ტ. ბოჯოლიშვილი

ეკონომიკური რეფორმა ქართველი

გამომცემლობა „საბჭოთა საქართველო"
თბილისი — 1963

617.03
617.55—089
Б 897

Г. Б. Бочоришвили. Хирургия брюшной полости. Издательство «Сабчота Сакартвело», Тбилиси, 1968.

В книге на основании анализа собственных клинических наблюдений и новейших данных литературы автор освещает почти все вопросы хирургии брюшной полости.

В введении достаточно детально представлена методика исследования больного и все те приемы, которые имеют большое значение в диагностике заболеваний органов брюшной полости. Далее рассматриваются отдельные заболевания органов брюшной полости, их анатомо-топографические данные, патогенез, клиника, симптоматология, дифференциальный диагноз и методы современного лечения.

В работе значительное место уделено острым хирургическим заболеваниям органов брюшной полости (в том числе женских половых органов), их диагностике и лечению, а также симптоматологии острого и ложного острого живота.

Наконец, в работе рассматриваются пред- и послеоперационный периоды, подготовка больных к операции, а также уход и лечение в послеоперационный период.

Книга богато иллюстрирована.

Книга рассчитана на широкий круг хирургов, врачей, работающих на периферии, и студентов старших курсов мединститута.

5—3—6
98 стр.

ავტორისაგან

ხანგრძლივმა პრაქტიკულმა და პედაგოგიურმა გამოცდილებამ დაგვარწმუნა, რომ აუცილებელია მუცლის ღრუს ქირურგიაში ცალკე წიგნის გამოცემა.

უკანასკნელ დროს განსაკუთრებით გაიზარდა ინტერესი გულმკერდის ქირურგიისადმი და ამ მხრივ თვალსაჩინო მიღწევებია მოპოვებული. მაგრამ ეს არ ნიშნავს, რომ უნდა შევანელოთ ინტერესი მუცლის ღრუს ორგანოთა ქირურგიული დაავადებების სწავლებისადმი. სხვა თუ არაფერი, ამჟამად ქირურგიულ ავადმყოფთა უმეტესობას მუცლის ღრუს ორგანოთა დაავადება აღენიშნება და, ამასთან, გადაუდებელ ქირურგიაში მუცლის ღრუს ორგანოთა მწვავე ქირურგიულ დაავადებებს დიდი ხვედრითი წონა აქვთ.

დიდი ხანია ცნობილია, რომ მეცნიერულ ქირურგიულ აზროვნებას ქირურგიის არც ერთი დარგი ისე არ ავითარებს, როგორც მუცლის ღრუს ქირურგია.

მუცლის ღრუს ქირურგიის ათვისების შემდეგ ექიმს ქირურგიის ყველა დარგში წარმატებით შეუძლია მუშაობა.

მართალია, არა ერთი შრომაა გამოქვეყნებული მუცლის ღრუს ქირურგიის ცალკეულ საკითხზე, განსაკუთრებით გადაუდებელი ქირურგიიდან, მაგრამ ცალკე წიგნი, რომელიც მუცლის ღრუს ქირურგიის ყველა საკითხს მეტ-ნაკლებად ამოწურავდეს, ქართულ ენაზე თითქმის არ მოიპოვება.

დღეს ასეთი შრომის გამოქვეყნების საჭიროება განსაკუთრებით იგრძნობა ქირურგიის ცალკეული დარგის განვითარებასთან დაკავშირებით. მას შემდეგ, რაც პროფ. ალ. მაჭავარიანმა გამოსცა წიგნი „მუცლის ღრუს ქირურგია", 40 წელზე მეტი გავიდა და, ცხადია, ბევრი საკითხი სრულიად ახლებურად განიხილება.

ვფიქრობთ, ქირურგიის ერთ-ერთი ყველაზე რთული დარგის — მუცლის ღრუს ქირურგიის — ძირითადი საკითხების შესწავლაში წინამდებარე შრომა სარგებლობას მოუტანს მკითხველს. წიგნი ძირითადად გამიზნულია ახალგაზრდა ქირურგების, პრაქტიკულად მომუშავე ექიმებისა და სამედიცინო ინსტიტუტის უკანასკნელი კურსის სტუდენტებისათვის.

ნაშრომში განხილულია მუცლის ღრუს გამოკვლევის აუცილებელი მეთოდიკა, ზოგიერთი მოკლე ანატომიურ-ტოპოგრაფიული ცნობა, ცალკეული დაავადების კლინიკური სურათი, დიფერენციული დიაგნოზი და თანამედროვე მკურნალობის უმთავრესი მეთოდები.

გარდა საკუთარი გამოცდილებისა და ჩვენ მიერ ადრე ამ საკითხზე გამოცემული შრომებისა, წიგნის შედგენისას გამოვიყენეთ გრ. მუხაძის, ალ. მაჭავარიანის, კ. ერისთავის, ვლ. ყლენტის, ალ. ნათიშვილის, კ. ვეფხვაძის, ე. ფიფიას, მ. ჩაჩავას,

მ. კომახიძის, ალ. კვალიაშვილის, შ. მიქელაძის, ნ. დემეტრაძის, შ. თოიძის, ვ. გიორგაძის, ვ. კვერენჩხილაძის, კ. დიხამინჯიას, ს. გირგოლავის, ა. ვიშნევსკის, ვ. ლევიტის, ა. ბრჟოზოვსკის, ნ. ელანსკის, ვ. სტრუჩკოვის, ი. ლინდენბაუმის, ნ. პროკოფიევის, ნ. ბლინოვის, იან ნელიუბოვიჩის, ვ. ბრაიცევის, ს. ხოლდინის, ა. ამინევის, დ. სკრიპნიჩენკოს, ჰ. ბეილის და სხვათა ქირურგიის სახელმძღვანელოები, მონოგრაფიული თუ ცალკეული შრომა. თვალსაჩინოებისათვის სურათები ძირითადად მოყვანილია ვ. ვოილენკოს, ა. მედელიანის და ვ. ომელჩენკოს მუცლის ღრუს ორგანოთა ოპერაციული ატლასიდან და სხვა წიგნებიდან, ზოგი კი საკუთარია.

მუცლის ზოგიერთი ანატომიურ-ტოპოგრაფიული ცნებები

მუცლის ფორმა დამოკიდებულია სქესზე, ასაკზე, კვებაზე, კონსტიტუციაზე, ორსულობაზე, კუნთთა განვითარების ხარისხზე.

ქალს მუცლის ქვემო ნაწილი მამაკაცთან შედარებით განიერი აქვს, უფრო ზუსტად, თეძოს წინა ზედა წვეტთა შორის მანძილი (distantia spinarum) მეტია ქალებში (ქალის ტიპის მუცელი). მამაკაცებს კი, პირიქით (ისე როგორც ბავშვებს), მეათე ნეკნთა ბოლოებს შორის შემაერთი მანძილი (distantio costarum) უფრო განიერი აქვს (მამაკაცის ტიპის მუცელი).

მუცლის ფორმა მთელი რიგი პათოლოგიური პროცესების დროს (სიმსივნე, ასციტი, ცისტა, სპლენომეგალია, თიაქარი, მეტეორიზმი და სხვ.) მნიშვნელოვნად იცვლება.

მუცლის საზღვრები. მუცელი გულმკერდისაგან განისაზღვრება მახვილისებრი მორჩით, ნეკნთა რკალით, XII ნეკნით და XII მალის სხეულით. მენჯისაგან—თეძოს ქედით, ბარძაყისაგან —პუპარტის იოგით.

მუცლის ღრუ ზემოდან მოსაზღვრულია დიაფრაგმით, წინიდან და გვერდებიდან — მუცლის წინა გვერდითი კედლებით, უკნიდან — მუცლის უკანა კედლით; ქვემოთ იგი მენჯის ღრუში გრძელდება. ამის გამო ნაწლავთა გარკვეული მარყუჟები, ჩვეულებრივ, მცირე მენჯის ღრუში ეშვება. მენჯის ღრუს ორგანოებიც (შარდის ბუშტი, საშვილოსნო) თავიანთი ფუნქციური მდგომარეობის გამო ხშირად ქვევიდან ზევით იწევენ და ნაწილობრივ მუცლის ღრუში თავსდებიან.

მუცლის ღრუს კედლები შიგნიდან მოფენილია მუცლის შიდა ფასციით, რომლის ქვეშ მოთავსებულია ლანგებეკის ცხიმოვან-შემაერთქსოვილოვანი შრე. მუცლის ღრუს ორ ნაწილად ყოფენ: წინა, პარიეტული პერიტონეუმით შემოსაზღვრული პერიტონეუმის ღრუ, და მის უკან მდებარე რეტროპერიტონული სივრცე.

მუცლის დაყოფა. მუცლის ღრუს ორგანოების პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაციის და მათზე ოპერაციული მიდგომის მიზნით მუცლის წინა კედელს პირობითად ყოფენ მიდამოებად. მეათე ნეკნთა ბოლოებზე გავლებული ხაზით (linea bicostalis) და თეძოს ძვლის წინა ზედა წვეტებს შორის შემაერთი ხაზით (linea bispinata) მუცლის წინა კედელი იყოფა ეპიგასტრიულ, მეზოგასტრიულ და ჰიპოგასტრიულ მიდამოებად (სურ. 1).

ორივე სწორი კუნთის გარეთა კიდეზე ბოქვენის ძვლის ბორცვამდე გა-

ტარებული ვერტიკალური ხაზებით (პარასტერნალური ხაზების ქვეეით გაგრძელება) თითოეული მიდამო კიდევ სამ ნაწილად იყოფა.

მუცლის ზედა მიდამოში: ეპიგასტრიუმის მიდამო — regio epigastrica — ღვიძლის, კუჭის, მცირე ბადექონის მდებარეობის ადგილი; მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამო — regio hypochondrica dextra — ღვიძლის, ნაღვლის ბუშტის, განივი კოლინჯის მარჯვენა კუთხის, თორმეტგოჯა ნაწლავის მდებარეობის ადგილი; მარცხენა ფერდქვეშა მიდამო — regio hypochondrica sinistra — კუჭის, განივი კოლინჯის მარცხენა კუთხის, ელენთის ადგილი.

მუცლის შუა მიდამოში: ჭიპის მიდამო — regio umbilicalis — წვრილი ნაწლავების, კუჭის დიდი სიმრუდის, განივი კოლინჯის, ბადექონის, პანკრეასის ადგილი; მარჯვენა ლატერალური მიდამო — regio lateralis dextra — ასწვრივი კოლინჯის, წვრილი ნაწლავების ნაწილის და მარჯვენა თირკმლის ადგილი; მარცხენა ლატერალური მიდამო — regio lateralis sinistra — დასწვრივი კოლინჯის, წვრილი ნაწლავებისა და მარცხენა თირკმლის ადგილი.

მუცლის ქვედა მიდამოში: ბოქვენის მიდამო — regio pubica — წვრილი ნაწლავების, შარდის ბუშტის, საშვილოსნოს ადგილი; მარჯვენა საზარდულის მიდამო — regio inguinalis dextra — ბრმა ნაწლავისა და ჭიანაწლავის ადგილი (ილეოცეკალური კუთხე); მარცხენა საზარდულის მიდამო — regio inguinalis sinistra — სიგმური კოლინჯის ადგილი.

მუცლის წინა კედლის კონფიგურაციის შეცვლის დროს ხელსაყრელია მისი დაყოფა ჭიპზე გატარებული ჰორიზონტალური ხაზით ზედა და ქვედა ნახევრებად, ხოლო შუახაზით — მარჯვენა და მარცხენა ნახევრებად.

მუცლის ზედა კედელი შუასაძგიდია (დიაფრაგმა). მუცლის მხრიდან იგი დაფარულია მუცლის შიდა ფასციის დიაფრაგმის ნაწილით, ლანგებეკის ცხიმოვანი შრით და, გარდა ზოგიერთი ადგილისა, პარიესული პერიტონეუმით. ამ ადგილას დიაფრაგმას ფარავს ღვიძლის უკანა (რეტროპერიტონული) ზედაპირი და თირკმლის ფასცია.

წელის პირველი მალის დონეზე, შუახაზის ოდნავ მარცხნივ, დიაფრაგმაში მოთავსებულია აორტის ხვრელი. მასში აორტასთან ერთად გადის მკერდის სადინარი. გულმკერდის XI მალის დონეზე, შუახაზის ოდნავ მარცხნივ, საყლაპავი მილის ხვრელია. აორტისაგან განსხვავებით იგი ხვრელის კიდეებთან მჭიდროდ შეზრდილი არაა. შუახაზის მარჯვნივ და საყლაპავი მილის ხვრელთან უფრო ვენტრალურად ქვემო ღრუ ვენისათვის მოთავსებულია ოთხკუთხოვანი ხვრელი (სურ. 2).

დიაფრაგმის მედიალურ და შუამდებარე ფეხთა შორის მოთავსებულ ხვრელში, მარჯვენა მხარეს, გადის შიგნეულობის ნერვები და კენტი ვენა, მარცხენა მხარეს კი — შიგნეულობის ნერვები და ნახევრად კენტი ვენა; შუამდებარე და ლატერალურ ფეხებს შუა — სიმპათიკური წნული.

მუცლის წინა გვერდითი კედელი. მუცლის წინა გვერდითი კედლის ზემო საზღვარია მარჯვენა და მარცხენა ნეკნთა რკალი და მათ შორის მახვილისებრი მორჩი. ქვედა საზღვარია მარჯვენა და მარცხენა პუპარტის იოგი და მათ შორის სიმფიზის ზედა კიდე. გვერდითი საზღვრებია ორივე მხარეს შუა აქსილარული ხაზები.

მუცლის წინა კედელი შედგება სამი შრისაგან. ზერელე შრეებს მიეკუთვნება: კანი, კანქვეშა ცხიმი და ზერელე ფასცია; შუა შრეებს: მუცლის პრესის კუნთები, განივი ფასცია; ღრმა შრეებს: ლანგებეკის ცხიმოვანი შრე და პარიეტული პერიტონეუმი.

მუცლის კანი, ჭიპისა და საზარდულის მიდამოს გარდა, თხელი და მოძრავია. კანქვეშა ცხიმი ჭიპის ზემოთ ერთშრიანია, ჭიპის დონეზე კი ზერელე და ღრმა შრეებად იყოფა. მუცლის ზერელე ფასცია უშუალოდ ფარავს მუცლის გარეთა ირიბ კუნთს და მჭიდროდ შეზრდილია თეძოს ქედთან, პუპარტის იოგთან, საზარდულის მილის გარეთა ხვრელთან და თეთრ ხაზთან.

კანქვეშა ცხიმში მოთავსებულია მუცლის წინა კედლის ზერელე სისხლძარღვები, ლიმფური ძარღვები და ნერვები.

მუცლის წინა გვერდით კედელში ყველაზე ზერელედ მოთავსებულია წინა და ქვემოთა მიმართულების გარეთა ირიბი კუნთი და მისი აპონევროზი.

ეს კუნთი დასაწყისში (ქვედა რვა ნეკნის გარეთა ზედაპირი) წინა დაკბილული კუნთის და ზურგის უგანიერესი კუნთის კბილებთან, გულმკერდის გვერდით კედელზე, ქმნის ჟერდის ხაზს.

გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზის გასქელებულ ქვემო კიდეს, რომელიც ლარისებურადაა ზევით შემობრუნებული და თეძოს წინა ზედა წვეტსა და ბოქვენის ხორკლს შორისაა გაჭიმული, პ უ პ ა რ ტ ი ს ი ო გ ი ეწოდება.

გარეთა ირიბი კუნთის ქვეშ მოთავსებულია შიგნითა ირიბი კუნთი, უფრო ღრმად—მუცლის განივი კუნთი.

საყურადღებოა ცნობები სწორი კუნთისა და მისი ბუდის შესახებ.

სწორი კუნთი (m. rectus abdominis) თითოეულ მხარეზე იწყება 6—7 ნეკნთა ხრტილოვანი ზედაპირიდან და მახვილისებრი მორჩიდან. ისინი პარალელურად მიემართებიან, ქვევით ვიწროვდებიან და უმაგრდებიან ბოქვენის ძვალს, სიმფიზსა და ბოქვენის ბორცეს შორის. მათ მედიალურ კიდეში პირამიდული კუნთი მდებარეობს. გარეთა და შიგნითა ირიბი და განივი კუნთი მონაწილეობას ღებულობს სწორი კუნთის ბუდისა და თეთრი ხაზის შექმნაში (სურ. 3).

სწორი კუნთის ბუდის წინა ფურცელი შექმნილია გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზისა და შიგნითა ირიბი კუნთის გაყოფილი აპონევროზის წინა ფურცლით. სწორი კუნთი წინა ზედაპირზე, მის ზედა ნახევარში 3—4 მყესოვანი ნაოჭით — inscreptiones tendineae—მჭიდროდ ეკვრის ბუდეს. სწორი კუნთის ბუდის უკანა კედელი ზემო ორ მესამედში შექმნილია შიგნითა ირიბი კუნთის გაყოფილი აპონევროზის უკანა ფურცლით და მუცლის განივი კუნთის აპონევროზით. მუცლის ქვემო მესამედში გვერდითი სამივე კუნთის აპონევროზი ქმნის სწორი კუნთის ბუდის მხოლოდ წინა ფურცელს.

სწორი კუნთის ბუდის უკანა ფირფიტა ჭიპს ქვევით მხოლოდ 5—6 სმ გრძელდება და აქ წყდება ე. წ. დ უ გ ლ ა ს ი ს ნ ა ხ ე ვ ა რ რ კ ა ლ ი ს ებ რ ი ხ ა ზ ი თ (linea arcuata Douglasi). ამ ხაზს ქვევით სწორი კუნთი თავისი უკანა ზედაპირით უშუალოდ ეკვრის მუცლის განივ ფასციას (სურ. 4).

თეთრი ხაზი (linia alba) იქმნება შუახაზზე სწორი კუნთის ორივე ბუდის აპონევროზთა მყესოვანი ბოქკოების შეერთებისა და მათი ურთიერთგადაჯვარედინებით. მისი განი მახვილისებრი მორჩიდან ჭიპამდე 0,5—2—3 სმ უდრის, ჭიპთან ახლოს განიერია, ხოლო მახვილისებრი მორჩისაკენ თანდათან ვიწროვდება. ჭიპს ქვევით იგი ვიწროა და მართლაც ხაზს ჰგავს.

თეთრი ხაზის სისქეში სამი სხვადასხვა მიმართულებით დალაგებული აპონევროზული ბოჭკოების გადაჯვარედინებისას, განსაკუთრებით ჭიპს ზევით, იქმნება რომბისებრი ნაპრალები, საიდანაც სათანადო პირობების დროს კანქვეშ პრეპერიტონული ცხიმი ან თეთრი ხაზის თიაქარი გამოდის.

მუცლის განივი კუნთი თავის მყესოვან გაგრძელებაში გადადის და პუპარტის იოგის მედიალური მესამედის გარეთა ბოლოსა და მეათე ნეკნის ყველაზე დაბლა მდებარე წერტილს შორის ქმნის გარეთა გამოდრეკილ სპიგელის ნახევარმთვარისებრ ხაზს (linea semilunaris Spigeli).

ჭიპის რგოლი (anulus umbilicalis) თეთრი ხაზის დეფექტია მახვილისებრ მორჩსა და ბოქვენის სიმფიზს შორის მანძილზე (distantio symphiso—xyphoidea). უკნიდან იგი შეესაბამება წელის IV მალის დონეს. ჭიპი ერთადერთი ადგილია, სადაც კანი განივ ფასციასთან უშუალოდ ეკვრის პერიტონეუმს (სურ. 5).

ჭიპის რგოლის ქვედა კიდესთან მჭიდროდაა შეზრდილი ქვემოთ მიმართული სამი იოგი. ზემოთ და მარჯვნივ კიდესთან ღვიძლის საკიდი იოგი (lig. teres hepatis), რომელიც ჭიპის რგოლის ზედა ნახევრისაგან ცხიმოვანი შრითაა განშორებული. რგოლის ამ თავისუფალ სივრცეში ადვილად ვითარდება თიაქარი.

მუცლის უკანა კედელი წარმოდგენილია ძლიერ განვითარებული წელის კუნთებით, ნაწილობრივ ხერხემლის წელის ნაწილით მალთა განივ მორჩებთან ერთად. მუცლის უკანა კედელი ზევიდან მოსაზღვრულია XII ნეკნით და ქვევიდან თეძოს ძვლის ქედით.

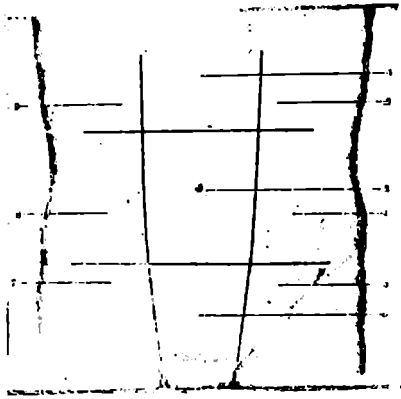
მუცლის ღრუ მის წინა და უკანა კედლის ზემო და ქვემო საზღვრებთან შედარებით უფრო მეტად ვრცელდება და ზევით შემოსაზღვრულია დიაფრაგმით, ქვევით კი მცირე მენჯის ღრუთი.

მუცლის კედლის სისხლმომარაგებას აწარმოებს ნეკნთაშუა (aa. intercostales) მე-10 — 11—12 და წელის არტერიები (aa. lumbales), რომლებიც ანასტომოზებს ქმნის ზემო და ქვემო ეპიგასტრულ არტერიებთან (aa. epigastrica sup. et inf.), ავრეთვე თეძოს შემომხვევ ღრმა არტერიასთან (a. circumflexa ilei prof.).

მუცლის კედლის ღრმა შრეების ლიმფური ძარღვები მოთავსებულია ნეკნთა შუა და წელის სისხლძარღვების პერივასკულარულად და უერთდება აგრეთვე წინა შუასაყრის ლიმფურ კვანძებს. მუცლის გვერდითი კედლის ქვედა ნაწილებიდან ლიმფა მიედინება საზარდულის ლიმფურ კვანძებში, ხოლო ზემო ნაწილებიდან იღლიის ფოსოში.

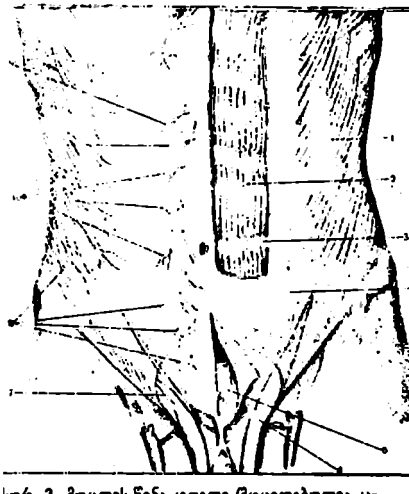
მუცლის კედლის ინერვაციის შესახებ იხილეთ ქვევით.

მუცლის კედლის ცალკეულ კუნთთა ფუნქციის გამოვარდნა, ადგილობრივ მოვლენებს გარდა, ხშირად ცვლის აგრეთვე სხეულის მოძრაობას. სწორი კუნთების ფუნქციის გამოვარდნისას ვითარდება ლორდოზი. თეთრი ხაზის ნორმალური განის მნიშვნელოვან გადიდებას სწორი კუნთების ძლიერი გათიშვა, მუცლის დეფორმაცია და შინაგან ორგანოთა ფტოზი მოსდევს. მუცლის ერთ მხარეზე გვერდითი კუნთების ფუნქციის გამოვარდნისას ვითარდება სკოლიოზი, ადგილობრივ თიაქარი და ხშირად მუცლის ორგანოთა ამა თუ იმ ხარისხით გადანაცვლება. ხშირი მშობიარობის შედეგად ვითარდება მუცლის კედლის დაჭიმვა და ჩამოკიდებული მუცელი (განსაკუთრებით, თუ არ მიმართავენ მუცლის კუნთების ვარჯიშს და შესაფერის პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს). ჩამოკიდებული მუცელი ხშირად ვითარდება კანქვეშა ცხიმის დიდი რაოდენობით დაგრო-

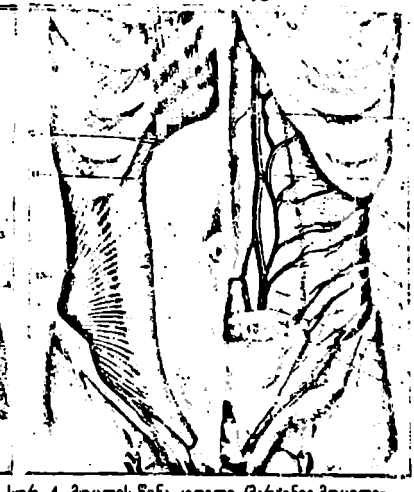


სურ. 1. მუცლის წინა კედლის დაყოფა მიდამოებად: 1 — regio epigastrica; 2 — regio hypogastrica sinistra; 3 — regio umbilicalis; 4 — regio lateralis sinistra; 5 — regio inguinalis sinistra; 6 — regio pubica; 7 —regio inguinalis dextra; 8 — regio lateralis dextra; 9 — regio hypochondrica dextra.

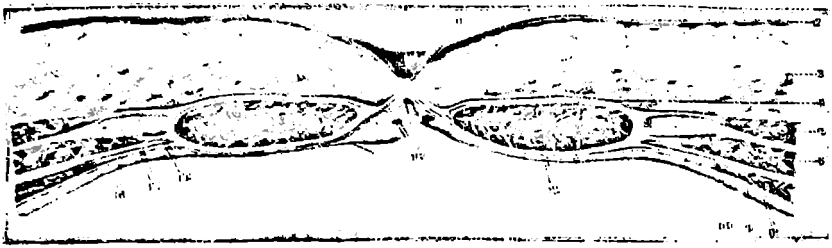
სურ. 2. დიაფრაგმა მუცლის მხრიდან: 1 და 18—m. psoas major; 2 — v. azygos; 3 — crus lat.; 4 —crus intermedium; 5 — crus med.; 6 — n. splanchnicus major; 7 — a. phreni-ca inf. dext.; 8 — vv. phrenicae inf. dext.; 9 — v. cava inf.; 10 — vv. phrenicae inf. sin.; 11 — centrum tendineum; 12 — oesophagus; 13 — a. phrenica inf. sin.; 14 — glandula suprarenalis sin.; 15 — aorta; 16 — ren sin.; 17 — v. hemiazygos.



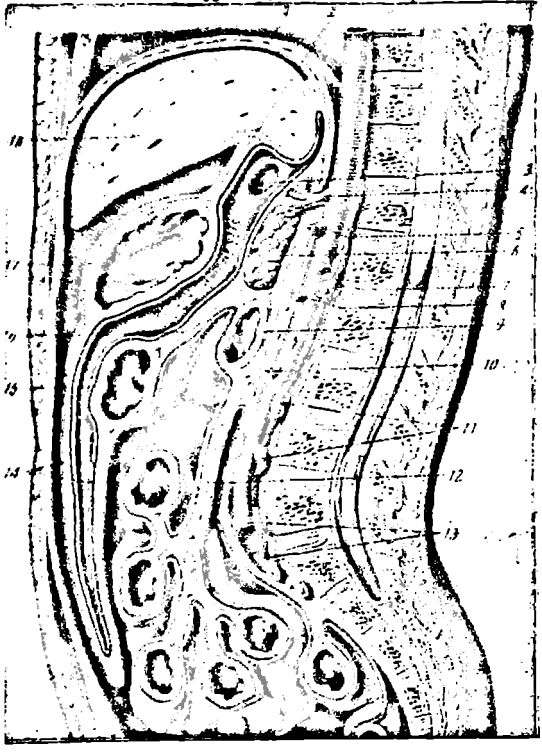
სურ. 3. მუცლის წინა კედელი (მოცილებულია კანი, კანქვეშა ქსოვილი, ზერელე ფასცია, მარცხნივ ნაწილობრივ მოცილებულია მუცლის სწორი კუნთის ბუდის წინა კედელი და ჩანს პირამიდული კუნთი): 1 — m. obliquus externus abdominis; 2—m. rectus abdominis; 3 — intersectio inscriptiones tendinea; 4 — m. obliqu. externi abdominis აპონევროზი; 5 — m. pyramidalis; 6—funiculus spermaticus; 7—n. ilioinguinalis; 8—rr. cutanei anteriores et laterales n. iliohypogastricus; 9—m. recti abdominis ბუდის წინა კედელი; 10—rr. cutanei anteriores et laterales nn. intercostales.



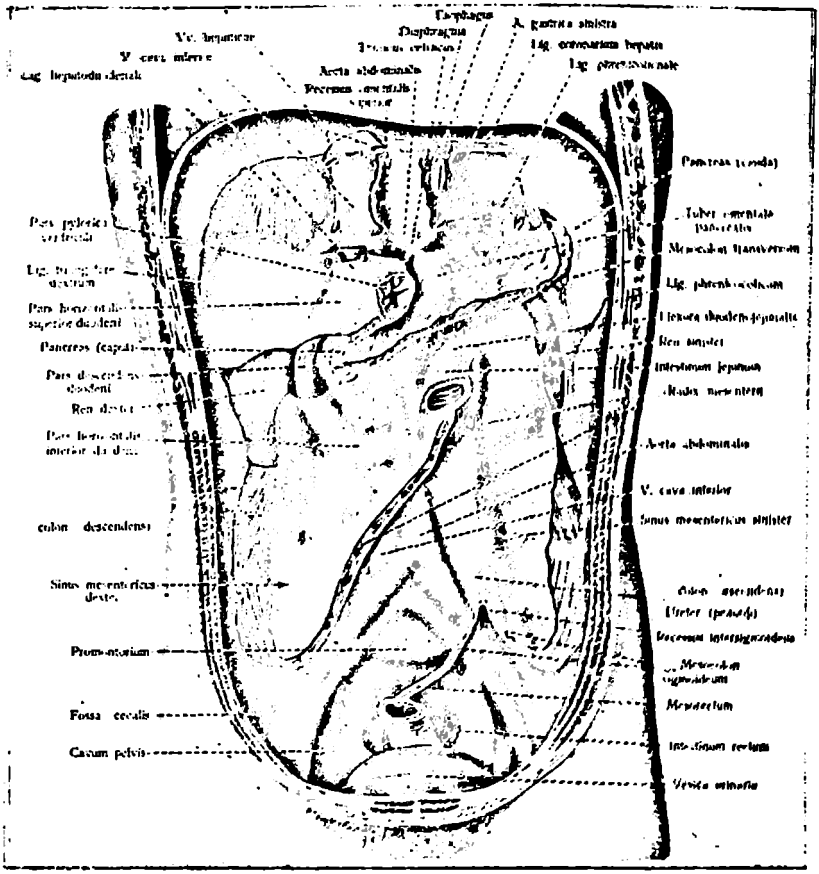
სურ. 4. მუცლის წინა კედელი (მარჯვნივ მოცილებულია მუცლის გარეთა ირიბი კუნთი და ნაწილობრივ მუცლის სწორი კუნთის ბუდე; მარცხნივ ჩანს მუცლის განივი კუნთი და მუცლის სწორი კუნთის ბუდის უკანა კედელი. 1 — a. et v. epigastrica superior; 2—m. recti abdominis ბუდის უკანა კედელი; 3—aa., vv. intercostales posteriores et nn. intercostales; 4—m. transversus abdominis; 5—n. iliohypogastricus; 6—linea arcuata; 7—a. et v. epigastrica inferior; 8—m. rectus abdominis; 9—n. ilioinguinalis; 10—m. obliquus internus abdominis; 11—m. obliqui interni abdominis აპონევროზი; 12 — m. recti abdominis ბუდის წინა და უკანა კედელი.



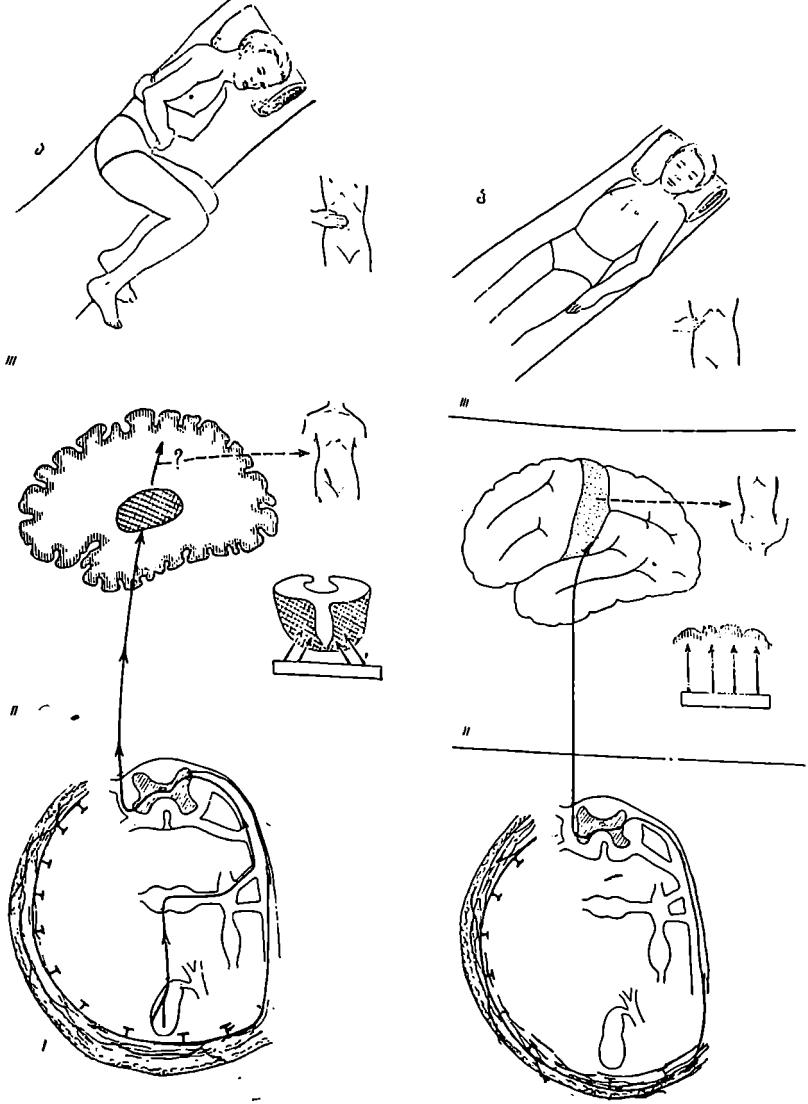
სურ. 5 — მუცლის წინა კედლის განივი განაკვეთი ჭიპის დონეზე. 1 — umbilicus; 2 — კანი; 3 — კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი; 4 — m. recti abdominis ბუდის წინა კედელი; 5 — m. obliquus exernus abdomis; 6—m. obliquus internus abdominis; 7 — m. transversus abdominis; 8—fascia transversalis; 9 — tela subserosa; 10 — peritoneum; 11—m. rectus abdominis; 12 — m. recti abdominis ბუდის უკანა კედელი; 13 — vv. paraumbilicales; 14 — m. obliqui interni abdominalis აპონევროზი; 15 — m. transversi abdominalis აპონევროზი; 16 — m. obliqui externi abdominis აპონევროზი.



სურ. 6. პერიტონეუმის გაერცელების ნახევრად სქემატური გამოსახულება მუცლის საგიტალურ განაკვეთზე. მუცლის აორტა რამდენადმე გადაწეულია მარჯვნივ და გადაკვეთილია. 1—დიაფრაგმა; 2—მცირე ბადექონი; 3—foramen epiploicum (ვინსლოვის ხვრელი); 4—truncus coeliacus; 5—a. mesenterica superior; 6—pancreas; 7—a. renalis; 8—cisterna chyli და a. testicularis; 9—duodenum; 10 — a. mesenterica inferior; 11 — ლატერალური და რეტროაორტალური ლიმფური კვანძები; 12—mesenterium; 13—vasa iliaca communis; 14 — დიდი ბადექონი; 15 — colon transversum; 16 — mesocolon transversum; 17—კუჭი; 18 — ღვიძლი.



სურ. 7. მუცლის უკანა კედელი; წინიდან (პარიეტალური პერიტონეუმი და ელენთის სეროზული საფარველი ღერძი ფერისაა).



სურ. 8. ტკივილის გავრცელების სქემა: ა — ვისცერალური ტკივილი; ბ — სომატური ტკივილი.

I. ვისცერალური და სომატური ტკივილის გავრცელება: ა — ვეგეტატიური ნერვული სისტემით; ბ — სომატური ნერვებით.

II. ტკივილის ლოკალიზაცია ტვინში: ა — მხედველობის ბორცვში ზუსტი ლოკალიზაციის გარეშე; ბ — ტვინის ქერქში უკანა შუახეულში ზუსტი ლოკალიზაციით.

III. სხვადასხვანაირი მდებარეობა და ტკივილის ლოკალიზაცია: ა- — ავადმყოფი წევს მოხრილი, მუცელთან მოზიდული ფეხებით, ექიმის თხოვნით მიუთითებს მტკივნეულ ადგილს (მაგალითად, ეპიგასტრიუმის არეს); ბ — ავადმყოფი წევს მოსვენებით, ერიდება მოძრაობას, მტკივნეულ ადგილს უყოყმანოდ განსაზღვრავს ერთი თითით.

ვებისას, მისი ოპერაციული გზით მოშორება მიზანშეწონილია, განსაკუთრებით თუ თიაქარიც არსებობს.

მუცლის წინა გვერდითი კედლის ღრმა შრეებს ეკუთვნის განივი ფასცია, ლანგებეკის ცხიმოვანი შრე და პარიესული პერიტონეუმი. აქვე მოგვყავს ზოგიერთი ცნობა პერიტონეუმის და ბადექონის შესახებ.

პერიტონეუმი. პერიტონეუმით გამოფენილია მუცლის ღრუს შიგნითა ზედაპირი და იგი ფარავს მუცლის ღრუს ორგანოთა უმრავლესობას. პერიტონეუმის უკანა ფურცელი მუცლის ღრუს ყოფს ორ ნაწილად. წინა დიდი ნაწილი—მუცლის (პერიტონეუმის) ღრუ (cavum peritonei) და უკანა მცირე ნაწილი (spatium retroperitoneale). მამაკაცის პერიტონეუმი ყოველმხრივ დახშულია. ქალის პერიტონეუმის ღრუ შეერთებულია გარემოსთან ფალოპიუსის მილებით, საშვილოსნოთი და საშოს გზით.

პერიტონეუმს — პარიესული — კედლის ამყოლი და ვისცერული — ორგანოს ამყოლი ფურცელი აქვს. ზოგ ადგილებში ორივე ფურცელი ერთმანეთს უკავშირდება და იქმნება მუცელში ორგანოთა საფიქსაციო იოგები. პერიტონეუმის პარიესული ფურცლით შიგნიდან გამოფენილია მუცლის წინა კედელი, ზევით დიაფრაგმა, ქვევიდან მენჯის ფსკერი და უკნიდან იგი ყოფს რეტროპერიტონულ სივრცეს. ვისცერული ფურცელი სხვადასხვა ხარისხით ფარავს მუცლის ღრუს ორგანოებს. ამის მიხედვით პირობითად არჩევენ პერიტონეუმსშიგნითა და პერიტონეუმსგარეთა ორგანოებს; პერიტონეუმის ღრუში მთლიანად არც ერთი ორგანო არაა მოთავსებული (სურ. 6).

ორგანოთა ნაწილი პერიტონეუმითაა დაფარული ერთი მხრიდან, როგორც, მაგალითად, თირკმელი, კუჭუკანა ჯირკვალი, თორმეტგოჯა ნაწლავი ან შარდის ბუშტი, აორტა და სწორი ნაწლავი. ისინი რეტროპერიტონულად მდებარე ორგანოებს ეკუთვნიან (სურ. 7). სამი მხრიდან პერიტონეუმით დაფარულია ასწვრივი და დასწვრივი კოლინჯი და მათ შეიძლება მიეუდგეთ რეტროპერიტონულადაც. პერიტონეუმის ღრუ განივი კოლინჯის ჯორჯლით (mesocolon) გაყოფილია ზემო და ქვემო ნაწილად.

დ ი დ ი ბ ა დ ე ქ ო ნ ი (omentum maius) პერიტონეუმის ოთხი ფურცლისაგან იქმნება; ფურცლების წინა წყვილი ჩამოკიდებულია კუჭის დიდი სიმრუდისაგან, გრძელდება ქვევით, შემდეგ უხვევს და წინა წყვილთან ერთად ბრუნდება ზევით, აღწევს განივი კოლინჯის წინ, მონაწილეობს მისი ჯორჯლის შემადგენლობაში, სადაც იგი პარიესულ პერიტონეუმში გადადის.

კუჭს უკან ნაპრალი ყოველი მხრიდან გამოფენილია პერიტონეუმით და მას ბადექონის აბგა (bursa omentalis) ეწოდება. ვინსლოვის ხვრელით (foramen Winslovi) იგი მუცლის ღრუს დანარჩენ ნაწილს უერთდება. ნორმალურად მუცლის ღრუს ორგანოები ისე მჭიდროდ ეკვრის ერთმანეთს, რომ მათ შორის თავისუფალი სივრცე არც კი რჩება.

მუცლის ღრუში მეტად მცირე (20 მლ) სეროზული სითხეა (liquor peritonei), რომელიც ასველებს სეროზულ ზედაპირს.

ჯორჯალი (mesenterium) პერიტონეუმის იმ ნაოჭს ეწოდება, რომელიც პერიტონეუმს შიგნითა ორგანოების ფეხს ფარავს და ამაგრებს მათ მუცლის უკანა კედელთან. წვრილი ნაწლავების ჯორჯლის ძირი წელის მეორე მალის დონიდან მიემართება მარცხნიდან მარჯვნივ, ზევიდან ქვევით მარჯვენა გავა-თეძოს შესახსრებამდე.

ჯორჯალშია სისხლისა და ლიმფის ძარღვები. ნერვები, ლიმფური კვანძები და ცხიმოვანი ქსოვილი.

სწორნაწლავსა და შარდის ბუშტს შორის სივრცე (excavatio vesicorectalis) ქალებში საშვილოსნოსა და მისი განიერი იოგებით იყოფა წინა, შარდბუშტის — excavatio vesicouterina და უკანა, საშვილოსნოს უკანა — excavatio rectouterina —ანუ დუგლასის (Douglasi) სივრცედ. დუგლასის სივრცე გაცილებით ღრმად მდებარეობს.

პარიეტულ პერიტონეუმზე ზოგ ადგილას ჩაღრმავებებია, სადაც ზოგჯერ იქმნება პირობები შიგნითა თიაქრის განვითარებისათვის. ასეთებია: recessus duodeno jejunalis თორმეტგოჯა მლიერი ნაწლავის ნაკეცთან — (flexura duodeno—jejunalis), აგრეთვე თეძოს ნაწლავის ბრმა ნაწლავთან შეერთების ადგილას მის ზემოთ და ქვემოთ—fossa jleo coecalis sup. et inf. სიგმური ნაწლავის ჯორჯალთან ზოგჯერ აღინიშნება recessus intersigmoideus.

პერიტონეუმის საერთო ფართი დაახლოებით ისეთივეა, როგორიც კანის საფარველისა (17—20 ათასი სმ²). პერიტონეუმს აქვს ფრიად უხვად განვითარებული სისხლისა და ლიმფის ძარღვთა ვრცელი წნული.

პერიტონეუმის თვითეულ მილიმეტრ ზედაპირზე 75 ათასი კაპილარია (ბ. ოგნევი), ამიტომაც მას შეწოვის უაღრესად დიდი უნარი აქვს.

პერიტონეუმს მეტად მდიდარი ინვერვაცია აქვს უწვრილესი ნერეული წნულებით, აგრეთვე სხვადასხვა სახის რეცეპტორებით და განგლიური უჯრედებით. პერიტონეუმის ასეთი ფართო ინტერორეცეპტული ზედაპირი ხშირი მიზეზია მეტად მძიმე შოკის განვითარებისა მუცლის კედლისა და მუცლის ღრუს ორგანოთა დაზიანების დროს.

რეზორბციული და სეკრეტორული ფუნქციის გარდა, პერიტონეუმს უდიდესი პლასტიკური თვისებები აქვს. სწორედ მან შეუწყო ხელი მუცლის ღრუს ქირურგიის ესოდენ განვითარებას.

როგორც დამცველი ორგანო, განსაკუთრებულ როლს ამ საქმეში ასრულებს ბადექონი, მისი თავისუფალი მოძრავი ნაწილი. ბადექონის არარსებობისას პერიტონეუმის ინფექცია გაცილებით მძიმედ მიმდინარეობს. ამიტომ მნიშვნელობა აქვს არა მარტო მისი განვითარების ანომალიას, არამედ სხვადასხვა ვარიანტსაც. განიერი და გრძელი ბადექონი უფრო შორ მანძილზე (მენჯის ღრუ) ახდენს ანთებითი პროცესის იზოლირებას, ვიდრე განიერი, მაგრამ მოკლე ბადექონი. ვიწრო და გრძელი ბადექონი შეიძლება შემოიგრიხოს ან შეხორცებითი ზონარით გამოიწვიოს გაუვალობა. მუცლის კედლის უკანა ზედაპირზე, მის ქვედა ნაწილში, მოთავსებული ხუთი ნაოჭის, აგრეთვე საზარდულის ფოსოებისა და საზარდულის არხის შესახებ ცნობები სპეციალურად განხილულია საზარდულის თიაქრებთან.

პარიეტული პერიტონეუმის და მუცლის წინა და უკანა კედლის კუნთების ინერვაცია ხდება ნეკნთაშუა ნერვებით: D_6—D_{12}, n. iliohypogastricus, n. ilioinguinalis. დიაფრაგმის—დიაფრაგმული ნერვით (C_3, C_4, C_5). ამის ცოდნას მნიშვნელობა აქვს მუცლის არეში ტკივილის ლოკალიზაციისა და მისი გავრცელების ამოსაცნობად.

გულმკერდის ტრავმის დროს ნეკნთაშუა ნერვების გაღიზიანების შედეგად მუცლის კუნთთა დაჭიმულობას აქვს ადგილი (ყალბი მწვავე მუცელი), მუცელში კუნთთა დაჭიმულობის მიზეზი კი არ არსებობს და სუნთქვით მოძრაობაში მუცლის კუნთები მონაწილეობს (ნეკნთაშუა ნერვების ბლოკადა სპობს მუცლის კუნთთა დაჭიმულობას).

თირკმლის კენჭოვანი ქვალის დროს სათესლე ჯირკვალში ირადირებულ ტკივილს ემბრიონულ პერიოდში ანატომიური ახლო კავშირით ხსნიან. მიუხედავად იმისა, რომ სათესლე ჯირკვალი ნაყოფის მუცლად ყოფნის პერიოდში წელის მეორე მალის დონიდან სათესლე პარკისაკენ ეშვება, თირკმლის ზოგიერთი დაავადების დროს (თირკმლის ქვალი, ჰიდრონეფროზი) ტკივილი სათესლე ჯირკვალში გადაეცემა.

ასევე ითქმის დიაფრაგმის შესახებაც. იგი ჩამოყალიბდება კისრის მეოთხე მალის დონეზე. გულმკერდის ორგანოთა ზრდას დიაფრაგმის დაწევა მოჰყვება და, მასთან, კისრის IV სეგმენტის ტოტისაც, რომელიც შემდგომში დიაფრაგმის ნერვად ფორმდება. ამით აიხსნება დიაფრაგმის გაღიზიანებისას ტკივილის დამახასიათებელი ირადიაცია კისრის მეოთხე სეგმენტის არეში.

მენჯის პერიტონეუმი ინერვირდება n. genitofemoralis და იგივე ნერვი აინერვირებს მუცლის ღრუს წინა და უკანა კედლის კუნთებს. რადგან ამ ნერვს არა აქვს მამოძრავებელი ბოჭკოები, ამიტომ მენჯის პერიტონეუმის იზოლირებული ანთების დროს ადგილი არ აქვს კუნთთა რიგიდობას (იან ნელიუბოვიჩი),

ტკივილი მუცლის არეში

ერთ-ერთი უმთავრესი ნიშანი, რომელიც ავადმყოფს აიძულებს მიმართოს ექიმს, ტკივილია. თუ ხშირად ჩვენს გაკვირვებას იწვევს ნევროლოგიური გამოკვლევით მიღებული დიაგნოზის სიზუსტე, ეს არ ითქმის მუცლის გამოკვლევის შესახებ. აღსანიშნავია ის გარემოებაც, რომ თითქმის უგრძნობია მუცლის ღრუს პარენქიმული ორგანოები და მგრძნობიარეა პარიეტული პერიტონეუმი, ჯორჯლის მქონე ორგანოთა და რეტროპერიტონული სივრცის გაღიზიანება; სინამდვილეში კი სხვადასხვა დაავადების დროს პარიეტული პერიტონეუმის პროცესში ჩათრევის გარეშეც მეტად ძლიერ მტკივნეულობას აქვს ადგილი. ამის ახსნა კლინიკური სურათისა და ტკივილის მექანიზმის დეტალური ანალიზის საფუძველზე შეიძლება. მუცლის ღრუს ორგანოთა დაავადების დროს ლოკალიზაციის, გავრცელების თუ ინტენსივობის მიხედვით, ტკივილი ყოველთვის ერთნაირი არაა.

სქემატურად არჩევენ ვისცერულ და სომატურ ტკივილს. თუმცა სინამდვილეში ტკივილი მაინც ხშირად შერეული ხასიათისაა (იან ნელიუბოვიჩი).

ორი ტიპის ტკივილის გამოყოფა დამოკიდებულია სხვადასხვა პათოგენეზსა და ინერვაციაზე.

ვისცერული ტკივილი ვითარდება ორგანოს საკუთარი ნერვული აპარატის გაღიზიანების შედეგად; ღრუ ორგანოთა მოულოდნელი გაგანიერების, სპაზმის ან პარენქიმულ ორგანოთა კაფსულის უეცარი დაჭიმვის დროს. ტკივილს შეტევითი ხასიათი აქვს და სათანადო ორგანოს (ნაწლავი, თირკმელი, ღვიძლი და სხვ.) ქვალის სახით გამოვლინდება. ტკივილი მეორდება პერიოდულად და ზოგჯერ აუტანელი ხასიათისაა. ტკივილის ხანგრძლიობაც ერთნაირი არაა. შეტევას ხშირად ახლავს გულისრევა, პირღებინება და ოფლიანობა. ტკივილის შეტევისას მუცელი შეიძლება დაიჭიმოს, შეტევებს შორის ნათელ პერიოდში კი რბილი ხდება. სხვა წარმოშობის ტკივილისაგან განსხვავებით, მუცელზე ზეწოლა ამცირებს ვისცერულ ტკივილს. წმინდა ვისცერული ტკივილის ზუსტ ლოკალიზაციას ავადმყოფი ვერ ახერხებს, ისე როგორც თავის ტკივილის დროს ხშირად შეუძლებელია ტკივილის ზუსტი ლოკალიზაციის აღნიშვნა.

ვისცერული ტკივილის დროს ტკივილის არაზუსტი ლოკალიზაციის მიზეზი ანატომიური თავისებურებებით აიხსნება, რადგან თავის ტვინში არ არსებობს ვისცერულ ორგანოთა ინერვაციის ზუსტი საპროექციო ველები (სურ. 8).

ვისცერული ტკივილის დროს გარკვეული ჯგუფის ორგანოებისათვის ლოკალიზაციის გამაერთიანებელი ადგილებია, მაგალითად, ნაღვლის ბუშტის, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავისათვის—ეპიგასტრიუმის მიდამო. სხვებისათვის—მეზოგასტრიუმის (წვრილი ნაწლავები, ჭია- და ბრმა ნაწლავი) ან ჰიპოგასტრიუმის მიდამო (განიავი და დასწვრივი კოლინჯი და სხვ.). გამონაკლისს შეადგენს თირკმელი, რომლის ქვალი შესაფერის მხარეზე შეიგრძნობა.

ვისცერული ტკივილის შემთხვევაში პალპაციის დროს მტკივნეულობას და კუნთთა დაჭიმულობას ადგილი არ აქვს, ანდა იგი უმნიშვნელოდაა გამოხატული.

სომატური ტკივილი ზურგის ტვინის (გულმკერდის მე-5 — 12) სეგმენტის ან დიაფრაგმის ნერვის გაღიზიანების შედეგია, ამიტომ მისი ლოკალიზაცია თითქმის ყოველთვის განსაზღვრულია, რადგან მათ თავის ტვინში გარკვეული საპროექციო ზონები აქვთ.

სომატური ტკივილი, განსხვავებით ვისცერულისაგან, მუდმივი ხასიათისაა. ავადმყოფი წევს უძრავად და ერიდება ყოველგვარ მოძრაობას, რადგან მდებარეობის შეცვლა, ისე როგორც ზეწოლა, ტკივილს მნიშვნელოვნად აძლიერებს. მას თან ახლავს მუცლის კედლის კუნთების დაჭიმულობა. ტკივილს ავადმყოფი თითქმის ყოველთვის გარკვეულ ადგილას მიუთითებს.

გაურკვეველი ლოკალიზაციის ვისცერული ტკივილის დროს, როდესაც ანთებას განიცდის მხოლოდ ორგანო, პერიტონეუმს გარეშე, ავადმყოფი მიუთითებს ტკივილს ჭიპის არეში, როგორც, მაგალითად, აპენდიციტის პირველ პერიოდში; ანთების პერიტონეუმზე გადასვლისას კი ტკივილიც ორგანოთა ადგილმდებარეობის შესაბამისად გადაინაცვლებს ჭიანაწლავის მიდამოში.

ამიტომ ტკივილის დასაწყისი ადგილიდან სხვაგან გადანაცვლება და კარგად გამოხატული ლოკალური ტკივილი პროცესში პერიტონეუმის ჩათრევის საზომად შეიძლება იქნეს გამოყენებული. ავადმყოფის ჩივილი უკვე სხვანაირი და მუდმივი ტკივილის შესახებ შეფასებულ უნდა იქნეს როგორც პერიტონიტის დასაწყისი. სმიტსა და ჯონსონს მოჰყავთ სქემა სხვადასხვა ორგანოთა დაავადების დროს დამახასიათებელი ტკივილის ლოკალიზაციის, მისი გადანაცვლების ან ირადიაციის შესახებ.

ტკივილის მარჯვენა ან მარცხენა მხარში ირადიაცია პათოლოგიური პროცესის დიაფრაგმის შუა ნაწილში ლოკალიზაციაზე მიუთითებს.

ტკივილის გადანაცვლება ან ირადიაცია ეპიგასტრიუმის არედან მკერდის ძვლის გასწვრივ ან გულმკერდში ზევით (მე-5 — 6 სეგმენტისაკენ) აღინიშნება დიაფრაგმული თიაქრისა და წყლულოვანი დაავადების დროს.

ეპიგასტრიუმის არეში ტკივილი (მე-5 — 10 სეგმ.) გვხვდება დიაფრაგმული თიაქრის, წყლულოვანი დაავადების, ნაღვლის ბუშტის მწვავე დაავადების დასაწყისში, პანკრეასის წინა კედლის დაავადების, საყლაპავის დაავადების, სტენოკარ დიის დროს.

ტკივილი ბეჭებს შორის (მე-6 სეგმ.) აღინიშნება მცირე ბადექონში ანთების (ან პერფორაციის), ნაღვლის სადინარის კენჭით დახშობის, წყლულის პანკრეასში პერფორაციის, საყლაპავის ანთების დროს. ტკივილის ირადიაცია ეპიგასტრიუმის მიდამოდან მარცხნივ (მე-6 — 8 სეგმ.) დამახასიათებელია წყლუ-

ლოვანი დაავადების, პანკრეასის კუდის ანთების, პილორუსის სტენოზის და იშვიათად ნაღვლის ბუშტის დაავადებისათვის.

ეპიგასტრიუმის მიდამოდან ტკივილი ვრცელდება მარჯვნივ (6—8 სეგმ.) თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების, ნაღვლის ბუშტის ანთების და იშვიათად პილორული წყლულის დროს.

ბეჭთაშუა სივრცეში მარჯვნივ (გულმკერდის მე - 8 სეგმ.) ტკივილის გადაცემას ადგილი აქვს თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის, ნაღვლის ბუშტის დაავადებების, პანკრეასის თავის დაავადებების დროს.

ბეჭთაშუა სივრცეში მარცხნივ (გულმკერდის მე-8 სეგმ.) ტკივილი ვრცელდება კუჭის წყლულის, პანკრეასის კუდის ცვლილებების, განივი კოლინჯის დაწყლულებული კიბოს, იშვიათად ნაღვლის ბუშტის დაავადებების დროს.

პანკრეასის მიდამოში (გულმკერდის მე-12 სეგმ.) ტკივილს იძლევა პანკრეასის დაავადებები.

მარჯვნივ ლავიწზედა სივრცეში ტკივილის გადაცემას იძლევა: საყლაპავი მილის დაავადებანი, სუბდიაფრაგმული აბსცესი, იშვიათად თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული, ღვიძლის აბსცესი. მარცხნივ ლავიწზედა სივრცეში ტკივილის გადაცემას იძლევა: დიაფრაგმის გუმბათის მარცხენა ნახევრის დაზიანება თიაქრით, ან კუჭის პერფორაციით, მარცხენა სუბდიაფრაგმული აბსცესი, ანასტომოზის შემდეგ მაღალი წყლული, ელენთის გახეთქა.

ტკივილი წელის არეში, რომელიც ირადიაციას იძლევა ან გადაინაცვლებს ქვემო მიმართულებით (გულმკერდის მე-10 სეგმ.) გვხვდება თირკმლის კენჭოვანი დაავადების, თირკმლის მენჯისა და შარდსაწვეთის გაუვალობის, რეტროპერიტონული სივრცის აბსცესის დროს. ტკივილი ჭიპის არეში ახასიათებს თორმეტგოჯა ნაწლავის ბოლო ნაწილის, მლიავი და თეძოს ნაწლავის შებერილობას.

მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში ან ეპიგასტრიუმის არეში ტკივილის გადანაცვლება ან ირადიაცია მარჯვენა თეძოს ფოსოდან აღინიშნება ბრმა ნაწლავის შებერილობის დროს.

ტკივილის მარცხენა ფერდქვეშა არედან მარცხენა თეძოს ფოსოში გადანაცვლება ან ირადიაცია ახასიათებს განივი კოლინჯის მარცხენა კუთხის შებერილობას.

ავადმყოფის გამოკვლევა

ანამნეზის შეკრება. მუცლის ღრუს ქირურგიული დაავადების დროს ძირითადად ვსარგებლობთ გამოკითხვისა და ობიექტური გამოკვლევის იმავე მეთოდებით, რომლებიც მიღებულია შინაგან სნეულებათა კლინიკაში. გარდა ამისა, დაემატება ზოგი თავისებური ხერხი. სწორი დიაგნოზის დასმისათვის უნდა გამოვიყენოთ ორი ძირითადი მეთოდი. ერთი მხრივ, გ ა მ ო კ ი თ ხ ვ ი თ გაეცნობით ავადმყოფის ჩივილებს, ტკივილის შეგრძნებას და თვითგრძნობას, ავადმყოფობის ისტორიას და ცხოვრების პირობებს, ზოგჯერ ახლობელთა და წინაპართა ჯანმრთელობის მდგომარეობას. მეორე მხრივ, საჭიროა ავადმყოფის ო ბ ი ე ქ ტ უ რ ი გ ა მ ო კ ვ ლ ე ვ ა ფიზიკური და სხვადასხვა სახის ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევის მეთოდების გამოყენებით.

გამოკითხვა მნიშვნელოვანი ხერხია, რომლითაც ექიმი ეცნობა ავადმყოფს. მუცლის ღრუს მრავალი ქირურგიული დაავადების დიაგნოზი შეიძლება დაისვას ძირითადად ავადმყოფის გამოკითხვის საფუძველზე. ამასთან, გამოკითხვით მიღებული მონაცემები ხშირად საშუალებას აძლევს ექიმს ავადმყოფის გამოკვლევის დასაწყისშივე გააკეთოს წინასწარი სწორი დიაგნოზური გააზრება, რაც საბოლოო დიაგნოზის დადგენამდე აუცილებლად ობიექტური გამოკვლევის მონაცემებით უნდა შემოწმდეს. გამოკითხვა ხშირად იძლევა დაავადების მიზეზის გარკვევის საშუალებას. აგრეთვე დიდ დახმარებას უწევს ექიმს სწორი წარმოდგენა იქონიოს დაავადების მიმდინარეობაზე. გამოკითხვა ეხება ავადმყოფის მოგონებებს დაავადების შესახებ, რასაც ანამნეზის შეკრებას ეძახიან (anamnesis ბერძნულად „მოგონებას“ ნიშნავს). დაავადების გადატანის შემდეგ შეგროვილ ცნობებს კატამნეზი ჰქვია.

ანამნეზის შეკრება, რომელიც ავადმყოფის გამოკვლევის პირველი ეტაპია, წარმოებს გარკვეული თანმიმდევრობით, დაავადების ამა თუ იმ მხარის გამოსაცნობად. დიდი მნიშვნელობა აქვს კითხვების სწორად და მოხერხებულად დასმას, რათა ავადმყოფი არ მოექცეს შთაგონების ქვეშ. ვითვალისწინებთ მხოლოდ იმ ცნობებს, რომლებიც გვეხმარება დაავადების გამოცნობაში. გამოკითხვის დროს ანგარიშგასაწევია ის, რომ ზოგიერთ ავადმყოფს არ შესწევს უნარი სწორად გადმოსცეს თავისი შეგრძნებები. ზოგი კი განზრახ აზვიადებს ავადმყოფურ მოვლენებს (აგრავაცია) ან მოგვითხრობს სინამდვილეში არარსებულ ტკივილებზე (სიმულაცია). ზოგჯერ ნერვული ავადმყოფი წინასწარი განზრახვის გარეშე იძლევა მთელი რიგი დაავადებების სიმულაციას, რაც ქირურგს დიდ საგონებელში აგდებს ოპერაციის საკითხის გადაწყვეტისას. გვხვდება აგრეთვე ე.წ. დისი-

მულაცია, როცა ავადმყოფი ოპერაციის შიშით მალავს დაავადების ამა თუ იმ ნიშანს.

ანამნეზის შეკრება განსაკუთრებით ძნელია მუცლის ღრუს ზოგიერთი სახის მწვავე ქირურგიული დაავადების დროს, როდესაც ავადმყოფს მძაფრი ტკივილის გამო ეძნელება ლაპარაკი. ასეთ შემთხვევაში ანამნეზი უნდა შეიკრიბოს დიდი მოთმინებით, ავადმყოფის შესაფერისი მდებარეობის დროს და ტკივილისაგან შედარებით თავისუფალ პერიოდში.

ზოგჯერ ასეთ შემთხვევაში (მძიმე შოკი, უგონო მდგომარეობა) ანამნეზი ან სხვა საჭირო ცნობები უნდა შეკრიბოთ ნათესავების, ან იმ პირთა დახმარებით, რომლებმაც ავადმყოფი მოიყვანეს.

ანამნეზის შეკრებისას უნდა ეეცადოთ ავადმყოფმა მეხსიერებაში აღადგინოს ცნობები თავისი დაავადების ისტორიიდან. ანამნეზის შეკრება იწყება ავადმყოფის ჩივილების გამოკითხვით დაავადების დაწყებისა და მისი განვითარების შესახებ. ავადმყოფის გამოკითხვა უმთავრესად ოთხი, ერთმანეთის მომდევნო ნაწილისაგან შედგება.

გამოკითხვის სქემა. I. ცნობები ავადმყოფის ვინაობის შესახებ. II. ავადმყოფობის ანამნეზი (anamnesis morbi): 1. ავადმყოფის ძირითადი ჩივილები, 2. დაავადების დასაწყისი და მისი შემდგომი განვითარება.

გამოკითხვისას უნდა გამოვთვალოთ დაავადების დაწყებიდან გასული დრო. მწვავე დაავადების შემთხვევაში, თუ დაავადების დაწყებიდან გასულია 2 დღეღამეზე ნაკლები დრო, იგი ზუსტად უნდა განვსაზღვროთ საათობით.

ტკივილის არსებობისას შეძლებისდაგვარად უნდა დავადგინოთ: ა) ტკივილის ლოკალიზაცია და ირადიაცია: ნაღვლის ბუშტის კენჭოვანი დაავადების დროს ტკივილი ლოკალიზდება მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, ხოლო ტკივილის ირადიაციას ადგილი აქვს მარჯვენა მხარსა და ბეჭში. მწვავე აპენდიციტის დროს ტკივილი უფრო ხშირად აღინიშნება ილეოცეკალურ მიდამოში, ირადიაცია კი—ეპიგასტრიუმის არეში. თირკმლის კენჭოვანი დაავადების დროს ტკივილი წელის შესაბამის მხარეზეა, ირადიაციას კი ადგილი აქვს შარდსაწვეთის, სათესლე ჯირკვლის ან სასირცხო ბაგეების მიდამოში. მწვავე პანკრეატიტის დროს მუცლის არეში არსებული ტკივილი ირადიაციას იძლევა წელის არეში ან სხვა მიმართულებით. ტკივილს ასევე ხშირად ვხვდებით წელის მიდამოში კუჭის პენეტრირებული წყლულისა და რეტროპერიტონული სიმსივნეების დროს; ბ) ტკივილის გაჩენის დრო: საჭმლის მიღებისთანავე ტკივილი (ლუკმის გულზე დადგომა) და ყლაპვის გაძნელება გვხვდება კარდიალური კიბოს დროს, საჭმლის მიღებიდან ნახევარი საათის შემდეგ—კუჭის წყლულის დროს, უზმოზე და ღამის ტკივილი თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულისთვისაა დამახასიათებელი; გ) ტკივილის ინტენსივობა და მისი ხასიათი: უეცრად დაწყებული ტკივილი დამახასიათებელია ღრუ ორგანოთა პერფორაციისათვის (კუჭის, ნაწლავის, ნაღვლის ბუშტისათვის); მუდმივი ხასიათის ტკივილი, თუ მისი ინტენსივობა თანდათან მატულობს, დამახასიათებელია ანთებითი პროცესისათვის (მაგალითად, მწვავე ქოლეცისტიტი, მწვავე აპენდიციტი); შეტევითი ხასიათის ტკივილი ნაწლავთა გაუვალობისა და კენჭოვანი დაავადებებისათვის (საერთოდ, როდესაც ადგილი აქვს სპაზმის მოვლე-

ნებს); დ) განმეორებითი და პერიოდული ტკივილი დამახასიათებელია კენჭოვანი და წყლულოვანი დაავადებისათვის. მოვლითი ტკივილი— ნაწლავთა გაუვალობისათვის.

ტკივილი მუცლის არეში, თავბრუ და ცნობიერების დაკარგვა შინაგანი სისხლდენის მაჩვენებელია (საშვილოსნოსგარე ორსულობა, საკვერცხის აპოპლექსია, პარენქიმული ორგანოების დაზიანება).

ტემპერატურის მომატებისას გარკვეულ უნდა იქნეს, ახლდა თუ არა მას ორგანიზმის ზოგადი რეაქცია (უძილობა, მადის დაკარგვა, თავის ტკივილი, შემცივნება, ოფლიანობა, ცნობიერების დაკარგვა).

შეძლებისდაგვარად უნდა დაზუსტდეს აგრეთვე გულ-სისხლძარღვთა (ტკივილი გულის არეში, ქოშინი, გულის ფრიალი, შეშუპება), სუნთქვის (ხველა, ნახველი და მისი რაოდენობა, სუნი, ფერი, სისხლი), კუჭ-ნაწლავის (გულისრევა, კუჭის წვა, პირღებინება, კუჭის მოქმედება) და შარდის გამომყოფ ორგანოთა ფუნქცია (ხშირი შარდვა, ტკივილი შარდვისას, სისხლიანი შარდი).

3. საჭიროა კლინიკაში შემოსვლამდე წინათ სტაციონარში ჩატარებული მკურნალობის შესახებ არსებული ცნობების დეტალური გაცნობა.

III. ცხოვრების ანამნეზი (anamnesis vitae) 1. გადატანილი დაავადებანი. 2. გადატანილი ოპერაცია, ჭრილობა ან სხვა ტრავმა.

შენიშვნა: ქალებში საჭიროა სასქესო სფეროს ფიზიოლოგიისა და პათოლოგიის აღნიშვნა.

გადატანილი ოპერაციის დროს საჭიროა გავარკვიოთ რამდენი ხნის წინათ, რატომ და რა სახის ოპერაცია გაუკეთდა, ნაოპერაციევი ჭრილობის შეხორცება, შედეგი.

გადატანილი ჭრილობისა და ტრავმის დროს საჭიროა გავარკვიოთ ტრავმის ხასიათი, მკურნალობის მეთოდი და ფუნქციის აღდგენა.

ოჯახის ანამნეზი: მასში შედის პროფესიისა და ყოფა-ცხოვრების შესახებ მოკლე ანამნეზური ცნობები, ცნობები ნარკოტიკების ხმარების შესახებ.

უნდა დავადგინოთ აგრეთვე ჰქონდა თუ არა ადგილი მწვავე ინფექციური სნეულებით დაავადებას (მაგალითად, ტიფი და სხვ.).

IV. მუცლის ღრუს ქირურგიული დაავადების დაწვრილებითი გამოკითხვა. მუცლის ღრუს გადაუდებელი ქირურგიული დახმარების დროს ავადმყოფის გამოკითხვა (და ისტორიის შედგენა) მარტივად უნდა წარმოებდეს. პოლიკლინიკური მიღების პირობებში, განსაკუთრებით როდესაც საქმე ეხება მწვავე ტრავმას (მუცლის ღია ან დახურული დაზიანება), ანამნეზი რამდენიმე მთავარი არსებითი საკითხით ამოიწურება.

საერთო გამოკვლევა. დათვალიერება. ობიექტური გამოკვლევის მეთოდებიდან ყველაზე მეტი პრაქტიკული მნიშვნელობისაა ის ხერხები, რომლებიც ხელმისაწვდომია ყველა ექიმისათვის, გამოსადეგია ყოველგვარ პირობებში და არ საჭიროებს განსაკუთრებული იარაღის გამოყენებას. ამ მხრივ პირველ რიგში აღსანიშნავია დათვალიერება, შეხება, გაზომვა, პერკუსია, პალპაცია და სხვა. გამოკვლევის ამ მეთოდებს ქირურგი სრულყოფილად უნდა ფლობდეს.

ახალგაზრდა დამწყები ქირურგი ყოველნაირად უნდა ცდილობდეს მაქსიმალურად ისარგებლოს თვალსაჩინო მონაცემებით, ავარჯიშებდეს მხედველობას,

რათა ავადმყოფის დათვალიერების დროს არ გამორჩეს პათოლოგიური ცვლილებების არც ერთი დეტალი და ამავე დროს შენიშნოს ისეთი ინდივიდუალურ-პათოლოგიური დეტალი, რომელიც შემდეგ დაეხმარება დაავადების გამოცნობაში. ამასთან. საჭიროა ექიმს ახსოვდეს ისიც, რომ ამ პირველმა, ზოგჯერ თითქოს დაავადების აშკარა ნიშანმა, არ უნდა ააჩქაროს დიაგნოზის დასმისას. ავადმყოფობის საბოლოო გამოკვლევამდე თავს ვიკავებთ დიაგნოზის დასმისაგან.

აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ საერთო დათვალიერებით მიღებული ზოგიერთი მონაცემი წარმოდგენას გვაძლევს ავადმყოფობის მდგომარეობაზე, მის ფსიქიკაზე, ზოგიერთ დაავადებაზე. აუცილებელია აღვნიშნოთ აგრეთვე სახის ფერი, გამომეტყველება. სუნთქვის ხასიათი და სხვა. ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა შეიძლება იყოს: ზედმიწევნით მძიმე, საშუალო სიმძიმის, დამაკმაყოფილებელი, კარგი, აგზნებული, განურჩეველი, ეიფორიული; ცნობიერება—შენახული, დაკარგული; მღებარეობა — აქტიური, პასიური, იძულებითი, მოსიარულე, მწოლიარე.

გათვალისწინებულ უნდა იქნეს აგრეთვე ტ ე მ პ ე რ ა ტ უ რ ა (რომლის გაზომვა ზოგჯერ საჭიროა სწორი ნაწლავიდან. ჯანმრთელს იღლიის ტემპერატურასთან შედარებით სწორ ნაწლავში ტემპერატურა 0,5° მეტი აქვს. პერიტონიტის დროს კი ეს სხვაობა 1°-ზე მეტია); პ უ ლ ს ი, მისი სიხშირე, რიტმი და ავსება (სუსტი ავსების და აჩქარებული პულსი გვხვდება მწვავე სისხლდენის, შოკის, დიფუზური პერიტონიტის დროს; ტემპერატურის 1°-ით მომატების დროს პულსის სიხშირე მატულობს 10-ით. ამ თანაფარდობის დარღვევას ადგილი აქვს პერიტონიტის, შოკისა და მწვავე ანემიის დროს); ს უ ნ თ ქ ვ ა, მისი სიხშირე, სიღრმე (აჩქარებული, ზერელე და გულმკერდის ტიპის სუნთქვა დამახასიათებელია პერიტონიტისათვის. ზერელე სუნთქვითი მოძრაობების გადასვლა ღრმა სუნთქვაში და მისი პერიოდული განმეორება გვხვდება აგონიის წინა პერიოდში) საჭიროა ვიცოდეთ აგრეთვე, რომ სუნთქვისა და პულსის სიხშირეს შორის თანაფარდობა ჯანმრთელში დაახლოებით უდრის 1:4, ე. ი. როცა სუნთქვის სიხშირე წუთში 18, პულსი 72 უდრის. ასეთივე შეფარდება რჩება მუცლის ღრუს ორგანოთა დაავადების დროს, მაშინ როცა გულმკერდის ღრუს ორგანოთა დაავადებისას ზოგჯერ იგი შემცირდება 1:2—1:3-მდე, ე. ი. როცა სუნთქვის სიხშირე წუთში 36, პულსი არა უმეტეს 72—30 უდრის.

გულის ფუნქციური მდგომარეობის განსაზღვრისათვის, განსაკუთრებით ოპერაციის წინ, შეიძლება ზოგიერთი მარტივი ცდის ჩატარება.

შ ტ ა ნ გ ე ს ც დ ა. ავადმყოფს წინადადება ეძლევა ღრმად შეისუნთქოს და შემდეგ შეაჩეროს სუნთქვა. გულის მუშაობა ითვლება საუცხოოდ, თუ ავადმყოფს შეუძლია სუნთქვის შეჩერება 60 წამის განმავლობაში; კარგად — თუ სუნთქვის შეჩერება შეუძლია 40 წამი; სუნთქვის შეჩერება 20 წამს ქვევით გულის ცუდი მუშაობის მაჩვენებელია. გულის სათანადო მკურნალობით შეიძლება ამ მაჩვენებლის გადიდება.

ს ა ბ რ ა ზ ე ს ც დ ა. ავადმყოფს წინადადება ეძლევა ღრმად ამოსუნთქვის შემდეგ შეაჩეროს სუნთქვა. გულის მუშაობა ითვლება კარგად, თუ ავადმყოფს სუნთქვის შეჩერება შეუძლია 40 წამი; სუნთქვის შეჩერება 20 წამზე ნაკლები ხნით გულის ცუდი მუშაობის მაჩვენებელია.

კ ა ც ე ნ შ ტ ე ი ნ ი ს ც დ ა. ამოწმებენ მწოლარე ავადმყოფის პულსს

სიხშირეს და მის ხარისხს, ამის შემდეგ ავადმყოფის ორივე ფეხს მუხლის სახსარში გამართულ მდგომარეობაში წევენ მაღლა, ვერტიკალურ მდგომარეობამდე და ასე იჭერენ ერთი წუთის განმავლობაში; შემდეგ ხელმეორედ ამოწმებენ პულსის სიხშირეს და მის ხარისხს. გულის მუშაობა ითვლება დამაკმაყოფილებლად, თუ პულსის გაიშვიათებასთან იმატებს მისი ავსება.

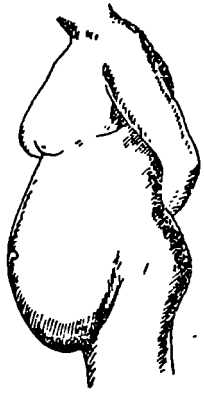
მ ა რ ტ ი ნ ე ს ს ა ხ ე შ ე ც ვ ლ ი ლ ი ც დ ა. ავადმყოფს აწვენენ და ერთი წუთის შემდეგ უთვლიან პულსს. შემდეგ ავადმყოფი დგება, განზიდავს ფეხებს და ბარძაყებზე დაყრდნობილი ხელებით აკეთებს სხეულის წინზნექს და გამართვას 10-ჯერ. პულსს ითვლიან განმეორებით. ამის შემდეგ ავადმყოფს ხელმეორედ აწვენენ და ერთი წუთის შემდეგ მესამედ ითვლიან პულსს. გულის მუშაობა ითვლება დამაკმაყოფილებლად, თუ მეორედ დათვლის შემდეგ პულსი 14—16-ით მეტია პირველთან შედარებით და მესამედ დათვლისას პულსის რიცხვი იქნება არაუმეტესი, ვიდრე პირველად.

სხეულის აგებულებიდან აღსანიშნავია — მაგარი, სუსტი, ზოგიერთი დეფორმაცია ან დეფექტი. ნაკვებობის ხარისხი—შენახული, ზომიერად გამხდარი, მკვეთრად განლეული. სტაციონარში საჭიროა ავადმყოფის დროგამოშვებით აწონა. წონის პროგრესული დაკლება ხშირად აღინიშნება ავთვისებიანი სიმსივნის დროს.

მუცლის გამოკვლევა

დ ა თ ვ ა ლ ი ე რ ე ბ ა გამოკვლევის პირველი მეთოდია. დათვალიერებისათვის საჭიროა თანაბარი განათება, უმჯობესია დღის სინათლე (დაავადებული მიდამო ყველაზე უკეთ უნდა იყოს განათებული). ხელოვნური განათების დროს ქსოვილების ვარდისფერის განსხვავება ყვითლისაგან და ლურჯისა მწვანისაგან შეუძლებელია, რის გამოც ძნელდება ანთებითი სიწითლისა ან სიყვითლის ამოცნობა. დათვალიერების დროს აღნუსხულ უნდა იქნეს ყველა დეტალი.

დათვალიერებით აღინიშნება: მუცლის ფორმა, რომელიც ძირითადად დამოკიდებულია სქესისა და კანქვეშა ცხიმის დაგროვებაზე; აგრეთვე მუცელი შებერილია თუ ჩავარდნილი, შებერილობა თანაბარია თუ არათანაბარი. მუცლის თანაბარზომიერი შებერილობა დამახასიათებელია პერიტონეუმის გაღიზიანების (ნაწლავების პარეზის ან დამბლის შედეგად), მუცლის ღრუში სითხის დაგროვებისა და ცხიმის დალაგების დროს.



სურ. 9. ჩამოკიდებული მუცელი.

არათანაბარზომიერი შებერილობა ახასიათებს გაუვალობას, შემოსაზღვრული—ჩირქგროვას, სიმსივნეს, ზოგჯერ ცისტას და სხვა, მუცლის ასიმეტრია—გადიდებულ ელენთას. ჩავარდნილი მუცელი—კახექსიას, პერფორაციული პერიტონიტის დასაწყისს კუნთების მკვეთრი დაჭიმულობის შედეგად და სხვა.

კუჭისა და ნაწლავების მკვეთრად დაშვების დროს (ენტერო- ან სპლანქნოფტოზი), დგომისას, ეპიგასტრიული მიდამო ჩავარდნილია, მუცლის ქვემო ნაწილი კი ძლიერ მკვეთრადაა გამობერილი და წინსაფარივით ჩამოკიდებული (venter propendens), განსაკუთრებით, თუ მუცლის არეში ცხიმის ჭარბი დაგროვებაც აღინიშნება (სურ. 9).

ასციტის დროს ავადმყოფის ზურგზე წოლისას მუცლის წინა კედელი ბრტყელდება შუა მიდამოში და ფართოვდება გვერდებისაკენ („ბაყაყის მუცელი").

აუცილებელია დავთვალიეროთ თიაქრის განვითარების არჩევითი ადგილები (შუახაზი, ჭიპისა და საზარდულის მიდამო). კანის დათვალიერებისას აღინიშნება ნაწიბური (ნაოპერაციები, ორსულობა), პიგმენტაცია და სხვა.

კარის ვენაში სისხლის მიმოქცევის დაბრკოლების დროს მუცელზე აღინიშნება გასწვრივი მიმართულებით მიმავალი დაკლაკნილი ზერელე ვენები, რომლებითაც სისხლი კარის ვენის სისტემიდან ღვიძლის გაუვლელად გადადის ზემო ღრუ ვენის სისტემაში. ქვემო ღრუ ვენაში სისხლის მიმოქცევის დაბრკოლების დროს ქვემო ეპიგასტრულ ვენებს შორის ზოგჯერ აღინიშნება გაგანიერებული ვენური ანასტომოზები. დათვალიერებისას უნდა გავითვალისწინოთ აგრეთვე პ ე რ ი ს ტ ა ლ ტ ი კ ა, რომელიც უკვე ჩანს მოშვებული მუცლის პრესის მქონე პირებში, ზოგჯერ გარკვეული დროის გავლის შემდეგ. დუნე, დიდი ოდენობის კოლბისებური პერისტალტიკა აღინიშნება პილორუსის სტენოზის დროს, ცოცხალი პერისტალტიკა ახასიათებს წვრილ ნაწლავებს (სურ. 10).

ნაწლავთა გაძლიერებული პერისტალტიკა ყურყურით და შეტევითი ხასიათის ტკივილით ნაწლავთა გაუვალობის მაჩვენებელია.

ა ქ ტ ი ურ მ ო ძ რ ა ო ბ ა ს ვიკვლევთ გაჭინთვასა და სუნთქვაში მუცლის წინა კედლის მონაწილეობით. ამ ნიშნის უკეთ გამოვლინებისათვის მივმართავთ მუცლის აქტიურ გაბერვას. ავადმყოფს წინადადება ეძლევა გაბეროს და შეწიოს მუცელი. პერიტონეუმის მწვავე ანთების დროს ავადმყოფს არ შეუძლია გადალახოს მუცლის კედლის დაჭიმულობა. პერიტონეუმს გარეშე მიმდინარე პროცესის დროს, რომელიც ზოგჯერ ყალბი მწვავე მუცლის ნიშნებს იძლევა (გულმკერდის ტრავმა, ნეკნების მოტეხილობა, პლევროპნევმონია, დიაფრაგმული პლევრიტი), კუნთთა დაჭიმულობის მიუხედავად, მუცლის გაბერვა და შეწევა შესაძლოა.

სურ. 10. ნაწლავთა გაძლერებული პერისტალტიკა.

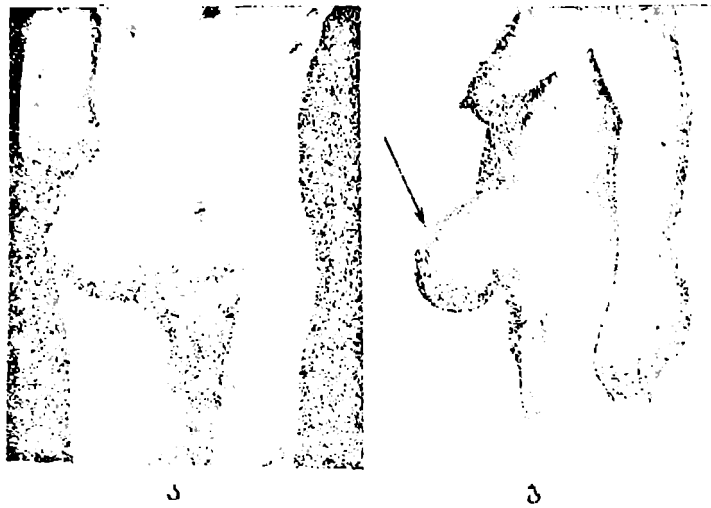
სუნთქვის დროს აშკარად მ ო ძ რ ა ო ბ ს ღვიძლის, ნაღვლისბუშტისა და ელენთის სიმსივნეები. კუჭისა და ნაწლავთა სიმსივნეები, რომლებიც შეზრდილი არ არის მუცლის წინა კედელთან, სუნთქვის დროს ან სრულიად არ მოძრაობს, ანდა მოძრაობს ძლიერ ღრმა ჩასუნთქვის დროს.

მუცლის ამა თუ იმ მიდამოს არანორმალური გამობერილობა დახველების, გაჭინთვის დროს, ან უიმისოდ, თიაქრის მაჩვენებელია (სურ. 11).

მუცლის სწორი კუნთების გათიშვას უკეთ აღმოვაჩენთ მწოლარე ავადმყოფის მცირედ აქტიური წამოწევისას მუცლის შუახაზზე გამობერილობის სახით, აგრეთვე იმ მიდამოში ხელის მტევნის კიდის მოთავსებით (სურ. 12).

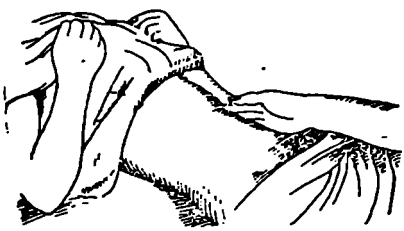
მუცლის ადგილობრივი გამოკვლევის დროს აუცილებელია დავიცვათ თანმიმდევრობის პრინციპი, რაც გამოკვლევის ფაქიზი ხერხის გამოყენებით იწყება. მუცლის გამოკვლევის სხვა წესებთან შედარებით პერკუსია ყველაზე ნაზი მეთოდია.

მუცლის კედლის პერკუსია (სურ. 13). პერკუსიით უნდა განვასხვავოთ ნორმალური ტიმპანიტი მაღალი ტიმპანიტისაგან და მცირე მოყრუება—მკაფიოდ გამოხატული მოყრუებისა და აბსოლუტური ყრუ ხმისაგან. პერ-

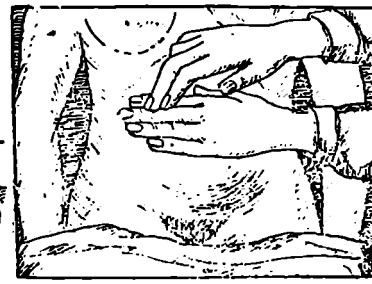


სურ. 11. მუცლის მიდამოს არანორმალური გამობერილობა: ა—ოპერაციის შემდგომი თიაქარი; ბ—ეპის თიაქარი.

კუსიით მიღებული **მტკივნეულობა** (მენდელის ნიშანი, 1903) პერიტონეუმის ადგილობრივი გაღიზიანების მაჩვენებელია. მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიულ დაავადებათა დროს პერკუსიით მიღებული მტკივნეულობით ზოგ-



სურ. 12. მუცლის სწორი კუნთების გათიშვის გამოკვლევა.



სურ. 13. მუცლის კედლის პერკუსია.

ჯერ შესაძლოა აღმოვაჩინოთ პერიტონეული მოვლენების სიჭარბე და განესაზღვროთ დაავადების სახე და ადგილი (მაგალითად, მწვავე აპენდიციტის, მწვავე ქოლეცისტიტის და სხვ.).

პერკუსიით ვიკვლევთ აგრეთვე ღვიძლის საზღვრებს. ნორმალურ მდგომარეობაში ღვიძლის მოყრუების ზემო საზღვრებია ლავიწის შუახაზზე (პარასტერნალური) VI ნეკნთაშუა სივრცე. იღლიის წინა ხაზზე—VII და იღლიის შუახაზზე—VIII ნეკნთაშუა სივრცე. ქვედა საზღვარი ლავიწის შუახაზზე ემთხვევა ნეკნთა რკალს. თუ პერკუსიის დროს ტიმპანიტი ნეკნთა რკალს აღწევს, მაშინ ეჭვი უნდა მივიტანოთ ღვიძლის ატროფიულ პროცესებსა ანდა ნაწლავთა გაბერვაზე.

შებერილი ნაწლავების ღვიძლზე მიფარების შედეგად ღვიძლის ქვემო საზღვრის პერკუსია VIII, IX და X ნეკნების შესაბამისად იძლევა ტიმპანურ ხმას. ნორმალურ მდგომარეობაში ღვიძლის აბსოლუტური მოყრუება აღინიშნება მხოლოდ VI—VIII ნეკნთაშუა სივრცეში, რომელიც კუჭის ან ნაწლავის პერფორაციის დროს შეიძლება გაქრეს კედელსა და ღვიძლის წინა ზედაპირს შორის ჰაერის დაგროვების (პნევმოპერიტონეუმის) შედეგად; პერიტონეუმის ღრუში ჰაერის დაგროვების აღმოჩენა ადვილია რენტგენოსკოპიით. ამ სიმპტომს განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს კუჭისა და ნაწლავის პერფორაციის ან დაზიანების (ჭრილობა) დროს.

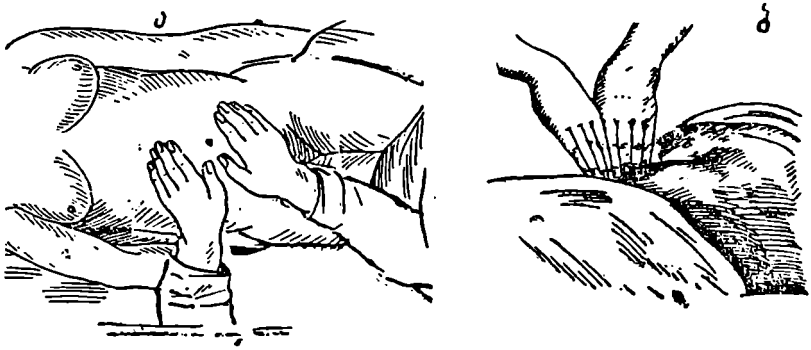
ელენთის პერკუსია უმჯობესია ვაწარმოოთ ავადმყოფის მარჯვენა გვერდზე ნახევრად წოლის დროს, რომ კუჭის შიგთავსმა არ შეცვალოს პერკუსია. ელენთის ზემო საზღვარი იღლიის შუახაზზე ნორმალურად აღწევს IX ნეკნის ზედა კიდემდე, ქვემო საზღვარი კი—XI ნეკნს.

მუცლის პერკუსია წარმოებს შუახაზზე მახვილისებური მორჩიდან ბოქვენამდე. შემდეგ წარმოებს მუცლის ორივე ნახევრის, აგრეთვე გვერდითი ნაწილების შედარებითი პერკუსია (უკანასკნელი გვეხმარება მუცლის ღრღში დაგროვილი სითხის აღმოჩენაში). ჩვეულებრივ, მუცლის გვერდით ნაწილებში ტიმპანიტი დაქვეითებულია, ამიტომ მნიშვნელობა აქვს მხოლოდ მკაფიოდ გამოხატული მოყრუებული ხმიანობის აღმოჩენას. მოყრუება შეიძლება მოგვცეს გადავსებულმა შარდის ბუშტმა, საშვილოსნოსა და მისი დანამატების სიმსივნემ, ორსულმა საშვილოსნომ და სხვ.

თავისუფალი სითხე (ასციტი) რომ შემოსაზღვრულისაგან (ტუბერკულოზური პერიტონიტი) განვასხვაოთ, ამისათვის შედარებითი პერკუსია უნდა ვაწარმოოთ ავადმყოფის ზურგსა და გვერდზე წოლისას, აგრეთვე ფეხზე დგომის დროს. ხმიანობის შეცვლა (მოყრუების ადგილას ტიმპანიტი) თავისუფალი სითხის არსებობაზე მიუთითებს. ავადმყოფის ფეხზე დგომის დროს უკეთ შეიძლება სითხის (დაახლოებით 500—1000 მლ-მდე) აღმოჩენა, ვიდრე წოლის დროს.

მუცლის ღრუს გამოკვლევის მეთოდებიდან პ ა ლ პ ა ც ი ა მეტად მნიშვნელოვანი მეთოდია. პალპაციით მივიღებთ ცნობებს კუნთთა დაჭიმულობის, სხვადასხვა ფორმის, სიდიდის, ზედაპირის ხასიათის, კონსისტენციის, ადგილობრივი ტემპერატურისა და მტკივნეულობის შესახებ. მუცლის ღრუს ორგანოთა პალპაცია წარმოებს ამოსუნთქვის მომენტში. მუცლის კედლის უკეთ მოდუნებისათვის ავადმყოფი უნდა დავაწვინოთ, თავი მოვუთავსოთ სხეულის დონეზე, ფეხები მოვუხაროთ მუხლის სახსარში და მცირედ განვზიდოთ შუახაზიდან. გამოკვლევა წარმოებს მარჯვენა მხრიდან, მჯდომარე მდგომარეობაში. პალპაციის წარმოება არ შეიძლება ცივი ხელებით; პალპაცია თანაბარზომიერი და შეძლებისდაგვარად უმტკივნეულო უნდა იყოს. პალპაცია საჭიროა ვაწარმოოთ გაშლილი მტევნით მუცლის წინა კედელზე მსუბუქი (ზერელე პალპაცია) ან შედარებით ძლიერი (ღრმა პალპაცია) ზეწოლით (სურ. 14).

ავადმყოფმა პალპაციის დროს მშვიდად და თანაბრად უნდა ისუნთქოს, არ წამოწიოს თავი და არ უკვირდებოდეს გამომკვლევის ხელებს. საორიენტაციო პალპაცია კეთდება ფრთხილად, მუცლის კედლის დაჭიმულობის აღმოსაჩენად. არჩევენ მუცლის კედლის დაჭიმულობის სხვადასხვა ხარისხს: უმნიშვნელო რეზისტენტობას, მკვეთრად გამოხატულ დაჭიმულობას და „ფიცარივით



სურ. 14. მუცლის კედლის პალპაცია: ა—როგორ უნდა გაკეთდეს ორიკე გაშლილი ხელით მუცლის კედლის პალპაცია კუნთთა დაჭიმულობისა და რეზისტენტობის აღმოჩენის მიზნით; ბ—როგორ არ უნდა გაკეთდეს მუცლის კედლის პალპაცია თითის წვერებით.

მუცელს“ ან „ქვასავით მუცელს“. პალპაციის დროს კუნთების უნებლიე დაჭიმვის მოსპობისათვის საჭიროა ავადმყოფის ყურადღების გაფანტვა საუბრით.

მუცლის კუნთების დაჭიმულობა წარმოდგენილი ჰქონდათ როგორც მარტო ვისცერალურ-მოტორული რეფლექსი, რომლის მექანიზმი შემდეგში მდგომარეობს: როგორც პერიტონეუმს შიგნით, ისე მის გარეთ მიმდინარე პროცესები წარმოადგენს რეფლექსთა წყაროს, რომლებიც გადაეცემა ზურგის ტვინის რკალს, რომელშიც სათანადო იმპულსი იწვევს არა მარტო მგრძნობიარე, არამედ მამოძრავებელი ცენტრის გაღიზიანებასაც, რის შედეგადაც ვითარდებოდა კუნთთა დაჭიმულობა.

შემდგომმა გამოკვლევებმა დაამტკიცა, რომ კუნთოვანი დაჭიმულობის რეფლექსური მოქმედება რეგულირდება თავის ტვინის ქერქით, რომლის რეაქტიულობაზეა დამოკიდებული კუნთოვანი დაჭიმულობა.

კ. ბ ი კ ო ვ ი ს თანამშრომლების აზრით, მუცლის კედლის დაჭიმულობა ხორციელდება რეფლექსის გზით ინტერორეცეპტორებიდან მუცლის კედლის კუნთებზე.

გასაგებია, რომ კუნთების დაჭიმულობა უფრო მეტად იქნება გამოხატული იმ შემთხვევაში, როდესაც სავსებით ჯანმრთელ პერიტონეუმში მოხვდება სითხის დიდი რაოდენობა, რომელიც გამოიწვევს მგრძნობიარე ნერვთა მექანიკურ და ქიმიურ გაღიზიანებას (მაგალითად, წყლულის პერფორაციის დროს).

მუცლის კედლის დაჭიმულობა პერიტონიტის უაღრესად მნიშვნელოვანი და ადრეული სიმპტომია.

საორიენტაციო პალპაციით ვიკვლევთ აგრეთვე მუცლის წინა კედლის მგრძნობელობას და თეთრი ხაზის მდგომარეობას. განსაკუთრებით ეპიგასტრიუმის არეში

(პრეპერიტონული ლიპომა, თიაქარი), შემდეგ ვაწარმოებთ ცალკეულ ორგანოთა პალპაციას.

ღ ვ ი ძ ლ ი ს პ ა ლ პ ა ც ი ი ს დროს ავადმყოფი წევს ზურგზე სხეულთან მოზიდული მხრებით. გამომკვლევი მარცხენა ხელს ათავსებს ავადმყოფის წელის მარჯვენა მხარეში და იჭერს უკანასკნელ ორ ნეკნს, ხოლო მარჯვენა ხელის მტევანს ათავსებს ნეკნთა რკალის ქვეშ და თითებით აწვება ამ მიდამოში. ავადმყოფს წინადადება ეძლევა ღრმად ისუნთქოს გულმკერდით (სურ. 15).

ჩასუნთქვის დროს ღვიძლის წინა კიდე ქვევით გადაინაცვლებს და თითების უკანასკნელ ფალანგთა ქვეშ თავსდება. ღვიძლის გამოკვლევისას უურადღება ექცევა მის მგრძნობელობას (მტკივნეულობას), კონსისტენციას, კიდის ფორმას, ნეკნთა რკალიდან გამოსვლის ოდენობას. მარჯვენა პლევრისა (დიდი ექსუდატი, პნეუმოთორაქსი) და დიაფრაგმის ზოგიერთი პროცესის დროს (სუბდიაფრაგმული აბსცესი) ღვიძლი ქვევით იწევს. ღვიძლის ქვედა კიდის მნიშვნელოვნად ქვევით დაწევას (გადიდებას) ადგილი აქვს აგრეთვე ღვიძლის მთელი რიგი პათოლოგიური პროცესების დროს (სიმსივნე, ექინოკოკი, აბსცესი), მუცლის ღრუში წნევის მომატების (ასციტი, მეტეორიზმი, სიმსივნეები) დროს კი იგი ზევით იწევს.

სურ. 15. ღვიძლის პალპაცია.

ნ ა ღ ვ ლ ი ს ბ უ შ ტ ი ს პ ა ლ პ ა ც ი ა შეიძლება მხოლოდ ნაღვლის ბუშტის მნიშვნელოვნად გადიდების დროს, ნეკნთა რკალისა და მუცლის მარჯვენა სწორი კუნთის გარეთა კიდის გადაკვეთის ადგილზე.

ნაღვლის სადინარის დახშობის დროს ბუშტი ისინჯება ელასტიკური, მსხლის ფორმის, მტკივნეული სიმსივნის სახით, მასზე თითებით ზეწოლისას ავადმყოფს უჭირს ღრმად შესუნთქვა (მერფის ნიშანი). გადიდებული ბუშტი სუნთქვის დროს მოძრაობს ღვიძლთან ერთად. ანთებითი შეხორცების დროს ბუშტის მოძრაობა შეზღუდულია.

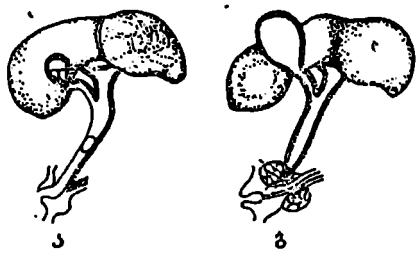
ნაღვლის საერთო სადინარის სიმსივნით (პანკრეასის თავის, ფატერის დვრილის) დახშვისას ნაღველი ავსებს და ჭიმავს სანაღვლე გზებს და ნაღვლის ბუშტს, რომელიც ისინჯება გადიდებული, რბილი, ელასტიკური კონსინსტენციის, მსხლის ფორმის, უმტკივნეულო და სუნთქვისას მოძრავი (კ უ რ ვ უ ა ზ ი ე ს დ ა დ ე ბ ი თ ი ს ი მ პ ტ ო მ ი). ამ დროს ავადმყოფს სიყვითლეც აქვს.

სულ სხვა სურათია ნაღვლის საერთო სადინარის კენჭებით დახშვის დროს. მართალია, ამ დროსაც ადგილი აქვს ნაღვლის შეგუბებას და საერთო სიყვითლეს, მაგრამ ნაღვლის ბუშტი არ იჭიმება, რადგან იგი ანთებითი პროცესის გამო, რაც მუდმივად ახასიათებს ნაღვლის კენჭოვან დაავადებას, სკლეროზულად შეცვლილი და დაპატარავებული, ნაკლებად მოძრავი და მტკივნეულია (კ უ რ ვ უ ა ზ ი ე ს უ ა რ ყ ო ფ ი თ ი ს ი მ პ ტ ო მ ი). (სურ. 16).

ე ლ ე ნ თ ი ს პ ა ლ პ ა ც ი ა წარმოებს მარცხენა ნეკნთა რკალის (სურ. 17) ქვეშ ღრმა სუნთქვის დროს ზურგზე და სანახევროდ მარჯვენა გვერდზე მწო-

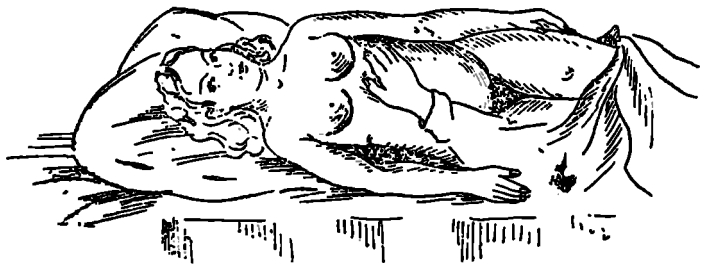
ლარე ავადმყოფზე. ელენთის გადიდების (სპლენომეგალია) დროს საჭიროა აღინიშნოს მისი საზღვრები, კონსისტენცია და მოძრაობის ხარისხი. ძლიერი დაშვების დროს ისინჯება ელენთის ზედა საზღვარიც.

მუცლის პალპაციის დროს მტკივნეულ ადგილს ვიკვლევთ ყველაზე ბოლოს. ასე მაგალითად, მარჯვენა თეძოს მიდამოში ტკივილის დროს (აპენდიციტი) ვიკვლევთ მარცხენა საზარდულის მიდამოს, შემდეგ—მარცხენა ფერდქვეშა, ეპიგასტრიუმის, მარჯვენა ფერდქვეშა და ჭიპის მიდამოს, ქალებში—დანამატების მიდამოს და მხოლოდ ამის შემდეგ—მარჯვენა თეძოს მიდამოს. პერიტონიტზე ექვის დროს უნდა გამოვიკვლიოთ ბლუმბერგის ნიშანი.



სურ. 16. კერვუაზიეს სიმპტომი: ა—უარყოფითი; ბ—დადებითი.

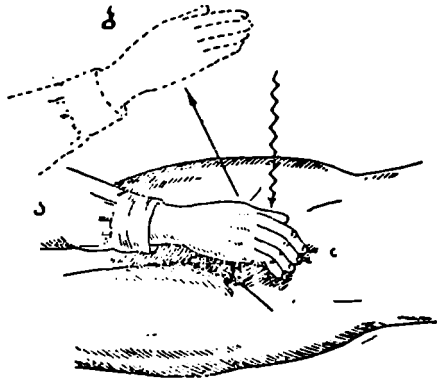
ბ ლ უ მ ბ ე რ გ ი ს ს ი მ პ ტ ო მ ი (მოაწოდა გერმანელმა გინეკოლოგმა ბლუმბერგმა 1907 წ. ამ სიმპტომს იყენებდა ოუსი გინეკოლოგი შჩოტკინი, თუმცა მან ამის შესახებ აზრი გამოთქვა 1908 წ. და ნაშრომი გამოაქვეყნა 1915 წ.). ეს სიმპტომი დამყარებულია რეაქციაზე, რომელიც გამოიწვევა მუცლის წინა კედლის გარკვეულ უბანზე თანდათანობით გაძლიერებული ზეწოლის შემდეგ ხელის სწრაფი აღებისას. პერიტონიტის დროს



სურ. 17. ელენთის პალპაცია.

ხელის სწრაფი მოცილებისას ტკივილი გაცილებით ძლიერია, ვიდრე ზეწოლისას (სურ. 18). იგი შედეგია მუცლის ღრუში წნევის სწრაფი შეცვლისა და ყოველგვარი გამღიზიანებლისადმი ძლიერ მგრძნობიარე ანთებითად შეცვლილი პერიტონეუმის მოულოდნელი მექანიკური გადანაცვლებისა. ეს სიმპტომი ხშირად აღინიშნება იქ, სადაც ისინჯება კუნთთა დაჭიმულობა; ორივე პერიტონიტის მაჩვენებელია. იმის გამო, რომ აშკარა პერიტონიტის დროს ბლუმბერგის სიმპტომი აღინიშნება, ძალიან ხშირად ბევრი ქირურგი პერიტონიტსა და ბლუმბერგის დადებით სიმპტომს შორის იგივეობის ნიშანს სვამს. გამოცდილი ქირურგიც ხშირად მუცლის ღრუს გამოკვლევას იწყებს და ამთავრებს

ამ სიმპტომით. დადებითი ნიშანი წყვეტს ოპერაციის საკითხს. უარყოფითი სიმპტომის დროს კი მკურნალობენ კონსერვატულად (იან ნელიუბოვიჩი). მართალია, ბლუმბერგის სიმპტომი პერიტონიტის ერთ-ერთი ნიშანია, რომლის საფუძველზე ყოველთვის შეიძლება საკითხის ვადაწყვეტა ოპერაციის სასარგებლოდ, მაგრამ, ამასთან, არ უნდა დავივიწყოთ ის მდგომარეობა, რომლის დროსაც ოპერაცია ნაჩვენებია, ბლუმბერგის ნიშანი კი უარყოფითია საერთოდ ან დაავადების დასაწყისში, როდესაც ოპერაცია ყველაზე უფრო ნაჩვენებია:



სურ. 18. ბლუმბერგის სიმპტომის სქემა: ა—ხელის მტევნის თანდათან მუცლისწინა ზედაპირზე ზეწოლა სუსტად მტკივნეულია; ბ—ხელის მტევნის სწრაფად აღება მკვეთრად მტკივნეულია.

ჭიანაწლავის რეტროცეკალური მდებარეობა, პერფორაციის წინ ან მის შემდეგ;

მუცლის ღრუში მწვავე სისხლდენა; ღვიძლით დაფარული მწვავე ქოლეცისტიტი, მწვავე ნეკროზული პანკრეატიტი, როდესაც ანთებითი ექსუდატი რეტროპერიტონულად გროვდება;

მწვავე ობტურაციული გაუვალობა და ზოგჯერ სტრანგულაციური გაუვალობის დასაწყისი;

თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის რეტროპერიტონულ სვრცეში პერფორაცია;

შარდის ბუშტის, სწორი ნაწლავისა და სხვ. რეტროპერიტონული დაზიანება;

ბლუმბერგის ნიშანი შეიძლება დადებითი იყოს დაავადების დროს, რომელიც არ საჭიროებს ოპერაციას; თირკმლის ჭვალი, დინამიკური (სპაზმური) გაუვალობა, ურემია, მოწამვლა, პნევმონია, პლევრიტი, სტენოკარდია და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მწვავე დაავადებანი, მალარია, დიაბეტი, ჰეპატიტი, რევმატიზმი (იან ნელიუბოვიჩით).

ამჟამად ამა თუ იმ ავადმყოფობის ამოსაცნობად მტკივნეული წერტილების გამოკვლევის მეთოდმა (მაგალითად, აპენდიციტის დროს) თითქმის დაკარგა თავისი მნიშვნელობა, რადგან მტკივნეულობა ზოგჯერ აღინიშნება ისეთ წერტილში, რომელიც სრულებით არ შეესაბამება დაავადებულ ორგანოს. გარდა ამისა, გამოკვლევის წარმოება უმჯობესია არა თითის წვერით, არამედ ხელისგულით და თითებით.

ყველაზე მეტი მტკივნეულობა როგორც პერკუსიით, ისე პალპაციით ძირითადად დაავადებული ორგანოს ადგილმდებარეობას შეესაბამება.

მუცლის წინა კედელზე მტკივნეული წერტილების ძებნა პერიტონეული მოვლენების, მუცლის კედლის დაჭიმულობისა და გავრცელებული მტკივნეულობის დროს სწორი არ არის.

მუცლის პალპაცია, თუ ავადმყოფის მდგომარეობა საშუალებას იძლევა, უნდა წარმოებდეს ავადმყოფის ზურგზე და გვერდზე წოლისას, ფეხზე დგომისას და წინ მოხრის დროს. საჭიროა აგრეთვე ორივე თეძოს ფოსოს მიდამოს ღრმა პალპაცია მათი ამოვსების ხარისხის განსაზღვრისა და ურთიერთშედარების მიზნით (პერიტონეუმის უკანა სივრცეში ჩამოწვეთილი აბსცესი, აბორტი, აპენდიკულარული ინფილტრატი და სხვ.).

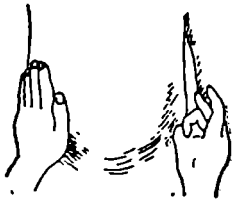
სიმსივნის პალპაციის დროს, სიდიდისა და კონსისტენციის განსაზღვრის გარდა, საჭიროა გამოვიკვლიოთ მისი პასიური მოძრაობა და ადგილმდებარეობა — პერიტონეუმის შიგნით არის იგი მოთავსებული, თუ გარეთ და გამოდის თუ არა მუცლის კედლიდან.

მუცლის კედლის სიმსივნის პალპაცია წარმოებს ავადმყოფის მცირედ აწეულ და იდაყვებზე დაყრდნობილ მდგომარეობაში. სიმსივნე შედარებით ზერელედ მდებარეობს, ნაკლებმოძრავია, ავადმყოფის წამოწევისას კუნთების შეკუმშვის გამო ცუდად ისინჯება, მაგრამ არ ქრება. რეტროპერიტონული სიმსივნე ღრმად მდებარეობს, ხშირად ფართო ფეხზე მუცლის კედლის კუნთების შეკუმშვისას (ავადმყოფის წინ წამოწევის დროს როგორც რეტრო, ისე ინტრაპერიტონული სიმსივნე) ქრება. პერიტონეუმის შიგნით სიმსივნეებიდან წვრილი ნაწლავისა და დიდი ბაჯექონის სიმსივნე გაცილებით მოძრავია, ვიდრე ბრმა ნაწლავისა და სიგმური კოლინჯის სიმსივნე.

მუცლის ღრუს სიმსივნეზე ეჭვის დროს უნდა გვახსოვდეს, რომ მსხვილ ნაწლავში ყოველდება განავალი, რომელიც მოძრავია და დაზელვისას ფორმას იცვლის.

ა უ ს კ უ ლ ტ ა ც ი ა. მუცლის ღრუს გამოკვლევისას მნიშვნელობა აქვს გაძლიერებული პერისტალტიკის დროს ყურყურის მოსმენას, რომელიც ზოგჯერ მოშორებითაც ისმის; სხვადასხვა ხმაურის გამო მას აქვს მეტალური ელფერი და დამახასიათებელია ნაწლავთა მწვავე გაუვალობისათვის (ი. ჯანელიძე), ზოგჯერ კი წვეთის ხმას (სკლიაროვსკი). პარეზის დროს, პირიქით, პერისტალტიკის შეწყვეტის გამო ადგილი აქვს სამარისებურ სიჩუმეს.

უ ნ დ უ ლ ა ც ი ა ს (იგი ფლუქტუაციის ერთ-ერთი სახეა და გამოიყენება სითხის საკმაო რაოდენობით დაგროვების დროს) ვიყენებთ მუცლის ღრუში თავისუფალი სითხის (ასციტი) არსებობის დასადგენად. ამისათვის მუცლის ერთ მხარეზე ვათავსებთ ხელისგულს, მოწინააღმდეგე მხარეზე კი მოხრილი თითებით ვაწარმოებთ დარტყმას (სურ. 19).

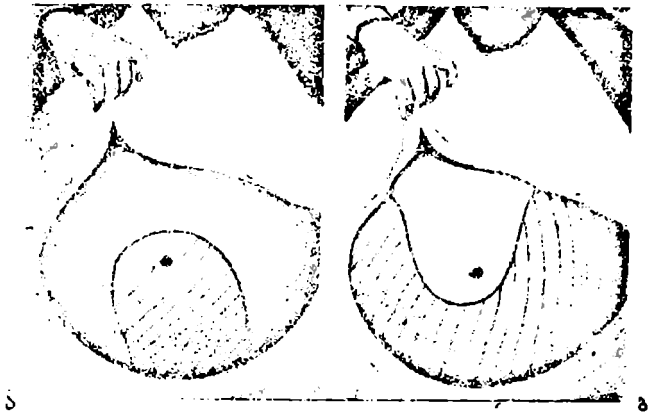


სურ. 19. უნდულაციის გამოკვლევა.

სითხის არსებობისას ტალღა ხელისგულს გადაეცემა. უნდულაციის უკეთ შემოწმებისათვის მუცლის კედლის შერხევა უნდა დავაბრკოლოთ. ამისათვის ორივე ნეკნის რკალზე თანაშემწე აწარმოებს ზეწოლას. ასციტური სითხის გარჩევა მეტად დიდი ცისტოზური სიმსივნისაგან ზოგჯერ ადვილი არაა.

ყოველგვარი „ასციტის“ დროს უნდა გვახსოვდეს ცისტოზური წარმონაქმის (საკვერცხის დიდი ცისტა, ექინოკოკის ან პანკრეასის ცისტა) შესახებ. მუცლის ღრუში სითხის არსებობის დროს ზოგჯერ ძნელია მისი ნამდვილი ბუნების

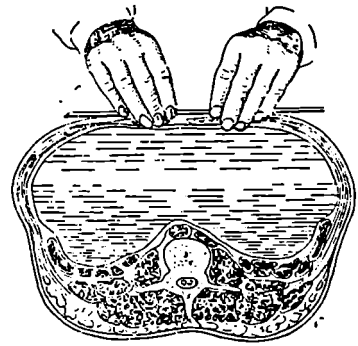
დადგენა. უნდა გვახსოვდეს, რომ საკვერცხის ცისტის დროს პერკუტორული მოყრუება აღინიშნება ჭიპის არეში და ბოქვენის ზევით (შარდის ბუშტის დაცლა არ უნდა დაგვავიწყდეს), ასციტის დროს, პირიქით, მოყრუებას ადგილი აქვს მუცლის ქვემო ნაწილებში ნახევარმთვარისებრად. ჭიპის არეში კი ტიმპანიტია გამოხატული (სურ. 20).



სურ. 20. დიფერენციული დიაგნოზი ასციტსა და საკვერცხის დიდ ცისტას შორის (პერკუტორული მოყრუების ზონა დაშტრიხულია): ა—საკვერცხის ცისტის დროს; ბ—ასციტის დროს.

საკვერცხის დიდი ცისტის ასციტური სითხისაგან გარჩევისათვის ბლიაქსლენდი ურჩევს სახაზაინის მოთავსებას მუცლის წინა ზედაპირზე თეძოს წინა ზედა წვეტთა ხაზზე და მასზე ზეწოლას ხერხემლის მიმართულებით. საკვერცხის ცისტის დროს შეიგრძნობა აორტის პულსაცია (სურ. 20ა).

ასციტური სითხის ცისტოზური სითხისაგან განსასხვავებლად სარგებლობენ აგრეთვე უნდულაციის მეთოდის სახეცვლილებით. ავადმყოფი მჯდომარე მდგომარეობაშია. გამომკვლევი ერთი ხელისგულით მჭიდროდ აწვება მუცლის წინა კედელს ჭიპის ქვემოთ, მეორე ხელის კიდით აწარმოებს ბიძგს ხერხემლის მიდამოში წელის I—II მალის დონეზე. ასციტის დროს ბიძგი გადაეცემა, ცისტის დროს კი არა.



სურ. 20ა. დიფერენციული დიაგნოზი ასციტსა და საკვერცხის ცისტას შორის, რომელიც თითქმის მთელ მუცლის ღრუს იჭერს. საკვერცხის ცისტის დროს აორტის პულსაცია გადაეცემა სახაზავს და თითებს.

მუცლის გარშემოწერილობის გაზომვა საჭიროა სითხის არსებობის დროს მუცლის მოცულობის გადიდებასა ან შემცირებაზე დაკვირვების მიზნით.

გაზომვას მივმართავთ აგრეთვე მუცლის ღრუს გადიდებული ორგანოების (ღვიძლი, ელენთა და სხვ.), ზოგჯერ აპენდიკულარული ინფილტრაციის დროს და სხვა.

სასურველია ქირურგმა იცოდეს თავისი საჩვენებელი თითის, ხელისგულისა და თითის სიგანე, რათა საჭირო შემთხვევაში მიახლოებით წარმოდგენა მაინც იქონიოს დაზიანებული მიდამოს ზომისა, ნოპერაციევი განაკვეთის სიგრძისა და სხვათა შესახებ.

მსხვილი ნაწლავის გ ა ბ ე რ ვ ა ს (ინსუფლაცია) ზოგჯერ მიმართავენ სიმსივნის ლოკალიზაციის გამოკვლევისათვის. ამისათვის ზურგზე მწოლარე ავადმყოფს სწორ ნაწლავში 8 —10 სმ სიღრმეზე უთავსებენ გაზგამტარ მილს და შემდეგ რეზინის ბალონით შეჰყავთ ჰაერი. ტკივილის შეგრძნებისას გაბერვა უნდა შეწყდეს. თირკმლიდან ან გენიტალიიდან გამოსული სიმსივნე გაბერვის შემდეგ ქრება. ღვიძლის, ნაღვლის ბუშტის და მსხვილი ნაწლავის წინა კედლის სიმსივნე კი უფრო რელიეფური ხდება. გადიდებული ელენთა ქვეევთ სწევს კოლინჯის ელენთის კუთხეს.

მ უ ც ლ ი ს ღ რ უ ს პ უ ნ ქ ც ი ა (პარაცენტეზი) კეთდება დიაგნოზური და სამკურნალო მიზნით. გულის, ღვიძლის, თირკმლების დაავადების, მუცლის ღრუს ორგანოთა ავთვისებიანი სიმსივნეების, ტუბერკულოზური პერიტონიტის ექსუდაციური ფორმისა და სხვა დროს. პუნქციის წინ აუცილებელია ავადმყოფმა მოშარდოს (სავსე შარდის ბუშტი შეიძლება დაზიანდეს). გარდა ამისა, იშვიათად, მაგრამ ზოგჯერ გამოუცდელმა ექიმმა გადავსებული შარდის ბუშტი შეიძლება შეცდომით მიიჩნიოს ასციტად (ძლიერ გადავსებული შარდის ბუშტი ზოგჯერ ჭიპის ზევით ვრცელდება, მაგრამ მას სამკუთხედის ფორმა აქვს. გასინჯვით ადვილია მისი გარჩევა ასციტისაგან).

პუნქცია წინააღმდეგნაჩვენებია ექინოკოკის ცისტაზე ეჭვის დროს, ექინოკოკის კაუჭების სისხლში მოხვედრის ან მუცლის ღრუში დისემინაციის საშიშროების გამო.

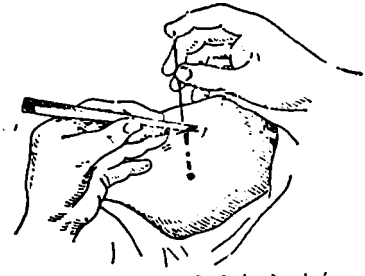
პუნქცია კეთდება ავადმყოფის მჯდომარე მდგომარეობაში ადგილობრივი ანესთეზიით. პუნქცია უმჯობესია შუახაზზე ჭიპსა და ბოქვენს შორის ან ჭიპსა და მარცხენა თეძოს ძვლის წინა ზემო წვეტს შორის შემაერთ ხაზზე (ჭიპწვეტის ხაზზე) შუა ადგილას (მონროს წერტილი), არაზუსტი ჩხვლეტისას ადვილი შესაძლოა ქვემო ეპიგასტრიული არტერიის დაზიანება მუცლის ღრუში სისხლდენით. სჯობს კანის წინასწარ 1 სმ სიგრძეზე გაჭრა, თმის გაპარსვისა და კანის წინასწარ სპირტით და იოდით მომზადების და ანესთეზიის შემდეგ ასეპტიკის წესების დაცვით. პუნქტატს იკვლევენ ბაქტერიოლოგიურად და ციტოლოგიურად. აწარმოებენ აგრეთვე ხვედრითი წონისა და ცილის განსაზღვრას. 1018 ნაკლები ხვედრითი წონა და 2,5% ნაკლები ცილა დამახასიათებელია ტრანსუდატისათვის, ცილის არსებობა— ექსუდატისათვის, ჰემორაგიული გამონადენი — ავთვისებიანი სიმსივნისათვის.

პ უ ნ ქ ც ი ა კეთდება ღვიძლისა და ელენთის. ღვიძლის პუნქციას მივმართავთ ამებური აბსცესის დროს X—XI ნეკნთა შუა სივრცეში (ან ყველაზე მტკივნეულ წერტილში) შუა აქსილარულ ხაზზე (წინასწარ მორფიუმის გაკეთებისა და ადგილობრივი ანესთეზიის შემდეგ). ღვიძლის პუნქცია გამოიყენება ციტოდიაგნოსტიკისათვის (იგი ზოგჯერ კეთდება ლაპაროსკოპიის დროს).

ელენთის პუნქციით აღებული პუნქტატით შესაძლოა სისხლის ზოგიერთი

დაავადების ამოცნობა. ამ ორგანოთა ექინოკოკის დროს პუნქციის წარმოება არ შეიძლება.

ზ ო ნ დ ი რ ე ბ ა ს ვაწარმოებთ ძალდატანების გარეშე ლითონის ფოლაქისებური ზონდით ხერელმილის სიგრძის დაზუსტებისათვის (სურ. 21). ზონდირებით ვსაზღვრავთ ხერელმილის სიგრძეს, მის მიმართულებას და ზოგჯერ ფსკერის ბასიათს (უცხო სხეული და სხვ.).



სურ. 21. მტევნის ნდგბარეობა ხერელმილის ზონდირებისას და შეუვანილი ზონდით სიღრმის განსაზღვრა.

ზონდირებას მივმართავთ ყითასა და სწორი ნაწლავის, იშვიათად ნაწლავთა ჩამოყალიბებული ხერელმილის დროს.

დაუშვებელია ახალი ჭრილობის ზონდირება ინფექციის შეტანის საშიშროების გამო.

რენტგენოლოგიური გამოკვლევა

მ უ ც ლ ი ს ღ რ უ ს რ ე ნ ტ გ ე ნ ო ლ ო გ ი უ რ ი გ ა მ ო კ ვ ლ ე ვ ა შეიძლება ბარიუმის ფაფის გარეშე პნეუმოპერიტონეუმის აღმოჩენის მიზნით კუჭისა და ნაწლავების პერფორაციის ან ჭრილობის დროს. მარცხენა გვერდზე წოლისას ჰაერი აღინიშნება ღვიძლსა და დიაფრაგმას შორის, ზურგზე წოლისას კი — ღვიძლსა და მუცლის კედელს შორის, ნაწლავთა გაუვალობისას აირის დაგროვების შედეგად აღინიშნება ჰორიზონტალური დონეები (კლობერის ფიალები). მწვავე პანკრეატიტის დროს გაბერილია გარდიგარდმო კოლინჯი. ზოგჯერ იგი ეშლებათ პნეუმოპერიტონეუმში და მწვავე ჩირქოვანი პანკრეატიტის დიაგნოზის მაგიერ პერფორაციის დიაგნოზი ისმება. გარჩევაში რენტგენოლოგს შეიძლება დეხმაროს პანკრეატიტის დროს დიაფრაგმის მარცხენა გუმბათის მოძრაობის შეზღუდვა და ჭიპს ზევით ინტენსიური ჩრდილის არსებობა. სუბდიაფრაგმული აბსცესის დროს აირის ბუშტი ჰორიზონტალურად მდებარეობს დიაფრაგმასა და ღვიძლს შორის. ნაწლავთა ცისტოზური პნევმატოზის დროს ღვიძლსა და დიაფრაგმას შორის ავადმყოფის ვერტიკალური მდგომარეობისას ზოგჯერ აღინიშნება ნახევარმთვარისებური გამჭვირვალე ნათელი ზოლი, რომელიც ჰორიზონტალური მდებარეობისას ქრება (მოროს ნიშანი).

კუჭ-ნაწლავის გამოკვლევაში განსაკუთრებული მნიშვნელობისაა საკონტრასტო ფაფით რენტგენოლოგიური გამოკვლევა.

კუჭის რენტგენოლოგიური გამოკვლევით (ზოგჯერ პნევმორელიეფური) აღინიშნება ლორწოვანის ნაოჭებზე მრავლობითი მარცვლისებრი ან მომრგვალო დეფექტები (პოლიპოზური გასტრიტი). ნაოჭების გასქელება, პერისტალტიკის გაწყვეტა, ნიშა, დეფორმაცია (ლოკოკინისებური, სილის საათისებური), კუჭის ფიქსაცია (ხშირად წყლულის დროს). პერისტალტიკის შესუსტება, გაძლიერება, კონტრასტის ხანგრძლივად კუჭში დარჩენა (მოტორული ფუნქციის მოშლის დროს პილორუსის შევიწროებისას), ავსების დეფექტი, დიდი დიამეტრის ნიშა (კიბოს დროს), ანტიპერისტალტიკა (დაბრკოლების დროს), ცოცხალი პერისტალტიკა (ხშირია თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დროს).

ხელოვნური პნევმოპერიტონეუმის ფონზე კუჭის კონტრასტული გაშუქება

საშუალებას იძლევა გავიგოთ ჩაზრდილია თუ არა კუჭი მეზობელ ორგანოებთან. თორმეტგოჯა ნაწლავის ბოლქვის დეფორმაცია, ნიშა, სანათურის შევიწროება აღინიშნება წყლულის დროს. ნაწლავის მედიალურ მხარეზე მომრგვალო ფორმის დამატებითი ჩრდილი დივერტიკულის მაჩვენებელია. ზოგჯერ მომცრო ნიშა განიერი ნიშის გაგრძელებას წარმოადგენს, რაც შეღწეული წყლულის დროს გვხვდება. თორმეტგოჯა ნაწლავში ავსების დეფექტი (სიმსივნე) იშვიათია.

რენტგენოლოგიური გამოკვლევით კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში უცხო სხეულების აღმოჩენა (რომლებიც რენტგენის სხივებს აჩერებს) ადვილია: სხვა შემთხვევაში საკონტრასტო მასა უცხო სხეულზე შემოვლებით იძლევა მის გამოსახულებას (ბეძოარი და სხვა). ნაწლავის გამოკვლევისას ზოგჯერ აღგილი აქვს რელიეფის შეცვლას, შევიწროებას, დეფორმაციას, ავსების დეფექტს.

თირკმლის ჭვალის ან სანაღვლე გზების დაავადების (ანთება, გაუვალობა) დროს მიმოხილვით რენტგენოგრამაზე ზოგჯერ ჩანს კენჭის ჩრდილი (თირკმელში, სანაღვლე გზებში).

ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების უკონტრასტოდ რენტგენოგრაფია ნაღვლის ბუშტის კენჭებს გამოავლენს შემთხვევათა 15—20%-ში (ა. კვალიაშვილი); თუ კენჭები კალციუმის მარილებითაა მდიდარი, რენტგენოგრამაზე შეიძლება გამოჩნდეს პეტრიფიცირებული ნაღვლის ბუშტი.

კონტრასტული ქოლეცისტოგრაფია ორგვარია: პერორალური და ინტრავენური. გარკვეული წესით პერორალურად ბილიტრასტის მიღება ნაღვლის ბუშტის გამოსახულებას იძლევა 60%-ში. კვერცხის გულის მიცემა და განმეორებითი ქოლეცისტოგრაფია ბუშტის შეკუმშვის უნარს გამოავლენს. ნაღვლის ბუშტის ჩრდილი არ აღინიშნება სადინარის სპაზმის, კენჭებით დახშობის, აგრეთვე ნაწლავებიდან იოდის ცუდად შეწოვის ან ღვიძლის ფუნქციის უკმარისობის დროს.

ინტრავენური ქოლეცისტოგრაფიისათვის უფრო ხშირად გამოიყენება ბილიგნოსტი. პრეპარატის ხმარების წინ საჭიროა ავადმყოფის მგრძნობელობის შემოწმება იოდისადმი.

ქოლანგიოგრაფია კეთდება ოპერაციის დროსაც ლაპაროტომიის შემდეგ. ქოლეცისტექტომიის წინ ნაღვლის საერთო სადინარიდან წინასწარ შპრიცით ნაღვლის ამოღების შემდეგ მასში შეჰყავთ 37°-მდე შემთბარი 70% კარდიოტრასტის 20 მლ. რენტგენოგრაფიას აწარმოებენ საკონტრასტო ნივთიერების შეყვანისთანავე.

სუბოპერაციული ქოლანგიოგრაფია საშუალებას იძლევა კენჭის, სიმსივნის, სტრიქტურის დროულად გარკვევისა, რათა თავიდან იქნეს აცდენილი ოპერაციისშემდგომი ცრუ რეციდივის შემთხვევები.

რენტგენოგრაფია დიდ დახმარებას გვიწევს აგრეთვე სისხლძარღვთა მდგომარეობის დასადგენად. ვაზოგრაფია (ღვიძლისათვის ჭიპის ვენიდან), სპლენოპორტოგრაფია (ელენთაში საკონტრასტო ნივთიერების შეყვანით) და სხვა.

პნევმოპერიტონეოგრაფია. იგი მუცლის ღრუში 800 სმ³ ჰაერის (ჟანგბადის) შეყვანის შემდეგ რენტგენოგრაფიაში მდგომბრეობს. კეთდება დიაფრაგმული თიაქრის, ღვიძლის სიმსივნის, შეხორცებების და სხვ. დროს.

რეტროპერიტონული პნევმოგრაფია. ბავის ძვლის წინ 4 — 5 სმ სიღრმეზე (გვერდზე მწოლ ავადმყოფზე მუცლისაკენ მოხრილი ფეხებით ან მუხლ-იდაყვზე მდებარეობის დროს) ნელა შეჰყავთ 400—1000 სმ³ აირი და

აწარმოებენ რენტგენოგრაფიას. იგი გამოიყენება მუცლის ღრუს სიმსივნეების რეტროპერიტონული სიმსივნეებისაგან გარჩევისას.

ინსტრუმენტებით გამოკვლევა: ენდოსკოპია (ლორწოვან ან სეროზულ ღრუებში სპეციალური განათებული ოპტიკური მილის შეყვანით), პერიტონეოსკოპია, გასტროსკოპია, რექტორომანოსკოპია ზოგჯერ გამოიყენება მუცლის ღრუს ორგანოთა ქირურგიული დაავადებების დროს.

პერიტონეოსკოპია (ვენტროსკოპია, ლაპაროსკოპია, აბდომინოსკოპია). პერიტონეუმის ღრუში წინასწარ ჟანგბადის შეყვანის (პნევმოპერიტონეუმი) შემდეგ გამოიყენება ღვიძლის გადიდების ან ასციტის (წინასწარ სითხის გამოშვება) დროს. წინააღმდეგნაჩვენებია შეხორცებების შემთხვევაში.

ლაპაროსკოპიამდე 30 წუთით ადრე კანქვეშ კეთდება მორფიუმი (1%—1 მლ) და ატროპინი (0,1%—1 მლ). მუცლის კედელი მზადდება ჩვეულებრივ. ორ ადგილას (პნევმოპერიტონეუმისა და ტროკარ-ლაპაროსკოპის შესაყვანად) კეთდება ანესთეზია. პნევმოპერიტონეუმისათვის ამჯობინებენ პუნქციას მარცხენა თეძოს ფოსოში. ტროკარი ლაპაროსკოპი შეჰყავთ შუახაზიდან მარცხნივ ჰიპს ზევით ან ქვევით (იგი შეიძლება შეყვანილ იქნეს სასურველ ადგილას). როცა ლაპაროსკოპი მუცლის ღრუშია, ყველა მანიპულაცია ტარდება კონტროლით, რაც გამორიცხავს დაზიანების საშიშროებას. გამოკვლევის დამთავრების შემდეგ აცილებენ განათებისა და ოპტიკურ მოწყობილობას და პნევმოპერიტონეუმისათვის განკუთვნილ მოწყობილობას, ხოლო დატოვებული ტუბუსიდან გამოუშვებენ ჰაერს.

ლაპაროსკოპიას იყენებენ სიყვითლის მიზეზის დასადგენად, პორტალური ჰიპერტენზიის დროს, ქრონიკული ქოლეცისტიტის, კუჭის, ღვიძლის, სანაღვლე გზების სიმსივნეზე ეჭვის დროს და სხვა. ლაპაროსკოპიით ზოგჯერ აწარმოებენ ჰეპატოქოლანგიოგრაფიას და ქოლეცისტოქოლანგიოგრაფიას, აგრეთვე სპლენოპორტოგრაფიას და სპლენომანომეტრიას ლაპაროსკოპიის კონტროლით (ვ. ვინოგრადოვი, ბ. გაისინსკი).

გასტროსკოპია. კეთდება უზმოზე, ანესთეზიამდე ნახევარი საათით ადრე კანქვეშ შეჰყავთ 1% პანტაპონის 1 მლ და 0,1% ატროპინი 1 მლ. შემდეგ 3% დიკაინის ხსნარს წაუსვამენ ენაზე, სასის რკალებზე, რბილსასაზე, ხახის გვერდით და უკანა ზედაპირებზე საყლაპავის შესავალს და მის დასაწყის ნაწილს. კუჭიდან შიგთავსის ზონდით ამოქაჩვის შემდეგ მარცხენა გვერდზე მწოლარე ავადმყოფს უტარებენ გასტროსკოპიას. გასტროსკოპის უკეთ შეყვანისა და კუჭის ლორწოვანის გასწორებისათვის აწარმოებენ კუჭის გაბერვას ჰაერით.

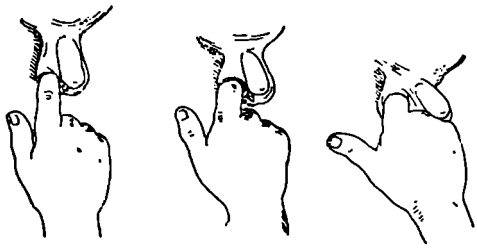
რექტო (რომანო) სკოპიის შესახებ იხილეთ ქვემოთ (გვ. 34—35).

საზარდულ-სათესლე პარკის მიდამოს გამოკვლევა. საზარდულ-სათესლე პარკის მიდამო შედარების მიზნით გამოკვლეულ უნდა იქნეს ორივე მხარეს. ვამოწმებთ ჩამოსულია თუ არა პარკში ორივე სათესლე ჯირკვალი, თუ იგი შეჩერებულია ერთ ან ორივე მხარეს საზარდულის, ან მუცლის მიდამოში.

საზარდულის გარეთა რგოლის გამოკვლევისათვის (სურ. 22) საჭიროა საჩვენებელი თითით სათესლე პარკის ანაოჭება და ბოქვენის ბორცვს ზევით თითის წვერის გაყოლება საზარდულის არხის მიმართულებით და უკან, რათა თითი მოხვდეს საკმაოდ მკვრივ აპონევროზულ რგოლს. უნდა შემოწმდეს ხველითი ბიძგი და საზარდულის რგოლის განი, თუ რამდენ თითს ატარებს იგი. ნორმალურად საზარდულის გარეთა რგოლში თავსდება თითის წვერი. თიაქრისაგან გარჩევისათვის საჭიროა შემოწმდეს სათესლე ჯირკვალი და მისი დანამატები. სიმ-

სივნის დროს ჯირკვალი მკვრივი, ხორკლიანი და ნაკლებ მტკივნეულია. დანამატის გადიდება და ეტკივნეულობა ახასიათებს ანთებას (გონორეა, ტუბერკულოზი).

სათესლე ვენების გაგანიერების დროს (varicocellae) სათესლე პარკის ზემო ორ მესამედში, ხშირად მარცხნივ, შეიძლება ენახოთ დაკლაკნილი ზონრები. **სათესლე ჯირკვლის წყალმანკის** (hydrocellae testis) დროს სათესლე პარკის ერთი ნახევარი გადიდებულია, კანი დაჭიმულია და ზოგჯერ ბრწყინავს კიდეც. ასეთ შემთხვევაში სასქესო ასო თითქმის დაპატარავებულია და გადანაცვლებულია მოწინაალმდეგე მხარეზე. ორმხრივი წყალმანკის დროს სასქესო ასო კანის ნაოჭშია დამალული. სათესლე ბაგირაკის წყალმანკის (funiculocellae) დროს საზარდულის კანქვეშა რგოლის მიდამოდან გამოდის მოგრძო ელასტიკური წარმონაქმნი, რომელიც სათესლე პარკისაკენ გრძელდება, აღინიშნება ფლუქტუაცია. იგი ზეწოლისას არ ქრება და მუცლის ღრუში არ სწორდება. გაერთიანებული წყალმანკის (hydrocellae communicans) დროს, რადგან საკუთარი ბუდობრივი გარსი დახშული არაა, წოლისას სითხე პერიტონეუმის ღრუში გადადის და წყალმანკი ქრება. ფეხზე დგომისას კი, პირიქით, იგი კვლავ ჩნდება. თიაქართან ერთად, ზოგჯერ ადგილი აქვს წყალმანკსაც (hydrocellae hernialis).



სურ. 22. საზარდულის არხის გარეთა რგოლის გამოკვლევა.

სწორი ნაწლავის გამოკვლევას მნიშვნელობა აქვს როგორც ამ ორგანოს, ისე მუცლის ზოგიერთი დაავადების გამოცნობაში.

სწორი ნაწლავის გამოკვლევა ხდება **დათვალიერებით, თითით, სწორი ნაწლავის სარკით, ანუსკოპით, რექტოსკოპით, ფისტულოგრაფიით და რენტგენით.**

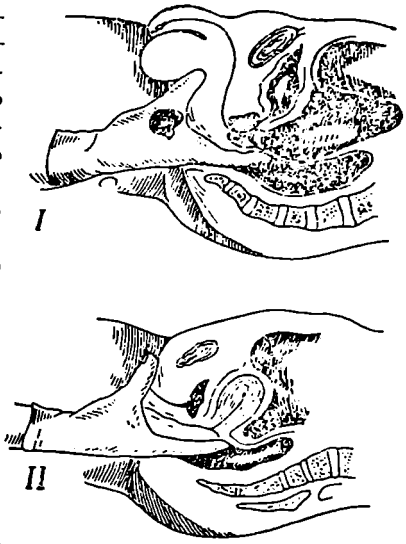
ყითას მიდამოს დათვალიერებისათვის ავადმყოფს ვაწვენთ გვერდზე, ან ვაძლევთ მუხლ-იდაყვზე მდებარეობას, ზოგჯერ ჩაცუცქულს; საჭიროა დუნდულოების გადაწევა და გაჭინთვა. ყითას მიდამო პირობითად დაყოფილია ოთხ სექტორად: წინა მარჯვენა და წინა მარცხენა, უკანა მარჯვენა და უკანა მარცხენა. ყითას მიდამო პირობითად შეიძლება შევადაროთ აგრეთვე საათის ციფერბლატს ისე, რომ წინა ნაკერი შეესაბამებოდეს 12-ს, უკანა კი—6-ს, რათა უკეთ გამოვხატოთ პათოლოგიური პროცესის ადგილმდებარეობა.

დათვალიერებით შეიძლება აღმოვაჩინოთ ბუასილის, ანუ ჰემოროიდული კვანძები, ანთებითი შესივება (პარაპროქტიტი), ნახეთქები, მახვილწვერიანი ან ბრტყელი კონდილომები, ყითასა და სწორი ნაწლავის ხვრელმილები, სწორი ნაწლავის გამოვარდნა, ზოგჯერ ანალური კიბო, აქტინომიკოზი და სხვა.

დათვალიერებით ვამოწმებთ აქტიურ მოძრაობას ჩაცუცქულ მდგომარეობაში ავადმყოფის **გაჭინთვისას**. ამ დროს უკეთ ჩანს შიგნითა (და მით

უფრო გარეთა) ჰემოროიდული კვანძები, ნახეთქები, მოძრავი პოლიპი და სწორი ნაწლავის გამოვარდნა.

სწორ ნაწლავზე ყოველგვარი ჩივილების დროს, განსაკუთრებით სიმსივნის ადრეული ამოცნობის მიზნით, აგრეთვე სხვა პათოლოგიურ პროცესში გარკვევისათვის (ზოგჯერ მწვავე მუცლის დროს და სხვ.) აუცილებელია თითით გამოკვლევა (სურ. 23). გამოკვლევა შეიძლება მხოლოდ დროებით გადავდოთ სწორი ნაწლავის ვენების თრომბოფლებიტისა და მწვავე პარაპროქტიტის დროს. სწორ ნაწლავს იკვლევენ საჩვენებელი თითით, წინასწარ რეზინის ხელთათმანის (ან უკიდურეს შემთხვევაში სათითით) გაკეთებისა და ვაზელინის წასმის შემდეგ. გამოსაკვლევი ავადმყოფი დაყრდნობილია მუხლ-იდაყვზე ან წევს ზურგზე ისე, რომ ქვემო კიდურები მოხრილია მენჯ-ბარძაყისა და მუხლის სახსრებში და განზიდულია გარეთ. ბუასილის კვანძებისა და ნახეთქების დროს გამოკვლევა ზედმიწევნით სიფრთხილით უნდა ჩატარდეს. სწორი ნაწლავის მაღლა მდებარე კიბოს დროს თითით გამოკვლევისას ჯობს ავადმყოფმა ჩაიცუცქოს ან მუხლ-იდაყვზე მდებარეობიდან თანდათან გაიმართოს და გაიჭინთოს, რათა სიმსივნე ძირს დაწევით თითისათვის მისაწდომი გახდეს.



სურ. 23. სწორი ნაწლავის თითით გამოკვლევა: I—მამაკაცის სწორი ნაწლავის თითით გამოკვლევა და სწორი ნაწლავის წინა კედლის გამობერილობის (დუგლასის სივრცის აბსცესის) განსაზღვრა; II—ქალის სწორი ნაწლავის თითით გამოკვლევა.

თითით პირველად გამოკვლეულ უნდა იქნეს ყითას მიდამო და სპინქტერი (თუ რამდენად მკიდროდ ეკვრის იგი თითს), ბუასილის კვანძები, შემდეგ მისი ელასტიკურობა და მტკივნეულობა. ხვრელმილის გამოკვლევისას მასში შეაქვთ ზონდი, რომლის გამოჩენას სწორი ნაწლავის ღრუში თითით აკონტროლებენ.

სწორი ნაწლავის წინა კედელზე ყითადან 5—6 სმ სიგრძეზე (მამაკაცებში) თითით შეიგრძნობა წინამდებარე ჯირკვალი, აღნიშნულ უნდა იქნეს ჯირკვლის სიდიდე, კონსისტენცია, ზედაპირის ხასიათი და მტკივნეულობა. წინამდებარე ჯირკვალი გადიდებული და ძლიერ მტკივნეულია ანთების დროს (პროსტატიტი), გადიდებული და ელასტიკურია ადენომის დროს, მკვრივი და უსწორო ზედაპირი აქვს სიმსივნის დროს.

სწორი ნაწლავის წინა კედლის გამოკვლევის შემდეგ თითის თანდათან ზევით და გავის ძვლისაკენ გადანაცვლებით ვიკვლევთ უკანა კედელს, შემდეგ გვერდით კედლებს.

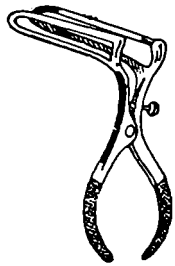
თითის თანდათან გატარებით და პალპაციით ვაღგენთ სწორი ნაწლავის შევიწროებას, ანთებით ინფილტრატის ან წყლულის დროს—მის ხასიათს, მენ-

ჯის ძვლების დაზიანებისას — ლოკალურ ტკივილს და ზოგჯერ მოტეხილი ძვლის შეცილებას. აქედანვე შეიძლება გაისინჯოს ბარძაყის თავის ცენტრალური ამოვარდნილობა, მისი სიმსივნე, დესტრუქციული პროცესი. პათოლოგიურად შეცვლილი ლორწოვანიდან ან სიმსივნიდან შეიძლება მასალის აღება ჰისტომორფოლოგიური გამოკვლევისათვის და სხვა.

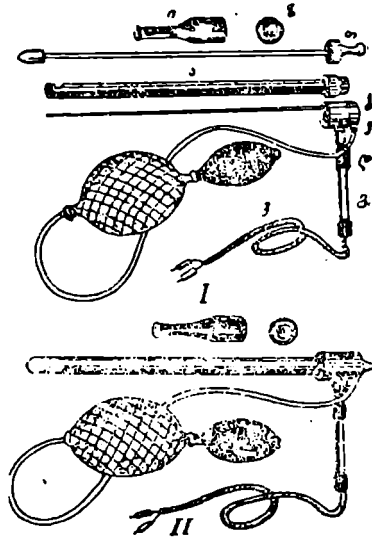
სწორი ნაწლავის წინა კედლიდან ქალებში ისინჯება საშვილოსნოს ყელი, რომელიც საკმაოდ მკვრივია და სიმსივნეში არ უნდა აგვერიოს. სწორი ნაწლავიდან გამოკვლევა დიდ დახმარებას გვიწევს საშვილოსნოს და მისი დანამატების ანთების მწვავე აპენდიციტისაგან გარჩევაში, რადგან აპენდიციტის დროს საშვილოსნოს შერხევა და მისი ვერტიკალური მიმართულებით გადანაცვლება მტკივნეული არაა, მაშინ როცა პერი და პარამეტრიტის დროს საშვილოსნოს ასეთი მოძრაობა ძალზე მტკივნეულია (პრომპტოვის ნიშანი). სწორი ნაწლავიდან გასინჯვა დუგლასის სივრცის ჩირქგროვის აღმოჩენის საშუალებას იძლევა.

სწორი ნაწლავის წინა კედელზე კუჭის კიბოს დროს ზოგჯერ შეიძლება ენახოთ მეტასტაზური სიმსივნე—შნიცლერის მეტასტაზი.

სწორი ნაწლავიდან თითით გამოკვლევა დიდ დახმარებას გვიწევს პერიტონიტის, გაუვალობის (სიცარიელე), უცხო სხეულის, სისხლდენის (პეტროვის ნიშანი) და სხვათა დადგენაში (დაწვრილებით იხილეთ შესაფერის თავებში).



სურ. 24. რექტალური სარკე.



სურ. 25. რექტოსკოპი: I—დაშლილ მდგომარეობაში; II—აწყობილ მდგომარეობაში; ა—ტუბუსი დანაყოფებით; ბ—მოკლე ცილინდრი წერილი ღეროთი და ბოლოზე ნათურით; გ—სახელური; დ—კონტაქტი, ე—რეზინის ბალირის შესაერთებელი სარქველი; ვ—ელექტრომავთული რეოსტატისაკენ; ზ — ოკულარი; თ — ობტურატორი; ი—გამადიდებელი.

სწორი ნაწლავის დაავადებებისა და სწორი ნაწლავის ლორწოვანის უფრო დეტალურ შესწავლაში დიდი მნიშვნელობა აქვს სარკით (სურ. 24), ანუ სკოპით და რექტოსკოპით (სურ. 25) გამოკვლევას. სპეციალური სარკით სწორი ნაწლავის ქვემო ნაწილის 10 სმ გამოკვლევას მიმართავენ თითით გასინჯვის შემდეგ. სარკეს უხვად უნდა წაესვას ვაზელინი და იგი დაკეტილ მდგომარეობაში შეტანილ იქნეს სწორ ნაწლავში. შემდეგ სარკეს

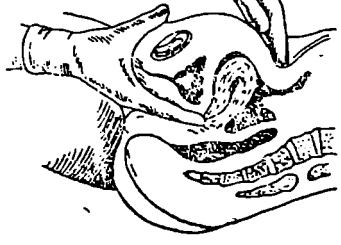
თანდათან სიფრთხილით აგანიერებენ და მას სასურველ მდგომარეობაში აფიქსირებენ ჭანჭიკით. სარკის სხვადასხვა მიმართულებით შებრუნების დროს შეიძლება სწორი ნაწლავის ლორწოვანის დათვალიერება. საუკეთესო რეტალურ სარკედ ითვლება ანუსკოპი. მის შეყვანას ავადმყოფი ადვილად იტანს.

რექტოსკოპიის (რექტოსკოპი არის ბავშვის და მოზრდილის, სიგრძით 20—42 სმ და სიგანით 1,5—3 სმ-მდე) წინ, საღამოთი, საჭიროა ავადმყოფს მიეცეს საფაღარათო, დილით გაუკეთდეს გამწმენდი ოყნა. ავადმყოფი შეიძლება დავაწვინოთ ზურგზე—გინეკოლოგიურ მდგომარეობაში, გვერდზე ან ეძლევა მუხლიდაყვზე მდებარეობა. ობტურატორით დაცულ რექტოსკოპს უხვად უსვამენ ვაზელინს და იგი შეჰყავთ სწორ ნაწლავში 5 სმ სიგრძეზე. ამის შემდეგ გამოაქვთ ობტურატორი და მის მაგიერ შეაქვთ სინათლის წყაროსთან შეერთებული ოპტიკური მოწყობილობა. ბალნინთ შეყვანილი ჰაერის საშუალებით ადვილად ვაშორებთ ლორწოვანს, რომელიც რექტოსკოპს ეფარება. რექტოსკოპი გადანაცვლებულ უნდა იქნეს სიფრთხილით ჯერ უკან და შემდეგ ჰორიზონტალური მიმართულებით. მისი ძალდატანებით გადანაცვლება საშიშია. ადვილად შეიძლება წყლულის სიმსივნის და თვით ჯანმრთელი ლორწოვანის დაზიანება. ასე შეიძლება 30—35 სმ-მდე დავათვალიეროთ სწორი და ნაწილობრივ სიგმური ნაწლავი (რექტორომანოსკოპია); უნდა აღინიშნოს ლორწოვანის მდგომარეობა, წყლული, სიმსივნე, პოლიპი, ბუასილი, შევიწროება და სხვა პათოლოგიური პროცესის არსებობა. დათვალიერება წარმოებს რექტოსკოპის უკან გამოტანის დროსაც. საჭირო შემთხვევაში სიმსივნიდან ვიღებთ ბიოფსიურ მასალას.

სწორი ნაწლავის ხვრელმილების დროს სპეციალური მომრგვალებულთავიანი ნემსით ხვრელმილში შეჰყავთ მეთილენის ლილა, რომელიც სრული ხვრელმილის დროს შეფერავს სწორ ნაწლავში შეტანილ სალფეთქს.

ფ ი ს ტ უ ლ ო გ რ ა ფ ი ი ს დროს ხვრელმილში შეჰყავთ საკონტრასტო ნივთიერება (ან ჰაერი), რომელიც რენტგენოგრაფიით ფირფიტაზე აისახება.

რ ე ნ ტ გ ე ნ ო ლ ო გ ი უ რ გ ა მ ო კ ვ ლ ე ვ ა ს აწარმოებენ სწორ ნაწლავში საკონტრასტო ნივთიერების შეყვანისას; უკვირდებიან ლორწოვანის რელიეფს, დაბრკოლებას, ავსების დეფექტს და სხვ. საჭიროების დროს აწარმოებენ რენტგენოგრაფიას.



სურ. 26. საშო—მუცლის მხრივი გამოკვლევა (ორიეე ხელით).

საშოდან გამოკვლევას (სურ. 26) დიდი მნიშვნელობა აქვს ქალის სასქესო ორგანოების და მუცლის ღრუს ორგანოების დაავადების ურთიერთ გარჩევისათვის. წინასწარ მოშარდვის შემდეგ ავადმყოფს აწვენენ ზურგზე მენჯ-ბარძაყისა და მუხლის სახსარში მოხრილი და ოდნავ გვერდზე გაშლილი ფეხებით. გარეთა სასქესო ორგანოების დათვალიერებისა და მისი გაშლის შემდეგ მარჯვენა ხელის საჩვენებელი თითი შეაქვთ საშოში (ისე, რომ ხელის გული ზევით იყოს მოქცეული). სინჯავენ შარდსადენ მილს, მის მტკივნეულობას და გამონადენს (საჭირო შემთხვევაში გამონადენს ვიღებთ გამოკვლევისათვის). შემდეგ საშოში შეაქვთ საჩვენებელი

თითის მომდევნო თითი და უკვე ორი (II და III) თითის წინ წაწევით იკვლევენ საშვილოსნოს ყელს, რომელიც შეიძლება იყოს: კონუსისებრი, ცილინდრული ან დეფორმიული, აგრეთვე მის კონსინსტენციას და მტკივნეულობას. პერი და პარამეტრიტისა და პელვიოპერიტონიტის დროს ყელის შერხევა საერთოდ მტკივნეულია, განსაკუთრებით ქვევიდან ზევით მიმართულებით მოძრაობის დროს (პრომპტოვის ნიშანი, 1924). ნამშობიარები ქალის საშვილოსნოს ყელის შესავალი სხვადასხვა ფორმის ნაპრალის სახითაა წარმოდგენილი, არანამშობიარების კი წერტილისებურია.

ამის შემდეგ ვიკვლევთ თაღებს, მის მტკივნეულობას და ჩამობერილობას, რაც მუცლის ღრუში ასციტური სითხის, ჩირქის ან სისხლის არსებობის შედეგია. მომდევნო გამოკვლევა წარმოებს ორი ხელით, მუცლის მხრიდან მარცხენა ხელით და საშოდან მასში შეტანილი მარჯვენა ხელის II და III თითით ვიკვლევთ საშვილოსნოს, მის მდებარეობას, გადახრას, ფორმას, ოდენობას, მტკივნეულობას. ასევე ორი ხელით წარმოებს საკვერცხეების გამოკვლევა. აქ შეიძლება აღმოვაჩინოთ სხვადასხვა სახის წარმონაქმნი—რბილი და მტკივნეული, ანთების დროს, სადა ზედაპირი ცისტის დროს, მკვრივი და ხორკლიანი სიმსივნის დროს. საკვერცხეში კუჭის კიბოს დროს შეიძლება აღინიშნებოდეს კრუკენბერგის მეტასტაზური სიმსივნე.

საშოს გამოკვლევა ზოგჯერ საჭიროა სპეციალური სარკით. საშვილოსნოსგარე ორსულობაზე ეჭვის დროს, უშუალოდ ოპერაციის წინ, შეიძლება უკანა თაღის პუნქცია, წინასწარ საშოს და გარეთა სასქესო ორგანოების სპირტით და იოდით დამუშავებისა, საშოს სარკით გაგანიერებისა და საშვილოსნოს ყელის სატყვიე მაშით ზევით აწევის შემდეგ. ნემსი ღრმად არ უნდა იქნეს შეყვანილი (საშიშია ნაწლავის დაზიანება). ქალწულის გასინჯვა ხდება სწორი ნაწლავიდან.

მუცლის ღრუს ორგანოთა ქირურგიული დაავადების დროს ზოგჯერ საჭიროა საშარდე ორგანოების გამოკვლევა.

თირკმლების გამოკვლევა. თირკმლები მოთავსებულია პერიტონეუმს უკან, მუცლის ღრუს უკანა კედელზე, გულმკერდის XI—XII და წელის I—II მალის შესაბამისად. ზედა პოლუსები ერთმანეთთან უფრო ახლოსაა, ვიდრე ქვედა.

მარცხენა თირკმელი ოდნავ მაღლა და უფრო საიმედოდაა ფიქსირებული თავის ადგილას.

ანამნეზიდან საყურადღებოა ტკივილის ლოკალიზაცია და მისი ირადიაცია. თირკმლის კენჭის, თირკმლის მენჯის ანთების დროს ტკივილი ლოკალიზდება წელის მიდამოში და გადაეცემა შარდსაწვეთის, შორისისა და საზარდულის მიმართულებით. ამ დროს შეიძლება ადგილი ჰქონდეს შარდვის ფუნქციის მოშლას (დიზურიას) გაზშირების (პოლაკიურია) ან შეკავების (ანურია) სახით. დათვალიერებით წელის არეში შესაფერის მხარეზე დიდი ჰიდრო- ან პიონეფროზის, სიმსივნის, ან პარანეფრიტის გამო ზოგჯერ აღინიშნება გამობერილობა: ანთების დროს მას ემატება შესივება, მტკივნეულობა და მენჯ-ბარძაყის სახსარში მოძრაობის შეზღუდვა.

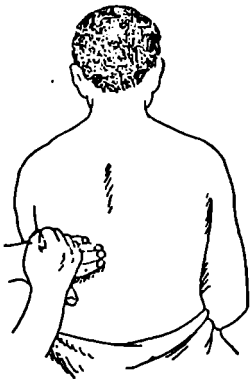
თირკმლების პალპაცია ორი ხელით (ბიმანუალურად) წარმოებს (სურ. 27). მარჯვენა თირკმლის გასინჯვისათვის ზურგზე მწოლი ავადმყოფის მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში ათავსებენ მარჯვენა ხელს ისე, რომ თითის ბოლო-

ები იმყოფებოდეს ნეკნთა რკალიდან 2—3 სმ ქვევით, მარცხენა ხელი შეაქვთ XII ნეკნის ქვეშ; ყოველი ამოსუნთქვის დროს მარჯვენა ხელი თანდათან ღრმად იჭრება მუცლის უკანა კედელთან შეხებამდე. წელის არეში მოთავსებული ხელით კი თირკმლის წინ წამოწევის მიზნით აწარმოებენ მასზე ზეწოლას. ღრმა შესუნთქვისას მუცლის უკანა კედელზე მიჭყლეტილ თირკმელზე პალპაციას აწარმოებენ ორ ხელს შუა. თირკმლის ფორმაზე, სიდიდეზე, კონფიგურაციასა და მოძრაობის ხარისხზე უფრო ზუსტი წარმოდგენა რომ ვიქონიოთ, ამისათვის საჭიროა პალპაცია ანალოგიურად ვაწარმოოთ ფეხზე მდგომ და გვერდზე მწოლ ავადმყოფზე.

სურ. 27. თირკმლის გამოკვლევა ორი ხელით.

ნორმალურად მდებარე თირკმლის გასინჯვა არ ხერხდება, პალპაციით შესაძლოა გაისინჯოს სიმსივნურად, ჰიდრონეფროზულად გადაგვარებული და მოძრავი თირკმელი.

პასტერნაცკის სიმპტომი, რომელიც თირკმლის მიდამოში მოთავსებულ მარცხენა ხელისგულზე მარჯვენა მუჭით დარტყმის დროს მტკივნეულობაში მდგომარეობს, გვხვდება თირკმლის კენჭის, პიელიტის, პარანეფრიტისა და სხვათა დროს (სურ. 28).



სურ. 28. პასტერნაცკის სიმპტომი.

შარდსაწვეთის გასინჯვა ზოგჯერ მოსახერხებელია მხოლოდ მისი ანთების (ურეტერიტი) დროს ირიბად მიმავალი ზონარის სახით.

შარდის ბუშტის გამოკვლევის დროს პერკუსიით და პალპაციით ისინჯება მხოლოდ გადავსებული შარდის ბუშტი. შარდის ბუშტის სწორი ნაწლავიდან და მუცლის წინა კედლიდან ერთდროულად გასინჯვისას შეიძლება აღმოვაჩინოთ სიმსივნე, კენჭები. ამ დროს უნდა შემოწმდეს აგრეთვე პროსტატის მდგომარეობა (ანთება, ჰიპერტროფია, სიმსივნე).

საშარდე ორგანოთა დაავადების გამოკვლევაში განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს კათეტერიზაციას, ცისტოსკოპიას, ქრომოციტოსკოპიას, აგრეთვე მიმოხილვით რენტგენოგრამას და ვენისშიდა უროგრაფიას.

კათეტერიზაცია შეიძლება რეზინის (ნელატონის), აბრეშუმის და ლითონის კათეტერით, წინასწარ ასოს თავი ანტისეფსისური ხსნარით უნდა გაიწმინდოს და გამშრალდეს. საჭიროა ასოს სხეულის მარცხენა ხელის III და IV თითებს შორის და ასოს თავის I და II თითებს შორის დაჭერა, შარდსადენი მილის შესავლის გაგანიერება და მასზე ქაფურის, გლიცერინის ან ვაზე-

ლინის ზეთის დაწვეთება. შემდეგ სტერილური კათეტერის თავს იქერენ პინ-ცეტით და ათავსებენ მას შარდსადენ მილში. კათეტერი თანდათანობით წინ წაწევით გაივლის შარდსადენ მილს და შედის შარდის ბუშტში, რასაც შარდის გამოყოფა ადასტურებს. როდესაც კათეტერის გადანაცვლება ბრკოლდება, ავადმყოფს ურჩევენ ღრმად ისუნთქოს: ღრმად სუნთქვის დროს კათეტერი უფრო ადვილად გაივლის დასახელებულ გზას.

ცისტოსკოპიის წინ საჭიროა შარდსადენი მილიდან შპრიცით, უნემ-სოდ, შეყვანილ იქნას 5% ნოვოკაინი 10 მლ რაოდენობით. შარდსადენი მილის გარეთა ბოლოზე აწვეთებენ გლიცერინს და მასში შეაქვთ ცისტოსკოპი წარზი-დული ნაწილით ზევით. ბოლქვისებრ ნაწილთან მიღწევის შემდეგ ასო დაქიმულ მდგომარეობაში დაიწევა ძირს და ავადმყოფს წინადადება ეძლევა გააკეთოს რამ-დენჯერმე ღრმა შესუნთქვა. სპინქტერის მოდუნების გამო ცისტოსკოპი შედის შარდის ბუშტში. ოპტიკური სისტემის ამოღებისა და სპეციალური ორმიმართუ-ლებიანი ონკანის ჩადგმის შემდეგ შარდის ბუშტს ჯერ გამორეცხავენ ფიზიოლო-გიური ხსნარით ან ბორის მჟავას 3% ხსნარით, შემდეგ მასში შეჰყავთ 200 მლ ივივე ხსნარი. ონკანს ხსნიან და მის მაგიერ კვლავ ოპტიკური ღერო შეაქვთ (უკვე ანთებული). შემდეგ იწყებენ შარდის ბუშტის ლორწოვანის დათვალი-ერებას და ადგენენ ანთების, წყლულების, სიმსივნის, კენჭის არსებობას; ათვა-ლიერებენ შარდსაწვეთებს, ხოლო ვენაში 4 მლ ინდიგოკარმინის ხსნარის (0,4 — 100 მლ გამოხდილ წყალზე) შეყვანიდან 3—4 წამის შემდეგ შარდსაწვეთიდან იწყება შეფერილი შარდის გამოყოფა. ამოწმებენ ნაკადის ინტენსივობას, და-გვიანებას ან ფუნქციის არარსებობას. ცისტოსკოპის ოპტიკური ნაწილით გა-ნათებული ველი შეესაბამება ოკულარზე არსებულ ძეძუკს. ასე რომ, ძეძუ-კის მდებარეობა აჩვენებს შარდის ბუშტის იმ მხარეს, რომელსაც ვათვა-ლიერებთ.

მიმოხილვითი რენტგენოგრაფიის წინ საღამოთი და დი-ლით საჭიროა გამწმენდი ოყნის გაკეთება. სასურველია რენტგენოგრამაზე გადა-ვიღოთ ორივე თირკმლის, შარდსაწვეთისა და შარდის ბუშტის მიდამო, რომ უკეთ დავადგინოთ დაავადების მიზეზი.

ვენისშიდა უროგრაფიას აწარმოებენ ვენაში ახლად მომზა-დებული თბილი 40% სერგოზინის ხსნარის 50 მლ შეყვანის შემდეგ ყოველ 8— 15 და 40 წუთში (სერიული რენტგენოგრაფია), რაც თირკმლისა და შარდსაწვე-თის მდგომარეობაზე წარმოდგენის საშუალებას იძლევა.

ზოგჯერ გამოიყენება აგრეთვე თირკმლის ირგვლივ ჟანგბადის შეყვანა (პნევ-მორენ) და რენტგენოგრაფია, შარდსაწვეთების კათეტერიზაცია, რეტროგრადული პიელოგრაფია და სხვ.

ლაბორატორიული გამოკვლევა. საჭიროა ჩატარდეს სხვადასხვა სახის ლაბორატორული გამოკვლევა (სისხლის, შარდის, კუჭის წვენის, დუ-ოდენური შიგთავსის, განავლის, ჩირქის და სხვ.). ყველა ავადმყოფს უკეთ-დება სისხლის საერთო ანალიზი (ჰემოგლობინის რაოდენობა, ერითროციტებისა და ლეიკოციტების რიცხვი, ლეიკოციტური ფორმულა, ედრი), ანემიის აღმოჩენას მნიშვნელობა აქვს სისხლდენის და სიმსივნით ინტოქსიკაციის დროს, ზომიერ ჰიპერგლობულიას (ჰემოგლობინი 90%-ზე მეტი) და პოლიციტემიას (ერითროციტები 5 მლ მეტი)—ზოგჯერ წყლულოვანი დაავა-დების დროს (ს. ფილატოვი). სისხლისდენის შემთხვევაში ჰემოგლობინი ეცემა 3—4 საათის შემდეგ.

ანემიის დადგენისა და სისხლდენაზე სწორი წარმოდგენისათვის უპირატესობას აძლევენ სისხლის ხვედრითი წონის განსაზღვრას. ეს საშუალებას გვაძლევს წარმოდგენა ვიქონიოთ დაკარგული სისხლის რაოდენობის, ჰემოგლობინის და ჰემატოკრიტის მაჩვენებლებზე. ხვედრით წონას საზღვრავენ ფილიპს-ვან-სლაიკის მეთოდით, შაბიამნის სხვადასხვა ხვედრითი წონის ხსნარით (1,034—1,075-მდე). ნორმალურად მამაკაცებში სისხლის ხვედრითი წონა უდრის 1,060 ქალებში—1,055. ხვედრითი წონის 1,057—1,054-მდე დაცემა მაჩვენებელია, რომ დაკარგულია 0,5 ლ სისხლი, ჰემოგლობინი დაეცა 65—62-მდე, ჰემატოკრიტი 44—40-მდე და ა. შ.

ლეიკოციტოზი აღინიშნება ანთების დროს, ჩხირბირთვიანების მომატების გარეშე კი სისხლდენის შემთხვევაში.

ლეიკოპენია ტიფის, ბოტკინის დაავადების, ღვიძლის ციროზის, ჰიპერსპლენიზმის და სხვა დროს.

ლეიკოგრამის მარცხნივ გადახრა ჩხირბირთვიანების არსებობით და ლეიკოციტების ახალგაზრდა ფორმების გამოჩენით, აგრეთვე ნეიტროფილოზი, ლიმფოპენია და აეოზინოფილია ჩირქოვანი ანთებისა და ნეკროზულ პროცესებზე მიუთითებს (პერიტონიტი, გაუვალობის დაგვიანებული შემთხვევა, მწვავე პანკრეატიტი).

უმნიშვნელო ნეიტროფილოზი მცირედ მარცხნივ გადახრით ანთების მსუბუქ ფორმაზე ან ნეკროზული პროცესის დასაწყისზე მიუთითებს. მნიშვნელოვანი ნეიტროფილოზი მარცხნივ მკვეთრი გადახრით (მიელოციტების გამოჩენამდე) მძიმე ინფექციის, პერიტონიტის და სეფსისის დროს ვლინდება (ნ. ბობროვი—ა. ფილატოვით).

ზომიერი ლეიკოციტოზი მკვეთრი ნეიტროფილოზით მძიმე ინფექციის და ორგანიზმის სუსტი რეაქციის მაჩვენებელია. მაღალი ლეიკოციტოზი ნეიტროფილოზით მძიმე ჩირქოვანი ინფექციის, მაგრამ ორგანიზმის კარგი რეაქციის გამომხატველია. მკვეთრი ნეიტროფილოზი ლეიკოპენიით ორგანიზმის ცუდი წინააღმდეგობის მაჩვენებელია. ნეიტროპენიას ძვლის ტვინის ბლოკირების დროს აქვს ადგილი და ცუდი პროგნოზის მომასწავებელია.

ედრის მომატება დაშლის დროს აღინიშნება (ხანგრძლივი ანთებითი პროცესი, სომსივნე), ედრის მომატება ანთების ფართს და ხანგრძლიობას უფრო მიუთითებს (სალპინგოოოფორიტი, მეზენტერიტი, ინფილტრატი), ვიდრე ანთების სიმწვავეს, მაგალითად, მწვავე აპენდიციტის დროს იგი მომატებული არაა.

სისხლის შ ე დ ე დ ე ბ ი ს გახანგრძლივება 9 წუთზე ზევით ჰემოფილიაზე მიუთითებს. თრომბოციტოპენია, სისხლდენისა და კოლტის რეტრაქციის გახანგრძლივება ვერლჰოფის დაავადების დროს გვხვდება.

კ ო ა გ უ ლ ო გ რ ა მ ი ს გამოკვლევა საჭიროა სიყვითლის დროსაც, რათა შევამოწმოთ, თუ რამდენად დაკნინებულია სისხლის შედედება.

ს ი ს ხ ლ ი ს ბ ი ო ქ ი მ ი უ რ ი გ ა მ ო კ ვ ლ ე ვ ე ბ ი დ ა ნ ა ღ ს ა ნ ი შ ნ ა ვ ი ა ბილირუბინის მომატება (ჰიმანს ვან დენ ბერგის რეაქციით), როგორც სიყვითლის ადრეული ნიშანი. მექანიკური და პარენქიმული სიყვითლის დროს ბილირუბინზე მიიღება პირდაპირი რეაქცია, ჰემოლიზური სიყვითლის დროს კი—არაპირდაპირი.

ქ ო ლ ე ს ტ ე რ ი ნ ი ს ნორმაზე (130—170 მგ%) მეტად შემცირება ღვიძლის პარენქიმის მძიმე დაზიანების მაჩვენებელია.

ციროზული ასციტის გულის დაავადების დროს განვითარებული ასციტისაგან გარჩევაში შეიძლება დაგვეხმაროს ტაკატა-არას რეაქცია.

ღ ვ ი ძ ლ ი ს ბ ა რ ი ე რ უ ლ ი ფ უ ნ ქ ც ი ი ს შესამოწმებლად გამოიყენება კვიკ-პიტელის სინჯი, თუ როგორ ახერხებს ღვიძლი ჰიპურის მჟავახ სინთეზს. რაც სწრაფია სინთეზი, მით უფრო უკეთესია ღვიძლის ანტიტოქსიკუკური ფუნქცია. ამავე მიზნით გამოიყენება ველტმანის კოაგულაციური სინჯი (6—7-ის ფარგლებში ნორმალურია, ნაკლები ან მეტი ნორმიდან გადახრაა). მარცხნივ გადახრა აღინიშნება ანთების დროს, მარჯვნივ გადახრა კი სიმსივნური პროცესის დროს.

ს ი ს ხ ლ შ ი შ ა ქ რ ი ს მ ო მ ა ტ ე ბ ა მწვავე პანკრეატიტის დროს ლანგერჰანსის კუნძულების ფუნქციის მოშლაზე მიუთითებს.

გ ლ ო ბ უ ლ ი ნ ე ბ ი ს და ა ლ ბ უ მ ი ნ ე ბ ი ს კოეფიციენტი ნორმალურად უდრის 1: 1,5 – 2. ღვიძლის ციროზის დროს ადგილი აქვს ჰიპოპროთეინემიას, გლობულინების მომატებას და ალბუმინების შემცირებას. ნარჩენი აზოტი (40 მლ %-ზე მეტი) აღინიშნება გაუვალობის და პერიტონიტის დროს (მენჯის პერიტონიტის დროს კი არ იმატებს).

ჰ ი პ ო ქ ლ ო რ ე მ ი ა ნაწლავის მწვავე გაუვალობას ახასიათებს.

კ უ ტ ი ს წ ვ ე ნ ი ს გ ა მ ო კ ვ ლ ე ვ ა წარმოებს ერთჯერადად მსხვილი ზონდით (ფრაქციული წვრილი ზონდით) ბოას-ევალდის საცდელი საუზმის შემდეგ (35 გ თეთრი პური, 400 გ ჩაი). მომატებული მჟაობა ხშირია წყლულის დროს (ნორმით 100 გ კუტის წვენში საერთო მჟაობა 40—60 ერთეულია, თავისუფალი —20—40, შეკავშირებული —15—20); დაქვეითებული (ან სრული გაქრობა) კიბოსა და ანაციდური გასტრიტების დროს.

კუტის წვენის მონელებით ძალას (კუტის წვენის ფერმენტებია: პეპსინი, ქიმოზინი, ლიპაზა) ამოწმებენ მეტის წესით. კუტის წვენში ნაღველი და თორმეტგოჯა ნაწლავის შიგთავსი აღინიშნება თორმეტგოჯა ნაწლავის დაავადებების: სტენოზის, გაუვალობის და სხვ. დროს.

კუტის წვენში ღია ფერის სისხლი აღინიშნება კიბოს დაშლის დროს, საყლაპავი მილის გაგანიერებული ვენის გასკდომის შემთხვევაში, ეროზიული გასტრიტის დროს და სხვ.

ყავის ნახარშის ფერის სისხლი აღინიშნება წყლულის დროს. სისხლის ზონრები — ღრძილებიდან ან საყლაპავი მილიდან ზონდით დაზიანების გამო.

კუტის წვენში სისხლი პერიოდულად გვხვდება წყლულის დროს, მუდმივად—კიბოს შემთხვევაში.

კუტის წვენის მიკროსკოპული გამოკვლევით (ციტოდიაგნოსტიკა) შეიძლება სიმსივნური უჯრედების აღმოჩენა; კუნთოვანი ბოჭკოები, ცხიმის წვეთები და ცხიმის მჟავას კრისტალები აღინიშნება კალოზური წყლულისა და კუტის მოტორული ფუნქციის მოშლის დროს.

დ უ ო დ ე ნ უ რ ზ ო ნ დ ა ჟ ს ვ ი ყ ე ნ ე ბ თ ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების დაავადების დროს.

დუოდენური ზონდი (ეინჰორნი, 1909) 80 სმ და 3 – 4 მმ დიამეტრის რეზინის მილია, ბოლოზე ხვრელებიანი ლითონის ოლივით. ზონდზე სამი ნიშანია: პირველი 45 სმ სიგრძეზე, რაც კბილებიდან კუჭამდე მანძილს უდრის, მეორე ნიშანი 60—65 სმ სიგრძეზეა, რაც კბილებიდან პილორუსამდე მანძილს უდრის, და მესამე 70—75 სმ გვიჩვენებს, რომ ოლივა თორმეტგოჯა ნაწლავშია.

დუოდენურ ზონდს აყლაპებენ უზმოზე, მჯდომარე მდგომარეობაში. როდესაც იგი კუჭში ჩავა (45 სმ), ავადმყოფს აწვენენ მარჯვენა გვერდზე. ეულმკერდის ქვეშ უდებენ თხელ ბალიშს და ზონდს პილორუსთან მისვლამდე (60—65 სმ) აყლაპებენ. ამის შემდეგ 5—10 წუთში ზონდი თორმეტგოჯაში გადავა.

თორმეტგოჯას შიგთავსის შპრიცით ამოქაჩვის შემდეგ ზონდში შეჰყავთ 33% გოგირდმჟავა მაგნეზიის 37—38°-მდე გამთბარი ხსნარის 40 მლ (მელცერ-ლაიონის ცდა). გოგირდმჟავა მაგნეზიის შეყვანის შემდეგ მიღებული პირველი ულუფა (A) ქარვისფერია. იგი ნაღვლის საერთო სადინარიდან მიღებული ნაღველია, რომელიც ზონდის თორმეტგოჯა ნაწლავში შეყვანის დროსაც მიიღება. მეორე ულუფა (B) მუქი ყავისფერია და ნაღვლის ბუშტის შიგთავსს წარმოადგენს. მესამე (C) შედარებით გამქვირვალე ნაღველი ღვიძლის სადინარებიდან მიღებულია. ლორწოს, ფიფქების, ლეიკოციტების, კრისტალების, ბაქტერიების აღმოჩენა გვეხმარება სათანადო ადგილას ანთების, კენჭების, პარაზიტების არსებობის დადგენაში.

B ულუფაში ლეიკოციტების დიდი რაოდენობა ნაღვლის ბუშტის ანთების მაჩვენებელია; დიდი რაოდენობით ქოლესტერინის კრისტალები კენჭის დროს გვხვდება; ლამბლიების აღმოჩენა (რომელიც წვენის მიღებისთანავე უნდა ხდებოდეს) ლამბლიოზური ქოლესცისტიტის ნიშანია.

B ულუფაში ბილირუბინის მომატება (100—400%-ზე მეტი) ნაღვლის ბუშტის შეგუბების დროს აღინიშნება.

B ულუფის არარსებობა ნაღვლის ბუშტის სადინარის ორგანული ან ფუნქციური დახშვის დროს გვხვდება. ასევე ითქმის ნაღვლის თორმეტგოჯაში არარსებობის დროსაც, იგი ნაღვლის საერთო სადინარის დახშვის შედეგია.

 განავლის გამოკვლევა ფარულ სისხლდენაზე (გრეგერსენით) აჩვენებს სისხლის არსებობას მუდმივად (კუჭ-ნაწლავის სიმსივნე) ან პერიოდულად (წყლული). განავალში არ აღმოჩნდება სტერკობილინი (შშიდტის ცდა) სანაღვლე გზების კენჭით დახშობისას, რადგან ნაწლავში აღარ შედის ნაღველი.

შარდის გამოკვლევისას (ქალებში ჯობს კათეტერით აღება) აღსანიშნავია რაოდენობის შემცირება, ზოგჯერ სრულ ანურიამდე (სისხლდენა, შოკი, ნაწლავთა მწვავე გაუვალობა, ტოქსემია, ძლიერი ოფლიანობა, თირკმლის ან ღვიძლის ზოგიერთი დაავადება).

შარდს ფოსფატურიის დროს თეთრი ფერი აქვს, სისხლის მომატებისას ხორცის ნახარშს ჰგავს, ნაღვლის პიგმენტების მომატებისას ლუდის ფერისაა და სხვ.

შარდში ცილის არსებობა ძირითადად თირკმლების დაავადების მაჩვენებელია. შარდში დიასტაზის მომატება (8—64 ერთეულს ზევით) პანკრეატიტის დროს აღინიშნება. პანკრეასის კუდის დაზიანების დროს იგი უცვლელი რჩება (ვ. ვოსკრესენსკი), ურობილინურია ღვიძლის დაავადებაზე მიუთითებს (თუ ღვიძლის პიგმენტების ნაწლავში მოხვედრა დაბრკოლებული არაა).

შარდში ურობილინის განსაზღვრას (შლეზინგერის რეაქციით) დიდი მნიშვნელობა აქვს, როგორც ღვიძლის უკმარისობის მაჩვენებელს.

შარდში ბილირუბინის არსებობა (გმელინის სინჯით) სანაღვლე ვზეპის მექანიკური დახშობის დროს გვხვდება.

ინდიკანის მომატება აღინიშნება ნაწლავთა სიმსივნის დროს.

ბიოფსიას, ანუ დაავადებული ქსოვილის ნაჭრის ამოკვეთას ჰისტოლოგიური შესწავლის მიზნით ზოგჯერ მიმართავენ დიაგნოზის დასაზუსტებლად (გასტროსკოპიის, რექტორომანოსკოპიის, ლაპაროტომიის დროს). ბიოფსია ზოგჯერ სიმსივნის ზრდას აჩქარებს. ამიტომ სჯობს სიმსივნის მთლიანად, რადიკალურად ამოღება და გამოკვლევის შემდგომი წარმოება, ან ოპერაციის მსვლელობაში შესაძლოა სიმსივნური ქსოვილის გამოკვლევა გასაყინი მიკროტომის გამოყენებით.

ბიოფსიის ნაირსახეობას ციტოდიაგნოსტიკა წარმოადგენს, რაც საეჭვო ქსოვილიდან პუნქციით მიღებული მასალის (ნაცხის სახით) გამოკვლევაში მდგომარეობს. ზოგჯერ მიმართავენ ასპირაციულ ბიოფსიას (გასტრიტი, კიბო).

სადიაგნოზო (სასინჯი) ლაპაროტომია

დიაგნოსტიკური მეთოდების გაუმჯობესების შედეგად დღეისათვის სასინჯი ლაპაროტომიის რაოდენობა მეტად შემცირებულია. მაგრამ მისი საკვლევით უარყოფა ჯერ კიდევ არ შეიძლება.

სადიაგნოზო ლაპაროტომიის მიზანია დიაგნოზის საბოლოო გადაწყვეტასთან ერთად რაციონალური ოპერაციული დახმარების აღმოჩენა.

კ. გოლდგამერი ურჩევს ლაპაროტომიას სასინჯი ეწოდოს მაშინ, როცა დიაგნოზი ცნობილია. რადგან, როცა დიაგნოზი უცნობია, ლაპაროტომია შეიძლება სიმკურნალო აღმოჩნდეს. როდესაც კუჭის კიბოს დადგენილი დიაგნოზის დროს კეთდება ლაპაროტომია, მაგრამ კუჭის რეზექცია არ ხერხდება, პალიატიური ჩარევა კი ნაჩვენები არაა, იგი იქნება სასინჯი (საცდელი) ლაპაროტომია.

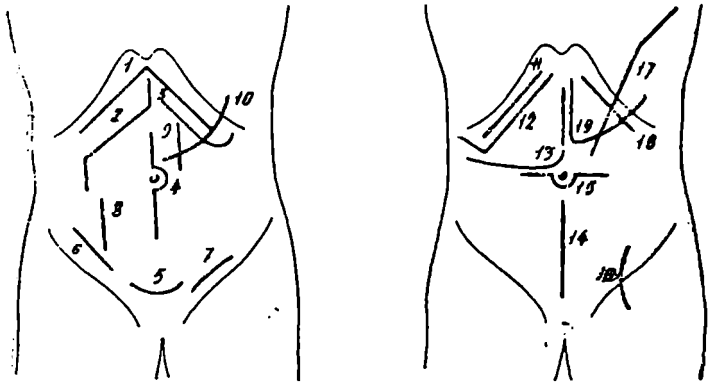
ქირურგმა არსებული პირობებისა და ავადმყოფის საერთო მდგომარეობის საფუძველზე უნდა მოხაზოს ოპერაციის დასაბუთებული გეგმა, ხოლო ყოველგვარი მოულოდნელობის დროს სწრაფად და სწორად გადაწყვიტოს შემდგომი მოქმედების ტაქტიკა და გამოსავალი, მიუხედავად დიაგნოზური ლაპაროტომიისა, საჭიროა გვქონდეს წინასწარი საორიენტაციო დიაგნოზი ერთ-ორ ან რამდენიმე დაავადებაზე, რომელთა შორის უფრო მეტად მაინც ერთ-ერთ რომელიმე დაავადებას უნდა ვასაბუთებდეთ. ამას მნიშვნელობა აქვს როგორც განაკვეთის არჩევის, ისე ქირურგისათვის. ლაპაროტომიის დროს საჭიროა გეგმაშეწონილად შესრულდეს მუცლის ღრუს დათვალიერება. უნდა ვეუფლებოდეთ მუცლის ღრუში ორიენტაციის ძირითად მეთოდებს და შეგვწევდეს პათოლოგიურად შეცვლილი ქსოვილის ან ორგანოს გამოკვლევის უნარი.

სადიაგნოზო (სასინჯი) ლაპაროტომია საშიშია, განსაკუთრებით ძლიერ დასუსტებულ პირებში, მით უფრო გულ-სისხლძარღვთა დაავადების დროს. ამიტომ ლაპაროტომიისათვის უნდა იქნეს მკაცრი ჩვენებები.

ოპერაცია ხშირად კეთდება ადგილობრივი ანესთეზიით. საჭიროების დროს მას ემატება ნარკოზი ან ოპერაცია თავიდანვე ნარკოზით კეთდება (ზოგჯერ შეიძლება სპინალური, ან პარავერტებრალური ანესთეზიის გამოყენება, იმისდა მიხედვით, თუ როგორია ავადმყოფის მდგომარეობა).

როდესაც ამა თუ იმ ნიშნების მიხედვით ქირურგი ეჭაუდობს რომელიმე დაავადებას, კეთდება შესაფერისი განაკვეთი. მაგალითად, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის დროს — მახვილისებრ მორჩიდან ჭიპამდე; აპენდიციტის დროს — ცვალებადი მიმართულების ჭრილი (მაკ ბურნეის) ან

უმჯობესია შედარებით ფართო პარარექტალური განაკვეთი; წვრილ ნაწლავთა გაუვალობის დროს — შუახაზზე, ჭიპის ზევით და ქვევით, ჭიპის მარცხნივ შემოვლით და სხვ. ყველა საეჭვო შემთხვევაში განაკვეთი ჯობს შუახაზზე. დაავადებულ ორგანოსთან უკეთ მიდგომისათვის შეიძლება ერთ-ერთი სწორი კუნთის ვერტიკალურად გადაკვეთა (სურ. 29).



სურ. 29. მუცლის წინა კედლის განაკვეთების სქემა:
1—კუთხისებრი განაკვეთი; 2 — კერის განაკვეთი ღვიძლზე და ნაღვლის ბუშტზე მიდგომისათვის; 3—განაკვეთი ელენთაზე მიდგომისათვის; 4—შუახაზზე (მედიანური) განაკვეთი; 5—გარდიგარდმო განაკვეთი საშვილოსნოზე მიდგომისათვის ფაილოპიელონეფრიტის; 6—მაკ ბერნეის განაკვეთი აპენდექტომიისათვის; 7—განაკვეთი საზარდულის თიაქრის ოპერაციისათვის; 8—პარარექტალური განაკვეთი ლენანდერით; 9—ტრანსრექტალური განაკვეთი; 10—შერვაშიძის განაკვეთი სპლენექტომიისათვის; 11—მარჯვენა ნეკნთა რკალის ქვეშ ირიბი განაკვეთი (ღვიძლზე და სანაღვლე გზებზე მიდგომისათვის); 12—კოხერის განაკვეთი (სანაღვლე გზებზე ოპერაციისათვის); 13—ტროობრანკოს განაკვეთი სანაღვლე გზებზე მიდგომისათვის; 14—ქვემო შუა მედიანური განაკვეთი მუცლის ქვემო სართულში ოპერაციისათვის; 15—განივი განაკვეთი; 16—განაკვეთი ბარძაყის თიაქრის ოპერაციისათვის; 17—თორაკოაბდომინალური განაკვეთი; 18—განაკვეთი მარცხენა ნეკნთა რკალის ქვეშ სპლენექტომიისათვის; 19—მარცხენა კუთხითი განაკვეთი სპლენექტომიისა და კუჭზე მიდგომისათვის.

მუცლის ღრუს ორგანოთა უკეთ დათვალიერებისათვის თავიდანვე უნდა გაკეთდეს შედარებით ფართო განაკვეთი და არ დავკმაყოფილდეთ დამატებითი განაკვეთით.

ლაპაროტომიის დროს შემომფარგლავი თეთრეული დამაგრებული უნდა იყოს საიმედოდ. საოპერაციო ველის ახლოს მარლის ბურთულები და იარაღი აუცილებლად უნდა ავიღოთ. ფართოდ გამოვიყენოთ ჭრილობის სპეციალური გამაგანიერებელი სარკეები (გოსეს) და სხვ.

მუცლის ღრუში გამონადენის არსებობა ზოგჯერ გვეხმარება დაავადების გამოცნობაში. სეროზული ან ჩირქოვანი გამონადენი პერიტონიტის არსებობას მოწმობს. მღვრიე, თხიერი, თავისებური სრიალა გამონადენი (კუჭისწვენისაგან სეროზულ გარსზე მოქმედებით), მით უფრო საქმლის მასებით ან ნაღველით, კუჭის, ან თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაციის ნიშანია. ასეთი

შემთხვევის დროს ლაპაროტომიის მომენტში მუცლის ღრუდან შეიძლება გამოიყოს აირი.

თხიერი ჰემორაგიული ექსუდატი დამახასიათებელია ჯორჯლის ან ელენთის სისხლძარღვთა თრომბოზისათვის, სტრანგულაციური გაუვალობის. აგრეთვე მწვავე ჰემორაგიული პანკრეატიტისათვის. სისხლის არსებობა ქალებში გვაფიქრებინებს საშვილოსნოსგარე ორსულობაზე ან საკვერცხის გასკდომაზე.

პერფორაციული აპენდიციტის დროს განავლის სუნი მუცლის ღრუს ტამპონადისა და დრენირების ჩვენებას წარმოადგენს.

ნაწლავთა გაუვალობის დაგვიანებით შემთხვევაში განავლოვანი პერიტონიტის შედეგად აღინიშნება განავლის სუნი.

მ უ ც ლ ი ს ღ რ უ ს რ ე ვ ი ზ ი ა. მუცლის ღრუს ყველა ორგანოს გეგმიანი დათვალიერებისა, პათოლოგიური ცვლილებების ლოკალიზაციისა და მისი ხასიათის გამოვლინებისათვის პირველად ვათვალიერებთ მუცლის ღრუს ზემო სართულს, ე. ი. გარდიგარდმო კოლინჯის ზემოთ მდებარე ორგანოებს (კუჭს, თორმეტგოჯა ნაწლავის დასაწყის ნაწილს, ღვიძლის ქვემო ზედაპირს, ნაღვლის ბუშტს და სანაღვლე გზებს), კუჭზე, თორმეტგოჯა ნაწლავსა ან ნაღვლის ბუშტზე შეიძლება აღმოვაჩინოთ პერფორაციული ხვრელი. ზოგჯერ ვნახულობთ ნაღვლის ბუშტის ფლეგმონას ან ღვიძლის აბსცესს და სხვ. ღვიძლის აბსცესის დროს ღვიძლს ძლიერ ჰიპერემიული შეხედულება აქვს. ღვიძლის დაზიანების დროს არ უნდა დაგვავიწყდეს მისი ზედაპირის დათვალიერება (ხელით) დიაფრაგმის ქვეშ.

კუჭიდან სისხლდენის დროს კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის კედელში ზოგჯერ ვსინჯავთ გამკვრივებას ირგვლივ შეწითლებით და შეხორცებებით (წყლული) ან მომრგვალო ელასტიკურ წარმონაქმნს (პოლიპი), ან კუჭში მკვრივ ხორკლიან (სიმსივნურ) წარმონაქმნებს. პანკრეასის დათვალიერება შეიძლება კუჭგანივი კოლინჯის გახსნის შემდეგ.

კუჭუკანა ჯირკვლის კაფსულის გადიდება, გამკვრივება, შეშუპება, ჰიპერემია, შემღვრევა და დაჭიმულობა მიუთითებს მწვავე პანკრეატიტზე.

მუცლის ღრუს ქვემო ნაწილის დათვალიერებისათვის დიდი ბადექონი უნდა ამოვწიოთ და გადავწიოთ ზევით გულმკერდისაკენ.

წვრილი ნაწლავების დათვალიერებას იწყებენ ხერხემლის მარცხნივ განივი კოლინჯის ჯორჯლის ძირიდან. ცეცხლსასროლი იარაღით მიყენებული მუცლის ღრუს ჭრილობის, მუცლის დახურული დაზიანების, წვრილი ნაწლავის ან მისი ჯორჯლის დაზიანებაზე ეჭვის დროს ათვალიერებენ წვრილ ნაწლავს მთელ სიგრძეზე მარჯვენა და მარცხენა ხელის საჩვენებელსა და შუა თითს შორის გატარებით, დათვალიერებული ნაწლავის მუცლის ღრუში ჩაბრუნებით.

ზოგჯერ შეიძლება აღმოვაჩინოთ ნაწლავის გაუვალობის მიზეზი—ასკარიდების გორგალი, ფიტობეზოარი, ინვაგინატი, შემოგრეხა, შეხორცებები, შიგნითა გაჭედვა, ნაწლავის შევიწროება და სხვ.

მუცლის ღრუს რომელიმე მიდამოში ანთებითი პროცესის მონახვაში ზოგჯერ დახმარებას გვიწევს დიდი ბადექონის ფიქსაცია. მისი მოცილებით შეიძლება ხელი შევუწყოთ ანთებითი პროცესის გავრცელებას.

მსხვილი ნაწლავებიდან პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაციის ხშირი ადგილებია ბრმა ნაწლავი დანამატით, სიგმური კოლინჯი, აგრეთვე გარდიგარდმო კოლინჯის მარჯვენა და მარცხენა კუთხეები.

სადიაგნოზო ლაპაროტომიის დროს, როდესაც ოპერაციამდე პერიტონიტის უშუალო მიზეზი გაურკვეველია, პირველ რიგში საჭიროა ილეოცეკალური კუთხის დათვალიერება.

მცირე მენჯის ორგანოებიდან ვათვალიერებთ შარდის ბუშტს, საშვილოსნოს, კვერცხსავლებსა და საკვერცხეებს. შარდის ბუშტის კედლის დაზიანებაზე ეჭვის დროს დათვალიერებისათვის საჭიროა მენჯის პერიტონეუმის გახსნა.

ქალებში სათანადო კლინიკური მონაცემებისას და მუცლის ღრუში სისხლის ან მცირე მენჯში ჩირქის არსებობის დროს საჭიროა საშვილოსნოსა და მისი დანამატების დათვალიერება. ამისათვის საშვილოსნო უნდა ამოვწიოთ დამჭერით. საშვილოსნოსგარე ორსულობის დროს აღინიშნება ერთ-ერთი კვერცხსავლის გაგანიერება და კედლის გახეთქილი ადგილი, მასზე სისხლის კოლტით. ანთებითი პროცესის დროს კვერცხსავალზე ან საკვერცხეზე აღინიშნება ჩირქოვანი ნადებები.

მუცლის ღრუში სეროზული ან ჩირქოვანი გამონადენის აღმოჩენისას, როდესაც ჭიანაწლავში არ ჩანს ანთების ნიშნები, აპენდექტომიის გაკეთება სწორი არაა. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა ჭრილობის გაგანიერება და მუცლის ღრუს უფრო ფართო რევიზია დაავადების ნამდვილი მიზეზის დასადგენად (ნაღვლის ბუშტის ფლეგმონა ან მისი პერფორაცია, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია, გაუვალობის სხვადასხვა სახე, გინეკოლოგიური დაავადებანი და სხვ.).

რენტგენოლოგიური და ლაბორატორიული გამოკვლევები, ისე როგორც ინსტრუმენტებით ჩატარებული გამოკვლევა, და იშვიათად, მაგრამ მაინც გამოყენებული დიაგნოზური ლაპაროტომიაც, რომელიც უკვე ოპერაციული დახმარებაა, უნდა ასაბუთებდეს საეჭვო ან დადგენილ დიაგნოზს.

ავადმყოფის ადგილობრივი გამოკვლევა არ გულისხმობს ამა თუ იმ მიდამოს იზოლირებულად შესწავლას. ყოველთვის უნდა გვახსოვდეს ავადმყოფის ინდივიდუალური თვისებების, ანამნეზისა და საერთო ობიექტური გამოკვლევით მიღებული მონაცემები, მხოლოდ ყველა ამ მონაცემის ერთობლიობის საფუძველზე შეიძლება სწორი დიაგნოზის დასმა.

მუცლის კედლის დაავადებანი და დაზიანებანი

მუცლის კედლის თანდაყოლილი დაავადება

მუცლის კედლის თანდაყოლილი დეფექტი ან დაავადებაა, როცა არ არსებობს მუცლის კედლის რომელიმე კუნთი, ან იგი განუვითარებელია. რის გამოც იქმნება თიაქრისმაგვარი გამობერილობა. ზოგჯერ აღინიშნება დიდი სიგანის თეთრი ხაზი და რამდენიმე სანტიმეტრზე სწორი კუნთების გათიშვა. იშვიათად შესაძლოა მუცლის ღრუს ორგანოთა ევენტრაცია (გამოვარდნა) გამჭვირვალე გარსით, ზოგჯერ ჭიპის თიაქარი ან, უფრო სწორად, ჭიპის არეში არსებულ დეფექტში ნაწლავის, ან ბადექონის გამოსვლა. აღსანიშნავია აგრეთვე საშარდე სადინარის (urachus) არასრული ობლიტერაცია. ჭიპ-ნაწლავის სადინარის (ductus omphalo-entericus) სხვადასხვა ანომალია (ხვრელმილი, მეკელის დივერტიკული). ზოგჯერ სიმახინჯე — ერთი ტყუპის მეორესთან მუცლით შეზრდა და სხვ.

მუცლის კედლის დაზიანება. მუცლის კედლის იზოლირებული დაზიანება არც ისე იშვიათია. შეიძლება ადგილი ჰქონდეს კუნთის გაგლეჯას, სისხლის ძარღვის დაზიანებას და სხვ. ზოგჯერ აღინიშნება მუცლის კედლის ჭრილობა პერიტონეუმის დაუზიანებლად (დაწვრილებით იხილეთ ქვემოთ).

მუცლის კედლის ანთებითი პროცესი. მუცლის კედლის მწვავე ჩირქოვანი პროცესებიდან ფურუნკული, კარბუნკული, აბსცესი თავისი განსაკუთრებული მიმდინარეობით არ გამოირჩევა. ჭიპს ზევით (ისიც სწორი კუნთების) ფლეგმონის გავრცელებას მყესოვანი ტიხარები აბრკოლებს, სამაგიეროდ, ჭიპს ქვევით, სადაც ეს ტიხარები არაა, ფლეგმონის გავრცელების მეტი შესაძლებლობაა. განსაკუთრებით მძიმედ მიმდინარეობს მუცლის წინა კედლის ქვემო მესამედის ფლეგმონა, სადაც სწორ კუნთს ბუდე სრულებით არა აქვს. ახალშობილს შეიძლება განუვითარდეს ჭიპის მწვავე ანთება (omphalitis acuta) ჭიპლარიდან ინფექციის შეჭრის შედეგად, მოზრდილებს—მსუქანი და ჩაბრუნებული ჭიპის დროს, უსუფთაობის გამო. ზოგჯერ ტრავმის ან შარდის ბუშტიდან ინფექციის გავრცელებისას ვითარდება სუპრავეზიკალური ფლეგმონა.

იშვიათად მუცლის კედელზე ჩირქოვანი პროცესი შეიძლება გავრცელდეს ღვიძლის აბსცესის, პერიქოლეცისტიტის, მწვავე ჩირქოვანი ინფილტრაციული აპენდიციტის დროს. ზოგჯერ შეიძლება განვითარდეს რეტროპერიტონული ფლეგმონა (თირკმლიდან, ჭიანაწლავიდან, კოლინჯიდან).

მუცლის კედელზე ჩირქოვანი პროცესი ხშირია ჭრილობის დაჩირქების ან ჩირქოვანი ხვრელმილის სახით (ლიგატურით, უცხო სხეულით).

პ რ ო ფ ი ლ ა ქ ტ ი კ ა მრავალმხრივია: სანიტარულ-ჰიგიენური, ოპერაციის დროს ასეპტიკის წესების დაცვა, ანტიბიოტიკების გამოყენება და სხვ.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა ა პუნქცია, გაკვეთა და დრენირება, ინფიცირებული ჭრილობის გახსნა, ჩირქმდენი ხვრელმილის დროს ლიგატურის ან მისი გამომწვევი მიზეზის მოშორება და სხვ.

მუცლის კედლის ქრონიკული ანთებითი პროცესებიდან იშვიათად აღსანიშნავია აქტინომიკოზი, როგორც მეორადი დაავადება ბრმა ნაწლავის აქტინომიკოზის შემდეგ. ამ დროს გამკვრივებულ მუცლის კედელზე მრავლობითი ჩირქოვანი ხვრელმილებია. ჩირქში ხშირად აღინიშნება გამომწვევი სოკოს დრუზები.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა: ანტიბიოტიკები, რენტგენოთერაპია, იოდის პრეპარატები. ზოგჯერ ჩირქოვანი ხვრელმილების გამოფხეკა.

მუცლის კედლის სიმსივნეები

მუცლის კედლის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები — ფიბრომა, ლიპომა, ნეიროფიბრომა, ზოგჯერ ანგიომა განსაკუთრებული მიმდინარეობით არ გამოირჩევა.

მუცლის კედლის პირველადი კიბო ჩვენში იშვიათია. ჭიპის არეში ზოგჯერ შეიძლება აღინიშნებოდეს მეტასტაზები.

ახალგაზრდა მრავალჯერ ნამშობიარებ ქალებში, განსაკუთრებით ოპერაციის ან ტრავმის შემდეგ, ხშირია აპონევროზული ან მყესოვანი უჯრედებიდან დესმოიდი. იგი ძლიერ მკვრივია, საკმაო ოდენობისაა და გარდამავალია ავთვისებიან და კეთილთვისებიან სიმსივნეს შორის. ამოკვეთის შემდეგ ხშირად იძლევა რეციდივს, მეტასტაზს კი არა.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა დესმოიდის რადიკალურ ამოკვეთაში მდგომარეობს.

ენდომეტრიოზი. მუცლის კედელში ქალებს, უფრო ხშირად ოპერაციისშემდგომ ნაწიბურში, აღენიშნებათ წარმოქმნა, რომელსაც ენდომეტრიოზს უწოდებენ. იგი შესივდება, განსაკუთრებით მენსტრუაციის დროს და ზოგჯერ იწვევს სისხლდენას მუცლის კედელზე არსებული ხვრელმილიდან, ფიქრობენ, რომ იგი პერიტონეუმის მეზოთელიუმის მეტაპლაზიის შედეგია. შეიძლება საკეისრო კვეთის დროს ენდოთელის უჯრედების გადათესვას ჰქონდეს ადგილი პერიტონეუმის ღრუში.

მკურნალობა მიზნად ისახავს სისხლმდენი ხვრელმილის და ზოგჯერ მასთან ერთად საშვილოსნოს მთლიან ამოკვეთას.

მუცლის ტრავმა

ა) **დახურული დაზიანება.** მუცლის დახურული დაზიანების დროს (ღია დაზიანებისაგან განსხვავებით) არ აღინიშნება კანის ჭრილობა.

მუცლის დახურული დაზიანება უმთავრესად მშვიდობიანობის დროს გვხვდება, ომის დროს იგი მუცლის საერთო დაზიანების სამ პროცენტს არ აღემატება. ატომური ან სხვა სახის დამანგრეველი ომის დროს მოსალოდნელია ყველა მიდამოს და მათ შორის მუცლის დახურული დაზიანების დიდი რიცხვი.

მუცლის ტრავმის დროს დაავადების მიმდინარეობა და გამოსავალი უმთავრესად დამოკიდებულია მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანებაზე. ამიტომ მუ-

ცლის დახურული დაზიანების ორ სახეს არჩევენ: მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანებით და მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანების გარეშე.

საერთოდ, მუცლის დახურული ტრავმის დროს გაცილებით სპარბობს (60—70%) მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანება.

მუცლის დახურული ტრავმის მიზეზია მუცელზე მკვრივი საგნის დარტყმა ან ასეთ საგანზე მუცლით დავარდნა, ორ მკვრივ საგანს (ბუფერებს) ან ნანგრევებს შორის მოყოლა. მუცლის დაზიანება შეიძლება მოჰყვეს სხეულის სხვა მიდამოთი (წელით, ქვემო კიდურებით) დაცემას, ჰაერში ან წყალში აფეთქებისას შეკუმშული ჰაეროვანი ტალღის ან წყლის ტალღის უშუალოდ მუცელზე მოქმედებას. ასეთ შემთხვევაში მუცლის ტრავმა უფრო ხშირად მაინც თან ახლავს სხეულის სხვა მიდამოს დაზიანებას. „შერხევითი" ანუ „დარტყმითი ტალღა" გაცილებით ხშირად აზიანებს ტვინს, ფილტვებს, ვიდრე მუცლის ღრუს ორგანოებს.

მუცლის კედლის დაზიანებისას ადგილი აქვს დაჟეჟილობას, ჰემატომას, კუნთის (ხშირად სწორი კუნთის) გაგლეჯას, იშვიათად მუცლის კედლის რომელიმე მსხვილი სისხლის ძარღვის დაზიანებას. არტერიის დაზიანება, როგორც იშვიათი შემთხვევა, ზოგჯერ შეიძლება განვითარდეს ცხვირის დაცემინების დროსაც მუცლის პრესის ძლიერი დაჭიმვისა და შერხევის გამო.

წვეტიან საგანზე დაცემისას, ისე როგორც რქით ამოკვრისას, შეიძლება განვითარდეს მუცლის კედლის ყველა შრის დაზიანება კანის მთლიანობის შენარჩუნებით. მაშინ ვითარდება „ტრავმული თიაქარი" და ხელით ადვილად შეიგრძნობა კანქვეშ გამოსული ნაწლავები. მუცლის, განსაკუთრებით კი მენჯის ძვლების, ან ხერხემლის დაზიანებას ხშირად მოჰყვება რეტროპერიტონული სივრცის ჰემატომა. იგი შეიძლება განვითარდეს ნაწლავთა ჯორჯლის მოგლეჯის დროსაც.

რეტროპერიტონული ჰემატომა მისთვის დამახასიათებელი ნიშნებით — პრესისა და ნაწლავების მხრივ მოვლენები (პარეზი) — ყოველთვის ადვილი გასარჩევი არაა მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანებისაგან.

ვ. კესლერის მიხედვით, რეტროპერიტონული ჰემატომის ამოცნობაში გვშველის მისთვის დამახასიათებელი შემდეგი ნიშნები: 1. მუცლის კედლის დაჭიმულობისა და ავადმყოფის მიერ ტკივილის შეგრძნების შორის შეუსაბამობა; 2. მუცლის კედლის კუნთთა აშკარად გამოხატული დაჭიმულობის მიუხედავად, ბლუმბერგის ნიშანი გამოხატულია სუსტად ან ზომიერად და არასდროს ისე მკვეთრად, როგორც გავრცელებული პერიტონიტის დროს; 3. სხვადასხვა ლოკალიზაციის მუდმივი ხასიათის ყრუ ტკივილი ირადიაციის გარეშე; 4. მუცლის გვერდით ნაწილებში მოყრუება, რომელიც ავადმყოფის გვერდზე გადაბრუნების დროს არ ინაცვლებს (ჯოისის ნიშანი); 5. მუცლის ღრუში თავისუფალი აირის არარსებობა; 6. მეტეორიზმი ტრავმის პირველ საათებშივე როგორც რეტროპერიტონულად მდებარე ორგანოთა რეფლექსი; პერიტონიტის დროს მეტეორიზმი თავს იჩენს მოგვიანებით ნაწლავთა პარეზის დროს, პერიტონეუმის მხრივ ტოქსიკური და რეფლექსური მოქმედების შედეგად; 7. მცირე მენჯში გავრცელებული რეტროპერიტონული ჰემატომის დროს სწორი ნაწლავიდან გამოკვლევისას შეიგრძნობა ქსოვილთა უმტკივნეულო, ცომისებრი შესივება. საჭიროა მხოლოდ შარდის ბუშტის რეტროპერიტონული დაზიანების დროს შარდოვანი ინფილტრაციის გამორიცხვა; 8. მეტად მნიშვნელო-

ვანია პულსის გახშირების სიმპტომი. პერიტონიტის განვითარებისას პულსის პროგრესულად გახშირებასთან ერთად ავსება კლებულობს. რეტროპერიტონეული ჰემატომის დროს, თუ ადგილი არ აქვს სისხლდენის პროგრესულობას, პულსი ჩვეულებრივ უცვლელი რჩება ანდა შოკიდან ავადმყოფის გამოყვანის შემდეგ უმჯობესდება კიდეც.

რეტროპერიტონული ჰემატომისა და მუცლის ღრუს ორგანოების კანქვეშა დაზიანების ურთიერთ დიფერენცირებისათვის ვ. კესლერი ურჩევს 0,25% ნოვოკაინის ხსნარის შეყვანას ჰემატომაში იმ რაოდენობით, რომ ამოივსოს ის სივრცე, სადაც ჰემატომას ვარაუდობენ. ამ მიზნით მუცლის ზემო ნაწილის დაზიანებისას უპირატესად სარგებლობენ წელის ნოვოკაინის ბლოკადით ა. ვ. ვიშნევსკის წესით. ხოლო მუცლის ქვემო ნახევრის, მენჯის ძვლების არეში დაზიანებისას ნოვოკაინი შეჰყავთ თეძოს ფოსოში. ზუსტად ისე, როგორც ამას ჩვენ ვიყენებთ მენჯის ძვლების დაზიანების დროს შოკის პროფილაქტიკისა და მკურნალობისათვის (ნოვოკუზნეცკის ინსტიტუტის მიერ მოწოდებული წესის მიხედვით). ნოვოკაინის შეყვანის ტექნიკა შემდეგნაირია: თეძოს წინა ზედა წვეტის 2—3 სმ შიგნით, ნოვოკაინის კანში და კანქვეშ შეყვანის შემდეგ გრძელი ნემსით თეძოს ძვლის მიმართულებით შეჰყავთ ნოვოკაინის 0,25% ხსნარი, ნემსის წინ წაწევას უსწრებს ნოვოკაინის შეყვანა და, ამგვარად, ნემსი შეჰყავთ თეძოს ძვლის შიგნითა ზედაპირის პარალელურად 10—12 სმ სიღრმეზე. მენჯის ძვლების მოტეხილობის დროს, თუ ნემსი მოხვდება ჰემატომაში, საკმარისია 0,25% ნოვოკაინის ხსნარის 150—250 მლ შეყვანა. მუცლისა და მენჯის დახურული ტრავმის დროს, დიფერენციული დიაგნოზის მიზნით, ნოვოკაინის შეყვანა ავტორს უწარმოებია 36 ავადმყოფზე, რის შემდეგ 27 შემთხვევაში თავი შეუკავებია ლაპაროტომიისაგან, ხოლო 9 ავადმყოფზე ნოვოკაინით ბლოკადას არ მოუხსნია პერიტონეული მოელენები და ყველა შემთხვევაში გაკეთებული ლაპაროტომია გამართლებული ყოფილა. რეტროპერიტონულ სივრცეში ნოვოკაინის შეყვანით, დიფერენციული დიაგნოზის მიზნით, მუცლისა და მენჯის დახურული ტრავმის დროს ყველა შემთხვევაში სწორად ყოფილა გადაწყვეტილი ლაპაროტომიის საკითხი.

მუცლის ღრუს ორგანოთა დაზიანებისათვის ზოგჯერ საკმარისია სრულიად უმნიშვნელო ძალა, მით უფრო, თუ ორგანოც გარკვეულად შეცვლილია პათოლოგიურად. მაკალითად, აღწერილია გადიდებული ელენთის დაზიანება პალპაციის დროს ან კოვზის ტარის მირტყმის დროს. ასევე ადვილად ზიანდება თიაქრის პარკში გაჭედილი ნაწლავი ჩასწორებისა და ძალდატანების დროს.

მუცლის ღრუს ორგანოთა დაზიანებისათვის უფრო ხშირად საჭიროა გარეგანი ძლიერი ძალა, რომლის მოქმედების ადგილი გარკვეულად მიუთითებს ორგანოს დაზიანებაზე. მუცელზე უშუალოდ დარტყმა ხშირად იწვევს წვრილი ნაწლავის დაზიანებას, შედარებით იშვიათად კი მსხვილი ნაწლავისა და კუჭის დაზიანებას. ქვემო ნეკნების არეში დარტყმას მარჯვნივ მოჰყვება ღვიძლის, ხოლო მარცხნივ ელენთის დაზიანება, წელის არეში დარტყმას — თირკმლების დაზიანება, მუცლის ქვემო ნაწილის დარტყმას, მით უფრო, თუ შარდის ბუშტი გადავსებულია, — მისი დაზიანება. მუცლის ღრუს ორგანოთა დაზიანება (ჯოჯლის მოგლეჯა, ნაწლავის გაგლეჯა), რეტროპერიტონული ჰემატომა შეიძლება განვითარდეს სიმაღლიდან ჩამოვარდნისა და ფეხებზე დაცემის დროსაც, როდესაც მუცელზე მოქმედი ძალის უშუალო მოქმედებას ადგილი არ

აქვს. ასეთ შემთხვევაში მუცლის ორგანოთა დაზიანების მექანიზმი შეიძლება შედარდეს ჩაქუჩის დაცმას ტარზე. საკმარისია ჩაქუჩის ტარის ღარტყმა მკვრივ საგანზე, რომ მასზე ჩამოეცვას ჩაქუჩი. ასევე, სიმაღლიდან ფეხებზე დახტომისას ძლიერ სწრაფად გადაინაცვლებს მუცლის ღრუს ორგანოები და ასეთ სწრაფ შერხევას შეიძლება მათი დაზიანება მოჰყვეს.

მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანება ზოგჯერ მოჰყვება მუცლის ღრუში წნევის უეცრივ გაზრდას, თუ მით უფრო შინაგანი ორგანო პათოლოგიურად შეცვლილია.

მუცლის დახურული ტრავმის დროს უნდა გადაწყდეს მთავარი საკითხი — დაზიანებულია მუცლის ღრუს ორგანოები, თუ მუცლის მხრივ მოვლენები გამოწვეულია სხვა მიზეზით.

დახურული ტრავმის დროს მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანებისას ხშირად ხმარობენ გამოთქმას: მუცლის ღრუს ორგანოთა „კანქვეშა დაზიანება", რაც, ერთგვარი უხერხულობის მიუხედავად, პოპულარული გახდა და მოქალაქეობრივი უფლება მოიპოვა.

უნდა გვახსოვდეს, რომ მუცლის ღრუს ორგანოთა დაზიანების სიმულაციას ხშირად იძლევა: მუცლის კედლის დაჟეჟილობა, გულმკერდის ორგანოთა დაზიანება და ნეკნების მოტეხილობა, პერიტონეუმთან ახლომდებარე და განსაკუთრებით რეტროპერიტონული ჰემატომა, ხერხემლის მოტეხილობა ან გულმკერდისა და წელის მალების გარდიგარდმო მორჩების მოტეხილობა, თირკმლის დაზიანება, შარდის ბუშტის დაზიანება და მენჯის ძვლების მოტეხილობა.

მუცლის ღრუს ორგანოთა დაზიანების დროს ვითარდება შოკის, შინაგანი სისხლდენის ან პერიტონიტის ნიშნები.

შოკი და სისხლდენა შეიძლება აღინიშნებოდეს როგორც პარენქიმული, ისე ღრუ ორგანოთა დაზიანების დროს, და მათი ხარისხი დამოკიდებულია დაზიანების ხასიათსა და ავადმყოფის საერთო მდგომარეობაზე.

მუცლის ტრავმის დროს პირველ ხანებში საკმაოდ ხშირად ვითარდება შოკის სურათი, რომელიც ძალიან წააგავს შინაგან სისხლდენას.

შოკი ათჯერ უფრო ხშირია შინაგანი ორგანოების დაზიანების დროს, ვიდრე მარტო მუცლის კედლის ტრავმისას. ამ უკანასკნელის დროს განვითარებული შოკი სწრაფად ქრება.

იმის მიხედვით, თუ მუცლის ღრუს რომელი ორგანოს დაზიანებასთან გვაქვს საქმე, სჭარბობს სისხლდენის ან პერიტონიტის ნიშნები. ელენთის, ღვიძლისა და ჯორჯლის მსხვილი სისხლის ძარღვების დაზიანება იძლევა შინაგანი სისხლდენის სურათს: ფერმკრთალობა, სუსტი და აჩქარებული პულსი (80-ზე მეტი წუთში), სისხლის წნევის დაცემა, ძლიერი საერთო სისუსტე, გაძლიერებული წყურვილი და ანემიის პროგრესულობა, მუცლის ქვემო ნაწილებში მოყრუება, ღრუ ორგანოთა დაზიანებასთან შედარებით მუცლის კედლის კუნთთა ნაკლებად გამოხატული დაჭიმულობა და ბლუმბერგის არამკვეთრად გამოხატული ნიშანი. ღვიძლის დაზიანებისას დაგვიანებული ოპერაციის შემთხვევაში თავის გამართლება იმ მოტივით, რომ საქმე ეხებოდა შედარებით რბილი მუცლის და ბლუმბერგის სუსტად გამოხატულ ნიშანს (ან ზოგჯერ მის სრულ არარსებობას), სწორი არაა. ღვიძლის დაზიანებისას პირველ ხანებში მუცლის კუნთების მხრივ სწორედ ასეთი სუსტად გამოხატული ნიშნებია.

საჭიროა სხვა სიმპტომების ზუსტად შეფასების ფონზე ანგარიში გაეწიოს ადგილობრივ ნიშნებსაც. ღვიძლის დაზიანების დროს შოკისა და ანემიის მოვლენებს თანდათან ემატება ნაღვლოვანი პერიტონიტისათვის დამახასიათებელი ნიშნები, ან კუჭისა და ნაწლავების დაზიანების დროს თავიდანვე ყურადღებას იპყრობს პერიტონიტის სურათი: მშრალი ენა, პულსის გახშირება (80-ზე ზევით), პერიტონიტის პროგრესულობასთან სუნთქვის აქტში მუცლის კედლის გამოთიშვა, პერკუტორული მტკივნეულობა, განსაკუთრებით საეჭვო დაზიანების მიდამოში, კუნთთა კარგად გამოხატული დაჭიმულობა, მტკივნეულობა, ბლუმბერგის დადებითი სიმპტომი, ტკივილი მუცლის არეში, აირებზე და განავალზე მოქმედების შეწყვეტა, გულისრევა და პირღებინება, პნევმოპერიტონეუმი, მოგვიანებით შებერილობა. ასეთი ავადმყოფი უნდა იმყოფებოდეს განსაკუთრებული და მუდმივი ზედამხედველობის ქვეშ და ყველა საეჭვო შემთხვევაში დროულად უნდა გადაწყდეს საკითხი სადიაგნოზო ლაპაროტომიის სასარგებლოდ, რომელიც სწორ ქირურგიულ დახმარებად გადაიქცევა.

ზოგჯერ ადგილი აქვს ისეთ შემთხვევებს, როდესაც უქიმი არ აკეთებს თავისი ცოდნისა და ძალების საჭირო მობილიზაციას, სათანადო სერიოზულ დასკვნას და საეჭვო შემთხვევაში არამცთუ პირველ საათებში არ წყვეტს შინაგანი ორგანოების დაზიანებისა და ლაპაროტომიის საკითხს, არამედ დღეები ელოდება პერიტონიტის უდავო და ყველა ნიშნის ჩამოყალიბებას. რა თქმა უნდა, ასეთ შემთხვევაში დახმარება, რაოდენ კვალიფიციურიც არ უნდა იყოს იგი, მეტწილად ცუდი შედეგით მთავრდება.

მუცლის ღრუს ორგანოთა დაზიანების ამოცნობა კიდევ უფრო ძნელდება და ჭიანურდება, თუ იგი (ან მას) თან ახლავს სხვა მიდამოების დაზიანებას.

ოპერაციის წინა დიაგნოზი განსაზღვრავს მკურნალობის ტაქტიკას.

ლაპაროტომიის ჩვენებას წარმოადგენს ღრუ ან პარენქიმული ორგანოების დაზიანება, შინაგანი სისხლდენა, ან, როდესაც შეუძლებელია, ამ დაზიანებათა გამორიცხვა.

ბ) **მუცლის ჭრილობა.** მუცლის ჭრილობა შეიძლება იყოს ნაჩხვლეტი, ნაკვეთი, დაჟეჟილი, ნაფლეთოვანი, ცეცხლნასროლი. ეს უკანასკნელი მშვიდობიანობის დროს შედარებით იშვიათია.

მთავარია გადაწყდეს საკითხი — მუცლის ჭრილობა შემავალია (75%), ე. ი. ადგილი აქვს პერიტონეუმის დაზიანებას, დაზიანებულია მუცლის ღრუს ორგანოებიც, თუ ჭრილობა შემავალი არაა (25%).

მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანება, ისე როგორც დახურული დაზიანების დროს, შეიძლება განვითარდეს არაშემავალი ჭრილობის შედეგადაც. მუცლის კედლის შემხებ სრულიად ზერელე (არაშემავალი) ჭრილობამ დარტყმითი ტალღის შედეგად შეიძლება გამოიწვიოს მუცლის ღრუს ორგანოთა დაზიანება.

წელის არედან ნაჩხვლეტი ჭრილობით შეიძლება დაზიანდეს რეტროპერიტონულად მდებარე ორგანოები (ასწვრივი და დასწვრივი კოლინჯი, იშვიათად თორმეტგოჯა ნაწლავი).

მშვიდობიანობის დროს უმთავრესად მუცლის ნაჩხვლეტი ან ნაკვეთი ჭრილობა გვხვდება. მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანებისათვის სავალდებულო არაა ჭრილობის მუცლის არეში არსებობა, მუცელში შემავალი ჭრილობა შეიძლება მდებარეობდეს სხეულის სხვადასხვა მიდამოში.

მუცლის ღრუს ორგანოთა ცეცხლნასროლი ჭრილობის თითქმის ნახევარი მიყენებულია სწორედ არა მუცლიდან, არამედ სხეულის სხვა მიდამოდან (გულმკერდი, დუნდულო, ბარძაყი და სახიდანაც კი).

მუცლის შემავალი ჭრილობა თავისი ხასიათის მიხედვით შეიძლება იყოს: ა) მუცლის ორგანოების დაზიანების გარეშე; ბ) მუცლის ორგანოების დაზიანებით; გ) მხოლოდ პარენქიმული ორგანოების დაზიანებით; დ) პარენქიმული და ღრუ ორგანოების ერთდროული დაზიანებით. თორაკოაბდომინული ჭრილობა; მუცლის ჭრილობა თირკმლის, შარდსაწვეთების და შარდის ბუშტის დაზიანებით; მუცლის ჭრილობანი ხერხემლის სვეტისა და ზურგის ტვინის დაზიანებით.

მუცლის მიდამოს ცეცხლნასროლი ჭრილობანი გაცილებით ხშირია ომიანობის დროს და საერთო ჭრილობათა 6%-ს შეადგენს. იგი შემთხვევათა ერთ მესამედში ახლავს თავის, გულმკერდის, მენჯის და კიდურთა დაზიანებას.

სხვა მიდამოების დაზიანება მუცლის ღრუს ორგანოებთან ერთად არა მარტო ამძიმებს დაავადების ამოცნობას, არამედ გაცილებით მძიმესა და რთულს ხდის ქირურგიულ დახმარებას.

ჭრილობის ადგილმდებარეობით, გამჭოლი ჭრილობის შემთხვევაში შემავალი და გამომავალი ხვრელების ადგილმდებარეობით და ჭრილობის არხის სავარაუდო გათვალისწინებით შეიძლება განვსაზღვროთ მუცლის ღრუში შემავალი ჭრილობის ხასიათი. იგი შედარებით ადვილია ნაჩხვლეტი ან ნაკვეთი ჭრილობის დროს, თუ ჭრილობაში მუცლის ღრუს რომელიმე ორგანოა (ბადექონი, ნაწლავი). მუცლის ბრმა ჭრილობის დროს ყოველთვის ადვილი არაა დავადგინოთ, იგი მუცლის ღრუში შემავალია თუ არა. საეჭვო შემთხვევაში შეიძლება დამუშავდეს ჭრილობა. მისი გაკვეთისა და შეცვლილი ქსოვილების ამოკვეთისას დავადგენთ პერიტონეუმის მთლიანობის საკითხს. როდესაც პერიტონეუმი დაზიანებულია, ლაპაროტომია უნდა გაკეთდეს ახალი განკვეთით (ჯობს შუახაზზე).

მუცელში შემავალი ჭრილობის გამოცნობა კიდევ უფრო ძნელდება თორაკოაბდომინალური ან სხვა მიდამოს ერთდროული დაზიანების დროს (იხ. დიაფრაგმის ტრავმული დაზიანება).

მუცლის ჭრილობის დროს ვითარდება შოკის, სისხლდენის და პერიტონიტის ნიშნები იმისდა მიხედვით, თუ რითაა მიყენებული ჭრილობა და რის დაზიანებასთან გვაქვს საქმე.

სუნთქვის აქტში მუცლის პრესის მონაწილეობის შესუსტება ან სრული შეწყვეტა, პერკუტორული და ლოკალური მტკივნეულობა, კუნთთა დაპიმულობა, პულსის გახშირება, მშრალი ენა ხშირად შესაძლებელს ხდის მუცლის შემავალი ჭრილობის ამოცნობას. თუ დანით მიყენებული ჭრილობის მიღებისთანავე დასაწყისში ყოველთვის ადვილი არაა ჭრილობის შემავალი ხასიათის ამოცნობა, სამაგიეროდ, ჭრილობის მიყენებიდან 0,5—1—2 საათის გავლის შემდეგ ჭრილობის ირგვლივ ნიშნები იმდენად დამახასიათებელი ხდება, რომ ადვილია პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნების ამოცნობა. პარენქიმული ორგანოების დაზიანებისა და ძლიერი სისხლდენის შემთხვევაში, ისე როგორც ცეცხლნასროლი ჭრილობის დროს, თავიდანვე ყურადღებას იპყრობს შოკისა და შინაგანი სისხლდენის ნიშნები.

მუცლის ცეცხლნასროლი ჭრილობით, მით უფრო თანხვედნილი დაზია-

ნებისას, თუ დაჭრილი სასწრაფოდ არ იქნა გამოყვანილი ცეცხლის ხაზიდან, ადგილზე იღუპება. ამიტომ იყო, რომ მათი რიცხვი საერთო დაჭრილთა მხოლოდ 6%-ს შეადგენდა. მუცლის ჭრილობის დროს ეტაპურმა მკურნალობამ და დანიშნულებისამებრ ევაკუაციამ, აგრეთვე მუცელში დაჭრილთა სპეციალიზებულ ჰოსპიტალში მკურნალობამ მნიშვნელოვნად შეამცირა მუცელში დაჭრილთა სიკვდილობის პროცენტი.

დაზიანებულ ორგანოთა რაოდენობა და სიმძიმე, აგრეთვე გადაუდებელი ოპერაცია განსაზღვრავს ავადმყოფის გამოსავალს. ოპერაციის მსვლელობის დროს და მის შემდეგ სისხლის მასიური გადასხმა, შოკის საწინააღმდეგო ხსნარების (პოლიგლუკინი და სხვ.) გამოყენება, ანტიბიოტიკების ადგილობრივ და ზოგადად ენერგიული ხმარება. ფილტვების მხრივ გართულებათა (რაც საკმაოდ ხშირია) პროფილაქტიკა დაჭრილთა განკურნების მთავარი საწინდარია. მუცელში დაჭრილის დატოვება ოპერაციის ადგილზე აუცილებელია 8—10 დღით, თუ მეტი არა.

მუცლის ღრუს უცხო სხეულები

მუცლის ღრუში უცხო სხეული (ტყვია, ნაღმის ნამსხვრევი, დანის ან სხვა დამჭრელი საგნის ნაწილი და სხვ.) შეიძლება მოხვდეს დაჭრის დროს გარედან, ოპერაციის დროს (ინსტრუმენტი, დოლბანდის ფირფიტა, ტამპონი ან ბურთული), იშვიათად იგი (თევზის ძვალი, ნემსი) შეიძლება გავიდეს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან, გაიკეთოს ბადექონის საფარი და დიფუზური პერიტონიტის განვითარებამდე ფარულად მიმდინარეობდეს.

ფრიად იშვიათად ტრაქტიდან გასული უცხო სხეულები (საკერავი ნემსები) პერიტონიტის განვითარების გარეშე შეიძლება ჩაინერგოს მუცლის წინა კედელში და ფლეგმონის სურათი განავითაროს. რენტგენოლოგიური გამოკვლევა და ანამნეზი საბოლოოდ არკვევს დიაგნოზს.

ოპერაციის დროს მუცლის ღრუში უცხო სხეულების დარჩენის მიზეზია არასრულყოფილი გაუტკივარება, ძლიერი სისხლდენა, ცუდი დამხმარე. ამიტომ ჯობს დიდი ფირფიტებისა და პირსახოცების ხმარება და მათი დამაგრება. ზოგიერთი ურჩევს ფირფიტებზე ზონრებს, მათ დათვლას და სხვ. მთავარია თვით ქირურგი და მისი თანაშემწეები იყვნენ უაღრესად ყურადღებით და ოპერაციის ბოლოს მუცლის ღრუს დახურვამდე, როგორც წესი, ჩატარდეს მუცლის ღრუს გულდასმითი რევიზია.

ოპერაციის დროს დარჩენილი ფირფიტა შეხორცებითი დაავადების, დაჩირქების და სუბფებრილური ტემპერატურის მიზეზია. ასეთ ავადმყოფს ხშირად ხანგრძლივად მკურნალობენ ქოლეცისტიტის და რომელიმე ინფექციური დაავადების დიაგნოზით.

უცხო სხეული ხშირად ჭრილობის შეხორცებას აბრკოლებს. ჩაპარკებისას სიმსივნის შთაბეჭდილებას ქმნის და ზოგჯერ ასეთივე დიაგნოზით კეთდება ოპერაცია.

ფრიად იშვიათია ღრუ ორგანოების პერფორაციის დროს მუცლის ღრუში გასული საკვების ნაწილების ჩაპარკება და გრანულომის განვითარება. ასეთი უცხო სხეულის მსგავსად შეიძლება ჩაიპარკოს პერფორაციის დროს მუცლის ღრუში მოხვედრილი ნაღვლის კენჭები და სხვ.

მწვავე პერიტონიტი

მწვავე პერიტონიტი მუცლის ღრუს ქირურგიის ერთ-ერთი ყველაზე საჭირბოროტო საკითხია. მწვავე პერიტონიტი მუცლის ღრუს თითქმის ყველა მწვავე ქირურგიული დაავადების განუყოფელი თანამგზავრია და ფრიად მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ამ დაავადებათა კლინიკური სურათის განვითარებაში.

მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული დაავადებების დროს, რომელიც „მწვავე მუცლის" სახელწოდებით არის ცნობილი, დამახასიათებელია პერიტონიტის განვითარება დაავადების დასაწყისშივე ან იგი ემატება მოგვიანებით, როგორც მუცლის ღრუში მომხდარი კატასტროფის ბოლო პროცესი.

მუცლის ღრუს ოპერაციების საკმაოდ ხშირი მიზეზი მწვავე პერიტონიტია ან იგი წარმოადგენს მუცლის ღრუს ოპერაციების გართულებას და მისი პროფილაქტიკა და მკურნალობა ქირურგის გადაუდებელ ამოცანას შეადგენს.

მწვავე პერიტონიტის ერთიანი, ყველას მიერ აღიარებული კლასიფიკაცია არ არსებობს. მწვავე პერიტონიტს ყოფენ პათომორფოლოგიური ნიშნების, ეტიოლოგიური მომენტის ან კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით. არჩევენ სეროზულ, სერო-ფიბრინოზულ, ჩირქოვან და მყაყე პუტრიდულ პერიტონიტს. ეტიოლოგიური თვალსაზრისით — ასეპტიკურს და ინფექციურს. ასეპტიკური პერიტონიტი გაცილებით იშვიათია და გვხვდება პანკრეონეკროზის დროს, როდესაც პანკრეასის ფერმენტი მისი დესტრუქციული ანთების დროს გამოდის პერიტონეუმის ღრუში და მის ანთებას იწვევს. ასეპტიკური პერიტონიტის განვითარებას, რომელიც დამოკიდებულია ქიმიურ მიზეზებზე, ადგილი აქვს აგრეთვე მუცლის ღრუში დასაწყის პერიოდში სისხლის, ნაღვლის, შარდის, ექინოკოკის და საკვერცხის ცისტის სითხის ჩაღვრის დროს, თუ ისინი არ შეიცავს მიკრობებს და სანამ მათი მეორადი ინფიცირება მოხდებოდეს.

პერიტონეუმის ღრუში ჰაერის განმეორებით შეყვანას, ასეპტიკურ ყველა უცხო სხეულს (ლიგატურა, დოლბანდის ნაჭერი და სხვ.) პერიტონეუმის რეაქტიული ანთება და შეხორცების განვითარება მოსდევს.

მწვავე პერიტონიტი უმთავრესად პოლიმიკრობული ინფექციური დაავადებაა. მისი ინფექციური ბუნება პირველად გრავიცის მიერ იყო დადგენილი ჯერ კიდევ 1886 წელს, რაც ერთი წლის შემდეგ დაადასტურა ა. პავლოვსკიმ, ხოლო შემდეგ მრავალმა მკვლევარმა.

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაზიანების დროს პერიტონიტის განვითარება შეიძლება გამოიწვიოს ერთმა ან რამდენიმე მიკრობმა. როდესაც პერიტონიტის განვითარებას ერთი სახის მიკრობი იწვევს, მაშინ პერიტონიტი შედარებით მსუბუქად მიმდინარეობს და პროგნოზიც გაცილებით უკეთესია. ორი და მრავალი სახის მიკრობთა არსებობისას ბაქტერიების სინერგიული მოქმედების შედეგად პერიტონიტი გაცილებით მძიმედ მიმდინარეობს.

პერიტონიტის დროს ხშირად გვხვდება ერთდროულად სამი სახის მიკრობი: ნაწლავის ჩხირი, არაჰემოლიზური სტრეპტოკოკი და bacterium perfringens.

სუსტი ვირულენტური მიკრობების მოხვედრისას, როცა არ გრძელდება მისი შემდგომი ინფიცირება, პერიტონეუმს შესწევს მათი ლიკვიდაციის უნარი. მიკრობები განსაკუთრებით სწრაფად მრავლდებიან, თუ მათთან ერთად

პერიტონეუმის ღრუში იკრება ლორწო და საკვების მასები. პერიტონეუმის ღრუში მოხვედრილი მრავალრიცხოვანი მიკრობებიდან მრავლდება მხოლოდ ის მიკრობები, რომლებთაც დამოუკიდებლად ან სინერგიზმში შესწევთ პერიტონეუმის დამცველობითი უნარის გადალახვა. პერიტონიტის განვითარებაში გამომწვევ მიკრობთა შორის სიხშირის მიხედვით შეიძლება დავასახელოთ: ნაწლავის ჩხირი, არაჰემოლიზური სტრეპტოკოკი; ანაერობული მიკრობებიდან— b. perfringens, სტაფილოკოკი, ჰემოლიზური სტრეპტოკოკი, დიფტერიის ჩხირი. ზოგი სახის პერიტონიტის დროს აღინიშნება პნევმოკოკი, გონოკოკი, სტრეპტოკოკი, ტუბერკულოზის ჩხირი (ხშირად ჰემატოგენური გზით).

მყაყე სუნს აირის წარმომქმნელ სტრეპტოკოკს უფრო მიაწერენ, ვიდრე ნაწლავის ჩხირს და ანაერობებს. პერიტონიტის განვითარებაში აერობულ მიკრობებს განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვთ, ისე როგორც მათ ურთიერთსიმბიოზს, მაკროორგანიზმის მდგომარეობას, თვით პერიტონეუმის ცვლილებებს და სხვ.

ინტერესმოკლებული არაა აქვე აღინიშნოს პერიტონეუმის უაღრესად დიდი შეწოვისა და მიკრობებთან ბრძოლისუნარიანობის შესახებ. ჯერ კიდევ ვეგნერმა (Wegner) პირველმა აღნიშნა პერიტონეუმის შესრუტვის დიდი უნარი. ცხოველი მუცლის ღრუდან რამდენიმე საათში ისრუტავს სხეულის წონის 3,3—8%-ს. საკმარისია გავიხსენოთ, რომ პერიტონეუმის ზედაპირი უდრის ადამინის კანის ფართს (17—20 ათასი სმ²) და მას 12—31 საათის განმავლობაში შეუძლია სხეულის წონის სითხის შესრუტვა. შესრუტვის გარდა, პერიტონეუმს ტრანსუდაციის დიდი უნარიც აქვს. ვეგნერის გამოკვლევით, შაქრის კონცენტრიული ხსნარის შეყვანის შემდეგ ცხოველის პერიტონეუმი გამოყოფს დიდი რაოდენობით სითხეს (სხეულის წონის 4,3—8,3%-ს ერთ საათში). ამასთან, პერიტონეუმს გააჩნია პლასტიკურობის დიდი უნარი. როგორც ალ. მაჭავარიანი წერს, პერიტონეუმს აქვს მრავალი ძვირფასი თვისება იმისათვის, რომ ქირურგიული შეხების ან საზოგადოდ მისი დაზიანების შედეგები იოლად მოიხადოს: იგი შეისრუტავს დიდძალ სითხეს; შეუძლია აგრეთვე ესა თუ ის ინფექციური ნივთიერება რამდენადმე მოინელოს და შესრუტვით გააუვნებლოს; პერიტონეუმს შეუძლია ადვილად აიტანოს მექანიკური, თერმული და ქიმიური დაზიანება. ქსოვილთა დაზიანება და უცხო სხეულები შესაძლოა ისე ჩაიყლაპოს, რომ არავითარი ცუდი გავლენა მათგან სხეულმა არ განიცადოს. მაგრამ ყველა ეს თვისება და უნარი პერიტონეუმს ახასიათებს გარკვეულ ზომამდე. თუ დაზიანება ზომას გადასცდა, მაშინ სწრაფად იცვლება სურათი და დიდი საშიშროების წინ ვდგებით. წარმოშობილი ექსუდატი ნოყიერი ნიადაგია, რომელზეც მიკროორგანიზმები უხვად მრავლდებიან. დიდი შესრუტვის გამო სისხლი მოკლე ხანში ივსება დიდძალი პათოგენური მიკრობებით და ტოქსინებით, რისგანაც უჯრედები იღუპება. შეიძლება დაგვემატებინა და გვეთქვა, რომ პერიტონეუმის ამ თვისების გარეშე შეუძლებელი იქნებოდა მუცლის ღრუს არამცთუ რთული, მარტივი ოპერაციების შესრულებაც კი.

მუცლის ღრუში პერიტონეუმის დიდი დამცველობითი უნარის ზედმიწევნით მოკლე ჩამოთვლაც არ იქნებოდა სრულყოფილი, რომ აქვე არ აგვეღნიშნა ბადექონის იმ დიდი მნიშვნელობის შესახებ, რაც მას აქვს ანთებითი პროცესით დაავადებული ორგანოს თავისუფალი მუცლის ღრუდან შემოსაზღვრაში. დაავადების დასაწყისშივე მუცლის ღრუს ეს „წესრიგის დამცველი“ შემოეხ-

ვევა დაავადებულ ორგანოს, მაგალითად, ჭიანწლავს. კუჭის პერფორირებულ ხვრელს და ქმნის ხშირად ანთებითი კერის თავისუფალ მუცლის ღრუსგან განმსაზღვრელ ბარიერს.

ვეგნერმა და გრავიტმა ცხოველებზე ცდით დაამტკიცეს, რომ ბაქტერიებით კონცენტრირებული სითხის განსაზღვრული რაოდენობით შეყვანა საღი პერიტონეუმისათვის საშიშროებას არ წარმოადგენს; ჩირქოვანი პერიტონიტის განვითარებისათვის, გარდა ამისა, საჭიროა კიდევ სხვა პირობები.

ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს პერიტონეუმის ღრუში მიკრობის დატოვების ხანგრძლიობას. ნაწლავის ჩხირი გარკვეულ პირობებში უკვე 16 საათში იწყებს ტოქსინის გამომუშავებას. b. perfringens გახსნილ ტოქსინს იმუშავებს 24 საათში. ამისათვის საჭიროა სპეციალური პირობები, რომელიც ყოველთვის არაა პერიტონეუმში.

ყველა პირობა, რომელიც მუცლის ღრუში ხელს უწყობს ბაქტერიების გამრავლებას, მეტად საშიშია, რადგან ისინი აადვილებენ და პირობებს ქმნიან ადამიანისათვის სასიკვდილო ტოქსინების წარმოშობისა და შეწოვისათვის. ამის საუკეთესო ილუსტრაციას შტეინბერგის ცნობილი ცდა წარმოადგენს. მას ჯანმრთელი ბაკვების მუცლის ღრუში ფიზიოლოგიურ ხსნარში გახსნილი ნაწლავის ჩხირის — ვირულენტური კულტურა შეჰყავდა.

ყველა ცხოველი ასეთი ცდის შემდეგ ცოცხალი რჩებოდა. ჯანმრთელ ბაკვებს მუცლის ღრუში, თუ ამავე შტამს შევუყვანდით ისეთ ფისისებრ ნივთიერებებთან ერთად, რომლებიც ბაქტერიების შეწოვას მნიშვნელოვნად აკვიანებდა, მაშინ ყველა ცხოველი იღუპებოდა. საკონტროლო ცხოველებში მუცლის ღრუში ცალკე ფისის შეყვანა არავითარ ცვლილებებს არ იწვევდა.

აღნიშნული ექსპერიმენტი თავისთავად ლაპარაკობს პერიტონეუმის ფუნქციის გაუკულმართების დიდ მნიშვნელობაზე, არა მარტო პერიტონიტის, არამედ სიკვდილის მიზეზის განვითარებაში.

უფრო ხშირად პერიტონიტი მოჰყვება მუცლის ღრუში მდებარე რომელიმე ორგანოს დაავადება-დაზიანებას. დაბეჯითებით შეიძლება ითქვას, რომ პერიტონიტი ძირითადად მეორადი დაავადებაა, მაგრამ მის პირველად მიზეზს თუ ვერ აღმოვაჩენთ, ეს როდი ნიშნავს ყოველთვის უმიზეზო, პირველადი ან კრიპტული პერიტონიტის არსებობაზე ვილაპარაკოთ. მართალია, არსებობს ასეთი ე. წ. იდიოპათიური პერიტონიტიც, მაგრამ ფრიად იშვიათად, და იგი მაინც არასრულყოფილი გამოკვლევით უფრო უნდა იქნეს ახსნილი, ვიდრე უმიზეზო წარმოშობით.

ე. წ. იდიოპათიური პერიტონიტი (როდესაც ანთებითი პროცესი თავიდანვე თვით სეროზულ გარსში წარმოიშვება) ფრიად იშვიათ მოვლენად უნდა ჩაითვალოს. ყოველ ამგვარ შემთხვევაში უნდა დამტკიცდეს, რომ მუცლის ღრუს არც ერთი ორგანო დაავადებული და დაზიანებული არაა. ეს კი ადვილი საქმე არ არის, არამცთუ ავადმყოფის განკურნების, აუტოფსიის დროსაც კი.

როგორც მწვავე, ისე ქრონიკული, კრიპტული, ანუ იდიოპათიური, პერიტონიტის არსებობა შესაძლებელია, მით უფრო, თუ ანგინის, გრიპის ან მუცლის ღრუს გარეშე ადგილობრივი და ზოგადი დაავადების შემდეგ განვითარებულ პერიტონიტს პირველად პერიტონიტად ჩავთვლით. რა თქმა უნდა, ყოველ ასეთ შემთხვევაში პერიტონეუმის პირველად დაავადებაზე ლაპარაკი,

ცხადია, პირობითია. ამასთან, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ძნელია დანამდვილებით იმის მტკიცება, რომ ამგვარი პერიტონიტის დროს ადგილი არ ჰქონდა მუცლის ღრუს რომელიმე ორგანოს დაავადებას ან დაზიანებას.

ძნელია პერიტონიტის ყველა მიზეზის ჩამოთვლა, რადგან ორგანიზმში არსებულ ყოველ ჩირქოვან კერას, მით უფრო მუცლის ღრუში არსებულ ან მის მეზობლად მდებარე ყოველი ორგანოს პერფორაციას, შეუძლია პერიტონიტი გამოიწვიოს.

პერიტონიტის მიზეზი შეიძლება გახდეს ყოველი ორგანო, რომელიც პერიტონეუმითაა დაფარული ან მის სიახლოვეს მდებარეობს, მაგრამ პერიტონიტის უფრო ხშირი მიზეზი მაინც კუჭისა და ნაწლავების, სანაღვლე გზების და ქალებში სასქესო ორგანოების დაავადება ან დაზიანებაა.

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან პერიტონიტის განვითარების ყველაზე ხშირი მიზეზი (შემთხვევათა ერთ მეოთხედში) მწვავე აპენდიციტია. შემდეგ მოდის კუჭისა და 12- გოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია; სანაღვლე გზების დაავადებანი, ნაწლავთა გაუვალობა და ამა თუ იმ სახის გაჭედვა, ჯორჯლის სისხლძარღვთა თრომბოზი, ნაწლავთა სხვადასხვა წარმოშობის პერფორაცია (ტიფოზური, იშვიათად სხვა მიზეზით).

პერიტონიტის განვითარება მოჰყვება აგრეთვე კუჭისა და ნაწლავების ტრავმულ დაზიანებას. კუჭისა და ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების შედეგად განვითარებული პერფორაციული ხვრელი პროცესის თავისებურების გამო პერიტონეუმის ღრუში შიგთავსის გაცილებით მეტი გამტარია, ვიდრე იგივე ზომის ტრავმული დეფექტი, რომელიც გადმობრუნებული ლორწოვანი ვარსით ამა თუ იმ ხარისხით ახშობს მას (თუმცა ამაზე იმედის დამყარება, როგორც ძველად ფიქრობდნენ, არ შეიძლება). როგორც პერფორაციის, ისე ტრავმის დროს პერიტონიტის განვითარებაში მნიშვნელობა აქვს შიგთავსის მეტი რაოდენობით გამოსვლის შესაძლებლობას. წვრილი ნაწლავის სეგმენტებიდან გაცილებით მეტად გამოდის შიგთავსი, ვიდრე მსხვილი ნაწლავის ივივე ზომის დეფექტიდან.

ქალის სასქესო ორგანოებიდან კვერცხსავალების მწვავე ანთებას (ოონოკოკური, სტრეპტოკოკური, პნევმოკოკური, სტაფილოკოკური, ტუბერკულოზი), მშობიარობის ან აბორტის შემდეგ საშვილოსნოს მწვავე ანთებას, მის პერფორაციას ან გახეთქვას სხვადასხვა სახის პერიტონიტის განვითარება მოსდევს.

პერიტონიტის მიზეზი შეიძლება გახდეს ღვიძლისა და ელენთის ამა თუ იმ წარმოშობის ჩირქოვანი პროცესი, როდესაც ინფექცია გზას იკაფავს მუცლის ღრუში. პანკრეასის დაჩირქებას და ნეკროზს ასევე პერიტონიტის განვითარება მოსდევს. ზოგჯერ პერიტონიტის მიზეზია ჯორჯლის ლიმფური კვანძების დაჩირქება.

რეტროპერიტონული სივრცის, მსხვილი ნაწლავის და თირკმლის ირგვლივ ქსოვილთა ანთება, ისე როგორც ხერხემლის პერიფოკალური აბსცესის მუცლის ღრუში გახსნა, პერიტონიტის განვითარებას იწვევს.

მუცლის კედლის ყოველმა დაზიანებამ, რომელსაც დაჩირქება მოჰყვება, შეიძლება პერიტონიტის განვითარება გამოიწვიოს.

თირკმლის დაჩირქების დროს პროცესი რეტროპერიტონულად ვრცელდება, მაგრამ შესაძლოა იგი პერიტონეუმზეც გადავიდეს.

პერიტონიტის განვითარება შარდის ბუშტის ტრავმას, წყლულებს და პროსტატის აბსცესს შეიძლება მოჰყვეს.

იშვიათად მისი მიზეზია ჩირქოვანი პლევრიტი და პერიკარდიტი.

შეიძლება დავასკვნათ, რომ მწვავე პერიტონიტი ვითარდება მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული დაავადების, უფრო ხშირად აპენდიციტის შემდეგ, აგრეთვე მუცლის ღრუს ოპერაციის შემდეგ (განსაკუთრებით ნაწლავებზე), ხშირად კიბოს გამო ნაოპერაციევ ავადმყოფებში, ბოლოს მუცლის ღრუს დახურული ან ღია დაზიანების შედეგად და იშვიათად მეზობელი ორგანოებიდან ანთების გავრცელების ან ჰემატოგენური გზით.

გავრცელების მიხედვით მწვავე პერიტონიტი შეიძლება იყოს: შემოფარგლული, ანუ ადგილობრივი, გავრცელებული, ანუ დიფუზური, და ბოლოს, ზოგადი განფენილი, ანუ უნივერსალური პერიტონიტი. ზოგი ავტორი არჩევს პერიტონიტის ადრეულ, დაგვიანებულ და საბოლოო, ანუ ფინალურ, სტადიას. ამ შემთხვევაში ადრეული სტადია შეესაბამება ადგილობრივ პერიტონიტს.

შემოფარგლული პერიტონიტის დროს ორგანიზმის და პერიტონეუმის იმუნობიოლოგიური მდგომარეობის მეოხებით პირველადი კერა შემოსაზღვრულია თავისუფალი მუცლის ღრუდან; ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა დამოკიდებულია ძირითადი დაავადების ხასიათზე, მის სიძლიერეზე და მასში პერიტონეუმის მონაწილეობის ხარისხზე.

შემოფარგლული, ანუ ადგილობრივი, პერიტონიტის მაგალითად შეიძლება დავასახელოთ მწვავე აპენდიციტი, კუჭის წყლულის მიფარებული პერფორაცია, როდესაც პერიტონეუმის ცვლილებები მხოლოდ ადგილობრივი მოვლენებით განისაზღვრება. ძირითადი კლინიკური ნიშნები თავმოყრილია პირველადი კერის მიდამოში და ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. ზოგჯერ შეიძლება შემოფარგლული პერიტონიტი პელვეოპერიტონიტის, აპენდიკულარული ინფილტრატის, მწვავე ქოლეცისტიტის დროს მიმდინარეობდეს მძიმე კლინიკური ნიშნებით (აჩქარებული პულსი, მაღალი ტემპერატურა, ოფლიანობა, ლეიკოციტოზი).

შემოფარგლული პერიტონიტის დროს ასეთი განსხვავებული მიმდინარეობის მიზეზი იმაში მდგომარეობს, რომ ერთ შემთხვევაში შეიძლება სეროზულ-ფიბროზულმა გამონადენმა შესრუტვა და ალაგება განიცადოს და პერიტონეუმის ანთება გაქრეს. მეორე შემთხვევაში სეროზულ-ფიბრინოზული ექსუდატი შეიძლება დაჩირქდეს და დანარჩენი პერიტონეუმის ღრუსაგან შემოიფარგლოს ხანგრძლივი არსებობის დროს საკმაოდ ძლიერი გრანულაციური ქსოვილით და გარედან ფიბროზული კაფსულით, როგორც აბსცესი. მუცლის ღრუში აბსცესის გაჩენის დროს, პერიტონიტის კლინიკური ნიშნების შემცირების მიუხედავად, არ აღინიშნება ტემპერატურის შემცირება ან მის ხანმოკლე დაცემას ხელახლა მოჰყვება ტემპერატურის მომატება. ჩვეულებრივ, ასეთ აბსცესებს არ ახასიათებს მუცლის კედლის კუნთების დაჭიმულობა. კლინიკური სურათი დამოკიდებულია აბსცესის ოდენობაზე, მის ადგილმდებარეობაზე და ანთებითი პროცესის ინტენსივობაზე.

მუცლის ღრუში ბადექონით, შეხორცებებით და ნაწლავთა მარყუჟებით შემოფარგლული ერთეული ან მრავლობითი აბსცესები ვითარდება ნაწლავის მარყუჟებსა და ნაწლავის ჯორჯალს შორის, დუგლასის სივრცეში, სუბდიაფრაგ-

ძულ სივრცეში. ადგილობრივ პერიტონიტს ყოველთვის როდი ახასიათებს შემოფარგვლა და პროცესის მხოლოდ ლოკალურად განვითარება. პირიქით, ადგილობრივ დაწყებული პერიტონიტი ხშირად განიცდის გავრცელებას მუცლის ღრუში არსებული ანატომიური სივრცეების ურთიერთგავრცელების თავისებურების მიხედვით. გარდიგარდმო კოლინჯი და დიდი ბადექონი მუცლის ღრუს ყოფს ბადექონის ზევით და ! ბადექონს ქვევით მიდამოდ. დიაფრაგმასა და ღვიძლს შორის სივრცეს lig. falciforme hepatis ყოფს მარჯვენა და მარცხენა ნახევრებად, რომლებიც წელის მიდამოს უერთდება გვერდითი არხებით ასწვრივ და დასწვრივ კოლინჯს გარეთ. გვერდითი არხებით ჩირქი ბადექონს ზევითა სივრციდან შეიძლება ჩამოედინოს მცირე მენჯის ღრუში ან აქედან გავრცელდეს ზევით. ასეთ შემთხვევაში მწვავე ანთებითი პროცესი მუცლის ღრუში კი არ ისაზღვრება პირველადი კერით, არამედ ვრცელდება მუცლის ღრუში. მისი შემდგომი გავრცელებისათვის დაბრკოლება არ არსებობს. პერიტონიტი, როგორც იტყვიან, დიფუნდირებას ან გავრცელებას განიცდის და მაშინ ეითარდება დიფუზური პერიტონიტი. ამ დროს მუცლის ღრუს ნაწილი ჯერ კიდევ დაავადებული არაა ანთებითი პროცესით, ანდა მისი არსებობის შემთხვევაში პირველდაწყებით კერასთან შედარებით მოშორებულ უბანში პერიტონეუმი გაცილებით ნაკლებ მორფოლოგიურ ცვლილებებს განიცდის. დიფუზური პერიტონიტის დროს ავადმყოფს ექნება გაცილებით მძიმე მოვლენები, ვიდრე შემოფარგლული პერიტონიტის დროს. აქ გაერთიანებულია პათოლოგიურად შეცვლილი ორგანოს ფუნქციის მოშლა და ყველა ის ცვლილება, რომლებსაც ადგილი აქვს დიფუზური პერიტონიტის დროს. გავრცელებული პერიტონიტის დროს პერიტონიტისათვის დამახასიათებელ ზოგად მოვლენებთან ერთად ყურადღებას იპყრობს ადგილობრივი მოვლენების (პერკუსიით და პალპაციით გამოწვეული მტკივნეულობა, კუნთთა დაჭიმულობა) შედარებით მეტად გამოხატვა პირველადი კერის მიდამოში.

გამონადენის ხასიათი დიფუზური პერიტონიტის დროს ჩირქოვან-ფიბრინოზული ან წმინდა ჩირქოვანია, ჩირქი ყვითელი, სქელი და უსუნოა და, რაც მთავარია, პერიტონეუმის მხრივ ყველა ეს ცვლილება მეტადაა გამოხატული ანთების პირველად კერასთან. რაც უფრო მეტად ვშორდებით მას, მით უფრო პერიტონეუმი ნაკლებ ცვლილებებს განიცდის. ასეთ შემთხვევაში პირველადი კერის ლიკვიდაცია სხვა საშუალებებთან ერთად მეტწილად განკურნებით მთავრდება.

დასასრულს, აღსანიშნავია პერიტონიტის ფინალური, ანუ ტერმინალური, მდგომარეობა, როდესაც ანთებას ტოტალური ხასიათი აქვს და პერიტონეუმის არც ერთი უბანი დაუზიანებელი არ რჩება. ამ სახის პერიტონიტს უკვე ზოგადი პერიტონიტი ეწოდება. სამწუხაროდ, ხშირად ურევენ ერთმანეთში დიფუზურ და ზოგად პერიტონიტს, რაც არავითარ შემთხვევაში ერთი და იგივე არაა.

როგორც ვ. ვიკერმა მოხდენილად თქვა, განფენილი (ანუ ზოგადი) პერიტონიტი, როგორც წესი, წარმოადგენს მუცლის ღრუს ამა თუ იმ დრამის ფინალს, რადგან ავადმყოფი, თუ მუცლის მწვავე დაავადებისაგან არ იკურნება, მაშინ იგი, ჩვეულებრივ, იღუპება მწვავე ჩირქოვანი პერიტონიტით.

ზოგადი პერიტონიტის დროს, ავადმყოფის მეტად მძიმე მდგომარეობისას, დიფუზური პერიტონიტისაგან განსხვავებით, მუცლის მხრივ დამახასიათებე-

ლია კუნოთა აქტიური დაკბილულობის არარსებობა. მართალია, მუცელი რიგიდულია, მაგრამ მტკივნეულობა ყველგან ერთნაირადაა გამოხატული.

მუცელში გამონადენი ჩირქოვანი ან პუტრიდულია, მყაყე სუნით, მაგრამ,რაც მთავარია, პერიტონეუმის მხრივ მორფოლოგიური ცვლილებები ერთნაირადაა გამოხატული როგორც ანთების კერაში, ისე მისგან მოშორებით. ამ ავადმყოფებში პირველადი კერის მოსპობა ხშირად უეფექტოა და ავადმყოფები იღუპებიან პერიტონიტისაგან.

პ ა თ ა ნ ა ტ ო მ ი უ რ ი დ ა პ ა თ ო ფ ი ზ ი ო ლ ო გ ი უ რ ი ც ვ ლ ი ლ ე ბ ა ნ ი. პერიტონეუმი ბაქტერიულ ან სხვა სახის გაღიზიანების დროს ანთების დასაწყისში შეიმღვრევა, შეშუპდება და უსწორო ხორკლიან შეხედულებას ღებულობს. სისხლძარღვების ჰიპერემიას ექსუდაცია მოსდევს. პერიტონეუმის სუსტი დაცვითი რეაქციის დროს მიკრობთა რაოდენობა ექსუდატში სწრაფად იზრდება. დაავადებიდან უკვე 16 საათისათვის 1 მმ³ ექსუდაციურ სითხეში ნახულობენ მილიონობით ბაქტერიას როგორც აერობული, ისე ანაერობული ჯგუფიდან. პროცესის პროგრესულობასთან ექსუდაცია იმდენად ძლიერდება, რომ სითხემ შეიძლება რამდენიმე ლიტრას მიაღწიოს. ექსუდატი დიდი რაოდენობით შეიცავს ცილას, ლეიკოციტებს, მეზოთელის უჯრედებს, ფიბრინს. რაც მეტია ფიბრინი, მით მეტია დაზიანება, რადგან ამ დროს სუსტია თვით პერიტონეუმის დაცვითი რეაქცია. ზოგი სახის მიკრობებს (პემოლიზური სტრეპტოკოკი, ნაწლავის ჩხირი და განავლოვანი სტრეპტოკოკი) შესწევთ ფიბრინის დაშლის დიდი უნარი. ამიტომ ამ ჯგუფის მიკრობებით გამოწვეული პერიტონიტის დროს ფიბრინის წარმოშობა და შეწებებითი პროცესი გამოხატულია მეტად სუსტად. ანთების დაწყებიდან ნორმალურად უკვე 10 წუთში პერიტონეუმზე სეროფიბრინული ნადებები ჩნდება. მომდევნო ორ საათში იწყება პერიტონეუმის ზედაპირსა და მასთან მიმდებარე ჯანმრთელი თუ დაავადებული ნაწლავის მარყუჟის შეწებება ბადექონით, ან პარიეტული პერიტონეუმით. 18 საათის შემდეგ ეს უბნები უკვე იწყებენ ორგანიზაციას, თუმცა შემადგენელი ნაწილების ერთმანეთისაგან თითით ან ჩლუნგი ინსტრუმენტით მოცილება მეტად ადვილია, მომდევნო სამ დღეში ადგილი აქვს შეხორცების შემდგომ ორგანიზაციას, რომელიც შემოსაზღვრავს ანთებით პროცესს. 3 დღის შემდეგ ჩვეულებრივ ფიბრინი აღარ გვხვდება. მის ადგილს მთლიანად იპერს სისხლით კარგად მომარაგებული შემაერთი ქსოვილი. პერიტონეუმის ორ ზედაპირს შორის შეწებების მომენტიდან უკვე 18—48 საათის გავლის შემდეგ ვითარდება სისხლისა და ლიმფის ძარღვები, რომელთა გათიშვას საკმაოდ ძლიერი სისხლჟონვა მოსდევს. შემაერთი ქსოვილის მომწიფებასთან ერთად ნაწიბურის სისხლმომარაგება მცირდება. შეხორცებების ბედი შემდგომში ფრიად სხვადასხვანაირი შეიძლება იყოს. თუ ადრე ფიქრობდნენ, რომ შესაძლოა მხოლოდ ახალგაზრდა, უმწიფარი შემაერთი ქსოვილის ლიზისი, საღეესოდ იმ აზრის არიან, რომ ფერმენტების ზეგავლენით სავსებით შესაძლებელია კარგად ორგანიზებული ბოჭკოვანი ქსოვილის დაშლაც.

ექსუდატის თანდათან ალაგებას და ფიბრინოზული შემაერთი ქსოვილის უხვ განვითარებას ნაწლავთა მჭიდრო შეხორცებების შედეგად ზოგჯერ პერიტონეუმის ღრუს სრული ობლიტერაცია მოსდევს. იმის მიხედვით, თუ რა სახის მწვავე ქირურგიული პროცესი წარმოადგენს პერიტონიტის მიზეზს, მუცლის ღრუში გამონადენიც სხვადასხვა ხასიათს ატარებს.

ჰემორაგიული ექსუდატი გვხვდება ჯორჯლის სისხლძარღვთა თრომბოზისა და ემბოლიის, ნაწლავთა შემოგრეხის, ყოველგვარი რთული მარყუჟის, ინვაგინაციის, პანკრეონეკროზის დროს.

მყარე პუტრიდული ექსუდატი დამახასიათებელია განგრენული აპენდიციტის, ნაწლავის ჭრილობის ან მისი პერფორაციისათვის. დაბეჯითებით შეიძლება ითქვას, რომ პერიტონიტის დროს ექსუდატის რაოდენობა დიდადაა დამოკიდებული პერიტონიტის მიმდინარეობის ხარისხსა და მის სიმძიმეზე. შემჩნეულია, რომ პერიტონიტი რაც უფრო მძაფრად და სხეულის საერთო ინტოქსიკაციის ფონზე მიმდინარეობს, იმდენად უფრო სუსტია პერიტონეუმის მხრივ ადგილობრივი რეაქცია. ამ დროს შეიძლება პერიტონეუმის მხოლოდ დიფუზურ გაწითლებას და შეშუპებას ჰქონდეს ადგილი. გამონადენი, ისიც სეროზ-ფიბრინულ-ჰემორაგიული, ზედმიწევნით მცირე რაოდენობითაა გამოხატული. მაშინ როდესაც პერიტონიტის ნაკლებად მწვავე მიმდინარეობის დროს ჩირქოვანი გამონადენი საკმაოდ დიდი რაოდენობით აღინიშნება. არის ისეთი ელვისებური ფორმის, მეტად მძიმედ მიმდინარე სეფსისური ანაერობული პერიტონიტი, როდესაც ადგილობრივი პათომორფოლოგიური ცელილებები საერთოდ ვერ ასწრებს განვითარებას და ადამიანი იღუპება.

ბაქტერიული ტოქსინებით სისხლის მიმოქცევაზე და ნაწლავის ნერვ-კუნთოვან აპარატზე მოქმედებით წყდება პერისტალტიკა. კლინიკურად ვითარდება მეტეორიზმი აირებზე და განავალზე მოქმედების შეწყვეტით.

ნაწლავთა პარეზი (დინამიკური გაუვალობა) თან ახლავს მუცლის შებერილობას, მუცლის შებერილობა კი თავის მხრივ აძლიერებს ნაწლავთა პარეზს, ე. ი. ეროგვარად ვითარდება მანკიერი წრე.

იან ნელიუბოვიჩით, ნაწლავთა შებერილობას ართულებს: პერისტალტიკის შეწყვეტა; ნაწლავთა კედლის ლიმფური და ვენური სტაზი, სისხლის მიმოქცევის მოშლას კი ტოქსინებისა და შესაძლოა ბაქტერიების შეჭრა მოჰყვეს საქმლის მომნელებელი ტრაქტიდან პერიტონეუმის ღრუში.

გულმკერდის სუნთქვითი მოძრაობის შეზღუდვას მოსდევს ფილტვების მხრივ გართულებანი, რაც დიაფრაგმის უძრაობასთან ერთად აუარესებს ბაქტერიების მუცლის ღრუდან განდევნას.

ნერვული აპარატის გაღიზიანების შედეგად შეიძლება განვითარდეს პილოროსპაზმი და ტონუსის დაქვეითება, რაც კუქის განთავისუფლებას უშლის ხელს.

სითხეების დაკარგვა და შიმშილი უარყოფითად მოქმედებს ორგანიზმის წინააღმდეგობის უნარზე; წყლისა და ელექტროლითების დაკარგვა, საკვების უქონლობა, ცილის ტოქსიკური დესტრუქცია იწვევს აზოტემიას, აციდოზს, ელექტროლითების დეფიციტს და პლაზმის მოცულობის შემცირებას.

შებერილობის სწრაფი და ეფექტური ლიკვიდაცია მანკიერი წრის გაწყვეტით მეტად ძვირფას ღონისძიებას წარმოადგენს. ამას უნდა დემატოს ისიც, რომ სისხლძარღვთა პარეზის გამო მთელ მუცლის ღრუში სისხლი სტაზის მდგომარეობაშია. სისხლის ასეთი პათოლოგიური დეპონირების მიზეზი ნაწლავთა პარეზია, რადგან პერისტალტიკით აღარ წარმოებს სისხლის უკუდინება გულისაკენ, ბრკოლდება სისხლის მიმოქცევა საერთო წრეში, განსაკუთრებით კარის ვენის სისტემაში, ეცემა არტერიული წნევა, ადგილი აქვს ვულის კუნთის ნერვული აპარატის ინტოქსიკაციას და კოლაფსის სურათის განვითარებას.

ორგანიზმში არსებული ღრმა ცვლილებები და მისი გავრცელების ხარისხი დამოკიდებულია დინამიკური გაუვალობის ხანგრძლიობაზე, ანთების ხარისხსა და მის გავრცელებაზე, აგრეთვე ორგანიზმის ინდივიდუალურ რეაქციასა და გართულებებზე.

ელექტროლიტების, ცილის და წყლის დეფიციტი იმიტომ ვითარდება, რომ გაბერილი ნაწლავი კარგავს წყლის და ელექტროლიტების ნორმალური შესრუტვის უნარს. საშვლის მომნელებელი ტრაქტიდან ადგილი აქვს აგრეთვე მათ გადასვლას შეშუპებულ და ანთებითს სითხეში. ამ მდგომარეობას კიდევ უფრო აღრმავებს გამუდმებული პირღებინება, რადგან ორგანიზმიდან გამოიყოფა წყლისა და მარილის დიდი რაოდენობა. სისხლის შეწოვა საშვლის მომნელებელი ტრაქტიდან წყდება იმ მომენტიდან, როდესაც კუჭ-ნაწლავს და კუჭს შიდაწნევა გადააჭარბებს მათ კედელში მყოფ კაპილარში არსებულ წნევას, რაც გამოიწვევს კაპილარებში სისხლის მოძრაობის, აგრეთვე გამოყოფისა და რეზორბციის პროცესების შეწყვეტას. ამ დროს ვითარდება ცილებით (ალბუმინებით) მდიდარი ანთებითი ექსუდატი, რომელიც დიდი რაოდენობით გამოიყოფა ნაწლავის ლორწოვანიდან. ნაწლავის შებერილობას თან ახლავს პლაზმის მოცულობის შემცირება.

ექსპერიმენტული გამოკვლევებით დადგენილია, რომ შებერილობის დროს, რომელიც 24 საათის განმავლობაში გრძელდება, პლაზმის მოცულობა შეიძლება შემცირდეს 55%-ით (იან ნელიუბოვიჩი).

კ ლ ი ნ ი კ ა. დაავადება მეტწილად იწყება მწვავედ, უეცრივ. როგორც წესი, ყოველთვის ტ კ ი ვ ი ლ ი თ. გამართლებულია მწვავე პერიტონიტის კლინიკა დავუკავშიროთ მუცლის ღრუს რომელიმე მწვავე ქირურგიული დაავადების დასაწყისს. ამიტომ ყოველთვის უნდა ვცდილობდეთ ამოვიცნოთ პერიტონიტის მიზეზი და მისი პირველდაწყებითი ადგილი. მნიშვნელოვან დახმარებას გვიწევს ანამნეზი წყლულოვანი დაავადების, ნაღვლის კენჭოვანი დაავადების, გადატანილი ოპერაციის, გინეკოლოგიური დაავადებების თუ სხვათა შესახებ.

მწვავე პერიტონიტის დროს ტკივილი, როგორც წესი, მუდმივი და აუტანელია. ტკივილს აძლიერებს ავადმყოფის უმნიშვნელო მოძრაობა და გამოკვლევაც კი. ზოგი მიზეზით (მაგალითად, კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაციის დროს) განვითარებული პერიტონიტის დროს ტკივილის დასაწყისი იმდენად ძლიერია, რომ მას მუცელში ხანჯლის ჩაცემას ადარებენ. პერიტონიტის დროს ტკივილს, რა სიძლიერისაც არ უნდა იყოს იგი, ყოველთვის მუდმივი ხასიათი აქვს და ამით განსხვავდება პერიტონიტის დროს არსებული ტკივილი ნაწლავთა გაუვალობის დროს არსებული მოვლითი ხასიათის ტკივილისაგან. გაუვალობის მოგვიანებით, უკვე პერიტონიტის, სტადიაში შეტევითი ტკივილი იცვლება მუდმივი ხასიათის ტკივილით.

ტკივილის პირველდაწყებითი ადგილის დადგენა ყოველთვის როდი მიუთითებს ამ მიდამოს ორგანოს დაავადებაზე. იგი უნდა შეფასდეს დაავადების სურათის შემდგომი განვითარებისა და ტკივილის გავრცელების მიხედვით. მწვავე აპენდიციტის დროს ტკივილი მეტწილად ეპიგასტრიუმის არეში იწყება, მაგრამ ტკივილის მიზეზია არა კუჭი და ნაღვლის ბუშტი ან პანკრეასი, არამედ ილეოცეკალურ კუთხეში მდებარე ჭიანაწლავი. ამიტომ საჭიროა დავაზუსტოთ, რომ ეპიგასტრიუმის არეში დაწყებული ტკივილი თანდათან ილეო-

ცეკალურ კუთხეში გადანაცვლდა და აქ დალოკალიზდა. გამოკვლევისას ყურადღებას იპყრობს უკვე აღნიშნული და არა ეპიგასტრიუმის მიდამო.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის დროსაც ტკივილის პირველდაწყებითი ადგილი ეპიგასტრიუმის არეშია, მაგრამ ამ დროს ტკივილის ინტენსივობა შეუდარებლად ძლიერია ეპიგასტრიუმის არეში. მოგვიანებით, როდესაც კუჭისა და თორმეტგოჯას შიგთავსი ილეოცეკალურ კუთხეში ჩაედინება, ტკივილი საზარდულის არეში გადაინაცვლებს, მაგრამ იგი პირველდაწყებით ტკივილთან შედარებით მნიშვნელოვნად ნაკლები ინტენსივობისაა და არ იმატებს აპენდიციტის მსგავსად. რა თქმა უნდა, ანგარიში უნდა გაეწიოს ანამნეზს, კუნთთა დაჭიმულობას, პნევმოპერიტონეუმს, ღვიძლის მოყრუების გაქრობას (პერფორაციის დროს), ღებინებას, კუნთთა ნაკლებ დაჭიმულობას ან მხოლოდ ლოკალურად მის არსებობას ილეოცეკალურ კუთხეში, პულსის მხრივ ცვლილებებს და სხვ.

ამიტომ ტკივილის პირველდაწყებითი ადგილის ცოდნას არსებითი მნიშვნელობა აქვს. ანამნეზიდან ტკივილის ხასიათის, მისი ადგილმდებარეობის გავრცელების დაზუსტების შემდეგ გამოკვლეულ უნდა იქნეს ავადმყოფი. მართალია, პერიტონიტის დროს დიაგნოზის დასმაში მთავარია მუცლის გამოკვლევა, მაგრამ დიდი დახმარება ავადმყოფის საერთო გამოკვლევასაც შეუძლია. ავადმყოფის ზუსტი თანმიმდევრობით გამოკვლევას მნიშვნელობა აქვს, რათა არ გამოგვრჩეს თუნდაც რომელიმე დეტალი, რამაც დიაგნოზის დასმაში შეიძლება გარკვეული დახმარება გაგვიწიოს.

მწვავე პერიტონიტის ზოგადი ნიშნები. ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა პერიტონიტის დასაწყისში ხშირად არაა მძიმე. პერფორაციული პერიტონიტის ან მწვავე პანკრეატიტის დროს ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა მეტწილად მძიმეა და ზოგჯერ ავადმყოფი კოლაფსის მდგომარეობაშია.

პერიტონიტის დროს ავადმყოფი წევს ზურგზე ან დაავადებული ორგანოს მხარეზე, ერიდება მოძრაობას, მდებარეობის ძალით შეცვლისას ხშირად ცდილობს ხელახლა მიიღოს პირვანდელი მდგომარეობა. ზოგჯერ ავადმყოფს მუხლები მოხრილი და მუცელთან მოზიდული აქვს. მუცლის კედლის დაჭიმულობისა და, მაშასადამე, ტკივილის შესამცირებლად. ყოველგვარი მოძრაობა ტკივილს აძლიერებს.

ავადმყოფის მდგომარეობისა და პერიტონიტის ფორმის და გავრცელების მიხედვით სახის გამომეტყველება შეიძლება სრულიად სხვადასხვანაირი იყოს. ავადმყოფის სახე პერიტონიტის დროს მეტწილად განიცდის მეტად თუ ნაკლებად გამოხატულ გარკვეულ ცვლილებას.

მძიმე ფორმის პერიტონიტის დროს ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფი ავადმყოფის სახის გამომეტყველების ცოდნას პრაქტიკული მნიშვნელობა არ აქვს, რადგან ამ შემთხვევაში ავადმყოფის გადარჩენა მეტწილად შეუძლებელია.

გამოცდილი და დაკვირვებული ექიმი ხშირად თვალის ერთი შეკვლებითაც სწორად განსაზღვრავს პერიტონიტის არსებობას და მის პროგნოზს.

მთავარია, ექიმმა შეძლოს პერიტონიტის დასაწყისი ნიშნების ადრეულ პერიოდში გამოვლინება. ამ დროისათვის სახეს მეტწილად ეტყობა გარკვეული ცვლილება, რომლის ზუსტად აღწერა და გადმოცემა ძნელია, მაგრამ დაკვირვებული ექიმი ყოველთვის შეატყობს, რომ ავადმყოფს არა აქვს ჯანმრთელი ადამიანის სახე, მისი გამომეტყველება განსხვავდება აგრეთვე ქრონიკულ ავად-

მყოფთა გამომეტყველებისაგან. ავადმყოფის სახეს ემჩნევა ერთგვარი განურჩევლობა ყველაფრისადმი, უინტერესობა, ზოგჯერ შეშფოთება.

არის მთელი რიგი დეტალები, რომლებიც ექიმმა უნდა შეითვისოს, შეისისხლხორცოს ხანგრძლივი დაკვირვების შედეგად, პერიტონიტით დაავადებულთა გამომეტყველების სხვა ავადმყოფთა გამომეტყველებასთან მუდმივი შედარებისა და პარალელიზმის გატარების ნიადაგზე. ექიმი არ უნდა მოექცეს ისეთი სახელმძღვანელოების გავლენის ქვეშ, რომლებშიც პერიტონიტით დაავადებული უიმედო ავადმყოფის სიმპტომებია ჩამოთვლილი.

ავადმყოფის სახის ფერი ზოგჯერ გარკვეულად მიუთითებს რომელიმე დაავადების შემდეგ განვითარებულ მწვავე პერიტონიტზე. მაგალითად, თუ მკრთალი სახე, ცივი ოფლი, და სახის ნაკვთები უფრო მკვეთრად ჩანს მამაკაცებში, იგი დამახასიათებელია წყლულის შედეგად განვითარებული პერფორაციული პერიტონიტისათვის, სახის ციანოზური შეფერვა — მწვავე პანკრეატიტის შედეგად განვითარებული პერიტონიტისათვის; სუბიექტერული სახე — სანაღვლე გზების დაავადებით გამოწვეული პერიტონიტისათვის.

თვალები მწვავე პერიტონიტის დროს მეტწილად ნაღვლიანია. მძიმე პერიტონიტის დროს ინტოქსიკაციისა და სითხის დიდი რაოდენობით დაკარგვის გამო სახეს მეტად შეშფოთებული და ტანჯული გამომეტყველება აქვს, თვალები ჩაცვენილი და მიბნედილია, ცხვირი წაწვეტებული და სახის ნაკვთები მკვეთრად ჩანს. სისხლის მიმოქცევის დაბრკოლებისა და მკვეთრი ანოქსემიის გამო სახეს და კიდურებს ხშირად ციანოზური ელფერი დაჰკრავს.

ენის გამოკვლევისას ყურადღება ექცევა მის სისველეს, რასაც ავადმყოფის მდგომარეობის შეფასებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს. ენის გამოკვლევა ხშირად იმდენად დიდ დახმარებას გვიწევს პერიტონიტის გამოცნობაში, რომ ამ შემთხვევაში მართლდება გამოთქმა: „ენა მუცლის აბრაა". ენა უნდა გამოვიკვლიოთ დათვალიერებით. მასზე თითით შეხებისას აუცილებელია თითის წინასწარი დამუშავება. პერიტონიტის დასაწყისშივე ენა განსხვავდება ნორმალურისაგან; მას დაკარგული აქვს დამახასიათებელი სისველე. ძლიერ მშრალი, „ფიცარივით" ენა ნადებებით გვხვდება პერიტონიტის მძიმე ფორმის დროს.

პირღებინება ერთ-ერთი ხშირი და ამასთან საკმაოდ ადრეული ნიშანია. დასაწყისში პირღებინება რეფლექსურია, მოგვიანებით — ტოქსიკური. პირველ ხანებში პირნაღები შეიცავს საკვებს, რომელსაც შემდეგ ემატება ნაღველი. პერიტონიტის დაგვიანებულ შემთხვევაში იგი შეიცავს მოშავო-ყავისფერი ცუდი სუნის ნაწლავის გახრწნილ შიგთავსს. ღებინებას ხშირად თან ახლავს მტანჯველი და შემაწუხებელი სლოკინი, რაც პერიტონიტის დროს დიაფრაგმის გაღიზიანების შედეგია. პერიტონეუმში არსებული ცდომილი ნერვის მგრძნობიარე ბოჭკოების რეფლექსური გაღიზიანებისას ადგილი აქვს ამავე ნერვის მამოძრავებელი ბოჭკოებით დიაფრაგმის შეკუმშვას.

პულსის განსაზღვრა პერიტონიტის დროს მეტად მნიშვნელოვანია. პერფორაციული პერიტონიტის დასაწყისში ვაგუსის გაღიზიანების შედეგად პულსი ხანმოკლე დროით შენელებულია. სხვა შემთხვევაში, პერიტონეული მოვლენების დროს იგი თავიდანვე გახშირებულია. ტემპერატურასა და პულსს შორის დისოციაციას, მაგალითად, ტემპერატურის მცირედი მომატებისას პულსის შეუსაბამო გახშირება დამახასიათებელია პერიტონიტისა-

თვის. სუსტი და აჩქარებული პულსის დროს ტემპერატურის მომატება მძიმე პერიტონიტის ნიშანია. პერიტონიტის დროს, როგორც წესი, პულსის გახშირებასთან ერთად იკლებს მისი ავსება.

ა რ ტ ე რ ი უ ლ ი წ ნ ე ვ ა პერიტონიტის დროს მდგომარეობის გაუარესებასთან ერთად თანდათან ეცემა. ყურადღებას იპყრობს აკროციანოზი.

ვ ე ნ უ რ ი წ ნ ე ვ ა, ისე როგორც გულის სისტოლური მოცულობა, მცირდება. სისხლის მიმოქცევის დრო კი ხანგრძლივდება, იზრდება ჟანგბადის ხარჯვის სისწრაფე. ყოველივე ამის გამო ვენურ სისხლში არტერიულთან შედარებით ჟანგბადი კიდევ უფრო მნიშვნელოვნად მცირდება. ელექტროკარდიოგრამაზე ადგილი აქვს T კბილის გასწორებას.

პერიტონიტის დროს ტ ე მ პ ე რ ა ტ უ რ ა მეტწილად მომატებულია. მაღალ ტემპერატურას ხშირად ადგილი აქვს დაავადების ტერმინალურ სტადიაში, პერიტონიტის მძიმე ფორმის დროს. ტემპერატურა, ჩვეულებრივ, 38 — 39°-ის ფარგლებში მერყეობს.

ტემპერატურა სწორ ნაწლავში იღლიის ფოსოსთან შედარებით ნორმალურისაგან 0,5°-ით განსხვავდება, პერიტონიტის დროს ეს განსხვავება ყოველთვის ერთ გრადუსს და უფრო მეტს აღწევს.

პერიტონიტის დასაწყისში განსაკუთრებით დამახასიათებელია ს უ ნ თ ქ ვ ი ს შ ე ც ვ ლ ა. სუნთქვა გულმკერდის ტიპის ხდება, რადგან ავადმყოფი „ზოგავს მუცელს". სუნთქვა ზერელეა და ადგილი აქვს მის გახშირებას 24—30-მდე წუთში. მუცლის შებერილობის პროგრესულობასთან სუნთქვაც შესაბამისად ხშირდება. სუნთქვის ასეთი შეცვლა გამოწვეულია ტკივილით და მეტეორიზმისაგან დიაფრაგმის მკვეთრი გაჭიმვით და სუნთქვის აქტიდან მისი მნიშვნელოვანი ან სრული გამოთიშვით. სუნთქვითი მოცულობის მნიშვნელოვანი შემცირების გამო ხშირად აღინიშნება ქოშინი. გახშირებული და ზერელე სუნთქვა ბოლოს სპასტიკურ ხასიათს იღებს და გაჭიანურებულ მძიმე ხვნეშად იცვლება, რაც უიმედო მდგომარეობის მაჩვენებელია.

პერიტონიტის დროს ავადმყოფს არ აქვს მ ა დ ა, სამაგიეროდ აღინიშნება წ ყ უ რ ვ ი ლ ი ს გადაჭარბებით გაძლიერება, მიუხედავად იმისა, რომ პირიდან მიღებული სითხის შეთვისებას კუჭ-ნაწლავის ტრაქტი ვერ ახერხებს. წყურვილის გაძლიერებული სურვილი მძიმე პერიტონიტის მაჩვენებელია; მისი შემცირება და წყლის მიღების მოთხოვნილების გაქრობა ავადმყოფის მდგომარეობის გაუმჯობესებაზე მიუთითებს. ეს ნიშანი ენის სიმშრალესთან ერთად გამოდგება ორგანიზმში სითხეების შეყვანის აუცილებლობის საზომადაც.

შ ა რ დ ი ს რაოდენობა პერიტონიტის დროს სითხეების გაძლიერებული დაკარგვის (პირღებინება, ოფლიანობა) გამო ძლიერ შემცირებულია.

ავადმყოფის გონება პერიტონიტის დასაწყისში შენახულია. ინტოქსიკაციის დროს ადგილი აქვს მის დაბურვას, ზოგჯერ ბოდვებს. სიკვდილის წინ ხშირად ვითარდება ეიფორია — ავადმყოფს უქრება ტკივილის ყოველგვარი გრძნობა და თავს უკეთესად გრძნობს. სამწუხაროდ, ასეთი სურათი პერიტონიტის ფინალურ სტადიაში ვითარდება და სუბიექტურ შეგრძნებას სრულებით არ შეესაბამება. ავადმყოფის მეტად მძიმე ჰაბიტუსი, ციანოზი, ციკი ოფლი, კიდურების გაცივება, ძაფისებური მაჯა მოახლოებული სიკვდილის მაჩვენებელია.

მწვავე პერიტონიტის დროს ფუნქციური ცვლილებები ძირითადად ეხება

სისხლის მიმოქცევას, სასუნთქ და ნერვულ სისტემებს. პერიტონიტის უკანასკნელ სტადიაში განსაკუთრებული მნიშვნელობისაა სისხლის მიმოქცევის უკმარისობა და ტოქსინების სხვადასხვა ორგანოებზე უშუალო მოქმედება, წყლის, მარილებისა და ცილის ცვლის მოშლა. უფრო ხშირად ადგილი აქვს ორივე მექანიზმის ერთდროულ მოქმედებას.

ელვისებურად მიმდინარე პერფორაციული პერიტონიტის დროს, იან ნელიუბოვიჩის აზრით, რამდენიმე საათში ეცემა წნევა, კანი ცივი და ნამიანი ხდება და მასზე აღინიშნება ვენების ჩაფუშვა. პულსი მეტად აჩქარებული, არითმიული და სუსტი ავსებისაა. თითის წვერებსა და ყურებზე ადგილი აქვს ციანოზურ შეფერვას. ავადმყოფი მეტწილად აღგზნებულია, ეიფორულია, ბევრს ლაპარაკობს და ხშირად ყვირის, თვალები ჩაცვენილი აქვს, ტემპერატურა 39—40 გრადუსამდე იმატებს. ქოშინის ხარისხი ხშირად დამოკიდებულია პერიტონიტის გავრცელებაზე. ადგილი აქვს ანურიას ან ოლიგურიას. ავადმყოფთა უმეტესობა, როგორც წესი, იღუპება.

უფრო ხანგრძლივად მიმდინარე პერიტონიტის დროს სისხლძარღვთა უკმარისობა ჩვეულებრივ იწყება პერიტონიტის დაწყებიდან რამდენიმე დღის შემდეგ; ტემპერატურა იმატებს, პულსი ხშირდება. კანი მშრალი და ცივი ხდება. წნევა იკლებს თანდათან, ავადმყოფის სახის გამომეტყველება არაა მშვიდი. კანქვეშა ვენები იფუშება. ავადმყოფის გონება შენახულია, თვალები ნამიანი აქვს, ენა—მშრალი. სისხლის წებოვნება იმატებს, ქოშინი სუსტად გამოხატულია. ამ დროსაც, როგორც პირველ შემთხვევაში, ვითარდება ანურია და ოლიგურია.

ავტორის აზრით, ორივე შემთხვევაში პათოფიზიოლოგიური ცვლილებები ერთნაირია. მაგრამ მათ შორის, უდავოდ, აღინიშნება რაოდენობრივი განსხვავება.

მწვავე პერიტონიტის ადგილობრივი ნიშნები. პერიტონიტის ადგილობრივი ნიშნებიდან მთავარ ობიექტურ ნიშანს, რომელსაც პერიტონიტის ამოცნობაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს, მუცლის კუნთთა დაჭიმულობა წარმოადგენს. მუცლის კედლის დაჭიმულობა პერიტონიტის უაღრესად მნიშვნელოვანი და ადრეული სიმპტომია. ხშირად სავსებით სამართლიანად ამბობენ, რომ ადამიანის გადარჩენაში ტკივილის შემდეგ არც ერთ ნიშანს არ გაუწევია ისეთი დიდი სამსახური, როგორც კუნთთა დაჭიმულობის სიმპტომს.

პერიტონიტით დაავადებული ავადმყოფის მუცლის გამოკვლევა უნდა დაიწყოს დათვალიერებით. თანაბარზომიერი შებერილობა ახასიათებს პერიტონიტს, ჩავარდნილი მუცელი—პერფორაციული პერიტონიტის დასაწყისს (კუნთების მკვეთრი დაჭიმულობის გამო).

პერიტონეუმის გაღიზიანებისას მუცელი სუნთქვით მოძრაობაში ძალიან სუსტად ან სრულიად არ იღებს მონაწილეობას. პერიტონიტის დროს ავადმყოფს არ შეუძლია გადალახოს მუცლის კედლის დაჭიმულობა. გავრცელებული პერიტონიტის დროს აღინიშნება სუნთქვაში მუცლის მონაწილეობის შეწყვეტა, ადგილობრივი პერიტონიტის არსებობისას კი — მუცლის კედლის სათანადო უბნის ჩამორჩენა. პერკუსიის საშუალებით შესაძლოა აღმოვაჩინოთ კუნთთა აწეული მგრძნობელობა და მტკივნეულობა. დაჭიმულობა, ე. ი. პერიტონიტიც შემოსაზღვრული ან გავრცელებულია და ხშირად შეესაბამება და-

ავადებული ორგანოს ადგილმდებარეობას. გავრცელებული დაჭიმულობის ფონზე ზოგჯერ შესაძლებელია მკვეთრი დაჭიმულობის განსაზღვრა დაზიანებული ორგანოს (ე. ი. პერიტონიტის მაქსიმალური) ადგილმდებარეობის შესაბამისად.

მუცლის კუნთთა დაჭიმულობა არ აღინიშნება ან სუსტადაა გამოხატული პერიტონიტის დროს მოხუცებში და იმ პირებში, რომლებსაც ცხიმიანი ან მომჩვარული (კუნთთა სუსტი განვითარების გამო) მუცელი აქვთ, აგრეთვე მუცლის ტიფით დაავადებულ და კვებადაქვეითებულ ავადმყოფებში. იგი არ აღინიშნება აგრეთვე მენჯის მიდამოს პერიტონიტისა და რეტროპერიტონული ანთებითი პროცესის დროს, შოკის, ტოქსემიის და კოლაფსის მდგომარეობაში მყოფ პერიტონიტიან ავადმყოფებში და ჰემორაგიული პანკრეატიტის დროს.

პერიტონიტის მნიშვნელოვანი ნიშანი მ ტ კ ი ვ ნ ე უ ლ ო ბ ა, ისე როგორც კუნთთა დაჭიმულობა, შეიძლება იყოს შემოსაზღვრული და გავრცელებული. მტკივნეულობის აღმოჩენას ვახდენთ პერკუსიით და ზერელე პალპაციით. პერიტონიტის დროს პალპაციით მტკივნეულობა ძლიერდება, პერიტონეუმსგარეშე პროცესების დროს (გასტრიტი, ენტერიტი, კოლიტი) კი იგი არ მატულობს.

მტკივნეული ადგილი უნდა გამოვიკვლიოთ ყველაზე ბოლოს. მაგალითად, მარჯვენა თეძოს მიდამოში ტკივილის შემთხვევაში (აპენდიციტი) ჯერ ვიკვლევთ მარცხენა საზარდულის მიდამოს, შემდეგ მარცხენა ფერდქვეშა, ეპიგასტრიუმის, მარჯვენა ფერდქვეშა და ჭიპის მიდამოებს, ქალებში დანამატის მიდამოს და მხოლოდ ამის შემდეგ მარჯვენა თეძოს მიდამოს. მაქსიმალური მტკივნეულობა დაზიანებული მიდამოს, ე. ი. პერიტონიტის ყველაზე მეტად გამოხატული ადგილმდებარეობის მაჩვენებელია.

პერიტონიტის დროს უნდა გამოვიკვლიოთ ბლუმბერგის სიმპტომი, რომელიც შემდეგში მდგომარეობს: ანთებითი პარიესული პერიტონეუმის შერხევის შედეგად მუცლის კედელი ხელის შედარებით სწრაფად აღებისას უფრო მტკივნეულია, ვიდრე ზეწოლის შემთხვევაში. პერიტონიტის არსებობისა და მისი გავრცელების ხასიათის მიხედვით — ბლუმბერგის ნიშანს აღმოვაჩენთ მუცლის ერთ რომელიმე მიდამოში ან მთელი მუცლის არეში.

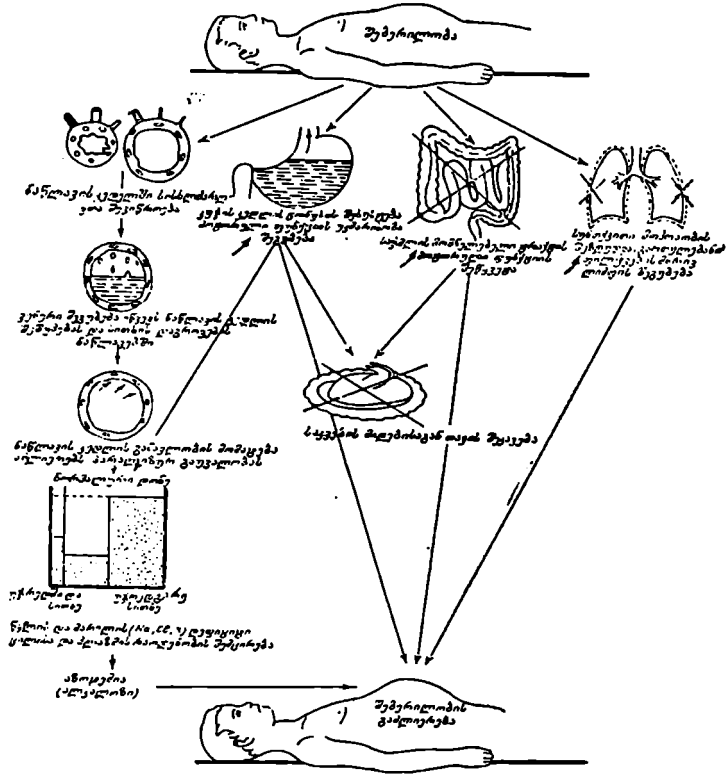
პერიტონიტის დროს მუცლის კედლის დაჭიმულობისა და გავრცელებული მტკივნეულობის დროს მიზანშეწონილი არ არის მუცლის წინა კედელზე მტკივნეული წერტილების ძებნა. თანამედროვე მეთოდით, გამოკვლევა უნდა წარმოებდეს არა თითის წვერით, არამედ ხელისგულით და ყველა თითით. გამოკვლევა შეიძლება ვაწარმოოთ მუცელზე ხელის მიდებითაც. ზოგჯერ ფიბროზული ექსუდაციური პერიტონიტის დროს მუცელზე მიდებული ხელი ხახუნის მსგავს შრიალს გრძნობს, ისე როგორც მშრალი პლევრიტის დროს.

მუცლის შ ე ბ ე რ ი ლ ო ბ ა — მეტეორიზმი — კარგადაა გამოხატული პერიტონიტის მოგვიანებით პერიოდში ნაწლავთა პერისტალტიკის შემცირების ან სრული შეწყვეტისა და ნაწლავთა კედლის პარეზის შედეგად. მეტეორიზმი ვითარდება აირთა დაგროვებისა და ნაწლავის თხიერი შიგთავსის ხრწნის შედეგად. იან ნელიუბოვი?ს მოჰყავს ამ მანკიერ მოშლილობათა სქემა (სურ. 30).

ნაწლავთა პარეზი პერიტონიტის პროგრესულობის დროს სრულ დამბლაში გადადის და მაშინ აირებსა და განავალზე მოქმედებას ადგილი აღარ აქვს.

ნაწლავთა პარეზის დასაწყისში მუცლის აუსკულტაციით ვღებულობთ მეტალური ელფერის ხმიანობას; მომდევნო პერიოდში, ნაწლავთა სრული დამ-

ბლის შემთხვევაში, იგი ქრება — „სამარისებრი სიჩუმე". შეცდომა რომ თავიდან ავიცილოთ, მოსმენას უნდა ვაწარმოებდეთ 5 წუთის განმავლობაში მაინც. არ უნდა დავივიწყოთ ისიც, რომ პნევმოკოკურ და გონოკოკურ პერიტონიტს ფაღარათის გამო ნაწლავთა ხმიანობის გაძლიერება ახასიათებს. მუც-


შებერილობა
ნაწლავის ცალკეული სისტემისა
ფეხის ცალის ფარფლის ფაფარეფა
ფეხის ცალის ფარფლის ფაფარეფა
ფეხის ფაფარეფა
ფეხის ფაფარეფა
ფეხ

ლების პროცენტის შემცირებით. მძიმე პერიტონიტისა და ინტოქსიკაციის შემთხვევაში ადგილი აქვს ლეიკოციტური ფორმულის მარცხნივ გადახრას, ე. ი. ჩხირბირთვიანთა მომატებას და სეგმენტურ-ბირთვიან ლეიკოციტთა პროცენტის შემცირებას; ეოზინოფილების სრულ გაქრობას ამჟამად დიდი ყურადღება აღარ ექცევა. დაბალი ლეიკოციტოზი ნეიტროფილოზით უფრო მეტადაა არეაქტიულობის მაჩვენებელი, ვიდრე მაღალი ლეიკოციტოზი ნეიტროფილოზით.

პერიტონიტით დაავადებული ავადმყოფის გამოკვლევაზე ასე განსაკუთრებით იმიტომ გავამახვილეთ ყურადღება, რომ მუცლის ღრუს ქირურგიაში, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, მას ერთ-ერთი მთავარი ადგილი უკავია.

პერიტონიტის ნიშნების შეჯამებისას უნდა აღინიშნოს, რომ განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ტ კ ი ვ ი ლ ს, რომელიც ამ დროს ყოველთვის აღინიშნება, შემდეგ — მ უ ც ლ ი ს კ ედ ლ ის კ უ ნ თ თ ა დ ა ჭ ი მ უ ლ ო ბ ა ს.

პერიტონიტის დანარჩენი ნიშნები თავისი სიხშირით შეიძლება შემდეგი თანმიმდევრობით დასახელდეს: პ უ ლ ს ი ს გ ა ხ შ ი რ ე ბ ა და ტ ე მ პ ე რ ა ტ უ რ ი ს მ ო მ ა ტ ე ბ ა, ბ ლ უ მ ბ ე რ გ ი ს დ ა დ ე ბ ი თ ი ნ ი შ ა ნ ი, მ შ რ ა ლ ი ე ნ ა, პ ი რ ღ ე ბ ი ნ ე ბ ა, შ ე ბ ე რ ი ლ ო ბ ა, ა ი რ ე ბ ზ ე დ ა გ ა ნ ა ვ ა ლ ზ ე მ ო ქ მ ე დ ე ბ ი ს შ ე წ ყ ვ ე ტ ა, გ უ ლ მ კ ე რ დ ი ს ტ ი პ ი ს ს უ ნ თ ქ ვ ა, ს ლ ო კ ი ნ ი.

დ ი ფ ე რ ე ნ ც ი უ ლ ი დ ი ა გ ნ ო ზ ი. გადაუდებელი საექიმო დახმარების საქმეში ამჟამად უდიდესი მიღწევები გვაქვს. მართალია, შეცდომები ყოველდღიურად მცირდება პერიტონიტის დროულ ამოცნობაში, მაგრამ შეცდომები ჯერ კიდევ გვხვდება.

პერიტონიტის დროული ამოცნობის დროს ადგილი აქვს სამგვარი სახის შეცდომას: 1. დიაგნოზი ისმება დაგვიანებით და არასწორად; 2. სწორი დიაგნოზის დროს დროულად არ კეთდება ოპერაცია; 3. ოპერაციის შესრულებას თან ახლავს ტექნიკური შეცდომები. ჩვენ ამ ტიპის შეცდომები შევნიშნეთ ჯერ კიდევ ოცი წლის წინათ, როდესაც მწვავე მუცლით და განსაკუთრებით მწვავე აპენდიციტით განვითარებული სიკვდილის მიზეზებს ვიკვლევდით აკად. გრ. მუხაძესთან და პროფ. მ. ჩაჩავასთან ერთად. საერთოდ, პერფორაციული პერიტონიტით დაღუპულ ავადმყოფთა ისტორიის დეტალური შესწავლა ყოველთვის ააშკარავებდა, რომ არასწორად და საკმაოდ დაგვიანებით ისმებოდა დიაგნოზი. დასაწყისში ფიქრობდნენ საკვებით გამოწვეულ მოწამვლისა ან სხვა მიზეზებზე. იყო შემთხვევები, როდესაც სწორი დიაგნოზის მიუხედავად, დროულად არ კეთდებოდა ოპერაცია ავადმყოფის ან ექიმის მიზეზით, დაბოლოს, პერიტონიტის მძიმე ფორმების დროს ადგილი ჰქონდა ოპერაციის არასწორად შესრულებას. საჭირო შემთხვევაში არ გამოიყენებოდა ტამპონი (ან იგი გამოიყენებოდა შეუფერებელი ჩვენების დროს), ენტეროსტომია, ირიგატორი და სხვ.

რა თქმა უნდა, დღევანდელ პირობებში, როდესაც ექიმს ხელთ აქვს ინფექციის საწინააღმდეგო ძლიერმოქმედი ანტიბიოტიკები, პერიტონიტთან ბრძოლის შედეგები გაცილებით უკეთესია. მაგრამ ანტიბიოტიკების არასწორად ხმარებამ შეცვალა და სხვანაირი გახადა პერიტონიტის მიმდინარეობა, ე. ი. მისი გამოცნობაც. ეს მოითხოვს უკვე ახალ საშუალებებს, განსაკუთრებით მაკროორგანიზმის ბრძოლის უნარის გაძლიერების მიზნით.

პერიტონიტის დიაგნოზის დასმის დროს უნდა გვახსოვდეს და დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გავატაროთ, ერთი მხრივ, პერიტონიტის გამომწვეელი მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიულ დაავადებებთა შორის და, მეორე მხრივ, მუცლის ღრუს ორგანოებს გარეთ არსებულ ორგანოთა დაავადებებთან, რომლებიც პერიტონიტის სიმულაციას იძლევიან. დიფერენციული დიაგნოზის დროს, ჩვენი აზრით, ასეთ დაყოფას უდავოდ აქვს პრაქტიკული მნიშვნელობა. მაგალითად, სასურველი არაა კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაცია შეგვეშალოს მწვავე აპენდიციტთან, მაგრამ იგი ავადმყოფისათვის ნაკლებ საზარალოა. თუ ქირურგი კეთილსინდისიერია, ამასთან, მომზადებულიც, სწორად შეაფასებს მაკ ბურნეის განაკვეთით ილეოცეკალურ სივრცეში აღმოჩენილ ნაღვლოვან გამონადენს (ზოგჯერ საჭმლის მასებით). ამის მიზეზად არ ჩათვლის მეორადად შეცვლილ ჭიანაწლავს, რასაც, სამწუხაროდ, ზოგჯერ აქვს ადგილი, ეჭვს მიიტანს წყლულის პერფორაციაზე, გააკეთებს მეორე განაკვეთს მახვილისებრი მორჩიდან ჭიპამდე და ავადმყოფს სწორ დახმარებას აღმოუჩენს. წყლულოვანი პერფორაციის აღრევა მწვავე აპენდიციტთან 3%-ის ფარგლებში მერყეობს.

მეტად სავალალო შეცდომად უნდა ჩაითვალოს გულის კუნთის ინფარქტის ან ცენტრალური პნევმონიის დროს ეპიგასტრიუმის არეში ძლიერი ტკივილის გამო ვიფიქროთ წყლულის პერფორაციაზე და ავადმყოფს შეცდომით გაუკეთდეს ოპერაცია, რომელიც მისთვის შეიძლება საბედისწერო გახდეს.

მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიულ დაავადებათა უფრო ხშირი მიზეზია მწვავე აპენდიციტი. პერიტონიტის შემთხვევათა ერთი მეოთხედიც სწორედ მწვავე აპენდიციტზე მოდის. წყლულოვანი პერფორაციის დროს კუჭის შიგთავსის ილეოცეკალურ კუთხეში ჩადენას მოგვიანებით მოსდევს ტკივილის გადანაცვლება ეპიგასტრიუმის არედან მარჯვენა თეძოს ფოსოში, რის გამოც პერფორაციას აპენდიციტად მიიჩნევენ.

საკითხის გადაწყვეტაში გვშველის სწორად შეკრებილი ანამნეზი, პირველდაწყებითი უმძაფრესი ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში, კუნთთა მკვეთრად გამოხატული დაჭიმულობა, მეტწილად წყულოვანი ანამნეზი, ღვიძლის მოყრუების გაქრობა (ან პნევმოპერიტონეუმი რენტგენოსკოპიულად) გვხვდება პერფორაციის დროს. პირველდაწყებითი სუსტი ტკივილი ჭიპის ან ეპიგასტრიუმის არეში და მეტი ინტენსივობით ილეოცეკალურ მიდამოში, პირღებინება და გულისრევა დამახასიათებელია აპენდიციტისათვის. ღვიძლისაკენ მოთავსებული ჭიანაწლავის ანთება წააგავს ნაღვლის ბუშტიდან ან სანაღვლე გზებიდან დაწყებულ პერიტონიტს. ამ შემთხვევაში დახმარებას გვიწევს წინათ გადატანილი მსგავსი შეტევის არსებობა, მტკივნეულობა, ზოგჯერ კუნთთა დაჭიმულობის ან გადიდებული ნაღვლის ბუშტის შეგრძნება მწვავე ქოლეცისტიტის დროს.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაციით გამოწვეული პერიტონიტის დასაწყისში დიფერენციული დიაგნოზის გატარება გვჭირდება ცენტრალურ პნევმონიასთან, გულის ინფარქტთან. ამ დაავადებების დროს რეფლექსური გზით შეიძლება ადგილი ჰქონდეს მუცლის კუნთთა დაჭიმულობას და ტკივილსაც კი მუცელში. მაგრამ, მუცლის კუნთთა დაჭიმულობის მიუხედავად, მუცლის გაბერვა და შეწევა შესაძლებელია. ამასთან, ფილტვების ანთების დროს ადგილი აქვს გახშირებულ და ზერელე სუნთქვას ნესტოების დაბერვით, ზოგ-

ჯერ წითლად შეფერილი ლოყებით. კუჭის პერფორაციისაგან განსხვავებით, ჰაერის უკმარისობასა და სუნთქვის გაძნელების გამო, ავადმყოფი ცდილობს წამოწევას, მჯდომარე მდგომარეობის მიღებას. გაძნელებული და ზერელე სუნთქვა, რაც დამახასიათებელია აგრეთვე გულის ანგინისა და მიოკარდიუმის ინფარქტისათვის.

პნევმონიის დროს ზოგჯერ აღინიშნება შემცივნება დაავადების დასაწყისში, ტუჩებზე — ჰერპესი; დიდ დახმარებას გვიწევს აუსკულაციით აღმოჩენილი ხიხინები, მოყრუებული პერკუტორული ხმიანობა და რენტგენოლოგიური გამოკვლევა.

მიოკარდიუმის ინფარქტის ამოცნობაში დახმარებას გვიწევს ავადმყოფის ასაკი, ტკივილის ირადიაცია მკერდის ძვალში, ზოგჯერ ქენების რითმი (გალოპი), პერიკარდიუმის ხახუნი, ელექტროკარდიოგრამა. წყლულის პერფორაციით გამოწვეული პერიტონიტის ამოცნობაში გვეხმარება ანამნეზი, ხშირად დასაწყისში შოკის სურათი, შენელებული პულსი, დაბალი ტემპერატურა; ფრენიკუს სიმპტომი და განსაკუთრებით პნევმოპერიტონეუმის რენტგენოლოგიურად დადგენა აშკარად გამორიცხავს არა თუ პერიტონეუმსგარეთ დაავადებებს (პნევმონია, ინფარქტი), არამედ მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიულ დაავადებებსაც (მწვავე აპენდიციტი, მწვავე ქოლეცისტიტი, მწვავე პანკრეატიტი და სხვ.), რომლებიც შეიძლება პერფორაციაში შეგვეშალოს.

კუჭის პერფორაციისაგან განსხვავებით, მწვავე პანკრეატიტს ახასიათებს შემოსარტყვლითი ირადირებული ტკივილი, პირღებინება, ხოლო კუნთთა დაქიმულობა არაა სავალდებულო. სისხლში აღინიშნება ამილაზას და შარდში დიასტაზის მომატება ნორმის (72 ერთეულის) ზევით.

პერიტონიტის სახეებიდან შედარებით ძნელია მუცლის ტიფის დროს პერფორაციული პერიტონიტის ამოცნობა. განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, როდესაც მუცლის ტიფი წინასწარ გამოცნობილი არაა და საქმე გვაქვს ე. წ. მუცლის ტიფის ამბულატორულ ფორმასთან. ავადმყოფს ამ დროს ზოგჯერ მკურნალობენ სულ სხვა დიაგნოზით. ტიფოზური პერფორაციის გამოცნობა კიდევ უფრო ძნელდება ისეთ შემთხვევაში, როდესაც ტიფის წინასწარი დიაგნოზი, მართალია, ცნობილია, მაგრამ ავადმყოფის ზედმიწევნით მძიმე მდგომარეობისა და გონების დაბინდვის გამო პერფორაცია ძლიერ დაგვიანებით ან ზოგჯერ სრულებით არ ამოიცნობა. საბედნიეროდ, ბოლო ხანებში მუცლის ტიფის ასეთი ფორმები შედარებით იშვიათია. საშუალო სიმძიმის მუცლის ტიფის დროს პერფორაციული პერიტონიტის გამოცნობა შედარებით ადვილია, რადგან ავადმყოფი დროულად იძლევა რეაქციას მუცლის მხრივ მოვლენებზე, ობიექტური გამოკვლევა დიაგნოზს ადასტურებს. მუცლის ტიფის პერფორაციაზე საკმარისად დასაბუთებული ექვის ყველა შემთხვევაში ნაჩვენებია ლაპაროტომიის წარმოება.

პერიტონიტი შეიძლება შეგვეშალოს ნაწლავთა გაუვალობასთან, განსაკუთრებით ჯორჯლის სისხლძარღვთა თრომბოზის დროს, მაგრამ ორივე შემთხვევაში, როგორც წესი, აუცილებელია გადაუდებელი ოპერაცია. ნაწლავთა გაუვალობის ტიპიურ შემთხვევაში პერიტონიტის ნიშნები თავიდანვე ნაკლებად იპყრობს ყურადღებას. მის განვითარებას ადგილი აქვს მოგვიანებით, როდესაც ნაწლავის კედელი გამავალი ხდება დესტრუქციის გამო.

პერიტონიტისაგან ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის გარჩევა ძნელი არაა;

ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის დროს ტკივილს, პერიტონიტისაგან ვანსხვავებით, შეტევითი და არამუდმივი ხასიათი აქვს. შებერილობა უფრო დაბრკოლების მიდამოშია და ამიტომ გაუვალობის დროს მუცელი ხშირად ასიმეტრიულია და არა დიფუზურად შებერილი.

ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის დროს ზოგჯერ თვალით ჩანს და შეიძლება პალპაციითაც მოვახდინოთ ცოცხალი (წვრილი ნაწლავის), ან დუბე (მსხვილი ნაწლავის) პერისტალტიკის პროვაცირება ნაწლავის დაბრკოლების ზემოთ. გაუვალობის დროს მუცელი რბილია, აირებზე და განავალზე მოქმედების შეწყვეტა თავიდანვე აღინიშნება, დაბრკოლების მიზეზის მოსპობამდე პის აღდგენას ადგილი არ აქვს. პერიტონიტის დროს ზოგჯერ შეიძლება რაიმე ღონისძიებებით გამოვიწვიოთ აირებზე მოქმედება, მაგრამ იგი საქმეს ვერ შველის. მასთან, ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა გაუვალობის დროს, ნაწლავის ნეკროზისა და პერიტონიტის განვითარებამდე, მძიმე არ არის.

პერფორაციული პერიტონიტის დიფერენციული დიაგნოზის გატარება ნაწლავთა პარეზის გამო ზოგჯერ გვჭირდება თირკმლის ჭვალის, ზურგის ტვინის სიმსივნის ან ცენტრალური ნერვული სისტემის სხვა დაავადებებთან. ამ შემთხვევაში გვეხმარება გულდასმით შეკრებილი ანამნეზი, ავადმყოფის კარგი საერთო მდგომარეობა და ნევროლოგიური ან უროლოგიური გამოკვლევა.

პერიტონიტი უნდა განვასხვავოთ რევმატიზმის ან ბრუცელოზის დროს მუცელში ე. წ. „მფრინავი ტკივილისაგან". დახმარებას გვიწევს ანამნეზი, სახსრების მხრივ მოვლენები, ზოგიერთი სპეციფიკური გამოკვლევა და პერიტონეული ნიშნების არარსებობა.

მ კ ურ ნ ა ლ ო ბ ა. პერიტონიტის მკურნალობა ოპერაციულია. ოპერაციასთან ერთად გამოიყენება ანტიბიოტიკები და ორგანიზმის ბრძოლის უნარის გამაძლიერებელი საშუალებანი.

განსაკუთრებული მნიშვნელობისაა პერიტონიტით დაავადებული ავადმყოფის მომზადება ოპერაციისათვის, რაც ზედმიწევნით მოკლე დროში უნდა მოხდეს. საგულე საშუალებებს გარდა, უნდა გამოვიყენოთ სისხლისა და ხსნარების გადასხმა, აგრეთვე კუჭის დაცლა შიგთავსისაგან.

გაუტკივარებიდან უმჯობესია ეთერ-ჟანგბადი ან ენდოტრაქეული ნარკოზი, ზოგჯერ ადგილობრივი ანესთეზია, კუჭის პერფორაციის ადრეულ პერიოდში შესაძლოა სპინალური ანესთეზიის გამოყენებაც. პერიტონიტის გარკვეული მიზეზის დროს შეიძლება გამოყენებულ იქნეს დაავადებულ ორგანოზე მიდგომისათვის საერთოდ მიღებული განაკვეთი. აპენდიციტის დროს მაკ ბურნეის, ქოლეცისტიტის დროს — ნეკნთა რკალის ქვეშ, კუჭის პერფორაციის დროს— მახვილისებრი მორჩიდან ჭიპამდე. გაურკვეველ შემთხვევაში სჯობს შუახაზზე განაკვეთი. პერიტონიტის დროს საერთოდ უმჯობესია ფართო განაკვეთი. შუახაზზე განაკვეთს საჭიროების მიხედვით შეიძლება დაემატოს განაკვეთი მარჯვნივ ან მარცხნივ ერთ-ერთი სწორი კუნთის გადაკვეთით. ოპერაციის მიზანია პერიტონიტის მიზეზის ლიკვიდაცია. უნდა ამოიკვეთოს შეცვლილი ჭიანაწლავი, შეცვლილი ნაღვლის ბუშტი, გაიკეროს პერფორაციული წყლული ან ადრეულ პერიოდში გაკეთდეს კუჭის რეზექცია. პერიტონიტის დროს აუცილებელია სწრაფი, მარტივი და ნაკლებად ტრავმული ოპერაციის წარმოება. ყოველგვარი რთული და ხანგრძლივი, თუნდაც რადიკალური ოპერაცია, ავადმყოფის გადარჩენის ნაკლებ გარანტიას იძლევა.

გადაბერილი და შიგთავსით სავსე ნაწლავი შეიძლება დაიცალოს ტროკარით წინასწარ ირგვლივ კარგად შემოფარგვლის შემდეგ. ნაწლავზე ხვრელი შეიძლება გაიკეროს ან გამოყენებულ იქნეს ჩამოკიდებული ენტეროსტომიისათვის. პირველად ენტეროსტომია გაჭედილი თიაქრით, გამოწვეული ნაწლავის გაუვალობის დროს, გამოყენებული იყო ფრანგი ქირურგის რენოს მიერ 1772 წელს. მისი მოდიფიკაცია, რომელიც საკიდი ენტეროსტომიის სახელს ატარებს, ეკუთვნის რიჩარდსონს. ამ სახის ენტოროსტომია (სურ. 31) საბჭოთა კავშირში პირველად გამოიყენა ბ. პეტროვმა 1935 წელს. საკიდ ენტეროსტომიას, ბ. პეტროვს გარდა, შესაფერის შემთხვევაში დიდ პოპულარიზაციას უწევდა ს. იუდინი, პ. ანდროსოვი. ს. იუდინი პირდაპირ ამბობდა: საკიდი ენტეროსტომია პერიტონიტის დროს ისეთივე დახმარებაა, როგორც ტრაქეოსტომია კრუპის დროსო. კარგად შესრულებულ ენტეროსტომიას, ისიც განსაკუთრებით პერიტონიტის ადრეულ პერიოდში, უდავოდ, სასარგებლო მნიშვნელობა აქვს, უიმედო ავადმყოფზე მისი გამოყენება უშედეგოა.

ჩირქოვანი პერიტონიტის დროს უმჯობესია საკიდი ილეოსტომია რეზინის მილის გამოტანით მუცლის პრესში დამატებითი ხვრელიდან მარცხნივ, იშვიათად საკიდი ენტეროსტომია ერთდროულად კეთდება ორ სხვადასხვა ადგილას.

უკანასკნელ ხანს საკიდი ენტეროსტომიის ჩვენება ერთგვარად შემცირდა. ზოგჯერ მის შემდეგ განვითარდა მდგრადი განავლოვანი ხვრელი, რაც დამატებით ოპერაციულ მკურნალობას მოითხოვს. განვითარდა აგრეთვე მუცლის კედლის ფლეგმონა და სხვ. ნაწილობრივ ეს გართულებანი საკიდი ენტეროსტომიის ტექნიკურად არასწორად შესრულებით აიხსნება. მაგრამ დღევანდელ პირობებში, როდესაც შესაძლებელია პერორალურად შეყვანილი წვრილ ზონდით ნაწლავთა შიგთავსის მუდმივი ასპირაცია, საკიდი ენტეროსტომიის გამოყენების ჩვენებები შედარებით შეიზღუდა. მაგრამ არ უნდა დავივიწყოთ ისიც, რომ საკიდი ენტეროსტომია შეიძლება ეფექტურ იქნეს მხოლოდ მაშინ, როდესაც იგი გაკეთდება თავის დროზე. დაგვიანებული ენტეროსტომია ინტოქსიკაციის შედეგად ორგანიზმში განვითარებული შეუბრუნებელი მოვლენების დროს ან პერიტონიტის მიზეზის არსებობისას, როცა იგი ლიკვიდირებული არაა, ცხადია, ეფექტს არ მოგვცემს. პერიტონიტის დროს პარალიზური გაუვალობის შემთხვევაში, თუ კონსერვატული ღონისძიება დღე-დღენახევარში შედეგს არ იძლევა, ნ. ბლინოვი ურჩევს ენტეროსტომიას. იგი, საერთოდ, შესაფერის შემთხვევაში ენტეროსტომიის გამოყენების მომხრეა. რა თქმა უნდა, ენტეროსტომიის გამოყენება, სადაც იგი საჭირო არაა ან შედეგს არ მოგვცემს, არ ღირს. ჩირქოვანი პერიტონიტის შემთხვევაში მისი დროული გამოყენებით ჩვენთან, კლინიკაში, არაერთხელ შეგვინარჩუნებია ავადმყოფის სიცოცხლე.

პერიტონიტის დროს განსაკუთრებული მნიშვნელობისაა მუცლის ღრუს შეძლებისდაგვარად მაქსიმალურად ამომშრალება. ზოგიერთები ურჩევენ მუცლის ღრუს გარეცხვას ფიზიოლოგიური ხსნარით, ფიზიოლოგიური ხსნარით ანტიბიოტიკებთან და საპნიანი წყლითაც კი. ჩვენ უპირატესობას ვაძლევთ შიგთავსის უბრალო ან ელექტროამოსაწრეტით ამომშრალებას. მშრალი დოლბანდით ამომშრალება აღიზიანებს პერიტონეუმს და აქვეითებს მის ბრძოლის უნარიანობას. ამიტომ დოლბანდით ამომშრალების დროს იგი უნდა დავასველოთ, გავწუროთ და ამომშრალება ზედმიწევნით ფრთხილად ვაწარმოოთ..

მხოლოდ ამის შემდეგ ერთხელ ან განმეორებით მუცლის ღრუ დახურვამდე ირწყვება ნოვოკაინის 0,25% ხსნარის შედარებით დიდი რაოდენობით (100—200 მლ), რომელშიც გახსნილია ანტიბიოტიკები (სტრეპტომიცინი 1—2 მილიონი და პენიცილინი 500—800 ათასი ერთეული). იგივე წარმოებს მუცლის ღრუში (მდგომარეობის მიხედვით) ერთი, ორი ან იშვიათად ზოგჯერ 3—5 დღის განმავლობაში, ირიგატორით (მცირე ყალიბის ნელატონის კათეტერი ან ქლორვინილის მილი) ანტიბიოტიკების შეყვანა წარმოებს დღეში ორჯერ ან სამჯერ პერიტონიტის სიმძიმისდა მიხედვით.

მუცლის ღრუში შესაყვანად უფრო ხშირად ვიყენებთ სტრეპტომიცინს, პენიცილინს, ტეტრაციკლინს, კოლიმიცინს. საინტერესოა საკითხი მუცლის ღრუში დრენაჟის გამოყენების შესახებ. სადღეისოდ ავტორთა უმეტესობა იმ აზრისაა, რომ დრენაჟი გამოყენებულ უნდა იქნეს დიფუზური პერიტონიტის ყველა შემთხვევაში პირველადი კერის ლიკვიდაციისა და მუცლის ღრუდან გამონადენის ამომშრალების შემდეგ. პირველადი კერის მიდამოში აუცილებლად და ხშირად მასთან ერთად მცირე მენჯის ღრუში ან ზოგჯერ სხვა მიმართულებითაც ანტიბიოტიკების შესაყვანად თავსდება რეზინის ან ქლორვინილის ნაკლებ ელასტიკური მილი და მუცლის ღრუ ყრუდ იხურება.

მოვათავსოთ თუ არ მოვათავსოთ დრენაჟი, ზოგჯერ ადვილი გადასაწყვეტი არაა. დრენაჟის მოთავსების ჩვენებად გამოიყენება ავადმყოფის ზოგადი და პერიტონეუმის მხრივ ადგილობრივი მდგომარეობა. დრენაჟი თავსდება მაშინ, თუ ავადმყოფის მდგომარეობა საშუალო სიმძიმის მაინც არის (არამცთუ მძიმე), როდესაც ადგილი აქვს ტემპერატურის მომატებას, პულსის და სუნთქვის გაჩქარებას, ლეიკოციტოზს, ზოგჯერ მსუბუქ ციანოზს, დაავადებიდან გასულია 2—3 დღე, როდესაც მუცლის ღრუში გამონადენი ნახევარ ლიტრს აჭარბებს და მას აქვს სუნი, ზოგჯერ ანაერობული ინფექციისათვის დამახასიათებელი, ყვითელი ფერი ან შეიცავს პანკრეასის ენზიმს, როდესაც, პარიეტულ პერიტონეუმს გარდა, ნაწლავებზე ფიბრინის ნადებებია, ადგილი აქვს ნაწლავების ზომაზე მეტად შებერილობას და პერიტონიტს აქვს გავრცელებისადმი მიდრეკილება.

დრენაჟი (და ზოგჯერ მასთან ერთად ტამპონი) გამოიყენება დიდი აბსცესის ან ნეკროზული ქსოვილების არსებობისას, როდესაც საშიშროებას წარმოადგენს სანათურიანი ორგანოს ნაკერის (ანასტომოზი, ტაკვი) გახსნა; სისხლდენის საშიშროების დროს, რათა არ განვითარდეს ინფიცირების კერა, აგრეთვე რეტროპერიტონული სივრცის გაკვეთისას.

ყველა იმ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფის მდგომარეობა კარგია, ადგილი არ აქვს ინტოქსიკაციის მოვლენებს, ლეიკოციტოზს, გამონადენი ზედმიწევნით მცირეა, უსუნოა, არ შეიცავს ნაღველს, პანკრეასის წვენს, არაა შემღვრეული, ნაწლავის კედელი მცირედ შეცვლილია და არ არის შებერილი, საჭირო არაა დრენაჟის გამოყენება. საკმარისია პერიტონიტის მიზეზის ლიკვიდაცია, გამონადენის ფრთხილად ამომშრალება და მუცლის ღრუს ყრუდ დახურვა.

ყველა საჭირო შემთხვევაში, შეხედულების მიხედვით, ქირურგმა შეიძლება გამოიყენოს დრენაჟი. პერიტონიტით დაავადებული ავადმყოფი, ადგილობრივ გამოყენების გარდა, ანტიბიოტიკს ღებულობს ზოგადად; ხშირად ვაძლევთ სტრეპტომიცინს, პენიცილინს, ბიომიცინს, ზოგჯერ აურეომიცინს,

ტერამიცინს, ლეომიცეტინს, სიგმამიცინს. ოპერაციის დროს მუცლის ღრუდან ვიღებთ ჩირქს და ვამოწმებთ მას რეზისტენტობაზე, რის მიხედვითაც სწორად ვარჩევთ შესაფერის ანტიბიოტიკს. ამასთან, ფართოდ ვიყენებთ ვიტამინებს, ნისტატინს. ხშირად ვცვლით ანტიბიოტიკს. ანტიბიოტიკთან ერთად კარგ შედეგს იძლევა სულფამიღური პრეპარატი. ავადმყოფის მდგომარეობის გაუმჯობესებასთან ერთად ვცვლით და ვამცირებთ ან სავსებით ვხსნით ანტიბიოტიკს, რათა თავიდან ავიცდინოთ ამით გამოწვეული არასასურველი გვერდითი მოვლენები.

ანტიბიოტიკების ადგილობრივმა (მუცლის ღრუში) და ზოგადად ერთდროულმა გამოყენებამ მნიშვნელოვნად გაუმჯობესა პერიტონიტის მკურნალობის შედეგები.

პერიტონიტის დროს მკვეთრად შეიზღუდა მუცლის ღრუში ტამპონის დატოვების ჩვენებანი. მის გამოყენებას ურჩევენ ადგილობრივ ჩირქოვანი კერის ღანარჩენი მიდამოსაგან იზოლაციის მიზნით, აგრეთვე ღვიძლის დაზიანების დროს, როგორ გარანტირებულადაც არ უნდა იქნეს ლიკვიდირებული დაზიანება.

ზოგადი პერიტონიტის შემთხვევაში, როდესაც მუცლის ღრუში ადგილი აქვს მყაყე, იქოროზული სუნის გამონადენს, მისი ამოსრუტვის შემდეგ ტამპონის გამოყენებით გაცილებით უკეთესი შედეგებია მიღებული, ვიდრე უტამპონო მკურნალობის დროს. ამიტომ ზოგადი პერიტონიტის შემთხვევაში (იგი არ უნდა აგვერიოს დიფუზურ პერიტონიტთან), როდესაც პერიტონეუმის ღრუში დაავადების კერასთან და მის მოშორებით ყველგან ერთნაირი ცვლილებებია, მენჯის ღრუში მოთავსებულ უნდა იქნეს დოლბანდის ტამპონი დრენაჟით. დრენაჟი თავსდება აგრეთვე მუცლის ღრუში სხვა მიმართულებითაც (ჭრილობის ზედა კიდესთან) ანტიბიოტიკების შესაყვანად.

ამასთან, თუ გავიხსენებთ, რომ ბაქტერიებისა და ექსუდატის მუცლის ღრუდან გამოყოფა დიდადაა დამოკიდებული ლიმფის განდევნაზე, ხოლო ლიმფის განდევნა დაკავშირებულია გულმკერდის ღრუსა და განსაკუთრებით დიაფრაგმის სუნთქვით ფუნქციასთან, მაშინ აშკარა გახდება პერიტონიტის დროს ღრმა სუნთქვითი მოძრაობის უდიდესი მნიშვნელობა არა მარტო ფილტვების მხრივ გართულებათა პროფილაქტიკის, როგორც ამას ზოგი ფიქრობს, არამედ პერიტონიტების მკურნალობისათვისაც.

ამიტომ პერიტონიტის დროს საჭიროა ავადმყოფმა აკეთოს სუნთქვითი ვარჯიში (ღრმა სუნთქვა), მაგრამ რადგან ეს პროცედურა ზოგჯერ მას უჭირს, ჩვენ ვარჩევთ ავადმყოფმა ღრმა შესუნთქვის შემდეგ მაქსიმალურად შეაჩეროს სუნთქვა, ისე როგორც წყალში ჩაყვინთვის დროს. სუნთქვის ყოველ ასეთ შეჩერებას ძალაუნებურად მოჰყვება მომდევნო ღრმა სუნთქვები, თუ ამასთან ავადმყოფიც შეეცდება (საჭირო შემთხვევაში ვიყენებთ ამოსახველებელს) და კარგად ამოახველებს, მაშინ რაც შეიძლება მეტად ამოუშვებს ნარჩენ ჰაერს და მოახერხებს ფილტვების ღრმა წილების ვენტილაციას. ამას განსაკუთრებით ხელს უწყობს (თუ რაიმე განსაკუთრებული წინააღმდეგჩვენება არაა) ავადმყოფის სისტემატური გადაბრუნება ხან ერთ, ხან მეორე გვერდზე.

საერთოდ უნდა გვახსოვდეს ისიც, რომ დიაფრაგმის პერიტონეუმს ტოქსინების მეტი შეწოვის უნარი აქვს, ვიდრე მენჯისას, ამიტომ პერიტონიტის დროს, როცა ავადმყოფი გვერდზე ან ზურგზე წევს, 15%-ით მეტად იწოვება

ექსუდატი, ვიდრე ფოვლერის მდებარეობის დროს. შეწოვა იმატებს აგრეთვე არტერიული ჰიპერემიის და პერისტალტიკის გაძლიერების დროს, ვენური შეგუბებისას კი იკლებს; ოპიუმი, მორფიუმი, ლუმბალური ანესთეზია, სიმპათიკური სისტემის ბლოკადა, ადრეული მოძრაობა აძლიერებს შეწოვას. ექსუდატის მუცლის ქვედა ნაწილში ჩადენის დაჩქარებისათვის საჭიროა სასთუმალის 50—60 სმ აწევა. ყველაზე ხშირად მას მიმართავენ ზოგადი პერიტონიტის, აპენდიკულარული აბსცესის, კუჭის ან ნაწლავის პერფორაციული პერიტონიტის და სხვათა დროს; როდესაც საჭიროა გამონადენის დუგლასის სივრცეში ჩადენა გაუვალობის ოპერაციის შემდეგ ან სხვათა დროს, მაშინ ავადმყოფს აწვენენ რამდენიმე ბალიშზე (ან ძლიერ ამაღლებენ ფუნქციური საწოლის სასთუმალს), მაგრამ ქვედა კიდურების ვენური თრომბოზის აცილებისათვის ურჩევენ ადრეულ მოძრაობას. ოპერაციისშემდგომ პერიოდში ფართოდ უნდა ვიყენებდეთ კუჭისა და ნაწლავების შიგთავსის ასპირაციას ცხვირიდან შეყვანილი მუდმივი წვრილი ზონდით. პარეზთან ბრძოლაში დიდ დახმარებას გვიწევს ვენაში სუფრის მარილის ჰიპერტონიული ხსნარის სისტემატურად დიდი დოზებით შეყვანა (60—100 მლ), კანქვეშ ატროპინის, ფიზოსტიგმინის, ჰიტუიტრინის და პროზერინის გამოყენება დღეში 2—3-ჯერ, სწორი ნაწლავიდან ცხელი ჰიპერტონიული ხსნარის მიკროოყნები, წელის ნოვოკაინური ბლოკადა. ზოგიერთი (ნ. ბლინოვი) პერიტონიტის დროს განვითარებული პარალიზური გაუვალობის ლიკვიდაციისათვის სხვა საშუალებებთან ერთად ურჩევს კუჭის გათბობას სოლუქსით, ზოგჯერ მზის წნულის დიათერმიას და სხვ. გამოიყენება ზოგადგამმაგრებელი და საგულე საშუალებანი, პნევმონიის პროფილაქტიკა და მისი მკურნალობა. ხსნარების (ფიზიოლოგიური, გლუკოზის 5% ხსნარი, ამინოპეპტიდი, ჰიდროლიზატი) კანქვეშ და კუნთებში წვეთოვნად სისტემატური შეყვანა. წყლისა და ცილების მოშლილი ბალანსი უნდა გამოსწორდეს ორგანიზმში სითხის დიდი რაოდენობით შეყვანით. განსაკუთრებით სასარგებლოა სხვადასხვა ცილოვანი ჰიდროლიზატების გამოყენება. სითხეები ორგანიზმში უნდა შევიყვანოთ დღე-ღამეში 2 — 3 ლიტრი, და ზოგჯერ მეტი. სისხლისა და პოლიგლუკინის გადასხმა, ცენტრალური ნერვული სისტემის დამზოგველი მოქმედება პერიტონიტით დაავადებული ავადმყოფის განკურნების საწინდარია.

იმის გამო, რომ მწვავე პერიტონიტის დროს ადგილი აქვს პარალიზურ გაუვალობას, ავადმყოფს არ უნდა მივცეთ არავითარი საკვები და სასმელი. ხშირად შეხვდებით, რომ ერთი მკურნალი ასეთ ავადმყოფს უნიშნავს ბულიონს, მეორე—სხვა საკვებს. ორივეს ავიწყდება, რომ საკვების მიცემის საზომი თვით ავადმყოფი და მისი ნაწლავების მდგომარეობაა და არა სხვა ვინმე. სანამ არ აღდგება პერისტალტიკა, პარეზის დროს არავითარი საკვების მიღებას აზრი არ აქვს.

პერიტონიტის დროს, თუ ავადმყოფი აგონიის მდგომარეობაში არაა, ყველა შემთხვევაში უნდა გაკეთდეს ოპერაცია. რადგან ავადმყოფის გადარჩენის ერთადერთ ხსნას ოპერაცია წარმოადგენს, პერიტონიტის პროფილაქტიკა კი იმ დაავადებათა (კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული, კენჭოვანი ქოლეცისტიტი, აპენდიციტი, თიაქარი და სხვ.) დროულ ოპერაციაში მდგომარეობს, რომელიც შეიძლება პერიტონიტით გართულდეს.

ოპერაციისშემდგომი პერიტონიტის პროფილაქტიკა ასეპტიკის პედანტურ-

დაცვაში მდგომარეობს. ქირურგთა ოცდამერვე ყრილობაზე ხაზგასმით იყო აღნიშნული, რომ ანტიბიოტიკების ერაში, როდესაც მიკრობმა იცვალა სახე და იგი გაცილებით ვირულენტური გახდა, მეტი სიფრთხილეა საჭირო საზოგადოდ და საავადმყოფოს შიდა ინფექციასთან საბრძოლველად განსაკუთრებით.

პერიტონიტის პროფილაქტიკა მდგომარეობს ოპერაციის მაქსიმალურად ნაკლებ ტრავმულად ჩატარებასა და ოპერაციის შემდეგ ანტიბიოტიკების სწორად გამოყენებაში. ოპერაციისშემდგომი პერიტონიტის ხშირი მიზეზია კუჭ - ნაწლავის ნაკერის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის ნაკერის, ან თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის გახსნა,რომელიც ანტიბიოტიკებით მკურნალობის ფონზე სრულიად სხვანაირად, შენიღბულად მიმდინარეობს.

თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის გახსნის დროს თავიდანვე როდი აღინიშნება მუცლისა და ზოგადი მდგომარეობის მხრივ ის მოვლენები, რასაც ადგილი ჰქონდა ანტიბიოტიკების გამოყენებამდე. ეს კი სამედიცინო პერსონალის დიდ სიფრთხილეს და მუდმივ მეთვალყურეობას მოითხოვს, რათა უმნიშვნელო მოვლენებიც დროულად იქნეს სათანადოდ შეფასებული. ამასთან, არ უნდა დავივიწყოთ ისიც, რომ თორმეტგოჯა ნაწლავის ძლიერი სკელეტიზაცია, ქსოვილთა ანთება და ტრავმირება თვითონ წარმოადგენს ნაკერის გახსნისა და პერიტონიტის მიზეზს.

პნევმოკოკური პერიტონიტი

პნევმოკოკურ პერიტონიტს პირველად პერიტონიტს აკუთვნებენ. დაავადების გამომწვევი პნევმოკოკი პერიტონეუმში შეიჭრება ჰემატოგენური ან ვაგინალური გზით, ზოგჯერ ლიმფური გზით გულმკერდის ღრუდან.

პნევმოკოკური პერიტონიტით ავადდებიან ბავშვები, უფრო ხშირად გოგონები, ისიც 14 წლამდე.

დაავადება იწყება მწვავედ, მუცელში, განსაკუთრებით ჭიპის არეში, ტკივილით, რასაც შეუჩერებელი პირღებინება მოსდევს. სწრაფად იმატებს ტემპერატურა 40°-მდე და ზევით. ბავშვს მძიმე ავადმყოფის შეხედულება აქვს— თვალები ჩავარდნილი, ენა მშრალი ნადებებით, სახე, ტუჩები და კიდურები ხშირად ციანოზურია. ტუჩებზე აღინიშნება ჰერპესიც. ზოგჯერ ადგილი აქვს გონების დაბინდვას. პულსი და სუნთქვა შეესაბამება ტემპერატურას. დამახასიათებელია პროფუზული ხასიათის ფაღარათი მყრალი სუნით. შარდის გამოყოფა საგრძნობლად შემცირებულია. პირველი დღეებიდანვე მუცელი შებერილი და მტკივნეულია, მუცლის კუნთთა დაჭიმულობა მეტად სუსტადაა გამოხატული. მუცლის კედელს თითქოს ცომის კონსისტენცია აქვს. ბლუმბერგის სიმპტომი სუსტად გამოხატულია. სისხლში აღინიშნება ძლიერ მაღალი ლეიკოციტოზი (40 ათასამდე) დიდი ნეიტროფილოზით და მარცხნივ გადახრით. ზოგჯერ ადგილი აქვს ეულვოვაგინტს და მაშინ ნაცხში პნევმოკოკს ნახულობენ.

პნევმოკოკური პერიტონიტი შეიძლება შეგვეშალოს ტოქსიკურ კოლიტთან. მაგრამ ამ დროს ტემპერატურა იმატებს თანდათან, მუცელი გაცილებით რბილია, ლეიკოციტების რიცხვი მცირედ ან სულ არაა მომატებული.

ზოგჯერ პნევმოკოკურ პერიტონიტს ჰგავს მწვავე აპენდიციტი, მით უფრო დანამატის მენჯისაკენ მდებარეობის დროს. გამოცნობაში გვშველის სწორი ნაწლავიდან გამოკვლევისას მტკივნეულობისა და ინფილტრატის აღ-

მოჩენა, აგრეთვე ბარძაყის ჰიპერექსტენზიის დაბრკოლება და ბარძაყის სახსარში მტკივნეულობა მწვავე აპენდიციტის შემთხვევაში, რასაც ადგილი არა აქვს პნევმოკოკური პერიტონიტის დროს.

ამჟამად პნევმოკოკური პერიტონიტის დროს ადრეული ოპერაცია ანტიბიოტიკების გამოყენებით აღარ არის იმდენად საშიში და იგი არ შეიძლება ჩაითვალოს დიდ შეცდომად, როგორც ამას წინათ თვლიდნენ. უტყუარი პნევმოკოკური პერიტონიტის დროს შეიძლება ოპერაციისაგან თავი შევიკავოთ და ანტიბიოტიკების გამოყენებით დავკმაყოფილდეთ. მცირე ექვის დროსაც ნაჩვენებია ოპერაცია. მუცლის ღრუს გახსნისას გამოიყოფა უსუნო სქელი მოყვითალო ელფერის, ნაღების მსგავსი ჩირქი, ზოგჯერ ფიბრინული ნადებებით.

ჭიანწლავი, ისე როგორც ნაწლავთა სეროზული გარსი, ჰიპერემიულია. უნდა გვახსოვდეს პნევმოკოკური პერიტონიტისათვის დამახასიათებელი ჩირქის შესახებ. დავკმაყოფილდებით ნაკლებად შეცვლილი ჭიანწლავის ამოკვეთით. არ ვეძებოთ სხვა მიზეზი, რათა თავიდან ავიცდინოთ ამ დროს მეტად საშიში ზედმეტი ტრავმირება.

ანტიბიოტიკების შეყვანის შემდეგ მუცლის ღრუ იხურება ჯრუდ.

სტრეპტოკოკური პერიტონიტი

სტრეპტოკოკურ პერიტონიტსაც პირველად პერიტონიტს აკუთვნებენ. იგი უმთავრესად ვითარდება ჰემოტაგენური გზით, ორგანიზმში არსებული რომელიმე ჩირქოვანი კერიდან, უფრო ხშირად ანგინის, გრიპის ან წითელი ქარის შემდეგ. სტრეპტოკოკური პერიტონიტით უფრო ხშირად ავადდებიან ქალები მენსტრუაციის პერიოდში. სტრეპტოკოკური პერიტონიტი იწყება მძიმე, ზოგადი სეპტიკური დაავადების ფონზე, რომელიც გარკვეულად ცელის მის სურათს. ავადმყოფს აღენიშნება ტკივილი მუცელში, ტემპერატურის ამომატება, მენინგეალური მოვლენები, მაღალი ლეიკოციტოზი, აჩქარებული და ლაბილური პულსი, საფარველთა ციანოზური შეფერვა ხელის მტევნისა და ტერფების გაცივებით. დასაწყისში ადგილი აქვს ფაღარათს, მუცლის კუნთების მცირე დაჭიმულობას, ბლუმბერგის ნიშანი სუსტად გამოხატულია, მუცლის ღრუში თავისუფალი ექსუდატის არსებობა აღინიშნება. ნაწლავთა პარეზი ვითარდება მხოლოდ მოგვიანებით. ღებინება იშვიათია, სამაგიეროდ კარგადაა გამოხატული შემაწუხებელი სლოკინი, მძიმე საერთო მდგომარეობა. ძაფისებრი პულსი და პერიტონიტის ტერმინალური მდგომარეობისათვის დამახასიათებელი სახე.

ავადმყოფის მეტად მძიმე საერთო მდგომარეობის მიუხედავად, მუცლის მხრივ ნაკლებადაა გამოხატული მოვლენები. სწორედ ასეთი კონტრასტი დამახასიათებელია სტრეპტოკოკური პერიტონიტისათვის.

სტრეპტოკოკური პერიტონიტის დროს მძიმე საერთო მდგომარეობისა და ფაღარათის გამო დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გავატაროთ ტოქსიკურ ენტეროკოლიტთან.

გარჩევაში გვშველის ენტეროკოლიტის დროს ფაღარათთან ერთად შეტევითი ხასიათის ტკივილის არსებობა მუცელში, რასაც სტრეპტოკოკური პერიტონიტის დროს ადგილი არ აქვს.

ასევე სახიფათოა სტრეპტოკოკური პერიტონიტის დროს არ დაისვას პელვიოპერიტონიტის დიაგნოზი, რომ ოპერაციის გადავადებით არ დაიღუპოს

ავადმყოფი. მათ ურთიერთ არევას ხელს უწყობს ტკივილის ზოგჯერ მეტად კონცენტრაცია მუცლის ქვემო ნაწილში და თვიურის აშლა. მაგრამ ანგარიში უნდა გაეწიოს მუცლის კედლის მსუბუქ დაჭიმულობას არა მარტო მუცლის ქვემო ნაწილებში, არამედ ზევითაც, ვაგინალური გამოკვლევისას შედარებით ნაკლებ მტკივნეულობას, მუცლის გვერდით უკანა ნაწილებში გამონადენის არსებობას, რაც გავრცელებული პერიტონიტის სასარგებლოდ ლაპარაკობს. საერთოდ, ყოველ საეჭვო შემთხვევაში ჯობს საქმე ოპერაციის სასარგებლოდ გადაწყდეს.

პერფორაციული პერიტონიტის მოგვიანებით პერიოდშიც შეიძლება აღინიშნებოდეს სტრეპტოკოკური პერიტონიტის მსგავსი ნიშნები, მაგრამ ასეთ შემთხვევაში კარგად შეკრებილი ანამნეზი, მუცლის მხრივ შედარებით მეტად გამოხატული მოვლენები დაავადების დასაწყისში, აგრეთვე ფაღარათის არარსებობა პერფორაციული პერიტონიტის სასარგებლოდ ლაპარაკობს. ორივე შემთხვევაში აუცილებელია დაუყოვნებლივ ოპერაცია, ამიტომ დიაგნოზურ შეცდომას არ შეუძლია უარყოფითი გავლენა მოახდინოს ავადმყოფობის გამოსავალზე.

სტრეპტოკოკური პერიტონიტის დროს ავადმყოფს დაუყოვნებლივ უკეთდება ლაპაროტომია სათანადო წინასაოპერაციო მომზადების შემდეგ. დეზინტოქსიკაციის მიზნით საჭიროა სითხეებისა და პლაზმის შემცვლელი ხსნარების დიდი რაოდენობით შეყვანა, ხსნარების შეყვანა ოპერაციის მსვლელობაში და, მდგომარეობის მიხედვით, მის შემდეგაც რამდენიმე ხნით.

სასურველია ოპერაციის დაწყება ადგილობრივი ანესთეზიით, საჭიროების დროს ემატება ეთერ-ქანგბადის ინჰალაციური ნარკოზი. ბაზის ნარკოზის სახით ნ. ბლინოვი ურჩევს პლაზმის შემცვლელ ხსნარს დაემატოს სპირტი ისეთი ანგარიშით, რომ მივიღოთ 5—10% ნარევი. ალკოჰოლის მიმატება ამცირებს ეთერის საჭირო რაოდენობას. სპირტს სეპტიკური ავადმყოფისათვის სხვა სასარგებლო მნიშვნელობაც აქვს.

მუცლის ღრუს გახსნისას ამოსაწრეტით უნდა ამოვიღოთ ჩირქი მაქსიმალურად. ტამპონების ხმარებას უნდა ვერიდოთ, რადგან იგი აზიანებს პერიტონეუმის ფურცლებს და პირობებს ქმნის შემდგომში შეხორცების განვითარებისათვის. ტამპონების გამოყენების აუცილებლობისას საჭიროა მისი დასველება ფიზიოლოგიურ ხსნარში, გაწურვა და მხოლოდ შემდეგ ნაზად ჩირქის ამოშშრალება: მას შემდეგ, როდესაც დავრწმუნდებით, რომ ჩირქოვანი პერიტონიტის მიზეზი არაა ჭიანწლავი, ქალის სასქესო ორგანოები, ნაღვლის ბუშტი, წყლულის პერფორაცია ან სხვ., საჭიროა მუცლის ღრუს ყრუდ დახურვა. მასში ერთი ან სჯობს ორი (ჭრილობის ზედა და ქვედა კუთხეებში) მიკროირიგატორის დატოვება ანტიბიოტიკების შესაყვანად. მუცლის ღრუდან აუცილებლად უნდა შემოწმდეს და გაირკვეს ჩირქის მგრძნობელობა, რათა შემდეგ სწორად დავუნიშნოთ შესაფერი ანტიბიოტიკი.

გონოკოკური პერიტონიტი

გონოკოკური პერიტონიტიც იწყება მწვავედ, მეტწილად მენსტრუაციის პერიოდში. დასაწყისში მეტი მოვლენები აღინიშნება მენჯის პერიტონეუმის მხრივ. ტკივილი მალე მთელ მუცელს მოიცავს. საშვილოსნოს ყელიდან აღებულ ნაცხში ნახულობენ გონოკოკს. ანტიბიოტიკებით მკურნალობა კარგ შე-

დეგს იძლევა, ზოგჯერ საჭიროა სულფამიდური პრეპარატების დამატება. საეჭვო შემთხვევაში კეთდება ოპერაცია ანტიბიოტიკებთან კომბინირებულად.

ზემოფარგლული პერიტონიტი

მწვავე შემოფარგლული პერიტონიტი მუცლის ღრუს დანარჩენი ნაწილებისაგან გამოცალკევებულია ანთებითი შეხორცებებით.

მუცლის ღრუში არსებული ინფილტრატი შეიძლება გაისრუტოს ან გადაიქცეს აბსცესად. ეს უკანასკნელი ზოგჯერ იხსნება ნაწლავის სანათურში, შარდის ბუშტში, მუცლის ღრუში ან იშვიათად მუცლის კედელში და კანის გზით გამოირწყვება გარეთ. ზოგჯერ ჩირქის ასეთ ევაკუაციას მოჰყვება განავლოვანი ხვრელშილის განვითარება. იგი იშვიათად შეიძლება გამოიწვიოს უმკურნალოდ მიტოვებულმა აპენდიკულარულმა ინფილტრატმა.

შემოფარგლული პერიტონიტის სახეს ეკუთვნის მუცლის ღრუში ნ ა წ ლ ა ვ თ ა შ ო რ ი ს ა ბ ს ც ე ს ი. მისი განვითარების მიზეზია ტრავმის (ჭრილობის) შემდეგ ნაწლავთა შორის ინფექციური კერის ჩაპარკება. იგივე შეიძლება მოჰყვეს მწვავე აპენდიციტს, ქოლეცისტიტსა და სხვა. მწვავე ჩირქოვანი ინფექციისათვის დამახასიათებელ ზოგად მოვლენებს გარდა, ზოგჯერ ყურადღებას იპყრობს ნაწლავთა გაუვალობის ნიშნები.

იშვიათად შემოფარგლული ჩირქგროვა შეიძლება განვითარდეს ბ ა დ ე ქ ო ნ ი ს ა ბ გ ა შ ი, ვინსლოვის ხვრელის ნაწილობრივი ან სრული დახშობის დროს. ჩირქგროვის განვითარების მიზეზია კუჭის უკანა კედელზე მდებარე წყლულის პერფორაცია (რაც იშვიათია), ტრავმა და სხვ.

მუცლის ღრუსშიდა მწვავედ მიმდინარე აბსცესებს გარდა, შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ნაწლავთა შორის და მენჯის ღრუში შედარებით ქრონიკულად მიმდინარე შემოფარგლულ ჩირქოვან პროცესს. ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ავადმყოფს აწუხებს სუბფებრილური ტემპერატურა, საერთო სისუსტე, მუცელში ხანგამოშვებით ტკივილი და ზოგჯერ შებერილობა. ასეთი ქრონიკულად შემოფარგლული ჩირქგროვის მიზეზია არასრულყოფილად შესრულებული აპენდექტომიის დროს დარჩენილი ჩირქოვანი ნაწილი, დაჩირქებული კვერცხსავალი, ტრავმის ან ოპერაციის დროს დარჩენილი უცხო სხეული და სხვ.

მუცლის ღრუს შემოფარგლული ჩირქგროვების ამოცნობა ყოველთვის ადვილი არაა. საეჭვო შემთხვევაში, ისე როგორც დადგენილი დიაგნოზის დროს, ერთადერთი მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა ოპერაციულ დახმარებაში მდგომარეობს—საჭიროა აბსცესის გაკვეთა და დრენირება.

შემოფარგლული პერიტონიტის სახეებიდან, რომელიც აბსცესის სახეს ატარებს, მნიშვნელოვანია დუგლასის სივრცის და შედარებით უფრო მძიმედ მიმდინარე სუბდიაფრაგმული აბსცესი.

დუგლასის სივრცის ჩირქგროვა. დუგლასის სივრცის ჩირქგროვა პირველად აღწერილი იყო 1900 წელს როტერის მიერ.

დუგლასის სივრცის ჩირქგროვის მიზეზია ამ მიდამოში ჩირქის ჩადენა მწვავე აპენდიციტის, კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის, ქოლეცისტიტის, საშვილოსნოს დანამატების ჩირქოვანი ანთების, ღრუ ორგანოთა ჭრილობის და სხვ. დროს.

დუგლასის სივრცის ჩირქგროვის ამოცნობაში გვეხმარება სწორი ნაწლავისა და შარდის ბუშტის მხრივ მოვლენების არსებობა. ავადმყოფს აღენიშნება ჭინთვები და ლორწოს გამოყოფა სწორი ნაწლავიდან, ტკივილი დეფეკაციის დროს. აგრეთვე დიზურიული მოვლენები. სწორი ნაწლავიდან ზოგჯერ თითი სწვდება სწორი ნაწლავის წინა კედლის ჩამოწევას ინფილტრატის სახით. განსაკუთრებით იგი ადვილად ისინჯება გაფორმებული და დიდი აბსცესის შემთხვევაში. ამ დროს, არც ისე იშვიათად, ფლუქტუაციასაც შევიგრძნობთ ბიმანუალური ეამოკვლევით. ასეთი აბსცესი დაუყოვნებლივ უნდა გაიხსნას სწორი ნაწლავიდან ან საპოდან. შარდის ბუშტის დაცლის შემდეგ ავადმყოფს ეძლევა ბუასილის ოპერაციის მდებარეობა და ადგილობრივი ანესთეზიით ან ნარკოზით ავანიერებენ სწორი ნაწლავის სფინქტერს. სწორი ნაწლავის ყველაზე უფრო გამობერილ მიდამოში კეთდება პუნქცია. ჩირქის მიღების შემთხვევაში ნემს ვტოვებთ და მისი გაყოლებით ზუსტად შუახაზზე წვრილწვერიანი დანით ან წვრილწვერიანი კორნცანგით ფრთხილად იხსნება სწორი ნაწლავის კედელი. რამდენიმე დღით აბსცესის ღრუში ვტოვებთ რეზინის დრენაჟს, რომელიც მაგრდება წელზე, რათა თავიდან ავიცილოთ მისი ნაადრევად გამოვარდნა.

დიაფრაგმქვეშა (სუბდიაფრაგმული) ჩირქგროვა. დიაფრაგმქვეშა ჩირქგროვა, ანუ სუბდიაფრაგმული აბსცესი, შემოფარგლული პერიტონიტის ერთ-ერთ სახეს წარმოადგენს. ამ დროს, როგორც სახელწოდება გვიჩვენებს, ჩირქის დაგროვებას აქვს ადგილი დიაფრაგმისა და მის ქვეშ მდებარე ორგანოებს შორის. დიაფრაგმქვეშა ჩირქგროვა შეიძლება იყოს მარჯვენა და მარცხენამხრივი (გაცილებით ხშირია მარჯვენამხრივი). დიაფრაგმქვეშა ჩირქგროვა იშვიათად შეიძლება იყოს რეტროპერიტონულ სივრცეშიც. მარჯვენამხრივი დიაფრაგმქვეშა ჩირქგროვა მოთავსებულია დიაფრაგმისა და ღვიძლის მარჯვენა წილს შორის, მარცხენამხრივი დიაფრაგმქვეშა ჩირქგროვა მოთავსებულია დიაფრაგმისა და ღვიძლის მარცხენა წილის, ელეგის ან ელენთას შორის, სადაც იგი მოთავსებულია ღვიძლის გვირგვინისებრ იოგის უკან ღვიძლსა და დიაფრაგმას შორის სივრცეში. აქ ინფექცია შეიძლება შეეჭრას ლიმფური გზით, ზოგჯერ თორმეტგოჯა ნაწლავის უკანა კედლიდან, როდესაც ინფექცია რეტროპერიტონულად იწყებს გავრცელებას. თორმეტგოჯა ღვიძლ-კუჭის იოგის გაშრევების დროს ჩირქი შეიძლება გავრცელდეს დიაფრაგმასა და ღვიძლს შორის პერიტონეუმისაგან თავისუფალ სივრცეში.

პერიტონეუმშიდა დიაფრაგმქვეშა ჩირქგროვა, რომელიც გაცილებით ხშირია, ვითარდება კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის დაავადებების, აპენდიციტის, ღვიძლისა და ნაღვლის ბუშტის და ბოლოს მუცლის ღრუს ორგანოთა ტრავმის შედეგად, დიაფრაგმქვეშა სივრცეში მუცლის ღრუს ორგანოთა ტრავმის შედეგად. დიაფრაგმქვეშა სივრცეში მუცლის ღრუს ორგანოებიდან ინფექცია პერიტონეუმს შიდა გზებით ვრცელდება. ზოგჯერ ინფექციის შეჭრას ადგილი აქვს ლიმფური და ჰემატოგენური გზითაც. მწვავე პერიტონიტისა და დანამატის ჯორჯლის ვენების თრომბოზის დროს ზოგჯერ ვარაუდობენ ინფექციის გავრცელებას v. ileo-colica-ს გზით კარის ვენის ტოტებზე, რასაც ჩირქოვანი პილეფლებიტი, ჩირქოვანი ჰეპატიტი და დიაფრაგმქვეშა ჩირქგროვა მოყვება. იგი ხშირად მუცლის ღრუში გადატანილი ანთებითი პროცესის ან თორაკოაბდომინული ჭრილობის გართულებას წარმოადგენს. იმის მიხედვით, თუ რისი გართულებაა ან რომელ მხარეზეა დიაფრაგმქვეშა ჩირქგროვა, მისი კლი-

ნიკაც სხვადასხვანაირია. მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე იმას, დიაფრაგმქვეშა ჩირქგროვა შეიცავს თუ არა გაზს. ჩირქგროვაში აირი შეიძლება ნაწლავის ჩხირის ან სხვა სახის მიკრობის ცხოველმყოფელობის შედეგად დაგროვდეს ან იგი ღრუ ორგანოს პერფორაციის დროს იყოს შეჭრილი. გაცილებით მძიმე მიმდინარეობა ახასიათებს მარცხენა მხრივ დიაფრაგმქვეშა ჩირქგროვას.

დიაფრაგმქვეშა ჩირქგროვას საერთო სისუსტის ფონზე ახასიათებს შემცივნება, მაღალი ტემპერატურა, პულსის აჩქარება, ჰიპერლეიკოციტოზი, ზოგჯერ ტკივილი გვერდში.

დიაფრაგმქვეშა ჩირქგროვის დროს დიაფრაგმის მაღლა მდებარეობას და მოძრაობის შეზღუდვას აქვს ადგილი. თუ აირის შემცველ დიაფრაგმქვეშა ჩირქგროვას თან ახლავს პლევრაში რეაქტიული ექსუდატი, მაშინ პერკუტორულად ადგილი აქვს ხმიანობის მორიგეობით შეცვლას. ჯერ აღინიშნება მოყრუება პლევრაში სითხის გამო, შემდეგ ნათელი პერკუტორული ხმიანობა დიაფრაგმქვეშა სივრცეში აირის არსებობისას და ბოლოს ისევ მოყრუება ჩირქგროვის გამო.

გ. იაურემ (1921) დიაფრაგმქვეშა ჩირქგროვის დროს აღწერა შემდეგნაირი სიმპტომი. მარჯვენა ნეკნთა რკალის ქვეშ მოთავსებული ხელი შეიგრძნობს ღვიძლის რყევას მეორე ხელით გულმკერდის მიდამოში ბიძგისებრი დარტყმის დროს. ღვიძლზე ბიძგის გადაცემის მიზეზს დიაფრაგმის ქვეშ დაგროვილი სითხე წარმოადგენს.

დიაფრაგმქვეშა ჩირქგროვის დროს დამახასიათებელ სურათს იძლევა რენტგენოსკოპია. დიაფრაგმის ქვეშ ჩანს ბუშტი და ადვილად რხევადი ჰორიზონტალური დონის მქონე სითხე.

ასეთ შემთხვევაში დიაფრაგმის ჩრდილი შეიძლება შევადაროთ კალათის ტარს, ღვიძლის ჩრდილი—კალათს და აირის ბუშტი—კალათსა და მის ტარს შორის თავისუფალ სივრცეს.

დიაფრაგმქვეშა ჩირქგროვის გამოცნობა, როდესაც იგი არ შეიცავს აირს, გაცილებით ძნელია. მაგრამ ყურადღებას იპყრობს დიაფრაგმის მაღალი მდებარეობა, მისი უმოძრაობა ან მოძრაობის საგრძნობი შეზღუდვა და ამ მიდამოში სითხის არსებობაზე საეჭვო ინტენსიური ჩრდილი.

დიაგნოსტიკური დახმარება შეიძლება გაგვიწიოს ფრთხილად შესრულებულმა პუნქციამ. ზოგიერთები დიაფრაგმქვეშა ჩირქგროვას პუნქციით და ანტიბიოტიკებით მკურნალობენ.

სუბდიაფრაგმული აბსცესის მკურნალობა გაკვეთასა და ანტიბიოტიკებით მკურნალობაში მდგომარეობს. ტრანსპლევრალური მიდგომა გამოყენებული იყო იზრაელის მიერ 1879 წელს ღვიძლის ზემო და უკანა ზედაპირზე მდებარე ექინოკოკის ამოღებისათვის. ოპერაცია კეთდება ეტაპურად. კოსტალური და დიაფრაგმული პლევრის ფურცლების ურთიერთშეზრდის მიზნით. ჭრილობაში 7 დღემდე თავსდება კარბოლის მჟავაში დასველებული (ან მშრალი) ტამპონი. შემდეგ იკვეთება დიაფრაგმა. ეს მეთოდი ვერ ააცდენს ავადმყოფს პლევროპულმონური შოკის განვითარებას და პლევრის ინფიცირებას.

ტრენდელენბურგმა (1883) მოაწოდა ტრანსთორაკალური მიდგომის გზა ერთ მომენტად. წინასწარ აწარმოებდა პლევრის ღრუს იზოლაციას პარიეტული პლევრის დიაფრაგმაზე მიკერებით. მან ეს ოპერაცია ღვიძლის ექინოკოკზე მისადგომად გამოიყენა.

ა. ტროიანოვმა (1895) ტრენდელენბურგის ოპერაციის მოდიფიკაცია (ნეკნის რეზექცია, პარიესული პერიტონეუმის მიკერება წრისებური ნაკერით დიაფრაგმასთან და გაკვეთა) აწარმოვა სუბდიაფრაგმული აბსცესის სამკურნალოდ.

სუბდიაფრაგმული სივრცის ექსტრაპლევლური მიდგომა გამოყენებული იყო 1896 წელს ნ. პარინსკის მიერ პარიესული პლევრის გულმკერდის შიგნითა ფასციაზე და დიაფრაგმაზე მოცილებით. სუბდიაფრაგმულ სივრცეზე ექსტრაპლევრული მიდგომის მეთოდიკის დამუშავებას აწარმოებდა ა. მელნიკოვი (1921).

პირველად წინიდან ექსტრაპერიტონული მიდგომით სუბდიაფრაგმული აბცესის გახსნა აწარმოვა ლაუნშტეინმა (1896). შემდგომში ექსტრაპერიტონული მიდგომის მეთოდიკა დამუშავებული იყო კლერმონის (1905), ნათენის (1922) და შ. თოიძის (1949) მიერ.

შ. თოიძე სუბდიაფრაგმული სივრცის უკეთ გახსნის მიზნით აწარმოებდა ჭრილობის თანდათანობით გაგანიერებას მე-12 ნეკნის გასწვრივ და მის სუბპერიოსტულ რეზექციას ხერხემლის ხაზიდან 10—12 სმ მანძილზე. მე-11 ნეკნი იკვეთება სუბპერიოსტულად. კან-კუნთოვან-ძვლოვანი ნაფლეთი დიაფრაგმასთან და ნეკნდიაფრაგმის სინუსთან ერთად ზეევთ იწევა. თუ ასეთი გაკვეთი საკმარისი არაა, იკვეთება მე-10 ნეკნიც. ექსტრაპერიტონული (რეტროპერიტონული) მიდგომის ეს მეთოდი დრენირების საუკეთესო პირობას ქმნის.

განივი ფასცია და პერიტონეუმი თითით იშლება ჩლუნგად დიაფრაგმის ქვედა ზედაპირიდან აბსცესის მკერივ კედლამდე. წინასწარი პუნქციის შემდეგ იკვეთება აბსცესი. ღრუში თავსდება ტამპონი და დრენაჟი.

ტუბერკულოზური პერიტონიტი

ტუბერკულოზურ პერიტონიტს ქრონიკული მიმდინარეობა ახასიათებს, იგი ვითარდება ჰემატოგენური გზით; მუცლის ღრუს რომელიმე ორგანოს ტუბერკულოზური პროცესი ზოგჯერ ვრცელდება პერიტონეუმზე. ტუბერკულოზური პერიტონიტი გაცილებით ხშირია გოგონებში, მეტწილად 14 წლის ასაკამდე, გეხვდება მოზრდილებში და საშუალო ასაკშიც, განსაკუთრებით ადრე გადატანილი ტუბერკულოზური პროცესის შედეგად.

არჩევენ ტუბერკულოზური პერიტონიტის სამ სახეს: 1. ექსუდაციური, ანუ ასციტური, სეროზული ექსუდატის დიდი რაოდენობით; 2. მშრალი ხორკლოვანი, შეწებებითი, ანუ პლასტიკური ფორმის ვრცელი შეხორცებებით. იგი შედეგია პერიტონეუმზე დიდი რაოდენობით ფიბრინის დალექვისა, რომელიც შემდეგში შემაერთქსოვილის განვითარებით იძლევა ვრცელ შეხორცებებს; 3. კაზეოზური, ანუ წყლულოვან-ჩირქოვანი ფორმა ვრცელი შეხორცებების განვითარებით, რომელთა შორის, დაშლის შედეგად, მოფენილია ჩირქოვანი და ხაჭოსებური კერები.

იმის მიხედვით ტუბერკულოზური პროცესის რა ფორმა (ექსუდაცია თუ დაშლა) სჭარბობს, ვითარდება ტუბერკულოზური პერიტონიტის ესა თუ ის სახე. შემთხვევათა უმრავლესობაში ადგილი აქვს ტუბერკულოზური პერიტონიტის ექსუდაციური ფორმის განვითარებას.

ხშირად ტუბერკულოზურ პერიტონიტს წინ უსწრებს სხვა მიდამოს ტუბერკულოზური პროცესი. დაავადება იწყება შემპარავად. ავადმყოფი კარგავს მადას, ფერს, იკლებს წონაში, ხშირად აღენიშნება ფაღარათი. ექსუდაციური

ფორმის დროს თანდათან შესამჩნევი ხდება მუცლის გადიდება. შეხორცებითი და კაზეოზურ-ჩირქოვანი ფორმის ტუბერკულოზური პერიტონიტის დროს ხშირად შეიგრძნობა სხვადასხვა ოდენობის მკვრივი ინფილტრატი.

ტუბერკულოზური პერიტონიტი ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ხშირად გამოუცნობი რჩება. ზოგჯერ ტკივილის მკვეთრი გამწვავება აიძულებს ექიმს ეჭვი მიიტანოს მუცლის ღრუს რომელიმე ორგანოს მწვავე ქირურგიულ დაავადებაზე, რაც მას აიძულებს ავადმყოფი გააგზავნოს სტაციონარში. ხშირად ასეთი ავადმყოფები ქირურგიულ სტაციონარში შემოდიან სხვადასხვა დიაგნოზით, მაგრამ არა ტუბერკულოზური პერიტონიტის დიაგნოზით.

ტუბერკულოზური პერიტონიტის კლინიკური სურათი ფრიად სხვადასხვანაირია. იგი დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენადაა პროცესში ჩათრეული ბადექონი, წვრილი და მსხვილი ნაწლავები.

ბადექონსა და ნაწლავებს შორის განვითარებული შეხორცებები ხშირად იძლევა ნაწლავთა გაუვალობის სურათს. მუცლის ღრუს ამა თუ იმ უბანში ზოგჯერ აღინიშნება ტკივილი, ნაწლავთა კონგლომერატი, შეიძლება ისინჯებოდეს სხვადასხვა ზომის ინფილტრატის სახით, რაც ინვაგინაციაზე, სიმსივნეზე ან სხვა წარმოქმნაზე გვაფიქრებინებს.

ტუბერკულოზური პერიტონიტის ექსუდაციური ფორმის დროს შედარებით ადვილია დიაგნოზის დასმა, მაგრამ ასეთი ავადმყოფები ხშირად ასციტის დიაგნოზით თერაპიულ განყოფილებაში თავსდებიან. ამ ფორმის ტუბერკულოზური პერიტონიტის დროს ექსუდატი განსხვავდება თავისი მაღალი ხვედრითი წონით და შეიცავს ბევრ ცილას. საეჭვო შემთხვევაში ექსუდატის ზღვის გოჟზე შეშხაპუნება წყვეტს საკითხს. ტუბერკულოზური პერიტონიტის ექსუდაციური ფორმის დროსაც შეიძლება ადგილი ჰქონდეს შეცდომებს, ზოჯერ ძალზე გულუბრყვილოს.

როდესაც ორგანიზმი ძლევს ტუბერკულოზურ პროცესს, ექსუდაცია გამოხატულია სუსტად, აშკარად სჭარბობს პროლიფერაციული მოვლენები, ასციტი არ იმატებს, პროცესი სუსტად და ქრონიკულად მიმდინარეობს. დუნედ მიმდინარე ქრონიკული პროცესი, იმის გამო, რომ არ ქმნის ნაწლავთა გაუვალობის მოვლენებს და არ იწვევს პერიტონეუმის გაღიზიანებას, ავადმყოფს შესწევს ფეხზე გადაიტანოს ავადმყოფობა და ხშირად შეასრულოს ჩვეულებრივი სამუშაო. მხოლოდ ხანგამოშვებით უმნიშვნელო ტკივილი, რომელსაც ავადმყოფი იშვიათად აქცევს ყურადღებას, ბოლოს და ბოლოს იძულებულს ხდის მუცლის ღრუს რომელიმე ავადმყოფობაზე აფიქრებინოს. შემდგომში ასეთ შემთხვევაში ვითარდება ფიბროზული შემოფარგლული პერიტონიტი.

ფიბროზული შემოფარგლული პერიტონიტი, რომლის დიაგნოზის დასმა მეტად ძნელია, ავადმყოფს ოპერაცია უკეთდება მეტწილად გაუვალობის დიაგნოზით. ნაწლავებს შორის შეხორცებები მართლაც იწვევს სტრანგულაციურ გაუვალობას. ტკივილის დროს კლინიკური სურათი ძლიერ ჰგავს ნაწლავთა გაუვალობას. მხოლოდ ზოგიერთი ადგილობრივი და ზოგადი ნიშნების სწორი ანალიზი ზოგჯერ საშუალებას იძლევა დაავადების ამოცნობაში. ტუბერკულოზური პერიტონიტის დროს შებერილობა შედარებით სუსტადაა გამოხატული. გვეხმარება სადა ზედაპირის სიმსივნის არსებობა თუ, რა თქმა უნდა, გამოირიცხა საკვერცხის ცისტა, ინვაგინაცია, ან ავთვისებიანი სიმსივნე. მაგრამ დახმარებას გვიწევს ავადმყოფის ახალგაზრდა ასაკი. ავადმყოფს ხანგრძლივი დროის განმავლობაში მუცელში აღენიშნება მეტად გაურკვეველი ხა-

სიათის ტკივილი. ზოგჯერ ამ დროს გაბერილი მარყუჟისაგან მუცელში შეიგრძნობა სიმსივნე, რომელიც თანდათან ქრება, ტკივილის გაძლიერებას ხელს უწყობს ფიზიკური დატვირთვა. ხშირად ადგილი აქვს ნაწლავთა ძლიერი ხმიანობით გამოხატულ ყურყურს, რომელიც საკმაო მანძილზეც ისმის.

ფიბროზული შემოფარგლული პერიტონიტის დროს, როდესაც სიმსივნე მენჯის ღრუსაკენ ვრცელდება, შეცდომით ზოგჯერ გინეკოლოგიურ დაავადებაზე ფიქრობენ და ანგარიშს არ უწევენ სხვა ნიშნებს და ანამნეზიდან მნიშვნელოვან მონაცემებს.

ფიბროზული შემოფარგლული პერიტონიტის ამოცნობა ზოგჯერ ძნელდება ოპერაციის დროსაც, თუ არ გავითვალისწინეთ ბადექონის განლევა, რომელიც წვრილ ნაწლავთა მარყუჟების ირგვლივ კაფსულის გაფორმებას მოუნდა. ტუბერკულოზური ხორკლების არსებობისას დიაგნოზის დასმა ადვილია.

ტუბერკულოზური პერიტონიტის დროს, თუ ავადმყოფს შეცდომით სხვა რომელიმე დაავადების დიაგნოზი დაესვა და ოპერაცია გაუკეთდა, იგი უარყოფითად არ იმოქმედებს მასზე.

მ კ ურ ნ ა ლ ობ ა. ტუბერკულოზური პერიტონიტის მკურნალობას ხშირად ატარებენ თერაპიულ სტაციონარში. კარგ შედეგს იძლევა სტრეპტომიცინი, ფთივაზიდი, ПАСК, ზოგადგამამაგრებელი საშუალებანი. ადრე ურჩევდნენ ოპერაციულ მკურნალობას. ამის მიზეზი იყო ინგლისელი ქირურგის სპენსერ უელსის შემთხვევა 1862 წელს. ტუბერკულოზური პერიტონიტით დაავადებულ ავადმყოფს ქირურგმა გაუკეთა დიაგნოზური ლაპაროტომია. ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფი განიკურნა. ამ დროიდან ლაპაროტომიას იყენებდნენ მკურნალობის მიზნით. ფიქრობდნენ, რომ შველოდა დაავადებული მუცლის ღრუში ჰაერისა და სინთლის მოხვედრა, მაგრამ შემდგომმა დაკვირვებამ ყოველთვის არ გაამართლა ოპერაციული მოქმედების კეთილსაიმედო გავლენა, განსაკუთრებით კაზეოზურ-ჩირქოვანი ფორმების დროს. აღინიშნებოდა სხვადასხვა სახის გართულებანი და სიკვდილობის დიდი პროცენტი ანტიბიოტიკების ერამდე.

სტრეპტომიცინის ზოგადი და ადგილობრივი გამოყენებით კარგი შედეგი მიიღება. ლაპაროტომიის დროს მუცლის ღრუში თავსდება ქლორვინილის მილი-რომლითაც 7—10 დღის განმავლობაში ზოგად მკურნალობას ემატება სტრეპტომიცინის შეყვანა მუცლის ღრუში.

ტუბერკულოზური პერიტონიტის იმ ფორმების დროს, რომელიც გაუვალობის მოვლენებს იძლევა, ნაჩვენებია ოპერაცია. ვრცელი შეხორცებებისა და პერიტონეუმის გასქელების გამო ასეთ შემთხვევაში ლაპაროტომია ხშირად მეტად ძნელია. საჭიროა მუცლის ღრუს შედარებით თავისუფალ სივრცეში ფრთხილად შესვლა, დაბრკოლების მიზეზის ლიკვიდაცია, შემოვლითი ანასტომოზი ან, როგორც უკიდურესი ზომა — ენტეროსტომია. ყველა შემთხვევაში გამოიყენება სტრეპტომიცინი და სხვა საშუალებებით მკურნალობა.

ადჰეზიური, ანუ შეხორცებითი პერიტონიტი („შეხორცებითი დაავადება")

ადჰეზიური, ანუ შეხორცებითი პერიტონიტი, ქრონიკული პერიტონიტის სახეა; ვითარდება სხვადასხვა მიზეზით ადრე გადატანილი ანთების შემდეგ. იგი მოიცავს მუცლის ღრუს გარკვეულ უბანს ან გავრცელებულია.

ზოგ ავადმყოფს შეხორცებითი პერიტონიტის განვითარებისადმი ერთგვარი მიდრეკილება აქვს. არიან ავადმყოფები, რომელთაც დიდი ტრავმისა და ანთებითი პროცესის მიუხედავად, ადჰეზიური პერიტონიტი ნაკლებად უვითარდებათ და, პირიქით, ზოგს, პერიტონეუმის ფურცლების მცირე ტრავმის მიუხედავად, ვრცელი შეხორცებითი მოვლენები აქვს გამოხატული.

შეხორცებითი პერიტონიტის უფრო ხშირი მიზეზია ტუბერკულოზი, ოპერაციული ტრავმა, სხვადასხვა წარმოშობის ანთებითი პროცესები და სხვ.

შეხორცებით პერიტონიტს ფრიად სხვადასხვანაირი კლინიკური სურათი ახასიათებს. ზოგჯერ იგი ავადმყოფს სრულებით არ აწუხებს, ხშირად აღენიშნება შეკრულობა, ქრონიკული გაუვალობა ან მწვავე გაუვალობის სურათი. შეხორცებითი პერიტონიტისათვის დამახასიათებელია ყრუ ხასიათის ტკივილი, რაც დამოკიდებულია შეხორცებით უბნებში ნერვული ბოჭკოების ჩაზრდით (ს. გირგოლავი). ტკივილს აძლიერებს საკვების მიღება, მეტეორიზმი, ფიზიკური დატვირთვა, პერისტალტიკის გაძლიერება და სხვ.

ოპერაციის ნაკლებ ტრავმულად ჩატარება შეხორცების პროფილაქტიკის ერთ-ერთი საშუალებაა.

შეხორცებითი პერიტონიტის დროს ოპერაციული დახმარების საკითხი დიდი სიფრთხილით და ინდივიდუალური მიდგომით უნდა გადაწყდეს ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის ნიშნების დროსაც.

ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის მიზეზი შემთხვევათა ერთ მეოთხედში შეხორცებითი პერიტონიტია. გ. სტუჩინსკით, 25%-ში, ა. შაბანოვით, 23,3%-ში, სხვათა მიხედვით, „შეხორცებითი დაავადების დროს“ (ასე უწოდებს მას ნ. ბლინოვი, კ. სიმონიანი და სხვ.) ნაწლავის გაუვალობა კიდევ უფრო დიდ პროცენტს აღწევს. ასე მაგალითად, ა. ნორენბერგ-ჩარკეიანით, —34,7%-ს, დ. ფედოროვით და ლ. გარვინით (ლენინგრადის სასწრაფო დახმარების ინსტიტუტში, 1947—1953 წლების მიხედვით) — 50,6%-ს.

თუ ნაწლავთა გაუვალობის სხვა ფორმების დროს კონსერვატული მკურნალობის გაგრძელება 2—3 საათზე მეტ ხანს დაუშვებელია, ყოველგვარი ზომები უნდა ვსინჯოთ, ზოგჯერ საკმაო ხნის განმავლობაშიც, რათა ავადმყოფს თავიდან ავაცდინოთ განმეორებითი ოპერაცია. მით უფრო, რომ ქირურგიული ჩარევა ავადმყოფს არ აზღვევს შემდგომში ოპერაციის განმეორებისაგან. პირიქით, შეიძლება ოპერაციას შეხორცებების და ტკივილის კიდევ უფრო გაძლიერება მოჰყვეს.

შეხორცებითი დაავადებით განვითარებული გაუვალობის დროს ლაპაროტომიის წარმოებისას უნდა გვახსოვდეს, რომ ძველი ნაწიბურის ამოკვეთისას შეიძლება დავაზიანოთ მასთან მიზრდილი წვრილი ნაწლავის მარყუჟი, რაც გაართულებს ოპერაციას და ხშირად განავლოვანი ხვრელმილის განვითარების მიზეზიც ხდება. ამიტომ მუცლის ღრუს გახსნისა და ძველი ნაწიბურის ამოკვეთისას საჭიროა განსაკუთრებული სიფრთხილე. აქ ერთგვარ დახმარებას გვიწევს ნაწიბურის გაშრევება ნოვოკაინის 0,25% ხსნარით, ჭრილობის გაგრძელება ძველნაწიბურს ზევით და ქვევით, სადაც შედარებით ნაკლები შეხორცებებია. აღნიშნული მიდამოდან ან კანის ნაწიბურის გაკვეთისა და ფრთხილად ამოკვეთის შემდეგ მუცლის ღრუში ჭრილობის გვერდითი ნაწილიდან უნდა ვაწარმოოთ შესვლა. ასეთ შემთხვევაში განსაკუთრებით საჭიროა ავადმყოფის წინასაოპერაციო მომზადება ხსნარებით. შესაფერისი გაუტკივარება, ჯობს ნარ-

კოზი (ოპერაციის მსვლელობაში და მის შემდეგ ხსნარების დიდი რაოდენობით გამოყენება). დაწვრილებით იხ. ქვევით (ნაწლავთა გაუვალობა).

მომავალში შეხორცებების თავიდან აცილების მიზნით ნაწიბურების გაკვეთისას საჭიროა გულდასმით პერიტონიზაცია და ჰემოსტაზი ნაწლავთა დაბრკოლების მიდამოში, შიგთავსის ნორმალური გადანაცვლების მიზნით ზოგჯერ გამოიყენება შემოვლითი ანასტომოზი. როდესაც ნაწლავთა მარყუჟებს და პარიეტულ პერიტონეუმს შორის ადგილი აქვს ვრცელი ნაწიბურების არსებობას, იგი ნაწლავთა გაუვალობის გამო ოპერაციის განმეორების ხშირი მიზეზი ხდება. ასეთ შემთხვევაში ურჩევენ ნობლის ოპერაციის გამოყენებას. ამ ოპერაციით წესრიგში მოჰყავთ უწესრიგოდ განლაგებული ნაწლავები. ნაწლავის მარყუჟები თავისუფლდება შეხორცებებისაგან და შემდეგ განთავისუფლებული ნაწლავები წესიერად ეწყობა ჰორიზონტალური ან ვერტიკალური მიმართულებით 18—20 სმ სიგრძეზე და გულდასმით ეკერება ერთმანეთს აბრეშუმის ძაფით (სურ. 32). ეს ოპერაცია კარგ შედეგს იძლევა იმ ავადმყოფებში, რომელთაც გადატანილი აქვთ რამდენიმეჯერ ოპერაცია და ითვლებოდნენ განუკურნებლად. ჩვენ გვყოლია 6-ჯერ, 8 და 13-ჯერ ნაოპერაციევი ავადმყოფები, რომლებიც ნობლის ოპერაციის შემდეგ განიკურნენ. შეხორცებითი დაავადების პროფილაქტიკისა და მკურნალობისთვის ურჩევენ პიროგენალის ხსნარით მკურნალობას.

ABDOMINALURI SINDROMI GAMOწვეULI ჰიპოგასტრიუმის არეში ბადეძონის შეხორცებით

დიდი ბადექონის დისტალური ნაწილის შეზრდამ ჰიპოგასტრიუმის არეში შეუძლია მოგვცეს მოვლენები, რომლებიც მუცლის ღრუს ორგანოთა ქრონიკული, ზოგჯერ მწვავე, დაავადების სიმულაციას იძლევა (ლაპინსკი, 1960; კნოხი, 1963; პ. ანდროსოვი, 1967).

ბადექონი მეტწილად შეზრდილია მუცლის წინა კედელზე მის ქვემო ნაწილში ნაოპერაციევი (აპენდექტომია, საშვილოსნოს გარე ორსულობა და სხვ.) ნაწიბურის არეში.

დაავადებას, ტკივილის გარდა, რაიმე არჩევითი დამახასიათებელი ნიშნები არ ახასიათებს. ტკივილი აღინიშნება ეპიგასტრიუმის, მარჯვენა ფერდქვეშა არესა ან საზარდულის მიდამოში. ტკივილი ყრუ ხასიათისაა და ძლიერდება მოძრაობისა და განსაკუთრებით მანქანით მგზავრობის დროს. ზოგჯერ ადგილი აქვს მწვავე მუცლის ნიშნებს. ანამნეზიდან აღსანიშნავია გადატანილი ოპერაცია. ლაპაროტომიის დროს ნახულობენ მხოლოდ ბადექონის მიზრდას მუცლის წინა კედელთან, მეტწილად შუახაზზე.

მუცლის წინა კედელთან შეზრდილი ბადექონის განთავისუფლების შედეგად ავადმყოფი განიკურნება.

პერიტონეუმისა და ბადეძონის სიმსივნეები

პერიტონეუმისა და ბადექონის იზოლირებული პირველადი სიმსივნეები იშვიათია. შეიძლება შეგვხვდეს პერიტონეუმის მეზოთელიუმიდან განვითარებული პირველადი კიბო მეზოთელიომა. პერიტონეუმზე დიფუზური გავრცელების მიუხედავად ორგანოებს იგი თითქმის არ შეეზრდება.

სარკომა პერიტონეუმქვეშა შემაერთი ქსოვილიდან ვითარდება. ერთეული

სარკომა დიდ ოდენობას აღწევს. სარკომატოზის დროს პერიტონეუმი მოფენილია მრავლობითი პატარა სიმსივნეებით.

საკვერცხიდან ან ჭიანწლავიდან მუცლის ღრუში მოხვედრილი მუცინოზური სითხე განიცდის ჩაპარკებას, შემაერთი ქსოვილის ჩაზრდას და ვითარდება მრავლობითი ცისტები. იგი შესახედავად უურძნის მტევანს მოკვაგონებს. ხშირად გვხვდება ბადექონში და ავთვისებიანი მიმდინარეობა აქვს. გაბეთქვისას ლორწოს პროდუცირებას, მუცლის გადიდებას, ზოგჯერ გაუვალობას აქვს ადგილი. ეს დაავადება პერიტონეუმის ფსევდომიქსომის (Pseudomixoma peritonei) სახელწოდებითაა ცნობილი. მისი ერთეული შემთხვევები თითქმის ყველა კლინიკიდან არის დემონსტრირებული ან აღწერილი.

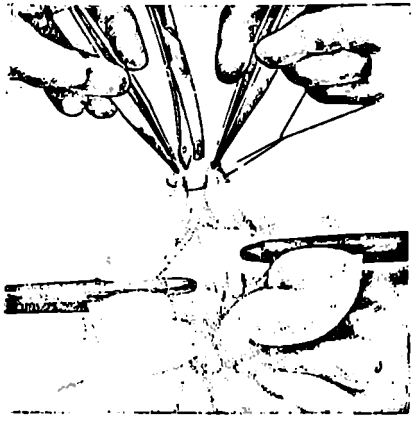
იშვიათად გვხვდება პერიტონეუმის და ბადექონის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები: დიდი ბადექონის ან ჯორჯლის ცისტა. დიდი ბადექონის ცისტა მოძრავია, ზერელედ მდებარეობს და მუცლის ღრუს ორგანოთა ფუნქციის მოშლა არ ახასიათებს. ჯორჯლის ცისტა შეიძლება იყოს ლიმფანგიომა, ენტეროცისტომა და კიდევ უფრო იშვიათად დერმოიდული ცისტა. მუცლის ღრუში ექინოკოკის პირველადი კერიდან მოთესვით შედარებით ხშირად ვითარდება პერიტონეუმის მრავლობითი ექინოკოკური ცისტები. ასეთ შემთხვევაში მუცლის ღრუში აღინიშნება სხვადასხვა ზომის მრავალრიცხოვანი სიმსივნეები, რაც ხშირად ეშლებათ სარკომასთან, განსაკუთრებით ახალგაზრდა ასაკში. ამოცნობაში გვეხმარება ანამნეზიდან მუცლის ტრავმის შემდეგ ანაფილაქსიური შოკის მსგავსი მოვლენების გადატანა, კაცონის დადებითი რეაქცია, ეოზინოფილია. ლიავნოზს საბოლოოდ წყვეტს ლაპაროტომია.

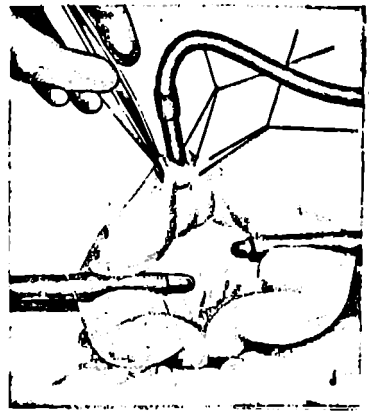
რეტროპერიტონული სივრცის ირგვლივი ქსოვილი

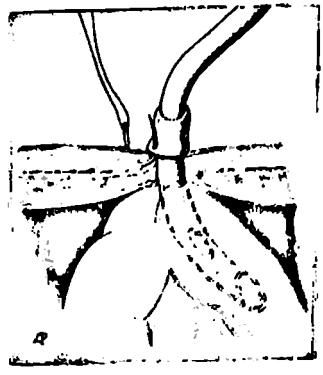
რეტროპერიტონული სივრცე ქსოვილითაა წარმოდგენილი. იგი ორი ფრონტალური მდებარეობის ფასციური ძგიდით წელის არეში სამ ნაწილად იყოფა: პირველი — paracolon კოლინჯის ირგვლივი ქსოვილი მოთავსებულია უშუალოდ ასწვრივი კოლინჯის უკან, გრძელდება თეძოს ფოსოში, სადაც თეძო-სუკის კუნთია მოთავსებული. მეორე — paranephron მოთავსებულია პირველის უკან და წარმოადგენს თირკმლის ირგვლივ ქსოვილს, რომლის გარეთ მუცლის უკანა კედლის კუნთების ქვეშ უშუალოდ უკანა რეტროპერიტონული ქსოვილია მოთავსებული.

რეტროპერიტონულ სივრცეში ქსოვილთა მდებარეობის მიხედვით შეიძლება განვითარდეს: პ ა რ ა კ ო ლ ი ტ ი — კოლინჯის ირგვლივი ქსოვილის ანთება. ინფექცია იკრება უფრო ხშირად კოლინჯიდან ან ჭიანწლავიდან; პ ა რ ა ნ ე ფ რ ი ტ ი — თირკმლის ირგვლივი ქსოვილის ანთებაა; თ ე ძ ო ს ფოსოს ღრმა ქსოვილების ფლეგმონა — ამ მიდამოს ლიმფური კვანძების ჩირქოვანი ანთების ან თეძოს ფრთის ოსტეომიელიტის შედეგია.

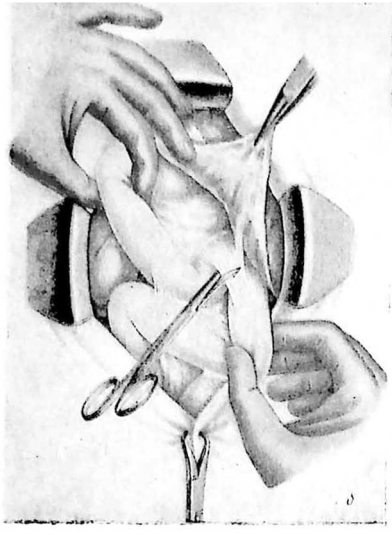
ფ ს ო ი ტ ი — თეძო-სუკის კუნთისა და მისი ირგვლივი ქსოვილის ანთებაა. იგი იწყება ლიმფური კვანძებიდან, მალის ან თეძოს ძვლის ოსტეომიელიტიდან. ისე როგორც თეძოს ფოსოს ფლეგმონის დროს, განსაკუთრებით კი ფსოიტის შემთხვევაში, დამახასიათებელია მენჯბარძაყის სახსარში ძლიერ მოხრითი კონტრაქტურა. ადგილობრივ მტკივნეულობა, ზოგჯერ ფლუქტუაცია და ჩირქოვანი პროცესისათვის დამახასიათებელი ზოგადი ნიშნები, განსაკუთრებით, თუ პროცესში მალებიც მონაწილეობს. ფსოას მიდამოში მიდგომა წარმოებს თეძოს წვეტის არედან რეტროპერიტონეულად. აქედანვე კეთდება პუნ-

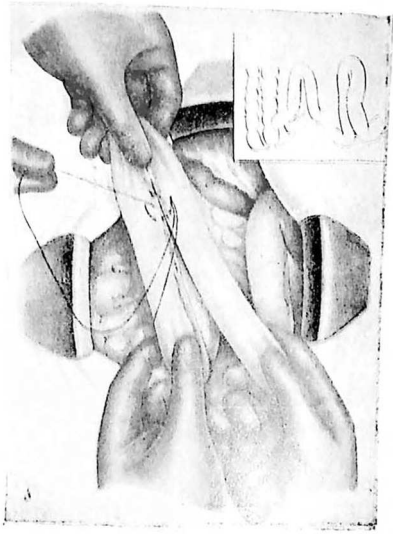


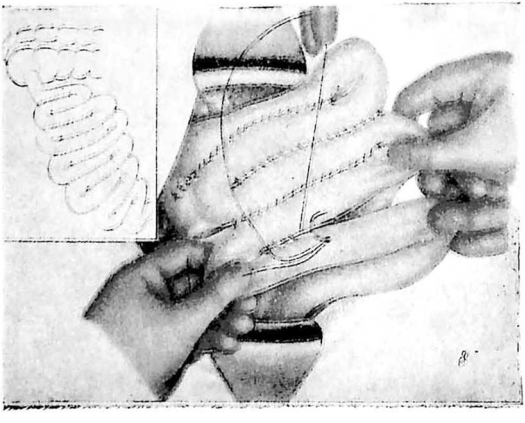




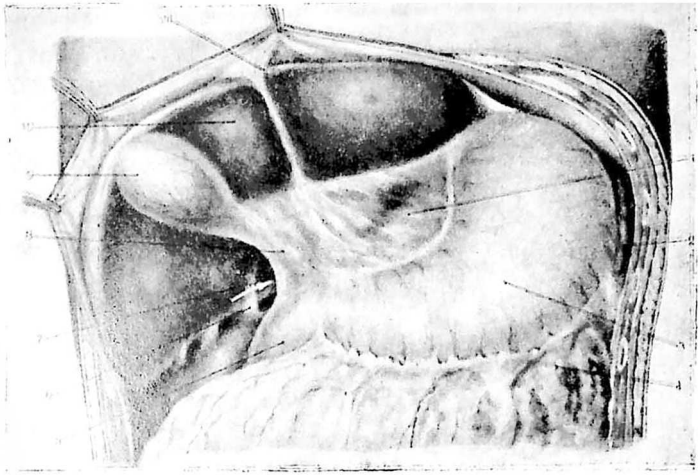
სურ. 31. ჩამოყიდებული ენტერისტომია: ა — ნაწლავის სანათურის გახსნა ქისისებრი ნაკერის ცენტრში; ბ—რეზინის მილის მიკერება ნაწლავის კედელთან; გ — მუცლის წინაკედლის გაჩხლეტა ტროკარით (შეიძლება სკალპელით).; დ — რეზინის მანჟეტის მიკერება კანთან.



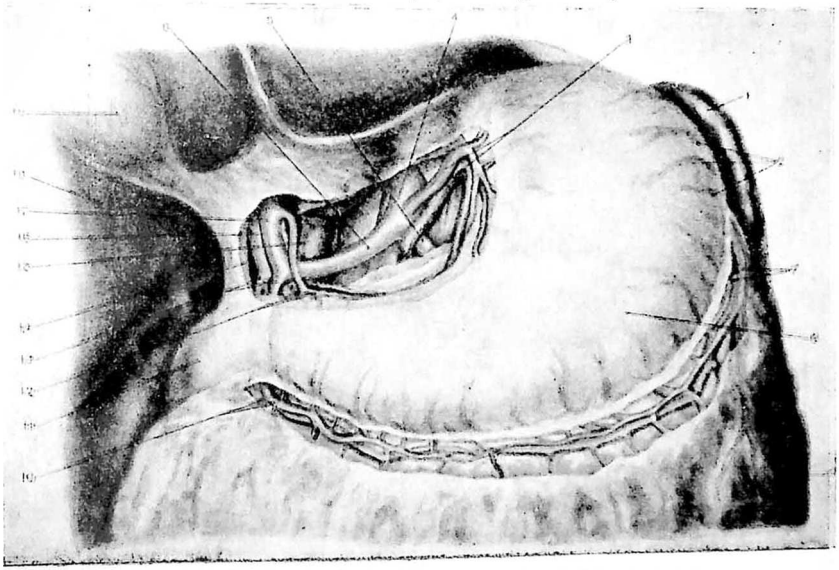




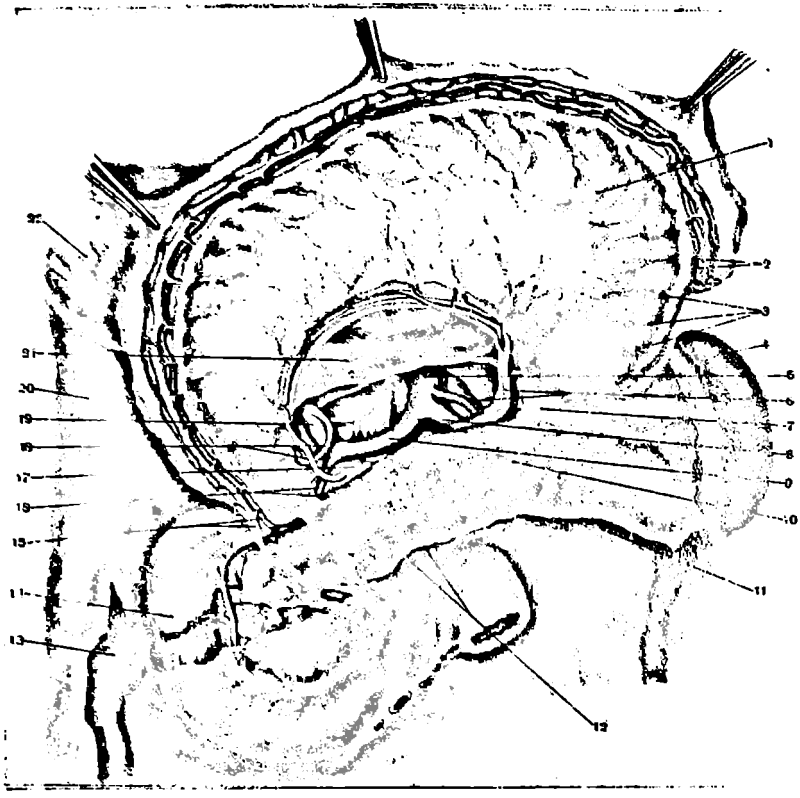
სურ. 32. ენტეროპტისია ნობლის წესით. ა—წვრილი ნაწლავის განთავისუფლება შესორცებისაგან; ბ—ნაწლავის მარყუჟის მიკერება ილეოცეკალურ კუთხესთან განეწყვეტელი სეროზულ-კუნთოკანი ნაკერით; გ—წვრილი ნაწლავის მომდევნო მარყუჟების მიკერება ურთიერთშორის.



სურ. 33 კუჭის მდებარეობა მუცლის ღრუში: 1 — lig. hepatogastricum; 2 — lien; 3 — ventriculus; 4 — lig. gastrocolicum; 5 —duodenum; 6 — lig. hepatorenale; 7—foramen epiploicum (Winslovi); 8—lig. hepatoduodenale; 9 — vesica fellea; 10 — hepar; 11 — lig. teres hepatis.



სურ. 34. კუჭის სისხლმომარაგება (მცირე სოჭრუდე და ბადეკონის ბაგის პარეხული პერიტონეუმი ნაწილობრივ ამოკვეთილია): 1 — lien; 2 — aa. et vv. gastricae breves; 3—a. et v. gastrica sinistra; 4 —truncus coeliacus; 5 — a. lienalis; 6 —a. hepatica communis; 7 —a. et v gastro-epiploica sinistra; 8 — ventriculus; 9 — omentum majus; 10 — a. et v. gastro-epiploica dextra; 11 —duodenum; 12 — a. et v. gastrica dextra; 13 —a et v. gastroduodenalis; 14 — ductus choledochus; 15 —v. cava inferior; 16 — v. portae; 17 — a. hepatica propria; 18 — hepar; 19 — vesica fellae



სურ. 36. კუჭის სისხლმომარაგება (კუჭგანიერი კოლინგის ო

ამოკვეთილია. კუჭი გადაწეულია ზემოთ): 1 —ventriculus; 2 — a. et v. gastro-epiploica sinistra; 3 — aa. et vv. gastricae breves; 4 — lien; 5 — truncus coeliacus; 6 — a. et v. gastrica sinistra; 7 — plica gastropancreatica; 8 — a. lienalis; 9 — a. hepatica communis; 10 — pancreas; 11 — radix mesocolici; 12 — a. et. v. colica media; 13 — ren dexter; 14 — duodenum; 15—a. et v. gastro-epiploica dextra; 16 — a. et-v. gastroduodenalis; 17 — v. portae; 18 —a. et v. gastrica dextra; 19—a hepatica propria; 20 — hepar; 21 — lig. hepatogastricum; 22 — vesica fellea.

ქცია ან გაკვეთა. რეტროპერიტონული ჩირქგროვების დროს განაკვეთი კეთდება წელის არეში ან მუცლის უკანა გვერდით ზედაპირზე. თირკმელს, ან სხვა რომელიმე ორგანოს, ჩვეულებრივ, არ ეძებენ. კმაყოფილდებიან ჩირქის დრენირებით.

რეტროპერიტონული სივრცის სიმსივნეები

კ ე თ ი ლ თ ვ ი ს ე ბ ი ა ნ ი სიმსივნეებიდან განსაკუთრებით აღსანიშნავია ზედმიწევნით დიდი ოდენობის რამდენიმე კილოგრამი წონის ლიპომა, რომელიც ხშირად იძლევა რეციდივს.

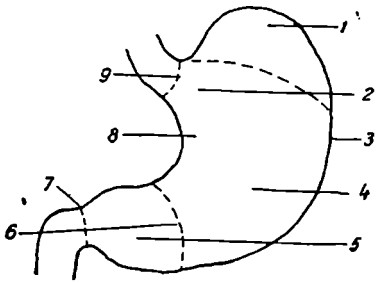
ა ვ თ ვ ი ს ე ბ ი ა ნ ი სიმსივნეებიდან გვხვდება ლიმფოსარკომა, სარკომა, აგრეთვე მეტასტაზები, ხშირად სემინომის დროს და სხვ. რეტროპერიტონეულად მდებარე სიმსივნე საკმაოდ დიდხანს ფარულად მიმდინარეობს, დიდ ოდენობას აღწევს და, როგორც წესი, უძრავია. მუცლის ღრუს ორგანოებზე ზეწოლით იწვევს მათი ფუნქციის მოშლას, გადანაცვლებას (თირკმელი, შარდსაწვეთი), ან კიდურის ტროფიკულ მოშლილობას (სიმპათიკურ წველზე ზეწოლისას).

რეტროპერიტონული სივრცის სიმსივნე მუცლის ღრუს ორგანოთა სიმსივნის ან ნაღვლის ბუშტის დაავადების სიმულაციას იძლევა, რაც ხშირად ლაპაროტომიით ირკვევა.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის დაზიანებანი და დაავადებანი

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის მოკლე ანატომიურ-ფიზიოლოგიური მონაცემები

კუჭი (gaster, ventriculus) წარმოადგენს ღრუ ორგანოს, მოთავსებულია ეპიგასტრიუმის არეში, ოთხი მეხუთედი ნაწილით — მარცხნივ, ხოლო ერთი მეხუთედით — მარჯვნივ. კუჭის დასაწყისი ნაწილი — კ ა რ დ ი ა (cardia) საყლაპავის გაგრძელებას წარმოადგენს და მდებარეობს გულმკერდის მე-11 მალის წინ და ოდნავ მარცხნივ (წინიდან შეესაბამება მარცხენა მე-7 ნეკნის ხრტილოვანი ნაწილის მკერდის ძვალთან მიმაგრებას). შემდეგ მოდის კუჭის ძ ი რ ი (fundus), რომელიც დიაფრაგმის მარცხენა გუმბათის ქვეშ მდებარეობს და მისი უმაღლესი წერტილი მე-5 ნეკნის დონეს შეესაბამება. აქ ყოველთვის მცირე ჰაერია — (ტრაუბეს სივრცე), შემდეგ — ტ ა ნ ი (corpus), პილორუსის შესავალი (პრეპილორული, ანტრალური) და კუჭის ბოლო ნაწილი—პ ი ლ ო რ უ ს ი (pylorus) თორმეტგოჯა ნაწლავში გადადის. პილორუსი წელის I მალის დონეზე შუახაზიდან ოდნავ მარჯვნივ მდებარეობს. კუჭს ორი სიმრუდე აქვს: ზემო, შედრეკილი—მცირე სიმრუდე (curvatura minor) და ქვემო, გამოდრეკილი — დიდი სიმრუდე (curvatura major) (სურ. 33).



სურ. 34. კუჭის ნაწილების ანატომიური ნიშენკლატურა: 1—fundus ventriculi; 2—pars cardiaca; 3—curvatura ventriculi major; 4—corpus ventriculi; 5—pars pylorica; 6—antrum pylori; 7—ostium pyloricum; 8—curvatura ventriculi minor; 9—ostium cardiacum.

მცირე სიმრუდე ოდნავ იცვლის თავის მდებარეობას. იგი მეტნაკლებად მიმაგრებულია ღვიძლზე ღვიძლ-კუჭის იოგით (lig. hepatogastricum). კარდია კარგადაა ფიქსირებული შუასაძგიდ-კუჭის იოგით (lig. frenicogastricum) და სრულიად არ იცვლის მდებარეობას.

პილორული ნაწილი, კარგი ფიქსაციის მიუხედავად, იცვლის მდებარეობას და ზოგჯერ ქვევით იწევს. დიდი სიმრუდე ყველაზე უკეთ მოძრავია და ადვილად იზრდება. ანატომები თვლიან, რომ კუჭს ირიბი მდებარეობა აქვს (სურ. 34). რენტგენოლოგების მიხედვით, იგი ვერტიკალურად მდება-

რეობს. ეს იმითაც აიხსნება, რომ ანატომები სხეულს ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში სწავლობენ, რენტგენოლოგები კი — ვერტიკალურში. ადამიანის ფეხზე დგომის დროს კუჭი მართლაც ვერტიკალურად და $^5/_6$ ნაწილით მარცხნივ მდებარეობს. ცარიელი კუჭის ყველაზე ქვემო ნაწილი ჭიპის დონეზე ან ოდნავ ზემოთაა. საკონტრასტო ფაფის მიცემის დროს კი მისი ქვემო საზღვარი ნორმალურად თეძოს წვეტთა შემაერთ ხაზს აღწევს, წოლის დროს იგი ჭიპის ოდნავ ზევით თავსდება.

კუჭის ოდენობა მეტად ინდივიდუალურია. მისი სიგრძე კარდიიდან პილორუსამდე დაახლოებით 25—30 სმ უდრის, უდიდესი განი 14—16 სანტიმეტრია. კუჭის ტევადობა, ჩვეულებრივ, 1—1,5 ლიტრიდან რამდენიმე ლიტრამდე მერყეობს (საკვებისა და სასმელის მიღების ჩვეულების მიხედვით). ზევიდან და მარცხნიდან რომ გავყვეთ, კუჭი მე-5, მე-9 ნეკნთაშუა—ტრაუბეს სივრცეში დაფარულია დიაფრაგმით, შემდეგ ღვიძლის მარცხენა და მერე კვადრატული წილებით, რომლის უკან პილორუსია მოთავსებული. ღვიძლის ქვემოთ კუჭის ნაწილი უშუალოდ ეხება მუცლის კედლის იმ ნაწილს, რომელსაც ლაბეს (Labbè) სამკუთხედს უწოდებენ (იგი მოსაზღვრულია მარცხნივ ნეკნთა რკალით, ზემოთ და ნაწილობრივ მარჯვნივ — ღვიძლით და ქვემოთ — განივი კოლინჯით). ამ სამკუთხედის მიდამოში შესაძლოა კუჭის უშუალო პალპაცია, პერკუსია და ოპერაციული ჩარევა.

კუჭი უკან ესაზღვრება პანკრეასს, ელენთის არტერიას, ხერხემალს, აორტას, მარცხენა თირკმელსა და თიკრმლის არტერიასა და ვენას. კუჭსა და ამ ორგანოთა შორის ბადექონის აბგაა. ქვემოთ კუჭი ეხება განივ კოლინჯს და მასთან დაკავშირებულია კუჭ-განივი კოლინჯით (lig. gastro colicum). პილორუსი ზემოთ ეხება მცირე ბადექონს, ქვემოთ პანკრეასის თავს, უკან კაორის ვენასა და ღვიძლის არტერიას. ფუნქციურად კუჭის ძირი, ტანი, პილორუსის შესავლის დიდი ნაწილი წარმოადგენს საჭმლის მომნელებელ პარკს (saccus digestorius), დანარჩენი პილორუსის შესავლის (პრეპილორული, ანტრალური) ნაწილი და პილორუსი—მამოძრავებელ ანუ გასავალ არხს (canalis egestorius). მის შემადგენლობაში შედის აგრეთვე თორმეტგოჯა ნაწლავის დასაწყისი ნაწილი. ისინი ერთად ქმნიან სიფონის მილს, რომელიც გარკვეულ როლს ასრულებს კუჭის დაცლაში.

საჭმლის მომნელებელ პარკში (saccus digestorius) მოთავსებულია კუჭის უმთავრესი ჯირკვლები, რომლებიც იმუშავებენ კუჭის მეავე წვენს — პეპსინს და ლორწოს. ამას მოსდევს გარდამავალი უჯრედების ვიწრო ზონა და შემდეგ გასავლის არხში (canailis egestorius) — პილორული ჯირკვლები, რომლებიც კუჭის ტუტე წვენს გამოყოფენ.

კუჭის კედელი სამი გარსისაგან შედგება.

შიგნითა — ლ ო რ წ ო ვ ა ნ ი (mucosa), რომელიც მრავალ ნაოჭებს ქმნის. მცირე სიმრუდეზე აღინიშნება რამდენიმე მსხვილი გასწვრივი ნაოჭი, რომელთა შორის ღრმა ღარისმაგვარი ჩაღრმავებაა. ფიქრობენ, რომ სწორედ მას მიყვება საყლაპავიდან შემოსული საკვები. ამიტომაც მას კუჭის გზას უწოდებენ. შემდეგია კ უ ნ თ ო ვ ა ნ ი გარსი (muscularis), რომელიც სამი შრისაგან შედგება. შუა ირგვლივი შრე განსაკუთრებით კარგადაა განვითარებული პილორუსის მიდამოში და პილორუსის საზღვარზე ქმნის ძლიერ კუნთოვან მორგვს — პილორუსის სპინქტერს. კუჭის გარეთა გარსი ს ე რ ო ზ უ ლ ი ა (serosa).

იგი ყოველმხრივ ფარავს კუჭს, გარდა მცირე და დიდი სიმრუდის ვიწრო ადგილისა, სადაც კუჭის სისხლძარღვებია მოთავსებული. კუჭი სისხლმომარაგებას ღებულობს ფაშვის არტერიის (სურ. 35) სამი მთავარი ტოტიდან: 1. a. gastrica sinistra, 2. a. hepatica, 3. a. lienalis (სურ. 35). კუჭის მარცხენა არტერია ყველაზე მსხვილია. a. hepatica-დან გამოდის a. gastrica dextra, (კუჭის მარჯვენა) და art. gastro-duodenalis (კუჭ-თორმეტგოჯა არტერია), რომელიც პილორუსის უკან გადის დიდ სიმრუდესთან, იგი ატოტიანებს კუჭუკანა ჯირკვალს და თორმეტგოჯა ნაწლავს. შემდეგ მიდის დიდ სიმრუდეზე, როგორც a. gastro-epiploica dext. ელენთის არტერიას—a. lienalis—ეამოეყოფა a. gastro-epiploica sin. და aa. gastricae breves. ეს ძარღვები ქმნის ორ მთავარ არტერიულ რკალს კუჭის დიდ და მცირე სიმრუდეზე. კუჭის ვენები ერთვის კარის ვენას (სურ. 36). კუჭის კედლის უხვად განვითარებული ლიმფური წნული უშუალოდ დაკავშირებულია ღვიძლის, კუჭუკანა ჯირკვლის, ელენთის და ჭიანწლავის ლიმფურ ძარღვებთან.

კუჭის ინერვაციას აწარმოებს ცთომილი და სიმპათიკური ნერვები. მაო შორის ცთომილი ასრულებს მამოძრავებელ და სეკრეტორულ ფუნქციას. მათ გარდა, თვით კუჭში არსებობს საკუთარი ნერვული აპარატი, რომელიც ცთომილი ნერვის გადაკვეთის დროს ასრულებს ფუნქციას. კუჭში საჭმელი 3-დან 10 საათამდე ჩერდება. კუჭს აქვს სეკრეტორული, შეწოვითი, გამოყოფითი, ინკრეტორული და ევაკუაციური ფუნქცია.

დღე-ღამეში კუჭი ნორმალურად 1—1,5 ლ კუჭის მჟავე წვენს გამოყოფს. პრეპილორულ ნაწილში კი ტუტე წვენი გამოიყოფა. კუჭის წვენი გამოიყოფა უპირობო რეფლექსით პირის ღრუსა და კუჭის ლორწოვანიდან და პირობითი რეფლექსით თავის ტვინის ქერქის მონაწილეობით (ი. პავლოვი). კუჭის წვენის მჟაობის რეგულაცია ხორციელდება კუჭში პანკრეასის ტუტე წვენისა და ნაღვლის გადასროლით, კუჭის პილორული და თორმეტგოჯა ნაწლავის უჯრედებით გამომუშავებული ტუტე წვენის გაძლიერებული პროდუქციით.

კუჭის მოძრაობითი და გამოყოფითი ფუნქცია მჭიდროდაა დაკავშირებული ერთმანეთთან. კუჭის მჟავე შიგთავსის პრეპილორულ ნაწილში შესვლისას პილორუსი რეფლექსურად იკუმშება და ხელახლა იხსნება მხოლოდ პრეპილორულ ნაწილსა და თორმეტგოჯა ნაწლავში კუჭის მჟავე შიგთავსის ნეიტრალიზაციისა და შიგთავსის ნაწლავში გადანაცვლების დროს. რაც უფრო მაღალია კუჭის წვენის მჟაობა, მით მეტ ხანსაა დახურული პილორუსი და უფრო დიდხანსაც რჩება საკვები კუჭში. პილორუსის რეფლექსურად შეკუმშვა და მოდუნება კუჭის დაცლამდე გრძელდება.

თორმეტგოჯა ნაწლავი (intestinum duodenum) სიგრძით 30 სმ უდრის, ნალის მოყვანილობისაა, პანკრეასის თავს ეხვევა და მასთან მჭიდროდ შეზრდილია. იგი იყოფა ოთხ ნაწილად: ზემო ჰორიზონტალური (წელის პირველი მალის დონეზეა), დასწვრივი, ქვემო ჰორიზონტალური და ასწვრივი ნაწილი, რომელიც მლივ ნაწლავში გადადის. ეს უკანასკნელი ხერხემლის სვეტის მარჯვენა მხრიდან მის მარცხენა მხარეზე გადადის და აღწევს წელის მე-2 მალის დონეს. თორმეტგოჯა ნაწლავი მლივ ნაწლავში გადასვლის ადგილას ქმნის ნაკეცს (flexura duodeno-jeiunalis). თორმეტგოჯა ნაწლავის დასაწყისი ნაწილი ვრცელდება პილორუსიდან ნაღვლის საერთო სადინარის შესართავამდე და მას თორმეტგოჯა ნაწლავის ბოლქვი ეწოდება — bulbus duodeni. ლორწოვანი

გარსი პილორუსიდან 3—5 სმ სიგრძეზე სადაა, დისტალურად კი განივ ნაოპებს ქმნის. აქ მოთავსებული ბრუნერის ჯირკვლები ტუტე წვენს გამოყოფენ.

იან ნელიუბოვიჩს (1961) მოჰყავს კეტურაკის მონაცემები პოლონეთის ქირურგთა 37-ე ყრილობიდან (1954).

დღე-ღამის განმავლობაში კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში სულ 8200 მლ წვენი გამოიყოფა. აქედან, ნერწყვი 1500 მლ, კუჭის წვენი 2500 მლ, პანკრეასის წვენი 700 მლ, ნაღველი 500 მლ, ნაწლავის წვენი 3500 მლ. ნაღველი კი ვაცილებით მეტი რაოდენობით გამოიყოფა.

პილოროსპაზმი

პილოროსპაზმს ადგილი აქვს როგორც ბავშვებში დაბადებიდან, მეტწილად ბიჭებში, ისე მოზრდილებში. ხშირად ვეგეტატური ნერვული სისტემის მოშლის შედეგია.

თანდაყოლილი პილოროსპაზმის დროს აღენიშნებათ ბოყინი, ღებინება, ხშირად რძის მიღებისთანავე, ზოგჯერ შადრევანივით და კუჭის გაძლიერებული პერისტალტიკა. კუჭის გადავსების გამო ეპიგასტრიუმი გამობერილია, მუცლის ქვემო ნაწილი კი შეწეული. მოგვიანებულ პერიოდში გამხდარ მუცელზე, ჭიპის მარჯვნივ ზოგჯერ ისინჯება სიმსივნე (კუჭის ჰიპერტროფიული ანტრალური ნაწილი).

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა ქირურგიულია, ოპერაცია უნდა იყოს მარტივი, სწრაფი და ატრავმული. კუჭის ანტრალურ ნაწილში კეთდება ლორწოვან გარსამდე გასწვრივი განაკვეთი (ვებერ-შტედტის ოპერაცია). ზოგჯერ აწარმოებენ გაკვეთილი კუნთების გარდიგარდმო გაკერვას.

გასტროფტოზი

გასტროფტოზი შეძენილი ან კონსტიტუციურია. შეძენილი ხშირად ახლავს მთლიან სპლანქნოფტოზს. კუჭის ფტოზის განვითარებას ხელს უწყობს ძლიერი გამხდრობა, განმეორებითი ორსულობა (განსაკუთრებით არასათანადო რეჟიმი ორსულობისა და ლოგინობის ხანაში). კონსტიტუციური გასტროფტოზი გამხდარ და ასთენიურ პირებში გვხვდება. სწორი არაა ის ექიმი (რენტგენოლოგი), რომელიც კუჭის უმნიშვნელო (ორი თითით) ფტოზის დროს ამახვილებს მასზე ავადმყოფის ყურადღებას. ზოგიერთი მხოლოდ ამის შემდეგ ხდება ავად (იატროგენური დაავადება) და იწყებს ერთი ექიმიდან მეორესთან სიარულს.

გასტროფტოზი შეიძლება სრულიად უსიმპტომოდ მიმდინარეობდეს. ხშირად ავადმყოფს აწუხებს ცუდი მადა, ბოყინი, გულძმარვა, ღებინება. მცირე საკვების მიღების შემდეგაც კუჭის სწრაფი გადავსებისა და სიმძიმის გრძნობა, რომელიც 2—4 საათი გრძელდება. ამიტომ ავადმყოფი ერიდება საკვების მიღებას. ითავისუფლებს მუცელს მოქერილი ტანსაცმლისაგან, ხშირად იცვლის მდებარეობას წოლისა და სხვ. გასტროფტოზის დროს ავადმყოფს აქვს არასასიამოვნო შეგრძნება. ამ მოვლენებს, საკვების მიღების გარდა, აძლიერებს მკვეთრი მოძრაობანი, მძიმე ფიზიკური დატვირთვა და სხვ.

ძლიერი გასტროფტოზის დროს ავადმყოფს უჭირს შრომა, ადვილად იღლება, აღენიშნება აგზნებადობა, თავის ტკივილი, საერთო სისუსტე და სხვ. გასტროფტოზის დროს მუცლის წინა კედელი მომჩვარული და ჩამოკიდებულია, სწორი კუნთები მოშვებული და ხშირად საგრძნობლად გათიშულია. კუ-

ჭის დიდი სიმრუდე ზოგჯერ თეძოსწინა წვეტებს შორის შემაერთი ხაზის ქვე-ვით საგრძნობლად დაშვებულია. კუჭის ფტოზთან ერთად ხშირად სხვა ორ-განოთა დაშვებასაც აქვს ადგილი.

დ ი ა გ ნ ო ზ ი რენტგენოლოგიური გამოკვლევით ისმება. კუჭი დაგრ-ძელებულია, რომლის ქვედა პოლუსი ხშირად მცირე მენჯშია. მცირე და დი-დი სიმრუდე თითქოს პარალელურად მდებარეობს და კუჭის პრეპილორული ნაწილი მარჯვნა ნეკნთა რკალისაკენ მიემართება.

კუჭის ევაკუაციური ფუნქცია ხშირად დაქვეითებულია.

გასტროფტოზის პროფილაქტიკისათვის საჭიროა ასთენიური ახალგაზრ-დები ინტენსიურად ატარებდნენ სისტემატურად ჰიგიენურ ვარჯიშს, მისდევ-დნენ სპორტს, რომელიც ამაგრებს მუცლის კუნთებს (ნიჩბის მოსმა, ცურვა და სხვ.). ცუდია სხეულის წონის მკვეთრი მერყეობა, განსაკუთრებით გამხდ-რობა. შეძენილი გასტროფტოზის აცილებისათვის გარკვეული მნიშვნელობა აქვს ორსულობისა და ლოგინობის ხანაში სპეციალური ბანდაჟის ტარებას და მუცლის კუნთების გამაგრებას ვარჯიშით და ზომიერი ფიზიკური დატვირ-თვით.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა კონსერვატულია. ფართოდ გამოიყენება კარგად მორგებული ბანდაჟი, რომელიც კეთდება მწოლარე მდგომარეობაში და სია-რულისას არ უნდა სრიალებდეს. ასთენიკებს ურჩევენ ნახევარმთვარისებრ ამოსაკრავს მუცლის ქვემო ნაწილში. კარგი შედეგით გამოიყენება მასაჟი, მუ-ცლის კუნთების ვარჯიში, ჰიდრო და ელექტროთერაპია. საკვების მიღების შემდეგ ურჩევენ წოლას 1—2 საათით, ზოგჯერ საღამოთი კუჭის ამორეცხვას.

გასტროფტოზის დროს მოწოდებულია რამდენიმე სახის ოპერაცია (გასტ-როპექსია — როვზინგით; მცირე ბადექონის პლიკაცია და ფიქსაცია მუცლის კედელზე — ბირით; გასტროპექსია მრგვალი იოგით მარცხენა ნეკნთა რკალის არეში — პეტერსით; კუჭის ანტრალური ნაწილის რეზექცია — დერიუჟინს-კით; კუჭის გარდიგარდმო რეზექცია — მარტინით; კუჭისა და გარდიგარდმო ჯორჯლის აწევა და მისი ფიქსაცია კუჭის ორთავე მხარეს — ბრაიცევით), მაგრამ ვერცერთმა მათგანმა, არადამაკმაყოფილებელი შედეგის გამო, გავრცელე-ბა ვერ პოვა.

კუჭის შემოგრეხა (Volvulus ventriculi)

კუჭის შემოგრეხა ფრიად იშვიათი დაავადებაა. იგი შეიძლება განვითარ-დეს დაგრძელებული და მოშვებული საფიქსაციო აპარატისა და გასტროფტო-ზის დროს. ხელშემწყობ მიზეზად ასახელებენ გაძლიერებულ პერისტალტიკას და ანტიპერისტალტიკას (ღებინება), კუჭის გადავსებას, მკვეთრ მოძრაობებს და სხვ. კუჭი შემოიგრიხება გასწვრივი ღერძის ირგვლივ 180°-ით და მისი უკა-ნა კედელი მოექცევა წინ. კიდევ უფრო იშვიათია კუჭის შემოგრეხა გარდი-გარდმო ღერძის ირგვლივ.

ს ი მ პ ტ ო მ ე ბ ი. დაავადება იწყება მწვავედ, ძლიერი ტკივილით ეპი-გასტრიუმის არეში უფრო მარცხნივ. აქვე ზოგჯერ შეიგრძნება გადაბერილი კუჭი. ავადმყოფს აწუხებს გულისრევა და პირღებინება, მაგრამ პირნაღები მასები არ ჩანს. ზონდისა და საკონტრასტო მასის კუჭში შესვლა არ ხერხდე-ბა. ავადმყოფს უვითარდება მაღალი გაუვალობა, კუჭის მწვავე გაგანიერებისა და კოლაფსის სურათი.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. სასწრაფო ოპერაციით კეთდება კუჭის დეტორზიო (გასწორება) და ზოგჯერ ფიქსაცია, მით უფრო ჩვეული შემოგრეხის დროს. ზოგჯერ ასეთ შემთხვევაში უმჯობესია კუჭის რეზექცია, თუ ამის საშუალებას ავადმყოფის მდგომარეობა იძლევა.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის უცხო სხეულები

კუჭში უფრო ხშირად, ვიდრე თორმეტგოჯა ნაწლავში გვხვდება სხვადასხვა უცხო სხეული: ნემსი, ჩანგალი (ჩვენი კლინიკის შემთხვევა) დანა და სხვ. უფრო ხშირად გადაყლაპვის შედეგად ბავშვებში ან სულით ავადმყოფებში. ზოგჯერ უცხო სხეული შეიჭრება ჭრილობის გზით, იშვიათად მეზობელი ორგანოდან, სანაღვლე გზებსა და კუჭს ან თორმეტგოჯა ნაწლავს შორის წყლულის შედეგად განვითარებული ხვრელმილით, ან უშუალოდ ფატერის დვრილიდან. არის საკმაოდ ხშირი შემთხვევები, როდესაც უცხო სხეული კუჭში განვითარდება თ მ ი ს ა გ ა ნ (trichobezoar, pilobezoar). იმ პირებს, რომელთაც თავისი თმის წეწკვა ახასიათებთ. აგრეთვე მცენარის ნაყოფისაგან— ბაღის ქვები (hortobezoar), წვრილი შავი კავკასიური ხურმისაგან, მით უფრო, თუ იგი უმწიფარი და ისიც კურკებიანად ჩაყლაპა (phitobezoar), ზოგჯერ კვერისაგან, თხის ქონისაგან და სხვ.

ვ. მიშს მოჰყავს შემთხვევა, როდესაც პილობეძოარი 2885 გ იწონიდა. პილობეძოარის შემთხვევა ჩვენში აღწერილი არაა. სამაგიეროდ ხშირია ფიტობეძოარი (სურ. 37). მარტო ჩვენ კლინიკაში კუჭის ფიტობეძოარის 50-მდე შემთხვევას ჰქონდა ადგილი. კუჭში ფიტობეძოართან ხშირად წყლულის არსებობასაც აქვს ადგილი. თუ ყოველთვის არა, შემთხვევათა გარკვეულ რაოდენობაში, კუჭში, ფიტობეძოარის ხანგრძლივი არსებობისას სხვა ფაქტორებთან ერთად მან შეიძლება ხელი შეუწყოს წყლულის განვითარებას.

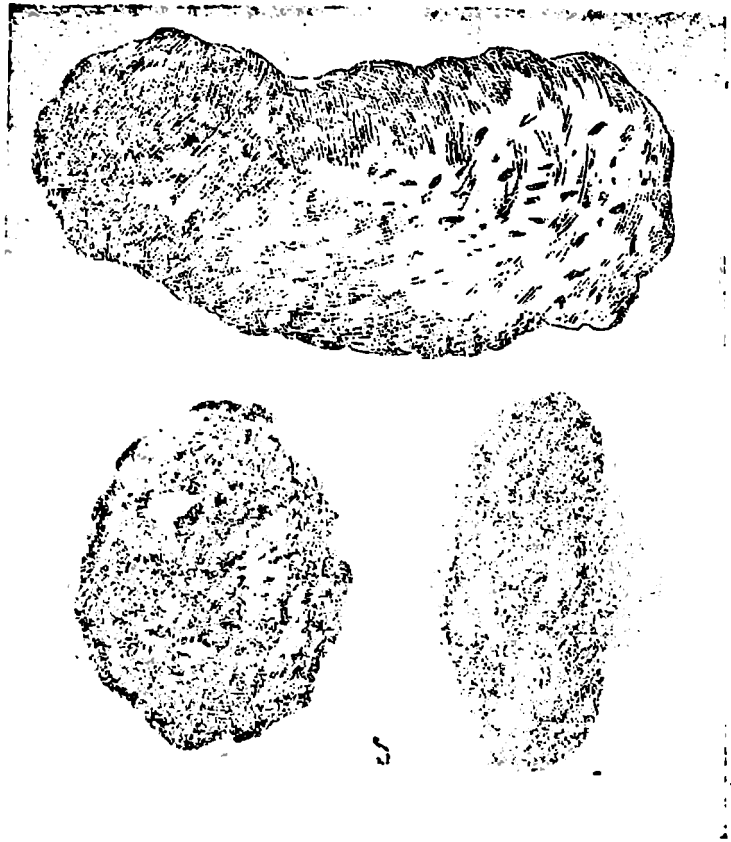
კუჭის ფიტობეძოარი ზოგჯერ პილორუსის გამტარობის დაბრკოლებას იძლევა და მცირე ნაწილით შეიძლება გრძელდებოდეს თორმეტგოჯა ნაწლავშიც.

ს ი მ პ ტ ო მ ე ბ ი. კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის უცხო სხეულები შეიძლება სრულიად უსიმპტომოდ მიმდინარეობდეს. ზოგჯერ ავადმყოფს აქვს დისპეფსიური მოვლენები: გულისრევა, პირღებინება, ყრუ ხასიათის ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში ან, უცხო სხეულის ადგილის მიხედვით, გაძლიერებული პერისტალტიკა, რაც ზოგჯერ თვალითაც ჩანს განსაკუთრებით გამხადარ მუცელზე. გართულების შემთხვევაში ადგილი აქვს ტკივილის გაძლიერებას, პერკუსიით და პალპაციით მტკივნეულობას, მუცლის კუნთების დაჭიმულობას, ე. ი. ვითარდება პერიტონიტის, კუჭის ან ნაწლავის ფლეგმონის, სუბდიაფრაგმული ან ბადექონის აბსცესის სურათი. ზოგჯერ მუცლის კედლის ან რეტროპერიტონული სივრცის (თორმეტგოჯა ნაწლავის დროს) ფლეგმონის ნიშნები.

ზევით უკვე იყო მითითებული, როდესაც კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან გასული საკერავი ნემსები მუცლის წინა კედლის ფლეგმონას იძლეოდა. კლინიკაში იყო აგრეთვე ეპიგასტრიუმის მიდამოს (უფრო მარჯვნივ) ფლეგმონის შემთხვევა, როდესაც ქირურგი მუცლის კედელში პენეტრირებული ღვიძლის აბსცესზე ფიქრობდა. ფლეგმონის გაკვეთისას მასში თევზის ძვალი აღმოჩნდა.

დ ი ა გ ნ ო ზ ი. უცხო სხეულების ამოცნობაში დიდ დახმარებას გვიწევს ანამნეზი, თუ ავადმყოფი განზრახ არ მალავს მას. მუცლის მხრივ მოვლენები

და განსაკუთრებით რენტგენოლოგიური გამოკვლევა. თორმეტგოჯა ნაწლავის უცხო სხეული ხშირად წელის III და III მალის დონეზეა. უცხო სხეულების ამოცნობა ზოგჯერ იმდენად ძნელია, რომ სწორი დიაგნოზი მხოლოდ ოპერაციის დროს ისმება.



სურ. 37. კუჭის ფიტობეძოარი. ა. ნაწლავის ფიტობეძოარი.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. კუჭიდან, გასტროტომიით უნდა ამოვიღოთ მხოლოდ ის უცხო სხეულები, რომელთა ბუნებრივი გზით გადანაცვლება საეჭვოა, ან მათ დატოვებას შეიძლება მოჰყვეს გართულება. თორმეტგოჯა ნაწლავში უცხო სხეულის გაჩხერის დროს ნაჩვენებია დუოდენოტომიით მისი ამოღება.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის დაზიანება

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის დაზიანება შეიძლება განვითარდეს გარედან დახურული ტრავმის ან უფრო ხშირად ჭრილობის შედეგად, ან შიგ-

ნიდან კუჭში მოხვედრილი უცხო სხეულით, ქიმიური ნივთიერებით, ან მასში წნევის გაზრდის დროს.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის დაზიანების დროს ადგილი აქვს პერიტონიტის ნიშნების თანდათან განვითარებას, აღინიშნება ძლიერი ტკივილი მუცელში, აჩქარებული და სუსტი ავსების პულსი, მუცლის გამოთიშვა სუნთქვით მოძრაობაში, მუცლის კუნთების დაჭიმულობა, ბლუმბერგის ნიშანი, პნევმოპერიტონეუმი და სხვ.

ამ მოვლენებს საკმაოდ ხშირად მსხვილი სისხლძარღვის დაზიანების გამო თან ახლავს შინაგანი სისხლდენის ნიშნები: ფერმკრთალობა, საერთო აისუსტე, თავბრუ, სუსტი და აჩქარებული პულსი, არტერიული წნევის დაცემა. გულმკერდის ტიპის გახშირებული სუნთქვა, გუგების გაგანიერება და სხვ.

მუცლის კედლის იზოლირებული დაზიანება პირველ ხანებში თავისი ნიშნებით (ძლიერი ტკივილი, მუცლის კედლის კუნთთა მკვეთრი დაჭიმულობა, მუცლის დაზოგვა სუნთქვის მოძრაობაში, პულსისა და სუნთქვის მხრივ ცვლილებები) იმდენად ჰგავს კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის დაზიანებას, რომ მათი ურთიერთგარჩევა ყოველთვის ადვილი არაა. დიდ დახმარებას გვიწევს ავადმყოფზე მუდმივი დაკვირვება, თუნდაც ხანმოკლე დროის განმავლობაში. მუცლის კედლის იზოლირებული დაზიანების დროს ავადმყოფის მდგომარეობა არამცთუ პროგრესულად უარესდება, როგორც ამას ადგილი აქვს კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის დაზიანების დროს, არამედ მნიშვნელოვნად განიცდის გაუმჯობესებას ან ყოველ შემთხვევაში არ ეტყობა გაუარესების ნიშნები. საკითხის გადასაწყვეტად ზოგჯერ მივმართავთ ლაპაროტომიას.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის დახურული დაზიანება

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის დახურული დაზიანება ფრიად იშვიათია. იგი შეიძლება გამოიწვიოს მუცლის ტრავმამ, შიგთავსით გადავსებამ, შიგნიდან გაზრდილმა წნევამ, უფრო ხშირად ზიანდება კუჭის წინა კედელი და მცირე სიმრუდე კარდიასთან ან ანტრუმთან. თორმეტგოჯა ნაწლავი გაცილებით ნაკლებად ზიანდება. შედარებით ხშირად ადგილი აქვს მის წინა კედლის დაზიანებას და ნაკლებად — დასწვრივი და ქვედა ჰორიზონტალური ნაწილის რეტროპერიტონეულ მიდამოს.

ორგანოს დაზიანება სხვადასხვანაირია: გაგლეჯა, დაჩეჩქვა ან ნახეთქები.

კუჭის დახურული დაზიანების ამოცნობაში გვეხმარება ანამნეზი ეპიგასტრიუმის არეში ტრავმის მიღების შესახებ, ინტესიური ტკივილი, პირღებინება ზოგჯერ სისხლნარევი, მუცლის კუნთთა მკვეთრი დაჭიმულობა, პნევმოპერიტონეუმის დადგენა პერკუსიით ან რენტგენით, ბლუმბერგის ნიშანი, გულმკერდის ტიპის სუნთქვა, აჩქარებული და სუსტი ავსების პულსი და, საერთოდ, შოკისა და პერიტონიტის სურათი.

კუჭის დახურულ დაზიანებაზე ეჭვის დროს საჭიროა სასწრაფოდ ლაპაროტომია, კუჭის უკანა კედლის და მიმდებარე ორგანოების გულდასმითი რევიზია. დაზიანებული კუჭი იკერება ჯერ კეტგუტის და შემდეგ აბრეშუმის კვანძოვანი ნაკერით.

თორმეტგოჯა ნაწლავის, განსაკუთრებით რეტროპერიტონეული ნაწილის, დახურული დაზიანების ამოცნობა არამცთუ ოპერაციამდე, ზოგჯერ ძნელია ლაპაროტომიის დროსაც. გვეხმარება ძლიერი ტკივილის არსებობა მუცლის მარჯვე-

ნა ნახევარსა და წელის არეში, პერიტონიტის და შინაგანი სისხლდენის ნიშნები.

მ კ ურ ნ ა ლ ო ბ ა. საჭიროა დაზიანებული ნაწლავის სასწრაფოდ გაკერვა. ანტიბიოტიკების შეყვანა და რეტროპერიტონული სივრცის დრენირება. ძლიერი დაზიანების დროს, როდესაც არ ხერხდება მისი აღდგენა კიდეების დაჭიმვის გარეშე, ურჩევენ თვითეული ბოლოს ცალ-ცალკე ყრუდ დახურვას და კუჭ-ნაწლავის შერთულის დადებას. საეჭვო შემთხვევაში საჭიროა ტამპონის მოთავსება. დაგვიანებით ამოცნობისა და ოპერაციისშემდგომი გართულებების გამო პროგნოზი სერიოზულია.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის ჭრილობები

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის ჭრილობები გაცილებით ხშირია, ვიდრე მათი დახურული დაზიანება. არჩევენ ცეცხლნასროლ ჭრილობას და ცივი იარაღით მიყენებულ ჭრილობას (ნაჩხვლეტი და ნაჩხვლეტ-ნაკვეთი). ცეცხლნასროლ ჭრილობას ხშირად ახლავს მეზობელ ორგანოთა დაზიანება. ცეცხლნასროლი ჭრილობის შემავალი ხვრელის ადგილი ნაკლებად გვეხმარება შინაგანი ორგანოს დაზიანების ამოცნობაში. სამაგიეროდ, დანით მიყენებული ჭრილობის არსებობა ეპიგასტრიუმის არეში მიუთითებს კუჭის დაზიანებაზე.

ს ი მ პ ტ ო მ ე ბ ი. კუჭის ჭრილობის დროს ადგილი აქვს შინაგანი სისხლდენის ნიშნებს (დიდ და მცირე სიმრუდეზე მდებარე სისხლძარღვების დაზიანებისას), პერიტონიტის სურათის განვითარებას (კუჭის შიგთავსის მუცლის ღრუში გადმოღვრისას), კუჭის ჭრილობის დროს მარილმჟავას ბაქტერიოციდული მოქმედების. ჭრილობაში კუნთოვანი შრის გადმობრუნებისა და კუჭის კედლის სპაზმის გამო გამოსავალი შედარებით უკეთესია, ვიდრე ნაწლავის დაზიანების დროს. გაცილებით ცუდად მიმდინარეობს პილორული ნაწილის ჭრილობა. პროგნოზს ართულებს სხვა ორგანოთა დაზიანების ერთდროული არსებობა.

მ კ ურ ნ ა ლ ო ბ ა. კუჭის ჭრილობაზე ეჭვის დროს საჭიროა სასწრაფო ოპერაცია. აუცილებელია მუცლის ღრუს ყველა ორგანოს დათვალიერება. კუჭის დათვალიერება მთელ სიგრძეზე. უკანა კედელს აღმოვაჩენთ კუჭ-განივი კოლინჯის იოგის გახსნის შემდეგ. ვაწარმოებთ აგრეთვე პანკრეასის, ღვიძლის, სანაღვლე გზების, ელენთის, დიაფრაგმის, თორმეტგოჯა ნაწლავის და ა. შ. დათვალიერებას.

არის შემთხვევები, როდესაც კუჭის წინა კედლის ჭრილობის ღროს ენერგიკი გაკერავს მას და ამოუცნობი რჩება კუჭის უკანა კედლის, ფუნდუსის, პანკრეასის ან ღვიძლის დიაფრაგმეშეა ზედაპირის ერთდროული ჭრილობები, რაც არც ისე იშვიათია.

კუჭის ჭრილობის დროს საჭიროა მისი გაკერვა და ანტიბიოტიკების შეყვანა. პირველ საათებში შესრულებული ოპერაცია, ისიც კუჭის იზოლირებული დაზიანების დროს, გაცილებით უკეთესია. სხვა ორგანოთა ერთდროული დაზიანების დროს, რაც შედარებით ხშირია ცეცხლნასროლი ჭრილობის შემთხვევაში, პროგნოზი შედარებით ცუდია.

თ ო რ მ ე ტ გ ო ჯ ა ნ ა წ ლ ა ვ ი ს იზოლირებული ჭრილობა ფრიად იშვიათია. წინიდან მიყენებული ჭრილობის დროს ბასრი წვეტიანი საგანი აზიანებს თორმეტგოჯა ნაწლავის წინა კედელს და მაშინ ვითარდება პერიტონიტის

სურათი. საჭიროა ლაპაროტომიით ნაწლავის ჭრილობის მოძებნა და მისი გაკერვა, ანტიბიოტიკების შეყვანა, ზოგჯერ დრენაჟის მოთავსება. თორმეტგოჯა ნაწლავის უკანა კედლის ჭრილობა ვითარდება უკნიდან მიყენებული ჭრილობის დროს და მაშინ პერიტონიტის სურათის განვითარებას ადგილი არ აქვს. მაგრამ ვითარდება რეტროპერიტონული ფლეგმონის მძიმე სურათი. ლაპაროტომიის გზით იკვეთება პერიტონეუმი თორმეტგოჯა ნაწლავის არეში. მოიძებნება ნაწლავის ჭრილობა, რომელიც იკერება. რეტროპერიტონული სივრციდან XII ნეკნის პარალელურად კეთდება განაკვეთი, სადაც თავსდება დრენაჟი. ნაღვლოვანი გამონადენის დროს, რაც სანაღვლე გზების დაზიანებაზე მიუთითებს, აუცილებელია ტამპონის მოთავსება.

კუჭის დამწვრობა

კუჭის დამწვრობა გვხვდება ახალგაზრდა ასაკში. ხშირად საყლაპავი მილის დამწვრობასთან. თორმეტგოჯა ნაწლავი ფრიად იშვიათად განიცდის დამწვრობას. კუჭის შედარებით მეტად დაზიანებას ხელს უწყობს სუსტი კონცენტრაციის ხსნარები, ისიც სწრაფად მიღებული. კუჭის დამწვრობა ხშირია კაუსტიკური სოდის ან ნიშადურის სპირტის შემთხვევით თუ განზრახ მიღების შემდეგ. თითქოს შემჩნეულია, რომ კუჭის დაზიანებას მეტად იწვევს მჟავე ნივთიერებანი.

პათომორფოლოგიურ ცვლილებებს უფრო მეტად განიცდის კუჭის შესავალი და გასავალი, ნაკლებად მცირე სიმრუდე და კუჭის სხვა ნაწილები. პირველ ხანებში ვითარდება ქერქი, რომლის ქვეშ დაზიანების სიმძიმის მიხედვით სხვადასხვა სახის ანთებითი ცვლილება ვითარდება ლორწოვან და ლორწქვეშა გარსში და შემდეგ კუნთოვან შრეში. მძიმე დაზიანების დროს ნეკროზული ცვლილებები ღრმავდება და ვითარდება სხვადასხვა ფორმისა და სიღრმის წყლულები, ზოგჯერ მისი პერფორაცია, სიმჟავით განვითარებული, დამწვრობის დროს ლორწოვან გარს მუქი მშრალი შესახედაობა აქვს, ტუტით გამოწვეული დამწვრობისას კი ლორწოვანი გაფუებულია. კუჭის კედელი ღრმა ცვლილებების გამო სქელდება და ხშირად იხშობა მისი გასავალი. ნეკროზული ადგილების მოცილების შემდეგ წყლულების მიდამოში ვითარდება გრანულაციური ქსოვილი, რამდენიმე დღის ან კვირის შემდეგ — დანაწიბურება და კუჭის სხვადასხვა სახის დეფორმაცია; გასავლის სტენოზი, სილის საათის მსგავსი კუჭი, ბოხჩისებური კუჭი და სხვ. კუჭში არსებული ცვლილებების ხასიათისა და აღდგენის უნარიანობის მიხედვით ზოგჯერ შეიძლება კუჭის დაზიანებული კედლის მთლიანობა სავსებით აღდგეს.

ს ი მ პ ტ ო მ ე ბ ი. კუჭის დამწვრობის დროს ხშირად აღინიშნება ტუჩების, პირის ღრუს და საყლაპავი მილის დამწვრობაც. მძიმე დამწვრობის დროს გამოხატულია შოკის მოვლენები. ავადმყოფს აწუხებს ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში (აქვე აღინიშნება მტკივნეულობა), პირღებინება ლორწოვანი მასებით, ზოგჯერ ლორწოვანი გარსის დიდი ნაფლეთებით. ღრმა დაზიანების დროს სისხლიანი პირღებინება. კუჭის მთლიანობის დარღვევისას ვითარდება პერიტონიტის სურათი.

დ ი ა გ ნ ო ზ ი. დიდი მნიშვნელობა აქვს ანამნეზს, თუ ავადმყოფი განზრახ არ მალავს ქიმიური ნივთიერების მიღებას, ზემოთ აღნიშნულ კლინიკურ ნიშნებს და რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას. რენტგენოლოგიურად აღინიშნება

კუჭის ლორწოვანის შეშუპება და ნაოჭების გასწორება, პერისტალტიკის შესუსტება ან ზოგან გაწყვეტა, ზოგჯერ კუჭის დაპატარავება, ფორმის შეცვლა და სხვ.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. საწამლავის მიღებისთანავე ადგილზე ან უახლოეს სამკურნალო დაწესებულებაში სასწრაფოდ ურეცხავენ კუჭს წყლით. ავადმყოფს ეძლევა სითხე დიდი რაოდენობით, შეიძლება საპნიანი წყლით პირღებინების გამოწვევა. დამწვრობის მიზეზის დაზუსტებისას ვიყენებთ შესაფერის ანტიდოტს მჟავებით მოწამვლისას: სოდიანი, საპნიანი, ცარციანი წყალი (ან ბორჯომის წყალი); ტუტეებით მოწამვლისას წყლით ამორეცხვა ან წყალს შეიძლება მცირე რაოდენობით მიემატოს ბორის, ძმრის, ლიმონის მჟავა. შეიძლება გამოვიყენოთ რძე (განსაკუთრებით კარგია სულემით მოწამვლისას), ლორწოვანი ნახარშები. მთავარია ვეცადოთ საწამლავი ნივთიერების დაუყოვნებლივ მექანიკურ მოშორებას და შეძლებისდაგვარად ქიმიურ გაუვნებლობას. შეცდომით გამოყენებული არ უნდა იქნეს ძლიერი მჟავებით გამოწვეული მოწამვლისას ძლიერივე ტუტე ან, პირიქით, ამით გავაძლიერებთ ქიმიურ დამწვრობას, მას დაემატება აგრეთვე თერმული დამწვრობაც (ყოველი მოლეკულა წყლის გამოყოფას ნეიტრალური რეაქციის დროს მოსდევს თორმეტი დიდი კალორია სითბოს გამოყოფა).

კუჭის კარდიალური ნაწილის სტენოზის პროფილაქტიკისათვის (ან უკვე სტენოზის დროს) ურჩევენ ბუჟირებას; დისფაგიის მოვლენების დროს — გასტროსტომიას (კუჭის დაუზიანებელ ნაწილზე), იეიუნოსტომიას. დამწვარი მიდამოს განტვირთვა და ავადმყოფის მოკეთება დიდად უწყობს ხელს დაზიანებული ადგილის დროულ და ზოგჯერ სრულ აღდგენას. მდგომარეობის მიხედვით, შემდგომში კუჭის კარდიალური ნაწილის დანაწიბურებისას კეთდება ეზოფაგოფუნდოანასტომოზი, კუჭის ძლიერი დეფორმაციისა და ფუნქციის მკვეთრი მოშლის დროს კი — ტოტალური გასტრექტომია.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის ანთებითი პროცესები

მ წ ვ ა ვ ე გ ა ს ტ რ ი ტ ი. ამ ფორმის გასტრიტიდან ქირურგისათვის განსაკუთრებით საყურადღებოა მწვავე ფ ლ ე გ მ ო ნ უ რ ი გ ა ს ტ რ ი ტ ი (gastritis phlegmonosa) და კოროზიული გასტრიტი (gastritis corrosiva). ეს უკანასკნელი ხშირად ვითარდება კუჭის დამწვრობის დროს.

ფ ლ ე გ მ ო ნ უ რ ი გ ა ს ტ რ ი ტ ი, ანუ კუჭის ფლეგმონა, იშვიათი დაავადებაა. იგი შეიძლება მოყვეს კუჭის ლორწოვანის ყოველგვარ დაზიანებას ან ზოგად ინფექციურ დაავადებას, როგორც გართულება. ფლეგმონური გასტრიტი შედარებით მეტად უვითარდებათ ხანში შესულ, ალკოჰოლის მოყვარულ მამაკაცებს (განსაკუთრებით აქილიის დროს). დაავადებას ახასიათებს ლორწქვეშა გარსის გავრცელებული ჩირქოვანი ანთება, გაცილებით ხშირად ანტრალურ ნაწილში, და იგი ერთი ან რამდენიმე აბსცესის სახით ვლინდება. ზოგჯერ ანთება დიფუზურ ხასიათს იღებს, ვრცელდება დიდ ფართზე, კუჭის კედლის ყველა შრეზე. ამას შეიძლება ნეკროზული უბნების განვითარება მოყვეს ადგილობრივი და ზოგადი პერიტონიტით.

ფლეგმონური გასტრიტის დროს ანთება ჩირქოვან ხასიათს იღებს. მასში ხშირად ნახულობენ სტრეპტოკოკს, ნაწლავის ჩხირს, ზოგჯერ სტაფილოკოკს

და პნევმოკოკს, ნაკლები ვირულენტური ინფექციის შემთხვევაში ჩირქოვანი ინთების განვითარებას მეტწილად ადგილი არ აქვს.

ს ი მ პ ტ ო მ ე ბ ი. დაავადება იწყება მწვავე ტკივილით ეპიგასტრიუმის არეში, შემცივნებით, მაღალი ტემპერატურით. ტკივილი მუდმივ ხასიათს ღებულობს, აღინიშნება ტემპერატურის მკვეთრი მერყეობა, ოლიგურია, ზოგჯერ ფაღარათი, ღებინება (დასაწყისში საჭმლის მასებით, შემდეგ ნაღვლით და ჩირქითაც).

დამახასიათებელია: აჩქარებული და სუსტი ავსების პულსი, არტერიული წნევის დაცემა, მუცლის კუნთების დაზოგვა სუნთქვით მოძრაობაში, მუცლის შებერილობა, მტკივნეულობა და კუნთთა დაჭიმულობა, იშვიათად შეიძლება მოხერხდეს მტკივნეული, შეშუპებული და ანთებითი კუჭის კედლის პალპაცია.

დ ი ა გ ნ ო ზ ი ს დასმა ადვილი არ არის, რადგან ეპიგასტრიუმის მიდამოში არსებულ ორგანოთა ანთება (ქოლეცისტიტი, პანკრეატიტი, წყლულის მიფარებული პერფორაცია) გაცილებით ხშირია, ვიდრე ფლეგმონური გასტრიტი. საეჭვო შემთხვევაში საჭიროა გვახსოვდეს კუჭის ფლეგმონის შესახებ. ოპერაციის დროსაც საჭიროა სიფრთხილე — ფლეგმონური გასტრიტი არ მივიჩნიოთ პერიტონიტის მეორად ცვლილებად.

მ კ ურ ნ ა ლ ო ბ ა. კეთდება ლაპაროტომია, დრენირება, ანტიბიოტიკების ადგილობრივი და ზოგადი ენერგიული გამოყენება. ზოგჯერ ავადმყოფს, თუ ღებინება არა აქვს, ეძლევა ანტიბიოტიკები სასმელად. კუჭის კედლის ადგილობრივი ცვლილებების დროს ზოგჯერ კეთდება დაავადებული ნაწილის რეზექცია.

ფლეგმონური დუოდენიტი

ფლეგმონური დუოდენიტი (duodenitis phlegmonosa) გაცილებით იშვიათი დაავადებაა, ვიდრე კუჭის ფლეგმონა. იგი შეიძლება განვითარდეს მწვავე და ქვემწვავე დუოდენიტის დროს ფატერის დვრილის მიდამოში. ავადმყოფს აწუხებს შემცივნება, მაღალი ტემპერატურა, ღებინება. ტკივილი მარჯვენა ნეკნთარკალის ქვეშ, პროგრესული სიყვითლე და ფატერის დვრილის ანთებითი დახშობის გამო აქოლიური განავალი.

დ ი ა გ ნ ო ზ ი ს დასმა ადვილი არაა, რადგან იგი თავისი ნიშნებით განსაკუთრებით ჰგავს კენჭოვან ქოლეცისტიტს, სანაღვლე გზების დახშობას, ნაწილობრივ მწვავე პანკრეატიტს და პერფორაციულ წყლულს.

დიაგნოზური შეცდომა ავადმყოფისათვის დიდად საზარალო არ იქნება, რადგან თითქმის ყველა შემთხვევაში დახმარება გადაუდებელ ოპერაციას მოითხოვს.

მ კ ურ ნ ა ლ ო ბ ა. დაავადებულ მიდამოსთან მიტანილ უნდა იქნეს დრენაჟი ანტიბიოტიკების ენერგიულად შესაყვანად. მძიმე შემთხვევაში ურჩევენ ლუმბოტომიას ტამპონადით და იეიუნოსტომიას თორმეტგოჯა ნაწლავის განტვირთვისათვის.

ქრონიკული გასტრიტი

ამ ფორმის გასტრიტები გაშუქებულია შინაგანი სნეულების სახელმძღვანელოებში, მათ შესახებ აღვნიშნავთ მხოლოდ ზედმიწევნით მოკლედ. ქირურგისათვის შედარებით უფრო საინტერესოა ჰიპერაციდული და ანაციდური გას-

ტრიტი. იგი საკმაოდ ხშირად თან სდევს წყლულოვან დაავადებას, კუჭის კიბოს და წინ უსწრებს მას, გასტრიტი შეიძლება პირობებს ქმნიდეს და გარკვეული წვლილიც მიუძღოდეს წყლულის ან კიბოს განვითარებაში. აქვე უნდა იქნეს აღნიშნული აგრეთვე ე. წ. პლასტიკური ლინიტის შესახებ, რომელიც, თანამედროვე შეხედულებით, კიბოს უფრო ეკუთვნის, ვიდრე ქრონიკულ გასტრიტს.

ქრონიკული ჰიპერაციდული გასტრიტის დროს ავადმყოფს ხშირად აღენიშნება წყლულოვანი დაავადებისათვის დამახასიათებელი მოვლენები: კუჭის წვა, გულძმარვა, მჟავე ბოყინი, ყრუ ხასიათის შემაწუხებელი ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში როგორც მშიერ კუჭზე, ისე ხშირად საკვების მიღების შემდეგ. ზოგჯერ ძლიერი შეკრულობა, შრომის უნარის დაქვეითება და სხვ. გასტრიტით დაავადებული ავადმყოფი ერიდება საკვების მიღებას და ცდილობს მჟაობის გამანეიტრალებელი საშუალებების სისტემატური გამოყენებით შეიმსუბუქოს წვა კუჭის არეში, ზოგჯერ მეტად მტანჯველი შეკრულობა, შრომის უნარის დაქვეითება და სხვა. მსგავსი მოვლენები ხშირია კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის შემთხვევაშიც, რადგან, როგორც მივუთითებდით, წყლულთან ერთად ხშირად ადგილი აქვს ჰიპერაციდული და საერთოდ გასტრიტული მოვლენების არსებობას.

ანაციდური გასტრიტი კიდევ უფრო საინტერესოა ქირურგისათვის, მ-ათ უფრო ანტრალური ნაწილის მკვეთრი დეფორმაციის დროს. იგი კუჭის კიბოსაგან საკმაოდ ძნელი გასარჩევია. ავადმყოფს აწუხებს ტკივილი, სიმძიმის გრძნობა და გასტრიტისათვის დამახასიათებელი მეტად შემაწუხებელი ზოგადი მოვლენები (გულისრევა, ბოყინი, ზოგჯერ პირღებინება დიდი რაოდენობა ლორწოთი, საერთო სისუსტე, სიგამხდრე, უმადობა, თავის ტკივილი, უძილობა. შრომის უნარის მკვეთრი დაქვეითება). დიაგნოზის დასმაში გვშველის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, გასტროსკოპია, ლაპაროტომია.

პლასტიკური ლინიტი ქრონიკულად მიმდინარეობს. ლორწოვანი გარსი მკვეთრად სქელდება, კუნთოვანის ადგილს კი ალაგ-ალაგ შემაერთებელი ქსოვილი იჭერს. ასეთი სკლეროზული ცვლილებების გამო კუჭი სქელდება, იჭმუხნება და ბოხჩას ემსგავსება. სეროზულ გარსზე ხშირად აღინიშნება მოთეთრო ლაქები და ზოგჯერ კვანძები. დაავადების განვითარებაში გარკვეულ მნიშვნელობას მიაწერდნენ ლუესს. თუ წინათ ამ დაავადებას ქრონიკულ გასტრიტად მიიჩნევდნენ, ამჟამად, ავტორთა უმეტესობის აზრით, მას ავთვისებიანი მიმდინარეობა აქვს და აკუთვნებენ კუჭის კიბოს ფიბროზულ ანუ სკიროზულ ფორმას. ავადმყოფს აქვს დისპეფსიური მოვლენები: საერთო სისუსტე. უმადობა, ყრუ ხასიათის ტკივილი და სიმძიმის გრძნობა ეპიგასტრიუმის არეში, ზოგჯერ ფაღარათი და საერთოდ გასტრიტის ნიშნები.

დ ი ა გ ნ ო ზ ი ს დასმაში შეიძლება დაგვეხმაროს რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, დაპატარავებული და შეკმუხვნილი კუჭი გაძლიერებული ევაკუაციით და პილორუსის პირღიაობით. მეტი მნიშვნელობა აქვს ოპერაციის დროს კუჭის მაკროსკოპულ დათვალიერებას და განსაკუთრებით მიკროსკოპულ გამოკვლევას.

მ კ ურ ნ ა ლ ო ბ ა ოპერაციულია. ისე როგორც კიბოს დროს კეთდება კუჭის დაავადებული ნაწილის ამოკვეთა რეგიონულ ლიმფურ კვანძებთან ერთად.

დ უ ო დ ე ნ ი ტ ი ვითარდება თორმეტგოჯა ნაწლავის ზემო ჰორიზონტალურ ნაწილში. მიმდინარეობის მიხედვით არჩევენ მწვავე, ქვემწვავე და ქრონიკულ დუოდენიტს. მწვავედ მიმდინარე დუოდენიტის დროს შეიძლება აღგილი ჰქონდეს ნაწლავის ფლეგმონურ ანთებას. ქრონიკული დუოდენიტი თავისი ნიშნებით ძლიერ ჰგავს თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულს ან ქოლეცისტიტს, ავადმყოფს აწუხებს ტკივილი ჭიპის არეში ან მარჯვენა ნეკნთარკალის ქვეშ. ხშირად საჭმლის მიღებიდან 2—4 საათის შემდეგ, ზოგჯერ მშიერზე და „ღამის ტკივილი", გულისრევა, კუჭის წვა, გულძმარვა, სიმძიმის გრძნობა, ადვილად დაღლილობა და სხვ.

დ ი ა გ ნ ო ზ ი ს დასმაში გვეხმარება რენტგენოლოგიური გამოკვლევა (გაძლიერებული ევაკუაცია, ნიშა არ ჩანს, ზოგჯერ აღინიშნება თორმეტგოჯა ნაწლავის კიდეების დაბილულობა).

მკურნალობა კონსერვატულია, მაგრამ როდესაც ხანგრძლივი მკურნალობა უშედეგოა, შეიძლება მივმართოთ კუჭისა და დაავადებული თორმეტგოჯა ნაწლავის რეზექციას.

პერიდუოდენიტი ხშირად ვითარდება როგორც მეორადი დაავადება, წყლულის, დივერტიკულის, ქოლეცისტიტის, ოპერაციის და სხვათა შედეგად.

ს ი მ პ ტ ო მ ე ბ ი ძირითადად მარჯვენა ნეკნთა რკალის არეში მუდმივი ხასიათის ტკივილისა და სუსტად გამოხატულ დისპეფსიურ მოვლენებში მდგომარეობს. რენტგენოლოგიური გამოკვლევის დროს ხშირად აღინიშნება თორმეტგოჯა ნაწლავის ზემო ჰორიზონტალური ნაწილის დეფორმაცია ან მისი შევიწროება მლივი ნაწლავის დასაწყისთან.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა პერიდუოდენიტის გამომწვევი, ძირითადი დაავადების ლიკვიდაციაში მდგომარეობს. ზოგჯერ საჭირო ხდება ნაწიბურების გადაკვეთა ორგანოს პერიტონიზაციით.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის ტუბერკულოზი

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის ტუბერკულოზი, განსაკუთრებით კუჭის, იშვიათია.

კუჭის ტუბერკულოზი უფრო მამაკაცებში გვხვდება, მეტწილად სხვა ორგანოთა (ფილტვების, ნაწლავების) ტუბერკულოზთან ერთად.

ხშირად კუჭის ანტრალურ ნაწილში აღინიშნება კუჭის ტუბერკულოზის წყლულოვანი ფორმა, ერთი ან რამდენიმე ზერელე წყლული. იგი კუნთოვანს ნაკლებ აზიანებს და ამიტომ პერფორაციაც არ ახასიათებს. შედარებით ნაკლებად გვხვდება კუჭის ტუბერკულოზის სოლიდური ფორმა, კვანძების გავრთიანებისას სიმსივნის მსგავსი კონგლომერატით და ზოგჯერ დაწყლულებით: დიფუზური ჰიპერპლასტიკური — იშვიათად პოლიპებით, და მილიარული ფორმა, როგორც ზოგადი ტუბერკულოზის გამოვლინება.

ს ი მ პ ტ ო მ ე ბ ი. კუჭის ტუბერკულოზი ხშირად უსიმპტომოდ მიმდინარეობს ან აღინიშნება წყლულისათვის (ზოგჯერ კიბოსათვის) დამახასიათებელი ზოგიერთი ნიშნები, ისიც ზუსტად გამოხატული: ნაკლები ტკივილი, პირღებინება, მეაობის დაქვეითება ან თავისუფალ მარილმჟავას სრული გაქრობა, ფაღარათი, ზოგჯერ სიმსივნის შეგრძნება, ხშირად სხვა ორგანოთა ტუბერკულოზი.

რენტგენოლოგიური და გასტროსკოპული გამოკვლევით ზოგჯერ აღინიშნება მრავლობითი ზერელე წყლულები, სიმსივნური კონგლომერატი. სტენოზი.

მ კ ურ ნ ა ლ ო ბ ა კუჭის ტუბერკულოზის დიაგნოზის ან მასზე ეჭვის დროს უნდა ჩატარდეს ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო ენერგიული მკურნალობა (სტრეპტომიცინი, ფთივაზიდი, ПАСК, ზოგადგამამაგრებელი საშუალებანი), უშედეგობის, ისე როგორც კუჭის დეფორმაციის ან იზოლირებულ ფორმის, დროს უნდა გაკეთდეს კუჭის რეზექცია.

თ ო რ მ ე ტ გ ო ჯ ა ნ ა წ ლ ა ვ ი ს ტ უ ბ ე რ კ უ ლ ო ზ ი ს დროს ბრ ეკედელზე აღინიშნება სქელი ტუბერკულოზური ინფილტრატი, ლიმფური კვანძების გადიდება (ხშირად წვრილი ნაწლავის ჯორჯლის ლიმფურ კვანძებიან), ზოგჯერ ნაწლავის დეფორმაცია ან სტენოზი.

ს ი მ პ ტ ო მ ე ბ ი არ აქვს დამახასიათებელი, იგი წააგავს წყლულს. ზოგჯერ ნაწლავთა ტუბერკულოზს, ახასიათებს გაურკვეველი ტკივილი მუცელში, ხანგამოშვებით ფაღარათი, სუბფებრილური ტემპერატურით, აჩქარებული ედრი, უმადობა, საერთო სისუსტე და სხვ. ხშირად ახლავს სხვა ორგანოთა ტუბერკულოზი

მ კ ურ ნ ა ლ ო ბ ა ანტიტუბერკულოზურია. თორმეტგოჯა ნაწლავის დეფორმაციის ან კონსერვატული მკურნალობის უშედეგობისას კეთდება ოპერაცია.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის ათაშანგი

კუჭის ათაშანგი იშვიათი დაავადებაა. იგი ათაშანგის მესამე პერიოდში ვითარდება. არჩევენ კუჭის ათაშანგის გუმოზურ, წყლულოვან, გუმოზური ინფილტრაციას (რომელიც ძალიან ჰგავს პლასტიკურ ლინიტს), ათაშანგურ გასტრიტს და წყლულის ან გუმის შედეგად განვითარებულ კუჭის ნაწიბუროვან ცვლილებებს.

ს ი მ პ ტ ო მ ე ბ ი მეტად ღარიბია. დიდ დახმარებას გვიწევს: შედარებით ახალგაზრდა ასაკი და საერთო დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობა, ანამნეზი, დადებითი სეროლოგიური რეაქცია, მუცლის არეში გაურკვეველი ხასიათისა და ლოკალიზაციის ტკივილი, დაქვეითებული მეაობა, ხშირი აქილია. საბოლოო დიაგნოზი მაინც მიკროსკოპული შესწავლის დროს ისმება.

მკურნალობა ანტილუესურია. ანტილუესური მკურნალობის უშედეგობის, ისე როგორც კუჭის ნაწიბუროვანი ცვლილებების დროს, აუცილებელია დროულად გაკეთდეს კუჭის რეზექცია.

თ ო რ მ ე ტ გ ო ჯ ა ნ ა წ ლ ა ვ ი ს ათაშანგის დროს თითქმის ისეთივე ნიშნებია, როგორც წყლულოვანი დაავადების შემთხვევაში. დაავადების ამოცნობაში, ისე როგორც კუჭის ათაშანგის დროს, გვეხმარება ათაშანგისათვის დამახასიათებელი ნიშნების აღმოჩენა.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის აქტინომიკოზი

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის აქტინომიკოზი იშვიათია. აქტინომიკოზის გამომწვევი ლანგებეკის მიერ აღწერილი (1885) დრუზები კუჭში მოხვდება პირის ღრუდან, იშვიათად სისხლის გზით. კუჭს დრუზები სწრაფად

ტოვებს, ამიტომ აქტინომიკოზი კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის სხვა მიდამოებში (განსაკუთრებით ბრმა ნაწლავის) უფრო ხშირია, ვიდრე კუჭში.

ს ი მ პ ტ ო მ ე ბ ი უფრო ჰგავს გასტრიტის სურათს. ავადმყოფს აწუხებს ყრუ ხასიათის ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში, ბოყინი, ფაღარათი ან შეკრულობა, ინფილტრატის დროს ზოგჯერ ხერხდება შესივებული კუჭის გასინჯვა. ამოცნობა მეტად ძნელია, თუ არ განვითარდა მუცლის კედლის აქტინომიკოზისათვის დამახასიათებელი ინფილტრატი ან ხვრელმილები, ალერგიული და სპეციფიკური რეაქციაც ნაკლებ დახმარებას გვიწევს.

აქტინომიკოზის სამკურნალოდ იყენებენ ანტიბიოტიკებს, იოდს, რენტგენოთერაპიას. სიმსივნური ფორმის დროს ზოგჯერ კეთდება ლაპაროტომია. ჩირქოვანი გართულებების დროს მათი გაკვეთა.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება

კუჭის წყლული გვამის გაკვეთის დროს მე-16 საუკუნეში ნახეს დონატმა და ბაუგინმა (ბ. კოტტუნოვიჩი), მე-18 საუკუნეში მორგანმა. მაგრამ წყლული პირველად საფუძვლიანად აღწერა და შეისწავლა ფრანგმა კლინიცისტმა კრიუველიემ (1828). იგივე დაავადება იმავე წლებში დეტალურად აღწერა აგრეთვე პათოლოგოანატომმა როკიტანსკიმ (1830).

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პათოგენეზის, კლინიკისა და მისი მიმდინარეობის შესწავლის საქმეს დიდად შეუწყო ხელი კუჭის ზონდისა და განსაკუთრებით რენტგენის სხივების გამოყენებამ.

წყლულოვანი დაავადების ოპერაციული მკურნალობის საკითხებს და მის შორეულ შედეგებს დიდი ინტერესით სწავლობდნენ ყველა ქვეყნის ქირურგები (მეიო, ფინსტერერი, ჰაბერერი, ს. სპასოკუკოცკი, ს. იუდინი, ე. ბერიოზოვი, ი. გალპერნი, ი. ჯანელიძე, ვ. ლევიტი, ა. მელნიკოვი, ვ. უსპენსკი, რუსანოვი, გრ. მუხაძე, კ. ერისთავი, ე. ფიფია, მ. ჩაჩავა, მ. კომახიძე და სხვა მრავალი).

წყლულოვანი დაავადება და მასთან დაკავშირებული დაავადებანი ხშირად განიხილებოდა თერაპევტთა და ქირურგთა საკავშირო ყრილობებსა და კონფერენციებზე.

კ უ ჭ ი ს წ ყ ლ უ ლ ი ს ე ტ ი ო ლ ო გ ი ა და პ ა თ ო გ ე ნ ე ზ ი. წყლულოვანი დაავადება ყველა ქვეყანაში და ყველა ასაკში გვხვდება, მაგრამ ამ სნეულებით უფრო ხშირად ავადდებიან 20—40 წლის ასაკის მამაკაცები (ხუთჯერ მეტად), ვიდრე ქალები.

წყლულის ეტიოლოგიის შესახებ მოწოდებული მრავალრიცხოვანი თეორიის მიუხედავად, ყველას მიერ აღიარებული შეხედულება ჯერჯერობით არ არსებობს. არც ერთი მათგანი სავსებით და მთლიანად ამომწურავად არ ხსნის, თუ რატომ ვითარდება ლორწოვანის დეფექტი; რატომ იჩენს სწორედ ამ ადგილზე კუჭის წვენი მონელებით მოქმედებას. გაურკვეველია აგრეთვე, თუ რატომ შეუხორცდება წყლული ავადმყოფთა ნაწილს თავისთავად და ისიც საკმაოდ სწრაფად, სხვებს კი იგი გადაექცევათ ქრონიკულად შეუხორცებელ წყლულად. ექსპერიმენტში მიღებული წყლულიც გაცილებით სწრაფად ხორცდება და იგი არ ჰგავს ქრონიკულად მიმდინარე, კუჭის მრგვალ, შეხორცებისადმი ნაკლებად მიდრეკილ წყლულს.

კუჭის წყლულის წარმოშობის შესახებ მოწოდებული მრავალი მოსაზრე-

ბიდან ზედმიწევნით მოკლედ აღვნიშნავთ მხოლოდ სისხლის მიმოქცევის მოშლის, ანთების, მექანიკურ, ქიმიურ, ნეიროგენულ და კორტიკოვისცერულ თეორიას.

სისხლის მიმოქცევის მოშლის თეორიას ჯერ კიდევ ვირხოვი და შემდეგ კონჰეიმი, ეიზელსბერგი, პაირი, რესლე და სხვები თვლიდნენ, რომ ორგანიზმში არსებული მეტად სხვადასხვა პათოლოგიური პროცესის (რესლეს აზრით, მაგალითად, აპენდიციტის) დროს იშლება სისხლის მიმოქცევა თრომბოემბოლიური დაავადების მსგავსად, მიკრონეკროზის გაღრმავებით კი წყლული ვითარდება. ამ თეორიით გაუგებარია წყლულის გაჩენა, როდესაც სხვა დაავადება არ არსებობს, ან რატომ არჩევით სწორედ კუჭში ხდება სისხლის მიმოქცევის მოშლა და არა სხვა ორგანოში.

ანთების თეორია. კონეჩნის მიხედვით, წყლულის განვითარებას წინ უსწრებს გასტრიტისა და დუოდენიტის არსებობა, მაგრამ, როგორც შემდეგ გამოირკვა, წყლულის განვითარებას ყოველთვის არ უსწრებს და არც ყოველთვის ახლავს კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის ლორწოვანის ანთება. უფრო მეტად საფიქრებელია, რომ ანთების არსებობა ხელს უწყობს ინტერორეცეპტორთა მუდმივ და ხანგრძლივ გაღიზიანებას

მექანიკური თეორია. აშოფისა და მისი მიმდევრების მიხედვით, კუჭის კედლის კვების მოშლასთან დაკავშირებით ვითარდება ეროზიები. ასეთი ეროზიები თუ სხვაგან ადვილად ხორცდება, გასტროდუოდენული სისტემის იმ ნაწილში (მცირე სიმრუდე, პრეპილორული მიდამო, თორმეტგოჯა ნაწლავის ზემო ჰორიზონტალური ნაწილი), რომელიც საკვებით მუდმივ გაღიზიანებას განიცდის, არამცთუ ხორცდება, წყლულად გადაიქცევა. კ. ბიკოვისა და ი. კურცინის მიხედვით, ამ მიდამოს წყლულის განვითარებაში მეტად მნიშვნელოვანი ფიზიოლოგიური ფუნქცია აქვს. მათი აზრით, ორგანიზმში ნორმიდან ყოველგვარი გადახრები, რომლებსაც ადგილი აქვს წყლულოვანი დაავადების დროს, პირველ რიგში მოქმედებენ საჭმლის მომნელებელი აპარატის სწორედ ამ მეტად მგრძნობიარე ზონაზე.

ქიმიური თეორია. კელინგის, ჰაბერერის და სხვ. მიხედვით, ჰიპერსეკრეცია და მჟაობის მომატება წარმოადგენს წყლულის განვითარების მიზეზს. მაგრამ არცთუ ისე იშვიათად წყლული ვითარდება ნორმალურ და ჰიპოაციდურ კუჭშიც. ესეც არ იყოს, კუჭს გააჩნია სპეციფიკური ანტიფერმენტი, რომელიც ნორმალურ პირობებში კუჭის ლორწოვანს იცავს თვითმონელებისაგან. უფრო სწორი იქნება ვიფიქროთ, რომ კუჭის ლორწოვანის კვება შეიძლება იმდენად შეიცვალოს, რომ ადგილი ექნეს მისი ლორწოვანის მონელებას. იგი მხოლოდ სხვა ფაქტორებთან ერთად ხელს შეუწყობდა წყლულის განვითარებას.

ნეიროგენული თეორია. შეიძლება უფრო სწორი იყოს ამ თეორიას ეწოდოს ვეგეტატიური ნერვული სისტემის თეორია (ბერგმანის). ავტორის აზრით, სწორედ ვეგეტატიური ნერვული სისტემის ხანგრძლივი და ხშირი გაღიზიანებით ვითარდება კუჭის სისხლძარღვთა სპასტიკური შეკუმშვები, რასაც კუჭის კედლის იშემია, ქსოვილთა წინააღმდეგობის დაქვეითება და კუჭის კედლის თვითმონელება მოსდევს. ბერგმანის თეორიის შეცდომად ითვლება ვეგეტატიური ნერვული სისტემის დამოუკიდებლად, ცენტრალური ნერვული სისტემის უმაღლესი ნაწილებისაგან მოწყვეტილად განხილვა.

კორტიკო-ვისცერული თეორია ეკუთვნის ი. პავლოვის უახლოეს მოწაფეებს კ. ბიკოვს და ი. კურცინს. მათ შექმნეს კორტიკო-ვისცერული პათო-

ლოგიის მთელი მოძღვრება. კ. ბიკოვისა და ი. კურცინის აზრით, წყლულოვანი დაავადება ვითარდება უმაღლესი მარეგულირებელი ორგანოს თავის ტვინის დიდი ჰემისფეროების ქერქის აღგზნებისა და შეკავების პროცესის ნორმალური მიმდინარეობის მოშლის, აგრეთვე თავის ტვინის ქერქსა და ქერქქვეშა განგლიებს (პირველ რიგში ჰიპოთალამუსს) შორის ნორმალური ფიზიოლოგიური ურთიერთობის დამოკიდებულების დარღვევის შედეგად.

ცენტრალური იმპულსები ხანგრძლივი და მუდმივი მოქმედებით იწვევენ კუჭის კედლისა და სისხლძარღვთა მუსკულატურის სპასტიკურ შეკუმშვებს. ლორწოვანის წინააღმდეგობის დაქვეითების პირობებში, უჯრედთა და ქსოვილთა ზოგადი ტროფიკული მოშლილობის შედეგად ადგილი აქვს კუჭის წვენის ლორწოვანის მონელებას.

წყლულოვანი პროცესის შემდგომ განვითარებას და გაღრმავებას ხელს უწყობს არსებულ ფაქტორთა გამუდმებული მოქმედება. აგრეთვე კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პათოლოგიურად შეცვლილი კერის ინტერორეცეპტორებიდან ახლად აღმოცენებული ქერქის სტიმულაცია.

პ ა თ ო ლ ო გ ი უ რ ი ა ნ ა ტ ო მ ი ა. კუჭის წყლულს ზოგიერთი თვისების გამო სხვა სახელწოდებაც აქვს: ფორმის მიხედვით: მრგვალი, ანუ მარტივი წყლული (ulcus rotundum s. simplex); კუჭის წვენის მოქმედებისა და წყლულის შემდგომი მონელებითი განვითარების გამო პეპტიკური წყლული (ulcus pepticum); ხანგრძლივი მიმდინარეობის გამო ქრონიკული წყლული (ulcus chronicum), თუმცა ყველა წყლული როდი მიმდინარეობს ხანგრძლივად. საკმაოდ ხშირად წყლულმა შეიძლება განიცადოს დანაწიბურება და შეხორცება.

კუჭსა და თორმეტგოჯა ნაწლავში უფრო ხშირად ვითარდება ერთეული წყლული, ზოგჯერ ორი (სურ. 38). ფრიად იშვიათად მეტი. კუჭის წყლულის დროს იშვიათად შეიძლება ერთდროულად წყლული არსებობდეს თორმეტგოჯა ნაწლავშიც. მოინიჰერის მონაცემებით, მრავლობითი წყლულის არსებობას წყლულოვან ავადმყოფთა 2,5%-ში აქვს ადგილი. კუჭში წყლული ყველაზე ხშირად მოთავსებულია მცირე სიმრუდეზე გასავალთან; შედარებით ნაკლებად კარდიის მიდამოში და კიდევ უფრო იშვიათად დიდ სიმრუდეზე. თორმეტგოჯა ნაწლავში წყლული უფრო ხშირად მდებარეობს ზემო ჰორიზონტალურ ნაწილში უკანა კედელზე, საკმაოდ ხშირად წინა კედელზეც. თუ ოპერაციის დროს უფრო ხშირად წინა კედლის წყლული აღინიშნება, ეს იმიტომ, რომ უკანა კედლის წყლულს შეხორცების დიდი უნარი აქვს, რასაც წინა კედლის წყლული მოკლებულია.

თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული, სექციური მასალის მიხედვით, დაახლოებით სამჯერ ნაკლები სიხშირით გვხვდება (ი. დავიდოვსკის მონაცემებით). ვიდრე კუჭის წყლული. კლინიკური მასალის მიხედვით ამ მხრივ საწინააღმდეგო მონაცემები აღინიშნება. თორმეტგოჯა ნაწლავში წყლული გაცილებით ხშირია, ვიდრე კუჭში. საზოგადოდ ახალგაზრდა ასაკში მნიშვნელოვნად ჭარბობს თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული.

კუჭის ტიპიური, ქრონიკული წყლული ლორწოვანი გარსის (და სხვა შრეების) მრგვალი ან ოვალური ფორმის 0,5—2 სმ (ან მეტი დიამეტრის) სწორკიდეებიანი დეფექტია. იშვიათად წყლულს მოგრძო, სამკუთხედის ან პეპელას ფორმა აქვს. ასეთი წყლული ზოგჯერ სხეულის მსგავსი ნაწილით მოთავსებულია მცირე სიმრუდეზე, ფრთებით კი—წინა და უკანა კედელზე.

წყლულის სიღრმე სხვადასხვა მიდამოში ყველგან ერთნაირი არაა. კარდიისაკენ წყლულს გაცილებით ღრმა და რამდენადმე გამოთხრილი კიდეები აქვს.

თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული განსხვავდება კუჭის წყლულისაგან შედარებით მცირე ზომით. სამაგიეროდ, თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულს გავრცელებისა და გაღრმავების დიდი უნარი აქვს ნაწლავის თხელი კედლისა და კუნთოვანი შრის სუსტი განვითარების გამო.

წყლულის ფსკერის მიდამოში ხშირად კუნთოვანი შრე განლეულია, სისხლძარღვები სკლეროზულია. ექსუდაციურ შრეს ფიბრინოიდული ნეკროზისა და გრანულაციური ქსოვილის შრე მოსდევს. ყველაზე ღრმად ნაწიბუროვანი შრეა, რომელიც მეზობლად მდებარე ორგანოს ნაწიბურებში გადადის. წყლულის ხანგრძლივი მიმდინარეობისას მის ირგვლივ აღინიშნება ქრონიკული ანთების მოვლენები ნაწიბუროვანი ქსოვილის განვითარებით. წყლულის კიდეები და ფსკერი, ისე როგორც ირგვლივ მყოფი ქსოვილი, ისეთ ძლიერ გამკვრივებას განიცდის, რომ ხრტილის კონსისტენციას ღებულობს და შესახედავად სიმსივნეს წააგავს. ასე ვითარდება ანთებითი პროცესისა და ნაწიბუროვანი ქსოვილის ჭარბი განვითარების გამო ე. წ. კალოზური სიმსივნის მაგვარი წყლული პილორუსის არეში (ulcus-tumor pylori). ხანგრძლივად მიმდინარე კალოზური გარჭაღებული წყლულის შემთხვევაში მცირე და დიდი სიმრუდის გაყოლებით ლიმფური კვანძები ჩვეულებრივ გადიდებულია. კალოზური წყლული (ulcus callosum) დიდი ოდენობისაა, ღრმაა და ნაკლებად ახასიათებს შეხორცებისადმი მიდრეკილება, უფრო ხშირად კალოზურ ხასიათს მცირე სიმრუდის წყლული ღებულობს.

სეროზული გარსი ღრმა წყლულის დროს მკვრივია და იგი აშკარად განსხვავდება ირგვლივ მყოფი დაუზიანებელი სეროზული გარსისაგან. წყლულის არეში სეროზული გარსი მოთეთრო ფერისაა და ანთებითი პროცესის ხასიათისა და მისი სიღრმის მიხედვით შეიძლება ხშირად იყოს ჰიპერემიული. წითელი ლაქა ზოგჯერ ფიბრინის ძაფებით ან ნაწიბურებითაა დაფარული. წყლულის არეში, როდესაც სეროზული გარსი ანთების გამო ძლიერ ჰიპერემიული, წითელია და იგი აშკარად განსხვავდება ირგვლივ მყოფი სეროზული გარსისაგან, ს. იუდინი მას ცეცხლის ალს უწოდებდა. სეროზული გარსის ასეთი შესახედაობა და შეხებით ამ არეში სიმკვრივე ლორწოვანიდან. ზოგჯერ ჩაღრმავება ეხმარება ქირურგს წყლულის არსებობისა და მისი ადგილის დადგენაში.

ერთ შემთხვევაში წყლულმა შეიძლება განიცადოს გაღრმავება და პროცესის პროგრესულობა, მეორე შემთხვევაში კი დანაწიბურება. იმის მიხედვით, თუ რა სახით წარიმართება პროცესი, შესაფერი გართულებების განვითარებას აქვს ადგილი.

წყლული ზოგჯერ თავისი პროგრესული მიმდინარეობით აზიანებს კუჭის კედლის ყველა შრეს და პროცესში ითრევს მეზობელ ორგანოებს. ჯერ ვითარდება კუჭსა (ან თორმეტგოჯა ნაწლავსა) და მეზობელ ორგანოებს შორის მეტად მჭიდრო შეხორცებანი. პროცესის შემდგომი გავრცელებისას წყლულის გაღრმავებას პენეტრაცია (შეღწევა) მოჰყვება მასთან მოზრდილ ორგანოში: კუჭუკანა ჯირკვალში, მცირე ბადექონში, ღვიძლში და სხვ. ასეთ შემთხვევაში მეზობელი ორგანო შეიძლება მონაწილეობდეს წყლულის ფსკერისა და კედლის შექმნაში. ფრიად იშვიათად შეიძლება წყლულმა პენეტრაცია განიცადოს.

ღრუ ორგანოში (ნაღვლის ბუშტი, გარდიგარდმო კოლინჯი, ნაღვლის საერთო სადინარი, აორტა და მაშინ კუჭში ან თორმეტგოჯა ნაწლავში შემოდის ამ ორგანოთა შიგთავსი (ნაღველი. ნაღვლის კენჭები. განავალი, სისხლი). წყლულის გაღრმავების დროს სისხლძარღვის დაზიანებას, დაზიანებული სისხლძარღვის ყალიბის მიხედვით სხვადასხვა სიძლიერის სისხლდენა მოსდევს. წყლულის თავისუფალი მუცლის ღრუში გახსნას პერფორაცია მოჰყვება და ა. შ. ივ შემთხვევაში, როდესაც წყლული შეხორცებას განიცდის, ლორწოვან გარსზე აღინიშნება ვარსკვლავისებრი ფორმის ნაწიბური. ი'ძვიათად ასეთ ნაწიბურთან შეიძლება ადგილი ჰქონდეს წყლულის არსებობას. პილორუსის მიდამოში წყლულის ირგვლივ ნაწიბუროვანი ქსოვილის განვითარებას ხშირად მოსდევს გასავლის შევიწროება (stenosis pylori). მცირე სიმრუდეზე მდებარე (ხშირად პანკრეასში ან მცირე ბადექონში პენეტრირებული) წყლულის დანაწიბურებისას კუჭი ზოგჯერ ლოკოკინას ნიჟარის ფორმას ღებულობს. მცირე სიმრუდის ხანგრძლივი წყლული შეიძლება გადაგვარდეს კიბოდ ან შეიძლება ძლიერი დანაწიბურების დროს განვითარდეს კუჭის დეფორმაცია და შუა ნაწილის შევიწროება სილის საათის მსგავსად.

ს ი მ პ ტ ო მ ე ბ ი. წყლულოვანი დაავადება მთელი ორგანიზმის ზოგად დაავადებას წარმოადგენს, იგი პერიოდული გამწვავებით და ქრონიკული მიმდინარეობით ხასიათდება. კუჭის წყლულის სიმპტომების გამწვავებას ხშირად ადგილი აქვს გაზაფხულზე და შემოდგომაზე.

წყლულოვან დაავადებას მეტად მრავალრიცხოვანი ნიშნები აქვს, მაგრამ არც ისე იშვიათად ავადმყოფს ყოველთვის როდი აღენიშნება წყლულოვანი დაავადების ყველა ნიშანი. ზოგჯერ დაავადება იწყება მწვავედ, სრულიად მოულოდნელად, ყოველგვარი წინასწარი ნიშნების გარეშე; მიმდინარეობს მეტად მძაფრად და გამოვლინდება მძიმე გართულების (პერფორაცია, სისხლდენა) სახით.

წყლულოვანი დაავადების ნიშნები დიდადაა დამოკიდებული ავადმყოფის საერთო მდგომარეობაზე, მის ფსიქიკაზე, წყლულის ხანგრძლიობაზე, მის ლოკალიზაციასა და გართულებებზე.

წყლულოვანი დაავადების მთავარ ნიშანს ტკივილი წარმოადგენს. ტკივილის მიზეზია წყლულოვანი ზედაპირის გაღიზიანება კუჭის შიგთავსით, კუჭის ირგვლივ კუნთოვანი აპარატის სპასტიკური შეკუმშვა და ნაწილობრივ პილორუსის სპაზმი.

წყლულის დროს ტკივილი, როგორც წესი, მეტწილად ერთ გარკვეულ წერტილში აწუხებს ავადმყოფს. მუცლის წინა კედელზე ტკივილის ადგილმდებარეობა ძირითადად დამოკიდებულია წყლულის ლოკალიზაციაზე. ტკივილი შეიძლება იყოს ეპიგასტრიუმის არეში, შუახაზზე, ჯიპის ზევით, ან შუახაზიდან ოდნავ მარჯვნივ, მაგრამ არა ნეკნთა რკალის ქვეშ, როგორც ქოლეცისტიტის დროს. ტკივილი ზოგჯერ აღინიშნება მარცხნივ, მაგრამ კვლავ შუახაზთან ახლოს. სხვადასხვა მიდამოში ტკივილი წყლულოვან დაავადებას არ ახასიათებს. მუდმივ ერთ ადგილას ტკივილი იმდენად დამახასიათებელია წყლულისათვის, რომ ეს ნიშანი დიდ დახმარებას უწევს ექიმს წყლულის ამოცნობაში.

ტკივილი წყლულოვანი დაავადების ერთ-ერთი ადრეული და შედარებით მუდმივი ნიშანია.

ტკივილი შეიძლება იყოს: მწველი, მღრღნელი, ზეწოლითი, იშვიათად უფრო ძლიერი, სპაზმური ხასიათის. მუდმივი ტკივილი დამახასიათებელია შეღწეული წყლულისათვის. ტკივილის დაწყების დრო და ადგილი ძირითადად დამოკიდებულია წყლულის მდებარეობაზე. არჩევენ ადრეულ ტკივილს განვითარებულს საჭმლის მიღებიდან $^1/_2$—1 საათის შემდეგ, მოგვიანებულ ტკივილს 3—5 საათის შემდეგ და „მშიერ ტკივილს" განვითარებულს უზმოზე შიმშილის გრძნობის დროს. ზოგჯერ მსგავს ტკივილს ადგილი აქვს ღამით, ე. წ. „ღამით ტკივილი". თუ ყოველთვის ზუსტად არა, მეტწილად მაინც ტკივილის ხასიათი და მისი დაწყების დრო გარკვევით მიუთითებს წყლულის ადგილმდებარეობაზე. კარდიალური წყლულის დროს ხშირად აღინიშნება დისფაგიის მოვლენები და ავადმყოფს აქვს საჭმლის გულზე დადგომის შემაწუხებელი გრძნობა. ტკივილი იწყება მაშინვე, საჭმლის მიღებისთანავე, და ლოკალიზდება უხშირესად მახვილისებრი მორჩის არეში.

მცირე სიმრუდის წყლულის დროს ტკივილი იწყება საჭმლის მიღებიდან $^1/_2$—1 საათში, ან მაშინვე (სუბკარდიალური წყლული) და ლოკალიზდება ეპიგასტრიუმის არეში ან ოდნავ მარცხნივ. ანტრალური და პრეპილორული წყლულის დროს ტკივილი საჭმლის მიღებიდან შედარებით მოგვიანებით (2—5 საათის შემდეგ) იწყება და იშვიათად უზმოზე „მშიერი ტკივილი" ახასიათებს. ამ დროს ტკივილი შუახაზზე ან ოდნავ მარჯვნივ აღინიშნება.

თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის შემთხვევაში დამახასიათებელია ცარიელი კუჭის, მშიერზე და განსაკუთრებით ღამით ტკივილი. ტკივილის ადგილმდებარეობა შუახაზიდან მარჯვნივ ნეკნთა რკალისაკენ არის გამოხატული.

წყლულის დროს საინტერესოა ტკივილის არა მარტო დაწყება და მისი ლოკალიზაცია, არამედ მისი გავრცელების ხასიათი. ასე მაგალითად. კარდიალური წყლული ხშირად ირადიაციას იძლევა ბეჭში და მარცხენა ზემო კიდურში. ზოგჯერ გულის არეში და მკერდის ძვლის შუა ნაწილში. კუჭუკანა ჯირკვალში პენეტრირებული წყლულის დროს ტკივილის ირადიაცია აღინიშნება წელის არეში ან მარცხენა ნეკნთა რკალის ქვეშ.

წყლულოვანი დაავადების დროს ტკივილის განვითარებაში მნიშვნელობა აქვს საკვების ხასიათს: უხეში და ცხარე საკვები, შავი პური, ბოსტნეული. ცუდად მოხარშული ხორცი, თამბაქო, ალკოჰოლი ხშირად იწვევს და აძლიერებს ტკივილს. სამაგიეროდ, სოდა, თბილი ბორჯომის წყალი, ადვილმოსანელებელი თხიერი და თბილი საკვები, რძე, ფაფა, თეთრი ორცხობელა და სხვ. თითქმის არ იწვევს ტკივილს ან ასეთი საკვების მცირე რაოდენობით მიღება აყუჩებს მას. ამიტომ წყლულოვანი ავადმყოფი დღისით თუ ღამით ყოველთვის იმარაგებს თეთრ პურს, ორცხობილას და ცდილობს „მშიერი ტკივილის" დროს საკვების მცირე რაოდენობის მიღებით შეიმსუბუქოს იგი.

ტკივილს კუჭის წყლულის დროს აძლიერებს მძიმე ფიზიკური განცდები. აგრეთვე ყოველივე, რასაც კუნთთა ძლიერი დაჭიმვა მოსდევს: ფიზიკური დატვირთვა, მკვეთრი მოძრაობა, ხანგრძლივი მგზავრობა და რყევა ცუდ გზაზე. ზოგიერთი ისეთი მდგომარეობა, როგორიცაა: მუცელზე წოლა, ჯდომა მოხრილ მდგომარეობაში, ზეწოლა ეპიგასტრიუმის არეში, ქამრის მოჭერა ან თბილის მოთავსება ამავე მიდამოში ხშირად ამსუბუქებს ტკივილს.

ტკივილი წყლულის დროს პერიოდულ ხასიათს ატარებს. გამწვავების პერიოდი ჩვეულებრივ რამდენიმე კვირას ან თვეს გრძელდება და იგი იცვლება

ტკივილების სრული ან მნიშვნელოვანი გაქრობით. მოჩვენებითი განკურნების პერიოდი ზოგჯერ რამდენიმე თვეს და წელს გრძელდება.

წყლულოვანი დაავადების დროს ტკივილს, განსაკუთრებით მის მაქსიმუმზე, ხშირად ახლავს პირღებინება, გაცილებით ხშირად კუჭის წყლულის დროს (ავადმყოფთა ⅔-ს). შედარებით ნაკლებად თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დროს (ავადმყოფთა ნახევარს).

პირღებინების (განსაკუთრებით სისხლიანი პირღებინების) შემდეგ ტკივილი ხშირად მცირდება ან ზოგჯერ ქრება კიდეც.

სისხლიანი პირღებინება უფრო ხშირია კუჭის წყლულის დროს, ვიდრე თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის შემთხვევაში. ამ უკანასკნელის დროს იგი მხოლოდ ¼-ში აღინიშნება.

შავი შედედებული სისხლით ღებინება შეიძლება ერთ-ერთი პირველი ნიშანი იყოს წყლულოვანი დაავადების დაწყების (ამ დროს ავადმყოფს ხშირად აღენიშნება კუპრისებური განავალი). წყლულოვანი დაავადების დროს გაცილებით უფრო ხშირია (50—70%) მიკროსკოპული გამოკვლევით განავალში ფარული სისხლის აღმოჩენა.

პირღებინება უზმოზე ზოგჯერ აღინიშნება კუჭში ხანგრძლივად დარჩენილი, წინადღით ან უფრო ადრე მიღებული საკვების მასებით. მჟავე სუნის ასეთი მასების დიდი რაოდენობით ღებინებისას ხშირად აქვს ადგილი პილორუსის სტენოზის, კუჭის გაგანიერების, ჰიპერსეკრეციის და ევაკუაციური ფუნქციის მოშლის დროს. ღებინების შემდეგ დიდ შვებას გრძნობს ავადმყოფი. ამიტომ იგი პირში თითის ღრმად ჩაყოფით ხშირად თვითონ იწვევს ღებინებას.

წყლულოვანი დაავადების დროს, ღებინების გარდა, ავადმყოფს ხშირად აღენიშნება მეტად თუ ნაკლებად გამოხატული ისეთი დისპეპსიური მოვლენები, როგორიცაა სიმძიმის გრძნობა ეპიგასტრიუმის არეში, კუჭის წეა, გულძმარვა, მჟავედ ბოყინი, პირწყალი, ე. ი. მცირე რაოდენობით მჟავე წვენის ამოსვლა პირში, გულისრევა, ხშირად შეკრულობა, იშვიათად ფაღარათი. ამის მიზეზი, თუ ყოველთვის არა, ხშირად წყლულთან ერთდროულად გასტრიტის არსებობაა.

მადა წყლულით დაავადებულ ავადმყოფს მეტწილად კარგი აქვს, მაგრამ ტკივილის შიშით იგი ერიდება საჭმლის მიღებას, ამიტომ ხანგრძლივი წყლულოვანი დაავადების დროს ზოგჯერ მათ აღენიშნებათ გამხდრობა, ფერმკრთალობა, საერთო სისუსტე და კვების დაქვეითების სხვა ნიშნები.

წყლულოვანი დაავადების ადრეულ პერიოდში ავადმყოფთა უმეტესობის საერთო მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია.

ნერვული სისტემის მხრივ წყლულოვანი დაავადების დროს ხშირად აღენიშნებათ მეტად თუ ნაკლებად გამოხატული ნევროზული მდგომარეობა და აღგზნებადობა.

ადგილობრივ გამოკვლევისას ზოგჯერ ეპიგასტრიუმის მიდამო ჯერ კიდევ დათვალიერებით იპყრობს ყურადღებას. ხშირად აღინიშნება კანის მოყავისფრო პიგმენტური შეფერადება ეხელი სათბურების სისტემატური გამოყენების გამო.

გამხდარ ავადმყოფზე, განსაკუთრებით ვისაც მომჩვარული მუცლის კედელი აქვს, ზოგჯერ ჩანს კუჭის კოლბისებრი გამობერილობა და გაძლიერე-

ბული პერისტალტიკა, რაც პილორუსის სტენოზის და ევაკუაციის დაბრკოლების მაჩვენებელია.

წყლულის ლოკალიზაციის მიხედვით, მუცლის წინა კედელზე, ეპიგასტრიუმის არეში, ხშირად აღინიშნება ჯერ კიდევ მენდელის (1903) მიერ შენიშნული პერკუტორული მტკივნეულობა.

თორმეტგოჯა ნაწლავისა და პილორუსის მიდამოს წყლულის დროს მტკივნეულობა შეიგრძნება შუახაზიდან მარჯვნივ. მცირე სიმრუდის და კარდიის მიდამოს წყლულის დროს კი მარცხნივ.

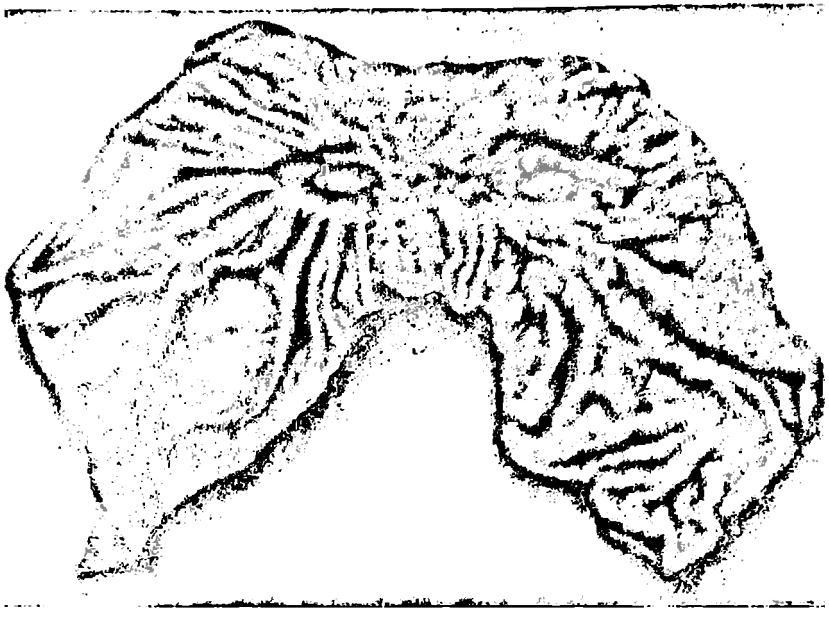
ეპიგასტრიუმის არეში პალპაციით ზოგჯერ შეიმჩნევა კუნთთა მეტად სუსტად გამოხატული დაჭიმულობა, რაც პერიგასტრიტის ან პერიდუოდენიტის მაჩვენებელია. კუნთთა რიგიდობა მარჯვნივ შედარებით მკაფიოდ გამოხატულია პილორული და ანტრალური წყლულის დროს. უკანა კედლის წყლულისა და კუჭუკანა ჯირკვალში შეღწეული წყლულის დროს მუცლის კედლის დაჭიმულობა შედარებით სუსტადაა გამოხატული და უფრო მეტად აღინიშნება მარცხნივ. კალოზური დიდი წყლულის დროს ეპიგასტრიუმის არეში იშვიათად შეიგრძნობა კარგად გამოხატული ანთებითი სიმსივნე.

წყლულის დიაგნოზის დასმაში კარგად შეკრებილ ა ნ ა მ ნ ე ზ ს უაღრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს. გამოკვლევიდან ზემოთ ჩამოთვლილ ზოგიერთ ნიშანს გარდა, მნიშვნელობა აქვს ლ ა ბ ო რ ა ტ ო რ ი უ ლ და განსაკუთრებით რ ე ნ ტ გ ე ნ ო ლ ო გ ი უ რ გამოკვლევას.

წყლულოვანი დაავადების დროს ავადმყოფთა უმეტესობას აღენიშნება ჰიპერსეკრეცია და კუჭის წვენის მჟაობის მომატება. ჰიპერსეკრეციის დროს მკვრივ და თხიერ ნაწილს შორის დამოკიდებულება ნორმალური, 1 : 2 ნაცვლად 1 : 4 და ზოგჯერ 1 : 5 უდრის. საერთო მჟაობა განსაკუთრებით იმატებს თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დროს 70-დან ზოგჯერ 120-მდე. თავისუფალი მარილმჟავა აღწევს 50—60. კარდიალური და მცირე სიმრუდის წყლულის დროს ხშირად მჟაობა ნორმის ფარგლებშია ან ზოგჯერ მისი დაქვეითება აღინიშნება. პილორული და ანტრალური წყლულის დროს საერთო მჟაობა ხშირად 100-მდე და თავისუფალი 70-მდე აღწევს. კუჭის წვენში მეტწილად აღინიშნება აგრეთვე ლორწო და სისხლი. ზონდირების დროს განსაკუთრებით ადვილად ზიანდება კარდიალური წყლული.

კუჭის წვენში წინადღით მიღებული მცირე ნარჩენი საკვები და მჟავე შიგთავსი სეკრეციის მომატებასა და ევაკუაციური ფუნქციის მოშლაზე მიუთითებს. წყლულოვანი დაავადების დროს ქიმიური გამოკვლევისას (გრეგერსენის რეაქცია) გ ა ნ ა ვ ა ლ შ ი პერიოდულად აღმოჩნდება სისხლი. გამოკვლევის წინ საჭიროა 3 დღის განმავლობაში ავადმყოფმა თავი შეიკავოს ხორციანი საკვების მიღებაზე და ჯაგრისით კბილების გაწმენდაზე.

გ ა ს ტ რ ო ს კ ო პ ი ა ს წყლულის ამოცნობაში ნაკლები გამოყენება აქვს. რენტგენოლოგიური გამოკვლევით შეიძლება დადგენილ იქნეს წყლულოვანი დაავადების უტყუარი ნიშანი პაუდეკის ნიშა. ზოგჯერ წყლულის დიაგნოზი ისმება არაპირდაპირი ნიშნებით: პერისტალტიკის გაწყვეტა ყოველთვის ერთსა და იმავე უბანში, პერივისცერიტი და კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის დეფორმაცია, პილორუსის არეში გადასვლის დაბრკოლება, ევაკუაციის მოშლა, ჰიპერსეკრეცია და სხვ. გამოცდილი რენტგენოლოგი 2—3 მმ სიდიდის ნიშასაც ადვილად აღმოაჩენს. ღრმა და შედარებით მოზრდილი ნიშა ახასიათებს პენეტრი-



სურ. 38. კუჭის მკოცნავი წყლულები.

სურ. 39. პერფორირებული წყლიანი კეპისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის.

რებულ წყლულს. საერთოდ დიდი ოდენობის (3—4 სმ დიამეტრის) ნიშა ისიც ზერელე და უსწორმასწორო კიდეებით დაშლილ კიბოზე უფრო მიუთითებს, ვიდრე წყლულის არსებობაზე.

კარდიალური წყლულის დროს ჩვეულებრივ ნიშა აღინიშნება მცირე სიმრუდისაკენ, ხშირად კარდიის სპასტიკური შეკუმშვები და საყლაპავი მილის გაგანიერება დაბრკოლების გამო. მცირე სიმრუდის წყლულის დროსაც ადვილად ისახება ნიშა.

შედარებით ძნელია ანტრალური და პილორუსის მიდამოს წყლულის დროს ნიშის აღმოჩენა. მაგრამ ამ მიდამოს წყლულის დროს რენტგენოლოგიურად აღინიშნება გაძლიერებული პერისტალტიკა, ზოგჯერ სეგმენტური, პილორუსის ხანგრძლივი სპაზმი და ევაკუაციის მნიშვნელოვანი დაგვიანება. კუჭში 5—6 საათის შემდეგაც ნახულობენ საკონტრასტო მასის ნაწილს.

თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული თავისი ნიშნებით ძალიან ჩამოჰგავს კუჭის წყლულს. მაგრამ მას მაინც მისთვის დამახასიათებელი და კუჭის წყლულისაგან განმასხვავებელი სიმპტომები აქვს. თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული გაცილებით ხშირია, ვიდრე კუჭის წყლული და იგი შედარებით უფრო ახალგაზრდებში გვხვდება.

თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დროს ტკივილი აღინიშნება ჭიპს ოდნავ ზევით და მარჯვნივ; საჭმლის მიღებიდან რამდენიმე საათის შემდეგ თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულს ახასიათებს სწორედ ღამით და მშიერზე ტკივილი. საჭმლის მიღების შემდეგ 2—4 საათის განმავლობაში ხშირად ავადმყოფს ჩივილები არა აქვს. საერთოდაც პერიოდული გამწვავება (გაზაფხულსა და შემოდგომაზე) და ხანგრძლივი ნათელი პერიოდები სწორედ დამახასიათებელია თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულისათვის.

მუცლის წინა კედელზე ჭიპს ოდნავ ზევით და მარჯვნივ აღინიშნება პერკუტორული მტკივნეულობა. ზოგჯერ ასეთივე მტკივნეულობა შეიგრძნობა გულმკერდის X—XII მალის დონეზე ან გულმკერდის XII და წელის პირველი მალის დონეზე მარჯვნივ.

თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დროს ავადმყოფთა $^3/_4$ აღენიშნება კუჭის მეაობის საგრძნობი მომატება. საერთო მეაობა ზოგჯერ 80—120 აღწევს.

თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დროს რენტგენოლოგიურად ხშირად აღინიშნება მომცრო ოდენობის ნიშა. ზოგჯერ იგი შედარებით განიერი ნიშის გაგრძელებას წარმოადგენს, რაც წყლულის პენეტრაციაზე მიუთითებს. მეტწილად აღინიშნება წყლულის მეორადი ნიშნები, თორმეტგოჯა ნაწლავის ბოლქვის სხვადასხვა ფორმის დეფორმაცია. იგი წყლულის შედეგად განვითარებული ღრმა ცვლილებების შედეგია.

დ ი ა გ ნ ო ზ ი. წყლულოვანი დაავადების ამოცნობაში უაღრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს: გ უ ლ დ ა ს მ ი თ, მ ე ტ ა დ დ ა წ ვ რ ი ლ ე ბ ი თ დ ა ს წ ო რ ა დ შ ე კ რ ე ბ ი ლ ა ნ ა მ ნ ე ს ს (ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში ყოველთვის ერთსა და იმავე წერტილში, დაკავშირებული ზუსტად საჭმლის მიღებასთან ან „მშიერი“ და „ღამით“ ტკივილი, სისხლიანი პირღებინება, კუპრისფერი განავალი; ზოგი სახის დისპეფსიური მოვლენები: კუჭის წვა, გულძმარვა, მეავედ ბოყინი და მეავედ პირწყალი, განსაკუთრებით უზმოზე გულისრევა, შეკრულობა და სხვ.); ა დ გ ი ლ ო ბ რ ი ვ ი გ ა მ ო კ ვ ლ ე ვ ი თ მ ი ღ ე ბ უ ლ ზ ო გ ი ე რ თ მ ო ნ ა ც ე მ ს (ანის პიგმენტური ცვლილებანი სათბურის ხშირი ხმარებით, ზოგჯერ თვალით შესამჩნევი კუჭის პერისტალტიკა მუცლის

ზუსტად ერთსა და იმავე არეში მტკივნეული წერტილი, აქვე აწეული მგრძნობელობა და კუნთთა შედარებით მეტად გამოხატული დაჭიმულობა, ზოგჯერ ანთებადი ინფილტრატის გასინჯვა და სხვ.); კუჭის წვენის გამოკვლევას (მეტწილად მომატებული მჟაობა; თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დროს ავადმყოფთა სამ მეოთხედში და გაცილებით მაღალი ციფრებით. კუჭის წყლულის დროს ავადმყოფთა მხოლოდ ერთ მესამედში ჰიპერსეკრეცია. ლორწო, ხშირად სისხლი); განავლის გამოკვლევას (პერიოდულად სისხლი) და განსაკუთრებით რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას (ნიშა, დეფორმაცია, სტენოზი, ევაკუაციის მოშლა ან სხვა ნიშნები).

ყოველდღიურ პრაქტიკაში წყლულოვანი დაავადების ამოცნობის მხრივ გვხვდება ამ დაავადების სამი კატეგორია.

ერთი ჯგუფის ავადმყოფებს აღენიშნებათ წყლულოვანი დაავადების პირდაპირ კლასიკური ნიშნები: მშიერზე ტკივილი, რომელიც პერიოდულად მეორდება, მომატებული მჟაობა, სისხლიანი პირღებინება, კუპრისფერი განავალი. რენტგენოლოგიურად ნიშა ან სხვა უტყუარი ნიშანი (დეფორმაცია. სტენოზი). რა თქმა უნდა, ასეთ შემთხვევაში დაავადების ამოცნობა ადვილია.

მეორე ჯგუფის ავადმყოფებს არ აქვთ წყლულოვანი დაავადების ასეთი ტიპიური ნიშნები. მაგრამ დაწვრილებით შეკრებილი ანამნეზი წყლულოვანი დაავადების სასარგებლო მონაცემს იძლევა (სოდის ან ბორჯომის წყლის ხმარება); მეტად მნიშვნელოვანია სხვა ნიშნებთან ერთად გამოკვლევით მიღებული მონაცემები: ასეთ ავადმყოფებზე ზოგჯერ ეპიგასტრიუმის არეში შეიმჩნევა აწეული მგრძნობელობა, ხშირად კუნთთა სუსტად გამოხატული დაჭიმულობა და მტკივნეულობა სწორი კუნთის არეში, უფრო მარჯვნივ. მჟაობის მომატება, ზოგჯერ განავალში ფარული სისხლის აღმოჩენა (თუ იგი სხვა მიზეზით არაა გამოწვეული). რენტგენოლოგიურად ყურადღებას იპყრობს დიდი სიმრუდის ხანგრძლივად მიმდინარე საკმაოდ ძლიერი სპაზმი (მცირე სიმრუდის წყლულის დროს) ან საკონტრასტო ნივთიერების კუჭიდან ცუდი ევაკუაცია (პილორუსის სტენოზის დროს), ზოგჯერ, ცოცხალი და ღრმა პერისტალტიკის მიუხედავად, საკონტრასტო ნივთიერების დიდხანს დარჩენა კუჭში (თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დროს). შედარებით იშვიათად გვხვდება ძნელად გამოსაცნობი თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის ფორმა, რომელიც თავს იჩენს ყოველგვარი წინასწარი ნიშნების გარეშე, თითქმის სრულიად ჯანმრთელ ადამიანზე ძლიერი შეტევითი ხასიათის ტკივილით ეპიგასტრიუმის არეში ან ოდნავ მარჯვნივ. იგი მეორდება პერიოდულად, იშვიათად აღინიშნება ღამის ტკივილი, ზოგჯერ ღებინება, შეიძლება სისხლიანიც. გარკვეულ დახმარებას რენტგენოლოგიური გამოკვლევა გვიწევს.

მესამე ჯგუფის ავადმყოფებში უსიმპტომოდ მიმდინარე წყლულოვანი დაავადების დროს, ცხადია, წყლულის აღმოჩენა კიდევ უფრო ძნელია. დაწვრილებით და რამდენჯერმე გამოკითხვის შემდეგ მათ შეიძლება აღენიშნებოდეთ მხოლოდ მეტად უმნიშვნელოდ გამოხატული დისპეფსიური მოვლენები, იშვიათად კუჭის წვა და შეიძლება ზოგჯერ სოდის მიღებაც. დაავადება პილორუული წყლულის დანაწიბურების შემთხვევაში თავს იჩენს უკვე სტენოზის გამოვლინების სახით. „მუნჯად“ მიმდინარე წყლულის პირველდაწყებითი ნიშნები შეიძლება იყოს ისეთი მძიმე და კატასტროფული გართულება, როგორიც არის სისხლდენა. ან პერფორაცია. ფარულად მიმდინარე წყლულის დროს, როგორც ს. იუდინი სამართლიანად ამბობს, თუ ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობის დროს

ანამნეზიდან ყურადსაღები ცნობების მიღება მხოლოდ 3%-ში აღინიშნება, პერფორაციის ან სისხლდენის დროს ავადმყოფის გამოკითების შემდეგ ეს პროცენტი 12-მდე იზრდება.

ფარულად მიმდინარე წყლულის დროს კუჭის წვენისა და განავლის სისტემატური გამოკვლევით შეიძლება აღმოჩენილ იქნეს სისხლი, მაგრამ ავადმყოფი მეტწილად ასეთ გამოკვლევას არ აწარმოებს, რადგან მას არა აქვს შემაწუხებელი ტკივილი.

დიფერენციული დიაგნოზი. წყლულოვანი დაავადების დროს დიფერენციული დიაგნოზის გატარება გვჭირდება კუჭის დაავადებებთან: გასტრიტთან, პილოროსპაზმთან, კუჭის დაშვებასთან, კუჭის კიბოსთან, კუჭის ნეიროზულ დაავადებებთან, კუჭის სიფილისთან, კუჭის ტუბერკულოზთან, კუჭის პოლიპთან (ან პოლიპოზთან), ტაბესურ კრიზთან; მეზობელი ორგანოების დაავადებებიდან: ქოლეცისტიტთან, აპენდიციტთან.

გასტრიტის, პილოროსპაზმის, კუჭის ნეიროზული დაავადებებისა და გასტროფტოზის წყლულისაგან გარჩევაში დიდ დახმარებას გვიწევს ანამნეზი. წყლულოვანი დაავადების პერიოდული მიმდინარეობა ნათელი პერიოდებით. ტკივილი საჭმლის ხარისხთან და მის მიღებასთან დაკავშირებით. მეტწილად ზუსტად გარკვეულ ადგილას მტკივნეული წერტილების არსებობა ეპიგასტრიუმის არეში. კუჭის წვენში და განავალში სისხლის აღმოჩენა პერიოდულად, რენტგენოლოგიურად ნიშის ან წყლულისათვის დამახასიათებელი სხვა ნიშნების დადგენა. ფუნქციური ცვლილებების მოსახსნელად რენტგენოლოგიური გამოკვლევის წინ პილოროსპაზმის დროს საჭიროა ატროპინიზაცია.

კუჭის კიბოსა და წყლულის ურთიერთშორის გარჩევა მეტწილად ხერხდება. ამასთან არ უნდა დავივიწყოთ ისიც, რომ არ არსებობს აბსოლუტური ნიშნები, რომლებიც მათ ურთიერთშორის დიფერენცირებაში ყოველთვის უტყუარი იყოს. კუჭის კიბო შედარებით უფრო შუა ხნის და ხანში შესულ ასაკში გვხვდება, ვიდრე წყლულოვანი დაავადება. წყლულის დროს, როგორც წესი, ავადმყოფს კარგი მადა და კარგი საერთო მდგომარეობა აქვს. კიბოს დროს -- უმადობა, საერთო მდგომარეობა თანდათან, მაგრამ პროგრესულად უარესდება. საჭმლის მიღების შემდეგ კიბოს შემთხვევაში ავადმყოფს აწუხებს უსიამოვნო შეგრძნება (ე. წ. დისკომფორტის მოვლენები) და არა ერთსა და იმავე მიდამოში ტკივილი, ისიც გარკვეული დროის გავლის შემდეგ. როგორც ამას წყლულის შემთხვევაში აქვს ადგილი. წყლულის დროს მჟაობა ნორმალური ან მომატებულია, კიბოს დროს აღინიშნება მარილმჟავას დაქვეითება ან სრული აქილია. წყლულოვანი დაავადების დროს ავადმყოფს განავალში პერიოდულად აღენიშნება სისხლი. კიბოს შემთხვევაში განავალში ფარული სისხლის არსებობას მუდმივად აქვს ადგილი. დიდ დახმარებას გვიწევს რენტგენოლოგიური გამოკვლევა (წყლულის დროს ნიშა, კიბოს დროს ავსების დეფექტი). მათ ურთიერთგარჩევისას შეიძლება შეცდომას ექნეს ადგილი. ნიშის მსგავსი ჩაღრმავება კუჭის კიბოს შემთხვევაშიც აღინიშნება, მაგრამ ამ დროს (როგორც ზევით იყო აღნიშნული) ნიშა გაცილებით დიდი დიამეტრის, ზერელეა, ზოგჯერ დაკბილული კიდეებით.

დიდი კალოზური, ირგვლივ ანთებითი კიდეების მქონე, მით უფრო ჯორჯალში ანთებითი პროცესის შედეგად გადიდებული ლიმფური კვანძების არსებობისას ხშირად მეტად ძნელია კუჭის წყლულის გარჩევა კიბოსაგან. საბოლოოდ სწორ პასუხს მხოლოდ მიკროსკოპული გამოკვლევა იძლევა.

კუჭის სიფილისის წყლულოვანი ფორმა ჩამოჰგავს წყლულოვან დაავადებას, მაგრამ გარჩევაში გვშველის: ანამნეზი, ვასერმანის დადებითი რეაქცია. კუჭის სიფილისი ფრიად იშვიათი დაავადებაა. ასევე კუჭის ტუბერკულოზის წყლულოვან დაავადებასთან გარჩევაში შეიძლება დაგვეხმაროს ორგანიზმში ტუბერკულოზური კერის არსებობა.

კუჭის პოლიპს ზოგჯერ ახასიათებს წყლულოვანი დაავადების ზოგიერთი ნიშანი, სისხლდენა. დისპეფსიური მოვლენები, მით უფრო თუ გასტრიტსაც აქვს ადგილი. დახმარებას გვიწევს წყლულოვანი დაავადების ტიპიური ანამნეზი და მაღალკვალიფიციური რენტგენოლოგიური გამოკვლევა.

ტაბესური კრიზი ზოგჯერ წააგავს თორმეტგოჯა ნაწლავის დროს არსებულ კრიზებს. დიაგნოზის დასმაში გვშველის ანამნეზი, ვასერმანის დადებითი რეაქცია, ზოგიერთი ნევროლოგიური მონაცემი: ანიზოკორია, გუგების რეფლექსის მოსპობა სინათლეზე, მისი შევიწროება და კონვერგენციის რეფლექსის შენარჩუნება (არჯილ-რობერტსონის სიმპტომი), მუხლის რეფლექსების ასიმეტრია ან მისი მოსპობა და სხვ.

წყლულოვან დაავადებასთან ქოლეცისტიტის გარჩევაში დახმარებას გვიწევს ქოლეცისტიტის დროს უმიზეზო ტკივილის არსებობა, რომელიც არაა დაკავშირებული საჭმლის მიღებასთან, ისე როგორც წყლულის დროს. ტკივილს ადგილი აქვს ნაღვლის ბუშტის არეში და ზოგჯერ აქვე შეიგრძნობა გადიდებული და მტკივნეული ნაღვლის ბუშტი. კენჭოვანი ქოლეცისტიტის დროს ტკივილი შეტევითი ხასიათისაა, ირადიაციით მარჯვენა ბეჭში. ქოლეცისტიტს ახასიათებს აგრეთვე ფრენიკუსის დადებითი ნიშანი, რაც წყლულის დროს არ გვხვდება. ანამნეზიდან ირკვევა წარსულში ხშირად მსგავსი ტკივილისა და სიყვითლის არსებობა. ქოლეცისტიტს ხშირად ახლავს ტემპერატურის მომატება, წყლულს კი არა. ქოლეცისტიტის დროს დუოდენური ზონდირებით ნაღველში აღინიშნება ანთებისათვის დამახასიათებელი ცვლილებები (ჩირქი, ლეიკოციტები დიდი რაოდენობით). რენტგენოლოგიური გამოკვლევით თორმეტგოჯა ნაწლავში, როდესაც ნიშას ვერ ნახულობენ, ნაწლავის დეფორმაცია ყოველთვის წყლულის მაჩვენებელი არაა და იგი შეიძლება გამოწვეული იყოს ქოლეცისტიტისა და პერიქოლეცისტიტის შედეგად განვითარებული ნაწიბურებით და პერიდუოდენიტით. ასეთ შემთხვევაში დაგვეხმარება წყლულისათვის დამახასიათებელი ტიპიური ანამნეზი. წყლული მეტწილად მამაკაცების ხვედრია, ქოლეცისტიტი კი ქალებისა.

ქრონიკული აპენდიციტის დროს ზოგჯერ ეპიგასტრიუმის არეში აღინიშნება ტკივილი, ისე როგორც დაბალი მდებარეობის თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის შემთხვევაში. მტკივნეული წერტილები შეიძლება აპენდიციტის გვეგონოს. არც ისე იშვიათია ორივე ამ დაავადების ერთდროული არსებობაც. ამიტომ ხშირად წყლულოვანი დაავადების დროს ავადმყოფს აპენდექტომია უკვე გაკეთებული აქვს, მაგრამ, რა თქმა უნდა, იგი სრულებითაც ვერ ამცირებს წყლულოვან ტკივილს. ამ ორი დაავადების ურთიერთგარჩევაში გვეხმარება წყლულოვანი დაავადების ანამნეზი. კუჭის წვენის მხრივ ცვლილებები და რენტგენოლოგიური გამოკვლევა.

პ რ ო გ ნ ო ზ ი. წყლულოვან დაავადებას ქრონიკული მიმდინარეობა აქვს. თუ ადგილი არ ექნა მძიმე და სიცოცხლისათვის საშიშ გართულებებს, დაავადების გამოსავალი მეტწილად ცუდი არაა.

წყლულოვანი დაავადების გართულებანი

წყლულოვან დაავადებას ხშირად მეტად მძიმე გართულებანი ახასიათებს. ზოგი მათგანი, განსაკუთრებით თავისი ვერაგული მიმდინარეობით, საფრთხეს უქმნის ადამიანის სიცოცხლეს. წყლულოვანი დაავადების გართულებებია: კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორირებული წყლული; წყლულოვანი წარმოშობის გასტროდუოდენური სისხლდენა; წყლულის გადაგვარება კიბოდ; წყლულის შეღწევა მეზობელ ორგანოში; პილორუსის სტენოზი ან სხვა სახის ნაწიბუროვანი ცელილებანი. ქირურგისათვის განსაკუთრებით საინტერესოა სწორედ წყლულოვანი დაავადების შემდეგ განვითარებული გართულებანი. ამიტომ ზოგ მათგანს შედარებით დეტალურად განვიხილავთ.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაციული წყლული

კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის ქვეშ გულისხმობენ წყლულოვანი დაავადების ისეთ გართულებას, როდესაც წყლული თავისი პროგრესულობის გამო მიუახლოვდება სეროზულ გარსს, ეს უკანასკნელი კი ვერ მოასწრებს რომელიმე მეზობელ ორგანოსთან შეზრდას, ადვილად გაიღრღნება და წყლული პერიტონეუმის ღრუში გაიხსნება. უძველესი წერილობითი ცნობა პერფორაციის შესახებ შეიძლება მიეკუთვნოს 1670 წელს, როცა მადამ ლაფაეტი აღწერს ჰერცოგის ქალის ანა გენრიეტას სიკვდილს. მისი სიკვდილის მიზეზი ყოფილა: „კუჭზე ხვრელი, საიდანაც მუცლის ღრუში გადმოდიოდა კუჭის შიგთავსი“ (ვ. პეტრუშევსკი).

პერფორაციის ორი მთავარი სიმპტომის (უეცარი ძლიერი ტკივილი, მუცლის კედლის დაჭიმულობა) შედარებით ვრცელი აღწერა ეკუთვნის ტრავერს (1806).

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია წარმოადგენს წყლულოვანი დაავადების ერთ-ერთ მძიმე გართულებას და ადამიანის სიცოცხლეს საფრთხის წინაშე აყენებს. პერფორაცია წყლულოვან დაავადების შემთხვევათა 10—20%-ში გვხვდება. მუცლის მწვავე ქირურგიულ დაავადებათა შორის სიხშირის მიხედვით მას მესამე ადგილი უჭირავს (პირველ ადგილზეა მწვავე აპენდიციტი, მეორეზე — ნაწლავის მწვავე გაუვალობა).

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია ვითარდება უეცრად, რაც ექიმს განსაკუთრებულ პასუხისმგებლობას აკისრებს დროული დიაგნოზისა და გადაუდებელი ოპერაციის საქმეში. მცდარი ან დაგვიანებული დიაგნოზი ამ დროს თითქმის იგივეა, რაც სასიკვდილო განაჩენი, რადგან ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფის გადარჩენა მეტად საეჭვოა.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის დროს სიკვდილის მიზეზია უმძიმესი მწვავე პერიტონიტი, რომლის განვითარებისათვის 5—6 საათი, ზოგჯერ მეტი ან ნაკლები დროა საჭირო, იმისდა მიხედვით, ჩაღვრილი შიგთავსი სტერილურია თუ ვირულენტურ მიკროორგანიზმებს შეიცავს. პერფორირებული ხვრელიდან კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის შიგთავსის თავისუფალ ღრუში გამოსვლა, რომელსაც განსაკუთრებით ადგილი აქვს მცირე სიმრუდის. აგრეთვე კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წინა კედლის წყლულის პერფორაციის დროს, იწვევს პერიტონიტს. შიგთავსი, მოქმედებს რა პერიტონეუმზე, პირველ საათებში იძლევა უმთავრესად მის ფიზიკურ და ქიმიურ. ხოლო მოგვიანებით (4—5 საათის შემდეგ) ბაქტერიულ გაღიზიანებას. ამიტომ

ასეთ შემთხვევაში უმეტესად პერფორაციის კლინიკური სურათი იმდენად ხათელია, რომ იგი ეჭვს არ იწვევს ექიმში.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის გამოცნობა დაავადების დასაწყისში შედარებით ადვილია, ვიდრე მოგვიანებით ან ატიპიური ფორმის (მიფარებული პერფორაციის) დროს. ეს ძირითადად იმიტომ, რომ გასტროდუოდენური შიგთავსი პერფორაციიდან რამდენიმე ხნის გავლის შემდეგ პერიტონეუმის მარჯვენა არხით ილეოცეკალურ მიდამოში გადაინაცვლებს, პერიტონიტი კი დიფუზურ ხასიათს ღებულობს. ამიტომ ასეთ შემთხვევაში ექიმს განსაკუთრებული სიფრთხილე მართებს.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციას, ისე როგორც თვით წყლულოვან დაავადებას, უფრო ხშირად ადგილი აქვს მამაკაცებში, წყლულის პერფორაცია 10—20-ჯერ ხშირია ვაჟებში, ვიდრე ქალებში. მშვიდობიან პერიოდში ეს განსხვავება ძლიერ მკვეთრადაა გამოხატული და, შეიძლება ითქვას, რომ ქალებში პერფორაციას ფრიად იშვიათად აქვს ადგილი, მაშინ როდესაც ომიანობის დროს შემჩნეულია ქალებში პერფორაციის რაოდენობის შედარებითი მომატება. ამ უკანასკნელის მიზეზად სხვა ფაქტორთა (ნერვო-ფსიქიკური ძვრები) შორის ზოგიერთები ომის დროს საავადმყოფოებში მამაკაცთა კონტიგენტის სიმცირეს ასახელებენ.

რაც შეეხება ასაკს, წყლულოვანი დაავადება, როგორც ცნობილია, უფრო ხშირად 20—40 წლის ასაკის დაავადებად ითვლება და პერფორაციაც სწორედ ამ ასაკში უფრო მეტად გვხვდება. წყლულოვანი პერფორაცია შეიძლება შეგვხვდეს ახალგაზრდებშიც და მოხუცებშიც. ხანში შესულთა შორის პერფორაციის მიზეზი იშვიათად, მაგრამ შეიძლება იყოს არა წყლული, არამედ კიბო.

მეტი წილი ავტორების მონაცემებით, ლოკალიზაციისა და სიხშირის მიხედვით მნიშვნელოვნად (10-ჯერ) ჭარბობს თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია, ვიდრე კუჭის პილორული და პრეპილორული წყლულის, რაოგან თორმეტგოჯა ნაწლავი თხელია და ღვიძლისა და მუცლის წინა კედლის გაჰუდმებითი სუნთქვითი მოძრაობის გამო ადგილი არა აქვს შეხორცებას.

თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაციული წყლული, რომელიც უფრო ხშირია ახალგაზრდებში, ნაწლავის წინა ზედაპირზე და პილორუსიდან 2—3 სანტიმეტრზე თავსდება. იან ნელიუბოვიჩი (1961) კუჭის პერფორაციას უფრო ხშირად აღნიშნავს, ვიდრე თორმეტგოჯა ნაწლავისას.

თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პილორული წყლულისაგან გარჩევა ყოველთვის ადვილი არაა, რადგან მათ შორის მდებარე პილორული ვენის აღმოჩენა ხშირად ძნელია.

კუჭის პერფორაციული წყლული, რომელიც ხშირია ხანში შესულებში, პილორულ და პრეპილორულ ნაწილში ლოკალიზდება. იშვიათად მცირე სიმრუდეზე და კარდიის მიდამოში აღინიშნება.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის ურთიერთშორის დიფერენციაციისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ასაკს, რაც ყოველთვის მხედველობაში უნდა მივიღოთ; კუჭის წყლულის პერფორაცია უფრო ხშირად 30—60 წლის ასაკშია აღნიშნული, პილორო-დოუდენური წყლულის კი—20—40 წლის ასაკში. პერფორაციას უფრო ხშირად კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წინა კედელი განიცდის (სურ. 39). უკანა კედლის წყლული მეტწილად კუჭუკანა ჯირკვალშია პენეტრირებული, რის გამოც თავისუფალ მუცლის ღრუში მის პერფორაციას იშვიათად აქვს ადგილი. პერფორაციული წყლული ჩვეულებრივ

ერთია, ერთდროულად ორი ან სამი წყლული იშვიათად განიცდის პერფორაციას. პერფორაციული ხვრელი ზედმიწევნით მცირეა და ზოგჯერ მისი დანახვაც კი ძნელია. ხშირად პერფორაციული ხვრელი 0,3—0,5 სანტიმეტრია. პერფორაციული ხვრელის სიდიდეზე ზოგჯერ მოქმედებს პილორო-დუოდენური ნაწილის შევიწროება და კუჭის შიგთავსის რაოდენობა, რომელიც პერფორირებული ხვრელიდან გამოსცლით პერფორირებულ ხვრელს აგანიერებს. ამიტომ იშვიათად, ნაგრამ მაინც პერფორირებული ხვრელის დიამეტრი შეადგენს 1—2 სანტიმეტრს აღწევდეს. ორი სანტიმეტრის დიამეტრით პერფორირებული ხვრელის არსებობა არც ისე ხშირია. კუჭის, ისიც დიდი ოდენობის პერფორაციის დროს (მით უფრო საკმაო მანძილზე ტრანსპორტირებისას) ვითარდება უმძიმესი ფორმის პერიტონიტი.

პერფორირებული წყლულის კიდეები შეშუპებულია, სეროზულ გარსზე კი ამა თუ იმ ოდენობის დეფექტი აღინიშნება.

პერფორაციის ადგილას პერიტონეუმი ჰიპერემიულია, პირველ ხანებში იგი ფიბრინის, მოგვიანებით კი ჩირქოვანი ნადებითაა დაფარული.

ჩვენში შემჩნეულია კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაციის შემთხვევების გახშირება მაპრისა და ისეთი საკვების მიღების შემდეგ, რომელსაც თან სდევს მუცლის შებერვა დუღილისა და აირების წარმოშობის შედეგად (შემოდგომის პერიოდში), პერფორაციის შემთხვევები მატულობს აგრეთვე ადრე გაზაფხულზე. პერფორაციის უშუალო მიზეზები შეიძლება გახდეს წყლულოვანი ანთებითი პროცესის სწრაფი პროგრესულობა, ანდა წყლულის არეში გათხელებული ნაწიბუროვანი ფსკერის გახევა. ზოგჯერ პერფორაციის ხელშემწყობი მიზეზებია კუჭის გადავსება საკვებით და ბევრი სითხით, საკვების მიღებისთანავე ძლიერი ფიზიკური დატვირთვა, კუჭის ამორეცხვა, რენტგენოსკოპია საკონტრასტო მასით, ფიზიკური დატვირთვა და სხვა.

რადგან პერფორაციას ზოგჯერ ხელს უწყობს წყლულის ზონაში ანთების პროგრესულობა, ამიტომ პერფორაციულ პერიოდში აღინიშნება ტკივილის გამწვავება. საკმაოდ ხშირია პერფორაცია წყლულის ყოველგვარი გამწვავების გარეშე.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაციული წყლულის კლინიკური დიაგნოზი საკმაოდ ცნობილ სიმპტომოკომპლექსთა საფუძველზე ისმება. პერფორაციის ნიშნები შემდეგი თანმიმდევრობით განიხილება.

წ ყ ლ უ ლ ო ვ ა ნ ი ა ნ ა მ ნ ე ზ ი. კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაციის იმ შემთხვევაში, როდესაც წყლულით დაავადებული ავადმყოფი თვითონ მოგვითხრობს, რომ იგი ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ავადმყოფობს, ცხადია, ამ დროს პერფორაციის გამოცნობა შედარებით ადვილია.

ხშირად პერფორაციაზე საეჭვო მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფს არ გააჩნია წყლულოვანი დაავადების დიაგნოზი. არ აქვს ამ მხრივ ჩატარებული სპეციალური გამოკვლევა. მაგრამ გულდასმით შეკრებილი ანამნეზით (თუ ავადმყოფი შოკის მდგომარეობაში არაა და ანამნეზის შეკრება ხერხდება) ირკვევა, რომ ავადმყოფს ადრე აღენიშნებოდა კუჭის კატარის მოვლენები, ხმარობდა ხოლმე სოდას, ბორჯომის წყალს, ვერ იტანდა მაგარ სასმელს, აწუხებდა კუჭის წვა, გულძმარვა, მჟავედ ბოყინი, ზოგჯერ ღებინება, მშიერზე და ღამით ტკივილი. წყლულოვანი დაავადების დიაგნოზი უფრო ნათელი ხდება იმ შემთხვევაში, თუ ავადმყოფს ადრე აღენიშნებოდა სისხლით ღებინება ან შავი კუპრის ფერის განავალი (წყლულიდან პროფუზული სისხლდენის შედეგად).

არსებობს აგრეთვე ავადმყოფთა ისეთი კატეგორია, რომლებსაც ანამნე-

ზის ყოველმხრივი გულდასმითი შეკრების მიუხედავად, არ შეუძლიათ მიუთითონ წარსულში არც ერთ ისეთ ნიშანზე, რომელიც ეჭვს იწვევდეს და მიუთითებდეს წყლულის არსებობაზე. უფრო მეტიც, მათ შეიძლება ამის შესახებ არ იცოდნენ. არ გრძნობდნენ და არც ეჭვობდნენ წყლულის არსებობის შესახებ რადგან წყლულოვანი დაავადება ზოგჯერ მართლაც უსიმპტომოდ და ყოველგვარი წყლულოვანი ანამნეზის გარეშე მიმდინარეობს. წყლულის მანიფესტაცია შეიძლება პირველად მოხდეს მისი პერფორაციის დროს. იშვიათად წყლულოვანი ანამნეზი არ აღინიშნება კუჭის ძველი კალოზური წყლულის დროსაც.

პერფორაცია ხშირად (როგორც წესი) ქრონიკულად მიმდინარე წყლულოვანი დაავადების გართულებაა.

ავადმყოფის ინდივიდუალური თავისებურების გამო ნაკლები ჟურადღებით აღნუსხული ნიშნების მქონე წყლული ან სავსებით უსიმპტომო ე. წ. „მუნჯი მუცელი" არ უარყოფს წყლულის არსებობას.

მწვავე წყლულის პერფორაცია, მართალია, გამორიცხული არაა, მაგრამ მას შედარებით იშვიათად აქვს ადგილი.

პერფორაციის დიაგნოზის დასმისათვის წყლულოვანი ანამნეზი ერთ-ერთი მთავარი ნიშანია, მაგრამ მისი უარყოფა არ გამორიცხავს პერფორაციის არსებობას, რადგან ზოგჯერ, როგორც აღვნიშნეთ, პერფორაციას განიცდის ე. წ. „მუნჯი წყლული", რომლის არსებობის შესახებ არ იცის თვით ავადმყოფმა.

უნდა აღვნიშნოთ, რომ ზოგჯერ პერფორაციას განიცდის არა მარტო ანამნეზურად „მუნჯი წყლული", არამედ რენტგენოლოგიური გამოკვლევით აღმოუჩენელი წყლულიც.

მიუხედავად ამისა, პერფორაციის დიაგნოზის დასმაში წყლულოვანი დაავადების ანამნეზს განსაკუთრებული მნიშვნელობა უნდა მიეცეს. ს. ს. იუდინი აღნიშნავს, რომ მხოლოდ ავადმყოფთა 10—12 პროცენტი უარყოფს პერფორაციამდე კუჭით დაავადებას, მაგრამ თუ ამ ავადმყოფებს საავადმყოფოდან გაწერის წინ, როდესაც მძაფრი ტკივილები გაუვლის, გულდასმით და ბოთმინებით გამოკითხავთ, აღმოჩნდება, რომ პერფორაციამდე მხოლოდ 2—3 პროცენტს არ ჰქონია წყლულისათვის დამახასიათებელი ნიშნები. საერთოდ, წყლულოვანი ანამნეზი პერფორაციული წყლულის 85% თითქმის ყოველთვისაა გამოხატული.

ტ კ ი ვ ი ლ ი იმდენად ძლიერია, რომ მას „მუცელში ხანჯლის ჩაცემას" ადარებენ ან თითქოს მდუღარე დაასხეს ნაწლავებზე. ტკივილის სიძლიერის გამო ავადმყოფს აღარ შესწევს ფეხზე დგომის უნარი, იგი მაშინვე ჯდება ან წვება. მკვეთრი ტკივილი პერფორაციული წყლულის 90%-ში აღინიშნება.

ტკივილის სიმძაფრის გამო პირველ საათებში ავადმყოფი ზოგჯერ შოკის მდგომარეობაშია და ვერ ლაპარაკობს, ამიტომ ასეთ შემთხვევაში ანამნეზის შეკრებაც გაძნელებულია.

კუჭის წყლულის პერფორაციის დროს ტკივილი (ძირითადად დასაწყისში) ეპიგასტრიუმის არეში ლოკალიზდება ჭიპთან ახლოს, შუახაზიდან ოდნავ მარჯვნივ, თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის დროს კი უფრო მარჯვნივ ნეკნთა რკალის ქვეშ. მოგვიანებით ტკივილი ვრცელდება მთელ მუცლის არეში.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის დროს ტკივილების თანდათანობით განვითარებას ადგილი არა აქვს. იშვიათ შემთხვევა-

ში იგი შეიძლება აღინიშნებოდეს როგორც გამონაკლისი. პერფორაციის დროს, როგორც წესი, დასაწყისშია უძლიერესი ტკივილი. 4—5 საათის შემდეგ მეტწილად აღინიშნება ტკივილის ინტენსივობის მნიშვნელოვანი შემცირება, ვითარდება მოჩვენებითი გაუმჯობესების პერიოდი, რამაც შეცდომით შეიძლება წყლულის პერფორაციის დიაგნოზი გადაგვაფიქრებინოს.

მართალია, პერფორაცია უფრო ხშირად ყოველგვარი პროდრომალური მოვლენების გარეშე ვითარდება, მაგრამ ზოგჯერ, როგორც უკვე იყო მითითებული, ავადმყოფები აღნიშნავენ პერფორაციის წინა დღეებში ტკივილის გაძლიერებას და სუბფებრილურ ტემპერატურას.

თუ ტკივილი პერფორაციის აბსოლუტურ სიმპტომს წარმოადგენს, სამაგიეროდ მისი ირადიაცია, მარჯვენა მხარში, ბეჭში ან ლავიწში, რომელიც კუჭიდან გამოსული შიგთავსით დიაფრაგმის ნერვის გაღიზიანების შედეგია, აღინიშნება სხვა დაავადების დროსაც (დიაფრაგმული პლევრიტი, პერფორაციული ქოლეცისტიტი, მწვავე პანკრეატიტი, აპენდიკულარული პერიტონიტი, საშვილოსნოსგარე ორსულობა და სხვ.). ამიტომ ფრენიკუს სიმპტომი პერფორაციის დროს მხოლოდ დამხმარე ნიშანია, ყოველთვის შეიძლება არ აღინიშნებოდეს და მისი აღნუსხვისათვის ავადმყოფს უნდა შევეკითხოთ მხოლოდ სად გადაეცემა მუცლის ტკივილი და ჩვენ თვითონ არ მივუთითოთ ტკივილის ირადიაციის ადგილის შესახებ.

არიან ავტორები, რომლებიც ამტკიცებენ, რომ ტკივილის მხარში ირადიაცია პერფორაციის დროს საკმაოდ ხშირი სიმპტომია. ეტყობა, მისი ამოცნობისათვის საჭიროა ავადმყოფს რამდენჯერმე ჩავეკითხოთ. უნდა გავითვალისწინოთ ისიც, რომ ტკივილი ზოგჯერ შეიგრძნობა არა მარტო მხარში, არამედ უფრო ფართო არეში (ბეჭში, ლავიწის მიდამოში) და პერფორირებული წყლულის ადგილის მიხედვით ხან მარცხნივ, ხან მარჯვნივ.

მ უ ც ლ ი ს კ ე დ ლ ი ს დ ა ჭ ი მ უ ლ ო ბ ა პერფორაციის ერთ-ერთ უტყუარ ნიშანს წარმოადგენს და გამოხატულია განსაკუთრებით მკვეთრად. მსგავსი სახის დაჭიმულობას არ იძლევა მუცლის ღრუს არც ერთი სხვა მწვავე ქირურგიული დაავადება.

კარგად განვითარებული კუნთოვანი სისტემის მქონე პირებში და გამხდრებში კუნთთა დაჭიმულობა აღინიშნება დახედვითაც. ორიეე სწორი კუნთი გამოსახულია მკვეთრად გარდიგარდმო ღარებით მყესოვანი ტიხრების შესაბამისად, რადგან სწორი კუნთის კუნთოვანი ნაწილები იკუმშება, ხოლო მყესოვანი ნაწილები შეუცვლელი რჩება. დათვალიერებით მუცლის კუნთების დაჭიმულობის განსაზღვრა შეიძლება ავრეთვე სუნთქვით მოძრაობაში მუცლის პრესის მონაწილეობის შემოწმებით. პერფორაციის შემთხვევაში მუცლის კუნთების დაჭიმულობის დროს შესუნთქვისას გულმკერდი აიწევა ზევით, ხოლო მუცელი შეწეული და ჩავარდნილი რჩება ნავისებურად. მუცელი, როგორც წესი, არ მონაწილეობს სუნთქვით მოძრაობაში.

კუნთთა დაჭიმულობას განსაკუთრებით კარგად ვიკვლევთ პალპაციით. დაჭიმულობას, თავისი სიძლიერის მიხედვით, სამართლიანად აღნიშნავენ ასეთი გამოთქმით: „ფიცარივით მუცელი“, „ქვასავით მუცელი“ (ი. ი. ჯანელიძე).

მუცლის კუნთთა დაჭიმულობა მუცლის ღრუში უეცრად მოხვედრილ ძლიერ გამღიზიანებლებზე საპასუხო რეაქციას წარმოადგენს და ყველაზე უფრო შეესაბამება პერფორირებული ხვრელის ადგილმდებარეობას. პირველ ხანებში იგი ძლიერაა გამოხატული ეპიგასტრიუმის არეში. პილორულ-დუოდენური

წყლულის პერფორაციის დროს დაჟიმულობა უფრო შუახაზიდან მარჯვნივაა გამოხატული, განსაკუთრებით მარჯვენა სწორი კუნთის.

მუცლის კუნთთა დაჟიმულობის ხარისხზე გავლენას ახდენს წყლულის ადგილმდებარეობა და მისი ოდენობა. შემჩნეულია, რომ კუჭის წყლულის პერფორაციის დროს, როდესაც პერფორირებული ხვრელი შედარებით დიდია, ხოლო მუცლის თავისუფალ ღრუში ხვდება მყავე რეაქციის კუჭის შიგთავსი, დაჟიმულობა უფრო მკვეთრადაა გამოხატული, ვიდრე თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაციის დროს, როცა პერიტონეუმს აღიზიანებს ტუტე ან ნეიტრალური რეაქციის შიგთავსი და პერფორირებული ხვრელი არცთუ ისე დიდია.

მუცლის კუნთთა დაჟიმულობის გამო ავადმყოფი ზოგჯერ წინისკენ მოხრილ იძულებით მდებარეობას ღებულობს.

კუნთთა დაჟიმულობა სუსტადაა გამოხატული მსუქან პირებში, რომელთაც ცხიმის მკვეთრი დაგროვება აღენიშნებათ მუცლის პრესის არეში. აგრეთვე ინფექციური დაავადებით ან საერთოდ დასუსტებულ პირებში. მაგალითად, აღნიშნულია, რომ ღენინგრადის ბლოკადის დროს პერფორაციის შემთხვევაში კუნთთა დაჟიმულობა, ორგანიზმის რეაქტიულობის დაქვეითების გამო, თითქმის არ ყოფილა გამოხატული. ფრიად იშვიათად რბილი მუცელი პერფორაციის დროს შეიძლება იყოს იმ შემთხვევაშიც, როდესაც წყლულის ინფექციით გართულებას აქვს ადგილი.

გარდა ძირითადი ნიშნებისა (უეცრად დაწყებული ძ ლ ი ე რ ი ტ კ ი ვ ი ლ ი ე პ ი გ ა ს ტ რ ი უ მ ი ს ა რ ე შ ი, ფ ი ც რ ი ს ე ბ უ რ ი მ უ ც ე ლ ი და წ ყ ლ უ ლ ო ვ ა ნ ი ა ნ ა მ ნ ე ზ ი), პერფორაციის დროს შეიძლება ადგილი ექნეს დამატებითი ნიშნების არსებობას, რომელთაც მხოლოდ დამხმარე მნიშვნელობა აქვთ. ასეთებს ეკუთვნის ცვლილებები პულსის მხრივ.

პულსი პერფორაციის პირველ საათებში ან ზოგჯერ მხოლოდ პირველ წუთებში შეიძლება იყოს შენელებული. მეტი წილი ავტორების დაკვირვებით. პულსი პერფორაციის დროს დიდ აჩქარებას არ განიცდის დიფუზური პერიტონიტის განვითარებამდე. ამიტომ ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობისა და სხვა ნიშნების არსებობის დროს პულსის უმნიშვნელოდ აჩქარება კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის სასარგებლოდ ლაპარაკობს.

ზოგიერთი ავტორის (იან ნელიუბოვიჩი და სხვ.) მიხედვით, წყლულოვანი პერფორაციის დროს პულსი შოკის პერიოდში მცირედ აჩქარებულია, შემდეგ ნორმალური ან შენელებული და ბოლოს პერიტონიტის განვითარებასთან პარალელურად განიცდის გახშირებას.

პულსის გახშირება (110—120 წუთში) პერფორაციული პერიტონიტის მძიმე ფორმების დროს გვხვდება და ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფის გადარჩენა საეჭვოა.

ტემპერატურა პერფორაციის პირველ ხანებში შეიძლება ნორმაზე დაბალი იყოს, შემდგომში—ნორმალური ან მცირედ მომატებული. 38°-ზე მეტ ტემპერატურა აღსანიშნავია პერიტონიტის პროგრესულობის დროს.

სისხლის წნევა პერიტონიტის განვითარებამდე შეიძლება ნორმის ფარგლებში იყოს. დიფუზური პერიტონიტის დროს კი სისხლის წნევა ზოგჯერ ისე მკვეთრად ეცემა, რომ ოპერაციის გაკეთებაც შეუძლებელი ხდება.

აირებზე და განავალზე მოქმედების შეწყვეტა უფრო ხშირად აღინიშნება პერფორაციისთანავე რეფლექტორული მექანიზმით, სრული შეწყვეტა მხოლოდ

ტიფუზური პერიტონიტის განვითარების დროს. ამიტომ დაავადების ამ ნიშანს პერიტონიტის განვითარებამდე ნაკლები მნიშვნელობა ენიჭება. ამიტომ წყლულის პერფორაციის პირველ საათებში განავალზე და აირებზე მოქმედების შეწყვეტაზე ლაპარაკი ძნელია. დასაწყისში ზოგჯერ აღინიშნება შარდის შეკავება და ავადმყოფს თავისით მოშარდვა არ შეუძლია.

ღებინება არ წარმოადგენს პერფორაციის დამახასიათებელ ნიშანს. იშვიათად ღებინებას შეიძლება ადგილი ექნეს თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის დროს.

დამატებითი ნიშნებიდან განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია პერფორაციის დროს ღვიძლის წინა ზედაპირზე და დიაფრაგმის ქვეშ პერფორირებული ხვრელიდან გამოსული ჰაერის დაგროვების შედეგად ღვიძლის მოყრუების გაქრობა ან პნეუმოპერიტონეუმის აღმოჩენა რენტგენის სხივებით. ამ ნიშნის არსებობა მეტწილად პერფორაციის სასარგებლოდ ლაპარაკობს, არარსებობა კი არ უარყოფს პერფორაციას.

პნეუმოპერიტონეუმის მიზეზი, კუჭის პერფორაციის გარდა, შეიძლება იყოს მსხვილი ნაწლავის ძლიერი გადაბერვა, პერიტონიტის დროს ნაწლავთა ძლიერი პარეზი, გარდიგარდმო კოლინჯის ღვიძლის წინ მდებარეობა; ტიფოზური პერფორაცია, ჭიანაწლავის პერფორაცია. ზოგჯერ ანაერობული ინფექციით გამოწვეული მწვავე აპენდიციტი, როგორც იგი აღწერილია ნ. ბლინოვის მიერ.

ღვიძლის მოყრუების გაქრობის გამოსაელინებლად საჭიროა პერკუსია ვაწარმოოთ მარცხენა გვერდზე მწოლარე ავადმყოფზე იღლიის შუახაზზე. ზურგზე მწოლარე ავადმყოფზე გამოკვლევისას ამ სიმპტომმა შეიძლება არ მოგვცეს დადებითი პასუხი და შეგვიყვანოს შეცდომაში. პერფორაციის დროს ჰაერის არარსებობის მიზეზით: ორგანოში ჰაერის არარსებობა, სუბდიაფრაგმული შეხორცებები, პერფორირებული ხვრელის შეწებება ან მიფარება, მცირე პერფორაციული ხვრელი; თორმეტგოჯა ნაწლავის ან კუჭის თაღის წყლულის პერფორაციის დროს ჰაერის მცირე რაოდენობით გამოსვლა.

რენტგენოლოგიურად პნეუმოპერიტონეუმს აღმოაჩენენ 80%-ში 5—10 მლ თავისუფალი ჰაერის არსებობისას. ჰაერის ბუშტი შეიძლება მოთავსებული იყოს ხშირად ღვიძლის წინ, შემდეგ მის ქვეშ ან გვერდზე, აგრეთვე დიაფრაგმის ქვეშ. პერფორაციის უახლოეს პერიოდში, მით უფრო პატარა ხვრელის დროს, ჰაერი საკმაო რაოდენობით ვერ ასწრებს გამოსვლას. ამიტომ ზოგჯერ 1—2 საათის შემდეგ ჩატარებული განმეორებითი რენტგენოსკოპია პნევმოპერიტონეუმს აღმოაჩენს.

პნევმოპერიტონეუმის არარსებობისას იგი შეიძლება არც ვეძებოთ, თუ კუჭში ადგილი არ აქვს ჰაერის დამახასიათებელი ბუშტის არსებობას დიაფრაგმის ქვეშ მარცხნივ.

რაც შეეხება პერფორირებული ხვრელიდან გამოსული სითხის პერიტონეუმის ღრუში აღმოჩენას, ისიც ავადმყოფის მდებარეობის შეცვლით, გარდა იმისა, რომ ეს ფრიად იშვიათ შემთხვევაშია შესაძლებელი — მიზანშეწონილი არაა სითხის გავრცელების საშიშროების გამოც.

მიუხედავად ამისა, ზოგჯერ ფრთხილი გამოკვლევით შესაძლოა მუცლის ქვედა ნაწილებში მოყრუების აღმოჩენა კუჭიდან გადმოღვრილი სითხისა და პერიტონეუმის გაღიზიანების შედეგად გამოყოფილი ექსუდატის დაგროვების

გამო. წყლულოვანი პერფორაციის დროს მეტად მნიშვნელოვანია სწორი ნაწ-ლავიდან თითით გამოკვლევისას დუგლასის სივრცეში მტკივნეულობის აღ-მოჩენა.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის დროს ავად-მყოფის მდგომარეობა მძიმეა, ავადმყოფს აქვს მკრთალი სახე ცივი ოფლით, ნაღვლიანი გამომეტყველებით და იძულებით წევს ზურგზე ან ზოგჯერ გვერდზე წინისაკენ მოხრილ მდგომარეობაში, ხშირად მუცლისაკენ მოზიდული მუხლე-ბით და იდაყვებით ეყრდნობა ბარძაყებს. ტკივილის გაძლიერების შიშით ავად-მყოფი ძნელად იცვლის მდებარეობას. კიდურები ცივია, ფრჩხილის ფალანგების ციანოზური ელფერი აქვს. სისხლში ხშირად აღინიშნება ლეიკოცი-ტოზი ჩხირბირთვიანი ნეიტროფილების მომატებით და ლიმფოციტების რიცხ-ვის შემცირებით.

ყველა ნიშნის შეჯამებით ვნახავთ, რომ პულსი პერფორაციის ადრეულ პე-რიოდში ნაკლებად შეცვლილია (მცირედ აჩქარებული, ნორმალური ან შენე-ლებული). მოგვიანებით კი დიფუზური პერიტონიტის განვითარებისას აჩქარე-ბულია და სუსტი ავსებისაა. ტემპერატურა მატულობს მხოლოდ მოგვიანებით, პერიტონიტის განვითარების დროს. სუნთქვაში მუცლის კედლის მონაწილეო-ბას ადგილი არ აქვს, ზერელე პალპაციის დროსაც კი აღინიშნება მუცლის კუნთ-თა მკვეთრად გამოხატული დაჭიმულობა და მტკივნეულობა. განსაკუთრებით ეპიგასტრიუმისა და მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში. ბლუმბერგის ნიშანი და-დებითია.

დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება წყლულოვანი ანამნეზი, მძაფრი ტკივილის უეცარი დაწყება ეპიგასტრიუმის არეში. მუცლის კუნთთა მკვეთრი დაჭიმულო-ბა, უპირატესად მის ზემო ნახევარში (თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერ-ფორაციის დროს უფრო მარჯვნივ), ღვიძლის მოყრუების შეცვლა ტიმპანიტით. წყლულოვანი ანამნეზის უარყოფა, ისე როგორც ღვიძლის მოყრუების არარსე-ბობა არ გამორიცხავს წყლულის პერფორაციას.

პერფორაციის დროს დიაგნოზური შეცდომები მოსალოდნელია პერფორა-ციის მოგვიანებულ პერიოდში, მიფარებული პერფორაციის, აგრეთვე ძლიერ მცირე ზომის პერფორირებული ხვრელის არსებობისას, როდესაც კუჭი ცარიე-ლია და პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნები შედარებით ნაკლებადაა გამო-ხატული.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის დროს დიფე-რენციულ დიაგნოზს ვატარებთ მწვავე ქოლეცისტიტთან, მწვავე პანკრეატიტ-თან, მწვავე აპენდიციტთან და ზოგიერთ იმ დაავადებასთან, რომლებიც ყალბი მწვავე მუცლის სიმპტომებს იძლევიან. პილორული და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია მარჯვენა ნეკნთა რკალის ქვეშ ტკივილის ირადიაციით შეიძლება წააგავდეს ქოლეცისტიტს.

მწვავე ქოლეცისტიტისათვის დამახასიათებელია ტემპერატურის მომატება, ღებინება; ტკივილი ლოკალიზდება მარჯვენა ნეკნქვეშა მიდამოში, რომელიც თითქმის მუდმივად ირადიაციას იძლევა მარჯვენა მხარში და მარჯვენა ბეჭში (ამ სიმპტომს ადგილი აქვს პერფორაციის დროსაც, მაგრამ ნაკლებად). აღინიშ-ნება კუნთთა დაჭიმულობა, რომელიც უფრო მარჯვენა ნეკნქვეშა მიდამოშია გა-მოხატული, თუმცა შედარებით უფრო ნაკლებ, ვიდრე პერფორაციის დროს. ზოგჯერ ისინჯება აგრეთვე გადიდებული და მტკივნეული ნაღვლის ბუშტი.

დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება წარსულში მსგავსი შეტევის და ზოგჯერ

ნიყვითლის არსებობა. ქოლეცისტიტი შედარებით ხშირად ქალებში და ისიც მსუქან პირებში გვხვდება, რასაც აგრეთვე ანგარიში უნდა გაეწიოს.

უნდა გვახსოვდეს, რომ მწვავე, განსაკუთრებით კენჭოვანი, ქოლეცისტიტის დროს ავადმყოფი მოუსვენარია და საწოლში ხშირად იცვლის მდებარეობას. წყლულის პერფორაციის დროს კი ავადმყოფი ერიდება ყოველგვარ მოძრაობას.

როდესაც ქოლეცისტიტის შეტევიდან 4—6 საათი გადის, პროცესი უფრო ადგილობრივ იფარგლება და არ ვრცელდება ილეოცეკალურ მიდამოსაკენ. ისე როგორც ამას ადგილი აქვს კუჭის ან განსაკუთრებით თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის მუცლის ღრუში თავისუფალი პერფორაციის დროს. ამ შემთხვევაში ზოგვიანებით ვრცელდება კუნთთა დაჭიმვა და მტკივნეულობა ილეოცეკალურ არეში, განსხვავებით ქოლეცისტიტისაგან. წყლულოვანი პერფორაციის ქოლეცისტიტისაგან გარჩევაში დიდ დახმარებას გვიწევს წყლულოვანი ანამნეზი. პერფორაციის დროს, როგორც აღვნიშნეთ, ტკივილი თანდათან იკლებს 3—4 საათის გაელის შემდეგ. ქოლეცისტიტის დროს ტკივილი საკმაოდ ხანგრძლივად გრძელდება. და ზოგჯერ პროგრესულობს კიდეც, როგორც ანთებითი პროცესი. ამ დროს ღვიძლის არეში მსუბუქი ბიძგიც კი მეტად მტკივნეულია (ორთნერის სიმპტომი). განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია წყლულის პერფორაციის დროს მუცლის ღრუში თავისუფალი აირის არსებობა, რასაც ქოლეცისტიტის დროს ადგილი არ აქვს. იგი აღმოჩნდება ღვიძლის მოყრუების გაქრობით ან რენტგენოლოგიურად ჰაერის ბუშტის აღმოჩენით მუცლის ღრუში. დიაგნოზური სიძნელის დროს მის დაზუსტებაზე დიდი დრო არ უნდა დავკარგოთ, რადგან ორივე შემთხვევაში საჭიროა გადაუდებელი ოპერაცია (მით უფრო ისეთი ქოლეცისტიტის დროს, რომელიც პერფორაციული პერიტონიტის სურათით წყლულის პერფორაციას ჰგავს). განაკვეთის არჩევის საკითხიც არ წარმოადგენს დიდ პრობლემას. შეიძლება ოპერაციის დაწყება შუახაზიდან. აქედან ადვილია პერფორირებულ ხვრელთან მიდგომა, თუ ნაღვლის ბუშტზე ოპერაციას ეს განაკვეთი დააბრკოლებს, თავისუფლად შეიძლება მარჯვენა სწორი კუნთის გადაკვეთა. შეიძლება ოპერაცია თავიდანვე მარჯვენა ნეკნთა რკალის ქვეშ განაკვეთით დაიწყოს. ამავე განაკვეთიდან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის ნახვაც ადვილია.

მწვავე პერფორაციის კლასიკური სურათი იმდენად დამახასიათებელია, რომ საშუალებას იძლევა საკმაოდ ადვილად და სავსებით დაბეჯითებით დაისვას მისი დიაგნოზი. სწორედ ამით აიხსნება, რომ მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიულ დაავადებათა შორის პერფორაციის ამოცნობა შედარებით ადვილად ხდება. გარდა ამისა, ეს შეიძლება ნაწილობრივ იმითაც იყოს გამოწვეული, რომ პერფორაციის დროს ტკივილი იმდენად ძლიერია, რომ მას ჩვეულებრივ ვერ აწყნარებენ პინაზე. შეცდომებს აქაც აქვს ადგილი, როდესაც ავადმყოფს მკურნალობენ, როგორც საშმლით მოწამლულს, და აგვიანებენ ავადმყოფის ჰოსპიტალიზაციას.

საშმლით გამოწვეულ მოწამვლასთან (თუ გულდასმით გამოკითხავთ ავადმყოფს და, რაც მთავარია. გავსინჯავთ) პერფორაცია არ უნდა აგვერიოს. მაგრამ, სამწუხაროდ, არის შემთხვევა, როცა ექიმს ავადმყოფის მუცელი არ უნახავს, რაც, ცხადია, ყოვლად დაუშვებელია. ავადმყოფი მეთოდურად სწორად ჩატარებული გამოკვლევის შედეგადაც საეჭვო შემთხვევაში ჯობს საავადმყოფოში იქნეს გაგზავნილი. ვიდრე ადგილზე აღმოვუჩინოთ მცდარი დახმარება.

საკვებით გამოწვეულ მოწამვლას ახასიათებს გულისრევა, პირღებინება, ფაღარათი მუცლის ტკივილით. ამ დროს მუცლის კუნთების დაჭიმულობას ადგილი არა აქვს.

პერფორაციის დროს კი ფაღარათი არ აღინიშნება. პირღებინება იშვიათია. ტკივილი უმძიმეს და უძლიერეს ხასიათს ატარებს და, როგორც წესი, ადგილი აქვს მუცლის კუნთების დაჭიმულობას.

პერფორაციის დროს ალიმენტური ინტოქსიკაციის დიაგნოზის დასმა საეჭვოთია ავადმყოფის ოპერაციის დაგვიანების გამო, საშიშია და ავადმყოფისათვის საზარალოა ისეთი შეცდომა, როდესაც მუცლის ღრუს გარეშე ორგანოთა დაავადების დროს ავადმყოფს უკეთდება ოპერაცია. ასეთებს ეკუთვნის იმ ორგანოთა დაავადებანი, რომლებიც ყალბ მწვავე მუცლის ნიშნებს იძლევიან: ტაბესური კრიზები, ფილტვების დაავადებანი (ბაზალური პევმონია, ფილტვის ინფარქტი, სპონტანური პნეუმოთორაქსი), გულის დაავადებანი (გულის ინფარქტი, პერიკარდიტი, კორონარიტი, გულის ანგინა). აღწერილია შემთხვევები, როდესაც აღნიშნული დაავადებანი შეცდომით ლაპაროტომიის მიზეზი გამხდარა (ყალბი მწვავე მუცლის შესახებ იხილეთ ქვემოთ).

დასაწყისში პერფორაცია შეიძლება აგვერიოს მწვავე აპენდიციტთან ტკივილის ეპიგასტრიუმის არეში ლოკალიზაციის გამო, რაც მწვავე აპენდიციტის დროსაც აღინიშნება (კოხერის ნიშანი), მაგრამ გარჩევა შესაძლებელია პერფორაციის დროს, ეპიგასტრიუმის არეში ძლიერ გამოხატულ კუნთთა დაჭიმულობისა და აქვე უფრო მეტი მტკივნეულობის აღმოჩენით, ვიდრე მარჯვენა თეძოს ფოსოში. ანგარიში უნდა გაეწიოს აგრეთვე ლეიკოციტოზის არარსებობას პერფორაციის დროს. მწვავე აპენდიციტთან განსხვავება უფრო ძნელია, განსაკუთრებით მოგვიანებულ პერიოდში, ილეოცეკალურ არეში გამონადენის დაგროვებისა და ამ მიდამოში ტკივილისა და მტკივნეულობის გამო. პერფორაციის გამოცნობაში გვეხმარება ანამნეზი, პირველადი ტკივილის ლოკალიზაცია და მტკივნეულობა ეპიგასტრიუმის არეში, აქვე კუნთთა დაჭიმულობაც უფრო მკვეთრადაა გამოხატული.

საერთოდ კუნთების დაჭიმულობა აპენდიციტის დროს ისე ძლიერი არაა, როგორც პერფორაციული წყლულის შემთხვევაში. პერკუტორული მტკივნეულობაც აპენდიციტის დროს მაქსიმალურად გამოხატულია ილეოცეკალურ მიდამოში, წყლულის პერფორაციის დროს კი მარჯვენა მხარეს ეპიგასტრიუმიდან დაწყებული მარჯვენა საზარდულამდე ყველგან ერთნაირია. მწვავე აპენდიციტის დროს პირველ საათებში პერიტონიტის მოვლენები ისე მკვეთრად არაა გამოხატული, როგორც წყლულის პერფორაციის დროს. ამ შემთხვევაში, განსხვავებით აპენდიციტისაგან, სწორი ნაწლავიდან გამოკვლევით აღინიშნება აგრეთვე დუგლასის სივრცის მტკივნეულობა. პულსის ნაკლები აჩქარება, განსხვავებთ აპენდიციტისაგან, ზოგჯერ პნეუმოპერიტონეუმის აღმოჩენა. მიუხედავად ამისა, იშვიათად, მაგრამ მაინც, ადგილი აქვს შეცდომებს, როდესაც მწვავე აპენდიციტს მიიჩნევენ წყლულის პერფორაციად, ან შედარებით უფრო ხშირად პირიქით. პერფორაციული წყლულის დროს ისმება მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზი. როდესაც მათ შორის დიფერენცირება არ ხერხდება, უნდა გაკეთდეს სასწრაფო ოპერაცია მარჯვენა საზარდულის მიდამოში მაკ-ბურნეის განაკვეთით. ჭიანაწლავში მუცლის მხრივ შეუსაბამოდ მცირე მოვლენებისა დამით უფრო ამ არეში საეჭვო გამონადენის (ნაღვლოვანი, ზოგჯერ საჭმლის მასები, სრიალა, გალიპული გამონადენი) არსებობის დროს აქ ჩაიდება ტამპონი.

განაკვეთი ტარდება შუახაზზე, მახვილისებური მორჩიდან ჭიპამდე პერფორირებული ხვრელის გაკერვის ან კუჭის რეზექციის გაკეთების შემდეგ ორი-

ვე ჭრილობა იხურება. საჭიროების შემთხვევაში თავსდება მიკროირიგატორი ანტიბიოტიკების შესაყვანად.

რაც შეეხება მწვავე პანკრეატიტს, მართალია ისიც, როგორც პერფორაცია, იწყება მწვავე ტკივილით მუცელში, მაგრამ ამ დროს ტკივილს არა აქვს მუდმივი ხასიათი და იგი უფრო ჭიპის ირგვლივ ლოკალიზდება პანკრეასის ადგილმდებარეობის შესაბამისად. ტკივილი ძლიერ ირადიაციას იძლევა წელის არეში და უფრო ნაკლებს მხრისა და ორივე ბეჭის მიდამოში. ავადმყოფი გაცილებით უფრო მოძრავია, ვიდრე პერფორაციის დროს. პანკრეატიტის დროს ადგილი აქვს ხშირ ღებინებას, ზოგჯერ შებერილობასაც. ანამნეზიდან ყურადსაღებია დიეტის დარღვევა (ცხიმის ან ალკოჰოლის დიდი რაოდენობით მიღება). როგორც წესი, პანკრეატიტის დროს არ აღინიშნება კუნთთა მკვეთრი დაჭიმულობა, იგი შეიძლება სუსტად იყოს გამოხატული. რბილი მუცლის ფონზე ზოგჯერ ხერხდება მუცლის აორტის პულსაციის შესუსტების ან მისი გაქრობის აღმოჩენა (ვოსკრესენსკის ნიშანი). პანკრეატიტის ამოცნობაში განსაკუთრებით გვეხმარება შარდში დიასტაზის რაოდენობის მკვეთრი მომატება.

დიფერენციულ დიაგნოზს ვატარებთ აგრეთვე მიფარებულ პერფორაციასთან, ამ დროს ნაკლები ტკივილის გამო ავადმყოფები ზოგჯერ რამდენიმე დღის შემდეგ მიმართავენ ექიმს ეპიგასტრიუმის ან მარჯვენა ნეკნთა რკალის ქვეშ მტკივნეული ინფილტრატით. მის გამოცნობაში გვეხმარება წყლულოვანი ანამნეზი, მუცლის ზემო მარჯვენა კვადრანტში კუნთთა დაჭიმულობა ამ არეში უეცრად დაწყებული მკვეთრი ტკივილის შემდეგ. დამხმარე, მაგრამ საკმაოდ უტყუარ ნიშანს წარმოადგენს ნახევრადმთვარისებრი პნეუმოპერიტონეუმის აღმოჩენა ღვიძლის ზევით (რენტგენოსკოპით).

პერფორაციის ტიპიური სურათისაგან გარჩევა, ისე როგორც მიფარებული პერფორაციისა, კიდევ უფრო ძნელდება თუ წყლულმა პერფორაცია განიცადა მ ც ი რ ე ბ ა დ ე ქ ო ნ შ ი, ან რ ე ტ რ ო პ ე რ ი ტ ო ნ უ ლ ს ი ვ რ ც ე შ ი. რეტროპერიტონულ სივრცეში და მცირე ბადექონში პერფორაციას, ნ. სამარინის მიხედვით, 3,7 პროცენტში აქვს ადგილი. ბადექონის აბგიდან შიგთავსი ვინსლოვის ხვრელით მხოლოდ მოგვიანებით იღვრება თავისუფალ მუცლის ღრუში. ამ დროს განვითარებული თავისებური კლინიკური სურაოი მკვეთრად განსხვავდება პერფორაციული წყლულის ტიპიური კლინიკური სურათისაგან. ამიტომაც სწორი დიაგნოზი დაგვიანებით ისმება. ასევე დაგვიანებით კეთდება ოპერაცია და, ცხადია, შედეგიც არასასურველი მოჰყვება.

უკანა კედლის წყლულის პერფორაციაც მკვეთრი ტკივილით იწყება, მაგრამ იგი გაცილებით ნაკლები ინტენსივობისაა, კუნთთა დაჭიმულობა ეპიგასტრიუმის არეში სუსტადაა გამოხატული. აქვე აღინიშნება მტკივნეულობა და ზომიერი შებერილობა. პნეუმოპერიტონეუმის არსებობას ადგილი არ აქვს. უკანა პერფორაციის დროს ზოგჯერ ბადექონის აბგაში ვითარდება ჩირქგროვა, რაც კლინიკურად და რენტგენოლოგიურად მუცლის ზემო ნაწილში თავისუფალი აირითა და სითხის ჰორიზონტალური დონით გამომჟღავნდება.

წყლულის პერფორაციის დიაგნოზის დასმა განსაკუთრებით ძნელია, ორგანიზმში არსებულ სხვა რომელიმე პათოლოგიური პროცესის ფონზე, ჰემიპარეზის დროს (ავადმყოფს არ ექნება კუნთთა ტიპიური დაჭიმულობა), აგრეთვე პერფორაციის მეტად დაგვიანებულ და პერიტონიტის ტერმინალურ სტადიაში, როდესაც ავადმყოფი ეიფორულ მდგომარეობაშია და პერფორაციის ნიშნები წაშლილია.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის მიფარებული წყლული

(Perforatio tecta)

ტიპიური პერფორაციის დროს გასტრო-დუოდენური შიგთავსი მუცლის თავისუფალ ღრუში იღვრება. იშვიათად, მაგრამ შემთხვევათა გარკვეულ რიცხვში (ნ. ნ. სამარინის მიხედვით 8,5 პროცენტში), გვხვდება პერფორაციული პროცესის ისეთი სახე, როდესაც კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის კედელზე არსებული პერფორირებული ხვრელი თავისუფალი კი არაა, არამედ მიფარებულია ბადექონით, ღვიძლით, ან სხვა რომელიმე ორგანოთი. ამიტომ პერფორაციის ამ სახეს „მიფარებულს" უწოდებენ და მისი მიმდინარეობაც შედარებით კეთილსაიმედოა. ფრიად იშვიათად პერფორაციის უოპერაციოდ განკურნების შემთხვევაც სწორედ ამით აიხსნება.

პერფორაციის ეს სახე ჯერ კიდევ 1912 წელს აღწერა შნიცლერმა, როგორც დახურული პერფორაცია.

მიფარებული პერფორაციის დროს პერფორაციული ხვრელის ირგვლივ მეტად სწრაფად ვითარდება ფიბრინოზული ანთება. იგი სწრაფად აწებებს პერფორაციის მთელ მიდამოს ირგვლივ ორგანოებთან, რის გამოც შიგთავსი ვერ ახერხებს თავისუფალ მუცლის ღრუში გადმოსვლას.

მიფარებული პერფორაციის განვითარებას ხელს უწყობს ავადმყოფის მოსვენება. პერფორაციული ხვრელისა და შიგთავსის სიმცირე.

მიფარებული პერფორაციის განვითარებისათვის გაცილებით უკეთესი პირობები ექმნება ბინაზე ან საავადმყოფოში მწოლარე ავადმყოფს, ვიდრე იმ შემთხვევაში, როდესაც პერფორაცია განვითარდება ქუჩაში და ავადმყოფი თავისი იძულებითი მოძრაობით ხელს უწყობს შიგთავსის მუცლის ღრუში გადანაცვლებას.

მიფარებულ პერფორაციას, ისე როგორც ტიპიურ შემთხვევაში, პერფორაციას ადგილი აქვს თავისუფალ მუცლის ღრუში და არა წინასწარ შეზრდილ ორგანოსთან. შეხორცება ვითარდება მხოლოდ პერფორაციის შედეგად. ამას აშკარად ადასტურებს დიაფრაგმის ქვეშ ზოგჯერ აირის ბუშტის არსებობა და შეიძლება საკონტრასტო მასის გასვლაც კი.

მიფარებული პერფორაციის დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება იმ სიშხვების არსებობა, რასაც დაავადების დასაწყისში აქვს ადგილი თავისუფალ მუცლის ღრუში პერფორაციის დროს: უეცრად განვითარებული ძლიერი ტკივილი, კუნთების მკვეთრი დაჭიმულობა, წყლულოვანი ანამნეზი. მაგრამ პერფორირებული ხვრელის მიფარების გამო, რაც ეტყობა მეტად სწრაფად ვითარდება, ძლიერი ტკივილი მოულოდნელად ქრება. მუცელი კარგავს პირვანდელ დაჭიმულობას, თუმცა ინარჩუნებს რიგიდობას და დაჭიმულობა ერთ გარკვეულ უბანში იფარგლება. რენტგენოლოგიური გამოკვლევა ხშირად აღმოაჩენს აირის ბუშტს დიაფრაგმის ქვეშ.

პირველდაწყებითი მოვლენების გავლის შემდეგ მიფარებული პერფორაცია მეტწილად ისე იოლად მიმდინარეობს, რომ ჩვეულებრივ პერფორაციაზე აღარ ფიქრობენ, მით უფრო ოპერაციულ დახმარებაზე. იგი თავისი ნიშნებით ხშირად ემსგავსება მწვავე ქოლეცისტიტს, ზოგჯერ მწვავე აპენდიციტსაც, თუ სითხემ საზარდულის მიდამოში მოასწრო ჩადენა.

მიფარებული პერფორაციის წინ რამდენიმე დღით ადრე ზოგჯერ წყლულით დაავადებული ავადმყოფები აღნიშნავენ პირღებინებისა და ტკივილის

გაძლიერებას, რომლის მსგავსი მათ ადრე არ ჰქონიათ. ასეთი წინასწარი მოვლენების შემდეგ მიფარებული პერფორაციის დროს შეიძლება ტკივილი შედარებით სუსტად იქნეს გამოხატული, ვიდრე თავისუფალი პერფორაციის შემთხვევაში, მაგრამ კუნთთა დაჭიმულობა და პერიტონეული მოვლენები ყოველთვის აღინიშნება.

მიფარებული პერფორაციის დამახასიათებელი ნიშანია ზოგადი და ადგილობრივი მოვლენების მკვეთრი გაუმჯობესება, ზოგჯერ პერფორაციიდან სულ რამდენიმე წუთის შემდეგ. შედარებით მნიშვნელოვნად მდგომარეობა 1—3 საათში უმჯობესდება. ასეთი ავადმყოფის რამდენიმე საათის შემდეგ გასინჯვისას, მართალია, პერფორაციის ნიშნებს ადგილი არ აქვს, ხშირად არ აღინიშნება ღვიძლის მოყრუების გაქრობა და პნევმოპერიტონეუმი, რენტგენოსკოპიის დროს აგრეთვე პერფორაციის ზოგიერთი დამხმარე ნიშანი, რაც დიაგნოზის დასმას აძნელებს, მაგრამ გულდასმით შეკრებილი ანამნეზით უნდა ვიფიქროთ მიფარებული პერფორაციის შესახებ.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის მიფარებული პერფორირებული წყლულის კონსერვატული მკურნალობა მეტად სერიოზული და სახიფათოა. თვითგანკურნებაზე იმედის დამყარება შეცდომაა და ყოველთვის არ შეიძლება.

მიფარებული პერფორაციის დიაგნოზის დასმისთანავე ავადმყოფს ოპერაცია უნდა გაუკეთდეს. გაცილებით უმჯობესია ადრეული ოპერაცია, რომელიც აკეთებენ მოსალოდნელ გართულებებს.

მლივი ნაწლავის პეპტიკური წყლულის პერფორაცია. გასტროენტეროანასტომოზს ზოგჯერ მოსდევს პეპტიკური წყლულის განვითარება, რომელმაც შეიძლება პერფორაცია განიცადოს. იგი თავისი კლინიკური სურათით ჰგავს კუჭის წყლულის პერფორაციას. ავადმყოფის მდგომარეობის მიხედვით კეთდება პერფორირებული წყლულის გაკერვა ან გაცილებით რადიკალური, მაგრამ ამასთან რთული ოპერაცია — დეგასტროენტეროანასტომოზი და კუჭის რეზექცია. ჩვეულებრივ ეს ოპერაცია კეთდება მეორე მომენტად პერფორაციული პერიტონიტიდან ავადმყოფის განკურნების შემდეგ. პერფორაციის ახალ შემთხვევაში და ავადმყოფის კარგი მდგომარეობის დროს კეთილმოწყობილ ქირურგიულ განყოფილებაში შეიძლება მისი წარმოება თავიდანვე.

კუჭის კიბოს პერფორაცია. ხანში შესულთა შორის პერფორაციის მიზეზი იშვიათად, მაგრამ მაინც, შეიძლება იყოს კუჭის კიბო. საერთოდ, კუჭის კიბო იშვიათად განიცდის პერფორაციას, ისიც მეტად დაგვიანებულ შემთხვევებში ან გაცილებით ხშირად კიბოდ გადაგვარებული წყლული. კლინიკურად კუჭის კიბოს პერფორაცია ძალიან ჰგავს წყლულის პერფორაციას. კიბოს გამო დასუსტებულ ავადმყოფში პერფორაცია კიდევ უფრო ამძიმებს დაავადების მიმდინარეობას. საეჭვო შემთხვევაში კიბოს დიაგნოზს პერფორაციული ბავრელის კიდიდან აღებული მასალის მიკროსკოპული გამოკვლევა ადასტურებს.

ფრიად იშვიათად, მაგრამ პ ე რ ფ ო რ ა ც ი ა ს თ ა ნ ე რ თ დ რ ო უ ლ ა დ შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ს ი ს ხ ლ დ ე ნ ა ს 1,2 პროცენტში (ვ. ა. სამსონოვის მიხედვით) ან კიდევ უფრო ხშირად—3,9 პროცენტში (უცხოელი ავტორების ჯონსი და დოლის მიხედვით).

სისხლდენისა და პერფორაციის ერთდროულად არსებობა სიკვდილობის დიდ პროცენტს იძლევა. ამის მიზეზია ორი მძიმე გართულების ერთდროულად არსებობა, მათი ურთიერთშორის გარჩევის სიძნელე და სისხლდენის ფონზე პერფორაციის დაგვიანებით ამოცნობა. ამასთან, სისხლდენის კონსერვატული

მკურნალობის პირობებში პერფორაციული პერიტონიტი იმდენად პროგრესირებს, რომ ავადმყოფის გადარჩენა შეუძლებელი ხდება.

როდესაც პერფორაციის სურათი ნათელია და მას დაემთხვევა სისხლდენა, ეს უკანასკნელი ვერ გადააფიქრებინებს ქირურგს ოპერაციას. შედარებით ძნელია პერფორაციის ამოცნობა, თუ იგი განვითარდა სისხლდენის ფონზე. შეიძლება ავადმყოფს არ ექნეს პერფორაციის კლასიკური ნიშნები (ძლიერი ტკივილი, კუნთების მკვეთრი დაჭიმულობა). სისხლდენის დროს პერფორაციის ამოცნობაში შეიძლება გარკვეული დახმარება გაგვიწიოს ტკივილის გაძლიერებამ. ჩვეულებრივ, წყლულოვანი სისხლდენის დროს ტკივილი ქრება. მისი გაძლიერება ან გაძლიერება პერფორაციის სასარგებლოდ ლაპარაკობს, რა თქმა უნდა, სხვა ნიშნების და განსაკუთრებით პნევმოპერიტონეუმის აღმოჩენისას.

პერფორაციის სისხლდენით გართულება ან, პირიქით, სისხლდენის დროს პერფორაციის განვითარება მოითხოვს დაუყოვნებლივ ოპერაციულ ჩარევას. მხოლოდ იმ განსხვავებით, რომ ასეთ შემთხვევაში კიდევ უფრო მასიური დოზით საჭიროა სისხლის გადასხმა ოპერაციამდე, ოპერაციის მსვლელობაში და ხშირად მის შემდეგაც.

როგორც ცნობილია, წ ყ ლ ულ ო ვ ა ნ ი დ ა ა ვ ა დ ე ბ ი ს დ რ ო ს ზ ო გ ჯ ე რ აღინიშნება თ ე თ რ ი ხ ა ზ ი ს თ ი ა ქ ა რ ი ც. აღნიშნულია კაზუისტიკური შემთხვევა, როდესაც წყლულის პერფორაციასთან ერთად ადგილი ჰქონია თეთრი ხაზის შეუსწორებელ თიაქარს. ექიმმა მხოლოდ ამ უკანასკნელის ოპერაცია აწარმოვა და სიკვდილის ნამდვილი მიზეზი (პერფორაციული პერიტონიტი) გაკვეთის დროს გამოირკვა.

თეთრი ხაზის შეუსწორებელი ან გაჭედილი თიაქრის დრო მუცლის მხრივ მოვლენების არსებობისას უნდა გვახსოვდეს წყლულის პერფორაციის შესახებ.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორირებული წყლულის მკურნალობა ოპერაციულია. მთავარია კარგად შერჩეული გაუტკივარება. პერფორაციის დროს განსაკუთრებით საჭიროა მუცლის კუნთების კარგი მოდუნება, რასაც ჩვენ, ისე როგორც ს. იუდინი, ადვილად ვაღწევთ სოვკაინით სპინალური ანესთეზიით. როდესაც სპინალური ანესთეზიის გაკეთება რაიმე მიზეზით (ძლიერ დაბალი არტერიული წნევა, ავადმყოფის ზედმიწევნით მძიმე მდგომარეობა) წინააღმდეგ ნაჩვენებია, ოპერაცია უნდა ჩატარდეს ეთერ-ჟანგბადის ინჰალაციური ნარკოზით ან უმჯობესია ენდოტრაქეული ნარკოზი რელაქსანტების გამოყენებით. ადგილობრივი ანესთეზია ფრიად იშვიათ შემთხვევაში შეიძლება იქნეს გამოყენებული და საჭიროების დროს ყოველთვის უნდა დაემატოს ნარკოზი.

ო პ ე რ ა ც ი უ ლ ი დ ი ა გ ნ ო ზ ი. პერფორაციის დროს ძუცლის ღრუს გახსნის მომენტში ზოგჯერ მუცლის ღრუდან გამოიყოფა აირი, რომელიც ხშირად შესამჩნევია თვალით და გამოსვლის მომენტში იძლევა დამახასიათებელ შიშინს. ჰაერის გამოსვლის შენიშვნა დამოკიდებულია მუცლის ღრუში ჰაერის რაოდენობაზე. მნიშვნელობა აქვს ქირურგის გამოცდილებასაც. ჰაერის გამოსვლის აღმოუჩენლობა ყოველთვის არ უარყოფს პერფორაციას, ამიტომ მუცლის ღრუს დათვალიერებამდე წინასწარ დიაგნოზის ადრეულად უარყოფისაგან თავი უნდა შეიკავოთ.

მუცლის ღრუს გახსნის შემდეგ, სანამ ორგანოების რევიზიას შეუდგებოდეთ, საჭიროა გულდასმით და სწრაფად მოვახდინოთ კუჭის შეძოფარგვლა

მარლის დიდი ტამპონებით. მარჯვენა და მარცხენა სუბდიაფრაგმული სივრცეებისაგან, მუცლის ღრუს მარჯვენა და მარცხენა მხარეს და მეხუთე ტამპონით მუცლის ღრუს კედელსა და ბადექონს შორის. მუცლის ღრ ეში პერფორაციის დროს აღინიშნება თხიერი სრიალა, თითქოს მოლიპული სერო-ფიბრინული ექსუდატი, რომელსაც ზოგჯერ საკვების ნამცეცები აქვს შერეული. ამ უკანასკნელის აღმოჩენა პერფორაციის უტყუარი ნიშანია. ზოგჯერ გაბონადენს ნაღველი აქვს შერეული და მაშინ მას მომწვანო ფერი აქვს. ნაღვლოვანი გამონადენის არსებობა, ისიც ქაფიანი, უფრო თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაციაზე ლაპარაკობს. ნაღველი შეიძლება იყოს შერეული კუჭის შიგთავსთან კუჭის პერფორაციის დროსაც. ნაღვლოვანი გამონადენის აღმოჩენისას ყოველთვის უნდა გვახსოვდეს აგრეთვე ნაღვლის ბუშტის პერფორაციის შესახებ. როგორც წესი, ნაღვლოვანი გამონადენი არ აღინიშნება მწვავე აპენდიციტის დროს. გამონადენის ხასიათის ასეთი ზერელე შემოწმებისა და გულდასმით შემოფარგვლის შემდეგ ვათვალიერებთ თორმეტგოჯა ნაწლავს და კუჭს, განსაკუთრებით იმ ადგილებს, სადაც ხშირია პერფორაცია: თორმეტგოჯა ნაწლავის დასაწყისი, პილორული და პრეპილორული ნაწილი, მცირე სიმრუდე, პერფორაციას უფრო ხშირად წინა კედელი განიცდის, უკანა კედლის დათვალიერებას ვაწარმოებთ კუჭგანივი კოლინჯის იოგის ან გარდიგარდმო კოლინჯის იოგის გახსნის შემდეგ.

პერფორაციის არეში პალპაციით მკვრივი ინფილტრატის შთაბეჭდილება იქმნება. პერფორაციული ხვრელის კიდეები გადადის კუჭის კედლის შეშუპებულ ინფილტრატში. პერფორირებული ხვრელის აღმოჩენა ტიპიური ადგილმდებარეობის დროს ადვილია, მხოლოდ ყოველთვის უნდა გვახსოვდეს, რომ მისი ოდენობა დიდი არაა. ამიტომ ხვრელის სიმცირემ (2—3—5 მმ) დამწყებ ქირურგში არ უნდა გამოიწვიოს გაკვირვება, თითქოს პერფორაციის კლინიკურ ნიშნებთან მისი შეუსაბამობის შესახებ. როდესაც პერფორაციის ადგილს ვერ ვნახულობთ, ჯერ ამოწეულ უნდა იქნეს კუჭის მარჯვენა ნაწილი პრეპილორული და პილორული თორმეტგოჯა ნაწლავის დათვალიერებისათვის, შემდეგ მარცხენა ნაწილი. კუჭის დანარჩენი ნაწილების დათვალიერებისათვის ის მიდამოები, რომლებიც თვალით არ ჩანს, უნდა შემოწმდეს ორ თითს შორის პალპაციით, რათა აღმოვაჩინოთ პერფორაციის არეში მომკვრივო ინფილტრატი. ასეთი რიგიდობით ეს მიდამო თავისი ინფილტრატით აშკარად განსხვავდება ირგვლივ მყოფი ქსოვილებისაგან. ზოგჯერ ინფილტრატის არეში ძლიერი შეშუპების გამო აღარ ჩანს პერფორირებული ხვრელი. მაშინ საჭიროა კუჭის შიგთავსის ამ არეში ხელით გამოწურვა, რაც პერფორირებულ ხვრელს გამოაჩენს.

პერფორირებული ხვრელის აღმოჩენის შემდეგ უნდა გადაწყდეს საკითხი— გაკეთდეს პერფორირებული ხვრელის გაკერვა თუ კუჭის რეზექცია. ავადმყოფის შედარებით კარგი საერთო მდგომარეობის დროს (ავადმყოფის ასაკი თუ 45 წელზე მეტი არაა) პერფორაციამდე ხანგრძლივი კონსერვატული მკურნალობის უშედეგობისას, როდესაც დიფუზური პერიტონიტის კლინიკური ნიშნები ჯერ კიდევ არაა გამოხატული (პერფორაციიდან 8—10 საათზე მეტი დრო არაა გასული), თუ ქირურგს ტექნიკურად შესწევს ამის უნარი და ქირურგიული განყოფილება სათანადოდ მოწყობილია (კარგი, შესაფერისი საოპერაციო, დამხმარე პირებით და ანესთეზიით უზრუნველყოფა, სისხლის და ფიზიოლოგიური ხსნარის გადასხმის შესაძლებლობა), კეთდება კუჭის რეზექცია.

დიფუზური პერიტონიტის უდავო ნიშნების დროს, მით უფრო, თუ ავად-

მყოფი მოზარდი ან მეტად ხანდაზმულია, ავადმყოფის გადარჩენის მიზნით ეფრო მიზანშეწონილია შედარებით მარტივი, მაგრამ საიმედო ოპერაცია — პერფორირებული ხვრელის გაკერვა კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის სანათურის პარალელურად წყლულის კიდეებიდან 2—3 სანტიმეტრის დაცილებით (სურ. 39ა). კალოზური წყლულის ან ისეთი პერფორაციული ხვრელის შემთხვევაში, როდესაც ადვილად ზიანდება მისი კიდეები პირველ სართულად კედლის მთელ სისქეში გავლით, ედება კეტგუტის ნაკერი, რომელიც პერფორაციული ხვრელის კიდეებს ერთმანეთს უახლოვებს, მეორე სართულად კი—სეროზულ-კუნთოვანი ნაკერი. გაკერვას მეტწილად ემატება ბადექონის პლასტიკა ფეხზე. პერ-

სურ. 39ა. პერფორირებული წყლულის გაკერვა, გატარებულია სეროზულ-კუნთოვანი ნაკერი.

ფორაციული ხვრელის გაკერვის შემდეგ კუჭ-ნაწლავის შერთულის ოამატება ტაქტიკურად მცდარ ოპერაციად ითვლება. გაკერვის შემდეგ კუჭის გასავლის შევიწროების შიში არაა სწორი და გადაჭარბებულია, თუ, რა თქმა უნდა, ავადმყოფს არა აქვს პილორუსის სტენოზი. მაგრამ წყლულმა, რომელმაც დანაწიბურება და გასავლის შევიწროება გამოიწვია, პერფორაციას, როგორც წესი, აღარ განიცდის. მუცლის ღრუდან გამონადენის ამომშრალება წარბოებს ფრთხილად, თბილ ფიზიოლოგიურ ხსნარში დასველებული და გაწურული ფირფიტებით: მენჯის ღრუდან, ორივე საზარდულის მიდამოდან, ორივე სუბდიაფრაგმული სივრციდან და მუცლის ღრუს მორწყვა ანტიბიოტიკებით. ჭრილობის გაკერვის წინ ანტიბიოტიკების შესაყვანად ხშირად საჭიროა ღვიძლის ქვეშ მიკროირიგატორის მოთავსება.

არსებობს პერფორირებული წყლულის მკურნალობის კ ო ნ ს ე რ ვ ა ტ უ ლ ი წ ე ს ი (ტეილორი, 1946), მაგრამ იგი ჩვენი ქირურგების მიერ არაა მიღებული. ამიტომ არც უნდა იქნეს გამოყენებული, ყოველ შემთხვევაში, მკურ-

ნალობის დღევანდელ ეტაპზე. ამ მეთოდის დროს ცხვირიდან შეჰყავთ კუჭის წვრილი ზონდი შიგთავსის მუდმივად ამოქაჩვისათვის 4—5 დღის განმავლობაში. ავადმყოფს გამუდმებით უკეთებენ ვენაში ფიზიოლოგიურს, გლუკოზას, სისხლის შემცვლელებს ან სისხლის გადასხმას. დიდი დოზებით კეთდება ანტიბიოტიკები. კუჭის სეკრეციის შესამცირებლად უნიშნავენ ატროპინს, კონსერვატული მკურნალობის შედეგი 2—3 საათში მჟღავნდება. ადგილობრივი და ზოგადი მოვლენების გაუმჯობესების შემდეგ მკურნალობა გრძელდება, ან, პირიქით, მისი უშედეგობისას კეთდება ოპერაცია. თვით ავტორის მონაცემებით, ამ მეთოდის დროს სიკვდილობის პროცენტი მეტია (10 პროცენტი) გაკერვის მეთოდთან (8 პროცენტი) შედარებით. ხოლო, რაც მთავარია, სიკვდილობის პროცენტი განსაკუთრებით მკვეთრად იზრდება (25 პროცენტი), როდესაც კონსერვატული მკურნალობის უშედეგობისას საჭირო ხდება ოპერაციული მკურნალობა. ამიტომ სახიფათოა ამ მეთოდის გამოყენება.

სწორად შესრულებული ოპერაციული მკურნალობა 2—3%-ზე მეტ სიკვდილობას არ იძლევა, ხოლო, სადაც ავადმყოფთა ჰოსპიტალიზაცია პირველ საათებში ხდება და ოპერაციას კვალიფიციური ქირურგი აკეთებს, სიკვდილობის პროცენტი კიდევ უფრო ნაკლებია.

პროფუზული სისხლდენა კუჭიდან

პროფუზული სისხლდენა კუჭიდან წარმოადგენს მუცლის ღრუს ერთ-ერთ მეტად მძიმე დაავადებას. კუჭიდან სისხლდენის დროს საჭიროა დროულად გამოვიცნოთ იგი, გავარკვიოთ მისი მიზეზი და ადგილმდებარეობა, რაც ზოგჯერ მეტად ძნელია. თუ სისხლდენა ძლიერია, რაც ხშირად სისხლიანი პირღებინებით ვლინდება, მაშინ იგი საშიშროებას უქმნის ავადმყოფის სიცოცხლეს და მოითხოვს გადაუდებელ საექიმო დახმარებას.

კუჭიდან სისხლდენის მიზეზი უმთავრესად კუჭის (ხშირად შუა მესამედის მცირე სიმრუდის) ან თორმეტგოჯა ნაწლავის (უკანა კედლის კუჭქვეშა ჯირკვალში შეღწეული) წყლულით გამოწვეული სისხლძარღვის სხვადასხვა სახის დაზიანებაა.

კუჭიდან სისხლდენა შეიძლება აგრეთვე გამოიწვიოს კუჭის სხვადასხვა დაავადებამ, როგორიცაა პოლიპი, კიბო, გასტრიტი, კუჭის ლორწოვანის გასწვრივი დაზიანება კარდიალურ ნაწილში (მალორ-ვეის სინდრომი, 1929), კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის დივერტიკული, ტუბერკულოზი, სიფილისი. არც ისე იშვიათად მისი მიზეზია არა კუჭის, არამედ მეზობლად მდებარე ორგანოების ამა თუ იმ სახის დაავადებები, როგორიცაა, მაგალითად, ღვიძლში ციროზული პროცესის შედეგად განვითარებული შეგუბებითი მოვლენები, საყლაპავი მილის ვენების ვარიკოზული გაგანიერება, თრომბოფლებიტური სპლენომეგალია, იშვიათად წვრილი ნაწლავის პეპტიკური წყლული კუჭ-ნაწლავის შერთულის შემდეგ და სხვ. კუჭის ლორწოვანი გარსის საკმაოდ დიდი ფართის გამო, რაც დაახლოებით 1 კვ. მ-ს შეადგენს, ზოგჯერ ასეთ სისხლდენას შეიძლება ადგილი ჰქონდეს სისხლწარმომქმნელი აპარატის სხვადასხვა დაავადების (შენლეინ-ჰენოხის, ვერლჰოფის (თრომბოციტოპენია), ვაკეზის (პოლიციტემია), ადისონ-ბირმერის დაავადებანი, ჰემოფილია, ჰემოლიზური ანემია, მწვავე ლეიკოზი, ლიმფოგრანულომატოზი) ან, იშვიათად, ორგანიზმის მძიმე ინტოქსიკაციის ე. წ. ჰემორაგიული ცხელების დროს. კიდევ უფრო იშვიათად სისხლიან პირღებინებას შეიძლება შევხვდეთ საყლაპავის დაწყლულებული სიმსივნის ან მისი

პეპტიკური წყლულის, ქოლეცისტიტის, კარის ვენის ირომბოზის, აორტის ანევ-რიზმის, მწვავე პანკრეატიტის ან პანკრეასის კიბოს, დიაბეტური კომის, ტაბე-სური კრიზების, ჰიპერტონიული დაავადების შემთხვევაში და სხვ.

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან სისხლდენის ხელშემწყობი მიზეზებია წყლუ-ლოვანი ანთებითი პროცესის გამწვავება, ნევრო-ფსიქიკური მომენტები, გადა-ჭარბებული ფიზიკური დატვირთვა, ავიტამინოზი.

კუჭიდან პროფუზული სისხლდენის მთავარი მიზეზი, როგორც აღვნიშნეთ, დაახლოებით შემთხვევათა სამ მეოთხედში, კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულია. რომელიც მეტწილად ამ ორგანოთა უკანა კედელზეა მოთავსებული. სისხლდენა წყლულის დროს 4—5-ჯერ ხშირია მამაკაცებში, ვიდრე ქალებში, და უპირატესად 30—50 წლის ასაკში (გაცილებით ხშირად 40—50 წლის ასაკში). სისხლდენა შეიძლება იყოს ერთჯერადი ან განმეორებითი; მისი ხარისხიც სხვა-დასხვანაირია — ზოგჯერ ადგილი აქვს მკვეთრი ანემიის განვითარებას, ჰემოგ-ლობინის დაცემას 10—8%-მდე და უფრო ქვევით. ასეთ მდგომარეობაში ორგა-ნიზმის გარკვეული დროის განმავლობაში ყოფნისას ვითარდება შინაგან ორგა-ნოთა დეგენერაციული ცვლილებები. კლინიკური ნიშნების მიხედვით ე. ბერიო-ზოვი პროფუზულ სისხლდენას სამ ჯგუფად ყოფს. პირველს აკუთვნებს ავად-მყოფებს, რომელთაც, სისხლიანი პირღებინებისა და კუპრისებრი განავლის მიუ-ხედავად, ზოგადი მდგომარეობის მხრივ მნიშვნელოვანი ცვლილებები არ ემჩ-ნეოთ; მეორე ჯგუფის ავადმყოფებს სისხლდენისას აღენიშნებათ მკვეთრი ფერ-მკრთალობა, პულსის გახშირება, ზოგჯერ თავბრუხვევა ან გონების დაკარგვა; მესამე ჯგუფის ავადმყოფებს სისხლდენის გამო გამოხატული აქვთ მეტად მკვეთ-რი ანემია, რომ იტყვიან, ისინი „თითქმის უპულსოდ“ არიან და სისხლდენას არ აქვს შეჩერებისადმი მიდრეკილება.

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან სისხლდენის დაყოფის დროს ზოგად ნიშნებთან ერთად ზოგიერთი მნიშვნელობას აძლევს ჰემოგლობინის რაოდენობას. ს. აგზამ-ოჯაევი და მ. ავერკიევი პირველ ჯგუფს აკუთვნებენ ისეთ სისხლდენას, როდე-საც ჰემოგლობინი 50 პროცენტზე მეტია. მეორე ჯგუფის დროს ჰემოგლობი-ნი 35—50 პროცენტის ფარგლებში მერყეობს და მესამე ჯგუფის ავადმყოფს ჰემოგლობინი 12—26 პროცენტამდე აქვს დაცემული.

აღსანიშნავია ისიც, რომ ჰემოგლობინის პროცენტი და ერითროციტების რიცხვი სისხლდენის დასაწყისში შედარებით მაღალია. ჰემოგლობინის დაცე-მა შესამჩნევი ხდება 4—6 საათის შემდეგ. ერითროციტების რიცხვი, ჰემოგლო-ბინის პროცენტი და თრომბოციტების რიცხვი განსაკუთრებით შემცირებუ-ლია მეორე დღიდან. ამიტომ დინამიკაში შემოწმებისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ამ მონაცემების შემოწმებას ავადმყოფის სტაციონარში მოთავსებისთანა-ვე. ზოგჯერ საჭიროა ამ მონაცემების გამოკვლევა არა მარტო ყოველდღე, არა-მედ დღეში 2—3-ჯერაც კი. ანემიის შეფასების საქმეში, მით უფრო დინამიკა-ში, ჩვენ განსაკუთრებულ ობიექტურ ნიშნად მიგვაჩნია ერითროციტების ხვედ-რითი წონის შემოწმება (სისხლის წვეთის ჩაშვება შაბიამნის სხვადასხვა კონ-ცენტრაციის ხსნარში), რაც, სამწუხაროდ, ყველა კლინიკურ ლაბორატორიაში დანერგილი არაა.

კ. ბიკოვის და მისი თანამშრომლების დაკვირვებით, სისხლის ჟანგბადით მკვეთრი გაღარიბება სისხლის ძარღვების, განსაკუთრებით კაპილარების, მკვეთრ ცვლილებებს იძლევა.

პროფუზული სისხლდენის დროს გადაწყვეტილ უნდა იქნეს საკითხი, საჭიროა თუ არა დაუყოვნებლივ ოპერაცია, თუ ოპერაცია გაკეთდეს მდგომარეობის გაუმჯობესების შემდეგ, თუ საერთოდ არ გაკეთდეს ოპერაცია. ქირურგის ტაქტიკას განსაზღვრავს სწორი დიაგნოზი, ე. ი. სისხლდენის მიზეზი, აგრეთვე იმის დადგენა, გრძელდება თუ შეჩერდა სისხლდენა, ან დაახლოებით მაინც რა რაოდენობით დაკარგა ავადმყოფმა სისხლი.

რადგან პროფუზული სისხლდენის ხშირი მიზეზი წყლულოვანი დაავადებაა, ამიტომ პირველ რიგში დაღგენილ ან უარყოფილ უნდა იქნეს სისხლდენის წყლულოვანი წარმოშობა.

წყლულის სისხლდენით გართულების გამოცნობაში დიდი მნიშვნელობა აქვს წყლულოვან ანამნეზს, რომლის არარსებობას მხოლოდ იშვიათად აქვს ადგილი. ბ. ს. როზანოვის მიხედვით, სისხლმდენი წყლულით დაავადებული 309 ავადმყოფიდან წყლულოვანი ანამნეზი არ აღენიშნებოდა მხოლოდ 7-ს (2.3%). იშვიათად, მაგრამ შემთხვევათა გარკვეულ ნაწილში, წყლულოვანი სისხლდენა, ისე როგორც ზოგჯერ თვით წყლულიც, შეიძლება გამოვლინდეს მწვავედ ყოველგვარი ანამნეზის გარეშე.

არც ისე იშვიათად წყლულის შედეგად განვითარებული სისხლდენა განმეორებითია. ავადმყოფები მიუთითებენ მსგავსი მოვლენების (სისხლიანი პირღებინება, კუპრისებრი განავალი) არსებობას წარსულშიც.

კუჭიდან სისხლდენის მთავარი ნიშნებია: სისხლიანი პირღებინება, შავი ფერის განავალი და შინაგანი სისხლდენისათვის დამახასიათებელი ზოგადი სიმპტომები.

სისხლიანი პირღებინება კუჭის წყლულიდან სისხლდენის დროს გაცილებით ხშირია, ვიდრე თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის შემთხვევაში. თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დროს შეიძლება პირღებინება საერთოდ არ იყოს და მარტო კუპრისფერი განავალი აღინიშნებოდეს. აქვე უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დროს სისხლდენა უფრო ხშირია, ვიდრე კუჭის წყლულის დროს. კუჭიდან პროფუზული სისხლდენის ნიადაგზე განვითარებული პირღებინების დროს სისხლი ალუბლისფერია; ძლიერი და სწრაფი სისხლდენის შემთხვევაში მეტწილად ადგილი აქვს კოლტების. ზოგჯერ კი შეუცვლელი სისხლით ღებინებას, სხვა შემთხვევაში კუჭში ჩაღვრილ სისხლზე გარკვეული დროით დაყოვნებისას მოქმედებს მარილმჟავა და იგი იღებს მუქ შავ-ყავისფერს.

განავლის შავად შეფერადება უფრო დამახასიათებელია თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულიდან სისხლდენისათვის, მაგრამ შეიძლება ადგილი ჰქონდეს კუჭიდან სისხლდენის დროსაც. კუჭში ჩაღვრილი სისხლის ნაწილი, რომელიც პირღებინებით არ ამოვა კუჭიდან, ნაწლავებში გავლის გზით გამოიყოფა განავალთან ერთად 12—24 საათის განმავლობაში. გადაუდებელი ქირურგიის თვალსაზრისით, შავი განავლის არსებობის დადგენა მოგვიანებულ სიმპტომად ითვლება. სისხლის შავად შეფერვის მიზეზია ჰემოგლობინის რკინაზე გოგირდწყალბადის მოქმედების შედეგად გოგირდრკინის წარმოქმნა. ასეთი შავი, ანუ „კუპრისებური განავალი", დამახასიათებელია შინაგანი სისხლდენისათვის, რომელიც ყოველთვის განსხვავდება სწორი ნაწლავიდან (ბუასილი, პოლიპი) სისხლდენისაგან: ამ უკანასკნელის დროს სისხლის ფერი არასდროს შეცვლილი არაა. მოგვიანებით პერიოდში, როდესაც განავლის ნახვა არ ხერხდება, სა-

ეჭვო სისხლდენის ხასიათის დადგენის მიზნით საჭიროა სწორი ნაწლავის გამოკვლევა თითით: თითის წვერის შავი ფერის განავლით შეფერადება ნაწლავში ჩაღვრილი სისხლის არსებობის, ე. ი. შინაგანი სისხლდენის მაჩვენებელია (პეტროვის ნიშანი).

შ ი ნ ა გ ა ნ ი ს ი ს ხ ლ დ ე ნ ი ს ზ ო გ ა დ ი ნ ი შ ნ ე ბ ი ა: საერთო სისუსტე, თავბრუ. თვალების დაბინდვა, გაძლიერებული წყურვილი, პირის სიმშრალე. წყლულოვანი წარმოშობის სისხლდენის დროს წყლულოვანი ტკივილი მეტწილად ქრება ან მნიშვნელოვნად მცირდება. ობიექტურად აღსანიშნავია ფერმკრთალობა, ზოგჯერ ძლიერ მკვეთრად გამოხატული (ავადმყოფი ზედაპირული წევნით ფერმკრთალია, აქვს რძის ფერი) ცივი ოფლი, პულსი სუსტი და აჩქარებულია. სისხლის წნევა და ტემპერატურა დაქვეითებულია, ზოგჯერ აღინიშნება გონების დაკარგვა. ხანგრძლივად მიმდინარე სისხლდენის შემდეგ, ანემიის გამო, გულის ტონები მოყრუებულია. ზოგჯერ გულის მწვერვალზე სისტოლური შუილი ისმის. ჰემოგლობინის პროცენტი, ერითროციტების რიცხვის შემცირებასთან ერთად, მკვეთრად დაქვეითებულია.

სისხლდენის მწვავე პერიოდში დაუშვებლად ითვლება მუცლის დეტალური, არაფრთხილი და ისიც ღრმა პალპაცია, რადგან ამას შეუძლია სისხლდენის გაძლიერება. ფრთხილი გამოკვლევისას ვნახულობთ, რომ წყლულოვანი სისხლდენის დროს არ აღინიშნება მუცლის პრესის კუნთთა დაჭიმულობა. მუცელი ჩავარდნილია. გამობერილობას ჭიპსა და მახვილისებრ მორჩს შორის ზოგჯერ ადგილი აქვს კუჭში დიდი რაოდენობით სისხლის ჩაღვრის შემთხვევაში.

ლაბორატორიული გამოკვლევის მხრივ წყლულოვანი სისხლდენის დროს განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ერითროციტების რიცხვისა და ჰემოგლობინის პროცენტის, აგრეთვე სისხლის ხვედრითი წონის განსაზღვრას.

ამ მონაცემებს მნიშვნელობა ეძლევა მხოლოდ სისტემატური გამოკვლევის, სისხლდენისათვის დინამიკაში თვალყურის დევნების დროს და არაერთჯერადი გამოკვლევის შემთხვევაში. ჰემოგლობინის პროცენტი კუჭიდან პროფუზული სისხლდენისას კატასტროფულად ეცემა. კუჭიდან სისხლდენის მიზეზი. წყლულის გარდა, შეიძლება იყოს კუჭის სხვა დაავადებებიც. მათ რიცხვს ეკუთვნის პირველ რიგში კუჭის კიბო და პოლიპი, იშვიათად ადენომა და სისხლმდენი გასტრიტი.

კ უ ჭ ი ს კ ი ბ ო ს დროს ავადმყოფს ხშირად აღენიშნება ზოგადი კახექსიის მოვლენებიც. სისხლის კუჭში დაყოვნების შედეგად მეტწილად პირნაღები მუქი ყავის ფერისაა. ადგილი აქვს აგრეთვე კუპრისებური განავლის არსებობას. ზოგჯერ კუჭის არეში ისინჯება სიმსივნური წარმონაქმნი და გამოკვლევის დროს სხვადასხვა მიდამოში შეიძლება აღმოვაჩინოთ კუჭის კიბოსათვის დამახასიათებელი ლიმფური კვანძის გადიდება, კიბოს ნიადაგზე კუჭიდან პროფუზული სისხლდენის სიხშირე 3—4 პროცენტს არ აღემატება.

ჰ ე მ ო რ ა გ ი უ ლ ი გ ა ს ტ რ ი ტ ი ს შემთხვევაში ადგილი აქვს კაპილარულ სისხლდენას ჰიპერემიული და ანთებითი ან ეროზიულად შეცვლილი კუჭის ლორწოვანი გარსიდან. ჰემორაგიული გასტრიტით გამოწვეული სისხლდენის დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება კუჭის მხრივ ხანგრძლივი ანამნეზი. წყლულოვანი სისხლდენისაგან განსხვავებით, ასეთი სისხლდენა უფრო ხშირია შედარებით ახალგაზრდა ასაკში, უპირატესად ქალებში. მას ზოგჯერ წინ უსწრებს ტემპერატურის ზომიერი მომატება, ამ დროს აღინიშნება ლეიკოციტოზი და ზოგჯერ ადგილობრივ შესამჩნევად გამოხატული კუნთთა დაჭიმულობა.

კუჭიდან სისხლდენის მიზეზი შეიძლება იყოს კუჭის ლორწოვანის გასწვრივი ნახეთქი; განსაკუთრებით კარდიის არეში, მსგავსი დაავადება ერთეულ შემთხვევებში აღწერილია ლიტერატურაში და ცნობილია მალორი და ვეისის სინდრომის სახელწოდებით.

კუჭიდან პროფუზულ სისხლდენასთან ერთად შეიძლება ადგილი ჰქონდეს წყლულის პერფორაციას, რაც, საბედნიეროდ, ფრიად იშვიათია.

როდესაც პერფორაცია უსწრებს სისხლდენას, მაშინ, პროფუზული სისხლდენის გარდა, გამოხატული იქნება პერფორაციის ნიშნებიც. პირიქითი შემთხვევის დროს, ე. ი. როდესაც სისხლდენას მოსდევს წყლულის პერფორაცია, მაშინ ძლიერი ანემიის ფონზე პერფორაციის ნიშნები შენიღბულია და მისი დადგენა ადვილი არაა. მაგრამ არსებობს ნიშნები, რომლის აღმოჩენა ექიმს უადვილებს სისხლდენის დროს პერფორაციის ამოცნობას. ერთ-ერთ ასეთ მნიშვნელოვან ნიშანს წარმოადგენს სისხლდენის დროს ტკივილის გამოჩენა. ჩვეულებრივ წყლულოვანი სისხლდენის დროს ტკივილი ქრება და, როცა იგი სისხლდენის ფონზე კვლავ გამოჩნდება, უნდა ვიფიქროთ პერფორაციაზე (ბანაიტისის ნიშანი). დახმარებას გვიწევს მუცლის შებერილობა, განსაკუთრებით კი პნეუმოპერიტონეუმის აღმოჩენა, ტემპერატურისა და სისხლის წნევის მკვეთრი დაცემა, პულსის უეცარი აჩქარება.

ექიმს ყოველთვის უნდა ახსოვდეს კუჭგარეშე არსებული იმ საკმაო მრავალი მიზეზის შესახებ, რომლებმაც შეიძლება გამოიწვიოს კუჭიდან სისხლდენა. კუჭიდან სისხლდენის მიზეზი საკმაოდ ხშირად თრომბოფლებიტური სპლენომეგალიაა. ამ დაავადებისათვის დამახასიათებელია ელენთის გადიდება, რომელიც სისხლდენის დროს მნიშვნელოვნად იკლებს ან სრულიად ქრება. რემისიის დროს ელენთა ისევ იზრდება. ელენთის არეში ტკივილი, ზოგჯერ ასციტი პერისპლენიტის სასარგებლოდ ლაპარაკობს. წყლულოვან სისხლდენასთან გარჩევაში გვეხმარება პერიფერიული სისხლის ანალიზი. სპლენოთრომბოზის დროს დამახასიათებელია ლეიკოპენია, თრომბოპენია და ფერადობის მაჩვენებელი ერთს უახლოვდება. წყლულოვანი სისხლდენის დროს კი ფერადობის მაჩვენებელი ერთზე ნაკლებია და ლეიკოპენიასაც ადგილი არ აქვს. წყლულისაგან განსხვავებით თრომბოფლებიტური სპლენომეგალია ხშირია ქალებში და ახალგაზრდებში.

კუჭიდან სისხლდენის დროს უნდა გაირკვეს ხომ არაა იგი გამოწვეული ღვიძლის ციროზის დროს საყლაპავის ვენებიდან მათი კომპენსატორული ვარიკოზული გაგანიერების შედეგად.

საყლაპავის ვენების დაზიანების დროს დამახასიათებელია ძლიერი, პირდაპირ შადრევანივით, სისხლდენა. თითქოს პირის ღრუდან ავადმყოფი ძალით აქცევს სისხლს. ასეთი გაძლიერებული ამოსროლით ღებინება საყლაპავის ვენებიდან სისხლდენისათვისაა დამახასიათებელი.

დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება ციროზის ზოგიერთი ნიშნის არსებობა: მცირედ გამოხატული ასციტი, დიდი ასციტის დროს სისხლდენა არ არის, ეს ფაქტი მნიშვნელოვანია კლინიკურადაც. ჭიპის ირგვლივ ვენების გაგანიერება, ანამნეზში გადაჭარბებით ალკოჰოლის ხმარება. ძლიერი სისხლდენის დროს რენტგენოსკოპიით გაგანიერებული ვენების აღმოჩენა სისხლის კოლტების არსებობის გამო არ ხერხდება. იშვიათად, მაგრამ არის შემთხვევები, როდესაც

საყლაპავის ან კარდიის ვენებიდან სისხლდენა ლაპაროტომიის მიზეზი გამხდარა. საქმე უდანაშაულო ელენთის ამოკვეთით ან კუჭის რეზექციით დამთავრებულა. სისხლდენა კი მომავალშიც განმეორებულა, რაც საკმაოდ ხშირად სიკვდილით მთავრდება. კუჭიდან სისხლდენა შეიძლება გამოიწვიოს მუცლის აორტის ანევრიზმის კუჭში გასკდომამ. ასეთ შემთხვევაში სისხლდენა იმდენად ძლიერია, რომ ავადმყოფი მეტწილად იღუპება. ერთ ასეთ ავადმყოფზე წინასწარ სწორად განუსაზღვრავს სისხლდენის ადგილი აკად. გრ. მუხაძეს, რაც გაკვეთის დროს დადასტურებულა. ამ შემთხვევის შესახებ მოთხრობილი აქვს თავის წიგნში პროფ. მ. ჩაჩავას.

მ უ ც ლ ი ს ა ო რ ტ ი ს ც რ უ ა ნ ე ვ რ ი ზ მ ი დ ა ნ განმეორებითი სისხლდენის შესახებ, რომელიც სექციის დროს დადასტურებულა, მითითებულია ლიტერატურაში (ნ. ბლინოვი). იშვიათია აგრეთვე სიმსივნის ელენთაში ბენეტრაცია. რომელიც ძლიერ მელენას იძლეოდეს. ამ დროს მაინც დამახასიათებელია სისხლის შედარებით ნაკლები ცვლილება, იგი მთლიანად კუპრის ფერის არაა, არც ისეთი, როგორც ბუასილის ან სწორი ნაწლავის პოლიპის დროს. მაგრამ აშკარად განსხვავდება კუჭიდან ან თორმეტგოჯა ნაწლავიდან (საერთოდ ზევიდან) წამოსული სისხლისაგან. მელენის დროს, თუ იგი ძალიან შავი კუპრისფერი არაა, ყოველთვის უნდა გვახსოვდეს მსხვილი ნაწლავის დაავადებები (სიმსივნე, პოლიპი, წყლულოვანი კოლიტი და სხვ.).

წვრილი ნაწლავიდან მელენა შეიძლება გამოიწვიოს ზოგიერთმა წ ყ ლ უ ლ ო ვ ა ნ მ ა პ რ ო ც ე ს მ ა (ტიფი, ტუბერკულოზი, სიფილისი) ან დაავადებამ (პოლიპი, მეკელის დივერტიკული), მაგრამ იგი შედარებით იშვიათია და როდესაც სისხლდენის სხვა მიზეზი არ ჩანს, უნდა ვიფიქროთ მათ შესახებ.

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან აღსანიშნავია აგრეთვე ქ ო ლ ე ც ი ს ტ ი ტ ი და პ ა ნ კ რ ე ა ტ ი ტ ი (პანკრეატოქოლეცისტოპათია), რომელთაც შეუძლია გამოიწვიონ სისხლიანი პირღებიწება და კუპრისფერი განავალი. ამის ნამდვილი მიზეზის ახსნა ძნელია. ასევე ძნელია მისი ამოცნობაც, მათზე შეიძლება ვიფიქროთ სხვა დაავადებების გამორიცხვისა და ამ ორგანოთა ქრონიკული (მით უფრო კენჭოვანი ქოლეცისტიტის) დაავადების დროს.

უნდა აღინიშნოს აგრეთვე ფ ი ლ ტ ვ ე ბ ი ს ზ ო გ ი ე რ თ ი დ ა ა ვ ა დ ე ბ ა (ხშირად ტუბერკულოზი, იშვიათად აბსცესი, უცხო სხეული, სიმსივნე და სხვ.). რომელთა ნიადაგზეც განვითარებული სისხლდენა შეიძლება შეგვეშალოს კუჭიდან სისხლდენასთან. ფილტვებიდან სისხლდენას, კუჭიდან სისხლდენისაგან განსხვავებით, გარკვეული სიმპტომატოლოგია ახასიათებს. ამ დროს ანამნეზში აღინიშნება ფილტვების ან გულის დაავადების მხრივ საეჭვო დიაგნოზი: სისხლდენას წინ უსწრებს ხველა — სისხლი ამოდის მეტწილად ხველის დროს; როგორც თვითონ ავადმყოფები მიუთითებენ, იგი მათ თბილად აწვებათ ყელთან და შემდეგ ამოდის, სისხლი ალსიფერია და ნახველი და ქაფი აქვს მირეული. მისი რეაქცია ყოველთვის ტუტეა. გარდა ამისა, ფილტვების დაავადებებს, რომლებიც სისხლდენით რთულდება, აქვს მეტად თუ ნაკლებად გამოხატული საკუთარი დამახასიათებელი ნიშნები და ამ ნიშნების ცოდნაც გარკვეულ დახმარებას გვიწევს სწორი დიაგნოზის გარკვევაში.

ჩვენ დიდი ხანია გაბედულად ვურჩევთ კუჭიდან სისხლდენის დროს კუჭის რენტგენოსკოპიას. ამის შესახებ ადრინდელ შრომებშიც მივუთითებდიო (1960, 1961). მაგრამ ამ მეთოდმა ჯერ კიდევ საფუძვლიანად ვერ მოიკიდა ფეხი.

სისხლდენის მაქსიმუმზე კუჭის რენტგენოლოგიური გამოკვლევის მეთოდი დამუშავებული იყო ჯერ კიდევ 1937 წელს ჰამპტონის მიერ, მისი უშიშროებისა და დიდი სარგებლობის შესახებ აღნიშნავენ როგორც ჩვენი, ისე უცხოელი ავტორები. რენტგონოსკოპია, მართალია, შეიძლება ყოველთვის, მაგრამ სისხლდენის მაქსიმუმზე საჭიროა მისი ჩატარება ავადმყოფის მწოლარე მდგომარეობაში (ასევე იგი თავისი ქვეშსაგებით უნდა იქნეს გადაყვანილი). მცირე ამაღლებაც სიფრთხილეს მოითხოვს და საჭიროა თვალყური ვადევნოთ პულსის გახშირებას. ამასთან, უნდა გვახსოვდეს ისიც, რომ სისხლით გადავსებულ კუჭში ხშირად ძნელდება წყლულის აღმოჩენა. კოლტებს ბორის ფაფის მოხვედრამ შეიძლება ცრუ შთაბეჭდილებაც შექმნას. ამიტომ ზოგი უშიშრად ურჩევს რენტგენოსკოპიის წინ კუჭის გამორეცხვას (ლაპისის სუსტი ხსნარით) ან შეიძლება რენტგენოსკოპია ცოტა მოგვიანებით ვაწარმოოთ.

კუჭიდან სისხლდენა შედარებით ხშირად, ვიდრე ამას ადრე აქცევდნენ ყურადღებას. შეუძლია გამოიწვიოს ჰიპერტონიულმა სნეულებამ. ამის მიზეზია კუჭის არტერიოლების ნეკროზული ცვლილებანი ამ დაავადების დროს. დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება ანამნეზი ჰიპერტონიული დაავადების შესახებ, ზოგჯერ, სისხლდენის მიუხედავად, მომატებული სისხლის წნევა.

ჰიპერტონიული დაავადების დროს სისხლდენა საკმაოდ მძიმედ მიმდინარეობს, რადგან ამ დროს შეცვლილია სხვა ორგანოთა ფუნქციები და არც ისე -შვიათად სისხლდენის ეს სახე მეტწილად ხანში შესულებსა და მოხუცებში აღინიშნება.

ორგანიზმის ზოგადი ინტოქსიკაციის დროს შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ჰემორაგიულ ცხელებას. ავადმყოფს, ჰემატურიისა და ჰემორაგიული გამონაყარის გარდ.. აღენიშნება სისხლდენა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან. ლეიკოციტოზი და ინტოქსიკაციის სხვა ნიშნები. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან სისხლდენას იძლევა სისხლის ზოგიერთი დაავადება. ამოცნობაში გვეხმარება მათთვის დამახასიათებელი ზოგიერთი ნიშანი.

შენლეინ-ჰენოხის დაავადება უფრო ხშირად 6—12 წლის ასაკში გვხვდება; ახასიათებს წერტილოვანი სისხლჩაქცევები, სახსართან ახლოს შეშუპებები და ძლიერი ტკივილი მუცელში.

ვერლჰოფის დაავადება, შეიძლება ითქვას, ძირითადად ქალების დაავადებაა. ხშირად აღინიშნება სისხლჩაქცევები კიდურებზე და სხეულის სხვა ადგილებში. სისხლდენა ლორწოვანი გარსებიდან. ადგილი აქვს თრომბოციტოპენიას და სისხლდენის გაძლიერებას (რამდენიმე წუთი).

ვაკეზის დაავადების (პოლიციტემია) დროს ადგილი აქვს ერითროციტების, ჰემოგლობინის და ლეიკოციტების მომატებას. სახის კანი და ლორწოვანები მუქი წითელი ფერისაა, ხშირად აღენიშნება მტევნის არეში ტკივილი შემდგომში გაწითლებით და ისეთი ძლიერი შეშუპებით, რომ ზოგჯერ კანგრენის განვითარებამდე იშლება სისხლის მიმოქცევა.

ჰემოფილია თანდაყოლილია; ხშირად ახალგაზრდებში უმნიშვნელო ტრამვის შემდეგ განსაკუთრებით აღინიშნება პერიოსტული სისხლდენა. მეტწილად ელენთა და ღვიძლი გადიდებულია.

ჰემოლიზური სიყვითლის დროს ადგილი აქვს სიყვითლეს, ერითროპენიის მიუხედავად. ფერადობის მაჩვენებელი ერთია ან მასთან ახლოსაა. როგორც წესი, გადიდებულია ელენთა და ხშირად ღვიძლიც. კუმბსის რეაქცია დადებითია.

მწვავე ლეიკოზის დროს მკვეთრად მომატებულია ნაცხებში დამახასიათებელი ფორმის ლეიკოციტების რიცხვი, ხშირად გადიდებულია ელენთა და ღვიძლი, სისხლდენის და ანემიის მიუხედავად ერთთან ახლოსაა ფერდობის მაჩვენებელი. რ ე ნ დ უ (1896) და ო ს ლ ე რ ი ს (1901) დაავადება, რომელიც ხშირად მემკვიდრეობითია, სისხლძარღვთა პათოლოგიის შედეგად (მეზენქიმის სისუსტე და ძარღვთა ექტაზია) იძლევა ლორწოვანი გარსებიდან (ცხვირიდან) და მათ შორის იშვიათად კუჭიდანაც სისხლდენას.

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან, განსაკუთრებით წყლულით დაავადებულ ავადმყოფებში სისხლდენა შეიძლება გამოიწვიოს ანტიკოაგულანტებმა, მათ შორის ასპირინმაც. ასპირინი მცირე დოზით (0,25) ანტიკოაგულანტია, ამიტომ მის ხანგრძლივ მიღებას შეძლება მოჰყვეს სისხლდენა.

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან სისხლდენით ა ვ ა დ მ ყ ო ფ ი დ ა უ ყ ო ვ ნ ებ ლ ი ვ ჰ ო ს პ ი ტ ა ლ ი ზ ა ც ი ა ს მ ო ი თ ხ ო ვ ს. შემდეგ უნდა გადაწყდეს საკითხი სისხლდენა წყლულოვანი წარმოშობისაა, თუ იგი გამოწვეულია სხვა უცნობი მიზეზით. შემოსვლისთანავე ავადმყოფის ან მისი მოგცილებლისაგან უნდა დაზუსტდეს ანამნეზი, შემოწმდეს არტერიული წნევა, სისხლის ანალიზი და ჰაშინვე მიღებულ იქნეს სისხლდენის შესაჩერებელი ზომები. ამასთან, უნდა გავითვალისწინოთ ისიც, რომ, სისხლდენის მიუხედავად, ჰემოგლობინი მხოლოდ ძოგვიანებით იწყებს დაცემას. ნ. ბლინოვი, ჰემოგლობინის დონის მიხედვით, ურჩევს შემდეგნაირ დახმარებას: როდესაც ჰემოგლობინი 60 პროცენტზე მეტია, ვენაში უნდა შევიყვანოთ პლაზმა 60—100 მლ. კუნთებში კეთდება ვიკასოლი ერთი ამპულა (5 მლ). თუ ჰემოგლობინი 40—60 პროცენტის ფარგლებშია, ჰაშინ პლაზმის ნაცვლად უკეთესია ნელა შევიყვანოთ სისხლი 100—150 მლ რაოდენობით. როდესაც ჰემოგლობინი 40 პროცენტზე დაბალია და სისხლდენა დაკავშირებული არაა ჰიპერტონიულ დაავადებასთან, საჭიროა სისხლის წვეთოვანი გადასხმა დიდი რაოდენობით 500—700 მლ, ზოგჯერ მეტიც, სანამ არ შეჩერდება სისხლდენა. როდესაც სისხლიანი პირღებინება გრძელდება, ავადმყოფს პირველ დღეს საკვები არ ეძლევა. პირღებინების დროს ნ. ბლინოვი ურჩევს მორფიუმის 1% ხსნარის 1,0, 2—3-ჯერ დღეში (ამასთან, არ უნდა დავივიწყოთ, რომ მძიმე ანემიის დროს მორფიუმმა შეიძლება ტოქსიკური ზემოქმედება მოახდინოს, ამიტომ საჭიროა მისი სიფრთხილით და მცირე დოზებში გამოყენება). კარგია აგრეთვე ატროპინის გაკეთება, ეპიგასტრიუმის არეში თავსდება ყინულიანი მსუბუქი პარკი, ვენაში ან კუნთებში კეთდება ასკორბინის მჟავა. კარგია ავადმყოფის დაწვენა უბალიშოდ ან ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში მწოლარე ავადმყოფის საწოლის ფეხების მხარეს ოდნავ ამაღლება, ტვინისაკენ სისხლის უკეთ მიწოდების მიზნით.

ნ. ბლინოვი ვენაში ქლორიანი კალციუმის შეყვანას არ ურჩევს, რადგან ეგი, ავტორის დაკვირვებით, აძლიერებს ღებინებით მოძრაობას და შეიძლება პირღებინების მიზეზი გახდეს.

სისხლდენის შესაჩერებლად უნდა გამოვიყენოთ აგრეთვე სხვა საშუალებები: ვენაში 10—20 მლ-მდე 10—15% სუფრის მარილის ხსნარი, კუნთებში 10 მლ 20% სტერილური ჟელატინის ხსნარი, კანქვეშ ცხენის ან სხვა რომელიმე შრატი (უმჯობესია ახალი) 10 მლ და მეტი რაოდენობით. გამოიყენება აგრეთვე გლუკოზა, ხოლო აღმგზნები საშუალებები (ქაფური, კოფეინი) წინააღმდეგ ნაჩვენებია. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, კარგია ნარკოზული საშუალებები მხოლოდ შედარებით მცირე დოზებით და განმეორებით.

მეტად დიდი რაოდენობით სისხლის დაკარგვის დროს (აგონიისა და კლინიკური სიკვდილის შემთხვევაში სუნთქვისა და გულის მუშაობის შეჩერების დროს) საჭიროა არტერიული სისხლის გადასხმა 200—400 მლ რაოდენობით (ზოგჯერ გლუკოზასთან ერთად), ხელოვნური სუნთქვა (სპეციალური აპარატით), პულსის გამოჩენისას ვენაში კეთდება 500—1000 მლ სისხლის გადასხმა, ასეთი ღონისძიებების შემდეგ ჩერდება სისხლდენა და ხშირად შესაძლო ხდება სიცოცხლის დაბრუნება (რეანიმაცია).

ე. ბერიოზოვი სისხლის გადასხმასთან ერთად ურჩევს ზონდით კუჭის გამორეცხვას ლაპისის ძლიერ სუსტი ხსნარით. ზოგი ცხვირიდან შეყვანილი წვრილი ზონდით აწარმოებს კუჭში რძის წვეთოვან შეყვანას დღე-ღამეში 2—3 ლიტრამდე. რძე შებოჭავს პეპსინს და ამით ხელს შეუწყობს კოლტის განვითარებას, ღონძელსაც თავისუფალი პეპსინი შლის.

წყლულოვანი წარმოშობის პროფუზული სისხლდენის დროს ავადმყოფის მკურნალობის არჩევით მეთოდად აღიარებულია ოპერაცია — კუჭის რეზექცია წყლულთან ერთად. ჯერ კიდევ ერთი აზრი არ არსებობს ოპერაციის გაკეთების დროის შესახებ. ბ. როზანოვმა ყველაზე უკეთესი შედეგი მიიღო ავადმყოფის კლინიკაში შემოსვლიდან პირველ დღესვე ოპერაციის დროს. სისხლდენის დროს ადრეული ოპერაციის მომხრეა ს. გეინეკი, ფინსტერერი, ბირი და სხვ. მეტი წილი ავტორები ურჩევენ ოპერაციის ჩატარებას 24 ან უკიდურეს შემთხვევაში 48 საათის შემდეგ. თუ ენერგიული კონსერვატული ღონისძიებანი შედეგს არ იძლევა, წარსულში აღნიშნულია სისხლდენა ან ანამნეზიდან და სხვა გამოკვლევით სისხლდენა წყლულოვანი წარმოშობისაა, აუცილებელია ოპერაცია. ასეთ შემთხვევაში ოპერაციის დაგვიანება შეცდომაა. სისხლდენის დროს კუჭის რეზექცია შესრულებული იყო ჯერ კიდევ ეიზელსბერგის მიერ 1880 წელს და ორი წლის შემდეგ ვან-კლიფის (1882) მიერ. დღეს ეს საკითხი საკამათო არაა. მხოლოდ საჭიროა რაც შეიძლება მისი დროული ჩატარება, მით უფრო, თუ სისხლდენას არა აქვს შეჩერებისადმი ტენდენცია. კიდევ უფრო აუცილებელი და გადაუდებელი ხდება კუჭის რეზექციის გაკეთება, თუ სისხლდენის მიზეზი კუჭის კიბოა. ასეთ შემთხვევაში სისხლდენის შეჩერებას არ უნდა დაველოდოთ.

სისხლდენის კონსერვატული მკურნალობის მეთოდმა არ გაამართლა, იგი იძლევა სიკვდილის დიდ პროცენტს, ხოლო შემდეგ ავადმყოფს კვლავ რჩება წყლულოვანი დაავადება და განმეორებით სისხლდენის საშიშროებაც (ზოგჯერ 60—70%).

ს. იუდინის მონაცემებით, სასოწარკვეთილი, უიმედო ავადმყოფების ოპერაციის დროს სიკვდილიანობის პროცენტი შეადგენს—34: „სისხლდენის მაქსიმუმის"—დროს 13,4%-ს; სისხლდენათა შუაპერიოდში—7,5%-ს; საერთო სიკვდილობა—14,5%-ს; შემდეგ — 5,6%, ბოლოს უფრო ნაკლებს.

იმის გამო, რომ სიკვდილის პროცენტი მოგვიანებით პროგრესულად მატულობს, ამიტომ ოპერაციის საკითხი უნდა გადაწყდეს პირველ ორ დღეში, გადასხმის მიუხედავად. თუ ჰემოგლობინი ეცემა, გრძელდება სისხლიანი პირღებინება ან ფარული სისხლდენა და ავადმყოფის მდგომარეობა არ უმჯობესდება, აუცილებლად უნდა გაკეთდეს ოპერაცია.

როდესაც სისხლდენის მიზეზი ჰიპერტონიული დაავადებაა, მაშინ სისხლის გადასხმა წვეთოვანი გზითაც, ისე როგორც ვენის შიდა ყოველგვარი ინექციები (ანგიორეცეპტორთა გაღიზიანების გამო). მეტად საშიშია, მას შეუძლია სისხლის წნევის მომატება, სისხლდენის განმეორებით გამოწვევა და ინსულ-

ტის განვითარება. სისხლის გადასხმა უნდა გაკეთდეს ზედმიწევნით ფრთხილად. ავადმყოფის მდგომარეობის მიხედვით (100—150 მლ რაოდენობით. ზოგჯერ დღე-ღამეში ერთ-ორჯერ). ამასთან, საჭიროა ცილოვანი სითხეების (ჰიდროლიზატი, ამინომჟავები) კუნთებში შეყვანა.

საყლაპავის გაგანიერებული ვენებიდან სისხლდენის დროს უმჯობესია საკვები არ მივცეთ ერთი-ორი დღე. ღებინების შესაწყვეტად ნ. ბლინოვი ურჩევს მორფიუმს, ურჩევენ სპეციალურ ბალონს (ბლეკმორის ზონდი). რომელიც ზოგჯერ მართლაც ახერხებს გაგანიერებულ ვენებზე ზეწოლით სისხლდენის შეჩერებას. გამოიყენება აგრეთვე სხვადასხვა ოპერაცია, მეტწილად ცივ პერიოდში. მათ შორის აღსანიშნავია ტრანსთორაკალური მიდგომით საყლაპავი მილის ვენების გადაკვანძვა მოწოდებული ბერემას (Boerema) მიერ.

როდესაც სისხლდენის მიზეზია თრომბოფლებიტური სპლენომეგალია: სჯობს კონსერვატული მკურნალობით ავადმყოფის გამოყვანა ამ მდგომარეობიდან და შემდეგ სპლენექტომიის გაკეთება, რომელსაც ემატება ვენური ანასტომოზი (იხ. ქვემოთ). როდესაც კონსერვატული მკურნალობით არ ჩერდება სისხლდენა, მაშინ კეთდება სპლენექტომია, რომელსაც კარგი ჰემოსტაზური ეფექტი მოსდევს.

სისხლდენის დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის კვებას. გარდა იმისა, რომ იგი ნაწილობრივ აღადგენს დაკარგულ სისხლს, არა ნაკლებ და შეიძლება უფრო მეტად სასარგებლო იყოს როგორც სისხლის დენის შემაჩერებელი ფაქტორი. დაკვირვებამ ნათლად გვიჩვენა საკვების მიცემის დიდი უპირატესობა შიმშილთან შედარებით, განსაკუთრებით წყლულოვანი სისხლდენის დროს.

კუჭ-ნაწლავიდან პროფუზული სისხლდენის დროს, როცა ავადმყოფს არ აქვს პირღებინება, ან მისი შეწყვეტის შემდეგ უნდა მივცეთ ცივი ჩაი. ჰემოსტაზური ღრუბელი. თუ დღე-ღამის განმავლობაში სისხლდენა არ განმეორებულა, ეძლევა: კვერცხი თოხლო ან უმი, არაჟანი, პიურე, მცენარეულის სუპი: მომდევნო დღეს მას ემატება ხაჯო, ნაყინი, ორთქლში დამუშავებული კატლეტი, ჯობს ქათმის ხორცის, ახალი თევზი, კისელი, სხვადასხვა ფაფები, საკვები უნდა იყოს ადვილად მოსანელებელი, თხიერ მდგომარეობაში და შეიცავდეს ვიტამინებს, განსაკუთრებით K ვიტამინს (რომელიც, კუნთებში შეყვანის გარდა, ხშირად ენიშნება სასმელადაც). თუ არ აქვს ღებინება, უმჯობესია ავადმყოფის კვება დავიწყოთ თავიდანვე გაძლიერებულად, მაგრამ ფრთხილად. იგი უნდა ღებულობდეს საკმაო კალორაჟის საკვებს მეილენგრახტის ან იაროცკის დიეტის სახით. საკვებს უნდა ღებულობდეს ხშირად და ცოტ-ცოტას. იგი განსაკუთრებით მდიდარი უნდა იყოს ცილებით, ნახშირწყლებით და არ შეიცავდეს რაიმე გამღიზიანებელს.

ჰემოპოეზის გაძლიერების მიზნით, ავადმყოფის მდგომარეობის მიხედვით, ფართოდ უნდა იქნეს გამოყენებული კამპალონი ან ანტიანემინი ყოველდღე, ვიტამინი B_{12}, რკინის პრეპარატები (ამ უკანასკნელის დანიშვნამ შეიძლება გამოიწვიოს პირღებინება, ზოგჯერ ფაღარათი, რაც ყოველთვის უნდა გვახსოვდეს და ამიტომ იგი მოგვიანებით ენიშნება ან დისპეფსიური მოვლენების გამოჩენისას ეხსნება მაშინვე), იგი განავლის მუქ ნაცრისფერად შეფერადებას იწვევს. რაც მელენაში არ უნდა შეგვეშალოს.

როდესაც წყლულოვანი სისხლდენის კონსერვატული მკურნალობა ხანმოკლე დროის (24—48 საათის) განმავლობაში შედეგს არ იძლევა, უნდა გაკეთ-

დეს სასწრაფო ოპერაცია კუჭის რეზექციის სახით. ასეთ შემთხვევაში სისტემატური თვალყური უნდა ვადევნოთ ჰემოგლობინის პროცენტის პროგრესულ შემცირებას ან მომატებას, აგრეთვე არტერიული სისხლის წნევის სურათს, ზოგჯერ სისხლის ხვედრითი წონის მდგომარეობას, რათა ავადმყოფი არ მიეიყვანოთ მკვეთრ ანემიამდე.

ავადმყოფის გადარჩენის საკითხს წყვეტს არა იმდენად დაკარგული სისხლის რაოდენობა, რამდენადაც იმ დროის ხანგრძლიობა, რომლის განმავლობაშიც გრძელდებოდა სისხლდენა.

შეხედულება, თითქოს წყლულოვანი სისხლდენის დროს ავადმყოფის ოპერაცია უფრო საშიშია, ვიდრე კონსერვატული მკურნალობა, სწორი არაა. როდესაც ერთი-ორი დღის განმავლობაში არ ირკვევა სისხლდენის შეჩერების ტენდენცია, მაშინ ლოდინი და ავადმყოფის დატოვება კონსერვატული მკურნალობის ამარა გაუმართლებელია. ოპერაცია, რასაკვირველია, მხოლოდ იმ შემთხვევაშია ნაჩვენები, როდესაც სისხლდენის წყლულოვანი ხასიათი საეჭვო არაა, ქირურგს შესწევს რეზექციის გაკეთება და ხელთ აქვს სისხლის საკმაო რაოდენობა გადასხმისათვის როგორც ოპერაციამდე, ისე ოპერაციის დროს წვეთოვნად და მის შემდეგაც.

უნდა გვახსოვდეს, რომ გასტრიული სისხლდენის შემთხვევაში ოპერაციის დროს, ისე როგორც ოპერაციის წინ, სისხლის გადასხმა ფართოდ უნდა გამოვიყენოთ. ავადმყოფის გადარჩენის შანსი დიდადაა დამოკიდებული ამ ღონისძიების წესიერად ჩატარებაზე.

ოპერაცია კეთდება ადგილობრივი ანესთეზიით, უკანასკნელ ხანებში ფართოდ გამოიყენება ენდოტრაქეული ნარკოზი. განაკვეთი ტარდება შუახაზზე მახვილისებრი მორჩიდან ჭიპამდე. ოპერაცია მიზნად ისახავს სისხლდენის ადგილის დადგენას და მისი მიზეზის მოსპობას. ლაპაროტომია მეტწილად მაშინვე იძლევა ზოგიერთ საორიენტაციო მონაცემს. აღინიშნება წყლულისათვის დამახასიათებელი ცვლილებები კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის სეროზულ გარსზე, ხშირად კუჭის გადავსება ჩაღვრილი სისხლით, კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის კედლის გასინჯვით ირკვევა მასში წყლულის არსებობა.

წყლულის დადგენის დროს, ჩვეულებრივ, კეთდება კუჭის რეზექცია ბილროტის მეორე წესით. ქსოვილის ანემიის შემთხვევაში რეგენერაციული პროცესის დაქვეითების გამო კუჭის რეზექციის შესრულება ბილროტის პირველი წესით საშიშია. სხვა სახის ოპერაციული მკურნალობა, სახელდობრ, სისხლძარღვის გადაკვანძვა, მეტწილად უშედეგოა.

ზოგი დაბლა მდებარე წყლულის დროს ურჩევს დუოდენოტომიას და წყლულის ამოკერვას. საეჭვო შემთხვევაში ზოგჯერ იძულებული ვართ მივმართოთ გასტრო ან დუოდენოტომიას კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის უფრო დეტალური დათვალიერებისათვის. როდესაც აქ წყლული ნახული არ იქნება, საჭიროა ღვიძლისა და ელენთის დათვალიერება, რათა დავადგინოთ — ხომ არაა კუჭში სისხლდენის მიზეზი ამ ორგანოთა დაავადება.

ნაწლავებში ჩაღვრილი სისხლის ხრწნის შედეგად ავადმყოფები მეტად ადინამიურია. ამიტომ კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან პროფუზული სისხლდენის გამო ნაოპერაციევ ავადმყოფს სისხლდენის მიზეზის ლიკვიდაციის დროს ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ყოველდღე უნდა გაუკეთდეს გამწმენდი ოყნა ჩაღვრილი სისხლის გამორეცხვის მიზნით. არის შემთხვევები, როდესაც კუჭის რეზექცია კეთდება, სისხლდენა კი შემდგომშიც გრძელდება, ამის მიზეზია არაწყლულოვანი წარმოშობის სისხლდენა.

ამიტომ ყოველთვის, როდესაც პროფუზული სისხლდენის დროს დანამდვილებით დარწმუნებული არა ვართ მის წყლულოვან წარმოშობაში, უმჯობესია კონსერვატული მკურნალობის ჩატარება. ამ მიზნით ზემოჩამოთვლილ ღონისძიებებს შეიძლება დაემატოს ლოკალური ჰიპოთერმია, რომელსაც ურჩევს ბ. პეტროვი და სხვ.

წყლულის გადაგვარება კიბოდ

ხანგრძლივად არსებული კუჭის ქრონიკული, განსაკუთრებით პილორულ-პრეპილორული ნაწილის, მცირე სიმრუდის და კარდიალური მიდამოს კალოზური წყლული, შეიძლება გადაგვარდეს კიბოდ. წყლულის მალიგნიზაციის სიხშირის შესახებ ერთიანი აზრი არ არსებობს. ზოგი სრულებით უარყოფს კუჭის წყლულის გადაგვარებას სიმსივნედ ან მას აღნიშნავს შემთხვევათა მხოლოდ 3—4 პროცენტში (ჰაუზერი). სხვები წყლულის სიმსივნედ გადაგვარებას მიუთითებენ 30—40 პროცენტში (ეიზელსბერგი, პაერი და სხვ.), 70 პროცენტში (მეიო), 75 პროცენტში (ვილსონი, პოშე და სხვები), ზოგიც 80 პროცენტში და კიდევ უფრო ხშირად, ე. ი. თითქმის ყოველთვის შესაძლებლად თვლიან კუჭის წყლულის კანცერიზაციას. წყლულის სიმსივნედ გადაგვარების ასეთი ფართოდ მერყეობის მიზეზი ხშირად არასწორად შეკრებილი ანამნეზია; კუჭის პირველად კიბოს დაწყლულების სტადიაში ზოგჯერ მიიჩნევენ წყლულის კიბოდ გადაგვარებად. აღსანიშნავია ისიც, რომ კალოზური წყლულის გამოკვლევისას ატიპიური უჯრედების ნახვა ყოველთვის კიბოდ გადაგვარებაზე როდი ლაპარაკობს.

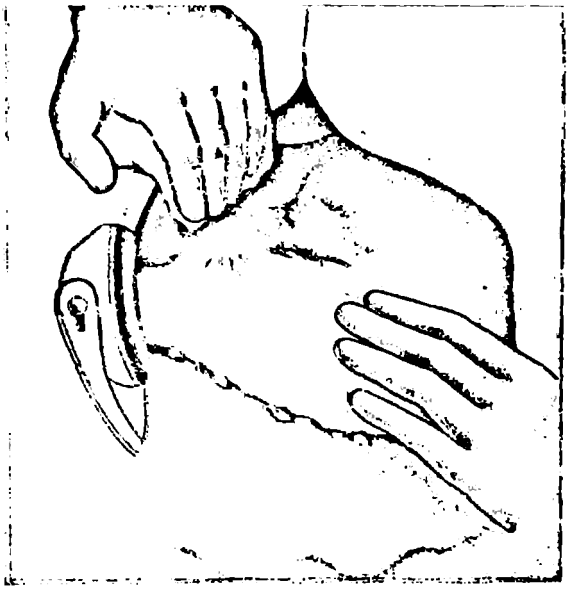
კუჭის, განსაკუთრებით ანტრალური და მცირე სიმრუდის, წყლულის სიმსივნედ გადაგვარება საეჭვო არაა. უფრო სწორი უნდა იყოს წყლულის სიმსივნედ გადაგვარება 8—10 პროცენტში (ა. აბრიკოსოვი, ვლ. ეღენტი და სხვ.).

დრო, თუ როდის იწყო წყლულმა სიმსივნედ გადაგვარება, არ შეიძლება დადგენილ იქნეს, მაგრამ ზოგიერთი დამახასიათებელი ნიშნის მიხედვით შეიძლება იგი ვივარაუდოთ.

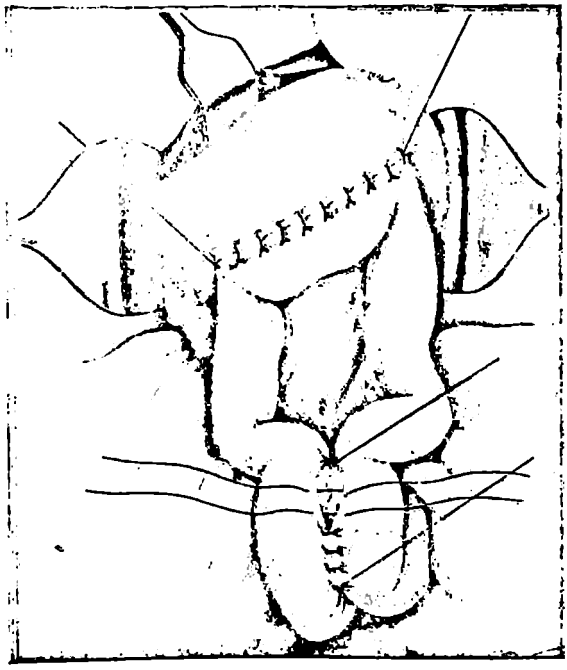
წყლულის მალიგნიზაციისათვის დამახასიათებელია წყლულის ნიშნების შეცვლა. წყლულისათვის დამახასიათებელი კარგი მადა ეკარგება ავადმყოფს, მეავედ კუჭის წვა იცვლება ლაყე სუნის ბოყინით. ძლიერი და პერიოდული ხასიათის ტკივილის მაგიერ ავადმყოფს აწუხებს ნაკლები ინტენსივობის, მაგრამ მუდმივი ხასიათის ტკივილი, რომელსაც კავშირი არ აქვს საჭმლის მიღებასთან ან განსაკუთრებით შემაწუხებელია ღამით.

წყლულისათვის დამახასიათებელი მტკივნეულობა ეპიგასტრიუმის არეში იკლებს. ზოგჯერ აღინიშნება მხოლოდ კუნთთა სუსტად გამოხატული რიგიდობა და მცირე მტკივნეულობა ანთებითი ინფილტრატის გამო. დაგვიანებულ პერიოდში შეიძლება ისინჯებოდეს სიმსივნე. ჩვეულებრივ, მცირე სიმრუდის სიმსივნის პალპაციით აღმოჩენა მეტწილად არ ხერხდება, მით უფრო ადრეულად.

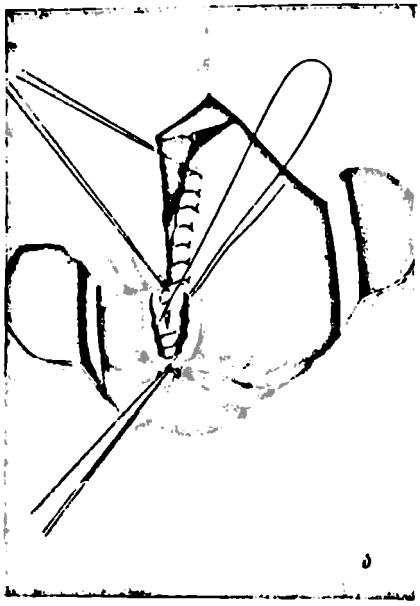
წყლულისათვის დამახასიათებელი მაღალი მეაობა შემცირებას იწყებს. ხშირად საერთო მეაობის შედარებით ნაკლები ცვლილებების მიუხედავად, თავისუფალი მეაობა პროგრესულად იკლებს და მალე სულ ქრება. სწორედ წყლულის სიმსივნედ გადაგვარების დროს ზოგჯერ მარილმეავას არსებობა შედარებით დიდხანს აღინიშნება.

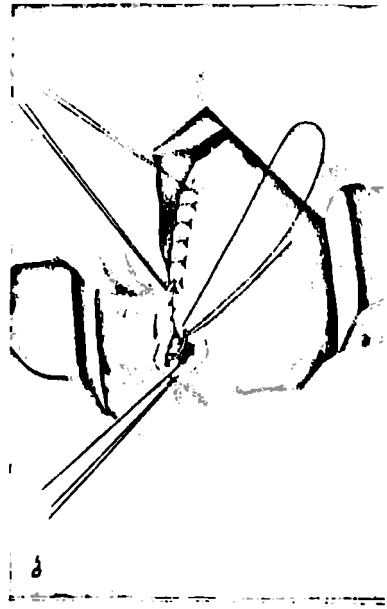


სურ. 40. ღვიძლში შეღწეული კუჭის წყლული.



სურ. 41. კუჭნაწლავის წინა შერთული—gastroenterostomia antecolica anterior (ეელფლერის წესით ოპერაცია). წვრილი ნაწლავის მომტან და გამტან მუხლს შორის დადებულია ბრაუნის ენტეროანასტომოზი.





სურ. 42. კუჭის რეზექცია ბილროთის I წესით. ა — ოირეტგოჯა ნაწლავსა და კუჭს უკანა კედელს შორის დადებულია სეროხულ-კუნთოვანი კვანძოვანი ნაკერები; ბ — კეთდება განეწყვეტელი ნაკერი წინა კედელზე; გ — მთავრდება სეროხულ-კუნთოვანი კვანძოვანი ნაკერები წინა კედელზე.

წყლულისათვის დამახასიათებელი პერიოდული ფარული სისხლდენა სიმსივნედ გადაგვარებისას უკვე მუდმივ ხასიათს ღებულობს.

რენტგენოლოგიურად დამახასიათებელია დიდი დიამეტრის (3—4 სმ) და სიღრმის გადიდებული, უსწორმასწორო კიდეების წყლული. აგრეთვე კუნთთა ტონუსის მკვეთრი დაქვეითება.

ზოგადი მოვლენებიდან ყურადღებას იპყრობს საერთო სისუსტე, პროგრესული გამხდრობა, ანემია და ფერმკრთალობა. ყველა ეს ნიშანი მოგვიანებით უფრო აშკარა ხდება. მაგრამ მაშინ ავადმყოფის დახმარება მეტწილად უშედეგოა.

კიბოზე ეჭვის დროს აუცილებელია კუჭის გაფართოებული რადიკალური რეზექციის გაკეთება.

ნაწიბუროვანი სტენოზები

ნაწიბუროვანი სტენოზი კუჭის წყლულის ხშირ გართულებას წარმოადგენს. იგი წყლულით დაავადებულ ავადმყოფთა ერთ მესამედში შესაძლოა განვითარდეს. პილორული, პრეპილორული და თორმეტგოჯა ნაწლავის დასაწყისში მდებარე წყლულის ნაწიბურების დროს ყველაზე ხშირად ვითარდება პ ი ლ ო რ უ ს ი ს ს ტ ე ნ ო ზ ი. გაცილებით იშვიათად მედიოგასტრიული სტენოზი, თორმეტგოჯა ნაწლავის სტენოზი (ნაღვლის საერთო სადინარის ქვემოთ) და კიდევ უფრო იშვიათად კარდიას სტენოზი. კუჭის შევიწროება. წყლულის გარდა, შესაძლოა გამოიწვიოს პერიგასტრიტისა და პერიდუოდენიტის მიერ გამოწვეულმა შეხორცებებმა. ნაწიბუროვანი შევიწროება ვითარდება თანდათანობით. პილორუსის სტენოზის დასაწყის (ანუ კომპენსაციის) ფაზაში რეფლექსურად პერისტალტიკის გაძლიერებისა და კუნთოვანი შრის კომპენსატორული ჰიპერტროფიის შედეგად, მართალია, გაძნელებით, მაგრამ ჯერ კიდევ ხერხდება კუჭის შიგთავსის ევაკუაცია. ამ დროს ავადმყოფს გაძლიერებული პერისტალტიკა აქვს, რასაც ხშირად ტკივილიც ახლავს ეპიგასტრიუმის არეში. მომდევნო პერიოდში, როდესაც კუჭის გასავალი ძლიერ ვიწროვდება. ზოგჯერ 2—3 მილიმეტრამდე, ვითარდება კუნთთა ძლიერი ატროფია, კუჭის ზედმიწევნით გაგანიერება და იგი უმოქმედო ტოპრაკს ემსგავსება.

სტენოზის დეკომპენსაციის ფაზაში კუჭი ხშირად სიმფიზამდე ეშვება. ავადმყოფს აწუხებს სიმძიმის გრძნობა, საკვების მიღების შემდეგ ხშირი პირღებინება (დიდი რაოდენობით წინა დღით ან ორი-სამი დღით ადრე მიღებული საჭმლის მასებით და დიდი რაოდენობა კუჭის წვენით). ყოველი პირღებინების შემდეგ ავადმყოფი დიდ შეღავათს გრძნობს. ამიტომ იგი სისტემატურად იწვევს ხელოვნურად პირღებინებას პირის ღრუში თითების ღრმად შეყვანით. კუჭში საკვების დიდხანს დარჩენის შედეგად ავადმყოფს აღენიშნება ლაყე. ლპობითი, ძველი ბურახის გემოს ბოყინი. მკვეთრი სტენოზის დროს ავადმყოფს აწუხებს გაძლიერებული წყურვილი, სისტემატური შიმშილი. პროგრესული და მეტად მძიმედ გამოხატული სიგამხდრე. საერთო სისუსტე. ძლიერი შეკრულობა, შარდის რაოდენობის შემცირება. სითხეებისა და ქლორიდების ხანგრძლივი და სისტემატურად დიდი რაოდენობით დაკარგვის (დემინერალიზაცია, დეჰიდრატაცია) შედეგად ხშირად ვითარდება ალკალოზი და პილორუსის სტენოზის მეტად მძიმე გართულება — გ ა ს ტ რ ი უ ლ ი ტ ე ტ ა ნ ი ა კრუნჩხვებით (მეანის ხელი), ზოგჯერ თითების გაბუქება (ფარული ტეტანია).

კუჭის წვენის გამოკვლევისას ყურადღებას იპყრობს ჰიპერსეკრეცია. სა-

ერთო და ხშირად თავისუფალი მეაობის მომატებაც. ზონდაჟი აღმოაჩენს წინადღით ან ზოგჯერ რამდენიმე დღით ადრე მიღებულ საკვებს. კუჭის ლორწოვანის საშვლის მასებით სისტემატური გაღიზიანება იწვევს სხვადასხვა სოკოების, სარცინების გაჩენას. ზოგჯერ აღინიშნება რძის მეავაც. კუჭის წვენში თავისუფალი მარილმეავას შემცირება ან სრული გაქრობა კიბოთი განვითარებული სტენოზის სასარგებლოდ გვაფიქრებინებს.

პილორუსის მკვეთრი სტენოზის დროს კუჭში შიგთავსის დიდხანს ყოფნისა და ჰიპერსეკრეციის შედეგად კარგადაა გამოხატული ჭანჭყარის ხმა.

რენტგენოლოგიურად კომპენსაციის ფაზაში აღინიშნება ღრმა და გაძლიერებული პერისტალტიკა, ანტიპერისტალტიკა და საკონტრასტო მასის გაძნელებით გადასვლა მცირე ულუფებით. დეკომპენსაციის ფაზაში კი კუნთთა მკვეთრი ატროფიის გამო პერისტალტიკის არსებობას უკვე აღარ აქვს ადგილი. საკონტრასტო მასა თითქოს პირდაპირ ცვივა კუჭში და ჰორიზონტალური დონით თავსდება, რომლის ზევით სითხის გამჭვირვალე ფენაა. საკონტრასტო მასის გადასვლას ხშირად ორი-სამი დღის და ზოგჯერ უფრო მეტი ხნის განმავლობაშიც აქვს ადგილი.

თუ სტენოზის ამოცნობა ძნელი არაა, სამაგიეროდ ყოველთვის ადვილი არაა მისი მიზეზის დადგენა. კიბოთი გამოწვეული სტენოზი ხანში შესულ ასაკში გვხვდება. არ აღინიშნება წყლულოვანი ანამნეზი. დამახასიათებელია ახილია. უნდა გვახსოვდეს მეზობელ ორგანოთა დაავადებების (პერიქოლეცისტიტი, მსხვილი ნაწლავის კიბო) შედეგად განვითარებული პილოროსტენოზის. აგრეთვე ფუნქციური პილოროსპაზმის შესახებაც. ამოცნობაში გვეხმარება სათანადო გამოკვლევა, შესაფერისი ანამნეზი. მსხვილი ნაწლავის სიმსივნის დროს პერისტალტიკა კუჭის საწინააღმდეგო მიმართულებით აღინიშნება. ფუნქციურ სპაზმს ხსნის ატროპინი ან პაპავერინი.

მცირე სიმრუდის კალოზური წყლულის დანაწიბურებას შეიძლება მოჰყვეს მ ე დ ი ო გ ა ს ტ რ ი უ ლ ი ს ტ ე ნ ო ზ ი. ამ დროს კუჭი სილის საათის ფორმას ღებულობს. მას თითქმის იგივე ნიშნები აქვს, რაც პილორუსის სტენოზს. პირღებინების ან კუჭის ზონდით დაცლის მიუხედავად, ბუყბუყის ხმა კუჭის დისტალურ ნაწილში სითხის არსებობის გამო არ ქრება. დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება რენტგენოლოგიური გამოკვლევა.

თ ო რ მ ე ტ გ ო ჯ ა ნ ა წ ლ ა ვ ი ს დასაწყისის შევიწროების გარჩევა პილორუსის სტენოზისაგან არ ხერხდება. შედარებით დაბალი სტენოზის დროს პირღებინებას ხშირად ნაღვლის მასები აქვს მიმატებული.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა მოითხოვს რადიკალურ ოპერაციას — კუჭის რეზექციას. მხოლოდ ზოგჯერ, ავადმყოფის მდგომარეობის მიხედვით, როგორც გამონაკლისი, შეიძლება გამოყენებულ იქნეს კუჭ-ნაწლავის შერთული. ტეტანიის შემთხვევაში, ოპერაციის გარდა, საჭიროა სისხლისა და სხვა ხსნარების მასიური დოზებით გადასხმა.

ᲨᲔᲦᲬᲔᲣᲚᲘ, ᲐᲜᲣ ᲞᲔᲜᲔᲢᲠᲘᲠᲔᲑᲣᲚᲘ ᲬᲧᲚᲣᲚᲘ

წყლულოვანი პროცესის პროგრესულობისას, როდესაც საქმე ეხება დიდ კალოზურ წყლულს, წყლულის კრატერი მუდმივად ღრმავდება. ანთებითი პროცესი ჯერ კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის სეროზულ გარსზე გადადის, ე. ი. ვითარდება პერიგასტრიტი და პერიდუოდენიტი — შემდეგში ანთება ახლომდებარე რომელიმე ორგანოზე ვრცელდება, რის გამოც მათ შორის ანთებითი

მჭიდრო კავშირი მყარდება. როდესაც წყლული კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის კედელს მთლიანად დააზიანებს, პერფორაცია ვითარდება არა თავისუფალ მუცლის ღრუში, არამედ სწორედ მასთან მჭიდროდ და ფართოდ მოზრდილ მეზობელ ორგანოში. აქ შემდგომში ანთებითი ნაწიბური ვითარდება, თუმცა ორგანოს ფუნქციის მნიშვნელოვან მოშლას ადგილი არ აქვს.

კუჭის წყლულმა შეიძლება შეღწევა განიცადოს პანკრეასში, მცირე ბადექონში, ღვიძლში (სურ. 40), განივ კოლინჯში და მის ჯორჯალში, მუცლის წინა კედელში, ელენთაში. თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული ხშირად განიცდის შეღწევას პანკრეასის თავში, ღვიძლ-თორმეტგოჯა ნაწლავის იოგში, ზოგჯერ ნაღვლის ბუშტში, განივ კოლინჯში და სხვ. წყლულის მეზობელ ორგანოში შეღწევას ზოგჯერ ახასიათებს ანთების მოვლენების კლინიკური გამოვლინება: ტემპერატურა, ლეიკოციტოზი, ედრის აჩქარება, ტკივილის გამწვავება. ტკივილი შეღწევის მომენტიდან უკვე ადრინდელი წყლულოვანი დაავადებისათვის დამახასიათებელი პერიოდული ტკივილისაგან განსხვავებით მუდმივ ხასიათს ღებულობს. პენეტრაციის დროიდან უკვე ტკივილის მუდმივ ხასიათს ვერ ცვლის დიეტა და მკურნალობა. იმის მიხედვით, სად მოხდება წყლულის შეღწევა. აღინიშნება დამახასიათებელი ირადირებული ტკივილი: პანკრეასში შეღწევისას წელის არეში, ნაღვლის ბუშტში შეღწევისას ბეჭში. მ. ჩაჩავას მოჰყავს შემთხვევა, როდესაც კუჭის წყლულის ელენთაში შეღწევის დროს ავადმყოფს 5 წლის განმავლობაში აღენიშნებოდა სტენოკარდიის შეტევის მსგავსი ტკივილი, რომელიც სუბტოტალური რეზექციისა და სპლენექტომიის შემდეგ სრულიად გამქრალა. კუჭის წყლულის განივ კოლინჯში პენეტრაციას კუჭსა და ნაწლავს შორის ხვრელმილის განვითარება მოჰყვება. იგი წყლულოვანი დაავადების ფრიად იშვიათი გართულებაა. ეს გართულება შედარებით ხშირია კუჭ-ნაწლავის შერთულის შემდეგ მლივ ნაწლავზე განვითარებული პეპტიკური წყლულის დროს (იხ. ქვევით). კუჭ-განივი კოლინჯის ხვრელმილის დროს ადგილი აქვს საჭმლის სწრაფ გადასვლას კუჭიდან განივ კოლინჯში და ამის შემდეგ ფაღარათობას თითქმის მოუნელებელი საჭმლის მასებით. აღინიშნება შებრუნებითი მოვლენაც. განივ კოლინჯიდან ნაწლავის შიგთავსის კუჭში გადასვლის გამო შეიძლება ადგილი ექნეს პირღებინებას განავლის სუნის მასებით.

იშვიათად ხვრელმილი შეიძლება განვითარდეს აგრეთვე კუჭსა ან განსაკუთრებით თორმეტგოჯა ნაწლავსა და ნაღვლის ბუშტს, ან კიდევ უფრო იშვიათად ნაღვლის საერთო სადინარს შორის. ასეთ შემთხვევაში ნაღველი და ზოგჯერ კენჭებიც ხვრელმილით მოხვდებიან კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში. ოპერაციამდე ასეთი გართულების ამოცნობა თითქმის არ ხერხდება. შეიძლება დაგვეხმაროს პირნაღებინებში (თუ ასეთი აქვს ავადმყოფს) სისტემატურად ნაღვლის მასების არსებობა და განსაკუთრებით რენტგენოლოგიური გამოკვლევისას საკონტრასტო მასის შეღწევა ნაღვლის ბუშტის მსგავს გამობერილობაში. რენტგენოლოგიური გამოკვლევა შეღწეული წყლულის შემთხვევაში ხშირად აჩვენებს საკონტრასტო მასის მეზობელ ორგანოში ჩადენას შეღწევის მიმართულებით.

გულდასმით შეკრებილი ანამნეზით შეიძლება ვივარაუდოთ ის მომენტი, როდესაც ჩვეულებრივ მიმდინარე წყლულმა მეზობელ ორგანოში განიცადა პენეტრაცია. ამ მომენტს ალ. ბეთანელი „ბაქანის“ სიმპტომს უწოდებს.

შეღწეული წყლულის მკურნალობა მხოლოდ რადიკალურ ოპერაციას—კუჭის რეზექციას—გულისხმობს. იგი იმიტომაც აუცილებელია, რომ ხშირად სისხლდენას სწორედ შეღწეული წყლული იძლევა.

შეღწეული წყლულის კრატერი მუშავდება იოდით, ანტიბიოტიკებით და საჭირო შემთხვევაში აქვე შეიძლება რამდენიმე დღით მოვათავსოთ მიკროირიგატორი ანტიბიოტიკების შესაყვანად.

თორმეტგოჯა ნაწლავსა და ნაღვლის ბუშტს ან თორმეტგოჯა ნაწლავს და ნაღვლის საერთო სადინარს, ან განივ კოლინჯს შორის ხვრელმილის არსებობისას შეიძლება დავკმაყოფილდეთ მათი ურთიერთგათიშვით. თუ ხვრელმილში მონაწილე ორგანო შეცვლილია, კეთდება მისი რეზექცია. კუჭის წყლულმა შეიძლება გამოიწვიოს ა გ რ ე თ ვ ე ს უ ბ დ ი ა ფ რ ა გ მ უ ლ ი აბსცესი, როდესაც წყლულის პერფორაცია ხდება არა პერიტონეუმის თავისუფალ ღრუში, არამედ კუჭის კედელსა და მის ირგვლივ არსებულ შეხორცებებში, ამ დროს უფრო მარცხენამხრივი სუბდიაფრაგმული აბსცესი ვითარდება. იშვიათად ჩირქმა შეიძლება თავისით გაიკაფოს გზა ღრუ ორგანოებში ან კანქვეშ გამოირწყოს.

წყლულოვანი დაავადების ხშირ გართულებას წარმოადგენს პ ე რ ი გ ა ს ტ რ ი ტ ი და პ ე რ ი დ უ ო დ ე ნ ი ტ ი. როდესაც წყლული სეროზულ გარსამდე აღწევს, მაგრამ პერფორაციას არ აქვს ადგილი, ადგილობრივ კი მწვავე პერიტონიტის მოვლენები ვითარდება. შემდეგში მას შეხორცებების განვითარება მოსდევს კუჭს, თორმეტგოჯა ნაწლავსა და ღვიძლ-ნაღვლის ბუშტს შორის.

წყლულოვანი დაავადების ქირურგიული მკურნალობა

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის გაურთულებელი წყლული თითქმის 70 პროცენტში კომპლექსური თერაპიული ღონისძიებებით ინკურნება. ამ სახის მკურნალობა თერაპევტის კომპეტენციას შეადგენს, მაგრამ ზოგი რამ უნდა იცოდეს ქირურგმაც. კონსერვატული მკურნალობიდან მთავარია დიეტური, მედიკამენტური, სანატორიულ-კურორტული, ფიზიო-თერაპიული ღონისძიებანი ცხოვრებისა და შრომის სწორ რეჟიმთან ერთად. ს ა კ ვ ე ბ ი უნდა იყოს ყუათიანი, ვიტამინებით მდიდარი და ადვილმოსანელებელი, ეძლეოდეს თხიერ ან ფაფის მდგომარეობაში, ცოტ-ცოტა და ხშირად. იგი არ უნდა შეიცავდეს გამაღიზიანებელს. კატეგორიულად იკრძალება თამბაქო და ალკოჰოლი. მ ე დ ი კ ა მ ე ნ ტ ე ბ ი დ ა ნ გამოიყენება: ანტისპაზმური (პაპაევერინი, ატროპინი) და მეაობის დამქვეითებელი (სოდა, დამწვარი მაგნეზია) საშუალებანი, მინერალური წყლები (ბორჯომი, ესენტუკი და სხვ.), სედატიური (ბრომი სასმელად ან ვენაში) და ორგანიზმის ტონუსის ამწევი საშუალებანი (ვიტამინები და სხვ.), კუჭის არეში თბილი, წელის ნოვოკაინური ბლოკადა, სისხლის გადასხმა, სტაციონარული მკურნალობა.

ზოგჯერ კარგ საშუალებას წარმოადგენს 10—15 დღის განმავლობაში ცხვირიდან ქლორ-ვინილის წვრილი ზონდით თხიერი საკვების და ცილოვანი ხსნარების (ამინომჟავა, ჰიდროლიზატი) მიცემა.

საუცხოო შედეგებს იძლევა სანატორიულ-კურორტული მკურნალობა ბორჯომ-ლიკანში, ესენტუკში, ჟელეზნოვოდსკში და სხვ. როდესაც რაციონალური კონსერვატული მკურნალობა 2—3 წლის განმავლობაში შედეგს არ იძლევა, აუადმყოფს აწუხებს ძლიერი ტკივილი ან მკურნალობის სისტემატური ჩატარება შეუძლებელია, მაშინ საჭირო ხდება ოპერაციული მკურნალობის ჩატარება. საერთოდ კონსერვატული მკურნალობა შედარებით უკეთეს შედეგს იძლევა თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დროს, ვიდრე კუჭის წყლულის შემთხვევაში, აგრეთვე იმ პირებში, ვისაც ფუნქციური მოვლენები გაცილებით მკვეთრად აქვს გამოხატული, ვიდრე წყლულის არეში ანატომიური ცვლილე-

ბები. სამაგიეროდ, ყოველდღიური დაკვირვება აშკარად აჩვენებს, რომ, რაც უფრო მძიმე და უხეში წყლულოვანი ცვლილებებია (სტენოზის, პენეტრაციის თუ კალოზური ცვლილებების სახით), მით უკეთესია კუჭის რეზექციის შორეული შედეგი.

წყლულოვანი დაავადების ისეთი გართულებანი, როგორიცაა პერფორაცია, პროფუზული სისხლდენა, მალიგნიზაციაზე საეჭვო წყლული, სტენოზი ან კუჭის ნაწიბუროვანი დეფორმაცია, კალოზური და პენეტრირებული წყლული, ქირურგიული მკურნალობის აბსოლუტურ ჩვენებას წარმოადგენს. საჭიროა მხოლოდ თითოეულ კონკრეტულ შემთხვევაში ოპერაცია ჩატარდეს მისთვის ნაჩვენებ ყველაზე უკეთეს პერიოდში.

წყლულოვანი დაავადების სამკურნალოდ მოწოდებული ოპერაციები ორ ჯგუფად იყოფა. პირველს მიეკუთვნება — არაპირდაპირი ოპერაცია კუჭ-ნაწლავის შერთულის სახით, მეორეს — პირდაპირი, ანუ შედარებით რადიკალური ოპერაცია, კუჭის გაფართოებული რეზექცია. ეს უკანასკნელიც, რა თქმა უნდა, არ წარმოადგენს აბსოლუტურად რადიკალურ ოპერაციას, რადგან კუჭის რეზექციით ვაშორებთ წყლულს და არა წყლულოვან დაავადებას.

კუჭ-ნაწლავის შერთული 25—30 წლის წინათ ფართოდ გამოიყენებოდა წყლულოვანი დაავადების სამკურნალოდ. ამ სახის ოპერაცია პირველად შესრულებულ იყო ბილროთის კლინიკაში ველფლერის მიერ 1881 წელს კუჭის ანტრალური ინოპერაბილური კიბოს დროს. ავტორს განზრახული ჰქონდა კუჭის რეზექციის შესრულება, მაგრამ იგი ვერ მოხერხდა. მაშინ იქვე მყოფმა ნიკოლადონმა ურჩია კუჭზე მიეკერებინა მლივი ნაწლავის დასაწყისი. პილორუსის წყლულოვანი სტენოზის დროს მსგავსი ოპერაცია პირველად გააკეთა ნ. მონასტირსკიმ 1885 წელს.

კუჭ-ნაწლავის შერთულის დროს მლივი ნაწლავის დასაწყისი ეკერება კუჭის წინა კედელს (ახლოს პილორუსთან და დიდ სიმრუდესთან) ან უკანა კედელს დასწვრივად (შედარებით ფიზიოლოგიური წესი — პეტერსენით) ისე, რომ მლივი ნაწლავი ერთ შემთხვევაში თავსდება გარდიგარდმო კოლინჯის წინ, ხოლო მეორე შემთხვევაში მის უკან ჯორჯალში გატარებით. ამიტომაც კუჭ-ნაწლავის შერთულის ოთხ სახეს არჩევენ. უფრო იყენებენ კუჭ-ნაწლავის წინა შერთულს, რომლის დროსაც, მანკიანი წრის თავიდან აცილების მიზნით, წვრილი ნაწლავის მომტან და გამტან სეგმენტებს შორის უმატებენ შერთულს (ენტერო-ენტერო ანასტომოზს — ბრაუნით) (სურ. 41). კუჭ-ნაწლავის შერთული იძლევა წყლულოვანი ზედაპირის მნიშვნელოვან განტვირთვას მეავე წვენისა და საჭმლის მასებისაგან. ნაღვლისა და პანკრეასის წვენის კუჭში შემოსვლა მეავიანობის დაქვეითებას იწვევს, ჩქარდება კუჭის დაცლა და იხსნება პილოროსპაზმი. ამასთან, ტექნიკურად ეს ოპერაცია ადვილად შესასრულებელია და სიკვდილობის პროცენტიც ნაკლებია.

კუჭ-ნაწლავის შერთული მისი დადებითი თვისებების გამო საკმაოდ ხშირად გამოიყენებოდა ნახევარ საუკუნეზე მეტი ხნის განმავლობაში არა მარტო კუჭის ანტრალური ნაწილის კიბოს შემთხვევაში, რომლის დროსაც ეს ოპერაცია პირველად იყო ნასინჯი, არამედ წყლულოვანი დაავადებისა და განსაკუთრებით მის შემდეგ განვითარებული პილორუსის სტენოზის დროს. კუჭ-ნაწლავის შერთულის უარყოფით მხარეს წარმოადგენს წყლულის (და წყლულოვანი ზონის) დატოვება მისთვის დამახასიათებელი ყველა საშიში გართულებებით. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში მეტად მძიმე გართულებანია: მანკიანი წრე.

შერთულის შევიწროებით და ზოგჯერ გაუვალობის მოვლენებით, პეპტიკური წყლული თავისი გართულებებით (სისხლდენა, პერფორაცია, ხერელმილების განვითარება). მძიმე დისპეფსიური მოვლენები და სხვ.

ამჟამად კუჭ-ნაწლავის შერთული გამოიყენება მხოლოდ იშვიათ გამონაკლის შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობის გამო მოხუცებში და ძლიერ დასუსტებულ პირებში კუჭის რეზექციის გაკეთება სარისკოა.

წყლულოვანი დაავადების ოპერაციული მკურნალობის არჩევით მეთოდად კუჭის რეზექცია ითვლება.

კუჭის რეზექცია (კუჭის კიბოთი დაავადებულ ავადმყოფზე) პირველად აწარმოვა პეანმა 1879 წელს, მაგრამ ავადმყოფი დაიღუპა. ერთი წლის შემდეგ (1880 წელს) იგივე ოპერაცია კუჭის სრული დანაწიბურების დროს ნაცადი იყო რიდიგერის მიერ, მაგრამ უშედეგოდ. მხოლოდ 1881 წლის 28 თებერვალს ბილროთმა კუჭის კიბოს დროს გამეორა ეს ოპერაცია და ავადმყოფი გადარჩა.

ამჟამად იხმარება გაფართოებული ცირკულარული რეზექცია კუჭის ორი მესამედის ამოკვეთით. ჩვეულებრივ იკვეთება პილორულ-ანტრალური ნაწილი.

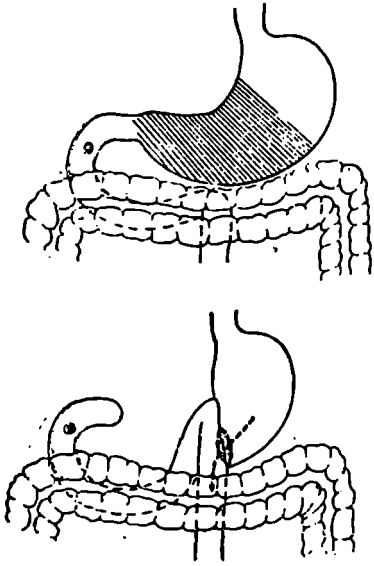
ახლა ძირითადად კუჭის რეზექციის ორი მეთოდი არსებობს: კუჭის რეზექციის ერთ შემთხვევაში კუჭის ტაკვი უერთდება თორმეტგოჯა ნაწლავის სანათურს — ბილროთის I წესი. იგი გაცილებით უფრო ფიზიოლოგიურია. ყოველ შესაძლო შემთხვევაში, თუ ამის უფლებას ქირურგის ტექნიკური გამოცდილებაც იძლევა, რეზექცია ამ წესით უნდა იქნეს შესრულებული. ამისათვის კუჭის ტაკვი ვიწროვდება და იქმნება მცირე სიმრუდე ან ქობის მსგავსად მასზე ედება ნაკერი (ჰამბერერის მოდიფიკაცია) თორმეტგოჯა ნაწლავის სანათურის შესაბამისად (კუჭის რეზექცია ბილროთის I წესით იხ. სურ. 42. ა, ბ, გ.).

მეორე შემთხვევაში — ბილროთის II წესით კუჭის რეზექციის დროს თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვი იხურება ყრუდ (კვანძოვანი, ქისისებრი, ლოკოკინისებრი ან სხვა წესით) შეძლებისდაგვარად გარანტირებულად (სურ. 43, 44. 45) და კუჭის ტაკვი მთლიანად (რაიხელ პოლია, სურ. 46) ან მისი ქვედა ნახევარი (ჰოფმეისტერ-ფინსტერერი, სურ. 47) უერთდება განივი კოლინჯის ჯორჯალში გატარებულ მლივი ნაწლავის დასაწყის ნაწილს. კუჭის ტაკვის მცირე სიმრუდისაკენ ნაწილობრივ შევიწროება საკმარისია, რომ შერთულისათვის დიდი სიმრუდისაკენ დარჩეს 6—8 სმ. მლივი ნაწლავის მომტანი ნაწილი 2—3 სერო-სეროზულ კვანძოვანი ნაკერით ფიქსირდება კუჭის ტაკვის დახურულ ნაწილზე (კუჭის რეზექცია ბილროთ—II. ჰოფმეისტერ-ფინსტერერის მოდიფიკაციით). კუჭის ტაკვის დახურულ ნაწილზე მცირე სიმრუდისაკენ მლივი ნაწლავის მომტანი ნაწილის ფიქსაციით აცილებულია კუჭის შიგთავსის მლივი ნაწლავის მომტან ნაწილში შესვლა.

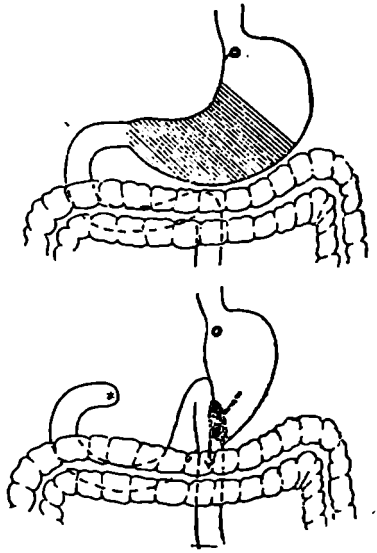
თორმეტგოჯა ნაწლავის ძლიერ დაბლა მდებარე (აგრეთვე იშვიათად' შეღარებით მაღლა მდებარე კარდიალური) წყლულის დროს, როდესაც დიდი ინფილტრატისა და ვრცელი ნაწიბურების გამო (მით უფრო ნაკლები გამოცდილების ქირურგის ხელში), როგორც გამონაკლისი, ზოგჯერ შეიძლება გამოყენებულ იქნას კუჭის პალიატიური რეზექცია გამოთიშვის წესით (ფინსტერერი, მადლენერი). ამ შემთხვევაში ჩვეულებრივ კეთდება პილორო-ანტრალური გაფართოებული რეზექცია წყლულის დატოვებით, რომელიც ამნაირი ზემოქმედებით ხშირად განიცდის დანაწიბურებას (სურ. 48. 49).

გამოთიშვის წესით ოპერაციას უნდა ვერიდოთ, ამიტომ გამოცდილი ქირურგი მას თითქმის არ გააკეთებს.

კარდიალური წყლულის დროს კეთდება კუჭის ტოტალური ამოკვეთა (გასტრექტომია), ისე როგორც კიბოს დროს, მხოლოდ ამ შემთხვევაში არ ცილდება დიდი ბადექონი. გასტრექტომიის შემდეგ საყლაპავი მილი უერთდება გარიეი კოლინჯის ჯორჯალში გატანილ მლივ ნაწლავს (შერთულისათვის ნაწლავის



სურ. 48. ფინსტერერით კუჭის რეზექცია გაპოთიშვის წესით თორმეტგოჯა ნაწლავის ლაბა მდებარე წყლულის დროს (სქემა).



სურ. 49. მადლენერით რეზექცია გამოთიშვის წესით კარდიალური წყლულის დროს.

სანათური იკვეთება განივად—გილიაროვიჩი-გრეჰემის წესით, ან გასწვრივად და შერთული კეთდება ვერტიკალურად (სურ. 50) ან ჰორიზონტალურად.

პალიატიური რეზექციის დროს აუცილებელია კუჭის პილორული და პრეპილორული ნაწილის სრული დემუკოზაცია, რათა გამოირიცხოს ამ მიდამოდან კუჭის დარჩენილ ლორწოვან გარსზე სეკრეციის გამომწვევი რეფლექსური გაღიზიანება. პროფ. მ. ჩაჩავა პალიატური რეზექციის დროს ტაკვის დახურვას და დემუკოზაციას შემდეგნაირად ურჩევს: კუჭის მობილიზაციის შემდეგ პილორუსიდან 8 სმ პროქსიმალურად კუჭზე ედება მაგარი დამკერი, რომლის 2 სმ-ით პილორუსისაკენ ირგვლივ იკვეთება კუჭის სეროზული და კუნთოვანი შრე. იგი სუბმუკოზური შრის გაყოლებით პილორუსისაკენ შორდება ლორწოვანს. აქ მასზე ედება კეტგუტის ლიგატურა და იკვეთება. ირგვლივ დარჩენილი სეროზულ-კუნთოვანი გარსი იკერება კეტგუტით და შემდეგ აბრეშუმის კვანძოვანი ჩამბრუნებელი ნაკერით.

გაფართოებული რეზექციის მიზანია კუჭის წვენისა და საერთო მჟაობის შემცირებასთან ერთად თავისუფალი მარილმჟავას სრული გაქრობა და მონელებითი ძალის დაქვეითება, რათა თავიდან იქნეს აცილებული როგორც წყლუ-

ლის განმეორებითი გაჩენა, ისე მლივ ნაწლავზე ოპერაციისშემდგომი პეპტიკური წყლულის განვითარება. ამას განაპირობებს აგრეთვე სიმპათიკური და ცდომილი ნერვის ბოჭკოების გადაკვეთა და თავის ტვინის ქერქისაკენ პათოლოგიური ინტერორეცეპტული იმპულსების ნაკადის შემცირება. წყლულის ლიკვიდაციასთან ერთად ისპობა მისთვის დამახასიათებელი საშიშროებანი. სწორად შესრულებული ჩვენებების დროს კუჭის რეზექცია 90—95 პროცენტში კარგ შედეგს იძლევა.

კუჭის რეზექციის შემდეგ სიკვდილობის პროცენტი გამოცდილი ქირურგის ხელში 2-დან 0,5 პროცენტამდე შემცირდა. უკანასკნელ წლებში იგი კიდევ უფრო ნაკლებია და თითქმის ნულს უდრის.

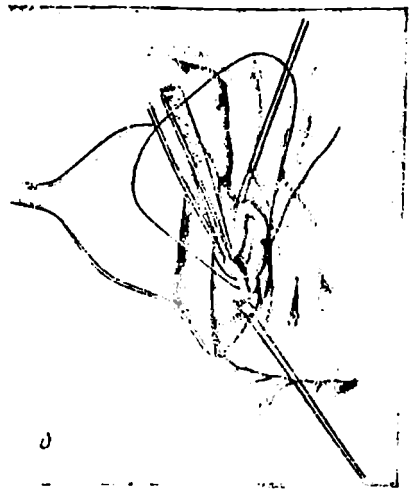
კუჭის რეზექციის შემდეგ კარგი შედეგი დიდადაა დამოკიდებული ავადმყოფის საოპერაციო მომზადებაზე, შესაფერისი გაუტკივარების შერჩევაზე. ოპერაციისშემდგომ პერიოდში ავადმყოფის ჭოლაზე, გართულების განვითარების შემთხვევაში მის დროულ აღმოჩენაზე და სათანადო ზომებით გართულების სწრაფ ლიკვიდაციაზე.

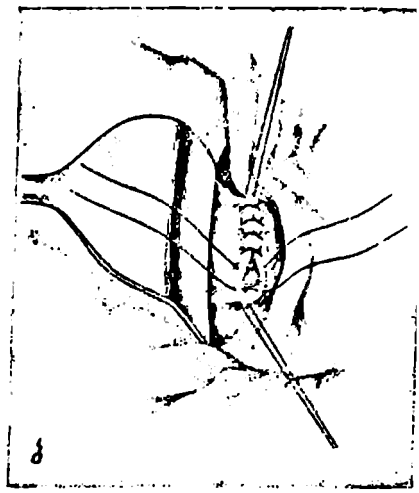
წყლულით შეპყრობილი ავადმყოფი, როგორც გარკვეულად ნევროზულ მდგომარეობაში მყოფი, სათანადო ფსიქიკურ და ხშირ შემთხვევაში მედიკამენტურ მომზადებას მოითხოვს. საჭიროა ავადმყოფი დავარწმუნოთ, რომ აუცილებელია ოპერაცია, რომ ყველაფერი კეთილად დამთავრდება. ამ საქმეში გარკვეულ დახმარებას გვიწევს საოპერაციო ავადმყოფის მოთავსება და შეხვედრა უკვე ნაოპერაციევ და გამოკეთების გზაზე მყოფ ავადმყოფთან. როგორც ყველა სხვა შემთხვევაში, აქაც დიდი მნიშვნელობა აქვს სამედიცინო პერსონალის ჯანსაღ დამოკიდებულებას.

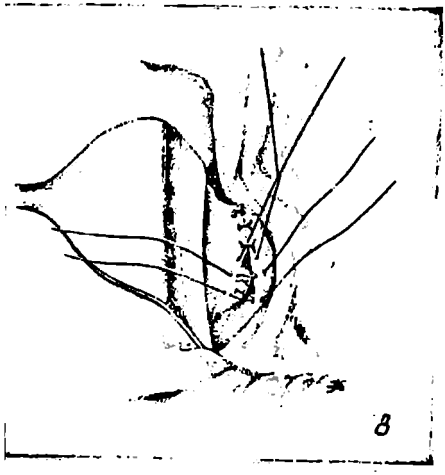
ძლიერ დასუსტებულ და ანემიის მდგომარეობაში მყოფ საოპერაციო ავადმყოფს ესაჭიროება სისხლის გადასხმა, ზოგჯერ განმეორებითაც. პილორუსის სტენოზის შემთხვევაში საჭიროა აგრეთვე გლუკოზის და ფიზიოლოგიური ხსნარის შეყვანა, საგულე საშუალებანი, სტრიქნინი, ვიტამინები (B_{12}, C, K) და სხვ. სტენოზის დროს აუცილებელია რამდენიმე დღე, აგრეთვე ოპერაციის დღესაც კუჭის ამორეცხვა.

კუჭის რეზექცია კეთდება ადგილობრივი, სპინალური, პერიდურალური ანასთეზიით ან ენდოტრაქეული ნარკოზით; იმის მიხედვით გაუტკივარების რა მეთოდს ფლობს დაწესებულება და თვითეულ კონკრეტულ შემთხვევაში გაუტკივარების რომელი მეთოდი უფრო ნაჩვენები და უშიშარია. დღეს ქირურგთა უმეტესობა უპირატესობას აძლევს ენდოტრაქეულ ნარკოზს. სრულყოფილი გაუტკივარება დიდად უზრუნველყოფს ოპერაციის ტექნიკურად უნაკლოდ ჩატარებას.

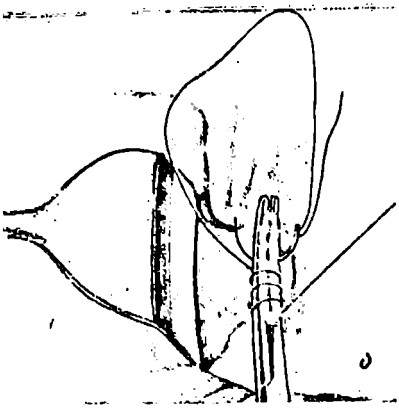
კუჭის რეზექციის შემდეგ პირველი 24 (უკეთესია 48) საათის განმავლობაში სითხის მიცემისაგან თავი უნდა შევიკავოთ: ამ დროს თუ, მით უმეტეს, აღენიშნება პირღებინება, უმჯობესია სითხე კი არ მივცეთ, არამედ კუჭში (ცხვირიდან წვრილი) ზონდის ჩაყოფით გავათავისუფლოთ შიგთავსისაგან, ზოგჯერ ბუდმივი ამოქაჩვით. ასეთ ავადმყოფს შეღავათს აძლევს მდებარეობის შეცვლა, წამოჯდომა (ჩაყლაპული ჰაერის ამოქარვების შედეგად). სამაგიეროდ, პირველ ორ დღეს ფიზიოლოგიური, გლუკოზის 5% ხსნარი, ზოგჯერ ამინომჟავა, ჰიდროლიზატი და მცირე რაოდენობით ნოვოკაინი შეგვყავს კანქვეშ წვეთოვან მდგომარეობაში (ერთჯერადი დღე-ღამეში 1—2-ჯერ 1000 მლ ხსნარის შეყვანა გაცილებით მტკივნეულია). ხსნარის შეყვანა შეიძლება ცხვირიდანაც ოპერაციის

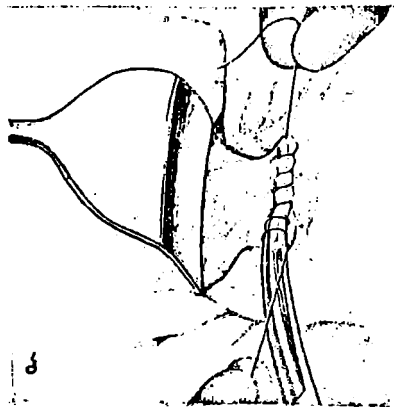


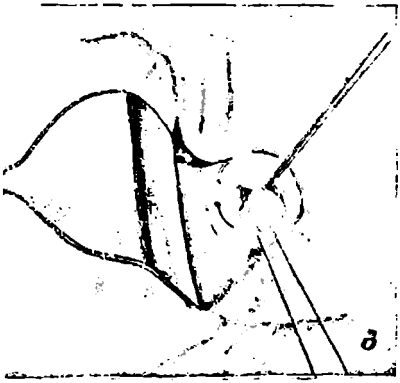


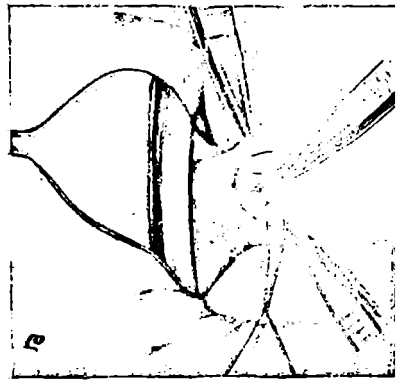


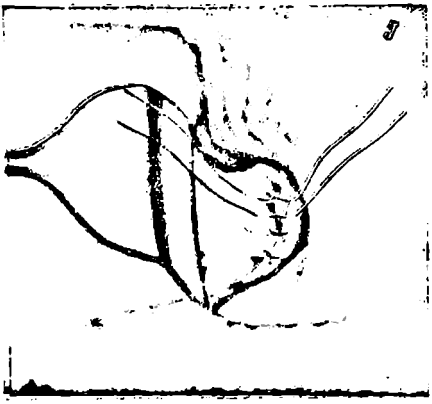
სურ. 43. კუჭის რეზექცია ბილროთის II წესით. თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის დამუშავება: ა — ნაწლავის სანათურის დახურვა კეტგუტის განუწყვეტელი ნაკერით; ბ — მეორე სართულად იკერება კვანძოვანი ნაკერებით; გ — მესამე სართულად იკერება კელაე კვანძოვანი ნაკერებით, რომელთა შორის მოყოლებულია პანკრეასის კაფსულა.



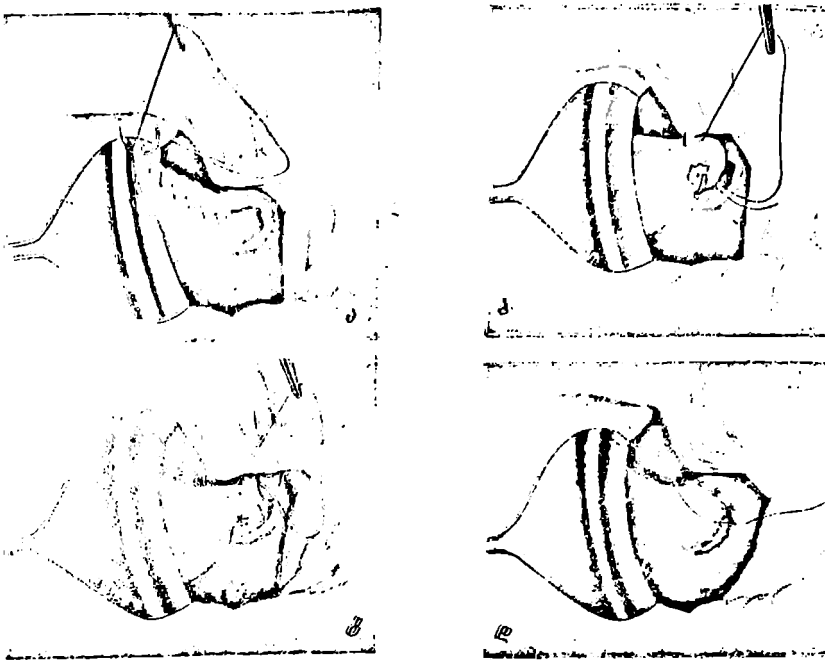






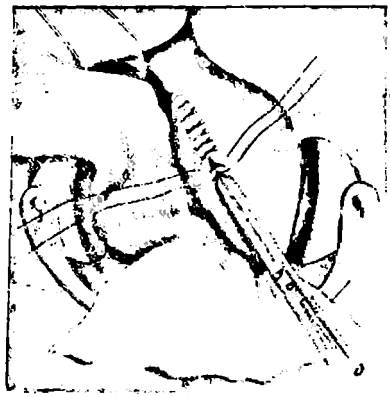


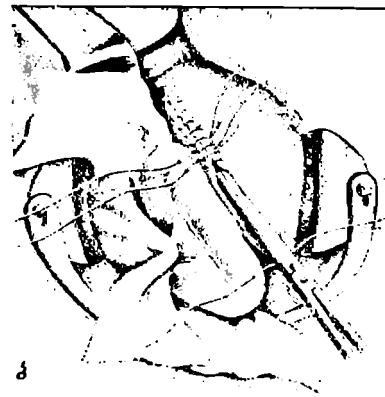
სურ. 44. კუჭის რეზექცია ბილროთის II წესით. თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის დახურვა მოინიპენის წესით: ა — ტაკვის დახურვა განუწყვეტელი ნაკერით; ბ—დამკერის მოხსნა და კეტგუტის ბოლოების გაკვანძა; გ — ტაკვზე გაკეთებულია ქისისებრი ნაკერი; დ—ტაკვის ჩაყურსვა ქისისებრ ნაკერში; ე—ტაკვზე სეროზულ-კუნთოვანი კვანძოვანი ნაკერების დადება.

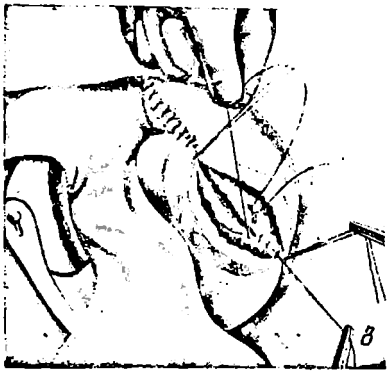


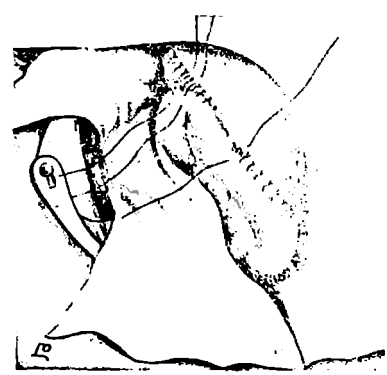
სურ. 45. კუჭის რეზექცია ბილროთის II წესით. თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის დახურვა ს. იუდინის მიერ მოწოდებული „ლოკოკინის“ წესით: ა — „ლოკოკინის“ პირველი ხვეულის შექმნა; ბ— „ლოკოკინის“ უკანასკნელი ეტაპის შექმნა და მით წყლულის ფსკერის ტამპონადა; გ — „ლოკოკინის“ მიკერება წყლულის კიდესთან და პანკრეასის კაპსულასთან; დ—თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვი კვანძოვანი ნაკერებით ეკერება პანკრეასის კაფსულას.

სურ. 46. კუჭის რეზექცია ბილროთის II წესით. რაიხელ-პოლიას მოდიფიკაცია (შერთული კეთდება კუჭის ტაკვთან მთლიანად).

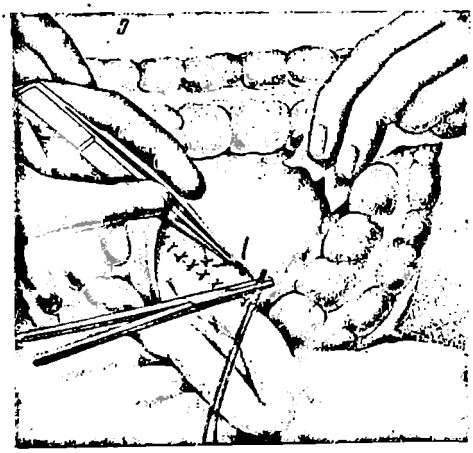








სურ. 47. კუჭის რეზექცია ბილროთის II წესით ჰოფმეისტერ-ფინსტერერის მოდიფიკაციით. ა — კუჭის ტაკვის ზემო ნაწილი დახურულია (ჯერ კეტგუტის განუწყვეტელი და შემდეგ სეროზულ-კუნთოვანი კვანძოვანი ნაკერებით); ბ—მლივი ნაწლავი მოკლე ფეხზე ეკერება კუჭის ტაკვს; გ—კუჭის ტაკვსა და ნაწლაეს შორის უკანა კედელზე ედება გა- [illegible] ნაკერი; დ—კუჭი ნაწ-



ხაწლავის ძიძტანი მარუუეი კუჭის ტაკვს ანასტომოზს ზევით; ე—კუჭის რეზექციის ბოლოს კუჭის ტაკვი ფიქსირდება განივი კოლინკის ჯორჯალში შექმნილი ხვრელის კიდეზე.

დროს შერთულს ქვევით გატარებულ ქლორვინილის წვრილი ზონდით უშუალოდ წვრილ ნაწლავში ა. ბერკუტოვის წესით.

წყურვილის შესამცირებლად, რომელიც განსაკუთრებით აწუხებს ავადმყოფს პირველ ორ დღეს, საჭიროა თავიდანვე სისტემატურად პირის ღრუში წყლის გამოვლება. მესამე დღეს შედარებით თავისუფლად ვაძლევთ წყალს, ცივ ჩაის ან ყავას, შეიძლება ისინი მივცეთ რძესთან ერთად. თუ აღგილი არ აქვს გართულებას. ამას ემატება კომპოტის წვენი, რამდენიმე კოვზი მაწონი, ბულიონი ან თხელი კისელი. მეოთხე დღეს საკვები და სითხეები ეძლევა კიდევ უფრო მეტი რაოდენობით (ხშირად და მცირე ულუფებით). მეხუთე დღეს დიეტას ემატება ერთი-ორი თოხლო ან მოხარშული კვერცხი, კარაქი, მანის ფაფა, თავისუფლად ეძლევა ვიტამინების შემცველი ხილის წვენები. მეშვიდე დღეს ბულიონში ემატება ორცხობილას ფხვნილი, მანქანაში გატარებული ქათმის ხორცი, ახალი თევზი. ვაძლევთ ჩაიში კონიაკს, ზოგჯერ ღვინოს. მე-8 — 9 დღიდან — პურს, წიწილას ხორცს (ზოგჯერ მანქანაში დამუშავებულს). ნედლ თევზს, მწვანილს, ახალ ყველს, ხაშის წვენს და ა. შ. ორი კვირის შემდეგ ავადმყოფს ენიშნება შედარებით უფრო თავისუფალი დიეტა. უნდა გვახსოვდეს, რომ მიზანშეწონილია აგრეთვე მარილმჟავას სუსტი ხსნარის მიცემა მე-5 დღიდან, რადგან ორგანიზმში მისი რაოდენობის მკვეთრი დაქვეითება რეზექციის შემდეგ ზოგჯერ იძლევა ფაღარათს. ამავე მიზნით კარგია აგრეთვე პანკრეატინის გამოყენება. შეკრულობის დროს გამწმენდი ოყნა (ან ჰიპერტონიული ხსნარის მიკროოყნა) უნდა გაკეთდეს მე-4—5 დღიდან. ნაწლავის გამორეცხვა ოყნით განსაკუთრებით საჭიროა მასში სისხლის არსებობისას, რათა თავიდან ავიცილოთ სისხლის ხრწნის შედეგად ორგანიზმის ადინამია (დაწვრილებით იხილეთ ქვევით ოპერაციისშემდგომი პერიოდი).

სიარულის ნება ჩვეულებრივ უნდა მივცეთ მე-5—7 დღიდან.

ავადმყოფის შრომის უნარი კუჭის რეზექციის შემდეგ გაურთულებელ შემთხვევაში აღდგება თვე-ნახევარ-ორ თვეში.

კუჭის რეზექციის შემდეგ გარკვეული დროით საჭიროა შესაფერი საკვების გამოყენება, აგრეთვე ცხოვრებისა და შრომის რეჟიმის მოწესრიგება.

კუჭის რეზექცია არაა დაზღვეული ზოგიერთი გართულებისაგან. რომელთა დროულად აღმოჩენა და მკურნალობა აუცილებელია. წყლულოვანი დაავადების სამკურნალოდ მოწოდებული სხვა სახის ზოგიერთი ოპერაციებიდან აღსანიშნავია ვაგოტომია (ცდომილი ნერვის გადაკვეთა), რომელმაც ნაკლები ეფექტურობისა და მთელი რიგი უარყოფითი მხარეების გამო ნაკლები გავრცელება მიიღო. ვაგოტომიას ზოგჯერ ურჩევენ როგორც დამატებას რეზექციის შემდეგ.

კუჭის ოპერაციისშემდგომი გართულებანი და ნაოპერაციევი კუჭის დაავადებანი

ოპერაციის შემდგომ აღსანიშნავია უ ა ხ ლ ო ე ს ი (სისხლდენა, ტაკვის გახსნა, ანასტომოზიტი, პერიტონიტი, პნეუმონია) და შ ო რ ე უ ლ ი გ ა რ თ უ ლ ებ ა ნ ი. ზოგი მათგანი არჩევით დამახასიათებელია კუჭ-ნაწლავის შერთულისათვის (პეპტიკური წყლული, მანკიანი წრე, შერთულის გაუვალობა. კუჭ-განავი კოლინჯის ხვრელმილი). ზოგიც კუჭის რეზექციისათვის (აგასტრული ასთენია, ანუ დემპინგ-სინდრომი, იშვიათად პეპტიკური წყლული. კიდევ უფრო

იშვიათად კუჭ-განივი კოლინჯის ხვრელი და გაცილებით იშვიათად ცოლინგერ ელისონის სინდრომი, 1955).

ოპერაციისშემდგომი სისხლდენა კუჭსა და ნაწლავის შორის შერთულის ფორმირების მომენტში სისხლმდენი ძარღვებიდან სისხლის შეჩერება მარტო განუწყვეტელი ნაკერის იმედით გარანტირებული არაა. ოპერაციისშემდგომი სისხლდენის აცილების ყველაზე კარგი საშუალება ლორწქვეშა გარსის ყველა სისხლძარღვის ლიგირებაა. ოპერაციისშემდგომი სისხლდენა შეიძლება იყოს მეტად სხვადასხვა ინტენსივობით, ხშირად პირველ დღეს, იშვიათად მეორე დღეს ან უფრო მეტ ხანს. მკურნალობა ძირითადად კონსერვატულია: სისხლის გადასხმა, 2,5% ვიკასოლი 5 მლ კუნთებში (მძიმე შემთხვევაში ვენაშიც), ჟელატინი. ამ დროს კალციუმის შეყვანას შეუძლია მეტად არასასურველი პირღებინების გაძლიერება. ამიტომ იგი სიფრთხილით ან სჯობს სულ არ იქნეს გამოყენებული.

სისხლის წნევის კატასტროფული დაცემისას აუცილებელია წნევის ამწევი (პოლიგლუკინი) ხსნარები და ჰემოსტაზური საშუალებების მოხდენილად და ეარირებულად გამოყენება. საჭიროა ავადმყოფთან გამოცდილი სპეციალისტის გამუდმებული ზედამხედველობა. მარტო წნევის 100 მმ ქვეითი დაცემა, როგორც ამას ზოგი აღნიშნავს, რელაპარატომიის ჩვენებად არ გამოდგება. მოცვარია რამდენად სწრაფი და ეფექტური აღმოჩნდება ჩვენ მიერ ჩატარებული ჰემოსტაზური და საჭიროების დროს რეანიმაციური საშუალებანი. წნევის მკვეთრი დაცემისა და სხივის არტერიაზე პულსის ხანმოკლე დროით გაჭრობის მიუხედავად ენერგიული, ზოგჯერ არტერიაში, სისხლის გადასხმით მეტად მძიმე, სახიფათო მდგომარეობიდან ჩვენ ყოველთვის გამოგვიყვანია ავადმყოფი. ამ დროს რელაპარატომია კი შეიძლება საბედისწერო გახდეს. ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობის დროს სისხლმდენი სისხლძარღვის ნახვა შეიძლება არც მოხერხდეს. ამიტომ ძლიერი სისხლდენის ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში რაციონალური და ენერგიული ღონისძიებების გამოყენების შემდეგ დროულად უნდა გადაწყდეს საკითხი კიდევ გაგრძელდეს სისხლდენასთან ბრძოლა კონსერვატული ღონისძიებებით, თუ გაკეთდეს ოპერაცია. სისხლდენის მიზეზს ხშირად შერთულის არეში ლორწოვანი ან მცირე სიმრუდისაკენ კუჭის ტაკი წარმოადგენს. ამიტომ საჭიროა შერთულის გახსნა, ყველა საეჭვო მიდამოს ლიგირება კეტგუტის კვანძოვანი ნაკერებით (ისე როგორც კუჭგარეშე საეჭვო ადგილებისაც) შერთული უნდა აღსდგეს. ოპერაციის მსვლელობაში და მის შემდეგაც საჭიროა სისხლის გადასხმა: კუჭის რეზექციის შემდეგ სისხლდენის შეჩერების მიზნით ჩვენ არც ერთ შემთხვევაში რელაპარატომიისათვის არ მიგვიმართავს. თუმცა ეს არ ნიშნავს, რომ საჭირო შემთხვევაში მას არ მივმართოთ.

თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის გახსნა ვითარდება ბილროთის მეორე წესით შესრულებული კუჭის რეზექციის შემდეგ. მას ადგილი აქვს ტაკვის არასაიმედო დახურვის ან ნაწლავის ძლიერი სკელეტიზაციის დროს, როდესაც ადვილად იშლება ქსოვილის კვება, თუ ამას ემატება ნაწლავის ტაკვში შიგთავსის შეგუბებით წნევის გაზრდა, ზოგჯერ ინფექციაც. მაშინ ყოველგვარი პირობები იქმნება ნაკერის გახსნისათვის. ეს გართულება ოპერაციის პირველ დღეებში ყოველთვისაა მოსალოდნელი, განსაკუთრებით მე-3 და მე-6—7 დღეს. გამორიცხული არაა, როგორც მეტად იშვიათი შემთხვევა, თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის გახსნა მოგვიანებითაც. ტაკვის მცირე მასშტაბით გახსნის ამოცნობა, როდესაც ავადმყოფს რეზექციის შემდეგ თავიდანვე უკეთ-

დება ანტიბიოტიკები, ყოველთვის ადვილი არაა. სურათის შენიღბვას ხელს უწყობს ოპერაციის პირველ დღეებში ჭრილობის არეში ტკივილი და კუნთთა რიგიდობა. მით უფრო ქვემოწილების პლეეროპნევმონიის დროს. ტაკვის გახსნის დროული აღმოჩენისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში პირველდაწყებითი ტკივილის დროულად შემჩნევას, რაც მორიგე მედპერსონლის (ექთანის, ექიმის) დიდი მობილიზაციისა და ყურადღების დროსაა შესაძლებელი. ამიტომ ნარეზექციევი ავადმყოფის მუცლის არეში ყოველგვარი ტკივილი სერიოზულად უნდა შეფასდეს, თუ მასთან ერთად ადგილი აქვს პულსის გახშირებას, ენის სიმშრალეს, კუნთთა მეტად თუ ნაკლებად გამოხატულ დაჭიმულობას, რაც მარჯვენა ნეკნთა რკალის ქვეშ თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის გახსნაზე მიუთითებს. ტაკვის გახსნა ხშირად პერფორაციის აშკარა ნიშნებით იწყება. ავადმყოფი იგრძნობს უმძიმეს ტკივილს ეპიგასტრიუმის არეში, ტკივილისაგან კარგავს ფერს, ასხამს ცივ ოფლს, ერიდება ყოველგვარ მოძრაობას. პულსი აჩქარდება, უშრება ენა, კუნთთა დაჭიმულობა და იქვე მტკივნეულობაც კარგადაა გამოხატული; პერკუტორულად ადგილი აქვს ღვიძლის მოყრუების გაქრობას ან რენტგენოლოგიურად აღინიშნება პნეუმოპერიტონეუმი. ასეთ შემთხვევაში ადგილობრივი ანესთეზიით დაუყოვნებლივ უნდა გაკეთდეს მარჯვენა ნეკნთა რკალის ქვეშ საკმაო სიგრძის ირიბი განაკვეთი. ტაკვის ვახსნის უტყუარი ნიშანია თუნდაც უმნიშვნელო რაოდენობით გამონადენის (უხშირესად ნაღვლოვანი) აირების არსებობა.

ტაკვის არეში თავსდება ტამპონი და დრენაჟი ანტიბიოტიკების შესაყვანად. პერიტონიტის დადგენისას ტაკვის გახსნის აშკარა ნიშნების დროს შეცდომაა ეძებო ოუცილებლად ოპერატორი, თუ მის ნახვას დიდი დრო სჭირდება. ასევე ცუდია მცირე ოდენობის, მით უფრო სიგრძივი განაკვეთი. არასრულყოფილ დრენირებას და ხანგრძლივი დროით ჩირქის შეგუბებას მძიმე სეპტიკური მდგომარეობის განვითარება მოსდევს. რელაპაროტომიის შემდეგ პერიტონიტის წინააღმდეგ ტარდება ენერგიული მკურნალობა (იხ. ზევით), ადგილობრივ საჭიროა კანის დაცვა თორმეტგოჯას შიგთავსის ძლიერ გამღიზიანებელი მოქმედებისაგან. თორმეტგოჯას ხვრელმილი, თუ ავადმყოფსა და ექიმს შესწევს მისი ხანგრძლივად მოვლისა და მკურნალობის უნარი, თითქმის ყოველთვის უოპერაციოდ იხურება. ფრიად იშვიათად, მაგრამ შეიძლება ადგილი ექნეს კუჭის ტაკვის გახსნას, რომელიც აგრეთვე ხანგრძლივი მკურნალობით იხურება.

კუჭის რეზექციის შემდეგ ძირითადად შერთულის ტექნიკური დეფექტის დროს (წვრილი ნაწლავის გრძელი მომტანი ნაწილი, ბრაუნის ენტერო-ენტერო-ანასტომოზის გარეშე) ადგილი აქვს მომტან ნაწილში კუჭის შიგთავსის შესვლას. ევაკუაციური ფუნქციის მოშლის შედეგად კი ვითარდება სიმძიმის გრძნობა ეპიგასტრიუმის არეში და სხვა ზოგიერთი დისპეპტიკური მოვლენა. ზოგჯერ ადგილი აქვს პირიქით მოვლენას — ევაკუაციის აჩქარებას და ფაღარათს.

ახალ ნაპერაციევ ავადმყოფს შეიძლება აღენიშნებოდეს ანასტომოზის შეშუპება (ანასტომოზიტი) ევაკუაციის ფუნქციის მოშლით. იშვიათად გასტრიტი, პერიგასტრიტი. ყველა ეს გართულება კონსერვატული მკურნალობით (ანთების საწინააღმდეგო, სადეჰიდრატაციო საშუალებებით და სხვ.) მეტწილად ადვილად ქრება.

კუჭის რეზექციის შემდეგ ზოგჯერ აღინიშნება გართულება, რომელიც

უცხოეთში „დემპინგ სინდრომის“ ან „აგასტრული ასთენი-ის“ (ს. ბუსალოვი) სახელითაა ცნობილი. ამ დაავადების პირველ პერიოდში სპარბობს ფუნქციური მოშლილობანი, მეორე პერიოდში კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის, ღვიძლის და კუჭუკანა ჯირკვლის მხრივ აღინიშნება მეტად თუ ნაკლებად გამოხატული ორგანული ცვლილებებიც.

დემპინგ სინდრომის დროს ავადმყოფს აწუხებს ძლიერი სისუსტე, შრომის უნარის დაქვეითება, ადვილად დაღლილობა, მადის დაქვეითება, ჭამის შემდეგ სიმძიმის გრძნობა ეპიგასტრიუმის არეში, ზოგჯერ პირღებინება, ფაღარათი და სხვ.

მკურნალობა უნდა ითვალისწინებდეს ორგანიზმის გამაგრებას (სისხლის გადასხმა, რკინის პრეპარატები, შესაფერისი დიეტა), მონელებითი ფუნქციის გაუმჯობესებას (კუჭის წვენი, პანკრეატინი) და ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე მოქმედებას (ძილით მკურნალობა, წელის ნოვოკაინური ბლოკადა და სხვ.).

დემპინგ სინდრომის მძიმე ფორმების დროს, როდესაც კონსერვატული მკურნალობა შედეგს არ იძლევა, ურჩევენ ოპერაციას; კუჭის ტაკვთან იკვეთება წვრილი ნაწლავის მომტანი და შედარებით გრძელ ფეხზე გამტანი ბოლო, მომტანი ყრუდ იხურება. გამტანის ბოლო პირისპირ ან გვერდით პირით ეკერება თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვს იმ მიზნით, რომ კუჭიდან შიგთავსის პასაჟი თორმეტგოჯაში მოხდეს ფიზიოლოგიური გზით. მლივი ნაწლავის ბოლიანობა მათი ბოლოების ერთმანეთთან მიკერებით აღდგება.

კუჭის რეზექციის შემდეგ ნახშირწყლების ცვლის მოშლის შედეგად ზოგჯერ ადგილი აქვს ჰიპოგლიკემიური სინდრომის (სისხლში შაქრის მკვეთრი შემცირება) განვითარებას. ასეთ შემთხვევაში განსაკუთრებით ნახშირწყლებით მდიდარი საკვების მიღებიდან რამდენიმე ხნის შემდეგ ავადმყოფს სახეზე წამოაწითლებს, იგრძნობს წამოხურებას, გულისცემას, აქვს გულისრევა. საკვებში ნახშირწყლების მკვეთრი შემცირებით შეიძლება ავიცილოთ ეს გართულება.

კუჭზე ოპერაციის შემდეგ მძიმე გართულებიდან აღსანიშნავია პეპტიკური წყლული (ulcus pepticum jejuni). იგი, როგორც წესი, ვითარდება წყლულოვანი დაავადების (და არა კიბოს) შემდეგ, ჩვეულებრივ, კუჭ-ნაწლავის შერთულის და ფრიად იშვიათად კუჭის რეზექციის შემდეგ. შეიძლება ითქვას, ტექნიკურად კარგად შესრულებული კუჭის რეზექციის დროს, როდესაც კუჭის ორი მესამედი იკვეთება, აუცილებლად პილორულ ნაწილთან ერთად პეპტიკური წყლულის განვითარებას ადგილი არ აქვს, გარდა ცოლინგერ-ელისონის სინდრომისა, პეპტიკური წყლული ვითარდება შერთულის არეში ან გამტან მუხლზე შერთულთან ახლოს. ნათელი პერიოდის შემდეგ ავადმყოფს ეწყება გაცილებით უფრო ძლიერი და მუდმივი ხასიათის ტკივილი, ვიდრე გაურთულებელი წყლულის დროს. მისი ადგილიც ოდნავ ინაცვლებს ადრინდელ ტკივილთან შედარებით. იგი აღინიშნება ჭიპის მარცხნივ ან ეპიგასტრიუმის სხვა მიდამოში. ტკივილი ხშირად ირადიაციას იძლევა წელში. პეპტიკური წყლულის დროს ხშირად ვითარდება ანთებითი ინფილტრატი, რითაც იგი ეზრდება მეზობელ ორგანოებს: განივ კოლინჯს, მუცლის წინა კედელს. ასეთი ინფილტრატი შეიძლება ხელითაც გაისინჯოს. გამოკვლევიდან ყურადღებას იპყრობს მეტწილად კუჭის წვენის მჟაობის მომატება. რენტგენოლოგიურად ნიშა, მართალია, უტყუარი ნიშანია, მაგრამ იგი ყოველთვის არ აღინიშნება.

ადგილი აქვს ისეთ მეორად ნიშნებს, როგორიცაა ლოკალური ტკივილი, ძოძრაობის შეზღუდვას მომტან მუხლში და კუჭში სტაზის მოვლენებს.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა მიზნად ისახავს დეგასტროენტეროანასტომოზისა და კუჭის ვრცელი რეზექციის გაკეთებას. როდესაც პეპტიკური წყლული კუჭის რეზექციის შემდეგ ვითარდება, ამ შემთხვევაშიც აუცილებელია კუჭის გაფართოებული რეზექცია, თორმეტგოჯას გრძელი ტაკვის დამოკლება დარჩენილი პილორული რეფლექსის მოცილების მიზნით. რეზექციის შემდეგ პეპტიკური წყლულის დროს ჩვენ ყოველთვის შეგვხვედრია თორმეტგოჯას გრძელი ტაკვი, შედარებით დიდი ზომის კუჭი, რაც მის არაეკონომიურ რეზექციაზე მიუთითებს. ჩვენ კუჭის რეზექციის შემდეგ განვითარებული პეპტიკური წყლულის დროს კლინიკაში პირველად გამოვიყენეთ (1960 წლიდან) იგრეკისებრი შერთული (რუს წესით); როდესაც კუჭის ტაკვიდან შიგთავსი მიდის პირდაპირ ნაწლავში, რომელსაც თორმეტგოჯა ნაწლავის გაგრძელებაზე დარჩენილი მლივი ნაწლავის მცირე ნაწილი უერთდება პირით გვერდს, ისე რომ თორმეტგოჯას შიგთავსი კუჭში აღარ შედის.

ც ო ლ ი ნ გ ე რ-ე ლ ი ს ო ნ ი ს სინდრომის ქვეშ გულისხმობენ განსაკუთრებით შეუპოვრად მიმდინარე პეპტიკურ წყლულს, რომელიც რეციდივს განიცდის 4—5-ჯერ და მეტჯერ. არსებობს აგრეთვე პირველადი შეუპოვარი მიმდინარე წყლული, განსაკუთრებით თორმეტგოჯა ნაწლავის, ზოგჯერ მლივი ნაწლავის დასაწყისის. ასეთი თავისებური და მძიმედ მიმდინარე წყლულოვანი დაავადების განვითარებას უკავშირებენ კუჭუკანა ჯირკვლის ადენომას. ამიტომ მას კიდევ კუჭუკანა ჯირკვლის ან ულცეროგენულ ადენომას უწოდებენ.

პეპტიკური წყლულის განვითარებაში კუჭუკანა ჯირკვლის მონაწილეობის შესახებ პირველად აღნიშნული იყო 1923 წელს მენისა და ვილიამსის მიერ. პანკრეასის კუნძულების სიმსივნე მძიმედ მიმდინარე წყლულოვანი დაავადების ფონზე (ორი ავადმყოფი) აღწერილი იყო ცოლინგერისა და ელისონის მიერ 1955 წელს. ულცეროგენულ ადენომას აკუთვნებენ ენდოკრინულ დაავადებას. იგი ხშირია ახლო ნათესავებში, მათ თითქმის ყოველთვის პირველი ჯგუფის სისხლი აქვთ და სხვ.

ცოლინგერ-ელისონის სინდრომის ამოცნობა კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პირველადი წყლულის დროს ძნელია, რადგან მას არა აქვს განსაკუთრებული სპეციფიკური კლინიკური ნიშნები. მაგრამ ულცეროგენულ ადენომაზე შეიძლება ვივარაუდოთ თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დროს, როდესაც ავადმყოფს აქვს ძლიერი ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში, განმეორებითი სისხლდენა (მელენა, სისხლიანი პირღებინება), ჰიპერსეკრეცია, დიარეა და რენტგენოლოგიურად წყლული თორმეტგოჯა ნაწლავში. ან მლივი ნაწლავის პროქსიმალურ ნაწილშია. ულცეროგენულ ადენომაზე ეჭვის მიტანა უფრო ადვილია მორეციდივე პეპტიკური წყლულის დროს, განსაკუთრებით კუჭის რეზექციის შემდეგ.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. ქირურგთა უმეტესობის (ბ. როზანოვი, 1966. ვ. მაიატი, ა. კეშიშევა, 1966 და სხვ.) აზრით, უნდა გაკეთდეს გასტრექტომია და პანკრეასის ადენომის აღმოჩენისას მისი ამოკვეთა.

პეპტიკური წყლულის მეტად მძიმე გართულებას კ უ ჭ ს ა დ ა გ ა ნ ი ვ კ ო ლ ი ნ ჯ ს შ ო რ ი ს ხ ვ რ ე ლ მ ი ლ ი ს (fistula gastro-jejunocolica) განვითარება წარმოადგენს. იგი შერთულის არეში პეპტიკური წყლულის განივ კოლინჯში პერფორაციის შედეგია.

ამ გართულებას კუჭიდან პირდაპირ განივკოლინჯში გადასული საჭმლის მასებით ფაღარათი და განავლოვანი სუნის მასებით პირღებინება ახასიათებს. ღილით შეფერილი საკვების ან სითხის მიღებისას იგი სწრაფად გამოჩნდება განავალში და, პირიქით, ოყნით შეყვანილი ფერადი სითხე შეიძლება აღმოჩენილ იქნას კუჭის წვენის გამოკვლევისას. ასევე სწორი ნაწლავიდან რეზინის მილით შეყვანილი თამბაქოს ბოლის პირის ღრუში ამოსვლას კარგად გრძნობს ავადმყოფი.

ასეთ ავადმყოფს მოშლილი აქვს საკვების ათვისება და ცილის ცვლა. ხშირად აწუხებს აგრეთვე პირღებინება (განავლის სუნის მასებით), ამიტომ ავადმყოფს, გაძლიერებული წყურვილისა და საჭმლის ხშირად მიღების მიუხედავად, აღენიშნება სიგამხდრე, ანემია და მოგვიანებით მეტად ნაღვლიანი გამომეტყველება.

მკურნალობა ითვალისწინებს კუჭის რეზექციას. ზოგჯერ კლოაკასთან ერთად (თუ ამ უკანასკნელის გამოყოფა და განივი კოლინჯის ხვრელმილის გარანტირებულად დახურვა არ ხერხდება). ოპერაციის წინ ასეთ ავადმყოფს ესაჭიროება განსაკუთრებული მომზადება (სისხლისა და ცილოვანი ხსნარების გადასხმა, გლუკოზა, ვიტამინები და სხვ.).

გასტროენტეროანასტომოზის, იშვიათად კუჭის რეზექციის შემდეგ შეიძლება განვითარდეს შ ი გ ნ ი თ ა გ ა ჭ ე დ ვ ა განივი კოლინჯის ჯორჯალში. კუჭ-ნაწლავის შერთულის ან ბრაუნის ენტეროანასტომოზის უკან. თითქმის ყველა შემთხვევაში ვითარდება ძლიერი გაუვალობის მოვლენები. შედარებით ძნელია განივი კოლინჯის ჯორჯალში ქრონიკული გაჭედვის ამოცნობა, როდესაც გაუვალობის მოვლენები მკვეთრად არაა გამოხატული და ავადმყოფს აწუხებს ტკივილი, პირღებინება, ზოგჯერ გაჭედილი ნაწლავის გამობერილობა.

კუჭ-ნაწლავის შერთულის შემდეგ ფრიად იშვიათად შეიძლება განვითარდეს წ ვ რ ი ლ ი ნ აწ ლ ა ვ ი ს ჩ ა ნ ე რ გ ვ ა (ინვაგინაცია შერთულიდან კუჭში—invaginatio jejuno-gastrica). ძლიერი ტკივილისა და გაუვალობის გარდა, მას ახასიათებს სისხლიანი პირღებინება. ზოგჯერ ისინჯება ინვაგინატი. კუჭის რენტგენოსკოპიით კუჭში შემოსული ინვაგინატი ჩანერგვის ხარისხის მიხედვით იძლევა სხვადასხვა სიდიდის ავსების დეფექტს.

შიგნითა გაჭედვა, ისე როგორც კუჭში ნაწლავის ჩანერგვა, გადაუდებელ ოპერაციას მოითხოვს. კუჭ-ნაწლავის შერთულის შემდეგ ზოგჯერ ვითარდება ანასტომოზიტი, გასტრიტი, პერიგასტრიტი, პერიდუოდენიტი, პერიგასტროენტეროსტომოზიტი, მთელი რიგი დისპეფსიური მოვლენები, ტკივილი საჭმლის მიღების დროს. მტკივნეულობა ხშირად აღინიშნება პალპაციითაც. რენტგენოლოგიურად ზოგჯერ ადგილი აქვს კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის დეფორმაციას და მათ გადანაცვლებას. ამ გართულებათა მკურნალობა ძირითადად კონსერვატულია. იშვიათად, როდესაც ვრცელი ნაწიბურები ევაკუატორული ფუნქციის მოშლას იძლევა და ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობა უშედეგოა, უნდა გაკეთდეს კუჭის რეზექცია.

კუჭ-ნაწლავის შერთულის შემდეგ მძიმე გართულებას წარმოადგენს მ ა ნ კ ი ა ნ ი წ რ ე — cirlulus vitiosus, იგი ვითარდება ოპერაციიდან პირველ დღეებშივე, ზოგჯერ რამდენიმე კვირის ან თვის შემდეგ. მისი მიზეზია უფრო ხშირად კუჭ-ნაწლავის წინა შერთული (ვიდრე უკანა), ისიც დიდი სიმრუდიდან მოშორებით ან კარდიასთან ახლოს. მნიშვნელობა აქვს შერთულის პირდაპირ ნაწლავის მოწინააღმდეგე კედლის ჩაბრუნებას დეზის სახით, რაც აბრკო-

ლებს გამტან მუხლში შიგთავსის გადანაცვლებას, მით უფრო, თუ ნაწლავის გამტანი ნაწილი შებრუნდა ან ადგილი ექნა მის დანაოჭებას. მანკიანი წრის განვითარებას ხელს უწყობს აგრეთვე კუჭის ატონია და სპაზმი.

მანკიანი წრის აცილება შეიძლება ტექნიკურად ოპერაციის კარგად შესრულებით და ბრაუნის ენტერო-ენტეროანასტომოზის გამოყენებით. მანკიანი წრე შემდეგნაირად ვითარდება: როდესაც პილორუსიდან კუჭის შიგთავსის გაძტარობა აღდგება, მაშინ მომტანი მუხლის თანდათან გადავსებას გამტან მუხლზე ზეწოლა და გაუვალობის განვითარება მოსდევს. ნაწლავის შიგთავსი კი ბუნებრივი გზით გადანაცვლების დაბრკოლების გამო კუჭში ბრუნდება, აქედან კვლავ მხოლოდ დაბრკოლების მიდამომდე ბრუნავს. ნაწლავიდან შიგთავსის კუჭში ყოველი შესვლის დროს ვითარდება სლოკინი, გულისრევა და პირღებინება უხვი მასებით. ავადმყოფს ძლიერ აწუხებს წყურვილი, მაგრამ სითხის მიღებას კვლავ პირღებინება მოსდევს, რის გამოც იგი თანდათან ძლიერ სუსტდება.

ამ მეტად მძიმე გართულების სამკურნალოდ დასაწყისში გამოიყენება კონსერვატული მკურნალობა: კუჭის სისტემატური ამორეცხვა ან კუჭის შიგთავსის მუდმივი ევაკუაცია ცხვირიდან შეყვანილი წვრილი ზონდით. საჭმლის მიღების შემდეგ ავადმყოფს აწვენენ გვერდზე ან ურჩევენ ჯდომას. იყენებენ აგრეთვე მაღალ ოყნას, დროებით წყვეტენ საკვების მიცემას. აწარმოებენ სითხეების პარენტერალური ან სწორი ნაწლავიდან შეყვანას. სისხლის გადასხმას და სხვ. როდესაც აღნიშნული ღონისძიებანი შედეგს არ იძლევა, დროზე უნდა გაკეთდეს ოპერაცია. შეიძლება ნაწლავის მომტან და გამტან მუხლებს შორის შერთულის დადება, მაგრამ იგი ყოველთვის არ სპობს შექმნილ მდგომარეობას. ამიტომ, თუ ავადმყოფის მდგომარეობა ნებას გვრთავს, უნდა გაკეთდეს გარანტირებული ოპერაცია — კუჭის რეზექცია.

ბილროთის I წესით შესრულებულ კუჭის რეზექციას დიდი უპირატესობა აქვს ბილროთის II წესთან შედარებით. რადგან იგი ინარჩუნებს საკვების ფიზიოლოგიური გზით თორმეტგოჯა ნაწლავში გადასვლას. მაგრამ ამ დროსაც შეიძლება განვითარდეს გართულება დუოდენოსტაზის სახით, რასაც რენტგენოლოგიური გამოკვლევა ადასტურებს.

ამიტომ ზოგი იყენებს ამოკვეთილი კუჭის შეცვლას წვრილი ან მსხვილი ნაწლავის მარყუჟით, როგორც რეზერვუარს. მაგრამ გამოირკვა, რომ კუჭის რეზექციის შემდეგაც ნაწლავის პირველსავე მარყუჟებში საკმაოდ სწრაფად ვითარდება მსგავსი „რეზერვუარი". ამიტომ კუჭის რეზექციის დროს ნაწლავის გადანერგვა არ წარმოადგენს დიდ აუცილებლობას.

კუჭის მწვავე გაგანიერება

კუჭის მწვავე გაგანიერება პირველად აღწერა ბრინტონმა 1857 წელს. ეს დაავადება არსებითად წარმოადგენს მწვავე დინამიკურ (პარალიზურ) გაუვალობას. მისი წარმოშობის მიზეზი შეიძლება იყოს მუცლის ღრუს (განსაკუთრებით კუჭზე) ოპერაცია, ეთერით ნარკოზი, ხანგრძლივი შიმშილის შემდეგ ერთბაშად საჭმლის დიდი რაოდენობით მიღება, განსაკუთრებით მძიმე ავადმყოფობის შემდეგ, რეკონვალესცენტებში. ზოგი სახის სასმელი, რომელსაც მიმატებული აქვს გაზი ან საკვები, რომელიც კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში დუღილით თითონ გამოყოფს დიდი რაოდენობით აირს. ზოგჯერ მნიშვნელობა აქვს მუცლის დაზიანებას, ფსიქიკურ ტრამვას ან ზურგის ტვინის დაზიანებას.

კუჭის მწვავე გაგანიერებაში მნიშვნელობას ანიჭებენ აგრეთვე შინაგან ორგანოთა ფტოზს, მძიმე ფიზიკურ დატვირთვას და სხვ.

კუჭის მწვავე გაგანიერების განვითარებაში განსაკუთრებულ მნიშვნელობას აძლევენ არტერიომეზენტერულ გაუვალობას, როცა თორმეტგოჯა ნაწლავი განიცდის წვრილი ნაწლავის დაჭიმული ჯორჯლით ზეწოლას. ამის ნიადაგზე გაგანიერებული კუჭი თავის მხრივ აწვება თორმეტგოჯა ნაწლავს და მის ჯორჯალს. თვით კუჭის მწვავე გაგანიერება ხშირად თორმეტგოჯა ნაწლავის არტერიომეზენტერული გაუვალობის განვითარების ხელშემწყობი ხდება. რადგან გაგანიერებულმა და ატონიის მდგომარეობაში მყოფმა კუჭმა შეიძლება ზეწოლა მოახდინოს ჯორჯლის არტერიაზე წვრილი ნაწლავის დასაწყის ნაწილში. ამიტომ ეს ორი დაავადება ერთმანეთთან დაკავშირებულია და ერთი მათგანი მეორის განვითარებას უწყობს ხელს.

კუჭის მწვავე გაგანიერება ვითარდება მისი მწვავე ატონიის შედეგად — როდესაც კუჭის კედელი კარგავს შიგთავსის ნაწლავებში გადადენის უნარს. ამ დროს, როგორც წესი, ქრება პერისტალტიკა და სწორედ ამით განსხვავდება იგი არეტრიო-მეზენტერული გაუვალობისაგან, რომლის დროსაც, ძლიერი შებერილობის მიუხედავად, პერისტალტიკა შენარჩუნებულია. კუჭის მწვავე გაგანიერების შემთხვევაში კუჭი მკვეთრად იჭიმება და ზოგჯერ ზედმიწევნით დიდ ოდენობამდე აღწევს. კუჭში დიდი რაოდენობით (10—15 ლიტრამდე) გროვდება სითხე. ჩაყლაპული ჰაერი, საკვები, საკვების დუღილის შედეგად გამოიყოფა აირი, კუჭის წვენი და მიღებული საკვები.

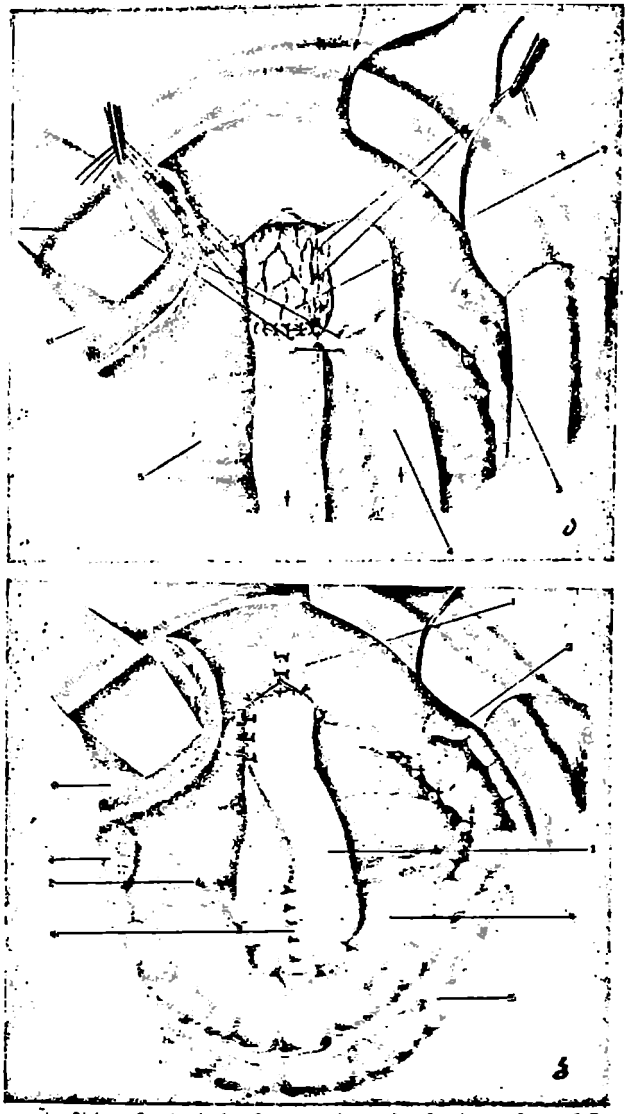
კუჭის მწვავე გაგანიერებით თითქმის ერთნაირი სიხშირით ავადდებიან მამაკაცები და ქალები. ავადმყოფთა ასაკი ფრიად სხვადასხვანაირია.

კუჭის მწვავე გაგანიერებას საფუძვლად ნერვულ-კუნთოვანი აპარატის ფუნქციის მკვეთრი მოშლა უდევს. მეტად მძიმედ მიმდინარეობს და ადრეულად იძლევა კოლაფსის სურათის განვითარებას. ავადმყოფი მძიმე მდგომარეობაში ვარდება. აწუხებს ძლიერი წყურვილი, უშრება პირი, სახე აქვს ფერმკრთალი, ასხამს ცივ ოფლს, თვალები ჩაცვენილია, პულსი ძლიერ აჩქარებული და სუსტი ავსებისაა, არტერიული წნევა მკვეთრად ეცემა. შარდის გამოყოფა ძლიერ შემცირებულია, ზოგჯერ სრულ ანურიამდე. მძიმედ და მეტად მწვავე მიმდინარე კუჭის მწვავე გაგანიერების დროს ავადმყოფი სრული პროსტრაციის მდგომარეობაშია და ისეთი შესახედაობა აქვს, როგორიც რამდენიმე დღის შემდეგ პერიტონიტიან ავადმყოფს.

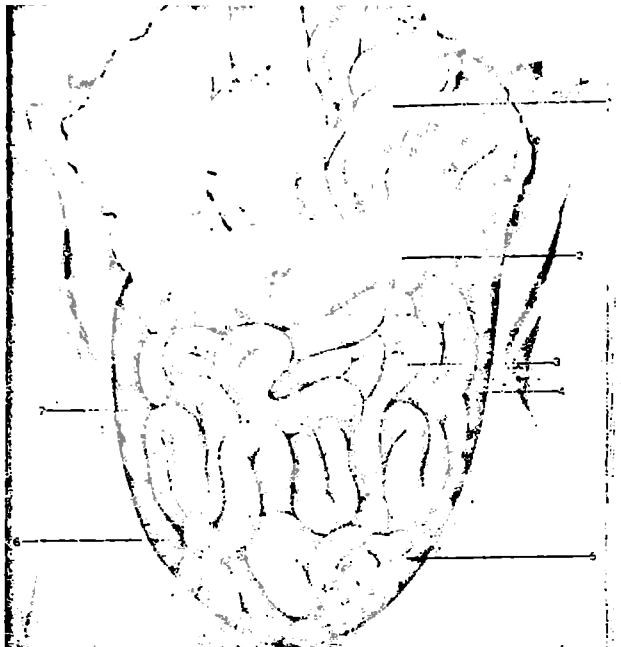
გარდა აღნიშნულისა, დაავადების ძირითადი ნიშნებია: პირღებინება დიდი რაოდენობით, ზოგჯერ რამდენიმე ლიტრამდე კუჭის შიგთავსით, რომელსაც აირები, ნაღველი და პანკრეასის წვენი აქვს შერეული. კუჭიდან ამოსული აირი ხშირად შეიცავს სანათ გაზს (აღწერილია შემთხვევა, როდესაც ასეთი აირის აფეთქებისას წვერ-ულვაში შეტრუსვია ავადმყოფს), კუჭის ლორწოვანიდან ზოგჯერ სისხლჩაქცევის გამო პირნაღები შავ-ყავისფერს ღებულობს. ფრიად იშვიათად დაავადების ელვისებური მიმდინარეობის დროს პირღებინებას შეიძლება ადგილი არ ექნეს.

კუჭის მწვავე ატონიისათვის დამახასიათებელია მუცლის ზემო ნაწილის ძლიერი შებერილობა და ჭანჭყარის ხმა. რენტგენოლოგიური გამოკვლევით აღნიშნება სითხით გადავსებული მეტად დიდი ოდენობის კუჭი. .

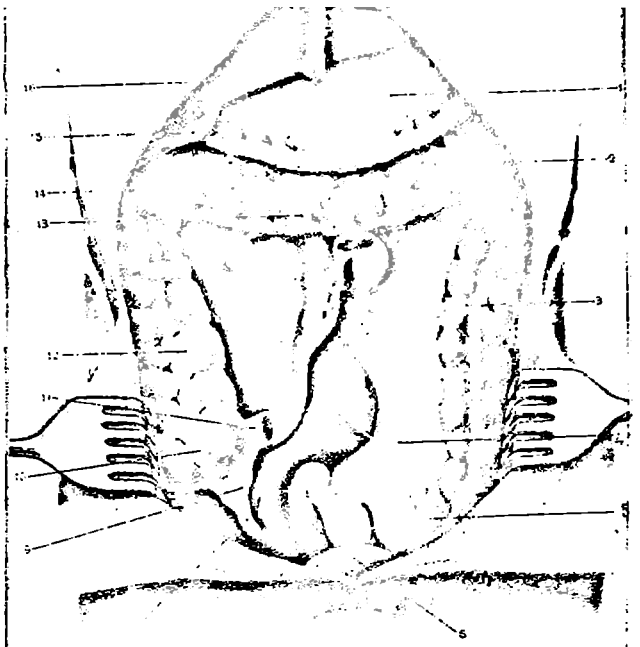
კუჭის მწვავე გაგანიერების დიაგნოზურ და სამკურნალო საშუალებას კუჭში მსხვილი ზონდის შეყვანა წარმოადგენს. კუჭის



სურ. 50. მუცლის მხრიდან გასტრეჭტომია: ა — საყლაპავ მილსა და მლივ ნაწლავს შორის ვერტიკალური შერთული გილიაროვიჩ-გრეკემის წესით. ანასტომოზის შეხვევა; ნაწლავის მომტანი მარყუჟით. ნაწლავის მომტანი მარყუჟის მი ერება გამტან მარყუჟთან შერთულის გასწვრივ; ბ — საყლაპავ-ნაწლავის ანასტომოზი დ:მთ:ერებულია. დიაფრაგმის განაკვეთი ნაწილობრივ დახურულია კვანძოვანი ნაკერებით. დიაფრაგმასთან ფიქსირებულია წვრილი ნაწლავის მომტანი მარყუჟი. ნაწლავის მომტან და გამტან მუხლებს შორის გაკეთებულია ენტეროანასტომოზი, რომლის ქვეითაც წვრილი ნაწლავი მიკერებულია განივი კოლინჯის ჯორჯალში შეკმნილი ჭრილობის კიდეებთან.



სურ. 52. წვრილი ნაწლავების მდებარეობა მუცლის ღრუში: 1 — omentum majus; 2 — colon transversum; 3 — წვრილი ნაწლავების მარყუჟები; 4—colon descendens; 5 —colon sigmoideum; 6—caecum; 7 — colon ascendens.



სურ. 53. მსხვილი ნაწლავების განლაგება: 1—ventriculus; 2 — flexura coli sinistra; 3 — colon descendens; 4—mesocolon sigmoideum; 5 — colon sigmoideum; 6—vesica urinaria; 7—rectum; 8—appendix vermiformis; 9—mesenteriolum appendicis vermiformis; 10 — caecum; 11 — ileum (მოკვეთილია); 12 — colon ascendens; 13 — colon transversum; 14 — flexura coli dextra; 15 — vesica fellae; 16 — hepar.

მწვავე გაგანიერების დროს დიდი რაოდენობით და ხმაურით გამოიყოფა სითხე და მასთან შერეული აირი. ამის შემდეგ კუჭის მწვავე გაგანიერება ქრება, მუცელი ჩავარდება, მაგრამ ზოგჯერ 2—3 დღით საჭიროა ცხვირიდან შეყვანილი წვრილი ზონდით კუჭის შიგთავსის მუდმივი ამოქაჩვა. მთავარია, რაც შეიძლება კუჭის განთავისუფლება შიგთავსისაგან. კუჭში მსხვილი ზონდის შეყვანისა და მისი ამორეცხვის გარდა, დიდ დახმარებას გვიწევს ავადმყოფის მდგომარეობის შეცვლა. ზოგჯერ მუხლიდაყვზე დაყენება (ასეთი მდებარეობის მიღებას ხშირად თვით ავადმყოფიც ცდილობს). გარდა ამისა, საჭიროა ავადმყოფს დიდი რაოდენობით შეკუყვანოთ სითხე (ფიზიოლოგიური ხსნარი, გლუკოზა, ცილის შემცველი ხსნარები, საჭიროების დროს სისხლის გადასხმა და სხვ.). პერისტალტიკის აღდგენისა და გაძლიერებისათვის უნდა გაკეთდეს (ვენაში და მიკროკლიზმის სახით) სუფრის მარილის ჰიპერტონიული ხსნარი, ზოგჯერ პიტუიტრინი, პროზერინი, ფიზოსტიგმინი და სხვ. სამაგიეროდ, ყოველმხრივ უნდა ვერიდოთ პარეზის გამომწვევი საშუალებები (ოპიუმი, ატროპინი, მორფი) გამოყენებას, მართალია, კუჭის მწვავე გაგანიერების მკურნალობა კონსერვატულია, მაგრამ ზოგიერთ შემთხვევაში, როცა მიღებული ზომები შედეგს არ იძლევა, როგორც უკიდურესი ზომა შეიძლება გამოყენებულ იქნეს გასტროსტომია.

თორმეტგოჯა ნაწლავის დივერტიკული

თორმეტგოჯა ნაწლავის თანდაყოლილი დივერტიკული ფრიად იშვიათია. იგი ვითარდება ნაწლავის წინა ან გარეთა ზედაპირზე სხვადასხვა ზომის გამობერილობის სახით. დივერტიკულის კედელი ნაწლავის კედლის ყველა შრეს შეიცავს და შედარებით ვიწრო ფეხით უკავშირდება თორმეტგოჯა ნაწლავის სანათურს. დივერტიკულის ხანგრძლივი არსებობა ხშირად შეუმჩნეველი რჩება, განსაკუთრებით, როდესაც იგი განიერი ფეხით არის დაკავშირებული ნაწლავის სანათურთან და არ იძლევა რაიმე გართულებას. როდესაც დივერტიკულს კონუსის ფორმა აქვს და ვიწრო ფეხიდან დივერტიკულში შესული ნაწლავის შიგთავსი იწყებს ლორწოვანის ანთებას, მაშინ აღინიშნება ზოგიერთი დისპეფსიური მოვლენა (დივერტიკულიტი), ტკივილი ჭიპის მარჯვნივ (ბოყინი, ზოგჯერ პირღებინება, ცუდი, გახრწნილი სუნის მასებით). დიაგნოზის დასმაში გადამწყვეტია რენტგენოლოგიური გამოკვლევა. კუჭის რენტგენოსკოპიის დროს ადგილი აქვს საკონტრასტო მასის ვიწრო ფეხით შესვლას თორმეტგოჯა ნაწლავის სანათურიდან დივერტიკულში; ეს უკანასკნელი სხვადასხვა ოდენობის ჩრდილის სახით არის წარმოდგენილი.

თუ ნამდვილი ტრაქციული დივერტიკული ფრიად იშვიათია, სამაგიეროდ, შედარებით ხშირია თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის შედეგად ნაწლავის კედლის დეფორმაცია და დივერტიკულისებრი გამობერილობა. ასეთი დივერტიკული ზოგჯერ ოპერაციის დროს აღმოჩნდება. დივერტიკულის გართულებას, ანთების გარდა, წარმოადგენს დაწყლულება, სისხლდენა, პერფორაცია.

დივერტიკულის მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა (ტკივილისა და დისპეფსიური მოვლენების დროს) ოპერაციულია. კეთდება დივერტიკულის გამოყოფა ირგვლივ შეხორცებებიდან, ნაწლავთან შეერთების ადგილას მოიკვეთება და ნაწლავი იკერება. დივერტიკულის მოკვეთა ვრცელი შეხორცების დროს ადვილი არაა.

როდესაც დივერტიკული წარმოადგენს წყლულოვანი დაავადების გართულებას, მაშინ კეთდება კუჭის რეზენექცია და მასთან ერთად იკვეთება დივერტიკულიც.

დუოდენოსტაზი

დუოდენოსტაზის დროს ადგილი აქვს თორმეტგოჯა ნაწლავის, უფრო ხშირად ქვედა ნაწილის გაგანიერებას, შიგთავსით გადავსებას და ასეთ შემთხვევაში ნაწლავის კედლის ატონიის შედეგად ქრონიკულ გაუვალობას. გადავსებულ თორმეტგოჯა ნაწლავში შეიძლება წნევამ იმდენად მოიმატოს, რომ გადააჭარბოს სანაღვლე გზებში არსებულ წნევას და მაშინ ვითარდება სიყვითლის მოვლენები და ტკივილი, რამაც შეცდომით შეიძლება სანაღვლე გზების კენჭოვან დაავადებაზეც გვაფიქრებინოს.

დუოდენოსტაზი ვითარდება ფუნქციური მიზეზით ნაწლავის საინერვაციო აპარატის მოშლილობისას და შეხორცების ან მექანიკური მიზეზით (პერი დუოდენიტისა და შეხორცებების დროს).

დუოდენოსტაზის დროს ავადმყოფს აწუხებს სიმძიმის გრძნობა საჭმლის მიღების შემდეგ, ზოგჯერ შეტევითი ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში, უფრო მარჯვნივ და პირღებინება ნაღვლის მასებით.

რენტგენოლოგიური გამოკვლევით აღინიშნება თორმეტგოჯას გაგანიერება და პილორუსის პირღიობა.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ი ს ა თ ვ ი ს გამოიყენება გულმკერდის II—III სიმპათიკური კვანძების ვაგოსიმპათიკური ბლოკადა. საჭიროა ვუმკურნალოთ ძირითად მიზეზს, რომელმაც თორმეტგოჯა ნაწლავის ქრონიკული გაუვალობა გამოიწვია. ზოგჯერ საჭიროა თორმეტგოჯა მლივ ნაწლავს შორის შერთული, ზოგი ურჩევს კუჭის რეზექციასაც.

თორმეტგოჯა ნაწლავის არტერიომეზენტერული გაუვალობა

იშვიათად შეიძლება ადგილი ექნეს თორმეტგოჯა ნაწლავის მწვავე გაუვალობას. კუჭის მწვავე გაგანიერების დროს ქვევით დაწეული ნაწლავები ეპიგასტრული არტერიით იწვეევენ წვრილი ნაწლავის დასაწყისზე ზეწოლას. იგივე შეიძლება გამოიწვიოს მკვეთრმა ენტეროფტოზმა.

სიმპტომები თითქმის იგივეა, რაც კუჭის მწვავე გაგანიერების დროს: ავადმყოფის მეტად მძიმე მდგომარეობა, სუსტი და გახშირებული პულსი, ჩაცვენილი თვალები, ძლიერი პირღებინება ნაღელოვანი მასების დიდი რაოდენობით, პირის სიმშრალე, შარდის მკვეთრი შემცირება, მუცლის ზევო ნაწილის შებერილობა. კუჭის მწვავე გაუვალობისაგან განსხვავებით ამ დროს ადგილი აქვს ნაღვლოვანი მასებით პირღებინებას და პერისტალტიკას.

რენტგენოლოგიურად აღინიშნება კუჭისა და ფორმეტგოჯა ნაწლავის დასაწყისი ნაწილის მკვეთრი გაგანიერება, ხოლო თორმეტგოჯას დისტალურ ნაწილში აღინიშნება დაბრკოლება.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა ისეთივეა, როგორიც კუჭის მწვავე გაგანიერების დროს: კუჭის ამორეცხვა მსხვილი ზონდით, ავადმყოფის მდებარეობის შეცვლა, ზოგჯერ მუხლ-იდაყვზე მდებარეობის ნიცემა და მუცლის წინა კედელზე მსუბუქი

ზეწოლა. კოლაფსთან საბრძოლველად გამოიყენება ხსნარების დიდი რაოდენობა და საგულე საშუალებანი.

მძიმე შემთხვევაში რაც შეიძლება ადრე უნდა გამოვიყენოთ თორმეტგოჯას ზემოგაგანიერებულ ნაწილსა და მლივ ნაწლავს შორის შერთული.

კუჭის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

კუჭის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები იშვიათია და კუჭის სიმსივნეთა მხოლოდ 1—2 პროცენტს შეადგენს. დანარჩენი 98—99 პროცენტი კუჭის კიბოზე მოდის. ამიტომ სჯობს კუჭის სიმსივნის დროს ექიმმა იფიქროს და ყურადღება ყოველთვის კიბოზე გაამახვილოს.

კუჭის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები უმთავრესად ვითარდება ლორწოვანი გარსიდან პოლიპის სახით. იგი შეიძლება იყოს ერთეული, ზოგჯერ საკმაოდ დიდ ფეხზე ან მრავლობითი—პოლიპოზი უშუალოდ ლორწოვანზე. მათი ოდენობა ფრიადსხვადასხვანაირია. კუნთოვანი გარსიდან ზოგჯერ ვითარდება მიომა (ლეომიომა, ფიბრომიომა), რომელმაც შეიძლება საკმაოდ დიდ ოდენობას მიაღწიოს და კიბოს სიმულირება გამოიწვიოს.

ს ი მ პ ტ ო მ ე ბ ი. პოლიპოზის დროს ხშირად ადგილი აქვს გასტრიტის მოვლენებს მეაობის მკვეთრი დაქვეითებით, ზოგჯერ სრულ აქილიამდე.

დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება კუჭის რენტგენოსკოპია. კიბოსაგან განსხვავებით კეთილთვისებიან სიმსივნეებს შედარებით სწორი კონტურები და მეაობის ნაკლებად გამოხატული მოშლილობა ახასიათებს ავადმყოფის კარგ საერთო მდგომარეობასთან ერთად. ფიტობეძოარისგან გარჩევაში დაგვეხმარება ანამნეზიც.

კეთილთვისებიან სიმსივნეს (პოლიპი) შეუძლია გამოიწვიოს სისხლდენა. პილორუსის გასავლის ამა თუ იმ ხარისხით გამოწვეული დაბრკოლება და სიმსივნედ გადაგვარება, განსაკუთრებით პოლიპოზს.

მ კ ურ ნ ა ლ ო ბ ა კუჭის რეზექციას მოითხოვს. შეიძლება ქირურგმა რისკი გასწიოს და მხოლოდ სიმსივნე ამოკვეთოს (მაგალითად, წვრილ ფეხზე არსებული პოლიპი), თუ მისი ამოღება ტექნიკურად ადვილია და საეჭვო არაა ავთვისებიანობის მხრივ (რაც ოპერაციის დროს ჰისტომორფოლოგიური გამოკვლევის გარეშე ადვილი დასადგენი არაა).

თორმეტგოჯა ნაწლავის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები ფრიად იშვიათია. შეიძლება შეგვხვდეს ფიბრომა, ნევრინომა, ადენომა და სხვ. ამოცნობა მხოლოდ რენტგენოსკოპიის დროს ხერხდება. მკურნალობა მოითხოვს მათ მოშორებას, თუ იგი მოსახერხებელია ანდა უნდა გაკეთდეს კუჭის რეზექცია.

კუჭის კიბო

კუჭის კიბო ყველაზე გავრცელებული დაავადებაა. ავთვისებიან სიმსივნეთა შორის მას პირველი ადგილი უჭირავს და სხვა ორგანოთა კიბოს 40 პროცენტს შეადგენს. კიბოთი დაღუპულ ავადმყოფთა ნახევარი კუჭის კიბოზე მოდის. კუჭის კიბო ყველაზე ხშირია 40—70 წლამდე. განსაკუთრებით 55 წლის შემდეგ, იშვიათად შესაძლოა იგი 30 წელზე ადრეც განვითარდეს.

კუჭის კიბოთი ორჯერ და კიდევ უფრო ხშირად ავადდებიან ვაჟები. ამის მიზეზია კუჭის ლორწოვანის სისტემატური გაღიზიანება უხეში და მწვავე გამაღიზიანებული, აგრეთვე ძლიერ ცხელი ან ცივი საკვებით, ალკოჰოლით და თამ-

ბაქოთი, ისე როგორც კუჭის კატარისა და წყლულის სიხშირეც მეტია მამაკაცებში, ვიდრე ქალებში. მართალია, კუჭის კიბოს განვითარების მიზეზი, როგორც საერთოდ კიბოს წარმოშობისა, უცნობია, მაგრამ შემჩნეულია, რომ კუჭის ზოგიერთი დაავადება (გასტრიტი, წყლული, პოლიპი ან პოლიპოზი) ხელს უწყობს კიბოს განვითარებას. ცნობილია, მაგალითად, რომ გასტრიტით (განსაკუთრებით ანაციდური ფორმა) დაავადებულნი 3-ჯერ უფრო ხშირად ავადდებიან კუჭის კიბოთი. ვიდრე იმავე ასაკის ჯანმრთელი პირები. ასევე არა ერთი შემთხვევაა, როდესაც ავადმყოფი კუჭის წყლულს წლობით ატარებს და ბოლოს კიბოდ გადაექცევა (ხშირად საკმაოდ დაგვიანებულ და ინოპერაბილურ მდგომარეობამდე). კუჭის წყლულის კიბოდ გადაგვარების რეალური შემთხვევები 8—10 პროცენტს შეადგენს. როგორც ექსპერიმენტული (სტრონგი), ისე კლინიკური დაკვირვება აჩვენებს კუჭის კიბოსადმი ერთგვარ შთამომავლობით მიდრეკილებას. შემჩნეულია აგრეთვე მისი განვითარება ზოგჯერ ერთსადაიმავე ოჯახებში, ან ამა თუ იმ ზნე-ჩვეულების მქონე მოსახლეობაში. ჩვენ რამდენიმე ოჯახს ვიცნობთ, სადაც ოჯახის წევრთა უმრავლესობას (მშობლებს, დებს, ძმებს) ამა თუ იმ ორგანოს (კუჭის, ძუძუს, საშვილოსნოს) კიბო აღენიშნებოდათ. აქ კიბოს განვითარებაში მნიშვნელობა აქვს ერთნაირი ყოფაცხოვრებისა და ნერვულ ფაქტორს, საკვების ქიმიურ, თერმულ ან სხვა გამღიზიანებელს.

ყველა ამ ფაქტორის შესწავლა და გამოვლინება, ისე როგორც კუჭის კიბოს წინარე დაავადებათა (პრეკანცერი) დროული ლიკვიდაცია, კუჭის კიბოს რეალურ პროფილაქტიკურ ღონისძიებას წარმოადგენს.

კუჭის კიბო უფრო ხშირად პილორულ-ანტრალურ მიდამოში ვითარდება (60—65%), შემდეგ მცირე სიმრუდეზე, კუჭის შუა ნაწილში, შედარებით იშვიათად კარდიასთან, უფრო იშვიათად კუჭის წინა და უკანა კედელზე და კიდევ უფრო ნაკლებად კუჭის დიდ სიმრუდესა და ფუძის მიდამოში.

გარეგნულად ძირითადად კუჭის კიბოს ორ ფორმას არჩევენ: ეგზოფიტურს, ანუ შემოსაზღვრულს, რომელიც კუჭის სანათურში გამოდის სოკოსავით ან კომბოსტოსავით, და ენდოფიტურს, ანუ დიფუზურს, რომელიც იძლევა კედლის ინფილტრაციას, ზოგჯერ გასავლის შევიწროებას. მთელი კუჭის კედლის ინფილტრაციული კიბოს ერთ-ერთი შედარებით იშვიათი სახეა პლასტიკური ლინიტი. ყველაზე ხშირია ენდოფიტური კიბოს წყლულოვან-ინფილტრაციული ფორმა—დაწყლულებული, შემაღლებული, ან წაშლილი კიდეებით და სხვ. ზოგჯერ აღინიშნება მათ შორის გარდამავალი ან შერეული ფორმები. ჰისტოლოგიურად კუჭის კიბო უმთავრესად ცილინდრულ-უჯრედოვანია ჯირკვლოვანი შენებით (ადენოკარცინომა). პათანატომიურად არჩევენ: მედულარულს (მრავლად ეპითელური უჯრედებით, განსაკუთრებით მიდრეკილს დაშლისადმი), ფიბროზულს, ანუ სკირს (ძლიერ განვითარებული შემართი ქსოვილით) და კოლოიდურს (კოლოიდისმაგვარი ნივთიერებით სტრომაში).

კიბო, გაცდება თუ არა კუჭის კედელს, ადგილმდებარეობის მიხედვით, იწყებს გავრცელებას ისეთ მოსაზღვრე ორგანოებზე, როგორიცაა მცირე და დიდი ბადექონი, განივი კოლინჯი და მისი ჯორჯალი, კუჭუკანა ჯირკვალი, ელენთა და ღვიძლი, მაგრამ არ ვრცელდება, როგორც წესი, თორმეტგოჯა ნაწლავზე. მეზობელ ორგანოსთან შეზრდის დროს ვითარდება როგორც ანთებითი, ისე სიმსივნური შეხორცება.

სურ. 51. კუჭის კიბოს პრეპარატი.

პრაქტიკული თვალსაზრისით უაღრესად მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ კუჭის კიბოს დროს ადგილობრივი კერიდან მისი გავრცელება (მეტასტაზები) კიბოთი დაღუპულთა დიდ სექციურ მასალაზე ვერ ნახეს შემთხვევათა 20-35 პროცენტში. ეს გარემოება კიდევ უფრო მნიშვნელოვანს და აუცილებელს ხდის ოპერაციულ მკურნალობას მისი მარტო ადგილობრივი გავრცელების დროს (სურ. 51).

კუჭის კიბო დაავადებ-დან გასული დროის მიხედვით იძლევა უასლოეს

და მოგვიანებით შორეულ მეტასტაზებს უმთავრესად ლიმფური გზით, ყველაზე ხშირად ღვიძლში და შემდეგ ასეთი თანმიმდევრობით: რეტროპერიტონულ ლიმფურ კვანძებში, პერიტონეუმში, დიდ და მცირე ბადექონში, კუჭუკანა ჯირკვალში, ფილტვებში, საკვერცხეში და ა. შ. ზოგჯერ შეიძლება განვითარდეს პერიტონეუმის კარცინომატოზი ასციტით ან, უფრო ხშირად, მისი მეტასტაზი პერიტონეუმის რექტოვეზიკალურ ან რექტოვაგინალურ დუგლასის ნაოჭზე (შნიცლერის მეტასტაზი), საკვერცხეზე, ხშირად ორივე მხარეს (კრუკენბერგის მეტასტაზი). იგი ზოგჯერ იმდენად დიდ ოდენობას აღწევს, რომ გამოუცდელი ექიმი მას პირველად სიმსივნედ მიიჩნევს. კუჭის კიბო (განსაკუთრებით კარდიალური კიბო) ზოგჯერ მეტასტაზებს იძლევა ჭიპში ადგილმდებარეობის მიხედვით. მან შეიძლება მეტასტაზი გამოიწვიოს მარცხენა ლავიწქვეშა სივრცეში (ვირხოვის მეტასტაზი) ან შუასაყარში. დიდი სიმრუდისა და განსაკუთრებით კუჭის ზემო ნაწილიდან მეტასტაზი ვრცელდება ელენთის კარის მიდამოში არსებულ ლიმფურ კვანძებში.

ს ი მ პ ტ ო მ ე ბ ი. მთავარია კუჭის კიბოს ადრეული დიაგნოსტიკა, რადგან მკურნალობის კარგი შედეგი ძირითადად დამოკიდებულია დროულ ოპერაციაზე. დასაწყისში კუჭის კიბოს ამოცნობა, მით უფრო, თუ საქმე ადრე კუჭით ჯანმრთელ ადამიანს ეხება, ადვილი არაა. კიდევ უფრო ძნელია მისი ამოცნობა, როდესაც ნიშნები მეტად ღარიბია, ან იშვიათად, როცა დაავადება თითქმის უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. მეტწილად მაინც დაკვირვებულ და გამოცდილ ექიმს განსაკუთრებით გულდასმით და მოფიქრებულად შეკრებილი ანამნეზის, ხოლო შემდეგ სათანადო, მეთოდური გამოკვლევის პირობებში შეუძლია კიბოს დასაწყისი, ანუ მცირე ნიშნების აღმოჩენა. ეტყობა, კიბოს დასაწყისში კუჭიდან ტვინის ქერქის ინტერორეცეპტული გაღიზიანების შედეგად ზოგადი მოვლენები გაცილებით ადრე აღინიშნება, ვიდრე ადგილობრივი.

კუჭის კიბოს დასაწყის სიმპტომს ჯანმრთელი ადამიანის ნორმალური მდგომარეობის ამა თუ იმ ხარისხით შეცვლა (დისკომფორტი), ანუ ე. წ. კიბოს მცირე ნიშნების (ვ. ლევიტი, 1914) გამომეღავნება წარმოადგენს. დასაწყისი სიმპტომები შემდეგია: ავადმყოფს აწუხებს უმიზეზო საერთო სისუსტე, დაღლილობა, უძილობა, შრომის უნარის დაქვეითება, მადის დაკარგვა და ზოგიერთი საკვების (ხორცი, თევზეული, პური) შეძულებაც კი. საჭმლის მიღების შემდეგ სიმაძღრისა და სასიამოვნო გრძნობის მაგიერ უსიამოვნო შეგრძნება და სიმძიმის გრძნობა კუჭის არეში. ადგილი აქვს ბოყინს, გულისრევას, პირღებინებას—ზოგჯერ სისხლიანს. ასეთი დისპეფსიური შოვლენები ხშირად აღინიშნება საკვების მიღების გარეშეც, ღამით სრულიად უმიზეზოდ. რაიმე ყურადსაღები მიზეზის გარეშე პროგრესულად ვითარდება გამხდრობა, ანემია, ზოგჯერ ადგილი აქვს ძლივს შესამჩნევ კანის შეფერეპებას და მოყვითალო მიწისფრად შეფერადებას. ავადმყოფს აშკარად ემჩნევა გარემოსადმი უინტერესობა და აპათია. თუ ყოველივე ამას კიბოსათვის საეჭვო ასაკიც ემთხვევა (40 წელზე მეტი ხნის ავადმყოფი), მაშინ ექიმმა უნდა იფიქროს კიბოს შესაძლებლობაზე და ავადმყოფი ყოველმხრივ დეტალურად გამოიკვლიოს.

კუჭის კიბოზე საეჭვო ავადმყოფის შესწავლა მოითხოვს ეპიგასტრიუმის მიდამოს პალპაციას სიმსივნის აღმოჩენის მიზნით; კუჭის წვენის, განავლის და სისხლის გამოკვლევას; კუჭის რენტგენოსკოპიას და გასტროსკოპიას. ამის გარ-

და, საჭიროა ენის (იგი ყოველთვის შელესილია), აგრეთვე მეტასტაზებისათვის საეჭვო მიდამოს (ლავიწქვეშა არე, სწორი ნაწლავისა და საშოს) გამოკვლევა.

სიმსივნის აღმოჩენის მიზნით მუცლის პალპაცია უნდა წარმოებდეს ზურგზე, მარცხენა და მარჯვენა გვერდზე, მუხლ-იდაყვზე, ფეხზე მდგომ და წინ მოხრილ ავადმყოფზე. ზურგზე მწოლარე და გვერდზე გადაბრუნების დროს უკეთ ისინჯება პილორო-ანტრალური სიმსივნე. ფეხზე მდგომ ავადმყოფზე, განსაკუთრებით წინ მოხრილ მდგომარეობაში უკეთ—მაღლა მდებარე სიმსივნე. პალპაციით სიმსივნის აღმოჩენა პირველ ხანებში. სანამ იგი განსაზღვრულ ოდენობას არ მიაღწევს, შეუძლებელია. საერთოდ, სიმსივნის პალპაციით აღმოჩენა მხოლოდ მოგვიანებით პერიოდში შეიძლება, როცა იგი საკმაოდ დიდ ოდენობას აღწევს. ამიტომ მის აღმოჩენას არასდროს არ უნდა დაელოდოს ექიმი. კიბო ისინჯება, ჩვეულებრივ. როგორც მაგარი და მტკივნეული, მისი მდებარეობის შეცვლა ზოგჯერ ხელით ხერხდება. კუჭის სიმსივნე მისი სახისა, ადგილისა და გავრცელების მიხედვით ხშირად ოდნავ მოძრავია, მაგრამ. ღვიძლის სიმსივნისაგან განსხვავებით, შესაძლოა მისი ხელით დაჭერა ამოსუნთქვის დროს.

კუჭის წვენის გამოკვლევისას უმრავლეს შემთხვევაში ყურადღებას იპყრობს თავისუფალი მარილმჟავას მნიშვნელოვანი დაქვეითება ან სრული გაქრობა. თავისუფალი მარილმჟავას ნორმის ფარგლებში შენარჩუნებას შეიძლება ადგილი ექნეს წყლულის ნიადაგზე განვითარებული კიბოს დროს. საერთო მჟავობის მომატება არ უარყოფს კიბოს არსებობას. იგი შეიძლება გამოწვეულ იქნეს დუღილის შედეგად განვითარებული ორგანული (რძის, ერბოს) მჟავით. ამ უკანასკნელთა მომატება თავისუფალ მარილმჟავას დაქვეითების დროს ხდება. რძის მჟავას კუჭში აღმოჩენა, ისე როგორც ამას წინათ ფიქრობდნენ, აუცილებლად კიბოს არსებობაზე არ მიუთითებს. იგი შეიძლება სხვა დაავადების დროსაც შეგვხვდეს. მის აღმოჩენას მეტი მნიშვნელობა აქვს კუჭის გამორეცხვის შემდეგ. კუჭის წვენში მიკროსკოპულად შეიძლება აღინიშნებოდეს სისხლი და სიმსივნის უჯრედები, განსაკუთრებით დიდი დაწყლულებული პოლიპური კიბოს დროს.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია განავალში ფარული სისხლის აღმოჩენა, რაც, წყლულისაგან განსხვავებით, პერიოდულად კი არ აღინიშნება, არამედ მუდმივად და თითქმის ყოველთვის (95%-ში).

პერიფერიული სისხლის გამოკვლევიდან აღსანიშნავია მეორადი ანემია ჰემოგლობინისა და ერითროციტების ძლიერი შემცირებით. ფერადობის მაჩვენებელი ყოველთვის ერთზე ნაკლებია (ჰიპოქრომიული ტიპის ანემია). ლეიკოციტების მხრივ მხოლოდ დასაწყისში შეიძლება იყოს ლეიკოპენია. შემდეგში აღინიშნება ზომიერი ლეიკოციტოზი ნეიტროფილოზით და იგი მით მეტია, რაც უფრო ღრეევას და დაწყლულებას განიცდის კიბო. ედრი, როგორც წესი, მნიშვნელოვნად აჩქარებულია.

რენტგენოლოგიური გამოკვლევა კუჭის კიბოს აღმოჩენის ყველაზე საიმედო მეთოდია, თუ გაშუქებას აწარმოებს გამოცდილი და სანდო სპეციალისტი. კუჭის კიბოს დროს აღინიშნება ავსების დეფექტი. როგორც უტყუარი ნიშანი ან ლორწოვანი გარსის ნაოჭების დესტრუქცია. და კედლის რიგიდობა, როგორც დამხმარე, მაგრამ საკმაოდ საიმედო სიმპტომი. აღსანიშნავია აგრეთვე ლოკალური ტკივილი და ოპერაბილობის თვალსაზრისით უკანასკნელის მოძრაობა.

კუჭის კიბოს დიაგნოსტიკისათვის გამოყენებულ უნდა იქნეს აგრეთვე გ ა ს ტ რ ო ს კ ო პ ი ა. ამ მეთოდის ტექნიკურად კარგად დაუფლებისა და კუჭის რელიეფის სწორი აღნესხვის პირობებში.

კუჭის კიბო ყოველთვის ერთნაირ ნიშნებს არ იძლევა. იგი გარკვეულად დამოკიდებულია სიმსივნის ლოკალიზაციაზე. კარდიალური კიბოს დროს ავადმყოფს აღენიშნება დისფაგიის მოვლენები: ლუკმის დადგომა გულის კოვზის არეში, რომლის გამოც ავადმყოფი იძულებულია მკვრივ საკვებს დააყოლოს წყალი. ხშირად აღენიშნება პირწყალი, გაძლიერებული ნერწყვის დენა, ბოყინი საჭმლის მასებით და ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში ღრმად. დასაწყისში კარდიალური კიბოს აღმოჩენა რენტგენოლოგიურად ადვილი არაა. ურჩევენ გაშუქებას ტრენდელენბურგის მდებარეობაში. მოგვიანებით აშკარად შეიმჩნევა საკონტრასტო მასის კუჭში გაძნელებულად შესვლა.

ასეთივე მკვეთრი დისპეფსიური მოვლენების და სიგამხდრის განვითარებას აქვს ადგილი პოლორულ-ანტრალური კიბოს დროს. ავადმყოფს აღენიშნება პილორუსის სტენოზის მოვლენები: სიმძიმისა და შებერილობის ვრძნობა, ბოყინი ლაყე კვერცხისა და გახრწნილი ხორცის სუნით, გულისრევა. პირღებინება ადრე მიღებული საკვებით. კუჭში საკვების დიდხანს დაყოვნებისა და დუღილის შედეგად საერთო მჟაობა ხშირად შენარჩუნებულია. პილორო-ანტრალური სიმსივნე ყველაზე უკეთ ისინჯება ხელით. რენტგენოლოგიურად აღენიშნება სტენოზის მოვლენები და სიმსივნისათვის დამახასიათებელი რენტგენოლოგიური სურათი.

შედარებით შემპარავად მიმდინარეობს მცირე სიმრუდის კიბო, მართალია, ავადმყოფს აღენიშნება დისპეფსიური მოვლენები (მადის დაკვეითება, სიმძიმის გრძნობა ეპიგასტრიუმის არეში, კუჭის წვა, ბოყინი, ზოგჯერ პირღებინება), მაგრამ სიმსივნე იშვიათად ისინჯება, ისიც შეიძლება ფეხზე მდგომ ავადმყოფზე მოხერხდეს. მჟაობა როგორც თავისუფალი, ისე საერთო ნაადრევად იწყებს შემცირებას. რენტგენოლოგიურად ჩანს ავსების დეფექტი. კუჭუკანა ჯირკვალში ჩაზრდისას აღინიშნება წელის მიდამოს ტკივილი. კიდევ უფრო ნაკლები სიმპტომებით ხასიათდება წინა, განსაკუთრებით უკანა კედლის. დიდი სიმრუდის და ფუძის სიმსივნე. ამ ლოკალიზაციის კიბოს დროს ავადმყოფს შეიძლება აღენიშნებოდეს მცირე ნიშნები. სიმსივნის ფიალისებრი ფორმის გამო რენტგენოლოგიურად შეიძლება ჩანდეს ნიშა. წყლულისაგან განსხვავებით იგი დიდი ოდენობისაა (3—4 სმ) და ირგვლივ კიდეები იძლევა ავსების დეფექტს.

კლინიკურად კუჭის კიბოს ოთხ სტადიას არჩევენ:

პ ი რ ვ ე ლ ი სტ ა დ ი ი ს დროს სიმსივნე მკვეთრად შემოსაზღვრულია და ლორწოვან და ლორწქვეშა გარს არ ცილდება. მეტასტაზების არსებობას ადგილი არ აქვს.

მ ე ო რ ე სტ ა დ ი ი ს დროს სიმსივნე კუნთოვან შრეზეც ვრცელდება. კუჭი ჯერ კიდევ ინარჩუნებს მოძრაობას. აღინიშნება ერთეული უახლოესი მოძრავი რეგიონული ჯირკვლები.

მ ე ს ა მ ე სტ ა დ ი ი ს დროს სიმსივნე იკავებს არა მარტო კუჭის კედლის ყველა შრეს, არამედ იგი მჭიდროდ ეზრდება მეზობელ ორგანოებს, რითაც მისი მოძრაობა მკვეთრად იზღუდება. შეიმჩნევა მრავალი რეგიონული მეტასტაზები.

მ ე ო თ ხ ე სტ ა დ ი ი ს დროს, რა ოდენობისაც არ უნდა იყოს სიმსივნე, ადგილი აქვს შორეულ მეტასტაზებს.

კუჭის კიბოს **გ ა რ თ უ ლ ე ბ ე ბ ი დ ა ნ** აღსანიშნავია სისხლდენა მუდმივი და მცირე ოდენობით, იშვიათად პროფუზული, მაგრამ მეტად საშიში და ხშირად სასიკვდილო. სისხლდენას უმთავრესად მცირე სიმრუდის დაწყლულებული (რომელსაც დაზიანებულია მსხვილი სისხლძარღვები)ან ღვიძლში, ელენთასა და პანკრეასში შეღწეული კიბო განიცდის. წყლულოვანი სისხლდენისაგან განსხვავებით ამ ავადმყოფის მდგომარეობა გაცილებით მძიმეა: კიბოს ინტოქსიკაციისა და შედარებით ხნიერი ასაკის გამო კიბო იშვიათად განიცდის პერფორაციას თავისუფალ მუცლის ღრუში, ან კიდევ უფრო იშვიათად განივ კოლინჯში; მეზობელ ორგანოებზე (კუჭუკანა ჯირკვალი, წვრილი ნაწლავი) გადასვლისა და მათთან შეზრდისას ადგილი აქვს ტკივილს წელისა და ნეკნთა რკალის ქვეშ. შეიძლება განვითარდეს: ასციტი (პერიტონეუმზე დისემინირებისა და ღვიძლზე გავრცელების დროს), სიყვითლე (სანაღვლე სადინარების დახშობისას), გაუვალობა (წვრილი ან მსხვილი ნაწლავის დახშობისას), ზოგჯერ სუბდიაფრაგმული აბსცესი ან იშვიათად კუჭის ფლეგმონა. დაწყლულებული კიბოს დროს გაცილებით ხშირია სუბფებრილური ტემპერატურა.

დ ი ა გ ნ ო ზ ი დასმა პირველ ხანებში მეტად ძნელია. იგი ძირითადად ისმება იმ გამოურკვეველი დისპეფსიური მოვლენების საფუძველზე, რომლის შესახებ ზევით იყო მითითებული. 40—50 წლის შემდეგ ისეთი ნიშნები, როგორიცაა: უმადობა, ხორციანი საკვების შეძულება, სიმძიმის და ყრუ ტკივილის გრძნობა კუჭის მიდამოში (ზოგჯერ კიბო ყოველგვარი ტკივილის გარეშე შეიძლება შემპარავად განვითარდეს), მარილმჟავას დაქვეითება ან სრული გაქრობა კუჭის წვენში, ზოგჯერ რძის მჟავას არსებობა, განავალში ფარული სისხლდენა სისხლში ცვლილებებით და სხვ., უკვე კუჭის კიბოს სასარგებლოდ ლაპარაკობს.

კუჭის კიბოს დროული ამოცნობა საბოლოოდ მხოლოდ კარგი რენტგენოლოგიური გამოკვლევით ხერხდება. ამიტომ საეჭვო ავადმყოფის კუჭი მოითხოვს რენტგენოსკოპიას, ზოგჯერ განმეორებით 2 — 3 თვის შემდეგ (უფრო ადრე ან მოგვიანებით მდგომარეობის მიხედვით).

კუჭის კიბოს ადრეული რენტგენოლოგიურ ნიშანს კუჭის კედლის გარკვეულ მანძილზე რიგიდობა და ნაოჭების დაწყვეტა წარმოადგენს. ასეთი „მკვდარ“ ზონის“ აღმოჩენა, სადაც პერისტალტიკის არსებობას ადგილი არა აქვს, კუჭის კედლის სიმსივნით გამოწვეულ ინფილტრაციაზე მიუთითებს. რენტგენოლოგიურად ავსების დეფექტის აღმოჩენა კუჭის კიბოს საკმაოდ დაგვიანებული ნიშანია.

როგორც ზევით არაერთხელ იყო მითითებული, დაწყლულებული ფიალის მაგვარი კიბო დიდ და განიერ ნიშას იძლევა, ამიტომ ყოველი დიდი დიამეტრის ნიშა კიბოს მაჩვენებელია და არა წყლულისა.

გაცილებით ძნელია დასაწყისში კარდიალური კიბოს აღმოჩენა. იგი რენტგენოლოგის გამოცდილებას და დიდ დახელოვნებას მოითხოვს. ზოგჯერ საჭიროა ავადმყოფის გაშუქება ტრენდელენბურგის მდებარეობაში. კუჭის კიბოს დიაგნოზის დასმაში დიდ დახმარებას გვიწევს აგრეთვე გასტროსკოპია, კუჭის ლორწოვანის ფოტოგრაფია, ექსფოლიაციური ციტოდიაგნოსტიკა და ასპირაციული ბიოფსია.

დ ი ფ ე რ ე ნ ც ი უ ლ ი დ ი ა გ ნ ო ზ ი უნდა გატარდეს კუჭის სხვა დაავადებებთან და პირველ რიგში კუჭის წყლულთან, შემდეგ ქრონიკულ გასტრიტთან, აქილიასთან, კეთილთვისებიან სიმსივნეებთან (განსაკუთრებით პოლიპთან). კუჭის გარეთ მდებარე სიმსივნეებთან: ღვიძლის, განივი კოლინჯის, კუჭუკანა ჯირკვლის, ზოგჯერ ბირმერის ტიპის პერნიციოზულ ანემიასთან.

კუჭის კიბოს წყლულისაგან განმასხვავებელ ნიშნებზე ზევით იყო მითითებული (ხანში შესული ასაკი, დაავადების სწრაფად და პროგრესულად განვითარება, რემისიის არარსებობა, უმადობა, სიგამხდრე, ანემია, საერთო და თავისუფალი მჟაობის დაქვეითება, რენტგენოლოგიურად „მკვდარი ზონა" კუჭის კედლის გარკვეულ და ყოველთვის ერთსა და იმავე უბანში, მით უფრო ავსების დეფექტი). გაცილებით ძნელია წყლულის სიმსივნედ გადაგვარების ამოცნობა. გვეხმარება მუდმივი და ნაკლები ინტენსივობის ტკივილი, რომელსაც კავშირი არ აქვს საჭმლის მიღებასთან, კარგი მადის შეცვლა უმადობით, ანემიის მოვლენები, თავისუფალი მჟაობის შემცირება ან სრული გაქრობა. ქრონიკული კატარისაგან გარჩევაში დიდი მნიშვნელობა აქვს სისხლის აღმოჩენას კუჭის წვენსა და განავალში, სიმსივნის დროს დაავადება სწრაფად პროგრესულობს. კატარის დროს დიეტის პირობებში ადგილი აქვს რემისიას და ავადმყოფის მდგომარეობის საგრძნობ გაუმჯობესებას. კუჭის აქილია, რომელიც ფუნქციური დაავადებაა, კეთილი მიმდინარეობით ხასიათდება. ამ დროს ფრიად იშვიათია ძლიერი სიგამხდრე. მარილმჟავას პროგრესულად დაქვეითება კიბოს დროს გაცილებით მეტია, ვიდრე აქილიის დროს. გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას. კეთილთვისებიან სიმსივნეს ხანგრძლივი მიმდინარეობა და რენტგენოლოგიურად ლორწოვანის ნაკლები ცვლილებები ახასიათებს. ყველა საეჭვო შემთხვევაში ჯობს ოპერაცია. ქრონიკული გასტრიტით, კუჭის წყლულით და კუჭის კეთილთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული 40—50 წელზე უფრო მეტი ხნის ავადმყოფები საჭიროებენ განსაკუთრებულ რენტგენოლოგიურ კონტროლს, სისტემატურ და მუდმივ ზედამხედველობას.

კუჭის კიბოს (ან წყლულის) ნიშნებს იძლევა მ ე ნ ტ რ ი ე ს (1888) დაავადება. რომელსაც კუჭის ლორწოვანის (უპირატესად დიდი სიმრუდის არეში) მეტად უხეშად განვითარებული ნაოჭები ახასიათებს დისპეფსიური მოვლენებით: ტკივილი, გამხდრობა, სისხლდენა და სხვ., მაგრამ იგი კეთილად მიმდინარეობს.

ზოგჯერ საჭიროა კუჭის კიბოს გარჩევა პერნიციოზული ანემიისაგან. რადგან მასაც დისპეფსიური მოვლენები, სიგამხდრე, ძლიერი ანემია და კუჭის აქილია ახასიათებს. მაგრამ ამ დროს კიბოსაგან განსხვავებით დამახასიათებელია ჰიპერქრომიული ანემია (ფერადობის მაჩვენებელი ერთზე მეტია), ლეიკოპენია, თრომბოპენია და მეგალობლასტების არსებობა.

პ რ ო გ ნ ო ზ ი. ოპერაციული მკურნალობის გარეშე მიტოვებული ავადმყოფი 1—2 წელში იღუპება. იშვიათად მან შეიძლება სამ წელს იცოცხლოს. რაც უფრო ახალგაზრდაა ავადმყოფი, კიბო მით უფრო მძიმე ფორმით და სწრაფად მიმდინარეობს.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. კუჭის კიბოსაგან სრული განკურნება შესაძლებელია მხოლოდ ადრეული ოპერაციით, როდესაც რადიკალურად მოცილებულ იქნება არა მარტო სიმსივნე და მასთან ერთად კუჭის ნაწილი, არამედ რეგიონული ლიმფური კვანძებიც.

კუჭის კიბოს არარადიკალური, პალიატიური რეზექცია ერთეული მეტასტაზების დატოვებით გაცილებით უკეთეს შედეგს იძლევა, ვიდრე ოპერაციის გარეშე და 2—3, ზოგჯერ 5 წლამდე ახანგრძლივებს ავადმყოფის სიცოცხლეს. თუ ამჟამად კუჭის კიბოს ოპერაციული მკურნალობის შედეგი არადამაკმაყოფილებელია, მხოლოდ იმიტომ, რომ ავადმყოფები იმდენად დაგვიანებით ხვდებიან ქირურგთან, რომ რადიკალური ოპერაციის გაკეთება შესაძლოა მხოლოდ შემთხვევათა ნახევარში და ზოგჯერ უფრო მცირე რიცხვში.

კუჭის კიბოთი დაავადებული ავადმყოფი მოითხოვს მეტად ხანმოკლე დროში განსაკუთრებულ ენერგიულ მომზადებას გულ-სისხლძარღვთა ტონუსისა და ორგანიზმის ბრძოლის უნარის აწევის მხრივ (დუპლექსი, ვიტამინები, გლუკოზა, კუჭის წვენი, ზოგჯერ სისხლის გადასხმა ან მას გამოიყენებენ ოპერაციის მსვლელობაში და მის შემდეგ).

პილორო-ანტრალური და მცირე სიმრუდის კიბოს დროს კეთდება სუბტოტალური რეზექცია მცირე ბადექონთან და რეგიონულ ლიმფურ კვანძებთან ერთად. კარდიალური და სუბკარდიალური კიბოს დროს — ტოტალური გასტრექტომია, ასევე დიდ და მცირე ბადექონთან ერთად, საყლაპავ მილსა და მლიე ნაწლავს შორის კეთდება შერთული, ენტეროანასტომოზის დამატებით (სურ. 50).

პროფ. მ. ჩაჩავა გასტრექტომიის შემდეგაც ურჩევს საყლაპავ მილთან თორმეტგოჯა ნაწლავის მიკერებას. ასეთ შემთხვევაში ზოგჯერ შესაძლოა კუჭის ანტრალური ნაწილის დატოვება და მისი მიკერება საყლაპავთან. რა თქმა უნდა, კიბოს დიფუზური ფორმის დროს უნდა გაკეთდეს ტოტალური ექსტირპაცია.

კარდიალური კიბოს დროს გამოიყენება როგორც აბდომინალური, ისე თორაკოაბდომინური მიდგომა.

როდესაც სიმსივნე მნიშვნელოვნად გავრცელებული და გადასულია მეზობელ ორგანოებზე, ზოგიერთები (რუსეთში ე. ბერიოზოვი) ამ დროსაც აწარმოებს გაფართოებულ ოპერაციას და კუჭთან ერთად აცილებს დაზიანებული ორგანოს—ღვიძლის, პანკრეასის, ნაწლავის ნაწილს ან აკეთებენ სპლენექტომიას და სხვ. ავადმყოფის მდგომარეობის, ქირურგის ტექნიკური შესაძლებლობისა და ოპერაციული ჩვენების მიხედვით ზოგჯერ გამართლებულია მსგავსი გაფართოებული ოპერაცია.

კუჭის კიბოს დაგვიანებულ შემთხვევაში პილორუსის სტენოზის დროს კეთდება არარადიკალური ოპერაცია კუჭ-ნაწლავის შერთული კარდიასთან შედარებით ახლოს (აუცილებლად ენტერო-ენტეროანასტომოზით), ხოლო კარდიალური კიბოს დროს, როდესაც რადიკალური ოპერაცია არ ხერხდება, დროებით, საკვების მიცემის მიზნით, გასტროსტომია ან ეიეუნოსტომია უნდა გაკეთდეს. კუჭის კიბოს ადგილობრივი რეციდივის დროს, რასაც ზოგჯერ 1½—2 წლის შემდეგ აქვს ადგილი, ზოგჯერ ზოგიერთი ურჩევს განმეორებით ოპერაციას (კუჭის დარჩენილი ნაწილის რეზექცია რეციდივის მოშორების მიზნით). ასეთი ოპერაცია დასუსტებულ ავადმყოფზე მეტად ტრავმულია (პანკრეასის რეზექცია, შოკი), რის გამოც ავადმყოფი მეტწილად იღუპება ოპერაციის უახლოეს მომენტში, თუ ოპერაციას ავადმყოფი გადაიტანს, იგი შედეგიანი იქნება.

კუჭის სარკომა

კუჭის სარკომა იშვიათი დაავადებაა. იგი 20—40 წლის ასაკში გვხვდება. გაცილებით ხშირია კუჭის სარკომის ინფილტრაციული ფორმა. სიმსივნემ შეიძლება დიდ ოდენობამდე მიაღწიოს და ზოგჯერ მას აღმოაჩენს ავადმყოფიც. ასეთ შემთხვევაში იგი ხშირად მოთავსებულია დიდ სიმრუდეზე. კუჭის სარკომა შეიძლება უსიმპტომოდ მიმდინარეობდეს, განსაკუთრებით ინფილტრაციული ფორმის დროს. ზოგჯერ იგი იძლევა კიბოს მსგავს მოვლენებს: მუდმივი ხასიათის ტკივილს ეპიგასტრიუმის არეში, რომელიც არაა დაკავშირებული საჭმლის მიღებასთან, ზოგჯერ პირღებინებას. ზოგადი მოვლენები და სისხლის

მხრივ ცვლილებანი კუჭის სარკომის დროს ნაკლებადაა გამოხატული. ასევე გაცილებით ნაკლებად (ავადმყოფთა ნახევარს) აღინიშნება თავისუფალი მარილმჟავას დაკლება ან მისი გაქრობა, ვიდრე კიბოს დროს. კუჭის წვენსა და განავალში სისხლი გაცილებით იშვიათია. დიაგნოზის დასმაში მთავარია რენტგენოლოგიური გამოკვლევით შემოსაზღვრული შედარებით მოძრავი სიმსივნის აღმოჩენა. ამ დროს იგი ზოგჯერ დიდ პოლიპს ჰგავს. დიფუზური ფორმის დროს მისი გარჩევა კიბოსაგან ყოველთვის ადვილი არაა.

დიაგნოზის საბოლოო გარკვევა ოპერაციისა და განსაკუთრებით სიმსივნის მიკროსკოპული შესწავლის დროს ხერხდება.

მ კ ურ ნ ა ლ ობ ა. ისე როგორც კიბოს შემთხვევაში, მოითხოვს რადიკალურ ოპერაციას, კუჭის გაფართოებულ რეზექციას ან ექსტირპაციას. ზოგიერთები ოპერაციის შემდეგ ურჩევენ რენტგენოთერაპიას.

თორმეტგოჯა ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნეები

თორმეტგოჯა ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნეები მეტად იშვიათია. შედარებით უფრო ხშირად გვხვდება თორმეტგოჯა ნაწლავის კიბო, ვიდრე სარკომა. თორმეტგოჯა ნაწლავის კიბო ნაწლავის ყველა ნაწილში შეიძლება იყოს. მაგრამ გაცილებით ხშირადაა ფატერის დვრილის მიდამოში, უმთავრესად 50—60 წლის ასაკში. სიმსივნეს ინფილტრაციული ხასიათი აქვს და თორმეტგოჯა ნაწლავის შევიწროების შედეგად იძლევა მაღალი გაუვალობის ან პილორუსის სტენოზის ნიშნებს, ზოგჯერ ნაღვლის შეგუბებას და კურვუაზიეს დადებით ნიშანს. მაშინ იგი ძალიან ჰგავს პანკრეასის თავის სიმსივნეს. კუჭის წვენში ადგილი აქვს მჟაობის დაქვეითებას, რენტგენოლოგიურად—დაბრკოლებას თორმეტგოჯა ნაწლავში.

თორმეტგოჯა ნაწლავის კიბოს გარჩევა პილორუსის სტენოზის, წყლულოვანი დაავადების ან პანკრეასის თავის კიბოსაგან ადვილი არაა. საკითხის საბოლოოდ გადაწყვეტა ლაპარატომიის დროს ხდება. მკურნალობა ოპერაციულია. როდესაც სიმსივნე ფატერის დვრილს ქვევითაა მოთავსებული, მაშინ შესაძლოა სიმსივნის ამოკვეთის შემდეგ თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვი წვრილ ნაწლავს დავუკავშიროთ. თუ სიმსივნე მარტო ფატერის დვრილს იკერს. თორმეტგოჯა ნაწლავის რეზექციის შემდეგ ფატერის დვრილი ნაწლავში ინერგება. ძლიერ გავრცელებული სიმსივნის დროს ოპერაცია საკმაოდ რთული და რამდენიმე ეტაპისაგან შედგება. სიმსივნის მოკვეთის შემდეგ, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში ნაღვლის მოხვედრის მიზნით კეთდება ნაღვლის ბუშტსა და კუჭს ან ნაწლავს შორის შერთული. პანკრეასის ნაოპერაციევი ზედაპირი (მისი რეზექციის შემთხვევაში) ეკერება თორმეტგოჯა ნაწლავს და ბოლოს კეთდება კუჭ-ნაწლავის შერთული ენტეროანასტომოზით.

დაგვიანებულ შემთხვევაში, როდესაც რადიკალური ოპერაციის წარმოება შეუძლებელია, კეთდება კუჭ-ნაწლავის შერთული, სიყვითლის ლიკვიდაციისათვის ბუშტსა და ნაწლავს შორის შერთული.

თორმეტგოჯა ნაწლავის სარკომა კიდევ უფრო იშვიათია. მას ახასიათებს ნაადრევი დისემინირება და მეტასტაზირება. ზოგჯერ ყურადღებას იპყრობს ძლიერი გამხდრობა, ზოგჯერ სიყვითლე და ნაწლავის სტენოზის დროს პირღებინება. რენტგენოლოგიურად აღინიშნება სადა ზედაპირის ადვილად მოძრავი სიმსივნე. მკურნალობა, ისე როგორც კიბოს დროს, მოითხოვს რადიკალურ ოპერაციას.

ნაწლავების დაზიანებანი და დაავადებანი

ნაწლავების მოკლე ანატომიური მონაცემები

ნ ა წ ლ ა ვ ე ბ ი (intestini) წვრილი და მსხვილი ნაწლავებისაგან შედგება. წვრილი ნაწლავები მოთავსებულია მუცლის ღრუს შუა ნაწილში. მსხვილი ნაწლავები წვრილი ნაწლავის მარყუჟებს ეხვევა გარშემო და საზღვრავს მარჯვნიდან, ზემოდან, მარცხნიდან და ნაწილობრივ ქვემოდანაც (სურ. 52).

წ ვ რ ი ლ ი ნ ა წ ლ ა ვ ი (intestinum tenui) შედგება თორმეტგოჯა (იხ. ზევით), მლივი და თეძოს ნაწლავისაგან.

მლივი ნაწლავი (intistinum jejunum) და შემდეგ მისი გაგრძელება თეძოს ნაწლავი (intestinum jleum) მრავალ მარყუჟად მოძრავი ჯორჯლის საშუალებით მოთავსებულია ხერხემლის წინ და თითქოს ჩამოკიდებულია მასზე. მათი სიგრძე საშუალოდ 7 მეტრს უდრის.

მლივი ნაწლავი ორჯერ უფრო გრძელია თეძოს ნაწლავზე. იგი შედარებით ზემოთ და მარცხენა მხარეს მდებარეობს. თეძოს ნაწლავი კი—უფრო მარჯვნივ და ქვემოთ. თეძოს ნაწლავის ბოლო მარჯვენა გავა-თეძოს სახსრის დონეზე გადადის ბრმა ნაწლავში. მათ საზღვარზე ლორწოვანი გარსი ქმნის ბაუჰინის ორკარიან სარქველს (valvula Bauhini), რომელიც იხსნება ბრმა ნაწლავისაკენ. სარქველის მეოხებით წვრილი ნაწლავის შიგთავსი თავისუფლად გადადის მსხვილ ნაწლავში, ამ უკანასკნელის შიგთავსს კი შებრუნებით წვრილ ნაწლავში გადასვლა არ შეუძლია.

მ ს ხ ვ ი ლ ი ნ ა წ ლ ა ვ ი (intestinum crassum) შედგება ბრმა ნაწლავისაგან, ასწვრივი, განივი, დასწვრივი, სიგმური და სწორი ნაწლავისგან. მსხვილი ნაწლავის სიგრძე 140—170 სანტიმეტრია (სურ. 53).

ბ რ მ ა ნ ა წ ლ ა ვ ი (coecum) მარჯვენა თეძოს ფოსოში მდებარეობს, სიგრძე და დიამეტრიც 7 სანტიმეტრს უდრის. მასზე მიმაგრებულია ჭიაყელა ნაწლავი (appendix).

ა ს წ ვ რ ი ვ ი კ ო ლ ი ნ ჯ ი (colon ascendes) ბრმა ნაწლავის გაგრძელებას წარმოადგენს და მდებარეობს ხერხემლის მარჯვნივ. მარჯვენა თეძოს ფოსოდან იგი მიემართება ღვიძლის ქვედა ზედაპირამდე და გადადის განივ კოლინჯში. აქ იქმნება მარჯვენა, ანუ ღვიძლის ნაკეცი (flexurae coli dextra s. hepatica). იგი წინიდან დაფარულია ღვიძლით. ღვიძლსა და ამ ნაკეცს შორის მოკლე. ღვიძლ-კოლინჯის იოგია (lig. hepato-colicum).

გ ა ნ ი ვ ი კ ო ლ ი ნ ჯ ი (colon transversum) მიემართება ჰორიზონტალურად და ოდნავ ზემოთ, მარჯვნიდან მარცხნივ ელენთისაკენ, სადაც იგი დასწ-

ვრივ კოლინჯში გადადის. აქ იქმნება მარცხენა, ანუ ელენთის ნაკეცი (flexura coli sin. lienalis), რომელიც ელენთის ქვემო ბოლოს ეხება. იგი დიაფრაგმაზეა მიმაგრებული დიაფრაგმა-კოლინჯის იოგით—lig. phrenico-colicum. განივი კოლინჯი კუჭ-განივი კოლინჯის იოგით (lig. gastro-colicum) მიმაგრებულია კუჭზე.

დასწვრივი კოლინჯი (colon descendens) ხერხემლის მარცხნივ მდებარეობს, მიემართება ქვემოთ და მარცხენა თეძოს ფოსოში, გადადის სიგმურ კოლინჯში (colon sigmoideum).

სიგმური კოლინჯი ყოველი მხრიდან დაფარულია პერიტონეუმით. იგი იწყება თეძოს ქედის დონეზე და თავდება გავის მესამე მალის ზემო კიდის დონეზე, სადაც უკვე სწორ ნაწლავში გადადის. სიგმური ნაწლავის ჯორჯლის სიგრძე საშუალოდ 9 სმ უდრის, ზოგჯერ უფრო მეტს. სიგმური კოლინჯის სიგრძე და მდებარეობა მეტად ცვალებადია. სიგმური კოლინჯი გრძელი და განიერი ჯორჯლის მეოხებით გვხვდება მუცლის ღრუს სხვადასხვა მიდამოში და მცირე მენჯის ღრუშიც კი. სიგმურ კოლინჯს ფრიად იშვიათად შეიძლება ჰქონდეს მსხვილი ნაწლავის სხვა ნაწილებთან (ბრმა ნაწლავი, ასწვრივი, განივი და დასწვრივი კოლინჯი) საერთო ჯორჯალი, რაც მთელი მსხვილი ნაწლავის შემოგრეხის პირობებს ქმნის. ასეთი დაავადებით ერთი გოგონა განიკურნა ჩვენთან (მას ჯერ ამოკვეთილი ჰქონდა ბრმა ნაწლავი, ასწვრივი, განივი, დასწვრივი და სიგმური კოლინჯის ნაწილი და თეძოს ნაწლავზე დადებული იყო ხელოვნური ანუსი, შემდეგ მეორე მომენტად თეძოსა და სიგმური ნაწლავის დარჩენილ ნაწილს შორის შერთული).

ასაკოვან ადამიანს, განსაკუთრებით მამაკაცს, კვების ხასიათის თუ სხვა ფაქტორების მეოხებით ხშირად აღენიშნება დიდი და მოძრავი სიგმური კოლინჯი, რაც მისი შემოგრეხის პირობებს ქმნის. ნაწლავები სისხლს იღებს ჯორჯლის ზემო და ქვემო არტერიებიდან, რომლებიც აორტიდან გამოდიან.

სწორი ნაწლავი (მოყვანილია ა. ამინევით) გავის ძვალზე მდებარეობს, კუდუსუნის ძვლის შესაბამისად იხრება და ბოლოს ყითას ნაწილით თავდება (სურ. 54).

სწორ ნაწლავსა და სიგმურ ნაწლავს შორის საზღვრად ზოგი (დ. ნ. ზერნოვი, ვ. ნ. ტონკოვი და სხვ.) გავის ძვლის კონცხს თვლის და მაშინ სწორი ნაწლავის სიგრძე 20 სმ უდრის; ზოგი (გ. ფ. ივანოვი, ვ. რ. ბრაიცევი და სხვ.) საზღვრად გავის მე-3 მალის ზემო კიდეს აღნიშნავს და მაშინ სწორი ნაწლავის სიგრძე 15 სმ უდრის. ნაწლავის დიამეტრი 3-დან 6 სმ უდრის. სწორი ნაწლავის სიგრძეს სამ ნაწილად ყოფენ: 1) შორისის, ანუ სპინქტერის ზონა—pars analis სიგრძით 2—4 სმ; 2) ყველაზე განიერი ამპულარული ნაწილი—pars ampularis სიგრძით 10—12 სმ და 3) ამპულის ზევითა და სწორი ნაწლავის მენჯის ნაწილი—colon pelvicum სიგრძით 5—6 სმ უდრის. სწორ ნაწლავს სეროზული გარსი აქვს მხოლოდ ირგვლივ დასაწყისში მეტად მცირე მანძილზე, ბეჟდისებურად, შემდეგ სეროზული გარსი ვრცელდება წინ და გვერდებზე. მაგრამ არა ბოლომდე.

კუნთოვანი გარსის ირგვლივი ბოჭკოები სწორი ნაწლავის შორისის ნაწილში მუდმივ და კარგად გამოხატულ გასქელებას ქმნის, რასაც შიგნითა სპინქტერი ეწოდება. იგი ფუნქციურად შეხამებულად მოქმედებს სწორი ნაწლავის გარეთა ნებისმიერ სპინქტერთან. ლორწოვანი გარსი, რომელიც ერთშრიანი ცილინდრული ეპითელითაა დაფარული, ქმნის მრავალრიცხოვან არამუდმივი

მიმართულების ნაოჭებს. მუდმივია ამპულის ყველაზე დაბლამდებარე ნაწილში მოთავსებული 6-დან 14-მდე გასწვრივი ნაოჭი. ამ ნაოჭებისაგან შექმნილ ამაღლებას მორგანის მორგვები, ანუ მორგანის სვეტები (columnae Morgagni) ეწოდება; მათ შორის ჩაღრმავებებს კი მორგანის კრიპტები, სინუსები, ანუ ჯიბეები, მორგანის მორგვის საფუძველს მდიდარი სისხლძარღვოვანი ბადე, შემაერთი ქსოვილი და გლუვკუნთოვანი ქსოვილი ქმნის.

მორგვის ქვედა ბოლოები ირგვლივი კუნთოვანი ბოჭკოების გასქელებას უერთდება, რასაც ქედს უწოდებენ. მის ზემოთ იწყება სწორი ნაწლავის ერთშრიანი ცილინდრული ეპითელის გადასვლა მრგვალშრიან ბრტყელ ეპითელში. ქედს ქვევით ყითას ირგვლივ მდებარეობს კანის ვიწრო, გათხელებული, სადა, მკრთალი ფერის ზონა, რომელსაც არა აქვს თმა, საოფლე და ცხიმის ჯირკვლები. ამ ხაზს ხილტონის გარდამავალ თეთრ ხაზს უწოდებენ. იგი თანდათან გადადის დანაოჭებულ, გასქელებულ და პიგმენტირებულ კანში, რომელსაც აქვს თმა, ცხიმისა და ოფლის ჯირკვლები.

რგოლისებრი კუნთის სახით წარმოდგენილი გარეთა სპინქტერი უზრუნველყოფს ყითას ჰერმეტულად დახურვას. სპინქტერის სიმაღლე 3 სმ და სისქე 0,8—1,5 სმ უდრის. შორისის კუნთები ძირითადად სწორი ნაწლავის ფიქსაციას ასრულებს. მენჯის წყვილი, ყითას კუნთები (m. elevator ani) ამწევია.

შორისისა და მცირე მენჯის მფარავი ფასცია სამია: შორისის ზერელე, შორისის საკუთარი და მენჯის ფასცია, რომელიც მენჯის დიაფრაგმაზე ვრცელდება ზევიდან. ფასციები, მენჯის დიაფრაგმა და პერიტონეუმი მცირე მენჯსა და შორისის არეში ქმნის სამ ქსოვილოვან სივრცეს.

კ ა ნ ქ ვ ე შ ა ს—მოთავსებულს კანსა და ზერელე ფასციას შორის; სამკუთხედის ფორმის ი შ ი ო რ ე ქ ტ ა ლ უ რ სივრცეს, მოსაზღვრულს ქვევიდან ზერელე ფასციით და შორისის კუნთებით, გარედან საჯდომი ძვლით და შიგნიდან მენჯის დიაფრაგმით და პ ე ლ ვ ი ო რ ე ქ ტ ა ლ უ რ სივრცეს, მოსაზღვრულს ზევიდან პერიტონეუმით და ფასციით, ქვევიდან და გარედან მენჯის დიაფრაგმით და შიგნიდან სწორი ნაწლავით.

სწორი ნაწლავის სისხლმომარაგება 5 არტერიით ხორციელდება. ზემო ჰემოროიდალური კენტი არტერიით, რომელიც კენტი ქვემო მეზენტერული არტერიის საბოლოო ტოტს წარმოადგენს, და წყვილი. მაგრამ არამუდმივი შუა და ქვემო ჰემორიოდალური არტერიებით.

ნაწლავის ვენური წნულებიდან შექმნილი ვენები შესაბამი არტერიის პარალელურად მდებარეობს. ზემო ჰემოროიდალური ვენა ერთვის ჯორჯლის ქვემო ვენას და კარის ვენის სისტემას. შუა და ქვემო ჰემოროიდალური ვენები ჰიპოგასტრულ და თეძოს ვენით ქვემო ღრუ ვენას ერთვის.

ამრიგად, სწორი ნაწლავის ვენურ წნულს მრავალრიცხოვანი ანასტომოზები აქვს კარის ვენასა და ქვემო ღრუს ვენურ სისტემას შორის.

ყითას ამწევი ნებისმიერი კუნთების და გარეთა სპინქტერის, ინერვაცია ხდება გავის წნულისაგან. ამ წნულის მე-3 და მე-4 ფესვები აინერვირებს გარეთა სპინქტერს და ყითას კანს. ყითას ამწევი კუნთების ინერვაციისათვის გავის წნულს გამოეყოფა განსაკუთრებული ნერვი.

ყითა-სწორი ნაწლავისათვის რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს წარმოადგენენ საზარდულის, ჰიპოგასტრული, თეძოს, ანორექტალური, სწორი ნაწლავის ზემო, პარაკავალური, პარააორტალური, ჯორჯლის ქვემო და რეტროპერიტონული ლიმფური კვანძები.

სწორი ნაწლავის მდიდარი ლიმფური სისტემა, განიერი ბოლქვები და ცისტერნები უზრუნველყოფენ სწორი ნაწლავის სანათურიდან სხვადასხვა სითხეების სწრაფად შეწოვას.

სწორი ნაწლავი ცენტრალური ნერვული სისტემით ორმხრივ ნერვორეფლექსურ კავშირშია მრავალ ორგანოსთან და სისტემასთან.

სწორი ნაწლავის ფუნქციას შეადგენს ფეკალური მასების დაგროვება და მისი გამოყოფა, რომელიც უფრო ხშირად ხორციელდება ერთ მომენტად. ადამიანთა ერთ მეოთხედს კი დეფეკაციის აქტი გახანგრძლივებული აქვს. საკონტრასტო მასა 2—3 საათში ავსებს წვრილ ნაწლავებს; 4—5 საათში მსხვილი ნაწლავის დასაწყისს და ზოგჯერ მთლიანად მსხვილ ნაწლავს. საკონტრასტო მასა ნორმალურად ნაწლავებს ტოვებს 48 საათში. მსხვილი ნაწლავების ბაუჰინის სარქველამდე გადასაღებად საკონტრასტო მასა შეჰყავთ ოყნით.

ნაწლავების თანდაყოლილი დაავადებანი

თანდაყოლილი დაავადებებიდან განსაკუთრებით აღსანიშნავია: შევიწროება, მეკელის დივერტიკული, ჰირშპუნგის დაავადება და იშვიათად ძუცლის ღრუს ორგანოთა ნორმალური მდებარეობის შებრუნება.

ნაწლავის შევიწროება

ნაწლავის თანდაყოლილი შევიწროება არც ისე იშვიათია. იგი შედარებით ხშირია წვრილი ნაწლავის დასაწყის და მის დასასრულ ნაწილში. დაავადება გაუვალობის მოვლენებით (შებერილობა, გაძლიერებული პერისტალტიკა, პირღებინება მეკონიუმით) იწყება ბავშვის კვებისთანავე.

დ ი ა გ ნ ო ზ ი ისმება გაუვალობის ნიშნების მიხედვით. თანდაყოლილი შევიწროების ზუსტად ამოცნობა ყოველთვის არ ხერხდება.

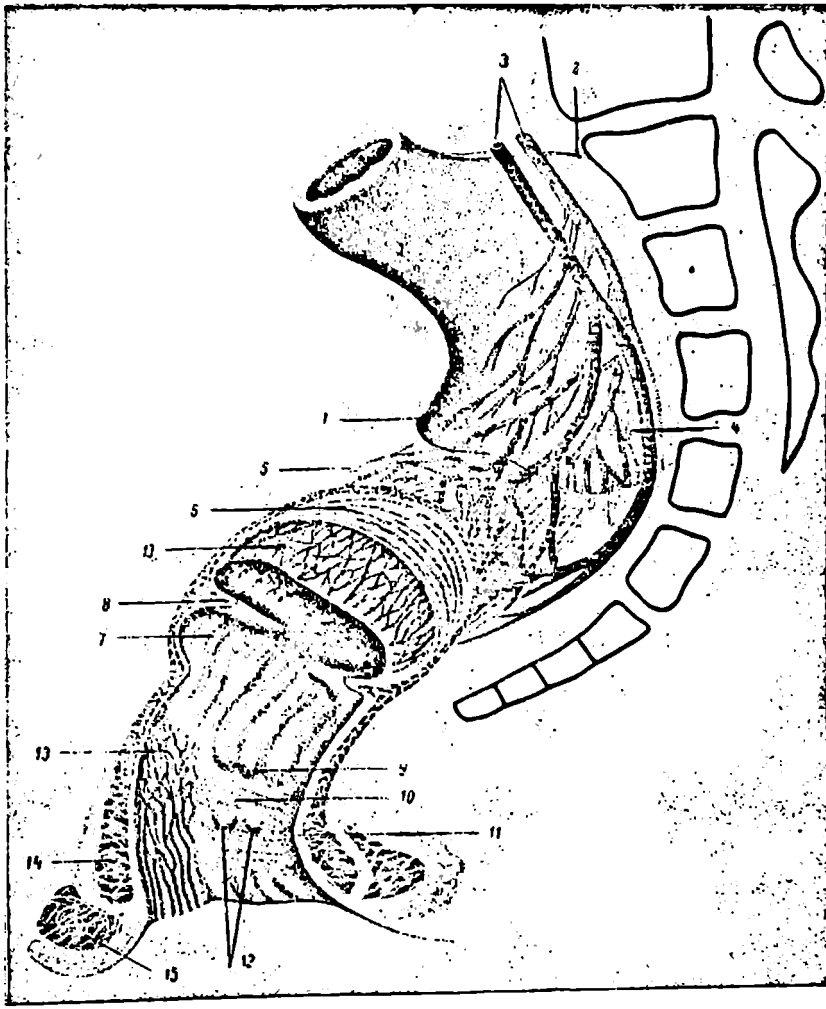
მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა ნაწლავის გამტარობის აღდგენას გულისხმობს. დაბრკოლების არეში ნაწლავის მომტან და გამტან ნაწილებს შორის კეთდება ენტეროანასტომოზი, იშვიათად განაელოვანი ხვრელმილი. პროგნოზი მეტად არაკეთილსაიმედოა.

მეკელის დივერტიკული

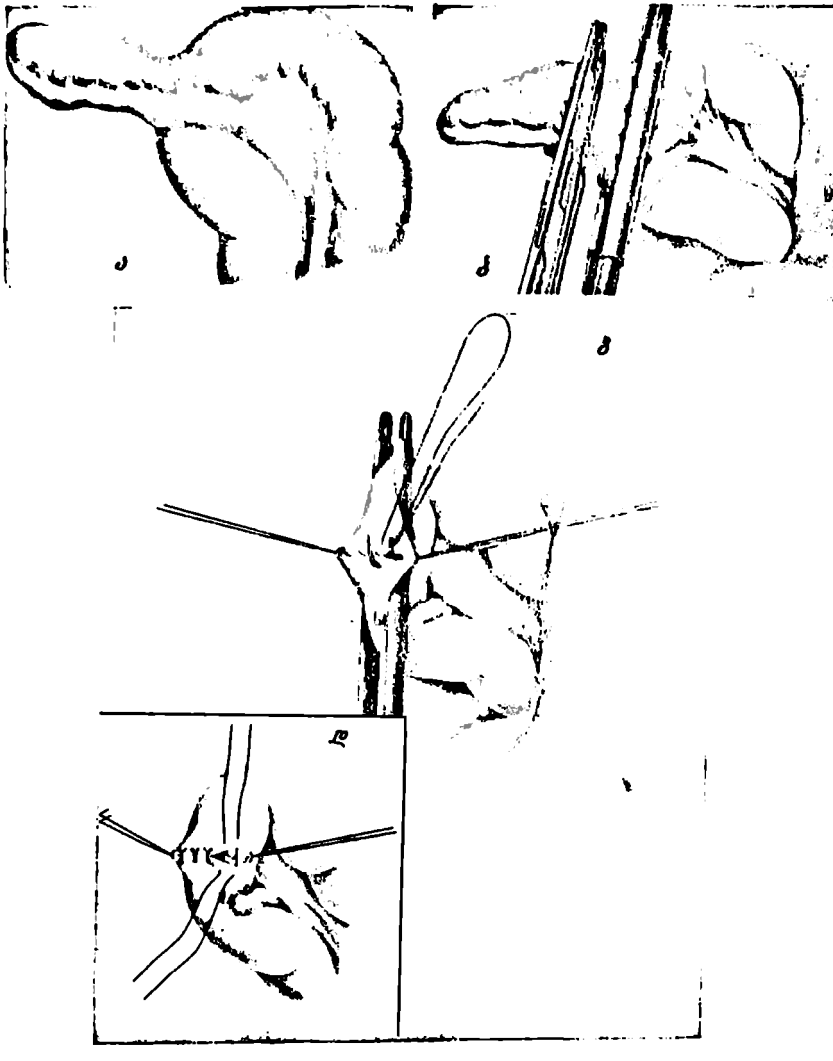
მეკელის დივერტიკული თეძოს ნაწლავის დისტალურ სეგმენტში აღინიშნება. იგი ჭეშმარიტი დივერტიკულია და მისი სიგრძე ზოგჯერ რამდენიმე სანტიმეტრს აღწევს (სურ. 55). ნაწლავებზე გვხვდება აგრეთვე ყალბი დივერტიკულიც (გამობერილობა) ლორწოვანი და ლორწქვეშა გარსის სეროზულ გარსთან ერთად, რომელიც კუნთოვან შრეს მოკლებულია. მეკელის დივერტიკული ეითარება ჭიპ-ნაწლავის სავალიდან (ductus omphalo-entericum).

ნაწლავისაკენ ბოლოს ღიად დარჩენისას სავალის დანარჩენი დახურული ნაწილი არ არსებობს. ზოგჯერ მეკილის დივერტიკულთან შეიძლება ისიც შეგვხვდეს (ჭიპ-ნაწლავის სავალის გარეთა ბოლოს პირღიაობას ჭიპის თანდაყოლილი ხვრელმილის განვითარება მოსდევს; შუა ნაწილის ღიად დარჩენას კი ცისტის განვითარება).

მეკელის დივერტიკული მეტწილად შეუმჩნეველია. ანთების დროს (დივერტიკულიტი) იძლევა მწვავე აპენდიციტის სურათს და ოპერაციის დროს აღმოჩ-



სურ. 54. სწორი ნაწლავი. 1.—პერიტონეუმი; 2—მსხვილი ნაწლავის მენჯის ნაწილის ჯორჯალი; 3—ზემო ჰემოროიდალური სისხლის ძარღვები—არტერია და ვენა; 4—სწორი ნაწლავის უკანმდებარე ლიმფური კვანძები; 5 —გასწვრივი კუნთოვანი ბოჭკოები; 6—ირგვლივი კუნთოვანი ბოჭკოები; 7—ლორწოვანი გარსი; 8—კოლრაუტის ნაოჭი; 9—მორგანის მორგვი და კრიპტები; 10—თეთრი ხაზი; 11—ქედი; 12—დერილები; 13—ლორწქვეშა ვენური წნული; 14—შიგნითა სპინქტერი; 15—გარეთა სპინქტერი.



სურ. 55. ა — მეკელის დივერტიკული; ბ—მეკელის დივერტიკულის მოკვეთა; გ — ნაწლავის კედლის დეფიქტის დახურვა განუწყვეტელი ნაკერით; დ — სეროზულ-კუნთოვანი კვანძოვანი ნაკერების დადება.

ნდება დაავადების ნამდვილი მიზეზი. ზოგჯერ იგი მიზეზია გაუვალობის, განსაკუთრებით თუ მასთან ერთად არსებობს მისი გაგრძელება (ზონარი) ჰიპამდე. იშვიათად, ისე როგორც სხვა ნაწლავის (თორმეტგოჯა, მსხვილი ნაწლავი) დივერტიკული. მეკელის დივერტიკულიც შეიძლება გართულდეს დაწყლულებით, სისხლდენით, პერფორაციით, მეზობელ ორგანოსთან ხვრელმილის განვითარებით.

მ კ ურ ნ ა ლ ო ბ ა დივერტიკულის მოკვეთასა და ენტერორაფიაში მდგომარეობს (სურ. 55), როდესაც დივერტიკულთან მიმდებარე ნაწლავიც შეცვლილია, კეთდება ორივეს ერთდროული რეზექცია.

ჰირშპუნგის დაავადება

ამ დაავადების დროს ძლიერ გადიდებულია მთლიანად მსხვილი ნაწლავი (megacolon) ან მისი რომელიმე ნაწილი, ხშირად სიგმური კოლინჯი (megasigma). ეს დაავადება 1846 წელს აუწერია ფავალის, ხოლო 1888 წელს ჰირშპუნგს. ამიტომ ტერნოვსკი მას კიდევ ფალავი-ჰირშპუნგის დაავადებას უწოდებს. მეგაკოლონი თანდაყოლილი დაავადებაა და ბავშვთა ასაკში გვხვდება. თელიან, რომ მის განვითარებას ხელს უწყობს მსხვილი ნაწლავის დისტალურ (რექტოსიგმოიდურ) ზონაში ინერვაციის პოშლა, პერისტალტიკის დაბრკოლება და მისი შევიწროება, რასაც კომპენსატორულად სიგმური ნაწლავის ან მთლიანად კოლინჯის გადიდება და კუნთოვანი შრის ძლიერი ჰიპერტროფია მოსდევს. ზოგჯერ აღინიშნება აგრეთვე ნაწლავის სიგრძეში მომატება (მეგადოლიხოკოლონი).

დ ი ა გ ნ ო ზ ი. განსაკუთრებით დამახასიათებელია სისტემატური და რამდენიმე დღით (ზოგჯერ კვირით ან უფრო ხანგრძლივი) შეკრულობა და ძალზე დიდი მუცელი, რომელიც სუნთქვასა და გულის მუშაობას მკვეთრად აბრკოლებს. აღინიშნება ტკივილი მუცელში. ხანგრძლივი შეჩერების გამო ზოგჯერ განავალი რამდენიმე კილოგრამს აღწევს, ხშირად მისგან ვითარდება მეტად მკვრივი ქვები, ძლიერ მყარალი სუნის აირები, ნაწლავის, განსაკუთრებით ლორწოვანის, ცვლილებები და სხვ. შებერილ მუცელზე ჩანს გაძლიერებული პერისტალტიკა და ისმის ძლიერი ხმაური. ხშირად ისინჯება განავლით გადავსებული ნაწლავი. ავადმყოფს უვითარდება ანემია და ძლიერი სიგამხდრე.

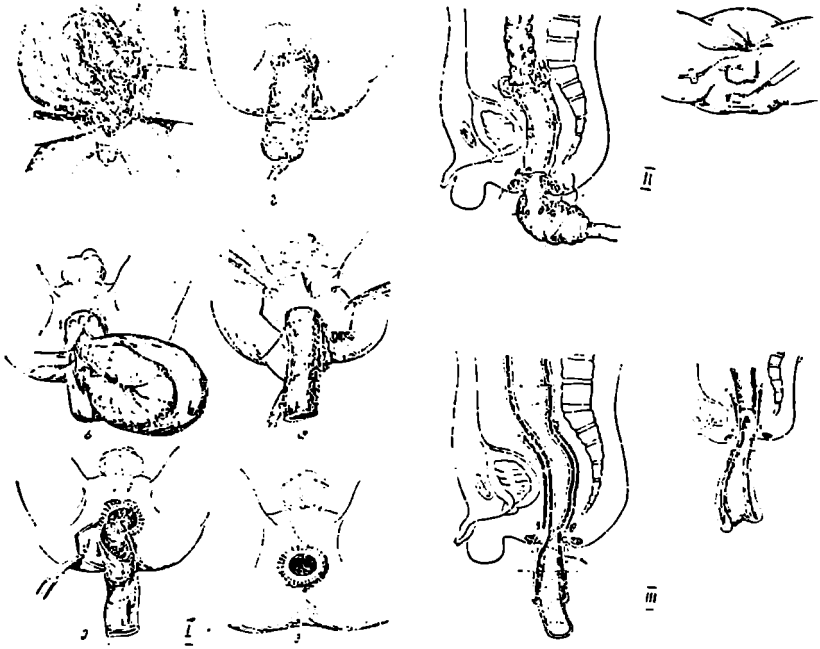
დ ი ა გ ნ ო ზ ი ს დასმაში გვეხმარება მსხვილი ნაწლავის რენტგენოგრაფია. ამისათვის საჭიროა რამდენიმე ლიტრი ბარიუმის საკონტრასტო ფაფის შეყვანა. იგი, ს. დოლეცკის რჩევით, ბავშვებისათვის უნდა გაიხსნას 1% სუფრის მარილის ხსნარში, რომ არ გამოიწვიოს შეწოვა და პარენქიმულ ორგანოთა მეტად საშიში შეშუპება. ზოგჯერ, იმისათვის, რომ დავსვათ დიაგნოზი, შეიძლება გამოვიყენოთ ნაწლავის გაბერვა.

მ კ ურ ნ ა ლ ო ბ ა. ოპერაციის გაკეთებამდე დროებით ავადმყოფის მდგომარეობის გაუმჯობესებისათვის (ან როდესაც ოპერაცია რაიმე მიზეზით არ კეთდება) გამოიყენება კონსერვატული მკურნალობა. ნაწლავის ტონუსის ამწეები მედიკამენტები (აცეტილ-ბეტა-მეტილ-ქოლინი, ეზერინი, ფიზოსტიგმინი და სხვ.) გამოიყენება მუცლის მსუბუქი და ფრთხილი მასაჟი, მაღალი ოყნები (ზოგჯერ სიფონის ოყნა და განავლოვანი მასების გამოღება). ეძლევა რაც შეიძლება შლაკების ნაკლები შემცველი საკვები.

ფავალი-ჰირშპუნგის დაავადების პათოგენეზის სწორად გაგებამ სრულიად შეცვალა ამ დაავადების წინათ გამოყენებული მკურნალობის (გაგანიერებული ნაწლავის მთლიანი ამოკვეთა, შერთული გაგანიერებული ნაწლაკის გამოთიშვის მიზნით, მეზოსიგმოპლიკაცია და სხვ.) მეთოდები.

მკურნალობის არჩევით მეთოდად ითვლება სიგმისა და სწორი ნაწლავის სპასტიკურად შევიწროებული ნაწილის რეზექცია, სადაც ინერვაციული მექანიზმი მოშლილია (ს. ტერნოვსკი. ს. დოლეცკი და სხვ.).

ოპერაციას უკეთებენ 3—4 წლის ასაკის ბავშვებს, ზოგი (განსაკუთრებით უცხოელები) აწარმოებს მას ჩვილ ასაკშიც. პირველ ხანებში მაინც ჯობს



სურ. 56. მეგაკოლონის დროს სპასტიკური ზონის ამოკვეთის ოპერაციის სქემა:

I. გრეკოვ-სვენსონ-ჰეტის მეთოდით. ა—ნაჩვენებია ამოსაკვეთი ნაწლავის ზემო საზღვარი (ამ ადგილის მარკირება კეთდება ფერადი ძაფით); ბ — მობილიზებული ნაწლავი კორცანგით, გადმობრუნებულია ყითოს მიდამოში; გ — სწორი ნაწლავი გაკვეთილია და მასში გამოტანილია სიგმა; ჩანს ძაფები, სადაც უნდა მოიკვეთოს ნაწლავი; დ — სწორი ნაწლავის დარჩენილი ნაწილის კიდეებისაგან შექმნილია სამი ნაფლეთი. სწორ ნაწლავზე განაკვეთი 3—4 სმ არ უნდა აღწევდეს ყითამდე; ე—კვანძოვანი ნაკერების მეორე რიგი გადაკვეთილი ნაწლავის კიდეებზე (სანახევროდაა გაკერილი); ვ—საბოლოო სახე ანასთომოზის დადების შემდეგ.

II Soave-ს მეთოდით რექტო-სიგმოიდური ზონის ინვაგინაციური რეზექცია სწორ ნაწლავში ინვაგინაციის შემდეგ.

III რექტო-სიგმოიდური ზონის ინვაგინაციური რეზექცია. ანალური ლორწოვანიდან შეფეტის შექმნა ასპეტიკურობისა და უკეთესი ჰერმეტიულობისათვის (Soave-ს მეთოდის მოდიფიკაცია ს. დოლეცკის კლინიკიდან).

კონსერვატული მკურნალობა, რომლის უშედეგობისას გამართლებულია ოპერაცია. დასუსტებულ ავადმყოფს ესაჭიროება ხანგრძლივი მომზადება. ზოგჯერ დროებითი ცეკოსტომია, მსხვილი ნაწლავის გამორეცხვა, ავადმყოფის მომაგრება.

ოპერაცია გრეკოვ-სვენსონ-პეტის მეთოდით (სურ. 56). კეთდება ნარკოზით. შარდის ბუშტში ათავსებენ კათეტერს 24 საათს. ქირურგთა ერთი ბრიგადა მუშაობს მუცლის ღრუდან, მეორე—კი ყითა-სწორი ნაწლავის მხრიდან. შუა ქვემო ლაპაროტომიით გაიკვეთა სპასტიკური ზონის არე. ამის შემდეგ კეთდება სიგმური ნაწლავის მობილიზაცია დაზიანებული უბნის 10—12 სმ ზევით.

რეზექციის სავარაუდო ადგილს ინიშნავენ ფერადი ძაფით. სწორი ნაწლავის მობილიზაცია ხდება რაც შეიძლება მასთან ახლოს, რომ არ დაზიანდეს მეზობელი (შარდსაწვეთი, სათესლე სადინარი და სხვ.) ორგანო, და ყითადან 2—3 სმ ზევით. მეორე ბრიგადას ყითას გაგანიერების შემდეგ კორნცანგით (ან ლუერის დამჭერით) გამოაქვს გადაბრუნებული სიგმური ნაწლავი, რომელიც სულემით ირეცხება.

სწორი ნაწლავის წინა კედელზე 3—4 სმ ზევით კეთდება გასწვრივი გაჩაკვეთი, საიდანაც მაქსიმალურად ჩამოაქვთ სიგმური ნაწლავი, მუცლის მხრიდან კონტროლით. შემდეგ განივად იკვეთება გამოტანილი ნაწლავი და იგი ორსართულიანი ნაკერით ეკერება სწორი ნაწლავის დარჩენილ ნაწილს. საჭიროა ჯორჯლის მხრის განსაკუთრებული ფიქსაცია. ნაკერის დადების გასაადვილებლად სწორი ნაწლავის კედელს გაჭრიან და გადაშლიან 3—4 ნაფლეთად.

ოპერაციისშემდგომი მეტეორიზმის დროს იყენებენ აირგამტარ მილს.

ნაწლავის დაზიანება

არჩევენ დახურულ, ანუ კანქვეშა დაზიანებას და ღია დაზიანებას, ანუ ჭრილობას, მიყენებულს ცივი ან ცეცხლმსროლელი იარაღით და იშვიათად ნაწლავის სანათურიდან უცხო სხეულით.

დახურული დაზიანება ვითარდება მუცელზე რაიმე მკვრივი საგნის დარტყმის, მუცლით ასეთივე საგანზე დაცემის, ორ საგანს შორის მოყოლის, ზოგჯერ ჰაერის ან სითხის ტალღით მუცლის კედელზე წნევით მოქმედებისას და სხვა. ნაწლავის კანქვეშა დაზიანება განსაკუთრებით ხშირია ქუჩის ტრავმისას და მშვიდობიანობის დროს, ვიდრე ბრძოლის ველზე. ატომური და საერთოდ დამანგრეველი ომის პირობებში ნაწლავის დახურული დაზიანება საგრძნობლად მოიმატებს. ნაწლავი (და მისი ჯორჯალი) მეტად სხვადასხვა ინტენსივობით ზიანდება: ზოგჯერ აღინიშნება წერტილოვანი ან უფრო ძლიერი სისხლჩაქცევა, ან შეიძლება განვითარდეს ნაწლავის ნახეთქი, გაპუტა, გასკდომა, მოგლეჯა და სხვ. გაცილებით ხშირად ზიანდება წვრილი ნაწლავის ფიქსირებული ნაწილი მის დასაწყისსა და ბოლოში. ჯორჯალზე მოგლეჯილი წვრილი ნაწლავის კედელი ზოგჯერ შეიძლება შიგთავსისათვის გაუმტარი იყოს. მოგვიანებით, ნაწლავის კედლის კვების მოშლის გამო. ნეკროზი და პერიტონიტი ვითარდება.

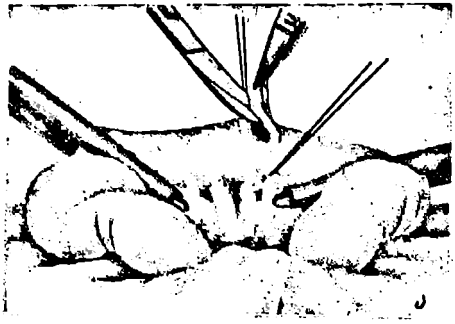
ნაწლავის დახურული ტრავმის დროს პერიტონეუმის ინფიცირების ან ჯორჯლის სისხლძარღვების დაზიანების ხარისხის მიხედვით საკმაოდ ხშირად

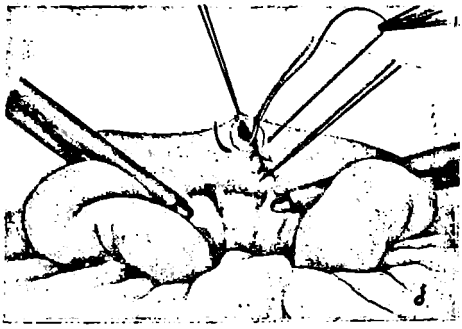
ვითარდება შოკის სურათი, ზოგჯერ ანემიის მოვლენები. ნაწლავის შიგთავსით პერიტონეუმის გაღიზიანებისას ძლიერ სწრაფად ვითარდება მუცლის კედლის დაჭიმულობა, ზოგჯერ მეტად მკვეთრად გამოხატული, პერკუტორული მტკივნეულობა, ბლუმბერგის ნიშანი, მუცლის კედელი, როგორც წესი, სუნთქვით მოძრაობაში ვერ მონაწილეობს. ზოგჯერ შესაძლოა პნეუმოპერიტონეუმის აღმოჩენა პერკუტორულად (ღვიძლის მოყრუების გაქრობა) ან რენტგენოსკოპიით. იშვიათად ხერხდება აგრეთვე პერკუსიით მუცლის ქვემო ნაწილებში გამონადენის დადგენა, მოგვიანებით აღინიშნება პულსის აჩქარება, პირღებინება, შებერილობა, აირებზე და განავალზე მოქმედების შეწყვეტა (მსხვილი ნაწლავის დაზიანების დროს ზოგჯერ განავალი სისხლიანია). პერიტონიტის პროგრესულობისას ადგილი აქვს ლეიკოციტოზს, ტემპერატურის მომატებას. სწორი ნაწლავიდან გამოკვლევით აღინიშნება სიცარიელე (ნაწლავთა პარეზის გამო) და დუგლასის სივრცის ჩამოწევა (გამონადენის დაგროვებისას). არის შემთხვევები, როდესაც ტრავმის ახალ შემთხვევაში პირვანდელი მოვლენები კი არ იმატებს, როგორც ნაწლავის დაზიანების დროს, არამედ თანდათან შესამჩნევად და მნიშვნელოვნად ქრება. ამის მიზეზია ხშირად ჰემატომა (ზოგჯერ რეტროპერიტონული), მალის დაზიანება და სხვ. ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფი საჭიროებს მუდმივ ზედამხედველობას. ოპერაცია კი უნდა გადაიდოს. მდგომარეობის გაუარესება ნაწლავის კანქვეშა დაზიანების მაჩვენებელია.

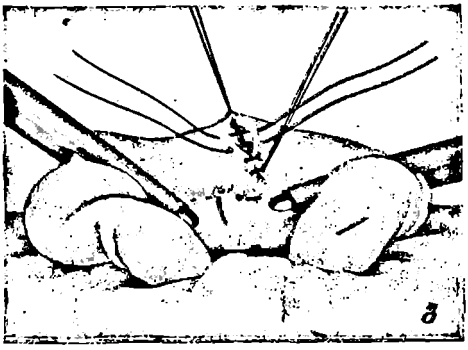
მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. ნაწლავის დახურული დაზიანების თუნდაც საეჭვო და მხოლოდ ზოგიერთი ნიშნის არსებობის დროსაც აუცილებელია მედიანური ლაპაროტომია. დაზიანების ყველა ნიშნების გამოჩენას არ უნდა დაველოდოთ. დაგვიანებით, მართალია, დიაგნოზი ნათელი ხდება, მაგრამ ავადმყოფის გადარჩენა საეჭვოა. ოპერაცია უნდა გაკეთდეს იმ შემთხვევაშიც, როდესაც პირველ ორ საათში არ ქრება შოკის სურათი, რადგან შოკისა და სისხლდენის მიზეზის ლიკვიდაცია სწორედ დროული ოპერაციით შეიძლება. ოპერაცია ჯობს ნარკოზით, შეიძლება ადგილობრივი ანესთეზიითაც. კეთდება დაზიანებული ნაწლავის დეფექტის კიდეების განახლება და მისი გაკერვა ნაწლავის ღერძის განივად. მსხვილი ნაწლავი იკერება სამსართულიანი ნაკერით. ვრცელი დაზიანების დროს აუცილებელია ნაწლავის რეზექცია. მუცლის ღრუ იხურება ყრუდ ანტიბიოტიკების შესაყვანი მიკროირიგატორის მოთავსების შემდეგ. დაზიანებული ნაწლავის პროქსიმალურად მდგომარეობის მიხედვით მიზანშეწონილია ჩამოკიდებული ენტეროსტომია.

ნაწლავის ჭრილობა, ანუ ღია დაზიანება, ვითარდება ცეცხლნასროლი ჭრილობით, ცივი იარაღით, ან სხვა ბასრი საგნით. ნაწლავის ცეცხლნასროლი ჭრილობა (სურ. 57) განსაკუთრებით ხშირია ომიანობის დროს. ნაწლავის ჭრილობის ნიშნები იგივეა, რაც ნაწლავის დახურული დაზიანებისა. ჭრილობის დროს გაცილებით მკვეთრადაა გამოხატული შოკისა და სისხლდენის მოვლენები, აგრეთვე პერიტონიტის ნიშნები: პულსის გახშირება, პირღებინება, მშრალი ენა, ტკივილი მუცელში, მუცლის კუნთების გამოთიშვა სუნთქვითი მოძრაობიდან, კუნთთა დაჭიმულობა, ბლუმბერგის ნიშანი, თითქმის ყოველთვის აირებზე და განავალზე მოქმედების შეწყვეტა, ზოგჯერ პნევმოპერიტონეუმი. იშვიათად სისხლისა და ნაწლავის შიგთავსის აღმოჩენა მუცლის ქვემო ნაწილებში, ხშირად ილეოცეკალურ კუთხეში. წვრილი ნაწლავის დაზიანება გაცი-

სურ. 57. ა — ცეცხლნასროლი ჭრილობით დაზიანებულია სიგმური ნაწლავი და თეძოს ნაწლავის ჯორჯალი; ბ — სიგმური ნაწლავის ჭრილობები გაკერილია. წვრილი ნაწლავის ჯორჯლის სისხლის ძარღვები გადაკვანძილია, ჰემატომა ევაკუირებულია; გ — წვრილი ნაწლავისა და შარდის ბუშტის თანხვედნილი დაზიანება; დ — გაკეთებულია ნაწლავის რეზექცია, შარდის ბუშტზე ედება ნაკერი.







სურ. 58. ნაწლავის ჭრილობის გაკერვა: ა — ნაწლავის ჭრილობის კიდეების ამოკვეთა: ბ, — ნაწლავის ჭრილობის გაკერვა ორსართულიანი ნაკერით. კეტგუტის განუწყვეტელი ნაკერის დადება; გ — წვრილი ნაწლავის ჭრილობის კიდეების გაკერვა ორსართულიანი ნაკერით. სეროზულ-კუნთოვანი კვანძოვანი ნაკერის დადება: დ — წვრილი ნაწლავის ჭრილობის გაკერვა ორსართულიანი ნაკერით. ნაწლავის სანათურის გამტარობის შემოწმება.

ლებით მძიმე კლინიკურ ნიშნებს იძლევა და უფრო სასიკვდილოცაა, ვიდრე მსხვილი ნაწლავის ჭრილობა.

დიაგნოზის დასმაში, ზოგად და მუცლის მხრივ ადგილობრივ მოვლენებს გარდა, დახმარებას გვიწევს ჭრილობაში ბადექონის, ნაწლავის ან მისი ‘ძგიდავსის (განავალი, ნაღველი) გამოსვლა, აგრეთვე ჭრილობის ლოკალიზაცია. გამავალი ჭრილობის დროს საორიენტაციო ჭრილობის არხის წარმოდგენა და ბრმა ჭრილობის დროს რენტგენოგრაფიით უცხო სხეულის დადგენა.

მ კ ურ ნ ა ლ ობ ა. ნაწლავის ჭრილობაზე საეჭვო, მით უფრო ყველა დადგენილი შემთხვევა. მოითხოვს ოპერაციას. მკურნალობის შედეგი ძირითადად დამოკიდებულია მხოლოდ დროულ ოპერაციაზე. ნარკოზით კეთდება მედიალური ლაპაროტომია. საჭიროა მეთოდური რევიზია. ნაწლავის ცეცხლნასროლი ჭრილობა ხშირად წყვეტილია. ნაწლავის ყველა დაზიანებული ადგილის ღრუდან დროებით ამოტანის (ექსტერიტორიზაციის) შემდეგ უნდა გადაწყდეს მისი აღდგენის, რეზექციის ან მუცლის ღრუდან მუდმივად გამოტანის (ექსპერიტონიზაცია) საკითხი. ახალ შემთხვევაში და ერთეული დაზიანების დროს როდესაც ადგილი არ აქვს ვრცელ დაზიანებას, კეთდება განივი ენტეროროაფია (სურ. 58) (მსხვილ ნაწლავზე სამსართულიანი ნაკერი). ვრცელი დაზიანებისა და ჯორჯალზე მოგლეჯის, მით უფრო ერთმანეთთან ახლო მდებარე რამდენიმე დაზიანების დროს უმჯობესია რეზექცია. ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობისა და საკმაოდ დაგვიანებული შემთხვევის დროს ხდება დაზიანებული ნაწლავის გამოტანა და მისი ფიქსაცია პარიეტულ პერიტონეუმზე. ზოგი ასეთ შემთხვევაში ნაწლავის მომტან და გამტან მუხლებს შორის უმატებს შერთულს. ნაწლავის გამოტანა განსაკუთრებით ნაჩვენებია მსხვილი ნაწლავის ვრცელი, მით უფრო რეტროპერიტონული, დაზიანების დროს. ნაწლავის რეზექცია (მათ შორის. მსხვილი ნაწლავის) გაცილებით უფრო ხშირად მთავრდება სიკვდილით. ვიდრე მისი გაკერვა ან გარეთ გამოტანა. მუცლის ღრუ დახურვის წინ განმეორებით უნდა ამომშრალდეს ჩაღვრილი სისხლისა და ნაწლავის შიგთავსისაგან.

ხშირად მიზანშეწონილია ტექნიკურად კარგად შესრულებული ჩამოკიდებული ენტეროსტომია.

მუცლის ღრუში თავსდება ერთი ან ორი მიკროორგანიზმი ნოვოკაინში გახსნილი პენიცილინისა და სტრეპტომიცინის შესაყვანად. ანტიბიოტიკები გამოიყენება ზოგადადაც, აუცილებელია სხვა საშუალებები მოსალოდნელი გართულებების პროფილაქტიკისა და მკურნალობისათვის. მუცლის ცეცხლნასროლ ჭრილობას ძალიან ხშირად თან ერთვის პნევმონია, განსაკუთრებით ზამთრის თვეებში. ამის მიზეზი ნაწილობრივ ნაწლავის პარეზი, აგრეთვე მუცლის კედლის და დიაფრაგმის სუნთქვის აქტში მონაწილეობიდან გამოთიშვაა. ამიტომ განსაკუთრებით საჭიროა პნევმონიის პროფილაქტიკა და მკურნალობა (ადრეული მოძრაობა, სუნთქვითი ვარჯიში, ჟანგბადი, ქაფური, კოტოშები, სულფანილამიდური პრეპარატები და სხვ.).

ნაწლავის ხვრელმილები

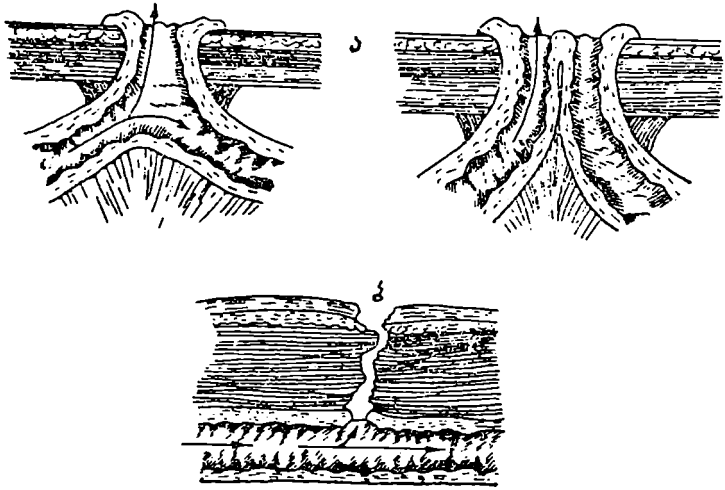
ნაწლავთა კედლის დაზიანების დროს, როდესაც მისი შიგთავსი გაეფდის კანის ზედაპირზე (გარეთა ხვრელმილი) ან უერთდება რომელიმე ღრუ ორგანოს (ნაწლავს, კუჭს, ნაღვლის ან შარდის ბუშტს, საშოს და სხვ.), წარმოიქმნება ნაწლავის ხვრელმილი (შიგნითა ხვრელმილი).

ნაწლავის თანდაყოლილი ხვრელმილი იშვიათია. იგი შეიძლება აღინიშნებოდეს ჭიპის არეში, როდესაც ჭიპ-თეძო ნაწლავის სადინარის (ductus omphalo-entericus, რომელიც ნაყოფს ნორმალურად მერვე თვეზე ეხურება) გარეთა ნაწილი ღიად რჩება (ლორწოვანი გამონადენი) ან იგი მთელ სიგრძეზე არ განიცდის ობლიტერაციას (განავლოვანი გამონადენი).

ნაწლავთა ხვრელმილი მეტწილად შეძენილია. იგი შედეგია ნაწლავის ტრავმული დაზიანების (ჭრილობა), ნაწლავის ანთების (აპენდიციტის დესტრუქციული ფორმა ან გაჭედილი თიაქარი — დაგვიანებით მკურნალობისას, ტუბერკულოზი), ნაწლავის სიმსვინისა და სხვ. ზოგჯერ ნაწლავის ხვრელ ბილის გამოყენებას დროებით ან მუდმივად მიმართავს ქირურგი ნაწლავის განტვირთვის (პერიტონიტი, გაუვალობა) ან საკვების მიცემის მიზნით (კუჭზე, მლიე ნაწლავზე).

ნაწლავის ხვრელმილი ხშირად ერთია. ზოგჯერ ორი ან მეტი. ასეთ შემთხვევაში იგი ერთსა და იმავე ან სხვადასხვა ნაწლავიდან გამომდინარეობს.

ნაწლავის ხვრელმილი ორი სახისაა — მილაკოვანი და ტუჩისებრი. მილაკოვანი ხვრელმილის დროს ნაწლავის სანათური კანთან დაკავშირებულია გრანულაციური ქსოვილით გამოფენილი სხვადასხვა სიგრძის, ფორმის და მოყვანილობის მილაკით. ტუჩისებრი ხვრელმილის დროს ნაწლავის ლორწოვანის ეპითელი უშუალოდ გადადის კანის ეპითელიუმში, როგორც ტუჩის არეში (სურ. 59).



სურ. 59. ნაწლავის ხვრელმილები სქემატურად: ა—ტუჩისებრი; ბ—მილაკისებრი.

ხვრელმილის დიამეტრი და მის ირგვლივ კანის დეფექტი ფრიად სხვადასხვა ოდენობისაა. არის შემთხვევები, როდესაც იგი იმდენად მცირეა, რომ ადვილად არ შეიმჩნევა და მისი ხვრელი მავთულისებრი წვრილი ზონდის ბოლოს ძლივს ატარებს (მილაკისებრი ხვრელმილი). ხშირად ხვრელმილის განი ნაწლავის დიამეტრს შეესაბამება (ტუჩისებრი ხვრელმილი). მუცლის კედლის ჭრი-

ლობის გახსნის დროს ზოგჯერ დიდ ფართზე ჩანს ნაწლავის გაშიშვლებული მარყუჟები ერთი ან რამდენიმე ხვრელმილით.

მილაკოვანი ხვრელმილი. მით უფრო მცირე ოდენობის. განსაკუთრებით მსხვილი ნაწლავის, მკურნალობის შედეგად და მოვლით ან, ზოგჯერ თავისთავად, უკუგანვითარებას განიცდის და ხშირად იხურება, სამაგიეროდ. ივივე არ ითქმის ტუჩისებრ ხვრელმილზე. ტუჩისებრი ხვრელმილი იმდენად ჩამოყალიბებული და გაფორმებულია, რომ არამცთუ დახურვისადმია მიდრეკილი, არამედ, პირიქით. ზოგჯერ თანდათან იმატებს. პირველ ხანებში ხვრელმილთან ნაწლავი ორი (მომტანი და გამტანი) ლულითაა დაკავშირებული, შემდგომში ჯორჯლის მხრიდან ნაწლავის კედელი ნახევარმთვარისებრად თანდათან ამოიწევს დეფექტში. ასეთ შემთხვევაში მომტანი ნაწლავი ჰიპერტროფიას განიცდის და იმატებს ოდენობაში, გამტანი ნაწლავი კი თანდათან ვიწროვდება და ატროფიას განიცდის. ამის შედეგად დადგება მომენტი, როდესაც ნაწლავის შიგთავსი მთლიანად ხვრელმილიდან გარეთ გამოვა და იგი სრულ ხვრელმილად, ანუ ხელოვნურ ანუსად გადაიქცევა.

განაელოვანი ხვრელმილი ხელოვნური ანუსისაგან სწორედ იმით განსხვავდება, რომ ხვრელმილიდან გამოიყოფა მხოლოდ განაელის ნაწილი, დანარჩენი კი—ბუნებრივი გზით (per vias naturales).

ხელოვნური ანუსის შემთხვევაში, მას ქირურგი გააკეთებს. თუ ტუჩისებრი ფისტულისაგან ჩამოყალიბდება, განავალი მთლიანად გამოიყოფა ხვრელმილიდან (ანუსიდან) და ბუნებრივი გზით მისი გამოყოფა აღარ ხდება. ხელოვნურ ანუსსა და ტუჩისებრ ხვრელმილიდან განვითარებულ სრულ ხვრელმილს შორის განსხვავება იქნება მხოლოდ ანატომიური და არა ფუნქციური.

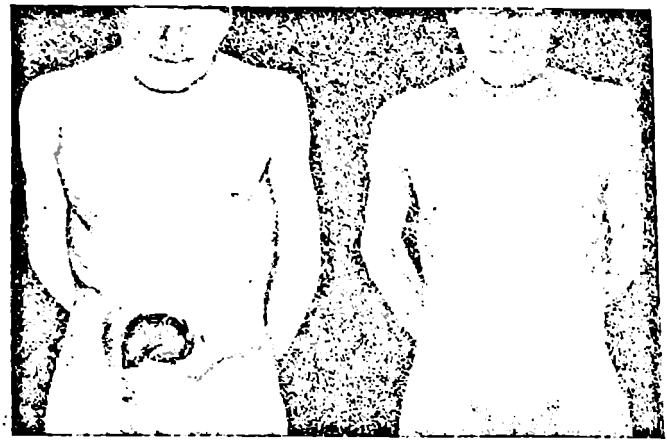
მდებარეობის მიხედვით. თუ კუჭ-ნაწლავის რომელ სეგმენტზეა მოთავსებული, არჩევენ მაღალ და დაბალ ხვრელმილს.

კლინიკური მიმდინარეობით ისინი დიდად განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან. მაღალი ხვრელმილის დროს სითხეების, ფერმენტების. მოუნელებელი საკვების და ტუტე ნივთიერებათა დაკარგვის შედეგად ავადმყოფს საკმაოდ სწრაფად უვითარდება აციდოზი, განლევა. მკვეთრი დაძაბუნება და იგი მეტად მძიმე მდგომარეობაში ვარდება. ორგანიზმის განლევა შეიძლება განვითარდეს დაბლა მდებარე წვრილი ნაწლავის ხვრელმილის დროსაც. მაგრამ შედარებით გაცილებით ნელა და თანდათან. მსხვილი ნაწლავის ხვრელმილი საერთოდ ნაკლებ გავლენას ახდენს ორგანიზმზე.

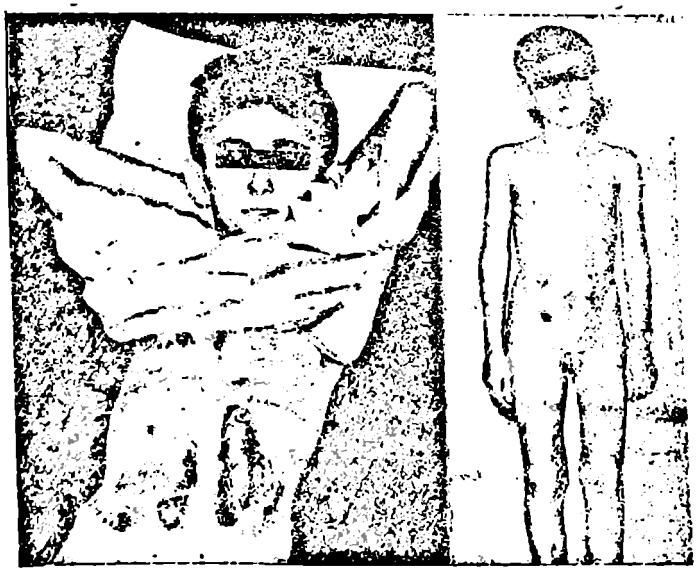
მაღალი (თორმეტგოჯა, მლივი ნაწლავის) ხვრელმილი ძლიერ აღიზიანებს კანს. იწვევს მის მაცერაციას, დაწყლულებას ძლიერი ტკივილით. თეძოს (ისიც დისტალური ნაწილის) ხვრელმილის დროს ერითემატოზული, პაპილომატოზული დერმატიტი ვითარდება. მსხვილი ნაწლავის ხვრელმილი ირგვლივ კარგი ტუალეტის დროს გაღიზიანებას თითქმის არ იძლევა.

ხვრელმილის დიაგნოზის დასმა ნაწლავის შიგთავსისა და აირის გამოსვლის დროს ძნელი არაა. ნაწლავის შიგთავსისა და კანის ცვლილებების მიხედვით მეტწილად შესაძლოა მისი ადგილმდებარეობის განსაზღვრაც. ხვრელმილის ფორმის, მიმართულების და ზოგჯერ სხვა წარმოშობის ხვრელმილისაგან გარჩევისათვის შეიძლება გამოვიყენოთ ფისტულოგრაფია. ზოგი სახის შიგნითა ხვრელმილის (კუჭ-განივი კოლინჯის) შესახებ იხილეთ ზევით (კუჭ-ნაწლავის შერეულის შემდგომი გართულება).

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. ოპერაციული მკურნალობა ესაჭიროება ყველა ტუჩისებრ, აგრეთვე იმ მილაკოვან ხვრელმილს, რომელიც კონსერვატული მკურნალობით არ იხურება (სურ. 59ა, ბ). ამიტომ გარკვეული დროით ყველა ხვრელმილი მოითხოვს კონსერვატულ მკურნალობას, რომელიც ერთ შემთხვევაში მიზნად



სურ. 59ა. ავადმყოფი ტუჩისებრი ხვრელმილით (ოპერაციამდე) და ოპერაციის შემდეგ.



სურ. 59 ბ. ავადმყოფი მრავლობითი (ტუჩისებრი და მილაკისებრი) ხვრელმილებით ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ გამოკეთებისას.

ისახავს ავადმყოფის მომზადებას ოპერაციისათვის, მეორე შემთხვევაში კი იგი საბოლოო მკურნალობა იქნება.

მაღალი ხვრელმილი განსაკუთრებულ მკურნალობას და მოვლას მოითხოვს. საჭიროა თბილი წყლით სისტემატური აბაზანები (დღეში ზოგჯერ ორჯერ) და საპნიანი წყლით გაღიზიანებული კანის ჩამობანა. გამშრალების შემდეგ კანზე გამოიყენება 1—2 სმ სისქეზე გაცრილი თაბაშირის ფხვნილი, გაღიზიანებულ კანზე სქლად უნდა წაესვას რომელიმე მალამო: თაბაშირი სანახევროდ სტრეპტოციდის მალამოსთან, ასკანკოლი, თუთიის მალამო ან მცენარეული ზეთი. ხვრელმილის არეში გამოიყენება აგრეთვე დაკეპილი ახალი ხორცი, ზოგჯერ ძეხვის თხელი ნაჭრები, მაწონი და სხვ., რომ ამით შეიბოჭოს ნაწლავის წვენის კანზე მოქმედება. ზოგიერთ შემთხვევაში ჯობს ხვრელმილის საერთოდ ღია წესით მკურნალობა თბილი სეფას ქვეშ ან უიმისოდ, მხოლოდ საჭიროა მიმაგრებული პირი გამუდმებით წმენდეს გამონადენს (ზოგჯერ ელექტროამწოვით).

ავადმყოფის გამონადენის შემცირების მიზნით ზოგჯერ შეიძლება გამოვიყენოთ სხვადასხვა კონსტრუქციის ობტურატორი, რეზინის ფირფიტა ძაფზე. კერის დრენაჟი (მოკლე დრენაჟი ნაწლავის მომტან და გამტან ნაწილში, გრძელი — გარეთ) და სხვ.

ძლიერი განლევის პროფილაქტიკისა და მკურნალობისათვის საჭიროა სისხლის, პლაზმის, ცილოვანი ხსნარების და სხვ. სისტემატური გადასხმა, ანტიანემიური საშუალებანი და ვიტამინები.

კ ო ნ ს ე რ ვ ა ტ უ ლ ი მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა გამოიყენება მილაკოვანი ხვრელმილის დროს. საჭიროა რაც შეიძლება შლაკების ნაკლებად შემცველი საკვების დანიშვნა, განსაკუთრებით სასარგებლოა ცილოვანი საკვები. სითხეებისა და ნახშირწყლების მკვეთრი შეზღუდვა. მედიკამენტებიდან ეძლევა განავლის გამომშრობი, შემკვრელი და პერისტალტიკის შემამცირებელი ნივთიერებანი (ოპიუმი და სხვ.).

ასეთ შემთხვევაში მუცლის წინა კედელზე თაბაშირის სქელი ფენა და ავადმყოფის ზურგზე წოლა ხშირად ხელს უწყობს მილაკოვანი ხვრელმილის დახურვას. რადგან არხში წნევა იმატებს, ადგილი აქვს მის გათიშვას ატმოსფეროსაგან და წყდება შიგთავსის შესვლა ხვრელმილში (ა. მელნიკოვი).

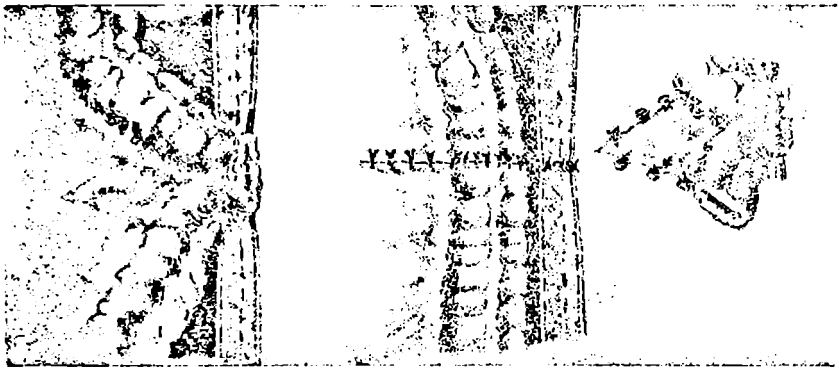
როდესაც ხვრელმილი კონსერვატული მკურნალობით არ იხურება, კეთდება ო პ ე რ ა ც ი ა. ოპერაციის დაჩქარება განსაკუთრებით საჭიროა მაღალი ხვრელმილის დროს, ამ დროს კანის საბოლოოდ მომზადებას არ უნდა დაველოდოთ.

არჩევენ მუცლის ღრუს გარეშე (შედარებით მარტივი, უშიშარი, მაგრამ ხშირად ნაკლებად გარანტირებული) და მუცლის ღრუს შიდა ოპერაციებს.

მუცლის ღრუს გარეშე (ექსტრაპერიტონული) ოპერაციებიდან აღსანიშნავია ხვრელმილის ლორწოვანის კანისაგან დაუზიანებლად გამოყოფა: 2 სმ სიგრძეზე ხვრელმილის ფუძეზე ედება ქისისებრი ნაკერი კეტგუტით და იგი ნაწლავის სანათურში ჩაბრუნდება. შემდეგ იკერება კუნთები და აპონევროზი. კანი მეორადი დაჭიმვით ხორცდება (საპოკოვის წესი). მუცლის გარედან ოპერაცია შეიძლება გაკეთდეს ასედაც: ხვრელმილის ირგვლივ კიდეები კანის მცირე ნაწილთან ერთად გამოიყოფა ბასრი წესით და იგი ხვრელმილში ჩაბრუნებით ყრუდ იხურება. ზევიდან იკერება ჭრილობა ქსოვილების წინასწარი მობილიზაციის შემდეგ (ნელატონ-ჟანელ-როკიცის წესი).

ექსტრაპერიტონულად ხვრელმილის ნაწლავთან შესავალს ხურავენ შემდეგნაირად: წინასწარ მკრელი ნემსით ყრუდ იხურება ხვრელმილის გარეთა ბოლო. შემდეგ მთლიანად ამოიკვეთება ხვრელმილი პერიტონეუმის გაუხსნელად და, როგორც კი გამოჩნდება ნაწლავის დეფექტი, იგი ყრუდ იხურება. ჭრილობა იკერება.

პერიტონეუმსშიდა ოპერაციები კეთდება მედიანური განაკვეთით, ხვრელმილიდან მოშორებით საღი კანის არეში ან უშუალოდ ხვრელმილის ირგვლივ მისი ამოკვეთით. მუცლის კუნთთა კარგი რელაქსაციის დროს შედარებით ადვილად (ჩლუნგი და ბასრი წესით) გამოიყოფა ნაწლავი ხვრელმილის მაქსიმალურად შევიწროების მიდამოში და მოიხსნება მუცლის კედლიდან. მცირე ყალიბის დეფექტი კიდეების წინასწარ განახლების შემდეგ ორ ან სამსართულიანი განივი ნაკერით იხურება. შედარებით დიდი დეფექტისა და ირგვლივ ცელილებების დროს კეთდება რეზექცია და ნაწლავის მთლიანობის აღდგენა. როდესაც ხვრელმილის მიდამოში ნაწლავის მოხსნა არ ხერხდება, მაშინ იკვეთება მომტანი და გამტანი ნაწლავი. მათ შორის აღდგება მთლიანობა. მასში შემავალი ნაწლავის ნაწილი კი ხვრელმილის გზით გამოიტანება (ევაგინირდება) ვარეთ (სურ. 60). ამას აწარმოებს მუცლის მხრიდან ოპერატორი და გარედან



სურ. 60. ნაწლავის ხვრელმილის მუცლის შიდა დახურვის მეთოდის სქემა ნაწლავის რეზექციით.

დამხმარე. ყოფილი ხვრელმილის ადგილას მუცლის კედლის ჭრილობა კიდეების განახლების შემდეგ, ისე როგორც შუახაზზე, ყრუდ იხურება, ზოგჯერ საჭიროა მიკროორიგატორის დატოვება (ინფიცირებული ჭრილობის ყველა შრის კეტგუტით გაკერვა და ანტიბიოტიკების გამოყენება).

ჩვენ უკანასკნელი ათი წლის განმავლობაში ამ წესით ყველა სახის მეტად მძიმე და კანის დიდი დეფექტიანი განავლოვანი ხვრელმილი (ზოგჯერ სრული) დაგვიხურავს. როდესაც ქირურგი ვერ ახერხებს ხვრელმილის არეში ძლიერი შეხორცებებისაგან თავის დაღწევას (ვერც ევაგინაციით და ვერც მისი ამოკვეთით), მაშინ კეთდება შემოვლითი ანასტომოზი, რასაც ზოგჯერ ხვრელმილის თვითგანკურნება მოსდევს.

თორმეტგოჯა ნაწლავის ხვრელმილის პილორუსის გამოთიშვის მიზნით ზოგი ურჩევს იეიუნოსტომიას ან გასტროენტეროანასტომოზს.

ნაწლავთა უცხო სხეულები

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში უცხო სხეულები (ლითონის ნივთები, ძვალი, ხილის კურკები, კბილი, კბილის პროთეზი და სხვ.) შეიძლება მოხვდეს შემთხვევით ან განზრახ გადაყლაპვის დროს ხშირად სულით ავადმყოფებსა და ბავშვებში. ზოგჯერ შიგნითა ხვრელმილიდან (ნაღვლის კენჭები) ან პერიტონეუმის ღრუდან ოპერაციის დროს დარჩენილი უცხო სხეული (მარლის ნაწილი, რეზინის მილი, მცირე ოდენობის ინსტრუმენტი) ხანგრძლივი დროით ნაწლავის კედელზე ზეწოლის პირობებში ზოგჯერ შეიჭრება მასში. ნაწლავის კედელი კი ირგვლივ არსებული ანთებითი პროცესით თანდათან იხურება. უცხო სხეული მხოლოდ ზოგჯერ ეჩხირება ბაუგინის სარქველთან ან სწორი ნაწლავის ამპულარულ ნაწილში, იშვიათად შესაძლოა იგი პერიტონეუმის ღრუსა ან მუცლის კედელში გამოვიდეს (იხ. ზევით). მეტწილად უცხო სხეული ბლაგვი ბოლოთი ნაწლავის მოძრაობით გადაინაცვლებს და რამდენიმე დღეში ბუნებრივი გზით გამოიყოფა. ზოგჯერ შესაძლოა ნაწლავის უცხო სხეულმა გაუვალობა ან პერიტონიტი გამოიწვიოს.

დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება ანამნეზი. ზოგჯერ რენტგენოლოგიური გამოკვლევა და გართულების დროს მუცლის მხრივ მოვლენები. მკურნალობა ოპერაციულია მხოლოდ გაუვალობის ან პერიტონიტის ნიშნების დროს. ენტეროტომიით (იშვიათად რეზექციით, როდესაც ძლიერ შეცვლილია ნაწლავი) ამოიღებენ უცხო სხეულს. სხვა შემთხვევაში თხიერი ფაფისებრი საკვებით და კარტოფილის პიურეთი ხელი უნდა შევუწყოთ უცხო სხეულის გამოსვლას (სჯობს სტაციონარის პირობებში).

ნაწლავთა მწვავე და ქრონიკული ანთებანი

ნაწლავის ფლეგმონა

ნაწლავის ფლეგმონა ფრიად იშვიათია. ინფექცია ენტეროგენული ან ჰემატოგენური გზით შეიჭრება. კლინიკურად აღინიშნება ანთების მოვლენები: მაღალი ტემპერატურა, პულსის შესაბამისი აჩქარება. ლეიკოციტოზი, მაღალი ედრი. ადგილობრივ პერიტონიტის ზოგიერთი ნიშანი: ტკივილი და მტკივნეულობა მუცელში, ბლუმბერგის ნიშანი. კუნთთა დაჭიმულობას შეიძლება ადგილი არ ექნეს. იგი ხშირად ეშლებათ მწვავე აპენდიციტსა ან ნაწლავის გაუვალობაში, დიაგნოზი საბოლოოდ ოპერაციის დროს ისმება. ფლეგმონური ნაწლავი ძლიერ შეშუპებული და წითელია, დაფარულია ფიბრინული ნადებით, მუცლის ღრუში მღვრიე გამონადენია. მხოლოდ იზოლირებული ფლეგმონის ამოკვეთა შეიძლება. კარგ შედეგს იძლევა ანტიბიოტიკების ადგილობრივი (მიკროირიგატორით) და ზოგადი გამოყენება.

ილეიტი (ქრონის დაავადება)

ილეიტი წვრილი ნაწლავის ტერმინალური ნაწილის დაავადებაა. იშვიათად იგი შეიძლება აღინიშნებოდეს როგორც წვრილი, ისე მსხვილი ნაწლავის სხვადასხვა ადგილას (ტიფლიტი, სიგმოიდიტი და სხვ.). მწვავე პერიოდში დამახასიათებელია ლორწოვანის დაწყლულება, ქრონიკულ პერიოდში დანაწიბურება და ნაწლავის შევიწროება. მწვავე ილეიტი თავისი ნიშნებით (ტემპერატუ-

რის მომატება, პულსის აჩქარება, ლეიკოციტოზი, ადგილობრივი მოვლენები) ძალიან ჰგავს მწვავე აპენდიციტს. ქრონიკული ილეიტი ხშირად იძლევა გაუვალობას (მის ამოცნობაში შეიძლება დაგვეხმაროს რენტგენი). სწორი დიაგნოზი ოპერაციის დროს ისმება. მწვავე პერიოდში კარგ შედეგს იძლევა ანტიბიოტიკები ადგილობრივ და ზოგადად. ნაწლავის იზოლირებული შევიწროების დროს კეთდება მისი ამოკვეთა ან შემოვლითი ენტეროანასტომოზი.

ტიფოზური წყლულის პერფორაცია

ფრიად იშვიათად ტიფოზური წყლულის შედეგად ნაწლავის კედელი შეიძლება იმდენად გათხელდეს, რომ პერფორაციის გარეშე პერიტონიტი განვითარდეს (ცრუ პერფორაცია). ზოგჯერ ადგილი აქვს მიკროპერფორაციას. გაცილებით ხშირია ერთი ან იშვიათად რამდენიმე წყლულის პერფორაცია, განსაკუთრებით დაწყლულების პერიოდში (მესამე კვირაზე), ხშირად გვხვდება ვაუებში და ისიც თეძოს ნაწლავის ტერმინალურ ნაწილში. დაავადება მეტწილად იწყება მწვავე ტკივილით, ზოგჯერ პერფორაციას შეიძლება წინ უსწრებდეს შებერილობა, სისხლდენა. ტემპერატურა აუცილებლად იცვლება, ხშირად ეცემა ან იშვიათად იმატებს. პულსი გახშირდება. თუ ძლიერ დასუსტებული და ძმიმე ავადმყოფი არაა, აღენიშნება კუნთთა დაჭიმულობა. როგორც წესი, აირებზე და განავალზე მოქმედება წყდება. ლეიკოპენია იცვლება ლეიკოციტოზით. გამოცნობა ძნელდება, როდესაც წინასწარ უცნობია ტიფის დიაგნოზი (ამბულატორული ფორმა).

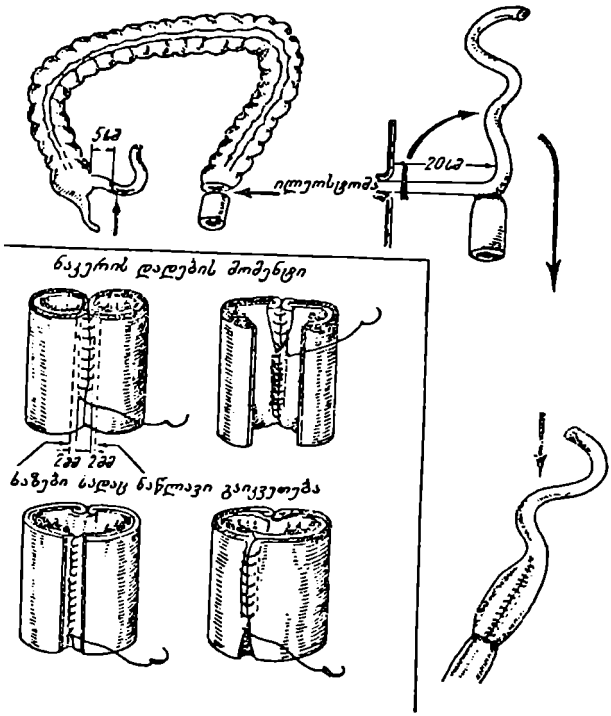
მ კ ურ ნ ა ლ ო ბ ა მხოლოდ ოპერაციულია. პერფორირებული ხვრელი გარანტირებულად გაიკერება განივად. გამონადენი ამომშრალდება. ჩაშოკიდებული ენტეროსტომია მის ზევით და ანტიბიოტიკებით ენერგიული მკურნალობა ადგილობრივ (2—3 მიკროირიგატორით) და ზოგადად. გამოიყენება აგრეთვე პერიტონიტის სამკურნალო ყველა საშუალება. პროგნოზი. განსაკუთრებით დაგვიანებულ შემთხვევაში და ავადმყოფის ტრანსპორტირებისას, კიდევ უფრო მძიმდება.

ქრონიკული წყლულოვანი კოლიტი

ქრონიკული არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტი მწვავე კოლიტის გართულებას წარმოადგენს. იგი თითქმის მთელ მსხვილ ნაწლავს და ზოგჯერ სწორ ნაწლავსაც მოიცავს. მას ჩვეულებრივ მკურნალობენ ინფექციონისტები. როდესაც ხანგრძლივი კონსერვატული მკურნალობა უშედეგოა, ასეთი ავადმყოფი დროულად უნდა გადაეცეს ქირურგს. ამ დროს აღინიშნება ადგილობრივი (ტკივილი მუცელში, ჭინთვები, ლორწოვან-ჩირქოვანი სისხლიანი ფაღარათი) და ზოგადი მოვლენები (ტემპერატურის მომატება, უმადობა, საერთო სისუსტე, სიგამხდრე. ტროფიკული მოშლილობანი), ზოგჯერ იგი რთულდება ნაწლავის შევიწროებით, პროფუზული სისხლდენით, იშვიათად ვითარდება პოლიპოზი, კიბო და სხვ.

დ ი ა გ ნ ო ზ ი ს დასმაში გვეხმარება ანამნეზი დაავადების მეტად ხანგრძლივი მიმდინარეობის შესახებ, რექტორომანოსკოპიით, ფიბრინულ-ჩირქოვანი ნადებებით დაფარული წყლულების აღმოჩენა, რენტგენოლოგიურად სპასტიკური კოლიტისა და მისი შევიწროებების დადგენა.

ოპერაციული მკურნალობა ითვალისწინებს მსხვილი ნაწლავის შეცვლილი ნაწილის ან მთლიანად მსხვილი ნაწლავის ამოკვეთას (კოლექტომია) და თეძო სწორ ნაწლავს შორის შერთულის დადებას. თეძოს ნაწლავის ტერმინალური ნაწილით 20 სმ სიგრძეზე. ორი ლულის სახით კეთდება რეზერვუარი (სურ. 61). წყლულოვან კოლიტთან მძიმე ფორმის წყლულოვანი პროქ-



სურ. 61. ქრონიკული წყლულოვანი კოლიტის დროს მსხვილი ნაწლავის ამოკვეთა და ილეორექტალური ანასტომოზი (ა. ვასილევის მოდიფიკაციით).

ტიტის დროს კეთდება ილეოსტომა, დაავადებული მსხვილი (და სწორი) ნაწლავის ამოკვეთით. შემდეგში სწორი ნაწლავის გატანა ყითას სპინქტერის მიდამოში. ეს უკანასკნელი ოპერაცია შედარებით იშვიათია. ნაკლებ შედეგიანია პალიატიური ოპერაცია ცეკოსტომიისა და ნაწლავის სისტემატური გამორეცხვის საზით. იგი შეიძლება გამოვიყენოთ, როგორც მოსამზადებელი ოპერაცია რადიკალური კოლექტომიის წინ.

ანთებითი „სიმსივნე"

ნაწლავის კედლის ანთებითი „სიმსივნე" იშვიათ დაავადებას წარმოადგენს. იგი გვხვდება ბრმა ან სიგმურ ნაწლავზე; მოიცავს ნაწლავის კედლის ყველა

შრეს, განსაკუთრებით ლორწქვეშა გარსს, სადაც უხვად ვითარდება შემაერთი ქსოვილი. ანთებითი „სიმსივნე" ნაწლავის სანათურის შევიწროებას და ქრონიკული გაუვალობის ნიშნებს იძლევა. ზოგჯერ ისინჯება სიმსივნე. ანთებითი „სიმსივნის" საბოლოო დიაგნოზი მხოლოდ მიკროსკოპული გამოკვლევით ისმება.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა ოპერაციულია. კეთდება ნაწლავის რეზექცია ანთებითი „სიმსივნის" ამოკვეთით. როდესაც რადიკალური ოპერაციის წარმოება ვრცელი შეხორცებების გამო შეუძლებელია, მიმართავენ შემოვლით ანასტომოზს (რის შედეგად ანთებითი „სიმსივნე" ზოგჯერ სრულიად ქრება; ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობისა და სრული გაუვალობის დროს პირველ მომენტად ზოგჯერ ედება განავლოვანი ხვრელმილი.

ნაწლავის ტუბერკულოზი

ნაწლავის ტუბერკულოზი ვითარდება თეძოს ნაწლავის ტერმინალურ ნაწილში ან ყველაზე ხშირად ბრმა ნაწლავში. ტუბერკულოზის ჩხირი შეიჭრება ჰემატოგენური ან ენტეროგენული გზით (განსაკუთრებით, როდესაც ფილტვების ტუბერკულოზით დაავადებული ნახველთან ერთად ყლაპავს ტუბერკულოზის ჩხირებს). წვრილ ნაწლავზე ტუბერკულოზური წყლული განვითარდება, ამიტომ დანაწიბურებისას ხშირად ვითარდება ბეკდისებრი შევიწროება და გაუვალობის ნიშნები: შეტევითი ტკივილი, გაძლიერებული პერისტალტიკა, პირღებინება. ზოგჯერ მას წინ უსწრებს ფაღარათი. რენტგენოსკოპიით ხშირად აღინიშნება კლოუბერის ფიალები.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა ოპ ე რ ა ც ი უ ლ ი ა. კეთდება დაავადებული ნაწლავის ამოკვეთა ან შემოვლითი ენტეროანასტომოზი.

ბ რ მ ა ნ ა წ ლ ა ვ ი ს ტ უ ბ ე რ კ უ ლ ო ზ ი ნაწლავის სანათურის შევიწროების გამო იძლევა ობტურაციულ გაუვალობას, რენტგენოლოგიურად ნაწლავის შევიწროებას. პალპაციით აღინიშნება სადა ზედაპირის მოგრძო ფორმის ფიქსირებული სიმსივნე, რის გამოც იგი ზოგჯერ აპენდიკულარულ ინფილტრატს წააგავს. ნაწლავის კიბოსაგან გარჩევაში გვეხმარება ასაკი, კიბო ხანში შესულ და ხნიერ ასაკში გვხვდება. შედარებით მოძრავი სიმსივნე და განავალში თითქმის ყოველთვის სისხლი კიბოს სასარგებლოდ მიუთითებს.

ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო ზოგად მკურნალობასთან ერთად კეთდება ბრმა ნაწლავისა და მასთან მცირე სიგრძეზე მიმდებარე დაავადებული ასწვრივი კოლინჯისა და თეძოს ნაწლავის ამოკვეთა. როდესაც მისი შესრულება შეუძლებელია, გამოიყენება ილეოკოლოტრანსვერზოსტომია.

ნაწლავის აქტინომიკოზი

ნაწლავის, მათ შორის წვრილი ნაწლავის აქტინომიკოზი ფრიად იშვიათია. იგი შედარებით ხშირია ბრმა- და ჭიანაწლავში. პროცესი იწყება ლორწოვანი გარსიდან და ვრცელდება ნაწლავის ყველა შრეზე, ირგვლივ ორგანოებსა და განსაკუთრებით მუცლის კედელზე. ვითარდება მკვრივი ინფილტრატი მრავლობითი ხვრელმილებით და თხიერი ჩირქოვანი გამონადენით. მასში აქტინომიკოზის გამომწვევი სოკოს აღმოჩენა საბოლოოდ არკვევს დიაგნოზს.

ნაწლავის გაურთულებელ აქტინომიკოზს მუცელში ტკივილი, შემცივნება და ფაღარათი ახასიათებს. გართულებამდე (ჩირქოვანი ხვრელმილების განვითარებამდე) მისი გამოცნობა ადვილი არაა. გარკვეულ დახმარებას იმუნორეა-

ქცია გვიწევს. მკურნალობისათვის გამოიყენება იმუნოთერაპია, რენტგენთერაპია, იოდი და ანტიბიოტიკები. ნაწლავის მხოლოდ იზოლირებული აქტინომიკოზის დროს შეიძლება მისი რეზექცია.

ნაწლავის სიფილისი

სიფილისი ხშირად აზიანებს წვრილ ნაწლავს. გუმისა და წყლულის ადგილას ვითარდება ნაწლავის ცილინდრული შევიწროების უბნები. ავადმყოფს აწუხებს ტკივილი და გაუვალობის მოვლენები.

ნაწლავის სიფილისის დიაგნოზის დასმა ძნელია. გარკვეული დახმარება შეიძლება გაგვიწიოს ანამნეზმა, სეროლოგიურმა რეაქციამ, საცდელმა ანტილუესურმა მკურნალობამ.

გაუვალობის დროს კეთდება ოპერაცია.

ნაწლავის ლიმფოგრანულომატოზი

იგი შედარებით ხშირია საშუალო ასაკის მამაკაცებში, ისიც მლივი ნაწლავის დასაწყისში. ხშირად გვხვდება რამდენიმე ადგილას. ზოგჯერ იგი ზოგადი ლიმფოგრანულომატოზის გამოვლინებაა. არჩევენ მის ენდოფიტურ და ეგზოფიტურ ფორმას. ორივეს ნაწლავის შევიწროება, გაუვალობის (განსაკუთრებით მაღალი) მოვლენები და ნაწლავების მხრივ დისპეპტიკური მოვლენები (ფაღარათი, შეკრულობა, ტკივილი) ახასიათებს.

ოპერაციამდე და განსაკუთრებით მიკროსკოპულ გამოკვლევამდე ნაწლავის ლიმფოგრანულომატოზის ამოცნობა (თუ იგი ზოგადი ლიმფოგრანულომატოზს არ ახლავს) ძნელია.

გაუვალობის დროს კეთდება წვრილი ნაწლავის რეზექცია ლიმფურ კვანძებთან და ჯორჯლის ნაწილთან ერთად.

ნაწლავის სიმსივნეები

ნაწლავის კეთილთვისებიანი სიმსივნეებიდან გვხვდება: ნეიროფიბრომა, ლიპომა, ლეიმიომა, ჰემანგიომები. სიმსივნე ოდენობის მიხედვით ზოგჯერ იძლევა გაუვალობას (ობტურაციას, ინვაგინაციას).

დიაგნოზის დასმაში შეიძლება დაგვეხმაროს რენტგენოლოგიური გამოკვლევა. მეტწილად სწორი დიაგნოზი ოპერაციითა და შემდგომი მიკროსკოპული შესწავლით დგინდება.

მკურნალობა ოპერაციულია. ხშირად სიმსივნესთან ერთად კეთდება ნაწლავის რეზექცია.

კეთილთვისებიანი სიმსივნეებიდან განსაკუთრებით საინტერესოა პოლიპი (ერთეული) და პოლიპოზი (მრავლობითი), რომლებიც ეპითელარული სიმსივნეებია: ზოგჯერ იგი ქრონიკული კოლიტის შედეგად ვითარდება. პოლიპოზი ხშირია მსხვილ ნაწლავში, განსაკუთრებით მის მარცხენა ნახევარში.

დაავადება ხანგრძლივად მიმდინარეობს. ზოგჯერ მას კოლიტის ნიშნები (ლორწოიან-ჩირქიანი, სისხლიანი ფაღარათი) ახასიათებს და ხანგრძლივი მიმდინარეობით ძლიერ ასუსტებს ავადმყოფს. არც ისე იშვიათად პოლიპოზი ნაწლავის მკვეთრ შევიწროებას და ქრონიკულ გაუვალობას ან სისხლდენის მოვლენებს იძლევა.

დიაგნოზის დასმაში სათანადო კლინიკური ნიშნების არსებობისას გეეხმარება თითით გამოკვლევა, რექტო-რომანოსკოპია და რენტგენოლოგიური გამოკვლევა.

პოლიპი და განსაკუთრებით პოლიპოზი პრეკანცერად ითვლება და ამოცნობისთანავე მოცილებულ უნდა იქნეს. პოლიპოზის დროს კეთდება ნაწლავის დაავადებული ნაწილის რეზექცია ან კოლექტომია და ილეოპროქტოსტომია.

ავთვისებიანი სიმსივნეებიდან აღსანიშნავია წვრილი ნაწლავის სარკომა, კიბო და მსხვილი ნაწლავის კიბო.

წ ვ რ ი ლ ი ნ ა წ ლ ა ვ ი ს ს ა რ კ ო მ ა გაცილებით ხშირია, ვიდრე კიბო. სარკომით უმთავრესად ვაუები ავადდებიან. ნაწლავის სარკომას გარკვეული სიმპტომოკომპლექსი არ აქვს. ზოგჯერ აღინიშნება ტემპერატურის მომატება, სიმსივნის დისემინაცია, ასციტი, დაგვიანებულ შემთხვევაში ზოგჯერ ნაწლავის გაუვალობის მოვლენები. წვრილი ნაწლავის სარკომის დროს აღნიშნულია ნაწლავის ზომაზე მეტად გაგანიერება, ზოგჯერ სისხლდენა.

მკურნალობა დაავადებული ნაწლავის რადიკალურ რეზექციას მოითხოვს. ერთეულ შემთხვევებში შორეული შედეგები დამაკმაყოფილებელია.

წ ვ რ ი ლ ი ნ ა წ ლ ა ვ ი ს კ ი ბ ო ფრიად იშვიათია. იგი ხანშიშესულ პირებში გვხვდება ადენოკარცინომის სახით. მისი ამოცნობა ოპერაციამდე მეტად ძნელია. გარკვეულ დახმარებას გვიწევს თითქოს უმიზეზოდ წვრილი ნაწლავის გაძლიერებული პერისტალტიკა, რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, განავალში ფარული სისხლდენის დადგენა, შარდში ინდიკანის მომატება.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა ოპერაციულია. წვრილი ნაწლავის გაფართოებული რადიკალური რეზექცია სიმსივნიდან საკმაოდ მოშორებით, ჯორჯლის ნაწილთან და ლიმფურ კვანძებთან ერთად. მძიმე შემთხვევაში პირველ მომენტად კეთდება შემოვლითი ენტეროანასტომოზი.

მ ს ხ ვ ი ლ ი ნ ა წ ლ ა ვ ი ს კ ი ბ ო უფრო ხშირად ხანში შესულ პირებში, ზოგჯერ საშუალო ასაკში და იშვიათად ახალგაზრდებში გვხვდება. მსხვილი ნაწლავის კიბო გაცილებით ხშირია ქალებში. დაავადების ხელშემწყობი მიზეზია ქრონიკული წყლულოვანი კოლიტი, პოლიპოზი, სისტემატური შეკრულობა. კუჭის, საყლაპავის და სწორი ნაწლავის კიბოს შემდეგ მსხვილი ნაწლავის კიბოა გავრცელებული. ყველაზე ხშირად იგი ბრმა ნაწლავსა და სიგმურ კოლონჯში გვხვდება, შემდეგ კოლინჯის მარჯვენა და მარცხენა კუთხეში და ბოლოს განივ კოლინჯში.

დაავადება მეტად შემპარავად და უსიმპტომოდ იწყება. პირველ ხანებში შეიძლება ადგილი ექნეს მადის გაცუდებას, გულისრევას, ხშირ შეკრულობას, რომელიც ხშირად იცვლება ფაღარათით, განსაკუთრებით სიგმის კიბოს დროს. კიბოს ინფილტრაციული ფორმის დროს ჭარბობს შევიწრეობისა და ობტურაციული გაუვალობის მოვლენები: გაძლიერებული ტკივილი, შებერილობა, შეკრულობა, შემდგომში ლორწოვან-ჩირქოვანსისხლიანი ფაღარათი, ძლიერი ყურყური, სითხის გადასხმის შეგრძნება და გაძლიერებული პერისტალტიკა, სიმსივნით გამოწვეული დაბრკოლების ზევით. გაუვალობის მოვლენები განსაკუთრებით დამახასიათებელია მსხვილი ნაწლავის მარცხენა ნახევრის კიბოსათვის (სიგმური ნაწლავი, კოლინჯის მარცხენა კუთხე). მსხვილი ნაწლავის კიბო (განსაკუთრებით ბრმა ნაწლავის) იძლევა მკვეთრად გამოხატულ მეორად ანემიას. განავალში ყოველთვის აღინიშნება ფარული სისხლდენა. კიბოს დროს სისხლდენა ზოგჯერ ძლიერი ინტენსივობისაა.

მსხვილი ნაწლავის კიბოთი განვითარებული სისხლდენის დროს სისხლი მხოლოდ ოდნავ მუქია და არასდროს არ არის ისეთი კუპრისფერი, როგორიც კუჭიდან, ან თორმეტგოჯა ნაწლავიდან სისხლდენის შემთხვევაში, ნაწლავში არსებული გოგირდწყალბადი ჰემოგლობინის რკინაზე ვერ ასწრებს ისეთ მოქმედებას, რომ გოგირდრკინა (რომელიც განავალს შავ ფერს აძლევს) დიდი რაოდენობით წარმოიქმნას.

მოგვიანებით პერიოდში მსხვილი ნაწლავის ზოგიერთი მიდამოს სიმსივნე ხელითაც ისინჯება. ადგილმდებარეობის, აგრეთვე მეორადი ანთებითი ცვლილებების ნაკლებად განვითარების მიხედვით სიმსივნე შეიძლება საკმაოდ მოძრავი იყოს. სიმსივნის ფიქსაცია (თითქოს ინოპერაბილური) ან გადიდებული ლიმფური კვანძები ხშირად ანთებითი ხასიათისაა და არა სიმსივნური.

დიაგნოზის საბოლოოდ დასმაში კლინიკურ ნიშნებთან ერთად გვეხმარება რექტორომანსკოპია, რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, განსაკუთრებით საკონტრასტო მასის ოყნით შეყვანისას (შევიწროება, მომტანი ნაწილის გაგანიერება, ავსების დეფექტი).

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა მხოლოდ ოპერაციულია.

ბრმა ნაწლავის, ასწვრივი კოლინჯის ან მარჯვენა კუთხის კიბოს დროს კეთდება მარჯვენა მხრივი ჰემიკოლექტომია და ილეოკოლოტრანსვერზოსტომია. სიგმური კოლინჯის კიბოს დროს — მისი ამოკვეთა, ზოგჯერ მარცხენა ჰემიკოლექტომია; დარჩენილი განივი კოლინჯი ეკერება სწორ ნაწლავს. გაუვალობის მოვლენების დროს, როდესაც ავადმყოფის მდგომარეობაც მძიმეა, დაბრკოლების ზევით ხდება სტომის დადება შიგთავსისგან დაცლისა და ავადმყოფის მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით. სიმსივნის ამოკვეთა მეორე მომენტად გადაიდება. შეიძლება სიმსივნის რეზექცია და ანუსის დადება.

მ ს ხ ვ ი ლ ი ნ ა წ ლ ა ვ ი ს ს ა რ კ ო მ ა იშვიათია. იგი შეიძლება განვითარდეს ბრმა ნაწლავში, შედარებით ახალგაზრდა ასაკში, და ისიც მამაკაცებში. კლინიკა წააგავს მსხვილი ნაწლავის კიბოს.

მკურნალობა მხოლოდ რადიკალური ოპერაციაა. ლიმფოსარკომის დროს შეიძლება ოპერაციის შემდეგ რენტგენოთერაპია.

ნაწლავის ქვები

იშვიათად ნაწლავში, უფრო ხშირად მსხვილ ნაწლავში, ვითარდება სხვადასხვა ოდენობის ქვები. ერთ შემთხვევაში განავლოვანი მასის ორგანული და ნაწილობრივ არაორგანული ნივთიერებისაგან ვითარდება კოპროლიტი, და მეორე შემთხვევაში არაორგანული კიროვანი მარილებისაგან, რომლის ცენტრში რაიმე უცხო სხეულია — ენტეროლიტი. ზოგჯერ ქვა შეიძლება კუჭიდან მოხვდეს ნაწლავში ან იგი თავიდანვე ნაწლავში განვითარდეს — ფიტობეზოარი, ბორტობეზოარი (ბაღის ქვები), პანტისაგან, ნაყოფის კურკებისაგან, საჭმლის ბასებისაგან, კვეთისაგან და სხვ. იშვიათად შესაძლოა ნაღვლის ბუშტიდან ნაწლავში შეიჭრას ქვები ნაწლავსა და ამ ორგანოთა შორის ხვრელმილის არსებობისას.

დიაგნოზის დასმაში ზოგჯერ გვეხმარება რენტგენოლოგიური გამოკვლევა.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა, როდესაც დიაგნოზი ცნობილია და ქვები მსხვილ ნაწლავშია, შესაძლოა ვესინჯოთ გამორეცხვა. სწორი ნაწლავიდან ზოგჯერ მისი გამოღება შეიძლება ვაწარმოოთ თითითაც. სხვა შემთხვევაში ნაწლავის ქვები ენტეროტომიით ამოიღება.

ნაწლავის პნევმატოზი მეტად იშვიათი დაავადებაა; შედარებით ხშირია ვაჟებში, და წყლულოვანი დაავადების დროს. ნაწლავის ყველა შრის, განსაკუთრებით სეროზული გარსის, ქვეშ გროვდება სხვადასხვა (ზოგჯერ ყურძნის მარცვლის) ოდენობის ბუშტუკები.

პნევმატოზი შედარებით ხშირია წვრილ ნაწლავზე, ზოგჯერ ჯორჯალსა და პარიესულ პერიტონეუმზეც. პნევმატოზის განვითარების მიზეზი უცნობია. გარკვეულ მნიშვნელობას აძლევენ ნაწლავის ლორწოვანის დაზიანების დროს მუცლის შიდაწნევის სისტემატურ გადიდებას დაავადების თუ პროფესიის გამო. გამორიცხული არაა ინფექციის როლიც.

პნევმატოზის ამოცნობა ოპერაციამდე არ ხერხდება, თუნდაც იგი გაუვალობის ან პერიტონიტის მოვლენებს იძლეოდეს. ავადმყოფი ყოველთვის სხვა დიაგნოზით მიდის ოპერაციაზე.

მნიშვნელობას აძლევენ რენტგენოსკოპიით დიაფრაგმისა და ღვიძლის შორის ნახევარმთვარისებრი გამჭვირვალე ზონის აღმოჩენას, რომელიც ავადმყოფის ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში რენტგენოსკოპიის დროს ქრება (მოროს ნიშანი).

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. მხოლოდ გაუვალობის დროს, თუ მისი მიზეზი პნევმატოზით შეცვლილი ნაწლავია, კეთდება რეზექცია. სხვა შემთხვევაში პნევმატოზი მკურნალობას არ საჭიროებს. არ ურჩევენ მის გაჩხვლეტასაც (ინფექცია).

ჯორჯლის დაავადებანი

გ ა ნ ვ ი თ ა რ ე ბ ი ს მ ი ზ ე ზ ი. შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ნაკლები ან მეტი სიგრძის და განის ჯორჯალს, ზოგჯერ დეფექტით, საერთო ჯორჯალს ყველა ნაწლავისათვის; შედარებით უფრო ხშირად თეძო-ბრმა ნაწლავისათვის, რაც ხანდახან გაუვალობის მიზეზს წარმოადგენს.

თეძო-ბრმა ნაწლავის საერთო ჯორჯლის დროს ბრმა ნაწლავი მოძრავია. ამ დროს ავადმყოფს ხშირად ქრონიკული აპენდიციტის ნიშნები აქვს. მოძრავი ბრმა ნაწლავი ხშირად განიცდის შემოგრეხას.

ცეკოფიქსაცია ან ცეკოპლიკაცია ყოველთვის არ უზრუნველყოფს ტკივილისა და გაუვალობისაგან.

მ ე ზ ე ნ ტ ე რ ი ტ ი ხშირია პერიტონიტის დროს, ზოგჯერ დამოუკიდებლადაც. ადგილი აქვს ჯორჯლის შეშუპებას და ლიმფური კვანძების გადიდებას, რასაც ტკივილი და ზოგჯერ ნაწლავის გაუვალობის ნიშნები მოჰყვება. ხშირია მეზოსიგმოიდიტი, მის შედეგად სიგმის ფეხების დაახლოება (ორლულა სიგმური კოლინჯი) და შემოგრეხა.

მ წ ვ ა ვ ე მ ე ზ ე ნ ტ ე რ უ ლ ი ლ ი მ ფ ა დ ე ნ ი ტ ი შეიძლება განვითარდეს ბავშვებსა და ახალგაზრდებში ანგინის ან გრიპოზული ინფექციის დროს. დამახასიათებელია მწვავე მუცლის და ანთების ნიშნები. ამიტომ ავადმყოფს ხშირად უკეთდება ოპერაცია მწვავე აპენდიციტის ან გაუვალობის დიაგნოზით. ლაპაროტომიის დროს ნახულობენ გადიდებულ მეზენტერულ ლიმფურ კვანძებს, ზოგჯერ გამონადენს. ანტიბიოტიკები კარგ შედეგს იძლევა.

ტუბერკულოზური მეზადენიტი

მეზენტერული ლიმფური კვანძების ტუბერკულოზი ხშირია ბავშვებში და ახალგაზრდებში. განსაკუთრებით ჯორჯლის ძირის და ილეოცეკალური კუთხის ლიმფური კვანძებისა. ზოგჯერ ანთება ვითარდება პაკეთის მსგავსად. დამახასიათებელია ხანმოკლე, შეტევითი ხასიათის, გაფანტული ტკივილი მუცელში. სუბფებრილური ტემპერატურა, გამხდრობა, უმადობა, ანემია, პალპაციით მტკივნეულობა აღინიშნება ჭიპის ირგვლივ, ზოგჯერ ილეოცეკალურ კუთხეში.

სხვა დაავადებებისაგან, განსაკუთრებით აპენდიციტისაგან, გარჩევაში გვეხმარება შედარებით ნაკლები ინტენსივობის და არამუდმივი ტკივილი, უფრო მეტად ჭიპის ირგვლივ, კუნთთა ნაკლები დაჭიმულობა. დაავადების ხანგრძლივი მიმდინარეობა, ზოგადი მოვლენები, პირკესა და მანტუს დადებითი რეაქცია და ზოგჯერ სხვა ორგანოთა ტუბერკულოზის ერთდროულად არსებობა.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. ზოგად გამმაგრებელ საშუალებებთან ერთად კარგი შედეგი მოაქვს სტრეპტომიცინს, ფთივაზიდს. პერიტონიტის მოვლენებისას კეთდება ლაპაროტომია, სტრეპტომიცინი ადგილობრივად (მიკროირიგატორით) და ზოგადად.

ჯორჯლის ცისტები

ნამდვილი ცისტა (ენტერო, დერმოიდული ან სხვ.) იშვიათია. შედარებით ხშირია ცრუ ცისტა (ჰემატომის შედეგად, ხილოზური, ექინოკოკური), ზოგჯერ საკმაოდ დიდი ოდენობის. ადგილმდებარეობის მიხედვით ცისტა შეიძლება მოძრავი იყოს. ასეთი ცისტა ზოგჯერ განიცდის შემოგრეხას. ნაწლავზე ზეწოლით ცისტა იძლევა გაუვალობის მოვლენებს, დაშლისას — პერიტონიტის ნიშნებს. გამოცნობა ოპერაციამდე ადვილი არაა.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა ოპერაციულია. სიმსივნეს ამოვკვეთავთ (ხშირად ამოკარკვლა). თუ ამის აუცილებლობაა, ხდება ნაწლავის რეზექცია. იშვიათად — ცისტის მარსუპიალიზაცია.

ჯორჯლის სიმსივნეები

ჯ ო რ ჯ ლ ი ს კ ე თ ი ლ თ ვ ი ს ე ბ ი ა ნ ი ს ი მ ს ი ვ ნ ე ე ბ ი იშვიათია: შეიძლება შეგვხვდეს ფიბრომა, ჰემანგიომა, ლიმფანგიომა. ისინი ხშირად დიდ ოდენობას აღწევენ, სადა ზედაპირი აქვთ. ჰემანგიომა ნაწლავზე ჩაზრდისას ზოგჯერ პროფუზულ სისხლდენას იძლევა. მისი წინასწარ ამოცნობა არ ხერხდება, რის გამოც ხშირად ცისტის დიაგნოზი ისმება.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა: სიმსივნის ამოკვეთა ზოგჯერ ნაწლავის რეზექციასთან ერთად.

ჯ ო რ ჯ ლ ი ს ა ვ თ ვ ი ს ე ბ ი ა ნ ი სიმსივნეებიდან შეიძლება განვითარდეს ლიმფოსარკომა. მას მეტად სწრაფი ზრდა ახასიათებს. მკურნალობა სიმსივნის რადიკალურ მოშორებას მოითხოვს ნაწლავთან ერთად.

ჯორჯლის სისხლძარღვთა თრომბოზი

ჯორჯლის სისხლძარღვთა თრომბოზი შედარებით იშვიათი დაავადებაა. იგი გაცილებით ხშირია 50 წლის შემდეგ. მაგრამ გვხვდება შედარებით ახალ-

გაზრდა ასაკშიც. მისი წარმოშობის მიზეზია უფრო ხშირად გულ-სისხლძარღვთა დაავადება. აგრეთვე ჩირქოვანი პერიტონიტი, სპლენოთრომბოზი და სხვ. ამიტომ ანამნეზს მის გამოცნობაში უაღრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს.

ჯორჯლის არტერიის თრომბოზით გართულებას ხშირად იძლევა რევმატული და სეპტიკური ენდოკარდიტი, გულის სარქველთა მანკი, ცხიმოვანი გული, მიოკარდიტი, აგრეთვე ქრონიკული აორტიტი, აორტის ანევრიზმა და სხვ. იგი გვხვდება ძირითადად არტერიოსკლეროზული ცვლილებების დროს ათეროსკლეროზულ დაავადებულებში, შემდეგ ენდარტერიტით ავადმყოფებში, ზოგიერთი ინფექციური დაავადების ფონზე და სხვ.

დაავადების განვითარებაში მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ჯორჯლის ვენების თრომბოზს. რაც აღინიშნება როგორც მუცლის ღრუს მთელი რიგი დაავადებების (აპენდიციტი, ენტერიტი, ნაწლავთა წყლული), ისე ორგანიზმის სხვადასხვა მიდამოს ანთებითი პროცესების დროს.

ამგვარად, ჯორჯლის სისხლძარღვების თრომბოზს საფუძვლად საკმაოდ მრავალგვარი მიზეზი უდევს. მაგრამ გაცილებით ხშირია გულით ავადმყოფებში (ხშირად არითმია), არტერიოსკლეროზით და ჰიპერტონიით დაავადებულებში, ვისაც თრომბოზისადმი მიდრეკილება აქვს.

შეიძლება ადგილი ექნეს ჯორჯლის სისხლძარღვთა სპაზმს, ემბოლიას ან თრომბოზს. თრომბოზი შეიძლება განვითარდეს არტერიაში, ზოგჯერ ვენაში ან ორივეში ერთად. სისხლის მიმოქცევის მოშლა მეტწილად ვითარდება ემბოლიის გამო, რომელიც ჯორჯლის ზემო არტერიაში გაცილებით ხშირია, ვიდრე ჯორჯლის ქვემო არტერიაში. პირველ შემთხვევაში დაზიანებას განიცდის მთელი წვრილი ნაწლავი და მსხვილი ნაწლავის მარჯვენა ნახევარი, მეორე შემთხვევაში — მსხვილი ნაწლავის მარცხენა ნახევარი. სისხლძარღვთა ემბოლიის შედეგად თითქმის ყოველთვის წარმოიშობა ჰემორაგიული ინფარქტი, რაც ნაწლავისა და მისი ჯორჯლის დიდი ნაწილის დაზიანებას იწვევს. ამ დაზიანებას ნაწლავი სპაზმით ან დამბლით უპასუხებს. ნაწლავის სპაზმის დროს სანათურში ვითარდება ჰემორაგიული ექსუდაცია, რასაც კლინიკურად შემთხვევათა ნახევარში და ისიც მოგვიანებით თან სდევს სისხლიანი ფაღარათი ან სისხლიანი პირღებინება. ნაწლავის დამბლა კი პარალიზურ გაუვალობას იძლევა.

სუბიექტური ნიშნებიდან მთავარია მთელ მუცლის არეში უეცრად განვითარებული უმწვავესი ტკივილი; იგი იმდენად ძლიერია, რომ მას ვერ აწყნარებს მორფიუმი. ამიტომაც იგი ხშირად ეშლებათ პანკრეატიტთან. ტკივილი ზოგჯერ ლოკალიზდება ეპიგასტრიუმის, ჭიპის, ილეოცეკალურ კუთხეში ან მუცლის სხვა რომელიმე მიდამოში და ირადიაციას იძლევა ზურგში.

ობიექტური ნიშნებიდან ყურადღებას იპყრობს ავადმყოფის მეტად მძიმე კოლაფსის მდგომარეობა, ტემპერატურის დაცემა პირველ ხანებში, შემდეგ მომატება, მკვეთრი ფერმკრთალობა, სახეზე ცივი ოფლი, ტუჩებისა და თითის წვერების ციანოზი; პულსი სუსტი ავსების და ძაფისებურია. მიუხედავად ამისა, მწვავე მუცლის სხვა მიზეზისაგან განსხვავებით სისხლის წნევა პირველ ხანებში მკვეთრად იმატებს (ნ. ბლინოვის ნიშანი) და კვლავ პროგრესულად ქვეითდება სოკვდილის წინ. დასაწყისში მუცლის შებერილობას შეიძლება ადგილი არ ექნეს. მოგვიანებით კი იგი შებერილია, მუცელი სუნთქვაში მონაწილეობს, პალპაციით რბილი და მტკივნეულია, განსაკუთრებით თრომბოზის მიდამო, პერისტალტიკა თითქმის არასდროს არ აღინიშნება, თანმხლები ნიშნებიდან წვრილი ნაწლავის ჯორჯლის ზემო ნაწილის სისხლძარღვთა თრომბოზის დროს ყურად-

ღებას იპყრობს ხშირი პირღებინება, ზოგჯერ ყავისფერი მასით, მოგვიანებით კი სისხლის კოლტებით და ალისფერი სისხლით. ჯორჯლის ქვემო ნაწილის სისხლძარღვთა დაზიანებისას შედარებით ხშირია თხიერი და სისხლიანი განავალი. დაავადების მძაფრი დაწყებისა და მიმდინარეობის შემთხვევაში ორებზე და განავალზე მოქმედების შეწყვეტა.

ლაბორატორიული მონაცემებიდან აღსანიშნავია მკვეთრი ლეიკოციტოზი მაღალი ნეიტროფილოზით და მარცხნივ გადახრა ახალგაზრდა ფორმების გამოჩენამდე. ზოგჯერ, როგორც სითხეების დაკარგვისა და გაუვალობის დროს, შესაძლოა, აღინიშნებოდეს ერითროციტოზი და ჰემოგლობინის მკვეთრი მომატება.

დიაგნოზი დაავადების სწრაფი განვითარებისა და მძიმე კოლაფსის გამო ხშირად ძნელია. მართალია, დაავადება უმთავრესად სწრაფად მიმდინარეობს და 24—48 საათში სიკვდილით მთავრდება, მაგრამ არის შემთხვევები. როდესაც მის მიმდინარეობაში აღინიშნება ერთგვარი პერიოდულობა, იგი ისე ჩქარა არ ვითარდება და რამდენიმე დღეს გრძელდება. იშვიათად, მაგრამ მაინც, აღწერილია თვითგანკურნების შემთხვევებიც. ჯორჯლის სისხლძარღვთა თრომბოზის დროს რაიმე ერთგვარი, გარკვეული სიმპტომები არ არსებობს, რადგან ერთდროულად აღინიშნება ნაწლავთა გაუვალობის, პერიტონიტის და ზოგჯერ შინაგანი სისხლდენის მოვლენები.

დაავადების გამოცნობაში განსაკუთრებით გვეხმარება ანამნეზური მონაცემები. როდესაც მუცელში მწვავე ტკივილი დაეწყება ხანში შესულ არტერიოსკლეროზით დაავადებულ ან მოხუც პირს, ხოლო მუცლის მხრივ მოვლენები, ძლიერი ტკივილის გარდა, პირველ ხანებში ნაკლებადაა გამოხატული, თუ ამას ემატება გულის დაავადება, ხშირად არითმია, როდესაც არსებობს ემბოლიის ან თრომბოზის წყარო და ახლო წარსულში გადაუტანია რაიმე ინფექცია. ჯორჯლის სისხლძარღვთა თრომბოზის დიაგნოზი შედარებით დაბეჯითებით შეგვიძლია ვიწინასწარმეტყველოთ.

ნაწლავის ინფარქტი შეიძლება შეგვეშალოს ნაწლავთა სტრანგულაციურ გაუვალობაში, კუჭის წყლულის ან აპენდიციტის შედეგად განვითარებულ პერიტონიტში და სხვ.

ნაწლავთა სტრანგულაციური გაუვალობიდან განსხვავებით ჯორჯლის სისხლძარღვთა ემბოლიის დროს არ აღინიშნება ნაწლავთა გაძლიერებული პერისტალტიკა. არტერიული წნევა სტრანგულაციური გაუვალობის დროს მკვეთრად ეცემა დაავადების დაწყებისთანავე. რენტგენოლოგიურად აღინიშნება სითხის ჰორიზონტალური დონეები. თრომბოზის დროს კი მხოლოდ მოგვიანებით ეცემა არტერიული წნევა — ისიც დინამიკური გაუვალობისათვის დამახასიათებელი.

პერფორაციული პერიტონიტის დროს მაშინვე იწყება პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნები, ჯორჯლის არტერიის ემბოლიის დროს მუცელი ხანგრძლივი დროის განმავლობაში რჩება რბილი. ბლუმბერგის ნიშანი უარყოფითია და საერთოდ პირველად ადგილი არ აქვს პერიტონეუმის გაღიზიანების მოვლენებს. მწვავე პანკრეატიტთან გარჩევა ადვილი არაა, განსაკუთრებით გვეხმარება შარდსა და სისხლში დიასტაზის მომატება პანკრეატიტის დროს, ხოლო სისხლის წნევა ნორმალური ან დაქვეითებულია და ისეთი მომატება არ აღინიშნება, როგორიც ემბოლიის დროს.

ჯორჯლის სისხლძარღვთა თრომბოზის დროს სიკვდილობა დიდია. იგი ორგანიზმის ზოგადი დაავადების გართულებაა და არა დამოუკიდებელი დაავადება. ოპერაციით შეიძლება მხოლოდ ადგილობრივი პროცესის ლიკვიდაცია და არა თრომბოზის კერის მოსპობა.

მ კ ურ ნ ა ლ ო ბ ა კომპლექსურია, ოპერაციული და მედიკამენტური. ჯორჯლის სისხლძარღვთა თრომბოემბოლიის დროს დაუყოვნებლივ უნდა გაკეთდეს ოპერაცია. ოპერაციული დიაგნოზი აშკარად გამოხატული ნიშნების დროს ძნელი არაა. საეჭვო შემთხვევაში დადგენილ უნდა იქნეს არტერიის პულსაცია — დათვალიერებით და შეხებით. ვენების მდგომარეობის შესახებ მსჯელობენ მათი სავსეობისა და სისხლისაგან დაცლის უნარის მიხედვით. საჭიროა შეცვლილი ნაწლავის გაფართოებული რეზექცია; დიდ სიგრძეზე რეზექციის გაკეთებას არ უნდა ვერიდოთ, რადგან არის მეტად ვრცელი რეზექციის შემდეგ განკურნების შემთხვევები. რეზექცია აუცილებელია შეცვლილი ნაწლავიდან საკმაოდ მოშორებით. მხოლოდ უკიდურეს შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფის მდგომარეობა ნებას არ გვრთავს. შეიძლება შეცვლილი ნაწლავის გამოტანა მუცლის ღრუდან, ჯორჯლის ნოეოკაინით ბლოკადა. ჯორჯლის არტერიიდან ემბოლექტომია ფრიად იშვიათია და მხოლოდ ერთეულ შემთხვევაშია აღწერილი.

ნაწლავის რეზექციის შემდეგ თრომბოზის პროფილაქტიკისათვის აუცილებელია ენერგიული დიდი დოზებით ანტიკოაგულანტური მკურნალობა. ნაოპერაციევი ჭრილობიდან სისხლდენის შემცირების მიზნით მას დაიწყებთ 1—2 საათის შემდეგ. დღე-ღამის განმავლობაში 100—200 ათასი ერთეული ჰეპარინი — 3 ლიტრი ფიზიოლოგიური ხსნარით შეჰყავთ ვენაში. მდგომარეობის მიხედვით ზოგჯერ იგივე გრძელდება მეორე-მესამე დღეს. ან მეორე დღიდან ენიშნება სხვა ანტიკოაგულანტები (პელენტანი, ნეოდიკუმარინი, ფენილინი და სხვ.). ფართოდ გამოიყენონთ ტკივილდამწყნარებელი (პრომედოლი, პანტაპონი), სისხლძარღვთა გამაგანიერებელი (ატროპინი, პაპავერინი, ნიტროგლიცერინი), წელის ნოეოკაინური ბლოკადა (ოპერაციის დროს ჯორჯლის ბლოკადა), ანტიბიოტიკები და ზოგჯერ ფიბრინოლიზინი (სტრეპტოკინაზა, უროკინაზა). ოპერაციის დროს მის შემდეგ დროულად და სწორად ჩატარებულ შოკის საწინააღმდეგო ღონისძიებაზე, ავადმყოფის საერთო მდგომარეობასა და ოპერაციის შემდგომ ანტიკოაგულანტებით მეტად ენერგიულ მკურნალობაზეა დამოკიდებული ამ ფრიად მძიმე კონტიგენტის ავადმყოფთა გადარჩენა.

ნაწლავთა მწვავე გაუვალობა

ნაწლავის მწვავე გაუვალობა მუცლის ღრუს ერთ-ერთი უხშირესი მწვავე ქირურგიული დაავადებაა. ამ დაავადებას მუცლის ღრუს გადაუდებელ ქირურგიაში ფრიად მნიშვნელოვანი ადგილი სწორედ იმიტომ აქვს დათმობილი, რომ იგი სიკვდილობის ყველაზე მაღალ პროცენტს იძლევა. ნაკრები სტატისტიკური მასალით, 1955 წელს სიკვდილობის პროცენტი 13,8 უდრიდა (ვ. სტრუჩკოვი). იმავე წელს საქართველოში ნაწლავთა მწვავე გაუვალობით გამოწვეული სიკვდილობის პროცენტი 18,2 შეადგენდა (ვ. კვერენჩხილაძე). გაუვალობის ფორმის მიხედვით ნაოპერაციევთა საშუალო სიკვდილობა 8.1—37.0% შორის მერყეობს. იმავე წელს ქირურგთა XXVI საკავშირო ყრილობის მასალით, ნაწლავთა გაუვალობა მწვავე ქირურგიულ დაავადებათა 3.5%-ს შეადგენდა. ხოლო ამავე ჯგუფიდან ნაწლავის გაუვალობა დაღუპულთა 40%-ს აღწევდა. ნაწლავთა მწვავე გაუვალობა, რა სახითაც არ უნდა იყოს იგი, ყოველთვის მოითხოვს დაუყოვნებლივ ჰოსპიტალიზაციას და მეტწილად გადაუდებელ ოპერაციას, რომლის განხორციელება მხოლოდ სწრაფი და სწორი დიაგნოზის შედეგად შეიძლება.

ნაწლავის მწვავე გაუვალობის დროს სიკვდილის მიზეზია თვით დაავადების თავისებურება. არის შემთხვევები, როდესაც გაუვალობა ისეთი მძიმე ფორმით ვლინდება, რომ, სწორი და სწრაფი დახმარების მიუხედავად, ზოგჯერ სიკვდილით მთავრდება, მაგრამ მაინც მეტწილად ნაწლავის მწვავე გაუვალობის დროს სიკვდილის მიზეზი ავადმყოფის დაგვიანებული ქირურგიული დახმარებაა.

სანამ არ მოხერხდება ნაწლავის მწვავე გაუვალობის მხრივ საექვო ავადმყოფის ჰოსპიტალიზაცია, მანამ სიკვდილიანობის პროცენტი ამ დაავადების დროს კვლავ მაღალი იქნება. ამ მხრივ განსაკუთრებით უნდა გავამახვილოთ ყურადღება ზოგიერთ არსებით მომენტზე: მავნე და საზიანოა „ნაწილობრივი გაუვალობის" დიაგნოზით ავადმყოფის მკურნალობა ბინაზე. იგი ექიმის ყურადღებას ასუსტებს სწორედ მაშინ, როდესაც ყველაზე უფრო მეტად საჭიროა მისი მობილიზაცია ავადმყოფის სასწრაფო ჰოსპიტალიზაციისათვის. გაუვალობით დაავადებულის გადარჩენა შეიძლება, როდესაც ჯერ კიდევ არაა გაუვალობის ყველა ნიშანი, როდესაც დაავადების დასაწყისთან გვაქვს საქმე. ამის მაგიერ ავადმყოფს ზოგჯერ ამ პერიოდში ამშვიდებენ „ნაწილობრივი გაუვალობის" დიაგნოზით და ოპერაციისათვის არსებულ ხელსაყრელ მდგომარეობას არ იყენებენ.

ამას ხელს უწყობს ის გარემოებაც, რომ ზოგიერთები ჯერ კიდევ უფრო მეტად, ვიდრე ეს საჭიროა, ამახვილებენ ყურადღებას გაუვალობის იმ ფორმებზე (სპაზმური, პარალიზური), რომელთაც კონსერვატული მკურნალობა ესაჭიროება. სინამდვილეში კი ამ სახის გაუვალობა არცთუ ისე ხშირია.

გარდა ამისა, დინამიკური გაუვალობა, მაგალითად პარალიზური, ხშირად თან ახლავს სხვადასხვა სახის პერიტონიტს, ზოგჯერ გულმკერდის ორგანოთა დაავადებას — რეფლექსურად, ხოლო სპასტიკური გაუვალობა შედარებით იშვიათია. მათზე ყურადღების განსაკუთრებით გამახვილება მექანიკურ გაუვალობაზე საეჭვო ავადმყოფზე არ იქნებოდა მიზანშეწონილი (დაწერილებით იხ. ქვემოთ). ყოველ შემთხვევაში ამ სახის გაუვალობით ან მასზე საეჭვო ავადმყოფიც სჯობს ქირურგიულ განყოფილებაში მოთავსდეს.

ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის ზოგადი სიმპტომატოლოგია

ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის კლინიკა დამოკიდებულია მთელ რიგ ფაქტორებზე, რომელთაგან მთავარია გაუვალობის დონე. ნაწლავთა მაღალი გაუვალობა მეტად მძიმედ მიმდინარეობს და სწრაფად შეიძლება სიკვდილით დამთავრდეს. სულ სხვა სურათია დაბალი გაუვალობის დროს, როდესაც დაბრკოლებას ადგილი აქვს სიგმურ კოლინჯში ან სწორ ნაწლავში. ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა იცვლება ნაკლებად, შედარებით ნელა და კლინიკური ნიშნები ვითარდება თანდათანობით. განსაკუთრებული მნიშვნელობა დაავადების სურათის განვითარებაში აქვს გაუვალობის მექანიზმს, გაუვალობის სახეს და მის ხასიათს. თუ ობტურაციული გაუვალობა ნაკლებად გამოხატული ტკივილით მიმდინარეობს, სამაგიეროდ, სტრანგულაციური გაუვალობა, რომელსაც ჯორჯლის მიჭყლეტა და ნერვ-სისხლძარღვთა აპარატის ძლიერი გაღიზიანება ახასიათებს, იმდენად მკვეთრ ტკივილს იძლევა, რომ არც ისე იშვიათად ავადმყოფი შოკის მდგომარეობაში ვარდება. ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის სიმპტომები ძირითადად ორ ჯგუფად იყოფა: პირველს მიეკუთვნება დაავადების დასაწყისი ნიშნები, მეორეს — დაავადების განვითარების დროს ჩამოყალიბებული სიმპტომები.

ნ ა წ ლ ა ვ თ ა მ წ ვ ა ვ ე გ ა უ ვ ა ლ ო ბ ი ს პ ი რ ვ ე ლ ს ა ა თ ებ შ ი დამახასიათებელი ნიშნების მიღება შეიძლება ანამნეზიდან. ავადმყოფი დაავადების დასაწყისში აღნიშნავს ტკივილს მუცელში. პირღებინებას და აირებზე და განავალზე მოქმედების შეწყვეტას.

ტ კ ი ვ ი ლ ი მეტად სხვადასხვა ინტენსივობის და ლოკალიზაციისა ნაწლავთა გაუვალობის ყველაზე ნაადრევი და მუდმივი ნიშანია. ანთებითი ხასიათის მუდმივი ტკივილისაგან განსხვავებით ნაწლავთა გაუვალობის დროს ტკივილი, როგორც წესი, მოვლითი, შეტევითი ხასიათისაა. ზოგჯერ ტკივილი იმდენად ძლიერია, რომ ავადმყოფი შოკის მდგომარეობაში ვარდება.

პ ი რ ღ ებ ი ნ ებ ა ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის დროს სხვა ნიშნებთა შორის მეორე ადგილზეა. დასაწყისში იგი რეფლექსურია და თან სდევს ტკივილის დაწყებას, სხვა დაავადებისაგან განსხვავებით, პირღებინების შემდეგ ავადმყოფი შვებას ვერ ღებულობს. მაღალი გაუვალობის დროს პირღებინება ხშირი და განმეორებითია. დაბალი გაუვალობის დროს კი — იშვიათია და ზოგჯერ სულ არ აღინიშნება. ამ დროს ვითარდება მხოლოდ გულისრევა. როდესაც

გაუვალობას თან ერთვის პერიტონიტი, მაშინ პირღებინება მუდმივ ხასიათს ღებულობს.

ჭირებზე და განავალზე მოქმედების შეწყვეტა ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის ერთ-ერთი დამახასიათებელი ნიშანია. პირველ საათებში ზოგჯერ ამას შეიძლება ადგილი არ ექნეს. ზოგჯერ დაავადების დასაწყისში რეფლექსურად აღინიშნება ნაწლავების მოქმედება, ხშირად არასრულყოფილი.

პირველ საათებში მიღებული ანამნეზური მონაცემები დამახასიათებელია საერთოდ ნაწლავთა გაუვალობისათვის, გამოკვლევით მიღებული ხიშნები, განსაკუთრებით დაავადების განვითარების დროს, ნაწლავთა გაუვალობის სხვადასხვა სახისათვის მეტად სხვადასხვანაირია.

საერთო მდგომარეობა დამოკიდებულია გაუვალობის სახესა და მით გამოწვეული ტკივილის ინტენსივობაზე. რაც ძლიერია ტკივილი, ავადმყოფის მდგომარეობაც მეტად მძიმეა.

ტემპერატურა დაავადების დასაწყისში ხშირად ნორმალურია.

პულსი ხშირად აჩქარებულია, ენა სველი და ოდნავ შელესილია. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მუცლის გულდასმით და აუჩქარებელი დათვალიერებით მიღებული მონაცემები.

ყურადღება ექცევა მუცლის კონფიგურაციას, ნაწილობრივ ან დიფუზურ შებერილობას, ნაწლავთა პერისტალტიკას.

მუცელი ჩვეულებრივი კონფიგურაციისა, ზოგჯერ რამდენადმე შებერილია. დასაწყისში მუცლის შებერილობა შეიძლება არ აღინიშნებოდეს ან იგი იმდენად უმნიშვნელოა, რომ მხოლოდ გამოცდილ თვალს შეუძლია მისი შემჩნევა.

როდესაც არ შეიმჩნევა შებერილობა, იგი ყოველთვის არ უარყოფს გაუვალობას, განსაკუთრებით მსუქან პირებში, მით უფრო, თუ მაღალი გაუვალობაა. საერთოდ, მაღალი გაუვალობის დროს შებერილობა ნაკლებადაა გამოხატული. პალპაციით მუცელი რბილი და მტკივნეულია მთელი მუცლის არეში ან მის რომელიმე უბანში, ხშირად მტკივნეულობას ადგილი აქვს ჭიპის ირგვლივ. სტრანგულაციური გაუვალობის, განსაკუთრებით წვრილი ნაწლავის შემოგრეხის, დროს მკვეთრი მტკივნეულობა აღინიშნება შუახაზზე ჭიპიდან ორი თითით ქვევით (ტევენარის ნიშანი).

სწორი ნაწლავიდან თითით გამოკვლევისას ხშირად ყურადღებას იპყრობს გაბერილი და ცარიელი სწორი ნაწლავი ი. გრეკოვის ან, როგორც იგი ეძახდა, ობუხოვის საავადმყოფოს ნიშანი.

ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის პირველ საათებში იმდენად მცირე და თანაც მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული დაავადების საერთო ნიშნებია (ტკივილი მუცელში, პირღებინება, აირებზე და განავალზე მოქმედების შეწყვეტა). რომ შეიძლება ვიფიქროთ მწვავე აპენდიციტზე, მწვავე პანკრეატიტზე, გულის უკანა კედლის ინფარქტზე, გულის ანგინის ,ბდომინურ ფორმაზე ან ჰიპერტონიული დაავადების დროს მუცლის ღრუს სისხლძარღვთა სპაზმზე, თირკმლის ქვალზე, ენტეროკოლიტზე და სხვ. მართალია, აპენდიციტს, გაუვალობისაგან განსხვავებით, კუნთთა დაჭიმულობა ახასიათებს, მაგრამ იგი შეიძლება არ იყოს დასაწყისში. პანკრეატიტის დროს დაგვეხმარება ლაბორატორიული გამოკვლევა (დიასტაზა), სისხლძარღვთა სპაზმის დროს — სპაზმის მოქმედი

საშუალებები (ნიტროგლიცერინი, ატროპინი). ამიტომ დაავადების გაურკვეველი სურათის დროს პირველ საათებში (ორი საათი) აუცილებელია დაკვირვება, კონსერვატული მკურნალობა (სიფონის ოყნა, კუჭის ამორეცხვა, წელის ორმხრივი ნოვოკაინური ბლოკადა). როდესაც აირების გასვლის (ზოგჯერ გამოიყოფა მილში დარჩენილი ჰაერი, რომელიც ოყნის გაკეთების დროს შეჰყავთ ნაწლავში) მიუხედავად. ტკივილი მუცელში არ ქრება, საერთო მდგომარეობა ნაკლებად უმჯობესდება, ასეთ შემთხვევაში აუცილებელია ოპერაცია, მხოლოდ ნაწიბუროვანი დაავადების დროს განვითარებულ ნაწლავთა გაუვალობის შემთხვევაში შეიძლება მეტხანს დაკვირვება, თუ ამის ნებას ავადმყოფის მდგომარეობა იძლევა.

ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის ამოცნობა მისი შემდგომი განვითარების დროს პირველ საათებთან შედარებით ადვილია.

მუცლის დათვალიერება ამ დროისათვის უკვე მნიშვნელოვან მონაცემებს იძლევა. ზოგჯერ ერთ გარკვეულ ადგილას აღინიშნება შებერილობა, რის გამოც მუცელს ასიმეტრიული შესახედაობა აქვს. ლოკალური შებერილობა დაბრკოლების სავარაუდო ადგილის მაჩვენებელია. არათანაბარზომიერი შებერილობა გაუვალობის. უფრო სწორად. ნაწლავის მარყუჟის გაჭედვის უტყუარი ნიშანია.

ნ ა წ ლ ა ვ თ ა პ ე რ ი ს ტ ა ლ ტ ი კ ი ს გამოსავლინებლად საჭიროა რამდენიმე წუთით ვუკვირდებოდეთ მუცელს. ზოგჯერ საჭიროა მისი გამოწვევა პერკუსიით. ჩქმეტით. პალპაციით. ტკივილის გაძლიერებისას აღინიშნება ნაწლავთა პერისტალტიკური მოძრაობა ყოველთვის დაბრკოლების მიმართულებით. დაბრკოლების ადგილას პერისტალტიკა წყდება. ამ დროს მცირდება ან ზოგჯერ სრულიად ქრება ტკივილი. ნაწლავთა პარეზისა და დიფუზური შებერილობის დროს ნაწლავთა პერისტალტიკას ადგილი არ აქვს.

ნაწლავთა შესამჩნევი პერისტალტიკა (შლანგეს სიმპტომი), ისე როგორც ასიმეტრიული შებერილობა, ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის პათოგნომური ნიშანია. ნაწლავთა პერისტალტიკის აღმოჩენა შეიძლება მოსმენითაც. ნაწლავთა პერისტალტიკა. ჩვეულებრივ. დაავადების ნაადრევ პერიოდშია, სანამ განვითარდებოდეს ნაწლავთა პარეზი და ზოგადი შებერილობა.

მუცლის პერკუსიის დროს შებერილი ნაწლავის არეში ისმის მაღალი ტიმპანიტი. ირგვლივ ტიმპანიტი გაცილებით დაბალია (ვალის ნიშანი), თუ ამ ნიშნის შესრულებისას პლესიმეტრზე ჩაქუჩით პერკუსიას მოვისმენთ ფონენდოსკოპით, მაშინ ისმის მეტალური ელფერის ხმა (კივუალის ნიშანი).

გაბერილი ნაწლავი, რომელიც დიდი რაოდენობით შეიცავს სითხეს და აირს. მუცლის მსუბუქი შერხევისას იძლევა შხეფის ხმას (სკლიაროეის ნიშანი) ან კიდევ წვეთის დაცემის ხმას (ს. სპასოკუკოცკის ნიშანი).

რ ე ნ ტ გ ე ნ ო ლ ო გ ი უ რ ი გ ა მ ო კ ვ ლ ე ვ ა იძლევა დამახასიათებელ ჰორიზონტალურ დონეს (კლოიბერის ფიალები, 1919). წვრილ ნაწლავთა გაუვალობის დროს ეს ბუშტუკები საკმარისად დიდია სიგანეში, ვიდრე მსხვილ ნაწლავთა გაუვალობის დროს. ლაბორატორიული გამოკვლევიდან ზომიერი ერითროციტოზი და ლეიკოციტოზი მცირედ მარცხნივ გადახრით უფრო მეტად მიუთითებს სიგმური ნაწლავის შემოგრეხაზე, შესამჩნევი ერითროციტოზი და ჰიპერლეიკოციტოზი მარცხნივ მკვეთრი გადახრით ხშირად წვრილი ნაწლავის გაუვალობის მაჩვენებელია. რამდენადაც მკვეთრია მარცხნივ გადახრა, მით უფრო ძლიერადაა გამოხატული ნაწლავის ცვლილებები. ახალგაზრდა ფორმების

...დიდი რიცხვი ნაწლავის ნეკროზის დასაწყისზე მიუთითებს, მიელოციტები კი სრული ნეკროზისა და პერიტონიტის ნიშანია. ედრი, როგორც წესი. მომატებულია, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სისხლში ქლორიდების შემცირება, რომელიც მხოლოდ 16 საათის შემდეგ იწყება. ამიტომ მის შესწავლას მეტი პროგნოზული მნიშვნელობა აქვს, ვიდრე სადიაგნოზო. ქლორიდების დაკლება 0,250 მგ პროცენტს ქვევით (გოლოვინჩიცი) სიკვდილის უტყუარი ნიშანია. გაუვალობის დროს აღსანიშნავია აგრეთვე ნარჩენი აზოტის მომატება (ნორმით იგი 25—45 მგ% უდრის) და ჰიპერგლიკემია. ლ. კუზმენკო (1956) ურჩევს გლუკოზა-ინსულინის სინჯს. ვენაში გლუკოზის შეყვანის შემდეგ ავადმყოფს უკეთდება 10 ერთეული ინსულინი. შაქრის ათვისების მიხედვით საზღვრავს პროგნოზს და ოპერაციის ჩატარების შესაძლებლობას. ყველა ის ავადმყოფი, რომელმაც შაქრის ათვისების უნარი დაკარგა, დაიღუპა. და, პირიქით, შაქრის კარგი ათვისების დროს ავადმყოფი გადარჩა. როგორც ნ. ბლინოვი წერს, ამ რთული ლაბორატორიული გამოკვლევებით პრაქტიკულ ექიმს ნაკლებად შეუძლია ისარგებლოს. ჩამოთვლილი ნიშნები რთული გამოკვლევის გარეშეც მეტწილად გაუვალობის სწორად ამოცნობის საშუალებას იძლევა. ყველა შემთხვევაში. როდესაც კონსერვატული მკურნალობა 2, მაქსიმუმ 3 საათის განმავლობაში შედეგს არ იძლევა და გაუვალობის მოვლენები არ ქრება, კეთდება ოპერაცია. ნაწლაკის გაუვალობის დიაგნოზის დროს სხვა დაავადების არსებობა არ წარმოადგენს ოპერაციული ჩარევისათვის წინააღმდეგ ჩვენებას.

ნაწლავთა გაუვალობის დაყოფა დინამიკურ და მექანიკურ გაუვალობად (ამ უკანასკნელისა კი ობტურაციულ და სტრანგულაციურ ფორმებად), მართალია, არ აკმაყოფილებს კლასიფიკაციის ყველა მოთხოვნას, მაგრამ პრაქტიკულად ქირურგები შედარებით ძველ კლასიფიკაციას უფრო იყენებენ ზოგიერთ შესწორებით. ვიდრე ახალს, გართულებულს. ნაშრომში სწორედ ამის მიხედვით ვიხილავთ გაუვალობის ცალკეულ სახეებს. ჩვენ სავსებით ვემხრობით ნორენბერგ-ჩარკვიანს (1955), რომელიც მოითხოვს შეზენტერული სისხლის მილების თრომბოზის ამოღებას ნაწლავთა გაუვალობის საერთო კლასიფიკაციიდან, რადგან მეზენტერული სისხლის მილების თრომბოზი. ანუ ნაწლავის ინფარქტი (მ. ეიკერი, 1946), ეტიოპათოგენეზურად დამოუკიდებელი დაავადებაა გულ-სისხლძარღვთა, ან კიდევ სისხლის პათოლოგიაში.

ჯორჯლის სისხლძარღვთა თრომბოზს, მართალია, ნაწლავთა პარეზული გაუვალობა ახასიათებს, მაგრამ იგი ჯორჯლის დაავადებებში განვიხილეთ (იხ. ზევით).

ვაუვალობაზე უკეთესი წარმოდგენა რომ შეგვექმნეს, ცალ-ცალკე განვიხილავთ გაუვალობის ფორმებს: მექანიკურს (ობტურაცია და მისი სახეები, სტრანგულაცია თავისი სახეებით და მათ შორის გარდამავალი ფორმა ინვაგინაცია) და დინამიკურს (სპაზმური და პარალიზური).

მექანიკური გაუვალობა

ნაწლავის მწვავე გაუვალობა ნაწლავის შიგთავსის ბუნებრივი გზით გადანაცვლების დაბრკოლებას გულისხმობს. ნაწლავთა მწვავე გაუვალობას უფრო ხშირად საფუძვლად მექანიკური მიზეზი უდევს.

ფაქტორთა სიმრავლის მიუხედავად, გაუვალობის მიზეზი ყოველთვის უნდა ეძებოთ ნაწლავის სანათურში, ნაწლავის კედელში ან ნაწლავის გარეთ.

მართალია, მექანიკური გაუვალობის სახეები საკმაოდ მრავალია, მაგრამ როგორი ფორმის გაუვალობასთანაც არ უნდა გვქონდეს საქმე, ერთ შემთხვევაში გვექნება ბუნებრივი გზით ნაწლავის შიგთავსის გადანაცვლების დაბრკოლება და ამ ჯგუფის გაუვალობას ობტურაციულს უწოდებენ. მეორე შემთხვევაში კი, გარდა ნაწლავის შიგთავსის გადანაცვლებისა და დაბრკოლებისა, გაჭედილი ნაწლავის გარკვეულ უბანში აღინიშნება ნერვული აპარატის გაღიზიანება და სისხლის მიმოქცევის მოშლა, რის გამოც ამ ჯგუფის გაუვალობას სტრანგულაციურს აკუთვნებენ.

ასეთი გაუვალობის დროს ყოველთვის ადგილი აქვს ობტურაციულ მოვლენებსაც, მაგრამ გაჭედვა გაცილებით უფრო რთულია, ვიდრე უბრალო დაბრკოლება. ნერვული აპარატის გაღიზიანებას მოსდევს შოკის სურათის განვითარება, ხოლო სისხლის მიმოქცევის მოშლას ნაწლავის გარკვეული ნაწილის ნეკროზი შიგთავსის მუცლის ღრუში გამოსვლით და პერიტონიტის განვითარებით.

გაუვალობის ფორმის გარდა, მეტად მნიშვნელოვანია ეიცოდეთ აგრეთვე გაუვალობის დონე. ცნობილია, რომ, რაც უფრო მაღალია გაუვალობა, მით უფრო მძიმედ მიმდინარეობს იგი და სახიფათოა სიცოცხლისათვის, ვიდრე შედარებით დაბალი გაუვალობა.

თუ ნაწლავის მწვავე გაუვალობის გამოცნობა ტიპიურ შემთხვევაში ადვილია, სამაგიეროდ, ზოგჯერ მისი ამოცნობა მეტად ძნელია.

ამიტომ, უპირველეს ყოვლისა, საჭიროა გავარკვიოთ, დაავადება მოითხოვს კონსერვატულ თუ ოპერაციულ მკურნალობას: აირებზე და განავალზე მოქმედების მიუხედავად, პირველ რიგში გადაწყვეტილ უნდა იქნეს საკითხი იმის შესახებ, საქმე შეეხება პერიტონიტს, თუ ეს მწვავე დაავადება ნაწლავის გაუვალობას ეკუთვნის. ამ საკითხის დადგენა შესაძლოა იმ შემთხვევაში, როდესაც სწორი წარმოდგენა გვექნება გაუვალობის ცალკეულ ფორმებზე და მისთვის დამახასიათებელ ნიშნებზე.

ობტურაციული გაუვალობა

ამ სახის გაუვალობის მიზეზი, როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, არის ნაწლავის სანათურის დახშობა-დაცობით ან გარედან ზეწოლით.

ნაწლავის დაცობა სანათურში გაჩხერით შეიძლება გამოიწვიოს: ნაწლავის ან განავლის ქვებმა, ფიტო ან ტრიქობეძოარმა, ცუდად მონელებულმა ზოგიერთი სახის საკვებმა, ასკარიდების გროვამ, ერთ ნაწლავში მეორეს ჩასერგვამ და სხვ. ნაწლავის გარედან ზეწოლით დახშობის მიზეზი შეიძლება გახდეს გადატანილი ანთებითი პროცესის ან ოპერაციის შემდეგ დარჩენილი ნაწიბური და ხარიხები, ნაწლავის კედლის, ან მეზობელი ორგანოს სიმსივნე და სხვ.

ნ ა წ ლ ა ვ ი ს კ ე ნ ჭ ი თ ნაწლავის მწვავე გაუვალობა ფრიად იშვიათია. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში გაუვალობის გამომწვევი ნაღვლის დიდი კენჭი მოხვდება უფრო ხშირად არა ბუნებრივი გზით (სანაღვლე გზებით), არამედ ნაღვლის ბუშტსა და კუჭს ან ნაწლავს შორის განვითარებული შიგნითა ხვრელმილით. ნაღვლის კენჭით გამოწვეულ ნაწლავთა მწვავე გაუვალობისას ანამნეზიდან უმეტესად აღინიშნება ღვიძლის დაავადების ან სიყვითლის შესახებ ცნობები.

გაუვალობას ახასიათებს მოვლითი ხასიათის ტკივილი მარჯვენა ნეკნთა რკალის ქვეშ ან ჭიპის ირგვლივ, პირღებინება, რომელიც შედარებით მალე იღებს განავლოვან ხასიათს.

მაღალი ობტურაციული (ცენტროვანი) გაუვალობის დროს აირებზე და განავალზე მოქმედება ხანგამოშვებით შეიძლება იყოს გამოხატული. ამ სახის გაუვალობა გაცილებით ჰარბობს ქალებში, ისიც მოხუცებში.

ენტერით გამოწვეულ ნაწლავის მწვავე გაუვალობას ახასიათებს ობტურაციული გაუვალობის ნიშნები. დიაგნოზის დასმაში შეიძლება ერთგვარი დახმარება გაგვიწიოს დაავადების ზოგიერთმა ნიშანმა: მუცლის არეში უეცრად დაწყებულმა ტკივილმა, რომელიც შემდეგ მარჯვენა თეძოს ფოსოში ლოკალიზდება, განავლოვანი პირღებინების შედარებით ადრეულად გამომჟღავნებამ ავადმყოფის კარგი საერთო მდგომარეობის დროს. ზოგჯერ აირებზე და განავალზე მოქმედების მიუხედავად, მუცელი შებერილია. აღინიშნება ნაწლავთა პერისტალტიკაც. თუ ამასთან მუცელში ისინჯება სიმსივნე და საქმე მეტწილად მოხუც ქალს ეხება.

განავლის ქვები

ობტურაციული გაუვალობის მიზეზი შეიძლება იყოს განავლის ქვები, ზოგჯერ უხეში და მოუნელებელი საკვები. დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება ანამნეზი, დაბალი გაუვალობის ნიშნები და სწორი ნაწლავის თითით გამოკვლევა. ხშირად აღინიშნება განავლის მკვრივი (საკვების მაგარი მასისაგან შემდგარი) მასები, რომლის გამოღება მხოლოდ თითით ხერხდება.

ზოგჯერ გაუვალობის სურათს იძლევა კურკები (ბლის, საზამთროს, ჭერმის, ტყემლის) ან მცენარეული ბოჭკოების შეწებება და გამკვრივება, იშვიათად ზოგიერთი ცუდად დაღეჭილი სახის საკვები.

ჩვენს პირობებში განსაკუთრებით საინტერესოა ვიცოდეთ აგრეთვე ფიტობეძოარით (წვრილი, შავი კავკასიური ხურმისაგან შემდგარი „ქვები") გამოწვეული ნაწლავის მწვავე გაუვალობის შესახებ. ჩვენ გვყავდა ნაწლავის ფიტობეძოარით დაავადებული ექვსი ავადმყოფი. ორი მათგანი გაურკვეველი დიაგნოზით პირველად თერაპიულ განყოფილებაში იქნა მიღებული და მხოლოდ შემდეგ მოხდა მათი გადმოყვანა ქირურგიულ კლინიკაში. ორი ავადმყოფი გაუვალობის მოვლენებით თავიდანვე ჩვენთან იყო მიღებული, ხოლო ორ ავადმყოფს ნაწლავის ფიტობეძოარით გამოწვეული გაუვალობა განუვითარდა კუჭის რეზექციის შემდეგ (ერთს კლინიკაში მე-5 დღეს, მეორეს კლინიკიდან გაწერის ერთი თვის შემდეგ). ნაწლავის ფიტობეძოარით დაავადებული ექვსი ავადმყოფიდან განიკურნა ოთხი (დაიღუპა თერაპიიდან გადმოყვანილი ორი ავადმყოფი, რომელთაც დაგვიანებით გაუკეთდათ ოპერაცია). ექვსივე ავადმყოფს აღენიშნებოდათ ობტურაციული გაუვალობის მძიმედ გამოხატული ნიშნები: გულისრევა და პირღებინება, აირებზე და განავალზე მოქმედების შეწყვეტა, მოვლითი ხასიათის ტკივილი მუცელში, მუცლის შებერილობა, პულსის აჩქარება—სამ შემთხვევაში ფიტობეძოარით გამოწვეული გაუვალობის დიაგნოზი წინასწარ იყო დასმული (ძირითადად ანამნეზის, აგრეთვე გაუვალობის ნიშნების არსებობის საფუძველზე). ერთ შემთხვევაში ქირურგმა დიაგნოზი ოპერაციის დროსაც ვერ დასვა—ნაწლავის სანათურში გაჭედილი ბეძოარი სიმსივნედ მიიჩნია და ნაწლავის სეგმენტის რეზექცია გააკეთა.

ბეძოარით გამოწვეული ნაწლავის გაუვალობის დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება ანამნეზი წვრილი, შავი კავკასიური ხურმის მიღების შესახებ, მით უფ-

რო. როდესაც მკვახე და გამოუმშრალ ნაყოფს ყლაპავენ კურკებიანად (ჩვენს ერთ ავადმყოფს მიეღო წვრილი უკურკო ხურმა და ბეძოარის განვითარებას მაინც ჰქონდა ადგილი). ბეძოარის შემთხვევები ხშირია შემოდგომის ბოლოს და ზამთარში.

ოპერაციული დიაგნოზი. კენჭით. ისე როგორც ბეძოარით ან განავლის ქვებით. გამოწვეული გაუვალობის დროს დაბრკოლების ზევით აღინიშნება ნაწლავის მკვეთრი გაგანიერება. დამაბრკოლებელი მიზეზიც სწორედ გაბერილი და ჩაფუშული ნაწლავის საზღვარზეა; უნდა გვახსოვდეს მხოლოდ ერთდროულად ორი ან მეტი კენჭის, ან ბეძოარის არსებობის შესახებ, გარდა ამისა, არ უნდა დავივიწყოთ აგრეთვე ნაწლავის კედლის ღრმა ცვლილებები გაჰედვის მიდამოში, ნაღვლის კენჭით გამოწვეული გაუვალობის დროს ნაღვლის ბუშტის ცვლილებები და ნაწლავის ფიტობეძოარის დროს კუჭის ბეძოარი.

ასკარიდული გაუვალობა

ასკარიდული გაუვალობა გვხვდება თითქმის ყველა ასაკში. [illegible] გაცილებით ხშირია ბავშვთა ასაკში, რაც ბავშვებში ჭიებით დაავადების სიხშირით აიხსნება. მნიშვნელობას აძლევენ აგრეთვე ბავშვის ნაწლავის აღგზნებულობის დიდ უნარს და ნაწლავის სანათურის სივიწროვეს.

ასკარიდების გროვას, ობტურაციული გაუვალობის გარდა, შეუძლია გამოიწვიოს სპასტიკური გაუვალობა (ზოგჯერ ერთ ასკარიდასაც) ან სპასტიკური გაუვალობის შედეგად განვითარდეს ინვაგინაცია, ზოგჯერ ასკარიდებით გამოწვეული ნაწლავის მარყუჟები შეიძლება შემოიგრიხოს.

ასკარიდული გაუვალობის სიმპტომები იგივეა, რაც ობტურაციული გაუვალობისა საზოგადოდ და მას რაიმე განსაკუთრებული დამახასიათებელი ნიშნები არა აქვს. ანამნეზიდან, მართალია, მნიშვნელობა აქვს ასკარიდების არსებობას, მაგრამ ამ მხრივ გვმართებს ერთგვარი სიფრთხილე, რადგან ასკარიდების დროს გამორიცხული არაა სხვა სახის გაუვალობა.

მნიშვნელობა ეძლევა აგრეთვე მარჯვენა თეძოს ფოსოში ძებვისებრ მოგრძო წარმონაქმნს, რომელიც შეიძლება შეგვეშალოს ინვაგინაციასთან. აღნიშნავენ, რომ ტემპერატურით მიმდინარე დაავადების ფონზე გაუვალობის სურათის განვითარებას ხშირად იძლევა ასკარიდები, რადგან ტემპერატურის დროს ჭიები გაცილებით მეტად მოძრაობენ. დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება განავლის (ან სწორი ნაწლავიდან აღებული ნაცხის) გამოკვლევა და მასში ჭიის კვერცხების აღმოჩენა.

ასკარიდული გაუვალობის დიაგნოზის დასმა ხდება იგივე ნიშნების საფუძველზე, რაც ახასიათებს საერთოდ ობტურაციულ გაუვალობას: აირებზე და განავალზე მოქმედების შეწყვეტა, პირღებინება, შეტევითი ხასიათის ტკივილი მუცელში, მუცლის შებერილობა და მტკივნეულობა, ზოგჯერ ნაწლავთა პერისტალტიკაც. ამ სახის გაუვალობის სასარგებლოდ ლაპარაკობს ანამნეზში მითითება ასკარიდების შესახებ, ჭიის კვერცხების აღმოჩენა განავალში და მარჯვენა თეძოს ფოსოში მოძრავი სიმსივნური წარმოქმნა.

ასკარიდულ გაუვალობაზე უნდა ვიფიქროთ განსაკუთრებით იქ, სადაც მოსახლეობაში ასკარიდოზია გავრცელებული. ასკარიდული გაუვალობის დამახასიათებლად თვლიან შეტევის გარეშე დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობას და შეტევის დროს ავადმყოფის მეტად მძიმე მდგომარეობას (კ. ოენატანიანი).

ასკარიდული გაუვალობისას ზოგჯერ ინტოქსიკაციის სიმძიმის მიხედვით აღინიშნება კრუნჩხვები და ბოდვა. ასკარიდული გაუვალობის დიაგნოზის დასმას ოპერაციამდე დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს, რადგან სწორი ამოცნობის შემთხვევაში ხშირად საკმარისია კონსერვატული მკურნალობა.

როდესაც ექიმი დარწმუნებულია ასკარიდული გაუვალობის დიაგნოზში, მაშინ განსაკუთრებით აუცილებელია ჯერ კონსერვატული მკურნალობა (თბილი აბაზანა, თბილი ოუნა, მუცელზე თბილი), ატროპინის გაკეთება, წელის ნოვოკაინური ბლოკადა.

ასკარიდული გაუვალობისას ჭიების რიცხვი ფრიად სხვადასხვანაირია. აღწერილია შემთხვევა, როდესაც გაუვალობისას მათი რიცხვი ყოფილა 202 (ნ. ბლინოვი, 1944), 691 (ი. ნესტოროვი, 1934) და 835 ცალიც კი (ვ. აკოპჯანი, 1948).

როდესაც ასკარიდებით გამოწვეული ობტურაციული გაუვალობის დროს კეთდება ოპერაცია, იმისდა მიხედვით, თუ რაოდენ გამოვსებულია ნაწლავის სანათური და რა ცვლილებებს განიცდის თვით ნაწლავის კედელი, ქირურგის ტაქტიკაც სხვადასხვანაირია. ზოგჯერ საკმარისია წვრილი ნაწლავის ტერმინალურ ნაწილში მსუბუქი მასირებით ბრმა ნაწლავში მათი გადადენა. უფრო გარანტირებულია ნაწლავის გაკვეთა და ჭიების ამოღება, ზოგჯერ, თუ ნაწლავის კედელიც შეცვლილია, საჭიროა ჭიებით გამოვსებული ნაწლავის რეზექცია. ენტეროტომიის, განსაკუთრებით კი ნაწლავის რეზექციის დროს საჭიროა ორსართულიან ნაკერს დაემატოს რამდენიმე სერო-სეროზული ნაკერი, რათა თავიდან ავიცდინოთ ნაკერში ჭიის გაძრომა. ამ მიზნით ურჩევენ აგრეთვე ერთ მხარეზე ნაკერის ხაზიდან ვუჩხვლიტოთ 5—6 მმ მოშორებით, მეორე მხარეს კი 2—3 მილიმეტრით, რათა მომდევნო ნაკერი იყოს წინა ნაკერიდან მოშორებით (ნ. ბლინოვი).

ინვაგინაცია

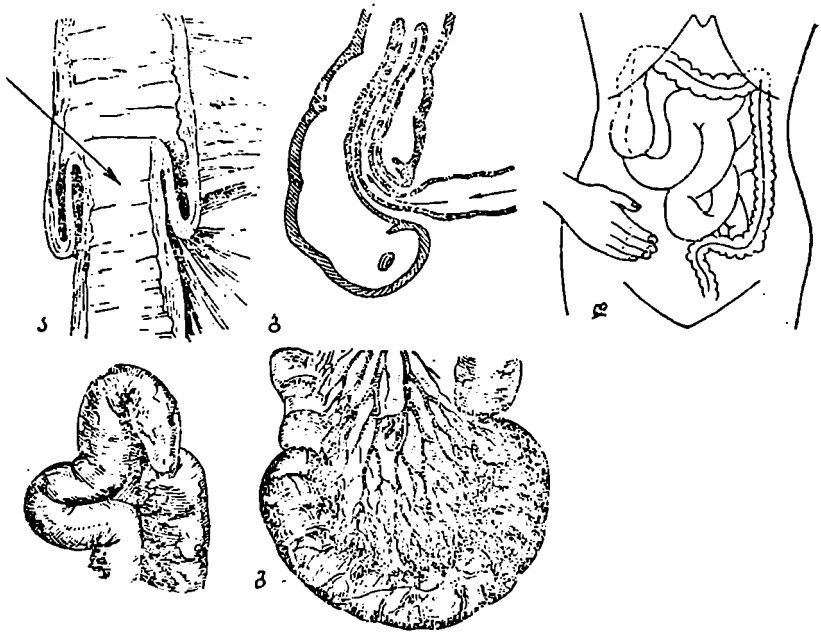
ინვაგინაცია, ანუ ჩანერგვა, გაუვალობის ისეთი ფორმაა, როდესაც ნაწლავის ერთი სეგმენტი ჩაინერგება მეორეში და, გარდა იმისა, რომ იგი იძლევა სანათურის ამა თუ იმ ხარისხით გამოწვეულ დახშობას (ობტურაციას). მას თან ახლავს აგრეთვე ინვაგინატში მონაწილე ჯორჯლის კომპრესია (სისხლის მიმოქცევის მოშლით და ნერვული აპარატის ზეწოლით). ამიტომ ინვაგინაციის დროს ადგილი აქვს როგორც ობტურაციის, ისე სტრანგულაციის მოვლენებს. ნაწლავის ერთი ნაწილი მეორეში ჩაინერგება უმთავრესად პერისტალტიკის მიმართულებით. სიკვდილის წინ (აგონიის პერიოდში) ზოგჯერ შეიძლება ადგილი ექნეს შებრუნებულ ჩანერგვას, ე. ი. არა სწორი ნაწლავისაკენ, არამედ ორალური მიმართულებით.

ინვაგინაცია გაუვალობის ყველაზე უფრო ხშირ სახეს წარმოადგენს ბავშვთა ასაკში, ისიც ჩვილ და ძუძუმწოვარ ბავშვებში, განსაკუთრებით დასავლეთ ევროპის ზოგიერთ ქვეყანაში, ჩვენში ინვაგინაცია უფრო ხშირია მოზრდილებში.

სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით ირკვევა აგრეთვე, რომ ინვაგინაცია შედარებით ხშირია დანიაში, ინგლისში, ავსტრალიაში, მაშინ როდესაც ჩვენში, საფრანგეთში, გერმანიასა და ზოგ სხვა ქვეყანაში იგი შედარებით იშვიათად გვხვდება. ამის ნამდვილი მიზეზი ჯერ კიდევ უცნობია.

ინვაგინაცია ორჯერ უფრო ხშირია ვაჟებში, ვიდრე ქალებში. მარტივი ინვაგინაციის დროს იგი შედგება ნაწლავის სამი მილისაგან, რომლის შემადგენელ ელემენტებს ეწოდება გარეთა ცილინდრი, შიგნითა და შუა ცილინდრის შორის გადასვლის ადგილს — ინვაგინატის თავი, ანუ მწვერვალი, ხოლო გარეთა ცილინდრის შუა ცილინდრში გადასვლის ადგილს — ყელი. იშვიათად შეგვხვდება რთული ჩანერგვა, როდესაც სამის მაგიერ ექნება ხუთი ცილინდრი ან კიდევ უფრო იშვიათად — შვიდი ცილინდრი.

ადგილმდებარეობის მიხედვით არჩევენ წვრილი ნაწლავის წვრილ ნაწლავში ჩანერგვას (invaginatio enterica), წვრილი (თეძოს) ნაწლავის ბრმა ნაწლაკში ჩანერგვას (invaginatio ileo-caecalis) და მსხვილი ნაწლავის მსხვილ ნაწლაკში ჩანერგვას (invaginatio colo-colica). ყველაზე უფრო ხშირად თეძო-ბრმა ნაწლაკის ჩანერგვა გვხვდება (სურ. 62).



სურ. 62. ინვაგინაცია: ა—წვრილი ნაწლავის ინვაგინაცია წვრილ ნაწლავში, ბ—წვრილი (თეძოს) ნაწლავის ინვაგინიცია ბრმა ნაწლავში, გ—ინვაგინირებული ნაწლავის განგრენა (დეზინვაგინაციის შემდეგ), დ—ბრმა ნაწლავის ინვაგინაციის დროს მარჯვენა თეძოს ფოსოში პალპაციისას სიცარიელეს შეგრძნება (დანსეს ნიშანი).

გაუვალობის სიმძიმე და ნაწლავის სანათურის დახშობის ხარისხი ბევრადაა დამოკიდებული ინვაგინაციის სახეობაზე. ასე მაგალითად, წვრილი ნაწლავის წვრილ ნაწლავში ჩანერგვა შედარებით უფრო ახშობს სანათურს და ყლინიკურად მძიმე სურათს იძლევა, ვიდრე წვრილი ნაწლავის მსხვილ ნაწლავში ჩანერგვა. მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ჩანერგილი ნაწლავის სიგრძეს, მასზე

არსებულ სიმსივნეს, პოლიპს ან ზოგჯერ ასკარიდას და სხვ., ისე როგორც საერთოდ გაუვალობის სხვა სახის დროს, მეტად დიდი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ინვაგინაციის სიმაღლეს.

ინვაგინაციას შეიძლება ადგილი ექნეს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ყველა მონაკვეთში. წვრილი ნაწლავის ჩანერგვას ადგილი აქვს ზოგჯერ კუჭშიც კი (კუჭ-ნაწლავის შერთულის დროს).

ინვაგინაციის სიმძიმე ბევრადაა დამოკიდებული აგრეთვე მის მიმდინარეობაზე. იგი შეიძლება იყოს უმწვავესი (ხშირად ძუძუმწოვრებში გვხვდება), მწვავე და ქრონიკული. ქრონიკულად მიმდინარე ინვაგინაცია შედარებით ხშირია მოზრდილებსა და ხანში შესულებში.

ანამნეზში ზოგჯერ ავადმყოფი მიუთითებს დაავადებას, რომელიც წინ უსწრებს ინვაგინაციას (ქრონიკული კოლიტი, დიზენტერია, აპენდიციტი, ჭიები და სხვ.). ანამნეზიდან მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე მთელ რიგ დაავადებებს (პოლიპი, კიბო და სხვადასხვა სახის სიმსივნეები), თუ, რასაკვირველია, ეს დაავადებანი წინასწარ ცნობილია ავადმყოფის ან ექიმისათვის. მნიშვნელოვანია აგრეთვე მითითება გადატანილი ოპერაციის შესახებ (კუჭ-ნაწლავის შერთული, აპენდექტომია და სხვ.).

ინვაგინაციას ზოგჯერ წინ უსწრებს ფსიქიკური ტრავმა შიშის სახით, რასაც პერისტალტიკის გაძლიერების შედეგად შეიძლება მოჰყვეს ინვაგინაციის განვითარება. ამ სახის გაუვალობა აღწერილია აგრეთვე სხვადასხვა სახის ფიზიკური ტრავმის შემდეგ.

ავადმყოფის ჩივილებიდან განსაკუთრებული მნიშვნელობისაა ტ კ ი ვ ი ლ ი, რომელიც მეტწილად მოვლითი ხასიათისაა. ილეოცეკალური ინვაგინაციის დროს ტკივილი იწყება მარჯვენა თეძოს ფოსოში და შემდეგ იგი მთელი ნუცლის არეში ვრცელდება; კუჭ-ნაწლავის შერთულის შედეგად განვითარებული ინვაგინაციის დროს კი ტკივილი მთელ მუცელს მოიცავს. მუდმივი ხასიათის ტკივილი დამახასიათებელია სწრაფად მიმდინარე ინვაგინაციისათვის, როდესაც ინვაგინატის ნეკროზი ადრეულად ვითარდება. თუ ექიმი გულდასმით გამოიკვლევს ავადმყოფს, ინვაგინაციის დროს არსებული ტკივილი ყოველთვის განსხვავდება ანთებითი პროცესისათვის დამახასიათებელი მეტად თუ ნაკლებად გამოხატული მუდმივი ხასიათის ტკივილისაგან.

ბავშვებში ინვაგინაციის დროს ტკივილი იწყება უეცრად, ტკივილს მეტად მძაფრი — ჭვალისებრი და მოვლითი ხასიათი აქვს. ტკივილის სიძლიერის გამო ბავშვი ხშირად კარგავს ფერს და შეშინებულია. ტკივილის გამო ბავშვი ვერ ისვენებს და ხშირად მუხლებსა და იდაყვებზე ეყრდნობა.

შეტევებს შორის ხანგრძლიობა რამდენიმე წუთს ან ზოგჯერ ერთ საათს უდრის. დაავადების დასაწყისში ინტერვალი გაცილებით ხანგრძლივია, ვიდრე მოგვიანებით პერიოდში.

ღებინება შედარებით ხშირია დაავადების დასაწყისში, მოგვიანებით კი იგი იშვიათია. ინვაგინაციისათვის დამახასიათებელი არაა განავლოვანი მასებით ღებინება. ზოგი სახის ინვაგინაციის დროს (მაგალითად, კუჭ-ნაწლავის შერთულის შემდეგ) პირნაღებში, როგორც წესი, აღინიშნება სისხლი.

ინვაგინაციის ზოგიერთი ფორმის დროს შეიძლება აირებზე და განავალზე მოქმედება სრულიად შეწყდეს. მსხვილი ნაწლავის ინვაგინაციისათვის დამახასიათებელია მტანჯველი და მტკივნეული ჭინთვები. მეტწილად ინვაგინა-

ციის დროს აღინიშნება თხელ განავალზე მოქმედება, ზოგჯერ რაოდენობრივ-განსაკუთრებით დაავადების დასაწყისში. მოგვიანებით, ჭინთვების დროს გამოიყოფა ლორწო, რომელსაც ხშირად სისხლიც აქვს შერეული.

როგორც ცნობილია, ინვაგინაციის დროს, ნაწლავის კედელს გარდა, იტვედება ჯორჯალი და სისხლძარღვები. ვენები გადავსებულია სისხლით, კაპილართა მთლიანობა კი ირღვევა და ვითარდება სისხლჩაქცევები. სისხლის შეგუბების გამო ნაწლავის კედლის შეშუპება და კაპილარული სისხლდენა ვითარდება. ამას ნაწლავის სანათურში ლორწოსა და სისხლის დაგროვება მოჰყვება, რომელიც შემდეგ სწორი ნაწლავიდან გამოდის. ზოგიერთების მიხედვით. სისხლიანი განავალი ინვაგინაციის უტყუარი ნიშანია, რასაკვირველია, გაუვალობის სხვა ნიშნებთან ერთად. სისხლისა და ლორწოს აღმოჩენა ზოგჯერ შეიძლება სწორი ნაწლავის თითით გამოკვლევის დროსაც.

ჩამოთვლილ ნიშნებს გარდა, ინვაგინაციის დროს ავადმყოფს აწუხებს აგრეთვე საერთოდ გაუვალობისათვის დამახასიათებელი სხვა ნიშნებიც (გულისრევა, პირის სიმშრალე, უმადობა, საერთო სისუსტე და სხვ.).

ობიექტურად, ინვაგინაციის შემთხვევაში დაავადების დაწყებიდან გასული დროის, ინვაგინაციის სიმაღლისა და მისი ინტენსივობის მიხედვით ნიშნებიც სხვადასხვანაირად შეიძლება იყოს გამოხატული. დიდი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ავადმყოფის ასაკს. ბავშვებს ინვაგინაციის დასაწყისში ხშირად აღენიშნებათ შოკის მოვლენები, მაშინ როდესაც მოზრდილებში პირველ ხანებში ზოგადი მოვლენები დიდად არ იპყრობს ყურადღებას. იშვიათად, მაგრამ მაინც არის ისეთი შემთხვევები, როდესაც მოზრდილთა ინვაგინაციის დროს, ზოგჯერ საკმაოდ მოგვიანებითაც, მოვლენები შედარებით სუსტადაა გამოხატული, რაც ხშირად დიაგნოზური შეცდომის მიზეზი შეიძლება გახდეს.

ინვაგინაცია ზოგჯერ არ იძლევა ნაწლავის სანათურის სრულ დახშობას და ადგილი აქვს განავალზე და აირებზე მოქმედებას, რითაც უნდა აიხსნას აგრეთვე ინტოქსიკაციის მოვლენების არარსებობა. მიუხედავად ამისა. გულდასმით შეკრებილი ანამნეზისა და ობიექტური გამოკვლევით მიღებული მონაცემების საფუძველზე, თუ იგი სათანადოდ იქნება შეფასებული, დიაგნოზის დასმა შესაძლოა. უფრო მეტიც, მოსახერხებელია გაუვალობისა და აპენდიციტის დიაგნოზის ერთდროულად დასმაც კი. ამისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს მუცლის გამოკვლევას.

ინვაგინაციის დროს მუცლის გამოკვლევისას ზოგჯერ გაუვალობის მოვლენები, განსაკუთრებით შებერილობა, მკვეთრადაა გამოხატული. მეტწილად კი ნაწლავის სანათურის ნაწილობრივი გამტარობის შედეგად შებერილობა არ აღინიშნება. მუცლის გამოკვლევისას განსაკუთრებული მნიშვნელობისაა ძეხვისებური სიმსივნის აღმოჩენა, რომელიც შეუბერავ მუცელზე უფრო ადვილად შეიძლება აღმოვაჩინოთ, უფრო ხშირად ჭიპის მარჯვნივ, განსაკუთრებით შეტევებს შორის არსებულ შუალედებში, როდესაც ავადმყოფს არ აწუხებს ტკივილი და მუცლის გასინჯვაც შედარებით ადვილია. მართალია, ზოგჯერ შეუძლებელია ძეხვისებური სიმსივნის გასინჯვა, მაგრამ შეიგრძნობა კუნთთა რეზისტენტობა, რასაც მეტად დიდი მნიშვნელობა აქვს ინვაგინაციის დიაგნოზის დასმისათვის. სიმსივნე ელასტიკური და მოძრავია, ზოგჯერ მცირედ მოხრილია კიდეც. აღნიშნული ცოცხისებრი სიმსივნე ზოგჯერ სფერულია, ზოგჯერ კი მორგვისებურია და ძეხვს წაგავს. გამოკვლევისას აღნიშნული წარმოქმნა შეიძლება შემცირდეს ან სულ გაქრეს. თუ ასეთი სიმსივნის აღმოჩენა დიდად უწყობს

ხელს სწორი დიაგნოზის დასმას, სამაგიეროდ მისი არარსებობა როდი უარყოფს ინვაგინაციის დიაგნოზს. რაც შეეხება მუცლის გამოკვლევისას ილეოცეკალურ კუთხეში „სიცარიელეს", მას თეძო-ბრმა ნაწლავის ინვაგინაციის დროს მეტწილად ვერ ვნახულობთ და მასზე ინვაგინაციის დიაგნოზის დამყარება არ შეიძლება. ინვაგინაციის დიაგნოზის დასმისათვის, ისე როგორც გაუვალობის სხვა ზოგიერთი ფორმების დროს, ყურადღება უნდა მიექცეს აგრეთვე ნაწლავთა პერისტალტიკას.

სწორი ნაწლავის გამოკვლევის დროს, რომელიც აუცილებლად უნდა ჩატარდეს, ინვაგინაციისას ზოგჯერ აღინიშნება ინვაგინატის გამოვარდნა, განსაკუთრებით ბავშვებში. ამ შემთხვევაში თითქოს დიაგნოზის დასმა ადვილია, მაგრამ შეცდომებს აქაც აქვს ადგილი. იგი შეიძლება შეგვეშალოს სწორი ნაწლავის გამოვარდნასთან; გარჩევაში დაგვეხმარება თითით გამოკვლევა. გამოვარდნილ სწორ ნაწლავში თითი შევა მხოლოდ მის ცენტრში და არსად სხვაგან, რადგან ლორწოვანი უშუალოდ გადადის კანში; ინვაგინატის შემთხვევაში თითი შევა როგორც გამოვარდნილი ნაწლავის (ინვაგინატის) ცენტრში, ისე მის ირგვლივაც, თითით გამოკვლევისას ზოგჯერ სწორ ნაწლავში აღინიშნება ჩამოსული ინვაგინატი, რომელიც თითს ხვდება; ზოგჯერ კი — სფინქტერის მოდუნება და ამპულარული ნაწილის სიცარიელე. არის შემთხვევები, როდესაც ინვაგინაციის დროს სწორი ნაწლავის თითით გამოკვლევისას ადრეულად აღმოვაჩენთ სისხლს თითის წვერზე.

რენტგენოლოგიური გამოკვლევა ფაფის გარეშე ინვაგინაციის დიაგნოზის დასმაში ვერ გვეხმარება. რენტგენოსკოპიით შეგვიძლია დავსვათ წვრილი ნაწლავის გაუვალობის დიაგნოზი საზოგადოდ და არა ინვაგინაციისა, ისიც თუ ავადმყოფს რენტგენოსკოპიის წინ გაკეთებული არ აქვს ოყნა. მსხვილ ნაწლავში დიდი რაოდენობით აირების დაგროვებისას ზოგჯერ შეიძლება მასში აღინიშნებოდეს ძეხვისებური წარმონაქმნი ნათელ ფონზე. ბოლო დროს დასაშვებად მიიჩნიათ ინვაგინაციაზე საეჭვო შემთხვევაში რენტგენოლოგიური გამოკვლევა ტრაქოსკოპზე საკონტრასტო ფაფის ოყნით შეყვანის შემდეგ. შეტევებს შორის პერიოდში ინვაგინაციის დროს სწორი ნაწლავიდან ფაფის შეყვანისას აღინიშნება დაბრკოლებამდე ერთი მთლიანი ჩრდილი, რომელიც დაბრკოლების მიდამოში ნახევარ მთვარისებური ავსების დეფექტით თავდება. ზოგჯერ ამ მიდამოდან ერთი ან ორი კბილის სახით მიემართება ფაფის თხელი ფენა ინვაგინატის ირგვლივ საკონტრასტო ნივთიერების გავრცელების შედეგად.

ასეთი მანიპულაციის ჩატარება დაკავშირებულია გარკვეულ რისკთან, განსაკუთრებით მაშინ, თუ დაავადების დაწყებიდან გასულია ერთ დღეზე მეტი. საკონტრასტო ნივთიერების შეყვანას შეიძლება მოჰყვეს დეზინვაგინაცია. შეჩერებული ფაფა დაბრკოლების მიდამოდან უეცრად გადაინაცვლებს და გავრცელდება თავისუფლად. არ ურჩევენ ოყნის მაღლა აწევას და აღნიშნული გამოკვლევის გაჭიანურებას რამდენიმე წუთზე მეტ ხანს. ბავშვებში ინვაგინაციის ახალ შემთხვევაში კონსერვატული მკურნალობა სწორედ ამ პრინციპზეა დამყარებული. ოყნით შეიძლება მისი დეზინვაგინაცია და გაუვალობის ლიკვიდაცია. დაგვიანებულ შემთხვევაში ამის წარმოება სახიფათოა. ამიტომ ინვაგინაციის ოყნით გასწორება, როგორც გამონაკლისი, შეიძლება ვცადოთ მხოლოდ დაავადების უახლოეს საათებში.

ლაბორატორიულ გამოკვლევას ინვაგინაციის დიაგნოზის დასმაში ნაკლები მნიშვნელობა აქვს. წვრილი ნაწლავის ინვაგინაციის დროს სისხლში აღი-

ნიშნება ქლორიდების შემცირება, ზოგჯერ ლეიკოციტოზი, მარდში — ინდიკანი. ინვაგინაციის დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება აგრეთვე ცალკე სახის ინვაგინაციისათვის დამახასიათებელი ნიშნები. მაგალითად, გაუვალობის ნიშნების დროს სისხლით ღებინება და წარსულში გადატანილი ოპერაცია კუჭ-ნაწლავის შერთულის სახით. ზოგჯერ სიმსივნის არსებობა მარცხენა ნეკნთა რკალის ქვეშ. საერთოდ, ინვაგინაციის ნიშნებად ითვლება დაავადების უეცარი დაწყება. შემდეგში მოვლითი ხასიათის ტკივილით. ობტურაციული გაუვალობისათვის დამახასიათებელი ნიშნებია: სისხლიან-ლორწოიანი განავალი, ზოგჯერ ჭინჭვები და ინვაგინატის გამოჩენა სწორ ნაწლავში.

ინვაგინაცია ყოველთვის ასე ნათლად როდი მიმდინარეობს, ამიტომ, არც ისე იშვიათად გვჭირდება დიფერენციული დიაგნოზის გატარება ზოგიერთ დაავადებებთან, უფრო ხშირად მწვავე აპენდიციტთან.

ინვაგინაცია, განსაკუთრებით ბავშვებში, შეიძლება შეგვეშალოს დიზენტერიასა და ფაღარათთან, ისიც განსაკუთრებით ზაფხულის ცხელ თვეებში. ასეთ შემთხვევაში დიაგნოზის დასმაში დაგვეხმარება ინვაგინაციისათვის დამახასიათებელი დაავადების უეცარი დაწყება უმიზეზოდ, ჭვალისებური მოვლითი ხასიათის ტკივილი და სიმსივნის არსებობა მუცელში (იხ. სქემა).

დიფერენციული დიაგნოზი კოლიტსა და ინვაგინაციას შორის

კლინიკური ნიშნები	კოლიტი	ინვაგინაცია
განავალი	დასაწყისში არაა სისხლი და ლორწო; იგი გამოჩნდება მოგვიანებით, აღინიშნება დიდი რაოდენობით განავლის მასები	დასაწყისში განავლის მასები მსხვილი ნაწლავიდან, შემდეგ ლორწო და სისხლი, მოგვიანებულ პერიოდში განავლოვანი მასები მცირეა, დიდი რაოდენობითაა ლორწო და სისხლი
პირღებინება	იშვიათია, უფრო პირველ პერიოდში	დამახასიათებელია დაავადების დასაწყისში, რომელიც შემდეგ ქრება ან მცირდება
ტკივილი	სუსტი, უფრო მუდმივი	მეტად ძლიერი
მუცლის ღრუს პალპაცია	სიმსივნე არაა, მტკივნეულობა მეტწილად მთელი მსხვილი ნაწლავების გასწვრივ	მტკივნეულობა სიმსივნეზე
მარჯვენა თეძოს ფოსოში	გადასხმა და ყურყური	სიცარიელის შთაბეჭდილება

მართალია, გვხვდება ინვაგინაციის დროს დეზინვაგინაციის ერთეული შემთხვევები ან ინვაგინატის დანეკროზება და ავადმყოფის თვითგანკურნება, მაგრამ ამაზე იმედის დამყარება ყოვლად დაუშვებელია.

მწვავე ინვაგინაციის ყველა შემთხვევაში, როგორც წესი, უნდა გაკეთდეს სასწრაფო ოპერაცია.

საკმაო სიდიდის ინვაგინაციის აღმოჩენა და მისი გამოცნობა ძნელი არაა, უფრო ხშირად იგი უნდა ვეძებოთ ილეოცეკალურ კუთხეში.

ინვაგინაცია შეიძლება აგვერიოს გაუვალობის ზოგ სხვა სახესთან — მუცელში სიმსივნის არსებობისას. მაგალითად, ასკარიდულ გაუვალობასთან, რომლის ნიშნები ზემოთ იყო ჩამოთვლილი, აგრეთვე ნაწლავის შემოგრეხასთან, ზოგჯერ მუცლის ტიფთანაც კი.

სტრანგულაციური გაუვალობა

სტრანგულაციური გაუვალობის დროს, გარდა იმისა, რომ ნაწლავის სანათურში მისი შემოგრეხის გამო ბრკოლდება შიგთავსის გადანაცვლება, ადგილი აქვს ჯორჯლის სისხლძარღვებისა და ნერვულ აპარატზე ზეწოლას. აღნიშნულის შედეგად იშლება ნაწლავის კვება და ვითარდება მისი ნეკროზი. ზეწოლის ხარისხის მიხედვით ადგილი აქვს სისხლის მიმოქცევის მოშლას ვენებში ან ზოგჯერ ამას ემატება სისხლის მდინარების შეწყვეტა არტერიაშიც და მაშინ ნაწლავის განგრენა სწრაფად ვითარდება. ზეწოლის ხარისხზე გავლენას ახდენს ნაწლავის გადავსება, ნაწლავის პერისტალტიკის ინტენსივობა, ნაწლავის კედლის ცვლილებანი, მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე სისხლის წნევის დაქვეითებას და სხვ.

ნაწლავის განგრენის განვითარებამდე სისხლის მიმოქცევის მოშლას მოჰყვება ჯერ ნაწლავის სპაზმი, ხოლო შემდეგ მისი დამბლა. ასეთ ნაწლავში აირისა და წნევის დაგროვება იწვევს ნაწლავის კედლის გათხელებას და გადავსებას. ნაწლავის სეროზული გარსი მორუხო შავ ფერს ღებულობს. ერთი დღე-ღამის გავლის შემდეგ, ზოგჯერ კი უფრო ადრეც, ნაწლავის განგრენული კედელი მიკრობებისა და მათი ტოქსინებისათვის გამავალი ხდება. სტრანგულაციური გაუვალობა ხშირად წვრილ ნაწლავში და ისიც უფრო მის დისტალურ ნაწილში გვხვდება, ვიდრე მსხვილში.

სტრანგულაციური გაუვალობა გაცილებით ხშირია ვაჟებში, იგი იშვიათია ბავშვებში. მის განვითარებაში მნიშვნელობა აქვს წინათ გადატანილ ოპერაციას, მუცლის ტრავმას ან ანთებით პროცესს. გარკვეულ მნიშვნელობას აძლევენ აგრეთვე მძიმე ფიზიკურ დატვირთვას და სხვ. დაავადება იწყება უეცრად, ჭვალისებური, ძლიერი ტკივილით, რომელიც მეტწილად ჭიპის არეშია თავმოყრილი. ტკივილის ლოკალიზაცია შეიძლება იყოს ეპიგასტრიუმის, მენჯის ან წელის არეშიც, შემდეგში ტკივილს გაფანტული ხასიათი აქვს, ტკივილის ინტენსივობა ზოგჯერ იმდენად ძლიერია, რომ ავადმყოფი შოკის მდგომარეობაში ვარდება. ტკივილთან ერთად მეტწილად იწყება აგრეთვე პირღებინებაც, რომელიც პირველ ხანებში რეფლექსურია, მოგვიანებით კი ხშირად განავლოვანი.

სტრანგულაციური გაუვალობის დროს ადრეულად ვითარდება განავალზე და აირებზე მოქმედების შეწყვეტა. მკვეთრად მცირდება შარდის რაოდენობა. ეცემა სისხლის წნევა, პულსი აჩქარებული და სუსტი ავსებისაა; ნაწლავებში სისხლის დიდი რაოდენობით სტაზის გამო ვითარდება პლაზმისა და ქლორიდების დაკარგვა ნაწლავის და მუცლის ღრუში ექსუდაციით. ტემპერატურა მეტწილად ნორმალურია, მძიმე ფორმების დროს ნორმაზე დაბალი. კიდურები გაცივებული, ენა და ტუჩები მშრალი, ავადმყოფს აწუხებს წყურვილი. გამომეტყველება ძალზე სევდიანი, თვალები ჩავარდნილი, გონება ხშირად შენახულია.

სტრანგულაციური გაუვალობის დროს მუცლის გამოკვლევა იძლევა მეტად მნიშვნელოვან მონაცემებს.

სტრანგულაციური გაუვალობის კლასიკური ნიშნების ჩამოთვლას თითქმის ყველა სახელმძღვანელოში იწყებენ ე. ვალის (1889) ნიშნით. შებერილი ნაწლავის აღმოჩენა შესაძლოა თვალით ან პალპაციით იმ შემთხვევაში, თუ მის ირგვლივ მყოფი ნაწლავის მარყუჟი ჩაფუშულია ან მასში მნიშვნელოვნად ნაკ-

ლებია აირის რაოდენობა. ამას ხშირად აქვს ადგილი მსხვილი ნაწლავის (სიგმის, ბრმა ნაწლავის) შემოგრეხის მოგვიანებულ პერიოდში, მაგრამ, როგორც ამას სამართლიანად აღნიშნავს ნ. ნ. სამარინი, მსხვილი ნაწლავის, და მით უფრო წვრილი ნაწლავის, შემოგრეხის დასაწყისში ძუცლის ასიმეტრიული შებერილობა მეტწილად არ აღინიშნება. მრავალად შეიძლება იმის მაგალითის მოყვანა, როდესაც ნაწლავის შემოგრეხის დროს ლაპაროტომიამდე ასიმეტრიულობის დადგენა თითქმის შეუძლებელია, რადგან, ზოგჯერ გაჭედილ ნაწლავს გარდა, შებერილია სხვა მარყუჟებიც, რომლებიც იზოლირებული შებერილობის სურათს შლის, და შებერილობა დიფუზურ ხასიათს ატარებს.

ასევე შედარებითი მნიშვნელობა ენიჭება შებერილი ნაწლავის პერკუსიით და ამავე დროს მოსმენით მიღებულ ტიმპანურ ხმიანობას (ვ. კივუელის ნიშანი), რადგან იგი შეიძლება მივიღოთ მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა იქნება ვალის ნიშანიც. ასეთივე მნიშვნელობას აძლევენ ნაწლავის გაგანიერებული მარყუჟიდან შეხეფის ხმას (ი. პ. სკლიაროვის ნიშანი). სტრანგულაციური გაუვალობის დროს, განსხვავებით ობტურაციულისაგან, ნაწლავთა პერისტალტიკა ჩვეულებრივ უმნიშვნელოა და გამოჩნდება მეტწილად პალპაციისას ან მუცლის წინა კედელზე დაკაკუნების დროს (შლანგეს ნიშანი).

ნაწლავის შებერილობის გამო ძლიერ იჭიმება მუცლის კედელი, რის გამოც ავადმყოფი ხშირად იღებს იძულებით მუხლ-იდაყვზე მდებარეობას ან წვება გვერდზე მუცელთან მოზიდული ბარძაყებით, რათა შეამციროს მუცელში გაზრდილი წნევა.

მართალია, სტრანგულაციური გაუვალობა ძლიერ სწრაფად მიმდინარეობს და ზოგჯერ ავადმყოფი პერიტონიტის განვითარებამდე კოლაფსით იღუპება, მაგრამ ხშირად ნაწლავის სწრაფად განვითარებული განგრენის შედეგად მუცლის ღრუში გადის ინფექცია და დიფუზური პერიტონიტი ვითარდება. მაშინ, ცხადია, გაუვალობისათვის დამახასიათებელი ნიშნები მეტ-ნაკლებად იჩრდილება და წინა პლანზე ზოგადი პერიტონიტის ნიშნები დგება.

ნაწლავის შემოგრეხა (volvulus intestini) სტრანგულაციური გაუვალობის ერთ-ერთ მძიმე ფორმას წარმოადგენს. ნაწლავის შემოგრეხა შესაძლოა იმ შემთხვევაში, თუ ნაწლავს აქვს ჯორჯალი, ისიც მოძრავი. შემოგრეხას ხელს უწყობს ჯორჯლის ანთებითი პროცესი, ზოგჯერ ნაწლავის მომტანი და გამტანი ნაწილების დაახლოება და შეწებებაც კი: ჯორჯლის ანთებითი პროცესის შედეგად მოძრავი ჯორჯლის ცენტრალური ნაწილის ფიქსაცია და სხვ.

ნაწლავის შემოგრეხის განვითარებაში დიდ მნიშვნელობას აძლევენ ხანგრძლივი ფიმშილის შემდეგ უხეში საკვების დიდი რაოდენობით მიღებას. ნაწლავის შემოგრეხა ხშირად მამაკაცებში, მოზრდილებსა და ხანში შესულებში გვხვდება.

ნაწლავის შემოგრეხის დროს კლინიკური სურათი ძირითადად დამოკიდებულია შემოგრეხის განვითარების ინტენსივობასა და ნაწლავის შემოგრეხის ხარისხზე. ზოგჯერ ნაწლავის შემოგრეხა სწრაფად ვითარდება და ავადმყოფი თავიდანვე ძმიმე კოლაფსის მდგომარეობაში ვარდება. სხვა შემთხვევაში კი ნაწლავის შემოგრეხა ვითარდება თანდათანობით და იმის მიხედვით, თუ რამდენჯერ მობრუნდება იგი თავის ჯორჯლის ირგვლივ. გაუვალობის ნიშნებიც მეტ-ნაკლებად იქნება გამოხატული. 180° შემოგრეხის დროს გაუვალობის მოვლენები ისე ჰკვეთრად არაა გამოხატული როგორც უფრო მეტი შემოგრეხის

პირობებში. ნაწლავის შემოგრეხა მისი ღერძის ირგვლივ, რომელიც საათის ისრის მიმართულებით (ან ზოგჯერ საწინააღმდეგო მიმართულებით) ხდება, შესაძლოა ერთჯერ, ორჯერ, იშვიათად სამჯერ და კიდევ უფრო იშვიათად მეტჯერაც.

კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით არჩევენ ნაწლავის შემოგრეხის მწვავე, ქვემწვავე, გარდამავალ და ქრონიკულად მიმდინარე ფორმებს.

წვრილი ნაწლავის შემოგრეხა. შორეული ანამნეზიდან მნიშვნელობა აქვს მუცლის ღრუში გადატანილ ოპერაციას — ანთებით პროცესს, სიმსივნეს, გრძელ ჯორჯალს და სხვ. უახლოეს ანამნეზში ყურადსაღებია დაავადების უეცარი დაწყება ძლიერი შეტევითი ხასიათის ტკივილით. ხშირად ჭიპის არეში. მოგვიანებით პერიოდში ტკივილს შეტევითი ხასიათი არა აქვს. მეტწილად დაავადებას თან ახლავს პირღებინება. რაც შეეხება აირებზე და განავალზე მოქმედებას, იგი შეიძლება იყოს იშვიათად, ისიც პირველ ხანებში.

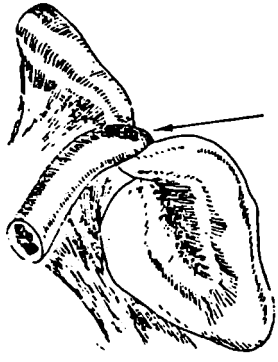
წვრილი ნაწლავის ნაწილობრივი შემოგრეხის დროს დაავადების დასაწყისში შეიძლება აღინიშნებოდეს ვალის ნიშანი — ადგილობრივი მეტეორიზმი, მთლიანი შემოგრეხის დროს კი მას ადგილი არა აქვს. წვრილი ნაწლავის შემოგრეხის დროს განსაკუთრებული მნიშვნელობისაა ნაწლავთა პერისტალტიკის აღმოჩენა, აგრეთვე ტკივილი მარჯვენა თეძოს ფოსოს მიდამოში.

დაავადების პირველ დღეებში ადგილი აქვს ლეიკოციტოზს.

წვრილი ნაწლავიდან შემოიგრიხება უმთავრესად თეძოს ნაწლავი. დაავადების მიმდინარეობა ხშირად დღეების განმავლობაში გრძელდება, ზოგჯერ კი წვრილი ნაწლავის შემოგრეხა მხოლოდ რამდენიმე საათით განისაზღვრება.

დაავადების მიმდინარეობის სისწრაფე დიდადაა დამოკიდებული შემოგრეხილი ნაწლავის სიგრძესა და შემოგრეხის ხარისხზე, მის სიმაღლეზე და ნაწლავის შემოგრეხილ სეგმენტში მყოფ ნერვებსა და სისხლძარღვებზე ზეწოლის ინტენსიობაზე. სრული და მაღლად მდებარე შემოგრეხა ყოველთვის მეტად მძიმედ მიმდინარეობს.

შემოგრეხილი ნაწლავის სიგრძეს დაავადების მიმდინარეობის სისწრაფეში დიდი მნიშვნელობა აქვს.



სურ. 63. წვრილი ნაწლავის შემოგრეხა.

თუ ნაწლავის 180° შემოგრეხა მეტწილად გაუვალობის ნიშნებს არ იძლევა, 270° შემოგრეხას ნაწლავის სეკროზი და სრული გაუვალობა მოსდევს. ამიტომ მიღებულად ითვლება, რომ ნაწლავის შემოგრეხა 270°-ს იძლევა მწვავე გაუვალობას (სურ. 63). საერთოდ, გაუვალობის უფრო მძიმე ფორმებს იძლევა მლივი ნაწლავის შემოგრეხა, დაბლა მდებარე გაუვალობა 180°-ის ფარგლებში კი—ქრონიკულს, ქვემწვავეს და გაუვალობის სხვა გარდამავალ ფორმებს.

წვრილი ნაწლავის შემოგრეხის დიაგნოზის ზუსტად ამოცნობა წინასწარ მეტწილად შეუძლებელია. განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს მსხვილი ნაწლავის შემოგრეხის გამორიცხვას და წვრილი ნაწლავის გაუვალობის დიაგნოზის დასმას. უფრო ზუსტი დიფერენციაცია, ე. ი. წვრილი ნაწლავის შემოგრეხის გარჩევა სტრანგულაციისაგან ოპერაციამდე თითქმის შეუძლებელია.

ბრმა ნაწლავის შემოგრეხა ვაჟებში და ისიც საშუალო ასაკში გვხვდება. ბრმა ნაწლავი მეტწილად შემოიგრიხება მისი ჯორჯლის ირგვლივ, ამიტომ ამ დაავადების განვითარებაში სხვა მიზეზთა შორის (წვრილი და მსხვილი ნაწლავების ჯორჯლის განვითარების ანომალია, ბრმა ნაწლავის გაგანიერება, მისი ანთება და შენაზარდები მეზობლად მდებარე ნაწლავის მარყუჟებთან, ჯორჯალთან და სხვ.) განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს გრძელ ჯორჯალს და მაშინ ბრმა ნაწლავი შემოიგრიხება სწორედ ჯორჯლის ირგვლივ. იშვიათად ნაწლავი შეიძლება შემოიგრიხოს მისი ღერძის ირგვლივაც — თეძოს ნაწლავის შვრთულს ქვევით და მაშინ გაუვალობის მოვლენებს ადგილი არ ექნება. უფრო მეტი მნიშვნელობისაა ბრმა ნაწლავის შემოგრეხა ჯორჯლის ირგვლივ, როცა მასში წვრილი ნაწლავიც მონაწილეობს. მოძრავი ბრმა ნაწლავი ზოგჯერ მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოშია თანდაყოლილი განვითარების მანკის დროს. ასეთ შემთხვევაში თორმეტგოჯა ნაწლავის დასწვრივი ნაწილი შეიძლება გაიკეთოს მოძრავი ბრმა ნაწლავისაგან და მაშინ მაღალი გაუვალობის ნიშნები იქნება.

ბრმა ნაწლავის შემოგრეხის განვითარების უშუალო მიზეზი, ისე როგორც გაუვალობის სხვა შემთხვევაში, შეიძლება იყოს დიეტის დარღვევა, საფაღარათოს მიღება და სხვ.

ბრმა ნაწლავი მისი ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურების გამო შემოგრეხის დროს შედარებით იშვიათად განიცდის განგრენას. დაავადება ჩვეულებრივ იწყება უეცრივ ძლიერი ტკივილით მუცლის მარჯვენა ქვემო ნახევარში: ზოგჯერ ტკივილი აღინიშნება ეპიგასტრიუმის, მარჯვენა ნეკნთა რკალის ქვეშ ან ჭიპის არეშიც, რაც დამოკიდებულია იმაზე, ადგილი აქვს მარტო ბრმა ნაწლავის შემოგრეხას, თუ მასში მონაწილეობს მეზობლად მდებარე ნაწლავის მარყუჟებიც. დასაწყისში არსებული მწვავე ტკივილი შემდგომში იღებს გაუვალობისათვის დამახასიათებელ შეტევით ხასიათს. ზოგჯერ ანამნეზიდან აღსანიშნავია წარსულში მსგავსი შეტევის არსებობა განმეორებითი შემოგრეხის დროს.

ბრმა ნაწლავის შემოგრეხის დროს უფრო ხშირად აღინიშნება აირებზე და განავალზე მოქმედების შეწყვეტა. დაავადების დასაწყისში პირღებინება ხშირი არაა, მოგვიანებით იგი მუდმივ ხასიათს ღებულობს და დაავადების დასასრულს ადგილი აქვს განავლოვან პირღებინებას.

ბრმა ნაწლავის შემოგრეხის ერთ-ერთი ადრეული და მუდმივი ნიშანია პულსის შენელება. განსაკუთრებული მნიშვნელობისაა აგრეთვე ბრმა ნაწლავის მიდამოს პალპაციის დროს „სიცარიელის" შეგრძნება.

ბრმა ნაწლავის შემოგრეხის დროს მუცელს ასიმეტრიული შეხედულება აქვს და შებერილობა ჭარბობს ჭიპისაკენ ან უფრო მარცხნივ. მარჯვენა თეძოს ფოსოს მიდამო კი ჩავარდნილია.

დიფერენციული დიაგნოზის გატარება გვჭირდება სიგმური ნაწლავის შემოგრეხასთან. ამ შემთხვევაში მუცელი ძლიერ შებერილია, მართალია, იგი ასიმეტრულია, მაგრამ შებერილობა ჭარბობს მარჯვნივ, სწორედ ილეოცეკალურ მიდამოში, სადაც ბრმა ნაწლავის შემოგრეხის დროს „სიცარიელე" აღინიშნება. სიგმის შემოგრეხისას „წყლის ცდა" დადებითია (ოყნით შეყვანილი წყალი მიდის მხოლოდ მცირე რაოდენობით, განავალზე მოქმედება კი შეწყვეტილია). ბრმა ნაწლავის შემოგრეხის დროს ოყნით წყლის შეყვანა ყოველთვის ხერხდება. ამ დროს ჩანს აგრეთვე წვრილ ნაწლავთა პერისტალტიკა.

დიფერენციულ დიაგნოზს ვატარებთ წვრილი ნაწლავის შემოგრეხასთანაც.

ამ შემთხვევაში დაავადება თითქმის ყოველთვის მძიმე შოკის ფონზე მიმდინარეობს, რასაც ბრმა ნაწლავის შემოგრეხის დროს ადგილი არა აქვს. წვრილი ნაწლავის შემოგრეხის დროს მუცელი თანაბარზომიერად შებერილია. ავადმყოფს ძლიერი პირღებინება აქვს და დაავადება გაცილებით სწრაფად მიმდინარეობს. ბრმა ნაწლავის შემოგრეხის ამოცნობა წინასწარ მეტწილად არ ხერხდება. ამიტომ ავადმყოფი ხშირად საოპერაციოდ მიდის მექანიკური გაუვალობის დიაგნოზით.

განივი კოლინჯის შემოგრეხა ფრიად იშვიათია. მისი ნიშნები ჰგავს სიგმის შემოგრეხას.

დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობისაა ოპერაციისშემდგომ პერიოდში მექანიკური გაუვალობის განვითარება. ჩვეულებრივ, ექიმი მიჩვეულია, რომ ოპერაციის შემდეგ ვითარდება დინამიკური გაუვალობა ნაწლავთა პარეზის სახით, რომელიც მეტწილად 2—3 დღეს გრძელდება და კონსერვატული ღონისძიებებით ქრება.

როდესაც ნაწლავთა პარეზის ლიკვიდაციის შემდეგ ხელმეორედ იწყება პირღებინება, ტკივილი, აირებზე მოქმედების შეწყვეტა, ამან უნდა გვაფიქრებინოს ოპერაციისშემდგომ უკვე მექანიკურ გაუვალობაზე, რა წარმომობისაც არ უნდა იყოს იგი, ნაწიბურით თუ იშვიათი სახის გაუვალობა.

სიგმური ნაწლავის შემოგრეხა მსხვილი ნაწლავის შემოგრეხის ერთ-ერთი ხშირი ფორმაა. იგი უმთავრესად 40—50 წლის ასაკს შემდეგ გვხვდება. ხანში შესულ ასაკში სიგმის შემოგრეხის სიხშირეს სხვა მიზეზთა შორის ხსნიან თვით ნაწლავის სიგრძითაც. ცნობილია, რომ სიგმური კოლინჯი ასაკთან ერთად მატულობს სიგრძეში. ამდენად ხანში შესულებში მისი შემოგრეხისათვის უფრო მეტი პირობები იქმნება. სიგმის შემოგრეხის მიზეზთა შორის განსაკუთრებული მნიშვნელობა ეძლევა ავრეთვე ნაწლავის ფეხთა ერთმანეთთან სიახლოვეს, მათ ურთიერთშორის შეზრდას („ორლულა სიგმა"), ჯორჯლის ანთებას, რომელიც ასაკთან ერთად უფრო ინტენსიურ ხასიათს ღებულობს. ანთება ჯორჯლის ძირის მიდამოში უფრო გამოხატულია, ვიდრე ნაწლავთან ჯორჯლის მიმაგრების ადგილას.

სიგმის შემოგრეხაში განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ფიზიკურ დატვირთვას, დიეტის დარღვევას (მშიერზე დიდი რაოდენობით ძნელად მოსანელებელი საკვების მიღება), მცენარეული და საერთოდ დიდი რაოდენობით საკვების სისტემატურ ხმარებას, ცხიმოვანი ქსოვილის განლევას (უცხიმო ჯორჯალი) და სხვა მრავალ, ჯერ კიდევ უცნობ მიზეზს.

სიგმური ნაწლავის შემოგრეხა უფრო ხშირად მამაკაცებში გვხვდება. მიუხედავად იმისა, რომ სიგმის შემოგრეხა ხშირია ხანში შესულ ასაკში, იგი შეიძლება შეგვხვდეს შედარებით ახალგაზრდა ასაკშიც. ჩვენს ერთ ავადმყოფს 25 წლის ასაკში აღენიშნებოდა სიგმის შემოგრეხა. ლაპაროტომიის დროს აღმოჩნდა მოტოციკლის გაბერილი კამერის ოდენა სიგმა, მეზო-სიგმოიდიტი. გაკეთდა სიგმური ნაწლავის ერთმომენტიანი რეზექცია. ავადმყოფი განიკურნა.

სიგმური ნაწლავის შემოგრეხისათვის განსაკუთრებით დამახასიათებელია რეციდივი. ჩვენს ერთ ავადმყოფს სხვადასხვა ადგილას გაკეთებული ჰქონდა დეტორზიო, მეზოპლიკაცია და ჩვენთან ბოლოს რეზექცია გაუკეთდა.

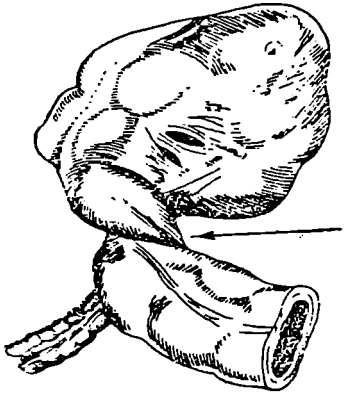
ჩვენი სხვა ავადმყოფებიდანაც ანამნეზში აღსანიშნავი იყო სიგმის შემოგრეხის არსებობა წინათაც, რომელსაც კონსერვატული მკურნალობით გაუვლია.

სიგმური ნაწლავის შემოგრეხის დიაგნოზის დასმაში მნიშვნელობა აქვს ანამნეზში წინათ მსგავსი შეტევის არსებობას, შეკრულობას, უახლოეს ანამნეზში—საერთო სისუსტეს, ფაღარათს და სხვა ზოგიერთ პროდრომულ მოვლენას, რომელთაც, ისე როგორც მეტი წილი ავტორები, ჩვენც არ ეაძლევთ დიდ მნიშვნელობას. ჩვენი ავადმყოფების უმეტესობას სიგმური ნაწლავის შემოგრეხა განუვითარდათ სრულიად მოულოდნელად, როცა ისინი თავს სრულიად ჯანმრთელად გრძნობდნენ.

ანამნეზიდან აღსანიშნავია ისიც, რომ ავადმყოფები ხშირად მიუთითებენ მძიმე ფიზიკურ დატვირთვას, მგზავრობას, შიმშილის შემდეგ საკვების დიდი რაოდენობით მიღებას და სხვ.

დაავადება იწყება უეცარი ტკივილით მარცხენა თეძოს ფოსოს მიდამოში, რომელიც მალე მთელი მუცლის არეში ვრცელდება. ტკივილს თითქმის ყოველთვის მოვლითი ხასიათი აქვს. ღებინება არაა დამახასიათებელი, მას შეიძლება ადგილი ჰქონდეს დაავადების დასაწყისში რეფლექსურად. მოგვიანებულ პერიოდში კი პირღებინება ხშირია, რომელიც ტერმინალურ სტადიაში განავლოვან ხასიათს ღებულობს.

სიგმური ნაწლავის შემოგრეხისათვის (სურ. 64) განსაკუთრებით დამახასიათებელია განავალზე და აირებზე მოქმედების შეწყვეტა.

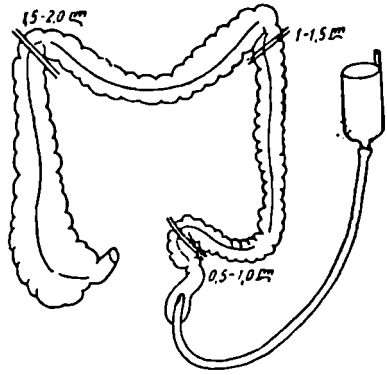


სურ. 64. სიგმური ნაწლავის შემოგრეხა.

სიგმური ნაწლავის შემოგრეხის დიაგნოზის დასმაში მთავარია დაავადების უეცარი დაწყება ძლიერი ტკივილით მუცლის უფრო მარცხენა ქვემო ნაწილში. ტკივილს მოვლითი ხასიათი აქვს. პირველ საათებში ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა მძიმე არაა, ობიექტურად ყურადსაღებია მხოლოდ პულსის მცირედ შენელება და სუნთქვის ოდნავ გახშირება. მოგვიანებით, პულსის გახშირებასთან ერთად, ყურადღებას იპყრობს მუცლის ასიმეტრიული შებერილობა. მუცელი კვერცხის ფორმას ღებულობს ფუძით მარჯვენა თეძოს ფოსოში და მწვერვალით მარცხენა ნეკნთა რკალის ქვეშ. საერთოდ შებერილობას ირიბი მდებარეობა აქვს, უფრო შებერილია მუცლის შუა და მარჯვენა ნახევარი, ვიდრე მარცხენა. სიგმური ნაწლავის შემოგრეხას საერთოდ ყველაზე დიდი შებერილობა ახასიათებს, განსაკუთრებით მოგვიანებულ პერიოდში. ზოგჯერ ჩანს ჟერისტალტიკა, წყლის ცდა (ცეგე-ფონმანტეიფელის) დადებითია. ეს იმას ნიშნავს, რომ 500 მლ სითხის შეყვანის შემდეგ ავადმყოფს ეწყება ძლიერი ტკივილი (შეტევისმაგვარი) და სითხე უკან იღვრება. ზოგჯერ ეს მოვლენები იწყება არა 500 მლ წყლის შეყვანისას, არამედ უფრო მოგვიანებით (1 ლ), მაგრამ დიდი რაოდენობით წყლის შეყვანა თითქმის არასოდეს არ ხერხდება. შესული სითხის ასეთი მერყეობა დამოკიდებულია სწორი ნაწლავის ოდენობაზე, სიგმის შემოგრეხის ხარისხზე და სხვ. (სურ. 65).

მაღალი ოყნით და წნეევით სითხის შეყვანას უნდა ვერიდოთ სიგმური ნაწლავის დაზიანების თავიდან აცილების მიზნით.

მნიშვნელოვან მონაცემებს იძლევა სწორი ნაწლავის გამოკვლევა. სიგმის შემოგრეხის დროს სწორი ნაწლავი გაგანიერებული და ცარიელია. მიმდინარეობის მხრივ ძირითადად სიგმის შემოგრეხა იმ კანონს ექვემდებარება, რომელიც საზოგადოდ ცნობილია გაუვალობის შემთხვევაში. რაც მაღალია გაუვალობა, მისი მიმდინარეობაც მეტად მძიმეა და, პირიქით, დაბალ გაუვალობას შედარებით კეთილსაიმედო მიმდინარეობა აქვს.



სურ. 65. სოფის რაოდენობა, რომელიც შეიძლება შეყვანილი იყოს მსხვილი ნაწლავის სხვადასხვა ლოკალიზაციის გაუვალობის დროს.

როდესაც სიგმის შემოგრეხით ავადმყოფს ოპერაცია უკეთდება, არ უნდა დავიიწყოთ სწორ ნაწლავში რეზინის მილის შეყვანა. მხოლოდ საჭიროა სიფრთხილე, რომ არ დავაზიანოთ ნაწლავი. ოპერაციის მსვლელობაში მისი შეყვანა უკვე ძნელია.

სიგმის შემოგრეხით მეტწილად ჩვენთან ავადმყოფები 2—3 დღის შემდეგ შემოდიან. ავადმყოფის გადარჩენის შესაძლებლობა მოგვიანებით, განსაკუთრებით კი მე-7—8 დღიდან, მკვეთრად მცირდება. ეს გასაგებია. ხანში შესულ ასაკში ძლიერი ინტოქსიკაციის პირობებში დაგვიანებულ ოპერაციას ავადმყოფი ვერ იტანს.

ნაწლავის განგრენის განვითარებისათვის ზოგჯერ რამდენიმე საათიც საკმარისია, ამიტომ ჩვენი ავადმყოფების საკმაო ნაწილს ე. წ. შავი სიგმა აღენიშნებოდა. ასეთ შემთხვევაში სიგმის ამოკვეთის შემდეგ შერთული არ ხერხდება და ავადმყოფის მდგომარეობაც არ გვაძლევს ამის უფლებას; საქმე ხელოვნური ანუსის დადებით მთავრდება. თუ ავადმყოფი გადარჩა, შემდეგში კეთდება სიგმის დეფექტის აღდგენა წერილი ნაწლავით.

რაც შეეხება ოპერაციულ დიაგნოზს, შემოგრეხილი სიგმის გიგანტური ოდენობის გამო, იგი მეტწილად ადვილია. ადრეულ პერიოდში მუცლის ღრუში აღინიშნება სეროზული, მოგვიანებით კი სისხლიანი, შოკოლადისფერი გამონადენი და ამ დროს თვით სიგმაც მნიშვნელოვნად შეცვლილია.

შეცდომები აქაც გვხვდება. ნ. სამარინს მოჰყავს შემთხვევა, როდესაც 180°-ით შემობრუნებული სიგმა ექიმს მწვავე მუცლის მიზეზი ეგონა; ავადმყოფს მეზოპლიკაცია და აპენდექტომია გაუკეთდა. რადგან მუცლის ღრუს დახურვის წინ მენჯის ღრუდან სისხლიანი გამონადენი განაგრძობდა შემოსვლას, ექიმი იძულებული გახდა ჩაეტარებინა მენჯის ღრუს რევიზია. რამაც გადაწყვიტა დიაგნოზის საკითხი—აღმოჩნდა საკვერცხის სისხლჩაქცევა, სიგმის „შემოგრეხას“ კი ამასთან არაევითარი კავშირი არ ჰქონია.

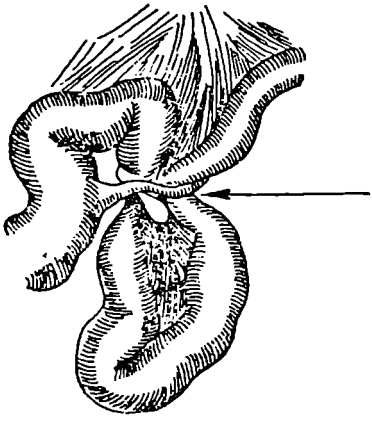
ერთ კოგონას რაიონში მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზით გაუკეთდა აპენდექტომია. ოპერაციის შემდეგ მდგომარეობა გაუმჯობესების მაგიერ თანდათან

გაუარესდა. მესამე დღეს მიწვეულმა კონსულტანტმა შუახაზზე რელაპაროტომია გააკეთა. აღმოჩნდა მთელი მსხვილი ნაწლავის შემოგრეხა საერთო ჯორჯლის გამო. განგრენული ნაწლავი ამოიკვეთა. თეძოს ნაწლავზე ხელოვნური ანუსი დაედო. ბავშვი გადარჩა (შემდეგ მას კლინიკაში გაუკეთდა თეძოსიგმის დარჩენილ ნაწილს შორის შერთული).

ამ მაგალითებიდან კიდევ ერთხელ ის დასკვნა უნდა გამოვიტანოთ, რომ რაიმე პათოლოგიური პროცესის ან მისი მსგავსის აღმოჩენით არ შეიძლება დავკმაყოფილდეთ და დაავადების ნამდვილი მიზეზის დადგენის მიზნით ყოველთვის საჭიროა ჩავატაროთ მუცლის ღრუს გარანტირებული რევიზია.

ნაწლავის გაჭედვით გამოწვეული გაუვალობა გვხვდება უფრო ხშირად წვრილ ნაწლავში. იგი მეტწილად იწყება ძლიერი ტკივილით მუცლის ამა თუ იმ არეში და მას ახასიათებს სტრანგულაციური გაუვალობის ნიშნები. შებერილობა. მოვლითი ხასიათის ტკივილი, გულისრევა და პირღებინება, აირებზე და განავალზე მოქმედება ზოგჯერ შეწყვეტილი არაა.

როგორც ნ. სამარინი წერს, ძნელია დასახელდეს გაუვალობის მეორე სახე, რომელსაც ისეთი ნაირფეროვანი მიმდინარეობა ახასიათებდეს, როგორც ნაწლავის გაჭედვას. ნაწლავის გაჭედვა შეიძლება გამოიწვიოს მუცლის ღრუში არსებულმა სხვადასხვა ხვრელმა, ზოგჯერ კი მეკელის დივერტიკულით წარმოშობილმა ხვრელმა (სურ. 66). ნაწლავის გაჭედვა შეიძლება მოჰყვეს ყველა სახის შიგნითა თიაქარს, როგორიცაა, მაგალითად: დიაფრაგმული, ტრეიცის ოიგის მიდამო, ბრმა ნაწლავის არეს, სიგმური ნაწლავი; ჯორჯალის ან ბადექონის დეფექტი, საშვილოსნოს განიერი ოიგის, შარდის ბუშტის არე. ზოგჯერ შიგნითა გაჭედვა ნაწიბუროვანი ხასიათისაა, მაშინ დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება მუცლის ღრუს გადატანილი ოპერაცია, ტრავმა, ანთება, რომელიც ნაწიბურების განვითარების შედეგად რამდენიმე თვის ან წლის გავლის შემდეგ იძლევა გაუვალობის ნიშნებს. ამ სახის გაუვალობის დროს ისმება საერთოდ მექანიკური გაუვალობის დიაგნოზი. ზოგჯერ გვეხმარება ლაბორატორიული (ქლორიდების შემცირება) და რენტგენოლოგიური (კლობერის ფიალები) გამოკვლევა.

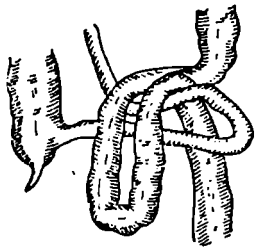


სურ. 66. ნაწლავის გაჭედვა მეკელის დივერტიკულის შეხორცებით წარმოშობილ ხვრელში.

ოპერაციული დიაგნოზი მიზნად ისახავს ლაპაროტომიას და ნაწიბურით გამოწვეული დაბრკოლების მიზეზის მიგნებას. ლაპაროტომია განსაკუთრებული სიფრთხილით უნდა შესრულდეს. მისი წარმოება ჯობს ნაწიბურიდან მოშორებით, რათა თავიდან ავიცილოთ ნაწიბურთან შეზრდილი ნაწლავის დაზიანება.

ნაწლავის კვანძი — nodulus tnlestini—მექანიკური გაუვალობის ყველაზე მძიმე ფორმას წარმოადგენს. იგი შედარებით ხშირია წვრილი ნაწლავის მარჯუენა და სიგმურ ნაწლავს შორის (სურ. 67). იშვიათია წვრილი ნაწლავის ორ

მარყუჟს შორის და კიდევ უფრო იშვიათად კვანძის განვითარება წვრილი ნაწლავის ერთი მარყუჟისაგან, ზოგჯერ შეიძლება წარმოიქმნას ე. წ. რთული კვანძი, რომლის შემადგენლობაში ნაწლავის რამდენიმე მარყუჟი იღებს მონაწილეობას. ნაწლავის კვანძით გამოწვეული გაუვალობა ხშირი არაა. მისი მიზეზი შეიძლება იყოს ყველაფერი, რაც საერთოდ საფუძველად უდევს მექანიკურ გაუვალობას. ხელშემწყობ ფაქტორად თვლიან სიგმური ნაწლავისა და თეძოს ნაწლავის ვიწრო და გრძელ ჯორჯალს, აგრეთვე თეძოს ნაწლავის ქვემო ნაწილის რეტროპერიტონულ ფიქსაციას. ნაწლავის კვანძი ნაწლავის მეტი წილის გაჭედვის შედეგად მეტად მძიმე შოკის ფონზე მიმდინარეობს. ავადმყოფის მდგომარეობას ისიც აუარესებს, რომ ამ დროს ადგილი აქვს წვრილი ნაწლავის საკმაოდ მაღალ გაუვალობას. ხოლო ნაწლავის დიდ მონაკვეთში ვითარდება სისხლის დიდი რაოდენობით სტაზი, რაც მკვეთრი ანემიის ნიშნებს იძლევა. ნაწლავის კვანძის დროს მძიმე შოკისა და ანემიის სურათი ზოგჯერ იმდენად ნათელია, რომ დაავადებას მიიჩნევენ შინაგან სისხლდენად.



სურ. 67. ნაწლავთა შორის კვანძის განვითარება.

აღწერილია შემთხვევა ნაწლავის კვანძის დროს ავადმყოფის სიკვდილისა რამდენიმე საათში. მეტწილად ამ დაავადების დროს დახმარების გარეშე ავადმყოფები იღუპებიან 1—2 დღეში.

ნაწლავის კვანძისათვის რაიმე დამახასიათებელი ნიშანი, რომლითაც მისი ამოცნობა ხერხდებოდეს, არ არსებობს. მას ახასიათებს თითქმის ყველა ის ნიშანი, რაც მექანიკურ გაუვალობას. ამ დაავადების დროს განსაკუთრებით იპყრობს ყურადღებას გულ-სისხლძარღვთა ფუნქციის მკვეთრი და კატასტროფული გაუარესება, მძიმე შოკის სურათი და ავადმყოფობის მეტად სწრაფი მიმდინარეობა, რომელიც მეტწილად 24—48 საათში სიკვდილით მთავრდება. მიუთითებენ აგრეთვე, რომ ნაწლავის კვანძი უფრო ხშირად ვითარდება ღამის მეორე ნახევარში ან გათენებისას, ძილის დროს, ჩვენი ავადმყოფების მეტი ნაწილი დაავადების დაწყებას მიუთითებდნენ აგრეთვე ღამით ან გათენებისას.

რაც შეეხება ოპერაციულ დიაგნოზს, ნაწლავის კვანძის დროს ძნელი არაა. მთავარია კვანძის დროული გახსნა და ოპერაციის სწრაფად დამთავრება. რასაც მოითხოვს ამ დაავადების დროს ავადმყოფის მდგომარეობა. რადგან კვანძი მეტწილად სიგმა-წვრილ ნაწლავს შორის ვითარდება, ურჩევენ მუცლის გახსნისთანავე მოიძებნოს სიგმის ჯორჯალი. რომელსაც მასთან კვანძის შემთხვევაში წვრილი ნაწლავის მარყუჟები ევლება ირგვლივ. ოპერატორმა თითების დახმარებით უნდა გააგანიეროს სიგმის ირგვლივ წვრილი ნაწლავის რგოლი. თუ სიგმა შებერილია, იგი უნდა განთავისუფლდეს შიგთავსისაგან და მხოლოდ შემდეგ უნდა ვცადოთ სიგმის გატანა წვრილი ნაწლავის მარყუჟთა რგოლში, მიმართულებით—მარჯვნიდან მარცხნისაკენ.

იმისათვის. რომ სტრანგულაციური გაუვალობა ობტურაციული გაუვალობისაგან განვასხვავოთ, მოგვყავს მ. ტიხოვის მიერ შედგენილი სქემა, რომელსაც ნ. სამარინმა დაუმატა ს. იოხელსონის ექსპერიმენტული მონაცემები გაუვალობის დროს სისხლში შაქრის ოდენობის შესახებ. ჩვენ მიერ ამ

სქემას დაემატა ზოგიერთი ცნობა (საერთო მდგომარეობა, ტკივილი, განავალზე მოქმედება, პალპატორული მტკივნეულობა, პერისტალტიკური ხმიანობა, პერიტონული ნიშნები, რენტგენოლოგიური გამოკვლევა) იან ნელიუბოვიჩის მიხედვით.

სიმპტომები	სტრარგულაციური ფორმა	ობტურაციული ფორმა
საერთო მდგომარეობა	ზოგჯერ თავდანვე მძიმე	ყარგი, ცუდი ხდება რამდენიმე ხნის შემდეგ
შოკი	ნაადრევი, მკვეთრად გამოხატული	არ არის, მოგვიანებით—კოლიფსი
პულსი	არადამაკმაყოფილებელია თავიდანვე	დამაკმაყოფილებელია ხანგრძლივი დროის განმავლობაში
ტკივილი	მხოლოდ დასაწყისში შეიძლება იყოს შეტევის მსგავსი, მეტწილად მუდმივი	შეტევისმაგვარი, რომელიც იმატებს
ტემპერატურა	ნორმალურია, შეიძლება ნორმის ქვეშაც	ნორმალური
პირღებინება	დასაწყისში რეფლექსურია, დაავადების ბოლოს განავლოვანი	აღინიშნება შედარებით მოგვიანებით პერიოდში. ხშირად განავლოვანია (მექანიკური), შედარებით ყარგი საერთო მდგომარეობის დროს
განავალზე და აირებზე მოქმედება	დასაწყისიდანვე მწკავე შეკავება	ზოგჯერ თავისთავად ან ოყნით გამოდის ქვემო სეგმენტიდან
მეტეორიზმი	ადრეული ყოველთვის მნიშვნელოვანი, მუცლის წინა კედლის კონფიგურაციის ასიმეტრია. ვალის ნიშანი. მჭეფის ხმა გაბერილ მარყუჟში	გამოიხატება მოგვიანებით. შედარებით ნაკლები სარისხით
პერისტალტიკა	გაქედილ ნაწლავში არ აღინიშნება. ზემომდებარე ნაწლავშიც ხშირად არ აღინიშნება	მკვეთრად გაძლიერებულია დაბრკოლების ზემოთ
პერისტალტიკური ხმიანობა	იშვიათია, არასრული დახშობის დროს მეტად ადრეულ პერიოდში	მეტად დამახასიათებელია, აღინიშნება ტკივილთან ერთად.
პალპატორული მტკივნეულობა	მეტწილად გამოხატულია და ადგილს გარკვევა ადვილია	შედარებით ნაკლებად და სუსტად გამოხატულია, ადგილის გარკვევაც ძნელია
სიმსივნე (გარედან სწორ ნაწლავში და ა. შ.)	ინვაგინაციის დროს	ხშირად აღინიშნება (ნაღვლის ქვები, ჭიის გორგალი, განავლოვანი ქვები, სიმსივნე და სხვ.)
პერიტონიტის ნიშნები	ხშირად დასაწყისშიც, მოგვიანებით ყოველთვის	დასაწყისში არ აღინიშნება
რენტგენოლოგიური გამოკვლევისას	არ აქვს დამახასიათებელი სურათი, ზოგჯერ ერთეული გაბერილი მარყუჟები	დამახასიათებელ სურათი
ბიხლში შაქრის რაოდენობა	მომატებულია	ნორმალურია

დინამიკური გაუვალობა

დინამიკური გაუვალობის დროს მექანიკური მიზეზების გარეშე არ ხერხდება ნაწლავის შიგთავსის ბუნებრივი გზით გადასაცვლება. მიზეზი მიზეზია ნაწლავის ფუნქციური მოქმედების მოშლა.

არჩევენ დინამიკური გაუვალობის ორ ფორმას:

1. სპასტიკურს, რომელიც შედარებით იშვიათია და საფუძველად უდევს ნაწლავის ამა თუ იმ უბნის სპაზმი ნაწლავის სანათურის სრულ დახშობამდე. სპაზმის დროს ნაწლავის კედელს ანემიის გამო მეტად მკრთალი შეხედულება აქვს.

2. ატონიურს, ანუ პარალიზურს. ამ ფორმის დროს ქვეითდება ან სრულიად ისპობა ნაწლავის კედლის შეკუმშვის უნარიანობა, რასაც თან სდევს ნაწლავის კედლის ჯირკვალთა სეკრეტორული ფუნქციის მკვეთრი შემცირება, შეგუბებითი მოვლენები და შეწოვის უნარიანობის მოსპობა.

დაავადების მიმდინარეობის სიმძიმე პირდაპირ დამოკიდებულია ნაწლავის შეკუმშვის უნარიანობის მოსპობის ხარისხზე. პარეზის დროს მოვლენები შედარებით ნაკლებადაა გამოხატული, დამბლის დროს კი დაავადება თავის გასვითარების მაქსიმუმს აღწევს.

დინამიკური, განსაკუთრებით სპასტიკური, გაუვალობის ნამდვილი მიზეზი ჯერ კიდევ უცნობია.

სპასტიკური გაუვალობა ზოგჯერ ვითარდება მუცლის ტრავმის, პერიტონეუმის პარიესული ფურცლის დაჭრის, ნერვული სისტემის რომელიმე დაავადების (ტაბესი, ისტერია). შინაგანი სეკრეციის ჯირკვალთა ფუნქციის მოშლის, სხვადასხვა ეგზო-ან ენდოგენური ინტოქსიკაციის დროს და სხვ. ჩვენ გვინახავს შემთხვევა, როდესაც წვრილი ნაწლავის მკვეთრ სპაზმს იძლეოდა მასში მყოფი ერთადერთი ასკარიდა, ნაწლავი ხანგრძლივი დროის განმავლობაში იმყოფებოდა მაქსიმალურად შეკუმშულ და გამკვრივებულ მდგომარეობაში, ისე როგორც ფორმალინში დამუშავებული პრეპარატი. სპაზმის მიდამოში კი ნაწლავის კედელი მკვეთრ ანემიას განიცდიდა.

სპაზმს ხშირად მოსდევს ნაწლავის ხანგრძლივი დამბლა, განსაკუთრებით ტრავმის დროს.

ნაწლავის პარალიზური გაუვალობა, ანუ ატონია თან ახლავს მწვავე პერიტონიტს, ზოგჯერ ცენტრალური ნერვული სისტემის დაავადებებს, ზურგის ტვინის სიმსივნეს.

გაუვალობის ორივე ეს ფორმა შეიძლება განვითარდეს რეფლექსურად მუცლის ღრუს მეზობელი მიდამოს დაზიანების დროს. მაგალითად, რეტროპერიტონული სივრცის, თირკმლის და გულმკერდის ტრავმის, ქვემო ნეკნების მოტეხილობის დროს, ზოგჯერ თირკმლის ან ნაღვლის ბუშტის კენჭოვანი ჭვალის და სხვ.

თვით მექანიკური გაუვალობის, მაგალითად, სტრანგულაციური გაუვალობის, დასაწყისში ადგილი აქვს ნაწლავის სპაზმს. სპაზმი და შემდეგ დამბლა შეიძლება განვითარდეს ნაწლავის არასრული გაჭედვის დროს, აგრეთვე მუცლის ღრუს ორგანოთა თითქმის ყველა მწვავე ქირურგიული დაავადების ან იმ დაავადების დროსაც, რომელიც ყალბი მწვავე მუცლის ნიშნებს იძლევა.

დინამიკური გაუვალობის მიზეზი შეიძლება იყოს მუცლის ღრუს ოპერაცია, განსაკუთრებით ოპერაციისათვის მზადება (შიმშილი). ხანგრძლივი ნარკოზი, ავადმყოფის გაცივება, მუცლის ღრუს ორგანოთა ტრავმირება, მათი გაშრობა, ხანგრძლივი ევენტრაცია, ჯორჯლის სისხლძარღვთა ორომბოზი ან ემბოლია. საკვერცხის ცისტის შემოგრეხა. ზოგი მედიკამენტი (ოპიუმი, მორფიუმი, პანტაპონი) და სხვ.

მართალია. სპასტიკურ გაუვალობას ახასიათებს მექანიკური გაუვალობის ნიშნები: მუცლის არათანაბარზომიერი შებერილობა ნაწლავთა პერისტალტიკისა და ხმიანობის გაძლიერების სახით, მაგრამ მექანიკური გაუვალობისაგან განსხვავებით ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა კარგია.

პარალიზური გაუვალობის დროს მუცელი თანაბარზომიერად შებერილია, თვალსაჩინო პერისტალტიკა და ნაწლავთა ხმიანობა ძლიერ შესუსტებული და ჰეტწილად სრულიად გამქრალია („სამარისებური სიჩუმე").

როდესაც პარალიტურ გაუვალობას საფუძვლად პერიტონიტი უდევს, ავადმყოფის მდგომარეობა მძიმეა. წმინდა ნერვული წარმოშობის პარალიზური გაუვალობის დროს კი ავადმყოფის მდგომარეობა სავსებით დამაკმაყოფილებელი და ზოგჯერ კარგია. როდესაც შეუძლებელია მექანიკური გაუვალობის განსხვავება დინამიკურისაგან, დიაგნოზის მიზნით შეიძლება მივმართოთ ჰიპერტონიული ხსნარის ოყნას (სუფრის მარილის 10% ოდნავ ცხელი ხსნარი 200—300 მლ) ანდა ისეთივე სტერილური ხსნარის შეყვანას ვენაში 60—100—150 მლ), კუჭის ამორეცხვას, წელის ორმხრივ ბლოკადას ვიშნევსკის წესით. ზოგიერთები ასეთ შემთხვევაში ურჩევენ სპინალურ ანესთეზიასაც, რომელიც სპასტიკური გაუვალობის დროს იძლევა აირებზე და განავალზე გასვლას, რაც ავადმყოფის მდგომარეობის გაუმჯობესებას იწვევს.

სპინალური ანესთეზიის შემდეგ დინამიკური გაუვალობის მოვლენები როგორც ჩვენი საკუთარი დაკვირვებით, ისე სხვების მონაცემებით სწორედ ამ მიზეზის გამო ნაკლებია. გაუვალობის ზოგიერთი ფორმის დროს, როდესაც ავადმყოფის მდგომარეობის მიხედვით ოპერაციის შესრულებისათვის გამოყენებული იყო სპინალური ანესთეზია, ანესთეზიიდან ჯერ კიდევ რაიმე მანიპულაციამდე გვინახავს განავალზე გასვლა და გაუვალობის მოსპობა, მაგრამ, მიუხედავად ამისა, დინამიკური გაუვალობის სამკურნალოდ ეს მეთოდი არ შეიძლება ფართოდ იქნეს რეკომენდირებული, იგი უნდა გამოვიყენთ ფრიად იშვიათად შემთხვევაში

ამ მიზნისათვის შეიძლება მივმართოთ ვიშნევსკის წესით ლუმბალურ ბლოკადას, რომლის მექანიზმი, ავტორის მიხედვით, მდგომარეობს ნერვული სისტემის გაღიზიანების მოსპობაში. ამის შესახებ ვიშნევსკი წერს, რომ: „სპაზმი იხსნება, ხოლო დეპრესია უმატებს ტონუსს".

ა. ვ. ვიშნევსკის მიხედვით წელის ნოვოკაინური, ანუ თირკმლის ირგვლივი ბლოკადის დროს ავადმყოფს აწვენენ გვერდზე, ისე როგორც თირკმლის ოპერაციის დროს—წელის ქვეშ აუცილებლად უდებენ მორგვს. მეთორმეტე ნეკნისა და ზურგის გრძელი კუნთების კუთხეში პატარა შპრიცით აკეთებენ კანისა და კანქვეშა ქსოვილის ინფილტრაციას. აღნიშნულ ინფილტრატში შეჰყავთ 8—10 სმ სიგრძის დიდ შპრიცზე მორგებული ნემსი. ნემსის მიმართულება კანის ზედაპირის მიმართ უნდა იყოს ზუსტად პერპენდიკულარული. ნემსის წინ გადანაცვლებას უნდა უსწრებდეს ნოვოკაინის ხსნარის შეყვანა. შპრიცს სისტემატურად ხსნიან ნემსიდან კონტროლისათვის (სისხლი).

როდესაც ნემსი გაივლის კუნთოვან შრეს და თირკმლის ფასციის უკანა კედელს, მისი წვერი მოხვდება ფასციათა შორის სივრცეში. ამას ადასტურებს ხსნარის წნევის გარეშე შეყვანა და შპრიცის მოხსნის დროს ნემსიდან სითხის გამოსვლის შეწყვეტა. როგორც კი დავადგენთ, რომ ნემსიდან სითხის გამოსვლა შეწყდა, საჭირო ნოვოკაინის 0,25%-იანი ხსნარის 60-დან 100 მლ რაოდე-

ნობით შეკვანა. ნემსიდან სისხლის გამოსვლის შემთხვევაში ნემსი ოდნავ უკან უნდა გამოვიწვიოთ. ვიშნევსკის მიხედვით, „ნემსიდან არ უნდა დიოდეს არც ერთი წვეთი სითხე, არც ერთი წვეთი სისხლი". ეს მოთხოვნილება მტკიცედ უნდა დავიცვათ, რადგან თუ სითხე არასწორად იქნა შეყვანილი, მაშინ იგი გავრცელდება კუნთში და თერაპიულ ეფექტს ვერ მიეღწევა.

სპაზმის მოსახსნელად სპასტიკური გაუვალობის დროს შეიძლება გამოვიყენოთ აგრეთვე ატროპინი (0,1%—1,0 1—2-ჯერ დღეში), სამაგიეროდ, პერისტალტიკის აღსადგენად პარალიზური გაუვალობის დროს კარგი შედეგით გამოიყენება პროზერინი (0,05% 1,0 1—2-ჯერ დღეში), პიტეიტრინი (1,0 1—2-ჯერ დღეში).

გაუვალობა ბავშვთა ასაკში

ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის სახეებიდან სიხშირის მხრივ პირველ ადგილზეა ინვაგინაცია. განსაკუთრებით ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებში. 10 წლის შემდეგ იგი შედარებით იშვიათია. ინვაგინაციის შემდეგ მოდის ობტურაციული გაუვალობა. რაც შეეხება სტრანგულაციურს, იგი ბავშვებში მოზრდილებთან შედარებით ნაკლებად გვხვდება.

ბავშვებში ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის დიაგნოზის დასმა ადვილი არაა, რადგან დაავადებას არ აქვს ისეთი ნათელი სურათი, როგორც მოზრდილებში. დამახასიათებელია: ტკივილი, რომელსაც აძლიერებს პალპაცია, მადის დაკარგვა. პირღებინება. დაავადების მწვავედ განვითარების შემდეგ პერიოდულად მდგომარეობის გაუმჯობესება, შემდეგ კვლავ გაუარესება გაუვალობის სასარგებლოდ მიუთითებს, მით უფრო, თუ ბავშვს აწუხებს ტკივილი მუცელში და აღენიშნება აირებზე მოქმედების შეწყვეტა. ინვაგინაციას კლასიკურ შემთხვევაში აქვს ტრიადა; უეცარი დაწყება, სიმსივნე მუცლის ღრუში და სისხლი განავალში.

გაუვალობის დიაგნოზი

როგორც ვხედავთ, გაუვალობის ფორმები არ წარმოადგენს ერთ მთლიანს არც პათანატომიური, არც ეტიოლოგიური მომენტის მხრივ. გამომწვევ მიზეზთა მრავალფეროვნება, პროცესის თავისებური, გაუვალობის ადგილმდებარეობისა და სახის შესაბამისი მიმდინარეობა არ იძლევა საშუალებას ჩამოვაყალიბოთ ყველა ცალკეულ შემთხვევაში დიაგნოზის დასმისათვის გამოსადეგი ზუსტი და უტყუარი ნიშნები.

ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის დიაგნოზის დასმა კიდევ უფრო ძნელია დაავადების დასაწყისში. როდესაც ჯერ კიდევ არ არის გამოხატული დამახასიათებელი საიმედო ნიშნები. ავადმყოფთა გადარჩენისათვის კი სწორედ ადრეულ დიაგნოზს აქვს გადამწყვეტი მნიშვნელობა.

ამიტომ საყურადღებოა გვახსოვდეს ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის ზოგიერთი ძირითადი ნიშანი: დაავადების უეცარი დაწყება მწვავე შეტევითი ხასიათის ტკივილით, ხშირად ნაწლავის მომტანი ნაწილის პერისტალტიკით და რეფლექტორული პირღებინებით: მუცელი მეტწილად რბილი და პალპაციით თითქმის უმტკივნეულია; განსაკუთრებით აღსანიშნავია დასაწყისშივე ადრეული მძიმე შოკის განვითარება; განავალზე და აირებზე მოქმედება შეწყვეტილია; დასაწყისში შეიძლება ადგილი ექნეს ლორწოიან-სისხლიან განავალზე მოქმედებას; შარდის რაოდენობა მკვეთრად მცირდება; პულსი ნაკლებად

აჩქარებული, სისხლის წნევა დაქვეითებული, ტემპერატურა ნორმალური ან ნორმაზე დაბალია; მოგვიანებით აღინიშნება მუცლის შებერილობა, ხშირად ასიმეტრიულად; პერკუსიით—ტიმპანიტი მეტალური ელფერით; რენტგენოსკოპიით—ნაწლავთა გაბერილი მარყუჟები, და კლიბერის ფიალები; ლაბორატორიული გამოკვლევით — ერითროციტოზი, ლეიკოციტოზი, სისხლში ქლორიდების დაცემა 400 მგ%-ზე ქვევით.

ნაწლავის ნეკროზის დროს, მართალია, ტკივილი ქრება, მაგრამ ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა ძალზე მძიმეა. აირებისა და განავალის შეკავება შეიძლება იმდენად სრული იყოს, რომ, ყოველგვარი ღონისძიების ენერგიული გამოყენების მიუხედავად, ეფექტი ვერ მივიღოთ. სხვა შემთხვევაში სათანადო დახმარებას (სიფონის ოყნა, პერისტალტიკის აღმძვრელი საშუალებანი და სხვ.) თუმცა თან სდევს აირების და განავლის ზომიერი გამოყოფა, მაგრამ ნაწლავის კედელში შეუქცევადი ცვლილებების დროს ავადმყოფი თითქმის არ იღებს შეღავათს.

შედარებით ქრონიკულად მიმდინარე გაუვალობის დიაგნოზის დასმაში მნიშვნელობა აქვს ანამნეზურ ცნობებს მუცლის პერიოდული შეტევითი ხასიათის ტკივილის, გაძლიერებული პერისტალტიკის, მუდმივი ყურყურის, შებერილობისა და შეკრულობის (ცხვრის კურკლის მსგავსი განავალი, რომელიც სისტემატურად იცვლება ფაღარათით) შესახებ.

ნაწლავის მწვავე გაუვალობისას დიფერენციული დიაგნოზის გატარება საჭიროა მუცლის ღრუს მთელ რიგ მწვავე ქირურგიულ დაავადებებთან, რომელთა დროსაც პერიტონიტის შედეგად მეორადად ვითარდება დინამიკური გაუვალობის ნიშნები. ასეთ შემთხვევაში ცალკეული დაავადებებისათვის დამახასიათებელი სიმპტომების ცოდნასთან ერთად გვეხმარება პირველდაწყებითი პერიტონიტის მოვლენების აღმოჩენა დაზიანებული ორგანოს შესაბამისად, მაგალითად, მწვავე აპენდიციტის დროს—ილეოცეკალურ კუთხეში, მწვავე ქოლეცისტიტის შემთხვევაში — მარჯვენა ნეკნთა რკალის ქვეშ, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციისას—ეპიგასტრიუმის ან მარჯვენა ნეკნთა რკალის ქვეშ და ა. შ. მუცლის ღრუს მთელ რიგ მწვავე ქირურგიულ დაავადებებს თავიდანვე პირველადად თან ახლავს პერიტონული მოვლენები, გაუვალობის დროს კი პერიტონიტი ვითარდება მოგვიანებით, მეორადად.

დახმარებას გვიწევს აგრეთვე კუნთთა დაჭიმულობა, ტემპერატურისა და პულსის ცვლილებები, რაც განსაკუთრებით დამახასიათებელია პერიტონიტისათვის და თითქმის არ გვხვდება გაუვალობის დროს, მით უმეტეს პირველ ხანებში.

ზოგჯერ ძნელია დინამიკური გაუვალობის განსხვავება მექანიკურისაგან. ხდება უარესიც—მექანიკური გაუვალობის დროს ისმება დინამიკური გაუვალობის დიაგნოზი, ავადმყოფს ენიშნება კონსერვატული მკურნალობა და მისი სიცოცხლე საფრთხეში ვარდება.

გაუვალობის მკურნალობა

ნაწლავის მწვავე მექანიკური გაუვალობის მკურნალობა ოპერაციულია. მთავარი მნიშვნელობა ეძლევა მხოლოდ დროულ ოპერაციას, რადგან ზოგჯერ სტრანგულაციური გაუვალობისას ნაწლავის განგრენის განვითარებისათ-

ვის 2—3 საათიც საკმარისია, ადრეული ოპერაციის ქვეშ კი აწორედ პირველი საათები იგულისხმება. პირველ საათებში ოპერაცია გამართლებულია კიდევ იმიტომაც, რომ დასაწყისში ავადმყოფის კარგი საერთო მდგომარეობა ჯერ კიდევ შენარჩუნებულია, ხოლო ნაწლავის დაზიანებულ უბანში დესტრუქციული ცვლილებები ნაკლებადაა გამოხატული: ასეთ პირობებში ოპერაციის ჩატარება გაცილებით ადვილი, ნაკლებად რთული და გამოსავლის მხრივ მეტად საიმედოა. ადრეული ოპერაციის საქმე გაძნელებულია მხოლოდ დაავადების გაურკვეველი სურათის შემთხვევაში, როდესაც გაუვალობის დიაგნოზი საეჭვოა.

ამავე დროს ცნობილია, რომ გაუვალობის გაურკვეველი დიაგნოზი იქმნება მუცლის ღრუს იმ მწვავე ქირურგიული დაავადებების დროს, რომელთა მეტი ნაწილიც გადაუდებელ ოპერაციას მოითხოვს. საეჭვო შემთხვევაში ავადმყოფს სასწრაფო ოპერაცია უნდა გაუკეთდეს ორ ან, უკიდურეს შემთხვევაში, სამ დაავადებაზე წინასწარი საეჭვო დიაგნოზით.

გაუვალობის დროს ხანმოკლე დროით დასაშვებია საკვებისა და სითხისაგან თავის შეკავება, კუჭის ამორეცხვა, სიფონის ოყნა (სჯობს სუფრის მარილის ჰიპერტონიული ხსნარით), წელის ნოვოკაინური ბლოკადა ორივე მხარეს. დაუშვებელია საფაღარათოს ან ოპიუმის მიცემა, მუცლის მასაჟი, ტკივილდამაუჩებელი საშუალებები (მორფიუმი, პანტაპონი და სხვ.). რადგან ეს ღონისძიებები, გარდა იმისა, რომ ცვლის დაავადების ნამდვილ სურათს, მკვეთრად აუარესებს მის მიმდინარეობასაც.

ავადმყოფის საოპერაციოდ მომზადებაში, ზემოთ ჩამოთვლილი ღონისძიებების გარდა, შედის ინტოქსიკაციის, სითხის დაკარგვის, შოკის და გულის სისუსტის წინააღმდეგ ბრძოლა. ამისათვის ზედმიწევნით სწრაფად და ენერგიულად უნდა გამოვიყენოთ დიდი რაოდენობით ფიზიოლოგიური ხსნარი. გლუკოზა, პლაზმისა და სისხლის გადასხმა, როდესაც მითითებული საშუალებები (კუჭის ამორეცხვა, სიფონის ოყნა, ვენაში ჰიპერტონიული ხსნარი, წელის ორმხრივი ნოვოკაინური ბლოკადა, საგულე საშუალებები, ფიზიოლოგიური ხსნარი და სხვ.) შედეგს არ იძლევა 1—2 საათის განმავლობაში და გაუვალობის მოვლენები კვლავ რჩება, უნდა ჩატარდეს სასწრაფო ოპერაცია.

ოპერაცია კეთდება ადგილობრივი ანესთეზიით, რასაც ზოგჯერ ემატება ეთერით ინჰალაციური ნარკოზი ან კიდევ ოპერაცია თავიდანვე ინჰალაციური ან ენდოტრაქეული ნარკოზით კეთდება. სპინალური ანესთეზია კუნთების რელაქსაციის თვალსაზრისით (მით უფრო სოვკაინით) იდეალურია, მაგრამ მისი გამოყენება შესაძლებელია მხოლოდ ზოგიერთ შემთხვევაში, დიდი სიფრთხილით და ავადმყოფის სათანადო მომზადების შემდეგ (წინასწარ ეფედრინის 5% ხსნარი, 1,0, ფიზიოლოგიური ხსნარი, გლუკოზა).

საკმაოდ დიდი სიგრძის განაკვეთი ტარდება შუა ხაზზე, ჭიპის მარცხნიდან შემოვლით, მის ზევით და ქვევით, ზოგჯერ მარტო ჭიპიდან ბოქვენამდე. მუცლის ღრუს შემოფარგლისათვის საჭიროა პირსახოცები, რომლებიც ფიქსირებულია საიმედოდ. ინსტრუმენტების და ბურთულების ჭრილობასთან დაწყობა დაუშვებელია, უმჯობესია ბურთულების ხმარებას ასეთ შემთხვევაში საერთოდ ვერიდოთ. პერიტონეუმის გახსნისა და მუცლის ღრუს დათვალიერების შემდეგ ვარკვევთ გაუვალობის მიზეზს და მის დონეს.

ოპერაციის მთავარი მიზანია დაბრკოლების მოსპობა შედარებით მარტივი მეთოდით. უნდა ვერიდოთ ნაწლავზე ყოველგვარ უხეშ მანიპულაციას

და განსაკუთრებით მის ევენტრაციას—შესწორებისას მისი დაზიანების თავიდან აცილების მიზნით. როდესაც დაბრკოლების მოსპობა შეუძლებელია, უნდა ვიზრუნოთ დაზიანებული მარყუჟის ზევით მომტანი ნაწლავიდან შიგთავსის გამოსვლაზე. ეს შესაძლებელია ნაწლავის რეზექციით, დაზიანებული ნაწლავის ჭრილობაში უბრალო გამოტანით, დაბრკოლების გასწორებით ან გადაკვეთით. ენტეროანასტომოზის, ან ენტეროსტომიის დადებით. ყველაზე მარტივ, უშიშარ და ზოგჯერ ერთადერთ სწორ ჩარევად სწორედ ენტეროსტომია ითვლება. ეს მაშინ, როდესაც რადიკალური ჩარევა ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობის ან იმის გამო, რომ დაბრკოლების მოსპობა შეუძლებელია, არ ხერხდება.

მუცლის ღრუს გახსნის შემდეგ დაბრკოლების ადგილის სწორად და სწრაფად გამოსაცნობად და უკეთ ლიკვიდაციისათვის საჭიროა ერთგვარი სისტემური რევიზია.

ყურადღება უნდა მიექცეს მუცლის ღრუში არსებულ გამონადენს, მისი მიხედვით ზოგჯერ წინასწარ შეიძლება განვსაზღვროთ გაუვალობის სახე. მაგალითად. ჰემორაგიული გამონადენი გვხვდება მეზენტერიულ სისხლძარღვთა თრომბოზის, ნაწლავის შემოგრეხისა და ინვაგინაციის დროს; სეროზული, სეროზულ-ჰემორაგიული ან მოგვიანებით სეროზულ-ჩირქოვანი განავლის სუნის მქონე გამონადენი—მსხვილი ნაწლავის გაუვალობის შემთხვევაში; გამონადენი თითქმის არ აღინიშნება შეხორცებებით გამოწვეული ან ობტურაციული გაუვალობის ადრეულ პერიოდში, აგრეთვე ნეიროგენული წარმოშობის დინამიკური გაუვალობისას.

მნიშვნელოვანია აგრეთვე ნაწლავის ფერი. მუქი წითელი ფერის ნაწლავის მარყუჟი მის კედელში სისხლჩაქცევებით მიუთითებს შემოგრეხის ან კვანძის შედეგად განვითარებულ სტრანგულაციურ გაუვალობაზე. შედარებით ნაკლებად შეცვლილი და შებერილი წვრილი ნაწლავის მარყუჟი—ნაწიბურით გამოწვეულ გაუვალობაზე.

ნაწლავების დათვალიერებისას ზოგჯერ გარკვეულ უბანზე აღმოვაჩენთ კონგლომერატს, გამოწვეულს ასკარიდებით, ინვაგინატით, განავლის მასებით, ფიტობეზოარით და სხვ. ინვაგინაცია ხშირია ილეოცეკალურ კუთხეში; მეტწილად გვხვდება წვრილი ნაწლავის, სიგმური ნაწლავის და ზოგჯერ ბრმა ნაწლავის შემოგრეხა; კიბოს ნიადაგზე ობტურაციული გაუვალობა ასწვრივი და დასწვრივი კოლინჯისა. ღვიძლისა და ელენთის კუთხისა, აგრეთვე განივი კოლინჯისა და სიგმური ნაწლავისა; ნაწლავთა განგრენა ჰემორაგიულ გამონადენთან ერთად დამახასიათებელია ჯორჯლის სისხლძარღვების თრომბოზისათვის.

გაუვალობის მიზეზისა და სახის დადგენის შემდეგ ურჩევენ შებერილი ნაწლავის შემოფარგვლას და, თუ შესაძლებელია, მის გამოტანას მუცლის ღრუდან. ნაწლავის განთავისუფლებას შიგთავსისაგან ვაწარმოებთ ამოსაწრეტით, რაც. გარდა იმისა, რომ დეზინტოქსიკაციის გამო ამსუბუქებს ოპერაციის შემდგომ მიმდინარეობას, აადვილებს აგრეთვე ოპერაციის დროს შემოგრეხილი ნაწლავის მიმართულების განსაზღვრას, იცავს პათოლოგიურად შეცვლილ ნაწლავს გასკდომისაგან.

ნაწიბუროვანი გაუვალობის დროს გადავკვეთთ ნაწიბურს. ნაწლავის კვანძის (რომლის შემადგენლობაში ხშირად შედის წვრილი ნაწლავი ან ერთდროულად წვრილი და სიგმური ნაწლავი) შემთხვევაში ხდება კვანძის გახსნა, ზოგჯერ ნაწლავის შიგთავსისაგან დაცლის შემდეგ. როდესაც კვანძის გახსნა შეუძლებე-

ლია, საჭიროა ნაწლავის შეცვლილი მარყუჟის ან მთელი კვანძის რეზექცია ნაწლავის მთლიანობის აღდგენით ან მომტანი ბოლოს გარეთ გამოტანით (ანუსის სახით). ნაწლავის ინვაგინაციის ახალ პერიოდში უნდა შეეცადოთ მის დეზინვაგინაციას — არა ინვაგინატის ფორსირებული გამოქაჩვით, არამედ მის მწვერვალზე ფრთხილი ზეწოლით, როდესაც დეზინვაგინაცია არ ხერხდება ან მის შემდეგ ირკვევა, რომ ინვაგინირებული ნაწლავი ნეკროზულია და სისხლძარღვები თრომბირებული, საჭიროა რეზექცია.

სტრანგულაციის მიზეზის მოსპობის შემდეგ, როდესაც არ ხდება ნაწლავის გაჭედილი მარყუჟის სიცოცხლის უნარის აღდგენა ანდა თავიდანვე მისი განგრენის უდავო ნიშნები აღინიშნება, დაცდას აზრი არა აქვს; დაუყოვნებლივ უნდა გაკეთდეს დაზიანებული ნაწლავის რეზექცია. რეზექცია კეთდება ჯანმრთელ ნაწლავზე გარედან, შეცვლილი სეროზული გარსიდან 10—15 სმ დაშორებით (რადგან ნაწლავის განგრენა ყოველთვის ლორწოვანი გარსიდან იწყება და არა სეროზულიდან). რაც შეეხება შეშუპებულ ჯორჯალს, იგი ამოიკვეთება სოლისებურად, სისხლმდენი ძარღვების გადაკვანძვით. სათანადო ჩვენების დროს შეიძლება ამოიკვეთოს სიცოცხლისუნარიანობის მხრივ საეჭვო ნაწლავის დიდი ნაწილი, ზოგჯერ 3—4 მეტრი და მეტიც. ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობისას ზოგჯერ უკეთესია განგრენული ნაწლავის გამოტანა მუცლის ღრუდან.

როდესაც ნაწლავის გაჭედილ მარყუჟს ზეწოლისაგან განთავისუფლების შემდეგ აქვს რამდენიმე ციანოზური, შეშუპებული და შემღვრეული სეროზული გარსი, ე. ი. ნაწლავი სწრაფად არ ღებულობს ნორმალურ სახეს, მაშინ საჭიროა მისი გამოტანა ჭრილობაში და გათბობა ცხელ ფიზიოლოგიურ ხსნარში დასველებული საფენებით. თუ რამდენიმე წუთის შემდეგ ნაწლავი ვარდისფერს მიიღებს და ციანოზი გაქრება, მაშინ იგი სიცოცხლისუნარიანად ჩაითვლება. ამ შემთხვევაში ნაწლავის უკან ჩაბრუნებისა და განმეორებითი ტუალეტის შემდეგ ოპერაცია შეიძლება დამთავრდეს მუცლის ღრუს დახურვით. ყველა საეჭვო შემთხვევაში (ჯორჯლის შეშუპება, ვრცელი სისხლჩაქცევები და თრომბოზი), უმჯობესია ნაწლავის რეზექცია, ვიდრე მუცლის ღრუში მისი დატოვება.

ჭიებით გამოწვეული გაუვალობის დროს უკეთესია ენტეროსტომია და ჭიების ამოღება ანდა ნაწლავის რეზექცია ჭიებთან ერთად. ფიტობეზოარით, განავლის ქვებით ან ნაღვლის კენჭით გამოწვეული გაუვალობისას ნაწლავს გავკვეთავთ და გამომწვევ მიზეზს ამოვიღებთ. ნაწლავის (ხშირად მსხვილის) სიმსივნის ნიადაგზე წარმოშობილი გაუვალობის შემთხვევაში ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობის გამო უმჯობესია დაედოს შემოვლითი ანასტომოზი წვრილ და მსხვილ ნაწლავს შორის ან მარტო ხვრელმილი ბრმა ნაწლავზე ჭიანაწლავის ტაკვის გამოყენებით; ორი კვირის შემდეგ, როდესაც კოლინჯი შიგთავსისაგან დაიცლება, შეიძლება ნაწლავის რეზექცია სიმსივნესთან ერთად და მისი მთლიანობის აღდგენა. სიგმური ნაწლავის სიმსივნის არსებობისას უფრო კარგია მისი გამოტანა სიმსივნესთან ერთად; თუ ეს შეუძლებელია, სიმსივნის ზევით ან განივ კოლინჯზე უნდა გაკეთდეს ხელოვნური ანუსი ნაწლავის დისტალური ნაწილის ყრუდ დახურვით.

მეზენტერიულ სისხლძარღვთა თრომბოზის შედეგად განვითარებული გაუვალობის შემთხვევაში, მიუხედავად ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობისა, ვაწარმოებთ ნაწლავის რეზექციას და წვრილი ნაწლავის მთლიანობის აღდგენას. როდესაც დიდ სიგრძეზე კეთდება თეძოს ნაწლავის რეზექცია და ბრმა ნაწლავ-

თან მისი პატარა ტაკვი რჩება. იგი ყრუდ უნდა დაიხუროს, ხოლო მომტანი წვრილი ნაწლავი განივ კოლინჯს უნდა შეუერთდეს.

თუ მუცლის ღრუში ენახულობთ მარტო წვრილი ნაწლავების შებერვას და სხვა, ცვლილებებს ადგილი არა აქვს, უნდა დაეკმაყოფილდეთ ფაშვის ნერვის მიდამოში ნოვოკაინის შეყვანით და სწორი ნაწლავიდან შეტანილი გაზგამტარი მილის საშუალებით ნაწლავების დაცლით. ზოგიერთი გვირჩევს გაუვალობის ოპერაციის დაწყების წინ სწორ ნაწლავში გაზგამტარი მილის შეყვანას. ამ მანიპულაციას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს სიგმის შემოგრეხის შემთხვევაში.

სიგმური ნაწლავის შემოგრეხისას იგი უნდა გასწორდეს, შიგთავსი კი სწორ ნაწლავში შეყვანილი ზონდით თავისუფლდება. დიდი სიგმის დროს (განსაკუთრებით მაშინ, თუ ჯორჯალიც დანაწიბურებულია) კეთდება მისი რეზექცია ნაწლავის მთლიანობის აღდგენით. რეზექციას მივმართავთ შავი სიგმის დროსაც. მაგრამ ამ შემთხვევაში ნაწლავის პირველად აღდგენას უკეთესია არ შეეეცადოთ. გამტანი ნაწილი ყრუდ იხურება. მომტანი კი გამოგვაქვს მარცხნივ, დამატებით ჭრილობაში, ხელოვნური ანუსის შექმნისათვის. ავადმყოფის გამოკეთების შემდეგ მომავალში შესაძლოა ნაწლავის მთლიანობის აღდგენა დეფექტის მიდამოში წვრილი ნაწლავის გადანერგვით ან კოლინჯის მობილიზაციით.

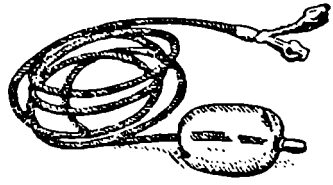
ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის შემდეგ სათანადო შემთხვევაში გამოყენებულ უნდა იქნეს საკიდი ენტეროსტომია. მართალია, მას ისეთი დიდი მნიშვნელობა, როგორც იმედოვნებდნენ, ნამდვილად არა აქვს. ეს გასაგებიცაა, რადგან იგი მოქმედებს მხოლოდ ნაწლავის პერისტალტიკის დროს. მიუხედავად ამისა, საკიდი ენტეროსტომია მძიმე ავადმყოფთა მკურნალობის კომპლექსში მაინც ასრულებს გარკვეულ როლს: პერისტალტიკის გაჩენის დასაწყისში ნაწლავები ენტეროსტომიული მილით ადვილად იცლება შიგთავსისაგან. გარდა ამისა, ამ მილის მეშვეობით ნაწლავის სანათურში შეიძლება მედიკამენტების ადრეულად შეყვანა (ჰიპერტონიული ხსნარი, ანტიბიოტიკები და სხვ.): თვით მანიპულაცია მარტივია და ოპერაციის შემდეგ არ იძლევა რაიმე გართულებას. საკიდი ენტეროსტომია შეიძლება გამოყენებულ იქნეს თეძოს ნაწლავზე (ილეოსტომია), წვრილ ან მსხვილ ნაწლავზე შერთულის დადების ზევით—მილის აუცილებელი გამოტანით მუცლის გვერდით დამატებით ჭრილში (უკეთესია მარცხნივ).

ოპერაციისშემდგომ პერიოდში ნაწლავთა პარეზის პროფილაქტიკის მიზნით დიდი მნიშვნელობა აქვს მათ ნაკლებ ტრავმირებას, ოპერაციის სწრაფად დამთავრებას, მუცლის ღრუს გულდასმით და განმეორებით ამომშრალებას. გაუვალობის დროს საჭიროა მუცლის ღრუში შევიტანოთ ანტიბიოტიკები. ჭრილობაში უნდა დავტოვოთ წვრილი დრენაჟი რამდენიმე დღის განმავლობაში ანტიბიოტიკების სისტემატურად შესაყვანად (ზოგჯერ საჭიროა მუცლის ღრუში ორი ან სამი დრენაჟის ჩატოვება სხვადასხვა მიმართულებით). უკანასკნელ ხანს პენიცილინის ხანგრძლივი დროით (6 დღით) მოქმედების შენარჩუნების მიზნით გამოიყენება ბიცილინი. პერიტონიტის შემთხვევაში ინიშნება ანტიბიოტიკები კუნთებში შესაყვანად. საუკეთესო საშუალებაა აგრეთვე სიგმამიცინი, აურეომიცინი, აქრომიცინი, ბიომიცინი, კოლიმიცინი და სხვ.

ოპერაციის შემდეგ ფართოდ გამოიყენება ვენაში სუფრის მარილის 10 —

20% ხსნარის შეყვანა 20.0—40,0 ან მეტი რაოდენობით. კანქვეშ — სუფრის მარილი 3—4 ლიტრი, ზოგჯერ უკეთესია გლუკოზასთან და ინსულინთან ერთად; სისხლისა და შრატის წვეთოვანი გადასხმა ზოგჯერ 2—3 ლიტრამდე; გულის საშუალებები—ქაფური (3,0—5,0 რაოდენობით 4-ჯერ დღეში), კოფეინი, კარდიამინი; პერისტალტიკის გასაძლიერებლად—პროზერინი ან პიტუიტრინი; ნერეული სისტემის ტონუსის ნორმალიზაციისათვის—ნოვოკაინის 1/4% ხსნარი 100—150 მგ რაოდენობით ვენაში. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ცენტრალური ნერვული სისტემის მოშლილი ფუნქციის გამოსწორებას ძილის საშუალებით; ამ მიზნით საჭიროა საძილე საშუალებების ფართოდ გამოყენება (მორფიუმი, პანტაპონი, პრომედოლი 2—3-ჯერ დღეში). ვითვალისწინებთ თირკმელზედა ჯირკვლის ფუნქციას და ეუნიშნავთ აკტჰ 20—40 ერთეულს დღეში.

ნაწლავთა პარეზის დროს კუჭისა და ნაწლავების ტონუსის აწევისათვის აუცილებელია ყოველდღიურად კუჭის ამორეცხვა და ჰიპერტონიული ხსნარის მიკროოყნების გაკეთება (სუფრის მარილის 10% თბილი ხსნარის 200,0 — 300,0 რაოდენობის შეყვანა კათეტერით და ჟანეს შპრიცით). კეთდება აგრეთვე სიფონის ოყნა, ზოგჯერ ჰიპერტონიული ხსნარით. კარგია კუჭის შიგთავსის მუდმივი ამოქაჩვა ცხვირიდან შეყვანილი რეზინის წვრილი მილით, რომელსაც ამოქაჩ აპარატს ეუკავშირებთ. ამოქაჩვას ზოგჯერ ვაწარმოებთ ჟანეს შპრიცით; წვრილი ნაწლავებიდან—მილერ-ებოტის ზონდით (სურ. 68).



სურ. 68. კუჭიდან და ნაწლავებიდან შიგთავსის ამოსაქაჩი მილერ-ებოტის წვრილი ზონდი (სიგრძით 3 მ ბოლოზე აქვს პატარა ბალონი, რომელიც იბერება კუჭში შესვლის შემდეგ, და ხერელ ამოსაქაჩად).

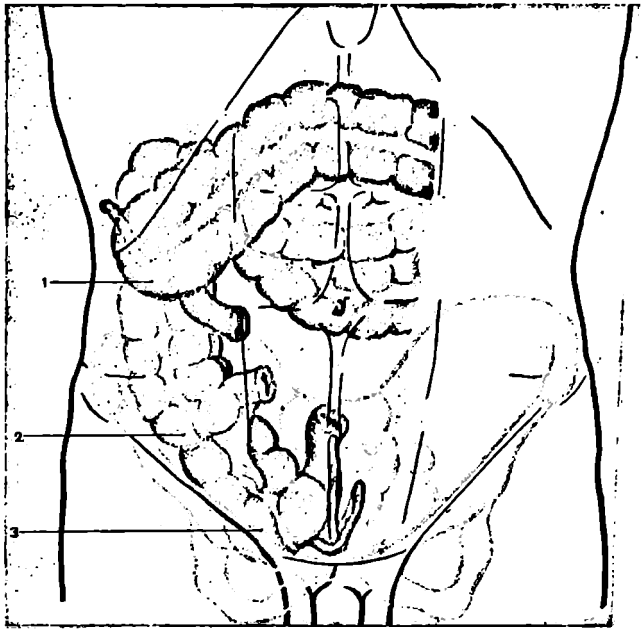
კვება იწყება მხოლოდ ნაწლავის ფუნქციისა და პერისტალტიკის (აირებზე გასვლის) აღდგენის შემდეგ, პირველ დღეებში ავადმყოფს ეძლევა ჩაი, ბულიონი, ღვინო, კონიაკი ჩაიში, კისელი, მაწონი, ფაფები. შემდეგში კი თანდათან გადაგვყავს შედარებით უფრო თავისუფალ საჭმელზე, თუ არ არსებობს წინააღმდეგჩვენება, ოპერაციის მე-4, მე-6 დღეს ავადმყოფს ვაძლევთ ადგომის ნებას. ნაკერები იხსნება მე-8, მე-10 დღეს.

ჩირქოვანი პერიტონიტის მძიმე ფორმების დროს კანზე იშვიათი ნაკერები უნდა დაიდოს ან საკმარისია დავკმაყოფილდეთ აპონევროზზე მოსახსნელი ნაკერით—მუცლის პრესის ფლეგმონისა და ლიგატურით გამოწვეული ხვრელმილების წარმოშობის თავიდან აცილების მიზნით. კანის ჭრილობა შეიძლება დაიხუროს მოგვიანებით, აპონევროზზე ძაფების მოხსნისა და გრანულაციებზე ჩირქოვანი გამონადენის შემცირების შემდეგ.

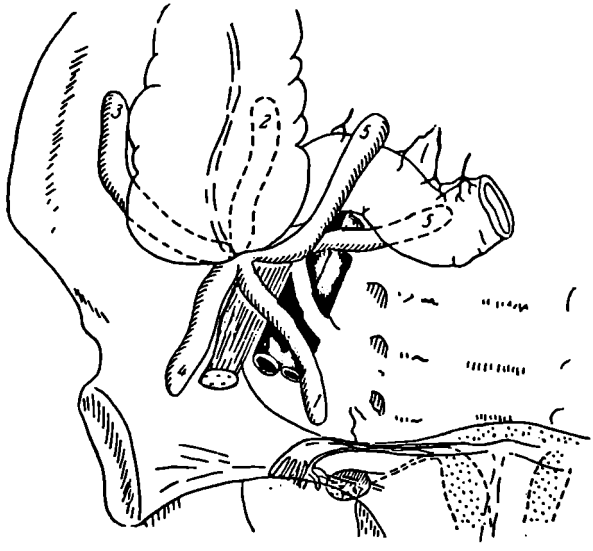
ს პ ა ზ მ უ რ ი გ ა უ ვ ა ლ ო ბ ი ს შემთხვევაში საჭიროა ავამდყოფის მოსვენებულ მდგომარეობაში ყოფნა, ატროპინის (0,1% ხსნარი 1,0 რაოდენობით) ინექცია კანქვეშ, თბილი აბაზანა, სათბური, წელის ორმხრივი ნოვოკაინური ბლოკადა; პარალიზური გაუვალობისას—ეზერინი ან პიტუტრინი კანქვეშ, კუჭის ამორეცხვა, ვენაში ჰიპერტონიული ხსნარი (სუფრის მარილის 10—20% ხსნარი 50,0—100,0 რაოდენობით), ჰიპერტონიული ხსნარის მცირე ოყნა, სიფონის ოყნა, სითბო, წელის ნოვოკაინური ბლოკადა.

ნაწლავის მწვავე გაუვალობის ადრეულმა დიაგნოსტიკამ, დროულმა ჰოსპიტალიზაციამ და ოპერაციულმა ჩარევამ მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა მკურნალობის მაჩვენებლები. მართალია, ზოგიერთი ფორმის დროს სიკვდილობის პროცენტი ჯერ კიდევ მაღალია, მაგრამ ეს ძირითადად გამოწვეულია დაავადების სიმძიმით და იმის გამო, რომ სრულყოფილი დახმარება დაგვიანდა.

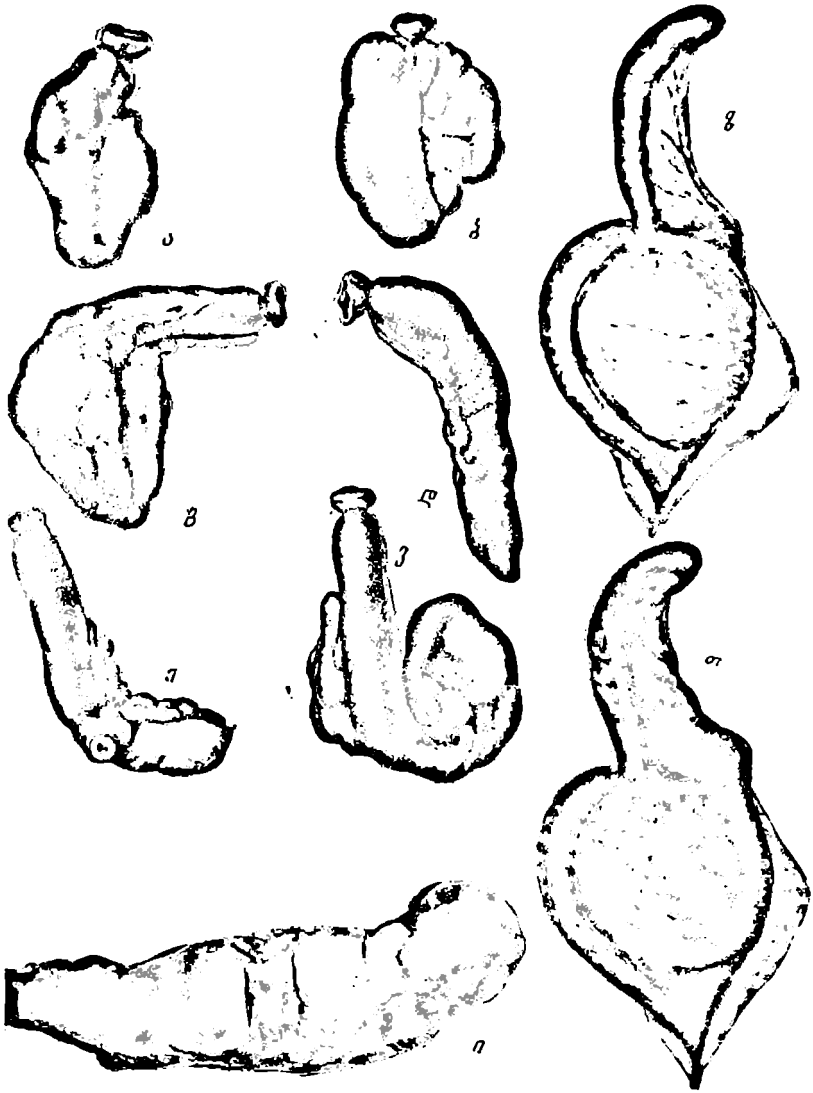
ნაწლავის მწვავე გაუვალობის დროს ავადმყოფის გადარჩენაში დროულ და სწორ ოპერაციულ დახმარებას გადამწყვეტი როლი ენიჭება. მხოლოდ ამ გზით შეიძლება სიკვდილობის პროცენტის კიდევ უფრო შემცირება. საერთოდ, უმჯობესია დავკმაყოფილდეთ მარტივი და ხანმოკლე ოპერაციით, ზოგჯერ მხოლოდ დაბრკოლების მოსპობით და ენტეროსტომიით. რადიკალური ჩარევა კი ავადმყოფის გამოკეთების შემდეგ უნდა მოხდეს. დიდი მნიშვნელობა აქვს ყველა იმ ღონისძიების სისტემატურ და ენერგიულ გატარებას, რომლებიც გაუვალობის შედეგად მძიმე მდგომარეობაში მყოფი ორგანიზმის დარღვეული სასიცოცხლო ფუნქციების აღდგენისთვისაა საჭირო.



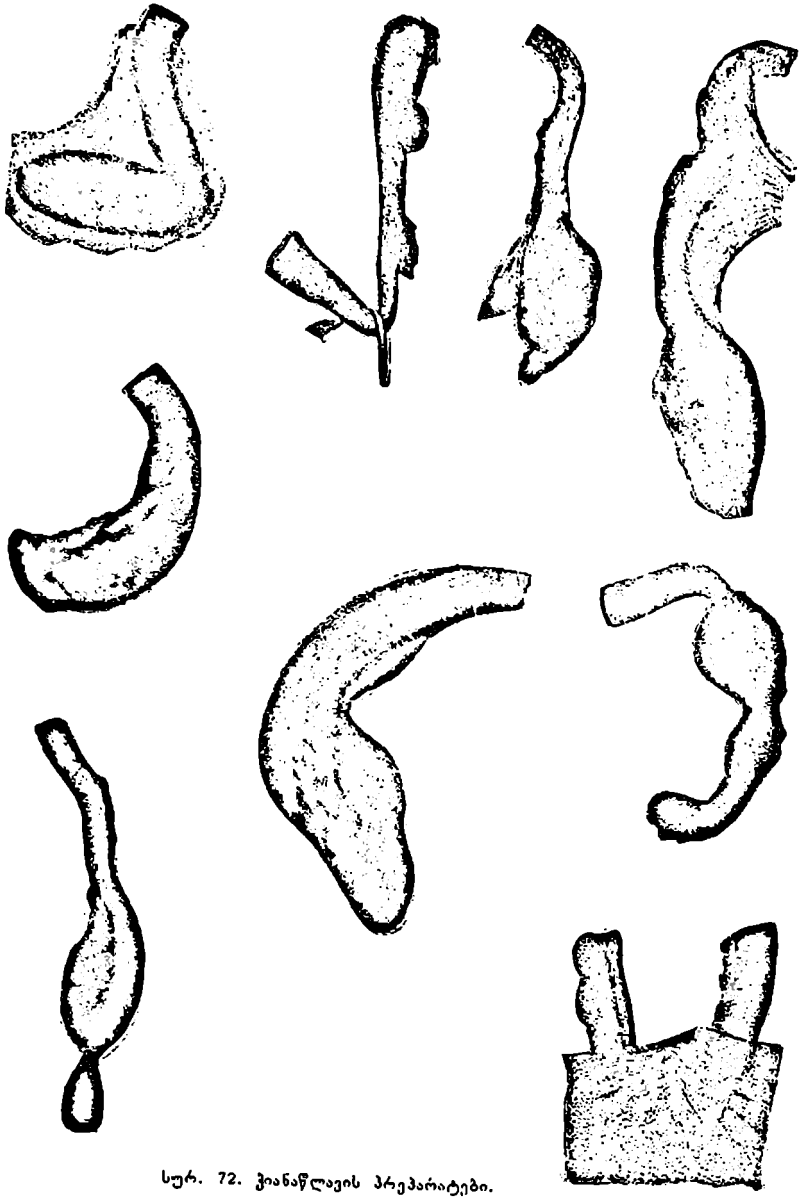
სურ. 69. ბრმა ნაწლავის მდებარეობის ვარიანტები:
1—ღვიძლის ქვეშ; 2—თეძოს ფოსოში; 3 — მენჯში.



სურ. 70. ჭიანწლავის მდებარეობის ვარიანტები: 1 — მცირე მენჯში; 2 — აღმავალი მდებარეობის, რეტროცეკალური; 3 — აღმავალი მდებარეობის, ბრმა ნაწლავის გასწვრივ; 4 — თეძოს ძვალზე მდებარე; 5 — ნაწლავის მარყუჟებს შორის.



სურ. 71. ჭიანწლაში ცვლილებები მწვავე აპენდიციტის დროს: ა—მარტივი აპენ-დიციტი; ბ. ზ. —ფლეგმონური დანამატი სავსეა ჩირქით; გ. დ. ე. თ. ი—განგრე-ნული აპენდიციტი; ე — დანამატის კუდის პერფორაცია განაყლის ქვით.



სურ. 72. ჭიანაწლაკის პრეპარატები.

აპენდიციტი

ჭიანაწლავის მოკლე ანატომიურ-ფიზიოლოგიური ცნობები

ბრმა ნაწლავი (intestinum coecum) და მისი დანამატი (appendix vermiformis) მარჯვენა თეძოს ფოსოში მდებარეობს, თეძო-სუკის კუნთზე, მაგრამ შეიძლება მდებარეობდეს უფრო მაღლა ღვიძლისაკენ ან უფრო დაბლა მენჯისაკენ (ხშირად ქალებში) და უფრო იშვიათად მარცხნივაც კი (სურ. 69).

ჭიანაწლავი გამოდის ბრმა ნაწლავიდან, თეძოს ნაწლავის შეერთების 1—3 სმ ქვევით, სადაც ბრმა ნაწლავის გასწვრივი კუნთები — ტენიები იყრის თავს. აქედან ბრმა ნაწლავის გასწვრივი კუნთები ჭიანაწლავის ასეთივე კუნთების გაგრძელებას წარმოადგენს.

ჭიანაწლავის სიგრძე მეტწილად 8—12 სმ და განი 6 მმ უდრის, მაგრამ გვხვდება მეტად მოკლე ან ვიწრო და 20—25 სმ სიგრძის და 1 სმ განის და ზეტი დანამატი. ფრიად იშვიათად ერთმანეთთან ახლოს შეიძლება იყოს ორი დანამატი.

დანამატი თითქმის ყოველთვის არსებობს. თუ მან ანთების გამო სეკვესტრაცია არ განიცადა, ბრმა ნაწლავი და მისი დანამატი უმეტესად დაფარულია პერიტონეუმით და თავისუფლად მდებარეობს მუცლის ღრუში. ზოგჯერ (2—3%) ჭიანაწლავი მთლიანად არაა დაფარული პერიტონეუმით. რის გამოც ნაწილობრივ ან მთლიანად მოთავსებულია რეტროპერიტონულ სივრცეში.

ჭიანაწლავს ბრმა ნაწლავთან დამოკიდებულების მიხედვით შეიძლება ჰქონდეს სხვადასხვა მდებარეობა (სურ. 70). ყველაზე ხშირად დანამატი ჩამოკიდებულია ქვევით და მისი წვერი მიქცეულია შიგნით (ილეოინგვინალური), იგი შეიძლება მდებარეობდეს ცეკუმის უკან (გ. ი. ტურნერით, 21%-ში), მაგრამ დაფარული იყოს პერიტონეუმით (რეტროცეკალური), ან პერიტონეუმის უკან (რეტროპერიტონული), დანამატი შეიძლება მდებარეობდეს შიგნით და ზევით წვრილი ნაწლავის ჯორჯლის მიმართულებით (მეზოცეკალური). დანამატი შეიძლება მიიმართებოდეს მენჯის ღრუსაკენ, ღვიძლისაკენ, ხერხემლისაკენ. გადატანილი ანთებისა და შეხორცებების შედეგად იგი იცვლის თავის ნორმალურ სახეს და მდებარეობაც მეტად სხვადასხვანაირი შეიძლება ჰქონდეს.

დანამატს საკუთარი ჯორჯალი აქვს, რომელშიაც მდებარეობს სისხლძარღვები, ლიმფის ძარღვები და ნერვები. ჯორჯლის სისხლძარღვებია: a. appendicularis, რომელიც a. ileocolica-ს გამოეყოფა და ჯორჯლის თავისუფალ კიდეზე გადის. v. appedndicularis ილეოცეკალური კუთხის ვენებთან ერთად ჯერ v. jleocaecalis და შემდეგ ჯორჯლის ზემო ვენას (კარის ვენის ტოტია) ერთვის. ლიმფური ძარღვები სისხლის ძარღვებს ახლავს. ლიმფური კვანძები კი ილეოცე-

კალურ კუთხეში და ბრმა ნაწლავს უკან მდებარეობენ. ჭიანაწლავს ზედმიწევნით კარგი ინერვაცია აქვს აუერბახის და მეისნერის წნულისაგან. ნერვული ტოტები, რომლებიც ინერვაციას ახდენენ დანამატისა და ileocecalური კუთხისას. მრავლად შეიცავენ სიმპათიკურ, პარასიმპათიკურ და სპინალურ ნერვებს. ამის შედეგია, რომ ileocecalურ კუთხეს მჭიდრო კავშირი აქვს ბუცლის ღრუს ორგანოებთან. ileocecalური კუთხიდან გამოსული იმპულსები გავლენას ახდენს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ფუნქციაზე და, პირიქით.

ჭიანაწლავის კედელში განსაკუთრებით უხვადაა მრავლობითი ლიმფური ფოლიკულები. რომლებიც 30 წლის შემდეგ თანდათან მცირდება და მოხუცებში ზოგჯერ სრულ ატროფიას განიცდის. ლიმფური აპარატის სიუხვეს მიაწერენ დანამატში ანთების განვითარებას.

ჭიანაწლავის ფუნქცია ჯერ კიდევ საბოლოოდ გარკვეული არაა. ჭიანაწლავის ამოკვეთით, მართალია, ორგანიზმში არ ვითარდება თვალსაჩინო ცვლილებები, მაგრამ ეს არ წარმოადგენს იმის უტყუარ საბუთს, რომ ჭიანაწლავი რუდიმენტული და ორგანიზმისათვის ზედმეტი ორგანოა. ფიქრობენ, ჭიანაწლავი თითქოს გამოყოფს ფერმენტს, რომელიც მსხვილი ნაწლავის პერისტალტიკაზე მოქმედებს. დანამატის ლიმფური სისტემა კი ერთგვარი ბარიერია ენტეროინფექციის მიმართ.

მეთავე აპენდიციტი

მ ო კ ლ ე ი ს ტ ო რ ი უ ლ ი ც ნ ო ბ ე ბ ი. მარჯვენა თეძოს ფოსოში ჩირქოვანი ანთება უძველესი დროიდანაა ცნობილი. ძველი ეგვიპტელები ჯერ კიდევ ხუთასი წლის წინათ ჩვენს ერამდე აწარმოებდნენ ირიბ განაკვეთს აპენდიკულარული აბსცესის გახსნისათვის.

ჭიანაწლავი პირველად აღწერილი იყო მხოლოდ XVI საუკუნეში ანატომ ბერენგარიო და-კარპის მიერ. ლუი-ვილერმეიმ 1824 წ. გვამის გაკვეთისას პირველმა მიაქცია ყურადღება ჭიანაწლავის განგრენას, რომელიც მან ავადმყოფის სიკვდილის მიზეზად ჩათვალა. სათანადო მონაცემების არსებობის მიუხედავად. მარჯვენა თეძოს ფოსოს ჩირქგროვების აპენდიკულარული წარმოშობის საწინააღმდეგოდ იმხანად არსებობდა ცნობილი ფრანგი ქირურგის დიუპიუტრენის (1834) თეორია, რომელიც ამტკიცებდა, რომ ჭიანაწლავის ანთება საერთოდ იშვიათია და მას მარჯვენა თეძოს ფოსოს ჩირქგროვებთან კავშირი არა აქვსო, ჩირქგროვის მიზეზად იგი ბრმა ნაწლავს თვლიდა. ამავე მოსაზრებას იზიარებდა ნ. ი. პიროგოვი. 1827 წელს ფრანგმა ქირურგმა მელიემ უარყო დიუპიუტრენის თეორია. მარჯვენა თეძოს ფოსოს ჩირქგროვისა და პერიტონიტის მიზეზად იგი თვლიდა ჭიანაწლავის ანთებას, რომელიც, მისი აზრით, ქირურგიულ მკურნალობას საჭიროებდა.

XIX საუკუნის 80-იან წლებში დიდი სექციური მასალის, აგრეთვე ერთეულ შემთხვევებში ჭიანაწლავის ამოკვეთის შემდეგ განკურნებულ ავადმყოფებზე დაკვირვების საფუძველზე უკვე საბოლოოდ გაირკვა, რომ მარჯვენა თეძოს ფოსოს ჩირქგროვების მიზეზს ჭიანაწლავის პერფორაცია და არა ბრმა ნაწლავის კედლის ცვლილებები წარმოადგენდა. ამასვე ამტკიცებდა ბოსტონელი ექიმი რეჯინალდ ფიტცი, რომელმაც 1886 წელს პირველად იხმარა სახელ-

წოდება „აპენდიციტი“. მანვე აღწერა ამ დაავადების პირველი ნიშნები. იგი ურჩეულა აგრეთვე ამ დაავადების დროს დაუყოვნებლივ ოპერაციას.

პირველი ოპერაცია—ჭიანწლავის ამოკვეთა—17 წლის ავადმყოფზე დაავადებიდან მესამე დღეს აწარმოვა კრეინლეინმა 1884 წელს მედიანური ლაპაროტომიით. უდრენაჟოდ. იმავე წელს აპენდექტომია რეტროპერიტონული გაკვეთით შეასრულა მაჰომედმა. 1886 წელს ჰოლმა თიაქრის პარკიდან პერფორირებული ჭიანწლავი ამოიღო. სამივე ნაოპერაციევი ავადმყოფი გარდაიცვალა.

პირველი ოპერაცია, როდესაც ავადმყოფი ჭიანწლავის რეზექციის შემდეგ განიკურნა, შესრულებული იყო თომას მორტონის მიერ 1887 წელს. მან ჩირქოვანი ინფილტრატის გაკვეთის შემდეგ აწარმოვა ჭიანწლავის დაზიანებული ნაწილის ამოკვეთა ფუძეზე ლიგატურის დადებით და დანამატის მწვერვალის დატოვებით. ჭრილობაში მოთავსებული იყო დრენაჟი. რუსეთში პირველი ოპერაცია წარმატებით შესრულდა 1890 წელს ობუხოვის საავადმყოფოში ა. ი. ტროიანოვის მიერ: აპენდიკულარული ინფილტრატის დროს დაავადებიდან ერთი თვის შემდეგ პარარექტალური განაკვეთით გახსნილ იქნა ჩირქგროვა და ამოკვეთილ იქნა ჭიანწლავი.

ადრეული ოპერაციის იდეა. მთელი რიგი უპირატესობის მიუხედავად. ერთობ ნელა ინერგებოდა. იმხანად ადრეული ოპერაციის წინააღმდეგ გამოდიოდა ზონენბურგი (1904) და ბევრი სხვა ქირურგიც.

ეტიოლოგია და პათოგენეზი. მწვავე აპენდიციტის განვითარებაში მთელ რიგ ფაქტორთა შორის განსაკუთრებული მნიშვნელობა ესიჰება ნაწლავთა ფუნქციურ მოშლილობას. რადგან მას შეიძლება დანამატის სისხლძარღვთა სპაზმი მოჰყვეს. კუჭნაწლავის ტრაქტის ფუნქციის მოშლის მიზეზია სისტემატური გადაძღომა, ერთფეროვანი და უფრო ხშირად ცხიმიანი და ხორციანი საკვები, შეკრულობა. ნაწლავებში ხანგრძლივი სტაზი. განავლოვანი ქვები. უცხო სხეულები, ჭიანწლავის დეფორმაცია, სხვადასხვა მიზეზით სანათურის გადატიხვრა, დახურული სივრცის გაჩენა. აღნიშნული და კიდევ ახვა მიზეზი. იწვევს რა დანამატის კუნთოვანი აპარატის ხანგრძლივ სპაზმს. ქსოვილთა ტროფიკის მოშლით ხელს უწყობს ენტეროინფექციის გააქტივებას. ინფექციის გააქტივებაში გარკვეული მნიშვნელობა ენიჭება აგრეთვე ორგანიზმის რეაქტიულობის დაქვეითებას (ე. ი. კოლესოვი, 1959). ეტყობა. მაინც დანამატის ანთების განვითარებაში მთავარია ჯერ სხვადასხვა მიზეზით პირობადებული ნერვოტროფიკული მოშლილობა და შემდეგ ინფექციური ფაქტორი.

დანამატის ანთებას სწრაფად მოსდევს ჯორჯლისა და მის სისხლძარღვთა ანთება და თრომბოზი. დანამატის თავისებური, იზოლირებული სისხლმომარაგების გამო არტერიის ან მისი ტოტების თრომბოზის დროს ჭიანწლავის კედელში ადვილად ვითარდება ღრმა დესტრუქციული ცვლილებები კედლის გარკვეული უბნის (ინფარქტი) ან მთლიანად დანამატის ნეკროზი.

მწვავე აპენდიციტის უშუალო მიზეზი. როგორც აღვნიშნეთ. უცნობია. მაგრამ მრავალ მიზეზს შორის განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ნაწლავთა და მათ შორის განსაკუთრებით ჭიანწლავის ატონიას, დანამატისა და მისი ჯორჯლის ცვლილებებს (შეჭმუხვნა. დეფორმაცია). ტრავმას, ენტეროინფექციას და. რაც მთავარია. ნერვოტროფიკულ ცვლილებებს და სისხლის მიმოქცევის მოშლას.

კვების ფაქტორს მწვავე აპენდიციტის განვითარებაში. უდავოდ. დიდი მნიშვნელობა აქვს. ცნობილია. მაგალითად. რომ ზოგიერთი ქვეყნის. ისე რო-

გორც სოფლის მეტწილ მოსახლეობაში, სადაც უმთავრესად მცენარეულ საკვებს იყენებენ და ნაწლავების მოქმედებაც ნორმალურია, მწვავე აპენდიციტი იშვიათად გვხვდება.

საკვების ძლიერი შეზღუდვისა და თითქმის შიმშილის პირობებში (მაგალითად, ლენინგრადის ბლოკადა) მწვავე აპენდიციტის შემთხვევები მინიმუმამდე კლებულობს.

უკანასკნელ დროს შემჩნეულია მწვავე აპენდიციტის რაოდენობის ზრდა, ამის უშუალო მიზეზი დადგენილი არაა, მაგრამ საკვების. განსაკუთრებით ხორცის, ზომიერად მიღებამ (ნაკლებ გაძღომა) და ყაბზობის მოსპობამ, საკვებში მცენარეული რაციონის (ხილი, მწვანილი) და რძის პროდუქტის უფრო ფართო გამოყენებამ შეიძლება ერთგვარი საპროფილაქტიკო როლი შეასრულოს მწვავე აპენდიციტის თავიდან აცილების საქმეში.

მ წ ვ ა ვ ე ა პ ე ნ დ ი ც ი ტ ი ს პ ა თ ო მ ო რ ფ ო ლ ო გ ი უ რ ი ს უ რ ა თ ი დ ა კ ლ ა ს ი ფ ი კ ა ც ი ა. მწვავე აპენდიციტის პათანატომიური მრავალი კლასიფიკაციიდან (აშოფის, აბრიკოსოვის, შპრენგელის, შორის და სხვ.) კლინიცისტისათვის მისაღებია ჭიანწლავში პათომორფოლოგიური ცვლილებების დაყოფა. თუ ზუსტად არა, დაახლოებით მაინც კლინიკური ფორმების შესაბამისად. მართალია, პათომორფოლოგიური სურათი კლინიკურს ზოგჯერ არ შეესაბამება, მაგრამ ძირითადად დაავადების კლინიკის განმსაზღვრელი ჭიანწლავში და მის ირგვლივ პერიტონეუმში მიმდინარე ცვლილებებია.

მწვავე აპენდიციტის დროს, ჭიანწლავში მრავალფეროვანი ცვლილებების მიუხედავად, პათომორფოლოგიური სურათი შემდეგი თანმიმდევრობით განიხილება: მარტივი, ფლეგმონური, განგრენული და პერფორაციული. აქედან ფლეგმონური, განგრენული და მით უფრო პერფორაციული მწვავე აპენდიციტი დესტრუქციული ფორმებია. თუმცა, ზოგიერთი კლინიცისტისა და პათანატომის მიხედვით, დესტრუქციულ ფორმად მხოლოდ ჭიანწლავის განგრენა და მისი პერფორაცია ითვლება. რაც, რა თქმა უნდა, სწორი არაა (იხ. ქვევით). აპენდიციტის ფორმის, ირგვლივ არსებული პირობების, ორგანიზმის რეაქტიულობისა და ინფექციის ვირულენტობის მიხედვით შესაფერისი ცვლილებები ვითარდება პერიტონეუმის მხრივაც. აპენდიციტის გართულებაა ინფილტრატის, ჩირქგროვების ან სხვადასხვა სახის პერიტონიტის განვითარება.

უკანასკნელ ხანს ავტორთა უმეტესობა (ვ. ი. კოლესოვი, 1959. ნ. ნ. ელანსკი 1964 და სხვ.) კლინიკური თვალსაზრისით განიხილავს კიდევ მწვავე აპენდიციტის ერთ სახეს აპენდიკულარულ ჭვალს, ანუ აპენდიციტს, ფუნქციონალური მოშლილობის სტადიაში, როცა მასში ანატომიური ცვლილებები ჯერ კიდევ არაა. აპენდიციტის ამ ფორმაზე ყურადღების გამახვილებას კიდევ იმიტომ აქვს მნიშვნელობა, რომ აპენდიკულარული ჭვალით ავადმყოფის ჰოსპიტალიზაციისას (რაც ესოდენ კარგად ხდება დღევანდელ პირობებში), ხშირად ოპერაცია კეთდება აპენდიქსში ცვლილებების გარეშე. ამიტომ ასეთ ავადმყოფზე გამართლებულია სტაციონარში 1—2 საათს ან ზოგჯერ უფრო მეტ ხანსაც ვაწარმოოთ დაკვირვება. მაშინ აპენდექტომიების რიცხვი მნიშვნელოვნად შემცირდება. როგორც დაკვირვება აჩვენებს, აპენდიკულარული ჭვალი მოსვენების შემდეგ მეტწილ შემთხვევაში უკვალოდ ქრება.

მ წ ვ ა ვ ე ა პ ე ნ დ ი ც ი ტ ი ს მ ა რ ტ ი ვ ი ფ ო რ მ ა — appendicitis simplex. კატარულური აპენდიციტი სწორი არაა, რადგან ანთებითი პროცესი არ შემოი-

საზღვრება მარტო ლორწოვანით. ამ დროს (მართალია) ანთება ლორწოვანი და ლორწქვეშა შრიდან იწყება, მაგრამ იგი მთელ კედელს, მის ლიმფოიდურ სისტემას და ჯორჯალზეც კი ვრცელდება. მარტივი აპენდიციტის დროს პათომორფოლოგიური ცვლილებები მეტად უმნიშვნელოდაა გამოხატული. მაკროსკოპულად აღინიშნება ჭიანაწლავის მცირედ მომატება, კედლის უმნიშვნელო დაჭიმულობა და სისხლძარღვების ჰიპერემია. დანამატის გაკვეთისას კარგადაა გამოხატული ლორწოვანი გარსის შეშუპება, ჰიპერემია და ოდნავ მღვრიე სითხის არსებობა. სეროზულ გარსზე და მის ირგვლივ მცირე რაოდენობის სეროზული, გამჭვირვალე, სტერილური გამონადენია. მიკროსკოპული გამოკვლევით კარგად აღინიშნება დანამატის მთელი კედლის ლეიკოციტური ინფილტრაცია. ჭიანაწლავის ასეთი ცვლილებები კეთილსაიმედო მიმდინარეობის დროს უკუგანვითარებას განიცდის; ლორწოვანზე არსებული ანთებითი გამონადენი ბრმა ნაწლავის სანათურში თავისუფლად გამოვა და ნაწლავის სანათურიდან გამოიყოფა. სეროზულ გარსზე გამონადენი შეიწოვება და ანთება თანდათან ცხრება. სხვა შემთხვევაში, რეფლექსურ-ტროფიკული და ნაწლავთა ფუნქციის მოშლილობის, დანამატში დახურული სივრცის არსებობის, მიკრობთა ვირულენტობის თუ სხვა ფაქტორების ზეგავლენით ანთება პროგრესულობას განიცდის და მწვავე აპენდიციტის უფრო მძიმე—ფ ლ ე გ მ ონ უ რ ი ფორმა ვითარდება — appendicitis phlegmonosa.

ჭიანაწლავი ფლეგმონური ანთების დროს მნიშვნელოვნად იმატებს მოცულობაში, კედელი დაჭიმული, გასქელებული და მკვეთრად ჰიპერემიულია. დანამატის სეროზული გარსი დაფარულია ფიბრინულ-ჩირქოვანი ნადებებით, რომელიც ზოგჯერ რუხი ფერისაა. ფლეგმონური ანთების დროს ჭიანაწლავის კედლის კუნთოვან შრეში მრავლობითი, მილიარული ჩირქგროვებია. ჩირქგროვები ზოგჯერ იხსნება სეროზული გარსისაკენ და შემოსაზღვრული ან გავრცელებული პერიტონიტი ვითარდება. ფლეგმონური ანთების დროს შესაფერის ცვლილებებს განიცდის დანამატის ჯორჯალიც. იგი გამსხვილებული და შეშუპებულია, ადგილი აქვს სისხლძარღვების ანთებას. სეროზული გარსი ჩირქოვანი ნადებითაა დაფარული, ზოგჯერ ჩირქგროვები დანამატის სანათურისაკენ იხსნება და მაშინ დაავადების მიმდინარეობა შედარებით კეთილსაიმედოა. ლორწოვანი გარსი ინფილტრირებული, შეშუპებული და მკვეთრად ჰიპერემიულია. ფლეგმონური აპენდიციტის წ ყ ლ უ ლ ო ვ ა ნ ი ფ ო რ მ ი ს დროს ლორწოვან გარსზე ალაგ-ალაგ აღინიშნება წყლულები. სანათურში მეტწილად ჩირქოვან-ქემორაგიული გამონადენია: როდესაც რაიმე მიზეზით (განავლოვანი ქვა, უცხო სხეული, ნაწიბური, დანამატის დევიაცია) დანამატის წვერისაკენ იქმნება დახურული სივრცე, როგორც ამას ხშირად აქვს ადგილი, მაშინ ანთებითი ცვლილებები სწორედ ჭიანაწლავის მწვერვალშია. ჩირქის დიდი რაოდენობით დაგროვებას კი ე მ პ ი ე მ ი ს განვითარება მოჰყვება.

ფლეგმონური აპენდიციტის დროს, ჯორჯლის სისხლძარღვთა ცვლილებებისა და მიკრობთა ვირულენტობის მიხედვით, ზოგჯერ კედლის ამა თუ იმ უბნის მეტ-ნაკლებად გამოხატული ნეკროზი და პერფორაცია ვითარდება. მაშინ ჩირქი ჭიანაწლავის სანათურიდან პერიტონეუმის ღრუში გადადის და ვითარდება მისთვის დამახასიათებელი მოვლენები. პროცესის პროგრესულობისას ანთება ინტენსიურ ხასიათს ღებულობს პირველ რიგში ჯორჯალში. სასწრაფოდ ვითარდება ვენების და არტერიის თრომბოზი, რასაც კედლის კვების მოშლა და ჭიანაწლავის ნაწილობრივი ან მთლიანი ნეკროზი მოჰყვება.

ასევე ვითარდება მწვავე აპენდიციტის მძიმე ფორმა — გ ა ნ გ რ ე ნ უ ლ ი ა პ ე ნ დ ი ც ი ტ ი — appendicitis gangraenosa. განგრენული ჭიანაწლავი მუქი ფერისაა. ზოგჯერ დამახასიათებელი მომწვანო ელფერით. სანათურში კი მყაყე სუნის იქოროზული სითხეა. ჭიანაწლავის კედელი ფხვიერია, იგი ადვილად იშლება და მასში ვითარდება პერფორირებული უბნები. მაშინ საქმე გვექნება პ ე რ ფ ო რ ა ც ი უ ლ ა პ ე ნ დ ი ც ი ტ თ ა ნ — appendicitis perforativa.

მართალია, პერფორაცია ფლეგმონის დროსაც ვითარდება. მაგრამ იგი განსაკუთრებით დამახასიათებელია განგრენული აპენდიციტისათვის და ამ დროს იგი მეტად მძიმედ მიმდინარეობს.

ჭიანაწლავში ცვლილებები დაწყებული მარტივი ანთებიდან განგრენით და პერფორაციით დამთავრებული შეიძლება თანმიმდევრობით განვითარდეს. მაგრამ რამდენ ხანში, ამის თქმა ძნელია. როგორც არაერთხელ აღვნიშნეთ. ყველაფერი დამოკიდებულია ორგანიზმის ბრძოლის უნარზე, მიკრობთა ვირულენტობაზე, დანამატის სისხლძარღვებში განვითარებული თრომბოზული პროცესის ინტენსივობაზე და სხვ. მეტწილად მძიმე დესტრუქციული ცვლილებები იწყება მეორე დღის ბოლოს, უფრო მეტად მესამე დღეს. ხოლო მეოთხე დღეს, მესამე დღესთან შედარებით, ცვლილებები სამჯერ მატულობს. არის შემთხვევები, როდესაც დესტრუქციული ცვლილებები იმდენად აწრაფად მიმდინარეობს, რომ იგი შეიძლება 6—8 საათში განვითარდეს.

ჭიანაწლავში არსებული ანთებითი პროცესის მიხედვით შესაბამისი ცვლილებები ვითარდება პერიტონეუმზეც. მარტივი აპენდიციტის დროს, როგორც აღვნიშნეთ, დანამატის ირგვლივ აღინიშნება მცირე სტერილური სეროზული გამონადენი. ჩირქოვანი დესტრუქციული აპენდიციტის დროს პერიტონეუმის მხრივ მოვლენები მკვეთრადაა გამოხატული. სტერილური სეროზული გამონადენი მღვრიე ჩირქოვან ხასიათს ღებულობს. როდესაც ადგილობრივი და ზოგადი მოვლენები ამის პირობებს ქმნის, ორგანიზმის რეაქტიულობა დაძაბუნებულია ადგილობრივ და შეხორცებითი პროცესი ვერ ასწრებს განვითარებას. მაშინ ჩირქი ჯერ ჭიანაწლავის ირგვლივ თავსდება, შემდეგ სიმძიმის ძალით ხშირად მენჯის ღრუში ეშვება და დუგლასის სივრცეში გროვდება, უფრო მოგვიანებით კი გავრცელებულ სახეს იღებს. დანამატის ნორმალური მდებარეობისას ჩირქოვანი პერიტონიტი ძირითადად მაინც მუცლის ქვემო ნაწილში ვრცელდება. განივი კოლინჯი და მისი ჯორჯალი ჩირქის ზემო სართულში გავრცელებას მეტწილად აბრკოლებს, ყოველ შემთხვევაში, პირველ ხანებში.

დანამატის ღვიძლის ქვეშ მდებარეობისას, ისე როგორც თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის დროს, ჩირქოვანი გამონადენი გვერდითი. ე. წ. ჩირქოვანი ბილიკით (ე. ს. დრაჩინსკაია) მუცლის ღრუს ქვემო ნახევარში ეშვება და ზოგადი პერიტონიტი ვითარდება. საბოლოოდ ასეთი მძიმე პერიტონიტის სურათი ყოველთვის შეიძლება მივიღოთ აპენდიციტის დესტრუქციული ფორმის დროს, თუ იგი თავისუფალ მუცლის ღრუში განვითარდა.

ჩირქოვანი დესტრუქციული ფორმების დროს ზოგჯერ ფიბროზული ჩირქოვანი ნადებით იფარება დანამატის და მასთან ახლომდებარე ორგანოთა (ბრმა ნაწლავი, წვრილი ნაწლავის მარყუჟები, ბადექონი) სეროზული გარსი. ისინი ერთ კონგლომერატად ეწებებიან ერთმანეთს დაზიანებული ჭიანაწლავის ირგვლივ და ჩირქს არ აძლევენ გავრცელების საშუალებას. ასე იქმნება აპენდიკულარული ინფილტრატი. პროცესის პროგრესულობისას ჩირქოვანი

ექსუდატი იმატებს და ინფილტრატში ვითარდება პერიაპენდიკულარული აბსცესი. უფრო ხშირად ასეთი აბსცესი ილეოცეკალურ მიდამოშია. მაგრამ იგი ჭიანაწლავის მდებარეობის შესაბამისად შეიძლება იყოს ღვიძლთან ახლოს, მენჯის ღრუში, რეტროპერიტონულ სივრცეში, წვრილი ნაწლავის ჯორჯლის ძირთან, დანამატის მეზოცელიაკური მდებარეობისას. არასწორმა მკურნალობამ შეიძლება გამოიწვიოს აბსცესის გახსნა და დიფუზური პერიტონიტის განვითარება. იშვიათად აპენდიკულარული აბსცესი შეიძლება გაიხსნას ძასთან ახლო მდებარე ორგანოში (ბრმა ან სწორი ნაწლავი, შარდის ბუშტი). ძირითადად მწვავე აპენდიციტის კლასიფიკაცია პრაქტიკულად მომუშავე ექიმისათვის ასეთია: აპენდიკულარული ჭვალი—ჭიანაწლავში პათომორფოლოგიური ცვლილებების გარეშე; მარტივი აპენდიციტი—ჭიანაწლავში უმნიშვნელო ანთებითი ცვლილებებით. პერიტონეუმის უმნიშვნელო გაღიზიანებით და ზოგჯერ მუცლის ღრუში გამქვირვალე სეროზული გამონადენით.

მწვავე აპენდიციტის დესტრუქციული ფორმებია: ფლეგმონური აპენდიციტი და მისი სახეები: წყლულოვანი, ემპიემა, დანამატის მკვეთრი გასქელებით და გაწითლებით, ჩირქოვანი ნადებებით და მღვრიე ჩირქოვანი გამონადენით;

განგრენული აპენდიციტი შავი მომწვანო ფერის ჭიანაწლავი (სურ. 71).

პერფორაციული აპენდიციტი ჭიანაწლავი პერფორაციული ხვრელით (სურ. 72). ზოგჯერ ფეკალური სუნის გამონადენით.

მწვავე აპენდიციტის გართულებანია: ინფილტრატი, ჩირქგროვები, პერიტონიტი და სხვა სახის გართულებანი.

მწვავე აპენდიციტის კლინიკა. მწვავე აპენდიციტი მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული დაავადების ყველაზე ხშირი მიზეზია.

მწვავე აპენდიციტის სურათი დამოკიდებულია: ორგანიზმის რეაქტიულობაზე, დაავადების სტადიასა და ჭიანაწლავში არსებულ პათომორფოლოგიურ ცვლილებებზე, ამ ცვლილებების არსებობის ხანგრძლიობაზე, დანამატის მუცლის ღრუში მდებარეობაზე, გართულებების არსებობაზე. კლინიკურ სურათზე ჭიანაწლავის ლოკალიზაცია განსაკუთრებულ გავლენას ახდენს პროცესის პერიტონეუმზე გადასვლის შემდეგ.

მწვავე აპენდიციტი ყველა ასაკში გვხვდება, მაგრამ გაცილებით ხშირია 18—30 წლის ასაკში, როდესაც ჭიანაწლავის კედელი განსაკუთრებით მდიდარია ლიმფური ფოლიკულებით. ბავშვებსა და მოხუცებში აპენდიციტი გაცილებით იშვიათია (სქესსა და პროფესიას რაიმე გარკვეული მნიშვნელობა არ აქვს).

მწვავე აპენდიციტის, როგორც ყველაზე უფრო გავრცელებული ქირურგიული დაავადების, ამოცნობა თითქოს არ უნდა იყოს ძნელი. სინამდვილეში კი დიაგნოზური შეცდომები საკმაოდ ხშირია.

მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზი ხშირად ისმება (თითქმის 25—30%-ში) იქ, სადაც იგი არაა. ზოგჯერ კი მწვავე აპენდიციტი ამოუცნობი რჩება, რის გამოც ოპერაციული დახმარება იგვიანებს. თუ ჰიპერდიაგნოზი სასურველი არაა, მაგრამ ნაკლებ საშიშია, სამაგიეროდ, სახიფათოა, როდესაც მწვავე აპენდიციტი ამოუცნობი რჩება.

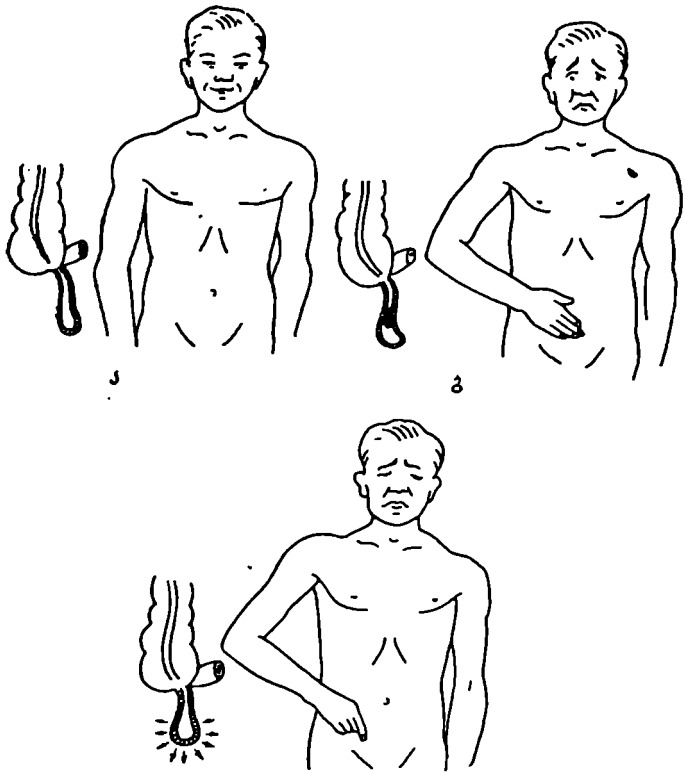
მწვავე აპენდიციტის გამოცნობაში შეცდომისა და სიძნელის მიზეზია, როცა მწვავე აპენდიციტის კლინიკური სურათი ყოველთვის თავიდანვე არაა გარკვეუ-

ლი. აპიტომ თუ ავადმყოფის დასაწყის პერიოდში ერთხელ გასინჯვა არ არის საკმარისი, ავადმყოფი უნდა მოვათავსოთ სტაციონარში და მასზე ვაწარმოოთ დაკვირვება. ზოგი ექიმი მეორე უკიდურესობაში ვარდება. მას ეშინია, რომ არ გამოეპაროს მწვავე აპენდიციტი და გარკვეული საფუძვლის გარეშე მარჯვენა თეძოს ფოსოში ყოველგვარი ტკივილის დროს დაავადების პირველ საათებშიც მიმართავს აპენდექტომიას, ჭიანაწლავში პათომორფოლოგიურ ცვლილებებს კი ადგილი არ აქვს. ასეთი აპენდექტომიების რიცხვი ბოლო დროს საკმაოდ დიდია. შეცდომების მიზეზია ისიც, რომ ჭიანაწლავის სხვადასხვა ანატომიურ ლოკალიზაციას, ისე როგორც ასაკს, ორგანიზმის სხვადასხვა მდგომარეობას და ა. შ. შეუძლია გამოიწვიოს ზოგიერთი გადახრა მწვავე აპენდიციტის ჩვეულებრივი ტიპიური კლინიკური სურათიდან, რაც ხშირად ქმნის სიძნელეს ამ დაავადების აპოცნობაში.

მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზის დასმაში მთავარია ავადმყოფის გამოკითხვით და გულდასმით, ზოგჯერ რამდენჯერმე, განმეორებით გამოკვლევით მიღებული მონაცემები.

ანამნეზი. მწვავე აპენდიციტის დროს ანამნეზიდან მთავარია მუცელში ტკივილი (სურ. 73). რომელიც ჩვეულებრივ იწყება უეცრად, ატარებს მყარ ხასიათს და მატულობს გამუდმებით. მწვავე აპენდიციტის დროს ტკივილი ხშირად იწყება დიეტის დარღვევის შემდეგ. პერფორაციის დროს ტკივილი შედარებით ძლიერია, თუმცა ყოველთვის არა. სრული პარალელიზმი ტკივილის ინტენსივობასა და პათანატომიურ ცვლილებებს შორის არ არსებობს, ასე მაგალითად, განგრენის დროს ჭიანაწლავისა და ჯორჯლის ნერვული აპარატის ნეკროზის გამო ტკივილი შეიძლება უმნიშვნელოდ იყოს გამოხატული. ფეხით მოსიარულე ავადმყოფს შეიძლება ფლეგმონური აპენდიციტი აღმოაჩნდეს, ძლიერი ტკივილით რეაქციის დროს კი, განსაკუთრებით ქალებში, მხოლოდ მარტივი ფორმა აღმოჩნდეს. აუტანელი და შეტევისმაგვარი ტკივილი მწვავე აპენდიციტისათვის არაა დამახასიათებელი. ავადმყოფი მეტწილად მოსათმენი ტკივილის გამო წუნარად იმყოფება. მეტად ძლიერი ტკივილი, რომლის გამო ზოგჯერ ავადმყოფი ყვირის კიდეც, ახასიათებს ჭიანაწლავის ემპიემას დანამატის კედლის ძლიერ დაჭიმვის გამო. ტკივილი ადგილობრივი და რეფლექსური ხასიათისაა. ადგილობრივი ტკივილი დამოკიდებულია ჭიანაწლავის კედელში არსებულ ანთებით ცვლილებებზე, კედლის დაჭიმულობასა და პარიეტული პერიტონეუმის ანთებაზე. რეფლექსური ტკივილი კი ძირითადად დამოკიდებულია მზის წნულის გაღიზიანებაზე და აღინიშნება ეპიგასტრიუმის მიდამოში (აღწერილი კოხერის მიერ) ან ჭიპის არეში (აღწერილი კიუმელის მიერ), ზოგჯერ კი მთელი მუცლის არეში. დაავადების დასაწყისში ჩვეულებრივ ტკივილი ეპიგასტრიმიუშის არეშია, ზოგჯერ ჭიპის ან მთელი მუცლის არეში, შემდეგ ტკივილი მეტწილად გადაინაცვლებს საზარდულის მიდამოში, ან შეესაბამება დანამატის ადგილმდებარეობას: მაღალი მდებარეობის დროს — ფერდქვეშა არეში, დაბალი მდებარეობის დროს — მენჯის ღრუში, რეტროცეკალური მდებარეობის დროს—წელის არეში. საკმაოდ ხშირად პირველდაწყებითი ტკივილი შეიძლება თავიდანვე აღინიშნებოდეს ილეოცეკურ არეში (ვ. ი. კოლესოვით, 88.5—86,5%-ში). ტკივილი მოსვენებისას ოდნავ მცირდება, მაგრამ მთლიანად არ ისპობა. ფიზიკური დატვირთვა, აგრეთვე ოყნისა და საფაღარათოს შეცდომით გამოყენება ტკივილს მკვეთრად აძლიერებს. ანამნეზიდან აღსანიშნავია: აგრეთვე მიდრეკილება შეკრულობისადმი, წარსულში მსგავსი ტკივილის ან შე-

ტევის არსებობა (შემთხვევათა უმეტესობაში), აგრეთვე ტკივილის გაძლიერება მარცხენა გვერდზე წოლის დროს. ანამნეზიდან ყურადსაღებია აგრეთვე გულისრევა, პირღებინება, ერთჯერ ან განმეორებით და აირებზე და განავალზე მოქმედების შეწყვეტა ნაწლავთა პარეზის გამო.



სურ. 73. მუცელში ტკივილ მწვავე აპენდიციტის დროს:
ა—მარტივი (კატარალური) აპენდიციტის დასაწყისი, შეიძლება ავადმყოფი არავითარ ტკივილს არ გრძნობდეს; ბ—დანამატის გაუვალობა განაელის ქვით, ლორწოვანის შეშუპებით, გადაღუნვით თუ ანთებითი ექსუდატის დაგროვებით (ავადმყოფი გრძნობს გაფანტულ ტკივილს ეპიგასტრიუმის არეში); გ — პროცესში როცა ჩათრეულია სეროზული გარსი, პარიესული პერიტონეუმი ან ადგილ აქვს დანამიტის პერფორაციას (ავადმყოფი უჩივის ძლიერ სწირად მწვავე ტკივილს მარჯვენა თეძოს ფოსოში).

ობიექტური გამოკვლევა იწყება ენის დათვალიერებით. ენა მწვავე აპენდიციტის დროს უფრო ხშირად თეთრად შელესილია და შეიმჩნევა სიმშრალე. შემდეგ იწყება მუცლის გამოკვლევა. პირველ ყოვლისა უნდა შემოწმდეს მუცლის კედლის მონაწილეობა სუნთქვით მოძრაობაში. მწვავე აპენდიციტის დროს მარჯვენა თეძოს ფოსოს მიდამო და ზოგჯერ მუცლის მთელი მარჯვენა ნახევარი სუნთქვაში ჩამორჩება. მუცლის კუნთე-

ბის გამოთიშვა სუნთქვით მოძრაობაში და გულმკერდის ტიპის სუნთქვა ხშირად ახლავს დესტრუქციული ფორმის აპენდიციტს. მუცლის კედელზე მოსმენით, მეტწილად ნაწლავთა პარეზის გამო, არ აღინიშნება პერისტალტიკური ხმიანობა. ამის შემდეგ უნდა ვაწარმოოთ მუცლის კედლის გამოკვლევა პ ე რ კ უ ს ი ი თ. ჯერ მარცხენა თეძოს ფოსოში და შემდეგ მარჯვნივ იმავე ადგილას. პერკუსიით აღმოვაჩენთ მ ტ კ ი ვ ნ ე უ ლ ო ბ ა ს შესაფერ ადგილას — მწვავე აპენდიციტის დროს ილეოცეკალურ მიდამოში. პერკუსიით ნაწლავთა პარეზის და მსხვილ ნაწლავთა ატონიის გამო ხშირად ყურადღებას იპყრობს ტიმპანიტი და ზოგჯერ ღვიძლის მოყრუების მნიშვნელოვანი შემცირება და სრული გაქრობაც კი. შემოწმებულ უნდა იქნეს აგრეთვე ილეოცეკალურ არეში კანის ჰგრძნობელობა. სადაც სხვა მიდამოსთან შედარებით ჰიპერესთეზია აღინიშნება, ამას თან მოჰყვება მუცლის კედლის პალპაცია. მუცლის კედლის დაჭიმულობის ხარისხი მწვავე აპენდიციტის დროს შეიძლება იყოს უმნიშვნელო რეზისტენტობიდან მკვეთრად გამოხატულ დაჭიმულობამდე. პირველად უნდა შეესრულოთ ზერელე და ნაზი პალპაცია, რომელსაც ვიწყებთ გამოსაკვლევი მიდამოდან მოშორებულ უბანში. ზერელე პალპაციით აღნიშნულ უნდა იქნეს დაჭიმულობა და მტკივნეულობა. ამის შემდეგ, თუ ავადმყოფის მდგომარეობა ნებას გვრთავს, იგივე თანმიმდევრობით, მაგრამ ფრთხილად ვაწარმოებთ ღრმა პალპაციას.

მწვავე აპენდიციტის მთავარი ნიშანია: მ უ ც ლ ი ს კ ე დ ლ ი ს დ ა ჭ ი მ უ ლ ო ბ ა და მ ტ კ ი ვ ნ ე უ ლ ო ბ ა მარჯვენა თეძოს ფოსოს მიდამოში. კუნთთა დაჭიმულობა ამ მიდამოში გამოხატულია სხვადასხვა ხარისხით. ჭიანაწლავის რეტროცეკალური და მენჯისაკენ მდებარეობის დროს, აგრეთვე მოხუცებში და ავადმყოფობის შემდეგ დასუსტებულ პირებში კუნთთა დაჭიმულობა შეიძლება არ იყოს ან სუსტად იყოს გამოხატული. კუნთთა დაჭიმულობას ამცირებს აგრეთვე აბაზანა, რასაც ავადმყოფის გამოკვლევის დროს ანგარიში უნდა გაეწიოს. ავადმყოფის, და მით უფრო ავადმყოფი ბავშვის, გამოკვლევისას, უნდა ვიკითხოთ, ხომ არ უსწრებდა გამოკვლევას აბაზანის მიღება. არ უნდა დავივიწყოთ აგრეთვე ის გარემოებაც, რომ ტკივილის დაწყნარების მიზნით ზოგჯერ ავადმყოფს შეცდომით უკეთებენ მორფიუმს, რის შემდეგაც, გარდა იმისა, რომ იჩრდილება საერთოდ აპენდიციტის ტიპიური კლინიკური სურათი, კუნთთა დაჭიმულობაც მნიშვნელოვნად მცირდება.

კუნთთა დაჭიმულობის კარგად და სრულყოფილად აღმოსაჩენად საჭიროა იმ წესების დაცვა, რომლებიც მუცლის გამოკვლევის დროს იყო აღნიშნული (ავადმყოფი წევს ისე, რომ ქვემო კიდურები მუხლის სახსარში ოდნავ მოხრილია, სუნთქავს ღრმად და თავისუფლად. თავი არ აქვს წამოწეული, გამომკვლევი ზის ავადმყოფის დონეზე და სხვ.). მწვავე აპენდიციტის დროს კუნთთა დაჭიმულობის ხარისხი, როგორც ვხედავთ, ბევრ მომენტზეა დამოკიდებული. მაგრამ კარგი კუნთოვანი განვითარების პირებშიც კუნთთა რეზისტენტობა ყოველთვის უფრო სუსტადაა გამოხატული, ვიდრე კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაციის დროს.

მწვავე აპენდიციტის დროს მარჯვენა თეძოს ფოსოში ზოგჯერ ყურადღებას იპყრობს ამ მიდამოს თითქოს მეტად ჩავარდნა და მუცლის კედლის შეწევა, რასაც აგრეთვე სათანადო ანგარიში შეიძლება გაეწიოს.

გარდა მუცლის კედლის კუნთთა დაჭიმულობისა, მწვავე აპენდიციტის დროს აღინიშნება აგრეთვე პერიტონეუმის გაღიზიანებისათვის დამახასიათე-

ბელი მეორე ნიშანი — მ ტ კ ი ვ ნ ე უ ლ ო ბ ა. ზოგჯერ იგი ძლიერია ზერელე პალპაციის დროს. ზოგჯერ კი, პირიქით, აშკარავდება მხოლოდ ღრმა პალპაციით. განგრენული აპენდიციტის დროს ტკივილი ზოგჯერ სუსტადაა გამოხატული. ტკივილის ინტენსივობაზე გავლენას ახდენს ავადმყოფის სქესი, ასაკი, უმაღლესი ნერვული მოქმედების ტიპი. მართალია, ტკივილი უფრო ხშირად აღინიშნება მარჯვენა თეძოს ფოსოში, მაგრამ ორივე სიმპტომი (კუნთთა დაჭიმულობა და ტკივილი) შეიძლება აღინიშნებოდეს აგრეთვე საშვილოსნოს დანამატის ანთების, თირკმლის ჭვალისა და მეზენტერიტის დროსაც.

მწვავე აპენდიციტის სიმძიმის ხარისხის განსაზღვრისათვის არ შეიძლება საკუთარი და ყოველთვის დაეყრდნოთ ობიექტურ კლინიკურ მონაცემებს, რადგან ისინი ზოგჯერ არ შეესაბამება დანამატში არსებულ პათოლოგიურ ცვლილებებს. მოხუცებში მწვავე აპენდიციტის დროს კუნთთა დაჭიმულობა და ტკივილიც სუსტადაა გამოხატული. ბავშვებში კი, პირიქით, დაავადება მიმდინარეობს მძაფრად — მუცლის კედლის ზოგადი დაჭიმულობით და ზოგჯერ ზოგადი ინტოქსიკაციისა და კოლაფსის მოვლენებით. როდესაც ჭიაყელანაწლავს წინა ან გვერდითი მდებარეობა აქვს და იგი კარგი მისადგომია პალპაციისათვის, მაშინ გაცილებით უკეთაა გამოხატული პალპატორული ტკივილი. მენჯისა და რეტროცეკალური მდებარეობისას პალპაციით მტკივნეულობა გაცილებით სუსტად ვლინდება.

პალპატორული ტკივილის გავრცელების ხარისხს გარკვეული მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ჭიანაწლავში არსებული პათანატომიური ცვლილებების ინტენსივობის განსაზღვრისათვის. ასე მაგალითად, რაც უფრო გავრცელებული და ძლიერია მტკივნეულობა, მით უფრო მკვეთრად იქნება ცვლილებები გამოხატული ჭიანაწლავში.

როგორც ცნობილია, ქრონიკული აპენდიციტის გამოცნობისათვის მოწოდებულია მრავალრიცხოვანი მტკივნეული წერტილები, რომელთაც არამცთუ მწვავე აპენდიციტის, არამედ ქრონიკული აპენდიციტის ამოცნობის საქმეშიც დაკარგეს თავისი მნიშვნელობა.

მწვავე აპენდიციტის დროს, როდესაც ამა თუ იმ ხარისხით გამოხატულია პერიტონეუმის გაღიზიანების მოვლენები (მუცლის კედლის დაჭიმულობა, გავრცელებული მტკივნეულობა), მიზანშეუწონელია მუცლის წინა კედელზე მტკივნეული წერტილების ძებნა და მათი გამოკვლევა. ამიტომ, როგორც აღვნიშნეთ, პალპაცია უნდა წარმოებდეს არა თითის წვერით, არამედ ხელისგულით და ყველა თითით.

მწვავე აპენდიციტის დროს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ბ ლ უ მ ბ ე რ გ ი ს ს ი მ პ ტ ო მ ი, რომელიც ანთებითი პარიეტული პერიტონეუმის პათოგნომურ სიმპტომად ითვლება. ბლუმბერგის ნიშანი პერიტონიტის მაჩვენებელია და, როგორც წესი, უმთავრესად დესტრუქციული ფორმის აპენდიციტის დროს გვხვდება.

აპენდიციტის დროს ბლუმბერგის ნიშანი აღინიშნება მარჯვენა თეძოს ფოსოში, ხოლო მოგვიანებულ პერიოდში, პერიტონიტის განვითარების დროს — მუცლის მარჯვენა ნახევარსა ან მთელი მუცლის არეში.

მწვავე აპენდიციტის დროს ყურადღებია აგრეთვე ტკივილის არსებობა ან მისი გაძლიერება ავადმყოფის მარცხენა გვერდზე წოლისას (სიტკოვსკის სიმპტომი); მარჯვენა თეძოს ფოსოში ამ დროს პალპაცია აძლიერებს ტკივილს (ბერტომიე-მიხელსონის სიმპტომი); გარდა ამისა, მარჯვენა საზარდულის არხ-

ში შეყვანილი თითით არხის უკანა კედელზე ზეწოლისას საზარდულის ფოსოში აღინიშნება ტკივილი (კრიმოვის ნიშანი); თუ ერთი ხელით დასწერივი კოლინჯის სიგმურ კოლინჯში გადასვლის ადგილას მოვახდენთ ზეწოლას, ხოლო მეორეთი მის ზევით მსუბუქ ბიძგს, მაშინ აკადმყოფი შეიგრძნობს ტკივილს მარჯვენა თეძოს ფოსოში (როზინგის სიმპტომი).

მწვავე აპენდიციტის დროს ორგანიზმში ზოგადი ხასიათის ცვლილებებს— რეაქციას — აქვს ადგილი, რომელთაგან ზოგიერთს განსაკუთრებული მნიშვნელობა უნდა მივანიჭოთ.

ტ ე მ პ ე რ ა ტ უ რ ა მწვავე აპენდიციტის დროს მეტწილად ზომიერად მომატებულია (37°,2—37°,5—38°), განსაკუთრებით დაავადების დასაწყისში, ხოლო მოგვიანებით, დაავადების პროგრესულობისას და პერიტონიტის განვითარების დროს კი იგი მაღალია. მართალია, აქ, არც ისე იშვიათად, ადგილი აქვს გამონაკლისებს, მაგრამ მაღალი ტემპერატურა უკვე პერიაპენდიციტის მაჩვენებელია. მაღალი ტემპერატურა — 38° და მეტი — შემთხვევათა ერთ მესამედში დამახასიათებელია ბავშვებში (გ. ვ. ჩისტოვიჩი). განგრენული აპენდიციტი ხშირად უტემპერატუროდ მიმდინარეობს, განსაკუთრებით მოხუცებში, ხოლო ბავშვებში მარტივი აპენდიციტიც კი შეიძლება მაღალი ტემპერატურით მიმდინარეობდეს.

მწვავე აპენდიციტის დროს, როგორც წესი, პულსი აჩქარებულია, მისი სიხშირე შეუსაბამოდ უსწრებს ტემპერატურას. ჩვეულებრივ მისი სიხშირე 90-ზე მეტია წუთში და ხშირად 95—120-მდე მერყეობს. დაავადების სწრაფად პროგრესულობის ან დაავადების დაგვიანებულ შემთხვევაში აღინიშნება პულსისა და ტემპერატურის გათიშვა, ე. ი. მათი მრუდეების გადაჯვარედინება (მაკრატლის ნიშანი). აჩქარებული პულსი და შეუსაბამოდ დაბალი ტემპერატურა ან. პირიქით, მაღალი ტემპერატურა და შედარებით იშვიათი პულსი ხშირად აპენდიციტის მძიმე ფორმის მაჩვენებელია.

ბრადიკარდია არაა სავალდებულო განგრენული ან პერფორაციული ფორმის აპენდიციტისათვის, როგორც ამას ადრე მონდორი წერდა. ბავშვებში ბრადიკარდია არ მიუთითებს დაავადების სიმძიმეზე. მწვავე აპენდიციტის მძიმე ფორმების დროს ადგილი აქვს აგრეთვე სისხლის წნევის დაცემას. ავადმყოფს ბ შ რ ა ლ ი, შელესილი, ზოგჯერ ს ვ ე ლ ი ე ნ ა აქვს. იგი იძულებულია იწვეს ზურგზე ან მარჯვენა გვერდზე, მუცელთან მიზიდული ფეხებით.

მწვავე აპენდიციტის დროს საკმაოდ ხშირი ნიშანია პ ი რ ღ ე ბ ი ნ ე ბ ა, ისიც დაავადების პირველ საათებში — უმეტეს შემთხვევაში ერთჯერ. მენჯისეული და რეტროცეკალური მწვავე აპენდიციტის დროს პირღებინება შედარებით იშვიათია, ვინემ წინა და გვერდითი მდებარეობის დროს. პირღებინების სიხშირესა და დესტრუქციული ფორმის მწვავე აპენდიციტს შორის მიუთითებენ ერთგვარ კანონზომიერ დამოკიდებულებაზე: პირღებინება ხშირად აღინიშნება ერთჯერ და ისიც დაავადების დასაწყისში. ამიტომ არის შემთხვევები, რომ ამის შესახებ ზოგჯერ ავიწყდება კიდეც ავადმყოფს, თუ გულდასმით არ გამოვკითხეთ იგი. მწვავე აპენდიციტის დროს თითქმის მუდმივი ნიშანია გულისრევა.

მწვავე აპენდიციტის მეორადი ნიშნებიდან აღსანიშნავია განავალზე და აირებზე მოქმედების შეწყვეტა. სწორედ ამიტომ მრავალი ავადმყოფი მიმართავს საფაღარათოს ან იყენებს ოყნას. ზოგჯერ ავადმყოფები ერთხელ გადიან გარეთ დაავადების დასაწყისში. მწვავე აპენდიციტი იშვიათად იწყება ფაღარათით (განსაკუთრებით ბავშვებში, აგრეთვე ჭიანაწლავის მენჯისეული მდებარეობის

გამო). ზოგჯერ ძლიერი ინტოქსიკაციისა და დიფუზური პერიტონიტით გართულებული ფორმის მწვავე აპენდიციტის დროს ფაღარათი გრძელდება ავადმყოფობის მიმდინარეობის პერიოდში.

შარდვა მეტწილად ნორმალურია, მაგრამ მაღალი ტემპერატურის დროს შარდის რაოდენობა მცირდება. აპენდიციტის მძიმე ჩირქოვანი ფორმების დროს შარდში ვხვდებით თირკმლის ტოქსიკური დაზიანების ნიშნებს (ცილა, ცილინდრები, ერითროციტები). აღმავალი ან მენჯისეული მდებარეობის მწვავე აპენდიციტის დროს შარდში შეიძლება იყოს ახალი, შეუცვლელი ერითროციტები.

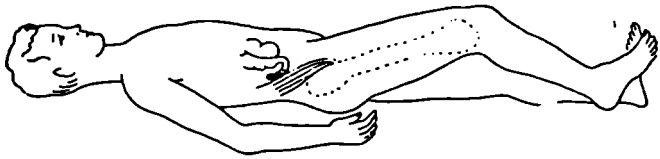
სისხლში ადგილი აქვს თეთრი ბურთულების რიცხვის მომატებას. როგორც ანთების მაჩვენებელს საერთოდ, და არა აპენდიციტისათვის სპეციფიკურად დამახასიათებელს. ლეიკოციტოზის ხარისხი ზოგჯერ შეიძლება დაგვეხმაროს მწვავე აპენდიციტის სირთულის განსაზღვრაში. ლეიკოციტების რიცხვი — 10—12 ათასზე უფრო მეტი. ჭიანაწლავის შედარებით მძიმე ცვლილებებზე მიუთითებს, როდესაც ადგილი აქვს მწვავე აპენდიციტის პროგრესულობას და მეზობელ ქსოვილებზე გადასვლას, ლეიკოციტების რიცხვიც უფრო ხშირად მომატებულია, და პირიქით, როდესაც პროცესი შედარებით შემოფარგლულია, ლეიკოციტების რიცხვიც ნაკლებადაა მომატებული. მაგრამ სწორი არ იქნებოდა ანგარიში არ გაგვეწია მწვავე აპენდიციტისათვის დამახასიათებელი სხვა კლინიკური ნიშნებისათვის და სავსებით დავყრდნობოდით მარტო ლეიკოციტების რიცხვს. ზოგიერთი ფორმის მძიმე აპენდიციტის დროს ლეიკოციტოზი შეიძლება არ იყოს გამოხატული, განსაკუთრებით ორგანიზმის მძიმე ინტოქსიკაციის დროს. ამიტომ მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზის დასმაში მთავარია ობიექტური გამოკვლევით მიღებული მონაცემები და არა ლეიკოციტოზი.

განსაკუთრებით ცუდი ნიშანი და სეფსისური მდგომარეობის მაჩვენებელია ნეიტროფილების რიცხვის მკვეთრი მომატება ლეიკოციტების საერთო რიცხვის დაკლებისას. აპენდიციტის რთული ფორმის მაჩვენებელია აგრეთვე სისხლში თეთრი ბურთულების მარცხნივ გადახრა ახალგაზრდა ფორმის ლეიკოციტების ხარჯზე. აპენდიკულარული ინფილტრატის განვითარების დროს აღინიშნება ლეიკოციტების რიცხვის მომატება, ხოლო ინფილტრატის ჩამოყალიბებისა და მისი შემოფარგვლის დროს ლეიკოციტოზიც ქრება. სხვა დამხმარე მეთოდებთან ერთად ზოგიერთები მნიშვნელობას აძლევენ აგრეთვე ადგილობრივ ლეიკოციტოზს, თითქოს მწვავე აპენდიციტის დროს მარჯვენა თეძოს ფოსოს არეში კანიდან აღებულ სისხლში ლეიკოციტების რიცხვი მეტია. ვიღრე მარცხნით ან სხვა მიდამოდან აღებულ სისხლში. რაც შეეხება ერითროციტების დალექვის რეაქციას (ედრ), მწვავე აპენდიციტის ადრეულ პერიოდში იგი ჩვეულებრივ აჩქარებული არაა, აპენდიკულარული ინფილტრატისა და მისი დაჩირქების პერიოდში კი აღინიშნება ედრის მნიშვნელოვანი მომატება.

მწვავე აპენდიციტისათვის დამახასიათებელი კლინიკური სურათი შედარებით სრულად და ტიპიურად გამოხატულია დანამატის ნორმალური მდებარეობისას, ე. ი. როდესაც აპენდიქსს უკავია თეძო-საზარდულის მიდამო და იგი მოთავსებულია ბრმა ნაწლავის წინ. სხვა შემთხვევაში კი დაავადების მიმდინარეობისას ადგილი აქვს გარკვეულ გადახრებს და აღინიშნება ამა თუ იმ მდებარეობისათვის დამახასიათებელი მეტად თუ ნაკლებად გამოხატული თავისებური კლინიკური ნიშნები, რომელთა ცოდნას ექიმისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს.

რეტროცეკალური აპენდიციტი. დღემდე არ არსებობს ერთი აზრი იმის შესახებ. თუ აპენდიქსის რომელი მდებარეობა ითვლება რეტროცეკალურად. ამით აიხსნება ალბათ ის გარემოება, რომ სხვადასხვა ავტორები ამ სახის აპენდიციტის სხვადასხვა პროცენტს ვარაუდობენ (ზოგი 2%-ს, ტურნერი 21%); საშუალოდ კი იგი მწვავე აპენდიციტის საერთო რიცხვის 10—15%-ს შეადგენს. ჭიანაწლავის მდებარეობის მიხედვით შეიძლება იყოს რეტროცეკალური, ბრმა ნაწლავის კედელში სუბსეროზული და რეტროპერიტონული.

რეტროცეკალური აპენდიციტის დროს ტკივილი თავიდანვე ლოკალურ ხასიათს ატარებს და შეიგრძნობა თეძოს ფოსოში, ანდა უკან, მარჯვენა თეძოს ძვლის ქედსა და ნეკნთა რკალს შორის; ეს ტკივილი ხშირად ირადიაციას იძლევა მარჯვენა ბარძაყის უკანა ზედაპირზე. ამ სახის დანამატი უფრო ხშირად ვიდრე სხვა ადგილმდებარეობის დროს, განიცდის დესტრუქციულ ცვლილებებს. აპენდიქსის თავისებური მდებარეობის გამო ანთებითი პროცესიც სწრაფად გადადის მუცლის უკანა კედელზე. რითაც აიხსნება მტკივნეულობა და ტკივილი წელის არეში ფტის სამკუთხედის არეში (იაურე-როზანოვის სიმპტომი), ზოგჯერ კუნთთა დაჭიმულობა და დადებითი პასტერნაცკის ნიშანიც კი. ხშირად მარჯვენა ქვემო კიდური იძულებით მოხრილ მდებარეობაშია (სურ. 74).



სურ. 74. რეტროცეკალური აპენდიციტის დროს მარჯვენა ქვემო კიდურის იძულებით მოხრილი მდებარეობა მენჯ-ბარძაყის სახსარში, თეძო-სუკის კერ-თის ირგვლივ ანთების დროს კიდური ასეთ მდებარეობას იღებს.

რეტროცეკალური აპენდიციტისათვის არ არის დამახასიათებელი გულისრევა და პირღებინება, დესტრუქციული ფორმების დროს ტემპერატურა მეტწილად მცირედ მომატებულია ან იგი უტემპერატუროდაც მიმდინარეობს, რადგან რეტროცეკალური აპენდიციტის დროს ხშირად ადგილობრივ გამოხატული არაა პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნები, ამიტომ იგი ვერაგი მიმდინარეობით ხასიათდება. მიუხედავად ამისა, რეტროცეკალური აპენდიციტის დროს შეიძლება აღინიშნებოდეს ისეთივე ზოგადი კლინიკური ნიშნები (ტემპერატურის მომატება, პულსის გახშირება, ლეიკოციტოზი), როგორც ჩვეულებრივი აპენდიციტის დროს.

მენჯისეული აპენდიციტი საერთოდ ხშირი არაა, უფრო გვხვდება ქალებში, რადგან მათ ბრმა ნაწლავიც მამაკაცებთან შედარებით დაბალი მდებარეობისა აქვთ. ამ სახის აპენდიციტს ანთებითი პროცესის შემოფარგვლის გამო შედარებით კეთილთვისებიანი მიმდინარეობა აქვს. შესაბამისად ამისა, კლინიკური სურათიც უფრო სუსტადაა გამოხატული. ტკივილი შედარებით ლოკალურია, გულისრევა იშვიათია, მუცლის კედლის კუნთთა დაჭიმულობა ხშირად მკვეთრი არაა. მტკივნეულობა გრძელდება უფრო საზარდულის მიდამოში, პუპარტის იოგთან, შუახაზისაკენ. ზოგჯერ ავადმყოფს აწუხებს ტენეზმები. ხშირად ფაღარათი, ხშირი და მტკივნეული შარდვა. სწორი ნაწლავიდან ან საშო-

დან, თითით გამოკვლევისას ზოგჯერ ისინჯება მტკივნეული ინფილტრატი. დაავადება ხშირად ეშლებათ ენტეროკოლიტთან, ცისტიტთან, საჰმლით მოწამვლასთან. გაურკვეველ შემთხვევაში საჭიროა გინეკოლოგთან კონსულტაცია. მდგომარეობის გაუარესების შემთხვევაში საკითხი ოპერაციის სასარგებლოდ უნდა გადაწყდეს.

მეზოცელიაკური აპენდიციტი შედარებით იშვიათია. ასეთი აპენდიციტის დროს დანამატის წვრილი ნაწლავების ჯორჯლის გაყოლებით და შუახაზისაკენ მდებარეობის გამო წინა პლანზეა ანთებითი პროცესის გავრცელების ნიშნები. პერიტონეული მოვლენები ნაწლავების პარეზით და მეორადი გაუვალობით. ავადმყოფს აწუხებს ძლიერი ტკივილი მუცელში, ავადმყოფის მდგომარეობა მძიმეა. ხშირად აღინიშნება განმეორებითი პირღებინება და ფაღარათი, კუნთთა დაჭიმულობა, მტკივნეულობა, ბლუმბერგის დადებითი ნიშანი, ტემპერატურის მომატება და ლეიკოციტოზი.

მარცხენამხრივი აპენდიციტი მეტად იშვიათია და აღინიშნება შიგნეულობის ნაწილობრივი ან სრული შებრუნებული მდებარეობისას. ზოგჯერ მოძრავი ბრმა ნაწლავის დროს, როდესაც დანამატი მოლიანად ან ნაწილობრივ მარცხნივაა მოთავსებული.

მარცხენამხრივი აპენდიციტის დროს კლინიკური ნიშნები იგივეა, მხოლოდ პროცესი ლოკალიზდება არა მარჯვნივ, არამედ მარცხნივ. თუ ტკივილის შეგრძნება მარჯვნივაა, მაგრამ პროცესი ლოკალიზდება მარცხნივ, მაშინ შედარებით უფრო ადვილი ხდება მარცხენამხრივი მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზის დასმა.

მწვავე აპენდიციტი ბავშვებში განსაკუთრებულ საშიშროებას წარმოადგენს, რადგან ბავშვებში ანთებითი პროცესის პროგრესულობის გამო ხშირია დესტრუქციული ფორმები (75%). ამას ხელს უწყობს ბავშვებში დიდი ბადექონის სუსტად განვითარება. თავდაცვისუნარიანობისა და პერიტონეუმის პლასტიკური თვისების უკმარისობა.

მწვავე აპენდიციტის დროს ანთებითი პროცესის შემოფარგლას ბავშვებში იშვიათად აქვს ადგილი. ამას, ჩამოთვლილი მიზეზების გარდა, ხელს უწყობს ისიც, რომ ხშირად სწორედ ბავშვებში იყენებენ საფაღარათოს, რაც ანთებითი პროცესის პროგრესულობას აჩქარებს. მწვავე აპენდიციტი გაცილებით ხშირია 3—10 წლის ასაკის ბავშვებში. მწვავე აპენდიციტი ბავშვებში ხშირია ინფექციური დაავადებების (ანგინის, წითელას, ყივანახველას) შემდეგ. დაავადება იწყება უეცარი ტკივილით მუცლის მარჯვენა ქვემო ნახევარში. ბავშვები ტკივილის ადგილმდებარეობის ზუსტად განსაზღვრას ვერ ახერხებენ, მით უფრო სკოლამდელ ასაკში. ისინი ტკივილზე გაცილებით მძაფრ რეაქციას იძლევიან, რის გამოც ტკივილის ადგილის ლოკალიზაცია ერთგვარად ძნელდება. რადგან ყოველგვარი მოძრაობა ტკივილს აძლიერებს, ხშირად ბავშვი წევს საწოლში უძრავად, მარჯვენა გვერდზე მოხრილი ფეხებით და მუცელთან ატანილი ქვემო კიდურებით, ხელით აწვება მარჯვენა საზარდულის მიდამოს და ერიდება ყოველგვარ მოძრაობას. ტკივილს აძლიერებს აგრეთვე მუცლის პალპაცია. ბავშვებში მწვავე აპენდიციტის დროს, უფრო დაავადების დასაწყისში, შედარებით ხშირია ფაღარათი, გულისრევა.

ტემპერატურა, როგორც წესი, მწვავე აპენდიციტის დროს გაცილებით მაღალია ბავშვებში, ვიდრე მოზრდილებში და რაც უფრო პატარაა ბავშვი, მით უფრო მაღალია ტემპერატურა. პულსი გაცილებით უსწრებს ტემპერატურას და,

ვანსხვავებით მოზრდილებისაგან, დაავადების სიმძიმის გამომხატველი არაა. მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზის დასმაში, გარდა მუცლის ტკივილისა, დიდი მნიშვნელობა აქვს მუცლის კუნთების დაჭიმულობას. ბავშვებში კუნთთა დაჭიმულობა შეიძლება ადვილად გამოვიწვიოთ, ამიტომ იგი რამდენჯერმე უნდა შევამოწმოთ, არ უნდა დავიგიწყოთ, რომ დაჭიმულობას ამცირებს აბაზანის მიღება. მუცლის მოსმენით ბავშვებში შეიძლება ნაწლავთა პარეზის აღმოჩენა.

საჭიროა გავითვალისწინოთ, რომ ტოქსიკური ფორმის მწვავე აპენდიციტის დროს ბავშვებში გაცილებით ხშირია პირღებინება, ტემპერატურა დაბალია, პულსი სუსტი და აჩქარებულია.

ბავშვებში მწვავე აპენდიციტი შეიძლება აგვერიოს პნევმონიასთან, ზოგჯერ მენინგიტთან, ინვაგინაციასთან, ენტერიტთან, პნევმონიის გამოცნობაში დაგვეხმარება სუნთქვის გაძნელების მოვლენები—ქოშინი, მაღალი ტემპერატურა, გულმკერდის აუსკულტაციური და პერკუტორული მონაცემები. გულმკერდის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა. მენინგიტის სასარგებლოდ კი მენინგეალური მოვლენების უპირატესობა და მუცლის მხრივ მოვლენების სიმცირე ლაპარაკობს. ნაწლავთა ინვაგინაციის დროს სწორი ნაწლავიდან ზოგჯერ აღინიშნება სისხლიანი გამონადენი, ზოგჯერ მუცელში ისინჯება ძესვისებრი წარმოქმნა, ხშირად სწორი დიაგნოზი ოპერაციის დროს ისმება.

იმასთან დაკავშირებით, რომ ბავშვებში მწვავე აპენდიციტის არამკუთ დასაწყისში, ზოგჯერ მიმდინარეობისას აღინიშნება ფაღარათი, არც ისე იშვიათად, მწვავე აპენდიციტს მიიჩნევენ დიზენტერიად.

ზოგჯერ, ისე როგორც მოზრდილებში, ბავშვთა აპენდიციტი ეშლებათ მუცლის ტიფთან, პნევმოკოკურ ან ტუბერკულოზურ პერიტონიტთან. ამის შესახებ იხილეთ დიფერენციულ დიაგნოზში „პერიტონიტი“.

მწვავე აპენდიციტი მოხუცებში. 50 წლის ასაკს შემდეგ მწვავე აპენდიციტი ერთგვარი თავისებური კლინიკური სურათით მიმდინარეობს.

მოხუცებში მწვავე აპენდიციტის რიცხვი შედარებით ნაკლებია, რაც ნაწილობრივ უნდა აიხსნას მოხუცების საერთო რიცხვის ნაკლებობით ახალგაზრდებთან შედარებით, გარდა ამისა, ბევრ მოხუცებულს ახალგაზრდობაში გაკეთებული აქვს აპენდექტომია. ფიქრობენ აგრეთვე, რომ ადრე გადატანილი შეტევების შედეგად მოხუცს შეიძლება ჰქონდეს ამ დაავადებისადმი ერთდაგვარი იმუნიტეტი. გარდა ამისა, მოხუცებულ ასაკში ლორწოვანი გარსები, და ძათ შორის ჭიანაწლავისაც, ატროფიას განიცდის, რასაც აგრეთვე ანგარიში უნდა გაეწიოს, რადგან ასეთი ლორწოვანი ნაკლებ ან თითქმის არ განიცდის ანთებას.

მოხუცებულთა მწვავე აპენდიციტის თავისებურებას წარმოადგენს ამ ასაკში დანამატის სისხლძარღვთა სკლეროზი და ფოლიკულური აპარატის ატროფიის გამო დესტრუქციული ფორმების (პერფორაცია, განგრენა) სიხშირე. მიუხედავად ამისა, დაავადების კლინიკური სურათი მეტწილად მკვეთრად გამოხატული არაა. ტკივილი და მტკივნეულობაც არაინტენსიურია და მას ხშირად ლოკალური ხასიათიც არა აქვს. მუცლის კუნთთა დაჭიმულობა. რომელსაც მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზისათვის მთავარი მნიშვნელობა აქვს. მოხუცთა მხოლოდ 40%-ს აღენიშნება და ისიც ნაკლები ხარისხითაა გამოხატული კუნთოვანი აპარატის მოდუნების გამო, ვიდრე ახალგაზრდებში. ამის მიზეზი სხვა ფაქტორთა შორის შეიძლება იყოს ისიც, რომ მოხუცებს ხშირად აქვს რეტროცეკალური და მენჯისაკენ მდებარე მწვავე აპენდიციტი, მოხუცებში აპენდიცი-

ტის მძიმე ფორმების მიუხედავად, ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, ტემპერატურა მცირედ მომატებულია (შეიძლება ნორმალურიც იყოს) და პულსი ნაკლებ აჩქარებულია. სწორედ ამიტომ მოხუცებში აპენდიციტის დიაგნოზის დასმა შედარებით ძნელია. ექიმს განსაკუთრებული სიფრთხილე მართებს, რათა ყველა საეჭვო შემთხვევაში ავადმყოფს დაუყოვნებლივ გაუკეთდეს ჰოსპიტალიზაცია. *გაურკვეველი დიაგნოზისა და აპენდიციტზე ეჭვის დროს ყველაზე უფრო სწორედ მოხუცებში, ვიდრე სხვებში, ნაჩვენებია გადაუდებელი ოპერაცია.* მოხუცებში განსაკუთრებით აღსანიშნავია ფიბრობლასტური ფორმის აპენდიციტის სიხშირე დაგვიანებული ოპერაციის შედეგად. რაც არსებითად აპენდიკულარულ ინფილტრატს წარმოადგენს და ხშირად შეიცავს ანთებით აპენდიქსთან ერთად ჩირქს. ასეთ წარმოქმნას შეცდომით ზოგჯერ მიიჩნევენ ბრმა ნაწლავის სიმსივნედ (კიბო). ამის მაგალითები არაერთია მითითებული ლიტერატურაში.

მწვავე აპენდიციტი ქალებში თითქმის ისევე მიმდინარეობს, როგორც მამაკაცებში. მხოლოდ ქალებში გაცილებით ხშირია მენჯისეული მდებარეობის მწვავე აპენდიციტი, მისთვის დამახასიათებელი ზოგიერთი თავისებურებებით, რომლის შესახებ ზევით იყო მითითებული.

ქალების მწვავე აპენდიციტს ცალკე განიხილავენ ორი გარემოების გამო: ერთი, ქალებში საშვილოსნოს დანამატების ანთების დროს და მეორეც, ორსულობის პერიოდში. ერთდროულად საშვილოსნოს დანამატების ანთებისა და მწვავე აპენდიციტის არსებობა ფრიად იშვიათია და ზოგიერთი ავტორის მონაცემებით 3%-ს არ აღემატება. აქ უფრო მნიშვნელოვანია მეორე საკითხი, როდესაც დანამატების ანთებას მიიჩნევენ აპენდიციტად ან კიდევ მწვავე აპენდიციტს მიიჩნევენ როგორც დანამატების ანთებას. დიაგნოზის დასმაში გვშველის დანამატების ანთებისათვის დამახასიათებელი ნიშნები: ტკივილი და განსაკუთრებით მტკივნეულობა პუპარტის იოგთან, ხშირად შუახაზისაკენ და მარცხნივაც. როგორც წესი, არამცთუ დანამატების ანთების, მენჯისეული პერიტონიტის დროსაც კი არა აქვს ადგილი კუნთთა დაჭიმულობას და ყურადღებას იპყრობს მხოლოდ შებერილობა, ტემპერატურა ჩვეულებრივ მაღალია, არ შეინიშნება პულსის მკვეთრი აჩქარება, ენა მეტწილად სველია. მართალია, ლეიკოციტოზი აღინიშნება, მაგრამ მნიშვნელოვნად მომატებულია ედრი (რაც მწვავე აპენდიციტისათვის დამახასიათებელი არაა). საყურადღებოა საშოდან გამონადენის არსებობა. საშოდან გამოკვლევისა და საშვილოსნოს შერხევისას, დანამატების ანთებითი გაღიზიანების შედეგად, აღინიშნება ტკივილი.

ორსულობის პერიოდში მწვავე აპენდიციტი პირველ 3—4 თვეს ისე მიმდინარეობს, როგორც ორსულობის გარეშე. შემდეგ ორსულობის მეორე ნახევარში მწვავე აპენდიციტის სურათი და მისი მიმდინარეობა მკვეთრად იცვლება. საყურადღებოა ბრმა ნაწლავისა და მისი დანამატის ღვიძლისაკენ გადანაცვლების შედეგად მტკივნეულობისა და ტკივილის ოდნავ ზევით არსებობა, ვიდრე ეს ტიპიურ შემთხვევებშია. ორსულობის დროს, მარჯვენა თეძოს ფოსოს უკეთ გამოკვლევის მიზნით, ავადმყოფი უნდა იწვეს მარცხენა გვერდზე. განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს, რომ მწვავე აპენდიციტის მეტად მნიშვნელოვანი სიმპტომი, კუნთთა დაჭიმულობა მუცლის კედლის დაჭიმვისა და კუნთების რეაქტიულობის შემცირების გამო, ორსულებში გამოხატული არაა ან შედარებით სუსტად აღინიშნება. მწვავე აპენდიციტისათვის დამახასიათებელი

სხვა ნიშნებიც, მათ შორის ბლუმბერგის სიმპტომიც. ორსულებში, ყველაზე მძიმე დესტრუქციული ფორმის აპენდიციტის დროსაც კი, ბლუმბერგის სიმპტომი—პერიტონიტის ეს უტყუარი ნიშანი—შეიძლება არც იყოს გამოხატული. მაშინ როცა ორსულობის მეორე ნახევარში, გადიდებული საშვილოსნოსაგან ილეოცეკალურ კუთხეზე ზეწოლით, განგრენული აპენდიციტის განვითარების უკეთესი პირობები იქმნება.

მწვავე აპენდიციტი ორსულებში ასეთი თავისებური და ვერაგი მიმდინარეობის გამო მძიმე დაავადებად ითვლება. ამიტომ მეტად მძიმე გართულებების თავიდან აცილების მიზნით ჯობს ოპერაცია გაკეთდეს მწვავე აპენდიციტის ყველა სახის დროს, ორსულობის დროის მიუხედავად.

მწვავე აპენდიციტი თიაქრის პარკში ფრიად იშვიათია, იგი ვითარდება მარჯვენა მხრივ დაცურებულ თიაქარში. როცა თიაქრის პარკის კედლის შექმნაში მონაწილეობს ძირს დაშვებული ბრმა ნაწლავი. ჭიანაწლავის ანთების გამო თიაქარი მტკივნეული და შეუსწორებელი ხდება. ოპერაციის დროს თიაქრის პარკში აღმოჩნდება ანთებითი ჭიანაწლავი.

მწვავე აპენდიციტის მიმდინარეობა დაგართულებანი. როგორც არაერთხელ იყო აღნიშნული, მთელი რიგი ფაქტორები, მათ შორის განსაკუთრებით ორგანიზმის ბრძოლის უნარი, ადგილობრივ ილეოცეკალური კუთხისა და თვით ჭიანაწლავის მდგომარეობა და მიკრობთა ვირულენტობა განსაზღვრავს მწვავე აპენდიციტის შემდგომ მიმდინარეობას. როგორც ე. ს. დრაჩინსკაია აღნიშნავს, დანამატში განვითარებული მარტივი ხასიათის ანთება 3—4 დღეში განიცდის უკუგანვითარებას, ან პირიქით, ამ დროიდან იწყება მძიმე დესტრუქციული ფორმების განვითარება სხვადასხვა გამოსავლით. ერთ შემთხვევაში პროცესი ვითარდება თავისუფალ მუცლის ღრუში და მაშინ მძიმე ზოგადი პერიტონიტის ნიშნები ექნება ავადმყოფს გამოხატული. სხვა შემთხვევაში, როცა ირგვლივ მდებარე ორგანოები ორგანიზმის რეაქტიულობის შედეგად იჩენენ დიდ პლასტიკურ და დამცველობით ზემოქმედებას, დაზიანებული ჭიანაწლავის (ფლეგმონური, განგრენული, პერფორაციული) ირგვლივ ფიბროზული ექსუდატისაგან 3—4 დღეში ვითარდება ინფილტრატი. დაზიანებულ ჭიანაწლავს გარდა, აპენდიკულარული ინფილტრატის შექმნაში მონაწილეობს ბრმა ნაწლავი, ბადექონი, წვრილი ნაწლავის მარჯვენა ნაწილები და ქალებში ზოგჯერ საშვილოსნოს დანამატები.

ადრეულად (პირველ ორ დღეს) განვითარებული ინფილტრატის გასინჯვა კუნთების დაჭიმულობის ან მუცლის სქელი კედლის გამო ზოგჯერ არ ხერხდება.

ინფილტრატის ადგილი შეესაბამება დაზიანებული ჭიანაწლავის მდებარეობას. იგი ილეოცეკალურ მიდამოშია. ასეთი ტიპიური მდებარეობის დროს, მით უფრო ახალგაზრდებში, მისი ამოცნობა ძნელი არაა.

მიუხედავად ამისა, არის შემთხვევები, როდესაც აპენდიკულარული ინფილტრატის დიაგნოზის დასმა ძნელდება. ანამნეზიდან ირკვევა, რომ ავადმყოფმა გადაიტანა აპენდიციტისათვის დამახასიათებელი შეტევა. დაწყებიდან 3—4 დღის შემდეგ იგრძნო მდგომარეობის გაუმჯობესება, ტემპერატურამ დაიწია, გულისრევა და პირღებინება შეუწყდა, მუცლის მხრივ იგრძნო შვება, აღდგა განავალზე და მით უფრო აირებზე მოქმედება. ამ დროისათვის უკვე მუცლის კუნთების მოდუნების გამო ადვილად ისინჯება ინფილტრატის საზღვრე-

ბი. მას კეთილი მიმდინარეობის დროს ყოველთვის ეჭჩნევა ოდენობაში შემცირება.

ზოგჯერ არის შემთხვევები, როცა აპენდიკულარულ ინფილტრატს მიიჩნევენ სიმსივნედ, აქტინომიკოზად, ინვაგინატად ან, პირიქით. ბრმა ნაწლავის სიმსივნე ახალგაზრდებში ფრიად იშვიათია. იგი არ იწყება მწვავედ. მას თანდათანობით განვითარება ახასიათებს, არ მცირდება, როგორც ინფილტრატი. განავალი თითქმის ყოველთვის ფარულ სისხლდენაზე დადებითია. რენტგენოლოგიური გამოკვლევით ავსების დეფექტია. არაფისტულოზური აქტინომიკოზის ამოცნობა ძნელია. ზოგჯერ გვეხმარება სპეციფიკური რეაქცია. მკურნალობა არც მასზე ახდენს გავლენას. ინვაგინატის დროს გამოხატული იქნება გაუვალობის ნიშნები.

მეზოცელიაკური ინფილტრატის გამოცნობა. რადგან იგი დაფარულია ნაწლავებით, ძნელდება, საჭიროების დროს მისი გახსნა მოითხოვს სიფრთხილეს. რათა არ დავაზიანოთ ნაწლავი და არ მოვახდინოთ პერიტონეუმის ინფიცირება. ამიტომ საჭიროა გულდასმით შემოფარგვლა. რეტროცეკალურად მდებარე ჭიანაწლავის დროს ინფილტრატი ხშირად იძლევა პარანეფრიტის ნიშნებს. საჭიროების დროს ინფილტრატის გახსნა ლუმბოტომიით ჯობს. ზოგჯერ აპენდიკულარული ინფილტრატი ისინჯება სწორი ნაწლავიდან ან საშოდან თითით გამოკვლევისას. ჩვეულებრივ აღინიშნება მტკივნეულობა დუგლასის სივრცეში. ხშირად მარჯვნივ, ხოლო მენჯში მდებარე ინფილტრატის, ან ჩირქგროვის დროს მკვრივი. ნ ცომისებრი მტკივნეული სიმსივნე.

ინფილტრატი სათანადო მკურნალობით (წოლა, სუბკალორული დიეტა. ანტიბიოტიკები. ზოგჯერ მცირე დოზებით სულფამიდებთან, ცივი მხოლოდ პირველად, შემდეგ სათბური კომპრესი) 2—3 კვირაში ან უფრო მოგვიანებით ისრუტება. ან განიცდის დაჩირქებას და პერიაპენდიკულარული აბსცესი ვითარდება. ამ დროს გამოხატულია ზოგადი და ადგილობრივი მოვლენები: პულსის გახშირება. მაღალი ტემპერატურა. შემცივნება, ლეიკოციტების რაოდენობა მკვეთრად იმატებს; ძლიერდება მუცელში ტკივილი, იზრდება ინფილტრატი. ზოგჯერ აღინიშნება პერიტონეული მოვლენები. პროცესის პროგრესულობისას ინფილტრატიდან ჩირქი შეიძლება გაიხსნას ჭიანაწლავის დაბალი მდებარეობისას უკანა დუგლასის სივრცეში, სწორ ნაწლავში, საშოში, თავისუფალ მუცლის ღრუში ზოგადი პერიტონიტის განვითარებით.

მწვავე აპენდიციტის დროს ჩირქოვანი პროცესი, ლიმფური თუ პერიტონეუმის გვერდით, ე. წ. ჩირქოვანი ბილიკით, ხშირად პილეფლებიტის შედეგად. შეიძლება გავრცელდეს ღვიძლზე და მიზეზი გახდეს ღვიძლის მრავლობითი პიოგენური აბსცესის, ზოგჯერ შეიძლება ჩირქოვანმა აპენდიციტმა გამოიწვიოს სუბდიაფრაგმული აბსცესი, პლევრიტი.

მ წ ვ ა ვ ე ა პ ე ნ დ ი ც ი ტ ი ს დ ი ფ ე რ ე ნ ც ი უ ლ ი დ ი ა გ ნ ო ზ ი. მწვავე აპენდიციტის დროს დიფერენციული დიაგნოზის გატარება პირველ რიგში საჭიროა კ უ ჭ ი ს ა დ ა თ ო რ მ ე ტ გ ო ჯ ა ნ ა წ ლ ა ვ ი ს წ ყ ლ უ ლ ი ს პ ე რ ფ ო რ ა ც ი ა ს თ ა ნ, რადგან ორივე ამ დაავადების დროს ტკივილი შეიძლება დაიწყოს ეპიგასტრიუმის არეში. უნდა გვახსოვდეს, რომ მწვავე აპენდიციტისას ტკივილი არასოდეს ისეთი ძლიერი არაა, როგორც წყლულოვანი პერფორაციისას. გარდა ამისა, აპენდიციტის დროს ტკივილი დასაწყისში ნაკლები ინტენსივობისაა და შემდეგ მატულობს, პერფორაციის დროს კი, პირიქით, ტკი-

ვილი დასაწყისშია უმძაფრესი, ხანჯლის ჩაცემის მაგვარი, შემდეგში კი იგი, მართალია, არ ისპობა, მაგრამ ისეთი სიძლიერის აღარ არის. პერფორაციის დროს ტკივილის ადგილმდებარეობა რჩება პირველდასაწყის მიდამოში, ეპიგასტრიუმის არეში ან მარჯვენა ნეკნქვეშ. აპენდიციტის დროს იგი მარჯვენა თეძოს ფოსოში აღინიშნება.

განსაკუთრებული მნიშვნელობისაა კუნთების დაჭიმულობა, იგი პერფორაციის შემთხვევაში მაქსიმალურ ინტენსივობას აღწევს (როგორც არც ერთი სხვა დაავადების დროს) და ყოველთვის უფრო ნაკლებია აპენდიციტის დროს. გარდა ამისა, კუნთთა დაჭიმულობა აპენდიციტის დროს ყველაზე უკეთ მარჯვენა თეძოს ფოსოშია. პერფორაციის დროს კი — ეპიგასტრიუმის და მარჯვენა ნეკნთა რკალის ქვეშ. დიფერენციული დიაგნოზის დროს პერფორაციის გამოცნობაში გვეხმარება წყლულოვანი ანამნეზი, ღვიძლის მოყრუების გაქრობა (ან პნეუმოპერიტონეუმის აღმოჩენა რენტგენოსკოპიით), ნორმალური ან ზოგჯერ დაქვეითებული ტემპერატურა.

თუ დაავადების პირველ პერიოდში პერფორაციის გარჩევა მწვავე აპენდიციტისაგან გაცილებით ადვილია, პერფორაციიდან გარკვეული დროის შემდეგ, როდესაც კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის შიგთავსი მარჯვენა თეძოს ფოსოში გადაინაცვლებს, პერიტონიტი დიფუზურ ხასიათს მიიღებს. ტემპერატურა და ლეიკოციტების რაოდენობა იმატებს, ამ დროს ყოველთვის ადვილი როდია მათი ერთმანეთისაგან გარჩევა.

ასეთ შემთხვევაში გვეხმარება კარგად შეკრებილი ანამნეზი. ტკივილის დასაწყისში, მისი სიმძაფრე და ადგილი, კუნთთა დაჭიმულობა მეტად მაინც მუცლის ზემო მარჯვენა ნახევარში შეიძლება იყოს გამოხატული, პნევმოპერიტონეუმის არსებობას და კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციიდან გასულ დროს. ყველა საეჭვო შემთხვევაში აპენდექტომიისათვის ჯობს ისეთი განაკვეთი (პარარექტალური), რომ შესაძლებელი იყოს მუცლის ზემო სართულის დათვალიერება. ანდა აპენდექტომიისათვის შესრულებული განაკვეთი უნდა დაიხუროს და ახალი, შუახაზზე შესრულებული განაკვეთით მივუდგეთ პერფორირებულ ადგილს. ამის საფუძველს იძლევა დანამატში მეორადი ცვლილებები, წყლულის პერფორაციის დროს კუჭის წვენის ზემოქმედების გამო ნაწლავებს თავისებური სრიალა ზედაპირი აქვთ, ყურადღება უნდა მიექცეს აგრეთვე გამონადენის ფერს (ნაღვლის ან საჭმლის ძახები) და სხვ.

მ წ ვ ა ვ ე გ ა ს ტ რ ი ტ ი ს და საჭმლით მოწამვლის დროს დამახასიათებელია პირღებინება. ზოგჯერ განუწყვეტელი, აგრეთვე ტკივილიც ეპიგასტრიუმის არეში, მაგრამ ადგილი არა აქვს მტკივნეულობას და კუნთთა დაჭიმულობას ილეოცეკალურ მიდამოში.

მწვავე აპენდიციტის დიფერენცირება საჭიროა ნ ა წ ლ ა ვ თ ა გ ა უ ვ ა ლ ო ბ ა ს თ ა ნ, რომლის საწინააღმდეგოდ ლაპარაკობს ტემპერატურის მომატება, ლეიკოციტოზი, მტკივნეულობა და კუნთების რიგიდობა მარჯვენა თეძოს ფოსოში. ნაწლავთა გაუვალობას, რომლის დროსაც ტკივილს შეტევითი ხასიათი აქვს, ახასიათებს მუცლის შებერილობა, ზოგჯერ თვალით დასანახი პერისტალტიკა. კუნთთა დაჭიმულობა კი გამოხატული არაა. დამახასიათებელია ვალის ნიშანი და რენტგენოლოგიურად კლიბერის ფიალები. ტემპერატურა პერიტონიტის განვითარებამდე ნორმალურია. მოგვიანებით პერიოდში პირნაღებს განავ-

ლის სუნი აქვს. ილეოცეკალური ინვაგინაციის დროს, განსაკუთრებით ბავშვებში, აღინიშნება ძეხვისებრი მტკივნეული წარმონაქმნი. იგი ხშირად მოთავსებულია ნეკნთა რკალის ქვეშ, ვიდრე თეძოს ფოსოში. ზოგჯერ განავალში გეხვდება სისხლი და ლორწო.

მწვავე აპენდიციტის დროს დიფერენციული დიაგნოზის გატარება გვჭირდება აგრეთვე საშარდე ორგანოთა მწვავე დაავადებასთან (უფრო ხშირად მარჯვენამხრივი თირკმლის ჭვალი, პიელიტი), რადგან მათ მესამე ადგილი უკავიათ იმ დაავადებათა შორის, რომლებთანაც შეიძლება აგვერიოს მწვავე აპენდიციტი (ი. ი. ჯანელიძე). თირკმლის ჭვალისას ტკივილს შეტევითი ხასიათი აქვს და მეტად ძლიერია, რაც აპენდიციტის დროს არ აღინიშნება. გარდა ამისა, ტკივილი უფრო ლოკალიზდება უკან, წელის არეში. ზოგჯერ ვრცელდება შარდსაწვეთის მიმართულებით და ირადიაციას იძლევა სათესლე ჯირკვალში ან სასირცხო ბაგეში. ხშირად ადგილი აქვს ხშირ შარდვას ჭინთვებით და ტკივილს შარდვისას. თირკმლის ჭვალისას, განსხვავებით აპენდიციტისაგან, ტემპერატურა და ლეიკოციტოზი არ მატულობს, ხოლო წელის არეში პალპაცია მტკივნეულია, დადებითია აგრეთვე პასტერნაცკის სიმპტომი, განსაკუთრებული მნიშვნელობა ეძლევა შარდის გამოკვლევას, რომელშიაც თირკმლის ჭვალის დროს ნახულობენ ერითროციტებს. ზოგიერთი (რეტროცეკალური და შარდსაწვეთთან ახლოს) მდებარეობის მწვავე აპენდიციტის დროს შეიძლება შარდში იყოს სისხლი, მაგრამ არა მაშინვე, როგორც ამას თირკმლის ჭვალის დროს აქვს ადგილი, არამედ 2—3 დღის შემდეგ. ზოგჯერ მიმოხილვით რენტგენოგრამაზე აღინიშნება კენჭი. რეტროცეკალური მწვავე აპენდიციტი ზოგიერთი ნიშნით ჰგავს თირკმლის ჭვალს. ამ დროს საჭირო ხდება ქრომოცისტოსკოპიის, მარჯვენა შარდსაწვეთის კათეტერიზაცია და ექსპერიმენტული ჭვალის გამოწვევა. ექსპერიმენტული ჭვალის დროს არსებული ტკივილის შეუსაბამობა გამორიცხავს ამ დაავადებას.

მწვავე პიელიტის დროს დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება აგრეთვე ტკივილის ადგილმდებარეობა (წელის არეში და არა თეძოს ფოსოში), დაავადების მწვავედ დაწყება მაღალი ტემპერატურით და შემცივნებით, დიზურიული მოვლენები და შესაფერისი ცვლილებები შარდში.

დიფერენციული დიაგნოზის გატარება გვჭირდება მწვავე ქოლეცისტიტთან. განსაკუთრებით, როდესაც ნაღვლის ბუშტი გაჟონვადია და ნაღველი მარჯვენა თეძოს ფოსოშია ჩასული. ამ შემთხვევაში გვეხმარება ტკივილის და მტკივნეულობის უფრო ინტენსიური ხასიათი მარჯვენა ნეკნთა რკალის მიდამოში, ზოგჯერ ტკივილის ირადიაციით მარჯვენა ბეჭში, შედარებით მაღალი ტემპერატურა და ანამნეზში მსგავსი შეტევის არსებობა. ფრენიკუს სიმპტომი და ორთნერის ნიშანი დადებითია მხოლოდ ქოლეცისტიტის და არა აპენდიციტის დროს. მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ასაკს. სქესს. სიყვითლეს და სხვ. მართალია, ჭიანაწლავის მაღალი მდებარეობის დროს ძნელია მისი გარჩევა ქოლეცისტიტთან. მაგრამ ამ დროსაც მოვლენები უფრო თეძოს ფოსოსაკენ სჭარბობს. მსუქან და მოხუც პირებში ღვიძლის მნიშვნელოვანი დაშვებისას ქოლეცისტიტის გამო მტკივნეულობა საკმაოდ დაბლა აღინიშნება. რამაც შეცდომით შეიძლება აპენდიციტზე გვაფიქრებინოს. მაგრამ ასეთ შემთხვევაში გვეხმარება დაშვებული ღვიძლის კიდის გასინჯვა. როდესაც საქმე ეხება მსუქან ქალს. ისიც ხანშიშესულს, უფრო უნდა ვიფიქროთ მაინც ქოლეცისტიტზე.

ვიდრე აპენდიციტზე. არის შემთხვევები, როდესაც ქოლეცისტიტის დროს აპენდექტომიას აკეთებენ. დანამატში მნიშვნელოვან ცვლილებებს ვერ ნახულობენ. ავადმყოფს ანტიბიოტიკები ენიშნება, რაც ანთებით ნაღვლის ბუშტზე მოქმედებს. 3—4 დღეში მდგომარეობა უმჯობესდება და განკურნებას აპენდექტომიას მიაწერენ. მაგრამ გარკვეული დროის შემდეგ კვლავ მეორდება მსგავსი შეტევა, ქირურგი და ავადმყოფიც სწორედ მაშინ რწმუნდება, რომ პირველადაც დაავადება ნაღვლის ბუშტს ეხებოდა და არა ჭიანწლავს.

მწვავე აპენდიციტის დიფერენციაცია ზოგჯერ გვჭირდება მ წ ვ ა ვ ე პ ა ნ კ რ ე ა ტ ი ტ თ ა ნ. მაგრამ ამ უკანასკნელის დროს ტკივილი გაცილებით ძლიერია, ვიდრე აპენდიციტის დროს და ტკივილი ლოკალიზდება კუჭის ან ჭიპის არეში. პანკრეატიტის დროს შეიძლება იყოს კუნთთა დაჭიმულობა. თუმცა იგი სავალდებულო არაა. დამახასიათებელია სუსტი და აჩქარებული პულსი. ნორმალური ან მცირედ მომატებული ტემპერატურა. მუცლის აორტაზე პულსის გაქრობა. შარდში და სისხლში შესაფერი ცვლილებები (დიასტაზას მომატება). ხშირი პირღებინება და სხვ.

მწვავე აპენდიციტად ზოგჯერ ღებულობენ ტ უ ბ ე რ კ უ ლ ო ზ უ რ ი პ ე რ ი ტ ო ნ ი ტ ი ს შ ე ხ ო რ ც ე ბ ი თ ფორმებს, როდესაც ავადმყოფს აწუხებს ტკივილი მუცლის არეში და განსაკუთრებით საზარდულის მიდამოში. ასეთ შემთხვევაში გვეხმარება ანამნეზი გადატანილი ტუბერკულოზური პროცესის შესახებ, ავადმყოფის საერთო დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობა. ნაწლავთა შებერილობა და დაბრკოლების არსებობა, ხშირი შეკრულობა (2—3 დღეში განავალზე ერთხელ გასვლა), სუბფებრილური ტემპერატურა, აჩქარებული ედრი. ტუბერკულოზური პერიტონიტის დროს, არც ისე ოშვიათად, შეცდომით აპენდიციტის ოპერაცია კეთდება და დაავადების ნამდვილი მიზეზი ოპერაციის დროს ირკვევა (შეხორცებები, ხორკლები, სითხე). ზოგჯერ ტუბერკულოზური პერიტონიტის მსგავს სურათს იძლევა ნაწლავთა მრავლობითი კიბო (კარცინომატოზი), რომელთანაც აგრეთვე შეიძლება აგვერიოს მწვავე აპენდიციტი.

ზოგჯერ დიფერენციული დიაგნოზის გატარება გვჭირდება აგრეთვე მწვავე ენტერიტთან და ენტეროკოლიტთან, ილეიტთან, დივერტიკულიტთან და ცისტიტთან. ქალებში საშვილოსნოს დანამატების ანთებასთან, საკვერცხის აპოპლექსიასთან ან ორსული კვერცხსავალი მილის გახეთქვასთან. ამ შემთხვევაში დახმარებას გვიწევს გულდასმით შეკრებილი ანამნეზი, რექტალური და ვაგინალური გამოკვლევა. სუბფებრილური ტემპერატურა და დაბალი ედრი გვაქვს აპენდიციტის დროს, მაღალი ედრი და მომატებული ტემპერატურა — გინეკოლოგიური დაავადების დროს; ს ა შ ვ ი ლ ო ს ნ ო ს დ ა ნ ა მ ა ტ ე ბ ი ს ა ნ თ ე ბ ი ს დ რ ო ს გარდა ამისა, მართალია, აღინიშნება მწვავე აპენდიციტის საზიარო ნიშნები: ტკივილი მუცლის ქვემო ნაწილში (ადნექსიტის დროს ხშირად იგი ორმხრივია), ზოგჯერ კუნთების დაჭიმულობა და ლეიკოციტოზი. მაგრამ ყურადსაღებია მენსტრუალური ციკლის მოშლა და საშოდან ჩირქოვანი გამონადენი. ვაგინალური გამოკვლევით საშვილოსნოს ზევით მიმართულებით შერხევისას აღინიშნება ტკივილი, რაც საკვერცხეების ანთებაზე მიუთითებს (პრომპტოვის ნიშანი, 1924).

ე ნ ტ ე რ ო კ ო ლ ი ტ ს ახასიათებს ნორმალური ტემპერატურა, ყურყური, შებერილობა და ტკივილი მთელი მუცლის არეში.

მწვავე ილეიტის (ქრონის დაავადება) და მეკელის დივერტიკულის ანთების—დივერტიკულიტის ამოცნობა ოპერაციამდე ძნელია. ნიშნები ძალიან ჰგავს აპენდიციტს. ორივე დაავადება ფრიად იშვიათია. ილეიტის დროს ყურადღებას იპყრობს მძაფრი ტკივილი ილეოცეკალურ არეში. ოპერაციის დროს კი აპენდიქსში არაა შესაფერი ცვლილებები. გულდასმითი რევიზია აღმოაჩენს თეძოს ნაწლავის ტერმინალური ნაწილის ანთებას. შარდში მუდმივი ცვლილება და დაავადების არც ისე მძაფრი განვითარება ცისტიტის დროს.

საშვილოსნოს გარე ორსულობის დროს დამახასიათებელია ინსულტის მსგავსი სურათი ანამნეზში, საერთო სისუსტე, ფერმკრთალობა, სისხლდენა თვიურის გარეშე, ზოგჯერ გულისრევა და პირღებინება. ტკივილი მუცლის ქვემო ნახევარში და ილეოცეკალურ მიდამოშიც. გამოცნობაში გვეხმარება ვაგინალური გამოკვლევა: საშვილოსნოს ყელის დარბილება (ჰეგარის ნიშანი), ზოგჯერ აღინიშნება თაღების ჩამოწევა ძლიერი სისხლდენისაგან. თუ მას აღენიშნება მწვავე სისხლდენის ნიშნები (მწვავე სისხლნაკლებობა), წნევის დაქვეითება. თავბრუხვევა და ზოგჯერ გულის წასვლაც, საშვილოსნოსგარე ორსულობის ამოცნობა ძნელი არაა.

ჰემოპერიტონეუმის დიდი რაოდენობის დროს დიაფრაგმის გაღიზიანების შედეგად შეიძლება იყოს ფრენიკუსის ნიშანი. თუ ინსულტის ტიპიური შემთხვევის დროს დიაგნოზის დასმა ადვილია. სამაგიეროდ შუალედებში, როდესაც სისხლდენა შეჩერებულია, იგი შეიძლება აგვერიოს. აპენდიციტში. ამიტომ საეჭვო შემთხვევაში დიდი სიფრთხილე გვმართებს, გვეხმარება ანამნეზი და ზოგიერთი მონაცემი.

მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზით ზოგჯერ საოპერაციოდ მოდის ავადმყოფი საკვერცხის სისხლჩაქცევით (apoplexia ovarii). ამ დროს ავადმყოფს აწუხებს ტკივილი მუცლის ქვემო ნახევარში, უფრო მარჯვნივ (მარჯვენა საკვერცხის დაზიანების დროს). ზოგჯერ აღინიშნება საშვილოსნოსგარეშე ორსულობის ნიშნები. საშოდან გამოკვლევა გვეხმარება მხოლოდ გადიდებული და მტკივნეული საკვერცხის დროს. მეტწილად საკვერცხის გახეთქვას ნახულობენ აპენდექტომიის დროს. ჭიანაწლავი უცვლელია. პერიტონეუმში სისხლის არსებობა არკვევს საკითხს. ამ დროს საჭიროა არა მარტო მილების, საკვერცხეების დათვალიერებაც.

ზოგჯერ მწვავე აპენდიციტის ნიშნებს იძლევა საკვერცხის ცისტის შემოგრეხა, რომლის დროსაც დასაწყისში ტკივილი აღინიშნება მთელი მუცლის არეში, შემდეგ ტკივილი ლოკალიზდება მცირე მენჯის არეში. ავადმყოფს აქვს ხშირი პირღებინება და ნორმალური ტემპერატურა, ზოგჯერ ისინჯება კიდეც მომრგვალო ფორმის ცისტური წარმოქმნა.

ტიფოზურ პერფორაციას ზოგჯერ მიიჩნევენ მწვავე აპენდიციტად მარჯვენა თეძოს ფოსოში ტკივილისა და მტკივნეულობის, აგრეთვე კუნთთა რეზისტენტობის არსებობის გამო. წინასწარ მათი ერთმანეთისაგან გარჩევა ტიფის ამბულატორიული ფორმის დროს მართლაც ძნელია. ტიფის გამოცნობაში დახმარებას გვიწევს ლეიკოპენია ტიპიური მიმდინარეობის დროს. პერფორაციის დროს ტიფიანი ავადმყოფის ტემპერატურა ეცემა. პულსი. განსხვავებით სხვა სახის პერფორაციისაგან, შენელების მაგივრად განიცდის აჩქარებას.

მწვავე აპენდიციტის მკურნალობა. მწვავე აპენდიციტის ერთადერთი მკურნალობა მხოლოდ ადრეული ოპერაციაა. ადრეულად

ითვლება დაავადების დაწყებიდან პირველ 12, არა უგვიანეს 24 საათში შესრულებული ოპერაცია. ამჟამად ყოველგვარი პირობები არსებობს მწვავე აპენდიციტით დაავადებულ ავადმყოფთა დროული ჰოსპიტალიზაციისა და ოპერაციისათვის. პირველ დღე-ღამეში შეიძლება ჭიანაწლავში მძიმე დესტრუქციული ცვლილებები განვითარდეს; უფრო მოგვიანებით კი, როგორც წესი, მის განვითარებას აქვს ადგილი. ამიტომ 24 საათის შემდეგ შესრულებული ოპერაცია ავადმყოფის გადარჩენის მხრივ მეტ საშიშროებას ქმნის.

ახლა დიდი კლინიკური გამოცდილებით ადრეული ოპერაციის აშკარა უპირატესობა დასაბუთებულია. დაკვირვებამ აჩვენა, რომ მძიმე ფორმების დროსაც ადრეულად. პირველ საათებში, შესრულებული ოპერაცია სიკვდილობას და გართულებებს თითქმის არ იძლევა, მაშინ როდესაც ყოველი დაგვიანებული ოპერაცია მკვეთრად ზრდის სიკვდილობას. ამასთან, ანგარიშგასაწევია ისიც, რომ კლინიკური ნიშნების მიხედვით ძნელია იმის განსაზღვრა, თუ საით წარიმართება და როგორ მიმდინარეობას მიიღებს დაავადება, მით უფრო, რომ დაავადების კლინიკური სურათი ხშირად არ შეესაბამება ჭიანაწლავში არსებულ მორფოლოგიურ ცვლილებებს.

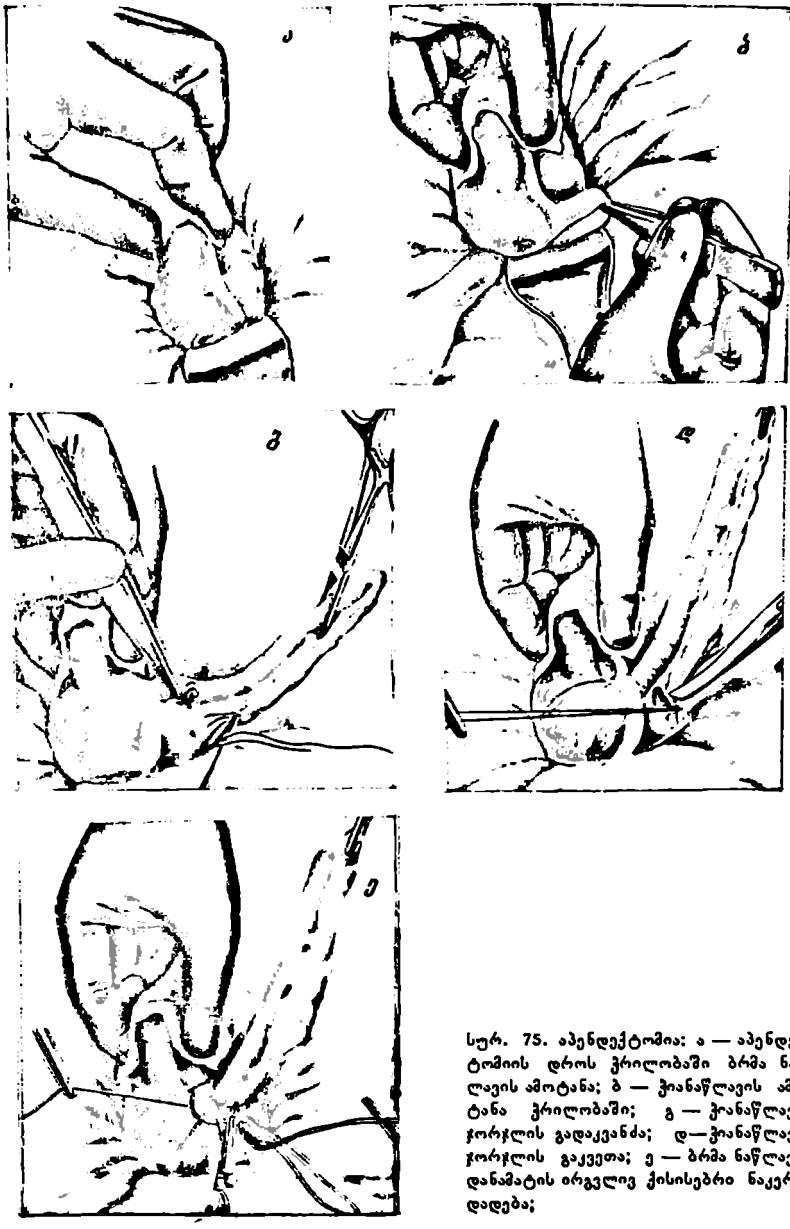
ადრეული ოპერაციის პრინციპი სრულებითაც არ ნიშნავს სხვა დროს ავადმყოფს არ გაუკეთდეს ოპერაცია.

სადღეისოდ მიღებულია, რომ დაავადებიდან გასული დროისა და აპენდიციტის ფორმის მიუხედავად, ყოველთვის უნდა გაკეთდეს ოპერაცია, თუ აშკარად არ ისინჯება მკვეთრად შემოსაზღვრული ინფილტრატი და ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა ამის ნებას გვრთავს; ორგანიზმში არსებული მეტად მძიმე მოშლილობის დროსაც, თუ მწვავე აპენდიციტის ნიშნები აშკარად მატულობს, ოპერაცია მაინც უნდა გაკეთდეს.

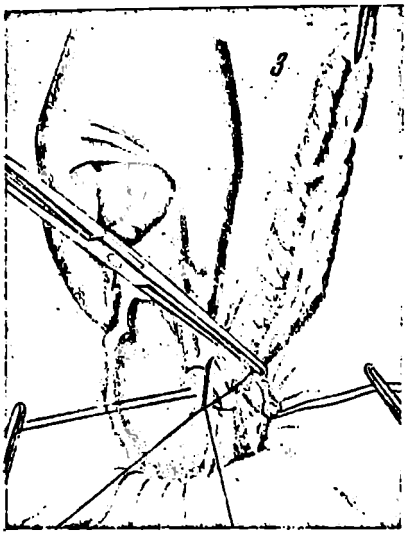
ოპერაციის დაგვიანების გარდა, სახიფათოა აგრეთვე ტკივილდამაწყნარებელი საშუალებების ხმარება, რადგან იგი ცვლის და ნიღბავს დაავადების კლინიკურ სურათს და აძნელებს მის ამოცნობას. საფაღარათოს და ოყნის გამოყენება ნაწლავთა პერისტალტიკის გაძლიერებით ხელს უწყობს დესტრუქციული ფორმების განვითარებას.

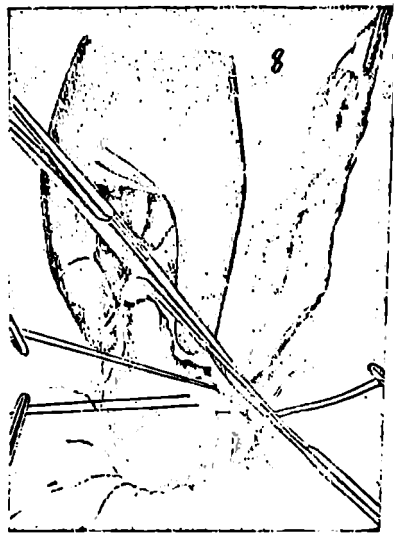
გაუტკივარება. მწვავე აპენდიციტის დროს ოპერაცია—აპენდექტომია უფრო ხშირად ადგილობრივი ანესთეზიით კეთდება. ზოგჯერ გამოიყენება ნარკოზი თავიდანვე, განსაკუთრებით ბავშვებში, ან იგი ემატება ადგილობრივ ანესთეზიას. მდგომარეობის მიხედვით შეიძლება სპინალური ანესთეზიის გამოყენებაც. სრულყოფილ გაუტკივარებას როგორც ყოველი ოპერაციის, ისე აპენდექტომიის შესრულებაში განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს. მუცლის კუნთების მოდუნებას, რომელიც ესოდენ საჭიროა არატიპიური მდებარეობისა და შეხორცებებში მყოფი ჭიანაწლავისათვის, ყველაზე უფრო იძლევა ნარკოზი და სპინალური ანესთეზია, აგრეთვე ადგილობრივი გაუტკივარება, მხოლოდ მისი გულდასმით და აუჩქარებლად ჩატარების პირობებში. ოპერაციის წინ 30—40 წუთით ადრე საჭიროა რომელიმე ნარკოზული (მორფიუმი, პანტაპონი ან პრომედოლი) და საგულე საშუალების (კოფეინი ან ქაფური) კანქვეშ გაკეთება. ნარკოზულ საშუალებას არ ვიყენებთ მცირე ასაკის ბავშვებში.

განაკვეთი. აპენდექტომიისათვის რამდენიმე განაკვეთია მოწოდებუ-

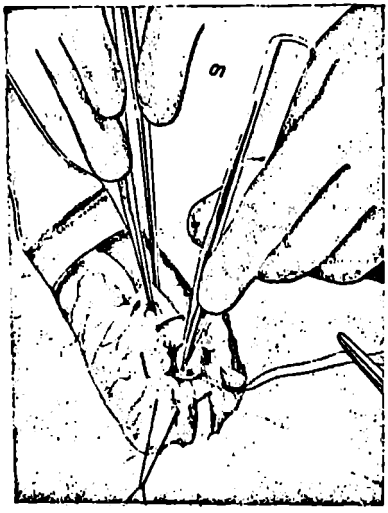


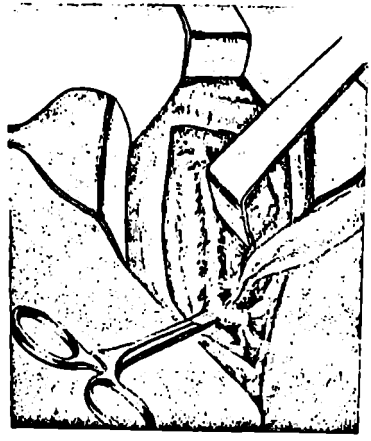
სურ. 75. აპენდექტომია: ა — აპენდექ-ტომიის დროს ჭრილობაში ბრმა ნაწ-ლავის ამოტანა; ბ — ჭიანაწლავის ამო-ტანა ჭრილობაში; გ — ჭიანაწლავის ჯორჯლის გადაკვანძა; დ—ჭიანაწლავის ჯორჯლის გაკვეთა; ე — ბრმა ნაწლავზე დანამატის ირგვლივ ქისისებრი ნაკერის დადება;





ანენდიკტომია; ვ — ჭიანაწლავის გა-
ჭყლეტა და გადაკვანძა; ზ — ჭიანაწ-
ლავის მოკვეთა; თ — ჭიანაწლავის ტა-
ვის ჩაყურსვა ქისისებრ ნაკერში.





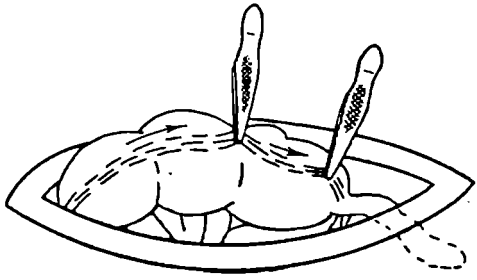
სურ. 75. ჭიანაწლავის რეტროპერიტონეული
მდებარეობისას მარლის დაჭერის გატანა და-
ნამატის ფუძის ქვეშ ფუძიდან ყორჯლის
უკეთ გამოყოფის მიზნით.

ლი: ირიბი, ვერტიკალური, განივი, განსაკუთრებით პოპულარულია მაკ ბურნეის მიერ მოწოდებული ირიბი: განაკვეთი (1894), რომელსაც ბოლო ხანებში ჩვენში ეძახიან დიაკონოვ-ვოლკოვიჩის განაკვეთს. მათ მიერ ეს განაკვეთი ერთმანეთისაგან დამოუკიდებლად გამოყენებული იყო 1898 წ. ზოგი მას ფიზიოლოგიური ან ცვალებადი მიმართულების განაკვეთს უწოდებს. 10—12 სანტიმეტრი სიგრძის განაკვეთი ტარდება გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზული ბოჭკოების პარალელურად, ჭიპ-წვეტის შორის გაკლებულ ხაზზე გარეთა და შუა მესამედის საზღვარზე. დაახლოებით ეს ადგილი შეესაბამება თეძოს წინა ზედა წვეტს, შიგნით ორი თითით დადებას. განაკვეთი გრძელდება ქვევით, თითქმის პუპარტის იოგის პარალელურად. მართალია, უმჯობესია განაკვეთი გატარდეს თეძოს ძვლის წინა, ზედა წვეტთან უფრო ახლოს, ვიდრე ჭიპთან, რათა ადვილად აღმოვაჩინოთ ბრმა ნაწლავი, მაგრამ, მეორე მხრივ, წვეტთან 3—4 სმ ახლოს განაკვეთიც არ ვარგა, რადგან ამ დროს შეიძლება ჩავიდეთ რეტროპერიტონეულ სივრცეში, რასაც შეუძლია გაართულოს მუშაობა განსაკუთრებით ნაკლებად გამოცდილი ოპერატორისათვის; ასეთ შემთხვევაში საჭიროა პერიტონეუმი ვეძებოთ მედიალურად. რეტროპერიტონეულ სივრცეში მოხვედრის მეტი შესაძლებლობაა ქალებში, განსაკუთრებით მსუქან პირებში, რომელთაც გაშლილი თეძოს ქედები აქვთ, მით უფრო, თუ ქირურგმა განაკვეთის ადგილი მეტად ახლოს აირჩია თეძოს წინა ზედა წვეტთან. ასეთი განაკვეთის შემდეგ ავადმყოფს ზოგჯერ ხანგრძლივი დროით აღენიშნება აგრეთვე ტკივილი. მაკ ბურნეის განაკვეთის დროს კანისა და გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზის გაკვეთის შემდეგ კუნთის ბოჭკოების მიმართულებით ჩლუნგად ითიშება შიგნითა ირიბი და განივი კუნთი. ისინი ფარაბეფის ან სხვა სახის კავებით გადაიწევა და კარგად გამოჩნდება ლანგებეკის ფასცია და პარიესული პერიტონეუმი. მათი გაკვეთით იხსნება მუცლის ღრუ ილეოცეკალურ კუთხეზე. ამისათვის საჭიროა პარიესული პერიტონეუმის სიფრთხილით გახსნა ორ ანატომიურ პინცეტს შორის, რომლითაც აიწევა პარიესული პერიტონეუმი, შიგთავსი კი მუცელში დაიწევს. გაკვეთილი პარიესული პერიტონეუმი ორი დამჭერით მაგრდება, შიგთავსი ანატომიური პინცეტით დაიწევა ჯერ ერთი მიმართულებით და მაკრატლით განიერდება პერიტონეუმის ჭრილობა. ჭრილობას კუთხეში ედება დამჭერი (უკვე მესამე). ასევე კეთდება საწინააღმდეგო მიმართულებითაც და პერიტონეუმის ჭრილობას ედება მეოთხე დამჭერი. ირგვლივ კეთდება შემოფარგვლა ფირფიტებით. განაკვეთი უნდა იყოს საკმაო სიგრძის: გაუმართლებელია პატარა განაკვეთის გატარება ჭრილობის შემდგომი გაგანიერების იმედით. საჭიროების დროს ჭრილობის გაგანიერება სჯობს ზევითა მიმართულებით. მაკ ბურნეის განაკვეთის დროს საჭირო ხდება დამჭერებს შორის აღებული შიგნითა ირიბი და განივი კუნთის გადაკვეთა გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზის მიმართულებით. ამიტომ საეჭვო შემთხვევაში თავიდანვე უკეთესია გაკეთდეს პარარექტალური (ლენანდერის) განაკვეთი, მას კიდევ კულისურ განაკვეთს ეძახიან. იგი ტარდება მარჯვენა სწორი კუნთის თითქმის გარეთა კიდესთან ან ოდნავ (0,5—1 სმ) შიგნით. განაკვეთის შუა ადგილი წვეტთა შემაერთ ხაზზეა. სწორი კუნთის ბუდის წინა კალთის გაკვეთის შემდეგ სწორი კუნთი კავით გადაიწევა შიგნით. შემდეგ იკვეთება უკანა კალთა და პერიტონეუმი.

მუცლის ღრუს გახსნის შემდეგ კეთდება კარგი შემოფარგვლა, გამონადენის არსებობისას მისი ამოსრუტვა და პირველი საკითხი, რომელიც ექიმის

წინაშე ისმება. ესაა როგორ მოინახოს ჭიანაწლავი. მით უფრო, რომ ცისი მოძებნა ზოგჯერ გამოცდილ ექიმსაც უძნელდება და დიდ უსიამოვნებას აყენებს.

თეძოს წვეტის გასწვრივ პირველად უნდა მოიძებნოს ბრმა ნაწლავი (სურ. 75). როცა მას აქ ვერ ვპოულობთ, ვეძებთ უფრო ქვევით (განსაკუთრებით ქალებში), ზოგჯერ ზევით (ორსულობის მეორე ნახევარში). ბრმა ნაწლავად არ უნდა მივიღოთ ზოგჯერ ილეოცეკალურ კუთხეში მოთავსებული განივი კოლინჯი, რომლიდანაც ბადექონი გამოდის. ასევე ბრმა ნაწლავისაგან უნდა გავარჩიოთ ასწვრივი კოლინჯი, რომელსაც დიდი რაოდენობით სეროზული გარსის წანაზარდები აქვს. ბრმა ნაწლავს, წვრილი ნაწლავისაგან განსხვავებით, მომწვანო-ცისფერი და დამახასიათებელი ტენიები აქვს (სურ. 75ა), რომელთა შეერთების ადგილიდან იწყება ჭიანაწლავი. თუ დანამატის მოძებნა მაინც ვერ მოხერხდა, მაშინ იგი უნდა ვეძებოთ წვრილი ნაწლავის ბრმა ნაწლავში გადასვლის ადგილას, ბაუგინის სარქველთან ახლოს ან ბრმა ნაწლავის ქვევით და უკანა ზედაპირზე. ზოგჯერ ჭიანაწლავი მოთავსებულია ბრმა ნაწლავის უკან ან მის კედელში, სუბსეროზულად. როდესაც ჭიანაწლავის მოძებნა შეუძლებელია, საჭიროა ჭრილობის გაგანიერება უფრო ზევით.



სურ. 75ა. დანამატის ძნელად მონახვისას უნდა გავყვეთ tenia-ს.

უძრავი ჭიანაწლავის თითით ძალით ამოწევა თვალის კონტროლის გარეშე საშიშია. თითით შეიძლება ზოგჯერ ჭიანაწლავის მოძრავი, თავისუფლად მდებარე, მაგალითად, მწვერვალის ამოწევა, რაც შემდეგ მის დანარჩენ ნაწილთან მიდგომასაც აადვილებს. შეძლებისდაგვარად დანამატი ყოველთვის უნდა ამოიწიოს თვალის კონტროლით. წინააღმდეგ შემთხვევაში, ძალით ამოწევას შეიძლება მოჰყვეს მწვერვალის მოგლეჯა. ამიტომ, როდესაც დანამატს არ აქვს დამახასიათებელი ბრმა დაბოლოება და საეჭვოა მისი მოწყვეტა, იგი უნდა გაიკვეთოს, შემოწმდეს აგრეთვე მავთულისებრი ზონდით, რათა დაზიანების დროს მოიძებნოს მისი დარჩენილი ნაწილიც. როდესაც ჭიანაწლავის ჯორჯალი ძლიერ ინფილტრირებული სქელი და გაფხვიერებულია, ერთი ლიგატურის დადებამ შეიძლება ჩაპრას, ზოგჯერ წაძვრეს და სისხლდენა გამოიწვიოს, ამიტომ უმჯობესია მოხრილი დამჭერებით მისი ნაწილ-ნაწილ გადაკვეთა და ნემსზე აღებული ლიგატურით ლიგირება.

მწვავე პერიტონიტის დროს ლიგატურისათვის მეტი წილი ქირურგები მუცლის ღრუში ურჩევენ კეტგუტს. ჭიანაწლავს ედება აბრეშუმის ლიგატურა და იგი იკვეთება. ტაკვი მუშავდება იოდით, სპირტით, მშრალდება და ედება ქისისებრი ნაკერი. როდესაც ანთებითი პროცესით ძლიერ შეცვლილია ბრმა ნაწლავი და ქისისებრი ნაკერის დადება არ ხერხდება, მაშინ შეიძლება ჭიანაწლავის ტაკვი დაიმალოს ბრმა ნაწლავის კედელში მასზე კვანძოვანი ნაკერების დადებით. თუ ძაფი ჭრის და აზიანებს ბრმა ნაწლავის კედელს, ზოგჯერ

ლიგირებული ტაკვის დატოვება ხდება. მხოლოდ საჭიროა მასში გაყრით კვანძის გარანტირებულად დადება (ან გაკერვა) და ამ მიდამოში დრენაჟის მოთავსება.

არის შემთხვევები, როდესაც ჭიანაწლავის მწვერვალი იმდენად ფიქსირებულია, რომ საჭირო ხდება მისი გამოყოფა რეტროგრადულად (სურ. 76). ამისათვის წვრილი დასველებული ზონარი გატარებულ უნდა იქნეს ჭიანაწლავის ფუძეზე და მისი მცირედ ამოწევისა და ფიქსაციის შემდეგ ჯორჯალზე ედება მოხრილი დამჭერები. იგი თანდათან იკვეთება. თუ თავიდანვე ცალ-ცალკე არ ხერხდება ლიგირება, მაშინ გრძელდება ჯორჯალზე დამჭერების დადება, მისი გადაკვეთა და ლიგირება ხდება დანამატის მთლიანად განთავისუფლებისა და ჭრილობაში ამოტანის შემდეგ.

რეტროგრადულად ჭიანაწლავის გამოყოფა ადვილია აგრეთვე, თუ თავიდანვე ფუძეზე დანამატს დაედება ლიგატურა, იგი გადაიკვეთება, დარჩენილი დანამატისაკენ დაედება დამჭერი. დამუშავებული ტაკვი ბრმა ნაწლავით მუცლის ღრუში ჩაბრუნდება, ამის შემდეგ ჭიანაწლავის ჯორჯლის ლიგირება უფრო მოხერხებულია.

უნდა გვახსოვდეს ისიც, რომ ჭიანაწლავის განგრენის დროს ჯორჯლის სისხლძარღვები თრომბოზულია, ამიტომ დანამატთან ახლოს ხშირად სისხლდენა არ აღინიშნება, სამაგიეროდ, ოდნავ მოშორებით, ჯორჯლის ძირისაკენ კი, პირიქით, სისხლდენა შეიძლება გაძლიერებულიც იყოს.

როგორ უნდა მოიქცეს ექიმი, როდესაც მუცლის ღრუს გახსნისას ჭიანაწლავში ვერ ვნახავთ რაიმე ცვლილებებს. ამ დროს შეძლებისდაგვარად საჭიროა მუცლის ღრუს რევიზია; პირველ რიგში დათვალიერებულ უნდა იქნეს თეძოს ნაწლავი ნახევარი მეტრის სიგრძეზე, რათა აღმოვაჩინოთ ტერმინალური ileitis (კრონის დაავადება) ან მეკელის დივერტიკული (დივერტიკულიტი). როდესაც ასეთი არ აღმოჩნდება, ოპერაციამდე არსებული კლინიკური სურათისა და არსებული განაკვეთის პირობების მიხედვით, უნდა დათვალიერდეს წვრილი ნაწლავის დარჩენილი ნაწილი, კუჭი, ნაღვლის ბუშტი, პანკრეასი. ქალებში საშვილოსნო და მისი დანამატები, ამის შესრულება უფრო მოსახერხებელია ავადმყოფის ტრენდელენბურგის მდებარეობაში გადაყვანით. შეიძლება გამონადენი შემოწმდეს ფირფიტებითაც. დასასრულს შეიძლება დავუშვათ, რომ ოპერაცია გაკეთდა დანამატში მხოლოდ ფუნქციური ცვლილებების დროს, როდესაც ადგილი აქვს აპენდიკულარულ ჭვალს. მით უფრო, თუ ოპერაცია კეთდება შეტევიდან უახლოეს დროში. მაგრამ რადგან არ ვიცით შემდგომში როგორ წარიმართება პროცესი, ამიტომ სჯობს აპენდექტომია.

როგორი უნდა იყოს ექიმის ტაქტიკა, როდესაც მუცლის ღრუს გახსნისას აღმოჩნდება მწვავე პერიტონიტი. ჭიანაწლავში კი უმნიშვნელო მეორადი ცვლილებები ან იგი სრულიად შეუცვლელია. საეჭვო შემთხვევაში პირველ რიგში უნდა დავრწმუნდეთ პერიტონიტი შედეგია თუ არა აპენდიციტისა. არის შემთხვევები, როდესაც ჭიანაწლავში უმნიშვნელო მაკროსკოპული ცვლილებების დროს ვითარდება გავრცელებული პერიტონიტი, მეორე მხრივ, სხვა მიზეზით განვითარებული პერიტონიტი იწვევს ჭიანაწლავის სეროზული გარსის ჰიპერემიას და შეშუპებას, რამაც შეიძლება აპენდიციტის

შთაბეჭდილება შექმნას. მსგავსი შეცდომების თავიდან აცილებისათვის საჭიროა დანამატის მიკროსკოპული გამოკვლევა. დანამატი პერიტონიტის მიზეზად შეიძლება ჩავთვალოთ მხოლოდ მაშინ, როდესაც ლორწოვანში მიკროსკოპული ცვლილებები უფრო ძლიერია, ვიდრე სეროზულ გარსში. პირიქით, როდესაც სეროზული გარსის ანთებითი ცვლილებები სჭარბობს ლორწოვანისას. მაშინ პერიტონიტი გამოწვეულია სხვა მიზეზით (იან ნელიუბოვიჩი).

მუცლის ღრუს გახსნისას პერიტონიტის ან მასში სისხლის არსებობა ჭიანაწლავში შეუსაბამო ცვლილებების დროს შეიძლება გამოწვეული იყოს მთელი რიგი დაავადებებით: მღვრიე თეთრი, ოდნავ მომწვანო ელფერის სითხე, ნაწლავების თავისებური სრიალი კუჭის წვენის ზემოქმედების დროს და ზოგჯერ საჭმლის მასებიც დამახასიათებელია კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაციისათვის. როდესაც გამონადენი აშკარა სურათს არ იძლევა. შეიძლება ხელითაც შემოწმდეს წყლულისათვის დამახასიათებელი ინფილტრატი. წყლულოვანი პერფორაციის დროს საჭიროა შიგთავსის ამომშრალება ყველა მიმართულებით, განსაკუთრებით მენჯის ღრუდან. ლენანდერის განაკვეთის დროს შეიძლება მისი გაგრძელება ან უმჯობესია აპენდექტომიისათვის გატარებულ განაკვეთში დიდი ტამპონის მოთავსება, დროებით ახალი განაკვეთის გატარება მახვილისებრი მორჩიდან ჭიპამდე, კუჭზე და თორმეტგოჯა ნაწლავზე უკეთ მიდგომისათვის. ოპერაციის დამთავრების შემდეგ იხურება ორივე ჭრილობა ან ილეოცეკალურ არეში არსებული ჭრილობა, მდგომარეობის მიხედვით, გამოიყენება ტამპონისა და დრენაჟისათვის.

მუცლის ღრუში ნაველმირეული სითხის აღმოჩენისას ვამოწმებთ ნაღვლიან ბუშტს. იგი დაჭიმული და გადიდებულია, ზოგჯერ ისინჯება კენჭებიც. პერფორაციის გარეშე პერიტონიტის დროს გამონადენი უფრო ღია ყვითელი ფერისაა. არსებული განაკვეთიდან თუ ნაღვლის ბუშტზე და საჭიროების დროს სანაღვლე გზებზე მიდგომა მოუხერხებელია, კეთდება ნეკნთა რკალის ქვეშ განაკვეთი.

სტრანგულაციური გაუვალობის ან ჯორჯლის სისხლძარღვთა თრომბოზის დროს სეროზულ-ჰემორაგიული გამონადენი, როგორც იან ნელიუბოვიჩი წერს, ალუბლის ფერისაა. მოყვითალო, მიხაკისფერი გამონადენი, რომელიც ხორცის ნარეცხს მოგვაგონებს, გვხვდება ნეკროზული პანკრეატიტის დროს.

ნაწლავის, ტიფოზური, ტრავმული, ბლასტომური ან სხვა სახის პერფორაციის დროს დამახასიათებელია მყაყე განავლის სუნის გამონადენი, მუქი ჰემორაგიული გამონადენი საკვერცხის ცისტის შემოგრეხის დროს გვხვდება. სისხლი საშვილოსნოსგარე ორსულობის ან საკვერცხის გახეთქვის დროს გვხვდება, მამაკაცებში ელენთის ან მუცლის აორტის ანევრიზმის გახეთქვისას.

როგორ უნდა მოვიქცეთ, როდესაც მუცლის ღრუს გახსნისას აღმოვაჩენთ აპენდიკულარულ ინფილტრატს. როდესაც ჭიანაწლავი ადვილად ამოსაღებია ან იგი დაფარულია მხოლოდ ბადექონით, მით უფრო ბავშვებში, სადაც ნაკლებად ვითარდება კარგად შემოსაზღვრული ინფილტრატი, ჯობს აპენდექტომიის ჩატარება და ზოგჯერ შეცვლილი ბადექონის რეზექცია. მჭიდროდ შემოსაზღვრულ ინფილტრატში დანამატის ძებნა დაუშვებელია, საჭიროა დრენაჟის და ზოგჯერ წვრილი ტამპონის მოთავსება, შემდგომში ანტიბიოტიკების შეყვანა. ს. დ. ტერ-

ნოვსკი (1956) ბავშვებში ინფილტრატის დროსაც ურჩევს აპენდექტომიას, განსაკუთრებით რაც უფრო მცირე ხნისაა ბავშვი. ამ ასაკში კონსერვატული მკურნალობა მას სახიფათოდ მიაჩნია.

როდის კეთდება მუცლის ღრუს დრენირება. პერიტონიტის დროს მუცლის ღრუს ტამპონირება ბოლო დროს. განსაკუთრებით ანტიბიოტიკების შემოღების შემდეგ, მკვეთრად შეიზღუდა. მწვავე აპენდიციტის დროს მიკროირიგატორის დატოვება ყველა ოდნავ საეჭვო შემთხვევაშიც სასარგებლოა ანტიბიოტიკების შესაყვანად. ტამპონის შეყვანა ჯობს განგრენული აპენდიციტის დროს, როდესაც გამონადენს განავლოვანი სუნი აქვს. ჭიანაწლავის ტაკვის კარგად დახურვა შეცვლილი ბრმა ნაწლავის გამო არ ხერხდება, ბრმა ნაწლავი ძლიერ ტრავმირებულია (ბრმა ნაწლავზე სეროზის ოამდენიმე ადგილას აცლა), სისხლდენისას, დუგლასის სივრცეში ჩირქის არსებობისას, როდესაც შესაძლოა მუცლის ღრუში ჩირქის შემოსვლა. ამ უკანასკნელ შემთხვევაში მისი გახსნა წარმოებს ქვევიდანაც (საშოდან ან სწორი ნაწლავიდან, საიდანაც უნდა შევიყვანოთ და დავამაგროთ მსხვილი მილი).

მუცლის ღრუში მძიმე პერიტონიტის დროს ზოგჯერ სხვადასხვა მიმართულებით თავსდება მიკროირიგატორი ანტიბიოტიკების შესაყვანად.

მუცლის ღრუში გამონადენის არსებობისას და მუცლის ყრუდ დახურვის წინ უნდა შევიყვანოთ სტრეპტომიცინი 0,5—1,0 და პენიცილინი 300—500 ათასი ერთეული. ზოგჯერ სულფანილამიდური პრეპარატი 3—5 გ ან შეიძლება ბიომიცინი (70—80 ათასი ერთეული), კოლიმიცინი (1.0). ხშირად ასეთ შემთხვევაში ჯობს მიკროირიგატორის დატოვება შემდგომში ანტიბიოტიკების შესაყვანად.

კანის ჯაკერვის შესახებ. განგრენული და პერფორაციული აპენდიციტის, მით უფრო დაგვიანებულ შემთხვევაში, როდესაც ჭრილობა ბინძურდება მუცლის ღრუში არსებული ფეკალური სუნის გამონადენით, ჯობს კანის ღიად დატოვება აპონევროზზე მოსახსნელი ნაკერით, ხოლო დანარჩენი შრეების კეტგუტით გაკერვა. რადგან ასეთ შემთხვევაში კანზე ნაკერის დადებას ხშირად მოსდევს დაჩირქება და ლიგატურებით გამოწვეული ხანგრძლივად მიმდინარე ხვრელმილები. კანის ღიად დატოვებისას აპონევროზზე მოიხსნება ნაკერი, ჯანსაღი გრანულაციების დროს შეიძლება კანზე მეორადი ნაკერის დადება.

დესტრუქციული ფორმების დროს, როდესაც მუცლის ღრუში ჩირქოვანი გამონადენი არაა, მუცელს ყრუდ ხურავენ და კანზე პროვიზორულ ნაკერებს ადებენ, რომელსაც 3—4 დღეში დაავადების მიმდინარეობისა და ჭრილობის ხასიათის მიხედვით მოჭიმავენ და გაკვანძავენ (ნ. ელანსკი).

ორსულებში აპენდექტომია მოითხოვს ერთდაგვარ სიფრთხილეს. ავადმყოფი ჯობს იწვეს მცირედ მარცხნივ გადაბრუნებული. გაუტკივარება უმჯობესია ადგილობრივი. განაკვეთი მაკ ბურნეის, მხოლოდ ოდნავ ზევით. გულდასმით ტუალეტი და ტაკვის კარგი დახურვით დესტრუქციული ფორმების დროსაც უნდა ვეცადოთ არ გამოვიყენოთ ტამპონი, რაც შეიძლება ორსულობის შეწყვეტის მიზეზი გახდეს. საჭიროების დროს უნდა დავტოვოთ ქლორვინილის მიკროირიგატორი ანტიბიოტიკების შესაყვანად.

აპენდიკულარული ინფილტრატის მკურნალობა. გადაუდებელი დახმარების საქმის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესებისა და აპენდეკ-

ტომიის დიდ უმრავლეს შემთხვევაში ნაადრევ პერიოდში ჩატარების მეოხებით სადღეისოდ აპენდიკულარული ინფილტრატი იშვიათად გვხვდება.

ქირურგთა უმრავლესობა იმ აზრისაა, რომ არაპერფორაციული, გაურთულებელი აპენდიკულარული ინფილტრატი ოპერაციულ დახმარებას არ საჭიროებს.

ბოლო დროს ანტიბიოტიკების ფართო გამოყენების პირობებში შეიმჩნევა ქირურგთა (ს. ტერნოვსკი, დ. არაპოვი) გააქტივება აპენდიკულარული ინფილტრატის დროს ოპერაციული დახმარების საქმეში. განსაკუთრებით მცირე ასაკის ბავშვებში ინფილტრატის დროს ს. ტერნოვსკი მომხრეა ოპერაციის.

რა თქმა უნდა, როდესაც ავადმყოფს კლინიკაში შემოსვლისას აღენიშნება ინფილტრატის დაჩირქება და მისი პროგრესულობის ნიშნები (ტემპერატურა, ლეიკოციტოზი, პერიტონული მოვლენები და სხვ.), ოპერაციის დაგვიანება არ შეიძლება, ისე როგორც სტაციონარში მყოფ ავადმყოფზე, რომლის ინფილტრატი არ ექვემდებარება კონსერვატულ მკურნალობას და განიცდის პროგრესულობას.

გაურთულებელი აპენდიკულარული ინფილტრატით ავადმყოფის ტრანსპორტირება, ავადმყოფის ფეხზე ადგომა და სიარული, თუნდაც საპირფარეშოში, საშიშია.

როგორც იან ნელიუბოვიჩი წერს, კლინიკურ პრაქტიკაში პარადოქსულ მოვლენებსაც შეეხვედებით. მწვავე აპენდიციტით დაავადებულ ავადმყოფს ბინაზე ტოვებენ, გაურთულებელი აპენდიკულარული ინფილტრატით ავადმყოფს კი საშიშ ტრანსპორტირებას უკეთებენ ბინიდან საავადმყოფომდე.

ავადმყოფს შემოფარგლული აპენდიკულარული ინფილტრატის დროს ენიშნება მკაცრი წოლითი რეჟიმი. პირველ დღეებში შეზღუდული დიეტა და მხოლოდ მდგომარეობის გაუმჯობესების შემდეგ ეძლევა თხიერი საკვები. ადგილობრივ ინფილტრატის არეში პირველ ხანებში ჯობს ცივი, სასმელად ან უფრო ხშირად კანქვეშ ენიშნება ანტიბიოტიკები (ბიომიცინი, კოლიმიცინი, ტერამიცინი, პენიცილინი, სტრეპტომიცინი), ხანგრძლივი მკურნალობის დროს ნისტატინი. კარგია სულფამიდური პრეპარატებიც. ზოგჯერ წელის ბლოკადა ნოვოკაინით. ინფილტრატის გართულებისა და ჩირქოვანი პერიტონიტის განვითარების საშიშროების დროს კეთდება ოპერაცია. როდესაც, ხანგრძლივი და ენერგიული მკურნალობის მიუხედავად, არ ქრება ინფილტრატი. ამ შემთხვევაში ნაჩვენებია ოპერაცია.

რამდენი ხნის შემდეგ უნდა გაკეთდეს აპენდექტომია ინფილტრატის დროს? რაც შეიძლება მოგვიანებით, არა უადრეს 4—6 კვირისა.

აპენდექტომიისშემდგომი გართულებანი. დუგლასის სივრცის ჩირქგროვა ვითარდება განგრენული და პერფორაციული აპენდიციტის დროს დაგვიანებით შესრულებული აპენდექტომიის შემდეგ. ეს გართულება ზოგჯერ ოპერაციამდეც აღინიშნება, მაგრამ გაცილებით იშვიათად.

დუგლასის სივრცეში ჩირქგროვის განვითარებას ზოგჯერ ხელს უწყობს მენჯისკენ მდებარე აპენდიციტი.

აპენდექტომიიდან 8—10—12 დღის შემდეგ გამოკეთების მაგიერ აღინიშნება ტემპერატურის მომატება, ლეიკოციტოზი, შემდეგ ტკივილი მუცლის

ქვემო ნახევარში, ზოგჯერ ტენეზმები სწორი ნაწლავიდან ან საშოდან გამოკვლევა მეტწილად წყვეტს დიაგნოზს (იხ. სურ. 23).

მ კ ურ ნ ა ლ ო ბ ა. პირველ ხანებში შეიძლება ვსინჯოთ ენერგიული ანტიბაქტერიული მკურნალობა, ცხელი ოყნები, განსაკუთრებით, როცა ჩირქგროვა კარგად არაა ჩამოყალიბებული. როდესაც ასეთი მკურნალობით შედეგი არ შეიმჩნევა, ხოლო აბსცესი კარგად ისინჯება, სჯობს ჩირქგროვის ნაადრევად გახსნა სწორი ნაწლავიდან ან საშოდან და დრენირება. მკურნალობის დაგვიანებისას ზოგჯერ ჩირქგროვა თვითონ იხსნება პერიტონეუმის ღრუში (რასაც პერიტონიტის განვითარება მოსდევს), საშოში, შარდის ბუშტსა ან სწორ ნაწლავში.

აპენდექტომიის შემდეგ შეიძლება მუცლის ღრუს სხვადასხვა მიდამოში შეხორცებითი პროცესის შედეგად განვითარდეს ნარჩენი ჩირქგროვები, ზოგჯერ ნაწლაეთა შორის, ღრმად ან ზერელედ, სუბდიაფრაგმული და სხვ. მათი მკურნალობა ოპერაციულია, გაკვეთა და დრენირება.

ნ ა წ ლ ა ვ თ ა გ ა უ ვ ა ლ ო ბ ა. აპენდექტომიის შემდეგ ნაწლავთა გაუვალობა ხშირად გამოწვეულია ნაწლავთა პარეზით პერიტონიტის შედეგად. მაგრამ ზოგჯერ მისი მიზეზია ბრმა ნაწლავთან ახლოს ანთებითი წვრილი ნაწლავების ერთმანეთთან შეწებება კონგლომერატის სახით, ნაწლავის გადაღუნვა ანთებითი პროცესისაგან და სხვ.

თუ პერიტონიტით გამოწვეული პარეზის დროს გაუვალობის ზოგადი და ადგილობრივი მოვლენები პირველ დღეებთან შედარებით თანდათან იკლებს, მექანიკური დაბრკოლების შემთხვევაში ვითარდება პირიქით. ავადმყოფის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესების შემდეგ თითქოს გადარჩენილ ავადმყოფზე ერთბაშად იწყება გაუვალობის მოვლენების განვითარება: გულისრევა, პირღებინება, შებერილობა, ზოგჯერ თვალით შესამჩნევი პერისტალტიკა უფრო მარჯვნივ. ამ დროს გაუვალობის მოვლენების ფონზე ავადმყოფს აღენიშნება მეტად თუ ნაკლებად გამოხატული ადგილობრივი მოვლენები — მტკივნეულობა და ინფილტრატი (ზოგჯერ ღრმად) ნაოპერაციევ არეში.

მ კ ურ ნ ა ლ ო ბ ა. პირველ ხანებში ნასინჯი იქნება ენერგიული კონსერვატული მკურნალობა. საკვების მიცემა წყდება, ცხვირიდან გატარებული ზონდით უკეთდება კუჭის შიგთავსის მუდმივი ამოსრუტვა. სითხეები ესხმება დიდი რაოდენობით კანქვეშ (ფიზიოლოგიური, გლუკოზა. ცილოვანი ხსნარები) და ვენაში (სისხლი, პოლიგლუკინი და სხვ.), ჯობს წვეთოვნად. მარილის ჰიპერტონიული 10% ხსნარი (50—80 მლ) ვენაში, ა. გ. ბრჟოზოვსკი ურჩევს სუფრის მარილის 4% ჰიპერტონიულ ხსნარს (50 მლ ვენაში). ჰიპერტონიული ხსნარით სიფონის ოყნა, კანქვეშ პროზერინი, წელის ბლოკადა ნოვოკაინით, ატროპინი და სხვ. როდესაც ეს საშუალებანი შედეგს არ იძლევა, შეიძლება გაკეთდეს ოპერაცია. ოპერაცია უნდა იყოს რაც შეიძლება მარტივი და ეფექტური. ზოგჯერ, მაგალითად, საკმარისია ჭრილობის ღრმა ინფილტრატში კორცანგის ფრთხილი მოძრაობით შეტანა. ჩირქოვან-განავლოვანი ინფილტრატის გახსნა. განავლოვანი ხვრელმილის დროებით განვითარება ავადმყოფს სიკვდილისაგან იხსნის (ასეთი ხვრელმილი ხშირად თავისით იხურება). ზოგჯერ განავლოვანი ხვრელმილი ედება ოპერაციული გზით (ენტეროსტომა) ან საჭირო ხდება შედარებით ტრავმული ოპერაციის გაკეთება, როგო-

რიცაა დაბრკოლების ზევით გადაბერილი ნაწლავის შერთვა დაბრკოლების ქვევით მდებარე ჩაფუშულ ნაწლავთან.

პ ი ლ ე ფ ლ ე ბ ი ტ ი კარის (პილე) ვენის ჩირქოვანი თრომბოზია. იგი დღეს ფრიად იშვიათად გვხვდება. კარის ვენის თრომბოზი ვითარდება დესტრუქციული ფორმის აპენდიციტის დროს როგორც ოპერაციამდე, ისე განსაკუთრებით ოპერაციის შემდეგ ჯორჯლის სისხლძარღვთა ჩირქოვანი თრომბოზის დროს, იმავე გზით საიდანაც მიიმართება დანამატის ვენური სისხლი v. ileocolica-თი ჯერ v. mesenterica super. და შემდეგ v. porta-ში.

პილეფლებიტს, როგორც მძიმე სეფსისურ მდგომარეობას. ახასიათებს ძლიერი შემცივნება, მაღალი ტემპერატურა, ლეიკოციტოზი, ღვიძლის გადიდება ღვიძლში მრავლობითი ჩირქგროვებით, მძიმე ქოლანგიტის სურათი და სიყვითლე. ურჩევენ v. ileocolica-ს გადაკვანძვას. შეიძლება გარკვეული ეფექტი მივიღოთ ძლიერ მოქმედი ანტიბიოტიკით ანტიკოაგულანტთან ერთად.

ს უ ბ დ ი ა ფ რ ა გ მ უ ლ ი ა ბ ს ც ე ს ი, ისე როგორც მეტი წილი სხვა გართულებანი, ვითარდება დესტრუქციული აპენდიციტის შემდეგ. პერიტონეუმს გარეთ სუბდიაფრაგმული აბსცესის მიზეზი ხშირად რეტროცეკალური მძიმე ფორმის აპენდიციტია. დიაფრაგმასა და ღვიძლს შორის აბსცესი ვითარდება ლიმფური ან აღმავალი გზით ასწვრივი კოლინჯის გვერდზე, ე. წ. ჩირქოვანი ინფექციის გავრცელებისას ბილიკით. ავადმყოფს აღენიშნება მაღალი ტემპერატურა, ლეიკოციტოზი, ზოგჯერ ნეკნთაშუა სივრცეში ტკივილი. დამახასიათებელია რენტგენოლოგიური სურათი, მკურნალობა ოპერაციულია, გაკვეთა და დრენირება (დაწვრილებით იხ. ზევით).

ჰ ე მ ა ტ ო ც ე ლ ე. ჭიანაწლავის ჯორჯალზე ლიგატურის მთლიანად ან ნაწილობრივ წაძრობას მოჰყვება მუცლის ღრუში დიდი ოდენობის ჰემატომის განვითარება. ეტყობა, იგი თანდათანობით ვითარდება. მეტწილად ასეთი ჰემატომა გამომეღავნდება აპენდექტომიიდან მხოლოდ რამდენიმე დღის შემდეგ. ზოგჯერ ძაფების მოხსნისას. ავადმყოფის გააქტივება და მოძრაობა ხელს უწყობს ჰემატომის გამომეღავნებას. პირველ დღეებში სისხლდენას ხშირად ვერ ამჩნევენ ექიმები. ჰემატომა გამომეღავნდება იმით, რომ ავადმყოფი ცუდად გახდება, აღენიშნება ძლიერი საერთო სისუსტე. ზოგჯერ ფერმკრთალობა, წყურვილი, თავბრუხვევა, წნევის დაცემა. მუცლის გასინჯვისას ყურადღებას იპყრობს ძალზე დიდი ოდენობის (მამაკაცის თავის ოდენა) სადა სიმსივნე, რომელიც თითქმის ყოველთვის იძლევა ფამფალს. ოპერაციის დაგვიანებისას შეიძლება სისხლჰა განიცადოს დაჩირქება და გაიხსნას სწორ ნაწლავში. ასეთ შემთხვევაში დახმარებაა ავადმყოფის ზოგადგამაგრებელი საშუალებები (საჭიროების დროს სისხლის გადასხმა), ჭრილობის არეში კეთდება რელაპარატომია, ჩაღერილი ძველი შავი სისხლის გამოშვება, ტამპონირება. სისხლდენა თავისით შეწყდება და ჭრილობაც ხორცდება. მხოლოდ ზოგჯერ საჭიროა დიდი დრო.

ქრონიკული აპენდიციტი

არჩევენ ქ რ ო ნ ი კ უ ლ ნ ა რ ჩ ე ნ (რეზიდუალურ) აპენდიციტს ერთხელ გადატანილი მწვავე აპენდიციტის შემდეგ, ქ რ ო ნ ი კ უ ლ მ ო რ ე ც ი დ ი ვ ე აპ ე ნ დ ი ც ი ტ ს, პერიოდული გამწვავებებით და ქ რ ო ნ ი კ უ ლ

პირველად აპენდიციტს. ზოგიერთები პირველ ორ ფორმას ერთად განიხილავენ და მას უწოდებენ ქრონიკულ ნარჩენს (ა. ბრჟოზოვსკი) ან ქრონიკულ მორეციდივეს (ნ. ელანსკი). ქრონიკული პირველადი აპენდიციტის არსებობას ზოგი უარყოფს და ფიქრობს, რომ დანამატში ქრონიკული ანთება არ შეიძლება მწვავე ანთების გარეშე განვითარდესო. მიუხედავად ამისა, მის არსებობას სინამდვილეში მართლაც აქვს ადგილი. ქრონიკული პირველადი აპენდიციტის წარმოშობას ნ. ელანსკი ხსნის ილეოცეკალური კუთხის ქრონიკული ფუნქციური მოშლილობით, აგრეთვე ავადმყოფის მიერ აპენდიციტის ოლი შეტევის შეუმჩნეველად გადატანით. ამას დანამატში არსებული ცვლილებები და ოპერაციისშემდგომ ტკივილის გაქრობა ამტკიცებს.

ქრონიკული ნარჩენი თუ მორეციდივე აპენდიციტის ძირითადი მიზეზი მაინც გადატანილი მწვავე აპენდიციტის შემდეგ დარჩენილი ანთებითი ცვლილებებია, როგორც დანამატში, ისე მის ირგვლივ. მწვავე აპენდიციტის გადატანის შემდეგ, მართალია, მეტწილად შეტევა აღარ მეორდება, მაგრამ საკმაოდ ხშირად ჭიანაწლავში რჩება შესაფერისი პირობები — ნაწიბურები, მთვლემავი ინფექციის გააქტივება თუ სხვ.

ქრონიკული აპენდიციტის დიაგნოზის დასმა გაცილებით ძნელია, ვიდრე მწვავე აპენდიციტისა. მისი კლინიკური მიმდინარეობა საკმაოდ სხვადასხვანაირია. დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება ანამნეზი და სხვა მსგავსი დაავადებების გამორიცხვა. მორეციდივე გადატანილი მწვავე აპენდიციტის შემდეგ ხშირად ავადმყოფს არ აქვს ჩივილები. ზოგჯერ ფიზიკური დატვირთვის ან სიარულის დროს აწუხებს ყრუ ხასიათის ტკივილი ილეოცეკალურ მიდამოში. ხშირად აღინიშნება დისპეფსიური მოვლენები, გულისრევა, პირღებინება, ტკივილი ან უსიამოვნო შეგრძნება ეპიგასტრიუმის არეში, ზოგჯერ მთელ მუცლის არეში, შებერილობა, შეკრულობა, რომელიც ხშირად იცვლება ფაღარათით. თითქმის იგივე ნიშნებია პირველადი ქრონიკული მწვავე აპენდიციტის დროსაც, მაგრამ ანამნეზში არ აღინიშნება აპენდიციტის შეტევა. ილეოცეკალურ მიდამოში კი ავადმყოფს აწუხებს ტკივილი.

მუცლის გამოკვლევით მტკივნეულობა აღინიშნება ილეოცეკალურ არეში განსაკუთრებით მაკ ბურნეის წერტილში (ჭიპწვეტის ხაზზე გარე და შუა მესამედის საზღვარზე) და ლანცის წერტილში (წვეტთაშორის ხაზზე გარე და შუა მესამედის საზღვარზე მარჯვნივ). აღნიშნავენ აგრეთვე ვოლკოვიჩის ნიშანს — მარჯვენა მხარეს მუცლის კუნთების უფრო მოშვებას მუდმივი კონტრაქტურის გამო. ქრონიკული აპენდიციტის მრავალი წერტილი და ნიშანი დიაგნოზის დასმაში ნაკლებ მნიშვნელოვანია. ბოლო დროს მნიშვნელობას აქცევენ რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას, სადაც ქრონიკული აპენდიციტის დროს ნახულობენ დანამატის ფიქსაციას, დეფორმაციას, არასრულყოფილ ავსებას და სხვ.

ქრონიკული აპენდიციტის დროს დიფერენციული დიაგნოზი, ისე როგორც მწვავე აპენდიციტის დროს, ტარდება მუცლის ღრუს მთელ რიგ დაავადებებთან, ქალებში, პირველ რიგში, ადნექსიტთან. შემდეგ აღსანიშნავია: ქოლეცისტიტი, კოლიტი, გასტრიტი, წყლულოვანი დაავადება, ტუბერკულოზური მეზენტერიტი, ჭიებით ინვაზია, თირკმლების დაავადება (მოძრავი თირკმელი, პიელიტი), კენჭოვანი დაავადება და ოქსალურია (ხშირად ეშლებაც მწვავე აპენდიციტთანაც). როდესაც ეს დაავადებანი ძირითადად გამოირი-

ცხება. მაშინ უფრო სწორია ქრონიკული აპენდიციტის დიაგნოზი. ქრონიკული აპენდიციტის რიცხვის ბოლო დროს ერთგვარად შემცირება გარკვეულად უნდა აიხსნას მუცელში არსებული ტკივილის ნამდვილი მიზეზის უფრო სწორად გარკვევით. ამიტომაცაა, რომ მხოლოდ სწორი ჩვენების (ნარჩენი ან მორეციდივე ქრონიკული აპენდიციტი) დროს შესრულებული ოპერაცია იძლევა კარგ შედეგს, განსაკუთრებით მამაკაცებში, ვიდრე ქალებში. პირველადი ქრონიკული აპენდიციტის შემდეგ შედეგები გაცილებით ცუდია. ქრონიკული აპენდიციტის შემცირება შედეგია აგრეთვე მწვავე აპენდიციტის დროს დროულად ჩატარებული ოპერაციისა.

. მ კ ურ ნ ა ლ ო ბ ა ოპერაციულია და აპენდექტომიაში მდგომარეობს. ოპერაციის ტექნიკა ისეთივეა, როგორიც მწვავე აპენდიციტის დროს. ოპერაციას ზოგჯერ აძნელებს ჭიანაწლავის არატიპიური მდებარეობა და მისი ვრცელ ნაწიბურებში არსებობა.

მუცლის თიაქრები

მუცლის კედლის თანდაყოლილ ან შეძენილ დეფექტში პარისეულ პერიტონეუმთან ერთად მუცლის ორგანოს კანქვეშ გამოსელას თიაქარი (hernia) ეწოდება. მისი ლათინური სახელია hernia, სიტყვა hira ნაწლავისაგან წარმოდგება. თუმცა თიაქრის შიგთავსი, ნაწლავს გარდა, შეიძლება იყოს ბადექონი და სხვა ორგანო.

მუცლის კედლის მთლიანობის დარღვევისას შიგთავსის გამოსელას ევენტრაცია ეწოდება (venter—მუცელი — e-დან, ე. ი. მუცლიდან): ფიზიოლოგიური ხვრელიდან (ყითა, საშო) მუცლის ორგანოს (სწორი ნაწლავი, საშვილოსნო) გამოსვლას გამოვარდნა (prolapsus) ეწოდება.

თიაქარი შეიძლება იყოს თანდაყოლილი (hernia congenita) საზარდულის ან ჭიპის თიაქრის შემთხვევაში და შეძენილი (hernia aquisita). არჩევენ აგრეთვე მუცლის გარეთა (hernia abdominalis externa) და შიგნითა (hernia abdominalis interna) თიაქარს.

უფრო ხშირად გვხვდება მუცლის გარეთა თიაქარი, იშვიათად შიგნითა. შიგნითა თიაქრის დროს მუცლის ღრუს ორგანო, მეტწილად ნაწლავი, მუცლის ღრუს შიგნითა ხვრელში ან ჯიბეში (ვინსლოვის ხვრელი, დიაფრაგმის ხვრელი—პარაეზოფაგური თიაქრისათვის, თორმეტგოჯა—მლივი ნაწლავის ჯიბე—ტრეიცის თიაქრისათვის, თეძო-ბრმა ნაწლავის ჯიბე და სხვ.) შედის და გაჭედვის შემთხვევაში ნაწლავის მწვავე გაუვალობის სურათს იძლევა. სწორი დიაგნოზი მხოლოდ საოპერაციო მაგიდაზე ისმება. შიგნითა თიაქარს ეკუთვნის აგრეთვე დიაფრაგმული თიაქარი (იხ. ქვევით, 288 გვ.).

თიაქარს, რომელიც კანქვეშ გამოდის, თვალით ჩანს და ხელით ისინჯება. გარეთა თიაქარი ეწოდება. ასეთია: საზარდულის, ბარძაყის, ჭიპის, თეთრი ხაზის და ზოგიერთი იშვიათი ლოკალიზაციის (სპიგელის, ფტის. შორისის და სხვ.) თიაქარი.

თიაქარი ხშირი დაავადებაა. სიხშირის მიხედვით პირველ ადგილზეა საზარდულის თიაქარი, შემდეგ მოდის ბარძაყის და მესამე ადგილზეა ჭიპის თიაქარი.

თიაქრის ნაწილებია: კარი, პარკი და შიგთავსი.

თ ი ა ქ რ ი ს კ ა რ ი — hiatus hernia მზა სახით მხოლოდ თანდაყოლილი თიაქრის დროსაა. შეძენილი თიაქრის შემთხვევაში იგი ვითარდება მუცლის (ან მენჯის) კედლის მყეს-კუნთოვან ნაწილში პარიესული პერიტონეუმის მორჩისებრი ნაწილის შეჭრით; მუცლის კედლის ანატომიურად შე-

დარებით სუსტ ადგილებში: საზარდულის არხი, ბარძაყის რგოლი, ჭიპი, თეთრი ხაზი და სხვ. გარდა ჩვეული ადგილებისა, ტრავმის ან ოპერაციის შემდეგ, თიაქარი შეიძლება განვითარდეს მუცლის კედლის სხვა ადგილებშიც. ასეთ თიაქარს ტ რ ა ვ მ უ ლ ი (hernia traumatica), ოპერაციისშემდგომი (hernia postoperationem) ან ხ ე ლ ო ვ ნ უ რ ი თ ი ა ქ ა რ ი (hernia artificialis) ეწოდება. ამ უკანასკნელს ძველად ზოგჯერ მიმართავდნენ მუცლის კედლის ხელოვნური ტრავმირებით.

თიაქრის კარი შეიძლება იყოს მოგრძო ფორმის (საზარდულის, ბარძაყის), ზოგჯერ საკმაო განის (საზარდულის თიაქრის კარი) ან რგოლისებრი და ვიწრო (ჭიპის, თეთრი ხაზის). საერთოდ, თიაქრის კარის დიამეტრი 2—3 მმ-დან 4—6 სმ შორის მერყეობს და ზოგჯერ გაცილებით მეტია. თიაქრის კარის ფორმა ოვალური ან მრგვალია, ზოგჯერ სამკუთხედის ან ნაპრალის სახე აქვს.

თ ი ა ქ რ ი ს პ ა რ კ ი—sacus hernia—პარიეტული პერიტონეუმის გაგრძელებაა. იგი წინ უძღვის და ფარავს თიაქრის შიგთავსს. მხოლოდ თანდაყოლილი თიაქრის შემთხვევაში, როდესაც პერიტონეუმის ბუდებრივი მორჩი არ განიცდის ობლიტერაციას დაბადებიდანვე, არსებობს თიაქრის პარკი (თუმცა თიაქრის განვითარებას შეიძლება ადგილი არ ექნეს). ხშირად თიაქრის პარკი თანდათან ვითარდება, ტრავმული თიაქრის შემთხვევაში კი შედარებით სწრაფად.

ზოგჯერ თიაქრის პარკის ნაწილი შეიძლება რომელიმე ორგანოთი (ბრმა ნაწლავი, ასწვრივი ან სიგმური კოლინჯი) იყოს წარმოდგენილი. ასეთ თიაქარს დ ა ც უ რ ე ბ უ ლ ი ეწოდება (hernia per glissmans). იშვიათად შეიძლება ორგანო (მაგ., შარდის ბუშტი) დაცურდეს და კანქვეშ გამოვიდეს უპარკოდ.

თიაქრის პარკს აქვს შესავალი — ყელი, სხეული და ფუძე. თიაქარი თავისი ყელით უკავშირდება მუცლის ღრუს. იგი პარკის ყველაზე ვიწრო ნაწილია და მას ისეთივე ფორმა აქვს, როგორც თიაქრის კარს (ოვალური, მრგვალი, ნაპრალისებრი), თიაქრის შიგთავსის გაჭედვაც ყელის არეში ხდება.

თიაქრის სხეული და ფუძე ყელის გაგრძელებას წარმოადგენს, იგი გაცილებით განიერია და მას პარკის შეხედულება აქვს. თიაქრის პარკი თითის, მსხლის ან სფეროს ფორმისაა და დამოკიდებულია თიაქრის სანგრძლივობაზე, მის ოდენობასა და ადგილმდებარეობაზე. როდესაც თიაქრის პარკის ოდენობა 3 სმ აღწევს, მას პატარა თიაქარს უწოდებენ, თუ მისი სიგრძე 3—10 სმ ფარგლებში მერყეობს, იგი საშუალო სიდიდისაა, ხოლო თუ მისი ოდენობა 10 სმ აღემატება, მას დ ი დ თ ი ა ქ ა რ ს უწოდებენ (hernia permagnum). თიაქრის პარკი მეტწილად ერთკამერიანია, იშვიათად მრავალკამერიანი (განსაკუთრებით ჭიპის თიაქარი), კამერებს შორის ტიხრებია. წინა კამერაში ზოგჯერ სითხის დაგროვება ხდება (ცრუ ცისტა). სითხის შემცველი კამერა ხვრელით ზოგჯერ მუცლის ღრუს უკავშირდება. თიაქრის პარკის შენება ისეთივეა, როგორც პერიტონეუმის (ბრტყელი ეპითელით დაფარული თხელი, თითქმის უსისხლძარღვო გამჭვირვალე ფირფიტა), მხოლოდ ხანგრძლივი ტრავმირების (ბანდაჟის ტარება) შემთხვევაში შემაერთი ქსოვილის უხვი განვითარების შედეგად თიაქრის პარკი კარგავს ელასტიკურობას, განსაკუთრებით ყელის არეში განიცდის დანაწიბურებას და გასქელებას.

თ ი ა ქ რ ი ს შ ი გ თ ა ვ ს ი უფრო ხშირად წვრილი ნაწლავი და ბადექონია, იშვიათად მსხვილი ნაწლავი, ჭიანაწლავი, საკვერცხე და შარდის ბუშტი. იშვი-

ათად თიაქრის შიგთავსი შეიძლება იყოს მუცლის ღრუს ყველა ორგანო: კუჭი, ელენთა, საშვილოსნო, თირკმელი და ღვიძლის კიდეც კი. თიაქრის გარეთა ფენა ყოველთვის წარმოდგენილია კანით და მუცლის განივი ფასციით. დანარჩენი ქსოვილები პერიტონეუმამდე (თიაქრის პარკამდე) დამოკიდებულია თიაქრის ლოკალიზაციასა და თიაქრის პარკის ზეწოლით მოქმედებაზე.

თიაქრის ეტიოლოგია. არსებობს თანდაყოლილი და შეძენილი თიაქარი. უფრო სწორად, საზარდულის თიაქრის შემთხვევაში თანდაყოლილად ვითარდება თიაქრის პარკი, თუ პერიტონეუმის ბუდობრივი გარსი არ განიცდის ობლიტერაციას. მაგრამ პარკის თანდაყოლილობის მიუხედავად, როგორც ზევით აღვნიშნეთ, თიაქარი შეიძლება მოგვიანებით ან სრულიადაც არ განვითარდეს.

დანარჩენ შემთხვევაში, მუცლის კედლის ამა თუ იმ მიდამოს თანდაყოლილი სისუსტის მიუხედავად, თიაქარი მოგვიანებით ვითარდება და იგი ყოველთვის შეძენილია.

შეძენილი თიაქრის განვითარების ზუსტი მექანიზმი უცნობია, მაგრამ თიაქრის წარმოშობისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს: მუცლის ღრუში წნევის მომატებას (ძლიერი და ხშირი ჭინთვის, ხანგრძლივი და ძლიერი ხველის, ტირილის, დიდი სიმძიმის აწევის, ზოგი სახის პროფესიის — მბერავი, მტვირთავი და სხვ. დროს) და მუცლის კედლის წინააღმდეგობის უნარის დაქვეითებას (ანატომიურად სუსტ ადგილებში, გამხდრობის, ოპერაციის, ტრავმის, ღრმა მოხუცებულობის დროს, და სხვ.). ღრმა მოხუცს ქსოვილების მოშვების გამო ზოგჯერ მრავლობითი თიაქარი აღენიშნება.

თიაქარი შეიძლება ძალდატანების შედეგად განუვითარდეს აგრეთვე მას, ვისაც კუნთოვანი სისტემა კარგად აქვს განვითარებული, მაგალითად, დიდი სიმძიმის აწევის დროს.

თიაქრის განვითარების მიზეზთა შორის მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე სქესს, ასაკს, მემკვიდრეობას და სხვა მომენტებს.

საზარდულის და თეთრი ხაზის თიაქარი გაცილებით ხშირია მამაკაცებში (4—5-ჯერ), ვიდრე ქალებში. ზოგი სახის თიაქარი (ბარძაყის, ჭიპის), პირიქით, მნიშვნელოვნად ჭარბობს ქალებში.

თიაქარი უფრო ხშირად აღენიშნება ახალშობილს ერთი წლის ასაკამდე, ხოლო მისი მომატების მეორე პერიოდი, ზოგის მიხედვით, უმთავრესად 20—40 წლის ასაკშია აღნიშნული (ტიხოვი, ჩაჩავა); სხვების მონაცემებით, 20—30 წლის პირებში (სკლიფოსოვსკის ინსტიტუტი). ჩვენი კლინიკის მასალით, დაავადების დიდი პროცენტი 21—30 წლის ასაკზე მოდის, მეორე ადგილი კი 41—60 წლის ასაკს უკავია. მარჯვენამხრივი თიაქარი გაცილებით ხშირია, ვიდრე მარცხენამხრივი. ამის მიზეზი ნაწილობრივ მარჯვენა მხარეს მუცლის ღრუში მეტი წნევა და ამავე მხარეს პერიტონეუმის ბუდებრივი მორჩის დაგვიანებული ობლიტერაციაა.

თიაქრის კლინიკა. თიაქრის დიაგნოზის დასმაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ანამნეზს. ავადმყოფი ხშირად თვითონ მიუთითებს მიზეზს, მისი გამოჩენის დროს, მუცლის ამა თუ იმ მიდამოში თიაქრისათვის დამახასიათებელ გამობერილობას, რომელიც ხანგამოშვებით სწორდება მუცლის ღრუში.

თავისუფალი, ანუ შესწორებული თიაქარი, როგორც სახელი გვიჩვენებს, ადვილად სწორდება მუცლის ღრუში და ასევე ადვილადვე ბრუნდება თიაქ-

რის პარკში. ასეთ შემთხვევაში, როგორც წესი, თიაქარს საკმაო ოდენობის კარი აქვს. არის ისეთი შემთხვევა, როცა თიაქარი ადვილად სწორდება, მაგრამ ძნელად გამოდის. მისგან განსხვავებით, როგორც გართულება, არსებობს ე. წ. შეუსწორებელი თიაქარი (იხ. ქვევით).

ავადმყოფის ჩივილებიდან განსაკუთრებით აღსანიშნავია ტკივილი და უსიამოვნო შეგრძნება. თავისუფალი თიაქრის შემთხვევაში ავადმყოფის ჩივილები უმნიშვნელოა. სუსტად გამოხატული ტკივილი აწუხებს თიაქრის მიდამოში ან ღრმად მუცელში, ზოგჯერ წელის არეში, განსაკუთრებით გაჭინთვის, ყურყურის და შეკრულობის დროს. ტკივილი ზოგჯერ ყრუ და მუდმივია. იშვიათად უფრო ძლიერი. ტკივილი აღინიშნება თიაქრის პარკში შიგთავსის ჩამოსვლის და მისი უკან, მუცლის ღრუში, შებრუნებისას. რაც უფრო პატარაა და ძნელად გამოდის თიაქარი, მით უფრო შემაწუხებელია იგი. დიდი ოდენობის თიაქრის დროს, როცა პარკში შიგნეულობა ევენტრაციის მსგავსად ჩამოდის, ავადმყოფს აწუხებს ძლიერი საერთო სისუსტე, შრომის უნარის დაქვეითება და იშვიათად კუჭ-ნაწლავის მხრივ ზოგიერთი მოშლილობა: გულისრევა, კუჭის წვა, ზოგჯერ პირღებინება, შეკრულობა, შებერილობა და სხვ.

გამოკვლევა იწყება დათვალიერებით. თიაქრის გამობერილობა, რომელიც კარგად ჩანს ფეხზე დგომისას, ავადმყოფის წოლისა და ზოგჯერ მცირე დახმარების შედეგად ადვილად სწორდება მუცლის ღრუში.

დათვალიერების შემდეგ ვამოწმებთ თიაქრის კარს, მის ოდენობას, შიგთავსის გამოსვლის ხარისხს.

როდესაც თიაქრის კარში არა მარტო თითი შედის, არამედ იგი ხველისა და გაჭინთვის დროს შეიგრძნებს ბიძგს, მას თიაქრის დასაწყისი (hernia incipiens) ან ყალბი თიაქარი ეწოდება. თუ თიაქრის კარი ატარებს თითს, მაგრამ არ შეიგრძნობს ხველით ბიძგს, იგი ჯერ მხოლოდ რგოლის გაგანიერებაა.

ხველის ფენომენი, ე. ი. თიაქრის გამობერილობაზე ბიძგის გადაცემა ხველის დროს აქ მოთავსებულ ხელზე, თიაქრის დამახასიათებელი ნიშანია. თიაქრის კონსისტენცია უმთავრესად რბილია. როდესაც თიაქრის შიგთავსი მხოლოდ ბადექონი ან რომელიმე მკვრივი ორგანოა, პერკუსიით ვღებულობთ მოყრუებას. ასეთივე მოყრუება მიიღება აგრეთვე თიაქარში სითხის არსებობის დროსაც. თიაქართან სითხის არსებობას ადგილი აქვს ე. წ. წ ყ ა ლ - მ ა ნ კ-თ ი ა ქ რ ი ს (hydrocelle hernialis) ერთდროულად არსებობისას. თიაქარში მარტო ნაწლავის არსებობისას პერკუსიით ვღებულობთ ტიმპანიტს. ამ დროს აღინიშნება აგრეთვე ყურყური, რაც განსაკუთრებით კარგად ისმის მისი შესწორებისას.

თ ი ა ქ რ ი ს ა მ ო ც ნ ო ბ ა ზემოთ ჩამოთვლილი ნიშნების მიხედვით. ისიც თიაქრისათვის საეჭვო ადგილებში (საზარდულის, ბარძაყის, ჭიპის, თეთრი ხაზის მიდამო), ძნელი არაა. ავადმყოფს აღენიშნება რბილი კონსისტენციის, მეტწილად უმტკივნეულო გამობერილობა, რომელიც წოლისა და ზოგჯერ დახმარებით ადვილად სწორდება მუცლის ღრუში, ხშირად ყურყურით (როცა შიგთავსი ნაწლავია). თიაქრის შესწორების შემდეგ ისინჯება ამა თუ იმ ოდენობის კარი, რომელშიც შეტანილი თითი გაჭინთვის ან დახველების დროს შეიგრძნობს ბიძგს და აბრკოლებს თიაქრის გამოსვლას. საკმარისია თითის აღება, რომ თიაქარი კვლავ გამოიბერება.

დიფერენციულ დიაგნოზს შევეხებით თიაქრის ცალკეული სახეების განხილვის დროს.

გამოსავალი დამოკიდებულია თიაქრის გართულებებზე, მათ შორის განსაკუთრებით თიაქრის გაჭედვაზე. რომელსაც სხვადასხვა ავტორი ერთნაირად არ ვარაუდობს. პ. ტიხოვით, თიაქარი გაჭედვას განიცდის შემთხვევათა 3—15 პროცენტში.

თიაქრის პროფილაქტიკა ბავშვის დაბადებისთანავე იწყება. ახალშობილს მუცლის კედლის ზოგიერთი მიდამოს (ჭიპი, საზარდული) თანდაყოლილი ანატომიური სისუსტე აქვს, ამიტომ მას უნდა ავარიდოთ ყველა ის მიზეზი (ხველა, ნაადრევი ფეხზე დაყენება, ჭინთვები, მაღლა ასროლა და სხვ.), რაც მნიშვნელოვნად ადიდებს მუცლისშიდა წნევას. მუცლის კედლის გამაგრებისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ვარჯიშს. კუნთების გამაგრებასთან ერთად შესაძლოა ჭიპის თანდაყოლილი თიაქარი თავისითაც დაიხუროს.

მკურნალობა. თიაქრის მკურნალობა მხოლოდ ოპერაციულია. ოპერაცია კეთდება ადგილობრივ ან სპინალური ანესთეზიით, ბავშვებში ხშირად ნარკოზით. თიაქრის პარკის აღმოჩენის, მისი გამოყოფის და გაკვეთის შემდეგ შიგთავსი, თუ იგი მნიშვნელოვნად შეცვლილი არაა, ბრუნდება მუცლის ღრუში. თიაქრის პარკი ყელის მიდამოში იკვანძება, პარკი იკვეთება და კარის დახურვის მიზნით გამოიყენება სხვადასხვა სახის პლასტიკური ოპერაციები.

თავისუფალი ან შეუსწორებელი თიაქრის დროს ოპერაციას ერიდებიან მხოლოდ რომელიმე დაავადების დროს. დაბადებიდან პირველ წლებში, ძლიერ მოხუცებსა და ორსულობის უკანასკნელ თვეებში.

თიაქრით დაავადებული ზოგჯერ იყენებს ბანდაჟს. მაგრამ მისი ხმარება სისტემატური ხახუნის გამო იწვევს გართულებას და ანთების შედეგად შეხორცებებს. ამიტომ ბანდაჟს ამჟამად იშვიათად ურჩევენ.

თიაქრის კერძო სახეების განხილვა

საზარდულის თიაქარი — hernia inguinalis

(ანატომიურ-ტოპოგრაფიული ცნობები)

საზარდულის თიაქარი საზარდულის მიდამოში გამოდის. საზარდულის არე სამკუთხედის ფორმისაა. მისი გარეთა საზღვარია პუპარტის იოგი, ზევითა თეძოს წინა ზედაწვეტთა შემაერთი ხაზი და შიგნიდან მუცლის სწორი კუნთის გარეთა კიდე. საზარდულის მიდამო, ანატომიურ-ემბრიოლოგიური მონაცემების მიხედვით, მუცლის კედლის შედარებით სუსტი ადგილია.

საზარდულის მიდამოს სისუსტის მიზეზია ამ არეში მუცლის კედელში საზარდულის არხის არსებობა.

ჩანასახს მეშვიდე თვემდე საზარდულის არხი არ აქვს. სათესლე ჯირკვლები (ან საკვერცხეები ქალებში) წელის მე-2—3 მალის დონეზე მდებარეობს. მეორე თვიდან ჯირკვლები ძირს ეშვება მის წინ მდებარე პერიტონეუმთან ერთად და მე-7 თვისათვის საზარდულის არხის შიგნითა ხვრელს აღწევს, შემდეგ საზარდულის არხში გავლით სათესლე ჯირკვლის პარკში ეშვება. მარჯვენა მხარეს დაბადებამდე: მარცხნივ — ხშირად დაბადების შემდეგ. ეტყობა, იმას, რომ თანდაყოლილი თიაქარი მარჯვენა მხარეს უფრო ხშირია.

ესეც უწყობს ხელს. ჯირკვალი დაშვებისას თან წაიყოლებს როგორც ვისცერულ. ისე პარიეტულ პერიტონეუმს, რითაც იქმნება მისი საკუთარი ბუდებრივი გარსი—tunica vaginalis propria testis. იგი საზარდულის არხში მოთავსებული პერიტონეუმის ბუდებრივი მორჩით—processus vaginalis peritonei—კავშირშია მუცლის ღრუს პერიტონეუმთან. ჩვეულებრივ, პერიტონეუმის ბუდებრივი მორჩი დაბადებამდე ან დაბადებისას ობლიტერაციას განიცდის და საზარდულის არხის შიგნითა რგოლი პერიტონეუმით იხურება. როდესაც საზარდულის ხვრელი ღიად რჩება და პერიტონეუმის ბუდებრივი მორჩი ობლიტერაციას არ განიცდის, მაშინ იქმნება პირობები თანდაყოლილი თიაქრის განვითარებისათვის.

ქალის საკვერცხეც სათესლე ჯირკვლის მსგავსად წელის მიდამოდან ძირს ეშვება მენჯის ღრუში. პერიტონეუმის დივერტიკულისებრი ნუხის მორჩი—diverticulum Nuckii ნუხის არხით—canalis Nuckii დიდ ჩარბამდე აღწევს და შემდგომში იგი ობლიტერაციას განიცდის.

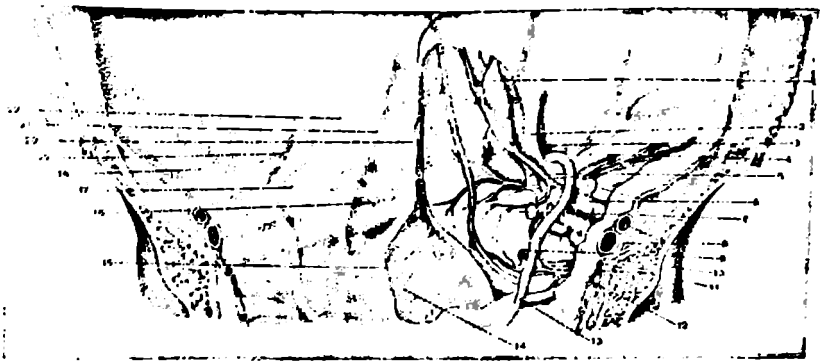
განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია საზარდულის არხი. იმისათვის, რომ მასზე სწორი წარმოდგენა ვიქონიოთ, საჭიროა ვიცოდეთ პუპარტის იოგი. პუპარტის იოგი მუცლის გარეთა ირიბი კუნთის მყესოვანი აპონევროზის ქ�ედა გასქელებული ნაწილია. იგი გაჭიმულია თეძოს ძვლის წინა ზემო წვეტსა და ბოქვენის ძვლის სიმფიზს შორის. აქ მას ორი ფეხი აქვს: ლატერალური ფეხი — crus lateralis უმაგრდება ბოქვენის ძვლის ხორკლს. მედიალური ფეხი—cru medialis სიმფიზის ზემო კიდეზე გადადის და მის წინა ზედაპირს უმაგრდება. ამ ორ ფეხს შორის არსებულ ხვრელს საზარდულის გარეთა, ანუ კანქვეშა რგოლი—anulus inguinalis externus s. subcutaneus ეწოდება.

მყესოვანი ბოჭკოების ნაწილი, მოთავსებული პუპარტის იოგის ლატერალურ ფეხსა და ბოქვენის ქედს შორის, ჯიმბერნატის შუალედი იოგის — lig. lacunare Gimbernati სახელს ატარებს.

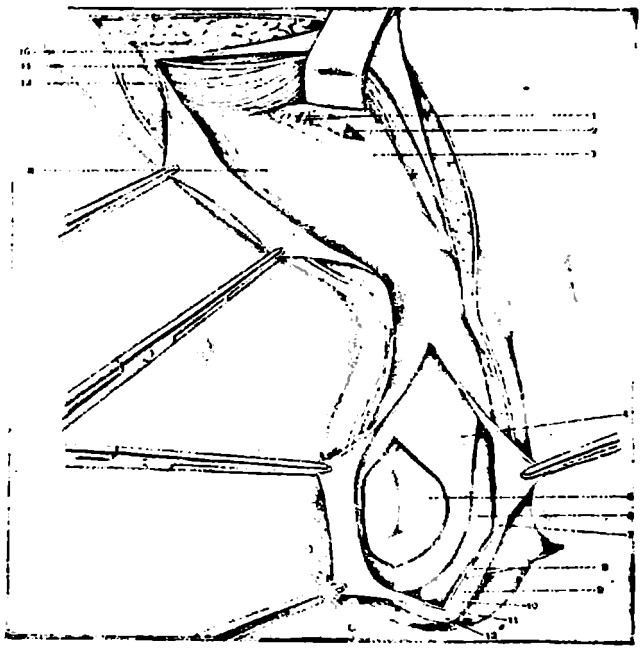
მყესების ნაწილი, რომელიც იწყება პუპარტის იოგის მედიალური ფეხიდან, გარს უვლის უკნიდან და მედიალური მხრიდან საზარდულის კანქვეშა რგოლს, ეწოდება კოლესის შებრუნებული იოგი — lig. reflexum Collesi. გარდა იმისა, რომ პუპარტის იოგი მუცლის ღრუსა და ბარძაყის წინა ზედაპირის შორის საზღვარს წარმოადგენს, იგი მონაწილეობას ღებულობს საზარდულის მილის შექმნაში. საზარდულისა და ბარძაყის თიაქრის ურთიერთშორის გარჩევაშიც გვეხმარება პუპარტის იოგი.

პუპარტის იოგის ქვეშ გამოსული თიაქარი ბარძაყისაა და, პირიქით, პუპარტის იოგის ზევით — საზარდულისა.

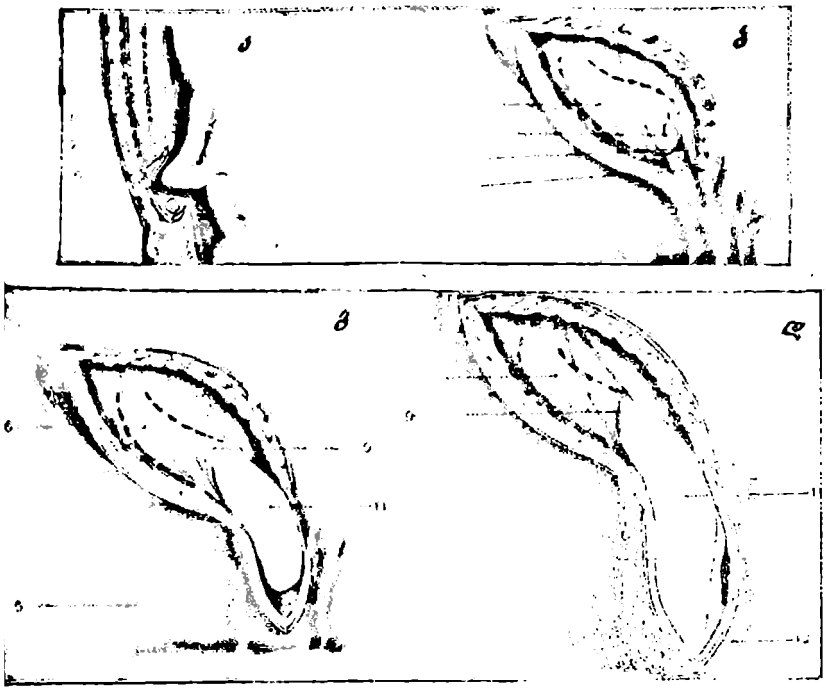
საზარდულის არხის სიგრძე მამაკაცებში 4—5 სმ უდრის. იგი მუცლის კედელში მიემართება უკნიდან წინ, ზემოდან ქვემოთ და გარედან შიგნით. მათ ორი — საზარდულის გარეთა და შიგნითა შესავალი, ანუ რგოლი აქვს. საზარდულის გარეთა, ანუ კანქვეშა რგოლი, როგორც აღვნიშნეთ, შექმნილია პუპარტის იოგის აპონევროზის ბოჭკოებით. საზარდულის გარეთა რგოლის პროექცია კანზე შეესაბამება ბოქვენის ბორცვს ოდნავ ზევით და ლატერალურად. საზარდულის შიგნითა რგოლი მოთავსებულია მუცლის გარეთა ფოსოს შესაბამისად, რაც პუპარტის იოგის შუა მიდამოს 1—1,5 სმ შიგნით მდებარეობს. კანზე მისი პროექცია შეესაბამება თეძოს ძვლის წინა ზედა წვეტს 3 სმ შიგნით და ქვევით.



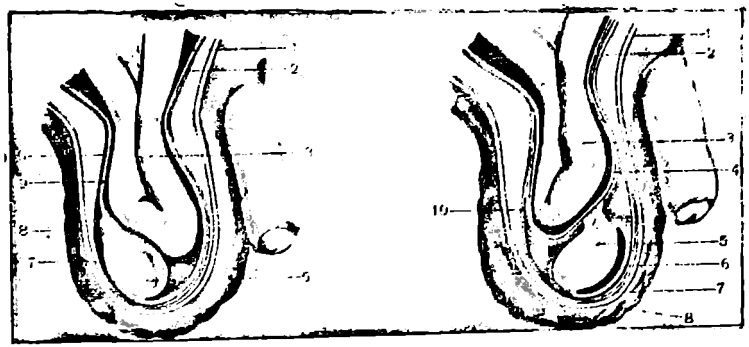
სურ. 77. თიაქარი. მუცლის წინაკედლის ქვემო ნაწილი უკანა მხრიდან: 1 — m. rectus abdominis; 2 — lig. interfoveolare; 3 — anulus inguinalis profundus; 4 — lig. inguinale; 5—a. et. v. epigastrica inferior; 6 — ლიმფური კვანძები; 7—lig. lacunare; 8—a. et v. iliaca externa; 9 — foramen obturatorium; 10—n. obturatorius; 11—a. et v. obturatoria; 12 — ureter dexter; 13 — ductus deferens; 14 — vesica urinaria; 15 — peritoneum, 16 — fossa supravesicalis; 17 — fossa inguinalis medialis; 18 — lig. inguinalee; 19 fossa inguinalis lateralis; 20 — plica vesico-umbilicalis media; 21— plica vesico-umbilicalis laterales; 22 — plica epigastrica.



სურ. 78. საზარდულის შეძენილი ირიბი თიაქრის ტოპოგრაფია: 1 —a. et v. epigastrica inferior; 2 — პრეპერიტონული ცხიმოვანი ქსოვილი; 3 — fascia transversa; 4 — თიაქრის პარკი; 5 — წვრილი ნაწლავი; 6 — tunica vaginalis testis; 7 — fascia spermatica int; 8 — fascia cremasterica et m. cremaster; 9 — fascia spermatica ext; 10 — tunica dartosa; 11 — კანი; 12 — scrotum; 13 — m. obliquus internus abdominis; 14 — n. ilioinguinalis; 15 — m. obliqui externi abdominis ამონეკრეზი.



სურ. 79. საზარდულ-ს ირიბი თიაქრის სახეები: ა — დასაწყისი; ბ — საზარდულის არხის; გ — სათესლე ბაგირაკის; დ — სათესლე პარკის. 1 — fascia transversa; 2 — წვრილი ნაწლავი; 3 — lig. inguinale; 4 — peritoneum; 5 — funiculus spermaticus; 6 — m. obliqui externi abdominalis აპონეროზი; 7—m. obliquus internus abdominis; 8—m. transversus abdominis; 9 — anulus inguinalis superficialis; 10 — თიაქრის პარკის ფუძე; 11 — თიაქრის პარკი; 12 — scrotum.



სურ. 80. საზარდულის თანდაყოლილი და შეძენილი ირიბი თიაქარი: 1 — peritoneum; 2 — fascia transversa; 3 — წვრილი ნაწლავი; 4 — თიაქრის პარკი; 5 — testis; 6 — tunica vaginalis testis; 7 — tunica dartos; 8 — კანი; 9 — თიაქრის პარკი — tunica vaginalis testis; 10 — fascia spermatica interna.

საზარდულის არხის საზღვრებია: წინიდან — გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზი, ქვევიდან ამ აპონევროზის გაგრძელება — პუპარტის იოგი, ზევიდან — შიგნითა ირიბი და განივი კუნთის ქვედა კიდე, უკნიდან — გასივ-ფასცია (კუპერის), ლანგებეკის—ფაშარშემაერთი ქსოვილი და პერიტონეუმი.

მამაკაცების მოკლე, მაგრამ განიერ საზარდულის არხში მოთავსებულია სათესლე ბაგირაკი — funiculus spermaticus (იგი შედგება სათესლე სადინარის, სათესლე არტერიის, ვენის, ნერვის და ლიმფური სადინარებისაგან). რომელიც მიემართება სათესლე პარკში სათესლე ჯირკვალთან. გაცილებით ვიწრო ქალის საზარდულის მილში გადის საშვილოსნოს მრგვალი იოგი lig. teres (s. rotundum) uteri, რომელსაც მჭიდროდ ეკვრის საზარდულის არხის კედლები.

საზარდულის არხის შიგნითა რგოლის მფარავი პერიტონეუმის პარიეტული ფურცელი თიაქრის განვითარების დროს იწყებს გამოწევას და შემდეგ მუცლის კედლის მთელ სისქეს გაივლის საზარდულის არხით. გამოვა მის გარეთა რგოლში და ეშვება სათესლე პარკში. პერიტონეუმის ეს გამოწეული ნაწილი ქმნის თიაქრის პარკს.

თიაქრის პარკის შიგთავსია მუცლის ღრუს რომელიმე ორგანო: ბადექონი, წვრილი ნაწლავი, იშვიათად მსხვილი ნაწლავის მოძრავი ნაწილები. ზოგჯერ ადგილი აქვს დაცურებულ თიაქარს და მაშინ პარკის ერთი კედელი წარმოდგენილია ნაწლავის კედლით (ბრმა ან სიგმური ნაწლავი).

საზარდულის არხის წინა კედელთან (გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზი) მისვლამდე საჭიროა გაიკვეთოს კანი, კანქვეშა ქსოვილი და ზერელე ფასცია.

საზარდულის მიდამოში, მცირე ყალიბის სისხლძარღვებს გარდა, მდებარეობს ეპიგასტრიუმის ქვედა არტერია—art. epigastrica inferior. იგი თეძოს გარეთა არტერიის ტოტია და მდებარეობს პერიტონეუმის ქვეშ: ირიბი თიაქრის დროს — თიაქრის კარის მედიალურად, სწორი თიაქრის დროს — მის ლატერალურად.

საზარდულის მიდამოს ინერვირებას ახდენს ზემო ნაწილში n. ileoinguinalis, რომელიც საზარდულის არხში გადის კანქვეშა რგოლამდე. საზარდულის უკანა ნაწილის ინერვირებას ახდენს n. genitocruralis, რომელიც ინერვაციას უკეთებს აგრეთვე ბაგირაკს სათესლე ჯირკვლამდე.

საზარდულის არეში მუცლის წინა კედელს მუცლის ღრუდან აქვს რამდენიმე ნაოჭი და მათ შორის ჩაღრმავებები. შარდის ბუშტის მწვერვალსა და ჭიპს შორის აღსანიშნავია შემაერთი ბუშტ-ჭიპის მედიალური ნაოჭი (plica vesico umbilicalis medialis), რომელიც შექმნილია ობლიტერირებული პირველადი შარდსავლი (urachus). შარდის ბუშტის ორივე მხარეზე ობლიტერირებული ჭიპის არტერიებით შექმნილია სიმეტრიულად მდებარე ბუშტის ლატერალური ნაოჭები (plica vesicoumbilcalis lateralis). ამ ნაოჭების უფრო ლატერალურად ორივე მხარეს მდებარეობს ეპიგასტრიუმის ქვედა არტერიით შექმნილი ორი ნაოჭი (plica epigastrica). ამ ნაოჭთა შორის მუცლის მარჯვენა და მარცხენა ნახევარში სამ-სამი ჩაღრმავება (ანუ ფოსო) შეიქმნება. შუაზე ურახუსის მარჯვნივ და მარცხნივ მდებარეობს მედიალური, ანუ შარდის ბუშტის ზედა ფოსოები (fossae inguin. medialis seu supravesicales), მის მოსაზღვრედ საზარდულის შუამდებარე ფოსოებია (fossae ing. mediales) და კიდევ უფრო ლატერალურად საზარდულის ლატერალური ფოსოებია (fossae ing. laterales) (სურ. 77).

თიაქრის განვითარებაში მნიშვნელობა აქვს სწორედ ამ ნაოჭთა შორის ფოსოებს. განსაკუთრებით საყურადღებოა ლატერალური და შუამდებარე ფოსო. ვათ ერთმანეთისაგან ყოფს ეპიგასტრიუმის ქვედა არტერია. საზარდულის ლატერალურ ფოსოებს შეესაბამება საზარდულის შიგნითა რგოლები. ლატერალური ფოსოდან ვითარდება გარეთა ირიბი თიაქარი, შუამდებარე ფოსოდან კი — სწორი თიაქარი. ლატერალური ფოსოს ჩაზნექისას თიაქრის შიგთავსი შეზნექს და წინ წაიმძღვარებს პარიეტულ პერიტონეუმს (თიაქრის პარკი) და საზარდულის შიგნითა რგოლში შეიჭრება. შემდეგ გაივლის საზარდულის არხს მთელ სიგრძეზე და საზარდულის გარეთა რგოლით კანქვეშ გამოდის სათესლე პარკის ფუძესთან. ასე შეიქმნება საზარდულის გარეთა, ანუ ლატერალური, არასწორი, ანუ ირიბი, თიაქარი — hernia inguinalis lateralis s. externa, s. indirecta, s. obliqua. გაცილებით იშვიათად თიაქრის განვითარება იწყება შუამდებარე ფოსოდან საზარდულის მილის გავლის ვარეშე. თიაქარი უშუალოდ საზარდულის გარეთა რგოლში გამოვა. ასე იქმნება საზარდულის სწორი თიაქარი. მედიალური ან შარდის ბუშტის ზედა ფოსოდან თიაქრის განვითარება ჩვეულებრივ არ ხდება, რადგან ფოსო წინიდან სწორი კუნთებითაა გამაგრებული. თუ ფრიად იშვიათად თიაქარი მაინც განვითარდა, იგი სუპრავეზიკალური ან შიგნითა ირიბი თიაქრის სახელს ატარებს, მან უნდა გაიაროს შიგნიდან გარეთ და ბოლოს საზარდულის გარეთა რგოლში გამოვიდეს.

საზარდულის თიაქარი — Hernia inguinalis

საზარდულის გარეთა ირიბი თიაქარი — hernia inguinalis obliqua (სურ. 78) თიაქრების 80 პროცენტში გვხვდება. არჩევენ თანდაყოლილ და შეძენილ თიაქარს. თანდაყოლილი თიაქარი, ანუ, უფრო სწორად, თანდაყოლილი თიაქრის პარკი, ვითარდება ჩანასახოვან პერიოდში, თუ პერიტონეუმის ბუდებრივმა მორჩმა არ განიცადა ობლიტერაცია. თიაქრის პარკის თანდაყოლილობის მიუხედავად თიაქარი შეიძლება სრულიად არ განვითარდეს ან იგი ჩამოვიდეს დაბადების შემდეგ ყოველ ასაკში (ბავშვებში, მოზრდილებში). თანდაყოლილი თიაქარი შეიძლება შეგვხვდეს როგორც ბავშვებში (შედარებით ხშირად), ისე მოზრდილებში.

თანდაყოლილი თიაქარი, შეძენილი თიაქრისაგან განსხვავებით, ყოველთვის დაკავშირებულია სათესლე ჯირკვალთან, სულერთია სადაც არ უნდა იყოს იგი, პარკში იქნება ჩამოსული თუ შეჩერებული საზარდულის არხში ან მუცლის ღრუში. საზარდულის თანდაყოლილი სკროტალური თიაქრის დროს თიაქრის პარკი სათესლე პარკშია მოთავსებული ჯირკვალთან ერთად. ასეთ შემთხვევაში პარკთან მისვლამდე მდებარეობს სათესლე პარკის გარსები გარედან შიგნით: 1. კანი, 2. კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი, 3. კუპერის ფასცია — გარეთა ირიბი კუნთის ფეხთა შუა ძაფების გაგრძელება, 4. კრემასტერის კუნთი—შიგნითა ირიბი კუნთის გაგრძელება, 5. სათესლე ჯირკვლის საერთო ბუდისებრი გარსი, 6. სათესლე ჯირკვლის საკუთარი გარსი. ამ ფურცელთა შორის ღრუში მცირე რაოდენობით მოთავსებულია სეროზული სითხე. ზოგ შემთხვევაში კი დიდი რაოდენობით და მაშინ მას წყალმანკი — hydrocelle ეწოდება. შეიძლება იყოს თიაქარი და წყალმანკიც—hydrocelle hernialis, როდესაც საერთო ბუდებრივი გარსი ობლიტერირებული არაა, წყალმანკი გაერთიანებულია

მუცლის ღრუსთან — hydrocelle communicans. თანდაყოლილი თიაქარი შეძენილ თიაქართან შედარებით 10—15%-ში გვხვდება.

შეძენილი თიაქრის განვითარებისათვის მნიშვნელობა აქვს მუცლის წინა კედლის უკანა ზედაპირზე არსებულ ზემოაღნიშნულ ფოსოებს და ყველა იმ მომენტს, რაც ხელს შეუწყობს პერიტონეუმის გამოზნექას.

საზარდულის გარეთა ირიბი თიაქარი თავის ოდენობისა და ადგილმდებარეობის მიხედვით შეიძლება იყოს:

საზარდულის ირიბი დასაწყისი, ანუ ყალბი თიაქარი—hernia inguinalis obliqua incipiens. ამ დროს თიაქრის გამობერილობას ადგილი არ აქვს, მაგრამ საზარდულის გარეთა რგოლში შეტანილი თითი ისიც მხოლოდ გაჭინთვის ან დახველების დროს შეიგრძნობს ბიძგს და რბილი კონსისტენციის წარმონაქმნს.

საზარდულის არხის ირიბი თიაქარი — hernia obliqua canalis inguinalis. ასეთ შემთხვევაში თიაქრის პარკი საზარდულის არხში მდებარეობს სხვადასხვა დონეზე და საზარდულის გარეთა რგოლამდე აღწევს. თვალით ძლივს შეიმჩნევა, ისიც მუცლის დაჭიმვისას.

საზარდულის სათესლე ბაგირაკის ირიბი თიაქარი—hernia inguinalis obliqua funicularis. ოვალური ფორმის რბილი და უმტკივნეულო თიაქრის პარკი არხიდან გამოდის და სათესლე ბაგირაკის სხვადასხვა დონეზე თავსდება, მაგრამ პარკში არ ჩადის.

საზარდულის სათესლე პარკის ირიბი თიაქარი — hernia obliqua inguinoscrotalis. ამ დროს საკმაოდ დიდი ოდენობის თიაქრის პარკი თავისი შიგთავსით (ხშირად მეტად განიერი თიაქრის კარის დროს) მთლიანად სათესლე პარკში თავსდება (სურ. 79), როდესაც სკროტალური (პარკში მდებარე) თიაქარი მუცლის ღრუს ორგანოების დიდ ნაწილს შეიცავს და ზედმიწევნით დიდ ოდენობას აღწევს, ეწოდება საზარდულის ძლიერ დიდი ირიბი თიაქარი — hernia permagna obliqua jnguinalis.

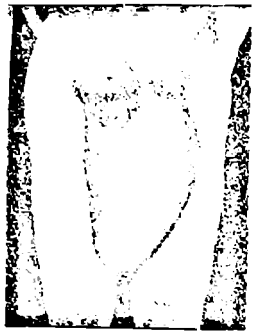
თიაქარი კედლის სისქეში — hernia interparietalis ვითარდება, როდესაც საზარდულის შიგნითა რგოლში შესული თიაქარი რაიმე მიზეზით (ხშირად კრიპტორქიზმი) გარეთა რგოლში გამოსვლის მაგიერ გათიშულ ქსოვილებში მოთავსდება. ზოგჯერ კუნთებს შორის გამოდის—hernia intersticialis. იშვიათად კანქვეშაც კ—hernia subcutanea. კუპერის თიაქარი — hernia ing. encystica, s. hernia Couperi ორ პარკს შეიცავს. გარეთა პარკი არაობლიტირებული ბუდისებრი მორჩისაგანაა შექმნილი, შიგნითა კი პარიეტული პერიტონეუმისაგან. ეს კამერები ერთმანეთისაგან ზოგჯერ სითხითაა გაყოფილი. ზოგჯერაც ერთმანეთთან შეზრდილია. სათესლე ჯირკვალი მდებარეობს გარეთა პარკში ან შიგნითა პარკის ფუძეზე, იშვიათად მას საკუთარი პარკიც აქვს.

საერთოდ, საზარდულის როგორც ჩამოთვლილი, ისე სხვა სახის ატიპიური თიაქრები ფრიად იშვიათია, მაგრამ მათ შესახებ უნდა ახსოვდეს ექიმს. თუ საზარდულის თანდაყოლილი თიაქრის დროს თიაქრის პარკი სათესლე ჯირკვალთან მჭიდროდ შეზრდილია, სამაგიეროდ შეძენილი ირიბი თიაქრის დროს საზარდულის არხიდან გამოსვლის შემდეგ თიაქრის პარკი სათესლე ბაგირაკის

გვერდით თავსდება; სათესლე ჯირკვალი პარკისაგან სრულიად განცალკევებულია. საზარდულის არხში სათესლე ბაგირაკი თიაქრის პარკის ოდნავ უკან და მედიალურად, ან ზოგჯერ მთლიანად მედიალურად მდებარეობს (სურ. 80).

საზარდულის ირიბი თიაქრის დროს art. epigastrica inf. თიაქრის მედიალურად მდებარეობს. ქალებში საზარდულის ირიბი თიაქარი გამოდის დიდი ჩარპენტის გვერდით და მდებარეობს საშვილოსნოს მრგვალი იოგის გვერდით.

საზარდულის შიგნითა, სწორი, ანუ პირდაპირი თიაქარი — hernia inguinalis medialis s. directa. იგი გაცილებით იშვიათია, ვიდრე ირიბი თიაქარი. გვხვდება ხანში შესულ მამაკაცებში და ყოველთვის შეძენილია. სწორი თიაქარი საზარდულის არხს არ გაივლის. იწყება პერიტონეუმის შუამდებარე ფოსოდან და უშუალოდ საზარდულის არხის გაუვლელად

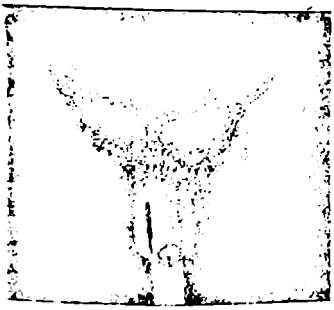


ა

ბ

სურ. 81. ა—საზარდულის ორმხრივი ირიბი თიაქარი—მარჯვნივ თიაქარი გამოსულია საზარდულის გარეთა რგოლთან. მარცხნივ ჩასულია სათესლე ჯირკვლის პარკში. ბ—ბარძაყის (მარცხნივ) თიაქარი გამოსულია პუპარტის იოგის ქვეშით.

გამოდის გარეთა რგოლში. იგი, როგორც წესი, სათესლე პარკში არ ეშვება. მრგვალი ფორმის და რბილი სიმსივნის სახით თავსდება სწორი კუნთის გარეთა კიდესთან. ხშირად ორმხრივია, სწორი თიაქრის დროს ორმხრივი გამობერილობა

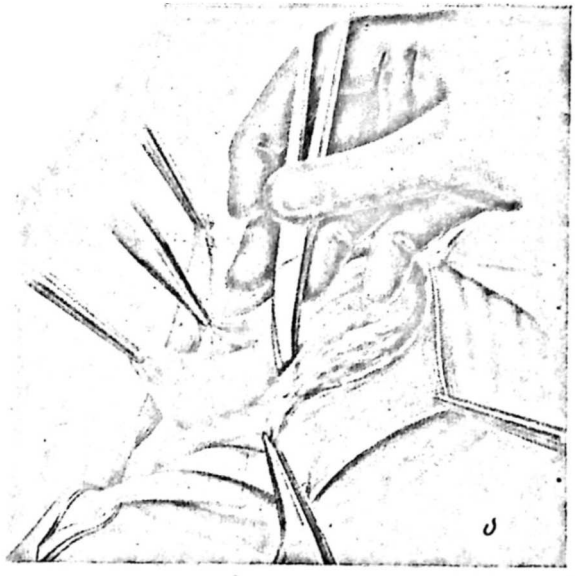


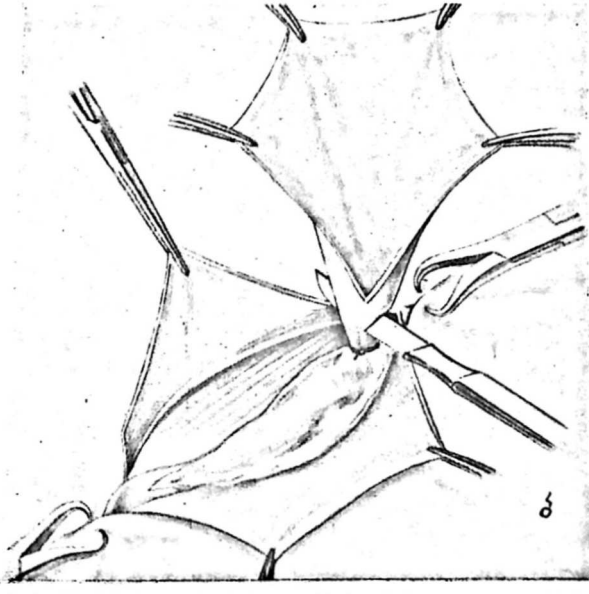
სურ. 82. საზარდულის ორმხრივი სწორი თიაქარი.

იმდენად სიმეტრიული და თანაბარია (სურ. 82), რომ, გრ. მუხაძის გამოთქმით, იგი მოგვაგონებს ბაყაყის ლაყუჩებს ყიყინის დროს. სწორი თიაქარი გაჭედვას არ განიცდის, ქალებში არ გვხვდება და ავადმყოფის შრომის უნარზე ნაკლებად მოქმედებს.

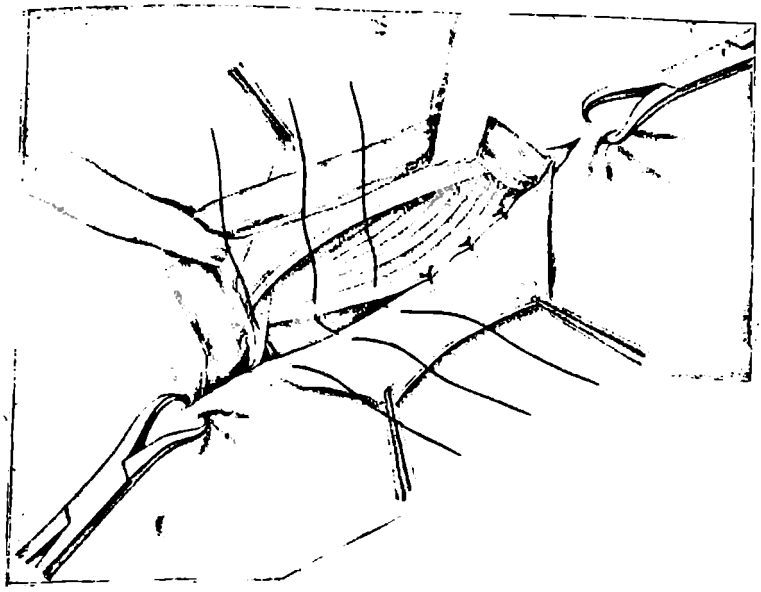
საზარდულის არხში შეტანილი თითი სწორი თიაქრის დროს მუცლის პრესის ქვემო არტერიის პულსაციას გამხდარ ავადმყოფებზე ზოგჯერ შეიგრძნობს შიგნითა რგოლის ლატერალურად, ირიბი თიაქრის დროს კი—მედიალურად.

ირიბი თიაქარი სწორი თიაქრისგან განსხვავდება შემდეგი მონაცემებით:

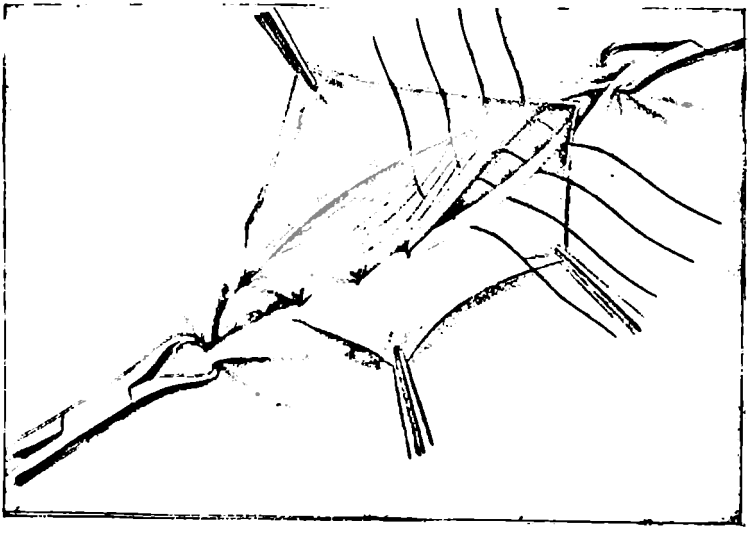




სურ. 83. საზარდულის ირიბი თიაქრის ოპერაცია: ა — თიაქრის პარკის გამოყოფა სათესლე ბაგირაკის ელემენტებისაგან; ბ — თიაქრის პარკის პერიფერიული ნაწილის მოკვეთა.



სურ. 84. ბასინის წესით პლასტიკა; მუცლის შიგნითა ირიბი, განივი და სწორი კუნთი სათესლე ბაგირაკის უკან ეკერება პუპარტის იოგს.



სურ. 85. ჟირარის წესიდ პლასტიკის დროს მუცლის შიგნითა ირიბი და განივი კუნთი პუპარტის იოგს ეკერება სათესლე ბაგირაკის წინ.

ირიბი თიაქარი (სურ. 81)	სწორი თიაქარი (სურ. 82)
იწყება პერიტონეუმის საზარდულის ლატერალური ფოსოდან	იწყება პერიტონეუმის საზარდულის შუამდებარე ფოსოდან
შიგნითა რგოლში შედის	საზარდულის არხში
გაივლის საზარდულის არხს მთელ სიგრძეზე და გამოდის გარეთა რგოლში	გაუვლელად გამოდის გარეთა რგოლში
მდებარეობს მუცლის პრესის ქვედა არტერიის გარეთ	მდებარეობს მუცლის პრესის ქვედა არტერიის შიგნით
სათესლე ბაგირაკი თიაქრის პარკის უკან და შიგნითაა	სათესლე ბაგირაკი თიაქრის პარკის გარეთაა
თიაქრის პარკი მოგრძო ოვალური ან მსხლის ფორმისაა	თიაქრის პარკი მრგვალი ფორმისაა
ეშვება სათესლე ჯირკვლის პარკში	არ ეშვება სათესლე ჯირკვლის პარკში
გვხვდება ყველა ასაკში, მაგრამ ხშირად საშუალო ასაკში	ხშირად ხანშიშესულ მამაკაცებში
ხშირია ცალმხრივი	ხშირია ორმხრივი
თანდაყოლილი ან შეძენილია	მხოლოდ შეძენილია

ზოგჯერ ოპერაციამდე ყოველთვის არ ხერხდება სწორი და ირიბი თიაქრის ერთმანეთისაგან გარჩევა.

თიაქრის პარკი სათესლე ბაგირაკთან არაა მჭიდრო კავშირში. ისე როგორც ირიბი თიაქრის დროს, და ადვილად სცილდება მას.

საზარდულის თიაქრის დიაგნოზი და დიფერენციული დიაგნოზი. თიაქრის ამოცნობა მეტწილად ადვილია. თიაქრისათვის დამახასიათებელ საზარდულის მიდამოში აღინიშნება ოვალური ან მრგვალი ფორმის და რბილი კონსისტენციის სიმსივნე. ავადმყოფის ფეხზე დგომის, გაჭინთვის ან დახველების დროს იგი გამოდის ან იმატებს ოდენობაში; წოლისა და მოსვენების, აგრეთვე ზოგჯერ მსუბუქი ზეწოლისას ადვილად სწორდება მუცლის ღრუში. როდესაც თიაქრის შიგთავსი ნაწლავებია. მისი შესწორების ან გარეთ გამოსვლისას ისმის ყურყური. ასეთი თიაქარი პერკუსიით იძლევა ტიმპანურ ხმას. ბადექონის ან სხვა სოლიდური ორგანოს შემცველი თიაქარი პერკუსიით იძლევა ყრუ ხმას.

საზარდულის გარეთა რგოლი ხშირად ამა თუ იმ ხარისხით გაგანიერებულია და მასში შეტანილი თითი ავადმყოფის დახველების ან გაჭინთვისას შეიგრძნობს ბიძგს. თითის გამოღებისას ადვილად გამოდის თიაქარი.

საზარდულის ირიბი თიაქრის სწორი თიაქრისაგან განმასხვავებელი ნიშნების შესახებ ზევით უკვე იყო აღნიშნული. თიაქრის დიფერენციული დიაგნოზის გატარება გვჭირდება სათესლე ჯირკვლის წყალმანკთან.

ამ დროს სიმსივნე საზარდულის გარეთა რგოლის ზევით არასდროს არ ვრცელდება. იგი არ იკლებს ოდენობაში (თუ ადგილი არ აქვს გაერთიანებულ წყალმანკს — hydrocelle communicans), პერკუტორულად იძლევა ყრუ ხმას. დიაფანოსკოპია დადებითია.

სიფრთხილეა საჭირო აგრეთვე წყალმანკისა და თიაქრის ერთდროულად არსებობის დროს. მათი დადგენისათვის წყალმანკის საზღვარზე ხელით ვაბრკოლებთ სითხის გადანაცვლებას, ხოლო ავადმყოფს წინადადებას ვაძლევთ გაიჭინთოს, რათა დავრწმუნდეთ გამოდის თუ არა თიაქარი. თიაქრის არსებობისას იგი გამოდის წყალმანკს ზევით და ადვილად სწორდება მუცლის ღრუში.

იშვიათად თიაქარი შეიძლება შეგვეშალოს ლიპომასთან. იგი შემაწუხებელი არაა ავადმყოფისათვის. მისი ფორმა და კონსისტენცია არ ჰგავს თიაქარს. ლიპომის პერკუსიით ვღებულობთ ყრუ ხმას. მას არ ცვლის ავადმყოფის მდებარეობის შეცვლა ან გაჭინთვა და არც სწორდება მუცლის ღრუში.

საზარდულის მიდამოში ზოგჯერ აღინიშნება ტუბერკულოზური სპონდილიტის დროს ჩამოწვეთილი ჩირქგროვა. ავადმყოფს ასეთ შემთხვევაში აქვს ტუბერკულოზური სპონდილიტის ნიშნები. ციკი ჩირქგროვის დროს სიმსივნე არ ქრება, პერკუსიით იძლევა ყრუ ხმას, დამახასიათებელია აგრეთვე ფლუქტუაცია.

საზარდულის თიაქარი უნდა განვასხვავოთ ბაგირაკის წყალმანკისაგან (funiculocelle). იგი მოგრძო ფორმისაა, არ იცვლის მდებარეობას და ზუსტი საზღვრები აქვს.

საზარდულის მიდამოს ლიმფურ კვანძის ანთება ზოგჯერ შეცდომით შეიძლება მიჩნეულ იქნეს თიაქრად ან, პირიქით, თიაქარი (განსაკუთრებით გაჭედილი) შეიძლება შეგვეშალოს ლიმფადენიტთან (იხ. ზევით). თიაქრის ამოცნობისათვის, მით უფრო, როდესაც საქმე შეეხება არატიპიურ შემთხვევას, საჭიროა ავადმყოფის დეტალური კლინიკური გამოკვლევა. ზოგჯერ მამაკაცის სასქესო ასოს თავზე აღინიშნება შანკრი. გულდასმით გამოკვლევა თითქმის ყოველთვის უზრუნველყოფს სწორ დიაგნოზს.

მკურნალობა. თიაქრის მკურნალობა ოპერაციულია. თიაქრის თვითგანკურნება იშვიათია და შესაძლოა მხოლოდ ბავშვებში. ოპერაცია კეთდება ადგილობრივი ანესთეზიით, ზოგჯერ რეციდიული და დიდი თიაქრის დროს შეიძლება გამოყენებულ იქნეს სპინალური ანესთეზია, მცირე ასაკის ბავშვებში კი ნარკოზი.

განაკვეთი ტარდება პუპარტის იოგის პარალელურად, ერთი თითით ზევით მისი შიგნითა ორი მესამედის სიგრძეზე. კანის, კანქვეშა ცხიმის და ტომპსონის ფასციის გაკვეთის შემდეგ კარგად უნდა გამოჩნდეს გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზი (საზარდულის არხის წინა კედელი), განსაკუთრებით გარეთა რგოლის მიდამოში. აპონევროზის გაკვეთით საზარდულის მილი მთელ სიგრძეზე იხსნება ფართოდ. ჩლუნგად გამოცალკევდება აპონევროზის როგორც ზედა, ისე ქვედა ნაფლეთი, უკანასკნელი პუპარტის იოგში გადადის. თიაქრის პარკი ჩლუნგად და ფრთხილად გამოიყოფა ბაგირაკისაგან. თიაქრის შიგთავსი სწორდება მუცლის ღრუში. თიაქრის პარკი გაიკვეთება თვალის კონტროლით. თიაქრის შიგთავსი, თუ მიზრდილია პარკთან, ფრთხილად ცილდება მას და მუცლის ღრუში სწორდება. საეჭვო ან შეცვლილი ქსოვილის (ბადექონი) რეზექცია კეთდება. თიაქრის ყელის არეში ლიგატურა ედება გაკერვით. ლიგატურიდან 1 სმ

მოშორებით თიაქრის პარკი მოიკვეთება (სურ. 83). ამის შემდეგ კეთდება თიაქრის ოპერაციის მთავარი მომენტი თიაქრის კარის დახურვა. თიაქრის პლასტიკის ასზე მეტი მეთოდიდან ძირითადია ბასინის და ჟირარის წესი.

ბ ა ს ი ნ ი ს (Bassini, 1884) წესი თიაქარკვეთის სხვა წესებისაგან განსხვავდება თავისი რადიკალობით (სურ. 84).

თიაქრის პარკის მოკვეთის შემდეგ სათესლე ბაგირაკი აიწევა ზევით და მის ქვეშ შიგნითა ირიბი და განივი კუნთის ქვედა კიდე განივ ფასციასთან ერთად პუპარტის იოგს ეკერება. ბაგირაკისათვის ახლად შექმნილი უკანა კედლის უფრო მეტი სიმტკიცისათვის სწორი კუნთის ლატერალური კიდეც ეკერება ბოქვენის ბორცვის ძვლისაზრდელას. ამ კუნთებზე თავსდება ბაგირაკი, რომლის წინ იკერება გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზი, შემდეგ ფასცია, კანქვეშა ცხიმი და კანი.

ბასინის წესით შესრულებული თიაქრის პლასტიკის შემდეგ რეციდივი გაცილებით იშვიათია. სათესლე ბაგირაკის გამოყოფის დროს ნერვის დაზიანების შედეგად ზოგჯერ აღინიშნება სათესლე ჯირკვლის ატროფია.

ჟ ი რ ა რ ი ს (1894) წესის დროს კანის, კანქვეშა ცხიმის, ფასციის გაკვეთა, არხის გახსნა, თიაქრის გამოყოფა ბაგირაკისაგან, თიაქრის წინ გამოწევა, ყელის მაღალ დონეზე ლიგირება და მოკვეთა ჩვეულებრივია. საჭიროა მხოლოდ გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზის გაკვეთისას პუპარტის იოგისაკენ ნაფლეთი მეტი ფართის იყოს. ნაფლეთები მაქსიმალურად თავისუფლდება და თიაქრის კარის გამაგრების მიზნით შიგნითა, ირიბი, განივი კუნთის ქვედა კიდე და განივი ფასცია პუპარტის იოგს. ბასინის წესისაგან განსხვავებით, ეკერება არა უკან. არამედ წინ — 4—5 კვანძოვანი ნაკერით. პირველი ნაკერი ედება სწორი კუნთის ლატერალურ კიდეს, შიგნითა ირიბი კუნთის, განივი კუნთის ქვედა კიდესა და განივ ფასციაში ამოვლით საკმაოდ მოხრილი ნემსით. ყოველივე ეს მიეკერება ბოქვენის ძვლის ბორცვის ძვლისაზარდელას (სურ. 85). კუნთოვანი შრე წინიდან მაგრდება აპონევროზის დუბლიკატურით, ამისათვის გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზის ზედა ნაფლეთიც ეკერება პუპარტის იოგს, ხოლო მასზე წინიდან ეკერება გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზის ქვედა ნაფლეთი. აშირად გამოიყენება ჟირარის ოპერაციის გამარტივებული მოდიფიკაცია ს პ ა ს ო კ უ ც კ ი ს წ ე ს ი თ (სურ. 86 ა), ან კიმბაროვსკის მოდიფიკაციით (სურ. 86 ბ). სათესლე ბაგირაკი თავის ადგილზე რჩება. პუპარტის იოგს ერთდროულად ეკერება გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზის ზედა ნაფლეთი, შიგნითა ირიბი, განივი კუნთი და განივი ფასცია, რომელზედაც წინიდან გადაეფარება გარეთა ირიბი კუნთის ქვედა ნაფლეთი და იგი მაგრდება 3—4 კვანძოვანი ნაკერით, საკმაოდ გაჭიმულად. ასე იქმნება აპონევროზის დუბლიკატურა. დანარჩენი შრეები იკერება ჩვეულებრივ. ოპერაციის შესრულების დროს განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა ასეპტიკის წესების დაცვას და ჰემოსტაზს. ჰემატომა შეიძლება დაჩირქების მიზეზი გახდეს, რაც ხშირად ჭრილობის შთელ სიღრმეზე ვრცელდება, ეს კი ოპერაციის შედეგზე იმოქმედებს და რეციდივის მიზეზი ხდება. ოპერაციის შესრულებისას, განსაკუთრებით კი პარკის გამოყოფის დროს, სიფრთხილეა საჭირო, რათა არ დაზიანდეს სათესლე ბაგირაკის ელემენტები. შარდის ბუშტი; დაცურებული თიაქრის დროს ნაწლავი (ბრმა ან სიგმური). პუპარტის იოგთან მიკერების დროს მის ქვეშ მდებარე სისხლძარღვები (ბარძაყის ვენა, არტერია, ან თეძოს გარეთა არტერია).

ლიგატურაში n. ileoinguinalis მოყოლა იწვევს ხანგრძლივ ტკივილს ჭრილობის არეში.

საზარდულის სწორი თიაქრის დროს, რადგან რეციდივი 7—8-ჯერ ხშირია. განსაკუთრებით საჭიროა საზარდულის სამკუთხედის უკანა კედლის გამაგრება ქვედა მედიალურ კუთხეში აპონევროზული ნაკერებით, ზოგჯერ ამავე მიზნით იყენებენ ალოპლასტიკას.

სწორი თიაქრის დროს ზოგჯერ გამოიყენება პროფ. ნ. კუკუჯანოვის წესით პლასტიკა (სურ. 87).

ქალებში საზარდულის თიაქრის ოპერაცია იგივე წესით კეთდება, როგორითაც მამაკაცებში, მხოლოდ იმ განსხვავებით, რომ ქალებში სათესლე ბაგირაკის უქონლობის გამო ოპერაცია გაცილებით მარტივია.

თიაქრის ოპერაციისშემდგომი რეციდივი შედარებით ხშირად აღენიშნებათ მოხუცებს, სწორი თიაქრის დროს, ვისაც კუნთოვანი ქსოვილი განლეული აქვს. რეციდივის ხშირი მიზეზია ტექნიკურად არასწორად შესრულებული ოპერაცია, დაჩირქება, ოპერაციისშემდგომ პერიოდში სისტემატური ხველა და მის შედეგად მუცლის ღრუს შიდა წნევის მომატება.

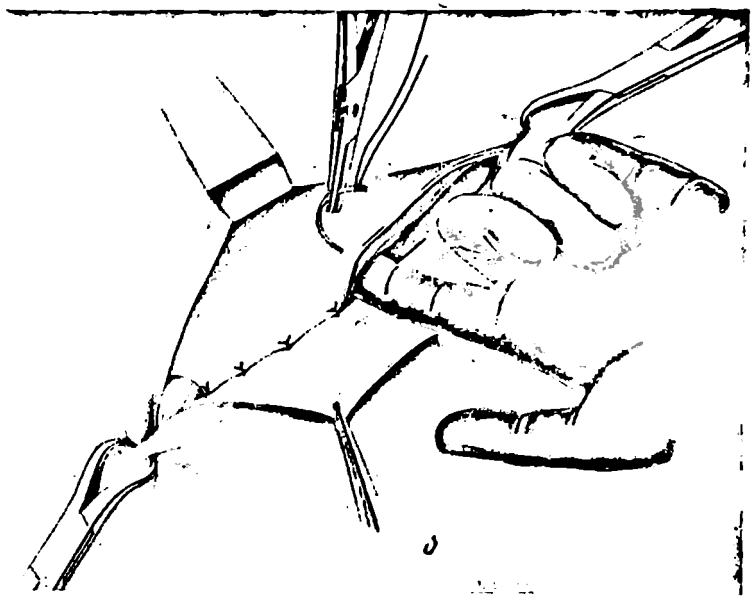
ოპერაციისშემდგომ პერიოდში კუნთების გამაგრების მიზნით მნიშვნელოვანია აგრეთვე სამკურნალო ვარჯიში და დროებით მძიმე ფიზიკური დატვირთვისაგან განთავისუფლება.

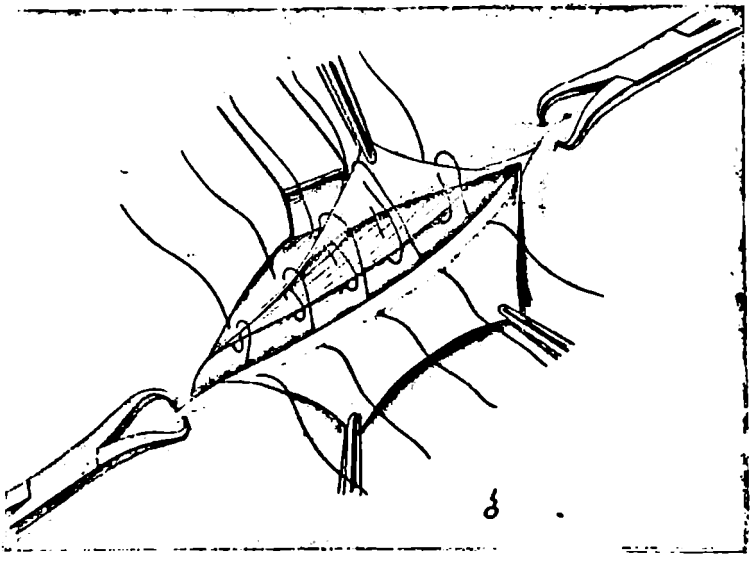
ბარძაყის თიაქარი —Hernia femoralis s. cruralis

ბარძაყის თიაქარი შედარებით იშვიათია, ვიდრე საზარდულისა. მათ შორის შეფარდება უდრის 1 : 7. ბარძაყის თიაქარი ხანში შესულთა ხვედრია. იგი არ გვხვდება ბავშვებში, და არც თანდაყოლილ მდგომარეობაში. ბარძაყის თიაქარი 5—6-ჯერ ხშირია ქალებში, ვიდრე მამაკაცებში. ბარძაყის თიაქრის ეტიოლოგიაში (დახრილი და ძლიერ განიერი), ქალის მენჯის ანატომიური თავისებურების გარდა, მნიშვნელობა აქვს ყველა იმ მომენტს, ოსაც საერთოდ მუცლის სხვა თიაქრის განვითარებაში. ბარძაყის თიაქარი მუცლის ღრუდან გამოდის ბარძაყის არხით (canalis femoralis) (სურ. 88).

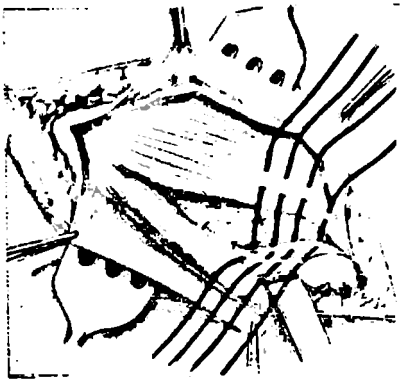
ბარძაყის თიაქარი ვითარდება პუპარტის იოგის უკანა კიდეზე. შუა წერტილის ქვემოთ პერიტონეუმის ძაბრისებრი ჩაღრმავებიდან, რომელსაც ბარძაყის ფოსო—fovea femoralis ეწოდება. ბარძაყის არხი, რომელიც სკარპეს სამსამკუთხედის ნაწილს წარმოადგენს, თავისუფალი მიდამოს სახით არ არსებობს. ეს სივრცე ჩვეულებრივ ამოვსებულია ცხიმოვანი ქსოვილით, სისხლძარღვებით, ლიმფური ჯირკვლით (როზენ მიულერ-პიროგოვის).

ბარძაყის თიაქარი შედის ბარძაყის არხის შიგნითა რგოლში anulus internus canalis femoralis), რომლის საზღვრებია წინიდან პუპარტი-იოგი, შიგნიდან ჯიმბერნატის იოგი, უკნიდან ბოქვენის ქედი, რომელიც კუპერის ფასციითა დაფარული, გარედან ბარძაყის ვენის შიგნითა ზედაპირი (სურ. 89). ბარძაყის რგოლის განი მამაკაცებში 1,2 სმ და ქალებში 1,8 სმ უდრის. ბარძაყის არხის სიგრძე კი 1—3 სმ არ აღემატება. თიაქარი ამ არხის გავლის შემდეგ ბარძაყის წინა ზედაპირზე ოვალურ ფოსოში (fossa ovalis), ანუ ბარძაყის არხის გარეთა რგოლში გამოდის პუპარტის იოგის ქვეშ ბარძაყის ვენის მედიალურად. ოვალურ ხვრელს მოსაზღვრავს განიერი ფასციის ნამგ-

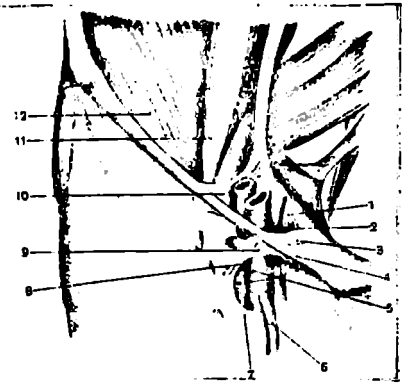




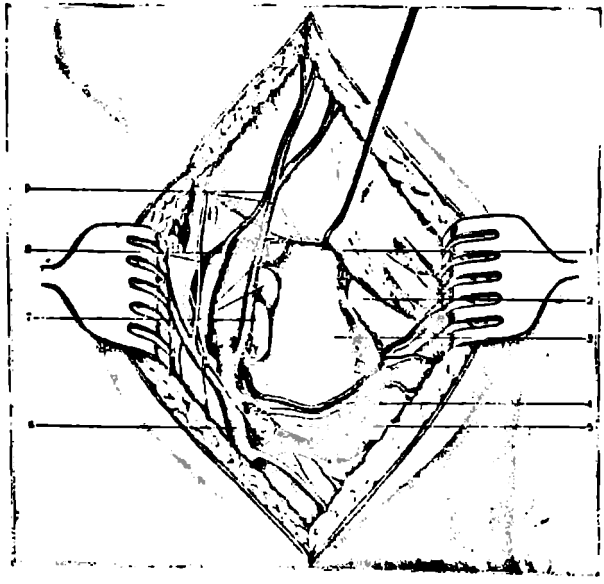
სურ. 86. საზარდულის ირიბი თიაქრის ოპერაცია: ა — სათესლე ბაგირაკის წინა კედლის გამაგრება სპასოკუოლაციის წესით; გარეთა ირიბი, შიგნითა ირიბი და განივი კუნთის ერთდროულად მიკერება პუპარტის იოგთან; ბ — იგივე კიმბაროვსკის წესით.



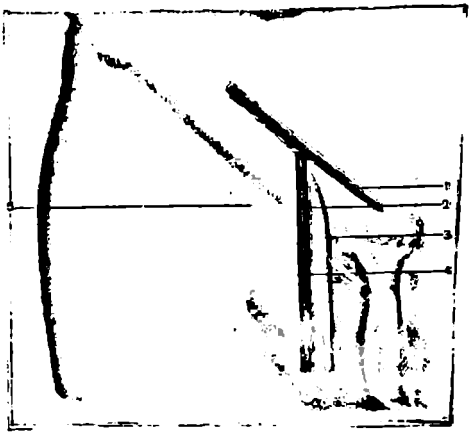
სურ. 87. საზარდულის არხის პლასტიკა ნ. კუკუჯანოვის წესით სწორი თიაქრის დროს. სწორი კუნთის ბუდის, შიგნითა ირიბი კუნთის აპონევროზული ბოჭკოების და განივი კუნთის მიკერება თეძო-ბოქვენისა და პუპარტის იოგის მედიალურ ნაწილთან.



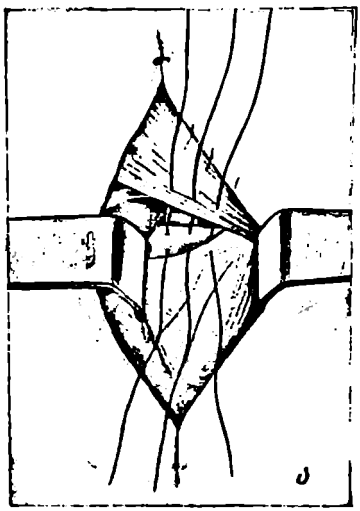
სურ. 88. ბარძაყის არხი: 1 — თეძო-ბოქვენის იოგი; 2 — anulus internus canalis femoralis; 3 — lig. lacunare; 4 — lig. inguinale; 5—a. et v. femoralis; 6 — v. saphena magna; 7 — cornu inferius; 8 — margo falciformis; 9 — cornu superius; 10 — arcus ileopectineus; 11 — m. psoas major; 12—m. iliacus.

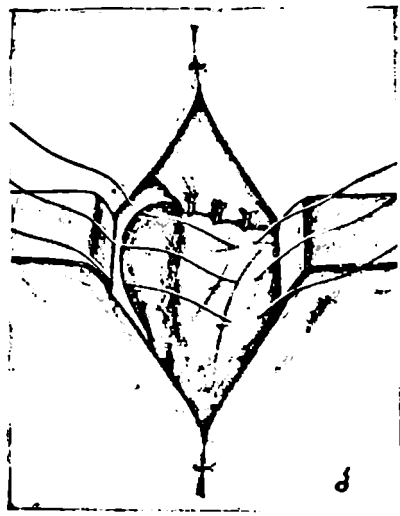


სურ. 89. ბარძაყის ტიპიური თიაქრის ტოპოგრაფია: 1 — პუპარტის იოგი; 2 — lig. lacunare; 3 — ბარძაყის თიაქარი; a. et v. pudenda externa; 5 — m. pectineus; 6 — v. saphena magna; 7 —nn. inguinalis profundi; 8—a. et v. femoralis; 9—a et v. epigastrica superficialis.

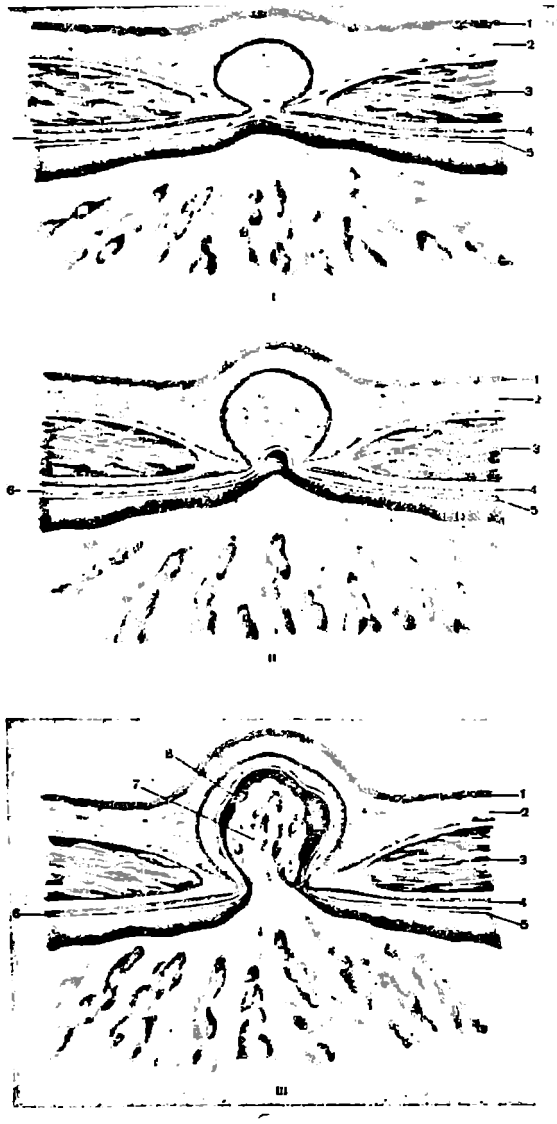


სურ. 90. კანის განაკვეთები ბარძაყის თიაქარის დროს: 1 — პუპარტის (საზარდულის) იოგს ზევით ირიბი განაკვეთი; 2—T მაგვარი განაკვეთი; 3 — კუთხისებრი განაკვეთი; 4 — ვერტიკალური განაკვეთი; 5 — პუპარტის იოგს ქვევით ირიბი კანაკვეთი.





სურ. 91. ბარძაყის თიაქრის ოპერაცია ბასინის წესით. ბარძაყის არხის პლასტიკა: ა — პუპარტის იოგის მიკერება კუპერის ფასციაზე; ბ—margo falciformis მიკერება ქედის ფასციაზე (fascia pectinea).



სურ. 92. თეთრი ხაზის თიაქრის განვითარების სქემა: I — პრეპერიტონული ლიპომა; II—დასაწყისი თიაქარი; III — გაფორმებული თიაქარი; 1 — კანი; 2 — კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი; 3 — m. rectus abdominis; 4 — fascia transversa; 5 — peritoneum; 6 — პრეპერიტონული ცხიმოვანი ქსოვილი; 7 — ბადექონი; 8 — თიაქრის კარი.

ლისებრი კიდე (margo falciformis fascia latae). იშვიათად, როგორც გამონაკლისი, ბარძაყის თიაქარი შეიძლება გამოვიდეს სისხლძარღვების გარეთ, წინ ან უკან. ბარძაყის თიაქარი დაფარულია პრეპერიტონული ცხიმით, დაცხრილული ფასციით (რომელიც ბარძაყის არხს ფარავს თიაქრის განვითარებამდე) კანქვეშა ცხიმით და კანით.

ბარძაყის თიაქრის შიგთავსი მეტწილად ბადექონი ან წვრილი ნაწლავია. ბადექონის წარზიდული ნაწილი ხშირი ტრავმირებით შემსხვილდება. თიაქრის პარკს შეეზრდება და საკმაოდ ხშირად შეუსწორებელი თიაქარი ვითარდება. ბ ა რ ძ ა ყ ი ს თ ი ა ქ ა რ ი, ს ა ზ ა რ დ უ ლ ი ს თ ი ა ქ რ ი ს ა გ ა ნ გ ა ნ ს ხ ვ ა ვ ე ბ ი თ, გამოდის პუპარტის იოგის ქვევით. მათ შორის გარჩევა ძნელია, თუ ბარძაყის ძლიერ დიდი თიაქარი აბგასავით გადაეკიდება პუპარტის იოგს და საზარდულის კანქვეშა რგოლამდე ვრცელდება. გამოცნობაში ვეეხმარება ბარძაყის თიაქრის ფეხის აღმოჩენა, რომელიც ოვალური ფოსოსაკენ მიემართება და არა საზარდულის არხისაკენ. ზოგჯერ გვჭირდება ბარძაყის თიაქრის გარჩევა ბარძაყის კანქვეშა ვენის ვ ა რ ი კ ო ზ უ ლ ი გ ა ვ ა ნ ი ე რ ე ბ ი ს ა გ ა ნ სკარპეს სამკუთხედში, რასაც რუსები ტროიანოვის ანევრიზმასაც კი ეძახიან. რა თქმა უნდა, იგი ანევრიზმა არაა. მაგრამ ამ ადგილას ვენის ვარიკოზი ზოგჯერ ქათმის კვერცხის სიდიდეს აღწევს, ფეხზე დგომისა და გაჭინთვისას იზრდება თიაქრის მსგავსად და ადგილმდებარეობაც შეესაბამება ბარძაყის თიაქრისათვის დამახასიათებელ ადგილს, ხელის დაჭერით ან ავადმყოფის ჰორიზონტალურ მდებარეობაში გადაყვანისას კლებულობს, ან სრულიად ქრება. სკარპეს სამკუთხედში ვენის ვარიკოზს ხშირად თან ახლავს კიდურის კანქვეშა ვენების ვარიკოზიც. განსაკუთრებით დამახასიათებელია ზეწოლისას გაქრობა და ხელის აღებისთანავე სწრაფად ავსება. მართალია, ზეწოლით შეიძლება შესწორდეს თიაქარიც, მაგრამ ისე სწრაფად არასდროს უკან არ გამოვა.

ბარძაყის თიაქარი, განსაკუთრებით ჩაუდილი, შეიძლება შეგვეშალოს ა ნ თ ე ბ ი თ ლ ი მ ფ უ რ კ ვ ა ნ ძ თ ა ნ. სწორი დიაგნოზი ზოგჯერ ოპერაციის დროს ისმება, თუ მანამდე არ მოხერხდა ლიმფადენიტის განვითარების მიზეზის ან თიაქრის არსებობის დადგენა. ბარძაყის თიაქარი გაცილებით უფრო ხშირად განიცდის გაუედვას, ვიდრე საზარდულისა. გაუედილი ორგანოც საკმაოდ ხშირად განიცდის განგრენას. ამის მიზეზია ბარძაყის შიგნითა რგოლის მკვრივი და მახვილი კიდე, რომელიც მოკლებულია ელასტიკურობას.

ბარძაყის გაუედილი თიაქრის დროს ადგილობრივი ნიშნებიდან აღსანიშნავია გამობერილობა პუპარტის იოგის ქვევით (იხ. სურ. 81 ბ), დაჭიმულობა, პერკუსიით ყრუ ხმა, ხველითი ბიძგის გადაცემის მოსპობა. ზოგჯერ შედარებით პატარა ორგანოს გაუედვის დროს, ისიც მსუქან პირებში, თიაქრის გამობერილობა იმდენად მცირეა, რომ, თუ ავადმყოფი სიფრთხილით და გულდასმით არ გამოვიკვლიეთ, იგი შეიძლება შეუმჩნეველი დარჩეს. განგრენის განვითარების შემთხვევაში წარმოიქმნება კანის საფარველის სათანადო ცვლილებები.

ბარძაყის გაუედილი თიაქრის შემთხვევაშიც უფრო ხშირად იუედება ნაწლავის მარყუჟი, ამიტომ ავადმყოფის ზოგადი მოვლენებიდან ყურადღებას იპყრობს გაუვალობის მეტად თუ ნაკლებად გამოხატული სურათი. რგოლის სივიწროვის გამო ხშირად ადგილი აქვს რიხტერის ტიპის გაუედვას, რაც თიაქრის რგოლის მცირე სიდიდით არის გამოწვეული. ამ დროს აღინიშნება

ჭუცლის მხრივ მოვლენებიც. რაც დიაგნოზის სწორად გარკვევაში გვეხმარება. შეიძლება გაიკვედოს აგრეთვე ბადექონი ან სხვა ორგანო და მაშინ გაუვალობის მოვლენები არ იქნება გამოხატული.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა ოპერაციულია. თუ თავისუფალი თიაქრის ოპერაციული მკურნალობა სიკვდილობას არ იძლევა, გაკვდვის შემთხვევაში ივი ზოგჯერ 5%-ს აღწევს.

ოპერაციული წესებიდან განსაკუთრებით აღსანიშნავია ბ ა ს ი ნ ი ს წ ე ს ი (1894). განაკვეთი კეთდება პუპარტის იოგის პარალელურად და ერთი სანტიმეტრით მის ქვემოთ (ან სხვა სახის განაკვეთები, სურ. 90). თიაქარი გამოიყოფა, პარკი გაიკვეთება, ორგანო შესწორდება ან მდგომარეობის მიხედვით დამუშავდება. პარკს ფუძეზე ედება ლიგატურა და მოიკვეთება. პუპარტის იოგის ქვედა კიდე კუპერის ფასციაზე ორი-სამი კვანძით მიეკერება. ზოგიერთი ურჩევს კუპერის იოგთან ერთად ბოქვენის ძვლისაზრდელა და ქედის ფასციაც მივაყოლოთ. თიაქრის კარის დახურვისას სიფრთხილეა საჭირო, რომ არ შევავიწროოთ ან არ დავაზიანოთ ვენა. შემდეგ ოვალური ფოსოს ნამგლისებური კიდე—margo falciformis და ქედის ფასცია—fascia pectinea იკერება (სურ. 91). შიგნითა ხვრელის განივი, ხოლო ოვალური ფოსოს დასწვრივი ნაკერი ერთმანეთს ეჯვარედინება. რაც თიაქრის რეციდივის აცილების საშუალებას იძლევა.

რ უ (1900) თიაქრის კარის დახურვის მიზნით ურჩევს პუპარტის იოგის ნიკერებას ბოქვენის ძვალზე П-ს მაგვარი ლურსმნით.

შ ვ ა რ ც ი თიაქრის კარს ხურავს კუნთის ნაფლეთისაგან, რომელსაც გამოყოფს ქედის კუნთსა და მისი ფასციისაგან; ნაფლეთის ფუძე მიქცეულია ზემოთ, ბოლო კი ქვემოთ. ზომიერად დაჭიმული ნაფლეთი ზემოთ ბრუნდება და პუპარტის იოგს ეკერება.

ბარძაყის თიაქრის ოპერაცია შეიძლება გაკეთდეს საზარდულის მხრიდანაც (რუჯი, 1892, პარლავეჩიო, 1892, რაიხი, 1911 და სხვ.). განაკვეთი ტარდება პუპარტის იოგის 1 სმ ზევით. იხსნება საზარდულის არხი, თიაქარი ბარძაყის არხიდან საზარდულის არხში გადააქვთ, პარკი და შიგთავსი მუშავდება ჩვეულებრივ. პლასტიკის მიზნით პუპარტის იოგს აკერებენ კუპერის იოგს და საზარდულის მილს აღადგენენ ბასინის წესით (რუჯის წესი). ზოგჯერ შიგნითა ირიბი და განივი კუნთების ქვედა კიდეს ქვემოთ ეწევიან, პუპარტის და კუპერის იოგებს შუა ათავსებენ და მათ ერთმანეთს აკერებენ (პარლავეჩიოს ან რაიხის წესის მიხედვით).

ბარძაყის თიაქრის ოპერაციის დროს უნდა გვახსოვდეს, რომ ბარძაყის არხის შიგნითა რგოლთან ლანგებეკის ცხიმში 1,6—6,3%-ში გვხვდება სახურავი არტერია—art. obturatoria, რომელიც არხის შიგნითა რგოლს უვლის. ამ ვარიანტის დროს იგი art. hypogastrica-ს ნაცვლად გამოეყოფა art. epigastrica-ს ან art. femoralis ან art. iliaca externa-ს და ბარძაყის არხის თიაქარკვეთის დროს ამ არტერიის შემთხვევით გადაკვეთისას იგი ცხიმში იმალება, სილრმეში მიდის და მენჯის ღრუში ძნელად შესამჩნევ მძლავრ სისხლდენას იწვევს. ძველად, რადგან ასეთი გართულება სიკვდილთ თავდებოდა, არტერიის ამ ვარიანტს სიკვდილის გვირგვინი—„corona mortis“ ან სიკვდილის კარი—atria mortis უწოდეს.

თეთრი ხაზის თიაქარი — Hernia lineae albae

თეთრი ხაზის თიაქარი ვითარდება თეთრი ხაზის მყესოვან ბოჭკოთა შორის არსებულ რომბისებრ ნაპრალებში. თიაქრის განვითარებაში ხელშემწყობად თვლიან სწორი და პირამიდული კუნთის ძალის მნიშვნელოვან სისუსტეს მუცლის გვერდითი განიერი კუნთების ძალასთან შედარებით. თიაქრისაგან განსხვავებით მას ხშირად არ აქვს პარკი და შიგთავსიც კი. იგი მეტწილად წარმოდგენილია პრეპერიტონული ცხიმით, რომელსაც მეტ-ნაკლებად გამოყვება პერიტონეუმი (თიაქრის პარკი). ამ უკანასკნელის გამოსვლისას იგი ძაბრისებრ ფორმას ღებულობს (სურ. 92).

თეთრი ხაზის თიაქარი გვხვდება ეპიგასტრულ, პარაუმბილიკალურ (მეზოგასტრული) და ჰიპოგასტრულ არეში. აქედან გაცილებით ხშირია ეპიგასტრული და პარაუმბილიკალური თიაქარი. ისიც მეტწილად საშუალო ასაკის ჰამაკაცებში.

ავადმყოფი ზოგჯერ შემთხვევით აღმოაჩენს სიმსივნურ წარმონაქმნს შუა ხაზზე, რომელიც ხშირად იძლევა კუჭის მხრივ ზოგიერთ დისპეფსიურ მოვლენებს. ამის მიზეზია: თიაქრის დაჭიმვისა და მისი გაღიზიანების შედეგად რეფლექსურად გამოწვეული კუჭის ტკივილი; იშვიათად თიაქარში ბადექონის, განივი კოლინჯის ან კუჭის შესელა და ბოლოს საკმაოდ ხშირია თეთრი ხაზის თიაქრისა და წყლულოვანი დაავადების ერთდროულად არსებობა, რაც ყოველთვის უნდა ახსოვდეს ექიმს. ამ საკითხის ირგვლივ ჩვენთან უკვე საკმაო გამოცდილება დაგროვდა. ამიტომ თეთრი ხაზის თიაქრის დროს, მით უფრო, თუ კუჭის მხრივაც აღინიშნება ჩივილები, საჭიროა კუჭის გამოკვლევა ან ეკიდურუს შემთხვევაში ოპერაციის დროს მისი დათვალიერება. არც ისე იშვიათია, როცა ოპერაცია კეთდება თეთრი ხაზის თიაქრის გამო, უფრო სერიოზული დაავადება — წყლული—კი შეუმჩნეველი რჩება.

თ ე თ რ ი ხ ა ზ ი ს თ ი ა ქ რ ი ს გ ა ჭ ე დ ვ ა იშვიათია. ამ დროს აღინიშნება შეუსწორებელი, დაჭიმული და მტკივნეული გამობერილობა, ხშირად ჭიპს ზევით. შიგთავსის განგრენის დროს, რაც კიდევ უფრო იშვიათია, ადგილი აქვს ანთების მოვლენებს. ეპიგასტრული მიდამოს თეთრი ხაზის თიაქარი ჩვეულებრივადაც ხშირად შეუსწორებელია, ამიტომ თეთრი ხაზის შეუსწორებელი თიაქრის არსებობისას ეპიგასტრიუმის მიდამოში ტკივილი და კუნთთა დაჭიმულობა არ უნდა აიხსნას თიაქრით, მისი მიზეზი შეიძლება იყოს კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია ან სხვა მიზეზი.

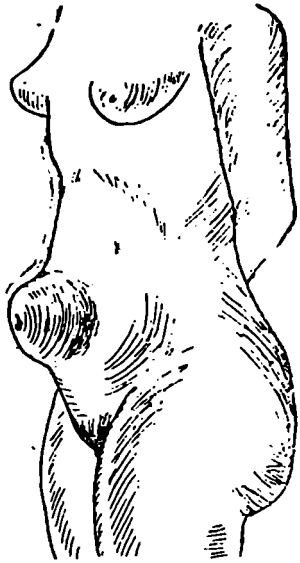
მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა ოპერაციულია. მისი შესრულება უმჯობესია რეგიონული ანესთეზიით, რომელიც რომბის მსგავსად გარს ევლება თიაქრის პარკს. გაკვეთი ტარდება თიაქრის გამობერილობის მიდამოში. კანისა და კანქვეშა ფასციის გაკვეთის შემდეგ ვადგენთ თიაქრის გამოსვლის ადგილს — თეთრი ხაზის დეფექტში. პარკის არსებობისას ჯერ გაიკვეთება თიაქრის პარკი, შემდეგ ვამოწმებთ შიგთავსის არსებობას და მის მდგომარეობას. პარკი მოიკვეთება, ჭრილობა გაიკერება. განიერი თიაქრის რგოლის არსებობისას, რაც იშვიათია, მიმართავენ პლასტიკას ერთი კიდის მეორეზე დაკერებით (დუბლიკატურა კ. საპეჟკოს წესით, სურ. 93).

ჰიპის თიაქარი — Hernia umbilicalis

ჰიპის თიაქარი ჰიპის რგოლში ვითარდება. ეს უკანასკნელი შექმნილია აპონევროზული ბოჭკოებისაგან, რომლებიც თეთრი ხაზის დაახლოებით შუა ადგილას მდებარეობს, ან, უფრო ზუსტად, ჰიპმახვილისებრ მორჩს შორის მანძილი ოდნავ მეტია ჰიპ-ბოქვენს შორის მანძილზე.

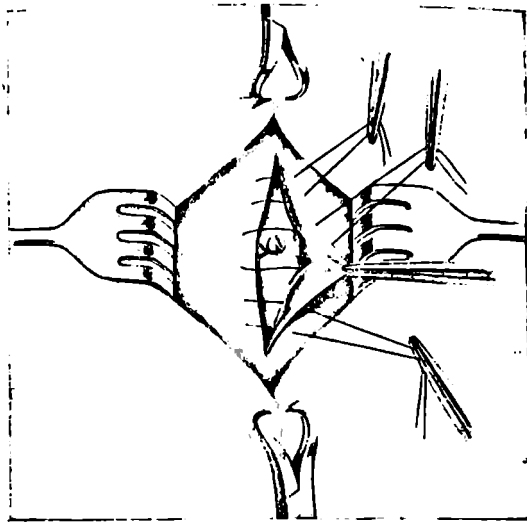
ნაყოფის მუცლად ყოფნისას ჰიპის რგოლში გადის ჰიპის ორი არტერია და ერთი ვენა. დაბადების შემდეგ ისინი ობლიტერაციას განიცდიან. ჰიპის რგოლი პირველ თვეს თითის წვერს კიდევ ატარებს. ზოგჯერ ჰიპის რგოლი არ იხშობა მოგვიანებითაც. იგი შიგნიდან პერიტონეუმით და გარედან ფაფაციით და კანითაა დაფარული. თუ ამას დაემატა მუცლის ღრუში წნევის მომატება (ხველა, ჭინთვები, ტირილი), იქმნება პირობები ჰიპის თიაქრის განვითარებისათვის. ჰიპის თიაქარი იშვიათად თანდაყოლილია, ნაყოფის დაბადებისთანავე ჰიპის რგოლში, ევენტრაციის მსგავსად, თიაქრის პარკის გარეშე, ვაჰოჩრილია ორგანო. ნეკროზული ჰიპლარის ინფიცირებამდე კეთდება ოპერაცია.

ჰიპის თიაქარი გაცილებით ხშირია ბავშვებში, განსაკუთრებით დაბადებიდან პირველ წელში, სანამ ჰიპის რგოლი კარგად გაფორმდებოდეს. ამ ასაკში ხშირია თიაქრის თვითგანკურნება მუცლის შიდა წნევის ამწევი მიზეზების ლიკვიდაციისა და ადგილობრივ თიაქრის არეში დამწოლი ნახვევით. ჰიპის თიაქარი ხშირია აგრეთვე ხანში შესულ ქალებში. მის განვითარებას ხელს უწყობს მუცლის ღრუში წნევის მომატება, განსაკუთრებით ასციტი და სიმსუქნე. ჰიპის რგოლი მნიშვნელოვნად განიერდება უფრო განივად. თიაქრის პარკს ქმნის ჰიპის მიდამოს პერიტონეუმი, რომელიც გაჭიმვისას სკდება და კამერები ვითარდება. შიგთავსი ხშირად ბადექონია, ზოგჯერ ნაწლავი. საკმაოდ ხშირია ჰიპის თიაქრის კოპროსტაზი და გაჭედვა. იჭედება ბადექონი, წვრილი ნაწლავი, განივი კოლინჯი და სხვ. გაჭედვის ამოცნობა ძნელი არაა, ჰიპის მიდამოში, სადაც წინათ ადვილად სწორდებოდა გამობერილობა, გაჭედვის შემთხვევაში აღინიშნება შეუსწორებელი და მტკივნეული სფეროსებრი ფორმის და სხვადასხვა ოდენობის სიმსივნე (სურ. 94). მსუქან პირებში იგი ერთგვარად შენიღბულია კანქვეშა ცხიმით. პირველ ხანებში თიაქრის მიდამოში კანის ფერი შეუცვლელია. შიგთავსის განგრძნების დროს შესაფერისად იცვლება კანიც.

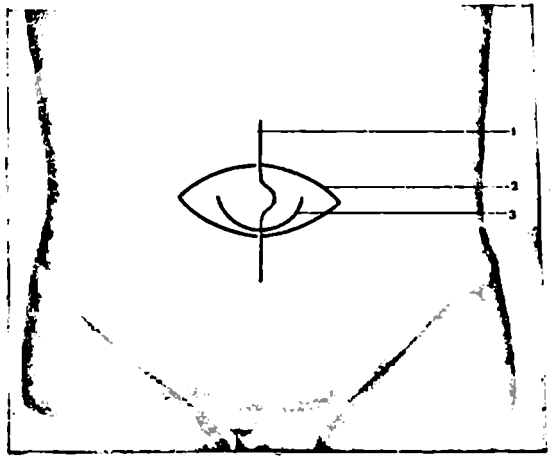


სურ. 94. ჰიპის თიაქარი.

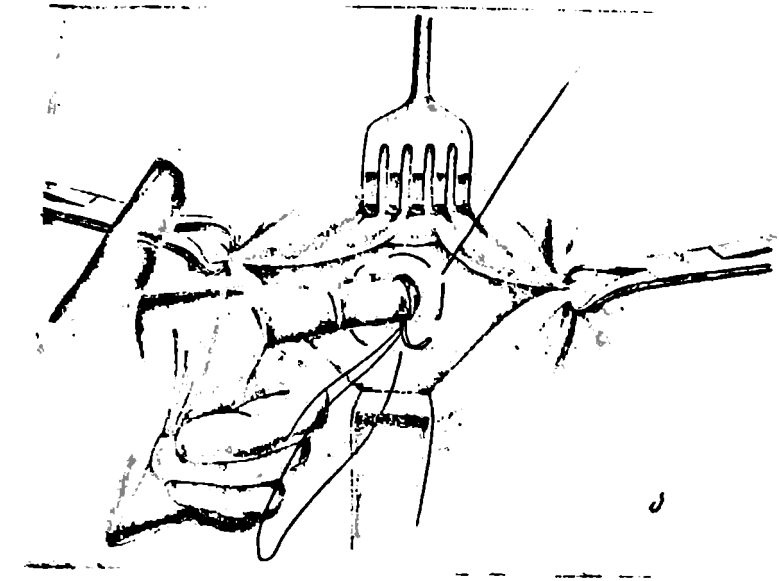
მკურნალობა. თუ თიაქარი ადვილად სწორდება, ევენტრირებული და შეუსწორებელი თიაქრის დროს შეიძლება ეურჩიოთ ბანდაჟი ან დამჭერი ნახვევი. რადიკალური მკურნალობა მხოლოდ ოპერაციაა. ადგილობრივი ანესთეზიით კეთდება გასწვრივი ან განივი (სურ. 95) განაკვეთი — ჰიპი გადაიწვება მარჯვნივ,

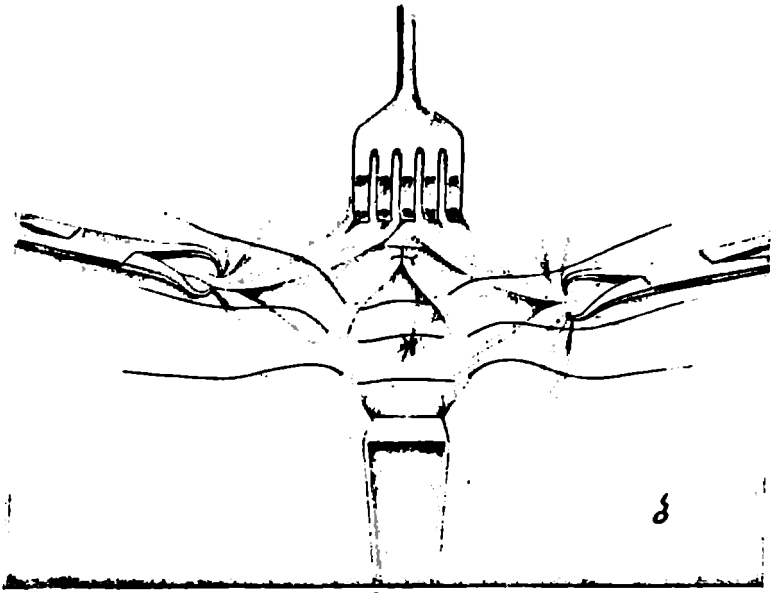


სურ. 93. თეთრი 'ხაზის თიაქრის ოპერაცია. თიაქრის კარის პლასტიკა საპეკოს წესით „ი"-სებრი ნაკერებით.



სურ. 95. კანის განაკვეთი ჭიპის თიაქრის ოპერაციის დროს. 1 — გასწვრივი; 2 — ოვალური; 3 — ნახევარმთვარისებრი.





სურ. 96. ჰიპის თიაქრის ოპერაცია: ა — ლეკსერის წესით ქისისებრი ნაკერის დადება; ბ—სწორი კუნთების ბუდეზე კვანძოვანი ნაკერების დადება.

ნიგთავსის მუცლის ღრუში ჩაბრუნების შემდეგ დეფექტი იხურება აბრეშუმის კვანძოვანი ნაკერებით, ზოგჯერ აპონევროზული კიდეები ერთმანეთს ეკერება — დუბლიკატურა, ან ჭიპის რგოლი ქისისებრი ნაკერით დაიხურება (ლექსერის წესი, სურ. 96).

ოპერაცია გაცილებით რადიკალურია, თუ ჭიპს მოვაშორებთ (სურ. 97).

ჭიპის გაჭედილი თიაქრის შემთხვევაში ჯერ იკვეთება პარკი, შემდეგ გაჭედილი რგოლი, შიგთავსის მდგომარეობის მიხედვით კეთდება რეზექცია ან მუცლის ღრუში ჩაბრუნება. ჭიპის გამჭედი რგოლის მახვილი კიდეების გამო ხშირია გაჭედილი ორგანოს სწრაფი და ღრმა ცვლილებები.

ძალიან დაგვიანებულ შემთხვევაში (შიგთავსის ნეკროზისა და ფლეგმონური ინფიცირების დროს) ჯობს მისი იზოლირებული მოშორება კანთან და თიაქრის პარკთან ერთად თიაქრის რგოლში მყოფ ჯანმრთელი ქსოვილის არეში, რათა თავიდან ავიცდინოთ პერიტონიტის გავრცელება.

სწორი კუნთების გათიშვა — Diastasis musculorum rectorum

სწორი კუნთების გათიშვა გაცილებით ხშირია ჭიპს ზევით და გვხვდება მრავალჯერ ნამშობიარებ ქალებში, ასციტის დროს და სხვ.

გათიშვა კარგად ისახება, თუ მწოლარე ავადმყოფს წამოვაჯენთ ან საწოლიდან წამოწევისას სწორ კუნთებს შორის ხელის მტევნის კიდეს მოვათავსებთ (იხილეთ სურ. 12).

მ კ ურ ნ ა ლ ობ ა ოპერაციულია. საკმაოდ განიერი თეთრი ხაზის ფირფიტები ერთი მხრიდან ეკერება მეორეზე „ი"-სებრი ნაკერებით (სურ. 98). ზოგჯერ შეიძლება ვურჩიოთ ბანდაჟის ტარება.

ოპერაციისშემდგომი თიაქარი — Hernia postoperationem — hernia ventralis

ოპერაციისშემდგომი თიაქარი უფრო ხშირად ვითარდება ნაოპერაციევი ან შემთხვევით მიყენებული დაჩირქებული ჭრილობის მეორადი დაკერვით შეხორცების დროს ტამპონის ან დრენაჟის გამოყენებისას. ოპერაციისშემდგომი თიაქარი შეიძლება განვითარდეს ყრუდ დახურული და პირველადი დაკერვით შეხორცებული ჭრილობის შემთხვევაშიც უფრო შუახაზზე, რასაც ხელს უწყობს ქსოვილთა სუსტი რეგენერაცია, ადრეული და გადაჭარბებული დატვირთვა და სხვ.

თიაქრის პარკი ვითარდება დაწინაურებული და შეცვლილი პერიტონეუმისაგან. პარკი ხშირად მრავალკამერიანია. თიაქრის პარკთან არც ისე იშვიათად მიზრდილია ნაწლავი ან ბადექონი. ასეთი თიაქარი მეტად შემაწუხებელია ავადმყოფისათვის და ზოგჯერ დიდ ოდენობასაც აღწევს (სურ. 99). იგი ხშირად განიცდის ჩაჭედვას, რაც ავადმყოფის სიცოცხლეს საფრთხეში აგდებს.

მ კ ურ ნ ა ლ ობ ა ოპერაციულია. განსაკუთრებული მნიშვნელობისაა წინასაოპერაციო მომზადება. რამდენიმე ხნით საჭიროა ავადმყოფს შეჩვევის მიზნით მჭიდროდ შეეუკრათ მუცელი ზეწრით, რომ იგი შეეგუოს გაძნელებულ სუნთქვას. წინაღმდეგ შემთხვევაში, ოპერაციის შემდეგ მუცლის ღრუ-

დან დიდიხნით გამოსული ორგანოების მუცელში ჩაბრუნებას და მუცლის კედლის მჭიდროდ დახურვას ავადმყოფი ძნელად ეგუება და პირველ ხანებში ძნიშე მდგომარეობაში ვარდება. ოპერაცია უმჯობესია გაკეთდეს ენდოტრაქეალური ნარკოზით. შეიძლება სპინალური და ადგილობრივი ანესთეზიითაც.

ოპერაცია იწყება წინათ ნაოპერაციევი ნაწიბურის ამოკვეთით. დიდი ვენტრალური თიაქრის დროს კარგია კანის განივი ელიფსური განაკვეთი. საჭი-

სურ. 99. ოპერაციისშემდგომი თიაქარი და ჩამოყიდებული მუცელი.

როა ძველი ნაწიბურიდან მოშორებით მუცელში ფრთხილი შესვლა, იქ, სადაც ორგანოები არაა მიზრდილი კედელთან. მდგომარეობაში გარკვევის შემდეგ შეხორცებისაგან ვანთავისუფლებთ ნაწიბურსა და თიაქრის პარკს, ზოგჯერ კანთან ერთად მთლიანად მოვკვეთთ. გაცილებით სიფრთხილეა საჭირო როგორც მუცელში შესვლის, ისე ორგანოთა პრეპარირებისას ევენტრაციის დროს, რათა თავიდან ავიცდინოთ ნაწლავის დაზიანება. ორგანოებს სათანადო ტუალეტის შემდეგ ვაბრუნებთ მუცლის ღრუში.

თიაქრის კარის დახურვა შუახაზზე ხდება აპონევროზული დუბლიკატურით, მუცლის გვერდით მდებარე დეფექტის დროს გაკერვით, კვანძოვანი ნაკერებით. ზოგი ურჩევს დამუშავებულ საკუთარ კანს, ფასციას ან ალოპლასტიკურ მასალას. ჩვენ, ყოველგვარი სხვა ქსოვილის გამოუყენებლად, ყოველთვის მოგვიხერხებია ძალზე დიდი და 10-ჯერ ნაოპერაციევი თიაქრის ლიკვიდაცია. დიდი თიაქრის ან ევენტრაციის ოპერაციის შემდგომ პერიოდში განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა გულ-სისხლძარღვთა და სუნთქვის ორგანოთა ფუნქციას.

ჩამოკიდებული მუცელი — Venter propendens

ჩამოკიდებული მუცელი უფრო ხშირად გვხვდება მრავალჯერ ნაშობიარევ და მსუქან ქალებში, საშუალო და ხანში შესულ ასაკში.

მუცლის წინა კედელზე, უფრო მის ქვემო ნახევარში, კანქვეშა ცხიმის დიდი რაოდენობით დაგროვების, სწორი კუნთების განლევისა და მათი გათიშვის დროს მოიშვებს რა მუცლის პრესი, ვითარდება ჩამოკიდებული მუცელი. იგი წინსაფარივით ეშვება ბოქვენამდე და ზოგჯერ უფრო ქვეითაც, ქმნის კანის ნაოჭს, სადაც გროვდება ოფლი, ხშირია კანის ეგზემატიზაცია და შემაწუხებელი სუნის გამონადენი. მდგომარეობას კიდევ უფრო ამძიმებს, როდესაც ჩამოკიდებულ მუცელთან ერთად ავადმყოფს აქვს ოპერაციისშემდგომი (სურ. 100) ან პარაუმბილიკალური თიაქარი.

მკურნალობა ოპერაციულია. ისე როგორც დიდი ვენტრალური თიაქრის დროს საჭიროა წინასწარ რამდენიმე დღით მუცლის მჭიდროდ შეკვრა. გულ-სისხლძარღვთა და ფილტვების მდგომარეობის გათვალისწინება. თუ არაა წინააღმდეგჩვენება, კეთდება დიდი რეკონსტრუქციული ოპერაცია. ზოგი ურჩევს სიგრძეზე ელიფსურ განაკვეთს, კანისა და კანქვეშა ცხიმის ამოკვეთას; შემდეგ ორივე სწორი კუნთის შიგნითა კიდეების სიგრძეზე გაკვეთილ აპონევროზულ ბუდეებს გავკერავთ (Schepelmann-ის ოპერაცია).

უფრო გავრცელებულია და უმჯობესია განივი ელიფსური ან წინსაფარისებრი განაკვეთი. ზედა განაკვეთი ტარდება შუა აქსილარულ ხაზამდე ორივე მხარეს. ქვედა მთლიანად მოიცავს კანს ბოქვენამდე. პროფ. მ. ჩაჩავა ურჩევს ჭიპის დატოვებას კანთან ერთად 3 სმ დიამეტრზე. ელიფსში მოქცეული კანი და კანქვეშა ცხიმი ამოიკვეთება. მისი წონა ზოგჯერ რამდენიმე კილოგრამს უდრის. მობილიზებული ჭრილობის ზედა კიდე ჩამოიწევა. მასში კეთდება განაკვეთი ჭიპისა და მის ირგვლივ კანის ფიქსაციისათვის. ჭრილობა ყრუდ იხეურება.

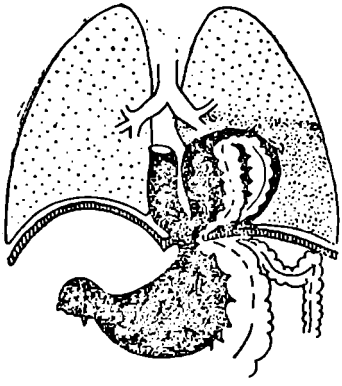
სურ. 100. ოპერაციისშემდგომი თიაქრის და ჩამოკიდებულ მუცლის ერთდროული მოცილება.

მუცლის გვერდითი (სპიგელის) თიაქარი. უფრო ხშირად მდებარეობს სპიგელის ნახევარრკალოვან ხაზზე (მუცლის განივი კუნთის მყესოვან ნაწილში გადასვლის ადგილია). სპიგელის თიაქარი მეტწილად ჭიპსა და თეძოს წინა—ზედა წვეტის შემაერთ ხაზზეა. თიაქრის სიმსივნის არსებობისას დიაგნოზის დასმა ძნელი არაა. მაგრამ ზოგჯერ სიმსივნე არ ისინჯება ან იგი ღრმადაა დამალული კანქვეშა ცხიმში, ამიტომ სიფრთხილეა საჭირო, რომ შეცდომით არ ვიფიქროთ აპენდიციტზე, თირკმლის ჭვალზე და სხვ.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა ოპერაციულია. თიაქრის პარკის დამუშავების შემდეგ თიაქრის კარი იხურება სამსართულიანი ნაკერით.

წელის მიდამოს (პეტიტის) თიაქარი ვითარდება პეტიტის სამკუთხედში. თიაქარი გამოიბერება თეძოს ძვლის ქედს ზევით, რომელიც ზეწოლისას ადვილად სწორდება. იგი შეიძლება იყოს თანდაყოლილი და შეძენილი. მკურნალობა ოპერაციულია. თიაქრის კარის დასახურად გამოიყენება მუცლის გარეთა ირიბი ან წელის განივი კუნთი.

დიაფრაგმის თიაქარი — Hernia diaphragmatica. დიაფრაგმული თიაქარი შიგნითა თიაქრის სახეს ეკუთვნის. იგი შეიძლება იყოს ნამდვილი და ცრუ. ანუ ტრავმული. ამ უკანასკნელის დროს დიაფრაგმის დეფექტში გასულ ორგანოს არა აქვს თიაქრისათვის დამახასიათებელი პარკი. ცრუს ეკუთვნის აგრეთვე დიაფრაგმის თანდაყოლილი თიაქარი. ცალკე განიხილავენ დიაფრაგმის რელაქსაციას, რასაც მისთვის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნები აქვს. იმის მიხედვით, რა ორგანო იქნება მუცლის ღრუდან გადასული გულმკერდის ღრუში და როგორ ცვლილებებს განიცდის იგი, დიაფრაგმული თიაქრის კლინიკური ნიშნების შესაბამისად იქნება გამოხატული უსიამოვნო გრძნობით და სუნთქვის გაძნელებით დაწყებული მძიმე შოკის სურათამდე, რაც დიაფრაგმის გაჭედილი თიაქრისთვისაა დამახასიათებელი.

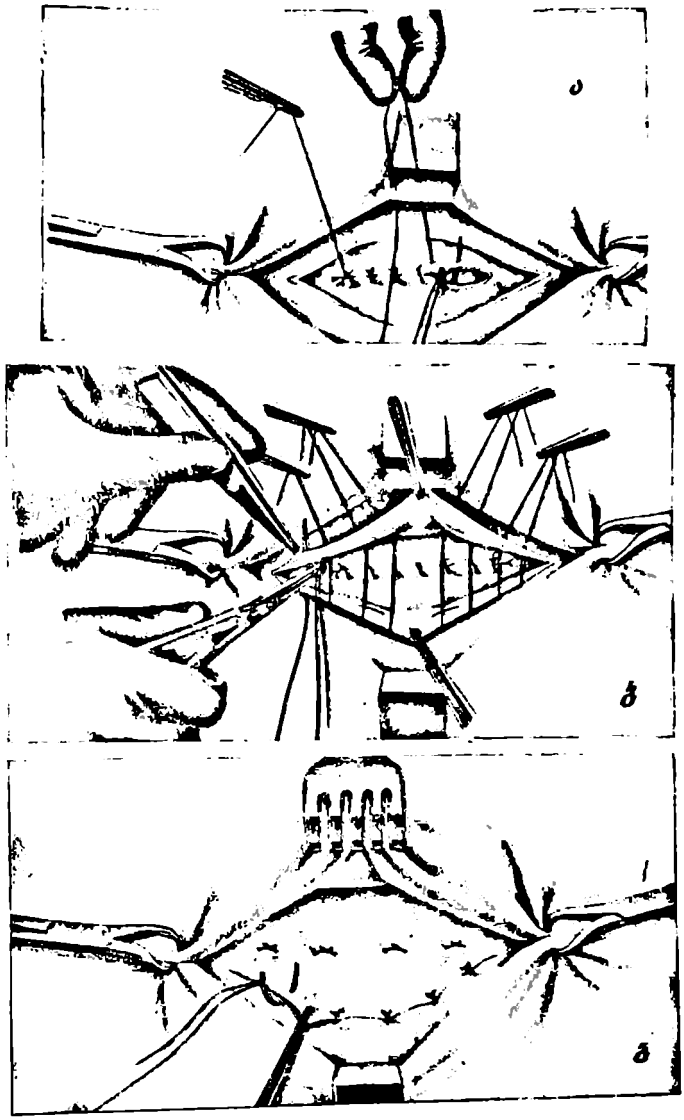


სურ. 101. დიაფრაგმის გაჭედილი თიაქარი.

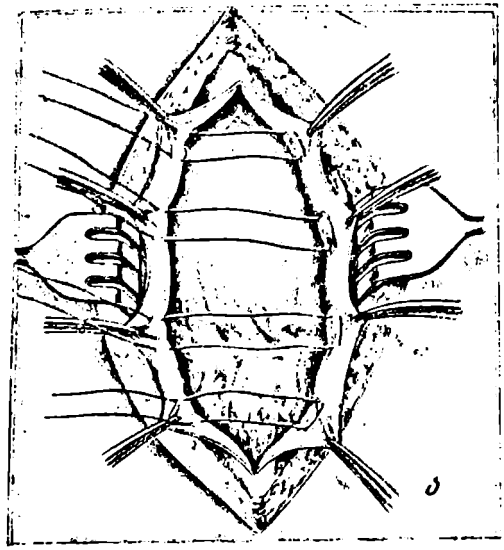
დიაფრაგმული თიაქრის შიგთავსი ხშირად არის კუჭი, მსხვილი (სურ. 101) და წვრილი ნაწლავი, ბადექონი, ელენთა და ღვიძლიც კი. დიაფრაგმული თიაქარი უფრო ხშირია მარცხნივ, განსაკუთრებით თანდაყოლილი. მეტწილად დიაფრაგმული თიაქარი აღენიშნება ბამკაცებს.

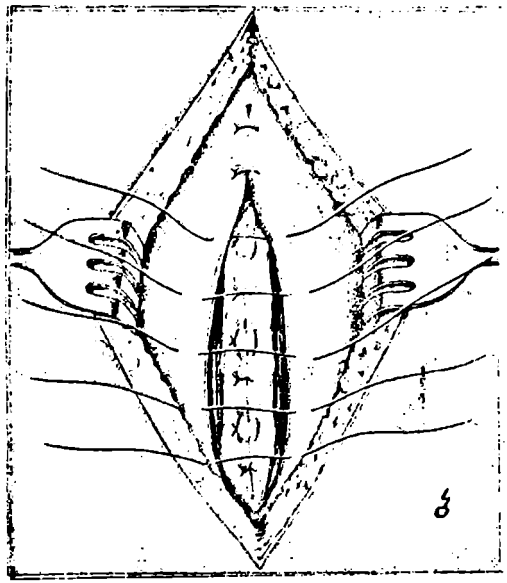
აღსანიშნავია აგრეთვე საყლაპავ-დიაფრაგმის თიაქარი, განვითარებული დიაფრაგმის ხვრელში საყლაპავთან. იგი შეიძლება იყოს თვით საყლაპავი მილის, რაც შედარებით ხშირია, და საყლაპავის ახლოს მდებარე ან საყლაპავი მილის დამოკლებისას კუჭის გადასვლა გულმკერდის ღრუში.

ქრონიკული ტრავმული დიაფრაგმული თიაქრის დიაგნოზის დასმა ადვილი არაა. ავადმყოფს აწუხებს გულმკერდისა და მუცლის მხრივ მოვლენები — ტკივილი მარცხნივ. მცირე და-



სურ. 97. ჭიპის თიაქრის ოპერაცია მეიოს წესით: ა — პერიტონეუმის გაკერვა განუწყვეტელი ნაკერით; ბ — აპონევროზის ქვედა ნაფლეთის მიკერება ზედა ნაფლეთთან „ი“-სებრი ნაკერებით; გ — ზედა ნაფლეთის წინიდან გადაკერება ქვედა ნაფლეთზე რამდენიმე კვანძოვანი ნაკერით.





სურ. 98. სწორი კუნთების გათიშვის ოპერაცია: ა—მუცლის ორთავე სწორი კუნთების უკანა კალთის გაკერვა „ი“სებრი ნაკერებით; ბ — მუცლის სწორი კუნთების წინა კალთის გაკერვა კვანძოვანი ნაკერებით.

ტვირთვისას ძლიერი ქოშინი, ანამნეზში ტრავმა. დიაფრაგმის თიაქრის დიაგნოზი ძირითადად ისმება რენტგენოლოგიური გამოკვლევით.

მკურნალობა. ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობის დროს შეიძლება ეურჩიოთ კონსერვატული მკურნალობა დიეტისა და ზოგი მედიკამენტის სასით. რადიკალური მკურნალობა მხოლოდ ოპერაციაა. პატარა თიაქარი შეიძლება დაიხუროს ლაპაროტომიით. დიდი თიაქრის დროს ჯობს ენდოტრაქეული ნარკოზით გაკეთდეს თორაკოტომია ან ზოგჯერ თორაკო-ლაპაროტომია. თორაკოტომია კეთდება მე-7 ნეკნთაშუა სივრცეში. გადაიკვეთება მოსაზღვრე ნეკნები, და ფართოდ იხსნება გულმკერდის ღრუ, ზოგჯერ მე-7 ნეკნი ამოიკვეთება. დიაფრაგმის ხვრელის დახურვა შეიძლება საკუთრივ დიაფრაგმის ქსოვილის გამოყენებით ან ზოგჯერ ამ მიზნით იხმარება ალოპლასტიკური ფირფიტები.

დახურული ხვრელის თიაქარი — Hernia obturatoria. თიაქარი გამოდის დახურული არხიდან თანამოსახელე სისხლძარღვებთან და ნერვთან m. pectineus-ის ქვეშ, რაც ძნელად შეიმჩნევა; ამოცნობა ძნელია. ზოგჯერ იძლევა ბარძაყზე ირადირებულ ტკივილს, საშოდან ან სწორი ნაწლავიდან გამოკვლევისას ხანდახან მენჯის წინა კედელზე შეიგრძნობა თიაქრის ზონარი. გაქედვისას დიაგნოზი მეტწილად ლაპაროტომიის დროს ისმება.

საჯდომი ხვრელის თიაქარი — Hernia ischiadicus. ისე როგორც დახურული ხვრელის თიაქარი, საჯდომი ხვრელის თიაქარიც უფრო ხშირია ქალებში. იგი უპირატესად გამოდის დიდ საჯდომ ხვრელში: თუ დიდი ოდენობის არაა, ძნელად ისინჯება.

შორისის თიაქარი — Hernia perinealis. არჩევენ შორისის წინა და შორისის უკანა, ანუ გვერდით და შუამდებარე თიაქარს. მათი გამოსვლა დაკავშირებულია სწორი ნაწლავის გამოვარდნასთან. გვერდითი თიაქარი ძალიან ჰგავს საჯდომ თიაქარს. შორისის თიაქრის შიგთავსი შეიძლება იყოს მენჯისა და მუცლის ღრუს ორგანო. ამ სახის თიაქარი საერთოდ ფრიად იშვიათია.

მკურნალობა ოპერაციულია. ამჯობინებენ საბდომინო-პერინეულ მიდგომას.

თიაქრის რეციდივის პროფილაქტიკა

ყველა თიაქრის შემდეგ რეციდივი ერთნაირი სიხშირით არ გვხვდება. იგი გაცილებით ხშირია საზარდულის სწორი და ბარძაყის თიაქრის ოპერაციის შემდეგ. თიაქრის ოპერაციის შემდეგ რეციდივი საერთოდ დიდადაა დამოკიდებული ოპერაციის ტექნიკურად სწორად ჩატარების ხარისხზე. გარკვეული მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის ასაკს, თანხვდენილ დაავადებებს, რომლებმაც შეიძლება ხელი შეუწყოს თიაქრის რეციდივს. გაუმართლებელია, როდესაც რეციდივის აცილების შიშით ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ავადმყოფი გაუნძრევლად წევს, კლინიკიდანაც კი მეტად დაგვიანებით წერენ. თიაქრის სახისა და ოჯახური პირობების მიხედვით შეიძლება ავადმყოფის გაწერა მე-10 დღისათვის. თიაქრის ოპერაციისშემდგომი ვარჯიში და მოძრაობა სასარგებლოა. ფიზიკური სამუშაოს შესრულება არ შეიძლება 3—4 კვირა, ზოგი სახის თიაქრის დროს — სამი თვე. მნიშვნელობა აქვს ფიზიკური სამუშაოს სახესაც. რეციდიული და დიდი თიაქრის შემდეგ ავადმყოფი ერთხანს უნდა განთავისუფლდეს მძიმე ფიზიკური დატვირთვისაგან.

თიაქრის გართულებანი

აღსანიშნავია თიაქრის შემდეგი გართულება: *თიაქრის შეუსწორებლობა* (hernia ireponibilis), *კოპროსტაზი* (obstructio herniae), *ანთება* (inflamatio herniae), *გაჭედვა* (incarceratio herniae), *თიაქრის დაცურება* (herniae perglismans).

შეუსწორებელი თიაქრის დროს შიგთავსისაგან პარკის ხანგრძლივი დროით გაღიზიანების შედეგად შიგთავსი შეზრდილია პარკის შიგნითა კედელთან და მისი შესწორება შეუძლებელია. შეუსწორებელი თიაქარი თავის მხრივ შეიძლება იყოს სრული, როდესაც მისი შესწორება არ შეიმჩნევა, და ნაწილობრივი. ამ უკანასკნელ შემთხვევაში შიგთავსი, მართალია, ნაწილობრივ სწორდება, მაგრამ თიაქრის კარი კარგად მაინც არ ისინჯება.

შეუსწორებელია ხშირად დიდი თიაქარი, აგრეთვე ზოგჯერ დაცურებული თიაქარი. გაცილებით ხშირად შეუსწორებელია ოპერაციისშემდგომი ვენტრალური და ჰიპის თიაქარი. მათ ამ შემთხვევაში მრავალი კამერაც აქვს.

შეუსწორებელი თიაქრის დროს ავადმყოფის ჩივილები გაცილებით მკვეთრადაა გამოხატული, ვიდრე თავისუფალი თიაქრის შემთხვევაში. შეუსწორებელი თიაქრის ძალით შესწორება ძლიერ ტკივილს იწვევს, რადგან შეხორცებისა და ანთებისაგან, რომელშიც ბადექონიც მონაწილეობს. ვითარდება მორგვი, ზოგჯერ საკმაოდ დიდი ოდენობის, რაც აბრკოლებს მის შესწორებას. შეუსწორებელი თიაქრის შიგთავსი მეტწილად ეგუება პარკში ყოფნას და მისთვის მუცელში დაბრუნება უჩვეულოა. შეუსწორებელი თიაქარი ხშირად იქედება.

კოპროსტაზი ვითარდება დიდი ხნის თიაქრისა და შეკრულობისადმი მიდრეკილების დროს, პერისტალტიკის დაქვეითების გამო. იგი უფრო ხშირად ვითარდება მსხვილ ნაწლავში განავლის მკვრივი მასების შედეგად. მამაკაცებში კოპროსტაზი გვხვდება საზარდულის თიაქარში ბრმა და სიგმურ ნაწლავში. ქალებში კოპროსტაზი ხშირია ჰიპის თიაქარში, როცა შიგთავსი სიგმური ან განივი კოლინჯია.

თიაქრის გაჭედვისაგან განსხვავებით, კოპროსტაზი ვითარდება თანდათან, ხშირად საჭმლის მიღების შემდეგ. თიაქრის პარკი იზრდება და ცომის კონსისტენციას ღებულობს. ტკივილი მეტწილად არ აღინიშნება. მოგვიანებით ავადმყოფს გამოხატული აქვს ზოგადი მოვლენები: შებერვა, გულისრევა, პირღებინება. მდგომარეობის პროგრესულობისას შეიძლება განვითარდეს გაჭედვა. მკურნალობის მიზნით გამოიყენება სიფონის ან ზეთის ოყნა, ატროპინი, კუჭის ამორეცხვა. გაჭედვის შემთხვევაში კეთდება სასწრაფო ოპერაცია.

თიაქრის ანთება იშვიათია. დიდი სიფრთხილეა საჭირო, რომ იგი გაჭედილ თიაქარში არ აგვერიოს. ყოველ საეჭვო შემთხვევაში ჯობს საკითხი თიაქრის გაჭედვის სასარგებლოდ გადაწყდეს. თიაქრის ანთება შეიძლება მოჰყვეს ნაწლავის ტრავმას, ტიფოზური პერფორაციას, ტუბერკულოზურ ანთებას ან თიაქარში მწვავე აპენდიციტს. ეს უკანასკნელი არც ისე იშვიათია. მწვავე აპენდიციტი კიდევ უფრო ხშირია გაჭედილ თიაქარში. დიდი ხანდაზმულობის და შეუსწორებელ თიაქარში, როცა ბანდაჟსაც ატარებენ, ზოგჯერ აღინიშნება თიაქრის ტუბერკულოზი (tuberculosis herniae). იგი ხშირად ტუბერკულოზური პერიტონიტის ადგილობრივი გამოვლინებაა. თიაქრის ანთება შეიძლება მოჰყვეს თიაქრის პარკში მყოფ საკვერცხეს და კვერცხსავალს, თუ ისინი ანთე-

ბას განიცდიან. თიაქრის ანთება ზოგჯერ ადგილობრივ შემოიფარგლება და ფლეგმონა ვითარდება. სხვა შემთხვევაში შეიძლება მან ზოგადი პერიტონიტი გამოიწვიოს. თვით თიაქრის ანთებაც, არსებითად, ადგილობრივი პერიტონიტია, იგი თავის მხრივ შეიძლება იყოს შედარებით მსუბუქად მიმდინარე, სეროზული ან სერო-ფიბრინული და მძიმე ფორმის ჩირქოვანი ანთება. ასეთ შემთხვევაში ვითარდება დამახასიათებელი ტკივილი, შესივება, პარკის დაჭიმულობა, პერკუტორულად მოყრუება და თიაქარი შეუსწორებელი ხდება. მოგვიანებით ანთებით ცვლილებებს განიცდის თიაქრის საფარველი. ავადმყოფს მომატებული აქვს ტემპერატურა და აღენიშნება ანთების სხვა ზოგადი ნიშნები. თიაქრის ანთება იშვიათად შეიძლება დაიწყოს კანიდანაც; მისი დაწყლულების, ეგზემატიზაციის ან ამ მიდამოში ჩირქოვანი კერის (აბსცესი, ფურუნკული) არსებობის დროს.

მკურნალობა. სუსტად გამოხატული ანთებითი პროცესის დროს ზოგჯერ საკმარისია წოლა, ადგილობრივი საფენები, ანტიბაქტერიული საშუალება (სულფანილამიდური პრეპარატი, პენიცილინი), მძიმე შემთხვევაში საჭიროა ოპერაცია, ზოგჯერ ანთების მიზეზის (აპენდიციტის, დაზიანებული ნაწლავის) ლიკვიდაცია. იშვიათად მხოლოდ გაკვეთა და დრენირება.

დაცურებული თიაქარი. იგი თიაქრის ისეთი სახეა, როდესაც თიაქრის შიგთავსი თავისუფლად კი არაა, არამედ მასში შემავალი ორგანო (ბრმა ნაწლავი — სურ. 102. ასწვრივი, ან სიგმური კოლინჯი. შარდის ბუშტი — სურ. 103) ღებულობს მონაწილეობას პარკის შემადგენლობაში. პარკის ერთი კედელი ორგანოთია წარმოდგენილი (სურ. 102).

დაცურებული თიაქარი ხშირი არაა და უმთავრესად გვხვდება მოხუცებში, ვისაც კუნთოვანი სისტემის მოდუნება აღენიშნება.

დაცურებულ თიაქარზე შეიძლება ვიფიქროთ ხანში შესულ პირებში, დიდი ოდენობის თიაქრისა და განიერი კარის არსებობის დროს. ოპერაციამდე დაცურებული თიაქრის ზუსტად ამოცნობა არ ხერხდება. დაცურებული თიაქრის გაკვეთა შედარებით იშვიათია. დაცურებული თიაქრის ოპერაცია მოითხოვს სიფრთხილეს. პარკის გამოყოფისას, თუ არ გავითვალისწინეთ ორგანოს არსებობა, შესაძლოა მისი დაზიანება.

გაპეჭილი თიაქარი

თიაქრის გაპეჭვა თავისუფალი და შეუსწორებელი თიაქრის საკმაოდ ხშირი, ყველაზე მძიმე და საშიში გართულებაა, ამიტომ მათ შესახებ შედარებით უფრო დაწვრილებით შევჩერდებით.

თიაქრის გაპეჭვის დროს უფრო ხშირად (70%-ში) ნაწლავის მარყუჟი იპეჭება, ამიტომ ეს დაავადება განიხილება როგორც ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის კერძო შემთხვევა. ზოგჯერ გაპეჭვას განიცდის ბადექონი, შარდის ბუშტი ან სიცოცხლისათვის მნიშვნელოვანი სხვა ორგანო.

საზარდულისა და ბარძაყის თიაქარი უფრო ხშირად იპეჭება, ვიდრე ჭიპისა და თეთრი ხაზის თიაქარი. თუ ნაწლავის გაპეჭვას სტრანგულაციური ტიპის გაუვალობის მოვლენების განვითარება მოსდევს, ბადექონის გაპეჭვას შეიძლება მოჰყვეს მისი ნეკროზი. ამიტომ გაპეჭილი თიაქარი ხშირად რთულდება პერიტონიტით, ზოგჯერ მუცლის კედლის ფლეგმონით და სხვ.

გარეთა თიაქრის გარდა, გაპეჭვა იშვიათად გვხვდება. მუცლის შიგნი-

თა ანუ დახურული თიაქრის გაჭედვისას (დიაფრაგმის, ტრეიცის და სხვ.) ვითარდება ნაწლავის სრული ან ნაწილობრივი გაუვალობის მოვლენები, მოგვიანებით პერიოდში კი პერიტონიტი. შიგნითა თიაქრის დიაგნოზი მეტწილად, როგორც ზევითაც აღვნიშნეთ, ლაპაროტომიის დროს ისმება.

გაჭედვის მექანიზმის ახსნას მრავალი თეორია ცდილობს, მაგრამ არც ერთი მათგანი ამომწურავად ვერ ხსნის ამ რთულ პროცესს.

თიაქრის გაჭედვა წარმოდგენილია როგორც თიაქრის შიგთავსზე უეცარი ზეწოლა მუცლის ღრუდან მისი გამოსვლის ადგილას.

თიაქრის გაჭედვის ხელშემწყობი მიზეზი შეიძლება გახდეს ნაწლავთა გადავსება, მუცლის პრესის კუნთების მეტად თუ ნაკლებად გამოხატული დაჭიმულობა, ორგანიზმის არანორმალური დატვირთვის, ზოგჯერ ხველების, ცხვირის დაცემინების ან სხვა სახის ძლიერი ბიძგის შედეგად და სხვ.

თიაქრის გაჭედვის მრავალ მიზეზთა შორის მთავარი მნიშვნელობა აქვს:

1. თიაქრის რგოლის ირგვლივი კუნთებისა და აპონევროზის რეფლექსურ სპაზმს, რაც სხვადასხვა გაღიზიანების შედეგია. იგი ელასტიკური გაჭედვის სახელს ატარებს, რადგან მას საფუძვლად ელასტიკური ფაქტორი უდევს. იგი გაცილებით ხშირია. ასეთი გაჭედვის დროს თიაქრის შიგთავსზე მუცლის კედლის ქსოვილების სპასტიკური მდგომარეობის შედეგად ვითარდება სწრაფი ზეწოლა. მოსვენება, თბილი პროცედურები და ნარკოზული საშუალებანი კი. პირიქით, ამ გაღიზიანების მოხსნით იწვევს მუცლის კედლის მოდუნებას და თიაქრის თავისთავად შესწორებას.

2. თიაქრის კარის, ანუ რგოლის სივიწროვე. ცნობილია, რომ თიაქარი ვიწრო კარის დროს უფრო ხშირად იჭედება, ვიდრე დიდი კარის დროს, რადგან ვიწრო რგოლის დროს თიაქრის პარკში შესულ ნაწლავის მარყუჟს გადანაცვლების ნაკლები საშუალება აქვს. ასეთი თიაქარი პროგნოზის მხრივაც უფრო საშიშია.

3. თიაქრის კარის სიმკვრივეს და მის ნაკლებ ელასტიკურობას, მაგალითად, რომბისებრ ნაპრალებს მუცლის შუახაზზე, ჭიპის რგოლს ან ბარძაყის და იშვიათად საზარდულის თიაქრის ხვრელს.

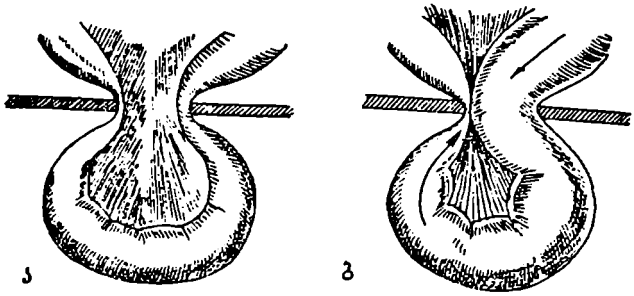
4. ანთებით ცვლილებებს და ნაწიბურებს თიაქრის კარისა და პარკის მიდამოში.

5. ნაწლავის შიგთავსის გადანაცვლებას ნაწლავთა პერისტალტიკის შედეგად თიაქრის რგოლის გაგანიერების დროს. შესაძლოა, თიაქრის პარკში მყოფ ნაწლავის მარყუჟში ერთბაშად დიდი რაოდენობით გადაინაცვლოს ნაწლავის შიგთავსმა (აირმა, ფანავალმა), რომლის უკან გამოსვლა თიაქრის კარის მიდამოში ბრკოლდება განავლის მასებით გაბერილი ნაწლავისაგან. ასეთ გაჭედვას განავლოვანს უწოდებენ (სურ. 104).

არჩევენ გაჭედილი თიაქრის შემდეგ სახეებს:

1. ნაწლავის გაჭედვა სტრანგულაციური ღარით. როდესაც თიაქრის პარკში მოთავსებულ ნაწლავის მარყუჟზე თიაქრის რგოლისაგან განვითარებულია სტრანგულაციური ღარი ნაწლავის შიგთავსის გადანაცვლების სრული დაბრკოლებით.

2. ნაწლავის კედლის გაჭედვა (რიხტერის ტიპის თიაქარი), როდესაც იჭედება ჯორჯლის მოპირდაპირე მხარეზე მყოფი ნაწლავის



სურ. 104. თიაქრის რგოლში ნაწლავის გაჭედვის სქემა:
ა—ელასტიკური გაჭედვა; ბ—განაელვანი გაჭედვა.

კედლის ნაწილი, განსაკუთრებით ძლიერ პატარა თიაქრის რგოლის დროს (სურ. 105).

3. რეტროგრადული გაჭედვა. ამ დროს ნაწლავის გაჭედილი ნაწილი მოთავსებულია მუცლის ღრუში. იგი ვითარდება ნაწლავის შედარებით გრძელი ჯორჯლის დროს, როდესაც თიაქრის პარკში გაჭედილია ნაწლავის ორი ან მეტი მარყუჟი ასო „W"-სებრად (სურ. 106).

საზარდულის გაჭედილი თიაქარი თავისუფალი თიაქრის გართულებაა. ეს უკანასკნელი მუცლის ღრუს რომელიმე ორგანოს, უფრო ხშირად ბადექონის ან ნაწლავის საზარდულის არხით გამოსვლის დროს ვითარდება.

საზარდულის გაჭედილი თიაქრით უფრო ხშირად ავადდებიან მამაკაცები, უპირატესად 30—50 წლის ასაკში. თიაქრის გაჭედვა შეიძლება შეგვხვდეს ყველა ასაკში.

საზარდულის თიაქრიდან, როგორც წესი, იჭედება ირიბი თიაქარი, რადგან სწორედ მას აქვს ვიწრო მასტრანგულირებელი რგოლი. ამის საწინააღმდეგოდ, საზარდულის სწორი თიაქარი, რომელსაც განიერი რგოლი აქვს ჩვეულებრივ, გაჭედვას არ განიცდის.

თიაქრის გაჭედვის დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს ანამნეზს. თიაქრის გაჭედვა უფრო ხშირად აღინიშნება სწორედ თიაქრით დაავადებულთა შორის. ამდენად, გაჭედვა წარმოადგენს თიაქრის გართულებას. რაც მაშინვე იპყრობს ავადმყოფის ყურადღებას. ამიტომ მეტწილად ექიმთან ავადმყოფი უკვე სწორი დიაგნოზით ცხადდება: თიაქრის მქონე ავადმყოფებს წარსულშიც არა ერთხელ გადაუტანიათ თიაქრის გაჭედვა, რომელიც წინათ ადვილად შესწორებული. ამჟამად კი გართულების საშიშროებას გაჭედვის სახით ავადმყოფი სავსებით სწორად აფასებს. იშვიათად, მაგრამ არის შემთხვევები, როდესაც თიაქრის გაჭედვა აღინიშნება ისეთ პირებშიც, რომელთაც გაჭედვამდე თიაქარი არ ჰქონიათ. ამ დროს ექიმს მეტი სიფრთხილე მოეთხოვება, რადგან თიაქარი პირველად გაჭედვით გამომჟღავნდება, მანამდე კი თავისუფალი თიაქარის არსებობას ადგილი არ ჰქონია.

ავადმყოფის ჩივილებიდან განსაკუთრებით ყურადსაღებია უფრო ხშირად დაავადების უეცარი დაწყება თიაქრის მიდამოში ტკივილით. დაავადების სწრაფი მიმდინარეობა ძლიერი ტკივილით უფრო დამახასიათებელია ახალგაზრდებისათვის, რომელთაც თიაქრის ვიწრო კარი და მუცლის პრესის

კარგად განვითარებული ელასტიკური ქსოვილები აქვთ. დაავადების თანდათანობით განვითარება ნაკლებად მწვავე მიმდინარეობით და ყრუ ხასიათის ტკივილით დამახასიათებელია მოხუცებისათვის, რომელთაც საზარდულის გამქედი რგოლი განიერი და ნაკლებ ელასტიკური აქვთ.

სამაგიეროდ უნდა გვახსოვდეს ისიც, რომ მოხუცებს, რომელთაც კარდიოსკლეროზი აქვთ, ნაწლავის გაჭედვის დროს ადვილად უვითარდება ჯორჯლის სისხლძარღვთა თრომბოზი, და ძლიერი ტკივილის გამო შეიძლება შოკის მოვლენები განვითარდეს.

გაჭედილი თიაქრის დროს ტკივილის ინტენსივობა დამოკიდებულია გაჭედვის ხასიათზე. აგრეთვე იმაზე, თუ რომელი ორგანოა გაჭედილი. ზოგჯერ ტკივილი იმდენად ძლიერია, რომ ავადმყოფი კოლაფსის მდგომარეობაში ვარდება. განსაკუთრებით ძლიერია ტკივილი საკვერცხის გაჭედვის დროს. ყველაზე მეტი მტკივნეულობა აღინიშნება გაჭედვის მიდამოში.

ტკივილის ირადიაცია მამაკაცებს აქვს სათესლე ჯირკვალში. ქალებს საკვერცხო ბაგეებში, შორისსა ან ბარძაყში იმავე მხარეს. ტკივილის ირადიაცია დამოკიდებულია ნერვებით უხვად მომარაგებული ჯორჯლის გაკიმვაზე. ტკივილი გაჭედვის მოგვიანებულ პერიოდში ზოგჯერ სრულებით ქრება, ოპერაციის დროს კი ასეთ შემთხვევაში ნაწლავის განგრენას ნახულობენ. ტკივილი ქრება აგრეთვე გაჭედილი ორგანოს სწრაფი ნეკროზის დროს. ამიტომ შეცდომა იქნება, თუ ტკივილის გაქრობას ავადმყოფის მდგომარეობის გაუმჯობესების ნიშნად ჩავთვლით.

ტკივილის გარდა, გაჭედილი თიაქრის კლინიკური ნიშანია თ ი ა ქ რ ი ს შ ე უ ს წ ო რ ე ბ ლ ო ბ ა. მაშინ, როდესაც წინათ აქ არსებული გამობერილობა (თიაქარი) მცირე ზეწოლისა და ავადმყოფის ჰორიზონტალური მდებარეობის დროს ადვილად სწორდებოდა მუცლის ღრუში. გარდა იმისა, რომ ჩაჭედილი თიაქარი არ სწორდება მუცლის ღრუში, მისთვის დამახასიათებელია აგრეთვე დ ა ბ ი მ უ ლ ო ბ ა, ო დ ე ნ ო ბ ა შ ი მ ო მ ა ტ ე ბ ა და ზ ე წ ო ლ ი ს დ რ ო ს მ ტ კ ი ვ ნ ე უ ლ ო ბ ა, რაც გაჭედილი თიაქრის მეტად დამახასიათებელი ნიშანია. გაჭედილი თიაქრის მხრივ საეჭვო წარმონაქმნის პერკუსია თიაქრის პარკში სითხის არსებობის გამო ჩვეულებრივ იძლევა ყრუ ხმას. როდესაც თიაქრის შიგთაესი ნაწლავის შებერილი მარყუჟია და იგი კანთან ახლოს მდებარეობს, პერკუსია იძლევა ტიმპანიტს.

გაჭედვის დროს თიაქრის გამობერილობის ოდენობაში მატება, ისე როგორც მისი ზედაპირის დაბიმულობის მკვეთრი პროგრესულობა, დამოკიდებულია თიაქრის პარკში ნაწლავის მარყუჟების დიდი რაოდენობით შესვლისა, მათი ინტენსიური შებერილობისა და გაჭედილი ნაწლავის ირგვლივ გამონადენის დაგროვებისაგან.

თიაქრის ყელის მიდამოში გაჭედვის დროს, თიაქრის პარკსა და მუცლის ღრუს შორის კავშირის სრული გაწყვეტის დროს ი ს პ ო ბ ა ხ ვ ე ლ ი თ ი ბ ი ძ გ ი ს გ ა დ ა ც ე მ ი ს ნ ი შ ა ნ ი, რომელიც ესოდენ დამახასიათებელია თავისუფალი თიაქრისათვის.

საზარდულის გაჭედილი თიაქრის დროს მომრგვალო ელასტიკური და მტკივნეული წარმონაქმნი ანატომიურად ჩვეულებრივ მოთავსებულია პუპარტის იოგის ზევით, ბოქვენის ბორცვის შიგნით და მიემართება საზარდულის არხისაკენ. გვერდებიდან და ქვევიდან მას მეტად თუ ნაკლებად გარკვეული

საზღვრები აქვს, ზემო პოლუსი მჭიდროდ ეკვრის საზარდულის არხის გარეთა რგოლს და არხის სიღრმეში ერცელდება.

იშვიათია, როდესაც არ აღინიშნება გაჭედილი თიაქრისათვის მთავარი დამახასიათებელი ნიშანი თიაქრის გამობერილობა. ეს გვხვდება მსუქან პირებში, საზარდულის მიდამოში კანქვეშა ცხიმის დიდი რაოდენობით დაგროვების დროს, აგრეთვე ე. წ. „მშრალი გაჭედვის“ დროს, როდესაც თიაქრის პარკში სითხე არ გროვდება. თუ გაჭედილი ორგანოს მეტად სწრაფი ზეწოლით შეწყდება არტერიული სისხლის მიმოქცევა, მაშინ თიაქარი არ შესივდება, რადგან პარკში არ გროვდება სითხე. საზარდულის არხის გარეთა რგოლთან გამობერილობა არ იქნება იმ შემთხვევაშიც, როდესაც იშვიათად გაჭედვა ხდება საზარდულის შიგნითა რგოლთან. ამ დროს ტკივილი და მცირე არარელიეფური შესივება აღინიშნება საზარდულის არეში. მარჯვენა მხარეს, ასეთი გაჭედვა შეიძლება მიჩნეულ იქნეს აპენდიციტად.

ზოგჯერ თიაქრის გამობერილობა არ არსებობს გაჭედილი თიაქრის სხვადასხვა სახის ცრუ შესწორების (მუცლის ღრუში ან პერიტონეუმის წინ) ან თიაქრის „ცრუ“ შესწორების დროს. ამ დროს, მართალია, ისპობა თიაქრის გამობერილობა, მაგრამ ზოგჯერ სტრანგულაციის მიზეზი რჩება.

თუ გაჭედილი თიაქარი დროულად არ იქნა ამოცნობილი, თიაქრის გამობერილობის მიდამოში, გაჭედილი ნაწლავიდან ინფექციის ირგვლივ მდებარე ქსოვილებში გავრცელების შედეგად ვითარდება პერიტონიტი, ზოგჯერ თიაქრის პარკის ფლეგმონური ანთება ავადმყოფის საერთო მძიმე მდგომარეობასთან ერთად. ამიტომ დაგვიანებულ პერიოდში ანთების პროგრესულობის დროს გაჭედილი თიაქარი შეიძლება მიღებულ იქნეს თიაქრის ანთებად ან მხოლოდ ფლეგმონად. დიაგნოზის დასმაში გვშველის გულდასმით შეკრებილი ანამნეზი და ფრთხილად შესრულებული ოპერაცია.

გაჭედილი თიაქრის ზოგადი ნიშნებიდან მთავარია: ტკივილი, რომელიც ძირითადად თავმოყრილია თიაქრის გამობერილობის მიდამოში. ერცელდება მთელი მუცლის არეში და ირადიაციას იძლევა ეპიგასტრიუმის ან წელის არეში. ტკივილს მუდმივი ან შეტევითი ხასიათი აქვს. ზოგჯერ ტკივილი პირველ ხანებში იმდენად ძლიერია, რომ ავადმყოფი შოკის მდგომარეობაში ვარდება. მოგვიანებით ტკივილის გაქრობა ნაწლავის განგრენის მაჩვენებელია და არა ავადმყოფის მდგომარეობის გაუმჯობესებისა. მუდმივი ხასიათის ირადირებული ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში დამახასიათებელია ბადექონის გაჭედვისათვის.

ნაწლავის მარყუჟის გაჭედვის დროს ავადმყოფს ექნება სტრანგულაციური გაუვალობის ნიშნები (გულისრევა და პირღებინება, მუცლის შებერილობა, აირებზე და განავალზე მოქმედება მეტწილად შეწყვეტილია. მის მოქმედებას პირველ ხანებში შეიძლება ადგილი ექნეს წერილი ნაწლავის ზემო ნაწილის გაჭედვის დროს).

გაუვალობის ნიშნები არ აღინიშნება ნაწლავის კედლის (რიხტერის ტიპის) გაჭედვის დროს, როდესაც ნაწლავის სანათური მთლიანად დახშობილი არაა. ასეთი სახის გაჭედვას ახასიათებს შეტევითი ხასიათის ტკივილი, აირებსა და განავალზე მოქმედების გაძნელება და ნაწლავთა პერისტალტიკის გაძლერება, რის გამო იგი შეიძლება მიჩნეულ იქნეს ნაწილობრივ გაუვალობად. დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება თიაქრის არხის და განსაკუთრებით მის სიღრ-

მეში მცირე ოდენობის ელასტიკური მტკივნეული სიმსივნის არსებობა. შეცდომებს აქაც აქვს ადგილი. ზოგჯერ მას მიიჩნევენ ლიმფური კვანძის ჩირქოვან ანთებად.

წვრილი ნაწლავის გაჭედვის დროს ავადმყოფი მძიმე მდგომარეობაშია: მაღალი ტემპერატურა, შემცივნება, ორგანიზმის გამოშრობა (სითხეებისა და ქლორიდების დაკარგვის გამო), სუსტი და აჩქარებული პულსი. ნაწლავის განგრენული ნაწილის ჯანმრთელისაგან არასაკმაო დემარკაციის დროს, რაც არც ისე იშვიათია, პერიტონიტი პროგრესულად ვითარდება.

ბადექონის იზოლირებული გაჭედვა შედარებით იშვიათია. იგი ხშირად გვხვდება ნაწლავთან ერთად. ბადექონი ბარძაყის თიაქარში ოთხჯერ უფრო ხშირად იჭედება, ვიდრე საზარდულისაში. ბადექონის გაჭედვის დროს შეიძლება გვქონდეს რეფლექსური პირღებინება, მუცლის გაბერილობას კი ადგილი არა აქვს, რადგან აირებზე და განავალზე მოქმედება თავისუფალია. ამის გამო ფიქრობენ, რომ ბადექონსა და თიაქრის პარკს შორის ზოგჯერ თითქოს მყარდება ერთგვარი კავშირი ანასტომოზების სახით, რის გამოც ბადექონი იშვიათად ნეკროზდება.

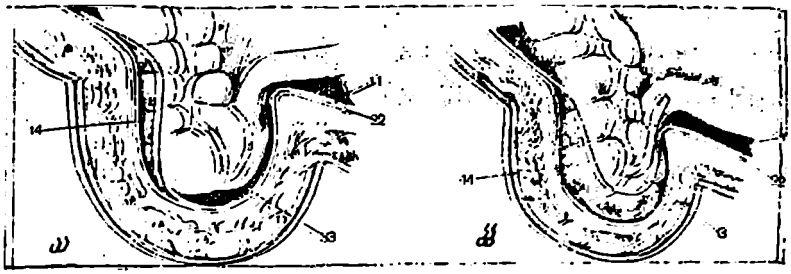
ბადექონის ნეკროზი რომ იშვიათია, ამას განსაკუთრებით ხელს უწყობს მისი პლასტიკურობა და კარგი ვასკულარიზაცია. მისი ნეკროზის შემთხვევაში ადგილი ექნება არა მარტო ადგილობრივ, არამედ ზოგად მოვლენებსაც.

ჭიანაწლავის გაჭედვა. საზარდულის გაჭედილ თიაქარში ჭიანაწლავის არსებობა არც ისე იშვიათია, იგი უფრო გვხვდება ბრმა ნაწლავთან ან თეძოს ნაწლავთან ერთად, ვიდრე იზოლირებულად. დიაგნოზი თითქმის ყოველთვის ისმება გაჭედილი თიაქრისა, რომელშიც შემთხვევით აღმოაჩენენ ჭიანაწლავსაც სხვა ორგანოებთან ერთად ან იშვიათად იზოლირებულად. თიაქრის პარკში ჭიანაწლავის არსებობისას უნდა გვახსოვდეს დაცურებული თიაქრის შესახებ, რათა არ დავაზიანოთ ბრმა ნაწლავი.

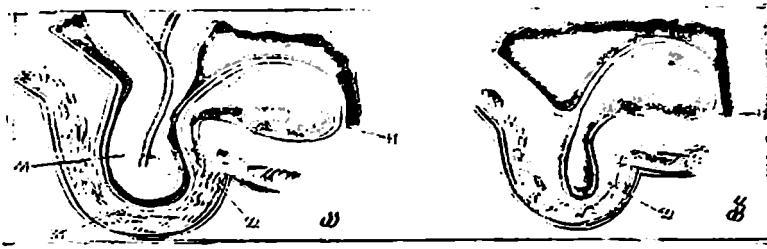
შარდის ბუშტის იზოლირებული გაჭედვა იშვიათია. იგი შეიძლება გაჭედოს დიდი ხანგრძლიობისა და განიერი რგოლის თიაქრის შემთხვევაში ბადექონთან და ნაწლავთან ერთად. ასეთ შემთხვევაში ყურადღებას იპყრობს ნაწლავის გაჭედვის ნიშნები, შარდის ბუშტის იზოლირებული გაჭედვის დროს ადგილი აქვს დიზურიულ მოვლენებს (შარდის შეკავებას ან, პირიქით, ხშირ და მტკივნეულ შარდვას). ზოგჯერ რეფლექსურად — გულისრევა და პირღებინება. ნაწლავის გაუვალობის ნიშნები კი არ აღინიშნება.

მეკელის დივერტიკულის გაჭედვა მისი პირველი აღმწერის ლიტრის (1700) სახელს ატარებს. მეკელის დივერტიკული გვხვდება თეძოს ნაწლავზე ბრმა ნაწლავიდან 30—50 სმ მოშორებით. ანთების, შეხორცებისა და გაუვალობის გარდა, დივერტიკული შეიძლება გაიჭედოს თიაქრის პარკში. რაც შედარებით იშვიათად გვხვდება. მისი ნიშნები ძალზე ჰგავს ნაწლავის კედლის გაჭედვის დროს არსებულ სიმპტომებს. გაუვალობის მოვლენებს ადგილი აქვს მხოლოდ ნაწლავის გადაკეცვის შემთხვევაში. მეკელის გაჭედილი დივერტიკული შემთხვევით აღმოჩნდება ოპერაციის დროს. დიაგნოზის წინასწარი დასმა, მისი იშვიათობისა და არადამახასიათებელი ნიშნების გამო, არ ხერხდება.

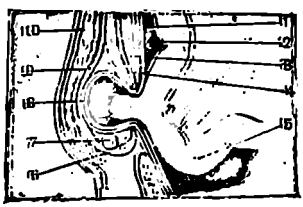
საზარდულის თიაქრის პარკში გაჭედვა შეიძლება განიცადოს მუცლის ღრუს ყველა ორგანომ იზოლირებულად ან სხვა ორგანოსთან ერთად, მაგრამ



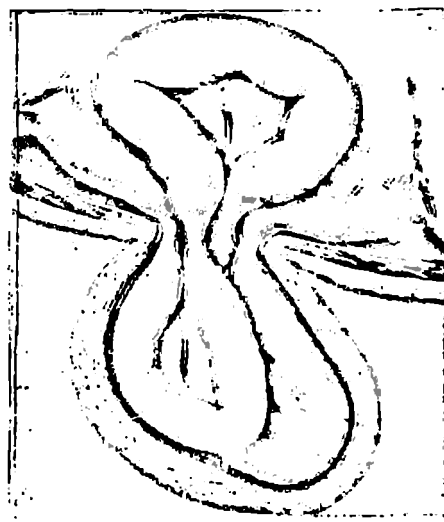
სურ. 102. ბრმა ნაწლავის დაცურებული თიაქარი.
ა—თიაქრის პარკის ლატერალური კედლის შექმნაში მონაწილეობს ბრმა ნაწლავი (პარაპერიტონეული დაცურებული თიაქარი); ბ—ნაწლავის კედელი დიდ მანძილზე ქმნის თიაქრის სიმ. სივნეს (ექსტრაპერიტონული დაცურებული თიაქარი);
1—პერიტონეუმი; 2—განივი ფასცია; 3—თიაქრის პარკი; 4—ბრმა ნაწლავის კედელი



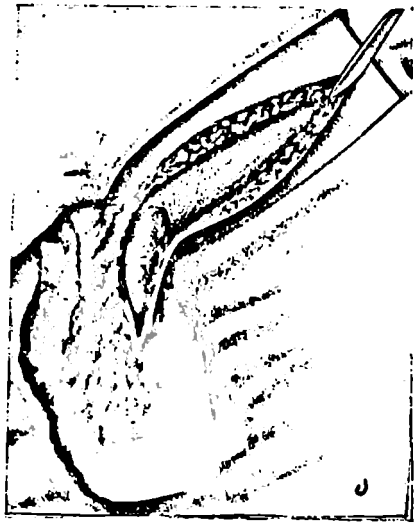
სურ. 103. შარდის პუშტის დაცურებული თიაქარი: ა—პარაპერიტონული; ბ—ექსტრაპერიტონული;
1—პერიტონეუმი; 2—შარდის პუშტი; 3—თიაქრის პარკი; 4—წვრილი ნაწლავი.



სურ. 105. რიხტერის ტიპის (ნაწლავის კედლის) გაპეტდეა.



სურ. 106. რეტროგრადული გაპეტდეა.



სურ. 107. საზარდულის სკროტალური გაპედილი თიაქრის ოპერაცია:
ა—კანი გაკვეთა; ბ—თიაქრის პარკის გაკვეთა; გ—გამჭედი რგოლის გაკვეთა; დ—განრეული ნაწლავის რეზექცია ჯანმრთელი ქსოვილების საზღვარზე.

ასეთი სახის გაჟედვა ფრიად იშვიათია და კაზუისტიკურ შემთხვევათა ფარგლებს არ სცილდება.

გაჟედილი თიაქრის დიაგნოზის დასმაში ლაბორატორიულ გამოკვლევას ნაკლები მნიშვნელობა აქვს. იგი იშვიათად შეიძლება გამოვიყენოთ არასწორი და საეჭვო დიაგნოზის დროს.

გაჟედილი თიაქრის გამოცნობა, მართალია, ძნელი არაა, მაგრამ დიაგნოზურ შეცდომებს მაინც აქვს ადგილი.

გაჟედილი თიაქარი შეიძლება აგვერიოს საზარდულის ან ბარძაყის ანთებით ლიმფურ კვანძებში, სათესლე ჯირკვლის მწვავე წყალმანკსა, სათესლე ჯირკვლის შემოგრეხასა და სათესლე ჯირკვლის გაჟედვაში (კრიპტორქიზმის დროს).

ლიმფური კვანძის მწვავე ანთების დროს აღინიშნება მკვრივი, ხორკლიანი წარმონაქმნები, რომლებიც ძლიერ მტკივნეულია და ხშირად კანიც ანთებას განიცდის. ამ დროს ადგილი აქვს ტემპერატურის მომატებას. ანამნეზიდან ეგებულობთ, რომ ადრე ავადმყოფი თიაქრით ავად არ ყოფილა. გულდასმით გამოკვლევისას ზოგჯერ აღმოვაჩენთ ინფექციის შეკრის ადგილს ქვემო კიდურზე, სასქესო ასოზე და სხვ.

სათესლე ჯირკვლის წყალმანკის გამოცნობაში გვეხმარება ანამნეზი. ფლუქტუაცია და სიმსივნის გამჭვირვალობა (დიაფანოსკოპია). ბაგირაკის წყალმანკის დროს სიმსივნეს მოგრძო ფორმა აქვს, შედარებით პატარა ოდენობისაა, აღინიშნება ფლუქტუაცია და ნაკლები მტკივნეულობა.

სათესლე ჯირკვლის ან უფრო სწორად ბაგირაკის შემოგრეხა უფრო ხშირია ახალგაზრდობის ასაკში. სათანადო ჯირკვლის არე მეტად მტკივნეულია, ანამნეზიდან კი თიაქრის არსებობას ადგილი არ ჰქონია. სათესლე ბაგირაკის შემოგრეხასა და გაჟედილ თიაქარს შორის განსხვავება კიდევ იმიტომ ძნელდება, რომ შესაფერ მხარეს შესივებული სათესლე ჯირკვალი საზარდულის გარეთა რგოლისაკენ გადაინაცვლებს (სადაც ჩვეულებრივ თიაქარი ლოკალიზდება) და მტკივნეულია. ამოცნობაში გვეხმარება სათესლე პარკში ერთი ჯირკვლის არარსებობა (თუ ადრე არ ჰქონია კრიპტორქიზმი). საბოლოო დიაგნოზი ზოგჯერ ოპერაციის დროს ისმება. სწორდება ბაგირაკი და ფიქსირდება სათესლე ჯირკვალი. ნეკროზის დროს, რაც გაცილებით უფრო ხშირია, ხდება მისი ამოკვეთა.

სათესლე ჯირკვლის საზარდულის არხში გაჟედვა გვხვდება კრიპტორქიზმის დროს. ამ დროს სათესლე პარკში სათანადო მხარეზე ვერ ვნახულობთ ჯირკვალს.

გაჟედილ თიაქრად შეიძლება მიჩნეულ იქნეს აგრეთვე შეუსწორებელი თიაქარი. გამოცნობაში გვეხმარება ანამნეზი თიაქრის ხანგრძლივად არსებობის შესახებ, პერიტონეული მოვლენები და ტკივილი და ავადმყოფის კარგი საერთო მდგომარეობა. განსაკუთრებული სიფრთხილე გვმართებს ე. წ. მშრალი გაჟედვის დროს, რადგან ამ დროს ადგილობრივი ნიშნები არ შეესაბამება თიაქრის შიგთავსის მნიშვნელოვან ანატომიურ ცვლილებებს. შეუსაბამობას ადგილი აქვს მაშინ, როდესაც გაჟედვა ხდება ჯორჯლის როგორც ვენებისა, ისე არტერიებისა. ასეთი გაჟედვის დროს ვითარდება ნაწლავის მშრალი ნეკროზი, ტრანსუდატისა და თიაქრის სითხის განვითარება არ აღინიშნება. ამიტომ ასეთი თიაქარი მცირე ოდენობისაა და მოცულობაში არ იმატებს.

თუ გაჟედილი თიაქრის დიაგნოზის დასმა უმეტეს შემთხვევაში ძნელი

არაა, საეჭვო შემთხვევაში, პირიქით, დიაგნოზის დასმა ადვილი არ არის; ამიტომ ჯერ კიდევ ძალაშია გაჭედილი თიაქრის შესახებ ძველად ნათქვამი: „უკეთესია გაჭედვაზე ვიფიქროთ იქ, სადაც იგი არ არის, ვიდრე არ გამოვიცნოთ იქ, სადაც იგი არის“.

ბარძაყის გაჭედილი თიაქარი. თუ საზარდულის თიაქარი უმთავრესად მამაკაცებში გვხვდება, სამაგიეროდ, ბარძაყის თიაქარი გაცილებით ხშირია ქალებში, ისიც ხანშიშესულ ასაკში. თიაქარი იჭედება ბარძაყის არხის რგოლში.

ბარძაყის თიაქარში ორგანო იჭედება აპონევროზულ ელემენტთა შორის და სისხლის მიმოქცევის მოშლის შედეგად მძიმე ცვლილებებს განიცდის.

ბარძაყის თიაქარში ხშირად ვითარდება გაჭედვა და მიმდინარეობს უფრო მწვავედ. ვიდრე საზარდულის თიაქარში. გაჭედილ ორგანოში ადვილად ვითარდება მძიმე დესტრუქციის მოვლენები ბარძაყის გამჭედი რგოლის მახვილი კიდეების არსებობისა და სუსტი ელასტიკურობის გამო.

ბარძაყის გაჭედილი თიაქრისას ანამნეზი ისეთივეა, როგორც საზარდულის გაჭედილი თიაქრის დროს. ავადმყოფი მეტწილად თვითდიაგნოზით მოდის ექიმთან. ადგილობრივი ნიშნებიდან აღსანიშნავია გამობერილობა პუპარტის იოგის ქვევით, რომლის ქვეშ მუცლის ღრუსაკენ მიემართება თიაქრის ყელი. გარდა გამობერილობისა, მას ახასიათებს გაჭედვის სხვა ნიშნებიც — დაქიმულობა. პერკუსიით ყრუ ხმა, ხველითი ბიძგის გადაცემის მოსპობა. ზოგჯერ შედარებით პატარა ორგანოს გაჭედვის დროს მსუქან პირებში, თიაქრის გამობერილობა იმდენად მცირეა, რომ, თუ ავადმყოფი სიფრთხილით და გულდასმით არ გამოვიკვლიეთ, იგი შეიძლება შეუმჩნეველი დარჩეს. ისე როგორც საზარდულის გაჭედილი თიაქრის დროს, განგრენის განვითარების შემთხვევაში ვითარდება კანის საფარველის შესაფერისი ცვლილებები.

ბარძაყის გაჭედილი თიაქრის შემთხვევაშიც უფრო ხშირად იჭედება ნაწლავის მარყუჟი, ამიტომ ავადმყოფის ზოგადი მოვლენებიდან ყურადღებას იპყრობს გაუვალობის მეტად თუ ნაკლებად გამოხატული სურათი. საზარდულის თიაქართან შედარებით, რგოლის სივიწროვის გამო. ბარძაყის თიაქრის დროს უფრო ხშირია ნაწლავის კედლის გაჭედვა (რიხტერის ტიპის თიაქარი). ბარძაყის თიაქარში, ისე როგორც საზარდულის თიაქარში, შეიძლება გაიჭედოს ბადექონი ან სხვა ორგანო და მაშინ გაუვალობის მოვლენები არ იქნება გამოხატული; სხვა ნიშნების მხრივ იგი თითქმის არ განსხვავდება საზარდულის გაჭედილი თიაქრისაგან.

ჭიპის გაჭედილი თიაქარი უმთავრესად გვხვდება ქალებში, საშუალო ან ხანშიშესულ ასაკში. დიაგნოზის დასმა ძნელი არაა. ჭიპის მიდამოში, სადაც წინათ ადვილად სწორდებოდა გამობერილობა, გაჭედვის შემთხვევაში აღინიშნება შეუსწორებელი და მტკივნეული გამობერილობა, რომელსაც სფეროსებრი ფორმა და მეტად სხვადასხვა ოდენობა აქვს. გამხდრებში იგი კარგად ისახება. მსუქნებში ერთგვარად შენიღბულია კანქვეშა ცხიმით. ამიტომ დიაგნოზის დასმის დროს გვმართებს მეტისმეტი სიფრთხილე. გამობერილობის მიდამოში კანის საფარველის მდგომარეობა დამოკიდებულია შიგთავსის ცვლილებებზე. პირველ ხანებში კანის ფერი არ განსხვავდება ირგვლივმდებარე კანისაგან. შიგთავსის განგრენის დროს შესაფერისად იცვლება კანის ფერიც, იგი შეწითლებული და მკვეთრად შეშუპებულია.

ჭიპის თიაქარში ხშირად იჭედება წვრილი ნაწლავი. ბადექონი, ზოგჯერ გარდიგარდმო კოლინჯი, კუჭის კედლის ნაწილი და სხვ. ჭიპის გაჭედილი თიაქრის დროს ზოგადი ნიშნები იგივეა, რაც სხვა მიდამოს გაჭედილი თიაქრის დროს და ძირითადად გაპირობებულია გაჭედილი ორგანოს ხასიათსა და მის მდგომარეობაზე.

თეთრი ხაზის გაჭედილი თიაქარი შედარებით იშვიათია. იგი გვხვდება როგორც მამაკაცებში, ისე ქალებში (უფრო ხშირად ქალებში). თეთრი ხაზის თიაქრის გაჭედვას ადგილი აქვს თითქმის ყველა ასაკში. მაგრამ შედარებით ჭარბობს მოზრდილებსა და ხანში შესულ პირებში. თიაქრის გაჭედვის უშუალო მიზეზი შეიძლება იყოს არანორმალური ფიზიკური დატვირთვა. კლინიკური ნიშნები ბევრად არ განსხვავდება სხვა სახის გაჭედილი თიაქრისაგან. ამ დროსაც ჭიპის ზევით ხშირად ადგილობრივ აღინიშნება შეუსწორებელი, დაჭიმული და მტკივნეული გამობერილობა. შიგთავსის განგრენის დროს ადგილი აქვს ანთების მოვლენებს. ზოგადი ნიშნები მოგვაგონებს სხვა მიდამოს თიაქრის დროს არსებულ სიმპტომებს.

განსაკუთრებით აღსანიშნავია, რომ თეთრი ხაზის თიაქრისა და კუჭის წყლულს შორის ერთგვარ დამოკიდებულებაზე ჯერ კიდევ გ. მეხაძე მიუთითებდა. მართლაც, თეთრი ხაზის თიაქრით დაავადებულ ავადმყოფებს ხშირად კუჭის წყლულიც აღენიშნებათ. ამიტომ კლინიკაში წესად მიღებულია თეთრი ხაზის თიაქრის ოპერაციის დროს კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის დათვალიერება, რათა არ გამოგვეპაროს წყლული. აღწერილია შემთხვევა (ნ. მ. სვეტი), როდესაც ავადმყოფს ოპერაცია გაუკეთდა თეთრი ხაზის გაჭედილი თიაქრის დიაგნოზით. გაკვეთის დროს კი უნახავთ დიფუზური პერიტონიტი თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის შედეგად განვითარებული.

გაჭედილი თიაქრის ამოცნობა შედარებით ძნელია ჩვილ ბავშვთა ასაკში. დედისაგან მიღებული ანამნეზური ცნობები არ კმარა. ობიექტური გამოკვლევაც ადვილი არაა. ზოგჯერ დახმარებას გვიწევს სწორი ნაწლავიდან თითით გამოკვლევა. მუცლის წინა კედლის არეში ღრმად შეტანილი თითი ნორმალური ჩაღრმაევების მაგიერ ბოქვენის ძვალთან შეიგრძნობს ზონარს, რომლის ირგვლივ თითით შემოვლაც კი ხერხდება (ვ. სმირნოვი).

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა ოპერაციულია, მაგრამ იმის გამო, რომ გაჭედილ თიაქარს უფრო ხშირად ახლავს სტრანგულაციური გაუვალობა (შემთხვევათა 50%-ში გაჭედილია წვრილი ნაწლავი, 21%-ში მსხვილი; ს. ლობაჩოვი, ო. ვინოგრადოვა. 1958), ამიტომ არ უნდა დავივიწყოთ ამ ავადმყოფთა წინასაოპერაციო მომზადება. ასეთ მომზადებას (საგულე საშუალებანი, ხსნარების გადასხმა) განსაკუთრებით საჭიროებს მოხუცები, არტერიოსკლეროზით ან ჰიპერტონიით დაავადებული პირები, რომელთაც გაჭედვის გამო წნევის მკვეთრი დაცემა და შარდის გამოყოფის მნიშვნელოვანი შემცირება აღენიშნებათ. ოლიგურია, მით უფრო ანურია, მეტად ცუდი პროგნოზული ნიშანია. ოპერაციის შესრულება უმჯობესია რეგიონული ანესთეზიით, რომელიც რომბის მსგავსად გარს ეკვრება თიაქრის პარკს.

განაკვეთი ტარდება თიაქრის გამობერილობის მიდამოში. კანისა და კანქვეშა ფასციის გაკვეთის შემდეგ ვადგენთ თიაქრის გამოსვლის ადგილს. საზარდულის თიაქარი გამოდის საზარდულის არხის გარეთა რგოლიდან; პუპარტის იოგის ქვევით, ბარძაყის არხიდან და ბარძაყის სისხლძარღვების მედი-

ალურად გამოდის ბარძაყის თიაქარი, ჭიპის რგოლიდან — ჭიპის თიაქარი; თეთრი ხაზის დეფექტში — თეთრი ხაზის თიაქარი და ა. შ.

გაჭედილი თიაქრის ოპერაციის დროს, გაუჭედავი თიაქრისაგან განსხვავებით, გამჭედი რგოლის გაკვეთამდე იხსნება თიაქრის პარკი და გაჭედილ ორგანოს ვიჭერთ ხელით. განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა ქსოვილების პრეპარირებას და პარკის გახსნის მომენტს, რათა თავიდან ავიცილოთ გაჭედილი თიაქრის დროს ორგანოს დაზიანება.

უნდა გვახსოვდეს, რომ პარკის გახსნისას სითხე გადმოიღვრება, მაგრამ ეს არ ნიშნავს ნაწლავის დაზიანებას, როგორც ხშირად ეჩვენება დამწყებ ქირურგს (სურ. 107, ა, ბ). სითხეს ვაშრობთ და ვიჭერთ გაჭედილ ორგანოს. ამის შემდეგ ფრთხილად ვანთავისუფლებთ თიაქრის გამჭედ რგოლს (სურ. 107, გ). ყურადღებას ვაქცევთ გამონადენის ხასიათს. ვადგენთ გაჭედილ ორგანოს (წვრილი ნაწლავის მარყუჟი, ბადექონი, იშვიათად ჭიანაწლავი, ბრმა ნაწლავი ან სიგმური ნაწლავი, ქალებში — საკვერცხე ან კვერცხსავალის თავისუფალი ბოლო და სხვ.) და მის მდგომარეობას. გამჭედი რგოლის გაკვეთის შემდეგ, გამოგვაქვს რა გაჭედილი ორგანო მუცლის ღრუდან, გულდასმით ვათვალიერებთ მას და ვათბობთ ცხელ ფიზიოლგიურ ხსნარში დასველებული საფენებით.

ჯორჯალში შეგვყავს აგრეთვე ნოვოკაინი და ერთხანს ველოდებით.

ექიმის ტაქტიკა სხვადასხვანაირია იმისდა მიხედვით ს ი ც ო ც ხ ლ ი ს უ ნ ა რ ი ა ნ ი ა ნაწლავი (ან სხვა ორგანო), თუ გ ა ნ გ რ ე ნ უ ლ ი (სურ. 107)

ნაწლავის ნორმალური ვარდისფერი, ჯორჯლის სისხლძარღვებში თრომბოზის არარსებობა, პულსაცია და ცოცხალი პერისტალტიკა უფლებას გვაძლევს ნაწლავი მუცლის ღრუში ჩავაბრუნოთ, რის შემდეგ უნდა ჩავატაროთ რადიკალური ოპერაცია თიაქრის პლასტიკის სახით.

განგრენის უდავო ნიშნების დროს უნდა გაკეთდეს ნაწლავის (სურ. 107, დ), ან ბადექონის რეზექცია. საეჭვო შემთხვევაში, როდესაც ნაწლავის სიცოცხლისუნარიანობაში დარწმუნებული არ ვართ, ყოველთვის სჯობს საკითხი რეზექციის სასარგებლოდ გადაწყდეს. საჭიროა მხოლოდ გვახსოვდეს, რომ ნაწლავის მომტანი ნაწილის გადაკერის შედეგად იშემიურმა ცვლილებებმა შეიძლება გამოიწვიოს ნაკერის მოგვიანებით გახსნა. საერთოდ ლორწოვანი გარსი უფრო დიდ სიგრძეზე განიცდის ცვლილებებს, ვიდრე სეროზული. ამიტომ ნეკროზული უბნიდან მომტანი ნაწლავი ორჯერ მეტ სიგრძეზე უნდა მოიკვეთოს, ვიდრე დისტალური ნაწილისაკენ მიმავალი. იშვიათად, ნაწლავის სულ მცირე ოდენობის საეჭვო უბნის არსებობისას შეიძლება გაკეთდეს მისი გარეთა დაზიანებული ნაწილის ჩაბრუნება. ყველაზე მძიმე და უიმედო შემთხვევაში დასაშვებად ითვლება თიაქარკვეთა ნაწლავის განგრენული ნაწილის გამოტანით და მასზე განავლოვანი ხვრელმილის დადება. ამჟამად ასეთ ოპერაციას თითქმის არ უნდა მივმართოთ, რადგან ავადმყოფები მეტწილად საოპერაციოდ დროულად მოჰყავთ. ხოლო რაიონის არათუ წამყვანი, შემცვლელი ქირურგიც კი კარგად ფლობს ნაწლავის რეზექციის ტექნიკას.

ფლეგმონის მოვლენებისა და ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობის დროს არ შეიძლება მუცლის ღრუში შესვლა ფლეგმონის გზით. ასეთ შემთხვევაში კეთდება ლაპაროტომია ფლეგმონური უბნიდან მოშორებით, შემდეგ ნაწლა-

ეის რეზექცია და შერთულის დადება რეოლთან მიმდებარე მომტან და გამ-ტან ნაწილებს შორის. მხოლოდ ასეთი ასეპტიკური ლაპაროტომიის შემდეგ იკვეთება ფლეგმონა და გარეთ გამოგვაქვს ნეკროზული, მუცლის ღრუსაგან იზოლირებული და უკვე რეზეცირებული სეგმენტი. მძიმე ავადმყოფს ვრცელი ფლეგმონის დროს, როდესაც ნაწლავის გამტარობა არა აქვს შენახული და პერიტონიტის მოვლენებიც არ აღენიშნება, უნდა დავკმაყოფილდეთ მხოლოდ განაღლოვანი ფლეგმონის გაკვეთით.

ნაწლავის სეროზულ გარს ქვეშ სისხლჩაქცევების დროს კეთდება ამ ადგილების პერიტონიზაცია სეროზული ნაკერით განივად.

ეგრეთწოდებული რეტროგრადული გაჭედვისას ნაწლავის გარეგნული ნაწილი მდებარეობს არა თიაქრის პარკში, არამედ მუცლის ღრუში, პარკში მოთავსებული ნაწლავის მარყუჟები შეუცვლელია. ასეთ შემთხვევაში უნდა დავათვალიეროთ გამჭედი რგოლის ზემოთ მუცლის ღრუსაკენ მდებარე ნაწლავის ნაწილი. გაჭედვას პარკში მდებარე მარყუჟებს შორის შემაერთი ნაწილი განიცდის, რომელიც ამოიწევა გაჭედილი ორგანოს სათანადოდ დამუშავების შემდეგ. იგი შესწორდება მუცლის ღრუში. ამ მანიპულაციის გაძნელების შემთხვევაში წინასწარ წარმოებს რგოლის გაგანიერება. რგოლის გაკვეთის გარეშე ნაწლავის ძალით შესწორებას ზოგჯერ ძლიერი და საშიში პარეზი მოსდევს.

გაჭედილი თიაქრის საოპერაციოდ მზადების პერიოდში ან ავადმყოფის გადაყვანისას თიაქრის თავისთავად შესწორების დროს საჭიროა ზედმიწევნით ფრთხილად მოეიქცეთ, კარგი მდგომარეობის მიუხედავად, მეტწილად ჯობს სასწრაფოდ გავაკეთოთ ოპერაცია. უოპერაციოდ დატოვებული ასეთი ავადმყოფი იმყოფება სისტემატური ზედამხედველობის ქვეშ და ოპერაცია კეთდება პერიტონიტის ნიშნების უკვე არსებობის ან მათი გამოვლენის დროს. საეჭვო შემთხვევაში უმჯობესია ჩატარდეს ოპერაცია ჰერნიო-ლაპაროტომია, რაც მიზნად ისახავს დაზიანებულ ნაწლავსა ან მის კედელში სისხლჩაქცევის აღმოჩენას. ყოველთვის უნდა გვახსოვდეს ცრუ შესწორების (ბარძაყის თიაქრის დროს თითქმის არ გვხვდება), მშრალი გაჭედვისა და დაცურებული თიაქრის შესახებ.

განგრენული ნაწლავის რეზექციის დროს უნდა გამოვიყენოთ დრენაჟი ანტიბიოტიკებისათვის.

ოპერაციისშემდგომ პერიოდში მეზენტერულ სისხლძარღვთა თრომბოზის პროგრესულობის შეჩერებისა და მისი ლიკვიდაციისათვის მიზანშეწონილია ანტიკოაგულანტების გამოყენება, განსაკუთრებით მოხუცებში, ათეროსკლეროზითა და ჰიპერტონიით დაავადებულ პირებში.

გაჭედილი თიაქრის მკურნალობა მოზრდილებში მხოლოდ ოპერაციულია. ასევეა პატარა და განსაკუთრებით ჩვილ ბავშვებში. მდგომარეობის მიხედვით აქ შეიძლება ესინჯოთ არაოპერაციული მკურნალობა.

ს. ტერნოვსკის კლინიკაში ამ მიზნით ურჩევენ შემდეგ ღონისძიებებს: ბავშვს ასაკის მიხედვით ყოველ ერთ წელზე კანქვეშ უკეთდება 1% პანტაპონის 0,1 მლ და თბილი აბაზანა 15—20 წუთით. ამის შემდეგ ბავშვს იჭერენ ფეხებით აწეულ მდებარეობაში. ასეთი ზემოქმედების შემდეგ თიაქარი ხშირად სწორდება. თიაქრის შესწორება უნდა მოხდეს ამოდაქტილურად, ყოველგვარი ფორსირების გარეშე. თუ ამ საშუალებამ არ იმოქმედა, მაშინ სა-

წოლს ფეხებისაკენ ამაღლებენ. თიაქრის არეში ათავსებენ სათბურს, ბავშვი წყნარდება, დაიძინებს და მეტწილად თიაქარიც შესწორდება. თუ სამი საათის განმავლობაში თიაქარი არ ჩასწორდა, კეთდება ოპერაცია. თუ გაჭედიდან გასულია 10—12 საათი, კონსერვატული მკურნალობა დაუშვებელია, ისე როგორც გაჭედილი თიაქრის ინფიცირებით გართულების დროსაც აუცილებელია ოპერაცია.

გოგონებში გაჭედილი თიაქრის დროს თავიდანვე ურჩევენ ოპერაციას, რადგან შეიძლება გაჭედილი იყოს საშვილოსნოს დანამატები, რაც სწრაფად ნეკროზდება.

სწორი ნაწლავის დაზიანებანი და დაავადებანი

(ანატომიურ-ტოპოგრაფიული ცნობები და გამოკვლევის მეთოდიკა იხ. ზემოთ)

ყითა-სწორი ნაწლავის და მასთან ახლო მიდამოს განვითარების მანკი

ყითა-სწორი ნაწლავის განვითარების მანკი იშვიათად გვხვდება. ს. დ. ტერნოვსკით, ხუთი ათასი ახალშობილიდან ერთ ბავშვზე შეიძლება შეგეხვდეს სხვადასხვა სახის ატრეზია. შედარებით ხშირია ყველაზე მძიმე მანკი — სწორი ნაწლავის და ყითას ერთდროული ატრეზია—atresia ani et recti, ზოგჯერ მხოლოდ ყითას ატრეზია—atresia ani ან სწორი ნაწლავის ატრეზია—atresia recti.

ატრეზიას ზოგჯერ ახლავს შიგნითა ხვრელმილი და მაშინ იგი იხსნება შარდის ბუშტში, საშოში, შარდსადენ მილში, სასირცხო ბაგეში ან სათესლე ჯირკვლის პარკში. ასეთი განვითარების მანკი, იმის მიხედვით, თუ სად იხსნება ხვრელმილი, შესაფერის სახელს ატარებს, მაგალითად, შარდის ბუშტთან შეერთებული ხვრელმილის დროს atresia recti vestibularis და ა. შ. მორგანს აღწერილი აქვს შემთხვევა, როცა ვესტიბულარული ატრეზიით (ხვრელმილის გახსნა სასირცხო ბაგეში) ქალს 100 წელი უცხოვრია (ბრეოზოვსკით). მ. ჩაჩავას მოჰყავს შემთხვევა, როდესაც ქალს ვაგინალური ატრეზიით მისთვის დახმარებისათვის მიუმართავს 20 წლის ასაკში.

ნ ი შ ნ ე ბ ი. ყითა-სწორი ნაწლავის ატრეზიის დროს მეკონიუმის დუღილისა და აირების დაგროვების გამო პირველსავე დღეს გაუვალობის მძიმე სურათი ვითარდება; ბავშვი იბერება, ყვირის, სუნთქვის გაძნელების გამო უვითარდება ციანოზი. უფრო მოგვიანებით ეწყება პირღებინება საკვებით და მეკონიუმით და ბავშვის მდგომარეობა ხანმოკლე დროში მკვეთრად უარესდება. დამატებითი, მუცლის შებერილობის გარდა, ყითას იზოლირებული ატრეზიის დროს აღინიშნება კანის გამობერილობაც. სწორი ნაწლავის ატრეზიის დროს ამას ადგილი არ აქვს, რადგან აირი კანამდე ვერ აღწევს. შიგნითა ხვრელმილის დროს ასე მძიმე სურათი არ ვითარდება, მით უფრო, თუ ხვრელმილის დიამეტრი საკმაო ოდენობისაა და ნაწლავის შიგთავსი კარგად იცლება. შარდის ბუშტთან ხვრელმილის დროს შარდი მთლიანად ამღვრეულია მომწვანო-წაბლისფრად, შარდსადენთან სწორი ნაწლავის შეერთებისას კი

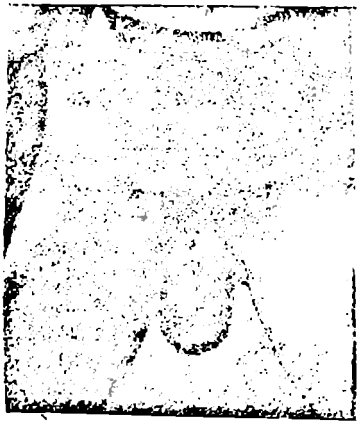
ვანაკლით გაბინძურების გამო ამღვრეულია მხოლოდ შარდის პირველი ულუფა.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. შიგთავსისაგან გადავსებული ნაწლავი რაც შეიძლება ადრეულად უნდა განთავისუფლდეს. მხოლოდ ყითას ატრეზიის დროს კეთდება მარტივი ოპერაცია — პროქტოტომია. გასწვრივი განაკვეთით იკვეთება კანი და ყითას შეზრდილი ფიბროზული ფირფიტა. სწორი ნაწლავის უფრო ზევით, მაგრამ ყითასთან შედარებით ახლო მდებარეობის დროს, მიმართავენ პროქტოპლასტიკას — სწორი ნაწლავი გამოყოფისა და მობილიზაციის შემდეგ ჩამოიწევა და მისი ლორწოვანი გარსი ეკერება კანს. ზოგჯერ ასეთი ოპერაცია საკმარისია შარდბუშტთან ან სხვა ორგანოსთან სწორი ნაწლავის შიგნითა ხვრელმილის დროს. ბუნებრივი გზით შიგთავსის გამოსვლას ხვრელმილის დახურვა მოყვება.

სწორი ნაწლავის უფრო რთული და მაღლა მდებარე ატრეზიის, ისე როგორც ხვრელმილის სამკურნალოდ (თუ მარტივი ოპერაცია უშედეგო იქნება) საჭიროა ორმომენტიანი ოპერაცია, ჯერ კეთდება სიგმურ კოლინჯზე ხელოვნური ანუსი და შემდეგ სწორი ნაწლავის პლასტიკა ან ხვრელმილების გათიშვა.

დ ე რ მ ო ი დ უ ლ ი ც ი ს ტ ა ან სხვა სახის სიმსივნე (ეპითელიომა) იშვიათად შეიძლება შეგვხვდეს სწორ ნაწლავსა და კუდუსუნს შორის. ჩვენ გვქონდა ერთი ასეთი შემთხვევა და ცისტა დიდ ოდენობას აღწევდა (სურ. 108).

ს. ა. ხოლდინს მოჰყავს შემთხვევა, როდესაც მარჯვენა საკვერცხის დერმოიდული ცისტა სწორი ნაწლავის კედლიდან შეჭრილი იყო ნაწლავის სანათურში.



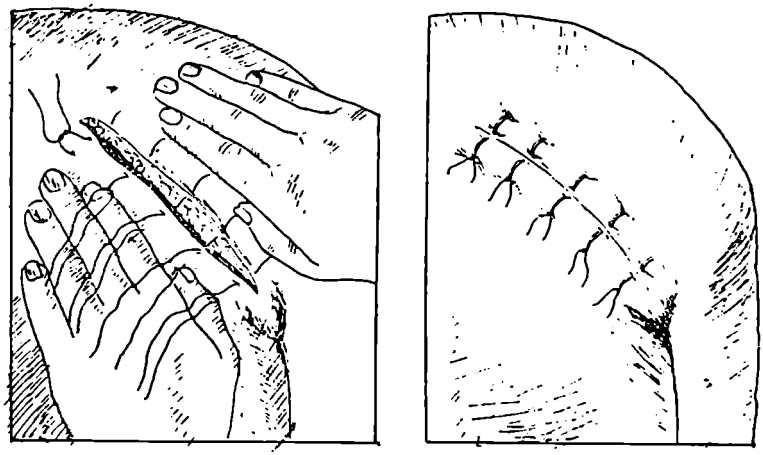
სურ. 108. სწორი ნაწლავის დერმოიდული ცისტა.

სურ. 109. გავა-კუდუსუნის ეპითელური სავალი (პილონიდალური ცისტა), რამდენიმე ხვრელი თმით.

დერმოიდულ ცისტას არასწორად ეძახიან ისეთ თანდაყოლილ მანკს, როგორიცაა გ ა ვ ა-კ უ დ უ ს უ ნ ი ს ე პ ი თ ე ლ უ რ ი ს ა ვ ა ლ ე ბ ი, ანუ პილონიდალური ცისტა, როგორც ამერიკელები უწოდებენ (სურ. 109). სწორ ნაწლავთან ამ დაავადებას კავშირი არა აქვს, მაგრამ დაჩირქების პერიოდში იგი ზოგჯერ ეშლებათ პარაპროქტიტთან. გავა-კუდუსუნის არის ეპითელურ

სავალთა განვითარების შესახებ სხვადასხვა მოსაზრება არსებობს, უფრო სწორია მისი განვითარება ავხსნათ გავა-კუდუსუხის არეში ექტოდერმის ჩაბრუნებით. დაავადება საკმაოდ ხშირია, ცისტა მდებარეობს გავა-კუდუსუნის არეში დუნდულებს შორის ნაოჭზე, გამოფენილია ეპითელით, შეიცავს თმას და გრანულაციურ ქსოვილს. სავალების დახშობას; გამონადენის დაგროვებას. ტრავმას ხშირად მოჰყვება დაჩირქება, უფრო ხშირად 18—20 წლის ასაკში და შემდეგ.

მ კ ურ ნ ა ლ ო ბ ა ოპერაციულია. ცისტა რადიკალურად უნდა ამოიკვეთოს, ჭრილობა კიდეების მობილიზაციის შემდეგ რამდენიმე „ი"-სებრი ნაკერებით იხურება (სურ. 110). ჭრილობის კიდეებში 24—48 საათით თავსდე-



სურ. 110. ეპითელური სავალის რადიკალური ამოკვეთის შემდეგ „ი"-სებრი ნაკერის დადება.

ბა რეზინის ღარები. ოპერაციის დროს და მის შემდეგაც ზოგჯერ საჭიროა ანტიბიოტიკის შეყვანა. გარედან ჯობს ნახვევი სპირტის საფენებით ნაკერის გამოყენება შეიძლება ინფიცირებული ცისტის ამოკვეთის შემდეგაც. ზოგჯერ ასეთ შემთხვევაში ჭრილობა ხორცდება მეორადი დაშვით.

სწორი ნაწლავის უცხო სხეულები

სწორ ნაწლავში უცხო სხეულები იშვიათია. შედარებით ხშირად უცხო სხეულები მოხვდებიან კუჭ-ნაწლავიდან, მაგრამ ისინი ადვილადაც ტოვებენ სწორ ნაწლავს. მხოლოდ ზოგჯერ მახვილწვერიანი უცხო სხეული (ძვალი, ნემსი, ჩანგლის წვერი და სხვ.) ჩაესობა ნაწლავის კედელს და მისი გამოდევნა დახმარების გარეშე არ ხერხდება. სწორ ნაწლავსა და მის ირგვლივ ქსოვილებში უცხო სხეული შეიძლება მოხვდეს ტრავმის დროს, — ხის ტოტზე ან სხვა წვეტიან საგანზე დავარდნისას, სულით ავადმყოფებში. გაუკუღმართებული სქესობრივი კავშირის ჯროს ან მეორე პირმა სწორ ნაწლავში შეიძლება შეიტანოს სხვადასხვა საგანი: პატარა ბოთლი, ტანსაცმლის დასაკიდებლის ხის

თითი, ცეცხლფარეშის რკინის სახელური და სხვ. (სამკურნალო ფაკულტეტის ჰოსპიტალური ქირურგიის კლინიკის ადრინდელი პერიოდის მუზეუმის მასალის მიხედვით).

სწორ ნაწლავში იშვიათად შეიძლება განვითარდეს კოპროლითონი, ან ზოგმა ნივთიერებამ, რომელსაც ადამიანი არ უნდა სჭამდეს (კურკები, ჩენჩოები) შეიძლება გამოიწვიოს გაჩხერა და კოპროსტაზის მოვლენები.

ამ დროს ავადმყოფს აქვს სიმძიმის გრძნობა სწორი ნაწლავის არეში, ხშირად ტკივილი, განავალზე მოქმედების გაძნელება, ზოგჯერ დიზურიული მოვლენები. დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება თითით გამოკვლევა, ზოგჯერ საჭირო ხდება სარკის, რექტოსკოპისა და რენტგენის გამოყენება.

მ კ ურ ნ ა ლ ო ბ ა. უცხო სხეულის გამოღება მეტწილად ხერხდება ქვევიდან სფინქტერის ანესთეზიით მოდუნების შემდეგ. ზოგჯერ საჭიროა სფინქტერის გაკვეთა უკანა ნაკერზე, იშვიათად იკვეთება სწორი ნაწლავის კედელიც, უ ცხ ო სხ ე უ ლ ის გ ა მ ო ღ ებ ის შ ე მ დ ე გ ნაწლავის კედელი იკერება. იშვიათად, როდესაც ქვევიდან უცხო სხეულის გამოღება არ ხერხდება, ემატება ლაპაროტომია და უცხო სხეულზე ფრთხილი ზეწოლით ასისტენტის მიერ შეიძლება ყითადან მისი გამოტანა. როდესაც ამგვარადაც არ ხერხდება უცხო სხეულის ამოღება, მაშინ მუცლის მხრიდან გაიკვეთება ნაწლავი და უცხო სხეულის ამოღების შემდეგ მისი მთლიანობა კვლავ აღსდგება.

სწორი ნაწლავის დაზიანება

სწორი ნაწლავის დაზიანების მიზეზია სხვადასხვა სახის ტრავმა: წვეტიან საგანზე დაცემა, სიმაღლიდან ჩამოვარდნა, წნევით ჰაერის შეყვანა, ზოგჯერ, იშვიათად, სამედიცინო მანიპულაცია; ოყნის უხეშად გაკეთება, სწორი ნაწლავის სარკის არაფრთხილად შეყვანა. სწორი ნაწლავის და შორისის ნაწილის სხვადასხვა ხარისხით დაზიანებას ხშირად ადგილი აქვს მშობიარობის დროს და სხვ.

სწორი ნაწლავის და მის ირგვლივ ქსოვილების დაზიანების დროს პირველი დახმარების აღმომჩენი, ექიმი, ზოგჯერ ცდილობს მის პირველად შეხორცებას და ასეპტიკური ჭრილობის მსგავსად ნაკერს ადებს, რაც სწორი არაა. გაკერვა ზოგჯერ შეიძლება მხოლოდ სწორი ნაწლავის კედლის, ირგვლივ რბილი ქსოვილები კი ღიად უნდა დავტოვოთ.

სწორი ნაწლავის დაზიანებას ხშირად ადგილი აქვს ცეცხლმსროლი იარაღით მიყენებული ჭრილობის დროს. ამ დროს სწორი ნაწლავის იზოლირებული დაზიანება შედარებით იშვიათია. იგი ხშირად ზიანდება სხვადასხვა ორგანოებთან ერთად (შარდის ბუშტი, შარდსადენი, წვრილი ნაწლავები, ქალებში საშვილოსნო, შარდსაწვეთი, მენჯის ძვლები, მსხვილი სისხლძარღვები).

ცეცხლნასროლი ჭრილობის დროს შემავალი ხვრელი ხშირად მუცელზე ან ბარძაყზეა მოთავსებული.

სწორი ნაწლავის დაზიანება ძირითადად ორგვარია: მუცელსა და პერიტონეუმში შეღწეული (ინტრაპერიტონეული) პერიტონიტის განვითარებით და მუცლის გარეთ. სწორი ნაწლავის მუცლის გარე (ექსტრაპერიტონეული) დაზიანება თავის მხრივ ორი სახისაა: სწორი ნაწლავის შორისის ნაწილის და სწორი ნაწლავის ამპულარული ნაწილის დაზიანებით.

სწორი ნაწლავის დაზიანების ამოცნობაში გვეხმარება ზოგადი და ადგილობრივი მოვლენები. სწორი ნაწლავის ვრცელი დაზიანების, მით უფრო ცეცხლნასროლი ჭრილობის დროს ხშირად ვითარდება მძიმე შოკის სურათი. ინტრაპერიტონეული დაზიანებისას პერიტონიტის ნიშნები (მშრალი ენა, პულსის გახშირება, ტემპერატურის მომატება, მუცლის კედლის ან მისი ქვემო სართულის გამოთიშვა სუნთქვით მოძრაობაში, მუცლის კუნთების დაჭიმულობა, (ბლუმბერგის დადებითი ნიშანი). სწორი ნაწლავიდან ხშირად აღინიშნება სისხლდენა, ამასთან, სფინქტერის მთლიანობისა და მისი სპაზმის დროს სისხლის გამოყოფას ადგილი არა აქვს. ჭრილობიდან აღინიშნება განავლის და აირის (ზოგჯერ ჩირქის, შარდის) გამოსვლა, თითით ან სარკით გამოკვლევით ზოგჯერ დაზიანების აღმოჩენაც ადვილია.

სწორი ნაწლავის შორისის ნაწილის დაზიანება შედარებით კეთილად მიმდინარეობს; დაზიანება შეიძლება სხვადასხვა სიძლიერით იყოს გამოხატული, ზოგჯერ მთლიანად სწორი ნაწლავის შორისის ნაწილის წაცლით, ხან დაზიანებულია პროსტატა, შარდსადენი მილი. სწორი ნაწლავის შორისის ნაწილის დაზიანების ამოცნობა ძნელი არაა. დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება ჭრილობის მიმართულება, სწორი ნაწლავიდან სისხლდენა, ჭრილობის განავლით (ზოგჯერ შარდით) გაბინძურება. თითით გამოკვლევა არა მარტო ჭრილობის, არაფერად მისი ლოკალიზაციისა და ზომების ამოცნობის საშუალებას იძლევა.

სწორი ნაწლავის მენჯის, ანუ ამპულარული ნაწილის დაზიანება მეტად მძიმე დაზიანებად ითვლება და ხშირად იძლევა შოკის სურათს. მენჯის ქსოვილებში განავლის ჩადენის გამო ვითარდება უმძიმესი ფორმის ფლეგმონა, ხშირად ანაერობული. მდგომარეობას ამძიმებს შარდის ბუშტის დაზიანება და შარდოვანი ინფილტრაცია, აგრეთვე მსხვილი სისხლძარღვების და მენჯის ძვლების დაზიანება. შოკის სურათს პირველ დღე-ღამეში ემატება ანაერობული ფლეგმონის მოვლენები. დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება ჭრილობის ლოკალიზაცია, სწორი ნაწლავიდან სისხლდენა, ჭრილობიდან განავლისა და აირის გამოყოფა, თითით გასინჯვისას კედლის დაზიანების აღმოჩენა და თითის წვერზე სისხლისა და შარდის არსებობა. სწორ ნაწლავთან ერთად დაზიანებულია შარდის ბუშტი, თუ შარდსადენი მილი, ამის ამოცნობაში გვეხმარება კათეტერი. სწორი ნაწლავისა და შარდის ბუშტის ერთდროული დაზიანების დროს ხშირად შარდს მოჰყვება ნაწლავის შიგთავსი, აირი. სწორი ნაწლავისა და შარდსადენი მილის დაზიანების დროს ჭრილობაში აღინიშნება შარდის გამოყოფა, კათეტერით მიღებული შარდი კი სუფთაა.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. მშობიარობის დროს შორისის ჩახევისა და სწორი ნაწლავის დაზიანებისას იგი აღდგენილ უნდა იქნეს დაუყოვნებლივ.

ყითას მიდამოს ან სწორი ნაწლავის კედლის მცირე ზომის იზოლირებული დაზიანების დროს, როდესაც ადგილი არ აქვს პერიტონეუმის ან შარდის ბუშტის დაზიანებას, საკმარისია ჭრილობის დამუშავება, სწორი ნაწლავის კედლის გაკერვა, ანტიბიოტიკების შეყვანა და რბილი ქსოვილების ჭრილობის ღიად დატოვება, მასში ტამპონისა და დრენაჟის მოთავსება. განავალზე მოქმედების შეწყვეტის მიზნით ეძლევა შეზღუდული დიეტა და ოპიუმი.

სწორი ნაწლავის ცეცხლნასროლი ჭრილობით ინტრაპერიტონული დაზიანების დროს გამონადენის ზემო სართულში გავრცელების თავიდან აცილების მიზნით ავადმყოფი ჯობს გადავიყვანოთ ნახევრად მჯდომარე (ფოუელ-

რის) მდგომარეობაში. ლაპაროტომია კეთდება მხოლოდ შოკის მდგომარეობიდან (თუ არაა სისხლდენა) ავადმყოფის გამოყვანის შემდეგ (ა. ა. ვიშნევსკი, მ. ი. შრაიბერი). ნაწლავის ჭრილობა იკერება ორ ან სამსართულიანი განივი მიმართულების ნაკერით. ნაწლავის ორ ან მეტ ადგილას დაზიანებისას, მუცლის შიდა ვრცელი დაზიანების, აგრეთვე იმ შემთხვევაში, როდესაც არ ხერხდება ჭრილობის საიმედოდ გაკერვა, აუცილებელია სიგმურ ნაწლავზე ხელოვნური უკანა ტანის დადება მარცხენა თეძოს ფოსოში მუცლის კედლის დამატებითი მცირე ზომის ჭრილობიდან. მუცლის ღრუ მაქსიმალურად თავისუფლდება ჩაღვრილი შიგთავსისაგან. შეიყვანება ანტიბიოტიკები, მუცლის ღრუში თავსდება მიკროორიგატორი ანტიბიოტიკების შესაყვანად და მუცლის ღრუ იხურება ყრუდ.

ცეცხლნასროლი ჭრილობით ექსტრაპერიტონული დაზიანების დროს ოპერაცია იწყება სიგმურ ნაწლავზე ხელოვნური უკანა ტანის დადებით. ლაპაროტომიის დროს მოწმდება მუცლის ღრუს ორგანოთა მთლიანობა. ამის შემდეგ შორისის მხრიდან წარმოებს ჭრილობის მთელ სიგრძეზე რადიკალური ქირურგიული დამუშავება და პარარექტალური სივრცის კარგი დრენირება. ამისათვის ზოგჯერ საჭიროა კუდუსუნის და გავის ნაწილის რეზექცია. ზურგზე, ძლიერ განზიდული და მენჯ-ბარძაყში მოხრილი ფეხებით მწოლარე ავადმყოფს (გინეკოლოგიური მდებარეობა) შორის-ბარძაყის ნაოჭზე ორთავე მხარეს უკეთდება წინისაკენ გახსნილი რკალისებრი განაკვეთი, ისე რომ იკვეთება lig anococcigeum და კეთდება კუდუსუნის რეზექცია და იშიორექტალურ სივრცეში ვაღწევთ სწორ ნაწლავამდე. სწორი ნაწლავის ჭრილობის გაკერვას ა. ა. ვიშნევსკი, მ. გ. შრაიბერი არ ურჩევენ, რადგან სულერთია, არ ხორცდება და მის შემდეგ შეიძლება გაგანიერდეს კიდეც. ოპერაცია მთავრდება ზეთოვან-ბალზამურ ნივთიერებაში დასველებული ტამპონის ჭრილობაში ფაშარად მოთავსებით. ჭრილობის ქირურგიული დამუშავების შემდეგ მცირე წნევით შეყვანილი ფურაცილინის ხსნარით სწორ ნაწლავს ათავისუფლებენ განავლის მასებისაგან.

შარდის ბუშტის, ისე როგორც შარდსადენის დაზიანების დროს კეთდება შარდის ბუშტის მაღალი კვეთით შარდის გადმოყვანა, შარდის ბუშტის დაზიანებული კედლის გაკერვა. დაზიანებულ ადგილას დრენაჟის მოთავსება და მუცლის ღრუს დახურვა.

სწორი ნაწლავისა და მისი მეზობელი ორგანოების ერთდროული დაზიანების დროს ზოგჯერ შეიძლება დარჩეს სწორი ნაწლავის გარეთა ან შიგნითა (ბუშტთან, საშოსთან) ხვრელმილები.

მ კ ურ ნ ა ლ ო ბ ა ოპერაციულია. შიგნითა ხვრელმილების უკეთ მკურნალობისათვის ჯობს დროებით სწორი ნაწლავის განტვირთვა სიგმოსტომიით. ამის შემდეგ ამოიკვეთება ნაწიბური, გაითიშება ხვრელმილის შეერთების ადგილი და ცალკე იკერება სწორი ნაწლავის კედელი და ცალკე შარდის ბუშტის ან საშოს კედელი. კარგი შედეგის მიღებამდე ხელოვნური ანუსი არ უქმდება.

ყითას ნახეთქი

ყითას ლორწოვანის ნახეთქი (1—2 სმ სიგრძის და 1—2 მმ განის) ვითარდება განავლის მკვრივი მასებით სისტემატური ტრავმირებისა და სფინქტერის

სპაზმის დროს. მის განვითარებას ხელს უწყობს ყითას მიდამოს სიბინძურე (იგი ხშირია იმ პირებში, ვისაც ჩვეულებად არ აქვს დეფეკაციის შემდეგ ყითას მიდამოს დაბანა), ქავილი, კონდილომები, თეთრად შლა, პროქტიტი, პარაპროქტიტი, ორგანიზმის ქრონიკული დაავადებანი, განსაკუთრებით კი ბუასილი. ნახეთქი უხშირესად უკანა ნაკერის მიდამოში გვხვდება. წინა ნაკერის არეში მხოლოდ 10%-ში. მრავლობითი ნახეთქი ფრიად იშვიათია. ბუასილით დაავადებულ ავადმყოფთა თითქმის ერთ მეათედს უვითარდება ნახეთქი. ყითას ლორწოვანის ნაპრალი ყოველთვის ნახეთქი არაა. ნახეთქს ახასიათებს ტროფიკული მოშლილობა. იგი არ იჩენს შეხორცებისადმი მიდრეკილებას. თუ ახალი ნახეთქის კიდეები საღი გრანულაციითაა დაფარული, ქრონიკული ნახეთქის კიდეები და ფსკერი უსიცოცხლო გრანულაციით იფარება და მკვრივ ანთებად ინფილტრაციას განიცდის.

ნახეთქის ლორწოვანის დეფექტში განავლის მასების ხანგრძლივი შეჩერება ინფექციური ტოქსიკური ნევრიტის განვითარებას იწვევს, ამას კი მეტად მტკივნეული ყითას სპაზმის განვითარება მოსდევს (ა. ამინევი). ბანკიანი წრის მსგავსად ნახეთქი იწვევს სპაზმს და ტკივილს. ეს უკანასკნელი თავის მხრივ მიზეზი ხდება წყლულის ქრონიკულ სტადიაში გადასვლისა.

ნ ი შ ნ ე ბ ი. დაავადებას ახასიათებს მეტად ძლიერი ტკივილი, რომელიც იწყება დეფეკაციის დროს ან ზოგჯერ მის შემდეგ და გრძელდება ხშირად რამდენიმე საათი. შემდეგში სწორი ნაწლავის არეში არსებული შემაწუხებელი მწველი ტკივილი თავისით ქრება. და ასე მეორდება იგი ყოველი დეფეკაციის შემდეგ. ტკივილი ხშირად ვრცელდება შარდის ბუშტისაკენ, რაც დიზურიულ მოვლენებს იწვევს, ქალებში ნახეთქი ზოგჯერ დისმენორეიის მიზეზია.

დიაგნოზის დასმაში მთავარია კარგად შესრულებული დათვალიერება. საჭიროა დათვალიერების წინ ყითას არეში კანის დუნდულოების მხარეზე კარგად გადაწევა, ზოგჯერ ოთხივე მიმართულებით კანის გადაწევა, რაც ნახეთქს ყოველთვის გამოაჩენს. თითით გამოკვლევით ისინჯება ინფილტრირებული კიდეების და ფსკერის მქონე ნაპრალი, რომელიც უსიცოცხლო გრანულაციითაა დაფარული.

დიფერენციული დიაგნოზის გატარება გვჭირდება პროქტალგიასთან, კოკციკოდინიასთან, კიბოსთან, ბუასილთან, წყლულოვან პროქტიტთან.

დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება ანამნეზიდან დეფეკაციასთან დაკავშირებული დამახასიათებელი ტკივილი, დათვალიერებით და გამოკვლევით ნახეთქის აღმოჩენა.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. რადგან სპაზმს და ამით გამოწვეულ ტკივილს დაავადების ქრონიკულად გადაქცევაში წამყვანი მნიშვნელობა აქვს, ამიტომ მთავარია ტკივილის მოხსნა დეფეკაციის დროს. ამისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს შეკრულობასთან ბრძოლას შესაფერისი დიეტით და ზოგი მედიკამენტით (სუსტი საფაღარათო, დამწვარი მაგნეზია და სხვ.). ამავე მიზნით უკეთესია დეფეკაციის წინ წვრილი ვაზელინწასმული ნელატონის კათეტერით სწორ ნაწლავში 50—100 მლ თბილი მზესუმზირას (ან სხვა) ზეთის შეყვანა. კარგად მოქმედებს აგრეთვე თბილი საჯდომი აბაზანა. მიდგომის შემდეგ თბილი წყლით ჩამობანა აუცილებელია. ტკივილის შემცირების მიზნით დეფეკაციის რამდენიმე წუთის წინ ან მის შემდეგ დაბანისთანავე ყითას არხში უნდა შეეიტანოთ ტკივილდამწყნარებელი მალამო (ბორის მჟავა, რეზორცინი, თანაბარი 0,2, თეთრი ვაზელინი 10,0).

ტკივილის, ხანგრძლივი, ზოგჯერ 2—3 კვირით მოსპობისათვის შნე ურჩევს ზეთში გახსნილ სოვკაინის შეყვანას ნახეთქის ქვეშ (Sovcaini 0,1, phenoli 0,2, spiritus vini rectific. 2,0, ol. amygdalarum 7,7).

ა. ამინევი ამავე მიზნით ურჩევს 1% ნოვოკაინის 3—5 მლ შეყვანას ნახეთქის ფსკერში და იმავე ნემსიდან შემდეგ 70% სპირტის 1 მლ მიმატებას. როდესაც ასეთ მკურნალობას შედეგი არ მოჰყვება ადგილობრივი ან სპინალური ანესთეზიით სფინქტერს ძალით აგანიერებენ 4 თითის ოდენობამდე. მართალია, მას ახალი მწვავე ნახეთქების განვითარება მოსდევს, მაგრამ სფინქტერის პარეზით და სპაზმის გაქრობით ყველა ნახეთქი 2—3 კვირაში ხორცდება (ა. ამინევი).

სფინქტერის გაგანიერების შემდეგ ავადმყოფს 3 დღეს ეძლევა ოპიუმის 5—6 წვეთი 3-ჯერ დღეში და ენიშნება მსუბუქი დიეტა. ტამპონი თავსდება მხოლოდ ორი დღით. შემდეგ საჭიროა საჯდომი აბაზანები და ყითას მიდაჭო გაიწმინდოს 50% სპირტით (ა. რიჟიხი). შეხვევას არ ურჩევენ. როდესაც ჩამოთვლილი საშუალებები უშედეგოა, მიმართავენ ოპერაციას, ავადმყოფის მდგომარეობა ისეთია, როგორიც ბუასილის ოპერაციის დროს. ანსეთეზია ადგილობრივი. დანით ოვალურად შემოისერება ნახეთქის ირგვლივ ლორწოვანი და შემდეგ კუპერის მაკრატლით ნახეთქი ამოიკვეთება მთლიანად საღი ქსოვილების ფარგლებში. ამის შემდეგ 1 სმ სიღრმეზე იკვეთება სწორი ნაწლავის უკანა კედელი (გარეთა სპინქტერის კანქვეშა ნაწილი). ნაწლავის ჭრილობა მუშავდება წყალბადის ზეჟანგით, 2% იოდით და შემდეგ მასში თავსდება ბალზამური ნახვევი. ჭრილობა არ იკერება. 5 დღეს ავადმყოფს ეძლევა ოპიუმის წვეთები. პირველად უხვევენ მესამე დღეს ტამპონის ამოღებით. მეორედ ოპერაციიდან ოთხი დღის შემდეგ, 3—5 დღის შემდეგ ტამპონაცია წყდება. მეექვსე დღიდან ყოველდღიური თბილი აბაზანა და გარედან მალამოთი შეხვევა. მეათე დღეს ავადმყოფი ბინაზე ეწერება (ა. ნ. რიჟიხი). ავტორი სფინქტერის გაკვეთას მთავარ მნიშვნელობას აძლევს ნახეთქის შეხორცებაში, რადგან იგი აშორებს რეფლექსურ სპაზმს. ზოგი ამის შემდეგ აღნიშნავს სფინქტერის ფუნქციის მოშლას (ა. ამინევი).

კოკციკოდინია

კუდუსუნის ტრავმის (ხშირად მოტეხილობის), ანთების ან სხვათა დროს კუდუსუნის არეში ვითარდება ნევრალგიური ტკივილი, რომელსაც კოკციკოდინიას ან კუდუსუნის ტკივილს უწოდებენ. იგი უფრო ხშირია ქალებში. ავადმყოფს აწუხებს ტკივილი ზოგჯერ როგორც ჯდომის, ისე წოლის დროს. განსაკუთრებით კუდუსუნზე ზეწოლისა და მდებარეობის შეცვლისას.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. დიდ შეღავათს იძლევა საჯდომი თბილი აბაზანები. სწორი ნაწლავის უკან და კუდუსუნის წინ ნოვოკაინის 0,25% ხსნარის შეყვანა ხშირად აყუჩებს ამ ტკივილს. მოტეხილობის, კუდუსუნის მალების დეფორმაციის და ოსტეომიელიტის დროს კარგ შედეგს იძლევა ოპერაცია კუდუსუნის ამოკვეთა. კუდუსუნის ამოკვეთა კეთდება ადგილობრივი ანესთეზიით. განაკვეთი ტარდება გავის მეოთხე მალის დონიდან კუდუსუნის მწვერვალამდე. კუდუსუნი გამოიყოფა ჯერ უკან, შემდეგ გვერდებიდან და ბოლოს წინიდან. აიწევა მისი წვერი და ოსტეოტომიით მოშორდება გავას. ჰემოსტაზისა და ანტიბიოტიკების შეყვანის შემდეგ კანი იკერება.

პროქტალგია

პროქტალგია, ანუ ანალური ნევრალგია, არაა ხშირი დაავადება. იგი შეიძლება განვითარდეს სწორი ნაწლავისა და ყითას რომელიმე დაავადების. ზოგჯერ ოპერაციის (ხვრელმილის, ნახეთქის ან სიმსივნის ამოკვეთა) ან ყოველგვარი შესამჩნევი მიზეზის გარეშე. ავადმყოფს სწორი ნაწლავის არეში აწუხებს ნევრალგიური ხასიათის ტკივილი.

მ კ ურ ნ ა ლ ო ბ ი ს მიზნით გამოიყენება იშიორექტალურ მიდამოში ნოვოკაინის 0,25% ხსნარის შეყვანა.

ა. ნ. რიჟიხის თანამშრომლები ურჩევენ 100 მლ 0,5% ნოვოკაინის ხსნარის შეყვანას, რომელსაც (ანესთეზიის წინ) უმატებენ 1% მეთილენის ლილის 3 მლ. მეთილენის ლილის ასეთი ხსნარი (0,03%) შეჰყავთ 5—6 სმ სიღმრეზე სწორი ნაწლავის კედლის პარალელურად ოთხივე წერტილში (საათის ციფერბლატით 12, 3, 6, 9).

ყითას ქავილი

ყითას ქავილი ორგვარია: ს ი მ პ ტ ო მ უ რ ი, განვითარებული ანალური მიდამოს ლორწოვანის გადმობრუნების, ბუასილის, პროქტიტის, ხვრელმილის; ბავშვებში ზოგი სახის ჭიების დროს და სხვ.

კ რ ი პ ტ ო გ ე ნ უ რ ი, ანუ ი დ ი ო პ ა თ ი უ რ ი, ქავილი თითქოს უმიზეზო, მაგრამ, როგორც ვ. ბრაიცევი ფიქრობს, ანალურ მიდამოში კანის ინერვაციის მოშლის შედეგია. მას მიაწერენ ანოპერინეული მიდამოდან ნევრორეფლექსური გზით ტვინის ქერქში გაღიზიანების მუდმივი კერის შექმნას.

აუტანელი და მეტად შემაწუხებელი ქავილისაგან ანალურ მიდამოში კანი განიცდის მაცერაციას.

მ კ ურ ნ ა ლ ო ბ ა. ყითას ქსოვილის როგორც პროფილაქტიკის, ისე მკურნალობის დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს სისუფთავეს. ყითას დაბანას კუპის მოქმედების შემდეგ, ზოგჯერ დღეში რამდენჯერმე, განსაკუთრებით ცხელ ამინდში და მსუქან პირებში. ანალური მიდამოს ქავილის მკურნალობა მიზნად ისახავს ქავილის მიზეზის ლიკვიდაციას.

იდიოპათიური ქავილის დროს იყენებენ სპირტ-ნოვოკაინით ანესთეზიას. აბსოლუტური სპირტის 2—3 წვეთი შეჰყავთ სხვადასხვა წერტილში ან 40% სპირტის 20—40 მლ. ა. ნ. რიჟიხი საკმაოდ კარგი შედეგით იყენებს შორისის არეში კანქვეშ და ყითას არეში ლორწოვანი გარსის ქვეშ 0,2% 20—25 მლ მეთილენის ლილის შეყვანას, რაც თითქმის ერთ თვემდე ხანგრძლიობის ანესთეზიას იძლევა.

როდესაც კონსერვატული მკურნალობა შედეგს არ იძლევა, ანოპერინეალური რეფლექსის გაწყვეტისა და ნერვების გადაჭრის მიზნით, კეთდება ბელის ოპერაცია: სწორი ნაწლავ-შორისის არეში ტარდება ორი ოვალური განკვეთი წინ და უკან კანის დაუზიანებლად. სწორ ნაწლავამდე და სფინქტერის კუნთებამდე იკვეთება ქსოვილები.

ბუასილი

ბუასილი (varices haemorrhoidalis, haemos სისხლი rrheos—დინება) სწორი ნაწლავის ვენების კვანძოვანი გაგანიერებაა.

სწორი ნაწლავის ვენების გაგანიერება მოსახლეობის უმეტესობას აქვს (ხშირად სათესლე ჯირკვლის და ქვემო კიდურის ვენების ვარიკოზთან). მაგრამ ბუასილი, როგორც დაავადება, თავს ამჟღავნებს მხოლოდ რომელიმე გართულების (სისხლდენა, თრომბოზი, გამოვარდნა) შემდეგ. სწორი ნაწლავის ვენების გაგანიერება გაცილებით ხშირია ქალებში, ბუასილი კი მამაკაცებში, და ისიც 30 წლის შემდეგ.

სწორი ნაწლავის ვენების გაგანიერებას და ბუასილის განვითარებას ხელს უწყობს მრავალი ფაქტორი. მათ შორის პირველ რიგში აღსანიშნავია თვით სწორი ნაწლავის ვენების, ისე როგორც საერთოდ კარის ვენის სისტემის, თავისებურება — სარქველების არარსებობა. ამიტომ მუცლის ღრუში ყოველგვარი წნევის მომატება, გაჭინთვა, შეკრულობა, ორსულობა, ასციტი, სიმსივნე და სხვ. მენჯის ღრუში წნევის მომატებით ხელს უწყობს სწორი ნაწლავის ვენების გაგანიერებას, ისე როგორც ძლიერი ფიზიკური დატვირთვა, ხშირი ჯდომა (მით უფრო რბილ და თბილ საავარძელში). ან ხშირი ფეხზე დგომა. რადგან ამ დროს ბრკოლდება სისხლის უკუდინება. მნიშვნელობა აქვს ზოგიერთ გამაღიზიანებელ სასმელს (ალკოჰოლი, მაგარი ჩაი. ყავა), საკვებს (ცხარე, წიწაკიანი, ღორის შაშხი). საერთოდ გადაჭარბებულ სმა-ჭამას. დასასრულ უნდა აღინიშნოს მემკვიდრეობის გავლენის შესახებ. არჩევენ გარეთა, ანუ კანქვეშა, ბუასილს, როდესაც განიერდება სწორი ნაწლავის კანქვეშა, ანუ ანორექტული. ვენები. ამ დროს გაგანიერებული ვენური კვანძები ლორწოვანისა და კანის საზღვარზეა ყითას ირგვლივ, იისფერი გადაჭკრავს და ერთი ან რამდენიმეა. ზოგჯერ აღინიშნება ჩაფუშული კვანძები — ფოჩების სახით. ავადმყოფს აწუხებს ქავილი, ზოგჯერ უმნიშვნელო წვა.

გარეთა ბუასილმა შეიძლება განიცადოს ანთება (თრომბოზი). დაჩირქება. ხვრელმილის განვითარება და სხვ. სისხლდენა მას არ ახასიათებს. შიგნითა ბუასილი სწორი ნაწლავის შიგნითა წნულის ვარიკოზული გაგანიერებაა და მოთავსებულია სწორი ნაწლავის ლორწქვეშ ყითადან 2—3 სმ მოშორებით. კვანძები ჩანს მხოლოდ ჩაცუცქულ მდგომარეობაში გაჭინთვისა და ყითაში მათი გამოსვლის შემდეგ ან სწორი ნაწლავის სარკით დათვალიერებისას. დეფეკაციის დროს შიგნითა კვანძები ხშირად გარეთ ვარდება. რომლებიც შეიძლება თავისით შესწორდეს უკან ან მას ხელით ასწორებს ავადმყოფი.

შიგნითა ბუასილისათვის დამახასიათებელია დეფეკაციის აქტის შემდეგ სისხლდენა წვეთ-წვეთად, ზოგჯერ სუსტი ნაკადით და. ფრიად იშვიათად, ისეთი სიძლიერით, რომ შეიძლება ავადმყოფს გულიც წაუვიდეს. ლორწქვეშა გარსის ცვლილებებისა და ბუასილის კვანძების ანთების დროს ზოგჯერ ადგილი აქვს მის გამოვარდნას (სურ. 111). ამ დროს განვითარებული სფინქტერის სპაზმი კვანძების უკან შებრუნებას აბრკოლებს, ავადმყოფს უვითარდება ძლიერი ტკივილი, მაღალი ტემპერატურა, სპაზმის შედეგად კვანძები კიდევ უფრო შეშუპდება, ვითარდება ნეკროზი, დაჩირქება, პორტალური გზით ზოგჯერ ღვიძლში მეტასტაზური პიოგენური აბსცესი, სეპტიკური მდგომარეობა. მწვავე მოვლენები მეტწილად ორ კვირაში ცხრება.

ბუასილის დიაგნოზის დასმა ძნელი არაა, დიდი მნიშვნელობა აქვს სწორად შეკრებილ ანამნეზს, სისხლი, როგორც წესი, ესხმება განავალს. კიბოს დროს, პირიქით, ლორწოვან-ჩირქოვან-სისხლიანი გამონადენი წინ უსწრებს დეფეკაციას. გაჭინთვისას, განსაკუთრებით ჩაცუცქულ მდგომარეობაში, კარ-

გად ჩანს ბუასილის კვანძები. თითით, სარკით და შიგნითა ბუასილის დროს რექტოსკოპით გამოკვლევა საბოლოოდ არკვევს დიაგნოზს. ბუასილის გართულებებიდან აღსანიშნავია: სისტემატური სისხლდენით განვითარებული ანემია, ვარიკოზული ვენების თრომბოზი და გაჭედვა, ხანგრძლივი გაღიზიანების გამო ზოგჯერ ნევრასთენიული მდგომარეობა. ადგილობრივ დაჩირქება (პარაპროქტიტი), იშვიათად ხანგრძლივი ანთებითი გაღიზიანების შედეგად ბუასილის კვანძებიდან შეიძლება განვითარდეს სიმსივნე.

·მ კ ურ ნ ა ლ ო ბ ა. ბუასილის მკურნალობა უფრო ხშირად კონსერვატიულია. საჭიროა ყველა იმ მიზეზის მოსპობა, რომელიც აბრკოლებს სწორი ნაწლავის ვენებიდან სისხლის უკუდინებას. პირველ რიგში უნდა მოისპოს შეკრულობა. განავალი უნდა გახდეს თხელი და კუჭი უნდა მოქმედებდეს ყოველდღე. ამისათვის საჭიროა მცენარეული საკვები (სჯობს ცივი და გრილი). ხილი, რძის პროდუქტები, შავი პური, ცივი წყალი სიროფით (ან ლიმონით) და სხვ. ზომიერი ფიზიკური მუშაობა, ვარჯიში, მოძრაობა. სხეულის მდებარეობის სისტემატური შეცვლა. ზოგჯერ საჭიროა მსუბუქი საფაღარათოს გამოყენება (დამწვარი მაგნეზია 1 ჩაის კოვზი საღამოთი, ძირტკბილას ფხვნილის ნაყენი და სხვ.). უაღრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს კუჭის მოქმედებას. ყითას მიდამოს ცივი წყლით დაბანას (ზოგჯერ დღეში რამდენჯერმე). ცივ წყალში ცურაობას.

ბუასილის შიგნითა კვანძების გამოვარდნისა და გაჭედვის დროს, ჯერ კიდევ თ რ ო მ ბ ო ზ ი ს ა დ ა ა ნ თ ე ბ ი ს გ ა ნ ვ ი თ ა რ ე ბ ა მ დ ე, შეიძლება მისი შესწორება. ამისათვის ავადმყოფს აწვენენ ზურგზე ამაღლებული მენჯით. ყითას მიდამოში ათავსებენ ყინულიან პარკს სპაზმის მოსახსნელად, კანქვეშ კეთდება მორფიუმი ან სხვა ნარკოზული საშუალება (ზოგი მიმართავს ადგილობრივ ანესთეზიასაც). ნახევარი საათის შემდეგ ავადმყოფი გადაჰყავთ მუხლიდაყვზე მდებარეობაში და ვაზელინიანი დოლბანდით თანაბარზომიერი ზეწოლით და ძალდატანების გარეშე ფრთხილად ასწორებენ გამოვარდნილ კვანძებს, ხელმეორედ გამოვარდნის თავიდან ასაცილებლად სწორ ნაწლავში ათავსებენ სანთელს (კოკაინი და მენთოლი თანაბარი 0,01, ქსეროფორმი 0,3), აბევეენ დოლბანდის ფირფიტით (ნ. ელანსკი).

თ რ ო მ ბ ო ზ ი ს დ ა ა ნ თ ე ბ ი ს დ რ ო ს აუცილებელია წოლა, ხანგამოშვებით მენჯის ამაღლება, ყითას მიდამოში ყინული ან ცივი საფენი ტყვიის წყლით. კარგად მოქმედებს და ტკივილს აწყნარებს 0,5—1% კოკაინის ან 10% ანესთეზინის მალამო. ავადმყოფს უკეთდება ანტიბიოტიკები, ეძლევა ანტიკოაგულანტები, ზოგჯერ მცირე დოზებით სულფამიდური პრეპარატები. კარგია ბუტადიონი 0,15 3-ჯერ დღეში ჭამის შემდეგ 3—5 დღე, ადგილობრივ წურბლები (3—4 ცალი) და თბილი საჯდომი აბაზანები. დილით და საღამოთი 10% ქლორიანი კალციუმის მიკრო ოყნა. განმეორებითი სისხლდენის დროს ანტიანემიური საშუალებანი, ზოგჯერ სისხლის გადასხმა. ძლიერი სისხლდენის დროს საჭიროა ავადმყოფის ზურგზე დაწვენა, მენჯის ამაღლება, სწორი ნაწლავის ტამპონადა, ყითას არეში ყინულიანი პარკის მოთავსება და მწვავე ანემიასთან ბრძოლა. დაჩირქების დროს საჭიროა გაკვეთა — ტამპონაცია და ანტიბიოტიკების გამოყენება.

თრომბირებული და გართულებული ბუასილის დროს ზოგი მიმართავს ოპერაციას (ლიგირება და მოკვეთა). მეტი წილი ქირურგებისა მწვა-

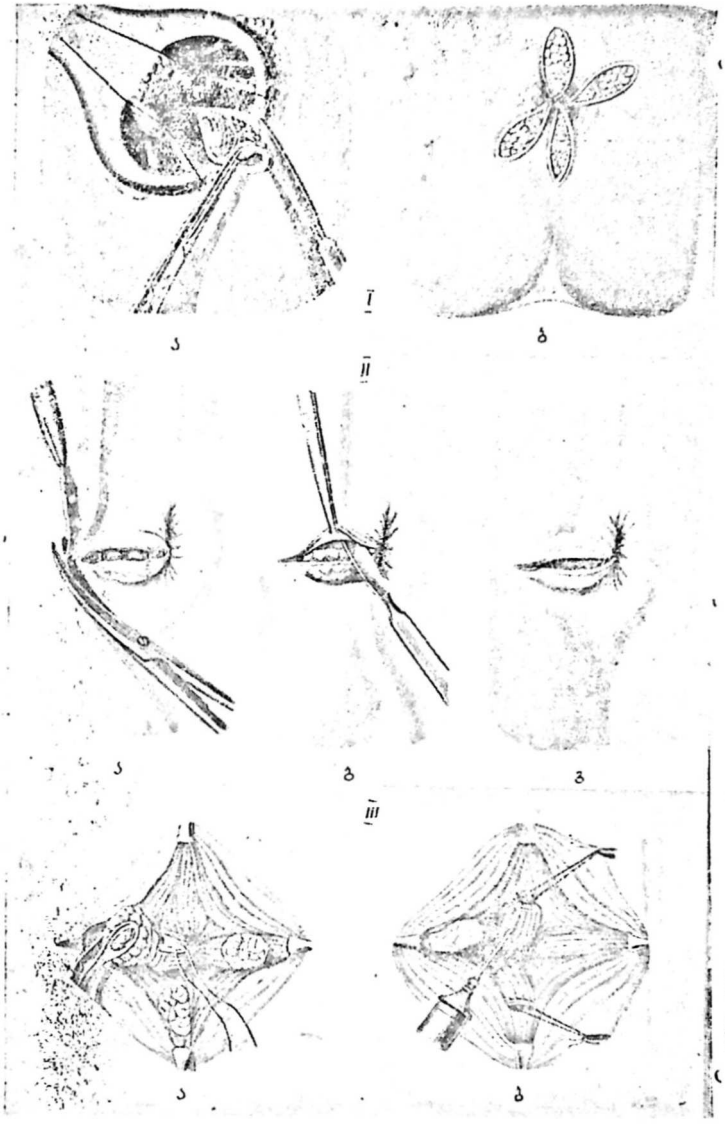
ვე პერიოდში ანთებითი პროცესის პროგრესულობის თავიდან აცილებისათვის ოპერაციას არ მიმართავს.

ბუასილის დროს, როცა ხანგრძლივი კონსერვატული მკურნალობა შედეგს არ იძლევა, საჭიროა ქირურგიული მკურნალობა. ოპერაციის ჩვენებას წარმოადგენს: სისტემატურად სისხლის დაკარგვა და ორგანიზმის დასუსტება, კვანძების გამოვარდნა, შემაწუხებელი პროქტიტი ბუასილის დროს, როდესაც ანთება და გაჭედვა ხშირად მეორდება. ბუასილის ქირურგიული მკურნალობა ორგვარია: მასკლეროზებელი საშუალებების გამოყენება და ოპერაცია.

მასკლეროზებელი საშუალებებით აწარმოებენ ვენის თრომბოზს ან ლორწქვეშ ნივთიერებების შეყვანით სკლეროზის განვითარებას. ამ მიზნით ბუასილის კვანძის ცენტრში შეჰყავთ სხვადასხვა სახის პრეპარატები: ვარიკოციდი, ქინა ურეთანთან ერთად, უფრო ხშირად: 90% სპირტის 0,5—1 მლ; 20% სუფრის მარილის 1—2 მლ; ლორწოვანი გარსის ქვეშ რამდენიმე წერტილში ნუშის ზეთზე მომზადებული 5% კარბოლის მჟავას 2—3 წვეთი.

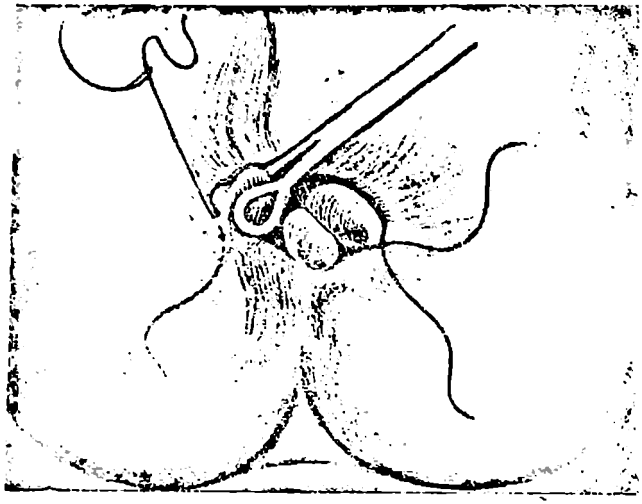
ოპერაციული მკურნალობა. ოპერაციის წინა დღეს ავადმყოფს ეძლევა საფაღარათო, საღამოთი რამდენჯერმე უკეთდება ოყნა. ოპერაციის წინა დღეს ავადმყოფი ღებულობს მხოლოდ სითხეს, საღამოს უკვე ენიშნება ოპიუმი. ანესთეზია ადგილობრივი, ზოგჯერ გამოიყენება სპინალური ანესთეზია, უცხოელები იყენებენ ენდოტრაქეულ ნარკოზს.

ოპერაციის წესებიდან აღსანიშნავია ყითას მიდამოს დემუკოზაცია; განსაკუთრებით შიგნითა და გარეთა კვანძების დროს ყითას მიდამოში, კანის ლორწოვანში გადასვლის ადგილას. ცირკულარული განაკვეთის გატარების შემდეგ, კეთდება ლორწოვანის აცლა, კვანძების ლიგირება, ზევით მდებარე ლორწოვანის მობილიზაცია და კანთან მიკერება (უაიტჰედის ოპერაცია). ამ ოპერაციას ახლა მხოლოდ ზოგიერთი იყენებს, რადგან ლორწოვანის ზევით გაქცევისა და ყითას მიდამოს გაშიშვლების შემდეგ ვითარდება მისი დანაწიბურება. შევიწროება, მგრძნობელობის მოსპობა, ზოგჯერ სპინქტერის ფუნქციის მოშლა და სხვ. ამჟამად არ გამოიყენება ლანგენბეკის ოპერაციაც (სპეციალური დამჭერის დადების შემდეგ თერმოკაუტერით ბუასილის კვანძის მოკვეთა). ახლა განსაკუთრებით გავრცელებულია ველიამინ ბელის ოპერაცია. ბუასილის კვანძის ლიგირება (ზოგჯერ კვანძის ბაშინვე მოკვეთით). ავადმყოფის მდებარეობა გინეკოლოგიურია (ან როგორც იტყვიან ბუასილის ოპერაციისათვის). ანესთეზია ადგილობრივი. წინასწარ მარცხენა ხელის საჩვენებელი თითი შეაქვთ სწორ ნაწლავში და კეთდება სწორი ნაწლავის კედლის ანესთეზია ოთხ წერტილში 0,25% ნოვოკაინით. ამის შემდეგ ორივე ხელის პირველი თითის შეტანით აგანიერებენ სფინქტერს, შეაქვთ სარკე, მის ზევით კორცანგით ვაზელინწასმული და ძაფმობმული 4—5 სმ დიამეტრის ბარლის მორგვი, ბუასილის კვანძებზე რადიალური მიმართულებით ედება ლუერის ფანჯრიანი დამჭერი. კანისა და ლორწოვანის საზღვარზე საჭიროა კანის ჩაჭრა (ბარდენჰოიერი), კვანძის ნეკროზის დაჩქარებისა და ტკივილის თავიდან აცილების მიზნით. დამჭერის ქვეშ ნემსით გაიტანება აბრეშუმის მსხვილი ძაფი და ვენურ კვანძს იგი ორივე მხარეს ეჭირება (სურ. 112). შიგნითა კვანძს ძაფი ეჭირება ირგვლივ, ლორწოვანის წინასწარ გაჭრის გარეშე. კვანძი შეიძლება მოიჭრას მაშინვე, ან მასში შევიყვანოთ ნოვოკაინი, კარბოლის მჟავა (სურ. 112), ან დავტოვოთ ისე და ველოდოთ მის ნეკროზს (რომელიც რამდე-



სურ. 112. ბუასილის ოპერაცია. I. ა—ყითას ლორწოვანისა და ანალური კანის ოვალურად ამოჭრა ფოჩოან ერთად; ბ—ყითას მიდამო კანზე ოთხი ოვალური ნაფლეთის ამოკვეთის შემდეგ. II. დიდი თრომბირებული ჰემოროიდალური კვანძის ამოკვეთა. ა—კანისა და ლორწოვანი ნაფლეთის ოვალურად მოცილება თრომბირებულ კვანძზე; ბ—თრომბირებული კვანძის გამოყოფა კანისაგან; გ—ჭრილობა კვანძის ამოკვეთის შემდეგ. III ა—შიგნითა ბუასილის კვანძზე ადვეს ლუერის დამჭერი, წინასწარ ბილროთის დამჭერით კვანძის ყელზე გადაჭერის ადგილ იყრება აბრეშუმის მსხვილი ლიგატურით; ბ—ბუასილის კვანძი მოკვეთილია და მის ფუძეზე ლიგატურის ქვეშ შეჰყავთ 2% ნოვოკაინის 1,5 მლ.

ნიმე დღეში ვითარდება და კვანძები მოვარდება). შეხვევა ბალზამური ნახ-
ვევით. წვრილი ცხიმიანი ტამპონი თავსდება სწორ ნაწლავშიც. 5 დღე ავად-
მყოფი ღებულობს ოპიუმის 5—8 წვეთს სამჯერ დღეში, შეზღუდულ საკ-
ვებს (პირველ დღეს წყალი, ჩაი, ბულიონი, მეორე დღეს ემატება კისელი



სურ. 112ა. ბუასილის გარეთა კვანძების გიდაკვანძა, მარცხნივ ლეერის დამჭერით აღებული კვანძის გაკერვა, მარჯვნივ—კვანძი გაკერილია.

მესამე დღეს მანის ფაფა, კვერცხი, გაწურული ვაწონი და ა. შ.), მე-5—7 დღეს ეძლევა საფაღარათო, შემდეგ ყოველდღე ოკეთდება ხაჯდომი თბილი აბაზანა და შეხვევა.

ბუასილის ოპერაციული მკურნალობის თავისი წესი აქვს ე. თოდაძეს. სწორ ნაწლავში სპეციალური მილის შეტანით იგი კვანძებს მიაჭყლეტს მასზე. მ. ჩაჩავა აღწერს ლონდონის რექტალურ ჰოსპიტალში მიღებული ბუასილის ოპერაციის წესს, რომელსაც ემხრობა პირადი გამოცდილებითაც. ოპერაცია კეთდება ენდოტრაქეული ნარკოზით. ყოველი კანქვეშა კვანძის გარეთ ტარ-დება კანისა და კანქვეშა ცხიმის კუთხოვანი განაკვეთი ისე, რომ გაკვეთის ბოლოები 2—3 სმ გადადის ლორწოვან გარსზე. განაკვეთში მოხვედრილი ბუასილის გარეთა კვანძი მფარავ კანთან ერთად სათანადო დამჭერით უჭი-რავს ოპერატორს და მისი ზომიერი დაჭიმვით დანით თანდათან გამოყოფს გარეთა კვანძს. მისი მობილიზაციის შემდეგ გრძელდება შიგნითა კვანძის გამოყოფა და ძირში დაედება კეტგუტის ლიგატურა. კვანძები მოიკვეთება. კანისა და ლორწოვანი გარსის ჭრილობა კეტგუტით იკერება. კეთდება 4—5 ან 6 ასეთი კვანძის ამოკვეთა. ჭრილობა ხორცდება პირველადად, რაც ამცი-რებს მკურნალობის ხანგრძლივობას. ბუასილის რეციდივის დროს ოპერაციას არ ურჩევენ, ავადმყოფის შრომის უნარი ოპერაციიდან 2—3 კვირაში აღდგება.

სწორი ნაწლავის გამოვარდნა

სწორი ნაწლავის ან მისი რომელიმე ნაწილის დაწევასა და ყითადან გამოსვლას სწორი ნაწლავის გამოვარდნას უწოდებენ.

არჩევენ სწორი ნაწლავის გამოვარდნის შემდეგ სახეებს: ყითას ლორწოვანის გამოვარდნა — prolapsus mucosae ani; ყითას ყველა შრის გამოვარდნა– prolapsus ani; სწორი ნაწლავის მენჯის ნაწილის გამოვარდნა—prolapsus recti; სწორი ნაწლავის და ყითას გამოვარდნა— prolapsus ani et recti (სურ. 113).

სურ. 113. სწორი ნაწლავის გამოვარდნა.

სწორი ნაწლავის გამოვარდნას მრავალი მომენტი უწყობს ხელს. მათ შორის აღსანიშნავია ყითას ლორწოვანის გამოვარდნაში ლორწოვანის კუნთოვანთან კავშირის გაწყვეტა, გამოწვეული ამ მიდამოს ანთებითი პროცესის შედეგად. სწორი ნაწლავის გამოვარდნაში გავისა და კუდუსუნის ნაკლები მოხრილობა, როგორც ამას ადგილი აქვს ბავშვებში. გავა-კუდუსუნის მეტი მოხრილობა ერთგვარ საფიქსაციო საყრდენს წარმოადგენს და აბრკოლებს სწორი ნაწლავის გამოსვლას მენჯის ღრუდან. გამოვარდნას ხელს უწყობს სიგმური კოლინჯისა და სწორი ნაწლავის დასაწყისი ნაწილის გრძელი ჯორჯალი, ყითას სფინქტერისა და სწორი ნაწლავის ამწევი კუნთების სისუსტე და სხვ. დიდ მნიშვნელობას მიაწერენ აგრეთვე სწორი ნაწლავის დისტალური ნაწილის და მის ირგვლივ ნერვ-კუნთოვანი აპარატის დისტროფიულ ცვლილებებს, შორისის ჩახევებს მრავალჯერ მშობიარობის შემდეგ და სხვ. ასეთი პირობების დროს მუცლის ღრუში ყოველგვარი მიზეზით წნევის გადიდება ხელს უწყობს სწორი ნაწლავის გამოვარდნას, როგორც, მაგალითად, ჭინთვები, შეკრულობა, ფაღარათი, ქრონიკული კოლიტი, შარდვის დაბრკოლება (ცენტები, პროსტატის ჰიპერტროფია), ძლიერი ხველა, მძიმე ფიზიკური სამუშაო (სიმძიმეების აწევა) და სხვ.

სწორი ნაწლავის გამოვარდნა ყველა ასაკში გვხვდება, მაგრამ გაცილებით ხშირად ბავშვებში.

ს ი მ პ ტ ო მ ე ბ ი. ყითას ლორწოვანის გამოვარდნა შეიძლება იყოს სრული. მთელ ანალურ მიდამოში, და ნაწილობრივი, მის რომელიმე ნაწილში. ყითადან ლორწოვანი 2—3 სმ ვარდება დეფეკაციის, გაპინთვის, დახველების დროს ან ზოგჯერ უიმისოდ. დაავადების დასაწყისში სფინქტერის მცირედ გამოხატული მოდუნებისას დეფეკაციის დროს გამოვარდნილი ლორწოვანი თავისით ან ავადმყოფის დახმარებით სწორდება. სფინქტერის ძლიერი მოშვებისას ლორწოვანი გარსი თითქმის ყოველთვის გადმობრუნებულია, რაც ხელს უწყობს სწორი ნაწლავის ფუნქციის მოშლას (ზოგჯერ აირისა და თხელი განავლის შეუკავებლობას). გადმობრუნებული ლორწოვანი ჰიპერემიული და შეშიებულია, მისგან გაძლიერებულად აღინიშნება გამონადენი, რაც სერის თეთრეულს და თავის მხრივ იწვევს გამოვარდნილი ლორწოვანი გარსის გაღიზიანებას. მხოლოდ ყითას ლორწოვანის გამოვარდნის დროს გამოვარდნილი ლორწოვანი გარსის ცილინდრსა და კანს შორის რჩება ღრმა ნაპრალი, რომელიც კარგად ისინჯება ბლაგვი ინსტრუმენტით.

სწორი ნაწლავის ლორწოვანი გარსის გამოვარდნის გარდა, ნ. ელანსკი კლინიკურად არჩევს სწორი ნაწლავის გამოვარდნის ოთხ სტადიას. პირველ სტადიაში სწორი ნაწლავი ვარდება მხოლოდ დეფეკაციის დროს, რის შემდეგ იგი თავის ადგილს უბრუნდება. მეორე სტადიაში დეფეკაციის შემდეგ ნაწლავი თავისით არ სწორდება და მას ავადმყოფი ასწორებს თითებით, რაც ყითას ამწევი კუნთების დასუსტებაზე მიუთითებს. მესამე სტადიაში ნაწლავი ვარდება არა მარტო დეფეკაციის დროს, არამედ მუცლის პრესის ყოველგვარი დაჭიმვისას. ამ დროს უკვე ადგილი აქვს სფინქტერის მნიშვნელოვან მოშვებას, რის გამოც ავადმყოფები ცუდად იჭერენ აირს და განავალს, თუმცა შესწორებული ნაწლავი ჯერ კიდევ ჩერდება თავის ადგილას. მეოთხე სტადიის დროს შესწორებული ნაწლავი არ ჩერდება და ხელმეორედ ვარდება უკან ავადმყოფის ვერტიკალურ მდებარეობაში. გამოვარდნილი ნაწლავის ლორწოვანი შეშუპებული და ანთებითია, აღინიშნება ლორწოს, სისხლის და ჩირქის დიდი რაოდენობით გამოყოფა. ლორწოვანი გარსის ხანგრძლივი გამოვარდნა და ანთებითი ცვლილებები იწვევს პოლიპოზურ ცვლილებებს. სწორი ნაწლავის ფუნქციის მოშლა და ყითას მიდამოს ძლიერი გაბინძურება ავადმყოფს მძიმე მდგომარეობაში აყენებს.

დიაგნოზის დასმა ძნელი არაა. ჩაცუცქულ მდგომარეობაში გაპინთვისას ადვილია სწორი ნაწლავის გამოვარდნის და მისი ხარისხის გამოცნობა. საბოლოო დაზუსტებისა და ზოგი თანმხლები დაავადების ამოცნობისათვის საჭიროა თითით და რექტოსკოპით გამოკვლევა.

მ კ ურ ნ ა ლ ობ ა. ბავშვთა ასაკში სწორი ნაწლავის გამოვარდნილობის მკურნალობა თითქმის ყოველთვის კონსერვატულია. გამოვარდნილი სწორი ნაწლავის შესწორებისათვის საჭიროა ბავშვი მუცელზე დავაწვინოთ ფეხებაწეულ მდგომარეობაში, ნაწლავს უხვად წავუსვათ ვაზელინი და ხელთათმანებიანი ხელებით თანაბარზომიერი ზეწოლით ნაწლავი შეეაბრუნოთ თავის ადგილას. შემდეგ შეიძლება მწებავი ემპლასტროთი დავამაგროთ დუნდულები, რომ მალე იგი ხელმეორედ არ გამოვარდეს.

ბავშვებში ხშირად საკმარისია ყველა იმ მიზეზის (ჭინთვები, ხველა და სხვ.) ლიკვიდაცია, რაც ხელს უწყობს გამოვარდნას. ზოგჯერ საჭიროა ბავშვს მოვასაქმებინოთ ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში და არ დავსვათ იგი ღამის ქოთანზე ხანგრძლივად.

სწორი ნაწლავის გამოვარდნის დასაწყის პერიოდში შეიძლება დროებით დახმარება გაგვიწიოს მმუხავი ნივთიერებებით (მანგანმჟავა კალიუმი 1—1000, ტანინი — 2%) ოყნამ. სწორი ნაწლავის ირგვლივ ქსოვილებში სამ წერტილში, 5% კარბოლის მჟავას ან 70% სპირტის 5—15 მლ შეყვანა ბავშვებში, ნაწლავის ირგვლივ ნაწიბურებისა და სკლეროზის განვითარებით იძლევა კარგ შედეგს. ლორწოვანის გამოვარდნის დროს ლორწქვეშა სივრცის ალკოჰოლიზაცია ხშირად კარგ შედეგს იძლევა მოზრდილებშიც.

მოზრდილებში სწორი ნაწლავის გამოვარდნის ხელშემწყობი დაავადებები. მკურნალობასთან ერთად ხშირად საჭირო ხდება ოპერაციული დახმარება. მრავალი სახის ოპერაციებიდან ძირითადად ოპერაციები კეთდება ექსტრაპერიტონულად: ყითას შევიწროება, ფიქსაცია, მენჯის დიაფრაგმის გამაგრება, ლორწოვანის ან მთლიანად გამოვარდნილი ნაწლავის რეზექცია და ლაპაროტომიით ინტრაპერიტონულად სწორი ნაწლავის სხვადასხვა სახის ფიქსაცია.

ზოგჯერ მათ კომბინირებულად იყენებენ. ოპერაციის მეთოდი ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში ინდივიდუალურად უნდა შეირჩეს. დასაწყის პერიოდში, ისე როგორც ბავშვებში, ხშირად საკმარისია ყითას შევიწროება ვერცხლის მავთულით (თირშის ოპერაცია) ან სხვა მასალით — აბრეშუმის მსხვილი ძაფით, ფასციით, ეპითელგაცლილი კანით (სურ. 114).

სურ. 114. თირშის ოპერაცია (ძაფის გატარება) სწორი ნაწლავის გამოვარდნის დროს.

თირშის ოპერაცია (ან მისი მოდიფიკაციები) კეთდება ასე: ავადმყოფის მომზადება, როგორც სწორ ნაწლავზე ოპერაციის დროს (წინა დღით საფაღარათო, საღამოთი რამდენჯერმე ოყნა). მდებარეობა ბუასილის ოპერაციის მსგავსად. ანესთეზია ადგილობრივი. ყითას უკანა და წინა ნაკერზე ყითადან 1,5 სმ მოშორებით კეთდება კანის 0,5 სმ სიგრძის რადიალური განაკვეთი. წინა ჭრილობიდან მოხრილი ნემსით კანქვეშ შემოაქვთ აბრეშუმის მსხვილი ძაფი, უკანა ჭრილობაში მისი გამოტანის შემდეგ იგივე ნემსით ძაფს გაატარებენ მეორე მხარეზე და ამოაქვთ წინა ჭრილობაში. აქ მოთავსებული ძაფის ორივე ბოლოები იკვანძება ასისტენტის მიერ ჯერ მეზღვაურის და შემდეგ ქირურგიული კვანძით ოპერატორის მიერ სწორ ნაწლავში მოთავსებულ საჩვენებელი თითის შუა ფალანგზე.

სწორი ნაწლავის ექსტრაპერიტონული ფიქსაციის მრავალი წესი არსებობს — კანქვეშ გატარებული აბრეშუმის ძაფით, სწორი ნაწლავის ფიქსაცია კუდუსუნთან (კოკციგოპექსია). კუდუსუნის რეზექციის შემდეგ სწორი ნაწლავის უკანა კედელზე 4—5 პარალელური ნაკერის დადება, მათი შეკვრით სწორი ნაწლავის შევიწროება; ზედა ძაფის გავის სპეციალურად გაკეთებულ ხვრელში დამაგრება, ქვედასი კი — სწორი ნაწლავის ამწევთან (რექტოპექსია). რომბისებრად შევიწროებას აწარმოებს სწორ ნაწლავზე გარდიგარდმოდ დადებული რამდენიმე ძაფით.

სწორი ნაწლავის გამაგრება ზოგჯერ წარმოებს მისი აცლით და სწორ ნაწლავსა და გავა-კუდუსუნის ფოსოს შორის ასეპტიკური ანთების და ნაწიბურე-

ბის განვითარებით (ჭრილობაში რამდენიმე ხნით თავსდება იოდოფორმიანი ტამპონი). ლორწოვანის გამოვარდნის დროს ხანდახან მიმართავენ მის ოვალურ ამოჭრას და გაკერვას. სწორი ნაწლავის გამოვარდნისას ზოგჯერ აწარმოებენ მის მთლიანად მოკვეთას და ნაწლავის კედლის მიკერებას ყითასთან.

აბდომინური ოპერაციებიდან ყველაზე გავრცელებულია კოლოპექსია (კიუშელის ოპერაცია და მისი სხვადასხვა სახის მოდიფიკაცია).

ჭიპიდან ბოქვენამდე განაკვეთით გაიხსნება მუცლის ღრუ, შემდეგ ავადმყოფს ეძლევა ტრენდელენბურგის მდებარეობა. სწორი ნაწლავი მაქსიმალურად ამოიწევა და მისი დასაწყისი ნაწილი სეროზულ-კუნთოვანი ნაკერით ორთავე მხარეს მაგრდება პრომონტორიუმზე.

ნაწლავის უკეთ ფიქსაციისათვის ა. რიეიხი ურჩევს კონცხზე არსებული პერიტონეუმის ერთ მხარეზე (მარცხნივ) აცლას გასწვრივი განაკვეთით. სწორი ნაწლავი ეკერება ძვლისაზარდელას რამდენიმე კვანძოვანი ნაკერით და შემდეგ წინიდან მიეკერება პერიტონეუმის აცლილი ფურცელი. მ. ჩაჩავა ურჩევს ასეთივე პარალელურ განაკვეთს სწორი ნაწლავის ორივე მხარეს. კონცხზე აცლილი პერიტონეუმის სწორ ნაწლავზე წინიდან მიკერება უფრო მეტად ფიქსირებს ნაწლავს. კოლოპექსიის შემდეგ ავადმყოფს ოპიუმი არ ეძლევა. დაბრკოლების გამო ზოგჯერ აღინიშნება შებერილობა. მესამე-მეოთხე დღიდან ჯობს ავადმყოფს მიეცეს 25% მაგნეზია ან ვაზელინის ზეთი სუფრის კოვზით 2—3-ჯერ დღეში.

ზოგი კოლოპექსიას უმატებს თირშის ოპერაციას და მაშინ ეფექტი კიდევ უფრო უკეთესია.

პროქტიტი

პროქტიტი სწორი ნაწლავის ლორწოვანის და ზოგჯერ ყველა მისი შრის ანთებაა (რექტიტი). პროქტიტის განვითარებას სხვადასხვა მიზეზი იწვევს და ზოგჯერ იგი მსხვილი ნაწლავის ზემო სეგმენტების ანთების გაგრძელებასაც წარმოადგენს.

არჩევენ მწვავე და ქრონიკულ პროქტიტს. მწვავე პროქტიტის დროს ავადმყოფს აწუხებს წვა სწორი ნაწლავის არეში, გადავსებისა და დეფეკაციის გრძნობა, ჭინთვები. სწორი ნაწლავიდან, განსაკუთრებით კუჭის მოქმედების დროს, გამოიყოფა ლორწო, რომელსაც ზოგჯერ სისხლი ან ჩირქი აქვს მიმატებული.

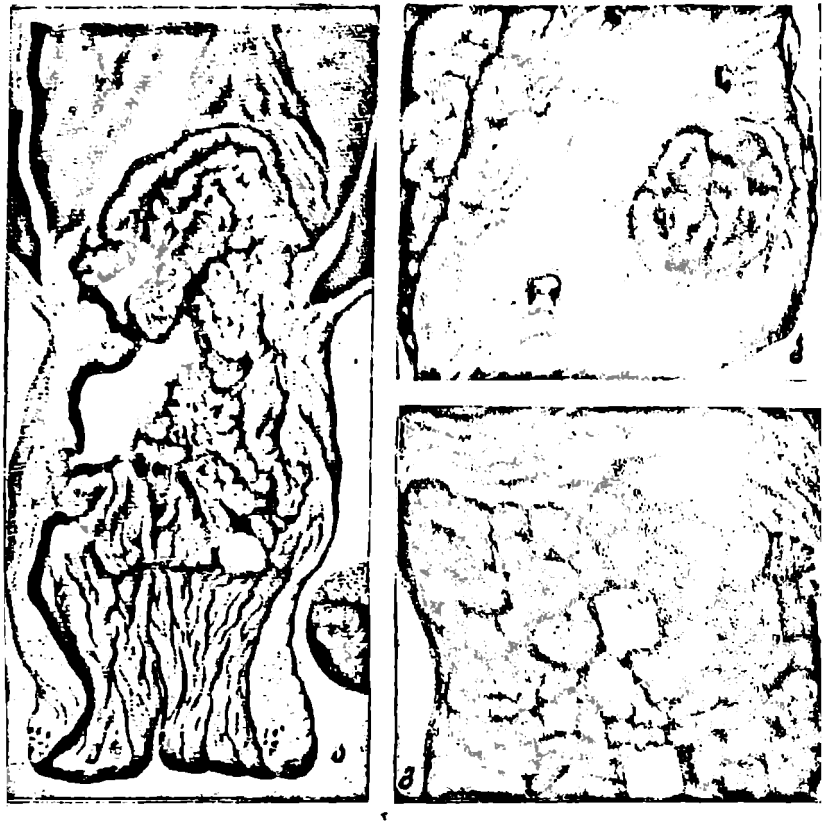
ქრონიკულ პერიოდში აღინიშნება კატარული ან წყლულოვანი ანთება. პროცესის პროგრესულობისას ანთება ნაწლავის კედლის ყველა შრეზე ვრცელდება და ვითარდება ამა თუ იმ ხარისხით გამოხატული სტენოზი.

სპეციფიკური პროქტიტის სახეებია: დიზენტერიული პროქტიტი. დიზენტერია საკმაოდ ხშირად იძლევა პროქტოკოლიტს პერიოდული გამწვავებით ლორწოსა და ჩირქოვანი სისხლიანი გამონადენით. რექტოსკოპიით კარგად ჩანს ლორწოვანის ანთება და წყლულები ჩირქოვანი ფიბროზული ნადებით.

სამკურნალოდ გამოიყენება სულფამიდური პრეპარატები, ანტიბიოტიკები, ადგილობრივ სადეზინფექციო ხსნარით ოყნები, ფიტონციდები.

გონორეული პროქტიტი ვითარდება სწორ ნაწლავში გონოკოკების მოხვედრისას, ხშირად ქალებში საშოდან გამონადენის არსებობისას.

სურ. 111. შიგნითა ჰემოროიდული ანთებითი კვანძების გამოვარდნა და გაქედვა.



სურ. 118. სწორი ნაწლავის კიბოს პრეპარატები.
ა—სწორი ნაწლავის ამპულარული კიბო. ბ—სწორი ნაწლავის კიბო და მრავლობითი პოლიპები; [illegible] მიდამოს ავთვისებიანად გადაგვარებული პოლიპი.

სწორი დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება ჩირქის გამოკვლევა (გონოკოკის აღმოჩენა). მკურნალობის მიზნით გამოიყენება პენიცილინი, სულფამიდური პრეპარატები, ადგილობრივ მანგანუმმჟავა კალიუმის (1 : 5000) ოყნები.

სწორი ნაწლავის სიფილისი ყველა სტადიაში შეიძლება შეგვხვდეს. პირველადი ინფიცირებისას მაგარი შანკრი, მეორე სტადიაში ბრტყელი კონდილომები და მესამე სტადიაში სწორი ნაწლავის წყლულები ან შეევიწროება. ამ დროს ავადმყოფს ზოგჯერ გამოხატული აქვს ნეიროლუესის ძოვლენები. დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება ანამნეზი, სეროლოგიური რეაქცია. მკურნალობა ანტილუესურია.

მეოთხე ვენერიულ (ნიკოლა-ფავრის) სნეულებას ახასიათებს პროქტიტი, სწორი ნაწლავის დანაწიბურება. ინფილტრაცია და შეევიწროება. ამ დროს ხშირად აღინიშნება საზარდულის ლიმფური კვანძების გადიდება. ა. პანკოსტას რეაქცია დადებითია (თუმცა იგი დადებითია კიბოს დროსაც). მკურნალობისათვის გამოიყენება პენიცილინი.

სწორი ნაწლავის ტუბერკულოზი წყლულოვანი ან პაპილომატოზური ფორმისაა. გვხვდება სხვა ორგანოთა ტუბერკულოზისა და ტუბერკულოზური ხვრელმილების დროს. უსწორმასწორო კიდეებიან წყლულს შრატისმაგვარი ჩირქოვანი გამონადენი ახასიათებს. დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება მიკროსკოპული გამოკვლევა. სპეციფიკური მკურნალობა მეტწილად კარგ შედეგს იძლევა. ზოგჯერ საჭიროა წყლულის ელექტროკოაგულაცია.

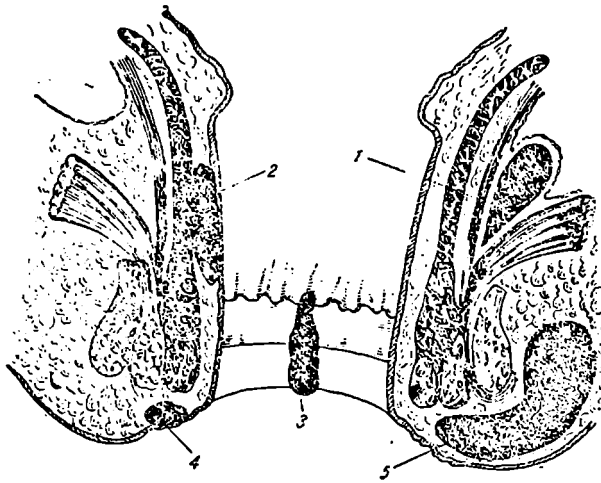
პარაპროქტიტი

პარაპროქტიტი ეწოდება სწორი ნაწლავის და ყითას ირგვლივ შემაერთებელქსოვილის ჩირქოვან ანთებას. დაავადების ხშირი მიზეზია ნაწლავის ჩხირი, ჩირქმბადი მიკრობები, ზოგჯერ ანაერობული ინფექცია. ინფექციის შეჭრა ხდება სწორი ნაწლავიდან (ნახეთქი, ბუასილი, პროქტიტი, ქავილი) უშუალოდ ლიმფური გზით ან ვენური წნულით (ბუასილის თრომბირებული კვანძი), ზოგჯერ კანიდან ჰიგიენური წესების დარღვევისას. იშვიათად ორგანიზმში არსებული ჩირქოვანი კერიდან (ჰემატოგენური გზა). პარაპროქტიტის მიზეზი, როგორც ეს ჩვენს ავადმყოფებს აღენიშნებოდა, ზოგჯერ შეიძლება იყოს სწორი ნაწლავიდან პარარექტალურ სივრცეში საკერავი ნემსის ან თევზის ძვლის ჩასობა. დასაწყისში პარაპროქტიტს შეიძლება ფლეგმონის სახე ჰქონდეს, რომელიც შემდეგ აბსცესად ჩამოყალიბდება.

არჩევენ ზერელე და ღრმა პარაპროქტიტს. ზერელეს ეკუთვნის კანქვეშა და ლორწქვეშა პარაპროქტიტი. ღრმა პარაპროქტიტს კი იშიორექტული და პელვიორექტული. ღრმა პარაპროქტიტი ვითარდება ზერელე პარაპროქტიტის გავრცელებით. კანქვეშა აბსცესის გაღრმავებით — იშიორექტული პარაპროქტიტი, მოთავსებული სწორი ნაწლავის ამწევი კუნთის ქვეშ საჯდომ ბორცვსა და სწორ ნაწლავს შორის. ლორწქვეშა ჩირქგროვის გავრცელებით — პელვიორექტული პარაპროქტიტი, მოთავსებული პერიტონეუმის ქვეშ სწორი ნაწლავის ამწევ კუნთსა და ნაწლავს შორის (სურ. 115).

პარაპროქტიტის შემოფარგლულ ფორმებს (აბსცესი) გარდა, შეიძლება შეგვხვდეს გავრცელებული პარაპროქტიტი (ნაწლავის ტრავმული დაზიანების დროს განაელის სწორი ნაწლავის ირგვლივ ქსოვილებში მოხვედრისას). ხშირად ასეთი პარაპროქტიტი ანაერობული ხასიათისაა და მეტად მძიმედ მიმ-

დინარეობს. კანქვეშა ქსოვილებში ან სწორი ნაწლავიდან გასინჯვით შეიძლება გამოხატული იყოს კრეპიტაცია. მაღალი სიცხე არაა სხვალდებულო. საერთო მძიმე ინტოქსიკაციის მოვლენებით ზოგჯერ ავადმყოფი იღუპება.



სურ. 115. პარაპროქტიტი. 1—პელვიორექტული; 2—ლორწქვეშა; 3—კანქვეშა-ლორწქვეშა; 4—კანქვეშა; 5—იშიორექტული.

კანქვეშა პარაპროქტიტის დროს ავადმყოფს აწუხებს ძლიერი მფეთქავი ტკივილი ყითას არეში, უჭირს დეფეკაცია, აქვს მაღალი სიცხე, ზოგჯერ დაბუდვა და თითით გასინჯვა აღმოაჩენს კანქვეშა ან ლორწქვეშა აბსცესს.

იშიორექტული აბსცესი შედარებით იშვიათია. სეფსისური მოვლენების ფონზე აღინიშნება შემაწუხებელი ტკივილი. ყითას ირგვლივ კანქვეშა არე შეშუპებულია. ორ თითს შორის გასინჯვა ზოგჯერ აღმოაჩენს სწორი ნაწლავის გამობერილობას სანათურისაკენ და მტკივნეულობას.

პელვიორექტული აბსცესი კიდევ უფრო იშვიათია. იგი შეიძლება განვითარდეს აპენდიციტის, ადნექსიტის დროს. მას ახასიათებს ჩირქოვანი ინფექციის მეტად მძიმე ზოგადი მოვლენები. სწორი ნაწლავის თითით გამოკვლევით აღინიშნება მტკივნეულობა და სწორი ნაწლავის კედლის გამობერილობა. პარაპროქტიტის დროს ჩირქის თავისთავად გამორწყვის ან არასრულყოფილი გაკვეთის შემდეგ ხშირად ვითარდება ჩირქმდენი ხვრელმილები.

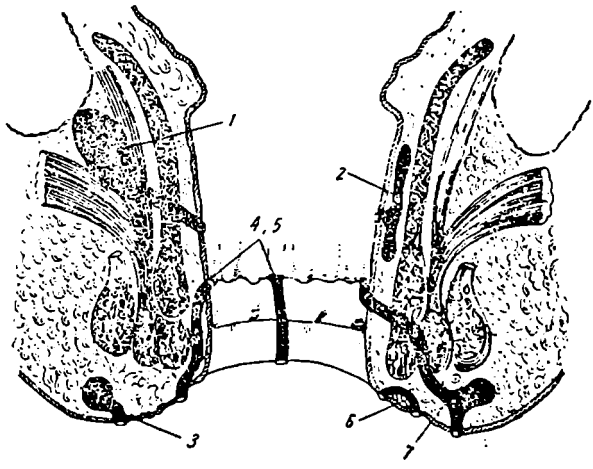
მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა ოპერაციულია. ავადმყოფს კანქვეშ უკეთდება საგულე საშუალება და პრომედოლი. ანესთეზია ადგილობრივი. ლორწქვეშა აბსცესის დროს განაკვეთი ტარდება ყითას მხრიდან ნაწლავის სარკით გაგანიერების შემდეგ. კანქვეშა აბსცესის დროს კანი რკალისებრად იკვეთება აბსცესზე. სჯობს კანის სამკუთხედისებრად ამოკვეთა წვერით ნაწლავისაკენ (გაბრიელი). ასეთი განაკვეთი ჭრილობის ღიაობისა და ჩირქის ევაკუაციის კარგ საშუალებას იძლევა. ღრმა პარაპროქტიტის დროს ყითას ირგვლივ განაკვეთი (ზოგჯერ ორივე მხარეს) კეთდება რკალოვანი ისე, რომ არ დაზიანდეს გარეთა სპინქტერის ბოჭკოები. კანისა და კანქვეშა ქსოვილის გაკვეთის შემდეგ ჭრილობა-

ში შეგვყავს სისხლძარღვთა დამჭერის წვერი და თანაბარზომიერი ზეწოლით და იარაღის წვერის გახსნით ვახდენთ აბსცესის გაკვეთას. აბსცესის ღრუების თითით კარგად გახსნის შემდეგ მასში თავსდება ტამპონი და ზოგჯერ დრენაჟიც. პარაპროქტიტის მძიმე ფორმების დროს ზოგჯერ საჭიროა ანტიბიოტიკები. სულფამიდური პრეპარატები, ანაერობული განგრენის დროს ანტიგანგრენული შრატი, სისხლის გადასხმა და სხვ.

ოპერაციის შემდეგ დროებით საჭიროა ოპიუმის დანიშვნა და დიეტის შეზღუდვა. 3—4—5 დღის შემდეგ პირველი შეხვევა. შემდეგ კი ყოველდღე აბაზანები და ტამპონის თანდათან ამოწევით შეხვევა.

ყითასა და სწორი ნაწლავის ხვრელმილები

ყითასა და სწორი ნაწლავის ხვრელმილი შეიძლება იყოს სრული და არასრული. სრული ხვრელმილის ერთი ბოლო სწორი ნაწლავის სანათურშია, მეორე ბოლო კანზე იხსნება. არასრული ხვრელმილი თავის მხრივ ორგვარია: შიგნითა, არასრული ხვრელმილი, როცა მისი ერთი ბოლო სწორ ნაწლავში იხსნება, მეორე კი ბრმად ბოლოვდება პარარექტულ სივრცეში; გარეთა არასრული ხვრელმილის დროს ხვრელმილის ერთი ბოლო კანზე იხსნება, მეორე ბოლო კი პარარექტულ სივრცეში. როგორც ა. რიეიხი წერს, ჩვენ ამაში დავრწმუნდით, არასრული გარეთა ხვრელმილი დაკავშირებულია სწორი ნაწლავის მორგანის კრიპტებთან, უფრო ხშირად უკანასთან (ა. რიეიხით, 55%-ში), შედარებით ნაკლებად წინასთან (35%-ში) და კიდევ უფრო ნაკლებად გვერდით კრიპტებთან (10%-ში).



სურ. 116. ყითასა და სწორი ნაწლავის ხვრელმილები. 1—არასრული ჰელვიორექტული; 2—არასრული რექტულ; 3—არასრული კანქვეშა; 4, 5—სრული კანქვეშა; ლორწქვეშა; 6—სრული კანქვეშა; 7—სრული იშიორექტული.

ხვრელმილი შეიძლება იყოს ერთი და მრავლობითი. მარტივი და რთული, ანუ სხვადასხვა სახის ხვრელმილი ერთად (სურ. 116).

ყითასა და სწორი ნაწლავის ხვრელმილი ვითარდება პარაპროქტიტის შემდეგ; უფრო ხშირად პარაპროქტიტის თავისით გახსნის დროს, შედარებით ნაკლებად ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ. ხვრელმილის განვითარებას, მის ქრონიკულად გადაქცევას და შეხორცების დაბრკოლებას ხელს უწყობს სწორი ნაწლავიდან განავლის სისტემატური მოხვედრა და პარარექტულ მიდამოში ქსოვილის რეგენერაციის ცუდი უნარი.

ს ი მ პ ტ ო მ ე ბ ი. დაავადებას ახასიათებს ჩირქის სისტემატური დენა, სრული ხვრელმილის დროს ხშირად განავლისა და აირის გამოსვლა. ხვრელმილი მეტწილად ჩირქმდენი გრანულაციური ქსოვილითაა დაფარული. იგი ისე, როგორც ხვრელმილიდან ჩირქოვანი გამონადენი, აღიზიანებს კანს, სვრის თეთრეულს და ცუდად მოქმედებს ავადმყოფზე. ხვრელმილი ხანგამოშვებით განიცდის დახშობას. მაშინ ვითარდება ჩირქის შეგუბება და პარაპროქტიტის მოვლენები: შესიება, ტკივილი, ტემპერატურის მომატება.

ქრონიკულად მიმდინარე ხვრელმილი (განსაკუთრებით მრავლობითი) ხშირად ტუბერკულოზური წარმოშობისაა. ავადმყოფს ანამნეზში ზოგჯერ სხვა ორგანოს ტუბერკულოზი აქვს. ხვრელმილი დაფარულია მკრთალი გრანულაციური ქსოვილით და თხიერი წბოლის მაგვარი გამონადენით. დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება ჰისტომორფოლოგიური გამოკვლევა. ზოგჯერ ხვრელმილების მიზეზი აქტინომიკოზია. მისთვის დამახასიათებელია ყითასა და დუნდულოს მიდამოებში მრავლობითი ხვრელმილები ქვეშმდებარე ქსოვილების ძლიერი ინფილტრაციით და თხიერი ჩირქოვანი გამონადენით. მის ამოცნობაში გვეხმარება ჰისტომორფოლოგიური გამოკვლევა და გამონადენში აქტინომიკოზის დრუზების აღმოჩენა.

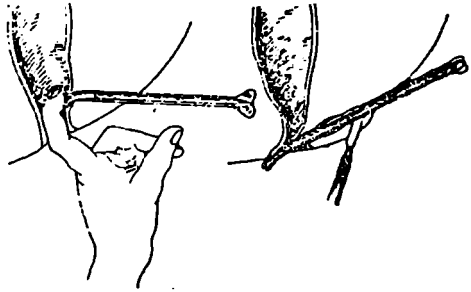
ხვრელმილის დიაგნოზის დასმა ძნელი არაა, გვეხმარება თითით და ზონდით გამოკვლევა: სწორ ნაწლავში შეტანილი მარცხენა ხელის საჩვენებელი თითი სრული ხვრელმილის დროს ზოგჯერ შეიგრძნობს ხვრელმილით შეყვანილი ზონდის წვერს. სწორ ნაწლავში შეტანილი დოლბანდის ფირფიტა სრული ხვრელმილის დროს ხვრელმილში შეყვანილი 1% მეთილენის ლილით შეიღებება. ხვრელმილის მიმართულების დასადგენად გამოიყენება რენტგენოფისტულოგრაფია რომელიმე კონტრასტით (ლიპიოდოლი) ან ჰაერით (რენტგენოფისტულო-პნევმოგრაფია).

გართულებებიდან აღსანიშნავია პარაპროქტიტის გამწვავება, კანის მაცერაცია, იშვიათად კიბოდ გადაგვარება (300 ხვრელმილიდან 1 შემთხვევაში, ა. რიჟიხით).

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა ოპერაციულია. ოპერაციის მრავალი წესი მიზნად ისახავს ხვრელმილისა და შეცვლილი ქსოვილების ამოკვეთას და ტამპონით მკურნალობას ან ფისტულექტომიის შემდეგ ჭრილობის ყრუდ დახურვას. ხვრელმილთან ერთად შეცვლილი ქსოვილების სრულყოფილად ამოკვეთისათვის შეიძლება ხვრელმილში შევიყვანოთ 1% მეთილენის ლილის 5—10 მლ. ქსოვილების შეფერვა ოპერაციის უკეთ ჩატარების საშუალებას იძლევა. ანტიბიოტიკების გამოყენება კი ჭრილობის ყრუდ დახურვის პირობებს ქმნის.

ა. რიჟიხი ხვრელმილს გამოყოფს სწორ ნაწლავამდე (კრიპტასთან ახლოს). მასზე კერვით ადებს წვრილ კეტგუტს. ხვრელმილს და ირგვლივ შეცვლილ ქსოვილებს მოაშორებს. ტაკვს ამუშავებს 2% იოდით. ჭრილობის მთლიანობას აღადგენს კეტგუტით, მხოლოდ კანს ღიად ტოვებს. ამ ოპერაციას უმატებს სფინქტეროტომიას უკანა ნაკერზე 8—10 მმ სიღრმეზე. სფინქ-

ტერის ფუნქციის მოშლის შიშით ზოგი მას არ მიმართავს. სფინქტეროტომია შედარებით საშიშია მრავალჯერ ნამშობიარევ ქალებში. ამიტომ ამ დროს შედარებით ზერელედ ურჩევენ მის გაჭრას. საჭიროების დროს სფინქტერის გაჭრა ჩვენ საკმაოდ ხშირად გამოგვიყენებია და მხოლოდ კარგი შედეგი მიგვიღია. ჯერ კიდევ გრ. მუხაძემ იცოდა თქმა, რომ ხვრელმილების ოპერაციის შემდეგ ისე უნდა იყოს ყითა-სწორნაწლავის მიდამო, როგორც აფეთქების შემდეგ და მაშინ ეფექტი გაცილებით უკეთესიაო. რა თქმა უნდა, მარტივი ხვრელმილის დროს, თუ შესაძლოა, უნდა გაკეთდეს დამზოგველი ოპერაცია (სურ. 117).



სურ. 117. კანქვეშა ხვრელმილის გაკეთა ზონდზე.

სფინქტერის არეში ნაწიბურების თანდათან განვითარებისა და სფინქტერის ფუნქციის მოშლის თავიდან აცილების მიზნით ძველთაგანვე ურჩევდნენ ე. წ. ლიგატურის მეთოდს. ეს წესი გამოიყენება ღრმად მდებარე სრული ხვრელმილის დროს, როდესაც მისი ამოკვეთა არ ხერხდება. სფინქტერის ჩაჭრა წარმოებს ეტაპურად, რომ ჭრილობის ადგილას ნაწიბურმა თანდათან მოასწროს განვითარება. ოპერაცია კეთდება ასე: ამოიკვეთება ხვრელმილის გარეთა შესასვლელი და ირგვლივ მდებარე ქსოვილები. კანი ამოიჭრება სამკუთხედისებრად მწვერვალოთი ყითასაკენ (გაბრიელის წესით), გარეთა სფინქტერის კანქვეშა ნაწილი იკვეთება. ამის შემდეგ ნაწლავის კედელში არსებულ ხვრელში ზონდით გაიქვთ აბრეშუმის მსხვილი ძაფი, რომელსაც მარლის ბურთულაზე ზერელედ მოვიმავენ ხვრელმილის არხსა და ყითას არხს შორის. ლიგატურაში მოყოლილი ქსოვილის ხიდაკი თანდათანობით უნდა გაჭრას 2—3 დღეში ძაფის ეტაპურმა მოჭერამ. ქსოვილის გაჭრა რომ უმტკივნეულო იყოს, ყოველი მოჭერის წინ მასში შეჰყავთ ნოვოკაინის 1% ხსნარის 10 მლ, რომელსაც 70% სპირტის 3 მლ აქვს მომატებული. ყოველი გაჭრის წინ იცვლება აგრეთვე ბურთული.

ლიგატურა ქსოვილების ჩაჭრას ანდენს შიგნიდან გარეთ. მის უკან პარალელურად წარმოებს ჭრილობის ამოვსება. ლიგატურაში ქსოვილების დიდი ნაწილის მოყოლისას, ე. ი. ღრმა ხვრელმილის დროს, მეტი დროა საჭირო. საშუალოდ კი ეს პროცედურა ერთ თვემდე გრძელდება.

დარჩენილი პატარა ხიდაკი შეიძლება გადაიკვეთოს და ლიგატურის მოცილების შემდეგ ჭრილობა ხორცდება.

ლიგატურის მეთოდის, ისე როგორც ფისტულექტომიის სხვა მეთოდის დროს, ავადმყოფს ხუთ დღეს ეძლევა ოპიუმი. შემდეგ საფაღარათო, მომდევნო დღეებში დეფეკაციის შემდეგ ეუკეთებთ აბაზანას და ვუხვევთ. ტუბერკულოზური ხვრელმილი საჭიროებს ზოგად, ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობას. გამოიყენება სტრეპტომიცინი, ფთივაზიდი, 5% პასკის ხსნა-

რი შეგვყავს ხვრელმილებში. წინასწარ ასეთი მკურნალობის შემდეგ ხვრელ-მილის ოპერაციული მკურნალობა უკეთეს შედეგს იძლევა. ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს ოპერაციის შემდეგაც.

სწორი ნაწლავის პოლიპი და პოლიპოზი

პოლიპი ერთეული და მრავლობითია. იგი შეიძლება იყოს თანდაყოლილი და შეძენილი. პოლიპის არსებობა ზოგჯერ შეუმჩნეველია ავადმყოფისათვის, ზოგჯერ სხვა დაავადების ნიშნებს იძლევა. არის შემთხვევები, როცა ბავშვს ხანგრძლივი დროით მკურნალობენ ჰემოკოლიტის დიაგნოზით. სისხლდენის მიზეზი კი სწორი ნაწლავის პოლიპია. ფეხზე მყოფი პოლიპი შეიძლება გამო-ვარდეს დეფეკაციის დროს.

პოლიპი ზოგჯერ სრულიად შემთხვევით აღმოჩნდება სწორი ნაწლავის გამოკვლევისას.

მრავლობით პოლიპს ლორწოვან-ჩირქოვანი, ზოგჯერ სისხლიანი გამონა-დენი ახასიათებს. პოლიპოზი პრეკანცერს წარმოადგენს. დიაგნოზის დასმა-ში გვეხმარება თითით, რექტოსკოპით და რენტგენით გამოკვლევა.

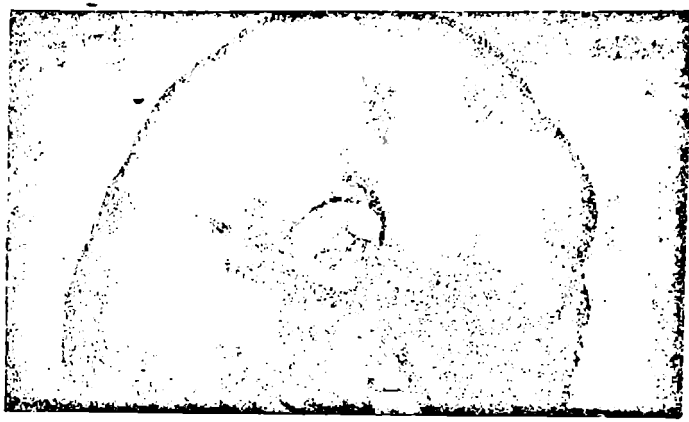
მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. ანთებითი მოვლენების დაცხრომისათვის გამოიყენება ანტისეპტიკური ხსნარებით ოყნები. ერთეული, ისიც ფეხზე მყოფი პოლიპი, ადვილად შეიძლება მოიკვეთოს ანესთეზიისა და სწორ ნაწლავში სარკის შე-ტანის შემდეგ. ზოგჯერ კეთდება პოლიპის ელექტროკოაგულაცია რექტოსკო-პით. ანთებითი მოვლენებისა და ძლიერ გავრცელებული პოლიპოზის დროს კეთდება სიგმოიდოსტომა, დაავადებული ნაწლავის დროებით გამოთიშვამ და ანტისეფსისური ხსნარებით მკურნალობამ შეიძლება მოგვცეს შედეგი. რადი-კალურია დაავადებული ნაწლავის ამოკვეთა. სიგმის ჩატანა და ყითასთან მიკე-რება. ან სწორნაწლავ-ყითას ამოკვეთა და სიგმურ ნაწლავზე მუდმივად ხელოვ-ნური ანუსის გაკეთება.

ყითასა და სწორი ნაწლავის კიბო

სწორი ნაწლავის კიბო შეადგენს ავთვისებიან სიმსივნეთა 3%-ს, კუჭ-ნაწლავის ორგანოთა კიბოს 15%-ს და ნაწლავთა კიბოს 60%-ს. იგი სიხშირის მიხედვით მეხუთე ადგილზეა, ხოლო კუჭის კიბოს შემდეგ მეორე ადგილზე. უცხოელ ავტორთა მონაცემებით, სწორი ნაწლავის კიბო ორჯერ უფრო ხშირია მამაკაცებში. ამავე აზრისაა ა. ბრეოზოვსკი და ზოგი სხვა საბჭოთა ქირურგი; ნ. ელანსკით. სწორი ნაწლავის კიბო მამაკაცებზე მოდის შემთხვევათა 60%-ში. ვ. ბრაიცევით, 63,2%-ში. ი. დავიდოვსკისა და ნ. პოპოზაევის მონაცემებით, პირიქითაა; ქალები სწორი ნაწლავის კიბოთი ერთ-ნახევარჯერ უფრო ხშირად ავადდებიან, ვიდრე მამაკაცები.

სწორი ნაწლავის კიბო 40—60 წლის პირებში გვხვდება. 40 წელზე ახალ-გაზრდა შეადგენს დაავადებულთა 1/6. ს. ხოლდინს სწორი ნაწლავის კიბო უნახავს 14—17 წლის გოგონებში. სწორი ნაწლავის კიბოს განვითარებას ხელს უწყობს პოლიპოზი, ბუასილი, განსაკუთრებით შეკრულობით მიმდინარე, ქრო-ნიკული წყლულოვანი რექტიტი, ნაწიბურები, სწორი ნაწლავის სიფილისი, ტუბერკულოზი, იშვიათად ხვრელმილები (300-დან 1 შემთხვევაში, ა. რიჟი-ხით) და სხვ.

პ ა თ ო ლ ო გ ი უ რ ი ა ნ ა ტ ო მ ი ა. სწორი ნაწლავის კიბო (სურ. 118) თითქმის შემთხვევათა ორ მესამედში ლოკალიზდება ამპულარულ ნაწილში. შედარებით ნაკლებად ამპულის ზემოთ ან ყითას მიდამოში (სურ. 118 ა). თითქმის შემთხვევათა ნახევარში სიმსივნე მდებარეობს ნაწლავის შუა და ქვემო ამპულარულ ნაწილში, უფრო ხშირად ნაწლავის წინა, ან უკანა კედელზე. ზემოამპულარულ ნაწილში კიბო ხშირად ცირკულარულია. სწორი ნაწ-



სურ. 118ა. სწორი ნაწლავის კიბო ყითას მიდამოში.

ლავის კიბოს ცილინდრულ-უჯრედოვანი შენება აქვს. ყითას არხში და განსაკუთრებით კანთან ახლოს—ბრტყელუჯრედოვანი. ბრტყელუჯრედოვანი კიბო დაახლოებით 5%-ს შეადგენს. იგი ხშირად განიცდის გარქვევებას, ხორკლიანი შენება აქვს და მასში აღინიშნება დაშლის კერები. სიმსივნე სფინქტერის ინფილტრაციით ხშირად იწვევს მისი ფუნქციის მოშლას.

ამპულარულ კიბოს წყლულოვანი ხასიათი აქვს. კიდეებით ჩამოწეულია ნაწლავის სანათურში, მდებარეობს კედლის ერთ ნაწილზე ან ბეჭედსავით ირგვლივ ეელება მას და იძლევა სტენოზის მოვლენებს. მაკროსკოპულად შენების მიხედვით (ს. ხოლდინი) არჩევენ ე გ ზ ო ფ ი ტ უ რ კ ი ბ ო ს, რომელიც მეტწილად პოლიპებისაგან ვითარდება, იზრდება სანათურისაკენ და ხშირად პაპილოზური და წყლულოვანია. ე ნ დ ო ფ ი ტ უ რ კ ი ბ ო ს, რომელიც ღრმად იჭრება ნაწლავის კედელში, წყლულოვანი ზედაპირი და აწეული კიდეები აქვს. დ ი ფ უ ზ უ რ ი კ ი ბ ო იწვევს კედლისა და ზოგჯერ ირგვლივ ქსოვილების ბეჭდისებრ ინფილტრაციას და სტენოზის მოვლენებს.

სწორი ნაწლავის კიბო ადგილობრივი ზრდის გამო ირგვლივ ქსოვილებში ხანგრძლივი დროის განმავლობაში არ ჩაიზრდება. ამიტომ იგი, საკმაოდ ღაგვიანებულ შემთხვევაშიც ექვემდებარება ოპერაციას. სწორი ნაწლავის კიბოს ნაწილობრივ საშოზე ან პროსტატაზე და სათესლე ბუშტუკებზე გადასვლა არ წარმოადგენს ამოკვეთის უკუჩვენებას (ს. ხოლდინი).

სწორი ნაწლავის კიბო შემთხვევათა ნახევარში მეტასტაზებს იძლევა ლიმფურ კვანძებში, შემდეგ ვენური სისტემით (პორტალური გზა) ღვიძლში.

შედარებით ნაკლებად ქვემო ღრუ ვენით ფილტვებში. ზოგჯერ მეტასტაზი ვითარდება რეტროპერიტონულ სივრცეში, საკვერცხეში და სხვ.

ყითას სიმსივნე მეტასტაზებს იძლევა საზარდულის ლიმფურ კვანძებში და შეიძლება გავრცელდეს მუცლის ღრუშიც. ამპულარული მიდამოს სიმსივნე მეტასტაზებს იძლევა როგორც საზარდულის მიდამოში, ისე გავისა და მუცლის ლიმფურ კვანძებში. შედარებით მაღლა მდებარე სიმსივნე მეტასტაზებს იძლევა ღვიძლში და სისხლძარღვების გასწვრივ.

ს ი მ პ ტ ო მ ე ბ ი. დაავადების დასაწყისში სწორი ნაწლავის კიბო ზოგჯერ არ იძლევა გამოვლინებას ან იგი სხვა რომელიმე დაავადებას წაგავს. მეტწილად კი სწორი ნაწლავის კიბოს დამახასიათებელი ნიშნები აქვს. სწორი ნაწლავის კიბო უსიმპტომოდ მიმდინარეობს 3%-ზე ნაკლებ შემთხვევებში (ს. ხოლდინით).

ს. ხოლდინი სწორი ნაწლავის კიბოს დროს არსებულ სიმპტომებს სამ ჯგუფად ყოფს: 1. ნაწლავიდან პათოლოგიური გამონადენი, 2. ნაწლავის ფუნქციის მოშლა, 3. ტკივილი ან უსიამოვნო შეგრძნებანი სწორ ნაწლავსა და მის მეზობელ მიდამოში.

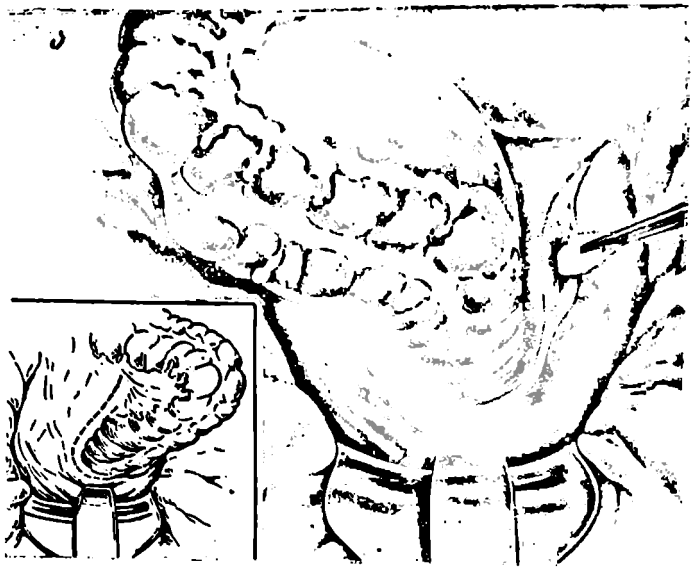
დაავადების ნიშნები დიდადაა დამოკიდებული სწორ ნაწლავში სიმსივნის ლოკალიზაციაზე. ამიტომ იყო, რომ ბრაიცევი სწორი ნაწლავის კიბოს კლინიკურ მიმდინარეობას ლოკალიზაციის მიხედვით სამ ჯგუფად ყოფდა.

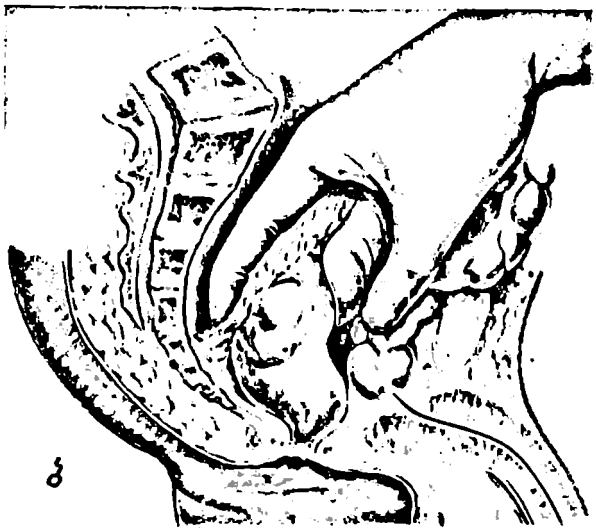
კიბოს დროს განსაკუთრებით დამახასიათებელია ს წ ო რ ი ნ ა წ ლ ა ვ ი დ ა ნ პ ა თ ო ლ ო გ ი უ რ ი გ ა მ ო ნ ა დ ე ნ ი. შედარებით იშვიათად სუფთა სისხლი, უფრო ხშირად ლორწოვან-ჩირქოვანი, მეტწილად სუნიანი გამონადენი. პათოლოგიური გამონადენი აღინიშნება საკმაოდ ადრეულად, უფრო ხშირად ფეკალური მასების წინ, ზოგჯერ მასთან არეული ზოლების სახით ან შავ გახრწნილ ჩირქთან და განავალთან არეული მასის სახით. ბუასილისაგან განსხვავებით, ფეკალურ მასებზე სისხლის დასხმას ადგილი არ აქვს. სუფთა სისხლიანი გამონადენი სიმსივნის დაშლის ნიშანია და ახასიათებს ამპულარულ კიბოს. დასაწყისში ჩირქიან-იქოროზული, მყაყე სუნის გამონადენი აღინიშნება კიბოს დაშლის დროს უკვე საკმაოდ დაგვიანებულ პერიოდში. განავლის ფორმით ძნელია სიმსივნის არსებობაზე მსჯელობა, მაგრამ ვიწრო ფანქრისებრი განავალი ერთ მხარეზე გაბრტყელებული კიდით სიმსივნეზე საეჭვოა (ს. ხოლდინი).

ს წ ო რ ი ნ ა წ ლ ა ვ ი ს ფ უ ნ ქ ც ი ი ს მ ო შ ლ ა ს და არანორმალურ მოქმედებას ხშირად მიუთითებს ავადმყოფი. ფაღარათის და შეკრულობის ხშირად მორიგეობა, მიდგომის გაძნელება, გახანგრძლივება, ჭინთვები. ტენეზმები დამახასიათებელია სწორი ნაწლავის მაღლა მდებარე კიბოსათვის ნაწლავის სანათურის ობტურაციის გამო, რასაც შეიდომით ზოგჯერ კოლიტად მიიჩნევენ. ამ დროს ყითას სფინქტერის მოშვებისა და ატონიის გამო შეიძლება ადგილი ექნეს აირების შეუკავლობას.

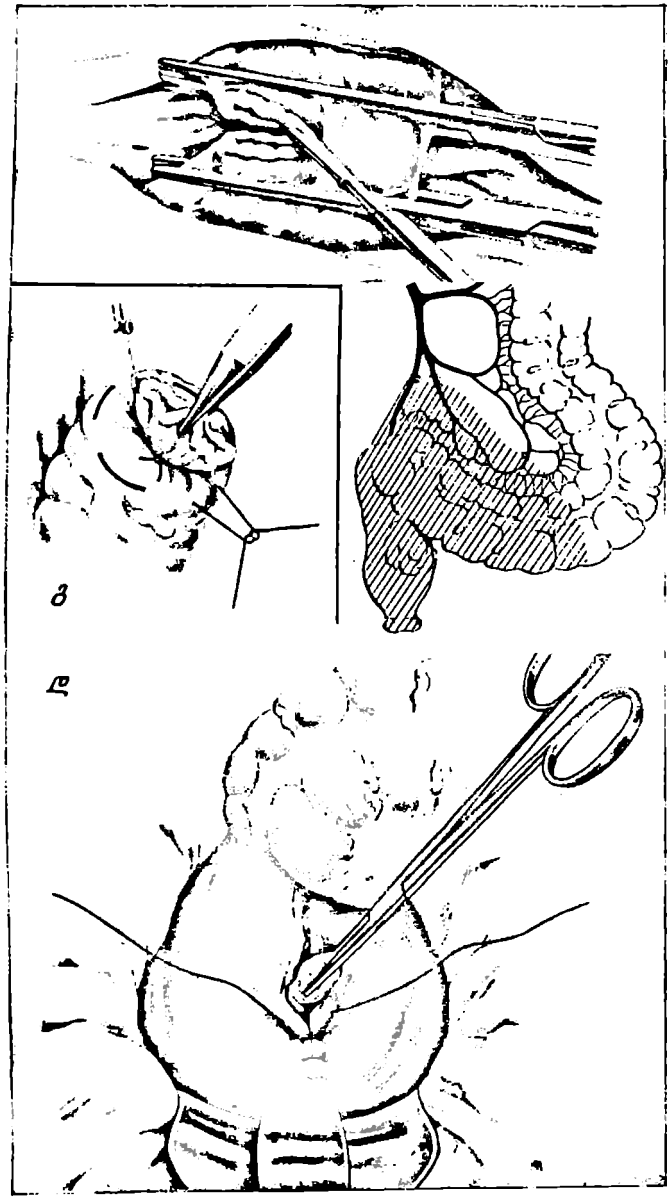
ყითას მიდამოს კიბოს სფინქტერში ჩაზრდის დროს იშლება სფინქტერის შეკუმშვის უნარი, ვითარდება შეუკავლობა, განავლის მკვრივი მასების დროს კი ძნელდება მისი გამოყოფა.

მ ტ კ ი ვ ნ ე უ ლ ი და უ ს ი ა მ ო ვ ნ ო შ ე გ რ ძ ნ ე ბ ა კიბოს დაგვიანებული ნიშანია. ავადმყოფი ზოგჯერ მიუთითებს სწორ ნაწლავში უცხო სხეულის შეგრძნებას. ტკივილი შედარებით ნაადრევად ვითარდება ყითას მიდა-

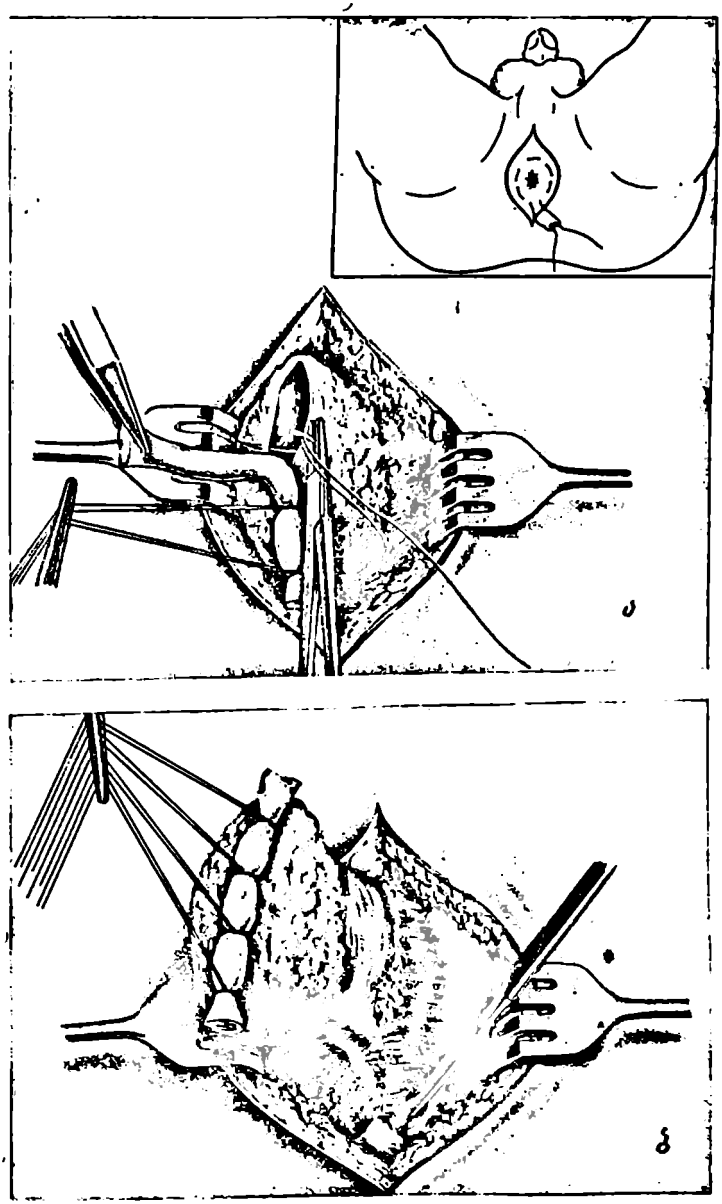




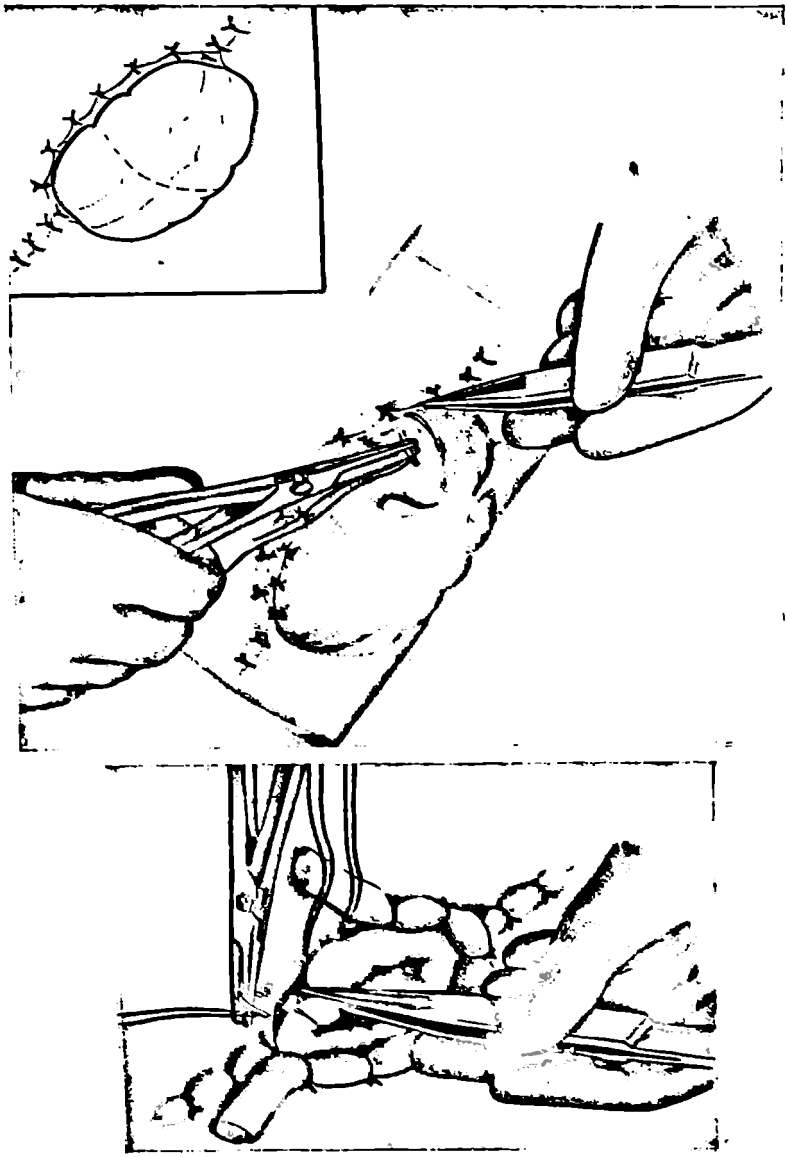
სურ. 119. სწორი ნაწლავის ერომომენტიანი აბდომინოპერინეალური ექსტირპაცია. ა — სიგმური კოლინჯის ჯორჯლის გასწვრივ პარიესულ პერიტონეუმის განაკვეთი. მენჯის ქსოვილის პრეპარირება სწორი ნაწლავისაგან. სქემაზე ნაჩვენებია პარიესული პერიტონეუმის გაკვეთის ადგილი; ბ—სწორი ნაწლავის უკანა კედლის მოცილება გავის წინა კედელზე.



სურ. 119. გ—სიგმური კოლიბჯის გადაკვეთა, დისტალური ნაწილის ჩაყურსვა ქისისებრ ნაკერში; დ—პარიესული პერიტონიუმის ჭრილობის კიდეების გაკერვა. ტუფერით ნაწლავის დისტალურ ნაწილს აწვებიან მენჯის დიაფრაგმისაკენ.



სურ. 120. სწორი ნაწლავის ერთმომენტიანი აბდომინოპერინეალური ექსტირპაცია; ა — შორისის მხრიდან განაკვეთის ხაზი და კანის ულორტთან ყითას მოკვრება; ბ — სწორი ნაწლავის ამწეი კუნთების გადაკვეთა.



სურ. 122. ა—მსხვილ ნაწლავზე ტუჩისებრი ხვრელშილის დადება. ლორწოვანი გარსი ეკერება კანს; ბ. ხელოვნური ანუსის დადება. ნაწლავის მიკერება პარიეტულ პერიტონეუმთან. სქემაზე ნაჩვენებია ნაწლავის გასაკეთი ხაზი.

მოს კიბოს სფინქტერში ჩაზრდის დროს. შარდსადენ მილზე სიმსივნის გავრცელებისას აღინიშნება დიზურიული მოვლენები. ამპულარული მიდამოს კიბოს დროს ტკივილი აღინიშნება ნაწლავის კედელში სიმსივნის გაღწევის, ნერვულ წნულებზე ზეწოლის და ნაწილობრივ ირადიაციის გამო. სწორი ნაწლავის დასაწყისში სიმსივნის არსებობისას, მით უფრო ჯორჯალში მისი ჩაზრდის დროს, ავადმყოფს ხშირად აღენიშნება მუცლის ქვემო ნახევარში ტკივილი.

სწორი ნაწლავის კიბოს ძლიერ დაგვიანებულ შემთხვევაში ავადმყოფი მეტად დაძაბუნებული და გამხდარია, აღენიშნება მკვეთრი ანემია, სიმსივნის დაშლისა და ინტოქსიკაციისაგან ზოგჯერ ტემპერატურის მომატება.

სწორი ნაწლავის კიბოს მიმდინარეობა. სწორი ნაწლავის კიბოთი ავადმყოფები მეტწილად დაგვიანებით მიმართავენ ექიმს. ს. ხოლდინის მონაცემებით, დაგვიანება საშუალოდ 11—12 თვეს უდრის. სიმპტომების გამომჟღავნების შემდეგ უმკურნალოდ მიტოვებული ავადმყოფის სიცოცხლის ხანგრძლიობა საშუალოდ 2,5 წელს გრძელდება. სიმსივნის ზრდა დამოკიდებულია ასაკზე, სიმსივნის ადგილმდებარეობასა და მის შენებაზე მოხუცებში (ზოგჯერ 20 წლამდე ასაკშიც კოლოიდური კიბო) სიმსივნე შეიძლება იზრდებოდეს 3—5 წელი. შედარებით ნელა იზრდება სწორი ნაწლავის დასაწყისში და ამპულის ზევით მდებარე სიმსივნე, განსაკუთრებით ეგზოფიტური და სოკოსებრი. სწრაფად იზრდება ამპულის წინა კედლის, ენდოფიტური ან დაწყლულებული სიმსივნე, რომელსაც ცუდი სუნის გამონადენი ახასიათებს. ხანგრძლივად უსიმპტომოდ მიმდინარეობს დიფუზური კიბო. დასაწყისში სკიროზულიც.

სწორი ნაწლავის კიბოს იშვიათად ახასიათებს გაუვალობის მოვლენები (ს. ხოლდინით 200-დან ერთ შემთხვევაში), ზოგჯერ ხვრელმილები (საშოსთან. შარდის ბუშტთან), კიდევ უფრო იშვიათად პერფორაცია, ასციტი, კარცინომატოზი.

სწორი ნაწლავის კიბოს მიმდინარეობაში ოთხ სტადიას არჩევენ:

პირველი სტადია. სიმსივნე ან წყლული მცირე ოდენობის, შემოსაზღვრული და მოძრავია, იგი მოთავსებულია ნაწლავის ლორწოვანზე ან ლორწქვეშ, პატარა უბანზე რეგიონური მეტასტაზის გარეშე.

მეორე სტადია. ა) სიმსივნე ან წყლული იკავებს ნაწლავის სანათურის ნახევარს, არ სცილდება ნაწლავს და არ აქვს მეტასტაზები, ბ) იგივე ან უფრო ნაკლები ოდენობის სიმსივნე, ერთეული მოძრავი რეგიონური მეტასტაზებით.

მესამე სტადია. ა) სიმსივნე იკავებს ნაწლავის ნახევარზე მეტს. ჩაზრდილია ნაწლავში ან ირგვლივ ქსოვილებთან და ორგანოებთან, ბ) ყოველგვარი ოდენობის სიმსივნე, მრავლობითი მეტასტაზებით რეგიონურ ლიმფურ კვანძებში.

მეოთხე სტადია. სიმსივნე ვრცელი, დაშლილი და უძრავია, ირგვლივ ორგანოებსა და ქსოვილებში ჩაზრდილი რეგიონური ან შორეული მეტასტაზებით.

დიაგნოზი. სწორი ნაწლავის კიბოს დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება ანამნეზი (დეფეკაციის წინ ან ზოგჯერ განავალთან ერთად სისხლის, ლორწოს. ჩირქის გამოსვლა, ტკივილი და უსიამოვნო შეგრძნება ამ დროს) და განსაკუთრებით თითით გამოკვლევა. სიმსივნე 90%-ში სწორედ ნაწლავის დისტალურ ნაწილში, თითით მისაწვდომ სიმაღლეზე ლოკალიზდება. სიმსივნის თი-

თიო უკეთ აღმოჩენისათვის ზოგჯერ საჭიროა ავადმყოფმა მიიღოს ჩაცუცქული მდებარეობა და გაიჭინთოს (იხ. ზევით სწორი ნაწლავის გამოკვლევა).

სწორი ნაწლავის თითით გამოკვლევისას აღინიშნება მკვრივი კონსისტენციის, ხშირად ბეჭდისებურად გავრცელებული სიმსივნე, მკვეთრი საზღვრის გარეშე, დაწყლულებისას გამკვრივებული კიდეები. დაშლილი ქსოვილებისაგან თითს ხშირად გამოყვება სისხლი.

სიმსივნის მაღლა მდებარეობის დროს, როცა იგი თითისთვის მისაწვდომი არაა, ან ბიოფსიური მასალის აღების მიზნით (მაგალითად, სიმსივნის პოლიპისაგან გარჩევისათვის) საჭიროა ვაწარმოოთ რექტოსკოპით გამოკვლევა, ზოგჯერ ბიოფსია გრძელი კონხოტომის მსგავსი ინსტრუმენტით. სწორი ნაწლავის კიბოს დროს რექტოსკოპია სიფრთხილით უნდა ჩატარდეს, განსაკუთრებით კედლის ინფილტრაციისა და სტენოზის დროს, რათა არ დავაზიანოთ ნაწლავის კედელი. მაღლა მდებარე სიმსივნის დროს კეთდება აგრეთვე კონტურული რენტგენოგრაფია. საკონტრასტო სითხით ოყნის გაკეთების დროს რენტგენოსკოპია დიდ დახმარებას გვიწევს სიმსივნის მდებარეობის, მისი ფორმის, ნაწლავის გამტარობის და სხვა საკითხების დადგენაში.

დ ი ფ ე რ ე ნ ც ი უ ლ ი დ ი ა გ ნ ო ზ ი. ბუასილისაგან კიბოს გარჩევაში გვეხმარება ანამნეზიდან ცნობა სისხლდენის შესახებ დეფეკაციის შემდეგ, დათვალიერება და განსაკუთრებით თითით გამოკვლევა. ბუასილის, ისე როგორც კოლიტის ან სხვა დაავადების დროს, შეიძლება ადგილი ჰქონდეს კიბოს არსებობას. ასეთ შემთხვევაში, ისე როგორც პოლიპის ან სხვა სიმსივნის დროს, გულდასმით გამოკვლევის გარდა, დიდ დახმარებას გვიწევს რექტოსკოპია, საჭიროების დროს ბიოფსია.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. სწორი ნაწლავის კიბოს მკურნალობა მხოლოდ ოპერაციულია.

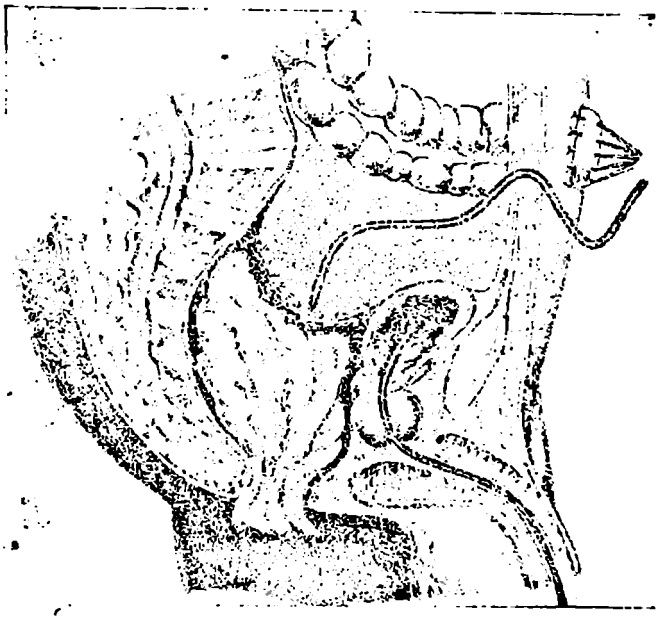
ოპერაცია კეთდება სწორი ნაწლავის კიბოს I, II და III სტადიაში. საშვილოსნოსა და საშოზე სიმსივნის გადასვლის დროსაც წარმოებს ოპერაცია მათი ამოკვეთით. ოპერაცია არ კეთდება სწორი ნაწლავის კიბოს IV სტადიის დროს ღვიძლსა და შორეულ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზების, აგრეთვე შარდის ბუშტში და შარდსაწვეთებში სიმსივნის ჩაზრდის დროს.

მრავალრიცხოვანი ოპერაციებიდან უფრო ფიღებულია ორი სახის ოპერაცია: სწორი ნაწლავის ამპუტაცია, ანუ აბდომინოპერინეალური ერთმომენტიანი ექსტირპაცია. მუდმივად ხელოვნური ანუსით და სწორი ნაწლავის რეზექცია სფინქტერის შენარჩუნებით.

ს წ ო რ ი ნ ა წ ლ ა ვ ი ს ა მ პ უ ტ ა ც ი ა (ექსტირპაცია) კეთდება ენდოტრაქეალური ნარკოზით ან სპინალური ანესთეზიით. ავადმყოფს ეძლევა ტრენდელენბურგის მდებარეობა აწეული მენჯით. მუცლის ღრუ იხსნება შუა ხაზზე ქვემო მედიანური განაკვეთით. ღვიძლისა და მუცლის ღრუს დათვალიერებისა და მეტასტაზების არარსებობის დროს სწორი ნაწლავის ორთავე მხარეს კეთდება პერიტონეუმის განაკვეთი, რომელიც ქვემოთ ერთდება განივი განაკვეთით: მამაკაცებზე შარდბუშტის ნაოჭზე. ქალებს საშვილოსნოს ნაოჭთან. შემდეგ ჩლუნგად გამოყოფენ სწორ ნაწლავს, მამაკაცებში პროსტატამდე და ქალებში საშოს თაღამდე. ნაწლავის გამოყოფა ხდება მენჯის დიაფრაგმამდე. კუდუსუნთან იკვანძება სწორი ნაწლავის შუა არტერიები. სისხლდენის შეჩერების შემდეგ იკვანძება სწორი ნაწლავის ზემო არტერია. შემდეგ ორ მაგარ ლიგატურას შორის იკვანძება სიგმური ნაწლავი, შემდეგ

გაიკვეთება და ორივე ბოლო ქისისებრ ნაკერში იყურსება. მომტანი ბოლო გამოაქვთ მარცხენა თეძოს ფოსოში სპეციალურად შექმნილ ხვრელში მუდმივი ანუსის სახით.

გამტანი ბოლო ჩააქვთ ქვევით მცირე მენჯში (სურ. 119). ნაკერებით აღდგება პერიტონეუმის მთლიანობა და მუცლის ღრუ იხურება ყრუდ, შემდეგ ავადმყოფს აწვენენ. ისე, როგორც ბუასილის ოპერაციის დროს, ყითა იხურება ქისისებრი ნაკერით. ყითას ირგვლივ კეთდება ოვალური განაკვეთი კუდუსუნამდე (სურ. 120). წარმოებს სწორი ნაწლავის, სპინქტერის და მის ირგვლივ ქსოვილების ქვევიდან ზევით თანდათანობით გამოყოფა ზევით უკვე განთავისუფლებულ ნაწლავამდე. პარალელურად წარმოებს ჰემოსტაზი. სწორი ნაწლავის გამოტანის შემდეგ ჭრილობაში თავსდება დრენაჟი და ტამპონი ვიშნევსკის მალამოთი. შორისის ჭრილობა ვიწროვდება. ოპერაციისშემდგომ პერიოდში გამოიყენება ანტიბიოტიკები. ჭრილობა რამდენიმე კვირაში ხორცდება მეორადი დაჭიმვით (სურ. 121).



სურ. 121. სწორი ნაწლავის ერთეტომენტიანი აბდომინოპერინეალური ეკსტირპაციის სქემა.

სწორი ნაწლავის რეზექცია. სწორი ნაწლავის რეზექციის სხვადასხვა წესი არსებობს. ს. ა. ხოლდინი მას შემდეგნაირად აკეთებს: ქვემო მედიანური ლაპაროტომიით, დავრწმუნდებით რა ოპერაციის შესაძლებლობაში (მეტასტაზების არარსებობა), წარმოებს სწორი ნაწლავის გამოყოფა, ისე როგორც ამპუტაციის დროს. სიგმური კოლინჯის ჯორჯალი უნდა იყოს იმდე-

ნად გრძელი, რომ ზემო რექტალური არტერიის გადაკვანძისას იგი დაჭიმვის გარეშე აღწევდეს მარჯვენა ბარძაყის სკარპეს სამკუთხედის შუა დონემდე. გრძელი ჯორჯლის მქონე სიგმური კოლინჯის დროს ეს ადვილად ხერხდება. მოკლე ჯორჯლის შემთხვევაში კი საჭიროა ნაწლავის არტერიის 1—2 ტოტის გადაკვანძვა. ნაწლავის ქვედა წერტილის დანიშვნის შემდეგ სწორი ნაწლავის გამოყოფა წარმოებს ისე, როგორც ამპუტაციის დროს. რადიკალობის მიზნით აუცილებელია, რაც შეიძლება სიმსივნესთან მენჯის მეტი ქსოვილის გამოყოფა, ზოგჯერ ჩლუნგად, მხოლოდ სიფრთხილეა საჭირო, რომ არ დაზიანდეს შარდსაწვეთები. ნაწლავი უნდა გამოიყოს უკან კუდუსუნამდე და წინ პროსტატამდე. ზემო რექტალური არტერიის გადაკვანძის შემდეგ სიგმურ კოლინჯზე (სადაც შემდგომში უნდა მოხდეს მისი გადაკვეთა) ედება მსხვილი ლიგატურა, ნაწლავი ჩაიტანება მცირე მენჯში და მაგრდება პერიტონეუმის დეფექტში, რომელიც შეიქმნა სწორი ნაწლავის გამოყოფის დროს.

მუცლის ღრუს ყრუდ დახურვის შემდეგ, ერთმომენტიანი რეზექციის შემთხვევაში, ავადმყოფს ეძლევა ბუასილის ოპერაციის მსგავსი მდგომარეობა. სწორი ნაწლავის სიმსივნითურთ ქვეშიდან რეზექციას ს. ხოლდინი შემდეგნაირად აწარმოებს. ყითას გაგანიერების შემდეგ, გამონადენის დაცვის მიზნით, სწორ ნაწლავში თავსდება ტამპონი. ქედის ხაზს ზევით, ლორწოვანზე, კეთდება ირგვლივი განაკვეთი, დამჭერების დადების შემდეგ ლორწოვანი 5 სმ აეცლება ზევით. შემდეგ იხსნება მცირე მენჯში მისადგომი ყითასა და კუდუსუნს შორის 10 სმ განივი განაკვეთით; იკვეთება კუდუსუნ-სწორი ნაწლავის ოგი და კუდუსუნის კუნთი. სწორი ნაწლავი ირგვლივ გამოიყოფა მთლიანად. მისი კუნთოვანი გარსი იკვეთება აცლილი ლორწოვანი გარსის კიდეზე. შემდეგ ყითადან გამოიტანება სწორი ნაწლავი და იგი მოიკვეთება იმ ადგილას საიდანაც ნაწლავის სისხლმომარაგება საიმედოა. გატანილი ნაწლავი ყითას ლორწოვანზე მაგრდება რამდენიმე ნაკერით და მას ღიად ტოვებენ. მცირე მენჯში შორისის ჭრილობიდან შეაქვთ ტამპონი, დრენაჟი და ჭრილობას ავიწროებენ. ყითადან გამოყოფილი ჭარბი ნაწლავი იკვეთება 1—2 კვირის შემდეგ.

სწორი ნაწლავის კიბოს დროს რადიკალურ ოპერაციასთან დაკავშირებით, ს. ხოლდინის მონაცემებით, სიკვდილობა 9,6%-ს უდრის. დაგეიანებულ შემთხვევაში, როდესაც რადიკალური ოპერაციის შესრულება შეუძლებელია, ნაჩვენებია ხელოვნური ანუსის დადება (სურ. 122), ამ ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფის მდგომარეობა მხოლოდ დროებით უმჯობესდება.

ხელოვნურ ანუსს ს. ხოლდინთან ახლა (1968) ასე აკეთებენ: ნაიცხენა საზარდულის არეში ელექტრომოწყობილობით ზუსტად მრგვალად ამოჭრიან კანს და კანქვეშა ქსოვილს. დანარჩენი შრეები იკვეთება ჩვეულებრივ. ჭრილობაში გამოტანილი სიგმური ნაწლავის (ერთი ლული) ციცხვები მაგრდება პარიეტულ პერიტონეუმზე. შუა ხაზზე მუცლის ღრუს დახურვის შემდეგ ნაწლავი მოიკვეთება კანის დონეზე და ეკერება კანს.

ღვიძლისა და სანაღვლე გზების დაზიანებანი და დაავადებანი

მოკლე ანატომიური ცნობები

ღვიძლი ყველაზე დიდი მილაკოვანი შენების ჯირკვლოვანი ორგანოა. მისი წონა საშუალოდ 1—1,5 კგ უდრის. ღვიძლის მეტი წილი მდებარეობს მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში. შედარებით ნაკლები ნაწილი კი — მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში.

ღვიძლს ზედა შუასაძგიდის და ქვედა ვისცერალური ზედაპირი აქვს. ზედა ზედაპირი, რომელიც სადა და გამოდრეკილია, ნამგლისებრი იოგით ორ ნაწილად იყოფა. ღვიძლის ვისცერალური ზედაპირი იყოფა ოთხ ნაწილად: ღვიძლის მარცხენა წილი, ღვიძლის მარჯვენა წილი, კვადრატული და კუდიანი წილი. ღვიძლის ვისცერალურ ზედაპირზე არსებობს ღრმა ღარი—ღვიძლის კარი.

ღვიძლის მარჯვენა წილის წინა მახვილი კიდე აღწევს მარჯვენა ნეკნთა რკალის კიდემდე, მარცხენა წილის კიდე მდებარეობს ჭიპსა და მახვილისებრ მორჩს შორის შემაერთი ხაზის შუა დონეზე.

მრგვალი იოგი მოთავსებულია მისთვის სპეციალურ ნაპრალში, ნამგლისებრი და მრგვალი იოგი იჭერს ღვიძლს ადგილზე, რითაც ხელს უწყობენ მუცლის შიდა წნევის შენარჩუნებას. ღვიძლის მრგვალი იოგი ნაყოფის მუცლად ყოფნის დროს ჩანასახისათვის არტერიული სისხლის მიმწოდებელი ჭიპის ვენის ობლიტერირებული ნაწილია.

ღვიძლის კარში (სურ. 123). ღვიძლ-თორმეტგოჯა ნაწლავის იოგში გავლით შედის კარის ვენა, ღვიძლის საკუთარი არტერია და ღვიძლის ნერვები, ხოლო გამოდის ღვიძლის სადინარი და ლიმფური ძარღვები. ღვიძლის არტერია კვებავს ღვიძლის ქსოვილს. კარის ვენა აგროვებს ვენურ სისხლს მუცლის ღრუს ყველა კენტი ორგანოდან, გარდა შარდსასქესო ორგანოებისა. კარის ვენით შეტანილი სისხლი სათანადო ფიზიოლოგიური დამუშავების შემდეგ გადადის სისხლძარღვების ახალ სისტემაში, რომელთა შეერთებით შეიქმნება ე. წ. ღვიძლის ვენები. მათი ხვრელები იხსნება ღვიძლის უკანა ნაწილში და ქვემო ღრუ ვენას უერთდება.

ღვიძლის არტერიის გადაკვანძვა, თუ კოლატერალური სისხლის მიმოქცევა კარგადაა განვითარებული, მეტწილად სიკვდილს არ იწვევს. კარის ვენის გადაკვანძვა სასიკვდილოა.

ღვიძლის ინერვაცია ხორციელდება ცთომილი ნერვით და მზის წნულით.

ღვიძლის დაზიანება

ღვიძლის დაზიანება ორგვარია: დახურული და ღია.

ღვიძლის დახურული დაზიანება. ანატომიური თავისებურების გამო (სიდიდე, სუსტი ელასტიკურობა, ფიქსაცია) მუცლის ორგანოთა დახურული დაზიანების დროს ღვიძლი ყველაზე ხშირად ზიანდება. დახურული დაზიანება ხშირად შედეგია ღვიძლის არეში უშუალოდ ძლიერი ტრავმისა. ზოგჯერ ღვიძლის დაზიანებას იწვევს სხეულის საერთო ტრავმა, გულმკერდის, წელის ან მუცლის არეში ძლიერი ზეწოლა, სიმაღლიდან ჩამოვარდნა და სხვ. ღვიძლის არეში უშუალოდ დარტყმა ხშირად აზიანებს ღვიძლის ქვედა ზედაპირს. მოწინააღმდეგე მხრიდან დარტყმას, ისე როგორც ღვიძლზე ზეწოლას, ხშირად მოჰყვება ღვიძლის ზემო ზედაპირის დაზიანება. გაცილებით ადვილად ზიანდება პათოლოგიურად შეცვლილი ღვიძლი (სიფილსი, სხვადასხვა გადაგვარება).

ღვიძლის დახურული დაზიანება ორგვარია: კაფსულისა და პარენქიმის ერთდროული დაზიანება და ღვიძლის დაზიანება კაფსულის მთლიანობის დაურღვევლად (სუბკაფსულარული ან ცენტრალური ჰემატომა).

ღვიძლის სუბკაფსულარულ ჰემატომას შედარებით სუატად გამოხატული ზოგადი და ადგილობრივი ნიშნები აქვს: ტკივილი ღვიძლის არეში და სწრაფად გარდამავალი შოკის სურათი. ცენტრალურ ჰემატომას უფრო მკვეთრად გამოხატული შოკის სურათი ახასიათებს. ღვიძლის ქსოვილში ჩაღვრილი სისხლი მოსვენებით ადვილად ისრუტება, იშვიათად შეიძლება განვითარდეს მისი დაჩირქება (პიოგენური აბსცესი), რაც დამახასიათებელ მძიმე კლინიკურ სურათს იძლევა. იშვიათად ჰემატომის გასრუტვას ცისტის განვითარება მოსდევს. ღვიძლი დაზიანებისას განიცდის გახეთქვას, ქსოვილის მოგლეჯას ან დაჩეჩქვას.

ღვიძლის დაზიანებას, სუბკაფსულარული ჰემატომისაგან განსხვავებით, ახასიათებს მძიმე შოკის, სისხლდენის და პერიტონიტის ნიშნები.

შოკის სურათი კიდევ უფრო მკვეთრადაა გამოხატული ღვიძლისა და სხვა ჰიდამოს (გულმკერდი, მენჯი, კიდურები) ერთდროულად დაზიანების დროს. სისხლდენის სურათი გაცილებით ჭარბობს ღვიძლის იზოლირებული დაზიანებისას.

ღვიძლის მძიმე დაზიანებისას ავადმყოფი აპათიურია, შეკითხვებზე ძნელად და მოგვიანებით პასუხობს, ფერმკრთალია, ზოგჯერ ციანოზური ელფერით, პულსი აჩქარებული და სუსტი ავსებისაა. იშვიათად, დასაწყისში ნაღვლის შეწოვის შედეგად პულსი შეიძლება იყოს შენელებული (ფინსტერერის ნიშანი). სხეულზე ავადმყოფს აღენიშნება ცივი მწებავი ოფლი. ტრავმიდან უახლოეს წუთებში (შოკის ერექტიული ფაზა) ავადმყოფი აღგზნებულია, შფოთავს, ვერ ისვენებს და ბევრს ლაპარაკობს. ღვიძლის დახურული დაზიანების ამოცნობაში გარკვეულ დახმარებას გვიწევს ანამნეზი ტრავმის ხასიათისა და მისი ადგილის შესახებ; ღვიძლის არეში კანზე დაზიანების ნიშნები: ნაჭდევები, ნაკაწრები, სისხლჩაქცევები. ადგილობრივი ნიშნების არარსებობა არ უარყოფს ღვიძლის დაზიანებას. მუცლის ღრუში ჩაღვრილი სისხლი და განსაკუთრებით ნაღველი იძლევა პერიტონიტის ნიშნებს, მუცლის კუნთთა დაჭიმულობას, უფრო მარჯვნივ და მტკივნეულობას ღვიძლის არეში. ტკივილი ზოგჯერ ვრცელდება მარჯვენა მხარში, ზოგჯერ კისრის არეში (ფრენი-

კუს ნიშანი). მუცლის კუნთთა დაჭიმულობა ღვიძლის უკანა და ზედა ნაწილის დაზიანებისას შედარებით სუსტადაა გამოხატული. მტკივნეულობა და კუნთთა დაჭიმულობა მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში ყოველთვის არ აღინიშნება. მაშინ როცა ამ მიდამოს მტკივნეულობას და კუნთთა დაჭიმულობას ადგილი აქვს მუცლის ან გულმკერდის კედლის დაჟეჟილობის და მით უფრო ქვემო ნეკნების მოტეხილობისას. ღვიძლის დაზიანებისას ასევე ყოველთვის არაა გამოხატული ბლუმბერგის ნიშანი. სისხლდენისა და გამონადენის მუცლის ღრუში დაგროვების უტყუარი ნიშანია მარჯვნივ საზარდულის მიდამოში მოყრუება. საკმაოდ ხშირია მეტეორიზმი, დასაწყისში ლეიკოციტოზი, მოგვიანებით ზოგჯერ სიყვითლე, შარდში ნაღვლის პიგმენტები. ამ დროისათვის უკვე აღინიშნება ჩირქოვანი პერიტონიტის სურათიც. შედარებით ძნელია ღვიძლის ორმომენტიანი დაზიანების ამოცნობა. ავადმყოფის მდგომარეობას განსაკუთრებით ამძიმებს, თუ ღვიძლის დაზიანებასთან ახლავს ნაწლავის, თირკმლის ან ფილტვის დაზიანება. ღვიძლის დახურული დაზიანების ოპერაციამდე ამოცნობა ყოველთვის არ ხერხდება. გადაუდებელი ოპერაციის შესრულება კი სავალდებულოა ყოველთვის, როდესაც ადგილი აქვს შინაგანი ორგანოების დაზიანების საეჭვო ნიშნებს.

ღვიძლის ღია დაზიანება, ანუ ჭრილობა, შეიძლება იყოს ნაკვეთი, ნაჩხვლეტი და ცეცხლსროლი იარაღით მიყენებული. განსაკუთრებით მძიმედ მიმდინარეობს ღვიძლთან ერთად მუცლის ან გულმკერდის ღრუს სხვა ორგანოთა ერთდროულად დაზიანება, რაც შედარებით ხშირია ცეცხლნასროლი ჭრილობის დროს. ახლო მანძილიდან მიყენებული ცეცხლნასროლი ჭრილობა, ისიც საარტილერიო ჭურვით, იძლევა ღვიძლის მძიმე და ვრცელ დაზიანებას. ნაღმის ნამსხვრევის ან ტყვიის ცოცხალი ძალის, ჰიდროდინამიკური, გვერდითი და სხვა მომაკვდინებელი მოქმედება ღვიძლის ქსოვილში საკმაოდ დიდ მანძილზე ვრცელდება. შორ მანძილიდან მიყენებულ ცეცხლნასროლი ჭრილობის არხს დაზიანების შედარებით ნაკლები რადიუსი აქვს.

ღვიძლის ცეცხლნასროლი ჭრილობის დროს ავადმყოფი მძიმე მდგომარეობაშია, დასაწყისში წინა პლანზეა მწვავე სისხლდენისა და შოკის სურათი. მოგვიანებით კი — ჩირქოვანი პერიტონიტის. დაჭრილის მდგომარეობას ართულებს მეზობელ ორგანოთა, მსხვილ სისხლძარღვთა და პლევრის დაზიანება.

ღვიძლის ნაჩხვლეტი ან ნაკვეთი ჭრილობა, ცეცხლნასროლი ჭრილობის, ან დახურული დაზიანებისაგან განსხვავებით, შოკის სურათს ნაკლებად იძლევა. ამიტომ, არც ისე იშვიათად, ღვიძლის არეში ნაკვეთი ან ნაჩხვლეტი ჭრილობის დროს შეცდომით დაგვიანებით კეთდება ოპერაცია, მხოლოდ იმიტომ, რომ თავიდან მკვეთრად არაა გამოხატული სისხლდენის ან შოკის სურათი. ღვიძლის ქვემო ზედაპირის ნაკვეთი ჭრილობა ძლიერ სისხლდენას იძლევა. რასაც ღვიძლის დახურული ან დაჟეჟილი ჭრილობის დროს შედარებით ნაკლებად აქვს ადგილი.

სანაღვლე გზების დახურული დაზიანება. სანაღვლე გზების იზოლირებული დაზიანება შედარებით იშვიათია, როდესაც მას თან ახლავს ღვიძლის დაზიანება, ყურადღებას იპყრობს სისხლდენის ნიშნები, ღრუ ორგანოთა დაზიანებისას კი — პერიტონიტის. შედარებით ადვილად ზიანდება შეკვლილი ნაღვლის ბუშტი. ინფიცირებული ნაღვლის ჩაღვრა სწრაფად იწვევს პერიტონიტის განვითარებას. ნაღვლის სადინარების დაზიანებას, ნაღვლის ბუშტის დაზიანებისაგან განსხვავებით, ახასიათებს მძიმე შოკი. სადინარების, განსაკუთ-

რებით საერთო სადინარის, დაზიანებისას, თუ შოკით და პერიტონიტით ავადმყოფი არ დაიღუპა, უვითარდებათ სიყვითლე.

სანაღვლე გზების დახურული დაზიანების მკურნალობა ოპერაციულია. გულდასმით რევიზიის შემდეგ ბუშტის დაზიანებისას კეთდება ქოლეცისტექტომია. სადინარების დაზიანებისას, თუ მისი აღდგენა შეუძლებელია, გამოიყენება სადინარის შერთვა თორმეტგოჯა ნაწლავთან ან კუჭთან. ადგილობრივ გამოიყენება ტამპონი და დრენაჟი. უნდა ჩატარდეს პერიტონიტის ენერგიული მკურნალობა.

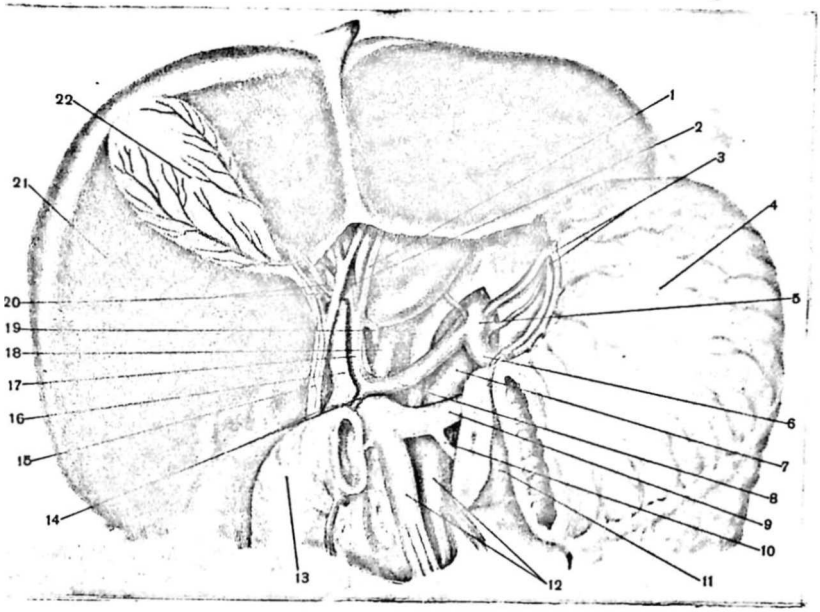
მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. ღვიძლის დაზიანების როგორც აშკარა, ისე ხაიეკო ნიშნების დროს ავადმყოფს დაუყოვნებლივ უკეთდება ლაპაროტომია. გაუტკივარების სახეებიდან ამჯობინებენ ნარკოზს. განაკვეთი შუახაზზე, რომელსაც უფრო ხშირად ემატება მარჯვენა სწორი კუნთის გადაკვეთა. გამონადენის გულდასმით ამომშრალებისა და კარგად შემოფარგვლის შემდეგ ღვიძლის შეცვლილ და აშკარად უსიცოცხლო ქსოვილებს მოვაშორებთ და ღვიძლის დაზიანებულ ქსოვილს გავკერავთ რომელიმე წესით. ჯობს მრგვალი ნემსით და ორმაგი კეტგუტით გაკერვა (კუზნეცოვ-პენსკის მეთოდი). სისხლდენის შესაჩერებლად კარგია ჭრილობაში ბადექონის ფეხზე ჩანერგვა (სურ. 124). ზოგჯერ მისი თავისუფალი გადანერგვა. ამავე მიზნით გამოიყენება სისხლდენის შემაჩერებელი ღრუბელი ან ახლადციტრირებული სისხლის პლაზმა, რომელსაც 10% ქლორიანი კალციუმის რამდენიმე მილილიტრი აქვს მიმატებული. სისხლდენის შეჩერება შეიძლება ღვიძლ-თორმეტგოჯა იოგზე ხანმოკლე დროით (30 წუთამდე) ზეწოლით. ხანგრძლივად ზეწოლა გულის მუშაობას აუარესებს. დიდი მნიშვნელობა აქვს სისხლის გადასხმას, რომელიც მდგომარეობის მიხედვით იწყება ოპერაციამდე და გრძელდება ოპერაციის მთელ პერიოდში, ზოგჯერ მის შემდეგაც. ერთდროულად პლევრისა და დიაფრაგმის დაზიანებისას მას დავხურავთ და პლევრიდან სისხლსა და ჰაერს ამოვქაჩავთ. შოკი არ წარმოადგენს წინააღმდეგ ჩვენებას ოპერაციისათვის. ოპერაცია იწყება ავადმყოფის შოკის მდგომარეობიდან გამოსვლამდე. მხოლოდ დროული და სწორად ჩატარებული ოპერაცია ერთადერთი საშუალებაა ავადმყოფის გადარჩენისათვის. ღვიძლის მცირე ოდენობის ჭრილობისა და მისი გარანტირებულად გაკერვისას მუცლის ღრუ იხურება. ყველა სხვა შემთხვევაში ჯობს ტამპონისა და დრენაჟის დატოვება პერიტონიტის პროფილაქტიკისა და მისი გავრცელების თავიდან აცილების მიზნით. პერიტონიტის დროს ტარდება მისი ენერგიული მკურნალობა.

ღვიძლის აბსცესი

ღვიძლის დაჩირქებითი პროცესი უმთავრესად საშუალო ასაკის პირებში, ხშირად მამაკაცებში გვხვდება. იგი ფრიად იშვიათია ბავშვებში.

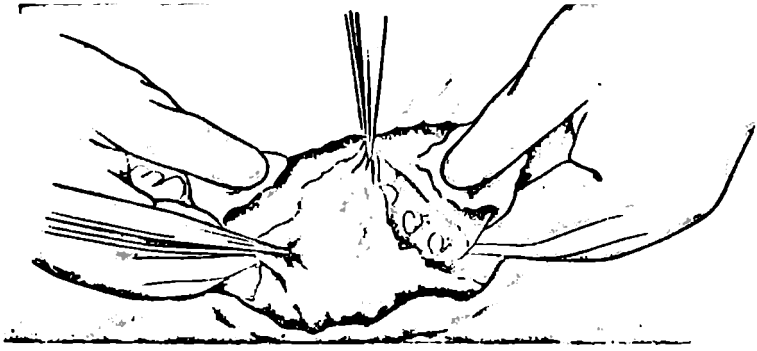
ღვიძლის აბსცესი ორგვარია: ამებური და პიოგენური. როდესაც ამებურ აბსცესს ჩირქმბადი მიკრობებიც ემატება, მაშინ ვითარდება ღვიძლის შერეული აბსცესი.

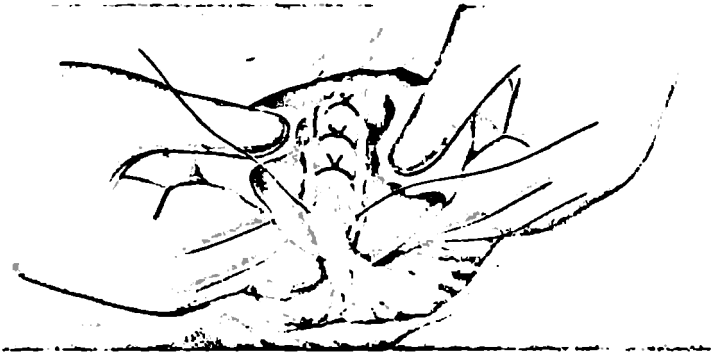
ამებური აბსცესი. ამებური აბსცესი ხშირია ტროპიკულ და სუბტროპიკულ ქვეყნებში. საბჭოთა კავშირში კი აზერბაიჯანში, შუა აზიასა და საქართველოში გვხვდება. ამებური აბსცესი დიზენტერიის უახლოესი ან საკმაოდ შორეული გართულებაა. ამებური დიზენტერიის გადატანიდან რამდენიმე თვის ან წლის შემდეგ თავს იჩენს გართულება ღვიძლში ჩირქგროვის სახით.



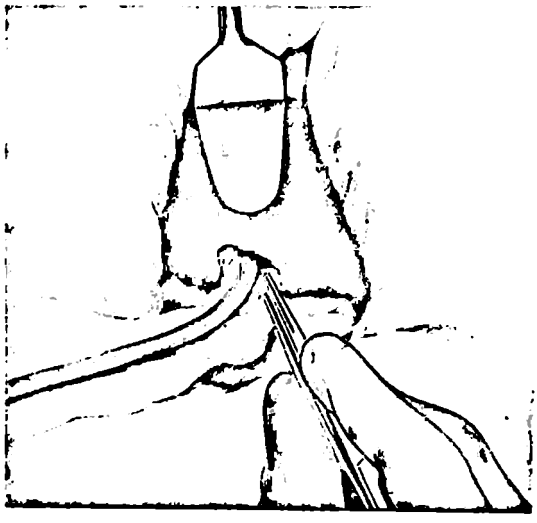
სურ. 123. ღვიძლისა და ნაღვლის ბუშტის სისხლის ძარღვები (კუჭი და პანკრეასი ნაწილობრივ ამოკვეთილია):

1—ramus sinister a. hepaticae propriae; 2—ramus dexter a. hepaticae propriae; 3—a. et v. gastrica sinistra; 4—ventriculus; 5—truncus coeliacus; 6—a. lienalis; 7—aorta abdominalis; 8—a. hepatica communis; 9—v. lienalis; 10—v. mesenterica inferior; 11—pancreas; 12—a. et v. mesenterica superior; 13—duodenum; 14—a. et v. gastroduodenalis; 15—ductus choledochus; 16—v. portae; 17—a. hepatica propria; 18—v. cava inferior; 19—a. gastrica dextra; 20—a. et v. cystica; 21—lobus hepatis dexter; 22—vesica fellea.





სურ. 124. ღვიძლის ჭრილობაში ბადექონის ჩაკერება.



სურ. 125. ღვიძლის აბსცესის გაკვეთა და დატამპონება ვეცლის მხრიდან.

საკმაოდ ხშირად ავადმყოფს არც ახსოვს გადატანილი დიზენტერიის შესახებ. ამიტომ ანამნეზში დიზენტერიის არარსებობა არ უარყოფს ამებურ აბსცესს. ამებები მსხვილი ნაწლავის წყლულოვანი ზედაპირიდან ვრცელდება კარის ვენის სისტემით. ამებების გროვა ღვიძლის კარის ვენის უწვრილეს სისხლძარღვებში იძლევა ემბოლიას და მრავლობით წერტილოვან ნეკროზულ უბნებს. მათი გაერთიანებით მიიღება საკმაოდ დიდი, ზოგჯერ ორ-სამ ლიტრამდე ან უფრო მეტი მოცულობის ღვიძლის აბსცესი. ღვიძლის ქსოვილის ნეკროზის განვითარებაში, ამებური თრომბოზის გარდა, გარკვეული მნიშვნელობა ენიჭება თვით ამების მიერ გამოწვეულ ციტოლიზურ რეაქციას. უფრო ხშირად ამებური აბსცესი ღვიძლის მარჯვენა წილის ზემო ან უკანა მიდამოს იკერს. გაურთულებელი ამებური აბსცესიდან მიღებული ჩირქი მეტწილად სტერილურია. ზოგჯერ შეიძლება ამებების აღმოჩენა ჩირქგროვის ასპირაციის დასასრულს, რადგან ამებები უმთავრესად აბსცესის კედელზე გროვდებიან (შემთხვევათა 10%-ში ამებური აბსცესი გართულებულია ჩირქოვანი ინფექციით). ჩირქგროვის კედელი, პიოგენური აბსცესისაგან განსხვავებით, სუსტი გარსითაა შემოსაზღვრული. ამებური აბსცესი უფრო ხშირად ერთეულია.

დაავადება იწყება მწვავედ, მაგრამ მეტწილად ავადმყოფები ექიმს მიმართავენ მოგვიანებით, მწვავე პერიოდის გავლის შემდეგ, როდესაც დაავადება ქვემწვავედ მიმდინარეობს. შემთხვევათა ერთ მესამედში დაავადებას ქრონიკული მიმდინარეობა აქვს ტემპერატურისა და შემცივნების გარეშე. დაავადების ზოგადი ნიშნებიდან დამახასიათებელია ავადმყოფის რუხი, მიწის ფერი, სიგამხდრე, ტემპერატურის ზომიერად მომატება. მწვავე პერიოდში კი მაღალი ტემპერატურა. ძლიერ დასუსტებულ ავადმყოფს ზოგჯერ დაავადების ქრონიკული მიმდინარეობისას შემთხვევათა ერთ მესამედში ტემპერატურის მომატება საერთოდ არ აღენიშნება. დამახასიათებელია აგრეთვე დიდი რაოდენობით წებოვანი ოფლი, განსაკუთრებით ღამით, საერთო სისუსტე, იშვიათად ფაღარათი და სუბიქტერული ფერი. ხშირად აბსცესიანი ავადმყოფი ამჯობინებს დაწვეს მარჯვენა გვერდზე მენჯ-ბარძაყისა და მუხლის სახსრებში ოდნავ მოხრილი ფეხებით. სიარულის დროს კი აკადმყოფი თითქოს „ზოგავს“ და ხელით იკერს ღვიძლს.

ადგილობრივი ნიშნებიდან აღსანიშნავია ღვიძლის უფრო ზედა საზღვრის გადიდება და მისი მტკივნეულობა. მტკივნეულობა მოგვიანებით კარგად ვლინდება მე-8—9—10 ნეკნთა შუა არეში, მეტწილად შუა და უკანა აქსილარულ ხაზზე, რასაც მარჯვენა ხელის პირველი თითით ზეწოლისას ადვილად აღმოვაჩენთ. ყველაზე უფრო მტკივნეული წერტილი ეფარდება აბსცესის ადგილმდებარობას და წარმოადგენს უმოკლეს მანძილს აბსცესის ღრუსა და გულმკერდის კედელს შორის. ამიტომ პუნქციისათვის ეს ადგილი უნდა გამოვიყენოთ. იმ შემთხვევაში, როდესაც ღვიძლის აბსცესი პერიფერიულად მდებარეობს და ანთება პარიეტულ პერიტონეუმზე გადადის, ავადმყოფს აწუხებს ტკივილი. დიაფრაგმის ნერვის გაღიზიანების გამო ზოგჯერ შეიძლება გამოხატული იყოს ირადირებული ტკივილი ლავიწისა და ბეჭისაკენ. არც ისე იშვიათად პროცესში ჩაითრევა დიაფრაგმა და პლევრა. ამ უკანასკნელის ძბრივ ადგილი აქვს არა მარტო „მშრალ“ ანთებას, არამედ ექსუდაციური პლევრიტის განვითარებასაც. დიაფრაგმა, როგორც წესი, მაღლა დგას. სინუსი შეევიწროებულია და მისი ექსკურსია შეზღუდული. ღვიძლის ამებური აბსცესის ამოცნობაში

რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას დიდი მნიშვნელობა აქვს. რენტგენოსკოპიის დროს აღინიშნება ღვიძლის გადიდება, დიაფრაგმის მოძრაობის შეზღუდვა და დიაფრაგმის მაღლა მდებარეობა. ამასთან, თუ ღვიძლში ჰაერის არსებობაც იქნა დადგენილი, მაშინ აბსცესის დიაგნოზი საეჭვო არ არის, ლაბორატორიული გამოკვლევიდან ყურადღებას იპყრობს ზომიერი ლეიკოციტოზი, რომელიც 10—15 ათასს არ აღემატება.

ღვიძლის ამებური აბსცესისათვის დამახასიათებელია პირველ რიგში პლევრისა და ფილტვების მხრივ გართულებანი. ხშირია ექსუდაციური (სიმპათიკური) პლევრიტი. ღვიძლის აბსცესი შეიძლება გაიხსნას სუბდიაფრაგმულ სივრცეში, აქედან ფილტვებსა და ბრონქში. ამ შემთხვევაში ნახველს შოკოლადის ფერი აქვს. ასეთ ავადმყოფს შეცდომით ფილტვის ტუბერკულოზის დიაგნოზით მკურნალობენ. ფილტვიდან ჩირქი შეიძლება გაიხსნას პლევრის ღრუში და პიოპნევმოთორაქსი განვითარდეს, მიზეზად კი შეცდომით შეიძლება მიიჩნიონ ფილტვის და არა ღვიძლის აბსცესი.

აბსცესი შეიძლება გასკდეს მუცლის ღრუში, მუცლის კედელში. ზოგჯერ შეიძლება ამებური აბსცესით დაავადებულ ავადმყოფს შეცდომით გაუკეთდეს ოპერაცია ქოლეცისტექტომიის ან ღვიძლის სიმსივნის გამო. დაავადების ნამდვილი მიზეზი კი ამოუცნობი რჩება. ამებური აბსცესის დროს შესაძლოა განვითარდეს ტვინის მეტასტაზური აბსცესი, რომელიც სპეციფიკური მკურნალობით ინკურნება. ამებური აბსცესის შემდეგ ყველა ჩამოთვლილი გართულება აღწერილია ჩვენ მიერ საკუთარ მასალაზე (საბჭოთა მედიცინა, 1959, № 3). საკმაოდ ხშირად ამებურ აბსცესს მკურნალობენ მუცლის ტიფის, ტუბერკულოზის, სეფსისის დიაგნოზით, ადრე ეშლებოდათ მალარიაშიც.

დიაგნოზის დასმაში უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება საცდელ პუნქციას, რომელიც კეთდება მე-9—10 ნეკნთა შუა სივრცეში შუა აქსილარულ ხაზზე.

მკურნალობა ამჟამად ყველაზე უკეთეს მეთოდად ემეტინით მკურნალობა ითვლება. კანქვეშ უკეთდება მარილმჟავა ემეტინის (Emetini hydrochlorici) 3% ხსნარის 1 მლ სამჯერ დღეში 5 დღის განმავლობაში, შემდეგ 5-დღიანი ინტერვალით. სრული მკურნალობისათვის საჭიროა ორი-სამი კურსი. ჩირქგროვის პუნქცია ემეტინიზაციასთან ერთად განსაკუთრებით საჭიროა დიდი ჩირქოვანი ღრუების არსებობისას. ამ დროს ზოგჯერ შეიძლება პუნქციის ბოლოს აბსცესის ღრუში შევიყვანოთ ემეტინის ან ქინინის (1%) ხსნარიც. პიოგენური მიკრობებით გართულების ან მასზე საეჭვო შემთხვევაში საჭიროა ანტიბიოტიკების შეყვანაც. პარალელურად ვიყენებთ სიმპტომურ საშუალებებს. ღვიძლის ამებური აბსცესი კონსერვატული მკურნალობით ინკურნება. ემეტინით მკურნალობა და პუნქცია ზოგჯერ საკმარისი არაა გართულებული ამებური აბსცესის დროს. მაშინ საჭიროა ოპერაციული გზით ჩირქგროვის გახსნა.

პიოგენური, ანუ ბაქტერიული აბსცესი. ღვიძლის პიოგენური აბსცესი, როგორც გართულება, შეიძლება განვითარდეს ორგანიზმში არსებული რომელიმე ზოგადი ჩირქოვანი ინფექციის დროს. ასეთ შემთხვევაში ორგანიზმში არსებული ჩირქოვანი კერიდან სისხლის გზით ღვიძლში მიიტანება ინფექცია. პიოგენური აბსცესის მიზეზი შეიძლება იყოს კუჭ-ნაწლავის ამა თუ იმ ორგანოთა ჩირქოვანი პროცესი. მწვავე დესტრუქციული აპენდიციტის, ღრმა პარაპროქტიტის ან სხვათა დროს აღმავალი ინფექციის შედეგად ვითარდება პილეფლებიტი. ასევე ღვიძლთან ახლოს მეზობლად მდებარე ორგანოებიდან

(სანაღვლე გზები, კუქი, თორმეტგოჯა ნაწლავი, განივი კოლონჯი, თირკმელი) ღვიძლზე ვრცელდება ინფექცია და შესაძლოა განვითარდეს ღვიძლის აბსცესი.

ღვიძლის პიოგენური აბსცესის ხშირი მიზეზი მაინც მწვავე აპენდიციტი ან სანაღვლე გზების აღმავალი ჩირქოვანი პროცესია. პირველ შემთხვევაში უმძიმესი პილეფლებიტი ვითარდება მრავლობითი ჩირქგროვებით. ღვიძლის დაჩირქების მიზეზი შეიძლება იყოს ღვიძლის ტრავმული დაზიანება (ტრლობის ან ჰემატომის დაჩირქება), იშვიათად სანაღვლე გზებიდან შეპრილი ჭიებით შეტანილი ინფექცია. პიოგენური აბსცესი ხშირად ვითარდება ღვიძლში არსებული პათოლოგიური კერის (ექინოკოკი, სიმსივნე და სხვ.) დაჩირქების შედეგად.

პიოგენური აბსცესი მეტწილად მრავლობითია. სიმპტომები: ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა მეტად მძიმეა. ტემპერატურა ჰექტიური ტიპისაა და 39—40°-მდე აღწევს. პულსი აჩქარებულია. აღენიშნება: შემცივნება, ოფლიანობა, სიყვითლე ან ხშირად იქტერული ელფერი. სისხლში ადგილი აქვს მაღალ ლეიკოციტოზს ნეიტროფილოზით და მარცხნივ გადახრით.

ადგილობრივი ნიშნებიდან ყურადღებას იპყრობს ღვიძლის გადიდება და მტკივნეულობა პალპაციით, შერხევით ან ნეკნთაშუა სივრცეებზე ზეწოლით. რენტგენოლოგიურად განსაკუთრებით დიდი ოდენობის აბსცესის დროს აღინიშნება დიაფრაგმის მაღალი დგომა, ღვიძლის დეფორმაცია. ხშირია ნეკნდიაფრაგმული სივრცის გაქრობა. ზოგჯერ პლევრაში გამონადენი. არის შემთხვევები ღვიძლში სითხის დონისა და ჰაერის არსებობისაც. ღვიძლის პიოგენურ აბსცესს იგივე გართულებები შეიძლება მოჰყვეს, რაც ამებურ აბსცესს ახასიათებს, მაგრამ გაცილებით უფრო მძიმედ გამოხატული.

ღვიძლის ბაქტერიული აბსცესი მეტად მძიმედ მიმდინარეობს და ხშირად სეფსისით რთულდება. აბსცესი შეიძლება გაიხსნას პლევრაში, პერიტონეუმში და სხვ. დიფერენციული დიაგნოზის გატარება გვეჭირდება მარჯვენამხრივ სუბდიაფრაგმულ აბსცესთან, ქოლანგიტთან, ნაღვლის ბუშტის ემპიემასთან, ღვიძლის დაჩირქებულ ექინოკოკთან, დაჩირქებულ სიმსივნეებთან, ტუბერკულოზთან, პლევრის ბაზალურ ემპიემასთან, მარჯვენამხრივ პარანეფრიტთან.

ღვიძლის გაურთულებელი ექინოკოკის გარჩევა ღვიძლის პიოგენურ აბსცესთან ადვილია. ექინოკოკის დროს არ აღინიშნება სეფსისური მოვლენები. დამახასიათებელია კაცონის რეაქცია, ეოზინოფილია და სხვ. შედარებით ძნელია დაჩირქებული ექინოკოკის გარჩევა ბაქტერიული აბსცესისაგან. მაგრამ ამ დროსაც აბსცესის კარგად შემოფარგვლის გამო სეფსისური მოვლენები ისე მკვეთრი არაა, როგორც ბაქტერიული აბსცესის დროს. სუბდიაფრაგმული აბსცესის გარჩევაც არ არის ადვილი. გამოცნობაში გვეხმარება რენტგენოლოგიური მონაცემები: სითხის დონე და აირის ბუშტი. სუბდიაფრაგმული ან დიაფრაგმული პლევრიტის ამოცნობაში შეიძლება დაგვეხმაროს ანამნეზიდან ფილტვის მხრივ მოვლენები (პნევმონია, აბსცესი). უაბსცესო ქოლანგიტის გარჩევა ღვიძლის ბაქტერიულ აბსცესისაგან, მით უფრო, როცა იგი მრავლობითია, შეუძლებელია. გვეხმარება ნაღვლის ბუშტის გადიდების დადგენა, ანამნეზი. ორივე შემთხვევაში მკურნალობა ოპერაციული და ანტიბაქტერიულია.

პარანეფრიტს ახასიათებს წელისაკენ მოვლენები და შარდის მხრივ ცვლილებები.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. ღვიძლის პიოგენური აბსცესის, განსაკუთრებით ერთობლივი ჩირქგროვისას მიმართავენ ოპერაციას. პუნქცია დასაშვებია მხოლოდ საოპერაციო მაგიდაზე ოპერაციისათვის მზადყოფნის პირობებში. ღვიძლში აბსცესის მდებარეობის მიხედვით კეთდება წინა, გვერდითი ან უკანა განაკვეთი, ოპერაციული მიდგომა შეიძლება მუცლის ღრუდან (სურ. 125), მუცლის ღრუს გარეთ (სურ. 126), ექსტრასეროზულად XII, ზოგჯერ XI ნეკნის რეზექციით. იშვიათად ტრანსდიაფრაგმალურად და ტრანსპლევრალურად. პლევრის ან პერიტონეუმის ინფიცირების თავიდან აცილების მიზნით, როდესაც შეხორცებები განვითარებული არაა, ოპერაცია ორმომენტიანია. პირველად ედება ნაკერი, რათა აბსცესის ღრუ ჭრილობისაგან იზოლირებული იყოს. რამდენიმე დღის შემდეგ კეთდება ოპერაცია-გაკვეთა.

ღვიძლის პიოგენური, მით უფრო მრავლობითი ჩირქგროვებისას, განსაკუთრებული მნიშვნელობისაა ძლიერ მოქმედი ანტიბიოტიკების ფართოდ გამოყენება, სისხლის გადასხმა, ვიტამინებით მდიდარი საკვები. ქოლანგიტით გართულებული ღვიძლის აბსცესის დროს ზოგად მკურნალობასთან ერთად საჭირო ხდება ინფიცირებული ნაღვლის გადმოყვანა ნაღვლის საერთო სადინარის დრენირებით.

ღვიძლის მრავლობითი პიოგენური აბსცესის ანტიბიოტიკებით მკურნალობამ სიკვდილობის პროცენტი მკვეთრად შეამცირა.

პორტული ჰიპერტენზია

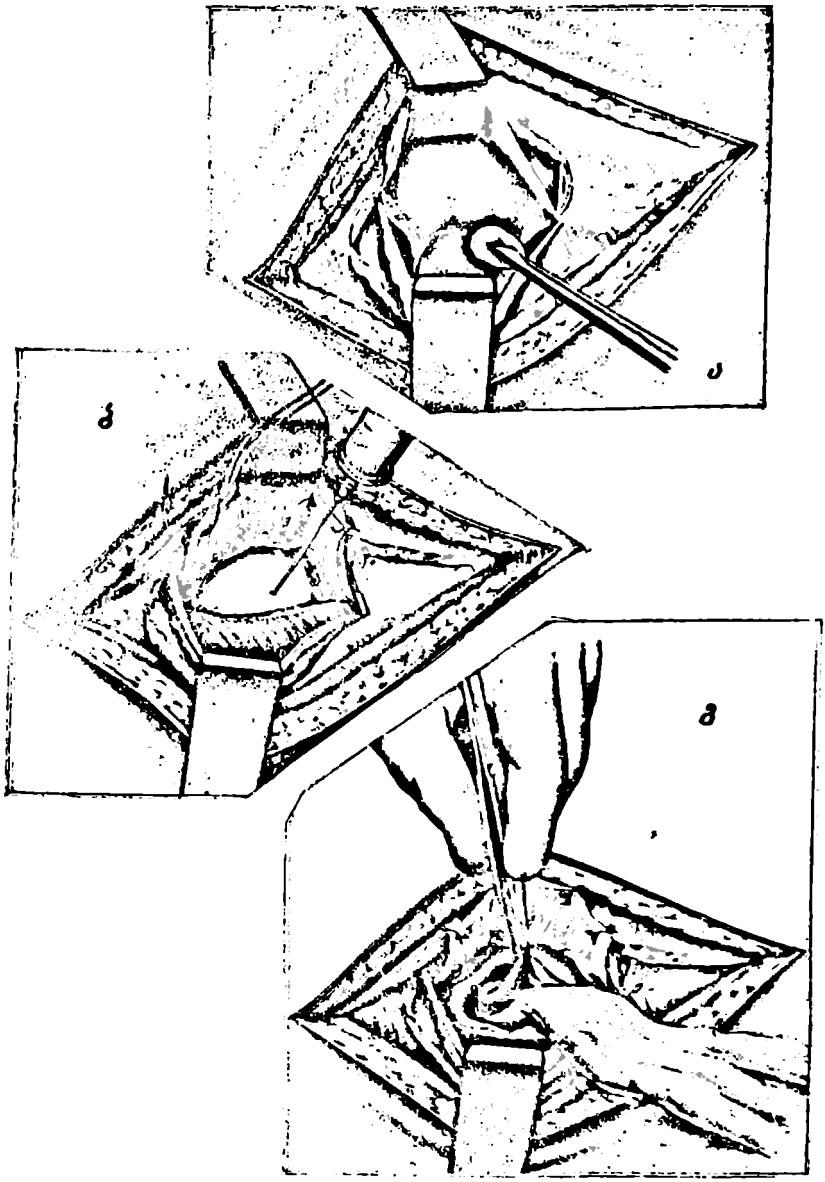
კარის ვენის სისტემაში სისხლის შეგუბებას და მის შედეგად წნევის აწევას, პორტული ჰიპერტენზია ეწოდება. ნორმალურად კარის ვენის სისტემაში სისხლის წნევა წყლის სვეტის 80—150 მმ უდრის. პორტული ჰიპერტენზიის დროს კი ზოგჯერ 600 მმ-მდე მატულობს, უფრო ხშირად კი 300—400 მმ-მდე.

პორტული ჰიპერტენზია ორგვარი წარმოშობისაა: ექსტრაჰეპატური და ინტრაჰეპატური.

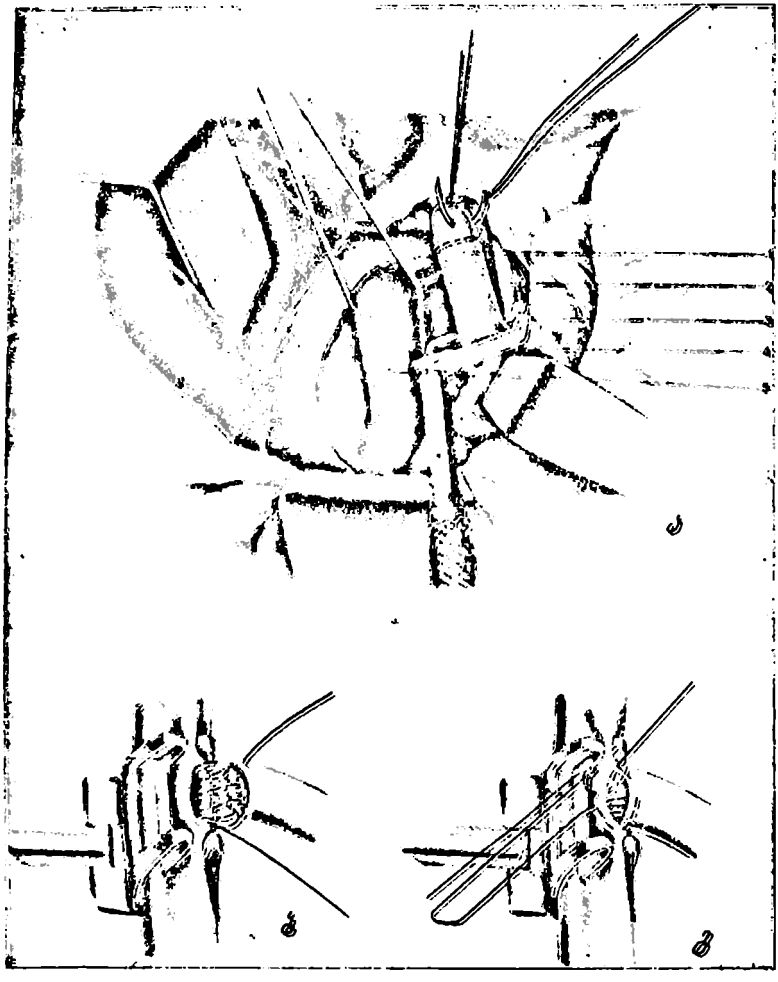
ე ქ ს ტ რ ა ჰ ე პ ა ტ უ რ ი ჰ ი პ ე რ ტ ე ნ ზ ი ი ს მიზეზებია: კარის ვენის თრომბოზი, ემბოლია, მისი თანდაყოლილი თუ შეძენილი შევიწროება, ზოგჯერ გარედან ზეწოლა სიმსივნით და სხვ. თვით ღვიძლის ქსოვილი ამ დროს ნაკლებად შეცვლილია.

ი ნ ტ რ ა ჰ ე პ ა ტ უ რ ჰ ი პ ე რ ტ ე ნ ზ ი ა ს იწვევს ღვიძლის ციროზი, კარის ვენის ინტრაჰეპატური თრომბოზი, ბანტის დაავადება და სხვ. ყველა ის მიზეზი, როდესაც კარის ვენიდან სისხლის დინების დამაბრკოლებელი მიზეზი მოთავსებულია ღვიძლში.

ღვიძლის ციროზი, რომელიც სხვადასხვა მიზეზით ვითარდება (ბოტკინის დაავადება, ალკოჰოლიზმი, ათაშანგი და სხვ.), იძლევა ღვიძლის ქსოვილში დიფუზურ ფიბროზულ პროცესს, ეს კი კარის ვენის ტოტების დახშობას და წნევის მომატებას იწვევს. ამის შედეგად ვითარდება ახალი შემოვლითი გზები კარის ვენის სისტემასა და ქვემო ღრუ ვენას შორის; ე. ი. მუცლის წინა კედელზე კარგად ისახება ე. წ. caput medusae, გვერდით ზიდაპირებზე კანქვეშა ვენების ძლიერ გაგანიერება. ასევე მკვეთრად განიერდება და ვარიკოზულად იკლაკნება ნორმალურად არსებული ვენებიც (საყლაპავი მილის, კუჭის, ელენთის და სხვ.). პორტული ჰიპერტენზიის წამყვანი ნიშნებია: შინა-



სურ. 126. ღეიძლის აბსცესის გაკეთა ექსტრაპლეურალური გზით. ა—პლევრის აცლა დიაფრაგმის გამოზნექილ ზედაპირიდან, ბ—გადაკვეთილი დიაფრაგმის ზედა კიდის მიკერება გულმკერდის კუნთებთან და აბსცესის პუნქცია; გ—აბსცესი გაკეთილია და ღრუში მოთავსებული ტამპონი.



სურ. 127. პორტოკავალური ანასტომოზი „ბოლო გვერდში"; ა—კარის ვენის გადაკვანძა და გაკერვა; 1—v. portae; 2—ductus choledochus; 3—duodenum; 4—caput pancreatis: 5—v. cava inferior; ბ—პორტოკავალური ანასტომოზის უკანა ტუჩის გაკერვა; გ—პორტოკავალური ანასტომოზის წინა ტუჩის გაკერვა.

განი სისხლდენა უფრო ხშირად საყლაპავი მილის გაგანიერებული ვენებიდან, ამა თუ იმ ხარისხით გამოხატული სპლენომეგალია და ასციტი.

პორტული ჰიპერტენზიის სხვა ნიშნებიდან ყურადღებას იპყრობს ღვიძლის ოდენობაში მოკლება, გაურკვეველი ტკივილი მუცელში. მეტეორიზმი, დისპეფსიური მოვლენები, სისხლის არტერიული წნევის დაკლება, ოლიგურია, საერთო სისუსტე, სიგამხდრე და სხვ.

პორტული ჰიპერტენზია შემპარავად იწყება, სიმპტომთა გამომჟღავნებამდე კომპენსატორულ პერიოდში ხშირად დიდი დრო გადის. არც ისე იშვიათად დაავადება თავს იჩენს საყლაპავ-კუჭიდან მოულოდნელი სისხლდენით, ზოგჯერ ელენთის გადიდებით. მელენა ან პირიდან შადრევანისებრად სისხლდენა „ყავის ნალექის“ მსგავსი სისხლით, რომელშიც შეუცველი სისხლის კოლტებია, პორტული ჰიპერტენზიის ადრეული და საკმაოდ მუდმივ ნიშნად ითვლება. სპლენომეგალიაც ადრეულად აღინიშნება. ასციტი კი ყოველთვის არ გვხვდება. ასციტი ხშირია ინტრაჰეპატური ბლოკის დროს; ალბუმინო-გლობულინების ინდექსის, ოსმოსური წნევის დაქვეითების, აგრეთვე მარილებისა და წყლის ბალანსის მოშლის შედეგად. დეკომპენსაციის პერიოდში, ასციტს გარდა, კარგადაა გამოხატული კანქვეშა ვენების გაგანიერება, ძლიერი სისუსტე. შემთხვევათა ერთ მესამედში სიყვითლე, ზოგჯერ ძლიერი ტკივილი მუცელში და სხვ.

ინტრაჰეპატური ბლოკის დროს ღვიძლის ფუნქცია შეცვლილია. ამის შესამოწმებლად გამოიყენება: თიმოლის ცდა, ბილირუბინის მაჩვენებელი, ტუტოვანი ფოსფატაზა, ტაკატა-არას ცდა, შრატის, ცილისა და ალბუმინოგლობულინების დამოკიდებულება.

ექსტრაჰეპატური ბლოკის დასადგენად იყენებენ სპლენოპორტოგრაფიას: შუა აქსილარულ ხაზზე მეცხრე ნეკნთა შუა სივრცეში ელენთაში შეჰყავთ კარდიოტრასტის 30 მილ. რენტგენოგრამას იღებენ ინექციის მომენტში და შემდეგაც. სპლენოპორტოგრაფიით შეიძლება კარის ვენის შევიწროების ან მისი თრომბოზის აღმოჩენა ავსების დეფექტის სახით. პორტული ჰიპერტენზიის დროს სისხლდენა თითქმის ყოველთვის ძლიერია, მაგრამ იგი მეტწილად მაინც ჩერდება და სისხლდენის ფაზაში სიკვდილობა ხშირი არაა.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. პორტული ჰიპერტენზიის მკურნალობა კომბინირებულია, გარკვეული მნიშვნელობა აქვს სრულყოფილი ადვილმოსანელებელი ცილებით და ნახშირწყლებით მდიდარ საკვებს, ვიტამინებს, მარილის შემცირებას, პლაზმისა და სისხლის სისტემატურ გადასხმას, შარდმდენ საშუალებებს და სხვ. ოპერაციული მკურნალობა, იმის მიხედვით დაბროკლება ინტრა—თუ ექსტრაჰეპატურია, სხვადასხვანაირია. როგორც კონსერვატული, ისე ოპერაციული დახმარება ემსახურება გართულებათა ლიკვიდაციას, ან მის განმეორების თავიდან აცილებას და არ სპობს დაავადების ძირითად მიზეზს.

ინტრაჰეპატური ბლოკის დროს შემოვლითი გზა კეთდება კარის ვენასა და ქვემო ღრუ ვენას შორის. პორტოკავალური ანასტომოზი (ეკის ოპერაცია 1877), კარის ვენის მნიშვნელოვან განტვირთვას იძლევა და სისხლი ღვიძლის გაუვლელად პირდაპირ გადადის ქვემო ღრუ ვენაში. გაცილებით ადვილი შესასრულებელია კარის ვენის „ბოლოს“ ქვემო ღრუ ვენის „გვერდთან“ შერთვა (სურ. 127). სისხლძარღვების შეერთება შეიძლება დ. დონეცკის რგოლითაც.

ექსტრაპეპატური ბლოკის დროს სპლენექტომიის შემდეგ შემოელითი გზა კეთდება ელენთის ცენტრალურ ვენასა და მარცხენა თირკმლის ვენას შორის (სურ. 128). ამავე მიზანს ემსახურება ჯორჯლის ზედა ვენასა და ქვემო ღრუ ვენას შორის შერთული (ბოგორაზის ოპერაცია); ბარძაყის ვენის ჩაკერება პერიტონეუმში (რიუტის ოპერაცია); ნეფრექტომია და დარჩენილი თირკმლის მენჯის ჩაკერება პერიტონეუმში. კარის ვენაში ღვიძლის არტერიის ჩანერგვა და სხვ.

სპლენომეგალიის დროს ურჩევენ სპლენექტომიას. დაგვიანებულ შემთხვევაში მიმართავენ ტალმას ოპერაციას: ლაპაროტომიისა და სითხის დაცლის შემდეგ დოლბანდით იხეხება პარიესული პერიტონეუმის დიაფრაგმული ნაწილი ღვიძლისა და ელენთის არეში. აგრეთვე მუცლის წინა კედელზე, სადაც ეკერება ასევე გახეხილი ბადექონი. იგი ეკერება აგრეთვე ჭრილობაში. სითხის დრენირების მიზნით პარიესულ პერიტონეუმზე წელის არეში კეთდება ფანჯრები (ალბის ოპერაცია).

ბოლო დროს ღვიძლის ციროზის დროს სისხლმომარაგების გაუმჯობესების მიზნით საკმაოდ კარგი შედეგით გამოიყენება შედარებით უცნაური ოპერაცია — ღვიძლის არტერიის გადაკვანძვა (რინხოფის მიერ მოწოდებული).

პორტული ჰიპერტენზიის სისხლდენით გართულების დროს კეთდება კუჭის ტრანსექცია — ტანერ-თოფჩიბაშევის ოპერაცია. კარდიის მიდამოში კუჭი მთლიანად გადაიკვეთება და შემდეგ კვლავ იკერება საყლაპავი მილისაკენ მიმავალი ვენების ლიგირების მიზნით.

მწვავე სისხლდენის შესაჩერებლად ზოგჯერ გამოიყენება აგრეთვე თორაკოტომია, იკვეთება საყლაპავი მილის კუნთოვანი და შემდეგ ლორწოვანი შრე განივად და ლიგატურები ედება ვარიკოზულად გაგანიერებულ სისხლმდენ ვენებს. საყლაპავი მილისა და გულმკერდის ჭრილობა იკერება. სისხლდენის შესაჩერებლად საყლაპავ მილში დაკეცილ მდგომარეობაში შეაქვთ სპეციალური რეზინის ბალონი, რომლის გაბერვით ზეწოლას ახდენენ სისხლმდენ ვენებზე. ვენური ჰიპერტენზიის მკურნალობის კომპლექსში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ანტიბიოტიკებს და ანტიკოაგულანტებს. თვითგანკურნება, ისე როგორც მკურნალობით მიღებული კარგი შედეგი, ხშირად გვხვდება ლუესური წარმოშობის ასციტის დროს.

ღვიძლის ფუნქციის მკვეთრი დაქვეითების დროს, როდესაც კარგადაა გამოხატული ასციტი, ცილების ბალანსის მნიშვნელოვანი დაკლება და ზოგჯერ ანემიაც, ოპერაციული მკურნალობა, მით უფრო შემოელითი ანასტომოზი, წინააღმდეგნაჩვენებია. ასეთ შემთხვევაში მიმართავენ ასციტური სითხის გამოშვებას — პარაცენტეზს, რომლის შესრულება ჯობს ადრეულად. პერიტონეუმის ღრუს სითხით ძლიერ გადავსებამდე.

თუ ვენური ჰიპერტენზიის ადრეულ პერიოდში კონსერვატული და ოპერაციული მკურნალობა საკმაოდ კარგ შედეგს იძლევა და 5—6 წლის განმავლობაში ავადმყოფის მდგომარეობა მნიშვნელოვნად უმჯობესდება. სამაგიეროდ, ასციტის აშკარა გამომჟღავნებისას, უკვე დაგვიანებულ პერიოდში, მკურნალობა თითქმის უშედეგოა.

ღვიძლის ექინოკოკოზი

ღვიძლის ექინოკოკოზი ხშირად საშუალო ასაკის პირებში გვხვდება; განსაკუთრებით გავრცელებულია მესაქონლეობის რაიონებში. ჩვენში ძირი-

თადად აღმოსავლეთ საქართველოში. გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს სანიტარულ-ჰიგიენური პირობების და ვეტერინარული ზედამხედველობის გაუმჯობესებას. დაავადებული საქონლის ხორცის ლიკვიდაცია (და არა მით ძაღლის გამოკვება) და ძაღლების გაჯანმრთელება უზრუნველყოფს ექინოკოზის თავიდან აცილებას.

ადამიანს, ისე როგორც საკლავ ცხოველებს, ექინოკოკის ჭიის (lenia echinococcus) ფინოზური სტადია აქვს. ექინოკოკის ჭიის მუდმივი პატრონია ძაღლი და მისი ოჯახის სხვა ცხოველები. ექინოკოკის ჭია სიგრძით 0.8 სმ (ზოგჯერ მეტს) და განით 1—2 მმ ძლივს უდრის. ჭია ოთხი ნაწილის — პროგლოდიტისაგან შედგება. პირველი ორი ნაწილი თავისაკენ უნაყოფოა, მესამე და განსაკუთრებით მეოთხე პროგლოდიტა რამდენიმე ასეულ კვერცხს — ონკოსფერას შეიცავს. ექინოკოკის ჭიის კვერცხები ძაღლის ფეკალურ მასას გამოყვება და აპინძურებს ნიადაგს, წყალს, ძაღლის თმას. ექინოკოკის ჭიის კვერცხები ადვილად მოხვდება ადამიანის ან საკლავი ცხოველის კუჭსა და ნაწლავებში. ონკოსფეროს სქელი გარსი კუტიკულა ადვილად იხსნება კუჭის წვენის მოქმედებით. გარსიდან განთავისუფლებული ჩანასახი ნაწლავის კედელში ინერგება. აქედან კი შემთხვევათა უმრავლესობაში (70—80%) კარის ვენის სისტემით (იშვიათად ლიმფური გზით) ღვიძლში შეიტანება. გაცილებით ნაკლებად ფილტვში და კიდევ უფრო იშვიათად სხეულის სხვადასხვა მიდამოში.

ექინოკოკი მეტწილად ღვიძლის მარჯვენა წილში და მის ქვემო ზედაპირზე ლოკალიზდება. ექინოკოკის კვერცხი სწრაფად გადაიქცევა ბუშტად და შემდეგ ექინოკოკის ცისტად მისთვის დამახასიათებელი გარსებით. შემდგომში ზრდა საკმაოდ ნელი ტემპით მიმდინარეობს. ექინოკოკის ცისტას ორი შრე აქვს — გარეთა ქიტინისა და შიგნითა ჩანასახოვანი — ჰერმინატიული. შემდგომში ქიტინის კუტიკულარული გარსი სქელდება, შრეობრივი ხდება და შესახედავად მოხარშული კვერცხის ცილის ფერს იღებს. ჩანასახოვანი შრე შეიცავს უჯრედებს ბირთვებით, საიდანაც შემდგომში ვითარდება შვილეული ბუშტუკები. რომლებიც კედელს მოწყდება და ცისტის ღრუში თავსდება. იშვიათად შვილეული ბუშტუკები ბუშტის სანათურში კი არ თავსდება, ირგვლივ ქსოვილებისაკენ სრულიად დამოუკიდებლად იწყებს ზრდას. ექინოკოკის ბუშტი ზოგჯერ გადავსებულია შვილეული ბუშტუკებით. სამაგიეროდ, მცირე რაოდენობით შეიცავს სითხეს (სურ. 129).

ექინოკოკის ბუშტის სითხე გამჭვირვალეა. მის შემადგენლობაში შედის სუფრის მარილი, ქარვის მჟავა, ტოქსინები, მაგრამ არ შეიცავს ცილას. მასში უხვადაა ე. წ. ექინოკოკის „ცილა“, რომელიც დიდი რაოდენობით შეიცავს სკოლექსებს (კაუჭებს). ექინოკოკის შვილეულ ბუშტუკებს, ისე როგორც ჩანასახოვან გარსს და სკოლექსებს, ადამიანის ან სხვა შუამავალი ცხოველის ორგანიზმში შეუძლიათ ჭიის სტადიის გაუვლელად, სრულ მომწიფებამდე დამოუკიდებლად განვითარება. ძაღლის ორგანიზმში კი მათი მოხვედრა ექინოკოკის ჭიას წარმოშობს.

ექინოკოკის ცისტა დიდ ოდენობამდე ნაკლებად იძლევა ადგილობრივ და ზოგად მოვლენებს. პარაზიტის ირგვლივ შემაერთქსოვილოვანი ფიბროზული გარსი ვითარდება.

ექინოკოკი ფინოზურ სტადიაში ორგვარია: ერთკამერიანი, ანუ ჰიდატი-

დური (Echinococcus unilocularis s. hydatidosus და მრავალკამერიანი, ანუ ალვეოლური (Echinococcus multilocularis s. alveolaris).

კ ლ ი ნ ი კ ა. ღვიძლის ერთკამერიანი ექინოკოკი ხანგრძლივი დროით მიმდინარეობს. ოდენობაში მატებასთან შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ყრუ ტკივილს მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, ზოგჯერ მარჯვენა მხარში. არის შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფი აღნიშნავს ურტიკარიას. როდესაც ექინოკოკის ცისტა დაწვება მსხვილ სანაღვლე გზებს, ავადმყოფს აღენიშნება სიყვითლე, კარის ვენაზე ზეწოლისას ასციტის მოვლენები, ქვემო ღრუ ვენაზე ზეწოლისას ქვემო კიდურთა შეშუპება. თუმცა ეს გართულებანი თეორიულად უფრო დასაშვებია, ვიდრე მას პრაქტიკულად აქვს ადგილი. ძირითად დამახასიათებელ ნიშანს, განსაკუთრებით დიდი ოდენობის ექინოკოკისათვის, წარმოადგენს ღვიძლის ამა თუ იმ მიმართულებით გადიდება, გამკვრივება და უმტკივნეულობა. ხშირად აღინიშნება ღვიძლის წინა ქვედა ნაწილის გადიდება და ნახევარსფეროსებრი გამობერილობა მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში. იშვიათად ამ მიდამოს კანქვეშა ვენები მეტად თუ ნაკლებად გაგანიერებულია.

როგორც ღვიძლის სხვა სიმსივნე, ისიც სუნთქვის დროს მოძრაობს ვერტიკალური მიმართულებით. იშვიათად სიმსივნე იძლევა ფამფალს და კიდევ უფრო იშვიათად შვილეული ბუშტუკების შრიალს, რომელსაც აღნიშნავენ ლიტერატურაში. მისი აღმოჩენისათვის სიმსივნეზე ათავსებენ ერთ ხელს. მეორეთი კი იწვევენ მსუბუქ დარტყმას, ამ დროს აწარმოებენ მოსმენასაც. ცენტრალური ნაწილის ექინოკოკის, ღვიძლის დიფუზურ გადიდებას და ეგლ-სონის კაფსულის დაჭიმვას მტკივნეულობა ახასიათებს. ღვიძლის ზემო ნაწილის ექინოკოკი იძლევა დიაფრაგმის სფეროსებრ გამობერილობას, რაც კარგად ჩანს რენტგენოლოგიური გამოკვლევით. რენტგენოლოგიურად გაცილებით უკეთაა გამოხატული უშუალოდ ღვიძლის დიაფრაგმულ ზედაპირზე მდებარე ექინოკოკი ან ექინოკოკის გაკირული გარსები. სუბდიაფრაგმულად მდებარე ექინოკოკის დროს ავადმყოფს აწუხებს სუნთქვის გაძნელება და პლევრიტის მოვლენები.

ღვიძლის ექინოკოკის დიაგნოზის დასმაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ბიოლოგიურ რეაქციებს. შედარებით მარტივია კ ა ც ო ნ ი ს რეაქცია, რომლის დროსაც წინა მხრის შიგნითა ზედაპირზე კანში შეჰყავთ ადამიანის ან ცხოველის ექინოკოკიდან სტერილურად აღებული და ცენტროფუგირებული სითხის 0,2—0,5 მლ. მეორე წინა მხარზე იმავე ადგილას საკონტროლოდ შეჰყავთ იგივე რაოდენობის ფიზიოლოგიური ხსნარი. რეაქცია დადებითია, თუ რეაქციის შეყვანის ადგილას რამდენიმე წუთში კანი შეწითლდება 2—4 სმ დიამეტრით, შეშუპდება და შემაღლებული ინფილტრატი გაჩნდება. ინფილტრატი ზოგჯერ 2—3 დღე არ ქრება.

კაცონის რეაქცია ექინოკოკით დაავადებულებში დადებითია 90—95%-ში. ურჩევენ აგრეთვე კომპლიმენტის გადახრის დროს რეაქციას. მოწოდებულს ვაინბერგის მიერ, რომელიც ექინოკოკის დროს დადებითია შემთხვევათა 50%-ში. ეს რეაქცია დადებითია ბრტყელი ჭიების დროსაც.

გარკვეული მნიშვნელობისაა სისხლში ეოზინოფილების მომატება ზოგჯერ 30—50%-მდე, უფრო ხშირად კი 8—12—20%-მდე. ეოზინოფილია კიდევ უფრო იმატებს კაცონის დადებითი რეაქციის შემდეგ. ეოზინოფილია არაა სპეციფიკური ექინოკოკისათვის, რადგან იგი გვხვდება: ჰელმინთოზის

ღვიძლის კიბოს, ციროზის, სიფილისის და სხვათა დროსაც. ღვიძლის ექინოკოკის დროს პუნქცია დაუშვებელია შოკის, ექინოკოკის მოთესვის და ინფიცირების საშიშროების გამო.

ღ ვ ი ძ ლ ი ს ე ქ ი ნ ო კ ო კ ო ზ ი ს გ ა რ თ უ ლ ე ბ ა ნ ი. ღვიძლის ექინოკოკი შეიძლება გასკდეს ტრავმის შემდეგ. ექინოკოკის შიგთავსი მუცლის ღრუში გამოიღვრება და ავადმყოფს მეტად თუ ნაკლებად აღენიშნება ანაფილაქსიური შოკის მძიმე მოვლენები: ურტიკარია, პირღებინება, გულის მხრივ მოვლენები, რაც ზოგჯერ სიკვდილით მთავრდება. ფრიად იშვიათად ექინოკოკის გასკდომას შეიძლება მოჰყვეს ავადმყოფის განკურნება. მეტწილად კი ვითარდება მეორადი მრავლობითი ექინოკოკი პერიტონეუმის სხვადასხვა მიდამოში, ხშირად მენჯის ღრუში, მარჯვენა თეძოს ფოსოში და სხვ.

ზოგჯერ ექინოკოკი გაიხსნება ფილტვში და ბრონქის გზით მას ავადმყოფი ამოახველებს. ასეთ შემთხვევაში დაავადება მძიმედ მიმდინარეობს. მხოლოდ დროულად და სწორად ჩატარებულ ოპერაციას შეუძლია, თუ ყოველთვის არა, ზოგჯერ გადაარჩინოს ავადმყოფი. ხანდახან შეიძლება ექინოკოკის ცისტა გაიხსნას საერთო სანაღვლე სადინარში და ობტურაციისა და ქოლანგიტის გარდამავალი ან მუდმივი მოვლენები მოგვცეს. ასეთ შემთხვევაში მოსალოდნელია ქოლეცისტიტის დაშლილი მასებისა და სითხის ნაღველთან ერთად ნაწლავის სანათურში ჩამოსვლა.

ღვიძლის ექინოკოკი თითქმის შემთხვევათა მეოთხედში ჩირქდება. ამას წინ უსწრებს ექინოკოკის სიკვდილი, რომელიც შეუძლია გამოიწვიოს ცისტაში ნაღვლის ან სისხლის შეჭრამ, ინფექციამ, ზოგიერთმა მედიკამენტმა (ქინაქინი, სალვარსანი). ექინოკოკის სიკვდილისას თეთრი რძისფერის ქიტინის გარსი რუხი-მომწვანო, ჭუჭყიანი ხდება, ასე ემართება შვილეულ ბუშტუკებსაც. ექინოკოკის სიკვდილის შემდეგ ადვილად ხდება მისი ინფიცირება. დაჩირქებული ექინოკოკი ძირითადად იძლევა ღვიძლის პიოგენური აბსცესის სურათს: მაღალი ჰექტიური ტემპერატურა, პულსის გახშირება, შემცივნება. ლეიკოციტოზი, ხშირად სუბიქტერული ელფერი, განსაკუთრებით სკლერებისა. რენტგენოლოგიურად აღინიშნება ღვიძლის გადიდება, დიაფრაგმის შედარებით მაღლა დგომა და მისი მოძრაობის შეზღუდვა. ზოგჯერ ადგილი აქვს ექინოკოკის (აბსცესის) ღრუში ჰაერისა და სითხის დონის არსებობას, რაც საბოლოოდ წყვეტს დიაგნოზს. დაჩირქებული ექინოკოკის დროს კარგად განვითარებული ფიბროზული გარსის გამო უფრო ხშირად მაინც ისეთი მკვეთრი ინტოქსიკაცია არაა, როგორიც ბაქტერიული აბსცესის ტიპიურ შემთხვევაში. კაკონის რეაქცია ან ეოზინოფილია დაჩირქებულ ექინოკოკს არ ახასიათებს.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. ღვიძლის ექინოკოკის მკურნალობა ოპერაციულია. ოპერაცია კეთდება ადგილობრივი ანესთეზიით ან ენდოტრაქეალური ნარკოზით. განაკვეთი ტარდება მარჯვენა ნეკნთა რკალის გასწვრივ — ექინოკოკის წინა და ქვედა მდებარეობის დროს და ექსტრასეროზულად, XII ნეკნის რეზექციით, ექინოკოკის უკანა და ზედა მდებარეობისას. რადიკალურად ითვლება პარაზიტის მთლიანად ამოკვეთა ფიბროზულ პარკთან ერთად. მაგრამ მისი შესრულება შესაძლოა მხოლოდ მცირე ოდენობის, შედარებით ზერელედ და ფეხზე მდებარე ექინოკოკის დროს.

ღრმად მდებარე ექინოკოკის შემთხვევაში მუცლის ღრუს გახსნის შემ-

დეგ გულდასმით ვახდენთ ჭრილობის და მუცლის ღრუს იზოლაციას შემოღარკვლით. ექინოკოკის სითხე ამოიქაჩება. შვილეული ბუშტუკებით გადაესებისას კი სითხეს ვერ მივიღებთ. შემდეგ ექინოკოკის ბუშტი იკვეთება და იცლება შიგთავსის და ქიტინის გარსისაგან. ფიბროზული პარკის მთლიანად და ყველგან მოცლა ადვილია პატარა ბუშტის დროს, დიდი ბუშტის შემთხვევაში კი საშიშია სისხლდენისა და სანაღვლე გზების დაზიანების გამო, ამიტომ ფიბროზული პარკი მოშორდება შეძლებისდაგვარად. ღრუ ამომშრალდება და დამუშავდება რამდენჯერმე ფორმალინის 1% ხსნარში დასველებული დოლბანდის ფირფიტებით, შემდეგ სპირტით და ბოლოს ფიზიოლოგიური ხსნარით, რის შემდეგ იგი კეტგუტით იხურება ყრუდ. ასეთი ოპერაცია განკურნების დროს ზედმიწევნით ამცირებს და რეციდივიც იშვიათია.

როდესაც მეტად დიდი ექინოკოკის ბუშტი ძალზე ღრმადაა მოთავსებული და ფიბროზული პარკის ამოცლა არ ხერხდება ან ფიბროზული პარკი გაკირულია. ზოგჯერ კი სანაღვლე სადინარებთანაა შეერთებული, მაშინ ექინოკოკის ბუშტი იკვეთება. იცლება და მუშავდება ჩვეულებრივ. ყრუდ დახურვის მაგივრ ასეთ შემთხვევაში მივმართავთ მ ა რ ს უ პ ი ა ლ ი ზ ა ც ი ა ს— დაცლილი ბუშტის კიდეები მუცლის კედლის ჭრილობას ეკერება, მასში ტამპონები ეწყობა და იგი მეორადი დაჭიმვით ხორცდება. მარსუპიალიზაცია კეთდება ავრეთვე დაჩირქებული ექინოკოკის დროსაც. ექინოკოკის დაცლილი ღრუ სიდიდის მიუხედავად, ადრე თუ გვიან, თითქმის ყოველთვის თავისით იხურება. ხანგრძლივად შეუხორცებელი ნაღვლოვანი ხვრელმილის დროს იშვიათად საჭირო ხდება ფისტულოგრაფია და შემდეგ შესაფერისი ზემოქმედება. ხანგრძლივად და დიდი რაოდენობით ნაღვლოვანი გამონადენის არსებობისას, თუ არ შეელის ჭრილობის მჭიდრო ტამპონადა, სანაღვლე გზებში დაბრკოლების დაფიქსირებისა და მისი ლიკვიდაციის მიზნით კეთდება ლაპაროტომია.

ღვიძლში არც ისე იშვიათია მრავლობითი ექინოკოკი (ექინოკოკოზი). ექინოკოკის გახეთქვისას სასწრაფოდ კეთდება ოპერაცია, მუცლის ღრუს ამომშრალება და ექინოკოკის ამოკვეთა.

ალვეოლური, ანუ მრავალკამერიანი ექინოკოკი

(Echinococcus multilocularis s. alveolaris)

ერთკამერიანი ექინოკოკისაგან განსხვავებით მრავალკამერიან, ანუ ალვეოლურ ექინოკოკს სულ სხვანაირი შენება აქვს. პარაზიტი გახვეულია დიდი რაოდენობით შემაერთ ქსოვილში და სითხეც თითქმის არ არსებობს. მას ჰკვრივი ხორკლიანი მრავალკამერიანი ფიჭისებრი შენება აქვს. კამერები შეიცავს მომცრო ბუშტუკებს, ექინოკოკის კაუჭებს, თავებს და მორუხო-მოყვითალო ან მოყავისფრო ჟელეს მსგავს სითხეს. განაკვეთში მას წვრილი საცრის ან ღრუბლის სახე აქვს.

ს ი მ პ ტ ო მ ე ბ ი. ყურადღებას იპყრობს ღვიძლის გადიდება. რომელიც შეუმჩნეველად და მეტად ხანგრძლივი დროის განმავლობაში მიმდინარეობს, და კანისა და სკლერების სუბიქტერული შეფერვა. განავალი კი აქოლიური არაა. რენტგენოლოგიურად აღსანიშნავია დიაფრაგმის მაღალი დგომა. ამოცნობაში გვეხმარება საკლავ საქონელში ალვეოლური ექინოკოკის ხშირად არსებობა, ზოგიერთ გეოგრაფიულ ზონებში.

ალვეოლერ ექინოკოკს. კიბოსა და ციროზისაგან განსხვავებით, შედარებით ხანგრძლივი და კეთილი მიმდინარეობა აქვს. კაცონის რეაქცია დადებითია, მხოლოდ სპეციფიკურ ანტისხეულზე და არა ერთკამერიანი ექინოკოკიდან აღებულ სითხეზე. ზოგჯერ ადგილი აქვს ეოზინოფილიას. საქართველოში ალვეოლური ექინოკოკი იშვიათად გეხვდება. ჩვენთან, კლინიკაში, ღვიძლის ალვეოლური ექინოკოკით სულ თორმეტი ავადმყოფი გატარდა (ღვიძლის ერთკამერიანი ექინოკოკით კი 250).

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. ღვიძლის რეზექციაში მდგომარეობს, რაც ადვილია შედარებით მომცრო ექინოკოკის დროს. დაგვიანებულ შემთხვევაში, როდესაც ალვეოლური ექინოკოკი ახშობს მსხვილ სანაღვლე გზებს, ურჩევენ ნაღვლის გადაყვანას ნაწლავებში (ჰეპატოქოლანგიოენტეროსტომია).

ღვიძლის სიმსივნეები

ღვიძლის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები: ფიბრომა, ლიპომა. ადენომა კავერნომა ფრიად იშვიათია. კავერნომა ზოგჯერ დიდ ოდენობას აღწევს და ხანგრძლივად უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. ამოცნობაში შეიძლება დაგვეხმაროს მომრგვალო ფორმის, ცომის კონსისტენციის სიმსივნის არსებობა ღვიძლის ქვემო ზედაპირზე უფრო შუახაზისაკენ. სიმსივნე ზეწოლისას მცირდება და მოსმენით იძლევა ხმიანობას.

კავერნომა შეიძლება გართულდეს სასიკვდილო სისხლდენით. მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა ოპერაციულია.

ღვიძლის არაპარაზიტული ცისტები იშვიათია. აღსანიშნავია ქეშმარიტი ცისტა (როცა შიგნითა კედელი გამოფენილია ეპითელით); ცრუ ცისტა განვითარებული ტრავმის ან ანთების შედეგად (ცისტის შიგთავსი შემოფარგლულია ფიბროზული კაფსულით); ღვიძლთან ახლოს მდებარე ცისტა და ბოლოს ლიმფური ან სანაღვლე გზებიდან განვითარებული ცისტები.

დაავადებას ხანგრძლივი მიმდინარეობა აქვს. დასაწყისში ავადმყოფს აწუხებს უმადობა. უსიამოვნო შეგრძნება ღვიძლის არეში, განსაკუთრებით ფეხზე დგომისას. მოგვიანებით ზოგჯერ აღინიშნება ძლიერი ტკივილი. ამ დროისათვის ღვიძლში ხშირად ისინჯება სიმსივნე. ღვიძლის ცისტას არ ახასიათებს ძლიერი გამხდრობა, სიყვითლე ან ასციტი.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. დიდი ოდენობის ცისტის დროს კეთდება მარსუპიალიზაცია.

ღვიძლის კიბო

ღვიძლის პირველადი კიბო არც ისე იშვიათია. ზოგ ქვეყანაში (იტალია. საბერძნეთი, იაპონია და სხვ.) აღნიშნავენ მის შედარებით ხშირ განვითარებას. ღვიძლის კიბოს წარმომშობ მიზეზებიდან მნიშვნელობას აძლევენ ციროზს, პარაზიტებს (ოპისთოქს), ტრავმას, მალარიას, სიფილისს. ენღოკრინულ დაავადებას.

ღვიძლის კიბო ვითარდება ღვიძლის უჯრედებიდან — carcinoma-hepatocellulare (პარენქიმიული კიბო, ავთვისებიანი ჰეპატომა) ან სანაღვლე გზების ეპითელიუმიდან — carcinoma-cholangiocellulare. მიკროსკოპიულად იგი ხშირად ღვიძლის უჯრედებიდან განვითარებული ადენოკარცინომაა. ღვიძლის უჯრედებიდან გან-

ვითარებული კიბო მეტწილად მრავლობითია. სანაღვლე გზების ეპითელიდან — კი ერთეული.

ს ი მ პ ტ ო მ ე ბ ი. ღვიძლის პირველადი კიბო შემპარავად იწყება. პირველ ხანებში ავადმყოფს აწუხებს უმადობა, უსიამოვნო შეგრძნება ღვიძლისა და კუჭის არეში, ზოგჯერ ძლივს შესამჩნევი სუბიქტერული შეფერვა. მოგვიანებით ადგილი აქვს წელის არეში ტკივილის გაძლიერებას, სიყვითლეს და ხშირად ასციტს. ადგილმდებარეობის მიხედვით ისინჯება მკვრივი და ხორკლიანი სიმსივნე, ზოგჯერ საკმაოდ ადრეულადაც. დ ი ფ ე რ ე ნ ც ი უ ლ ი დ ი ა გ ნ ო ზ ი ს დროს უნდა გავითვალისწინოთ ჰიპერტროფიული ციროზი, ალვეოლური ექინოკოკი, გუმა, ღვიძლის მეორადი კიბო.

დიაგნოზის საბოლოო დაზუსტება ზოგჯერ ლაპაროტომიით და ბიოფსიით ხერხდება.

მ კ ურ ნ ა ლ ო ბ ა ღვიძლის რეზექციაში მდგომარეობს, ღვიძლის მარცხენა წილი განცალკევებული სისხლძარღვების გამო ადრეულ პერიოდში შეიძლება მთლიანად იქნეს რეზეცირებული. რადიკალური ოპერაცია დიდი დაგვიანების გამო იშვიათად კეთდება.

ღვიძლის მეორადი (მეტასტაზური) კიბო

ღვიძლში გაცილებით ხშირია მეორადი კიბო. იგი ვითარდება საყლაპავის, კუჭის, ნაღვლის ბუშტის, მსხვილი ნაწლავის, სწორი ნაწლავის, პროსტატის, თირკმლის, ძუძუს, თვალის ან კანის (მელანომა) და სხვა ორგანოთა პირველადი კიბოს შემდეგ. ამ დროს გაცილებით ხშირია ასციტი.

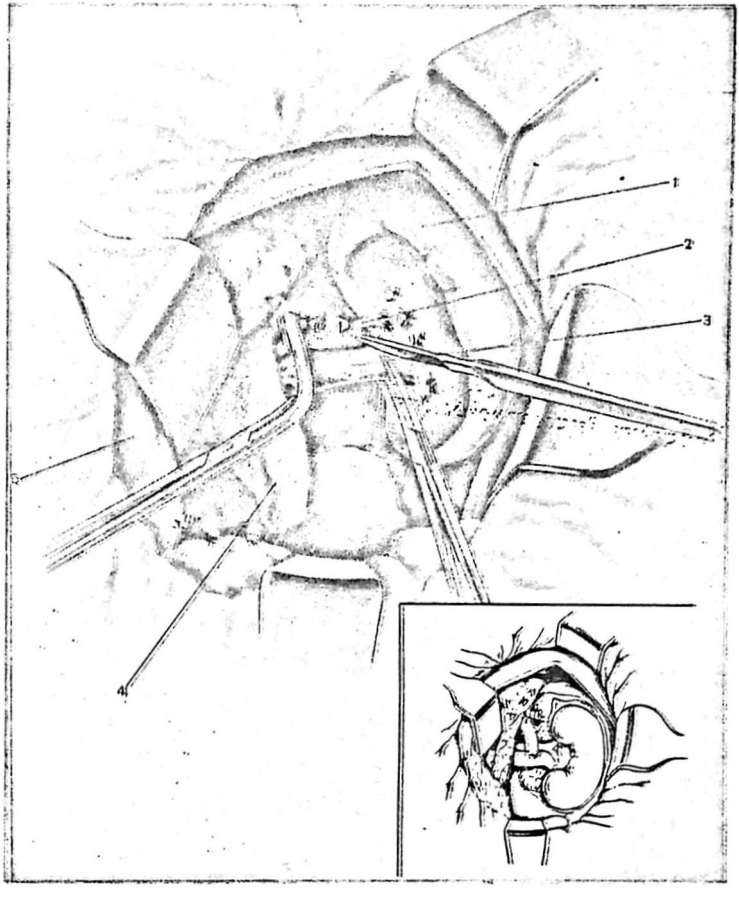
ღვიძლის მეორადი კიბოს დიაგნოზი, მით უფრო დაგვიანებულ პერიოდში, როცა სიმსივნე ადვილად ისინჯება, დიდ სიძნელეს არ წარმოადგენს. მელანომის ღვიძლში მეტასტაზისათვის დამახასიათებელია ავადმყოფის შარდის გაშავება ჰაერზე დაყოვნებისას.

ნაღვლის გზებისა და ნაღვლის ბუშტის დაავადება

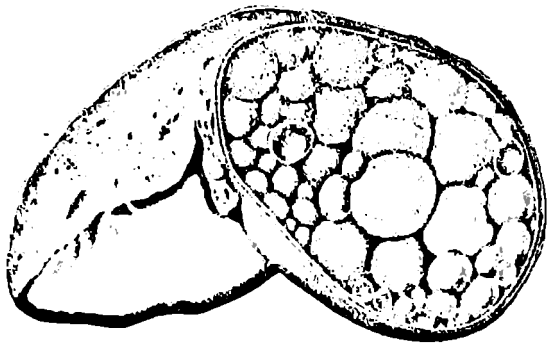
მოკლე ანატომიურ-ფიზიოლოგიური ცნობები

ნ ა ღ ვ ლ ი ს ბ უ შ ტ ი (vesica fellae) მოთავსებულია ღვიძლის მარჯვენა საგიტალურ ღარში — ნაღვლის ბუშტის ფოსოში. ნაღვლის ბუშტს დაახლოებით 40—70 კუბ. სმ მოცულობა აქვს. იგი მსხლის ფორმისაა. ღვიძლისაკენ მდებარე ზედაპირით ბუშტის მეტი წილი ფაშარი ქსოვილით თითქმის ყოველთვის უშუალოდ ეკვრის მას. ბუშტის სიგრძე 8—12 სმ და განი 3—5 სმ უდრის. ნაღვლის ბუშტის ფუძე ორი სანტიმეტრით გამოწეულია ღვიძლის კიდიდან და მდებარეობს მარჯვენა ნეკნთა რკალისა და სწორი კუნთის გარეთა კიდის გადაკვეთის ადგილას.

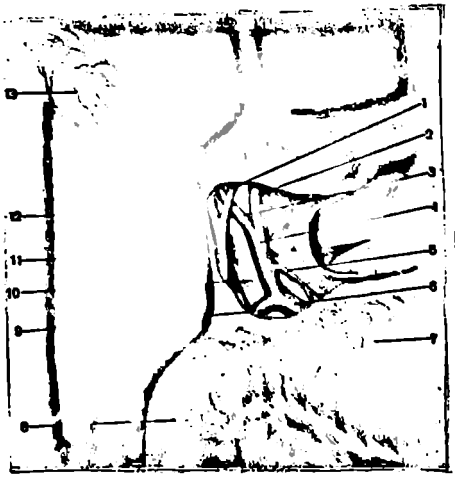
ბუშტის სხეული თანდათან ვიწროვდება და ბუშტის ყელში გადადის, რომელიც ბ უ შ ტ ი ს ს ა დ ი ნ ა რ შ ი (ductus cysticus) გრძელდება. ბუშტის სადინარის სიგრძე 3—5 სმ და მეტსაც უდრის. იგი ღვიძლის საერთო სადინარს სხვადასხვანაირად უერთდება (პირდაპირ, სპირალურად, პარალელურად და სხვ.). ღვიძლის სადინარი, ან, უფრო სწორად, ღ ვ ი ძ ლ ი ს ს ა ე რ თ ო ს ა დ ი ნ ა რ ი—ductus hepaticus communis (სურ. 130) იქმნება ღვიძლის



სურ. 128. სპლენორენალური ანასტომოზი „ბოლო-ბოლოში“:
1—ელენთა; 2—ელენთის არტერია; 3—ელენთის ვენა; 4—პანკრეასის კუდი;
5 — კუჭი.



სურ. 129. ღვიძლის ექინოკოკი. ღვიძლის სქემატური განაკვეთი მრავლობითი შვილეული ბუშტუკებით.



სურ. 130. ღვიძლ-თორმეტგოჯა ოოგიში მყოფი წარმოქმნების ურთიერთდამოკიდებულება.
1—ductus hepaticus communis; 2—ramus sinister a. hepaticae propriae; 3—ramus dexter a. hepaticae propriae; 4—a. hepatica propria; 5—a. gastrica dextra; 6—a. hepatica communis; 7—ventriculus; 8—duodenum; 9—a. gastroduodenalis; 10—v. portae; 11—ductus choledochus; 12—ductus cysticus; 13—vesica fellea.

სურ. 132. მწვავე ფლეგმონოზურ-კენჭოვანი ქოლეცისტიტი.

მარჯვენა და მარცხენა სადინარების ღვიძლის კარიდან გამოსვლისთანავე. ღვიძლის სადინარის სიგრძე 2—7 სმ უდრის. ღვიძლის სადინარის გაგრძელებას ბუშტის სადინარის შეერთების ადგილიდან ნ ა ღ ვ ლ ი ს ს ა ე რ თ ო ს ა დ ინ ა რ ი — ductus choledochus წარმოადგენს. ნაღვლის საერთო სადინარის სიგრძე 5—8 სმ უდრის. იგი შედის თორმეტგოჯა ნაწლავის დასწვრივი ნაწილის უკანა კედელში ზევიდან ქვევით, უკნიდან წინ და იხსნება ნაწლავის კედელზე შემაღლებულ ფატერის დვრილში — არსებულ 3 მმ დიამეტრის ხვრელში. ეს ხვრელი გარეთა სანაღვლე გზებში ყველაზე ვიწრო ადგილია. ნაღვლის საერთო სადინარის გვერდზე ფატერის დვრილში იხსნება პანკრეასის სადინარი, ზოგჯერ პანკრეასის დამატებითი სადინარიც. საკმაოდ ხშირად სანაღვლე სადინარი და პანკრეასის სადინარი ფატერის დვრილის სისქეში ერთდებიან და შემდეგ ერთი სადინარის სახით იხსნებიან ნაწლავის სანათურში. ასეთ ანატომიურ ვარიანტს პანკრეასის სადინარში ნაღვლის გადასროლისა და პანკრეატიტის განვითარებისათვის გარკვეული მნიშვნელობა აქვს.

ღვიძლ-თორმეტგოჯა იოგის სისქეში, მის თავისუფალ კიდესთან მოთავსებულია მომწვანო ფერის ნაღვლის საერთო სადინარი, მის მარცხნივ და ოდნავ ზერელედ მცირედ დაკლაკნილი ღვიძლის არტერია, რომელიც პულსაციას იძლევა, ბოლოს არტერიის რამდენადმე უკან და შედარებით ღრმად ნაღვლის სადინარის მარცხნივ მოთავსებულია მუქი ფერის კარის ვენა. ეს უკანასკნელი სისხლს აგროვებს ნაწლავთა მეზენტერიალური ვენებიდან და ელენთიდან.

დღე-ღამეში გამოყოფილი ნაღვლის რაოდენობა 800 მლ მეტს უდრის. ღვიძლის არტერია—art. hepatica—წარმოადგენს truncus coeliacus ტოტს და იყოფა ორ არტერიად: a. hepatica propria და a. gastroduodenalis. ღვიძლის არტერია იყოფა ღვიძლის მარჯვენა და მარცხენა არტერიად, ღვიძლის მარჯვენა არტერიას გამოეყოფა ნაღვლის ბუშტის არტერია, რომელიც მიემართება წინისაკენ, გადადის ნაღვლის ბუშტის ყელსა და კედელზე ზემო მედიალური მხრიდან.

სანაღვლე გზების ოპერაციის დროს განსაკუთრებული მნიშვნელობისაა სამკუთხედის ფორმის მიდამო, რომელიც მოსაზღვრულია, ერთი მხრივ, ნაღვლის ბუშტის ყელით და მისი სადინარით, მეორე მხრივ, ღვიძლის სადინარით და ზემოდან ღვიძლის ქსოვილით.

სანაღვლე გზების ლიმფური კვანძები ანასტომოზს ქმნის პანკრეასის თავის ლიმფურ კვანძებთან.

ინერვაცია ხდება ცდომილი და სიმპათიკური ნერვით.

ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების გამოკვლევა იხილეთ ზევით.

ნაღვლის გზების განვითარების ანომალიები

ანომალიებიდან აღსანიშნავია ნაღვლის ბუშტის არარსებობა, ბუშტის გაორება, ნაღვლის ბუშტის ინტრამურალური — მრგვალ იოგში, ან მარცხენა წილში მდებარეობა; მოძრავი ნაღვლის ბუშტი თავისუფალი ჯორჯლით, რაც მის შემოგრეხის პირობას ქმნის. ბუშტისა და ღვიძლის საერთო სადინარის გაორება, ნაღვლის ბუშტისა და ღვიძლის სადინართა ერთად შეერთება და სხვ.

ნაღვლის ბუშტის ფუნქციური დაავადებანი

ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების ფუნქცია ხორციელდება ცენტრალური ნერვული სისტემის რეგულაციით. ყოველგვარი მექანიკური დაბრკოლების გარეშე ნერვული აპარატის ფუნქციური მოშლილობის დროს ვითარდება სანაღვლე გზების დისკინეზია. არჩევენ მის ორ ფორმას: სპასტიკურს და ატონიურს.

ატონიური ფორმის დროს ნაღვლის ბუშტის კუნთოვანი აპარატის ჰიპერტროფიის და ლორწოვანის გასქელების გამო სქელდება ბუშტის კედელი. ოდის სფინქტერის ფუნქციის მოშლის შედეგად კი ნაღველი შეგუბებულია.

სანაღვლე გზებში არსებული ნორმალური წნევა (200—250 მმ წყლის სვეტისა) ამ დროს ზოგჯერ 2—3-ჯერ იმატებს. ოდის სფინქტერი კი 670 მმ წნევას უძლებს.

შეგუბებული ნაღვლის ბუშტის დროს აღინიშნება მუდმივი ყრუ ხასიათის და ზოგჯერ შეტევითი ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში. ყოველგვარი ობიექტური ნიშნების: დეფანსი, მტკივნეულობა, ტემპერატურა, სიყვითლე და სხვ. გარეშე.

დუოდენური ზონდაჟი, ისე როგორც რენტგენოლოგიური გამოკვლევა. არ იძლევა ანთების ან კენჭოვანი დაავადების სურათს.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა კონსერვატულია. მთავარია ნაირფეროვანი საკვების. აგრეთვე მინერალური წყლის სისტემატური დანიშვნა, რაც ნაღვლის დენის გაძლიერებას იწვევს. მკაცრი რეჟიმი და შიმშილი ცუდია: კარგად მოქმედებს თბილი აბაზანისა და სპაზმის მომხსნელი საშუალებების (პაპავერინი, ატროპინი) პერიოდულად გამოყენება. დიდი სასარგებლო მნიშვნელობა აქვს სპორტს, მოძრაობას, ცურვას, მუცლის კუნთების ვარჯიშს, რადგან ყველა ეს ღონისძიება ხელს უწყობს ნაღვლისაგან ბუშტის დაცლას.

ქოლეცისტექტომია წინააღმდეგნაჩვენებია. იგი იშვიათად იძლევა ხანმოკლე დროით გაუმჯობესებას, მეტწილად კი ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფის მდგომარეობა უარესდება.

სანაღვლე გზების პარაზიტული დაავადება

სანაღვლე გზების პარაზიტული დაავადებებიდან აღსანიშნავია ლ ა მ ბ ლ ი ო ზ ი, შედარებით იშვიათად ასკარიდოზი, ექინოკოკოზი და ოპისთორქოზი. ლამბლიოზს იწვევს პარაზიტი. ლამბლია მისი აღმწერის ხარკოველი ლიამბლეს (1859) სახელს ატარებს. ლამბლია ზოგჯერ მსხვილი ნაწლავიდან გადაინაცვლებს თორმეტგოჯა ნაწლავში, აქედან კი სანაღვლე გზებში შეიჭრება. ლამბლია ხშირად ბუდობს ნაღვლის ბუშტში. დაავადება შედარებით ხშირია მამაკაცებში. დაავადებას ახასიათებს ტკივილი. დიაგნოზის დასმაში გადამწყვეტია ახლად მიღებულ ნაღველში ლამბლიის აღმოჩენა (დაწვრილებით იხილეთ ქვევით, ლამბლიოზური ქოლეცისტიტი).

ა ს კ ა რ ი დ ო ზ ი. ასკარიდა სანაღვლე გზებში შეიჭრება თორმეტგოჯა ნაწლავიდან და ზოგჯერ პიოგენური აბსცესის მიზეზი ხდება. ჭიის შეჭრას შეიძლება მოჰყვეს აგრეთვე ქოლანგიტი მისთვის დამახასიათებელი ნიშნებით: შემცივნება, მაღალი ტემპერატურა, სიყვითლე.

დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება ანამნეზი, პირნაღებში ან ფანავალში ჭიის აღმოჩენა და ნაღველში ჭიის კვერცხების არსებობა.

მკურნალობა ოპერაციულია: კეთდება ნაღვლის საერთო სადინარის დრენირება და შეცვლილი ნაღვლის ბუშტის ან კენჭების არსებობისას ქოლეცისტექტომია.

ექინოკოკოზი. სანაღვლე გზების ან ნაღვლის ბუშტის ექინოკოკოზი იშვიათია. მის განვითარებას იშვიათად შეიძლება ადგილი ექნეს ღვიძლის ექინოკოკის გასკდომისა და მისი სანაღვლე გზებში ჩანთხევის დროს. ამ დროს ვითარდება მძიმე შოკის, ხოლო შემდეგ სეპტიკური მდგომარეობის სურათი: შემცივნება, მაღალი ტემპერატურა, სიყვითლე. სანაღვლე გზებში მოხვედრილი ექინოკოკის სწორად ამოცნობა ოპერაციამდე ადვილი არაა. დაავადების სურათი ხანდახან ჰგავს მწვავე ქოლეცისტიტს. კენჭებით გამოწვეულ ობტურაციულ სიყვითლეს, ღვიძლის აბსცესს და სხვ.

მკურნალობა ოპერაციულია, კეთდება ნაღვლის საერთო სადინარის და ექინოკოკის ცისტის დრენირება.

ოპისთორქოზი. შეიძლება შეგვხვდეს ისეთ ადგილებში, სადაც ჩვეულებად აქვთ უმი თევზის ჭამა. პარაზიტი იბუდებს სანაღვლე გზებში. ღვიძლში, პანკრეასში და სანაღვლე გზების ანთებას იწვევს. ფიქრობენ, რომ ოპისთორქი ღვიძლის პირველადი კიბოს ერთ-ერთი ხელშემწყობი მიზეზია.

ოპისთორქოზის მკურნალობა მედიკამენტურია.

ქოლეცისტიტი

ქოლეცისტიტი ნაღვლის ბუშტის ანთებაა. მის განვითარებაში მნიშვნელობა აქვს ნაღვლის შეგუბებას და ინფექციას. ნაღვლის შეგუბება ვითარდება ნაღვლის ბუშტის ფუნქციური ცვლილებების დროს, როდესაც ადგილი აქვს ნაღვლის ბუშტის ატონიას, ანუ დისკინეზიას, რაც მისი შეკუმშვით ფუნქციის მოშლას გულისხმობს.

ეს გარემოება ხელს უწყობს ნაღვლის ბუშტის შიგთავსის შეჩერებას. ასეთივე მოქმედებას იჩენს ნაღვლის გამომტანი სადინარების დახშობა კენჭით ან ანთებითი ლორწოვანი გამონადენით.

ნაღვლის სადინარებში ნაღვლის ნორმალურ მდინარებას ერთგვარად აბრკოლებს შეუფერებელი და მოჭერილი ტანსაცმლის ხმარება, შეკრულობა, სიმსუქნე, ორსულობა და სხვ.

ნაღვლის ბუშტის ანთების განვითარებაში განსაკუთრებული მნიშვნელობისაა ინფექცია. სანაღვლე გზების დისტალურ ნაწილში ხშირად აღინიშნება ნაწლავის ჩხირი, სტრეპტოსტაფილოკოკი, ტიფის ან პარატიფის მიკრობი და სხვ. ინფექციის გადანაცვლებას ნაღვლის ბუშტისა და ღვიძლისაკენ დიდად უწყობს ხელს ნაღვლის მდინარების დაბრკოლება. ნაღვლის ნორმალური მდინარების ხანგრძლივად შეწყვეტისას ინფექციის გავრცელების საუკეთესო პირობები იქმნება. ასეთ შემთხვევაში ინფექცია შეიჭრება თორმეტგოჯა ნაწლავიდან სანაღვლე სადინარით და ვრცელდება ნაღვლის ბუშტის კედელზე, ზოგჯერ ლუმკას სადინარებზე. ნაღვლის ბუშტში ამავე გზით იჭრება აგრეთვე ლამბლიები და მაშინ ვითარდება ლამბლიოზური ქოლეცისტიტი. ინფექცია ზოგჯერ ვრცელდება ჰემატოგენური გზით საკმაოდ მოშორებული ადგილიდან (ანგინის, გრიპის, პანარიციუმის და სხვა დაავადების დროს).

არც ისე იშვიათად ინფექცია ვრცელდება ლიმფური გზითაც თორმეტგო-

ჯას, ჭიანწლავის, თირკმლის ან სხვა მეზობელი ორგანოს ანთებითი პროცესის დროს.

ნაღვლის ბუშტსა და სანაღვლე გზებში შეპრილი ინფექცია გარკვეული დროის განმავლობაში შეიძლება არ იძლეოდეს რაიმე გამოვლინებას. ინფექციის გააქტივებაში და ნაღვლის ბუშტის ანთების განვითარებაში, როგორც გამწვავების უშუალო მიზეზმა, ნაღვლის შეგუბების გარდა, შეიძლება გარკვეული როლი შეასრულოს დიეტის დარღვევამ, საკვებით ინტოქსიკაციამ და სხვ.

მწვავე ქოლეცისტიტი

მ წ ვ ა ვ ე ქ ო ლ ე ც ი ს ტ ი ტ ი, მართალია, ხშირია იმ შემთხვევაში, როდესაც ნაღვლის ბუშტში კენჭიცაა, რადგან კენჭს განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს როგორც ნაღვლის შეკავების, ისე ინფექციის შენახვა-გააქტივების საქმეში. მაგრამ ქოლეცისტიტი ვითარდება ბუშტში კენჭის არარსებობის ფროსაც.

ქოლეცისტიტი შეიძლება იყოს კენჭოვანი, უკენჭო და ლამბლიოზური. დისკინეზიის შესახებ ზევით იყო მითითებული. კენჭოვანი ქოლეცისტიტის უკენჭო ქოლეცისტიტისაგან გარჩევა ყოველთვის ადვილი არაა. ინფექციის არსებობისა და პერიტონეული მოვლენების დროს ამას არც აქვს პრაქტიკული მნიშვნელობა, რადგან ასეთ შემთხვევაში ორივეს მკურნალობა ოპერაციულია. გაცილებით საჭიროა ორივე ამ სახის ქოლეცისტიტისაგან განვასხვავოთ ლამბლიოზური ქოლეცისტიტი და ნაღვლის ბუშტის დისკინეზია, რადგან მათი მკურნალობა მხოლოდ კონსერვატულია. ზოგიერთი ნიშნის მიხედვით შეიძლება ცალკე განვიხილოთ უკენჭო ქოლეცისტიტი.

მწვავე ქოლეცისტიტის ფორმებია: კატარული, ფლეგმონური და დესტრუქციული (განგრენა, პერფორაცია).

პათომორფოლოგიურად კატარული ქოლეცისტიტის დროს აღინიშნება ნაღვლის ბუშტის კედლის ჰიპერემია, შეშუპება ლორწოვანი გარსის ეპითელის დესკვამაციით და ლეიკოციტური ინფილტრაცია.

ფლეგმონური ქოლეცისტიტის დროს ნაღვლის ბუშტის კედელი ჩირქოვანი ინფილტრაციის გამო მკვეთრად გასქელებული, შეშუპებული და ჰიპერემიულია. ბუშტის სადინარი ძლიერ შევიწროებული და ხშირად დახშობილია. ბუშტი შეიცავს ჩირქოვან ნაღველს. ფლეგმონური ქოლეცისტიტის დროს ანთება მეტად თუ ნაკლებად ვრცელდება ყველა მეზობელ ორგანოებზე, რომელთანაც შეხებაშია ნაღვლის ბუშტი (ღვიძლი, დიდი ბადექონი, განივი კოლინჯი, წვრილი ნაწლავის მარყუჟები, მუცლის წინაკედელი) და საკმაოდ ხშირად დიდი ვრცელი შეხორცებითი ინფილტრატი ვითარდება.

განგრენული ქოლეცისტიტის დროს ნაღვლის ბუშტის კედელი, ისე როგორც ფლეგმონური ბუშტის დროს, შეშუპებული და გასქელებულია, კედლის ქსოვილში კვების მოშლისა და ნეკროზული უბნების გამო იგი შავია, ბუშტის ლორწოვანი მომწვანო ფერისაა და განგრენულია. ასეთი ბუშტის კედელი მკვეთრი დესტრუქციული ცვლილებების გამო ადვილად ატარებს ინფიცირებულ ნაღველს, ზოგჯერ ბუშტის კედელზე აშკარად აღინიშნება პერფორაციული ხვრელებიც. პერფორაცია შეიძლება განვითარდეს არაგანგრენული ნაღვლის ბუშტისაც. ხშირად ადგილი აქვს ბუშტის კედელზე მრავლობით სხვადასხვა ოდენობის პერფორაციული ხვრელების არსებობას, რომლე-

ბიც ჩირქოვანი ფიბრინული ნადებით იფარება. ბუშტში კენჭების არსებობის დროს ჩირქოვან ნაღველთან ერთად მუცლის ღრუში გამოიყოფა ნაღვლის კენჭებიც. არის შემთხვევები, როდესაც ნაღვლის ბუშტის კედელი მაკროსკოპულ ცვლილებებს არ განიცდის, მაგრამ ნაღვლისათვის გამტარია, რადგან მის კედელში ადგილი აქვს მიკროპერფორაციულ უბნებს. დესტრუქციული ნაღვლის ბუშტის დროს ადვილად და სწრაფად ვითარდება ნაღვლოვანი პერიტონიტი, მისი განვითარების ხარისხი ერთგვარად დამოკიდებულია ნაღვლის ბუშტის ირგვლივ შექმნილი ინფილტრატის ბარიერულ უნარზე. ასეთის არარსებობისას პერიტონიტის პროგრესულობისათვის ყოველგვარი პირობები არსებობს.

ს ი მ პ ტ ო მ ე ბ ი. მწვავე ქოლეცისტიტს ხშირად ხანგრძლივი დროის განმავლობაში წინ უსწრებს კუჭის წვა, გულძმარვა ან მუცლის შებერილობა.

მწვავე ქოლეცისტიტს, რადგან იგი ანთებითი პროცესია, მეტად თუ ნაკლებად გამოხატული წინასწარი მოვლენები ახასიათებს. ზოგჯერ მარჯვენა ნეკნთა რკალის ქვეშ ყრუ ხასიათის ტკივილი შეტევის გაქრობის შემდეგაც გარკვეული დროის განმავლობაში რჩება. აღსანიშნავია ისიც, რომ სწორედ ეს მცირე ტკივილი შეტევის წინ განსაკუთრებით იწყებს გამწვავებას. პირველადი მწვავე ქოლეცისტიტის დროს ნაღვლის ბუშტში ინფექციის ჩანერგვისას შეტევა ვითარდება სრულიად მოულოდნელად, ყოველგვარი წინასწარი დისპეფსიური მოვლენების გარეშე. მწვავე ქოლეცისტიტის დროს ავადმყოფს აწუხებს ტკივილი მარჯვენა ნეკნთა რკალის ქვეშ. ტკივილი, როგორც წესი, მუდმივია. ანთების პროგრესულობასთან ერთად იგი თანდათან მატულობს. ზედმიწევნით ძლიერი ტკივილი დამახასიათებელია ნაღვლის ბუშტის განგრენის ან პერფორაციისათვის. ტკივილი ირადიაციას იძლევა მარჯვნივ — მხარში, ბეჭში, ლავიწზედა ან ლავიწქვეშა მიდამოში. ზოგჯერ ტკივილის თანდათანობითი გაძლიერება აღინიშნება მწვავე ჩირქოვანი (ფლეგმონური) ქოლეცისტიტის შემთხვევაში.

მწვავე ქოლეცისტიტის დროს ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა მეტწილად დამაკმაყოფილებელია. ყურადღებას იპყრობს ავადმყოფის მოუსვენრობა ტკივილის გამო. პულსი მომატებული და კარგი ავსებისაა. ტემპერატურა 38—39°-მდე იმატებს. ზოგჯერ აღინიშნება შემცივნება. სუნთქვა გახშირებული და ზერელე, უპირატესად გულმკერდის ტიპისა, მუცელი ზოგჯერ სრულიად ვერ ღებულობს სუნთქვაში მონაწილეობას, როგორც ამას ადგილი აქვს პერიქოლეცისტიტისა და განსაკუთრებით პერფორირებული ქოლეცისტიტის შემთხვევაში.

ადგილობრივი გამოკვლევით აღმოვაჩენთ მეტად მნიშვნელოვან ნიშანს— კუნთთა დაჭიმულობას, რომლის ხარისხი დამოკიდებულია ნაღვლის ბუშტში არსებულ ანთებითი პროცესის ინტენსივობაზე. როდესაც ანთება ნაღვლის ბუშტის კედელს არ სცილდება, როგორც, მაგალითად, კატარული ქოლეცისტიტის დროს, მაშინ მტკივნეულობა და კუნთთა დაჭიმულობაც აღინიშნება მარჯვენა ნეკნთა რკალის ქვეშ. მუცლის დანარჩენი მიდამო კი რბილი და უმტკივნეულოა. ზოგჯერ აუტანელი ხასიათის ლოკალური ტკივილი დამახასიათებელია მძიმე ფორმის ქოლეცისტიტისათვის და მეტწილად იგი ნაღვლის ბუშტის ადგილმდებარეობას შეესაბამება. ტკივილის გაძლიერება აღსანიშნავია ღრმა ჩასუნთქვის დროს, განსაკუთრებით მაშინ, თუ გამომკვლევი მოათავსებს მარ-

ცხენა ხელის პირველ თითს ამ მიდამოში, დანარჩენ თითებს კი ნეკნთა რკალზე. როგორც ეს მერფის ნიშნის შემოწმებისას კეთდება. კიდევ უფრო ხშირია მტკივნეულობა მარჯვენა ნეკნთა რკალზე მსუბუქი დარტყმის შემთხვევაში (ორთნერის ნიშანი).

თუ კუნთთა დაჭიმულობა მკვეთრად არაა გამოხატული, მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში მეტწილად ისინჯება დაჭიმული და მტკივნეული ნაღვლის ბუშტი, რომლის გადიდებას ადგილი აქვს ნაღვლის ბუშტის სადინარის ან ნაღვლის საერთო სადინარის, ან ორივეს ერთდროული დახშობისას.

თუ ნაღვლის ბუშტი განიცდის ფლეგმონურ ან კიდევ უფრო მეტ განგრენულ და პერფორაციულ ცვლილებას და ანთებითი პროცესი ვრცელდება მეზობელ ორგანოებზე, მაშინ უკვე ნაღვლოვანი პერიტონიტის გამო მტკივნეულობა, კუნთთა დაჭიმულობა და ბლუმბერგის ნიშანი მთელ მუცელს მოიცავს. ქოლეცისტიტის დროს აღსანიშნავია მუცლის შებერილობა, ნაწლავთა პარეზი, განავალზე და აირებზე მოქმედების შეწყვეტა. ეს ნიშნები ქოლეცისტიტის სახისა და პერიტონიტის გავრცელების მიხედვით სხვადასხვა ხარისხითაა გამოხატული.

პერიტონიტის გამო პირღებინება ხშირად ნაღვლოვანი, ისიც მუდმივად უფრო დამახასიათებელია განგრენული და პერფორაციული ქოლეცისტიტისათვის, ვიდრე კატარულისათვის. ქოლეცისტიტის ამოცნობაში ზოგჯერ გვეხმარება აგრეთვე მტკივნეულობა მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთის ფეხებს შორის ლავიწის სამკერდე ბოლოს მიდამოში თითით ზეწოლის დროს (გეორგიევსკი-მიუსოს ნიშანი, ანუ ფრენიკუსის სიმპტომი). მწვავე ქოლეცისტიტის შემთხვევაში აღინიშნება აგრეთვე სკლერების და კანის სუბიქტერული შეფერვა. ლაბორატორიული მონაცემებიდან ყურადღებას იპყრობს ლეიკოციტოზი და ედრ-ის მომატება.

მწვავე ლამბლიოზური ქოლეცისტიტი

ლამბლიოზური ქოლეცისტიტის დროს ავადმყოფს აქვს ისეთივე ჩივილები, როგორც მწვავე ქოლეცისტიტის დროს: დაავადება იწყება მწვავედ, ავადმყოფს აქვს ტკივილი მარჯვენა ნეკნთა რკალქვეშ ირადიაციით მარჯვენა მხარში ან ბეჭში. შეტევითი ტკივილი მეტწილად გრძელდება რამდენიმე საათს, ზოგჯერ ერთ-ორ დღეს. შეტევის გავლის შემდეგ ავადმყოფს რჩება სხვადასხვა ინტენსივობის ყრუ ტკივილი. აღსანიშნავია შეტევების რეციდივი. ტემპერატურა, სკლერების სუბიქტერული შეფერვა, ლეიკოციტოზი, ედრ-ის მომატება.

ლამბლიოზური ქოლეცისტიტისათვის დამახასიათებელია ავადმყოფის ჩივილებსა და ადგილობრივ ნიშნებს შორის შეუსაბამობა. როგორც წესი, ადგილი არ აქვს კუნთთა დაჭიმულობას, ზოგჯერ აღინიშნება ბუშტის არეში მცირედ გამოხატული მტკივნეულობა. დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება დუოდენური ზონდაჟი, რომელიც კეთდება მწვავე შეტევის ჩაცხრომის შემდეგ. ნაღველი მიღებისთანავე უნდა გამოვიკვლიოთ, რადგან მოგვიანებით ლამბლიები იღუპება.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. ლამბლიოზური ქოლეცისტიტის მკურნალობა ძირითადად მედიკამენტურია (აკრიქინი 0,05, 3-ჯერ დღეში, ოსარსოლი და სხვ.).

სანაღვლე გზების კენჭოვანი დაავადება

ნაღვლის ბუშტსა და სანაღვლე გზებში კენჭოვანი დაავადება საშუალო ასაკის და ხანში შესულ პირთა დაავადებაა. საკმაოდ ხშირად ნაღვლის ბუშტში კენჭების არსებობა ადამიანის სიცოცხლეში არ იძლევა კლინიკურ გამოვლინებას და მხოლოდ გაკვეთის დროს აღმოჩნდება.

ნაღვლის კენჭოვანი დაავადება გაცილებით სჭარბობს ქალაქის მცხოვრებთა შორის, ვიდრე სოფლის მოსახლეობაში. ამის მიზეზია ქოლესტერინის შემცველი საკვების: ხორცი, ცხიმი, კვერცხი და სხვ. დიდი რაოდენობით ხმარება, საერთოდ გადაჭარბებით საკვების მიღება და უმოძრაობა. ქალებში, ისევ ორსულებში, 7-ჯერ უფრო ხშირია კენჭოვანი დაავადება, ვიდრე მამაკაცებში. აქაც მნიშვნელობას აძლევენ ორსულობის პერიოდში ჰიპერქოლესტერინემიის არსებობას. არანამშობიარებ ქალებში კენჭოვანი დაავადება ისეთივე სიხშირით გვხვდება, როგორც მამაკაცებში. კენჭოვანი დაავადების განვითარებას ხელს უწყობს ყველა ის დაავადებანი: დიაბეტი, პოდაგრა, თირკმლების ქრონიკული ანთება, რომლის დროსაც სისხლში ქოლესტერინის რაოდენობა იმატებს (ნორმა—130—170 მმ%). რაც შეეხება შემკვიდრეობით ფაქტორს, აქ გარკვეული მნიშვნელობა აქვს ცხოვრების, კვების და შრომის პირობებს, განსაკუთრებით კი კონსტიტუციურ მომენტს.

კენჭოვანი დაავადება გაცილებით ხშირია პიკნიკებსა და სიმსუქნისადმი მიდრეკილ პირებში, ვისაც ლიპოიდების ცვლა ერთგვარად მოშლილი აქვს.

ნაღვლის კენჭოვანი დაავადების განვითარების ასახსნელად არსებობს ინფექციური (ნაუმანის), ასეპტიკური (აშოფის) და ფიზიკურ-ქიმიური თეორია. ინფექციური თეორია კენჭის განვითარებაში მნიშვნელობას აძლევს ანთებით პროცესს, ფიბრინის დალექვას, რომელზედაც შემდეგში, ნაღველში მარილების სიჭარბის დროს ილექება ბილირუბინკიროვანი ან ქოლესტერინის მარილები.

ასეპტიკური თეორია კენჭის განვითარებაში მნიშვნელობას ანიჭებს ნაღვლის ნორმალური მდინარების დარღვევას. ნაღვლის ხანგრძლივად შეგუბების (დისკინეზია), შეჩაფერილი ქოლესტერინით მდიდარი საკვების სისტემატური მიღების, მით უფრო უმოძრაო ცხოვრების დროს იქმნება პირობები ნაღველში მარილების კონცენტრაციის მომატების და კენჭების განვითარებისათვის.

ფიზიკურ-ქიმიური თეორია კენჭების განვითარებას ხსნის ნაღველში კოლოიდური წონასწორობის დარღვევით. რა თქმა უნდა, უფრო სწორი იქნება კენჭის განვითარებაში ყველა ამ ფაქტორს მივაწეროთ მნიშვნელობა და არა ერთ რომელიმე მათგანს. მთავარია მაინც ნაღვლის შეგუბება, ინფექცია და ნივთიერებათა ცვლის მოშლა.

ნაღვლის კენჭები თავისი შენებით და შესახედაობით სხვადასხვანაირია (სურ. 131).

ქოლესტერინის კენჭები სადა ზედაპირისაა თეთრი-მოყვითალო ელფერით და პერლამუტის მსგავსად კრიალებს. განაკვეთზე აღინიშნება ქოლესტერინის ხარიხების რადიალური დალაგება. ქოლესტერინის კენჭების განვითარება ნივთიერებათა, კერძოდ, ქოლესტერინის ცვლის მოშლის შედეგია და იგი გარდამავალია.

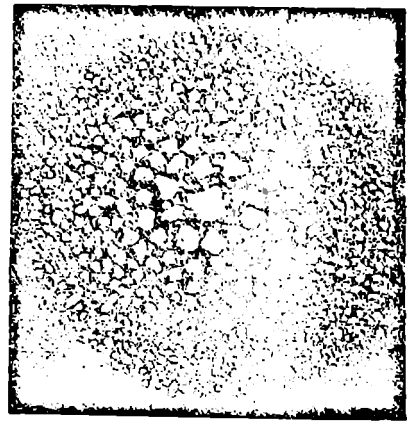
ქოლესტერინ-პიგმენტურ-კირის კენჭები ერთეული და დიდი ოდენობისაა,

ზოგჯერ კასრის ფორმა აქვს და თითქმის მთლიანად ავსებს ბუშტს. განაკვეთში მას აქვს ბირთვი, რომელზედაც დალექილია პიგმენტი, ქოლესტერინი და პიგმენტ-კირის მარილები.

კენჭის განაკვეთში ამ მარილების მორიგეობა აშკარად აჩვენებს ინფექციის თუ ქოლესტერინის რაოდენობის ცვლილებებს სხვადასხვა პერიოდში.

წმინდა პიგმენტური კენჭები ფხვნილის მსგავსია და მუქი მომწვანო ან მუქი ფერი აქვს.

პიგმენტურ-კირის მარილები მცირე ოდენობისაა, მრავლობითია



სურ. 131. ნაღვლის ბუშტისა და ნაღვლის კენჭის პრეპარატები ჩირქოვან-კენჭოვანი ქოლეცისტიტის დროს ამოკვეთილ.

უსწორმასწორო ხორკლიანი კიდეებით, ყავა-მიწისფერი. პიგმენტური კენჭები ქლიავის ოდენობას აღწევს, შრეობრივი შენება აქვს, ერთეულია და გვხვდება ნაღვლის საერთო სადინარსა და ღვიძლის სადინარში.

კომბინირებული და კონგლომერატული კენჭები სხვადასხვა სახის კენჭებისაგან შედგება. პათანატომიურ ცვლილებებს კენჭები ზოგჯერ არ იძლევა. ან აღინიშნება ნაღვლის ბუშტის ლორწოვანის ამა თუ იმ ხარისხით გამოხატული ატროფია და კატარული ცვლილებები.

ნაღვლის ბუშტის სადინარის დახშობისას ბუშტის კედელი იჭიმება. მასში გროვდება ლორწოვანი გარსიდან გამოყოფილი დიდი რაოდენობით გამქვირვალე სითხე. ნაღვლის პიგმენტები კი ქრება.

ამგვარად, ვითარდება ნ ა ღ ვ ლ ი ს ბ უ შ ტ ი ს წ ყ ა ლ მ ა ნ კ ი (hydrops vesicae felleae), ასეთი ბუშტი კარგად ისინჯება ნეკნთა რკალის ქვეშ.

ბუშტის ინფიცირებას მოჰყვება ემპიემა, ფლეგმონა და კედლის ღრმა ცვლილებები (სურ. 132). აღნიშნული განსაკუთრებით მკვეთრადაა გამოხატული კენჭით ზეწოლის არეში. აქვე ვითარდება ნეკროზი და ნაღვლისა და ზოგჯერ კენჭების მუცლის ღრუში გამოსვლა ადგილობრივი ან გავრცელებუ-

ლი პერიტონიტით. ნაღვლის ბუშტზე ღვიძლის მიფარებისა და წარსულში ანთებითი პროცესის გადატანის შედეგად ამ მიდამოში საკმაოდ ხშირად შეხორცებები ვითარდება, რაც ხშირად აბრკოლებს პერიტონიტის გავრცელებას. შეცვლილ ნაღვლის ბუშტთან წვრილი ნაწლავის მიხორცების დროს შესაძლოა კენჭი ნაწლავში გადავიდეს (ნაღვლის ბუშტ-ნაწლავს შორის განვითარებული ხვრელით) და ობტურაციული გაუვალობა გამოიწვიოს. ინფიცირებული კენჭის გამოსვლას ზოგჯერ აბსცესის განვითარება მოჰყვება. ანთებითი პროცესის სიძლიერის მიხედვით ბუშტის არეში ვითარდება ვრცელი შეხორცებები. ხშირი და განმეორებითი ანთებისაგან ნაღვლის ბუშტი განიცდის დაპატარავებას, შეკმუხვნას და სკლეროზულ ცვლილებებს.

ს ი მ პ ტ ო მ ე ბ ი. სანაღვლე გზების კენჭოვანი დაავადება საკმაოდ ხშირად მალულად მიმდინარეობს. დაავადება თავს იჩენს შეტევითი ხასიათის ტკივილით მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში. ტკივილი კენჭოვანი ჭვალის სახეს ატარებს. ტკივილი, მართალია, მძაფრია, მაგრამ მუდმივი არაა. შეტევებს შორის ხშირად სავსებით ნათელი პერიოდი აღინიშნება. ტკივილის მიზეზია ნაღვლის ბუშტისა და სადინარების კუნთოვანი აპარატის სპაზმური შეკუმშვა, დაბრკოლების ლიკვიდაციისათვის, რომელიც ვითარდება სადინარების კენჭებით დახშობის ან მათში კენჭების გავლის დროს. ღვიძლის, ნაღვლოვანი, ანუ კენჭოვანი ჭვალის დროს ტკივილი იმდენად ძლიერია, რომ ავადმყოფი შეიძლება კოლაფსის მდგომარეობაში ჩავარდეს. ტკივილი გრძელდება რამდენიმე საათი და იშვიათად რამდენიმე დღე. ტკივილი ღვიძლის ჭვალის დროს დიაფრაგმის ნერვის გაღიზიანების გამო ირადიაციას იძლევა მარჯვნივ მხარში, ბეჭში ლავიწზედა ან ლავიწქვეშა მიდამოში, რადგან ეს მიდამოც კისრის მესამე-მეხუთე სეგმენტიდან იღებს ინერვაციას.

კენჭოვანი ჭვალი ხშირად იწყება უმიზეზოდ, ზოგჯერ მის განვითარებას ხელს უწყობს დიეტის დარღვევა, გადაძღომა, დიდი რაოდენობით ცხიმიანი კვებისა და ალკოჰოლის მიღება და სხვ.

კენჭოვანი ჭვალის შეტევას რაიმე კანონზომიერება არ ახასიათებს. ზოგჯერ შეტევა იწყება სწრაფად და ასევე სწრაფად ქრება. შეტევა ხშირად ვითარდება ღამით. შეტევის ხანგრძლიობაც სხვადასხვანაირია. ზოგჯერ იგი რამდენიმე წუთს ან რამდენიმე საათს გრძელდება. ზოგჯერ კი სპაზმის მომხსნელისა და ტკივილდამაწყნარებელი საშუალებების (ატროპინი, მორფი) გამოყენების გარეშე არ ქრება. შეტევებს შორის ზოგჯერ აღინიშნება ყრუ ხასიათის ტკივილი. ნაღვლის ბუშტში კენჭების არსებობისას ხშირად ვითარდება კენჭოვანი ქოლეცისტიტი.

კენჭოვანი ქოლეცისტიტი

ნაღვლის ბუშტში ინფექციის არსებობა ხელს უწყობს კენჭების განვითარებას. კენჭები კი ააქტივებს ინფექციას, იწვევს ბუშტის ლორწოვანის ცვლილებებს და მძიმე ფორმის კენჭოვანი ქოლეცისტიტი ვითარდება.

კენჭოვანი ქოლეცისტიტის დროს შეიძლება პათომორფოლოგიური ცვლილებები მოიცავდეს მარტო ლორწოვან გარსს, ზოგჯერ მთელ ნაღვლის ბუშტის კედელს (ნაღვლის ბუშტის ფლეგმონა). ან ნაღვლის ბუშტის სადინარის დახშობისას ძლიერი ვირულენტური ინფექციის დროს ვითარდება ბუშტის ემპი-

ემა. ნაღვლის ბუშტის კედლის სისხლძარღვთა თრომბოზი იწვევს ბუშტის განგრენას.

ს ი მ პ ტ ო მ ე ბ ი ძირითადად დამოკიდებულია ბუშტში არსებული ცვლილებებისა და ინფექციის ვირულენტობაზე. კენჭოვანი ქოლეცისტიტის ნიშნები იგივეა. რაც საერთოდ ქოლეცისტიტის, მხოლოდ ზოგჯერ უფრო მკვეთრად გამოხატული: დაავადება ხშირად იწყება გულისრევით და პირღებინებით. ავადმყოფს აწუხებს ძლიერი ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, დამახასიათებელი ირადიაციით მარჯვენა ბეჭში, შემცივნება, მაღალი ტემპერატურა, ლეიკოციტოზი, მტკივნეულობა და კუნთთა დაჭიმულობა მარჯვენა ნეკნთა რკალის ქვეშ.

კენჭოვანი ქოლეცისტიტის დროს პროცესში ხშირად ჩათრეულია ღვიძლი, პანკრეასი და ამიტომ არც ისე იშვიათად ჰეპატიტის და ქოლეცისტოპანკრეატიტის ნიშნებია გამოხატული. აღინიშნება სკლერების სუბიქტერული შეფერვა: უნდა აღინიშნოს, რომ სიყვითლე დაავადების ანთებით პროცესში ღვიძლის ქსოვილის ჩათრევის შედეგია. შეტევის დროს ან მის შემდეგ სიყვითლის განვითარება დამახასიათებელია ქოლეცისტიტისათვის. სიყვითლის თანდათანობით და შეტევის გარეშე განვითარება ფატერის დვრილის, ნაღვლის საერთო სადინარის ან პანკრეასის თავის სიმსივნეზე მიუთითებს და არა ქოლეცისტიტზე. ლაბორატორიული მონაცემებიდან, ისე როგორც არაკენჭოვანი ქოლეცისტიტისათვის, აღსანიშნავია ნაღვლის პიგმენტები შარდში, რაც ხშირად თვალითაც ჩანს (ლუდისებრი შარდი), ჰიპერბილირუბინემია, სისხლში სიყვითლის გაჩენამდე, ლეიკოციტოზი და ედრის მომატება. ქოლეცისტიტის შემდეგ მოსალოდნელია გართულებანი: ნაღვლის ბუშტის წყალმანკი; ნაღვლის ბუშტის ემპიემა, ქრონიკული მორეციდივე ქოლეცისტიტი; პანკრეატიტი (ქოლეცისტოპანკრეატიტი). ჰეპატიტი, ქოლანგიტი, პერიტონიტი.

მ წ ვ ა ვ ე ქ ო ლ ე ც ი ს ტ ი ტ ი ს დ ი ფ ე რ ე ნ ც ი უ ლ ი დ ი ა გ ნ ო ზ ი. მწვავე ქოლეცისტიტის დიაგნოზის დასმა ტიპიურ შემთხვევაში ძნელი არ არის: ტკივილი ლოკალიზდება მარჯვენა ნეკნთა რკალის ქვეშ, რომელიც ირადიაციას იძლევა მარჯვენა მხარში და ბეჭში. კუნთთა დაჭიმულობა და მტკივნეულობა აღინიშნება მარჯვენა ნეკნთა რკალის ქვეშ — ნაღვლის ბუშტის საპროექციო მიდამოში. ზოგჯერ, როდესაც ქოლეცისტიტს არ აქვს ტიპიური მიმდინარეობა, დიფერენციული დიაგნოზის გატარება გვჭირდება წყლულოვანი დაავადების გამწვავებასთან, თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციასთან, განსაკუთრებით მიფარებულთან, ღვიძლის და სუბდიაფრაგმულ აბსცესთან, თირკმლის მარჯვენამხრივი კენჭის ჭვალთან, მწვავე პანკრეატიტთან, მწვავე აპენდიციტთან. ზოგჯერ გაუვალობასთანაც კი და სხვ. წყლულოვანი დაავადებისათვის დამახასიათებელია ტიპიური „წყლულოვანი ანამნეზი", რეგულარული ტკივილი საჭმლის მიღების შემდეგ ან მშიერზე, რასაც ადგილი არ აქვს მწვავე ქოლეცისტიტის დროს.

ფლეგმონური ან პერფორაციული ქოლეცისტიტის დროს პერიტონიტის განვითარების გამო დიფერენციული დიაგნოზის გატარება გვჭირდება უკვე წყლულის პერფორაციასთან. მართალია, პერფორაციული ქოლეცისტიტის დროს ტკივილი ძლიერია, მაგრამ არასდროს ისე ძლიერი არაა, როგორც წყლულოვანი პერფორაციის შემთხვევაში. ამასთან, ქოლეცისტიტის დროს იგი თანდათან მატულობს და ირადიაციას იძლევა მხარში, ან ბეჭში, წყლულოვანი პერფორაციის შემთხვევაში კი, პირიქით, უმძაფრესი ტკივილია დასა-

წყისში და შემდეგ მისი ინტენსივობა კლებულობს. გარდა ამისა, განსაკუთრებულ დახმარებას გვიწევს კუნთთა დაჭიმულობის ხარისხი. წყლულოვანი პერფორაციის დროს მუცელი ფიცარს ემსგავსება და დეფანსი თითქმის მთელ მუცელს მოიცავს. ქოლეცისტიტის დროს, ნაღვლის ბუშტის პერფორაციის შემთხვევაშიც კი, კუნთთა დაჭიმულობა შედარებით სუსტადაა გამოხატული და, რაც მთავარია, ძირითადად აღინიშნება მარჯვენა ნეკნქვეშა მიდამოში ან მუცლის მარჯვენა ნახევარში და არა მთელი მუცლის არეში. პნევმოპერიტონეუმის აღმოჩენა დიაგნოზს წყლულოვანი პერფორაციის სასარგებლოდ წყვეტს. წყლულის პერფორაცია უფრო ხშირია მამაკაცებში, მაშინ, როდესაც ნაღვლის ბუშტის დაავადება ჰარბობს ქალებში. გაცილებით რთულია მდგომარეობა, თუ ადგილი აქვს ნაღვლის ბუშტის პერფორაციას თავისუფალ მუცლის ღრუში. ამ შემთხვევაში საქმეს ზოგჯერ ოპერაცია წყვეტს, რომელიც ორივე დაავადების დროს ერთნაირად სასიცოცხლო ჩვენებას იძლევა.

ღვიძლის, განსაკუთრებით პიოგენური აბსცესის დროს დამახასიათებელია სეფსისური სურათი, ადგილობრივ მტკივნეულობა მთელი ღვიძლის არეში, კერძოდ, ნეკნთა რკალის ქვეშ. იგივე ითქმის დაჩირქებული ექინოკოკის შესახებაც. ზოგჯერ გვეხმარება რენტგენოლოგიური გამოკვლევა. სუბდიაფრაგმული აბსცესის დროს რენტგენოლოგიური გამოკვლევა დიაგნოზს საბოლოოდ ადგენს. ამებური აბსცესის შემთხვევაში ავადმყოფს აქვს მიწისფერი, ძლიერი ოფლიანობა, ნეკნთაშუა სივრცეში მტკივნეულობა. რენტგენოლოგიურად ღვიძლის ზედა საზღვრის გადიდება. პუნქცია საბოლოოდ არკვევს დიაგნოზს.

თირკმლის მარჯვენამხრივი კენჭის ჭვალის დროს, ნაღვლის კენჭოვანი შეტევისა და მწვავე ქოლეცისტიტისაგან განსხვავებით, ტკივილი ლოკალიზდება უკან, წელის არეში, ზოგჯერ საზარდულის მიდამოში (შარდსაწვეთის კენჭის შემთხვევაში), მაგრამ მის გავრცელებას ყოველთვის ადგილი აქვს ქვევითა მიმართულებით (სათესლე ჯირკვალში, ასოში, სასირცხო ბაგეებში). პასტერნაცკის ნიშანი დადებითია (ტკივნეულობა XII ნეკნის არეში ბიძგის დროს). ხშირად ადგილი აქვს აგრეთვე დიზურიულ მოვლენებს და ჰემატურიას. საეჭვო შემთხვევაში ზოგჯერ გვშველის სათესლე ბაგირაკის ბლოკადა ნოვოკაინის 1% ხსნარით (30 მლ), რომელიც თირკმლის ჭვალის არსებობისას აყუჩებს ტკივილს.

ზოგჯერ ძნელია კალკულოზური ქოლეცისტიტის მძიმე ფორმის განსხვავება მწვავე პანკრეატიტისაგან. დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება პანკრეატიტისათვის დამახასიათებელი მუდმივი და არა შეტევითი ხასიათის ტკივილი. როგორც ამას კენჭოვანი ქოლეცისტიტის შემთხვევაში აქვს ადგილი; ამასთან, ტკივილი ლოკალიზდება არა მუცლის მარჯვენა ნახევარში, არამედ უფრო მარცხნივ და ირადიაციას იძლევა წელში, ხშირად მარცხენა მხარში ან ბარძაყში; მიუხედავად ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობისა, მუცლის მხრივ მოვლენები ამ დროს სუსტადაა გამოხატული. დიდ დახმარებას გვიწევს შარდისა და სისხლის გამოკვლევა (დიასტაზა). მხედველობაში უნდა მივიღოთ ისიც, რომ პანკრეატიტი გაცილებით იშვიათად გვხვდება, ვიდრე მწვავე ქოლეცისტიტი. რა თქმა უნდა, მწვავე ქირურგიული დაავადების დროს კარგია გვახსოვდეს პანკრეატიტის შესახებ. მაგრამ არც ის იქნება სწორი, რომ ყველა გაურკვეველ შემთხვევაში. თუ სათანადო მონაცემები არ არსებობს, პანკრეატიტის დიაგნოზი დავსვათ.

მწვავე აპენდიციტისაგან განსხვავება გვჭირდება ჭიანაწლავის მაღალი მდებარეობის დროს, როდესაც ტკივილი და მტკივნეულობაც ვრცელდება მარჯვენა ნეკნთა რკალის ქვეშ. ქოლეცისტიტისაგან განსხვავებით, აპენდიციტის დროს არ აღინიშნება ირადირებული ტკივილი, ხოლო მტკივნეულობა ბრმა ნაწლავისაკენ უფრო მეტადაა გამოხატული, ვიდრე ღვიძლისაკენ. დაწეული ნაღვლის ბუშტის დროს, მართალია, მტკივნეულობა შეიძლება აღინიშნოს ილეოცეკალურ მიდამოში, მაგრამ უფრო ღვიძლისაკენ.

გაცილებით ძნელია პერფორირებული ქოლეცისტიტის (გამონადენის ბრმა ნაწლავის მიდამოში ჩადენის გამო) გარჩევა მწვავე აპენდიციტ-საგან. ასეთ შემთხვევაში გვეხმარება ანამნეზი, ზოგჯერ ასაკი, აგებულება და სხვ., განსაკუთრებით კი — გამოკვლევა. მწვავე ქოლეცისტიტის დროს მტკივნეულობის მაქსიმუმი აღინიშნება ნეკნთა რკალის ქვეშ; მწვავე აპენდიციტის შემთხვევაში — ილეოცეკალურ მიდამოში.

ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის მაგვასად კალკულოზური ქოლეცისტიტის დროს, მართალია, ვითარდება მეტეორიზმის მოვლენები, მაგრამ გაუვალობისაგან განსხვავებით, ამ მოვლენებს ქოლეცისტიტის დასაწყისში რეფლექსური ხასიათი აქვს და ნაკლები ხარისხითაა გამოხატული. გარდა ამისა, მეტეორიზმის მოვლენები გაუვალობის შემთხვევაში თანდათან მატულობს და არ იკლებს, ისე როგორც ქოლეცისტიტის დროს.

დასასრულს ზოგჯერ მკურნალობის თვალსაზრისით დიფერენციული დიაგნოზის გატარება გვჭირდება ღვიძლის ჭვალსა და ანთებით (ფლეგმონურ) ქოლეცისტიტს შორის, ღვიძლის (ნაღვლოვანი) ჭვალის დროს, როდესაც გამოხატული არაა ანთების ნიშნები, ძლიერი შეტევითი ტკივილის მიუხედავად, ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. ფლეგმონური ქოლეცისტიტის დროს ტკივილს მუდმივი ხასიათი აქვს და ავადმყოფის მდგომარეობა მძიმეა. ჭვალის დროს ტემპერატურის და პულსის მხრივ ცვლილებები არ აღინიშნება. ფლეგმონური ქოლეცისტიტის დროს ადგილი აქვს ტემპერატურის მომატებას, პულსის გახშირებას, შემცივნებას, ლეიკოციტოზს და ფორმულაში მარცხნივ გადახრას. ამასთან, აღინიშნება აგრეთვე პერიტონიტის ნიშნები: კუნთთა დაჭიმულობა, ბლუმბერგის და ორთნერის ნიშანი, რასაც ღვიძლის ჭვალის დროს ადგილი არა აქვს. ჭვალს, როგორც წესი, ადვილად ხსნის ატროპინი.

გულმკერდის ორგანოთა დაავადებამ იშვიათად შეიძლება მოგვცეს მწვავე ქოლეცისტიტის ნიშნები. გულის დაავადების ან ქოლეცისტიტის გარჩევაში გვეხმარება ანამნეზი, ქოლეცისტიტის დროს პერიტონიტის ნიშნები. რთულ შემთხვევაში შეიძლება მივმართოთ ვაგოსიმპათიკურ ბლოკადას. ქოლეცისტიტის ამოცნობა ყოველთვის ადვილი არაა. არც ერთ დარგში არ ისმება იმდენი მცდარი დიაგნოზი, რამდენიც სანაღვლე გზების კენჭოვანი დაავადების დროს. წერდა კერი. ამიტომ დაავადების ამოცნობაში გვშველის ავადმყოფზე მუდმივი და საზრიანი დაკვირვება, ხშირად უფროსი და გამოცდილი სპეციალისტების გამოყენება, ყოველივე ეს კი მხოლოდ სტაციონარის პირობებშია შესაძლებელი.

ნ ა ღ ვ ლ ი ს ბ უ შ ტ ი ს წ ყ ა ლ მ ა ნ კ ი. იგი ვითარდება ბუშტის სადინარის დახშობისას. ბუშტი შეიძლება იყოს როგორც ასეპტიკური, ისე ინფიცირებული. წყალმანკი ხშირად შედეგია ქოლეცისტიტის განმეორებითი შეტევებისა (მეორადი წყალმანკი). ზოგჯერ წყალმანკი ვითარდება შეტევების გარე-

შე, ნაღვლის ბუშტის სადინარის, ასეპტიკური კენჭით თანდათანობით დახშობისას (პირველადი წყალმანკი).

ნაღვლის ბუშტის წყალმანკის დროს ავადმყოფს ხშირად ესინჯება სადა ზედაპირის, ბადრიჯნის ფორმის გადიდებული ნაღვლის ბუშტი. ავადმყოფის მდგომარეობის შეცვლა იწვევს მხოლოდ ბუშტის ფუძის გადანაცვლებას ქანქარისებურად. თირკმლისაგან განსხვავებით, არ ხერხდება მისი ბიმანუალური გასინჯვა. სუნთქვისას ბუშტი ხშირად მოძრაობს ღვიძლთან ერთად ვერტიკალური მიმართულებით. დუოდენალური ზონდაჟით არ გამოიყოფა ნაღვლის ბუშტის ულუფა (B).

ნ ა ღ ვ ლ ი ს ბ უ შ ტ ი ს ე მ პ ი ე მ ა. ბუშტის სადინარის დახშობას თუ კეთილ შემთხვევაში წყალმანკის განვითარება მოსდევს, ძლიერ ვირულენტური ინფექციის დროს ვითარდება ბუშტში ჩირქის დაგროვება, ემპიემა, მძიმე კლინიკური ნიშნებით: შემცივნება, მაღალი ტემპერატურა, მღრღნელი ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, ტკივილის მარჯვენა ბეჭში ირადიაციით. ადგილობრივ აღინიშნება მტკივნეულობა, კუნთთა დაჭიმულობა, სისხლში ლეიკოციტოზი, ზოგჯერ სკლერების სუბიქტერული შეფერვა.

ანთებითი ნაღვლის ბუშტი ხშირად პროცესში ითრევს ირგვლივ მყოფ ორგანოებს (ღვიძლი, ბადექონი, მსხვილი და წვრილი ნაწლავი) და პერიქოლეცისტიტი ვითარდება.

ქრონიკული მორეციდივე ქოლეცისტიტი

იმის გამო, რომ ნაღვლის ბუშტი დაფარულია მეზობელი ორგანოებისაგან, ხშირად ანთება შემოიფარგლება და ქრონიკულ ანთებაში გადადის. პროცესის ქრონიკულ სტადიაში გადასვლას ხელს უწყობს ნაღვლის ბუშტში კენჭებისა და ინფექციის, ხოლო ბუშტის ირგვლივ შეხორცებები. ანთების გამწვავებებს შორის ავადმყოფი თავს სავსებით ჯანმრთელად გრძნობს. ამ დროს ხშირად კუჭის სეკრეცია ქვეითდება.

ნ ი შ ნ ე ბ ი. ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფს აღენიშნება დისპეფსიური მოვლენები: გულისრევა, ბოყინი, შებერილობა, პირში ცუდი გემო. ნაღვლის ბუშტის არეში აწუხებს ყრუ ხასიათის ტკივილი. გამწვავება ვითარდება ყოველგვარი კანონზომიერების გარეშე. მომდევნო შეტევები ხშირად უფრო ინტენსიური ხდება.

გამოკვლევით აღსანიშნავია მტკივნეულობა ნაღვლის ბუშტის არეში. თვით ბუშტი არ ისინჯება.

დუოდენალური ზონდაჟით ნაღველი არ მიიღება ბუშტის სადინარის დახშობის გამო და არც ბილიტრასტით გადაღება იძლევა ბუშტის გამოსახულებას. კირის მარილების შემცველი კენჭები ხშირად ჩანს მიმოხილვით რენტგენოგრამაზე.

იშვიათად შესაძლოა ენერგიული მკურნალობით ქრონიკული მორეციდივე ქოლეცისტიტის უკუგანვითარება. კენჭების არსებობა კი ამის საშუალებას ნაკლებად იძლევა. ასეთი ნაღვლის ბუშტი შეიძლება მიზეზი გახდეს ქოლანგიტის, ქოლემიის და კიბოს განვითარებისა.

სანაღვლე გზების კენჭოვანი დაავადების ერთ-ერთ მძიმე გართულებას ნაღვლის საერთო სადინარის ობტურაცია წარმოადგენს. სადინარში კენჭი (ან კენჭები) შეიძლება მოხვდეს ნაღვლის ბუშტიდან, სანამ მისი სადინარი განვითარებულია და ობლიტერაცია არ განუცდია.

გამორიცხული არაა კენჭის თავიდანვე ნაღვლის საერთო სადინარში განვითარება. ობტურაციული სიყვითლის მიზეზი ზოგჯერ შეიძლება იყოს ანთებითი ლორწოვანი გამონადენით ნაღვლის სადინარის დახშობა (10%). კენჭით ობტურაციის დროს იგი მეტწილად ფატერის დვრილში ეჩხირება. ამ დროს ავადმყოფს აღენიშნება შეტევითი ტკივილი და სიყვითლის სწრაფი განვითარება, ტემპერატურის მომატება, შემცივნება და ქოლანგიტის სხვა ნიშნები. სისხლში ნაღვლის მჟავების გადასვლის გამო პირველ დღეებში ადგილი აქვს ბრადიკარდიას, რომელიც შემდგომში ქრება. დამახასიათებელია აგრეთვე კანის შუმაწუხებელი ქავილი, უმადობა, საერთო სისუსტე, წნევის დაქვეითება.

შარდი მუქი ლუდის ფერისაა, ზოგჯერ მომწვანო ელფერით. განავალი აქოლიურია და თიხის ფერი აქვს. სისხლში საგრძნობლად იმატებს ბილირუბინი.

კენჭოვანი ობტურაციის დროს დაბრკოლების ზევით სანაღვლე გზები ღვიძლის ქსოვილშიც კი გაგანიერებას განიცდის. ხშირად ვერ განიერდება მხოლოდ ნაღვლის ბუშტი (კურვუაზიეს უარყოფითი ნიშანი) ნაწიბუროვანი ანთებისა და ბუშტის სადინარის დახშობის გამო. ამის საწინააღმდეგოდ, პანკრეასის თავის სიმსივნე საერთო სანაღვლე სადინარზე ზეწოლით იწვევს სიყვითლეს. სადინარის და ნაღვლის ბუშტის გაგანიერებას. ბუშტი, როგორც წესი, კარგად ისინჯება (კურვუაზიეს დადებითი ნიშანი, სურ. 16).

ნაღვლის საერთო სადინარის დახშობის დროს სიყვითლე შეიძლება პერიოდულად გარდამავალი იყოს. ამის მიზეზია კენჭის სარქველისებრი მოძრაობა, ზოგჯერ ანთებითი მოვლენების დაცხრობა და ნაღვლის გამტარობის ნაწილობრივ აღდგენა.

ობტურაციული სიყვითლის დროს ორგანიზმში ღრმა ცვლილებები ვითარდება (სურ. 133). ნაღვლის ხანგრძლივად შეკავებას მოჰყვება ნაწლავიდან ცხიმის და ვიტამინების ათვისების მოშლა. ირღვევა ვიტამინ K-ს ასიმილაცია. ღვიძლში პროთრომბინის გამომუშავება და სისხლის ჰემოსტაზური უნარი, რასაც ქოლემიური სისხლდენა მოჰყვება. D ვიტამინის ათვისების მოშლას კალციუმის ცვლის დარღვევა და ძვლებში მძიმე ტროფიკული ცვლილებები მოსდევს. ეჭმის ხშირად სჭირდება სხვადასხვა (კენჭოვანი, სიმსივნური, ჰეპატიტური, ჰემოლიზური) წარმოშობის სიყვითლის გარჩევა ერთმანეთისაგან, ამისათვის ვსარგებლობთ ძირითადად შემდეგი ნიშნებით: ჰეპატიტით გამოწვეული სიყვითლისაგან განსხვავებით კენჭითა და სიმსივნით გამოწვეული სიყვითლე ხშირია 40 წელზე მეტი ხნის პირებში. კენჭოვან სიყვითლეს სიმსივნისა და ჰეპატიტისაგან განსხვავებით წინ უსწრებს შეტევითი ტკივილი. კენჭის შემთხვევაში სიყვითლე შეტევიდან სწრაფად, მეტწილად 2—3 დღეში, ვითარდება. სიმსივნისა და ჰეპატიტის დროს კი სიყვითლე თანდათანობით,—შემპარავად. კენჭოვანი ქოლეცისტიტის დროს ტემპერატურა მეტწილად მომატებულია. კურვუაზიე-ტერიერის ნიშანი ხშირად უარყოფითია, ჰეპატიტის დროს ყოველ-

თვის უარყოფითია, სიმსივნის დროს ხშირად დადებითია. ურობილინი მხოლოდ ჰეპატიტის დროსაა შარდში. ვანდენბერგის რეაქცია კენჭოვანი სიყვითლისა და სიმსივნის დროსაც პირდაპირი და სწრაფია, ჰეპატიტის დროს შენელებულია. კენჭოვანი სიყვითლის დროს ქოლესტერინი მომატებულია. მაშინ როდესაც სიმსივნის დროს იგი უცვლელია. ჰეპატიტის დროს კი შეიძლება შემცირებულიც იყოს. განავალში ფარული სისხლდენა მხოლოდ სიმსივნის დროს აღინიშნება. აქოლიური განავალი დამახასიათებელია კენჭოვანი და სიმსივნური ობტურაციისათვის, ჰეპატიტის დროს განავალი ზოგჯერ ნორმალურთან შედარებით მკრთალია. მხოლოდ კენჭოვანი სიყვითლის დროს შეიძლება აღინიშნებოდეს კუნთთა დაჭიმულობა მარჯვენა ნეკნთა რკალის ქვეშ. ჰეპატიტის დროს ღვიძლი გადიდებულია. ობტურაციული სიყვითლის დროს ღვიძლი შეიძლება იყოს გადიდებული. ჰეპატიტის დროს ელენთა გადიდებულია. კენჭოვანი და სიმსივნური სიყვითლე მიზეზის მოსპობამდე არ ქრება. ჰეპატიტის დროს კი ხშირად სიყვითლე ერთ-ორ კვირაში ქრება. ობტურაციული სიყვითლის დროს სადინარების ხანგრძლივად მკვეთრ გაგანიერებას ღვიძლის პარენქიმის დეგენერაციული ცვლილებები და ბილიარული ციროზის განვითარება მოჰყვება. დეგენერაციული ცვლილებები ზოგჯერ იმდენად მკვეთრადაა გამოხატული, რომ ღვიძლის უჯრედები წყვეტს ნაღვლის გამომუშავებას და მაშინ სადინარებში თეთრი ნაღველია.

ქ ო ლ ა ნ გ ი ტ ი. ნაღვლის საერთო სადინარის დახშობას სანაღვლე გზებში აღმავალი ინფექციის განვითარება მოსდევს. არის შემთხვევები, როდესაც დაავადება მეტად მწვავედ მიმდინარეობს, მკვეთრადაა გამოხატული მძიმე ინტოქსიკაციის მოვლენები: შემცივნება, მაღალი ტემპერატურა, სიყვითლე. ღვიძლში ამ დროს ვითარდება სხვადასხვა ოდენობის მრავლობითი პიოგენური ჩირქგროვები. შეიძლება განვითარდეს მწვავე ყვითელი ატროფია. ზოგჯერ პროცესი ქვემწვავედ მიმდინარეობს და კლინიკური ნიშნებიც გაცილებით ნაკლები ინტენსივობითაა გამოხატული.

ნაღვლის საერთო სადინარში, რომელიც ასეთ შემთხვევაში დრენირებას საჭიროებს, ხშირად აღინიშნება საგოზავის მსგავსი მასა და დიდი რაოდენობით პიგმენტურ-კირის მარილებისაგან შემდგარი წვრილი მრავლობითი კენჭები.

ქოლეცისტოპანკრეატიტი

ქოლეცისტიტის განსაკუთრებით კენჭების არსებობისა და ქრონიკული მიმდინარეობის დროს ხშირად ვითარდება პანკრეატიტი. ამის მიზეზია ნაღვლის შესვლა პანკრეასის სადინარით პანკრეასის ქსოვილში. ნაღვლის მოხვედრას ვირზუნგის სადინარში ხელს უწყობს გარკვეულ შემთხვევაში ნაღვლისა და პანკრეასის სადინარის შეერთება თორმეტგოჯა ნაწლავში გახსნამდე. ნაღვლის მოხვედრას ვირზუნგის სადინარში ხშირად ხელს უწყობს აგრეთვე ნაღვლის ნორმალური მდინარების დაბრკოლება, ანთებითი ან კენჭოვანი მიზეზით. ოდის სფინქტერის სპაზმი ხშირად ნაღვლისა და პანკრეასის წვენის ნორმალური მდინარეობის დაბრკოლების მიზეზია. პანკრეასის ქსოვილში მოხვედრილი ნაღვლის მჟავები იწვევს პანკრეასის ფერმენტის გააქტივებას და ქსოვილის თვითმონელებას. ანთების განვითარებას ხელს უწყობს ინფი-

ცირებული ნაღვლის მოხვედრა, სწორედ ამიტომ ქოლეცისტიტის დროს მეტწილად ვითარდება ქრონიკული პანკრეატიტი.

მწვავე ქოლეცისტოპანკრეატიტის დროს კომბინირებულადაა გამოხატული ქოლეცისტიტის და პანკრეატიტის ნიშნები. ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში ირადიაციით მარჯვნივ, მარცხნივ და წელში შემომსარტყლავი ტკივილი, მტანჯველი და შეუჩერებელი პირღებინება, სლოკინი, პულსის გახშირება, საერთო მძიმე მდგომარეობა, ძლიერი ოფლიანობა, კიდურების გაცივება, ადრეული სიყვითლე, ციანოზური ელფერით. ადგილობრივ ყურადღებას იპყრობს მუცლის ზემო ნახევრის შებერილობა. ზოგჯერ მუცლის აორტაზე, პულსის გაქრობა (ვოსკრესენსკის ნიშანი) და მტკივნეულობა მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, ხშირად ამა თუ იმ ხარისხით გამოხატული პერიტონული მოვლენებით.

სისხლში ხშირად აღინიშნება ლეიკოციტოზი, დიასტაზისა და ბილირუბინის მაღალი მაჩვენებლები. ოპერაციის დროს ხშირად ნახულობენ ცხიმის ნეკროზის გამო სტეარინის მსგავს თეთრ ლაქებს პერიტონეუმზე, პანკრეასის კაფსულაზე, ბადექონზე. პანკრეასი შეშუპებულია, ხშირად სისხლჩაქცევებით. ნაღვლის საერთო სადინარში ხშირად ნახულობენ კენჭებს, შეცვლილია ნაღვლის ბუშტიც, მკურნალობა ოპერაციულია. გაიკვეთება პანკრეასის კაფსულა. მასთან მიიტანება ტამპონი და დრენაჟი. საჭიროების დროს კეთდება ქოლედოქოტომია და ქოლეცისტექტომიაც.

ნაღვლოვანი პერიტონიტი ქოლეცისტიტის სახისა. ინფექციის ვირულენტობისა და არსებული პერიპროცესის მიხედვით ზოგჯერ ნაღვლის ბუშტის ირგვლივ ან სუბდიაფრაგმულ სივრცეში ვითარდება ჩირქგროვა. ასეთ შემთხვევაში პროცესი შედარებით კეთილად მიმდინარეობს. ყურადღებას იპყრობს ადგილობრივი მოვლენები (მგრძნობელობა, მტკივნეულობა, რენტგენოლოგიური სურათი). რომლებსაც შემდგომში ემატება ჩირქოვანი ინტოქსიკაციის სურათი; ტემპერატურის მომატება, პულსის გახშირება, ლეიკოციტოზი. ადგილობრივი პერიტონიტიდან განსხვავებით მძიმედ მიმდინარეობს დიფუზური ნაღვლოვანი პერიტონიტი. მისი მიზეზია ნაღვლის ბუშტის პერფორაცია და ნაღვლისა და ზოგჯერ კენჭების გადასვლა პერიტონეუმის ღრუში. ნაღვლის მუცლის ღრუში მოხვედრას ადგილი აქვს ემპიემიანი ნაღვლის ბუშტის დაზიანების დროს. მაგრამ ზოგჯერ ნაღვლის გასვლას ადგილი აქვს თითქოს თვალით შეუმჩნეველი, მაგრამ ანთებითად შეცვლილი მიკროპერფორაციული ხვრელებიდან, რომლებიც ინფიცირებული ნაღვლისათვის გამტარია.

ნაღვლოვანი პერიტონიტის განვითარება, თუ ნაღვლის ბუშტი შესაფერისად შეცვლილია, იწყება მწვავე ქოლეცისტიტთან ერთად. პირველ ხანებში პროცესს მხოლოდ ადგილობრივი ხასიათი აქვს, რომელიც შემდგომში ინფექციის ვირულენტობისა და ბუშტის კედლის ცვლილებების მიხედვით დიფუზურ ხასიათს ღებულობს, მეტად მძიმე კლინიკური სურათით: სუსტი და აჩქარებული პულსი, ტემპერატურის მომატება, სუბიქტერული სკლერები, სწრაფად დაძაბუნება, ჩაცვენილი თვალები, ადგილობრივ შებერილობა, აირებზე და განავალზე მოქმედების შეწყვეტა, ბლუმბერგის დადებითი ნიშანი და სხვ. უოპერაციოდ ასეთი ავადმყოფი პირველ კვირაშივე იღუპება. ზოგადი ნაღვლოვანი პერიტონიტის დროს ოპერაციისას ნახულობენ დიდი რაოდენობით ნაღვლოვან გამონადენს, რომელსაც სეროზულ-ფიბრინული ჩირქოვანი გამონადენი

აქვს მიმატებული. როგორც აღვნიშნეთ, ნაღვლოვანი პერიტონიტის ადრეულ პერიოდში, სანამ პერიტონიტი ზოგად სურათს მიიღებდეს, ფიბრინულ-ჩირქოვანი ნადებები სჭარბობს ბუშტის არეში.

ნაღვლოვანი ხვრელმილები. სანაღვლე გზებზე ოპერაციის, ხშირად ქოლეცისტოსტომიის, ქოლეცისტექტომიის, ქოლედოქოტომიის, ღვიძლის და ნაღვლის მსხვილი სადინარების დაზიანების შემდეგ ზოგჯერ ვითარდება ნაღვლის ხვრელმილები. როდესაც ადამიანი დიდი რაოდენობით, თითქმის მთლიანად კარგავს ნაღველს, მძიმე კლინიკური სურათი ვითარდება, რომელსაც აქოლიას უწოდებენ. ასეთი ავადმყოფი ძლიერ სუსტდება, ირღვევა ცხიმების, ვიტამინების (K, D) და კალციუმის ცვლა, ხშირად K ავიტამინოზის გამო ვითარდება აქოლიური სისხლდენა. მკურნალობის მიზნით, ასეთ ავადმყოფს ზონდით ეძლევა საკუთარი, ან ცხოველური ნაღველი (შეიძლება სასაკლაოდან მოტანილი საქონლის ახალი ნაღველი ავადმყოფს მივცეთ ყავასთან ან ლუდთან), კანქვეშ ვიკასოლი, ვენაში კალციუმი, 2—3-ჯერ სისხლის გადასხმა. ავადმყოფის საბოლოო განკურნება დამოკიდებულია ხვრელმილის დროულ ლიკვიდაციაზე. ხვრელმილის მიმართულებასა და მის მიზეზზე ზოგჯერ წარმოდგენას გვაძლევს კარგად ჩატარებული ფისტულოგრაფია. თუ ხვრელმილის მიზეზია არასრულყოფილად ნაღვლის ბუშტის ამოკვეთა და მასში კენჭების დატოვება ან ნაღვლის საერთო სადინარის კენჭები, მაშინ ოპერაციის სრულყოფილად ჩატარება—დარჩენილი ნაღვლის ბუშტის ამოკვეთა, ნაღვლის საერთო სადინარიდან კენჭების ამოღება სპობს ნაღვლოვან ხვრელმილს. არის შემთხვევები, როდესაც ნაღვლის მცირე რაოდენობით გამოყოფის შემდეგ, თუ იგი ზემოხსენებული მიზეზით არაა გამოწვეული, ნაღვლოვანი ხვრელმილი შეიძლება თავისით დაიხუროს.

არის შემთხვევები, განსაკუთრებით განმეორებითი ოპერაციის შემდეგ, როდესაც ნაღვლის ხვრელმილის დახურვა ძნელია. მაშინ, თუ მოხერხდა, შეიძლება ხვრელმილის მიკერება კუჭთან ან ნაწლავთან. ამავე მიზნით შეიძლება წვრილი ნაწლავის დასაწყისში ისეთივე, მაგრამ მოკლე ყლორტის გამოყოფა და მისი კანქვეშ გამოტანა, როგორც ხელოვნური საყლაპავი მილის დროს. მასთან შეძლებისდაგვარად მობილიზებული, მიტანილი და შეერთებული უნდა იქნეს ნაღვლოვანი ხვრელმილი.

მ წ ვ ა ვ ე ქ ო ლ ე ც ი ს ტ ი ტ ი ს მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. მწვავე ქოლეცისტიტით დაავადებული ავადმყოფი აუცილებლად საჭიროებს ქირურგიულ განყოფილებაში ჰოსპიტალიზაციას და ქირურგის მეთვალყურეობას. ქირურგთან ავადმყოფის მოთავსება საჭიროა ყოველთვის არა ოპერაციისათვის, არამედ დაავადების მიმდინარეობაზე დაკვირვების უკეთ ჩატარებისათვის, მკურნალობის მეთოდი გადაწყვეტილი უნდა იქნეს დაავადების მიმდინარეობის მიხედვით.

მწვავე კატარული ქოლეცისტიტის დროს, რომლის მიზეზი სუსტი ვირულენტობის ინფექციაა, ხოლო ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, ოპერაცია არ კეთდება. მაგრამ ასეთ შემთხვევაში აუცილებელია ავადმყოფზე სისტემატური დაკვირვება, რადგან არ ვიცით საით წარიმართება ანთებითი პროცესი — დაცხრომისაკენ, თუ პროგრესულ ხასიათს მიიღებს და საჭირო შეიქნება ოპერაციული დახმარება.

კატარული ქოლეცისტიტის დროს დასაშვებია 48—72 საათის განმავლობაში კონსერვატული მკურნალობა. თუ მიღებული ზომების (მოსვენება, ად-

ვილობრივ ცივი ან თბილის გამოყენება, დიეტა, სასმელად თბილი ბორჯომის წყალი და მაგნეზიუმი, გლუკოზა ვენაში, ზოგჯერ ანტიბიოტიკებით მკურნალობა) შედეგად არ მატულობს პერიტონეული მოვლენები და ლეიკოციტოზი, ტემპერატურა ქვეითდება და ავადმყოფს არ ამცივნებს. წინააღმდეგ შემთხვევაში, ე. ი. თუ ამ ხნის განმავლობაში ანთებითი მოვლენები ღრმავდება. მაშინ უნდა ვიფიქროთ ფლეგმონური ქოლეცისტიტის შესახებ და ნაჩვენებია ოპერაცია.

ოპერაცია, მართალია, არ კეთდება, თუ ავადმყოფი მიუთითებს წარსულში ლამბლიის არსებობას. მაგრამ წმინდა ლამბლიოზი განსხვავებულ უნდა იქნეს ლამბლიოზური ქოლეცისტიტისაგან. ასეთ შემთხვევაში, ლამბლიების გარდა, ანთებით პროცესში მონაწილეობს ვირულენტური ინფექცია. ანთების სიძლიერისა და მისი პროგრესულობის გამო საკითხი ოპერაციის სასარგებლოდ წყდება.

ოპერაცია არ კეთდება ჩვეულებრივ ღვიძლის ჭვალის დროსაც. ტკივილს, როგორც წესი, ატროპინის ინექცია სპობს. ასეთ შემთხვევაში არ გამოიყენება ნარკოზული საშუალება, თუნდაც ატროპინის განმეორებით შეყვანა გახდეს საჭირო. ნარკოზული საშუალების გამოყენებისადმი ასეთი ფრთხილი მიდგომა საჭიროა იმიტომ, რომ ძალიან ხშირად მძიმე ფორმის ქოლეცისტიტი (ფლეგმონა, დესტრუქცია) იწყება ღვიძლის (ნაღვლოვანი) ჭვალის შეტევით. როდესაც ჭვალს სპაზმის მომხსნელი საშუალება არ სპობს, ეს იმის ნიშანია, რომ ანთება პროგრესულ ხასიათს იღებს და საჭირო ხდება ოპერაცია. ოპერაციული ჩარევის ერთ-ერთ უტყუარ საბუთს პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნების არსებობა წარმოადგენს, მაგრამ პერიტონიტის ნიშნების არარსებობის დროსაც ობტურაციული სიყვითლის შემთხვევაში ოპერაცია დროულად უნდა გაკეთდეს (იხ. ქვევით).

ავადმყოფის კლინიკაში მოთავსებისთანავე გადაუდებელი ოპერაცია კეთდება იმ შემთხვევაში, როდესაც არსებობს ეჭვი ნაღვლის ბუშტის ფლეგმონაზე, განგრენასა ან პერფორაციაზე, ან როცა დადასტურებულია ეს დიაგნოზი და ადგილი აქვს ნაღვლოვანი პერიტონიტის მოვლენებს.

ავადმყოფის საოპერაციო მომზადება გადაუდებელი ოპერაციის დროს განისაზღვრება საგულე და ნარკოზული საშუალებით. მდგომარეობის მიხედვით, ოპერაციის მიმდინარეობისას ხშირად საჭიროა სისხლისა და ხსნარების (ფიზიოლოგიური, გლუკოზა, ზოგჯერ პოლიგლუკინი) გადასხმა. მწვავე ქოლეცისტიტის შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფს აშკარად აქვს გამოხატული ზოგადი და ადგილობრივი მოვლენები, ოპერაციის გადადება და სხვა საშუალებების გამოყენება მეტად სახიფათოა. ამ დროს წელის ნოვოკაინური ბლოკადა, ანტიბიოტიკები და ნარკოზული საშუალებანი ექიმისათვის მეტად ცუდი თანაშემწეა. ანტიბიოტიკები ძალიან ცვლის და აბნევს სურათს. ამიტომ მათი ხმარება, სანამ დადგენილი არაა დიაგნოზი და გადაწყვეტილი არაა მკურნალობის ტაქტიკა, არ უნდა გამოვიყენოთ. განსაკუთრებული სიფრთხილეა საჭირო ხანში შესულ პირებსა და მოხუცებში; რადგან მათში ქოლეცისტიტი მეტად მძიმედ მიმდინარეობს, ხოლო პერიტონიტით დაავადებულებში ხშირად ვითარდება ბუშტის განგრენა. როდესაც ოპერაცია რამდენიმე დღის შემდეგ კეთდება (კენჭოვანი ობტურაცია. ნაღვლოვანი ფისტულა, ქოლანგიტი), ავადმყოფს უტარდება ენერგიული მომზადება: ვიტამინები,

გლუკოზა, სისხლის გადასხმა, ქოლანგიტის დროს ანტიბიოტიკები და საერთოდ ზოგადგამამაგრებელი საშუალებანი.

გაუტკივარება. ოპერაციის გაკეთება უმჯობესია ენდროტრაქეული ნარკოზით, შეიძლება ადგილობრივი ანეთსეზიითაც. ზოგჯერ გამოიყენება სპინალური ანესთეზია სოვკაინით ან ეთერით ინჰალაციური ნარკოზი. შაბლონურად ყოველთვის ერთი და იმავე სახის გაუტკივარების გამოყენება მიზანშეწონილი არაა. მეტად მძიმე და დასუსტებულ ავადმყოფს, როდესაც წინასწარ გადაწყვეტილია მარტივი ოპერაციული ჩარევა (ბუშტზე სტომის დადება), ჯობს ოპერაცია გაუკეთდეს ადგილობრივი ანესთეზიით. ნაღვლის ბუშტის ამოკვეთისა და სანაღვლე გზებში დაბრკოლების დაზუსტების (ქოლანგიოგრაფია) დროს განსაკუთრებით საჭიროა მუცლის კუნთების მოდუნება. რაც ყველაზე უკეთ ხერხდება ენდოტრაქეული ნარკოზით და რელაქსანტების გამოყენებით. როდესაც ამის გაკეთების საშუალება არაა, კუნთების მოდუნებისა და ხანგრძლივი გაუტკივარების მიზნით შეიძლება გამოვიყენოთ სპინალური ანესთეზია სოვკაინით.

ავადმყოფის მდებარეობა ოპერაციის დროს. ავადმყოფის მოხერხებულად დაწვენას საოპერაციო მაგიდაზე განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს სანაღვლე გზებზე ოპერაციის დროს. ანატომიური თავისებურების, აგრეთვე დაბალ და მსუქან პირებში ამ ოპერაციის წარმოების გამო სანაღვლე გზების მაქსიმალურად ზედაპირულად ჭრილობაში ამოწევის მიზნით. გულმკერდის ქვემო ნახევარში მარჯვენა მხარეს ავადმყოფს უნდა მოეუთავსოთ საკმაო სიმაღლის მორგვი. ასეთი მდებარეობის შემდეგ, გასახსნელი ჯიბის დანის მსგავსად, ავადმყოფი სწორედ საჭირო მიდამოში მოიკეცება და ნაღვლის ბუშტი ჭრილობაში ამოიწევს. მორგვის ოდნავ ქვევით (წელის არეში) მოთავსებისას ნაღვლის ბუშტი ზევით ამოწევის მაგიერ ღრმად დაიმალება ჭრილობაში.

განაკვეთი. თუ ქოლეცისტიტის დიაგნოზი ეჭვს არ ბადებს, ოპერაციული მიდგომა მიზანშეწონილია მარჯვენა ნეკნთა რკალის ქვეშ და მის პარალელურად კოხერის ან ფეოდოროვის მიერ მოწოდებული განაკვეთით. სხვა ორგანოთა (კუჭი, თორმეტგოჯა ნაწლავი, პანკრეასი) დაავადებაზე ეჭვის დროს უმჯობესია შედარებით ფართო განაკვეთი, როგორც, მაგალითად, რიო-ბრანკოს ტიპის. თუ ოპერაცია დაწყებულია შუა ხაზზე, მაშინ უნდა დაემატოს განაკვეთი ნეკნთა რკალის ქვეშ — მარჯვენა სწორი კუნთის გადაკვეთით.

მუცლის ღრუს გახსნის შემდეგ ზუსტდება დიაგნოზი დათვალიერებით, პალპაციით, ზოგჯერ ქოლანგიოგრაფიით. ნაღვლის ბუშტის დათვალიერების შემდეგ თითებით ისინჯება ღვიძლ-თორმეტგოჯას იოგი და მასში მოთავსებული ნაღვლის სადინარი. ამისათვის საჭიროა ვინსლოვის ხვრელში შევიტანოთ მარცხენა ხელის საჩვენებელი თითი, მარჯვენა ხელის თითებით კი წინიდან ვაწარმოოთ პალპაცია. გულდასმით უნდა დათვალიერდეს სანაღვლე გზების მიდამო, ღვიძლი და მეზობელი ორგანოები (კუჭი, თორმეტგოჯა ნაწლავი, პანკრეასი, კოლინჯი), განსაკუთრებით ნაღვლის საერთო სადინარის შესელის მიდამო თორმეტგოჯა ნაწლავში.

ფლეგმონური ქოლეცისტიტისა და ნაღვლოვანი პერიტონიტის დროს ნაღვლის ბუშტი გადიდებული, დაჭიმულია და დაფარულია მოწითალო ფერის სეროზული საფარველით, რომელზედაც ჩირქოვან-ფიბრინული ნადებები აღინიშნება. ზოგჯერ ირგვლივ მჭიდრო, ანთებითი შეხორცებებია. ნაღვლის ბუშ-

ტი თითქოს ჩაფლულია ირგვლივ მდებარე ორგანოების მიერ შექმნილ ინ-ფილტრატში, რაც მნიშვნელოვნად აბრკოლებს პერიტონიტის გავრცელებას. ხშირად მუცლის ღრუში ადგილი აქვს ნაღვლისებრ გამონადენს.

ნაღვლის ბუშტის პერფორაციის დროს მის კედელზე აღინიშნება ამა თუ იმ სიდიდის ხვრელი, საიდანაც ნაღველი და ზოგჯერ ერთი ან რამდენიმე კენ-ჭი გამოდის.

პერფორაციის ან ფლეგმონის დროს ნაღვლის ბუშტის ამოკვეთის წინ განსაკუთრებით საჭიროა ვაწარმოოთ ბუშტის ირგვლივ მიდამოს გულდასმით შე-მოფარგვლა და ვინსლოვის ხვრელში ტამპონის შეტანა.

ოპერაციის სახეები. ნაღვლის ბუშტზე და სანაღვლე გზებზე ოპე-რაციებიდან ყველაზე ხშირად ამოიკვეთება ნაღვლის ბუშტი — ქოლეცისტექ-ტომია. შედარებით იშვიათად — ქოლეცისტოსტომია, ქოლეცისტოტომია და ქოლეცისტოდუოდენოსტომია. ნაღვლის საერთო სადინარზე ოპერაციები-დან აღსანიშნავია მისი გაკვეთა და დრენირება — ქოლედოქოტომია და ნაღვ-ლის საერთო სადინარის შერთვა თორმეტგოჯა ან მლივ ნაწლავთან — ქოლე-დოქოდუოდენოსტომია და ქოლედოქოენტეროანასტომია.

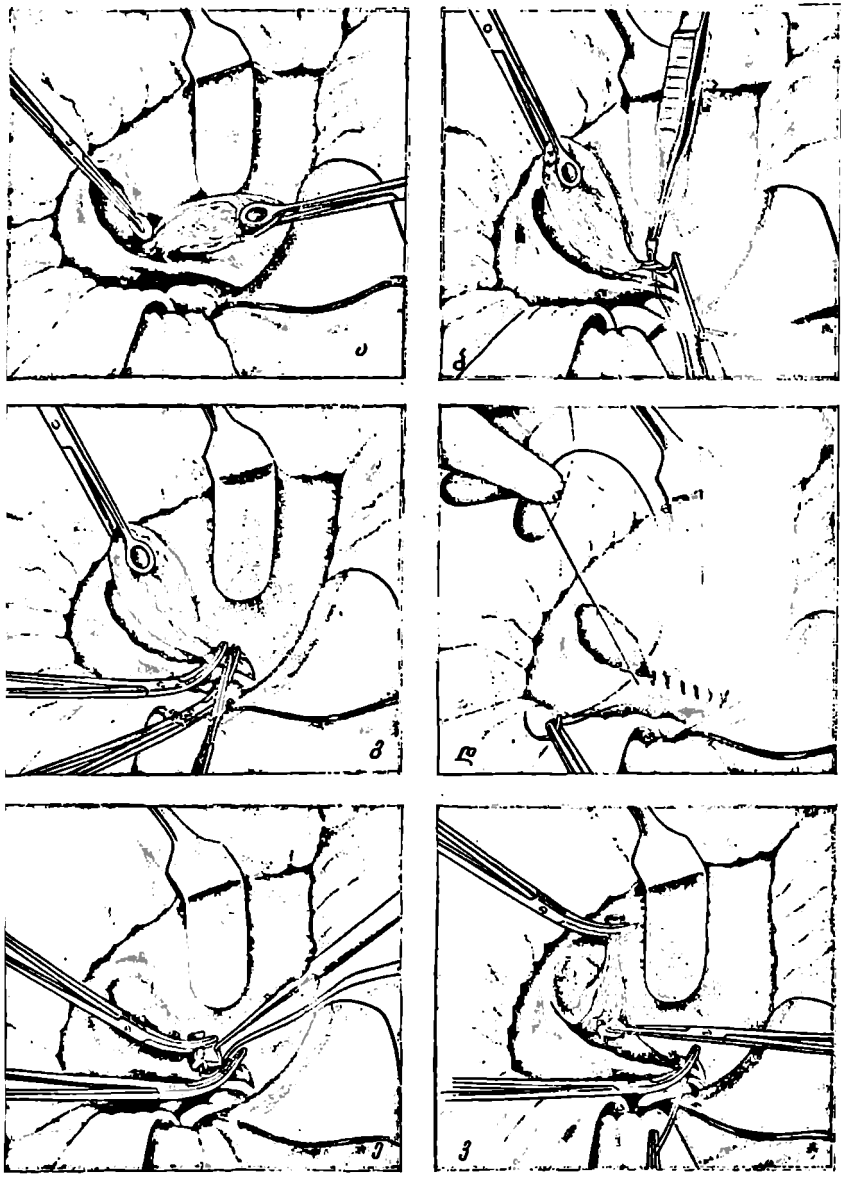
ქოლეცისტექტომია შეიძლება ორგვარი წესით — ნაღვლის ბუშ-ტის გამოყოფით ყელიდან, ან ფუძიდან. მარტივ შემთხვევაში შესაძლოა ბუშ-ტის გამოყოფა ყელიდან, ბუშტის სადინარის განთავისუფლების შემდეგ მას-ზე ედება ლიგატურა, ისე, რომ მოქიმვის დროს მასში მოკეცილად არ მოყვეს ნაღვლის საერთო სადინარის კედელი. მეორე ლიგატურა ან დამჭერი სადი-ნარს ედება ბუშტისაკენ. სადინარი გადაიჭრება. მანამდე ცალკე იკვანძება ბუშტის არტერია. ამის შემდეგ შედარებით უსისხლოდ და ადვილად გამოი-ყოფა ნაღვლის ბუშტი. ქოლეცისტექტომიის მიზნით ბუშტის გამოყოფა უფ-რო ხშირად კეთდება ფუძიდან. იგი განსაკუთრებით მოსახერხებელია ვრცელი ანთებისა და ბუშტის ყელის არეში შეხორცებების დროს. ბუშტის ფუძეს, თუ ეს შესაძლოა, ვიჭერთ ლუერის დამჭერით. სეროზული გარსის ქვეშ უფრო ღვიძლისაკენ შეგვყავს ნოვოკაინის ხსნარი. აქვე იკვეთება სეროზული გარსი და ჩლუნგი, ზოგჯერ ბასრი წესით წარმოებს ბუშტის თანდათან გამოყოფა ფუძიდან ყელის მიმართულებით (სურ. 134).

ხშირად ჯერ იკვანძება ბუშტის არტერიის ტოტები, რომლებიც ბუშტის ზემო მედიალურ მხარეზე მდებარეობს, შემდეგ ამავე მიმართულებით მდება-რე ბუშტის არტერია, მაგრამ ფრთხილად, რათა ლიგატურაში არ მოყვეს ზოგ-ჯერ დაბლამდებარე ღვიძლის მარჯვენა სანაღვლე სადინარი.

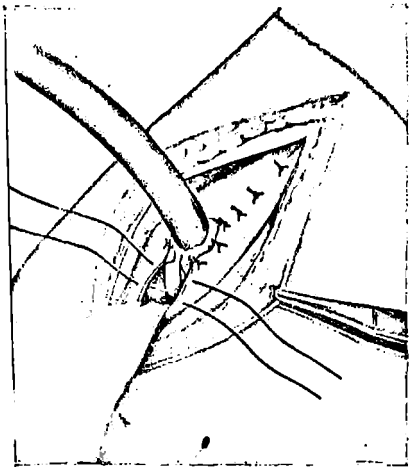
ლიგატურის წაძრობისას ბუშტის არტერიიდან ძლიერი სისხლდენა ვი-თარდება. ასეთ შემთხვევაში სისხლძარღვზე დამჭერის ბრმად დადება არ შე-იძლება. საჭიროა ღვიძლ-თორმეტგოჯა იოგის მარცხენა ხელის თითებს შო-რის დაჭერით დროებით შევაჩეროთ სისხლდენა, ამოვაშროთ ჩაღვრილი სისხ-ლი და მხოლოდ შემდეგ თვალის კონტროლით სისხლმდენი ბუშტის არტერია-ზე დამჭერის დადებით საბოლოოდ შევაჩეროთ სისხლდენა.

ბუშტის გამოყოფისას ღვიძლის პარენქიმიდან სისხლდენა თითქმის ყო-ველთვის თავისით ჩერდება 3—5 წუთში. საჭიროა მხოლოდ დოლბანდის ახალ-ახალი ფირფიტების მიფარება. შედარებით უსისხლოდ და ადვილად თა-ვისუფლდება ბუშტის ექსტრაჰეპატური ქვემო ზედაპირი ირგვლივ ბადექო-ნის, განივი კოლინჯის ან სხვა ორგანოთა შეხორცებებისაგან. ნაღვლის ბუშ-ტის და მისი სადინარის განთავისუფლების შემდეგ სადინარზე ედება ლიგა-

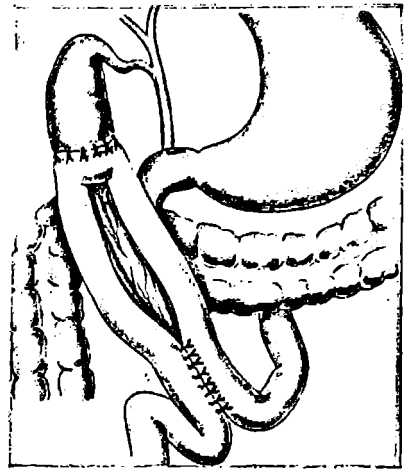
სურ. 133. ავადმყოფი ობტურაციული სიყვითლით.



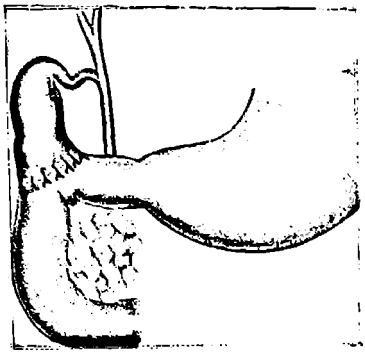
სურ. 134. ქოლეცისტექტომია ფუძიდან ყელისაკენ: ა — ნაღვლის ბუშტის გამოყოფა ფუძიდან; ბ—ნაღვლის ბუშტის არტერიისა და ვენის გადაკვანძა; გ—ნაღვლის ბუშტის სადინარის გადაკვეთა; დ—ღვიძლის პერიტონიზაცია; ე—ქოლეცისტექტომია ყელიდან; ნაღვლის ბუშტის არტერიისა და ვენის გადაკვანძა; ვ—ნაღვლის ბუშტის გამოყოფა.



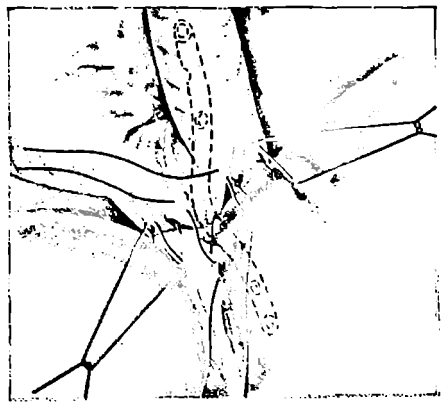
სურ. 135. ქოლეცისტოსტომია. ნაღვლის ბუშტის ყედლის მიკერება დრენაჟის ირგვლივ პარიეტულ პერიტონეუმთან.



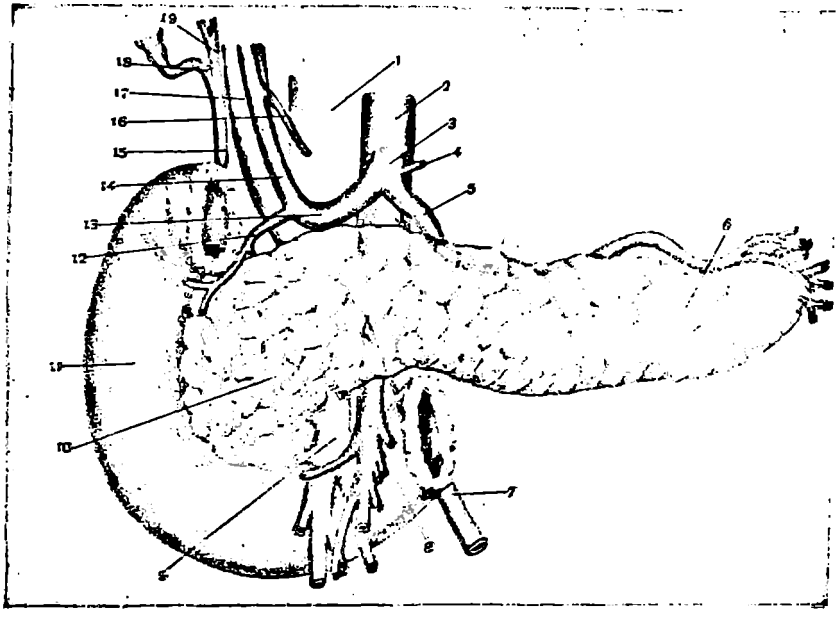
სურ. 136. ქოლეცისტოიეიუნოსტომია.



სურ. 137. ქოლეცისტოდუოდენოსტომია.



სურ. 138. ჰეპატიკოდუოდენოსტომია სმირნოვის წესით.



სურ. 139. პანკრეასის ერთიერთდამოკიდებულება თორმეტგოჯა ნაწლავთან, ნაღვლის საერთო სადინართან, კარისა და ქვემო ღრუ ვენასთან, მუცლის აორტასთან და მის ტოტებთან. 1 — v. cava inferior; 2—aorta abdominalis; 3 — truncus coeliacus; 4—a. gastrica sinistra; 5—a. lienalis; 6—v. lienalis; 7—v. mesenterica inferior; 8—a. mesenterica superior; 9—v. mesenterica superior; 10—caput pancreatis; 11—duodenum; 12—a. gastroduodenalis; 13—a. hepatica communis; 14—a. hepatica propria; 15—ductus choledochus; 16—a. gastrica dextra; 17—v. portae; 18—ductus cysticus; 19—ductus hepaticus communi.

ტურა და ბუშტი მოიკვეთება. სადინარის ტაკვი სპირტით და იოდით უნდა დამუშავდეს, თუ შესაძლოა კეთდება მისი პერიტონიზაცია, რაც ხშირად მოუხერხებელია. ღვიძლის გაშიშვლებული ზედაპირი. ანუ ნაღვლის ბუშტის სამყოფი ადგილი, თუ შესაძლოა, იკერება კეტგუტის ნაკერით. ერთი ტამპონი თავსდება ღვიძლის დაზიანებულ ზედაპირზე, მეორე ნაღვლის ბუშტის სადინარის ტაკვის ქვეშ, რეზინის მილი ანტიბიოტიკების შესაყვანად თავსდება მათ შორის და მუცლის ღრუ ყრუდ იხურება.

ჩვენ თითქმის ყოველთვის ქოლეცისტექტომიას ვაწარმოებთ ფუძიდან. იშვიათად, როდესაც მეტად დიდი შეხორცებების გამო ბუშტისა და მისი სადინარის მიმართულებაში გარკვევა მეტად ძნელია, ბუშტიდან ნაღვლის წინასწარ ასპირაციის შემდეგ შეიძლება გაიხსნას ბუშტი, ამოღებულ იქნას კენჭები, ბუშტის ლორწოვანი დამუშავდეს იოდით; მარცხენა ხელის საჩვენებელი თითის ბუშტში შეტანა ბუშტის გამოყოფის კარგ ორიენტაციის საშუალებას იძლევა. პრიბრამი ქოლეცისტექტომიის გაძნელებულ შემთხვევაში ურჩევს ფუძიდან გაკვეთილი და დაცლილი ბუშტის ლორწოვანის ელექტროკოაგულაციას და ბუშტის დარჩენილი კედლის კეტგუტის ნაკერებით ჩაბრუნებით დახურვას. ქოლეცისტექტომიის ელექტროკოაგულაციურ წესს ამჟამად თითქმის არ მიმართავენ.

ქოლეცისტექტომიის შემდეგ ტამპონის გამოყენება სისხლისა და განსაკუთრებით ნაღვლის მუცლის ღრუში მოხვედრის თავიდან აცილების მიზნით აუცილებელია. არიან ავტორები, რომლებიც ტამპონს არ იყენებენ, ეტყობა. მას მიმართავენ მარტივი ქოლეცისტექტომიის შემდეგ. მუცლის ღრუს ყრუდ დახურვას ტამპონის გამოყენებასთან შედარებით დიდი უპირატესობა აქვს. იგი შეიძლება გაკეთდეს ნაღვლის ბუშტის სუბსეროზული გამოყოფის, გარანტირებული ჰემოსტაზის, ბუშტის ტაკვის კარგი პერიტონიზაციის (რაც ძნელად თუ ხერხდება) შემდეგ.

ყველა საეჭვო შემთხვევაში, როცა მოსალოდნელია ნაღვლის და სისხლნარევი ნაღვლის მუცლის ღრუში მოხვედრა და შემდგომში მძიმე ნაღვლოვანი პერიტონიტის განვითარება, ჯობს ტამპონის და საჭირო შემთხვევაში დრენაჟის გამოყენება.

ქ ო ლ ე ც ი ს ტ ო ს ტ ო მ ი ა (სურ. 135). კეთდება ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობის დროს, განსაკუთრებით ხანში შესულებსა და მოხუცებში ერცელი პერიქოლეცისტიტისა და ბუშტის ძლიერი ცვლილებების გამო, როგორც ქოლეცისტექტომიის პირველი მომენტი. მუცლის ღრუდან იზოლირებულად მუცლის კედლის ჭრილობაში ჩაეკერება ნაღვლის ბუშტის ფუძე და იგი იკვეთება. ანთებითი პროცესის დაცხრობისა და ზოგადი მდგომარეობის გაუმჯობესების შემდეგ მიმართავენ ქოლეცისტექტომიას. იშვიათად, მაგრამ არის შემთხვევები, როდესაც ქოლეცისტოსტომიის შემდეგ ხვრელმილი თავისით იხურება.

ქ ო ლ ე ც ი ს ტ ო ტ ო მ ი ა გულისხმობს ნაღვლის ბუშტის გაკვეთას წინასწარ ნაღვლის ასპირაციის შემდეგ. კენჭები ამოიღება და ბუშტი კვლავ იკერება, გართულების თავიდან აცილების მიზნით ბუშტში შეჰყავთ წვრილი რეზინის მილი, რომელიც მაგრდება ნაღვლის ბუშტსა და მუცლის კედელზე. ნაღვლის გამოსვლის გარდა, მილში შეიძლება ანტიბიოტიკების შეყვანა.

ქ ო ლ ე დ ო ქ ო ტ ო მ ი ა. ნაღვლის ბუშტზე ოპერაციის დროს, როგორც

წესი, კარგად უნდა შემოწმდეს ნაღვლის საერთო სადინარი. ობტურაციული სიყვითლის დროს ოპერაცია ავადმყოფის ხანმოკლე, მაგრამ ენერგიული მომზადების შემდეგ კეთდება არა უგვიანეს 7—10 დღისა, ზოგჯერ უფრო ადრეც. ოპერაციის დაგვიანებას ღვიძლის ქსოვილის გამოუსწორებელი დეგენერაციული ცვლილებები, ხოლო ქოლანგიტის დროს სეფსისური მდგომარეობის განვითარება მოსდევს.

ქოლედოქოტომია კეთდება ქოლანგიტის დროს ინფიცირებული ნაღვლის გადმოსაყვანად, ნაღვლის საერთო სადინარში კენჭისა და საგოზავის მსგავსი მასის ამოსაღებად, საერთო სადინარის გამტარობის შესამოწმებლად და სხვ.

ქოლედოქოტომია სამგვარია: სუპრადუოდენური, ტრანსდუოდენური და რეტროდუოდენური. ხშირად კეთდება სუპრადუოდენური ქოლედოქოტომია. ნაღვლის საერთო სადინარს წინასწარ ორ ადგილას ავიღებთ კეტგუტის წვრილი მოსახსნელი ნაკერით. მათ შორის იკვეთება სადინარი (წინასწარ ირგვლივ შემოფარგვლის შემდეგ), კენჭს და საგოზავისებრ მასას ამოვიღებთ, სადინარის გამტარობა შემოწმდება რეზინის ელასტიკური (პეცერის) კათეტერით. ლითონის ზონდის გატარებას ფატერის დვრილის ტრავმირების გამო არ ურჩევენ (გ. გომიაზკოვი). ოპერაციის დასასრულს სადინარი იკერება წვრილი კეტგუტის კვანძოვანი ნაკერებით. მასთან ნაღვლის მიმართულებით თავსდება წვრილი ელასტიკური (ნელატონის) კათეტერი, რომელიც წვრილი კეტგუტის ლიგატურით მაგრდება. აქვე მივიტანთ ტამპონს. ჩვენ, ისე როგორც ბევრი სხვა ქირურგი, დიდი ხანია კერის დრენაჟს აღარ ვიყენებთ. იგი საკსებით შესაძლოა შეიცვალოს რეზინის წვრილი კათეტერით. როდესაც კენჭი სადინარის ბოლოშია (თორმეტგოჯა ნაწლავის კედელში), მაშინ საჭირო ხდება ტრანსდუოდენური ქოლედოქოტომია, ნაწლავისაკენ ჭრილობის შევიწროება. და სადინარის დრენირება ზემოთ აღწერილი წესით. ქოლედოქოტომიის დროს ნაღვლის ბუშტი მეტწილად შეცვლილია, ამიტომ ქოლედოქოტომიის წინ ხშირად ქოლეცისტექტომიას მიმართავენ. თუ ადგილი არ აქვს ქოლანგიტის მოვლენებს, შესაძლოა ქოლედოქოტომიის ყრუდ ჩატარება, მაგრამ ამ მიდამოში ტამპონის და ანტიბიოტიკებისათვის დრენაჟის მოთავსებით.

ქ ო ლ ე დ ო ქ ო დ უ ო დ ე ნ ო ს ტ ო მ ი ა. როდესაც ადგილი აქვს ნაღვლის საერთო სადინარის გაუვალობას (ნაწიბური, სიმსივნე) და მისი რადიკალური ლიკვიდაცია არ ხერხდება, გამოიყენება ნაღვლის საერთო სადინარსა და თორმეტგოჯა ნაწლავის თავისუფალ ნაწილს შორის შერთული ქოლედოქოდუოდენოსტომია.

ქ ო ლ ე ც ი ს ტ ო ე ნ ტ ე რ ო ს ტ ო მ ი ა. თუ ნაღვლის საერთო სადინარის გაუვალობის (ნაწიბური, ფატერის დვრილის სიმსივნე ან სხვ.) დროს რადიკალური ოპერაციის შესრულება შეუძლებელია, ხოლო სადინარსა და თორმეტგოჯა ნაწლავს შორის შერთულის დადება არ ხერხდება, მაშინ დაედება ნაღვლის ბუშტსა და ნაწლავს შორის შერთული — ქოლეცისტოენტეროსტომია. ამისათვის ბუშტს ეკერება ნალისებრად მოკეცილი მლივი ნაწლავი, ხოლო ნაწლავის ფეხებს შორის კეთდება დამატებითი ენტეროანასტომოზი (სურ. 136).

ქ ო ლ ე ც ი ს ტ ო დ უ ო დ ე ნ ო ს ტ ო მ ი ა. ნაღვლის საერთო სადინარის დახშობისას (პანკრეასის თავის სიმსივნე, სადინარის სტენოზი) ზოგჯერ, როცა შეუძლებელია ქოლედოქოტომია, საჭიროა გადავსებული ნაღვლის ბუშტის

დაცლა და შემდეგ მისი შერთვა თორმეტგოჯა ნაწლავთან -- ქოლეცისტოდუოდენოსტომია (სურ. 137).

ნაღვლის გზებთან ნაწლავის შერთვის შემდეგ. ნაღვლის ცუდი მდინარეობის დროს, სანაღვლე გზებში ადვილად იკრება ენტეროინფექცია. არც ისე იშვიათად, ასეთ ავადმყოფს შემცივნება და ქოლანგიტის სხვა ნიშნები უვითარდება. ასეთ შემთხვევაში ვიყენებთ ანტიბიოტიკებს და სულფამიდურ პრეპარატებს.

ოპერაციისშემდგომი პერიოდი. სანაღვლე გზებზე ოპერაციების შემდეგ ავადმყოფს ესაჭიროება საგულე საშუალებანი. ᲒᲚᲣᲙᲝᲖᲐ. ზოგჯერ ინსულინი მცირე დოზით, ანტიბიოტიკები, პირველ ორ-სამ დღეს ძილმომგვრელი, სუნთქვითი ვარჯიში, პირის ღრუს სანაცია. მდგომარეობის მიხედვით, მეორე-მესამე დღიდან ეძლევა წყალი, ჩაი, ხილის ნახარში წვენები, თხელი კისელი, მაწონი, ბულიონი. მეხუთე დღეს ღვიძლისაკენ მდინარე ტამპონი (ნაღვლის ბუშტის სავანედან) შეიცვლება ვიწრო ტამპონით. შემომფარგლავი დიდი ტამპონი ამოიწევა ერთი კვირის შემდეგ, ხოლო მე-9—10 დღეს შეიცვლება ვიწრო ტამპონით. ქოლედოქოტომიის დროს ამ დროისათვის, ან ოდნავ მოგვიანებით ამოიღება აგრეთვე ნაღვლის საერთო სადინარიდან კათეტერი. მისი ძალით ამოღება სასურველი არაა. შემდგომში, დაავადების მიმდინარეობისა და გამონადენის რაოდენობის მიხედვით, ვიწრო ტამპონს კვლავ ათავსებენ თანდათან ზერელედ. სადად მიმდინარეობისას ჭრილობა უტამპონოდ სწრაფად ხორცდება. ოპერაციის შემდეგ რამდენიმე თვე საჭიროა მუცლის მჭიდროდ შეკვრა და მუცლის კუნთების ვარჯიში ოპერაციისშემდგომი თიაქრის პროფილაქტიკისათვის.

ᲜᲐᲦᲕᲚᲘᲡ ᲑᲣᲨᲢᲘᲡᲐ ᲓᲐ ᲡᲐᲜᲐᲦᲕᲚᲔ ᲒᲖᲔᲑᲘᲡ ᲐᲕᲗᲕᲘᲡᲔᲑᲘᲐᲜᲘ ᲡᲘᲛᲡᲘᲕᲜᲔᲑᲘ

ნაღვლის ბუშტის კიბო შედარებით იშვიათია. იგი მეტწილად ვითარდება კენჭოვან და ანთებით შეცვლილ ნაღვლის ბუშტში. უფრო ხშირად ქალებში. კიბო იძლევა ნაღვლის ბუშტის კედლის ინფილტრაციას და ადვილად ეზრდება ღვიძლისა და ნაღვლის სადინარებს.

ᲜᲘᲨᲜᲔᲑᲘ. დაავადება ვითარდება შეუმჩნეველად. მორეციდივე კენჭოვანი ქოლეცისტიტის დიაგნოზით ხშირად იჩრდილება ნაღვლის ბუშტის კიბოს ნიშნები. დაავადების დაგვიანებულ პერიოდში უკვე ისინჯება მკვრივი ხორკლიანი ფიქსირებული სიმსივნე, რომელიც საერთო სადინარზე უშუალო ზეწოლით ან მეტასტაზით იძლევა სიყვითლეს. ხშირად ავადმყოფს ოპერაცია უკეთდება სხვა დიაგნოზით და აღმოჩნდება ნაღვლის ბუშტის კიბო ადგილობრივი გადიდებული ლიმფური კვანძებით, რომელსაც კონკრემენტის კონსისტენცია აქვს.

ბუშტის იზოლირებული კიბოს დროს, რაც იშვიათია, ხდება მისი ამოკვეთა. ღვიძლის ქსოვილის სიმსივნით ინფილტრაციისას, თუ ეს შესაძლებელია, აკეთებენ ღვიძლის რეზექციას.

ᲡᲐᲜᲐᲦᲕᲚᲔ ᲒᲖᲔᲑᲘᲡ ᲙᲘᲑᲝ ᲐᲠᲐᲐ ᲮᲨᲘᲠᲘ. იგი ნაღვლის ბუშტის კიბოსთან შედარებით კიდევ უფრო იშვიათია. მეტწილად სიმსივნე ვითარდება ფატერის დვრილში ან ღვიძლის სადინარების შეერთების ადგილას.

ᲜᲘᲨᲜᲔᲑᲘ: ავადმყოფს ადრეულად და მეტწილად თანდათანობით უვითარდება სიყვითლე, აქოლიური განავალი, სისხლში იმატებს ბილირუბინი, გა-

ნავალი სტერკობილინის რეაქციაზე უარყოფითია. კენჭოვანი ობტურაციისაგან განსხვავებით, ტემპერატურის მომატებას და ტკივილს ადგილი არ აქვს, კურვუაზიე-ტერიერის ნიშანი დადებითია. იგი ხშირად ეშლებათ პანკრეასის თავის კიბოსთან. ინფექციურ ჰეპატიტს, კენჭოვან და სიმსივნურ ობტურაციას შორის განმასხვავებელი ნიშნების შესახებ იხილეთ ზევით (ნაღვლის საერთო სადინარის ობტურაცია).

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. ადრეულ შემთხვევაში შეიძლება ვსინჯოთ სიმსივნის ამოკვეთა ნაღვლის საერთო სადინარის ნაწილთან ერთად. თუ რადიკალური ოპერაციის შესრულება შეუძლებელია, კეთდება პალიატური ოპერაცია ნაღვლის საერთო სადინარსა ან ნაღვლის ბუშტს შორის, ერთი მხრივ, და თორმეტგოჯას ან წვრილ ნაწლავს შორის, მეორე მხრივ, ნაღვლის ნაწლავში მოხვედრის მიზნით.

ჩვენ ერთ ავადმყოფს (1962) ფატერის დვრილის სიმსივნის დროს ამოვკვეთეთ სიმსივნე ტრანსდუოდენური ქოლედოქოტომიით, ამოიკვეთა ნაღვლის საერთო სადინარის ირგვლივ გადიდებული და კენჭის კონსისტენციის სიმსივნით ინფილტრირებული ლიმფური კვანძები და ნაღვლის საერთო სადინარი. დარჩენილ ზედმიწევნით მცირე ოდენობის ღვიძლის სადინარსა და თორმეტგოჯა ნაწლავს შორის ჩაკერებულ იყო სისხლის ძარღვის პროთეზი. ავადმყოფს სიყვითლე გაუქრა. საერთო მდგომარეობა გაუმჯობესდა და ერთ წელზე მეტხანს იცოცხლა. შემდეგ კვლავ დაეწყო სიყვითლის მოვლენები (ეტყობა რეციდივისაგან) და იგი დაიღუპა. პროთეზის საერთო სადინარის მაგიერ გამოყენების ეს პირველი შემთხვევა იყო ჩვენში (სურ. 138).

პანკრეასის დაზიანებანი და დაავადებანი

მოკლე ანატომიურ-ფიზიოლოგიური ცნობები

პანკრეასი მდებარეობს რეტროპერიტონულად, წელის II და III მალის დონეზე, მუცლის აორტისა და ქვემო ღრუ ვენის წინ (სურ. 139). პანკრეასში არჩევენ სამ ნაწილს—თავს, სხეულს და კუდს. პანკრეასს აქვს ვირზუნგისა და ზოგჯერ სანტორინის დამატებითი სადინარი. პანკრეასის სადინარი დამოუკიდებლად ან ხშირად ნაღვლის საერთო სადინართან შეერთების შემდეგ იხსნება თორმეტგოჯა ნაწლავში. პანკრეასი დღე-ღამეში 800—1000 მლ წვენს გამოიმუშავებს, რომელიც სადინარით გამოიყოფა თორმეტგოჯა ნაწლავში.

პანკრეასის წვენი შეიცავს ცილის, ცხიმის და ნახშირწყლების მომნელებელ ფერმენტებს: ტრიპსინს, ლიპაზას და დიასტაზას. პაკრეასი არა მარტო ექსკრეტორული, არამედ ინკრეტორული ორგანოცაა. პანკრეასში არსებული ლანგერჰანსის კუნძულები გამოიმუშავებენ ინსულინს, რომელსაც გლუკოზის მონელების პროცესში დიდი მნიშვნელობა აქვს.

პანკრეასის სისხლმომარაგება ხდება ელენთის, ღვიძლის და ჯორჯლის ზემო არტერიიდან, ინერვაცია—ცდომილი და სიმპათიკური ნერვებიდან და საერთოდ მჭიდრო კავშირშია კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის ინერვაციასთან. პანკრეასის ლიმფური სისტემა ასევე მჭიდრო კავშირშია კუჭის, ღვიძლის და ნაწლავების ლიმფურ სისტემასთან.

პანკრეასის მჭიდრო ანატომიურ-ფიზიოლოგიური კავშირი კუჭთან, ელენთასთან და ნაღვლის საერთო სადინართან ვლინდება ამ ორგანოთა დაავადების დროს ურთიერთმოქმედებით.

პანკრეასის დაზიანებანი

პანკრეასის დაზიანებას ზოგჯერ ადგილი აქვს მეზობელ ორგანოთა დაზიანებასთან ერთად.

პანკრეასის დახურული დაზიანება. ორგანოს ღრმად მდებარეობის გამო მისი იზოლირებული დაზიანება ფრიად იშვიათია. მუცლის არეში მაგარი საგნის მოხვედრის ან მაგარ საგანთა შორის მუცლის მოყოლის დროს პანკრეასი შეიძლება მიეჭყლიტოს ხერხემალზე. ეს იწვევს პანკრეასში სისხლჩაქცევას და ზოგჯერ სისხლდენას. პანკრეასის დახურულ დაზიანებას ახასიათებს შოკი, მუცლის ზემო ნაწილის შებერილობა, გულისრევა, კუნთების დაჭიმულობა და პერიტონიტის სხვა ნიშნები. ოპერაციამდე პანკრეასის დაზიანების აღ-

მოჩენა საკმაოდ ძნელია. პანკრეასში სისხლჩაქცევას შემდგომში ზოგჯერ ქრონიკული პანკრეატიტის ან ტრავმული ცისტის განვითარება მოჰყვება.

დახურული დაზიანების დროს მოვლენების პროგრესულად განვითარებისას საჭიროა ოპერაცია; ოპერაციის დროს ყურადღებას იპყრობს ცხიმის ნეკროზული კერები—bursa omentalis სისხლჩაქცევები. საჭიროა პანკრეასის დაზიანებული კაფსულის გაკვეთა და დრენირება, დაზიანებულ ადგილას ტამპონისა და დრენაჟის მიტანა.

პანკრეასის ჭრილობა შეიძლება გამოწვეული იყოს როგორც ცივი, ისე ცეცხლმსროლი იარაღით. ხშირად აღინიშნება მეზობელ ორგანოთა დაზიანებაც. ამიტომ კუჭის, ელენთის, ღვიძლის და ნაწლავების დაზიანების დროს უნდა დათვალიერდეს პანკრეასი, რომ არ გამოგვრჩეს მისი ჭრილობა.

პანკრეასის ჭრილობას ახასიათებს მძიმე შოკისა და სისხლდენის ნიშნები. პანკრეასის წვენის, ისე როგორც ღრუ ორგანოთა შიგთავსის, პერიტონეუმის ღრუში მოხვედრას პერიტონიტის განვითარება მოსდევს. ორგანოს დაზიანების ხარისხის მიხედვით შეიძლება განვითარდეს პანკრეასის ქსოვილის ნეკროზი. დაჩირქება. ოპერაციის 6—8 საათზე მეტხანს დაგვიანებაც კი მეტწილად სასიკვდილოა.

მკურნალობა ოპერაციულია. შეძლებისდაგვარად აღდგენილ უნდა იქნეს პანკრეასის კაფსულა. დაზიანების ადგილას თავსდება ტამპონი და დრენაჟი. პანკრეასის ხვრელმილის ხანგრძლივად არსებობისას, როდესაც მისი დახურვა არ ხერხდება და წვენი დიდი რაოდენობით გამოიყოფა, საჭიროდ ხდება შერთულის დადება — ხვრელმილის მიკერება ნაწლავთან ან ნაღვლის ბუშტთან.

მწვავე პანკრეატიტი

მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიულ დაავადებათა შორის მწვავე პანკრეატიტი შედარებით იშვიათი, მაგრამ მეტად რთული და მძიმე დაავადებაა. არჩევენ მწვავე და ქრონიკულ პანკრეატიტს და ქოლეცისტო-პანკრეატიტს.

მწვავე პანკრეატიტი გვხვდება საშუალო და ხანში შესულ პირებში, მეტწილად ქალებში. უფრო ხშირად იგი ვითარდება მსუქნებსა და იმ პირებში, რომლებსაც ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების ქრონიკული ანთებისა და კენჭოვანი დაავადების მოვლენები აქვთ.

პანკრეატიტის განვითარებაში განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ჯირკვლის ნორმალური ფუნქციის მოშლას. პანკრეასის წვენის ნორმალური მდინარების დაბრკოლებას, წვენის დისკინეზიას, ვირზუნგის სადინარის დახშობას მოსდევს ჯირკვლის ატროფია და არა ანთება. სადინარით ჯირკვალში ნაღვლის შესვლით აქტივიზირდება პანკრეასის ფერმენტები. ასეთ შემთხვევაში პანკრეასის წვენი კოროზიულ მოქმედებას ახდენს ჯირკვლის ქსოვილზე.

ნაღვლის შეჭრის შედეგად უკვე შეცვლილ პანკრეასის ქსოვილში ანთების განვითარებისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ინფექციის შეჭრას. ჯირკვალში ინფექცია შეიჭრება თორმეტგოჯა ნაწლავიდან და სანაღვლე გზებიდან, მეზობელი ორგანოებიდან, აგრეთვე ჰემატოგენური და ლიმფოგენური გზით. დიდი როლი ენიჭება აგრეთვე ნერვ-სისხლძარღვთა მოშლილობას. სისხლის მიმოქცევის მოშლა სპაზმის შედეგად გამოწვეული ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია ჯირკვლის ქსოვილის იშემიის განვითარებაში. სისხლძარღვთა სპაზ-

მი, ჯირკვლის ქსოვილის სისხლით მომარაგების მოშლის შედეგად, აუარესებს მის კვებას და უკეთეს პირობებს ქმნის ჯირკვალზე ფერმენტებისა და ინფექციის მოქმედებისათვის. მეზობელ ორგანოთა—კუჭის, ნაღვლის ბუშტის და თვით პანკრეასის დატვირთვა, ალკოჰოლისა და ცხიმიანი საკვების დიდი რაოდენობით მიღება პირობებს ქმნის პანკრეასში ვაზომოტორული მოშლილობისა და ანთების განვითარებისათვის.

ემბოლიის შედეგად სისხლძარღვთა თრომბოზს შეიძლება მოჰყვეს პანკრეონეკროზის სწრაფი განვითარება და ავადმყოფის სიკვდილი.

ზოგი მწვავე პანკრეატიტისაგან ცალკე გამოყოფს პანკრეასის მწვავე ნეკროზს, როგორც ერთმანეთისაგან პათოლოგოანატომიურად და პათოგენეტურად განსხვავებულ დაავადებას. სხვები მათ განიხილავენ ერთად. რადგან კლინიკურად ეს ორი დაავადება ერთმანეთს ჰგავს და პანკრეატიტი შეიძლება გადაიზარდოს ნეკროზში ისე, როგორც პანკრეასის ნეკროზს მოჰყვება ამა თუ იმ სახის პანკრეატიტის განვითარება.

პანკრეატიტის მრავალგვარი კლასიფიკაცია არსებობს. მორფოლოგიური კლასიფიკაცია მოითხოვს პრეპარატის ჰისტოლოგიურ გამოკვლევას და იგი მაინც სწორად ვერ გამოხატავს დაავადების კლინიკურ სურათს. რადგან ჯირკვალში ერთსა და იმავე დროს უმნიშვნელო ხასიათის ცვლილებებთან ერთად ენახულობთ ნეკროზულ უბნებს. რთულია აგრეთვე კლასიფიკაცია, რომელიც დაავადების კლინიკურ მიმდინარეობას ყოფს უმწვავეს, ანუ ელვისებურ, მწვავეე. ქვემწვავე და ქრონიკულ ფორმებად. ი. რუფანოვი და ვ. ვოსკრესენსკი მომხრეა მწვავე პანკრეატიტი ინფექციის როლისდა მიხედვით დაიყოს ანთებით ფორმებად (აბსცესის და ზოგჯერ ნეკროზის განვითარებით) და არაანთებით ფორმად, როცა ადგილი აქვს ჰემორაგიას—ტრავმულს და სპონტანურს (უკანასკნელი იწვევს ჯირკვალში აპოპლექსიას); ჰემორაგიის შემდეგაც ზოგჯერ ვითარდება ნეკროზი და სეკვესტრაცია. ს. ლობაჩევი მწვავე პანკრეატიტის შემდეგ ფორმებს არჩევს: მწვავე შეშუპება, ჰემორაგიული ნეკროზი, ჩირქოვანი პანკრეატიტი და ქრონიკული პანკრეატიტი გამწვავების პერიოდში.

მწვავე პანკრეატიტის დიაგნოზის დასმა, მართალია, ძნელია, მაგრამ არც ისე შეუძლებელი, როგორც ვიკერი წერდა, ანდა ვოსკრესენსკი აღნიშნავდა, რომ თითქოს მისი გამოცნობა ოპერაციის ან სექციის გარეშე შეუძლებელი იყოს. მწვავე პანკრეატიტის ამოცნობა უოპერაციოდ სავსებით შესაძლებელია. საჭიროა მწვავე მუცლით ავადმყოფთა გამოკვლევის დროს ექიმმა გაითვალისწინოს მწვავე პანკრეატიტის არსებობა.

პანკრეასის მწვავე შეშუპებას, რომლითაც იწყება მწვავე პანკრეატიტი, ხშირად წინ უსწრებს ცხიმიანი საკვების დიდი რაოდენობით მიღება. დაავადებას ახასიათებს მუდმივი და აუტანელი ხასიათის ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში. ტკივილი იმდენად ძლიერია, რომ ავადმყოფი ადგილს ვერ პოულობს ლოგინში. შფოთავს, მოუსვენარია. ყვირის ტკივილისაგან, ზოგჯერ ავადმყოფი გონებასაც კარგავს. ტკივილს იმდენად ძლიერი ხასიათი აქვს, რომ მას, ჩვეულებრივ, ვერ აყუჩებს მორფიუმი. პანკრეატიტის დროს სწორედ ამაზეა დამყარებული ე. წ. მორფიუმის ცდა. ჩვენთან, კლინიკაში, ამ ცდას დიაგნოზის მიზნით თითქმის არ მივმართავთ, რადგან იგი არ მიგვაჩნია მიზანშეწონილად: მწვავე მუცლის სხვა მიზეზის დროს შეიძლება მან წაშალოს დაავადების ნამდვილი სურათი. ტკივილის სიძლიერეს და მის ლოკალიზაციას მიაწერენ პანკრეასის თავის ქვეშ მდებარე მზის წნულის პროცესში ჩათრევას.

პანკრეატიტის დროს ტკივილი ფრიად სხვადასხვა მიმართულებით იძლევა ირადიაციას. ვ. ვოსკრესენსკი მიუთითებს, რომ მთელი ჯირკვლის დაზიანებისას ტკივილის ირადიაციას ადგილი აქვს წელის. ორივე მხრის, ბეჭების და ორივე ნეკნქვეშა მიდამოებში. ჯირკვლის თავის დაზიანების შემთხვევაში ტკივილის ირადიაცია გამოხატულია მარჯვენა, კუდის დაზიანების დროს კი მარცხენა მხარეს.

მწვავე პანკრეატიტის დროს ტკივილს თან ახლავს პირღებინება. იგი ზოგჯერ იმდენად შეუპოვარი და მტანჯველია, რომ შეცდომით მოწამვლაზეც ფიქრობენ ხოლმე.

პანკრეასის მწვავე შეშუპების დროს პულსი სუსტი ავსებისაა. მუცლის მხრივ გამოხატულია დინამიკური გაუვალობის ნიშნები. შებერილობა აღინიშნება მუცლის ზემო ნახევარში. პალპაციით კუნთების სუსტად გამოხატული დაჭიმულობის ფონზე მტკივნეულობას აქვს ადგილი უფრო მარცხენა ნეკნთა რკალის ქვეშ. ზოგჯერ მტკივნეულობა აღინიშნება მარცხნივ ხერხემალ-ნეკნთა კუთხეში—მეიო-რობსონის ნიშანი. მწვავე პანკრეატიტის დროს ვ. ვოსკრესენსკი მიუთითებს აორტისა და ფაშვის არტერიაზე პულსაციის გაქროპას.

პანკრეასის მწვავე შეშუპების დროს განსაკუთრებით დამახასიათებელია სისხლსა და შარდში დიასტაზის მომატება. დიასტაზის მომატება შარდში 128—256 ვოლჰემუტის ერთეული შეიძლება გამოწვეული იყოს მრავალი მიზეზით: მწვავე აპენდიციტი, მწვავე ქოლეცისტიტი, პნევმონია, საშვილოსნოსგარე ორსულობა, ინფექციური დაავადება. ქსოვილებში სისხლჩაქცევა. სიმსივნე. ნარკოზული საშუალებები (კოდეინი, მორფიუმი) და სხვ. პანკრეატიტისათვის სპეციფიკურად ითვლება, თუ შარდში დიასტაზის რაოდენობა აღემატება 512 ერთეულს. აღსანიშნავია ისიც, რომ დიასტაზის მომატება შარდში დაავადების მეორე-მესამე დღეს უფროა გამოხატული. ამიტომ დაავადების ამოცნობისათვის საჭიროა შარდის სისტემატური და არა ერთჯერადი გამოკვლევა. ადრეულ პერიოდში შარდში დიასტაზის მომატება აღენიშნება მწვავე პანკრეატიტის რეციდიული ფორმების დროს. პირველადი მწვავე პანკრეატიტის დროს იგი პირველ საათებში ხშირად არაა მომატებული.

მწვავე პანკრეატიტის დროს შარდში დიასტაზის რაოდენობამ შეიძლება რამდენიმე ათას მიაღწიოს. ზოგჯერ შარდში დიასტაზის მაღალი მაჩვენებელი არ გამოხატავს დაავადების მძიმედ მიმდინარეობას.

პანკრეასის მწვავე შეშუპების დროს სისხლში შაქრის ცვლილებები ნაკლებადაა გამოხატული. ლეიკოციტების რიცხვი ხშირად 10 ათასზე მეტია.

ჰემორაგიული პანკრეონეკროზის დროს ტკივილი გაცილებით ძლიერია, ვიდრე პანკრეასის შეშუპებისას. იგი იმდენად მკვეთრადაა გამოხატული, რომ ავადმყოფი ხშირად კოლაფსის მდგომარეობაში ვარდება. ტკივილი ირადიაციას იძლევა ზურგში და წელში. ავადმყოფს აქვს შემაწუხებელი და ხშირი პირღებინება. ზოგჯერ შეიმჩნევა სკლერების იქტერული შეფერვა, შარდში დიასტაზის რაოდენობა იმატებს. მაგრამ ვრცელი, თითქმის ტოტალური, პანკრეონეკროზის დროს შარდში დიასტაზის რაოდენობა ხშირად ნორმაზე დაბალია. პანკრეონეკროზის დროს დამახასიათებელია სისხლში შაქრის მომატება და რაც უფრო მკვეთრადაა ნეკროზი გამოხატული და ინსულარული აპარატი განადგურებული, მით უფრო მაღალია შაქრის რაოდენობა. მწვავე პანკრეონეკროზის დროს სისხლში აღინიშნება აგრეთვე მაღალი ლეიკოციტოზი.

მუცლის მხრივ, თუ პანკრეასის შეშუპების დროს სპარბობს პარალიზური ileუსის მოვლენები, ნეკროზის შემთხვევაში წინა პლანზეა პერიტონიტის ნიშნები.

მწვავე ჩირქოვანი პანკრეატიტი ვითარდება სანაღვლე გზებიდან ან კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან ჯირკვალში ინფექციის შეჭრის შედეგად. ჩირქოვანი პანკრეატიტის განვითარებას ხშირად ადგილი აქვს პანკრეონეკროზის დროს ნეკროზული უბნების დაჩირქების შედეგად. ამის მიხედვით შეიძლება განვითარდეს მცირე ოდენობის ჩრავლობითი ან შედარებით დიდი და ერთეული ჩირქგროვები. ჩირქოვანი ანთება ხშირად ვრცელდება პერიტონეუმზე, ელენთაში, ღვიძლში.

დაავადება არ იწყება ისე მძაფრად, როგორც პანკრეონეკროზის დროს. ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა მძიმეა, ყურადღებას იპყრობს შემცივნება, მაღალი ტემპერატურა, პულსის გახშირება, სისხლში მაღალი ლეიკოციტოზი. მუცლის მხრივ აღინიშნება პერიტონიტის ნიშნები. შარდში დიასტაზის რაოდენობა მცირდება. დაავადება სიკვდილობის მაღალ პროცენტს იძლევა, თუ ოპერაცია ადრეულად არ გაკეთდა.

ვ. ვოსკრესენსკის აზრით, შესაძლოა სისხლში და შარდში არსებული ზოგიერთი ცვლილების მიხედვით განსაზღვრულ იქნას, თუ პანკრეასის რომელ ნაწილშია ცვლილებები და რა სახის დაზიანებას აქვს ადგილი. როდესაც დაზიანება პანკრეასის თავშია ლოკალიზებული, მაშინ შაქრის რაოდენობა სისხლში ნორმალურია, ხოლო დიასტაზა შარდში მატულობს. ჯირკვლის სხეულის დაზიანებისას სისხლში შაქრისა და შარდში დიასტაზის რაოდენობა ნორმალურია ან მცირედ მომატებული. კუდის დაზიანების დროს სისხლში შაქარი მატულობს, ხოლო შარდში დიასტაზის რაოდენობა ნორმალურია. პანკრეასის მთლიანი დაზიანების შემთხვევაში შარდში დიასტაზის და სისხლში შაქრის რაოდენობა დამოკიდებულია ჯირკვალში არსებულ ცვლილებებზე: შეშუპებისას სისხლში შაქრის რაოდენობა ნორმალურია, შარდში დიასტაზის რაოდენობა მკვეთრად მომატებული; დაჩირქებისას აღინიშნება ორივე მაჩვენებლის მომატება; ჯირკვლის ნეკროზის დროს სისხლში შაქრის რაოდენობა მკვეთრად მატულობს. შარდში დიასტაზის რაოდენობა კი ნორმალური რჩება. ამ მონაცემებთან ერთად სწორი დიაგნოზის დასმაში დიდ დახმარებას გვიწევს სხვა ნიშნები—ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა, ტკივილის ხასიათი, ლოკალიზაცია და გავრცელება, რის შესახებაც უკვე იყო მითითებული. ზოგჯერ ანამნეზიდან გვეხმარება აგრეთვე ქრონიკული ქოლეცისტიტის არსებობა ან დაავადების წინ კვების რეჟიმის დარღვევა და სხვ.

მწვავე პანკრეატიტის დროს დიფერენციული დიაგნოზის გატარება გვჭირდება კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაციასთან, მწვავე ქოლეცისტიტთან, გულის ან ჯორჯლის სისხლძარღვთა თრომბოზთან, მწვავე აპენდიციტთან, ნაწლავის მაღალ გაუვალობასთან.

წყლულის პერფორაციის შემთხვევაში უეცრად დაწყებული ტკივილი ძლიერია და მისი ინტენსივობა კლებულობს და არა, პირიქით, როგორც ამას ადგილი აქვს პანკრეატიტის დროს. გარდა ამისა, პერფორაციისათვის ძლიერ დამახასიათებელია კუნთთა დაჭიმულობა, რაც პანკრეატიტის დროს არ აღინიშნება, დამახასიათებელია აგრეთვე პნევმოპერიტონეუმი, რასაც ღვიძლის მოყრუების გაქრობით ან რენტგენით აღმოვაჩენთ ხოლმე. პანკრეატიტის დროს

ხშირად ადგილი აქვს პირღებინებას, პერფორაციის შემთხვევაში იგი იშვიათია. პერფორაციისაგან განსხვავებით, პულსი პანკრეატიტის დროს თავიდანვე აჩქარებულია და სუსტი ავსებისაა. პანკრეატიტი შედარებით ხშირია ქალებში და სიმსუქნისადმი მიდრეკილ პირებში, წყლული კი—კვებადაქვეითებულ მამაკაცებში. პანკრეატიტის ამოცნობაში დიდ დახმარებას გვიწევს ლაბორატორიული გამოკვლევა.

მწვავე ქოლეცისტიტის დროს, პანკრეატიტისაგან განსხვავებით, ანამნეზში ხშირად აღინიშნება წარსულში მსგავსი შეტევის არსებობა, ტკივილი ლოკალიზდება უფრო მარჯვნივ და არა ეპიგასტრიუმის არეში. იგი ყოველთვის ირადიაციას იძლევა მარჯვენა ბეჭში და არა სხეულის სხვადასხვა მხარეს, როგორც ამას ადგილი აქვს პანკრეატიტის შემთხვევაში, ქოლეცისტიტის არსებობისას ტემპერატურა მეტწილად მომატებულია, პანკრეატიტის დროს კი ტემპერატურის მომატებას ადგილი აქვს დაჩირქების შემთხვევაში.

ჯორჯლის სისხლძარღვთა თრომბოზი მეტწილად გვხვდება გულით ან ათეროსკლეროზით დაავადებულებში. ხშირად ავადმყოფს აქვს მოციმციმე არითმია, განავალში სისხლი, მაღალი ლეიკოციტოზი, მთელი მუცლის შებერილობა.

ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის დროს შეტევითი ტკივილი აღინიშნება მთელი მუცლის არეში. პანკრეატიტის შემთხვევაში კი მუდმივი ტკივილი უპირატესად ეპიგასტრიუმის მიდამოში გვხვდება. გაუვალობისას ყურადღებას იპყრობს ნაწლავთა პერისტალტიკა, შებერილობა, ვალის ნიშანი, რენტგენოსკოპიულად კლიობერის ფიალების არსებობა. არც ერთი ნიშანი, გარდა მცირე შებერილობისა, პანკრეატიტს არ ახასიათებს. მაღალი გაუვალობისათვის დამახასიათებელია ხშირი პირღებინება განავლის სუნის მქონე მასებით, პანკრეატიტის დროს, მართალია, ხშირ პირღებინებას აქვს ადგილი, მაგრამ არა განავლოვანი მასებით.

პანკრეატიტისაგან განსხვავებით, მწვავე აპენდიციტის დროს ეპიგასტრიუმის არეში აღინიშნება გარდამავალი ტკივილი, რომელიც შემდეგ ილეოცეკალურ მიდამოში ლოკალიზდება; აქვე კუნთთა დაჭიმულობა კარგადაა გამოხატული. რაც პანკრეატიტის შემთხვევაში არ გვხვდება. ამასთან, მწვავე აპენდიციტი შედარებით ნაკლები სიმძაფრით და შოკის გარეშე მიმდინარეობს. საერთოდ პანკრეატიტის ამოცნობაში დიდ დახმარებას გვიწევს სისხლისა და განსაკუთრებით შარდის გამოკვლევა.

მ წ ვ ა ვ ე პ ა ნ კ რ ე ა ტ ი ტ ი ს მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა ძირითადად კონსერვატულია. მწვავე პანკრეატიტის მხოლოდ ზოგიერთი სახისა და პერიტონიტის აშკარა ნიშნების დროს კეთდება ოპერაცია. მწვავე პანკრეატიტის დასაწყისში სავსებით შესაძლოა კონსერვატული მკურნალობა. ავადმყოფს ენიშნება მკაცრი წოლითი რეჟიმი. პირის გზით არ ეძლევა 3—4—5 დღე არამცთუ საკვები, წყალიც კი. შოკთან ბრძოლისა და ტკივილის მოხსნისათვის უკეთდება ვენაში ნოვოკაინი 10 მლ რაოდენობით, ზოგჯერ განმეორებით, წელის ბლოკადა ნოვოკაინით, მორფიუმი, პრომედოლი, ოდის სპინქტერის სპაზმის მოსახსნელად ატროპინი. პირღებინების დროს კარგია კუჭის განმეორებით ამორეცხვა და შუალედებში შიგთავსის ამოქაჩვა ცხვირიდან შეყვანილი წვრილი ზონდით. დაკარგული სითხეების ანაზღაურების მიზნით, დღე-ღამეში შეჰყავთ ვენაში და კანქვეშ 2—3 ლიტრამდე გლუკოზა და ფიზიოლოგიური ხსნარი, ჰიპერგლიკემიის დროს უკეთდება 10—30 ერთეული ინსულინი 1—3-ჯერ დღეში. ფართოდ გამოიყენება საგულე საშუალებანი (ქაფური, კოფეინი, კორდიამინი), ანტიბიოტიკები, ურჩევენ ტრასილოლს და სხვ. სასმელად სითხე მიეცემა დიასტაზის

შარდში და სისხლში ნორმამდე ჩამოსვლის შემდეგ. პირველ ხანებში ეძლევა წყალი, ჩაი, ხილის წვენი, ვაშლის პიურე, კისელი. უფრო მოგვიანებით ბოსტნეულის სუპი, მოხარშული მწვანილ ხორცი, გამომშრალი თეთრი პური. მწვავე მოვლენების ჩაცხრობის შემდეგ ენიშნებათ უპირატესად ნახშირწყლოვანი დიეტა ცილების მცირე რაოდენობით; ცხიმების მიღება მკვეთრად იზღუდება.

ოპერაციული მკურნალობა. მწვავე პანკრეატიტის მძიმე ფორმების: პანკრეონეკროზის და ჩირქოვანი პანკრეატიტის შემთხვევაში საჭიროა ოპერაციული მკურნალობა. როდესაც ავადმყოფის მდგომარეობა ენერგიული კონსერვატული მკურნალობით გაუმჯობესების მაგიერ უარესდება, იძატებს სეფსისური მოვლენები; ტემპერატურა, შემცივნება, ლეიკოციტოზი (შარდში დიასტაზის რაოდენობა მძიმე ფორმის პანკრეატიტის დროს ეცემა), აშკარა ხდება პერიტონიტის ნიშნები, მაშინ აუცილებელია ოპერაცია.

ადგილობრივი ანესთეზიით ან, უმჯობესია ნარკოზით, კეთდება შედიანური განაკვეთი მახვილისებრი მორჩიდან ჭიპამდე.

პანკრეატიტის დროს მუცლის ღრუში ვნახულობთ მოყვითალო სეროზულ ან ჰემორაგიულ გამონადენს და სადაფის ფერის ცხიმოვანი ნეკროზის უბნებს მცირე და დიდი ბადექონის ჰიპერემიის ფონზე. პანკრეასის გამოსაჩენად საჭიროა გაიხსნას კუჭ-განივი კოლინჯის იოგი. ჯირკვალი გადიდებულია, ზოგჯერ ნეკრიული და შეშუპებულია ჰემორაგიული ან ნეკროზული უბნების არსებობის გამო. იგი გარედან დაფარულია ფიბრინულ-ჩირქოვანი ნადებით. ზოგჯერ აღინიშნება მხოლოდ ჯირკვლის გადიდება, წილაკოვნობის მოსპობა. იგი ყვითელი. ბაგრამ კრიალა შესახედაობისაა.

მწვავე პანკრეატიტის დროს უნდა გაეხსნათ ჯირკვლის კაფსულა და მივიტანოთ მასთან ტამპონი და რეზინის მილი ანტიბიოტიკების შესაყვანად (სურ. 140).

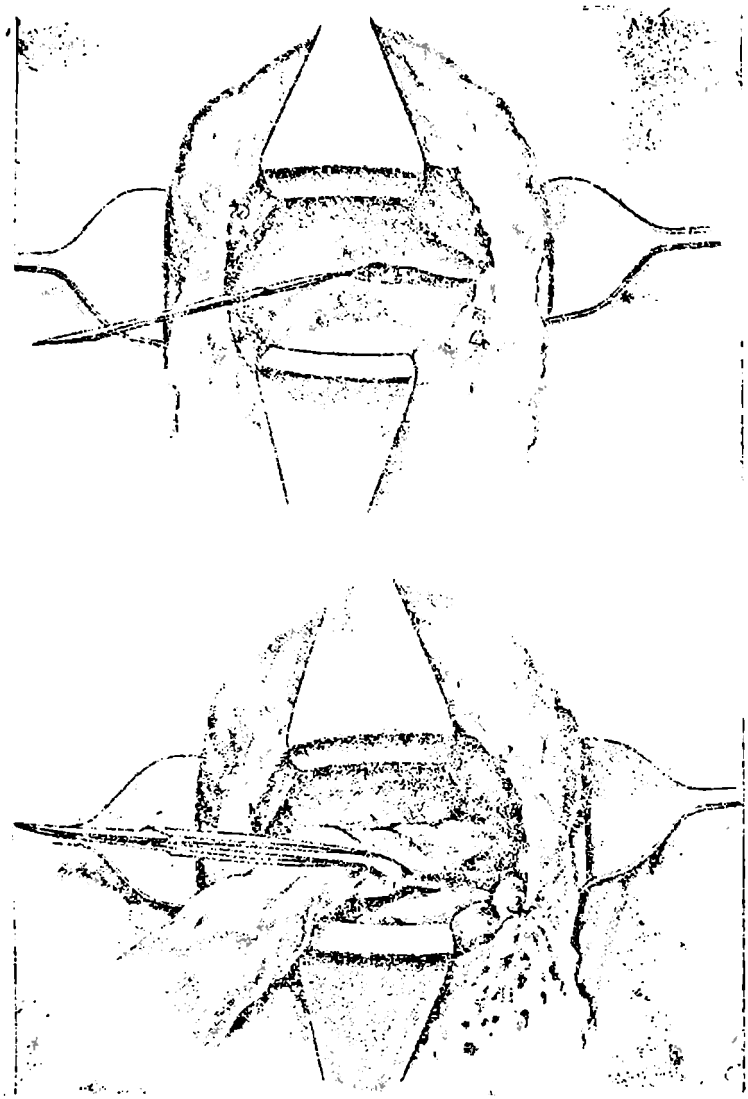
როდესაც მწვავე პანკრეატიტის ნიშნებს ვერ ვნახულობთ, იკერება კუჭ-კოლინჯის ოიგი და ხდება მუცლის ღრუს რევიზია მწვავე მუცლის მიზეზის დასადგენად, შემომფარგლავი ტამპონი და დრენაჟი ანტიბიოტიკების შესაყვანად. ზოგჯერ მდგომარეობის მიხედვით, თუ ამის სათანადო ჩვენება არსებობს (ქოლანგიტის მოვლენები, ნაღვლის კენჭოვანი დაავადება), საჭიროა ნაღვლის საერთო სადინარის დრენირება, ქოლეცისტექტომია და ამ მიდამოს ტამპონაჟი. ინსულინური აპარატის მკვეთრი მოშლილობის გამო ოპერაციისშემდგომ პერიოდში საჭიროა დიაბეტის საწინააღმდეგო დიეტა.

მწვავე პანკრეატიტის მკურნალობაში ინდივიდუალური მიდგომა, შესაფერი ჩვენებისას კონსერვატული და ოპერაციული მკურნალობის გამოყენება ამ მძიმე დაავადების დროს სიკვდილობის პროცენტის შემცირების ერთ-ერთი მთავარი საწინდარია.

ქრონიკული პანკრეატიტი

მწვავე პანკრეატიტის განკურნების შემდეგ ზოგჯერ დაავადება ქრონიკულ სტადიაში გადადის. ქრონიკული პანკრეატიტი ვითარდება აგრეთვე ნაღვლის საერთო სადინარის კენჭის, თორმეტგოჯას პანკრეასში შეღწეული წყლულის, ღვიძლის ციროზის, ალკოჰოლიზმის, სიფილისისა და სხვა დაავადებათა დროს.

პათომორფოლოგიური ცვლილებების მიხედვით ქრონიკული პანკრეატი-



სურ. 140. მწვავე პანკრეატიტის დროს კაფსულის გასწვრივად გაკვეთა (ა) და ტამპონის მიტანა (ბ).

ტი შეიძლება იყოს ატროფიული და ჰიპერტროფიული. ამ უკანასკნელის დროს ლანგერჰანსის კუნძულები მეტხანს ინარჩუნებს ფუნქციას.

ნ ი შ ნ ე ბ ი. ქრონიკულ პანკრეატიტს საკუთრივ მისთვის დამახასიათებე-

ლი ნიშნები არ აქვს. ავადმყოფს აწუხებს უმადობა, სიგამხდრე, საერთო სისუსტე, გულისრევა. პირღებინება, შეკრულობა, ხშირად პირიქით ფაღარათი, ზოგჯერ ტემპერატურის მომატება, ყრუ ხასიათის ტკივილი და სიმძიმის გრძნობა მუცლის მარჯვენა ზემო კვადრანტში. ქრონიკული პანკრეატიტის დროს ანთებითად შეცვლილი პანკრეასის თავი ნაღვლის საერთო სადინარზე ზეწოლით იწვევს სიყვითლეს. ამ შემთხვევაში სიყვითლის მიზეზის ზუსტად ამოცნობა, იგი პანკრეასის თავის კიბოთი, ანთებით თუ კენჭითაა გამოწვეული, ოპერაციის გარეშე ადვილი არაა. დიაგნოზის დასმაში გეეხმარება დადებითი კურვუაზიეტერიერის ნიშანი, ავადმყოფის მიწისფერი, განავალში სისხლი და ნორმალური ტემპერატურა სიმსივნის არსებობისას. განავალში ცხიმის, მოუნელებელი ცილისა და შარდში შაქრის არსებობა ქრონიკული პანკრეატიტის დროს.

მ კ ურ ნ ა ლ ო ბ ა. ქრონიკული პანკრეატიტის გამწვავების ერთ-ერთი მიზეზი დიეტის დარღვევაა, ამიტომ დიდი მნიშვნელობა აქვს ნახშირწყლების დიეტას, ცილების შემცირებას და განსაკუთრებით ცხიმების ძლიერ შეზღუდვას. მკურნალობა მიზნად ისახავს სანაღვლე გზების კენჭოვანი დაავადების ლიკვიდაციას და ნორმალური მდინარების აღდგენას. ამ მიზნით გამოიყენება ქოლეცისტოდუოდენო ან ქოლეცისტოგასტროსტომია.

პანკრეასის ცისტები

პანკრეასის ცისტა არც ისე იშვიათია. ძირითადად არჩევენ ნამდვილ და ცრუ ცისტას. ნამდვილი ცისტა თანდაყოლილი ან შეძენილია, ზოგჯერ რეტენციული, ან სიმსივნური ცისტოადენომაა. აქვს ეპითელით გამოფენილი კაფსულა. ცრუ ცისტა ქრონიკული პანკრეატიტის ან პანკრეასის ტრავმის შემდეგ ვითარდება და არ აქვს კაფსულა. პანკრეასის, განსაკუთრებით ყალბი, ცისტა ზოგჯერ ზედმიწევნით დიდ ოდენობას აღწევს. ცისტის შიგთავსი შეიძლება იყოს გამჭვირვალე ქარვის ფერის, ჭუჭყიანი, შოკოლადის ფერის –ჩაღვრილი სისხლისაგან და ჩირქოვანი შიგთავსი მეტწილად შეიცავს პანკრეასის ფერმენტებს, განსაკუთრებით დიასტაზას.

ცისტის ადგილმდებარეობა ხშირად შეესაბამება ორგანოში მის ლოკალიზაციას: პანკრეასის თავის ცისტა მეტწილად მოთავსებულია ღვიძლსა და კუჭის მცირე სიმრუდეს შორის. გაცილებით ხშირია პანკრეასის სხეულის ცისტა, რომელიც მდებარეობს კუჭის დიდ სიმრუდესა და განივ კოლინჯს შორის, უფრო მარჯვნივ; პანკრეასის კუდის ცისტას იგივე მდებარეობა აქვს, მაგრამ უფრო მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოსაკენ. ცისტა ზოგჯერ მდებარეობს განივი კოლინჯის ქვემოთ, რეტროპერიტონულ სივრცეში, ზოგჯერ კოლინჯის უკან მისი ჯორჯლის გაშრევებულ ფურცლებს შორის. ასეთი ცისტა ზოგჯერ მოძრაობა, რის გამოც იგი შეიძლება საკვერცხის ცისტასთან შეგვეშალოს.

პანკრეასის პატარა ოდენობის ცისტა კლინიკურ გამოვლინებას იშვიათად იძლევა. დიდი ოდენობის ცისტას ხშირად ახასიათებს ზოგიერთი დისპეფსიური მოვლენები: კუჭზე ზეწოლის გამო გულისრევა და პირღებინება, სიგამხდრე. ზოგჯერ პანკრეასის ინსულარული აპარატის ფუნქციის მოშლა. დაჩირქებისა და შიგთავსის მუცლის ღრუში გაჟონვის გამო ავადმყოფი პერიტონიტის მოვლენებით მიმართავს ექიმს.

დ ი ა გ ნ ო ზ ი. პანკრეასის ცისტის დიაგნოზის დასმაში ანამნეზიდან მნიშვნელობა აქვს მუცლის არეში გადატანილ ტრავმას, თუნდაც დიდი ხნის წინათ.

გადატანილ პანკრეატიტს, ზოგჯერ სანაღვლე გზების კენჭოვან დაავადებას და სხვ. მუცლის გამოკვლევით ჭიპის არეში ან მასთან ახლოს ისინჯება სადა ზედაპირის საკმაოდ მკვრივი, დაჭიმული სიმსივნე, რომელიც სუნთქვით აქტში არ მონაწილეობს და ხელით შეხებითაც ნაკლებად მოძრავია, ფლუქტუაცია მეტწილად კარგადაა გამოხატული.

დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება რენტგენოლოგიური გამოკვლევა. კუჭისა და განივი კოლინჯის საკონტრასტო მასით გამოკვლევისას კუჭი ზევით და განივი კოლინჯი ქვევითაა გადაწეული (ჰუსენბაუერის ნიშანი). განივი კოლინჯის ასეთი გადანაცვლება შეიძლება აღმოვაჩინოთ გაბერვითაც. დიაგნოზის დასმისათვის ცისტის პუნქცია დაუშვებელია კუჭის ან ნაწლავის დაზიანებისა და ცისტის შიგთავსის მუცლის ღრუში ჩაღვრის საშიშროების გამო.

დიფერენციული დიაგნოზის გატარება გვჭირდება მუცლის ღრუს სხვა ორგანოთა ცისტოზურ წარმოქმნებთან, ექინოკოკთან, განსაკუთრებით ელენთის ექინოკოკთან პანკრეასის კუდის ცისტის დროს. ჰიდრონეფროზთან, რეტროპერიტონულ დიდი ოდენობის სიმსივნესთან. ლიპომასთან. როგორც სხვა ორგანოს, ისე პანკრეასის ექინოკოკის ამოცნობაში გვეხმარება კაცონის რეაქცია. ეოზინოფილია. პანკრეასის ცისტის დროს, ზემოაღნიშნულ ნიშნებს გარდა, ზოგჯერ შარდში შაქრის აღმოჩენა გვეხმარება.

მკურნალობა ოპერაციულია. იდეალურია პანკრეასის ცისტის ამოკვეთა მთლიანად. მაგრამ ასეთი ოპერაციის შესრულება გამოცდილი ქირურგისთვისაც მეტად ძნელი და ხშირად მოუხერხებელია ცისტის დიდი ოდენობის და მეზობლად მდებარე ორგანოთა დაზიანების საშიშროების გამო. კეთდება ადვილად შესასრულებელი ოპერაცია — მარსუპიალიზაცია. რომელიც სიკვდილობის გაკილებით ნაკლებ პროცენტს იძლევა. ვ. ვ. ვინოგრადოვის მიხედვით პანკრეასის ცისტის მარსუპიალიზაციის დროს სიკვდილობა 3—5% უდრის, ცისტის ექსტირპაციის დროს კი 10%-ს.

პანკრეასის ცისტის მარსუპიალიზაცია კეთდება ასე: ლაპაროტომიით ცისტა შიგთავსისაგან თავისუფლდება ამოქაჩვით, წინასწარ მის ირგელივ კარგად შემოფარგვლის შემდეგ. ცისტის გაკვეთილი კედლები მაქსიმალურად ამოიწევა ჭრილობაში და მუცლის კედელს ეკერება. ცისტის ღრუში, მისი გულდასმით ამომშრალების შემდეგ, თავსდება ტამპონები. შეხვევებით ღრუ თანდათან განიცდის ობლიტერაციას. მისი ნაკლია ოპერაციისშემდგომი ხვრელმილის ხანგრძლივად არსებობა, ფერმენტების გამოყოფა და ჭრილობის ირგვლივ ქსოვილების ძლიერი გაღიზიანება.

პანკრეასის ხვრელმილის შეხორცებას ხელს უწყობს დიეტა, რომელიც არ შეიცავს ნახშირწყლებს და ცხიმს. ხვრელმილის ხანგრძლივად არსებობისას ზოგჯერ იძულებით კეთდება მისი შეერთება ნაწლავთან ან კუჭთან, ამიტომ ზოგი თავიდან ურჩევს პანკრეასის ცისტის დროს შიგნითა დრენაჟს: ცისტის კედლის მიკერებას მლივი ნაწლავის მარყუჟთან ან კუჭის კედელთან. ეს ოპერაცია არაა უნაკლო პანკრეასის ქსოვილის მუდმივი შიგნითა ხვრელმილიდან ინფიცირების გამო.

პანკრეასის ქვები

ფრიად იშვიათად პანკრეასის სადინარში ვითარდება ფოსფორმჟავა, ან ნახშირმჟავა კალციუმისაგან შემდგარი მომცრო ოდენობის ქვები, ან სილა.

დაავადების ზუსტად გამოცნობა ძნელია, რადგან შეტევითი ტკივილით იგი ძალიან ჰგავს ნაღვლის კენჭოვანი დაავადებით გამოწვეულ ჭვალს.

სწორი დიაგნოზის დასმისათვის დიდ მნიშვნელობას აძლევენ გლუკოზურიას, განავალშიც ცხიმის (სტეატორეა) და კენჭების აღმოჩენას, სიყვითლის არარსებობისას. ზოგჯერ გვეხმარება რენტგენოგრაფიაც.

მ კ ურ ნ ა ლ ო ბ ა. პანკრეასის წვენის სეკრეციის გაძლიერებამ შეიძლება სადინარიდან გამოყაროს კენჭები და სილა. ოპერაციული გზით კენჭების ამოღება კეთდება ტრანსდუოდენური ან ტრანსგლანდულარული გზით.

პანკრეასის სიმსივნეები

პ ა ნ კ რ ე ა ს ი ს კ ე თ ი ლ თ ვ ი ს ე ბ ი ა ნ ი სიმსივნეები: ფიბრომა, ლიპომა, ადენომა ფრიად იშვიათია. მათ ზედმიწევნით ნელი ზრდა ახასიათებთ. ავადმყოფს აწუხებს ზოგიერთი დისპეფსიური მოვლენები. მუდმივად ყრუ ხასიათის ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში, სიგამხდრე, ზოგჯერ დიაბეტი. სიმსივნის სწორი დიაგნოზი მეტწილად საოპერაციო მაგიდაზე ისმება.

მ კ ურ ნ ა ლ ო ბ ა სიმსივნის ამოკვეთაში მდგომარეობს.

ლ ა ნ გ ე რ ჰ ა ნ ს ი ს კ უ ნ ძ უ ლ ე ბ ი ს ს ი მ ს ი ვ ნ ე. შეიძლება შეგვხვდეს ლანგერჰანსის კუნძულების კეთილთვისებიანი (ადენომა), ან ავთვისებიანი სიმსივნე. ინსულინის გაძლიერებული გამოყოფის გამო, თითქოს უმიზეზოდ. ავადმყოფს უვითარდება მკვეთრი ჰიპოგლიკემია, შეიძლება აღენიშნებოდეს დისპეფსიური მოვლენებიც.

მ კ ურ ნ ა ლ ო ბ ა. ჰიპოგლიკემიური კრიზის დროს ეძლევა შაქარი, უკეთდება გლუკოზა. ენიშნება ნახშირწყლოვანი დიეტა. რადიკალური მკურნალობა სიმსივნის ამოკვეთაა.

პანკრეასის კიბო

პანკრეასში ვითარდება პირველადი და მეორადი კიბო. უკანასკნელი მეზობელ ორგანოებიდან (უფრო ხშირად კუჭი, სანაღვლე გზები) ჩაეზრდება პანკრეასში. პანკრეასის კიბო მამაკაცებში ორჯერ უფრო ხშირია, ვიდრე ქალებში.

პანკრეასის კიბო კიბოთი დაავადებულთა 1—2% შეადგენს და 50—82%-ში პანკრეასის თავში ლოკალიზდება (ნ. ი. ლეპორსკი, 1951).

სიმსივნე ვითარდება სადინარის ან ჯირკვლის ეპითელიდან, ამის მიხედვით ჰისტოლოგიური შენებაც სხვადასხვაა. სადინარიდან წარმოშობილი ცილინდრულუჯრედოვანია. ჯირკვლის ქსოვილიდან განვითარებული ადენოკარცინომა გვხვდება. სიმსივნის ოდენობა 1—2 სმ დიამეტრიდან 10 სმ დიამეტრს აღწევს.

ნ ი შ ნ ე ბ ი. დაავადება იწყება შემპარავად. თითქმის ნახევარი წლის თავზე ავადმყოფს გამოაჩნდება საერთო სისუსტე და ზოგიერთი დისპეფსიური მოვლენები: უმადობა, გულისრევა, პირღებინება, ზოგჯერ საჭმლის შეძულება, ფაღარათი, რომელიც ხშირად იცვლება შეკრულობით. სიგამხდრე, ანემია, ედრის მომატება, შემდეგ გაურკვეველი ყრუ ხასიათის ტკივილი მუცელში, რომელიც არაა დაკავშირებული საჭმლის მიღებასთან. ტკივილის ლოკალიზაცია ხშირად შეესაბამება პანკრეასში სიმსივნის ლოკალიზაციას. პანკრეასის თავის სიმსივნე ტკივილს უფრო მარჯვენა ფერდქვეშა არეში იძლევა, პანკრეასის

სხეულისა და კუდის სიმსივნეს ძლიერი, ზოგჯერ პირდაპირ აუტანელი ირადიირებული ტკივილი ახასიათებს წელის არეში, მზის წნულზე ზეწოლით და ნევრალგიით გამოწვეული. ასეთ ავადმყოფებს ტიპიური მდებარეობა აქვთ. რადგან ზურგზე წოლა ტკივილს აძლიერებს, ავადმყოფი ამჯობინებს ჩაცუცქულ მდებარეობას სხეულის წინ მოხრით.

პანკრეასის თავის კიბოს საკმაოდ ხშირად, ნაღვლის საერთო სადინარზე ზეწოლის გამო, ახასიათებს სიყვითლე და მის გამო შემაწუხებელი კანის ქავილი, უძილობა, ძლიერი სიგამხდრე. კენჭოვანი ობტურაციული სიყვითლისაგან განსხვავებით სიმსივნის დროს სიყვითლე ყოველგვარი ტკივილის გარეშე ვითარდება შემპარავად. ავადმყოფს ხშირად სიყვითლის ფონზე მიწის ფერი გადაჰკრავს. პანკრეასის კიბოთი გამოწვეული სიყვითლის დროს შარდსა და სისხლში ბილირუბინი მომატებულია. ცხიმოვან (სტეატორეა) და ცილოვან (კრეატორეა) მეტად მყრალ განავალში ნაღვლის პიგმენტები არ არსებობს. ხშირად ადგილი აქვს გლუკოზურიას, ჰიპერგლიკემიას. მუცლის ღრუს გამოკვლევით მხოლოდ 50%-ში, ისიც პანკრეასის თავის კიბოს დროს ისინჯება მკვრივი, ხორკლიანი, უძრავი სიმსივნე. ამ დროს კარგადაა გამოხატული აგრეთვე გადიდებული ნაღვლის ბუშტი—კურვუაზიეს დადებითი ნიშანი. ეს სიმპტომი პანკრეასის თავის კიბოს დროს ყოველთვის არ აღინიშნება. მის არსებობას ადგილი აქვს დაახლოებით 80%-ში (ნ. ნ. ელანსკი). ხშირად გადიდებულია აგრეთვე ღვიძლი. დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავზე ზეწოლით გამოწვეული მეორადი ნიშნები, ზოგჯერ რენტგენოლოგიური გამოკვლევა. დიფერენციული დიაგნოზის გატარება გვჭირდება სანაღვლე გზების დაავადებასთან—კუჭისა და ფატერის დვრილის სიმსივნესთან, პანკრეასის დიდი ოდენობის სიმსივნის დროს პანკრეასის ცისტასთან, სიყვითლის არსებობისას ბოტკინის დაავადებასთან, ქრონიკულ პანკრეატიტთან, საკმაოდ ხშირად, როგორც ნ. ელანსკი წერს, არის შემთხვევები, როცა ნაღვლის საერთო სადინარის კენჭს მიიჩნევენ პანკრეასის კიბოდ, მკურნალობაზე ხელს ჩაიქნევენ და პირიქით. კიდევ უფრო ხშირად პანკრეასის სიმსივნის დროს ავადმყოფები სიყვითლის გამო თვეობით მოთავსებულია ინფექციურ საავადმყოფოში, როგორც ბოტკინის დაავადება. პანკრეასის კიბოს დიფერენციული დიაგნოზისათვის ნ. ელანსკის მოჰყავს შემდეგი სქემა (იხ. გვ. 385):

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა ოპერაციულია, მაგრამ იგი მეტწილად უშედეგოა. რადიკალურად ითვლება პანკრეასის დაავადებული ნაწილის რეზექცია და პანკრეასის ტაკვის წვრილ ნაწლავში ჩაკერება (სურ. 141). ოპერაცია ძნელად შესასრულებელია და ხშირად სიკვდილით მთავრდება. რადიკალური ოპერაცია. ვ. ვინოგრადოვის მიხედვით, ხერხდება მხოლოდ 10—20%-ში. ოპერაციის შემდეგ გადარჩენილ ავადმყოფთა სიცოცხლის ხანგრძლიობა მეტწილად ორ წელს უდრის. ი. გრეკოვის მიერ ნაოპერაციევმა ავადმყოფმა, რომელსაც 1913 წელს პანკრეასის რეზექცია გაუკეთა, იცოცხლა 16 წელი. პანკრეასის რეზექციის წინ ავადმყოფს ენიშნება პოლივიტამინი, ვიკასოლი, გლუკოზა, რკინისა და ღვიძლის პრეპარატები. ოპერაციის შემდეგ ესაჭიროება პანკრეატინი, პანკრეასის ფხვნილი და საკვები, რომელიც თითქმის არ შეიცავს ცხიმებსა და ნახშირწყლებს. პანკრეასის კიბოს დროს პალიატური ოპერაცია მიზნად ისახავს მძიმე სიყვითლის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის გაუვალობის ლიკვი-

სქემა პანკრეასის კიბოს დიფერენციული დიაგნოზისათვის (ნ. ელანსკით)

სიმპტომები / დაავადება	დამოუკიდებელი ტკივილი	ტკივილი მუცლის პალპაციის დროს	ტემპერატურა	სიყვითლე	განავლის ფერი	კურვუაზიეს ნიშანი
პანკრეასის თავის კიბო	მუდმივი ყრუ	არ აღინიშნება, ან უმნიშვნელოდაა გამოხატული	ნორმალური	მკვეთრად გამოხატული	უფერულია	ხშირად დადებითია
პანკრეასის თავისა და კუდის სიმსივნე	მუდმივი ყრუ ტკივილი, წელში ირადიაციით	არ აღინიშნება ან უმნიშვნელოდაა გამოხატული	ნორმალური	არ აღინიშნება	შეფერილია	უარყოფითია
ფატერის დვრილის კიბო	არ აღინიშნება	არ აღინიშნება	ნორმალური	მკვეთრად გამოხატული	უფერულია	უფრო ხშირად დადებითი
ნაღველის საერთო სადინარის დახშობა კენჭით	მკვეთრად გამოხატული კენჭოვანი ქოლის შეტევები	მკვეთრად გამოხატული	შეიძლება მოიმატოს შეტევის დროს	მკვეთრად გამოხატული	უფერულია	უფრო ხშირად უარყოფითი
ბოტკინის დაავადება	არ აღინიშნება, ან მეტად სუსტი	არ აღინიშნება	მომატებულია	გამოხატულია	შეფერილია	უარყოფითი
ქრონიკული პანკრეატიტი	მუდმივი ყრუ, გამწვავებით	აღინიშნება გამწვავების დროს	მომატებულია გამწვავების დროს	უფრო ხშირად არ აღინიშნება	შეფერილია	უარყოფითი
კუჭის კიბო	არ აღინიშნება, ან ყრუ ტკივილი, რომელიც მწვავდება საჭმლის მიღების შემდეგ	აღინიშნება სიმსივნის გასინჯვის დროს	ნორმალური, ზოგჯერ მომატებული	არ აღინიშნება, შეიძლება იყოს დვრილში მეტასტაზების დროს	შეფერილია	უარყოფილი
პანკრეასის ცისტა	არ აღინიშნება, გამოხატულია დაჩირქების დროს	არ აღინიშნება	ნორმალურია, დაჩირქების დროს მომატებულია	უხშირესად არ აღინიშნება	შეფერილია	უარყოფითი

სურ. 141. პანკრეატიკოდუოდენური რეზექცია.

დაციას. ხშირად კეთდება ქოლეცისტოენტეროსტომია. ან სხვა მსგავსი ოპერაცია შეგუბებული ნაღვლის ახალი გზის შექმნისათვის. ამ ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფს გაუვლის სიყვითლე, მასთან დაკავშირებული მოვლენები, აგრეთვე გულისრევა, პირღებინება და მდგომარეობა დროებით უმჯობესდება.

ელენთის დაზიანებანი და დაავადებანი

მოკლე ანატომიურ-ფიზიოლოგიური ცნობები

ელენთა რეტიკულურ-ენდოთელურ სისტემაში ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პარენქიმული ორგანოა. იგი ფორმით ლობიოს ჰგავს. ელენთას თხელი ფიბროზული კაფსულა, უხვად განვითარებული სისხლძარღვები და ელასტიკური ბოჭკოები აქვს. ამ უკანასკნელთა სიუხვე ელენთის ზომის დიდი ცვალებადობის საშუალებას იძლევა.

ელენთის წონა 150—200 გ, სიგრძე 12—15 სმ, განი 8—10 სმ და სისქე 4—6 სმ უდრის (დ. მ. დროზდოვი). ელენთა მდებარეობს მარცხენა დიაფრაგმქვეშა სივრცეში, IX—XI ნეკნის ქვეშ და ნეკნთა რკალს არ ცილდება. გარეთა ზედაპირით იგი დიაფრაგმის და გულმკერდის კედელს ეხება, შიგნითა ზედაპირით კუჭის ძირს და კოლინჯის მარცხენა კუთხეს. ელენთას შიგნითა ზედაპირზეა მისი კარი, რომელშიაც ელენთის არტერია, ვენა და nervus. splanchnicus ტოტებია მოთავსებული. ელენთის ზედა პოლუსი ფიქსირებულია დიაფრაგმა-ელენთის იოგით; ქვედა პოლუსი კოლინჯ-ელენთის იოგით. კუჭის ფუძესა და ელენთის კარს ზევით გაჭიმულია კუჭ-ელენთის იოგი, რომელშიც მოთავსებულია კუჭ-ელენთის მარცხენა არტერია და კუჭის მოკლე არტერიები (სურ. 142).

ელენთას მრავალმხრივი ფუნქცია აქვს. ნაყოფის მუცლადყოფნის პერიოდში—ჰემოლიზური, შემდეგში იგი გამოიმუშავებს მხოლოდ ლიმფოციტებს და მონოციტებს. ელენთის სისხლძარღვთა ენდოთელი სისხლის ხანდაზმული ფორმიანი ელემენტებისათვის ასრულებს ჰემოლიზურ ფუნქციას. ელენთა სისხლის სარეზერვო დეპო ორგანოა. ელენთა აჩერებს ჰემოპოეზს. ელენთა იმუშავებს იმუნურ სხეულებს, ახდენს სისხლის დეზინტოქსიკაციას, სისხლში მიკრობთა ფილტრაციას. შეიძლება ამიტომაცაა, რომ ელენთაში როგორც პირველადი, ისე მეტასტაზური სიმსივნე თითქმის არ ვითარდება.

ელენთის დაზიანებანი

ელენთის დაზიანება, მისი საკმაოდ დაცული მდებარეობის მიუხედავად, მუცლის ღრუს ორგანოთა დაზიანების ერთ მესამედს შეადგენს. ელენთა უმთავრესად მოზრდილებს უზიანდება. არჩევენ ელენთის ტრავმულ და ე. წ. სპონტანურ დაზიანებას. ელენთის ტრავმული დაზიანება შეიძლება იყოს დახურული და ღია.

ელენთის დახურული დაზიანება ხშირია მშვიდობიანობის დროს. გაცილებით ადვილად ზიანდება პათოლოგიურად შეცვლილი და გადიდებული ელენთა. ელენთა ერთ ან რამდენიმე ადგილას შეიძლება დაზიანდეს. ელენთის დაზიანება ერთმომენტიანი და ორმომენტიანი, ანუ ორფაზიანია. პირველ შემთხვევაში ტრავმის მიღებისთანავე ერთდროულად ზიანდება ელენთის კაფსულა და პარენქიმა და სისხლი მაშინვე პერიტონეუმის ღრუში იღვრება. ორფაზიანი დაზიანების დროს ტრავმის მიღებისას სისხლი დაუზიანებელი კაფსულის ქვეშ გროვდება, ე. ი. ვითარდება სუბკაფსულარული ჰემატომა (ელენთის დაჟეჟილობა), რამდენიმე ხნის (ზოგჯერ რამდენიმე დღის) გავლის შემდეგ ჰემატომის გაზრდისა და კაფსულის თანდათანობით აცლის ანუ უმნიშვნელო ზემოქმედების (ლოგინში გადაბრუნება, დახველება, ცხვირის დაცემინება, მით უფრო პალპაცია) შედეგად კაფსულა გასკდება და სისხლდენა ვითარდება. პარალელურად უარესდება ავადმყოფის მდგომარეობაც. არის შემთხვევები, როცა ელენთის დაჟეჟილობის დროს სუბკაფსულარული ჰემატომა ზეწოლით აჩერებს სისხლდენას, ჰემატომა შეისრუტება და საქმე თვითგანკურნებით მთავრდება. შეიძლება ჰემატომა ცისტოზურად გადაგვარდეს ან დაჩირქდეს და ელენთის აბსცესი ან ჩირქოვანი პლევრიტი განვითარდეს.

ელენთის დაზიანების ამოცნობაში ზოგჯერ მნიშვნელობა აქვს ტრავმის ადგილსაც. ელენთის მფარავი ნეკნების მოტეხილობის დროს ხშირად ზიანდება ელენთა. ელენთის დაზიანების ნიშნებიდან აღსანიშნავია ტკივილი მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში, რომელიც ირადიაციას იძლევა მარცხენა ბეჭში. ზოგჯერ ავადმყოფს აღენიშნება გონების დაბურვა. საერთოდ, ყურადღებას იპყრობს მწვავე სისხლდენისა და შოკის სურათი: მკვეთრი საერთო სისუსტე, თავბრუხვევა, გულისრევა და პირღებინება, ყურებში ხმაური, ცივი ოფლი. გაძლიერებული წყურვილი, კანი და ხილული ლორწოვანები ძლიერ მკრთალი და ანემიურია, არტერიული წნევა მკვეთრად ეცემა, პულსი სუსტი ავსების და ხშირად ძაფისებრია. სისხლში ხშირად აღინიშნება ზომიერი ლეიკოციტოზი.

მუცელი მეტწილად რბილია, ჩაღვრილი სისხლის გამო პალპაცია მტკივნეულია (კულენკამფის ნიშანი). ზოგჯერ მარცხენა ფერდქვეშა არეში ადგილი აქვს კუნთთა დაჭიმულობას. ზოგჯერ პერკუსიით შეიძლება მუცლის ქვემო ნაწილებში ჩაღვრილი სისხლის აღმოჩენა (მოყრუება), რაც ავადმყოფის მდებარეობის შეცვლასთან ერთად იცვლება. ელენთის დაზიანების დროს ავადმყოფი ცდილობს მარცხენა გვერდზე წოლას, მარჯვნივ გადაბრუნებისას პირვანდელ მდებარეობას უბრუნდება (როზანოვის ნიშანი).

ელენთის ღია დაზიანებას (ჭრილობა) ცივი ან ცეცხლმსროლი იარაღი იწვევს. ელენთის ჭრილობა ხშირია ომის დროს, მეტწილად ნაღმის ნამსხვრევეისაგან სხვა ორგანოთა დაზიანებასთან ერთად.

დიაფრაგმის და ელენთის ერთდროული დაზიანების დროს სისხლი ადვილად იღვრება პლევრის ღრუში, რაც თორაკოტომიის დროს შეცდომით შეიძლება ფილტვიდან სისხლდენად იქნეს მიჩნეული.

ელენთის ჭრილობის დროს შოკისა და მწვავე სისხლდენის გარდა აღინიშნება პერიტონიტის ნიშნები: კუნთთა დაჭიმულობა და ბლუმბერგის ნიშანი. პერიტონიტის მიზეზია უშუალოდ ჭრილობიდან პერიტონეუმის ინფიცირება ან რომელიმე ღრუ ორგანოს ელენთასთან ერთდროული დაზიანება.

მკურნალობა ოპერაციულია. გაუტკივარებიდან უმჯობესია ნარკოზი, შეიძლება ზოგჯერ ადგილობრივი ანესთეზიაც. ავადმყოფის მდებარეობა

ოპერაციის დროს უმჯობესია ზურგზე წოლა, მხოლოდ მარცხნივ XII ნეკნის ქვეშ თავსდება 10—15 სმ სიმაღლის ბალიში, რომ საოპერაციო ველი უკეთ გამოჩნდეს.

ელენთის დაზიანების დროს შეიძლება ადგილი ექნეს სხვა ორგანოს დაზიანებას, ამიტომ მუცლის ღრუს რევიზიისათვის ყოველთვის სჯობს შუახაზზე განაკვეთი, დასაწყისში მხოლოდ მახვილისებრი მორჩიდან ჰიპამდე (ან ოდნავ ზევით), რომელსაც შემდეგ დაემატება განივი განაკვეთი მარცხენა სწორი კუნთის გადაკვეთით. შეძლებისდაგვარად ელენთა უნდა ამოიწიოს ჭრილობაში. ელენთის სისხლძარღვებისა და იოგების გადაჭრის, ლიგირების წინ, საჭიროა მათზე დაიდოს მოხრილი დამჭერები უშუალოდ ელენთასთან და ორ-ორი დამჭერი მისგან მოშორებით; ერთი მათგანი კონტრდამჭერის მოვალეობას ასრულებს. მხოლოდ ამის შემდეგ გადაიკვეთება სისხლძარღვები და გაიკვანძება ორ-ორი ლიგატურით. სპლენექტომიის მსვლელობაში და მის შემდეგაც საჭიროა სისხლის გადასხმა. ამ მიზნით შეიძლება მუცელში ჩაღვრილი სისხლის გამოყენება. მხოლოდ საჭიროა სტერილურ ჭურჭელში შეგროვებული სისხლის ყოველ 100 მლ მიემატოს 6% ლიმონმჟავა ნატრიუმის 10 მლ და მარლით გაიფილტროს. ჭრილობის არეში მეტწილად თავსდება ტამპონი. მხოლოდ გარანტირებული ჰემოსტაზის შემდეგ შეიძლება მუცლის ღრუს ყრუდ დახურვა. ძლიერი შეხორცებების დროს, როდესაც ელენთის გამოყოფა აძლიერებს სისხლდენას და ქირურგს არ აქვს სპლენექტომიის გამოცდილება. როგორც გამონაკლისი, ვიყენებთ მჭიდრო ტამპონადას და სისხლის გადასხმას. ელენთის მცირე ზომის ჭრილობის დროს შეიძლება მისი გაკერვა და ბადექონით პლასტიკა.

ელენთის სპონტანური დაზიანება. პათოლოგიურად შეცვლილი ელენთა შეუმჩნეველი (უმნიშვნელო) ტრავმის შედეგად განიცდის დაზიანებას, რასაც სპონტანურ გაგლეჯას უწოდებენ. მალარიის, შებრუნებითი ტიფის ან სხვა სნეულების შედეგად ელენთის პარენქიმა ისე იცვლება, რომ იგი ზიანდება ლოგინში გადაბრუნების, ცხვირის დაცემინების, მით უფრო პალპაციის დროს. ასეთ შემთხვევაში ვითარდება მწვავე სისხლდენისა და შოკის სურათი. მხოლოდ ზოგჯერ ელენთის სპონტანური გასკდომა, დაზიანების სიძლიერისდა მიხედვით, ნაკლებად გამოხატულ კლინიკურ ნიშნებს იძლევა. მკურნალობა ოპერაციულია.

ელენთის აბსცესი

ელენთის აბსცესი ვითარდება ორგანიზმში არსებული რომელიმე ჩირქოვანი კერიდან ჰემატოგენური გზით, ტიფის ან სხვა რომელიმე ინფექციური სნეულების შემდეგ, როგორც გართულება სეპტიკოპიემიის დროს, ინფარქტის, ჰემატომის, ექინოკოკის ან ჭრილობის დაჩირქების შედეგად და სხვ.

ელენთაში აბსცესი შეიძლება იყოს ერთეული და მრავლობითი. ერთეული აბსცესი უფრო ხშირია და ჩირქგროვა ამ დროს დიდ ოდენობას აღწევს. კლინიკური ნიშნებიდან ყურადღებას იპყრობს ზოგადი სეპტიკური ნიშნები: ჰექტიკური ტიპის მაღალი ტემპერატურა, შემცივნება, სისხლში მაღალი ლეიკოციტოზი. ადგილობრივ აღსანიშნავია ტკივილი ელენთის მიდამოში, რომელიც ხშირად ირადიაციას იძლევა მარცხენა მხარსა და ბეჭში. აქვე შეიმჩნევა კანის პასტოზურობა და ნეკნთა შუა სივრცეში ზეწოლით მტკივნეულობა და ზოგჯერ

ელენთის გადიდების დროს სიმსივნური გამობერილობა მარცხენა ნეკნთა რკალის ქვეშ. რენტგენოლოგიურად აღსანიშნავია მარცხნივ დიაფრაგმის მაღალი დგომა, მისი მოძრაობის შეზღუდვა, ხშირად სინუსის გაქრობა და სიმპტომიური პლევრიტი, განსაკუთრებით ელენთის ზემო პოლუსის ჩირქგროვის დროს.

იშვიათად შეიძლება ჩირქგროვა გაიხსნას მეზობელ ორგანოში (კუქი, კოლინჯი, კანი) და მოხდეს თვითგანკურნება ან გართულება განვითარდეს პერიტონეუმის, ან პლევრის ღრუში ჩირქგროვის გახსნით.

მკურნალობა ოპერაციულია. განაკვეთი ტარდება მარცხენა ნეკნთა რკალის ქვეშ. მუცლის ღრუდან შემოფარგვლის შემდეგ სპლენოტომიით იხსნება ჩირქგროვა. აბსცესის ღრუში თავსდება ტამპონი და დრენაჟი. იშვიათად შეიძლება მივმართოთ სპლენექტომიასაც. როცა აბსცესი ელენთის ზემო პოლუსშია. რაც საკმაოდ ხშირია, მაშინ განაკვეთი ტარდება დიაფრაგმიდან ან პლევრიდან. დიაფრაგმას აკერებენ პლევრას, რათა ინფიცირებისაგან დაცულ იქნას პლევრის ღრუ. მკურნალობის კომპლექსში საჭიროა ზოგადგამმაგრებელი საშუალებანი და ანტიბიოტიკები.

მოძრავი ელენთა—Lien mobilis

ელენთის საფიქსაციო აპარატის მოშვებას მოჰყვება ორგანოს მნიშვნელოვანი გადანაცვლება მუცლის ღრუში. ზოგჯერ იგი ისეთ „ხეტიალს" იწყებს, რომ ცთომის გამო შეიძლება აღმოჩნდეს მენჯის ღრუში, უფრო იშვიათად საზარდულის ან ჭიპის დიდი ოდენობის თიაქარში. ცთომილი ელენთის ამოცნობაში გვეხმარება ორგანოს ფორმა, კონსისტენცია, ელენთის კიდის აღმოჩენა დამახასიათებელი ამონაჭდეებით. ელენთის ნორმალურ ადგილას მოყრუების გაქრობა. საეჭვო ორგანოს გადანაცვლებისას შეიგრძნება ერთგვარი მოჭიმვა ელენთის ნორმალური სამყოფელისაკენ. მოძრავი ელენთა ძალიან ხშირად განიცდის შემოგრეხას. მკურნალობენ სპლენექტომიით.

ელენთის შემოგრეხა

შემოგრეხას განიცდის მხოლოდ მოძრავი ელენთა, რომლის იოგები მოშვებულია. შემოგრეხა მეტწილად ვითარდება სწრაფად, რაც მძიმედ გამოხატული კლინიკური ნიშნებით ხასიათდება: მუცელში ტკივილი იმდენად აუტანელია, რომ ზოგჯერ აღენიშნება ხანმოკლე დროით გონების დაკარგვა, მუცლის კუნთების დაჭიმულობა, შემდგომში მეტეორიზმი, აირებზე და განავალზე მოქმედების შეწყვეტა, მშრალი ენა და ელენთის ნეკროზის გამო პერიტონიტის სხვა ნიშნები (ბლუმბერგის ნიშანი, პულსის გაუარესება, ტემპერატურის მომატება, ლეიკოციტოზი).

იშვიათად, როცა მოძრავი ელენთის შემოგრეხა ვითარდება თანღათანობით, ზოგადი და ადგილობრივი მოვლენები ნაკლებადაა გამოხატული.

მკურნალობა მხოლოდ ოპერაციულია, კეთდება სპლენექტომია.

მალარიული სპლენომეგალია

ქრონიკულ მალარიას მკვეთრად გამოხატული სპლენომეგალია ახასიათებს. დიდი ოდენობის სპლენომეგალია ჩვენში ხშირი იყო წინათ. ზედმიწევნით გადიდებული ელენთა თითქმის მთლიანად იჭერდა მუცლის მარცხენა ნახევარს და მენჯის ღრუმდე აღწევდა.

მალარიულ სპლენომეგალიას მთელი რიგი მისთვის დამახასიათებელი მძიმე კლინიკური ნიშნები აქვს. პირველ რიგში ძლიერ გადიდებული ელენთა იწვევს მუცლის ღრუს ორგანოებზე ზეწოლას, აფერხებს მათ ნორმალურ ფუნქციას, აძნელებს ფილტვებისა და გულის მუშაობას. ელენთის იოგოვანი აპარატისა და სისხლძარღვების მოშვება-დაგრძელებას მოჰყვება ელენთის შემოგრეხა. ინფარქტი, სისხლჩაქცევა, დაჩირქება, ადვილად გასკდომა და სხვ. ყველა ეს გართულება საჭიროებს ოპერაციულ დახმარებას.

მალარიული ელენთის დროს ვითარდება მკვეთრი ანემია. ლეიკოპენია, თრომბოპენია, ხშირად სისხლდენები სხვადასხვა ორგანოდან. რასაც ორგანიზმის პროგრესული დაძაბუნება მოსდევს.

მალარიულ ელენთაში ვითარდება ციროზული მოვლენები. რასაც ღვიძლში ციროზული პროცესი—პორტალური ჰიპერტენზია მოჰყვება ასციტით და საყლაპავი ვენების ვარიკოზით. ამ უკანასკნელის შედეგად ვითარდება საყლაპავიდან და კუჭიდან სისხლდენა შადრევანისებრი პირღებინებით.

მალარიული სპლენომეგალიის დროს ზოგჯერ აღინიშნება ჰემოლიზური სიყვითლე და ანემია.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა გულისხმობს ელენთის ამოკვეთას (სპლენექტომია, (სურ. 143).

სპლენექტომია ხდება ნარკოზით, ან ადგილობრივი ანესთეზიით, ჯობს ნარკოზი. მრავალგვარი განაკვეთებიდან გამოიყენება მუცლიდან ან გულმკერდიდან მიდგომა. მუცელზე განაკვეთი ტარდება მარცხენა ნეკნთა რკალის გასწვრივ, თითქმის უკანა აქსილარულ ხაზამდე. გულმკერდიდან მიდგომისათვის ნეკნთა რკალის ქვეშ დაწყებული განაკვეთი გრძელდება მარცხენა მეცხრე ან მეათე ნეკნთა შუა სივრცეში. იკვეთება ნეკნთა შუა კუნთები და დიაფრაგმა. გულმკერდის ღრუს იზოლაციის მიზნით დიაფრაგმის კიდეები ნეკნთაშუა კუნთებს ეკერება. თორაკოლაპაროტომიის დროს, პნევმოთორაქსის თავიდან აცილების მიზნით, როგორც ამას მ. ა. თობჩიბაშვილი ურჩევს, ენდოტრაქეული ნარკოზის დროს ამის საშიშროება ნაკლებადაა.

ფართო მიდგომის საშუალებას იძლევა კრაფორტის ტიპის განაკვეთი VII ან IX ნეკნზე ბეჭის ხაზიდან დაწყებული ნეკნთა რკალზე მუცლის შუახაზამდე. ნეკნის რეზექცია კეთდება განაკვეთის მთელ სიგრძეზე. ნეკნთა რკალთან ერთად იკვეთება მუცლის მარცხენა სწორი კუნთი და დიაფრაგმის მარცხენა გუმბათი, რის შედეგადაც ფართოდ და ერთდროულად იხსნება გულმკერდის და მუცლის ღრუ. ასეთი ჭრილობა, თავისუფალი მიდგომის გარდა, ჰერმეტულად დახურვის საშუალებასაც იძლევა, მეტწილად კი ასეთი ფართო განაკვეთი საჭირო არაა. საკმარისია მარდეედელის მეთოდი. როცა იკვეთება VIII—X ნეკნთა ხრტილი, მათი შეერთების ადგილი, რის შემდეგ ნეკნთა რკალი ხდება მოძრავი და შესაძლოა მისი აწევა მუცლის გამაგანიერებლით მაღლა და მარცხნივ. ეს კი მარცხენა დიაფრაგმქვეშა სივრცეში მიდგომის საშუალებას იძლევა. ა. ი. სოზონ-იაროშევიჩი (1945) ამავე მიზნით ურჩევდა კუთხით განაკვეთს დამატებოდა IX ნეკნის რეზექცია და განაკვეთი დიაფრაგმის ექსტრაპლევრულ ნაწილზე (ა. ვ. გულიაევი). როდესაც ადგილი არ აქვს ვრცელ შეხორცებებს, სჯობს წინასწარ გადაიკვანძოს ელენთის არტერია. ამისათვის იკვეთება კუჭ-განივი კოლინჯის იოგი და დიდი ბადექონის გახსნის შემდეგ პერიტონეუმის ქვეშ აღმოვაჩენთ მსხვილ და დაკლაკნილ ელენთის არტერიას, რომელსაც ერთმანეთთან დაშორებით დეშანით ედება ლიგატურა და

არტერია გადაიკვანძება. არტერიის გადაკვანძიდან რამდენიმე წუთში ელენთა მნიშვნელოვნად იკლებს მოცულობაში ელენთაში არსებული სარეზერვო სისხლის ვენებით დიდ წრეში გადასვლის გამო. ამის შემდეგ გადაიკვანძება და იკვეთება ელენთის ვენები, ოიგები, შეხორცებები. თუ მოსახერხებელია ელენთის მარცხენა ხელით ჭრილობაში ამოტანა, აადვილებს სპლენექტომიას. როდესაც ვრცელი პერისპლენიტის გამო ანატომიურ წარმონაქმნებში გარკვევა ადვილი არაა და არტერიის წინასწარ გადაკვანძა არ ხერხდება. მაშინ ჯერ წინ მდებარე შეხორცებები გადაიკვეთება და გადაიკვანძება. დიაფრაგმისა და ელენთას შორის შეხორცებები ითიშება ჩლენვად. აქ შეგვაქვს მარცხენა ხელი და ელენთა ჭრილობაში ამოგვაქვს. რაც მის უკეთ ამოკვეთის საშუალებას იძლევა. მარცხენა ხელს შორის დაჭერილი ელენთის კარებს ეკიდება დამჭერები. სისხლძარღვების თანდათან დაკვანძვისა და გადაკვეთის შემდეგ ელენთა ამოიკვეთება.

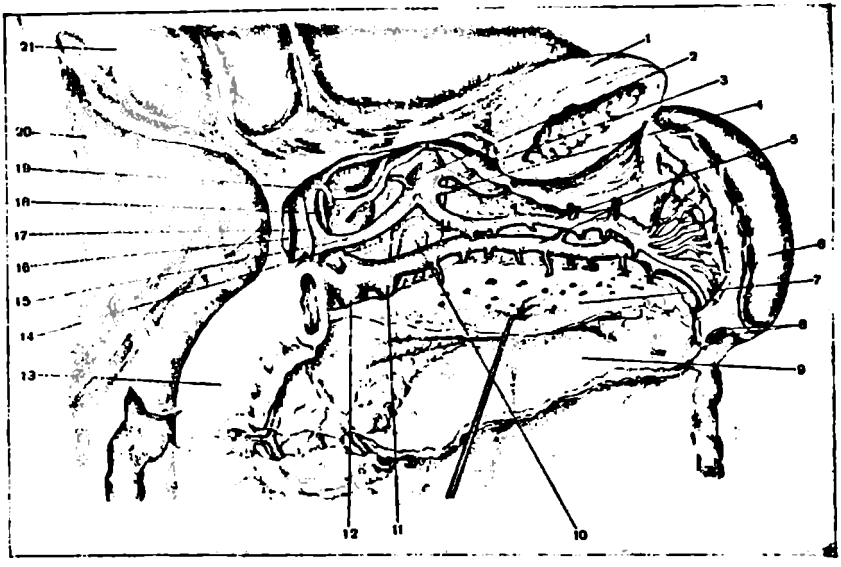
ელენთის მასიური ფეხისა და გაფანტული სისხლძარღვების არსებობისას მისი გადაკვანძა ხდება ნაწილ-ნაწილ. ამ დროსაც საჭიროა ჯერ დამჭერების დადება და გადაჭერის ადგილებში სისხლძარღვთა ლიგირება მისი წაძრობის თავიდან აცილების მიზნით. ზოგი ამიტომ ნაკერზე აღებასაც ურჩევს. უმჯობესია აბრეშუმის ძაფის გამოყენება. ა. გულიაევი დაჩირქების საშიშროების გამო კეტგუტს ურჩევს.

ელენთის ირგვლივ შეხორცებისაგან განთავისუფლებისას ყველაზე ძნელია ზედა პოლუსის განთავისუფლება. სიფრთხილეა საჭირო, რომ არ დავაზიანოთ მეზობელი ორგანოები: კუჭ-ელენთის იოგის გამოყოფის დროს კუჭ-დიაფრაგმ-ელენთის იოგის გამოყოფისას პანკრეასის კუდი, ან თირკმელზედა ჯირკვალი, ქვედა პოლუსის გამოყოფისას კოლინჯის ელენთის კუთხე, ამიტომ საჭიროა რაც შეიძლება ლიგატურების ელენთასთან ახლოს დადება.

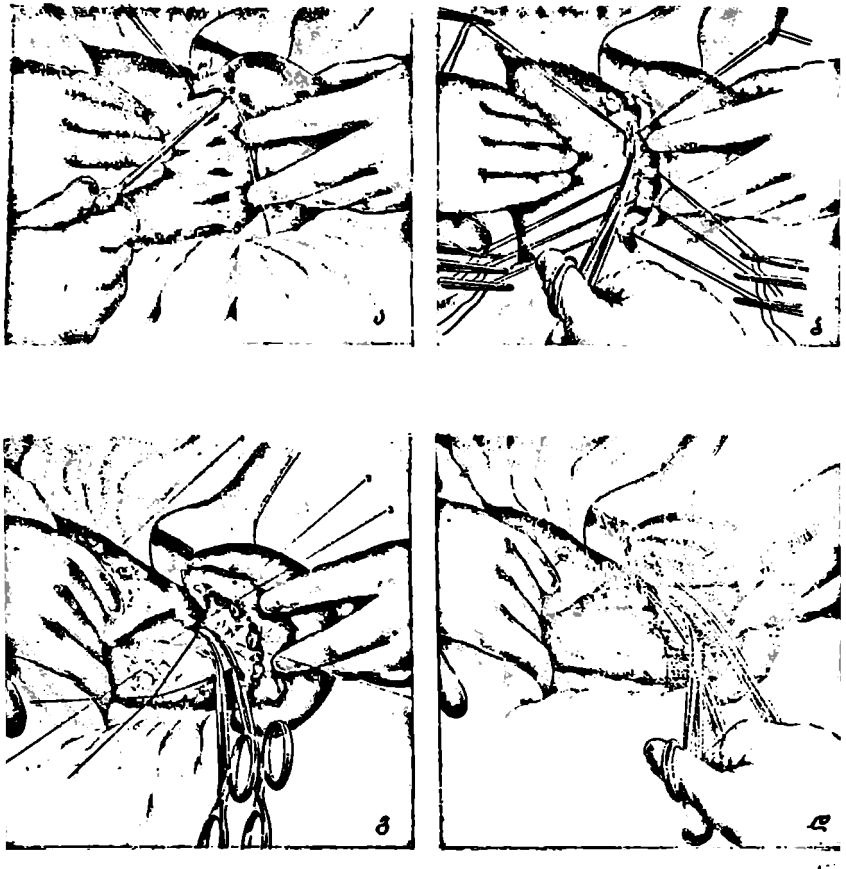
ელენთის ირგვლივ მჭიდრო და ძველი შეხორცებები შეიცავს საკმაოდ მსხვილ სისხლძარღვებს. მათი გადაკვეთა წინასწარ დამჭერის გარეშე ძლიერ სისხლდენას გამოიწვევს.

ყველაზე საშიში სპლენექტომიის დროს სწორედ პროფუზული სისხლდენაა. ლიგატურის წაძრობის დროს ან არალიგირებული სისხლძარღვიდან ძლიერი სისხლდენის გამო საოპერაციო ველი სწრაფად იფარება სისხლით. ასეთ შემთხვევაში დამჭერის ბრმად დადებას მხოლოდ ზიანი მოაქვს. უნდა ვეცადოთ მარცხენა ხელის თითებით სისხლმდენი სისხლის ძარღვის მიჭყლეტა. სისხლდენის შეჩერების და ჩაღვრილი სისხლის სწრაფად ამომშრალების შემდეგ თვალის კონტროლით ედება დამჭერი სისხლმდენ სისხლძარღვს. უკიდურეს შემთხვევაში, როცა ეს არ ხერხდება, ყოველგვარი დაყოვნებისა და შესვენების გარეშე სწრაფად უნდა მოხდეს ელენთის ამოკვეთა. ზოგჯერ ამ დროს ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობა და წნევის დაცემა სისხლდენას აჩერებს, რაც სისხლძარღვთა საბოლოო ლიგირების საშუალებას იძლევა.

სისხლდენა ზოგჯერ ვითარდება ელენთის ირგვლივ ვრცელი შეხორცებების დროს. ასეთ შემთხვევაში სისხლმდენი ქსოვილებიდან სისხლის შეჩერება ძნელდება. ამ დროს ჯობს ელენთის უკან და ნეკნთა რკალის ქვეშ სწრაფად ჩაიტენოს დიდი ტამპონები ან პირსახოცი, რაც სისხლდენას აჩერებს და ჭრილობაში ამოწეულ ელენთასაც არ აძლევს უკან დაბრუნების საშუალებას. ელენთის ფეხის გადაკვანძის შემდეგ ტამპონები ამოიღება და სისხლმდენი უბ-



სურ. 142. ელენთის მდებარეობა მუცლის ღრუში და ელენთის სისხლისძარღვები.
1—ventriculus; 2—truncus coeliacus; 3—a. gastrica sinistra; 4—a. phrenica inferior; 5—a. et. v. lienalis; 6—lien; 7—pancreas; 8—a. et v. gastro-epiploica sinistra; 9—mesocolon transversum; 10—a. mesenterica superior; 11—v. mesenterica inferior; 12—v. mesenterica superior; 13—duodenum; 14—a. gastroduodenalis; 15—a. hepatica communis; 16—ductus choledochus; 17—v. portae; 18—a. hepatica propria; 19—a. gastrica dextra; 20—hepar; 21—vesica fellae.



სურ. 143. ელენთის ამოკვეთა:
ა—lig. gastrolienale-ს გადაკვანძა; ბ—lig. gastrolienales-ს გადაკვეთა ორ ლიგატურას შორის; გ—ელენთის ფეხის გადაკვანძა; დ—ელენთის ფეხის გადაკვეთა ორ დამჭერს შორის.

ნები იკვანძება. ხდება მცირე სისხლძარღვთა ლიგირებით საბოლოო ჰემოსტაზი.

სპლენექტომიის დროს, და ზოგჯერ მის შემდეგაც, საჭიროა სისხ-ლის გადასხმა, რომელსაც ნარკოტიზატორი აწესრიგებს წვეთოვნად ან ნა-კადად, მდგომარეობის მიხედვით. თუ საჭიროა, წნევის ამწევი საშუალებანიც (პოლიგლუკინი და სხვ.) გამოიყენება. მხოლოდ სისხლდენის იდეალური შეჩე-რების დროს შეიძლება მუცლის ღრუს ყრუდ დახურვა. ავადმყოფის მდგო-მარეობის გაუმჯობესებისა და წნევის აწევის დროს მოსალოდნელია სუბდი-აფრაგმულ სივრცეში სისხლის ჩადგომა და შემდგომში აბსცესის განვითარე-ბა. ამიტომ სჯობს ტამპონის და დრენაჟის, ან მარტო დრენაჟის, მოთავსება, როგორც ა. გულიაევი ურჩევს XII ნეკნის ქვეშ კონტრაპერტურიდან. ახლ-ოლდ საჭიროა სიფრთხილე, რათა არ დავაზიანოთ მარცხენა თირკმელი. ან თირკმელზედა ჯირკვალი, ან დასწვრივი კოლინჯი. მეტწილად მარტივ შემ-თხვევებში შესაძლოა მუცლის ღრუს ყრუდ დახურვა.

ელენთის გაკერვა და ელენთის რეზექცია. ელენთას, მართალია, სისხლძარღვთა სეგმენტური შენება აქვს, მაგრამ სეგმენტთა შორის ისეთი მჭიდრო ანასტომოზები არსებობს, რომ სეგმენტის რეზექცია, როგორც ეს ფილტვის შემთხვევაშია შესაძლო, არ ხერხდება.

სპლენექტომიას იმიტომაც ამჯობინებენ, რომ ორგანიზმი ახდენს მის კომპენსაციას და იგი გაცილებით ნაკლებ საშიშია, ვიდრე არასრულყოფი-ლად შესრულებული რეზექცია ან გაკერვა. ელენთის პათოლოგიის დროს კი მეტწილად სჯობს სპლენექტომია.

ელენთის ნაკერი შეიძლება გამოვიყენოთ ჯანმრთელი ელენთის დროს. როცა ზერელე, არაღრმა ნახეთქია, ისიც ელენთის კარიდან მოშორე-ბით, ედება შემომხვევი ნაკერი მსხვილი და ელასტიკური კეტგუტით, წინააღ-მდეგ შემთხვევაში, ელენთის ქსოვილს უფრო დავაზიანებთ. ჭრილობაში სა-ჭიროა ბადექონის (ფეხზე ან იზოლირებულად) ჩაკერება და ფიქსაცია.

ელენთის რეზექციას უფრო მოსახერხებელია ქვედა პოლუსის დაზიანების დროს. წინასწარ საჭიროა ელენთის კარში შესაფერის მხარეზე სისხლძარღვთა ლიგირება. შემდეგ სოლისებრად ამოიკვეთება დაზიანებუ-ლი უბანი. კაფსულის შედარებით მეტი ნაწილის მოტოვებით კვლავ საჭირო ხდება სისხლდენის შეჩერება კეტგუტის ლიგატურებით. შემდეგ ჭრილობაში თავსდება ბადექონი და ჭრილობა იკერება კეტგუტის შემომხვევი ნაკერით. სისხლდენის ყოველ საეჭვო შემთხვევაში სჯობს სპლენექტომია. სისხლდე-ნის შეჩერების ბიოლოგიური პრეპარატები გამოიყენება როგორც დამხმარე საშუალება.

ელენთიდან სისხლდენის შეჩერება მარლის ტამპონით არ უნდა გამოვი-ყენოთ, გარდა გამონაკლის შემთხვევისა, როცა ვერ ხერხდება სპლენექტომია. და სისხლდენის შეჩერების სხვა საშუალება არაა.

ელენთის არტერიის გადაკვანძვა. დიდი სპლენომეგალიის დროს, როცა სპლენექტომია არ ხერხდება, ელენთის. როგორც დეპო ორგა-ნოს, და ძვლის ჰემოპოეზის შემკავებლის გამოთიშვის მიზნით, გამოიყენე-ბა ელენთის არტერიის გადაკვანძვა. მაგალითად. ბანტის დაავადების დროს.

ვენის დაზიანების თავიდან ასაცილებლად საჭიროა არტერიის გადაკვან-ძვა ელენთის კარიდან მოშორებით. ამისათვის, როგორც ზევით იყო აღნიშ-ნული, იხსნება კუჭ-განივი კოლინჯის იოგი, კუჭის ზევით და განივი კოლინჯის

ქვევით დაწევის შემდეგ იხსნება პერიტონეუმი და პანკრეასის ზედა კიდესთან ან მის კუდთან დეშანით, ან ჯობს მოხრილი დამჭერით ფრთხილად ლიგატურის დადება. ლიგატურის ძლიერ გაჭერამ შეიძლება გაწყვიტოს არტერიის შეცვლილი კედელი. საინტერესოა აღინიშნოს, რომ თუ არტერიის გადაკვანძვას სპლენომეგალიის და ირგვლივ შეხორცებების დროს ელენთის ქსოვილის იშემია არ მოჰყვება, გასტრექტომიის შემთხვევაში ჯანმრთელი ელენთის არტერიის დაზიანებისას აუცილებელი ხდება სპლენექტომია. ამ დროს არტერიის გადაკვანძით ელენთის ნეკროზი განვითარდება.

თრომბოფლებიტური სპლენომეგალია (სპლენოთრომბოზი)

თრომბოფლებიტური სპლენომეგალია გარკვეული კლინიკური სიმპტომ-კომპლექსია, რომელიც ელენთის ვენაში სისხლის მდინარების დაბრკოლების შედეგია. სისხლის მდინარეობას აბრკოლებს ელენთის ვენის თრომბოფლებიტი, ზოგჯერ მისი თანდაყოლილი ან შეძენილი მიზეზით გამოწვეული დაბრკოლება, ანთებითი ინფილტრატი, სიმსივნე ან სხვ.

ელენთის ვენის თრომბოზი შეიძლება მოჰყვეს ქრონიოსეფსისს, ტრავმას, ლუესს და სხვ.

თრომბოფლებიტური სპლენომეგალია უმთავრესად ბავშვებში გვხვდება. იგი დიდხანს ფარულად მიმდინარეობს. დაავადების მიმდინარეობაში არჩევენ სამ სტადიას: პირველი, ანუ დასაწყისი, სტადია ხანგრძლივია, რამდენიმე თვიდან რამდენიმე წელი გრძელდება; ამ პერიოდში აღინიშნება ელენთის გადიდება, ხანგამოშვებით ტემპერატურის მომატება, ქლოროზული და აპლასტური ანემია ჰემოგლობინის დაქვეითებით და ჰიპერსპლენიზმი (ლეიკოპენია, თრომბოპენია. სისხლის მდინარების გაძლიერება); მეორე სტადიაში დამახასიათებელია სისხლდენა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან, უფრო ხშირად საყლაპავის ქვემო ნაწილისა და კუჭის კარდიალური ნაწილის ვარიკოზულად გაგანიერებული ვენებიდან. ამ ვენების დასკდომის მიზეზია ელენთის ვენაში დაბრკოლების შედეგად წნევის მომატება. ზოგჯერ დაავადება თავს იჩენს სწორედ საყლაპავი მილისა და კუჭის ვენებიდან დამახასიათებელი შადრევანისებრი სისხლდენით. დაავადების მესამე სტადიაში უკვე ვითარდება ანემიის მძიმე ფორმა—ძვლის ტვინის ჰემოპოეზური აპარატის ბლოკირება; ამ დროს კიდევ უფრო მკვეთრადაა გამოხატული ჰიპერსპლენიზმი.

დაავადების დასაწყისში არსებული სადა და გადიდებული ელენთა სისხლდენის დროს იკლებს მოცულობაში. დაავადების ნათელ პერიოდში კვლავ კარგად ისახება სპლენომეგალია, ზოგჯერ ამ არეში ავადმყოფს აქვს ყრუ ტკივილი. ღვიძლი მეტწილად გადიდებული არაა. მხოლოდ ძლიერ დაგვიანებულ პერიოდში ღვიძლში სპლენოგენური ციროზული ცვლილებების განვითარების შედეგად ადგილი აქვს მის გადიდებასა და ასციტს.

რენტგენოლოგიურად ზოგჯერ შეიძლება საყლაპავი მილის ვარიკოზული ვენების აღმოჩენა. სპლენომეგალიური თრომბოფლებიტისათვის სპლენოპორტოგრაფიით დამახასიათებელია ელენთის ვენის გაგანიერება შევიწროების ადგილს ზევით. სპლენოტონომეტრია კი პორტული წნევის მომატებას აჩვენებს წყლის სვეტით 300—500 მმ-მდე.

თრომბოფლებიტური სპლენომეგალიის მანიფესტაცია სისხლდენის განვითარებამდე მეტწილად არ აღინიშნება. სისხლდენა, როგორც ვთქვით, ხშირად

პროფუზული ხასიათისაა, იწყება სრულიად მოულოდნელად და მის განმეორებას ზოგჯერ ავადმყოფი დაღუპვამდე მიჰყავს. სისხლდენის შეჩერების შემდეგ ავადმყოფი მოიკეთებს და თავს საკსებით ჯანმრთელად და კარგად გრძნობს. ნათელ პერიოდში, როდესაც ნაჩვენებია და უკეთესია სპლენექტომია, ავადმყოფი უარს აცხადებს ასეთ დახმარებაზე.

დიფერენციული დიაგნოზის გატარება გვჭირდება კუჭიდან სისხლდენის გამომწვევ მთელ რიგ დაავადებებთან. იგი ხანდახან ეშლება კუჭის წყლულში, ზოგჯერ იმდენად, რომ შეცდომით კუჭის რეზექციასაც აკეთებენ. ამ შემთხვევაში სხვა ნიშნებთან ერთად დიდ დახმარებას გვიწევს ავადმყოფის ასაკი: თრომბოფლებიტური სპლენომეგალია, როგორც აღვნიშნეთ, მეტწილად ბავშვებში გვხვდება. წყლულოვანი დაავადება კი ამ ასაკში შედარებით იშვიათია.

გაცილებით ძნელია თრომბოფლებიტური სპლენომეგალიის გარჩევა იმ დაავადებებისაგან, რომელთა დროსაც ადგილი აქვს სისხლდენას და ელენთის გადიდებას. ასეთებია ბანტის დაავადება (ღვიძლის სპლენომეგალიური ციროზი), მალარიული სპლენომეგალია და სხვ. ბანტის დაავადების დროს, სპლენომეგალიის გარდა, აღინიშნება ჰიპოქრომიული ანემია ლეიკო და თრომბოპენია, ისე როგორც სპლენოთრომბოზის შემთხვევაში, მაგრამ მას ახასიათებს აგრეთვე ღვიძლის გადიდება, უფრო მოგვიანებით ასციტი. ეს ნიშნები (ღვიძლის გადიდება, ასციტი) თრომბოფლებიტური სპლენომეგალიის მხოლოდ ძალზე დაგვიანებულ პერიოდში შეიძლება იყოს გამოხატული.

მკურნალობა. თრომბოფლებიტური სპლენომეგალიის რადიკალური მკურნალობა გამოიხატება დროულად სპლენექტომიით. ისიც რემისიის პერიოდში. მწვავე ანემიისა და სისხლდენის დროს მკურნალობა უმთავრესად კონსერვატულია: სისხლისა და სისხლის შემცვლელების გადასხმა, ვიკასოლი, ვენაში მარილის ჰიპერტონიული ხსნარი. ზოგჯერ, როდესაც ამ ღონისძიებებს შედეგი არ მოსდევს, და საამისო პირობები არსებობს, მწვავე სისხლდენის დროს, თუ ავადმყოფის მდგომარეობა ნებას რთავს, შეიძლება სპლენექტომია. ზოგჯერ საყლაპავი მილის ვენების ლიგირება ან ორივე ერთად.

საყლაპავის გაგანიერებული ვენებიდან სისხლდენის დროს ურჩევენ სხვადასხვა სახის მილების (სანგსტეკენის, თობჩიბაშევის და სხვ.) შეყვანას საყლაპავში, რამაც ზეწოლით შეიძლება სისხლდენა შეაჩეროს.

როდესაც კონსერვატული ღონისძიებანი შედეგს არ იძლევა, ლაპაროტომია უკვე გაკეთებულია, იან ნელიუბოვიჩი (საყლაპავიდან სისხლდენის შეჩერების მიზნით) ურჩევს სამი სახის ღონისძიებას:

1. ყველა ვენის გადაკვანძვას, რომლითაც სისხლი კარის ვენიდან საყლაპავი მილისაკენ მიედინება: ა) მცირე და დიდი ბადექონის ყველა ვენის, ბ) კუჭის მოკლე ვენების, გ) ელენთის ამოკვეთას, თუ იგი ტექნიკურად მოსახერხებელია, ან ელენთიდან დიაფრაგმისა და კუჭისაკენ მიმავალი ყველა ვენის გადაკვანძვას; დ) დიაფრაგმიდან საყლაპავი მილისაკენ მიმავალი ვენების გადაკვანძას, ე) თაღის არეში ყველა ვენის დიათერმიულ კოაგულაციას.

2. საყლაპავი მილის ქვემო ნაწილისა და კუჭის ძირის რეზექციას.

3. ეზოფაგოტომიას საყლაპავი მილის ქვემო ნაწილში და თვალის კონტროლით ვარიკოზული ვენების გადაკვანძვას. სასწრაფოდ ჩატარებული სპლენექტომია საყლაპავი მილის ვენებიდან სისხლდენის დროს ეფექტურია, თუ

ვარიკოზის მიზეზია მხოლოდ ელენთის ვენების თრომბოზი. რაც შეეხება კარის ვენის თრომბოზისა და ღვიძლის ციროზის დროს საყლაპავი მილის ვენებიდან სისხლდენას, რაც საკმაოდ ხშირია, სპლენექტომია არ წარმოადგენს მიზეზობრივ მკურნალობას. მას მხოლოდ დროებით შეუძლია შეამციროს წნევა კარის ვენაში; რადგან: ა) ელენთის ამოკვეთისა და ელენთის არტერიის გადაკვანძვით 40%-ით მცირდება კარის ვენაში შემავალი სისხლის რაოდენობა; ბ) სპლენექტომიის დროს იკვეთება როგორც კუჭის მოკლე ვენები, ისე დიაფრაგმქვეშა შეერთებანი ელენთის ვენასთან, რომლითაც კარის ვენიდან სისხლი მიედინება საყლაპავის ვარიკოზული ვენებისაკენ (იან ნელიუბოვიჩი).

გადაუდებელი სპლენექტომია, თუ სისხლდენა კარის ვენის თრომბოზით და ღვიძლის ციროზითაა გამოწვეული, შემდგომში სპლენორენული ანასტომოზისათვის ცუდ პირობებს ქმნის. ამიტომ ასეთ შემთხვევაში იან ნელიუბოვიჩი ამჯობინებს დავკმაყოფილდეთ ელენთის არტერიისა და კუჭის მოკლე ვენების გადაკვანძვით, ეფექტი კი იგივეა, რაც სპლენექტომიის დროს. სამაგიეროდ, ელენთის ვენა დაიზოგება შემდგომში სპლენორენული ანასტომოზისათვის. ასეთ შემთხვევაში ზოგი (ლეგერი) ურჩევს პორტოკავალურ ანასტომოზს (სურ. 127).

იმ შემთხვევაში, როდესაც პორტული ჰიპერტენზიის დროს კარგადაა გამოხატული საყლაპავი მილის ვარიკოზი და ოპერაციის დროს ელენთის არტერიის გადაკვანძისას ელენთის ვენაში წნევა წყლის სვეტით 150 მლ მაღალია, სპლენექტომიის. გარდა, ურჩევენ სპლენორენალურ ანასტომოზს (ელენთის ვენის შერთვას თირკმლის ვენასთან). ამ ოპერაციის მიზანია პორტული ჰიპერტენზიის ლიკვიდაცია და მოსალოდნელი სისხლდენის თავიდან აცილება

სპლენომეგალიური ღვიძლის ციროზი (ბანტის სინდრომი)

ბანტის მიერ 1882 წ. აღწერილი სინდრომის სახელს ატარებს სპლენომეგალიის თავისებური სახე, რომელიც უფრო ხშირად ვითარდება ახალგაზრდებში პორტული ჰიპერტენზიის დროს. სპლენომეგალიის გარდა, ბანტის სინდრომოკომპლექს ახასიათებს პროგრესული ანემია (anaemia splenica) და ღვიძლის ციროზი (დასაწყისში ჰიპერტროფიული და ფინალურ სტადიაში ატროფიული). დაავადების მიმდინარეობაში არჩევენ სამ სტადიას. პირველი სტადია რამდენიმე წელი გრძელდება, ყურადღებას იპყრობს ჰიპოქრომიული ანემიის ნიშნები და ზომიერი სპლენომეგალია ჰიპერსპლენიზმით (ლეიკოპენია, თრომბოპენია, სისხლის მდინარების გახანგრძლივება). ავადმყოფის ჩივილებიდან აღსანიშნავია საერთო გაურკვეველი სისუსტე, ადვილად დაღლილობა, ყრუ ხასიათის ტკივილი ფერდქვეშა მიდამოებში და სიმძიმის გრძნობა ეპიგასტრიუმის არეში; მეორე სტადიაში ანემიის მოვლენები მკვეთრად მატულობს, სპლენომეგალია და ჰიპერსპლენიზმი კარგადაა გამოხატული. ღვიძლი ჰიპერტროფიული ცვლილებების გამო გადიდებული და მკვრივია; მესამე სტადიაში სპლენომეგალია და ანემია კიდევ უფრო იმატებს. ღვიძლი ატროფიული ცვლილებების გამო აღარ ისინჯება, ამ სტადიისათვის ხშირად დამახასიათებელია ასციტი.

თრომბოფლებიტური სპლენომეგალიისაგან განსხვავებით ბანტის სინდრომის დროს ღვიძლი, რომელიც ადრე ისინჯებოდა, ფინალურ სტადიაში ატროფიის გამო აღარ ისინჯება. სპლენოთრომბოზის დროს პირიქითაა — ღვიძლი მხოლოდ ძლიერ შორს წასულ შემთხვევაში ისინჯება.

ბახტის სინდრომის დროს ავადმყოფის გამოკვლევისას ყურადღებას იპყრობს ღვიძლის ფუნქციის დაქვეითება. სისხლში მეტწილად ბილირუბინი მომატებულია, პორტული ჰიპერტენზია კარგადაა გამოხატული. სპლენოტონომეტრია წნევის მომატებას აჩვენებს წყლის სვეტით 500 მმ, ადგილი აქვს მუცლის კედლის (აგრეთვე რენტგენოლოგიურად), საყლაპავი მილის და კარდიის ვენების მკვეთრ გაგანიერებას. ეს უკანასკნელი ხშირად მეღავნდება პროფუზული სისხლდენით. სპლენოპორტოგრაფია აჩვენებს ელენთის და კარის ვენის თანაბარზომიერ გაგანიერებას, სპლენოთრომბოზისაგან განსხვავებით, არავითარი შევიწროება არ ჩანს.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. ანემიასა და ჰიპოპროთეინემიასთან საბრძოლველად გამოიყენება სისხლის, ერითროციტული მასის და პლაზმის სისტემატური გადასხმა, გლუკოზა, მეთიონინი, B ჯგუფის ვიტამინები, C და K ვიტამინი, ცილებით მდიდარი საკვები.

სპლენექტომია დაავადების პირველ სტადიაში გაცილებით უკეთეს შედეგს იძლევა, ვიდრე მეორე სტადიაში. ასციტის დროს სპლენექტომია შედეგს თითქმის არ იძლევა. ამ დროს ურჩევენ სხვა სახის (კალმა, ტალმა და სხვ.) განმტვირთავ ოპერაციებს, მაგრამ ნაკლები ეფექტით.

გოშეს დაავადება

გოშეს მიერ 1882 წელს აღწერილი დაავადება, ანუ ლიპოიდო-რეტიკულური ენდოთელიოზი, ფიქრობენ თანდაყოლილია. დისლიპოიდოზის შედეგად ძვლის ტვინისა და განსაკუთრებით ელენთის უნდოთელურ უჯრედებსა და ჰისტიოციტებში გროვდება ცერაზინი.

დაავადება რამდენიმე წელი გრძელდება. ბავშვებში ხშირად იგი სიკვდილით მთავრდება. დამახასიათებელია ღვიძლისა და განსაკუთრებით ელენთის გადიდება. ზოგჯერ 5—7 კგ-მდე. ანემია და ჰიპერსპლენიზმი: ლეიკო და თრომბოპენია, სისხლის მდინარების გახანგრძლივება. სხვადასხვა ორგანოებიდან სისხლდენის გამო იგი ზოგჯერ ეშლებათ ვერლჰოფის დაავადებასთან. გადიდებული ელენთა და ვრცელი პერისპლენიტი სხვა მოვლენებთან ერთად დიდ უსიამოვნებას აყენებს ავადმყოფს.

ძვალში აღინიშნება კომპაქტური შრის განლევა, მკვეთრი დესტრუქციული ცვლილებები, რასაც შეიძლება პათოლოგიური მოტეხილობა მოჰყვეს. ზედაპირულად მდებარე ძვალზე ზეწოლა ხშირად მტკივნეულია. სახისა და კიდურთა კანი ზოგჯერ პიგმენტაციას განიცდის. დიაგნოზის დასმაში ელენთის და ღვიძლის გადიდებასთან ერთად გვეხმარება ელენთის ან მკერდის ძვლის პუნქტატში ცერაზინით სავსე დამახასიათებელი გოშეს დიდი უჯრედების აღმოჩენა.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. საკმაოდ ხშირად სპლენექტომია კარგ შედეგს იძლევა. ზოგჯერ გამოიყენება ელენთის არტერიის გადაკვანძა ან მხოლოდ სიმპტომური საშუალებანი.

ვერლჰოფის დაავადება (morbus maculosus Verlhofi)

ე ს ე ნ ც ი უ რ ი თ რ ო მ ბ ო პ ე ნ ი ა, ჰ ე მ ო რ ა გ ი უ ლ ი პ უ რ კ უ რ ა. ვერლჰოფმა 1735 წელს აღწერა სისხლის ზოგადი დაავადება, რომელიც უმთავრესად გოგონებსა და ახალგაზრდა ქალებში გვხვდება. დაავადების ნამდ-

ვილი მიზეზი უცნობია. დაავადების განვითარებაში დიდ მნიშვნელობას აძლევენ ნერვო-ენდოკრინული აპარატის ნორმალური ფუნქციის მოშლას.

კლინიკურად დაავადებას ახასიათებს ძლიერი სისხლდენა ცხვირიდან, ღრძილებიდან, კუჭ-ნაწლავიდან, საშვილოსნოდან; ზოგჯერ სისხლდენა ისე ძლიერაა მენსტრუაციის დროს (ზოგჯერ პირველი მენსტრუაციის დროს), რომ მწვავე ანემია ავადმყოფის სიცოცხლეს საფრთხეში აყენებს.

ნაწლავსა და ჯორჯალში სისხლჩაქცევა მწვავე მუცლის, ხშირად შეცდომით მწვავე აპენდიციტის სურათს იძლევა. საკვერცხის აპოპლექსია და პერიტონეუმის ღრუში სისხლჩაქცევა შეიძლება საშვილოსნოსგარე ორსულობად იქნეს მიჩნეული. ტვინსა და ტვინის გარსებში სისხლჩაქცევას მძიმე მენინგეალური სურათი ახასიათებს, ზოგჯერ მხედველობის მოშლით (გაორება). ასეთი ავადმყოფი შეცდომით ნერვულ განყოფილებაში ხვდება.

განმეორებითი სისხლდენისაგან ავადმყოფს ანემია, ერითროპენია, ჰემოგლობინის შემცირება და ლეიკოპენია უვითარდება. ზოგჯერ აღინიშნება კანის სუბიქტერული შეფერვა. სპლენომეგალია არაა სავალდებულო, ხშირად აღინიშნება ელენთის ზომიერი გადიდება.

ვერლჰოფის დაავადებისათვის დამახასიათებელია სისხლში ცვლილებები. თრომბოციტების რიცხვი 200—300 ათასიდან 20—10 ათასამდე მცირდება. ზოგჯერ 2—3 ათასამდე და არის შემთხვევები, როდესაც თრომბოციტები სრულიად ქრება. თრომბოპენიის პათოგენეზის შესახებ ფიქრობენ, რომ ელენთაში წარმოებს თრომბოციტების გაძლიერებული დაშლა. ზოგის აზრით, ელენთა ძვლის ტვინში თრომბოციტების წარმოებას უკეთებს ბლოკირებას. თრომბოპენიის გარდა, ვერლჰოფის დაავადებისათვის დამახასიათებელია სისხლის ნდინარების მკვეთრი გახანგრძლივება, სისხლის კოლტის რეტრაქციის დაქვეითება და კანქვეშ სისხლჩაქცევები ჩქმეტისა და ლახტის დადების შედეგად. ჰემოფილიისაგან განსხვავებით, ამ დროს სისხლის შედედება ნორმალურია.

ყურადღებას იპყრობს აგრეთვე სისხლძარღვების გამავლობის მოშლილობა.

სისხლის სურათზე სწორი წარმოდგენისათვის საჭიროა ძვლის ტვინის გამოკვლევა. მიელოგრამის მიხედვით არჩევენ დაავადების კეთილ (რეგენერაციულ) და მძიმედ მიმდინარე (ჰიპორეგენერაციულ და ჰიპოპლასტიკურ) ფორმებს.

დაავადებას მწვავე და ქრონიკული მიმდინარეობა ახასიათებს. მწვავე პერიოდში ვითარდება ძლიერი სისხლდენა, მაღალი ტემპერატურა და ავადმყოფი მეტწილად იღუპება ან დაავადება ქრონიკულ მიმდინარეობას ღებულობს.

ქროხიკულ პერიოდში დაავადებას ახასიათებს ხანგამოშვებითი სისხლდენა, განსაკუთრებით მენსტრუაციის დროს და პერიოდულად რემისიები. იმისათვის, რომ გავარჩიოთ ვერლჰოფის დაავადება სისხლის სხვა დაავადებისაგან, რომელთაც სისხლდენა ახასიათებთ, სისხლის მხრივ დამახასიათებელი სურათის გარდა, გვეხმარება სპლენომეგალიის არარსებობა.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. ადრეული სპლენექტომია უფრო ხშირად კარგ შედეგს იძლევა. ელენთის სისხლძარღვთა ლიგირებისთანავე წყდება სისხლდენა. ოპერაციის შემდეგ რამდენიმე ხანში სწორდება სისხლის მაჩვენებლები. ზოგჯერ პირველ ხანებში თრომბოციტების რიცხვი ნორმასთან შედარებით მნიშვნელოვნად მაღალია, მაგრამ შემდეგში ნორმამდე ეცემა, ან კიდევ უფრო მცირ-

დება. სპლენექტომიას ყოველთვის არ მოჰყვება კარგი შედეგი. ზოგჯერ აღინიშნება რეციდივი.

სპლენექტომიამდე ხშირად საჭიროა სისხლდენის შეჩერება და ანემიის ლიკვიდაცია კონსერვატული მკურნალობით. სისხლის განმეორებითი გადასხმა, რკინის პრეპარატები, ვიტამინები, განსაკუთრებით B_{12}, C. K. ზოგი ურჩევს ადენოკორტიკოტროპულ ჰორმონს.

ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობის დროს, ჰემოგლობინის კატასტროფულად დაცემისას, ოპერაციამდე, ოპერაციის დროს და მის შემდეგ სისხლის მასიური გადასხმის პირობებში აუცილებელია სპლენექტომია.

ჰემოლიზური ანემია (ჰემოლიზური სიყვითლე)

ჰემოლიზური ანემია, ანუ ჰემოლიზური სიყვითლე, ერითროციტების გაძლიერებული დაშლის შედეგია. რადგან ძლიერი ჰემოლიზის გამო ღვიძლს არ შესწევს დიდი რაოდენობით ბილირუბინის გამოყოფა, სისხლში მისი გადასვლისას პერიოდულად ვითარდება სიყვითლე. მექანიკური სიყვითლისაგან განსხვავებით, ამ დროს არაა კანის ქავილი, ბრადიკარდია, რადგან ნაღვლის მჟავები სისხლში არ გადადის და ბუნებრივი გზით გამოიყოფა. განავალი არამცთუ აქოლიურია, მეტადაცაა შეღებილი ნაღვლის პიგმენტებისაგან, არც შარდია ლუდის ფერის, მასში არაა ნაღვლის პიგმენტები. განავალში სტერკობილინის და შარდში ურობილინის მომატება აღინიშნება. მექანიკური სიყვითლისაგან განსხვავებით, ბილირუბინზე ვანდენბერგის არაპირდაპირი რეაქცია დადებითია.

ამ დაავადების დროს ერითროციტების გაძლიერებულ დაშლას რეტიკულურ-ენდოთელური აპარატის, განსაკუთრებით ელენთის, მომატებულ ფუნქციას მიაწერენ. ფიქრობენ იმასაც, რომ ამ დროს ძვლის ტვინიდან ხდება არასრულფასოვანი და ნაკლებ რეზისტენტული ერითროციტის სფეროციტული ფორმების გამოსვლა, რომლებიც გაცილებით ნაკლებ სიცოცხლისუნარიანია და ადვილად იშლება ნორმალურ ელენთაში. ერითროციტებმა შეიძლება დაშლა განიცადოს სისხლძარღვებშიც. მისი მკურნალობა ქირურგის კომპეტენციაში არ შედის.

თ ა ნ დ ა ყ ო ლ ი ლ ი ფ ო რ მ ი ს დ რ ო ს დაავადება ზოგჯერ ოჯახის რამდენიმე წევრს აღენიშნება. ბავშვობაში გამომქღავნებულ ჰემოლიზურ ანემიას ზოგჯერ სხვა სახის ანომალიებიც ერთვის თან.

დაავადება ხანგამოშვებით განიცდის გამწვავებას. ზოგჯერ იგი იმდენად იოლად მიმდინარეობს, რომ ავადმყოფის საქმიანობაზე ნაკლებ გავლენას ახდენს. ჰემოლიზური ანემიისათვის დამახასიათებელია სპლენომეგალია, სიყვითლე; სისხლში აღსანიშნავია ერითროპენია, ჰემოგლობინის დაქვეითება, გაძლიერებული ჰემოლიზის შედეგად ძვლის ტვინის საპასუხო რეაქცია, ერითრობლასტების დიდი რიცხვი, მიკროსფეროციტოზი, ანიზოციტოზი, მაღალი რეტიკულოციტოზი, ერითროციტების ოსმოსური გამძლეობის დაქვეითება (052—056) და მკვეთრად გამოხატული ბილირუბინემია. ბილირუბინის გაძლიერებული წარმოების გამო სანაღვლე გზებში ზოგჯერ ვითარდება ბილირუბინის გროვები, ნაღვლის შეგუბება და ტკივილი, უსიამოვნო შეგრძნებას აქვს ადგილი გადიდებული ელენთის მიდამოშიც.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. ხშირი გამწვავების, ანემიის ზოგადი მოვლენების და

შრომის უნარის დაქვეითების დროს პირდაპირ ნაჩვენებია სპლენექტომია, რომელიც ასეთ შემთხვევაში საუკეთესო შედეგს იძლევა. სპლენექტომიით ორგანიზმს შორდება როგორც ჯანმრთელი, ისე არასრულყოფილი ერითროციტების მთავარი მესაფლავე — ელენთა.

შ ე ძ ე ნ ი ლ ი ფ ო რ მ ი ს დ რ ო ს ჰემოლიზური ანემია ვითარდება მოზრდილებში. იგი გაცილებით მძიმედ და მწვავედ მიმდინარეობს, დამახასიათებელია მაღალი ტემპერატურა, მკვეთრი ანემია, სიყვითლე გაცილებით ნაკლებადაა გამოხატული, განსაკუთრებით აღსანიშნავია კუმსის დადებითი რეაქცია. ფიქრობენ, სისხლში არსებული აუტოაგლუტინინების არსებობა ხელს უწყობს არასრულფასოვანი ერითროციტების შეწებებას და ელენთაში მათ ჰემოლიზს. პროგნოზი ამ დროს გაცილებით ცუდია.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა მიზნად ისახავს შეაჩეროს ანტისხეულაკების გამოყოფა, რაც შეამცირებს რეტიკულურ-ენდოთელურ სისტემაში ერითროციტების დაშლას. ურჩევენ ადენოკორტიკოტროპულ ჰორმონს, კორტიზონს, მეთიონინს, მძიმე ფორმების დროს მიმართავენ სპლენექტომიას, რასაც ზოგჯერ კარგი შედეგი მოაქვს.

ელენთის ცისტები

არჩევენ არაპარაზიტულ და პარაზიტულ ცისტებს (ექინოკოკი, ფრიად იშვიათად ცისტიცერკი). ა რ ა პ ა რ ა ზ ი ტ უ ლ ი ც ი ს ტ ა ორგვარია: ჰ ე შ მ ა რ ი ტ ი და ც რ უ. ჰეშმარიტი ცისტა უმთავრესად გამოფენილია ეპითელით. ელენთაში ცისტის განვითარების უფრო ხშირი მიზეზი ტრავმის შედეგად დარჩენილი ჰემატომაა. ზოგჯერ ცისტა ვითარდება რომელიმე ინფექციური დაავადების შემდეგ, რომელთაც სპლენომეგალია ახასიათებს.

ელენთის ცისტა ფრიად სხვადასხვა ოდენობისაა, ზოგჯერ ზედმიწევნით დიდ ოდენობას აღწევს. დაავადება ხანგრძლივად და შეუმჩნევლად მიმდინარეობს, სანამ ყურადღებას არ მიიპყრობს ელენთის გადიდება, იგი სადა, ელასტიკური კონსისტენციის და ნაკლებ მოძრავია, ზოგჯერ აღინიშნება ფამფალი.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. რადიკალურია სპლენექტომია. როდესაც მისი შესრულება არ ხერხდება, ჭრილობას ეკერება ცისტის კედელი და ხდება დრენირება.

ელენთის ექინოკოკი

ელენთის ექინოკოკი იშვიათია. იგი საერთო ექინოკოკის 3%-ს არ აღემატება. ელენთაში ონკოსფერო შეიძლება მოხვდეს კარის ვენიდან რეტროგრადული გზით, სისხლის მიმოქცევის დიდი წრიდან ან ღვიძლის ექინოკოკის გასკდომისას. ამ დროს იგი ვითარდება ელენთის მფარავ პერიტონეუმზე (ზოგჯერ მრავლობითი), სხვა შემთხვევაში კი ელენთის ქსოვილში. ექინოკოკის ცისტა დიდ ოდენობას აღწევს. დაავადება მეტწილად ხანგრძლივად, შეუმჩნევლად მიმდინარეობს, სანამ მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში ყურადღებას არ მიიპყრობს მკვრივი, სადა სიმსივნური წარმოქმნა. ელენთაში ექინოკოკის მდებარეობისა და მეზობელ ორგანოებზე მისი ზეწოლის მიხედვით სხვადასხვა კლინიკური სურათი ვითარდება.

დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება ავადმყოფის კარგი საერთო მდგომარეო-

ბის დროს სადა სიმსივნის არსებობა, ერთგვარი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის საცხოვრებელ ადგილსაც. მნიშვნელოვანია კაცონის რეაქცია, სისხლში ეოზინოფილია.

კუჭის გაშუქებით ხშირად აღინიშნება მისი დეფორმაცია გადიდებული ელენთისაგან ზეწოლის გამო. ელენთის ექინოკოკი გასკდომისას ჩაიღვრება აერიტონეუმის ღრუში, რასაც ექინოკოკის მოთესვა და მძიმე კლინიკური სურათი ახასიათებს. დაჩირქებისას ვითარდება ელენთის აბსცესი. ამ დროს კაცონის რეაქცია უარყოფითია. დიფერენციული დიაგნოზის გატარება გვქირდება პანკრეასის (მისი კუდის) ცისტასთან, ღვიძლის მარცხენა წილის ცისტასთან ან ექინოკოკთან, ჰიდრონეფროზთან, თირკმელთან გარჩევაში გვეხმარება რეტროპნეუმოგრაფია, პიელოგრაფია.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. თუ მოსახერხებელია, უკეთესია სპლენექტომია. სხვა შემთხვევაში გამოიყენება დახურული წესით ექინოკოკექტომია, აქ ეს უფრო ადვილია, ვიდრე ღვიძლის ექინოკოკის დროს (ექინოკოკის ცისტის სითხისაგან დაცლა, ფიბროზული პარკის გაკვეთა, ექინოკოკის ამოღება, პარკის ფორმალინის ხსნარით დამუშავება. პარკის შეძლებისდაგვარად ამოკვეთა და ყრუ დახურვა). ზოგჯერ, როცა ექინოკოკის ამოკვეთა შეუძლებელია, ექინოკოკის გაკვეთილი პარკი მიეკერება ჭრილობას და გამოიყენება ტამპონები, ისე როგორც დაჩირქების დროს, იგი ხანგრძლივ მკურნალობას მოითხოვს.

ელენთის სიმსივნეები

ელენთის როგორც კეთილი, ისე ავთვისებიანი სიმსივნეები ზედმიწევნით იშვიათია.

ელენთაში რომ პირველადი და მეტასტაზური სიმსივნე თითქმის არ ვითარდება, ამას ხსნიან ელენთის ქსოვილის ძლიერი რეზისტენტობით სიმსივნური უჯრედებისადმი და სიმსივნურ ქსოვილთან ანტაგონიზმით. ფიქრობენ იმასაც, რომ ელენთა გამოიმუშავებს სიმსივნის საწინააღმდეგო ნივთიერებას. მნიშვნელობას მიაწერენ ელენთის სისხლძარღვთა მდებარეობას და ორგანოს ანატომიურ შენებასაც, ავთვისებიანი სიმსივნეებიდან შეიძლება ფრიად იშვიათად შეგვხვდეს სარკომა.

ელენთაში, ისე როგორც სხვა ლიმფურ აპარატში (კისრის, იღლიის, საზარდულის), ავთვისებიანი სიმსივნე გვხვდება ხოდკინის დაავადების დროს (lymphoma malignum Hodkin).

ელენთის ავთვისებიანი სიმსივნის დროს ნაჩვენებია სპლენექტომია.

მწვავე მუცელი

ს ა ე რ თ ო შ ე ნ ი შ ვ ნ ე ბ ი. სახელწოდება მწვავე მუცელი აერთიანებს მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიულ დაავადებებს, რომელთა დროს პერიტონეუმის ანთების (ან გაღიზიანების) მოკლენებს წამყვანი ადგილი უჭირავს. ავადმყოფები კი გადაუდებელ დახმარებას, მეტწილად ოპერაციას საჭიროებენ. ასეთი დაავადებებია: მწვავე აპენდიციტი, ნაწლავთა მწვავე გაუვალობა, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაციული წყლული, გაჭედილი თიაქარი, მწვავე ქოლეცისტიტი, ორსული კკერცხსავალი მილის გახეთქა, მწვავე პანკრეატიტი, ნაწლავთა ტიფოზური ან სხვა სახის პერფორაცია, რომელიმე ორგანოს (ელენთა, საკვერცხის ცისტა, ნაღვლის ბუშტი, კუჭი და სხვ.) გადაგრეხა, პარენქიმელი ან ღრუ ორგანოთა ტრავმული დაზიანება და სხვ.

მუცლის ღრუს ორგანოთა მწვავე ქირურგიული დაავადების ან დაზიანების დროს აუცილებელია ავადმყოფის დაუყოვნებლივ ჰოსპიტალიზაცია, დიაგნოზის სწრაფად და სწორად დასმა და მეტწილად გადაუდებელი ოპერაცია.

ზუსტი დიაგნოსტიკა ასეთ შემთხვევაში ზოგჯერ მეტად ძნელია, მით უფრო ბინაზე მომსახურე ექიმის მიერ ავადმყოფის ერთხელ და ხანმოკლე დროის განმავლობაში გასინჯვისას. სწორედ ამ დროს, როდესაც დიაგნოზში გარკვევა შეუძლებელია, ხოლო ის კი ცხადია, რომ ავადმყოფი სასწრაფო დახმარებას საჭიროებს, პირობითად გამოიყენება დიაგნოზი — მწვავე მუცელი.

რა თქმა უნდა, „მწვავე მუცელი" დიაგნოზი არაა, მაგრამ ბინაზე მომუშავე ექიმმა დროის მოგებისა და ჰოსპიტალიზაციის დაჩქარების მიზნით, რომელიც ესოდენ საჭიროა ასეთი ავადმყოფის გადარჩენისათვის, მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული დაავადების ყოველ გაურკვეველ შემთხვევაში ავადმყოფს ჰოსპიტალიზაცია უნდა გაუკეთოს მწვავე მუცლის დიაგნოზით.

ქირურგიულ განყოფილებაში ავადმყოფის გამოკვლევისა და დიაგნოზის საბოლოო დაზუსტების ყოველმხრივ მეტი საშუალებაა. სტაციონარში დიაგნოზის საბოლოოდ დაზუსტება საკვალდებულოა. მიუხედავად ამისა, ზოგჯერ აქაც მწვავე მუცლის აშკარა ნიშნების დროს დაავადების ნამდვილი მიზეზის ამოცნობა არ ხერხდება. ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფს არაზუსტი დიაგნოზით სასწრაფო ოპერაცია უკეთდება ორ ან იშვიათად სამ დაავადებაზე ეჭვით. ავადმყოფის გადარჩენის მიზნით ასეთი ზემოქმედება საკმაოდ გამართლებულია.

ამჟამად საკამათო არაა, რომ „მწვავე მუცლით" ავადმყოფთა სიკვდილობასთან ბრძოლაში მთავარია დროული ჰოსპიტალიზაცია და გადაუდებელი ოპერაცია. ცნობილია, რომ დაავადებიდან პირველ საათებში შესრულებული

ოპერაცია სიკვდილობას არ იძლევა, დაგვიანებული ოპერაციის დროს კი სიკვდილობა მკვეთრად მატულობს. სამწუხაროდ, ზოგჯერ ექიმი მწვავე მუცლის დიაგნოზით ავადმყოფს არ აგზავნის ქირურგთან. იგი ბინაზე დაკვირვებით აზუსტებს დიაგნოზს, მაგრამ ავადმყოფის გადარჩენა დაგვიანებული ოპერაციის გამო უკვე აღარ ხერხდება. სახიფათოა აგრეთვე მწვავე მუცლის აშკარა ნიშნების დროს ოპერაციის გადავადება ქირურგის მიერაც.

მწვავე მუცლის დროს ავადმყოფის გადარჩენა უმეტესად დაავადების პირველ საათებში შეიძლება. ყოველთვის უნდა გვახსოვდეს, რომ. რაც უფრო დავაგვიანებთ ოპერაციას, მით უფრო მეტ საშიშროებას შევუქმნით ავადმყოფის სიცოცხლეს. ხშირად დროული ოპერაცია, შესრულებული ნაკლები და საშუალო გამოცდილების მქონე ქირურგის მიერ, უკეთეს შედეგს იძლევა, ვიდრე ფრიად გამოცდილი ქირურგის მიერ ჩატარებული დაგვიანებული ოპერაცია.

მწვავე მუცლის სიმპტომების კარგი ცოდნა და მათი სწორად დადგენა დროული ქირურგიული ჩარევის მთავარი საწინდარია.

არსებობს მწვავე მუცლის ზოგიერთი გამაერთიანებელი სიმპტომი, ძირითადად პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნები, რომელთა აღმოჩენა გვეხმარება დიაგნოზის დასმაში. ასეთი ნიშნებია: ტკივილი მუცლის არეში, მუცლის კუნთების დაჭიმულობა, ბლუმბერგ-შჩოტკინის ნიშანი, ენის სიმშრალე, გულისრევა, პირღებინება. განავალზე და აირებზე მოქმედების შეწყვეტა და სხვ.

მწვავე მუცლის დროს, რა წარმოშობისაც არ უნდა იყოს იგი, ყოველთვის აღინიშნება ამა თუ იმ ინტენსივობის ტ კ ი ვ ი ლ ი. ტკივილი არის მუცელში მრმხდარ კატასტროფაზე პირველი ნიშანი, რომელიც ავადმყოფს აიძულებს მიმართოს ექიმს. მწვავე მუცლის გამომწვევი მიზეზის მიხედვით, ტკივილი სხვადასხვანაირია. ძლიერი, მუცელში დანის ჩაცემის მაგვარი ტკივილი დამახასიათებელია კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციისათვის. მოვლითი ხასიათის ტკივილი ნათელი პერიოდებით აღინიშნება ნაწლავთა მექანიკური გაუვალობის დროს. მუდმივი, ზომიერად გამოხატული ტკივილი დამახასიათებელია პერიტონიტისათვის. დასაწყისში ძლიერი და შემდგომ მუდმივი ტკივილი დამახასიათებელია კუჭის, თორმეტგოჯა ნაწლავის, ჭიაყელანაწლავის ან ნაღვლის ბუშტის პერფორაციისათვის. საერთოდ, მუდმივი ტკივილი აღინიშნება ანთების დროს შეტევისმაგვარი — ჭვალის შემთხვევაში.

მნიშვნელოვანია ცნობები ტკივილის პირველდაწყებითი ადგილის, მისი ლოკალიზაციისა და გავრცელების შესახებ. მწვავე აპენდიციტის დროს ტკივილი ზოგჯერ შეიგრძნება ეპიგასტრიუმის ან ჭიპის არეში: რამდენიმე ხნის შემდეგ იგი მარჯვენა თეძოს მიდამოში გადაინაცვლებს. კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაციის შემთხვევაში ტკივილი დასაწყისში ეპიგასტრიუმის არეში არსებობს, რამდენიმე საათის შემდეგ იგი კუჭიდან გამოსული შეგთავსის ასწვრივი კოლინჯის მიმართულებით ჩადენის გამო მარჯვენა თეძოს მიდამოსაკენ ვრცელდება. ნაღვლის ბუშტის კენჭოვანი ჭვალის დროს ტკივილი ირადიაციას იძლევა მარჯვენა მხრის ან ბეჭის არეში. თირკმლის ჭვალის დროს ტკივილი მუცლის შესაბამის ნახევარშია, მოგვიანებით კი წელის ან ჭიპის მიდამოში და ყოველთვის ქვევით იძლევა ირადიაციას (სათესლე ჯირკვალში, ასოში, სასირცხო ბაგეში).

მწვავე მ უ ც ლ ი ს მეტად მნიშვნელოვანი სიმპტომია მ უ ც ლ ი ს კ უ ნ თ ე-

ბ ი ს დ ა ჭ ი მ უ ლ ო ბ ა. კუნთთა დაჭიმულობა პერიტონეუმის ანთებითი და ტოქსიკური გაღიზიანების შედეგად ვითარდება, როგორც რეფლექსური აქტი. პერიტონიტით გამოწვეული კუნთთა დაჭიმულობის დროს ავადმყოფს არ შესწევს უნარი მუცლის კედლის მონაწილეობისა სუნთქვით მოძრაობაში. ადგილობრივი პერიტონიტის არსებობისას კი აღინიშნება სუნთქვით მოძრაობაში მუცლის კედლის სათანადო უბნის ჩამორჩენა. ყალბი მწვავე მუცლის დროს, მუცლის კედლის დაჭიმულობის მიუხედავად, კუნთები სუნთქვით მოძრაობაში მონაწილეობს. დაჭიმულობა შემოსაზღვრული ან გავრცელებულია და ხშირად შეესაბამება დაავადებული ორგანოს ადგილმდებარეობას. დაჭიმულობის ხარისხი დამოკიდებულია პერიტონეუმის გაღიზიანების ინტენსივობაზე, დაავადებიდან გასულ დროზე, ავადმყოფის საერთო მდგომარეობაზე და სხვა. მძიმე პერიტონიტის მიუხედავად, ზოგჯერ შეიძლება კუნთთა დაჭიმულობა არ იყოს გამოხატული (მოხუცებში, აგრეთვე ტიფის, რეტროპერიტონული და რეტროცეკალური აპენდიციტის, შოკის დროს და სხვ.).

ე ნ ი ს ს ი მ შ რ ა ლ ე დ ა წ ყ უ რ ვ ი ლ ი ს გ რ ძ ნ ო ბ ა მწვავე მუცლის დამახასიათებელი ნიშანია. პერიტონიტის პროგრესულობასთან ერთად ენის სიმშრალე და წყურვილიც მეტად მკვეთრადაა გამოხატული. მძიმე პერიტონიტის დროს ავადმყოფს ენა მშრალი და დახეთქილი აქვს, რომელსაც ძლივს აბრუნებს პირში.

მწვავე მუცლის დროს დასაწყისში ხშირად აღინიშნება რეფლექსური პ ი რ ღ ე ბ ი ნ ე ბ ა. მოგვიანებით, პერიტონიტის განვითარებისას კი იგი მუდმივ ხასიათს ღებულობს.

მწვავე მუცლის დროს შეტევის განვითარების მომენტიდან მეტწილად ავადმყოფს აღენიშნება ა ი რ ე ბ ზ ე დ ა გ ა ნ ა ვ ა ლ ზ ე მ ო ქ მ ე დ ე ბ ი ს შ ე წ ყ ვ ე ტ ა. მწვავე მუცლისათვის, მართალია, დამახასიათებელი არაა ფაღარათი, მაგრამ გამონაკლისს აქაც აქვს ადგილი. ტოქსიკური მძიმე ფორმის მწვავე აპენდიციტი შეიძლება დაიწყოს ფაღარათით. დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება სხვა ნიშნები.

მწვავე მუცელს მაღალი ტემპერატურა არ ახასიათებს პერიტონიტის განვითარებამდე. პულსი მეტწილად გახშირებულია, პერფორაციული პერიტონიტის დასაწყისში კი შენელებული. პერიტონიტის ნიშნების შესახებ დაწვრილებითი ცნობებია ზევით („ავადმყოფის გამოკვლევა", „პერიტონიტი"). მწვავე მუცლის ნიშნების გამოვლინება არ წარმოადგენს განსაკუთრებულ სიძნელეს. მთავარია მიღებული მონაცემების ურთიერთდაპირისპირება და სწორი ინტერპრეტაცია.

მართალია, არსებობს მწვავე მუცლის ზოგიერთი ჩამოთვლილი გამაერთიანებელი სიმპტომი, ძირითადად პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნები, მაგრამ გვხვდება ამ ჯგუფის ისეთი დაავადებაც, როდესაც პერიტონიტის ნიშნები პირველ ხანებში არ იპყრობს მთავარ ყურადღებას (მაგალითად, ნაწლავთა მწვავე გაუვალობა). ზოგჯერ წინა პლანზეა მწვავე შინაგანი სისხლდენის ნიშნები, ავადმყოფი კი გადაუდებელ დახმარებას საჭიროებს (საშვილოსნოსგარე ორსულობა, ელენთის დახურული დაზიანება და სხვ.). ამიტომ მწვავე მუცლის გამაერთიანებელი ნიშნების სწავლების დროს ერთგვარი სიფრთხილე გვმართებს, რადგან მთავარია არა დაავადების ნიშნების რიცხვი, არამედ მათი ხასიათი, არა სიმპტომების უბრალო დათვლა, არამედ მათი სწორი ანალიზი. დაავადების სწორ დიაგნოზს ხშირად წყვეტს ერთი წამყვანი ნიშანიც,

მაშინ როცა ზოგჯერ, მრავალი ნიშნის არსებობის მიუხედავად, სწორი დიაგნოზის დასმა შეუძლებელია. ამდენად, შეიძლება სჯობდეს კიდეც ვერიდოთ მწვავე მუცლის გამაერთიანებელ ნიშნებზე გადაჭარბებით მსჯელობას, რადგან ეს ზოგჯერ შეცდომას იწვევს ხოლმე. ხდება, რომ გამოუცდელი ექიმი მწვავე მუცლის აშკარა სურათის დროსაც კი საგონებელში ვარდება, თუ სახეზე არ არის დაავადების ყველა ნიშანი.

ჩვენ არაერთხელ ვყოფილვართ მოწმე, როდესაც ექიმი ნაწლავთა გაუვალობის დიაგნოზს, დაავადების ტიპიური სურათის მიუხედავად, არ სვამს მხოლოდ იმიტომ, რომ გამოხატული არაა კუნთთა დაჭიმულობა (რომელიც პერიტონიტისათვის დამახასიათებელია, გაუვალობისათვის კი არა პერიტონიტის განვითარებამდე) ან წყლულოვანი პერფორაციის ტიპიური სურათის დროს დიაგნოზზე ეჭვობს იმიტომ, რომ მუცელი შებერილი არაა (წყლულის პერფორაციას შებერილობა მხოლოდ მოგვიანებით ახასიათებს, პირველ ხანებში კი, პირიქით, კუნთთა მკვეთრი დეფანსის გამო მუცელი ოდნავ შეწეულიცაა). ამიტომ სჯობს ექიმმა კარგად იცოდეს მწვავე მუცლის გამომწვევ დაავადებათა სიმპტომატოლოგია, მწვავე მუცელზე თუნდაც საეჭვო ავადმყოფი სტაციონარში გაგზავნოს. აქ ყოველთვის უნდა ცდილობდნენ მწვავე მუცლის გამომწვევი დაავადების დიაგნოზის დასმას მისთვის დამახასიათებელი ნიშნების ღრმა და ზედმიწევნით ცოდნის საფუძველზე. გამონაკლის შემთხვევაში, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, სწორი დიაგნოზი მხოლოდ საოპერაციო მაგიდაზე ისმება.

ქალის სასქესო ორგანოთა მწვავე დაავადებანი

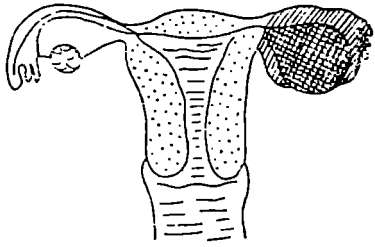
ქალის სასქესო ორგანოთა მწვავე დაავადებები ხშირად იძლევა მწვავე მუცლის ნიშნებს და ზოგჯერ საჭიროებს სასწრაფო ოპერაციულ ჩარევას.

ასეთებს ეკუთვნის დაავადებები, რომლებიც იწვევს აღმავალ პერიტონიტს (საკვერცხის ცისტის ფეხზე შემოგრეხა, ცისტის პერფორაცია, კვერცხსავლის ემპიემის გახეთქვა) ან სისხლდენას (საშვილოსნოსგარე ორსულობის შეწყვეტა, საკვერცხეში სისხლჩაქცევა). ზოგი დაავადება (საშვილოსნოს დანამატების ანთება) კონსერვატული მკურნალობით გაცილებით უკეთეს შედეგს იძლევა, ვიდრე ოპერაციით.

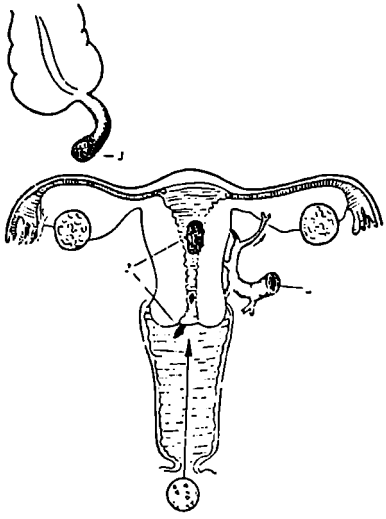
საშვილოსნოს დანამატების მწვავე ანთება

შეცდომით ჩატარებული აპენდექტომიის ხშირი მიზეზი საშვილოსნოს დანამატების ანთებაა. ზოგჯერ ერთდროულად აქვს ადგილი როგორც კვერცხსავალი მილის ანთებას (სალპინგიტი), ისე საკვერცხის ანთებას (ოოფორიტი) (სურ. 144). ვრცელ ინფილტრატში მათი ურთიერთგარჩევა მეტწილად ძნელია. დანამატების ინფიცირება ვითარდება ამორტის, გონორეის ან სხვა მიზეზით განვითარებული აღმავალი ინფექციისა და ენდომეტრიტის შედეგად. ზოგჯერ ჰემატოგენური გზით (სურ. 145), რომელიმე ზოგადი ინფექციის დროს (ტუბერკულოზი, გრიპი და სხვ.) ან მეზობელი ორგანოებიდან ანთების გავრცელებით (აპენდიციტი, ტუბერკულოზური პერიტონიტი). დანამატების ანთება ჰეტწილად ორმხრივია, ამ დროს ხშირად აღინიშნება სასქესო ორგანოთა სხვადასხვა ადგილას ანთებითი მოვლენები.

კლინიკური სურათი ყოველთვის ერთნაირი არაა. აღინიშნება სხვადასხვა სახის თეთრად (ან ჩირქოვანი) შლა, ზოგჯერ მენორაგია. დაავადებას ახასიათებს მწვავე ტკივილი მუცლის ქვემო ნახევარში. ხშირად მენსტრუაციის ან კოიტუსის შემდეგ. ტკივილი მეტწილად ორმხრივია, ტკივილი ზოგჯერ ყრუ ხასიათისაა. შეტევის მაგვარი ტკივილი დამახასიათებელია ანთებითი გამონადენით გამოწვეული კვერცხსავალი მილის გაუვალობისათვის. ტკივილს ხშირად თან ახლავს მაღალი ტემპერატურა, პულსის გახშირება, მაგრამ არა 100-ზე მეტი ერთ წუთში, ედრის მნიშვნელოვანი მომატება. ლეიკოციტების რიცხვი კი ნორმალური ან მცირედ მომატებულია. მხოლოდ დანამატების ჩირქოვანი ანთების დროს აღინიშნება მაღალი ლეიკოციტოზი.



სურ. 144. დანამატების ანთება.



სურ. 145. დანამატების მწვავე ანთების ყველაზე ხშირი მიზეზი:
1 — გონორეა; 2 — აბორტი და მშობიარობა; 3 — ანთების გადასვლა კუმ-ნაწლავის ტრაქტიდან; 4 — ჰემატოგენური გზით.

პალპაციით მტკივნეულობას ორივე მხარეს აქვს ადგილი. მეტწილად პუპარტის იოგის შუა ადგილიდან 1,5 სმ ზევით. მუცლის კუნთების დაჭიმულობა. ნაწლავების შებერილობა და პირღებინება ვითარდება დანამატების ანთებითი პროცესის მენჯის პერიტონეუმზე გადასვლის დროს.

მწვავე აპენდიციტის და ქალის სასქესო ორგანოთა სხვა მწვავე დაავადებებთან გარჩევაში გვეხმარება ანამნეზიდან წარსულში მსგავსი მოელენების არსებობა; ქალის სასქესო ორგანოთა გულდასმით გამოკვლევა. გამონადენისა და ანთების სხვა ნიშნების აღმოჩენა. ავადმყოფის კარგი საერთო მდგომარეობა და მუცლის მხრივ სუსტად გამოხატული მოელენები. მაღალი ტემპერატურის მიუხედავად, საბოლოოდ გვეხმარება დიაგნოზის გარკვევაში.

კვერცხსავალი მილის ემპიემის (პიოსალპინქსი) გახეთქვა. კვერცხსავალი მილის ქრონიკულ ანთებას იშვიათად შეიძლება მოჰყვეს კვერცხსავალ მილში ჩირქგროვის განვითარება. ასეთ კვერცხსავალ მილს რქის ფორმა აქვს და ჩირქგროვა საკმაოდ სქელი კაფსულით იფარგლება.

კვერცხსავლის ემპიემა ხშირად იხსნება ნაწლავებში. მისი გასკდომისა და

ჩირქის თავისუფალ მუცლის ღრუში გადასვლისას მეტად მძიმე სურათი ვითარდება. ავადმყოფი ვარდება კოლაფსის მდგომარეობაში. მუცლის არეში ვითარდება ძლიერი ტკივილი, მუცლის კუნთების დაჭიმულობა და პერფორაციული პერიტონიტის სხვა ნიშნები. გინეკოლოგიური გამოკვლევით აღინიშნება ძლიერ მტკივნეულობა დუგლასის სივრცის არეში და მტკივნეულობა საშვილოსნოს შერხევისას (პრომპტოვის ნიშანი).

დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გავატაროთ სხვადასხვა წარმოშობის მწვავე პერფორაციულ პერიტონიტთან და პირველ რიგში მწვავე აპენდიციტთან, დანამატების ანთებასთან, კვერცხსავალი მილის გახეთქვასთან.

მენჯის პერიტონიტისაგან დიფუზური პერიტონიტის დიფერენციაციის საკმაოდ დიდი სიძნელის გამო მოგვყავს ამ ორი დაავადების სიმპტომების სქემა ი. ლ. ბრაუდეს მიხედვით.

დიფუზური პერიტონიტისა და მენჯის პერიტონიტის სიმპტომატოლოგია

დიფუზური პერიტონიტი	მენჯის პერიტონიტი
საერთო მდგომარეობა მძიმე: სახე მკრთალი, მოუსვენარი გამომეტყველება, სიკვდილის შიში, ჩავარდნილი თვალები	საერთო მდგომარეობა არაა მძიმე; სახე არაა მკრთალი (მაღალი ტემპერატურის დროს იგი შეიძლება იყოს წამოწითლებული); თვალები არაა ჩაცვენილი
პულსი აჩქარებულია, არ შეესაბამება ტემპერატურას; სისხლის წნევის მკვეთრი დაცემა	პულსი აჩქარებულია. შეესაბამება ტემპერატურას; სისხლის წნევის მკვეთრი დაცემა არ შეინიშნება
მტანჯველი გულისრევა. პირღებინება, სლოკინი	გულისრევა ზომიერია. პირღებინებას და სლოკინს ადგილი არა აქვს
მთელ მუცლის არეში ტკივილის მეტ-მივად თანდათანობითი მატება, რაც მკვეთრად ძლიერდება ლოგინში ავადმყოფის მცირე მოძრაობისას	მთელ მუცლის არეში მძაფრი ჭეალისმაგვარი ტკივილი აღინიშნება მხოლოდ დაავადების დასაწყისში, შემდეგში იგი მცირდება და ლოკალიზდება მუცლის ქვემო ნაწილში
მუცლის შებერილობა და სწორი კუნთების დაჭიმულობა (კონტრაქტურა): მთელი მუცელი მკვეთრად მტკივნეულია; ბლუმბერგის სიმპტომი მკვეთრად დადებითია; გარედან გასინჯვისას ანთებითი სიმსივნის კონტურები არ ისინჯება	მუცლის შებერილობა და სწორი კუნთების დაჭიმულობა გამოხატულია სუსტად და ისიც მხოლოდ მუცლის ქვემო ნაწილში; გარედან გასინჯვისას აღინიშნება ანთებითი სიმსივნის კონტურები
დიდი რაოდენობით გამონადენის დროს მუცლის ქვემო ნაწილში აღინიშნება მოყრუება, რაც იცვლება ავადმყოფის მდებარეობის შეცვლისას	ეს ნიშანი არ აღინიშნება
პროგრესული ანემია; ზოგჯერ ჰემოგლობინის პროცენტი მომატებულია — სისხლის გასქელების გამო ორგანიზმის სწრაფი გაუწყლოების შედეგად: ჰიპერლეიკოციტოზი, ნეიტ-	მკვეთრ ანემიას ადგილი არა აქვს: ჰიპერლეიკოციტოზი სრულიად არაა ან ზომიერადაა გამოხატული: ედრ აჩქარებულია

დიფუზური პერიტონიტი	მენჯის პერიტონიტი
როფილური გადახრა, ეოზინოფილების გაქრობა, ლიმფომონოციტოპენია; ედრ მეტად მნიშვნელოვნად მომატებულია	
აირებზე და განავალზე მოქმედება დაავადების კეთილსაიმედო მიმდინარეობის დროსაც აღინიშნება მოგვიანებით	აირებზე და განავალზე მოქმედება აღინიშნება ადრეულად

დანამატების ანთების დროს ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა მძიმე არაა. მუცლის კუნთების დაჭიმულობა და ტკივილი მთელი მუცლის არეში არ აღინიშნება. როგორც ამას ადგილი აქვს კვერცხსავალი მილის გახეთქვისას. მკურნალობა ოპერაციულია: პერფორირებული კვერცხსავალი მილის ამოკვეთა და მუცლის ღრუს დრენირება.

საკვერცხის ცისტის ფეხზე შემოგრეხა

ცისტის ფეხზე შემოგრეხისას ვითარდება ვენური სტაზი, ცისტის კედლის შეშუპებით და სისხლჩაქცევებით. შემდეგ არტერიული სისხლის მიმოქცევის მოშლა, რასაც ცისტის კედლის დეგენერაციული ცვლილებები, შიგთავსის გაჟონვა და პერიტონიტის განვითარება მოჰყვება.

კლინიკური სურათი მეტწილად სწრაფად ვითარდება მთელ მუცელში მწვავე ტკივილით და ხშირად კოლაფსის მოვლენებით. ტკივილი ზოგჯერ აღინიშნება მხოლოდ ჭიპის ქვევით. პულსი გახშირებული და სუსტი ავსებისაა. კანის ფერი მკრთალი და ცივი ოფლით დაფარულია. ხშირად ადგილი აქვს გულისრევას და პირღებინებას. ტემპერატურა მეტწილად სუბფებრილურია. ცისტა ზოგჯერ განიცდის თანდათან შემოგრეხას. მაშინ მოვლენები შედარებით სუსტადაა გამოხატული და ცისტა მეტწილად ისინჯება, სწრაფად შემოგრეხის დროს კი ცისტის გასინჯვა არ ხერხდება.

მოგვიანებით, პერიტონიტის შედეგად ნაწლავთა პარეზის განვითარებისას მეორადი ნიშნები უფრო იპყრობს ყურადღებას და ცისტის შემოგრეხის ამოცნობა ძნელდება.

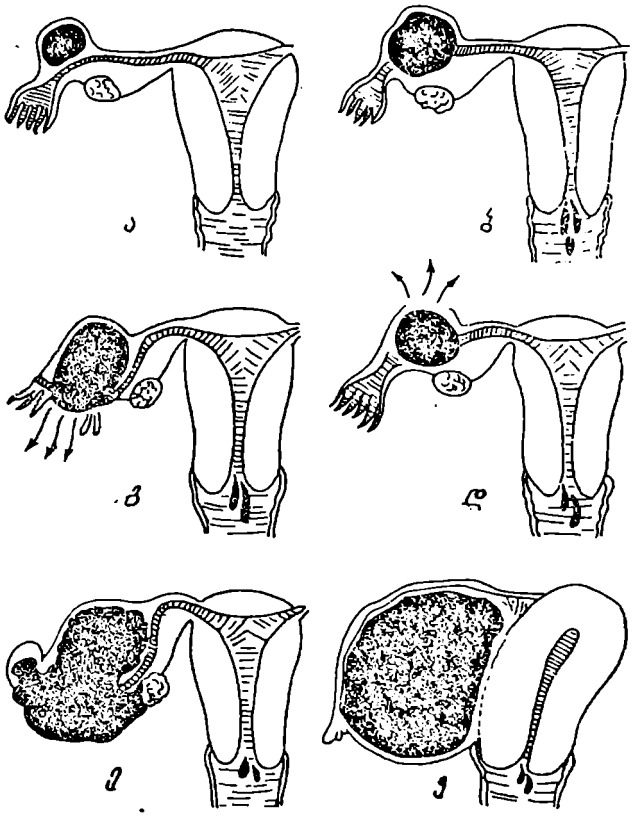
დიფერენციული დიაგნოზის გატარება გვჭირდება საშვილოსნოსგარე ორსულობის შეწყვეტასთან. ორივე ამ დაავადებას თითქმის მსგავსი დასაწყისი და მენსტრუაციის აშლილობა ახასიათებს. ინსულტის დროს ყურადღებას იპყრობს მწვავე ანემიის სურათი. ცისტის შემოგრეხისას კი — პერიტონული მოვლენები. ოპერაციის დროს საკვერცხის ფეხზე შემოგრეხილი ცისტის დროს ვნახულობთ შავი ფერის ჰემორაგიულ ექსუდატს და საკვერცხესთან დაკავშირებულ მომრგვალო, მოშავო-მოწითალო ფერის ელასტიკურ სიმსივნეს. რომელიც თხიერი შიგთავსითაა სავსე. ასეთ შემთხვევაში კეთდება ცისტის ფეხზე გაფაკვანძვა გაუხსნელად და მისი მოკვეთა.

საშვილოსნოსგარე ორსულობა

საშვილოსნოსგარე ორსულობას ინსულტამდე ორსულობის საერთო ნიშნები აქვს. ავადმყოფს ორსულობის ადრეულ პერიოდში მუცელში ტკივილი იშვიათად აწუხებს, ამიტომ ასეთი ავადმყოფი ქირურგთან არ ხვდება. ლიტე-

რატურაში აღწერილია შემთხვევა საშვილოსნოსგარე ორსულობის ბოლომდე მიყვანისა და ცოცხალი ნაყოფის ლაპაროტომიით ამოყვანის (მეორე ბავშვის საშვილოსნოდან ნორმალური მშობიარობის დროს).

ქირურგისათვის საინტერესოა საშვილოსნოსგარე ორსულობის შეწყვეტა (სურ. 146). ამ დროს განვითარებული კლინიკური სურათი სხვადასხვანაირია



სურ. 146. საშვილოსნოსგარე ორსულობა.
ა—კვერცხსაველის ამპულარულ ნაწილში (ადრეული პერიოდი); ბ—იგივე მიგვიანებით; გ—კვერცხსავალ მილს აბორტი; დ—კვერცხსავალ მილის გახეთქვა; ე—მილთან ახლოს ჰემატომა; ვ—პარაუტერინარული ჰემატომა.

და იგი დამოკიდებულია ორსულობის ლოკალიზაციაზე. ორსულობის განვითარების პერიოდზე, სისხლდენის ადგილსა და სისხლდენის ხარისხზე. კვერცხსავალ მილზე ადრეულ პერიოდში განვითარებული ნაყოფის აცლისა და კვერცხსავალში სისხლის არსებობისას კლინიკური ნიშნები სუსტადაა გამოხატული და მხოლოდ უმნიშვნელო ტკივილით განისაზღვრება. დიაგნოზის დასმა ადვი-

ლი არაა აგრეთვე კვერცხსავალი მილის გახეთქვისა და სისხლდენის მალე შეჩერების დროს. ასეთ ავადმყოფს ხშირად დაგვიანებით უკეთდება ოპერაცია, ზოგჯერ აპენდიციტის დიაგნოზით.

საშვილოსნოსგარე ორსულობის შეწყვეტისას მუცლის ღრუში ძლიერი სისხლდენის დროს ვითარდება დამახასიათებელი კლინიკური სურათი. დაავადება იწყება სწრაფად, უეცარი ტკივილით მუცლის ქვემო ნაწილში (ხშირად ერთ-ერთ რომელიმე ნახევარში ბოქვენს ზევით ან პუპარტის იოგის მიდამოში) და ზოგჯერ ტკივილის ირადიაციით წელში, მუცლის ღრუში, სწორ ნაწლავში. სისხლის დიდი რაოდენობით ჩაქცევისა და დიაფრაგმის ნერვის გაღიზიანების დროს ბეჭშიც. დაავადების გამოცნობა დასაწყისში ძნელი არაა. მას თან ახლავს აგრეთვე მწვავე სისხლდენის ნიშნები, საერთო სისუსტე, გონების დაბურვა. ფერმკრთალობა, წყურვილის გრძნობა. სუსტი და აჩქარებული პულსი, სისხლის წნევის მკვეთრი დაქვეითება, ტემპერატურის დაცემა, ე. ი. კოლაფსის ნიშნები. მუცელი მცირედ შებერილი და პალპაციით მკვეთრად მტკივნეულია (კულენკამფის ნიშანი), განსაკუთრებით გახეთქილი მილის მიდამოში. კუნთების დაჭიმულობა სუსტად ან თითქმის გამოხატული არაა. ასევე ბეტწილად არ აღინიშნება ბლუმბერგის ნიშანი. ადგილი აქვს ჰემოგლობინის პროცენტის და ერითროციტების რიცხვის შემცირებას. ანემიას კარგად გამოხატავს აგრეთვე სისხლის ხვედრითი წონის დაცემა. პერიტონეუმის ღრუში სისხლის დიდი რაოდენობით დაგროვებისას (განსაკუთრებით მუცლის ქვემო ნაწილში) პერკუსიით შეიძლება აღინიშნებოდეს მოყრუებული ხმიანობა, რომელიც იცვლება ავადმყოფის მდგომარეობის შეცვლასთან ერთად. ხშირად აღინიშნება საშოდან სისხლის მცირე რაოდენობის გამოყოფა. საშოდან გამოკვლევისას კი მკვეთრი მტკივნეულობა მის ერთ-ერთ თაღში, ზოგჯერ აქვე შეიგრძნობა ელასტიკური კონსისტენციის მტკივნეული სიმსივნე. ზოგჯერ დახმარებას გვიწევს უკანა თაღის პუნქცია (სისხლი), რომლის დროსაც გამორიცხული არაა ნაწლავის დაზიანების საშიშროება. ამიტომ თაღის პუნქცია შედარებით იშვიათად და ისიც უშუალოდ ოპერაციის წინ უნდა გაკეთდეს.

საშვილოსნოსგარე ორსულობის დროს დიაგნოზის დასმა შედარებით ძნელია იმ შემთხვევაში, როდესაც სისხლმდენი ადგილი კოლტით იხურება და ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა შედარებით კარგია.

საშვილოსნოსგარე ორსულობის დროს ზოგჯერ არ აღინიშნება ორსულობის ნიშნები. მაგრამ მათი არსებობა სავალდებულო არაა, რადგან ზოგჯერ საქალწულო აპკისა და თვიურის არსებობაც კი არ გამორიცხავს ორსულობას. ვაგინალობა გადაუდებელ ოპერაციაში მდგომარეობს (დაზიანებული მიდამოს ამოკვეთა, სისხლდენის შეჩერება).

საკვერცხის გახეთქა

საკვერცხის ქსოვილში სისხლჩაქცევის აღსანიშნავად მოწოდებულია მრავალი სახელი: საკვერცხის გახეთქა, საკვერცხის აპოპლექსია, საკვერცხის ჰემორაგია, სისხლდენა საკვერცხიდან და სხვ.

საკვერცხის გახეთქა ხშირად ემართება ქალიშვილებს და ახალგაზრდა გათხოვილ ქალებს. დაავადება იწყება უეცარი ტკივილით მუცელში, ხშირად მის ქვემო ნახევარში და მუცლის ღრუში სხვადასხვა ინტენსივობის სისხლდენით.

დაავადების დასაწყისში ხშირად აღინიშნება გულისრევა, პირღებინება. გონების დაბინდვას საკვერცხის გახეთქის დროს თითქმის არ აქვს ადგილი. გამოკვლევით მტკივნეულია მუცლის ქვემო ნახევარი, მუცელი რბილია და იშვიათად აქვს ადგილი კუნთთა უმნიშვნელო დაჭიმულობას. ბლუმბერგის ნიშანი უარყოფითია ან გაურკვეველია.

საკვერცხის გახეთქის დიაგნოზის დასმა ადვილი არაა. ამ მხრივ ნაკლებ გეეხმარება ვაგინალური (ან ქალიშვილებში სწორი ნაწლავიდან გამოკვლევა).

ავადმყოფს ოპერაცია უკეთდება მწვავე აპენდიციტის ან გამოხატული სისხლდენის ნიშნების დროს (მით უფრო გათხოვილ ქალს) საშვილოსნოსგარე ორსულობის შეწყვეტის საეჭვო დიაგნოზით. კეთდება დაზიანებული საკვერცხის ამოკერვა კეტგუტით. მხოლოდ იშვიათ გამონაკლის შემთხვევაში ამოკვეთა..

ყალბი მწვავე მუცელი

ყალბი მწვავე მუცლის სახელწოდებით იგულისხმება ორგანიზმის ისეთი პათოლოგიური მდგომარეობა, რომლის დროსაც ადგილი აქვს „მწვავე მუცლის“ ზოგიერთ ნიშანს. დაავადების ნამდვილი მიზეზი, როგორც ნ. ბლინოვი წერს, შეიძლება იყოს სამი სახის: გულმკერდის ორგანოთა დაავადება (პლევროპნევმონია. სტენოკარდია, მიოკარდიუმის ინფარქტი); მუცლის ღრუს, რეტროპერიტონული სივრცის და მუცლის კედლის პათოლოგიური მდგომარეობა (მწვავე გასტრიტი, ენტერიტი, რეგიონული ილეიტი, ტყვიით ინტოქსიკაცია. აბდომინური პურპურა, ანტიკოაგულანტებით ჰემორაგია, მუცლის კედლის ან რეტროპერიტონული ჰემატომა. მუცლის აორტის განმაშრევებელი ანევრიზმა). აგრეთვე სხვადასხვა სახის პათოლოგიური პროცესები, რომლებიც არამცთუ ქირურგიულ ჩარევას, საერთოდ არ საჭიროებენ ქირურგიულ განყოფილებაში წოლას და მოითხოვენ კონსერვატულ მკურნალობას. თირკმლის ჭვალი, დისშენორეა, ცენტრალური და პერიფერიული ნერვული სისტემის ზოგიერთი დაავადება: ეპილეფსია, ტაბესი, გულმკერდის მე-10, მე-12 ფესვის დაზიანება. „აბდომინალოგია“, „პერიოდული დაავადება“, პორფირია, კვანძოვანი პერიარტერიტი და სხვ.

დიდი ხანია ცნობილია სტენოკარდიის აბდომინური ფორმა, რომელიც მწვავე მუცლის მსგავსად მიმდინარეობს და ამიტომ ზოგჯერ მათი გარჩევა ძნელია. ნ. ბლინოვს მოჰყავს ავტორები, რომლებიც მიუთითებენ რომ გულის კუნთის ინფარქტით დაავადებულ ავადმყოფთა ერთ მესამედს აღენიშნებათ პირღებინება, ზოგჯერ უვითარდებათ კუჭისა და ნაწლავების პარეზი; ძლიერი ტკივილი მუცლის ზემო ნაწილში და აქვე კუნთების დაჭიმულობა, რაც მწვავე მუცელზე ეჭვის საბაბი ხდება.

გულის მწვავე დაავადების დროს მუცელში ტკივილს ზოგი. მარჯვნივ გულში მწვავე უკმარისობის დროს. ღვიძლში განვითარებული შეგუბებით. გლისონის კაფსულის დაჭიმვით და მით გამოწვეული ტკივილით ხასნის. ზოგიც ინფარქტის დროს განვითარებულ სისხლძარღვთა გენერალიზებული სპაზმით. მუცლის ღრუს ორგანოთა სპაზმს. ისე როგორც ჯორჯლის სისხლძარღვთა თრომბოემბოლიას. შეუძლია შენიღბოს გულის მხრივ მოვლენები.

სტენოკარდიის დროს მუცელში ტკივილს საფუძვლად რეფლექსური მექანიზმი უდევს.

მუცლის ღრუს ვეგეტატურ განგლიურ წნულებს გულისა და აორტის წნულებთან ერცელი ნერვული კავშირები აქვთ. გულსა და სისხლძარღვებში აღმოცენებული გაღიზიანება ამ კავშირებით ადვილად გადაეცემა მუცლის ღრუს წნულს და იწვევს რეფლექსურ აბდომინურ სინდრომს, ზუსტად ისე, როგორც მუცლის ვეგეტატიური წნულის ტრავმა (გოლცის კლასიკური ფიზიოლოგიური ცდა) მყისვე იძლევა გულის მოქმედების რეფლექსურ გაჩერებას.

ი. პავლოვის მოწაფეებმა (კ. ბიკოვი, ვ. ჩერნიგოვსკი) აჩვენეს, რომ გულსისხლძარღვთა აპარატში აღძრული მძლავრი ანგიორეცეპტული გაღიზიანება ცენტრალური ნერვული სისტემის უმაღლესი ნაწილების ფუნქციის მოშლას და მის მკვეთრ გაღიზიანებას იძლევა, რასაც მუცელში ძლიერი ტკივილი და ზოგჯერ მუცლის კუნთთა მკვეთრი დაჭიმულობა მოჰყვება, ისე როგორც მუცლის ღრუს ინტერორეცეპტორთა გაღიზიანებას გულის მუშაობის მოშლა მოსდევს.

გულის ინფარქტისა და მწვავე მუცლის ერთმანეთისაგან გარჩევა დაავადების დასაწყისში ძნელია კიდევ იმიტომ, რომ გულის ინფარქტის ზოგიერთი ნიშანი შეიძლება აღინიშნებოდეს მწვავე მუცლის დროს. ასე მაგალითად, კანის ციანოზური ელფერი პანკრეატიტის დროს, შეშინებული სახე, ნამიანი თვალები და ზოგჯერ არითმიული პულსი ღრუ ორგანოთა პერფორაციის დროს. მჯდომარე მდგომარეობა, რომელსაც ზოგჯერ ამჯობინებს ინფარქტიანი ავადმყოფი, შეიძლება იშვიათად აღინიშნებოდეს კუჭის პერფორაციის დროსაც.

გულის დაავადების ამოცნობაში დიდ დახმარებას გვიწევს ანამნეზიდან წარსულში გულის მხრივ მოვლენების არსებობა. ეპიგასტრიუმის არეში, ტკივილის და კუნთთა დაჭიმულობის მიუხედავად, ხშირად ტკივილი და არასასიამოვნო შეგრძნება აღინიშნება გულის არეში, ბეჭში, ზემო კიდურებში. მეტად მნიშვნელოვანია ისიც, რომ თუ დაავადების დასაწყისში გულის მხრივ მოვლენები ნაკლებ იპყრობს ყურადღებას, სამაგიეროდ, რამდენიმე საათის (ზოგჯერ პირველი დღის ბოლოს) მუცლის მხრივ მოვლენები თანდათან ქრება და გულის არეში ან მკერდის ძვლის უკან აღინიშნება დამახასიათებელი ტკივილი. დიდ დახმარებას გვიწევს ელექტროკარდიოგრამა. საეჭვო შემთხვევაში გამოიყენება სპაზმის მომხსნელი საშუალებანი.

გულმკერდის ორგანოთა დაავადებებიდან, რომელიც მწვავე მუცლის ნიშნებს იძლევა, აღსანიშნავია აგრეთვე **პლევროპნევმონია.** განსაკუთრებით ქვემო წილების ანთების და დიაფრაგმულ პლევრაზე მისი გავრცელებისას. ამ დროს ავადმყოფს ხშირად უვითარდება მწვავე მუცლის სურათი მუცელში საკმაოდ ძლიერი ტკივილისა და მუცლის კუნთების დაჭიმულობის სახით. ამის ახსნა შეიძლება შემდეგი ანატომიური თავისებურებით: ექვსი ქვედა ნეკნთა შუა ნერვი ინერვაციას უკეთებს როგორც პარიეტულ პლევრას, ისე დიაფრაგმის ნეკნთა ნაწილს, რომელიც ზევიდან პლევრით და ქვევიდან პერიტონეუმითაა დაფარული, აგრეთვე მუცლის კედელს. ნეკნთა შუა ნერვები შემაერთი ტოტებით კავშირშია სიმპატიკურ ნერვებთან, რომლებიც მუცლის ღრუს ინერვაციას ახდენენ.

ფილტვების ან პლევრის ქვემო წილებში პათოლოგიური პროცესის დროს ტკივილი და რეზისტენტობა აღინიშნება მუცლის კედელზე ნეკნთაშუა ნერვების გაყოფის ადგილას, იმავე მიდამოში, სადაც მუცლის ღრუს ორგანოთა ტკივილიც ლოკალიზდება. გულმკერდის ორგანოთა პათოლოგიური პროცე-

სის დროს მუცლის მხრივ მოვლენების ახსნაში, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, დიდ მნიშვნელობას მიაწერენ ამ ორგანოთა შორის უხვად არსებული ნერვული კავშირებით განხორციელებულ რეფლექსს.

მუცელში ძლიერი ტკივილის, კუნთთა დაჭიმულობისა და ზოგჯერ პირღებინების მიუხედავად, შეიძლება პლევროპნევმონიის ამოცნობა. მწვავე მუცლისაგან განსხვავებით ამ დროს სწრაფად იმატებს ტემპერატურა. შესაბამისად იზრდება აგრეთვე პულსი, მაშინ როცა მწვავე მუცლის დროს ნორმალური ან მცირედ მომატებული ტემპერატურის დროს პულსი შეუსაბამოდ გახშირებულია. პლევროპნევმონიის დროს ადგილი არ აქვს აგრეთვე სწორ ნაწლავსა და იღლიის ფოსოში ტემპერატურის ისეთ განსხვავებას (1,5—2°), როგორც ამას ადგილი აქვს მწვავე მუცლის დროს. პნევმონიის დროს ავადმყოფს აღენიშნება შემცივნება, ქოშინი, სუნთქვის გახშირება, ტკივილი სუნთქვის დროს, სახე წამოწითლებული და თვალები ნამიანი აქვს. ხშირად ასეთი ავადმყოფი ამჯობინებს ჯდომას. ქვედა ნეკნთა შუა სივრცეებზე ზეწოლა ზოგჯერ მტკივნეულია. მიუთითებენ აგრეთვე, რომ გულმკერდის ორგანოთა დაავადების დროს, მწვავე მუცლისაგან განსხვავებით, მუცლის რეფლექსები შენახულია, მწვავე მუცლის დროს კი გამქრალი (კლეინი).

გარკვეულ დახმარებას გვიწევს აგრეთვე გულმკერდის პერკუსია, აუსკულტაცია და რენტგენოლოგიური გამოკვლევა. მწვავე მუცლის ზოგიერთ ნიშანს, განსაკუთრებით კუნთთა დაჭიმულობას, იძლევა აგრეთვე ქვემო ნეკნების მოტეხილობა. ამ შემთხვევაში, ისე როგორც გულმკერდის ორგანოთა დაავადებით გამოწვეული ყალბი დაჭიმულობის დროს, პერიტონიტით გამოწვეული დაჭიმულობისაგან განსხვავებით, მუცლის კუნთების აქტიური მოძრაობა სუნთქვით მოძრაობაში შესაძლებელია. ზოგჯერ გვეხმარება აგრეთვე ნეკნთა შუა ნერვების ან დაზიანების მხარეზე კისრის ვაგო-სიმპათიკური ბლოკადა, რომელიც ეფექტს იძლევა 1—2 საათში.

ნ. სამარინის, გ. კოტონოვიჩის და ნ. ბლინოვის მიხედვით მოგვყავს მცირე შესწორებით სამი სინდრომის (აბდომინური, პლევრო-პულმონური და გულის) დიფერენციული დიაგნოზის სქემა (იხ. გვ. 414).

ყალბი მწვავე მუცლის გამომწვევ შემდეგ მიზეზად უნდა დავასახელოთ მუცლის ღრუს ორგანოთა დაავადებანი, რომლებიც ოპერაციულ მკურნალობას არ საჭიროებენ. ასეთს ეკუთვნის **გასტრიტი**. მას ეპიგასტრიუმის არეში ტკივილი, ფულისრევა, პირღებინება და ხშირად ტემპერატურის მომატება ახასიათებს, წინ უსწრებს დიეტის დარღვევა. განსხვავებით მწვავე მუცლისაგან მუცელი სუნთქვით მოძრაობაში მონაწილეობს. არ აღინიშნება კუნთთა დაჭიმულობა. ტკივილი არ გადაინაცვლებს ილეოცეკალურ არეში, როგორც მწვავე აპენდიციტის დროს, დიეტის დაცვით მოვლენები უკუგანვითარებას განიცდის.

მწვავე მუცლისაგან გაცილებით ძნელი გასარჩევია **ნეკროზული ენტერიტი**, ანუ **რეგიონული ილეიტი**. ეს დაავადება იწყება სწრაფად. მწვავე ტკივილით მუცელში, გულისრევით და პირღებინებით, აირებზე და განავალზე მოქმედება მეტწილად შეწყვეტილია. ტემპერატურა მაღალი. საერთო მდგომარეობა მეტად მძიმე. ენა მშრალი და ძლიერი ინტოქსიკაციის გამო ნადებით. მუცელი მცირედ შებერილი, ხშირად რბილი. შეიძლება მცირედ დაჭიმული. ბლუმბერგის სიმპტომი დადებითი. სწორი ნაწლავის გამოკვლევით ამპულა თავისუფალი ან მცირე რაოდენობით განავლის მასებია და თითზე ზოგჯერ აღი-

ნიშნება სისხლი. მეტწილად ასეთ ავადმყოფს ოპერაციას უკეთებენ ჯორჯლის-სისხლძარღვთა თრომბოზის, ინვაგინაციის ან სხვა დიაგნოზით. ლაპაროტომიის-დროს წვრილ ნაწლავთა სხვადასხვა უბანზე (ზოგჯერ მსხვილზეც) აღინიშნება-გასქელება, სისხლჩაქცევები, ზოგჯერ ჩირქოვან-ფიბრინული ნადები. შეცვ-ლილ მიდამოში ჯორჯალიც შეშუპებული და ანთებითია. ასეთ ავადმყოფს ესა-ჭიროება მხოლოდ კონსერვატული მკურნალობა.

აბდომინური, პლევრო-პულმონური და გულის სინდრომების დიფერენციული დიაგნოზის სქემა

აბდომინური სინდრომი	პლევრო-პულმონური სინდრომი	გულის სინდრომი
	ა ვ ა დ მ ყ ო ფ ი ს გ ა მ ო კ ი თ ხ ვ ი თ:	
ტკივილის მწვავედ დაწყება მუცელში, ხშირად უმიზეზოდ, პირღებინება, შეკრულობა, იშვიათად ფაღარათი	ტკივილის მწვავედ დაწყება. შემცივნება, ზოგჯერ აღინიშნება გაცივება	ტკივილის მწვავედ დაწყება, ჩვეულებრივ ძიუოითებენ გულის დაავადებას, ხშირად წინ უსწრებს ტკივილი მკერდის უკან, ირადიაციით მარცხენა ხელისა და ბეჭის ზოგჯერ სიკვდილის შიშის შეგრძნება
	ო ბ ი ე ქ ტ ი ვ ი მ ონ ა ცე მ ე ბ ი თ:	
ტემპერატურა ნორმალური, სახე ნორმალური ან პერიტონიტისათვის დამახასიათებელი. კანი ნორმალური ან მცირედ ყველი. პულსი ტემპერატურასთან შედარებით გახშირებული.	ტემპერატურა მაღალი, ლოყები წამოწოთლებული. მბრწყინავი თვალები, ხშირად ტუჩებზე ჰერპესი, ზოგჯერ ცხვირის ნესტოების მოძრაობა სუნთქვის დროს. კანი მშრალი და ცხელი. პულსი შეესაბამება მაღალ ტემპერატურას	ტემპერატურამ შეიძლება მოიმატოს დღის ბოლოს. სახე ციანოზური და შეშინებულია. კანი ნორმალური, პულსი გახშირებული, ზოგჯერ არითმიული. ხშირად ჩანს ვენების პულსაცია
მუცლის კუნთები დაჭიმულია და არ ქრება პალპაციით	მუცლის კუნთები დაჭიმულია, მაგრამ შეიძლება გაქრეს პალპაციით	მუცლის კუნთები დაჭიმულია, მაგრამ შეიძლება გაძლიერდეს პალპაციით
მტკივნეულობა პალპაციით ზეწოლისას ძლიერდება პირველადი კერის ადგილას	მუცლის კედელზე ზეწოლისას ტკივილი შეიძლება შემცირდეს, ტკივილი ძლიერდება დახველებისას, ნეკნთა შუა სივრცეებზე ზეწოლისას	ტკივილი ზეწოლით არ იცვლება. თუ არაა ღვიძლის მწვავე შეგუბება
მუცლის კედელზე აღინიშნება კანის ჰიპერესთეზია, რომელიც პირველად კერას შეესაბამება	კანის ჰიპერესთეზია იშვიათადაა და ისიც მუცლის ზემო ნაწილში	კანის ჰიპერესთეზია ზოგჯერ მარცხენა ლავიწის ქვეშ, გულის არეში და მარცხენა წინა მხრის შიგნითა ზედაპირზეა
რექტალური გამოკვლევით ზოგჯერ ისინჯება დუგლასის სივრცეში გამოჩერილობა. აპუსა შეიძლება გაგანიერებული იყოს	რექტალური გამოკვლევა უმტკივნეულოა და ამპულა უცვლელი	რექტალური გამოკვლევა უმტკივნეულოა და ამპულა უცვლელი

ინტოქსიკაციის წინაალმდეგ დიდი რაოდენობით ხსნარები და სისხლის შემცვლელები, ანტიბიოტიკები და საგული საშუალებანი. დაავადების ამოცნო-

ბაში გვშველის მუცლის მხრივ მოვლენებსა და საერთო მდგომარეობის შორის აშკარა შეუსაბამობა. მეტად მძიმე საერთო მდგომარეობისა და ძლიერი ინტოქსიკაციის დროს მუცლის მხრივ შედარებით სუსტად გამოხატული ნიშნები.

ტუბეროზით მოწამვლის დროს ავადმყოფს აღენიშნება შეტევითი ტკივილი მუცელში და შეკრულობა, მაგრამ მუცელი რბილი და უმტკივნეულოა, კუნთების დაჭიმულობას ადგილი არა აქვს, ავადმყოფს ხშირად ღრძილებზე აქვს საცრისფერის ყაეთანი. ცნობები ანამნეზიდან, აგრეთვე მუცელში ტკივილის მიუხედავად, ობიექტური მონაცემების არარსებობა ააცდენს ავადმყოფს ოპერაციას.

მწვავე მუცლის ზოგიერთი დაავადება (აპენდიციტი, ნაწლავთა გაუვალობა) ხშირად ეშლებათ **საკვებით მოწამვლასთან** და მწვავე მუცლით ავადმყოფს პირველ ხანებში მეტწილად მკურნალობენ, როგორც საკვებით მოწამვლულს. მწვავე მუცლისაგან განსხვავებით, საკვებით მოწამვლის დროს აღენიშნება ორგანიზმის ინტოქსიკაცია და გასტროენტერიტის ნიშნები. დამახასიათებელია მუცელში მწვავე ტკივილი, ხშირი პირღებინება და ფაღარათი. ჩასაც. სითხეების დიდი რაოდენობით დაკარგვის გამო, ავადმყოფის მეტად სწრაფი დასუსტება და ორგანიზმის გამოშრობა მოსდევს. ტემპერატურა ჩვეულებრივ მაღალია. მწვავე მუცლისაგან განსხვავებით, საუმლით ინტოქსიკაციის დროს მუცელი რბილია, სუნთქვით მოძრაობაში თავისუფლად მონაწილეობს, მეტეორიზმი და პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნები არ არსებობს. ხშირად აღინიშნება ლეიკოპენია.

მწვავე მუცლისაგან გაცილებით ძნელი გასარჩევია **კაპილარული ტოქსიკოზი,** ანუ **აბდომინური პურპურა** (ჰენოხ-შენლეინის დაავადება). იგი ხშირად ახალგაზრდებში გვხვდება. ავადმყოფს ეწყება უეცრივ შეტევითი ტკივილი მუცელში, აღინიშნება პირღებინება, ტემპერატურის მცირედ მომატება. ავადმყოფს ზოგჯერ აქვს ფაღარათი, განსაკუთრებით დამახასიათებელია სისხლიანი. მუცელი რბილი და სუსტად მტკივნეულია. შეცდომით აპენდიციტის ან ინვაგინაციის დიაგნოზით ასეთ ავადმყოფს ოპერაცია უკეთდება. მუცელში აღინიშნება სეროზული გამონადენი, ნაწლავის ჯორჯალზე ჰემორაგიული გამონაყარი. სხვა ცვლილებებს ადგილი არ აქვს. ამ ავადმყოფებს სახსართა გამშლელ ზედაპირზეც წვივისა და წინამხრის მიდამოში თავიდან, ან ზოგჯერ მოგვიანებით, სიმეტრიულ ადგილებში, აღენიშნებათ მცირე ზომის პეტექიები. ამიტომ გაურკვეველ შემთხვევაში, როცა ადგილი არ აქვს პერიტონეალურ მოვლენებს და მდგომარეობა ითმენს, სჯობს ოპერაციისაგან თავის შეკავება. ავადმყოფზე სისტემატური დაკვირვება კი საბოლოოდ არკვევს დიაგნოზს. აბდომინური პურპურის დროს საჭიროა ახალი სისხლის მცირე დოზებით გადასხმა, დიდი დოზებით ასკორბინის მჟავა და ვიკასოლი, რუტინი (ან მაგარი ჩაი), დიმედროლი. მუცელში ტკივილის დროს წელის ნოვოკაინული ბლოკადა.

ბოლო დროს შემჩნეულია (უფრო უცხოურ ლიტერატურაში) **ანტიკოაგულანტებით** (დიკუმარინი, ჰეპარინი) გამოწვეული აბდომინური ჰემორაგია. მუცლის მხრივ მოვლენებით: ტკივილი და შებერილობა. სწორი ნაწლავიდან თითით გამოკვლევისას ზოგჯერ აღინიშნება სისხლი. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა ანტიკოაგულანტის მოხსნა, მდგომარეობის მიხედვით — ზოგჯერ სისხლის გადასხმა, გლუკოზა, ვიკასოლი, ასკორბინის მჟავა, კარგია პროტამინსულფატიც.

მწვავე მუცლის მოვლენებს ზოგჯერ იძლევა **მუცლის კედლის ჰემატომა.** ანამნეზში ტრავმის არსებობისას მისი ამოცნობა ძნელი არაა. სხვა შემთხვევაში საჭიროა პრესის ინფილტრატი გავარჩიოთ მუცლის ღრუს ინფილტრატისაგან. ამისათვის ჰორიზონტალურად მწოლიარე ავადმყოფს წინადადება ეძლევა წამოიწიოს, რათა დაჭიმოს მუცლის კუნთები, მუცლის ღრუს ინფილტრატი ქრება. პრესის კი არა.

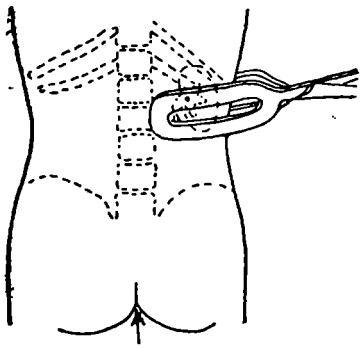
რეტროპერიტონული ჰემატომა ხშირად იძლევა ტკივილს მუცელში, ნაწლავთა პარეზის მოვლენებს, პირღებინებას. ტრავმის არსებობისას დიაგნოზის დასმა ძნელი არაა. ზოგჯერ რეტროპერიტონულ ჰემატომას ხშირად მოხუცებში, ლუესისა და ჰიპერტონული დაავადების დროს იძლევა აორტის ანევრიზმა, მისი ორმომენტიანი დაზიანების დროს.

აორტის გამაშრევებელი ანევრიზმა ზოგჯერ იწვევს ტკივილს ეპიგასტრიუმის არეში. მუცელი რბილია და პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნებს ადგილი არ აქვს. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის და სუნთქვის მხრივ მდგომარეობის პერიოდულ გაუარესებას მოსდევს მდგომარეობის გაუმჯობესება.

თირკმლის ჭვალი განსაკუთრებით აღსანიშნავია რეტროპერიტონული სივრცის დაავადებებიდან. იგი მუცელში მოულოდნელად მწვავეზ (მეტწილად ღამით) დაწყებული ტკივილით, რეფლექსური პირღებინებით და ზოგჯერ ნაწლავთა პარეზით ძალიან ჰგავს მწვავე მუცელს.

თირკმლის ჭვალი ხშირად აღინიშნება თირკმლის კენჭოვანი დაავადების დროს, მაგრამ გვხვდება აგრეთვე პიელიტის, ჰიდრონეფროზის, მოძრავი თირკმლის და ყველა იმ დაავადებების დროს, რომელთაც თირკმლის მენჯიდან შარდის გამოყოფის სწრაფი მოშლა ახლავს (კენჭით, სილით, ჩირქოვანი საცობით, სისხლის კოლტით, შარდსაწვეთის გადაღუნვით და სხვ.).

თირკმლის ჭვალს თირკმლის მენჯის მწვავე გაჭიმვის შედეგად მეტად მძაფრი შეტევითი ტკივილი ახასიათებს წელის არეში (სურ. 147). ტკივილი ირადიაციას იძლევა სასქესო ასოში, შარდსაწვეთისა და ბარძაყის მიმართულებით. ტკივილს ხშირად თან ახლავს რეფლექსური პირღებინება, დიზურიული მოვლენები, შებერილობა, ჭინთვები. მწვავე მუცლისაგან განსხვავებით, თირკმლის ჭვალის დროს დამახასიათებელია ავადმყოფის მეტად მოუსვენარი მდგომარეობა და მდებარეობის ხშირი შეცვლა, თითქოს იგი ადგილს ვერ პოულობს შეტევითი ტკივილისაგან.



სურ. 147. ტკივილის ხასიათი (მარწუხის მოჭერის მსგავსად) თირკმლის მენჯიდან შარდსაწვეთში გადასვლის ადგილას გაუვალობისას.

თირკმლის ჭვალს, თირკმლის პარენქიმის ან მენჯის ლორწოვანის კენჭით (ან სილით) ტრავმის გამო ახასიათებს ჰემატურია, აგრეთვე შარდთან დიდი რაოდენობით მარილების ან ზოგჯერ კენჭის გამოყოფა. კენჭი შეიძლება აღმოჩენილ იქნეს რენტგენოგრაფიით ან უროგრაფიით. თირკმლის კენჭოვანი ჭვალის დროს დამახასიათებელია დადებითი პასტერ-

ნაკეცის ნიშანი, მაგრამ ამასთან საჭიროა სხვა სიმპტომებით ჭვალის ამოცნობა, რადგან ზოგჯერ ეს ნიშანი აღინიშნება რეტროცეკალური და რეტროპერიტონული აპენდიციტის, რეტროპერიტონული წყლულოვანი პერფორაციის, პანკრეასის ნეკროზის, რეტროპერიტონული ჰემატომის, თირკმლის ტრავმისა და სხვათა დროს მოვლენების რეტროპერიტონულ სივრცეში გავრცელების გამო.

მუცელში მწვავე შეტევითი ტკივილი ახასიათებს **ცთომილ თირკმელს** შარდსაწვეთის გადაღუნვის გამო. ტკივილი იწყება უეცრივ, ხშირად თან ახლავს გულისრევა და პირღებინება და თირკმლის ჭვალის სურათი (დიტლის კრიზი). ტკივილის დროს თითქმის ყოველთვის აღინიშნება მიკროსკოპული ჰემატურია და გახშირებული შარდვა. ტკივილი მეტწილად მოულოდნელად ქრება, რასაც შარდის დიდი რაოდენობით გამოყოფა მოსდევს. მოძრავი თირკმლის გასინჯვა და უროგრაფია წყვეტს დიაგნოზს.

მწვავე პიელიტის დროს ტკივილი ნაკლები ინტენსიურობითაა, ვიდრე კენჭოვანი ჭვალის დროს. აღინიშნება ტემპერატურის მომატება, დიზურიული მოშლილობა. პიურია, ზოგჯერ შემცივნება, პასტერნაცკის ნიშანი დადებითია.

მწვავე მუცლით ავადმყოფის გამოკვლევის დროს ყოველთვის უნდა გვახსოვდეს შარდის შეკავების შესახებ. ამიტომ წინასწარ საჭიროა შარდის ბუშტის დაცლა.

ჭვალით მიმდინარე თირკმლის დაავადებების დროს საჭიროა დიფერენციული დიაგნოზის გატარება ზოგიერთ დაავადებასთან. მწვავე რეტროცეკალური აპენდიციტისაგან განსხვავებით თირკმლის ჭვალის დროს ტკივილს გაცილებით უფრო მწვავე ხასიათი აქვს. აპენდიციტის დროს ტკივილი მუდმივია (იკლებს ან იმატებს) და არაშეტევითი ხასიათისაა, ჭვალს ხშირად ახლავს განმეორებითი პირღებინება, დიზურიული მოვლენები, წელისა და სასქესო ორგანოებში ტკივილის დამახასიათებელი ირადიაციით, შარდში სისხლისა და ზოგჯერ ჩირქის არსებობით. მწვავე რეტროცეკალური აპენდიციტის დროსაც შარდში შეიძლება იყოს მცირე რაოდენობით ცილა და ერითროციტები, მაგრამ იგი დამახასიათებელი არაა.

მწვავე ქოლეცისტიტს, თირკმლის ჭვალისაგან განსხვავებით, ტკივილის ირადიაცია ახასიათებს არა ქვევით მიმართულებით, არამედ ზევით მარჯვენა მხარსა და ბეჭში. ამ დროს არაა აგრეთვე დიზურიული მოვლენები, სამაგიეროდ აღინიშნება პერიტონიტის ნიშნები, რასაც თირკმლის ჭვალის დროს ადგილი არა აქვს.

თირკმლის ჭვალის დროს, მართალია, ხშირად აღინიშნება მეტეორიზმი, მაგრამ, ნაწლავთა მწვავე გაუვალობისაგან განსხვავებით, აირებზე და განავალზე მოქმედება მოშლილი არაა. პარეზის ლიკვიდაციისათვის საკმარისია კონსერვატული ღონისძიებანი.

მწვავე პანკრეატიტის დროს შეიძლება ტკივილი აღინიშნებოდეს წელის აირეში, მაგრამ კენჭოვანი ჭვალისაგან განსხვავებით ტკივილი მაინც ძირითადად ეპიგასტრიუმისა და მარცხენა ნეკნთა რკალის ქვეშაა. ახასიათებს ხშირი პირღებინება. საერთო მდგომარეობის გაუარესება და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მკვეთრი მოშლილობა. მწვავე პანკრეატიტის დიაგნოზის დასმაში გეეხმარება დიასტაზურიის დადგენა.

მწვავე მუცელი (მეტად მწვავე აპენდიციტი) ზოგჯერ ეშლებათ **მუცლის ტიფთან.**

მწვავე მუცლისაგან განსხვავებით, ტიფის დროს პულსი შენელებულია. ყურადღებას იპყრობს ზოგადი ინტოქსიკაციის მოვლენები. მხოლოდ პირველ 2—3 დღეს გამოხატულია უმნიშვნელო ლეიკოციტოზი, შემდეგში კი ლეიკოპენია. მუცლის მხრივ, მართალია, აღინიშნება ზომიერი მტკივნეულობა, მაგრამ მუცელი რბილია და პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნები არ აღინიშნება.

მუცელში ტკივილი ახასიათებს მალარიასაც, მაგრამ ტემპერატურა მაღალია, მუცელი რბილი და უმტკივნეულია.

მუცელში ძლიერი ტკივილი შეიძლება იყოს **მწვავე პორფირინის** დროსაც. პორფირინი ჰემოგლობინის ნაწილია, რომელიც დიდი რაოდენობით შარდთან ერთად გამოყოფისას გვხვდება. აბდომინური სინდრომის დიაგნოზის დასმაში გვშველის პერიტონული ნიშნების არარსებობა და შარდში პორფირინის აღმოჩენა.

მუცლის მხრივ მოვლენებს ზოგჯერ იძლევა **ცენტრალური** და **პერიფერიული ნერვული სისტემის** ზოგი სახის დაზიანება ან დაავადება ტკივილისა და მეტეორიზმის სახით, პერიტონეულ მოვლენებს კი ადგილი არ აქვს. სწორი ნევროლოგიური გამოკვლევა არკვევს დიაგნოზს.

მუცელში ტკივილი შენიშნულია ზოგი სახის „ა ბ დ ო მ ი ნ ა ლ გ ი ი ს“, „გ ა ნ მ ე ო რ ე ბ ი თ ი დ ა ა ვ ა დ ე ბ ი ს“, დ ი ს მ ე ნ ო რ ე ი ი ს დროს (ხშირად ქალიშვილებში) და სხვათა დროს. ყველა ასეთ შემთხვევაში საჭიროა ავადმყოფის გულდასმით გამოკვლევა. პერიტონული მოვლენების არარსებობისა და ნაწლავების კარგი მოქმედების დროს თავი უნდა შეიკავოთ ოპერაციისაგან.

ყალბი მწვავე მუცლის ნიშნების ცოდნა განსაკუთრებით საჭიროა ქირურგისათვის, რათა ავადმყოფს ავაცდინოთ ზედმეტი ოპერაცია. არ უნდა დავიიწყოთ ისიც, რომ ზოგჯერ დაავადების მეტად ბუნდოვანი სურათის დროს, ყოველმხრივ შესწავლის მიუხედავად, მწვავე ქირურგიულ დაავადების გამორიცხვა შეუძლებელია. ასეთ შემთხვევაში უმჯობესია ოპერაციის გაკეთება. მოცდამ შეიძლება გაუარესოს ავადმყოფის მდგომარეობა და იმოქმედოს მის გადარჩენაზე.

ყოველ საეჭვო შემთხვევაში საკითხი, მართალია, ოპერაციის სასარგებლოდ უნდა გადაწყდეს, მაგრამ როცა მუცელში არ აღმოჩნდება დაავადების საკვანძო მიზეზი, შეცდომა დაუყოვნებლივ უნდა შეიცნოთ. არ უნდა შეეცადოთ შეცდომის მცდარ ახსნას არარსებული პათოლოგიური პროცესით. ამ დროს საჭიროა ფრთხილი და ზედმეტი ტრავმის გარეშე ყველა იმ ორგანოს დათვალიერება, რომელიც მწვავე მუცლის მიზეზი შეიძლება იყოს.

ოპერაციისწინა პერიოდი

ოპერაციისწინა პერიოდი ავადმყოფის სტაციონარში მოთავსების დღიდან იწყება. ამ პერიოდში ზუსტდება დიაგნოზი, ოპერაციის ჩვენება, ორგანოთა ფუნქციური მდგომარეობა და ტარდება წინასაოპერაციო მომზადება.

წინასაოპერაციო მომზადების მიზანია ოპერაციის საშიშროების მინიმუმამდე შემცირება. ოპერაციის დროს და მის შემდეგ მოსალოდნელ გართულებათა პროფილაქტიკა.

ქირურგი ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში უაღრესად ინდივიდუალური მიდგომით უნდა ითვალისწინებდეს ოპერაციის ძირითად საშიშროებას და ატა-

რებდეს შესაფერის ღონისძიებებს მოსალოდნელი სისხლდენის, შოკის, ინფექ-
ციის, სასიცოცხლო ორგანოთა დაზიანებისა და გაუტკივარებასთან დაკავშირე-
ბულ გართულებათა წინააღმდეგ.

წინასაოპერაციო მომზადების ხანგრძლიობას განსაზღვრავს გადაუდებე-
ლი ოპერაციის სახე, ავადმყოფის მდგომარეობა და მოსალოდნელი ოპერაცი-
ის სიმძიმე.

მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული დაავადების დროს, როდესაც სისხლ-
დენის, პერიტონიტის, პროგრესულობის ან სხვა მიზეზის გამო ავადმყოფის სი-
ცოცხლე საფრთხეშია, ოპერაცია რაც შეიძლება სწრაფად უნდა გაკეთდეს.
ზოგი საჭირო ღონისძიებანი (ხანარების და სისხლის გადასხმა) გამოყენებულ
უნდა იქნეს ოპერაციის მსვლელობაში და საჭიროების დროს მის შემდეგაც.

ავადმყოფი ორგანიზმის მოშლილი ფუნქციის მნიშვნელოვანი გამოსწო-
რების, ბრძოლისუნარიანობის ამაღლებისა და ინფექციის თავიდან აცილების
მიზნით წინასაოპერაციო პერიოდში საჭიროა მთელი რიგი კომპლექსური ღო-
ნისძიებების გატარება.

ავადმყოფის ფსიქიკური სფეროს დაზოგვის მიზნით საოპე-
რაციო ავადმყოფს ექიმის განსაკუთრებული ყურადღება ესაჭიროება. ექიმი
ავადმყოფის ფსიქიკას უნდა უფრთხილდებოდეს ყოველთვის, მაგრამ განსა-
კუთრებით წინასაოპერაციო პერიოდში, როდესაც მას მძიმე განცდები აქვს.
ამ დროს ექიმსა და ავადმყოფს შორის გულთბილ დამოკიდებულებას ეაღრე-
სად დიდი მნიშვნელობა აქვს. ექიმის ხელოვნება ის არის, რომ მან ავად-
მყოფს ჩაუნერგოს მორჩენის და ოპერაციის ადვილად გადატანის დიდი იმე-
დი. საჭიროა ექიმი ჩაწვდეს ავადმყოფის ფსიქიკას, გაუქარწყლოს მას ოპე-
რაციის შიში, მოუსპოს ავადმყოფობაზე გაზვიადებული და უიმედო შეხედუ-
ლება.

ექიმი ყოველმხრივ უნდა ცდილობდეს თავისი კეთილი და, რაც მთავარია,
საქმიანი მოპყრობით ავადმყოფის ნდობა დაიმსახუროს. ავადმყოფს ექიმის
სერიოზული ქცევა არწმუნებს მის ძალაში. გამოცდილ ექიმს ზოგჯერ მხოლოდ
რამდენიმე სიტყვით შეუძლია გაფანტოს ავადმყოფის მძიმე განცდები და გა-
დარჩენის ეჭვი.

ავადმყოფის ფსიქიკაზე, დაავადების გარდა, მოქმედებს გარემო პირობე-
ბიც. საოპერაციო ავადმყოფის ნაოპერაციევ და გამოკეთების მდგომარეობაში
მყოფ ავადმყოფთან დაწვენას და მათთან შეხვედრას დიდი სასარგებლო მნი-
შვნელობა აქვს. ნერვული სისტემის ფუნქციური მდგომარეობის მოწესრიგე-
ბისათვის ხშირად საჭიროა ავადმყოფს დაენიშნოს ბრომი, ზოგჯერ ძილმოგვ-
რელი საშუალებანი (თუ ეჭვი არაა მწვავე მუცელზე).

გულ-სისხლძარღვთა და სისხლმბად ორგანოთა სის-
ტემა არართული ოპერაციის დროს განსაკუთრებულ მომზადებას არ საჭირო-
ებს. როდესაც ავადმყოფს აღენიშნება საერთო სისუსტე, მკრთალი ფერი, გუ-
ლის ტონების მოყრუება, სისხლის არტერიული დაბალი წნევა, მაგრამ გულის
მხრივ ადგილი არ აქვს ორგანულ ცვლილებებს. ავადმყოფს რამდენიმე დღით
კანქვეშ ყოველდღე უკეთდება სტრიქნინი 1 მლ (1 : 1000), ვენაში 20—40 მლ
გლუკოზა (40%-იანი) ასკორბინის მჟავასთან.

დიდი ოპერაციის დროს ამა თუ იმ ხარისხით მოსალოდნელია სისხლდენა,
ამიტომ ორგანიზმის ტონუსის აწევისა და სისხლმბად ორგანოთა რეგენერა-
ციის გასაძლიერებლად რაციონალურ კვებასთან ერთად საჭიროა სისხლის

ვადასხმა. ჰემოგლობინის დაბალი პროცენტის (40%) დროს, თუ საქმე ეხება გადაუდებელ ოპერაციას, ესხმება სისხლი (500 მლ და მეტი) ჯერ ნაკადად და შემდეგ წვეთოვნად, რათა ჰემოგლობინმა (60—70%-მდე) აიწიოს (ვ. სტრუჩკოვი). გამოიყენება აგრეთვე ანტიანემიური პრეპარატი (რკინა, დარიშხანი, ვიტამინი და სხვ.).

სასუნთქი ორგანოების ოპერაციისშემდგომ გართულებათა პროფილაქტიკაში დიდი მნიშვნელობა აქვს სუნთქვით ვარჯიშს, ნორმალურ ღრმა სუნთქვასა და ამოხველებას, ზემო სასუნთქი გზების დაავადებათა მკურნალობას.

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტი პირის ღრუდან დაწყებული განსაკუთრებულ მომზადებას და მოვლას საჭიროებს. ოპერაციის შემდეგ სალივაციის შემცირებისა და პირის ღრუს მოსალოდნელი სიმშრალის გამო, მით უფრო კარიესული კბილების დროს, საჭიროა პირის ღრუს სანაცია (წყალბადის ზეჟანგით, სოდის ხსნარით და სხვ.).

ნაწლავთა ინფექციის პროფილაქტიკისათვის კუჭ-ნაწლავსა და სანაღვლე გზებზე ზოგი სახის ოპერაციის წინ ხანმოკლე დროით ეძლევა სულფამიდური პრეპარატები ან ანტიბიოტიკები.

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის საფაღარათოთი გაწმენდა წარმოებს მხოლოდ მსხვილ ნაწლავზე ოპერაციის წინ. საფაღარათოს გამოყენებას და შიმშილს აციდოზის მოვლენები და ორგანიზმის ინტოქსიკაციის სურათის განვითარება მოსდევს (გულისრევა, მეტეორიზმი, შარდის შეკავება და სხვ.). ოპერაციის წინ, საღამოს და ოპერაციის დღეს, დილით ავადმყოფს უკეთდება გამწმენდი ოყნა. ოპერაციის დღეს, დილით მაგარი და ტკბილი ჩაი მეტი წილი ოპერაციის წინ მიზანშეწონილია. მით უფრო, თუ ოპერაცია მოგვიანებით კეთდება.

დიდი მნიშვნელობა აქვს ჭიების წინააღმდეგ მკურნალობის ჩატარებას. ასკარიდას შეუძლია ოპერაციის შემდეგ ნაწლავის ნაკერში გაძვრეს და პერიტონიტი გამოიწვიოს, ნაღვლის საერთო სადინარში შესვლით კი ობტურაციული სიყვითლის განვითარება და სხვ.

ღვიძლის ფუნქციის გამოკვლევა მუცლის ორგანოებზე დიდი ოპერაციის წინ სავალდებულოა. ოპერაციულ შიმშილობასთან დაკავშირებით საჭირო ხდება ღვიძლში გლიკოგენის მარაგის გადიდება წინა საოპერაციო პერიოდში გლუკოზის ყოველდღიური შეყვანით.

თირკმლები მედიკამენტების, განსაკუთრებით სითხეების დიდი რაოდენობით შეყვანით და ქსოვილთა დაშლის პროდუქტების გამოყოფით დიდად იტვირთება. ამიტომ ლაბორატორიულ გამოკვლევასთან ერთად ზოგჯერ საჭიროა ფუნქციური სინჯები და ღვიძლისა და გულ-სისხლძარღვთა მდგომარეობის გათვალისწინება.

კანის მთელ სხეულზე ყურადღებით დათვალიერებას და ჩირქოვანი პროცესის ან მასზე საეჭვო ადგილის აღმოჩენას მნიშვნელობა აქვს. ასეთ შემთხვევაში ანთებითი პროცესის ლიკვიდაციამდე ოპერაცია დროებით გადაიდება. ოპერაციის წინ დღით საჭიროა ჰიგიენური აბაზანა და თეთრეულის გამოცვლა. საოპერაციო ველის გაპარსვა შეიძლება წინადღით. გაკაწვრის საშიშროებისა და ამ ადგილებში ანთების განვითარების თავიდან აცილების მიზნით გაპარსვას ამჯობინებენ ოპერაციის დღეს.

განსაკუთრებული მნიშვნელობისაა წინასაოპერაციო პერიოდში დროუ-

ლად შევნიშნოთ რომელიმე მოსალოდნელი ინფექციის პროდრომული პერიოდი და ავადმყოფის გამოკვეთებამდე ოპერაცია გადავდოთ.

ავადმყოფი ორგანიზმის მოშლილი ფუნქციის გამოსწორების, იმუნობიოლოგიური ბრძოლის უნარის ამაღლების და ინფექციის პროფილაქტიკისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ლეიკოციტებს, ცილებს, მარილებს და ვიტამინებს. ჰიპოპროთეინემიის (კუჭისა და ნაწლავის სტენოზი, ნაწლავის ძალიან ხვრელმილი, კახექსია, ანემია, შოკი, შიმშილი და სხვ.) პროფილაქტიკის და მასთან ბრძოლისათვის გამოიყენება სისხლი, პლაზმა, ცილოვანი ხსნარები. სითხეების დიდი რაოდენობით დაკარგვისას იგივე ხსნარები და ფიზიოლოგიური ხსნარი. ოპერაციის წინა პერიოდში ავადმყოფს დიდი რაოდენობით ენიშნება პოლივიტამინი.

კუჭის ოპერაციის დროს, როდესაც წყლულოვანი დაავადების გამო ევაკუაციური ფუნქცია მოშლილი არაა, ავადმყოფი განსაკუთრებულ მომზადებას არ საჭიროებს.

პილორუსის წყლულოვანი, მით უფრო კიბოთი გამოწვეული ატენოზის დროს საჭიროა სისხლის განმეორებითი გადასხმა, კანის ტურგორის დაქვეითების დროს გლუკოზისა და ფიზიოლოგიური ხსნარის შეყვანა. წყლულოვანი სტენოზის დროს საღამოობით კუჭის რამდენჯერმე ამორეცხა. დაბალი სიმჟავის, განსაკუთრებით კიბოს დროს ჭამის წინ ავადმყოფს ენიშნება მარილმჟავა პეპსინით. ოპერაციის წინა დღეს ავადმყოფი იღებს თხიერ საკვებს. საღამოთი უკეთდება გამწმენდი ოყნა, ოპერაციის დღეს, დილით, კუჭის ამორეცხვა.

ღვიძლსა და სანაღვლე გზებზე ოპერაციის წინ ქოლანგიტის, სიყვითლის და სეფსისური მოვლენების არსებობისას რამდენიმე დღით ენიშნება პენიცილინი და სტრეპტომიცინი. ქოლემიისა და აქოლიის დროს საჭიროა სისხლის მცირე დოზებით გადასხმა, კალციუმის ყოველდღე ვენაში შეყვანა, ვიტამინი C, K, კანქვეშ 5% გლუკოზა და 10—20 ერთეული ინსულინი.

ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის დროს ავადმყოფს ოპერაცია უკეთდება როგორც სასიცოცხლო ჩვენება, ამიტომ წინასაოპერაციო პერიოდი არ უნდა აღემატებოდეს 1—2 საათს. გაურკვეველი სურათის დროს საჭიროა წელის ორმხრივი ნოვოკაინური ბლოკადა, სიფონის ოყნა, კუჭის ამორეცხვა. მექანიკური გაუვალობის დროს ოპერაცია კეთდება დაუყოვნებლივ. ოპერაციის წინ და მის მსვლელობაში საჭიროა სისხლის მასიური დოზით გადასხმა, ფიზიოლოგიურისა და გლუკოზის ვენაში შეყვანა, ხშირად შოკის საწინააღმდეგო ხსნარების გამოყენება (პოლიგლუკინი, სპირტ-გლუკოზა, 2:3-ზე 10.0 და სხვ.).

მსხვილ ნაწლავზე ოპერაციის დროს დასუსტებულ ავადმყოფა გადაუსხამენ სისხლს, რამდენიმე დღე შეჰყავთ ხსნარები. სტენოზის, ქრონიკული გაუვალობის, სწორი ნაწლავის კიბოს დროს მომზადება იწყება ერთი კვირით ადრე. საჭიროა საფაღარათოს განმეორებით მიცემა და ყოველდღე ორჯერ, ზოგჯერ სამჯერ ოყნის გაკეთება. ასეთ ავადმყოფს, რამდენიმე დღე ნაწლავთა ინფექციის დასათრგუნავად სასმელად ეძლევა ანტიბიოტიკები და სულფამიდური პრეპარატები (სულფამიდების დროს სჯობს ზეთოვანი საფაღარათოს მიცემა). სხვა შემთხვევაში ოპერაციის წინ 2 დღით ადრე დილით ავადმყოფს ეძლევა საფაღარათო, საღამოთი, მეორე დღეს დილით და საღამოს უკეთდება ოყნა. ამ ხნის განმავლობაში ავადმყოფი იღებს თხიერ საკვებს. ოპერაციის დღეს ოყნის გაკეთებას მეტი წილი ექიმებისა არ ურჩევს. დილიდანვე ავადმყოფს ეძლევა ოპიუმი.

ბუასილის ოპერაციის დროს ერთი დღით ადრე ავადმყოფს ეძლევა საფაღარათო, ოპერაციის წინა საღამოს უკეთდება ოყნა რამდენჯერმე, სუფთა წყლის გამოყოფამდე და საღამოსვე ენიშნება ოპიუმი.

წინასაოპერაციო მომზადება, მით უფრო ხანგრძლივი და სერიოზულია, რაც უფრო დიდი და რთულია ოპერაცია, მაგრამ არა შაბლონური, არამედ ინდივიდუალური მიდგომით. ზოგჯერ დიდი და რთული ოპერაცია. ავადმყოფის მდგომარეობის მიხედვით, ჰოსპიტალიზაციისთანავე სწრაფად კეთდება.

ოპერაციისშემდგომი პერიოდი

ოპერაციის დამთავრებიდან შრომის უნარიანობის აღდგენამდე დროს, ოპერაციისშემდგომი პერიოდი ეწოდება. ოპერაციიდან პირველ დღეებში ავადმყოფი მეტ ყურადღებას მოითხოვს, ვიდრე მომდევნო პერიოდში. მთავარია ოპერაციისშემდგომ გართულებათა პროფილაქტიკა, მკურნალობა დ აღდგენითი პროცესის დაჩქარება.

ოპერაციისშემდგომ გართულებათა თავიდან აცილებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის წინასაოპერაციო პერიოდში მომზადებას და ოპერაციის სრულყოფილად ჩატარებას (ნაკლები ტრავმა, შოკის დროული პროფილაქტიკა, სისხლდენის აცილება. სრულყოფილი გაუტკივარება).

თანამედროვე ქირურგიულ განყოფილებაში უნდა შეიქმნას ნ ა რ კ ო ტ ი ზ ა ტ ო რ-რ ე ა ნ ი მ ა ტ ო რ თ ა ბრიგადა. მათი ვალია. გარდა იმისა, რომ აწარმოონ ნაკროზი (და შესაფერისად მოამზადონ ავადმყოფი). დროულად გამოავლინონ მოსალოდნელი გართულება, ჩაატარონ პროფილაქტიკური ღონისძიებახი და საჭირო მომენტში გართულებებთან საბრძოლველად დაუყოვნებლივ მიიღონ ყველა ზომა (კოფეინი, დიგალენი, ეფედრინი. მეზატონი, ადრენალინი, ლობელინი, ჟანგბადი. პოლიგლუკინი, სისხლი. სპირტ-გლუკოზის ხსნარი). ნარკოტიზატორი ავადმყოფის მდგომარეობის გართულების დროს სისტემატურ ინფორმაციას აძლევს ქირურგს. ოპერატორთან შეერთებული ძალით უფრო ადვილია შოკის ან სხვა გართულების პროფილაქტიკა და მასთან ბრძოლა.

მძიმე ოპერაციისა და ნარკოზის შემდეგ ავადმყოფები გართულებათა საშიშროების სრულ ლიკვიდაციამდე ნარკოტიზატორ-რეანიმატორის მეთვალყურეობის ქვეშ იმყოფება სპეციალურ რეანიმაციის პალატაში. აქ ისე. როგორც საოპერაციოში, დაცულია სათანადო ტემპერატურა (24°-მდე) და შექმნილია შესაფერისი პირობები. მომუშავე პერსონალი განსაკუთრებით მობილიზებულია მოსალოდნელი მეორადი შოკის პროფილაქტიკის ან ინტოქსიკაციის საწინააღმდეგოდ. გამოიყენება სათანადო ზომები, საჭიროების დროს. სისხლისა და ხსნარების გადასხმა და სხვ., ოპერაციის დროს და მის შემდეგ ყველა ღონისძიებანი ოპერატორთან ერთად ტარდება. იქ სადაც სპეციალისტი ნარკოტიზატორი არაა, ამ ფუნქციებს ქირურგი ასრულებს.

მუცლის ღრუს ოპერაციების შემდეგ ა ვ ა დ მ ყ ო ფ ი ს მ ო ვ ლ ა ს უაღრესად დიდი, ზოგჯერ გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს მისი გადარჩენისათვის. ოპერაციის შემდეგ, თუ იგი ნარკოზით ან სპინალური ანესთეზიით ტარდება, ავადმყოფს ვაწვენთ უბალიშოდ. საერთოდ, პირველ საათებში არაა საჭირო სასთუმლის ამაღლება. ავადმყოფთან ოპერაციის შემდეგ უნდა იყოს ვინმე, რომელსაც შეეძლება თვალყური ადევნოს მის საერთო მდგომარეობას. ავად-

ძყოფის მარტო დატოვება არ შეიძლება გამოღვიძებამდე, სუნთქვის აღდგენამდე.

უეჭველია დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის გამშრალებას ოფლისაგან, მის მოთავსებას სუფთა პალატაში (როცა სპეციალური რეანიმაციის პალატა არ არსებობს), სადაც ადვილად ნიავდება ჰაერი და დაცულია სათანადო ტემპერატურა. უმჯობესია ავადმყოფის დაწვენა ფუნქციურ საწოლზე, რბილად, სუფთა თეთრეულში და ა. შ. თუ რაიმე წინააღმდეგჩვენება არაა, ოპერაციის მეორე დღესვე მას უნდა გავუწმინდოთ პირი, ხელები და სხეულის ნაწილებიც. თავიდანვე განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მივაქციოთ, მით უფრო მძიმე და გამხდარ ავადმყოფებში, სხეულის წარზიდული ნაწილების (ცუდუსუნის, ციბრუტის, ქუსლის მიდამო) მოვლას, ისინი უნდა იწმინდებოდეს ქაფურის სპირტით, წყალში განზავებული ღვინის სპირტით, ან ოდეკალონით, რათა თავიდან ავიცილოთ ნაწოლების განვითარება.

ოპერაციისშემდგომ გართულებათა პროფილაქტიკაში მთავარია აქტიური მეთოდი. ავადმყოფი თავიდანვე უნდა იყოს აქტიური და მიიღოს მისთვის სასურველი მდებარეობა. იძულების გარეშე აწარმოოს კიდურების თავისუფალი მოძრაობა. ღრმა სუნთქვა, ადრეულად მოახერხოს ამოხველება და გვერდზე გადაბრუნება.

საერთოდ, თუ არ არსებობს განსაკუთრებული წინააღმდეგჩვენება, მეტად სასარგებლოა ავადმყოფის ადრეული მოძრაობა, რაც ძირითადად დამოკიდებულია მის საერთო მდგომარეობასა და გადატანილი ოპერაციის სახეზე. ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფის ადგომაში გადაჭარბებული აქტივობაც არ ვარგა.

ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფის საოპერაციო მაგიდიდანვე ფეხით პალატაში გაშვება და პირველ დღესვე აყენება გაუმართლებელია. მუცლის კედლისა და მუცლის ღრუს ორგანოთა რაგინდ მარტივი ოპერაციაც არ უნდა იყოს. საჭიროა ავადმყოფის მწოლარე მდგომარეობაში გადაყვანა. სწორი არ იქნება ძლიერ დასუსტებული ავადმყოფი, რომელსაც ლოგინში განძრევის თავი არ აქვს, ვაიძულოთ გაიაროს.

დაუშვებელია აგრეთვე გადაჭარბებული შიში, როდესაც ყოველგვარი სპეციალური წინააღმდეგჩვენების არარსებობის მიუხედავად ექიმი ავადმყოფს უკრძალავს არათუ დაჯდომას და ადრე ადგომას ლოგინში, არამედ განძრევასაც კი. ხანგრძლივი ზურგზე წოლის შედეგად ვითარდება წელის ტკივილი, მოუსვენრობა, უძილობა. ყოველივე ეს მოქმედებს ჭრილობის შეხორცებაზე, ხელს უწყობს ფილტვების ანთებისა და თრომბოემბოლიური გართულების განვითარებას. ზოგჯერ ასეთ შემთხვევაში საკმარისია ავადმყოფს სულ მცირედ ვუცვალოთ გვერდი და იგი დიდ შვებას გრძნობს. ავადმყოფი უნდა დავარწმუნოთ ადრეული მოძრაობის უპირატესობაში (ასეთ შემთხვევაში ფილტვების და სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ გართულებანი ნაკლებია. ნაწოლები არ ვითარდება, შარდის შეკავებას ადგილი არ აქვს, ჭრილობა ხორცდება უკეთესად და ა. შ.). ქირურგიულ განყოფილებაში, როდესაც დანერგილია აქტიური მეთოდი, მაშინ მშიშარა ავადმყოფიც ემორჩილება მას. მცდარი შეხედულებაა, რომ თითქოს ჭრილობის გახსნის, თრომბოემბოლიის ან სხვა გართულების მიზეზი ადრე ადგომაა.

თრომბოემბოლიის რეციდივი მეტწილად ტექნიკურად ცუდად შესრულებული ოპე-

რაციის მიზეზია და არა ნაადრევი ადგომის. თრომბოემბოლია აქტიურ ავადმყოფებში გაცილებით იშვიათია.

მუცლის ღრუს ოპერაციების შემდეგ ნაადრევ მოძრაობას, როგორც გართულებათა პროფილაქტიკურ ღონისძიებას, უაღრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს. არამცთუ ქრონიკული აპენდექტომიის ან თიაქარკვეთის, მწვავე აპენდიციტის, ან გაპეღილი თიაქრის შემდეგ, როცა ჭრილობა ყრუდაა დახურული და ავადმყოფს არ აქვს სიცხე, სიარულის ნება უნდა მივცეთ მე-3—4 დღიდან; მუცლის ღრუს სხვა სახის გაურთულებელი ოპერაციების შემდეგ, ჩვეულებრივ, მე-5—7 დღიდან და უფრო ადრეც. წინასაოპერაციო მომზადების (შიმშილი, საფაღარათო), გაუტკივარების, ოპერაციული ტრავმისა და ცილოვანი თუ მიკრობული ინტოქსიკაციის შედეგად ოპერაციისშემდგომ ამა თუ იმ ხარისხით ვითარდება მთელი რიგი ძვრები (სარეზერვო ტუტიანობის შემცირება და აციდოზი, ჰიპოპროთეინემია, მარილებისა და წყლის ცვლის მოშლა და სხვ.). ყოველივე ეს მოქმედებს ორგანიზმის ისედაც მოშლილ სასიცოცხლო პროცესებზე, ამიტომ საჭიროა ჩავატაროთ სათანადო ღონისძიებანი. აციდოზთან ბრძოლაში, თუ განსაკუთრებული წინააღმდეგჩვენება არაა, მნიშვნელობა აქვს ადრეულ კვებას. გლუკოზისა და ინსულინის გამოყენებას, ტუტე ხსნარებს. ჰიპოპროთეინემიის დროს სისხლისა და ცილოვანი ხსნარების გადასხმას და ცილოვან საკვებს (ზოგჯერ ანგარიში უნდა გაეწიოს ალერგიულ მდგომარეობას).

ოპერაციისწინა დღეებში ინტოქსიკაციის, აგრეთვე ქლორიდებისა და კანიდან და ფილტვებიდან (მაღალი ტემპერატურა, ქოშინი, ოფლიანობა) წყლის დიდი რაოდენობით დაკარგვის გამო (ჯანმრთელი ადამიანი თირკმლით გამოყოფს წყლის 1,5 ლ, კანიდან 1 ლ და ფილტვებიდან 0,4 ლ) უნდა შევიყვანოთ ფიზიოლოგიური ხსნარი ვენიდან, კუნთებიდან, კანიდან, სწორი ნაწლავიდან. როცა შესაძლოა, სითხეები უნდა მიეცეს სასმელად ან ცხვირში გატარებული წვრილი ზონდით.

ავადმყოფის დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობის დროს ოპერაციის მესამე დღიდან ყოველგვარი ინექციები უნდა შემცირდეს. მათი გაგრძელება განსაკუთრებით საჭიროა სხვადასხვა სახის გართულებათა დროს.

ოპერციისშემდგომ გართულებათა გამოსავლინებლად დიდი მნიშვნელობა აქვს ორგანოების გულდასმით და ყოველთვის გარკვეული თანმიმდევრობით გამოკვლევას.

ოპერაციისშემდგომ პერიოდში მთავარია ყურადღება მივაქციოთ გულ-სისხლძარღვთა, სასუნთქ. შარდის გამომყოფ და ნერვულ სისტემებს, ამასთან. ავადმყოფს უნდა შევუქმნათ სათანადო მოძრაობისა და კვების რეჟიმი.

განსაკუთრებული ყურადღება გულ-სისხლძარღვთა ნაკლოვანებას ექცევა. იგი ხშირად აღინიშნება შოკის, ანემიის. ინტოქსიკაციის, შიმშილის, ნაწლავთა პარეზის და სხვათა დროს. სისხლის წნევისა და პულსის სისტემატური კონტროლის და გაკეთებული ოპერაციის ხასიათის მიხედვით გულის კუნთის კვების გაუმჯობესების, პერიფერიული ვენური სტაზის და ჰიპოქსიის საწინააღმდეგოდ გამოიყენება კოფეინი, ზოგჯერ ეფედრინი, ჟანგბადი ჩვენების დროს, ფიზიოლოგიური ხსნარი (უმჯობესია გლუკოზასთან) 1—2 ლიტრის (ზოგჯერ მეტი) რაოდენობით. საჭიროების დროს უნდა გამოვიყენოთ სისხლის გადასხმა, პოლიგლუკინი, სპირტ-გლუკოზის ხსნარი და სხვ.

ხანში შესულებსა და მოხუცებში, განსაკუთრებით თრომბოემბოლიური

სტატუსის მქონე პირებში (მსუქანი, უმოძრაო), აგრეთვე დასუსტებულ ავადმყოფებში (სიმსივნე, ინფექცია, მწვავე მუცელი) სისხლის მდინარების შენელების და შედედების გაძლიერებისას (მეტადრე გადაუდებელი და მენჯის ღრუს ოპერაციის დროს) ვითარდება ღ რ მ ა ვ ე ნ ე ბ ი ს ფ ლ ებ ო თ რ ო მ ბ ო ზ ი. ამ გართულების დაგვიანებით გამოცნობისა და არასწორი მკურნალობის დროს იგი თავის მხრივ შეიძლება გართულდეს არტერიის სპაზმით (ზოგჯერ თრომბოზით და კიდურის განგრენით) ფილტვის არტერიის ემბოლიით ან ფილტვის ინფარქტით. თრომბოზის პროფილაქტიკაში დიდი მნიშვნელობა აქვს დიდი ოპერაციის წინ პროთრომბინის (ან უმჯობესია კოაგულოგრამის) გამოკვლევას და საჭირო შემთხვევაში ოპერაციის შემდეგ ანტიკოაგულანტის დანიშვნას. ადრეულ მოძრაობას, სითხეების დიდი რაოდენობით გამოყენებას.

თრომბოზის დროს მწვავე პერიოდში საჭიროა კიდურის ამაღლება, მოსვენება, ანტიკოაგულანტები და ანტიბიოტიკები. პროცესის პროგრესულობისას ურჩევენ თრომბექტომიას ან ვენის გადაკვანძას. ზერელე ვენების თრომბოფლებიტის დროს მის ამოკვეთას.

ფ ი ლ ტ ვ ი ს ა რ ტ ე რ ი ი ს ე მ ბ ო ლ ი ი ს მ ძ ი მ ე ფორმის დროს გამოიყენება სპაზმის მომხსნელი (პლატიფილინი, პაპავერინი, ატროპინი), ტკივილდამაწყნარებელი (მორფიუმი, პანტაპონი) ბლოკადა, ვენაში დიდი დოზებით ჰეპარინი (80—100 ათასი ერთეული) და ფიბრინოლიზინი. თუ ქირურგს შეუწევს უნარი და საამისო პირობებია, უნდა სინჯოს თორაკოტომია და ემბოლექტომია.

მუცლის ღრუს ოპერაციების შემდეგ ფ ი ლ ტ ვ ე ბ ი ს მ ხ რ ი ვ გ ა ნ ა თ უ ლ ე ბ ა ნ ი 4—7-ჯერ ხშირია, ვიდრე სხვა ოპერაციების დროს (ვ. ს ტ რ უ ჩ კ ო ვ ი).

ადრეული პნევმონიისა და ბრონქიტის მიზეზია ფილტვების ცუდი ვენტილაცია. ზერელე სუნთქვისა და მეტეორიზმის დროს, თუ ამას დროულად არ მიექცა ყურადღება, როგორც წესი, ვითარდება პნევმონია. პნევმონიის განვითარებას ხელს უწყობს არასრულყოფილი გაუტკივარება, ტკივილი, გაცივება. სუნთქვის პროცესის გაუმჯობესებისა და მოწესრიგებისათვის უნდა კამოვიყენოთ კოტოშები. თუ განსაკუთრებული წინააღმდეგჩვენება არაა. მე-2—3 დღიდან ავადმყოფს მივცეთ ამაღლებული მდგომარეობა (ნახევრადმჯდომარე-მწოლარე, ე. წ. ფოუვლერის მდებარეობა) ფეხების მენჯ-ბარძაყისა და მუხლის სახსრებში მოხრით, ფუნქციური საწოლით ან ბალიშით. კარგია სუნთქვითი ვარჯიშის გამოყენება — რამდენიმე ღრმა შესუნთქვა და შემდეგ ამოხველება. რასაც ავადმყოფი შიშის გამო ხშირად ერიდება, თუ ამას ავადმყოფი მიჩვეული არაა ოპერაციამდე, ამიტომ უკეთესია ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფს წინადადება მივცეთ შეძლებისდაგვარად მაქსიმალურად შეაჩეროს სუნთქვა. რადგან ამას ყოველთვის მოსდევს ღრმა სუნთქვა. კარგად მოქმედებს გადაბრუნება. უნდა ვურჩიოთ აგრეთვე ზემკლავი და ღრმა ჩასუნთქვა, ხელების ჩამოშვება და სტვენით მაქსიმალურად ამოსუნთქვა. ლოგინში მწოლარე მდგომარეობაში აწარმოოს ფეხების ისეთი მოძრაობა, როგორც სიარულის დროს და სხვ.

ფილტვების აქტიური მოძრაობის მოშლა განსაკუთრებით აღინიშნება თორაკო-აბდომინური, მუცლის ღრუს ზემო სართულისა და დიაფრაგმის ქვეშ დიდი ოპერაციების დროს. ასეთ შემთხვევაში ზოგჯერ სასარგებლოა ოპერაციის წინ და მის შემდეგ სპირომეტრიის გამოყენება. იგი, გარდა იმისა, რომ სწორ წარმოდგენას გვაძლევს ფილტვის ექსკურსიაზე, ავარჯიშებს ფილტვებს.

იწვეკს ავადმყოფის დაინტერესებას, რათა მან მალე დაიბრუნოს ფილტვების მოცულობის ოპერაციამდელი მდგომარეობა. მუცლის ღრუს ოპერაციების შემდეგ ავადმყოფის ნერვული სისტემა მოითხოვს განსაკუთრებულ ყურადღებას. ტკივილი, შოკი, უძილობა ნერვული სისტემისა და ზოგჯერ ფსიქიკური აშლილობის მიზეზია. ტკივილი მით უფრო ძლიერია, რაც უფრო ტრავმულია ოპერაცია. ოპერაციის დაზოგვით და სათუთად ჩატარება, ხოლო ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფის მოხერხებულად დაწვენა, მოძრაობა და ღრმა სუნთქვა ამცირებს ტკივილს.

თუ ოპერაციამდე, განსაკუთრებით მწვავე მუცლის დროს, ნარკოზული საშუალებების გამოყენებას ეერიდებით, ოპერაციის შემდეგ, ისე როგორც მის მსვლელობაშიც, იგი ფართოდ უნდა ვიხმაროთ. მდგომარეობის მიხედვით ავადმყოფს ოპერაციის პირველ ორ დღეს, ზოგჯერ დღეში ორ-სამჯერ, უკეთდება პრომედოლი, პანტაპონი ან მორფიუმი. ვაძლევთ მედინალს ან სხვა ძილმომგვრელ საშუალებას, რათა მას რაც შეიძლება მეტი ეძინოს. ამისათვის საჭიროა აგრეთვე სხვა მხრივაც სათანადო პირობების შექმნა. არის შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფს მორფიუმს უკეთებენ (ან შეჰყავთ ქლორალჰიდრატის ოყნა) და მის შემდეგ ატარებენ სხვადასხვა მანიპულაციას, ხმამაღლა ლაპარაკობენ, ხმაურობენ და სხვ. ან კიდევ, ზოგჯერ უმნიშვნელო და ნაკლებ საჭირო მანიპულაციისათვის აღვიძებენ ძლივს ჩაძინებულ მძიმე ავადმყოფს (ძილის შებრუნება კი ყოველთვის აღვილი არაა). ავიწყდებათ, რომ ძილი ყველაზე უკეთესი წამალია. თუ ავადმყოფს ძილმომგვრელი საშუალება მიეცა, ყოველმხრივ ხელი უნდა შეეუწყოთ მის მოქმედებას.

ოპერაციისშემდგომი ფსიქოზის პროფილაქტიკისათვის საჭიროა ინტოქსიკაციისა და ტკივილის წინააღმდეგ ბრძოლა. ავადმყოფის აღგზნების დროს, როდესაც ნარკოზული საშუალებანი შედეგს არ იძლევა, უნდა მივამაგროთ მომველელი პერსონალი. ზოგჯერ საჭიროა ავადმყოფის დამაგრება საწოლზე, ისე რომ ნაოპერაციევ ჭრილობას ზიანი არ მივაყენოთ (უნდა დავამაგროთ ძაბრებით, ბარძაყებით, ზოგჯერ გულმკერდით). ძლიერი ფსიქოზის დროს საჭიროა ფსიქიატრის კონსულტაცია.

ოპერაციისშემდგომი შოკის აცილებაში მთავარია წინასაოპერაციო მომზადება, სრულყოფილი გაუტკივარება, დამზოგველი ოპერაცია და ოპერაციისშემდგომ პერიოდში სათანადო ზედამხედველობა.

ოპერაციის შემდეგ თვალყური უნდა ვადევნოთ შარდის შეკავებას, რასაც პირველ საათებში ხშირად აქვს ადგილი. შარდის გამოყოფის შეწყვეტის (ანურია) მიზეზი შეიძლება იყოს თირკმელი, ინტოქსიკაცია ან რეფლექსური. ამ დროს შარდის ბუშტი ცარიელია და ავადმყოფს შარდვის სურვილი არ აქვს. ასეთ შემთხვევაში გამოიყენება წელის ბლოკადა ნოვოკაინით და პილოკარპინის 1% ხსნარის 1 მლ კანქვეშ. თუ შარდის შეკავება გამოწვეულია რეფლექსურად მუცლის პრესის დაჭიმვით (სწორ ნაწლავზე, ან მუცლის ქვემო სართულზე ოპერაციის დროს, მწოლარე მდგომარეობისადმი მიუჩვეველობით და სხვ.), უნდა ვეცადოთ ავადმყოფმა მოშარდოს თვითონ, საჭიროა მას ავუხსნათ, რომ გაჭინთვა არაა საშიში.

მოშარდვის მიზნით შორისზე ან შარდის ბუშტზე შეიძლება დავადოთ სათბური, თუ წინააღმდეგ ჩვენება არაა, გავუკეთოთ გამწმენდი ოყნა. წამოვაგებინოთ ან ავაყენოთ კიდეც, საწოლით შეეიყვანოთ შესახვევში და მოეუფშაოთ წყალი, დაეტოვოთ მარტო და არ ვადგეთ თავზე შარდვის აქტის დროს. ვენაში

ვიყენებთ ურეტროპინის 40% ხსნარის 10 მლ, კანქვეშ პილოკარპინს. როცა ყველა ეს ღონისძიება უშედეგოა, საჭიროა ვაწარმოოთ შარდის გამოშვება რეზინის ან აბრეშუმის (და უკიდურეს შემთხვევაში ლითონის) კათეტერით. ასეპტიკური წესების მტკიცედ დაცვით.

მუცლის ღრუს ოპერაციების შემდეგ განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება კუჭ-ნაწლავის ტრაქტს. ამ დროს ყველაზე მძიმე გართულებაა პერიტონიტი, ნაწლავთა გაუვალობა, სისხლდენა და სხვ. მუცლის მხრივ ზოგი სახის გართულებანი (სლოკინი, პირღებინება, მეტეორიზმი, ფაღარათი და სხვ.) შეიძლება იყოს როგორც მუცლის ღრუს, ისე სხვა მიდამოს ოპერაციების დროსაც.

ოპერაციისშემდგომი პერიტონიტი შეიძლება იყოს ადგილობრივი და ზოგადი. პერიტონიტი მუცლის ღრუს ყველა სახის ოპერაციის შემდეგ შეიძლება განვითარდეს, მაგრამ უფრო ხშირად გვხვდება კუჭსა და ნაწლავებზე ნაკერის გახსნის ღროს.

ოპერაციისშემდგომი პერიტონიტი ანტიბიოტიკების ხანაში შედარებით ნაკლებად გვხვდება, მაგრამ სულ სხვანაირად მიმდინარეობს. თითქმის გაქრა პერიტონიტის ელვისებრი ფორმები, სამაგიეროდ, გვხვდება პერიტონიტის წაშლილი სახეები, რომლის ამოცნობა ვეტად ძნელია. პერიტონიტს, მართალია, აღარ აქვს ბწკავე მიმდინარეობა, პულსის გახშირება, კუნთთა დაჭიმულობა, ავადმყოფის მდგომარეობაც თითქოს მძიმე არაა. სინამდვილეში კი პერიტონიტის პროგრესულობას, მძიმე მიმდინარეობას აქვს ადგილი.

ოპერაციისშემდგომი პერიტონიტის მკურნალობა პერიტონიტის გავრცელების, ავადმყოფის მდგომარეობის მიხედვით ინდივიდუალურად წყდება. მკურნალობა კონსერვატული ან ოპერაციულია. მედიკამენტური მკურნალობა გულისხმობს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის განტვირთვას, ანტიბიოტიკების და სულფამიდური პრეპარატების ფართო გამოყენებას, ხსნარების და ცილების პარენტერალური გზით შეყვანას. ოპერაციული მკურნალობის მიზანია რელაპაროტომია, დრენირება და ნოვოკაინით ანტიბიოტიკების სისტემატური შეყვანა ზოგად მკურნალობასთან ერთად.

მუცლის ღრუს ოპერაციების, ასევე დაავადებების შემდეგ, როგორც გართულება, აღსანიშნავია სხვადასხვა სიერცის (სუბდიაფრაგმული, დუგლასის, ნაწლავთა შორის) აბსცესი ან რეტროპერიტონული სიერცის ფლეგმონა (მათ შესახებ იხილეთ „პერიტონიტი", „აპენდიციტის გართულება"). მკურნალობა დროულ დრენირებაში მდგომარეობს.

მუცლის ღრუს ოპერაციების შემდეგ როგორც გართულება აღსანიშნავია კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის გამტარობის მოშლა მექანიკური ან დინამიკური მიზეზით.

მექანიკური დაბრკოლების მიზეზია ანასტომოზის ანთება, შეშუპება, ინფილტრატი, ნაწიბურით ზეწოლა, დეზი და ოპერაციის დროს დაშვებული სხვადასხვა ტექნიკური დეფექტი და სხვ. დინამიკური გაუვალობა შედეგია კუჭის ან ნაწლავის ატონიის, ან სპაზმისა.

მხოლოდ ოპერაციული ტრავმით გამოწვეული ნაწლავთა პარეზი შედარებით ნაკლები ინტენსივობისაა, ვიდრე დაბრკოლებით ან უკვე პერიტონიტის დროს ინფექციური, ქიმიური გაღიზიანების შედეგად განვითარებული.

ოპერაციის შემდეგ უნდა გავარკვიოთ აქვს თუ არა ავადმყოფს აირებზე მოქმედება, პალპაციით დავადგინოთ მუცლის პრესისა და მეტეორიზმის ხარის-

ხი. ნორმალურად აირებია გამოყოფა ხდება უკვე ოპერაციიდან მეორე-მესამე დღეს. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ფუნქციის მოწესრიგებისა და ატონიის წინააღმდეგ ბრძოლაში თუ იგი მკვეთრად არაა გამოხატული, დიდი მნიშვნელობა აქვს სწორი ნაწლავის სფინქტერის მდგომარეობას. ოპერაციის შემდეგ შემჩნეულია ყითას სფინქტერის სპაზმი, რაც ზოგჯერ აბრკოლებს აირებზე გასვლას. ასეთ შემთხვევაში რამდენიმე (15—30) წუთით ავადმყოფს სწორ ნაწლავში უნდა შეეუყვანოთ რეზინის მსხვილი მილი (და არა წვრილი კათეტერი). მილს უხვად წაუსვამენ ვაზელინს. როდესაც ატონიის მოვლენები სუსტადაა გამოხატული, ასეთი ზემოქმედება ხშირად სავსებით საკმარისია. ზოგჯერ კარგია სფინქტერის თითით ან სწორი ნაწლავის სარკით გაწევა, მისი გაგანიერება. როდესაც ეს საშუალებები უშედეგოა, უკეთებენ სიფონის ოყნას, უმჯობესია სუფრის მარილის 10% ხსნარით (200—300 მლ), რომელიც ოყნის ჩათავების შემდეგ, უკეთ მოქმედების მიზნით. შეიძლება ჩავტოვოთ სწორ ნაწლავში. ასეთ შემთხვევაში შეიძლება გამოვიდეს აირი და განავალიც. სიფონის ოყნის გაკეთება არ შეიძლება სწორ და საერთოდ მსხვილ ნაწლავზე ოპერაციის შემდეგ.

ატონიის დროს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ფუნქციის მოსაწესრიგებლად კარგია ავადმყოფის აქტიური მდებარეობა, აგრეთვე ვენაში სუფრის მარილის ჰიპერტონიული ხსნარის შეყვანა (10—15% ხსნარი 20—30 მლ დღეში ორჯერ). კანქვეშ პიტუიტრინი, ფიზოსტიგმინი, პროზერინი, სტრიქნინი. საუკეთესო საშუალებაა კუჭის შიგთავსის პერიოდული ან მუდმივი ამოქაჩვა.

კუჭზე ოპერაციის მეორე (ზოგჯერ მესამე) დღეს კუჭში ზონდის ჩაყოფის შედეგად, მით უფრო. თუ ავადმყოფს აქვს გულისრევის მოვლენები. ავადმყოფი თავისუფლდება კუჭში შეგუბებული სისხლისა და წვენებისაგან, რომლებიც აწვება დიაფრაგმას და გულის მუშაობის გაუარესებას, ინტოქსიკაციას და გულისრევას იწვევს. ამიტომ დიდი ოპერაციების შემდეგ კუჭში ცხვირის გზით ზოგჯერ საჭიროა ვიწრო ზონდის მუდმივად მოთავსება და ამოსაწრეტ მოწყობილობასთან (წყლის, ან სამამპულიანი) მისი შეერთება. ზონდის მუდმივად გამოყენება უფრო გამართლებულია პერიტონიტის დროს, როდესაც ადგილი აქვს ანტიპერისტალტიკას, ძლიერ ატონიას და კუჭის გაგანიერებას. ამ დროს ორგანიზმის ტონუსის აწევის მიზნით დიდი მნიშვნელობა აქვს შევიყვანოთ ფიზიოლოგიური ხსნარი, 5% გლუკოზა, სისხლი, ცილოვანი ხსნარები და სხვ. ფართოდ უნდა გამოვიყენოთ აგრეთვე ანტიბიოტიკები ანასთომოზის მიდამოში ანთებითი ინფილტრატის შესრუტვის მიზნით. როდესაც ანასთომოზის გაუვალობის დროს ჩატარებული ენერგიული კონსერვატული ღონისძიებანი უშედეგოა, კეთდება ოპერაცია.

ოპერაციისშემდგომი პერიოდის სადად მიმდინარეობის დროს განავალზე მოქმედებას ადგილი აქვს მესამე დღიდან ან უფრო მოგვიანებით. მე-3—5 დღისთვის, თუ არ აღინიშნება ნაწლავების თავისუფალი დაცლა. საჭიროა ჰიპერტონიული ხსნარის ოყნის გაკეთება. განსაკუთრებით საფრთხილოა მსხვილ ნაწლავზე ოპერაციის, მით უფრო რეზექციის შემდგომი პერიოდი — განავლის მკვრივი მასებისაგან მე-6—8 დღეს ნაკერის დაზიანების საშიშროების გამო. იმისთვის რომ განავლის მასები გათხელდეს, ოპერაციიდან მე-2—3 დღიდან ასეთ ავადმყოფს ვაძლევთ მწარე მარილის 25% ხსნარს სუფრის კოვზით 2—3-ჯერ დღეში (ან ზეთს) თითქმის ორი კვირის განმავლობაში.

მუცლის ღრუს ოპერაციების შემდეგ იშვიათ გართულებას წარმოადგენს უ ც ხ რ ს ხ ე უ ლ ი ს დარჩენა: ინსტრუმენტის, დოლბანდის ტამპონ-ს ან ბურ-

ოულის სახით. ამიტომ ზოგ საოპერაციოში მათ დანომრავენ, სპეციალურ ზონრებს უკეთებენ და სხვ. კარგი გაუტკივარებისა და ოპერაციის მშვიდად ჩატარებისას ასეთ გართულებას არ აქვს ადგილი. უცხო სხეული ხშირად იწვევს ტკივილს, გაუვალობის მოვლენებს, ინფილტრატს, დაჩირქებას, ხანგრძლივ ჩირქოვან ხვრელმილს, ინსტრუმენტების აღმოჩენაში გვეხმარება რენტგენოგრაფია. მათი ამოღება ოპერაციით შეიძლება.

მუცლის ოპერაციების შემდეგ ჭრილობის მხრივ გართულებებიდან აღსანიშნავია სისხლდენა, ჰემატომა, ინფილტრატი, ჭრილობის დაჩირქება, ჭრილობის გახსნა და შიგთავსის ევენტრაცია.

ს ი ს ხ ლ დ ე ნ ა, გარდა საერთო მიზეზებისა (ჰემოფილია, სისხლის დაავადებანი, ლიგატურის წაძრობა, ლიგატურის გარეშე დარჩენილი სისხლის ძარღვიდან), ხშირია სიყვითლისა და პარენქიმულ ორგანოებზე ოპერაციების დროს. სიყვითლის დროს ოპერაციამდე, ისე როგორც ქოლემიური სისხლდენის დროს, საჭიროა სისხლის გადასხმა, ვიკასოლი, კალციუმი. სისხლდენის თავიდან აცილებისათვის სჯობს ლიგატურის აღება ნაკერზე, ტამპონადა და სხვ. სისხლდენას ვაჩერებთ კონსერვატული ღონისძიებებით (სისხლის და შრატის გადასხმა, ვიკასოლი, კალციუმი) ან ოპერაციით (ლიგატურა, ტამპონი).

ჰ ე მ ა ტ ო მ ი ს აცილება შეიძლება სრულყოფილი ჰემოსტაზით. დიდი ჰემატომის დროს კეთდება პუნქცია, დაჩირქების დროს გაკვეთა. ჭიანაწლავის ჯორჯალზე ლიგატურის წაძრობისას მუცლის ღრუში გროვდება სისხლი (ჰემატოცელე), რომელიც ხშირად ავადმყოფის ადგომისას გამომჟღავნდება (კოლაფსის მოვლენები). ასეთ შემთხვევაში საჭიროა რელაპაროტომია, დრენირება. დაგვიანებულ შემთხვევაში უკვე დაჩირქებული ჰემატომა ზოგჯერ თავისით ან ექიმის მიერ გაიხსნება სწორი ნაწლავიდან.

ოპერაციისშემდგომი ი ნ ფ ი ლ ტ რ ა ტ ი მუცლის ღრუდან ინფიცირებული გამონადენით ჭრილობის გაბინძურების ან ქსოვილთა ხანგრძლივი ტრავმირების შედეგია.

ჭრილობის დაჩირქება ასეპტიკური ოპერაციების შემდეგ 1—4%-ს შეადგენს (ვ. სტრუჩკოვი). მას იგივე მიზეზები აქვს, რაც ინფილტრატის განვითარებას. ოპერაციის ნაკლებ ტრავმულად ჩატარება და ანტიბიოტიკების გამოყენება მეტწილად აგვაცდენს დაჩირქებას. დაჩირქებისას საჭიროა ჭრილობის გახსნა.

ხანში შესულ და მოხუც ავადმყოფს მძიმე ოპერაციის შემდეგ, როდესაც იგი დასუსტებულია და ავიტამინოზი აღენიშნება, პირველი კვირის მიწურულიდან ზოგჯერ უვითარდება ჭ რ ი ლ ო ბ ი ს გ ა ხ ს ნ ა და შ ი გ თ ა ვ ს ი ს გ ა მ ო ს ვ ლ ა. ამას ხელს უწყობს აგრეთვე ხველა, ხშირი პირღებინება, აპონევროზზე არასრულყოფილი ნაკერი, ინფექცია.

ნაკერის გახსნისას მაშინვე კეთდება ოპერაცია. ორგანოები მუცლის ღრუში სწორდება, წინასწარ ანტიბიოტიკებით გარეცხვის შემდეგ ჭრილობა აბრეშუმის მსხვილი ძაფით იკერება. როდესაც მარტო ბადექონია გამოვარდნილი და იგი შეცვლილია (დიდი ხნის გამოვარდნა), შეიძლება მისი მოკვეთა, ტაკვის ჩაბრუნება და ჭრილობის გაკერვა. სუფთა ოპერაციების შემდეგ ჰემოსტაზის მიზნით მოთავსებულ ტამპონს და დრენაჟს იღებენ მე-2—3 დღეს. ჩირქოვანი პროცესების დროს დატოვებულ ტამპონს იღებენ სხვადასხვა დროს. ჯობს მათი თანდათან ამოწევა; მუცლის ღრუდან (მაგალითად, ქოლეცისტექტო-

მიის შემდეგ) ტამპონის ამოღების წინ ავადმყოფს უკეთდება ტკივილდამაწყნარებელი. ავადმყოფს, საერთო მდგომარეობის, ასაკისა და ოპერაციის ხასიათის მიხედვით, ძაფები უნდა მოეხსნას მე-6-დან და მე-16 დღეს. შუახაზზე ლაპაროტომიის დროს მე-10—14 დღეს, აპენდექტომიის შემდეგ მე-6—8 დღეს. მოხუცს და დასუსტებულს ძაფები ეხსნება მოგვიანებით (ორი კვირის შემდეგ); ისიც პირველად იხსნება თითოს გამოშვებით, ხოლო მე-2—3 დღეს ყველა დანარჩენი.

ნაოპერაციევი ავადმყოფის დიეტა. ნაოპერაციევი ავადმყოფის დიეტისათვის ერთი გარკვეული რეცეპტი, რომელიც ყველა შემთხვევაში გამოდგება, არ არსებობს, მაგრამ ერთი ცხადია — სანამ ადგილი აქვს კუჭ-ნაწლავის ტონუსის მოშლას (რომელიც შეიძლება იყოს უმნიშვნელო ხარისხით გამოხატული ატონიიდან ნაწლავის სრულ დამბლამდე). საკვების მიცემა არ შეიძლება. პირიდან საკვების მიცემის საზომი სწორედ ატონიის ხარისხია. რომლის გარეგნულ გამოვლინებას მეტეორიზმი წარმოადგენს.

დიეტის დანიშვნისას, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ტონუსის მდგომარეობის გარდა, ანგარიში უნდა გაეწიოს აგრეთვე დაავადების ხარისხს, დაზიანებული ორგანოს მდგომარეობას, ოპერაციის ტიპს და გაუტკივარების სახეს.

ინჰალაციური ნარკოზის შემდეგ პირღებინების თავიდან აცილების მიზნით 4—6 საათის განმავლობაში ავადმყოფს აბსოლუტურად არაფერს არ ვაძლევთ.

კუჭზე ოპერაციების შემდეგ ავადმყოფს განსაკუთრებით აწუხებს წყურვილი. ამიტომ კანქვეშ. კუნთებში და სწორი ნაწლავიდან შეგვყავს ფიზიოლოგიური და გლუკოზის ხსნარები დღე-ღამეში 2—3 ლიტრის რაოდენობით. ა. ბერკუტოვი ხსნარის შეყვანას ურჩევს ოპერაციის დროს ცხვირიდან კუჭ-ნაწლავის შერთულში გატარებული წვრილი ზონდით. ოპერაციის შემდეგ პირის ღრუს წყლით ხშირი გამოვლება წყურვილის გრძნობას ამცირებს.

ასამელად წყლის მიცემას პირველ ორ დღეს ვერიდებით არა ნაკერის გახსნის შიშით, არამედ სხვა გარემოების გამო, სახელდობრ: კუჭის რეზექციის შემდეგ კუჭის ტაკვსა და ნაწლავს შორის შერთული შეშუპებულია და გასაკალს თითქმის ახშობს; ამასთან, ტრავმირებული კუჭი და მასთან შერთული ნაწლავიც ატონიას განიცდის; კუჭის წვენი, ჩაღვრილი სისხლი და ზოგჯერ ჩაყლაპული ჰაერი კუჭის გადავსებას და გაბერვას იწვევს; ასეთ შემთხვევაში სითხის მიცემა ავადმყოფის მდგომარეობას კიდევ უფრო აუარესებს, რადგან წყალი კუჭიდან არ იწოვება, გადასვლა კი შეფერხებულია. ამ დროს უმჯობესია სითხე კი არ მივცეთ, არამედ კუჭში ზონდის ჩაყოფით გაანთავისუფლოთ იგი შიგთავსისაგან. ასეთ ავადმყოფს ზოგჯერ შეღავათს აძლევს მდებარეობის შეცვლა, წამოჯდომა, ჩაყლაპული ჰაერის ამოქარვება. მესამე დღიდან ავადმყოფს შედარებით თავისუფლად ვასმევთ წყალს, ჩაის, თუ ადგილი არ აქვს გართულებას, ამას ემატება ბულიონი, კომპოტის წვენი, თხელი კისელი, ახალი მაწონი (იგი, გარდა იმისა, რომ ადვილად მოსანელებელი და კარგი საკვებია, ხელს უწყობს კუჭისა და ნაწლავის მოტორულ და ევაკუაციური ფუნქციის აღდგენა-მოწესრიგებას). მეოთხე დღეს იგივე საკვები და სითხეები ეძლევა კიდევ უფრო მეტი რაოდენობით (ხშირად და მცირე ულუფებით). წყურვილის გრძნობა ამ დროისათვის ავადმყოფს უკვე ნაკლებად აწუხებს. მეხუთე დღეს დიეტას ემატება კარაქი, სხვადასხვა ფაფები, თავისუფ-

ლად ეძლევა ვიტამინების შემცველი ხილის წვენები. მეექვსე, განსაკუთრებით მეშვიდე დღეს, ბულიონში ემატება ორცხობილას ფხვნილი, მანქანაში გატარებული ქათმის ხორცი, ადრეულად ვაძლევთ ჩაიში კონიაკს. ზოგჯერ ღვინოს. შოკოლადს. უნდა გვახსოვდეს, რომ მიზანშეწონილია აგრეთვე მარილმჟავას სუსტი ხსნარის მიცემა მე-5 დღიდან, რადგან მისი მკვეთრი დაქვეითება რეზექციის შემდეგ ზოგჯერ იძლევა ფაღარათს. ამავე მიზნით კარგია აგრეთვე პანკრეატინის გამოყენება. შეკრულობის დროს გამწმენდი ოყნა (ან ჰიპერტონიული ხსნარის მიკროოყნა) გაკეთებულ უნდა იქნეს მე-4—5 დღიდან, მე-9—10 დღიდან ვაძლევთ პურს, წიწილის ხორცს, ახალ თევზს, მწვანილს, ახალ ყველს, ხაშს (უფრო წვენს და ლორწოს) და ა. შ. ორი კვირის შემდეგ შედარებით თავისუფალი დიეტა.

წვრილი ნაწლავის რეზექციის შემდეგ კვების რეჟიმი არ განსხვავდება კუჭის რეზექციის შემდგომი პერიოდის რეჟიმისაგან. როგორც უკვე აღვნიშნეთ. განსაკუთრებული სიფრთხილეა საჭირო მსხვილი ნაწლავის რეზექციის შემდეგ — ნაწლავის კედლის უფრო ნაკლები რეგენერაციული უნარისა და აგრეთვე ამ მიდამოს განავლის მასებით ინფიცირების გამო. ნაკერის დაზიანების მხრივ მეტი საშიშროების არსებობასთან დაკავშირებით. ავადმყოფს, როგორც წესი, ეძლევა მხოლოდ თხიერი საკვები, რომელიც განავლის მცირე რაოდენობას იძლევა. თავიდანვე ენიშნება საფაღარათო. მე-8—10 დღეს საკვების მომატების მაგიერ საჭიროა მისი შემცირება, რათა თავიდან ავიცილოთ ნაწლავის ნაკერის დაზიანება. აპენდექტომიის შემდეგ, იმის მიხედვით, თუ როგორ ფორმასთან გვქონდა საქმე და პერიტონიტის მოვლენები როგორ იყო გამოხატული. ავადმყოფს ენიშნება სათანადო დიეტა; თუ ადგილი არ აქვს გართულებას (პერიტონიტი, მაღალი ტემპერატურა), მეორე დღიდან ეძლევა მსუბუქი საკვები. კუჭ-ნაწლავის ტონუსის აღდგენის (აირებზე თავისუფლად მოქმედების) შემდეგ დიეტა კიდევ უფრო თავისუფალია (ბულიონი, ხილის წვენი, მაწონი. კისელი, კარგად მოხარშული ქათმის ხორცი, ორცხობილა, ფაფები და ა. შ.).

თიაქარკვეთის შემდეგ, როცა ოპერაცია ადგილობრივი ან სპინალური ანესთეზიით კეთდება, სითხეები ენიშნება თავიდანვე. მეორე დღიდან ეძლევა მსუბუქი საკვები, მე-3—4 დღიდან თავისუფალი დიეტა. თითოეულ კონკრეტულ შემთხვევაში შესაძლოა შეიცვალოს ავადმყოფის დიეტა.

ავადმყოფს ოპერაციის შემდეგ ადრეულად ეძლევა ჰიგიენური შხაპის მიღების ნება.

მუცლის ღრუს ქირურგია ქირურგიის ერთ-ერთი ძირითადი დარგია. მუცლის ღრუს ორგანოთა დაავადება, ტრავმა, ანთება თუ სიმსივნე იქნება იგი, დროულად ამოცნობას და შესაფერ მკურნალობას საჭიროებს.

მართალია, მუცლის ღრუს ორგანოთა დაავადების დროს ხშირად ძნელია ისე სიზუსტით დიაგნოზის დასმა, როგორც ეს ზოგჯერ ნევროპათოლოგს შეუძლია ნევროლოგიური გამოკვლევის, კუნთთა ფუნქციის თუ სხვა მონაცემების მიხედვით.

მუცლის ღრუს ორგანოთა დაავადების დიაგნოსტიკაში განსაკუთრებულ ყურადღებას იპყრობს მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული დაავადებანი. რომლის დროსაც ავადმყოფის გადარჩენა მხოლოდ დაავადების დროულ ამოცნობასა და სწორ მკურნალობაზეა დამოკიდებული, თითქმის ოვიე შეიძლება ითქვას მუცლის ღრუს ორგანოთა ავთვისებიანი სიმსივნეების შესახებაც. მხოლოდ იმ განსხვავებით, რომ ოპერაციის რამდენიმე დღით დაგვიანება თითქოს

ავადმყოფის სიცოცხლეზე არ ახდენს გავლენას, სინამდვილეში კი პროცესის პროგრესულობაში ოპერაციის დაგვიანებას, უდავოდ, აქვს მნიშვნელობა. ამასთან, არის სიმსივნური დაავადების შემთხვევები, როცა ავადმყოფი გარკვეულ ძომზადებას საჭიროებს.

ჩამოყალიბებული და გარკვეული სიმპტომოკომპლექსის არსებობისას სათანადო გამოკვლევის საფუძველზე მეტწილად მოსახერხებელია მუცლის ღრუს ორგანოთა დაავადების დროული ამოცნობა და მკურნალობა. მაგრამ არის მთელი რიგი შემთხვევები — დაავადების განსაკუთრებით რთული ფორმები, რომელთა ამოცნობა ძალზე ძნელია. ამიტომაცაა, რომ ამბობენ მუცლის ღრუში მოსალოდნელია ყოველგვარი სიურპრიზიო. ეს სირთულე კიდევ უფრო ნათლად ჩანს ზოგი სახის მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული დაავადების ან სხვა პროცესის. დროს. კლინიკური დიაგნოსტიკა მათემატიკა როდია, ამიტომ განსხვავებით ზუსტი მეცნიერებისაგან, ყოველთვის შეუძლებელია აბსოლუტურად ზუსტი დიაგნოზის დადგენა.

მუცლის ღრუს ორგანოთა დაავადებების დროს სწორი დიაგნოზის საწინდარია ექიმის კარგი მომზადება, გამოკვლევის სრულყოფილი მეთოდებით აღჭურვილი სამკურნალო დაწესებულება, ავადმყოფის მეთოდურად სწორი გამოკვლევა. ერთი შეხედვით, რაგინდ მარტივ დაავადებასთან არ უნდა გექონდეს საქმე, აუცილებელია ავადმყოფის თანმიმდევრობით სისტემური გამოკვლევა. ანამნეზის სწორად შეკრება, შემდეგ მუცლისა და სათანადო შემთხვევაში სხვა ორგანოთა და სისტემების გამოკვლევა. მხოლოდ ავადმყოფის ყოველმხრივ სრულფასოვნად ჩატარებული კვალიფიციური გამოკვლევა უზრუნველყოფს სწორ დიაგნოზს. ჯობს ავადმყოფის საბოლოო გამოკვლევამდე დიაგნოზის ნაჩქარევად დასმისაგან თავი შევიკავოთ. ავადმყოფის გამოკვლევა აღმავალი წესით უნდა ხდებოდეს. გამოკვლევის მარტივი და ნაკლებ ტრავმული მეთოდი წინ უნდა უსწრებდეს შედარებით რთულ და უფრო ტრავმულ ხერხს, მაგალითად, მუცლის პრესის აქტიური მოძრაობა (სუნთქვის დროს მუცლის კუნთების მოძრაობა) მოწმდება პირველად, პერკუსია უფრო ადრე, ვიდრე პალპაცია, ზერელე პალპაცია წინ უნდა უსწრებდეს ღრმას, შემდეგ მოწმდება ბლუმბერგის ნიშანი და ა. შ. და არა პირიქით ან არეულად, გამოკვლევის თანმიმდევრობით შესრულებას ის მნიშვნელობაც აქვს, რომ ავადმყოფის გასინჯვისას არ გამოგვრჩება გამოკვლევის არც ერთი მეთოდი. დიაგნოზი გადაუდებელ შემთხვევაში სასწრაფოდ უნდა დაისვას, სხვა შემთხვევაში კი მეტწილად 3—5 დღეში. ზოგჯერ დიაგნოსტიკის საკითხში შექმნილი მეტად მძიმე მდგომარეობის დროს ექიმს რჩება ერთადერთი, ავადმყოფისათვის სასარგებლო გამოსავალი. მთავარია გადაწყვიტოს საკითხი მუცლის ღრუს ორგანოთა ამა თუ იმ დაავადების დროს, ავადმყოფს უმკურნალოს კონსერვატულად თუ გაკეთდეს ოპერაცია, ისიც დაუყოვნებლივ თუ გარკვეული გადავადების შემდეგ.

მტკიცებას არ საჭიროებს, თუ რაოდენ აუცილებელია ზუსტი დიაგნოზი. ამასვე მიუთითებს ძველთაგანვე ცნობილი გამოთქმა: ვინც სწორ დიაგნოზს სვამს, იგი კარგადაც მკურნალობსო; მაგრამ არ უნდა დავივიწყოთ საქმის მეორე მხარე — დიაგნოზი არასდროს არ უნდა გახდეს თვითმიზანი. ყოველთვის სწორი დიაგნოზი უნდა ემსახურებოდეს სწორ მკურნალობას. მთავარია ავადმყოფის განკურნება, ხოლო, როდესაც დიაგნოზის დაზუსტება არ ხერხდება, მაშინ განსაკუთრებით აუცილებელია ექიმმა დროულად გადაწყვიტოს მკურნალობის სწორი ტაქტიკა. დაუყოვნებლივი გადაწყვეტილების აუცილებლობა

განსაკუთრებით საჭიროა მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული დაავადებების დროს. დაგვიანება საშიშია აგრეთვე სიმსივნის აშკარა ნიშნების (ან მასზე ეჭვის დროს), ქოლანგიტის, ჩირქოვანი პროცესების, პილორუსის მკვეთრი სტენოზის და სხვა დროს. მაგრამ მათ შორის დახმარების, დროის თვალსაზრისით აუცილებელია გონივრული დიფერენცირება. თუ მწვავე მუცლის ზოგიერთი დაავადება (უმძიმესი ფორმის გაუვალობა, მწვავე სისხლდენა, პერფორაციული პერიტონიტი და სხვ.) დაუყოვნებლივ დახმარებას საჭიროებს, სხვა შემთხვევაში (სიმსივნე, ქოლანგიტი, სიყვითლე და სხვ.) შეიძლება ოპერაციის ხანმოკლე დროით გადადება დიაგნოზის დაზუსტებისა და ავადმყოფის სათანადო მომზადებისათვის. ზოგჯერ, როდესაც დიაგნოზში გარკვევა ძნელია (მწვავე მუცელი, სიმსივნე და სხვ.), არა ზუსტი, მაგრამ ორ, ან მეტ დაავადებაზე ეჭვით ავადმყოფს უკეთდება ლაპაროტომია, რადგან ვიცით, რომ დიაგნოზში საბოლოოდ გარკვევა და, რაც მთავარია, ავადმყოფის გადარჩენაც მხოლოდ დროული ოპერაციით შეიძლება.

მკურნალობის თვალსაზრისით ექიმი ყოველთვის უნდა ცდილობდეს რადიკალური ღონისძიების გატარებას, მაგრამ ამასთან დავიწყებულ არ უნდა იქნეს მუცელში სწრაფი შესვლისა და სწრაფი გამოსვლის შესახებ, განსაკუთრებით მწვავე მუცლისა და ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობის დროს. როდესაც ავადმყოფის მდგომარეობა, ქირურგის მომზადება ან გარემო პირობები (არასრულყოფილი გაუტკივარება, არაკვალიფიციური დამხმარე, სისხლისა და ხსნარების უქონლობა და სხვ.) არაა შესაფერისი, საჭიროა, რაც შეიძლება მარტივი, მაგრამ ავადმყოფის გადამრჩენი ოპერაციით დავკმაყოფილდეთ. მაგალითად, წყლულის პერფორაციის დროს — გაკერვით, მსხვილი ნაწლავის დაზიანების დროს — მისი ჭრილობაში გამოტანით და სხვ.

ზოგჯერ საჭიროა ოპერაცია გაამარტივოს კვალიფიციურმა ქირურგმაც ავადმყოფის სათანადო მდგომარეობის დროს, მაგალითად, სიმსივნით გამოწვეული მსხვილი ნაწლავის გაუვალობის დროს ხშირად კეთდება დროებითი ხელოვნური ანუსი და გარკვეული დროის გავლის შემდეგ სიმსივნის ამოკვეთა მეორე მომენტად, ანდა ნაღვლის ბუშტზე სტომის დადება ძლიერ დასუსტებულ და ხნიერ ავადმყოფზე ინფიცირებული ნაღვლის ევაკუაციისათვის, უფრო რადიკალური ოპერაცია კი დროებით გადაიდება და სხვ.

არასასწრაფო შემთხვევაში და ავადმყოფის კარგი მდგომარეობის დროს მიზანშეწონილი არაა პალიატიური ოპერაციის გაკეთება. ჯობს ასეთ ავადმყოფს თავიდანვე გაუკეთდეს რადიკალური ოპერაცია. რადგან არის იმის მრავალი შემთხვევა, როცა ასეთი ზემოქმედების შემდეგ მძიმე გართულება ვითარდება, რომელიც არანაკლებ შემაწუხებელია ავადმყოფისათვის, განმეორებით და რეკონსტრუქციული ოპერაცია კი მძიმე და რთულია როგორც ავადმყოფის, ისე ოპერატორისათვის.

ქირურგის პროფესია სრულებით არ ნიშნავს, რომ ყველა ავადმყოფს და ყოველთვის მკურნალობდეს ოპერაციით. მართალია, ადვილი არაა ავადმყოფს მოუხსნა ოპერაცია, მაგრამ თუ არ არსებობს ოპერაციის სათანადოდ დასაბუთებული ჩვენება, ჯობს იგი არ გაკეთდეს. ოპერაციის შესრულებისაგან თავი უნდა შეიკავოთ აგრეთვე ყველა იმ შემთხვევაში, როდესაც ფუნქციური მოვლენები ჭარბობს და საიმედო სასიცოცხლო ჩვენება არ არსებობს.

არანაკლებ დიდი ცოდნა და გამოცდილებაა საჭირო სათანადო კონკრეტულ შემთხვევაში ავადმყოფს ერჩიოს კონსერვატული მკურნალობა. ან არასა-

ჭირო შემთხვევაში შესრულებული ოპერაციის დროს დროულად შევიცნოთ შეცდომა, ვაღიაროთ იგი, შევწყვიტოთ ან მდგომარეობის მიხედვით სულ სხვა მიმართულებით წარვმართოთ დახმარება, და ერთ შეცდომას არ დაეუმატოთ მეორე, ავადმყოფისათვის საბედისწერო შეცდომა.

ძალზე დიდი მნიშვნელობისაა ავადმყოფის სრულყოფილი მომზადება ოპერაციისათვის (ხსნარებისა და სისხლის გადასხმა, საგულე საშუალებანი, ვიტამინები და სხვ.), სწორად შერჩეული და მაღალკვალიფიციურად ჩატარებული გაუტკივარება, ოპერაციის მიმდინარეობაში მოსალოდნელ გართულებათა პროფილაქტიკა და მასთან ბრძოლა, ოპერაციის ნაკლებად ტრავმულად ჩატარება და სხვ.

ოპერაციულ დახმარებაზე არანაკლებ სპასუხისმგებლოა ოპერაციისშემდგომ პერიოდში ავადმყოფის მოვლა. შეიძლება ითქვას, რომ ხშირად იგი გადამწყვეტია ავადმყოფის გადარჩენაში. ოპერაციის შემდეგ მოსალოდნელია განვითარდეს გართულება, რომელმაც, თუ იგი არ იქნა ლიკვიდირებული, შეიძლება ავადმყოფის სიკვდილი გამოიწვიოს. მხოლოდ დროულ პროფილაქტიკურ და გართულების დროს სამკურნალო ღონისძიებას შეუძლია ავადმყოფს აცდინოს ეს ხიფათი. სამწუხაროა, მაგრამ ფაქტია, რომ ავადმყოფს, რომელსაც არ უვლის და თავზე არ ადგას უშუალოდ მისი ოპერატორი, ყოველთვის არ აქვს ისეთი მოვლა და მკურნალობა. ზოგმა ქირურგმა ნაკლებად იცის საერთოდ ნოპერაციევი ავადმყოფის კარგად მოვლა. ზოგიც ნაადრევად ზეიმობს ავადმყოფის გადარჩენას და ხელიდან უშვებს გართულებისათვის სპასუხისმგებლო მომენტს.

მძიმე ოპერაციების შემდეგ ნაკლებად ან არასრულყოფილად იყენებენ ხსნარებს, სისხლს, ვიტამინებს. ანტიბიოტიკების გამოყენებისას იყენებენ მათ გვერდით მოქმედებას, ორგანიზმის განიარაღებას, დაავადების კლინიკური სურათის შენიღბვას. დროულად არ ტარდება აღნიშნულის პროფილაქტიკა (ანტიბიოტიკის შენაცვლება, ნაადრევად მოხსნა, ნისტატინი, ვიტამინები), თრომბოემბოლიური დაავადების პროფილაქტიკა (ნაადრევი მოძრაობა, ანტიკოაგულანტები, სითხეები), თითქოს უბრალო, მაგრამ ისეთ მნიშვნელოვანს, როგორიცაა ავადმყოფის ნაადრევი მოძრაობა, საერთოდ უაღრესად სასარგებლო სამკურნალო ფიზკულტურა მუცლის ღრუს ოპერაციების შემდეგ; აბაზანა, განსაკუთრებით განავლოვანი ხვრელმილებისა და დერმატიტების შემდეგ, ჰიგიენური შხაპის ნაადრევად გამოყენება და სხვ.

მუცლის ღრუს ორგანოთა დაავადებების დროს ავადმყოფის სათანადო მეთოდური გამოკვლევა, დროული დიაგნოსტიკა, ოპერაციისათვის შესაფერისი მომზადება, სრულყოფილად ჩატარებული ოპერაცია და ოპერაციისშემდგომ პერიოდში ავადმყოფის მაღალკვალიფიციური მოვლა უზრუნველყოფს ამ კონტიგენტის ავადმყოფთა გაჯანსაღებას.

ს ა რ ჩ ე ვ ი

ავტორისაგან 3

მუცლის ზოგიერთი ანატომიურ-ტოპოგრაფიული ცნობები 5

მუცლის საზღვრები — 5. მუცლის დაყოფა — 5. მუცლის ზედა კედელი — 6. მუცლის წინა გვერდითი კედელი — 6. სწორი კუნთი — 7. თეთრი ხაზი — 7. ჭიპის რგოლი — 8. მუცლის უკანა კედელი — 8. პერიტონეუმი — 9.

ტკივილი მუცლის არეში 11

ვისცერული ტკივილი — 11. სომატური ტკივილი — 12.

ავადმყოფის გამოკვლევა 13

ანამნეზის შეკრება — 14. გამოკითხვის სქემა — 15. საერთო გამოკვლევა—16.

მუცლის გამოკვლევა 18

დათვალიერება — 18. აქტიური მოძრაობა — 19. პერკუსია — 20. პალპაცია—21. აუსკულტაცია — 26. უნდულაცია — 26. გაზომვა — 27. ინსუფლაცია — 28. პარაცენტეზი — 28 პუნქცია — 28. ზონდირება — 29. რენტგენოლოგიური გამოკვლევა — 29. პნევმოპერიტონეოგრაფია — 30. რეტროპერიტონული პნევმოგრაფია — 30. პერიტონეოსკოპია (აბდომინოსკოპია, ლაპაროსკოპია) — 31. გასტროსკოპია — 31. რექტო-რომანოსკოპია — 31. საზარდულ-სათესლე პარკის მიდამოს გამოკვლევა—31. სწორი ნაწლავის გამოკვლევა—32. საშოდან გამოკვლევა — 35. თირკმლების გამოკვლევა — 36. შარდის ბუშტის გამოკვლევა — 37. ლაბორატორიული გამოკვლევა — 38. ბიოფსია — 42. ციტოდიაგნოსტიკა — 42.

სადიაგნოზო (სასინჯი) ლაპაროტომია . . 42

მუცლის კედლის დაავადებანი და დაზიანებანი . 46

მუცლის კედლის თანდაყოლილი დაავადება 46

მუცლის კედლის დაზიანება . . 46

მუცლის კედლის ანთებითი პროცესი . 46

მუცლის კედლის სიმსივნეები 47

ენდომეტრიოზი 47

მუცლის ტრავმა 47

ა) დახურული დაზიანება — 47. ბ) მუცლის ჭრილობა — 51.

მუცლის ღრუს უცხო სხეულები 53

მწვავე პერიტონიტი 54

პნევმოკოკური პერიტონიტი . 77

სტრეპტოკოკური პერიტონიტი . 78

გონოკოკური პერიტონიტი 79

შემოფარგლული პერიტონიტი 80

ნაწლავთა შორის ჩირქგროვა — 80. დუგლასის სივრცის ჩირქგროვა — 80. დიაფრაგმქვეშა (სუბდიაფრაგმული) ჩირქგროვა — 81.

ტუბერკულოზური პერიტონიტი 83

ადჰეზიური ანუ შეხორცებითი პერიტონიტი („შეხორცებითი დაავადება") . . 85

აბდომინალური სინდრომი გამოწვეული ჰიპოგასტრიუმის არეში ბადექონის შეხორცებით 87

პერიტონეუმისა და ბადექონის სიმსივნეები . . 87

რეტროპერიტონული სივრცის ჩირქოვანი დაავადებანი 88

რეტროპერიტონული სივრცის სიმსივნეები 89
კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის დაზიანებანი და დაავადებანი 90
კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის მოკლე ანატომიურ-ფიზიოლოგიური მონაცემები 90
კუჭი — 90. თორმეტგოჯა ნაწლავი — 92.
პილოროსპაზმი 93
გასტროფტოზი 93
კუჭის შემოგრეხა 94
კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის უცხო სხეულები 95
კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის დაზიანება 96
კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის დახურული დაზიანება — 97. კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის ჭრილობები — 98. კუჭის დამწვრობა — 99.
კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის ანთებითი პროცესები 100
ფლეგმონური გასტრიტი — 100. ფლეგმონური დუოდენიტი — 101. ქრონიკული გასტრიტი — 101. პლასტიკური ლინიტი — 102. დუოდენიტი — 103. პერიდუოდენიტი — 103. კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის ტუბერკულოზი — 103. კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის ათაშანგი — 104. კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის აქტინომიკოზი — 104.
კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება . . 105
წყლულოვანი დაავადების გართულებანი . . 117
კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაციული წყლული . . . 117
კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის მიფარებული წყლული — 128. მლიავი ნაწლავის პეპტიკური წყლულის პერფორაცია — 129. კუჭის კიბოს პერფორაცია — 129.
პროფუზული სისხლდენა კუჭიდან 133
წყლულის გადაგვარება კიბოდ 144
ნაწიბუროვანი სტენოზები 145
შეღწეული ანუ პენეტრირებული წყლული 146
წყლულოვანი დაავადების ქირურგიული მკურნალობა 148
კუჭის ოპერაციისშემდგომი გართულებანი და ნაოპერაციული კუჭის დაავადებანი . 15წ
ოპერაციისშემდგომი სისხლდენა — 154. თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის გახსნა — 154. კუჭის ტაკვის გახსნა — 155. ანასტომოზიტი — 155. დემპინგსიდრომი — 156. ჰიპოგლიკემიური სინდრომი — 156. პეპტიკური წყლული — 156. ცოლინგერ-ელისონის სინდრომი — 157. კუჭსა და განიე კოლინჯს შორის ხვრელმილი — 157. შიგნითა გაჭედვა — 158. წვრილი ნაწლავის ჩანერგვა — 158. მანკიანი წრე — 158.
კუჭის მწვავე გაგანიერება 159
თორმეტგოჯა ნაწლავის დიეერტიკული 161
დუოდენოსტაზი 162
თორმეტგოჯა ნაწლავის არტერიომეზენტერული გაუვალობა 162
კუჭის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები . . . 163
თორმეტგოჯა ნაწლავის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები 163
კუჭის კიბო 163
კუჭის სარკომა 171
თორმეტგოჯა ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნეები 172
ნაწლავების დაზიანებანი და დაავადებანი . . 173
ნაწლავების მოკლე ანატომიური მონაცემები 173
ნაწლავების თანდაყოლილი დაავადებანი 176
ნაწლავების შეეიწროება — 176. მეკელის დიეერტიკული — 176. ჰირშპუნგის დაავადება — 177.
ნაწლავის დაზიანება 179
დახურული დაზიანება — 179. ნაწლავის ჭრილობა — 180.
ნაწლავის ხვრელმილები 181
ნაწლავთა უცხო სხეულები 187

ნაწლავთა მწვავე და ქრონიკული ანთებანი 187
ნაწლავის ფლეგმონა — 187. ილეიტი (ქრონის დაავადება) — 187. ტიფოზური წყლულის პერფორაცია — 188. ქრონიკული წყლულოვანი კოლიტი — 188. ანთებითი „სიმსივნე" — 189. ნაწლავის ტუბერკულოზი — 190. ნაწლავის აქტინომიკოზი — 190. ნაწლავის სიფილისი — 191.
ნაწლავის ლიმფოგრანულომატოზი 191
ნაწლავის სიმსივნეები 191
კეთილთვისებიანი სიმსივნეები — 191. წვრილი ნაწლავის სარკომა — 192. წვრილი ნაწლავის კიბო — 192. მსხვილი ნაწლავის კიბო — 192. მსხვილი ნაწლავის სარკომა — 193.
ნაწლავის ქვები 193
ნაწლავის ცისტოზური ანევმატოზი 194
ჯორჯლის დაავადებანი 194
განვითარების მანკი — 194. მეზენტერიტი — 194. მწვავე მეზენტერიული ლიმფადენიტი — 194. ტუბერკულოზური მეზადენიტი — 195. ჯორჯლის ცისტები — 195. ჯორჯლის სიმსივნეები — 195. ჯორჯლის სისხლძარღვთა თრომბოზი — 195.
ნაწლავთა მწვავე გაუვალობა 199
ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის ზოგადი სიმპტომატოლოგია 200
მექანიკური გაუვალობა 202
ობტურაციული გაუვალობა 204
ინვაგინაცია 207
განავლის ქვები—205. ფიტობეზოარი 205
ასკარიდული გაუვალობა 206
სტრანგულაციური გაუვალობა 213
ნაწლავის შემოგრეხა — 214. წვრილი ნაწლავის შემოგრეხა — 215. ბრმა ნაწლავის შემოგრეხა — 216. განივი კოლინჯის შემოგრეხა — 217. სიგმური ნაწლავის შემოგრეხა — 217. ნაწლავის გაკეცვა — 220. ნაწლავის კვანძი — 220.
დინამიკური გაუვალობა 222
სპასტიკური გაუვალობა — 223. ნაწლავის პარალიზური გაუვალობა, ანუ ატონია — 223.
გაუვალობა ბავშვთა ასაკში. 225
გაუვალობის დიაგნოზი 225
გაუვალობის მკურნალობა 226
აპენდიციტი 233
ჭიანაწლავის მოკლე ანატომიურ-ფიზიოლოგიური ცნობები 233
მწვავე აპენდიციტი 234
რეტროცეკალური აპენდიციტი — 246. მენჯისეული აპენდიციტი — 246. მეზოცალიური აპენდიციტი — 247. მარცხენამხრივი აპენდიციტი — 247. მწვავე აპენდიციტი ბავშვებში — 247. მწვავე აპენდიციტი მოხუცებში — 248. მწვავე აპენდიციტი ქალებში — 249. ორსულობის პერიოდში მწვავე აპენდიციტი—249. მწვავე აპენდიციტი თიაქრის პარკში — 250. მწვავე აპენდიციტის მკურნალობა — 255. აპენდიკულარული ინფილტრატის მკურნალობა — 261. აპენდექტომიისშემდგომი გართულებანი — 262.
ქრონიკული აპენდიციტი 264
შუცლის თიაქრები 267
თიაქრის კერძო სახეების განხილვა 271
საზარდულის თიაქარი (ანატომიურ-ტოპოგრაფიული ცნობები) . . . 271
საზარდულის თიაქარი 274
საზარდულის გარეთა ირიბი თიაქარი . . . 274
საზარდულის შიგნითა, სწორი, ანუ პირდაპირი თიაქარი 276
ბარძაყის თიაქარი 280
თეთრი ხაზის თიაქარი 283
ჭიპის თიაქარი 284
სწორი კუნთების გათიშვა 285

ოპერაციისშემდგომი თიაქარი 285
ჩამოკიდებული მუცელი 297
იშვიათი მდებარეობის თიაქრები 238
მუცლის გვერდითი (სპიგელის) თიაქარი — 288. წელის მიდამოს (პეტიტის) თიაქარი — 288. დიაფრაგმის თიაქარი — 288. დახურული ხვრელის თიაქარი—289. საჯდომი ხვრელის თიაქარი — 289. შორისის თიაქარი — 289.
თიაქრის რეციდივის პროფილაქტიკა 289
თიაქრის გართულებანი 290
გაპედილი თიაქარი 291
საზარდულის გაპედილი თიაქარი — 293. ბარძაყის გაპედილი თიაქარი — 298. ჰიპის გაპედილი თიაქარი — 298. თეთრი ხაზის გაპედილი თიაქარი — 299.
სწორი ნაწლავის დაზიანებანი და დაავადებანი 303
ყითა-სწორი ნაწლავის და მასთან ახლო მიდამოს განვითარების მანკი . 303
სწორი ნაწლავის უცხო სხეულები 305
სწორი ნაწლავის დაზიანება 306
ყითას ნახეთქი 308
კოკციკოდინია 310
პროქტალგია 311
ყითას ქავილი 311
ბუასილი 311
სწორი ნაწლავის გამოვარდნა 317
პროქტიტი 320
პარაპროქტიტი 321
ყითასა და სწორი ნაწლავის ხვრელმილები 323
სწორი ნაწლავის პოლიპი და პოლიპოზი 326
ყითასა და სწორი ნაწლავის კიბო 326
ღვიძლისა და სანაღვლე გზების დაზიანებანი და დაავადებანი 333
მოკლე ანატომიური ცნობები 333
ღვიძლის დაზიანება 334
ღვიძლის დახურული დაზიანება — 334. ღვიძლის ღია დაზიანება, ანუ ჭრილობა — 335. სანაღვლე გზების დახურული დაზიანება — 335.
ღვიძლის აბსცესი 336
ამებური აბსცესი — 336. პიოგენური, ანუ ბაქტერიული აბსცესი — 338.
პორტული ჰიპერტენზია 340
ღვიძლის ექინოკოკოზი 342
ალვეოლური, ანუ მრავალკამერიანი ექინოკოკი 346
ღვიძლის სიმსივნეები 347
ღვიძლის არაპარაზიტული ცისტები 317
ღვიძლის კიბო 347
ღვიძლის მეორადი (მეტასტაზური) კიბო 348
ნაღვლის გზებისა და ნაღვლის ბუშტის დაავადებანი 348
მოკლე ანატომიურ-ფიზიოლოგიური ცნობები 348
ნაღვლის გზების განვითარების ანომალიები 349
ნაღვლის ბუშტის ფუნქციური დაავადებანი 350
სანაღვლე გზების პარაზიტული დაავადება 350
ქოლეცისტიტი 351
მწვავე ქოლეცისტიტი 352
მწვავე ლამბლიოზური ქოლეცისტიტი 354
სანაღვლე გზების კენჭოვანი დაავადება 355
კენჭოვანი ქოლეცისტიტი 357
ქრონიკული მორეციდივე ქოლეცისტიტი 361
ნაღვლის საერთო სადინარის დაზშობა კენჭებით 362
ქოლეცისტოპანკრეატიტი 363
ნაღვლოვანი პერიტონიტი 364
ნაღვლოვანი ხვრელმილები 365
ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების ავთვისებიანი სიმსივნეები 371

ნაღვლის ბუშტის კიბო — 371. საანღვლე გზების კიბო — 371.
პანკრეასის დაზიანებანი და დაავადებანი 373
მოკლე ანატომიურ-ფიზიოლოგიური ცნობები 373
პანკრეასის დაზიანებანი 373
პანკრეასის დახურული დაზიანება — 373. პანკრეასის ჭრილობა — 374.
მწვავე პანკრეატიტი 374
ქრონიკული პანკრეატიტი 379
პანკრეასის ცისტები 381
პანკრეასის ქვები 382
პანკრეასის სიმსივნეები 383
პანკრეასის კიბო 383
ელენთის დაზიანებანი და დაავადებანი 387
მოკლე ანატომიურ-ფიზიოლოგიური ცნობები 387
ელენთის დაზიანებანი 387
ელენთის დახურული დაზიანება — 388. ელენთის ღია დაზიანება — 388. ელენთის სპონტანური დაზიანება — 389.
ელენთის აბსცესი 389
მოძრავი ელენთა 390
ელენთის შემოგრეხა 390
მალარიული სპლენომეგალია 390
თრომბოფლებიტური სპლენომეგალია (სპლენოთრომბოზი) 394
სპლენომეგალიური ღვიძლის ციროზი (ბანტის სინდრომი) 396
გოშეს დაავადება 397
ეერლიხის დაავადება 397
ჰემოლიზური ანემია (ჰემოლიზური სიყვითლე) 399
ელენთის ცისტები 400
ელენთის ექინოკოკი 400
ელენთის სიმსივნეები 401
მწვავე მუცელი 402
ქალის სასქესო ორგანოთა მწვავე დაავადებანი 405
საშვილოსნოს დანამატების მწვავე ანთება 405
კვერცხსავალი მილის ემპიემის (პიოსალპინქსი) გახეთქვა . 406
საკვერცხის ცისტის ფეხზე შემოგრეხა 408
საშვილოსნოსგარე ორსულობა 408
საკვერცხის გახეთქვა 410
ყალბი მწვავე მუცელი 411
სტენოკარდიის აბდომინური ფორმა — 411. გულის ინფარქტი — 412. პლეროპნევმონია — 412. გასტრიტი — 413. ნეკროზული ენტერიტი — 413. ტყვიით მოწამელა — 415. საკვებით მოწამელა — 415. კაპილარული ტოქსიკოზი — 415. ანტიკოაგულანტებით ჰემორაგია — 415. მუცლის კედლის ჰემატომა — 416. რეტროპერიტონული ჰემატომა — 416. თირკმლის ქვალი — 416. ცთომილი თირკმელი — 417. მწვავე პიელიტი — 417. მუცლის ტიფი — 417. მწვავე პორფირია — 418. „განმეორებითი დაავადება“ — 418.
ოპერაციისწინა პერიოდი 418
ოპერაციისშემდგომი პერიოდი 422

Георгий Багратович Бочоришвили

Хирургия брюшной полости

(На грузинском языке)

Издательство «Сабчота Сакартвело»,
Тбилиси, Марджанишвили, 5
1968

რედაქტორი ნ. ჩიგოგიძე
მხატვარი ნ. ლაფაჩი
ტექრედაქტორი ვ. ხუციშვილი
კორექტორი ო. ცინცაძე
გადაეცა წარმოებას 10/X—67 წ.
პირობითი ნაბეჭდი თაბახი 38,5
ხელმოწერილია დასაბეჭდად 9/IX-68 წ.
ქაღალდის ზომა 70×108 1/16
სააღრიცხვო-საგამომცემლო თაბახი 36,68
ტირაჟი 1.000 შეკ. № 1811

ფასი 5 მან. 58 კაპ.

გამომცემლობა „საბჭოთა საქართველო"
თბილისი, მარჯანიშვილის 5.

Типография Издательства «Мецниереба»,
Тбилиси, 60, ул. Кутузова, 15
გამომცემლობა „მეცნიერების" სტამბა,
თბილისი, 60, კუტუზოვის ქ., 15