს ეხმა-

რება ოპერაციული მკურნალობის საკითხის გადაწყვეტაში. კონსერვატული ღონისძიებების შედეგად თუ გამოიყო აირები და აღსდგა ქუჭანაწლავის მოქმედება, შემცირდა ან გაქრა მუცლის ტკივილი და ავადმყოფის მდგომარეობა გაუმჯობესდა, ზედმეტია ოპერაციის გაკეთებაზე ლაპარაკი. უნდა ვიგულისხმოთ, რომ ავადმყოფს ჰქონდა დინამიკური გაუვალობა ან კოპროსტაზი.

აირებზე გასვლის მიუხედავად, თუ ავადმყოფს უგრძელდება მუცლის ტკივილი, მისი ზოგადი მდგომარეობა კვლავ უცვლელია და არ უმჯობესდება, საჭიროა გაკეთდეს ოპერაცია. კონსერვატული ღონისძიებები არ უნდა გაგრძელდეს 2 საათზე მეტ ხანს და ამ ვადაში საბოლოოდ უნდა გაიდაიჭრას ქირურგიული ჩარევის საკითხი. წერილ ნაწლავთა გაუვალობის დროს, როდესაც კლინიკური სიმპტომატიკა მწვავედ ვითარდება, ოპერაციის საკითხი 2 საათში უნდა გადაწყდეს. თუ გაუვალობის კლინიკური სურათი ნელა ვითარდება, ზოგადი მდგომარეობა არ უარესდება, როგორც ეს საერთოდ ხდება მსხვილი ნაწლავის დაბალი გაუვალობის დროს, კონსერვატული ღონისძიებების განხორციელება შეიძლება რამდენადმე გახანგრძლივდეს. მაგრამ, თუ 2 — 3 საათში ეს ღონისძიებები უშედეგოა, აღარ ღირს ოპერაციის დაყოვნება.

ასკარიდული გაუვალობის განხილვისას აღვნიშნეთ, რომ ამ დროს საჭიროა მკურნალობა კონსერვატული საშუალებებით დაიწყოს. ეს საშუალებებია — ცხელი აბაზანა. კანქვეშ ატროპინი, თბილი ოყნა, პარანეტრალური ნოვოკაინური ბლოკადა, მუცელზე სითბო და სხვა. ეს საშუალებები ნაწლავის სპაზმის მოსახსნელად გამოიყენება; ზოგჯერ სპაზმი მართლაც იხსნება და ოპერაცია საჭირო აღარ არის. შეცდომაა, თუ ეს საშუალებები არ იქნა გამოყენებული. ყველა შემთხვევაში, როდესაც კონსერვატული მკურნალობა უშედეგოა, საჭიროა ოპერაცია.

ნაწლავთა გაუვალობის გამო წარმოებული ოპერაციის დროს ქირურგმა შეიძლება დაუშვას ზოგიერთი შეცდომა, რომლებზეც აუცილებლად უნდა გამახვილდეს ყურადღება.

სტრანგულაციური გაუვალობის დროს მუცლის ღრუს გახსნის შემდეგ ჰრილობაში გამოდის ნაწლავის გაბერილი მარყუქები. ამ დროს არ შეიძლება ქირურგმა პირდაპირ დაიწყოს გაუვალობის მიზეზის დადგენის მიზნით ამ მარყუქების რევიზია. თავდაპირველად მართებულია ნაწლავის ჯორჯალში შეყვანილ იქნას ნოვოკაინის 0,25 % ხსნარი 100 მლ-დე რაოდენობით და ამის შემდეგ გამოიკვეს გაუვალობის მიზეზი.

ნაწლავთა შიგთავსის გადავსებული მარყუქების დაცლის მიზნით საჭიროა გაკეთდეს ენტეროტომია, მაგრამ ამისათვის ნაწლავის მარყუ-

ეები კრილობიდან გარეთ უნდა იქნას გამოტანილი. ქირურგი, რომელაც ამას არ გააკეთებს, ხელს შეუწყობს მუცლის ღრუს დაინფიცირებას. შეცდომაა, თუ ნაწლავის ტროაკარით პუნქცია გაკეთდება წინასწარ ქისისებრი ნაკერის დადების გარეშე. შეცდომაა, თუ ქირურგი შიგთავისაგან ნაწლავის დაცლის მიზნით გამოიყენებს ე. წ. „გამოჰყვლეტი“ ხერხს“. ამ დროს ნაწლავის კედელი უსათუოდ ზიანდება. საჭიროა ნაწლავთა მარყუქების პროქსიმალური მხარე მაღლა აიწიოს და მათი შიგთავის გადაადგილდეს ტროაკარისაკენ, საიდანაც ის გამოვა. შემდეგ ტროაკარი მოცილდება. წინასწარ დადებული ქისისებური ნაკერი გაიკვანძება და მის გარეთ გარდიგარდმო დაედება სერო-სეროზულ ნაკერები. ნაწლავთა ჩაფუშვის შემდეგ უნდა დათვალეირდეს ჯორჯალი და, თუ იგი შემოგრებილია, უნდა შემოტრიალდეს. შემოგრება უფრო ხშირად საათის ისრის მიმართულებითაა, ამიტომ ნაწლავის შემოგრებილი ნაწილი საწინააღმდეგო მიმართულებით უნდა შემოტრიალდეს. შეცდომაა ნაწლავების მარყუქების უსისტემო გადასინჯვა. ქირურგმა უნდა დაათვალეიროს ილეოცეკალური კუთხე. თუ ბრმა ნაწლავი დაბერილია და ასეთივე მდგომარეობაშია თქმოს ნაწლავიც, გაუვალობის მიზეზი უნდა იყოს აღმავალ კოლჩში ან მის ქვევით, თუ ბრმა ნაწლავი და თქმოს ნაწლავი ჩაფუშულია, ე. ი. გაუვალობის მიზეზი წვრილი ნაწლავის ზედა ნაწილშია.

ნაწლავის მარყუქი და მისი ჯორჯალი თუ ჩაიჭედა, იგი უნდა განთავისუფლდეს და გაირკვეს მისი ცხოველმყოფელობის მდგომარეობა. შეცდომა იქნება, თუ ქირურგი მუცლის ღრუში ჩააბრუნებს საექვი-სიცოცხლისუნარიანობის ნაწლავის მარყუქს. თუ ნაწლავის ცელილებები მცირე ფართისაა, ქირურგმა არ უნდა გააკეთოს მცირე ფართის ნაწლავის რეზექცია, რადგან ეს შეცდომა იქნება. ნაწლავის რეზექცია უნდა მოხდეს მისი შეცვლილი ნაწილის პროქსიმალურად 25—30 სმ და დისტალურად 15 — 20 სმ-ის ფარგლებში. ამ წესის უგულებელყოფას შეიძლება მოყვეს ანასტომოზის ნაკერების გახსნა.

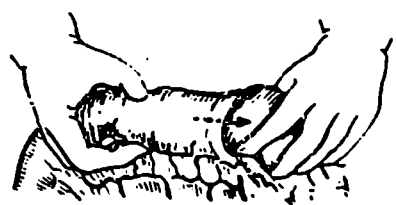
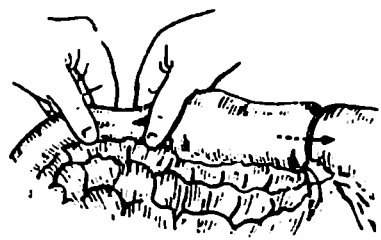
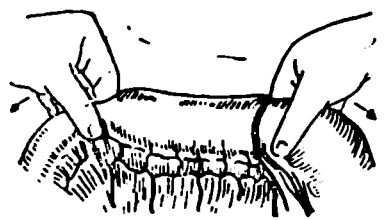
ხანშესულ და მოხუცებულობის ასაკში ნაწლავის ჩაჭედვის გამო მისი რეზექციის შემდეგ საჭიროა ანტიკოაგულანტების დანიშვნა. მეზენტერიული თრომბოზის პროფილაქტიკისათვის ანტიკოაგულანტებიდან პირველ რიგში გამოიყენება ჰეპარინი, რომლის ერთჯერადი დოზა არ უნდა აღემატებოდეს 10000 ერთეულს.

ოპერაციის დროს ქირურგმა უნდა გაითვალისწინოს გაუვალობის ხანგრძლივობა. თუ დაავადების დაწყებიდან ორი დღე-ღამეა გასული და შიგთავის ევაკუაციის შემდეგ ნაწლავის კედლის ტონუსი დაქვეითებული რჩება, უნდა გაკეთდეს ენტეროსტომია. ჯერ კიდევ ფ. ლე-

ყარი მიუთითებდა, რომ ენტეროსტომია უნდა გაკეთდეს მხოლოდ ნაწლავთა ტრაქტის ქვედა ნაწილში — მსხვილ ნაწლავზე და წვრილი ნაწლავის დისტალურ ნაწილზე. ნაწლავთა ტრაქტის ზედა ნაწილში ენტეროსტომის დადება ნიშნავს ავადმყოფის დაუძლურებას, რადგან ნაწლავთა მნიშვნელოვანი ნაწილი ამ დროს გამოითიშება შეწოვის პროცესისაგან. ენტეროსტომია ზოგჯერ იძულებითი ოპერაციაა. ნაწლავთა გაუვალობის მძიმე შემთხვევებში, როდესაც სხვა ოპერაციის გაკეთება უკვე საფუძველს მოკლებულია, უნდა გაკეთდეს ენტეროსტომია, როგორც იოლი ოპერაცია. თავისუფლად შეიძლება მისი გაკეთება ადგილობრივი ანესთეზიით. არ უნდა დაგვავიწყდეს, რომ ზოგჯერ ენტეროსტომია უიმედო შემთხვევაშიც კი შეიძლება შედეგიანი აღმოჩნდეს.

ნაწლავთა გაუვალობის გამო წარმოებული ოპერაციის დროს მუცლის ღრუს კრილობა ყრუდ იკვრება. მუცლის ღრუში უნდა დარჩეს მიკრობიოციტული ანტიბიოტიკების შესაყვანად, თუ საამისო ჩვენებაა.

ლაპაროტომიის დროს თუ ნაწლავის ინვაგინაცია აღმოჩნდა, საჭიროა გაკეთდეს დეზინვაგინაცია. ეს უნდა გაკეთდეს ნაზად, რადგან ამ დროს უბეში მოქმედებით შეიძლება ნაწლავის კედლის დაზიანება. დეზინვაგინაციის დროს ოპერატორი ერთი ხელით ნაწლავის გამტანი ნაწილიდან გამოაგდებს ინვაგინატის „თავს“, ხოლო მეორე ხელით ფრთხილად გამოსწევს ნაწლავის ჩაჭედილ მარყუქს. თუ ინვაგინაციის გამო ოპერაცია კეთდება 24 საათის შემდეგ. ინვაგინატის ამოწევა ვეღარ ხერხდება. რადგან ამ დროისათვის ნაწლავთა მარყუქების ურთიერთშემჩვები სეროზული გარსების ზედაპირები შეწებებულია. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა გაკეთდეს ნაწლავის ამ უბნის რეზექცია. ილეო-



სურ. 7. ნაწლავის დეზინვაგინაცია. სწორი და არასწორი მანიპულაცია.

სწორი მანიპულაციის შემდეგ 24 საათის შემდეგ. ინვაგინატის ამოწევა ვეღარ ხერხდება. რადგან ამ დროისათვის ნაწლავთა მარყუქების ურთიერთშემჩვები სეროზული გარსების ზედაპირები შეწებებულია. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა გაკეთდეს ნაწლავის ამ უბნის რეზექცია. ილეო-

ცეკალური კუთხის ინვაზიის დროს საჭიროა გაკეთდეს მსხვილ-ნაწლავის მარჯვენა ნახევრის რეზექცია. ასეთი სახის ოპერაცია უნდა გაკეთდეს ბრმა ნაწლავის შემოგრების დროს, თუ ნაწლავის გაშლის შემდეგ იგი უსიცოცხლო აღმოჩნდება.

მსხვილი ნაწლავის მარჯვენა ნახევრის რეზექციის დროს არ შეიძლება განივი კოლინჯის დიდი ყრუ პარკის დატოვება.

ქირურგის შეცდომად უნდა ჩაითვალოს, თუ იგი სიგმური ნაწლავის შემოგრების დროს გააკეთებს მის მობრუნებას და დატოვებს დიდ და გადაჭიმულ სიგმურ ნაწლავს მუცლის ღრუში. ეს შემოგრების რეციდივის ხელშემწყობია. ასეთ შემთხვევებში საჭიროა ნაწლავის პირველადი რეზექცია. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ავადმყოფის ზოგადი მძიმე მდგომარეობა ზოგჯერ არ იძლევა პირველადი რეზექციის გაკეთების საშუალებას. ასეთ შემთხვევაში ქირურგმა შეიძლება მიმართოს მეზოსიგმოპლიკაციას ან მარყუჟის დანეკროზების დროს გააკეთოს ხელოვნური უკანა ტანი.

ნაწლავის შემოგრების შებრუნებამდე, როგორც უკვე იყო აღნიშნული, საჭიროა 0,25 % 80 — 100 მლ ნოვოკაინის შეყვანა ჯორჯალში, რათა არ განვითარდეს ოპერაციული შოკი. შემოგრებული ნაწლავის გასწორების შემდეგ ნაწლავის შიგთავსის ევაკუაცია სწორი ნაწლავიდან წინასწარ შეტანილი რეზინის მილით უნდა მოხდეს.

ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის გამო გაკეთებული ოპერაციის შემდეგ საჭიროა ავადმყოფს ჩაუტარდეს ზოგადი მკურნალობა. ხშირი პირღებინება ხელს უწყობს სითხის, ქლორიდებისა და ცილების კარგვას. აღინიშნება ნივთიერებათა ცვლის მოშლა. ამიტომ, საჭიროა ორგანიზმში შეყვანილ იქნას სითხეები დიდი რაოდენობით, ქლორიდები და ცილები სისხლის შემცვლელი სხვადასხვა ნივთიერებისა და ცილოვანი პიდროლიზატების სახით. უმჯობესია მათი ვენური შეყვანა წვეთოვანი გადასხმებით. საერთოდ წვეთოვანი გადასხმები უნდა დაიწყოს ჯერ კიდევ ოპერაციამდე, გაგრძელდეს ოპერაციის დროს, აგრეთვე შემდგომ პერიოდში 2 — 3 დღე-ღამის განმავლობაში, თუ საჭიროა, მეტ ხანსაც. პერიტონიტის პროფილაქტიკისა და ორგანიზმის დეზინტოქსიკაციის მიზნით უნდა დაინიშნოს ანტიბიოტიკები, გულ-სისხლძარღვთა ტონუსის შესანარჩუნებლად — საგულე საშუალებები და. ა. შ.

!



ჯორჯლის არტერიის ემბოლია ნაკლებად გავრცელებული სისხლძარღვოვანი დაავადებაა და უფრო ხშირად მოხუცებულობის ასაკში გვხვდება. დაავადების მიზეზი ზოგჯერ წინაგულის კედლის თრომბის მოწყვეტაა იმ ავადმყოფებში, რომლებიც დაავადებული არიან მიტრალური სტენოზითა და მოციმციმე არითმიით. ამ დაავადების განვითარების ძირითადი მიზეზია რევმატული ან სეპტიკური ენდოკარდიტი. ზოგადი ათეროსკლეროზი ჯორჯლის არტერიის წყლულოვან ათეროსკლეროზის ჩათვლით. დაავადება შეიძლება განვითარდეს აორტის ანევრიზმის ფონზე, მაგისტრალური ვენების მწვავე თრომბოზის, სხვადასხვა სეპტიკური პროცესისა და სისხლძარღვოვანი სპაზმების შედეგად.

ჯორჯლის სისხლძარღვების თრომბოემბოლიის პოლიეტიოლოგიურობამ უთუოდ განაპირობა ის ტერმინოლოგიური სიუხვე, რაც ამ დაავადების სახელწოდებისათვის არის მოწოდებული. მას უწოდებენ ნაწლავის ინფარქტს, აბდომინალურ ანგიინას, ნაწლავის ხანგამოშვებით ანგიოსკლეროზულ დისპრაგიას, ორთნერის დაავადებას და ა. შ.

ჯორჯლის სისხლძარღვების თრომბოზი და ემბოლია პირველად აღწერეს შნიტცლერმა (1901) და ორთნერმა (1902) და მისი პათოგენეზი დაუკავშირეს ჯორჯლის არტერიის სპაზმს, ემბოლიასა და თრომბოზს.

როგორც ცნობილია, წერილი და მსხვილი ნაწლავების სისხლმომარაგება ხორციელდება ფაშვის და ჯორჯლის ზედა და ქვედა არტერიების საშუალებით. მათ შორის ყველაზე მნიშვნელოვანია ჯორჯლის ზედა არტერია, რადგან იგი ყველაზე უფრო მეტ მიდამოს ამარაგებს სისხლით. ვინაიდან დასახელებული სამი არტერია ურთიერთ შორის ანასტომოზირებენ, რომელიმე მათგანში წინაღობის აღმოცენება დაავადების სურათს აბუნდოვნებს. ამ დროს ყველაზე ადრეული და ხშირი ნიშანია გაურკვეველი ლოკალიზაციისა და არამუდმივი ხასიათის მუცლის ტკივილი. ყველაზე უფრო ხშირია და მძიმე სურათს იძლევა ჯორჯლის ზედა არტერიის მაგისტრალური ღეროს ოკლუზია. ამის მიზეზად თვლიან არტერიის აორტიდან გამოსვლის მსხვილ კუთხეს და მისგან 2 — 2,5 სმ-ით ქვემოთ არსებულ ფიზიოლოგიურ შევიწროებას, სადაც ჩვეულებრივ ხდება მოწყვეტილი თრომბის სისხლძარღვის სანათურში გაჩხერა. მიუხედავად არტერიათა შორისი ანასტომოზების არსებობისა, ჯორჯლის ზედა არტერიის მაგისტრალის მწვავე თრომბოზი იწვევს მძიმე იშემიას და სიკვდილს იმ ორგანოებისა, რომელთაც ეს არტერია სისხლით ამარაგებს. ჯონკრეტულად კი ეს ორგანოებია წერილი ნაწლავები მთლიანად და მსხვილი ნაწლავის მარჯვენა ნახევარი. ჯორჯლის ქვედა არტე-

რის თუნდაც სრული დახშობაც უკეთ კომპენსირდება განვითარებული ანასტომოზური ქსელით და ავადმყოფს ამ დროს არ უვითარდება ის მძიმე კლინიკური სურათი, რომლითაც ხასიათდება ჯორჯლის ზედა არტერიის თრომბოზი. ფაშვის არტერიის თრომბოზი კი ძალზე იშვიათია. შ. დრობნი (1983) მიუთითებს, რომ ჯორჯლის ზედა არტერიის ემბოლია 10-ჯერ უფრო ხშირია, ვიდრე თანამოსახლე ვენის თრომბოზი და შესაძლებელია ამ დროს ჯორჯლის ზედა არტერიის დაცობა იყოს პირველადი და ვენის თრომბოზი კი მეორადი პროცესი.

ჯორჯლის ვენების თრომბოზის მიზეზები ისეთივეა, როგორც სხვა ლოკალიზაციის ვენური თრომბოზებისა. გახანგრძლივებული ვენური სტაზი, რომელიც პორტალური ჰიპერტენზიის ფონზე ვითარდება, ხშირად იწვევს კარის ვენის ძირითადი მაგისტრალის თრომბოზს. კარის ვენის თრომბოზის დიაგნოზი ავადმყოფის სიცოცხლეში 1864 წ. პირველად დასვა ს. ბოტკინმა. ამის შემდეგ პროცესი მეორადად ვრცელდება ჯორჯლის ვენებზეც. თუ თრომბი ოპერაციის დროს კარის ვენის ძირითად ღეროში აღმოჩნდა, ქირურგმა უნდა გააკეთოს თრომბექტომია და იქვე შექმნას პორტაკავალური ანასტომოზიც.

კარის ვენის თრომბოზით და სეპტიკური პილფლემბით, როგორც წესი, სრულდება მუცლის ღრუს ჩირქოვანი პროცესები, რომლებიც გაპრობებულია მწვავე აპენდიციტით, ქოლეციტიტით, დივერტიკულიტითა და მსხვილი ნაწლავის პერფორაციული კიბოთი. სეპტიკური ემბოლიის შედეგად ზოგ შემთხვევაში ვითარდება ღვიძლის მრავლობითი აბსცესები, რომლებიც თითქმის ყოველთვის ლეტალური გამოსავალით მთავრდებიან.

ასეთია მოკლედ ჯორჯლის სისხლძარღვების თრომბოემბოლიის პათოფიზიოლოგიური მექანიზმის ძირითადი ეტაპები, რომელთა ცოდნა ქირურგისათვის სავალდებულოა.

ჯორჯლის სისხლძარღვების თრომბოზისა და ემბოლიის დიაგნოსტიკა დასაწყისში ძალზე ძნელია, უფრო მოგვიანებით კი აშკარად გამოიხატება „მწვავე მუცლის“ კლინიკური სურათი.

ლუბედატი (1975) ცნობილ თავის მონოგრაფიაში ასახელებს 26 სხვადასხვა დაავადების დიაგნოზს, რომლებიც დასმულია ჯორჯლის სისხლძარღვების თრომბოემბოლიის დროს. ამ დაავადებებს შორის არის მიოკარდიუმის ინფარქტი, საზარდულის თიქტარი, სწორი ნაწლავის პოლიპები, მალბლიტერებელი თრომბანგიტი და ქვედა კიდურების იშემიაც.

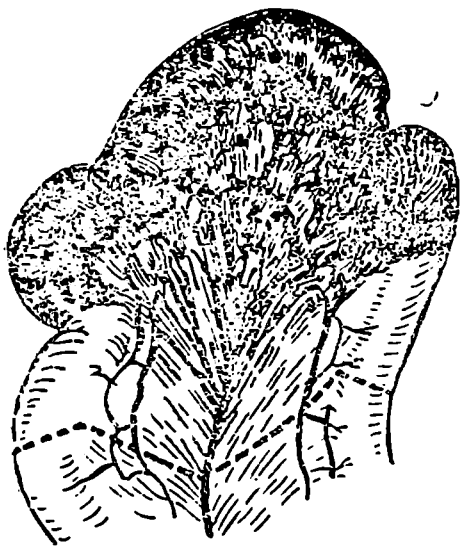
უკვე აღინიშნა, რომ ავადმყოფს აწუხებს მუცლის არეში ინტენსიური ტკივილი, რომელიც ხანგამოშვებით ძლიერდება და მას გატურკვეველი ლოკალიზაცია აქვს. Iacson, porter Cujaidi 157 კლინიკური შემთხვევის

ანალიზის საფუძველზე მიუთითებენ, რომ უმრავლეს შემთხვევაში მტკიც-  
ნეულია მთელი მუცელი. ცალკეულ შემთხვევებში კი ტკივილი შეიძლება  
იყოს ეპიგასტრიუმში, კიპის, მუცლის ქვედა ნაწილის, მარჯვენა ფერდ-  
ქვეშ, მუცლის ზედა ნაწილის, ჰიპოგასტრიუმის, კუდუსუნის, მუცლის  
მარჯვენა ნახევრის, მარცხენა ფერდქვეშ და მუცლის მარცხენა ნახევრის  
არეებში. ამავე ავტორების მასალაზე აღწერილია ერთეული შემთხვევე-  
რ, სადაც დაავადება საერთოდ ტკივილის გარეშეც მიმდინარეობდა. ამრი-  
გად, შემოხსენებული ავტორების სტატისტიკური მონაცემები ნათლად  
მოწმობენ, რომ ჯორჯლის სისხლძარღვების ემბოლიისა და თრომბოზი-  
სათვის არ არის დამახასიათებელი მუცლის ტკივილის კონკრეტული ლო-  
კალიზაცია. ამ დაავადებით შეპყრობილი ავადმყოფის სახე ციანოზურია  
და ცივი მწებავი ოფლით დაფარული; ავადმყოფს თვალები თითქოს ჩაც-  
ვენილი აქვს, ხოლო გამომეტყველება შეწუხებული. ციანოზური ელფე-  
რი გადაკრავს კიდურებსაც. ტემპერატურა ნორმაზე ქვევით ეცემა. პულ-  
სი სუსტი ავსებისაა და ძაფისებური. ძალიან სწრაფად იწყება ღებინება  
და სისხლიანი ფლარათი, მუცელი დიფუზურად შებერილია. პალპაციო-  
ვერ ხერხდება მტკიცნეული ადგილის დაზუსტება. დაავადების განვითარ-  
ების პირველ საათებში მოისმინება ნაწლავთა პერისტალტიკის გაძლი-  
ერებისათვის დამახასიათებელი ფენომენი, ხოლო შემდეგ, როდესაც ნა-  
წლავის ნეკროზი და პერიტონიტი ვითარდება, აუსკულტაციური ფენო-  
მენი მთლიანად ქრება და მუცელში „სრული ღუმილი“ სუფევს, თეთრი  
ბურთულების რაოდენობა სისხლში 10000 — 15000-მდე მატულობს,  
ელს აჩქარებულია. მუცლის მიმოხილვით რენტგენოგრაფიაზე მოი-  
აირებით გაცხებული და გაფართოებული წვრილი ნაწლავის მარ-  
ყუეები.

ჯორჯლის ზედა არტერიის მწვავე დაზომა უოპერაციოდ სასიკვდი-  
ლოა, ლეტალობა ოპერაციის შემდეგაც კი 80 — 90%-მდე აღწევს.  
ავადმყოფის გადარჩენის შანსი ოდნავ მეტია, თუ მას სასწრაფოდ გაუ-  
კეთდება ემბოლექტომია.

ჯორჯლის სისხლძარღვების თრომბოემბოლიური დაავადების თან-  
მედროვე მკურნალობა ოპერაციულია. ამ უკანასკნელთან შერწყმული  
უნდა იქნას კონსერვატული მკურნალობაც, რაც გულისხმობს ანტიკოა-  
გულანტურ, ანტიბიოტიკურ და სხვა საშუალებათა გამოყენებას. ოპერა-  
ცია მაშინვე უნდა გაკეთდეს, როგორც კი ამ დაავადების დიაგნოზი დაის-  
მება. რთულ შემთხვევებში ოპერაციას შესაძლოა სადიაგნოზო მნიშვნე-  
ლობაც ჰქონდეს. ოპერაცია უნდა გაკეთდეს ინტუბაციური ნარკოზით. ლა-  
პაროტომია შუა ხაზზე კიპის ზემოდან იწყება და მისი მარცხნივ შემოვ-  
ლით ქვემოთ გრძელდება. საჭიროების შემთხვევაში შეიძლება ჰერნი-

ზის გაფართოება ორთავე მიმართულებით. როდესაც მუცლის ღრუს რევიზიით ნაწლავის ინფარქტი აღმოჩნდება (სურ. 8), საჭიროა გაკეთდეს



სურ. 8. ნაწლავის მარჯუენის ინფარქტი (პუნქტირებით მონიშნულია რეზექციის საზღვრები).

ნაწლავის რეზექცია. თუ ნაწლავის ინფარქტის დროს ქირურგთა საერთო აზრით რეზექცია გარდუვალია, დღემდე არ არის აზრთა ერთიანობა მისი წარმოების ფარგლების საკითხში. მაგალითად, ნ. ბლინოვი (1972) თვლის, რომ ნაწლავის რეზექცია მისი ინფარქტის დროს უნდა გაკეთდეს საღი ქსოვილების ფარგლებში, ნაწლავის მკვდარი ქსოვილიდან 30—40 სმ-ის დაცილებით, რადგან ჯორჯლის სისხლძარღვებში მკვდარი ქსოვილის მეზობლად შეიძლება იყოს თრომბოზი მაშინ, როდესაც ნაწლავის ქსოვილი შეუცვლელია. შ. დრობნის მიაჩნია, რომ რეზექცია უნდა გაკეთდეს ნაწლავის მკვდა-

რი ქსოვილის საზღვრიდან არანაკლებ 8—10 სმ-ის დაცილებით. გაურკვეველია ფ. ლეჟარის, ა. კარავანოვის და ი. დანილოვის, აგრეთვე პ. ლეპედატის აზრი იმის შესახებ, თუ ნაწლავის მკვდარი ქსოვილის საზღვრიდან რა მანძილის დაცილებით გაკეთდეს რეზექცია. ალბათ უნდა დავეთანხმოთ ამ საკითხში ნ. ბლინოვს იმ დამატებით, რომ ნაწლავის მკვდარი ქსოვილიდან 30—40 სმ-ის დაცილებით რეზექცია მიზანშეწონილია, თუ ამოსაკვეთი ინფარქტული ნაწლავის სიგრძე ამის საშუალებას იძლევა. ხომ არის შემთხვევები, როდესაც საჭირო ხდება სუბტოტალური ენტერექტომიის გაკეთებაც?

ნაწლავის ინფარქტის გამო წარმოებული რეზექციიდან 2 საათის შემდეგ აუცილებლად უნდა დაიწყოს ანტიკოაგულანტური თერაპია. დასაწყისში მიზანშეწონილია 4—5 საათის განმავლობაში წვეთოვნად გადაუხსნათ ავადმყოფს ჰეპარინი და ფიბრინოლიზინის ნარევი წუთში 10—12 ან 15—20 წვეთის სიჩქარით, შემდეგ ყოველ 4 საათში კუნთებში კეთდება 5000—10000 ერთ. ჰეპარინი. ასეთი სქემით მკურ-

ნალობა შეიძლება გაგრძელდეს 3 —4 დღე-ღამის განმავლობაში. შემდეგ ჰეპარინის დოზა მცირდება და ავადმყოფს ენიშნება არაპირდაპირი მოქმედების ანტიკოაგულანტები — ნეოდიკუმარინი 0,1 ან ფენილინი 0,05 დღეში 3-ჯერ. ავადმყოფს ენიშნება აგრეთვე ნიტროგლიცერინიც. საჭიროა ყოველდღე გაისინჯოს შარდი ერთთროციტებზე, გამოკვლეული იქნას პროთრომბინის დრო და სისხლის შედედება.

ქირურგის შეცდომად უნდა ჩაითვალოს, თუ იგი უგულვებელყოფს პოსტოპერაციულ ანტიკოაგულანტურ თერაპიას.

ლიტერატურაში აღწერილია ერთეული შემთხვევები, როდესაც ჯორჯლის სისხლძარღვების თრომბოემბოლიის დროს ავადმყოფმა ოპერაციაზე უარი განაცხადა და, მიუხედავად ამისა არ მოკვდა (ა. კარავანოვი და ი. დანიელოვი. Perdoux, 1932; Stulz, Fontain, 1932).

ქირურგის შეცდომად უნდა ჩაითვალოს, თუ იგი თავს დაანებებს და თუნდაც კონსერვატული საშუალებებით არ უმკურნალებს ავადმყოფს, რომელმაც მიუხედავად დაკინებითი წინადადებისა, უარი განაცხადა ოპერაციულ ჩარევაზე.

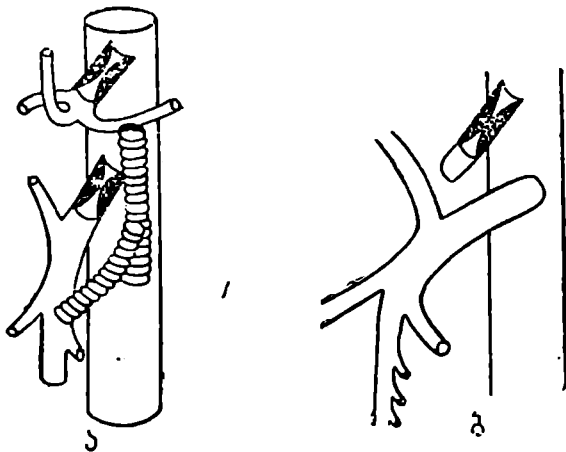
ჯორჯლის სისხლძარღვების თრომბოემბოლოური დაავადების დროს ჯორჯლის რევასკულარიზაცია ერთ-ერთი თანამედროვე მეთოდია და მისი ტექნიკური შესრულება ნაწლავის ინფარქტის შემთხვევაში იდეალია ნებისმიერი ქირურგისათვის (პ. ლეპედატი). ჯორჯლის რევასკულარიზაციის ყველაზე მარტივი წესია ემბოლექტომია. ეს ოპერაცია მაშინ შეიძლება გაკეთდეს, როდესაც თრომბით დაკობილი სისხლძარღვი მდებარეობს თვალით ხილულ ადგილას. ჩვეულებრივ ეს კუჭუკანა ჯირკვლის ქვედა კიდეა. არტერია ნახად უნდა გამოიყოს. თრომბის ზემოთ და ქვემოთ უმჯობესია არტერიას შემოველოს რეზინის წვრილი ზონარები და მისი კედელი გასწვრივად გაიკვეთოს. თრომბის მოცილების შემდეგ სისხლძარღვის სანათურიდან სისხლდენა დამადასტურებელია სისხლძარღვის სანათურის გამავლობისა. თრომბის მოცილების მიზნით ზოგჯერ შეიძლება წარმატებით იქნას გამოყენებული ფოვარტის ზონდი.



სურ. 9. ჯორჯლის არტერიას ემბოლექტომია.

თრომბისაგან განთავისუფლებული არტერიის დისტალური ნაწილი ჰეპარინით უნდა გამოირეცხოს და არტერიის კედლის მთლიანობა ნაკერებით აღსდგეს. ემბოლექტომიის შემდეგ ნაწლავის ცხოველმყოფელობის დასადგენად Wengenstein (1955) გვირჩევს საექვო შემთხვევაში 1—2 დღით ნაწლავის მარყუქი მუცლის ღრუდან გამოვიტანოთ, სტერილური ხელსახოცი დავაფაროთ. თუ ამ პერიოდში მისი სისხლის მიმოქცევა აღსდგა, იგი კვლავ უნდა ჩაბრუნდეს მუცლის ღრუში, ხოლო ინფარქტის შემთხვევაში გაკეთდეს მისი რეზექცია.

როდესაც ვერ ხერხდება ემბოლექტომია, არტერიის ოკლუზიურა დაავადების იშემიური სინდრომით გართულების შემთხვევაში უკანასკნელ წლებში წარმატებით იყენებენ ე. წ. „ბაი-პას“ შუნტირებას, ანუ მაკორეგირებელ სისხლძარღვოვან ოპერაციას, რომელიც ხორციელდება შემოვლით „ბიდის“ („ბაი-პას“) შექმნით აორტასა და ჯორჯლის არტერიის ოკლუზიის ქვედა ნაწილს შორის. De Bakey (1961), Gooli (1962) და სხვები, რომლებიც ამ ოპერაციის პროპაგანდისტები არიან, მიმართავენ სისხლძარღვოვანი პროთეზის გამოყენებას. დღემდე მოწოდებულია სისხლძარღვოვანი შემოვლითი გზების შექმნის რამდენიმე ვარიანტი.



სურ. 10. დე ბეკის ოპერაცია ჯორჯლის არტერიის ოკლუზიის ან ემბოლიის დროს. ა. შემოვლითი შუნტი, ბ. აორტისა და ჯორჯლის ქვედა არტერიის პირდაპირი ანასტომოზი.

ემბოლექტომიის ან შემოვლითი შუნტირების შემდეგ, თუ ნაწლავს 10 — 15 წუთში არ უბრუნდება თავისი ნორმალური ფერი, მისი რეზექცია გარდუვალია.

თიანთარის ჩაჭედვის დიაგნოსტიკა, განსაკუთრებით, თუ ადრე იყო ცნობილი თიანთარის არსებობა, ჩვეულებრივ არ წარმოადგენს სიძნელეს, თუმცა ამ დროს არაიშვიათია შეცდომებიც. ბ. პეტროვის (1958) მიხედვით, დიაგნოსტიკური შეცდომები მერყეობს 3,5 — 12 % ფარგლებში, ხოლო ა. კარავანოვის (1958) მონაცემებით — 7,09 %-ში.

მიუხედავად იმისა, რომ ფართოდ არის გაშუქებული ჩაჭედელი თიანთარის საკითხები, ეს დაავადება დღემდე რჩება მუცლის ღრუს ქირურგიის აქტუალურ პრობლემად. საგულისხმოა, რომ ჩაჭედელი თიანთარის დროს ავადმყოფთა ლეტალობა შედარებით მაღალია. ი. ჯანელიძის (1954) მასალით ოპერაციის შემდგომი ლეტალობა ავადმყოფებში, რომლებსაც თიანთარის ჩაჭედვიდან 6 საათის განმავლობაში გაუკეთდა ოპერაცია, შეადგენს 1,8 %, 12 საათის შემდეგ — 4 % და 24 საათის შემდეგ — 7,7 %-ს. სკლიფასოვსკის ინსტიტუტის 1954 — 1956 წწ. კლინიკური მონაცემებით, ჩაჭედელი თიანთარით დაავადებული ავადმყოფების ლეტალობის მაჩვენებელი იყო 1,8 %. ა. კარავანოვისა და ი. დანილოვის მიხედვით — 3 %.

ჩაჭედელი თიანთარის დიაგნოსტიკაში ავადმყოფს შეუძლია გარკვეული დახმარება გაუწიოს ექიმს, რადგან მან უკვე იცის, რომ თიანთარით არის დაავადებული. მაგრამ არის შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფმა არც კი იცის თიანთარის არსებობის შესახებ და ამას პირველად გამოავლენს მისი ჩაჭედვა. ეს ფაქტი ანამნეზის შეკრების დროს ექიმმა უნდა გაითვალისწინოს.

განვიხილოთ მუცლის წინა კედლის გარეთა თიანთარების — საზარდულის, ბარძაყის, თეთრი ხაზის, ჭიპისა და აგრეთვე ოპერაციის შემდგომი ვენტრალური თიანთარის ჩაჭედვის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა, ასევე მათთან დაკავშირებული შეცდომები და მოსალოდნელი საშიშროებები.

ჩაჭედელი თიანთარის დროს პირველ რიგში ავადმყოფის ყურადღებას იპყრობს ტკივილი, რომელიც დასაწყისში თიანთარის მიდამოში წარმოიშობა. შემდეგ, იმის მიხედვით თუ რომელი ორგანოა ჩაჭედელი, იცვლება ტკივილის ხასიათი, სიძლიერე და ირადიაციის მიმართულება. თიანთარის პარკში დიდი ბადეჭონის ჩაჭედვას ახასიათებს მუდმივი ტკივილი. მისი ირადიაცია ეპიგასტრიუმის მიმართულებითაა. ნაწლავის ჩაჭედვისათვის დამახასიათებელია მოვლითი ტკივილი, ირადიაციით მუცლის ღრუსა და გულის კოვზისაკენ. თუ თიანთარის პარკში შარდის ბუშტის კედელი ჩაიჭედა, ტკივილთან ერთად აღინიშნება შარდის აშლილობა. ტკივილს

ინტენსივობა დამოკიდებულია ჩაქედელ ორგანოზე, ჩაქედვის დაწყებულ-დან გასულ დროზე და ავადმყოფის საერთო მდგომარეობაზე. ზოგჯერ ტკივილის სიძლიერე შოკურ მდგომარეობასაც იწვევს.

ჩაქედილი თიაქრის არეში ტკივილთან ერთად ჩნდება ჩაუსწორება-დი, მტკივნეული და დაჭიმული გამოპერილობა. შემდეგ ჩაქედილი ორგანოს შეშუპებისა და თიაქრის პარკში სითხის დაგროვების გამო უფრო მეტად დაჭიმულია თიაქრის გამობერილობა. დაავადების დასაწყისში ავადმყოფებს აქვთ რეფლექსური ხასიათის გულისრევა და პირღებინება. უფრო მოგვიანებით კი ეს სიმპტომები და მათთან ერთად სლოკინიც, ორგანიზმის ზოგადი ინტოქსიკაციის მომასწავებელია. ავადმყოფის მდგომარეობა ამ დროს უარესდება, განშირებულია პულსი, ეცემა არტერიული წნევა, მუცელი შებერილია აირების დაგროვების გამო, აღენიშნება ყაბჯობა. რამდენიმე სნის შემდეგ დგება მოჩვენებითი სიმშვიდის პერიოდი — მწვავე ტკივილი ავადმყოფს უკვე აღარ აქვს და იგი ოპერაციასე უარს ამბობს. ასეთ შემთხვევაში შეიძლება ექიმის ყურადღებაც მოაღწუნდეს.

ჩაქედილი თიაქრის მცდარი დიაგნოზი შეიძლება დაისცას ჩაუსწორებადი თიაქრის დროს. ჩაუსწორებადი უფრო ხშირად შეიძლება იყოს ბარძაყის, კიბისა და შემდეგ საზარდულის თიაქარი. ასეთი თიაქრის გამობერილობა უმტკივნეულოა, მაგრამ იშვიათად შეიძლება ავადმყოფს სუსტი ტკივილიც ჰქონდეს. ჩაუსწორებადი თიაქრის დროს ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა კარგია, თიაქრის პარკში მყოფ ორგანოთა ფუნქციის მოშლა არ აღინიშნება, მიუხედავად იმისა, რომ ეს ორგანოებზე ჩვეულებრივ ურთიერთშორის და თიაქრის პარკთან შეხორცებული არიან. შეხორცებების განვითარებას ხელს უწყობს ხანგრძლივი დროითი ბანდაჟის ტარება. ასეთი ავადმყოფები ანამნეზში აღნიშნავენ, რომ მათ დიდი ხანია აქვთ თიაქარი, რომელიც წინათ თავისუფლად, ხოლო ამჟამად ნაწილობრივ ბრუნდება მუცლის ღრუში. ჩაუსწორებადი თიაქრები ადვილად რთულდება ანთებითა და ჩაქედვით. ზოგჯერ ძნელია დიაგნოზის დასმა მაშინვე, როდესაც ჩაუსწორებადი თიაქარი ჩაქედილში გადადის. ასეთ პირობებში შეცდომის თავიდან ასაცილებლად უმჯობესია გაკეთდეს სასწრაფო ოპერაცია, ვიდრე მოვიცადოთ იმის იმედით, რომ საქმე გვაქვს არა ჩაქედელ, არამედ ჩაუსწორებად თიაქართან.

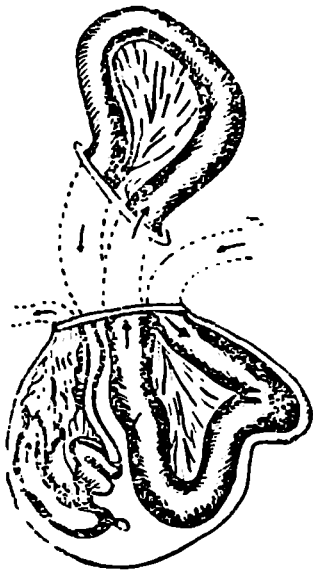
ჩაქედილი თიაქრის დროს დიაგნოსტიკური შეცდომები ხშირად მისი ლოკალიზაციის განსაზღვრისას ხდება. ეს ეხება საზარდულისა და ბარძაყის თიაქრებს. პირველი უფრო ხშირია, ვიდრე მეორე. მამაკაცებში ჰარბობს საზარდულის, ხოლო ქალებში ბარძაყის თიაქარი. საზარდულისა და ბარძაყის თიაქრების განსხვავებისათვის შეიძლება გამოყენებულ იქნას



მარტივი წესი — პუპარტის იოგის ზევით მდებარეობს საზარდულის, ხოლო ქვევით ბარძაყის თიაქარი.

ძნელია რიხტერის თიაქარის დიაგნოსტიკა. ამ დროს ჩაჭედვას განიცადის ჯორჯლის მიმაგრების მოპირდაპირე მხარეზე არსებული ნაწლავის კედელი.

რიხტერის თიაქარი უფრო ხშირად გვხვდება მარჯვენამხრივი საზარდულის და ბარძაყის თიაქარების და, იშვიათად, კიპის თიაქარის დროს. რიხტერის თიაქარის ჩაჭედვის კლინიკური სიმპტომატიკა მკრთალია ან საერთოდ არ არის გამოხატული. ავადმყოფის თვითგარძნობა კარგია. შეიძლება მას ექნეს გულისრევა და ლებინებაც. ადგილობრივი ნიშნები არ არის გამოხატული განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც თიაქარი ჩაჭედვამდე ჩაუსწორებადი იყო.



სურ. 11. ნაწლავის რეტროგრადული ჩაჭედვა.

პირველი დღე-ღამის დასასრულისათვის ვითარდება ნაწლავის ჩაჭედილი კედლის ნეკროზი და ამ დროს ხდება ქსოვილთა შესუბება და ინფილტრაცია, შესაძლებელია განვითარდეს ფლეგმონა, აბსცესი და ლიმფადენიტი. ავადმყოფის მდგომარეობა მძიმდება. რიხტერის ჩაჭედილი თიაქარის დროს ლეტალობის მაჩვენებელი არცთუ მცირეა.

ხშირია შეცდომები რეტროგრადული ჩაჭედვის (სურ. 11) დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში. ოპერაციამდე ასეთი სახის ჩაჭედვის ამოცნობა თითქმის შეუძლებელია, რასაც ადასტურებს ქვემოთ აღწერილი შემთხვევა.

ავადმყოფი შ., 65 წლის მამაკაცი. საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში სასწრაფოდ იქნა მოყვანილი მარჯვენამხრივი საზარდულის ჩაჭედილი თიაქარის გამართვა, რაც დაახლოებით 7 — 8 საათის წინათ განვითარებულა, თიაქარის არსებობა პირველად მას შეუნიშნავს 5 — 6 წლის წინათ, მანამდე მძიმე ფიზიკურ შრომას ეწეოდა. თიაქარის ჩაჭედვა წარსულში ერთჯერ ჰქონია, მაგრამ მისი ჩაბრუნება დამოუკიდებლად მოუხერხებია. ამჯერად ეს მანიპულაცია მას არც უტლია. ობიექტურად: ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა მართალია მძიმე არ არის, მაგრამ იგი ძალზე შეწუხებული და მშფოთვარეა. მუცლის წინა კედლის პალპაციით კუნთთა დაძიმებულობა არ აღინიშნება. პალპაცია აძლიერებს გაურკვეველი ლოკალიზაციის ტკივილს. მარჯვენა საზარდულის გარეთა რგოლის არეში არსებული გამომბერილობა მამაკაცის მუშრის

ოღენობის და ჩაუსწორებადია, პალპაციით ზომიერად დაჭიმული და უმტკივნეულო. გულ-სისხლძარღვთა და რესპირატორული სისტემების მხრივ რაიმე არსებითი პათოლოგიური ცვლილებები არ არის. სისხლის თეთრი ბურთულების რაოდენობა — 8000, ეღს — 24 კმ, 1 ს.

ნოვოკაინის ადგილობრივი ინფილტრაციული ანესთეზიით (ეთერის ნარკოზის დამატებით) გაკეთდა სასწრაფო ოპერაცია. თიაქრის პარკის გახსნის შემდეგ მასში აღმოჩნდა წვრილი ნაწლავის 2 მარყუევი და დიდი ბადექონის მცირე ნაწილი. თიაქრის პარკში ნაწლავთა მარყუევები სრულიად შეუცვლელი, ხოლო ბადექონის თავისუფალი ბოლო ზომიერად ჰიპერემიულია. თიაქრის სტრანგულაციური რგოლის გაკვეთის შემდეგ თიაქრის პარკში არსებული წვრილ ნაწლავთა მარყუევების ამოწევით პერიტონეუმის ღრუდან ამოტანილია თქმოს ნაწლავის მარყუევი, რომლის მომტანი და წამლები ბოლოები იყო თიაქრის პარკში არსებული მარყუევები: პერიტონეუმის ღრუდან გამოტანილი თქმოს ნაწლავის მარყუევი ბრმა ნაწლავთან მისი შეერთების ადგილიდან 75 — 80 სმ-ის დაცილებით 12 — 14 სმ-ის სიგრძეზე ნეკროზული იყო. საღი ქსოვილების ფარგლებში გაკეთდა ნაწლავის რეზექცია პირდაპირი შერთულით. ოპერაციის შემდგომ პერიოდი გაურთულებელი — ავადმყოფი გამოჯანმრთელდა.

აღწერილ შემთხვევაში იყო მარჯვენამხრივი საზარდულის თიაქრის რეტროგრადული ჩაქედვა, რაც ოპერაციამდე ვერ იქნა ამოცნობილი. რეტროსპექტულად შეიძლება ვიფიქროთ, რომ ანამნეზის გულდასმით შეკრებით და კლინიკური ნიშნების სწორი შეფასებით ალბათ დასაშვები იქნებოდა თიაქრის რეტროგრადულ ჩაქედვაზე ექვის მიტანა. ოპერატორის სწორი ქირურგიული ტაქტიკა უკარნახა თიაქრის პარკში წვრილი ნაწლავის ორი მარყუევის არსებობამ; პერიტონეუმის ღრუდან ამოტანილი იქნა ნაწლავის რეტროგრადულად ჩაქედილი და ნეკროზული ნაწილი, რომელიც შემდეგ ამოიკვეთა.

რეტროგრადული ჩაქედვისათვის ერთადერთი დამახასიათებელი ნიშანია ჩაქედვის ადგილობრივ ნიშნებსა და ავადმყოფის საერთო მდგომარეობას შორის სრული შეუსაბამობა; კონკრეტულად, ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა მძიმეა, ხოლო ჩაქედილი თიაქრის სიმპტომატიკა ამ დროს უმნიშვნელოდ არის გამოხატული. ამის მიზეზი კი შემდეგში მდგომარეობს. ნეკროზს განიცდის არა ის ნაწლავი, რომელიც თიაქრის პარკშია მოთავსებული, არამედ იმ ნაწლავის მარყუევი, რომელიც თავისუფალ მუცლის ღრუში მდებარეობს. ნაწლავის ნეკროზი ვითარდება 2-დან 14 საათის განმავლობაში. რეტროგრადული ჩაქედვის დროს ქირურგმა უნდა გაკვეთოს სტრანგულაციური რგოლი, რომელიც ჩაქედვას იწვევს, და უნდა დაათვალიეროს თავისუფალ მუცლის ღრუდან გამოტანილი ნაწლავის კედლები. რეტროგრადულ ჩაქედვაზე ქირურგმა უნდა იფიქროს მაშინ, როდესაც თიაქრის პარკში აღმოაჩენს ნაწლავის 2 მარყუევის და თვალნათლივ დაინახავს თიაქრის პარკისა და მუცლის ღრუს

გამონადენთა ფერებს შორის სხვაობას. მუცლის ღრუდან გამონადენი ჩვეულებრივ უფრო შემღვრეულია.

დიაგნოსტიკური შეცდომები შეიძლება იმ შემთხვევებში დაიშვას, როდესაც თიაქრიან ავადმყოფებს უვითარდებათ მუცლის ღრუს ორგანოების მწვავე ანთებითი პროცესები — მწვავე აპენდიციტი, მწვავე ქოლესისტიტი, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაციული წყლული, ნაწლავთა მწვავე გაუვალობა და ა. შ. ავადმყოფის ზერელე გასინჯვით ექიმმა შეიძლება შეცდომა დაუშვას და ჩაჭედილი თიაქრის დიაგნოზი დასვას მაშინ, როდესაც ფაქტიურად არის თიაქრის ე. წ. ყალბი „ჩაჭედვა“. თიაქრის მხრივ ცვლილებას ამ დროს წინ უსწრებს მოკლეწები მუცლის ღრუს მხრივ.

თიაქრის ყალბი „ჩაჭედვის“ იმ 17 შემთხვევიდან, რომლებიც ჩვენს კლინიკურ მასალაზე აღინიშნა, 14 შემთხვევაში თიაქრის პარკში აღმოჩნდა ანთებითად შეცვლილი ჭიაყელა დანამატი, რომელთა შორის 9 შემთხვევაში აღინიშნა მისი დესტრუქციული ცვლილებები. უნდა ითქვას, რომ ყველა შემთხვევაში მუცლის არეში ტკივილი მარჯვენა თემოს ფოსოში დაიწყო და შემდეგ მტკივნეულობა აღინიშნა თიაქრის მიდამოშიც. 9-დან მხოლოდ 4 შემთხვევაში იყო ნავარაუდები თიაქრის პარკში ანთებითად შეცვლილი ჭიაყელა დანამატის მდებარეობა; დანარჩენ 5 შემთხვევაში მწვავე აპენდიციტის არსებობა ოპერაციის დროს შემთხვევით აღმოჩნდა. თიაქრის ყალბი „ჩაჭედვის“ 3 შემთხვევაში დადგინდა ნაწლავთა მწვავე მექანიკური გაუვალობა, აქედან 2 შემთხვევაში იყო წვრილი ნაწლავის ინვაგინაცია და 1 შემთხვევაში მისი შემოგრეხა.

თიაქრის ყალბი „ჩაჭედვის“ დროს დაკვირვებულ ექიმს ყოველთვის შეუძლია დაადგინოს, რომ დასაწყისში მოიმატა ტემპერატურამ და აღმოცენდა ტკივილი მუცლის ღრუს მიდამოში. ხოლო შემდეგ ტკივლი თიაქრის მიდამოშიც გაჩნდა. ანთებითი გამონადენი — ექსუდატი — მუცლის ღრუდან გადაინაცვლებს თიაქრის პარკისაკენ და ეს იწვევს თიაქრის გამოზებრილობის ვადიდებას, მის დაჭიმვასა და გამკვრივებას, რის გამოც ჩასწორებადი თიაქარი ხდება ჩაუსწორებადი. ჭეშმარიტი ჩაჭედილი თიაქრისაგან განსხვავებით, ასეთი თიაქარი პალპაციით ნაკლებად მტკივნეულია.

თიაქრის ყალბი „ჩაჭედვის“ დიაგნოსტიკა საკმაოდ ძნელია. ქირურგი ოპერაციის დროს აუცილებლად უნდა გაერკვეს ვითარებაში, რადგან სიტუაციის არასწორ შეფასებას შეიძლება მოყვეს ავადმყოფის სიკვდილი.

ლევარს მოჰყავს შემთხვევა, როდესაც ასციტიან ავადმყოფს სათეს-

ლე ჭირკვლის წყალმანკი ჰქონდა და გამოცდილმა ჭირურგებმა საზარდულის ჩაქედილი თიაქრის დიაგნოზი დასვეს.

სათესლე ჭირკვლის წყალმანკი ჩასწორებადი საზარდულის თიაქრისაგან განსხვავდება დიაფანოსკოპიის (სინათლის გამტარობის) ფენომენით. ჩაქედილ თიაქარს, თუ მის პარკში ნაწლავია მოთავსებული, თან ასლავს ნაწლავის მწვავე გაუვალობა.

უყურადღებო გასინჯვის შედეგად საზარდულის ჩაქედილი თიაქრის დიაგნოზის ნაცვლად ექიმმა შეიძლება დასვას ორქიტის, ეპიდიდმიტის, ფუნგიულიტისა და სათესლე ბაგირაკის შემოგრების დიაგნოზი. ჩვეულებრივ სათესლე ბაგირაკის შემოგრების დროს სათესლე ჭირკვალი მალაა აწეული. შესივებული და მკვეთრად მტკივნეულია. სწორედ ამის გამო მას არასწორად საზარდულის ჩაქედილ თიაქრად იღებენ. მაგრამ, თუ სათესლე პარკის გასინჯვით არ აღმოჩნდა ერთი სათესლე ჭირკვალი და ამ დროს არ არის ნაწლავთა გაუვალობის მოვლენებიც, ექიმმა არ უნდა გამოიცილოს სათესლე ბაგირაკის შემოგრების არსებობა.

ზოგიერთ შემთხვევაში თიაქრის სახით საზარდულის არხიდან შეიძლება გამოვიდეს ბრმა ნაწლავის ექსტრაპერიტონული ნაწილი. დაცურებული თიაქრის დროს იგი შეიძლება დაეშვას საზარდულის არხში რეტროპერიტონულად მდებარე თავისი ჭიკაყელა დანამატივც. თიაქრის პარკში შეიძლება იყოს მარტო ჭიკაყელა დანამატი შეუცვლელი ან ანთებითად შეცვლილი. ასეთი ავადმყოფების ოპერაციისათვის ჩვენებად ჩაქედილი თიაქრის და მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზი ისმება ოპერაციის დროს თიაქრის პარკის გახსნის შემდეგ. ჭირურგი ვალდებულია ჩაქედილი თიაქრის პარკში მდებარე ანთებითად შეცვლილი ჭიკაყელა დანამატი ამოკვეთოს და გააკეთოს საზარდულის არხის პლასტიკა. ჭირურგს უნდა ახსოვდეს დაცურებული თიაქრის არსებობა, რათა არ დააზიანოს ბრმა ნაწლავის ან სხვა ექსტრაპერიტონულად მდებარე ორგანოს კედელი. სხვათა შორის, ამგვარი შეცდომა შეიძლება დაუშვას ნებისმიერი გამოცდილების მქონე ჭირურგმა.

ავადმყოფი ო. — ს, 75 წ. მამაკაცს, პროფსიით ექიმს, მარჯვენა მხრივი საზარდულის თიაქრის გამო დიდი გამოცდილების მქონე ცნობილმა ჭირურგმა გაუკეთა ოპერაცია. ოპერატორმა თავიდანვე ვერ განსაზღვრა, რომ დაცურებულ თიაქართან ჰქონდა საქმე, და შეცდომით შარდის ბუშტის კედელი გაკვეთა. დაზიანებული ორგანოს კედლის მთლიანობა უმაღლვე აღადგინა 2 სართულიანი კეტუტის კვანძოვანი ნაკერებით. ოპერაციიდან მე-4 დღეზე შარდის ბუშტში დატოვებული მუდმივი კათეტერი მოაცილა. შარდის ბუშტის ფუნქცია აღსდგა. ავადმყოფი გამოჯანმრთელდა.

დაცურებული საზარდულის თიაქრის უიშვიათესი და კლინიკურად საინტერესო შემთხვევა გვქონდა ჩვენს პრაქტიკაში.

ავადმყოფი ფ., 63 წ. მამაკაცს, რომელიც დაავადებული იყო ღვიძლის ციროზითა

და წინამდებარე ჭიკვლის აღენომით (დაავადების II სტადია), ჩაქვედა მარჯვენა-მხრევი საზარდულის თიაქარი, ანამნეზში ყურადღება მიიპყრო ღიზურიულმა მოვლენებმა გაზირებული მოშარდვის სურვილით; ამასთან ტყვილი მას არ ჰქონია. გამოითქვა აზრი მარჯვენამხრევი საზარდულის დაცურებული თიაქრის ჩაქედის შესახებ, რომლის შიგთავსი შარდის ბუშტის კედელი უნდა ყოფილიყო. ადგილობრივი ნოვოკაინური ანესთეზიით წარმოებული სასწრაფო ოპერაციის დროს დადასტურდა საზარდულის დაცურებული თიაქრის არსებობა, რომლის შიგთავსი იყო ქათმის კვერცხის ოდენობის შარდით გადავსებული შარდის ბუშტის დივერტიკული. სტრანგულაციური რგოლის გაკვეთის შემდეგ დივერტიკული ჩაბრუნდა მუცლის ღრუში და საზარდულის არხის პლასტიკა გაკეთდა დუბლიკატურული წესით. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი საღად მიღინარებოდა.

მკითხველს დაებადება შეკითხვა — რამდენად სწორია შარდის ბუშტის დივერტიკულის მუცლის ღრუში ჩაბრუნება? რატომ არ მოიკვეთა იგი ყელის არეში?

ვინაიდან დივერტიკულის ქსოვილი მაკროსკოპულად სიცოცხლიუნარიანი იყო, ხოლო თვით დივერტიკულის ტოპიკა წინასწარ არ იყო ცნობილი, არამართებულად იქნა მიჩნეული მისი მოკვეთა. ხომ შეიძლებოდა იგი ყოფილიყო შარდსაწვეთ-შარდბუშტის შესართავის მიდამოში? ამის დადგენა შეიძლებოდა მხოლოდ გეგმური ოპერაციის დროს გაკეთებული ინტრაოპერაციული კონტრასტული უროცისტოგრაფიით, რომლის შემდეგ ქირურგს უფლება მიეცემოდა გაეკეთებინა დივერტიკულექტომია.

ჩაჭედილი თიაქრის დროს ავადმყოფს სასწრაფოდ უნდა გაუკეთდეს ოპერაცია. კონსერვატული მკურნალობა დასაშვებია მხოლოდ ჩვილ ბავშვებში, ვინაიდან ოპერაციის შემდგომი ლეტალობა მათში საკმარისად დიდია. კონსერვატული მკურნალობა ამ დროს გულისხმობს ჩაჭედილი თიაქრის ჩასწორებას, რაც დასაშვებია იმ შემთხვევაში, როდესაც თიაქრის ჩაჭედვიდან არ გასულა 12 საათზე მეტი. ჩვილ ბავშვს ათავსებენ თბილ აბაზანაში და შემდეგ თავის დაბლა დაწვევითა და ქვედა კიდურების მალა აწევით ექიმში ცდილობს ჩაჭედილი თიაქრის პარკის ჩასწორებას. ზოგიერთნი საჭიროდ თვლიან თიაქრის სტრანგულაციური რგოლის მოსაღუნებლად ბავშვს გაუკეთდეს ნარკოტიკული საშუალება კვ მასის მიხედვით. დიდ უმრავლეს შემთხვევაში ასეთი წესით ჩვილ ბავშვთა ჩაჭედილი თიაქარი თავისთავად სწორდება: თუ ეს არ იქნა საკმარისი, ბავშვს აბაზანის მიღების შემდეგ 15 — 20 წუთით საწოლში აწვევენ მალა აწეული ქვედა კიდურებით და თიაქრის მიდამოზე ადებენ სათბურს. ბავშვი ამ დროს იძინებს და ძილში ხდება ჩაჭედილი თიაქრის პარკის თვითჩაბრუნება, ანუ ჩაბრუნება აპოდაქტილურად, ხელით ზეწოლის გარეშე. ასე ხდება ზოგჯერ ეთერის მსუბუქი ნარკოზის დროსაც.

რაკი ჩვილ ბავშვთა ასაკში ჩაქედილი თიაქრის ხელით ჩაბრუნებაზეა ლაპარაკი, მოკლედ უნდა შევეხოთ მოზრდილებში ამ მანიპულაციის გამოყენების საკითხსაც.

ექიმის ყოველგვარი ცდა, ძალის გამოყენებით ჩააბრუნოს მოზრდილთა ჩაქედილი თიაქარი, უხეში და მიუტევებელი შეცდომაა. საერთოდ ჩაქედილი თიაქრის ჩაბრუნება პირველ საათებშია დასაშვები, მაგრამ ეს უნდა მოხდეს ზომიერი ძალით, თანდათანობით, ყოველგვარ ფორსირების გარეშე. ექიმი არ უნდა შეეცადოს თიაქრის პარკის შიგთავსის მუცლის ღრუში ჩაბრუნებას იქ, სადაც საეჭვოა ნაწლავის პერფორაცია და განგრენის დასაწყისი. მაგალითად, მაშინ, როდესაც პატარა, მკვრივი და ძლიერ დაჭიმული თიაქრის ღროს აღინიშნება ზოგადი სიმპტომები, აგრეთვე მაშინ, როდესაც თიაქრის პარკში დიდი რაოდენობითაა დაგროვილი ე. წ. „თიაქრის წყალი“ (Capelle, 1928), ეს უკანასკნელ ნაწლავის კედლის ღრმა ცვლილებაზე მიუთითებს.

თიაქრის პარკის შიგთავსის ჩასწორებაში ექიმმა შეიძლება დაუშვას შეცდომებიც. ერთ-ერთ ასეთ შეცდომად უნდა ჩაითვალოს ჩასწორება „en bloc“, ანუ ყალბი ჩასწორება. ეს მაშინ ხდება, როდესაც ექიმი იმის ნაცვლად, რომ თიაქრის პარკის შიგთავსი მუცლის ღრუში ჩააბრუნოს, ძალისმიერი მანიპულაციით პარკს თავისი შიგთავსით ირგვლივმყოფი ქსოვილების განთქვის ხარჯზე სხვა ადგილას გადაანაცვლებს. ამ დროს ექიმს შეიძლება მოეჩვენოს თიაქრის კარის გაფართოება, მაგრამ თითოეული გასინჯვის დროს დარწმუნდება, რომ ეს მართლაც მოჩვენებითი და ყალბია, რადგან თიაქრის კარში თითის წვერი შეიგრძნობს მკვრივ და მოძრავ წარმონაქმნს, რომელიც დახველებით ან გაჭინთვით საზარდულის არხის გარეთა რგოლის წინ გამოდის. სწორედ ამ სიმპტომმა უნდა შთაგონოს ექიმს, რომ ჩაქედილი შიგთავსის ჩაბრუნება ფაქტიურად არ მოხდება.

სიძნელეების წინაშეა ექიმი მაშინ, როდესაც ჩაქედილი თიაქარი თავისთავად ჩაბრუნდება საავადმყოფოში მოყვანამდე გზაში ან თვით საავადმყოფოში. ბუნებრივია, ამ დროს ისმის საკითხი, გაუქეთდეს თუ არა ავადმყოფს სასწრაფო ოპერაცია? ზოგიერთი ქირურგი მიმართავს სასწრაფო ოპერაციას, სხვები, თუ ავადმყოფის გამოკვლევით დარწმუნდნენ რომ მუცლის მხრივ არ არის საგანგაშო მოვლენები, ამჯობინებენ გეგმიურ ოპერაციას. უნდა ჩაითვალოს უხეშ შეცდომად, თუ ავადმყოფს უარი უთხრეს ჰოსპიტალიზაციაზე ან იგი მოთავსდა საავადმყოფოში, მაგრამ შემდეგ უოპერაციოდ გაწერეს.

თიაქრით დაავადებული ყოველი ავადმყოფი, რომელიც განაცხადებს,

რომ მას თიაქრის ჩაქედვა ჰქონდა უახლოეს საათებში, უნდა იქნას პოლიტიკალიზებული გამოკვლევისა და სათანადო მკურნალობის მიზნით.

ის, რაც ჩაქედლი თიაქრის ჩაბრუნებაზე იყო ნათქვამი, ერთნაირად ეხება როგორც საზარდულის, ასევე მუცლის წინა კედლის სხვა ლოკალიზაციის თიაქრებსაც. გამონაკლისს შეადგენს ჩაქედლი ბარძაყის თიაქარი, რომლის დროს აბსოლუტურად წინააღმდეგნაჩვენებია თიაქრის ჩაბრუნება. და აი რატომ — ჩაქედლი ბარძაყის თიაქრის მკიდრო სტრანგულაციური რგოლის გადალახვა უშუალოდ თიაქრის გამობერვლობაზე ხელით დაწოლით იწვევს თიაქრის შიგთავსის ტრავმირებას (თუ პარკში ნაწლავის მარყუჟია, მის გაგლეჯას). ამიტომ ჩაქედლი ბარძაყის თიაქრის ჩაბრუნების შემდეგ ქირურგს არ შეუძლია დამშვიდებული იყოს, რადგან ნაწლავის გაგლეჯა და საერთოდ არსებული შიგთავსის ტრავმირება ადვილი შესაძლებელია. ყოველივე ამის გამო ჩაქედლი ბარძაყის თიაქრის დროს ქირურგმა პრინციპულად უნდა უარყოს თიაქრის ჩაბრუნება მუცლის ღრუში და დაუყოვნებლივ მიმართოს თიაქარკვეთას. ჩაქედლი ბარძაყის თიაქრის მკურნალობაში აბსოლუტურად ნაჩვენებია სასწრაფო ოპერაცია — თიაქარკვეთა.

ჭიბის თიაქარი სიხშირით მეორე ადგილზეა ყველა ჩაქედლი თიაქრებს შორის. ჭიბის თიაქარი უფრო ხშირია ქალებში. ჩაქედვისაქენ მისი მიდრეკილების ხელშემწყობ ფაქტორად უნდა ჩითვალოს სიმსუქნე და განმეორებითი მშობიარობა, მშობიარობამდე და მშობიარობის შემდგომი პერიოდის არასწორი გატარება, რაც მუცლის პრესის მოდუნებას იწვევს. ჭიბის თიაქრის პარკი მოზრდილებში უფრო ხშირად მრავალკამერიანია და ჩაქედვა შეიძლება მოხდეს როგორც თიაქრის რგოლში, ასევე თვით თიაქრის პარკის ცალკეულ კამერაშიც. ჩაქედლი შეიძლება იყოს ბადექონი, წვრილი და მსხვილი ნაწლავი, კუჭი, ჭიაყელა ნაწლავი. უფრო ხშირად ჩაქედვას განიცდის ბადექონი. არაიშვიათად ჭიბის თიაქარი ჩაუსწორებადია.

ჭიბის ჩაქედლი თიაქრის სიმპტომატიკა იმდენად დამახასიათებელია, რომ ძნელი არ არის მისი ამოცნობა. ავადმყოფი ჩვეულებრივ ჩივის მწვავე, მოვლითი ხასიათის ტკივილზე ჭიბის არეში, ღებინებაზე, ყაზზობაზე; აირებზე ვერ გადის, ჭიბის არეში გამობერილობა მუცლის ღრუში ველარ ბრუნდება. აღნიშნული წარმონაქმნი პალპაციით მტკივნეულია, მუცელი ზოგჯერ დაჭიმული და მტკივნეულია. ექიმს, თუ იგი ყურადღებით შეკრებს ანამნეზს და გულდასმით გასინჯავს ავადმყოფს, შეუძლია დაადგინოს, თუ რომელი ორგანოა ჩაქედლი, მაგალითად თუ თიაქარის პარკში ჩაქედდა კუჭი, მიღებული სითხე ავადმყოფს უკან ამოსდის, წერ-

ლი ნაწლავის ჩაქედვის დროს ვითარდება ნაწლავთა მაღალი გაუფალობა, ბადექონის ჩაქედვის დროს კლინიკური სურათი ნაკლებად მწვევა.

ჭიბის ჩაქედლი თიაქრის ამოცნობა მართალია არ არის ძნელი, მაგრამ აქაც გვხვდება დიაგნოსტიკური შეცდომები. მაგალითად, აღწერილია შემთხვევა, როდესაც ავადმყოფი სტაციონარში გაიგზავნა ჭიბის ჩაქედლი თიაქრის დიაგნოზით და სინამდვილეში კი ჰქონდა ჭიბის არეში კიბოს მეტასტაზური კვანძი (ა. ბოგდანოვი, 1964). მოხუცებულებში ინფარქტის გასტრალგიური ფორმის დროს, როდესაც ავადმყოფს მანამდე აღენიშნებოდა ჭიბის ჩაუსწორებადი თიაქარი, ეს უკანასკნელი შეიძლება ექიმმა ჩათვალოს ჩაქედელ თიაქარად. ინფარქტისათვის დამახასიათებელ სიმპტომებს რომ თავი დაეანებოთ, ამ დაავადების დიფერენცირებისათვის დროული ელექტროკარდიოგრაფიაც იკმარებდა.

ჭიბის ჩაქედლი თიაქრის დროს ლეტალობა 6,1 — 14 % უდრის. სიკვდილის ძირითადი მიზეზი პერიტონიტია.

შედარებით ნაკლები სისწირით, ვიდრე ჭიბის ჩაქედლი თიაქრები, გვხვდება თეთრი ხაზის ჩაქედლი თიაქარი, რომელიც მდებარეობს ჭიბის ზემოთ, მის ქვემოთ ან მასთან ახლოს. თეთრი ხაზის თიაქრის თანადროულად ავადმყოფს შეიძლება ჰქონდეს კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება. ამიტომ, გულის კოვზის არეში ტკივილის დროს ყოველი ავადმყოფი გულმოდგინედ უნდა გაისინჯოს. თიაქრის გასინჯვა უნდა მოხდეს ავადმყოფის წოლით მდებარეობაში. თეთრი ხაზის ჩაქედლი თიაქრის სიმპტომატიკა არ განსხვავდება სხვა ლოკალიზაციის თიაქრების ჩაქედვის ნიშნებისაგან.

თეთრი ხაზის ჩაქედლი თიაქრის დიაგნოსტიკური შეცდომა აღენიშნება ე. წ. ფარული თიაქრის არსებობისას. ამ დროს ჩაუსწორებადი გამობერილობა ანდა თუნდაც კანქვეშ შემჩნეული მისი კონტურები სწორი დიაგნოზის დასმის საშუალებას იძლევა.

თეთრი ხაზის ჩაქედლი თიაქრის შიგთავსი უფრო ხშირად ბადექონი და წვრილი ნაწლავია, იშვიათად მსხვილი ნაწლავი და კუჭი. თიაქრის პარკში შეიძლება ჩაქედლი იყოს აგრეთვე ნაღვლის ბუშტი და ღვიძლის მრგვალი იოგიც. ისე როგორც ჭიბის ჩაქედლი თიაქრის დროს, თეთრი ხაზის ჩაქედლი თიაქრის პარკის შიგთავსი შესაძლებელია წინასწარ იქნას ამოცნობილი.

ჩაქედვას განიცდის აგრეთვე ოპერაციის შემდგომი ვენტრალური თიაქარი, რომელიც მუცლის წინა კედლის ნებისმიერ ადგილზე შეიძლება განვითარდეს. ასეთი თიაქრის დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაშიც შეიძლება მოხდეს შეცდომები. საერთოდ ოპერაციის შემდგომი ვენტრალური ჩაქედლი თიაქარი ძნელი საოპერაციოა და ქირურგის დიდ ცოდნასა და



გამოცდილებას მოითხოვს. იგივე ითქმის თიაქრის ისეთ იშვიათ სახეებზეც, როგორც არის სპიგელის თიაქარი, მუცლის სწორი კუნთის ბუდის თიაქარი, დახურული და საჯდომი ხერხლის, შორისისა და სხვა თიაქარები.

ჩაქედილი თიაქრის დროს ოპერაციული ჩარევა უპირველეს ყოვლისა ხორციელდება თიაქარკვეთით, ე. ი. თიაქრის პარკის გაკვეთითა და მისი შიგთავსის დათვალეირებით. ჩაუქედავი თიაქრის ოპერაციის დროს პარკის გამოყოფა, სათანადო ღამუშავება და მოკვეთა ხდება მას შემდეგ, როდესაც თიაქრის პლასტიკისათვის საჭირო ქსოვილები პრეპარირებული და გამოზადებულია ამა თუ იმ წესით მათი მთლიანობის აღსადგენად. აქედან გამომდინარე, ქირურგის შეცდომად უნდა ჩაითვალოს, თუ იგი გაკვეთავს ჩაქედილი თიაქრის სტრანგულაციურ რგოლს და მხოლოდ ამის შემდეგ გახსნის პარკს და დათვალეირებს მის დრუსს, სადაც ამ მომენტისათვის ჩაქედილი შიგთავსი შეიძლება აღარც კი აღმოჩნდეს. ასეთი შეცდომა არამცთუ ართულებს ოპერაციას, არამედ პერიტონიტის მიზეზიც ხდება და შეიძლება საბედისწეროც იყოს. თიაქრის პარკი მისი გაკვეთის წინ დამზოგავი მანიპულირებით თუნდაც ნაწილობრივ უნდა გამოთავისუფლდეს და მარლით შემოიფარგლოს, რათა მისი გაკვეთის დროს გადმოღვრილი სითხით არ მოხდეს ჭრილობის დაინფიცირება. თუ ამ დროს პარკში აღმოჩნდა ჩაქედილი ნაწლავის მარყუჟი, იგი გულდასმით უნდა დათვალეირდეს მისი ცხოველყოფილობის დასადგენად. საამისოდ არსებობს სხვადასხვა კრიტერიუმები, რომელთა ცოდნა სავალდებულოა ოპერატორისათვის. შტიხისა და მაკისის მიერ შედგენილ ცნობილ წიგნში „შეცდომები და საშიშროებანი ქირურგიულ ოპერაციების დროს“ Capelle-მ ნაწლავის სიცოცხლისუნარიანობის განმსაზღვრელი კრიტერიუმები შემდეგნაირად ჩამოაყალიბა: თავდაპირველად მუქი წითელი, თითქმის მოშავო ფერის ნაწლავი, რომელიც ჩაქედვიდან განთავისუფლების შემდეგ ფერს იცვლის—სადა და კრიალა ხდება, თბილი ფიზიოლოგიური ხსნარით დასველებისას იკუმშება და მისი კედელი ჩხვლეტით სისხლმდენია. ყოველგვარი შიშის გარეშე შეიძლება იგი ჩაბრუნდეს მუცლის ღრუში. ამასთანავე, ის ნაწლავი, რომლის სეროზული გარსი მოკლებულია კრიალა ელფერს, ხოლო კედელს დაკარგული აქვს თავისი დაქიმულობა, რბილია, ნაოქიანი და მისი ფერი არაბუნებრივია, ვერ იძლევა გარანტიას და უმეტეს წილად უკვე განწირულია განგრენისათვის.

ნაწლავის მარყუჟს, თუ სიცოცხლის უნარი დაკარგული აქვს, ნაწილობრივ რეზექცია. ერთ-ერთი ყველაზე უფრო საშიში შეცდომა რეზექციის გაკეთება შეცვლილ და საეჭვო სიცოცხლისუნარიანობის ქსოვილებზე

ბის ფარგლებში. დაზიანებული ნაწლავი პროქსიმალურად უნდა მოიკვეთოს ხილული ცვლილებებიდან 30 — 40 სმ-ის დაცილებით, ხოლო დისტალურად — 15 — 20 სმ-ის დაცილებით. ნაწლავის რეზექციამდე კარგად უნდა შემოწმდეს ჯორჯლის სისხლძარღვების პულსაცია. ქირურგი უნდა დარწმუნდეს ნაწლავის დატოვებული ნაწილების სისხლძარღვებში სისხლმიმოქცევის არსებობაში.

ზოგიერთი ქირურგი, თუ წინასწარ დაადგენს, რომ თიაქრის პარკში მკვდარი ნაწლავის მარყუჟია, მიმართავს ლაპაროტომიას შუა ხაზზე და თიაქრის პარკიდან მისი გამოტანის გარეშე აკეთებს რეზექციას ჩაჭედვის ადგილიდან 15 — 20 — 30 სმ-ის დაცილებით. ნაწლავი ანასტომოზის დადების შემდეგ მუცლის ღრუს ყრუდ ხურავს და ამის შემდეგ აკეთებს თიაქარკვეთას მკვდარი ნაწლავის მარყუჟის მოცილებით. ასეთი ტაქტიკა მუცლის ღრუს ინფიცირების თავიდან აცილებს: თვალსაზრისით მართებულად შეიძლება მივიჩნიოთ. ქირურგი შეცდომას დაუშვებს, თუ თიაქრის პარკის გახსნის შემდეგ მკვდარი ნაწლავის მარყუჟს მუცლის ღრუში ჩააბრუნებს იმ მიზნით, რომ გააკეთოს ლაპაროტომია და აქედან მოაცილოს იგი რეზექციის საშუალებით.

მოხუცებულობის ასაკში ლაპაროტომია და ნაწლავის რეზექცია მუცლის ღრუს ორგანოების მკვეთრად გამოხატული პათოლოგიის დროს სარისკოა. ამიტომ რეკომენდებულია ასეთ შემთხვევებში განავლოვანი ფისტულის შექმნა. საილუსტრაციოდ მოტანილი ქვემოთ აღწერილი ერთი შემთხვევა ადასტურებს ასეთი ტაქტიკის მართებულობას, თუცა აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ამ შემთხვევაში იყო ჩაუსწორებადი და არა ჩაჭედილი გიგანტური თიაქარი, რომლის დროს არ გაკეთებულა ნაწლავის რეზექცია.

ავადყოფი გ., 78 წლის მამაკაცი, პენსიონერი. საავადყოფოში მოთავსდა მარცხენამხრივი საზარდულის რეციდივული დიდი თიაქრის გამო. წარსულში ჰქონდა აგრეთვე მარცხენამხრივი საზარდულის თიაქარი, რომლის გამო ნაოპერაციევია.

საავადყოფოში მოთავსების დროს მარცხენამხრივი საზარდულის რეციდივული თიაქრის სიდიდე ახალშობლის თავის ზომებს აღემატებოდა. გულ-სისხლძარღვთა და რესპირატორული სისტემების მხრივ პათოლოგიური ცვლილებები არ აღენიშნებოდა. წინამდებარე ჯირკვალი *per rectum* გასინჯვით წაბლისებური ფორმის, წილთაშუა ღარი გამოხატულია, სიდიდე რამდენამდე აღემატება ფიზიოლოგიურ პარამეტრებს, კონსისტენცია რბილი — ელასტიკური. კლინიკური გამოკვლევისა და სათანადო მომზადების შემდეგ ნოვოკაინის ადგილობრივი ანესთეზიით (ინტრუბაციური ნარკოზის დამატებით) გაკეთდა ოპერაცია. თიაქრის პარკი მკიდრო შეხორცებებთან ნაწილობრივ განთავისუფლდა და ფუძეზე გაიხსნა, მისი შიგთავსი — სიგმური ნაწლავი — მკიდროდ იყო შეხორცებული თიაქრის პარკის შიგნითა კედელთან. შეხორცებათა განთავისუფლების დროს ნაწლავის კედელი დაზიანდა 2 — 3 სმ-ის სიგრძეზე და მისი მთლიანობა უმაღლეს ადსლგა ორსართულიანი კვანძოვანი ნაკერებით. შემდგომი დათვალიე-

რებით აღმოჩნდა ნაწლავის ლოკალური შევიწროება ნაწიბუროვანი ქსოვილების ხარჯზე. მხედველობაში იქნა მიღებული ავადმყოფის ხანდაზმული ასაკი, საერთო მდგომარეობა, ნაწლავის რეზექციის საშიშროება და ამიტომ სტრუქტურის დისტალურ და პროქსიმალურ ბოლოებს შორის გაკეთდა გვერდითი შერთული ნაწლავის ნორმალური პასაისათვის. თიაქრის შიგთავსი პერიტონეუმის ღრუში ჩაბრუნდა. საზარდულის არხის პლასტიკა თავისუფლად მოხერხდა დუბლიკატურული წესით, ოპერაციიდან შესამე დღეზე გამოიხატა შემოსაზღვრული პერიტონიტის ნიშნები და ადგილობრივი ნოვოკაინის ინფილტრაციული ანესთეზიით ნაოპერაციევი კრილობის ზედა კიდის არეში, მის პარალელურად 5 — 6 სმ-ის სიგრძის განაკვეთით, გაიხსნა პერიტონეუმის ღრუ, რის დროსაც გამოიყო კოლიბაცილური სუნის აირები. გაკეთდა ამ მიდამოს დრენირება. დაენიშნა ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები (ეუპორინი, ეცეამეზონი). მომდევნო დღეებში კრილობიდან გამოიყო განავლოვანი მასება, ამიტომ მართებულად იქნა მიჩნეული დროებითი ხელოვნური უკანა ტანის შექმნა სიგმურ ნაწლავზე პათოლოგიური კერის პროქსიმალურად. მომდევნო დღეებში ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა სწრაფად გაუმჯობესდა. ავადმყოფმა დაიწყო სიარული და გაეწერა საავადმყოფოდან შეხორცებული ნაოპერაციევი კრილობებითა და ხელოვნურად შექმნილ უკანა ტანით. ეს უკანასკნელი რამდენიმე თვის შემდეგ ოპერაციულად იქნა დახურული და აღსდგა ნორმალური პასაი.

ამრიგად, აღწერილ შემთხვევაში დაშვებული იყო ტაქტიკური სასიათის რამდენიმე შეცდომა. უპირველეს ყოვლისა უნდა აღინიშნოს, რომ ხანდაზმული ასაკის ავადმყოფი, რომელსაც გიგანტური რეცდვიული, ჩაუსწორებადი საზარდულის თიაქარი ჰქონდა, არ იყო ოპერაციისათვის სათანადოდ მომზადებული ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში. თიაქრის პარკის შიგთავსი — სიგმური ნაწლავი, ფართო შეხორცებებიდან გამოთავისუფლების შემდეგ პერიტონეუმის ღრუში ჩაბრუნდა; საზარდულის არხის პლასტიკა გაკეთდა პირველად და არ გადაიღო მკურნალობის შემდგომი ეტაპისათვის. ტაქტიკურად გამართლებულად უნდა მივიჩნიოთ სიგმურ ნაწლავზე ხელოვნური უკანა ტანის შექმნა, რომლის განმტვირთავი მოქმედებით ავადმყოფის მდგომარეობა სწრაფად გაუმჯობესდა.

მოხუცებულობის ასაკში გიგანტური ჩაჭედილი თიაქრის შიგთავსის მუცლის ღრუში ჩაბრუნებას ოპერაციის დროს ი. ზვორიკინი შეცდომად თვლის. თუ ნაწლავი სიცოცხლისუნარიანი აღმოჩნდა, იგი გვირჩევს სტრანგულაციური რგოლი გაიკვეთოს და აპონევროზის პლასტიკის გარეშე კანი და კანქვეშა ქსოვილები გაიკეროს, ხოლო პლასტიკური ოპერაცია გადაიღოს შემდგომი ეტაპისათვის.

გიგანტური ჩაჭედილი თიაქრები, რომლებიც საერთოდ ხანგრძლივად მიმდინარეობენ და ხასიათდებიან ფართო შეხორცებებით, ვიდრე ავადმყოფს ოპერაცია გაუკეთდება, სათანადოდ უნდა მომზადდეს. უპირატესად სწორი წესით ავადმყოფის მომზადება ბევრად აადვი-

ლებს ოპერაციას და ამასთანავე რამდენადმე ხელს უწყობს საშიში გართულებების თავიდან აცილებას. ავადმყოფის წინასაოპერაციო მომზადების კომპლექსში ჩართული უნდა იყოს დიეტა, სიმსუქნის სიტმატური მკურნალობა (თუ ეს საჭიროა), ფიზიკური ვარჯიში, მასაჟი, აბაზანები, სითხეების მიღების შეზღუდვა, ბრონქიტისაგან განკურნება, გულ-სისხლძარღვთა პათოლოგიის სათანადო მკურნალობა და ა. შ. საოპერაციოდ უნდა მომზადდეს თვით თიაქარიც. ამ არეში საჭიროა კანის სათანადო მომზადება, თუ მისი ცვლილებებია. ავადმყოფი უნდა გადაიყვანონ წოლით მდებარეობაში მალა აწეული მენჯის ნაწილით, რათა გიგანტური თიაქრის შიგთავსის თუნდაც ნაწილი ჩაბრუნდეს მუცლის ღრუში და ეს უკანასკნელი ადაპტირებული იქნეს თიაქრის ჰარკის შიგთავსის მიღიანად მისადებად. გიგანტური ჩაპედილი თიაქრის პარკი დიდ შესორცებებშია და ოპერაციის დროს მისი გამოთავისუფლება სსხლდენებთან არის დაკავშირებული. ამიტომ ყველაზე მიზანშეწონილია ამ დროს პარკი ადვილზე დარჩეს და იგი დაიხუროს მისი ყელის არეში რამდენიმე კვანძოვანი ნაკერით. ამით თავიდან იქნება აცილებული ჭრილობის შეხორცების ხელშემშლელი ფაქტორები — ოპერაციის შემდგომი პემატოზი და მეორადი ინფიცირება. ეს უკანასკნელი, ავადმყოფის ნადრევ ფიზიკურ დატვირთვისთან ერთად, თიაქრის რეციდვის ხელშემწყობებია. ამიტომ ქირურგმა ყველა ეს ფაქტორი უნდა გაითვალისწინოს და პროფილაქტიკური ღონისძიებები განახორციელოს, რაც ავადმყოფს თიაქრის რეციდივის განვითარებას ააცილებს.

## დიდი ბადამონის უემოგრეზა

საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში სასწრაფოდ მოიყვანეს ავადმყოფი მ. 45 წლის მამაკაცი, ქარხნის მუშა, რომელსაც შესვენების დროს უსაუზმოა, ერთი კათხა ცივი ლუდი დაულევა და 25 — 30 წუთის შემდეგ უგრძვნია ძლიერი მოფლითი ხასიათის ტკივილი მარჯვენა თემოს ფოსოსა და საზარდულის მიდამოში. სამი წლის წინათ მარჯვენა საზარდულის არეში შეუმჩნეველად გამობერილობა, რომელმაც ბავშვის მუშტის ოდენობას მიადწია, მაგრამ ხელის დაჭერით თავისუფლად სწორდებოდა მუცლის ღრუში. ქირურგიულ განყოფილებაში მოთავსებამდე ჰქონია გულისრევა და პირღებინება, თუმცა ამას ტკივილი მუცლის არეში არ შეუმცირებია.

ობიექტურად: შეწუხებული გამომეტყველება, სახეზე ცივი ოფლი, ფერმკრთალი. ტკივილის გამო საწოლში იძულებით მდებარეობაშია. ქვედა კიდურები მოხრილი აქვს მუხლისა და მენჯ-ბარძაყის სახსრებში. მუცელი პალპაციით მტკივნეულია მის მარჯვენა ნახევარში და მარჯვენა საზარდულის არეში, სადაც თიაქარი აღინიშნება. თიაქრის გამობერილობა, რომელიც სათესლე პარკზეც გადადის, პალპაციით ცომისებური კონსისტენციისაა და ხელის დაჭერისას მტკივნეულია. მუცლის პალპაციის დროს შეი-

გრძნობდა ოდნავი რიგიდობა მარჯვენა თქმის ფოსოს მიდამოში. შჩოტკან-ბლუმ-ბერგის სიმპტომი არამკვეთრად გამოხატული. გულ-სისხლძარღვთა და რესპირატორული სისტემების მხრივ რაიმე პათოლოგია არ აღინიშნებოდა. სისხლის თეთრი ბურთულების რაოდენობა — 8500.

მარჯვენამხრივი საზარდულის ჩაქვილი თიაქრის დიაგნოზით (ბადექონის ჩაქვილა) გადაწყდა სასწრაფო ქირურგიული ჩარევა. ოპერაციამდე გამოითქვა აზრი თიაქრის პარკში ბადექონის ჩაქვილაზე. არ იყო გამორიცხული აქვე ანთებითი კიბეა დანაშაულის არსებობაც.

ადგილობრივი ნოვოკაინური ინფილტრაციული ანესთეზიით გატარდა კანის ვანა-კეთი მარჯვენა საზარდულის მიდამოში. გაიხსნა საზარდულის არხი და სათანადო პრეპარირების შემდეგ გამოიყო თიაქრის პარკი, რომელიც სიგრძეზე გადაკიშული და ცომისებური მომკვრივო კონსისტენციის იყო მისი ღრუს შიგთავსით გადავსების გამო. ოპერაციული ჭრილობა გაგარძელდა საზარდულის არხის შიგნითა რგოლის მიმართულებით და ამის შემდეგ თიაქრის პარკი მისი გარეთა ზედაპირის მხრივ სიგრძეზე გადაკვეთა ფუძიდან ყელისაკენ, რომლის დროს გადმოიღვარა მოვარდისფრო სითხე მცირე რაოდენობით. ჭრილობაში მაქსიმალურად გამოტანა იქნა დიდი ბადექონი და მასთან ერთად ვანივი კოლინჯის მარჯვენა ნახევარი. დიდი ბადექონი განეკოლინჯთან მიმავლების ახლოს წარმოადგენდა მოზრდილ კონგლომერატს, რომლის ყურადღებით დათვალიერებისას აღმოჩნდა, რომ იგი შემოგრებილია წვიროდ ფეხზე. თვით ბადექონი იყო სისხლსავსე და ალაგ სისხლნაქვედნებით, მისი ვენები დაბერილი, არტერიული პულსაცია პერიფორიაზე არ აღინიშნებოდა ბადექონის ორჯერ შემოტრიალებით, რაც უყოველგვარი ძალდატანების გარეშე მოხერხდა, შემოგრება მოისპო. შემდეგ გაკეთდა მისი რეზექცია შემოგრების მიღამოს პროქსიმალურ ნაწილში ისე, რომ კვტგუტრის ლიგატურებით იყვანებოდა მცირე უბნები. სრული ჰემოსტაზი. კიბეა დანაშაუდ შესორკებების გარეშე და შეუცვლელი იყო. თიაქრის პარკი, შიგთავსის პერიტონეუმის ღრუში ჩაბრუნების შემდეგ, შიგნითა ქისისებრი ნაკერით ყელის არეში დაისუ-რა და მის დასტალურად მოიკვეთა. გაკეთდა საზარდულის არხის პლასტიკა მისი წინა-კედლის დუპლიკატურით. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი გაურთულებლად მიმდინა-რებოდა. ავადმყოფი გამოჯანმრთელდა.

აღწერილი შემთხვევიდან ამჟამად, რომ ავადმყოფს ჰქონდა დიდი ბადექონის შემოგრება, რაც ოპერაციამდე ვერ იქნა ამოცნობილი. ვინაიდან ძირითადი ყურადღება მიიქცია მარჯვენამხრივი საზარდულის თიაქრის შესაძლო ჩაქვილამ, შესატყვისად განხორციელდა ურგენტული ქირურგიული ტაქტიკა. ამასთანავე წინასწარ იქნა ნავარაუდები თიაქრის პარკში ბადექონის არსებობა. როგორც ოპერაციაზე აღმოჩნდა, ბადექონი თავისი შემოგრების პროქსიმალური ნაწილის ჩათვლით შემოფეხობდა თიაქრის პარკში, რომელიც ნაწილობრივ ჩასული იყო სა-ათესლე პარკში.

დიდი ბადექონის შემოგრება იშვიათია, მისი დიაგნოსტიკა ოპერაციამდე ძნელია და, როგორც ლიტერატურიდან ირკვევა, ამ დროს ავადმყოფთა ლეტალობა 5 — 7 %-დე აღწევს (პ. მონდორი და სხვა).

დაავადება ვითარდება ნებისმიერ ასაკში და ერთნაირი სიხშირით ქალებსა და კაცებში.

დიდი ბაღექონის შემოგრებას არა აქვს რაიმე პათოგნომიური კლინიკური ნიშნები. ჩვენს მიერ აღწერილ შემთხვევაში ავადმყოფს აღენიშნებოდა დაავადების მწვავე დასაწყისი, რომლის დროს სწრაფად განვითარდა მწვავე მუცლის სიმპტომები. მაგრამ არის შემთხვევები, როცა დაავადების კლინიკური ნიშნები ვითარდება ნელა, თანდათანობით. ასეთ შემთხვევებში ავადმყოფები საავადმყოფოს მიმართავენ მე-2 — მე-5 დღეზე.

ლეკარი დიდი ბაღექონის შემოგრების 3 სახეს არჩევს:

1. ბაღექონის შემოგრების კომბინაცია ჩაუსწორებად თიაქართან,
2. ბაღექონის შემოგრება ცარიელი თიაქრის პარკის დროს;
3. ბაღექონის შემოგრება თიაქრის არსებობის გარეშე.

პირველი სახე უფრო გავრცელებულია, ხოლო მეორე და, განსაკუთრებით მესამე, იშვიათი და ძნელად ამოსაცნობია.

დიდი ბაღექონის შემოგრება ხშირად ეშლებათ მწვავე აპენდიციტში, მაგრამ, ექიმი თუ დაკვირვებით გასინჯავს ავადმყოფს, იგი მინც შეამჩნევს სხვაობას აპენდიკულარულ ინფილტრატსა და ბაღექონის კონსისტენციას შორის. ამასთანავე, ბაღექონის კონგლომერატი თითქმის ყოველთვის მეტია სიდიდით, ვიდრე აპენდიკულარული ინფილტრატი.

დიდი ბაღექონის შემოგრების დროს ტკივილი მით უფრო ძლიერია, რაც უფრო ახლოსაა შემოგრება ბაღექონის ფიქსირებულ ნაწილთან, რადგან სისხლმიმოქცევა ამ დროს ბაღექონის დიდ ფართზეა მოშლილი. დიდი ბაღექონის შემოგრების დროს, მიუხედავად მწვავე დოლოროზული მოვლენებისა, ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. ამ დროს პერიტონეუმის მხრივ რეაქცია არამკვეთრია, ტემპერატურა ჩვეულებრივად არ აღემატება  $38^{\circ}$  —  $38,5^{\circ}$  (ფ. ლეკარი).

დიდი ბაღექონის შემოგრების მკურნალობა მხოლოდ ოპერაციულია. ქირურგიული ჩარევა სასწრაფოდ უნდა მოხდეს, რადგან დაყენებამ შესაძლებელია ხელი შეუწყოს ბაღექონის ნეკროზს, შემოგრების ფეხის გასკდომასა და ლეტალურ გამოსავალს.

ოპერაციის დროს ქირურგმა გულდასმით უნდა დაათვალიეროს ილეოცეკალური კუთხე, ქალებში — მცირე მენჯის ღრუს ორგანოები; გარდა ამისა, უნდა დათვალიერდეს ბაღექონის როგორც დისტალურა, ისე პროქსიმალური ნაწილი, რადგან აღწერილია ბაღექონის შემოგრება ორ ადგილზე. ბაღექონის რეზექცია უნდა გაკეთდეს სალიქსოვილების ფარგლებში და არა ვენური სტაზის მიდამოში, რადგან ამ უკინასკ-

ნელს შესაძლებელია მოყვეს თრომბოზი და ემბოლია. რეზექცია უნდა გაკეთდეს ბადექონის მცირე ნაწილებზე დადებული კეტგუტის და აჩა აბრეშუმის ლიგატურებით. ოპერაციის დროს საჭიროა დათვლიერდეს ჭიაყელა დანამატი, რომელიც შესაძლებელია შეხორცებული იყოს ბადექონის კონგლომერატთან. ასეთ შემთხვევაში, მიუხედავად იმისა, რომ ხშირად დანამატი შეუცვლელია, საჭიროა მისი მოკვეთა. ფ. ლეჟარ, ეთანხმება რა პ. მონდორს, სვამს საკითხს, „ხომ არ თამაშობს როლს ეს პირველადი შეხორცება შემოგრების განვითარებაში?“ ასეთი შესაძლებლობის უარყოფა არ შეიძლება და მცირედი ექვის დროსაც კი უმჯობესია ჭიაყელა დანამატი მოცილებულ იქნეს.

### ბრმა ნაწლავის ფლეგმონა

ბრმა ნაწლავის ფლეგმონას არა აქვს ჩამოყალიბებული და საკუთრივ მისთვის დამახასიათებელი კლინიკური სურათი. ეს პათოლოგიური პროცესის მწვავე ფორმაა. ხოლო მისი ქრონიკული ფორმა ყველასათვის ცნობილი ტიფლიტია. იმის გამო, რომ ბრმა ნაწლავის ფლეგმონა კლინიკურად ძალიან წააგავს მწვავე აპენდიციტს, იგი ქირურგისათვის დიდ ინტერესს წარმოადგენს. ჩვეულებრივ ასეთ ავადმყოფებს უკეთდებათ ოპერაცია მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზით და ამ დროს ჭიაყელა დანამატი ინტაქტურია, ხოლო ბრმა ნაწლავის მხრივ აშკარადაა გამოხატული ანთება. თუ ანთებით პროცესში ჭიაყელა ნაწლავიც არის ჩართული, უნდა ჩაითვალოს რომ ადგილი აქვს მწვავე აპენდიციტს და მის გართულებას — ბრმა ნაწლავის ფლეგმონას.

მოკლედ აღვწერთ ბრმა ნაწლავის დამოუკიდებელი ანთებისათვის დამახასიათებელ შემდეგ კლინიკურ სურათს. დაავადება ვითარდება 2 — 5 დღის განმავლობაში, ტემპერატურა მომატებულია. მუცლის წინა კედლის პალპაციით მარჯვენა თქმოს ფოსოში მტკივნეულობა შეიგრძნობა. ამასთანავე შეიძლება იყოს აგრეთვე პერიტონიტის სიმპტომებიც; გულისრევა და პირღებინება ზოგჯერ არც არის; პულსი ჩქარებულია, აღინიშნება მაღალი ლეიკოციტოზი; განავალი შეუცვლელი ან თხიერია.

ამ დაავადების დროს ლეტალობა მაღალია, თუმცა ლიტერატურაში ამ საკითხზე ზუსტი მონაცემები დღემდე არ მოიპოვება.

ბრმა ნაწლავის ფლეგმონის დიფერენცირება საჭიროა მწვავე აპენდიციტთან. ნაწლავთა შორის აბსცესთან; დიაგნოსტიკური შეცდომები ძალზე ხშირია.

ოპერაციის დროს მუცლის ღრუში პოულობენ მომღვრიო სითქეს და ინფილტრირებულ ბრმა ნაწლავს. იგი გასქელებულია, მოლუჩაჯო ფერისაა, მის კედელზე ნეკროზული კუნძულაკებია და მეზობელ ნაწლავთა მარყუებთან შეხორცებული ერთ კონგლომერატად არის წარმოდგენილი.

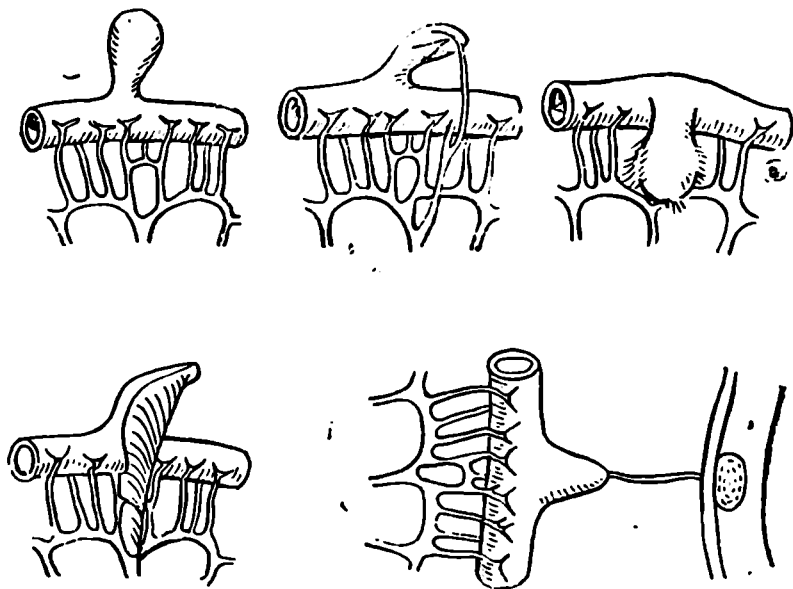
ბრმა ნაწლავის ფლეგმონის მკურნალობა მხოლოდ ოპერაციულია. ამ დროს ქირურგის მისია ძალზე საპასუხისმგებლოა. არაიშვიათად მკურნალთაგან მხოლოდ ჭიკაძე და დანამატის ამოკვეთას, რაც ტაქტიკური ქირურგიული შეცდომაა, ისევე როგორც მხოლოდ პერიტონეუმის ღრუ დრენირება. ფლეგმონა პროგრესირებს აღმაჯალი კოლინჯის კედლის მიმართულეებით და მთავრდება ზოგადი პერიტონიტი. ბრმა ნაწლავის ფლეგმონის დროს ქირურგმა უნდა გააკეთოს ილეოცეკალური კუთხის რეზექცია. მხოლოდ გამონაკლის შემთხვევაში, როდესაც ადგილი აქვს ბრმა ნაწლავის ძალზე შემოფარგლულ ანთებით ნეკროზულ ცვლილებას, შეიძლება გაკეთდეს ბრმა ნაწლავის დაზიანებული კედლის ქისისებურ ნაქერში ჩაბრუნება. 1953 წელს, ერთ შემთხვევაში, რომელიც სამწუხაროდ ავადმყოფის ლეტალობით დამთავრდა, ბრმა ნაწლავის ფლეგმონის დიაგნოზი ჩვენ მხოლოდ ოპერაციის დროს დავსვით. ანთებით-ნეკროზული კუნძულები ჭიკაძე და დანამატის ფუძის მახლობლად იყვნენ განლაგებული. გაკეთდა მაკროსკოპულად თითქმის შეუცვლელი ჭიკაძე და დანამატის მოკვეთა და შედარებით დიდი გარემოწერილობის ქისისებურ ნაქერში ბრმა ნაწლავის ანთებით-ნეკროზული კუნძულაკების და ჭიკაძე და დანამატის ტაკვის ჩაბრუნება.

## მეკელის დივერტიკულის მკვამე დაავადებები

მეკელის დივერტიკული ductus omphaloentericus -ის განვითარების ანომალიაა. იგი ყოველთვის მდებარეობს თემოს ნაწლავის ტერმინალურ ნაწილში ილეოცეკალური კუთხიდან სხვადასხვა მანძილის დაცილებით. შ. დროზის მიხედვით, ეს მანძილია 70 — 100 სმ, ა. კარავანოვისა და ი. დანილოვის მიხედვით კი — 7 — 72 სმ. მეკელის დივერტიკული ილეოცეკალური კუთხიდან უფრო ხშირად 25 — 40 სმ-ით არის დაცილებული, მაგრამ შეიძლება დაცილებული იყოს 125 სმ და მეტიც. ლიტერატურის მონაცემებით, მეკელის დივერტიკული შეიძლება იყოს მლივი, მსხვილი და თორმეტგოჯა ნაწლავის დრენზე. ვარაუბილურია მისი სიგრძეც, რომელმაც შეიძლება 30 სმ-საც მიაღწიოს. მას შეიძლება საკუთარი ჯორჯალიც ჰქონდეს. მეკელის დივერტიკული



სხვადასხვა ფორმისაა — ცილინდრული, ჯაგრისებური, მწვერვალზე კოლბისებურად გაფართოებული და სხვა. მეკელის დივერტიკულის სანათური შეიძლება იყოს ვიწრო, როგორც ჭიაყელა დანამატისა, და ფართო, როგორც წვრილი ნაწლავის დიამეტრი.



სურ. 12. მეკელის დივერტიკულის სხვადასხვა ტიპები.

უტერის მონაცემებით, მუცლის ღრუს ორგანოებზე წარმოებული ოპერაციების 0,25 %-ში აღმოჩნდა მეკელის დივერტიკული. ავტობსიით ეს ანომალია აღმოჩენილია შემთხვევათა 1,3 %-ში (პაბსტი), 1,8 %-ში (ა. დეშინა), 1—2 %-ში (შ. დროზნი).

მეკელის დივერტიკული მამაკაცებში 4-ჯერ უფრო ხშირია, ვიდრე ქალებში. ეს წარმონაქმნი ჩვეულებრივად თავისუფლად არის ჩამოკიდებული ნაწლავის კედლიდან მუცლის ღრუში, ზოგჯერ კი ფიქსირებულია ჭიბთან, მუცლის კედლის სხვა ნაწილთან, სხვა ნაწლავთან და შარდის ბუშტთანაც.

გაუართლებელი მეკელის დივერტიკული უმრავლეს შემთხვევაში არაფრით არ მეღაენდება, თუმცა მისი არსებობა ხშირად სხვადასხვა პათოლოგიური პროცესების აღმოცენების წყაროა. ეს პათოლოგიური ცვლილებები ხშირად მეკელის დივერტიკულის კედლის ანატომიური ბუნების თავისებურებებთან არის დაკავშირებული. მეკელის დივერტი-

კულში აღმოჩენილია ეპითელის კუნძულაკების ექტოპია, რომელთა არსებობამ შეიძლება დასაბამი მისცეს ზოგიერთ მძიმე ცვლილებებს, მათ შორის ნეოპლაზმურ პროცესსაც. მეკელის დივერტიკულში აღმოჩენილია კუჭის, თორმეტგოჯა ნაწლავისა და მსხვილი ნაწლავის ლორწოვანი გარსის ექტოპია. მასში აღმოჩენილია აგრეთვე კუჭქვეშა ჯირკვლის ქსოვილის კუნძულაკები. მეკელის დივერტიკულს უფრო ხშირად შემთხვევით პოულობენ აპენდექტომიის დროს.

მეკელის დივერტიკულის ერთ-ერთი ხშირი გართულებაა ნაწლავის ინვაგინაცია. თუ ფართო ფუძის მქონე მეკელის დივერტიკული შეიჭრა წვრილი ნაწლავის სანათურში, იგი მიიწვევს დისტალური მხრისაკენ და თან გაიყოლებს იმ ნაწლავის კედელს, საიდანაც თვითონ გამოდის. ამის შედეგად ვითარდება Invagination ileocolica ან ileo-ileaca.

არანაკლებ ხშირი გართულებაა დივერტიკულიტი, რომლის დროს შესაძლებელია მოხდეს დივერტიკულის პერფორაციაც. დივერტიკულიტის განვითარებას შეიძლება ხელი შეუწყოს დივერტიკულის ყელის სიფიწროვემ და ნაწლავის შიგთავსის სანათურში შეგუბებამ. ამ მოვლენებმა შესაძლებელია განაპირობოს ჩირქოვანი დივერტიკულიტი, რომლის სიმპტომატიკა ძალიან ემსგავსება მწვავე აპენდიციტისას.

აღწერილია შემთხვევები, როდესაც გრძელი დივერტიკული  $180^{\circ}$ — $360^{\circ}$ -ით შემოგრებიდა და დანეკროზებულა. მეკელის დივერტიკული აღმოჩნდა საზარდულის ჩაქედილი თიაქრის პარკშიც.

მეკელის დივერტიკულით გამოწვეული არაიშვიათი გართულებაა ნაწლავთა გაუვალობა, რაც ვითარდება ნაწლავთან მიხორცებული დივერტიკულის თავისივე სანათურზე ზეწოლის შედეგად.

ერთი ამგვარი შემთხვევა ჩვენს პრაქტიკაშიც აღინიშნებოდა. საილუსტრაციოდ მოკლედ მოვიყვანთ ძირითად ცნობებს ავადმყოფობის ისტორიიდან.

ავადმყოფი თ., 36 წლის მამაკაცი, კოლმურნეობის ბრიგადარი, რაიონული საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში მოიყვანეს სასწრაფოდ მუცლის არეში მოვლითი ხასიათის მწვავე ტკივილის გამო, რაც 5 — 6 საათის წინათ დასწყებია. კუჭ-ნაწლავის მოქმედება არ ჰქონია, აირებზეც ვერ გადიოდა. ბინაზე გაუქეთბიათ გამწმენდი ოყნა, მაგრამ უშედეგოდ.

ობიექტურად: შეწუხებული გამომეტყველება; სახეზე ოფლი. საწოლში ხშირად იცვლის მდგომარეობას პერიოდული მუცლის მოვლითი ტკივილის გამო. მაჯა სუსტი აესების, რიტმული, წუთში 100; არტერიული წნევა 110/80 მმ სს. ენა სველი, შელესილი. მუცელი შებერილი, სუნთქვაში მონაწილეობს მისი ზედა ნაწილი. ზომიერად დაკიმული მუცლის ქვედა ნაწილი, განსაკუთრებით მარჯვნივ, კიპთან ახლოს. ამ მიდამოში დადებითია შოტკინ-ბლუმბერგის ნიშანი. პერკუსიით აღინიშნება ტიმპანიტი. აუსკულტაციით გაძლიერებული პერისტალტიკისათვის დამახასიათებელი ხშირ-

ნობა წყდება კაპოგასტრუმის მიდამოში. სისხლის თეთრი ბურთულების რაოდენობა 11.500. ელს — 26 მმ 1 ს. ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის გამო გადაწვდა სასწრაფო ოპერაცია. საავადმყოფოში მოყვანიდან 1,5 საათის შემდეგ ნიღბიანი ნაკვობით გაეკეთდა ლაპაროტომია შუა ხაზზე. პერიტონეუმის ღრუში აღმოჩნდა მცირე რაოდენობით მომღვრიო სითხე. წვრილი ნაწლავის მარჯულები დაახლოებით ბრმა ნაწლავიდან 50 სმ-ის დაცილებით დაბერილია, ხოლო ამ ადგილის დახტალურად თქმის ნაწლავი ჩაფუშულია. მათ საზღვარზე აღმოჩნდა მეკელის დივერტიკული მქადროდ მიხორცებული ნაწლავის კედელთან გარდი-გარდმოდ, ამის გამო ნაწლავის გამტარობა დარღვეულია. დივერტიკული განთავისუფლდა შეხორცებისაგან, რითაც წვრილი ნაწლავის გამტარობა აღსდგა. ნაწლავი არსებითი ცვლილებების გარეშე. დივერტიკული მეკეთრად ჰიპერემიულია, იგი მოიკვეთა და მისი ტაკვი ლიგატურის გარეშე ქისისებრი ნაკერით ნაწლავის კედელში ჩაბრუნდა. მოკვეთილი დივერტიკული წვრილია. სიგრძით 14 სმ-დღე. მისი ლორწოვანის შრავ — დივერტიკულის მოვლენები. ოპერაციის შემდგომი ხანა გაურთულებელი. ავადმყოფი გამოჯანმრთელდა.

საერთოდ ჩვენს მიერ ნაოპერაციევი ავადმყოფებიდან მხოლოდ 5-ს აღმოაჩნდა მეკელის დივერტიკული, რომლის დიაგნოზი ოპერაციამდე ვერცერთ შემთხვევაში ვერ იქნა დასმული. 5-დან 3 შემთხვევაში აღინიშნებოდა დივერტიკული, რაც მწვავე აპენდიციტის კლინიკურა სურათის სიმულირებას იძლეოდა. ერთ შემთხვევაში მწვავე აპენდიციტის დესტრუქციული ფორმის დროს შემთხვევით აღმოჩნდა გაუროულებელი მეკელის დივერტიკული, ხოლო ერთ შემთხვევაში, როგორც უკვე აღინიშნა, მეკელის დივერტიკულის შეხორცება ნაწლავთა მექანკური გაუვალობის განვითარების მიზეზი იყო. ყველა შემთხვევაში მეკელის დივერტიკული მოცილებული იქნა. ვინაიდან ისინი წვრილ წარმონაქმნებს წარმოადგენდნენ. ფუძეზე მოიკვეთა წინასწარ დადებულ ლიგატურის გარეშე და ქისისებური ნაკერით მათი ტაკვი ჩაბრუნდა ნაწლავის სანათურში. არცერთ შემთხვევაში საჭიროდ არ ჩავთვალეთ მათი სოლისებური რეზექცია. ყველა ავადმყოფმა კარგად გადაიტანა ოპერაცია.

დივერტიკულის სანათურში კუჭის ლორწოვანის ექტოპიის დროს შეიძლება განვითარდეს წყლული და იგი სისხლდენით გართულდეს. ასეთი სისხლდენა საგულისხმოა და მან ზოგჯერ ავადმყოფი შეიძლება კოლაფსამდეც მიიყვანოს. არც სწორი ნაწლავის პოლიპი, არც წყლულოვანი კოლიტი და არც ნაწლავთა ინვაგინაცია არ იძლევა ასეთი ინტენსივობის სისხლდენას.

დივერტიკულის დაწყლულების შემთხვევაში ყველაზე უფრო დიდ საშიშროებას წარმოადგენს მისი კედლის პერიფორაცია, რაც შემოსასზღვრულ ან უფრო ხშირად ზოგად პერიტონიტს იწვევს.

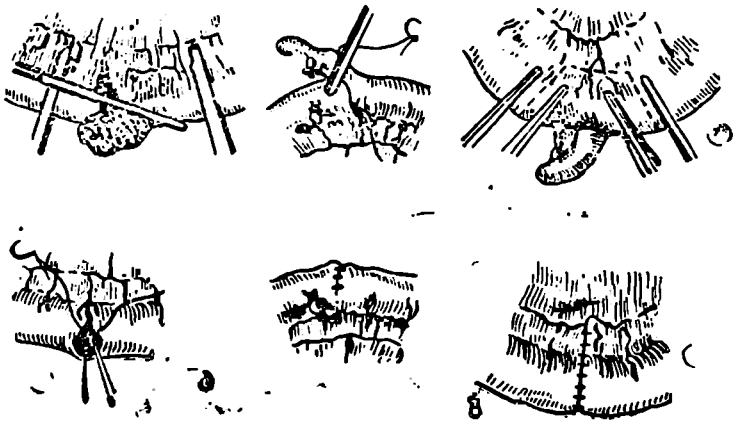
მეკელის დივერტიკული არაიშვიათად ქმნის ფისტულას კიბოან.

თუ ამ დროს ჰიპიდან ნაწლავის წვენის მსგავსი გამონადენია, ეჭვი უნდა იქნას მიტანილი მეკელის დივერტიკულის არსებობაზე. ასეთ შემთხვევაში ჰიპში არსებულ ხერელ-მილში საკონტრასტო ხსნარის შეყვანის შემდეგ გადაღებულ ფისტულოგრამაზე კარგად მოჩანს ჰიპის ფისტულის კავშირი მეკელის დივერტიკულთან და იმ წვრილ ნაწლავთან, საიდანაც იგი გამოდის. უფრო ხშირად ეს თეძოს ნაწლავია.

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის კონტრასტული რენტგენოლოგიური გამოკვლევით დიდ უმრავლეს შემთხვევაში ვერ ხერხდება მეკელის დივერტიკულის გამოვლენა.

როგორც უკვე აღინიშნა, არის შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფის ჩივილი და ობიექტური მონაცემები მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზის საბაზი ხდება და ქირურგი ამ დროს აკეთებს აპენდექტომიას. თუ ჰიპაყელა დანამატის მხრივ არ აღინიშნება სათანადო ცვლილებები, რომლებიც მწვავე აპენდიციტის კლინიკურ სიმპტომატიკას შეეფარდება, ქირურგი შეცდომას დაუშვებს, თუ არ დაათვალისწინებს წვრილ ნაწლავს დივერტიკულის აღმოსაჩენად.

აღწერილია შემთხვევები, როდესაც ამ დროს უნახავთ ჩირქოვანი დივერტიკულიტი, კედლის პერფორაციითა და პერიტონიტით გართულებული. მეორე მხრივ, თუ მუცლის ღრუში წარმოებულ ოპერაციის დროს ქირურგი შემთხვევით წააწყდება მეკელის დივერტიკულს, თუნდაც ყოველგვარი გართულების გარეშე, მან უნდა მოკვეთოს იგი, რადგან ძალიან ხშირად მეკელის დივერტიკული რთულდება ისეთი მძიმე



სურ. 13. ოპერაციები მეკელის დივერტიკულის დროს. ა. ამპუტაცია, ბ. სოლისებური რეზექცია.

პათოლოგიური პროცესებით, რომლებიც შეიძლება ავადმყოფისათვის საბედისწერო აღმოჩნდეს.

მეკელის დივერტიკულის გამო ორი სახის ოპერაცია კეთდება — ამპუტაცია და სოლისებური რეზექცია. ამპუტაციის შემდეგ დარჩენილი ტაკვი გადაუყვანძვად უნდა ჩაბრუნდეს წვრილი ნაწლავის საწათურში ქისასებრი ნაყერით, ხოლო სოლისებური რეზექციის შემდეგ ნაწლავის კეფელი განვიად უნდა გაიყეროს ორსართულიანი კვანძოვანი ნაყერით.

## წვრილი ნაწლავის უბრალო წყლულის პერფორაცია

წვრილი ნაწლავის ე. წ. უბრალო წყლულები არასპეციფიკური ხასიათის არიან და კლინიკური ნიშნებით ჰგვანან კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულებს. უფრო ხშირად წყლულები ჩნდება თეძოს ნაწლავის დისტალურ ნაწილში, შეიძლება იყოს წვრილი ნაწლავის სხვა სეგმენტებშიც. უბრალო წყლული შეიძლება გაჩნდეს მსხვილ ნაწლავშიც. ჩვეულებრივ წყლულები მრავლობითია, მაგრამ არის ერთეული წყლულიც. ეფიქრობთ, სახელწოდება „უბრალო წყლული“ არ უნდა იყოს მთლად მართებული, რადგან შეიძლება მოხდეს პერფორაცია, ამას მოჰყვება პერიტონიტი და ავადმყოფის სიკვდილი. ამიტომ ასეო წყლულებს ზოგიერთები უწოდებენ აგრეთვე „წვრილი ნაწლავის არასპეციფიკურ წყლულებს“, „მრგვალ წყლულებს“, „პეპტიკურ წყლულებს“ და „წვრილი ნაწლავის ტროფიკულ წყლულებსაც“, რადგან მათი მიმდინარეობა ხანდაზმულია ისე, როგორც საერთოდ ტროფიკული წყლულებისა.

წვრილი ნაწლავის წყლულები უფრო ხშირად გვხვდება 40-50 წლის ასაკში.

აღწერილია წვრილი ნაწლავის წყლულის პერფორაციის შემთხვევა ორნახევარი წლის გოგონაზე (ს. ხახაროვი, 1955). ავადმყოფს აწუხებდა მუცლის არეში მოკლოთი ტკივილი, იშვიათად განავალში შეინიშნებოდა სისხლი, გამოკვლევით არ დადასტურდა დიზენტერიის წინასწარი დიაგნოზი. მუცლის მარჯვენა ნაწილში ქიპის დონეზე ისინჯებოდა 5X3 სმ-ზე ზომის უძრავი სიმსივნე. ლაპაროტომიას დროს აღმოჩნდა 1 სმ-ის ფართო პერფორაციის მქონე წყლული, შესორცებული პარენტალურ პერიტონეუმთან გაკეთდა წვრილი ნაწლავის რეზექცია 15 სმ-ის სიგრძეზე. წყლულოვანი ზონის მოცილებით პისტოპათოლოგიური გამოკვლევით აღმოჩნდა წვრილი ნაწლავის უბრალო ქრონიკული წყლული. გოგონა გამოჯანმრთელდა.

აქვე შეიძლება საილუსტრაციოდ მოვიყვანოთ წვრილი ნაწლავის უბრალო წყლულის პერფორაციის შემთხვევა, რომელიც მოხდა ქირურგიის ინსტიტუტში 1967 წ.

ავადმყოფი 20 წლის ვაჟი, სასწრაფოდ მოათავსეს კლინიკაში შუცლის არეში ძლიერი მოვლითი ტკივილის გამო, რაც ჰოსპიტალიზაციაშივე 3 საათით ადრე დაწყებია. პამის შემდეგ, მუცლის არეში ტკივილის დაწყების შემდეგ არ ჰქონია კუჭის მოქმედება, აირებზეც ვერ გადიოდა.

ობიექტურად: ტაქიკარდია; ტემპერატურა ნორმის ფარგლებში. სახეზე ცივი ოფლი, ენა მშრალი, შელესილი, მუცელი სუნთქვაში არ მონაწილეობს, ოდნავ შებერილია, პალპაციით აღინიშნება კუნთების დაკუმპლობა და მტკივნეულობა განსაკუთრებით მარცხნივ ჰიპის დონეზე, შოტკინ-ბელუმბერგის ნიშანი დადებითი. თირკმლები ბიმანუალურად არ ისინჯებოდა, პასტერნაკის ნიშანი უარყოფითი. სისხლის თეთრა ბურთულების რაოდენობა 9000. შარდის მხრივ პათოლოგიური ცვლილებები არ აღმოჩნდა.

პერფორაციული პერიტონიტის სავარაუდო დიაგნოზით ავადმყოფს გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია ინტუბაციური ნარკოზით. ოპერატორმა — პროფ. ო. ბურჯანაძემ — ლაპაროტომიის დროს პერიტონეუმის ღრუს რევიზიით თემოს ნაწლავზე, ილეო-ცეკალური კუთხიდან დაახლოებით 65 — 70 სმ-ის დაცილებით ჯორჯლის მიმაგრების მოპირდაპირე მხარეზე, აღმოაჩინა 2 — 3 სმ-ის ფართის უბრალო წყლულის პერფორაციული ხვრელი. მის ირგვლივ ნაწლავის კედელი ჰიპერემიული იყო, საღი ქსოვილების ფარგლებში განივად დადებული ორსართულიანი კვანძოვანი ნაკერებით პერფორაციული ხვრელი დახურა. პერიტონეუმის ღრუში ჩაღვრილი მოშავო ფერის მცირედი შიგთავსი ამომშრალდა და ჩაისხა ანტიბიოტიკების ხსნარი, კრილობა ყრუდ დაიხურა კვანძოვანი ნაკერით. პერიტონეუმის ღრუში დატოვებულია მიკროირიგატორი. ოპერაციის შემდგომი ხანა გართულების გარეშე. ავადმყოფი გამოჯანმრთელდა.

ზემოთ აღწერილ ორივე შემთხვევაში აღინიშნებოდა წვრილი ნაწლავის ერთეული უბრალო წყლულების პერფორაცია, რაც ბევრად უფრო იშვიათია, ვიდრე მრავლობითი წყლულებისა. ერთ შემთხვევაში გაკეთდა ნაწლავის რეზექცია წყლულოვანი ზონის მოცილებით, ხოლო მეორეში — პერფორაციული ხვრელის გაკერვა.

ლიტერატურაში მიუთითებენ, რომ ასეთ შემთხვევებში, თუ პერფორაციიდან ცოტა დროა გასული, ჯერ კიდევ არ არის განვითარებული ზოგადი პერიტონიტი და ავადმყოფის თვითგარძნობა დამაკმაყოფილებელია, უნდა გაკეთდეს ულცერორაფია ან საღი ქსოვილების ფარგლებში ნაწლავის რეზექცია.

წვრილი ნაწლავის ე. წ. უბრალო ან არასპეციფიკური წყლულების წარმოშობის მიზეზი ჯერ კიდევ არ არის საბოლოოდ გამორკვეული. ბ. ოგნევს აღწერილი აქვს ერთი შემთხვევა, როდესაც ენტეროლიტმა თემოს ნაწლავის ლორწოვან გარსზე გამოიწვია ნაწოლი, რომელიც შემდეგ დაწყლულდა და განიცადა პერფორაცია, რასაც მოჰყვა პერიტონიტი.

ლიტერატურიდან ირკვევა, რომ წვრილი ნაწლავის უბრალო წყლულების პერფორაცია არცთუ ხშირია. 1960 წლისათვის ლ. ლიტვინოვს სამამულო ლიტერატურაში შეკრებილი ჰქონდა მხოლოდ 44 შემთხვევა,

ხოლო უცხოეთის ლიტერატურაში 1958 წ. ლუიჯიმ წარმოადგინა 200 შემთხვევა. აღსანიშნავია, რომ წვრილი ნაწლავის არასპეციფიკური წყლულის დიაგნოზი არცერთ შემთხვევაში არ დასმულა ოპერაციამდე. პერფორაციის დროს მისი კლინიკა წააგავდა კუჭის წყლულს და მწვავე ანთების დროს ქიაცელა დანამატის პერფორაციას ან პერიტონიტს. ამრიგად, წვრილი ნაწლავის უბრალო წყლულის დროს საექიმო შეცდომა, როგორც წესი, დიაგნოსტიკური ხასიათისაა.

ჩვენ არ შევეხეთ წვრილი ნაწლავის ისეთი წყლულების პერფორაციას, რომელთა მიზეზია მუცლის ტიფი, აქტინომიკოზი, ლიმფოგრანულომატოზი და პირველადი კიბო. პერფორაცია შეიძლება განიცადოს წვრილი ნაწლავის დივერტიკულის დაწყლულებულმა უბანმაც. ყველა აქ ჩამოთვლილი დაავადებების დიაგნოსტიკა საერთოდ ძნელია, რადგან არაიშვიათად პერფორაცია არის პირველადი ნიშანი, რომლითაც დაავადებები მკლავდნება.

### მწვავე ჩირქოვანი პერიტონიტი

მწვავე ჩირქოვანი პერიტონიტი მუცლის ღრუს ორგანოების მწვავე დაავადებების და დაზიანებების უმძიმესი გართულებაა. სტატისტიკური მონაცემებით მწვავე ჩირქოვანი პერიტონიტის დროს ლეტალობა 10-დან 35%-ის ფარგლებში მერყეობს (ა. კარიაკინი, 1970; ნ. მედედევი, ვ. კუზნეცოვი, 1970; კ. ტოლპაროვი, ი. მერდენოვი, 1976; Cloves, 1966; Davis, 1967; qiesielski, 1969 და სხვა).

აღსანიშნავია, რომ მუცლის ღრუს ორგანოების მწვავე ანთებითი დაავადებების სიხშირე არამცთუ კლებულობს, არამედ მატებისადმი გარკვეულ ტენდენციასაც კი ამჟღავნებს (ს. ჩიკინი, ვ. საველევი, 1968; მაიატი, 1969; სიმონიანი, 1971 და სხვა). სწორედ ამიტომ არის პერიტონიტი უაღრესად მნიშვნელოვანი, ა. ბაკულევის გამოთქმით, „დაუბერებელი პრობლემა“.

მწვავე ჩირქოვანი პერიტონიტის ლეტალობის მაღალი მაჩვენებლები შესაძლებელია შემცირდეს, თუ დროზე ამოიცინობა დაავადება და სწორად წარიმართება მისი მკურნალობა. საერთოდ, ჯერ კიდევ ხშირია მწვავე ჩირქოვანი პერიტონიტის დროს დიაგნოსტიკური შეცდომებუ და მკურნალობაში დაშვებული ტაქტიკური და ტექნიკური ხარვეზები.

როდესაც ვლაპარაკობთ მწვავე ჩირქოვან პერიტონიტზე, როგორც მუცლის ღრუს ორგანოების მწვავე ქირურგიულ დაავადებათა უმძიმესი გართულებაზე, უპირველეს ყოვლისა ვულისხმობთ მწვავე პერფორა-

ციულ პერიტონიტს, რასაც, ისე როგორც სხვა წაიმოშობის მწვავე ჩირქოვან პერიტონიტს, დასაწყისში ახასიათებს ორი ძირითადი სიმპტომი — ტკივილი და მუცლის კედლის კუნთების დაჭიმულობა. ამ ორი სიმპტომის თანაარსებობა უკვე იმის მაუწყებელია, რომ გადაუღებელი ქირურგიული დახმარება დაუყოვნებლივ უნდა განხორციელდეს მაშინ, როდესაც ჯერ კიდევ არ არის გამოხატული მეტეორიზმი, ლებინება, აქქარებული პულსი, პერიტონიტისათვის დამახასიათებელი ავადმყოფის სახის გამომეტყველება და სხვა სიმპტომები.

ქირურგმა უნდა განსაზღვროს მწვავე პერიტონიტის პერფორაციული ხასიათი და უფრო მეტიც, თუნდაც მიახლოებით ამოიცნოს, თუ რომელი ორგანოს პერფორაციაა პერიტონიტის მიზეზი. ქირურგი უნდა შეეცადოს დაადგინოს, სად მდებარეობს მტკივნეულობის პირველადი წერტილი, სად არის უფრო მკვეთრად გამოხატული მუცლის კედლის კუნთების დაჭიმულობა. ქირურგი ვალდებულია აწარმოოს გამოკვლევა per rectum და per vaginam, შეისწავლოს ანამნეზი, თუნდაც იმისათვის, რომ წინასწარ განსაზღვროს მუცლის ღრუს გახსნის სავარაუდო ლოკალიზაცია, სადაც უფრო მოხერხდება პერფორირებულ ორგანოსთან ოპერაციული მიდგომა. მწვავე პერფორაციული პერიტონიტის დასაწყისში ტკივილი უეცრად და მწვავედ ვითარდება, თუმცა შესაძლებელია ტკივილს არ ჰქონდეს უეცარი დასაწყისი. ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობის დროს შეიძლება ტკივილი სუსტად იყოს გამოხატული. ტკივილის ნაკლები ინტენსივობა არაიშვიათად ნაწლავის ტიფოზური წყლულის პერფორაციით გამოწვეულ პერიტონიტს ახასიათებს. მსგავს შემთხვევებში ხშირია დიაგნოსტიკური შეცდომები. მაგალითად, მოხუცებულებში ნაღლის ბუშტის პერფორაციით გამოწვეული მწვავე ჩირქოვანი პერიტონიტის დროსაც, როდესაც პერიტონიტის კლინიკური სურათი დაყოვნებით მქლავდება და დასაწყისში იგი გულ-სისხლძარღვთა პათოლოგიას ემსგავსება, მუცლის მიდამოში სუსტი ტკივილი ზოგჯერ აღმოცენდება ოპერაციის შემდგომ პერიოდში რომელიმე ღრუ ორგანოს პერფორაციის გამო. შეცდომა იქნება, თუ ასეთ ტკივილს ქირურგი არ მიაქცევს ყურადღებას და არ ჩათვლის მას ჩვეულებრივად მიმდინარე ოპერაციის შემდგომ პერიოდში აღმოცენებულ გართულებად.

მუცლის ღრუს რომელიმე ორგანოს პერფორაციის დროს ტკივილს ჩვეულებრივ თან ახლავს პულსის გახშირება, კანის სიფერმკრთალე, შუბლის არეში ცივი ოფლი და სხვა ნიშნები. მწვავე პერფორაციული პერიტონიტის საწყის ფაზაში მუცლის კედლის კუნთების რიგიდობა შემოსაზღვრულია, ხოლო შემდეგ იგი სწრაფად და დიფუზურად ვრცელდება, მუცლის კედელი რესპირაციის დროს უმოძრაო ხდება,



ღვიძლის მოყრუება მალე ქრება. ფ. ლეჟარი თვლის, რომ უხეში შეცდომაა, თუ ამ საგანგაშო ნიშნებს ქირურგი მიაწერს საკმლის მონელების მოშლილობას, ღვიძლის ან თირკმლისმიერ კვალს და ავადმყოფის მდგომარეობას გააუარესებს საფალარათობისა და მორფიუმის დანაშენით.

მწვავე ჩირქოვანი პერიტონიტის დროს დიაგნოსტიკურ შეცდომას მოყვება დაგვიანებული ოპერაცია, რაც ხშირად ფატალური შედეგით მთავრდება.

დაავადების შორისწასული ფორმის დროს, მისი გამომწვევი მიზეზის მიუხედავად, კლინიკური სიმპტომატიკა ადვილი ამოსაცნობია, თუმცა უმრავლეს შემთხვევაში ოპერაცია ამ პერიოდში უკვე დაგვიანებული და უშედეგოა. ოპერაციის დაყოვნება მწვავე პერიტონიტის ყველა კლინიკური ნიშნის გამომჟღავნებამდე ქირურგის უხეში შეცდომაა.

მწვავე ჩირქოვანი პერიტონიტის დიაგნოზი საწყის ფაზაში უნდა დაისვას ჭერ კიდევ მაშინ, როდესაც დამახასიათებელი სიმპტომების რიცხვი შედარებით ნაკლებია, მაგრამ ის, რაც არის, აშკარად უნდა მიუთითებდეს ამ დაავადების არსებობაზე.

მწვავე პერფორაციული პერიტონიტის დროს დიაგნოსტიკური შეცდომები არაიშვიათად თავს იჩენს მაშინ, როდესაც ავადმყოფი სტაციონარში თავსდება დაავადების დაწყებიდან ერთი დღე-ღამის შემდეგ ან ცოტა უფრო მოგვიანებითაც. ასეთ შემთხვევებში რომელიმე ღრუ ორგანოს შიგთავსი, რომელიც მუცლის ღრუში ჩაიღვარა. იწვევს დაჩირქებას. მუცლის ფარის ინტერორეცეპტორები ამ დროს ჩლუნგდებან და ავადმყოფს ტკივილის შეგრძნება დროებით უქვეითდება. იქმნება ავადმყოფის მდგომარეობის მოჩვენებითი უკეთესობის ყალბი შთაბეჭდილება. ასეთი სურათის განვითარებას ხელს უწყობს ისიც, რომ ამ დროს სუსტდება მუცლის კუნთების დაჭიმულობის ინტენსივობაც. ეს ყველაფერი ექიმმა შეიძლება ავადმყოფის მდგომარეობის ჰეშმარტ გაუმჯობესებად ჩათვალოს, რაც, უთუოდ დიდი შეცდომაა. მოჩვენებითი გაუმჯობესების ფონზე არსებული მაღალი ტემპერატურა, მშრალი და ნაღებიანი ენა, რამდენადმე შებერილი მუცელი, ზოგჯერ ღვიძლის მოყრუების გაქრობა პერკუსიის დროს და ავადმყოფის ზოგადი მძიმე მდგომარეობა, რა თქმა უნდა, მწვავე პერიტონიტის არსებობაზე მიუთითებს. ასეთ პირობებში მუცელი პალპაციით თანაბრად მტკივნეულია, თუმცა მუცლის კუნთების დაჭიმულობა სუსტად არის გამოხატული. მუცლის დამრეც ადგილებში პერკუსიით მოყრუება აღინიშნება. შჩინ-ბლუმბერის სიმპტომი დადებითია, სწორი ნაწლავიდან თითოთ გასინჯვა მტკივნეულობას იწვევს ღუგლასის სივრცის მიდამოში. ზოგ-

ჯერ ავადმყოფის თვითშეგარძნება თითქოს უმჯობესდება კიდევ და ამიტომ იგი შეთავაზებულ ოპერაციაზე უარს აცხადებს. ქირურგის დიდ შეცდომად უნდა ჩაითვალოს, თუ იგი ვერ დაარწმუნებს ავადმყოფს და მის ახლობლებს სასწრაფო ოპერაციის გაკეთების აუცილებლობაში, რადგან ამ დროს ჯერ კიდევ შეიძლება ავადმყოფის გადარჩენა.

სასწრაფოდ წარმოებული ლაპაროტომიის დროს უპირველეს ყოვლისა უნდა მოიძებნოს და მოისპოს პერიტონიტის განვითარების წყარო. როდესაც მწვავე პერიტონიტის აღმოცენების მიზეზი გაურკვეველია, პირველად ის უბნები უნდა დათვალიერდეს, სადაც დიდი რაოდენობით აღმოჩნდება ფიბრინის ნაღებები და ჩირქი. ქირურგი შეცდომას დაუშვებს, თუ მხოლოდ პერიტონიტის გამომწვევე მიზეზების ლიკვიდაციით შემოიფარგლება. ოპერაციის წინა და შემდგომ პერიოდში საჭიროა მთელი რიგი ღონისძიებების გატარება. გარდა პერიტონიტის წყაროს მოსპობისა, საჭიროა ავადმყოფი გამოიყვანოთ შოკური მდგომარეობიდან. რაც პერფორაციული პერიტონიტის საწყის ეტაპზე ვითარდება. ოპერაციის წინ და თვით ოპერაციის მსვლელობაში საჭიროა გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მდგომარეობის მედიკამენტური კორექცია; ოპერაციის შემდგომ პერიოდში — ინფექციასთან და ინტოქსიკაციასთან თანამედროვე საშუალებებით აქტიური ბრძოლა, ნაწლავთა ბარალიზური გაუვალობის ლიკვიდაცია.

ინფექციის საწინააღმდეგოდ მუცლის ღრუში შეყავთ ანტიბიოტიკები. ოპერაციის დროს დატოვებული მიკროორიგატორების საშუალებით უნდა გამოირკვეს გამოსაყენებელი ანტიბიოტიკების მოქმედება მიკროფლორაზე, რამაც პერიტონიტი გამოიწვია. ამისათვის უნდა განისაზღვროს მიკროორგანიზმების მგრძობელობა ანტიბიოტიკებისადმი. უფრო ხშირად ხდება ოპერაციის დროს მუცლის ღრუში ანტიბიოტიკების შეყვანა, ხოლო მიკრობების ანტიბიოტიკებისადმი მგრძობელობა ისინჯება შედარებით მოგვიანებით. ამიტომ მუცლის ღრუში ერთი რომელიმე ანტიბიოტიკის შეყვანა მართებული არ არის. ამ მიზნით საჭიროა გამოყენებულ იქნეს რამდენიმე ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკის კომბინაცია. მუცლის ღრუში ანტიბიოტიკების შესაყვანად დატოვებული მიკროორგატორი 4 — 5 დღე-ღამის შემდეგ უნდა მოცილდეს. მუცლის ღრუში არსებული ექსუდაციის შესამცირებლად ოპერაციის დროს იგი უნდა გამოირეცხოს ფიზიოლოგიური ხსნარით (ლავეჟი) ან ოპერაციის შემდგომ პერიოდში დატოვებული ირიგატორების საშუალებით მოხდეს პერიტონეალური დიალიზი, რასაც მწვავე პერიტონიტებას მკურნალობაში გარკვეულ უპირატესობას ანიჭებენ. (კ. სიმონიანი და

თანავეტროები, 1967; ბ. დანილოვა, 1974; Percival; 1967; gacula, 1963 და სხვ.).

ორგანიზმის დეტოქსიკაციისათვის და წყლის ბალანსის მოსაწეს-  
რიგებლად საჭიროა დღე-ღამეში შეყვანილ იქნეს სითხეები 2 — 3 ლი-  
ტრამდე. ვინაიდან ღებინების დროს ავადმყოფი კარგავს ქლორიდების  
დიდ რაოდენობას, მას უნდა გადაეხსას ფიზიოლოგიური ხსნარი ან  
ნატრიუმის მარილის ჰიპერტონიული ხსნარი ვენაში წვეთოვნად. სი-  
თხეების დიდი რაოდენობით ვენაში შეყვანა გაუმართლებელია, რადგან  
ამან შეიძლება გამოიწვიოს მარჯვენა გულის გადატვირთვა. უფრო მი-  
ზანშეწონილია წვეთოვანი გადასხმა დაეწყოს ინტრავენურად და შეი-  
ძებნება გაგრძელდეს ინტრამუსკულარულად.

ნაწლავთა პარალიზური გაუვალობის საწინააღმდეგოდ უნდა გა-  
კეთდეს ატროპინის, პროზერინის კანქვეშა ინექციები. ამ დროს კარგად  
მოქმედებს პარანეფრალური ნოვოკაინური ბლოკადა ა. ვიშნევსკით.  
განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დე-  
კომპრესიას (კუჭისა და წერილი ნაწლავების მუდმივ ზონდირებას). ამ  
მეთოდის უგულვებელყოფა ქირურგის შეცდომად უნდა მივიჩნიოთ. თუ  
ზემოაღნიშნული ღონისძიებებით ვერ ხერხდება პირველი ორი დღი,  
განმავლობაში პერისტალტიკისა და ნაწლავთა პასაჟის აღდგენა, შეიძ-  
ლება დაისეას ენტეროსტომის ჩატარების საკითხი. ეს ოპერაცია, მარ-  
თალია, სწრაფად ვერ უზრუნველყოფს ნაწლავის პერისტალტიკის  
აღდგენას, მაგრამ ხელს უწყობს გულის მოქმედების და სუნთქვის  
გაუმჯობესებას, ორგანიზმის დეტოქსიკაციას. ქირურგის შეცდომად  
ჩაითვლება, თუ იგი ენტეროსტომას დააგვიანებს.

მწვავე ჩირქოვანი პერიტონიტით განვითარებული ნაწლავთა პარა-  
ლიზური გაუვალობის დროს გაუმართლებელია საკვებისა და წყლის  
მიღება ენტერალური გზით. ქირურგის შეცდომაა აგრეთვე, თუ იგი არ  
შეაყვებს ორგანიზმში წყლისა და ცილოვან ნივთიერებათა დეფიციტს.

დახვეწილი ქირურგიული ტექნიკის ზუსტი გამოყენებით ყოველი  
ურგენტული ოპერაციის დროს ქირურგმა თავიდან უნდა აიცილოს  
არარაციონალური ოპერაცია და ტექნიკური შეცდომები. ასეთ პირო-  
ბებში მცირდება პოსტოპერაციულ გართულებათა შესაძლებლობა და  
უმჯობესდება ავადმყოფის მკურნალობის შედეგი.

მუცლის ღრუს ორგანოების მწვავე ქირურგიული დაავადებების დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში დაშვებულ სხვადასხვა საექიმო შეცდომას, როგორც ცნობილია, შეუძლია გავლენა მოხდინოს დაავადების მიმდინარეობაზე, დიაგნოზის სიზუსტეზე და, რაც მთავარია, ავადმყოფის მკურნალობის შედეგზეც.

უნდა ითქვას, რომ ამ ბოლო დროს ქირურგიული სამსახურის მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა საგრძნობლად გაუმჯობესდა; შეიქმნა გადაუღებელი აბდომინალური ქირურგიის, ინტენსიური თერაპიისა და რეანიმაციის სპეციალიზებული სამსახური. მეთოდოლოგიურად უფრო სრულყოფილი გახდა დიაგნოსტიკა; პრაქტიკაში ინერგება ახალი, ეფექტური სამკურნალო საშუალებები. და, მინც, მუცლის ღრუს ორგანოების მწვავე ქირურგიული პათოლოგიით დაავადებულ ავადმყოფთა მკურნალობის შედეგები ჯერ კიდევ არასახარბიელოა.

სწორედ ამის გამოა, რომ მუცლის ღრუს ორგანოების მწვავე ქირურგიული დაავადებების დროს სამედიცინო დახმარების ხარისხის გაუმჯობესება, რაც, ჩვეულებრივ, სამკურნალო საქმის ორგანიზაციის გაუმჯობესებაც გულისხმობს, დღემდე რჩება ჯანმრთელობის დაცვის აქტუალურ პრობლემად.

ურგენტული ქირურგიული დახმარების ორგანიზაციული ხარვეზების სისტემური ანალიზი და ექიმის ტაქტიკური და ტექნიკური შეცდომების დეტალური შესწავლა ხელს უწყობს გარკვეული ორგანიზაციული გამოცდილების დაგროვებას და ღონისძიებათა სისტემის შემუშავებას, რაც უნდა წარიმართოს „მწვავე მუცლის“ მკურნალობის შედეგების გაუმჯობესებისაკენ. ამ სისტემაში კონცენტრირებულნი სახლძირითადად შემდეგი ამოცანებია დასახული: ა) მუცლის ღრუს ორგანოების მწვავე ქირურგიული დაავადებებისა და მათი გართულებების პროფილაქტიკა, ბ) „მწვავე მუცლით“ დაავადებულ ავადმყოფთა დროული ჰოსპიტალიზაცია ქირურგიულ სტაციონარში. გ) „მწვავე მუცლით“ დაავადებული ავადმყოფისათვის კვალიფიციური ქირურგიული დახმარების აღმოჩენა.

როდესაც მუცლის ღრუს ორგანოების მწვავე ქირურგიული დაავადებების პროფილაქტიკაზე ვმსჯელობთ, უპირველეს ყოვლისა ვგულისხმობთ დისპანსერიზაციის სისტემას იმ ავადმყოფებისა, რომლებიც დაავადებული არიან თიაქრით, ქრონიკული ქოლეცისტიტით, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადებით და კიდევ სხვა პათოლოგიით. ეს ავადმყოფები შეადგენენ ე. წ. რისკ-ფაქტორების ჯგუფს. ამ ჯგუფის თითოეულ წევრს შეიძლება განუვითარდეს ჩაქვდილი თიაქარი, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულიდან სისხლდენა, წყლულის პერფორაცია, ნაღვლის ბუშტის მწვავე დესტრუქციული ანთება და ა. შ.

ორგანიზაციული ხასიათის ღონისძიებებს მიეკუთვნება „მწვავე მუცლით“ დაავადებული ავადმყოფის დროული ჰოსპიტალიზაცია, ავადმყოფი როდესაც მუცლის არეში მწვავე ტკივილზე ჩივის, უყოყმანოდ უნდა განხორციელდეს მისი სასწრაფო და დროული ჰოსპიტალიზაცია უშუალოდ ქირურგიულ და არა რომელიმე სხვა განყოფილებაში.

დროის ფაქტორს თითქმის ყოველთვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის მკურნალობის შედეგისათვის.

„მწვავე მუცლით“ დაავადებულ ავადმყოფთა მკურნალობის ეფექტურობა, განსაკუთრებით სასწრაფო ოპერაციის შემდგომი პერიოდის გართულებების გამო განმეორებით წარმოებული ოპერაციების დროს, მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული ქირურგის კომპენტენციაზე --- კვალიფიციურ ქირურგიულ დახმარებაზე და აგრეთვე ზოგიერთ სხვა ფაქტორზეც, რომელთა შორის აღსანიშნავია ძირითადი დაავადების მიმდინარეობის გაჭიანურება და ავადმყოფის იმუნორეაქციული მდგომარეობის თავისებურებები.

დაავადების მიმდინარეობის გაჭიანურება და ავადმყოფის იმუნორეაქციული მდგომარეობის თავისებურებები მჭიდროდ უკავშირდება ავადმყოფის ორგანიზმის თავდაცვითუნარიანობას და ძირითადად მასზეა დამოკიდებული.

## შ ი ნ ა რ ს ი

შესავალი	3
მწვავე აპენდიციტი	4
მწვავე ქოლეცისტიტი	27
მწვავე პანკრეატიტი	48
კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია	57
გასტრო-დუოდენური წყლულოვანი სისხლდენები	66
კუჭის მწვავე გაგანიერება	75
ნაწლავთა მწვავე გაუქვლობა	79
ჯორჯლის სისხლძარღვების თრომბოზი და ემბოლია	93
ჩაქედილი თიაქარი	99
დიდი ბადექონის შემოგრება	112
ბრმა ნაწლავის ფლევმონა	115
მეკელის დივერტიკულის მწვავე დაავადებები	115
წერილი ნაწლავის უბრალო წყლულის პერფორაცია	121
მწვავე ჩირქოვანი პერიტონიტი	123

რედაქტორი ი. ხუნდაძე  
მხატვარი რ. შაქარაშვილი  
მხატვრული რედაქტორი თ. შარფუაშვილი  
ტექნიკური რედაქტორი ე. ციხელაშვილი  
კორექტორი ე. ყარყარაშვილი  
გამომშვები ნ. ჩხეტიანი

ს. ბ. 5830

გადაეცა წარმოებას 08.05.87. ხელმოწერილია დასაბუქლად 23.10.87.  
უე 01473. საბუქლი ქალაქი № 1. 60X84<sup>1</sup>/<sub>16</sub> გარნიტური ეენა.  
ბუქლეის ხერხი მაღალი. პირობითი ნაბუქლი თაბანი 7.67.  
პირ. სალ.-გატ. 8.02. საალრ.-საგამომც. თაბანი 7.97.  
ტირაჟი 1000. შუეკ. № 831.  
ფასი 80 კაპ.

გამომცემლობა „საბჭოთა საქართველო“  
თბილისი მარჯანიშვილის 5.

352065 ქ. თბილისი, ვაჟა-ფშაველას პრ. მედიკალკი,  
II სასწ. კორპ., საქ. სსრ გამსახკომის № 4 სტამბა.  
380060, г. Тбилиси, пр. Важа-Пшавела, Медгородок,  
II учеб. корп. типография № 4, Госкомиздата Груз. ССР.