პროფ. კ. დიხამინჯია

შეცდომები და გართულებანი ქირურგიაში

გამომცემლობა „განათლება"
თბილისი — 1974

617.01
616—089—06
დ49

Дихаминджия Каленик Сикоевич

Ошибки и опасности в хирургии

(На грузинском языке)

რეცენზენტები: მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,
პროფ. შ. მაჭავარიანი
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,
პროფ. გ. ოდიშვილი
ნაშრომი რეკომენდებულია თბილისის შრომის წითელი დროშის
ორდენოსანი სახელმწიფო სამედიცინო
ინსტიტუტის მიერ

რედაქტორი აკად. ე. ფიფია
გამომცემლობის რედაქტორი ა. ბაჩიძე
მხატვრული რედაქტორი ს. ბოტკოველი
ტექნიკური რედაქტორი ნ. ჯყოიძე
კორექტორი ნ. დგებუაძე

გადაეცა წარმოებას 22/I-74 წ. ხელმოწერილია დასაბეჭდად 24 VI-74 წ.
ქაღალდის ზომა 70×108, საბეჭდი ქაღალდის № 2. პირობითი ნაბეჭდი თაბახი 24,15.
საალრიცხვო-საგამომცემლო თაბახი 22,36.
ტირაჟი 2000. შეკვ. № 76.
ფასი 1 მან. 32 კაპ.

გამომცემლობა „განათლება", თბილისი, მარჯანიშვილის ქ., 5.
Издательство «Ганатлеба», Тбилиси, ул. Марджанишвили, 5.
1974

საქართველოს სსრ მინისტრთა საბჭოს გამსახლობის მთავარპოლიგრაფ-
მრეწველობის სტამბა № 1, თბილისი, ორჯონიკიძის ქ., 50.
Типография № 1 Главполиграфпрома Госкомиздата Совета
Министров Грузинской ССР, Тбилиси, ул. Орджоникидзе, 50.

5—3—6

241—74
М—602

© გამომცემლობა „განათლება", 1974

ავტორისაგან

ჩვენს ქვეყანაში სამედიცინო მომსახურება, კერძოდ ქირურგიული დახმარება, მაღალ დონეზეა დაყენებული. არ არის არც ერთი რაიონი, სადაც არ იყოს კვალიფიციური კადრებით დაკომპლექტებული კეთილმოწყობილი საავადმყოფო, მაგრამ რა მაღალი კვალიფიკაციაც უნდა ჰქონდეს ექიმს, მას სისტემატურად ესაჭიროება ცოდნის გაღრმავება, მედიცინის ახალ-ახალი მიღწევების ათვისება და დანერგვა.

არ არის არც ერთი ქირურგი, რომელსაც თავისი მუშაობის პერიოდში არ ჰქონდეს დიაგნოსტიკურ-ტექნიკური ხასიათის შეცდომები, ამიტომ ქირურგი ვალდებულია თავის და სხვის შეცდომებს ანალიზი გაუკეთოს, არ გაიმეოროს მსგავსი შეცდომები შემდეგში.

შეცდომების თავიდან ასაცილებლად საჭიროა ისეთი სახელმძღვანელოც, რომელშიც განხილულ იქნება დიაგნოსტიკური, ტაქტიკური და ტექნიკური ხასიათის შეცდომები. საბჭოთა კავშირში ასეთი სახელმძღვანელოს გამოცემა პირველად სცადეს ე. გესემ, ს. გირგოლავამ და შაკიმ. მათ მიერ 1936 წელს გამოცემული ორი ნაწილისაგან შემდგარი წიგნი აშუქებდა ზოგადი ქირურგიის საკითხებს, მაგრამ მისი გაგრძელება, რომელშიც გაშუქებული უნდა ყოფილიყო კერძო ქირურგიის საკითხები, არ გამოსულა. 1965 წელს ნ. ბლინოვის რედაქციით გამოვიდა წიგნი „შეცდომები, საშიშროებანი და გართულებანი ქირურგიაში". ამ გამოცემამ დიდი როლი შეასრულა ახალგაზრდა და პრაქტიკულად მომუშავე ქირურგების კვალიფიკაციის ამაღლებაში.

ქართულ ენაზე არ გამოსულა სახელმძღვანელო, რომელიც პრაქტიკულად მომუშავე ქირურგებსა და სამედიცინო ინსტიტუტის უკანასკნელი კურსის სტუდენტებს სწორ წარმოდგენას შეუქმნიდა იმ შეცდომებზე, რომლებიც მოსალოდნელია სხვადასხვა ქირურგიული დაავადების დიაგნოსტიკისა და ოპერაციული მკურნალობისას.

გავითვალისწინეთ რა ეს მდგომარეობა, გადავწყვიტეთ ნაწილობრივ მაინც შეგვევსო ეს ხარვეზი და მიგვეწოდებინა ექიმებისათვის მოკლე დამსმარე სახელმძღვანელო — „შეცდომები და გართულე-

ბანი ქირურგიაში". რასაკვირველია, ქირურგიის ყველა საკითხზე ამომწურავი პასუხის გაცემა ერთი ქირურგის შესაძლებლობას აღემატება, ამიტომ ჩვენ ავარჩიეთ ისეთი შემთხვევები, რომლებიც ხშირად ხვდება ქირურგს მუშაობის დროს — როცა ყველაზე მეტადაა მოსალოდნელი შეცდომები და გართულებები. მუცლის ღრუს, ორგანოების დაავადების დროს შეცდომებისა და გართულებების ყველაზე მეტი შესაძლებლობაა და ამიტომ შევეცადეთ ამ მიმართულებით გაგვემახვილებინა ყურადღება.

ამ შრომას საფუძვლად დაედო ლიტერატურული მონაცემები, თბილისის სამედიცინო ინსტიტუტის სამკურნალო ფაკულტეტის ქირურგიული კათედრის მასალები, ავტორის პედაგოგიური და პრაქტიკული გამოცდილება.

შეცდომები და გართულებანი გაუტკივარების დროს

თანამედროვე ქირურგიაში დიდ მიღწევად უნდა ჩაითვალოს გაუტკივარების სხვადასხვა საშუალების აღმოჩენა. უნდა ვიფიქროთ, რომ ქირურგიული, ოპერაციული ძლიერი ტკივილები ბადებდა აზრს ავადმყოფის მდგომარეობის შემსუბუქებისა და ოპერაციის რაც შეიძლება მოსათმენი ტკივილებით ან სრულიად უმტკივნეულოდ გაკეთების შესახებ. ვინაიდან ოპერაცია და ტკივილი დაკავშირებულია ერთიმეორესთან, უნდა ვიფიქროთ, რომ გაუტკივარებასაც ისეთივე შორეული ისტორია აქვს, როგორც თვით ქირურგიას. თუ როგორ ახერხებდნენ შორეულ წარსულში ოპერაციების უმტკივნეულოდ ჩატარებას, ამის შესახებ ძალიან ცოტა ცნობები მოიპოვება მედიცინის ისტორიაში.

სანარკოზო ნივთიერების აღმოჩენამ ქირურგიაში შექმნა ახალი ერა, რამაც ქირურგებს მისცა ურთულესი ოპერაციების უმტკივნეულოდ ჩატარების საშუალება. ზოგადი ნარკოზის მოქმედების შედეგად ავადმყოფს მოსკილდა არა მარტო აუტანელი ტკივილები, არამედ იგი მძიმე ფსიქიკური ტრავმისაგანაც განთავისუფლდა. ზოგადი ნარკოზის პარალელურად ეითარდებოდა ადგილობრივი ანესთეზიაც. გაუტკივარების პრობლემა დღესაც აქტუალურია და საინტერესო. რიგი საკითხები ღრმად შესწავლას და გადაწყვეტას საჭიროებს ვინაიდან ყველა სახის გაუტკივარებას თავისი ჩვენება აქვს და შესაძლებელია არასათანადო ჩვენებით გამოყენებულ გაუტკივარებას მოჰყვეს გართულებები, რომლებიც იშვიათად, მაგრამ მაინც ხდებიან ავადმყოფისათვის საბედისწერო.

ჩვენის აზრით, ქირურგმა ყველა შემთხვევაში უნდა იცოდეს მოსალოდნელი გართულებანი და მათთან ბრძოლის ხერხები. ამის გამო შეეცდებით ცალ-ცალკე გავარჩიოთ ყველაზე პოპულარული გაუტკივარების საშუალებანი და მივუთითოთ იმ შეცდომებსა და გართულებებზე, რომლებიც მოსალოდნელია ამა თუ იმ სახის გაუტკივარების დროს, განვიხილოთ მათთან ბრძოლის საშუალებანი.

ადგილობრივი გაუტკივარება

ადგილობრივ გაუტკივარებაში (ანესთეზიაში) ვგულისხმობთ ადამიანის სხეულის განსაზღვრულ უბანში ტკივილის შეგრძნების მოსპობას სხვადასხვა სახის საანესთეზიო ნივთიერების შეყვანით. ადგილობრივი ანესთეზიის ინფილტრაციული წესის ფუძემდებლად ითვლებიან რეკლიუ და შლეიხი, რომლებმაც საანესთეზიო ნივთიერებად გამოიყენეს კოკაინის სუსტი ხსნარი. მაგალითად, რეკლიუს 1894 წლისათვის 1%-იანი კოკაინის ხსნარით ჩატარებული ჰქონდა 2250 ოპერაცია გართულებისა და სიკვდილიანობის გარეშე. შლეიხი

(1891) საანესთეზიოდ იყენებდა 0,5 — 0,2%-იან კოკაინის ხსნარს, ასეთი სუსტი ხსნარით ახდენდა მთელი საოპერაციო არის ინფილტრაციას. შლეიხის მეთოდი რესუთშიც გავრცელდა, მაგრამ კოკაინის დიდი შხამიანობა მაინც ხელს უშლიდა გაუტკივარების ამ მეთოდის ფართოდ გავრცელებას. ახალი ერა ადგილობრივი ანესთეზიის ისტორიაში იწყება ნოვოკაინის აღმოჩენით (ნოვოკაინი აღმოაჩინა Einhorn-მა 1905 წელს). ნოვოკაინი კოკაინზე 10-ჯერ ნაკლებად ტოქსიკურია, კარგად სტერილდება, აქვს ძლიერი გამაუტკივარებელი თვისებები.

ადგილობრივი ანესთეზიის ღრმად შესწავლასა და მის ფართო პოპულარიზაციაში დიდი ღვაწლი მიუძღვის ა. ვიშნევსკის. მან 1922 წელს საფუძვლიანად შეისწავლა ტოპოგრაფიული ანატომია, დიდი ყურადღება მიაქცია ორგანიზმის „ფუტლარულ" აგებულებას. მას ნოვოკაინის ხსნარი მომატებულ წნევის ქვეშ შეჰყავდა სათანადო „ფუტლარებში", რაც იწვევდა ამ მიდამოს გაჟღენთას ნოვოკაინის ხსნარით. ამ უკანასკნელის ნერვულ ღეროებთან და მის ტოტებთან უშუალო კონტაქტის შედეგად ხდება ამ მიდამოს სრული ანესთეზია.

ა. ვიშნევსკის მცოცავი ინფილტრატის ადგილობრივი გაუტკივარების მეთოდი სრულიად განსხვავდება რეკლიუ-შლეიხის მეთოდისაგან, რომლის მიხედვით მრავალჯერადი ინიექციის საშუალებით ხდება საანესთეზიო ნივთიერებით ქსოვილების ადგილობრივად გაჟღენთა, მაშინ როდესაც ა. ვიშნევსკი შრეების მიხედვით სხვადასხვა „ფუტლარში" ქმნის მცოცავ და მკვრივ ინფილტრატს. ნერვული ღეროები და ტოტები კონტაქტშია საანესთეზიო ნივთიერებასთან, რის გამოც ისინი კარგავენ ტკივილგამტარებლობის თვისებას, ამით ქირურგს საშუალება ეძლევა ოპერაცია აკეთოს ხანგრძლივი დროის განმავლობაში სრულიად უმტკივნეულოდ. გარდა ამისა, როდესაც საანესთეზიო ნივთიერება შეჰყავთ წნევის ქვეშ, ჰიდრავლიკური მოქმედების შედეგად ქირურგს შესაძლებლობა აქვს ერთიმეორისაგან ადვილად გათიშოს სხვადასხვა ქსოვილი.

ადგილობრივმა ანესთეზიამ ფართო გავრცელება პოვა არა მარტო საბჭოთა კავშირში, არამედ მის გარეთაც. ანესთეზიის ეს მეთოდი ხელმისაწვდომია როგორც გამოცდილი, ისე ახალგაზრდა ქირურგებისათვის. მისი გამოყენება შეუძლიათ არა მარტო დიდი ქალაქების კარგად აღჭურვილ საავადმყოფოებში, არამედ შორეულ სოფლებში მომუშავე ექიმებსაც, თუ მათ შპრიცისა და ნოვოკაინის სუსტი ხსნარის გამოყენების შესაძლებლობა აქვთ.

დიდი სამამულო ომის პერიოდში ადგილობრივმა გაუტკივარებამ ფასდაუდებელი დახმარება გაუწია საველე პირობებში მომუშავე ექიმებს, ვინაიდან ის თავისი სიმარტივითა და მოქმედების დიდი დიაპაზონით დასტაქარს შესაძლებლობას აძლევდა ეწარმოებინა ყოველგვარი ოპერაცია, მით უმეტეს რომ ჰოსპიტლები საექიმო პერსონალის დიდ ნაკლებობას განიცდიდა და ცალკე ანესთეზიოლოგთა ჯგუფის ყოლა ძალზე დიდ სიძნელეს წარმოადგენდა. ვიშნევსკის მიერ დამუშავებული მეთოდი (ნოვოკაინის $^1/_4$ — $^1/_2$%-იანი ხსნარით) ამჟამად ქირურგიაში დანერგილია და, თუ ის კარგადაა ათვისებული, შეიძლება სრულიად უმტკივნეულოდ ჩატარდეს ყოველგვარი ოპერაცია, რა სახისაც არ უნდა იყოს ის და რა პირობებშიაც უნდა კეთდებოდეს.

ადგილობრივი გაუტკივარების ტექნიკურად სწორად შესრულება თავდებია ოპერაციის უმტკივნეულოდ ჩატარების. გაუტკივარებისათვის საჭიროა საოპერაციო დამ წინასწარ გააწყოს საანესთეზიო მაგიდა, რომელზეც თანამიმდევრობით უნდა ელაგოს: 2-გრამიანი, 5-გრამიანი და 10-გრამიანი შპრი-

ცები სათანადოდ მორგებული სხვადასხვა სიგრძისა და დიამეტრის ნემსებით, 0,5 და 0,25%-იანი ნოვოკაინის ხსნარი. სხვა რაიმე გამშვირვალე სითხე მაგიდაზე არ უნდა იდგეს, რადგან შესაძლებელია შეცდომის დაშვება. მაგალითად, ხშირად საოპერაციო არის მოსამზადებლად იხმარება სპირტი ან ბენზინი. აღწერილია რიგი შემთხვევები, როდესაც ექიმის თანაშემწე ნოვოკაინის მაგივრად ოპერატორს შეცდომით მიაწვდის სპირტს ან ბენზინს. ეს ხსნარები კანქვეშ შეყვანისთანავე იწვევს აუტანელ ტკივილს, რასაც მოჰყვება ავადმყოფის ძლიერი რეაქცია, აგრეთვე იწვევს კანის ნეკროზს და სხვა გართულებებს, ამიტომ დიდი სიფრთხილე მართებს ოპერატორს და მის თანაშემწეს, რომ თავიდან აიცილონ ასეთი შეცდომები.

ანესთეზიას იწყებენ ორგრამიანი შპრიცით და წვრილი ნემსით. ასეთი ნემსით პირველი ჩხვლეტა შეიძლება სრულიად უმტკივნეულო იყოს; ამ დროს ანესთეზირდება კანი, რომელიც ლიმონის ქერქის შესახედაობას ღებულობს (კანქვეშ ან უფრო ღრმად ნემსით უცბად შეყვანა სწორი არ არის). პირველი ნაჩხვლეტი ადგილიდან ანესთეზიას აგრძელებენ ხუთ- ან ათგრამიანი შპრიცით და უფრო გრძელი ნემსით. ნოვოკაინის ხსნარი თბილი უნდა იყოს. ქსოვილების ანესთეზირება ხდება თანდათანობით შპრიცისა და დანის მონაცვლეობით, ე. ი. ანესთეზიის დამთავრებისთანავე გაჰყავთ განკეთეთი იმ ზონაში, სადაც ანესთეზია სრულყოფილადაა გაკეთებული. შემდეგ ანესთეზიის გაკეთება გრძელდება შრეების მიხედვით და ისევ დანა. ამგვარად, მეთოდურად და სწორად გამოყენებული ანესთეზიით შეიძლება ყოველგვარი ოპერაცია გაკეთდეს გართულების გარეშე და უმტკივნეულოდ. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ოპერაციის უმტკივნეულოდ გასაკეთებლად საჭიროა ექიმმა და საოპერაციო დამ კარგად იცოდნენ ნოვოკაინის ხსნარის მომზადების წესი.

ჩვეულებრივ ქირურგიულ განკეთეში, ზოგი გამონაკლისის გარდა, იხმარება ფიზიოლოგიურ ხსნარში მომზადებული და გასტერილებული 0,5 ან 0,25%-იანი ნოვოკაინის ხსნარი. ასეთი სახით მომზადებულ ხსნარს აქვს მთელი რიგი ნაკლოვანებანი. ა. ვიშნევსკიმ მრავალი ცდის, დაკვირვებისა და ექსპერიმენტული გამოკვლევის შედეგად შეიმუშავა ნოვოკაინის ხსნარის დამზადების მეთოდი. მისი რეცეპტით დამზადებული ნოვოკაინის ხსნარი ფართოდ გამოიყენება საბჭოთა კავშირში და მის გარეთაც.

Nat. chlor. 5,0
Kal. chlor. 0,075
Calci chlor. 0,125
Aq. destill. 1000,0
Novocaini 2,5
Adrenalini (1 1000,0) 2,0

ეს ხსნარი მზადდება ოპერაციის წინ.

საოპერაციო და აღნიშნულ ხსნარს იწერს ნოვოკაინისა და ადრენალინის გარეშე. 2,5 გ ნოვოკაინი და ადრენალინი ამპულებში უნდა ჰქონდეს ცალკე. ოპერაციის დაწყების წინ წინასწარ მომზადებულ ხსნარში, ადუღების დაწყების მომენტში, ყრიან ნოვოკაინს (2,5) და ერთი წუთი ადუღებენ, შემდეგ ხსნარს გადმოდგამენ და ერთ ლიტრ სითხეს უმატებენ ადრენალინის 2 კუბ. სმ. როდესაც სითხის ტემპერატურა მიუახლოვდება ორგანიზმის ტემპერატურას, ხსნარი მზადაა. ასეთი წესით მომზადებული ხსნარი მეტად ეფექტური საანეს-

თეზიო საშუალებაა. მაგრამ ეს იმას არ ნიშნავს, რომ სხვა წესით მომზადებული ნოვოკაინის ხსნარი დასაწუნია.

ნოვოკაინს აქვს თავისი უკუჩვენება და, ამასთან, რიგი გართულებები. ქირურგთა უმრავლესობა ადგილობრივი ანესთეზიის წინააღმდეგია, განსაკუთრებით რთული ოპერაციების დროს, რადგან ადგილობრივი გაუტკივარება დიდ დროს მოითხოვს და ახანგრძლივებს ოპერაციას, მაგრამ ოპერაციის დროის ხანგრძლივობა კი არ არის მთავარი, არამედ მთავარია ოპერაციის შედეგი.

ქირურგიულ განყოფილებაში შემოვიდა ავადმყოფი ჩ., სიყვითლით — ღვიძლის დაავადებით. საჭირო იყო ნაღვლის ბუშტისა და თორმეტგოჯას წერთულის წარმოება. ზოგადი ნარკოზი ნამდვილად უკუნაჩვენები იყო, მაგრამ ქირურგმა მაინც იოლი გზა აირჩია და ჩაატარა ოპერაცია ენდოტრაქეული ნარკოზით. ოპერაციის მეორე დღეს ავადმყოფი გარდაიცვალა ღვიძლის ნაკლოვანებით (ოპერაციამდე ავადმყოფი შედარებით კარგად გრძნობდა თავს). ეს ოპერაცია მარტივი ადგილობრივი ანესთეზიით რომ გაკეთებულიყო, ავადმყოფის სიცოცხლე გახანგრძლივდებოდა, ნარკოზმა კი სიკვდილი დააჩქარა.

ადგილობრივი გაუტკივარების უკუჩვენებად შეიძლება ჩაითვალოს ასაკი. 10 — 12 წლამდე ბავშვების ოპერაცია შეიძლება გაძნელდეს, ვინაიდან ბავშვები წინასწარ ღელავენ და ტირიან, არ იძლევიან ნემსის გაკეთების საშუალებას. უნდა შევნიშნოთ, რომ ბავშვების ოპერაცია ჯობს გაკეთდეს ზოგადი ნარკოზით. ადგილობრივი გაუტკივარებიდან შეიძლება თავი შევიკავოთ, როდესაც სისხლის დენასთან გვაქვს საქმე და სასწრაფო ჩარევაა საჭირო, რომ ორგანიზმი ვიხსნათ სისხლის დენით დაღუპვისაგან.

ადგილობრივი ანესთეზიის გაკეთება არ შეიძლება ნერვული ავადმყოფებისათვის, რომლებიც ადვილად აღიგზნებიან და არ იძლევიან ოპერაციის ჩატარების საშუალებას, აგრეთვე მაშინ, როცა ავადმყოფი კატეგორიულ უარს აცხადებს ადგილობრივ გაუტკივარებაზე.

ფსიქიკური და რიგი სხვა დაავადებების დროს აგრეთვე არ შეიძლება ადგილობრივი გამაუტკივარებელი საშუალებების გამოყენება. ამ დროს გამოიყენება ეთერ-ჟანგბადის ან ენდოტრაქეული ზოგადი ნარკოზი.

როგორც ლიტერატურული წყაროებიდან ირკვევა, მთელი ოპერაციების 65 — 70% კეთდება ადგილობრივი გაუტკივარებით (სტრუჩკოვი).

როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, ადგილობრივი გაუტკივარება ფართოდ გამოიყენება, მარტივი შესასრულებელია და უსაშიშრო, მაგრამ არის შემთხვევები, როდესაც ადგილობრივ ანესთეზიას ვაწარმოებთ ნოვოკაინის 0,25 —.0,5%-იანი ხსნარით და ვღებულობთ რიგ გართულებებს. ზოგი გართულება შეიძლება გამოწვეული იყოს ტექნიკური ხასიათის მიზეზით, მაგალითად, ქსოვილის ნეკროზი, სხვადასხვა სიდიდის ჰემატომა, პარეზები და სხვ.

ნოვოკაინის ფარმაკოლოგიური თვისებების შესწავლით (ს. პროტოპოპოვი და კოტიგერი) დადგინდა რეაქციის ორი ჯგუფის არსებობა.

ვაზომოტორული რეაქცია ხასიათდება: სახის სიმკრთალით, თავბრუთი, საერთო სისუსტით, ცივი ოფლით, გულისრევით, ღებინებით, თვალების გუგების გაგანიერებით, მაჯისა და სუნთქვის გახშირებით, კოლაფსით და სხვ.

რეაქცია თავის ტვინიდან — ქერქიდან გამომდინარე მოძრაობითი აგზნება, კრუნჩხვები, შიშის გრძნობა, ჰალუცინაციები და სხვ.

ზოგ შემთხვევაში, შეიძლება განვითარდეს კოლაფსიც. სიკვდილიანობის შემთხვევები ნოვოკაინის ნარკოზის შედეგად უფრო ხშირია ყელ-ყურ-ცხვირის ოპერაციების დროს. ნოვოკაინის დიდი რაოდენობით გამოყენებამ შეიძლება მოგვცეს გართულება თირკმლებში, ვინაიდან ნოვოკაინის გამოყოფა ძირითადად თირკმლებით ხდება — შეიძლება განვითარდეს მწვავე ნეფრიტის მოვლენები (მაგალითად, შარდში — ცილა, ცილინდრები და სხვ.). ზოგჯერ — ანურიაც კი. მაგრამ ყველა ეს მოვლენა უკვალოდ ქრება მოკლე ხნის განმავლობაში, სათანადო ზომების მიღების შედეგად (აბაზანა, დიეტა).

გართულების განვითარებაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს რიგი ფაქტორები; მათ შორის საგრძნობი ადგილი უკავია ნოვოკაინის შეყვანის გზებს; მაგალითად, ვენასა და ძვლის ტვინში ნოვოკაინის შეყვანამ, არაშეცვიათად, შეიძლება მოგვცეს გართულებანი, ვიდრე ეს ადგილობრივი ინფილტრატული ანესთეზიის დროსაა მოსალოდნელი. ეს იმით უნდა აიხსნას, რომ ინფილტრატული ანესთეზიის დროს ნოვოკაინის ნაწილი, კანის გაკვეთის შემდეგ, ჭრილობიდან გამოიყოფა, ნაწილი კი ნელა შეიწოვება და გვიან მოხვდება სისხლის მიმოქცევაში, ხოლო ვენასა და ძვლის ტვინში შეყვანილი ძლიერ ჩქარა ხვდება სისხლის მიმოქცევაში და სწრაფადვე მკლავნდება მისი უარყოფითი მოქმედება.

ა. კოტიგერს მოჰყავს ნოვოკაინით გართულების სამი შემთხვევა. ავადმყოფს, რომელსაც ჰქონდა წვივის დიდი და პატარა ძვლის მოტეხილობა, შესწორების მიზნით, ძვლის ტვინში შეუყვანეს 90 მლ ნოვოკაინის 0,5%-იანი ხსნარი. ოპერაცია გაგრძელდა 45 წუთს. ლახტის მოხსნის 3 წუთის შემდეგ ავადმყოფმა დაკარგა გრძნობა, განუვითარდა სახის ძლიერი სიმკრთალე, წნევა დაუვარდა. ასეთი მძიმე მდგომარეობა გაგრძელდა 10 წუთი. მიღებული ზომებით ავადმყოფის მდგომარეობა გამოსწორდა.

ნერვული ადამიანები ცუდად იტანენ ადგილობრივ გაუტკივარებას (მარინესკუ, სეტლაჩოკი).

პარანეფრული ბლოკადის დროს ა. კოტიგერმა ორ შემთხვევაში მიიღო ძლიერი გართულება (შეყვანილი იყო სულ 50 მლ 0,5%-იანი ნოვოკაინის ხსნარი), ავადმყოფები ძლივს გამოიყვანეს მძიმე მდგომარეობიდან.

ყელ-ყურის დაავადების დროს ნოვოკაინის გამოყენება ხშირად იძლევა გართულებას. მაგალითად, მიშევსკის მოჰყავს ლორ დაავადების დროს ნოვოკაინის ხმარებით გამოწვეული სიკვდილის 11 შემთხვევა.

ამგვარად, არ შეიძლება ითქვას რომ ადგილობრივი გაუტკივარება იყოს გაუტკივარების სრულიად უვნებელი საშუალება. განსაკუთრებით სახიფათოა, როდესაც გვაქვს ზოგადი ხასიათის გართულებანი, დაწყებული კოლაფსით, დამთავრებული სიკვდილით. ამიტომ ალერგიული პირების, იდიოსინკრაზიის მქონე ავადმყოფების საანესთეზიოდ უნდა ვერიდოთ ნოვოკაინის ხსნარის გამოყენებას.

ყველა ამ გართულების თავიდან ასაცილებლად საჭიროა წინასწარი პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარება. ავადმყოფს ოპერაციის წინადღეებში უნდა მივცეთ ლუმინალი, ბრომის პრეპარატები (რომ კარგად იძინოს), ოპერაციის დაწყებამდე საგულე საშუალება — 1 — 2 მლ 1%-იანი მორფინის პრეპარატი. ოპერაციის დროს ყურადღება უნდა გავამახვილოთ სახის ფერის ცვალებადობაზე, მაჯისცემის ცვლილებებზე, წნევის დაცემაზე და სხვ.

ოპერაციის გახანგრძლივების შემთხვევაში საჭიროა ვენაში გლუკოზისა და ვიტამინების დროდადრო შეყვანა, აგრეთვე სისტემატურად ჟანგბადის მი-

ცემა. ძლიერგული ხასიათის გართულების შემთხვევაში დიმედროლის, კორტიზონის, ეფედრინისა და სხვათა შეყვანა.

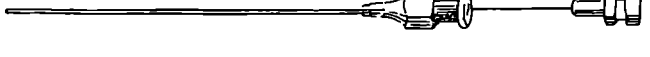
ᲡᲐᲘᲜᲐᲚᲣᲠᲘ ᲐᲜᲔᲡᲗᲔᲖᲘᲐ

სპინალური ანესთეზიის მამამთავრად ითვლება ა. ბირი (Bier); მან ამ სახის გაუტკივარება პირველად გამოიყენა (1898 წლის აგვისტოში) ქვედა კიდურების ოპერაციის დროს. რუსეთში სპინალური ანესთეზიით პირველი ოპერაცია გააკეთა ი. ზელდოვიჩმა, საქართველოში — გრ. მუხაძემ (1910 წელს).

სპინალურმა ანესთეზიამ თანდათანობით ფართოდ მოიკიდა ფეხი ქირურგიაში. ქირურგთა დიდი ნაწილი მას მაღალ შეფასებას აძლევს და ფართოდაც იყენებს (ს. ღლონტი, გ. ბუხაძე, ე. ფიფია, კ. ჩაჩავა და სხვ.). სპინალური ანესთეზიით კეთდება ძრავალი რთული ოპერაცია არა მარტო ქალაქებში, არამედ რაიონის პირობებშიც. მაგრამ არ შეიძლება აქვე ხაზგასმით არ აღვნიშნოთ ის გარემოება, რომ ამ ბოლო დროს, განსაკუთრებით ენდოტრაქეული ნარკოზის დანერგვის შემდეგ, სპინალურმა ანესთეზიამ თანდათანობით ადგილი დაუთმო ზოგად ენდოტრაქეულ ნარკოზს და მისი გამოყენება საგრძნობლად შემცირდა იმ კლინიკებშიაც, სადაც ბევრი რთული ოპერაციების ჩატარებისას ფართოდ იყენებდნენ. იგი გამოიყენება მხოლოდ შერჩეულ შემთხვევებში.

სპინალური ანესთეზიისთვის ძირითადში იხმარება ნოვოკაინის 5 — 6%-იანი და სიცოკაინის 1%-იანი ხსნარი. საანესთეზიო ნივთიერება უნდა მომზადდეს და გასტერილდეს ასეპტიკის და ანტისეპტიკის სასტიკი დაცვით და უნდა ინახებოდეს ჰერმეტულად დახურულ ფართოთავიან მინის ჭურჭელში ან ამპულებში. შენახვის ხანგრძლივობაა ერთი თვე. ერთხელ გახსნილი შუშიდან ხსნარის მეორეჯერ გამოყენება შ ე ც დ ო მ ა ა. ნოვოკაინის 6%-იანი ხსნარი 2 — 2,2 მლ, ხოლო სიცოკაინის 1%-იანი ხსნარი 0 6 — 0,7 მლ რაოდენობით შეჰყავთ ზურგის ტვინის არხში — გულმკერდის XII ან წელის I და II მალთაშუა სივრცეში, საანესთეზიო ნივთიერების ეს რაოდენობა სავსებით საკმარისია კუნთების რელაქსაციის გამოსაწვევად 2 — $2^1/_2$ საათის განმავლობაში, ამით ქირურგს ეძლევა ოპერაციის უმტკივნეულოდ გაკეთების საშუალება.

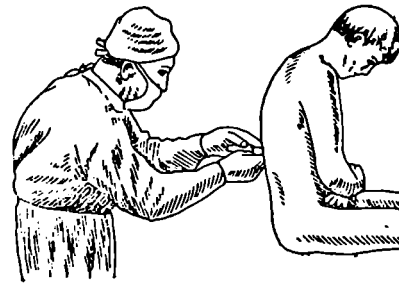
ტექნიკური მხარე. ბირის მ ს ხ ვ ი ლ ი ნ ე მ ს ი ამჟამად გამოსულია ხმარებიდან, მისი გამოყენება შეცდომაა. რაც უფრო წვრილი იქნება საანესთეზიო ნივთიერების შესაყვანი ნემსი, მით უკეთესია. იხმარება ათი სანტიმეტრის სიგრძის № 19—20 წვრილი ნემსი, ჯობია ლუერის ორ- ან ხუთგრამიანი შპრიცი. რითაც ადვილდება საანესთეზიო ხსნარის რაოდენობის ზუსტად დადგენა



სურ. 1. ნემსი მანდრენით სპინალური პუნქციისათვის (ნატურალური სიდიდის).

მეათედ წილებშიც კი. შპრიცი და ნემსი უსათუოდ უნდა გასტერილდეს გამოხდილ წყალში (სტერილიზაციის დროს სოდის გამოყენება არ შეიძლება). საანესთეზიო ნივთიერების შესაყვანად ჩხვლეტა შეიძლება ვაწარმოოთ ავადმყოფის როგორც მწოლიარე, ისე მჯდომარე მდგომარეობაში. ავადმყოფი საოპერაციო

მაგიდაზე უნდა იწვდეს ზურგით ოპერატორისაკენ. ფეხები დაწყობილი უნდა ჰქონდეს მაგიდაზე ან სკამზე. წელი ოდნავ გადახრილი. ამით იშლება წელის მალების წვეტიანი მორჩები და ადვილდება ნემსის შეყვანა სუბარაქნოიდულ სივრცეში. რომელ მალებშუა ჯობია ჩხვლეტა? ეს იმაზეა დამოკიდებული, რა ორგანოზე კეთდება ოპერაცია. როდესაც ოპერაცია კეთდება მუცლის ზემო მონაკვეთში, დიაფრაგმის ქვეშ მდებარე ორგანოებზე, ჩხვლეტა უნდა ვაწარმოოთ XII და I ან I და II მალებშუა სივრცეში. თუ ოპერაცია დაგეგმილია მუცლის ქვემო მონაკვეთზე ან კიდურებზე, ანესთეზია უნდა გაკეთდეს III და IV მალებშუა სივრცეში. აქ საჭიროა ინდივიდუალური მიდგომა და ავადმყოფის საერთო მდგომარეობის განსაზღვრა. ზოგი ექიმი, რომელსაც სპინალური ანესთეზიის გაკეთების დიდი გამოცდილება აქვს (ს. იუდინი) თავის თავს უფლებას აძლევს გაკეთოს მაღალი ანესთეზია. იუდინი აფრთხილებს ქირურგებს, არ გააკეთონ მაღალი ანესთეზია, რომ არ ჩავარდნენ მძიმე, ზოგჯერ გამოუვალ მდგომარეობაში. არცაა საჭირო მაღალი ანესთეზია, ვინაიდან I და II მალებშუა სივრცეში ანესთეზიით შეიძლება სავსებით უმტკივნეულოდ გაკეთდეს კუჭის რეზექცია, ქოლეცისტექტომია და სხვა. თუ ქირურგი კარგად ერკვევა სპინალური ანესთეზიის ტექნიკაში, მას შეუძლია რაიონის პირობებში ამ ანესთეზიის გამოყენება, მაგრამ იმ პირობით, რომ მომზადებული იყოს გართულებებთან საბრძოლველად.



სურ. 2. ავადმყოფისა და ქირურგის პოზიცია სპინალური ანესთეზიის დროს.

ნემსის მალებშუა ჩხვლეტა მოითხოვს განსაკუთრებულ სიფრთხილეს. ნემსის ჩხვლეტამდე კარგად უნდა გასუფთავდეს ხერხემლის სვეტი, განსაკუთრებით საჩხვლეტი მიდამო, ჯერ სპირტით, შემდეგ უნდა წაესვას იოდი, მხოლოდ წვეტიანი მორჩის გასწვრივ 2 — 3 სმ სიფართეზე იოდის წასმა არაა მიზანშეწონილი (ან წასმის შემდეგ ისევ კარგად უნდა გაიწმინდოს, სპირტით), რადგან ზურგის ტვინის არხში იოდის უმცირესი ნაწილაკების მოხვედრაც კი გამოიწვევს გაღიზიანებას და რიგ სხვა გართულებებს. მალებშუა ჩხვლეტა დიდ სიფრთხილეს მოითხოვს. ექიმი გრძნობს ნემსის წვერის შესვლას სუბარაქნოიდულ სივრცეში (ნემსს წვერი ბლაგვი უნდა ჰქონდეს). ნემსის ბლაგვად მოჭრილი პოლო ნაკლებ ტრავმას აყენებს ავადმყოფს. ზურგის ტვინის არხში ნემსის წვერის მოხვედრის შემდეგ ამოიღება მანდრენი და წვეთას იწყებს ზურგის ტვინის სითხე. ის გამჭვირვალე უნდა იყოს. შეიძლება გამჭვირვალე სითხის მაგივრად სისხლი ან სისხლნარევი სითხე იყოს. ასეთ შემთხვევაში საანესთეზიო ხსნარის შეყვანა შეცდომაა. პირველ რიგში, ნემსის წვერს დატრიალებით უნდა შეეუცვალოთ მდებარეობა, თუ სისხლის გამოყოფა ისევ გაგრძელდა, საჭიროა ნემსის ამოღება და ხელახლა ჩხვლეტა. თუ ნემსის დატრიალების შემდეგ სითხემ იწყო გასუფთავება და, ბოლოს, სულ გასუფთავდა, შეიძლება საანესთეზიო სითხის შეყვანა. ვიდრე საანესთეზიო ხვითიერებას შევიყვანდეთ, ის უნ-

და განზავდეს სპინალურ სითხეში პროპორციით 1 1-ზე ან 1 2-ზე, რის შემდეგ ნელა უნდა შევიყვანოთ ზურგის ტვინის არხში. ნემსის გამოტანის შემდეგ ჩხვლეტის ადგილას უნდა დავადოთ სტერილური მარლის ბურთული და რამდენიმე ხანს დავაჭიროთ თითი.

საანესთეზიო ნივთიერების შეყვანის პროცედურის დამთავრების შემდეგ ავადმყოფს ვაძლევთ ჰორიზონტალურ მდებარეობას. იმის მიხედვით, თუ რა კუთრი წონის სითხე შევიყვანეთ, ავადმყოფს ვაწვენთ თავდაწეულ ან თავაწეულ მდგომარეობაში. მაგალითად, სოკაინის შეყვანის შემდეგ ავადმყოფს ვაწვენთ თავდაწეულად (რადგან 1%-იანი სოკაინის კუთრი წონა დაბალია ზურგის ტვინის სითხის კუთრ წონაზე, 6%-იანი ნოვოკაინის ხსნარის კუთრი წონა მეტია, ამიტომ ნოვოკაინის შეყვანის შემდეგ ავადმყოფი უნდა იწვეს თავაწეული).

სპინალურ ანესთეზიასთან დაკავშირებული უახლოესი და შორეული გართულებანი. სპინალური ანესთეზიის ერთადერთი ღირსება ის არის, რომ მის გასაკეთებლად საჭირო არ არის რაიმე რთული აპარატი. საკმარისია გექონდეს 2- ან 5-გრამიანი რეკორდის ან ლუერის შპრიცი და წვრილი უჟანგავი ნემსი, რომლითაც შევდივართ ზურგის ტვინის არხში. გრძელი მახვილწვეტიანი ნემსით ჩხვლეტა შეიძლება გახდეს გართულების მიზეზი, ვინაიდან შეიძლება წვერი ნაწილობრივ შევიდეს არხში და სითხემ დაიწყოს გამოსვლა, მაგრამ საანესთეზიო სითხის შეყვანის დროს შეიძლება სითხის ნაწილი დაიღვაროს არხის გარეთ და სითხის ის რაოდენობა, რომელიც განკუთვნილი იყო საანესთეზიოდ, ვერ მოხვდეს დანიშნულ ადგილას, რის გამოც ვერ მივიღებთ სათანადო ანესთეზიას. არის შემთხვევა, როდესაც ქირურგი აწარმოებს ჩხვლეტას, ის გრძნობს არხში მოხვედრას, მაგრამ სითხე არ გამოდის, ეს არ ნიშნავს, რომ ნემსი მოხვედა ზურგის ტვინის არხში. საკმარისია ნემსის დატრიალება ან სულ მცირედ შეწევა, რომ წამოვიდეს ზურგის ტვინის სითხე. ზურგის ტვინში ნემსი არ მოხვედება იმ შემთხვევაში, თუ წვეტიანი მორჩები ძალიან ახლოსაა ერთმანეთთან ან მორჩთაშუა სივრცეში მარილებია ჩალაგებული და გამაგრებული. გამრუდებულმა ხერხემალმაც შეიძლება ხელი შეუშალოს არხში ნემსის მოხვედრას. თუ ანესთეზიის წარმოება უშედეგო გამოდგა, შეიძლება გაუტკივარების მეთოდი შეიცვალოს და სხვა სახის ნარკოზით გაკეთდეს ოპერაცია. თუ წინააღმდეგობა არ არის, მაგრამ მაინც ვერ მოეხვდით ზურგის ტვინის არხში, მაშინ ნემსის წვერს უნდა შეეცვალოთ მიმართულება, თუ ამანაც ვერ გაამართლა, მაშინ საჭიროა განმეორებით ჩხვლეტა სხვა მალებშუა სივრცეში.

ავადმყოფი ოპერაციისათვის უნდა მოვამზადოთ ისე, რომ ადვილად შეეგუოს ამ ანესთეზიას. როდესაც ავადმყოფი ქირურგიულ კლინიკაშია, ის, წინასწარ ეჩვევა ამ გაუტკივარების საჭიროებას, ხედავს, რომ ის ავადმყოფები, რომლებსაც ოპერაცია გაუკეთდათ სპინალური ანესთეზიით, ყველა კარგად გრძნობს თავს. გარდა ამისა, იგი დღეების განმავლობაში ემზადება საოპერაციოდ სხვადასხვა მედიკამენტური საშუალებით, მას აძლევენ საგულე საშუალებებს — 20%-იან ქაფურს ან კარდიამინს 2,0 გ რაოდენობით, 2%-იანი პრომედოლის 1 ან 2 გრამს. ზოგჯერ სპინალური ანესთეზიის შედეგად მოსალოდნელია სისხლის წნევის დაცემა, ამიტომ წინასწარ კანქვეშ შეჰყავთ 5%-იანი ეფედრინის ერთი გრამი. ყველა ეს და სხვა საჭირო საშუალება უნდა გაკეთდეს ანესთეზიამდე 15 — 20 წუთით ადრე.

ქირურგი კარგად უნდა ერკვეოდეს იმაში, თუ როდის გამოიყენოს სპინა–

ლური ანესთეზია, მისი ჩვენება და უკუჩვენება და რა გართულება შეიძლება მოჰყვეს ამ სახის გაუტკივარებას.

როგორც ლიტერატურული მონაცემებიდან ჩანს, რაც დრო გადის, სპინალური ანესთეზიის გამოყენებას ნაკლებად მიმართავენ, მაგრამ მას ჯერჯერობით გარკვეული ადგილი უჭირავს ქირურგიაში. განსაკუთრებით ის ჯერ კიდევ გამოიყენება ისეთ ქირურგიულ განყოფილებებში, სადაც არაა დახერგილი ენდოტრაქეული ნარკოზი (კადრების ნაკლებობის გამო) და დაუფლებული არიან ზურგის ტვინის ანესთეზიას.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ძირითადში სპინალური ანესთეზიის გაკეთება შეიძლება დიაფრაგმის ქვეშ მდებარე ორგანოებსა და ქვემო კიდურებზე. რასაკვირველია, სპინალურ ანესთეზიას ქირურგი არ გამოიყენებს ისეთი ოპერაციების დროს, რომლებიც უმტკივნეულოდ და კარგად გაკეთდება ადგილობრივი ანესთეზიით. სპინალური ანესთეზისაგან თავი უნდა შეიკავოთ როცა საქმე ეხება 15 წლის ასაკამდე ბავშვებს. მართალია, ზოგი ქირურგი აგვიწერს სპინალური ანესთეზიის გაკეთებას ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებში (Ionesco — 7 — 8 წლის ბავშვებში და სხვ. იუდინი) მაგრამ ჩვენ ყველას ვურჩევთ და იუდინიც ურჩევდა, რომ მცირეწლოვან ავადმყოფებს არ გაუკეთდეთ სპინალური ანესთეზია.

სპინალური ანესთეზიის გაკეთებისას, შეიძლება მოხდეს, ტექნიკური შეცდომა. ზოგჯერ ჩხვლეტის დროს ავადმყოფის უხეში მოძრაობის გამო ნემსი შეიძლება სუბარაქნოიდულ სივრცეში მოხვდეს, მისი წვერი მიებჯინოს ხერხემლის მალის სხეულს და ძალით შეყვანის ცდის დროს გადატყდეს. ამ დროს ქირურგი არ უნდა დაიბნეს, არავითარი რენტგენოგრამა არაა საჭირო. ავადმყოფი უნდა დავაწვინოთ მუცელზე და ადგილობრივი გაუტკივარებით ამოვიღოთ გადატეხილი ნემსი.

ტექნიკური შეცდომის ბრალია აგრეთვე, როცა ვერ ვაღწევთ ანესთეზიას — ზოგ შემთხვევაში ნემსის წვერი ბოლომდე არაა შეყვანილი, არ ხვდება არხში მთლიანად და საანესთეზიო ნივთიერება იღვრება ქსოვილში, ზოგ შემთხვევაში საოპერაციო მაგიდაზე ირკვევა, რომ ავადმყოფს აქვს მკვეთრად გამოხატული სკოლიოზი, გიბუსი, სპონდილოართროზი და სხვა. ყველა ამ დაავადების დროს სპინალური ანესთეზია უკუნაჩვენებია. სპინალური ანესთეზია არაა ნაჩვენები, როდესაც სისხლის არტერიული წნევა დაბალია, სისხლის დენის, შოკის, კოლაფსის, ანემიის, პერიტონიტის, ჩირქოვანი დაავადების, ტვინის გარსის გაღიზიანების დროს და როდესაც ავადმყოფი კატეგორიულად უარს აცხადებს ამ სახის გაუტკივარებაზე.

ზურგის ტვინის ანესთეზიასთან დაკავშირებით მოსალოდნელია შემდეგი გართულებები: ანესთეზიიდან 5 — 10 წუთის შემდეგ შეიძლება ავადმყოფის სისხლის წნევა დაეცეს. ვარჩევთ სისხლის წნევის დაცემის სამ ხარისხს: ა) მსუბუქი ფორმის დროს სისხლის წნევის დაქვეითება მცირედაა გამოხატული და რაიმე განსაკუთრებულ ღონისძიებას არ საჭიროებს. ავადმყოფი მალე უბრუნდება თავის პირვანდელ მდგომარეობას; ბ) სისხლის წნევის დაცემის დროს ავადმყოფი უჩივის გულისცემას, ზოგჯერ ღებინებას, აჩქარებულ მაჯას, გულის ფრიალს. სახე ფერმკრთალი აქვს, ე. ი. ვითარდება კოლაფსის მოვლენები, მაგრამ სათანადო ზომების მიღების შემდეგ მდგომარეობა მალე სწორდება და ოპერაცია გრძელდება; გ) მესამე ხარისხის დროს სისხლის წნევა ეცემა ანესთეზიის გაკეთებიდან 10 — 15 წუთის შემდეგ, იგი ეცემა 30 — 50 მმ. ეს მეტად სახიფათო გართულებაა. ვითარდება შოკის მდგომარეობა, მაჯა ძაფისებრი ხდე-

ბა (ხან არ ისინჯება). ავადმყოფს ცივ ოფლს ასხამს. მას გადასარჩენად საჭიროა სასწრაფო ზომების მიღება. პირველ რიგში, საგულე საშუალებანი — კოფეინი, დიგალენი, ეფედრინი. შოკის დროს სასწრაფოდ უნდა გადავუსხათ სისხლი ნაკადად, მივცეთ ქანგბადი, ლობელინი და, თუ საჭიროება მოითხოვს, მივმართოთ ხელოვნურ სუნთქვას.

ავადმყოფი ჩ., 60 წლის, ისტორია № 8439. ავადმყოფმა მარჯვენა ფილტვიდან ამონახველს ამოაყოლა ექინოკოკის ბუშტუკები. ამ ავადმყოფს 1952 წელს ჩვენს კლინიკაში გაუკეთდა ოპერაცია — მარჯვენა თირკმლის ამოკვეთა დიდი ექინოკოკით. დიაფრაგმასთან ძლიერი შეხორცების გამო თირკმლის გამოყოფა გაძნელდა, ბუშტი გაიხა და სითხე ჩაიღვარა მუცლის ღრუში. 1954 წელს ექინოკოკის რეციდივთან დაკავშირებით გაუკეთდა განმეორებითი ოპერაცია. დასტაქარმა ამოკვეთა 2 ბუშტი. ამასთან დაკავშირებით განვითარდა დიდი პოსტოპერაციული თიაქარი და ამ არეში კვლავ ექინოკოკის რეციდივი. 1964 წელს ავადმყოფს კვლავ გაუკეთდა ოპერაცია სპინალური ანესთეზიით. 0,7 გ სოკაინის 1%-იანი ხსნარი შეუყვანეს ერთ ჩხვლეტაზე XII და I მალებშუა ზურგის ტვინის არხში. ოპერაციის დაწყებიდან 15 — 20 წუთის შემდეგ ავადმყოფს განუვითარდა ძლიერი შოკი, კლინიკური სიკვდილი, მაჯა არ ისინჯებოდა, წნევა დაეცა, მდგომარეობა იმდენად გართულდა, რომ ოპერატორმა ოპერაცია შეწყვიტა და დაიწყო ავადმყოფის გადასარჩენად ზომების მიღება — სისხლის გადასხმა, ჟანგბადის მიცემა, საგულე საშუალებანი. მაგრამ მდგომარეობა არ გამოსწორდა, საჭირო შეიქნა ინტუბაცია და ავადმყოფის გადაყვანა ხელოვნურ სუნთქვაზე. მაგრამ, საუბედუროდ, ორივე სანარკოზო აპარატი დაკავებული აღმოჩნდა. ოპერატორი არ დაიბნა, დაიწყო ჰაერის ჩაბერვა პირითპირში ჰაერგამყვანი მილის საშუალებით. სიკვდილთან დიდი ბრძოლის შემდეგ ექიმებმა გაიმარჯვეს. ავადმყოფს გამოუჩნდა მაჯა, გული ამუშავდა, სუნთქვა აღსდგა, სახის ფერი თანდათანობით მოუვიდა. ქირურგმა ოპერაცია ბოლომდე მიიყვანა. ავადმყოფი განკურნებული გაეწერა. ამ შემთხვევით დასტურდება, რომ თუ ავადმყოფს დროულად აღმოეუჩენთ მიზნობრივ დახმარებას, შეიძლება ეიხსნათ კლინიკური სიკვდილისაგან.

რაა მიზეზი სისხლის წნევის დაცემის — ამ საკითხზე საბოლოო პასუხი გაცემული არ არის. Schill-ი და Ligner-ი სისხლის წნევის დაცემის მიზეზს ხედავენ ვაზოკონსტრიქტორების ბლოკადაში, რაც იწვევს სისხლის მოზღვავებას მუცლის ღრუს ორგანოების სისხლძარღვებში და რასაც მოჰყვება კოლაფსი ან შოკი.

სისხლის წნევის დაცემით გამოწვეული სიკვდილის შემთხვევა მოჰყავს ს. იუდინსაც, რომელსაც საოპერაციო მაგიდაზე დარჩა 60 წლის ავადმყოფი. ამ შემთხვევაში სიკვდილის მიზეზი იყო მაღალი სპინალური ანესთეზია. მოხუცი ადამიანისათვის მაღალი ანესთეზიის გაკეთება უსათუოდ შეცდომაა. როგორც ს. იუდინი აღნიშნავს, ეს გამოიწვევს სპლანქნიკუსის ბლოკადას. ვაზოკონსტრიქტორების ჩარევა იწვევს სისხლძარღვების გაგანიერებას, რაც უფრო მაღალი იქნება ანესთეზია, მით მეტი იქნება სისხლის წნევის დაცემა. ოპერაციის შემდეგ (ანესთეზიის შედეგად) ავადმყოფს შეიძლება განუვითარდეს თავის ტკივილი (ეს გართულება არც ისე იშვიათია). წინათ თავის ტკივილი უვითარდებოდა ყოველ მესამე ავადმყოფს, მაგრამ ტექნიკის გაუმჯობესებასთან დაკავშირებით თავის ტკივილმაც იკლო. ზოგჯერ თავის ტკივილი ვითარდება ოპერაციის პირველი დღიდანვე, ზოგჯერ — მე-2 — 3 დღეს და უფრო გვიანაც.

თავის ტკივილთან ერთად ვითარდება თავბრუ. გულისრევა და ზოგჯერ ღებინებაც. შეიძლება თავის ტკივილმა ავადმყოფს მოკლე ხანში გაუაროს, მაგრამ არის შემთხვევები, როდესაც ათეული დღეები და თვეობითაც გრძელდება. ზოგჯერ თავის ტკივილი იმდენად ძლიერია, რომ ავადმყოფს მოსვენება არა აქვს, ტკივილი უძლიერდება არა მარტო მოძრაობის ან სიარულის დროს, არამედ ლოგინში უძრავ მდგომარეობაში ყოფნის დროსაც. ხანდახან თავის ტკივილს ახლავს მენინგეალური მოვლენები. ასეთ შემთხვევაში უნდა მივიღოთ შემდეგი ზომები: ავადმყოფი უნდა გვყავდეს მწოლიარე მდგომარეობაში, უნდა მივცეთ პირამიდონის, კოფეინის ფხვნილი, ვენაში — გლუკოზა, ჰიპერტონიული ხსნარი, 40%-იანი უროტროპინი 5 — 10 მლ რაოდენობით, თუ საჭირო იქნება. უნდა გავუკეთოთ სპინალური პუნქცია; წნევის მომატების შემთხვევაში, გამოვუშვათ ზურგის ტვინის სითხე. ზოგი ავტორის აზრით, თავის ტკივილის მიზეზია პუნქციის ჩატარება მსხვილი ნემსით, ამ დროს ზურგის ტვინის სითხე სისტემატურად იღვრება ტვინის გარსის გარეთ. რაც უფრო წვრილი ნემსით ვაწარმოებთ ჩხვლეტას, მით უფრო ნაკლები იქნება თავის ტკივილი. სკლიფასოვსკის კლინიკის მასალაზე თავის ტკივილი კონსტანტირებულია შემთხვევათა 10,2%-ში. პროფ. ე. ფიფიას კათედრაზე სპინალური ანესთეზიით ჩატარებული 4 774 ოპერაციიდან არც ერთ შემთხვევაში სიკვდილიანობა არ გვქონია; მძიმე კოლაფსი განვითარდა ავადმყოფთა სულ მცირე პროცენტს — 2 ავადმყოფს, ავადმყოფები ადვილად გამოიყვანეს ამ მდგომარეობიდან სათანადო ზომების მიღებით. სპინალური ანესთეზიის შემდეგ არის შემთხვევები Nervus abducens-ის დამბლიასა, რომელიც, გვიან, მე-6 — 7 დღეს გამომქვავნდება, მაგრამ რაიმე მკურნალობას არ მოითხოვს, ისევ ჩქარა გაივლის თავისით. ადგილობრივ ანესთეზიასთან შედარებით ფილტვებში გართულება 2-ჯერ მეტად ვითარდება. ხშირია შარდის შეკავება და სხვა უმნიშვნელო გართულებანი, რომლებიც ადვილად იკურნება.

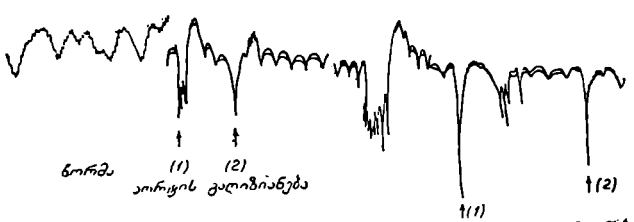
აქვე შეიძლება დავასკვნათ, რომ გარკვეული ჩვენებების დროს სპინალური ანესთეზიის გამოყენება შეიძლება მუცლის ღრუსა და კიდურების ოპერაციის დროს.

ენდოტრაქეული ნარკოზი

ამჟამად გაუტკივარების მეთოდები თანდათანობით რთულდება, მაგრამ უფრო სრულყოფილი ხდება, რაც აძლევს ქირურგს რთული და ხანგრძლივი ოპერაციების აუჩქარებლივ და მშვიდად გაკეთების შესაძლებლობას. მაგრამ ისიც ცნობილია, რომ ყველა ავადმყოფს შესაფერისი გამაუტკივარებელი საშუალება უნდა შევურჩიოთ. გაუტკივარების არჩევის დროს მხედველობაში უნდა მივიღოთ ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა, წლოვანება, ცენტრალური ნერვული სისტემის, ღვიძლისა და სხვა ორგანოების ფუნქციური მდგომარეობა და სხვა. ქირურგიულ დაწესებულებაში, სადაც კარგადაა ათვისებული გაუტკივარების ერთი რომელიმე სახე, უმრავლეს შემთხვევაში მიმართავენ ამ გაუტკივარებას. შეიძლება ეს მისაღები და გამართლებულიც იყოს, მაგრამ დიდ ქირურგიულ კლინიკებში, სადაც უნდა აღიზარდოს ახალგაზრდა კადრები, გაუტკივარების მხოლოდ ერთი ან ორი მეთოდის გამოყენება შეცდომაა. უნდა დავიცვათ პრინციპი — თითოეულ ავადმყოფს შერჩეული გაუტკივარება. გაუტკივარება უნდა აკმაყოფილებდეს, როგორც ამას ეროვა-

აღნიშნავს, ქირურგის მოთხოვნას, ის უნდა აძლევდეს მას მოქმედების თავისუფლებას. რა დიდი და ძნელი ოპერაციაც არ უნდა იყოს ის და, ამასთან, ავადმყოფს ხიფათს არ უნდა უქმნიდეს. სადღეისოდ ოპერაციის გაკეთება ერთი რომელიმე გამაუტკივარებელი საშუალებით, ადგილობრივი ანესთეზია იქნება ეს, თუ ზოგადი ნარკოზი, დაუშვებელია და შეცდომაა, ვინაიდან მათ არ შეუძლიათ დააკმაყოფილონ ყველა ის მოთხოვნა, რომელსაც გაუტკივარებას ეუყენებთ. დღევანდელ პირობებში ყველაზე სრულყოფილად შეიძლება ჩავთვალოთ კომბინირებული გაუტკივარება.

ზოგჯერ გამოჩენილი ქირურგები, რომლებიც ოპერაციას აკეთებენ ზოგადი გაუტკივარებით, უსათუოდ დამატებით აწარმოებენ შოკოგენური ზონების ანესთეზიას ნოვოკაინის 0,5%-იანი ხსნარით (ნ. პეტროვი, ნ. ბურდენკო, ა. ბაკულევი და სხვ.). ამ ნაშრომის ავტორს ექსპერიმენტულად შემოწმებული აქვს, რომ რა სიღრმისაც არ უნდა იყოს ნარკოზი, ტკივილის გამტარი ნერვები და რეცეპტორული აპარატის ფუნქცია შენახულია, ამიტომ შოკის თავიდან ასაცილებლად უსათუოდ საჭიროა, ზოგადი ღრმა ნარკოზის დროსაც კი, შოკოგენური ზონების ანესთეზია (სურ. 3—4).



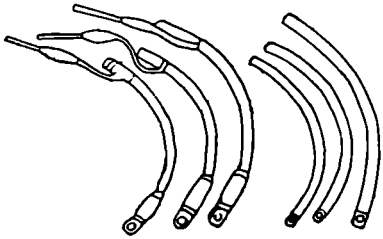
სურ. 3. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციის ცვლილება შოკოგენური ზონების (ფილტვის კარის, აორტის რკალის, გულის პერიკარდის და სხვ.) ელექტროდენით გაღიზიანების შემდეგ ღრმა ნარკოზის ფონზე.

ანესთეზიოლოგიაში დიდ მიღწევად ითვლება ინტუბაციური ზოგადი ნარკოზი. სანარკოზო ნივთიერება გაზის ან ორთქლის სახით, სათანადო მილის საშუალებით პირდაპირ აღწევს ფილტვებამდე ზემო სასუნთქი გზების მოვლით და სრულიად არ შეეხება მათ ლორწოვან გარსს. ენდოტრაქეული ნარკოზის დიდ ღირსებას წარმოადგენს ის, რომ ჩადგმული მილი იძლევა საშუალებას ავადმყოფმა თავისუფლად ისუნთქოს, თუ ადგილი არ ექნება რაიმე ტექნიკურ შეცდომას, რომელიც დააკლებს ან შეავიწროებს ჰაერისა და გაზის მიმწოდებელ (რეზინის) ენდოტრაქეულ მილს. ენდოტრაქეული ნარკოზის ჩასატარებლად საჭიროა, პირველ რიგში, ისეთი ანესთეზიოლოგის ყოლა, რომელიც კარგად ერკვევა თანამედროვე რთულ სანარკოზო აპარატურაში, და რომელიც შეამჩნევს ყოველგვარი გართულების დასაწყისს და შეუძლია მისი



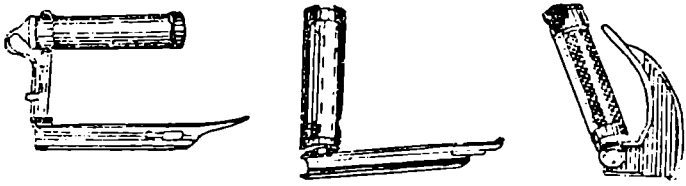
სურ. 4. მკვრდეკანა ანესთეზიის ფონზე გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციის ცვლილება შოკოგენური ზონების ელექტროდენით გაღიზიანების შემდეგ.

დროული ლიკვიდაცია. ამასთან, ის უზრუნველყოფილი უნდა იყოს სათანადო აპარატით და სხვა დამხმარე იარაღებით, რომლებიც მისცემს მას ნარკოზის უნაკლოდ ჩატარების შესაძლებლობას. ოპერაციის დაწყების წინ საოპერაციო დამ თანამიმდევრობით უნდა დააწყოს პატარა მაგიდაზე სათანადო ხელსაწყოები, საინტუბაციო მილი, ლარინგოსკოპი, საინტუბაციო მაშები და კორნცაგი (საინტუბაციო მილები უნდა იყოს სხვადასხვა ზომის, როგორც სიგრძით, ისე დიამეტრით. მილს უნდა ჰქონდეს ჰაერით გასაბერი მუფთები) (სურ. 5), რომლებიც უნდა მიაწოდოს ანესთეზიოლოგს, რომ მას ხელი არ შეეშალოს ნარკოზის მსვლელობაში (სურ. 6).



სურ. 5. მაგილის მოხრილი საინტუბაციო მილები.

ავადმყოფი, რომელსაც ოპერაცია უნდა გაუკეთდეს ენდოტრაქეული ნარკოზით, ისე უნდა მომზადდეს, რომ მან შეძლოს როგორც ნარკოზის, ისე ოპერაციის ადვილად გადატანა. ანესთეზიოლოგმა ოპერაციის წინა დღეს და ოპე-



სურ. 6. ლარინგოსკოპები: ა — U-მაგვარი, ბ — L-მაგვარი; გ — მოხრილი ნიჩბით (მაკინტოშის მიხედვით).

რაციის წინ კარგად უნდა გასინჯოს ავადმყოფი, გაერკვეს, ხომ არაა რაიმე უკუჩვენება ენდოტრაქეული ნარკოზის ჩასატარებლად.

ნარკოზის დაწყებამდე 20 — 30 წუთით ადრე ავადმყოფს კანქვეშ უკეთდება 2%-იანი პრომედოლი 1 — 2 მლ (მორფიუმის გაკეთებას უნდა ეერიდოთ, ვინაიდან ცუდად მოქმედებს სუნთქვის ცენტრზე, პრომედოლი ნაკლებ ტოქსიკურია და მისი გამოყენება უფრო მიზანშეწონილია). ამასთან, უკეთდება ატროპინის 0,1%-იანი ხსნარის 1 მლ. ატროპინის ინიექციის შემდეგ მცირდება და დროებით სულ წყდება ნერწყვის გამოყოფა და ღებინება. საჭიროების შემთხვევაში, როდესაც გვინდა ატროპინის მოქმედების დაჩქარება შეიძლება შეეიყვანოთ ვენაში (ბრონქოსპაზმის დროს). წინასწარ მომზადებული ავადმყოფი შეგეყვანა საოპერაციო ოთახში და ვაწვენთ მაგიდაზე (შეიძლება ავადმყოფი წინასწარ დაეაძინოთ და მერე შეეიყვანოთ და დავაწვინოთ საოპერაციო მაგიდაზე). ანესთეზიოლოგი უნდა იყოს ფრთხილი, რომ უხეში მოქმედებით არ მიაყენოს ავადმყოფს რაიმე ზიანი, რის გამოსწორებას საგრძნობი დროის მონაკვეთი სჭირდება.

ანესთეზიოლოგმა წინასწარ უნდა შეამოწმოს წესრიგშია თუ არა აპარატურა და სხვა საჭირო იარაღები, რომ არ იღელვოს ნარკოზის დაწყება-მსვლელობის დროს. პირველად უნდა დათვალიეროს პირის ღრუ, რომ არ გამორჩეს პროთეზის არსებობა და ნარკოზის მსვლელობის დროს არ მიიღოს გართულება. მილის ჩადგმის დროს კარგად უნდა დარწმუნდეს, მილი მოხვდა ტრაქეაში და არა საყლაპავ მილში (რაც არც ისე იშვიათია). თუ ეს დროულად ვერ შეამჩნია ანესთეზიოლოგმა, ჟანგბადის ჩაბერვისთანავე კუჭი შეიბერება, იწყება ციანოზი. დრო არ უნდა დაკარგოს, განმეორებით უნდა გაკეთდეს ინტუბაცია. ზოგ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფი მსუქანია ან მოკლე კისერი აქვს, ვერ ხერხდება ინტუბირება, თუ ინტუბირება გაგრძელდა 40—45 წამი და ჩადგმა მაინც ვერ მოხერხდა, ანესთეზიოლოგმა უსათუოდ უნდა შეწყვიტოს ინტუბირება და ავადმყოფი გადაიყვანოს ხელოვნურ სუნთქვაზე ნიღბის გამოყენებით. როდესაც ავადმყოფს გაუვლის ჰიპოქსიის მოვლენები, უნდა გაუღრმაოს ნარკოზი და რელაქსანტის დამატებით აწარმოოს ხელახალი ინტუბაცია; კვლავ თუ არ მოხერხდა ინტუბირება, ჯობია ოპერაცია გადაიდოს ან გაგრძელდეს სხვა სახის გაუტკივარებით (ინჰალაციური — ეთერჟანგბადის ნარკოზით და სხვა).

ინტუბაციის უხეშად წარმოების დროს შეიძლება ავადმყოფს დაუზიანდეს კბილები ან ლორწოვანი გარსი და განვითარდეს ზომიერი ან მცირე სისხლის დენა (ეს ანესთეზიოლოგის ტექნიკური შეცდომაა). მეტად სერიოზულ გართულებას წარმოადგენს ე. წ. ჰიპოქსია. ეს ისეთი მდგომარეობაა, როდესაც ორგანიზმის ქსოვილები ვერ ღებულობს ჟანგბადის ისეთ რაოდენობას, რაც მათთვის აუცილებელია. ჰიპოქსია შეიძლება გამოიწვიოს სხვადასხვა მიზეზმა. ერთ-ერთი მიზეზია ლარინგოსპაზმი, ბრონქოსპაზმი. ლარინგოსპაზმი და ბრონქოსპაზმი ვითარდება, მაშინ, როდესაც ანესთეზიოლოგი ცდილობს ინტუბაციის გაკეთებას, კუნთოვანი აპარატი კი არასაკმარისადაა მოდუნებული და შენახულია ტრაქეისა და ხორხის რეფლექსები. ამ გართულების თავიდან ასაცილებლად საჭიროა საკმაო რაოდენობით რელაქსანტების შეყვანა. დიდი შეცდომაა ინტუბაციის ძალდატანებით გაკეთება.

ზოგ შემთხვევაში საინტუბაციო მილით ზიანდება ხმოვანი იოგები, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ლარინგიტი ან, მოგვიანებით, გრანულომებისა და პოლიპების განვითარება. როდესაც ინტუბაციის დროს ვითარდება ლარინგობრონქოსპაზმი და ჰიპოქსია, მდგომარეობა შეიძლება გამოსწორდეს ტრაქეის ნემსით გაჩხვლეტით, რომ აქედან მივაწოდოთ ორგანიზმს ჟანგბადი დაჰერი. ციანოზის განვითარების მიზეზი შეიძლება გახდეს ენდოტრაქეული მილის დაცობა ლორწოთი, ჩირქით ან უცხო სხეულით. ამიტომ სისტემატურად უნდა შემოწმდეს მილის გამავლობა; საჭირო შემთხვევაში ელექტროსაწოვით უნდა ამოსუფთავდეს ჩადგმული მილი. შეიძლება უხეში მანიპულაციით (ან ექიმის უყურადღებობით) საინტუბაციო მილი ამოიწიოს ან ამოვარდეს და შეწყდეს ჟანგბადის მიწოდება. ეს ძალზე სახიფათო გართულებაა. ასეთ შემთხვევაში ოპერაციის გაკეთება უნდა შეეწყვიტოთ, მილი ამოვიღოთ და ავადმყოფი გადავყვანოთ ხელოვნურ სუნთქვაზე ნიღბის გამოყენებით. ავადმყოფის მდგომარეობიდან გამოყვანის შემდეგ უნდა გავაკეთოთ განმეორებითი ინტუბაცია და გავაგრძელოთ ოპერაცია. სწორად ინტუბირების შემდეგ მუფთა ისე უნდა გაიშალოს ჰაერის შეყვანით, რომ მსუბუქად ეხებოდეს ლორწოვან გარსს. ზედმეტი დაწოლა იწვევს ჰიპერემიას. გამოცდილებით დასტურდება, რომ ყოველ ნახევარ-

ან ერთ საათში ჰაერი უნდა გამოვუშვათ მუფთიდან, უნდა დავასვენოთ გარსი და ისევ გავბეროთ. თუ მუფთა დაზიანდა და არ იბერება, ხელოვნური სუნთქვის წარმოება ვერ ხერხდება, პირის ღრუ და ხახა უნდა ამოვტენოთ დასველებული მარლით. თუ ინტუბაცია სიძნელეს არ წარმოადგენს ჯობია მილი შეიცვალოს ახალი მილით. თუ ოპერაცია გახანგრძლივდა ან ოპერაციის დამთავრების შემდეგ საჭიროებამ მოითხოვა მილის დატოვება, შეიძლება ლორწოვანზე ზედდაწოლის შედეგად განვითარდეს წყლულები ან შეშუპდეს და მივიღოთ სხვა უფრო მძიმე გართულებანი. ზოგჯერ შეიძლება მილი დიდხანს დაეუტოვოთ ტრაქეაში, მაგრამ საგრძნობი ცვლილება არ გამოიწვიოს. აქ დიდი მნიშვნელობა აქვს თუ როგორაა გაბერილი მუფთა და როგორია მისი ზედდაწოლა ლორწოვანზე, ავრეთვე მნიშვნელობა აქვს თვით ავადმყოფის მდგომარეობას. თუ ავადმყოფი დიაბეტიანი ან ტუბერკულოზიანია და ორგანიზმი დასუსტებული და დაძაბუნებული აქვს, მაშინ მას ადვილად უზიანდება ლორწოვანი გარსი. ყველაფერი ეს უნდა გაითვალისწინოს ანესთეზიოლოგმა ოპერაციის დაწყებამდე.

სასუნთქ აპარატში უცხო სხეულების მოხვედრა სერიოზულ გართულებას წარმოადგენს, მას შეუძლია გამოიწვიოს მძიმე ფორმის ჰიპოქსია, ფილტვების ატელექტაზი, და თუ ის დროზე არ იქნება ლიკვიდირებული შეიძლება მოჰყვეს სიკვდილი. ტრაქეასა და ბრონქში პირის ღრუდან, პირველ რიგში, შეიძლება მოხვდეს პირნაღები მასა, ლორწო ან ნერწყვი, ენისა და კბილების დაზიანების გამო პირის ღრუს ლორწოვანის უხეში მანიპულაციით გამოწვეულმა სისხლის დენამ შეიძლება მიაღწიოს ბრონქამდე. არის შემთხვევები, როდესაც ბურთული ან ტამპონი, რომლითაც ტამპონირდება პირის ღრუ და ხახა, მოხვდეს სასუნთქ გზებში.

ყველაზე ხშირად ღებინებას იწვევეს ეთერისა და ციკლოპროპანის ნარკოზი, იშვიათად — ბარბიტურატები და აზოტის ქვეჟანგი, ვინაიდან ისინი ნაკლებ ტოქსიკურები არიან. თავისი დაკვირვებით უოტრესი მივიდა იმ დასკვნამდე, რომ ეთერი და ციკლოპროპანი ერთნაირი სიხშირით იწვევენ (40 — 50%) პირღებინებას. შემჩნეულია, რომ პირღებინება კუჭ-ნაწლავის ოპერაციის დროს უფრო ხშირად ვითარდება, ვიდრე სხვა ორგანოებზე ოპერაციის დროს. ამიტომ, როგორც ამას მეშალკინი აღნიშნავს, ღებინების მიზეზი კუჭ-ნაწლავის ტრაქტზე ქირურგის მანიპულაციით უნდა აიხსნას.

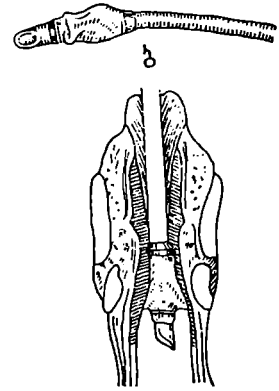
ქირურგიული ტრავმა, რაც გამოიხატება ჯორჯლის დაჭიმვაში, თავისთავად შეიძლება გახდეს ღებინების მიზეზი. სტატისტიკური მონაცემებით დასტურდება, რომ ნარკოზით ჩატარებული ოპერაციის შემდეგ, ზოგ შემთხვევაში, სიკვდილის მიზეზად ითვლება ღებინება, რაც იწვევს ასპირაციულ პლევმონიას, ამიტომ ღებინების პროფილაქტიკა და მკურნალობა მოითხოვს განსაკუთრებულ ყურადღებას როგორც ქირურგის, ისე ანესთეზიოლოგისაგან. დიდი მნიშვნელობა აქვს ოპერაციის წინ კუჭის გამორეცხვას, სავსებით მიზანშეწონილია და რაციონალურია ოპერაციის მსელელობაში კუჭში ჩადგმული იყოს მცირე კალიბრის (დუოდენური) ზონდი, რის მეშვეობითაც გამოიტანება კუჭის შიგთავსი. ამასთან, ანესთეზიოლოგს შესაძლებლობა აქვს ჟანეს შპრიცით სისტემატურად გამოჰაჩოს კუჭის შიგთავსი. აგრეთვე ღებინების მოსახსნელად საჭიროა პენტალოტის მცირე დოზის შეყვანა. შემდეგი ღონისძიება ის არის, რომ ფილტვებიდან სისტემატურად უნდა ხდებოდეს მოხვედრილი სითხის ან მცირე მარცვლოვანი უცხო სხეულების ამოსრუტვა ელექტროსასრუტით.

ტაქიკარდია შეიძლება ავადმყოფს განუვითარდეს ოპერაციისა და ნარკო-

ზის დაწყებამდე, მნიშვნელობა აქვს ფსიქიკურ აგზნების, ატროპინის შეყვანას, აგრეთვე ტაქიკარდია შეიძლება გამოიწვიოს ეფედრინისა და ადრენალინის მიცემამ. ასეთი ტაქიკარდია მკურნალობას არ მოითხოვს, მაგრამ თუ ის განვითარდა ოპერაციის დროს და დაკავშირებულია სისხლის დენასთან ან ნერვული აპარატის გაღიზიანებასთან, ტრავმასთან, მაშინ საჭიროა სათანადო ზომების მიღება. ტაქიკარდია მძიმე გართულების წინამორბედია და სასწრაფო ზომების მიღებას მოითხოვს, ამ დროს ავადმყოფს უნდა გადავუსხათ სისხლი ნაკადად ან სისხლის შემცვლელი სხვა სითხეები და მივცეთ საგულე საშუალებები. უმძიმეს გართულებას წარმოადგენს გულის უცბად გაჩერება; გული გაჩერდება, მაჯისცემა შეწყდება, სუნთქვა მცირე ხნის შემდეგ წყდება, ავადმყოფის სახე ჯერ ფერმკრთალდება, შემდეგ ლურჯდება, თვალის გუგები ფართოვდება, წნევა არ ისინჯება. გულის გაჩერება შეიძლება იყოს რეფლექსური ხასიათის, მაგალითად, როდესაც ოპერაციის ან ენდოტრაქეული ინტუბაციის დროს ძლიერ ღიზიანდება ფილტვის ცთომილი ნერვი, საყლაპავი მილი და ტრაქეა.

მკურნალობა. სასწრაფოდ გულის მასაჟი, ქირურგი გულს შეკუმშავს წუთში 70-ჯერ, ამ მომენტში გულის კუნთში (მარჯვნივ) უკეთებენ ინიექციას 0,5 ადრენალინს 1 1000-ზე. ანესთეზიოლოგს კი შეჰყავს ყანგბადი გაძლიერებული დოზით; რეანიმატოლოგები მიმართავენ რეანიმაციას. ამ დროს გამოიყენება ღონისძიებათა მთელი არსენალი, რაც კი მოეპოვებათ ანესთეზიოლოგებსა და რეანიმატოლოგებს. გული ნელ-ნელა იწყებს მუშაობას და ავადმყოფის მდგომარეობაც გამოსწორდება.

საინტუბაციო მილის ამოღება მაინცდამაინც დიდ სიძნელეს არ წარმოადგენს, მაგრამ ავადმყოფის გამოღვიძებისას თუ მილი ჯერ კიდევ ბრონქშია მისი მოძრაობა ამოღების დროს ერთგვარ უსიამოვნო შეგრძნებას უქმნის ავად-



სურ. 7. საინტუბაციო მილის ჩაკვედა მბგერავი იოგების ნაპრალებში (ექვმატური გამოსახვა): ა — ჩვეულებრივი ენდოტრაქეალური მილი; ბ — დეფორმირებული საინტუბაციო მილი.

მყოფს, ზოგჯერ კი სახიფათოცაა. 1953 წელს სტეფანსონმა გამოაქვეყნა შრომა, სადაც მოჰყავს ექსტუბაციის მომენტში უეცარი სიკვდილის 16 შემთხვევა.

ჩვენი კლინიკის დიდ მასალაზე ექსტუბაციის მიზეზით სიკვდილიანობის შემთხვევა არ გვქონია, მაკრამ გარკვეული სიფრთხილეა საჭირო ექსტუბაციის დროს. ი. ხანკევიჩმა და ვ. ბელოვმა[1] გამოაქვეყნეს გაძნელებული ექსტუბაციის სამი შემთხვევა. როგორც აღნიშნავენ, ენდოტრაქეული ნარკოზით ოპერაციის დამთავრების შემდეგ (ნარკოზი გაგრძელდა 2 საათი და 15 წუთი) მილის ამოღება ვერ მოხერხდა, მიღებულმა ზომებმა შედეგი ვერ გამოიღო, ეჭვი მიიტანეს ბრონქოსპაზმაზე, მაგრამ საამისო მონაცემები არ იყო, საჭირო გახდა ავადმყოფის ისევ დაძინება რელაქსანტების გამოყენებით, მაგრამ მაინც ვერ მოხერხდა ექსტუბაცია. შთაბეჭდილება შეიქმნა, რომ საინტუბაციო მილი მანეკენით ჩაჭედილი იყო ტრაქეასა და ბრონქში. ერთი საათისა და 15 წუთის შემდეგ, ფთოროტანის ნარკოზის გამოყენებით მოხერხდა ექსტუბაცია. ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფს რაიმე გართულება არ ჰქონია, გაეწერა გაჯანსაღებული.

საინტუბაციო მილის დათვალიერებით დადგინდა საინტუბაციო მილის არასწორი სტერილიზაცია—მუფთა იყო გადაჭმული, გაუხეშებული და დეფორმირებული, ელასტიკურობა, დაკარგული და ფორმა შეცვლილი. ამის მიზეზად ავტორები თვლიან საინტუბაციო მილის ცხელ წყალში რეცხვას და ფორმალინის სითხეში ხანგრძლივად შენახვას.

ოპერაციის დამთავრების შემდეგ, როდესაც ანესთეზიოლოგი დარწმუნდება, რომ ავადმყოფს ანესთეზიასთან დაკავშირებით არავითარი ხიფათი არ მოელის, მიმართავს ექსტუბაციას; ექსტუბაციის შემდეგ რამდენიმე ხანს აკვირდება ავადმყოფს, გადაჰყავს ურიკაზე და შეჰყავს პალატაში. ამით მთავრდება ოპერაციის პირველი ეტაპი, იწყება ოპერაციისშემდგომი პერიოდის, რომლის დროს საჭიროა დიდი ყურადღება, რომ არ განვითარდეს რაიმე გართულება. ამ დროს მოსალოდნელია, მართალია იშვიათად, მაგრამ ძალზე სერიოზული გართულება — რეკურარეზაცია, რომლის გამომწვევი მიზეზი საბოლოოდ ჯერ კიდევ არაა დადგენილი (ე. მეშალკინი, ვ. სმოლნიკოვი, ს. ჟოროვი და სხვები). რეკურარეზაციისას ვითარდება ციანოზი, გაძნელებული სუნთქვა, ავადმყოფი თითქოს იხრჩობა; შეიძლება სუნთქვა უცბად შეწყდეს კიდეც. ასეთ შემთხვევაში დროს დაკარგვა შეუწყნარებელია, პირველსავე წუთებში მილის ჩადგმით უნდა ვასუნთქებინოთ, მერე მივმართოთ რეინტუბაციას—ხელოვნურ სუნთქვას; თუ ამან შედეგი არ გამოიღო, შეიძლება დაედოს ტრაქეოსტომია — ენერგიული ხელოვნური სუნთქვით ავადმყოფი შეიძლება გამოვიყვანოთ უმძიმესი მდგომარეობიდან. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ რეინტუბაცია დიდ სიძნელესთანაა დაკავშირებული.

ამგვარად, ოპერაცია და ნარკოზი არ შეიძლება დამთავრებულად ჩაითვალოს მიუხედავად იმისა, რომ პირველ ხანებში ავადმყოფის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებულია, ის ჯერ კიდევ საჭიროებს ანესთეზიოლოგის ყურადღებას რამდენიმე საათის განმავლობაში.

ჟოროვისა და გოლიგორსკის აზრით ნარკოზის მსვლელობაში რეკურარეზაციის მიზეზია პროზერინის გამოყენება. აქ არ განვიხილავთ ენდოტრაქეულ ნარკოზთან დაკავშირებულ ოპერაციისშემდგომ ზოგიერთ გართულებას, მაგალითად, ბრონქიტს, ფილტვების ანთებას, სლოკინს, სუნთქვის გაძნელებას, ღები-

[1] Вестник хир., № 2, 1969, გვ. 109.

ნებას, ლარინგიტს და სხვა, ვინაიდან მსგავს გართულებებს შეიძლება სხვა სახის გაუტკივარების დროსაც ექნეს ადგილი. ჩვენ ანესთეზიოლოგის ყურადღებას ვამახვილებთ უმძიმეს გართულებაზე, რომელიც ოპერაციის დამთავრებისთანავე ვითარდება და, იშვიათი გამონაკლისის გარდა, სიკვდილით მთავრდება; ეს არის გაუთვალისწინებელი გართულება — ჰიპერთერმია.

როგორც ლიტერატურული წყაროებიდან ირკვევა (ლიტერატურა ამ საკითხზე ძალიან ღარიბია) ჰიპერთერმია შეიძლება განვითარდეს თავის ქალას ძლიერი ღაზიანებისა და ენდოტრაქეული ნარკოზის შედეგად. ბ. პეტროვსკი და კოლუცკაია აღნიშნავენ, რომ ზოგ ავადმყოფს ჰიპოთერმიიდან გამოსვლის 6 — 12 საათის შემდეგ უვითარდება ჰიპერთერმიული რეაქცია, ტემპერატურა მკვეთრად მატულობს და აღწევს 40—41°-მდე, რაც ძალზე ამძიმებს ავადმყოფის მდგომარეობას, ვინაიდან მკვეთრად იცვლება გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ფუნქცია. გვაქვს ორგანიზმზე ზოგიერთი ქიმიური ნივთიერების მოქმედების შედეგად ჰიპერთერმიული სინდრომის განვითარებისა და მის ნიადაგზე სისხლის მიმოქცევის უცბად შეწყვეტის შემთხვევები.

საფაკულტეტო ქირურგიულ კლინიკაში ენდოტრაქეულ ნარკოზთან დაკავშირებით გვქონდა ჰიპოთერმიული სინდრომის განვითარების ორი შემთხვევა (ავადმყოფები ახალგაზრდები იყვნენ), მიუხედავად ჩვენ მიერ მიღებული ზომებისა, ორივე ავადმყოფი გარდაიცვალა.

რა ზომების მიღება შეიძლება ჰიპერთერმიის დროს: ინტრავენურად შეგვყავს 40%-იანი გლუკოზის ხსნარი 50—200 მლ რაოდენობით, 5%-იანი ვიტამინი B_1 1 მლ, 10 ერთ, ინსულინი კანქვეშ, დიპრაზინის 2,5%-იანი ხსნარი 2 მლ, პრომედოლის 2%-იანი ხსნარი 2 მლ კანქვეშ, 5%-იანი პირამიდონის ხსნარი 20 მლ კუნთებში.

თუ აღნიშნულმა ღონისძიებებმა შედეგი არ გამოიღო და ტემპერატურამ არ დაიკლო, მაშინ მივმართავთ ჰიპოთერმიას, ე. ი. ავადმყოფის ხელოვნურად გაცივებას ისე, რომ ტემპერატურა ნორმამდე დავიდეს ან ნორმის დაბლა დაიწიოს (35°—34°-მდე). ამისათვის საკმარისია ყინულით სავსე რეზინის პარკი დავადოთ ორივე საზარდულისა და ჭიპის მიდამოში. ამასთან ერთად, უნდა მივცეთ საგულე საშუალებები და სხვა.

აფეთქება ინჰალაციური ნარკოზის დროს. ზოგი სანარკოზო ნივთიერება, რომელიც იხმარება ინჰალაციური ნარკოზისათვის, აირთან შეერთებისას ქმნის ფეთქებად ნარევს. ასეთებია: ეთერი, ციკლოპროპანი, ნარცილენი, ეთილენი და სხვ. მრავალ შემთხვევაში სანარკოზო აპარატის აფეთქება ხდება მაშინ, როდესაც აპარატის გამოყენებისა და ნარკოზის მიცემის დროს დაცული არაა უსაფრთხოების წესები. მაგალითად, აფეთქების მიზეზი შეიძლება გახდეს ნაპერწკალი გამოურთავი ელექტრომოწყობილობიდან ან იმ აპარატიდან, რომელიც ოპერაციის დროს იხმარება (ელექტროდანა). ა. ლუი აღნიშნავს, რომ აფეთქებისათვის საკმარისია ადვილად აქროლად სითხეს ან მის ორთქლს შეეხოს ნაპერწკალი ელექტროაპარატებიდან ან სხვა წყაროდან. ლუის მოჰყავს შემთხვევა: ლარინგოსკოპია რომ ჩაეტარებინათ ავადმყოფი დააძინეს ეთერ-ჟანგბადის ნარკოზით. ქირურგმა აანთო ლარინგოსკოპი და დაუწყო ახსნა სტუდენტებს, რამაც გასტანა რამდენიმე წუთი, შემდეგ მან ლარინგოსკოპი შეუყვანა ავადმყოფს პირის ღრუში. უცბად მოხდა გამაყრუებელი აფეთქება, რომელმაც ქირურგი გვერდზე გადაისროლა, ცეცხლის ალმა მიაღწია ეთერის აპარატამდე და ისიც აფეთქდა. ავადმყოფი უცბად გარდაიცვალა, გაკვეთაზე აღმოჩნდა ფილტ-

ვის გაგლეჯა, დაშავება ანესთეზიოლოგიც. ამ შემთხვევის გამოკვლევამ დაადასტურა, რომ რეოსტატში ჩართული ლარინგოსკოპის ლამპა ერთი წუთის განმავლობაში ისე ხურდება, რომ მისი შეხება ეთერ-ჟანგბადის ნაერთთან იწვევს აფეთქებას.

ასევე ადვილად შეიძლება გამოიწვიოს აფეთქება ელექტროდანის წვერის შეხებამ, როდესაც ის ჩართულია აპარატში. საბჭოთა კავშირში ასეთი აფეთქება აღწერილია კ. ტაიროვის მიერ. ბავშვს აძინებდნენ ენდოტრაქეული ნარკოზით, მაგრამ საინტუბაციო მილი ამოვარდა, ამის შემდეგ ოპერაცია (თეალის ამოღება) გააგრძელეს ზოგადი ეთერჟანგბადის ნარკოზით. ოპერაციის დროს განვითარებული სისხლის დენის შეჩერება ელექტროდანის წვერით დაიწყეს. როგორც კი ქირურგი დანის წვერით შეეხო ჭრილობას ეთერი აფეთქდა საშინელი ხმაურით. ამ შემთხვევაში ავადმყოფი არ დაზარალებულა, მაგრამ ოპერატორი დაიჭრა შუშის ნამსხვრევებით.

მსგავსი შემთხვევები შეიძლება ბევრი იყოს, მაგრამ ისინი აღწერილი არ არის და ამიტომ ჩვენ არ შეგვიძლია მათი დასახელება.

ამგვარად, ანესთეზიოლოგებს დიდი სიფრთხილე მართებთ, რომ მათ წინასწარ უნდა მიიღონ პროფილაქტიკური ზომები აფეთქების თავიდან ასაცილებლად. ძირითადი მაინც ისაა, რომ ხმარებიდან ამოიღონ ადვილფეთქებადი სანარკოზო ნივთიერებანი—ეთერი, ციკლოპროპანი და სხვა.

შეცდომები და გართულებანი თიაქრის ოპერაციის დროს

ჩაჭედილი თიაქრები

ქირურგიის განვითარების თანამედროვე ეტაპზე, როდესაც ასეპტიკა და ანტისეპტიკა მაღალ დონეზე დგას, როდესაც მოგვეპოვება გაუტკივარების შესანიშნავი საშუალებანი, მათ შორის ადგილობრივი ანესთეზია, რომელიც ასე უხიფათოა და ფართოდ გამოიყენება სხვადასხვა ოპერაციის დროს, თიაქარკვეთა შეიძლება ჩაითვალოს „ადვილ ოპერაციად“. ტექნიკურად ეს ოპერაცია მისაწვდომია ყველა რანგის ქირურგისათვის. რეციდივები და გართულებები ამ ოპერაციის დროს იშვიათი გახდა. ყოველივე აღნიშნულმა ეს ოპერაცია ძალზე პოპულარული გახადა სხვა ოპერაციებთან შედარებით. მიუხედავად ამისა, თიაქრის ოპერაციასთან დაკავშირებით წარმოიქმნება სერიოზული გართულებები, რომლებიც ზოგჯერ ავადმყოფის სიცოცხლეს საფრთხეში აგდებს. ზოგი დაავადება პროფილაქტიკური ღონისძიებებით სავსებით მოისპო, ზოგი მოსპობის გზაზე დგას. ეს შეიძლება ითქვას შეძენილ თიაქრებზე, განსაკუთრებით ჩაჭედილ თიაქრებზე. ადვილი გასაგებია ის გარემოება, რომ ჩაჭედილი თიაქრების შემთხვევები ყოველწლიურად პროგრესულად მცირდება. ეს იმით აიხსნება, რომ გაურთულებელი თიაქრის ოპერაცია მეტად პოპულარული გახდა. თიაქრიანი ავადმყოფები დროულად მიმართავენ სამკურნალო დაწესებულებას თიაქრის ოპერაციული მკურნალობისათვის.

მიუხედავად აღნიშნულისა, ჯერ კიდევ არ წარმოადგენს იშვიათობას ავადმყოფთა შემოსვლა ქირურგიულ განყოფილებაში ჩაჭედილი თიაქრებით. განსაკუთრებით ასეთი გართულებანი ხშირია ხანდაზმულ და მოხუცებულ ავადმყოფებში. ამის მიზეზი ძირითადში ექიმების დაუსაბუთებელი შიშია; ხანდაზმულ

ადამიანებში ჩვეულებრივი გაურთულებელი თიაქრების ოპერაციული მკურნალობისაგან თავის შეკავება შეცდომაა. ეს საკითხი მოითხოვს გადასინჯვას.

თიაქრით დაავადებების დროს ხანდაზმულ ადამიანებში ოპერაციული მკურნალობის ჩვენება გაფართოებას მოითხოვს და მარტო ასაკობრივი მაჩვენებლების გამო, თუ სხვა რაიმე სერიოზული უკუჩვენება არ არის, ოპერაციაზე უარის თქმა არ შეიძლება. ოპერაცია შეიძლება გაუკეთდეს ყველა ასაკის ადამიანს. მაგრამ ის ოპერაციისათვის კარგად უნდა მომზადდეს. თიაქარკვეთის ჩვენებების გაფართოებასთან დაკავშირებით ყველა თიაქრიანი ავადმყოფი დისპანსერიზაციაზე უნდა ავიყვანოთ და ისე გავუკეთოთ ოპერაცია.

შეცდომები ჩაჭედილი თიაქრის დიაგნოსტიკაში

მრავალ შემთხვევაში ჩაჭედილი თიაქრის დიაგნოსცირება სრულებით არ წარმოადგენს სიძნელეს და არაიშვიათად თიაქრის ჩაჭედვას თვით ავადმყოფები განსაზღვრავენ. მაგრამ ყოველთვის ერთნაირად არაა გამოვლინებული ის მონაცემები, რომლითაც ხასიათდება ჩაჭედილი თიაქრის კლინიკა. ამიტომ შეიძლება დავუშვათ შეცდომა გამოცნობაში როგორც პოლიკლინიკაში მიღების დროს, ისე მიმღებ განყოფილებაში და სტაციონარშიც კი, რის გამო გვიანდება დროული ოპერაციული ჩარევა. ჩაჭედილი თიაქრის დიაგნოსტიკური შეცდომები სხვადასხვა ავტორის მონაცემით სხვადასხვაა (3,5-დან 18%-მდე აღწევს) (გ. იუდინი, ბ. პეტროვი, კ. ოვნატანიანი და სხვ.).

ჩაჭედილი თიაქრის დიაგნოსცირებაში შეცდომა შეიძლება განპირობებული იყოს შემდეგი ძირითადი მიზეზებით: ა) თიაქრის ჩაჭედვის კლინიკური სურათის (სიმპტომების) გაურკვეველობა; ბ) თიაქრისა და სხვა დაავადების ერთდროული არსებობა, რომელიც იძლევა თიაქრის ჩაჭედვის სიმულირებას; გ) ექიმის უყურადღებობა ან მისი დაბალი კვალიფიკაცია.

ჩაჭედილი თიაქრის დროს სახიფათო შეცდომების საგრძნობლად შემცირება ან სრულიად თავიდან აცილება შესაძლებელია, თუ ავადმყოფი გასინჯული იქნება დამშვიდებით, აუჩქარებლად და დეტალურად. განსაკუთრებით დიდი მნიშვნელობა აქვს სწორი ანამნეზური მონაცემების შეკრებას და ტკივილის ლოკალიზაციას დაავადების დაწყების დროს.

როდესაც ავადმყოფი მოჰყავთ „საკვებით მოწამლის დიაგნოზით“ გასინჯვის დროს დიდი სიფრთხილეა საჭირო, ვინაიდან ამ დროს ავადმყოფს აქვს გახშირებული ღებინება და ტკივილები მუცლის არეში. ქირურგი ვალდებულია ყურადღებით გასინჯოს, დეტალურად დაათვალიეროს ყველა ის ადგილი, სადაც შეიძლება თიაქრის ჩაჭედვით გართულება. მცირედი გამობურცვა და დეფორმაცია ეჭვს ბადებს ამ სახის გართულებაზე. ასეთი ავადმყოფები უნდა იყვნენ არა მარტო თერაპევტის, არამედ ქირურგის მეთვალყურეობის ქვეშაც.

ადვილად შესასწორებელი თიაქარი, რომელიც უცბად შეუსწორებელი გახდა, სიმსივნე გამკვრივდა, ავადმყოფს ტკივილი გაუძლიერდა, ღებინება დაეწყო და სხვა, ეჭვს არ ბადებს თიაქრის ჩაჭედვაზე, მაგრამ მოსალოდნელია დიაგნოსტიკური შეცდომაც, როდესაც საქმე გვაქვს ნაწლავის კედლის ჩაჭედვასთან (ვერაგული, ანუ რიხტერის), ჩაჭედვის ნამდვილი კლინიკური სურათი არაა გამოვლინებული, ავადმყოფს აქვს მოსათმენი ტკივილები და ეს შეცდომის წყარო ხდება.

შეუსწორებელი თიაქრის დროს აგრეთვე დიდი მნიშვნელობა აქვს ქირურგის ტაქტიკას, განსაკუთრებით ჰიპის თიაქრის დროს, როდესაც ვითარდება ზომიერი დაჭიმულობა და თიაქრის გამაგრება ტკივილების მომატებით, დასტაქარს აფიქრებინებს თიაქრის ჩაჭედვაზე და ამ შემთხვევაში საკითხი ოპერაციული ჩარევის სასარგებლოდ უნდა გადაწყდეს.

ცრუ ჩაჭედვის დროს საჭიროა ყურადღების გამახვილება. მაგალითად, მწვავე ქოლეცისტიტის, აპენდიციტის ან წყლულის პერფორაციის დროს შეიძლება ანთებითი გამონაჟონი დაგროვდეს თიაქრის პარკში, რაც იწვევს მეორეულ ცვლილებებს პარკსა და მის შიგთავსში. თიაქარი მატულობს მოცულობაში, მაგრდება, ვითარდება ტკივილი, რაც თიაქრის ჩაჭედვის შთაბეჭდილებას ტოვებს, ოპერაციის დროს კი ელინდება დიაგნოსტიკური შეცდომა, რაც ავადმყოფისთვის საბედისწეროა. ზოგ შემთხვევაში ბარძაყის ჩაჭედილი თიაქრის სიმულაციას იძლევა სკარპეს სამკუთხედში არსებული ლიმფური კვანძების გადიდება ანთების გამო. მოზრდილი, ზოგჯერ კაკლისტოლა მკვრივი კონსისტენციის ლიმფური კვანძი გასინჯვით ბარძაყის ან საზარდულის ჩაჭედილი თიაქრის შთაბეჭდილებას ტოვებს, თუ ზუსტად არ დადგინდა დიაგნოზი, იქმნება შეცდომის დაშვების შესაძლებლობა. ამგვარად, ჩაჭედილი თიაქრის დროს საჭიროა დიაგნოზის დროულად დაზუსტება და ავადმყოფისათვის კვალიფიციური ქირურგიული, ოპერაციული დახმარება. თუ ქირურგი შეცდა დიაგნოზში და ოპერაცია გააკეთა ჩაჭედილი თიაქრის დიაგნოზით, უსათუოდ ვალდებულია ოპერაციის შემდეგ დააზუსტოს დაავადების ნამდვილი მიზეზი და მკურნალობა ჩაუტაროს ძირითადი დაავადების სალიკვიდაციოდ.

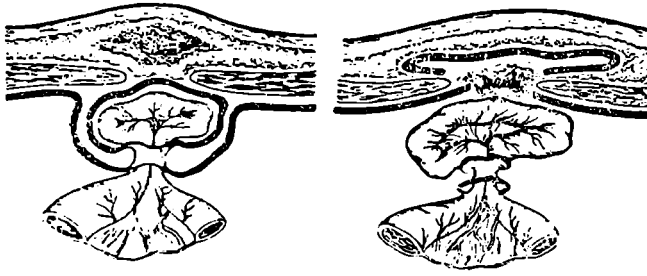
მოსალოდნელი შეცდომები ჩაჭედილი თიაქრის მკურნალობის დროს

ჩაჭედილი თიაქრის მკურნალობა, როგორც კანონი, ოპერაციულია და ჩაჭედილი თიაქრის შესწორება დღევანდელ პირობებში დაუშვებელ ჩარევად უნდა ჩაითვალოს, თუ ამისათვის გარკვეული ჩვენება არ არის. რა შემთხვევაში შეიძლება ჩაჭედილი თიაქრის შესწორება: 1. როდესაც ჩაჭედვა მოხდება საავადმყოფოდან ძალზე დაშორებით და არ არის საავადმყოფოში ავადმყოფის დროულად მიყვანის შესაძლებლობა; 2. მოხუცებულობის ასაკში, როდესაც ოპერაციის გაკეთება უკუნაჩვენებია (მძიმე მდგომარეობა, შაქრიანი დიაბეტი, ნეფრიტი, გულის დეკომპენსაცია და სხვა); 3. როდესაც ჩაჭედვა ხდება მძიმე ინფექციური დაავადების დროს (მაგალითად, მუცლის ტიფის, პარატიფიანი ტიფის, ფილტვების ანთების და სხვა). აღნიშნულ შემთხვევებში ჩაჭედილი თიაქრის შესწორების ცდა შეიძლება გარკვეული წესების დაცვით.

ჩაჭედილი თიაქრის შესწორება — Taxis (seu repositio). ჩაჭედილი თიაქრის შესწორების დროს ქირურგმა წინასწარ უნდა განსაზღვროს ჩაჭედვის ხანგრძლივობა. ჩაჭედვის ხანგრძლივობა არ უნდა აღემატებოდეს 2—4 საათს, თუმცა მხედველობაში მისაღებია ისიც, რომ ზოგ შემთხვევაში ნაწლავმა შეიძლება განგრენა პირველ საათში განიცადოს (როდესაც თიაქრის ყელი ვიწროა— ბარძაყის თიაქრის დროს), რაც საშიშია და დიდ ყურადღებას მოითხოვს თიაქრის შესწორების დროს: ა) უხეში მანიპულაციით და ზედმეტი ძალის გამოყენებით შეიძლება ნაწლავი გასკდეს, დაჭიმული კედლები უცბად დარბილდება, და ნაწლავი შეიძლება შესწორდეს, მაგრამ ამას აუცილებლად მოჰყვება განავალოვანი პერიტონიტი; ბ) შეიძლება შესწორდეს განგრენული ან ჯორჯლის არტე-

რიების თრომბირებული ნაწლავის მარყუჟი. მით უმეტეს არაა განსაზღვრული რა ხნის განმავლობაშია მოსალოდნელი ნაწლავის განგრენა; გ) შესაძლებელია თიაქრის შიგთავსი შესწორდეს თიაქრის პარკთან ერთად en block, ე. ი. მომჭერი რგოლი უცვლელი დარჩეს, ამგვარად, მივიღებთ ეგრეთ წოდებულ ცრუ — მოჩვენებით შესწორებას. ასეთ ავადმყოფებს უეთარდებათ გაუვალობა, პერიტონიტი და თუ ის დროულად არ იქნება გამოცნობილი, ავადმყოფი უსათუოდ იღუპება.

ყველა აღნიშნული შეცდომისა და გართულების თავიდან ასაცილებლად შესწორების დროს უსათუოდ საჭიროა შემდეგი პირობების დაცვა: სასურველია შესწორების წინ კუჭის ამორეცხვა, უსათუოდ უნდა გაუკეთდეს გამწმენდი ოყნა



სურ. 8. თიაქრის პარკის შიგთავსის შესწორება თიაქრის მომჭერ რგოლთან ერთად (en block).

და დაიცალოს ნაწლავის ის მონაკვეთი, რომელიც გამტარია. შარდის ბუშტი უნდა განთავისუფლდეს. სპაზმების მოსახსნელად კანქვეშ უკეთდება ერთი ან ორი გრამი 1%-იანი მორფიუმისა და 0,001 ან 0,003 მლ ატროპინის ხსნარი. თუ არის შესაძლებლობა, სასურველია ავადმყოფის აბაზანაში მოთავსება. ასეთი ღონისძიების მეშვეობით ხდება კუნთებისა და თიაქრის რგოლების მოდუნება. ამ ზომების მიღების შედეგად შეიძლება თიაქარი თავისით შესწორდეს. თუ თავისით არ შესწორდა, ავადმყოფს მენჯი უნდა ავაწევინოთ, ღრმად ვასუნთქებინოთ და ხელის მსუბუქი დაჭერით, ძალის გამოყენების გარეშე, შეიძლება ადვილად შევასწოროთ. შესწორების მრავალჯერადი ცდა მიუღებელია და შეცდომად უნდა ჩაითვალოს. შესწორების დროს ავადმყოფი უნდა იწვეს ლოგინში და ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ უნდა იყოს. თუ რამდენიმე ხნის შემდეგ რაიმე უკუჩვენება არ განვითარდა, სასურველია გაკეთდეს რადიკალური ოპერაცია, რათა თავიდან ავიცილოთ მოსალოდნელი განმეორებითი ჩაშვება.

ამგვარად, როგორც ირკვევა, ჩაშვებული თიაქრის შესწორება ძლიერ სახიფათო მანიპულაციაა. მიღებული შედეგების დადებითობის დამადასტურებელია არა თიაქრის სიმსივნური წარმონაქმნის გაქრობა და თიაქრის რგოლის გამავლობის აღდგენა, არამედ ნაწლავთა მოშლილი ფუნქციის აღდგენა და მისი ნორმალიზაცია. თუ შესწორების შემდეგ გაუვალობის მოვლენები არ გაქრა ან პერიტონიტის გაღიზიანების ნიშნები დარჩა, ავადმყოფს დაუყოვნებლივ უნდა ჩაუტარდეს ლაპაროტომია.

როგორც აღვნიშნეთ, ჩაჭედილი თიაქრის მკურნალობა უმთავრესად ოპერაციულია. რაც უფრო ადრე გაკეთდება ოპერაცია, მით გამოსავალი კეთილია. ოპერაცია კეთდება ადგილობრივი გაუტკივარებით (წინასწარ კანქვეშ მორფიუმის 1%-იანი ხსნარის 1 მლ შეყვანა აუცილებელია). ჩვენების მიხედვით შეიძლება ზოგადი ეთერ-ქანგბადის ხმარება (განსაკუთრებით ბავშვებში). განაკვეთი უნდა გაკეთდეს ჩაჭედვის გასწვრივ — კანისა და კანქვეშა ქსოვილების გაკვეთის შემდეგ. უნდა გამოვყოთ თიაქრის პარკი თავისი შიგთავსით, რაც ჩვეულებრივი თიაქრების დროს ხდება, ვინაიდან ჩვენი მოქმედება განისაზღვრება იმ ცვლილებებით, რომელიც მოცემული თიაქრის პარკის შიგთავსშია. ამიტომ თიაქრის კარგად შემოსაზღვრის შემდეგ პირდაპირ ვკვეთავთ მას. აქვე უნდა შევნიშნოთ, რომ თიაქრის პარკი ძალზე ფრთხილად უნდა გავკვეთოთ. რადგან ამ შემთხვევაში პარკი ისეთი ბრჭყვიალა არ არის, როგორც გაურთულებელი თიაქრის დროს; კედელი შეიძლება გასქელებული იყოს, ამასთან, ხშირად ძალზე ძნელი გასარჩევი ხდება თუ რასთან გვაქვს საქმე — თიაქრის პარკთან თუ ნაწლავის კედელთან. როდესაც თიაქრის პარკი ძალზე დაჭიმულია, გაბერილი ნაწლავის კედელი მჭიდროდ უკავშირდება თიაქრის პარკის შიგნითა ზედაპირს. ხშირად ეწებება მას, რაც ძალზე ართულებს და სახიფათოს ხდის თიაქრის პარკის გახსნას.

თიაქრის პარკის წინა კედლის განთავისუფლების შემდეგ პარკი ფრთხილად უნდა ავწიოთ პინცეტით და გავკვეთოთ. პარკი იხსნება ფუძემდე და მომჭერ რგოლამდე, რის შემდეგ, თუ იქ სითხეა (ზოგჯერ ის საკმაოდ დიდი რაოდენობითაა, ზოგჯერ სულ არაა) ნაწილი გამოსარკვევად სინჯარაში უნდა დავაგროვოთ, დანარჩენი უნდა ამოვაშროთ დოლბანდით, რომ არ ჩაიღვაროს ირგვლივ ქსოვილებში და არ მოხდეს ინფიცირება. ამის შემდეგ დეტალურად ვათვალიერებთ შიგთავსს, ნაწლავის მარყუჟების მდგომარეობას; ვაკეთებთ შიგთავსის ფიქსაციას, რომ რგოლის გაკვეთის დროს არ მოხდეს მისი უცბად შებრუნება მუცლის ღრუში.

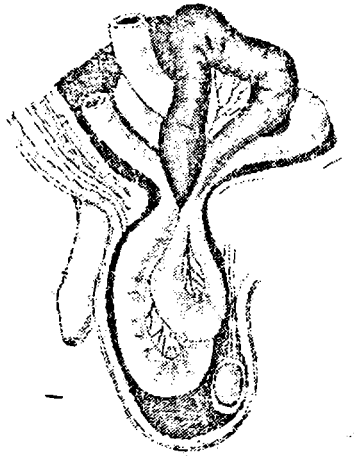
ვინაიდან, ჩვენთვის კიდევ არაა ცნობილი, თუ რა მდგომარეობაშია ნაწლავი რგოლის მოჭერის ადგილას და ის მარყუჟები, რომლებიც მუცლის ღრუშია და პარკში მყოფი ნაწლავის გაგრძელებას წარმოადგენენ, რგოლის გაუხსნელად ნაწლავების მარყუჟების გამოწევა დასათვალიერებლად უსათუოდ შეცდომაა, რადგან რგოლის მოჭერის ადგილას შეიძლება ნაწლავი დაზიანებული იყოს, ის ადვილად გაიხეს და შიგთავსი ჩაიღვაროს, ამიტომ უსათუოდ უნდა გავკვეთოთ მომჭერი რგოლი, გავაგანიეროთ ხვრელი. რომ ადვილად გამოვიტანოთ ნაწლავები ჭრილობაში. ბარძაყის თიაქრის შემთხვევაში რგოლი უნდა გავკვეთოთ მედიალურად, რომ თავიდან ავიცილოთ ბარძაყის ვენის მოსალოდნელი დაზიანება.

ჭრილობაში ნაწლავის საღი ნაწილების გამოტანის შემდეგ დეტალურად ვათვალიერებთ ნაწლავის კედლებს, მის ფერს, პერისტალტიკას. თუ ნაწლავი ციანოზური ან გაშავებულია, ვეფარებთ თბილ ფიზიოლოგიურ ხსნარში დასველებულ დოლბანდს. ვაკვირდებით აღდგება თუ არა ნაწლავის ფერი — პერისტალტიკა, არტერიები ხომ არ განიცდის თრომბირებას. თუ დავრწმუნდებით, რომ ოპერაცია დროულად გაკეთდა და ნაწლავები დიდ აღსანიშნავ ცვლილებებს არ განიცდის, სრული უფლება გვაქვს ის ჩავაბრუნოთ მუცლის ღრუში. მაგრამ

თუ ნაწლავის ფერი ისევ ლურჯია, ფერი არ აღსდგა და სიშავემ არ გაიარა, პერისტალტიკა მოდუნებულია, არტერიის პულსაცია ძალზე სუსტია ან არ ისინჯება ეს იმას ნიშნავს, რომ ნაწლავის ჩაშვება მუცლის ღრუში სახიფათოა, მისი რეზექცია საღ ნაწილებში აუცილებელია. უფრო მეტიც, როდესაც ექიმი ვერ წყვეტს ნაწლავის ცხოველმყოფელობას, უმჯობესია საკითხი ყოველთვის რეზექციის სასარგებლოდ გადაწყდეს.

არის კიდევ მოსალოდნელი ერთი გაუთვალისწინებელი გართულება — რგოლის მოჭერის ადგილას შეიძლება სისხლძარღვი დაზიანდეს ან ნაწლავის სეროზული გარსი მცირე მანძილზე დაშავდეს.

შეიძლება დათვალიერების მომენტში შესამჩნევი ცვლილებები არ აღინიშნოს, მაგრამ ნაწლავის ჩაბრუნების შემდეგ პირველ 5 — 6 დღეს კვების მოშლის გამო მოხდეს ამ მიდამოში ნაწლავის კედლის დაწყლულება და პერფორაცია, ვითარდება პერიტონიტი, რაც მოითხოვს სასწრაფო ოპერაციულ ჩარევას. ეს დაგვიანებითი გართულებაა და ექიმს მხედველობიდან არ უნდა გამორჩეს. თიაქრის პარკის გახსნისას, შესაძლებელია პარკში ნაწლავის ორ მარყუჟს ფერი და პერისტალტიკა შენახული ჰქონდეს, არტერიული პულსაცია ჯორჯალში კარგი იყოს, მაგრამ თუ ეს მონაცემები ექიმმა ნორმალურ მდგომარეობად მიიჩნია და ნაწლავები მუცლის ღრუში ჩააბრუნა, ეს დიდი და გამოუსწორებელი შეცდომა იქნება, ვინაიდან მან არ შეამოწმა მათი შემაკავშირებელი მარყუჟი, რომელიც მომჭერ რგოლს იქით, მუცლის ღრუში მდებარეობს და არაიშვიათად განიცდის განგრენას. ეს რომ არ მოხდეს, საჭიროა მომჭერი რგოლის გახსნის შემდეგ ორი მარყუჟისა და მათი შემაკავშირებელი მესამე მარყუჟის პრილობაში გამოტანა, გაშლა და ერთ მარყუჟად გადაქცევა. მხოლოდ ამის შემდეგ არის დეტალური დათვალიერების შესაძლებლობა ნაწლავის იმ მონაკვეთისა, რომელიც რგოლში იყო მოქცეული.

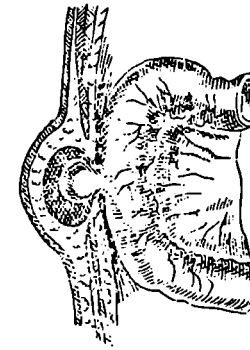


სურ. 9. რეტროგრადული ჩაჭედვა.

თუ თიაქრის პარკის შიგთავსი ბადექონია, შეიძლება ის ნაწილობრივ ამოიკვეთოს, ვინაიდან მას უკვე დაკარგული აქვს ბადექონის ფიზიოლოგიური თვისება, მაგრამ რეზექცია უნდა გაკეთდეს ნაწილ-ნაწილ, ერთბაშად გადაკვანძა და მოკვეთა სახიფათოა, რადგან ასეთ შემთხვევაში ადვილი შესაძლებელია მსხვილ ტაკვს მოძრეს ლიგატურა და მუცლის ღრუში მეორეული სისხლის დენა განვითარდეს. არც ისაა სასარგებლო, რომ მოზრდილი ბადექონის ტაკვი მუცლის ღრუში გორაობდეს.

თიაქრის შიგთავსის ჩაბრუნების შემდეგ აუცილებელი არ არის თიაქრის

პარკის მთლიანად გამოყოფა, ვინაიდან იგი შეიძლება შეხორცებული იყოს ანთებითად შეცვლილ ქსოვილებთან და სხვა, ამიტომ ამჯობინებენ თიაქრის პარკის ყელთან გამოყოფას და დახურვას პერიფერიული ნაწილის დატოვებით (ე. წ. რაზუმოვსკი). თუ პარკი ადვილად გამოიყო შეიძლება ვცადოთ მისი მთლიანად ამოღება. პლასტიკა შეიძლება გაკეთდეს ერთ-ერთი მიღებული წესით (ქირარდი, ბასინი).



სურ. 10. რიხტერის ჩაჭედვა.

თუ თიაქრის რგოლის გადაჭერის ადგილზე ჩაჭედილი ორგანო შეხორცებულია თიაქრის პარკის ყელთან მისი გათიშვა ხდება ფაქიზად, ჩლუნგი ან მახვილი იარაღით. პატარა თიაქრების არსებობის დროს (რიხტერის ჩაჭედვა) უნდა ვეცადოთ ჩაჭედილი ადგილი შეუმჩნეველი არ დაგვრჩეს.

თიაქრის პარკში არსებული ნაწლავის ნეკროზისა და პერფორაციის დროს მთელი მიდამო ინფიცირებულია და ავადმყოფი სახიფათო მდგომარეობაშია. როგორია ქირურგის ტაქტიკა ასეთ შემთხვევაში? თუ თიაქრის პარკში მოთავსებული ნაწლავების მარყუჟები ნეკროზულია, მაგრამ ჯერ კიდევ არ არის დაჩირქებული, მომჭერი რგოლის გახსნის შემდეგ ნაწლავები უნდა გამოვიტანოთ ჭრილობაში მის საღ საზღვრამდე. მფარავი სეროზული გარსი კრიალა ფერისაა, მაგრამ ზოგ შემთხვევაში მის ქვემოთ ქსოვილს ლურჯი ფერი გადაჰკრავს, რაც იმას ნიშნავს, რომ იქ იწყება ნეკროზი. საზოგადოდ, ნეკროზი იწყება ლორწოვანიდან, ამიტომ დასტაქარი შეცდომას უშვებს, როდესაც რეზექციას იწყებს სეროზული გარსის ფერის მიხედვით. როგორც დიდი გამოცდილებითაა დადგენილი, ყოველთვის ჯობია რეზექცია გაკეთდეს საღ ნაწლავზე დაზიანების ადგილიდან 15 — 20 სმ დაშორებით. ანასტომოზი — პირისპირი. ნაწლავებზე უნდა მოვასხუროთ პენიცილინი და ჩავაბრუნოთ მუცლის ღრუში. ნაწლავის განგრენისა და განავალოვანი ფლეგმონის დროს თიაქრის პარკიდან რაიმე მანიპულაცია უსათუოდ შეცდომაა. ასეთ შემთხვევაში, რეზინის ხელთათმანების გამოცვლის შემდეგ, უნდა გავაკეთოთ ლაპაროტომია. მუცლის ღრუდან გადავკვეთოთ საღ ნაწილებში როგორც მომტანი, ისე გამტანი ნაწილი. გავაკეთოთ რეზექცია შერთული პირისპირ. მუცლის ღრუში ჩავასხათ პენიცილინისა და სტრეპტომიცინის ხსნარი, ჩავტოვოთ პატარა დრენაჟი ანტიბიოტიკების ჩასასხმელად და მუცლის ღრუ დავხუროთ კვანძოვანი ნაკერებით. გამოთიშულ ჩაჭედილ ნაწლავს გამოვიტანთ თიაქრის პარკიდან და ჭრილობაში ვდებთ ტამპონს, თიაქრის არხის ყოველგვარი პლასტიკის გარეშე. თუ ავადმყოფი მძიმე მდგომარეობაშია, რადიკალური ზომების მიღებას თავი უნდა დავანებოთ და დავემაყოფილდეთ თიაქრის პარკის გახსნით და განავალოვანი ფისტულის ან ხელოვნური უკანა ტანის დადებით, რომ ორგანიზმს დროებით მიეცეს ინტოქსიკაციისაგან განტეირთვის საშუალება. როდესაც ორგანიზმი გამოვა მძიმე მდგომარეობიდან, გაფორმდება უკანა ტანი — გაივლის ანთებითი პროცესი, შეიქმნება რადიკალური ოპერაციის გაკეთების შესაძლებლობა მოცემული ერთი წესით. ამგვარად, პირველ რიგში, უნდა ვიზრუნოთ ადამიანის სიცოცხლის შენარჩუნებისათვის.

საილუსტრაციოდ მოვიყვანთ ჩაჭედილი თიაქრის რამდენიმე შემთხვევას.

ავადმყოფი კ., 62 წლის, სასწრაფოდ მოიყვანეს ქირურგიულ განყოფილებაში მუცლის არეში, განსაკუთრებით ილეოცეკალურ მიდამოში, ძლიერი ტკივილებით. ანამნეზური მონაცემებით გამოირკვა, რომ მას ჰქონდა მარჯვენა საზარდულის თიაქარი, რომელიც ხშირად ეჭედებოდა, მაგრამ ავადმყოფი დახელოვნდა მის შესწორებაში და ექიმისთვის არ მიუმართავს. უკანასკნელი შესწორების შემდეგ ავადმყოფის მდგომარეობა არ გამოსწორდა, ტკივილმა უმატა; წინათ მუცლის პრესის დაჭიმვით თიაქარი ადვილად გამოიბურცებოდა, ამ შემთხვევაში კი თიაქარი სრულიად დაიკარგა. ტკივილების გაძლიერებისა და მდგომარეობის გართულების გამო ავადმყოფი იძულებული გახდა მოთავსებულიყო ქირურგიულ განყოფილებაში. კლინიკაში დეტალური შესწავლით გამოირკვა თიაქრის ცრუ შესწორება „en block". სასწრაფო ოპერაციით დადგინდა, რომ თიაქარი თავისი პარკითა და მომჭერი რგოლით იყო ჩასწორებული. საჭირო გახდა რადიკალური ოპერაცია. ავადმყოფი გაეწერა განკურნებული.

ავადმყოფი კ., 56 წლის, მოთავსდა თერაპიულ განყოფილებაში გულის დაავადების დიაგნოზით. შემოსვლის მე-4 დღეს მას შეუმჩნევია სკარპეს სამკუთხედში ოდნავ მტკივნეული, სიმსივნისმაგვარი წარმონაქმნი. ორდინატორს ეს ჩაუთვლია ლიმფური ჯირკვლის ანთებად და კომპრესის დანიშვნით დაკმაყოფილებულა. ავადმყოფის მდგომარეობა გაუარესდა, „ლიმფადენიტმა" ძალზე შეაწუხა, დააწუებინა ღებინება. დაავადების მე-6 დღეს ქირურგმა დაადგინა თიაქრის ჩაჭედვა, საჭირო შეიქნა სასწრაფო ოპერაცია. ოპერაციით დადგინდა რიხტერის ტიპის ჩაჭედვა პერიტონიტის განვითარებით. შემთხვევა იმდენად შორსწასული იყო, რომ (დაედო ხელოვნური უკანა ტანი) მდგომარეობის გამოსწორება ვერ მოხერხდა და ავადმყოფი გარდაიცვალა.

ამ შემთხვევაში ორდინატორის უხეში შეცდომა იმაში მდგომარეობს, რომ მან ყურადღება მიაქცია მხოლოდ გულის დაავადებას. ანამნეზის გამოუყენებლობამ, ობიექტური მონაცემების არასწორმა შეფასებამ გამოიწვია ყურადღების მოდუნება, რაც გახდა ავადმყოფის სიკვდილის მიზეზი.

როდესაც ექიმი ვერ გაერკვევა არსებულ სიტუაციაში, უსათუოდ უნდა მიმართოს საკონსულტაციოდ უფრო გამოცდილ ექიმს. ეს სრულიად არ ამცირებს მის ღირსებას და თავიდან აიცდენს ასეთ უხეშ, გამოუსწორებელ შეცდომას.

შეცდომები საზარდულის თიაქრის ოპერაციის დროს

ქირურგიულ კლინიკაში — განყოფილებაში თიაქრის დიაგნოზი სრულყოფილად და სწორად უნდა იწერებოდეს. დიაგნოზმა უნდა მოგვცეს სწორი წარმოდგენა, თუ რა სახის თიაქართან გვაქვს საქმე და რა საშიშროებაა მოსალოდნელი. ოპერაციის წინ დიაგნოზის ასე დაწერა — მარჯვენა საზარდულის თიაქარი — შეცდომაა, უნდა დაიწეროს Hernia inguinalis dextra indirecta inguinoscrotalis. არაიშვიათია, როდესაც ქირურგს უძნელდება იმის დადგენა, თუ რომელ მიდამოს თიაქართან აქვს საქმე, განსაკუთრებით მსუქან ადამიანებში ძნელდება გარკვევა — საზარდულის თიაქართან გვაქვს საქმე, თუ ბარძაყის თიაქართან. ამ შემთხვევაში შეცდომის წყაროდ უნდა ჩაითვალოს ის, რომ ქირურგს უძნელდება პუპარტის იოგის მიმართულების განსაზღვრა ან ავადმყოფის ზერელე გასინჯვა.

რა სახისაც არ უნდა იყოს გარეთა თიაქრები, ქირურგი ვალდებულია მკა-

ფიოდ გაარკვიოს თიაქრის შესავალი კარის ხერელიც. ამასთან ერთად, უნდა დაადგინოს, თუ საზარდულის რომელ თიაქართან აქვს საქმე — ირიბ თუ სწორ თიაქართან. როდესაც ზუსტად ჩამოაყალიბებს დიაგნოზს, ქირურგმა წინასწარ უნდა გაითვალისწინოს თუ რა გართულება ან რა ანომალიები შეხვდება მას და როგორ იპოვის სწორ გამოსავალს, რაც მკურნალობის კარგი შედეგის მიღების თავდები იქნება. პირველ რიგში საჭიროა საზარდულის თიაქრის დიფერენცირება იმ დაავადებებთან, რომლებიც შეიძლება შეცდომის მიზეზი გახდეს:

შეიძლება თიაქარი შეგვეშალოს საზარდულის მიდამოში არსებულ ლიპომასთან. ლიპომა ხშირად საზარდულის გარეთა ხერელის გვერდით მდებარეობს, პერკუსიით მოყრუებას იძლევა, ავადმყოფის მდგომარეობის შეცვლით სიმსივნის ფორმა და სიდიდე არ იცვლება (წოლა, დგომა, ხველება), სიმსივნე ავადმყოფს არ აწუხებს, ის მუცლის ღრუში არ სწორდება, პალპაციით რბილი კონსისტენციისაა. ასე რომ წინასწარ გამოცნობის შესაძლებლობა არის, მაგრამ ზოგ შემთხვევაში, ავადმყოფს თიაქრის დიაგნოზით უნიშნავენ ოპერაციას (ექიმის დაუდევრობის გამო) და მხოლოდ ოპერაციის დროს გამოიცნობა დაავადების ნამდვილი მიზეზი. ამ შემთხვევაში ავადმყოფი არ ზარალდება, ოპერაცია ავადმყოფის სასარგებლოდ წყდება.

თიაქარს უსათუოდ სჭირდება ჰიდროცელესთან დიფერენცირება. სათესლე ჯირკვლის წყალმანკის დროს სითხის ჩადგომა ხდება tunica vaginalis propria-ს დახურულ ღრუში და, რა სიდიდისაც არ უნდა იყოს, საზარდულის გარეთა რგოლს ზემოთ არ სცილდება. სიმსივნე იძლევა მოყრუებას, უძრავია, ფორმას არ იცვლის, სინათლის ფენომენი მკვეთრად დადებითია. ასე, რომ წყალმანკის გარჩევა თიაქრისაგან დიდ სიძნელეს არ წარმოადგენს. მაგრამ არის შემთხვევები, როდესაც სათესლე ჯირკვლის ღრუსა და მუცლის ღრუს შორის კავშირი არსებობს, მაშინ ავადმყოფის წოლის დროს სითხე სათესლე ჯირკვლის პარკიდან ადვილად გადაინაცვლებს მუცლის ღრუში, ხოლო ფეხზე დგომისას მუცლის ღრუდან ისევ სათესლე ჯირკვლის ღრუში გადმოინაცვლებს (hydrocele communicans). ზოგ შემთხვევაში ერთდროულად არსებობს თიაქარი და ჰიდროცელე. ამ შემთხვევაში თიაქარი საზარდულის არეში თავსდება. სადიფერენციაციოდ შეიძლება ასეთ ხერხს მივმართოთ: იქ, სადაც ჰიდროცელეს საზღვარია, ხელი უნდა დავაჭიროთ, რომ სითხემ არ გადაინაცვლოს, რის შემდეგ ავადმყოფს მუცლის პრესის დაჭიმვით გამოებურცება დამოუკიდებელი სიმსივნე, რომელიც ადვილად სწორდება მუცლის ღრუში. დაკვირვებული ქირურგისათვის სწორი დიაგნოზის დადგენა ადვილია. წინააღმდეგ შემთხვევაში ავადმყოფს შეცდომით გაუკეთდება მარტო ჰიდროცელეს ოპერაცია, ხოლო თიაქარი, რომელიც საოპერაციო მაგიდაზე წოლის დროს შესწორდა მუცლის ღრუში, რომლის არსებობა წინასწარ ცნობილი არ იყო, დარჩება ქირურგის ყურადღების გარეშე. ოპერაციის შემდეგ, როდესაც ავადმყოფი ფეხზე დგება, თიაქარი ადვილად გამოიბურცება. ეს არასასურველია როგორც ავადმყოფისათვის, რომელიც მეორეჯერ უნდა დაწვეს საოპერაციო მაგიდაზე, ისე ქირურგისათვის.

ზოგ შემთხვევაში შეცდომის წყარო ხდება საზარდულის მიდამოში განვითარებული ცივი (ტუბერკულოზური) ჩირქგროვა; პერკუსიით იგი მოყრუებას იძლევა, მდგომარეობის შეცვლასთან დაკავშირებით სიმსივნის ფორმა არ იცვლება. სწორი ანამნეზი, საერთო სისუსტე, ფერმკრთალობა, ხერხემლის დეფორმაცია, რაც რენტგენის სურათით დასტურდება, და სხვა დამხმარე სიმპტომები ადვილად აშკარავებენ დაავადების ნამდვილ სურათს.

დიდი პრაქტიკული ღირებულება აქვს ოპერაციამდე იმის დადგენას გვაქვს თუ არა საქმე დაცურებულ თიაქართან. ქირურგის დიდი შეცდომა იქნება, თუ ის დაკმაყოფილდება ავადმყოფის ზერელე გასინჯვით და მხედველობიდან გამორჩება დაცურებული თიაქრის არსებობა. თუ ანამნეზის შეკრების დროს ავადმყოფმა აღნიშნა, რომ მას უჭირს შარდვა, იმ შემთხვევაში, როდესაც წინამდებარე ჯირკვალი გადიდებული არა აქვს, უნდა ვიფიქროთ აქ თიაქარში მონაწილეობას ღებს შარდის ბუშტი. თუ ავადმყოფი აღნიშნავს, რომ მას საზარდულის არეში აქვს ტკივილი, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც მსხვილი ნაწლავი გადავსებულია ფეკალური მასით, სიარულის გაძნელება და სხვა, ეჭვი უნდა დაგვებადოს მსხვილი ნაწლავის დაცურებაზე, რაც დამატებით გამოკვლევას მოითხოვს დიაგნოზის დასაზუსტებლად.

თიაქრის შიგთავსის ხასიათის დასადგენად საჭიროა განვსაზღვროთ მთლიანად სწორდება შიგთავსი მუცლის ღრუში თუ ნაწილობრივ, რაც ადასტურებს თიაქრის პარკსა და შიგთავსს შორის შეხორცებას და თიაქარს შეუსწორებელს ხდის. შეუსწორებელი თიაქრის დროს სავალდებულოა დადგინდეს თუ რა ხასიათის შიგთავსია თიაქრის პარკში. ამას უაღრესად დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს განსაკუთრებით ხანდაზმულ ადამიანებში დიდი თიაქრების დროს. ავადმყოფის ყოველმხრივი შესწავლის, დიაგნოზის დაზუსტებისა და სათანადოდ მომზადების შემდეგ ქირურგი წყვეტს საკითხს იმის შესახებ, თუ რა მეთოდით უნდა გააკეთოს ოპერაცია. დიდ შეცდომად უნდა ჩაითვალოს, როდესაც ქირურგი ყველა სახის თიაქრის დროს, განურჩევლად თიაქრის ხასიათისა, ასაკისა და სქესისა, ოპერაციას ერთი რომელიმე სტანდარტული მეთოდით აკეთებს.

ზოგ შემთხვევაში ოპერაციის შედეგად განვითარებული ნაწიბურები არ იძლევა იმის ნათელ გამოხატულებას, თუ რა სახის ოპერაცია გაკეთდა. ზოგჯერ ჭიანაწლავის ამოკვეთის შედეგად განვითარებული ნაწიბური იმდენად პატარაა და თავის ნამდვილ ადგილს დაშორებულია, რომ არ იძლევა სწორ წარმოდგენას ოპერაციის ხასიათზე, ამიტომ ქირურგი ვალდებულია განაკვეთი გააკეთოს იმ ადგილას, რომელიც ტოპოგრაფიულად შეესაბამება ოპერაციის ხასიათს.

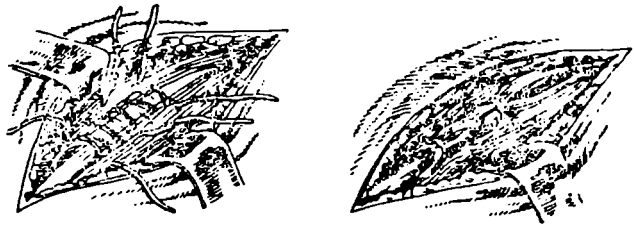
საზარდულის თიაქრის ოპერაცია

საზარდულის თიაქრის ოპერაცია, იშვიათი გამონაკლისის გარდა, ადგილობრივი გაუტკივარებით, ნოვოკაინის 0,5 — 0,25%-იანი ხსნარით კეთდება. თუ ოპერაციის დროს ავადმყოფი გრძნობს ტკივილს და წუხს, ეს ქირურგის ბრალია, ვინაიდან ნოვოკაინისა და დანის მონაცვლეობით ოპერაცია შეიძლება სრულიად უმტკივნეულოდ გაკეთდეს. ანესთეზია უნდა გაკეთდეს შრეების მიხედვით — ანატომიურად. პირველი შეცდომა ქირურგმა შეიძლება დაუშვას კანისა და კანქვეშა ქსოვილების გაკვეთის შემდეგ. ქირურგმა გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზის გაკვეთისას, თუ არ იხელმძღვანელა გარეთა კანქვეშა რგოლის მდებარეობით, შეიძლება ზემოდან გადაუხვიოს და მოხვდეს შიგნითა ირიბი კუნთის სისქეში და გაუძნელდეს ბაგირაკის მოძებნა. ეს მაინცდამაინც დიდი შეცდომა არ არის, მაგრამ ის ერთგვარად ახანგრძლივებს ოპერაციის მსვლელობას და ქსოვილების ზედმეტ ტრავმირებას ახდენს.

ბაგირაკის გამოყოფის დროს მოსალოდნელია დაზიანდეს plexus pampiniformis. რასაკვირველია ეს დაზიანება სახიფათო არაა, მაგრამ სიხლის დენა ხელს უშლის ღრუბლის ანატომიურ ორიენტირებაში. ასევე შეიძლება ადვილად

დაზიანდეს art. spermatica. ზოგის აზრით ამ არტერიის დაზიანება იწვევს სათესლე ჯირკვლის ნეკროზს, მაგრამ ავტორთა უმრავლესობა იზიარებს იმ მოსაზრებას, რომ ამ არტერიის დაზიანებით სათესლე ჯირკვალი არ ნეკროზდება, შეიძლება მისი ფუნქცია დაქვეითდეს და საბოლოოდ ატროფია ?განიცადოს, ამიტომ სასურველია ეს არტერია გამოიყოს სიფრთხილით და დაუზიანებლად.

საზარდულის თიაქრის ოპერაცია გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზის გაუხსნელად (რუ-კრასნობაევის მეთოდი), რომელიც მართალია ნაკლებ ტრამვულია, შემთხვევათა 22%-ში იძლევა რეციდივს; ამ მეთოდით ოპერაციის დროს არაა თიაქრის პარკის გამოყოფის შესაძლებლობა, რომ მისი მოცილების შემდეგ არ



სურ. 11. თიაქრის ოპერაცია რუ-კრასნობაევის წესით.

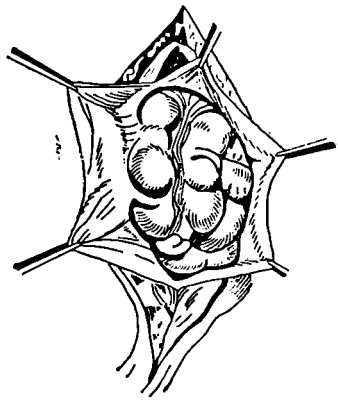
დარჩეს ძაბრისებრი ჩაღრმავება, ჩანაჭდევი, რაც ხელს უწყობს ჩქარი რეციდივის განვითარებას. ამ მეთოდის გამოყენება შეიძლება მხოლოდ თიაქრის დასაწყისი ფორმის დროს Hernia inguinalis incipien. ეს ოპერაცია, ლიმბერგის თქმით, კეთდება ბრმად და არ შეიძლება ჩაითვალოს რადიკალურ ოპერაციად.

გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზის გაკვეთის დროს, უსათუოდ უხეშ შეცდომად უნდა ჩაითვალოს ner. ileo-inguinalis გადაკვეთა ან თუ პლასტიკის დროს ის მოჰყვა ლიგატურაში. ეს ხანგრძლივი დროის განმავლობაში გამოიწვევს შემაწუხებელ ტკივილს საზარდულის მიდამოში. თიაქრის პარკის გამოყოფისას შესაძლებელია vas deferens-ის დაზიანება, რასაც უსათუოდ მოჰყვება Potenciae generandis-ის ერთმხრივი დაკარგვა. თესლგამომყოფი მილის (სათესლე ბაგირაკის) დაზიანება ყოველთვის მოსალოდნელია თიაქრის ყელთან, როცა ის მჭიდროდაა მასთან დაკავშირებული. თუ დასტაქარი ფრთხილად არ მოიქცა და გამოსაცალკევებლად არ გამოიყენა ნოვოკაინის ხსნარი, ის ადვილად აზიანებს სათესლე ბაგირაკს. განსაკუთრებული სიფრთხილეა საჭირო ბავშვებში, სადაც თესლსავალი მილი ძალზე წვრილია — ძაფისმაგვარი და შეიძლება მისი დაზიანება შეუმჩნეველი გახდეს. განსაკუთრებით ახლო კავშირშია თესლსავალი მილი (სათესლე ბაგირაკი) თიაქრის პარკთან თანდაყოლილი თიაქრის დროს. ასეთ შემთხვევაში Anschütz-მა მოგვაწოდა ოპერაციის მეთოდი, რომლის დროს თიაქრის პარკი კი არ გამოიყოფა, არამედ თიაქრის ყელთან ძალზე სათუთად გადაიკვეთება სეროზული გარსი, თანდაყოლილი თიაქარი მიიღებს შეძენილი თიაქრის სახეს და დაიხურება ქისით. პარკის პერიფერიული ნაწილი რჩება ხელუხლებელი, მხოლოდ უნდა გადაბრუნდეს ისე, როგორც ეს კეთდება ჰიდროცელეს შემთხვევებში ვინკელმანის (Winkelman) ოპერაციის დროს, თუმცა ბავშ-

ვებში ეს არაა სავალდებულო. ეს მეთოდი გამოიყენება აგრეთვე მოზრდილების ოპერაციების დროსაც, როდესაც ძლიერ შეხორცებულია თიაქრის პარკი და ირგვლივმდებარე ქსოვილები (ა. მარტინოვი). მაგრამ უსათუოდ შეცდომა იქნება თუ ქირურგმა მოზრდილებში თიაქრის პარკი მთელ სიგრძეზე არ გაკვეთა და არ გადააბრუნა.

დიდად საყურადღებოა, როდესაც საქმე გვაქვს მსხვილი ნაწლავისა და შარდის ბუშტის „კონფლიქტთან".

როგორც ვიცით, დაცურებული თიაქრის დროს (Hernia par. Glissement), თიაქრის შიგთავსი თავისუფლად კი არაა მოთავსებული პარიესული პერიტონეუმისაგან შექმნილ თიაქრის პარკში, არამედ ორგანოს დაცურება ხდება კედლის ამყოლ პერიტონეუმთან ერთად და თვით ორგანოს კედელი შეადგენს თიაქრის პარკის ნაწილს (ან მის ერთ კედელს), ზოგ შემთხვევაში დაცურება ხდება პერიტონეუმის გარეშე, მაგალითად, შარდის ბუშტის დაცურება. ამ შემთხვევაში გვაქვს თიაქარი უპარკოდ hernia vesicaurinaria extraperitonealis. h. v. u. Paraperitonealis და სხვა (ა. მიხელსონის მიხედვით).



სურ. 12. დაცურებული თიაქარი.

უაღრესად დიდი სიფრთხილეა საჭირო, როდესაც საქმე ეხება თიაქარსა და შარდის ბუშტს შორის კავშირს. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ დიაგნოზის დადგენა შარდის ბუშტის დაცურების დროს ძალზე ძნელია. მაგალითად, ნ. სტეპანუსს მოჰყავს Alessandri-ის მონაცემები, სადაც ირკვევა, რომ შარდის ბუშტის დაცურებული თიაქრიდან მხოლოდ 5 შემთხვევაში დადგენილია წინასწარი დიაგნოზი, ხოლო 71 შემთხვევაში — ოპერაციის დროს, მაგრამ შარდის ბუშტის დაუზიანებლად; 76 შემთხვევაში კი დიაგნოზი დადგინდა შარდის ბუშტის დაზიანების შემდეგ, ხოლო 23 შემთხვევაში შარდის ბუშტის დაზიანება ოპერაციის დროსაც არ ყოფილა გამოცნობილი, ის გამოირკვა ოპერაციის შემდგომ პერიოდში მიღებული გართულების გამო. ასეთივე მონაცემები აქვთ სხვა ავტორებსაც.

შესაძლებელია დასტაქარს შარდის ბუშტი შეეშალოს თიაქრის პარკთან, როდესაც თიაქრის პარკი პატარაა, თხელია ან სულ არ არის, ასეთ შემთხვევაში თიაქრის პარკად მიიჩნევენ შარდის ბუშტის კედელს, რომელიც სქელია და ცხიმოვანი ქსოვილითაა დაფარული. მისი გამოწვევა ავადმყოფს მოშარდვის სურვილს უღვიძებს და ტკივილი გადაეცემა ჰიპისაკენ, ამიტომ იგი ფრთხილად უნდა გათავისუფლდეს ცხიმოვანი ქსოვილისაგან. შარდის ბუშტის სქელი კუნთოვანი ხასიათის კედლის გამოცნობა არ წარმოადგენს სიძნელეს. ყოველ საეჭვო შემთხვევაში შარდე მილიდან უნდა შევიყვანოთ ლითონის კათეტერი, რითაც ადვილად გავარკვევთ რომ საქმე გვაქვს შარდის ბუშტთან.

საეჭვო შემთხვევაში შარდის ბუშტში აგრეთვე შეიძლება შევიყვანოთ

ფიზიოლოგიური ხსნარი ან სხვა სითხე, რითაც ადვილად დავადგენთ რომ საქმე გვაქვს შარდის ბუშტთან და არა თიაქართან.

იმ შემთხვევაში, როდესაც საქმე გვაქვს შარდის ბუშტის დივერტიკულთან და მას მივიჩნევთ თიაქრის პარკად, მისი გაკვეთის შემდეგ ქირურგი უნდა დარწმუნდეს, რომ ის ნამდვილად თიაქრის პარკია. თუ ის თიაქრის პარკია, თითი ადვილად შეეხება მუცლის ღრუს ორგანოებს ან პინცეტით გამოტანილი ნაწლავი დაადასტურებს სიმართლეს. თუ შარდის ბუშტთან გვაქვს საქმე, გარდა იმისა, რომ საეჭვო სითხე გადმოიღვრება, ღრუ იქნება შემოსაზღვრული, ნაოჭიანი, მუცლის ღრუს ორგანოებს თითით ვერ შეეხებით.

თუ ოპერაციის დროს ქირურგმა თავის შეცდომა შეამჩნია და შარდის ბუშტის დაზიანება დაადასტურა, ადვილად შეიძლება მოსალოდნელი გართულების თავიდან აცილება. დაზიანებული შარდის ბუშტი უნდა გაიკეროს ისე რომ, ლორწოვანი შრე არ მიჰყვეს ნემსს (ნაკერს). წინააღმდეგ შემთხვევაში შეიძლება ამას მოჰყვეს მეორე გართულება კენჭების განვითარების სახით. იმ შემთხვევაში, როდესაც ჭრილობა ინფიცირებულია, შარდის ბუშტის დეფექტის დახურვა გაძნელებულია, ჯობია შარდის ბუშტს დაედოს ფისტულა, საიდანაც თავისუფლად იდენს შარდი. მდგომარეობის გამოსწორებისას ადვილად შეიძლება დაიხუროს არსებული ფისტულა. გამოუსწორებელი შეცდომაა, როდესაც შარდის ბუშტის დაზიანება ოპერაციის დროს გამოუცნობი დარჩება. ის ალბათ მეორეული გართულების გამო გვიან (მეორე-მესამე დღეს) გამოიცნობა და მიუხედავად მიღებული ზომებისა, შემთხვევათა 30 — 40%-ში იძლევა სიკვდილიანობას. ასეთ ავადმყოფებს უვითარდებათ კოლაფსი, შოკის ან რეფლექსური ანურიის გამო ჩქარა იღუპებიან ან ჭრილობაში შარდის ჩაქცევის შედეგად ქსოვილის ინფილტრაცია, უროსეფსისი და სიკვდილია მოსალოდნელი. საილუსტრაციოდ მოვიყვანთ შემთხვევას.

ავადმყოფი შემოვიდა ქირურგიულ განყოფილებაში მარჯვენა საზარდულის თიაქრის დიაგნოზით. კლინიკაში დიაგნოზი დადგინდა, ოპერაციული ჩვენება დაიწერა. ოპერატორი ახალგაზრდა ქირურგი, ასისტენტი — სტაჟიანი ქირურგი. ოპერაციის დროს გამოყვეს საკმაოდ მოზრდილი „თიაქრის პარკი“, რომელიც მოიკვეთა და ტაკვზე დაედო კვანძოვანი ნაკერი. ოპერატორებს არცკი დაბადებიათ ეჭვი, რომ საქმე ჰქონდათ დაცურებულ შარდის ბუშტთან. არ შეამოწმეს თიაქრის შიგთავსი, ისე დაამუშავეს თიაქრის არხი ჟირარდის წესით. მეორე დღეს ავადმყოფს შეამცივნა და მისცა სიცხე 40 გრადუსი. ჭრილობა ძალზე ინფილტრირებული იყო შარდით. გასინჯვისთანავე გასაგები გახდა, რომ ოპერატორებმა დაუშვეს დიდი შ ე ც დ ო მ ა — ვერ გამოიცნეს დაზიანებული შარდის ბუშტი. ავადმყოფი სასწრაფოდ ავიყვანეთ საოპერაციო მაგიდაზე. გავხსენით ჭრილობა მთელ სიგრძეზე — ქსოვილი იმბიბირებული იყო შარდით. ტაკვის გახსნისას გამოირკვა, რომ შარდის ბუშტის 1/3 ამოკვეთილი იყო. ბუშტი დამუშავდა ფაქიზად, ჭრილობაში ჩალაგდა ტამპონები და რეზინის დრენაჟი. შარდის ბუშტში ჩავტოვეთ რეზინის კათეტერი შარდის გამოსაყვანად. მიღებული ზომების შედეგად ავადმყოფი გადარჩა. შეცდომის მიზეზი იყო ოპერატორების ყურადღების მოდუნება და არსებულ ქსოვილებში გაურკვევლობა.

მე-2 შემთხვევა. ავადმყოფი ხანდაზმული, ორმხრივი სწორი თიაქარით (ჰარჯვენა მოზრდილი, მარცხენა დასაწყისი ფორმა), ოპერაცია გაკეთდა ადგილობრივი გაუტკივარებით, ოპერატორები — ორივე გამოცდილი, სტაჟიანი ქირურგი. ჯერ გაკეთდა მარჯვენამხრივი თიაქრის ოპერაცია. თიაქრის პარკი გამოიყო ადვილად. ოპერაციის დროს გართულებას ადგილი არ ჰქონია. მარცხენამხრივი

თიაქრის ოპერაციის დროს პარკის სიმცირის გამო, ოპერაცია გაკეთდა თიაქრის პარკის გამოყოფის გარეშე. ოპერაციის მეორე დღიდან ავადმყოფს დაეწყო სიცხიანობა, რომელმაც მიიღო ჰექტიური ხასიათი. პირველად ამას სხვნიდნენ ოპერაციული ტრავმით, ოპერაციიდან სამი დღის შემდეგ, შარდის ბუშტის დაზიანებაზე ეჭვის გამო, ავადმყოფს განმეორებით გაუკეთდა ოპერაცია. ვინაიდან შარცხენა მხრიდან არავითარი მანიპულაცია არ ყოფილა, ჭრილობა გაიხსნა მარჯვენა მხრიდან. დეტალური დათვალიერებით რაიმე დაზიანება არ აღმოჩნდა, გარდა იმისა, რომ ბოქვენის ზემო არე მთლიანად ინფილტრირებული იყო შარდით. როდესაც გაიხსნა მარცხენამხრივი ჭრილობა, გამოირკვა რომ შარდის ბუშტი მაკერებული იყო აპონევროზთან, ე. ი. როდესაც ქირურგი აკეთებდა აპონევროზის დუბლიკატურას, ნემსი გაუყარა შარდის ბუშტში და ისე მიაკერა. ეტყობა ნემსი გაბატარა ყველა შრეში და ძაფის გაკვანძვის დროს შარდის ბუშტის კედელი მოიჭიმა, გაჩნდა ნაპრალი, საიდანაც დაიწყო შარდმა დენა. ოპერაცია დამთავრდა შარდის ბუშტის მთლიანობის აღდგენით და სხვა საჭირო მანიპულაციებით, მაგრამ დასუსტებულმა ორგანიზმმა ვერ გაუძლო სეფსისურ მდგომარეობას, ამასთან, განმეორებითი ოპერაციის დროს საჭირო შეიქნა ეთერის ზოგადი ნარკოზის დამატება, რასაც მოჰყვა ფილტვის ანთებითი გართულება და ავადმყოფის სიკვდილი.

ამ შემთხვევაში სულ არ იყო მარცხენამხრივი თიაქრის ოპერაციის ჩვენება. ხანდაზმულ ადამიანს ჰქონდა საეჭვო თიაქარი, რაც ოპერაციის წინ არ დადგინდა. ოპერატორის მეორე შეცდომა ის იყო, რომ აპონევროზის გაკერვის დროს ნემსი ისე ღრმად გაუყარა, რომ მოაყოლა შარდის ბუშტი.

მსხვილი ნაწლავის დაცურების დროს მოსალოდნელია რეტროპერიტონეულად მდებარე მკვებავი არტერიული სისხლძარღვის დაზიანება, რასაც მოჰყვება ნაწლავის სეგმენტის განგრენა თავის შედეგებით. მსხვილი ნაწლავის დაცურების დროს თიაქრის პარკი უსათუოდ უნდა გაიკვეთოს ფრთხილად, მედიალურად. არის შემთხვევა, როდესაც თიაქრის პარკი ხშირი ხეხვისა და გაღიზიანებისაგან თანდათანობით სქელდება, უხეშდება და ელასტიკურობას კარგავს. ზოგჯერ თიაქრის პარკი იმდენად სქელდება, რომ გამოცდილ ქირურგსაც ებადება ეჭვი — ხომ არ წარმოადგენს ის რომელიმე ორგანოს კედელს. სწორედ ასეთი სქელკედლიანი თიაქრის პარკის დროსაა შესაძლებელი შეცდომის დაშვება, ამიტომ ასეთ შემთხვევაში გაკვეთილი პარკიდან შეიძლება ფეკალური მასა გამოვიდეს და მხოლოდ მაშინ ირკვევა, რომ დაცურებულ თიაქართან გვაქვს საქმე. გამოცდილი ქირურგი გამოსავალს ადვილად პოულობს, ჭრილობას კერავს სუფთად სამსართულიანი ნაკერით. დაცურებული თიაქრის ოპერაცია ითვლება რთულ ქირურგიულ ჩარევად.

შემდეგი სახიფათო მომენტები მოსალოდნელია თიაქრის პარკის გაკვეთის დროს. შეიძლება ადგილი ჰქონდეს თიაქრის პარკის შიგთავსს შორის შეხორცებათს პროცესს. ამიტომ პარკის გახსნისას სიფრთხილეა საჭირო, რომ ნაწლავი არ დაზიანდეს. გაიხსნება თუ არა თიაქრის პარკი, ფრთხილად უნდა გაიკვეთოს ყელამდე. თიაქრის შიგთავსი უნდა შევასწოროთ მუცლის ღრუში და გამოყოფილი პარკი ავიღოთ პეანებით. შეცდომაა თიაქრის პარკის ყელზე მაღლა გადაკვეთა. ეს რასაკვირველია, გაართულებს თიაქრის ყელის დახურვას. თუ დარჩა ნაპრალი, შეიძლება მიეხორცოს ნაწლავის კედელი და მისი გადაღუნვის გამო გ.მოწვიოს გაუვალობა. ამგვარად, თიაქრის ოპერაციის უმნიშვნელო ნაკლი შეიძლება გახდეს დიდი გართულებისა და სიკვდილის მიზეზი.

თიაქრის ყელის გადაკვანძვისას საჭიროა დიდი სიფრთხილე, რომ ტაკვი მაგრად შეიკრას და დადებული კვანძი არ მოვარდეს. საჭიროა მრგვალი ნემსის საშუალებით ძაფის გატანა თიაქრის ყელში, შუა ადგილას. თვალის კონტროლის ქვეშ უნდა გაეყაროს ნემსი, რომ არ მიეკეროს იქ არსებული ნაწლავის მარყუჟი. ავადმყოფმა ღრმად უნდა ისუნთქოს, ნაწლავი მუცლის ღრუში ღრმად უნდა ჩავუშვათ და ნემსი ისე გავატაროთ თიაქრის პარკის ყელში. ამასთან, ძაფის მოჭერისა და გაკვანძვისას ირგვლივ მდებარე ქსოვილი არ უნდა მივაყოლოთ, თუ არა შეიძლება ამ ქსოვილში სათესლე ბაგირაკი იყოს და ადვილად მივაკეროთ. კვანძი ისე უნდა დაედოს, რომ პარკის მოკვეთის შემდეგ ძაბრისმაგვარი ჩაღრმავება არ დარჩეს, რაც თავდებია რეციდივის თავიდან აცდენისა. თიაქრის არხის დამუშავებისას ყურადღება უნდა გამახვილდეს იმაზე, რომ ერთი სახის ქსოვილები მიეკეროს ერთმანეთს. როდესაც პუპარტს ოიგში გავდივართ ნემსით, საჭიროა სიფრთხილე, უნდა გვახსოვდეს, რომ პუპარტის ოიგის უკან, განსაკუთრებით მის ქვემო მესაძედში, მდებარეობს ბარძაყის ვენა და არტერია და სრულიად ადვილი შესაძლებელია გაეყაროს ნემსი, რაც სახიფათო იქნება. როგორც კი შევნიშნავთ პუპარტის უკანა მხრიდან სისხლის დენას, სასწრაფოდ უნდა მოვაშოროთ ნემსი და ძაფი, თუ სისხლის დენა გაძლიერდა, სხვა საჭირო ზომები უნდა მივიღოთ. თუ საჭირო იქნება, უნდა გადავკვეთოთ პუპარტის ოიგიც, რითაც გაადვილდება სისხლის დენის შეჩერება. შეცდომაა პუპარტის ოიგში ძაფის გაყრა სულ ერთი მიმართულებით. ამ დროს პუპარტის ბოჭკოები იხლიჩება და სიმაგრეს კარგავს. გარეთა ხვრელის დიამეტრი ისეთი უნდა იყოს რომ არ მოხდეს სისხლის შეგუბება სისხლძარღვებში და ბაგირაკის დახშობა, რაც დროთა ვითარებაში გამოიწვევს სისხლის მიმოქცევის მოშლას, სათესლე ჯირკვლის ატროფიას, ამ მიდამოს შეშუპებას და, არაა გამორიცხული, ჯირკვლის სრული დანეკროზება. უსათუოდ დიდი მნიშვნელობა აქვს სრულ ჰემოსტაზს. ყოველგვარ პემატომას შეიძლება მოჰყვეს დაჩირქება, ამას კი — თიაქრის რეციდივი.

ბარძაყის თიაქარი

ბარძაყის თიაქრის დიაგნოზის დადგენა დიდ სიძნელეს არ წარმოადგენს. იგი საზარდულის თიაქრისაგან თავისი მდებარეობით განირჩევა. ბარძაყის მიდამოში სიმსივნური წარმონაქმნი პუპარტის ოიგს ქვემოთ მდებარეობს, საზარდულისა კი — პუპარტის ოიგს ზემოთ.

ბარძაყის თიაქრის დიაგნოზის დადგენა მაშინაა ძნელი, როდესაც ის ძლიერ დიდია ან ძლიერ პატარა. როდესაც ის დიდია, პუპარტის ოიგის ზემოთ გადადის, აღწევს საზარდულის კანქვეშა რგოლამდე. რაც აძნელებს საზარდულის თიაქრისაგან დიფერენცირებას. მსუქანი ავადმყოფის საზარდულის თიაქარი პუპარტის ოიგის ქვემოთ ჩამოდის; ამ დროს ავადმყოფი ზურგზე უნდა დავაწვინოთ და ჩამოკიდებული მუცელი ზემოთ ავაწევინოთ, რის შემდეგაც ადვილად გამოვარკვევთ სად მდებარეობს თიაქრის პარკი, ოიგის ზემოთ თუ ქვემოთ. დიაგნოზის დიფერენციაციის დროს მხედველობაშია მისაღები აგრეთვე სკარპეს სამკუთხედში ბარძაყის კანქვეშა ვენების ვარიკოზული გაგანიერება, ამ გაგანიერებას თია-

ქართან საერთო აქვს სიდიდე (ორივე შეიძლება კაკლისტოლა იყოს). ის მდებარეობს სწორედ იქ, საიდანაც გამოდის თიაქარი. ფეხზე დგომისა და მუცლის პრესის დაჭიმვისას ორივე მატულობს მოცულობაში, ხოლო წოლის დროს და ხელის დაჭერით — კლებულობს ან სრულიად ქრება. მაგრამ გასარჩევი საშუალებაც არსებობს.

ვენური სისხლძარღვის გაგანიერების დროს, შეიძლება ქვემო კიდურებიც იყოს ვენების გაგანიერება, მაგრამ ისიცაა მხედველობაში მისაღები, რომ შეიძლება ერთდროულად ორივე დაავადება არსებობდეს. ამის სადიფერენციაციო საშუალებაც არის. ბარძაყის თიაქარს რომ დავაჭერთ ხელს, ადვილად სწორდება მუცლის ღრუში და პრესის დაჭიმვის გარეშე არ გამოდის მუცლის ღრუდან, მაშინ როდესაც ვენა დაცლის შემდეგ ხელის მოშორებისთანავე ისევ სწრაფად აივსება. სხვა დეტალები და ანამნეზური მონაცემები გვაძლევს საშუალებას ადვილად განვასხვაოთ ეს დაავადება.



სურ. 13. მარცხენამხრივი ბარძაყის დიდი თიაქარი.

არაიშვიათად შეცდომის მიზეზი ხდება პიროგოვ-როზენმიულერის ლიმფური ჯირკვალი, მით უმეტეს, თუ ის გართულდა ანთებითი პროცესით. უძრავ, მტკივნეული ხასიათის ჯირკვალს და ბარძაყის ჩაჭედილ თიაქარს ბევრი საერთო აქვთ და ხშირად იწვევს შეცდომას. ასეთ შემთხვევაში ჯობია ოპერაციის გაკეთება. ოპერაციის მსვლელობის დროს დავადგენთ დაავადების ნამდვილ მიზეზს, რაც ავადმყოფის სასარგებლოდ იქნება გადაწყვეტილი.

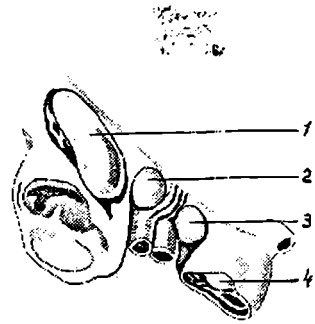
ბარძაყის თიაქრის დადგენის შემდეგ ქირურგს უნდა ჰქონდეს წარმოდგენა იმაზე, თუ რა ხასიათის თიაქართან აქვს საქმე, ვინაიდან ოპერაციის დროს, ყველა კონკრეტულ შემთხვევაში, მიდგომა თავისებურია.

რა და რა სახის თიაქრები შეიძლება შეგვხვდეს პუპარტის იოგის ქვემოთ — ბარძაყის თიაქრის საოპერაციო არეში:

1. კუნთოვანი შუალედიდან გამომავალი თიაქარი — Hernia musculo lacunaris (ბარძაყის კუნთოვანი შუალედის თიაქარი პირველად აღწერა ჰესენბახმა 1829 წელს).

2. სისხლძარღვოვანი შუალედიდან გამომავალი თიაქარი — Hernia femoralis lacunae vasorum. ეს ბარძაყის ყველაზე ხშირი და ტიპური თიაქარია.

3. ჯიმბერნატის იოგიდან გამომავალი თიაქარი — Hernia femoralis pectinea. თიაქრის ეს სახეობა უფრო ხშირად გვხვდება ქალებში.



სურ. 14. 1 — Hernia femoralis musculo lacunaris; 2 — Hernia femoralis praevesicularis, 3—H. femoralis tipica; 4 — H. femoralis pectinea.

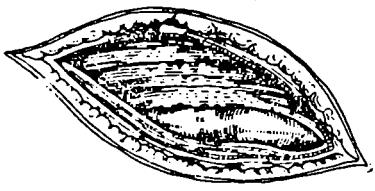
ბარძაყის თიაქრის ოპერაცია და მასთან დაკავშირებული მოსალოდნელი შეცდომები და გართულებანი

ბარძაყის თიაქრის საოპერაციოდ ბევრი სხვადასხვა სახის მეთოდია მოწოდებული, მათ შორის აღსანიშნავია ოპერაციის ორი სახე. პირველი, როდესაც ოპერაციული ჩარევა ხდება ბარძაყის არხის მხრიდან. ყველაზე პოპულარულ მეთოდად ითვლება ბასინის წესი (1894 წ.). ამ წესის მიხედვით განაკვეთი ტარდება პუპარტის იოგის ქვემოთ, მის პარალელურად, რის შემდეგ თიაქრის პარკი გამოიყოფა სათუთად. პარკის გამოყოფის დროს ყურადღებით უნდა ვიყოთ რათა თავიდან ავიცილოთ მოსალოდნელი გართულება — მთავარი სისხლძარღვების — ბარძაყის ვენისა და არტერიის — დაზიანება. ლიტერატურაში აღწერილია ბარძაყის თიაქრის ოპერაციის დროს სისხლძარღვების დაზიანების 2,3% შემთხვევა. თიაქრის პარკის გამოყოფის მომენტში მისი ძლიერ გამოწევა შეცდომად უნდა ჩაითვალოს, რადგან მოსალოდნელია ბარძაყის ვენიდან მოწყდეს ტოტი და განვითარდეს სისხლის დენა, აგრეთვე შეიძლება ადგილი ექნეს სისხლძარღვთა მდებარეობის ანომალიებს. როგორც ცნობილია, ბარძაყის არხის შიგნითა რგოლიდან გამომავალი არტერია art. epigastrica inferior ჩვეულებრივ გამოიყოფა art. iliacaex-დან, მაგრამ არის შემთხვევები, როდესაც ის გამოიყოფა art. obturatoria-დან, მაშინ ბარძაყის რგოლი ყოველმხრივ გარშემორტყმულია სისხლძარღვებით და იქმნება სისხლძარღვის დაზიანების შესაძლებლობა; ამ შემთხვევაში სისხლი იღვრება მუცლის ღრუში, ის შეიძლება შეუმჩნეველი იყოს; ამას კი მოჰყვება სისხლის დენით გამოწვეული სიკვდილი. ამიტომ მას სიკვდილის გვირგვინს (corona mortis) უწოდებენ.

ბასინის მიხედვით ოპერაციის დროს თიაქრის პარკის გამოყოფის, გადაკვანძისა და მოკვეთის შემდეგ კეთდება პლასტიკა — ბარძაყის არხის დახურვის მიზნით პუპარტის იოგი უნდა მიეკეროს კუპერის იოგს (fascia pectinea). თუ ამ შემთხვევაში კუპერის იოგი კარგად არ იქნება აღებული და პუპარტის იოგი მიეკერება შემაერთებელ ქსოვილს და ფასციას, უსათუოდ მოსალოდნელია რეციდივი. ლიტერატურული მონაცემების მიხედვით ბარძაყის თიაქარი იძლევა რეციდივს 14.3 — 22%-მდე (ი. დობროტვორსკი). უფრო მეტ შემთხვევაში რეციდივი უკეთარდებათ მსუქან ადამიანებს და ძირითადი მიზეზი ოპერაციის ტექნიკური სირთულით აიხსნება.

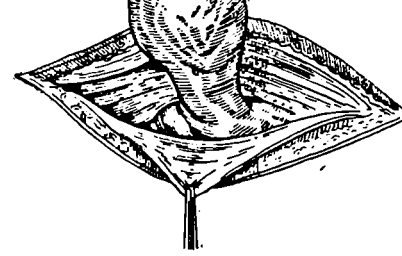
არის სხვა მთელი რიგი ოპერაციებისა — რეიხის (1911 წ.), ჰარტმანის (1896 წ.), დელაჟენიეს (1896 წ.) და სხვ. ყველა ამ მეთოდს იშვიათად იყენებენ.

ოპერაციის მეორე ვარიანტის დროს, ე. ი. როდესაც ბარძაყის თიაქარს გადავიყვანთ საზარდულის თიაქრად, რეციდივი იშვიათია, თუ ოპერაცია ტექნიკურად სწორად გაკეთდება, შეცდომებიც და გართულებებიც აგრეთვე ნაკლები იქნება. ყველაზე პოპულარულია და ფართოდ გამოიყენება რუჯის (Ruggi, 1892), პარლავეხიოს (Parlavecchio) ოპერაციები. ამ ოპერაციების დროს 10 — 12 სმ სიგრძის განაკვეთი ტარდება პუპარტის იოგის პარალელურად და ზემოთ (როგორც საზარდულის თიაქრის დროს); რბილი ქსოვილების გაკვეთის შემდეგ



სურ. 15. ბარძაყის თიაქრის ოპერაცია რუჯის მეთოდით (საზარდულის არხის გახსნა).

იკვეთება გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზი (საჭიროა სიფრთხილის დაცვა, რომ ნერვები და სისხლძარღვები არ დაზიანდეს), ბაგირაკი და მრგვალი იოგი გადაიწევა გვერდით და ზემოთ, გაიხსნება განივი ფასცია. ბარძაყის თიაქარი ადვილად გადაიყვანება საზარდულის არხში. ამ მანიპულაციის დროს საჭიროა სიფაქიზე და სიფრთხილე, რომ არ დაზიანდეს შარდის ბუშტი, სისხლძარღვები და ნერვები. გამოყოფის შემდეგ თიაქრის პარკი გაიკვეთება ფრთხილად, შიგთავსი ჩაბრუნდება მუცლის ღრუში, დამუშავების შემდეგ პარკი ამოიკვეთება, იხურება ბარძაყის შიგნითა რგოლი, საზარდულის იოგი ეკერება fascia Pectinea-ს, რის შემდეგ ჭრილობა იხურება შრეების მიხედვით. ამ შემთხვევაში არსებობს თიაქრის პარკის თავისუფ-



სურ. 16. ბარძაყის თიაქრის ოპერაცია (ბარძაყის თიაქრის გადაყვანა საზარდულის თიაქრად).

ლად გამოყოფის, ყელთან ახლოს მოკვეთისა და ძაბრისმაგვარი ნაშთის მოსპობის შესაძლებლობა. სწორად ჩატარებული ოპერაციის დროს რეციდივები ძალზე იშვიათად ვითარდება.

დიდი და შეუსწორებელი თიაქრები

საზარდულის თიაქრებთან ერთად უნდა განვიხილოთ დიდი და შეუსწორებელი თიაქრები. ზოგ შემთხვევაში თიაქარი თავისი სიდიდით მოზრდილი ბავშვის თავისოდენობას აღწევს. პარკის შიგთავსი იმდენად ეჩვევა ამ მდგომარეობას, რომ მუცლის ღრუში კარგავს მოქალაქეობრივ უფლებას (Petiti-ის გამოთქმით) და არასდროს არ ჩაბრუნდება უკან. ასეთი დიდი თიაქრების მტარებელი უმრავლეს შემთხვევაში ხანშიშესული და მსუქანი ადამიანები არიან, რომელთაც ამა თუ იმ ინტენსივობით გამოხატული აქვთ გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადება. ამიტომ საჭიროა ასეთი ავადმყოფების კარგად შესწავლა და ოპერაციისათვის განსაკუთრებულად მომზადება. ავადმყოფი ოპერაციამდე დიდხანს უნდა ვამყოფოთ მწოლიარე მდგომარეობაში და ვამზადოთ ოპერაციისათვის. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მომზადებასთან ერთად ავადმყოფს უნდა დაეუნიშნოთ მკაცრი რეჟიმი, შეეურჩიოთ დიეტა ისე, რომ ავადმყოფმა საგრძნობლად დაკარგოს წონა, აგრეთვე მასაჟი, ფიზკულტურა და სხვა კომპლექსური მეთოდები. 3 — 4 კვირის განმავლობაში უნდა ვამზადოთ ავადმყოფი, ამასთან, უნდა მოვსპოთ ინფექციის წყაროები: ფურუნკული, ეგზემა, ნაპრალები და სხვა გაღიზიანებანი, ვინაიდან ესენი შეიძლება გახდეს ჭრილობის დაჩირქების მიზეზი ოპერაციისშემდგომ პერიოდში. უნდა ვეცადოთ თიაქრის პარკის შიგთავსი სისტემატურად ჩავაბრუნოთ მუცლის ღრუში. ანგარიში უნდა გაეწიოს იმ გარემოებას, რომ ასეთ შემთხვევებში თიაქრის შიგთავსი შეხორცებულია პარკთან და მისი მთლიანად შებრუნება შეიძლება არ მოხერხდეს, მაგრამ ნაწილობრივ მაინც უნდა შებრუნდეს. გარკვეულ პერიოდში ავადმყოფმა რომ მოახერხოს ნაწილის შებრუნება, ეს უსათუოდ ოპერატორს გაუადვილებს ოპერაციას.

როდესაც საკითხი ოპერაციის სასარგებლოდ გადაწყდება, მიზანშეწონილია ხანდაზმულ ადამიანებში ოპერაცია გაკეთდეს ადგილობრივი ანესთეზიის გამოყენებით. თუ ოპერაციის დროს შიგთავსის შესწორება გაძნელდება, შეიძლება მოკლე ხნით ზოგადი ნარკოზის გამოყენება. თუ გაირკვევა, რომ თიაქრის პარკში გამოჩნდა მუცლის ღრუს ორგანოების (ნაწლავის) დიდი ნაწილი, ამასთან, მუცლის ღრუ ხანგრძლივი დროის განმავლობაში მოცილებულია მის შიგთავსს და იმდენად დაპატარავდა, რომ იგი ვერ იტევს თიაქრის პარკში არსებულ შიგთავსს, რასაკვირველია მისი ძალით ჩატენა დიდი შეცდომაა და ავადმყოფი შეიძლება კიდეც დაიღუპოს, ამიტომ ჭირურგი თიაქარს ხელუხლებლად დატოვებს და ჭრილობას კერავს. იმ შემთხვევაში კი, როდესაც ხერხდება თიაქრის შიგთავსის უვნებლად შებრუნება, ისმება საკითხი თიაქრის პარკის მოშორებაზე. ზოგ შემთხვევაში თიაქრის პარკი ძალზე გასქელებულია და მჭიდროდ არის დაკავშირებული ირგვლივ მდებარე ქსოვილებთან, რის გამო მისი გამოყოფა გაძნელებულია. იგი უსათუოდ სისხლმდენი იქნება და მას შეიძლება მოჰყვეს ჰემატომა, დაჩირქება და სხვა გართულებანი, ამიტომ ავტორთა დიდი ნაწილი გვირჩევს პარკის დატოვე-

ბას. მხოლოდ კარგად უნდა დაისუროს თიაქრის კარი ქვანძოვანი ნაკერებით ან ქისით. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ასეთი თიაქრის კარის დახურვა და პლასტიკა ისე. რომ რეციდივი არ მოხდეს. არც ისე ადვილია, ამიტომ ხანდაზმულ ავადმყოფის ღრმად სათესლე ჯირკვლის ამოღებას თავისი დანამატებით, რის შემდეგაც პლასტიკა საიმედოა და ოპერაცია — შედეგიანი. თუ ოპერაცია კასტრაციის ზარვაზე გაკეთდა. უსათუოდ პარკი მთელ სიგრძეზე უნდა გაიკვეთოს და გადაპრენდეს ისე როგორც ვინკელმანის ოპერაციის დროს. პლასტიკა სასურველია ბასინის წესით. ოპერაციის შემდეგ ასეთ ავადმყოფებს მოელით მთელი რიგი გართულებანი ბრონქოპნევმონიის სახით, რასაც ისინი ცუდად იტანენ, ეწყებათ შარდის შეკავება და სხვა, ამიტომ უსათუოდ დიდი პროფილაქტიკური ღონისძიებაა საჭირო, რომ ოპერაცია გართულების გარეშე ჩატარდეს.

არის კიდევ დიდი თიაქრები, რომლებიც ვითარდება სხვადასხვა ოპერაციასთან დაკავშირებით და რომლებიც ცნობილია სხვადასხვა სახელწოდებით, მაგრამ ყველაზე უფრო მიღებულია სახელწოდება — **ვ ე ნ ტ რ ა ლ უ რ ი თ ი ა ქ ა რ ი** — Hernia ventralis. არ შეიძლება აქვე არ აღინიშნოს, რომ ოპერაციისშემდგომი და რეციდივული თიაქრები ერთიმეორისაგან განსხვავდებიან დაკვეს ორი ტერმინი არ უნდა ავურიოთ ერთმანეთში.

რეციდივული თიაქარი (მაგალითად, საზარდულის რეციდივული თიაქარი — Her. inguinalis recidiva) ნიშნავს თიაქრის ოპერაციის შემდეგ იმავე ადგილას თიაქრის ხელახლა განვითარებას. ოპერაციისშემდგომი თიაქრები ვითარდება ტიპურ ადგილებში იქ, სადაც მუცლის ღრუს ორგანოებზე საოპერაციოდ გაჰყავთ განაკვეთი, მაგალითად, თეთრ ხაზზე — როგორც ჭიპის ზემოთ, ისე მის ქვემოთ (კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის ოპერაციის დროს და სხვ.); მარჯვენა ფერდქვეშა არეში ნაღვლის ბუშტის ოპერაციის დროს, Mak-Burney წერტილზე დესტრუქციული აპენდიციტის დროს და ლუმბალური განაკვეთი თირკმლის ოპერაციის დროს; ოპერაციისშემდგომი თიაქარი ვითარდება ცეცხლსასროლი ან სხვა შემღწევი იარაღით მიყენებულ ჭრილობასთან დაკავშირებით. თიაქარი შეიძლება განვითარდეს მუცლის კედლის ყველა უბანზე. სიდიდის მიხედვით ისინი განირჩევიან ერთმანეთისაგან: დასაწყისი ფორმა, მცირე სიდიდის, დიდი და უდიდესი პოსტოპერაციული თიაქრები. თიაქრების ასე დაყოფას პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს (სურ. 17) იმ მხრივ, რომ თითოეული მათგანის ოპერაციული მკურნალობა მოითხოვს ავადმყოფის თავისებურ მომზადებას. ასეთი თიაქრის კარის დახურვა, მათ შორის დიდი თიაქრების, სხვადასხვა სიძნელესთანაა დაკავშირებული, რაც მოითხოვს ქირურგის მაღალ კვალიფიკაციას. თუ



სურ. 17. ოპერაციისშემდგომი მუცლის დიდი თიაქარი.

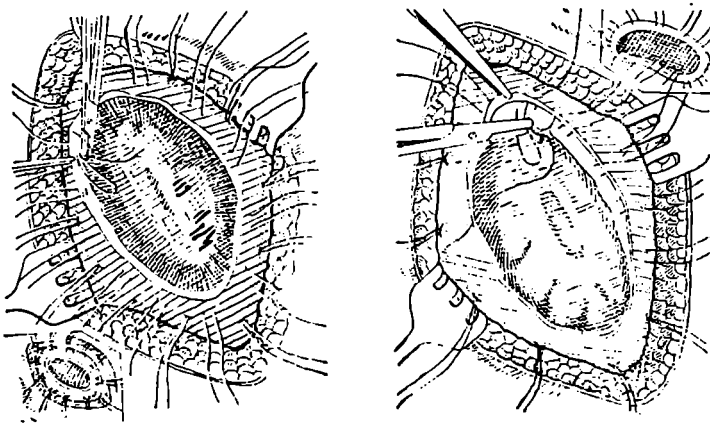
მრავალკამერიანი შეუსწორებელ ოპერაციისშემდგომ თიაქრებთან ან განმეორებით მრავალჯერ რეციდივულ დიდ თიაქრებთან გვაქვს საქმე, მაშინ ოპერაციის მსვლელობაში მოსალოდნელია გართულებები და თიაქრის ყელის დახურვა ტექნიკურად ძნელია. ოპერაციისშემდგომი თიაქრების განვითარებას ხელს უწყობს ჭრილობის დაჩირქება, რაც უფრო ხშირია გადაუდებელი სასწრაფო ოპერაციების დროს, როდესაც არ ხერხდება ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის პედანტურად დაცვა, ან როდესაც საჭიროება მოითხოვს ჭრილობაში ჩაღაგდეს ტამპონები და დრენაჟი (ნაღვლის ბუშტის ოპერაციის დროს ან მუცლის ღრუს ორგანოების პერფორაციის, გაუვალობისა და სხვა დაავადებათა შემთხვევაში), რაც თიაქრის განვითარების შესაძლებლობას იძლევა.

დიდი ვენტრალური თიაქრიანი ავადმყოფების მომზადებაზე ვრცელდება ის, რაც იყო ნათქვამი ზემოთ. ოპერაციისშემდგომი დიდი ვენტრალური თიაქრების ოპერაციის გაკეთება ადგილობრივი გაუტკივარებით სწორი არ იქნება, თუ რაიმე უკუჩვენება არაა ენდოტრაქეული ნარკოზის მისაცემად. ენდოტრაქეული ნარკოზი მიორელაქსანტების გამოყენებით უსათუოდ აადვილებს ოპერაციას და მისი გაურთულებლად დამთავრების უფრო მეტი შესაძლებლობაა. ამასთან, ავადმყოფიც ნაკლებ ფსიქიკურ ტრავმას განიცდის. ტრავმულ ტკივილებთან დაკავშირებული კოლაფსისა და შოკის განვითარების შესაძლებლობა მოხსნილია. ავადმყოფს საოპერაციო მაგიდაზე თავი ოდნავ აწეული უნდა ჰქონდეს, რაც უსათუოდ აადვილებს თიაქრის შიგთავსის შებრუნებას მუცლის ღრუში. ოპერაცია იწყება არსებული ძველი ნაწიბურების ამოკვეთით. ასეთი თიაქრების დროს შეიძლება მთელი შიგთავსი მიხორცებული იყოს მუცლის წინა კედელზე, ამიტომ ძალზე საფრთხილოა მუცლის წინა კედლისა და თიაქრის პარკის გახსნა ისე, რომ თავიდან ავიცილოთ შიგთავსის დაზიანება. ყველაზე საპასუხისმგებლო მომენტია ისეთი ადგილის მოძებნა, სადაც არაა მიხორცება და შესაძლებელია გაიხსნას პარკი, რის შემდეგ მხედველობის კონტროლქვეშ შეიძლება ჭრილობის გაგანიერება და ნაწლავის ბადექონის იმ ნაწილების გამოჩენა; რომლებიც მჭიდროდ არის დაკავშირებული თიაქრის პარკის კედელთან (იმ შემთხვევაში, როდესაც მოხდა ნაკერის გახსნა და ნაწლავის ევენტრაცია პირველადი ოპერაციის შემდეგ, შეიძლება თიაქრის პარკი სულ არ არსებობდეს და ნაწლავი უშუალოდ იყოს დაკავშირებული კანქვეშ მდებარე ქსოვილებთან; ასეთ შემთხვევებში უფრო მეტი ხიფათია მოსალოდნელი, ვინაიდან ადვილი მოსალოდნელია კანქვეშ მდებარე ნაწლავების დაზიანება). ნაწლავის გასათავისუფლებლად შეიძლება 0,25%-იანი ნოვოკაინის ხსნარის გამოყენება. ამ ხსნარის ფაშარ ქსოვილში შეყვანით ადვილდება ნაწლავის გამოცალკევება. ასე მეთოდურად, თანდათანობით, აუჩქარებლად უნდა გამოცალკევდეს ნაწლავის ყველა მარყუჟი და ბადექონი. თუ გამოყოფის დროს ნაწლავის მფარავი სეროზული გარსი დაზიანდა, მისი ჩაშვება მუცლის ღრუში უსათუოდ დიდი შეცდომა იქნება, ვინაიდან ის ამ ადგილით მიეხორცება მუცლის კედელს ან სხვა მარყუჟს და გამოიწვევს გაუვალობას. ამიტომ დაზიანებული სეროზული გარსი უნდა გაიკეროს. თუ ასეთი დაზიანება დიდ არეს მოიცავს და გაკერვა გაძნელდება ან შეავიწროებს სანათურს, ჯობია გაკეთდეს დაზიანებული სეგმენტის რეზექცია პირისპირ შერთულით; თიაქრის პარკი ან თიაქრის ფართო რგოლი აღებული და აწეული უნდა იქნეს, რომ რგოლის მთელი კიდე კარგად გამოჩნდეს და კიდეები შეხორცებისაგან განთავისუფლდეს. არ უნდა ვიჩქაროთ თიაქრის პარკის მოკვეთა, რადგან მისი გამოყენება შეიძლება პლასტიკურ

მასალად. როდესაც თიაქრის პარკის შიგთავსი ჩაბრუნდება მუცლის ღრუში დგება თიაქრის კარის დახურვის საკითხი. აქ დიდი სიფრთხილეა საჭირო და საკითხის სწორად გადაწყვეტა დამოკიდებული ოპერაციის გამოსავალი. იმ შემთხვევაში, თუ თიაქრის კარის დახურვა მოხდა დაჭიმვის გარეშე ისე, რომ არ დაირღვა სუნთქვა და გულ-სისხლძარღვთა მუშაობა, შეიძლება ოპერაცია ერთ-ერთი რომელიმე მეთოდით ჩატარდეს და პრილობა ყრუდ დაიხუროს. იმ შემთხვევაში კი, როდესაც დახურვა მოუხერხებელია და მოსალოდნელია ხიფათი საჭიროა გაკეთდეს ამ ბოლო დროს ფართოდ გავრცელებული ა ლ ო პ ლ ა ს ტ ი კ ა. არ შეიძლება არ გავამახვილოთ ყურადღება ალოპლასტიკის გაკეთებასა და მასთან დაკავშირებულ შეცდომებსა და გართულებებზე.

უკანასკნელ ხანებში ექიმთა საზოგადოების დიდი ყურადღება დაეთმო ალოპლასტიკას. ამ საკითხზე ჩატარდა მრავალი ექსპერიმენტი და კვლევა, მიეძღვნა მრავალი შრომა და გარკვეული შეხედულებაც შემუშავდა, თუ როგორ უნდა გამოვიყენოთ იგი კლინიკაში, მაგრამ ჯერ კიდევ ბევრი საკითხია დასაზუსტებელი და დასადგენი.

ქირურგიაში ფართოდ გამოიყენება პლასტიკა კაპრონით და ნეილონით (ქსოვილებით). იმ შემთხვევაში, როდესაც საქმე გვაქვს ოპერაციისშემდგომ ან რეციდივულ დიდ თიაქრებთან, რომელთა კარი (დეფექტი) ძალზე დიდია, მისი კედლები ძალზე გათხელებულია და არ შეიძლება თიაქრის კარის დახურვა არსებული მეთოდებით — ალოპლასტიკა საუკეთესო საშუალებაა.



სურ. 18—19. ოპერაციისშემდგომი მუცლის დიდი თიაქრის დეფექტის დახურვა კაპრონის ქსოვილით.

ალოპლასტიკა ტექნიკურად არ წარმოადგენს რაიმე სიძნელეს, მაგრამ აუცილებელია გარკვეული წესების დაცვა. კაპრონის ქსოვილი პრილობას ისე უნდა დაედოს, რომ არ ეხახუნებოდეს მუცლის შიგთავსს, დეფექტი წინასწარ უნდა დაიხუროს პერიტონეუმით და სხვა შემაერთებელქსოვილოვანი ფირფიტებით, ზემოდან კი დაეკრას კარგად გასტერილებული პრილობის სიდიდის კაპრონის ორმაგი ქსოვილი. კაპრონის ქსოვილს ზემოდან ისევ უნდა დაეფაროს

კუნთოვანი ან შემაერთებელქსოვილოვანი ფირფიტები იმ ვარაუდით, რომ კაპრონი არ აღმოჩნდეს უშუალოდ კანქვეშ. კანქვეშ მოხვედრისას, დაჩირქების შემთხვევაში ის კარგავს თავის ფუნქციას. ლიტერატურული მონაცემების მიხედვით ალოპლასტიკა იძლევა გართულებას 19 — 20%-ში, ხოლო რეციდივს 6 — 7%-ში. ამგვარად, შეიძლება დავასკვნათ, რომ ალოპლასტიკის გამოყენება შეიძლება უკიდურეს შემთხვევაში, როცა სხვა გამოსავალი არ არის.

აქვე შეიძლება შევნიშნოთ, რომ კვალიფიციური ქირურგი ყოველთვის მოახერხებს ალოპლასტიკის გამოუყენებლად თიაქრის ყველა ზომის ხვრელის დახურვას. ალოპლასტიკის გამოყენების დროს საჭიროა სიფრთხილის დაცვა, მისი გამოყენების ჩვენება მინიმუმამდე უნდა შემცირდეს.

არ შეიძლება აქვე არ აღვნიშნოთ, რომ ოპერაციისშემდგომი დიდი თიაქრების ქირურგიულმა მკურნალობამ მაღალ დონეს მიაღწია. მაგრამ არ შეიძლება ითქვას, რომ საკითხი ამ მიმართულებით ამოწურულია. ამჟამად მიმდინარეობს მუშაობა ასეთი თიაქრების სამკურნალოდ უფრო ეფექტური მეთოდების გამოსამუშავებლად. მაგრამ არანაკლები მნიშვნელობა აქვს ისეთი პროფილაქტიკური საშუალებების გამონახვას, რომლებიც თავიდან აგვაცილებენ ამგვარი თიაქრების განვითარებას.

ᲖᲔᲪᲓᲛᲔᲑᲘ ᲓᲐ ᲒᲐᲠᲗᲣᲚᲔᲑᲐᲜᲘ ᲐᲘᲐᲜᲐᲬᲚᲐᲕᲘᲡ ᲐᲜᲗᲔᲑᲘᲡ ᲓᲠᲝᲡ

მუცლის ღრუს ორგანოების მწვავე დაავადებათა შორის პირველი ადგილი უკავია ჭიანაწლავის ანთებას; მწვავე პერიოდში სხვა ოპერაციათა შორის ყველაზე ხშირად კეთდება აპენდექტომია. მაგალითად, 1955 წლის სტატისტიკური მონაცემებით აპენდექტომია შეადგენდა ყველა ოპერაციის 85%, რომლებიც გაკეთდა მწვავე მუცლის დიაგნოზით (ბ. პეტროვი). უკანასკნელ პერიოდში ქირურგების გამოცდილება იმდენად გამდიდრდა, რომ მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზის და მისი სხვადასხვა სტადიის განსაზღვრა არ წარმოადგენს დიდ სიძნელეს. ამასთან, კაპიტალისტურ ქვეყნებთან განსხვავებით, ჩვენს ქვეყანაში სიკვდილიანობა მწვავე აპენდიციტის მკურნალობასთან დაკავშირებით საგრძნობლად და სისტემატურად კლებულობს, ის უახლოვდება 1 — 0,5%.

დიდი კლინიკების გამოცდილებით დადგინდა, რომ ჯერ კიდევ არა ვართ უზრუნველყოფილი ისეთი მაღალკვალიფიციური სპეციალისტებით, რომ თავიდან ავიცილოთ აპენდიციტთან დაკავშირებული შეცდომები. მაგალითად, ი. ჯანელიძის მონაცემებით, ქ. ლენინგრადის სასწრაფო დახმარების კლინიკაში მოყვანილი 6418 ავადმყოფიდან მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზი გამართლდა 4220 (65,6%) შემთხვევაში, ხოლო 2198 (34,4%) დიაგნოზი არ გამართლდა. უფრო მეტიც, ს. სლუცკაიას (1) მონაცემებით, მოსკოვის ბავშვთა კლინიკაში 1955 წელს მოყვანილი 1952 ავადმყოფიდან მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზი არ დადასტურდა 1580 (80,9%) შემთხვევაში, ხოლო 372 (19,1%) შემთხვევაში დიაგნოზი დადასტურდა და გაკეთდა ოპერაცია. ასეთ დიდ დიაგნოსტიკურ განსხვავებას ავტორი ხსნის მრავალი მიზეზით.

მცდარი დიაგნოზით გზავნიან ავადმყოფებს არა მარტო რაიონის პოლიკლინიკის ექიმები, არამედ დიაგნოსტიკაში შეცდომებს უშვებენ დიდ კლინიკებშიც, სადაც მუშაობენ მაღალი კვალიფიკაციის მქონე ქირურგები. მაგალი-

თად. ი. ჯანელიძის კლინიკაში არასწორი დიაგნოზით ოპერაცია გაუკეთდა 2,5%, თუმცა ოპერაცია საჭირო იყო და ავადმყოფები არ დაზარალებულან. ხოლო იყო შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფებს ოპერაცია გაუკეთეს ოპერაციის სრული უუნჯენების დროს (მუცლის ტიფის, პლევროპნევმონიის დროს და სხვ.). ქირურგიული დისციპლინა მკაცრად მოითხოვს, რომ მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზი დაისვას სწორად და რაც შეიძლება დროულად. ყველა დაგვიანებული დიაგნოსტიკა და ჰოსპიტალიზაცია უსათუოდ შეცდომაა, რადგან მხოლოდ ნაადრევი დიაგნოსტიკა და დროული ოპერაციული მკურნალობა იძლევა ავადმყოფის განკურნების შესაძლებლობას.

არ შეიძლება აქვე არ აღვნიშნოთ, რომ დიაგნოსტიკური შეცდომა, როგორც ამას ი. ჯანელიძე ამტკიცებს, უფრო მეტია, ვიდრე ამაზე იწერება. რამდენია ისეთი შემთხვევა, როდესაც კლინიკაში შემოსული ავადმყოფის დიაგნოზის დადგენა ძნელდება. გარკვეული დროის განმავლობაში მიმდინარეობს დაკვირვება და საბოლოოდ, როდესაც დიაგნოზი დაზუსტდება, უკეთდება ოპერაცია. ზუსტი დიაგნოზი დაისმება ოპერაციის დროს, ისტორიაში ნამდვილი დიაგნოზი იწერება ოპერაციის შემდეგ.

არც ერთ ავადმყოფს არ უნდა გაუკეთდეს ოპერაცია, ვიდრე ექიმი ისტორიაში არ ჩაწერს მის მიერ დადგენილ დიაგნოზს. ოპერაციის შემდეგ ირკვევა დიაგნოსტიკური შეცდომები.

მწვავე აპენდიციტის ტიპურად მიმდინარეობის დროს დიაგნოსტიკური შეცდომები ძალზე იშვიათია, სამაგიეროდ როცა გვაქვს აპენდიციტის არატიპური ფორმა დიაგნოსტიკური შეცდომები უფრო მეტია.

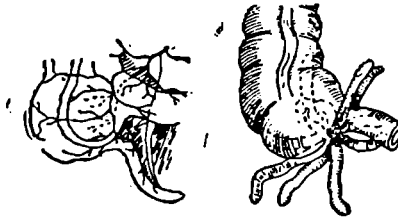
აქ საჭიროდ არ მიგვაჩნია იმ ტიპური სიმპტომოკომპლექსის ჩამოყალიბება, რის მიხედვითაც ისმება დიაგნოზი. ეს კარგადაა მოცემული ქირურგიის სახელმძღვანელოებში, მაგრამ ამ დაავადებასთან დაკავშირებით შეცდომების მიზეზი მრავალია, ვინაიდან მის მიმდინარეობაში ადგილი აქვს მთელ რიგ გადახრებს, რომლებიც აძნელებენ სწორი დიაგნოზის დასმას. მაგალითად, აპენდიციტის დასაწყისი ფორმა არ იძლევა ექიმისათვის ცნობილ კლინიკურ სურათს, ე. ი. ძლიერ ტკივილს ილეოცეკალურ არეში, ტემპერატურის მომატებას, გულისრევას და ღებინებას. ავადმყოფობის მკვეთრ გამოვლინებამდე აუცილებელია ყურადღება მივაქციოთ დასაწყის სტადიას, რაც გამოიხატება საერთო სისუსტით, ეპიგასტრიუმისა და ილეოცეკალურ არეში მოსათმენი ტკივილით, ზომიერი ან სუბფებრილური ტემპერატურით, ღრმა პალპაციის დროს ზომიერი ტკივილით ილეოცეკალურ არეში და უმტკივნეულობით ეპიგასტრიუმის მიდამოში, რათა დროულად მოვახდინოთ ავადმყოფის ჰოსპიტალიზაცია.

გამოუცდელი ექიმი ყოველთვის ეძებს ტკივილს არა იქ, სადაც ნამდვილად მდებარეობს დანამატი, არამედ იქ, სადაც მას ეგულება. მაგალითად, ზოგიერთი ავტორის მიხედვით (10 — 15%% შემთხვევაში) ჭიანაწლავი ბრმა ნაწლავის უკან მდებარეობს და როდესაც იქ ვითარდება ანთებითი პროცესი ავადმყოფს ტკივილები მუცლის წინა ზედაპირზე არ ექნება, ან სუსტად ექნება გამოხატული. უკანა ზედაპირზე კი, განსაკუთრებით პეტიტის სამკუთხედში, პალპაციით აშკარად იქნება გამოხატული ტკივილი. ექიმმა ეს აუცილებლად უნდა იცოდეს.

უსათუოდ დიდ შეცდომას უშვებს ექიმი, როდესაც ავადმყოფს არ აწვენს

სტაციონარში იმის გამო, რომ მას ოპერაციის გაკეთება დაგეგმილებულად მიაჩნია და ამჯობინებს კონსერვატიულ მკურნალობას ოჯახში.

ყველა ექიმისათვის ცნობილი უნდა იყოს ის გარემოება, რომ მწვავე აპენდიციტის ოპერაციის გაკეთების უკუჩვენება დროით არ განისაზღვრება. ოპერაციის გაკეთება შეიძლება ყველა პერიოდში, გარდა აპენდიკულარული ინფილტრაციისა. ამ შემთხვევაში მკურნალობა კონსერვატიულია, ვიდრე არ შეიწოვება ინფილტრატი. ამიტომ ინფილტრატიანი ავადმყოფი უსათუოდ უნდა იწვეს არა ოჯახში, არამედ ქირურგიულ განყოფილებაში, ვინაიდან ინფილტრატი შეიძლება არ შეიწოვოს, არამედ უფრო გადიდდეს, დაჩირქდეს და საოპერაციო გახდეს.



სურ. 20. ჰიანწლავის სხვადასხვა მდებარეობა.

დანამატულებრივი შეცდომაა, როდესაც ექიმი კარგად ვერ სვამს დიაგნოზს და მუცლის არეში ტკივილს, გულისრევა-ღებინებას ჩათვლის ალიმენტურ ინტოქსიკაციად და ავადმყოფს სასაქმებელს (საფაღარათო ზეთს ან ინგლისურ მარილს) ან ოყნას უნიშნავს. ამ შემთხვევაში ტკივილი შეიძლება მწვავე აპენდიციტის ან მუცლის ღრუს სხვა მწვავე დაავადების (გაუვალობა, ანთებითი პროცესი და სხვა) დასაწყისი იყოს, რომლის დროსაც საფაღარათოს მიცემა სასტიკად აკრძალულია, ვინაიდან მისი მიცემა ავადმყოფის ყოფნა-არყოფნას სათუოს ხდის. თუ რამდენად მავნებელია საფაღარათოს არამიზნობრივი მიცემა გვიჩვენებს ფილადელფიელი (აშშ-ის ქალაქი) გამოჩენილი ექიმის ბოუერის მონაცემები. ჰიანწლავის მწვავე ანთების დროს ერთხელ მიცემულ საფაღარათოს შედეგად გარდაიცვალა 1 : 16-ზე, ხოლო ორჯერ მიღების შედეგად 1 10-ზე. სხვადასხვა შემთხვევაში საფაღარათოს გარეშე დაღუპულია 1 169-ზე.

მუცლის ღრუს ორგანოების მწვავე ანთების დროს საჭიროა სრული სიმშვიდე, საფაღარათო საშუალებების მიცემა კი აძლიერებს პერისტალტიკას და ამით ხელს უწყობს პერფორაციას. როდესაც არაა გარკვეული დაავადების მიზეზი, ასევე უნდა აიკრძალოს სხვა სახის ოყნების გაკეთება.

ჩამოთვლილი შეცდომები შეიძლება დაკავშირებული იყოს თვით ჰიანწლავის ტოპოგრაფიულ-ანატომიურ მდებარეობასთან, ანთებითი პროცესის გართულების ინტენსივობასთან. მაგრამ აქვე უნდა აღინიშნოს ის ფაქტი, რომ არის მთელი რიგი დაავადებები, რომელთაც არა აქვთ კავშირი ჰიანწლავთან, მაგრამ იძლევიან ამ ორგანოს დაავადების სიმულაციას, რის გამოც შეიძლება დაეუშვათ შეცდომა. დიაგნოსტიკური ხასიათის შეცდომების დაშვების მიუხედავად, ზემოაღწერილი დაავადებების დროს ოპერაციული ჩარევა ავადმყოფისათვის აუცილებელია და მეტად საჭირო. სულ სხვაა, როდესაც ექიმი ზოგჯერ უშვებს სავალალო შეცდომას იმ დროს, როდესაც ოპერაციის გაკეთება უკუნაჩვენებია.

ჩვენ მოკლედ შევეხებით როგორც პირველი, ისე მეორე ჯგუფის დაავადებებს, რომლებიც მოითხოვენ დაკვირვებულ ანალიზს. მწვავე აპენდიციტი დიფერენცირებას მოითხოვს როგორც მუცლის ღრუს, ისე მის გარეთ მდებარე

ორგანოების დაავადებებთან. შევეხებით მხოლოდ ზოგიერთ ტიპურ შემთხვევას.

გამოჩენილმა დასტაქარმა, კ ი უ მ ე ლ მ ა, მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზით ოპერაცია გაუკეთა თაყის შვილს. ოპერატორმა ჭიანაწლავი ვერ ნახა. ოპერაციის მე-2 — 3 დღეს დადგინდა რომ ავადმყოფს ჰქონდა ფილტვის ანთება. შემდეგი დაკვირვებებით დადგინდა, რომ განსაკუთრებით ბავშვებში ცენტრალური პნევმონია და ჭიანაწლავის ანთება ერევათ ერთმანეთში, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც საქმე ეხება ცენტრალურ პნევმონიას. ამ დროს შეიძლება ვერც პერკუსიით, ვერც მოსმენით ვერ აღმოვაჩინოთ აღსანიშნავი ცვლილებები ფილტვებში.

ასეთ შემთხვევებში უნდა ვისარგებლოთ თერაპევტის, პედიატრის, ინფექციონისტის კონსულტაციით, რომლებიც, რასაკვირველია, პირველ ხანებში რაიმე საქმიან დახმარებას ვერ გაგვიწევენ. ამ დაავადების დადგენა შეიძლება რენტგენოლოგიურად, თუ ვისარგებლებთ გამოკვლევის ამ მეთოდით.

ამგვარად, ზოგიერთი დაავადების სადიფერენციაციოდ საჭიროა რიგი სპეციალისტების კონსულტაცია. მაგრამ შეცდომა მაშინ უფრო ხდება, როდესაც ასეთ საკთხს (როგორიცაა მწვავე აპენდიციტის დიაგნოსტიკა) ექიმები მარტივად — ლაბორატორიული, რენტგენოლოგიური და, არაიშვიათად, სისხლისა და შარდის გამოკვლევის გარეშე წყვეტენ ოპერაციის სასარგებლოდ, რაც უსათუოდ დ იდ შ ე ც დ ო მ ად უნდა ჩაითვალოს. არ შეიძლება აქვე არ აღვნიშნოთ დიაგნოსტიკური შეცდომები დიაფრაგმული პლევრიტის დროს. ამ დაავადების დროს ჩვენ გვაქვს სადიფერენციაციო მონაცემები. მაგალითად, ექიმისათვის ცნობილი უნდა იყოს, რომ ადამიანის ნორმალური სუნთქვა და მაჯა ეთანაბრება 1 : 4-ს; დიაფრაგმული პლევრიტის დროს კი სუნთქვა გახშირებულია 30 — 40-ჯერ, ამასთან, ტკივილი უფრო გამოხატულია მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში და არა ილეოცეკალურ არეში. პლევრის ხახუნი და სხვა მრავალი მონაცემი შესაძლებლობას იძლევა, რომ ეს დაავადება გამოირიცხოს. არის შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფები, განსაკუთრებით ხანშიშესულები, უჩივიან მთელ მუცლის არეში მწვავე ტკივილს, მაგრამ ტკივილის ლოკალიზაციას ვერ აღნიშნავენ. ექიმი კი მიზეზს მუცლის ღრუს ორგანოების დაავადებაში ეძებს და დიაგნოზს მწვავე აპენდიციტის სასარგებლოდ წყვეტს. ნამდვილი დიაგნოზი კი — პერიკარდიტი — იშვიათად, მაგრამ მაინც საოპერაციო მაგიდაზე დგინდება. გასინჯვისას კი ექიმმა გულის არეში აღმოაჩინა მხოლოდ მოდუნება და მოყურუება ასკრობრივი ცვლილებების გამო. ასევე შეიძლება შეცდომის წყარო იყოს ვირუსული გრიპი, ანგინა, ალიმენტური ინტოქსიკაცია, ინფექციური დაავადებანი, განსაკუთრებით ბავშვებში, ფილტვის კრუპოზული ანთება, ბოტკინის სნეულება და სხვა.

იმ შეცდომათაგან, რომელთა დაშვება მოსალოდნელია მუცლის ღრუს ორგანოების დაავადებების დროს და რომლებიც იძლევა მწვავე აპენდიციტის კლინიკურ სურათს, უნდა დავასახელოთ კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების პერფორაცია. პერფორაციის ტიპურ შემთხვევებში, რასაკვირველია, დიაგნოზის დადგენა არ წარმოადგენს სიძნელეს და დიფერენცირებაც ადვილია, მაგრამ ახალგაზრდებში, როდესაც წყლულოვანი ანამნეზი საესებით გამორიცხულია, ასე ერთბაშად განვითარებული პერფორაცია, რომლის დროს კუჭის შიგთავსის ნაწილი ჩაიღვრება მუცლის ღრუში, რის შემდეგ შეიძლება მოხდეს პერფორაციის მიფარება — კლინიკური სურათი არ იქ-

ნება ტიპური. პირველ მომენტში არსებული ძლიერი ტკივილი ეპიგასტრიუმის მიდამოში გადაინაცვლებს მარჯვენა ფერდქვეშა და ილეოცეკალურ მიდამოში, ეს არე პალპაციით მტკივნეული ხდება, მაშინ როდესაც ეპიგასტრიუმის არეში ნაწილობრივ მოეშვება. ამ შემთხვევაში ტკივილს იწვევს ილეოცეკალურ არეში ჩამოსული კუჭის შიგთავსით გამოწვეული გაღიზიანებანი. შესაძლებელია სისხლში ზომიერმა ლეიკოციტოზმა და სუბფებრილურმა ტემპერატურამ აპენდიციტზე გვაფიქრებინოს. აქ შეცდომა დასაშვებია, მაგრამ იგი უნდა გამოსწორდეს ოპერაციის დროს; როდესაც საკითხი ეხება კუჭის პერფორაციისა და მწვავე აპენდიციტის საეჭვო შემთხვევებს, მწვავე აპენდიციტის სასარგებლოდ უნდა გადაწყდეს და ოპერაცია უნდა გაკეთდეს.

ოპერაციის დროს ქირურგმა ყურადღება უნდა გაამახვილოს, რომ არ დაუშვას მეორე გამოუსწორებელი შეცდომა მუცლის ღრუს გახსნისას და ჭიანწლავის დათვალიერების დროს და დანამატში მიღებული მეორეული ცვლილებები არ ჩათვალოს აპენდიციტის კატარულ ფორმად, არ დაკმაყოფილდეს უბრალო აპენდექტომიით. გამოცდილი ქირურგი უსათუოდ დაადგენს, რომ ის პათოლოგიურ-ანატომიური ცვლილებები, რომლებიც აღინიშნება კონკრეტულ შემთხვევაში, და კლინიკური სურათი არ შეესაბამება ერთიმეორეს, ამასთან, აქ ჩაქცეული სითხის მეავე სუნი კუჭის შიგთავსის დამადასტურებელია, რომ ძირითადი დაავადების მიზეზი პერფორაციაა, ამიტომ ქირურგი ამ განაკვეთს დატოვებს გაუკერავად, ტამპონის ჩასადებად და აკეთებს მეორე განაკვეთს თეთრ ხაზზე. კუჭისა და თორმეტგოჯას დათვალიერება იძლევა შეცდომის გამოსწორების საშუალებას და ოპერაცია მიმართული იქნება ძირითადი დაავადების სამკურნალოდ.

მწვავე აპენდიციტი და საშვილოსნოსგარე ორსულობა. როდესაც საკითხი დადგება — რაა მიზეზი იმისა, რომ მწვავე აპენდიციტისა და საშვილოსნოსგარე ორსულობის დროს ძნელდება დიფერენცირება, მხედველობაში გვაქვს როგორც ერთი, ისე მეორე დაავადების არა ტიპური სურათი, არამედ ის საერთო, რაც მათ აერთიანებს და შეცდომის მიზეზი ხდება. შეცდომები კი არც ისე იშვიათია. რიგი ავტორების მონაცემებით ის მერყეობს 1 — 0,9%-ს შორის.

პირველი საერთო ნიშანი არის ტკივილი.

საშვილოსნოსგარე ორსულობას ახასიათებს მძაფრი მოვლითი ტკივილები, რომელიც მოედება მთელ მუცელს ან ბოქვენის ზემო მიდამოს. ტკივილი ირადიაციას იძლევა წელის, მხარისა და სწორი ნაწლავისაკენ. გულისრევა და ღებინება შეიძლება როგორც აპენდიციტის, ისე საშვილოსნოსგარე ორსულობის დროს. მაგრამ ამ უკანასკნელის დროს ღებინებასთან ერთად შეიძლება აღინიშნოს უმადობა, საჭმლის შეძულება, საერთო სისუსტე, მოდუნება, უხალისობა. ეს და მრავალი სხვა დეტალი, თუ ექიმი ყურადღებით იქნება, იძლევა შემთხვევათა დიფერენცირების შესაძლებლობას. მაგრამ ზოგ შემთხვევაში მარჯვენა საკვერცხის აპოპლექსიის ან კვერცხსავალი მილის გახეთქის დროს მუცლის ღრუში ჩაღვრილი სისხლი იწვევს პერიტონიტის გაღიზიანებას და ტკივილები ლოკალიზდება ილეოცეკალურ არეში. ამასთან, თუ მცირე მენჯის ღრუში სისხლი დიდი რაოდენობით არაა ჩაღვრილი, გინეკოლოგები (გამოცდილებიც კი) ვერ ახერხებენ დიაგნოზის დაზუსტებას, ამიტომ ქირურგი საკითხს წყვეტს მწვავე აპენდიციტის სასარგებლოდ და ოპერაცია კეთდება ლენანდერის განაკვეთით. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ასეთ საეჭვო შემთხვევაში ჯობია ლენანდერის განაკვეთის გაყვანა, რაც (შეცდომის შემთხვევაში) გაადე-

ვილებს ოპერაციას და ავადმყოფს ასცდება ზედმეტი ტრავმა. მუცლის ღრუს გახსნისას კი იქ არსებული ჩაქცეული სისხლის მიხედვით ადვილად დადგინდება ავადმყოფობის ნამდვილი მიზეზი — მწვავე აპენდიციტი შეცდომით იყო დასმული, დაავადების ნამდვილი მიზეზი საშვილოსნოსგარე ორსულობა იყო. ზოგ შემთხვევაში პრილობა იკერება და ტარდება ახალი განაკვეთი თეთრ ხაზზე და ოპერაცია ბოლომდე მიჰყავთ.

ზოგ შემთხვევაში ანამნეზის შეკრების დროს ავადმყოფს შეცდომაში შეჰყავს ექიმი, არწმუნებს, რომ იგი გაუთხოვარია. ასეთ განცხადებას ეუვის თვალით უნდა შევხედოთ, ვინაიდან გაუთხოვარი ქალი შეიძლება ორსული ან საშვილოსნოსგარე ორსული იყოს. მოვიყვანთ ერთ საინტერესო შემთხვევას. რაიონის ერთ საავადმყოფოში ღამით სასწრაფო დახმარებით მიიყვანეს ახალგაზრდა გაუთხოვარი ქალი, 27 წლის, მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზით. მორიგე ექიმმა ილეოცეკალურ არეში მტკივნეულობა ჩათვალა მწვავე აპენდიციტის გამოელინებად და ყოველგვარი გამოკვლევის გარეშე ავადმყოფს გაუკეთა ოპერაცია — აპენდექტომია. ოქმში ჩაიწერა — აპენდიციტის კატარული ფორმა. ოპერაცია დამთავრდა გაურთულებლად. დილისთვის, ავადმყოფის მდგომარეობა დამძიმდა — მაჯა ძაფისებრი — 120, ტემპერატურა 37°, მუცელი რბილი, ოდნავ შებერილი; ეჭვი მიტანეს შინაგან სისხლის დენაზე. სისხლის გადასხმით და სხვა ზომების მიღებით მდგომარეობა თითქოს გამოკეთდა, მაგრამ მე-3 — 4 დღეს ავადმყოფს სიცხემ აუწია, მუცელი უფრო შეებერა — გადაწყდა ოპერაცია. ოპერაციის დროს მუცლის ღრუში მარჯვენა ფალოპიუსის მილი გახეთქილი აღმოჩნდა, დიდი რაოდენობით შავი სისხლი ამოიწმინდა და ნაოპერაციევ მიდამოში ჩატოვეს რეზინის მილი. ავადმყოფი გადარჩა. როგორც ჩანს ორსული მილის გახეთქა მოხდა ოპერაციის — აპენდექტომიის დამთავრების შემდეგ.

მეორე შემთხვევაში აგრეთვე არ იყო გამოცნობილი საშვილოსნოსგარე ორსულობა და გაკეთდა აპენდექტომია; ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფს აღენიშნებოდა ძლიერი ტკივილები მარჯვენა მხარეს, მხოლოდ მე-7 დღეს, როდესაც მილი გასკდა, ტკივილის ნამდვილი მიზეზი გაირკვა და გაკეთდა განმეორებითი ოპერაცია. ავადმყოფი გადარჩა.

1958 წელს, ქირურგიულ განყოფილებაში სასწრაფო დახმარების წესით მოიყვანეს 18 წლის გოგონა, მოწაფე, მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზით. ავადმყოფს ჰქონდა გულისრევა, ღებინება, ძლიერი შეტევითი ტკივილები ეპიგასტრიუმისა და ილეოცეკალურ არეში. მსგავსი მოვლენები წარსულშიც ჰქონია. ლეიკოციტები — 9.800. ამ შემთხვევაში მწვავე აპენდიციტი ეჭვს არ ბადებდა. გადაწყდა სასწრაფო ოპერაცია. განაკვეთი M.-Burney, მუცლის ღრუს გახსნისას აღმოჩნდა ჩაქცეული, საკმაო რაოდენობის შავი ფერის სისხლი, რითაც დადასტურდა დიაგნოსტიკური შეცდომა. პრილობა გაიკერა. ახალი განაკვეთი გატარდა თეთრ ხაზზე. აღმოჩნდა საკვერცხის კისტის გასკდომა. საკვერცხის ნაწილი ამოიკვეთა და საკვერცხე გაიკერა. მუცლის ღრუ ყურად დაიბურა. მე-8 დღეს ავადმყოფი გაეწერა განკურნებული.

მწვავე ქოლეცისტიტი. ამ დაავადების დროს, მსგავსად აპენდიციტისა, უეცრად იწყება შეტევითი ტკივილები, რასაც ხშირად თან ერთვის გულისრევა და ღებინება. პირველ ხანებში ტკივილი გაფანტული ხასიათისაა, შემდეგ თანდათანობით ლოკალიზდება მუცლის მარჯვენა ნახევარში, განსაკუთრებით ნეკნთა რკალის ქვემოთ. ტკივილები ირადიაციას იძლევა ბეჭისა და მხრისაკენ; ღვიძლის მთავარი სადინარი თუ არ დაიხშო, სიყვითლე არაა გამოხატული. ზოგ

შემთხვევაში ნაღვლის ბუშტი დიდდება და ჩამოდის ჰიპამდე ან ხშირად აღინიშნება ჰიანაწლავის რეტროცეკალური მდებარეობა, ის აღწევს ნაღვლის ბუშტამდე და ანთებითი პროცესის დროს იძლევა ნაღვლის ბუშტის ანთებისათვის დამახასიათებელ სიმპტომოკომპლექსს, რის გამოც გამოცდილი ქირურგებიც უშვებენ შეცდომებს. იმ შემთხვევაში, როდესაც დიფერენცირება გაძნელებულია, ჯობია გაკეთდეს ჰიანაწლავის ოპერაცია. თუ ოპერაციის დროს ჰიანაწლავში არსებული პათომორფოლოგიური ცვლილებები ეჭვს ბადებს, რომ დაავადების მიზეზი აპენდიციტი კი არა, არამედ სხვა ორგანოა, ჯერ უნდა გაკეთდეს აპენდექტომია, შემდეგ კი უნდა გაგანიერდეს ჭრილობა. ასეთ საეჭვო შემთხვევაში უსათუოდ უნდა გაკეთდეს ლენანდერის განაკვეთი ნეკნთა რკალამდე და დათვალიერდეს ნაღვლის ბუშტი. თუ ეს არ გაკეთდა, შესაძლებელია ოპერაციის შედეგი საბედისწერო გახდეს.

საინტერესო შემთხვევაა: ერთ-ერთ ქირურგიულ განყოფილებაში მოიყვანეს ავადმყოფი მწვავე მუცლით. მორიგე ექიმმა დაადგინა მწვავე აპენდიციტი. გაკეთდა ოპერაცია. ოპერაციის დროს აპენდიციტი შეცვლილი აღმოჩნდა ანთების გამო. გაკეთდა აპენდექტომია. ოქმში ჩაიწერა მწვავე აპენდიციტის გამო ოპერაცია. საერთოდ, ინფექციის ბუდის მოშორებით და ანტიბიოტიკების გამოყენებით ანთებითი მოვლენები ჩქარა ცხრება, მაგრამ ამ შემთხვევაში ავადმყოფის მდგომარეობა კი არ გამოკეთდა, პირიქით გაუარესდა. მოიწვიეს კონსილიუმი მაღალი კვალიფიკაციის ქირურგებისა და თერაპევტების შემადგენლობით; ეძებდნენ ჩირქგროვას დუგლასის ფოსოში, ნაწლავებს შორის, მაგრამ კეშმარიტი მიზეზი ვერ დადგინდა. მდგომარეობა თანდათან გაუარესდა, ტკივილები აღინიშნა ნაღვლის ბუშტის საპროექციო მიდამოში. ბოლო კონსილიუმზე დადგინეს ნაღვლის ბუშტის მწვავე ანთების სავარაუდო დიაგნოზი. გაკეთდა ქოლეცისტექტომია. აღმოჩნდა ნაღვლის ბუშტის განგრენული ანთება. ავადმყოფი განიკურნა.

რასაკვირველია, ამ შემთხვევაში პირველი ოპერატორი შეცდა. დაკმაყოფილდა მარტო აპენდექტომიით, მაშინ როდესაც ავადმყოფს ჰქონდა ნაღვლის ბუშტის მწვავე ანთება. დროზე რომ არ გაკეთებულიყო ნაღვლის ბუშტის ოპერაცია — ქოლეცისტექტომია, ავადმყოფი უსათუოდ დაიღუპებოდა და მიზეზს დაადგენდნენ სასექციო მაგიდაზე.

მწვავე მეზენტერიული ლიმფადენიტის კლინიკური სურათი რიგ შემთხვევებში სავსებით ემსგავსება მწვავე აპენდიციტს. ეს დაავადება იწყება მუცლის არეში (განსაკუთრებით ბავშვებში) ძლიერი ტკივილით. პირველად ტკივილი მოედება მთელ მუცელს, თანდათანობით ლოკალიზდება მარჯვენა ნახევარში. ტკივილი არც ერთი მიმართულებით არ იძლევა ირადიაციას. ხშირია გულისრევა, ღებინება, გაზების შეკავება, ტემპერატურა 38 — 38,5°, ჰიპერლეიკოციტოზი 15 — 18 ათასამდე, ზოგ შემთხვევაში დეფანსი კარგად არის გამოხატული.

ამგვარად, დიფერენცირება მწვავე მეზენტერიტსა და მწვავე აპენდიციტს შორის იმდენად რთულია, რომ შეცდომა მოსდით მაღალკვალიფიციურ ქირურგებსაც კი; დიაგნოსტიკური შეცდომის ნამდვილი მიზეზი ირკვევა საოპერაციო მაგიდაზე (ვ. ბრაიცევი, ნ. სამარინი), ამიტომ როდესაც მწვავე აპენდიციტის გამო ოპერაცია უკეთდებათ ბავშვებსა და ახალგაზრდებს, მიღებული ცვლილებები ვერ განსაზღვრავენ ჰიანაწლავის მწვავე ანთებას, უსათუოდ კარგად უნდა დათვალიერდეს წვრილი ნაწლავის ჯორჯალი. თუ დადგინდა, რომ საქმე გვაქვს მწვავე მეზენტერიტთან, უნდა ჩატარდეს მიზეზობრივი მკურნალობა. აპენდექ-

ტომია მაინც კეთდება, რომ ის შემდგომში არ გახდეს შეცდომის მიზეზი, მუცლის ღრუში ისხმება სტრეპტომიცინისა და პენიცილინის ხსნარი და ჭრილობა იხურება ყრუდ.

არის კიდევ მთელი რიგი დაავადებები, რომლებიც იძლევიან მწვავე აპენდიციტის სიმულაციას (თირკმლისა და შარდსაწვეთის კენჭოვანი დაავადება, მწვავე პანკრეატიტი, გაუვალობა, პარა- და პერიმეტრიტები, ოფორიტები და სხვა). ამ დაავადებათა ჩამოთვლა და ცალ-ცალკე მათი გარჩევა შეუძლებელია, მაგრამ ყველა დაავადებას უნდა მიექცეს ყურადღება, რომ რაც შეიძლება ნაკლები დიაგნოსტიკური შ ე ც დ ო მ ა დავუშვათ და მკურნალობაც სწორად წარვმართოთ.

ᲨᲔᲪᲓᲝᲛᲔᲑᲘ ᲐᲘᲐᲜᲐᲚᲐᲕᲘᲡ ᲝᲞᲔᲠᲐᲪᲘᲘᲡ ᲓᲠᲝᲡ

გაურთულებელი აპენდიციტის ოპერაცია ახალგაზრდა ქირურგებსა და უკანასკნელი კურსის სტუდენტებს „მარტივი“ და ადვილად შესასრულებელი ჰგონიათ, მაგრამ ამ „მარტივი“ ოპერაციის დროს ხშირად ხდება შეცდომები და გართულებანი და ამიტომ ყველა ექიმმა, რომელიც ქირურგის პროფესიას ირჩევს უნდა გაითვალისწინოს მოსალოდნელი შეცდომები და უნდა დაეუფლოს ამ შეცდომების აცილების ხერხებს. წინააღმდეგ შემთხვევაში ამ „მარტივმა“ ოპერაციამ შეიძლება იმსხვერპლოს მრავალი ავადმყოფი. (ამასვე ადასტურებს სამედიცინო ჟურნალებში დაბეჭდილი სტატიები, სადაც აღწერილია აპენდექტომიის დროს დაშვებული ტექნიკური შეცდომები).

როგორც ავტორთა უმრავლესობა აღნიშნავს აპენდექტომიის დროს ყველაზე ფიზიოლოგიურად ითვლება ირიბი განაკვეთის გატარება მაკბურნეის ან ვოლკოვიჩ-დიაკონოვის წერტილზე. განაკვეთი კეთდება ჰიპისა და თეძოს ძვლის ზედა წვეტის შემაერთებელი ხაზის გარეთა მესამედის საზღვარზე. განაკვეთი უსათუოდ უნდა გაკეთდეს პუპარტის იოგის პარალელურად არანაკლებ 10 — 12 სანტიმეტრისა. თუ ავადმყოფი მსუქანია და მოსალოდნელია შეხორცების არსებობა, განაკვეთი უფრო ფართო უნდა იყოს.

უსათუოდ შეცდომაა, როდესაც ქირურგი ოპერაციის გაკეთებას ცდილობს კოსმეტიკური თვალსაზრისით — პატარა განაკვეთით. ასეთი პატარა განაკვეთის დროს ქირურგი მუშაობს ბრმად. ბრმა ნაწლავის ამოსაღებად გამოიყენება გრძელი პინცეტი, რამაც შესაძლებელია გამოიწვიოს ნაწლავის კედლის ტრამვირება, რაც შემდეგ ხდება შეხორცებების, დინამიკური გაუვალობის წყარო. ამასთან, ქირურგს არა აქვს წვრილინ აწლავის დათვალიერების შესაძლებლობა, რომ დადგინდეს - ხომ არა გვაქვს საქმე მეზენტერიული ჯირკვლების არსებობასთან მეზენტერიტის სახით, ბრმა ნაწლავიც ვერ ამოეტევა ჭრილობაში და რიგი სხვა მიზეზები ართულებს ოპერაციას, ამიტომ პატარა განაკვეთის გაკეთება შეცდომაა და კლინიკაში უნდა აიკრძალოს.

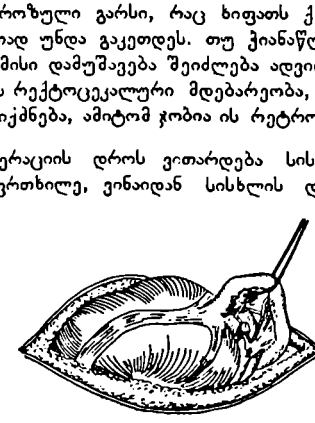
როდესაც განაკვეთი ირიბია, გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზიც იკვეთება გასწვრივად, ვინაიდან იქ არსებული ნერვები და სისხლძარღვებიც პარალელურად მიემართებიან და მათი დაზიანება თავიდან იქნება აცილებული. გარეთა კუნთის აპონევროზის გაკვეთისა და მისი კიდეების პეანებით აღების შემდეგ კარგად გამოჩნდება შიგნითა ირიბი კუნთი, რომლის ბოჭკოებს განაკვეთის პერპენდიკულარული მიმართულება აქვს. ამ კუნთების მხოლოდ ფასცია იკვეთება, ბოჭკოები ჩლუნგად იხლიჩება ბოჭკოების მიმართულებით. ასეთივე

მიმართულება აქვს გარდიგარდმო კუნთების ბოჭკოებს, რომლებიც ასევე ჩლუნგად ითშება, რის შემდეგ იკვეთება გარდიგარდმო ფასცია და მაშინვე გამოჩნდება პერიტონეუმის პარიესული ფურცელი. უსათუოდ დიდი სიფრთხილეა საჭირო პერიტონეუმის პარიესული ფურცლის გაკვეთისას, რადგან შეიძლება მიხორცებული ან მჭიდროდ იყოს მიკრული მუცლის ღრუს რომელიმე ორგანო და გაკვეთისას დაზიანდეს, ამიტომ რამდენადაც შესაძლებელია იგი მაღლა უნდა აიწიოს, ორი თითით გაისინჯოს და შემდეგ ფრთხილად გაიკვეთოს. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ თუ ჭირურგმა პუპარტის იოგთან ახლო გაიყვანა განაკვეთი, ის შეიძლება კუნთების გახსნის შემდეგ მოხვდეს ექსტრაპერიტონულ სივრცეში და გაუძნელდეს მუცლის ღრუში შესვლა.

ზოგი ოპერატორი ცდილობს ანესთეზია კანის გაკვეთამდე მოათავოს, რაც შეცდომაა. გაუტკივარება უნდა გაკეთდეს გულმოდგინედ 0,25%-ანი ნოვოკაინით, ფენების მიხედვით; მუცლის ღრუს გახსნის შემდეგ უნდა გაკეთდეს თვით პერიტონეუმის, მუცლის კუნთოვანი სისტემის ანესთეზია, რაც გააადვილებს ოპერაციას. საჭიროების შემთხვევაში ანესთეზია უნდა გაუკეთდეს ნაწლავისა და დანამატის ჯორჯალსაც.

მუცლის ღრუს გახსნისას თუ გამოიყო მღვრიე ჩირქოვანი სითხე, ის უნდა ავიღოთ სინჯარაში იმის დასადგენად, თუ რა ფლორასთან გვაქვს საქმე. პირველ რიგში, უნდა მოვძებნოთ ბრმა ნაწლავი, რაც ზოგ შემთხვევაში არც ისე ადვილია (ჩვენ აქ არ გვაქვს მხედველობაში, როდესაც ოპერაცია ტიპურად მიმდინარეობს). ზოგ შემთხვევაში ცეკუმს მაღალი მდებარეობა აქვს, ზოგჯერ ის მცირე მენჯში ეშვება, არის შემთხვევები, როდესაც ის მარცხენა მხარეზე ან მარცხენა ფერდქვეშა არეშია, ამიტომ მუცლის ღრუს ორგანოების (ბრმა ნაწლავის ძებნის მიზნით), განსაკუთრებით წერილი ნაწლავების პინცეტით მრავალჯერ ამოღება და ისევ ჩაშვება შეცდომაა, ეს იწვევს ნაწლავის ტრავმას და ოპერაციის შემდეგ დინამიკურ გაუვალობას. საჭიროა კარგად გაგანიერებული ჭრილობა შემოისაზღვროს ტამპონებით და ისე მოიძებნოს მსხვილი ნაწლავი. თუ ის ფიქსირებულია მისი მოქაჩვით შეიძლება დაზიანდეს სეროზული გარსი, რაც ხიფათს ქმნის, ამიტომ ყოველგვარი მანიპულაცია სათუთად უნდა გაკეთდეს. თუ ჭიანაწლავის შემთხვევებში არა გვაქვს შეხორცებები მისი დამუშავება შეიძლება ადვილად, მაგრამ როდესაც ის შეხორცებებშია ან აქვს რექტოცეკალური მდებარეობა, მისი გამოყოფა ძნელია, რის გამოც საფრთხე იქმნება, ამიტომ ჯობია ის რეტროგრადულად გამოიყოს.

არის შემთხვევები, როდესაც ოპერაციის დროს ვითარდება სისხლის დენა. ამ დროს უნდა გამოვიჩინოთ სიფრთხილე, ვინაიდან სისხლის დენის დროს ორიენტაცია იკარგება, ამიტომ ნაწლავის მკვებავ არტერიას უნდა დავადოთ პეანი და სისხლის დენა შევაჩეროთ. მაგრამ ოპერაციის შემდეგ შეიძლება განვითარდეს მსხვილი ნაწლავის განგრენა და, თუ ეს დროულად არ გამოირკვა, ავადმყოფი დაიღუპება მოსალოდნელი გართულებებით, პირველ რიგში, სისხლის დენა უნდა შევაჩეროთ ტამპონით ან თითის დაჭერით. თუ კარგად გაეცნეთ შექმნილ მდგომარეობას, ადვილად შეიძლება ამ ოპერაციის შესრულება.



სურ. 21. რეტროგრადული აპენდექტომია.

ობაში ადვილად მოქცებნით დაზიანებულ სისხლძარღვს და სისხლის დენას შეეაჩერებთ.

ქირურგმა ყურადღება უნდა გაამახვილოს მართლა ჭიანწლავთან აქვს საქმე, თუ სხვა პათოლოგიასთან. მაგალითად, ლიტერატურაში აღწერილია, რომ ჯრილობაში უცბად გამოყო თავი მეკელის დივერტიკულმა. ქირურგმა ეს ნათვალა აპენდიციტად, გაკეთა ვითომ აპენდექტომია, ტაკვი დაამუშავა ქისით, ავადმყოფი განიკურნა. ოქმში ჩაიწერა აპენდექტომია. ჰისტომორფოლოგიური გამოკვლევით დადგინდა, რომ ამოკვეთილი ნაწილი იყო მეკელის დივერტიკული. 2 თვის შემდეგ ავადმყოფი განმეორებით მოათავსეს ქირურგიულ განყოფილებაში მწვავე აპენდიცტის შეტევით; ამჯერად კი ნამდვილად გაუკეთდა აპენდექტომია და ავადმყოფი განიკურნა.

ქირურგს მუდამ უნდა ახსოვდეს, რომ ჭიანწლავს აქვს ჯორჯალი და სხვა ანატომიური თავისებურებანი, რომლითაც ის ადვილად გამოიცნობა დივერტიკულისაგან. თუ დანამატს აქვს რეტროცეკალური მდებარეობა, ის ჯობია გამოიყოს რეტროგრადულად, ე. ი. ჯერ გამოკალკვედეს ფუძესთან, გადაიკვეთოს და ტაკვი დამუშავდეს ქისით, რის შემდეგ ცეკუმი გადაიწევა, მიდგომა გაადვილდება და ჭიანწლავიც ჩქარა გამოიყოფა, მაგრამ შესაძლებელია ძლიერი შეხორცებების დროს ჭიანწლავის წვერი მოსწყდეს და მისი მოძებნა შემდეგ გაძნელდეს. ასეთ შემთხვევებში მუცლის ღრუს ყრუდ დახურვა დიდი შეცდომაა. პირიქით, გართულების თავიდან ასაცილებლად უნდა ჩალაგდეს ტამპონები, ჩაიდოს რეზინის დრენაჟი და სისტემატურად ჩაისხას ანტიბიოტიკები.

როგორც ცნობილია, პირველი აპენდექტომია 1884 წლის 18/II აწარმოა კრენლეინმა (Krönlein), რომელმაც მოკვეთა ჭიანწლავი და ტაკვი იოდით დამუშავების შემდეგ თავისუფლად ჩაუშვა მუცლის ღრუში. ავადმყოფი განიკურნა. მუცლის ღრუში ტაკვის ასე თავისუფლად ჩაშვება მოწონებული იყო მაკბურნეის მიერ; ეს მეთოდი დეტალურად დაამუშავა ზელიგმა (Seelig). ომამდელ პერიოდში ტაკვს ქისის გარეშე ათავსებდნენ მუცლის თავისუფალ ღრუში. ამ მეთოდს დიდად აფასებდა და მისი აგიტატორი იყო ი. ჯანელიძე; 1934 წელს, ლენინგრადის ქირურგთა კონფერენციაზე (რომელიც ი. ჯანელიძის ინიციატივით იყო მოწვეული) ი. ჯანელიძემ და მ. კამენჩიკმა წარმოადგინეს აპენდექტომიის 1127 შემთხვევა, ამ ოპერაციის შედეგებით კმაყოფილები იყვნენ და სხვებსაც ურჩევდნენ ამ მეთოდით სარგებლობას. სულ მოკლე ხანში, ი. ჯანელიძე შემდეგმა დაკვირვებებმა და რამდენიმე შემთხვევაში ამ ოპერაციის წარუმატებლობამ აიძულა ოპერაციის ამ მეთოდზე უარი ეთქვა.

დღეისათვის უკვე რამდენიმე ათეული ათასი აპენდექტომიის შედეგების შეჯამების შედეგად დადგინდა, რომ ოპერაცია უნდა კეთდებოდეს ჭიანწლავის ტაკვის ქისით დამუშავებით. გამონაკლის შემთხვევაში სადაც ქისის დადება არ ხერხდება, შეიძლება ზელიგის წესის გამოყენება. ეს საკითხი უკვე სადავო არ არის. მაგრამ ქისის დადების დროს საჭიროა სათანადო წესების დაცვა: 1) უნდა ვიხმაროთ ატრავმატული ნემსი. ქისა ისე უნდა მოვზომოთ, რომ შიგ თავისუფლად ჩაეტიოს ტაკვი, მაგრამ არ შეიძლება ძალზე ფართო ქისის დადება, ვინაიდან ადვილი შესაძლებელია თავისუფალ ღრუში განვითარდეს ჩირქგროვა, რომელიც შეიძლება შემდეგ უფრო გართულდეს; 2) ნაწლავის კედელში ნემსით გასვლის დროს არ უნდა მოვაყოლოთ ლორწოვანი, ე. ი. ნემსი კუნთოვან შრეს არ უნდა გასცილდეს, ოორემ როდესაც ძაფი გაიკვანძება ის მიიწევა და

მცირე ნაპრალიც რომ დარჩეს ადვილად შეიძლება განვითარდეს პერიტონიტი; 3) სავალდებულო არაა ჯორჯლის დაკერება პერიტონიზაციისათვის, ვინაიდან შეიძლება გამოიწვიოს გართულება; 4) თუ ლიგატურა კარგად არ მოეჭირა ჭიანწლავის ფუძეზე, ის შეიძლება მოვარდეს და ადვილად განვითარდეს პერიტონიტი, რაც იწვევს სიკვდილს; 5) სისხლძარღვები უნდა გადავკვანძოთ საიმედოდ, რომ ავიცდინოთ მუცლის ღრუში ოპერაციისშემდგომი სასიკვდილო სისხლის ღენა; 6) როდესაც ვხურავთ პერიტონეუმის ღრუს, სიფრთხილეა საჭირო. რომ არ მივაყაროთ ნაწლავი, რაც გაუვალობისა და სიკვდილის მიზეზი გახდება.

როგორც აღიარებულია, თუ მწვავე აპენდიციტის დროს ჩამოყალიბდა ინფილტრატი, ოპერაციულ ჩარევაზე თავი უნდა შევიკავოთ. მაგრამ სიფრთხილეა საჭირო, რომ არ დავუშვათ ტაქტიკური შეცდომა. მაგალითად, თუ ავადმყოფის მდგომარეობა არ უმჯობესდება, თუ სიმსივნე (ინფილტრატი) მატულობს და რბილდება, არ შეიძლება დიდხანს ცდა, უსათუოდ უნდა გავუკეთოთ ოპერაცია, გავხსნათ ჩირქგროვა და მთლიანად გავათავისუფლოთ ჩირქისაგან, თუ ენახეთ ჭიანწლავი, ის უნდა ამოვკვეთოთ, თუ არა და ძებნა უსათუოდ დიდი შეცდომაა, ვინაიდან ირღვევა ბარიერი და იქმნება ზოგადი პერიტონიტის განვითარების შესაძლებლობა.

თუ ჩირქი დროულად არ გამოუშვით, ის უსათუოდ ჩაიღვრება მუცლის ღრუში და ავადმყოფი დაიღუპება. ჩვენს კლინიკაში იწვა ავადმყოფი, რომელსაც ჰქონდა მწვავე აპენდიციტი მოზრდილი ინფილტრატით, რომელიც მატულობდა სიდიდეში. მორიგე ასისტენტმა ეს შენიშნა, მაგრამ ზომები არ მიიღო. ღამით ინფილტრატი გაიხსნა მუცლის ღრუში და ავადმყოფი სწრაფად დაიღუპა. ეს იყო ტაქტიკური შეცდომა; საკმარისი იყო ჩირქის გამოშვება უბრალო განაკვეთით, რომ ავადმყოფი გადარჩენილიყო.

ამგვარად, როგორც ირკვევა, მწვავე აპენდიციტის დროს სიკვდილის ძირითადი მიზეზია: მწვავე აპენდიციტით დაავადებულთა დაგვიანებული დიაგნოსტიკა და ჰოსპიტალიზაცია და ოპერაციის დროს ტექნიკური ხასიათის შეცდომები. თუ ეს შეცდომები არ იქნება დაშვებული, მწვავე აპენდიციტით სიკვდილიანობა მოისპობა, რაც ჯერჯერობით არც ისე იშვიათია (0,5%). ეს პროცენტი აბსოლუტურ ციფრებში რომ გადავიყვანოთ, დავინახავთ რომ როგორც ტაქტიკური, ისე ტექნიკური შეცდომების შედეგად მწვავე აპენდიციტით დაღუპულია ასეული ადამიანი.

აპენდექტომიასთან დაკავშირებით განვითარებული გაუვალობა

მწვავე. ქრონიკული აპენდიციტის ოპერაციასთან დაკავშირებით არც ისე იშვიათია მწვავე გაუვალობა. სტატისტიკური მონაცემებით 66023 შემთხვევიდან აპენდექტომიის შემდეგ გაუვალობა განვითარებულია 352 შემთხვევაში (0,5%). ეს გართულება უფრო დაკავშირებულია ფლეგმონური და დესტრუქციული ფორმის აპენდიციტების ოპერაციასთან და იძლევა სიკვდილიანობის დიდ პროცენტს (30—70% შორის მერყეობს). გაუვალობის 80% დაკავშირებულია შეხორცებით პროცესებთან, შემთხვევათა 12%-ში ვითარდება შემოგრეხა, 7%-ში — ინვაგინაცია. აპენდექტომიის შემდეგ განვითარებული გაუვალობის დიაგნოსტიკა დიდ სიძნელეს წარმოადგენს.

გაუვალობა შეიძლება იყოს ნაადრევი, ე. ი. პირველ დღეებში (3—10

დღემდე); ზოგ შემთხვევაში ის ვითარდება დაგვიანებით — 2—3 კვირის ან ერთი თვის შემდეგ. ნაადრევი გაუვალობის განვითარებისათვის აუცილებელი პირობაა ჩაუცხრომელი ანთებითი პროცესი, რომელიც გაუვალობის ხელშემწყობი ფაქტორია. ამასთან, ოპერაციისშემდგომ პერიოდში ზოგიერთი მონაცემი, რომელიც დაკავშირებულია გართულებული ფორმის აპენდექტომიასთან, ექიმის ყურადღებას ადუნებს. ოპერატორი უფრო ფიქრობს პარალიზური ხასიათის გაუვალობაზე, ვიდრე მექანიკურზე, ამიტომაც მკურნალობაც აკეთებინა მიმართული, და უფრო კონსერვატიული ხასიათისაა. მაგრამ, როდესაც ექიმის მიერ მიღებული ზომები შედეგს ვერ აღწევს, — ტკივილები უფრო ძლიერდება, ემატება განუწყვეტელი პირღებინება და სხვა მონაცემები — საკმარისია ილეუსის დიაგნოზის დადგენისათვის. რაც გვიან გავაკეთებთ ოპერაციას მით უფრო დავუშვებთ გამოუსწორებელ შეცდომას და სიკვდილიანობის პროცენტს გავზრდით. ამიტომ დიდხანს ლოდინი და კონსერვატიზმი უნდა შეიკვეცოს. ჯობია ნაადრევი ოპერაცია და შევცდეთ, ვიდრე დავაგვიანოთ და ოპერაცია უშედეგო იყოს.

მოვიყვანთ მაგალითს. ავადმყოფი დ., შემოვიდა ქირურგიულ განყოფილებაში მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზით. ორდინატორმა და ერთ-ერთმა კვალიფიციურმა ასისტენტმა დიაგნოზი დაადგინეს და ავადმყოფი დაწვინეს საოპერაციო მაგიდაზე; გამოირკვა ჰიანაწლავის რეტროცეკალური მდებარეობა, მისი პათოლოგანატომიური ცვლილებები სრულიად ვერ ხსნიდა იმ კლინიკურ მონაცემებს, რაც ავადმყოფს ჰქონდა ოპერაციამდე. ჭრილობა გაგანიერდა და დათვალიერდა ნაღვლის ბუშტი, რომელიც უცვლელი აღმოჩნდა. ავადმყოფი მსუქანი იყო და ოპერაციის გაკეთება ადგილობრივი არასრული ანესთეზიით კარგად ვერ მოხერხდა. ქირურგი დაემაყოფილდა გაკეთებული ოპერაციით, ჭრილობა ყრუდ დაიხურა. ოპერაციის მეორე-მესამე დღეს ავადმყოფს დაეტყო მოუსვენრობა, მუცელი შეებერა, მტკივნეული გაუხდა, განუვითარდა ღებინება, სუბფებრილური ტემპერატურა. ყველაფერი ეს ოპერატორმა ახსნა ოპერაციასთან დაკავშირებული გაღიზიანებით და ნაწლავის პარალიზური მდგომარეობით. ავადმყოფის მდგომარეობა ყოველ დღე უარესდებოდა და ოპერაციის მე-6 დღეს (ძალზე დაგვიანებით) გაუკეთდა ოპერაცია — ლაპაროტომია თეთრ ხაზზე. ოპერაციის დროს აღმოჩნდა ილეოცეკალურ კუთხესთან წვრილი ნაწლავის გადაღუნვა, რაც გამოსწორებულ იქნა. მაგრამ ექვსი დღის განმავლობაში ავადმყოფი ისე გამოიფიტა, რომ მისი სასიცოცხლო ფუნქციის აღდგენა ვერ მოხერხდა და იგი გარდაიცვალა.

ექიმმა გამოუსწორებელი შეცდომა მაშინ დაუშვა, როდესაც დაკმაყოფილდა აპენდექტომიით და არ გაკეთა ლაპაროტომია, რაც უსათუოდ იხსნიდა ავადმყოფს; მეორე დიდი შეცდომა ის იყო, რომ გაუვალობის ნიშნები ახსნეს პარალიზური მდგომარეობით და ოპერაცია მაშინ გაკეთდა, როდესაც მედიცინა უკვე უძლური იყო აღედგინა ის ღრმა ცვლილებები, რაც ამ ექვსი დღის განმავლობაში განვითარდა.

აქედან დასკვნა: თუ გაუვალობა არ ემორჩილება კონსერვატიულ მკურნალობას, სასწრაფოდ უნდა გაკეთდეს ოპერაცია.

ავადმყოფი ი., ქირურგიულ განყოფილებაში შემოიყვანეს მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზით. ავადმყოფი ძალზე მსუქანი, დიდი მუცლით, ამასთან, რამდენიმე თვის წინ ჰქონდა ქვემო კიდურის თრომბოფლებიტი. კლინიკური და ლაბორატორიული გამოკვლევებით დადგინდა მწვავე აპენდიციტი. გაუკეთ-

და სასწრაფო ოპერაცია ადგილობრივი გაუტკივარებით; აღმოჩნდა ჭიანაწლავის ანთების კატარული ფორმა, ოპერაცია არ გაძნელებულა. ჭრილობა დაიხურა ყრუდ. ოპერაციის მეორე დღეს ავადმყოფი წუხდა, ჰქონდა გაფანტული ტკივილი მუცლის არეში, ღებინება. მიღებულმა ზომებმა შედეგი არ გამოიღო, ოპერაციის მესამე დღეს გაუკეთდა განმეორებითი ოპერაცია — ლაპაროტომია გაუვალობის დიაგნოზით. აღმოჩნდა წვრილი ნაწლავის არტერიული სისხლძარღვების თრომბოზი, გაკეთდა ვრცელი რეზექცია. ყველა მიღებული ზომა უშედეგო აღმოჩნდა და ავადმყოფი მე-5 დღეს გარდაიცვალა. გაკვეთაზე აღმოჩნდა დარჩენილი ნაწლავის სისხლძარღვების თრომბოზი.

ამ შემთხვევაში აპენდიციტი იყო მეორეული, მაგრამ იმ განკვეთით, რაც გაყვანილი იყო აპენდექტომიისათვის, ექიმს არ ჰქონდა საშუალება დაეთვალიერებინა წვრილი ნაწლავი. უფრო სწორად, ოპერატორს არც უფიქრია გაუვალობაზე და თრომბოზზე. ეს ავადმყოფი უსათუოდ დაიღუპებოდა, დიაგნოზი სწორადაც რომ დადგენილიყო იმიტომ, რომ თრომბოზის გავრცელების შეწყვეტა მეორე ოპერაციის შემდეგაც ვერ მოხერხდა. მაგრამ დიაგნოზის დადგენა სწორი ანამნეზით და ობიექტური გამოკვლევით შეიძლებოდა. თრომბოზის პროფილაქტიკას შეეძლო მდგომარეობა გამოესწორებინა (ანტითრომბინების შეყვანა, გეპარინი და სხვა).

დუგლასის მიდამოს ჩირქგროვა. მწვავე აპენდიციტის გართულების დროს შედარებით ხშირად გვხვდება დუგლასის ჩირქგროვა. აპენდიციტის შეტევების დროს გარკვეული რაოდენობით გამოიყოფა ანთებითი ექსუდატი, რომელიც დუგლასის ფოსოში გროვდება. იმისდა მიხედვით თუ როგორი ფორმის აპენდიციტთან გვაქვს საქმე და როგორი იქნება ორგანიზმის რეაქცია, შეიძლება ეს ექსუდატი ყოველგვარი ნაშთისა და რეაქციის გარეშე ადვილად შეიწოვოს და მოხდეს . სრული აღდგენა, მაგრამ თუ მას შეუერთდა ვირულენტური ინფექცია, შეიძლება ის დაჩირქდეს. მაშინ ეს დაჩირქება ზემოდან შემოიფარგლება ნაწლავების მარყუჟებით, რომლებიც ერთიმეორეს მიეწებება გამოყოფილი ფიბრინით და შექმნის ბარიერს, რომ ჩირქი არ გავრცელდეს და თუ მიწვდა ბადექონიც გაამაგრებს ამ ბარიერს. რაც უფრო მეტხანს დარჩება გამოუცნობელი ეს შემოსაზღვრული ჩირქგროვა დუგლასის ფოსოში, მით უფრო მატულობს და გროვდება ჩირქი, რომელიც ხშირად მაღლა იწევს. ყოფილა შემთხვევა, როდესაც დუგლასის ჩიქგროვიდან $1^1/_2$—2 ლიტრი ჩირქი გამოუშვიათ. პერიაპენდიკულარული ტიპის ჩირქგროვა შეიძლება განვითარდეს ყოველი მდებარეობის დროს, რეტროცეკალური მდებარეობისას კი ასეთი ჩირქგროვა იშვიათად ვითარდება. ყველაზე ხშირად ის ვითარდება მაშინ, როდესაც ჭიანაწლავს აქვს მენჯის მდებარეობა. ასეთ შემთხვევაში მუცლის ღრუს გასინჯვით შეიძლება ინფილტრატი ვერ აღმოვაჩინოთ. ამ დროს შარდის ბუშტისა და სწორი ნაწლავის ფუნქცია ირღვევა, რაც კლინიცისტს აფიქრებინებს მენჯის ორგანოების ანთებითს პროცესზე, სწორი ნაწლავიდან და საშოდან თითით გასინჯვით დადგინდება მტკივნეული ადგილი, სიმსივნისმაგვარი წარმონაქმნის ჩამოწოლა. დაჩირქების შემთხვევაში ცენტრში გარბილება და ფლუქტუაცია ბიმანუალური გასინჯვით ადვილად დადგინდება. დუგლასის ჩირქგროვა შეიძლება ოპერაციამდე ჩამოყალიბდეს ან ოპერაციისშემდგომ პერიოდში ის თანხვდეს ფლეგმონურ და დესტრუქციულ აპენდიციტებს.

ოპერაციის შემდეგ მე-4—5 დღეს შეიძლება გამოვლინდეს დუგლასის ჩირქგროვა, ამიტომ საეჭვო შემთხვევებში სისტემატურად უნდა ვაწარმოოთ

რექტალური გასინჯვა და შეიძლება ნაადრევად აღმოვაჩინოთ მკვრივი ინფილტრატის არსებობა. რომელიც ჯერ კიდევ მაღლა მდებარეობს, თითი ძლივს წვდება, ის თანდათანობით ჩამოიწევა, ბოლოს შეიძლება დარბილდეს. მაგრამ ჩირქგროვანდე შეიძლება კონსერვატიული ხასიათის ზომების მიღება. დღეში 2—3-ჯერ ცივი ანტისპტიკური ხასიათის მიკროკლიზმები. მუცელზე კომპრესები, ანტიბიოტიკების გამოყენებით ზოგჯერ შეიძლება ინფილტრატის ლიკვიდირება: თუ ეს არ მოხდა და ინფილტრატი დარბილდა და დაჩირქდა, გარკვეული წესების დაცვით უნდა გაკეთდეს ოპერაცია.

ოპერაცია. ავადმყოფს წინასწარ ვუკეთებთ გამწმენდ ყუანას (ოპერაციაკეთდება სწორი ნაწლავიდან), შარდის ბუშტი უსათუოდ უნდა დაიცალოს კათეტერით. ავადმყოფს საოპერაციო მაგიდაზე ვაწვენთ ისე, როგორც ბუასილის ოპერაციის დროს. გაუტკივარება ადგილობრივია, ნოვოკაინის 0,5%-იანი ხსნარით ან ენდოტრაქეული ნარკოზით.

სწორი ნაწლავის გაშლის შემდეგ თითით მოვძებნით ჩამოწეულ გარბილებულ ადგილს და ზუსტად შუა ადგილზე გრძელი და მსხვილი ნემსით ვაკეთებთ პუნქციას. ჩირქის მიღების შემთხვევაში, ნემსის გამოუღებლად და მის გასწვრივ გავაკეთებთ incisio-ს. ეს უნდა მოხდეს ზუსტად ნემსის მიმართულებით. პირი რომ არ შეიკრას და ხელმეორედ არ დაგროვდეს ჩირქი, ჩირქისაგან დაცლის შემდეგ 2—3 დღეს ჭრილობაში უსათუოდ უნდა ჩავდოთ დრენაჟი. ამასთან, ჩირქგროვის ღრუში შეგვყავს ანტიბიოტიკები. ოპერაციისშემდგომი პერიოდი მიღის სადა, დრენაჟს ვიღებთ 4—5 დღის შემდეგ.

ლიტერატურაში აღწერილია შეცდომების შემთხვევები, როდესაც გაიკვეთა შარდის ბუშტი და შარდი გამოიყო ჭრილობიდან, რასაც მკურნალობისათვის დასჭირდა ხანგრძლივი დრო. კიდევ არის შესაძლებლობა არტერიული სისხლძარღვების ან ნაწლავის დაზიანების, რაც უსათუოდ უნდა გაითვალისწინოს ოპერატორმა.

აპენდექტომიასთან დაკავშირებული პილეფლებიტები. ოპერაციისშემდგომ პერიოდში პილეფლებიტი წარმოადგენს ძალზე საშიშ და უმძიმეს გართულებას. კარის ვენის სისტემის თრომბოფლებიტი სწორედ იმ დროს ვითარდება, როდესაც მკურნალ ექიმს ჰგონია, რომ ეს მძიმე ოპერაცია ავადმყოფმა კარგად გადაიტანა და გაჯანსაღების გზას დაადგა. პილეფლებიტის განვითარება ავადმყოფობის გამოსავლის პროგნოზს ამძიმებს და, იშვიათი გამონაკლისის გარდა, სიკვდილით მთავრდება.

რიდვიცს, ლევინისა და სხვების გამოკვლევებით დადგენილია, რომ ფლეგმონური და დესტრუქციული ხასიათის აპენდიციტის დროს ხშირია ცვლილებები სისხლძარღვთა კედელში. ამ დროს ადგილი აქვს პერივასკულარული, მიკროსკოპული აბსცესების, ფლებიტებისა და პერიფლებიტების არსებობას, შეიძლება თრომბი განვითარდეს v. Mesenteriol-ებში. ეს ცვლილებები მიმდინარეობს კლინიკური სიმპტომების გამოვლინების გარეშე. შეიძლება ავადმყოფს ოპერაციისშემდგომ პერიოდში ჰქონდეს სუბფებრილური ტემპერატურა, უმნიშვნელო ტკივილები, მაგრამ ოპერატორი ამ მონაცემებს მაინცდამაინც ყურადღებას არ აქცევს. იშვიათად შეიძლება თრომბი დაინფიცირდეს, დაიშალოს და გახდეს ემბოლიის წყაროდ. მაშინ თრომბი მიიტანება ღვიძლში და იწყება ღვიძლის ჩირქგროვის განვითარება, ან კიდევ თრომბოზი შეიძლება გავრცელდეს მეზენტერიული მცირე ვენებიდან v. ileocolica და v. porta-მდე, რაც ხშირად შეიძლება დამთავრდეს ღვიძლის მრავლობითი ჩირქგროვით.

პილეფლებიტს ახასიათებს: ა) ძლიერი შეჟრჟოლება-შემცივნება; ბ) მაღალი ჰექტიური ტემპერატურა; გ) ღვიძლის გადიდება; დ) სიყვითლე. ყველაზე ნადრეული სიმპტომია შემცივნება მაღალი ტემპერატურით (39—40°-მდე). ტემპერატურის დაწევა იწვევს ძლიერ ოფლიანობას. მოკლე ხნის შემდეგ ისევ მეორდება შემცივნება ტემპერატურის აწევით (დღეში რამდენჯერმე). ღვიძლი დიდდება, სცილდება ნეკნთა რკალს, ხდება მგრძნობიარე როგორც პერკუსიის, ისე ღრმა პალპაციის დროს. პერიტონიტის მოვლენები არ აღინიშნება. მუცელი რბილი, ღრუნე შებერილი. ილეოცეკალური მიდამო პალპაციით მტკივნეულია. ავადმყოფს შეიძლება ჰქონდეს სუსტად ან მკვეთრად გამოხატული სიყვითლე (სიყვითლე ზოგჯერ ადრე, ზოგჯერ კი გვიან გამოვლინდება და ყოველთვის არ არის ღვიძლის დაჩირქების მაჩვენებელი). თრომბირებული კარის ვენის დაწოლა მთავარ სადინარზე იწვევს რეტენციული ხასიათის სიყვითლეს. ამ დროს სისხლში ჰიპერლეიკოციტოზი მარცხნივ გადახრილია. ავადმყოფი უჩივის საერთო სისუსტეს, ღამტვრეულობას, თავის ტკივილს, უმადობას. მაჯა აჩქარებული აქვს. იგი პროგრესულად სუსტდება, ჰექტიური ტემპერატურა გრძელდება და საბოლოოდ ავადმყოფი იღუპება. თუ ოპერაცია გაკეთდა და დადგინდა, რომ მას აქვს ერთეული და სოლიტარული ჩირქგროვა. შეიძლება შემოფარგლული ჩირქგროვის ეევაკუაციით ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფი გადარჩეს, რაც ძალზე იშვიათია. შეიძლება აპენდიციტის ტოქსიკური ფორმის დროს ავადმყოფს აპენდექტომიამდე ჰქონდეს შემცივნებები მაღალი ტემპერატურით, რაც ხშირად ხდება შ ე ც დ ო მ ი ს წ ყ ა რ ო. ექიმები ფიქრობენ მალარიაზე, ვირუსულ გრიპზე, სხვადასხვა ინფექციურ ავადმყოფობაზე, რაც ოპერაციის დაგვიანების მიზეზი ხდება.

ამგვარად, როგორც ირკვევა, პილეფლებიტის დროს ავადმყოფის მდგომარეობა უნუგეშოა, ამიტომ ყოველგვარ ღონეს უნდა მივმართოთ, რომ ეს გართულება არ წარმოიშვას. საჭიროა წინასწარი პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარება, რაც მდგომარეობს მწვავე აპენდიციტის ადრეულ დიაგნოსტიკაში, პირველ საათებში მისი ოპერაციული წესით მკურნალობაში, რითაც ისპობა ინფექციის წყარო და არ ხდება მისი გენერალიზაცია. როდესაც ოპერაციის დროს დადგინდება ფლეგმონური და დესტრუქციული აპენდიციტი და იქ არსებული მცირე ვენების თრომბირების დიაგნოზი, პროფილაქტიკის მიზნით Wilms-მა 1909 წელს და Braun-მა 1913 წელს მოგვაწოდეს ვენების გადაკვანძვის მეთოდი, მაგრამ ამ მეთოდმა თავისი სირთულის გამო გავრცელება ვერ პოვა.

შეცდომები და გართულებანი ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების ოპერაციის დროს

ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების ოპერაციები დაკავშირებულია მრავალ გართულებასთან, რაც გამოწვეულია ამ ორგანოთა ანატომიური თავისებურებებით და მთელი რიგი პათოლოგიური ცვლილებებით, რომლებიც ხდება ამ ორგანოებში სხვადასხვა დაავადებასთან დაკავშირებით და რის შედეგადაც ხშირად საჭირო ქირურგიული ჩარევა.

როგორც ანატომების, ისე ქირურგებისათვის კარგადაა ცნობილი ის გარემოება, თუ რამდენად რთულია ტოპოგრაფიულ-ანატომიური დამოკიდებულება ნაღვლის ბუშტის, ღვიძლგარეშე სანაღვლე გზების, სისხლძარღვებისა და ამ

მიდამოში მ.თავსებულ სხვა ორგანოებს შორის. ამ ორგანოთა ურთიერთდამოკიდებულება კიდევ უფრო რთულდება ამ ორგანოების ხშირი ანომალიების, სისხლძარღვთ. სისტემის ვარიაბილობასა და მათ ანთებით პროცესებთან დაკავშირებით.

ყოველგვარი ოპერაციული ჩარევის ნაყოფიერი შედეგი დამოკიდებულია ბევრ სხვადასხვა სახის თავისებურებაზე: ოპერაციული ჩარევის სწორად დადგენაზე. გაუტკივარების შერჩევაზე, გეგმის სწორად შედგენაზე, ოპერაციის გაკეთების მაღალ ტექნიკაზე. გართულებული მდგომარეობიდან გამოსვლის ხერხებისა და სხვა მრავალი წვრილმანის ცოდნაზე. რომლებიც არ დაიწერება და არ ჩამოითვლება, მაგრამ ხშირად ამ წვრილმანებზეა დამოკიდებული ოპერაციის შედეგი.

ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების ოპერაცია სადღეისოდ მისაწვდომი უნდა იყოს საშუალო კვალიფიკაციის მქონე ქირურგებისათვის. ასეთი ოპერაციები უნდა კეთდებოდეს რაიონის საავადმყოფოების ქირურგიულ განყოფილებებში. ამ ოპერაციების დროს დამწყებ ქირურგს კარგად უნდა ახსოვდეს, რომ ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების პირველ ათეულ ოპერაციებს, რომლებიც კარგად დამთავრდა, შეიძლება მოყვეს უშედეგობაც. ზოგ შემთხვევაში ქირურგმა შეიძლება იფიქროს. რომ ოპერაცია თითქოს მშვიდად და კარგად დამთავრდა, აღსანიშნავ სიძნელეებსა და გართულებებს ადგილი არ ჰქონდა, მაგრამ ოპერაციის შემდეგ ირკვევა, რომ ლიგატურაში მოყოლილია ნაღვლის სადინარი ან ღვიძლის არტერია, ან მთავარ სადინარში დარჩენილია მოზრდილი კენჭი, ან არ იყო გამოცნობილი და შემჩნეული ნაღვლის ბუშტის დამატებითი არტერია, ან მთელი რიგი სხვა გართულებანი, რომლებიც მოსვლიათ მაღალკვალიფიციურ ქირურგებსაც კი (იშენკო). აღნიშნულთან დაკავშირებით ფედოროვი ურჩევს ახალგაზრდა ქირურგებს, რომლებსაც ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების ოპერაციების ჯერ კიდევ დიდი გამოცდილება არა აქვთ, ოპერაციები, პირველ რიგში, გააკეთონ შედარებით უფრო მარტივ, გაურთულებულ შემთხვევებში; ამასთან, სისტემატურად და ყურადღებით შეისწავლონ ყველა პათოლოგიური ცვლილება და ანომალია, რომელიც შეხვდებათ ოპერაციის დროს.

ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების ოპერაციების დროს მოსალოდნელი გართულებებისა და შეცდომების თავიდან ასაცილებლად (ვიდრე ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების ოპერაციული ჩარევის გეგმა შედგებოდეს) უსათუოდ საჭიროა, პირველ რიგში, დიაგნოზის დადგენა. ამასთან, საჭიროა ცოდნა თუ რა ორგანოების დაავადებების დროს არის მოსალოდნელი შეცდომა და როგორ ვაწარმოოთ მათი დიფერენცირება.

დიფერენციალური დიაგნოზი

ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების ოპერაციის დროს შესაძლებელი შეცდომებისა და გართულებების წინასწარი ცოდნა და ამ შეცდომებთან და გართულებებთან ბრძოლის ხერხების ცოდნა დავდებია იმისა, რომ ოპერაციასთან დაკავშირებით მიღებული შედეგები სავსებით დააკმაყოფილებს ავადმყოფის მოთხოვნას და სიკვდილიანობაც საგრძნობლად შემცირდება.

ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების დაავადების სწორად გამოცნობა ერთგვარ სიძნელეს წარმოადგენს. Kehr-ის აზრით, იშვიათია ისეთი შემთხვევა, რომ შესაძლებელი იყოს სანაღვლე გზების კენჭოვანი დაავადების უშეცდომოდ,

მოკლე ხანში დიაგნოსცირება. თუმცა იგივე კერი სამართლიანად აღნიშნავს, რომ არიან ისეთი ქირურგები, რომლებიც მოისმენენ რა მოკლე ანამნეზურ მონაცემებს და შეეხებიან თუ არა ნაღვლის ბუშტს საპროექციო არეში, სწრაფად ადგენენ სანაღვლე გზების დაავადების დიაგნოზს. ასევე ადვილად ადგენენ სხვა ორგანოების, მაგალითად, აპენდიციტის, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის დაავადების დიაგნოზს და სწრაფად წყვეტენ მათი ოპერაციული წესით მკურნალობის საკითხს, თუმცა ოპერაციის დროს არა ერთხელ დარწმუნებულან თავიანთ დიაგნოსტიკურ შეცდომებში. რასაკვირველია, ოპერაციის დროს შეიძლება ყოველთვის მოძებნოს თავის გასამართლებელი მიზეზი — ვითომ შეხორცებებს ჰქონდა ადგილი ან კიდევ ანომალიებს და ა. შ. ოპერაციის შემდეგ ქირურგმა თავი რომ გაიმართლოს ადასტურებს, რომ „მართალია, დიაგნოზი არ გამართლდა, მაგრამ ოპერაციულად ჩარევა აუცილებელი იყოო".

ქირურგები, რომლებიც სწრაფად სვამენ დიაგნოზს, ავადმყოფებზე განსაკუთრებულ გავლენას ახდენენ. „შემომხედა, ხელი დამადო თუ არა, მაშინვე გამოიცნო ჩემი დაავადებაო" — იტყვიან ხოლმე ასეთ ექიმზე, მაგრამ „ყველას კი არა აქვს უნარი ერთი შეხედვით და გასინჯვით დაადგინოს სწორი დიაგნოზი" — ამბობს კერი.

მართალია, ტიპურ შემთხვევებში, როდესაც ავადმყოფს მარჯვენა ფერდქვეშა არეში ეწყება სასტიკი ტკივილები ირადიაციით წელისა და მარჯვენა ლავიწზედა ფოსოსაკენ, რასაც ერთვის ღებინება, ტემპერატურის მომატება და ზოგჯერ სიყვითლე, ამავე დროს თუ მარჯვენა ფერდქვეშა არეში გამოხატულია კუნთების დაჭიმვა — დეფანსი, მართლაც შეიძლება დიაგნოზი ადვილად დადგინდეს, მაგრამ ეს დაავადება ყოველთვის ასე თანამიმდევრობით არ მიღინდება. დიდ უმრავლეს შემთხვევაში სულ არ არის გამოხატული ზოგიერთი ზემოთ მოცემული ნიშანი.

დიაგნოზისა და ოპერაციული ჩარევის სწორად დასადგენად, საჭიროა კლინიკური დაკვირვება, დეტალური ანამნეზური მონაცემები, ლაბორატორიული, რენტგენოლოგიური გამოკვლევები. ამასთან, საჭიროა იმ დაავადებებთან დიფერენცირება, რომლებიც იძლევიან დაავადების ისეთ სიმპტომოკომპლექსს, როგორითაც ხასიათდება ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების დაავადება.

პირველ რიგში საჭიროა სხვადასხვა სახის სიყვითლისაგან დიფერენცირება. კარგადაა ცნობილი ის ფაქტი, რომ სიყვითლე შეიძლება გამოიწვიოს რიგმა დაავადებებმა, მაგალითად, ღვიძლისა და ღვიძლგარეშე ნაღვლის სავალი გზების დაავადებამ, ინფექციურმა დაავადებამ, ინტოქსიკაციამ და სხვა. მაგრამ ძირითადში განირჩევა სიყვითლის სამი ფორმა: მექანიკური, პარენქიმული და ჰემოლიზური. პირველ რიგში უნდა დადგინდეს მექანიკურ სიყვითლესთან გვაქვს საქმე, თუ პარენქიმულთან.

მექანიკური ხასიათის სიყვითლის მიზეზი ძირითადში ობტურაციაა, რომელიც განპირობებულია კენჭოვანი დაავადებით, კენჭები აცობენ ღვიძლის მთავარ სადინარს. ან შეიძლება პანკრეასის თავის სიმსივნემ (კიბომ) ზედდაწოლით დახუროს მთავარი სადინარი, შეიძლება აგრეთვე თორმეტგოჯა ნაწლავიდან ჭიები (ასკარიდები) შეძვრნენ სადინარში და გამოიწვიონ მისი მექანიკური დახშობა. არაიშვიათია გადიდებული ლიმფური კვანძები, რომლებიც მთავარი სადინარს ირგვლივ არიან დალაგებულნი, ანთებითი პროცესის შედეგად მოცულობაში მატულობენ, აწვებიან ღვიძლის მთავარ სადინარს და ახშობენ ან ოპერაციულ ტრავმასთან დაკავშირებით იქმნება ნაწიბური, რომელიც ავიწროებს

ან ახშობს სადინარს. აგრეთვე სიყვითლე შეიძლება გამოიწვიოს სპაზმამ (დისკინეზი) და სხვ.

როდესაც საქმე გვაქვს მექანიკური ხასიათის, კენჭით გამოწვეულ სიყვითლესთან, დიაგნოზის დადგენა შედარებით ადვილია. ასეთ შემთხვევაში დაავადება ხასიათდება შეტევითი ხასიათის ტკივილით, ავადმყოფს აქვს გულისრევა, ღებინება. ამასთან, სიყვითლე ვითარდება სწრაფად— პირველ 24 საათში, ის ძლიერ ინტენსიურია, ღვიძლი ზომიერად გადიდებულია, აშკარად გამოდის ნაღვლის ბუშტის ზომიერად გადიდებული, ელენთა ნაცნობ რაკალს არ სცილდება. სისხლში ბილირუბინი მკვეთრად მატულობს, შარდში ურობილინი არ აღინიშნება, განავალი თეხის ფერს ღებულობს და სტერკობილინი არ არის.

პანკრეასის თავის ან სანაღვლე გზების სიმსივნის გასარჩევად, განსაკუთრებით მთავარი სადინარის შერთვის ადგილას ან მისი ბიფურკაციის მიდამოში განვითარებული სიმსივნის დროს, მთავარი სიმპტომია სიყვითლე, მაგრამ ამ შემთხვევაში სიყვითლე ვითარდება თანდათანობით და ტკივილის გარეშე; არ აღინიშნება ტემპერატურის მომატება, გულისრევა, ღებინება. სიყვითლე თანდათანობით მატულობს და სადინარის სრული დახშობისას ვითარდება მკვეთრი სიყვითლე. სიყვითლეს არა აქვს შემცირების ან სრული გაქრის მიდრეკილება, მაგრამ იმ შემთხვევაში, თუ სიმსივნე სადინარში დაიშლება და ნაღველს ნაწილობრივ მიეცემა ნაწლავში გასვლის საშუალება, შეიძლება სიყვითლემ იკლოს, მაგრამ ამ დროისათვის ავადმყოფი ძალზე დასუსტებულია, მადა ეკარგება, უვითარდება ცილოვანი საკვების სიძულვილი და შეკრულობა, თეხისებრი განავალი და რიგი სხვა ნიშნები იძლევა ამ დაავადებათა ადვილად დიფერენცირების შესაძლებლობას. მაგრამ ეს ორი დაავადება ყოველთვის ასეთი კლინიკური მონაცემებით არ მიმდინარეობს. ზოგ შემთხვევაში სანაღვლე გზებისა და პანკრეასის თავის სიმსივნის დროს, როდესაც სანაღვლე გზები ჯერ კიდევ დახშობილი არ არის, მაგრამ ნაღვლის გამავლობა გაძნელებულია, ვითარდება ძლიერი ტკივილები, ამიტომ ანამნეზში ასეთი ტკივილების არსებობა ეჭვს ბადებს კენჭოვან დაავადებაზე, ვინაიდან კენჭების არსებობის დროსაც შეიძლება მკვეთრად არ იყოს გამოხატული კლინიკური სურათი, რითაც ჩვეულებრივ ხასიათდება ეს დაავადება.

ამგვარად, დიფერენციაცია ზოგჯერ დიდ სიძნელეს წარმოადგენს, თუმცა ზოგჯერ ნაჩვენებია რადიკალური, ზოგჯერ კი — პალიატიური ოპერაციული მკურნალობა. ერთგვარ სირთულეს წარმოადგენს ინფექციური ჰეპატიტისა და ობტურაციული სიყვითლის გარჩევა, მათი დიფერენცირება.

ავადმყოფს, რომელსაც ესაჭიროება ქირურგიული მკურნალობა ინფექციონისტები ან ინტერნისტები ხშირად მკურნალობენ ხანგრძლივად სხვადასხვა სახის ჰეპატიტის დიაგნოზით. რამდენიმე კვირის დაკვირვებით და უშედეგო კონსერვატიული მკურნალობის შემდეგ კი, იძულებული ხდებიან ასეთი ავადმყოფები ქირურგებს გადასცენ; მაგრამ, ზოგ შემთხვევაში იმდენად დაგვიანებულად, რომ ქირურგებსაც უძნელდებათ რაიმე რადიკალური დახმარების აღმოჩენა. აქ, უპირველეს ყოვლისა, უნდა აღინიშნოს პირველადი ინფექციური ჰეპატიტის ან, როგორც მას უწოდებენ, ბოტკინის დაავადება (ძველად მას კატარული სიყვითლეს უწოდებდნენ).

ბოტკინის დაავადების დროს, რომლის გამომწვევი მიზეზი ვირუსული ბუნებისა უნდა იყოს, სიყვითლე მკვეთრად არის გამოხატული, მაგრამ აქლიას

ადგილი არა აქვს, განავალი ჩვეულებრივი ფერისაა, შარდში ურობილინის არსებობა კარგად არის გამოხატული, მაშასადამე, სანაღვლე გზებით ნაღველი გადადის ნაწლავებში. ზოგჯერ აქოლია გამოხატულია მოკლე ხნით და ნაკლები ინტენსივობით და არასდროს არ აღწევს ისეთ ინტენსივობას, როგორსაც მექანიკური ხასიათის სიყვითლის დროს. ბოტკინის დაავადების დროს ჩქარა ვლინდება ღვიძლის ფუნქციის დაქვეითება. ამასთან, ავადმყოფს არა აქვს ისეთი შეტევითი ტკივილები, როგორიც კენჭოვანი ხასიათის დაავადების დროს. ბოტკინის დაავადებისათვის დამახასიათებელია საერთო სისუსტე, ზოგადი, გაფანტული, მაგრამ მოსათმენი ტკივილები, უფრო ინტენსიური მარჯვენა ფერდქვეშა არეში. ტკივილები გამოწვეულია ღვიძლის გადიდებით და გლისონის კაფსულის დაჭიმვით. დამახასიათებელია: გულისრევა, ფაღარათი (ხან შეკრულობა), კუნთების ტკივილი, სუბფებრილური ტემპერატურა. თუ ამას ლაბორატორიული გამოკვლევებით შევავსებთ, დიფერენცირება მექანიკური ხასიათის სიყვითლესთან არ უნდა იყოს ძნელი, თუმცა, მექანიკური სიყვითლით დაავადებულს ხანგრძლივი დროის განმავლობაში სთვლიან, როგორც ბოტკინით დაავადებულს, რაც უსათუოდ დიდ შეცდომად უნდა ჩაითვალოს.

ასევე ძნელი არაა ვასილევ-ვაილის დაავადების დიფერენცირება, რომელიც ბევრად უფრო იშვიათად გვხვდება, ვიდრე ბოტკინის დაავადება.

ამგვარად, დაკვირვებული ინფექციონისტისა და ქირურგისათვის ამ დაავადების დიფერენცირების სრული შესაძლებლობა არსებობს, თუმცა შეცდომებიც არც ისე იშვიათია. მოინიგერის თქმით „არაა ისეთი ადამიანი, რომელიც არ შემცდარიყოს სიყვითლის დიაგნოსცირებაში".

დიფერენციაცია აპენდიციტსა და ქოლეცისტიტს შორის

მწვავე ქოლეცისტიტის დიაგნოზის დადგენა, მისი კლინიკური ნიშნებით, უმრავლეს შემთხვევაში არ წარმოადგენს სირთულეს. მაგრამ არის სიძნელე, როდესაც დაავადებულია მსუქანი ადამიანი (დიდი და ჩამოკიდებული მუცლით). პალპაცია არ იძლევა დასაყრდენ მონაცემებს დიაგნოსტიკისათვის; განსაკუთრებით დიაგნოსტიკა ძნელდება, პირველადი ქრონიკული ქოლეცისტიტის დროს, როდესაც ძალზე ძუნწია ანამნეზური მონაცემები და ობიექტური მონაცემებიც ან სუსტადაა გამოხატული, ან ზოგჯერ სულ არ არის.

პირველ რიგში საჭიროა მწვავე აპენდიციტის დიფერენცირება. ჩვეულებრივ ამ ორგანოს დაავადებათა დიფერენცირება არ არის ძნელი. მწვავე აპენდიციტი უფრო ახალგაზრდების დაავადებაა. შეტევის დროს, პირველ ხანებში, აღინიშნება ტკივილი ჰიპის ზემოთ, ეპიგასტრიუმის არეში, შემდეგ თანდათან ყალიბდება ილეოცეკალურ მიდამოში, სადაც ზოგჯერ ვითარდება კუნთის დაჭიმულობა (დეფანსი), ტკივილიც მოსათმენია, ღებინება ერთ-ორჯერ, ან შეიძლება სულ არ იყოს.

ქოლეცისტიტის დროს კი დაავადება უფრო მწვავედ იწყება. ღებინება უფრო მრავალჯერადია, ტკივილები აუტანელი. მაგრამ ის თანდათანობით ლოკალიზდება ჰიპის ზემოთ და, ბოლოს, მარჯვენა ფერდქვეშა არეში. ქოლეცისტიტი ტკივილის ირადიაციას იძლევა წელის ან ბეჭისა და ლავიწისაკენ (ფრენიკუს სიმპტომი).

აპენდიციტს ირადიაცია არ ახასიათებს, ამასთან, შოტკინ-ალტშმერგის სიმპტომი ჩქარა ვლინდება და ინფილტრატიც უფრო ჩქარა ყალიბდება, მაშინ

როდესაც ქოლეცისტიტის დროს ან სულ არაა ეს მონაცემები, ან სუსტადაა გამოხატული. დიფერენცირებისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ასაკს და სქესს. ახალგაზრდებში უფრო ხშირია აპენდიციტი, ხანში შესულებში (განსაკუთრებით ქალებში) კი — ქოლეცისტიტი. მიუხედავად განსხვავებული სიმპტომებისა, ზოგჯერ ჭიანწლავის თავისებური მდებარეობა, ე. ი. როდესაც მას აქვს მაღალი მდებარეობა, როდესაც რეტროცეკალურადაა და აღწევს ნაღვლის ბუშტამდე ანთებითი პროცესის შემთხვევაში იძლევა ქოლეცისტიტის კლინიკის სიმპტომოკომპლექსს და ხდება შეცდომის წყარო — ისმება ქოლეცისტიტის დიაგნოზი, ამიტომ ფედოროვი ასე წყვეტს საკითხს — „როდესაც არაა გარკვეული, თუ რომელ დაავადებასთან გვაქვს საქმე, ჯობია სასწრაფოდ გაკეთდეს ოპერაცია აპენდიციტის სასარგებლოდ". მაგრამ ოპერაცია უნდა გაკეთდეს ღენარდერის განაკვეთით, და თუ დასტაქარი დარწმუნდა იმაში, რომ დაავადების მიზეზი აპენდიციტი არ არის, უსათუოდ განაკვეთის გაგრძელებით უნდა დაათვალიეროს ნაღვლის ბუშტი და სწრაფად დაადგინოს დაავადების ნამდვილი მიზეზი.

მოვიყვანთ დიაგნოსტიკური შეცდომის მაგალითს ჩვენი კლინიკიდან. 1957 წლის იანვარში კლინიკაში შემოვიდა 60 წლის მამაკაცი, მაღალი ტემპერატურით (38,5°), ძლიერი ტკივილით მუცლის მარჯვენა ნახევარში და ღებინებით. ტკივილები ირადიაციას იძლეოდა წელისაკენ. დაავადების ხანგრძლივობა — 18—20 საათი. შემოსვლისას ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა საშუალო სიმძიმისა იყო, მაჯა 85—90 წამში, საშუალო აგსების, ზოგჯერ არითმული. მუცლის მარჯვენა ნახევარი პალპაციით მტკივნეული. ლოკალური ტკივილი მკვეთრად იყო გამოხატული სწორი კუნთის ზემო მესამედში და მის გარეთა კიდესთან. ნაღვლის ბუშტის გასინჯვა არ ხერხდებოდა. ლეიკოციტოზი 16000. შარდში აღსანიშნავი ცვლილებები არ იყო. მონაცემების საფუძველზე დაისვა მწვავე ქოლეცისტიტის დიაგნოზი. ავადმყოფი სასწრაფოდ დაწვინეს საოპერაციო მაგიდაზე. განაკვეთი გაუკეთდა მარჯვენა ნეკნთა რკალის პარალელურად. მუცლის ღრუს გახსნისა და დათვალიერების შედეგად აღმოჩნდა უმნიშვნელოდ შეცვლილი ნაღვლის ბუშტი, რაც არ შეეფარდებოდა ავადმყოფობის კლინიკურ სურათს. შემდეგი დათვალიერებით დადგინდა, რომ ღვიძლის ქვეშ, იქ სადაც კოლინჯის მარჯვენა კუთხე იქმნება, მოთავსებული იყო ბრმა ნაწლავი თავისი დანამატით. დანამატი იყო მამაკაცის ცრისოდენა, ანთებისაგან შეცვლილი, ჩირქოვანი ფიბრინის ნადებებით და ბადექონში გახვეული. ცხადი გახდა, რომ ძირითადი მიზეზი ამ შემთხვევაში იყო ჭიანწლავის ანთება, გაკეთდა აპენდექტომია. ოპერაციისშემდგომმა პერიოდმა კარგად ჩაიარა, ავადმყოფი გაეწერა განკურნებული. დანამატის გაკვეთით დადგინდა ფლეგმონური ანთება. დაიგნოსტიკური შეცდომის მიზეზი იყო აპენდიციტის ღვიძლის ქვეშ მდებარეობა, რაც იძლეოდა ნაღვლის ბუშტის დაავადების სიმულაციას.

ზოგჯერ ხდება პირიქით, დგინდება მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზი, ხოლო ოპერაციის დროს დასტურდება ნაღვლის ბუშტის მწვავე ანთება, ორივე შემთხვევაში ოპერაციული ჩარევა პირდაპირნაჩვენებია და ავადმყოფისათვის აუცილებლობას წარმოადგენს. მაგრამ არის შემთხვევები, როდესაც ერთდროულად არსებობს როგორც ნაღვლის ბუშტის, ისე ჭიანწლავის მწვავე ანთება. ასეთ შემთხვევებში შეცდომა უსათუოდ მოსალოდნელია, ვინაიდან თუ ქირურგი დიაგნოზს უფრო აპენდიციტის სასარგებლოდ დასვამს და ოპერაციის დროს დადგინდება მისი ფლეგმონური_ან განგრენული ფორმის არსებობა, ოპერატო-

რი, რასაკვირველია, დაკმაყოფილდება აპენდექტომიით და სხვა ორგანოებში ცვლილებების ძებნას არ დაიწყებს. სინამდვილეში კი ნაღვლის ბუშტის ანთებასაც აქვს ადგილი, რომელიც შეიძლება ზოგჯერ კონსერვატიული მკურნალობითაც განიკურნოს, ან ისევ საჭირო იყოს ოპერაციული ჩარევა. საბედნიეროდ, ასეთი შემთხვევები იშვიათია. მაგრამ ქირურგს უნდა ახსოვდეს — როდესაც ოპერაციამდე სწორი დიაგნოზის დადგენა ძალზე ძნელია, ოპერაცია უსათუოდ უნდა გაკეთდეს ლენანდერის განაკვეთით და ერთდროულად დათვალიერდეს როგორც ჭიანაწლავი, ისე ნაღვლის ბუშტი, რაც გამორიცხავს დიაგნოსტიკურ შეცდომას.

ქოლეცისტიტის გარჩევა კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადებისაგან

თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციასა და მწვავე ქოლეცისტიტს შორის ზოგ შემთხვევაში ძლიერი მსგავსებაა, რასაკვირველია, როდესაც ავადმყოფს ანამნეზში მკაფიოდ აქვს გამოხატული წყლულოვანი დაავადების ნიშნები და თუ ამ ფონზე ეპიგასტრიუმის არეში ერთბაშად განუვითარდა ძლიერი ტკივილი, რასაც მოჰყვება ძლიერი დეფანსი, ღვიძლის მოყრუების გაქრობა და რიგი დამახასიათებელი ნიშნები, რასაკვირველია, ნაღვლის ბუშტის ანთებაზე არავინ იფიქრებს და ასეთ დროს სწორი დიაგნოზის დადგენა რაიმე სიძნელეს არ წარმოადგენს. მაგრამ არსებობს ე. წ. მუნჯი წყლული (ავადმყოფს არასდროს არ უგრძვნია კუჭის ტკივილი და არ დაუცაცხ დიეტა). ასეთმა წყლულმა შეიძლება განიცადოს მიკროპერფორაცია და გამოიწვიოს ძლიერი ტკივილი, მაგრამ თუ ბადექონი ან სხვა ორგანო უცბად მიეფარება, ტკივილი მოეხსნება და დეფანსიც გაუქრის, პალპაციით კი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამო მტკივნეული იქნება. ამასთან, ანთებითი პროცესით ეს ორი ორგანო შეიძლება ძალზე დაახლოებული და დაკავშირებული იყოს. ასეთ შემთხვევაში შეიძლება წყლულის მაგივრად ვიფიქროთ ნაღვლის ბუშტის ანთებით პროცესზე. მაგრამ დაკვირვებული ქირურგისათვის სადიფერენციაციო საშუალებაც არსებობს. მაგალითად, მწვავე ქოლეცისტიტის შეტევის დროს ავადმყოფი ადგილს ვერ პოულობს, ის იგრიხება, ათასნაირ მოძრაობას აკეთებს, აქვს ირადირებული ტკივილი, გულისრევა, ხშირი ღებინება; კუჭის პერფორაციის დროს კი ავადმყოფი ცდილობს უძრავად იყოს, ყოველგვარი მოძრაობა უვითარებს სასტიკ ტკივილს, ღებინება არა აქვს, ტკივილი ირადიაციას არ იძლევა. მიუხედავად ასეთი განსხვავებისა, მაინც შეიძლება დიაგნოსტიკური შეცდომების დაშვება, ვინაიდან როგორც პერფორაციის, ისე მწვანე ქოლეცისტიტის დროს კლინიკური სურათი ტიპური არ არის.

ასევე შეიძლება შეცდომის დაშვება ქრონიკულად მიმდინარე თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადებისა და ქოლეცისტიტის დროს. ზოგჯერ ამ ორ ორგანოს კლინიკურ სურათს შორის იმდენად დიდი მსგავსებაა, რომ ავადმყოფს უსვამენ ნაღვლის ბუშტის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების დიაგნოზს, საოპერაციო მაგიდაზე კი დასტურდება ნამდვილი დიაგნოზი. მაგალითად, არის შემთხვევა, როდესაც ავადმყოფს ქოლეცისტიტის დიაგნოზით უკეთებენ ოპერაციას, მაგრამ საოპერაციო მაგიდაზე დასტურდება წყლულოვანი დაავადება, ან პირიქით, თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დიაგნოზით ოპერაციის დროს დასტურდება, რომ ავადმყოფს აქვს ნაღვლის ბუშტის კენჭოვანი დაავადება.

ავადმყოფი მ., შემოვიდა ქირურგიულ განყოფილებაში ნაღვლის ბუშტის დაავადებით. მას კლინიკაში შემოსვლამდე ჩაუტარეს ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების კონსერვატიული მკურნალობა. იგი იწვა დიდ კლინიკებში — თბილისში, მოსკოვში, იყო ჩეხოსლოვაკიის განთქმულ კურორტებზე, მაგრამ მდგომარეობა არ გამოსწორდა. ავადმყოფმა საბოლოოდ გადაწყვიტა ოპერაციული წესით მკურნალობა, რის გამოც მოთავსდა რკინიგზის საავადმყოფოს ქირურგიულ კლინიკაში. ვინაიდან ავადმყოფს მრავალ ავტორიტეტულ დაწესებულებაში და გამოჩენილი სპეციალისტების მიერ დადგენილი ჰქონდა ნაღვლის ბუშტის დაავადება, განმეორებითი გამოკვლევები არ გაუკეთდა, სათანადო მომზადების შემდეგ ენდოტრაქეული ნარკოზით გაუკეთდა ოპერაცია, განაკვეთი მარჯვენა ფერდქვეშა არეში, ნეკნების პარალელურად. გაიხსნა მუცლის ღრუ. ნაღვლის ბუშტში და სანაღვლე გზებში დამახასიათებელი პათოლოგიური ცვლილებები არ აღმოჩნდა. კუჭის გასინჯვით დამტკიცდა თორმეტგოჯას მიდამოში შეხორცებები, განსაკუთრებით მკაფიო შეხორცებები იყო სანაღვლე გზებსა და თორმეტგოჯას შორის. ამ მიდამოში თორმეტგოჯას მედიალურად დადგინდა კალოზური წყულის არსებობა. შეიცვალა ოპერაციის გეგმა, ჭრილობა გაგანივრდა მახვილისებრ მორჩამდე და ამ განაკვეთით მოხერხდა კუჭის რეზექცია გოფმეისტერ-ფინსტერერის წესით. ოპერაციისშემდგომმა პერიოდმა გაიარა გაურთულებლად. ავადმყოფი კლინიკიდან გაეწერა კარგ მდგომარეობაში. ოპერაციიდან 2 წლის შემდეგ შეამოწმეს ავადმყოფის მდგომარეობა, — იგი სავსებით გაჯანსაღებული იყო.

ავადმყოფის მომზადება საოპერაციოდ. მთელი რიგი სირთულეების მიუხედავად დიაგნოზის სწორად დადგენა ბევრ შემთხვევაში შესაძლებელია. თუ სწორი დიაგნოზი არ დადგინდა, ავადმყოფს კი სჭირდება ოპერაციის დროულად და კარგად გაკეთება, მაშინ ქირურგის მოქმედება, მიუხედავად დიაგნოსტიკური შეცდომებისა, გამართლებული იქნება.

ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების ოპერაცია, როგორც აღვნიშნეთ, ითვლება რთულ ქირურგიულ ჩარევად, ამიტომ ავადმყოფი ოპერაციამდე კარგად უნდა მომზადდეს, რომ ოპერაციის გადატანა გაუადვილდეს და ქირურგს კი მიეცეს ოპერაციის თავისუფლად გაკეთების საშუალება. ჩვენ აქ არ განვიხილავთ ისეთ მომზადებას, რომელიც საჭიროა თითქმის ყველა სახის ოპერაციის დროს (მაგალითად, გულის, ფილტვების, თირკმლებისა და სხვა ორგანოების მომზადება).

როდესაც სანაღვლე გზების დაავადების დროს იგეგმება ქირურგიული ჩარევა, ჩვენ უსათუოდ ვალდებული ვართ გავითვალისწინოთ ისეთი ობვიათი, მაგრამ რეალური გართულებანი, როგორიცაა სისხლის დენა ოპერაციის დროს და ოპერაციისშემდგომ პერიოდში, ღვიძლ-თირკმლის სინდრომი.

კარგადაა ცნობილი ის გარემოება, რომ ხანგრძლივი ობტურაციული სიყვითლის დროს სანაღვლე გზებში ხანგრძლივად არსებული ფისტულიდან ნაღვლის დენის გამო ღვიძლში ირღვევა პროტეინოგენური ფუნქცია, რასაც შეიძლება მოჰყვეს ქოლემიური და აქოლიური სისხლის დენა. კუკუჯანოვის მონაცემების მიხედვით ფედოროვის კლინიკაში გაყვითლებული ავადმყოფების ოპერაციის დროს და ოპერაციის შემდეგ სისხლის დენის შედეგად სიკვდილიანობას ადგილი ჰქონია 15,5% შემთხვევაში. ასე, რომ ეს გართულება წარმოადგენს ერთ-ერთ მეტად დიდ და სახიფათო გართულებას. თუ რა არის ამის მიზეზი, აქ ამის განხილვა ძალიან შორს წაგვიყვანს, მაგრამ ახალგაზრდა ქირურგებს წარ-

მოდგენა რომ ჰქონდეთ ზემონათქვამზე, ჩვენ აქ მოკლედ განვიხილავთ მეცნიერების უკანასკნელი პერიოდის მიღწევებს.

პროთრომბინის სინთეზი ადამიანის ორგანიზმში ხორციელდება ღვიძლში „K" ვიტამინის მონაწილეობით. თუ სისხლში პროთრომბინის შედგენილობა 20 — 15%-მდე დაეცა, სისხლის შედედების უნარი ძალზე მცირდება და შეიძლება განვითარდეს მძიმე, შეუჩერებელი სისხლის დენა. სიყვითლის დროს ჰიპოპროთრომბინემია იმიტომ ვითარდება, რომ ამ დროს ნაწლავში არ ხვდება ნაღვლის მჟავას მარილები, რის გამოც ცხიმის ემულგირება და მისი მონელება არ ხდება და მათში გახსნილი ვიტამინები („K") არ იწოვება. ამგვარად, ჰიპოპროთრომბინემია ძირითადში ვითარდება ღვიძლის უკმარისობის გამო, ამიტომ სიყვითლის დროს საჭიროა ღვიძლის ფუნქციის გამოკვლევა, სისხლის შედედების დრო და პროთრომბინის მაჩვენებლების განსაზღვრა. ამასთან, უსათუოდ საჭიროა ნარჩენი აზოტის რაოდენობის განსაზღვრა. სისხლის დენის თავიდან ასაცილებლად ავადმყოფს უნიშნავენ ვიკასოლს, ვენაში ასკორბინმჟავას 10 მლ და 40%-იან გლუკოზას 40 მლ-ის რაოდენობით. აგრეთვე საჭიროა გადაესხას ახალი ციტრატული სისხლი წვეთობრივად. ამასთან, თუ ავადმყოფი არსებული ფისტულიდან ხანგრძლივი დროის განმავლობაში კარგავდა ნაღველს, უსათუოდ უნდა დაენიშნოს ნაღველი. ნაღველი შეიძლება მისივე ფისტულიდან დაგროვდეს ან მიეცეს სასაკლაოდან მოტანილი გაფილტრული ნაღველი. აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ სუფთა ნაღვლის დალევა ძალზე არასასიამოვნოა, ხშირად იწვევს ღებინებას, რის გამოც ავადმყოფები მის დალევაზე უარს აცხადებენ. ამიტომ უფრო მიზანშეწონილია ნაღვლის შეყვანა წვრილი ზონდის საშუალებით პირდაპირ თორმეტგოჯა ნაწლავში.

აქ შეიძლება დაისვას საინტერესო კითხვა — რამდენ ხანს შეიძლება ოპერაციის გადადება ობტურაციული სიყვითლის დროს? ამაზე არსებობს აზრთა სხვადასხვაობა. მაგალითად, ფედოროვის რეკომენდაციით მოცდა შეიძლება 15 დღემდე; სხვა ავტორები იმ აზრისა არიან, რომ ავადმყოფის მოსამზადებლად და დიაგნოზის დასადგენად საკმარისია ორი კვირა. ზოგი კი უფრო ადრეული ოპერაციული მკურნალობის მომხრეა.

რა არის ღვიძლ-თირკმლის სინდრომი?

კლერმანმა და ჰაბერერმა აღწერეს 5 შემთხვევა, როდესაც ავადმყოფებს სანაღვლე გზების ოპერაციის შემდეგ განუვითარდათ ა ნ უ რ ი ა. აქედან გარდაიცვალა 3 ავადმყოფი. გაკვეთისას დადგინდა გლომერულონეფრიტი, თირკმლის უჯრედების ნეკროზი. კლერმანი და ჰაბერერი თირკმლებში ასეთ პათოლოგიურ ცვლილებებს ხსნიდნენ ღვიძლში ხანგრძლივი დროის განმავლობაში სიყვითლის არსებობით, ოპერაციულ ტრავმასთან და ნარკოზთან დაკავშირებით. ა. პიტელი თავის ექსპერიმენტულ მონაცემებზე დაყრდნობით ამტკიცებდა ღვიძლის პარენქიმის დაშავებას, რის შედეგადაც ჩნდება ტოქსიკური ნივთიერება, რომელიც გადადის სისხლის მიმოქცევაში და აზიანებს თირკმლის უჯრედებს.

ღვიძლ-თირკმლის სინდრომი ძალზე რთული დაავადებაა. მისი ბუნება ჯერ-ჯერობით საესებით გაშიფრული არ არის და ამ საკითხის განხილვას აქ შეუძლებლად ვთვლით, მაგრამ უნდა აღვნიშნოთ, რომ ოპერაციიდან რამდენიმე დღის შემდეგ გამოვლინებას იწყებს ჰეპატურ-რენალური სინდრომი. პირველად ავადმყოფი თითქოს კარგად გრძნობს თავს, მისი საერთო მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, შეიძლება ჰქონდეს უმნიშვნელო ხასიათის ჩივილი, მუცლის ოდნავ შებერება, უმადობა, წყურვილი, სუბფებრილური ტემპერატურა, მაგრამ

ოპერაციის მეოთხე დღეს ავადმყოფს უკვე ეტყობა მოუსვენრობა, შფოთავს, ეწყება ევფორიის ნიშნები, ძილად მივარდნა, მაჯა აუჩქარდება, ავსება სუსტდება. ტემპერატურა მატულობს 38 — 39°-მდე, შარდის რაოდენობა კლებულობს, შარდში მკვეთრი ცვლილებებია: ცილა, ცილინდრები, შეიძლება ერითროციტებიც გამოყოს, აზოტი მატულობს 80 — 100 მგ%-მდე, ავადმყოფის მდგომარეობა მკვეთრად უარესდება, ურემიისა და აზოტემიის ფონზე ავადმყოფი იღუპება. თუ ავადმყოფობა უფრო ნაკლები გამწვავებით მიმდინარეობს და გადამწყვეტ ზომებს მივიღებთ, ავადმყოფის მდგომარეობა თანდათან ვაუმჯობესდება. მოვლენები ჩაცხრება და მე-9 — 10 დღიდან ის იწყებს გამოჯანსაღებას.

ამიტომ ასეთი დიდი ოპერაციის წინ, აღნიშნული გამოკვლევების გარდა, უნდა გამოვიკვლიოთ თირკმლის ფუნქცია, შარდის კუთრი წონა, ნარჩენი აზოტის არსებობა, ლეიკოციტებისა და ერითროციტების არსებობა და მათი რაოდენობა, ცილინდრები, შარდის დღე-ღამის რაოდენობა — ყველა აღნიშნულის გათვალისწინებით ხდება ავადმყოფის მომზადება საოპერაციოდ. რასაკვირველია, აქ არ შეიძლება რაიმე სტანდარტის გამომუშავება, ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში მომზადებაც თავისებური იქნება. არსებული ნაკლოვანების დროული გამოვლინება, ავადმყოფის სათანადო მომზადება კარგი გამოსავალის თანედებია.

ნაღვლის ბუშტის, სანაღვლე გზებისა და მათი მკვებავი არტერიების ანომალიები

ქირურგს, რომელსაც შეუძლია ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების ოპერაციების გაკეთება, უსათუოდ წინასწარ უნდა ჰქონდეს სწორი ორიენტირება იმ თანდაყოლილ და შეძენილ ანომალიებზე, რომლებიც ასე ხშირად გვხვდება აღნიშნულ ორგანოებზე.

ქირურგი გახსნის თუ არა მუცლის ღრუს, პირველ რიგში, ეძებს ნაღვლის ბუშტს. იგი შეიძლება მოულოდნელად წააწყდეს რიგ ანომალიებს:

შეიძლება ნაღვლის ბუშტი სულ ვერ იპოვოს მისი არარსებობის გამო (აგენეზია) ან შეიძლება ის ღვიძლის პარენქიმაში იყოს ჩაფლული (ღრმად, მთლიანად ან ნაწილობრივ). ლიტერატურული მონაცემების მიხედვით ასეთი ანომალიები 2%-მდეა დადგენილი. როდესაც ოპერატორი ვერ პოულობს ნაღვლის ბუშტს (თავის ადგილას ან სხვაგან) ნაძრევია დასკვნა იმის შესახებ, რომ ის არ არის. ასეთ შემთხვევაში ჭეშმარიტების დასადგენად უსათუოდ საჭიროა ჭოლანგიოგრაფია, რომლითაც ადვილად გამოირკვევა ნაღვლის ბუშტის არსებობა ან არარსებობა. არის შემთხვევები, როდესაც დგინდება კენჭოვანი ქოლეცისტიტის დიაგნოზი, ხოლო ოპერაციის დროს არამცთუ კენჭებს, ნაღვლის ბუშტსაც ვერ პოულობენ (ასეთი შემთხვევა გვქონდა საფაკულტეტო ქირურგიულ კლინიკაში). ზოგ შემთხვევაში ნაღვლის ბუშტს აქვს თავისებური ჯორჯალი და ის თავისუფლად ჩამოკიდებულია ღვიძლზე, ასეთ ბუშტს ეწოდება Vesica pendulans (ფედოროვი). მოსალოდნელია ასეთი მოძრავი ნაღვლის ბუშტის მოტრიალება 180 — 360°-მდე და მოგვცემს ისეთ კლინიკურ სურათს, როგორსაც იძლევა ნაღვლის ბუშტის კენჭოვანი დაავადება.

ზოგ შემთხვევაში შეიძლება ადამიანს ჰქონდეს ორი ან მეტი ნაღვლის ბუშტი. იგი შეიძლება იყოს ღვიძლის მარცხენა წილში ან რეტროპერიტონეულად თორმეტგოჯა ნაწლავის უკანა მიდამოში. ფედოროვის მონაცემებით ზოგჯერ მასი აღმოჩენა შეიძლება მრგვალი იოგის ადგილას. ამიტომ სრულიად არაა

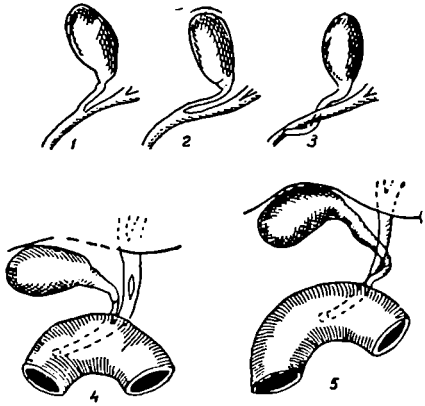
გასაკვირი ასეთი დისტოპიების შემთხვევაში დასტაქარმა ვერ ნახოს ნაღვლის ბუშტი.

Vesica fellea duplex. აქ განსაკუთრებით აღსანიშნავია და ზოგჯერ სახიფათოა მისი სადინარების განლაგება. შეიძლება ორივე ბუშტის სადინარი შეერთდეს საერთო სადინარში შეერთებამდე ან ცალ-ცალკე შეუერთდნენ საერთო სადინარს. იშვიათად, მაგრამ აღნიშნულია, რომ შეიძლება ნაღვლის ერთი სადინარი შეუერთდეს ღვიძლის სადინარს, მეორე კი მიემართებოდეს პირდაპირ პარენქიმისაკენ. ზოგ შემთხვევაში ნაღვლის ბუშტი სიგრძეზე იყოფა ორ ნაწილად და ვღებულობთ (ორმაგ) ორკამერიან ნაღვლის ბუშტს, რომელსაც აქვს საერთო სადინარი და უერთდება ღვიძლის საერთო სადინარს.



სურ. 22. ნაღვლის ბუშტის თანდაყოლილი ანომალიები 1—ნაღვლის ორმაგი ბუშტი; 3—ნაღვლის ბუშტის დივერტიკულები; 5 — გაღუნული ნაღვლის ბუშტი; 7 — ღვიძლში ჩაფლული ნაღვლის ბუშტი; 8 — Vesica Pendulans

ჩვენს მიზანს სრულიად არ წარმოადგენს ნორმალური ნაღვლის ბუშტის ანატომიური, ტოპოგრაფიული და ფიზიოლოგიური მონაცემების აღწერა, მაგრამ ასეთი პათოლოგიის აღნიშვნა იმიტომ მიგვაჩნია საჭიროდ, რომ ოპერატორს ნათელი წარმოდგენა ჰქონდეს ნაღვლის ბუშტის ვარიაბილობაზე, რათა ოპერაციის დროს თავიდან აიცილოს შეცდომები და გართულებანი.

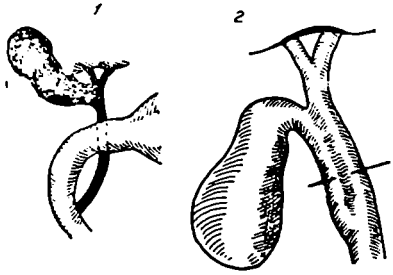


სურ. 23. 1 — ნაღვლის ბუშტის ნორმალური სადინარი; 2 — ნაღვლის ბუშტის პარალელური სადინარი; 3 — ნაღვლის ბუშტის სადინარის სპირალური მიმართულება; 4 — ნაღვლის ბუშტის სადინარი უერთდება ღვიძლის სადინარს თორმეტგოჯას უკან; 5 — ნაღვლის ბუშტის სადინარი უვლის ღვიძლის სადინარს სპირალურად და უერთდება მას წინიდან (ფედოროვის მიხედვით).

ნაღვლის ბუშტის ოპერაციის დროს ერთ-ერთი მთავარი მომენტია მისი სადინარის მოძებნა და გამოყოფა, მაგრამ ოპერატორმა თუ არ იცის ის, რომ ზოგჯერ (იშვიათად) ნაღვლის ბუშტს სადინარი სულ არა აქვს და ის უშუალოდ უერთდება ნაღვლის მთავარ სადინარს, იგ უსათუოდ ღაუშვებს შეცდომას.

ნაღვლის ბუშტის სადინარის სიგრძე ვარიაბილურია და მერყეობს 10 —15 — 45 მმ-ს შორის (კ. სუსლოვი, ბ. შკოლნიკოვი) (სურ. 23).

ის შეიძლება უერთდებოდეს ღვიძლის მარჯვენა სადინარს მისი გამოსვლის ადგილას. შეიძლება მიემართებოდეს მთავარი სადინარის პარალელურად ან გარსეხვეოდეს სპირალურად და დვრილთან ახლოს უერთდებოდეს მთავარ სადინარს. შეიძლება კენჭი იყოს ამ სადინარში, ის შემაერთებელი ფირფიტებით დაკავშირებული იყოს საერთო სადინართან და ტოვებდეს შთაბეჭდილებას, რომ კენჭი მოთავსებულია მთავარ სადინარში. ეს და მრავალი სხვა ვარიანტის არსებობა ზოგჯერ ხდება გამოუსწორებელი შეცდომის მიზეზი.



სურ. 24. 1 — ნაღვლის ბუშტი სადინარის გარეშე; — 2 ნაღვლის ბუშტის სადინარისა და ნაღვლის საერთო სადინარის პარალელური მდებარეობა. ნაღვლის სადინრები გახვეულია შემაერთებელ ქსოვილში.

აქვე უნდა აღვნიშნოთ ის ანომალიები, რომლებიც შეიძლება არსებობდეს ნაღვლის ბუშტსა და მის მკვებავ არტერიას შორის. ნაღვლის ბუშტის მკვებავი არტერიის ნორმალურად გამოყოფის ადგილის საორიენტაციოდ კალტმა 1895 წელს აღწერა სამკუთხედი, რომლის გვერდები შედგებოდა ნაღვლის ბუშტის არტერიის, ნაღვლის ბუშტის სადინარისა და ღვიძლის საერთო სადინარისაგან. მაგრამ კალტის ეს მონაცემი მაინცდამაინც დიდი პრაქტიკული ღირებულების არაა, ვინაიდან არსებობს მთელი რიგი ვარიანტები. როგორც მისი გამოყოფის, ისე შემდეგი მიმართულების ნაღვლის ბუშტთან შეერთების ადგილთან დაკავშირებით. 25-ე სურათზე იმდენად ნათლად არის მოცემული სიხლძარღვების



სურ. 25. ნაღვლის ბუშტის მკვებავი არტერიები (ვარიანტები).

გამოყოფის ვარიანტები, რომ ის ახსნა-განმარტებას არ მოითხოვს, მხოლოდ საჭიროა ოპერაციის მსვლელობის დროს ყურადღებით ყოფნა. უნდა აღვნიშნოთ, რომ თუ ავადმყოფს დაეწყო სისხლის დენა (და ცხადია, უამისოდ არ იქნება), უსათუოდ დიდი შეცდომაა ბრმად, გარკვევის გარეშე ქომების დადება სისხლმდენ ძარღვებზე. ოპერატორმა ამ დროს ორ თითს შორის უნდა აიღოს ღვიძლთორმეტგოჯას იოგი და თითის მოჭერით გააჩეროს სისხლის დენა, რაც მისცემს ორიენტაციისა და სისხლის დენის ადვილად შეჩერების საშუალებას. ნაღვლის ბუშტის ამოკვეთის შემდეგ უსათუოდ ცალ-ცალკე უნდა გაღაკვანძოს როგორც არტერია, ისე ნაღვლის ბუშტის სადინარი. მათი ერთი ლიგატურით გადაკვანძვა შეცდომაა. ჭრილობა განმეორებით კარგად უნდა დათვალიერდეს. აგრეთვე არსებობს ნაღვლის სადინარების ანომალიების შესაძლებლობა.

არც ისე იშვიათია, როდესაც ღვიძლიდან გამოსული ნაღვლის სადინარი უერთდება ან ნაღვლის ბუშტს ან ღვიძლის მთავარ სადინარს ცალკე. უფრო მეტიც, კერს აღნიშნული აქვს ღვიძლის სადინარის შეერთება ნაღვლის ბუშტთან უკანა ზედაპირიდან, ღვიძლთან დაკავშირების ადგილას. აღნიშნული ანომალიები გვხვდება შემთხვევათა 8 — 20%-ში (ოგნევი, ს. ლუბომუდროვი).

ადვილი წარმოსადგენია, რომ თუ ქირურგმა ვერ შეამჩნია ნაღვლის სადინარების ეს ანომალიური სისხლძარღვები, რა გართულება მოჰყვება მათ. მართალია, ეს შედარებით იშვიათია, მაგრამ ხომ არის ამის შესაძლებლობა, ამიტომ საჭიროა ყურადღებით ყოფნა, ისიც საჭიროა ვიცოდეთ, რომ მთავარი სადინარი ფორმირდება ღვიძლის ორი სადინარისა და ნაღვლის სადინარის შეერთებით, მაგრამ არის შემთხვევა, როდესაც მის გაფორმებაში მონაწილეობს ღვიძლის 3 — 4 სადინარი, რომელთა აღმოჩენა შესაძლებელია მხოლოდ ქოლანგიოგრაფიით.

ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების ოპერაციები

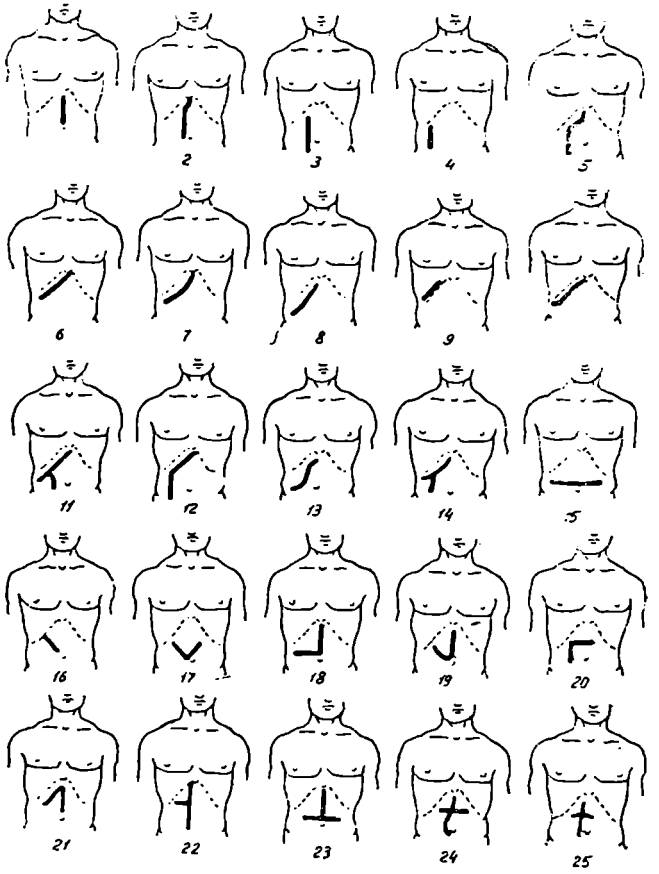
ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების ოპერაციების დროს ოპერაციის კეთილად დამთავრებისათვის უაღრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს მუცლის კედელზე რაციონალური განაკვეთის გაყვანას, მის სიდიდეს, გაყვანის ადგილს. კარგ საოპერაციო მიდგომად ის კი არ უნდა ჩაითვალოს, საიდანაც დაავადებულ ორგანოს ადვილად მივუდგებით, არამედ ის, საიდანაც ოპერატორს შესაძლებლობა ეძლევა განაკვეთიდან ადვილად დაათვალიეროს როგორც დაავადებული, ისე მის მეზობლად მდებარე ორგანოების ყველა საჭირო ადგილი, რათა სწორად დაადგინოს ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების პათოლოგიური ცვლილებები, ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზებთან მისადგომად მოწოდებულია მრავალრიცხოვანი განაკვეთი (30-მდე).

ავტორები, რომლებიც ეძებდნენ საოპერაციოდ მისადგომ გზას, ძირითადად იმაზე ფიქრობდნენ, რომ მუცლის ღრუს გახსნა ყოფილიყო რაც შეიძლება ნაკლებ ტრავმული, ამასთან, რაც შეიძლება ნაკლებად დაზიანებულიყო მამოძრავებელი და მგრძნობიარე ნერვები, რათა ოპერაციასთან დაკავშირებით არ განვითარებულიყო კუნთების ატროფია, მაგრამ ამავე დროს ყოფილიყო ნაღვლის ბუშტისა და მის გზებზე მიდგომის ფართო შესაძლებლობა და ოპერაციის დამთავრებისას ადვილად ჩაედოთ დრენაჟი და ტამპონები. მხედველობაში მისაღებია აგრეთვე ისიც, რომ არ განვითარდეს ოპერაციისშემდგომი თიაქარი.

იმ მრავალრიცხოვან განაკვეთთა შორის, რომელიც მოწოდებულია ამ

ოპერაციის დროს ყველაზე პოპულარული და პრაქტიკულად გამართლებულია კოხერისა და ფედოროვის განაკვეთი. კოხერის განაკვეთი კეთდება მარჯვენა ნეკნთა რკალის პარალელურად, მისგან 2 — 3 სმ დაშორებით. გართულებული მდგომარეობის შემთხვევაში ამ მიდგომით ადვილად შეიძლება გაკეთდეს ყველა ოპერაცია და მანიპულაცია. ამ განაკვეთის გაგრძელება შეიძლება უფრო ზემოთ — მახვილსებრი მორჩისაკენ, რაც კიდევ უფრო გაადვილებს საოპერაციო მისადგომ ფართობს და ოპერატორს შეუძლია თავისუფლად იმუშაოს.

სხვა განაკვეთთა შორის აგრეთვე იხმარება რიობრანკის განაკვეთი. საფა-



სურ. 26. ნაღვლის ბუშტსა და სანაღვლე გზებზე მისადგომად მოწოდებული განაკვეთები: 5 — კერის განაკვეთი; 6 — კოხერისა და ფედოროვის ირიბი განაკვეთი; 19 — რიო-ბრანკოს განაკვეთი (ეინოგრადოვის მიხედვით).

კულტეტო ქირურგიულ კათედრაზე ძირითადად იხმარება კოხერისა და ფედოროვის ირიბი განაკვეთი და ეს განაკვეთი ყველაზე უფრო გამართლებულად მიგვაჩნია.

ნაღვლის ბუშტის ოპერაცია. ნაღვლის ბუშტის ამოკვეთა — Cholecystectomia პირველად გაკეთდა 1882 წლის 15 ივლისს, გერმანიაში, ლანგენბეკის მიერ. რუსეთში 1895 წლის 7 ივლისს კაბლუკოვმა მოგვიწოდა ჭრილობის ტამპონირება, რომელიც, მართალია, საკამათოა, მაგრამ ფართოდ გამოიყენება დღესაც. შემდეგ გაკეთდა ნაღვლის ბუშტის ამოკვეთა კენპოვანი დაავადების დროს (ა. ტროინოვი, პ. ი. დიაკონოვი).

ამგვარად, მეოცე საუკუნის დასაწყისამდე რუსი ქირურგები მიერ გაკეთდა სულ სამი ქოლეცისტექტომია. მაგრამ ამ ნოვატორული საქმის დაწყებით ჩქარა განვითარდა ქოლეცისტიტების ოპერაციული მკურნალობა და ის ქირურგთა ყრილობებისა და საექიმო საზოგადოების სხდომების საპროგრამო საკითხი გახდა.

ამ უკანასკნელ პერიოდში ნაღვლის ბუშტის დაავადებას უფრო ხშირად (80— 90%) ოპერაციული მეთოდით მკურნალობენ. ნაღვლის ბუშტის ამოკვეთის ტექნიკა ძალიან კარგადაა დამუშავებული, მაგრამ ანთებითი პროცესების შედეგად ან მათ ანომალიებთან დაკავშირებით შესაძლებელია ოპერაციის მსვლელობაში წარმოიშვას დიდი სიძნელეები, ამიტომ სიფრთხილე და ყურადღებაა საჭირო, რომ ქირურგის მიერ დაშვებული შეცდომის გამო შემთხვევით არ დაზიანდეს ნაღვლის სადინარები და მკვებავი სისხლძარღვები.

კარგად დათვალიერებისა და შემოწმების შემდეგ, როდესაც დადგინდება ნაღვლის ბუშტის ამოკვეთის საჭიროება, ოპერატორი, ინფექციის შეკრის თავიდან ასაცილებლად, პირველ რიგში, კარგად შემოსაზღვრავს ნაღვლის ბუშტს მარლის ტამპონებით, ნაღვლის ბუშტის გამოყოფა უფრო ხშირად იწყება ფუძიდან, ყელიდან— უფრო იშვიათად (დამოკიდებულია ოპერატორზე). ფუძიდან გამოყოფის დროს სასურველია ნოვოკაინის 0,25%-იანი ხსნარის სუბსეროზულად შეყვანა, რაც შესაძლებლობას იძლევა ნაღვლის ბუშტის შედარებით ადვილად გამოყოფის. დანის წვერით სეროზული გარსის ჩაჭრის შემდეგ ხან ჩლუნგად, ხან იარაღის გამოყენებით ნელა დაიწყება ბუშტის გამოყოფა. თუ შემთხვევა გართულებული არ არის და თითი მოხვდა ნაღვლის ბუშტსა და ღვიძლს შორის ფაშარ ქსოვილში, ნაღვლის ბუშტი ადვილად გამოიყოფა ყოველგვარი სისხლის დენის გარეშე. თუ ნაღვლის ბუშტი გადავსებულია და მისი კედელი დაჭიმული, ის უსათუოდ უნდა დაიცალოს პუნქციის საშუალებით. პუნქცია უნდა გაკეთდეს დიდი სიფრთხილით, ასეპტიკის დაცვით. მწვავედ მიმდინარეობისას ზოგ შემთხვევაში მრავალჯერადი შეტევების შედეგად, ვითარდება ძლიერი შეხორცებები ან, უფრო იშვიათად ხდება ღვიძლის ქსოვილში ბუშტის პერფორაცია, რის გამოც წარმოიქმნება კენჭებითა და ჩირქით სავსე პატარა ღრუ; შეიძლება ნაღვლის ბუშტის ფუძესა და მის უკანა ზედაპირზე შედიოდეს ნაღვლის ბუშტის დამატებითი სადინარი. ანთებით პროცესთან დაკავშირებით ამ მიდამოში ვითარდება სისხლძარღვთა მრავლობითი კაპილარი, რაც ძალზე აძნელებს ოპერაციის მსვლელობას. სისხლმდენი არტერია, თუნდაც მცირე კალიბრის, უსათუოდ უნდა გადაიკვანძოს, რომ ოპერატორს ხელი არ შეეშალოს.

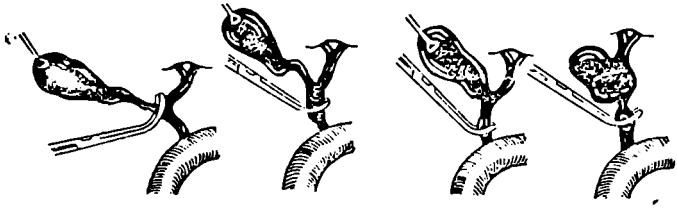
გართულებულ შემთხვევებში, ნაღვლის ბუშტის გამოყოფის დროს, ადვილი შესაძლებელია გაიხსნას ბუშტის სანათური. ეს რაიმე საშიშროებას არ

წარმოადგენს: ასეთ შემთხვევაში ბუშტი უნდა განთავისუფლდეს შიგთავსისაგან, კენჭების ამოღების შემდეგ ღრუწოვანს უნდა წაუსვათ იოდი და ჩავდოთ ტამპონი და გაგრძელდება გამოყოფა. განსაკუთრებული სიფრთხილეა საჭირო, როდესაც მივუახლოვდებით ბუშტის მკვებავ არტერიას და ბუშტის სადინარს. ეს უფრო. გართულებული შემთხვევის დროს. როდესაც ყელთან ახლოს გამოსახება ზონარი, რომელიც უშუალოდ გადადის ნაღველის ბუშტის კედელში და ხელის შეხებით იძლევა პულსაციას, უნდა ვიფიქროთ რომ საქმე გვაქვს ნაღველის ბუშტის არტერიასთან. ის ფრთხილად უნდა გამოიყოს. რადგან შეხორცებული, გადაგვარებული სისხლძარღვი შეიძლება ადვილად გაწყდეს ან ლიგატურა მოვარდეს, რაც გამოიწვევს ძლიერ არტერიულ სისხლის დენას, სისხლი უცბად დაფარავს ქირურგის სამოქმედო საოპერაციო ველს. არავითარ შემთხვევაში არ შეიძლება სისხლძარღვზე ქომების ბრმად დადება, ვინაიდან, ჯერ ერთი, არ ვიცით საიდან გამოდის ეს სისხლძარღვი და, მეორეც, შეიძლება დამჭერი დაედოს ღვიძლის არტერიაზე, რაც დიდი შეცდომაა და ავადმყოფისათვის კი საბედისწერო. ამიტომ ყოველგვარი მოძრაობა გააზრებულად და მხედველობის კონტროლის ქვეშ უნდა ხდებოდეს. თუ ვერ მოხერხდა სისხლძარღვის დაჭერა, მაშინ სისხლძარღვები ვინსლოვის ხვრელში შესვლით უნდა დაიხშოს. ჩაქცეული სისხლის ამოშრობის შემდეგ ადვილად დადგინდება სისხლის დენის ადგილი და გადაიკვანძება, რის შემდეგ ის ადვილად გადაიწევა. სიფრთხილით უნდა გამოიყოს ნაღველის ბუშტის სადინარი და მისი მთავარი საღინარის შეერთებიდან 1 — 1,5 მმ-ის მოშორებით გადაიკვანძოს ჯერ კეტგუტის, შემდეგ აბრეშუმის ძაფით და ნაღველის ბუშტი მოიკვეთოს. ბუშტის ყელის მთლიანად გაშიშვლება შეცდომაა, ვინაიდან ამ დროს მისი მკვებავი სისხლძარღვები ზიანდება და ყელის დარჩენილი ნაწილი რამდენიმე ხნის შემდეგ ნეკროზს განიცდის და ლიგატურა ადვილად მოვარდება. მე-7 — 8 დღეს დრენაჟიდან ნაღველი იწყებს დენას. თუ ტამპონი და დრენაჟი არ იქნება დატოვებული, განვითარდება პერიტონიტი და ავადმყოფი სახიფათო მდგომარეობაში ჩავარდება.

ზოგ შემთხვევაში ნაღველის ბუშტის სადინარი თავის ადგილას არ უერთდება მთავარ სადინარს, არამედ, როგორც ეს ზემოთ იყო აღნიშნული, მას მრავალნაირი მიმართულება აქვს, ამიტომ შეცდომის თავიდან ასაცილებლად სადინარი თითით უნდა მოვსინჯოთ და ისე გამოვყოთ. თითით გასინჯვა იმიტომაა საჭირო, რომ შეიძლება პატარა კენჭი ყელში იყოს ჩაჭედილი, თუ ის შეუმჩნეველი დარჩა, შემდეგ გამოვლინდება. ამიტომ, როდესაც სადინარი პარალელურად ან სპირალურად მიემართება, შეერთების ადგილამდე ფრთხილად უნდა გამოვყოთ. ზოგჯერ ბუშტის გამოწვევის დროს შეერთების მთავარი სადინარის კედელი ან მთლიანად სადინარი გამოიწევა და ლიგატურის დადების დროს ნაწილობრივ ან მთლიანად გადაიკვანძება, რომელიც ოპერაციის შემდეგ დაგვიანებით გამოვლინდება. ასეთი შეცდომები შეიძლება მოუვიდეთ დახელოვნებულ, მაღალკვალიფიცურ ქირურგებსაც. მაგალითად, სკლიფასოვსკის ინსტიტუტში ორ შემთხვევაში მწვავე ქოლეცისტიტის დროს გადაკვანძეს მთავარი სადინარი. ერთხელ დატოვეს კენჭი, რის გამოც საჭირო შეიქნა განმეორებითი ოპერაციის გაკეთება. სამივე ავადმყოფი გარდაიცვალა. რაბინსონმა აღნიშნა, რომ 1955 წელს ნაღველის ბუშტისა და სანაღვლე გზების ოპერაციების დროს 650 შემთხვევიდან სანაღვლე გზები დაზიანდა 6 შემთხვევაში; ორჯერ ადგილზევე გამოირკვა და ხელმეორედ გაკეთდა ოპერაცია. არის შემთხვევები, როდესაც

ქირურგი ვერ ახერხებს ბუშტის სადინარის გამოყოფას მისი შეერთების ადგილამდე, ზოგი სირთულისა და შიშის გამო, რომ არ მოუვიდეს რაიმე გართულება, კვანძავს მას მთავარი სადინარიდან მოშორებით. გარკვეული დროის გავლის შემდეგ ბუშტის დარჩენილი ნაწილიდან შეიძლება განვითარდეს (მისი გაგანიერების გამო), ისევ ახალი ან, როგორც მას უწოდებენ, ცრუ ნაღველის ბუშტი ან ფსევდორეგენერატი და ამ დარჩენილმა გრძელმა ტაკვმა შეიძლება გამოიწვიოს ისეთი ტკივილები, როგორიც ჰქონდა ოპერაციამდე. შეიძლება აგრეთვე კენჭები ისევ გაჩნდეს და ავადმყოფს დასჭირდეს განმეორებითი ოპერაცია, რომლის დროსაც დადგინდება ცრუ ბუშტის არსებობა კენჭებით და რომლის მოშორების შემდეგ ავადმყოფი საბოლოოდ განიკურნება. რაც შეეხება ნაღვლის ბუშტის რეტროგრადულ გამოყოფას, ამაზე განმეორებით შეჩერება არ ღირს, შეცდომები და გართულებანი კიდევ უფრო მეტია, ვიდრე ჩვენ მიერაა აღწერილი.

ამიტომ ს. ფედოროვი და სხვა დიდი გამოცდილების მქონე ქირურგები ასეთი სახის ოპერაციის გაკეთებას არ გვირჩევენ, ბევრ შემთხვევაში, როდესაც უცდიათ ყელიდან გამოყოფა, ეს მანიპულაცია გაძნელებულა და ისევ გადასულან ფუძიდან გამოყოფაზე.



სურ. 27. ნაღვლის ბუშტის ამოკვეთის დროს დაშვებული შეცდომები (ვარიანტები).

ჩვენ ყველა ახალგაზრდა და დამწყებ ქირურგს ვურჩევთ ოპერაცია — ქოლეცისტექტომია — დაიწყონ ფუძიდან გამოყოფით.

არის შემთხვევები, როდესაც ქირურგს, დაუდევრობით ან გამოუცდელობით, სადინარში ჩაუტოვებია კონკრემენტი. ოპერაციიდან რამდენიმე ხნის შემდეგ ავადმყოფს კვლავ დასწყებია ისეთივე ხასიათის ტკივილები როგორიც ოპერაციამდე ჰქონდა. ქირურგის ასეთი მოქმედება შეცდომაა. დაშვებული შეცდომის გამოსწორება შეიძლება განმეორებითი ოპერაციით.

ქოლეცისტექტომიის დროს შეიძლება სამი ტექნიკური შეცდომის დაშვება: ა) შეიძლება გადაიკვანძოს ღიობლის არტერია; ბ) დაზიანდეს მთავარი სადინარი; გ) შეიძლება ნაღვლის ბუშტის გრძელი სადინარის დატოვება. პირველი ორი შეცდომა სერიოზულია და შესაძლებელია ავადმყოფისათვის საბედისწერო გახდეს, მესამეს კი მოჰყვეს რეციდივი და ისეთივე მოვლენები განვითარდეს, როგორიც ადრე ჰქონდა.

შეიძლება სისხლის დენა განვითარდეს უახლოეს დროში ან მოგვიანებით, რაც შეიძლება გამოიწვიოს არტერიიდან ან მისი ტოტიდან ლიგატურის მოვარდნამ; ამასთან, ოპერაციის პირველ პერიოდში, როდესაც ავადმყოფი ნახევრად-მოკურ მდგომარეობაშია, სისხლძარღვები შეკუმშულ, სპაზმურ მდგომარეობაში იყოს და სისხლის დენას არ იძლეოდეს, ავადმყოფის მდგომარეობის გამოს-

წორების შემდეგ სისხლის წნევის მომატების გამო დაიწყოს სისხლის დენა, რა-საც კიდევ ხელს უწყობს სიყვითლით გამოწვეული შედედების უნარიანობის დაქვეითება. ასეთ შემთხვევებში საჭიროა განსაკუთრებული ყურადღება, რომ არ გამოგვეპაროს სისხლის დენა. სისხლი, რომელიც ტამპონს არ გამოჰყვა, იღვრება მუცლის ღრუში.

ჩვენ აღვნიშნეთ ძალზე მძიმე გართულების — ქოლედოქუსის — დაზია-ნების მიზეზი, რომლის აღდგენის მეთოდები კარგადაა დამუშავებული. შეც-დომების თავიდან ასაცილებლად საჭიროა შემდეგი წესების დაცვა: ა) ნაღვლის ბუშტის სადინარი მისი შეერთების ადგილამდე დიდი სიფრთხილით უნდა გა-მოიყოს; ბ) არც ერთი ნაწიბურისმაგვარი ზონარი არ უნდა გადაიკვეთოს, ვიდრე ის არ იქნება კარგად გასინჯული და არ დადგინდება, რომ ის არაა სისხლძარღ-ვი; გ) ოპერაცია უნდა გაკეთდეს კარგად განათებულ, მშრალ საოპერაციო ველ-ზე; დ) ნაღვლის სადინარი უნდა გადაიკვეთოს მისი კარგად გამოყოფის, ბუშ-ტის არტერიის წინასწარ გადაკვანძის შემდეგ, მთავარი სადინარიდან 0,7 სმ მო-შორებით. ტაკვის პერიტონიზაცია აუცილებელი არ არის. ამის შემდეგ მუშავ-დება ნაღვლის ბუშტის ღვიძლთან დაკავშირების ადგილი. პირველ რიგში მისი დათვალიერებით დადგინდება ხომ არ იყო რაიმე დამატებითი სადინარი ან სის-ხლძარღვი. შემდეგ რამდენიმე ტამპონისა და დრენაჟის დატოვებით იბურება მუცლის ღრუ.

მძიმე და მწვავე შემთხვევების დროს ყოველთვის არაა რადიკალური ქო-ლეცისტექტომიის გაკეთების შესაძლებლობა, ამიტომ ზოგჯერ ქირურგი იძულე-ბულია დაკმაყოფილდეს მარტივი დამზოგველი ქოლეცისტოტომიით. ქირურგთა მეოთხე საკავშირო პლენუმზე, რომელიც მიეძღვნა ნაღვლის ბუშტისა და სანა-ღვლე გზების დაავადებას, საპატიო ადგილი ჰქონდა დათმობილი ქოლეცისტო-ტომიას. მაგალითად, ბ. პეტროვმა გამოთქვა აზრი, რომ ისეთ მძიმე შემთხვე-ვებში, როდესაც საკითხი ეხება ავადმყოფის სიცოცხლის შენარჩუნებას პირდა-პირნაჩვენებია ქოლეცისტოტომია. ნ. ბლინოვი ამტკიცებდა, რომ მძიმე ინ-ტოქსიკაციის ფონზე, მოხუცებულებში ნაჩვენებია ქოლეცისტოტომია. გ. კა-რავანოვი, მ. კამენჩიკი და სხვები მოგვიწოდებენ, რომ მძიმე და შორს წასუ-ლი შემთხვევის დროს ქოლეცისტოტომია არის ყველაზე მარტივი, დამზოგავი და სიკვდილისაგან დამხსნელი ოპერაცია. მაშასადამე, სავსებით გასაგებია, რომ ამ ოპერაციის გაკეთება შეიძლება გარკვეული ჩვენებების დროს.

რა ჩვენებებია ამ ოპერაციის გაკეთებისათვის?

1. გულ-სისხლძარღვთა დაავადების დროს, როცა რთული ქირურგიული მანი-პულაცია ძალზე სახიფათოა, მაგრამ თუ ავადმყოფს აქვს ძლიერი კენჭოვანი შეტევითი ტკივილები და ანთებითი მოვლენები, საჭიროა ქოლეცისტოტომიის გაკეთება.

2. მწვავე დესტრუქციული ქოლეცისტიტის დროს, როდესაც დაწყებულია პერიტონიტის მოვლენები და ამავე დროს განვითარებულია ინფილტრატი, უნდა დავკმაყოფილდეთ ქოლეცისტოტომიით.

3. მძიმე ავადმყოფს, რომელსაც ინფექციურ დაავადებასთან ერთად აქვს მწვავე ქოლეცისტიტი, რომელიც ავადმყოფს უქმნის პერიტონიტის განვითა-რებას, უსათუოდ ნაჩვენებია ქოლეცისტოტომია. აგრეთვე სხვა შემთხვევებ-ში, როდესაც საკითხი ეხება ავადმყოფის სიცოცხლის შენარჩუნებას, უნდა გაკეთდეს ასეთი დამზოგველი ოპერაცია — ქოლეცისტოტომია. გამოჯანსაღე-

ბის შემდეგ დაისმება საკითხი მეორეულ რადიკალურ ოპერაციაზე, ამასთან უფრო რთულ პირობებში, მაგრამ ფართო დიაპაზონის შესაძლებლობით.

ქოლეცისტოტომია ტექნიკურად რაიმე დიდ სიძნელეს არ წარმოადგენს. გაუტკივარება უსათუოდ ადგილობრივი, ინფილტრაციული ნოვოკაინის 0,25 — 0,5%-იანი ხსნარით. მუცლის ღრუს გახსნის შემდეგ შესაძლებლობის ფარგლებში ვათვალიერებთ ნაღვლის ბუშტს. ნაღვლის ბუშტი კარგად შემოისაზღვრება ფიზიოლოგიურ ხსნარში დასველებული, გაწურული მარლის ტამპონით, რომ არ მოხდეს ჭრილობის ინფიცირება. შემდეგ გავხსნით ნაღვლის ბუშტს ფუძიდან, ამოვჭაჩავთ შიგთავსს: ნაღველს, ჩირქს, კენჭებს. ბუშტის სრული განთავისუფლების შემდეგ ლორწოვანზე წვეთსავით იოდს და ნაღვლის ბუშტს მივაკერებთ კანს ჯერ კეტგუტით, შემდეგ აბრეშუმის ძაფით. მაგრამ ყოველთვის არაა ამის შესაძლებლობა. ზოგ შემთხვევაში ნაღვლის ბუშტი შეშმუხნულია, უძრავია და მთლიანად ამოვსებულია კენჭებით. ასეთ შემთხვევაში ბუშტის დაჭიმვა და ისე მიკერება უსათუოდ შ ე ც დ ო მ ა ა, ვინაიდან მისი კედელი აღვილად იხევა, ამასთან, ის უძრავადაა დაკავშირებული ღვიძლთან. ასეთ რთულ შემთხვევაში კარგად შემოიფარგლება ნაღვლის ბუშტი, იხსნება, ამოსუფთავდება, რის შემდეგ ქოლეცისტოტომიას გავაკეთებთ დაშორებით, ე. ი. ღრუში ვდებთ მსხვილი რეზინის დრენაჟს და ვაკერებთ ირგვლივ. ტამპონებით საიმედოდ შემოვსაზღვრავთ და გამოვიტანთ ჭრილობიდან გარეთ, ჭრილობას ნაწილობრივ ვაკერებთ. ამგვარად. ქოლეცისტოტომია არის პალიატიური, მაგრამ აუცილებელი დამზოგავი ოპერაცია; ასეთი ოპერაციით არაერთი ავადმყოფისათვის შეუნარჩუნებიათ სიცოცხლე. შორეული დაკვირვებით დასტურდება, რომ ასეთი დამზოგველი ოპერაციის შემდეგ მთელი რიგი ავადმყოფები სავსებით კარგად გრძნობდნენ თავს და განმეორებითი ოპერაცია არ დასჭირდებათ. რიგ შემთხვევებში, როდესაც ავადმყოფს ტკივილები ისევ ეუმეორდება, საჭიროა მეორეული რადიკალური ოპერაციული მკურნალობა, რაც ავადმყოფის სრული განკურნების შესაძლებლობას იძლევა. ამგვარად ჩვენების დროს საჭიროა ამ ოპერაციის გაკეთება.

ქოლედოქოტომია

ქოლეცისტექტომიის შემდეგ. როგორც მწვავე, ისე ცივ პერიოდში, შეიძლება საჭირო გახდეს ნაღვლის სადინარის — ქოლედოქუსის გახსნა — ქოლედოქოტომია. გარდა ამისა, ქოლედოქოტომია შეიძლება საჭირო გახდეს მეორადად შესრულებული ოპერაციის დროს, როდესაც სხვადასხვა მიზეზის გამო პირველადი ოპერაციის — ქოლეცისტექტომიის დროს ნაღვლის სადინარში კენჭის არსებობა არ ყოფილა დადგენილი და ოპერაციისშემდგომ პერიოდში ისევ გამოვლინდა კენჭოვანი დაავადების სიმპტომები. არაიშვიათად ოპერაციის დროს შეიქმნება ისეთი მდგომარეობა, როდესაც ოპერატორი მეყოყმანება და უძნელდება იმის გადაწყვეტა, საჭიროა თუ არა ქოლედოქოტომიის წარმოება. რასაკვირველია, ნაღვლის სადინარის გახსნა იქ, სადაც ამის საჭიროება არ არის, შეცდომაა, მაგრამ რომ არ გაიხსნას იქ, სადაც ეს უსათუოდ საჭიროა, უფრო დიდი შეცდომაა და ავადმყოფისათვის სავალალო იქნება. გამოცდილი ოპერატორისათვის დიდ სიძნელეს არ წარმოადგენს ამ ჩვენების დადგენა. მრავალრიცხოვანი ბაღალკვალიფიციური ქირურგების გამოცდილების საფუძველზე საბოლოოდ მიახლოებით დადგინდა თუ როდის უნდა გაიხსნას სანაღვლე გზები.

ჯოლცერის მონაცემით, რომელიც მოწონებულია ფედოროვის მიერ, ქოლედოქოტომიის ჩვენებად უნდა ჩაითვალოს:

1. თუ ქოლედოქუსი ნორმაზე მეტად გაგანიერებულია, თუნდაც არ ისინჯებოდეს კენჭი და ანამნეზშიც სიყვითლის არსებობა არ იყოს დადგენილი.

2. შეიძლება ნაღვლის მთავარი სადინარი არ იყოს გაგანიერებული, არც კენჭები ისინჯებოდეს, მაგრამ თუ ანამნეზში სიყვითლეა, ნაჩვენებია სადინარის გახსნა.

ფედოროვი ამ საკითხს კრიტიკულად უდგება და აღნიშნავს, რომ სიყვითლე შეიძლება გამოიწვიოს ანთებითმა პროცესებმა და მთავარ სადინარში არ იყოს რაიმე მიზეზი, მით უფრო, თუ სიყვითლე იყო გარდამავალი, ამიტომ, მისი აზრით, ეს არ შეიძლება ჩათვალოს ოპერაციის ჩვენებად.

3. თუ ნაღვლის ბუშტში მცირე სიდიდის მრავლობითი კენჭებია, რომლებიც ადვილად შეიძლება გაძვრნენ ბუშტის სადინარში, და ამასთან, თუ ბუშტში ჩირქია და ლორწო, მიუხედავად იმისა, რომ კენჭები არ ისინჯება, სადინარში მისი გახსნა პირდაპირნაჩვენებია.

4. ფოლანგიტის დროს, როდესაც ღვიძლში ჩირქოვანი პროცესია.

5. როდესაც სადინარში პარაზიტის არსებობა დადგინდება, ყველა აღნიშნული დებულება მიღებულია და გამართლებული.

ამ უკანასკნელ პერიოდში რიგი ავტორებისა იმავე აზრს გამოთქვამენ მხოლოდ სხვადასხვა ფორმით.

ოპერაციული ტექნიკის ათვისებასა და დახელოვნებასთან დაკავშირებით ამ ბოლო წლებში სანაღვლე გზებზე ოპერაციული ჩარევა გახშირდა და საერთო ოპერაციების 15 — 20% აღწევს. აქვე შეიძლება აღვნიშნოთ, რომ ნაღვლის ბუშტში კენჭების არსებობა არ ადასტურებს სანაღვლე გზებში მათ არსებობას, მაგრამ თუ სანაღვლე გზებში არის კენჭები, უსათუოდ ნაღვლის ბუშტშიც იქნება კონკრემენტი. ამასთან, ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ ზოგი ოპერატორი უფრო მეტჯერ აღმოაჩენს კენჭებს, ვიდრე მეორე. ეს დამოკიდებულია იმაზე, თუ გასინჯვის დროს რა მეთოდი გამოიყენა კენჭების აღმოსაჩენად. ზოგი კმაყოფილდება მარტო ხელით გასინჯვით, ზოგი ქოლედოქოტომიით და ზონდირებით, ზოგი კი ასეთი პრიმიტიული გასინჯვით არ კმაყოფილდება და საოპერაციო მაგიდაზე იყენებს სრულყოფილ მეთოდს — ქოლანგიოგრაფიას. თუმცა ყველა აღნიშნული მეთოდის გამოყენების შემდეგაც შესაძლებელია ოპერატორს გამორჩეს სანაღვლე გზებში კენჭების არსებობა.

ქოლედოქოტომია და მასთან დაკავშირებული გართულებანი

ქოლედოქოტომია რთული ქირურგიული მანიპულაციაა და ქირურგისაგან მოითხოვს დაკვირვებულ მუშაობას და დიდ სიფრთხილეს. პირველი ქოლედოქოტომია ქოლეცისტექტომიით ვაკეთა 1889 წლის მაისში კრუვაზიემ (ლანდაუერი), რუსეთში კი 1901 წელს პ. დიაკონოვმა აღწერა ქოლედოქოტომიის ორი შემთხვევა. შემდეგში ამ ოპერაციამ მოქალაქეობრიობა მოიპოვა და დაიკავა თავისი ადგილი ქირურგიაში.

არსებობს ქოლედოქოტომიის სამი ვარიანტი: ა) სუპრადუოდენური, ბ) რეტროდუოდენური, გ) ტრანსდუოდენური ქოლედოქოტომია.

ყველაზე ხშირად კეთდება სუპრადუოდენური ქოლედოქოტომია. ამ ოპერაციის დროს ქირურგმა ნათლად უნდა წარმოიდგინოს ის შესაძლებელი გართუ-

ლებანი, ის პათოლოგიურ-ანატომიური ცვლილებები, ის ანომალიები, რომლებიც მოსალოდნელია ამ სახის ოპერაციის დროს. მთავარი სადინარის გახსნის წინ კარგად უნდა გამოვლინდეს ღვიძლ-თორმეტგოჯა ნაწლავის იოგი. შეუცვლელი, ნორმალური სადინარის დროს ეს შეიძლება მარტივად გაკეთდეს, ზოგჯერ კი დიდ სიძნელეებთანაა დაკავშირებული. ზოგჯერ სრულიად შეუძლებელია მისი მოძებნა, ვინაიდან 10% შემთხვევაში იგი სრულიად არ არის.

ამგვარად, იშვიათად, მაგრამ მაინც არის შემთხვევები, როდესაც ძალიან ძნელია საერთო სადინარის მოძებნა. ნაღვლის ბუშტის გამოყოფისას უნდა მივყვეთ მის სადინარს შეერთებამდე. ზოგჯერ ნაღვლის ბუშტის სადინარი გაგანიერებულია, ეს კი გამოწვეულია იმით, რომ ბუშტიდან კენჭები დროდადრო გადმოინაცვლებენ მთავარი სადინარისაკენ. ეს კენჭები პერიოდულად შეიძლება პირდაპირ სადინარში გადავიდეს. შეხორცებებში აღმოჩენილი სადინარის დიამეტრი ცვალებადია, ის შეიძლება იყოს ნორმალური სიდიდის ან წვრილი, ან აღწევდეს ცერისოდენობას. არის შემთხვევები, როდესაც ის აღწევს წვრილი ნაწლავის დიამეტრს და ქირურგმა შეიძლება ეჭვის თვალით შეხედოს და იფიქროს ნაწლავის ანომალიაზე, მაგრამ სინამდვილის დადგენა ადვილია პუნქციით. ნაღვლის მიღებით ჭეშმარიტება შედარებით ადვილად დადგინდება. ასეთ მსხვილ სადინარს ეწოდება მეგა-დოლიქო-ქოლედოქი.

ზოგჯერ ძნელია კარის ვენისა და ნაღვლის მთავარი სადინარის გარჩევა. აქ პუნქცია სადიფერენციაციო საშუალებაა. აგრეთვე ამ მიდამოში ძალზე სახიფათო განლაგება აქვს სადინარს და არტერიას. ერთეულ შემთხვევაში ღვიძლის მარჯვენა არტერია ქოლედოქსსა და კარის ვენას შორის გაივლის, ზოგჯერ ნაღვლის ბუშტის არტერია ზემოდან გადაუვლის და ეკვარედინება ღვიძლის მთავარ სადინარს.

ზოგჯერ ოპერაციის დროს ქირურგი მიმართავს ქოლანგიოგრაფიას, რითაც ადვილად გამოდის მდგომარეობიდან. მაგრამ ზოგჯერ შეიძლება ვერც ამით დადგინდეს ჭეშმარიტება, მაშინ კი ქირურგის გამოცდილებით და ინტუიციის მეშვეობით უნდა გადაწყდეს, აწარმოოს თუ არა ქოლედოქოტომია. ქოლედოქოტომიის გაკეთების გადაწყვეტის შემთხვევაში უნდა დადგინდეს სად უნდა გაიკვეთოს სადინარი (ნაღვლის ბუშტის სადინარის შეერთების ადგილას ან ნაწლავთან ახლოს). რომ გაადვილდეს ქოლედოქოტომია, უსათუოდ ორივე მხრიდან სადინარში წვრილი ნემსით უნდა გავატაროთ დამჭერი — პროვიზორული ძაფები. კარგად უნდა შემოიფარგლოს ტამპონით. ასისტენტმა მზადყოფნაში უნდა იქონიოს ელექტროსასრუტი, რომ გახსნისთანავე (გახსნის მომენტში) ინფიცირებული ნაღველი არ ჩაიცვეს ჭრილობაში, განაკვეთი უნდა გაკეთდეს გასწვრივ. მაგრამ ზოგჯერ შეიძლება ოპერატორმა აქაც დაუშვას შეცდომა. იგი გაკეთავს შემაერთებელქსოვილოვან ნადებს, სეროზულ-კუნთოვან გარსს და მას ჰგონია სადინარი გახსნილია და პეანითა და ზონდით დაიწყებს ძებნას და ამით უფრო აზიანებს სადინარის კედელს, ამიტომ სიფრთხილითა და დაკვირვებით უნდა მოხდეს სადინარის ლორწოვანი გარსის გახსნა. ლორწოვანის გახსნის შემდეგ ნაღველი იწყებს დენას, შემდეგ ჭრილობა უნდა გაგანიერდეს, წამოსული ნაღველი სასრუტით უნდა მოშორდეს, რის შემდეგ ქირურგი იწყებს კონკრემენტების ძებნას. ქირურგმა ზოგჯერ შეიძლება ვერ მოზომოს და გადაჭრას უკანა კედელი ან გაიყვანოს ძალზე გრძელი განაკვეთი, რაც არაა სასურველი. ჰემოსტაზი უნდა იყოს სრული, რომ ხელი არ შეუშალოს დათვალიერებას. მოძრავი კენჭის ამოღება ადვილდება სათანადო ინსტრუმენტებით, მაგრამ არა-

ყოველთვის. ზოგ შემთხვევაში მრგვალი კუნძი ჩაჰედილია თორმეტგოჯას გასავალში და ძნელია მისი ამოღება. ამასთან დიდი სიფრთხილე მართებს ქირურგს, რომ არ დააზიანოს სადინარის უკანა კედელი და ეს არ დარჩეს შეუმჩნეველი. ერთი-ორი კუნძის ამოღებამ არ უნდა დაამშვიდოს ქირურგი. შეიძლება კუნძი ზევით იყოს ღვიძლის სადინარებში ან კუნძის მაგიერ იყოს საგოსებური მასა, რომელიც შეიძლება ახშობდეს ან ავიწროებდეს სადინარს. ამიტომ ის კარგად უნდა გამოსუფთავდეს, რაც არც ისე ადვილია, მაგრამ მისი გამოყოფა შესაძლებელია. სადინარი ისე უნდა გასუფთავდეს, რომ არ დარჩეს რაიმე მცირე ნივთიერება, რაც ხელს შეუწყობს კუნძების ხელახლა განვითარებას და ავადმყოფს ისევ ღაეწყება ტკივილები იმ სიმპტომოკომპლექსით, რომელიც მას ჰქონდა ოპერაციამდე. ამით შეიძლება დამთავრებულად ჩავთვალოთ ოპერაციის ერთი ნაწილი, მაგრამ ოპერატორი ვალდებულია ზონდით და სითხის გატარებით შეამოწმოს მთავარი სადინარის გამავლობა. თუ გამავლობა თავისუფალია, შეიძლება ოპერაცია დამთავრებულად ჩაითვალოს, მაგრამ თუ დადგინდა სადინარის გამავლობის შევიწროება, ე. ი. არსებობს რაღაც დაბრკოლება, ამით საკითხი რთულდება.

ასეთ შემთხვევებში ზოგი ავტორი, მათ შორის ფედოროვიც, სადინარის გაგანიერების შესაძლებლობაზე მიუთითებს. ზოგი კი იმ აზრისაა, რომ გაიკვეთოს მთავარი სადინარი და გაკეთდეს ქოლედოქოდუოდენოსტომია. ასეთ შემთხვევაში არჩევანი ოპერატორს ეკუთვნის, მის ტექნიკურ შესაძლებლობას.

ნაღვლის ბუშტის და სანაღვლე გზების ოპერაციის დამთავრების შემდეგ ისმება კითხვა — ჩავტოვოთ დრენაჟი და ტამპონები მუცლის ღრუში, თუ ის დავხუროთ ყრუდ? ამ საკითხის გადაჭრა არც ისე ადვილია. მუცლის ღრუს ყრუდ დახურვის დროს, ერთი მხრივ, ისპობა ოპერაციის შემდეგ თიაქრის განვითარების შესაძლებლობა, მოკლდება ოპერაციისშემდგომი პერიოდი, მაგრამ ქირურგის ასეთ ტაქტიკას შეიძლება მოჰყვეს ისეთი გართულებანი, რომლებიც ავადმყოფის სიცოცხლეს საფრთხეში ჩააგდებს. ჯერ ერთი, თვითონ ქირურგი გრძნობს თავს მოუსვენრად ჭრილობის ყრუდ დახურვის შემდეგ, ვინაიდან მან არ იცის როდის და რა გართულებას მიიღებს, კიდევ უფრო მძიმე მდგომარეობაშია ავადმყოფი, რომელსაც მოელის ტანჯვა და ვინ იცის როგორი გამოსავალით!

მწვავე ანთებითი პროცესების დროს ქირურგთა უმრავლესობა მომხრეა როგორც დრენაჟის, ისე ტამპონების მუცლის ღრუში ჩატოვების.

როგორც ლიტერატურული მონაცემებით ირკვევა, ამ საკითხის გადაჭრა არც ისე ადვილი აღმოჩნდა. მიუხედავად დიდი გამოცდილებისა და მასალის დაგროვებისა, ეს დღესაც საკამათო საკითხად რჩება. ტამპონებისა და დრენაჟის ჩატოვების საკითხი იდგა დღის წესრიგში ლენინგრადში გამართულ ქირურგთა მე-6 პლენუმზე, რომელიც მიეძღვნა ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების დაავადებებს.

თუ შევაჯამებთ დიდი გამოცდილების მქონე ავტორების (ს. ფედოროვი, ოპელი, ა. ლიდსკი, ა. ოჩკინი, კ. ერისთავი, ე. ფიფია და სხვები) და ჩვენი კლინიკის დაკვირვებებს — ძირითადში ტარდება დრენირებით და ტამპონებით, მაგრამ აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ დრენირება უნდა იყოს ისეთი, როგორც ამას ფედოროვი მოუწოდებს — „თუ მივმართავთ დრენირებას და ტამპონებს, ის უნდა იყოს ფართო და კარგი".

ნაღვლის საერთო სადინარის დრენირება. ქოლედოქოტომიის შემდეგ ინფიცირებული ნაღვლის გადასაყვანად სადინარში შეგვყავს რეზინის მილი. ამ მიზნით ხშირად იხმარება T-ს მსგავსი რეზინის მილი, რომლის მოკლე და გარდიგარდმო მუხლი შეგვყავს მთავარ სადინარში ორივე მიმართულებით. დრენაჟის გრძელი ნაწილი გაგვყავს ჭრილობის გარეთ. ამის შემდეგ სადინარს ვკერავთ კეტგუტით (გარდა იმ ნაწილისა, რომელიც რეზინის მილს უჭირავს). ასეთი დრენაჟის ნაკლი ისაა, რომ მისი ამოღების შემდეგ შეიძლება დიდი ხნის განმავლობაში იდინოს ნაღველმა და თუ ამას მოჰყვა სადინარის შევიწროება, შეიძლება ჭრილობა სულ არ დაიხუროს და ჩამოყალიბდეს ნაღველმდენი ფისტულა. რეზინის მილის ამოღების დროს შეიძლება რეზინის ნაწილი მოწყდეს და დარჩეს მთავარ სადინარში, რომლის მოსაშორებლად საჭიროა განმეორებითი ოპერაციის გაკეთება. ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების ქირურგიული მკურნალობის ასეთი გართულების შემთხვევა ჰქონიათ დიდ სპეციალისტებს. აღნიშნული გართულების თავიდან ასაცილებლად უფრო მიზანშეწონილია ა. ვიშნევსკის მიერ მოწოდებული დრენაჟის გამოყენება. ამ დრენაჟს ერთ ბოლოზე აქვს ორი ფანჯარა; დრენაჟი ღვიძლის მიმართულებით თავსდება და რომ არ გამოვარდეს, წვრილი კეტგუტით ფიქსირდება, სადინარის მეორე თავი გამოჰყავთ ჭრილობის გარეთ. რეზინის ირგვლივ იდება 2 — 3 ტამპონი. ამ დრენაჟის საშუალებით ნაღვლის ნაწილი გარეთ გამოვა, ნაწილი კი გაკეთებული ფანჯრის მეშვეობით ნაწლავებისაკენ მიემართება.

ტამპონების ჩატოვებას აქვს თავისი უარყოფითი მხარეები: ამ დროს შეიძლება მივიღოთ პერიტონეუმის გაღიზიანება. მისი ზეწოლით შეიძლება განვითარდეს ნაწილობრივი გაუვალობა, რასაც მოჰყვება გულისრევა, ღებინება, აგრეთვე შეიძლება მოჰყვეს პლასტიკური პერიტონიტი. ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ ტამპონის ამოღება ძლიერ მტკივნეულია და ზოგჯერ შოკში და კოლაფსში აგდებს ავადმყოფს. მაგრამ მას იმდენი დადებითი თვისება აქვს, რომ აღნიშნული ნაკლოვანება ადვილად დაიფარება.

ამგვარად, უნდა დავასკვნათ, რომ მწვავე შემთხვევების ოპერაციების დროს ჭრილობის ყრუდ დახურვა შ ე ც დ ო მ ა ა, ის უნდა გატარდეს დრენაჟითა და ტამპონებით. ქრონიკული შემთხვევების დროს საჭიროა საკითხი გადაწყდეს ინდივიდუალური მიდგომით. ოპერაციის შემდეგ ჭრილობა ტამპონამდე იხურება თანდათანობით, მთლიანობის ანატომიური აღდგენით. ჭრილობაში უნდა მოვასხუროთ ანტიბიოტიკები. კანის გაკერვის დროს მხედველობაში უნდა გვქონდეს რომ ნაკერმა არ მოუპიროს ტამპონებს, არ დაუკარგოს მას ჩაქცეული სისხლისა და ნაღვლის ამოწოვის უნარი. ოპერაციის მეორე ან მესამე დღეს ნახვევი უნდა გამოეცვალოთ. დრენაჟში სისტემატურად უნდა ჩავასხათ ანტიბიოტიკები. ტამპონსა და დრენაჟს ვიღებთ 7 — 8 დღის შემდეგ. აქაც რაიმე სტანდარტი არ არსებობს. ზოგ შემთხვევაში შეიძლება ნახვევი მოგვიანებით გაიჟღინთოს ნაღვლით, ამის მიზეზი შეიძლება იყოს ნაღვლის სადინარის ტაკვიდან წნევის მომატების გამო ლიგატურის მოვარდნა ან შეიძლება ტაკვმა განიცადოს ნეკროზი, ან მთავარ სადინარში განვითარდეს რაიმე მიზეზით მექანიკური დაბრკოლება. მაგრამ ამ დროისათვის უკვე ტამპონისა და დრენაჟის ირგვლივ განვითარებას ასწრებს შემაერთებელქსოვილოვანი ბარიერი და თუნდაც რომ მოხდეს ნაღვლის ჩაქცევა, აღნიშნული მიზეზის გამო, ამ ფორმირებულ ხერელმილით მუცლის ღრუ დაცული იქნება პერიტონიტის გართულებისაგან.

ტამპონის ამოღების დროს საჭიროა სიფრთხილე. ეს პროცედურა ძალზე

მტკივნეულია, ამიტომ წინასწარ უნდა მივიღოთ პროფილაქტიკური ზომები. ნახევარი საათით ადრე ავადმყოფს კანქვეშ უნდა გაეუკეთოთ 1%-იანი მორფიუმი ან 2%-იანი პანტოპონი. ამოწვევამდე ტამპონი უნდა გაიჟღინთოს ნოვოკაინის ან ნელთბილი ფიზიოლოგიური ხსნარით, რაც გააადვილებს მის ამოღებას. როგორც ყველა სხვა ოპერაციის, ისე ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების ოპერაციის შემდეგ განვითარებული რიგი გართულებების დროს ბევრია დამოკიდებული დროული და მიზნობრივი დახმარების აღმოჩენაზე.

სანაღვლე გზების ოპერაციისშემდგომი პერიოდი კიდევ უფრო იმითაა სახიფათო, რომ ოპერაცია კეთდება მძიმე მდგომარეობასა და ინტოქსიკაციის ფონზე. ამასთან, ასეთ ავადმყოფებს დარღვეული აქვთ მრავალრიცხოვანი ფუნქციის მქონე ორგანოს — ღვიძლის ფუნქცია. ისიც უნდა მივიღოთ მხედველობაში, რომ ოპერაცია უფრო მსუქან, ხანდაზმულ და მოხუცებულ ადამიანებს უკეთდებათ, რომელთაც გულ-სისხლძარღვთა — სასუნთქი სისტემა ისედაც დაავადებული აქვთ. ყველაფერი ეს უნდა გაითვალისწინოს მკურნალმა ექიმმა, რომ ოპერაციამდე, ოპერაციის მსვლელობის დროს და ოპერაციის დამთავრების შემდეგ ავადმყოფს მიაქციოს განსაკუთრებული ყურადღება. პირველ რიგში ოპერაციის დამთავრების მომენტიდან, ვიდრე ავადმყოფი გამოიღვიძებდეს (თუ ოპერაცია ენდოტრაქეული ნარკოზით გაკეთდა), ანესთეზიოლოგი არ უნდა მოშორდეს ავადმყოფს, რომ არ გამოეპაროს რეკურარეზაცია. სასურველია ასეთი ავადმყოფი იწვეს ფუნქციურ საწოლზე რომ ჰქონდეს თავისუფალი და ღრმად სუნთქვის შესაძლებლობა, საჭიროების მიხედვით უნდა მიეცეს ჟანგბადი. თუ შემჩნეული იქნება ფილტვის შეშუპება, სუნთქვის გაძნელება, უსათუოდ საჭიროა ტრაქეოსტომიის წარმოება და ამ სტომიდან ჟანგბადის მიცემა, რითაც შეიძლება ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობიდან გამოყვანა.

აგრეთვე გადამწყვეტი ზომები უნდა მივიღოთ გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობასთან საბრძოლველად (ჭაფური, ეფედრინი, ადრენალინი, კოფეინი და სხვა, თუ საჭირო იქნება სტროფანტინი გლუკოზასთან ერთად).

არ შეიძლება განსაკუთრებით არ აღვნიშნოთ ის გარემოება, რომელიც ობტურაციულ სიყვითლესთანაა დაკავშირებული.

გაყვითლებული ავადმყოფი განსაკუთრებულ მომზადებას მოითხოვს ოპერაციამდე. საჭიროა სისხლის გადასხმა, უნდა მივცეთ ვიტამინები, გაეუკეთოთ კალციუმის 10%-იანი ხსნარი ვენაში, სუფთა ნაღველი პირიდან ან რეზინის საშუალებით უშუალოდ თორმეტგოჯაში შევიყვანოთ. ასეთ ავადმყოფებს ოპერაციის შემდეგ შეიძლება განუვითარდეთ ქოლემიური სისხლის დენა, ამიტომ საჭიროა მუდამ მზად ყოფნა აღნიშნულ გართულებებთან საბრძოლველად. სისხლის დენა შეიძლება ოპერაციის დამთავრებისთანავე დაიწყოს. პირველ რიგში დასველდება და გაიჟღინთება ტამპონები და ნახვევი, ასეთ დროს სისხლის დენა შეუჩერებლივ გრძელდება, მაგრამ მცირე რაოდენობით. სისხლის დენა შეიძლება გრძელდებოდეს შიგნითაც, რაც ადვილად გამოვლინდება: მაჯის შესუსტება-აჩქარებით, წნევის დაცემით, ლორწოვანის ფერმკრთალობით და ანემიურობით, ავადმყოფი მივარდნილია, ერთი სიტყვით გამოვლინდება სისხლის დენის დამახასიათებელი ყველა მონაცემი. სისხლის დენის გამოვლინებისთანავე საჭიროა გადამწყვეტი ზომების მიღება ავადმყოფის გადასარჩენად (სისხლის გადასხმა, „K“ ვიტამინი, კალციუმის 10%-იანი ხსნარი, კანქვეშ ფიზიოლოგიური ხსნარი და სხვა). არის სისხლის დენის მოგვიანებითი განვითარების შემთხვევები, ე. ი. ექიმს ჰგონია ავადმყოფი მორჩენის გზას დაადგა, გარ-

თულების პერიოდმა გაუარა, მაგრამ უცბად, 9—10 დღის შემდეგ ეწყება სისხლის დენა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან მელენას სახით. დაგვიანებითი სისხლის დენა, რომელიც არაიშვიათად სიყვითლის გავლის შემდეგ ვითარდება, აიხსნება ღვიძლში ღრმა ცვლილებების, ფიბრინოგენის გამომუშავების ფუნქციის დათრგუნვის გამო.

ამიტომ კიდევ ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ სიყვითლის განვითარებიდან რაც შეიძლება ჩქარა უნდა გაკეთდეს ოპერაცია (10—15 დღის განმავლობაში). მხოლოდ ასეთი ტაქტიკით შეიძლება ავაცდინოთ ავადმყოფს ქოლემიური სისხლის დენა და სხვა მოსალოდნელი გართულებანი.

მეტად რთული და სახიფათო გართულებას წარმოადგენს პ ე რ ი ტ ო ნ ი ტ ი. ამ შემთხვევაში მხედველობაში გვაქვს ნაღველოვანი პერიტონიტი, ჩვეულებრივ ჩირქოვანი პერიტონიტი ძალზე იშვიათია. ოპერაციის დროს არსებობს ინფიცირებული ჩირქოვანი ნაღვლის ჩაქცევის მრავალი შესაძლებლობა, მაგალითად, შეიძლება მთავარ სადინარში ჩადგმული ფანჯრიანი რეზინის მილი გამოვარდეს ან მცირედ გამოიწოს და რეზინის მილის ერთი ფანჯარა თავისუფალი მუცლის ღრუსკენ იყოს მიმართული და პრილობაში იქცეოდეს ჩირქოვანი სითხე, რაც გამოიწვევს ნაღველიან პერიტონიტს, რომლის მორჩენა ძალიან ძნელია.

პერიტონიტის გამოვლინებისთანავე როგორც მარჯვენა თეძოს ფოსოს, ისე მარცხენა თეძოს ფოსოს მიდამოში უნდა გაკეთდეს 8 სმ სიგრძის განაკვეთი, გაიხსნას მუცლის ღრუ, ამოიქაჩოს ჩაქცეული ნაღველი, ჩაიდოს რეზინის დრენაჟი და ტამპონები; სისტემატურად უნდა ჩაისხას ანტიბიოტიკები. საგულე საშუალებებით, სისხლის გადასხმითა და ანტიბიოტიკების ფართოდ გამოყენებით შეიძლება ავადმყოფის გადარჩენა. ეს გართულება ამით არ მთავრდება. შეიძლება საბოლოოდ განვითარდეს ნაღველოვანი ხვრელმილი (ფისტულა), საიდანაც განუწყვეტლივ იდენს ნაღველი. ასეთი ხვრელმილის განვითარების შემდეგ ნაღველი არ გადავა თორმეტგოჯა ნაწლავში (მთავარ სადინარში წინააღმდეგობის განვითარების გამო) და ნაღვლის სისტემატური დაკარგვით შეიძლება ისევ განვითარდეს სრული აქოლია და ავადმყოფი დაიღუპოს. თუ ნაღვლის გადასვლის დაბრკოლების მიზეზი ოპერაბილური იქნება, უსათუოდ უნდა გაკეთდეს პლასტიკური ოპერაცია.

თუ ოპერაციიდან მცირე დროის გავლის შემდეგ განვითარდება სიყვითლე, ამის ახსნა შეიძლება ქოლანგიტის (შესაძლებელია ეს ოპერაციამდე ჰქონდა) ან პილეფლებიტის, ან დარჩენილი კენჭების არსებობით, რომლებიც ვერ ნახეს ოპერაციის დროს, ან შეიძლება მთავარი სადინარი შევიწროვდა ნაღვლის ბუშტის სადინარის გადაკვანძვის დროს, მისი კედლის ლიგატურაში მოყოლის შედეგად (სურ. 27). თუ ამ ნიადაგზე განვითარდა სადინარის შევიწროება ან დარჩენილი კენჭის შედეგად ისევ დაეწყო ტკივილი, აუცილებელია განმეორებითი ოპერაციული ჩარევა. თუ ოპერაციის დროს ნაღვლის მთავარი სადინარი გადაკვანძული იქნება სიყვითლე ვითარდება ძლიერ სწრაფად. პირველი დღის ბოლოს ან რამდენიმე დღის შემდეგ ავადმყოფი ინტენსიურად ყვითლდება. ასეთი ავადმყოფის პროგნოზი მეტად სერიოზულია და საჭიროა გადამწყვეტი ზომების დროულად მიღება.

ქოლეცისტოგასტროსტომია — Cholecystogastrostomia. როგორც ცნობილია, ქრონიკული ობტურაციული სიყვითლე ვითარდება ნაღვლის სადინარის სხვადასხვა მიზეზით შევიწროებისა და სრული დახშობის შედეგად. ამის გამომ-

წევეი მიზეზი შეიძლება იყოს: 1. ოპერაციული ან სხვა მექანიკური ტრავმა; 2. შეხორცებები; 3. წყლულის დანაწიბურება; 4. კენჭის ჩაჭედვა ფატერის სადინარში, რომელიც ოპერაციის დროს გამორჩა ქირურგს; 5. პანკრეასის თავის სიმსივნე, რომლის ზედაწოლით იხშობა მთავარი სადინარი; 6. ფატერის დერილის სიმსივნე, რომელიც აგრეთვე ხშავს სადინარს და სხვა. ნაღველს რომ მიეცეს საჭმლისმომნელებელ სისტემაში გადასვლის საშუალება, მოწოდებულია რიგი ოპერაციები:

1. ნაღვლის ბუშტსა და კუჭს შორის შერთული;
2. ნაღვლის ბუშტსა და თორმეტგოჯა ნაწლავს შორის შერთული;
3. ნაღვლის ბუშტსა და მლივ ნაწლავს შორის შერთული;
4. ქოლედოქუსსა და თორმეტგოჯა ნაწლავს შორის შერთული;
5. ქოლედოქუსსა და მლივ ნაწლავს შორის შერთული.

ყველა აღნიშნულ შემთხვევას, თუ რა სახის ოპერაცია და როდის უნდა გაკეთდეს, აქვს თავისი ჩვენება. აქ განვიხილავთ მხოლოდ საკვანძო საკითხებს.

როდის უნდა გაკეთდეს ნაღვლის ბუშტსა და კუჭს შორის ანასტომოზი?

ეს ოპერაცია აქ ჩამოთვლილ ოპერაციებს შორის ყველაზე ადვილი და ტექნიკურად კარგი გასაკეთებელია. ამიტომ როდესაც გადაწყდება ანასტომოზის გაკეთება და დადგინდება, რომ ნაღვლის ბუშტის სადინარი გამავალია და მისი სადინარის მთავარ სადინართან შეერთების ზემოთ რაიმე წინააღმდეგობა არ არსებობს, ამასთან, თორმეტგოჯა ნაწლავი შეხორცებებშია და ნაღვლის ბუშტის მიტანა და მასთან შერთვა სიძნელესთანაა დაკავშირებული, ფიქრი იმაზე, რომ ანასტომოზი უსათუოდ თორმეტგოჯა ნაწლავთან იქნეს დადებული, შ ე ც დ ო მ ა ა. ასეთ შემთხვევებში ბევრად უკეთესია და უფრო ადვილი მოსახერხებელია გაკეთდეს შერთული ნაღვლის ბუშტსა და კუჭს შორის. უნდა აღინიშნოს, რომ სპასოკუკოცკის მიზნად ჰქონდა ანასტომოზის დადება ნაღვლის ბუშტსა და გარდიგარდმო კოლინჯს შორის, სექციაზე დადგინდა, რომ ანასტომოზი დადებული იყო ნაღვლის ბუშტსა და კუჭს შორის.

აღნიშნული ოპერაცია პირველად ფართოდ გამოიყენებოდა, მაგრამ ტექნიკის გაუმჯობესებასთან ერთად, მან ადგილი დაუთმო ნაღვლის ბუშტისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის ანასტომოზს. ეს ოპერაცია მარტივია, ადვილი შესასრულებელი და კეთდება სათანადო ჩვენებების დროს. ის შიში, რომ ამ ოპერაციის შემდეგ მოსალოდნელია აღმავალი ინფექციის განვითარება, გამართლებული არ არის. ჯერ ერთი, იმიტომ, რომ თუ ეს საშიშროება არსებობს, ის ყველა სხვა სახის შერთულების დროსაც არის და, მეორე, კუჭიდან ინფექციის შეჭრის ყველაზე ნაკლები შესაძლებლობაა, ვინაიდან კუჭში მჟავე შიგთავსის ფონზე ინფექცია ნაკლებად ვითარდება. ამასთან, ეს შემოვლითი ოპერაციები იძულებითია და არა ფიზიოლოგიური.

ქოლეცისტოდუოდენოსტომია პირველად ტერიერმა აწარმოა პანკრეასის თავის კიბოს გამო. კოხერი, ლექარი, ფედოროვი და სხვა მრავალი მაღალკვალიფიციური ქირურგი სხვა არსებულ პალიატიურ ოპერაციებს შორის ქოლეცისტოდუოდენოსტომიას ყველაზე გამოსადეგ მაღალღირებულოვან ოპერაციად თვლიდნენ (იშენკო).

ამ ოპერაციის დროს ქირურგს უნდა ჰქონდეს შესაძლებლობა, რომ ფართოდ დაადოს ანასტომოზი. იმ შემთხვევაში, როდესაც ნაღვლის ბუშტი ძნელი მისატანია თორმეტგოჯა ნაწლავთან და ანასტომოზის დადების შემდეგ წარმოიშობა ერთგვარი დაჭიმულობა, რასაკვირველია, ასეთი ოპერაციის გაკეთება შეცდომაა, ვინაიდან დაჭიმულობა შეიძლება გახდეს ანასტომოზის გაბსნის მი-

ზეზი ან ადვილად გავიდეს მასში ინფექცია და გამოიწვიოს ზოგადი პერიტონიტი.

ანასტომოზის დადების ტექნიკა. ნაღვლის ბუშტსა და კუჭს შორის ანასტომოზის დადების დროს საჭიროა შემდეგი წესების დაცვა: 1) შერთული უნდა გაკეთდეს საკმაოდ ფართო (არანაკლებ $3\frac{1}{2}$—4 სმ), რომ არ დაბრკოლდეს ნაღვლის გადასვლა კუჭში; 2) სეროზული ნაკერი უსათუოდ უნდა იყოს კვანძოვანი და ზომიერად მოკერილი, რომ ჰერმეტიზმი დაცული იყოს; ამასთან, ქირურგს უნდა ახსოვდეს, რომ ნაღვლის ბუშტი, იშვიათი გამონაკლისის გარდა, მოკლებუ-



სურ. 28. ანასტომოზის დადება: 1 — ქოლეცისტოდუოდენოსტომია; 2 — ქოლეცისტოგასტროსტომია (სქემატურად).

ლია ჯორჯალს. ამიტომ ის რომ ადვილად მოუახლოვდეს კუჭს ან თორმეტგოჯას, შეიძლება მისი ფუძის ნაწილობრივ მობილიზება, რაც გააადვილებს ანასტომოზის დადებას. ნაღვლის ბუშტის დაცლის შემდეგ, ბუშტსა და კუჭს შორის ანასტომოზის დადება შეიძლება ჟომის გამოყენების გარეშე. კუჭზე უნდა გაკეთდეს გარდიგარდმო განაკვეთი, მცირე სიმრუდიდან დიდი სიმრუდის მიმართულებით და პილორუსიდან 4 სმ დაშორებით. ნაღვლის ბუშტის კედელი შეიძლება გათხელებული იყოს, ამიტომ საჭიროა, რომ სეროზული ნაკერის დადების დროს ლორწოვანამდე არ გავიდეს ნემსი. პირველი ნაკერის დადების შემდეგ ორივე ორგანო იკვეთება და უკანასკნელი იკერება წვრილი განუწყვეტელი კეტგუტის ძაფით, ამის შემდეგ ამავე ძაფით იკერება წინა კედელი, შემდეგ ისევ დაედება კვანძოვანი ნაკერები აბრეშუმის ძაფით. თუ ოპერაცია კარგად შესრულდა, შეიძლება მუცლის ღრუ დაიხუროს დრენაჟისა და ტამპონის ჩატოვების გარეშე. საეჭვო შემთხვევაში საჭიროა ტამპონისა და დრენაჟის ჩადება.

ოპერაციის პირველ დღეებში ავადმყოფს აქვს უსიამოვნო შეგრძნება — გულისრევა, ბოყინი ღებინებით, რაც გამოწვეულია კუჭში ნაღვლის ღიდი რაოდენობით ჩაღვრით. პირველ პერიოდში ავადმყოფს მღვომარეობის შესამსუბუქებლად კუჭს ამოვურეცხავთ წვრილი ზონდით. ავადმყოფი თანდათანობით ეგუება ამ მდგომარეობას და, ბოლოს, უბრუნდება ნორმალურ მდგომარეობას. აღწერილია გართულების იშვიათი შემთხვევები, როდესაც კუჭის წვენის ზემოქმედებით მოხდა ნაღვლის ბუშტის კედლის დაშლა. თუ ეს დროულად იქნება შემჩნეული, განმეორებითი ოპერაციით შეიძლება ავადმყოფის გადარჩენა. ქოლეცისტოდუოდენოსტომიაც ასეთივე წესით კეთდება და მისი ცალკე აღწერა არ მიგვაჩნია საჭიროდ.

ავადმყოფს (ისტ. № 8926), 69 წლის, ივნისში დაეწყო შეტევითი ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში. შეტევას მოჰყვა ზომიერად გამოხატული სიყვითლე და ტემპერატურის მომატება 37.5 გრადუსამდე. პირველ 4 დღეს ავადმყოფის მდგომარეობა გამოსწორდა, მას დაუბრუნდა შრომის უნარი. პირველი შეტევის მე-6 დღეს შეტევამ ისევ გაუმეორა, მაგრამ ამჯერად უფრო ინტენსიურად, იგი ისეთი ძლიერი იყო, რომ ტკივილის მოსახსნელად საჭირო გახდა მორციუმის გამოყენება. მთელი სხეული გაუყვითლდა. მიუხედავად ასეთი ჩამოყალიბებული სურათისა, ავადმყოფი პარენქიმული ჰეპატიტის დიაგნოზით ქირურგიული განყოფილების ნაცვლად გადაგზავნა ინფექციურ განყოფილებაში. გამოკვლევით მიიღეს: სისხლის წნევა 150/90, სისხლში ბილირუბინი 20,48 მგ%, ქოლესტერინი 174 მგ. განავალი აქოლიური. სამი კვირის განმავლობაში ავადმყოფს ჩაუტარეს კომბინირებული თერაპიული მკურნალობა უშედეგოდ.

განმეორებითი გამოკვლევების შემდეგ, მდგომარეობის გაუარესებასთან დაკავშირებით, ავადმყოფი გადაიყვანეს საფაკულტეტო ქირურგიულ კლინიკაში. კლინიკაში ოპერაციის ჩვენება სწრაფად დადგინდა. ადგილობრივი გაუტკივარებითა და ეთერ-ჟანგბადის ნარკოზის დამატებით გაუკეთდა ოპერაცია. აღმოჩნდა გადიდებული და ანთებითად შეცვლილი ნაღვლის ბუშტი მრავალი კენჭით. ფატერის დვრილში ჩაჭედილი იყო მცირე ზომის კენჭი, რომელიც მთლიანად ახშობდა მას. ქოლეცისტექტომიის შემდეგ გაკეთდა ქოლედოქოტომია. ფატერის დვრილიდან კენჭის ამოღების ცდის დროს კენჭი თორმეტგოჯა ნაწლავში გადავიდა, და, ამგვარად, აღსდგა სადინარის გამავლობა. საერთო სადინარში გაუკეთდა დრენირება, ნაღვლის ბუშტის ადგილას ტამპონი ჩატოვეს და ჭრილობა დახურეს.

ოპერაციის შემდეგ მკურნალობა ჩაუტარდა ანტიბიოტიკებითა და სხვა კონსერვატიული წესებით. ავადმყოფი განიკურნა.

ამ შემთხვევაში კლინიკური სურათი ისე კლასიკურად იყო გამოხატული რომ ობტურაციულ-კენჭოვანი ქოლეცისტიტის არსებობა სრულიად არ ბადებდა ეჭვს.

ავადმყოფი გ., 15 წლის, ქირურგიულ განყოფილებაში შემოვიდა მწვავე ქოლეცისტიტის დიაგნოზით. შემოსვლისას უჩიოდა მწვავე შეტევით ტკივილს მარჯვენა ფერდქვეშ, გულისრევას და ღებინებას. ტემპერატურა 37,8°. შეტევა დასწყებია ერთი კვირის წინ. ტკივილები ირადიაციას იძლეოდა ბეჭისა და კისრისაკენ (ადგილობრივი ლეიკოციტოზი 13.200, ზოგადი — 6.600). კლინიკაში ავადმყოფის დეტალური შესწავლით დადგინდა მწვავე ქოლეცისტიტი. მწვავე მოვლენების გავლის შემდეგ ავადმყოფს გაუკეთდა ოპერაცია, განაკვეთი თეთრი ხაზით. დათვალიერებით ნაღვლის ბუშტი და სანაღვლე გზები ნორმის ფარგლებში, მეზობელ ორგანოებში პათოლოგიური ცვლილებები არ აღმოჩნდა. ჯორჯლის ლიმფური ჯირკვლები გადიდებული და ბლომად იყო ჩალაგებული პერიტონეუმის ორ ფურცელს შორის; განსაკუთრებით მკვეთრად იყო ეს გამოხატული ღვიძლ-თორმეტგოჯა ნაწლავის მიდამოში, აგრეთვე ერთიმეორის გვერდით განლაგებული, გადიდებული ჯირკვლები, ანთებითად შეცვლილი ქოლედოქუსის ირგვლივ და პანკრეასის თავთან იყვნენ მოკალათებულნი. ამ გარემოებამ ცხადყო, რომ დაავადების ნამდვილი მიზეზი იყო მეზენტერიტი. ჩაუტარდა მიზეზობრივი მკურნალობა და ავადმყოფი გაუმჯობესებულ მდგომარეობაში გაეწერა კლინიკიდან.

ჩვენ გვქონდა შემთხვევა, როდესაც გადიდებული ლიმფური ჯირკვლების ზედაწოლის შედეგად განვითარდა სიყვითლე, რაც დადასტურდა ოპერაციული ჩარევით. აღნიშნულ შემთხვევაში შეცდომის მიზეზი იყო ზოგიერთი ლაბორა-

ტორიულ-კლინიკური მონაცემის არასწორად შეფასება, მაგალითად, ბავშვებში ქოლეცისტიტი იშვიათად ვითარდება. როგორც ა. ჭურციკიძის სადისერტაციო მასალიდან ირკვევა, 482 ავადმყოფიდან 20 წლის ასაკამდე მხოლოდ 4 ავადმყოფს აღმოაჩნდა ქოლეცისტიტი. ამასთან ამ ავადმყოფებს ჰქონიათ შედარებით მსუბუქი შეტევა სიყვითლის გარეშე. სისხლში ლიმფოციტოზი (40%). რასაკვირველია, სხვა დეტალური შესწავლა ჭეშმარიტ მიზეზს გამოარკვევდა. აგრეთვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ექიმმა აქ ოპერაციული ჩარევის ჩვენება გაადიდა.

ტექნიკური ხასიათის შეცდომის საინტერესო შემთხვევა ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების ოპერაციების დროს. ავადმყოფობის ისტორია № 8488. ავადმყოფი, 42 წლის, შემოვიდა ქირურგიულ კლინიკაში ნაღვლის ბუშტის კენჭოვანი დაავადების დიაგნოზით. დაავადების ხანგრძლივობა 15 წელი. საჭირო გამოკვლევებით დადასტურდა ნაღვლის კენჭოვანი დაავადება. ოპერაცია ენდოტრაქეული ნარკოზით. განაკვეთი — კოხერ-ფედოროვით. მუცლის ღრუს გახსნისას გამოირკვა, რომ ნაღვლის ბუშტი შეჭიპნული იყო, აქა-იქ გაკირული და კენჭებით ამოვსებული, ნაღვლის მთავარი სადინარი გაგანიერებული. ნაღვლის ბუშტის სადინარი ისე იყო გაგანიერებული, რომ საზღვარი ქოლედოქუსთან წაშლილი იყო. ნაღვლის ბუშტის ამოკვეთის შემდეგ ნაღვლის მთავარ სადინარში გაჩნდა დიდი დეფექტი, გამოირკვა რომ, ის ფაქტიურად გადაჭრილი იყო, საჭირო შეიქნა მთავარი სადინარის გამაერთებისა და კედლის მთლიანობის აღდგენა. ამ რთულ ვითარებაში კედლის აღდგენა გაძნელდა, მაგრამ მოხერხდა. ჩაიდო დრენაჟი, ტამპონები და ჭრილობა დაიხურა ყრუდ. ამ დრენაჟის ირგვლივ მე-12 დღეს გაფორმდა საერთო სადინარი. ქოლანგიოგრაფიით დადგინდა სადინარის გამაერთება. დრენაჟისა და ტამპონების ამოღების შემდეგ ჩქარა შეწყდა ნაღვლის გამოყოფა და 27-ე დღეზე ავადმყოფი გაეწერა განკურნებული.

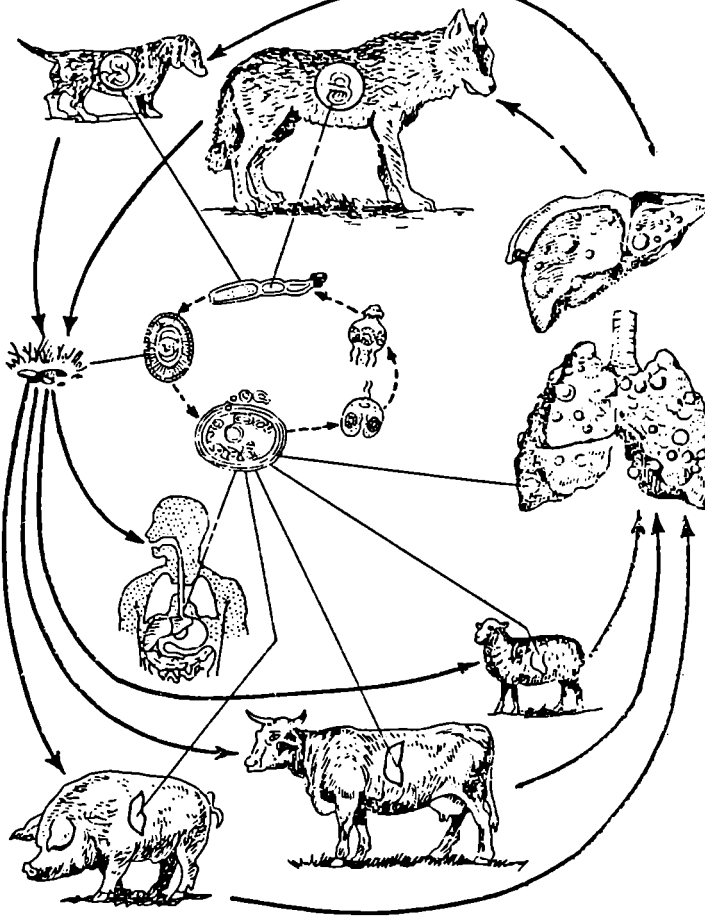
შეცდომები და გართულებანი ექინოკოკით დაავადების დროს

ექინოკოკი დაავადებათა იმ კატეგორიას ეკუთვნის, რომლის სავსებით მოსპობა შეიძლება პროფილაქტიკური ღონისძიებებით (როგორც მალარია, ყვავილი და სხვა რიგი ინფექციური დაავადებანი). მაგრამ ექინოკოკის მოსასპობად საჭიროა პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა გატარებაში ჩაებას არა მარტო სამედიცინო პერსონალი (ექიმები, ეეტექიმები, ფერშლები და სხვა), არამედ მთელი მოსახლეობა. თუ ჩვენ შევაღწევთ იმას, რომ ყველა მოქალაქისათვის გასაგებს გავხდით, თუ როგორია ექინოკოკის განვითარების ციკლი, როგორ შეიძლება მის წინააღმდეგ ბრძოლა, მხოლოდ მაშინ შეიძლება სრულიად მოისპოს ეს დაავადება. ამისათვის საჭიროა ვიცოდეთ, რომ ბრტყელი ჭიის, ექინოკოკის სოლიტერის ან როგორც მას უწოდებენ თასმისებრი ჭიის, მუდმივი მტარებელია ძაღლი, მგელი, ტურა და ამ ოჯახის სხვა ცხოველები. ეს ბრტყელი ჭია ამ ცხოველების ნაწლავებში ცხოვრობს. ამ ჭიის კვერცხი ჩლიქოსნების ან ადამიანის ორგანიზმში ხვდება შემდეგნაირად:



სურ. 29. Echinococcus granulosus.

1. ძაღლი ან ამ ჭიის მტარებელი სხვა ცხოველი განავალთან ერთად გამოყოფს ჭიის მრავალ ათასს კვერცხს, რომელიც მიმოიფანტება გარემოში და აბინძურებს ბალახს, წყალს, ბოსტნეულს და სხვ. გაურეცხავ ბოსტნეულს ან ხილეულს ადვილად ჩაჰყვება ჭიის კვერცხები;



სურ. 30. გიდატიკური ექინოკოკის განვითარების ციკლი.

2. ზოგ ადამიანს ძალიან უყვარს ძაღლის, კატის მოფერება, კოცნა, ზოგჯერ აჭმევს კიდეც თავისი თეფშიდან. ამ დროს დაავადებული ცხოველიდან ადამიანის საჭმლის მომნელებელ ტრაქტში ადვილი შესაძლებელია მოხვდეს ჰიის კვერცხები.

მოხვდება თუ არა ჰიის კვერცხები კუჭში ან სასუნთქი გზით ფილტვებში, ეს ონკოსფერო თავისუფლდება გარსისაგან (გარსისაგან განთავისუფლებული კვერცხი), კაუჭების საშუალებით ნაწლავის კედლიდან მოხვედება ან სისხლში,

ან ლიმფურ სისტემაში. კარის ვენის საშუალებით, პირველ რიგში, მოხვდება ღვიძლში (65—70%) ან ფილტვებში (15—20%): თუ აქედან მოხვდება სისხლის მიმოქცევის დიდ წრეში, ის მიმოიქცევა მთელ ორგანიზმში და შეიძლება მოხვდეს სხვადასხვა ორგანოში (ელენთაში, თირკმლებში, კუნთებში, ძვლებში და სხვა). აქ ეს ონკოსფერო იწყებს ზრდას და განვითარდება ამ ჰიის ბუშტუკოვანი სტადია, რომელსაც ეწოდება ე ქ ი ნ ო კ ო კ ი.

ამგვარად, თასმისებურ ჰიას ჰყავს ორი პატრონი: მუდმივი—ძაღლი (ან მისი ოჯახი) და დროებითი — ჩლიქოსნები და ადამიანი — შუამავალი. ახლა ისმება კითხვა — როგორ ვითარდება თასმისებრი ჰია? თასმისებრი ჰიის დროებით მტარებელი ან შუამავალი ცხოველის დაკვლისას თუ მათ დაავადებულ ორგანოებს (ღვიძლს, ფილტვს) გადეუდებათ შინაურ ცხოველს (მაგალითად, ძაღლს), რაც უდიდესი დანაშაულებრივი შეცდომაა, მის ნაწლავებში ისევ განვითარდება თასმისებრი ჰიები. ორგანიზმში განვითარებული ბუშტი — ექინოკოკი — ცდილობს მოკლას თავისი პატრონი; ამ მკვდარ ლეშს ბუშტიანად შეჰკვს სხვადასხვა გარეული და შინაური ცხოველი (ძაღლი, მგელი, ტურა და სხვები); ამგვარად, მათ ნაწლავებში ისევ განვითარდება ბრტყელი თასმისებრი ჰიები. ასე იკვრება ჯაჭვი. ძაღლი (ან მისი ოჯახი) — ჩლიქოსნები და ადამიანი — ძაღლი.

ექინოკოკი რომ მოისპოს, ამისათვის საჭიროა შეკრული ჯაჭვის გაწყვეტა. როგორ შეიძლება ამის გაკეთება?

1. არ უნდა მიეცეს დაავადებული ცხოველის ხორცი ძაღლს.

2. სისტემატურად უნდა შეეამოწმოთ ოჯახის მომსახურე ძაღლის ჯანმრთელობა. თუ ის დაავადებულია ჰიით, უსათუოდ უნდა ვეშკურნალოთ.

3. ყველა უპატრონო ძაღლი უნდა მოისპოს.

4. დაიცვათ პირადი ჰიგიენა. ბოსტნეული, ხილეული და საჭირო საკვები გაურეცხავად არ უნდა გამოიყენოთ.

ამგვარად, თუ ავადმყოფი ძაღლი არ გვეყოლება, ცხოველები და ადამიანი ავად არ გახდება. ამით გაწყდება ჯაჭვი და ექინოკოკი, როგორც დაავადება მოისპობა. ამით არა ერთ ათეულ ადამიანს აცდება რთული ქირურგიული მკურნალობა, რომელიც ზოგჯერ სიკვდილითაც მთავრდება. ამას აგრეთვე ექნება უდიდესი ეკონომიური მნიშვნელობა.

გამოკვლევით დადასტურებულია, რომ აღმოსავლეთ საქართველოში ცხვრებისა და საქონლის 60—70% დაავადებულია ექინოკოკით, მათი ღვიძლი, ფილტვები და სხვა ორგანოები გადასაყრელ-დასწვავია.

მიუხედავად იმისა, რომ ცნობილია ამ თასმისებრი ჰიის ბიოლოგია, მისი განვითარებისა და გამრავლების საშუალებების და ამ დაავადების მოსპობის რეალური გზები შესწავლილია, ჯერ კიდევ ვერ მოხერხდა ამ დაავადების ლიკვიდაცია. ქირურგიულ განყოფილებებში არაიშვიათად გვხვდება ექინოკოკით დაავადებული ავადმყოფები, რომლებიც მოითხოვენ დროულ დიაგნოსტიკას და სათანადო ქირურგიულ ოპერაციულ მკურნალობას.

ექინოკოკით დაავადების დიაგნოსტიკა

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, პროფილაქტიკური ღონისძიებების გამოყენებით ჩვენ გვაქვს ამ მეტად სახიფათო დაავადების ლიკვიდირების რეალური შესაძლებლობა, მაგრამ ჯერ კიდევ გვხვდება ექინოკოკით დაავადებულთა საკმაოდ დიდი რაოდენობა, ამიტომ, პირველ რიგში, საჭიროა ამ დაავადების კლინიკისა და დიაგნოსტიკის შესწავლა და დროული მკურნალობის ჩატარება.

ექინოკოკ-თ დაავადებული ავადმყოფის კლინიკა სხვადასხვა პერიოდში სხვადასხვანაირად გაშოვლინდება, თუმცა ისეთი სიმპტომოკომპლექსის არსებობა, რომლითაც შესაძლებელი იყოს, ვთქვათ, რომ საქმე გვაქვს ექინოკოკით დაავადებასთან — მას არ ახასიათებს.

პირველ პერიოდში გაურთულებელი ექინოკოკი რაიმე განსაკუთრებულ ნიშნებს ავ ტკივილებს არ იძლევა. ამით უნდა აიხსნას ის გარემოება, რომ ექინოკოკით დაავადებულნი კლინიკაში მაშინ თავსდებიან, როდესაც ექინოკოკი გარკვეულ სიდიდეს მიაღწევს ან სხვა სახის გართულება განვითარდება. როდესაც ექინოკოკს ღვიძლში ცენტრალური მდებარეობა აქვს (ის უფრო ხშირად მარჯვენა წილში ვითარდება) და მისი სიდიდე მუშტის სიდიდეს აღწევს, მაშინ იწყება გლისონის კაფსულის დაჭიმვა და ავადმყოფს ეწყება ყრუ ხასიათის ტკივილი, რაც უფრო გაიზრდება კისტა, მით უფრო ემატება ტკივილი. შეიძლება ზოგჯერ კისტა კალკულოდენა იყოს, მაგრამ თუ ის კაფსულის ქვემოთ მოთავსდა, ავადმყოფს ტკივილები გაუძლიერდება. ამგვარად, ექინოკოკის მდებარეობის მიხედვით (ცენტრალური. სუბდიაფრაგმული მდებარეობა, ღვიძლის კიდეში და კაფსულის ქვეშ მდებარეობა) გამოვლინდება სხვადასხვა ხასიათის ტკივილი.

ი. დეინეკეს მონაცემით ექინოკოკის დროს ტკივილს ადგილი ჰქონია შემთხვევათა 63%-ში, ი. ვოლხოვის მონაცემებით—94%, რ. ასკერხანოვით—75%, ჩვენი მასალის მიხედვით ექინოკოკის დროს ტკივილს ადგილი ჰქონდა შემთხვევათა 70%-ში. ამგვარად, გარკვეულ შემთხვევებში ექინოკოკი შეიძლება ტკივილის გარეშეც მიმდინარეობდეს. ექინოკოკის ზრდის ნელი მიმდინარეობის დროს პირველ ხანებში ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა მოსათმენია, მაგრამ როდესაც ის მიაღწევს გარკვეულ სიდიდეს ან გართულდება, ტკივილიც უძლიერდება. ობიექტური მონაცემებიდან აღსანიშნავია ღვიძლის გადიდება მოცულობაში. ამასთან, შესაძლებელია ღვიძლის გადიდებისას, როდესაც ის ნეკნთა რკალს სცილდება, სიმსივნისმაგვარი წარმონაქმნის შემჩნევა პალპაციით. ექინოკოკით დაავადებულთა პალპაციის დროს დიდი სიფრთხილე და სიფაქიზეა საჭირო. როდესაც ექინოკოკის ბუშტი დიდია ან ის განვითარებულია ღვიძლის კიდეზე ან მუცლის ღრუს სხვა ორგანოებში და კედელი გათხელებულია, უხეშმა პალპაციამ, რაც დიდი შეცდომაა, შეიძლება ბუშტის გახეთქა გამოიწვიოს ეს კი ორგანიზმისათვის მეტად სახიფათო გართულებას წარმოადგენს. პალპაციის დროს ბუშტის გასქდომის დადგენა ადვილია, ვინაიდან ბუშტი, რომელსაც ვსინჯავდით, არ ისინჯება. ასეთ დროს სასწრაფო ოპერაციამ შეიძლება მოგვცეს შედეგი. თუ მუცლის ღრუს გახსნისას აღმოჩნდება ბუშტის ნაფლეთები, შვილეული ბუშტუკები უნდა მოვაშოროთ, ჩაქცეული სითხე ამოვწმინდოთ, ამით შეიძლება ავიცდინოთ ინტოქსიკაცია, თუმცა მაინც მოსალოდნელია ექინოკოკის დისემინაცია.

დაგვიანებული ლაპარატომია კარგ შედეგს ვერ გამოიღებს, ვინაიდან ჩაქცეული სითხე უკვე ნაწილობრივ შეიწოვება და ინტოქსიკაციის ნიშნები თანდათანობით გამოვლინდება, თუმცა ბუშტუკების, სითხისა და ბუშტის კედლების ნაწილი მოშორდება, მუცელი ამოშშრალდება და ამით ორგანიზმს ერთგვარი შვება მიეცემა. სისხლის შემადგენელ ნაწილში ცვლილებებს ექინოკოკის სადიაგნოზოდ არსებითი მნიშვნელობა არ უნდა ჰქონდეს, ვინაიდან ამ დაავადების დროს რიგ შემთხვევებში ეოზინოფილიას ადგილი არა აქვს. ავტორთა დიდი უმრავლესობის მონაცემებით მომატებული ეოზინოფილია (4%) მერყეობს 18—60%-მდე. დეინეკეს, ნ. პეტუხოვის მონაცემებით ეოზინოფილია აღინიშნებო-

და 34% შემთხვევაში; ჩვენი მასალით ეოზინოფილია აღინიშნა 63,4% შემთხვევაში, ნორმის ფარგლებში — 14,5%, სულ არ აღინიშნა 16,7%.

ამგვარად, ეოზინოფოლიის არსებობა სხვა მონაცემებთან ერთად შეიძლება იყოს ერთგვარი საშუალება ექინოკოკის სადიაგნოსტიკოდ. ამ ბოლო დროს დაიწყეს სპლენოპორტოგრაფიის გამოყენება. მაგრამ ეს საკითხი ჯერ კიდევ საბოლოოდ შესწავლილი არაა და მისი ღირებულების მნიშვნელობა დადგენილი არ არის. თუმცა ლიტერატურაში მოცემულია, რომ სპლენოპორტოგრაფიით შეიძლება ვიქონიოთ ექინოკოკის ადგილმდებარეობაზე წარმოდგენა, მის სიდიდესა და ღვიძლის ფუნქციურ მდგომარეობაზე.

ექინოკოკის სადიაგნოზო საშუალებათა შორის ინტრადერმული რეაქცია მეტად მნიშვნელოვანი საშუალებაა. კაცონმა 1912 წელს მოგვაწოდა კანშიდა ექინოკოკის 0,3—0,5 სითხის შეყვანა. კაცონის რეაქცია ეყრდნობა ანაფილაქსიის პრინციპს — დაავადებული ავადმყოფის აწეულ მგრძნობელობას ექინოკოკის სითხისადმი. კაცონის რეაქცია ამ დაავადებისადმი სპეციფიკურია და ტექნიკურად ადვილი შესასრულებელი, შედეგი სწრაფია და მისი გამოყენება შესაძლებელია ყოველგვარ პირობებში. ფიფიას მონაცემებით კაცონის რეაქცია ექინოკოკით დაავადების დროს შემთხვევათა 97%-ში დადებითია, მ. გლინორიმოვის — 91%, გოლკინის — 100%, ზვერევის — 67%, ი. ვოლხოვის — 82,4%, ს. ბუაჩიძის — 42,4% შემთხვევაში. ექინოკოკის დროს ეს რეაქცია დადებითია და უმრავლეს შემთხვევაში ერთ-ერთი მეტად დასაყრდენი სადიაგნოზო საშუალებაა.

არ შეიძლება აქვე არ აღვნიშნოთ, რომ კაცონის რეაქციის წარმოებისას შესაძლებელია შეცდომის დაშვება. ჯერ ერთი, ის უნდა გაკეთდეს ინტრადერმალურად და არა კანქვეშ. კანქვეშ გაკეთებული შედეგს არ იძლევა და შეიძლება შეცდომის წყარო გახდეს, ამიტომ ამ სითხის კანქვეშ შეყვანა შეცდომაა. მეორე — თუ სითხე კარგად არ გაიფილტრა, შეიძლება კანქვეშ მოჰყვეს ექინოკოკის სკოლექსი და განვითარდეს ბუშტუკი, რაც უსათუოდ დიდი შეცდომაა და მნიშვნელოვან გართულებას წარმოადგენს.

უაღრესად დიდი მნიშვნელობის სადიაგნოზო საშუალებაა რენტგენოსკოპია და რენტგენოგრაფია. დიაგნოსტიკის ამ მეთოდს განსაკუთრებული ღირებულება აქვს ფილტვისა და ძვლის ექინოკოკის შემთხვევებში; ამ ორგანოების ექინოკოკი იძლევა მეტად დამახასიათებელ მონაცემებს, რომლის მიხედვით უსათუოდ ადვილდება დიაგნოზის დადგენა.

ღვიძლის ექინოკოკის დროს რენტგენოლოგიური სურათი რაიმე დამახასიათებელ სადიაგნოზო მონაცემებს არ იძლევა. მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც ადგილი აქვს ბუშტის გარსის გაკირვას, რენტგენოლოგიური სურათით დიაგნოზის დადგენა ადვილად შეიძლება. აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ რენტგენოლოგიური მონაცემები, სხვა სადიაგნოზო საშუალებებთან ერთად, ერთგვარ დამხმარე მეთოდად უნდა ჩაითვალოს. ამასთან ერთად, უსათუოდ უნდა გაკეთდეს ღვიძლის სკლენოგრაფია. ეს გამოკვლევის შედარებით ახალი მეთოდია და რადიაქტიური იზოტოპების საშუალებით წარმოდგენას იძლევა ზოგიერთი ორგანოს ფორმასა და სიდიდეზე და მათში არსებულ პათოლოგიურ პროცესებსა და წარმონაქმნებზე. გამოკვლევის ამ მეთოდმა კარგი შედეგი მოგვცა ღვიძლის ჰიდატიდური და ალვეოლური ექინოკოკის დროს. ამიტომ საღღეისოდ ასეთი ტექნიკურად მარტივი და ავადმყოფისათვის სრულიად უვნებელი გამოკვლევის მეთოდის გამოუყენებლობა უსათუოდ შეცდომად უნდა ჩაითვალოს. რენტგენით

გამოკვლევა ყველა საეჭვო ავადმყოფს უნდა ჩაუტარდეს. ამ მეთოდით ზუსტდება ღვიძლის გადიდების ხარისხი, მისი საზღვრები, დიაფრაგმის მდგომარეობა. ზოგჯერ ასეთი უბრალო რენტგენოგრამით ადვილად გამოკლინდება გაკრული ექინოკოკის გამოსახულება. როდესაც ექინოკოკის გამო ღვიძლი დიაფრაგმისაკენ მატულობს, დიაფრაგმა დეფორმირებული და შეწეულია პლევრის ღრუსაკენ. ზოგჯერ ის მაღლა, მე-3 ნეკნის დონემდე აღწევს.

როდესაც დიაგნოზის დადგენა ძნელდება, საჭიროა სპლენოპორტოგრაფიის გამოყენება, რაც ელენთის გზით კონტრასტის (კარდიოტრასტის) შეყვანას გულისხმობს. ეს მეთოდი განსაკუთრებით კარგია სიმსივნეებთან სადიფერენციაციოდ. ექინოკოკის შემთხვევაში სისხლძარღვების შემოვლა ხდება ბუშტის ირგვლივ, ხოლო ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს კეთდება სისხლძარღვების ამპუტაცია. კატალანმა (1955 წ.) სპლენოპორტოგრაფიისათვის გამოიყენა ნაკლებად მავნე საკონტრასტო ნივთიერება უროგრაფინი 40 მლ რაოდენობით, რომელიც შეიყვანება ელენთის პარენქიმაში, რითაც ადვილად ვლინდება ექინოკოკის ჩრდილი.

ზოგი ქირურგი ხანდახან მიმართავს საცდელ პუნქციას, როგორც სადიაგნოზო საშუალებას, ეს უსათუოდ დიდი შეცდომაა, ვინაიდან შეიძლება პუნქციას მოჰყვეს სითხის ჩაქცევა და ანაფილაქსიური შოკის განვითარება; ამასთან, შეიძლება მოითესოს ექინოკოკის სკოლექსები და განვითარდეს ექინოკოკის მრავლობითი ბუშტუკი. ამგვარად, ასეთი პუნქციის გაკეთებას ჯობია საცდელი ლაპარატომიის ან თორაკოტომიის გაკეთება, რომლის დროს უფრო სწორად დადგინდება დაავადების მიზეზი.

მიუხედავად იმისა, რომ ექინოკოკის სადიაგნოზოდ არსებობს რიგი ობიექტური მეთოდებისა, ჯერ კიდევ ადგილი აქვს დიაგნოსტიკურ შეცდომებს და დაავადების ნამდვილი მიზეზის დადგენა ხდება საოპერაციო მაგიდაზე.

ექინოკოკის მკურნალობა

ექინოკოკის მკურნალობის რადიკალურ საშუალებად ითვლება მხოლოდ ოპერაცია — ამას იზიარებს ქირურგთა დიდი უმრავლესობა. ჯერ კიდევ არიან რიგი ავტორები, რომლებიც მიმართავენ მკურნალობის კონსერვატიულ მეთოდს, მაგრამ ამ მეთოდმა შედეგი არ გამოიღო.

გაუტკივარება. გაუტკივარების შერჩევას აქვს ერთგვარი პრაქტიკული ღირებულება. იმისდა მიხედვით, თუ სადაა ლოკალიზებული ექინოკოკის ბუშტუკი, გაუტკივარება შესაფერისად უნდა შეირჩეს. იქ, სადაც ეს შესაძლებელია და ოპერაციული ჩარევა მოსახერხებელია, ადგილობრივ გაუტკივარებას უსათუოდ უნდა მიეცეს უპირატესობა, მაგრამ საანესთეზიო ნივთიერების შეყვანის დროს დასტაქარს უსათუოდ მართებს დიდი სიფრთხილე, რომ შემთხვევით არ გაჩხვლიტოს ექინოკოკის ბუშტუკი, საიდანაც ადვილად გამოკონავს სითხე და, მასთან ერთად, სკოლექსები, რაც ექინოკოკის დისიმინაციის მიზეზი გახდება. ეს მეტად არასასიამოვნოა ავადმყოფისათვის და სახიფათო გართულებას იძლევა. ჩვენების მიხედვით შეიძლება სპინალური ანესთეზიის გამოყენება, მაგრამ როგორც ირკვევა უმრავლეს შემთხვევაში ავადდება ღვიძლი, ფილტვები და ოპერაციული ჩარევა ამ ორგანოებზე ადგილობრივი გაუტკივარებით უსათუოდ სიძნელეს წარმოადგენს. ექინოკოკით დაავადების დროს ზოგადი ნარკოზი უკუჩვენებას არ წარმოადგენს, ამიტომ დღეს, როდესაც ასე კარგადაა ათვისებული ენდოტრაქეული ნარკოზი რელაქსანტის გამოყენებით, უპირატესობა გაუტკი-

ვარების ამ მეთოდს უნდა მიეცეს, მით უმეტეს, როდესაც გულმკერდის ორგანოების გაუტკივარებასთან გვაქვს საქმე, ამ სახის ნარკოზი იძლევა ხელოვნური სუნთქვის გამოყენების განუსაზღვრელად, საჭირო დროის განმავლობაში; ჩვენი კლინიკაც ამ უკანასკნელი წლების განმავლობაში ნარკოზის ამ სახეს მიმართავს სათანადო ჩვენების დროს.

ავადმყოფი, რომელიც დაავადებულია ექინოკოკით, საჭიროებს ოპერაციულ მკურნალობას; ღვიძლის ექინოკოკის დროს ჭრილობა უმრავლეს შემთხვევაში უნდა გაკეთდეს ზემოთ — მახვილისებრ მორჩსა და ჰიპს შორის, აგრეთვე შეიძლება კოხერის განაკვეთის გაკეთება, რომ ადვილი იყოს ექინოკოკის ბუშტუკთან მიდგომა. ეს ორი განაკვეთი სასებით აკმაყოფილებს ქირურგებს, თუმცა ლიტერატურაში სხვა მრავალი განაკვეთიაცაა მოწოდებული. კოხერის განაკვეთის უარყოფითი მხარე ის არის, რომ არაიშვიათად ვითარდება ოპერაციის-შემდგომი თიაქრები. არ შეიძლება აქვე არ აღვნიშნოთ, რომ როდესაც ბუშტს უკავია სუბდიაფრაგმული სივრცე და ღვიძლის გუმბათი — უსათუოდ მიდგომა უნდა იყოს თორაკოაბდომინალური ენდოტრაქეული ნარკოზის პირობებში, ეს ადვილი შესასრულებელია და სრულიად უხიფათო. მაგრამ ამ სახის ოპერაციებს ერთვის რიგი გართულებები, ამ გართულებებიდან ავადმყოფის გამოყვანა ძნელია. მაგალითად, როდესაც ფიბროზული კაფსულის ღრუ მოზრდილია, მის ღრუში გროვდება საკმაო რაოდენობით ნაღველი, ნაღველის სისტემატურად დაკარგვა კი ორგანიზმს ასუსტებს; შეიძლება განვითარდეს აქილია, ორგანიზმის გამოფიტვა, ღვიძლის ფუნქციის საგრძნობი დაქვეითება, ბოლოს კი სიკვდილი, ამიტომ. თუ ნაღველი გამოიყოფა საკმაო რაოდენობით, ის უნდა დავაგროვოთ და ისევ მივცეთ პირიდან ან ჯობია მისი ჩაშვება წვრილი ზონდით თორმეტგოჯა ნაწლავში. ამასთან, ავადმყოფს უნდა მივცეთ ვიტამინები. უსათუოდ საჭიროა ფიბროზული კაფსულის ღრუს მჭიდროდ ტამპონირება.

ექინოკოკის ოპერაციის დროს განსაკუთრებით საჭიროა ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის ყველა წესის დაცვა, რათა ორგანიზმი დავიცვათ როგორც დისემინაციის, ისე სხვა გართულებებისაგან.

პირველი, შედარებით რადიკალური ოპერაცია, მოგვაწოდა 1877 წელს ფოლკმანმა (Volkmann); ეს ოპერაცია ორ მომენტად სრულდება. მუცლის ღრუს გახსნის შემდეგ ექინოკოკის კისტა, პირველ რიგში, კარგად შემოიფარგლება მარლის ტამპონებით. ტამპონი შეიძლება დასველდეს იოდის სუსტ ხსნარში, რომ გამოიწვიოს ანთებითი პროცესი, ამ დროს ვითარდება შეხორცებები და მე-7—10 დღეს, როდესაც მუცლის ღრუ საიმედოდ შემოისაზღვრება, იხსნება ექინოკოკის ბუშტები, წიგთავსი ცილდება და ჩალაგდება ტამპონები. სადღეისოდ ასეთი მეთოდით ოპერირება შეცდომაა, ვინაიდან აქ მაინც არის შესაძლებლობა დისემინაციის, აღსანიშნავია, ამ მეთოდით მკურნალობა მომდინარეობს ხანგრძლივად და ავადმყოფი სტაციონარში იმყოფება დიდხანს, ამიტომ მკურნალობის ეს მეთოდი შეიცვალა. ოპერაცია კეთდება ერთ მომენტად და ღიაღ. ე. ი. ექინოკოკის კაფსულს პირდაპირ მოაკერებენ პერიტონეუმს, კუნთებს და კანს. ამის შემდეგ ხსნიან ბუშტუკს. ასუფთავებენ და მკურნალობას აგრძელებენ ტამპონებით, ღია მეთოდით. ეს მეთოდი ჩვენების დროს ხშირად გამოიყენება დღესაც და ამას ეწოდება ერთმომენტიანი მარზიპულაცია. რასაკვირველია, ჭრილობა ნაწილობრივ იკერება, გაუკერავი რჩება მხოლოდ მიკერებული ადგილი.

მართალია ოპერაციის ეს სახეებიც ერთგვარი წინსვლაა ექინოკოკის მკურნალობაში, მაგრამ მას შეიძლება მოჰყვეს რიგი გართულებებისა: შეიძლება

დაჩირქდეს და ხანგრძლივი დროის განმავლობაში არ შეხორცდეს, მოჰყვეს დიდი რაოდენობით ნაღვლის დენა, რაც იწვევს ავადმყოფის დასუსტებას (შეიძლება იგი დაიღუპოს კიდეც), შესაძლებელია განვითარდეს სისხლის დენა და რიგი სხვა გართულებანი, რომლებიც ღია მეთოდთანაა დაკავშირებული. ყოველივე ამან აფიქრებინა ჩვენ წამყვან ქირურგებს გამოემუშავებინათ ახალი მეთოდები. 1894 წელს ა. ბობბროვმა მოგვაწოდა ექინოკოკის მკურნალობის ღახურული მეთოდი (რასაკვირველია, მას წინ უძღოდა ოპერაციის მსგავსი მეთოდები). ბობბროვი ექინოკოკის ბუშტის დაცლის შემდეგ (რამდენადაც შესაძლებელია) ფიბროზულ გარსს აცილებს. დარჩენილ ღრუს ავსებს ფიზიოლოგიური ხსნარით, კერავს ყრუდ. ამ მეთოდმა, საკმაოდ შეამცირა სიკვდილიანობა და შეამოკლა ავადმყოფის მკურნალობის პერიოდი, ამის გამო მან სწრაფად პოვა ფართო გავრცელება. არ შეიძლება არ აღვნიშნოთ ის ფაქტი, რომ ბობბროვის ეს მეთოდი უნაკლო იყო. ამ მეთოდით მკურნალობის დროს რჩება საკმაოდ მოზრდილი ღრუ, ყოველთვის არ ხდება სითხის შეწოვა, თუ მოხვდა ინფექცია, ჩირქდება და არც ისე იშვიათად საჭიროებს მეორედ ჩარევას და შეიძლება განვითარდეს არაპარაზიტული კისტა.

უფრო რადიკალურ მეთოდად უნდა ჩაითვალოს ექინოკოკის ბუშტის ამოღება ფიბროზულ კაფსულასთან ერთად. ასეთი ოპერაცია პირველად გააკეთა ლავსონმა (Lavson) 1888 წელს. რუსეთში ასეთი ოპერაცია 1904 წელს გააკეთა ნ. ნაპალკოვმა, შემდეგ ეს საკითხი ფართოდ დაამუშავა და ჩრდილო კავკასიის ქირურგთა კონფერენციას მოახსენა. ამ ოპერაციასთან დაკავშირებულია მრავალი გართულება, მაგალითად, სისხლის დენა. იმის მიხედვით, თუ სადაა მოთავსებული პარაზიტი, ჩვენებაც ისე უნდა განისაზღვროს. ღვიძლის ქსოვილში ღრმად მდებარე ან მოზრდილი პარაზიტის კაფსულიანად ამოღება უსათუოდ დიდ სირთულესთანაა დაკავშირებული, ამის ცდა შეცდომაა, რადგან ამას შეიძლება მოჰყვეს ძლიერი სისხლის დენა, დაზიანებული სისხლძარღვის გადაკვანძვამ შეიძლება გამოიწვიოს ღვიძლის ქსოვილის იმ უბნის ნეკროზი, რომელსაც ეს სისხლძარღვი კვებავს. პარენქიმული სისხლის დენაც ძნელი გასაჩერებელია; გარდა ამისა, შეიძლება დაზიანდეს ნაღვლის მრავალი სადინარი, რასაც მოჰყვება დიდი რაოდენობით ნაღვლის გამოყოფა. ყველაფერმა ამან განაპირობა ის, რომ ამ ოპერაციამ ფართო გავრცელება ვერ პოვა. ასეთი ოპერაციის ჩვენებად შეიძლება ჩაითვალოს ღვიძლის კიდეზე ან ზედაპირულად პარაზიტის მდებარეობა ან როდესაც იგი თავისი მოცულობით მცირე დიამეტრის მქონეა და მისი მოშორება სიძნელეს არ წარმოადგენს. ამ დროს ბევრია დამოკიდებული ოპერატორის გამოცდილებაზე, ოპერაციულ ტექნიკაზე. იქ, სადაც ასეთი რადიკალური ოპერაციის გაკეთება შესაძლებელია, ის უნდა ჩაითვალოს არჩევით მეთოდად.



სურ. 31. ღვიძლის მარცხენა ნაწილში გახსნილ ექინოკოკის ბუშტში მოჩანს შვილიული ბუშტუკები (დინეკეს მიხედვით).

შემდეგი გართულება, რომელიც შეიძლება გამოიწვიოს ღვიძლის ოპერაციამ, არის პერიტონიტი. ეს უმძიმესი გართულება ვითარდება ღვიძლის ოპერაციასთან დაკავშირებით, ამის მიზეზი შეიძლება იყოს ნაღვლის ჩაქცევა მუცლის ღრუში ან დაზურული წესით შესრულებული ექინოკოკტომია. თუ დაჩირქებულ კისტას დროულად ვერ გამოვიცნობთ, ის შეიძლება გასკდეს და ჩაიღვაროს მუცლის ღრუში, რასაც მოჰყვება დიფუზურ-ჩირქოვანი პერიტონიტი. ასეთ შემთხვევაში, პირველ რიგში, უნდა გაიხსნას არსებული ფიბროზული კაფსული. აქვე შეიძლება აღვნიშნოთ, რომ რაც უნდა საიმედოდ იყოს ფიბროზული კაფსული დახურული, ჯობია ის მიკერდეს მუცლის ღრუში გაყვანილ ჭრილობას, რათა საჭირო მომენტში ჩქარა მოიძებნოს და გაიხსნას. პერიტონიტის შემთხვევებში უნდა გავაკეთოთ ილეოცეკალური არეს განკვეთები, გავხსნათ მუცლის ღრუ, სასწრაფოდ ამოვწმინდოთ პერიტონეუმის ღრუ და ჩავდოთ რეზინის დრენაჟი ტამპონით, პერიოდულად ჩავასხათ სტრეპტომიცინისა და პენიცილინის ხსნარი.

სათანადო ზომების მიღებით შეიძლება ავადმყოფის მდგომარეობიდან გამოყვანა.

შეცდომები და გართულებანი ღვიძლის ჩირქგროვის დროს

ღვიძლის ჩირქგროვა — აბსცესი რთული პათოლოგიური პროცესია, ვინაიდან ღვიძლის ჩირქგროვის ზოგიერთი ფორმა სიკვდილიანობის დიდ პროცენტს იძლევა. ღვიძლის აბსცესი ყოველთვის ვითარდება მეორეულად, ე.ი. წარმოადგენს სხვა რომელიმე დაავადების გართულებას. მისი განვითარების მიზეზი შეიძლება იყოს მწვავე ქოლეცისტიტი, ორგანიზმის სხვადასხვა უბანში არსებული ჩირქგროვები, პარაზიტი — ასკარიდა, რომელიც ღვიძლის სადინარში შეძვრება და შეიტანს ინფექციას, არასპეციფიკური კოლიტი, მწვავე აპენდიციტი, პანკრეატიტი, ამებური დიზენტერია და სხვა მრავალი ინფექციური წყარო, საიდანაც მიკრობები შეიჭრებიან ღვიძლის ქსოვილში. მაგრამ ღვიძლის ჩირქგროვა შედარებით სხვა დაავადებებთან, იშვიათია, რაც იმითაა განპირობებული, რომ ღვიძლის ქსოვილს აქვს ბრძოლის დიდი უნარი, მას აქვს დიდი ანტიტოქსიკური და ბარიერული ფუნქცია, რის მეშვეობითაც ანადგურებს ღვიძლში შეჭრილ ინფექციას, თუ ის ძლიერ ვირულენტური არ არის ან ორგანიზმი ძლიერ დასუსტებული და დაძაბუნებული არაა და ღვიძლს არ შესწევს უნარი ვირულენტურ ინფექციას გაუწიოს წინააღმდეგობა, რის გამოც შესაძლებელია ღვიძლში განვითარდეს სხვადასხვა სახის, სიდიდისა და რაოდენობის ჩირქგროვები.

არ შეიძლება აქვე არ აღვნიშნოთ ის ფაქტი, რომ ამ ბოლო დროს საგრძნობლად შემცირდა ღვიძლის როგორც ამებური, ისე პიოგენური ხასიათის ჩირქგროვა. ეს აიხსნება იმით, რომ მოსახლეობის საყოფაცხოვრებო პირობები ძალზე გაუმჯობესდა (სანიტარული პირობები), ამასთან, სამედიცინო მომსახურება ფართო მასებისათვის უფასოა და ადვილად მისაწვდომი, აგრეთვე ჩვენი სამედიცინო პერსონალის მაღალი კულტურა და გამოცდილება იძლევა ჯეროვან და სწორი დიაგნოზის დადგენის საშუალებას, ამასთანავე მოგვეპოვება მდიდარი სადიაგნოზო და სამკურნალო საშუალებანი ამ დაავადების საწინააღმდეგოდ.

ეტიოლოგიური ფაქტორების მიხედვით შეიძლება გავარჩიოთ ღვიძლის ჩირქგროვის ორი ფორმა:

ა) პიოგენური ჩირქგროვა, რომელსაც იწვევს სტაფილოკოკი, სტრეპტოკოკი და კოლიობაცილარული ინფექცია;

ბ) ღვიძლის ამებური ჩირქგროვა, რომელსაც იწვევს Entamoeba histolytica.

შეიძლება გვქონდეს შერეული ინფექციით გამოწვეული ჩირქგროვა.

ამებური ჩირქგროვა გავრცელებულია როგორც ტროპიკულ, ისე სუბტროპიკულ ქვეყნებში: აფრიკაში, ინდოეთში, ცეილონში, სამხრეთ ამერიკაში და სხვა. საბჭოთა კავშირში გვხვდება შუა აზიის ქვეყნებში, აზერბაიჯანში, სომხეთში, საქართველოში და სხვაგან. პიოგენური ჩირქგროვა ყველა ქვეყანაში ერთნაირად არ ვითარდება, ვინაიდან იგი გამოწვეულია სულ სხვა ხასიათის ეტიოლოგიური მიზეზით.

ავტორთა (ჰირში, სტროგანოვი და სხვები) მონაცემებით დადგინდა, რომ ღვიძლის ჩირქგროვას და ამებურ დიზენტერიას შორის არსებობს მიზეზობრივი კავშირი. ცნობილია, რომ ტროპიკულ და სუბტროპიკულ ქვეყნებში გავრცელებულია ამებური დიზენტერია, ამიტომ მკვლევართა უმრავლესობამ ღვიძლის ჩირქგროვის განვითარება ამებას დაუკავშირა. კოხმა (1883), ეგვიპტეში გარდაცვლილი ხუთი ავადმყოფის მსხვილი ნაწლავის წყლულში ამება აღმოაჩინა. ამ გვამების ღვიძლში (2) ჩირქგროვის არსებობა დაადგინა და კაპილარებში აღმოაჩინა დიზენტერიის გამომწვევი პროტოზოა-ამება. ამგვარად, სადღეისოდ შეიძლება დადგენილად ჩაითვალოს, რომ ღვიძლის ჩირქგროვის ერთ-ერთი გამომწვევი მიზეზი არის პროტოზოა-ამება. ავტორთა უმრავლესობის აზრით, ამება, ისე როგორც სხვა სახის ინფექცია, იჭრება ღვიძლის ქსოვილში ჰემატოგენური გზით — ძირითადად კარის ვენის საშუალებით, აცობს კაპილარებს. რომელნიც განშტოვდებიან კარის ვენიდან. ეს შეიძლება მოხდეს ამებური დიზინტერიის როგორც მწვავე სტადიაში (პირველ თვეებში), ისე დაგვიანებით (რამდენიმე თვისა და წლის შემდეგ). რიგ შემთხვევებში შეიძლება ავადმყოფს არც ახსოვდეს ამ სახის დაავადების გადატანა, მაგრამ ხელშემწყობი პირობების შემდეგ შეიძლება ღვიძლში განვითარდეს ჩირქგროვა (ამებური ხასიათის).

ჩირქგროვა, იშვიათი გამონაკლისის გარდა, 85—90% შემთხვევაში ვითარდება ღვიძლის მარჯვენა ნაწილში. ეს განპირობებულია კარის ვენის თავისებურებით. მოხვდება თუ არა ამება ღვიძლში, ის ციტოლოგური ფერმენტის საშუალებით შლის, არღვევს ღვიძლის პარენქიმას და თანდათანობით ყალიბდება ჩირქგროვა. პირველად მცირე სიდიდისაა, შემდეგ თანდათანობით, არღვევს ღვიძლის ქსოვილს, დიდდება, ზოგჯერ აღწევს მუშტისოდენობას, ხან უფრო მეტსაც. ამიტომ საჭიროა დიაგნოზის დროული დასმა და სათანადო ზომების მიღება, წინააღმდეგ შემთხვევაში ავადმყოფი იღუპება. ინფექციის შეჭრის მომენტიდანვე ორგანიზმი ცდილობს ინფექციას გაუკეთოს კუპირება, რის გამოც ჩირქგროვის ირგვლივ ვითარდება ფიბროზული გარსი. მკვლევართა უმრავლესობის აზრით, ამებური აბსცესიდან აღებული ჩირქი დიდ პროცენტ შემთხვევაში (80 — 90%) სტერილურია. ნაკრები სტატისტიკური მონაცემებით, ჩირქის გამოკვლევის შედეგად ამების არსებობა დადგენილია შემთხვევათა 16,4%-ში (მ. კამალოვი, კ. ტულიმინსკი, ე. ფიფია).

ამების დიაგნოზის დადგენა ადვილდება, როდესაც გამოსაკვლევ მასალას ავიღებთ ჩირქგროვის კედლიდან. ღვიძლის ამებური ჩირქგროვა უმრავლეს შემთხვევაში ვითარდება მამაკაცებში, ვიდრე ქალებში (9 : 1), ბავშვებში იშვიათად ვითარდება (ე. ფიფიას აქვს აღწერილი ღვიძლის აბსცესის ერთადერთი

შემთხვევა, რომელიც ეხება 8 წლის ბავშვს). რიგი ავტორები იზიარებენ იმ აზრს, რომ ამებური ჩირქგროვები ღვიძლში გვხვდება ერთეულების სახით, და რომ მრავლობითი ჩირქგროვა არაა დამახასიათებელი ამებური დაავადებისათვის, რაც სწორი არაა. ამ ბოლო დროს სექციურ მასალაზე დადგინდა, რომ მრავლობითი ჩირქგროვა სჭარბობს, მაგრამ ეს არ მეღავნდება, ვინაიდან სწორი მკურნალობის შედეგად ავადმყოფები იკურნებიან და სასექციო მაგიდაზე იშვიათად ხვდებიან.

ამებური ჩირქი თხელია, მასში ბლომადაა ღვიძლის ქსოვილის დაშლილი პროდუქტი და ჩაქცეული სისხლი, რაც მას აძლევს შოკოლადის ფერს. ჩირქის ეს ფერი (Shocolate souse) იმდენად დამახასიათებელია ამებური აბსცესისათვის, რომ საკმარისია ეტიოლოგიური ფაქტორის გამოსარკვევად. ამასთან, ამებური ჩირქი შემთხვევათა 65—75%-ში უსუნოა (მაგრამ თუ ჩირქი მყრალია— ეს მოწმობს, რომ საქმე გვაქვს შერეულ ინფექციასთან). მარტო ამ ფერისა და სუნის მიხედვით თუ ვიმსჯელებთ, რომ საქმე გვაქვს ამებურ ჩირქგროვასთან, ჭეშმარიტად სწორი იქნება.

ღვიძლის პიოგენური ჩირქგროვის (რაც სიკვდილიანობის დიდ პროცენტს იძლევა), გამომწვევია სხვადასხვა სახის ჩირქმბადი ბაქტერიები. ინფექციის ძირითადი წყარო, საიდანაც ხდება მეტასტაზირება ღვიძლში, არის: მწვავე დესტრუქციული აპენდიციტი, ღვიძლის ექიხოკოკის ბუშტისა და სანაღვლე გზების ჩირქოვანი დაავადება. ღვიძლში ჩირქმბადი ბაქტერიების მეტასტაზირება შეიძლება ორგანიზმში არსებული ინფექციის ბუდიდან. მაგალითად, სეპტიკოპიემიისა და ბაქტერიული ენდოკარდიტის, მწვავე ოსტეომიელიტისა და სხვათა დროს. აქედან შეიძლება ღვიძლში ინფექცია შეიპრას ჰემატოგენური გზით და განვითარდეს მწვავე ჰეპატიტი — პიოგენური ჩირქგროვა.

აგრეთვე აღწერილია შემთხვევა, როდესაც ღვიძლში პიოგენური ჩირქგროვა განვითარებულა სანაღვლე სადინარში მრგვალი ჭიის (ასკარიდის) შეჭრის შედეგად. პიოგენური ჩირქგროვები უფრო ხშირად მრავლობითია და მათი დიამეტრი არ აღემატება 0,05 — 1 სმ-ს, მაგრამ შეიძლება ჩირქგროვები გაერთიანდეს და მოგვცეს ერთი დიდი (8 — 10 სმ) დიამეტრის მქონე აბსცესი.

კლინიკური სურათი. ზოგი ავტორის მონაცემით, ღვიძლის ჩირქგროვას არა აქვს არც ერთი პათოგნომური ნიშანი, არა აქვს მუდმივად დამახასიათებელი კლინიკური მონაცემები, რომლებიც გვაფიქრებინებს ღვიძლის ჩირქოვან დაავადებაზე. ამის მიზეზია მრავალი ფაქტორი, მათ შორის: ჩირქგროვის ლოკალიზაცია, მისი სიდიდე და რაოდენობა, მეორეული ინფექციის არსებობა, პროცესში მეზობელი ორგანოების ჩათრევა და სხვა. ღვიძლის ამებური ჩირქგროვა ვლინდება ზოგადი და ადგილობრიეი ხასიათის ნიშნებით. დიდ მასალაზე დადგენილია, რომ ღვიძლის ამებური ჩირქგროვა შემთხვევათა 76—80%-ში მწვავედ მიმდინარეობს. მას ახასიათებს მაღალი და ჰექტიური ტემპერატურა (39 — 39,5 გრადუსამდე), ზოგ შემთხვევაში 40°-საც აღწევს. ავადმყოფს ჯერ შეამცივნებს, იგრძნობს ერთგვარ დამტვრეულობას, რის შემდეგ ტემპერატურა ძლიერ მაღლა აიწევს, ამას მოჰყვება ძლიერი ოფლიანობა და ტემპერატურის დაწევა. სუბფებრილური ტემპერატურა კი დამახასიათებელია ქრონიკულად მიმდინარე დაავადებისათვის. იმ შემთხვევაში, როდესაც ორგანიზმი ახერხებს ჩირქგროვის კუპირებას, მის ირგვლივ მძლავრი ფიბროზული ქსოვილის განვითარებას, რაც ძალზე ასუსტებს ჩირქის შეწოვას და ზოგადი ინტოქსიკაციის მოვლენებს, ან ორგანიზმი იმდენად დაძაბუნებულია რომ რეაქციას არ

იძლევა და ამის გამო ტემპერატურა ნორმალურად ან სუბფებრილურად მიმდინარეობს.

ღვიძლის აბსცესით დაავადებული ავადმყოფი ჩქარა კლებულობს წონაში, უვითარდება უმადობა, საერთო სისუსტე და დუნდება. შეიძლება აბსცესი დაწვეს მთავარ სადინარს და ამის ნიადაგზე განვითარდეს სიყვითლე, რაც შეცდომის წყაროდ ხდება. დასაწყის სტადიაში ღვიძლი შეიძლება არც იყოს გადიდებული, მაგრამ აბსცესის ზრდასთან ერთად ღვიძლის საზღვრებიც დიდდება როგორც ნეკნთა რკალის ქვემოთ, ისე დიაფრაგმისაკენ. ღვიძლის ზემო საზღვრის გადიდების დადგენის საშუალებას იძლევა რენტგენოსკოპია და რენტგენოგრაფია. აგრეთვე დიდი მნიშვნელობა აქვს რადიოიზოტოპურ სკენირებას, რაც ფართოდ გამოიყენება ღვიძლის პათოლოგიის დროს. ეს მარტივი, მაგრამ სრულიად უვნებელი გამოკვლევა იძლევა აბსცესის ლოკალიზაციის დადგენის შესაძლებლობას (ბევრ შემთხვევაში ეს მეთოდი არ მართლდება). აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ამ მეთოდებით გამოკვლევის შედეგად მიღებული მონაცემები ერთნაირია როგორც ამებური, ისე პიოგენური ღვიძლის ჩირქგროვისათვის, რის გამოც მათ შორის დიფერენცირება სხვა მონაცემებით უნდა მოხდეს.

დიაგნოსტიკური შეცდომები ღვიძლის ჩირქგროვის დროს

მიუხედავად იმისა, რომ ღვიძლის ამებური ჩირქგროვის დიაგნოზის დასადგენად მთელი რიგი მონაცემები არსებობს, ამ დაავადების დროს მაინც შეიძლება დიაგნოსტიკური შეცდომების დაშვება. მაგალითად, ი. ანდრეევის მონაცემებით, სასექციო მაგიდაზე 24 გაკვეთიდან 19 შემთხვევაში კლინიკური დიაგნოზი დადასტურდა. თურქმენეთის სსრ ნაკრები მასალიდან 96 შემთხვევიდან 61 შემთხვევაში დაშვებული იყო დიაგნოსტიკური შეცდომა. საშუალოდ ამ დაავადების დროს შემთხვევათა 42,2%-ში გვაქვს დიაგნოსტიკური შეცდომები (ო. ბაბაევით). ეს მონაცემები იმას ადასტურებს, რომ სწორი დიაგნოზის დადგენა ძალზე ძნელია ოპერაციის დროსაც კი, ვინაიდან ჩირქგროვის მცირე სიდიდის გამო ოპერატორი პუნქციის დროს ვერ აგნებს მას და წინასწარ დადგენილ დიაგნოზს ცვლის, მკურნალობასაც არამიზნობრივს ატარებს; შეცდომის მიზეზი კი დგინდება მხოლოდ სასექციო მაგიდაზე.

თუ კლინიკური მონაცემებით დადგინდა ღვიძლის ჩირქგროვა, ოპერაციის დროს კი ეს არ დადასტურდა, ავადმყოფობას უნდა ვუმკურნალოთ როგორც ამებურ პროცესს, ამით კარგ შედეგსაც მივაღწევთ და დიაგნოსტიკური შეცდომაც გამოსწორდება.

როდესაც ღვიძლის ჩირქგროვა ლოკალიზებულია დიაფრაგმის ახლოს, იგი იძლევა ბაზალური პლევრიტისა და ფილტვის ანთებისათვის დამახასიათებელ ნიშნებს. ბაზალური პლევრიტსა და პნევმონიას, რომლებიც ძირითადი დაავადების რეაქციული გამოვლინებაა, ექიმები დაავადების ნამდვილ მიზეზად სთვლიან და ძირითადი დაავადება რჩება ყურადღების გარეშე, შეცდომაც აქედან გამომდინარეობს, მკურნალობაც არამიზნობრივია და ავადმყოფს არავითარი გაუმჯობესება არ ეღნიშნება. აქედან უნდა დავასკვნათ, რომ როდესაც ბაზალური პნევმონია და პლევრიტი მიმდინარეობს ატიპურად და არ ემორჩილება მკურნალობას, უსათუოდ საფიქრებელია ღვიძლის ჩირქგროვის არსებობა.

დასაწყის სტადიაში ღვიძლის ჩირქოვანი დაავადება (როდესაც ჩირქგროვა ჯერ კიდევ არაა ჩამოყალიბებული) თავისი კლინიკური მიმდინარეობით ძალზე

წაგავს ინფექციურ დაავადებას — მუცლის ტიფს. ავადმყოფი გადაჰყავთ ინფექციურ განყოფილებაში, მაგრამ, ვინაიდან ინფექციურ დაავადებას ხანგრძლივი მიმდინარეობა ახასიათებს, ამ შემთხვევაში მიღებული ზომები შედეგს არ იძლევა.

ასევე ხანგრძლივი მიმდინარეობით ხასიათდება მალარია, ბრუცელოზი. ტუბერკულოზი და თუ ექიმების მიერ მიღებული ზომები რაიმე აღსანიშნავ შედეგს არ იძლევა, იბადება ეჭვი ღვიძლის ჩირქოვან დაავადებაზე და ავადმყოფი გადაჰყავთ ქირურგიულ განყოფილებაში. ამით აიხსნება ის გარემოება, რომ ასეთ ავადმყოფს დაგვიანებით ათავსებენ ქირურგიულ განყოფილებაში. თუ ავადმყოფს სიცხეს აძლევს, მით უფრო თუ იგი ჰექტიურია და ამავე დროს ღვიძლი გადიდებული და მტკივნეულია, ექიმმა უთუოდ ეჭვი უნდა მიიტანოს ღვიძლის ჩირქოვან დაავადებაზე. მნიშვნელოვანია ანამნეზური მონაცემები — როდესაც ავადმყოფს გადატანილი აქვს (მოკლე ხნის წინ ან შორეულ წარსულში), დიზენტერია (ანამნეზში დიზენტერიის უარყოფა არ გამორიცხავს ამ დაავადების არსებობას), ამასთან, განავალში ამების ან ცისტების არსებობა ცხადყოფს დიაგნოზის ჭეშმარიტებას. დიაგნოზის დასადგენად დიდი მნიშვნელობა აქვს ღვიძლის პუნქციას, რომელიც ყველა საეჭვო შემთხვევაში უნდა გაკეთდეს და დადგინდეს ჩირქის ხასიათი. თუ ჩირქს ექნება შოკოლადის, ან რძიანი ყავისფერი, შეიძლება ღვიძლის ამებური ჩირქგროვა დადგენილად ჩაითვალოს. თუ ჩირქი სუნიანია, ყვითელი ფერისაა, ეს პიოგენურ პროცესზე მიუთითებს.

როგორ უნდა ვაწარმოოთ ღვიძლის ჩირქგროვის პუნქცია? ჩხვლეტა უნდა გაკეთდეს ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის მკაცრი დაცვით და დიდი სიფრთხილით, საჩხვლეტ ადგილს ქირურგი შეარჩევს — „ლოკუს მინორს“ — ყველაზე მტკივნეულ წერტილს. მუცლის არეში ჩხვლეტა დიდი შ ე ც დ ო მ ა ა, ვინაიდან შეიძლება ნემსის წვერი მოხვდეს ღრუ ორგანოში (გაბერილ ნაწლავში), რასაც მოჰყვება პერიტონიტის განვითარება. სათანადო სიზუსტის დაცვის შემდეგ ვაწარმოებთ პუნქციას. თუ პუნქციით მივიღეთ ჩირქი, არ შეიძლება ნემსის უკან ამოღება, ეს დიდი შეცდომა იქნება. პირველ რიგში, უნდა დადგინდეს რა ხასიათის ჩირქგროვასთან გვაქვს საქმე. თუ ჩირქი ამებურია, ღრუ უნდა გავათავისუფლოთ ჩირქისაგან, რის შემდეგ სრულიად თავისუფლად ამოიღება ნემსი. მაგრამ თუ ჩირქი პიოგენურია, ნემსი უნდა დარჩეს თავის ადგილზე და სასწრაფოდ უნდა მოვემზადოთ საოპერაციოდ. ვაკეთებთ ლაპარატომიას. ნემსის მიყოლებით გავხსნით პიოგენურ ჩირქგროვას და ვაწარმოებთ დრენირებას. ამით დამთავრდება პირველი მანიპულაცია.

თუ დროულად ვერ დავსვამთ ღვიძლის ჩირქგროვის დიაგნოზს ეს გამოიწვევს მთელ რიგ გ ა მ ო უ ს წ ო რ ე ბ ე ლ გ ა რ თ უ ლ ე ბ ე ბ ს. შეიძლება ჩირქგროვა გაიხსნას სუბდიაფრაგმულ სივრცეში და განვითარდეს დიაფრაგმის ქვედა ჩირქგროვა. რიგი მკვლევარების მიერ დადგენილია ღვიძლის ჩირქგროვის გართულება პლევრიტით. დებეკის მონაცემებით (ნაკრები სტატისტიკური მასალის მიხედვით) ის 32% აღწევს. ზოგ შემთხვევაში დიაფრაგმა, ანთებით პროცესთან დაკავშირებით, უხორცდება პლევრას, ღვიძლის ჩირქგროვა შეიძლება გაიხსნას პლევრის ღრუში ან შეხორცებულ ბრონქებში, რითაც ძალზე მძიმე მდგომარეობა იქმნება. აქ შესაძლებელია ექიმმა შეცდომა დაუშვას (თუ მას გამოცდილება აკლია) — ამონახველ ჩირქს დაუკავშირებს ფილტვში ჩირქგროვის არსებობას, ტუბერკულოზს და მკურნალობა არ იქნება მიზნობრივი. მაგრამ თუ ექიმი ყურადღებით იქნება, მან უნდა შეამჩნიოს, რომ ჩირქი ნაღველ-

ნარევია და რომ ეს ჩირქი ღვიძლის ჩირქგროვიდან გამოიყო. არის შემთხვევა, როდესაც ღვიძლის ჩირქგროვა იხსნება პერიკარდიუმის ღრუში, ეს უმძიმესი გართულებაა და მისი დადგენა დაკავშირებულია ძალზე დიდ სიძნელესთან. შეიძლება ღვიძლის ჩირქგროვა გაიხსნას მუცლის ღრუში. გახსნის მომენტში, როდესაც ჩირქით უცბად მოირწყვება მუცლის ღრუ, შეიძლება მივიღოთ შოკური მდგომარეობა ან განვითარდეს დიფუზური პერიტონიტი თავისი უარყოფითი შედეგებით.

ზეცდომები და გართულებანი ღვიძლის ჩირქგროვის მკურნალობის დროს

ღვიძლის ამებური პროცესის მკურნალობის საკითხში აზრთა სხვადასხვაობაა. ქირურგთა ნაწილი ამ დაავადების მკურნალობაში კონსერვატიულ წესს დიდ უპირატესობას აძლევს და მას თვლის არჩევით მეთოდად, სხვები კი პირდაპირ მოითხოვენ ღვიძლის ამებური ჩირქგროვის მხოლოდ ოპერაციული წესით მკურნალობას, ჩირქგროვის ფართოდ გახსნას და დრენირებას, რაც შეცდომაა. რასაკვირველია, საკითხის ასე კატეგორიულად დაყენება არ იქნებოდა სწორი. ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში მკურნალობის შერჩევა შეიძლება ინდივიდუალური მიდგომით. უსათუოდ ჯობია მკურნალობის დაწყება კონსერვატიული წესით. თუ მივიღეთ კარგი შედეგი, ოპერაციული ჩარევა არ იქნება საჭირო. იქ, სადაც ეს მეთოდი მკურნალობას ვერ გაამართლებს და დადგინდება ქირურგიული ჩარევის აუცილებლობა, იგი უნდა განხორციელდეს კიდეც.

ამებური ჩირქგროვის მკურნალობა როგორც კონსერვატიული, ისე ოპერაციულია. მეოცე საუკუნის პირველ ათეულ წლებამდე ეს დაავადება სიკვდილიანობის დიდ პროცენტს (9% — 90%) იძლეოდა. 1912 წელს როდჟერსმა დაადგინა ემეტინით მკურნალობის მაღალი ეფექტიანობა და სიკვდილიანობა დაიყვანა 12 — 15%-მდე. საბჭოთა კავშირში ემეტინის გამოყენება დაიწყეს 1928 წლიდან.

ემეტინი, როგორც სამკურნალო საშუალება შეგვყავს ინტრამუსკულარულად 1,5 — 2%-იანი ხსნარის სახით, 2-ჯერ დღეში 1 — 2 მლ. მკურნალობა უნდა ჩატარდეს წყვეტილად. პირველ კურსს ვატარებთ 4 — 5 დღის განმავლობაში რის შემდეგ ავადმყოფს ვასვენებთ 3 — 4 დღეს, ასე მეორდება 3 — 4-ჯერ, შედეგის მიხედვით. ზოგი მკურნალი კმაყოფილდება ამ დაავადების მარტო ემეტინით მკურნალობით; მაგრამ გამოცდილებით დადგინდა, რომ ემეტინით მკურნალობასთან ერთად უსათუოდ მიზანშეწონილია (პერიოდულად 2 — 3 დღის შუალედით) ჩირქის ევაკუაცია პუნქციით (ე. ფიფია). როგორც აღვნიშნეთ, ამებური ხასიათის ჩირქი სტერილურია. პუნქცია უნდა გაკეთდეს უაღრესად ასეპტიკურ პირობებში, რომ ორგანიზმი დავიცვათ მეორეული ინფექციისაგან.

საფაკულტეტო ქირურგიულ კლინიკაში კონსერვატიული (ემეტინით და ჩირქის ევაკუაციით) წესით ნამკურნალევი 53 ავადმყოფიდან მოკლე დროში ყველა განიკურნა ყოველგვარი გართულების გარეშე, მიუხედავად იმისა, რომ ღვიძლის ამებური ჩირქგროვის ემეტინით მკურნალობა ეფექტურია, ამავე დროს ემეტინი ძლიერ ტოქსიკური პრეპარატია, რის გამოც განსაკუთრებული ყურადღებით უნდა ჩატარდეს მკურნალობა. ის ცუდად მოქმედებს გულ-სისხლძარღვთა სისტემაზე, ზოგჯერ იწვევს ტაქიკარდიას, ქოშინს, არითმიას, ჰიპოტონიას. მძიმე გართულებამ შეიძლება გამოიწვიოს გულის გაჩერება, ამიტომ მკურნალო-

ბის დროს ექიმს არ უნდა გამოეპაროს გართულების დასაწყისი, რათა უცბად შეწყვიტოს მკურნალობა, მიიღოს ზომები მდგომარეობის გამოსასწორებლად. შეიძლება ამ პრეპარატმა გამოიწვიოს უძილობა, თავბრუდახვევა, პარესთეზია კუნთების ტკივილით, ტრემორი, კრუნჩხვები, რაც შეიძლება დამბლით დამთავრდეს. აგრეთვე შეიძლება ავადმყოფს განუვითარდეს მუცლის ტკივილი, გულისრევა ღებინებით (ა. ბილიბინი, ნ. პლოტნიკოვი და სხვები). ბაბაევს ასეთი სახის გართულება ჰქონია 8 შემთხვევაში. ჩვენს კლინიკაში მსგავს გართულებას ადგილი არ ჰქონია. ემეტინით მიღებული გართულება შეიძლება ექიმმა ჩათვალოს სხვა დაავადებად, რაც დიდი შ ე ც დ ო მ ა ა. ეს გართულება შეიძლება გამოვლინდეს როგორც მკურნალობის პერიოდში, ისე მკურნალობის დამთავრების შემდეგ. რაც იმით აიხსნება, რომ ემეტინს აქვს კუმულაციური თვისება, რომელიც ზოგჯერ გამოვლინდება მოგვიანებით — მკურნალობის დამთავრების შემდეგ მე-10 — 20 დღეს.

ამ ბოლო დროს იყენებენ ემეტინის შემცველ პრეპარატს — ქლოროქინს, რაც სინთეზირებული იყო 1934 წელს; ამებური ჩირქგროვის სამკურნალოდ გამოიყენეს 1948 წელს. მისი დიდი ღირებულება ისაა, რომ მიღება შეიძლება ტაბლეტების სახით, შეიწოვება ნაწლავებში. შეიძლება ინიექციის სახითაც გაკეთდეს კუნთებში. ღვიძლის აბსცესის სამკურნალოდ პირველ კვირას ენიშნება 0,25 გ დღეში 3-ჯერ, ხოლო მკურნალობის მეორე კვირას დღეში 2-ჯერ. ქლოროქინი უნდა მიეცეთ ჭამის შემდეგ და დავაყოლებინოთ გადადუღებული წყალი. რეციდივის თავიდან ასაცილებლად მკურნალობა შეიძლება გამეორდეს ამბულატორიულ პირობებში. ამებური ჩირქგროვის სამკურნალოდ ბაბაევს 85 შემთხვევაში გამოუყენებია ქლოროქინი და არც ერთხელ რაიმე გართულება (როგორც უახლოესი, ისე შორეული) არ მიუღია.

ამგვარად, თუ ამებური ჩირქგროვის სამკურნალოდ გამოვიყენებთ ემეტინს ან ქლოროქინს, ყველა წესის დაცვით, მკურნალობის ეფექტი უსათუოდ შედეგიანი იქნება, ამის გამო მკურნალობის ეს მეთოდი ფართოდ უნდა დაინერგოს.

ღვიძლის ამებური აბსცესის ქირურგიული მკურნალობა

ამებური ჩირქგროვა უმრავლეს შემთხვევაში ემორჩილება კონსერვატიულ მკურნალობას და შედეგსაც კარგს ვღებულობთ. ზოგი ქირურგი უპირატესობას აძლევს ამ დაავადების ოპერაციული წესით მკურნალობას ისინი მოითხოვენ ჩირქგროვის ნაადრევად ფართოდ გახსნას და დრენირებას. ქირურგიული მკურნალობის პრინციპის დამცველი ტოპჩიბაშევი 1949 წელს ამიერკავკასიის ქირურგთა კონფერენციაზე ამტკიცებდა კონსერვატიული მკურნალობის უშედეგობას და ადასტურებდა ოპერაციული მკურნალობის რაციონალობას. ი. კალინიჩევის, რ. ასკერხანოვისა და სხვა ქირურგების აზრით, დადგინდება თუ არა ღვიძლის ამებური აბსცესის არსებობა, რა სტადიაშიაც არ უნდა იყოს იგი, უსათუოდ უნდა გაკეთდეს სასწრაფო ოპერაცია — აბსცესტომია. ზოგი ქირურგი იზიარებს იმ აზრს, რომ თუ კონსერვატიული მკურნალობა 5 — 7 დღის განმავლობაში არ მოგვცემს შედეგს, უნდა გაკეთდეს ოპერაცია. ქირურგთა დიდი ნაწილის აზრით კი, თუ კონსერვატიულმა და პუნქციურმა მკურნალობამ შედეგი არ მოგვცა და თუ საქმე გვაქვს გართულებულ შემთხვევებთან (შერეული ინფექცია, ჩირქგროვის გახსნა მუცლის

ან პლევრის ღრუში), უნდა ჩავუტაროთ ოპერაციული მკურნალობა. ამგვარად, ამებური ჩირქგროვის მკურნალობის საკითხში აზრთა სხვადასხვაობაა.

საბჭოთა კავშირში ღვიძლის ამებური ჩირქგროვის დროს ქირურგიული აქტივობა (ოპერაცია) 60% აღწევს, მიღებული შედეგებიც საესებით დამაკმაყოფილებელი არაა. ო. ბაბაევმა 270 ოპერაციიდან არადამაკმაყოფილებელი შედეგი მიიღო 33,3%-ში შემთხვევაში, სხვა ავტორებს უფრო მეტი არადამაკმაყოფილებელი შედეგები აქვთ მიღებული. გამონაკლის შემთხვევებში, სადაც ამის პირდაპირი ჩვენებაა, ოპერაცია უნდა გაკეთდეს. პერიტონეუმის ან პლევრის ღრუში ჩირქგროვის გახსნის შემთხვევაში ან შერეული ინფექციის დროს, რომელიც არ ემორჩილება მკურნალობის კონსერვატიულ წესს, ოპერაცია უნდა გაკეთდეს ან ადგილობრივი (მეტ შემთხვევაში), ან ენდოტრაქეული ნარკოზით (ნაკლებ შემთხვევაში, ვინაიდან ამ დაავადების დროს ღვიძლის ფუნქცია ძალზე დაქვეითებულია). ღვიძლის ჩირქგროვის ოპერაციის მისადგომი ადგილის შერჩევის დროს უნდა გავითვალისწინოთ აბსცესის ლოკალიზაცია. იმ შემთხვევაში, როდესაც პროცესი სუბდიაფრაგმულ სივრცეშია, ღვიძლის ზემო ზედაპირზე მიდგომა ჯობია ექსტრასეროზულად. როდესაც ჩირქგროვა ლოკალიზებულია ღვიძლის კიდესთან ან მის შუა ადგილას, ჯობია ოპერაცია გაკეთდეს ტრანსაბდომინალური მიდგომით. განაკვეთი ტარდება თეთრი ხაზის ან ნეკნის რკალის პარალელურად მარჯვნივ (კოხერის ან ფეოდოროვის განაკვეთი). მუცლის ღრუს გახსნის შემდეგ მოიძებნება ის ადგილი, სადაც ღვიძლი ამოწეულია და გარბილებული.

პუნქცია კეთდება ასპიტიკისა და ანტისეპტიკის მკაცრი დაცვით. ჩირქგროვის დაცლის შემდეგ ჭრილობა ტამპონირდება, ჩაიდება რეზინის დრენაჟი, მუცლის ღრუ იხურება ჭრილობაში ტამპონისა და დრენაჟის ნაწილობრივ გამოტანის შემდეგ. ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფს უტარდება სპეციმკურნალობა ემეტინით, ქლოროქინით ანტიბიოტიკებთან ერთად.

ამგვარად, თუ შევაჯამებთ მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდით მიღებულ შედეგებს, უპირატესობა უნდა მიეკუთვნოს კომბინირებულ კონსერვატიულ მეთოდს, რომელიც სიკვდილიანობის მინიმალურ პროცენტს იძლევა (ან სულ არ იძლევა. ე. ფიფია). გარკვეული ჩვენების დროს შეიძლება მივმართოთ მკურნალობის ოპერაციულ წესს. ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფს უსათუოდ უნდა ვუმკურნალოთ ემეტინით, ქლოროქინით და ანტიბიოტიკებით.

შეცდომები, საშიშროებანი და გაუთვალისწინებელი გართულებანი კუჭის ოპერაციების დროს

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება ფართოდაა გავრცელებული. ამ დაავადების სიხშირე უკანასკნელი სტატისტიკური მონაცემებით აღწევს 8 — 10%; ეს პროცენტი უფრო გაიზრდება, თუ ამ დაავადებას გამოვიყვანთ მოზრდილთა დაავადებიდან, ვინაიდან ბავშვებში და მოზრდილებში წყლულოვანი დაავადება შედარებით იშვიათია. ამგვარად, დადგენილია რომ აღნიშნული ავადმყოფობა მეტად გავრცელებულია და თუ მივიღებთ მხედველობაში ომიანობის პერიოდს, როდესაც წყლულოვანი დაავადება უფრო იყო გავრცელებული, გასაგები გახდება, თუ რაოდენ დიდი ღირებულება აქვს ამ დაავადების მკურნალობის რაციონალური წესის გამომუშავებას.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების მკურნალობა უმრავლეს შემთხვევაში თერაპიულ-კონსერვატიულია. ამ ბოლო დროს ამ დაავადების მკურნალობა უფრო ეფექტური გახდა მთელი რიგი ახალ-ახალ სამკურნალო საშუალებათა გამომუშავებისა და მათ ფართოდ გამოყენებასთან დაკავშირებით. კონსერვატიული მკურნალობის ძირითადი პრინციპი ინდივიდუალიზაციასა და კომპლექსურობაშია. რიგი ავტორების (სტრაჟესკო, ლურია, ნეიმარკი და სხვ.) მონაცემებით, კონსერვატიული მკურნალობით განკურნებას მიაღწიეს შემთხვევათა 75%-ში. მაგრამ ეს მონაცემები მკურნალობის უახლეს შედეგს წარმოადგენს და, როგორც ფლეკელი აღნიშნავს, მკურნალობის ეფექტიანობის შეფასება შეიძლება შორეული შედეგების მონაცემებით.

აქვე უნდა აღინიშნოს, ის ფაქტი, რომ მიუხედავად ამ დაავადების კონსერვატიული მკურნალობის შედეგიანობისა, როდესაც თითქმის ჭრება ყველა კლინიკური გამოვლინება და ზოგ შემთხვევაში პათოლოგიურ-ანატომიური ცვლილებებიც, კუჭის ჰიპერსეკრეცია, განსაკუთრებით მაღალი მჟავიანობა, არ კლებულობს, რაც იმის თავდებია, რომ რეციდივი კიდევ მოსალოდნელია და ავადმყოფი ხდება ქირურგიული ჩარევის ობიექტი. ამასთან, წყლულოვანი დაავადების განსაზღვრული პროცენტი პროგრესული ხდება. როგორც კუჭის, ისე თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულში ვითარდება დიდი შეუქცევადი პათოლოგიურ-მორფოლოგიური ცვლილებები, რის გამოც ის თერაპიულ ღონისძიებას სრულიად არ ემორჩილება და მოსალოდნელია სხვადასხვა სიმძიმის გართულებები (თუნდაც პერფორაციის სახით). აქედან უნდა დავასკვნათ, რომ არსებობს კონსერვატიული მკურნალობის შესაძლებლობის საზღვარი, როდესაც ის რაიმე ეფექტურ შედეგს არ იძლევა და ავადმყოფი ხდება ქირურგიული ჩარევის ობიექტი. ამასთან, ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ წყლულოვან დაავადებათა ოპერაციული მკურნალობა თავისი განვითარების თანამედროვე ეტაპზე მაღალ მაჩვენებლებს იძლევა. ოპერაციასთან დაკავშირებული სიკვდილიანობა საგრძნობლად შემცირდა, მათი პროცენტული მაჩვენებელი 1 — 2% არ აღემატება. ამგვარად, იქ, სადაც თერაპიული ღონისძიება შედეგს ვერ აღწევს, მაშინ მას მკურნალობის ქირურგიული მეთოდი ენაცვლება, რითაც ავადმყოფს დიდი შეღავათი ეძლევა, უმრავლეს შემთხვევაში სრული განკურნებით მთავრდება. რაკი წყლულოვანი დაავადების მკურნალობის ქირურგიულმა მეთოდმა წარმატებას მიაღწია, აუცილებლად საჭიროა რომ არ მოხდეს მისი დისკრედიტირება და საოპერაციოდ უნდა აირჩიოს ისეთი ავადმყოფები, რომლებიც ნამდვილად საჭიროებენ ოპერაციულ მკურნალობას.

ჩვენი კლინიკის დიდი მასალითა და ლიტერატურული მონაცემებით დასტურდება რომ, ყველა ავადმყოფი, რომელთაც ჰქონდათ ნაჩვენები ქირურგიული მკურნალობა, ოპერაციის შემდეგ განიკურნა და შრომისუნარიანი გახდა. მხოლოდ იქ, სადაც ოპერაცია პირობითად იყო ნაჩვენები, ზოგ ავადმყოფს ოპერაციასთან დაკავშირებით განუვითარდა ისეთი მოვლენები, რომლებმაც გამოიწვია დაინვალიდება, ან საჭირო გახდა განმეორებით ჩარევა. საოპერაციოდ ისეთი ავადმყოფები უნდა შეირჩეს, რომელთა ოპერაციული მკურნალობა აუცილებლობას წარმოადგენს და მკურნალობის სხვა მეთოდი ეფექტს არ იძლევა. ამგვარად, საჭიროა ჩამოყალიბდეს ოპერაციული მკურნალობის ჩვენება, რომ ყველა ქირურგმა იცოდეს რა შემთხვევებში უნდა ჩაატაროს ოპერაციული მკურნალობა და როდისაა შეცდომა ქირურგიული მკურნალობის ჩატარება.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების ოპერაციული მკურნალობა აბსოლუტურად ნაჩვენებია გართულებული წყლულების ღროს. წყლულის პერფორაცია ხასიათდება მისთვის დამახასიათებელი კარდინალური სიმპტომებით: ეპიგასტრიუმის არეში აღინიშნება მოულოდნელი, ძლიერი, აუტანელი ტკივილი; მუცლის ღრუში მჭრელი იარაღის (ბანჯღლის) ჩაცემის შეგრძნება, (როგორც ამას თვით ავადმყოფი აღნიშნავს). ეს ტკივილი იმდენად ძლიერია, რომ ვერც ერთი ავადმყოფი ფეხზე ვერ ჩერდება (ი. ჯანელიძის თქმით, რა ვაჟკაციც არ უნდა იყოს ის, იძულებულია ჩაიკეცოს ან დაწვეს, რა პირობებშიაც არ უნდა იყოს). ეს ძლიერი ტკივილი გამოწვეულია მუცლის ღრუში კუჭის შიგთავსის ჩაქცევით და მდიდარი ნერვული რეცეპტორული აპარატის ძლიერი გაღიზიანებით.

პირველ ხანებში ავადმყოფი ღებულობს იძულებით მდებარეობას — უფრო ხშირად წელში მოღუნულია, სუნთქვა გაიშვიათებული და ზერელე, მაჯა კარგი ავსებისა და დაჭიმულობის, ნორმის ფარგლებში, ზოგჯერ შეიძლება შენელებულიც იყოს. ტკივილი ხშირად ირადიაციას იძლევა წელისა და ლავიწისაკენ (მარცხნივ) (ელექტრის სიმპტომი), რაც გამოწვეულია დიაფრაგმული ნერვის გაღიზიანებით. იშვიათი გამონაკლისის გარდა, ავადმყოფს გულისრევა და ღებინება არა აქვს, რაც ს. იუდინის აზრით, ერთ-ერთი მეტად მნიშვნელოვანი სიმპტომია. ამის უცოდინარობა ჭირურგს არ ეპატიება, ვინაიდან დიაგნოსტიკაში ამას მნიშვნელობა აქვს.

მეორე, მეტად დიდი ღირებულების მქონე სიმპტომია ეპიგასტრიუმის არეში კუნთოვანი სისტემის დაჭიმულობა — დეფანსი. პალპაციით ეს მიდამო ფიცარივით გამაგრებულია და დაჭიმული, მუცელი გაბრტყელებულია და უძრავი. მაგრამ მხედველობაშია მისაღები, რომ ეს დაჭიმვა ხდება პირველ საათებში, შემდეგ თანდათანობით მოეშვება, დარბილდება და შეეჩვევა კიდეც.

პერფორაციის მომენტში მუცლის ღრუში აირის გარკვეული რაოდენობა იჭრება, რის გამოც ღვიძლის მოყრუება ქრება და პერკუსიით ვღებულობთ ტიმპარიტს (სპიჟარინის სიმპტომი). რასაკვირველია, ეს სიმპტომი ყველა შემთხვევაში არაა გამოხატული, მაგრამ მისი არსებობა პერფორაციის ერთ-ერთი დამადასტურებელი ნიშანია. თუ აღნიშნულ სიმპტომს ანამნეზურ მონაცემებსაც დავუმატებთ (რომ ავადმყოფს წარსულში ჰქონია წყლულოვანი დაავადების სიმპტომოკომპლექსი), რასაკვირველია, სწორი დიაგნოზის დადგენა არ გაძნელდება, მაგრამ პერფორაციის ყველა შემთხვევაში ყოველთვის როდია ასე კლასიკურად გამოხატული ზემოთ აღნიშნული სიმპტომები. ჯერ ერთი, ეს სიმპტომები კარგადაა გამოხატული პერფორაციის პირველ (2 — 6) საათში, შემდეგ კუჭის ჩაქცეული შიგთავსი გადაინაცვლებს მუცლის ქვემო ნაწილში, განსაკუთრებით ილეოცეკალურ არეში და მოგვცემს ზოგადი პერიტონიტის ან მწვავე აპენდიციტის სურათს და ეს შეიძლება გახდეს დიაგნოსტიკური შ ე ც დ ო მ ი ს წ ყ ა რ ო. ამიტომაა, რომ დიდ სიძნელეს წარმოადგენს წყლულოვანი დაავადების და მწვავე აპენდიციტის დიფერენცირება, განსაკუთრებით როდესაც საქმე ეხება ახალგაზრდა ადამიანს და უსიმპტომოდ — მუნჯად — მიმდინარე წყლულს. მაგრამ ორივე ამ დაავადების დროს ოპერაციული ჩარევა აუცილებელია. გამოცდილი დასტაქარი ოპერაციის დროს გაარკვევს, თუ რომელ ორგანოს

დაავადებასთან აქეს საქმე და რა ხასიათის ოპერაციის გაკეთებაა საჭირო. გა-მოუსწორებელი შეცდომა იქნება, თუ ქირურგი, აპენდიცტის დროს არსებულ განმეორებითს ანთებით ცვლილებას ჩათვლის მწვავე ანთებად და დაკმაყოფილდება აპენდექტომიით მაშინ, როდესაც ავადმყოფობის ძირითადი მიზეზი პერფორაციაა. ასეთი უხეში შეცდომის შედეგი სავალალოა და ავადმყოფის სიკვდილით მთავრდება.

არსებობს კიდევ მიფარებული პერფორაცია, რომელიც კლინიკური მიმდინარეობით და დიაგნოსტიკური თვალსაზრისით საინტერესოა. ამ შემთხვევაში პერფორირებული ხვრელი მცირე დიამეტრისაა, მას შეიძლება მიეფაროს მცირე ბადექონი ან რომელიმე მეზობლად მდებარე ორგანო — ღვიძლი, ნაღვლის ბუშტი და სხვა, რის გამოც თავისუფალ მუცლის ღრუში მოხვდება უმნიშვნელო რაოდენობის კუჭის შიგთავსი. ასეთი მიკროპერფორაცია ძირითადში გვხვდება პილოროდუოდენურ მიდამოში. პირველ მომენტში, როგორც ზემოთ აღვწერეთ, ექიმს გასინჯვისას ეჭვი არ ეპარება პერფორაციაზე, მაგრამ რამდენიმე ხნის შემდეგ, პერფორირებული ხვრელის მიფარებისთანავე, კუჭის შიგთავსის გადასვლა შეწყდება და ავადმყოფს უცბად მოეშვება, ტკივილი გაუვლის და განმეორებითი გასინჯვისას ექიმი თავისთავს არ უჯერებს, უკვირს კიდეცაც რომ ავადმყოფს ასე ჩქარა მოეხსნა აღნიშნული მოვლენები. ავადმყოფის საოპერაციოდ მომზადება გადაიდება, ავადმყოფიც უარს ამბობს ოპერაციის სასწრაფოდ გაკეთებაზე.

შემდეგში, როდესაც ასეთ ავადმყოფს გაუკეთდება ოპერაცია, ოპერაციის დროს დადგინდება, რომ იმ ადგილას, სადაც მიკროპერფორაცია იყო, აღინიშნება ძლიერი შეხორცებები ზოგი ორგანოს მიხორცებით, ამასთან, მკვეთრად გამოხატული წყლულოვანი დეფორმაცია, რომელიც განვითარდა მიფარებულ პერფორაციასთან დაკავშირებით. ამგვარად, როდესაც საქმე გვაქვს კეთილი მიმდინარეობის მიფარებულ მიკროპერფორაციასთან, ჯობია ოპერაციული მკურნალობის გადადება. მაგრამ ისიც უნდა გვახსოვდეს, რომ შეიძლება მიფარებული პერფორაცია ისევ გაიხსნას და საჭირო გახდეს სასწრაფო ოპერაციული ჩარევა. მიფარებული პერფორაცია დიფერენცირებული უნდა იქნეს ნაღვლის ბუშტის ანთებასთან, ვინაიდან ანატომიურად ეს ორი ორგანო ძალზე ახლოს არის ერთმეორესთან. ავადმყოფი უნდა იწვეს ქირურგიულ განყოფილებაში და იმყოფებოდეს ქირურგის დაკვირვების ქვეშ; ამასთან მოშორდეს ყველა გამაღიზიანებელი, ჩავუდგათ წვრილი ზონდი, რომ კუჭის შიგთავსი პერიოდულად ამოვქაჩოთ, რათა მივცეთ შესაძლებლობა სათუთად მიფარებულ ქსოვილს მაგრად მიეხორცოს და საიმედოდ დახუროს პერფორირებული ადგილი.

არ შეიძლება აქვე არ დავძინოთ, რომ მიფარებული პერფორაცია უფრო ხშირია, ვიდრე მას ჩვენ ვხვდებით კლინიკის პირობებში. წყლულით დაავადებული ავადმყოფები ხშირად აღნიშნავენ, რომ ჰქონდათ ძლიერი შეტევითი ტკივილები ეპიგასტრიუმის არეში, რის გამოც ავადმყოფი იძულებული ყოფილა ჩაწოლილიყო ლოგინში, მაგრამ შეტევას თანდათანობით გაუვლია. ამით უნდა აიხსნას ის დეფორმაციები და შეხორცებები, რომელსაც ქირურგი წააწყდება ოპერაციის დროს. აქედან დასკვნა: კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის დაავადების დროს, როდესაც ის გართულებულია პერფორაციით, ოპერაციული ჩარევის საკითხის დასაზუსტებლად ცდა შეცდომაა. ოპერაცია რაც შეიძლება ნაადრევად უნდა გაკეთდეს. სტატისტიკური მონაცემებით დასტურდება, რომ რაც უფრო ადრე გაკეთდება ოპერაცია (1 — 6 საათი), მით სიკვდილიანობის პროცენტი

უფრო მცირეა (5 — 10%), რაც უფრო გვიან (6—12 საათი) — სიკვდილიანობის პროცენტიც მატულობს (60 — 70%). ყველა საეჭვო შემთხვევაში ჯობია ოპერაციის გაკეთება, ვიდრე დიაგნოზის დასაზუსტებლად დროს დაკარგვა და სწორად ღრეგენილი დაგვიანებული დიაგნოზით ოპერაციის გაკეთება.

ავადმყოფი კ., 15 წლის, მოწაფე, შემოვიდა ქირურგიულ განყოფილებაში 1973 წლის 27 იანვარს, მწვავე მუცლის დიაგნოზით. როგორც ანამნეზური მონაცემებიდან ირკვევა, 24/I საღამოს ავადმყოფს უჭამია პური და ძეხვი. 25/I რაიმე საგანგაშო მდგომარეობა არ ჰქონია, ხოლო 26/I დილის 6 საათსა და 30 წუთზე იგრძნო ძლიერი ტკივილი ჯერ ეპიგასტრიუმის, შემდეგ ჭიპის მიდამოში, შემდეგ ტკივილმა გადაინაცვლა მუცლის ქვემო და მარჯვენა ბჭირეზე, განსაკუთრებით ილეოცეკალურ მიდამოში. რამდენიმე საათის შემდეგ ავადმყოფმა ცოტა გაუმჯობესება იგრძნო, მაგრამ ტკივილი მაინც უგრძელდებოდა. ეს მოვლენები ოჯახის წევრებმა ძეხვით მოწამვლას დაბრალეს, გაეკეთეს გამწმენდი ყუნა და ამოურეცხეს კუჭი (სოდიანი წყლით). დაავადების პირველ დღეს გასინჯა თერაპევტმა, მაგრამ მან ყურადღება არ გაამახვილა დაავადების სერიოზულობაზე, დედა კი გააფრთხილა, რომ გამოეძახათ სასწრაფო დახმარება (ავადმყოფი წარსულში რაიმე მსგავს დაავადებას არ აღნიშნავს). კუჭის ამორეცხვისა და ყუნის გაკეთების შემდეგ ავადმყოფს ტკივილი უფრო გაუძლიერდა ეპიგასტრიუმის მიდამოში, ღებინება არ ჰქონდა, ტემპერატურა 36°. ღამე უძილოდ გაატარა. დილით უბნის ექიმი ეჭვი შეეპარა მწვავე აპენდიციტზე და .12 საათსა და 40 წუთზე ავადმყოფი სასწრაფოდ მოათავსეს რკინიგზის საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში. ობიექტური გამოკვლევით ენა სველი, შელესილი, მაჯა სამუალოზე სუსტი ავსებისა და დაჭიმულობის (90-ჯერ წუთში), მუცელი ზომიერად შებერილი, შეზღუდული, რაიმე ასიმეტრია არ აღინიშნება. ღრმა და ზერელე პალპაციით მტკივნეული მთელი მუცელი, განსაკუთრებით მგრძნობიარეა ილეოცეკალური არე. შოტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი მკვეთრად დადებითი, სისხლში ლეიკოციტოზი 13000. კათედრის პროფესორთან კონსულტაციის შემდეგ, ავადმყოფი მოვათავსეთ საოპერაციო მაგიდაზე მწვავე აპენდიციტის ნიადაგზე განვითარებული დიფუზური პერიტონიტის დიაგნოზით. ადგილობრივი ანესთეზიით Sol novocaini 0,25% 250 მლ, Mak-Burney-ს წერტილზე ირიბი განაკვეთით გაიხსნა მუცლის ღრუ, საიდანაც გადმოვიდა დიდი რაოდენობით ჩირქიანი სითხე, მჟავე სუნით. ჭიანაწლავში არ იყო ისეთი ცვლილებები, რომ განვითარებულიყო დიფუზური პერიტონიტის მოვლენები. ავადმყოფი დავაძინეთ ენდოტრაქეული ნარკოზით. ეჭვი მივიტანეთ თორმეტგოჯას წყლულოვანი ხასიათის პერფორაციაზე. მუცელი გაიხსნა თეთრ ბაზზე. დათვალიერებით დადგინდა თორმეტგოჯა ნაწლავის წინა კედლის პერფორაცია 1×0,5-ზე. ამ მიდამოში და მთელ მუცელში იყო დიდი რაოდენობით ჩირქი. პერფორირებული ადგილი გავკერეთ ბადექონის დაკერებით. შემდეგ როგორც ზემო, ისე ქვემო სართულიდან ელექტროსასრუტით ამოვქაჩეთ ჩირქიანი სითხე (დადგინდა დიფუზური პერიტონიტის არსებობა). მუცლის ღრუს შიგთავსიდან განთავისუფლების შემდეგ, მარჯვენა და მარცხენა თეძოს ფოსოში ჩავუდგით რეზინის ორი მილი. ჭიპს ზემოთ როგორც მარჯვენა ფერდქვეშა, ისე მარცხენა მხარეზე ჩავუდგით რეზინის მილი და ჩავუდეთ ტამპონები. ჭრილობა ტამპონებამდე დავხურეთ კვანძოვანი ნაკერით. მუცლის ღრუში ჩავასხით 2 გრამი სტრეპტომიცინი და 2 მილიონი პენიცილინი. ანტიბიოტიკები გავხსენით 500 მლ ნოვოკაინში. ოპერაცია დამთავრდა. ოპერაციის

დროს გადაეუსხით 200 მლ სისხლი, 400 მლ პოლიგლუკონი, ვაძლევდით საგულე საშუალებებს და სხვა.

28/I ტემპერატურა 38°, ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა საშუალო სიმძიმის, მუცელი ზომიერად შებერილი, მაჯა სუსტი აესებისა და დაჭიმულობის (102 წამში). ღრენაჟებში ჩავასხით 500 მლ ნოვოკაინი კანამიცინთან ერთად. პირველ ღღეებში ვუკეთებდით ფიზიოლოგიურ ხსნარს 1000,0 რაოდენობით, პოლიგლუკონს 400,0 და სხვა. ავადმყოფის მდგომარეობა ერთბაშად გაუარესდა, ტემპერატურა 38°, მუცელი შეებერა, ჰიპს ქვემოთ და მენჯის ღრუში აღინიშნებოდა ძლიერი ტკივილები. უკანა ტანიდან თითით გასინჯვით დადგინდა ჩირქგროვის არსებობა — დუგლასის ფოსოში, რომელიც ადგილობრივი გატკივარებით გაიხსნა, დიდი რაოდენობით გადმოვიდა სუნიანი ჩირქი, ჩავდეთ დრენაჟი, ჩაეასხით კანამიცინის ხსნარი. ამის შემდეგ ავადმყოფის მდგომარეობა ჩქარა გამოსწორდა. ტემპერატურა ნორმამდე დავიდა, ავადმყოფი გამოკეთდა და განიკურნა.

ამ შემთხვევაში საქმე გვქონდა დაგვიანებულ დიფუზურ პერიტონიტთან, რომელიც განვითარდა პერფორაციის შედეგად. დიაგნოსტიკური შეცდომის მიზეზი იყო ახალგაზრდა ასაკი, ანამნეზში წყლულოვანი დაავადების არარსებობა და პერფორაციას არ ჰქონია ისეთი კლინიკური სურათი, როგორითაც ხასიათდება პერფორირებული წყლული.

წყლულოვანი დაავადების სტენოზით გართულება

წყლულოვანი დაავადების სტენოზით გართულება არც ისე იშვიათია. ე. ფიფიას მონაცემებით (6500 შემთხვევიდან) სტენოზი განვითარდა შემთხვევათა 26%-ში, კ. ვირსალაძის მონაცემებით (1011) — 17,3%-ში.

სტენოზით გართულება ძირითადად ხდება შემაერთებელი ქსოვილის ბოჭკოების უხვი განვითარების შედეგად. ზოგჯერ პილოროდუოდენური ნაწილი ისე ვიწროვდება, რომ ფანქრის წვერს ძლივს ატარებს; შეივწროება უფრო ხშირად მედიალურად იწყება და მის სისქეში ჯერ კიდევ არის კრატერისებრი წყლული, რომელიც შეუხორცებელია, რის გამოც ავადმყოფს მეტად შემაწუხებელი ტკივილები აქვს. სრული სტენოზის დროს წყლული ხორცდება, ტკივილები არა აქვს, სტენოზი ვითარდება თანდათანობით, ხანგრძლივი დროის განმავლობაში. ანამნეზურ მონაცემებში ვლინდება დაავადების დიდი ხანგრძლივობა. როდესაც სტენოზი ვითარდება დროის მოკლე მონაკვეთში, შეიძლება ვიფიქროთ წყლულის ირგვლივ ანთებითი ინფილტრატის განვითარებაზე, რომელიც კუჭიდან შიგთავსის ევაკუაციას აფერხებს და სტენოზის განვითარების შთაბეჭდილებას ტოვებს, მაგრამ სათანადო თერაპიული, მედიკამენტური, დიეტური მკურნალობის შედეგად ინფილტრატი შეიწოვება და გამავლობაც აღდგება, რაც მკურნალ ექიმს აფიქრებინებს წყლულისა და სტენოზის განკურნებაზე. რასაკვირველია ეს დროებითი გაუმჯობესებაა, მაგრამ წყლულის განვითარების მიზეზები მაინც არსებობს, წყლულის რეციდივი ისევ მოსალოდნელია და მისი სტენოზით გართულება დასაშვებია.

კლინიკური მიმდინარეობის მხრივ წყლულოვანი სტენოზის დროს ვარჩევთ სამ სტადიას. პირველი — კომპენსირებული სტადიის დროს რაიმე აღსანიშნავი გამოცდილება არ არსებობს, კუჭის მოტორული ფუნქცია დარღვეული არ არის, აუდნყოფი ტკივილებს გრძნობს განსაკუთრებით საკვების უხვად მი-

ღების შემდეგ. აქვს მჟავე ხასიათის ბოყინი, ზოგჯერ ღებინებაც მჟავე მასის ამოღებით, მოსდის პირწყალი. რენტგენოლოგიური შემოწმებით შეიძლება ვერ დადგინდეს შევიწროების ნიშნები.

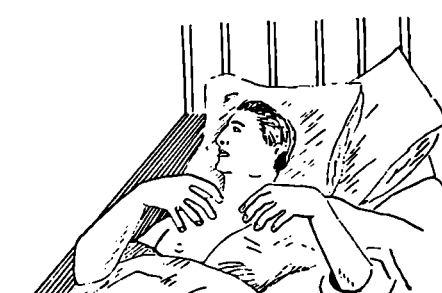
მეორე — სუბკომპენსირებული სტადია, როდესაც წყლულის შეხორცებასთან დაკავშირებით კუჭიდან გადასასვლელი პილორუსში და თორმეტგოჯას დასაწყისში თანდათანობით ვიწროვდება. ამ შემთხვევაში ვითარდება კუჭის კუნთოვანი აპარატის ჰიპერტროფია და გაძლიერებული პერისტალტიკის შედეგად თორმეტგოჯას სანათურში კუჭის შიგთავსის გადასვლა ხერხდება ისე, რომ 10 — 12 საათის შემდეგ კუჭი მთლიანად თავისუფლდება, მაგრამ ავადმყოფი გრძნობს ტკივილს, აქვს გახშირებული ღებინება. რაკი წყლულის შეხორცების პროცესი დაწყებულია, ის თანდათანობით უფრო ავიწროებს გადასასვლელს და მიღებული საკვების მთლიანად გადატანას კუჭი ვერ ახერხებს. ამგვარად, კუჭი თანდათანობით ფართოვდება, ევაკუაცია ძნელდება, ღებინება ძალზე გახშირებულია. ღებინების შემდეგ ავადმყოფი გრძნობს ერთგვარ შვებას. ავადმყოფმა იცის რა, რომ ღებინება მას უმსუბუქებს მდგომარეობას, ხშირად როდესაც მას გაუჭირდება, იძულებულია ღებინება ხელოვნურად გამოიწვიოს (თითის ჩაყოფით ან სხვა გამაღიზიანებლით — ფრინველის ფრთით). კუჭის ხანგრძლივი პერისტალტიკის გაძლიერების შედეგად ვითარდება კუნთოვანი აპარატის ატროფია, კუჭი განიერდება და ეშვება მცირე მენჯში, ვითარდება გასტროპტოზია.

ამგვარად, ვითარდება სტენოზის მესამე სტადია, რომელსაც დეკომპენსაცია ეწოდება. ამ დროს ავადმყოფი ძალზე ხდება, კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი განლევას განიცდის, ტურგორი დაქვეითებულია, უვითარდება პირის სიმშრალე და ძლიერი წყურვილი. გახშირებული ღებინების დროს სითხესთან ერთად დიდი რაოდენობით კარგავს ქლორიდებს, რის გამო სისხლში მათი რაოდენობა მკვეთრად ეცემა. ეს კი ცვლის სისხლში მჟავიანობა-ტუტიანობას ალკალოზის განვითარების სახით. ამგვარად, ვითარდება პათოლოგიური მდგომარეობა — ქლოროპენია, რომლის კლინიკურ გამოხატულებას გასტრული ტეტანია წარმოადგენს. ასეთი გართულება წინათ სიკვდილიანობის დიდ პროცენტს იძლეოდა (სიკვდილიანობის მიზეზი ამ დაავადების მექანიზმის მიზეზობრივი მკურნალობის უცოდინარობას უნდა მიეწეროს).

ტეტანური კრუნჩხვების განვითარებას წინ უძღვის გახშირებული ღებინება. კრუნჩხვებს შეტევითი ხასიათი აქვს და ამა თუ იმ ინტერვალის შემდეგ შეიძლება ისევ გამეორდეს (თუ ზომები დროულად არ იქნება მიღებული). თუ პროცესი გაგრძელდა, ავადმყოფი შეიძლება ჩავარდეს კომაში და დაიღუპოს კიდეც. გასტრული ტეტანიის დიაგნოზის დადგენა დიდ სიძნელეს არ წარმოადგენს. ასეთ შემთხვევაში გამხდარი და ტურგორდაქვეითებული ავადმყოფის კანქვეშ კარგად მოჩანს გაგანიერებული კუჭის კონტურები და გაძლიერებული პერისტალტიკა. საჭირო შემთხვევაში ხელის დარტყმით შეიძლება ხელოვნურად გამოვიწვიოთ კუჭის კედლის ტალღისებური მოძრაობა, რაც მეტად დამახასიათებელია და ძალზე აადვილებს დიაგნოსტიკას. რენტგენოსკოპია და რენტგენოგრაფიაც საუკეთესო სადიაგნოზო საშუალებებია — ადვილად ირკვევა კუჭის გაგანიერება; საკონტრასტო ნივთიერება (თუ ის არ ამოაღებინა ოცდაოთხი საათის შემდეგ), ისევ კუჭში აღმოჩნდება (სურ. 32).

სტენოზით გართულების დროს ავადმყოფს უვითარდება შეკრულობა. არის შემთხვევა, როდესაც ავადმყოფს კუჭის მოქმედება არა აქვს 3 — 5 და მეტი

დღის განმავლობაში, მაგრამ ისიც უნდა გვახსოვდეს, რომ როდესაც კუჭში დაიწყება ხრწნის პროცესი, შეიძლება განვითარდეს ფაღარათობა. რადგან ავადმყოფი ბევრ სითხეს კარგავს, მას აქვს წყურვილის გაძლიერებული გრძნობა. მაგალითად, რა დიდი რაოდენობითაც არ უნდა მიიღოს წყალი, წყურვილს ვერ იკლავს, ვინაიდან წყალი ვერ გადადის ნაწლავებში, მისი შეწოვა არ ხდება. ამის შედეგად მცირდება შარდის გამოყოფა. თუ ადამიანი ჩვეულებრივ ნორმალურად 24 საათში გამოყოფს 1000,0—1500,0 მლ შარდს, გასტრული ტეტანიით დაავადებული ადამიანი გამოყოფს მის ნახევარს ან უფრო ნაკლებს. შარდის შედგენილობა იცვლება და ინტოქსიკაციის მაჩვენებელი ელემენტის არსებობა დადგინდება (ცილა, ცილინდრები—ეპითელური უჯრედები). ამგვარად, ზემომოყვანილი მონაცემების თანახმად, სწორი დიაგნოზის დადგენა ძნელი არ არის და დაავადების სამკურნალოდ რადიკალური ოპერაცია აბსოლუტურ ჩვენებას წარმოადგენს; მაგრამ სასწრაფო ოპერირება უსათუოდ დიდი შეცდომაა და ავადმყოფისათვის სახიფათო. ოპერაციამდე, ავადმყოფი უნდა მომზადდეს ისე, რომ ოპერაციის გადატანა შეეძლოს, ოპერატორს კი ჰქონდეს მოქმედების საშუალება.



სურ. 32. გასტრული ტეტანია.

მეტად სერიოზულ და სახიფათო გართულებას წარმოადგენს წყლულოვანი დაავადების პროფუზული სისხლის დენით გართულება. სისხლის დენის სიხშირეზე სხვადასხვა ავტორს სხვადასხვა მონაცემი აქვს. მაგალითად. ყიფშიძის მონაცემებით ის უდრის 17%, ფლეკელის — 12%, ფიფიას — 26,6%, მ. ჩაჩავას — 20%, მოინიგენის — 25% და სხვა. სისხლის დენა, ძირითადად, ვითარდება კალოზური და მაპენენტირებელი წყლულიდან. მიზეზი — არტერიული სისხლძარღვის კედლის უზურაცია და დაშლა. სისხლმდენი წყლული უფრო ხშირად კუჭის მცირე სიმრუდისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის უკანა კედელზე მდებარეობს და არის შესაძლებლობა განვითარების პროცესში ჩაითრიოს Art. Gastrica sinistra და Art. Pancrealico-duodenalis და სხვა უფრო მცირე კალიბრის არტერიები. სისხლის დენა შეიძლება განვითარდეს უბრალო ეროზიების ზერელე წყლულისაგანაც.

გასტროდუოდენური პროფუზული ხასიათის სისხლის დენის დიაგნოსტიკა შედარებით ადვილია იმ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფს ანამნეზური მონაცემებითაა და სისხლის დენამდე ჩატარებული რენტგენოლაბორატორიული გამოკვლევებით უდგინდება ქრონიკული წყლულის არსებობა. მაგრამ ხშირად ასე არ ხდება. ზოგჯერ წყლულიდან მწვავე სისხლის დენა ვითარდება უსიმპტომოდ და ექიმს არა აქვს საშუალება რაიმე დამხმარე სადიაგნოზო გამოკვლევები აწარმოოს. ძლიერი ხასიათის სისხლის დენა შეიძლება მოგვცეს მთელმა რიგმა სხვა

დაავადებებმაც, რომლებიც კუჭთან არაა დაკავშირებული. ასეთებია: ღვიძლის ციროზი, ჰემოფილია, ბანტის დაავადება, თრომბოფლებიტური სპენომეგალია, ლეიკემიები და სხვ.

ამგვარად, არაწყულულოვანი დაავადების დროს სისხლის დენა, ქირურგიული კლინიკის მასალის მიხედვით (ს. იუდინი, საზონოვა) ვითარდება შემთხვევათა 27%-ში, თერაპიული კლინიკის მასალაზე კი — თითქმის 50%-ში (კრუკოვის მიხედვით).

როგორი უნდა იყოს ქირურგის ტაქტიკა გასტროდუოდენური სისხლის დენის შემთხვევაში, ჯერ კიდევ საეჭვოა და გადაწყვეტილი.

ქირურგთა შორის ერთ საკითხში არის ერთიანი შეხედულება. მაგალითად, თუ ავადმყოფს წყლულის ნიადაგზე აქვს პროფუზული სისხლის დენა, უსათუოდ ნაჩვენებია ოპერაციული მკურნალობა. მაგრამ აქვე ისმება მეორე კითხვა — როდის უნდა გაუკეთდეს ავადმყოფს ოპერაცია?

ს. იუდინი თავის მონოგრაფიაში ასე წერს: როდესაც გვაქვს საკმაოდ დასაბუთებული მონაცემები იმაზე, რომ სისხლის დენა წყლულოვანი დაავადების გართულებას წარმოადგენს, ხოლო ავადმყოფი საშუალო ასაკისაა, გამოჯანსაღებამდე ცდას ოპერაციის გაკეთება ჯობია. თუ ოპერაციაა გასაკეთებელი, უმჯობესია გაკეთდეს სასწრაფოდ, ვინაიდან ვერავითარი სისხლის გადასხმა ვერ გამოასწორებს იმას, რასაც მიაყენებს დროის დაკარგვა. საფაკულტეტო ქირურგიულ კლინიკაში ჩვენ სხვა ტაქტიკას მივმართავთ: ავადმყოფი, რომელიც შემოდის კლინიკაში, ვცდილობთ გამოვიყვანოთ მძიმე მდგომარეობიდან შემდეგი ზომების მიღებით: სისხლის გადასხმა, სხვადასხვა მედიკამენტების გამოყენება, რომლებიც ხელს შეუწყობს სისხლის დენის შეჩერებას: „K“ ვიტამინი, კალციუმის 10%-იანი ხსნარი ვენაში, მაიენგრახტის დიეტა (თეთრი პური 100 გ, შაქარი 50 გ, კარაქი 50 გ, ფაფები 200 გ. თოხლო კვერცხი 2 ცალი, ვიტამინები, სტაფილო, ყვავილოვანი კომბოსტო და სხვა). თუ მიღებულმა ზომებმა მუდმივარეობა გაუმჯობესა, ე. ი. სისხლის დენა შეჩერდა, ჰემოგლობინმა აიწია 50—60%-მდე, ავადმყოფს ოპერაცია უკეთდება გაწერამდე. მაგრამ, მიუხედავად მიღებული ზომებისა, თუ ავადმყოფის მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა, სისხლის დენა არ შეწყდა და ჰემოგლობინმა დაიკლო, ოპერაციის დაგვიანება შ ე ც დ ო მ ა დ მ ი გ ვ ა ჩ ნ ი ა. თუ დადგინდა, რომ სისხლის დენა წყლულოვანი ხასიათისაა, უსათუოდ კეთდება სასწრაფო რადიკალური ოპერაცია.

ჩვენ ასეთი ტაქტიკა გამართლებულად მიგვაჩნია და ვურჩევთ სხვებსაც. აქვე უნდა აღვნიშნოთ რომ, თუ სისხლის დენის შემდეგ ავადმყოფის მდგომარეობა გაუმჯობესდა, ავადმყოფის გაწერა უოპერაციოდ აგრეთვე დიდი შეცდომაა, ვინაიდან, როგორც გამოცდილება გვიჩვენებს, სისხლის დენა ხშირად მეორდება და ავადმყოფები განმეორებით შემოდიან საავადმყოფოში უფრო მძიმე მდგომარეობით. კუჭის წყლულის დროს ოპერაციული მკურნალობა აბსოლუტურად ნაჩვენებია.

როდესაც კლინიცისტი დაადგენს, რომ ავადმყოფი დაავადებულია კუჭის, დიდი და მცირე სიმრუდის წყლულოვანი დაავადებით, თანაც თუ ის კალოზური ხასიათისაა, მისი მკურნალობა კონსერვატიული წესით უსათუოდ დიდი შ ე ც დ ო მ ა ა, ვინაიდან დადგენილი და დადასტურებულია, რომ კუჭის წყლული კუჭის კიბოსწინარე დაავადებაა და ის გარკვეულ შემთხვევაში გადაგვარდება კიბოდ, მით უმეტეს, თუ დაავადებული არიან ხანში შესული ადამიანები.

ა. მელნიკოვი თავის მონოგრაფიაში აღნიშნავს, რომ წყლულოვანმა ნიშამ, რომელიც 2,5 სმ აღწევს, უნდა მიიპყროს კლინიცისტის ყურადღება.

კუჭის წყლულის კიბოდ გადაგვარების დროს ავადმყოფი კარგავს მადას, კლებულობს წონაში, თანდათანობით უვითარდება აჩილია და მთელი რიგი სხვა ნიშნები აფიქრებინებს ექიმს წყლულის გადაგვარებაზე, თუმცა სიხშირით განიცდის კუჭის წყლული კიბოდ გადაგვარებას, აზრთა სხვაღასხვაობა არსებობს. მაგრამ უახლოესი ლიტერატურული მონაცემებით და ჩვენი კლინიკის მასალის მიხედვით (ა. თელია, ა. ჯორბენაძე) დადგენილია, რომ კუჭის კალოზური წყლული შემთხვევათა 15—20%-ში შეიძლება გადაგვარდეს კიბოდ. ექიმისათვის კარგადაა ცნობილი, რომ კუჭის წყლული ნაკლებად ემორჩილება კონსერვატიულ მკურნალობას. ამიტომ კუჭის წყლულით დაავადებულ ავადმყოფებს უნდა ჩაუტარდეთ ოპერაციული მკურნალობა.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების ოპერაციული მკურნალობა ნაჩვენებია იმ შემთხვევებში, როდესაც ხანგრძლივი დროის განმავლობაში იგი არ ემორჩილება თერაპიულ და კურორტოლოგიურ მკურნალობას და ავადმყოფთა შრომისუნარიანობა საგრძნობლად ქვეითდება.

ავადმყოფის საოპერაციოდ მომზადება. ავადმყოფი გამოკვლევის პერიოდში (რომელიც 3 — 5 დღე გრძელდება) ეჩვევა საავადმყოფოს პირობებს; ამასთან, ახლოს ეცნობა იმ ავადმყოფებს, რომლებსაც მსგავსი დაავადების გამო გაუკეთდათ ოპერაცია და რწმუნდება იმაში, რომ ამ რთულ ოპერაციას ავადმყოფები კარგად იტანენ. ის გარემოება, რომ ავადმყოფები ოპერაციას კარგად იტანენ და სიკვდილიანობა ძალზე მცირეა, ამხნევებს ავადმყოფებს, ისინი ადვილად თანხმდებიან ოპერაციაზე, უფრო მეტიც, მოითხოვენ ოპერაციულ მკურნალობას. და მართლაც, თუ წინათ კუჭის რადიკალური ოპერაცია სიკვდილიანობას იძლეოდა შემთხვევათა 10—15%-ში, დღეისათვის ის საგრძნობლად შემცირდა. მაგალითად, ჩვენი კლინიკის დიდ მასალაზე სიკვდილიანობა 1,5% არ აღემატება.

ოპერაციული მკურნალობის მაღალი მაჩვენებლები განპირობებულია ოპერაციული ტექნიკის ზრდით, ოპერაციის წინ ავადმყოფის კარგად მომზადებით და ოპერაციისშემდგომ სათანადო მოვლით.

კუჭის ოპერაციის დროს განსაკუთრებით იტვირთება გული და სისხლძარღვები, ამიტომ ავადმყოფს, განსაკუთრებით ხანში შესულს, შემოსვლის პირველი დღიდანვე უნდა მიეცეს საგულე საშუალებანი; თუ ავადმყოფი ძლიერ მგრძნობიარეა, მიზანშეწონილია ბრომიდების დანიშნა. სასურველია ავადმყოფმა დროის დიდი მონაკვეთი ძილში გაატაროს. ამას წონასწორობაში მოჰყავს მისი ნერვული სისტემა, და გულის მუშაობას აუმჯობესებს. თუ ავადმყოფს ტურგორი დაქვეითებული აქვს, საჭიროა ფიზიოლოგიური ხსნარის შეყვანა როგორც კანქვეშ, ისე უკანა ტანიდან წვეთობრივად, ინტრავენურად — გლუკოზა. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს იმ ავადმყოფებს, რომელთაც წყლული გართულებული აქვთ II და III სტადიის სტენოზით. ასეთ ავადმყოფებს სისტემატურად უნდა ამოერეცხოთ კუჭი. ზოგ შემთხვევაში კუჭის ამოსარეცხად ერთი ვედრო წყალიც არაა საკმარისი. გამორეცხვით კუჭი თავისუფლდება დაშლილი, გახრწნილი შიგთავსისაგან, უმჯობესდება მოტორული, ევაკუაციური და სეკრეტორული ფუნქციები. ამასთან, ავადმყოფს უნდა მიეცეს ქლორიდები ფიზიოლოგიური ხსნარის სახით, ინტრავენურად კალციუმის 10%-იანი ხსნარი, უნდა გადაესხას სისხლი და პლაზმა. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს

საკვების მიცემას. საკვები უნდა იყოს მაღალკალორიული და ვიტამინებით მდიდარი.

ამგვარი მომზადების გარეშე ავადმყოფის ოპერირება დიდი შეცდომაა და ავადმყოფისათვის საზიფათოა.

გაუტკივარების შერჩევა კუჭის ოპერაციის დროს

კუჭის ოპერაციის დროს, რა სახისაც არ უნდა იყოს ის, მით უმეტეს რეზექციის დროს, კარგი გამოსავლისათვის უსათუოდ დიდი მნიშვნელობა აქვს გაუტკივარების შერჩევას. დღევანდელ პირობებში, როდესაც გაუტკივარების საკითხში ასეთი დიდი მიღწევები გვაქვს, ენდოტრაქეული ნარკოზი არჩევით მეთოდად უნდა ჩაითვალოს, ვინაიდან ამ სახის ნარკოზის დროს შესაძლებელია სრული რელაქსაცია და ქირურგს აქვს მოქმედების თავისუფლება. მაგრამ აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ამ სახის ნარკოზს იყენებენ მხოლოდ დიდ კლინიკებსა და ქირურგიულ განყოფილებებში, სადაც შექმნილია ანესთეზიოლოგთა შტატი, რომლებიც აღჭურვილი არიან სათანადო აპარატურით და საჭირო იარაღებით. ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ მას საუკეთესო თვისებებთან ერთად თავისი უარყოფითი მონაცემებიც აქვს; ამიტომ ამ სახის ნარკოზს იყენებენ იქ, სადაც საამისო ჩვენება და შესაძლებლობაა. ამასთან, წყლულოვანი დაავადების ქირურგიული წესით მკურნალობას ფართოდ იყენებენ ყველა საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში, სადაც ჯერ კიდევ არაა ჩამოყალიბებული ანესთეზიოლოგთა ბრიგადა, ამიტომ გაუტკივარების მეორე, ყველასათვის მისაწვდომი, ტექნიკურად ადვილად შესასრულებელი მეთოდია სპინალური ანესთეზია. სპინალური ანესთეზია იძლევა კარგ რელაქსაციას, მხოლოდ უნდა აღინიშნოს, რომ უფრო ხანგრძლივ ანესთეზიას იძლევა სოვკაინის ხსნარი, რომელიც შეგვყავს ზურგის ტვინის არხში, პირველ და მეორე მალათა შორის. საანესთეზიო ნივთიერება არ უნდა აღემატებოდეს სოვკაინის 1%-იანი ხსნარის 0,7 მლ. უსათუოდ დიდი შეცდომაა საანესთეზიო ნივთიერების 11 და 12 მალათა შორის შეყვანა, რასაც შეიძლება მოჰყვეს სერიოზული გართულება. სპინალური ანესთეზიისათვის უფრო ნაკლებ საშიში გართულების მომცემია ნოვოკაინის 6%-იანი ხსნარი 2,2 მლ რაოდენობით. მაგრამ ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ აქ გაუტკივარების ხანგრძლივობა უფრო ნაკლებია, ვიდრე სოვკაინის დროს.

არ შეიძლება აქვე არ აღვნიშნოთ ის გარემოება, რომ სპინალური ანესთეზიების დროს სრულიად არ ხდება ცთომილი და დიაფრაგმული ნერვის ბლოკირება, ამიტომ ს. იუდინი აღნიშნავს, რომ ამ სახის ანესთეზიის დროს უსათუოდ საჭიროა ცთომილი ნერვის ბლოკირება ნოვოკაინის 0,25%-იანი ხსნარით იქ, სადაც ეს ნერვი გადაღის კუჭის კედელზე. ეს დამატება არამცთუ აუმჯობესებს ანესთეზიას, არამედ ის ხსნის ღებინების რეფლექსებს, რომელიც ხშირად ვითარდება კუჭის ჩამოწვევის დროს. ამასთან ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ ორივე ნერვის ბლოკირების შემდეგ ისპობა შოკის განვითარების შესაძლებლობა როგორც ოპერაციის დროს, ისე მის შემდეგ.

კუჭის ოპერაციის დროს ყოველთვის იკარგება სისხლის გარკვეული რაოდენობა, ამიტომ შოკის საწინააღმდეგოდ როგორც ოპერაციის დროს, ისე მის შემდეგ, მეორე მეტად მნიშვნელოვან საშუალებას წარმოადგენს როგორც სისხლის, ისე მისი შემცვლელი სითხეების გადასხმა. ს. იუდინი აღნიშნავს, რომ რა სიზუსტითაც არ უნდა იყოს სპინალური ანესთეზია გაკეთებული, საჭიროა

ღვიძლ-თორმეტგოჯა იოგის ბლოკირება ნოვოკაინის ხსნარით. ამასთან, საჭიროა ნაწლავის ჯორჯლის ბლოკირებაც. ამგვარი კომბინირებული გაუტკივარებით შეიძლება ოპერაციის სრულიად უმტკივნეულოდ გაკეთება. ოპერირება მხოლოდ სპინალური ანესთეზიით, ადგილობრივი გაუტკივარების დამატების გარეშე, უსათუოდ დიდი შეცდომაა. ვინაიდან შეიძლება მას მოჰყვეს რიგი გართულებანი, რომლებთანაც ბრძოლა ძნელია, ზოგ შემთხვევაში ეს ბრძოლა უშედეგოა.

მესამე სახის გაუტკივარება, რაც ქირურგისათვის ოპერაციის ყველა შემთხვევაში ადვილი შესასრულებელია და, ამასთან, ყველაზე უხიფათოა, ესაა ადგილობრივი გაუტკივარება. მართალია, ამ სახის გაუტკივარება, ყველა სხვა გაუტკივარებასთან შედარებით, უვნებელია, მაგრამ ის შრომატევადია, ქირურგისაგან მოითხოვს ნებისყოფას, მოთმინებას. ადგილობრივი ანესთეზიის ნაკლი ის არის, რომ ქირურგს არა აქვს შესაძლებლობა დეტალურად დაათვალიეროს მუცლის ღრუს ორგანოები, ავადმყოფი ყოველთვის მოელის ნემსის ჩხვლეტას, რასაც განიცდის, ამასთან მას არ სძინავს და შენახული აქვს ყველა სხვა სახის შეგრძნება, მაგრამ როგორც ოპერაციის ისე მის შემდეგ ადგილობრივი ანესთეზიის დროს ბევრად უფრო ნაკლებად წარმოიქმნება ნარკოზთან დაკავშირებული სხვა სახის გართულებანი, ამიტომ იგი უფრო უხიფათოა და სათანადო ჩვენების დროს უნდა გამოვიყენოთ.

განაკვეთის გატარების ადგილი კუჭის ოპერაციის დროს

საკითხი იმის შესახებ, თუ კუჭის ოპერაციის დროს რა სახის განაკვეთი უნდა კეთდებოდეს, შეიძლება გადაწყვეტილად ჩაითვალოს. სადღეისოდ ქირურგთა დიდი უმრავლესობა იმ აზრისაა, რომ განაკვეთი უნდა გაკეთდეს თეთრ ხაზზე, მახვილისებრი მორჩიდან ჭიპამდე. არიან ქირურგები, რომლებიც აკეთებენ გარდიგარდმო განაკვეთს (ცირე) სწორი კუნთის გადაჭრით, რაც იშვიათ გამონაკლისს წარმოადგენს და შეიძლება შეცდომად ჩაითვალოს. რიჟოვს, გარდა თეთრი ხაზის განაკვეთისა, სხვა განაკვეთი მიაჩნია შეცდომად და ყველას ურჩევს განაკვეთის თეთრ ხაზზე გაყვანას. მაგრამ აქვე უნდა აღინიშნოს რომ როდესაც წყლული სუბკარდიალურია ან კუჭის კიბო საყლაპავზე გადადის, საჭიროა გვერდითი დამატებითი განაკვეთის გაყვანა მარცხენა მხარეზე. ამას აღნიშნავენ რიგი ავტორები რაც ნამდვილად გამართლებულია. მახვილისებრი მორჩიდან ჭრილობის გაყვანის დროს შეიძლება ოპერატორი ვერ მოხვდეს თეთრ ხაზზე, რის გამო მარჯვენა ან მარცხენა მხარეს გაიხსნება სწორი კუნთის ბუდე (აპონევროზი). კუნთის ბუდის ღიად დატოვება შეცდომაა, რადგან ოპერაციის დამთავრებისას ის მუცლის ღრუს დახურვას აძნელებს, ამიტომ გახსნისთანავე უნდა გაიკეროს. განაკვეთის სიგრძე არ უნდა იყოს 14 — 16 სანტიმეტრზე მეტი და არ უნდა სცილდებოდეს ჭიპს. ჭრილობის გაგრძელება ჭიპის ქვემოთ მიზანშეუწონელია, თუ ამისათვის რაიმე გარკვეული ჩვენება არაა. ჭიპის ქვემოთ ჭრილობის გაგრძელება იმიტომ არაა სასურველი, რომ მუცლის პრესი მთლიანად მოეშვება და წვრილი ნაწლავი იწყებს გამოვარდნას და ტრავმირებას. როგორ უნდა გაიკეროს ჭრილობა? ვინაიდან ჭიპთან ახლოს პერიტონეუმი ძალზე გადაჭიმულია, მისი ცალკე გაკერვა არ შეიძლება, ის უნდა გაიკეროს აპონევროზთან ერთად. 2 — 3 კვანძოვანი ნაკერის დადების შემდეგ პერიტონეუმი იკერება კეტგუტის ნაკერით, ამის შემდეგ კვანძოვანი ნაკერებით იკერება აპონევროზი. ასევე კვანძოვანი ნა-

კერი ედება კანს. თუ ნაკერის დადების წესი და ანტისეპტიკა დაცულია და ჭრილობა არ დაჩირქდება. თიაქრის განვითარების შესაძლებლობა მოსპობილია.

კუჭისა და ბუღლის ღრუს სხვა ორგანოების დათვალიერება. ბუღლის ღრუ გაიხსნება თუ არა, ქირურგი ცდილობს დაადგინოს წყლულოვანი დაავადების ადგილი, მისი ხასიათი და შეიმუშავოს ოპერაციის გეგმა. მაგრამ არც ისე იშვიათად ქირურგი დეტალური დათვალიერების შედეგად რწმუნდება, რომ წინასწარ დადგენილ ოპერაციის ჩვენებაში დასაბუთებული წყლულოვანი დაავადების დიაგნოზი არ მართლდება, ოპერაციის გაკეთების გეგმა იცვლება, ქირურგი კმაყოფილდება საცდელი სადიაგნოზო ლაპაროტომიით.

საინტერესოა, თუ რა უდევს საფუძვლად ასეთ დიაგნოსტიკურ შეცდომას? ჩვენი კლინიკის მასალაზე ხანგრძლივი დაკვირვების შედეგად ვრწმუნდებით, რომ წყლულოვანი დაავადების სიმულაცია შეიძლება მოგვცეს რიგმა დაავადებებმა. არის შემთხვევები, როდესაც მეზენტერიტი იძლევა წყლულოვანი დაავადების სიმულაციას და ხდება დიაგნოსტიკური შეცდომის წყარო. მაგალითად, ჩვენ კლინიკაში არსებული მასალის მიხედვით წყლულის დიაგნოზით გაკეთებული 38 ოპერაციიდან წყლულის არსებობა არც ერთ შემთხვევაში არ დადგინდა; წყლულის სიმპტომოკომპლექსს იძლეოდა მეზენტერიტი.

საინტერესოა თუ, როგორ უნდა წარმოვიდგინოთ ის ტკივილი, რომელიც მეზენტერიტის შედეგად ვითარდება და მთელ რიგ შემთხვევებში იძლევა კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების კლინიკურ სურათს და ხდება დიაგნოსტიკური შეცდომის წყარო. ამის ახსნას იძლევა ლიმფოგენური სიმპათიკოგანგლიონიტების არსებობა. მუცლის ღრუში სიმპათიკური განგლიები და მოზრდილი ლიმფური კვანძები ბევრ ადგილას მოსაზღვრედ ან ერთიმეორეზე მდებარეობენ. ამ მდგომარეობას პირველად ყურადღება მიაქცია კიშმა (1950—1951). მან მიუთითა იმ გარემოებაზე, რომ ლიმფურ ჯირკვლებსა და სიმპათიკურ განგლიებს შორის ანატომიური კავშირი არსებობს, რასაც უნდა მოჰყვეს როგორც პათოლოგიურ-ანატომიური, ისე კლინიკური ცვლილებები (სურ. 33), რაც იძლევა კუჭის წყლულის დაავადების სიმპტომოკომპლექსს და ხდება შეცდომის წყაროდ. წყლულოვანი დაავადების სიმპტომოკომპლექსი შეიძლება მოგვცეს პილოროსპაზმამ. რ. ლურიამ გამოყო გასტრიტის განსაკუთრებული ფორმა, რომელსაც უწოდა ძლიერ მტკივნეული გასტრიტი (Gastritis dolorosa). სისხლის დენა, რომელიც დამახასიათებელია წყლულოვანი დაავადებისათვის, შეიძლება გამოიწვიოს ქრონიკულმა და მწვავე გასტრიტმა (მ. პევზნერი, გორდონი, ლური და სხვ.). დუოდენოსტაზი და მთელი რიგი სხვა დაავადებები ხდება დიაგნოსტიკური შეცდომის წყარო. მხოლოდ საოპერაციო მაგიდაზე ირკვევა დაავადების ნამდვილი მიზეზი და ქირურგი კმაყოფილდება საცდელი ლაპაროტომიით. რასაკვირველია, რიგ შემთხვევებში ამ შეცდომების თავიდან აცილება შეიძლება ავადმყოფის დეტალური შესწავლით და საცდელი ლაპაროტომიით, რომელიც არც ისე უხიფათოა ავადმყოფისათვის.

არც ისე იშვიათია, როდესაც ავადმყოფს აქვს წყლული, მაგრამ ოპერაციის დროს ქირურგი წყლულს ვერ პოულობს და შეცდომის შედეგად ოპერაცია საცდელი ლაპაროტომიით მთავრდება. ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფს აქვს წყლულოვანი დაავადებისათვის დამახასიათებელი ტკივილები და იძულებულია რამდენიმე ხნის შემდეგ განმეორებით მოთავსდეს ქირურგიულ განყოფილებაში საოპერაციოდ. რადიკალური ოპერაციით ავადმყოფი იკურნება. როდესაც დიაგნოსტიკური შეცდომით წყლულს ვერ პოულობენ, მაშინ როდესაც ის სინამდვილეში არ-

სებობს, პირველ რიგში, უსათუოდ დიდი მნიშვნელობა აქვს ქირურგის კვალიფიკაციას. თუ ქირურგი ამ საკითხში კარგად არაა გათვითცნობიერებული, ის ეძებს წყლულს იქ, სადაც ელის და თუ ვერ დაადგინა მისი არსებობა პირდაპირი დიაგნოსტიკური მონაცემებით: ა) დანაწიბურებული სეროზული გარსი, რომელიც წყლულის შედეგად ვითარდება; ბ) შეხორცებები წყლულის ირგვლივ და სხვა მეზობელ ორგანოებთან, „ცეცხლის ალი“ ანთებით პროცესთან დაკავშირებით წყლულის ირგვლივ და მის ზონაში; გ) ინფილტრატი, რომელიც ვითარდება წყლულის ირგვლივ; დ) პენეტრაციის არსებობა, რომელიც პანკრეასის თავში ან ღვიძლთორმეტგოჯა იოგშია და რიგი სხვა მონაცემები, რომლებიც ქირურგს შესაძლებლობას აძლევს დაადგინოს წყლულის არსებობა და გააკეთოს ოპერაცია. მაგრამ თუ აღნიშნული მონაცემები არ არის ან ისინი ძალზე სუსტად არის გამოხატული, ქირურგი ოპერაციას ლაპაროტომიით ამთავრებს.



სურ. 33. ინტრააბდომინალური ლიმფური კვანძებისა და ლიმფატიკური განგლიების ტოპოგრაფია (კიშის მიხედვით).

ზოგჯერ შეცდომის მიზეზი შეიძლება იყოს წყლულის ლოკალიზაცია. მაგალითად, ოპერატორი ეძებს წყლულს იქ, სადაც ის ელის, სადაც უმრავლეს შემთხვევაში კითარდება. მაგალითად, კუჭის მცირე სიმრუდეზე, დიდ სიმრუდეზე, თორმეტგოჯას დასაწყისში, პილორურ-დუოდენურ მიდამოში. სინამდვილეში კი წყლული განვითარებულია კუჭის კარდიალურ ნაწილში, საყლაპავთან ახლოს ან თორმეტგოჯას ქვედა მიდამოში იქ, სადაც ღვიძლის სადინარი უერთდება თორმეტგოჯა ნაწლავს. ამ შემთხვევაში მკვეთრი ცვლილებები არა გვაქვს, შეიძლება წყლული შეუმჩნეველი დარჩეს და ოპერაცია ლაპაროტომიით დამთავრდეს. ასეთი ავადმყოფები ოპერაციის შემდეგ გაუმჯობესებას ვერ გრძნობენ. გარკვეულ პერიოდში მკურნალობენ კონსერვატიულად, მაგრამ უშედეგოდ და მერე ისევ ქირურგიული მკურნალობის ობიექტები ხდებიან. განმეორებითი ოპერაციით დასტურდება პირველი ოპერაციის დროს დაშვებული შეცდომები. რადიკალური ოპერაციით ავადმყოფი იკურნება.

დიაგნოზის დასაზუსტებლად სპასოკუკოცკი მოგვიწოდებს დიაგნოსტიკურ გასტროტომიას, რითაც შეიძლება ადვილად დადგინდეს წყლულის არსებობა ან არარსებობა. ჩვენის აზრით, დღევანდელ პირობებში გასტროტომიის ჩატარება შეცდომად უნდა ჩაითვალოს. ჩვენ შეიარაღებული ვართ საუკეთესო სადიაგნოზო საშუალებებით, შესაძლებლობა გვაქვს დავადგინოთ წყლულის არსებობა და მისი ლოკალიზაცია. თუ წყლული ძალზე პატარაა, ის არც უნდა იყოს ქირურგიული მკურნალობის ობიექტი. ლაპაროტომიის შემდეგ ქირურგი ადვილად აღმოაჩენს წყლულს და მის ლოკალიზაციას. მაგრამ წყლული ძლიერ შეხორცებულია ანთებით ინფილტრატში, მჭიდროდ არის დაკავშირებული მეზობელ ორგანოებთან

შემაერთქსოვილოვანი ხარიხებით. ამგვარად, იქმნება ანთებითი კონგლომერატი. ქირურგი, რომელსაც ასეთ შემთხვევაში თავისი თავის იმედი არა აქვს, ოპერაციას ლაპაროტომიით ამთავრებს. ზოგი ქირურგი ავადმყოფს გამოწერას შემდეგ ურჩევს მიმართოს უფრო კვალიფიციურ სპეციალისტს, ხოლო დიდ შეცდომად უნდა ჩაითვალოს, როდესაც ქირურგი დაავადებას ჩათვლის ინოპერაბილურად (ცბიდ) და მახლობლებსაც გაფრთხილებს — მიუთითებს დაავადების სირთულეს, ცუდ გამოსავალს.

არის შემთხვევები როდესაც ინფილტრატი შეიწოვება, ანთებითი პროცესი ქრება და ავადმყოფს ცივ პერიოდში უკეთდება ოპერაცია. რაც სრული განკურნებით მთავრდება.

კუჭის ოპერაციასთან დაკავშირებული გართულება სისხლის დენით

კუჭის რეზექციასთან დაკავშირებით შეიძლება განვითარდეს სხვადასხვა სიძლიერით გამოხატული სისხლის დენა. სისხლის დენას შეიძლება ჰქონდეს ადგილი კუჭის გარეთ — როდესაც სისხლი პერიტონეუმის ღრუში იღვრება და სისხლის დენა — როდესაც სისხლი კუჭ-ნაწლავის სანათურში იღვრება, რაც გაცილებით უფრო ხშირია, ვიდრე სისხლის პერიტონეუმის ღრუში ჩაღვრა.

ოპერაციასთან დაკავშირებული სისხლის დენა ძირითადად დამოკიდებულია ტექნიკურ შეცდომებზე; სისხლის დენით გამოწვეული გართულებისაგან არც ერთი რანგის ქირურგი არაა დაზღვეული, მაგრამ უფრო ხშირად გართულება მაინც ხდება იმ დროს, როცა ქირურგი კარგად ვერ ერკვევა ოპერაციის ტექნიკურ მხარეებში. ოპერაციასთან დაკავშირებით კუჭ-ნაწლავის სანათურში შეიძლება ყოველთვის ჩაიღვაროს მცირეოდენობით სისხლი. შიგთავსში გარეული სისხლი გამოიყოფა ან წვრილი ზონდით გამოირეცხება, რაც ავადმყოფის ჯანმრთელობაზე არსებით გავლენას არ ახდენს და ისტორიაშიც არ აღინიშნება. მაგრამ ტექნიკურ შეცდომასთან დაკავშირებით შეიძლება განვითარდეს ავადმყოფისათვის სახიფათო სისხლის დენა, რაც შეიძლება სხვადასხვა გზით გამოვლინდეს. მაგალითად, ავადმყოფს შეიძლება დაეწყოს ღებინება, პირველად კუჭის შიგთავსთან ერთად, შემდეგ კი სუფთა სისხლით. თუ კუჭში ჩაღვრილი სისხლი გადავიდა ნაწლავის სანათურში, ავადმყოფს ექნება კუპრისფერი განავალი.

სისხლის დენა შეიძლება გამოიწვიოს სხვადასხვა მიზეზმაც, მაგალითად, თუ რეზექცია გაკეთდება გამოთიშვით. დატოვებულმა წყლულმა შეიძლება გამოიწვიოს სისხლის დენა. ამ შემთხვევაში სისხლის დიდი მასა გამოიყოფა ნაწლავის გზით, თუმცა არაა გამორიცხული, რომ სისხლი კუჭის სანათურში ჩაიღვაროს და ავადმყოფს დაეწყებინოს სისხლიანი ღებინება. სისხლის დენა შეიძლება განვითარდეს მღივი ნაწლავის კუჭთან შეერთების ადგილიდან. მაგალითად, კეტგუტის ნაკერის დადების დროს ნაკერი კარგად უნდა იყოს მოჭერილი და ერთმანეთთან ახლოს, შეიძლება მცირე კალიბრის სისხლძარღვი არ მოჰყვეს ნაკერში და ამან გამოიწვიოს სისხლის დენა. არაიშვიათად კუჭის ტაკვის დამუშავების დროს ტაკვის კუთხეში გადაუკვანძავი დარჩეს სისხლძარღვი, რაც ქმნის სისხლის დენის განვითარების შესაძლებლობას. არის აღწერილი სასიკვდილო სისხლის დენის შემთხვევა თორმეტგოჯას ტაკვიდანაც. შეიძლება სისხლის დენა გამოიწვიოს გამოუცნობმა მეორე წყლულმაც, ამიტომ ქირურგი არ უნდა დაკმაყოფილდეს ერთი წყლულის ნახვით, უნდა დაათვალიეროს სხვა ადგილებიც.

მუცლის ღრუში ოპერაციასთან დაკავშირებული სისხლის დენა აგრეთვე ტექნიკური შეცდომის შედეგად ვითარდება. თუ სისხლძარღვზე ჰემოსტატზის

მიზნით დადებული ლიგატურა მოვარდა, დაიწყება სისხლის დენა, რასაც მოჰყვება მაჯის სისუსტე, ფერმკრთალობა, წნევის დაცემა, ე. ი. ვითარდება მწვავე სისხლნაკლებობის ნიშნები. იმ შემთხვევაში, როდესაც სისხლის დენა ვითარდება მცირე კალიბრის სისხლძარღვისაგან, მწვავე სისხლნაკლებობის ნიშნები გამოელინდება ნელ-ნელა, გარკვეული დროის გაელის შემდეგ. აღწერილია შემთხვევები, როცა მსხვილი სისხლძარღვიდან ლიგატურის მოვარდნასთან დაკავშირებით ქირურგს ავადმყოფი დარჩენია მაგიდაზე (შამელოვსკი, ივანცევი, სოკოლოვი). ფიფიას აქვს აღწერილი სისხლის დენის შედეგად გამოწვეული სიკვდილობის შემთხვევები. სასიკვდილო სისხლის დენა შეიძლება გამოიწვიოს პარენქიმული ორგანოს (განსაკუთრებით ელენთის) კაფსულის დაზიანებამ. მაგალითად, კუჭის მობილიზაციის დროს, შეიძლება ქირურგის მოქმედებით ან დაუკვირვებლობით დაზიანდეს ელენთის კაფსული და თუ მან ეს ვერ შეამჩნია, შეიძლება განვითარდეს სასიკვდილო სისხლის დენა, მაშინ როდესაც ასეთი დაზიანების ლიკვიდაცია სრულიად აღვილად შეიძლება.

სისხლის დენის ნიშნების გამოელინების დროს საჭიროა სასწრაფო ზომების მიღება, პირველ რიგში, კონსერვატიული ღონისძიებებით, სისხლის, პლაზმისა და პოლიგლუკონის გადასხმა ვენაში, კალციუმის მარილის 10%-იანი ხსნარის შეყვანა, ვიკასოლი. თუ მიღებულ ზომებს მყარი შედეგი არ მოჰყვა, მკურნალობის გაგრძელება კონსერვატიული წესით უსათუოდ დიდი შეცდომა იქნება. უნდა გაკეთდეს რელაპაროტომია და მოიძებნოს სისხლის დენის წყარო, მოხდეს სისხლის დენის ლიკვიდირება, და დაკარგული სისხლის აღდგენა ახალი სისხლით.

მოვიყვანოთ მაგალითი.

ზაფხულის პერიოდში, ერთ-ერთი რაიონის საავადმყოფოში, სადაც სტუდენტებთან ვატარებდით პრაქტიკულ მეცადინეობას, ახალგაზრდა ქირურგის დახმარებით გავაკეთე კუჭის რეზექცია. ოპერაციის დამთავრებიდან $2^1/_2$—3 საათის შემდეგ შემატყობინეს, რომ ავადმყოფს აქვს განუწყვეტელი სისხლიანი ღებინება. ყველა მონაცემით აშკარა იყო, რომ საქმე გვქონდა კუჭის შიგნითა სისხლის დენასთან. ავადმყოფს უკვე დაეკარგა სისხლის საკმაო რაოდენობა. კონსერვატიული ღონისძიების ჩატარება დროს უქმად დაკარგვად ჩავთვალეთ. ავადმყოფი სასწრაფოდ მოვათავსეთ საოპერაციო მაგიდაზე. გავხსენით მუცლის ღრუ. დათვალიერებით დადგინდა, რომ დარჩენილი რეზეცირებული კუჭი სისხლით იყო გადავსებული. სასწრაფოდ გავხსენით შერთულის წინა კედელი და ამოვიღეთ საკმაოდ დიდი ზომის სისხლის კოლტი, რასაც მოჰყვა კუჭის სწრაფი შეკუმშვა. მიუხედავად ყველა კუნჭულის დეტალური დათვალიერებისა, სისხლის დენის წყარო, ვერ ვნახეთ. კუჭი გაიკერა, მუცლის ღრუ დაიბურა ყრუდ. დაკარგული სისხლი აღვადგინეთ სხვა სისხლით და საჭირო სითხეებით. მიღებული ზომების შედეგად ავადმყოფი გადარჩა. ყოველგვარი სხვა გართულების გარეშე ავადმყოფი ოპერაციის მე-13 დღეს გაეწერა განკურნებული. ამ შემთხვევაში ქირურგის ტაქტიკა გამართლებულია. სისხლის დენის ადგილი ვერ ვნახეთ იმიტომ, რომ ვიდრე კუჭის კედელი დაჭიმული იყო იქ არსებული კოლტით, სისხლის დენა გრძელდებოდა, როდესაც კოლტი ამოვიღეთ, კუჭი შეიკუმშა და სისხლის დენა შეწყდა. ამგვარად, ავადმყოფი დროული რელაპაროტომიის შედეგად გადარჩა.

სისხლის დენის პროფილაქტიკა. ოპერაციის დროს, როდესაც ავადმყოფს სისხლის წნევა დაქვეითებული აქვს, ზოგჯერ შეიძლება შოკური მდგომარეო-

ბაშიც ჩავარდეს; შეიძლება მცირე კალიბრის სისხლძარღვი და კაპილარიც სისხლის დენას არ იძლეოდეს, ის შეუმჩნეველი გახდეს ქირურგისათვის და არ მოხდეს მისი ჰემოსტაზი. მაგრამ ოპერაციის შემდეგ სისხლის წნევა აიწევს, შეიძლება განვითარდეს სისხლის დენა, რაც ავადმყოფს სახიფათო მდგომარეობას უქმნის, ამიტომ ოპერატორი მუდამ ფხიზლად უნდა იყოს და არ დატოვოს სისხლმდენი ადგილი ლიგატურის გარეშე. ოპერაციის დამთავრების შემდეგ ღეტალურად უნდა დათვალიერდეს ყველა საეჭვო ადგილი: ელენთის მიდამო, ცირე სიმრუდე, თორმეტგოჯას ტაკვი, დადებული ლიგატურის მიდამოები და თუ საჭირო იქნება განმეორებით დაედოს ლიგატურა.

როდესაც სისხლის დენა სახიფათოა, მოცდა უსაფუძვლოდ დიდი შეცდომაა, ამიტომ სისხლის დენის სალიკვიდაციოდ სასწრაფოდ უნდა გავაკეთოთ რელაპაროტომია და მივიღოთ ზომები ავადმყოფის მდგომარეობის გამოსასწორებლად.

ავადმყოფი X. შემოვიდა ქირურგიულ განყოფილებაში თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადებით. ავადმყოფობის ხანგრძლივობა 5 წელზე მეტია. კონსერვატიულმა მკურნალობამ შედეგი არ გამოიღო. კლინიკაში დიაგნოზი დაზუსტდა, ოპერაციული მკურნალობის ჩვენება ჩამოყალიბდა. ენდოტრაქეული ნარკოზით გაკეთდა ოპერაცია — კუჭის 2/3-ის რეზექცია. შერთული დაედო მლივ ნაწლავთან H. Fins-ის წესით. ოპერაციის დამთავრებიდან რამდენიმე საათის შემდეგ ავადმყოფს დაეწყო ინტრაგასტრული სისხლის დენა, ხშირი სისხლიანი ღებინება. მივიღეთ ზომები სისხლის დენის შესაჩერებლად. გადავუსხით სისხლი და სისხლის შემცვლელი სითხეები, ვენაში გავუკეთეთ კალციუმის 10%-იანი ხსნარი და გამოვიყენეთ ყველა ის საშუალება, რომელიც ჩვენს განკარგულებაში იყო, მაგრამ სისხლის დენა ვერ შეეუჩერეთ. ავადმყოფი თანდათან დასუსტდა. მიღებულ ღონისძიებათა განხორციელებაში საკმაოდ დიდი დრო დაიკარგა. ავადმყოფის მდგომარეობა გაუარესდა, რის გამოც ის მოვათავსეთ საოპერაციო მაგიდაზე. გავუკეთეთ რელაპაროტომია. კუჭი სისხლით იყო გადასვებული. გავხსენით შერთული, კუჭიდან ამოვიღეთ სისხლის კოლტები. სისხლის დენა შეჩერდა. ავადმყოფს განუწყვეტლივ ვუსხამდით სისხლს, მუცლის ღრუ დაიხურა, მაგრამ მიღებულმა ზომებმა მდგომარეობა ვერ გამოასწორა; ის რამდენიმე საათის შემდეგ გარდაიცვალა მ წ ვ ა ვ ე ს ი ს ხ ლ ნ ა კ ლ ე ბ ო ბ ი თ.

ამ შემთხვევაში უსათუოდ შეცდომა იყო კონსერვატიული წესით სისხლის დენის შეჩერების ცდა, ვინაიდან პირველ საათებში მიღებული ზომები უშედეგო იყო, სასწრაფოდ უნდა გაკეთებულიყო რელაპაროტომია, რაც ავადმყოფს გადაარჩენდა.

თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის უკმარისობა

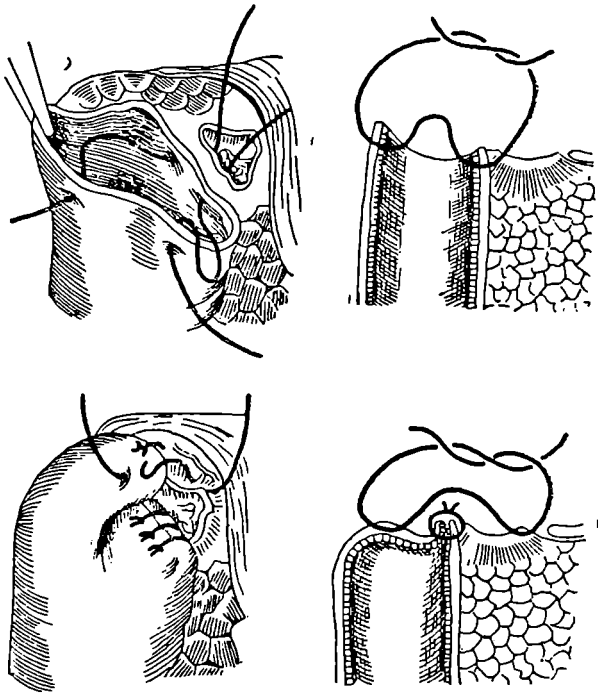
კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვან დაავადებასთან დაკავშირებულ გართულებათა შორის ერთ-ერთი უმძიმესი სახიფათო გართულებაა თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის უკმარისობა (ტაკვის გახსნა). ეს გართულება, როგორც ლიტერატურული წყაროებიდან ირკვევა, არც ისე იშვიათია. ნ. პეტროვისა და კოტტუნოვიჩის მონაცემებით შემთხვევათა 6,4%-ში სიკვდილიანობა გამოწვეული ყოფილა ტაკვის უკმარისობით, ტოპროვერს ტაკვის უკმარისობით სიკვდილიანობა ჰქონია 3,3% შემთხვევაში. ს. კრიგოშეკვის ნაკრები სტატისტიკური მონაცემებით 24701 რეზექციიდან 251 შემთხვევაში აღგილი ჰქონია

ტაკვის უკმარისობას, რაც დაახლოებით 1% შეადგენს. ჩვენი კლინიკის მასალიდან ირკვევა (საფაკულტეტო ქირურგიის კათედრა), რომ ასეთ გართულებას ადგილი ჰქონია 0,7%-ში შემთხვევაში, რაც შეიძლება დიდ მიღწევად ჩაითვალოს. თორმეტგოჯა ნაწლავის უკმარისობას რიგი ავტორები სხვადასხვა მიზეზით ხსნიან: ა) როდესაც წყლული დაბლა მდებარეობს და კუჭის გადაკვეთის შემდეგ რჩება მცირე ზომის ტაკვი, რომლის დახურვა გაძნელებულია; ბ) ზოგის აზრით ნაწლავის კედელი ანთებითი ცვლილებების გამო გადაგვარებულია და ვერ იკერს ნაკერს, ნაკერის მოჭერის შემდეგ ნაწლავის კედელი ზიანდება; გ) როდესაც ნაკერი კეთდება ინფილტრირებულ, ანთებითად შეცვლილ ქსოვილზე ან, როდესაც ხდება ნაწლავის კედლის სკლეროზაცია, რის გამოც შეიძლება განვითარდეს ნაწლავის კედლის ნეკროზი და წარმოიშვას გართულება — ტაკვის უკმარისობა. ტაკვის უკმარისობის განვითარებას ხელს უწყობს art. Pancreatico duodenalis-ის დაზიანებაც, რაც იწვევს კვების დარღვევას; დ) თუ კუჭსა და მლივ ნაწლავს შორის ანასტომოზი სწორად არ გაკეთდა, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ნაწლავის მარყუჟის მიმტან ნაწილში შიგთავსის გადანაცვლება, რაც მიაწვება ტაკვს და გამოიწვევს გართულებას ტაკვის გახსნის სახით. გრძელი მარყუჟით შერთულის გაკეთებაც შეცდომაა. კოტტნოვიჩი ტაკვის გახსნის მიზეზად თვლის: ასეპტიკის დარღვევას, ტაკვზე უხეშად მუშაობას და თორმეტგოჯას არასაკმაოდ მობილიზაციას, კუჭუკანა ჯირკვლის დაზიანებას და სხვა. მაგრამ უნდა ითქვას, რომ ტაკვის უკმარისობის ძირითადი მიზეზი არის ტექნიკური შეცდომები, ტაკვის არასრულყოფილად დამუშავება.

ამგვარად, შესაძლებელია თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის უკმარისობა საგრძნობლად შეამცირონ იმ ქირურგებმა, რომლებიც დიდი ყურადღებითა და მონდომებით ამუშავებენ ტაკვს; მტკიცედ იცავენ ასეპტიკასა და ანტისეპტიკას, მინიმალური ტრავმით აწარმოებენ ოპერაციას, არ ზიანებენ კუჭუკანა ჯირკვლის მკვებავ სისხლძარღვებს, ამასთან, დიდი სიზუსტით ადებენ კუჭ-მლივი ნაწლავის ანასტომოზს. უფრო ხშირად ოპერაციისშემდგომი გართულება აღინიშნება იმ ქირურგების უხეშ მუშაობაში, რომლებიც ჩქარობენ ოპერაციის დროს და მეტ ტრავმას აყენებენ ავადმყოფებს. განსაკუთრებით პენეტრირებული და კალოზური წყლულის დროს. როდესაც შერთული ვიწროა ან ვითარდება ანასტომოზი, რომლის ნიადაგზე ავადმყოფს აქვს ხშირი ღებინება, რაც იწვევს მუცლის შიდა წნევის მომატებას და ტაკვის უკმარისობის განვითარებისათვის ხელშემწყობი ფაქტორია. ტაკვის უკმარისობის განვითარებაში უსათუოდ დიდი მნიშვნელობა აქვს ტაკვის დამუშავების მეთოდს. ტაკვის დამუშავების მეთოდი ბევრია და მათი განხილვა აქ არაა მიზანშეწონილი, მაგრამ მაინც უნდა აღინიშნოს ის ფაქტი, რომ ავტორთა დიდი უმრავლესობა უპირატესობას აძლევს ქისისებრ ან ნახევარქისისებრ ნაკერს, ზოგი ტაკვს ამუშავებს კვანძური ნაკერით (პირველი სართულის კეტგუტით დამუშავების შემდეგ).

ტაკვის დასამუშავებლად რომელიმე რეცეპტის მოწოდება შეუძლებელია. ეს დამოკიდებულია იმ პათოლოგიურ-ანატომიურ ცვლილებებზე, რომლებიც ვითარდება წყლულოვან დაავადებასთან დაკავშირებით. აქ ბევრია დამოკიდებული ქირურგის გამოცდილებასა და ტექნიკაზე. რასაკვირველია, იქ სადაც ამის შესაძლებლობა არსებობს, უპირატესობა უნდა მიეცეს ქისისებრ ნაკერს, მაგრამ როდესაც ეს შეუძლებელია, იმ მრავალი მეთოდიდან, რომლებიც მოწოდებულია ტაკვის დასამუშავებლად, ქირურგი გამოიყენებს იმას, რომელიც მისთვის უფრო მისაწვდომი და საიმედო იქნება. მაგრამ თუ ტაკვი ძნელად დაიხურა, ყურად-

ღება უნდა გამახვილდეს ანასტომოზის სწორად დადებაზე, რაც ხელს უწყობს კუჭის შიგთავსის დროულ ევაკუაციას და მის დაცარიელებას, აღარ ექნება ადგილი კუჭშიგნითა წნევის მომატებას, რომელიც ტაკვის უკმარისობის განუვითარებლობის ხელშემწყობია.

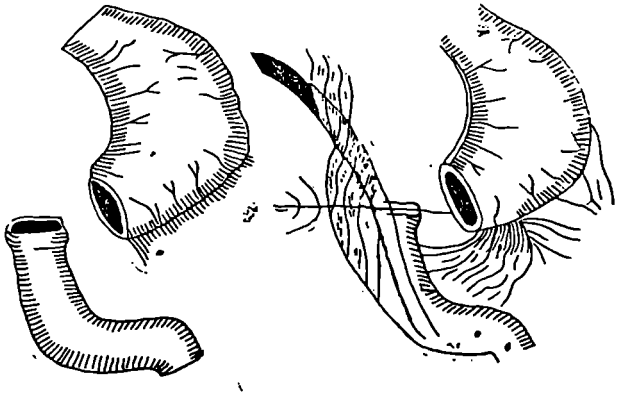


სურ. 34. თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის დამუშავება (ნისენის წესით).

ზოგი ქირურგი პირველი განუწყვეტელი კეტგუტის ნაკერის დადების ნაცვლად მიმართავს კვანძოვან ნაკერს, რაც მიზანშეწონილი არ არის, რადგან ამ დროს სრული ჰერმეტიზმი დაცული არაა. მეორე სართულის ნაკერის დადების დროს, თუ საჭიროება მოითხოვს, შეიძლება პანკრეასის კაფსულის გამოყენება. იმ შემთხვევაში თუ კაფსულთან პარენქიმაც იქნება მიყოლებული, შეიძლება ამას მოჰყვეს პანკრეასის სეკრეტის გამოყოფა, რაც შლის ნაკერს და ქმნის ტაკვის უკმარისობის ან პანკრეატიტის განვითარების შესაძლებლობას. არ შეიძლება აქვე არ აღინიშნოს, რომ რეზექცია წყლულის გამოთიშვით არ იძლევა იმის გარანტიას, რომ არ განვითარდეს ტაკვის უკმარისობა.

როდესაც ტაკვის დამუშავება გაძნელებულია, არაა გარანტია იმისა, რომ უკმარისობა არ განვითარდება, შესაძლებელია მივიღოთ პროფილაქტიკური ზომები, რაც შემდეგში მდგომარეობს: თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის ადგილას

უნდა ჩავდგათ რეზინის დრენაჟი, რომელიც ფიქსირდება კეტგუტის კვანძოვან ნაკერით. რეზინის მილი გამოიყვანება გვერდითი განაკვეთით, მარჯვენა მხარეზე, ნეკნთა რკალის ქვემოთ. ირგვლივ ჩაიდება ტამპონები. პირველ პეროდში რეზინის დრენაჟიდან ნაღველთან ერთად გამოიყოფა თრომეტგოჯას შიგთავსი. რამდენიმე ხნის შემდეგ, როდესაც კუპ-მლივნაწლავის შერთული კარგად იწყებს ფუნქციონირებას, ტაკვის ირგვლივ ჩამოყალიბდება შეხორცებები. 10—14 დღის შემდეგ დრენაჟი ამოიღება, ფისტულა ნელ-ნელა დაიხურება. გაძნელებული ტაკვის დროს ეს მეთოდი საუკეთესო პროფილაქტიკური საშუალებაა, რომელიც იხსნის ავადმყოფს გართულებისაგან, ქირურგს კი — ნერვიულობისაგან.



სურ. 35. თრომეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის დრენირება, როგორც ტაკვის უკმარისობის პროფილაქტიური საშუალება (სუნტუას მიხედვით).

დიაგნოსტიკა. ტაკვის უკმარისობის დიაგნოსტიკა ზოგ შემთხვევაში დიდ სიძნელეს არ წარმოადგენს, ვინაიდან ოპერაციის პირველ დღეებში ექიმის ყურადღება შეიძლება მიიპყროს სხვა გართულებებმა. ის კლინიკური მონაცემი, რომელიც ამ დროს ვითარდება, შეიძლება აიხსნას სხვადასხვა მიზეზით და ტაკვის გახსნის დიაგნოზი დაგვიანდეს, ამიტომ ექიმისათვის აუცილებელია ყველა იმ ნიშნის ცოდნა, რომელიც ტაკვის გახსნასთანაა დაკავშირებული. პირველ რიგში უნდა გვახსოვდეს, რომ ტაკვის გახსნა უფრო ვითარდება ოპერაციის მე-5—8 დღემდე. იმისდა მიხედვით, თუ როდის იხსნება ტაკვი, კლინიკური სურათიც სხვადასხვანაირად გამოვლინდება. ტაკვის ნაადრევი გახსნის დროს, როგორც კოტუნოვიჩი აღნიშნავს, ვითარდება მწვავე პერიტონიტი რადგან ტაკვის ირგვლივ ჯერ კიდევ არაა განვითარებული და ჩამოყალიბებული შემაერთქსოველოვანი შეხორცებები. ამის გამო ავადმყოფი იღუპება მწვავე დიფუზური პერიტონიტით. დაგვიანებით (მე-7—9 დღეს) ტაკვის ირგვლივ ჩამოყალიბდება მძლავრი შეხორცებები, ანთებით პროცესთან დაკავშირებით ყალიბდება ინფილტრატი. ტაკვის გახსნა ხდება ამ ინფილტრატში, ის ჯერ კიდევ არ ვრცელდება და წარმოიშობა ე. წ. შემოსაზღვრული პერიტონიტი. ტაკვის გახსნისას ავადმყოფი იგრძნობს ძლიერ ტკივილს მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, განვითარდება კუნ-

·თების ძლიერი რივიდობა (დეფანსი). პალპაციით ეს მიდამო მტკივნეულია, ავად-მყოფს სუნთქვა გაძნელებული აქვს, სისხლში ლეიკოციტოზის რაოდენობა იმატებს (12—16 ათასი), რაც იძლევა დაიგნოზის სწორი დადგენის საშუალებას. ასეთი სურათის განვითარებისას არ შეიძლება დროს დაკარგვა, ავადმყოფი სასწრაფოდ უნდა მოთავსდეს საოპერაციო მაგიდაზე. ზოგ შემთხვევაში ხერხდება გახსნის ადგილის აღმოჩენა, მაგრამ ზოგჯერ ისეთი ძლიერი შეხორცებებია განვითარებული, რომ გახსნის ადგილის მიგნება ძნელდება და არც მიზანშეწონილია აისებული შეხორცებების დარღვევა. ოპერაცია მთავრდება რეზინის დრენაჟისა და ტამპონის ჩატოვებით; ამას მოჰყვება ფისტულის ჩამოყალიბება. ზოგჯერ ამ ფისტულას კეთილთვისებიანი მიმდინარეობა აქვს და მოკლე ხანში იხურება, ზოგჯერ დიდი რაოდენობით გამოიყოფა ნაღველი, პანკრეასის წვენი, რომელიც აღიზიანებს, შლის ირგვლივ ქსოვილს, იწვევს კანის მაცერაციას, ავადმყოფი დიდი რაოდენობით კარგავს სითხეს — წვენს, გამოიფიტება და შეიძლება დაიღუპოს კიდეც. ლიტერატურული მონაცემებით ასეთ გართულებასთან დაკავშირებით სიკვდილიანობა აღწევს 50%. როგორც ჩვენი გამოცდილება გვიჩვენებს, სიკვდილიანობა შეიძლება შევამციროთ განსაკუთრებული მოვლითა და სწორი მკურნალობით. სითხის დაკარგვისა და კანის მაცერაციის თავიდან ასაცილებლად საჭიროა ფისტულაში ყოველდღე მჭიდროდ ჩავდოთ დ ა კ ე პ ი ლ ი რ ბ ი ლ ი ხ ო რ ც ი. წვენს ხორცი დაიჭერს, რასაც მოჰყვება ხვრელის თანდათანობით შევიწროება და, ბოლოს, მისი სრული დახურვა.

ავადმყოფი X., შემოვიდა ქირურგიულ კლინიკაში წყლულოვანი დაავადებით. კლინიკური გამოკვლევით დადგინდა გართულებული წყლული. ოპერაცია ჩატარდა ენდოტრაქეული ნარკოზით. დათვალიერებით დადგინდა დაბალი პენეტრირებული წყლული. ოპერაცია გაკეთდა წყლულის გამოთიშვით (Finst-ის წესით). ოპერაციის მე-8 დღეს განვითარდა ტაკვის უკმარისობის კლინიკური ნიშნები. განმეორებით გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია. ჩამოყალიბდა ფისტულა,



სურ. 36. კუჭის რეზექცია გამოთიშვით.

საიდანაც დიდი რაოდენობით გამოიყოფოდა ნაღველი და სხვა სითხე. მდგომარეობა თანდათან გაუმჯობესდა და ოპერაციიდან 68 დღის შემდეგ ავადმყოფი გაეწერა კარგ მდგომარეობაში. ტაკვის უკმარისობა განაპირობა ტექნიკურმა შეცდომამ. როდესაც ქირურგმა კუჭი გადაკვეთა წყლულს ზემოთ, დარჩა მოკლე ტაკვი, რომლის დახურვა გაძნელდა. ჩაბრუნებული ტაკვი დაიჭიმა და კვება დაირღვა, რასაც მოჰყვა ნეკროზი და ტაკვის გახსნა. ამიტომ თუ ოპერაცია კეთდება გამოთიშვით, კუჭი უნდა გადაიკვეთოს წყლულიდან 6—7 სმ დაშორებით, რომ ტაკვი ადვილად დამუშავდეს, არ დაიჭიმოს და კვება არ მოიშალოს.

არის ტაკვის უკმარისობის ისეთი ფორმებიც, რომლებიც ქირურგიული ჩარევის გარეშეც იკურნება. ეს იმ შემთხვევაში, როდესაც დაგვიანებით (მე-9—10 დღეს) მარჯვენა მხარეზე ჩამოყალიბდება ინფილტრატი. ავადმყოფს აქვს მოსათმენი ტკივილი, მომატებული ტემპერატურა 37,5—38°-მდე, ე. ი. მოხდა ტაკვიდან გამოჟონვა, რომელსაც მიეფარა ღვიძლი, ბადექონი ან სხვა ორგანო და ის შემოისაზღვრა, ჩამოყალიბდა ინფილტრატი. თუ პროცესი არ გავრცელდა, ავადმყოფის მდგომარეობა არ გართულდება; ასეთ შემთხვევაში ჯობია ოპერაციული ჩარევისაგან თავის შეკავება. მკურნალობა უნდა ჩატარდეს კონსერვატიული წესით და ავადმყოფი შეიძლება განიკურნოს კიდეც. მაგრამ თუ მდგომარეობა თანდათანობით გაუარესდა, ინფილტრატმა და ტემპერატურამ იწყო მატება, ჯობია გაკეთდეს ოპერაცია. თუ განმეორებითი ოპერაციის შემდეგ გართულებები არ არის, ავადმყოფები ინკურნებიან მოკლე დროში.

აწგვარად, როგორც ჩანს, თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის უკმარისობა მეტად სერიოზული და სახიფათო გართულებაა; ამიტომ განსაკუთრებით ახალგაზრდა ქირურგები კარგად უნდა იცნობდნენ ტაკვის დამუშავების ყველა წესს. დიდი სიფრთხილე და სიფაქიზეა საჭირო ოპერაციის დროს, მაგრამ თუ უბედური შემთხვევა მაინც მოხდა და გაიხსნა ტაკვი, საჭიროა ამ გართულების კლინიკური სურათის კარგად ცოდნა, რომ დაიგნოზი დროულად დადგინდეს. მკურნალობა უნდა ჩატარდეს ისეთი წესებით, რომელიც მოწოდებულია ამ სახის გართულებისათვის.

კუჭის ტაკვისა და შერთულის უკმარისობა. მეორე, შედარებით იშვიათ, მაგრამ ძალზე სახიფათო გართულებას წარმოადგენს კუჭის ტაკვისა და შერთულის უკმარისობა. ეს გართულება ბევრად უფრო ნაკლებ შემთხვევაში ვითარდება, ვიდრე თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის უკმარისობა, რაც დასტურდება როგორც ლიტერატურული მონაცემებით, ისე ჩვენი კლინიკის მასალის მიხედვითაც. მაგალითად, ს. კრიჟოშევეის ნაკრები სტატისტიკური მასალის მიხედვით 10420 შემთხვევიდან 22 შემთხვევაში (0,21%-ში) გართულებას ჰქონია ადგილი. თუმც არიან რიგი ავტორები რომლებიც ამ გართულების სიხშირეს აღნიშნავენ (მაგალითად, დუბროვსკი 99 — 4-ჯერ).

კუჭის ტაკვისა და შერთულის უკმარისობა ბევრ შემთხვევაში ვითარდება მაშინ, როდესაც საქმე გვაქვს კარდიალურ ან სუბკარდიალურ წყლულთან და ქირურგს უხდება ტოტალური ან სუბტოტალური რეზექციის წარმოება. კუჭის ტაკვისა და შერთულის უკმარისობის მიზეზები ძირითადში იგივეა, რაც თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის უკმარისობის დროს. ამას ისიც უნდა დაემატოს, რომ, როდესაც კეთდება კუჭის სუბტოტალური ან ტოტალურ-სუბტოტალური რეზექცია, კუჭის ტაკვის დამუშავებისას ხშირად მის კუთხესთან სრული ჰერმეტიზმის დაცვით დამუშავება ძალზე გაძნელებულია; ხშირად კუჭის კედელი ანთებითად შეცვლის გამო ძალზე მოდუნებულია, ნაკერის დადება გაძნელებულია, ვინაი-

დან ძაფის მოჭერის ან გაკვანძვის დროს ის იკრება, რაც ანერვიულებს ქირურგს. რასაკვირველია, ასეთ შემთხვევაში მოსალოდნელია ტკივილისა და შერთულის გახსნა.

თუ ქირურგი წააწყდება ასეთ რთულ შემთხვევას, ოპერაციის დასამთავრებლად მისი შესაძლებლობა სათუოა — ჯობია ოპერაცია გაკეთდეს მადლენერის წესით, ე. ი. წყლული დარჩეს თავის ადგილზე და კუჭის $^{2}/_{3}$-ის რეზექცია გაკეთდეს ჩვეულებრივი წესით. მადლენერს და რიგ სხვა ავტორებს ამ ოპერაციის შედეგები საგანებით აკმაყოფილებთ, კუჭის დიდი ნაწილის მოშორების შედეგად კუჭის სეკრეცია მცირდება ან სულ ისპობა, რაც იძლევა წყლულის დანაწიბურებისა და ავადმყოფის განკურნების შესაძლებლობას.

კუჭის ტკივილისა და შერთულის უკმარისობა შეიძლება განვითარდეს ჩვეულებრივი რეზექციის დროს, როდესაც ტიპური ოპერაცია კეთდება კუჭის $^{2}/_{3}$-ის რეზექციით H.F.-ის წესით. შეიძლება უკმარისობა განვითარდეს B1 ოპერაციის დროსაც, ნაკერს ვერ დაიჭერს კუჭის გათხელებული კედელი ან როდესაც დიდი ხნის ავადმყოფი შემოდის კლინიკაში დეკომპენსირებული სტენოზით გართულებული წყლულით. ამ შემთხვევაში კუჭის კედელი სუსტად იჭერს ნაკერს და საკმარისია მცირე ტექნიკური შეცდომა, რომ განვითარდეს ტკივის ან ანასტომოზის უკმარისობა.

ოპერაციის პირველ დღეებში, როდესაც აღინიშნება უკმარისობა, შეიძლება კუჭის პერფორაციის კლინიკა განვითარდეს. ავადმყოფი იგრძნობს ძლიერ ტკივილს, უვითარდება კუნთების მკვეთრად გამოხატული დაჭიმვა (დეფანსი), ვითარდება პერიტონიტი და, იშვიათი გამონაკლისის გარდა, ავადმყოფი იღუპება. მაგრამ არის შემთხვევა, როდესაც კუჭის შიგთავსი პირველად გამოიყონება მცირე რაოდენობით, განვითარდება ინფილტრატი; ავადმყოფს დასაწყისში აქვს მოსათმენი ტკივილი, ინფილტრატი თანდათანობით მატულობს და შეიძლება მუცლის კედელი გაარღვიოს და შიგთავსი გამოვიდეს ნაკერთა შორის და ჩამოყალიბდეს ფისტულა, საიდანაც დაიწყება კუჭის შიგთავსის (წვენის) გამოყოფა. ან შეიძლება ქირურგმა ინფილტრატის ჩამოყალიბებისთანავე გახსნას ჭრილობა და დაიწყოს მკურნალობა დრენაჟითა და ტამპონების ჩადებით. მაგრამ ჩამოყალიბებული ფისტულის დროს ავადმყოფი ყოველდღე კარგავს საკმაოდ დიდი რაოდენობით კუჭის წვენს, ელექტროლიტებს, ორგანიზმი თანდათანობით იფიტება და, ბოლოს, იშვიათი გამონაკლისის გარდა, იღუპება.

კუჭის ტკივისა და შერთულის უკმარისობის მკურნალობა ისეთივეა, როგორც ზემოთ არის აღწერილი. მაგრამ აქ მდგომარეობა იმითაა გართულებული, რომ დიაგნოზი ისმება დაგვიანებით, ამიტომ მკურნალობაც არაეფექტურია. ასეთი გართულებით ავადმყოფების დიდი პროცენტი იღუპება. ქირურგის დიდი შეცდომა იმაშია, რომ უკმარისობის პირველი ნიშნის გამომჟღავნებისთანავე აქტიურად ვერ ერევა, უცდის კონსერვატიული მკურნალობის შედეგს და როდესაც გადაწყდება აქტიური ჩარევის საკითხი, უკვე დაგვიანებულია და შედეგი არასასურველი.

ავადმყოფ გ., 70 წლის, კლინიკაში დაუდგინდა კუჭის კალოზური წყლული, რაც ოპერაციის აბსოლუტურ ჩვენებას წარმოადგენს. ოპერაცია ჩატარდა ენდოტრაქეული ნარკოზით. მუცლის ღრუს გახსნისას, მცირე სიმრუდის ზემოთ მესაშვედის საზღვარზე დადგინდა კალოზური წყლული. გაკეთდა ოპერაცია — რეზექცია B1 წესით. ოპერაციის მერვე დღეს განუვითარდა შერთულის უკმარისობის კლასიკური ნიშანი. ავადმყოფი პირველ საათშივე მოვათავსეთ საოპერა-

ციო მაგიდაზე. აღმოჩნდა ნაკერის გახსნა, საიდანაც ნაკადად გადმოდიოდა კუჭის შიგთავსი. ჩაუდეთ დრენაჟი და ტამპონები. ოპერაციის შემდეგ გადავუსხით სისხლი, პოლუგლუკინი და გაუკეთეთ სხვა საშუალებები, მაგრამ ავადმყოფი მძიმე მდგომარეობიდან ვერ გამოვიყვანეთ და იგი გარდაიცვალა მე-11 დღეს.

აქ ოპერატორის შეცდომა იყო ის, რომ ოპერაცია გაკეთდა B_I წესით. დიდი ხნის ნაშიმშილარი, მოხუცებული ავადმყოფის ტურგორდაქვეითებული კედელმოდუნებული კუჭი ნაკერს კარგად ვერ იჭერდა, ამასთან, ანასტომოზის დადების შემდეგ თორმეტგოჯას სანათური ოდნავ შევიწროვდა, რის გამო ავადმყოფს დაეწყო ღებინება, თუმცა ავადმყოფს პირველი 5 დღე ჩადგმული ჰქონდა ზონდი, რომ კუჭი არ გაგანიერებოდა და ღებინება არ დაწყებოდა, მაგრამ მიღებულმა ზომებმა ვერ იხსნა და განუვითარდა ტაკეის უკმარისობა. ოპერაცია B_{II} წესით რომ გაკეთებულიყო, ავადმყოფი ამ ოპერაციას გადაიტანდა. მაშასადამე, ოპერაციის დროს კუჭის რეზექციის მეთოდის შერჩევას უაღრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს.

კუჭის ოპერაციასთან დაკავშირებით გამოწვეული სანაღვლე გზების დაზიანება

კუჭის ოპერაციასთან დაკავშირებით ღვიძლგარეშე სანაღვლე გზების დაზიანება უნდა მიეკუთვნოს უმძიმეს გართულებას. ასეთი გართულებები არც ისე იშვიათად გვხვდება, რაც შეიძლება აიხსნას წყლულოვანი დაავადების ოპერაციული მკურნალობის ჩვენების გაფართოებით; ამასთან, ქირურგთა უმრავლესობა ჩაება ამ რთული დაავადების ოპერაციული წესით მკურნალობაში. ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ ღვიძლგარეშე სანაღვლე გზების დაზიანება გაცილებით მეტია, ვიდრე ეს მოცემულია ლიტერატურაში. ზოგიერთი ავტორის მონაცემით კუჭის 8711 რეზექციიდან (ვ. ჟმური, ა. ოგლობლინა, ნ. პეტროვი, კ. კოზლოვი, ა. სმირნოვი, და სხვები) სანაღვლე გზების დაზიანება კონსტატირებულია 49 შემთხვევაში, რაც შეადგენს 0,55%. ბოტკინის სახელობის საავადმყოფოში კუჭის რეზექციის დროს სანაღვლე გზები დაზიანებულია 0,36% შემთხვევაში. რ. ლევინმა შეისწავლა კუჭის რეზექციის გამო 215 გარდაცვლილის გაკვეთის შედეგები და აღმოაჩინა სანაღვლე გზების დაზიანების 14 შემთხვევა; აქედან 9 შემთხვევაში დაზიანება თავის დროზე არ იყო დადგენილი. სანაღვლე გზების დაზიანებას ხელს უწყობს რიგი ფაქტორები, მათ შორის: თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული. ამ მიდამოში ვითარდება შეხორცებითი პროცესები, განსაკუთრებით წყლულის პერფორაციასთან და მის პენეტრაციასთან დაკავშირებით ან დაბალი წყლულის დროს.

შეხორცებების ნიადაგზე ვითარდება როგორც თორმეტგოჯა ნაწლავის, ისე მეზობელი ორგანოების დეფორმაცია: მათი ტოპოგრაფიულ-ანატომიური დამოკიდებულება ირღვევა. შეხორცებების დროს სადინარი მოიჭიმება და ზემოთ აიწევს. ყველაფერი ეს ქმნის ოპერაციის მსვლელობაში უხეში შეცდომის დაშვების შესაძლებლობას. შეცდომის მიზეზი შეიძლება იყოს სხვადასხვა სახის ანომალია. მაგალითად, რიგი ავტორების მონაცემებით ფატერის დეოილი შემთხვევათა 42.75%-ში თორმეტგოჯა ნაწლავის შუა მესამედში მდებარეობს, მასზე მაღლა — 8.25%-ში. მრავალი სხვა ანომალია განაპირობებს სანაღვლე გზების დაზიანებას. ამიტომ ქირურგის განსაკუთრებული ყურადღებაა საჭირო თორმეტგოჯა ნაწლავის მობილიზაციის დროს. ამ დროს მოსალოდნელია ღვიძ-

ლის მთავარი სადინარის დაზიანება: ა) მისი სრული გადაკვეთა; ბ) ნაწილობრივი დაზიანება, გაჩხვლეტა ნემსით; გ) ლიგატურაში მოყოლა და სხვა. ასეთ შემთხვევებში ავადმყოფის ყოფნა-არყოფნის საკითხი წყდება ქირურგის მოქმედებით. თუ ოპერატორმა შეამჩნია, რომ მან გადაჰკრა სადინარი, რაც ადვილი დასადგენია, ლიგატურის ან ჟომის მოსსნის შემდეგ პირღია სადინარიდან იწყება ნაღვლის გამოყოფა. ამ შეცდომის გამოსწორება შეიძლება ორი გზით. აქ შეიძლება სადინარის მთლიანობის აღდგენა ატრავმატული ნემსით. ამ მონაკვეთების პირისპირ შეერთებით და კერის დრენაჟის დატოვებით, თუ ეს მოსახერხებელია (როდესაც ფატერის დერილთან ახლოს იქნება გადაკვეთილი), შეიძლება გაკეთდეს ნაღვლის ბუშტის ან სადინარისა და თორმეტგოჯას შერთული. არის ოპერაციის სხვა მრავალი მოდიფიკაცია, მაგრამ შეცდომა ძნელი გამოსასწორებელი იქნება, თუ ოპერატორმა ვერ შენიშნა მთავარი სადინარის დაზიანება ან მისი ლიგატურაში მოყოლა. ამ შემთხვევაში ავადმყოფს ოპერაციის პირველ დღეებში (2 — 3) განუვითარდება სიყვითლე. თუ ინფექცია დაერთო, განუვითარდება ქოლანგიტი და ავადმყოფის გადარჩენა სათუო გახდება. ქირურგის შემდეგი მოქმედება დამოკიდებულია მის ცოდნა-გამოცდილებაზე — თუ აღნიშნული გართულების მიზეზი დროულად დადგინდება, საჭირო იქნება რელაპარატომია და სანაღვლე გზების მთლიანობის აღდგენა.

ზოგ შემთხვევაში ოპერაციის შემდეგ ვითარდება ანთებითი ინფილტრატი, რომელიც ნაწილობრივ ახშობს სადინარს და იძლევა სიყვითლეს, მაგრამ სადიფერენციაციოდ, ამ შემთხვევაში კონსერვატიული ღონისძიების შედეგად, სიყვითლის ნაკლები ინტენსივობა იძლევა ავადმყოფის ოპერაციის გარეშე განკურნების საშუალებას.

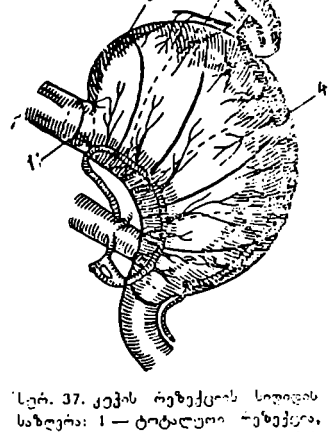
ასეთ რთულ სიტუაციაში იშვიათად, მაგრამ შესაძლებელია დაზიანდეს ღვიძლის არტერია, რაც გამოუსწორებელი შეცდომაა. ავადმყოფი ამ დაზიანების დროს იღუპება. ამიტომ, როდესაც ქირურგი თორმეტგოჯა ნაწლავის მობილიზაციას აკეთებს, საჭიროა ზედმეტი ყურადღება. ამასთან, ოპერატორმა უნდა იცოდეს მოსალოდნელი გართულებების არსებობა და მასთან ბრძოლის მეთოდები.

მოვიყვანთ ერთი ავადმყოფის ისტორიიდან ამონაწერს: ავადმყოფი ქირურგიულ განყოფილებაში შემოვიდა თორმეტგოჯა ნაწლავის გართულებული წყლულის დიაგნოზით, რაც კლინიკური შესწავლითაც დადგინდა. ოპერაცია გაკეთდა ენდოტრაქეული ნარკოზით. მუცლის ღრუს დათვალიერებით გამოირკვა, რომ წყლული პენეტრირებული იყო პანკრეასის თავში. მკვეთრად გამობატკული პერიგასტრიტი, პერიდუოდენიტი მრავალშრიანი შემაერთებელი ქსოვილის ფორფიტებით. რომელიც მკვრივად აკავშირებს თორმეტგოჯას და კუჭის პილორულ ნაწილს ღვიძლთან, პანკრეასთან და სხვა ორგანოებთან. მიუხედავად დიდი სიფრთხილისა ნაღვლის მთავარი სადინარი მოჰყვა ლიგატურაში და გადაიკვეთა. გადაკვეთისთანავე აშკარა გახდა, რომ დაზიანდა მთავარი სადინარი, რაც დადგინდა ლიგატურის მოსსნითა და ნაღვლის გამოყოფით. პირველ რიგში გაკეთდა კუჭის რეზექცია B II-ის წესით. შემდეგ კერის დრენაჟის ჩადებით აღდგა ნაღვლის მთავარი სადინარის მთლიანობა. ოპერაციის შემდეგ გართულებას ადგილი არ ჰქონია. ავადმყოფი გაიწეოა განკურნებული.

ამით ის დასტურდება, რომ თუ ქირურგი დროულად შეამჩნევს მის მიერ დაშავებულ შეცდომას და აქვს უნარი ამ შეცდომის გამოსწორებისა, ავადმყოფი არ დაზარალდება.

.საღღეისოდ დამტკიცებულად უნდა ჩაითვალოს, რომ წყლულოვანი დაავადების მიზეზი არის ამ ორგანოს გაძლიერებული სეკრეცია მჟავიანობის მომატებით. ი. პავლოვმა და მისმა მოწაფეებმა დაამტკიცეს რომ კუჭში არსებობს სამი სეკრეტორული ველი — პილორული, ფუნდალური და მცირე სიმრუდის. შემდეგ ასეთი ველების არსებობა დაამტკიცეს კ. ბიკოვმა და ო. კურცინმა, რომლებიც აღნიშნავენ, რომ მცირე სიმრუდეზე სეკრეცია პირველად იწყება (საკვების ბილიკად წოდებული, სადაც უფრო ხშირად ვითარდება წყლული) 1-დან 3 წუთამდე, მაშინ როდესაც კუჭის პილორული და დიდი სიმრუდის მიდამოში სეკრეცია ჩვეულებრივად იწყება 5-დან 7 წუთამდე. ამგვარად, კუჭის რეზექციის დროს საჭიროა კუჭის სეკრეციის აქტიური ნაწილების პილორული, პრეპილორული და მცირე სიმრუდის დიდი ნაწილის მოშორება. ამით მოშორდება არა მარტო მჟავიანობა, არამედ იღლვება პათოლოგიური კავშირი კუჭსა და ცენტრალურ ნერვულ სისტემას შორის. აქედან გამომდინარე ჩამება კითხვა, თუ კუჭის რა ნაწილი უნდა ამოიკვეთოს. ქირურგთა შორის ამ საკითხზე აზრთა სხვადასხვაობაა. ზოგის აზრით საკმარისია ამოიკვეთოს კუჭის ნაბევარი (უმცირესი), ზოგი მოითხოვს გაფართოებულ რეზექციას. ძირითადად ეს საკითხი პირველად გადაწყვიტეს ფინსტერმა და ხაბებერმა, რომელთა აზრით უნდა გაკეთდეს კუჭის 2/3 ან 3/4 რეზექცია, ე. ი. მთლიანად მოშორდეს ჰორმონული ზონა. ს. იუდინი სავსებით იზიარებს ამ აზრს და ჩვენი კლინიკაც ამ პრინციპით მუშაობს. რეზექციის დროს ანგარიში უნდა გაეწიოს მჟავიანობის პროცენტს (80 — 120), ასაკს და მემკვიდრეობას. ჩვენების დროს შეიძლება ამოიკვეთოს კუჭის 4/5 და ამავე დროს ცთომილი ნერვის ტოტებიც გადაიკვეთოს, რითაც შეიძლება პეპტიკური წყლულის განვითარების თავიდან აცდენა.

ამგვარად, კუჭის მოკვეთის დროს ორიენტაცია ისე უნდა იყოს აღებული, რომ დარჩეს კუჭის ნორმალური სიდიდის 1/3 ან 1/4. შემდეგი ეტაპი არის შერთულის წარმოება. H. F-ის წესით ოპერაციის დროს საჭიროა სიფაქიზის გამოჩენა. აქ შესაძლებელია მთელი რიგი შეცდომების დაშვება, ამიტომ ოპერატორმა ოპერაციის დროს უნდა გაითვალისწინოს ყველა შესაძლებლობა. პირველად უნდა მოძებნოს ტრეიცის იოგი და მლივი ნაწლავის დასაწყისი. ამისათვის საჭიროა სრულ რელაქსაციასთან ერთად გარდიგარდმო კოლინჯის კარგად და გაშლილად გადაწევა. მაშინ ხერხემლის მარცხენა მხარეზე კარგად გამოჩნდება თორმეტგოჯა ნაწლავის ბოლო და მლივი ნაწლავის დასაწყისი. მლივი ნაწლავის ჯორჯალში უნდა გაეყაროს მსხვილი ძაფი, რომელსაც იერენ პეანით. შეიძლება ზოგჯერ ქირურგმა აქ დაუშვას გამოუსწორებელი შეცდომა. ზოგ გამხდარ ადამიანს წვრილი ნაწლავი დაშვებული აქვს მცირე მენჯისაკენ. ზოგ-



სურ. 37. კუჭის რეზექციის სიდიდის განსაზღვრა: 1 — ტოტალური რეზექცია, 2 — სუბტოტალური რეზექცია, 3 — კუჭის 2/3 რეზექცია, 4 — კუჭის ნახევრის რეზექცია.

ჯერ ახალგაზრდა ქირურგი პირველად ხელს კიდებს წვრილ ნაწლავს იქ, სადაც ის უერთდება ბრმა ნაწლავს, ე. ი. წვრილი ნაწლავი ტერმინალური ნაწილით აკეთებს შერთულს (სურ. 38). ასეთ შემთხვევაში მთლიანად გამოირიცხება წვრილი ნაწლავის ფუნქცია და საკვები კუჭიდან გადადის მსხვილ ნაწლავში და ხდება მისი ათვისება. ოპერაციისშემდგომ პერიოდში, თუ ეს შეცდომა დროულად არ იქნა გამოცნობილი და რენტგენოლოგიით შეცდომა არ გამოსწორდება, ავადმყოფი უსათუოდ დაიღუპება (ისტ. № 348). ამიტომ მლივი ნაწლავის დასაწყისი განსაკუთრებული ყურადღებით უნდა მოიძებნოს, მრავალჯერ უნდა დათვალიერდეს და დადგინდეს მისი სისწორე. რა მანძილის დაშორებით უნდა გაკეთდეს თორმეტგოჯა ნაწლავიდან მლივნაწლავ-კუჭის შერთული?



სურ. 38. შერთული კუჭისა და წვრილი ნაწლავის ტერმინალურ ნაწილში (სქემატურად).

ზოგი ავტორის აზრით, საჭიროა საანასტომოზო მარყუჟი დაშორებული იყოს თორმეტგოჯა ნაწლავის ბოლოდან 20 — 25 სმ-ით (ს. რუბაშევი). ჩვენ ეს შეცდომად მიგვაჩნია. გრძელი მარყუჟის მიკერების შემთხვევაში მოსალოდნელია როგორც დეფორმაციებისა და ქრონიკული მანკიერი წრის განვითარების (რაც ავადმყოფს ბევრ უსიამოვნებას აყენებს), ისე პეპტიკური წყლულის განვითარების სრული შესაძლებლობა.

როგორც ჩვენი კლინიკის დიდი გამოცდილებიდან დასტურდება (7000 მეტი რეზექცია), შერთული უნდა გაკეთდეს კუჭსა და მლივ ნაწლავს შორის, რაც შეიძლება მლივი ნაწლავის მცირე მონაკვეთის დატოვებით — მოკლე მარყუჟზე. ამით მცირდება პეპტიკური წყლულის განვითარებისა და დეფორმაციების წარმოშობის შესაძლებლობა. ამასთან, მისაკერებელი მიმტანი მარყუჟის სანათური უნდა შევიწროვდეს რომ თავიდან ავიცილოთ კუჭის შიგთავსის გადასვლა მომტანი ნაწლავის სანათურში. თუ შერთულის დადების დროს ნაწლავი დაიჭიმა, შეიძლება სეროზული გარსი დაზიანდეს, ამიტომ ის უსათუოდ უნდა გაიკეთოს, წინააღმდეგ შემთხვევაში შეიძლება ოპერაციის შემდეგ ნაწლავი გაგანიერდეს, სუსტ ადგილას გაიხსნას, პერიტონიტი განვითარდეს და სიკვდილის მიზეზი გახდეს.

ქირურგთა უმრავლესობა შერთულს აკეთებს ნაწლავის მარყუჟის მეზოკოლონის სპეციალურად გაკეთებულ ფანჯარაში გატანით. ზოგი ქირურგი შერთულს ადებს გარდიგარდმო კოლინჯის წინიდან — ბრაუნის შერთულის დამატებით, ზოგი — მის გარეშე. მაგალითად, ა. ბაკულევის კლინიკაში 1947 წლიდან შერთულს აკეთებენ კოლინჯის წინა ანასტომოზით, ბრაუნის გარეშე და არავითარ გართულებას არ აღნიშნავენ. ანასტომოზის ასეთ მეთოდს ჩვენ არ ვიზიარებთ თუმცა ის შეცდომად არ ჩაითვლება.

შერთულის დადების დროს უსათუოდ მიზანშეწონილია კუჭის ან ნაწლავის ყველა სისხლმდენი ძარღვის ლიგირება. მართალია, ეს ცოტა მეტ დროს მოითხოვს, მაგრამ ოპერაციისშემდგომ პერიოდში ის კომპენსირებულია სისხლის

დენის თავიდან ასაცილებლად. შერთულის დადების დამთავრების შემდეგ კუჭს შერთულიანად გამოიტანენ მეზოკოლონში წინასწარ გაკეთებულ ფანჯარაში და აფიქსირებენ 8 — 10 კვანძოვანი ნაკერით. 3 — 4 ნაკერის დადება საკმარისი არაა, შეიძლება გაძვრეს ნაწლავი და გამოიწვიოს გაუვალობა. ნაკერი უსათუოდ უნდა დაედოს მეზოკოლონის ფანჯრის კიდესა და კუჭს შორის. ნაკერის დადება ნაწლავსა და მეზოკოლონს შორის შეცდომაა და იგი შეიძლება გახდეს მაღალი გაუვალობისა და განმეორებითი ლაპაროტომიის მიზეზი.

არიან ქირურგები, რომლებიც არავითარ ფიქსაციას არ აწარმოებენ არც რეზექციის და არც GEA შემდეგ (ს. ელენევსკი), მაგრამ გართულებას არ ღებულობენ. ჩვენ ამას ვერ გავიზიარებთ (თუმცა, როდესაც ნაკერი არ ედება, ხვრელი არ ვიწროვდება და ნაწლავი შეიძლება არ გაიჭედოს). ოპერაციის დამთავრების შემდეგ განსაკუთრებით უნდა გაისინჯოს თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვი, მცირე სიმრუდის და ელენთის მიდამოები, რომ სისხლის დენა არ იყოს. რთული შემთხვევების დროს ოპერაცია ხანგრძლივდება, ამიტომ ოპერატორს მეტი ნერვიულობა უხდება და დამხმარე პერსონალის ყურადღება ოდნავ რომ მოდუნდეს, შეიძლება სადმე ნაოჭში დარჩეს უცხო სხეული (მარლის ბურთული, ხელსახოცი; ყოფილა შემთხვევები, როდესაც მუცლის ღრუში დარჩენიათ დიდი ხელსახოცი და სხვადასხვა იარაღიც კი). რასკვირველია, უცხო სხეული მუცლის ღრუში დიდ უარყოფით გავლენას ახდენს ავადმყოფის საერთო მდგომარეობაზე და თუ ის დროზე არ აღმოვაჩინეთ, შეიძლება გახდეს გართულებებისა და სიკვდილის მიზეზი, ამიტომ რამდენ ხანსაც არ უნდა გახანგრძლივდეს ოპერაცია, მისი დამთავრება მუცლის ღრუს დაუთვალიერებლად დიდი შეცდომაა. ოპერაციის ამ უკანასკნელი ეტაპის დამთავრების შემდეგ ჭრილობა იხურება დიდი სიფრთხილით, რომ ნაკერში არ მოჰყვეს ნაწლავის კედელი.

მოვიტანთ უხეში შეცდომის რამდენიმე ამონაწერს:

1. ავადმყოფი X, ისტორია № 348, კლინიკაში შემოვიდა ძალზე მძიმე მდგომარეობაში, გამხდარი, ანემიური, წყალმანკით. ავადმყოფისათვის კლინიკაში შემოსვლამდე ერთ-ერთი რაიონის საავადმყოფოში გაუკეთებიათ თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის ოპერაცია. რეზექცია BII-ის წესით. ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფის მდგომარეობა დამძიმდა, მას დაერთო ძლიერი ფაღარათი, რომელიც არ დაემორჩილა კონსერვატიულ მკურნალობას. ორი თვის განმავლობაში ის ძალზე დასუსტდა, დაძაბუნდა, რის გამოც მოთავსდა ქირურგიულ კლინიკაში. კლინიკაში სათანადო შესწავლით დადგინდა ოპერაციის დროს დაშვებული უხეში ტექნიკური შეცდომა (რენტგენით გაშუქების დროს გამოირკვა, რომ საკონტრასტო ნივთიერება კუჭიდან უშუალოდ გადადიოდა მსხვილ ნაწლავში). მიუხედავად ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობისა (რადგან ოპერაცია ისედაც დაგვიანებული იყო), სათანადო მომზადების შემდეგ გაკეთდა ოპერაცია. მუცლის ღრუს დათვალიერებით ჩქარა დადგინდა, რომ ქირურგს მლივი ნაწლავის მაგივრად შერთული გაუკეთებია თეძოს ნაწლავის ტერმინალურ ნაწილთან, ამის შედეგად წვრილი ნაწლავის ფუნქცია გამოერიცხა და მიღებული საშვლის ათვისება არ ხდებოდა. მართალია, ოპერაცია გაკეთდა, მაგრამ ავადმყოფი უკვე იმდენად იყო დასუსტებული, რომ ოპერაციის შემდეგ მოკლე დროში გარდაიცვალა.

ამგვარად, ქირურგის მიერ დაშვებული უხეში შეცდომა, რომელიც დროზე არ გამოსწორდა, ავადმყოფის სიკვდილის მიზეზი გახდა.

2. ავადმყოფი X, შემოვიდა ქირურგიულ კლინიკაში თორმეტგოჯა ნაწლა-

ვის წყლულის დიაგნოზით. კლინიკაში ეს დიაგნოზი დადგინდა. ავადმყოფს გაუკეთდა ოპერაცია — რეზექცია BII-ის წესით. ოპერაცია მიმდინარეობდა ყოველგვარი გართულების გარეშე, მაგრამ გარდიგარდმო კოლინჯის ფანჯარაში გამოტანილი კუჭისა და ფანჯრის კედლებში კვანძების დადების დროს ქირურგმა დაუშვა ტექნიკური შეცდომა. ავადმყოფს დაეწყო ღებინება. პირველ ხანებში ეს აიხსნა სხვადასხვა მიზეზით, მაგრამ როდესაც აშკარა გახდა, რომ საქმე ეხებოდა რაღაც დაბრკოლებას, გაკეთდა რელაპაროტომია. აღინიშნა მაღალი გაუვალობის არსებობა, რომელიც გამოწვეული იყო ტექნიკური შეცდომით — გარდიგარდმო კოლინჯის ჯორჯალში გაკეთებული ფანჯრის კიდე მიკერებული იყო არა კუჭის კედელზე, როგორც მიღებულია, არამედ მლიავი ნაწლავის კედელზე. შეცდომის დროზე გამოსწორებამ ავადმყოფის მდგომარეობა გამოაკეთა და იგი განკურნებული გაეწერა.

კუჭის ოპერაციასთან დაკავშირებული გაუვალობა

მძიმე გართულება, რომელიც კუჭის ოპერაციის შემდეგ ვითარდება, არის სხვადასხვა სახის მწვავე გაუვალობა. გართულების ამ ფორმას თავისი სიმძიმით მე-6 — 7 ადგილი უკავია. ამ სახის გართულების სიმძიმე იმაში მდგომარეობს, რომ მისი დროული დიაგნოსტიკა არ ხერხდება, ვინაიდან ამ გართულებით გამოწვეული კლინიკური მონაცემები ხშირად იდენტურია იმ სიმპტომოკომპლექსისა, რომელიც უფრო ხშირად ვითარდება სხვა გართულების შედეგად. ეს სხვა გართულებანი ადვილად ლიკვიდირდება ჩვეულებრივ კონსერვატიულ ღონისძიებათა გატარებით. ლიტერატურული მასალის შესწავლითა და ჩვენი კლინიკის დაკვირვებით ვრწმუნდებით, რომ ოპერაციის შემდეგ განვითარებული მწვავე გაუვალობა შეიძლება გაიყოს ორ ჯგუფად. ზოგ შემთხვევაში გაუვალობას საფუძვლად უდევს ქირურგის მიერ დაშვებული ტექნიკური შეცდომები. მაგალითად, როდესაც შეზოკოლონში დამატებითი ფანჯარა, რომელიც ქირურგმა ვერ შეამჩნია და გაუკერავი დარჩა; ოპერაციის შემდეგ ამ ფანჯარაში შეიძლება გაძვრეს ნაწლავის მარყუჟი და წარმოიშვას გაუვალობა ან ქირურგის მიერ სპეციალურად გაკეთებულ ფანჯარაში, სადაც გამოიტანება კუჭისა და შერთული წვრილი ნაწლავის მარყუჟი კარგად არ იქნება დამუშავებული და ის ტექნიკურად სწორად არ ჩაიკერება. შეიძლება აგრეთვე გაუვალობის მიზეზი გახდეს მუცლის ღრუს დახურვის დროს თუ პერიტონეუმის ნაწილი დარჩა გაუკერავი; ამ ადგილას მიეხორცება ნაწლავის მარყუჟი, ის გაიღუნება და გახდება გაუვალობის მიზეზი. იშვიათად, მაგრამ არის შესაძლებლობა შერთულის ადგილს განვითარდეს ნაწლავთა ინვაგინაცია. ეს ძირითადად მაშინ ვითარდება, როდესაც შერთული კეთდება გრძელ მარყუჟზე. ამის პროფილაქტიკა იქნება შერთულის მოკლე მარყუჟზე გაკეთება.

ქირურგისათვის გაუთვალისწინებელ გართულებად შეიძლება ჩაითვალოს მწვავე გაუვალობის განვითარება ნაწლავთა მარყუჟის შემოგრეხის გამო (Volvulus). გაუვალობის დიაგნოსტიკის შეცდომის წყაროდ შეიძლება ჩაითვალოს ოპერაციის შემდეგ განვითარებული ღებინება, საერთო სისუსტე, კუჭის შივთავსის დაგროვება, რაც პირველ დღეებში აიხსნება კუჭის რეზექციასთან დაკავშირებული ფაქტორებით, მაგალითად, ანასტომოზიტი, კუჭის მოტორული და ევაკუატორული ფუნქციის დაქვეითება, შერთულის ვიწრო ხვრელი, კუჭის ატონია და სხვა. მაგრამ, როდესაც ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა უარეს-

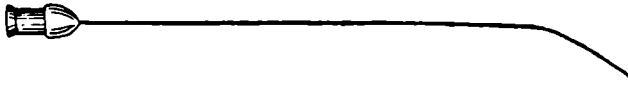
დება: აქვს განუწყვეტელი ღებინება, მაჯა აჩქარებული სუსტი, ორგანიზმი ბევრი სითხის დაკარგვის გამო იფიტება. მიღებული ზომები შედეგს ვერ აღწევს, ქირურგს აფიქრებინებს სერიოზულ გართულებაზე — გაუვალობაზე და სასწრაფოდ უნდა გაკეთდეს რელაპაროტომია, რითაც ავადმყოფი გამოვა მდგომარეობიდან. ოპერაციის შემდეგ საჭიროა გადამწყვეტი ზომების მიღება, რაც ილეუსის დროს გამოიყენება (სისხლისა და სითხეების გადასხმა, საგულე საშუალებების, ვიტამინების მიცემა და სხვა). მიუხედავად მიღებული ზომებისა, ჯერჯერობით სიკვდილიანობის პროცენტი მაინც დიდია, ამიტომ ქირურგის ვალია რაც შეიძლება ნაკლები ტექნიკური შეცდომები დაუშვას ოპერაციის კეთების დროს.

კუჭის ოპერაციისშემდგომი პერიოდის გართულება სლოკინით. მუცლის ღრუს ზემო სართულის ორგანოებზე, განსაკუთრებით კუჭზე, ოპერატორთა დაკვირვებით, ოპერაციის პირველ დღეებში ავადმყოფს უვითარდება სლოკინი, რომელიც ხანგრძლივი დროის განმავლობაში არ ცხრება და ძალზე შემაწუხებელია; ის ავადმყოფს არ აძლევს მოსვენებისა და ძილის საშუალებას, ნელ-ნელა ფიტავს ავადმყოფის ნერვულ სისტემას, აუძლურებს მას და ართულებს მის გამოჯანსაღებას. სლოკინის მიზეზი, ლორენცის აზრით, დიაფრაგმისა და მისი თანამოსახელე ნერვის გაღიზიანებაა. ამ გართულების მოსახსნელად ჩვენ არ მოგვეპოვებოდა რაიმე ეფექტური საშუალება. ლორენცმა სლოკინის მოსახსნელად ავადმყოფებს ასუნთქებინა ნახშირორჟანგი, რამაც ეფექტი გამოიღო. ჩვენ მიერ ეს საკითხი ფართოდ დამუშავდა და დადგინდა, რომ უმრავლეს შემთხვევაში ნახშირორჟანგის ჩასუნთქვა ხსნის სლოკინს და ავადმყოფს დიდ შვებას აძლევს. იმ შემთხვევაში, როდესაც ნახშირორჟანგი ვერ მოხსნის სლოკინს,



სურ. 39. ავადმყოფის პოზიცია რეტროსტერნული ბლოკადის დროს.

ჩვენ გვაქვს უფრო ეფექტური საშუალება (კ. დიხამინჯიას მიერ დამუშავებული) რეტროსტერნული ბლოკადა, ტექნიკურად ადვილი შესასრულებელი და მეტად ეფექტური საშუალება. ანესთეზიის გაკეთების ტექნიკა: საოპერაციო მაგიდაზე დაწოლას შემდეგ ავადმყოფს ბეჭქვეშ ამოუდებენ მორგეს ისე, რომ თავი ოდნავ გადაწეული ჰქონდეს უკან (ისე როგორც ფარისებრი ჯირკვლის ოპერაციის დროს). მარცხენა ხელით მოძებნიან მკერდის ძვლის საუღლე ნაწილის ზემო



სურ. 40. რეტროსტერნული ბლოკადის გასაკეთებელი ნემსი.

კიდეს, ამის შემდეგ ნოვოკაინის ხსნარით კეთდება ამ მიდამოს კანის ანესთეზია, შემდეგ სპეციალური ნემსი (სურ. 40) შეჰყავთ მკერდუკანა სივრცეში და ამ მიდამოს 60—70 მლ ნოვოკაინის 0,5%-იანი ხსნარით ჟღენთავენ. მანიპულაციის დამთავრებისთანავე წყდება სლოკინი და ავადმყოფი შვებას გრძნობს, ეძლევა ძილისა და მოსვენების საშუალება.

გაუთვალისწინებელი გართულებანი

წინასწარ სათანადოდ შესწავლილ და მომზადებულ ავადმყოფს, რომელსაც ჩამოუყალიბდება საოპერაციო ჩვენება, დასტაქარი უკეთებს ოპერაციას — კუჭის რეზექციას. ოპერაცია მთავრდება ყოველგვარი გართულების გარეშე. მაგრამ, ოპერაციის მე-3—4 დღეს, სრულიად მოულოდნელად, ავადმყოფის მდგომარეობა კატასტროფულად უარესდება. ვითარდება უმძიმესი კლინიკური სურათი. ავადმყოფს ეწყება შეუჩერებელი ფაღარათი, კარგავს დიდი რაოდენობით სითხეს და ელექტროლიტებს. ამასთან ერთად, ეწყება ტკივილი მუცლის არეში, მუცელი შებერილი, ზომიერად რბილი, ტემპერატურა 39—40° აღწევს, მაჯა ძალზე სუსტი ავსების და დაჭიმულობის (160—180 წუთში), გახშირებული სუნთქვა, ცივი ოფლი, ევფორია. ერთი სიტყვით, ყალიბდება ინტოქსიკაციის უმძიმესი სურათი. მიუხედავად მიღებული ზომებისა, ავადმყოფი 24 — 48 საათს განმავლობაში იღუპება. სექციაზე პათანატომი ადგენს დიდ მანძილზე გავრცელებულ კრუპოზულ-ნეკროზული ენტერიტის არსებობას. რა არის მიზეზი ამ უნაკლოდ გაკეთებული ოპერაციის შემდეგ გაუთვალისწინებელი კრუპოზონეკროზული ან, როგორც მას უწოდებენ, ფსევდომემბრანული ენტერიტისა, რომელიც ასე ელვისებურად უსპობს ადამიანს სიცოცხლეს? მოკლედ რომ ვთქვათ, ამის გამომწვევი მიზეზი არ ვიცით. ამ დაავადების ასახსნელად არის სხვადასხვა მოსაზრება, მაგრამ ჯერჯერობით ვკმაყოფილდებით მხოლოდ ჰიპოთეზებით.

როგორც ლიტერატურული მონაცემებიდან დასტურდება, ამ დაავადების დროს ადგილი აქვს ნაწლავის სანათურში ანტიბიოტიკებისადმი გამძლე სტაფილოკოკების ინტენსიურ გამრავლებას. აგრეთვე ადასტურებენ, რომ ანტიბიოტიკები იწვევს ნაწლავის ლორწოვანის დაზიანებასთან ერთად დისბაქტერიოზს, ამის გამო გამომუშავდება ამ ანტიბიოტიკებისადმი რეზისტენტული მიკროორგანიზმები, რომლებიც ინტენსიურად იწყებენ გამრავლებას, რაც დამღუპველად მოქმედებს მიკროორგანიზმზე. კრუპოზულ-ნეკროზული ენტეროკოლიტი უფ-

რო ხშირად ემართებათ ხანშესულ ადამიანებს, მაგრამ მისგან არაა დაზღვეული არც ერთი ასაკის ადამიანი.

ამ დაავადებას აქვს მისთვის დამახასიათებელი კლინიკა და ვისაც ერთხელ მაინც უნახავს კრუპოზულ-ნეკროზული ენტერიტით დაავადებული ავადმყოფი, შემდეგ ყოველთვის სწორად დასვამს დიაგნოზს.

საფაკულტეტო ქირურგიულ კლინიკაში 8 ავადმყოფს კუჭის რეზექციის შემდეგ განუვითარდა კრუპოზულ-ნეკროზული ენტერიტი. ოპერაციიდან 24—48 საათის შემდეგ ყველა ავადმყოფი დაიღუპა უმძიმესი ინტოქსიკაციით. ამ დაავადების სამკურნალოდ მოწოდებულმა მეთოდმა — ფიზიოლოგიური ხსნარი, 4—5 ლიტრამდე სისხლის გადასხმა და სხვა სიმპტომატური საშუალება — შედეგი არ გამოიღო.

სადღეისოდ არსებობს მკურნალობის მეთოდი, რომლის გამოყენებით შეიძლება დღემდე მოურჩენელი კრუპოზულ-ნეკროზული ენტერიტით დაავადებული ავადმყოფების გადარჩენა რაც შემდეგში მდგომარეობს: ავადმყოფს ყოველდღე სხვადასხვა გზით შეუყვანენ სპეციალურად მომზადებულ სითხეს არა 3—4 ლიტრის, არამედ 20—25 ლიტრის ოდენობით. ეს სითხე ასეთი შემადგენლობისაა:

Rp: Nat. chlorati 4,0
Nat. Bicarbon. 5,0
Kali chlorati 1,0
Ag. dest. 1000,0
sterilis

ამ სითხის შეყვანითა და სხვა სიმპტომატური საშუალებებით შეიძლება ავადმყოფის გადარჩენა. კრუპოზულ-ნეკროზული ენტერიტის მკურნალობის ეს მეთოდი ჩვენ არ შეგვიმოწმებია, ვინაიდან არ გვქონდა ამ სახის დაავადების შემთხვევა, მაგრამ შეიძლება ითქვას რომ, ის გამოიღებს დადებით შედეგს, ამიტომ მკურნალობის ეს მეთოდი უსათუოდ უნდა გამოვიყენოთ.

შეცდომები და გაუთვალისწინებელი გართულებანი კუჭის ოპერაციის დროს. ავადმყოფი ბ., 46 წლის, შემოვიდა საფაკულტეტო ქირურგიულ კლინიკაში 3/XI 1972 წელს, პეპტიკური წყლულის დიაგნოზით. როგორც ავადმყოფის ისტორიიდან ირკვევა 1963 წლის 15/III მისთვის წყლულოვანი დაავადების გამო გაუკეთებიათ კუჭის რეზექცია რუ-პეტრუშევსკის წესით (ძლიერი შეხორცებების გამო ოპერაცია რთული ყოფილა). რეზეცირებული კუჭის პილორუსის არეში დაუდგენიათ (1 X 1/2 სმ დიამეტრის) კრატერისებრი კალოზური წყლულის არსებობა. ოპერაციის მე-8 დღეს მლივი ნაწლავის სტრანგულაციური გაუვალობის გამო გაუკეთეს რელაპაროტომია. მუცლის ღრუს გახსნისას აღმოჩნდა ძლიერი შეხორცებები. ნაწილობრივი გაუვალობის გამო გაუკეთებიათ ენტეროენტეროანასტომოზი. ოპერაციისშემდგომმა პერიოდმა კარგად ჩაიარა და ავადმყოფი გაეწერა 6/IV 63 წელს, კარგ მდგომარეობაში. 8 წლის განმავლობაში ავადმყოფი თავს კარგად გრძნობდა. 1971 წელს ისევ დაეწყო ტკივილები ეპიგასტრიუმის მიდამოში, გახდა და შრომის უნარი დაკარგა. ავადმყოფი კლინიკაში შეისწავლეს დეტალურად.

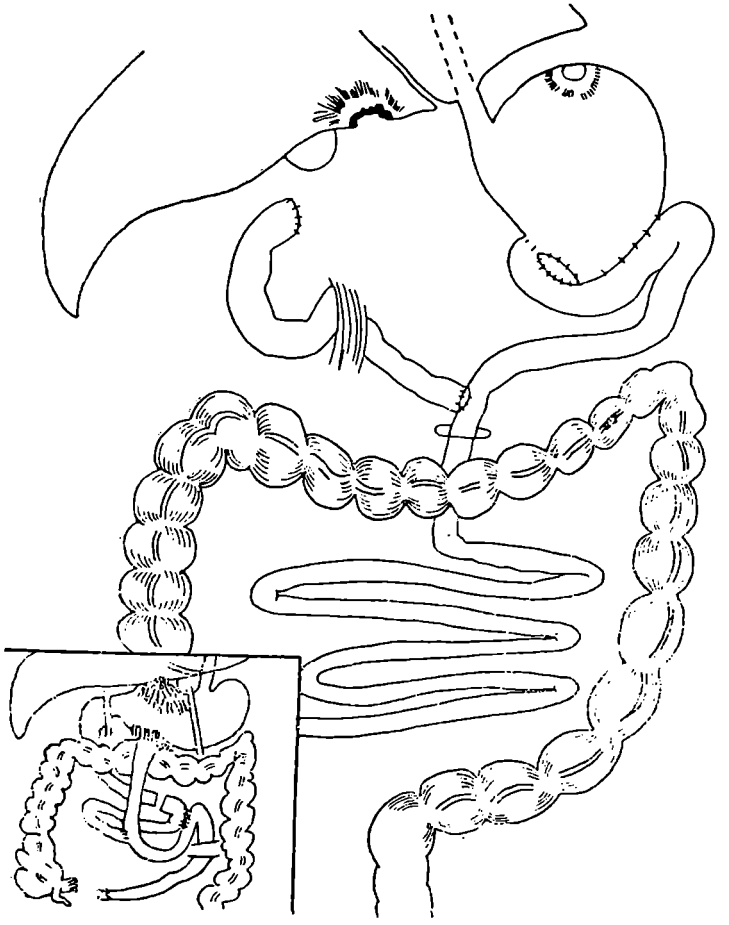
რენტგენოლოგიის დასკვნა: შერთულის მახლობლად დიდი სიმრუდის მხრიდან აღინიშნება დივერტიკულისმაგვარი გამოდრეკა. კონტრასტის გადასვლა სწრაფი, შერთულიდან 10 სმ დაშორებით წერილი ნაწლავის მარყუჟი გაფართოებულია. ერთი საათის შემდეგ კუჭი დაცლილია. დივერტიკულის

მაგვარი გამოდრეკის პროქსიმალური ნაწილიდან აღინიშნება კონტრასტის გადასვლა წვრილი ნაწლავის წამღებ ნაწილში. ეფიქრობთ, ამ ნაწილში დადებულია ლამატებითი ანასტომოზი.

კუჭის წვენის ანალიზი: საერთო სიმჟავე 6% — თავისუფალი— C, შარდსა და სისხლში აღსანიშნავი ცვლილებები არ არის. დიასტაზი შარდში 256. ელექტროკარდიოგრამაში აღსანიშნავი ცვლილებები არ არის. ავადმყოფი კარგად მომზადდა საოპერაციოდ. ოპერაციის ჩვენება: რეზეცირებული კუჭი 2/3-ით ტკივილების სინდრომით, რომელიც არ ემორჩილება კონსერვატიულ მკურნალობას. ავადმყოფმა დაკარგა შრომის უნარი. ყველაფერი ეს უფლებას იძლევა ავადმყოფს მიეცეს წინადადება რადიკალურ-ოპერაციულ მკურნალობაზე. ავადმყოფი დათანხმდა ოპერაციის გაკეთებაზე. 1972 წლის 20 დეკემბერს გაკეთდა ოპერაცია (ოპერაციის ხანგრძლივობა 5 საათი და 10 წუთი. ნარკოზი — ენდოტრაქეული).

გაიხსნა მუცლის ღრუ. აღმოჩნდა ძლიერი შეხორცებები. შეხორცებებისაგან ნაწლაბრივ განთავისუფლების შემდეგ დადგინდა ანთებითი კონგლომერატის არსებობა, რომელშიც ჩათრეული იყო კუჭის ანტრალური ნაწილი. აქვეა წვრილი ნაწლავის შერთული. კუჭის მცირე და ნაწილობრივ დიდი სიმრუდე დეფორმირებული იყო. ეს წარმონაქმნები გაითიშა და გამოიყო ანასტომოზი. აღმოჩნდა რომ თორმეტგოჯა ნაწლავს თავისუფალი კაშირი ჰქონდა კუჭთან, არაა კუჭის რეზისექციის ნიშნები, მხოლოდ დადებულია GEA პილორუსის მიდამოში რუს წესით. წვრილი ნაწლავის ყველა მარყუჟი გაგანიერებულია და კედლები ჰიპერტროფიული. ნაწლავები შებრუნებულია 90°-ით და აწვება წამღებ მარყუჟებს. თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვი დაიხურა ატიპურად. ძველი რეზექციის არსებობა არ დადგინდა. ანასტომოზის წყლული პენეტრირებულია გარდიგარდმო კოლინჯის ჯორჯალში. აგრეთვე დადგინდა ღვიძლში ძველი პენეტრირებული წყლულის არსებობა. კუჭის მობილიზაციის შემდეგ გაკეთდა 2/3-ის რეზექცია მოანასტომოზო მარყუჟებთან ერთად. შერთული მლივ ნაწლავთან (სურ. 41), წვრილი რეზინის მილი ცხვირიდან შეუყვანეს მლივ ნაწლავში.

პენეტრაციის ადგილას ჩაუტოვეს რეზინის მილი და მუცლის ღრუ ყრუდ დაიხურა რეზინის მილამდე. მეორე დღეს (21/XII) რეზინის მილიდან დიდი რაოდენობით გადმოვიდა ნაღველი. 14 საათისათვის დაიწყო განვითარება პერიტონიტმა (ქირურგს მილთან ერთად ტამპონიც უნდა დაეტოვებინა). ავადმყოფი მოთავსდა საოპერაციო მაგიდაზე. ჭრილობა გაიხსნა. ღვიძლის იმ ადგილას, სადაც ღრენაჟი იდო და ნაღველი გამოდიოდა, დატამპონდა მჭიდროდ და მუცლის ღრუ ტამპონამდე დაიხურა ყრუდ. თეძოს ფოსოების მიდამოში ორივე მხარეზე გაიხსნა მუცლის ღრუ და ჩადებულ იქნა რეზინის მილები და ტამპონები. ამით დამთავრდა ოპერაცია. ავადმყოფი იმყოფებოდა პარენტერალურ კვებაზე. მე-9 დღეს დადგინდა ანასტომოზის უკმარისობა. პირიდან მიღებული შეღებილი სითხე ამოვიდა ჭრილობაში. ავადმყოფი მესამეჯერ დაიწვინეს საოპერაციო მაგიდაზე (29/XII) და ენდოტრაქეული ნარკოზით გაუკეთდა ლაპაროტომია. ნაკერები მოიხსნა, გაიხსნა მუცლის ღრუ. დეტალური დათვალიერებით დადგინდა ნაწვავე წყლული, პერფორაცია კუჭის ფუნდალურ ნაწილში. სცადეს ნაკერის დადება, მაგრამ ანთებითი პროცესის გამო ვერ მოხერხდა, ამის გამო პერფორაციის ადგილას მიტანილ იქნა მარლის ტამპონი და მჭიდროდ დატამპონდა. ჭრილობა დაიხურა ტამპონამდე. ავადმყოფი გადაიყვანეს პარენტერალურ კვებაზე, რათა პერფორაციის დახურვის საშუალება ყოფილიყო (პირიდან არაფერი არ ეძლე-



სურ. 41. განმეორებითი რთული რეკონსტრუქციული ოპერაცია კუჭზე.

ოდა). პირველ დღეებში ჭრილობიდან დიდი რაოდენობით გადმოვიდა კუჭის შიგთავსი.

1973 წლის 2/I ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი იყო. ნახვევი ეცვლებოდა დღეში 2—3-ჯერ. გამონაყოფმა თანდათანობით იკლო. 8 იანვარს მიცემული შეფერილი სითხის ნაწილი გამოვიდა ჭრილობიდან. 14/1 ჭრილობიდან კუჭის შიგთავსის გამოყოფა შეწყდა. 18/1 ავადმყოფს პირველად მიეცა პირიდან თხიერი საკვები. ავადმყოფმა იწყო გამოჯანსაღება. 11/11 Hb — 72%, ერითროციტები — 4,2 მილიონი, ედრ — 22, ლეიკოციტები 4500. ავად-

მყოფმა იწყო სრული გამოჯანსაღება. ამგვარად, ავადმყოფი 1972 წლის 20 დეკემბრიდან 1973 წლის 20 იანვრამდე იმყოფებოდა მხოლოდ პარენტერალურ კვებაზე. მის რაციონს შეადგენდა: ერთი ლიტრი ფიზიოლოგიური სსნარი, ერთი ლიტრი 5%-იანი გლუკოზა, 20 მლ 40%-იანი გლუკოზა ვენაში, ვიტამინების კომპლექსი, ცილები 500—700 მლ. ავადმყოფი განიკურნა, გაეწერა გაჯანსაღებული.

ეს შემთხვევა იმის დამადასტურებელია, თუ როგორ შეიძლება ადამიანის განკურნება გართულებების დროული გამოცნობით და კვალიფიციური დახმარებით.

ᲨᲔᲪᲓᲝᲛᲔᲑᲘ ᲓᲐ ᲒᲐᲠᲗᲣᲚᲔᲑᲐᲜᲘ ᲙᲣᲭᲘᲡ ᲙᲘᲑᲝᲡ ᲓᲠᲝᲡ

თავისი სიხშირის მიხედვით კუჭის კიბოს ერთ-ერთი პირველი ადგილი უკავია ადამიანის ორგანიზმის პათოლოგიაში. ეს გაპირობებულია იმით, რომ კუჭი სისტემატურად განიცდის სხვადასხვა ქიმიურ-ფიზიკურ და რიგი სხვა ფაქტორების ზემოქმედებას. კუჭის მრავალ დაავადებათა შორის ყველაზე მძიმე და სახიფათო დაავადებას წარმოადგენს კუჭის კიბო. ადამიანის ორგანიზმის ავთვისებიანი სიმსივნეებიდან ყველაზე ხშირად კუჭის კიბო გვხვდება. რიგი ავტორების (ა. ჩაკლინი, მ. პეროუი) და ნაკრები სტატისტიკური მონაცემებით დასტურდება, რომ კუჭის კიბო მამაკაცებში გვხვდება 32%, ქალებში 26,8% შემთხვევაში. ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეული სიკვდილიანობის ნახევარი კუჭის კიბოზე მოდის. ჩვეულებრივ, კუჭის კიბო პირველადია და ის გვხვდება ყველა ასაკის ადამიანში. მაგრამ უმრავლეს შემთხვევაში ის ხანში შესული (45—65 წელი და ზემოთ) ადამიანის ხვედრია. ამასთან, უნდა აღინიშნოს, რომ რაც უფრო ახალგაზრდაა ავადმყოფი, მით უფრო ავთვისებიანად მიმდინარეობს დაავადება და ნაკლებად ემორჩილება მკურნალობას.

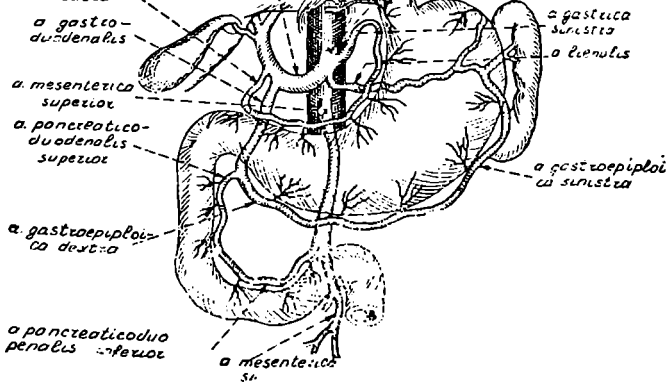
სადღეისოდ სადავო არ არის ის გარემოება, რომ საღ ორგანიზმსა და საღ კუჭში კიბო არ ვითარდება. კუჭის კიბოს განვითარებას ყოველთვის წინ უძღვის კიბოსწინარე დაავადება, როგორიცაა კუჭის პოლიპოზი, გასტრიტის ზოგიერთი ფორმა (ანაციდური, ჰიპაციდური, ჰიპერტროფიული, ატროფიული გასტრიტები), კუჭის ქრონიკული კალოზური წყლული და სხვ. მაგრამ აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ კიბოსწინარე მდგომარეობის მორფოლოგიური ცვლილებები, რომლითაც უნდა ხასიათდებოდეს კუჭის კიბოსწინარე მდგომარეობა, სადღეისოდ არ მოგვეპოვება. კუჭის მოქმედების ფუნქციური მოშლილობანი, როდესაც მასში კიბოსწინარე მდგომარეობა ვითარდება, ჯერ კიდევ შეუსწავლელია, ფუნქციური მოშლილობის გამოვლინების საშუალება არ მოგვეპოვება, თუმცა ზოგი ავტორი (ა. მელნიკოვი) იმ აზრისაა, რომ ეს ცვლილებები ბევრად უფრო ადრე არსებობს, მაგრამ თუ რა უდევს საფუძვლად მის განვითარებას, ჯერ კიდევ უცნობია. ამგვარად, უნდა აღინიშნოს, რომ როგორც კიბოსწინარე მდგომარეობა, ისე თვით კიბოს განვითარების ეტიოლოგიური ფაქტორები ჯერჯერობით სავსებით უცნობია.

კუჭის კიბო ვითარდება კუჭის სხვადასხვა ნაწილში, მაგრამ როგორც დიდი მასალიდან ირკვევა პათოლოგიურ-ანატომიური მონაცემები (დავიდოვსკი) უფრო ხშირად (55—60%) ვითარდება პილორულ ნაწილში, მცირე სიმრუდეზე — 25%, და კარდიალურ ნაწილში — 10%; შედარებით იშვიათია კიბო კუჭის წინა

და უკანა ზედაპირზე, ვინაიდან, როგორც აღვნიშნეთ, კუჭის კიბო უფრო ხშირად მცირე სიმრუდეზე და პილორულ ნაწილში გვხვდება, რადგან კუჭის წყლულიც უფრო ხშირად ამ მიდამოში ვითარდება. შეიძლება გამართლებულად ჩაითვალოს ის აზრი, რომ კუჭის კიბოს განვითარებას წინ უძღვის წყლულის გაჩენა.

ოპერატორისათვის განსაკუთრებით დიდი ღირებულება აქვს კუჭის კიბოს მაკროსკოპულ კლასიფიკაციას, ვინაიდან ეს აძლევს მას შესაძლებლობას განსაზღვროს ოპერაბილობის საკითხი. დავიდოვსკის მიხედვით მაკროსკოპულად ვარჩევთ: პოლიპისაგან განვითარებულ კიბოს; ის ვიწრო ან ფართო ფუძეზეა შემოსაზღვრული და მოძრავია. ინფილტრირებული კიბო, ცენტრში დაშლილია, კიდეები აწეული, გამკვრივებული აქვს (ლამბაქისებრი ფორმისაა) და დიფუზური ფორმის კიბო, როდესაც თითქმის მთელი კუჭია დაკავებული, გადასული და ჩაზრდილია მეზობლად მდებარე ორგანოებში და ოპერატორს არა აქვს შესაძლებლობა განსაზღვროს მისი საზღვრები. ამასთან, აღინიშნება მახლობელი და შორეული მეტასტაზების არსებობა. ძლიერ იშვიათად გვხვდება კუჭის კიბოს ერთი ფორმა — პლასტიკური ლინიტი (Linitis plastica). კიბოს ამ სახის დროს კუჭის ფორმა მკვეთრად შეცვლილია მისი კედლის კანკროიდული უჯრედებით ინფილტრირების გამო, ის კლებულობს მოცულობაში და ცილინდრული ფორმისაა, კედელი ხრტილისებურად მაგრდება (აქვე შეიძლება აღინიშნოს, რომ ზოგ შემთხვევაში ლინიტის მიზეზი შეიძლება იყოს სიფილისური ან ტუბერკულოზური ანთება).

კუჭის კიბოს მეტასტაზირება ხდება როგორც ლიმფოგენური, ისე ჰემატოგენური გზით. პირველ რიგში, მეტასტაზები ვრცელდება ბადექონის ლიმფურ სისტემაში, შემდეგ დიდ ბადექონში, რეტროპერიტონულ, პარაპორტალურ ლიმფურ სისტემებში, ხშირად ლავიწზედა და ლავიწქვედა ფოსოებში, ვირხოვის ლიმფურ კვანძებში. როდესაც კიბოს უჯრედების მეტასტაზირება ხდება ჰემატოგენური გზით, პირველ რიგში, ზიანდება ღვიძლი (მეტასტაზები ვრცელდება

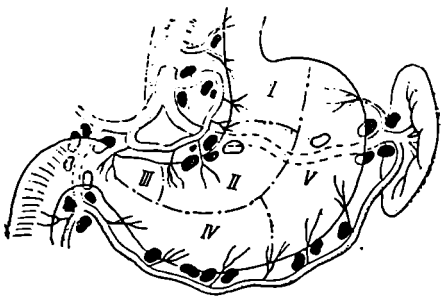


სურ. 42. კუჭის არტერიები.

პორტალური სისტემით). შემდეგ მეტასტაზები შეიძლება შეგვხვდეს ფილტვებში.

შნიტცლერის მეტასტაზი ქალებში ვითარდება დუგლასის მიდამოში, კაცებში კი — რექტოვეზიკალურ არეში; კრუკენბერგის მეტასტაზები — საკვერცხეებში.

პიეხედავად იმისა, რომ კუჭის კიბოს გამოსავლინებლად მოგვეპოვება საუკეთესო სადიაგნოზო საშუალებანი, სამწუხაროდ სადღეისოდ მისი გამოვლინება დროულად ვერ ხერხდება. უმრავლეს შემთხვევაში ავადმყოფები ქირურგიულ განყოფილებაში შემოდიან დაავადების ისეთ სტადიაში, როდესაც რადიკალური ქირურგიული დახმარება შეუძლებელი ხდება. მართალია, ზოგ შემთხვევაში ეს გამოწვეულია კიბოს შენიღბული მიმდინარეობით. დაავადების დროულ დიაგნოსტიკას ხელს უშლის თვით ავადმყოფის უყურადღებობა, ვინაიდან ზოგ შემთხვევაში დაავადება შეიძლება მიმდინარეობდეს რაიმე აღსანიშნავი სიმპტომის გამოვლინების გარეშე. მაგალითად, როცა კიბო ვითარდება მცირე სიმრუდეზე იგი არ იწვევს კუჭის გასავლის ან კარდიული ნაწილის შევიწროებას, საკმაო დიდი ხნის განმავლობაში რაიმე აღსანიშნავ სიმპტომს არ იძლევა და ავადმყოფი ექიმს მაშინ მიმართავს, როდესაც კიბო უკვე გენერალიზებულია და რაიმე საიმედო დახმარების აღმოჩენა შეუძლებელი ხდება. ეს ავადმყოფის შეცდომაა. ვინაიდან მან ვერ გაამახვილა ყურადღება იმ მცირე ცვლილებებზე, რომლებსაც კიბო იძლევა დასაწყის სტადიაში.



სურ. 43. კუჭის ლიმფური სისტემა.

მეორე, უფრო დიდ და შეუწყნარებელ შეცდომას ექიმები უშვებენ, როდესაც ავადმყოფი მათ მიმართავს პირველად. ამბულატორიის ექიმები არ ამახვილებენ ყურადღებას, ხანგრძლივი (თვეობით) დროის განმავლობაში უტარებენ გაუმართლებელ კონსერვატიულ მკურნალობას და როდესაც მდგომარეობა გართულდება, ჩატარებული მკურნალობა შედეგს არ მისცემთ, მხოლოდ მაშინ გზავნიან ავადმყოფს სტაციონარული გამოკვლევისა და მკურნალობისათვის, მაგრამ უკვე დაგვიანებულია და რაიმე რეალური დახმარების აღმოჩენა შეუძლებელი ხდება, ეს ექიმის დიდი და გამოუსწორებელი შეცდომაა. ისმება კითხვა: დაავადების დროულად გამოსავლინებლად როგორ უნდა ხდებოდეს ავადმყოფის გამოკვლევა, შესწავლა, რაც თავდებია ავადმყოფის განკურნებისა. ავადმყოფის შესწავლა ყოველთვის იწყება ანამნეზით. ამ დაავადების დროს ანამნეზის დეტალურ შეგროვებას უაღრესად დიდი ღირებულება აქვს. სწორად შეკრებილი ანამნეზი ექიმს სწორ გზაზე აყენებს, აფიქრებინებს მას უფრო დეტალურად შესწავლაზე, არსებულ სადიაგნოზო საშუალებათა ფართოდ გამოყენებაზე.

ანამნეზი: თუ ჩვენ ღრმად ჩავწვდებით ავადმყოფობის მონაცემებს, დავრწმუნდებით, რომ სახელმძღვანელოებში აღნიშნული, უსიმპტომოდ მიმდინარე

კიბოს არსებობა საკმაო გახდება იმიტომ, რომ არის ერთგვარი ნიუანსები, რომლის კარგად გაანალიზება გვაფიქრებინებს კიბოთი დაავადების დასაწყის ფორმაზე. კუჭის კიბოს ნაადრევ სტადიაში ყოველთვის არის სინდრომის მცირე ნიშნები, რომელიც განპირობებულია კუჭში არა ანატომიური ცვლილებებით, არამედ პირველად ავადმყოფს აღენიშნება ნივთიერებათა ცვლის დარღვევით. ავადმყოფი ჯერ არ აღნიშნავს რაიმე ტკივილს ეპიგასტრიუმის მიდამოში, მაგრამ რაღაც უხერხულობას გრძნობს მუცლის ზემო მიდამოში. ზოგ ავადმყოფს აქვს რაღაც ზედდაწოლის გრძნობა, ზოგს ერთგვარი სიმძიმის შეგრძნება, რასაც უფრო ჭამის შემდეგ აღნიშნავენ. ამაზე ავადმყოფი აფიქსირებს (ამახვილებს) ყურადღებას და ყოველთვის გრძნობს ჭამის გარეშეც. ავადმყოფი თანდათანობით კარგავს ჭამის შემდეგ გამოწვეულ ფიზიოლოგიური დაკმაყოფილების შეგრძნებას — პირის ღრუში აქვს უსიამოვნო გემო, ბოყინი ცუდი სუნისა და გემოსი. ავადმყოფი იწყებს საჭმლის შერჩევას, განსაკუთრებით შეიძულებს ცილოვან და ცხიმოვან საკვებს. ამგვარად ეწყება ე. წ. „დისკომფორტის“ მოვლენები, ავადმყოფი თანდათანობით სუსტდება, წონაში კლებულობს (ზოგჯერ ერთბაშად კარგავს კილოგრამებს) უქვეითდება შრომის უნარი, ეწყება ღამე კვერცხის სუნის მქონე ბოყინი, გულისრევა, ღებინება. პირნაღები სიმსივნის ლოკალიზაციასთან დაკავშირებით სხვადასხვანაირია. მაგალითად, თუ სიმსივნე კარდიულ ნაწილშია განვითარებული და ჩართულია საყლაპავიც, რომელიც ვიწროვდება და კუჭში საკვების გადასვლა ძნელდება, პირნაღები იქნება მოუნელებელი, შეუცვლელი მასა, ხოლო თუ სიმსივნე პილორულ ნაწილშია და ახშობს გადასასვლელს, მაშინ ავადმყოფს კუჭი უგანიერდება, ამონაღებში არის გახრწნილი მასა, რომელსაც ცუდი სუნი და გემო აქვს.

მნიშვნელოვანი სადიაგნოზო საშუალებაა პალპაცია. დაწყებით პერიოდში, როდესაც სიმსივნე მცირე სიდიდისაა, პალპაციით მისი გასინჯვა შეუძლებელია, მაგრამ ეპიგასტრიუმის არეში კუნთების ზომიერი რეზისტენტობა — დაჭიმულობა აღინიშნება, რაც არ იძლევა ღრმა პალპაციის შესაძლებლობას. ეს მიდამო ღრმა პალპაციით მტკივნეულია. მოგვიანებით ღრმა პალპაციით შეიძლება სიმსივნისმაგვარი წარმონაქმნის შეგრძნება. როდესაც სიმსივნე მიაღწევს გარკვეულ სიდიდეს, დაკვირვებული ავადმყოფი შეამჩნევს მის არსებობას და ექიმს თვითონ მიუთითებს რაღაც მაგარი წარმონაქმნის არსებობაზე ეპიგასტრიუმის მიდამოში. სიმსივნე მკვრივი კონსისტენციისაა, ხორკლიანი ზედაპირით. ეს უკვე შორსწასული შემთხვევაა და ავადმყოფისათვის დიაგნოზის დადგენას არსებითი მნიშვნელობა არა აქვს. ქირურგისათვის კი მნიშვნელობა აქვს სიმსივნის დასაწყისი ფორმის აღმოჩენას, ამისათვის ქირურგმა სადიაგნოზოდ უნდა გამოიყენოს სხვა საშუალებებიც.

კუჭის წვენის გამოკვლევა: რასაკვირველია, კუჭის გამოკვლევის მონაცემების შეფასების დროს ექიმმა ყურადღება უნდა გაამახვილოს დაავადების განვითარების დინამიკაზე. ექიმებში გამომუშავებულია ერთგვარი შაბლონი, რომ კუჭის კიბოს დროს მჟავიანობა ან ძალზე დაკლებულია, ან სულ არ არის. ასეთი შეხედულება შეცდომაა. ჯერ ერთი, კუჭის კიბოს დროს შემთხვევათა 15—20%-ში მჟავიანობა ნორმის ფარგლებშია ან ოდნავ შემცირებული. ზოგჯერ კუჭის წყლული კუჭის კიბოდ გადაგვარდება და პირველ პერიოდში შეიძლება მჟავიანობა ნორმატებულიც იყოს და როდესაც წყლული იწყებს გადაგვარებას, მჟავიანობაც კლებულობს და შეიძლება მარილმჟავა სრულიად გაქრეს. აქვე შეიძლება შევნიშნოთ, რომ არიან ავადმყოფები, რომლებსაც აქვთ ანაციდური

გასტრიტი და მარილმჟავა სულ არა აქვთ წლების განმავლობაში (იყო შემთხვევა, როდესაც ავადმყოფს მჟავიანობა ჰქონდა ნული, მაგრამ 75 წლის ასაკში თავს კიდევ კარგად გრძნობდა), რასაც შეიძლება მნიშვნელობა ჰქონდეს სხვა მონაცემებთან შეჯამების დროს (კუჭის წვენში მჟავიანობა 64%-ში შემთხვევაში სულ არ არის, დაქვეითებულია 19%-ში შემთხვევაში, ნორმალური შეიძლება იყოს 17%-ში). ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ კუჭის წვენში შეიძლება გაჩნდეს რძემჟავა (73%-ში). მაგრამ თუ ანალიზის დროს რძემჟავა არ აღმოჩნდა, ეს იმას არ ნიშნავს, რომ ავადმყოფს კიბო არა აქვს. კუჭის კიბოს დიაგნოსტიკაში დიდი ღირებულება აქვს რენტგენოსკოპიასა და რენტგენოგრაფიას. რენტგენოლოგებმა უნდა გამოაელინონ და დაადგინონ კუჭის კედელზე ცვლილებები. რასაკვირველია, კიბოს დიდი დეფექტის არსებობის დროს მისი აღმოჩენა სიძნელეს არ წარმოადგენს, მაგრამ კუჭის კედელზე, სადაც ეჭვია კიბოზე, პერისტალტიკის ტალღა ქრება, რადგან ქსოვილი სიმსივნური უჯრედებით ინფილტრირებულია და ხელს უშლის ნორმალურ პერისტალტიკას. ამგვარად, შესაძლებელია რენტგენოლოგიურად დადგინდეს არამცთუ კიბოს არსებობა, არამედ მისი ლოკალიზაციაც. მაგრამ არის შემთხვევები, როდესაც რენტგენოლოგებიც უშვებენ შეცდომებს, ზოგჯერ უხეშსაც, ვერ აღმოაჩენენ არამცთუ კიბოს დასწყის ფორმას, არამედ იმ ფორმასაც როდესაც ის გარკვეულ სიდიდეს აღწევს. მაგალითად, კუჭის რენტგენოდიაგნოსტიკა გაძნელებულია, როდესაც კიბო განვითარებულია კარდიულ მიდამოში (მ. კომახიძის მონაცემებით, კუჭის კიბოს დიაგნოზი დადგენილი იყო შემთხვევათა 93,8%-ში).

კუჭის კიბოს დიაგნოსტიკაში ერთგვარი გარკვეულობა შეაქვს გასტროსკოპიას. სადღეისოდ ჩვენ მოგვეპოვება ისეთი გასტროსკოპი (ფიბროგასტროსკოპი), რომელიც ნათელ სურათს იძლევა კუჭის კედლის ცვლილებებზე, მაგრამ ჯერჯერობით ეს აპარატი იშვიათობას წარმოადგენს (არის ყველა მონაცემი, რომ ის მოკლე ხანში ფართოდ გავრცელდეს და ყველა კლინიკისა და განყოფილებისათვის მისაწვდომი გახდეს).

დიდი შეცდომა იქნება ექიმმა არ გამოიყენოს ციტოდიაგნოსტიკა, როგორც სადიაგნოზო საშუალება. კუჭის კიბოს ახასიათებს დაშლა, დაწყლულება, ამის გამო სიმსივნური უჯრედები ერევა კუჭის შიგთავსში. კუჭის გამორეცხვით მიღებული უჯრედების მიკროსკოპში გასინჯვით ხშირად აღმოჩნდება ბლასტომური უჯრედები, რაც კიბოს არსებობის დამახასიათებელი ფაქტორია.

თუ ჩამოთვლილი და სხვა მრავალი წვრილმანი მონაცემის (სხვადასხვა სახის ანემია, ფარული სისხლის დენა და სხვ.) დეტალური გარჩევით — ანალიზირებით ვერ დადგინდა კუჭის კიბოს არსებობა და იმავე დროს ექიმის გამოცდილება, მისი ინტუიცია უკარნახებს ბლასტომურ დაავადებაზე; სრულიად გამართლებულად შეიძლება ჩაითვალოს საცდელი სადიაგნოზო ლაპარატომია — გასტროსტომია, რაც ჭეშმარიტად გამოამჟღავნებს კუჭის დაავადების ნამდვილ მიზეზს. ჯობია ექიმი შეცდეს და გააკეთოს ლაპარატომია, ვიდრე გაუშვას საუკეთესო მომენტი დაავადებული კუჭის ოპერაბილობისა, რითაც წყდება ავადმყოფის ყოფნა-არყოფნის საკითხი.

კუჭის კიბოს მკურნალობა

კუჭის კიბოს მკურნალობა შეიძლება მხოლოდ ოპერაციული წესით. ზოგიერთი ორგანოს კიბო შეიძლება განიკურნოს კონსერვატიული (რენტგენო-, რადიო-, ქიმიოთერაპია) მკურნალობით ან ავადმყოფს დროებით მაინც მიეცეს

შვება. ეს არ ვრცელდება კუპის კიბოზე. ვინაიდან დღემდე ნაცადმა კონსერვატიულმა მკურნალობამ ვერავითარი შედეგი ვერ გამოიღო. ამ დაავადების კონსერვატიული წესით მკურნალობა დიდი შ ე ც დ ო მ ა ა. მხოლოდ რადიკალურმა ქირურგიულმა ოპერაციამ შეიძლება ავადმყოფის მდგომარეობა გაუმჯობესოს ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ან დროებით მაინც.

კუპის კიბოს ოპერაცია კარგი გამოსავალით პირველად გაკეთა ბილროტმა (1881 წლის 29 იანვარს). რუსეთში კუპის კიბოს პირველი რეზექცია გაკეთა კიტაისკიმ (1881 წლის 16 ივლისს). აღნიშნული ოპერაციების კარგმა გამოსავალმა აღაფრთოვანა იმ დროის გამოჩენილი ქირურგები. მაგრამ ასეთი ოპერაციების კეთება არც ისე ადვილი და უხიფათო აღმოჩნდა. კიბოს დროს კუპის რეზექციებმა მოგვცა სიკვდილიანობის დიდი პროცენტი. უნდა აღინიშნოს, რომ ქირურგები ცდილობენ კუპის კიბოს ქირურგია განავითარონ ისე, რომ რაც შეიძლება სიკვდილიანობა ნაკლები იყოს.

წინათ ავადმყოფები ქირურგს მაშინ მიმართავდნენ, როდესაც რაიმე რთული ქირურგიული ჩარევა შეუძლებელი იყო, ვინაიდან კუპის კიბოს დიაგნოსტიკის საკითხი მეტად დაბალ დონეზე იდგა. დღეს კი ოპერაბილობის საკითხი წყდება დაავადების ნაადრევი გამოვლინებით — დიაგნოსტიკით; მაგრამ მიუხედავად იმისა, რომ მოგვეპოვება რიგი გაუმჯობესებული სადიაგნოზო საშუალებები, კუპის კიბოს ოპერაბილობის პროცენტი დაბალია, ვინაიდან ავადმყოფები სტაციონარში შემოდიან ძალზე დაგვიანებით.

როდესაც დადგინდება კუპის კიბო, უსათუოდ საჭიროა ოპერაციული მკურნალობა. რასაკვირველია, წინასწარ უნდა დადგინდეს, თუ რა სახის ოპერაცია უნდა გაკეთდეს. მდგომარეობისა და დაავადების ხასიათის მიხედვით შეიძლება ოპერაციის დროს ქირურგმა შეცვალოს თავისი გეგმა და გააკეთოს ისეთი ოპერაცია, რომელსაც უკარნახებს მას ის ცვლილებები, რაც დადგინდა ოპერაციის დროს. რა სახის ოპერაციაც არ უნდა იყოს წინასწარ გათვალისწინებული, ავადმყოფი ოპერაციასა და ნარკოზისათვის უნდა მომზადდეს შესაფერისად, რათა მან ადვილად შეძლოს როგორც ოპერაციის, ისე ნარკოზისაგან მიღებული გართულებების გადატანა.

რადგან ეს დაავადება უფრო ხანშიშესულ ადამიანებს უვითარდებათ, პირველ რიგში, უნდა აღსდგეს ცილოვანი ნივთიერებისა და წყლის ბალანსი. ყურადღება უნდა გამახვილდეს სასუნთქი და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის წესრიგში მოყვანაზე. უნდა დაენიშნოს კუპის ამორეცხვა მარილმჟავასა და პეპსინის სუსტი (0,7 ან 1%) ხსნარით, გადაესხას სისხლის შემცველი ნივთიერებანი (ფიზიოლოგიური, გლუკოზის და პოლიგლუკონის ხსნარი). ასე სპეციალურად მომზადებულ ავადმყოფებს უნიშნავენ ოპერაციას.

ოპერაციის კარგი გამოსავალისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს გაუტკივარების სახის შერჩევას: ამ საკითხის შაბლონურად გადაწყვეტა არ შეიძლება. გაუტკივარების სახე უნდა შეირჩეს ავადმყოფის მდგომარეობის მიხედვით.

საღეისოდ თუ რაიმე უკუჩვენება არ არის, შეიძლება ენდოტრაქეული ნარკოზის ხმარება სხვადასხვა რელაქსანტების გამოყენებით. მაგრამ ამ სახის ნარკოზს გამოყენება შეიძლება იმ საავადმყოფოებში, სადაც არსებობს ანესთეზიოლოგთა განყოფილება. ინტრატრაქეული ნარკოზის გამოყენების შესაძლებლობა ყველა საავადმყოფოში არაა, განსაკუთრებით რაიონის პირობებში, ამიტომ სასურველია ადგილობრივი გაუტკივარების გამოყენება. ამ სახის ანესთეზიას უსათუოდ უნდა დაემატოს შოკოგენური ზონების ბლოკირება. გაუტკივარების

ეს სახე ქირურგისაგან მოითხოვს დიდ მოთმინებას და საოპერაციო არის ანატომიის კარგ ცოდნას. თუ ანესთეზირებული იქნება ყველა საოპერაციო ადგილი, შეიძლება ასეთი რთული და რადიკალური ოპერაცია გაკეთდეს კარგად და სრულად უმტკივნეულოდ. ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ ადგილობრივი ანესთეზიით ოპერირების დროს შეიძლება მუცლის ღრუში ჩაისხას ევიპანნატრიუმის 2%-იანი ხსნარი 50,0 მლ რაოდენობით; ამ ხსნარს ავადმყოფი გადაჰყავს მთვლემარე მდგომარეობაში და შეიძლება ოპერაციის დამთავრება უმტკივნეულოდ, ყოველგვარი გართულების გარეშე.

გაუტკივარების მესამე სახეა სპინალური ანესთეზია. ამ სახის გაუტკივარების დროს ხშირია სხვადასხვა სახის გართულება, ზოგჯერ ძალზე სახიფათო (შოკი, კოლაფსი, თავის ტკივილი და სხვა). ამიტომ ვინც ამ სახის გაუტკივარებაში ძალიან დახელოვნებული არ არის, ის არ უნდა გამოიყენოს. თუმცა ს. იუდინი დიდ შეფასებას აძლევდა გაუტკივარების ამ სახეს და უმრავლეს შემთხვევაში კუჭის ოპერაციას სპინალური ანესთეზიით აკეთებდა.

ო პ ე რ ა ც ი ა: განაკვეთი (იშვიათი გამონაკლისის გარდა), როდესაც ოპერაცია კეთდება ტრანსაბდომინალური მიდგომით, გაჰყავთ თეთრ ხაზზე, მახვილისებრი მორჩიდან ჰიპამდე ან ოდნავ დაბლა. მდგომარეობისა და ოპერაციის ხასიათის მიხედვით შეიძლება დამატებით განაკვეთების გაყვანა იმ შემთხვევაში, თუ ოპერაცია კეთდება ტრანსთორაკალური მიდგომით, მაშინ ქირურგი თვითონ არჩევს განაკვეთის გაყვანის ადგილს (საერთოდ განაკვეთი გაჰყავთ მე-7—8 ნეკნთშუა სივრცეში). მუცლის ღრუს გახსნისას ოპერატორი ათვალიერებს კუჭში სიმსივნის ლოკალიზაციას, საზღვრავს მის სიდიდეს და მეზობელ ორგანოებთან კავშირს. ქირურგი მაკროსკოპულად არჩევს კიბოს ფორმას, მკვეთრად შემოსაზღვრულ სიმსივნეს ფართო ან ვიწრო ფუძით, რომელიც ჯერ კიდევ არ დაწყლულებულა. ასეთი სიმსივნეები, უმრავლეს შემთხვევაში, ვითარდება კუჭის ანტრალურ ნაწილში. არსებობს ფინჯნის ფორმის დიფუზურ-ინფილტრატული (როცა ინფილტრატი ვითარდება კუჭის კედლის სისქეში) სიმსივნე, რომელსაც აქვს შემოსაზღვრული კიდეები, ცენტრში ყოველთვის დაწყლულებულია და შერეული ფორმისაა. აქ დიდ სიძნელეს წარმოადგენს მისი გავრცელების საზღვრის დადგენა (აბრიკოსოვი, დავიდოვსკი). ვინაიდან ის იწვევს კუჭის კედლის ინფილტრაციას საკმაოდ დიდ მანძილზე. როდესაც ოპერატორი შეახდენს ერთგვარ ორიენტაციას, პირველ რიგში, წყვეტს საკითხს არის თუ არა შემთხვევა ოპერაბელური. მეორე საკითხი, რომელიც ოპერატორმა უნდა გადაწყვიტოს, არის — რა სახის ოპერაცია უნდა გაკეთდეს.

რასაკვირველია, როდესაც დაავადება შორსწასულია და აღინიშნება მრავლობითი მეტასტაზები, ავადმყოფი დასუსტებულია, მუცლის ღრუში სითხის არსებობა დადგინდება, ოპერაციის გაკეთება უკუნაჩვენებია და ყოველგვარი ჩარევის გარეშე მუცლის ღრუ უნდა დაიხუროს. როდესაც ღვიძლსა და ბაღეკნებში აღინიშნება მცირე სიდიდის 2—4 მეტასტაზი ან, როდესაც კიბოთი გამოწვეული ინფილტრატი ვრცელდება ყლაპავ მილამდე, ან ჩაზრდილია პანკრეასში, ან გარდიგარდმო კოლინჯში, ან მეტასტაზები ღვიძლის კარებია, ასეთ შემთხვევებში რადიკალური ოპერაციის გაკეთების საკითხი წყდება ინდივიდუალური მიდგომით, ეს კი დამოკიდებულია ქირურგის გამოცდილებაზე, ტექნიკურ დახელოვნებასა და მის გამბედაობაზე. ზოგი ოპერატორი ირჩენს ზედმეტ სიფრთხილეს, ოპერაციასთან დაკავშირებული გართულებებისა და სიკვდილიანობის დიდი პროცენტის გამო, არჩევს უკან დახევას და კმაყოფილდება პალიატიური

ოპერაციით. ზოგი კი ირჩენს გამბედაობას და მიუხედავად ტექნიკური სიძნელეებისა, მაინც აკეთებს ოპერაციას, რაც შეცდომაა და შედეგიც არადამაკმაყოფილებელია.

როდესაც ქირურგი უარს ამბობს ოპერაციაზე, ეს ნიშნავს ავადმყოფისათვის სასიკვდილო განაჩენის გამოტანას, ამიტომ იქ, სადაც მცირე პროცენტი შესაძლებლობაა ავადმყოფის გადარჩენისა, ქირურგი უნდა შეეცადოს ოპერაციის ჩვენების გადიდებას, მაგრამ როდესაც ოპერაციის უკუჩვენებაა, თავი უნდა შეიკავოს ოპერაციაზე.

ხანგრძლივი გამოცდილების შედეგად ქირურგები მივიდნენ იმ დასკვნამდე, რომ გრანდიოზული კომბინირებული ოპერაციების წარმოების (ღვიძლის, გარდიგარდმო კოლინჯის, პანკრეასის, ელენთის და სხვა ორგანოების ამოკვეთის) პერიოდმა განვლო (ს. იუდინი). მაგრამ უკანასკნელი პერიოდის ლიტერატურაში და მათ შორის ე. ბერიოზოვის მონაცემებით დასტურდება, რომ არაგრანდიოზული, მაგრამ კომბინირებული ოპერაციის შემდეგ კარგი გამოსავლის პროცენტი ძალზე გაიზარდა და იქ, სადაც ეს შესაძლებელია უნდა გაკეთდეს კომბინირებული ოპერაციები. აქვე უნდა შევნიშნოთ, რომ ასეთი რთული კომბინირებული ოპერაციების დროს კარგი გამოსავალი, რასაკვირველია დიდი ქირურგების ხვედრია, ისიც ერთეულ შემთხვევებში და მისი განზოგადება ჩვენ შეცდომად მიგვაჩნია და ასეთ რთულ ოპერაციებს უნდა ვერიდოთ.

როდესაც ოპერატორი მუცლის ღრუსა და კუჭის დათვალიერების შემდეგ გადაწყვეტს ოპერაციის გაკეთებას, იქვე უნდა დასახოს, თუ რა სახის ოპერაციები უნდა გაკეთდეს. შეიძლება გაკეთდეს შემდეგი სახის ოპერაციები: ჩვეულებრივი რეზექცია, როდესაც ამოიკვეთება კუჭის 2/3; როდესაც ნაჩვენებია სუბტოტალური რეზექცია; გაფართოებული რეზექცია; კუჭის მთლიანი რეზექცია — გასტრექტომია. აქ უნდა მოვიგონოთ და განვახორციელოთ ნ. პეტროვის აზრი: „პატარა სიმსივნე, დიდი ოპერაციაა", რაც პრინციპში სავსებით სწორია. ამიტომ კუჭის 2/3 ამოკვეთა მიზანშეწონილი არ არის, ვინაიდან ასეთი ოპერაციის დროს ყოველთვის შესაძლებელია მეტასტაზების მცირე ნაწილების ან კუჭის კედლის ინფილტრირებული ნაწილის დარჩენა, რადგან კუჭის კედელი არაიშვიათად განიცდის მცირე ინფილტრაციას, რომლის დადგენა თითების შეგრძნებით არ შეიძლება, რეციდივი ოპერაციის შემდეგ მოკლე დროში იჩენს თავს. რის გამოც ავადმყოფს უნდა გაუკეთდეს განმეორებითი ოპერაცია ან უნდა დაიღუპოს.

მაშასადამე, უფრო მეტ შემთხვევაში უნდა კეთდებოდეს სუბტოტალური რეზექცია (რაც არ ნიშნავს კუჭის მარტო დიდი ნაწილის ამოკვეთას), როდესაც რჩება კუჭის 1/5, ეს შეცდომაა, აქ მთავარია რადიკალურობის დაცვა. კუჭის დიდ ნაწილთან ერთად უნდა ამოვიღოთ მთლიანად დიდი და მცირე ბადეკონი, Art. gast. sin. უნდა გადავკეთოთ მისი გამოსვლის ადგილას. უნდა ამოვიღოთ ყველა შესამჩნევი ლიმფური კვანძი.

ჩვენის აზრით, კუჭი უნდა მოიკვეთოს საყლაპავი მილიდან 4—5 სმ დაშორებით, ვინაიდან არის შემთხვევები, როდესაც რეზექციას აკეთებენ სიმსივნის ხაზიდან 5—6 სმ დაშორებით და კუჭის ამ მონაკვეთის კედლის სისქეში პოულობენ კიბოს უჯრედებს. ამიტომ კიბოს შერეული ფორმის დროს საჭიროა დიდი რადიკალურობის პრინციპის დაცვა. თუ კიბო განვითარდა პოლიპისაგან, ისიც ანტრალურ ნაწილში, მეტასტაზების გარეშე, უნდა გაკეთდეს ჩვეულებრივი რეზექცია — ამოიკვეთოს კუჭის 3/4. რადიკალურობის დაცვის გარეშე კუჭის დიდი

ნაწილის ამოკვეთა გაუმართლებელია, შეცდომაა, ვინაიდან ოპერაციის შემდეგ მოსალოდნელია მეტასტაზების სწრაფი ზრდა და ავადმყოფის დაღუპვა.

კუჭის კიბოს დროს გასტრექტომია ან ტოტალური რეზექცია პირველად გაკეთა შლატერმა 1897 წელს; ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფმა იცოცხლა 14 თვე. ამ სახის ოპერაცია მოსკოვში გაკეთა ზიკოვმა 1911 წელს. ი. ჯანელიძეს და ე. ბერიოზოვს აქვთ გასტრექტომიის საკმაოდ დიდი მასალა. ამ ბოლო ხანებში, ენდოტრაქეული ნარკოზის, სულფამიდური პრეპარატებისა და ანტიბიოტიკების შემოღებასთან დაკავშირებით ეს ოპერაცია მისაწვდომი გახდა საშუალო კვალიფიკაციის ქირურგებისთვისაც, ოპერაციის შედეგებიც დამაკმაყოფილებელია. რა მაჩვენებლების მიხედვით უნდა გაკეთდეს გასტრექტომია? ა) კარდიალური მიდამოს წყლულისა და კიბოს შემთხვევებში, რომელიც არაა დაკავშირებული და ჩაზრდილი მეზობელ ორგანოებთან; ბ) როდესაც კარდიალური კიბო გადადის საყლაპავ მილში; გ) როდესაც კუჭის მცირე სიმრუდე დაკავებული აქვს სიმსივნეს; დ) როდესაც კუჭში მრავლობითი პოლიპია. ამ შემთხვევებში გასტრექტომიის ჩვენება უნდა გადაწყდეს სათანადო ობიექტური შეფასების შემდეგ.

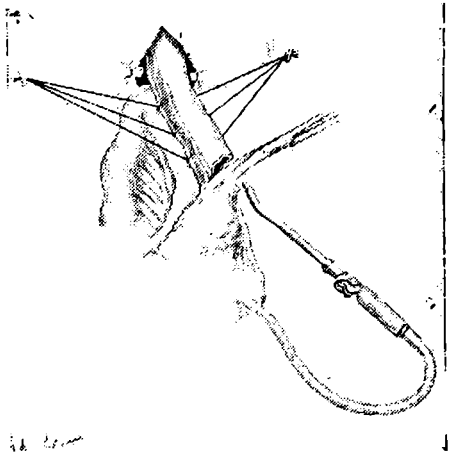
კუჭის ტოტალური რეზექციის გასაკეთებლად ორი გზა არსებობს: ა) მუცლის ღრუდან შიდგომით, როდესაც ოპერაცია ხორციელდება შუასაძგიდის გაუხსნელად. ამ მეთოდით სარგებლობდა ა. სავინიხი, რომელიც ამ სახის ოპერაციის ვირტუოზად ითვლებოდა. მას ხშირად იწვევდნენ ჩვენი ქვეყნის დედაქალაქ მოსკოვში, სადაც ის აკეთებდა გასტრექტომიას, რომელიც უმეტეს შემთხვევაში კარგი მაჩვენებლით მთავრდებოდა (სავინიხს არც ერთხელ არ გაუკეთებია ამ სახის ოპერაცია ტრანსთორაკალური მიდგომით); ბ) ოპერაციის გაკეთებას ტრანსთორაკალური მიდგომით. საყლაპავი მილის კარდიალური ნაწილის კიბოს და კუჭის კარდიალური კიბოს დროს ტოტალური რეზექცია საბჭოთა კავშირში პირველად გაკეთა ე. კაზანსკიმ, კარგი გამოსავალით.



სურ. 44. ნაკერი საპოშკოვის მიხედვით.

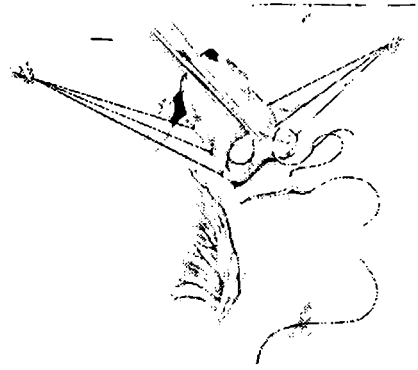
საზღვარგარეთ ამ სახის ოპერაციებს აკეთებენ მხოლოდ ტრანსთორაკალური მიდგომით. ოპერაციის ეს სახე ძალიან რთულ ოპერაციად ითვლება. ის ტექნიკურად ძნელი შესასრულებელია და ჯერჯერობით სიკვდილიანობის დიდ პროცენტს იძლევა. მაგალითად, ისეთი დიდი და მაღალი ტექნიკის მქონე ქირურგმა, როგორიც იყო ს. იუდინი, 114 ტოტალური რეზექციიდან სიკვდილიანობა მიიღო 57%-ში, ხოლო 1948—1953 წლებში იმავე იუდინმა 259 შემთხვევიდან სიკვდილიანობა მიიღო 47%-ში, მეიომ კი — 43% შემთხვევაში.

ისმება კითხვა, რა არის ასეთი მაღალი სიკვდილიანობის მიზეზი? როგორც ამას მსოფლიოს გამოჩენილი ქირურგები აღიარებენ, შემთხვევათა მეტ პროცენტში სიკვდილიანობის მიზეზია ტექნიკური შეცდომები.

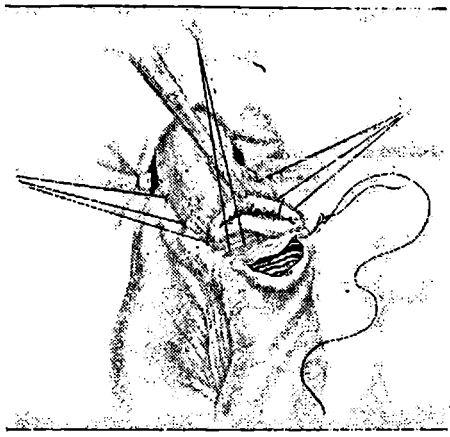


სურ. 45. კუჭის მოკვეთა და შიგთავსის ასპირაცია.

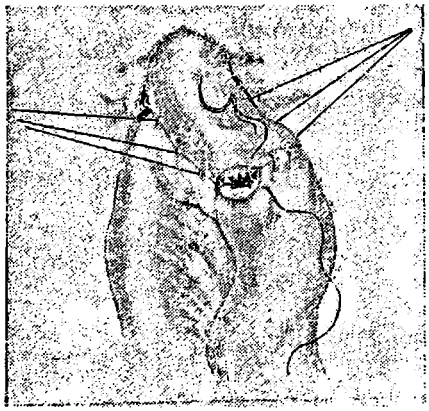
მთავარი და გამოუსწორებელი შეცდომაა საყლაპავი მილის მობილიზაცია, რომლის დროს ზიანდება მისი დისტალური ნაწილის მკვებავი სისხლძარღვები (საყლაპავი მილის ანალური ნაწილი ძალზე ღარიბია სისხლძარღვებით). შერთულის გაკეთება რომ გადვილდეს, მას საკმაოდ დიდ ნაწილზე ათავისუფლებენ (10 და უფრო მეტი სანტიმეტრით), რაც უაღრესად დიდი შეცდომაა, მართალია, შერთულის გაკეთება ადვილდება, მაგრამ, ერთი მხრივ, აქ ზიანდება მკვებავი სისხლძარღვები, ამასთან, ამ მიდამოში საყლაპავი მილი მოკლებულია მფარავ სეროზულ გარსს. ამ მიდამოში დადებული შერთული (რა კარგადაც არ უნდა იყოს დადებული) ზოგ შემთხვევაში მე-5—6 დღეს, მის მარჯვენა კუთხეში, ძაფი გაჭრის ქსოვილს, გამოიწვევს ნეკროზს, რასაც მოჰყვება შერთულის უკმარისობა და შიგთავსის ჩაქცევა პლევრისა და მუცლის ღრუში და განვითარდება ისეთი გართულებები, როგორიცაა პერიტონიტი და მედიასტინიტი, რაც იწვევს ავადმყოფის დაღუპვას. ამიტომ ამ უმძიმესი გართულების თავიდან ასაცილებლად საყლაპავი მილის მობილიზაცია უნდა გაკეთდეს არაუმეტეს 4 — 5 სმ. საყლაპავ მილთან უნდა მივიტანოთ საანასტომოზო ნაწლავი და შერთული ისე უნდა გავაკეთოთ, რომ არ დაი-



სურ. 46. ტოტალური გასტრექტომია (ნაკერების დადება საყლაპავ მილსა და წვრილ ნაწლავს შორის უკანა კედელზე).

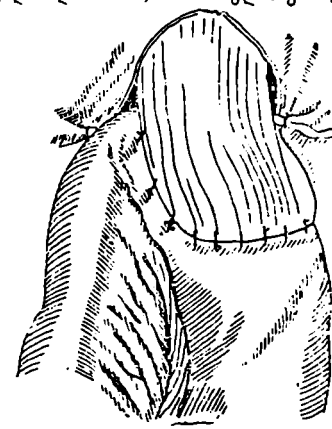


სურ. 47. ნაკერების დადება უკანა კიდლებზე.



სურ. 48. დამთავრებული ანასტომოზი (იუდინ ს. მიხედვით).

ჰიმოს. ფინსტერერის მონაცემით 77 შემთხვევიდან 57 შემთხვევაში სიკვდილის მიზეზი ტაკვის უკმარისობა იყო. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ საყლაპავ მილსა და თორმეტგოჯა ნაწლავს შორის, რანაირი მობილურიც არ უნდა იყოს თორმეტგოჯა ნაწლავი, შერთულის დადება საყლაპავსა და თორმეტგოჯას შორის უსათუოდ შეცდომაა, ვინაიდან აქ მაინც ხდება დაჭიმვა, რაც შერთულის უკმარისობის ხელშემწყობია. ამას აღნიშნავენ დიდი გამოცდილებისა და მაღალი ტექნიკის მქონე ქირურგები (ფინსტერერი, იუდინი, ბერიოზოვი და სხვები).



სურ. 49. ანასტომოზის საბოლოო ეტაპი.

აქედან დასკვნა: ასეთი რთული ოპერაციის გაკეთება უნდა იკისრონ მაღალი ტექნიკისა და გამოცდილების მქონე ქირურგებმა, რომლებმაც კარგად იციან ამ ორგანოს ანატომია და ტოპოგრაფიული დამოკიდებულება სხვა ორგანოებთან.

შეცდომები და გართულებანი გასტროსტომიის დროს

საყლაპავი მილის დაავადების დროს, როდესაც საყლაპავი მილით საკვების გადასვლა კუჭში ძალზე გაძნელებული ან სრულიად შეწყვეტილია, აუცილებელია კუჭზე სტომის დადება.

საყლაპავი მილის კიბოთი დაავადების დროს ავადმყოფთა უმრავლესობა ქირურგთან მიდის დაავადების ისეთ სტადიაში, როდესაც რაიმე რადიკალური ოპერაციული ჩარევა შეუძლებელია. ავადმყოფები, დიდხანს შიმშილისაგან ძალზე დასუსტებულნი და კახექსიურ მდგომარეობაში იმყოფებიან, სიკვდილის პირას არიან. ასეთ შემთხვევაში ექიმს დიდი დახმარების აღმოჩენა შეუძლია. გასტროსტომიის დადებით ავადმყოფს აცდენს სიკვდილს, ტანჯვას და შეიძლება თვეობით და ზოგჯერ წლობითაც გაუხანგრძლივოს სიცოცხლე. როდესაც ავადმყოფი ძალზე დასუსტებულია, კახექსიურია, ცხიმოვანი და კუნთოვანი ქსოვილი განლეულია, მას გადაადგილება უძნელდება, სასწრაფოდ უნდა გაუკეთდეს გასტროსტომია. მოცდა და ავადმყოფის მომზადებისათვის დროს დაკარგვა უსათუოდ შეცდომაა, ასეთ დროს, როგორც ზოგი ავტორი აღნიშნავს, სტომის დადება ისევე საჭიროა, როგორც ტრაქეოსტომია. გასტროსტომიის შემდეგ ავადმყოფს უნდა მიეცეს საჭირო რაოდენობით სითხე, თხიერი, ადვილად მოსანელებელი და ვიტამინებით მდიდარი საკვები. მაგრამ მხედველობაში უნდა მივიღოთ ის გარემოება, რომ ასეთი ავადმყოფების კუჭის სეკრეტორული ფუნქცია ძალზე დათრგუნულია, რის გამოც კუჭის წვენის გამოყოფა არ ხდება ან გამოიყოფა უმნიშვნელო რაოდენობით, ამიტომ საკვებთან ერთად ავადმყოფს უნდა მიეცეს კუჭის წვენი ან პეპსინი და მარილ-

მჟავა, რაც მას გაუადვილებს საკვების ათვისებას. აგრეთვე უნდა გამოვიყენოთ ზოგადი გამამაგრებელი საშუალებები, გადავუსხათ სისხლი ან სისხლის შემცვლელი სითხეები; პოლიგლუკინის, გლუკოზის ხსნარი შევუყვანოთ ვენაში და სხვა. ასეთი პროცედურები ამცირებს აციდოზს, აჩერებს ცილების დაშლას და სითხის ბალანსი იწყებს გამოსწორებას.

არ შეიძლება არ გაიზიაროთ ნ. პეტროვის რჩევა. მისი აზრით გასტროსტომია უნდა გაკეთდეს დაუყოვნებლივ მას შემდეგ, რაც ავადმყოფს უძნელდება ყლაპვა და იწყებს პროგრესულად გახდომას. აქ ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ ასეთ პერიოდში ავადმყოფი ან არ ცხადდება ქირურგთან, ან გასტროსტომიაზე უარს აცხადებს. ამ შემთხვევაში ექიმებს დიდი მუშაობა მართებთ, რომ სათანადო ახსნა-განმარტებით დააჯერონ ავადმყოფი აღნიშნული ოპერაციის გაკეთებაზე.

ჩვენების მიხედვით საჭიროა კუჭზე მუდმივი ან დროებითი ხასიათის სტომის დადება. პირველ შემთხვევაში ავადმყოფი სტომას ატარებს მთელი სიცოცხლის განმავლობაში, ხოლო დროებითი სტომა განკუთვნილია დროის მოკლე მონაკვეთისათვის, როდესაც ის პათოლოგიური პროცესი, რისთვისაც დაედო სტომა, მოშორდება ან სხვა საშუალებით განიკურნება — სტომაც ადვილად უნდა დაიხუროს, ქირურგიული ჩარევის გარეშე.

მუდმივი გასტროსტომია ისე უნდა დაედოს, რომ მის სანათურს არ უნდა ჰქონდეს შევიწროების ან შეხორცების მიდრეკილება. ამ სტომით უნდა მიიღოს ავადმყოფმა საკვები მთელ მის სიცოცხლეში.

გამომდინარე აქედან, გასტროსტომია უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგ გარკვეულ მოთხოვნებს:

ა) გასტროსტომია ადვილად შესასრულებელი და მისაწვდომი უნდა იყოს ყველა რანგის ქირურგისათვის;

ბ) ავადმყოფისათვის ეს ოპერაცია უნდა იყოს ადვილი გადასატანი;

გ) არ უნდა იყოს საჭირო რეზინის მილის მუდმივად ტარება იმ შემთხვევაში, როდესაც სტომა მუდმივია;

დ) ჭამის დროს რეზინის მილის ჩადგმა გასტროსტომის ხვრელმილში ადვილად უნდა ხდებოდეს;

ე) სტომა უნდა იყოს ჰერმეტული, ე. ი. სტომიდან არ უნდა გამოდიოდეს კუჭის შიგთავსი.

როგორც დროებითი, ისე მუდმივი ხასიათის გასტროსტომიის დასადებად მოწოდებულია ასზე მეტი მეთოდი. ჩვენ გავარჩევთ მხოლოდ ორ მეთოდს — მუდმივი და დროებითი ხასიათის მეთოდს. მუდმივი ხასიათის გასტროსტომიიდან ჩვენ ავარჩიეთ სტომის დადება ტოპროვერის წესით. მართალია, ამ მეთოდს ბევრი არიტყვებს, მაგრამ, როგორც ლიტერატურული წყაროებიდან ირკვევა, ის მაინც სხვა მეთოდებზე უფრო მისაწვდომია და ტექნიკურად ადვილი შესასრულებელი, აკმაყოფილებს იმ მოთხოვნებს, რაც სტომას წაეყენება, მაგრამ აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ოპერაციის დროს საჭიროა იმ ნ ი უ ა ნ ს ე ბ ი ს დ ა ც ვ ა, რომლებიც სრულყოფენ ამ ოპერაციას. ტექნიკური შეცდომების შედეგად ეს მეთოდი შეიძლება უშედეგო გახდეს და დასჭირდეს შეცვლა. ყველა ტიპის გასტროსტომიის დროს, კერძოდ, ტოპროვერის წესით მისი შესრულებისას ადგილობრივი გაუტკივარებისათვის გამოიყენება ნოვოკაინის 0,5% ან 0,25%-იანი ხსნარი. სხვა სახის ნარკოზების (როგორიცაა ეთერჟანგბადი) გამო-

ყენება შეცდომაა, ვინაიდან დასუსტებული ორგანიზმი შეიძლება მსხვერპლი გახდეს ნარკოზთან დაკავშირებული გართულებების.

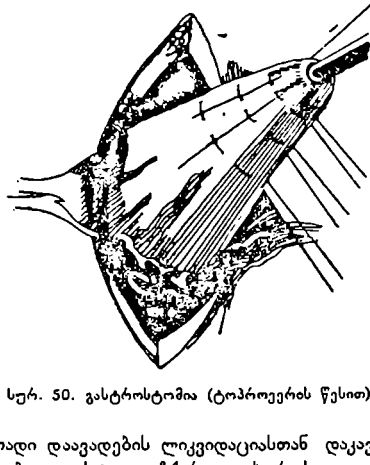
რაზე უნდა გამახვილდეს ყურადღება ტოპროვერის წესით ოპერაციის დროს: განაკვეთი უნდა გაკეთდეს მარცხენამხრივი — ტრანსრექტალურად. განაკვეთის გაყვანა თეთრ ხაზზე შეცდომაა.

როგორც ე. გესე აღნიშნავს, მუცლის ღრუს გახსნისას ოპერატორი უნდა გაერკვეს არის თუ არა ჩვენება — შესაძლებლობა სტომის დადების. თუ სიმსივნეს დაკავებული აქვს კუჭის დიდი ნაწილი და თანაც ფიქსირებულია, სტომის დადება შეცდომაა. ასეთ შემთხვევებში უნდა დაედოს Jejunostomia. საყლაპავი მილის დამწვრობის დროს შეიძლება კუჭის პილორულ ნაწილში იყოს სიდამწვრე და ამის ნიადაგზე მის შევიწროებას ჰქონდეს ადგილი. ასეთ შემთხვევაში გასტროსტომის დადება შეცდომა იქნებოდა. ამ შემთხვევებში უნდა გაკეთდეს გ. ა. (GEA).

მუცლის ღრუს გახსნისას ოპერატორს კუჭი არ უნდა შეეშალოს გაგანიერებულ გარდიგარდმო კოლინჯში. შტიხს მოჰყავს ზონენბურგის შემთხვევა, როდესაც დიდმა გამოცდილმა ქირურგმა კუჭის მაგიერ გარდიგარდმო კოლინჯზე დაადო სტომა (ეს შეცდომა დადგინდა სასექციო მაგიდაზე), რაც უ ხ ე შ ი და ს ა ს ი კ ვ დ ი ლ ო შ ე ც დ ო მ ა იყო.

ზოგჯერ შეჭმუხნილი კუჭი მაღლა იწევს და მუცლის ღრუს გახსნისას მისი მოძებნა ძნელდება. ასეთ შემთხვევებში საჭიროა ბადექონის დაჭაჩვა ან გარდიგარდმო კოლინჯის ჩამოწევა იმისათვის, რომ კუჭმაც ჩამოიწიოს, უსათუოდ შ ე ც დ ო მ ა ა. ასეთმა მანიპულაციამ შეიძლება გამოიწვიოს სისხლის დენა ან ძლიერი ტკივილი. ასეთ შემთხვევაში შეიძლება მივმართოთ Bier-ის მეთოდს. ავადმყოფმა უნდა ისუნთქოს ღრმად. ამ დროს კუჭი იმოძრავებს ზემოდან ქვემოთ და გვეძლევა მისი დაჭერის შესაძლებლობა. ოპერაციის დროს საჭიროა ყველა მოსალოდნელი გართულებისა და შეცდომის გათვალისწინება. ტოპროვერის მეთოდით ოპერაციის მიმდინარეობის დროს პატარა (5 — 6 სმ) განაკვეთის გაკეთება შეცდომაა, ის უნდა გაკეთდეს არანაკლებ 8 — 9 სანტიმეტრისა, რომ კუჭი თავისუფლად იქნეს ამოტანილი, რომ ამოტანილ კუჭში სისხლის მიმოქცევა არ დაირღვეს, ჭრილობაში კუჭის ამოტანის შემდეგ, კონუსის წვერზე უნდა გავუყაროთ ორმაგი ძაფი, რომლის აწევით კუჭიც ადვილად ამოიწევა. კონუსზე ზემოდან ქვემოთ უნდა დავადოთ ორმაგი მსხვილი აბრეშუმის ძაფი; წვრილი ძაფის გამოყენება არ შეიძლება, ვინაიდან ის მოჭერის დროს ადვილად ჩაჭრის კუჭის კედელს. ჭისა ედება სამ წყებად და კეთდება გოფრირება. ძაფი ნემსით უნდა გავიყვანოთ სუბსეროზულად. კუნთოვან შრეში ნემსის ღრმად გატარება შეცდომაა. ძაფის გაყრის შემდეგ კუჭი მწვერვალზე უნდა გავკვეთოთ 1 — $1^1/_2$ სანტიმეტრზე და ჩავდგათ კუჭის ზონდის დიამეტრის მქონე დიდი რეზინის მილი, რის შემდეგ ძაფი თანამიმდევრობით უნდა მოვუპიროთ. ამ დროს საჭიროა ყურადღების გამახვილება — თუ ძაფის მოჭერის მომენტში კუჭის კ ე დ ე ლ ი გ ა ფ ი თ რ დ ა, მოჭერილი ძაფი ცოტა უნდა მოვუშვათ, თორემ შეიძლება განვითარდეს კუჭის ნეკროზი — განგრენა. შექმნილი კუჭის კონუსი უნდა მივაკეროთ როგორც პერიტონეუმზე, ისე კუნთოვან ქსოვილზე. კანი უნდა ამოიკვეთოს და კუჭის ამოყვანილი ნაწილი კანს მიკერდეს ოვალურად, უმჯობესია კეტგუტის ქვანძოვანი ნაკერით. ოპერაციის დამთავრების შემდეგ კუჭში უნდა ჩავუსხათ სპასოკუკოცკის საუზმე 500 მლ რაოდენობით და რეზინის დრენაჟი ამოვიღოთ. დრენაჟის დატოვება უსათუოდ შეცდომა იქნება. კვების დროს

რეზინის მილი, რომელიც უნდა ჩაიდგას სტომაში, უნდა იყოს ცოტა ნაკლები დიამეტრის, რომ ადვილად ჩაიდგას. ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფს, რაც შეიძლება ადრე უნდა მიეცეს ადგომისა და სიარულის შესაძლებლობა. თუ ავადმყოფს შეუძლია თხიერი საჭმლის მიღება პირიდან, უმჯობესია პირველ 6 — 7 დღეს მიიღოს პირიდან, რომ ჭრილობა ჩქარა შეხორცდეს, რის შემდეგ ავადმყოფი უნდა ვკვებოთ სტომიდან. მაგრამ თუ ყლაპვა გაძნელებული აქვს, შეიძლება პირველი დღიდანვე ვკვებოთ სტომიდან. ავადმყოფი სტომიდან უნდა კვებოს კვალიფიციურმა ექთანმა ან თვითონ ექიმმა, ვიდრე მას ავადმყოფი შეეჩვევა. ოპერაციის შემდეგ უნდა განხორციელდეს პროფილაქტიკური ღონისძიება, რომ ავადმყოფს ავაცდინოთ ზოგიერთი გართულება, რომელსაც ცუდად იტანენ დასუსტებული, უპმელი ავადმყოფები (განსაკუთრებით ცუდად იტანენ ასეთი ავადმყოფები ფილტვის ანთებას).



სურ. 50. გასტროსტომია (ტოპროვერის წესით).

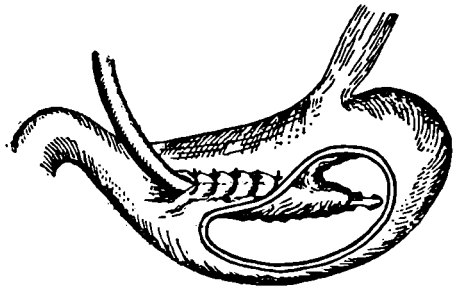
ამრიგად, ტექნიკურად სწორად გაკეთებული ტოპროვერის ტიპის გასტროსტომია საესებით აკმაყოფილებს იმ მოთხოვნებს, რაც გასტროსტომიას წამოეყენება.

როდესაც გასტროსტომიას დროებით ვადებთ, ავადმყოფის მოსამზადებლად (მაგალითად, საყლაპავის დამწვრობის დროს, რუ-გერცენის ოპერაციისათვის მოსამზადებლად და სხვა) უფრო მიზანშეწონილად უნდა ჩაითვალოს სტომის დადება ვიტცელის წესით, ვინაიდან ამ სახის ოპერაცია, როდესაც უკვე ორგანიზმისათვის საჭირო არ იქნება, ძირითადი დაავადების ლიკვიდაციასთან დაკავშირებით, შეიძლება რეზინის მოშორებით ფისტულა ჩქარა დაიხუროს და კუჭს დაუბრუნდეს პირვანდელი მდგომარეობა თავისი ფუნქციით.

ვიტცელის ოპერაცია ტექნიკურად ადვილი შესასრულებელია, მაგრამ ის უნდა გაკეთდეს სწორად და უშეცდომოდ — ადგილობრივი ანესთეზია ნოვოკაინის ხსნარით; განაკეთი — ტრანსრექტალური, მარცხენა მხრიდან 12 — 16 სმ სიგრძის; კუჭი ამოწეულია ჭრილობაში, კარდიასთან ახლოს. კუჭის კედელზე ვადებთ რეზინის მილს (რომლის დიამეტრი უდრის № 20 კათეტერის დიამეტრს), რომელიც ჩაიძირება კედელზე, სერო-სეროზული ნაკერით 7 — 8 სმ სიგრძეზე. შემდეგ კუჭის კედელი მთელ სისქეზე იკვეთება 1 — $1^1/_2$ სმ, რეზინის თავი კუჭის სიღრმეში ჩაიძირება და ორი-სამი კვანძოვანი ნაკერით დაიხურება კუჭის ჭრილობა. აქ შეიძლება შეცდომის დაშვება. შეიძლება კუჭის ღრუში ჩაშვებული რეზინის მილის თავი ჩაიძიროს კუნთოვან და ლორწოვან შრეს შორის და კუჭის სიღრუეში არ მოხვდეს; ამას უნდა მიექცეს ყურადღება, შეიძლება გამოსავალი სავალალო იქნეს, ამიტომ როგორც კი ჩაიძირება მილის თავი კუჭის ღრუში, რეზინის ორალურ ნაწილს უნდა ჩამოვაცვათ მინის ძაბრი და შიგ ჩავასხათ სტერილური ფიზიოლოგიური ხსნარი. თუ კუჭის ღრუში მილი კარგად იქ-

ნება ჩადგმული, სითხე ადვილად ჩავა, ხოლო თუ სითხე არ ჩავიდა, მილი უნდა გავასწოროთ.

მილი ადვილად რომ არ ამოვარდეს, უნდა გავაკეთოთ კეტგუტის კვანძოვანი ნაკერი, მილის ორალური ნაწილი გამოვიყვანოთ ჭრილობაში, რის შემდეგ როგორც კუჭი, ისე გამოყვანილი მილიც ფიქსირებული იქნება ჭრილობის ადგილას, ამით ავიცილებთ მილის როგორც ამოვარდნას, ისე კუჭის ღრუში ჩავარდნას. მილი ისე მჭიდროდ უნდა იყოს ჩადგმული, რომ კუჭის შიგთავსმა არ გაჟონოს. უსათუოდ შეცდომა იქნება, თუ კვების დამთავრების შემდეგ კუჭის შიგთავსი ან სითხე გამოვა კუჭის კედლისა და რეზინის მილს შორის დარჩენილი სივრციდან, რაც გამოიწვევს პერიტონიტს და ავადმყოფის დაღუპვას. თუ რეზინის მილიდან გამონაყოფმა სითხემ გააღიზიანა კანი, საჭიროა ინდიფერენტული საცხის (ვაზელინი ან ცინკის პასტა) გამოყენება.



სურ. 51. გასტროსტომია Witzel-ის წესით (სქემატურად).

ᲨᲔᲪᲓᲝᲛᲔᲑᲘ ᲓᲐ ᲒᲐᲠᲗᲣᲚᲔᲑᲐᲜᲘ ᲡᲐᲧᲚᲐᲞᲐᲕᲘ ᲛᲘᲚᲘᲡ ᲙᲘᲑᲝᲡ ᲝᲞᲔᲠᲐᲪᲘᲘᲡ ᲓᲠᲝᲡ

საყლაპავი მილის კიბო მეტად რთული და მძიმე დაავადებაა, რომელიც იძლევა სიკვდილიანობის დიდ პროცენტს. სიხშირის მიხედვით საყლაპავი მილის კიბოს, კუჭის კიბოს შემდეგ, მეორე (დაიდოფსკის მონაცემებით მესამე) ადგილი უკავია. ლიტერატურული წყაროების მიხედვით, საყლაპავი მილის კიბოთი დაავადება 20,5 — 28% შორის მერყეობს, ვიდრე სხვა ორგანოების კიბოთი დაავადება ერთად აღებული. ვენგლოვსკისა და ალესინსკის მონაცემებით საყლაპავი მილის სხვა დაავადებათა შორის შემთხვევათა 80% ავთვისებიან სიმსივნეზე (კიბო) მოდის და სხვა. უნდა აღინიშნოს, რომ საყლაპავი მილის კიბოთი უფრო ხშირად ავადდებიან მამაკაცები (75%), შედარებით უფრო იშვიათად (25%) — ქალები. მამაკაცებში ამ კიბოს სიხშირე შეიძლება აიხსნას იმით, რომ მამაკაცების საყლაპავის ლორწოვანი გარსი უფრო ხშირად ღიზიანდება სხვადასხვა ნივთიერების ზემოქმედებით (ალკოჰოლი, ნიკოტინი და სხვა). საყლაპავი მილის კიბო უფრო ასაკოვან ადამიანებში (45 — 75 წლის და ზემოთ) გვხვდება.

კლერმონის სტატისტიკური მონაცემებით, ევროპაში საყლაპავი მილის კიბოთი ყოველწლიურად კვდება 25 ათასზე მეტი ავადმყოფი. უფრო ხშირად საყლაპავ მილში კიბო ვითარდება მისი ფიზიოლოგიური შევიწროების ადგილას. განსაკუთრებით ის ხშირია საყლაპავის ქვემო და შუა მესამედში. ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ იშვიათი გამონაკლისის გარდა, საყლაპავი მილის კიბო პირველადია. ერთ დროს ფიქრობდნენ, რომ საყლაპავი მილის კიბო მეტასტაზებს არ იძლევაო, მაგრამ საკითხის დეტალური შესწავლით ეს შეხედულება უარყოფილ

იქნა. დადგინდა, რომ ის შემთხვევათა 55—60%-ში იძლევა მეტასტაზებს. ძირითადში მეტასტაზირება ხდება პერიბრონქულ და შუასაყარის ჯირკვლებში, ღვიძლში, კუჭში და სხვა. ასეთ მეტასტაზებს კლინიცისტები ხშირად ვერ ამჩნევენ. ეს იმით უნდა აიხსნათ, რომ კიბოთი დაავადებული ადამიანები მალე კვდებიან, რის გამო სიმსივნე მეტასტაზირებას ვერ ასწრებს. იმ შემთხვევაში, როდესაც დასტაქარს უხდება დაგვიანებული საცდელი თორაკოტომია, მაშინ მეტასტაზების არსებობის დადგენა სიძნელეს არ წარმოადგენს.

მიუხედავად იმისა, რომ საყლაპავი მილის მეტასტაზირება დაგვიანებით ხდება, პროგნოზი საყლაპავი მილის კიბოთი დაავადებული ადამიანებისა სამწუხაროა; ისინი კვდებიან დაავადების მე-8 — 12 — 19 თვეს, ოშვიათად აღწევენ 2 — 3 წლამდე. სიმსივნე თანდათანობით და მოკლე ხანში ხურავს საყლაპავის ისედაც ვიწრო სანათურს, რასაც მოჰყვება კვების დარღვევა, შიმშილობა, რაც იწვევს დეჰიდრატაციას, კახექსიას და ავადმყოფი იღუპება (ვ. ი. კაზანსკი).

ჰისტოლოგიურად საყლაპავი მილის კიბო, ძირითადად, ბრტყელუჯრედოვანია, ვინაიდან ის ვითარდება ლორწოვანის ბრტყელი ეპითელიური უჯრედებისაგან. უფრო იშვიათად შეიძლება წარმოიშვას ცილინდრულ-უჯრედოვანი სიმსივნე; მაშინ ის იწყება საყლაპავი მილის ლორწოვანის ჯირკვლების სადინარებიდან, რომელიც ცილინდრული უჯრედებითაა ამოფენილი. ჩვეულებრივ არჩევენ სკირ (Ca. fibrosum seu scirrum.) და რბილ (Carcinoma medularae) ფორმებს. პირველ შემთხვევაში კიბო ვითარდება საყლაპავი მილის კედელში. ის რგოლივით შემოერტყმის საყლაპავ მილს და იწყებს სანათურის თანდათანობით შევიწროებას. ასეთი სიმსივნე ჰისტოლოგიურად შედგება ბრტყელი ეპითელიური უჯრედებისაგან, მასთან ერთად, ჭარბადაა განვითარებული შემაერთებელი ქსოვილი, ამიტომ ის მაგარი კონსისტენციისაა. კიბოს ეს ფორმა უფრო ნელი ტემპით მიმდინარეობს; ასეთ შემთხვევაში სიმსივნის განვითარების ადგილიდან — მის ზემოთ — საყლაპავი მილი საგრძნობლად ფართოვდება. კიბოს განვითარების ადგილას ლორწოვანი ანემიურ ფერს ღებულობს. პირველ პერიოდში ზედაპირი სადა აქვს, ამის გამო ეზოფაგოსკოპით საბიოფსიო მასალის აღება გაძნელებულია. ეს ადგილი თანდათან უფრო ინფილტრირდება, იკავებს ყველა შრეს და, ბოლოს, წყლულდება კიდეც. რბილი კიბო ტვინის კონსისტენციისაა, ღარიბია შემაერთებელი ქსოვილით, ადრე და ადვილად წყლულდება. ამ ფორმის კიბო აზიანებს საყლაპავი მილის ყველა შრეს და ჩქარა იწვევს მის შევიწროებას, დაშლილ კედელში ვითარდება წყლული, რომელიც ხშირად ყვავილოვან კომბოსტოს მოგვაგონებს, ამის გამო ლორწოვანი ჰიპერემიულია, თვით წყლული შეიძლება მეორეული ინფექციის შეჭრის გამო კიდეც დაჩირქდეს. კიბოს, რომელსაც მიდრეკილება აქვს ასეთი დაშლისაკენ, ავადმყოფი ზოგჯერ შეცდომაში შეჰყავს, ვინაიდან კიბოს დაშლის შედეგად, გაუვალი საყლაპავი მილი გამავალი ხდება და ავადმყოფს მდგომარეობის გაუმჯობესების ყალბი შთაბეჭდილება ექმნება.

ზოგი ავტორი არჩევს კვანძოვან ეგზოფიტურ ფორმას, ზოგი კი წყლულოვან ენდოფიტურს, ცირკულარულს, მასკლეროზებელ ფორმებს და სხვა.

საყლაპავი მილის კიბოს კლინიკა. საყლაპავი მილის კიბო ვითარდება თანდათანობით; პირველ ხანებში ავადმყოფი ამჩნევს საჭმლის გადატანის უმნიშვნელო გაძნელებას, ასე ჰგონია ყელზე ადგება გადაყლაპული ლუკმა, რასაც პირველ ხანებში არ აქცევს ყურადღებას, ვინაიდან მას უკავშირებს საჭმლის ცუდად დაღეჭვას, მსხვილი ლუკმის გადაყლაპვას და სხვა, მაგრამ ეს მოვლენები თან-

დათანობით უფრო და უფრო მყარი ხდება, ავადმყოფს უფრო უძნელდება ლუკმის გადაყლაპვა და საჭმლის გადატანის გასაადვილებლად წყლის დაყოლებას მიმართავს (საყლაპავში საკვების გადატანის გაძნელებას დისფაგია ეწოდება).

მდგომარეობის გართულებასთან დაკავშირებით ავადმყოფი თანდათან გადადის თხიერ საკვებზე. დისფაგიის მოვლენებს მოჰყვება გაძლიერებული ნერწყვდენა და როდესაც ყლაპვა უფრო გაძნელდება, ნერწყვი უკან პირის ღრუში იქცევა, რასაც დაერთვის ღებინებაც. მაგრამ ფაქტიურად ეს ღებინება კი არაა, არამედ ავადმყოფის მიერ მიღებული საკვები გროვდება საყლაპავი მილის შევიწროების ზემოთ და ისევ ბრუნდება უკან და ამოდის პირის ღრუში. საყლაპავიდან ღებინება გულისრევის გარეშე ხდება. ამონაღებ მასაში შეიძლება ეროს სისხლი და ჩირქი მყაყე სუნით, რაც ქსოვილის დაშლისა და სიმსივნის დაწყლულების დამადასტურებელია. პირველ ხანებში ავადმყოფი ტკივილს ან არ გრძნობს, ან ტკივილს ყრუ ხასიათი აქვს, მოსათმენია, ის ლოკალიზდება მკერდის ძვლის უკან, ზოგჯერ ბეჭის ძვლებს შორის. ყლაპვის დროს ტკივილის მიზეზია დაშლილი სიმსივნის ზედაპირის ტრამვირება. ზოგ შემთხვევაში განუწყვეტელ ტკივილს იწვევს სიმსივნის ჩაზრდა მეზობელ ორგანოებში, სისხლძარღვებში ან ნერვებში.

საყლაპავი მილის კიბოს დიაგნოსტიკა, პირველ რიგში, უნდა ემყარებოდეს ზუსტად შეგროვილ ანამნეზს. ყლაპვის გაძნელება, დისფაგიის განვითარება და ტკივილები ყლაპვის დროს, ექიმმა დიდი სიფრთხილით უნდა გააანალიზოს, ვიანადან ეს მოვლენები 80% და მეტ შემთხვევაში ვითარდება საყლაპავი მილის კიბოს დროს და მისი დამახასიათებელი სიმპტომებია; თუმცა ზოგ შემთხვევაში ეს შეიძლება სხვა დაავადებების დროსაც განვითარდეს, ამიტომ ამ დაავადების დიაგნოზის დასადგენად უნდა გამოვიყენოთ სადღეისოდ არსებული ყველა სადიაგნოზო საშუალება (რენტგენოსკოპია, ეზოფაგოსკოპია, ბიოფსია, ციტოლოგიური გამოკვლევა და სხვა). დღევანდელ პირობებში არაა საკმარისი კიბოთი დაავადების დადგენა, აუცილებელია დადგენილი სიმსივნის ლოკალიზაციის, დაავადების გავრცელების (როგორც სისქეში, ისე სიგანეში), ცირკულარული გავრცელების, შევიწროების ხარისხისა და მანძილის წინასწარი დადგენა.

შესაძლებლობის ფარგლებში უნდა დადგინდეს მეზობელ ორგანოებთან კავშირი და მეტასტაზების არსებობა და რიგი სხვა საკითხები, რომლებიც ექიმს მისცემს შესაძლებლობას სწორი წარმოდგენა იქონიოს და ოპერაბილობის საკითხი გადაჭრას ავადმყოფის სასარგებლოდ.

რენტგენოლოგიურად სიმსივნის ადგილას საყლაპავი მილი შევიწროებულია, სიმსივნის ზემოთ კი გაგანიერებული, საკონტრასტო ნივთიერება გადადის წვრილ-წვრილად, ზოგჯერ წყვეტილად. კიდეები დაკბილულია, აღინიშნება დეფექტის არსებობა. დიაგნოზი უფრო ზუსტდება ეზოფაგოსკოპიით, რომელიც იძლევა ამ მიდამოს ვიზუალურად დეტალურად დათვალიერების შესაძლებლობას. საჭირო შემთხვევაში შესაძლებელია გაკეთდეს ბიოფსია. ჰისტომორფოლოგიური გამოკვლევით ადვილად დადგინდება სიმსივნის ხასიათი. აგრეთვე დიაგნოსტიკური ღირებულება აქვს ციტოლოგიურ მონაცემებს. თუ ვაწარმოებთ საყლაპავი მილის ამორეცხვას და მიკროსკოპის ქვეშ გავსინჯავთ ამონარეცხიდან მიღებულ უჯრედოვან ელემენტებს, რომელთა მიკროსკოპული გამოკვლევით დავადგენთ უჯრედების ატიპურობას, რაც სხვა მონაცემებთან ერთად გვაძლევს დიაგნოზის სწორად დადგენის საშუალებას.

ამგვარად, ანამნეზური მონაცემებით, მთელი რიგი გამოკვლევებით დასტურდება, რომ კიბოს დიაგნოზის დადგენა სიძნელეს არ წარმოადგენს, მაგრამ სინამდვილეში, ზოგ შემთხვევაში, ზუსტი დიაგნოზის დადგენა არცთუ ისე ადვილია და ადგილი აქვს დიაგნოსტიკურ შეცდომებს, ვერ დგინდება სწორი დიაგნოზი და დაავადების ნამდვილი მიზეზი ირკვევა სასექციო მაგიდაზე. ამის მიზეზი უნდა ვეძებოთ ავადმყოფობის მიმდინარეობასა და ერთფეროვნებაში. მთელ რიგ შემთხვევებში, კიბოთი დაავადებულ ავადმყოფს არა აქვს დისფაგიის მოვლენები ან დამახასიათებელი სხვა სიმპტომები, ამიტომ აუცილებლობას წარმოადგენს საყლაპავი მილის დაავადების დიფერენციაცია რიგი სხვა მსგავსი სიმპტომების მქონე დაავადებებთან, როგორიცაა: სხვადასხვა სახის ეზოფაგიტი, ქრონიკული ანთებითი პროცესები (tbc, სიფილისი და სხვ.), შეკიწროებანი განვითარებული სხვადასხვა სახის ნაწიბურით, დივერტიკული, კარდიოსპაზმი, სხვადასხვა კეთილთვისებიანი სიმსივნე. აღნიშნულ დაავადებათა დიფერენცირება არც ისე ადვილად ხერხდება და ზოგ შემთხვევაში შ ე ც დ ო მ ი ს მ ი ზ ე ზ ი ხდება.

ხშირად ეზოფაგიტი ხდება შეცდომის წყარო, ვინაიდან მისი ლორწოვანი ადვილად ავადდება, განსაკუთრებით ვისაც კბილები დაზიანებული აქვს ან სულ არ აქვს და დაუღეჭავად ყლაპავს საჭმელს. ასეთ შემთხვევებში ზიანდება ლორწოვანი, რომელშიც ადვილად იჭრება ინფექცია და ვითარდება მწვავე ან ქრონიკულად მიმდინარე ანთება, რასაც მოჰყვება ტკივილი და დისფაგიის მოვლენები. ზოგჯერ ანთების ადგილას ვითარდება ზერელე ან საკმაო სიღრმის წყლული, რის გამოც ავადმყოფი უფრთხილდება საკვების მიღებას ან იკვებება შერჩეული საკვებით, ტკივილი აქვს მკერდის ძვლის უკან. წყლული თანდათანობით შეიძლება შეხორცდეს, მაგრამ დანაწიბურების შედეგად განვითარდეს შეკიწროება. ასეთ შემთხვევაში სწორი დიაგნოზის დასმა ძნელდება. ანამნეზური მონაცემებით ვერ ირკვევა, თუ როდის გახდა ავადმყოფი ავად, არ ახსოვს როდის დაუხიანდა მას საყლაპავი მილი. რენტგენოლოგიური მონაცემით დასტურდება საყლაპავი მილის შეკიწროება, რომელსაც უსწორო ზედაპირი აქვს. ამ ნაწიბურის ზემო ნაწილში კი საყლაპავი მილი გაგანიერებულია. იმ შემთხვევაში, თუ ავადმყოფს დროულად არ გაუკეთდა კუნძზე ფისტულა, მას შიმშილით სჯკვდილი მოელის.

აღწერილია შემთხვევები, როდესაც დიაგნოზის დაზუსტება ვერ მოხერხდა რენტგენოლოგიურად, ეზოფაგოსკოპიით და სხვა მონაცემებით, ავადმყოფს ოპერაცია გაუკეთდა საყლაპავი მილის კიბოს დიაგნოზით, მხოლოდ ოპერაციის დროს დადგინდა დაავადების ნამდვილი მიზეზი. ბ. პეტროვსკის აღწერილი აქვს ასეთი 8 შემთხვევა. ასეთი შეცდომები არც ისე იშვიათია ლიტერატურაში. საყლაპავი მილის ტუბერკულოზის სწორი დიაგნოზი იშვიათად დგინდება. ის ყოველთვის მეორეულია, პირველი ბუდე მეტ შემთხვევაში ფილტვშია. საყლაპავი მილის ტუბერკულოზი უმეტეს შემთხვევაში იწყება მცირე ზერელე წყლულით, რომელიც თანდათანობით ღრმავდება, წყლულის ირგვლივ ვითარდება მოზრდილი ინფილტრატი, ავადმყოფი უჩივის დისფაგიის მოვლენებს და ტკივილს მკერდის ძვლის უკან. ამ შემთხვევაში დიაგნოზის დადგენას აადვილებს ავადმყოფობის ხანგრძლივობა, სისხლის სურათი და დამახასიათებელი მოვლენები ფილტვებში, რითაც ადვილდება შეცდომის თავიდან აცილებისა და მკურნალობის სწორად წარმართვის შესაძლებლობა. მაგრამ, როდესაც წყლულის დანა-

წიბურება გამოიწვევს საყლაპავი მილის შევიწროებას, რასაკვირველია, ამ დროს საჭიროა ქირურგიული მეთოდით მკურნალობა.

ბრის მთელი რიგი დაავადებანი, რომლებიც მოითხოვენ დეტალურ შესწავლას, დიფერენცირებას და კიბოთი დაავადების გამორიცხვას. მაგრამ როდესაც დადგინდება საყლაპავი მილის კიბო, რომლის მკურნალობა მხოლოდ ქირურგიული — ოპერაციულია, წინასწარ უნდა შეივიმუშაოთ გეგმა, თუ რა სახის ოპერაციის გაკეთებაა შესაძლებელი, ამასთან, ავადმყოფი უნდა მოვამზადოთ ისე, რომ ადვილად შეძლოს ამ მძიმე, რადიკალური ოპერაციის გადატანა.

საყლაპავი მილის კიბოს მკურნალობა. საყლაპავი მილის კიბოს მკურნალობა მრავალ სიძნელესთანაა დაკავშირებული. ამ შემთხვევაში ქირურგის ტაქტიკა განისაზღვრება მთელი რიგი ფაქტორებით, რომელთა შორის მთავარია: სიმსივნის ლოკალიზაცია და მისი ფორმა, ავადმყოფის ასაკი, თანდაყოლილი დაავადებანი, თვით ავადმყოფის დამოკიდებულება შეთავაზებული მკურნალობის მეთოდზე.

ერთი ცხადია რომ, როდესაც საყლაპავი მილის კიბოს მკურნალობაზე ისმება საკითხი, პირველ რიგში, მხედველობაშია მისაღები რადიკალური ოპერაცია. მკურნალობის არც ერთი სხვა მეთოდი საიმედო შედეგს არ იძლევა, ყველა ისინი პალიატიური ხასიათისაა და მხოლოდ დროებით შეიძლება გაუმჯობესდეს ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა. ჩვენ აქ განვიხილავთ მხოლოდ რადიკალურ ოპერაციულ მკურნალობას, მასთან დაკავშირებულ გართულებებსა და მისი თავიდან აცილების საშუალებებს. იმ შემთხვევაში. როდესაც ქირურგი დეტალური შესწავლისა და ყველა მონაცემის სათანადო გაანალიზების შედეგად მივა იმ დასკვნამდე, რომ ავადმყოფის სამკურნალოდ აუცილებელია რადიკალური ოპერაცია და ავადმყოფიც თანახმაა ოპერაციის გაკეთებაზე, ადგენს ოპერაციის გეგმას.

ავადმყოფის საოპერაციოდ მომზადება. საყლაპავი მილის კიბოთი დაავადებულ ავადმყოფს, რომელიც საოპერაციოდ ქირურგიულ კლინიკაში თავსდება, ესაჭიროება ექიმის განსაკუთრებული ყურადღება. როდესაც ავადმყოფი ისეთ რთულ ოპერაციაზე, როგორიცაა საყლაპავი მილის ამოკვეთა, იძლევა თანხმობას, უნდა ვიფიქროთ, რომ მას სხვა გამოსავალი არა აქვს, ეს ავადმყოფი ახლა თავის იმედებს ოპერაციულ ჩარევაზე ამყარებს. მაგრამ, ვიდრე ავადმყოფს ქირურგი საოპერაციო მაგიდაზე აიყვანდეს, აუცილებლად წინასწარ უნდა ჩატაროს ისეთი ღონისძიება, რაც მას მისცემს მოქმედების თავისუფლებას, ავადმყოფს კი ოპერაციის ადვილად გადატანის შესაძლებლობას.

მკურნალმა ექიმმა უნდა შეძლოს ავადმყოფის შინაგანი კონფლიქტის გადაჭრა, დაეხმაროს მას გამოიმუშაოს სწორი ორიენტაცია სასიცოცხლო სიტუაციაში. ეს მარტივი ფსიქოთერაპია ავადმყოფს ამხნევებს, რაც მის საერთო მდგომარეობას აუმჯობესებს.

ოპერაციამდე საჭიროა ავადმყოფის გულ-სისხლძარღვთა სისტემის საერთო მდგომარეობის განსაკუთრებული ყურადღებით შესწავლა. ტრანსთორაკალური ოპერაციის დროს განსაკუთრებით იტვირთება გული და სისხლძარღვთა სისტემა, ამიტომ მათ პირველი დღიდანვე სათანადოდ უნდა მოვუაროთ. ავადმყოფს უნდა დავუნიშნოთ სათითურას პრეპარატები, კანქვეშ — სტრიქნინი; თუ ავადმყოფი რეაქციული და მგრძნობიარეა, საჭიროა ბრომიდების დანიშვნა. მიზანშეწონილია ავადმყოფმა დიდი დრო ძილში გაატაროს, ამას წონასწორობაში მოჰყავს ავადმყოფის ნერვული სისტემა, რაც ერთდროულად გულის მუშაობასაც აუმჯობესებს. თუ ავადმყოფს ტურგორი დაქვეითებული აქვს, საჭიროა სითხის

მიწოდება ფიზიოლოგიური ხსნარის სახით როგორც კანქვეშ, ისე უკანა ტანიდან წვეთობრივად, ინტრავენურად უნდა გადავუსხათ პოლიგლუკონი, გლუკოზა, ოპერაციის დაწყებამდე ავადმყოფს უნდა გადავუსხათ ახალი ციტრატული სისხლი 250 — 500 მლ-ის რაოდენობით. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მივაქციოთ ავადმყოფის კვებას. საკვები უნდა შეირჩეს დაავადების მიხედვით. საყლაპავი მილის კიბოს დროს, როდესაც მილი შევიწროებულია, საკვები უნდა იყოს მაღალკალორიული და მდიდარი ვიტამინებით. ასეთი წესით მომზადებული ავადმყოფის აყვანა შეიძლება საოპერაციო მაგიდაზე.

გაუტკივარება. საყლაპავი მილის კიბოს ოპერაცია უნდა გაკეთდეს ენდოტრაქეული ნარკოზით, რელაქსანტების გამოყენებით. ეს საკითხი შეიძლება გადაჭრილად ჩაითვალოს და მას მიმართავენ ყველა კლინიკაში, სადაც არიან კვალიფიციური ანესთეზიოლოგები. მაგრამ ზოგ შემთხვევაში იქ, სადაც საამისო ჩვენება არ არის ან იქ, სადაც არა ჰყავთ ანესთეზიოლოგები (რაიონი), შესაძლებელია ამ რთული ოპერაციის გაკეთება ადგილობრივი ანესთეზიით. საბჭოთა კავშირში საყლაპავი მილისა და გულმკერდის სხვა ორგანოებზე უმრავლეს შემთხვევაში ოპერაცია ადგილობრივი გაუტკივარებით კეთდება და შედეგიც დამაკმაყოფილებელია. მაგრამ ერთი რამ უნდა გვახსოვდეს—რა სახის გაუტკივარებითაც არ უნდა გაკეთდეს საყლაპავ მილზე ან გულმკერდის სხვა ორგანოებზე ოპერაცია, მოსალოდნელია პლევროპულმონური შოკის განვითარება, ამიტომ ამ გართულების წინააღმდეგ საჭიროა პროფილაქტიკური ზომების მიღება, ისე ოპერაციის დაწყება შეცდომა იქნება.

შოკთან ბრძოლა იწყება ოპერაციის დროს. ანესთეზიოლოგის ან ბრიგადის წევრების (შოკთან მებრძოლი ბრიგადა) ვალია გაამახვილონ ყურადღება ყველა დეტალზე. მაგალითად, ოფლიანობაზე, ჰემოდინამიკის ცვალებადობაზე, სუნთქვის სიხშირესა და სიღრმეზე და სხვა. ოპერაციული პლევროპულმონური შოკის საწინააღმდეგოდ მიმართავენ შემდეგ ღონისძიებებს: ოპერაციის დაწყებიდანვე სისხლის ან მისი შემცვლელის გადასხმას, რომელიც გრძელდება ოპერაციის დამთავრებამდე, სისხლის წნევის ასაწევ საშუალებებს — ეფედრინს, კოფეინს, ლობელინს, ჟანგბადს საჭირო რაოდენობით. ანესთეზიოლოგი (ან ბრიგადის წევრი) ყოველ ათ წუთში აძლევს ოპერატორს ინფორმაციას ავადმყოფის მდგომარეობის შესახებ და როდესაც შეამჩნევს შოკის განვითარების ნიშნებს, უთანხმებს მას ზოგიერთი პროფილაქტიკური ღონისძიების განხორციელებას. სისხლის წვეთობრივი გადასხმა დაუყოვნებლივ უნდა შეიცვალოს ნაკადურით. ანესთეზიოლოგს უნდა ახსოვდეს, რომ ავადმყოფის შოკიდან გამოყვანა უფრო ძნელია, ვიდრე შოკის განვითარებამდე მისი პროფილაქტიკური დაცვა.

საყლაპავი მილის კიბოს დროს შეიძლება გაკეთდეს სამი ტიპის ოპერაცია: ა) საყლაპავი მილის ბოლოების გამოყვანა გულმკერდის წინა კედელზე (თორაკის ტიპის ოპერაცია); ბ) გულმკერდის შიგნითა ანასტომოზი საყლაპავ მილსა და კუჭს შორის; გ) გულმკერდის შიგნითა ანასტომოზი საყლაპავ მილსა და მლივ ნაწლავს შორის, ბრაუნის ანასტომოზის დამატებით კუჭის ტოტალური რეზექციის შემდეგ.

ოპერაციის დროს ავადმყოფი უნდა იწვეს მარჯვენა გვერდზე (ეს იმაზეა დამოკიდებული, თუ რომელი მხრიდან იქნება გაყვანილი განაკვეთი. დასტაქართა უმრავლესობა გულმკერდს ხსნის მარცხენა მხრიდან). განაკვეთი—VII და VIII ნეკნთა შორის, გაიხსნება გულმკერდი. პნევმოთორაქსს კარგად იტანს ავადმყოფი. საყლაპავის მობილიზაციის შემდეგ, სიმსივნის ზემოთ გადაიკვეთება და

გადაიკვანძება ლიგატურით, ჩამოეცმევა რეზინის სათითური (ვ. კაზანსკი). საყლაპავის ზემო ტაკვი ლავიწქვეშ გამოჰყავთ, ქვემო ტაკვი — მუცლის წინა კედელზე. ზემო და ქვემო სტომას აერთებენ რეზინის მილით. შუასაყარს ხურავენ ყრუდ. ამგვარად, ავადმყოფს პირველ ხანებში შესაძლებლობა აქვს მიიღოს საკვები. ავადმყოფის მდგომარეობის გამოკეთების შემდეგ კი შეიძლება გაკეთდეს ხელოვნური საყლაპავი მილი რუ-გერცენის ან ბირხენის მეთოდით.

იმ შემთხვევაში, როდესაც სიმსივნე ლოკალიზდება საყლაპავი მილის შუა ან ქვემო მესამედში, დღევანდელ პირობებში ონკოლოგიური წესების დაცვით ძირითადად კეთდება რადიკალური ოპერაცია. ამ დროს ხდება საყლაპავი მილის მობილიზაცია; სიმსივნის ამოკვეთის შემდეგ იკვეთება შუასაყარი, კუჭის ზემო ნაწილი საყლაპავი მილით შუასაყარში გადააქვთ და შემდეგ კეთდება ეზოფაგოგასტროანასტომოზი სამსართულიანი ნაკერით. ოპერაციის ეს მეთოდი ყველა სხვა მეთოდზე მისაღებია, მაგრამ იმ შემთხვევაში, როდესაც პროცესში ჩართულია კუჭიც, კეთდება ტოტალური გასტრექტომია და ანასტომოზი საყლაპავ მილსა და მლივ ნაწლავს შორის ბრაუნის ანასტომოზის დამატებით ან მსხვილი ნაწლავის ჩადგმით.

როგორც ლიტერატურული წყაროებიდან ირკვევა (არაპოვი, რუსანოვი, ლოპუხინი და სხვები) საყლაპავი მილის კიბოს ქირურგიულ მკურნალობაში უახლესი შედეგი დამაკმაყოფილებელი არ არის, რომ არაფერი ვთქვათ შორეულ შედეგებზე, სადაც ერთეული შემთხვევებია დამაკმაყოფილებელი. ამიტომ ამ სახის ოპერაციაზე ზოგი ქირურგის აზრით უარი უნდა ითქვას. ასეთ დასკვნას მხარს უჭერს აგრეთვე ა. ბაკულევი. მიუხედავად ოპერაციის სირთულისა და დიდი სიკვდილიანობისა, რიგი ავტორები ამ აზრს არ იზიარებენ, ოპერაცია უსათუოდ უნდა გაკეთდეს ჩვენების დროს, წინააღმდეგ შემთხვევაში ავადმყოფს მოკლე ხანში მოელის შიმშილითა და დიდი წვალებით სიკვდილი.

როგორ შეიძლება სიკვდილიანობის შემცირება?

ამ მხრივ დიდი მნიშვნელობა აქვს, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, დაავადების დროულ დიაგნოზს, საოპერაციოდ მომზადებას და, რაც მთავარია, ოპერაციის ტექნიკურად სკრუპულოზური სიზუსტით ჩატარებას. ძირითადში ყველაზე უფრო ხშირად სიკვდილიანობის მიზეზია ოპერაციის ტექნიკურად არასწორად შესრულება, რასაც მოჰყვება შერთულის უკმარისობა. მთავარი და გამოუსწორებელი შეცდომაა, როდესაც საყლაპავი მილის მობილიზაციის დროს ზიანდება მისი დისტალური ნაწილის მკვებავი სისხლძარღვები. რომ გაადვილდეს საყლაპავი მილის შერთულის გაკეთება, მას საკმაოდ დიდ მანძილზე ათავისუფლებენ, რაც ძალიან დიდი შეცდომაა. მართალია შერთულის გაკეთება ადვილდება, მაგრამ ზიანდება მკვებავი სისხლძარღვები; ამასთან, ამ მიდამოში საყლაპავი მილი მოკლებულია მფარავ სეროზულ გარსს, აგრეთვე ადგილი აქვს ღრმა პათანატომიურ ცვლილებებს, რომელიც დაკავშირებულია კიბოსთან, ამიტომ რაც არ უნდა კარგად იყოს დადებული შერთული, ოპერაციის მე-5 — 6 დღეს მისი მარკვენა კუთხე ზოგ შემთხვევაში ნეკროზდება, რასაც მოჰყვება შერთულის უკმარისობა, შიგთავსის გამოსვლა და მედიასტინიტისა და პერიტონიტის განვითარება. ამიტომ საჭიროა საყლაპავი მილის 4—5 სმ-ით მობილიზება, მაშინ საანასტომოზო ნაწლავი უფრო თავისუფლად მიიტანება საყლაპავ მილთან და შერთული გაკეთდება დაჭიმვის გარეშე, რაც თავდები იქნება სისხლძარღვების, ანასტომოზის კარგად შენახვისა და მისი კარგი გაჭოსავალისა.

შერთულის უკმარისობა შეიძლება შესაფერისი მოვლით განიკურნოს. ამ შემთხვევაში მნიშვნელობა აქვს, თუ რა მანძილზე გაიხსნება ნაკერი და რა ზომის ფისტულა განვითარდება. ოპერაციის პირველი დღიდან ექიმმა ყურადღება უნდა გაამახვილოს ავადმყოფობის მიმდინარეობაზე. თუ ოპერაციიდან პირველ დღეებში ავადმყოფს აღსანიშნავი ჩივილები არ ჰქონდა და მე-5 — 6 დღეს იგრძნო ძლიერი ტკივილი გულმკერდის ღრუში, ზოგჯერ ის პირდაპირ მიუთითებს იმ ადგილს (ანასტომოზს) სადაც მან ერთბაშად იგრძნო ტკივილი და სითხის ჩაქცევა გულმკერდის ღრუში, რაც უსათუოდ შერთულის უკმარისობის მაჩვენებელია. ზოგჯერ ამას შეიძლება მოჰყვეს კოლაფსი, შოკის მოვლენები, ამ შემთხვევაში ჭრილობის გახსნის დაყოვნება დიდი შეცდომაა. შერთულის გახსნისას დიდი მნიშვნელობა აქვს იმას, თუ რა სიფართეზე გაიხსნება ანასტომოზი. ზოგჯერ ის თითქმის ნახევარზე იხსნება. რასაკვირველია, ასეთ შემთხვევაში რაიმე რეალური დახმარების აღმოჩენა შეუძლებელია და ავადმყოფი განწირულია. მაგრამ ზოგჯერ ანასტომოზის კუთხიდან ვითარდება მცირე ფისტულა, რომელიც პირველად შემოიფარგლება და შეიძლება ძლიერი რეაქცია და კლინიკური გამოხატულება არ მოგვცეს, მაგრამ თანდათანობით ის იმატებს და ვლინდება კლინიკური ნიშნები. თუ ეს დროულად იქნება დადგენილი, ჭრილობის გახსნა და დრენირება იძლევა კარგ გამოსავალს, ე. ი. რიგ შემთხვევებში გართულების დროული გამოვლინება იძლევა მისი ლიკვიდაციის შესაძლებლობას (სურ. 44, 45, 46, 47, 48, 49).

შეცდომები და გართულებანი გაუვალობის დროს

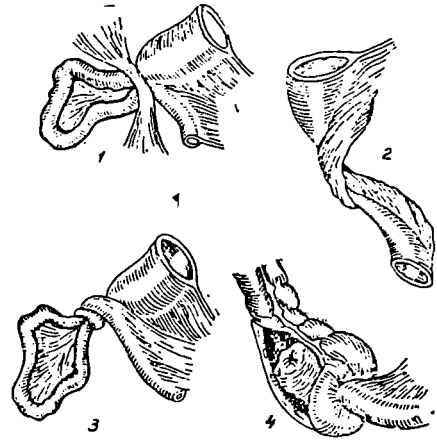
მუცლის ღრუს ორგანოების პათოლოგიაში ერთ-ერთი უმძიმესი დაავადება, რომელიც სიკვდილიანობის დიდ პროცენტს იძლევა, არის ნაწლავთა გაუვალობა (Ileus). ქირურგიულ დაავადებათა 3,5% შეადგენს ნაწლავთა გაუვალობა, ხოლო მწვავე ქირურგიულ დაავადებებთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის 40% მოდის მწვავე გაუვალობაზე (სტრუჩკოვი). ჩვენი ქვეყნის გამოჩენილმა ქირურგებმა (ი. გრეკოვი, ს. ფედოროვი, ს. სპასოკუკოცკი, გ. მუხაძე და სხვ.) ბევრი რამ გააკეთეს ამ რთული საკითხის გადასაწყვეტად, მისი დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის გასარკვევად; მაგრამ, როგორც შემდეგ თავებში დავინახავთ, ჯერ კიდევ ბევრი რამ არის გასარკვევი ეტიოლოგიის, პათოგენეზის, მიმდინარეობის, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის, სიკვდილიანობის შემცირების მხრივ. სიკვდილიანობის პროცენტი რომ ჯერ კიდევ დიდია, ამას მოწმობს როგორც საბჭოთა კავშირის, ისე უცხოური ლიტერატურული მონაცემები.

დიაგნოსტიკა. მწვავე გაუვალობის დიაგნოსტიკა განსაკუთრებით საპასუხისმგებლოა, დიდი უმრავლესობა გართულებებისა და ცუდი გამოსავალისა დიაგნოსტიკური შეცდომებიდან გამომდინარეობს.

როგორც ცნობილია და დადგენილია ამ დაავადების დროს სიკვდილიანობა ძალზე დიდია, იგი შემაშფოთებელ პროცენტს აღწევს, ამასთან, სიკვდილიანობის ეს პროცენტი სტაბილურია. მაგალითად, 1936 წელს ი. ჯანელიძის სტატისტიკური მონაცემებით სიკვდილიანობა მერყეობს 60—33% შორის, ტ. გნილორიბოვის (1956)—40,6%. ზოგიერთი მათგანის მონაცემებით ის თანდათანობით კლებულობს (მაგალითად, კ. ერისთავით — 17%, არაპოვით —11% უდრის და სხვ.). რასაკვირველია, აქ მნიშვნელობა იმასაც აქვს, თუ საიდან ითვლიან პროცენტს,

რა თქმა უნდა, სტრანგულაციური გაუვალობა ჯერ კიდევ სიკვდილიანობის დიდ პროცენტს იძლევა, მაგრამ თუ სიკვდილიანობის პროცენტი გამოანგარიშებული იქნება ყველა სახის გაუვალობიდან, მაშინ ის საგრძნობლად შემცირდება, მაგრამ საშუალო პროცენტი მაინც დიდია. ამის გამო ყურადღება უნდა გამახვილდეს იმ საკითხების დამუშავებაზე, რომლებიც სიკვდილიანობის გადიდების მიზეზია.

ავტორთა დიდი უმრავლესობა იზიარებს იმ აზრს, რომ სიკვდილიანობის პროცენტის შესამცირებლად დიდი მნიშვნელობა აქვს: დროულ დიაგნოსტიკას, ჰოსპიტალიზაციას და ქირურგიულ ჩარევას. მილერი ამტკიცებს, რომ გაუვალობის დროს ოპერაციის დაგვიანების ყოველი საათი ადიდებს სიკვდილიანობის პროცენტს. დავერის (Deaver), მოინიხენის (Moyniahaen) და სხვების აზრით, გაუვალობის დროს სიკვდილიანობა არ უნდა აღემატებოდეს 10%-ს. ამ მონაცემების თანახმად, შეიძლება სავსებით გამართლებულ იქნეს ელიასონის (Eliasson) აფორიზმი—„ავადმყოფი მწვავე გაუვალობით რაც მეტ ხანს ცოცხლობს ოპერაციამდე, იმდენად ის უფრო ნაკლებს იცოცხლებს ოპერაციის შემდეგ“ ი. ჯანელიძე). მაგრამ, საუბედუროდ, ასეთი ავადმყოფები პირველ საათებში (4 — 6) იშვიათად (10%) შემოდიან კლინიკაში, უფრო ხშირად შემოდიან 12 — 24 საათის დაგვიანებით. არაიშვიათია ისეთი შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფები შემოდიან ქირურგიულ განყოფილებაში ისე დაგვიანებით, რომ ქირურგი უძლურია რაიმე ქმედითი დახმარება აღმოუჩინოს და ისინი იღუპებიან ყოველგვარი დახმარების გარეშე. ისმება კითხვა, რა უდევს საფუძვლად ავადმყოფთა გვიან ჰოსპიტალიზაციას?



სურ. 52. მექანიკური ხასიათის გაუვალობა: 1 — სტრანგულაცია, 2 — გადაგრეხა, 3 — შემოტრიალება, 4 — ინვაგინაცია.

პირველ რიგში ამაში დამნაშავეა თვით ავადმყოფი, რამდენადაც მას შეუძლია ითმენს, მკურნალობს ოჯახში სხვადასხვა საშუალებით, იყენებს სხვადასხვა სახის ოყნას, მანიპულაციას, ამით გაჰყავს საუკეთესო დრო ოპერაციული ჩარევისა და როდესაც იგი აღნიშნული მანიპულაციების უშედეგობაში დარწმუნდება, მდგომარეობა გაუარესდება, მხოლოდ ამის შემდეგ მიმართავს საავადმყოფოს, რაც უდიდეს შეცდომად უნდა ჩაითვალოს და რაც ავადმყოფის ყოფნა-არყოფნის საკითხს სათუოდ ხდის. მწვავე გაუვალობის დადგენა უხდება იმ ექიმს, რომელიც ასეთ ავადმყოფს პირველად ნახავს და გასინჯავს — ეს ის ექიმებია, რომლებიც ემსახურებიან ავადმყოფს ბინაზე, პოლიკლინიკაში და სხვა. სწორედ აქ წყდება ავადმყოფის ბედი და ეს დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად გათვითცნობიერებულია ამ დაავადების დიაგნოს-

ტიკაში ექიმი. როდესაც დაავადება ახალი დაწყებულია და ჯერ კიდევ არაა გამომჟღავნებული ამ დაავადებისათვის დამახასიათებელი სიმპტომები, რასაკვირველია, პირველი ნახვით ექიმს გაუძნელდება სწორი დიაგნოზის დადგენა. მაგრამ ექიმის მთავარი და დიდი შეცდომა იმაშია, რომ იმ შემთხვევაში, როცა საეჭვოა მუცლის ღრუს ორგანოების მწვავე დაავადება, თუნდაც მწვავე გაუვალობა, ყოველგვარი ლოდინისა და კონსერვატიული მკურნალობის გარეშე ავადმყოფი გაგზავნოს ქირურგიულ განყოფილებაში დიაგნოზის დასაზუსტებლად და სამკურნალოდ. რასაკვირველია, სჯობს შეცდე ავადმყოფის, რომელსაც სინამდვილეში ოპერაციული მკურნალობა არ სჭირდება, სასარგებლოდ და გაგზავნო სტაციონარში, ვიდრე ავადმყოფი დატოვო დაკვირვებისათვის და დაკარგო საუკეთესო დრო დიაგნოზის დროულად დასადგენად და სამკურნალოდ.

არ შეიძლება არ აღინიშნოს ის ფაქტი, რომ ზოგ შემთხვევაში მწვავე მუცლით იგზავნებიან ავადმყოფები სტაციონარში, სადაც მუშაობენ მაღალკვალიფიციური სპეციალისტები — ქირურგები, მაგრამ აქაც ხდება როგორც დიაგნოსტიკური, ისე ტაქტიკური ხასიათის შეცდომები. იმ შემთხვევაში, როდესაც მოცემულია დაავადების კლასიკური მონაცემები, დიაგნოზის დადგენა ძნელი არ არის, მაგრამ მკურნალობაც არადამაკმაყოფილებელ შედეგს იძლევა, ვინაიდან დაავადება შორს წასულია.

ყველა სადიაგნოზო საშუალების მოყვანა, რომლებიც განხილულია კერძო ქირურგიაში, არ იქნებოდა გამართლებული, მაგრამ ზოგი საკითხი, რომელიც ქირურგს მისცემს საშუალებას დიაგნოზის დადგენაში, უნდა ჩამოვაყალიბოთ.

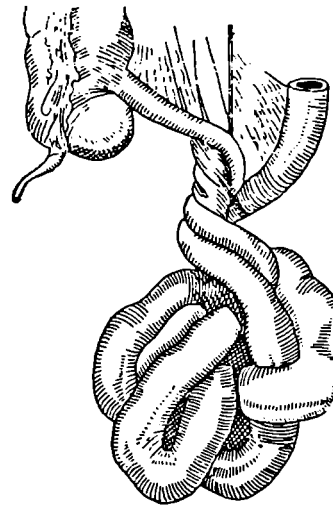
ი. ჯანელიძის, ნ. სამარინის, დ. არაპოვის და სხვათა მონაცემებით, სწორად შეგროვებულ ანამნეზს უაღრესად დიდი ღირებულება აქვს მწვავე გაუვალობის დიაგნოზის დადგენაში; უსათუოდ საჭიროა იმის გარკვევა, თუ როგორ დაიწყო დაავადება, ჰქონდა თუ არა სხვა დროს მსგავსი მოვლენები, როდის ჰქონდა უკანასკნელად კუჭის მოქმედება, ჰქონდა თუ არა ოდესმე ჭრილობა ან ხომ არა აქვს გაკეთებული რაიმე ოპერაცია და მრავალი სხვა. აგრეთვე მნიშვნელოვანი ფაქტორია ავადმყოფის სქესი, წლოვანება.

ვისთვის არაა ცნობილი ის გარემოება, რომ ნაწლავთა ინვაგინაცია უფრო ჩვილ (ძუძუმწოვარ ბავშვებში) გვხვდება, მაშინ როდესაც სტრანგულაციური გაუვალობა ასაკოვან ადამიანებს უვითარდებათ და არაიშვიათად მეორეულია. იგი ემართებათ იმათ ვისაც გადატანილი აქვთ რაიმე ოპერაცია (მწვავე აპენდიციტი, ქოლეცისტიტი, წყლულოვანი დაავადების პერფორაცია და სხვა).

გაუვალობის ნიშნებია: ა) ჩვეულებრივ ტკივილი იწყება ღამით, უცბად, შეიძლება ძილის დროს, ყოველგვარი წინარე დაავადების გარეშე. ტკივილი საშინელია, ზოგჯერ მოუთმენელი, რომელიც შეიძლება შოკში გადაიზარდოს; იშვიათად, მაგრამ არის შემთხვევები, როდესაც ტკივილი ნელა იწყება, თანდათანობით მატულობს და გადაიზრდება აუტანელ ტკივილში. ტკივილის სიძლიერე დამოკიდებულია ნაწლავის გაუვალობის ფორმაზეც. მაგალითად, კვანძის განვითარების დროს სრულიად ჯანსაღ ადამიანს უცბად დაეწყება საშინელი, აუწერელი, ენით გამოუთქმელი ხასიათის ტკივილი (Kallim-მა დაადგინა, რომ შემთხვევათა 93%-ში კვანძი ვითარდება ღამე, ძილის დროს). ტკივილი იმდენად ძლიერია, რომ ავადმყოფი ადგილს ვერ პოულობს, ყვირის, იგრიხება, ბორგავს, ათასნაირად იცვლის მდგომარეობას, შეიძლება მოკლე ხანში შოკში ჩავარდეს. სრულიად ჯანსაღი ადამიანი უცბად იცვლება, ცხვირი უწვ-

ტიანდება, მაჯა აჩქარებული, ძაფისებრი აქვს, ცივ ოფლს ასხამს, ტემპერატურა ნორმალური ან უფრო დაბალი, წნევა ეცემა.

ტკივილის ლოკალიზაციას ვერ მიგვითითებს, ის მთელ მუცელზეა გაფანტული. მსგავსი მოვლენები ვითარდება ნაწლავთა შემოგრეხის დროს, მაგრამ გაუვალობის ზოგი ფორმის დროს ტკივილი ერთბაშად არ იწყება, არამედ ის ნელნელა ვითარდება (მაგალითად, შეხორცების მიზეზის გამო განვითარებული გაუვალობის დროს), პირველად მოსათმენია, ვიდრე პროცესში არ ჩაერთვის მკვებავი სისხლძარღვები, ნერვული აპარატი. სწორედ ისეთი ავადმყოფები, რომელთაც მწვავედ ეწყებათ გაუვალობა, უფრო ადრე ხვდებიან ქირურგიულ განყოფილებაში, ვიდრე ის ავადმყოფები, რომელთაც თანდათანობით უვითარდებათ გაუვალობის მოვლენები. ამგვარად, მწვავე გაუვალობის დროს ტკივილი ვითარდება 100% შემთხვევაში. ტკივილს თან ახლავს გულისრევა და ღებინება (70 — 75%). რასაკვირველია, პირველ ხანებში, ნეირორეფლექსური ხასიათისაა, მაგრამ ის თანდათანობით ხშირდება და ყოველგვარ სითხისა და საკვების მიღებისთანავე ვითარდება. ამასთან, პირველი ღებინების დროს კუჭის შიგთავსი გამოიყოფა, შემდეგ ნაღვლისა და, ბოლოს, ნაწლავის დაშლილი და გახრწნილი შიგთავსიც. ამონაღებს განავლის ფერი და სუნი აქვს, რაც მოწმობს შემთხვევის დაგვიანებას და ცუდი პროგნოზის მომასწავებელია. მეტად მნიშვნელოვანი სიმპტომია გაზისა და განავლის შეკავება, მაგრამ ამ საკითხის განხილვისას მისი შეფასება საჭიროა კრიტიკულად. მაგალითად, თუ ავადმყოფს მალალი გაუვალობა აქვს, მან უნდა გამოყოს როგორც განავალი, ისე გაზი არა ერთხელ, არამედ 2-ჯერაც და მეტჯერაც, ვინაიდან წვრილი ნაწლავის დიდი ნაწილი და მთელი მსხვილი ნაწლავი გადავსებულია ფეკალური მასით. ოყნის გაკეთების შედეგად ავადმყოფი გამოყოფს ფეკალურ მასას და გაზს. თუ ქირურგს ამ მხრივ გამოცდილება არა აქვს, შეიძლება ეს შეცდომის წყარო გახდეს.



სურ. 53. ნაწლავის შემოტრიალება (volvulus).

რექტალური გასინჯვით მკვეთრად გამოიხატება ობუხოვის, საავადმყოფოს სიმპტომები (გრეკოვის მიერ აღწერილი), რაც მდგომარეობს სწორი ნაწლავის სიცარიელეში და სფინქტერის მოდუნებაში.

სადიაგნოზოდ უნდა გამოვიყენოთ რენტგენოლოგიური მონაცემები: ა. პრელინას მონაცემებით, კლობერის ფიალები 55 შემთხვევიდან მან მიიღო 47-ში, რაც დამტკიცდა ოპერაციული ჩარევით — გაუვალობის არსებობა. მაგრამ ს. იუდინი ამ მეთოდს ეკვის თვალით უყურებს. ის აღნიშნავს, რომ ამ მეთოდზე რიგი წლების მანძილზე დაკვირვებების შედეგად მივიდა იმ დასკვნამდე, რომ იქ, სადაც კლინიკური მონაცემების მიხედვით საეჭვო არ არის გაუვალობის არსე-

ბობა, რენტგენიც იძლევა შესაფერის სურათს. მაგრამ იქ, სადაც დიაგნოზი გაურკვეველია, რენტგენით გაშუქებაც გარკვეულ პასუხს არ იძლევა, კლოიბერის ფიალებისმაგვარი გამოხატულებაც არ დადგინდა. მიუხედავად აზრთა სხვადასხვაობისა, რენტგენი ყველა შემთხვევაში უნდა გამოვიყენოთ როგორც სადიაგნოზო საშუალება. რაც რიგ შემთხვევაში უსათუოდ დაგვეხმარება საკითხის გარკვევაში.

აგრეთვე დიაგნოზის დაზუსტებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის ობიექტურ, დეტალურ გასინჯვას. ობიექტური გასინჯვის დროს ავადმყოფი უნდა იწვეს ჰორიზონტალურად, ქვემო კიდურები ოდნავ მოღუნული უნდა ჰქონდეს მუცლის პრესი რომ მოეშვას. იმ შემთხვევაში როდესაც ეჭვია ნაწლავთა გაუვალობაზე, ექიმმა უნდა დაათვალიეროს თიაქრის განვითარების ადგილები, რომ არ გამოეპაროს ჩაჭედილი თიაქრის არსებობა. მსგავსი შემთხვევები ბევრია მოცემულ ლიტერატურაში. მაგალითად, ჰეიდენჰაინმა (Heidenhain) აღწერა ორი შემთხვევა, როდესაც მან წინასწარ გულმოდგინედ გასინჯა ავადმყოფი, გამორიცხა ჩაჭედილი თიაქრის არსებობა და გაუვალობის დიაგნოზით გააკეთა ოპერაცია. ის გააკვირვა იმ გარემოებამ, რომ ავადმყოფს აღმოაჩნდა ერთ შემთხვევაში ბარძაყის ჩაჭედილი პატარა თიაქარი, მეორე — ძალზე მსუქან ქალს მუცლის პრესის ჩაჭედილი თიაქარი, რომელსაც გარედან არაფერი ემჩნეოდა. ი. ჯანელიძეს ასეთი შეცდომის სამი შემთხვევა აქვს მოყვანილი (1938). ა. ნორენბერგ-ჩარკვიანი აღწერს მისი კლინიკის შემთხვევას, როდესაც ექიმმა სიგმის შემობრუნება ჩათვალა ჩაჭედილ თიაქრად. გააკეთა თიაქრის ოპერაცია, ავადმყოფი გარდაიცვალა; გაკვეთაზე დადგინდა სიგმის შემოტრიალება.

საფაკულტეტო ქირურგიულ კათედრაზე გვქონდა შემთხვევა, როდესაც მიუხედავად დეტალური გასინჯვისა, ბარძაყის ჩაჭედილი თიაქარი ვერ გამოვიცანით. მხოლოდ ლაპაროტომიის შემდეგ დადგინდა, რომ საქმე გვქონდა ბარძაყის ჩაჭედილ თიაქართან. ნაწლავის ნეკროზს ადგილი არ ჰქონია და ოპერაცია დამთავრდა გაურთულებლად. რასაკვირველია, თუ დეტალური დათვალიერებით დადგინდება ჩაჭედილი თიაქრის არსებობა, ოპერაცია დამთავრდება მინიმალური ტრავმით, ამიტომ საჭიროა ყველა სუსტი ადგილის, სადაც შესაძლებელია თიაქრის განვითარება და ჩაჭედვით გართულება გულმოდგინედ დათვალიერება, რითაც შეიძლება ავადმყოფს ავაცდინოთ ზედმეტი ტრავმა და შესაძლოა სიკვდილიც.

ამასთან, არ შეიძლება არ აღვნიშნოთ, რომ მწვავე გაუვალობის სიმპტომატოლოგია მრავალფეროვანია და ის შეიძლება ემსგავსებოდეს მთელ რიგ კლინიკურ მონაცემებს, რომლებიც ვითარდება მუცლის ღრუს ორგანოების რიგი მწვავე დაავადებების დროს და რომლებიც იძლევიან ნაწლავის მწვავე გაუვალობის სიმუღლაიას და ხდება შეცდომის მიზეზი. მაგრამ აქვე შეიძლება წინასწარ აღვნიშნოთ ის გარემოება, რომ თუ ქირურგმა დაუშვა დიაგნოსტიკური შეცდომა, გააკეთა ოპერაცია და გაუვალობის ნაცვლად აღმოაჩინა სხვა დაავადება, რომელიც აგრეთვე მოითხოვს ოპერაციულ მკურნალობას, მან ეს ოპერაცია უნდა გააკეთოს, მიუხედავად დიაგნოსტიკური შეცდომისა, მისი მოქმედება გამართლებულად ჩაითვლება.

მწვავე გაუვალობის ზოგიერთი ფორმის დროს, პირველ ხანებში, ვითარდება ისეთივე მოვლენები, რომლებიც დამახასიათებელია მწვავე მუცლის სიმპტომოკომპლექსისთვის, მაგრამ ყველა ავადმყოფი, შემოსული მწვავე მუცლის სიმპტომებით, რასაკვირველია, არ მოითხოვს სასწრაფო ოპერაციულ

ჩარევას, ამიტომ საჭიროა ავადმყოფის დეტალური შესწავლა, დიფერენცირება რიგი დაავადებებისაგან, რომლებიც იძლევიან; მსგავს კლინიკურ სურათს, მაგრამ ოპერაციულ ჩარევას კი არ მოითხოვენ. მაგალითად, მწვავე გასტრიტი, გასტროენტერიტი, როდესაც ავადმყოფები აღნიშნავენ, რომ მათ დაარღვიეს დიეტა, მიიღეს უხეში საკვები; რასაც მოჰყვა გახშირებული ღებინება, მუცლის ტკივილი და სხვ. რასაკვირველია, ასეთი ავადმყოფები სტაციონარში უნდა იყვნენ ექიმის დაკვირვების ქვეშ დაიგნოზის დაზუსტებამდე.

მწვავე პანკრეატიტი. ამ დროს ავადმყოფები აღნიშნავენ ძლიერ ტკივილს მუცლის არეში, განსაკუთრებით ჰიპის დონეზე ან მის ზემოთ, ტკივილი ძალზე ძლიერი და ხშირია, აღინიშნება ღებინება. მწვავე ტკივილმა და ღებინებამ შეიძლება ქირურგს აფიქრებინოს გაუვალობაზე, რადგან ორივე დაავადების დროს მუცელი არაა დაჭიმული და ადვილად პალპირდება; საჭიროა ზომების მიღება— პარანეფრალური ბლოკადა, კუჭის ამორეცხვა, სიფონის ოყნა. შეიძლება გაუვალობის დროს აღნიშნულმა პროცედურებმა ავადმყოფის მდგომარეობა აღსანიშნავად არ გააუმჯობესოს, მაშინ როდესაც პანკრეატიტის დროს ავადმყოფის მდგომარეობა ბევრად უმჯობესდება. ამასთან, შეიძლება პანკრეასისათვის დამახასიათებელია სარტყელისებური ტკივილი, დიასტაზის მომატება შარდსა და სისხლში. თუმცა პირველ საათებში დიასტაზი შეიძლება არ იყოს მომატებული. რიგ შემთხვევებში ავადმყოფს უკეთდება ოპერაცია გაუვალობის დიაგნოზით და ლაპაროტომიის შემდეგ დასტურდება პანკრეატიტის არსებობა. თუ დადგინდა მწვავე პანკრეატიტი, ქირურგის მოქმედება განისაზღვრება პანკრეატიტის ფორმის მიხედვით, შეიძლება ოპერაცია დამთავრდეს უბრალო ლაპაროტომიით ან პანკრეასის კაფსულის გაკვეთით და დრენაჟის ჩატოვებით, რათა შესაძლებლობა გვქონდეს დაავადების ადგილის სისტემატური მორწყვისა ანტიბიოტიკების ხსნარით.

მწვავე აპენდიციტი. მწვავე გაუვალობასა და მწვავე აპენდიციტში საერთოა ძლიერი ტკივილი, გულისრევა და ღებინება, კუჭის მოქმედებისა და გაზის შეკავება. მწვავე აპენდიციტის დროს ტკივილი ვითარდება თანდათანობით, მარჯვენა მხარეზე. დეფანსი (Defense musculaire) შეიძლება განვითარდეს ილეოცეკალურ მიდამოში. აპენდიციტის დროს ავადმყოფი ადვილად იტანს ტკივილს, გაუვალობის დროს კი ეს ტკივილი აუტანელია; მაღალი ტემპერატურა, მომატებული ლეიკოციტოზი და რიგი სიმპტომები იძლევა ამ დაავადების დიფერენცირების საშუალებას. ამის მიუხედავად შეცდომები მაინც გვხვდება; ზოგჯერ გასინჯვით დგინდება მწვავე აპენდიციტი, ოპერაციის დროს კი დასტურდება გაუვალობა ნაწლავის ნეკროზით.

მკურნალობა. ნაწლავთა გაუვალობის მკურნალობის საკითხი მეტად რთული პრობლემაა და კარგი გამოსავალი დამოკიდებულია ქირურგის ტაქტიკაზე. არც ისე ადვილი გადასაჭრელია საკითხი, თუ როდისაა საჭირო ოპერაციული ჩარევა. ამიტომ ქირურგი ვალდებულია მოკლე დროის მონაკვეთში მიიღოს კონკრეტული ღონისძიება ზოგიერთი სახის გაუვალობის გამორიცხვისათვის, რომელიც არ საჭიროებს ოპერაციულ მკურნალობას. მაგალითად, დინამიკური გაუვალობა, როდესაც !გაუვალობა რეფლექსური ხასიათისაა; რაც გამოწვეულია მუცლის ღრუს სხვა ორგანოების დაავადებით, როდესაც კუჭ-ნაწლავის ტრაქტი გადავსებულია უხეში საკვებით (ყოპროსტაზი), როდესაც ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა არ ტოვებს მძიმე დაავადების შთაბეჭდილებას (ნორმალური მაჯა და ნორმალური წნევა) ასეთ შემთხვევაში, პირველ რიგში, საჭიროა კონსერვა-

ტული მკურნალობის ჩატარება, რითაც ავადმყოფს ავაცილებთ მძიმე ოპერაციულ ტრავმას. ლიტერატურაში მოცემულია რიგი შემთხვევები, როდესაც სულ სხვა დაავადების დროს მექანიკური გაუვალობის დიაგნოზით გაკეთდა ოპერაცია. რაც უსათუოდ შეცდომად უნდა ჩაითვალოს.

რა ღონისძიებების მიღება შეიძლება პირველ რიგში.

ა) სიფონის ოყნა. ამ პროცედურის ტექნიკურად სწორად გაკეთებას და მიღებული შედეგის სწორად შეფასებას უაღრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს. ოყნის გაკეთებას უსათუოდ უნდა ესწრებოდეს ექიმი, რომ სწორად შეაფასოს მიღებული შედეგი. უკანა ტანში შესაყვანად სასურველია კუჭის ზონდის გამოყენება. ზონდი უნდა შევიყვანოთ 20—25 სმ სიღრმეზე. სისტემა ჰაერისაგან თავისუფალი უნდა იყოს. ესმარხის ტოლჩით ან ძაბრის მეშვეობით, სწორ ნაწლავში უნდა შევიყვანოთ ოთახის ტემპერატურის წყალი, რამდენსაც ავადმყოფი შესძლებს დაიჭიროს, შემდეგ სისტემა უნდა დავუშვათ დაბლა და სითხესთან ერთად გამოვა ჰაერი და ფეკალური მასა; ეს უნდა განმეორდეს რამდენჯერმე. ასეთი პროცედურის შედეგად. რიგ შემთხვევებში. თუ ინვაგინაციასთან გვქონდა საქმე, ინვაგინატზე სითხის მოწოლამ შეიძლება გამოიწვიოს დეზინვაგინაცია (განსაკუთრებით თუ ეს ეხებათ ბავშვებს) და ავადმყოფი გადარჩეს ოპერაციულ მკურნალობას. ნაწლავის სანათურის აღდგენის შედეგად ან თუ ავადმყოფს ამ მანიპულაციის შემდეგ გამოუყო საკმაო რაოდენობით ფეკალური მასა, მუცკლი დარბილდა და ტკივილები მოკხსნა, გაზების გამოყოფა დაიწყო, შეიძლება სიფონის მოქმედება დადებითად შევაფასოთ და ავადმყოფს ოპერაცია ავაცილოთ.

ბ) კუჭის გამორეცხვა. კუჭი უნდა გამოირეცხოს მსხვილი ან წვრილი ზონდის შეუუყვანოთ ცხვირიდან კუჭამდე, საიდანაც შესაძლებელი იქნება კუჭის სისტემატურად ამორეცხვა. ამ პროცედურით კუჭი და ნაწლავის დასაწყისი ნაწილი თავისუფლდება შიგთავსისაგან და ავადმყოფს ეძლევა შეღვათი.

გ) დიდი მნიშვნელობის ფაქტორია — ორმხრივი პარანეფრული ბლოკადა. ტექნიკურად ამის გაკეთება სიძნელეს არ წარმოადგენს. ის განსაკუთრებით ეფექტურია, პარალიზური ილეუსის დროს იძლევა მექანიკური გაუვალობისაგან ადვილად დიფერენცირების საშუალებას.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ყველა ზემოაღნიშნულმა მანიპულაციამ არ უნდა გაახანგრძლივოს ოპერაციული ჩარევის დრო. არის შემთხვევები, როდესაც ქირურგს სურს ამ კონსერვატიული ღონისძიებით გაუვალობის ლიკვიდაცია, დიდ დროს ანდომებს ამ ღონისძიების გატარებას, რაც უსათუოდ დიდი შეცდომაა. ქირურგმა ორ-ორნახევარ საათში უნდა გაარკვიოს მის მიერ მიღებული ღონისძიებების ნაყოფიერი შედეგი და გადაწყვეტოს ოპერაციული ჩარევის საკითხი.

ზოგ შემთხვევაში ავადმყოფს ისეთი კლინიკური მონაცემები აქვს, რომ მექანიკური გაუვალობა სადაო არ არის და ოპერაციული მკურნალობა აუცილებელია. ასეთ შემთხვევებში საჭიროა წინასწარი ზომების მიღება ორგანიზმის მძიმე მდგომარეობიდან გამოსაყვანად, ამიტომ საჭიროა ბრძოლა სისხლის წნევის ასაწევად და ცილოვან ნივთიერებათა დეფიციტის საკომპენსაციოდ, რაც ვითარდება ორგანიზმში და რომლის შედეგად ზიანდება ცენტრალური ნერვული სისტემა.

ჩვენთვის ცნობილია, რომ როგორც სიდამწვრის დროს, ისე აქაც ხდება

სისხლისა და პლაზმის დიდი რაოდენობით დაკარგვა, რაც შოკის გამომწვევ ფაქტორად ითვლება. ამიტომ საჭიროა, პირველ რიგში, სისხლის ან პლაზმის გადასხმა, დიდი რაოდენობით პოლიგლუკონის, ფიზიოლოგიური ხსნარისა და გლუკოზის ერთდროულად შეყვანა კანქვეშ, უკეთესია წვეთობრივად 1—2 ლიტრის რაოდენობით, ამასთან, საგულე საშუალებები, ვიტამინები და სხვა.

როდესაც მიღებული ზომებით აღდგება ჰემოდინამიკური წონასწორობა, შეიძლება ავადმყოფის აყვანა საოპერაციო მაგიდაზე. რასაკვირველია, ყველა ზემოაღნიშნული ზომის მისაღებად 2—2 1/2 საათზე მეტი დროს დაკარგვა შეცდომა იქნება, ავადმყოფის მდგომარეობას ხიფათს უქმნის.

გაუტკივარება. ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის დროს დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს გაუტკივარების შერჩევას, ზოგჯერ კი ის წყვეტს ოპერაციის კარგი გამოსავლის საკითხს. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ავადმყოფი ქირურგიულ განყოფილებაში შემოჰყავთ ყოველთვის სასწრაფოდ, სრულიად მოუმზადებელი როგორც ფსიქიკურად, ისე მორალურად. ამასთან, იმასაც აქვს მნიშვნელობა, თუ სად, როგორი კვალიფიკაციის დაწესებულებაში ხდება ოპერაციული ჩარევა. გაუტკივარების შერჩევის დროს ყველაფერი ეს უნდა მივიღოთ მხედველობაში.

ჩვენის აზრით, თანამედროვე პირობებში, გაუტკივარების იდეალურ სახედ უნდა ჩაითვალოს უნდოტრაქეული ნარკოზი. ამ ნარკოზით ქირურგს შესაძლებლობა ეძლევა დეტალურად დაათვალიეროს მუცლის ღრუს ორგანოები. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ნაწლავის მწვავე გაუვალობა მოითხოვს გადაუდებელ დახმარებას და ის ყველა ქირურგმა უნდა გააკეთოს. მაგრამ, როგორც აღვნიშნეთ, ენდოტრაქეული ნარკოზის გამოყენების შესაძლებლობა ყველგან არ არის, ვინაიდან ის მოითხოვს მაღალკვალიფიციურ ანესთეზიოლოგს და სათანადო სანარკოზო აპარატურას, ამიტომ იქ, სადაც ამის შესაძლებლობა არ არის უნდა გამოვიყენოთ სხვა სახის გაუტკივარება. აღიარებულია, რომ ადგილობრივი გაუტკივარება ნოვოკაინის 0,5 ან 0,25%-იანი ხსნარით სიკვდილიანობის ნაკლებ პროცენტს იძლევა, მაგრამ ამ ანესთეზიის გამოყენების დროს ქირურგმა დიდი ნებისყოფა და სიმტკიცე უნდა გამოიჩინოს, არ დატოვოს არც ერთი უბანი ნოვოკაინიზაციის გარეშე. ზოგ ქირურგს გაუტკივარების ეს სახე ისე კარგად აქვს ათვისებული, რომ ოპერაციას აყეთებს ყოველგვარი ტკივილისა და გართულების გარეშე. მაგრამ არის შემთხვევები ადგილობრივი ანესთეზიის გამოყენების უკუჩვენებისა, მაგალითად, ბავშვები, ნერვული ავადმყოფები, რომლებიც ვერ ითმენენ ნემსის უბრალო ჩსვლეტასაც კი, ზოგი ავადმყოფი უარს აცხადებს ამ გაუტკივარებაზე და მოითხოვს ზოგად ნარკოზს, ამიტომ ზოგადი ეთერ-ქანგბადის ნარკოზიც უნდა იყოს დანერგილი ქირურგიულ განყოფილებაში, მისი მიცემა ტექნიკურად შედარებით ადვილია და ოპერატორს შესაძლებლობა აქვს თავისუფლად იმუშაოს მუცლის ღრუში და ოპერაცია დაამთავროს კარგად. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ამ ნარკოზს უნდა დაემატოს შოკოგენური ზონების ანესთეზია ნოვოკაინის ხსნარით.

მწვავე გაუვალობის დროს სპინალური ანესთეზიის გამოყენება, ჩვენის აზრით, შეცდომა იქნებოდა, ვინაიდან ისედაც მძიმე ავადმყოფს შოკის ან დაბალი წნევის დროს სპინალური ანესთეზია კიდევ უფრო დაუწევდა წნევას, გაუუარესებდა საერთო მდგომარეობას და სიკვდილიანობის პროცენტს გაზრდიდა. ამიტომაა, რომ ქირურგების უმრავლესობა წინააღმდეგია ამ ანესთეზიის, თუმცა ს. იუდინი მას ფართოდ იყენებს, სხვები კი მიუთითებენ სპინალური ანესთეზიის დიდი სიფრთხილით გამოყენებაზე. შეიძლება დავასკვნათ, რომ იქ, სადაც

არის შესაძლებლობა, ენდოტრაქეული ნარკოზი არჩევით მეთოდად უნდა ჩაითვალოს. სადაც ამის შესაძლებლობა არ არის, ქირურგი თავისი ტექნიკური შესაძლებლობის მიხედვით ირჩევს გაუტკივარების იმ მეთოდს, რომელიც მას კარგად აქვს ათვისებული და რომლითაც ის აღწევს კარგ შედეგს. მაგრამ ჩვენი რჩევაა, რომ ადგილობრივ გაუტკივარებას უპირატესობა მივანიჭოთ და უფრო ფართოდ გამოვიყენოთ.

მწვავე გაუვალობის დროს განაკვეთი უსათუოდ უნდა გატარდეს თეთრ ხაზზე, ჭიპის შემოლით, მარცხნივ. ზოგი ქირურგი აკეთებს დიდ განაკვეთს, მახვილისებრი მორჩიდან სიმფიზამდე, რაც შეცდომად უნდა ჩაითვალოს; ასეთი განაკვეთის დროს მოსალოდნელია ევენტრაციის განვითარება, ვინაიდან დასუსტებულ და მოშხამულ ორგანიზმს შეხორცების უნარი დაკვეითებული აქვს. არც პატარა განაკვეთის გაკეთებაა მიზანშეწონილი, ვინაიდან ამ დროს ვერ ხერხდება მუცლის ღრუს ორგანოების დათვალიერება, სხვადასხვა მანიპულაციის თავისუფლად წარმოება. მუცლის ღრუს გახსნისას შოკის განვითარების თავიდან ასაცილებლად, პირველ რიგში, ანესთეზია უნდა გაუკეთდეს ნაწლავის ჯორჯალს, შოკოგენური ზონების ანესთეზია ნაჩვენებია ყველა სახის გაუტკივარების დროს, თუნდაც ოპერაცია წარმოებდეს ენდოტრაქეული ნარკოზით. ამით ვიცავთ ცენტრალურ ნერვულ სისტემას აფერენტული ნერვული იმპულსებისაგან. ჭრილობის გაგანიერებისას მუცლის ღრუდან გაბერილი ნაწლავი იწყებს გამოსვლას. ასისტენტის მოვალეობაა კარგად შემოფარგლოს გაბერილი მარყუჟები თბილ ფიზიოლოგიურ ხსნარში დასველებული პირსახოცით. გაუვალობის დროს ნაწლავების მარყუჟები წინააღმდეგობის ადგილამდე გადავსებულია თხიერი ნივთიერებით და გაზით. რაც უფრო ხანგრძლივია გაუვალობა, მით მეტია თხიერი ნივთიერება, განავალოვანი მასა კი მსხვილ ნაწლავშია, განსაკუთრებით კი მის ბოლო მონაკვეთში. გაუვალობის დროს ნაწლავში დაგროვილი თხიერი ნივთიერება შედგება: ა) საჭმლის მომნელებელი წვენისაგან, რომელიც დღის განმავლობაში ნაწლავიდან გამოიყოფა (6 ლიტრამდე). პირველ პერიოდში წვენის გამოყოფა ძლიერდება, მაგრამ ის თანდათანობით კლებულობს და, ბოლოს, შეიძლება სულ შეწყდეს (6. სამარინი). გაუვალობის დროს საკვები ნივთიერება ჩქარა იშლება, იხრწნება და ლპება კიდეც; ბ) ტრანსუდატი, ნაწლავის კედელში სისხლის ცირკულაციის დარღვევასთან დაკავშირებით, ადვილად შეაღწევს ნაწლავის სანათურში. ეს ტრანსუდატი შეიცავს სისხლის ფორმიანი ელემენტების ცილებს, ელექტროლიტებს. ნაწლავში გაზი წარმოიშობა ლპობით პროცესებთან დაკავშირებით და ჩაყლაპული ჰაერიდან. მწვავე გაუვალობის დროს, გაუვალობის დაწყების ადგილიდან მის ანალურ ნაწილში შეწოვის უნარი დარღვეული არ არის, ხოლო პირველ ხანებში ორალურ ნაწილში შეწოვა საგრძნობლად მცირდება, ბოლოს სრულიად წყდება, ამიტომაა, რომ ოპერაციის დროს დგინდება რომ ნაწლავის ანალური ნაწილი წინააღმდეგობის დაწყებიდან სრულიად საღია და დაცლილი, პერისტალტიკა შენახული. კარგად ცნობილია ის ფაქტი, რომ ნაწლავის რაც უფრო დიდი მონაკვეთია ჩართული მექანიკურ გაუვალობაში (ყვანძში, მოტრიალებაში), მით უფრო მძიმედ მიმდინარეობს დაავადება, რადგან რეცეპტორების დიდი რაოდენობა ჩაერთვის გაღიზიანების პროცესში და შოკი ნაადრევად ვითარდება. ამასთან, იკარგება სითხის დიდი რაოდენობა, რაც ხდება ჰემოდინამიკის მოშლილობის მიზეზი, ამიტომ დიდი შეცდომაა სისხლისა და მისი შემცვლელი ნივთიერების (პოლიგლუკონი, ფიზიოლოგიური ხსნარი, პლაზმა და სხვ.) გამოუყენებლობა დიდი რაოდენობით. მუცლის ღრუში არსე-

ბული სითხე უსათუოდ ტოქსიკურია, მას ადვილად შეიწოვს პერიტონეუმის პარიეტული ფურცელი და ლიმფური სისტემა ღეიძლის შემოვლით, რის გამოც მისი განეიტრალება არ ხდება და ორგანიზმი სისტემატურად იწამლება. ამიტომ ამომწოვის საშუალებით და სტერილური მარლით ის ძალიან ფაქიზად მთლიანად უნდა მოშორდეს ორგანიზმს.

მწვავე გაუვალობის სტრანგულაციური ფორმის დროს ნაწლავის კედლის გამძლეობა ძალზე შესუსტებულია, ვინაიდან მისი კედლის ცხოველმყოფელობა დაქვეითებულია, სტრანგულაციის ადგილას ან მის მახლობლად მიმდინარეობს ნეკროზული პროცესი და შესაძლებელია სულ მცირე უხეში მოქმედებით ადვილად დაზიანდეს ნაწლავის კედელი, ამიტომ გადავსებული ნაწლავის ამოწვევის დროს დიდი სიფრთხილეა საჭირო, რომ ნაწლავი არ დაზიანდეს. დიდი სიფრთხილით უნდა მოიძებნოს დაბრკოლების ადგილი და დადგინდეს მიზეზი. აქვე შეიძლება აღვნიშნოთ, რომ წინააღმდეგობის ადგილის მიზეზის დადგენა სასურველია დავიწყოთ წვრილი ნაწლავის საღი ადგილიდან. თუმცა ხანდახან არც ისე ადვილია იმ საღი ნაწლავის მარყუჟების მოძებნა, რომელიც მოთავსებულია მცირე მენჯში, გაბერილი ნაწლავის ქვემოთ.

როდესაც მოინახება წინააღმდეგობის ადგილი, მაშინვე უნდა გადაწყდეს საკითხი — მოშორდეს მომტან ნაწლავში დაგროვილი მეტად შხამიანი ნივთიერებები და წინააღმდეგობის მოსპობით აღდგეს გამავლობა. თუ, პირველ რიგში, მოისპობა წინააღმდეგობა და ნაწლავის გამავლობა აღდგება, ორალური ნაწილის შიგთავსი გადაინაცვლებს ნორმალური ნაწლავის სანათურში, რომელიც დაიწყებს ამ შხამიანი შიგთავსის შეწოვას, რასაც მოჰყვება რიგი გართულებები: მაჯის აჩქარება, სისხლის შედგენილობის შეცვლა. ავადმყოფს ეწყება ღებინება, რაც უნდა აიხსნას ინტოქსიკაციის გაძლიერებით. აქედან გამომდინარეობს დასკვნა: მომტან ნაწლავში შიგთავსის დატოვება და, პირველ რიგში, დაბრკოლებისაგან ნაწლავის განთავისუფლება უსათუოდ დიდი შეცდომაა. დაბრკოლების მოხსნამდე და ნაწლავის მთლიანობის აღდგენამდე საჭიროა მომტანი ნაწლავის შიგთავსის ევაკუირება. ამ აზრს იზიარებენ გამოჩენილი ქირურგები (მადელუნგი, ი. გრეკოვი, ს. სპასოკუკოცკი), ჩვენი კლინიკაც ამ აზრს იზიარებს, მას ატარებს ცხოვრებაში და ამასვე ურჩევს სხვა ქირურგებსაც, ვინც ასეთ ოპერაციებს აკეთებს.

აქვე ისმება მეორე საკითხი — რა მეთოდით უნდა განთავისუფლდეს ნაწლავი შიგთავსისაგან.

ნაწლავის განთავისუფლება უნდა მოხდეს უაღრესად ასეპტიკურ პირობებში; მუცლის ღრუში ნაწლავის შიგთავსის ერთი წვეთის მოხვედრაც კი იწვევს პერიტონიტის განვითარებას. შიგთავსის ევაკუაცია უნდა მოხდეს მსხვილი ნემსის ან ტროკარის ჩხვლეტით, მაგრამ ეს არ იქნება სრულყოფილი და დიდ დროსაც მოითხოვს. ამიტომ ჯობია გაკეთდეს სტომა: ნაწლავის ერთი მარყუჟი გამოვყოთ სხვა ნაწილებისაგან, კარგად შემოვფარგლოთ და ქისისებური ნაკერის დადების შემდეგ გავკვეთოთ, შევიყვანოთ რეზინის მილი, რომლითაც ადვილად დაიცლება ნაწლავი შიგთავსისაგან. აქ შეიძლება ელექტროსასრუტის გამოყენებაც.

ამავე დროს სასურველია კუჭის გამორეცხვაც შიგთავსისაგან. როდესაც ნაწლავი დაიცლება სუნიანი შიგთავსისაგან, რეზინის მილს ამოვიღებთ, ქისა გაიკვანძება და რამდენიმე კვანძოვანი ნაკერით სტომის ადგილი ჰერმეტულად დაიხურება.

თუ დაბრკოლება მსხვილ ნაწლავშია, განსაკუთრებით მის ანალურ ნაწილში,

მაშინ დაცლა შეიძლება მოხერხდეს უკანა ტანიდან რეზინის მსხვილი მილის-შეყვანით. მისი გაწევა ხელითაც შეიძლება, გარდიგარდმო კოლინჯამდე, უნდა ვეცადოთ ნაწლავის გაუხსნელად დავცალოთ მსხვილი ნაწლავის ეს მონაკვეთი. აღნიშნული მანიპულაციის შემდეგ ნაწლავი უნდა განთავისუფლდეს დაბრკოლებისაგან. იმისდა მიხედვით, თუ რითაა გამოწვეული სტრანგულაცია, ზოგ შემთხვევაში ეს შეიძლება მარტივად მოხერხდეს. მაგალითად, თუ ნაწლავი შეეწროებულია და დახშული შემაერთებელქსოვილოვანი ზონრით, კოხერის ზონდის შეყვანის შემდეგ ის სიფრთხილით უნდა გადაიკვეთოს. შემდეგში ეს ზონრები რომ არ გახდეს გაუვალობის მიზეზი, უნდა გადაიკვანძოს და გადაკვეთოს. თუ სტრანგულაციის მიზეზი ჰიანწლავი ან დივერტიკულია, ვაკეთებთ აპენდექტომიას და ვაშორებთ დივერტიკულსაც, მაგრამ არის შემთხვევა, როდესაც კვანძია განვითარებული, ე. ი. წვრილი ნაწლავის ორი მარყუჟით ან წვრილი და მსხვილი ნაწლავის მარყუჟებით იქმნება კვანძები. ასეთ დროს კვანძის გახსნა ძალზე გაძნელებულია.

ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევა, როდესაც ოპერატორმა კვანძი ვერ გახსნა, დატოვა გაუხსნელად და დახურა მუცლის ღრუ (ფ. დონოვიჩი). როდესაც დანეკროზებულია ნაწლავის დიდი ნაწილი რიგი ავტორები (დ. ჩუხრუკო, ა. სოლოვიოვი, ფ. პიკინი) ტოვებენ რეზექციის გარეშე, რადგან დანეკროზებული ნაწლავის რეზექციას უმიზნოდ თვლიან. ფ. პიკინმა გვამზე სცადა კვანძის გახსნა, მაგრამ ვერ მოახერხა ისე მაგრად იყო გაკვანძული. რასაკვირველია ასეთი კვანძის გახსნა ძალზე ძნელია, მაგრამ ზოგი ქირურგი ახერხებს კვანძის გახსნას. იქ სადაც კვანძის გახსნა ძალზე ძნელია, მისი უსათუოდ გახსნის ცდა შეცდომაა, ვინაიდან მოსალოდნელია ნაწლავის დაშავება. სათანადო პირობების დაცვით კვანძის შემქმნელი წვრილი ნაწლავი უნდა გადაკვეთოს, რის შემდეგ კვანძი ადვილად იხსნება; ზოგი კი კვანძს ამოკვეთს მთლიანად, რის შემდეგ ნაწლავი მოკლდება (რჩება 80—100 სმ), ამიტომ ეს მეთოდი დღევანდელ პირობებში მიუღებელია და შეცდომად უნდა ჩაითვალოს.



სურ. 54. ნაწლავის გადაკვანძვა Nodus.

ნაწლავის შემოტრიალების დროს უნდა გაკეთდეს დეტორზი, ეს შედარებით ადვილი მანიპულაციაა.

ნაწლავის დაბრკოლების მოხსნის შემდეგ უნდა გაირკვეს როგორია მისი ცხოველმყოფელობა, მაგრამ ეს არც ისე ადვილია, ვინაიდან დროის მოკლე მონაკვეთში იმის გარკვევა ნაწლავი საღია თუ არა, ძალზე ძნელია და არც არსებობს ზუსტი კრიტერიუმი ამის დასადგენად.

ნაწლავის იმ მონაკვეთში, სადაც სისხლის მიმოქცევა დარღვეულია, გაშავებულია, პერისტალტიკა არ არის. საღსა და დაშავებულ ნაწლავს შორის საზღვრის დადგენა ჩვეულებრივ ხდება თვალით და ცხელ ფიზიოლოგიურ ხსნარში დასველებული მარლის საფენების გამოყენებით, ამ წესით საღი ნაწლავის საზღვრის დადგენა გაძნელებულია და შეცდომაც მოსალოდნელია, რაც უსათუოდ არასასურველია. ნაწლავის ცხოველმყოფელობის საიმედო ობიექტური საზომი მისი ფერი და პერისტალტიკაა, მაგრამ პათოლოგიის დროს ის საგრძნობლად დათრგუნვილია, ამიტომ ქირურგმა უნდა გამოიყენოს ისეთი ნივთიერება,

რომელიც გააძლიერებს ნაწლავის პერისტალტიკას და გამოიყვანს ქირურგიული მდგომარეობიდან.

ექსპერიმენტულად დამტკიცებულია (ვ. ივანოვი), რომ აცეტილქოლინის კონცენტრაციის (1 10^{-4}-ზე) სუსტი ხსნარის შეყვანა ნაწლავის ჯორჯალში აძლიერებს ნაწლავის ტონუსს და პერისტალტიკას. თუ ამას კანქვეშ პროზერინის სსნარს დავუმატებთ, ქირურგს მიეცემა შესაძლებლობა ადვილად დაადგინოს საღი ნაწლავის საზღვარი. ამგვარად, ნაწლავის საღი ადგილის განსაზღვრა ადვილად და ეფექტური მეთოდია, რომელიც ქირურგს საშუალებას აძლევს განსაზღვროს ნაწლავის ფუნქცია და საღი ადგილი. თუ ნაწლავის სისაღე ეჭვს ბადებს, ის მოდუნებულია, ჯობია გაკეთდეს რეზექცია საღ ნაწილებში, ვიდრე ასეთი საეჭვო ნაწლავი დატოვებულ იქნას მუცლის ღრუში; შემდეგ შეცდომის გამოსწორება შეუძლებელი იქნება.

საღი ადგილის დადგენა არც ისე ძნელია. ჯერ ერთი, ნაწლავს ნორმალური ფერი ექნება, ჯორჯლის არტერიის პულსაცია — კარგი. გადაკვეთილი ნაწლავიდან არტერიული სისხლი თუ გამოვიდა, ასეთ ადგილებში მერთელის გაკეთება კარგი შეხორცების საწინდარია.

ნაწლავის რა ნაწილი უნდა ამოიკვეთოს? ამის წინასწარ განსაზღვრა შეუძლებელია. რეზექცია უნდა გაკეთდეს, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ნაწლავის საღი ადგილიდან. ორგანიზმი კარგად იტანს ნაწლავის ვრცელ რეზექციას (2 — $2^1/_2$ მეტრამდე). ლიტერატურაში მოცემულია 4—5 მეტრი წვრილი და მსხვილი ნაწლავის რეზექციის შემთხვევები (ს. იუდინი, კიმბაროვსკი) ავადმყოფის გადარჩენით. მაგრამ აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ვრცელი რეზექციის შემდეგ ავადმყოფს უვითარდება ფაღარათი. რაც უფრო გრძელია ამოკვეთილი ნაწლავი, მით შეწოვა ნაკლებია; ამის გამო ავადმყოფები თანდათანობით სუსტდებიან და ზოგ შემთხვევაში ოპერაციიდან 2 — 6 თვის შემდეგ იღუპებიან. ვრცელი რეზექციის შემდეგ საჭიროა ავადმყოფის განსაკუთრებული მოვლა, ხშირად უნდა მივცეთ ნოყიერი და ვიტამინებით მდიდარი საკვები. ზოგი ავადმყოფი მდგომარეობას თანდათანობით ეჩვევა, ჯანმრთელობა უუმჯობესდება და შრომის უნარი უბრუნდება.

არ შეიძლება აქვე არ აღინიშნოს, რომ ზოგი ექიმი ვრცელი რეზექციის შიშით, ნაწლავის რეზექციას აკეთებს საეჭვო ადგილიდან, რაც უსათუოდ სიკვდილით მთავრდება და დიდ შეცდომად უნდა ჩაითვალოს.

ასეთი შემთხვევები გვხვდება ლიტერატურაში. რეზექციის გაკეთება ტექნიკურად სიძნელეს არ წარმოადგენს, მაგრამ უნდა აღინიშნოს, რომ ჯობია შერთული გაკეთდეს პირისპირ. იმ შემთხვევაში, როდესაც ორალური ნაწილი ძალზე გაგანიერებულია, ხოლო ანალური კი შევიწროებული, შესაძლებელია გვერდითი ანასტომოზის გაკეთება (ოპერაციის შემდეგ მოსალოდნელია რიგი გართულებები; დიდ მასალაზე მთელი რიგი ავტორებისა აღნიშნავენ, რომ იმ გართულებებიდან, რომლებიც ვითარდება შემთხვევათა 30%-ში, გამოწვეულია პერიტონიტით. ფილტვებსა და სისხლძარღვთა სისტემაში გართულებანი უვითარდებათ ხანშესულ ადამიანებს). ოპერაციის დამთავრების შემდეგ ისევ კარგად უნდა დავათვალიეროთ მუცლის ღრუ, დარჩენილი სითხე ამოვაშშრალოთ და დავხუროთ.

რა ტექნიკური და ტაქტიკური შეცდომებია მოსალოდნელი?

ა) როდესაც ქირურგი კარგად ვერ შეაფასებს ნაწლავის ცხოველმყოფელობას და ტოვებს რეზექციის გარეშე სიცოცხლისუუნარო ნაწლავს, რასაც მოჰყვება მისი სრული განგრენა, პერიტონიტი და ავადმყოფის სიკვდილი;

ბ) როდესაც ქირურგი აწარმოებს ნაწლავის რეზექციას არასაღ საზღვრებში, რასაც მოჰყვება ანასტომოზის დაშლა და პერიტონიტი;

გ) როდესაც რეზექციის შემდეგ ვერ აღადგენს ჯორჯლის მთლიანობას და რჩება ღანძარა. ამ ფანჯარაში ადვილად ძვრება ნაწლავთა მარყუჟები და ისევ ვითარდება ვაუვალობა, რომლის დიაგნოსტიკა ძალზე ძნელია, ვინაიდან იმ მოვლენებს, რომლებიც ავადმყოფს უვითარდება, ხსნიან ოპერაციასთან დაკავშირებული ნორმული გართულებებით და არა გაუვალობით — მიზეზი გამოვლინდება სასექცო მაგიდაზე;

დ) შეიძლება მუცლის ღრუს გაკერვის დროს, თუ კარგი რელაქსაცია არაა, გაბერილი ნაწლავის სეროზული გარსი დაზიანდეს და ის ჭირურგმა ვერ შეამჩნიოს, რასაც მოჰყვება ინფექციის გაჟონვა და პერიტონიტი. შეიძლება ასეთი დიდი ოპერაციის დროს, მით უმეტეს თუ ოპერაცია კეთდება არასრული რელაქსაციით (ზოგადი ნარკოზით, ადგილობრივი გაუტკივარებით), მუცლის ღრუში ჩარჩეს უცხო სხეული (მარლის ნაკერი, ხელსახოცი და სხვა), რაც იწვევს პერიტონიტს, ამიტომ დიდი სიფრთხილეა საჭირო.

ოპერაციის დამთავრებით, რასაკვირველია, არ მთავრდება ავადმყოფის სიცოცხლისათვის ბრძოლა, ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ორგანიზმის ფუნქციის აღდგენა ჩქარა არ ხდება, ამიტომ უნდა მიეცეთ გადამწყვეტი ზომები. საოპერაციოდან გამოყვანის შემდეგ ავადმყოფი უნდა მოვათავსოთ თბილ ოთახში, უსათუოდ ფუნქციონალურ საწოლში, უნდა იყოს ინდივიდუალური მეთვალყურეობის ქვეშ, ანესთეზიოლოგი არ უნდა მოსცილდეს, ვიდრე არ აღსდგება თავისუფალი სუნთქვა. მოსალოდნელი შოკის საწინააღმდეგოდ უნდა დავუნიშნოთ ანალგეტიკები, პრომედოლის 2%-იანი ხსნარი, თუ დაუქვეითდება სისხლის წნევა შეიძლება გავუკეთოთ ჰიდროკორტიზონი, ნორადრენალინი გლუკოზით და მეზატონი. ავადმყოფს სისტემატურად ვაძლევთ ჟანგბადს. ცხვირიდან უნდა ჩავუდგათ წვრილი ზონდი და კუჭიდან სისტემატურად უნდა ამოვქაჩოთ შიგთავსი. ამ დროს ავადმყოფს წყლის დალევის უფლება აქვს, ვინაიდან ისევ ამოსდის ზონდით. თუ ავადმყოფი ნერვიულია და ზონდს ვერ იჩერებს, პერიოდულად, დღეში 2—3-ჯერ უნდა ამოვურეცხოთ კუჭი. ბრძოლა დეზინტოქსიკაციასთან გრძელდება ოპერაციის შემდეგაც. ავადმყოფს ვუსხამთ სისხლს და სისხლის შემცვლელ ნივთიერებებს — პლაზმას პოლიგლუკინს, ფიზიოლოგიურ ხსნარს. ვენაში გლუკოზასთან ერთად უკეთებენ ვიტამინებს. გულ-სისხლძარღვთა მუშაობის გასაუმჯობესებლად, საჭიროების მიხედვით, უნიშნავენ საგულე საშუალებებს. ამასთან უნდა შემოწმდეს სისხლში კალიუმის შედგენილობა, ჰიპოკალიუმის შემთხვევაში ვენაში უნდა გაუკეთდეს კალიუმი გლუკოზასთან ერთად, სიფონისა და მარილის ოყნა (მსხვილი ნაწლავის რეზექციის დროს პირველად უნდა ვერიდოთ სიფონის ოყნის გაკეთებას). საჭიროა პროთრომბინის ინდექსის ხშირად გამოკვლევა და საჭირო შემთხვევაში, პროფილაქტიკის მიზნით, ჰეპარინის პრეპარატის დანიშვნა. ავადმყოფს ოპერაციის მეორე დღიდან უნდა დავუნიშნოთ სხვადასხვა სახის მოძრაობა (კიდურების, სუნთქვის გაღრმავება), რაც ხელს შეუწყობს შეგუებითი პროცესების ლიკვიდაციას.

ყველა ზემოჩამოთვლილი კომპლექსური ღონისძიებებით შეიძლება ავადმყოფის გადარჩენა.

შეცდომები და გართულებანი მუცლის ფარის მწვავე ანთების დროს

მუცლის ფარის მწვავე ანთება (Peritonitis acuta) უმძიმესი დაავადებაა, რომელიც სიკვდილიანობის დიდ პროცენტს იძლევა. ადრეულ პერიოდში დიფუზური პერიტონიტი შემთხვევათა 80—90%-ში სიკვდილით მთავრდებოდა. მედიცინის თანდათანობით განვითარებასთან და ანტიბაქტერიულ მძლავრ საშუალებათა აღმოჩენასთან დაკავშირებით, ეს დაავადება თანდათან საგრძნობლად შემცირდა. მაგრამ დღევანდელ პირობებშიც კი, თუ დროულად არ დადგინდა სწორი დიაგნოზი, ავადმყოფის გადარჩენა ძნელდება, ზოგჯერ შეუძლებელი ხდება და ადამიანი, რომელიც ჯანსაღი და შრომისუნარიანი იყო, შეიძლება მწვავე პერიტონიტის განვითარებასთან დაკავშირებით, მოკლე დროის განმავლობაში — რამდენიმე დღეში დაიღუპოს.

ნახევარ საუკუნეზე მეტია მიმდინარეობს ამ მეტად მძიმე დაავადების დროული დიაგნოსტიკისა და სამკურნალო საშუალებათა ძიება, მაგრამ ჯერ კიდევ არაა გამონახული ეფექტური სადიაგნოზო და სამკურნალო საშუალებები. მაგრამ თუ ჩვენ კარგად შევიგნებთ ამ დაავადების სირთულეს, შევიარაღდებით ყველა იმ საშუალებით, რაც ჩვენ მოგვეპოვება (ჩვენ კი ბევრი შესაძლებლობა გვაქვს), უსათუოდ მივაღწევთ დიდ პროგრესს და სიკვდილიანობის დიდ პროცენტს მინიმუმამდე დავიყვანთ.

მუცლის ფარის ანთება — პერიტონიტი (Peritonitis), როგორც დამოუკიდებელი დაავადება ძალზე იშვიათად ვითარდება. პერიტონიტი უმთავრესად მუცლის ღრუს ორგანოების სხვადასხვა სახის დაავადების გართულებაა. ძირითადად პერიტონიტის გამომწვევია მრავალფეროვანი მიკროორგანიზმები, როგორიცაა: სტრეპტოკოკი, პნევმოკოკი, სტაფილოკოკი, ენტეროკოკი, ნაწლავისა და ტიფის ჩხირები, სხვადასხვა სახის ანაერობები და სხვა. პერიტონიტის განვითარებაში ინფექციის შეჭრის მრავალი გზა არსებობს. ის ძალიან ხშირად ვითარდება მუცლის ღრუს ორგანოების პერფორაციასთან დაკავშირებით (აპენდიციტის, კუჭის, თორმეტგოჯა ნაწლავის, ნაღვლის ბუშტის, ნაწლავთა წყლულებისა და სხვათა პერფორაცია, მუცლის ღრუს ორგანოების ტრავმული დაზიანება და სხვა). შეიძლება ინფექცია შეიჭრას ოპერაციის მომენტში ან ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის დარღვევით, აგრეთვე ინფექციის შეჭრა შესაძლებელია ჰემატოგენური და ლიმფოგენური გზებით. ძალზე იშვიათია, მაგრამ შეიძლება ბავშვებში — გოგონებში 12 წლამდე განვითარდეს პნევმოკოკური პერიტონიტი.

ამგვარად, შეიძლება დადასტურებულად ჩაითვალოს, რომ მწვავე პერიტონიტი არის რთული პათოლოგიური პროცესი. ჩვენი მოქმედება მიზნობრივი რომ იყოს, წინასწარ უნდა გავერკვეთ, თუ რა ფორმის პერიტონიტთან გვაქვს საქმე. სხვადასხვა ავტორი პერიტონიტის კლასიფიკაციას სხვადასხვაგვარად აყალიბებს. ჩვენ ავირჩევთ მარტივ და ყველასათვის ადვილად გასაგებ კლასიფიკაციას:

1. მწვავე პერიტონიტი — Peritonitis acuta;
2. ქრონიკული პერიტონიტი — Peritonitis chronica;

გავრცელების მიხედვით: 1) დიფუზური პერიტონიტი — Peritonitis difusa;

2) გავრცელებული საერთო პერიტონიტი — Peritonitis universalis;

3) ადგილობრივი შემოსაზღვრული პერიტონიტი — Peritonitis circumscripta.

აღნიშნული კლასიფიკაციიდან ახსნა-განმარტებას მოითხოვს დიფუზური და გავრცელებული პერიტონიტი. თუ ექიმმა ეს სწორად არ გაიგო შეიძლება მკურნალობაში დაუშვას შეცდომა.

დიფუზური ეწოდება ისეთ პერიტონიტს, როდესაც ანთებით პროცესში ჩართულია პერიტონეუმის ნაწილი (არაშემოსაზღერულად). ამ ფორმის დროს ანთების გავრცელებისათვის რაიმე წინააღმდეგობა არ არსებობს. მაგალითად, პელეოპერიტონიტისა და სხვა სახის პერიტონიტის დროს ანთებითი პროცესი, ძირითადში, გავრცელებულია გარდიგარდმო კოლინჯამდე — მუცლის ქვეშა მიდამოში. როდესაც ასეთ ავადმყოფს ქირურგი უკეთებს ოპერაციას, მას ჰგონია, რომ საქმე აქვს გავრცელებულ პერიტონიტთან. სინამდვილეში კი არის დიფუზური პერიტონიტი. ასეთი სახის პერიტონიტის დროს, თუ დროულად ჩაუტარდება (ვიდრე ის გადაიზრდება გავრცელებულ პერიტონიტში) ქირურგიული მკურნალობა მედიკამენტებთან კომბინაციაში, ავადმყოფი დიდ პროცენტ შემთხვევაში განიკურნება; მაგრამ საკრთო გავრცელებული პერიტონიტის დროს ავადმყოფის გადარჩენა თითქმის შეუძლებელია, იშვიათი გამონაკლისის გარდა (შემოსაზღერული პერიტონიტის დროს პერიტონეუმის გარკვეული ფართობი შემოსაზღერულია და ანთების გავრცელების შესაძლებლობა არ არსებობს).

არის კიდევ პერიტონიტის ერთი ფორმა ე. წ. სეფსისური პერიტონიტი, რომლის დროს პერიტონეუმის ღრუში გამონაყოფი (ექსუდატი) სულ არ არის, პერიტონიტი თავის სიბრწყინვალეს კარგავს. ამ ფორმის დროს ავადმყოფები შემთხვევათა 100%-ში სულ მოკლე ხანში იღუპებიან.

ამგვარად, როგორც ლიტერატურული წყაროებიდან ჩანს, დიფუზური პერიტონიტით დაავადებული ავადმყოფის გადარჩენა შეიძლება იმ შემთხვევაში, თუ დიაგნოზი დროულად და სწორად იქნება დადგენილი და მკურნალობაც მაღალ დონეზე იქნება ჩატარებული.

ქრონიკული პერიტონიტის დიაგნოზის დასაზუსტებლად ექიმს მრავალი შესაძლებლობა აქვს. თუ საქმე მოითხოვს, უნდა გაკეთდეს განმეორებითი რენტგენოლოგიური გამოკვლევები, კლინიკური ანალიზი, ენდოსკოპიები, აწარმოოს სკლენირება, ისარგებლოს კვალიფიციური ექიმების კონსულტაციით. სამედიცინო პრაქტიკაში ყველაზე მძიმე მდგომარეობა ექიმისათვის არის მაშინ, როდესაც მწვავე პერიტონიტის სასწრაფო ოპერაციის საჭიროების დროს, მოკლე დროის მონაკვეთში უნდა დასვას სწორი დიაგნოზი და გაუწიოს გადაუდებელი ქირურგიული დახმარება. საქმარისია დიაგნოზის დასმა და ოპერაციული ჩარევა დაგვიანდეს, რომ ავადმყოფის სიცოცხლე სახიფათო გახდეს.

თუ წინათ წყლულოვანი დაავადების პერფორაციით ათი ავადმყოფიდან ათივე კვდებოდა, დღეს ისეთი პირობებია შექმნილი, იმდენად მაღალია ქირურგიული დახმარების დონე, რომ ათი ავადმყოფიდან ათივე იკურნება, მაგრამ თუ ქირურგი დროულად ვერ გაერკვა და ოპერაცია დააგვიანა 30—40 საათით, რა ძლიერი ორგანიზმიც არ უნდა ჰქონდეს ავადმყოფს, ის უსათუოდ განწირულია.

ამგვარად, გადაუდებელ ქირურგიაში უაღრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს დროს. ვინაიდან ავადმყოფობის დაწყებიდან სიკვდილამდე დროის მცირე მონაკვეთია, როცა ქირურგი ავადმყოფის გამოკვლევას დიდ დროს ანდომებს, იგი თავისი გადაწყვეტილების მიღებისას უნდა დაეყრდნოს ზოგიერთ კარგად შესწავლილ კლინიკურ მონაცემს და თავის გამოცდილებას, რაც აძლევს მას ოპერაციული ჩარევის შესაძლებლობას.

ჩირქოვანი დიფუზური პერიტონიტის სიმპტომატოლოგია

პერიტონიტი ისეთი მძიმე დაავადებაა, რომელიც შეიძლება გაგრძელდეს რამდენიმე საათიდან (ელვისებური სეფსისური პერიტონიტი) რამდენიმე დღე. რეაქტიულობისა და ფლორის ხასიათთან დაკავშირებით ამ დაავადების კლინი-

კური სურათი მრავალფეროვანია სხვადასხვა ავადმყოფში. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ არ არსებობს არც ერთი ისეთი სიმპტომი, რომელიც დამახასიათებელი იყოს მარტო პერიტონიტისათვის და სხვა დაავადების დროს არ გვხვდებოდეს. პერიტონიტის დროს საქმე გვაქვს რიგ სიმპტომთა კომბინაციასთან. ამასთან, ისიც უნდა გვახსოვდეს, რომ ამ ბოლო დროს ანტიბიოტიკების ფართოდ გამოყენება ექიმის დანიშნულების გარეშე პერიტონიტის ნამდვილ კლინიკურ სურათს ცვლის, რაც დიაგნოსტიკური შეცდომის მიზეზი ხდება.

პერიტონიტის დროს არჩევენ ადგილობრივ და საერთო სიმპტომებს. ტკივილი პერიტონიტის განუყრელი სიმპტომია. ის აღინიშნება პერიტონიტის ყველა შემთხვევაში, მაგრამ რაიმე დამახასიათებელი ნიშნები, რომლითაც ის განსხვავდებოდეს მუცლის ღრუს ორგანოების სხვა დაავადებით გამოწვეული ტკივილისაგან, არა აქვს. ტკივილი ვითარდება პერიტონიტის როგორც დასაწყის სტადიაში, ისე, შეიძლება უფრო გაძლიერებულიც, პერიტონიტის მოგვიანებით პერიოდში. ზოგჯერ ტკივილი იმდენად ძლიერია, რომ ავადმყოფი ადგილს ვერ პოულობს. განსაკუთრებით მტკივნეულია პერიტონიტის განვითარების ადგილი. მაგალითად, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაციას ყოველთვის თან ახლავს მოუთმენელი ტკივილი და ზოგჯერ ავადმყოფი შოკში ვარდება. მაგრამ შეიძლება ზოგჯერ აპენდიკულურმა პერფორაციამ და მუცლის ტიფის შედეგად გამოწვეულმა ნაწლავის პერფორაციამ არ გამოიწვიოს ასეთი ძლიერი ტკივილი და გახდეს დიაგნოზის დადგენის შეცდომის წყაროდ.

აგრეთვე პერიტონიტისათვის დამახასიათებელია ფრენიკუსის ფენომენი — ოლეკერის სიმპტომი. ამ დროს ტკივილი იძლევა ირადიაციას კისრის მიმართულებით, მხრის სახსრისაკენ, რაც n. phrenicus-ის გაღიზიანებით აიხსნება. ეს უფრო ხშირად მარჯვენა მხარეზე ვითარდება, მაგრამ შეიძლება ეს სიმპტომი დადებითი იყოს როგორც მარცხენა, ისე ორივე მხარეზე. პერიტონიტის ერთერთი საგანგაშო სიმპტომია მუცლის კედლის კუნთოვანი სისტემის შეკუმშვა — კონტრაქტურა (Defense musculaire), რაც შეიძლება განვითარდეს ილეოცეკალურ არეში, აპენდიციტის პერფორაციის დროს, მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში — ნაღვლის ბუშტის დესტრუქციული ფორმისა და პერფორაციის დროს; მაგრამ ყველაზე მკვეთრად კონტრაქტურა გამოიხატება თორმეტგოჯა ნაწლავის ან კუჭის წყლულის პერფორაციის დროს. ეს სიმპტომი პერიტონიტის დაწყების პირველ საათში საუკეთესო სადიაგნოზო საშუალებაა. აღნიშნული სიმპტომი ექიმს აძლევს მკურნალობის დროულად დაწყების საშუალებას. როდესაც ახალგაზრდა ექიმი გაეცნობა კუნთების კონტრაქტურის (დეფანსის) დიაგნოსტიკურ მნიშვნელობას, ამით შეიძენს ისეთ ინსტრუმენტს, რომლის მეშვეობით ის არა ერთ ავადმყოფს იხსნის დაღუპვისაგან.

მესამე, დიდი ღირებულების და მნიშვნელობის სადიაგნოზო საშუალებაა შოტკინ-პლუმბერგის მიერ აღწერილი სიმპტომი, რომელიც თითქმის ყველა შემთხვევაში მკაფიოდაა მოცემული; ეს სიმპტომი შემდეგში მდგომარეობს: მუცელზე ხელის დაკერით ავადმყოფი ტკივილს არ გრძნობს ან ზომიერად სტკივა, მაგრამ ხელის უცბად აშვებით და პერკუსიული შერხევით ავადმყოფი ძლიერ ტკივილს გრძნობს. აქ ჩამოთვლილ ადგილობრივ სიმპტომებს თან ერთვის ზოგადი მოვლენები — დასაწყისში ავადმყოფს ეტყობა მოუსვენრობა, ცივი ოფლი, შიში, ცხვირი თანდათან უწვეტიანდება, სახე მოგვიანებით ღებულობს „ჰიპოკრატეს" სახის გამომეტყველებას, ენა მშრალი, მაჯა სუსტი ვსების და დაჩქარებული, სუნთქვა ხშირი და ზერელე, სისხლის

წნევა ეცემა. პირველ პერიოდში ავადმყოფის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, ის ერკვევა გარემოსა და სივრცეში, მაგრამ დაავადების პროგრესულობასთან დაკავშირებით, მდგომარეობა უარესდება, ის ხდება მოუსვენარი, ლოგინში უსისტემოდ და ხშირად მოძრაობს. ამას მოჰყვება ეუფორია. ავადმყოფი აღიგზნება, ჩივილები უკვე არა აქვს, თითქოს კარგ ხასიათზე დგება, ზოგჯერ ჰგონია, რომ უკვე განკურნა და მუშაობის გეგმას სახავს, ტემპერატურა მერყეობს მაღალ ციფრებში. ერთგვარი დიაგნოსტიკური ღირებულება აქვს ტემპერატურის სხვაობას იღლიის ფოსოსა და უკანა ტანს შორის (ნორმალური მდგომარეობის დროს განსხვავება ერთ გრადუსს არ აღემატება, პერიტონიტის დროს კი —2 — 3 გრადუსს უდრის). უკანა ტანიდან თითით გასინჯვით შეიძლება დადგინდეს დუგლასის მიდამოში ტკივილი. შარდში აღმოჩნდება ტოქსემიის დამახასიათებელი ნიშნები: ცილა, ინდიკანურია, ჰემატურია, ჰიალინური და მარცვლოვანი ცილინდრები. სისხლში ჰიპერლეიკოციტოზი 15 000 — 20 000 და მეტი, ფორმულაში მარცხნივ გადახრა და აეოზინოფილია, განსაკუთრებით დიდია ლეიკოციტოზი (30 000 — 50 000) პნევმოკოკური პერიტონიტის დროს, მაგრამ ზოგჯერ შეიძლება ანტიბიოტიკების მიღების ფონზე ლეიკოციტოზი იყოს ნორმის ფარგლებში ან დაქვეითებულიც კი. ყველაფერი ეს საერთო მონაცემების შეჯამების დროს უნდა იქნეს მიღებული მხედველობაში. რაც უფრო დაგვიანდება დიაგნოზის დადგენა და დროული ქირურგიული მკურნალობა, მით ავადმყოფის მდგომარეობა თანდათანობით გაუარესდება. ავადმყოფს მუცლის ურბილდება, იღებს ოვალურ ფორმას, დაჭიმულობა (დეფანსი) მოეხსნება, ვითარდება ნაწლავის პარეტიული მდგომარეობა, პერისტალტიკა ნელდება ან წყდება, რასაც მოჰყვება ნაწლავების გაბერვა. ასეთ ავადმყოფებს ენა მუდამ მშრალი აქვთ მკაფიოდ გამოხატული ნადებით, აღენიშნებათ ღებინება, ძლიერი წყურვილი, რაც ღებინებას უძლიერებს. აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ღებინება პერიტონიტისათვის ერთ-ერთი კარდინალური სიმპტომია. ღებინებას შეიძლება წინ უსწრებდეს გულისრევა, ბოყინი. პირველად ამოაღებინებს მიღებულ საკვებს, შემდეგ სითხეს ნაღვლის ნარევით. ნაწლავის პარეზთან დაკავშირებით შიგთავსმა შეიძლება გადაინაცვლოს კუჭში, მაშინ ამონაღებს ექნება განავლის სუნი.

ამგვარად, როგორც ირკვევა, რიგი სიმპტომოკომპლექსები, რომლებითაც ხასიათდება პერიტონიტი, ქმნის შთაბეჭდილებას, რომ ამ დაავადების დიაგნოსტიკა სირთულეს არ წარმოადგენს, მაგრამ ასე არ არის. პერიტონიტი ყველა შემთხვევაში არ იძლევა კლასიკურ სიმპტომებს და როცა ჩამოყალიბდება მკაფიოდ გამოხატული კლინიკური სურათი, უკვე შემთხვევა შორსწასულია და ავადმყოფის გადარჩენა სათუო ხდება.

როდის არის შესაძლებელი დიაგნოსტიკური შეცდომების დაშვება? კარგად არის ცნობილი ის ფაქტი, რომ პერიტონიტის დროს ავადმყოფის გადარჩენაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს დროის ფაქტორს. დასვი დიაგნოზი ადრე — გადაარჩენ ავადმყოფს, დააგვიანე დაავადების დადგენა ავადმყოფის სიცოცხლე სათეო ხდება.

რა უწყობს ხელს დიაგნოსტიკაში შეცდომის დაშვებას? ჯერ ერთი, იმის დადგენა, თუ რითაა გამოწვეული პერიტონიტი. ჩვენ ვიცით, რომ პერიტონიტი რიგ შემთხვევებში, ოპერაციის შემდეგ ვითარდება. მაგალითად, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების შედეგად გაკეთებული რეზექცია არაიშვიათად რთულდება ტაკვის უკმარისობით. შეიძლება ტაკვის გახსნა 5 — 8 დღის შემდეგ. ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფს მუცლის არეში

ყოველთვის აქვს მცირე ტკივილი. ტაკვის უკმარისობის დროს ტკივილი გაუძლიერდება, თუ ეს მოხდება სამუშაო საათების შემდეგ, შეიძლება მორიგე ექიმმა ეს ჩათვალოს ოპერაციასთან დაკავშირებულ ტკივილად და ავადმყოფი ტკივილდამაყუჩებელი საშუალებებით დაამშვიდოს. მეორე დღეს, როდესაც დადგინდება ტაკვის უკმარისობა — დიფუზური პერიტონიტი განვითარებული იქნება.

არის შემთხვევა, როდესაც ავადმყოფს მუცლის ტკივილთან ერთად უვითარდება ღებინება, აუჩქარდება მაჯა. უფრო ხშირად აპენდიციტი ვითარდება ღამე, ეპიგასტრიუმის არეში და ჰიპის ირგვლივ ტკივილით. პირველ რიგში ოჯახის წევრები მიმართავენ შინაურ მკურნალობას; დილით გამოძახებული ექიმი ზერელე გასინჯვით ადგენს საკვებით ინტოქსიკაციას და ავადმყოფს ამოურეცხავს კუჭს და უკეთებს ოყნას, უნიშნავს მედიკამენტებით მკურნალობას ბინის პირობებში, რაც უბნის ექიმის დიდი შეცდომაა. როდესაც მდგომარეობა გაუარესდება, ავადმყოფს ადგილობრივი მოვლენები გადაეზრდება პერიტონიტად, მაშინ აგზავნიან საავადმყოფოში. ჯობია ექიმმა ავადმყოფი მოათავსოს საავადმყოფოში არასწორი დიაგნოზით, ვიდრე არასწორი მკურნალობის შემდეგ დაგვიანებით მოათავსოს სტაციონარში და ავადმყოფის სიცოცხლე სათუო გახდეს. დიაგნოსტიკურ შეცდომებს უშვებენ არა მარტო ბინაში მომსახურე ახალგაზრდა ექიმები, არამედ მაღალი და უმაღლესი კვალიფიკაციის მქონე ექიმებიც. მოვიყვანთ ერთ მეტად საინტერესო მაგალითს, სადაც დიაგნოსტიკური და ტაქტიკური ხასიათის შეცდომას ჰქონდა ადგილი.

1973 წლის 27 იანვარს საფაკულტეტო ქირურგიულ კლინიკაში ინფექციურ საავადმყოფოდან შემოიყვანეს ავადმყოფი ტ., 39 წლის, გაუვალობის დიაგნოზით. ავად გამხდარა 15 იანვარს, ჰქონია მაღალი სიცხე (38 — 39°-მდე) მუცლის ქვემო ნახევარში ტკივილი. მდგომარეობის გაუარესებისა და ცხვირიდან სისხლის დენის დაწყების გამო მოათავსეს ქალაქის საავადმყოფოში, სადაც ეჭვი მიუტანიათ ენტეროვირუსულ ინფექციაზე. რადგან ავადმყოფს მაღალი სიცხე ჰქონდა და მუცლის მიდამოში ტკივილი უგრძელდებოდა გადაუყვანიათ ინფექციურ საავადმყოფოში. აქ ავადმყოფისათვის გაუკეთებიათ ოყნა (რაც შეცდომაა). 26 იანვარს ავადმყოფს ძლიერ ტკივილთან ერთად დასწყებია ღებინება (7-ჯერ), შებერვია მუცელი, განმეორებით გაუკეთებიათ ოყნა ჰიპერტონიული ხსნარით. ავადმყოფს უტარებდნენ სიმპტომატურ მკურნალობას. ვინაიდან ავადმყოფის მდგომარეობა არამცთუ გაუმჯობესდა, პირიქით, გაუარესდა. გაუკეთებიათ რენტგენოსკოპია, რითაც დაუდგენიათ კლოუბერის ფიალების არსებობა. ეჭვი მიიტანეს გაუვალობაზე და ავადმყოფი გადმოიყვანეს რკინიგზის საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში, შემოსვლისას ავადმყოფის მდგომარეობა ძალზე მძიმე იყო: ენა მშრალი, მუცელი შებერილი, ძლიერ მტკივნეული. ავადმყოფი წინასწარ მომზადების შემდეგ მოვათავსეთ საოპერაციო მაგიდაზე საგარაუდო დიაგნოზით — გაუვალობა, პერიტონიტი.

ოპერაცია გაკეთდა ენდოტრაქეული ნარკოზით. განაკვეთი ჰიპის შემოვლით 15 სმ სიგრძის. გაიხსნა მუცლის ღრუ, საიდანაც დიდი რაოდენობით გადმოიღვარა ჩირქოვანი სითხე კოლიკომუნის სუნით (გაურცელებული პერიტონიტი). ჩირქი ამოქაჩეს ელექტროსასრუტით. ჩირქის ამოქაჩვის შემდეგ და მუცლის ღრუს დათვალიერებით დადგინდა ილეოცეკალურ კუთხეში დაშლილი განგრენული აპენდიციტის არსებობა. რომლის წვერი მიხორცებული იყო წვრილ ნაწლავთან და სიგმური კოლინჯის ჯორჯალთან. ჰიანაწლავი მოიკვეთა ფუძეზე

ლიგატურის დადების შემდეგ; ჭრილის ღიდება ვერ მოხერხდა ბრმა ნაწლავის ანთებითად შეცვლისა და ინფილტრირების გამო, ჩავდეთ ტამპონი და დრენაჟი. ამასთან, დამატებითი განაკვეთებით ორივე თეძოს ფოსოში და ორივე ფერდქვეშა არეში ჩავდეთ რეზინის დრენაჟი და ტამპონები. მუცლის ღრუ გავკერეთ ანტიბიოტიკების ჩასხმის შემდეგ. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი ძალზე მძიმედ მიმდინარეობდა, ტემპერატურა მერყეობდა მაღალ ციფრებში. ავადმყოფი იმყოფებოდა განსაკუთრებული ყურადღების ქვეშ. მის გადასარჩენად მივიღეთ ყველა ღონისძიება, ვაძლევდით სხვადასხვა ანტიბიოტიკს, რომლებსაც ირიგატორების საშუალებით ვასხამდით მუცლის ღრუში. ვაძლევდით საგულე საშუალებებს, ვუსხამდით სისხლს და სითხეებს, მაგრამ ავადმყოფს ჰქონდა მძიმე ინტოქსიკაცია, გავრცელებული პერიტონიტი და ოპერაციის მე-8 დღეს გარდაიცვალა.

ეს შემთხვევა საინტერესოა არა მარტო დიაგნოსტიკური, არამედ ტაქტიკური ხასიათის შეცდომებით. ისტორიის მონაცემებიდან ირკვევა, რომ ავადმყოფს 15 იანვრიდან დაეწყო აპენდიკულარული შეტევა, მაგრამ, ვინაიდან იმ პერიოდში გრიპის ეპიდემია იწყებოდა, ექიმებმა ეს მოვლენები ახსნეს ვირუსული ინფექციის არსებობით. ოყნის გაკეთების შემდეგ ავადმყოფს გაუძლიერდა ტკივილი და დაეწყო ღებინება. აუხსნელია რატომ არ იფიქრეს მუცლის ღრუ ორგანოების მწვავე დაავადებაზე. ავადმყოფი გარდაიცვალა მწვავე პერიტონიტით, რაც განვითარდა განგრენული და პერფორირებული აპენდიციტის შედეგად. დროული დიაგნოსტიკა და მიზნობრივი მკურნალობა ავადმყოფს გადაარჩენდა.

მწვავე პერიტონიტის მკურნალობა. მწვავე პერიტონიტის მკურნალობა ძირითადში ქირურგიულია. რაც უფრო ადრე გაკეთდება ოპერაცია, მით უფრო კარგი გამოსავალი იქნება. მაგრამ ოპერაციასთან ერთად საჭიროა კონსერვატიული ღონისძიებების გამოყენება როგორც ოპერაციამდე, ისე ოპერაციის შემდეგ. მწვავე პერიტონიტის ოპერაციის დაყოვნება უსათუოდ დიდი შეცდომაა, მაგრამ ამის მიუხედავად, ოპერაციის დაწყებამდე, მოკლე დროის მონაკვეთში, უნდა ჩატარდეს რიგი მოსამზადებელი მკურნალობა; მომზადება 2—3 საათზე მეტი არ უნდა გაგრძელდეს.

ავადმყოფს, პირველ რიგში, ვუკეთებთ საგულე საშუალებებს. ძლიერი ტკივილის დროს, რაკი დიაგნოზი დადგინდება და ლაპაროტომიის გაკეთება გადაწყდება, მორფიუმის პრეპარატის გაკეთება უკუჩვენებას არ წარმოადგენს. ამასთან, ავადმყოფს უნდა ამოვურეცხოთ კუჭი, რომ შიგთავსიდან განთავისუფლდეს, რაც ერთ-ერთი პროფილაქტიკური ღონისძიებაა ასპირაციული პნევმონიის თავიდან ასაცილებლად.

ნარკოზის საკითხი. თუ გულ-სისხლძარღვთა სისტემისა და სასუნთქი ორგანოების მხრივ რაიმე უკუჩვენება არ იქნება დადგენილი, ჯობია ოპერაცია გაკეთდეს ენდოტრაქეული ნარკოზით, წინააღმდეგ შემთხვევაში — ადგილობრივი გაუტკივარებით. სპინალური ანესთეზიით ოპერირება, უსათუოდ შეცდომად უნდა ჩაითვალოს. ოპერაციის დროს გამოიყენება მთელი რიგი საშუალებანი, რომ ავადმყოფმა ადვილად შეძლოს ასეთი რთული ოპერაციის გადატანა. მაგალითად, ავადმყოფს ვუსხამთ თანამოსახელე სისხლს წვეთობრივად, თუ საჭირო იქნება შეიძლება გადაეუსხათ ნაკადურად, აგრეთვე შეიძლება გადაეუსხათ პოლიგლუკინი და სისხლის შემცვლელი სხვა საშუალებანი, აგრეთვე უნდა მივცეთ საჭირო მედიკამენტები. განაკვეთის გასაყვანი ადგილის შერჩევას დიდი პრაქტიკული

ღირებულება აქვს. ეს იმაზეა დამოკიდებული, თუ რა უდევს საფუძვლად პერიტონიტის განვითარებას. მაგრამ მწვავე პერიტონიტის დროს დიაგნოზისა და ლოკალიზაციის ზუსტი დადგენა არც ისე ადვილია.

მწვავე პერიტონიტის დროს ტკივილი გაფანტულია მთელ მუცელზე, ამიტომ ყოველთვის ჯობია (როგორც ამაზე მიუთითებენ ჩვენი ქვეყნის წამყვანი ქირურგები) განაკვეთი გაკეთდეს თეთრ ხაზზე, ჰიპის მარცხნივ შემოვლით. განაკვეთი იძლევა მუცლის ღრუს ყველა ორგანოს დეტალურად დათვალიერების საშუალებას. მაგრამ აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ თუ ოპერაციის წინ პერიტონიტის მიზეზი დადგინდა, მაგალითად, ნაღველის ბუშტის, აპენდიციტის, თორმეტგოჯას პერფორაციის გამო და სხვა, მაშინ მდგომარეობა უფრო გამარტივდება, რადგან განაკვეთი გაკეთდება დადგენილი დაავადების ადგილზე. მუცლის ღრუს გახსნისას თუ გადმოიღვარა კოლიკომუნის სუნის მქონე ჩირქოვანი სითხე, უნდა ვიფიქროთ რომ საქმე გვაქვს ნაწლავის პერფორაციასთან (აპენდიციტის განგრენული პერფორირებული ფორმა); თუ ჩირქს მკვეთ სუნი აქვს და ამასთან მასში საჭმლის მცირე ნამცეცები აღმოჩნდება, ეს მიუთითებს წყლულოვან პერფორაციაზე. ოპერატორი, რაც შეიძლება სრულყოფილად, ელექტროსასრუტით ამოქაჩავს ჩირქოვან სითხეს მცირე მენჯის ღრუდან, ნაწლავთა მარყუჟებს შორის არსებული სიერციდან და სუბდიაფრაგმული სიერციდან. შესაძლებლობის ფარგლებში მუცლის ღრუს ათავისუფლებს ჩირქოვანი შიგთავსისაგან. ამის შემდეგ ათვალიერებს ორგანოებს. თუ პერიტონიტის მიზეზი აპენდიციტია, აკეთებს აპენდექტომიას. რეზექციის გაკეთება პერფორირებული წყლულის დროს უსათუოდ დიდი შეცდომაა; ოპერატორი პერფორირებულ ადგილს აკერებს ბადექონს. თუ სხვა ორგანო აღმოჩნდა დაავადებული, ახდენს მის ლიკვიდაციას.

როგორი უნდა იყოს ქირურგის ტაქტიკა ოპერაციის პირველი მომენტის დამთავრების შემდეგ? ლიტერატურული წყაროებიდან დასტურდება, რომ ზოგ ქირურგს (კ. ფლეიტი, ი. ნეიმარკი) მწვავე ჩირქოვანი პერიტონიტის დროს კუჭ-ნაწლავი ამოაქვს პრილობაში, შემოფარგლავს მას და საპნიანი ნელთბილი წყლით კარგად გარეცხავს, შემდეგ კი აბრუნებს მუცლის ღრუში. მაგრამ უნდა შევნიშნოთ, რომ ნაწლავების ამ წესით დამუშავება უსათუოდ შეცდომაა, ვინაიდან კუჭისა და ნაწლავების პრილობიდან გამოტანა ჰიმავს ჯორჯალს, აღიზიანებს რეცეპტორულ აპარატს და შეიძლება გამოიწვიოს შოკი.

ქირურგთა დიდი უმრავლესობა და ჩვენი კლინიკაც მწვავე პერიტონიტის სამკურნალოდ იყენებს შემდეგ მეთოდს: ინფექციის კერის ლიკვიდირების შემდეგ ელექტროსასრუტითა და ტამპონებით მუცლის ღრუ მთლიანად განთავისუფლდება შიგთავსისაგან. ტამპონები რამდენადაც შეიძლება ნაკლებად უნდა გამოვიყენოთ, რომ არ გავაღიზიანოთ ნაწლავი, რადგან ზედმეტი ტრავმისაგან შეიძლება განვითარდეს პარალიზური მოვლენები. პერიტონიტის მძიმე ფორმის დროს შეიძლება რეზინის დრენაჟების დატოვება ოთხ ადგილას — მარჯვენა და მარცხენა თეძოს ფოსოებსა და ფერდქვეშა მიდამოში, ამით იქმნება მუცლის ღრუს სისტემატურად მორწყვის შესაძლებლობა. ტამპონები შემოსაზღვრავენ და არ მისცემენ საშუალებას ინფექციის გავრცელებას (ტამპონების ჩატოვება ყოველთვის აუცილებელი არ არის). პრილობა იკერება დრენაჟისა და ტამპონის ადგილამდე.

ამ ბოლო დროს მწვავე პერიტონიტის სამკურნალოდ ფართოდ იყენებენ პერიტონეულ დიალიზს. საბჭოთა კავშირში პერიტონეული დიალიზი ანტიბიო-

ტიკებთან ერთად პირველად გამოიყენეს 1963 წელს. ამის შემდეგ მკურნალობის ამ მეთოდმა ფართოდ მოიკიდა ფეხი და მთელი რიგი ქირურგებისა (ბ. დანიელოვი, ა. კარავანოვი, ვ. მაიატი, ი. დერიაბინი და სხვ.) ხშირად იყენებენ მწვავე პერიტონიტის დროს, რითაც დამაკმაყოფილებელ შედეგსაც აღწევენ. მიუხედავად ამისა, მცირე დროის მონაკვეთში (სულ 10 წელი) ამ საკითხზე ლიტერატურა საკმარისადაა, მაგრამ ჯერ კიდევ არაა გამომუშავებული ერთიანი მეთოდი პერიტონეული დიალიზის გამოსაყენებლად. ეს შეიძლება იმითაც აიხსნებოდეს, რომ პერიტონიტის მიზეზი და თვით მიმდინარეობა სხვადასხვაგვარია, აგრეთვე სხვადასხვაგვარია მკურნალობის მეთოდიც. აქ საკითხი უნდა გადაწყდეს ინდივიდუალური მიდგომით. როდესაც პერიტონიტის დიაგნოზი აღრე დადგინდება და ქირურგიული ჩარევაც არაა დაგვიანებული, მკურნალობა შეიძლება უბრალო ირიგატორებით ჩატარდეს და პროგნოზიც კარგი იყოს. მთავარია დაგვიანებულ და გავრცელებულ პერიტონიტთან ბრძოლა. აქ უსათუოდ საჭიროა პერიტონეული დიალიზი ანტიბიოტიკებთან ერთად.

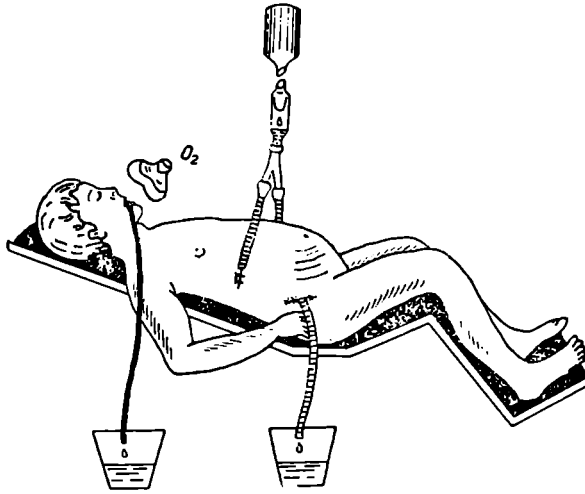
რა სახით შეიძლება პერიტონეული დიალიზის გამოყენება?

დერიაბინი (1969) მძიმე ინტოქსიკაციისა და გავრცელებული პერიტონიტების დროს პერიტონეულ დიალიზს აწარმოებდა შემდეგი წესით: მუცლის ღრუში ტოვებდა რეზინის სპეციალურ მილს და დიალიზისათვის იყენებდა სპეციალურ ხსნარს აცეტილენტრიუმის მიმატებით და ანტიბიოტიკოთერაპიით, პერიტონეული დიალიზისათვის ვხმარობთ 2 — 4 სმ დიამეტრის რეზინის მილს, რომელიც შეგვყავს მუცლის ღრუში, მას ის უარყოფითი მხარე აქვს, რომ ამ დროს დრენაჟის სანათური არაიშვიათად იხშობა ან ბადექონისა და ნაწლავის კედელს მიეფარება, ან მას აცობს ჩირქი და სხვა, რითაც შეუვანილი სითხე კარგავს თავის თვისებას, მილს გარეთ გადმოდის, არ ხდება მთელი მუცლის ფარის მორწყვა. მუცლის ღრუს ორგანოები და სივრცეები კარგად რომ მოირწყას სადიალიზო ხსნარით, დერიაბინმა მოგვაწოდა ერთი 6 მმ დიამეტრის და 40 — 45 სმ სიგრძის პოლიქლორვინილის მილი. ამ მილის ერთი ბოლო მცირე მენჯის პერიტონეუმთან ფიქსირდება კეტგუტის ლიგატურით. მილზე აკეთებენ 1 მმ დიამეტრის 40 — 45 ნახვრეტს. ეს ნახვრეტები იცავენ მას დახურვისაგან. თუ ნაწილი დაიხშო, ნაწილი მაინც ფუნქციონირებს. მილის მეორე ბოლო უერთდება ბობროვის აპარატს, რომელსაც საწოლიდან 1 — $1^1/_2$ მეტრის სიმაღლეზე ჰკიდებენ; აქედან მუცლის ღრუში შეიძლება 2 — 3 — 4 ლიტრი სითხის შეყვანა, თვითდინებით 10 — 15 წუთის განმავლობაში. ყოველ 2 ლიტრ სითხეს უნდა დაემატოს ჰეპარინის 1000 ერთეული. 1 — $1^1/_2$ საათის შემდეგ ეს აპარატი დაიწევა საწოლზე დაბლა და მუცლის ღრუში ჩაშვებული სითხე ისევ უკან გადმოიღვრება. ასეთი სეანსები 24 საათში მეორდება 6 — 8-ჯერ. შემდეგ დღეებში ეს სეანსები მცირდება და წყდება მე-4—5 დღეს. მადიალიზებელი სითხის ასეთი სახით შეყვანას და მის უკან გამოყვანას კარგად იტანენ ავადმყოფები. სითხე თან გამოიტანს მუცლის ღრუში არსებულ ჩირქიან სითხეს, ტოქსინებსა და ბაქტერიებს და აღდგება ნაწლავის ფუნქცია. სადიალიზოდ იყენებენ სხვადასხვა სახის სითხეს, რომლის მნიშვნელოვანი შემადგენელი ნაწილია ნატრიუმაცეტატი.

ანტიბაქტერიული საშუალებებიდან მნიშვნელობა აქვს კარამიცინის ფართოდ გამოყენებას, აგრეთვე შეიძლება ვისარგებლოთ ნეომიცინით, მონომიცინით და სხვ. ამ მიცინების შეყვანა შეიძლება მუცლის ღრუში. ვენაში ნაჩვენებია სიგმომიცინის შეყვანა. სხვა ანტიბიოტიკებიდან დიდი დოზით ვხმარობთ

პენიცილინს (20 — 40 მილიონ ერთეულამდე). პერიტონეულ დიალიზთან ერთად მივმართავთ მკურნალობის კომპლექსურ მეთოდს — სისხლის, პლაზმ-ს, პოლიგლუკონისა და სხვა სითხეების გადასხმას, კანქვეშ შეგვყავს ფიზიოლოგიური ხსნარი. თუ სხვა დროს პერიტონიტის ასეთი მძიმე დიფუზური ფორმა სიკვდილით მთავრდებოდა, კომბინირებული მკურნალობის საშუალებით შეიძლება ავადმყოფთა ნაწილის განკურნება.

არსებობს მრავალი ფორმის პერიტონეული დიალიზი, მაგრამ ყველას აქ ჩამოთვლა არ იქნება გამართლებული. ექიმის შეცდომა იქნება, თუ ის თავის მოქმედებას მარტო ინფექციასთან ბრძოლაზე გაამახვილებს და სათანადო ყურადღებას არ მიაქცევს პარალიზურ გაუვალობას. პარალიზური გაუვალობა მწვავე



სურ. 55. პერიტონეული დიალიზის ერთ-ერთი სახე.

პერიტონიტის ძალზე მძიმე გართულებაა და თუ დროულად მივიღებთ სათანადო ზომებს, შეიძლება ინტოქსიკაცია მოიხსნას, მაგრამ ავადმყოფი მაინც იღუპება. პარალიზური გაუვალობის მოსახსნელად საჭიროა ორმხრივი პარანეფრული ბლოკადა ნოვოკაინის 0,5%-იანი ხსნარით (70 — 80 მლ), ატროპინისა და პროზერინის ინიექციები, ვენაში სუფრის მარილის 10%-იანი სტერილური ხსნარი 20 — 30 მლ რაოდენობით. ავადმყოფს ზონდი უნდა ჩაეუდგათ ცხვირიდან და კუჭი სისტემატურად ამოეურეცხოთ, თუ მიღებულმა ზომებმა შედეგი არ გამოიღო, ზოგი ავტორის აზრით, შეიძლება ჩამოკიდებული ენტეროსტომიის გაკეთება.

ჩვენი აზრით, ენტეროსტომია აღსანიშნავ შედეგს არ იძლევა და მისი გაკეთება აუცილებლობას არ წარმოადგენს. პერიტონიტის დროს განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს კვების საკითხს, ვინაიდან ამ დროს ადგილი აქვს პარალიზურ გაუვალობას, პირიდან საკვებისა და სითხის მიღება უნდა აიკრძალოს. მაგრამ ქირურგის დიდი შეცდომა იქნება, თუ ის ავადმყოფს წყლისა

და ცილების ნაკლებობას სხვა საშუალებებით არ შეუვსებს. ამ დროს ავადმყოფი უნდა გადავიყვანოთ პარენტერალურ კვებაზე: ვენაში და კანქვეშ შევუყვანოთ ფიზიოლოგიური ხსნარი და გლუკოზა, გადავუსხათ პლაზმა და პოლიგლუკინი იმდენი რაოდენობით, რომ ორგანიზმი არ გაღარიბდეს ელექტროლიტებითა და ცილებით, მიეცეთ ვიტამინების კომპლექსი და სხვა.

მწვავე ანევმოკოკური პერიტონიტი. მწვავე ანევმოკოკური პერიტონიტი უვითარდებათ ბავშვებს — გოგონებს 4 — 12 წლამდე. პერიტონიტის ეს ფორმა, განსხვავებით სხვა მწვავე ფორმისაგან, ყოველთვის პირველადია და მას წინ უძღვის სხვა რომელიმე ორგანოს დაავადება. არსებობს შეხედულება, რომ ინფექცია იკრება მუცლის ღრუში საშოდან და ფალოპის მილიდან, მაგრამ არაა გამორიცხული ინფექციის ჰემატოგენური და ენტეროგენური გზით შეჭრა.

დიპლოკოკით გამოწვეული პერიტონიტი სრულასაკოვან ადამიანებში შედარებით იშვიათად გვხვდება ან სულ არ გვხვდება. ამას იმით ხსნიან, რომ ქალის საშოში უკვე ჩნდება დოდერლეინის ჩხირები, რომლებიც საშოში მჟავე რეაქციის ფონს ქმნიან და მიკროფლორას — დიპლოკოკის განვითარებას ხელს უშლიან. ამის არცოდნა შეიძლება გახდეს დიაგნოსტიკური შეცდომის მიზეზი და მკურნალობაც არასწორად წარიმართოს.

დაავადება იწყება ერთბაშად — ძალზე მწვავედ. ავადმყოფს აღენიშნება მუცლის ძლიერი ტკივილი, განსაკუთრებით მის ქვემო ნაწილში ან სულ არ აღენიშნება ტკივილის ლოკალიზაცია, ტემპერატურა მაღალია—39—40°-მდე, ამას მოჰყვება ხშირი ღებინება, ხანდახან ფაღარათიც. ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა, ინტოქსიკაციასთან დაკავშირებით, ძალზე მძიმეა, ის გონებას კარგავს, ბოდავს. მაჯა სუსტი ავსების და დაჭიმულობის, აჩქარებული, ენა მშრალი, შეღესილი, პალპაციით მთელი მუცელი მტკივნეულია, განსაკუთრებით ქვემო ნაწილში და მარჯვნივ, შოტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი მკვეთრად დადებითია, სისხლში — ჰიპერლეიკოციტოზი 20 — 40 ათასამდე, ნეიტროფილოზი — მარცხნივ გადახრით.

ანტიბიოტიკებისა და სულფამიდური პრეპარატების შემოღებამდე ასეთი ავადმყოფები ძალიან ხშირად იღუპებოდნენ ოპერაციის გამო, რაც მათთვის უკუნაჩვენები იყო; სიკვდილიანობა 100%-ს აღწევდა. დღევანდელ პირობებში კი, თუ ავადმყოფი შემოვიდა ავადმყოფობის დაწყებიდან 12 საათის განმავლობაში, პროგნოზი კარგია. დიპლოკოკით გამოწვეული პერიტონიტი ექიმებს ხშირად ეშლებათ მწვავე პერიტონიტში, ამიტომ აუცილებელია მისი დიფერენცირება აღნიშნულ დაავადებასთან, მაგრამ დიპლოკოკური პერიტონიტის კლინიკა და სისხლში ცვლილებები იმდენად დამახასიათებელია, რომ დაკვირვებული ექიმი შეცდომას შედარებით იშვიათად დაუშვებს, თუნდაც რომ შეცდეს და გაკეთოს აპენდექტომია, დღევანდელ პირობებში ამით არაფერი არ დაშავდება, თითქმის ყველა ოპერირებული ავადმყოფი იკურნება ანტიბიოტიკებით.

დიაგნოზს თუ სწორად დავადგენთ და გამოვიყენებთ ანტიბიოტიკებს, ბავშვები ოპერაციისგარეშე კარგად იკურნებიან. თუ პროცესი პირველ 5 დღეს არ იქნა ლოკალიზებული, შეიძლება ჩამოყალიბდეს შემოფარგლული ჩირქგროვა, რომელიც უსათუოდ მოითხოვს ოპერაციულ ჩარევას.

ჩვენს კლინიკაში მოიყვანეს 10 წლის გოგონა, რომელსაც ჰქონდა ძლიერ გამოხატული ტკივილი მუცლის ღრუში, განსაკუთრებით მარჯვნივ, ჯიპის ქვემოთ, ტემპერატურა მაღალი (39°-მდე); აღენიშნებოდა ღებინება, ჰიპერლეიკოციტოზი 15 000-მდე. შოტკინ-ბლუმბერგის დადებითი სიმპტომი. ტკივი-

ლები დაეწყო უცბად, მაღალი ტემპერატურით და ღებინებით. რადგან დიპლოკოკური პერიტონიტი იშვიათია, ეს ჩათვალეთ მწვავე აპენდიციტად და სასწრაფოდ გავაკეთეთ ოპერაცია, ოპერაციის დროს მუცლის ღრუდან გამოიყო მღვრიე სითხე. აპენდიქსში აღსანიშნავი პათოლოგია არ დადგინდა, მაგრამ აპენდექტომია მაინც გაკეთდა, მუცლის ღრუში ჩავასხით პენიცილინისა და სტრეპტომიცინის ხსნარები (თითო მილიონი), მუცლის ღრუ დაიხურა. გაძლიერებული ანტიბიოტიკური თერაპიითა და სხვა საშუალებებით ავადმყოფი განიკურნა. ეს ავადმყოფი ჯერ კიდევ არ იყო გაწერილი, რომ შემოიყვანეს 9 წლის გოგონა მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზით. დიპლოკოკური მწვავე პერიტონიტის სურათი მკაფიოდ იყო გამოხატული. კლინიკური სურათის სწორი შეფასების გამო ავადმყოფს ოპერაცია არ გაუკეთდა. გაძლიერებული ანტიბიოტიკოთერაპიითა და სხვა მედიკამენტური საშუალებების გამოყენების შედეგად ავადმყოფი მოკლე ხანში განიკურნა. ორივე ავადმყოფი განკურნებული გაეწერა.

ასე რომ, თუ ქირურგმა დაუშვა დიაგნოსტიკური შეცდომა, მაგრამ მკურნალობა სწორად ჩაატარა, ავადმყოფი განიკურნება ყოველგვარი გართულების გარეშე.

ავადმყოფი კ., 15 წლის, მოწაფე. შემოვიდა ქირურგიულ განყოფილებაში 1973 წლის 27 იანვარს, როგორც სასწრაფო შემთხვევა, მწვავე მუცლის დიაგნოზით. ანამნეზური მონაცემებიდან გამოირკვა, რომ 24/I საღამოს ავადმყოფს უჭამია პური და ძეხვი. 25/I რაიმე საგანგაშო მდგომარეობა არ ჰქონია, ხოლო 26/I დილის 8 საათსა და 30 წუთზე იგრძნო ძლიერი ტკივილი ჯერ ეპიგასტრიუმის მიდამოში, შემდეგ ჰიპის მიდამოში, შემდეგ ტკივილმა გადაინაცვლა მუცლის ქვემოთ და მარჯვენა მხარეს, განსაკუთრებით ილეოცეკალურ მიდამოში. რამდენიმე საათის შემდეგ ავადმყოფმა ცოტა გაუმჯობესება იგრძნო, მაგრამ ტკივილი მაინც უგრძელდებოდა. ეს მოვლენები ოჯახის წევრებმა ძეხვით მოწამვლას დააბრალეს, რის გამო გაუკეთეს გამწმენდი ოყნა და კუჭი ამოურეცხეს სოდიანი წყლით. ავად გახდომის პირველ დღეს გაუსინჯია თერაპევტს, მაგრამ მას ყურადღება არ გაუმახვილებია დაავადების სერიოზულობაზე, დედა მაინც გაუფრთხილებია, რომ გამოეძახათ სასწრაფო დახმარება. ავადმყოფი წარსულში რაიმე მსგავს დაავადებას არ აღნიშნავს, მას კუჭის ამორეცხვისა და ოყნის შემდეგ ტკივილი უფრო გაუძლიერდა ეპიგასტრიუმის მიდამოში. ღებინებას არ აღნიშნავს, ტემპერატურა 38°. ღამე უძილოდ გაუტარებია. დილით უბნის ექიმმა ექვი მიიტანა მწვავე აპენდიციტზე და 12 საათსა და 40 წუთზე ავადმყოფი სასწრაფოდ მოათავსეს რკინიგზის კლინიკური საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში. ობიექტური გამოკვლევით ენა სველი, შელესილი, მაჯა საშუალოზე სუსტი ავსებისა და დაჭიმულობის (90-ჯერ წუთში), მუცელი ზომიერად შებერილი, შეზღუდული, რაიმე ასიმეტრია არ აღინიშნებოდა, ღრმა და ზერელე პალპაციით მთელი მუცელი მტკივნეულია, განსაკუთრებით მგრძნობიარეა ილეოცეკალური არე, შოტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი მკვეთრად დადებითი, სისხლში ლეიკოციტოზი 13 000. კათედრის პროფესორთან კონსულტაციის შემდეგ ავადმყოფი ავიყვანეთ საოპერაციო მაგიდაზე განვითარებული დიფუზური პერიტონიტის დიაგნოზით. ადგილობრივი ანესთეზიით ნოვოკაინის ხსნარის 0,25%-იანი 250 მლ Mak-Burney წერტილიდან ირიბი განკვეთით გავხსენით მუცლის ღრუ, საიდანაც გადმოვიდა დიდი რაოდენობით ჩირქნარევი მჟავე სუნის სითხე. ჭრილობაში არ იყო ისეთი ცვლილებები, რომ მიეცა დიფუზური პერიტონიტის მოვლენები. ავადმყოფს

მიეცა ენდოტრაქეული ნარკოზი. ეჭვი მივიტანეთ თორმეტგოჯას წყლულოვანი ხასიათის პერფორაციაზე. გაეხსენით მუცელი თეთრ ხაზზე. დათვალიერებით დადგინდა თორმეტგოჯა ნაწლავის წინა კედლის პერფორაცია 1×0,5-ზე. ამ მიდამოში და მთელ მუცელზე მოდებული იყო ჩირქი დიდი რაოდენობით. პერფორირებული ადგილი გაიკერა ბადექონის დაკერებით. შემდეგ ელექტროსასრუტით ამოვქაჩეთ ჩირქნარევი სითხე ზემო და ქვემო სართულიდან (დავადგინეთ დიფუზური პერიტონიტის არსებობა). მუცლის ღრუს შიგთავსიდან განთავისუფლების შემდეგ, მარჯვენა და მარცხენა თეძოს ფოსოში ჩავდგით რეზინის ორი მილი. ჭიპის ზემოთ მარჯვენა და მარცხენა ფერდქვეშ ჩავუდგით რეზინის მილი და ჩავუდეთ ტამპონები, ჭრილობა ტამპონებამდე დავხურეთ კვანძოვანი ნაკერით. მუცლის ღრუში ჩავასხით ანტიბიოტიკები, 2 გრამი სტრეპტომიცინი და 500 მლ ნოვოკაინში გახსნილი 2 მილიონი პენიცილინი. ოპერაციის დროს გადავესხით 200 მლ სისხლ, 400 მლ პოლიგლუკონი, მიეცით საგულე საშუალებანი და სხვ.

28/I ტემპერატურა 38°, ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა საშუალო სიმძიმის. მუცელი ზომიერად შებერილი, მაჯა სუსტი ავსებისა და დაჭიმულობის (102 წამში). დრენაჟებში კანამიცინთან ერთად ჩავასხით 300 მლ ნოვოკაინი. პირველ დღეებში ასეთი ხსნარი ორჯერ გადავუსხით ყველა დრენაჟიდან. კანქვეშ შევუყვანეთ 1000,0 ფიზიოლოგიური ხსნარი, პოლიგლუკინი 400,0 ინტრავენურად.

მიღებული ზომების შედეგად ავადმყოფმა იწყო გამოჯანსაღება; 14/II ავადმყოფის მდგომარეობა ერთბაშად გაუარესდა, ტემპერატურა 38°, მუცელი შეებერა, ჭიპის ქვემოთ და მენჯის ღრუში დაეწყო ძლიერი ტკივილები. უკანა ტანიდან თითით გასინჯვით დადგინდა ჩირქგროვის არსებობა მცირე მენჯის ღრუში, რომელიც გაიხსნა ადგილობრივი გაუტკივარებით, საიდანაც გადმოვიდა სუნიანი ჩირქი დიდი რაოდენობით, ჩავუდეთ დრენაჟი, ჩავასხით კანამიცინის ხსნარი. ამის შემდეგ ავადმყოფის მდგომარეობა ჩქარა გამოსწორდა. ტემპერატურა ნორმამდე დავიდა, ავადმყოფი გამოკეთდა და განიკურნა.

ამ შემთხვევაში საქმე გვქონდა დაგვიანებულ დიფუზურ პერიტონიტთან, რომელიც განვითარდა წყლულის პერფორაციის შედეგად. დიაგნოსტიკური შეცდომის მიზეზებია: ახალგაზრდა ასაკი; ანამნეზში წყლულოვანი დაავადების არარსებობა, ამასთან, პერფორაციას არ ჰქონია ისეთი კლინიკური სურათი, როგორითაც ხასიათდება პერფორირებული წყლული. ტკივილი უფრო ლოკალიზდებოდა ილეოცეკალურ მიდამოში; ლეიკოციტოზი იყო 15 000. ექიმისა და კონსულტანტის აზრით ავადმყოფობა საქმე იყო მწვავე აპენდიციტის მხრივ. ამ შემთხვევაში საგულისხმოა ის, ფაქტი, რომ ქალაქის პირობებში 24 საათის განმავლობაში მწვავე მუცლით ავადმყოფს მკურნალობდნენ ბინის პირობებში, უტარებდნენ მავნე პროცედურებს.

წინათ პერფორაციიდან 24 საათის შემდეგ განვითარებული პერიტონიტით, იშვიათი გამონაკლისის გარდა, ყველა ავადმყოფი იღუპებოდა. მაგრამ დღეს კომბინირებული მკურნალობის მეშვეობით ავადმყოფი განიკურნება.

შეცდომები და გართულებანი ჩიყვის დროს

ჩიყვი ეწოდება ფარისებრი ჯირკვლის გადიდებას, ამ დროს ფარისებრი აპარატის ნორმალური ფუნქცია დარღვეულია და ორგანიზმი პათოლოგიურ მდგომარეობაშია. ამ შემთხვევაში ფარისებრი ჯირკვლის გადიდება გამოწვეუ-

ლია არა ანთებითი პროცესით ან სიმსივნისმაგვარი წარმონაქმნით, არამედ ფარისებრ ჯირკვალში ვითარდება ჰიპერპლაზიური პროცესი.

დედამიწის ზურგზე ყველგან გვხვდება ჩიყვით დაავადებული ადამიანები. ისიც ცნობილია, რომ ზოგან ამ დაავადებით შეპყრობილია მოსახლეობის დიდი პროცენტი, ზოგან კი ეს დაავადება ძალიან იშვიათია. არჩევენ ენდემიური ხასიათის ჩიყვს, რომელიც გვხვდება მთიანი ადგილების დაბლობებში. სპორადული ფორმის ჩიყვი გვხვდება დედამიწის ყველა კუთხეში და ის დამოკიდებული არაა ადგილმდებარეობაზე. ეპიდემიური ხასიათის ჩიყვი ჩნდება ამა თუ იმ ადგილას უცბად, იქ, სადაც თავს იყრიან ადამიანები, განსაკუთრებით ახალგაზრდები (სკოლა, საერთო საცხოვრებლები და სხვ.). უნდა აღინიშნოს, რომ ჩიყვის ეს ფორმა ამ უკანასკნელ ხანებში უარყოფილია, ვინაიდან ჩიყვი არაა გადამდები და ის დაკავშირებულია ადგილობრივ პირობებთან.

გარდა ამისა, ჩიყვი შეიძლება იყოს ფიზიოლოგიური ხასიათის, როდესაც ის დაკავშირებულია ადამიანის ზოგიერთ ფიზიოლოგიურ მოვლენასთან, მაგალითად, სქესობრივ მომწიფებასთან, ორსულობასთან, მენსტრუაციასთან და სხვა.

ჩიყვის ეტიოლოგია და პათოგენეზი

მრავალი ექსპერიმენტული გამოკვლევით და კლინიკური დაკვირვებით და, ამასთან ერთად, სანიტარულ-ჰიგიენური გამოკვლევებით დადასტურდა, რომ ჩიყვის ეტიოპათოგენეზის საკითხი მეტად რთულია და დღემდე შეიძლება გამოურკვეველად ჩაითვალოს.

ჩიყვის განვითარების ასახსნელად მოწოდებულია მრავალი თეორია (ორმოცამდე), რომელთაც ამ საკითხის გარკვევაში შეაქვთ მხოლოდ აბნეულობა. ჭეშმარიტებასთან ახლოა წყლისა და იოდის თეორიები. ამ თეორიების სასარგებლოდ მეტყველებს მთელი რიგი კლინიკური დაკვირვებები. ბირხერი ჩიყვით დაავადების მიზეზად თვლის არასრულფასოვანი წყლის სასმელად ხმარებას. მართლაც, დაკვირვებებით დადასტურდა, რომ იქ სადაც მოსახლეობა ხმარობს მინერალურ წყლებს, ჩიყვიანობა იშვიათია; ხოლო იქ სადაც ხმარობენ ღელის წყალს მოსახლეობის უმრავლესობა ჩიყვით არის დაავადებული.

ი. ასლანიშვილმა ასეთი დაკვირვება აწარმოა: ბეჩოს მცხოვრებლებს წყალსადენის საშუალებით გამოუყვანა მინერალური მარილებით მდიდარი წყალი, რის შემდეგ ჩიყვიანობამ საგრძნობლად იკლო. მაშინ მან მიაწოდა მოსახლეობას წყლის გამოხდით მიღებული მარილების ფხვნილი, რამაც აგრეთვე კარგი შედეგი მოგვცა (ჩიყვიანობამ საგრძნობლად იკლო).

მეცნიერები (შატენი, ეგენბერგი და სხვ.) ჩიყვის განვითარების მთავარ მიზეზად ასახელებენ იოდის უკმარისობას. საზოგადოდ, იოდის რაოდენობა ფარისებრ ჯირკვალში ბევრად მეტია (10,16 %), ვიდრე სხვა ქსოვილებში (0,01%), თვით თიროქსინში კი — 65%. ორგანიზმისათვის საჭიროა იოდის ძალიან მცირე რაოდენობა. ამ იოდს ადამიანი ღებულობს სხვადასხვა საკვების სახით ან მარილთან ერთად. ხილი, თევზის ქონი, ციტრუსები საკმაოდ შეიცავენ იოდს.

სანიტარულ-ჰიგიენურ პირობებს უსათუოდ გავლენა აქვს ჩიყვის განვითარებაში. ამას ისიც ადასტურებს, რომ როდესაც ძველად სვანები ცხოველებთან ერთად ერთ გომურში ცხოვრობდნენ ჩიყვიანობა ძალიან იყო გავრცელებული; მას შემდეგ კი, რაც მათი ცხოვრების სანიტარულ-ჰიგიენური პირობები გაუმჯობესდა, ამ დაავადებამ საგრძნობლად იკლო.

საქართველოს სსრ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მიერ ორგანიზებულმა საექიმო-კვლევითმა ექსპედიციამ შეისწავლა ამ უკანასკნელი 30 წლის მანძილზე ენდემური დაჩიყვიანების რაიონების სასმელი წყალი და დაასკვნა, რომ ჩიყვის ეტიოლოგიაში იოდის უკმარისობას, სანიტარულ-ჰიგიენურ ფაქტორებთან ერთად, წამყვანი მნიშვნელობა აქვს. ეს მით უფრო დასტურდება, რომ მას შემდეგ, რაც მთავრობის სათანადო დადგენილებით სვანეთსა და სხვა დაჩიყვიანებულ რაიონებს დაუწყეს იოდიზირებული მარილითა და მცირედოზიანი იოდიანი კალიუმის ტაბლეტებით მომარაგება, ჩიყვიანობა ძალზე შემცირდა. ამას ადასტურებს ი. ასლანიშვილის მონაცემები: ქვემო სვანეთში 1923 წელს ჩიყვით დაავადებული იყო მოსახლეობის 42,2%, 1946 წლისათვის შემცირდა 13.9%-მდე. ცაგერის რაიონში 1933 წელს ჩიყვით დაავადება აღწევდა 52,2%-ს 1945 წლისათვის ის შემცირდა 14,9%-მდე და სხვ. სადღეისოდ კი ბევრად უფრო შემცირდა.

ამგვარად, სხვადასხვა ავტორის მიერ გამოთქმული მოსაზრებების შეჯამება უფლებას გვაძლევს დავასკვნათ, რომ ენდემიური ჩიყვის ეტიოლოგიაში სანიტარულ-ჰიგიენურ და საყოფაცხოვრებო პირობებთან ერთად წამყვანია იოდის უკმარისობა.

ჩიყვის პათოლოგიური ანატომია. პათოლოგიურ-ანატომიური თვალსაზრისით მაკროსკოპულად ვარჩევთ დიფუზურ-პარენქიმულ ჩიყვს — Struma diffusa Parenchimatosa. ამ დროს ფარისებრი ჯირკვლის ქსოვილი გადიდებულია თანაბრად და შედგება ჯირკვლის ნორმალური ელემენტებისაგან. მისი კონტურები ნაკლებადაა შეცვლილი, თუმცა ჯირკვალი გადიდებულია, მაგრამ კოლოიდური ნივთიერების პროდუქცირება ზედმეტად არ ხდება. ჩიყვის იმ ფორმას, როდესაც შემაერთებელი ქსოვილები ჭარბად მატულობს და ფოლიკულების ადგილს იკავებს, პარენქიმის ფუნქცია მცირდება და ვითარდება ფოლიკულების ატროფია, დიფუზურ-ფიბროზული ჩიყვი Struma diffusa fibrosa ეწოდება.

არსებობს კიდევ დიფუზურ-კოლოიდური ჩიყვი — Struma diffusa Colloides. ამ დროს ხდება ფოლიკულების ჭარბად გამრავლება, თვით ფოლიკულებში ბლომადაა დაგროვილი კოლოიდური ნივთიერება.

სისხლძარღვოვანი ჩიყვის — Struma vasculosa-ს დროს გარკვეულ ცვლილებებს განიცდიან არტერიული და ვენური სისხლძარღვები. ამ შემთხვევაში სისხლძარღვთა პულსაცია კარგადაა გამოხატული, ზოგ შემთხვევაში ვითარდება სისხლჩაქცევები.

არსებობს კიდევ ცისტური (Ct. cystica) ჩიყვი.

აქვე უნდა აღინიშნოს მთელი რიგი ფორმები, რომლებიც ჩამოთვლილი ფორმების კომბინაციით მიიღება.

აღნიშნული ფორმებიდან კვანძოვანი ჩიყვი ყველაზე უფრო სახიფათოა; როგორც ლიტერატურული წყაროებიდან ჩანს, ჩიყვის ამ ფორმას მიდრეკილება აქვს ავთვისებიან სიმსივნეთ გადაგვარებისაკენ.

უბრალო ჩიყვის დროს ორგანიზმში რაიმე აღსანიშნავი ცვლილებები (რაც უნდა ადასტურებდეს ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის დარღვევას) არ გვხვდება. ამ შემთხვევაში ავადმყოფი რაიმე ჩივილს არ აღნიშნავს, მხოლოდ მას აწუხებს კისრის წინა ზედაპირზე სიმსივნე (ჩიყვი). ამას ეწოდება ეუთირეოიდული ჩიყვი, რომელიც ხასიათდება ფარისებრი ჯირკვლის ამა თუ იმ ნაწილის ან მთელი მასის დიფუზური გადიდებით. ზოგ შემთხვევაში ის მცირედაა გადიდებული, ზოგჯერ კი 3 — 4-ჯერ დიდდება და კისრის მთელ ზედაპირს იკავებს.

კვანძოვან ჩიყეს უფრო შემოფარგლული საზღვრები აქვს.

ნერწყვის ან სითხის გადაყლაპვის დროს ეს სიმსივნისმაგვარი წარმონაქმნი მოძრაობს ფარისებრ ჯირკვალთან ერთად, რაც ადასტურებს მათ შორის კავშირს. კისრის მიდამოში კანი სრულიად შეუცველია. ჩიყვის კონსისტენცია შეიძლება იყოს რბილი, ელასტიკური (პარენქიმატოზული), ზოგ შემთხვევაში შეიძლება გამკვრივებული და უძრავიც იყოს, რაც დამოკიდებულია იმაზე, თუ რა ცვლილებები განიცადა ფარისებრმა ჯირკვალმა.



სურ. 56. კვანძოვანი ჩიყვი.

ზოგ შემთხვევაში ჩიყვი საგრძნობლად მოძრავია და დაბალი კისრის მქონე ინდივიდებში ის არაიშვიათად იმალება მკერდის ძვლის უკან. მხოლოდ სუნთქვის დროს, ე. ი. ღრმად ჩასუნთქვისას ის იკარგება, ამოსუნთქვის დროს გამოჩნდება საუღლე ნაჭდევის ზემოთ. ჩიყვის ეს ფორმა ძალიან შემაწუხებელია, ვინაიდან ის განიცდის მეზობელი ორგანოების ზედდაწოლას. ზოგ შემთხვევაში კისრის წინ მდებარე ფარისებური ჯირკვალი აღსანიშნავ ცვლილებებს არ განიცდის, მაშინ როდესაც რეტროსტერნულად მდებარე ფარისებური ჯირკვალი დაიწყებს ზრდას და განვითარდება ჩიყვი, რომელიც ზედდაწოლისას გარკვეულ სურათს იძლევა და რომლის გამოვლინება ხდება რენტგენის საშუალებით, აგრეთვე შეიძლება შეგვხვდეს retrooesophageus, retrotrachealis და სხვა. მარტო ეს სახელწოდებები საკმარისია, რომ ნათლად წარმოვიდგინოთ ჩიყვის მდებარეობა.

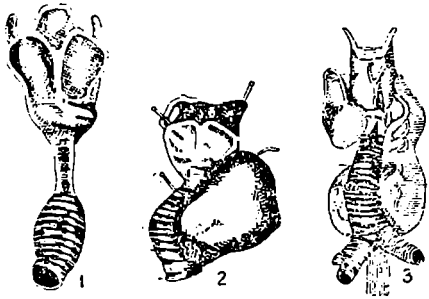
აღწერილია კიდევ ერთი შემთხვევა, როდესაც ჩიყვი გაიზარდა ductus thyreoglossus-ის მიდამოში, უფრო ხშირად ენის ფუძეზე და ენისქვეშა ძვლის მიდამოში (ერთი ასეთი შემთხვევის ოპერაცია გაკეთებული აქვს პროფ. ნ. კაბიანს).

ჩიყვის დროს ვითარდება სუბიექტური და ობიექტური სიმპტომები, რაც დამოკიდებულია, ერთი მხრივ, ჩიყვის სიდიდესა და მის მექანიკურ ზედაწოლაზე, მასთან ახლო მდებარე ქსოვილებსა და ორგანოებზე და იმ გართულებებზე, რომლებიც ამ ზრდასთან დაკავშირებით ვითარდება. როდესაც ჩიყვი ტრაქეას აწვება, იწვევს მის გადანაცვლებას, სანათურის შევიწროებას ან თვით ტრაქეის კედლის შეცვლას, ე. ი. ტრაქეომალაციას. ზედაწოლასთან დაკავშირებით შეიძლება განვითარდეს ასფიქსია და თუ დროულად არ იქნება დახმარება აღმოჩენილი, სიკვდილითაც დამთავრდეს.

სუნთქვის გაძნელებასთან დაკავშირებით გულს უხდება გაძლიერებული მუშაობა, რასაც მოსდევს ჭოშინი, გაძნელებული სუნთქვა — ამგვარად ხდება გულის ფუნქციის დარღვევა. გულის ფუნქციის დარღვევას აგრეთვე ხელს უწყობს გულის ნერვულ აპარატზე ჩიყვის სეკრეტის ტოქსიკური მოქმედება.

შებრუნებით ნერვზე ზედდაწოლით ვითარდება ხმის ჩახლეჩა—მეტყველების გაძნელება. იშვიათად, მაგრამ არის შემთხვევები, როდესაც ჩიყვის ზედდაწოლის გამო ძნელდება ყლაპვა.

ბეკდისებრი ჩიყვით დაავადების დროს ტრაქეასა და ხორხს გარს ეხვევა გადიდებული ფარისებრი ჯირკვალი და აწვება კისრის მიდამოში არსებულ სიმპათიკურ ღეროს, ეს კი იწვევს თვალის გუგის შევიწროებას, ზემო ქუთუთოს პტოზსა და თვალის კაკლის ჩავარდნას (გორნერის სიმპტომი).



ტურ. 57. 1 — სასულეს შევიწროება ჩიყვის ზედდაწოლის გამო, 2 — ხორხისა და სასულეს გვერდითი გადაღუნვა ჩიყვის ზედდაწოლით, 3 — მკერდუკანა ჩიყვი (გ. მუხაძისა და ი. ასლანიშვილის მიხედვით).

დიაგნოსტიკა. დიდი ზომის ჩიყვის დროს დიაგნოზის დასმა ადვილია, მხოლოდ საჭიროა გამორკვევა თუ რა ფორმის ჩიყვთან გვაქვს საქმე, რომ სათანადოდ დადგინდეს ოპერაციული ჩარევაც. ჩიყვის დიაგნოზის დადგენა ძნელდება ჩიყვის დასაწყისი ფორმის დროს, როდესაც ნორმალურ და შეცვლილ ფარისებრ ჯირკვლებს შორის არაა დიდი განსხვავება სიდიდეში. ამ შემთხვევაში დიაგნოზის დაზუსტება შესაძლებელია მხოლოდ კლინიკის პირობებში, სადაც ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის შესწავლის შესაძლებლობაა (გაზთა ცვლის შესწავლით) და სხვ.

უბრალო ჩიყვის დიფერენცირება კისრის მიდამოს სხვა დაავადებებთან: კისრის ლიპომასთან, ლიმფური ჯირკვლების გადიდებასთან და სხვა კეთილთვისებიან და კისრის თანდაყოლილ კისტებთან, აღსანიშნავ სიძნელეს არ წარმოადგენს. ავთვისებიანი სიმსივნეების დიაგნოზის დადგენა, რომლებიც ლიმფური ჯირკვლებიდან გამოდიან, აგრეთვე არაა ძნელი, მაგრამ ფარისებრ ჯირკვლებიდან გამომდინარე ავთვისებიანი სიმსივნეები ზოგ შემთხვევაში ძნელი გამოსაცნობია (ფარისებრი ჯირკვლიდან გამოდის, თუ ლიმფური ჯირკვლებიდან). დაკვირვებული კლინიცისტი ჩიყვის დიაგნოზის დასმაში იშვიათად დაუშვებს შეცდომას.

მკურნალობა. ჩიყვის გავრცელებასა და მასთან ბრძოლის საკითხს ამ ბოლო წლებში განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა. 1927 წელს შვეიცარიის ქალაქ ბერნში შედგა ჩიყვის საკითხისადმი მიძღვნილი საერთაშორისო კონგრესი, სადაც გადაწყდა იოდის პრეპარატის ფართოდ გამოყენების საკითხი ჩიყვის საწინააღმდეგოდ (როგორც მკურნალობის, ისე პროფილაქტიკის მიზნით).

1925 წელს სვანეთში გაიგზავნა სპეციალური ექსპედიცია ჩიყვის გავრცელებისა და მასთან ბრძოლის საკითხების შესასწავლად. თბილისში დაარსდა ენდოკრინოლოგიური სადგური, რომლის მთავარი ამოცანა იყო და არის ებრძოლოს ჩიყვიანობას საქართველოში. ასეთივე სადგურებია სხვა რესპუბლიკებშიც, სადაც საამისო საჭიროებაა.

ო. ნიკოლაევი (1936) აღნიშნავს იოდით მკურნალობის ეფექტურობას.

ი. ასლანიშვილმა (1945) თავის მრავალი დაკვირვებით მისი სისწორე დაადასტურა და პროფილაქტიკური ზომების მიღებით ენდემიურ რაიონებში ჩიყვიანობა შემცირდა 50 და მეტი პროცენტით.

რაიონებში, სადაც გავრცელებულია ჩიყვი, მოსახლეობას აწვდიან იოდის პრეპარატს მარილთან ერთად იმ ვარაუდით, რომ ას კილოგრამ მარილში იყოს 0,5 გ იოდი.

შეიძლება ინდივიდუალური პროფილაქტიკის წარმოებაც. ამ შემთხვევაში მიზანშეწონილია იოდის მიწოდება ტაბლეტების სახით (0,001 გ იოდი და 0,1 გ შაქარი თითო ტაბლეტი ერთ ან ორ დღეში ერთხელ). ლევიტი გვთავაზობს შემდეგ რეცეპტს: იოდიანი კალიუმი 0,01 გ, გამოხდილი წყალი 150 გ მიეცეს ხუთ დღეს, დღეში თითო სუფრის კოვზი. ასეთი ზომების მიღებით შვეიცარიაში, ათი წლის განმავლობაში, ჩიყვიანობამ ათჯერ იკლო. იოდის მიღების შედეგად ფოლიკულებში დაგროვილი კოლოიდი თხელდება და ადვილად გადადის სისხლის მიმოქცევაში. მოწოდებულია აგრეთვე მთელი რიგი სხვა თერაპიული საშუალებებიც. მაგრამ უნდა აღინიშნოს, რომ კარგად გამოხატული ჩიყვის დროს, როდესაც დაავადებაში ჩართულია ორგანიზმის მთელი რიგი სისტემები, კონსერვატიული მკურნალობა უშედეგოა, ამიტომ ასეთ შემთხვევებში უფრო შედეგიანია რადიკალური ოპერაციული მკურნალობა და მას ჩვენებების დროს ფართოდ მიმართავენ.

განსაკუთრებით ნაჩვენებია კვანძოვანი ჩიყვის მკურნალობა ოპერაციული წესით, ვინაიდან მას აქვს ადენომატოზური ხასიათი და შესაძლებელია ის გადაგვარდეს და ავთვისებიან სიმსივნედ გადაიქცეს. ა. გორჩაკოვის დაკვირვებით ის შემთხვევათა 4%-ში გადაგვარდა ავთვისებიანად. დიფუზური ჩიყვის შემთხვევაში ოპერაციულ მკურნალობას მაშინ მიმართავენ, როდესაც ნაცადი თერაპიული საშუალებები შედეგს არ იძლევა. ავთვისებიანად გადაგვარებულ ჩიყვს, თუ რაიმე უკუჩვენება არ არის, უსათუოდ უნდა ვუმკურნალოთ ოპერაციული წესით. ზოგ შემთხვევაში ოპერაცია ნაჩვენებია კოსმეტიკური თვალსაზრისით.

ოპერაციის უკუჩვენებად ითვლება:

ა) გულის მანკის კომპენსაციის დარღვევა,

ბ) ღვიძლისა და თირკმლების მძიმე დაავადებანი,

გ) ფილტვისა და სხვა ორგანოების მწვავე ტუბერკულოზური დაავადება;

დ) მოხუცებულობის პერიოდში, თუ ოპერაცია არაა სასიცოცხლო ჩვენება.

ტოქსიკური ჩიყვი — ბაზედოვის დაავადება

კარლ ბაზედოვმა 1840 წელს აღწერა ოთხი შემთხვევა მკაფიოდ გამოხატული ტრიადით. ეს მდგომარეობს ჩიყვის, თვალის ამობურცვის — ეგზოფთალმუსისა და გულის მგერის — ტაქიკარდიის არსებობაში. ეს დაავადება მან დეტალურად აღწერა და სიმპტომები იმდენად მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა, რომ მან საერთაშორისო აღიარება პოვა (ავტორის პატივსაცემად ამ დაავადებას ბაზედოვის დაავადება უწოდეს).

ბაზედოვის დაავადების ეტიოლოგიისა და პათოგენეზის საკითხზე არსებობს მრავალი თეორია, მაგრამ ვერც ერთი მათგანი ვერ ხსნის ამ დაავადების განვითარებას სრულყოფილად. ძირითადში, აღიარებულია, რომ დაავადება გამოწვეულია ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის დარღვევით: ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქცია გადიდებულია, ე. ი. გამოიმუშავებს ნორმაზე მეტ ჰორმონს (პი-

პერფუნქცია). ან გამომუშავებული ჰორმონის ხარისხი იცვლება, ე. ი. ხდება ტოქსინის კარბი რაოდენობით გამომუშავება ან გამომუშავებული, ხარისხობრივად შეცვლილი ტოქსინი მომშხამველად მოქმედებს ორგანიზმის სხვადასხვა ქსოვილზე, ყოველ შემთხვევაში, ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციაში გარკვეული ცვლილებები ხდება.

აღნიშნულია, რომ ბაზედოვის დაავადებას ხშირად წინ უძღვის ინფექციური დაავადება (გრიპი, ტიფი და სხვ.). დაავადებულთა გადმოცემით, ინფექციის გადატანას თან დაერთო აგზნებულობა, კისრის არეში სიცხისვნის განვითარება ჩიყვის სახით. ამგვარად, ინფექციური დაავადება შეიძლება განვიხილოთ როგორც ფარისებრი ჯირკვლის გამღიზიანებელი.

ეტიოლოგიურ ფაქტორთა შორის აღსანიშნავია სიმპათიკური ნერვული სისტემის გაღიზიანება, რასაც იწვევს შინაგანი სეკრეციის ჯირკვალთა, მათ შორის ფარისებური ჯირკვლის ფუნქციის დარღვევა. ზოგ შემთხვევაში ბაზედოვის დაავადების განვითარებას წინ უძღვის ნერვული შერყევა. ნერვულ შერყევას, არაიშვიათად, თან სდევს ფარისებრი ჯირკვლის გადიდება ბაზედოვის სიმპტომოკომპლექსის თანდართვით. მაგრამ, მთელ რიგ შემთხვევებში, ნერვულ შერყევას არ მოჰყვება ბაზედოვის დაავადება. მაშასადამე, ბაზედოვის დაავადების განვითარებისათვის, ნერვულ შერყევასთან ერთად, კიდევ უნდა იყოს სხვა ხელშემწყობი ფაქტორები. ეს ფაქტორები ბაუერის კონცეფციით უნდა იყოს ჰიპერთირეოიდული კონსტიტუცია. ასეთი ადამიანები ძლიერ მგრძნობიარენი არიან ყოველგვარი გაღიზიანების მიმართ. აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ ქალებში უფრო მეტია მიდრეკილება ბაზედოვის დაავადებისადმი (6 : 1), ვიდრე მამაკაცებში; აქედან ველიამინოვს მთელი რიგი სტატისტიკური მონაცემებით გამოაქვს დასკვნა, რომ ქალთა სასქესო ჰორმონები გარკვეულ როლს ასრულებს ბაზედოვის დაავადების განვითარებაში. არსებობს აგრეთვე პოლიგლანდულარული თეორია. ავადმყოფობის წარმოშობას აწერენ სხვადასხვა შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების ფუნქციის ერთდროულ მოშლას და სხვ.

კლინიკურად ბაზედოვის დაავადებას შემდეგი სიმპტომები ახასიათებს: 1. ფარისებრი ჯირკვლის გადიდება. გადიდებული ჯირკვალი შედარებით რბილია, სიდიდე ცვალებადი — მამაკაცის ცერისოდენობიდან ვაშლისოდენობამდე. შეიძლება სრულად არ იყოს გამოხატული გადიდება, მაგრამ ბაზედოვის დაავადების სიმპტომოკომპლექსი მოგვცეს. ზოგ შემთხვევაში შეიძლება აღმოჩნდეს გადიდებული რეტროსტერნული ჩიყვი (struma retrosternalis);

2. თვალის ამობურცვა (exophtalmus) აღინიშნება 70 — 80% შემთხვევაში. ზოგ შემთხვევაში ეს ისეა გამოხატული, თითქოს თვალი ამოვარდებაო (სურ. 58). ასეთ შემთხვევებში მას თან ერთვის კონიუქტივიტი, ცრემლდენა, სინათლისადმი შიში და სხვა.

ზოგი ავტორის აზრით, ამის მიზეზია თვალის უკანა სივრცის შეშუპება. თვალის ამობურცვასთან დაკავშირებით, ქუთუთოები ვერ ხურავს მას და ნაპრალი განიერი რჩება (გრეფეს სიმპტომი). ზოგ შემთხვევაში გუგაც გაგანიერებულია (ამ მდგომარეობაში ავადმყოფის გამოხედვა მოგვაგონებს მრისხანე მზერას). კონვერგენცია გაძლიერებულია შიგნითა სწორი კუნთების პარეზის გამო. კონვერგენციის დროს თვალის კაკლები განზე იწევს (მებიუსის სიმპტომი).

3. ტაქიკარდია. მაჯის აჩქარება ზოგ შემთხვევაში ზომიერია, 90 — 100-ჯერ წამში, მაგრამ ზოგ შემთხვევაში ძლიერ აჩქარებული — წამში 140 —

150-ს აღწევს. არაიშვიათად შესამჩნევია საძილე და ლავიწქვეშა არტერიების პულსაცია, თუმცა სისხლის წნევა მომატებული არ არის.

4. ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერფუნქცია იწვევს პარათირეოიდული ჯირკვლების ჰიპოფუნქციას (რუდინგერის აზრით), რაც ზოგ შემთხვევაში კლინიკურად კარგად გამოიხატება. მაგალითად, ბაზედოვის დაავადების დროს შეიძლება განვითარდეს ტეტანია ან, ყოველ შემთხვევაში, კუნთების ძლიერი აგზნებადობა, რაც შემდეგი სიმპტომით დასტურდება: სახის ნერვის (იმ ხაზზე, რომელიც ყურის გარეთა ხვრელისა და პირის კუთხეს აერთებს) პერკუსია იწვევს პირის კუთხისა და ცხვირის ფრთის ჩქარ შეკუმშვას—ხვოსტეკის სიმპტომს. მხარზე რეზინის ლახტის დადება ჭიანჭველის ცოცების გრძნობას იწვევს. კუნთების ძლიერი შეკუმშვისას ვითარდება ე. წ. „მეანის ხელი".



სურ. 58. ბაზედოვის დაავადება.

ეს სიმპტომები ამყარებენ პარათირეოიდული ჯირკვლის ფუნქციის დაქვეითებას და ფარული ტეტანიის არსებობას, ამიტომ მათ დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვთ.

5. ხელების გაშლისას აღინიშნება თითების კანკალი; მღელვარებისას ეს კანკალი უფრო გამოსატულია.

6. აღსანიშნავია გაძლიერებული ოფლიანობა (განსაკუთრებით პირისახის), ნივთიერებათა ცვლის დარღვევა. ძირითადი ცვლა აწეულია, ჟანგბადის მოთხოვნილება გაძლიერებულია, ბაზედოვის დაავადებისათვის დამახასიათებელია მეორეული ანემია და ლიმფოციტოზი.

აღსანიშნავია სქესობრივი მოთხოვნილების დაქვეითება. არაიშვიათია მამაკაცებში იმპოტენცია, პოლუციები, არასრული ერექცია; ქალებში — თვიურის დარღვევა გაძლიერებული სისხლის დენით, ანატომიური ცვლილებების გარეშე.

ტიპურ შემთხვევაში ბაზედოვის დაავადების დიაგნოზის დასმა ძნელი არაა. სამი კარდინალური სიმპტომი — ტაქიკარდია, თვალის ამობურცვა და ჩიყვის არსებობა წყვეტს დიაგნოზის სისწორეს. მაგრამ დასაწყისი ფორმის დროს მისი გამოცნობა ერთგვარად ძნელდება. როდესაც ფარისებური ჯირკვალი არ არის გადიდებული, თვალის კაკლის ამობურცვა ისე შესამჩნევი არაა, მაგრამ, თუ მაჯა აჩქარებულია, გულისცემა გაბშირებული და თუ ამას კიდევ დაემატა გახდომა, კუნთების სისუსტე, ძლიერი ოფლიანობა (ავადმყოფს მუდამ სცხელა, სითბოს ვერ იტანს, ღამით მხოლოდ ზეწრის ქვეშ სძინავს, აქეს ხშირი ფაღარათი და სხვა დისპეფსიური მოვლენები) შესაძლებლობას გვაძლევს დროული და სწორი დიაგნოზი დავსვათ.

ზოგ შემთხვევაში საჭიროა ისთერო-ნევრასთენიასთან დიფერენციაციის გატარება. ამ შემთხვევაში სადიფერენციაციო საშუალებაა ძირითადი ცვლის

გამოკვლევა. ჰიპერთირეოზის დასაწყისში ძირითადი ცვლა ყოველთვის მომატებულია. აგრეთვე დასაწყისი ფორმების დროს საჭიროა დიფერენცირება: ფილტვების ტუბერკულოზთან, გულის მანკთან, განსაკუთრებით ჰიპოთირეოდიზმთან. ამ უკანასკნელის დროს საერთო სიმპტომი ბევრია, როგორიცაა თავბრუ, გულისცემა აჩქარებული, ჩქარი დაღლა, ამ დროს ავადმყოფს ტემპერატურა უქვეითდება და ოფლიანობა კლებულობს, რაც შესაძლებლობას გვაძლევს ადვილად დავსვათ სწორი დიაგნოზი.

მკურნალობა. ტოქსიკური ჩიყვი, ანუ ბაზედოვის დაავადება ძალზე რთული ავადმყოფობაა. მისი მკურნალობა ინდივიდუალური მიდგომით უნდა ხდებოდეს. თირეოტოქსიკოზის სამკურნალოდ მიზანშეწონილია შევარჩიოთ კომპლექსურ საშუალებათა ზემოქმედება, რომელიც პათოგენეზურ ფაქტორებზე იმოქმედებს. კომპლექსური მკურნალობისას უნდა გავითვალისწინოთ პროცესის სტადია, ჩიყვის ფორმა, ავადმყოფის ასაკი და თანმხლები ავადმყოფობანი. მკურნალობის კომპლექსში შედის რიგი ღონისძიებანი, ე. ი. ავადმყოფს უნდა შევუქმნათ ცხოვრების განსაკუთრებული პირობები. პირველ რიგში, საჭიროა ფიზიკური და ფსიქიკური სიმშვიდე. ავადმყოფი არ უნდა გადაიღალოს მეშაობით, თუ მდგომარეობა მოითხოვს, საჭიროა მას შევუქმნათ იზოლირებული ცხოვრების პირობები, ავადმყოფს მოწესრიგებული უნდა ჰქონდეს ძილი, კვება— რაციონალური, შერჩეული. უნდა ავუკრძალოთ თამბაქოს მოწევა, ალკოჰოლისა და სხვა გამაღიზიანებელ ნივთიერებათა მიღება. კარგია მთის ჰაერი სათანადო სანატორიუმებში (ბაკურიანი, ცემი, ჯავა, ლებარდე, ბახმარო, ჟელეზნოვოდსკი და სხვ.), აგრეთვე კარგად მოქმედებს ნახშირორჟანგიანი თბილი აბაზანები, ცირკულარული შხეფები. ყველაფერი, რაც იწვევს ორგანიზმის გადაღლას და ნერვულ აგზნებას, მოუსვენრობა უნდა ავაცილოთ ავადმყოფს. მედიკამენტებიდან უნდა მიეცეს ისეთი პრეპარატები, რომელიც იმოქმედებს როგორც ცენტრალურ ნერვულ, ისე ენდოკრინულ სისტემაზე და დააქვეითებს მათ აგზნებას (სხვადასხვა სედატიკური საშუალებები, ძილმომგვრელი, ნეიროპლეგიური), ამასთან ერთად, უნდა მიეცეს იოდის პრეპარატები, რომლებსაც ორგვარი მოქმედება აქვთ, ისინი ამცირებენ ჰიპოფიზის მიერ თირეოტროპული ჰორმონის გამომუშავებას და ამავე დროს ხელს უშლიან თირეოიდული ჰორმონის შეწოვას და სისხლში გადასვლას. ასე რომ, იოდის მიკროდოზას ჯერჯერობით ფართოდ იყენებენ მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის თირეოტოქსიკოზის დროს (ნ. შერეშევსკი). მაგრამ ასეთი მედიკამენტური მკურნალობით დიდ ეფექტს ვერ მიაღწევს. შეიძლება აგრეთვე მკურნალობის ჩატარება ანტითირეოიდული ნივთიერებით, მაგრამ მისი გამოყენება კვანძოვანი ტოქსიკური ჩიყვის დროს შეცდომა იქნებოდა.

დიდი მნიშვნელობა აქვს რადიოთერაპიას. მკურნალობის ეს მეთოდი ეფექტურია და დიდ პროცენტში აუმჯობესებს ან კურნავს ავადმყოფს ტოქსიკური ჩიყვისაგან (ს. ვერნერით). მაგრამ მას აქვს უარყოფითი მხარეც, შეიძლება გამოიწვიოს ფარისებრი ჯირკვლისა და სხვა მეზობელი ორგანოების სიმსივნედ გადაგვარება და აგრეთვე ლეიკემია.

ჩიყვის სამკურნალოდ აგრეთვე გამოიყენება რენტგენოთერაპიაც. ის განსაკუთრებით კარგ შედეგს იძლევა დიფუზური ჩიყვის დროს. მაგრამ რენტგენოთერაპია იმითაა სახიფათო, რომ 10—15 წლის შემდეგ შესაძლოა გამოიწვიოს ფარისებრი ჯირკვლის კიბოდ გადაგვარება. აგრეთვე რენტგენოთერაპიის შედეგად ვითარდება ძლიერი შეხორცებები ფარისებრი ჯირკვლის ირგვლივმდე-

ბარე ქსოვილებთან და თუ ავადმყოფს დასჭირდა ოპერაციის გაკეთება, ის ძალზე ძნელდება.

ყველა აღნიშნულ საშუალებათა კომპლექსი ზოგ შემთხვევაში ავადმყოფს კურნავს, მაგრამ ზოგჯერ, მიუხედავად მიღებული ზომებისა, რაიმე აღსანიშნავ შედეგს არ იძლევა. ასეთ შემთხვევებში პირდაპირნაჩვენებია ოპერაციული წესით მკურნალობა.

შეცდომები და გართულებანი ჩიყვის ოპერაციის დროს

ჩიყვის სამკურნალოდ მოწოდებულია მთელი რიგი კონსერვატიული საშუალებანი, მაგრამ უკვე დადასტურებულად უნდა ჩაითვალოს ის ფაქტი, რომ როგორც უბრალო ჩიყვის, ისე მისი გართულებული ფორმების დროს მკურნალობის კონსერვატიული მეთოდები, რიგ შემთხვევებში, სასურველ შედეგს არ იძლევა და რადიკალურ სამკურნალო საშუალების არჩევით მეთოდად აღიარებულია ოპერაციული მკურნალობა, მით უფრო, რომ ოპერაციულმა ტექნიკამ ამ უკანასკნელ პერიოდში მაღალ საფეხურს მიაღწია და, ამასთან, ინფექციასთან საბრძოლო ეფექტური საშუალებანი საკმაოდ მოიპოვება. არ შეიძლება აქ არ გავამახვილოთ ქირურგთა ყურადღება იმ გარემოებაზე, რომ სანამ ექიმი კისრის მიდამოში რაიმე სახის ჭირურგიულ ჩარევას განიზრახავდეს, უსათუოდ დეტალურად უნდა გაეცნოს კისრის არის ანატომიას, ჩიყვის ფიზიოლოგიას, კისრის სხვა ორგანოებთან მის ურთიერთდამოკიდებულებას.

ჩიყვის ოპერაცია ცნობილია როგორც „სისხლიანი“ და ძლიერ სახიფათო. მ. მაკასი ჩიყვის ოპერაციას ასე ახასიათებს:

„ჩიყვის ოპერაცია შეიძლება წარმოვიდგინოთ როგორც შედარებით მარტივი, ამასთან, შედარებით რთულ ჩარევად; კარგ შედეგს შეიძლება მივაღწიოთ მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ დავიცავთ ზუსტ ასეპტიკას და ოპერაციას გავაკეთებთ მაღალტექნიკურად. სასიცოცხლო ორგანოების მეზობლობა და დაზიანების საშიშროება შეიძლება საბედისწერო გახდეს ავადმყოფისათვის. ეს კრიტიკული მომენტები შეიძლება დაკავშირებული იყოს ძლიერ სისხლდენასთან, ასფიქსიასთან, შოკთან, ჰაეროვან ემბოლიასთან და სხვა. ავადმყოფის გადარჩენა დამოკიდებულია ქირურგის სიდინჯეზე, ჩქარ და მოსაზრებულ მოქმედებაზე“ (მაკასი).

ოპერაციის კარგი გამოსავალი და შემდგომ პერიოდში ავადმყოფობის მიმდინარეობა ბევრადაა დამოკიდებული გაუტკივარების სახეზე. ჯერ კიდევ 1914 წელს დეკერვენმა განაცხადა, რომ ადგილობრივმა გაუტკივარებამ განდევნა ზოგადი ნარკოზი, კოხერმაც ადგილობრივ ანესთეზიას მისცა დიდი უპირატესობა. ადგილობრივი გაუტკივარებით გაკეთებული 5000 (1906) ოპერაციიდან მას სამი ავადმყოფი დაეღუპა, დღეისათვის ამ გაუტკივარებამ ფართოდ მოიკიდა ფეხი. ა. ვიშნევსკის მეთოდი, როგორც ყველა ოპერაციის დროს, ჩიყვის დროსაც კარგ შედეგს იძლევა. მაგრამ ეს იმას არ ნიშნავს, რომ იქ, სადაც პირდაპირჩვენებაა, ძალზე დიდი და მალიგნიზებელი ჩიყვის დროს ან ძლიერ ნერვულ სუბიექტზე, ან ბავშვებში არ გამოვიყენოთ ზოგადი ნარკოზი, როგორც ინდივიდუალური — ეთერ-ჟანგბადის, ისე ენდოტრაქეული რელაქსანტების დამატებით.

საფაკულტეტო ქირურგიულ კლინიკაში, იშვიათ გამონაკლისს გარდა, ჩიყვის ოპერაცია კეთდება ადგილობრივი გაუტკივარებით, ნოვოკაინის 0,25 %-იანი ხსნარის გამოყენებით. რასაკვირველია, უაღრესად დიდი პრაქტიკული ღირებუ-

ლება აქვს ანესთეზიის ტექნიკურად სწორად გაკეთებას და ის უსათუოდ ყურადღებით და თანამიმდევრობით უნდა გაკეთდეს. პირველ რიგში უნდა გაკეთდეს კანის ანესთეზია, შემდეგ საანესთეზიო ხსნარი უნდა შეეუყვანოთ m. Platisma-ს სისქეში და მის ქვეშ, ვინაიდან კისრის მიდამოში მგრძნობიარე ნერვების ბოჭკოები m. platisma-ს და კისრის ფასციას შორის გადის, ეს არე უნდა მოირწყოს ნოვოკაინის ხსნარით. ოპერატორს მუდამ უნდა ახსოვდეს, რომ კისრის მიდამოში გადის მთელი რიგი ვენური სისხლძარღვების ტოტები, რომლებიც შეიძლება სულ არაა აღნიშნული ანატომიაში, მაგრამ ჩიყვის ზრდასთან დაკავშირებით ეს მცირე ვენები საკმაოდ მსხვილდებიან და არის შესაძლებლობა ადვილად დაზიანების. ნემსით ვენების გაჩხვლეტის და ნოვოკაინის ხსნარის სისხლძარღვის სანათურში შეყვანის ან ჰაეროვანი ემბოლიის განვითარების, ამიტომ შეცდომის თავიდან ასაცილებლად ნემსის ჩხვლეტის შემდეგ, საანესთეზიო ხსნარის შეყვანამდე, შპრიცის დგუში უკან უნდა დავწიოთ და დავრწმუნდეთ მოქმედების სისწორეში. თუ შპრიცში სისხლი შემოვიდა, უცბად უნდა დავიხიოთ უკან და ნემსის წვერს მიმართულება შევუცვალოთ. კანისა და m. platisma-ს გაკვეთის შემდეგ, შრევების მიხედვით, დანისა და შპრიცის მონაცვლეობით თვალის კონტროლის ქვეშ უნდა გაკეთდეს ანესთეზია; მოსალოდნელი შოკის თავიდან ასაცილებლად, სასურველია საუღლე ნაჭდევიდან რეტროსტერნალურ სივრცეში 0,5%-იანი ნოვოკაინის ხსნარის 50—60 გრამის რაოდენობით შეყვანა ჩვენ მიერ ადრე აღწერილი მეთოდით. ამ დამატებითი ანესთეზიით ჩვენ ვაღწევთ ამ მიდამოში განლაგებული ნერვული ბოჭკოებისა და ნერვული წნულების დროებით ქიმიურ ნეიროტომიას, რითაც ისპობა შოკის განვითარების შესაძლებლობა. ამგვარად, ადგილობრივი გაუტკივარების სწორად გამოყენება იძლევა შესაძლებლობას ჩიყვის ოპერაცია გაკეთდეს სრულიად უმტკივნეულოდ და ყოველგვარი გართულების გარეშე.

ადგილობრივი გაუტკივარების დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფსა და ჭირურგს (ოპერატორს) შორის სრულ კონტაქტს, რაც იძლევა ზოგიერთი სერიოზული გართულების დროულად ლიკვიდირების შესაძლებლობას.

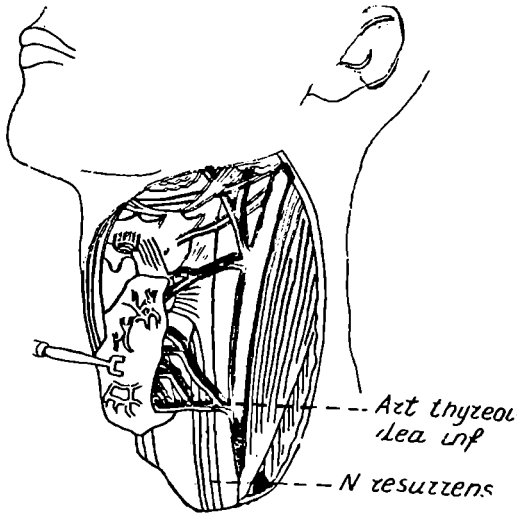
წინათ ჩიყვის ოპერაციის დროს ზოგად ნარკოზს ფართოდ მიმართავდნენ, მაგალითად, ა. დოგატკინას თავის სადოქტორო დისერტაციაში მოჰყავს ჩიყვით დაავადებულ 62 ავადმყოფზე ჩატარებული ოპერაციის შემთხვევები. ეს ოპერაციები ზოგადი ქლოროფორმის ნარკოზით იყო ჩატარებული (შრომა გამოსცა ველიამინოვის კლინიკამ 1909 წ.). რასაკვირველია, სადღეისოდ ასეთი ნარკოზით ოპერაციის გაკეთება მიუღებელია, მაგრამ არიან რიგი ავტორები, რომლებიც ჩიყვის ოპერაციის დროს ხშირად მიმართავენ ზოგად ნარკოზს, მაგალითად, ბუფე, კოპფე და სხვები.

ლიტერატურული მასალის გარჩევით დასტურდება, რომ, ზოგ შემთხვევაში, გარკვეული მიზეზების დროს, ზოგადი ნარკოზი (სხვადასხვა ფორმით) იძლევა ოპერაციის კეთილად დამთავრების დიდ შესაძლებლობას.

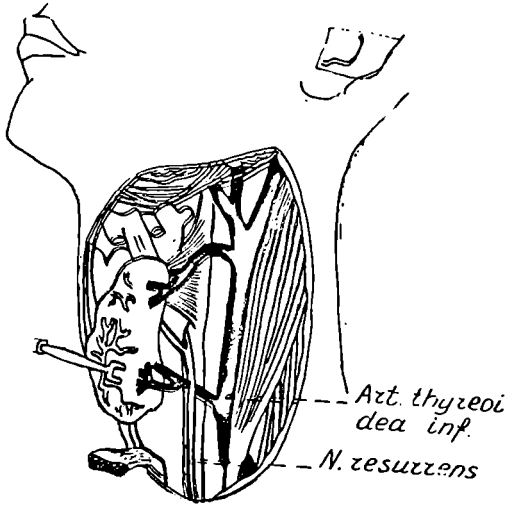
როდის შეიძლება ზოგადი ნარკოზის გამოყენება?

1. როდესაც ოპერაციის დროს მოსალოდნელია დიდი ტექნიკური სიძნელეები, მაგალითად, ძალზე დიდი ჩიყვის შემთხვევაში, როდესაც ჩიყვი ხორხთან დაკავშირებულია ბეჭდისებურად და მოსალოდნელია ხორხის დაზიანება, მკერდუკანა ჩიყვის დროს და ჩიყვის მალიგნიზაციის შემთხვევაში და სხვ.

2. როდესაც ავადმყოფი ძალზე ნერვულია, მშიშარაა;



სურ. 59. N. recurrens გაივლის Art. thyreoidea inferior-ის ტოტების უკან.



სურ. 60. N. recurrens გაივლის Art. tyreoidea inferior-ის წინ.

3. როდესაც ავადმყოფი დაჟინებით მოითხოვს ოპერაციას ზოგადი ნარკოზით;

4. როდესაც ავადმყოფი დაავადებულია თირეოტოქსიკოზის შორსწასული ფორმით;

5. როდესაც ჩიყვთან ერთად სხვა თანდართული დაავადებაც აქვს, მაგალითად, ეპილეფსია და სხვ.

ოპერაციის ენდოტრაქეული ნარკოზით გაკეთების დროს განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ინტუბაციას, ვინაიდან ამაზე ბევრადაა დამოკიდებული ოპერაციისშემდგომი პერიოდის გართულებანი.

ჩიყვით დაავადებულთა ინტუბაცია წარმოადგენს ერთგვარ სიძნელეს, რაც ბევრადაა დამოკიდებული შემდეგ მიზეზებზე:

ავადმყოფს შეიძლება ჰქონდეს სქელი და მოკლე კისერი, პატარა პირი და ვიწრო ხახა. გადიდებული ჩიყვი ცელის ყელის ანატომიას, ხახა დაბლა დაშვებული და ფიქსირებული, ზოგ შემთხვევაში შუა ხაზიდან გადაწეულია მარცხნივ ან მარჯვნივ.

შეიძლება ლორწოვანი ძლიერ მგრძნობიარე იყოს ტრავმის მიმართ.

თირეოტოქსიკოზიან ავადმყოფებს გაძლიერებული მოთხოვნილება აქვთ ჟანგბადზე, ამიტომ იმ შემთხვევაში, თუ ინტუბაცია ვერ მოხერხდა ერთი წუთის განმავლობაში, ავადმყოფს სხვა სახის ნარკოზი (ეთერ-ჟანგბადი) უნდა მიეცეს, აგრეთვე საჭიროა საინტუბაციო რეზინის მილის შერჩევა. მსხვილ მილს შეუძლია გამოიწვიოს ლორწოვანზე ზედდაწოლა და რიგი სხვა გართულებები, რაც უნდა გაითვალისწინოს ანესთეზიოლოგმა, მაგრამ დიდი ღირსება ენდოტრაქეული ნარკოზისა ისაა, რომ ზოგ შემთხვევაში მხოლოდ ამ სახის ნარკოზით შეიძლება სიცოცხლე შეუნარჩუნოთ ავადმყოფს. მაგალითად, კუზინი.თანაავტორებთან ერთად აღწერს მეტად საინტერესო შემთხვევას. ავადმყოფ ე-ს დიდი ჩიყვის ოპერაციის დროს განუვითარდა საშინელი სისხლის დენა. $1^1/_2$ წუთში ავადმყოფმა დაკარგა 1500 მლ სისხლი. სისხლის დენა შეუჩერეს ტამპონითა და ზედდაწოლით. ტრაქეაში რომ არ ყოფილიყო სანარკოზო მილი, გარბილებული ტრაქეა არ მისცემდა დასტაქარს შესაძლებლობას ხელოვნური სუნთქვის წარმოებისა და სისხლის შეჩერების და ავადმყოფი დაიღუპებოდა.

გართულება სისხლის დენით. ჩიყვის ოპერაციის დროს სისხლის დენამ შეიძლება დიდი უსიამოვნება შეახვედროს ოპერატორს და საბედისწერო გახდეს ავადმყოფისათვის. არც ისე იშვიათად ქირურგი შეიძლება წაწყდეს ძალზე გაგანიერებულ ვენებს და არტერიებს, რომელთა სიმსხო ზოგ შემთხვევაში ნეკის ოდენობას აღწევს და რომლებიც იძლევიან სახიფათო სისხლის დენას. გაბერილი სისხლძარღვის კედელი ადვილად ზიანდება, თუნდაც ძლიერ სათუთი მოპყრობითაც კი. როდესაც ჩიყვი გარკვეულ სიდიდეს აღწევს, ის იზრდება სიღრმეშიც და იქ უკავშირდება, უხორცდება მსხვილ სისხლძარღვებს — არტერიებსა და ვენებს. როდესაც ოპერატორი შეეცდება ჩიყვის განთავისუფლებას შეხორცებებისაგან, მის ჭრილობაში ამოგდებას, სწორედ ასეთ მომენტში, თუ ქირურგი ფრთხილად არ მოქმედებს, შესაძლებელია როგორც საძილე არტერიის, ისე ჩიყვის მკვებავი არტერიების დაზიანება. ამ პერიოდში უცბად ნაკადად იფეთქებს არტერიული სისხლი და მთელი საოპერაციო ველი სისხლით დაიფარება. თუ დაზიანდა საუღლე ან სხვა მოზრდილი კალიბრის ვენა, შავი ფერის სისხლი მოდის ნაკადად და ეს ბოჭავს ქირურგის მოქმედებას. ასეთი სისხლის დენის დროს მთავარია ქირურგი არ დაიბნეს, არავითარ შემთხვევაში უაზ-

როდ არ უნდა დაიწყოს სისხლდამშერების დადება, წინააღმდეგ შემთხვევაში ისედაც ადვილად ხვედ სისხლძარღვის კედელს კიდევ უფრო დააზიანებს და ამით გაძლიერდება სისხლის დენაც, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ავადმყოფის საოპერაციო მაგიდაზე დარჩენა, ამიტომ ოპერატორის მოქმედება მიზანდასახული უნდა იყოს, იგი. პირველ რიგში. უნდა შეეცადოს თითით ან ტამპონით დროებით შეაჩეროს სისხლის დენა, ამის შემდეგ ჰრილობა ამოაშროს მარლით, კოლტებისაგან გაწმინდოს საოპერაციო ველი, რის შემდეგ ჰრილობას კავებით გააგანიერებს და მოძებნის, დაზიანებულ სისხლძარღვს, დაადებს მომჭერს, რის შემდეგ საიმედო ლიგატურით გადაკვანძავს მას. ამგვარად სისხლის დენა საბოლოოდ შეჩერდება.

ლიტერატურაში აღწერილია როდესაც ასეთი საბედისწერო სისხლის დენის შემთხვევები ჰქონიათ გამოჩენილ ქირურგებსაც კი. მაგალითად, ბილროტმა ძლიერი არტერიული სისხლის დენის შეჩერება musc. t. cleidomastoideus-ის გადაკვეთის შემდეგ მოახერხა. ასე დიდი გაჭირვებით მოახერხა არტერიული სისხლის დენის შეჩერება მიკულიჩმა, თუმცა მისი ავადმყოფი რამდენიმე დღეში დაიღუპა მეორეული სისხლის დენით (მაკასი). ა. მასლოვსკაიამ 1938 წელს დაადგინა რეციდიული ჩიყვის ოპერაციის დროს საუღლე ვენის დაზიანების 23 შემთხვევა. დე-კერვენი (1914) აღნიშნავს ძლიერ სისხლის დენას 4-ჯერ საოპერაციო მაგიდაზე art. thyroidea inf-დან. მისი გამოთქმით, მოულოდნელი ძლიერი სისხლის დენის შემთხვევაში „ოპერატორი კარგავს მოსვენებას, ავადმყოფი სიცოცხლეს".

სისხლის დენა შეიძლება სხვა მიზეზითაც იყოს გამოწვეული. მაგალითად, შეიძლება ლიგატურა მოძვრეს; ეს იმ შემთხვევაში, როდესაც სისხლძარღვი გადაიკვეთება ლიგატურასთან ახლოს ან როდესაც თვით ლიგატურა არაა მოკერილი, მაშინ ის ადვილად ძვრება და ვითარდება სისხლის დენა. სისხლძარღვი შეიძლება ოპერატორის ან ასისტენტის უხეში მოქმედებით დაშავდეს, ან, თუ იგი ძლიერ სკლეროზულია, ლიგატურის გადაჭერით გადაწყდეს ან გადაიჭრას.

სისხლის დენის თავიდან ასაცილებლად საჭიროა მეთოდურად და ძლიერ სიფრთხილით მუშაობა. ძირითადში, როგორც მიღებულია, ნახევარკალოვანი განაკვეთით კანისა და m. platisma-ს გადაკვეთისთანავე ზერელედ მდებარე დაბერილი ვენური სისხლძარღვები ორ ლიგატურას შორის უნდა გადაიკვეთოს. შემდეგ სასურველია ჰრილობაში ჩიყვის ამოგდებამდე გადაიკვანძოს art. thyreoidea inf.; განსაკუთრებით ეს ნაჩვენებია hemistrumectomia-ს დროს. ეს არტერია სიფრთხილით უნდა გადაიკვანძოს, ვინაიდან ის მჭიდრო კავშირშია n. recurens-თან და შესაძლებელია მოჰყვეს ლიგატურაში. იმ შემთხვევაში, როდესაც არტერიები გადაიკვანძება, სისხლის დენის საშიშროებაც ნაკლები იქნება. ლიგატურის მოვარდნის თავიდან ასაცილებლად საჭიროა არტერია ძაფით მაგრად გადაიკვანძოს გადაჭრიდან დაშორებით. ზოგჯერ სისხლის დენის მიზეზია სისხლძარღვის ანომალია. მაგალითად, art. thyreoidea inf. ჩიყვის პარენქიმაში შესვლამდე იყოფა ორ ტოტად და შეიძლება ოპერატორი დაკმაყოფილდეს ერთი ტოტის გადაკვანძვით, მაგრამ გადაჭრისას მეორე ტოტიდან იფეთქოს არტერიულმა სისხლმა. ზოგ შემთხვევაში კი ეს არტერია სრულიად არ არის და მის მაგივრობას ასრულებს art. ima. აგრეთვე სიფრთხილით უნდა გადაიკვანძოს ჩიყვის ზემო არტერიები. ამ შემთხვევაში განაკვეთის სიმცირე არ იძლევა არტერიის დაშორებით გადაკვანძვის შესაძლებლობას, ამი-

ტომ მისი გადაჭრა ხდება ლიგატურასთან ახლოს; ამის გამო ადვილად ძვრება ლიგატურა და სისხლის დენაც ვითარდება, მაგრამ უფრო სახიფათოა თუ ლიგატურა მოძვრება ოპერაციის დამთავრების შემდეგ, დაიწყება ძლიერი მეორეული სისხლის დენა, რაც დაუყოვნებლივ მოითხოვს სასწრაფო ჩარევას, წინააღმდეგ შემთხვევაში ტრაქეაზე ზედაწოლით შეიძლება გამოიწვიოს ასფიქსია და ავადმყოფის მოხრჩობა.

საშიში სისხლის დენა მოსალოდნელია მკერდუკანა დიდი ჩიყვის დროს. ასეთი ჩიყვის ზედაწოლის შედეგად ვითარდება ასფიქსიის მოვლენები. ძველად ასეთი ჩიყვის ოპერაციას აკეთებდნენ ნაწილ-ნაწილ ამოღებით, რასაც ხშირად მოჰყვებოდა საბედისწერო სისხლის დენა. ჩიყვის ამოსაღებად თანდათანობით გამომუშავებულ იქნა უფრო რაციონალური მეთოდი, ე. ი. ორ მსხვილ ძაფს გაუკვანძავად გაატარებენ ჩიყვის მთელ სისქეზე, ნელ-ნელა ამოსწევენ ჩიყვს და სისხლძარღვებს გზადაგზა მეთოდურად გადაკვანძავენ (Hartert-ის მეთოდით). იმ შემთხვევაში, როდესაც ამ მეთოდით შეუძლებელია ჩიყვის ამოღება, უნდა გაიკვეთოს მკერდის ძვალი, გაგანიერდეს ჭრილობა, რაც მისცემს დასტაქარს თავისუფლად მოქმედებისა და სისხლის დენის ადვილად შეჩერების შესაძლებლობას. ამ რთული ოპერაციის დროს ავადმყოფს უვითარდება ასფიქსიის მოვლენები, ამიტომ აუცილებელია ოპერაციის დროს ჟანგბადის ხელოვნურად მიწოდება.

დიდი ჩიყვის ამოგდების შემდეგ რჩება დიდი ღრუ, საიდანაც მოსალოდნელია განუწყვეტელი კაპილარული სისხლის დენა, ამიტომ აუცილებელია ამ ღრუს შემცირება რამდენიმე კვანძოვანი ნაკერით და რეზინის დრენაჟის ჩატოვება, რის საშუალებითაც ღრუ ადვილად დაიცლება ჩაქცეული სისხლისაგან.

უნდა აღინიშნოს ის ფაქტი, რომ სისხლმდენი ჩიყვის ოპერაციის დროს ოპერატორს შესაძლებელია ჭრილობაში ჩარჩეს უცხო სხეულები, განსაკუთრებით მარლის ბურთულები და ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფი გაწვალდეს დარჩენილი უცხო სხეულის შედეგად. ამ გართულების თავიდან ასაცილებლად, ოპერატორმა ოპერაციის დროს უნდა იხმაროს ბირთვდამჭერები და ბელსოცები.

შეიძლება მოვიყვანოთ ერთი ავადმყოფის ისტორია.

ავადმყოფ №-ს კლინიკაში შესწავლით დაუდგინდა ბაზედოვის დაავადება. ჩიყვი ზომიერად გადიდებული. ოპერაცია გახანგრძლივდა, ვინაიდან იყო ძლიერ სისხლმდენი, ოპერაცია დამთავრდა დრენაჟის ჩატოვებით. ოპერაციის მე-6—7 დღეს მოიხსნა ნაკერი — დრენაჟის ადგილი შეუხორცებელი დარჩა, მას მოჰყვა დაჩირქება, კისრის მიდამოს კანის გაღიზიანება. ავადმყოფი ხანგრძლივი დროის განმავლობაში იწვა კლინიკაში, მაგრამ ჭრილობა სრულად არ შეხორცდა, ის გაეწერა ამბულატორიული მკურნალობისათვის. გაწერიდან ორი თვის შემდეგ ავადმყოფი გამოცხადდა კლინიკაში და განაცხადა, რომ მას ჭრილობიდან გამოეყო მარლის ნაჭერი, რის შემდეგ ჭრილობა დაიხურა. აქედან გასაგებია, რომ დაჩირქება და ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ფისტულის არსებობა განპირობებული იყო ჭრილობაში უცხო სხეულის არსებობით.

n. recurrens-ის დაზიანება. ჩიყვის ოპერაციის დროს შეიძლება ოპერატორმა დააზიანოს n. rec. seu. laringeus inferior. დაზიანებული ნერვის მთლიანობის აღდგენა საოპერაციო მაგიდაზე, თუნდაც ეს დროულად იქნეს გამოცნობილი, ძალზე დიდ სიძნელეს წარმოადგენს, იშვიათი გამონაკლისის გარდა, თითქმის შეუძლებელია, ამიტომ ოპერატორმა უსათუოდ კარგად უნდა

იცოდეს მისი დამოკიდებულება ფარისებრ ჯირკვალთან, მის მკვებავ არტერიებთან და კისრის სხვა ორგანოებთან, ამასთან, ოპერაციის დაწყებამდე უნდა გაეცნოს იმ ხერხებს, რომლითაც მას ეძლევა საშუალება ადვილად ააცდინოს ავადმყოფს ამ ნერვის დაზიანება.

შებრუნებული ნერვი მარცხნივ გამოდის მარცხენა ცთომილი ნერვიდან აორტის რკალის ბოლოსთან, მარჯვნივ კი — მარჯვენა ცთომილი ნერვიდან, ლავიწქვეშა არტერიის დასაწყისში. მარცხენა შებრუნებული ნერვი შემოუვლის აორტის რკალს უკანიდან, ხოლო მარჯვენა — ლავიწქვეშა არტერიას, ორივე მიემართება ზემოთ, საყლაპავ მილსა და ხორხს შორის და იღებს ახალ სახელწოდებას — ხახის ნერვი N. pharinqeus. იგი იყოფა ტოტებად, რომლებიც ანერვიანებს ხორხის კუნთებს, მბგერავ იოგებს და ლორწოვანს. როდესაც შებრუნებული ნერვი ზემოთ მიემართება, შესაძლებელია მისი ადვილად დაზიანება ორ ადგილას. პირველი მოსალოდნელი დაზიანების ადგილია იქ, სადაც ხდება გადაჯვარედინება art. thyroidea inf. და შებრუნებულ ნერვს შორის.

აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ art. thyr. inf. და შებრუნებული ნერვის ურთიერთდამოკიდებულება ძალზე ვარიაბილურია. ამ ვარიაბულობის ცოდნა უთუოდ დიდი მნიშვნელობის ფაქტორია, ვინაიდან სწორედ ამ არტერიის გადაკვანძვის დროს ხდება ძირითადად ამ ნერვის დაზიანებაც. გვამებზე გამოკვლევით დადგინდა, რომ 31 შემთხვევაში ნერვი აღმოჩნდა არტერიის უკან, 40 შემთხვევაში არტერიის წინ და 41 შემთხვევაში — ფარისებრი ჯირკვლის ქვედა არტერიის ორ ტოტშუა გადიოდა. ეს ფაქტი სხვა მრავალმა ავტორმაც შენიშნა და ანატომიურადაც დადასტურდა. ნერვის დაზიანების მეორე ადგილი არის იქ, სადაც ნერვი შედის m. crico-pharingeus-ში. შტირლინის აზრით, ამ მიდამოში ნერვი უფრო ხშირად და უფრო ადვილად ზიანდება, ვიდრე პირველად აღწერილ ადგილას. ჩიყვის ოპერაციის დროს უფრო ხშირად ზიანდება ხორხის ნერვი, როდესაც კეთდება ტიპური ოპერაცია — hemistrumectom-ის სახით, განსაკუთრებით როდესაც იკვანძება ჯირკვლის ქვედა არტერია, სადაც ნერვი ძალზე ახლოსაა. ადვილი შესაძლებელია, არტერიასთან ერთად ლიგატურაში მოჰყვეს ნერვი და ადვილად გადაიკვეთება. აგრეთვე ჩიყვის უკანა ზედაპირიდან არტერიული სისხლის დენის დროს სისხლშემაჩერებელ მომჭერში შეიძლება ადვილად მოჰყვეს ნერვიც, რაც უცბად იწვევს ხმის შეცვლას, ამიტომ მიზანშეწონილია ამ ოპერაციის გაკეთება ადგილობრივი გაუტკივარებით, რაც იძლევა კონტროლის შესაძლებლობას. როდესაც საეჭვოა ნერვის გადაკვეთა ან ლიგატურაში მოყოლა, ამ შემთხვევაში ავადმყოფი უნდა ავალაპარაკოთ, ე. ი. უნდა მივცეთ შეკითხვები და პასუხის დროს ადვილად დავირწმუნდებით, რომ მას უცბად შეეცვალა ხმა, რაც იმის დამადასტურებელია, რომ ნერვი სახიფათო მდგომარეობაშია და საჭიროა სათანადო ზომების მიღება. მაგრამ აქვე უნდა აღინიშნოს ის ფაქტიც. რომ ზოგ შემთხვევაში გადიდებული ან სიმსივნედ გადაგვარებული ჩიყვი ჩაითრევს ნერვს და ამით ირღვევა იმის ფუნქცია და ავადმყოფს ეცვლება ხმა. ასეთ შემთხვევებში საჭიროა ავადმყოფის წინასწარ შესწავლა და ოტოლარინგოლოგის კონსულტაცია. ამაზე მიგვითითებს დე-კერვენი, რომელმაც შემთხვევათა 3%-ში დაადგინა ხორხის ნერვის ფუნქციის დარღვევა (დაზიანება) ოპერაციამდე.

ნერვის დაზიანების ნაკლები საშიშროებაა ნოდოზური ჩიყვის დროს, სადაც ხდება ენუკლეაცია და რეზექცია. ასეთი ჩიყვის დროს არტერიის გადაკვანძვა ხდება ნერვთან საკმაოდ მოშორებით. თუმცა აქაც შესაძლებელია ნერვის

მოყოლა ლიგატურაში, რის გამოც ყოველგვარი მანიპულაცია და არტერიის გადაკვანძვა უნდა ხდებოდეს დიდი სიფრთხილით.

როგორია ხორხის ნერვის დაზიანების სიხშირე? ამაზე ლიტერატურული მონაცემების მიხედვით არსებობს ავტორთა სხვადასხვა აზრი: პამპერმა 142 ოპერაციიდან აღნიშნა შებრუნებული ნერვის დაზიანება შემთხვევათა 4,39%-ში. დე-კერვენი (1914), ფიშერი (1946) და გეგე (1953) ამტკიცებდნენ, რომ შებრუნებული ნერვის დაზიანება მერყეობს 3—14% შორის.

ა. ლიდსკის (1955) მონაცემებით, 1443 შემთხვევიდან ხორხის ნერვი დაზიანებულია 8 შემთხვევაში. ასე რომ, ლიტერატურული მონაცემების მიხედვით ავტორები სხვადასხვა აზრს გამოთქვამენ. მაგრამ საშუალო პროცენტი მაინც საკმაოდ დიდია და დიდი სიფრთხილეა საჭირო ჩიყვის ოპერაციის დროს, რომ არ დაზიანდეს ეს მეტად მნიშვნელოვანი ნერვი.

როგორ ავიცდენით ნერვის დაზიანება და როგორ მივაღწიოთ ადრეულ გამოცნობას?

ხორხის ქვემო ნერვის ცალმხრივი დაზიანების შემთხვევაში, როდესაც ოპერაცია მიმდინარეობს ადგილობრივი გაუტკივარებით, ავადმყოფს უცბად შეეტყობა ხმის შეცვლა, ხმა ჩაეხლინჩება (ვითარდება აფონია), დაეწყება მშრალი ხველა, ავადმყოფი თითქოს ცდილობს ნახველის ან უცხო სხეულისაგან განთავისუფლდეს, ამასთან, ავადმყოფი უჩივის სუნთქვის გაძნელებას, აქვს შიშის გრძნობა, ზოგ შემთხვევაში, როგორც აკიმოვი აღნიშნავს, საქმე გვაქვს არა მარტო შებრუნებული ნერვის ტრავმასთან, არამედ გულის მანერვირებელი ტოტების ტრავმასთანაც, რაც, თავის მხრივ, იწვევს გულის მოელენებასაც.

აფონიასთან ერთად შეიძლება ავადმყოფს ტრაქეაში გადასცდეს სითხე და თხელი საკვები, რასაც ხშირად მოჰყვება ასპირაციული პნევმონია (მაგარ საკვებს უფრო კარგად ყლაპავენ). თუ ოპერატორმა ნერვის დაზიანება შეამჩნია საოპერაციო მაგიდაზე და ის გადაკვეთილი არ არის, უნდა შეეცადოს უცბად მოხსნას მომჭერი, რომელიც საეჭვოდ მიაჩნია ან გაანთავისუფლოს ლიგატურისაგან. იმ მომენტშივე ავადმყოფს შეემჩნევა ხმის გამოსწორება და აფონიის მოვლენებიც გაუვლის. თუ ნერვი გადაჭრილია, მისი აღდგენა ძალზე ძნელია. თუმცა ზოგი ავტორი აღნიშნავს მისი მთლიანობის აღდგენის შესაძლებლობას დამავებიდან 3 თვის შემდეგ. ჩვენის აზრით, ეს ძალზე რთული და, ზოგ შემთხვევაში, შეუძლებელი ოპერაციული ჩარევაა და სწორედ ამიტომ ვერ დაინერგა ის ქირურგიაში. ბევრად რთული და მძიმე მდგომარეობაა, როდესაც ზიანდება ნერვის ორივე მხარე. ნერვის ორივე მხარე შეიძლება დაზიანდეს ტოტალური სტრუმექტომიის დროს. ნერვის ორმხრივი დაზიანებისას ვითარდება ყველა ის მოვლენა, რაც ზემოთ აღვწერეთ — მტკიცე აფონია, გაძნელებული ხველება, რასაც ხშირად მოჰყვება ასპირაციული პნევმონია და შეიძლება ავადმყოფი გახდეს ამ დაზიანების მსხვერპლი. როდესაც ავადმყოფი ხმას კარგავს არა ოპერაციის მომენტში, არამედ ოპერაციიდან რამდენიმე დღის შემდეგ, ეს რაიმე საშიშროებას არ წარმოადგენს, ვინაიდან ეს ანთებითი პროცესების შედეგია და ანთების გავლასთან ერთად აღდგება ამ ნერვების ყველა ფუნქცია და ავადმყოფი უბრუნდება პირვანდელ ნორმალურ მდგომარეობას.

ნერვების დაზიანების თავიდან ასაცილებლად მოწოდებულია მთელი რიგი საშუალებები. ადგილობრივი გაუტკივარება იძლევა საშუალებას კონტროლი გავუწიოთ ნერვის დაზიანებას; ავადმყოფის ხმის შეცვლა და სხვა ნიშნები იძლევა საშუალებას სასწრაფო ზომების მისაღებად. უნდა მოეხსნას მომჭერი ან ლიგატურა და ავადმყოფის მდგომარეობა იმწამსვე გამოსწორდება.

1954 წელს მ. ასატუროვი აღწერს შემთხვევას, როდესაც მან ოპერაციის ორი დღის შემდეგ მოხსნა ლიგატურა ნერვიდან და აფონიაც მოიხსნა.

ოპერაციული მეთოდები, რომლებიც მოწოდებულია ნერვის შესანახად, იყოფა ორ ჯგუფად. ზოგი ქირურგი ცდილობს წინასწარ გამოყოს ნერვი მთელ სიგრძეზე. რათა დარწმუნებული იყოს მის ხელუხლებლობაში და მერე კვანძავს არტერიას. აქ გამორიცხულია ნერვის დაშავება, მაგრამ ტექნიკურად ეს ძალზე ძნელი შესასრულებელია. უფრო გამართლებულია, როდესაც პარენქიმაში, არტერიის შესელის ადგილას, პარენქიმის ნაწილი მცირე ფირფიტის სახით იქნება დატოვებული. ფარისებრი ჯირკვლის მკვებავი ზემო არტერიის გადაკვანძვის დროს შესაძლებელია ხორხის ზემო ნერვის დაზიანება, მისი დაზიანება კი იწვევს ამ არის ანესთეზიას (ხახის ანესთეზია). ამის ნიადაგზე ავადმყოფს უვითარდება ქვედა ყბისა და კბილების ტკივილი, ხველების გაძნელება და ტრაქეაში ლორწოს დაგროვება. უნდა აღინიშნოს, რომ ზემო ხორხის ნერვის დაზიანება უფრო ხშირია, ვიდრე ქვემო ხორხის ნერვისა, მაგრამ მის მიერ გამოწვეული ცვლილებები იმდენად არაა გამოხატული, ამიტომ ოპერატორები ამ მოვლენაზე არ ამახვილებენ ყურადღებას და ეს დაზიანება თითქმის შეუმჩნეველი რჩება.

ნერვის ცალმხრივი დაზიანებით გამოწვეული ყლაპვის მოშლილობა აღდგება პირველ 3—4 დღის განმავლობაში, ხმა კი სხვადასხვა ვადებში — 1-დან 6 თვემდე. ლიტერატურაში აღწერილია, როდესაც აფონია გაგრძელდა ორ წლამდეც კი.

ტეტანია

უნდა განვიხილოთ ჩიყვის ოპერაციასთან დაკავშირებული ერთ-ერთი მუტად მძიმე გართულება — ტეტანია. XIX საუკუნის ბოლოს, ჩიყვის ოპერაციის დროს, ჯირკვლის მთლიანად ამოღებასთან დაკავშირებით, ძალზე ხშირი იყო ოპერაციისშემდგომი პერიოდის ტეტანიით გართულება. მაშინ არც კი იცოდნენ, თუ რა ედო საფუძვლად ამ მძიმე და ხშირად სასიკვდილო გართულებას. ზოგი ქირურგი ოპერაციის მსვლელობის დროს ამ გართულებას უკავშირებდა სხვადასხვა სახის ნერვის გაღიზიანებას, დაჭიმვას და სხვა. იმ პერიოდში არ იცოდნენ პარათირეოიდული ჯირკვლების არსებობა. ამის გამო ჩიყვის ოპერაციასთან დაკავშირებით სიკვდილიანობის დიდ პროცენტს იღებდნენ. ისეთ დიდ კლინიკაში, რომელსაც ბილროტი ხელმძღვანელობდა, სიკვდილიანობა 23% აღწევდა. თვით ბილროტი აღნიშნავს თავის მუშაობაში მძიმე შემთხვევებს, როდესაც მას 13 ავადმყოფიდან ჩიყვის ოპერაციის შემდეგ 8 დაეღუპა ტეტანიით. ამ ბოლო ხანებში მდგომარეობა სავსებით შეიცვალა და ის საშიშროებანი, რომლებიც წინათ გვხვდებოდა ჩიყვის ოპერაციასთან დაკავშირებით (ტეტანიის გამოწვევა) უკვე მოხსნილია და ამ გართულების მიზეზი ამოხსნილი. მაგრამ, მიუხედავად ამისა, დღევანდელ პირობებში, როდესაც ჩიყვზე ოპერაციის ტექნიკა ასე მაღალ საფეხურზე დგას, ამ ორგანოზე ოპერაციისშემდგომ პერიოდში ტეტანიით გართულება იშვიათობას არ წარმოადგენს.

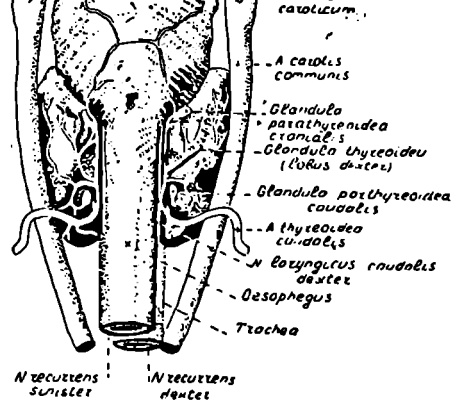
ზოგ შემთხვევაში ტეტანია ვითარდება ოპერაციის დამთავრების პირველი საათიდანვე და მწვავედ მიმდინარეობს, ზოგჯერ შეიძლება მოგვიანებით — 5—8 დღის შემდეგ დაიწყოს. იწყება შედარებით მსუბუქად, თანდათანობით უფრო ელინდება და მდგომარეობა მძიმდება. ყველაფერი ეს დამოკიდებულია რიგ ფაქტორებზე. პირველ რიგში, კი თვით პარათირეოიდული ჯირკვლის დაზიანე-

ბაზე — დაშავების სიმძიმეზე. ზოგი ავტორი ტეტანიის განვითარებას უკავშირებს პარათირეოიდული ჯირკვლების მკვეთავი არტერიების დაზიანებას (ამ ჯირკვლების მკვებავი არტერიები ტოტია ჩიყვის მკვებავი არტერიების), ზოგი — სხეულაკების ანომალიას უკავშირებს ამ გართულების განვითარებას. აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ, ძირითადში, ტეტანიის განვითარების მიზეზი პარათირეოიდული ჯირკვლების დაზიანებაა და თუ რა ხასიათის დაზიანებასთან გვექნება საქმე, გამოვლინებაც ისეთივე სიძლიერისა იქნება.

ვინაიდან ამ პაწაწინა სხეულაკებს ასეთი დიდი ფიზიოლოგიური ფუნქცია აქვთ დაკისრებული, ოპერატორი ვალდებულია მისი არსებობა მუდამ ახსოვდეს და ოპერაციის გაკეთების დროს სათუთად მოეპყრას მათ. ეს კი მოითხოვს ამ ორგანოს ანატომიური მდებარეობისა და ფარისებრ ჯირკვალთან მისი კავშირის ზუსტ ცოდნას.

ადამიანს, როგორც კანონი, აქვს ოთხი პარათირეოიდული ჯირკვალი, ზოგჯერ მეტიც, ისინი მოთავსებულია ფარისებრი ჯირკვლის გვერდითი წილის უკან, წყვილ-წყვილად, თუ არ მივიღებთ მხედველობაში ზოგიერთ ანომალიას, როდესაც შეიძლება ერთ მხარეზე იყოს სამი სხეულაკი, მეორეზე ერთი (ა. ნაიდენი, 1945).

პარათირეოიდული ჯირკვლები ოვალური ან თირკმლის ფორმისაა. მათი სიდიდე აღწევს: სიგრძით — 6—7 მმ, სიგანით — 3—4 მმ და სისქით — 1,5—2 მმ, ფერი მრავალნაირია, მაგრამ, ძირითადად, მოყვითალოა. ისინი დაკავშირებული არიან ფარისებრი ჯირკვლის კაფსულთან ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილით. ორიე ქვემო სხეულაკი უფრო მეტად მდებარეობს იქ, სადაც ხდება ფარისებრი ჯირკვლის ქვემო არტერიის გაორკაპება. აქვეა მოთავსებული შებრუნებითი ნერვი (სურ. 61, ზაუერბრუხით). რაც შეეხება ზემო სხეულაკებს, ისინი მოთავსებული არიან ზემო გვერდითი წილის უკანა ზედაპირზე, ბეჭდისებრი ხრტილის ქვემო კიდის დონეზე. იშვიათ გამონაკლის შემთხვევაში სხეულაკი შეიძლება იყოს ფარისებრი ჯირკვლის სისქეში. ზემო სხეულაკებს შებრუნებითი ნერვი ყოველთვის წინიდან გაუვლის. როგორც ზემო, ისე ქვემო წყვილი პარათირეოიდული ჯირკვლები იკვებებიან ფარისებრი ჯირკვლის ქვემო არტერიის ტოტებით.



სურ. 61. ფარისებრი ჯირკვლის სისხლძარღვებისა და სანდშტრემის სხეულაკების ურთიერთდამოკიდებულება.

ტეტანიის კლინიკური სურათი იმდენად თავისებურია, რომ თუ ექიმმა ერთხელ მაინც ნახა ან კარგად გაცნობილია თეორიულად, ყოველთვის დროულად შეუძლია უშეცდომოდ დასვას სწორი დიაგნოზი.

ტეტანია შეიძლება დაიწყოს ოპერაციის შემდეგ, სწრაფად, ძალზე მწვავედ ან ნელა, არასრულად გამოხატული ნიშნებით და თანდათანობით გამწვავდეს. კრუნჩხვები იწყება ხელის თითებიდან, მტევნიდან და თანდათანობით გადადის სხეულის კუნთებზე. ზოგ შემთხვევაში კრუნჩხვებში ჩაერთვის შუასაძგიდი, გულის კუნთებიც, რასაც მოჰყვება სუნთქვის გაძნელება, ციანოზი და სხვ. თუ გულის კუნთების შეკუმშვა გახშირდა, შეიძლება გული გაჩერდეს და ავადმყოფი დაიღუპოს. უფრო მსუბუქ შემთხვევაში კრუნჩხვები იწყება ზემო კიდურებიდან (მეანის ხელი) — სახის კუნთებიდან და შეიძლება პროცესში თანდათანობით ჩაითრიოს ორგანიზმის სხვა კუნთებიც. შედარებით მსუბუქ შემთხვევებში კრუნჩხვების ხანგრძლივობა მოკლეა და მათ შორის დიდი პაუზებია, ზოგ შემთხვევაში კი პაუზები ხანმოკლეა და მძლავრად არის გამოხატული, ავადმყოფს ცნობიერება შენახული აქვს. სხვა მონაცემებთან ერთად პოპულარობით სარგებლობს Chwostek-ის სიმპტომი, ე. ი. როდესაც სახის ნერვზე ვახდენთ მცირე დარტყმებს სახის ნერვის გამოსვლის ადგილას (ყურუკანა ჯირკვლის მიდამოში), დარტყმის შედეგად ამ მხარეზე კუნთები იწყებს შეკუმშვას. ტეტანია შეიძლება მაშინაც განვითარდეს, როდესაც პარათირეოიდული ჯირკვლები ამოკვეთილი არ არის, მაგრამ ოპერაციის მომენტში ძლიერი ტრავმა განიცადა, როდესაც შეხორცებითი პროცესების გამო ეს ჯირკვლები მოექცევა ნაწიბურებში და მათი ფუნქცია საგრძნობლად დაქვეითდება, ამ შემთხვევაში საქმე გვაქვს ფუნქციონალურ ტეტანიასთან და პროგნოზიც შედარებით უკეთესია.

მიუხედავად იმისა, რომ ყველა ეს მონაცემი ცნობილია, ტეტანიის შემთხვევები საგრძნობლად არ შემცირდა (კ. პაშალდის მონაცემებით 3,4%-დან 2%-მდე, ფიშერისა და უკლებასი — 0,5%-მდე). ტეტანიის განვითარება დამოკიდებულია ოპერაციის სირთულესა და პარათირეოიდული ჯირკვლის მდებარეობის ანომალიებზე. თუ რადიკალურ ოპერაციას მოჰყვება სამი სხეულაკის ამოღება, რასაკვირველია, დარჩენილი ერთი ჯირკვლის ფუნქცია საკმარისი არაა და ვითარდება ტეტანია. აქედან დასკვნა: რა სახის ოპერაციაც არ უნდა გავაკეთოთ, უნდა ვეცადოთ ყველა ოთხივე ჯირკვალი დავტოვოთ.

ზოგი ავტორის აზრით საჭიროა ოპერაციის დროს ანატომიურად მოიძებნოს ოთხივე ჯირკვალი და მერე გაკეთდეს ოპერაცია, რაც ავტორთა დიდი უმრავლესობის აზრით შეუძლებელია, ვინაიდან ზოგ შემთხვევაში ამ ჯირკვლების მოძებნა გვამზედაც შეუძლებელია და ისეთი სისხლიანი ოპერაციის დროს, როგორიც ჩიყვის შორსწასული შემთხვევაა, შეუძლებლად ითვლება.

ტეტანიის სამკურნალოდ რაიმე სპეციფიკური საშუალება ჯერჯერობით არ არსებობს. აქ გამოიყენება მთელი რიგი საშუალებებისა, რომლებიც რაიმე ეფექტურ შედეგს ან იძლევიან ან არა. ყოველ შემთხვევაში, ტეტანიის გამოვლინებისთანავე, პირველ რიგში, შეიძლება დაენიშნოს 10%-იანი sol. Calcichlorati 10,0 ვენაში, რომელიც დროებით მოხსნის კრუნჩხვებს, ზოგჯერ კი არავითარ გავლენას არ ახდენს. ზოგ შემთხვევაში კარგ შედეგს იძლევა კანქვეშ დანერგილი ცხოველის კონსერვირებული და ავტოკლავიზებული ძვალი ან საღი გვამიდან (პირველ 4—6 საათში) აღებული პარათირეოიდული ჯირკვლის გადანერგვა მუცლის პრესის კუნთის წინა კალთაში. შეიძლება მიეცეს პარათირეოიდინი ტაბლეტებში 0,1 რაოდენობით.

ლ. ლეპეშინსკი აღწერს შემთხვევას, როდესაც ავადმყოფს (ქალი) უბრალო ჩიყვის ოპერაციის შემდეგ პირველ დღეებშივე განუვითარდა მძიმე ფორმის ტეტანია. ვენაში კალციუმის მარილის შეყვანამ შედეგი არ მისცა. მიუხედავად მიღებული ზომებისა, შეტევები გრძელდებოდა, მე-7 დღეს ძაფები მოეხსნა, მაგრამ ასეთ მდგომარეობაში ავადმყოფის გაწერა შეუძლებელი იყო. ამ მომენტში ლეპეშინსკის მიეცა საშუალება გაეკეთებინა დიდი ჩიყვის კიდევ ერთი ოპერაცია. ამ ოპერაციის დროს მან შეგნებულად ამოიღო ერთი პარათირეოიდული ჯირკვალი, რომელიც ჩანერგა სწორი კუნთის კალთაში. იმ დღიდან ავადმყოფს მოეხსნა ყოველგვარი ტეტანური შეტევები. რამდენიმე თვის დაკვირვების შედეგი კარგი აღმოჩნდა.

ამგვარად, როგორც ირკვევა, ზოგ შემთხვევაში პარათირეოიდული ჯირკვლის გადანერგვა იძლევა შედეგს. თუმცა აქვე უნდა შევნიშნოთ, რომ ეს პირობითია; ზოგჯერ ასეთი გადანერგვა არავითარ შედეგს არ იძლევა.

აქედან დასკვნა — ჯერჯერობით ჩვენ არ მოგვეპოვება ისეთი საშუალება, რომელსაც შეუძლია შეცვალოს პარათირეოიდული ჯირკვალი, ამიტომ ჯობია ყოველთვის ვეცადოთ, რომ ეს ჯირკვალი ოპერაციის დროს არ დავაზიანოთ. საჭიროების შემთხვევაში ავადმყოფის გადასარჩენად უნდა გამოვიყენოთ მთელი ის არსენალი, ოპერაციული და კონსერვატიული, რომელიც ჩვენს განკარგულებაშია. აქვე მოვიყვანთ ერთ შემთხვევას.

ავადმყოფი ლ., ქალი, 42 წლის, შემოვიდა ქირურგიულ განყოფილებაში ჩიყვით და ზომიერად გამოხატული თირეოტოქსიკური მოვლენებით. ადგილობრივი გაუტკივარებით გაუკეთდა სტრუმექტომია. ოპერაციის მეორე დღეს ავადმყოფს განუვითარდა ტეტანიის ტიპური კლინიკური სურათი, რაც გამოიხატა მეანის თითების არსებობაში, მეტყველების გაძნელებაში და სხვ. ცხადი იყო, რომ საქმე გვქონდა პარათირეოიდული ჯირკვლის ფუნქციის ნაკლოვანებასთან. ავადმყოფს სასწრაფოდ გაუკეთდა კალციუმის 10%-იანი ხსნარი ვენაში, რამაც ავადმყოფს მისცა შვება, ტეტანიის მოვლენები მოეხსნა, მაგრამ ეს ხომ დროებითი ღონისძიება იყო. ოპერაციის მე-6 დღეს კანქვეშ გადავუნერგეთ ცხოველის (თხის) კონსერვირებული და ავტოკლავიზებული ნეკნი. ეტყობა ამით შეიქმნა კალციუმის მარაგის დეპო. ავადმყოფი მე-11 დღეს გაეწერა კარგ მდგომარეობაში.

ასფიქსია

ოპერაციის დროს ასფიქსიის განვითარება მძიმე გართულებად ითვლება. ასფიქსიის გასავითარებლად მრავალი შესაძლებლობა არსებობს. ჩიყვის სისტემატური ზედდაწოლით არაიშვიათად ხდება ტრაქეის კედლის გარბილება და საკმარისია ოპერაციის დროს (როდესაც ქირურგი ცდილობს ჩიყვის გვერდითი წილის ამოგდებას ტრაქეის გამრუდების გამო) სანთური შეეიწროვდეს და გამოიწვიოს სუნთქვის გაძნელება და ასფიქსიის განვითარება, აგრეთვე არაა გამორიცხული ტრაქეის სპაზმის ნიადაგზე ასფიქსიის განვითარება და სხვ.

ასფიქსიის განვითარების წინ ავადმყოფს ეცვლება ტემბრი, აღნიშნავს სუნთქვის გაძნელებას, რასაც მოსდევს ავადმყოფის წუხილი, სახეზე ციანოზი. თუ ეს მოვლენები გამოწვეულია ჩიყვის წილების ან ყელის ტრაქციით, მანიპულაციას ვაჩერებთ, ავადმყოფს ვასვენებთ ან, პირიქით, ვცდილობთ რაც შეიძლება ჩქარა ამოვაგდოთ ორივე წილი. ამ შემთხვევაში ხორხი იშლება, ფართოვდება და ავადმყოფს სუნთქვა უადვილდება.

ბაგრამ არის შემთხვევა, როდესაც მდგომარეობა გაუმჯობესების მაგიერ უარესდება, ავადმყოფს სუნთქვა უძნელდება, ეტყობა ჰაერის სრული უკმარისობა, ცკვეთრად უვითარდება ციანოზი. ასეთ მომენტში, რასაკვირველია, დროს დაკარგვა არ შეიძლება, სასწრაფოდ უნდა გაკეთდეს ტრაქეოტომია.

ნ. ზედგენიძის აზრით, თუ ტრაქეა შევიწროებულია, ჩიყვის ამოწვევისას ის კიდევ უფრო შევიწროვდება, ამიტომ ჩიყვის ორივე გვერდითი წილი განზე უნდა გაწეწოთ, რაც ხელს უწყობს ხორხის გაგანიერებას და სუნთქვის გამოსწორებას. თუ ამ ღონისძიებამ შედეგი არ გამოიღო, სასწრაფოდ უნდა გაკეთდეს ტარქეოტომია. როგორც ლიტერატურული მონაცემებით ჩანს, ტრაქეოტომია არც ისე იშვიათობას წარმოადგენს და მას უსათუოდ უნდა მივმართოთ, როდესაც საჭირო ჩვენებაა.

პ. მელიხოვს (1941) ჩიყვის 217 ოპერაციიდან ორ შემთხვევაში დასჭირდა ტრაქეოტომიის გაკეთება. მ. უკლებას (1958) 904 ოპერაციიდან — სამ შემთხვევაში. ამგვარად ავტორები, რომელთაც დიდი გამოცდილება აქვთ, გვირჩევენ საჭიროების დროს მოურიდებლად და დროულად ვაწარმოოთ ტრაქეოტომია. კოხერი კი რეკომენდირებას იძლევა ტრაქეის ორივე გვერდზე გავუყაროთ კეტგუტის ძაფი და წინა ზედაპირზე გაეკვანძოთ, რაც ტრაქეას ვითომ აფართოებს და ასფიქსიას ხსნის. მაგრამ თუ ამან შედეგი არ მოგვცა, ისიც მომხრეა ტრაქეოტომიის სასწრაფოდ გაკეთების. დღევანდელ პირობებში ასფიქსიის მომენტში შეიძლება ინტუბირება და ტრაქეაში რეზინის მილის ჩადგმა, ამ საშუალებით ჰაერთან ერთად ავადმყოფს ჟანგბადიც მიეცემა და მისი მდგომარეობაც სწრაფად გამოსწორდება. საშიშროების გავლის შემდეგ რეზინის მილი ადვილად ამოიღება, მაგრამ როდესაც ინტუბაცია ძალზე გაძნელებულია (თუ ერთი წუთის განავლობაში არ მოხერხდა რეზინის მილის ჩადგმა) უნდა გაკეთდეს ტრაქეოტომია.

ასფიქსია შეიძლება განვითარდეს ოპერაციის დამთავრების შემდეგ, მოგვიანებით. ამ შემთხვევაში ძირითადი მიზეზი მეორეული სისხლის დენაა, რომელიც ახდენს ტრაქეაზე ზედდაწოლას და იწვევს სუნთქვის გაძნელებას — ასფიქსიას. თუ ეს ჭრილობა დროზე არ შეამჩნია, შეიძლება ზედდაწოლის მოშორების შედეგად დაიხუროს სასუნთქი გზები და ავადმყოფი დაიხრჩოს.

ასეთ დროს ავადმყოფი სასწრაფოდ უნდა მოათავსონ საოპერაციო მაგიდაზე, მოხსნან ნაკერები, მოაშორონ ჩაქცეული სისხლის კოლტები და გაათავისუფლონ ტრაქეა ზედდაწოლისაგან, რასაც მოჰყვება ტრაქეის გასწორება და სუნთქვის აღდგენა; ავადმყოფი უბრუნდება პირვანდელ მდგომარეობას. სისხლმდენი არტერია ან ვენა უნდა გადაიკვანძოს, ჭრილობა ჩვეულებრივ იკერება. არასწორად დადებულ ნახვევსაც შეუძლია გამოიწვიოს ასფიქსია, მაგრამ ეს შეცდომა ნახვევის მოხსნით ადვილად სწორდება.

გართულებული ჩიყვის ოპერაციის დროს, როდესაც ჯირკვალი შეხორცებულია ტრაქეასთან, მისი გამოყოფის მომენტში შესაძლებელია მოულოდნელად დაზიანდეს ტრაქეა. ამ დროს ავადმყოფს უცბად დაეწყებინებს ხველებას, დაზიანების ადგილიდან ჰაერი იწყებს გამოსვლას მსტვენავი ხმით. ასეთ შემთხვევაში ქირურგი არ უნდა დაიბნეს. დაზიანების ადგილას უცბად უნდა მიაფაროს სველი მარლა, რითაც დაიცავს ტრაქეას სისხლის ჩაღვრისა და ჭრილობას დაბინძურებისაგან. როდესაც დასტაქარი დაზიანებული ადგილის სწორ ორიენტირებას აკეთებს და ტრაქეას კერავს, ტექნიკურად ეს სირთულეს არ წარმოადგენს, მხოლოდ მოითხოვს ერთგვარი წესის დაცვას. გაკერვა ასე ხდება: მრგვალი და წვრილი ნემსით ჭრილობა ისე უნდა გაიკეროს, რომ ლორწოვანი

გარსი არ დაზიანდეს. რამდენიმე კვანძოვანი ნაკერით ეს დეფექტი სავსებით დაიხურება. აქ სასურველია გაშიშვლებულ ტრაქეას ცხიმოვანი შემაერთებელი ქსოვილით შევუქმნათ ერთგვარი მუფთა და გავახვიოთ მასში. ასევე უნდა გაიკეთოს, სხვადასხვა მიზეზით (თვითმკვლელობისა და ჩხუბის დროს) დაჭრილი ტრაქეა, რომელიც არც ისე იშვიათობას წარმოადგენს. ასე დამუშავებულ ჭრილობაზე ნახვევი ისე უნდა დაედოს, რომ კისერი ოდნავ მოღუნული იყოს და ჭრილობის ადგილზე არ იყოს ზედდაწოლა.

ჰაეროვანი ემბოლია

ჩიყვის ოპერაციის დროს არაიშვიათ გართულებას წარმოადგენს ძალზე მძიმე და სახიფათო ჰაეროვანი ემბოლია. ჰაეროვანი ემბოლიის მექანიზმი მარტივია. გულთან ახლოს ვენურ სისტემაში უარყოფითი წნევაა, კისრის მიდამოს ვენები განსაკუთრებულ ანატომიურ მდგომარეობაშია, ე. ი. ვენური სისხლძარღვები (განსაკუთრებით მოზრდილების) ფიქსირებულია ფასციით. დაზიანების დროს მათ არა აქვთ შეკუმშვის უნარი—რჩებიან პირღია. ავადმყოფის ღრმად შესუნთქვისას ჰაერი ადვილად შეიჭრება პირღია ვენაში და გარკვეული ხმიანობა წარმოიშობა (შუილი). შეჭრილი ჰაერი უცბად მოხვდება მარჯვენა გულში და მისი რაოდენობის მიხედვით კლინიკური გამოხატულებაც თავისებური იქნება. მაგრამ აქვე უნდა გაეუსვათ ხაზი იმას, რომ ჰაეროვანი ემბოლიის შედეგად მიღებული გართულებანი იმდენად მძიმეა, რომ ავადმყოფის გადარჩენა დიდ პროცენტ შემთხვევაში სათუო ხდება.

ჰაერის შეჭრის მომენტში ავადმყოფი უცებ წამოიყვირებს, ის ძალზე გაფითრდება, თვალის გუგები გაუგანივრდება, რეაქცია ქრება, სუნთქვა გაძნელებულია, თანდათანობით ნელდება, იშვიათდება და, ბოლოს, სრულიად ქრება. მოსმენით გულში აღინიშნება მოხრიალე შუილი, მაჯა ჩქარი, ძაფისებრი. ამ მომენტში ავადმყოფს, არაიშვიათად. ეწყება კრუნჩხვები. ყველა ეს სიმპტომი ვითარდება წუთების განმავლობაში (5—10 წთ) და ავადმყოფი იღუპება საოპერაციო მაგიდაზე.

როგორია ქირურგის ტაქტიკა ჰაეროვანი ემბოლიის მომენტში? პირველ რიგში, რომ არ მოხდეს სისხლძარღვებში ჰაერის განმეორებითი შეჭრა, საჭიროა ჭრილობის ტამპონირება, რითაც შეიძლება ვენიდან სისხლის დენის შეჩერება და ჰაერის შეჭრის შესაძლებლობის მოსპობა. ამ დროს ავადმყოფს თაყი დაბლა უნდა დაეუწიოთ. რასაკვირველია, მას აქვს ძალზე ძლიერი ტკივილი და ყვირის, რაც ხელს უწყობს გაღრმავებულ შესუნთქვას და უფრო აუარესებს მდგომარეობას. ამიტომ ანესთეზია რაც შეიძლება სრულყოფილად უნდა გაკეთდეს. ასეთი მძიმე მდგომარეობის დროს უნდა ჩაეუტაროთ ხელოვნური სუნთქვა. ამასთან, ვენური გზით სასწრაფოდ უნდა შეეუყვანოთ ზონდი და ამოქაჩოთ ჰაერი. დღეებანდელ პირობებში ეს საკმაოდ ადვილი გასაკეთებელია (ამას გვირჩევდა ჯერ კიდევ შორეულ წარსულში მაქენადი. ოპელი გვირჩევდა მარცხენა გულზე პუნქციის გაკეთებას და შპრიცით ჰაერის ამოქაჩვას). საჭიროების შემთხვევაში შეიძლება მუცლის ღრუს ან გულმკერდის გახსნით უშუალოდ ვაწარმოოთ გულის მასაჟი. თუ ამ ზომების მიღების შედეგად შესაძლებელი გახდა ავადმყოფის გამოყვანა შექმნილი მდგომარეობიდან უნდა გადაიკვანძოს დაზიანებული ვენები.

ძალზე იშვიათად, მაგრამ აღწერილია შემთხვევები, როდესაც ჩვეულებრივი გაურთულებელი ჩიყვის ოპერაციასთან დაკავშირებით ავადმყოფი მაინც ღალუპულა. ასეთი შემთხვევები მოითხოვს დაკვირვებას, იმ მიზეზების სწორად დადგენას, რამაც ავადმყოფი მიიყვანა კატასტროფამდე.

როგორც ლიტერატურული მონაცემებიდან ირკვევა, ასეთი უეცარი სიკვდილის მიზეზად, ძირითადად, თვლიან ენდოკრინული აპარატის პათოლოგიას, თუმცა ენდოკრინულ სისტემაში პათოლოგიურ-ანატომიური, ჰისტოლოგიურ-მორფოლოგიური გამოკვლევებით რაიმე ისეთი რთული ცვლილებები, რომელსაც შეეძლო ავადმყოფის სიკვდილი გამოეწვია დადგენილი არ ყოფილა. ზოგი ავტორის აზრით, შესაძლებელია ასეთი სიკვდილის მიზეზი ე. წ. status thymico lymphaticus იყოს. მკერდუკანა ჯირკვლის ფუნქციის შესწავლით დიდი ხანია დაინტერესებული არიან ფიზიოლოგები და კლინიცისტები. ისინი სწორედ ამ ჯირკვლის 'და, საზოგადოდ, ლიმფური აპარატის ფუნქციის უკმარისობით ხსნიან ასეთი კატასტროფის მიზეზს. მაგრამ ამ ბოლო დროს ენდოკრინოლოგებმა გამოიკვლიეს, რომ ასეთი სწრაფი სიკვდილის მექანიზმი დაკავშირებული უნდა იყოს სხვა ენდოკრინულ სისტემათა პათოლოგიურ მდგომარეობასთან (ბრეიტმანი). განსაკუთრებით აღნიშნავენ თირკმელზედა ჯირკვლისა და სანდრშტრემის სხეულაკების ფუნქციის უკმარისობას.

ამგვარად, თუ ადრე სიკვდილის მიზეზად მკერდუკანა ჯირკვლის ფუნქციის დარღვევას სთვლიდნენ, ეს საკითხი უკვე მოხსნილია და სწრაფი სიკვდილის მიზეზი გადატანილია თირკმელზედა ჯირკვლისა და სანდრშტრემის სხეულაკების ფუნქციის დათრგუნვაზე.

ა. ლეპეშინსკი აღწერს ასეთი დაუსაბუთებელი სიკვდილის 5 შემთხვევას. ის აღნიშნავს, რომ ეს ავადმყოფები იყვნენ ნევროპათიული კონსტიტუციის 33 — 35 წლის ქალები, რომელთაც ბაზედოვის სიმპტომი მკაფიოდ ჰქონდათ გამოხატული, ყველას ოპერაცია გაუკეთდა ადგილობრივი გაუტკივარებით; ოპერაციის შემდეგ პირველი 8 საათის განმავლობაში რაიმე საგანგაშო მდგომარეობის ნიშნები არ ჰქონიათ, ავადმყოფები თავს კარგად გრძნობდნენ. მათი მდგომარეობა შეიცვალა უცბად — ნორმალურიდან კატასტროფულ მდგომარეობამდე, გულის მუშაობა თანდათანობით გაუარესდა, ავადმყოფების მოქმედება საგრძნობლად შეიცვალა, თუმცა ცნობიერება სავსებით შენახული ჰქონდათ. მდგომარეობა სწრაფად უარესდებოდა და მიუხედავად მიღებული ზომებისა ავადმყოფები პირველი 8 — 10 საათის განმავლობაში დაიღუპნენ.

პათანატომიური გაკვეთით ნახეს მკერდუკანა ჯირკვლის ზომიერი გადიდება. ოპერაციის დროს ამ ჯირკვლის რაიმე გაღიზიანებას ადგილი არ ჰქონია, ასე რომ სიკვდილის ძირითად მიზეზად ავტორი თვლის ოპერაციის დროს იმ მრავალრიცხოვანი ნერვების გაღიზიანებას, რომლებიც გადაიზარდა კულმინაციურ წერტილში და გამოავლინა გაღიზიანება მოცემულ კლინიკურ სურათში და გამოიწვია სიკვდილი. არის კიდევ რთული პათოლოგიური პროცესების განვითარების მიზეზები, რომლებიც ავადმყოფის მდგომარეობას აუარესებს და მიჰყავს სიკვდილამდე. მაგრამ ეს მიზეზები ჯერ კიდევ გამოვლინებული არ არის.

შეცდომები და გართულებანი სარძევე ჯირკვლის კიბოს დროს

სარძევე ჯირკვლის კიბოთი დაავადება გაცილებით უფრო ხშირია, ვიდრე სხვა ორგანოების; მას მეორე ადგილი უჭირავს საშვილოსნოს კიბოს შემდეგ. სარძევე ჯირკვლის კიბოს სიხშირე საბჭოთა კავშირში, ა. ჩაკლინის მონაცემებით, მერყეობს ქალებში 9 — 19,2% შორის, ხოლო ამერიკის შეერთებულ შტატებში, გეშიხტერის მონაცემით, გვხვდება 11,2% შემთხვევაში. ამ უკანასკნელი ათეული წლის გამოკვლევებით დასტურდება, რომ სარძევე ჯირკვლის კიბოთი დაავადება მატულობს. შეიძლება ეს იმით იყოს გამოწვეული, რომ მოსახლეობის სანიტარულ-კულტურული განათლება სისტემატურად მაღლდება, რის გამოც ავადმყოფთა მიმართვა სპეციდაწესებულებებში გაიზარდა. ამასთან, გაუმჯობესდა კიბოს სადიაგნოზო საშუალებანი. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა გადიდდა, რაც აგრეთვე ადიდებს კიბოთი დაავადების რიცხვს. ამასთან კიბოს პროცენტულ ზრდას ხელს უწყობს მშობიარობის შემცირება, სქესობრივი ცხოვრების გაუკუღმართება, ხშირი აბორტი და ბავშვის ძუძუთი კვებაზე უარის თქმა და მათი ხელოვნურ კვებაზე გადაყვანა.

სარძევე ჯირკვლის კიბო შეიძლება განუვითარდეს ყველა ასაკის ადამიანს, მაგრამ ძირითადად ის უჩნდება საშუალო ასაკის (35 — 60 წლის) ადამიანებს (უფრო ხშირად ქალებს). სარძევე ჯირკვლის კიბოს განვითარების მიზეზები ისევე უცნობია, როგორც სხვა ორგანოების კიბოსი. ჩვენ შეგვიძლია სიმსივნის წარმოშობის ხელშემწყობ ფაქტორებზე გვქონდეს წარმოდგენა, მაგრამ რა მიზეზითაც არ უნდა წარმოიშვას სარძევე ჯირკვლის კიბო, ექიმს ეკალება რაც შეიძლება ნაადრევად დასვას სწორი დიაგნოზი და დროულად აღმოუჩინოს სათანადო კვალიფიციური დახმარება; ამით ავადმყოფი ან განიკურნება ამ საშინელი სენისაგან, ან გაუხანგრძლივდება სიცოცხლე. ავადმყოფის შესწავლა იწყება ანამნეზური მონაცემების სწორი შეკრებით. ანამნეზის შეკრებისას ყურადღება უნდა გავამახვილოთ შემდეგზე: ორგანიზმის ზრდასთან დაკავშირებით ჰქონდა თუ არა ადგილი რაიმე გადახრებს, განსაკუთრებით სქესობრივი მომწიფების პერიოდში (თვიურის ციკლის მოშლა, ხანგრძლივობა და მასთან დაკავშირებული სხვა ცვლილებები, აბორტების რაოდენობა, ძუძუს წოვების პერიოდი, ბავშვის ხელოვნურ კვებაზე ნაადრევად გადაყვანა და მისი მიზეზები, სარძევე ჯირკვლის ტრავმა, ძუძუს დვრილიდან გამონაყოფი მისი ხასიათი და რაოდენობა); სარძევე ჯირკვლის კიბოს არსებობა მემკვიდრეობაში, ახლო ნათესავებში და სხვა წვრილმან ფაქტებზე. ანამნეზის დეტალური შეკრების შემდეგ იწყება ობიექტური გამოკვლევა.

ავტორთა უმრავლესობის მონაცემებით უფრო ხშირად ავადდება მარჯვენა სარძევე ჯირკვალი, თუმცა ზოგი ავტორი ადასტურებს ორივე სარძევე ჯირკვლის თანაბრად დაავადებას. ორივე სარძევე ჯირკვლის ერთდროული დაავადება შემთხვევათა 2—4%-ში გვხვდება. კიბო უფრო ხშირად ვითარდება სარძევე ჯირკვლის გარეთა და ზემო მეოთხედში ან მის ცენტრალურ ნაწილში, დვრილთან ახლოს. მაგრამ ისიც უნდა გვახსოვდეს, რომ სიმსივნე შეიძლება განვითარდეს სარძევე ჯირკვლის ყველა ნაწილში.

როდესაც ავადმყოფი ცხადდება ექიმთან, სიმსივნე მეტ შემთხვევაში გადასულია აღნიშნული კვადრანტების საზღვრებს, რის გამოც ხშირად ვერ ხერხდება დადგენა, რომელ მეოთხედში დაიწყო მან განვითარება. შეიძლება სიმსივ-

ნე ლოკალიზდებოდეს სარძევე ჯირკვლის გარეშეც; უფრო ხშირად ასეთი სიმსივნეები ვითარდება დისტოპიური სარძევე ჯირკვლის ეპითელიუმისაგან.

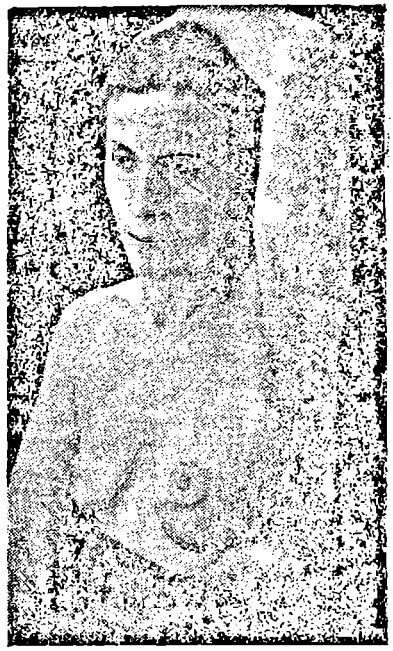
სარძევე ჯირკვალში სიმსივნის ლოკალიზაციას ის პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს, რომ ზემოთ და ლატერალურად მდებარე კვადრანტიდან სიმსივნე უფრო ჩქარა იძლევა მეტასტაზებს რეგიონული და შუასაყარის ლიმფურ კვანძებში (ამას იზიარებს ავტორთა დიდი ნაწილი). პირველ ხანებში სარძევე ჯირკვლის მცირე სიმსივნის განვითარებას ავადმყოფი ყურადღებას არ აქცევს, მით უფრო, რომ ის პირველ ხანებში რაიმე ტკივილს არ იწვევს. ზოგი ავადმყოფი განგებ აგვიანებს ექიმთან მისვლას იმის შიშით, რომ არ უთხრან მას, რომ ის დაავადებულია სიმსივნისმაგვარი წარმონაქმნით და საჭიროა ოპერაციული მკურნალობა. ამით, რასაკვირველია, უფრო ართულებს ავადმყოფობას და თავის საერთო მდგომარეობას. ეს არის ავადმყოფის უდიდესი და გამოუსწორებელი შეცდომა.

ამგვარად, ავადმყოფები მკურნალობის საუკეთესო დროს კარგავენ, თავს სახიფათო მდგომარეობაში აყენებენ. ავადმყოფის ობიექტური შესწავლა იწყება სარძევე ჯირკვლის დათვალიერებით. სარძევე ჯირკვლის დათვალიერების დროს ყურადღება ექცევა, პირველ რიგში, სარძევე ჯირკვლის ფორმას, მის ზომებს, დვრილის დგომის ხასიათს (დვრილის ჩავარდნას და განზე გაწევას), კანის ხორკლიანობას (ლიმონის ქერქის მაგვარი კანი), სარძევე ჯირკვლის მოძრაობის შეზღუდვას, მის კავშირს ირგვლივმდებარე ქსოვილებთან, ვენური ქსელის გაგანიერებას და სხვ. ვიზუალური დათვალიერების შემდეგ ვიწყებთ პალპაციას, რითაც ადვილად ირკვევა სიმსივნის კონსისტენცია, ფორმა, მოძრაობა და ირგვლივმდებარე ქსოვილებთან დაკავშირების ხასიათი. ამასთან ერთად, დეტალურად უნდა გაისინჯოს რეგიონული ლიმფური კვანძები იღლიის ლავიწქვეშა და ლავიწზედა ფოსოებში. პალპაციის დროს ავადმყოფი ფეხზე უნდა იდგეს და ორივე ხელი გამსინჯველის მხრებზე უნდა დაწყოს ან თავზე დაიდოს. ამით კუნთოვანი აპარატი მოდუნდება და ადვილად შეიძლება ღრმად მდებარე სიმსივნის ან ლიმფური კვანძის კონსისტენციისა და ფორმის გასინჯვა. გასინჯვის დროს (როგორც მწოლიარე, ისე ფეხზე დგომისას) ხელის მტევნის მთელი სიფართით უნდა მოიძებნოს სარძევე ჯირკვლის სისქეში სიმსივნისმაგვარი წარმონაქმნები. პალპაციით უნდა შემოწმდეს როგორც დაავადებული, ისე საღი (მეორე) სარძევე ჯირკვალი.

სარძევე ჯირკვლის კიბოთი დაავადების სიხშირის მიუხედავად, დაავადების დასაწყისში მისი სწორი დიაგნოზის დადგენა არც ისე ადვილია. არსებობს შეცდომების დაშვების შესაძლებლობა. სარძევე ჯირკვლის კიბოს პირველი სტადია ხასიათდება 2 — 2½ სმ სიმსივნისმაგვარი წარმონაქმნის არსებობით სარძევე ჯირკვლის სისქეში; ის მოძრავია, პალპაციით უმტკივნეულო, არაა დაკავშირებული ირგვლივმდებარე ქსოვილებთან და ავადმყოფის ყურადღებას არ იქცევს. მეტასტაზები, რეგიონული ლიმფური კვანძები არ აღინიშნება, ამიტომ დაავადების პირველი სტადიით ავადმყოფები იშვიათად ცხადდებიან ექიმთან (ხოლდინის მონაცემით, შემთხვევათა 25%-ში მიუმართავთ ექიმისათვის). თუ ავადმყოფმა ეს პერიოდი დატოვა ყურადღების გარეშე, რაც დიდი შეცდომაა, სიმსივნე განაგრძობს ზრდას, ის აღწევს 4 — 5 სმ, უკავშირდება ირგვლივმდებარე ქსოვილებს, ხდება ხორკლიანი, მაგრამ ჯერ კიდევ მოძრავია. კანი სიმსივნეზე ისე გადაეკვრება, რომ ხელის მოჭერით არ ნაოჭდება, ემსგავსება ლიმონის კანს. ძუძუს გვირგვინი დეფორმირდება და გადაიწევა სიმსივნისაკენ. რეგიონულ ლიმფურ-

(იღლიის ფოსოს) ჯირკვლებში ვითარდება მეტასტაზები, მაგრამ ჯერ კიდევ ის უმტკივნეულოა. ეს არის სარძევე ჯირკვლის კიბოს მეორე სტადია. სარძევე ჯირკვლის კიბოს ეს ორი სტადია მკურნალობისათვის ყველაზე კარგი პერიოდია. მაგრამ თუ ავადმყოფი ამ პერიოდშიც არ გამოცხადდა, სიმსივნე პროგრესულად იზრდება და აღწევს მანდარინის ან მამაკაცის მუშტისოდენობას. სარძევე ჯირკვალი ზემოთაა აწეული, მისი ქვედა ნაოჭი სწორდება, ვითარდება მეტასტაზები როგორც იღლიის, ისე ლავიწქვეშა ფოსოში. სიმსივნე ხდება უძრავი. ის მჭიდროდაა დაკავშირებული ქვეშმდებარე ქსოვილთან. სიმსივნე ჯირკვლის გარეთაც იწყებს ზრდას და, ამგვარად, გადადის IV სტადიაში.

ისტ. № 2557. 32 წლის ავადმყოფი, შემოვიდა ქირურგიულ განყოფილებაში 1960 წლის 11 მაისს, მარჯვენა სარძევე ჯირკვლის სიმსივნის დიაგნოზით. ავად არის ერთი წელია. პირველად შეამჩნია მარჯვენა სარძევე ჯირკვლის ზემო და გარეთა კვადრანტში მოძრავი რბილი კონსისტენციის სიმსივნე, რომლის სიდიდე თხილისოდენობას აღწევდა. ამის გამო მას გაუკეთდა ოპერაცია. ჰისტომორფოლოგიურმა გამოკვლევამ დაადასტურა მისი კეთილთვისებიანობა (ფიბრომა).



სურ. 62. სარძევე ჯირკვლის კიბო (მესამე სტადია).

ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფი თავს კარგად გრძნობდა, მაგრამ 3 თვის შემდეგ ისევ შეამჩნია იმავე ადგილზე განვითარებული სიმსივნე. ვინაიდან ავადმყოფი ახალგაზრდა იყო და წინათ ამოღებული სიმსივნის კეთილთვისებიანობა დადასტურებული იყო, ახლაც გადაწყდა სიმსივნის ექსტირპაცია.

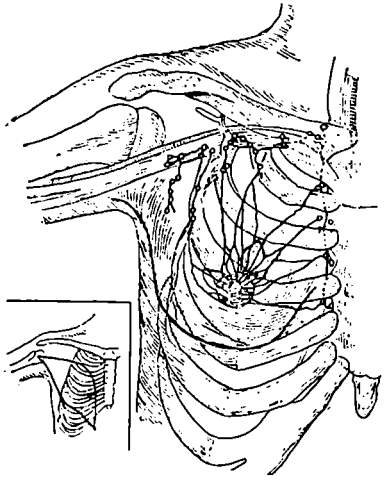
სიმსივნის ჰისტომორფოლოგიური შესწავლით დადასტურდა უჯრედების ატიპური ზრდა, რის გამოც მიზანშეწონილად ჩავთვალეთ დროს დაუკარგავად მესამეჯერ გაკეთებულიყო რადიკალური ხასიათის ოპერაცია.

ამ შემთხვევაში დასტაქრის მოქმედება სავსებით გამართლებულია. სიმსივნე მისი დასაწყისი ფორმის დროს მთლიანად ამოიკვეთა, რაც იძლევა განკურნების გარანტიას.

ყოველთვის ჯობს დასტაქარი შეცდეს და რადიკალური ოპერაცია გაკეთოს იქ, სადაც საეჭვო ხასიათის სიმსივნური წარმონაქმნია, ვიდრე დაკარგოს საუკეთესო დრო დიაგნოზის დაზუსტებაში, მით უმეტეს, როდესაც ავადმყოფი ასაკოვანია.

თუ ექიმი გაამახვილებს ყურადღებას და კიბოსწინარე მდგომარეობაშივე რადიკალურად უმკურნალებს ავადმყოფს (რაც ექიმის მორალურ ვალდებულებას შეადგენს), შეიძლება არა ერთ ავადმყოფს გაუხანგრძლივოს სიცოცხლე.

მეოთხე სტადიაში სიმსივნე თითქმის მთელ სარძევე ჯირკვალს იკავებს, ჯირკვალი იქმუხნება და ეკარგება თავისი ფორმა. სიმსივნე იშლება, წყლულდება, წყლულის კიდე წამოწეულია, გამონადენი საშინელი მყრალი სუნისაა. ამას შეიძლება დაერთოს მეორეული ინფექცია და ავადმყოფს დაეწყოს ჰექტური ტემპერატურა. სიმსივნე უძრავია, დაკავშირებულია მკერდის ქსოვილებთან. მეტასტაზური ჯირკვლები ერთიმეორეს უკავშირდება და იქმნება დიდი კონგლომერატი. ამასთან, სიმსივნე იჭრება სისხლძარღვებში, ლიმფურ სადინარებში, ნერვულ სისტემაში, რასაც მოჰყვება აუტანელი ტკივილი, სისხლისა და ლიმფის მიმოქცევის მოშლა, ზედა კიდურების შეშუპება. იწყება ავადმყოფის ტანჯვის პერიოდი. ამას დაერთვის ზოგადი ინტოქსიკაცია, კახექსია და, ამგვარად, იქმნება ავადმყოფის სიკვდილის წინაპერიოდი.



სურ. 63. კიბოს უჯრედების მეტასტაზირების გზები ლიმფურ კვანძებში.

ლიმფური კვანძები, სადაც უკვე განვითარებულია მეტასტაზები, მკვრივი კონსისტენციისაა; ეს ჯირკვლები მჭიდროდ უკავშირდება ირგვლივმდებარე ქსოვილებს და ხდება უძრავი. ჯირკვლები თანდათანობით ერთიმეორეს მიეზრდება და, ამგვარად, ვითარდება ლიმფური კვანძების კონგლომერატი. ეს კონგლომერატი თანდათანობით მატულობს, აწვება სისხლძარღვებს, ლიმფურ სისტემას და იწვევს სტაზს, რასაც მოჰყვება ზედა კიდურის შეშუპება და როდესაც იგი დააწვება ნერვულ ღეროებს ავადმყოფს ეწყება ძალზე შემაწუხებელი და ზოგჯერ აუტანელი ტკივილი (ნევრალგია). შორეული მეტასტაზები ვითარდება ჰემატოგენური გზით. ასეთი მეტასტაზები უფრო ხშირია ძვლოვან სისტემაში, განსაკუთრებით ხერხემლის მალებსა და ლულოვან ძვლებში. მრავლობითი მეტასტაზები ვითარდება ღვიძლში, ფილტვებში, საკვერცხეებსა და სხვა ორგანოებში. ძვლებში მეტასტაზები, ზოგ შემთხვევაში, მიმდინარეობს უმტკივნეულოდ და გამოვლინდება მოულოდნელად ძვლის სპონტანური მოტეხილობის შემდეგ. მეტასტაზებით გამოწვეულ ტკივილებს ხშირად აწერენ რევმატიზმს, რადიკულიტს, რაც დიაგნოსტიკური შეცდომაა. ამ მიმართულებით მკურნალობა, რასაკვირველია, უშედეგოა, ვინაიდან ტკივილების ნამდვილი მიზეზი კიბოს მეტასტაზია. გაურკვეველი ეტიოლოგიური ტკივილების დროს ავადმყოფი დეტალურად უნდა შეისწავლოთ, უნდა გავუკეთოთ ძვლებისა და გულმკერდის ღრუს ორგანოების რენტგენოგრაფია. მეტასტაზები შეიძლება გამოვლინდეს პირვე-

ლი 6—12 თვის განმავლობაში. ახალგაზრდებში, როდესაც კიბოს ძლიერ ავთვისებიანი მიმდინარეობა აქვს, ის შეიძლება სამ თვეში ან ზოგ შემთხვევაში ძალზე დაგვიანებით — 10 — 15 წლის შემდეგ (დოილი, ხაბერი) გამოვლინდეს. არსებობს სარძევე ჯირკვლის კიბოს მრავალი კლასიფიკაცია, მაგრამ ამ ბოლო დროს მიღებულია ისეთი კლასიფიკაცია, რომელიც უფრო სრულყოფილად ითვლება და რომელიც მიიღო და დაამტკიცა VII საერთაშორისო კონგრესმა ლონდონში, 1958 წელს. დაავადების სტადიის განსაზღვრისას მხედველობაში უნდა მივიღოთ რეგიონული ლიმფური ჯირკვლების კვანძების დაავადება და შორეული მეტასტაზები. ეს მოკლედ აღინიშნება სამი ლათინური ასოთი TNM (Tumor), (Nodes), (Metastases).

პროცესის ხარისხის განსაზღვრისათვის დადგენილია ციფრობრივი მონაცემები:

1. T_1 — პირველი სტადია, როდესაც სიმსივნე არ აღემატება 2 სმ-ს, კანისა და დვრილის ცვლილება არ აღინიშნება;

2. T_2 — მეორე სტადია, როდესაც სიმსივნე აღწევს 2 — 3 სმ, კანი დანაოჭებულია და დვრილი ჩაწეული;

3. T_3 — მესამე სტადია, როდესაც სიმსივნე აღწევს 5—10 სმ, გამაგრებულია;

4. T_4 — მეოთხე სტადია, როდესაც კანი დანაოჭებულია, ძუძუ ფიქსირებულია მკერდზე. შეიძლება იყოს დაწყლულებული;

N_0 — რეგიონული ლიმფური კვანძები არ ისინჯება,

N_1 — იღლიის ფოსოში ჯირკვლები ისინჯება,

N_2 — ლიმფური კვანძების შეხორცება და კონგლომერატის განვითარება,

N_3 — მეტასტაზები ლავიწქვეშა და ლავიწზედა ფოსოებში (ვირხოვის მეტასტაზები).

ახლობელი და შორეული მეტასტაზების არსებობა.

M_0 — შორეული მეტასტაზები არაა განვითარებული.

M_1 — ახლობელი და შორეული მეტასტაზების არსებობა (ო. სვიატუხინის მიხედვით).

სარძევე ჯირკვლის კიბოს დროს მისი წინასწარი კლასიფიკაციის გარეშე რაიმე ქირურგიული ჩარევა ან მანიპულაცია უსათუოდ შეცდომაა.

მაკროსკოპულად ვარჩევთ ძუძუს კიბოს სხვადასხვა ფორმას: ა) კვანძოვანი ფორმის დროს შეიძლება სხვადასხვა ადგილას განვითარებული იყოს ერთი ან ორი კვანძი; ბ) სიმსივნე შეიძლება იყოს დიფუზური, როდესაც სიმსივნე იკავებს სარძევე ჯირკვლის ნაწილს ან იწვევს მთელი ქსოვილის ინფილტრაციას. უფრო ხშირად კვანძოვანი კიბო სკიროზულია, სიმსივნე მკვრივი კონსისტენციისაა, ზოგჯერ ხრტილივით გამაგრებული, განაკვეთზე ნაწიბურს მოგვაგონებს, ტვინოვანი ფორმა უფრო იშვიათია, სიმსივნე უფრო დიდია და შედარებით რბილი. განაკვეთზე ცენტრში დაშლილია, აღინიშნება დეტრიტისმაგვარი მასისა და სისხლჩაქცევების არსებობა, ასეთი სიმსივნეები უფრო ახალგაზრდა ქალებში გვხვდება.

დიფუზური კიბო ხასიათდება პროგრესულობით, იკავებს სარძევე ჯირკვლის დიდ ნაწილს, მისი გავრცელების საზღვრის დადგენა შეუძლებელია, განაკვეთზე მოჩანს მრავალობითი დაშლილი ქსოვილები და ხარიხები. ის ხასიათდება ძალზე ავთვისებიანი მიმდინარეობით.

გარდა აღნიშნულისა, არსებობს კიდევ შერეული ფორმები, სადაც არის ისეთი ელემენტები, რომლებიც მოცემულია ცალკე განხილულ ფორმებში.

შეცდომები სარძევე ჯირკვლის კიბოს დიაგნოსტიკაში

მიუხედავად ძუძუს კიბოთი დაავადების სიხშირისა, ზოგ შემთხვევაში სწორი დიაგნოზის ნაადრევად დადგენა არც ისე ადვილია, ამიტომ როდესაც სარძევე ჯირკვალში აღინიშნება საეჭვო სიმსივნე, პირველ რიგში, უნდა გამოვრიცხოთ ის სიმსივნეები, რომლებიც ხშირად ხდება შეცდომის წყარო.

რასაკვირველია, სარძევე ჯირკვლის ზოგიერთი კეთილთვისებიანი სიმსივნის გამოცნობა და დიფერენცირება ძუძუს კიბოსაგან სიძნელეს არ წარმოადგენს, მაგრამ არსებობს ძუძუს კეთილთვისებიანი სიმსივნე, რომლის ხასიათი ძნელად შეიძლება დადგინდეს. მაგალითად, ძუძუს ფიბროადენომატოზი. მართალია, ფიბროადენომატოზი ხშირად შეიძლება იყოს მრავლობითი, ვითარდება ორივე სარძევე ჯირკვალში (არაყოველთვის). მისი ზედაპირი გამაგრებულია, წვრილმარცვლოვანია, აქვს ხორკლიანი ზედაპირი. მაშინ როდესაც კიბოს ქსოვილი (კვანძი) უფრო მკვრივი კონსისტენციისაა, იშვიათი გამონაკლისის გარდა, ერთეულია, მტკიცედ უკავშირდება ირგვლივ მდებარე ქსოვილებს, თვიურთან დაკავშირებით ფიბროადენომატოზი ზოგჯერ მატულობს, ხასიათდება მოსათმენი ტკივილებით, ძუძუს კიბოს კვანძები მკვრივია, არ ეტყობა გარბილება და მტკიცედ უკავშირდება კანს. აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ დიდი გამოცდილების მქონე ექიმმა შეიძლება ეს დამახასიათებელი განსხვავება აღმოაჩინოს, მაგრამ ფიბროადენომატოზი ისეთი დაავადებაა, რომ თუ ის დღეს კეთილთვისებიანია, ხვალ შეიძლება ადვილად გადაიზარდოს ავთვისებიან სიმსივნედ, ამიტომ ყოველთვის სჯობია გაკეთდეს სექტორული რეზექცია, სასწრაფო მორფოლოგიური გამოკვლევა და სათანადო ჩვენების დროს, თუნდაც საეჭვო უკრედების არსებობისას, გაკეთდეს რადიკალური ოპერაცია. ვინც ამ დებულებას გადაუხვევს, ის უსათუოდ ცდება და შეიძლება ავადმყოფი ძალზე დაზარალდეს, ექიმის ეს შეცდომა ავადმყოფს სიცოცხლის ფასად დაუჯდეს.

ძალიან ძნელია ძუძუს კიბოს დიფერენცირება ღრმად მდებარე კისტოზურ წარმონაქმნებთან. ეს კისტოზური სიმსივნე მომრგვალო ფორმისაა. ზოგჯერ, როდესაც ის სავსეა შიგთავსით, შეიძლება იყოს რბილი კონსისტენციის. არაიშვიათად ის მკვრივი კონსისტენციისაა, რაც ეჭვს ბადებს მის კეთილთვისებიანობაზე. მაგრამ ამოღებული სიმსივნისა და მისი შიგთავსის ხასიათი იძლევა დიაგნოზის სწორად დადგენის შესაძლებლობას.

ძნელია აგრეთვე სარძევე ჯირკვლის ექინოკოკისა და კიბოს დიფერენცირება ეს თითქმის შეუძლებელია, თუ არ მოხდა ექინოკოკის კისტის დაჩირქება და ქიტინიანი გარსის გამოსვლა. სწორი დიაგნოზი ვლინდება ოპერაციის შემდეგ.

სარძევე ჯირკვლის კიბო შეიძლება შეგვეშალოს ზოგიერთი სპეციფიკური ხასიათის ანთებაში — ტუბერკულოზურ ინფილტრატში. ტუბერკულოზურ კვანძებს აქვს ერთგვარი ტენდენცია სისტემატური ზრდისადმი, თანდათან მატულობს მოცულობაში, ცენტრში იწყებს გარბილებას, ვითარდება ერთგვარი ჩირქსავალი — ხვრელი, რომლიდანაც სისტემატურად მოდის გამონადენი, არ ემორჩილება ჩვეულებრივ მკურნალობას. ტუბერკულოზის დროს იღლიის ფოსოს ლიმფური კვანძები უფრო მტკივნეულია, ანთების შედეგად მრავალი ლიმფური კვანძი ერთიმეორეს უკავშირდება და ვითარდება კონგლომერატი. კონსერვატიული მკურნალობის ჩატარებას სჯობია (თუნდაც შეცდომით) ძუძუს კიბოს დიაგნოზით გაკეთდეს რადიკალური ოპერაცია, ვინაიდან ისიც ცნობილია,

რომ ძუძუს კიბოს და ტუბერკულოზის ერთდროული არსებობა მრავალჯერაა დადგენილი.

სარძევე ჯირკვლის კიბოსა და სარკომის დიფერენცირება უმრავლეს შემთხვევაში ადვილად შეიძლება. სარკომას ახასიათებს ძლიერ ჩქარი ზრდა. ის თავისი მოცულობით ბევრად უფრო დიდია კიბოს სიმსივნურ წარმონაქმნზე, ამასთან, ის იძლევა მეტასტაზებს რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში. ეს ერთ-ერთი მთავარი სადიფერენციაციო საშუალებაა. თუმცა აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ დიფერენცირებას არა აქვს დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა, ვინაიდან ორივე შემთხვევაში მკურნალობა ერთი და იგივე მეთოდით წარმოებს, რაც რადიკალურ ოპერაციაში მდგომარეობს.

არის კიდევ რიგი სხვა დაავადებები, რომლებიც მოითხოვს დაკვირვებულ გარჩევას და დიფერენცირებას (მაგალითად, სარძევე ჯირკვლის სიფილისის გუმოზური ფორმა, რომელიც შეიძლება დაკავშირებული იყოს ძუძუს კანთან, შეიძლება აგრეთვე ძუძუს კიბო შეგვეშალოს აქტინომიკოზში და სხვა), მაგრამ დაკვირვებული ექიმი ადვილად შეძლებს აღნიშნულ დაავადებათა დიფერენცირებას, უკიდურეს შემთხვევაში მკურნალობა ჩატარდება ოპერაციული წესით, რითაც ავადმყოფი მხოლოდ მოიგებს.

დიფერენცირებაში მეტად დიდ სამსახურს გვიწევს ბიოფსია, მაგრამ ბიოფსიის წარმოება არც ისე ადვილია და შეიძლება ბევრი შეცდომის დაშვება.

შეცდომები და გართულებანი ბიოფსიის დროს

სიმსივნეების დროს, კერძოდ, სარძევე ჯირკვლის კიბოს შემთხვევაში, ერთ-ერთი მეტად მნიშვნელოვანი სადიაგნოზო საშუალებაა ბიოფსია, ე. ი. სიმსივნიდან ან მეტასტაზიდან პატარა ნაწილაკის ამოკვეთა და მისი მიკროსკოპის ქვეშ გასინჯვა. გამოკვლევის ეს მეთოდი უმრავლეს შემთხვევაში იძლევა დაავადების სწორად დადგენის შესაძლებლობას. მაგრამ არაა გამორიცხული ზოგ შემთხვევაში ავადმყოფს ზიანიც მივაყენოთ. ბიოფსიის დროს მოსალოდნელია ტექნიკური ხასიათის შეცდომის დაშვება ან შესაძლებელია მორფოლოგმა ვერ მოგვცეს სწორი დასკვნა, ამიტომ მკურნალობაც არ იქნება მიზნობრივი.

ტექნიკური შეცდომა მდგომარეობს იმაში, რომ ქირურგმა არ იცის, თუ სიმსივნის რომელი ნაწილიდან აიღოს გამოსაკვლევი მასალა. მორფოლოგები მოითხოვენ და სწორიც არის, რომ გამოსაკვლევი მასალა აიღონ სიმსივნის კიდიდან. ამასთან, ქსოვილის საღი ნაწილიც უნდა მიაყოლონ. მაგრამ ეს იმას კი არ ნიშნავს, რომ სიმსივნის სხეულიდან (ცენტრიდან) აღებული საბიოფსიო მასალა გამოსაკვლევად არ ვარგოდეს. მაგრამ აქ საჭიროა ერთი პირობის დაცვა. საბიოფსიო მასალა უნდა აიღონ კაფსულიანად და რაც შეიძლება ღრმა შრეებიდან. ამასთან, შეცდომად უნდა ჩავთვალოთ, როდესაც საბიოფსიო მასალას იღებენ ძალზე მცირეს, რაც მორფოლოგს არ აძლევს სწორი დიაგნოზის დასმის შესაძლებლობას, ვინაიდან აღებული მასალა არაიშვიათად ზერელე ზედაპირიდან ან გვერდიდანაა და მოყოლებული არ არის სიმსივნური ქსოვილი, ამის გამო მორფოლოგი ვერ იძლევა სწორ დასკვნას, რაც ხდება შეცდომის წყაროდ. ტექნიკური შეცდომაა აგრეთვე, როდესაც აღებულ საბიოფსიო მასალას ვერ ინახავენ სწორად. თუ ქირურგმა აღებული მასალა მარლაში ან ბამბაში გაახვია და მისი გაგზავნა გამოსარკვევად დააგვიანა ან გაგზავნა მეორე დღეს, პრეპარატი ამ ხნის განმავლობაში გამოშრება და შეიძლება გამოკვლევის შედეგიც სწორი

არ იყოს. ამიტომ საბიოფსიო მასალა ამოკვეთისთანავე უნდა მოთავსდეს კონცენტრულ ფორმალინში, სულემის ხსნარში, კარბოლმჟავას ხსნარში; იმ შემთხვევაში, როდესაც ფორმალინის ხსნარი არა გვაქვს, საბიოფსიო მასალის შენახვა შეიძლება 24 საათის განმავლობაში ფიზიოლოგიურ ხსნარში ან პარაფინირებულ ქაღალდში, ლიზოლში შენახვა უსათუოდ შეცდომაა. გამოსაკვლევი მასალა მორფოლოგთან უნდა გაიგზავნოს ახსნა-განმარტებით, ე. ი. საიდან და რომელი ნაწილიდან ავიღეთ მასალა. როდესაც ორგანო ან მისი ნაწილი მთლიანად ამოიკვეთება, ჯობია მთლიანად გაიგზავნოს მორფოლოგთან და ის თვითონ ამოკვეთს საჭირო ნაწილს. რასაკვირველია, ასეთ შემთხვევაში გამოკვლევის შედეგიც უფრო ზუსტი იქნება. ბიოფსიის დროს საშიშროებას წარმოადგენს სისხლის დენა, რომელიც არც ისე იშვიათად ვითარდება, განსაკუთრებით, როდესაც საქმე გვაქვს პირის ღრუს, ხორხის, ღვიძლის ან სხვა ორგანოების სიმსივნეებთან, ამიტომ დიდი სიფრთხილე გვმართებს ბიოფსიის დროს. სისხლის დენის შეჩერება შეიძლება კვანძოვანი ნაკერებით, ტამპონებით, ბადექონის მიტანით და სხვ. არის შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფი იღუპება ბიოფსიის შემდეგი სისხლის დენით. ზოგ შემთხვევაში ბიოფსიის შემდეგ შეიძლება ინფექცია შეიპრას და მდგომარეობა გართულდეს. თუ სიმსივნის პუნქციას მოჰყვა ინფექციით გართულება, ეს დააგვიანებს ოპერაციულ ჩარევას, რაც, თავის მხრივ, ავადმყოფის მდგომარეობას ართულებს — სიმსივნე უფრო გაიზრდება და ზოგჯერ შეიძლება ოპერაბილური სიმსივნე გახდეს ინოპერაბელური. ამიტომ ყოველგვარი ჩარევა, მათ შორის ბიოფსია, ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის ზუსტი დაცვით უნდა ხდებოდეს.

ზოგი ავტორის მონაცემით, ბიოფსიასთან დაკავშირებით ხდება სიმსივნის ზრდის დაჩქარება.

იქ, სადაც სიმსივნის არსებობა და მისი ავთვისებიანობა რაიმე ეჭვს არ ბადებს ან როდესაც შემთხვევა ინოპერაბილურია, უნდა ვერიდოთ ყოველგვარ ბიოფსიას, ჩხვლეტებს, რადგან რაიმე რეალური დახმარების შესაძლებლობა არ არის და ავადმყოფს შეიძლება მივაყენოთ ზიანი სისხლის დენით, ინფექციის შეპრით და სხვ.

ამასთან, შეიძლება სიმსივნური უჯრედების, განსაკუთრებით სარძევე ჯირკვლის კიბოს დროს, გადატანა ლიმფისა და სისხლის გზით და მისი მეტასტაზების გავრცელება, რაც ძალზე სერიოზულ საშიშროებას წარმოადგენს, ამიტომ ოპერაცია წინასწარ დაგეგმილი უნდა იყოს და საჭირო შემთხვევაში საბიოფსიოდ აღებული მასალა სასწრაფოდ უნდა გამოიკვლიონ გამყინავი მიკროტომის გამოყენებით. ამ გამოკვლევას სჭირდება 10 — 15 წუთი. პასუხის მიღებამდე ჭირურგი ახდენს ჰემოსტაზს და ჭრილობას გაკერავს. თუ მიღებული იქნება დასტური იმისა, რომ მიღებულია სიმსივნური (კიბოს) უჯრედები, სასწრაფოდ უნდა გაკეთდეს რადიკალური ოპერაცია, თუ არა და ოპერაცია დამთავრებულად შეიძლება ჩაითვალოს. იქ, სადაც არაა ბიოფსიის სასწრაფოდ გაკეთების შესაძლებლობა, გამოცდილ ჭირურგს შესაძლებლობა აქვს შემთხვევათა 75—80%-ში სიმსივნის გაკვეთით ვიზუალურად დაადგინოს მისი ავთვისებიანობა. არავითარ შემთხვევაში, როდესაც დიაგნოზი კიბოს სასარგებლოდაა, არ უნდა გადაიდოს რადიკალური ოპერაცია, თუნდაც ერთი დღე, ვინაიდან, როგორც დაკვირვება გვიჩვენებს 24 საათის განმავლობაში სიმსივნის უჯრედები გადაინაცვლებს იღლიის ფოსოსაკენ. ამგვარად, უნდა ითქვას, რომ სარძევე ჯირკვლის კიბოს დროს, როდესაც დიაგნოზი საეჭვოა, კეთდება არა ბიოფსია, არამედ სექტორული რეზექცია — გამოკვლევით დგინდება სიმსივნის ხასიათი.

კიბოს უკრედების აღმოჩენის შემთხვევაში სასწრაფოდ უნდა გაკეთდეს ოპერაცია, წინააღმდეგ შემთხვევაში სიმსივნემ შეიძლება სწრაფად დაიწყოს ზრდა და რადიკალური ოპერაციის გაკეთება დაგვიანდეს, რასაც ავადმყოფის სწრაფი დაღუპვა მოჰყვება. ამგვარად, შეიძლება ითქვას, რომ ბიოფსიის ან სექტორული რეზექციის შემდეგ კვალიფიციური მორფოლოგის მიერ მოცემული სწორი დასკვნა იძლევა დროული დიაგნოსტიკისა და სათანადო მკურნალობის ჩატარების შესაძლებლობას.

შეცდომები და გართულებანი სარძევე ჯირკვლის კიბოს მკურნალობის დროს

სარძევე ჯირკვლის კიბოს მკურნალობის კარგი გამოსავლის და ავადმყოფის სიცოცხლის გახანგრძლივებისათვის უაღრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს კიბოს სამკურნალოდ არსებული საშუალებების დროულად და მიზნობრივად გამოყენებას. მკურნალობის გეგმაში უნდა იყოს: ქირურგიული, სხივური, ჰორმონული და ქიმიოთერაპიული საშუალებანი. ცალკეული ავადმყოფებისათვის უნდა შეკავგიროთ ინდივიდუალური გეგმა. მხედველობაში უნდა მივიღოთ ავადმყოფის ასაკი, დაავადების სტადია, საკვერცხეების ფუნქციური მდგომარეობა, ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა და თანმხლები დაავადებანი. დღესაც სადავოა საკითხი სარძევე ჯირკვლის კიბოს I და II სტადიის დროს ოპერაციის წინ სხივური თერაპიის გამოყენების საჭიროებაზე. ხოლდინი და რიგი სხვა ქირურგები იზიარებენ იმ აზრს, რომ ოპერაციის წინ საჭიროა სხივური თერაპიის გამოყენება. ის აზრი, რომ სხივური თერაპიის ჩატარება აგრძელებს ოპერაციული ჩარევის დროს და იქმნება მეტასტაზების გავრცელების საშიშროება, მათ სწორად არ მიაჩნიათ, ამის დასამტკიცებლად მათ მოჰყავთ საკუთარი დიდი მასალა. თუ ოპერაციამდე და ოპერაციის დროს დადგინდება რეგიონულ ლიმფურ ჯირკვლებში მეტასტაზების არსებობა, ავადმყოფს უნდა ჩაუტარდეს სხივური, ჰორმონული და ქიმიოთერაპია. მაგრამ, როგორც უჩვენებს ანალიზი საერთაშორისო კომიტეტისა, რომელიც აწარმოებს ავთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობის შედეგების აღრიცხვას, გამოირკვა რომ სარძევე ჯირკვლის პირველადი კიბოს დროს შედეგები თითქმის ერთნაირია. ზოგი ქირურგის მონაცემით ის ავადმყოფები, რომლებიც ოპერირებული იყვნენ I და II სტადიაში სხივური მკურნალობის გარეშე, უფრო დიდხანს ცხოვრობდნენ (შესწავლილია მკურნალობის 5 წლისშემდგომი პერიოდი), ამიტომ ქირურგთა ნაწილი ოპერაციას აკეთებს I და II სტადიაში, სხივური მკურნალობის გარეშე. ამ აზრს იზიარებენ ი. პეტროვი და სხვები. ჩვენი კლინიკაც ამ აზრს იზიარებს.

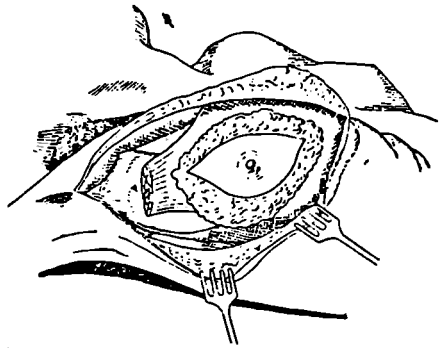
ამგვარად, სარძევე ჯირკვლების კიბოს მკურნალობის მეთოდის არჩევის დროს ექიმს ევალება ავადმყოფის საერთო მდგომარეობის გათვალისწინებით და ინდივიდუალური მიდგომით შეარჩიოს სადღეისოდ მოწოდებული მკურნალობის საშუალებანი. როდესაც დაავადება შორსწასულია (III და IV სტადია) — ღვიწზედა და ლავიწქვედა ფოსოებში და აღინიშნება შორეული მეტასტაზები, როდესაც კიდური შეშუპებულია, როდესაც სიმსივნე ანთებითია, ამასთან, სარძევე ჯირკვალი ფიქსირებულია გულმკერდის ყაფაზაზე და სიმსივნე დაწყლულებულია ოპერაციული ჩარევა უკუნაჩვენებია (სტოუეტი, ლორენსი და სხვ.). თუ ასეთ შემთხვევაში ზოგჯერ ქირურგი განიზრახავს ოპერაციულ ჩარევას, ავადმყოფს წინასწარ უნდა ჩაუტარდეს სხივური თერაპია. როგორც კანონი,

ოპერაცია უნდა გაუკეთდეს ელექტროდენით. ოპერაციის შემდეგ უნდა ჩატარდეს ისევ სხივური, ჰორმონული და ქიმიოთერაპიული მკურნალობა (ხოლინი).

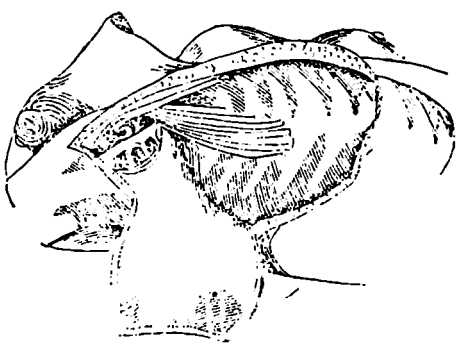
ზეცდომები და გართულებანი სარძევე ჯირკვლის კიბოს ოპერაციული მკურნალობის დროს

ავთვისებიანი სიმსივნეების, კერძოდ სარძევე ჯირკვლის კიბოს, მკურნალობა ძირითადში რადიკალურ ოპერაციაში მდგომარეობს; ეს აღიარებული აზრია და როდესაც საამისო ჩვენებაა უნდა ჩატარდეს მკურნალობის ეს მეთოდი. გაუტკივარების საკითხი დიდ დავას არ იწვევს. იქ, სადაც შესაძლებლობა არის, არევეთ მეთოდად ჩათვლება ენდროტრაქეული ნარკოზი, მაგრამ იქ, სადაც არაა ამის შესაძლებლობა. შეიძლება ოპერაცია ჩატარდეს ზოგადი ეთერ-ქანგბადის ინჰალაციური ნარკოზით, უშიშროების წესების სასტიკი დაცვით. გამოცდილ დასტაქარს შესაძლებლობა აქვს რადიკალური ოპერაცია გააკეთოს ადგილობრივი გაუტკივარებითაც. ქირურგმა დიდი სიმტკიცე, ნებისყოფა და მოთმინება უნდა გამოიჩინოს. არ აჩქარდეს და საოპერაციო არის არც ერთი კუნჭული არ დატოვოს გაუტკივარების გარეშე. ოპერაციის დროს საჭიროა ყურადღების გამახვილება რადიკალიზმის დაცვაში. კანის განაკვეთი უნდა გაკეთდეს სიმსივნიდან 4 — 5 სმ დაშორებით. ოპერაციის პრინციპი მდგომარეობს დაავადებული სარძევე ჯირკვლის მთლიანად მოშორებაში. ამასთან, უნდა ამოიკვეთოს ირგვლივმდებარე ქსოვილები რეგიონულ ლიმფურ კვანძთან ერთად. ოპერაციის დროს მეტად საჭიროა სიფაქიზე, ამასთან, უნდა ვერიდოთ ქსოვილების ტრავმირებას. არ უნდა გაიგლიჯოს ლიმფური კვანძები, არ დაზიანდეს ლიმფური და სისხლძარღვები, რაც დიდი შეცდომაა, ვინაიდან აქ ადვილად ჩაინერგება კიბოს უჯრედები და გადაიტანება ორგანიზმის სხვა ადგილებში. ამიტომ უნდა ეცადოთ ლიმფური კვანძებისა და ქსოვილების მოშორება ერთად ვაწარმოოთ. ამ მოსაზრებიდან გამომდინარე ჯობია ლიმფური კვანძების მოშორება დავიწყოთ ღავიწქვეშა იღლიის ფოსოდან. ამ მიდამოს რომ თავისუფლად მივუდგეთ, საჭიროა გადაიკვეთოს და გადაიწიოს m. Pectoralis major et. m. Pectoralis minor. ამის შემდეგ ფოსოების ლიმფური სისტემა აღვილი მოსაშორებელი ხდება. ფოსოების გაწმენდის შემდეგ კუნთოვანი აპარატი უნდა მოშორდეს ფასციასთან, ლიმფურ სისტემასთან და სარძევე ჯირკვალთან ერთად, ოპერაციის დროს უსათუოდ უნდა დავიცავთ ანტიბლასტიკური პრინციპები, რომელიც ყველაზე უფრო რეალურად ხორციელდება ელექტროდენის გამოყენებით (ელექტროკოაგულაცია), რომელიც ანადგურებს კიბოს უჯრედებს, არ აძლევს მეტასტაზირების, რეციდივის შესაძლებლობას. რომ კიბოს უჯრედები არ გადავიდეს საღ ქსოვილში, უნდა დავიცვათ აგრეთვე პლასტიკის წესი. ეს მოთხოვნა ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის დაცვის ანალოგიურია, ე. ი. ოპერაციის დროს რამდენჯერმე უნდა გამოვიცვალოთ ხელთათმანები ან გადავიბანოთ ხელები. გამოვიცვალოთ ირაღები. რომლებიც შეეხო სიმსივნეს. საოპერაციო არე იზოლირებულ უნდა იქნეს ხელსახოცით. ნ. პეტროვი დიდი სიმკაცრით მოითხოვს ამ წესების დაცვას სიმსივნეების ოპერაციების დროს. ზოგი ავტორის აზრით, სპირტი გამანადგურებლად მოქმედებს სიმსივნის უჯრედებზე, ამიტომ ოპერაციის დამთავრებისას ღავიწქვეშა და იღლიის ფოსო, აგრეთვე სხვა არეც, კარგად უნდა გაიწმინდოს სპირტში დასველებული მარლის ბირთულით.

არ შეიძლება არ აღინიშნოს ის მოსალოდნელი გართულებები, რომლებიც შეიძლება განვითარდეს ოპერაციის დროს. ქირურგი გართულებასთან საბრძოლველად ყოველთვის მზად უნდა იყოს. ოპერაციის დაწყების წინ წინასწარ უნდა აღინიშნოს ის ადგილი, სადაც ჭრილობა იქნება გაყვანილი; ეს ადგილი სიმსივნიდან დაშორებული უნდა იყოს 4 — 5 სმ-ით. იმის შიშით, რომ ოპერაციის შემდეგ ჭრილობის დახურვა გაძნელდება, ჭრილობის გაყვანა სიმსივნესთან ახლო დიდი შეცდომა იქნება. ოპერაციის დროს ქირურგი უნდა მუშაობდეს აუჩქარებლად და დინჯად, რომ არ დარჩეს ამოუკვეთავი დაავადებული ლიმფური კვანძები, რომელიც მოკლე დროის მონაკვეთში იქნება რეცედივისა და მეტასტაზების განვითარების მიზეზი. როდესაც მუშაედება ლავიწქვეშა და იღლიის ფოსოები და საქმე გვაქვს ძლიერ შეხორცებებთან, მოსალოდნელი და დასაშვებია სისხლძარღვების დაზიანება, ვახდენთ მათ სკლეროტიზაციას — განთავისუფლებას შეხორცებისაგან. თუ დაზიანდა მეორეხარისხოვანი სისხლძარღვები, მათი გადაკვეთა შეიძლება, ორგანიზმი ამით არ დაზიანდება, კიდურების ფუნქციაც შეინახება. მაგრამ თუ დაზიანდა მაგისტრალური სისხლძარღვი (ლავიწქვეშა ან მხრის არტერია), უცბად დაიწყება ძლიერი სისხლის დენა, რაც აბნევს ქირურგს. შეშინებული ექიმი იწყებს სისხლის დენის შეჩერებას ჟომის დადებით. ეს უსათუოდ დიდი შეცდომაა. ქირურგს მართებს სიმშვიდე— ორიენტაციის უნარი, პირველ რიგში, სისხლის დენა უნდა შეაჩეროს თითის დაჭერით ან ტამპონით. ეს მისცემს მას შესაძლებლობას გაერკვეს სისხლძარღვის დაზიანების ადგილსა და სიდიდეში, ამის შემდეგ უნდა შეეცადოს მისი მთლიანობის აღდგენას. სისხლძარღვი უსათუოდ უნდა გაიკეროს ატრავმატული ნემსით (ასეთი რთული ოპერაციის დროს საოპერაციო დას მუდამ მზად უნდა ჰქონდეს ატრავმატული



სურ. 64. სარძევე ჯირკვლის ამპუტაცია, გადაკვეთილია m. pectoralis major.



სურ. 65. ლავიწქვეშა და იღლიის ფოსოების ლიმფური კვანძებისაგან გასათავისუფლებლად გამოყოფილია იღლიის სისხლძარღვები.

ნემსი და სხვა საჭირო იარაღები). ასეთ შემთხვევას ადგილი ჰქონდა ჩვენს კლინიკაში, ე. ი. დაზიანებული სისხლძარღვის გაკერვის შემდეგ სისხლის მიმოქცევა სავსებით აღსდგა და ავადმყოფი განკურნებული გაეწერა. თუ ქირურგმა დაზიანებული არტერიული სისხლძარღვი გადაკვანძა, კიდური უსათუოდ მოკვდება და საამპუტაციო გახდება. დიდი სიფრთხილე გვმართებს ნერვული ღეროებისა და ბოკკოების დასაცავად. დაზიანების შემთხვევაში უსათუოდ უნდა აღსდგეს მათი მთლიანობა. დაზიანებული ნერვის ფუნქციის აღდგენა ძალზე დიდ დროს მოითხოვს.

ოპერაციის დამთავრებისას საჭიროა იღლიის ფოსოში რეზინის დრენაჟის დატოვება, რომელიც გამოიყვანება იღლიის ფოსოში ახალ განაკვეთზე, ჭრილობა სრული ჰემოსტაზის შემდეგ იკერება ყრუდ. მაგრამ თუ ჭრილობის კიდეების მიახლოება გაძნელდა, ძალით მიწევას და გაკერვას მოჰყვება კიდეების ნეკროზი — ჭრილობის გახსნა და მეორადად შეხორცება. ამიტომ ჯობია, თუ საჭიროება მოითხოვს, ჭრილობის კიდეებს შორის ჩაინერგოს კანი, ე. ი. გაკეთდეს კანის პლასტიკა.

ამ ბოლო დროს სარძევე ჯირკვლის კიბოს შემთხვევაში მოწოდებულია ზერადიკალური ან გაფართოებული რადიკალური ოპერაცია (პირველად ეს ოპერაცია გააკეთა ფერონესმა, საბჭოთა კავშირში კი — ხოლდინმა). ეს ოპერაცია გულისხმობს სარძევე ჯირკვლის კუნთოვანი აპარატის, იღლიისა და ლავიწქვეშა ფოსოებში არსებული ლიმფური კვანძების მეტასტაზების ერთდროულად მოშორებას, II-დან IV ნეკნების რეზექციას, აგრეთვე უნდა მოცილდეს ლიმფური აპარატის ძეწკვი, რომელიც მდებარეობს მკერდის უკან და სისხლძარღვების პარალელურად მიემართება. ამ ჯირკვლებში მეტასტაზები, ძირითადად, მაშინ ვითარდება, როდესაც სარძევე ჯირკვლის კიბო ლოკალიზებულია შიგნითა კვადრანტში და ცენტრალურად, როდესაც მეტასტაზების არსებობა დადგენილია რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში და სიმსივნე მდებარეობს ცენტრალურად. მკერდუკანა ჯირკვლებში მეტასტაზების არსებობა დადგენილია შემთხვევათა 63%-ში. სარძევე ჯირკვლის კიბოს დროს ასეთმა ოპერაციამ გავრცელება ვერ პოვა და ის შეცდომად უნდა ჩაითვალოს, ვინაიდან ასეთი ოპერაციის შედეგები სხვა რადიკალური ოპერაციით მიღებულ შედეგებზე უკეთესი არ არის. ეს ოპერაცია კი ძალზე რთულია, ტრავმულია და ოპერაციის შემდეგ დიდ გართულებებს იძლევა, ამიტომ ასეთი სახის ოპერაციას უნდა ვერიდოთ, უნდა ვამჯობინოთ კომბინირებული საშუალებებით მკურნალობა (რენტგენი, ჰორმონული პრეპარატები, ქიმიოთერაპია).

თუ ეს მკურნალობა ჩატარდება ისე, როგორც საჭიროა, უსათუოდ შედეგიც სავსებით დამაკმაყოფილებელი იქნება.

შეცდომები და გართულებანი ქვემო კიდურების ვენების ვარიკოზული გაგანიერების დროს

ადამიანს ვენები უგანივრდება ორგანიზმის სხვადასხვა ადგილას, მაგალითად, სათესლე ბაგირაკზე, უკანა ტანზე (ბუასილი), ზემო კიდურებზე და სხვ., მაგრამ ყველაზე მნიშვნელოვანია ქვემო კიდურების ვენების ვარიკოზული გაგანიერება.

ქვემო კიდურების ვენების ვარიკოზული გაგანიერება ძირითადში უვითარ-

დებათ საშუალო (30—35 წლის) ასაკის ადამიანებს. განსაკუთრებით განიერდება ქვემო კიდურის კანქვეშა ვენა, ანუ დიდი საჩინო (Vena saphena magna) ვენა ბარძაყსა და წვივის მიდამოში, შედარებით იშვიათად—კანქვეშა მცირე საჩინო (Vena saphena parva) ვენა, წვივის მიდამოში. ვენების გაგანიერებით ავადდებიან ორივე სქესის ადამიანები. ზოგი ავტორის მონაცემით, უფრო ხშირად ეს დაავადება გვხვდება ქალებში, მაგრამ ავტორთა უმრავლესობის და ნაკრები სტატისტიკური მონაცემებით ორივე სქესის წარმომადგენლები ავადდებიან თანაბარად. ჩვენი კლინიკის მასალით მამაკაცები ავადდებიან შემთხვევათა 65.8%-ში, ქალები — 34,2%-ში. ასეთი სხვაობა აიხსნება სხვადასხვა მიზეზით და მის დაზუსტებას ჩვენთვის პრაქტიკული მნიშვნელობა არა აქვს.

ვენები შეიძლება გაგანიერდეს როგორც ერთ, ისე ორივე კიდურზე.

ვენების ვარიკოზული გაგანიერების მკურნალობის საკითხი რომ გასაგები იყოს, უნდა კარგად ვიცოდეთ ქვემო კიდურების ვენების ანატომია და მათში სისხლის მიმოქცევის თავისებურება. ქვემო კიდურის ვენები იყოფა ორ დიდ ჯგუფად — ღრმა და ზერელე ან ფასციის ზემო ვენებად, რომლებიც დაკავშირებული არიან ერთიმეორესთან მრავალრიცხოვანი ანასტომოზით. ზერელე ვენების სისტემა გაფანტულია ფასციასა და კანს შორის და წარმოიქმნება ვენური სისტემის დიდი ქსელი. ამ ქსელიდან სიდიდით გამოირჩევიან დიდი და მცირე საჩინო ვენები. ეს ორი ვენა დასაწყისს ღებულობს Ven. marginalis media etv. marginalis lateralis-დან და ვენური სისხლით მარაგდებიან ტერფიდან, რომელიც მდიდარია ვენური ქსელით. დიდი საჩინო ვენა წვივის მედიალური მხარიდან მიემართება ზემოთ, სკარპეს სამკუთხედამდე და იქ უერთდება ბარძაყის ღრმა ვენას (v. femoralis). დიდ საჩინო ვენას მთელ სიგრძეზე უერთდება კანქვეშა მცირე ვენები; ამასთან, რიგი ანასტომოზების საშუალებით დიდი ვენა დაკავშირებულია ბარძაყის ღრმა ვენასთან. ზოგ შემთხვევაში კანქვეშა მთავარი ვენის პარალელურად მიემართება კანქვეშა შიგნითა დამატებითი ვენა ანუ დამატებითი საჩინო ვენა—v. Saphena accessoria, რომელიც ზოგჯერ დამოუკიდებლად ერთვის ბარძაყის ღრმა ვენას. მცირე საჩინო ვენა მიემართება მუხლის ფოსომდე, იქ ხვრეტს ფასციას და უერთდება v. Poplitea-ს. დიდი და მცირე საჩინო ვენები ურთიერთკავშირში არიან მრავალრიცხოვანი ანასტომოზებით.



სურ. 66. ბარძაყის წინა ზედაპირის კანქვეშა ვენები (შეკუმშვის მიხედვით).

როდესაც ავადმყოფი შეამჩნევს, რომ მას ეწყება ვენების გაგანიერება, თუნდაც ვენების გაგანიერების დაწყების უმნიშვნელო მონაცემები რაიმე ქირურგიული მკურნალობის ჩატარება უსათუოდ შეცდომაა. პირველ რიგში, საჭიროა პირველადი ტაქტიკური ღონისძიებების ჩატარება, რომ პროცესი უფრო არ განვითარდეს. ეს ღონისძიება მდგომარეობს იმაში, რომ ავადმყოფმა გამოიმუშაოს ერთგვარი ეგზერსისები — დილით ცივი ტილოთი კიდურებისა და ორჯერ [illegible] ნწილების დაზელა. მაღალყელიანი სამკურნალო წინდების ხმარება, რომელიც კიდურს ზედაპირს მთელ სიგრძეზე ზომიერად აწვება. სასურველია, თუ ავადმყოფს ამის შესაძლებლობა აქვს, 3—4 საათში ერთხელ წამოწვეს ფეხები მაღლა ასწიოს და კიდურს ვენური სისტემა დააცარიელოს ზომიერი მასაჟით. თუ აღნიშნულმა ზომებმა შედეგი არ გამოიღო და ვენების გაგანიერება პროგრესულად მატულობს, მხოლოდ მაშინ უნდა მივმართოთ მკურნალობის უფრო რადიკალურ საშუალებას. მაგრამ, ვიდრე ავადმყოფს დაუწუწუებდეთ ოპერაციული ან ინიექციური მეთოდით მკურნალობას, უსათუოდ საჭიროა საამისო ჩვენების ჩამოყალიბება. წინააღმდეგ შემთხვევაში შეიძლება ქირურგიულმა ჩარევამ ავადმყოფს სარგებლობის მაგიერ ვნება მოუტანოს.



ნახ. 67. მარჯვენა წვივის ქვემო და მეოთხედი ზედაპირზე განვითარებული ტროფიკული წყლული.

როდის უნდა ეურჩიოთ ავადმყოფს ქირურგიული მკურნალობა? როდესაც ვენების გაგანიერება დიდ უსიამოვნებას აყენებს ავადმყოფს და საგრძნობლად აქვეითებს მის შრომისუნარიანობას. ოპერაციული მკურნალობა აგრეთვე ნაჩვენებია, მაშინ, როდესაც ვენების ვარიკოზული გაგანიერება იძლევა რიგ გართულებებს მაგალითად, როდესაც კიდური მუდამ შეშუპებულია, როდესაც კიდურის ქვემო მესამედში ვითარდება ტროფიკული მოვლენები, რაც შემდეგ გადაიზრდება ტროფიკულ წყლულში. ხშირად ამ წყლულში იხსნება ვენის სანათური და იძლევა სისხლის დენას, რომლის შეჩერება ზოგ შემთხვევაში არც ისე ადვილია და მოითხოვს სასწრაფო ქირურგიულ ჩარევას. ზოგჯერ ვენების გაგანიერება იწვევს კანის გაღიზიანებას (ეგზემა), რაც ავადმყოფს დიდ უსიამოვნებას აუენებს, აგრეთვე ოპერაცია ნაჩვენებია დიდი საჩინო ვენის თრომბის დროს. მაგრამ აქვე უნდა აღინიშნოს ის, რომ არის ზოგი დაავადება, რომელიც მეორადად იძლევა ვენების გაგანიერებას. ასეთ შემთხვევებში დეტალური შესწავლით უსათუოდ უნდა დადგინდეს ვენების გაგანიერების მიზეზი.

მწვავე და ქრონიკული თრომბოფლებიტის დროს, როდესაც ქანქვეშა ვენე-

ბი ვარიკოზულად გაგანიერებულია ოპერაცია არ უნდა გაკეთდეს, ოპერაციის გაკეთება დიდი შეცდომა იქნება იმ შემთხვევაშიც, როდესაც ორგანიზმის რომელიმე უბანში აღინიშნება ჩირქოვანი პროცესი (ჩირქგროვები, კარბუნკული, ძელის ტვინის ანთება და სხვ.). თუ ავადმყოფს აქვს ქვემო კიდურების ენდარტერიიტი. ოპერაციის გაკეთება აგრეთვე შეცდომაა.

ზოგ შემთხვევაში კიდურების ვენების გაგანიერება მეორეულია—ვენების გაგანიერების მთავარი მიზეზია მცირე მენჯში ან მუცლის ღრუში სიმსივნის არსებობა, გულ-სისხლძარღვთა დაავადება, ღვიძლის დაავადებით გამოწვეული ვენების გაგანიერება და სხვ. შეიძლება ორსულობის პერიოდში, სუსვალსნოს გადიდებასთან დაკავშირებით, მივიღოთ ქვემო კიდურების ვენების გაგანიერება; ასეთ შემთხვევაში მკურნალობა მხოლოდ კონსერვატიულია. თუმცა ზოგი ავტორი (ბოგელაიზენი, 1954) მკურნალობას გვირჩევს მსკლეროზებელი ნივთიერების შეყვანით. არიან აგრეთვე ავტორები, რომლებიც ოპერაციასაც აკეთებენ. ეს შეცდომად უნდა ჩაითვალოს, ვინაიდან მშობიარობის შემდეგ (არაშვიათად) გაგანიერებული ვენები უბრუნდება თავის პირვანდელ მდგომარეობას, ყოველ შემთხვევაში ისინი იმდენად მცირდება, რომ ოპერაციულ მკურნალობას არ მოითხოვენ. ოპერაციული მკურნალობა აგრეთვე არაა ნაჩვენები, როდესაც ვენების გაგანიერებით დაავადებულია ხანდაზმული (ღრმად მოხუცებული) ადამიანი, თუ რაიმე გართულებასთან არა გვაქვს საქმე (მაგალითად, ვარიკოზული წყლულიდან სისხლის დენა) და სხვა. ამასთან, წინასწარ უნდა დადგინდეს ღრმა ვენების გამაელობა, რომ ოპერაციამ არ გააუარესოს ავადმყოფის მდგომარეობა.

ᲖᲔᲪᲓᲝᲛᲔᲑᲘ ᲓᲐ ᲒᲐᲠᲗᲣᲚᲔᲑᲐᲜᲘ ᲥᲕᲔᲛᲝ ᲙᲘᲓᲣᲠᲔᲑᲘᲡ ᲕᲔᲜᲔᲑᲘᲡ ᲝᲞᲔᲠᲐᲪᲘᲘᲡ ᲓᲠᲝᲡ

როგორც ლიტერატურული მონაცემებით დასტურდება, ვენების ვარიკოზული გაგანიერების მკურნალობისათვის მოწოდებულია სხვადასხვა სახის ოპერაცია, მაგრამ არც ერთი მათგანი ცალ-ცალკე აღებული არაა სრულყოფილი, რადგან ოპერაციიდან გარკვეული დროის გავლის შემდეგ ეითარდება რეციდივი და სხვა სახის გართულება. განვიხილოთ ზოგი მათგანი:

ტროიანოვ-ტრენდელენბურგის (1888 წ.) **ოპერაცია.** ეს ოპერაცია ადვილი შესასრულებელია და კეთდება შემდეგი წესით: სკარპეს სამკუთხედში გარდიგარდმო განაკვეთით ადვილად გამოჩნდება დიდი საჩინო ვენა. აქ ის უერთდება ბარძაყის ვენას. ამ ადგილას კანქვეშა ვენა გამოიყოფა და შესართავიდან 5—10 სმ დაშორებით გადაკვანძება და გადაკვეთება. კანი იკერება ყრუდ. ამით ისპობა ბარძაყის ვენიდან სისხლის გადასვლა დიდ საჩინო ვენაში. რამდენადაც ეს ოპერაცია ტექნიკურად ადვილი შესასრულებელია, იმდენად შედეგი არადამაკმაყოფილებელია, ვინაიდან ოპერაციის შემდეგ, მოკლე დროის მონაკვეთში, შემთხვევათა 80—90%-ში იძლევა რეციდივს, ხოლო რამდენიმე ხნის შემდეგ შეიძლება რეციდივი 100%-ში მივიღოთ, ამიტომ გაგანიერებული ვენების მარტო ამ მეთოდით მკურნალობა დაუშვებელია და შეცდომად უნდა ჩაითვალოს. მართალია, პირველ ხანებში ყველა ქვეყნის ქირურგები ფართოდ იყენებდნენ ამ მეთოდს, როგორც დამოუკიდებელი მკურნალობის ოპერაციულ მეთოდს, მაგრამ ამჟამად ეს მეთოდი მიუღებელია.

დიდი პოპულარობით სარგებლობდა მოდელუნგის (Modelung) მეთო-

დი. ამ მეთოდის მიხედვით ვენას პირველად კვანძავენ სკარპეს სამკუთხედში, რის შემდეგ ბარძაყისა და წვივის მედიალურ კოჭამდე კვეთავენ კანს და მთელ სიგრძეზე გამოყოფენ დიდ საჩინო ვენას, აგრეთვე კვანძავენ ყველა მის შენაერთს და შესაძლებლობის ფარგლებში იღებენ. ამ ოპერაციის დიდ უარყოფით მხარედ უნდა ჩაითვალოს ის, რომ კიდურის მთელ სიგრძეზე გაყვანილი ჰრილობის შედეგად ვითარდება ნაწიბური, რაც ძალზე აუშნოებს კიდურს და კოსმეტიკის თვალსაზრისით მიუღებელია, ამასთან ზიანდება კანისა და კანქვეშა მცირე ნერვები, რის შემდეგ ავადმყოფი მუდამ გრძნობს ტკივილს; თვით ოპერაციის შედეგი არადამაკმაყოფილებელია; იძლევა რეციდივს პირველ წლებში 10—20%, ხოლო შორეული შედეგების რეციდივია 30—40%-მდე. ამიტომ აქვე უნდა დავასკვნათ, რომ მოდელუნგის ოპერაციას არ უნდა მივმართოთ, როგორც ლიტერატურული მონაცემებით დასტურდება, მას სადღეისოდ შედარებით იშვიათად იყენებენ.

მოდელუნგის ოპერაციის უარყოფითი მხარე ოდნავ გამოასწორა ნარატმა. მას განაკვეთი მთელ სიგრძეზე კი არ გაჰყავს, როგორც მოდელუნგს, არამედ ის ყოველ 10—12 სმ დაშორებით, მცირე განაკვეთით გამოყოფს დიდი საჩინო ვენის მთავარ ღეროს და გადაკვეთს ორ ლიგატურას შორის, ნაწილ-ნაწილ ამოიღებს ვენას მთელ სიგრძეზე. მართალია, აქ კოსმეტიკური მხარე დაცულია, მაგრამ მთავარი მიზეზი — რეციდივი უფრო მეტ პროცენტში ვითარდება, ამიტომ როგორც ტროიანოვ-ტრენდელენბურგის, ისე ნარატის ოპერაციას იყენებენ სათანადო ჩვენების დროს.

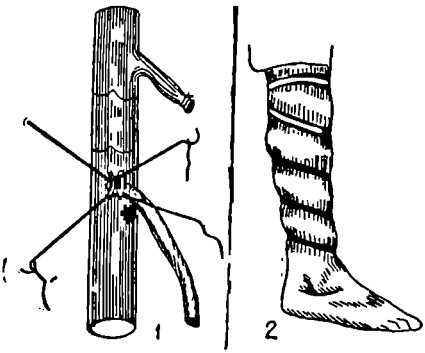
ბებკოკის ოპერაციის არსი მდგომარეობს იმაში, რომ ტროიანოვ-ტრენდელენბურგის ოპერაციის შემდეგ, ცენტრიდან პერიფერიისაკენ ვენის სანათურში შეჰყავთ გრძელი, მრგვალი და ელასტიკური ზონდი, რაც შეიძლება ქვემოთ — წვივის შუა ნაწილამდე. პირველი სერიოზული წინააღმდეგობის ადგილას კანქვეშ პალპაციით მოიძებნება ზონდის თავი, იკვეთება კანი, ვენა გადაიჭრება და გადაიკვანძება პერიფერიული ნაწილი, ხოლო ვენის მეორე ცენტრალური ნაწილი უმაგრდება ზონდის თავს. ამის შემდეგ ზონდი ამოაქვთ უკან, რასაც ამოჰყვება გაგანიერებული, გადაბრუნებული ვენური სისხლძარღვი (ხელთათმანის გადაბრუნებული თითების მსგავსად). ასევე მეორდება სხვა ვენებზე. ამის შემდეგ, მოწყვეტილი კოლატერალური ვენებიდან რომ არ გაგრძელდეს სისხლის დენა, კიდურზე ადებენ დამწოლ ნახვევს და კიდურს ათავსებენ არტა–შაწში.

ამ ოპერაციის გაკეთება ტექნიკურად სრულიად არ წარმოადგენს სიძნელეს, მაგრამ იმ შემთხვევაში, როდესაც მთავარი სისხლძარღვი დაკლაკნილია, ზონდის გაყვანა დიდ მანძილზე ვერ ხერხდება და იქმნება დამატებითი ოპერაციის საჭიროება მოდელუნგ-ნარატის ან სხვა მეთოდით. ზოგ შემთხვევაში სისხლძარღვი წყდება და მისი მთლიანად ამოღება ვერ ხერხდება, დარჩენილი სისხლძარღვი ამოიღება ოპერაციული წესით. ეს ოპერაცია ტექნიკურად რთული არ არის, კოსმეტიკური თვალსაზრისითაც სავსებით მისაღებია, ვინაიდან კიდურის რაიმე დეფექტი ან სიმახინჯე არ ვითარდება; მაგრამ მისი დიდი უარყოფითი მხარეა ის, რომ ყოველთვის მოსალოდნელია კანქვეშა ჰემატომის განვითარება, ვინაიდან მთავარი სისხლძარღვიდან გამომავალი წვრილი სისხლძარღვები კი არ იკვანძება, არამედ იგლიჯება, რასაც შეიძლება მოჰყვეს კანქვეშ სისხლის ჩაქცევა. ზოგჯერ იმდენად ძლიერი ჰემატომა ვითარდება, რომ სისხლის დენის შესაჩერებლად საჭიროა ოპერაციის გაკეთება. ამასთან, სხვა მრავალი

წვრილი სისხლძარღვი რჩება გადაუკვანძავი, ოპერაციის შემდეგ ისინიც განივრდება და მოკლე დროის მონაკვეთში ვითარდება რეციდივი. ამიტომ სხვა დამხმარე ოპერაციის გარეშე მარტო ამ ოპერაციის გაკეთება არაა მიზანშეწონილი.

რინდფლაიშის ოპერაცია. ვენების ვარიკოზული გაგანიერების შერეული ფორმის დროს, როდესაც სჭარბობს ბადისებრი გაგანიერება, შეიძლება რინდფლაიშის მიერ მოწოდებული ოპერაციის გაკეთება. ამ მეთოდის დროს განაკვეთი სპირალურია, იწყება მედიალური კოჭიდან და გრძელდება მუხლის სახსრამდე, იკვეთება კანი, კანქვეშა ქსოვილები, ყველა ვენური სისხლძარღვი, რის შემდეგ კანი კი არ იკერება, არამედ ჩალაგდება ტამპონები და ჭრილობა ხორცდება მეორეული დაჭიმვით, რაც შეიძლება 2—2,5 თვემდე გაგრძელდეს. მართალია, აქ დაცულია რადიკალურობა, მაგრამ, რადგან ჭრილობა ასე დაგვიანებით ხორცდება, ვითარდება ძლიერ უხეში ნაწ-ბური, რომელიც კიდურს ამახინჯებს, დარღვეულია ლიმფური მიმოქცევა, რაც იწვევს კიდურის შეშუპებას, შემთხვევათა 43%-ში ვითარდება რეციდივი (ბიკოვსკი). აღნიშნული ნაკლის გამო ამ ოპერაციამ ვერ პოვა გავრცელება.

დელბეს ოპერაცია. ფრანგმა ქირურგმა დელბემ ვარიკოზულად გაგანიერებული ვენების სამკურნალოდ მოგვაწოდა ორიგინალური მეთოდი, რაც მდგომარეობს კანქვეშა დიდ ვენასა და ბარძაყის ვენას შორის ანასტომოზის დადებაში. ეს მეთოდი შაკმა დაამუშავა დეტალურად. ოპერაცია ტექნიკურად რთული გასაკეთებელია და შედეგიც არაა დამაკმაყოფილებელი. ამ მეთოდს გამოყენება არა აქვს და არც მიზანშეწონილია მისი გამოყენება.



სურ. 68. გაგანიერებული ვენების ოპერაცია: 1 — დელბეს ოპერაცია; 2 — რინდფლაიშის ოპერაცია (შაკის მიხედვით).

კლაპის ოპერაცია. ეს ოპერაცია ტექნიკურად ადვილი შესასრულებელია. საოპერაციო არის დამუშავების შემდეგ, კანს გავჩხვლეტავთ მოღუნული ნემსით, შემოვუვლით კანქვეშა ვენას და ძაფს გავკვანძავთ კანს ზემოთ. ამ დროს კვანძში მოყოლებული ვენის სანათური იხშობა და წარმოიშობა თრომბი. ასეთი კვანძები ახლო-ახლო უნდა დაედოს. 3—5 დღის შემდეგ კვანძები იხსნება. ნ. სოკოლოვმა ამ მეთოდში შეიტანა ცვლილება. ის საკმაოდ მოღუნული ნემსით ჩხვლეტს კანს, უვლის გაგანიერებულ ვენას და ისევე იმავე ნაჩხვლეტში გამოჰყავს ნემსი, ძაფს კვანძავს და კვანძს ზემოთ დარჩენილ ძაფს ჭრის. ასეთი კვანძები უნდა დაედოს ყველა გაგანიერებულ ვენას რაც შეიძლება ახლოს. ეს ოპერაცია კოსმეტიკურად გამართლებულია და თითქმის რადიკალურობაც დაცულია, მაგრამ უნაკლო არ არის, მას ახლავს რიგი უარყოფითი მხარეები: 1. ამ კვანძების ირგვლივ ვითარდება ინფილტრატი, 2. ზოგჯერ საჭიროა 80-მდე კვანძის დაჭერა, რაც იწვევს დიდ უხერხულობას ავადმყოფებში. აგრეთვე შეიძლება

ამ კვანძებში მოჰყვეს ნერვული ტოტები. რაც იძლევა მუდმივ და შემაწუხებელ ტკივილს. ამასთან. კვანძის ირგვლივ განვითარებული ინფილტრატი შეიძლება დაჩირქდეს, გასაჭრელი გახდეს და კვანძი — ამოსაღები. ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ ყოველთვის ვერ ხერხდება ყველა კოლატერალის გადაკვანძვა, რის გამო არც ეს მეთოდია მოკლებული უარყოფით მხარეებს.

დაავადების რეციდივის შორეული შედეგების შესწავლით დადგინდა, რომ რეციდივი შეიძლება განვითარდეს შემთხვევათა 37—40%-ში. ამრიგად, ეს მეთოდი ძალიან მარტივია, მაგრამ მან ფართო გავრცელება ვერ პოვა — ის იხმარება და უსათუოდ უნდა გამოვიყენოთ როგორც დამატებითი მანიპულაცია რომელიმე რადიკალური ოპერაციის დროს.

1963 წელს მ. პოლიტოვსკიმ თანაავტორებთან ერთად მოგვაწოდა ვარიკოზულად გაგანიერებული ვენების ელექტროკოაგულაციით მკურნალობის მეთოდი. ეს მეთოდი იძლევა ვენის კედლის ობლიტერაციას და ერთგვარი სახეცვლილებაა ლიგირასა და სხვების მიერ მოწოდებული მეთოდების (მათ ამ წესით უმკურნალეს 157 ავადმყოფს). ტექნიკურად ეს ასე სრულდება: დიდი საჩინო ვენის სკარპეს სამკუთხედში გამოყოფისა და გადაკვანძვის შემდეგ, სანათურში შეჰყავთ. ელექტროდი რაც შეიძლება ღრმად. ამის შემდეგ ელექტროდს უკავშირებენ დითერმიას და ატარებენ დენს, რითაც ახდენენ ვენის ინტიმის ელექტროკოაგულაციას. ოპერაციის დამთავრების შემდეგ კიდურს 12 დღის განმავლობაში ათავსებენ არტაშანში. აღნიშნული წესით პოლიტოვსკის, შპაიკსა და მარმალეკს გაუკეთებიათ 157 ასეთი ოპერაცია; აქედან 8 ავადმყოფს (5,6%) მიუღია მესამე ხარისხის დამწვრობა, რაც გამოწვეული ყოფილა ენერგიული კოაგულაციით. ამ შემთხვევაში საჭირო გამხდარა დამწვარი ნაწილის მთელ სიგრძეზე ამოკვეთა და კანის გაკერვა, სამ ავადმყოფს ძლიერი დაჩირქება მიუღია დიდი საჩინო ვენის მთელ სიგრძეზე, ოთხს — n. saphenus-ის დაზიანება, რაც გამოიხატებოდა კანის მგრძნობელობის მოშლაში, რომელიც რამდენიმე თვე გაგრძელებულა, ერთ ავადმყოფს კი მიუღია ფილტვის ინფარქტი. ასეთივე შედეგები აქვს მიღებული ს. ლამპერს. საქართველოში გ. ნაცვლიშვილმა თანაავტორებთან ერთად ელექტროკოაგულაცია გაუკეთა 21 ავადმყოფს კარგი შედეგით. როგორც ირკვევა, მარტო კოაგულაციით არ მთავრდება ოპერაცია. როდესაც ავადმყოფს აქვს გაფანტული ვენების გაგანიერება, საჭიროა დამატებითი ოპერაციის გაკეთება კლაპი-სოკოლოვსკის ან სხვა მეთოდით. ეს ოპერაცია ტექნიკურად ადვილი არ არის და თვით ავტორმაც ვერ მიიღო დამაკმაყოფილებელი შედეგი. ეს ოპერაცია მოითხოვს დაკვირვებას და ავადმყოფის ოპერაციისშემდგომი მდგომარეობის შესწავლას. ჩვენის აზრით ამ მეთოდმა ვერ პოვა გავრცელება, იგი უპერსპექტივო გამოდგა. ვენების ვარიკოზული გაგანიერების სამკურნალოდ ახალგაზრდა ექიმებს მის გამოყენებას ჩვენ ვერ ვურჩევთ.

აქ მოყვანილი ყველა მეთოდი ვერ იძლევა დაავადების სრული განკურნების შესაძლებლობას, შემთხვევათა 25 — 40%-ში იძლევა რეციდივს. ეს მაღალი პროცენტი იმაზე მიგვითითებს, რომ აღნიშნული და სხვა მრავალი წესი, რომლებიც მოწოდებულია გაგანიერებული ვენების სამკურნალოდ, ეტყობა არაა საკმაოდ რადიკალური.

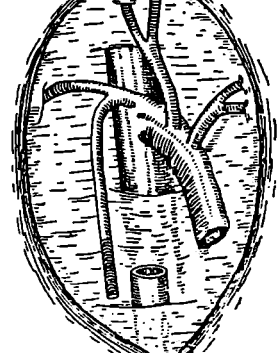
ისმება კითხვა — ოპერაციის რა მეთოდი უნდა გამოვიყენოთ რომ მივიღოთ დაავადების სრული განკურნება ან მინიმუმამდე შევამციროთ რეციდივი? ამისათვის ოპერაცია უნდა გაკეთდეს არა ერთი რომელიმე მეთოდით, არამედ ის უნდა გაკეთდეს კომბინირებული და რადიკალური წესით. ამასთან, ოპერაცია

უნდა გაკეთდეს სათუთად და ტექნიკური შეცდომების გარეშე, ვინაიდან რეციდივის მიზეზი შეიძლება იყოს ტექნიკური შეცდომებიც.

რაზე უნდა გავამახვილოთ ყურადღება ოპერაციის წინ: რომელსაც ნაჩვენებია ოპერაცია, ოპერატორმა ოპერაციის წინა დღეს ან რამდენიმე საათით ადრე ავადმყოფი კარგად უნდა დაათვალიეროს. ოპერატორი ავადმყოფს დააყენებს ფეხზე, რადგან ფეხზე დგომისას ავადმყოფის კიდურზე ყველა ვენა ივსება სისხლით და კარგად ვლინდება (წოლის დროს ან იოდით დამუშავების შემდეგ ვენების ნაწილი უჩინარი ხდება), ყველა გაგანიერებული ვენის გასწვრივ უნდა წაუსვას ლაპისი ან ნემსის წვერით უნდა გაფხეკნოს, ან სხვა რამეთი საღებავით აღნიშნოს, რომ მას აღნიშნული ვენის გადაკვანძვის ყველა ეტაპზე ადვილად შეეძლოს ჰქონდეს.

გაუტკივარება. ქირურგთა დიდი უმრავლესობა მიმართავს ადგილობრივ გაუტკივარებას ნოვოკაინის 0,25—0,5%-იანი ხსნარით. მაგრამ არ შეიძლება აქვე არ აღვნიშნოთ, რომ ადგილობრივი გაუტკივარების ჩატარების დროის 20—25% მიაქვს, ვინაიდან ეს ოპერაცია, განსაკუთრებით როდესაც ორივე კიდურია დაავადებული, ძალზე ღრმა ოპერატორს და ფიტავს ავადმყოფის ნერვულ სისტემას, ამიტომ ამ ბოლო დროს ფართოდ იყენებენ ენდოტრაქეულ ნარკოზს ან სპინალურ ანესთეზიას ნოვოკაინის 6%-იანი ხსნარით. გაუტკივარების ეს ორი სახე ძალზე აადვილებს ოპერაციის უფრო ჩქარა და რადიკალურად დამთავრებას.

ვარიკოზულად გაგანიერებულ ვენებზე რა სახის ოპერაციაც არ უნდა გაკეთდეს, მას წინ უძღვის, პირველ რიგში, ტროიანოვ-ტრენდელენბურგის ოპერაცია. სწორედ აქ შეიძლება შეცდომების დაშვება და გართულებების მიღება. მაგალითად, როდესაც ქირურგს სკარპეს სამკუთხედში სურს დიდი საჩინო ვენის გადაკვანძვა, შეიძლება მთავარი ვენის ნაცვლად გადაიკვანძოს დამატებითი ვენა, რაც დროის მოკლე მონაკვეთში ხდება რეციდივის მიზეზი. ან გადაკვანძოს მთავარი ვენა და ვერ შეამჩნიოს იქ არსებული დამატებითი წვრილი ვენები. ეს ვენები თანდათანობით გაგანიერდება და გახდება რეციდივის მიზეზი. აგრეთვე შეცდომაა, როდესაც დიდ საჩინო ვენას კვანძავენ შესართავიდან დაშორებით, მაშინ დარჩენილ მონაკვეთში ვითარდება თრომბი და შეიძლება გახდეს ემბოლიის მიზეზი, ამიტომ ქირურგი უნდა ეცადოს რაც შეიძლება შესართავთან ახლოს გადაკვანძოს დიდი საჩინო ვენა. რაც შეეხება პერიფერიულ ნაწილს, ის შეიძლება მოიკვეთოს დაშორებით, აგრეთვე უნდა გადაიკვანძოს წვრილი ვენები, რომლებიც ამ მონაკვეთში გამოიყოფა. აქვე უნდა აღინიშნოს ერთი მეტად მნიშვნელოვანი და სახიფათო გართულება: ა) როდესაც დიდ საჩინო ვენას კვან-



სურ. 69. კანქვეშა ვენა შესართავიდან გამომდინარე მცირე კალიბრის ვენები, რომლებიც შეიძლება გახდეს რეციდივის მიზეზი.

ძავენ შესართავთან, ის არ უნდა გამოსწიონ ან მოჭაჩონ, რომ ლიგატურში არ მოჰყვეს ბარძაყის მთავარი ვენა, ან უხეშად მოწევის შედეგად ის არ მოწყდეს შესართავს, რასაც მოჰყვება სისხლის დენა. ასეთ შემთხვევაში ქირურგს მართებს სიფრთხილე, ის არ უნდა დაიბნეს და არ დაიწყოს სისხლის დენის შესაჩერებლად ჟომის დადება, ვინაიდან ბარძაყის დიდ ვენასთან მოთავსებულია ბარძაყის არტერია და შეიძლება სისხლის დენის გასაჩერებელი ჟომი დაედოს არტერიაზე. რაც დიდი შეცდომაა. ზოგჯერ ასეთ შეცდომას შეიძლება მოჰყვეს კიდურის განგრენა და გახდეს საამპუტაციო. ოპერატორმა თითის დაჭერით ან ტამპონის დადებით უნდა შეაჩეროს სისხლის დენა. შემდეგ თითს ნელა აიღებს ან ტამპონს მოაშორებს და დაადგენს სისხლის დენის ადგილს და დაზიანების სიდიდეს. თუ ქირურგს არ შეუძლია დაზიანებული ნაწილის აღდგენა, მას უნდა მიეშველოს უფრო კვალიფიციური ქირურგი, რომელიც ადვილად მოახერხებს სისხლის დენის შეჩერებას (საჭიროების შემთხვევაში დაზიანებული სისხლძარღვის კედელი უნდა გაიკეროს ატრავმატული ნემსით). თუ ამის შესაძლებლობა არ არის, ოპერატორმა უნდა გაგანიეროს ჭრილობა (თუ ავადმყოფმა დიდი რაოდენობით დაკარგა სისხლი, უნდა გადაესხას) და თვალის კონტროლის ქვეშ საიმედოდ დატამპონოს. ტამპონი არ უნდა ამოიღოს 48—72 საათის განმავლობაში. დღევანდელ პირობებში, თუ საჭიროება მოითხოვს, და არის ამის შესაძლებლობა, სისხლძარღვი უნდა გაიკეროს და აღდგეს მისი მთლიანობა, მით უმეტეს, როცა ეს ეხება ისეთი დიდი კალიბრის სისხლძარღვებს, როგორიცაა ბარძაყის არტერია და ვენა. თუ სისხლის დენის შეჩერების მიზნით გადაიკვანძა ბარძაყის ვენა, ამას მოჰყვება კიდურის შეშუპება და ადამიანი დაინვალიდდება. ამრიგად, ოპერატორი მუდამ ფრთხილად უნდა იყოს, რომ არ დაუშვას ასეთი მეტად არასასიამოვნო შეცდომა.

იმ შემთხვევაში, როდესაც გაგანიერებულია პატარა საჩინო ვენა, ზოგ ქირურგს მიზანშეწონილად არ მიაჩნია ტროიანოვ-ტრენდელენბურგის ოპერაციის გაკეთება, რაც შეცდომაა; მოკლე დროის მონაკვეთში მოსალოდნელია რეციდივი, რადგან ბარძაყის მიდამოში მთავარი ვენური სისხლძარღვი თავის კოლატერალებით დატოვებულია და შეიძლება ოპერაციამდე არსებული უჩინარი ვენები ისევ გაგანიერდეს.

ქვემო კიდურების ვენების ვარიკოზული გაგანიერების დროს ოპერაციის რადიკალურობის დასაცავად, დიდი საჩინო ვენის მთავარი ძარღვის ამოღებასთან ერთად უსათუოდ უნდა გადაიკვანძოს და გადაიკვეთოს ყველა გვერდითი კოლატერალი. რა მცირე კალიბრისაც არ უნდა იყოს ის.

ვენების კოლატერალური სისტემის სალიკვიდაციოდ შეიძლება კლაპის, სკლეროვის, კოხერისა და სხვათა მეთოდების გამოყენება. აგრეთვე გაფანტული ვენების დროს საჭიროა მასკლეროზებელი ნივთიერებების გამოყენებაც. ამასთან, საჭიროა რადიკალურობის დაცვა. უნდა ამოიკვეთოს მცირე საჩინო ვენა, თუნდაც ის არ იყოს გაგანიერებული. ამ ვენის დატოვება გარკვეულ პროცენტში შეიძლება გახდეს რეციდივის მიზეზი. ამგვარად, თუ ოპერაცია ჩატარდება აღნიშნული წესების დაცვით, რეციდივის პროცენტი შეიძლება საგრძნობლად შემცირდეს.

მასკლეროზებელი საშუალებებით მკურნალობა. ვენების ვარიკოზულად გაგანიერების სამკურნალოდ, გარდა რადიკალური ოპერაციისა, არსებობს კიდევ მასკლეროზებელი ნივთიერების ინიექციებით მკურნალობა. ზოგი ნივთიერება, შეყვანილი გაგანიერებულ ვენაში, იწვევს ვენის ინტიმის რღვევას, რასაც მოჰ-

ყვება ძარღვის კედლის სკლეროზი და სანათურის ობლიტერაცია. აქ, პირველ რიგში, გადასაწყვეტია პრინციპული ხასიათის საკითხი — არის თუ არა მიზანშეწონილი ვენების ვარიკოზულად გაგანიერების დროს მკურნალობის ამ მეთოდის გამოყენება.

როგორც ლიტერატურული მონაცემებიდან ირკვევა, ქირურგთა უმრავლესობის აზრით ვენების ვარიკოზული გაგანიერების დროს უნდა გაკეთდეს მხოლოდ რადიკალური ოპერაცია. ზოგი ქირურგი კი ფიქრობს, რომ გარკვეული ჩვენებების დროს საჭიროა ჩატარდეს მასკლეროზებელი ნივთიერების ინტრავენური მკურნალობა, რადგან ზოგ შემთხვევაში მას სხვა მეთოდთან შედარებით უპირატესობა აქვს. ჯერ ერთი, ის ტექნიკურად ადვილი შესასრულებელია, კოსმეტიკური თვალსაზრისით მისაღებია. ჩვენებების დროს თუ მას სწორად გავაკეთებთ, რეციდივი უფრო ნაკლები იქნება. მკურნალობა, თუ ამბულატორიულ პირობებში ტარდება, არ მოითხოვს ავადმყოფის სამუშაოდან განთავისუფლებას, ამასთან, ზოგიერთი მწიშარა ავადმყოფი, რომელიც ოპერაციაზე კატეგორიულად უარს ამბობს, მკურნალობის ამ მეთოდზე სიამოვნებით თანხმდება. ამ მეთოდთან დაკავშირებით სიკვდილიანობაც იშვიათია. მაგალითად, ვესტერნბორნის ნაკრები სტატისტიკით 30.000 ავადმყოფიდან აღნიშნულია სიკვდილიანობის თერთმეტი შემთხვევა ფილტვის ემბოლიით (სადიშევი, 1936). არიან ავტორები, რომელთაც 10—15 ათასი ავადმყოფიდან არც ერთი სიკვდილიანობა არ ჰქონიათ. მაგრამ, რასაკვირველია, ექიმის დიდი შეცდომა იქნება არ გაუწიოს ანგარიში შესაძლებელ გართულებებს და სიზუსტით არ გამოიყენოს აღნიშნული მეთოდი ვარიკოზული ვენების სამკურნალოდ.

გამოჩენილმა ფრანგმა ქირურგმა შასანიამ 1858 წელს პირველმა გამოიყენა ვარიკოზულად გაგანიერებული ვენების სამკურნალოდ ვენაში მასკლეროზებელი ნივთიერების შეყვანა (Liq Ferri-sesquichlorati). ამის შემდეგ ეს მეთოდი სწრაფად გავრცელდა. თანდათანობით უფრო ჩამოყალიბდა და ამ ბოლო დროს ძირითადში იხმარება sol. Nat. chlor 20% (ლინზერი), sol. Nat. salicilici 40% (სიკარი), ვარიკოციდის 3%-იანი ხსნარი. 1930 წელს მამამთავრიშვილმა მოგვაწოდა sol. Nat. brom-ის 30%-იანი ხსნარი, რომელიც არ ჩამოუვარდება თავის მოქმედებით Sol. Nat. salicil. და არ იძლევა გართულებებს.

ინიექციით მკურნალობის პოპულარობა იმდენად გაიზარდა, რომ 1920 წლიდან 1950 წლამდე საზღვარგარეთ თითქმის გამოირიცხა რადიკალური ოპერაციული მკურნალობა. რასაკვირველია, მასკლეროზებელი ნივთიერების ასე ფართოდ გამოყენება უსათუოდ გაუმართლებელია და შეცდომად უნდა ჩაითვალოს, მაგრამ სათანადო ჩვენების დროს მას თავისი მნიშვნელობა აქვს. მკურნალობის ეს მეთოდი მოითხოვს ასეპტიკა-ანტისეპტიკის მკაცრად დაცვას. ოპერატორმა წინასწარ სტერილური ნემსის წვერით ან ლაპისით უნდა აღნიშნოს ის წერტილი, სადაც ჩხვლეტა უნდა გაკეთდეს. ჩხვლეტის წინ საჭიროა მწოლიარე ავადმყოფმა ფეხი ჩამოუშვას და სკამზე დაადგას, როცა ვენა გაივსება სისხლით, ხდება მისი ჩხვლეტა დანიშნულ ადგილზე; შემდეგ ფეხს ეძლევა ჰორიზონტალური მდებარეობა, სისხლძარღვი იცლება და ამ მომენტში ხდება მასკლეროზებელი ნივთიერების შეყვანა. პირველი ინიექცია უნდა მოხდეს დაბლა მდებარე ვენაში. ერთდროულად შეიძლება გაკეთდეს 2—3 ჩხვლეტა. ნემსის ამოღებისთანავე უნდა დავადოთ დამწოლი ნახევი. საინიექციო მასკლეროზებელი ნივთიერება უნდა ავიღოთ ცალ-ცალკე შპრიცებში. რაც უფრო წმინდაა ნემსი, მით უკეთესია. ინიექციის დამთავრების

შემდეგ ვადებთ დამწოლ ნახვევს ან ავადმყოფი იცვამს რეზინის წინდებს. პროცედურის დამთავრების შემდეგ ავადმყოფმა უნდა იაროს. როგორც აღინიშნა, ამ დროს ვენის კედლები ერთმეორეს ეწებება და ხდება სანათურის ობლიტერაცია თრომბის განვითარების გარეშე. ინიექციებს შორის შუალედი 6—8 დღეა. 1944 წელს ე. იორბახმა მოგვაწოდა ვენაში მასკლეროზებელი ნივთიერების შეყვანამდე 0,5 მლ ჰაერის შეყვანა, მისი აზრით შეყვანილი ჰაერი სისხლს გამოდენის, ეს ნივთიერება მოქმედებს ინტიმაზე უშუალოდ, სისხლში შერევის გარეშე. ტექნიკურად ეს ჯერ კიდევ 5-გრამიანი შპრიცით, როდესაც მასკლეროზებელ ნივთიერებას მოვაგროვებთ, დგუში უნდა ამოვწიოთ და ნახევარი ან ერთი გრამი ჰაერი შევიყვანოთ. ჰაერი გასწევს ვენის სანათურში სისხლს და მაშინვე ნივთიერების მიყოლება უშუალოდ იმოქმედებს ვენის ინტიმაზე და შეაწებებს მას. მაგრამ თუ ამის შესრულებას ვერ მოვახერხებთ, ეს შეცდომა არ იქნება. არაა გამორიცხული, რომ ინიექციის დროს ხსნარი მოხვდეს კანქვეშ, თუ ნემსის წვერი გამოვარდა ვენის სანათურიდან, ექიმს მზად უნდა ჰქონდეს ინიექციის დაწყებამდე ფიზიოლოგიური ხსნარით სავსე შპრიცი და კანქვეშ სითხის ჩაქცევისთანავე გააკეთოს ამ მიდამოს ინფილტრაცია — ის განაზავებს შეყვანილ სითხეს, რითაც ავიცილებთ კანქვეშა ქსოვილის ნეკროზს. თუ განვითარდა ნეკროზი, დანეკროზებული ადგილი ადგილობრივი გაუტკივარებით უნდა ამოიკვეთოს. და შესაძლებლობის ფარგლებში გაიკეროს. ასეთი ავადმყოფის მკურნალობა გაგრძელდება ერთ თვემდე, რის გამოც ავადმყოფმა შეიძლება გამოთქვას სამართლიანი უკმაყოფილება.

ვარიკოზული ვენების სამკურნალოდ ა. ტაველმა 1908 წელს მოგვაწოდა კანქვეშა ვენებში მასკლეროზებელი ნივთიერების რეტროგრადულად შეყვანის მეთოდი. დიდი საჩინო ვენა გადაიკვანძება სკარპეს სამკუთხედში. პერიფერიული ვენის სანათურში შეჰყავთ მასკლეროზებელი ნივთიერება დიდი რაოდენობით, რის შედეგად ვენის კედლები ეწებება ერთიმეორეს და სანათური ისპობა. 1925 წლიდან 1947 წლამდე მკურნალობის ამ მეთოდს ფართოდ იყენებდნენ, მაგრამ, ვინაიდან მან რეციდივის დიდი პროცენტი მოგვცა, თანდათანობით ამოვარდა ხმარებიდან, მაგრამ 1958 წელს ადერმა აღადგინა და განაახლა მკურნალობის ეს მეთოდი. დაიწყო მასკლეროზებელი ნივთიერების რეტროგრადულად შეყვანა — გლუკოზის 66%-იანი ხსნარის 150—180 მლ-მდე. მასკლეროზებელი ნივთიერების ასეთი დიდი რაოდენობით შეყვანა ვენაში უსათუოდ შეცდომაა; თუ რამდენად სახიფათოა, დასტურდება დ. ხაიუტინისა და ს. სულანკას მონაცემებით. მათ სასექციო მასალით დაადგინეს ამ მეთოდით მკურნალობასთან დაკავშირებული ტრაგიკული სიკვდილის ორი შემთხვევა (1931 წ.) 44 წლის ავადმყოფს ადგილობრივი გაუტკივარებით გაუკეთდა ოპერაცია. ორივე კიდურის ვენების გადაკვანძვისა და გადაკვეთის შემდეგ, ვენის სანათურში ორივე მხარეზე შეუყვანეს 25%-იანი Nat. chlor. 100 მლ. ოპერაციის დამთავრებისთანავე ავადმყოფი ცუდად გახდა, დაწუებინა ღებინება, მაჯა დაუსუსტდა — ძაფისებრი გაუხდა, ზოგჯერ არ ესინჯებოდა. მიიღეს გადამწყვეტი ზომები—სისხლი გამოუშვეს, შეუყვანეს 1 ლიტრი ფიზიოლოგიური ხსნარი, რამაც შედეგი არ მისცათ და ავადმყოფი მეორე დღეს გარდაიცვალა ისე, რომ გონზე არ მოსულა. სექციაზე დადგინდა დიდი საჩინო ვენების თრომბირება, ემბოლია ავსებდა ფილტვის არტერიას, რამაც გამოიწვია სიკვდილი.

ამ შემთხვევიდან ექიმებმა სათანადო დასკვნა ვერ გააკეთეს და $5\frac{1}{2}$ თვის შემდეგ ასეთი ოპერაცია გაიმეორეს. 37 წლის ავადმყოფს ადგილობრივი გაუტ-

კოვარებით ვენის პერიფერიულ ნაწილში შეუყვანეს 20%-იანი Nat. chlor. 70 მლ-ის რაოდენობით. მე-2 დღეს ავადმყოფი გარდაიცვალა ფილტვის არტერიის ემბოლიით.

ამგვარად, როგორც ირკვევა (ტოლმანი) ასეთი დიდი რაოდენობით მასკლეროზებელი ნივთიერების რეტროგრადულად შეყვანა უსათუოდ შეცდომაა. ჩვენი კლინიკის მასალითაც დასტურდება, რომ, ძირითადად, ვენების ვარიკოზულ გაგანიერებას უნდა ეუმკურნალოთ რადიკალური კომბინირებული ოპერაციით. გარკვეულ შემთხვევებში შეიძლება შევიყვანოთ მასკლეროზებელი ნივთიერება ინტრავენურად.

თრომბოფლებიტი

თრომბოფლებიტის სამკურნალოდ არსებობს სხვადასხვა მეთოდი, მაგრამ ვიდრე შევარჩევდეთ რა მეთოდით ჩავუტაროთ ავადმყოფს მკურნალობა, საჭიროა გავითვალისწინოთ, თუ რა მიზეზმა გამოიწვია თრომბოფლებიტი, რა სახის ფორმისა და სტადიის თრომბოფლებიტთან გვაქვს საქმე, უნდა დავადგინოთ მისი გავრცელება, დაავადების სიფართოვე და რომელი ვენაა დაავადებული (გავითვალისწინოთ, თრომბოფლებიტს ხომ არ უდევს საფუძვლად ვენების ვარიკოზული გაგანიერება). მხედველობაში უნდა მივიღოთ ავადმყოფის ასაკი. აღნიშნული საკითხის გაუთვალისწინებლად მკურნალობის დანიშვნა უსათუოდ შეცდომაა და სარგებლობის მაგიერ ვნებას მოუტანს ავადმყოფს. მკურნალობა მიზნობრივი და სასარგებლო რომ იყოს, წინასწარ უნდა გავერკვეთ ერთ მნიშვნელოვან საკითხში—რა განსხვავებაა ფლებოთრომბოზს, თრომბოფლებიტსა და პოსტთრომბოფლებიტურ სინდრომს შორის, როგორია მათი კლინიკური სურათი, რა მეთოდები გამოვიყენოთ მათ სამკურნალოდ.

ფლებოთრომბოზი (პირველადი თრომბოზი, მარანტიული თრომბოზი) განსაკუთრებით ვითარდება ქვემო კიდურების ღრმა ვენებში და წარმოადგენს ემბოლიის მთავარ წყაროს, რაც ძალიან საშიშია ავადმყოფისათვის; მდგომარეობას ხშირად ართულებს ის, რომ დიაგნოზის დადგენა ადვილი არ არის, რადგან ფლებოთრომბოზის დამახასიათებელი სურათი არ ვლინდება, რაც ხშირად ხდება ფილტვის არტერიის ემბოლიის მიზეზი. თუ ავადმყოფი ემბოლიას გადაურჩა, 6—12 თვის შემდეგ ყალიბდება პოსტთრომბოფლებიტური სინდრომი, რომლის მკურნალობა უკვე სიძნელეს არ წარმოადგენს.

რაში მდგომარეობს დიაგნოზის დადგენის სირთულე? ვენური სისხლძარღვის კედელში ყოველგვარი ანთებადი პროცესის გარეშე განვითარებულ თრომბოზს აქვს უსიმპტომო მიმდინარეობა, რაც დიაგნოსტიკური შეცდომის მიზეზია. თრომბი ვენის კედელზე სუსტადაა მიმაგრებული და უმნიშვნელო მიზეზის გამო (ჩახველება, ლოგინში გადაბრუნება, წამოდგომა, კუნთების დაჭიმვა და სხვა) ადვილად წყდება და ხდება ემბოლიის მიზეზი. თრომბის განვითარებას ხელს უწყობს სისხლის შემადგენლობის ცვლილებები, წოლის შედეგად სისხლის მიმოქცევის შენელება, ნივთიერებათა ცვლის დარღვევა და სხვადასხვა სახის ტრავმა (ქირურგიული, გინეკოლოგიური, უროლოგიური ოპერაციები) და სხვა. შეიძლება აპენდიციტის ოპერაციის შემდეგ ოპერაციის შემდგომი პერიოდი გაურთულებლად მიმდინარეობდეს, მაგრამ ავადმყოფი წამოდგომისთანავე მოკვდეს. სასექციო მაგიდაზე დგინდება ფილტვის სისხლძარღვში ემბოლიის არსებობა. ფლებოთრომბოზი ძირითადში შემთხვევათა 60—70%-ში ასაკოვან ადამიანებს უვითარდებათ (გ. ზაიცევი).

ფლებოთრომბოზის სიმპტომები იმდენად უმნიშვნელოა, რომ ზოგჯერ ყურადღების გარეშე რჩება. მაგრამ დაკვირვებულმა ექიმმა შეიძლება წვივის კუნთებში შენიშნოს გაურკვეველი, მოსათმენი ტკივილი. პალპაციით ვამჩნევეთ ღრმა ვენების გამკვრივებას, რომლებიც მტკივნეულია. ლოვენბერგმა აღნიშნა. რომ წვივის შუა მესამედში თუ დავადებთ რივა-როჩის მანჟეტს, ჰაერის შეყვანის შემდეგ მცირედი ზედდაწოლა (30—40 მმ ვერცხლისწყლის სვეტისა) იწვევს ძლიერ ტკივილს, მაშინ როდესაც საღ კიდურზე 130—150 მმ ზედდაწოლით რაიმე უსიამოვნო შეგრძნებას და ტკივილს ადგილი არა აქვს.

რადგან ფლებთრომბოზის დიაგნოზის დროული დადგენა ძალზე ძნელია, ემბოლიის საწინააღმდეგო საშუალება ძირითადში პროფილაქტიკით განისაზღვრება, ვინაიდან ფლებთრომბოზით უფრო ხშირად ავადდებიან ხანშიშესული და ძლიერ მსუქანი ადამიანები, ოპერაციისათვის კი საჭიროა მათი სათანადო მომზადება, სისხლის კოაგულაციური სისტემის შესწავლა, გულ-სისხლძარღვთა და სხვ. ხოლო ოპერაციის შემდეგ პერიოდში — აქტიური მოძრაობა, ვარჯიში, ღრმად სუნთქვა, შერჩეული დიეტა და ადრე ადგომა, ჯობია კიდურზე ფლებოთრომბოზისათვის დამახასიათებელი ნიშნების შემჩნევისთანავე, ვიდრე გართულებას მივიღებდეთ, ჩავატაროთ კონსერვატიული ღონისძიებები: ლოგინში უძრავად წოლა, კიდურის მოთავსება არტაშანში, სამკურნალო წინდების ჩაცმა ან ელასტიკური ბანდით შეხვევა ისე. რომ თანაბარი ზედდაწოლა იყოს მთელ კიდურზე, აგრეთვე უნდა ჩავუტაროთ მედიკამენტური მკურნალობა — გეპარინის ინიექცია კუნთებში (5000—50000-მდე), დავუნიშნოთ სხვა ანტიკოაგულანტები, ვიდრე პროთრომბინის ინდექსი 50—60%-მდე არ დავა და არ გაიელის ყველა მოვლენა. ავადმყოფი არ უნდა ავაყენოთ 10—14 დღემდე. ასეთი დაავადების დროს რაიმე ქირურგიული მკურნალობა არაა გამართლებული. სცადეს საოპერაციო ავადმყოფების წინასწარ მომზადება ანტიკოაგულანტებით, მაგრამ ამ ღონისძიებამ მნიშვნელოვანი შედეგი არ გამოიღო, და ამის გამო, ამ მედიკამენტების გამოყენება შეიძლება გარკვეული ჩვენებების დროს, მაგალითად, თრომბოემბოლიის დროს, ოპერაციის წინა პერიოდში და სპეცმკურნალობის დროს, რომ ავაცილოთ ავადმყოფს მოსალოდნელი სახიფათო გართულება.

რაც შეეხება თრომბოფლებიტს, ის არსებითად განსხვავდება ფლებოთრომბოზისაგან. მისი კლინიკური სურათი იმდენად მკვეთრადაა გამოხატული, რომ დიაგნოზის დასმა სიძნელეს არ წარმოადგენს. თრომბოფლებიტის დროს საქმე გვაქვს ვენური სისხლძარღვების ინტიმის ანთებით პროცესთან და თრომბი ვითარდება მეორადად. თრომბი იმდენად მჭიდროდაა დაკავშირებული ვენის კედელთან, რომ ის იშვიათად ხდება ემბოლიის მიზეზი.

კიდურების კანქვეშა ვარიკოზულად გაგანიერებული ვენების მწვავე თრომბოფლებიტი უფრო კარგადაა შესწავლილი, ვიდრე სხვა ვენების თრომბოფლებიტი (ეტიოლოგიური საკითხი აქ არ განიხილება, ვინაიდან ის კარგადაა მოცემული ქირურგიის სახელმძღვანელოებში). ზერელე ვენების მწვავე თრომბოფლებიტი ვითარდება ზოგჯერ უეცრად, თითქოს რაიმე მიზეზის გარეშე, ზოგჯერ კი წინ უძღვის ტრავმული დაზიანება ან ინფექციური დაავადება (გრიპი, წითელი ქარი, ტიფები და სხვა) ავადმყოფი უჩივის ტკივილს კიდურების ვენების გასწვრივ, იშვიათ შემთხვევაში კიდურის ფუნქციის მოშლას. შეიძლება შეამცივნოს, ტემპერატურა სუბფებრილური ხასიათის (39—40°), კანქვეშა გაგანიერებული ვენა გამაგრებულია და შეიძლება გაწითლებულიც იყოს. ვენის ირგვლივ ვითარდება ინფილტრატი, რომელიც ზოგ შემთხვევაში შეიძლება დაჩირქდეს, ზერელე ვე-

ნების მწვავე თრომბოფლებიტის დადგენა-დიაგნოსტიკა იმდენად ადვილია, რომ იშვიათად რომ ვინმეს შეეშალოს სხვა დაავადებაში (წითელ ქარში ან კანის სხვა ანთებით პროცესში). მაგრამ ექიმს მაინც უნდა ახსოვდეს, რომ დიდ საჩინო ვენაში განვითარებული თრომბი ხშირად აღწევს კაკლისოდენობამდე, და არ შეეშალოს ბარძაყის ჩაჭედილ თიაქარში (კ. კუზმინი).

ჯერ კიდევ სადავო საკითხია და გადაჭრილი არაა, თუ რა მეთოდით უნდა ვემკურნალოთ კანქვეშა ვარიკოზული ვენების მწვავე თრომბოფლებიტს. ეს საკითხი ყურადღების გამახვილებას იმიტომ მოითხოვს, რომ ყველაზე ხშირად მწვავე თრომბოფლებიტი ვითარდება სწორედ ამ ვენებში. მკურნალობის მეთოდი ორგვარია — კონსერვატიული და ოპერაციული. მკურნალობის საკითხი უნდა გადაიჭრას ინდივიდუალური მიდგომით და დაავადების ხასიათის მიხედვით. ავადმყოფს უნდა ჩაუტარდეს კონსერვატიული მკურნალობა კომპლექსური მეთოდით. პირველ რიგში, კიდური უნდა მოვათავსოთ ართაშანში, ფეხი ოდნავ ზემოთ უნდა იყოს აწეული. თუ დაავადება მაღალი ტემპერატურით მიმდინარეობს, მკურნალობა უნდა ჩავატაროთ ანტიბიოტიკებით. ანტიბიოტიკების გამოყენება ზოგს შეცდომად მიაჩნია. რაც სწორი არ არის. მკურნალობის ასეთი მეთოდი მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს სისხლის შედგენილობაზე და არ იძლევა თრომბოფლებიტის რაიმე გართულებას.

უკანასკნელ ხანებში თრომბოფლებიტის სამკურნალოდ ფართოდ იყენებენ ანტიკოაგულანტებს, მათ შორის დიკუმარინს, გეპარინს, პელენტალს. ამ პრეპარატების გამოყენების დროს საჭიროა დიდი სიფრთხილე. მკურნალობა უსათუოდ უნდა ჩატარდეს სტაციონარის პირობებში. დღეგამოშვებით უნდა გაისინჯოს პროთრომბინის მაჩვენებელი, როდესაც ის მიაღწევს 50—60 ერთეულამდე კოაგულანტების მიცემა უნდა შეეწყვიტოთ, ხშირად უნდა ისინჯებოდეს შარდი. ანტიკოაგულანტებით მკურნალობის შემდეგ წურბელებით მკურნალობა შეცდომაა, ვინაიდან ავადმყოფს შეიძლება ნაკბენი ადგილიდან განუვითარდეს სისხლის დენა. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ მწვავე თრომბოფლებიტის დროს კიდურების დიდიხნით უმოძრაობა შეცდომაა. ზერელე ვენების დაავადების დროს ავადმყოფს ადგომის უფლება 3—4 დღის შემდეგ უნდა მივცეთ, არავითარი ემბოლიის განვითარების საშიშროება აქ არ არის, უმოძრაობა უფრო გახანგრძლივებს განკურნებას.

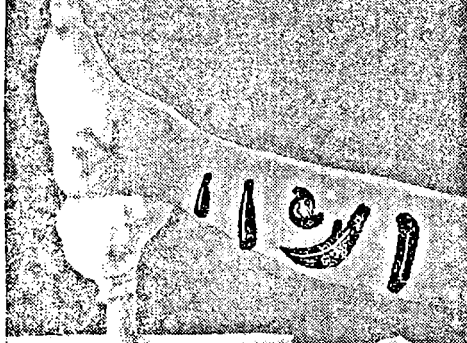
ჩვენი აზრით, მწვავე თრომბოფლებიტის დროს ერთ-ერთ რაციონალურ საშუალებად უნდა ჩაითვალოს ჰირუდინით მკურნალობა[1].

ჰირუდინით მკურნალობის ეს მეთოდი შეიმუშავა ფრანგმა დასტაქარმა ტერნიერმა (Ternier), 1922 წელს, ამით მან აღადგინა ერთ-ერთი უძველესი მეთოდი. ტექნიკურად ამ მეთოდით მკურნალობა ადვილი შესასრულებელია და მისაწვდომი საშუალო და დაბალი პერსონალისთვისაც კი. ჩვენების მიხედვით ერთდროულად შეიძლება დავასვათ 5-დან 20-მდე წურბელა. წურბლები შეიძლება განმეორებით დავასვათ 2—3-ჯერ და მეტჯერაც, 3—4 დღის შუალედით (წურბელებს რაიმე ვნების მოტანა არ შეუძლიათ). ჰირუდინის შეშვების შემდეგ თუ დაცული იქნება ყველა წესი, ავადმყოფი უცბად იგრძნობს შვებას, ტკივილები ეხსნება ან საგრძნობლად კლებულობს, კიდური ცხრება, თრომბი ისრუტება. ზოგ შემთხვევაში შეიძლება სისხლძარღვის გამავლობა აღსდგეს, განსა-

[1] თრომბოფლებიტის დროს ჰირუდინოთერაპია ამერიკაც ასიაში პირველად ამ წიგნის ავტორმა გამოიყენა 1936 წელს, „საბჭოთა მედიცინა", № 7, 1940.

კუთრებით ღრმა ვენების თრომბოფლებიტის დროს. Sulger-ისა და Borsin-ის აზრით ჰირუდინი არის მძლავრი ანტითრომბინი, აქვს ლიმფის შესრუტვის ძლიერი თვისება. ამით ხსნიან ისინი ანთების, სიმსივნის ჩქარ დაცხრომას.

ზოგი ქირურგი კანქვეშა ვენების მწვავე და ქრონიკულ თრომბოფლებიტს ოპერაციული წესით მკურნალობს; რაც უკვე საკამათო არ არის. როდის უნდა გაკეთდეს ოპერაცია? ზოგი ავტორი ოპეოაციას აკეთებს მწვავე ფორმის დროს, ზოგი პირველ ხანებში არიქვს კონსერვატიული წესით მკურნალობას და როდესაც მწვავე ფორმა გადავა ქვემწვავე ან ქრონიკულში, მაშინ მიმართავს ოპერაციას. ოპერაციული წესით მკურნალობას ის უპირატესობა აქვს, რომ ამ დროს აძოიკვეთება სიცოცხლისა და ისპობა თრომბის განვითარების ადგილი.



სურ. 70. თრომბოფლებიტით დაავადებული კიდურის მკურნალობა წურბელებით.

მწვავე თრომბოფლებიტის ოპერაციული მკურნალობის აბსოლუტური ჩვენებაა დიდი საჩინო ვენის თრომბოზი, განსაკუთრებით ბარძაყის არეში, ან მცირე საჩინო ვენის თრომბოზი. ამ ვენის მწვავე თრომბოფლებიტი იმითაა სახიფათო, რომ შეიძლება თრომბოფლებიტი გადავიდეს ღრმა ვენებში, რაც ქმნის ფილტვის არტერიებში ემბოლიის განვითარების საშიშროებას. ოპერაციის დაგვიანება უსათუოდ შეცდომაა და სახიფათოა, რადგან მთელი კანქვეშა ვენა თრომბირებულია მის ღრმა ვენის შესართავამდე.

თრომბოფლებიტის დროს ოპერაციის ტექნიკურად გაკეთება ძნელი არ არის. დიდ საჩინო ვენას გადავკანძავთ იქ, სადაც ის უერთდება ბარძაყის ღრმა ვენას — სკარპეს სამკუთხედში, რაც შეიძლება შესართავთან ახლოს, შემდეგ თრომბირებულ ვენას ამოვკვეთავთ მთელ სიგრძეზე, კანს გავკერავთ ყრუდ ან დრენაჟს ჩავტოვებთ. იმ შემთხვევაში, როდესაც თრომბირებულია მცირე საჩინო ვენა, იმასაც ამოვკვეთავთ და კანს გავკერავთ. ოპერაციის შემდეგ უნდა ჩაეუტაროთ კონსერვატიული მკურნალობა. რუკუვრკ მწვავე, ისე ქრონიკულ სტადიაში, ჩვენების მიხედვით ოპერაციული მკურნალობის მომხრენი არიან: ა. ფილატოვი, გ. ზაიცევი, ლ. პონომარიოვი, კ. ერისთავი, ე. ფიფია, მ. ჩაჩავა და სხვები.

შეცდომები და გართულებანი პარაპროქტიტის დროს

როგორც ლიტერატურული წყაროებიდან ირკვევა, მწვავე და ქრონიკული პარაპროქტიტით დაავადება ხშირია და მას სწორი ნაწლავისა და უკანა ტანის დაავადებათა შორის პირველი ადგილი უკავია; ეს დაავადება შემთხვევათა

25—35%-ში ვითარდება. მწვავე და ქრონიკული პარაპროქტიტის შესახებ მოგვეპოვება საკმაოდ მდიდარი ლიტერატურა. მაგრამ ბევრი საკითხი ჯერ კიდევ გადაწყვეტილი არ არის და მოითხოვს უფრო ღრმა და დეტალურად შესწავლას.

პარაპროქტიტი (Paraproctitis) სწორი ნაწლავის ირგვლივ ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილის ანთებაა. ვარჩევთ პარაპროქტიტის ორ ფორმას: მწვავე პარაპროქტიტს (Paraproctitis acuta) და ქრონიკულ პარაპროქტიტს (Paraproctitis chronica). თუ პირველი ოპერაციის დროს მწვავე პარაპროქტიტი არ განიკურნა. ის გადადის ქრონიკულ ფორმაში და ყალიბდება სწორი ნაწლავისა და უკანა ტანის ფისტულა. ამ დაავადების ეტიოპათოგენეზის შესახებ არსებობს სხვადასხვა შეხედულება. პარაპროქტიტის განვითარებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს სხვადასხვა ფაქტორს. ამ ფაქტორთა შორის მთავარია სწორი ნაწლავის კედლის მიკროტრავმა. მიკროტრავმის მიზეზი შეიძლება იყოს გამკრივებული ფეკალური მასის ხახუნი, კურკები, გადაყლაპული წვრილი ძვალი, თევზის ფხა და სხვა. აღნიშნული სხეულები შეიძლება მოხვდეს სწორი ნაწლავის თახჩაში ან მცირე ფოსოებში და სისტემატურად გაღიზიანოს ლორწოვანი ან გაფხაკნოს ნაწლავი, საიდანაც შეიძლება შეიპრას ინფექცია, რაც იწვევს მწვავე პარაპროქტიტის განვითარებას. აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ ეს დაავადება უფითარდებათ საშუალო ასაკის ყველაზე უფრო შრომისუნარიან მამაკაცებს, შედარებით იშვიათად ავადდებიან ქალები (2 1), (არ ავადდებიან ბავშვები). მამაკაცების პარაპროქტიტით დაავადებას ხსნიან იმით, რომ მათ მიდრეკილება აქვთ ბუასილისადმი, რაც პარაპროქტიტის განვითარების ერთ-ერთი ხელშემწყობი ფაქტორია.

პარაპროქტიტის განვითარების მიზეზი აგრეთვე შეიძლება გახდეს ტექნიკური შეცდომები უკანა ტანში სხვადასხვა მანიპულაციის ჩატარების დროს. მაგალითად, როდესაც ავადმყოფს უკეთებენ გამწმენდ ან სხვა სახის ოყნას, თუ სწორ ნაწლავში შესაყვანი მილი გაფხაჭნილი ან გაბზარულია, იგი ადვილად დააზიანებს ლორწოვანს, ინფექცია შეიპრება და განვითარდება ანთება. არის შემთხვევები, როდესაც ექიმს ბუასილის სამკურნალოდ შეჰყავს მასკლეროზებელი ნივთიერება, ან სწორი ნაწლავის გამოვარდნის დროს პარარექტალურად შეჰყავს 33%-იანი სპირტი, რაც ხდება ანთებითი პროცესის განვითარების მიზეზი. ასევე ადვილად იპრება ინფექცია, როდესაც ლორწოვანი ზიანდება ტყვიის ან ყუმბარის ნამსხვრევით. ანთებითი პროცესი ვითარდება სისხლძარღვთა თრომბირების, პერიფლებიტების, ანალური ჯირკვლების დაავადების — დაზიანების შემთხვევაში. შეუხორცებელი ფისტულები მუდმივი ინფიცირების წყაროა, ამასთან, ანთებითი ინფილტრატები და სკლეროზული პროცესები წარმოადგენს ინფექციის დეპოს, აქედან კი იწყებს განვითარებას პარაპროქტიტი.

იმის მიხედვით, თუ სად შეჩერდება შეპრილი ინფექცია და სად განვითარდება ჩირქგროვა წარმოიშობა სხვადასხვა სახისა და ლოკალიზაციის ფლეგმონები და ჩირქგროვები. ამ მხრივ ყველაზე მარტივ კლასიფიკაციად შეიძლება ჩავთვალოთ: ა) კანქვეშა (პარნალური); ბ) იშიორექტალური; გ) პელვეორექტალური (ან სუბპერიტონეული); დ) ლორწქვეშა ჩირქგროვები — პარაპროქტიტები; აქედან ყველაზე ხშირად ვითარდება კანქვეშა და იშიორექტალური პარაპროქტიტი (90%-მდე).

პარაპროქტიტის გამომწვევია სხვადასხვა სახის მიკრობი, მათ შორის სტაფილოკოკი, ნაწლავის ჩხირი, ენტეროკოკი, სტრეპტოკოკი და სხვა ანაერობები,

მაგრამ ჩირქგროვის განვითარებას, ძირითადში, იწვევს შერეული ინფექცია. პარაპროქტიტი შეიძლება გამოიწვიოს აგრეთვე ტუბერკულოზურმა ჩხირებმა, აქტინომიკოზმა, მკრთალმა სპიროქეტებმა და სხვა სპეციფექციებმა. ასეთი ხასიათის ჩირქგროვები მოითხოვს განსაკუთრებულ მიდგომას და სპეცმკურნალობას (ამინევის მიხედვით).

მწვავე კანქვეშა პარაპროქტიტი უკანა ტანისა და შორისის მიდამოში იწვევს მფეთქავი ხასიათის ძლიერ ტკივილებს, არაიშვიათია დიზურიული მოვლენების განვითარება; სხეულის ტემპერატურა მერყეობს მაღალ ციფრებში (38 — 39°). ავადმყოფს აწუხებს უძილობა, დეფეკაციის დროს განსაკუთრებით მტკივნეულია ანალური არე, ამიტომ ავადმყოფი ცდილობს არ ჰქონდეს კუჭის მოქმედება. ადგილობრივი მოვლენებიდან პირველ პერიოდში ვითარდება (უკანა ტანიდან 2 — 3 სმ დაშორებით) ანთებითი ხასიათის ინფილტრატი, რომელიც პალპაციით მტკივნეულია. ინფილტრატი თანდათანობით რბილდება, კანი წითლდება და ყალიბდება ჩირქგროვა, პროცესი თანდათანობით რთულდება, ადგილობრივ მოვლენებს ემატება ორგანიზმის საერთო მდგომარეობის გაუარესება, ავადმყოფი კარგავს შრომის უნარს. თითით გასინჯვით ფისტულა მტკივნეულია. მაგრამ მოსათმენი და შეიძლება დადგინდეს ინფილტრატის გავრცელების საზღვარი. რექტოსკოპით გასინჯვა საჭირო არ არის, რადგან დიაგნოზის დადგენა დიდ სიძნელეს არ წარმოადგენს. თუ ავადმყოფმა ნაადრევად დაიწყო მკურნალობა ოჯახის პირობებში, დაიდო სელის ფაფა, შემწვარი ხახვი და სხვა, შეიძლება ჩირქგროვა მე-7 — 8 დღეს თავისით გასკდეს, მაგრამ ასეთი მკურნალობა დიდი შეცდომაა. მართალია, ეს პირველ მომენტში ავადმყოფს მისცემს შვებას, მაგრამ უსათუოდ ჩამოყალიბდება უკანა ტანის ქრონიკული ფისტულა, მდგომარეობა უფრო გართულდება და ოპერაციის გაკეთება განმეორებით იქნება საჭირო, ამიტომ ყოველთვის ჯობია ავადმყოფმა დაუყოვნებლივ მიმართოს ექიმს ოპერაციული მკურნალობისათვის.

იშიორექტალური პარაპროქტიტი ერთბაშად და სწრაფად კი არ ვითარდება, არამედ ნელა და ხანგრძლივად, პირველ ხანებში ავადმყოფი ძლიერ ტკივილებს არ უჩივის, სჭარბობს საერთო მდგომარეობის გაუარესება, აღინიშნება მაღალი სიცხე და შემცივნება; ამის გამო პირველ პერიოდში დიაგნოზის დასმა ძნელია. ადგილობრივი დათვალიერებით რაიმე აღსანიშნავი ცვლილებები (ინფილტრატის არსებობა, დეფორმაცია, გაწითლება ან სხვა) მკვეთრად არ არის გამოხატული, რაც აფიქრებინებს ექიმს მწვავე ანთებითი პროცესის არსებობაზე. ზოგჯერ ყოფილა შემთხვევა, რომ ეჭვი მიუტანიათ მწვავე ინფექციურ დაავადებაზე და მკურნალობაც ამ მიმართულებით წარუმართავთ. შეცდომის მთავარი მიზეზი ისაა, რომ ზოგი ექიმი ავადმყოფს არ სინჯავს უკანა ტანიდან, დაავადების ნამდვილი მიზეზი ხშირად მხოლოდ ასეთი გასინჯვით ირკვევა. ლენინგრადის ერთ დიდ საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში საკონსულტაციოდ მიიწვიეს პროფ. ი. ჯანელიძე, ავადმყოფს აწუხებდა მაღალი ჰექტიური ტემპერატურა, ფილტვებსა და სხვა ორგანოებში ისეთი ცვლილებები არ აღინიშნებოდა, რომელსაც შეეძლო ჰექტიური ტემპერატურის მოცემა. უკანა ტანის ვიზუალური დათვალიერებით რაიმე საყურადღებო ნიშანი ჯერ კიდევ ჩამოყალიბებული არ იყო, ავადმყოფი უკანა ტანიდან თითით არავის გაუსინჯია. ი. ჯანელიძემ ანამნეზის გაცნობის შემდეგ ავადმყოფი უკანა ტანიდან გასინჯა თითით; გამოირკვა, რომ დაავადების ნამდვილი მიზეზი იყო მაღალი იშიორექტალური პარაპროქტიტი. ასეთი შეცდომები ხშირია და ზოგჯერ მაშინ გამოაშკარავდება, როდესაც აბსცესი თავისით გაიხსნება და ავადმყოფი დიდი რაოდენობით გამოყოფს სისხლს.

იშიორექტალური პარაპროქტიტის დროს პროცესი თანდათანობით ვითარდება და ინფილტრატმა შეიძლება ჩაითრიოს შარდსადენის ირგვლივ მდებარე ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილი და გამოიწვიოს დიზურული მოვლენები. თუ იშიორექტალურად პარაპროქტიტის დიაგნოზს დროზე არ დავაყენებთ და სათანადო ზომებს დროულად არ მივიღებთ, შეიძლება ჩირქგროვამ გზა გაიკვლიოს და გაიხსნას გარეთა ზედაპირზე. ზოგ შემთხვევაში ჩირქგროვა შეიძლება გაიხსნას სწორი ნაწლავის სანათურში და ავადმყოფმა ერთბაშად გამოყოს დიდი რაოდენობით ჩირქი.

თუ გარეგანი დათვალიერებით ანთებითი პროცესისათვის დამახასიათებელი მოვლენები — ინფილტრატი, გაწითლება ან ფლუქტუაცია არაა გამოხატული, შეიძლება ვიფიქროთ, რომ ანთებითი პროცესი გზას იკაფავს სწორი ნაწლავის სანათურისაკენ, ამიტომ დაავადების პირველ დღეებში უკანა ტანიდან თითით გასინჯვა ექიმს აძლევს საშუალებას დასვას სწორი დიაგნოზი და დაადგინოს იშიორექტალური პარაპროქტიტის არსებობა. თუ ექიმმა ამ დაავადების პირველ დღიდანვე არ მიიღო ზომები ან ავადმყოფი სულ არ ეჩვენა ექიმს და შინაური წამლებით იმკურნალა, შეიძლება დაავადება გაგრძელდეს 10 — 15 დღე, რის შემდეგ ის შეიძლება გაიხსნას ან გარეთა ზედაპირზე, ან სწორი ნაწლავის სანათურში და ჩამოყალიბდეს იშიორექტალური ფისტულა, რომელსაც უსათუოდ დასჭირდება რადიკალური ოპერაცია.

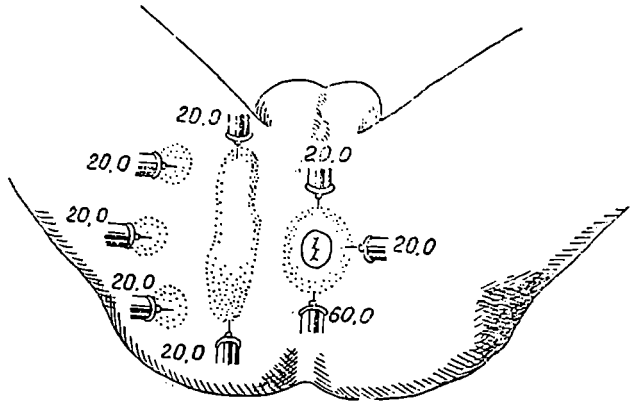
მწვავე პარაპროქტიტის მკურნალობა

იმის მიხედვით, თუ დაავადების რა ფაზასთან გვაქვს საქმე მწვავე პარაპროქტიტის მკურნალობა შეიძლება კონსერვატიული ან ქირურგიული წესით.

ანთებითი პროცესის დასაწყისში, როდესაც მხოლოდ ინფილტრატია განვითარებული და გარბილება და დაჩირქება ჯერ კიდევ არაა ჩამოყალიბებული, შეიძლება კონსერვატიული მკურნალობის ჩატარება. ავადმყოფი უნდა იწვეს მკაცრი რეჟიმის დაცვით. უნდა დაენიშნოს თბილი აბაზანები და სხვა სახის სათბურები შორისის მიდამოში. სამკურნალო მიკროკლიზმები (რივანოლის ხსნარის 1 500,0 ოდნავ შემთბარი 30 მლ ან მანგანუმმჟავა კალიუმის სუსტი ხსნარი (1 : 2000) დღეში 1 — 2-ჯერ, საღამოს — კომპრესი. ამასთან, დიდი დოზით კანქვეშ პენიცილინი 150 — 300,000 თითო გაკეთებაზე ყოველ ექვს საათში, 0,5 სტრეპტომიცინი ყოველ 12 საათში. შესაძლებლობის ფარგლებში შეიძლება უფრო მძლავრი მიცინების გამოყენება (სიგმომიცინი, რონდომიცინი და სხვ.). სასურველია პარანეფრული ბლოკადა ნოვოკაინის 0,5%-იანი ხსნარით, ანთებითი პროცესის ირგვლივ პენიცილინისა და სტრეპტომიცინის ბლოკადა. ავადმყოფი უნდა იყოს დიეტაზე, სასტიკად უნდა აეკრძალოს გამაღიზიანებელი საკვები და ალკოჰოლიანი სასმელების მიღება. თუ ავადმყოფს კუჭის მოქმედება არა აქვს, უმჯობესია ოყნის გაკეთება მანგანუმმჟავა კალიუმის სუსტი ხსნარით. საფაღარათოს მიცემას უნდა ვერიდოთ.

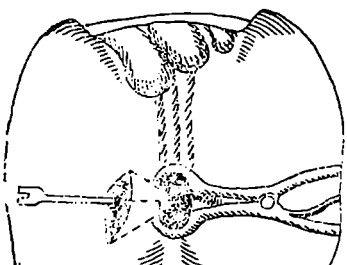
თუ მიღებულმა კონსერვატიულმა ღონისძიებებ მა შედეგი მოგვცა, ე. ი. ტემპერატურა დაეცა, ტკივილებმა იკლო, ინფილტრატი თანდათანობით შეიწოვა, შეიძლება ოპერაციული ჩარევა არ გახდეს საჭირო, მაგრამ თუ ავადმყოფი დროულად არ მივა ექიმთან და ინფილტრატი უკვე დაჩირქების სტადიაშია ან გარბილებულია, ფლუქტუაცია გამოხატულია, საქმე გვაქვს მწვავე პარაპროქტიტთან. სასწრაფოდ უნდა გაკეთდეს ოპერაცია. მაგრამ აქვე უნდა აღინიშნოს,

რომ ჩირქგროვის უბრალოდ გახსნა — Incisio უსათუოდ შეცდომაა, ვინაიდან ასეთი მარტივი ოპერაციით მიღებული შედეგი არაა დამაკმაყოფილებელი, რადგან ამ დროს ყალიბდება ქრონიკული ფისტულები ან ვღებულობთ დაავადების რეციდივს 55 — 60%-მდე, ამიტომ მწვავე პარაპროქტიტის დროს უფრო მიზანშეწონილია გაკეთდეს რადიკალური ოპერაცია (გაუტკივარების შერჩევა



სურ. 71. ადგილობრივი გაუტკივარება მწვავე პარაპროქტიტის დროს.

ქირურგზეა დამოკიდებული). იმ შემთხვევაში, თუ ავადმყოფი მგრძნობიარეა ან მოითხოვს სხვა სახის ნარკოზს, მიზანშეწონილია ადგილობრივი გაუტკივარება. ჯობია ეთერ-ჟანგბადისა და სხვა კომბინირებული გაუტკივარების გამოყენება. სპინალური ანესთეზია უკუნაჩვენებია, ვინაიდან ინფექციის ბუდე ძლიერ ახლოსაა და შესაძლებელია მივიღოთ არასასიამოვნო გართულება. ტექნიკურად ოპერაციის შესრულება სირთულეს არ წარმოადგენს.



სურ. 72. მწვავე პარაპროქტიტის ოპერაციის დროს ღრიანი ზონდის გაყვანა ღრუწოვანიდან.

სათანადო გაუტკივარების შემდეგ უნდა გაიკვეთოს ჩირქგროვა, ან განაკვეთი ნახევარრკალისებრი, უკანა ტანიდან 3 — 4 სმ უნდა იყოს დაშორებული. ჩირქ გროვის გახსნისა და ჩირქის ევაკუაციის შემდეგ ჭრილობას თითით ვთიშავთ და ვაგანიერებთ, ჩირქსავალში ჩავუდგამთ ღარიან ზონდს, სარკის საშუალებით უკანა ტანს ვაგანიერებთ და დავადგენთ სწორი ნაწლავის შიგნითა ხვრელის ადგილმდებარეობას. ამის შემდეგ ამოგკვეთავთ კანსა და ჩირქსაცავ ხვრელს (სურ. 72), ტამპონირებას ვაწარმოებთ ვიშნევსკის მა-

ლამოთი. სწორ ნაწლავში რეზინის მილის ჩადება სავალდებულო არ არის. ჯობია მკურნალობა ჩატარდეს დრენაჟის გარეშე.

ზოგი ოპერატორი პარაპროქტიტის დროს ჩირქგროვის გახსნას ამჯობინებს სწორი ნაწლავიდან. ამას იმით ხსნის, რომ ჩირქი იდენს სწორი ნაწლავიდან და კანის მთლიანობა არ დაირღვევა, ავადმყოფებიც სისუფთავეს უფრო დაიცავენ. მწვავე პარაპროქტიტების დროს, ღორწქვეშა ჩირქგროვის შემთხვევაში, ოპერაცია უსათუოდ უნდა გაკეთდეს ღორწოვანიდან მიდგომით.

ლიტერატურული მონაცემებით, ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ ქრონიკული ფისტულა ყალიბდება შემთხვევათა 35%-ში, ხოლო უოპერაციოდ, გახსნილი ჩირქგროვის შედეგად — 65%-ში.

სწორი ნაწლავის ქრონიკული ფისტულის კლინიკური სურათი

თუ წყვავე პარაპროქტიტის მკურნალობა დროულად და წესიერად არ ჩატარდა, ის დიდხანს არ იკურნება და ყალიბდება ქრონიკული, მუდმივად ჩირქმდენი ხვრელი — მილი. ან სწორი ნაწლავისა და უკანა ტანის ფისტულა.

ასეთი ავადმყოფები უჩივიან მუდმივი ხასიათის ჩირქდენას უკანა ტანიდან. ჩირქის გამოყოფის რაოდენობა დამოკიდებულია ფისტულის ფორმასა და ხანდაზმულობაზე. იმ შემთხვევაში, როდესაც ფისტულა დაკავშირებულია სხვადასხვა ჩირქოვან დეპოსთან, ჩირქის გამოყოფა უხვია, ავადმყოფს არა აქვს შესაძლებლობა დაიცვას სისუფთავე, საცვალი მუდამ ესვრება, რაც ძალიან აწუხებს მას. არის შემთხვევა, როდესაც ფისტულა მთლიანად იხურება, ავადმყოფი თავს კარგად გრძნობს და ჰგონია მორჩა, მაგრამ ეს შ ე ც დ ო მ ა ა, ვინაიდან გარკვეული პერიოდის გავლის შემდეგ ისევ იფეთქებს ახალი ანთებითი პროცესი ან ფისტულა გაიხსნება და დაგროვილი ჩირქი ერთბაშად წამოვა. ჩირქის სისტემატურად გამოყოფა აღიზიანებს შორისის მიდამოს, რასაც მოჰყვება კანის გაღიზიანება და ზოგჯერ გართულება ეგზემით. კანისა და ღორწოვანი გარსის შემაკავშირებელი ფისტულის დროს, ზოგ შემთხვევაში შეიძლება აქედან დაიწყოს გამოყოფა გაზმა და მცირე რაოდენობით ფეკალურმა მასამ. შიგნითა არასრული ფისტულის დროს ავადმყოფი დეფეკაციის დროს ამჩნევს განავალთან ერთად ჩირქის გამოყოფას, რასაც სისტემატური ხასიათი აქვს. ასეთ შემთხვევაში, პალპაციით შეიძლება უკანა ტანის ირგვლივ სიღრმეში აღმოჩნდეს ინფილტრატი. ფისტულით დაავადებული ადამიანი, რომელიც ხანგრძლივი დროის განმავლობაში არ იკურნება, ძლიერ ნერვული ხდება, მუდმივი ჩირქდენა, დღეში 1 — 2-ჯერ ნახევრის გამოცლა გამაღიზიანებლად მოქმედებს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე, რის გამოც ავადმყოფი ხდება ნამდვილი ნევრასთენიკი. ამ ნიადაგზე მამაკაცებში შემჩნეულია იმპოტენციის განვითარებაც (რაც ძალზე არასასიამოვნო გართულებას წარმოადგენს), რომელიც მყისვე გაივლის დაავადების მორჩენასთან ერთად. ზოგ ავტორს აღწერილი აქვს ფისტულის ნაწიბურის ავთვისებიან სიმსივნედ გადაგვარების შემთხვევა.

უკანა ტანის ფისტულის დიაგნოსტიკა ძნელი არაა. ზოგი ავადმყოფი კლინიკაში მიდის მზა დიაგნოზით, მაგრამ საჭიროა ამ დაავადებით შემოსული ავადმყოფის დეტალურად შესწავლა. გასინჯვის წინ ავადმყოფს უნდა გავუკეთოთ გამწმენდი ოყნა. უკანა ტანი ჯერ თითით უნდა გავსინჯოთ, შემდეგ სფინქტერი გავშალოთ სარკით და მოვინახოთ შიგნითა ხვრელი, შემდეგ გარეთა და შიგნითა ხვრელში ზონდით უნდა შევიდეთ, ამით გვექმნება წარმოდგენა ხვრელმილის

მიმართულებაზე. თუ ხვრელმილს ზიგზაგური მიმართულება აქვს, უნდა შევიყვანოთ იოდოპოლი და გადავიღოთ რენტგენის სურათი; ამით საშუალება გვეძლევა დავადგინოთ დეპოებისა და გვერდითი ნაპრალების არსებობა, რასაც გავითვალისწინებთ ოპერაციის დროს. დიაგნოზის დასაბუთების დროს მხედველობაში უნდა მივიღოთ ისეთი დაავადებების არსებობა, როგორიცაა ქრონიკულად მიმდინარე ოსტეომიელიტების ფისტულები, ტუბერკულოზური, აქტინომიკოზური, დერმოიდული ხასიათის დაავადებანი, ვენერიული დაავადება და სხვა ეტიოლოგიის დაავადებანი, რომელთა დიფერენცირება და გამორიცხვა შესაძლებელია სათანადო გამოკვლევების შემდეგ.

ქრონიკული ხვრელმილების მკურნალობა

პროქტოლოგების დიდი უმრავლესობის აზრით სწორი ნაწლავის ფისტულის მკურნალობისათვის საჭიროა ოპერაციული გზა-წესი. მაგრამ იმ შემთხვევაში, როდესაც ოპერაცია უკუნაჩვენებია ან ავადმყოფი უარს ამბობს ოპერაციაზე, მაშინ მკურნალობა უნდა ჩაუტარდეს კონსერვატიული წესით. კონსერვატიული წესით მკურნალობა ნაკლებ ეფექტურია, ასეთი მკურნალობით მხოლოდ 8 — 10% თუ იკურნება და მათი განკურნებაც სათუოა. კონსერვატიული წესით მკურნალობა მხოლოდ დროებით აუმჯობესებს ავადმყოფის მდგომარეობას და დროებით აძლევს შვებას. ზოგი ავტორი კონსერვატიული წესით ფისტულის დახურვას თვლის განკურნებად, ეს შ ე ც დ ო მ ა ა. ასეთი ავადმყოფი 6 — 12 თვის შემდეგ ისევ ბრუნდება ექიმთან რეციდივით.

კონსერვატიული მკურნალობის დროს, პირველ რიგში, ყურადღება უნდა გავამახვილოთ ავადმყოფის საერთო მდგომარეობაზე. ავადმყოფი უნდა ვამყოფოთ მკაცრ დიეტაზე: არ უნდა მიიღოს ალკოჰოლიანი სასმელი, გამაღიზიანებელი საჭმელები, კუჭის მოქმედება მოწესრიგებული უნდა ჰქონდეს. თუ კანი გაღიზიანებული აქვს უნდა მოშუშდეს აბაზანებითა და სხვა სახის მალამოებით. ამის შემდეგ შეიძლება ვცადოთ კონსერვატიული მკურნალობის ჩატარება. არ შეიძლება არ აღინიშნოს ის, რომ ქრონიკული ფისტულების დროს ანტიბიოტიკების კანქვეშ შეყვანას აზრი არა აქვს; ძირითადად უნდა ჩაუტაროთ ხვრელმილების სისტემატური გამორეცხვა სხვადასხვა ანტისეპტიკური ხსნარით. მაგალითად, 3%-იანი იოდის ხსნარის შეყვანა ფისტულის ხვრელმილში, რაც მოქმედებს ფისტულის სავალი მილის კედელზე და იწვევს მის დახურვას. ზოგი ავტორი ხვრელმილს გამორეცხავს 3%-იანი წყალბადის ზეჟანგით, ანტიბიოტიკების ხსნარით, გრამიციდინისა და რივანოლის, ფურაცილინისა და სხვა ანტისეპტიკური ხსნარებით.

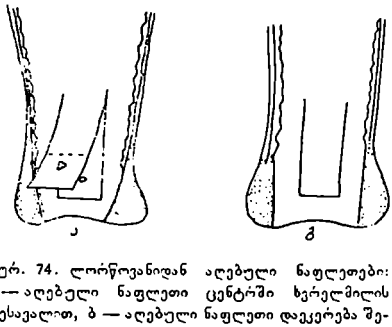
რიეხი და მისი მოწაფეები ნოვოკაინის ბლოკადას მიმართავენ იმ შემთხვევაში, როდესაც ფისტულის განვითარების ხანგრძლივობა არ აღემატება 2 — 3 თვეს ან როდესაც ის გამწვავების სტადიაშია; ბლოკადასთან ერთად შორისის მიდამოში უკეთებენ ნახვევს ვიშნევსკის მალამოთი, რის შედეგადაც მდგომარეობა უმჯობესდება; ეს სავსებით დასაჯერებელია, ვინაიდან სხვა საშუალებებთან ერთად ბლოკადას შეუძლია, როგორც სუსტ გამღიზიანებელ საშუალებას, ავადმყოფის მდგომარეობა გააუმჯობესოს, მაგრამ ეს მხოლოდ დროებითია და რეციდივი ისევ მოსალოდნელია რამდენიმე (6 — 12) თვის შემდეგ. ამასთან ერთად გამოიყენება ფიზიოთერაპიული საშუალებანი და რენტგენოთერაპია. მაგრამ ვერც ერთი საშუალება, თუნდაც მათი კომპლექსური გამოყენება, ვერ იძ-

ლევა დაავადების სრულ განკურნებას და ამგვარად ნამკურნალევი ავადმყოფი ისევ უბრუნდება სტაციონარს მკურნალობის უფრო რადიკალური წესით ჩასატარებლად.

კონსერვატიული მკურნალობის წესი გამოიმუშავა გ. გომზიაკოვმა, რომელიც 1959 წელს პრაქტიკულად განახორციელა ვ. ბირიუკოვმა. ავტორის მოთხოვნით საჭიროა გარკვეული პირობების დაცვა: ავადმყოფს უნდა გაეუწმინდოთ კუჭ-ნაწლავის ტრაქტი — მივცეთ სასაქმებელი, გავუკეთოთ ოყნა ორჯერ. უნდა ჩავუტაროთ უკანა ტანის ანესთეზია ნოვოკაინის ხსნარით ისე, რომ შეიძლებოდეს სამლულიანი რეზინის მილის თავისუფლად შეყვანა (უკანა ტანი უნდა გაგანიერდეს 4 თითის სიფართეზე). შეყვანილი სამი სწორი რეზინის მილი ისე უნდა მოთავსდეს სწორ ნაწლავში, რომ არ აწვებოდეს შარდსადენს. რეზინის მილები ყოველდღე უნდა ირეცხებოდეს ანტისეპტიკური ხსნარით. ფისტულები ირეცხება კოლიმიცინის ხსნარით. ავადმყოფს უნდა დავუნიშნოთ მკაცრი დიეტა (ვაძლევთ შაქრიან ჩაის, კომპოტს, ხაჭოს და სხვა), ასე გრძელდება 12 — 13 დღე. ყოველ 6 დღეში უნდა გადავუსხათ სისხლი ან სისხლშემცვლელი სითხე. თუ ავადმყოფს გაუჭირდა და ვერ მოითმინა, შეიძლება რეზინის მილების ადრეულად გამოღება.



სურ. 73. უკანა ტანში შესაყვანი შეკონილი რეზინის სამი მილი.



სურ. 74. ლორწოვანიდან აღებული ნაფლეთები: ა — აღებული ნაფლეთი ცენტრში ხვრელმილის შესაყვანად, ბ — აღებული ნაფლეთი დაკერება შესაყვან ხვრელს (Robles ოპერაცია).

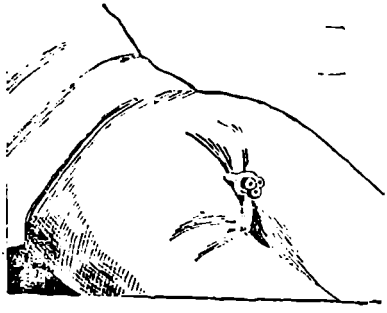
აღნიშნული მეთოდით მკურნალობა ჩატარა ბიუკოვმა და მიღებული შედეგებით კმაყოფილია. ამ მეთოდით მკურნალობა ჩვენს კლინიკაშიც ჩატარდა, მაგრამ რაიმე ეფექტურ შედეგს ვერ მივაღწიეთ. ამასთან, ავადმყოფებს უძნელდებათ უკანა ტანში სამლულიანი რეზინის მილის ხანგრძლივად გაჩერება. ჩვენის აზრით ეს მეთოდი ვერ გავრცელდება და მისი გამოყენება მიზანშეუწონელია.

ამგვარად, მრავალი ქირურგის დაკვირვებით სწორი ნაწლავის ფისტულების კონსერვატიული მკურნალობა რაიმე ეფექტურ შედეგს არ იძლევა, ამიტომ შედეგიანი მკურნალობისათვის საჭიროა რადიკალური ოპერაცია.

მწვავე პარაპროქტიტის არასწორად მკურნალობის დროს ყალიბდება სხვადასხვა სახის ფისტულა. ვარჩევთ სრულ, როდესაც ფისტულის ხვრელი იწყება კანიდან და იხსნება სწორი ნაწლავის ლორწოვანში, და არასრულ გარეთა ფისტულას, როდესაც ხვრელი იწყება კანზე და ყრუდ თავდება კუნთების სისქეში და როდესაც ხვრელი ლორწოვანში იწყება და, აგრეთვე, ყრუდ თავდება, ე. ი. გარეთა კანამდე ვერ აღწევს. ეს ორი უკანასკნელი არასრული ფისტულა იშვიათად გვხვდება.

სრული ფისტულა. ამ სახის ფისტულის დროს უკანა ტანის არეში არსებული კანის ხვრელმილი შეერთებულია სწორი ნაწლავის ლორწოვანთან. მაგრამ აქვე უნდა აღინიშნოს ის გარემოება, რომ შეიძლება კანზე რამდენიმე ხვრელმილი

არსებობდეს, მაგრამ ლორწოვანში ყოველთვის მხოლოდ ერთი ხვრელია. დასაშვებია ის ფაქტიც, რომ უკანა ტანის ირგვლივ ორი პარაპროქტიტი განვითარდეს დამოუკიდებლად. მაშინ შეიძლება ლორწოვანზე იყოს ორი ხვრელი, დაკავშირებული გარეთა ხვრელთან ცალ-ცალკე. უმრავლეს (80 — 85%) შემთხვევაში ვეხვდება სრული ფისტულები. უაღრესად დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს იმას, თუ როგორ დამოკიდებულებაშია ფისტულების სავალი გზები უკანა ტანის სფინქტერთან. ზოგ შემთხვევაში გარეთა და შიგნითა ხვრელმილი ისეა დაკავშირებული ერთიმეორესთან, რომ მათი შემაერთებელი გზა პროცესში არ ჩაითრევს სფინქტერს. ეს ყველაზე მარტივი ფორმაა და მისი მკურნალობაც არ არის ძნელი. ასეთ შემთხვევაში ამ ორი ხვრელის შემაერთებელი ხაზი უნდა გაიხსნას და ხვრელმილი მთელ სიგრძეზე ამოიფხიკოს ან ამოიკვეთოს. ის შეხორცდება მეორადად, ყოველგვარი გართულებებისა და რეციდივის გარეშე.



სურ. 75. ავადმყოფი რომელსაც სწორ ნაწლავში შეყვანილი აქვს რეზინის სამი შეკონილი მილი.

ზოგ შემთხვევაში ხვრელმილი გაივლის სფინქტრის სისქეში (20—25%), დაავადების ეს ფორმაც ადვილი საოპერაციოა. ხვრელმილში უნდა გატარდეს ღარიანი ზონდი. ქსოვილი მთელ სიგრძეზე უნდა გაიკვეთოს და მახვილი კოვზით ამოიფხიკოს ან ნაწიბური ამოიკვეთოს. ამ შემთხვევაში მართალია სფინქტერი ნაწილობრივ ზიანდება, მაგრამ მისი უკმარისობა არ ვითარდება და განკურნებაც შესაძლებელია.

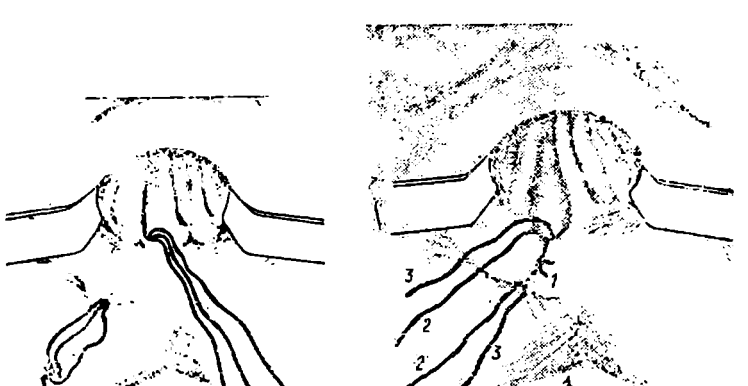
ყველაზე რთული ფორმაა იშიორექტალური სრული ფისტულა და მისი მკურნალობაც რთულია და ზოგ შემთხვევაში რეციდივის დიდ პროცენტს იძლევა. ამ შემთხვევაში გარეთა და შიგნითა ხვრელის შემაერთებელი არხი მიემართება კანის ხვრელიდან ღრმად, იშიორექტალურ სივრცეში, რის შემდეგ უბვევეს სწორი ნაწლავისაკენ და აღწევს ლორწოვანამდე. შიგნითა ხვრელი, ბევრ შემთხვევაში, საათის ციფერბლატის 12-სა და 6-ზეა მოთავსებული. ასეთ ფისტულას გზადაგზა უვითარდება ჩირქოვანი დეპოები, რომლებიც ადვილად გამოვლინდება ფისტულოგრაფიით. ზოგ შემთხვევაში შიგნითა და გარეთა ხვრელს შემაერთებელი არხი დაკლაკნილია, ზოგჯერ აქვს გვერდითი შტოები.

ასეთი სრული იშიორექტალური ფისტულის რადიკალური ოპერაციის გაკეთება ტექნიკურად რთულია და მისი გაკეთების მრავალი ვარიანტი არსებობს, მაგრამ უფრო მიზანშეწონილად მიგვაჩნია ოპერაციის ორი ვარიანტი.

პირველ შემთხვევაში, ავადმყოფის სათანადოდ მომზადების შემდეგ, გარეთა ფისტულიდან წვეთის ქვეშ შეგვყავს მეთილენის ლილის 0,5%-იანი ხსნარი, რომ ოპერაციის დროს მოგვეცეს შესაძლებლობა არსებული ხვრელმილი და დეპო ადვილად აღმოვაჩინოთ. ამის შემდეგ ოვალური განაკვეთით, ხვრელმილის გაუხსნელად, მთელ სიგრძეზე უნდა ამოვიღოთ ფისტულის მილი თავისი შტოებითა და დეპოებით. ლორწოვანზე დავადოთ 2 — 3 ნაკერი. ჭრილობა ამოვკეროთ (ზოგი კი დაატამპონებს და შეახორცებს მეორადად). ასეთი ოპერა-

ცია რეციდივის მცირე პროცენტს იძლევა (3 4"ი). ამიტომ ჩვენ ამ მეთოდს ეურჩევთ ახალგაზრდა ქირურგებს.

რეციდივული ფისტულის დროს ოპერაციის გაკეთება ჯობია ლიგატურის მეთოდით. მკურნალობის ეს მეთოდი ფართოდ გამოიყენება როგორც საბჭოთა კავშირში, ისე საზღვარგარეთ (ეს მეთოდი გამოიყენება ჰიპოკრატეს დროიდან). ავადმყოფის სათანადოდ მომზადების შემდეგ, ჩვეულებრივი წესით ამოკვეთება ხვრელმილი ლორწოვანამდე, რის შემდეგ მსხვილი აბრეშუმის ძაფი უნდა



სურ. 76. ფისტულის ოპერაცია ლიგატურის წესით: ა — დასწყისი ფორმა; ბ — საბოლოო ფორმა.

გამოვიტანოთ შიგნიდან გარეთ ან გარედან შიგნით და გადავკვანძოთ (სხვადასხვა ავტორი, გემოვნების მიხედვით, თავისებურად ასრულებს ამ ოპერაციას, მაგრამ პრინციპში ყველა ერთ მიზანს ემსახურება და შედეგიც ერთნაირი და დამაკმაყოფილებელია). სასურველია ძაფის გამოტანა ცოფერბლატის 6 ან 12 საათის ადგილზე, რის შემდეგ ჭრილობა ხვრელმილის ამოკვეთის ადგილას ტამპონირდება ვიშნევსკის მალამოთი. ოპერაციიდან 15—20 დღის შემდეგ, როდესაც ჭრილობა გრანულაციური ქსოვილით ამოივსება, განმეორებით უნდა ვნახულოთ გაკვანძული ძაფი ან გაკვანძოთ მეორე ძაფით. ზოგი ავტორი გვირჩევს სამი ძაფის გამოყენებას — ჯერ გაკვანძება პირველი ძაფი, 4—5 დღის შემდეგ გაკვანძება მეორე ძაფი, 5 დღის შემდეგ კი — მესამე ძაფი. ეს მოქმედება ხდება მანამ, სანამ არ გაიჭრება სწორი ნაწლავის სფინქტერი. ვინაიდან ძაფის მოჭერა ხდება ძალზე ნელა და თანდათანობით, იქ ასწრებს განვითარებას შემაერთებელი ქსოვილი და მიუხედავად სფინქტერის სრული გადაჭრისა, სფინქტერის უკმარისობა არ ვითარდება. მეთოდი მარტივია და შედეგიანი.

ზეცდომები და გართულებანი სწორი ნაწლავის გამოვარდნის დროს

როგორც ლიტერატურული წყაროებიდან ირკვევა, სწორი ნაწლავის გამოვარდნა ხშირი არ არის, ის შეადგენს 0,5—5%-მდე. ამ დაავადებით ავადდებიან მამაკაცები (მამაკაცებში ის 3-ჯერ უფრო მეტია, ვიდრე ქალებში). ზოგი ავტო-

რის მონაცემების მიხედვით, ის ორივე სქესის ადამიანებს თანაბრად უვითარდებათ, რაც სწორი არაა, ვინაიდან დიდი მასალის მიხედვით დაავადების შეფარდება უდრის 3 : 1. მიოლტვორცევის მონაცემებით მამაკაცებში ის შემთხვევათა 78%-ში ვითარდება, ქალებში — 22%-ში. ქალებში სწორი ნაწლავის გამოვარდნის იშვიათობას იმით ხსნიან, რომ მათ მცირე მენჯში საშვილოსნო, მისი დანამატი და სხვა მაფიქსირებელი აპარატი კარგად აქვთ განვითარებული, მუცლის წნევა ამ სისტემაზე ვრცელდება, და ამის გამო სწორი ნაწლავი დაცულია. აგრეთვე ქალებში უფრო კარგადაა განვითარებული უკანა ტანის — სფინქტერისა და შორისის კუნთოვანი სისტემა. სამაგიეროდ ქალებში ხშირია საშვილოსნოს და საშოს გამოვარდნა. მამაკაცებში დაავადების სიხშირეს ხსნიან, ჯერ ერთი, იმით, რომ მათ უფრო მძიმე ფიზიკური დატვირთვა აქვთ; სწორი ნაწლავის ზემო ნაწილს აქვს ჯორჯალი, რომელიც ხელშემწყობ ფაქტორად ითვლება სწორი ნაწლავის გამოვარდნაში და სხვ.

სწორი ნაწლავის გამოვარდნა გეხვდება ყველა ასაკში, მაგრამ ავტორთა უმრავლესობის მონაცემებით ეს დაავადება უფრო ხშირია (70—80%) ბავშვებში. ბავშვებში სწორი ნაწლავის გამოვარდნის მრავალი მიზეზი არსებობს; მათ შორის აღსანიშნავია ის, რომ ბავშვებს სუსტად აქვთ განვითარებული როგორც შემაერთებელი ქსოვილი, ისე კუნთოვანი სისტემა, რომელიც ვერ უძლებს მძლავრ დაჭიმვას, ხანგრძლივად, ქრონიკულად მიმდინარე ფაღარათს, ჭინთებს, ფიმოზს, შარდის ბუშტის კენჭოვან დაავადებას, ძლიერ ხველას და სხვა. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, როდესაც ბავშვი მოკლე დროში კარგავს წონას და ხდება ცხიმოვანი ქსოვილის განლევა დაავადების ან საკვების უქონლობის გამო. მაგალითად, დადგენილია რომ 1917—1918 წწ. ომის პერიოდში გერმანიაში, როდესაც მოსახლეობა მოკლებული იყო სათანადო რაციონალურ კვებას, ბავშვებში სწორი ნაწლავის გამოვარდნა 10—15-ჯერ გაიზარდა ომამდელ პერიოდთან შედარებით (ნ. შვარცი). ამასთან მხედველობაში მისაღებია ისიც, რომ ბავშვთა ორგანიზმი ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებით ხასიათდება, რაც მდგომარეობს დუგლასის ნაოჭის დაბლა მდებარეობაში, გავა-კუდუსუნის ვერტიკალურ დგომაში.

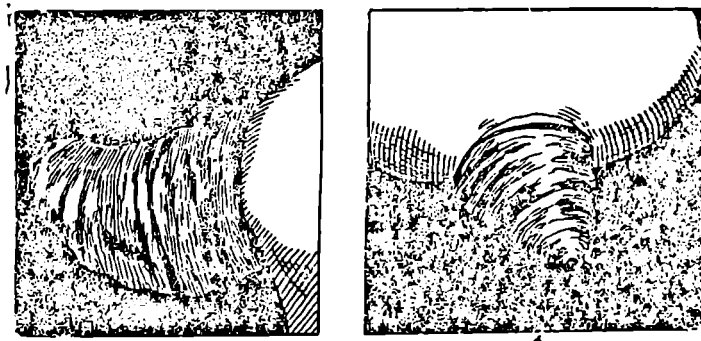
ეს დაავადება უფრო ხშირია 1—5 წლის ბავშვებში.

რაც შეეხება მოზრდილებს — სწორი ნაწლავის გამოვარდნის დროს მთავარი მნიშვნელობა აქვს მძიმე ფიზიკურ მუშაობას და ტრავმას. აღწერილია დიდი სიმძიმის აწევასთან დაკავშირებული მწვავე გამოვარდნის შემთხვევები. მაგალითად, ი. ჯანელიძე, აღწერს შემთხვევას, როდესაც ავადმყოფმა ასწია მძიმე ტვირთი და მას გამოუვარდა სწორი ნაწლავი (სხვა დროს მას არ ჰქონია გამოვარდნა). მსგავსი შემთხვევები აღწერილი აქვთ სხვა ავტორებსაც. სწორი ნაწლავის გამოვარდნაში პროფესიას აქვს მნიშვნელობა. შემჩნეულია, რომ სწორი ნაწლავის გამოვარდნა უფრო ხშირია ფიზიკურად მომუშავეებში, ვიდრე სხვა პროფესიის ადამიანებში.

სწორი ნაწლავის გამოვარდნა ადვილად იკურნება, თუ მოვაშორებთ ამ დაავადების გამომწვევ მიზეზებს. პირველ ხანებში ავადმყოფები ამ დაავადებას არ აქცევენ უურადღებას, დეფეკაციის დროს გამოვარდნილი ლორწოვანი ან ნაწლავი ადვილად ბრუნდება და ის არ აწუხებს ადამიანს. მაგრამ ხშირ გამოვარდნასთან დაკავშირებით ლორწოვანი ღიზიანდება, რასაც მოჰყვება ლორწოს გაძლიერებული გამოყოფა. შეიძლება ლორწოვანი დაწყლულდეს და ჩირქდენაც მოჰყვეს. ეს უკვე ავადმყოფს აიძულებს ექიმს მიმართოს. ამ დროი-

სათვის ობიექტურად აღინიშნება სფინქტერის მოდუნება. სწორი ნაწლავი ადვილად გამოიბურცება (მცირე გაჭინთვითაც) და ადვილად სწორდება. ზოგ შემთხვევაში ხელის დაჭერით ავადმყოფი ადვილად ისწორებს მას. კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით ვარჩევთ გამოვარდნის ოთხ სტადიას. პირველი სტადიის დროს ის გამოიბურცება მხოლოდ დეფეკაციის დროს და ისევე ადვილად სწორდება თავისით. გამოვარდნის ეს ფორმა ხშირად დაავადების დასაწყისში ვითარდება. სფინქტერის ტონუსი ყოველთვის შენარჩუნებულია.

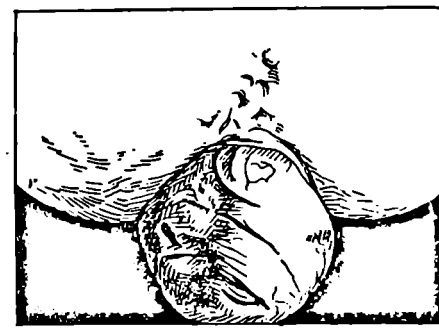
მეორე სტადიის დროს სწორი ნაწლავი გამოვარდება დეფეკაციის დროს მსუბუქი გაჭინთვისას, დეფეკაციის დამთავრების შემდეგ ნაწლავი თავისით არ ბრუნდება და საკიროა ხელით შებრუნება.



ა

ბ

მესამე სტადიის დროს ნაწლავი გამოვარდება არა მარტო დეფეკაციის, არამედ სხვადასხვა მიზეზით გამოწვეული მუცლის პრესის დაქიმვის დროს (მაგალითად, ძლიერი ხველებისას, სიმძიმის აწევისას და სხვ. ამ დროს, სფინქტერის მოდუნების გამო, უკანა ტანი მთლიანად არ იხურება), შესწორების შემდეგ ნაწლავი არ გამოვარდება დაჭიმვის ან სხვა ფაქტორების გავლენის გარეშე.



გ

სურ. 77. სწორი ნაწლავის გამოვარდნის ფორმები: ა — სწორი ნაწლავის გამოვარდნის ცილინდრული ფორმა; ბ — სწორი ნაწლავის გამოვარდნის კონუსისებური ფორმა; გ — სწორი ნაწლავის გამოვარდნის მრგვალი ფორმა.

მეოთხე სტადიის დროს ნაწლავი გამოვარდება თავისით (დეფეკაციისა და გაჭინთვის გარეშე) — ფეხზე დგომის, სიცილისა და სიარულის დროს. ამ შემთხვევაში სწორი ნაწლავი შესწორების შემდეგ თავის ადგილზე არ ჩერდება და ვარდე-

ბა, ხშირად ტრავმირდება და შეიძლება მოჰყვეს რიგი გართულებები. ამ გართულებებიდან აღსანიშნავია ნაწლავის ირგვლივ ანთებითი პროცესის განვითარება, გამოვარდნილი ნაწლავის გახეთქა, სისხლის დენა და სხვ. აღწერილია შემთხვევები, როდესაც დაწყლულებული ლორწოვანის ზედაპირიდან ლორწოვანი გადაგვარებულა კიბოდ.

პირველი და მეორე სტადიის გამოვარდნას ავადმყოფები ადვილად ურიგდებიან; ის ძლიერ შემაწუხებელი არ არის და შრომის უნარი შენარჩუნებული აქვთ, ექიმსაც იშვიათად მიმართავენ. ეს მათი შეცდომაა. მესამე და მეოთხე სტადიის დროს ავადმყოფები შრომისუნარმოკლებულნი არიან, თხელ განავალსა და გაზებს ვერ იკავებენ (ეს უკვე სერიოზული გართულებაა), რაც იმდენად შემაწუხებელია, რომ ექიმსაც მიმართავენ და თანახმა არიან ყოველგვარ ოპერაციულ ჩარევაზე.

ყველა ზემონათქვამიდან ირკვევა, რომ ამ დაავადების დიაგნოზის დადგენა სიძნელეს არ წარმოადგენს და არც დიდი გამოკვლეებია საჭირო დიაგნოზის დასადასტურებლად. საკმარისია ავადმყოფი გაიპინთოს, რომ სწორი ნაწლავი უცბად გამოვარდეს; იგი კონუსის ან ცილინდრის ფორმას ღებულობს. ზოგ შემთხვევაში გაჭინთვისთანავე გამოვარდება მთელი ლორწოვანი, რომლის სიგრძე 15—20 სმ აღწევს, მაგრამ ავადმყოფის გამოკვლევა უკანა ტანიდან მაინც აუცილებელია, რათა არ გამოგვეპაროს სხვა რაიმე დაავადება (წყლული, პოლიპი, სიმსივნე და სხვ.).

ამგვარად, სწორი ნაწლავის გამოვარდნა ძნელი დასადგენი დაავადებაა (ის სასიკვდილო არ არის, თუ არ გართულდა). ავადმყოფს უკარგავს შრომის უნარს, ამასთან, უძნელდება და თითქმის შეუძლებელია მისი საზოგადოებაში ყოფნა, ვინაიდან განავალს და გაზებს ვერ იკავებს და ვერ იცავს სისუფთავეს, ამის გამო საჭიროა ასეთი ავადმყოფის შესწავლა და სათანადო მკურნალობის ჩატარება.

მკურნალობა. სწორი ნაწლავისა და უკანა ტანის გამოვარდნის სამკურნალოდ მოწოდებულია რიგი მეთოდები: ა) კონსერვატიული; ბ) მკურნალობა ინიექციებით; გ) სხვადასხვა სახის ოპერაციული მეთოდი.

მკურნალობის კონსერვატიული წესი, ძირითადში, გამოიყენება ბავშვებში, და შეიძლება გამართლდეს იმ შემთხვევაში, თუ მას მივმართავთ დასაწყის სტადიაში. გამოვარდნილი სწორი ნაწლავის შესწორება ბავშვებში ხდება მეთოდურად. ტექნიკურად ეს პროცესი რთული შესასრულებელი არაა. ავადმყოფი უნდა იწვეს ზურგზე ან გვერდზე, ექიმის თანაშემწე ფეხებს გაუწვეს განზე, გამოვარდნილ ნაწლავს წაუსვამს სქლად ვაზელინს, რის შემდეგ ექიმი (რეზინის ხელთათმანებით) მწვერვალს ნელა აჭერს თითებს და აბრუნებს ნაწლავს მენჯის ღრუში (ამ დროს საჭიროა ფრთხილად მოქცევა, რომ არ დაზიანდეს გამოვარდნილი ნაწლავი). ამის შემდეგ (ტერნოვსკის რჩევით) ბავშვს დუნდულებს უკრავენ და ასე წევს ხანგრძლივად. აქ დიდი მნიშვნელობა აქვს ხელის შეწყობას. ბავშვს არ უნდა ახველებდეს, არ უნდა ჰქონდეს ფაღარათი, მოწესრიგებული უნდა ჰქონდეს კუჭის მოქმედება და ყველაფერი ის, რაც მუცლის პრესის დაჭიმვას იწვევს, უნდა მოეუსპოთ. დამუშავებულია დეფეკაციის გაუმჯობესების საშუალებანი, რომელიც ხელს შეუშლის სწორი ნაწლავის გამოვარდნას. საჭიროა დეფეკაციის რეგულირება, დეფეკაციის წინ ვუნიშნავთ მსუბუქ ოყნებს, დეფეკაცია უნდა ხდებოდეს არა ჯდომითს, არამედ მწოლიარე მდგომარეობაში. ამინეევის მონაცემებით, ასეთი მეთოდით ნამკურნალევი ბავშვების 2/3 განიკურნა, მაგრამ 1/3 განუკურნებელი დარჩა. საჭირო გახდა სხვა მეთოდების გამომუშავების აუცილებლობა. ავადმყოფი რომ განიკურნოს საჭიროა სხვა გამამაგრებელი კონსერ-

ვატიული მკურნალობის ჩატარებაც — სტრიქნინი კანქვეშ, ვიტამინები, დარსონვალიზაცია, დიეტა, ანტიბიოტიკები, სინტომიცინი და სხვ. ასეთი ღონისძიების ჩატარების შემდეგ შეიძლება ავადმყოფების გარკვეული პროცენტი სავსებით განიკურნოს.

მკურნალობის ეს წესი გამართლებულია ბავშვებში, როგორც აღვნიშნეთ, მხოლოდ დასაწყის სტადიაში. დაგვიანებულ შემთხვევებში და განსაკუთრებით ხანშიშესული ადამიანების ამ წესით მკურნალობა (თუ საამისო რაიმე ჩვენება არ არის), უსათუოდ შეცდომაა, ვინაიდან ეფექტს ვერ მივაღწევთ. მკურნალობისათვის დროს დახარჯვა კი მხოლოდ გაახანგრძლივებს ყველა სხვა საჭირო მეთოდის დროულ გამოყენებას.

მკურნალობის ინიექციური წესი. კონსერვატიული მკურნალობის აღწერილმა მეთოდმა 1/3 შემთხვევაში დამაკმაყოფილებელი შედეგი ვერ გამოიღო, ამიტომ საჭირო გახდა სხვა უფრო საიმედო მეთოდების გამომუშავება, რასაც რამდენიმე ათეული წელი მოუნდა. მკურნალობის ინიექციური მეთოდი მოზრდილებში პირველად 1866 წელს გამოიყენა ლანგენბეკმა. ამ უკანასკნელ ხანებში მკურნალობის ამ მეთოდმა ფართო გამოყენება პოვა როგორც ჩვენში, ისე საზღვარგარეთ. ეს მეთოდი საბჭოთა კავშირში ერთ-ერთმა პირველმა გამოიყენა . მიროტვორცევამ და მიიღო სავსებით დამაკმაყოფილებელი შედეგი. 98 ავადმყოფიდან ერთხელ ჩატარებული ინიექციით (მისი მონაცემებით) განიკურნა 88 ავადმყოფი, ორი ინიექციით — 8; ერთ შემთხვევაში შედეგი არ გამოიღო, ერთი ავადმყოფი სეფსისით გარდაიცვალა (ამინიევი).

ტექნიკურად ინიექციური მეთოდის გამოყენება ძნელი არ არის. ავადმყოფს საოპერაციოდ ვამზადებთ ჩვეულებრივ: ოპერაციის გაკეთების წინა საღამოს და ოპერაციის გაკეთებამდე, დილით ვუკეთებთ გამწმენდ ოყნას. რაკი ბავშვები მოუსვენრები არიან, მოკლე ხნით ვაძლევთ ნარკოზს (ბავშვი წევს ფეხებაწეული), შემდეგ სწორი ნაწლავის ირგვლივ კანს ვასუფთავებთ სპირტით, ვიცვამთ რეზინის ხელთათმანს და საჩვენებელი თითი შეგვაქვს სწორ ნაწლავში, ვიღებთ 70°-იან ღვინის სპირტს 1,2 მლ ბავშვის კილოგრამ წონაზე (თუ ბავშვი იწონის 18 კგ, ვიღებთ 18 მლ რაოდენობით), ვყოფთ სამ ნაწილად და შპრიცით შეგვყავს უკანა ტანიდან 1—1,5 სმ დაშორებით იმ ვარაუდით, რომ ნემსის თავი მოხვდეს არა სწორი ნაწლავის კედლის სისქეში და სანათურში, არამედ პარარექტალურად (უფრო სწორად, პარარექტალურ ფაშარ შემაერთებელ ქსოვილში 5—6 სმ სიღრმეში). ორი ჩხვლეტა კეთდება ციფერბლატის 3 და 9 დანაყოფზე, ხოლო მესამე — 6-ზე — კუდუსუნისა და სწორი ნაწლავის კედელს შორის. ხსნარი შეგვყავს არა ერთბაშად, არამედ ნაწილ-ნაწილ, წვეთობრივად, ნემსის წვერს ვუცვლით მიმართულებას, რათა მთელი ქსოვილი გაიჟღინთოს. ნემსის უკან გამოტანის დროსაც გზადაგზა მცირე რაოდენობით ვღვრით ამ სითხეს, რადგან სითხის ერთბაშად ჩასხმამ შეიძლება გამოიწვიოს ქსოვილის ნეკროზი: ყითას წინ შეშხაპუნება არ შეიძლება, რადგან შეიძლება შარდსადინარი დაზიანდეს, რაც ავადმყოფის მდგომარეობას მკვეთრად გაუარესებს. როგორც ცნობილია, შეყვანილი სპირტი იწვევს ქიმიურ ასეპტიკურ დანეკროზებას. პირველი რეაქცია გამოიხატება ერთგვარ შეშუპებაში; შეიძლება გამოიწვიოს ზოგიერთი უჯრედის ნეკროზიც. ასეპტიკურ ანთებითს რეაქციას მოჰყვება შემაერთებელი ქსოვილის უხვი განვითარება, რომელიც მაგრად აფიქსირებს სწორი ნაწლავის კედელს, რითაც ისპობა სწორი ნაწლავის გამოვარდნის შესაძლებლობა. ინიექციის პირველ დღეს ბავშვები უხასიათოდ არიან, საკვებსაც ერიდებიან, მაგრამ სა-

ღამოს ან მეორე დღეს თავს კარგად გრძნობენ. თუ პირველი დეფეკაციის შემდეგ სწორი ნაწლავი არ გამოვარდა (მე-4 დღეს) შეიძლება ავადმყოფის გაწერა კლინიკიდან. ინიექციის დროს მოსალოდნელია ტექნიკური შეცდომები და გართულებანი. თუ ნემსს ღრმად შევიყვანთ, შეიძლება ნემსის წვერი მოხვდეს საჯდომი ნერვის წნულში და გამოიწვიოს საჯდომი ნერვის დამბლა, რაც დროებითია. მაგრამ ასეთი დიდი ნერვის დროებით გამოთიშვა ავადმყოფზე ცუდად მოქმედებს. თუ ნემსის წვერი მოხვდა ნაწლავის ან კანის სისქეში. გამოიწვევეს ქსოვილის ნეკროზს. რასაც შეიძლება არასასიამოვნო გართულება მოჰყვეს. ასეთი მეთოდით მკურნალობით (ამინიევის კლინიკურ მასალაზე) განკურნება აღინიშნა შემთხვევათა 90%-ში, ხოლო ავადმყოფთა დარჩენილი 10% განმეორებითი მკურნალობის შემდეგ გაეწერა განკურნებული, გარდა რამდენიმე ავადმყოფისა. (ერთი გარდაიცვალა ფილტვის ანთებით, მაგრამ ეს ეჭვმების დაუდევრობით მომხდარა, მკურნალობა მაშინ ჩაუტარებიათ, როდესაც ბავშვი ჯერ კიდევ არ ყოფილა განკურნებული გრიპისაგან). ავტორთა უმრავლესობა ინიექციით მკურნალობის მეთოდს დადებითად აფასებს.

ამგვარად, შეიძლება დავასკვნათ, რომ ინიექციით მკურნალობის მეთოდი საკმაოდ მისაღებია და მისი ფართოდ გამოყენება შეიძლება განსაკუთრებით ბავშვებში, მხოლოდ უნდა დავიცვათ ყველა წესი. რომ არ მივიღოთ ზემოთ აღწერილი ზოგიერთი არასასიამოვნო გართულება. ამ აზრს იზიარებს ავტორთა უმრავლესობა (ა. ამინევი, ზ. მუვალოვი, მ. ლორი-ეფშტეინი, ნ. პროკოფიევი და ნ. ჯანდიერი).

ოპერაციული მკურნალობა. როგორც აღვნიშნეთ, ბავშვებში უკანა ტანისა და სწორი ნაწლავის გამოვარდნის მკურნალობა თითქმის გადაწყვეტილად შეიძლება ჩაითვალოს, ვინაიდან კონსერვატიული და ინიექციური მკურნალობის მეთოდი შემთხვევათა 90%-ში კარგ შედეგს იძლევა. რაც შეეხება იმ შემთხვევებს, რომლებიც არ დაემორჩილნენ აღნიშნულ მკურნალობას, აქ უნდა გამოვიყენოთ ოპერაციული მკურნალობის ერთ-ერთი მეთოდი.

მაგრამ ეს არ შეიძლება ითქვას 20 წლის და მის ზემო ასაკის ადამიანებზე. აქ საკითხი უფრო რთულია, ვინაიდან მკურნალობის აღნიშნული მეთოდები — კონსერვატიული და ინიექციური — დამაკმაყოფილებელ შედეგს არ იძლევა, გართულებები კი საკმარისად ბევრია; ამიტომ შეიძლება დადგენილად ჩაითვალოს, რომ მოზრდილებში კონსერვატიული და ინიექციური მეთოდების სამკურნალოდ გამოყენება შ ე ც დ ო მ ა ა. მოზრდილებში სწორი ნაწლავის გამოვარდნის დროს, უნდა გამოვიყენოთ მკურნალობის მხოლოდ ოპერაციული მეთოდი. ამ დაავადების ქირურგიული წესით მკურნალობისათვის მოწოდებულია ქირურგიული ჩარევის სხვადასხვა წესი. მაგალითად, ი. მალიშევმა 1967 წელს დაადგინა ქირურგიული მკურნალობის 210 სხვადასხვა სახის ოპერაციული გზა-წესი. ამით დასტურდება ის, რომ ჯერჯერობით არა გვაქვს გამომუშავებული ისეთი მეთოდი, რომელიც დაკმაყოფილებს როგორც ავადმყოფს, ისე ქირურგს. რა მოთხოვნილებას უნდა აკმაყოფილებდეს მოწოდებული ოპერაცია? ოპერაცია უნდა იყოს მარტივი და ხელმისაწვდომი ყველა ქირურგისათვის, ის უნდა სპობდეს ნაწლავის გამოვარდნის მიზეზს, არ უნდა იძლეოდეს ოპერაციის შემდეგ რეციდივებს და ხიფათს არ უნდა უქმნიდეს ავადმყოფის სიცოცხლეს.

კარგი გამოსავლისათვის აგრეთვე დიდი მნიშვნელობა აქვს ნაადრევ ოპერაციულ მკურნალობას; რაც უფრო გვიან გამოცხადდება ავადმყოფი საოპერაციოდ, მით გამოსავალი ცუდი იქნება და რეციდივიც მეტი, ვინაიდან რაც მეტი დროა

გასული გამოვარდნიდან, მით მეტი პათომორფოლოგიური ცვლილებები ვითარდება. როდესაც დადგინდება სწორი ნაწლავის გამოვარდნის ოპერაციული წესით მკურნალობის აუცილებლობა, მეთოდის არჩევის დროს მიდგომა უსათუოდ უნდა იყოს ინდივიდუალური. აქ მხედველობაში უნდა მივიღოთ ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა, გამოვარდნის სიდიდე და ფორმა, პათოლოგიური ცვლილებები და სხვ. ოპერაცია კარგად რომ გადაიტანოს და შედეგიც სავსებით დამაკმაყოფილებელი რომ მივიღოთ ავადმყოფი სათანადოდ უნდა მოვამზადოთ. როგორია ჩვენი რეკომენდაცია, რა სახის ოპერაციები უნდა გავაკეთოთ? ავტორების მიერ მოწოდებული ოპერაციების სიმრავლე არ იძლევა შესაძლებლობას ყველა მათგანის გარჩევისა და არცაა საჭირო, ვინაიდან მათი ნაწილი მხოლოდ ისტორიული მნიშვნელობისაა, დღევანდელ პირობებში აღარ იყენებენ. ჩვენის აზრით, ყველაზე უფრო მიზანშეწონილია შემდეგი სახის ოპერაციების გაკეთება:

1. უკანა ტანის შემავიწროებელი და გამამაგრებელი ოპერაცია, მიდგომა შორისის მხრიდან.

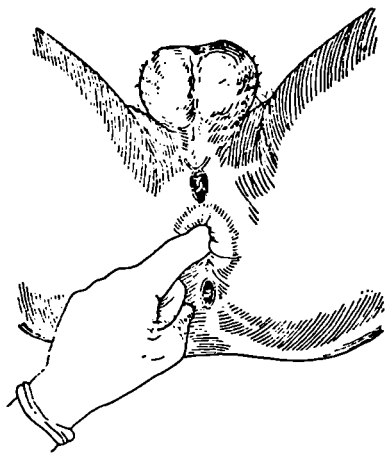
2. ოპერაციები აბდომინალური მიდგომით — რექტო- და კოლოპექსია.

3. გამოვარდნილი ნაწლავის რეზექცია.

ვიდრე ავადმყოფს ოპერაციას გაუკეთებდეთ, ის უსათუოდ უნდა მოვამზადოთ საოპერაციოდ. პირველ რიგში, ავადმყოფის ზოგად მომზადებასთან ერთად ყურადღება უნდა მივაქციოთ გამოვარდნილი ნაწლავის წესრიგში მოყვანას. როდესაც ფეხზე დგომის დროს სწორი ნაწლავი ადვილად ვარდება, ავადმყოფი უნდა გადავიყვანოთ წოლით რეჟიმზე. იმ შემთხვევაში, როდესაც ნაწლავი გამოვარდნილია მუდმივად ან დროის დიდ მონაკვეთში, უნდა შეეეცადოთ გამოვარდნილი ნაწლავის წესრიგში მოყვანას, ანთებითად შეცვლილ ლორწოვანს გაფუებული კედლებით, შეშუპებულ ნაწლავს უნდა ვუმკურნალოთ, უნდა შეეცადოთ ანთებითი პროცესის ლიკვიდაციას, დაეუნიშნოთ რივანოლის აბაზანები და სხვა ანტისეპტიკური სითხეების საფენები. სათანადო დიეტის შერჩევით წესრიგში უნდა მოვიყვანოთ კუჭის მოქმედება. ოპერაციის წინა დღეს შეიძლება მივცეთ საფაღარათო (ეს აუცილებელი არ არის). ოპერაციის გაკეთების წინა საღამოს და ოპერაციის წინ, დილით უნდა გავუკეთოთ გამწმენდი ყუნა. ამგვარად მომზადებული ავადმყოფი შეიძლება ავიყვანოთ საოპერაციო მაგიდაზე. გაუტკივარების შერჩევა ქირურგზეა დამოკიდებული. ჩვენს კლინიკაში უმრავლეს შემთხვევაში ვიყენებთ ადგილობრივ ანესთეზიას, ჩვენების დროს შეიძლება გამოვიყენოთ სპინალური ანესთეზია, მაგრამ ბავშვებს და ნერვულ ავადმყოფებს შეიძლება ოპერაცია გაუკეთოთ ნარკოზით. უნდა შევნიშნოთ, რომ მოწოდებული მრავალი ოპერაციიდან ყველაზე პოპულარულია ორი ოპერაცია, რომელთაც ყველაზე ხშირად იყენებს ქირურგთა უმრავლესობა.

ტირშის ოპერაცია. ეს ოპერაცია ტექნიკურად ადვილი გასაკეთებელია. ავადმყოფი საოპერაციო მაგიდაზე წევს ისე, როგორც ბუასილის ოპერაციის დროს. 0,5 სმ სიგრძის განაკვეთი კეთდება უკანა ტანის ორ მოპირდაპირე მხარეზე ციფერბლატის ექვსსა და 12 დანაყოფზე-იკვეთება მხოლოდ კანი. ამ განაკვეთზე დიდი მოღუნული ნემსით ჯერ პირველი ნახევრიდან. უნდა გატარდეს ვერცხლის ან სხვა უჟანგავი მავთული, მერე იმავე განაკვეთიდან გამოყვანილი იქნება მეორე ნახევარში. ამგვარად, მავთული ირგვლივ შემოუვლის სფინქტერს, რის შემდეგ გაიკვანძება ისე, რომ უკანა ტანი თავისუფლად ატარებდეს საჭვენებელ თითს. კანზე დაედება კვანძოვანი ნაკერი, რითაც ეს მავთული სავსებით

დაიმალება. თუ მავთულმა არ შეაწუხა ავადმყოფი, ის შეიძლება დარჩეს მუდმივად, ან სფინქტერის გამაგრების შემდეგ შეიძლება მავთულის ამოღება (6—10 თვის შემდეგ). ზოგ შემთხვევაში მავთულის მაგიერ შეიძლება გამოვიყენოთ აბრეშუმის ან კაპრონის ორმაგი მსხვილი ძაფი ან ფასცია, რომელსაც ვიღებთ ბარძაყის ფართო ფასციიდან. ოპერაციის ეს მეთოდი ნაჩვენებია ბავშვებსა და ახალგაზრდებში. ასაკოვან ადამიანებში მისი გამოყენება შეიძლება დაავადების პირველ და მეორე სტადიაში. ჭრილობაში მავთულის დატოვებას ის მიზანი აქვს, რომ ამ მავთულის ირგვლივ ქსოვილების გაღიზიანების შედეგად ვითარდება მძლავრი შემაერთებელი ქსოვილი. თუ აღნიშნული ოპერაცია გაკეთდება ზუსტი ჩვენების დროს, განკურნებას იძლევა 80—90%-ში. მაგრამ ტექნიკური შეცდომების დაშვების შემთხვევაში შეიძლება მივიღოთ რიგი გართულებანი: ა) თუ ქირურგმა უკანა ტანის გასავალი ზომაზე მეტად შეავიწროვა, ავადმყოფს დეფეკაცია გაუძნელდება, რის გამოც მკურნალი ექიმი იძულებულია ნაადრევად მოაშოროს უცხო სხეული რასაც მოჰყვება რეციდივი. ეს ექიმის ტექნიკური შეცდომაა; ბ) რადგან უკანა ტანი მუდამ ინფიცირებულია და თუ ქირურგმა ზუსტად არ დაიცვა ასეპტიკა და ანტისეპტიკა, შეიძლება პრილობა დაჩირქდეს, განვითარდეს პარაპროქტიტი და ფისტულები, რის გამოც ექიმი იძულებულია მოაშოროს შემავიწროებელი უცხო სხეული. ესეც ექიმის შეცდომაა.



Სურ. 78. სწორი ნაწლავის გამოუარდნის ოპერაცია ტრაშის მეთოდით.

აღწერილია შემთხვევები (ა. კეიზერი), როდესაც ავადმყოფს დეფეკაციის შემდეგ უვითარდება ისეთი მოუთმენელი ტკივილი, რომ ის ნატრობს ოპერაციამდელ მდგომარეობას.

კიუმელ-ზელენინის ოპერაცია. სწორი ნაწლავის III და IV სტადიის გამოვარდნილობის დროს კიუმელის ოპერაცია ყველაზე შედეგიანია. განაკვეთი კეთდება თეთრ ხაზზე ჰიპიდან სიმფიზამდე, ამ დროს ავადმყოფს ვაძლევთ ტრენდელენბურგის მდებარეობას. ნაწლავებს გადავიტანთ მუცლის ზემო და მარჯვენა ნახევარში, რის შემდეგ ამოიწევა სიგმოიდური ნაწლავი და დაიჭრება სწორი ნაწლავი, უკანა ტანი ამ დროს შეიწევა. ამის შემდეგ გავის მალების დონეზე, პრომონტორიუმის ქვემოთ, ნაწლავის ორივე მხარეზე, 4 — 8 სმ სიგრძეზე კვეთავთ სეროზულ გარსს. პერიტონეუმის კიდეებს ავიღებთ ეომებზე, ამის შემდეგ მოვძებნით მყესოვან აპარატს და ძვლის ზედაპირის მიყოლებით გავუყრით მკრელ ნემსს. მსხვილი (№ 4) ძაფით ვახდენთ ნაწლავის ფიქსაციას რამდენიმე კვანძოვანი ნაკერით (შეიძლება ზოგჯერ დავიმაყოფილოთ ცალმხრივი ფიქსაციით), ამით მთავრდება მანიპულაცია მუცლის ღრუში, რის შემდეგ შრეების მიხედვით ვხურავთ მუცლის ღრუს. თუ გვინდა ოპერაცია სიაიმედო იყოს და რეციდივი არ მივიღოთ, უკანა ტანი უნდა გავამაგროთ

ტირშის წესით. ოპერაციის შემდეგ უნდა შეეცადოთ, რომ ავადმყოფს 6 — 7 დღეს არ ჰქონდეს კუჭის მოქმედება. ამის გამო ყოველ დილა-საღამოს ვაძლევთ 7—8 წვეთ ოპიუმს. პირველ დღეებში ავადმყოფი უნდა იყოს მშიერ დიეტაზე, შემდეგ უნდა გადავიყვანოთ მსუბუქ დიეტაზე (ბულიონი, მაწონი, შოკოლადი და სხვ.). მე-7—8 დღეს ვაძლევთ სასაქმებელს, რის შემდეგ ხელი უნდა შევუწყოთ კუჭის რეგულარულ მოქმედებას. მე-10 — 12 დღეს უნდა გადავიყვანოთ საერთო მაგიდაზე. მე-15—20 დღეს, თუ რაიმე გართულებას ადგილი არ ექნება, ავადმყოფს გავწერთ, მივცემთ სათანადო რჩევა-დარიგებას. პირველ ხანებში ავადმყოფი მძიმე ფიზიკურ მუშაობას უნდა ერიდოს.

ამგვარად, კიუმელ-ზელენინის ოპერაცია ითვლება არჩევით მეთოდად, მაგრამ ტექნიკური შეცდომების დაშვებასთან დაკავშირებით შეიძლება ადგილი ექნეს რიგ გართულებებს, რაც ზოგჯერ სიკვდილით მთავრდება (0,2%-დან 3%-მდე), მაგალითად, როდესაც ქირურგი წინასწარ სწორად ვერ დაადგენს საოპერაციო ჩვენებას, ოპერაციას აკეთებს, როდესაც ავადმყოფი დაავადებულია მეგასიგმით ან, როდესაც ავადმყოფს აქვს რაიმე ანთებითი პროცესი მუცლის ღრუში (საკვერცხეების) და ოპერაციის შემდეგ ვითარდება პერიტონიტი, რის გამოც შეიძლება ავადმყოფი დაიღუპოს; როდესაც ექიმი უშვებს ტექნიკურ შეცდომას, მაგალითად, პრომოტორიუმის მიდამოში ნაწლავის ფიქსაციის დროს, თუ ქირურგი ნემსს გაატარებს ლორწოვანამდე, ძაფის გაკვანძვის დროს ის ნაწლავს მოჭიმავს, რის გამო ნაჩხვლეტიდან შეიძლება გაერცელდეს ინფექცია, რასაც მოჰყვება პერიტონიტი და შეიძლება ავადმყოფის სიკვდილიც. ექიმმა უნდა გაითვალისწინოს ეს და ნემსი უნდა გაატაროს სერო-კუნთოვან შრეში, რითაც აცილებული იქნება ზემოაღნიშნული გართულება.

ოპერაციის დროს, როდესაც პერიტონეუმის ფურცლის აცლა ხდება, შეიძლება დაზიანდეს რეტროპერიტონეულად მდებარე ვენები, რასაც მოჰყვება სისხლის დენა. ამ შემთხვევაში ქირურგმა სისხლის დენის შეჩერება ჟომით არ უნდა დაიწყოს, ვინაიდან სისხლძარღვის კედელი ადვილად ზიანდება და სისხლის დენა უფრო ძლიერდება, ამიტომ უმჯობესია მარლის ტამპონით ან თითის დაჭერით შეაჩეროს რამდენიმე ხანს, რის შემდეგ ის ადვილად შეწყდება.

შეცდომები, საშიშროებანი და გაუთვალისწინებელი გართულებანი უკანა ტანისა და სწორი ნაწლავის ოპერაციების დროს

უკანა ტანისა და სწორი ნაწლავის დაავადება და მკურნალობა კერძო ქირურგიის სუსტად შესწავლილი თავია. განსაკუთრებით ბევრი შეცდომებია დიაგნოსტიკაში, რასაც თან ერთვის არასწორი მკურნალობაც.

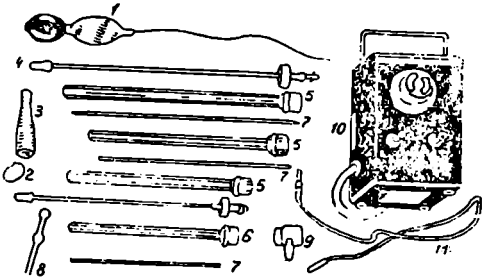
სწორ ნაწლავზე რაიმე ქირურგიული მანიპულაციის დაწყებამდე უსათუოდ წინასწარ უნდა შევისწავლოთ და დავაზუსტოთ დაავადების ნამდვილი სახე.

დიაგნოსტიკის ერთ-ერთი მეტად მნიშვნელოვანი და ობიექტური მეთოდია რექტორომანოსკოპია (პროქტოსიგმოიდოსკოპია), რომლის დროს მოსალოდნელია რიგი გართულებები და შეცდომები. პირველ შეცდომად უნდა ჩაითვალოს ის, რომ ასეთი საპასუხისმგებლო და რთულ მანიპულაციას ანდობენ ახალგაზრდა ექიმს, რომელსაც ჯერ კიდევ არა აქვს ათვისებული მენჯის ღრუს ორგანოების რთული ანატომიურ-ტოპოგრაფიული ურთიერთდამოკიდებულება. ექიმისათვის ცნობილი უნდა იყოს ის ფაქტი, რომ სახელწოდება სწორი ნაწლავი მხოლოდ პირობითი ა. სინამდვილეში მას ახასიათებს რიგი ზიგზაგებისა და ექიმს მხედვე-

ლობაში უნდა ჰქონდეს ის მდგომარეობა, რომ, როდესაც მას სწორ ნაწლავში შეჰყავს რექტოსკოპის ტუბუსი გზადაგზა იქმნება როგორც ფიზიოლოგიური, ისე პათოლოგიური ხასიათის დაბრკოლებანი.

სწორი ნაწლავი მჭიდროდაა დაკავშირებული გავა-კუდუსუნის წინა ზედაპირთან, ამიტომ მას ისეთივე სიმრუდე აქვს, როგორიც გავა-კუდუსუნს. იქ, სადაც სწორი ნაწლავი გადადის S. Romanum-ში იქმნება კუთხე, რომელიც ზოგ შემთხვევაში მახვილსაბრალია. თუ ექიმმა ვერ გაითვალისწინა ასეთი ანატომიური თავისებურებანი, შეიძლება მიიღოს სხვადასხვა სახის გართულება-დაზიანება.

სათანადოდ აწყობილ რექტოსკოპს წავუსვამთ ვაზელინს და ნელ-ნელა შეგვყავს სწორ ნაწლავში, შემდეგ უნდა მოვაშოროთ ობტურატორი, ფრთხილად შევუშვათ ჰაერი, რომელიც თანდათანობით გაშლის ნაწლავს და გააადვილებს ტუბუსის წინ წაწევას. ამით გვექმნება შესაძლებლობა 25—30 სანტიმეტრზე დავათვალიეროთ სწორი ნაწლავი და S-ნუმი. ავადმყოფის ყოველგვარი ჩიეილი უსათუოდ კრიტიკულად უნდა შეფასდეს. ტუბუსის ძალდატანებით წაწევამ შეიძლება გახვრიტოს ნაწლავი და გახდეს გართულების მიზეზი და, არაიშვიათად, სიკვდილის მიზეზიც. ნაწლავის გახვრეტას ხელს უწყობს ნაწლავის ლორწოვანში ანთებითი პროცესის არსებობა, დიზენტერიით გამოწვეული წყლულები, ავთვისებიანი სიმსივნეები და სხვა მრავალი დაავადება. ისინი ცვლიან სწორი ნაწლავის ლორწოვანს და კუნთოვან შრეს და მცირედი ძალდატანებაც საკმარისია, რომ ნაწლავი გახვრიტოს. პერფორაციის დროს ავადმყოფი გრძნობს ძლიერ ტკივილს, შეიძლება ჩავარდეს შოკში. ექიმიც ადვილად შეამჩნევს, რომ რექტოსკოპის თავი ნაწლავის სანათურის გარეთაა. თუ ძლიერი ტკივილის დროს ექიმმა რექტოსკოპი სასწრაფოდ უკან დასწია და პერფორაცია შეუმჩნეველი დარჩა ავადმყოფი დაიღუპება სხვადასხვა გართულებით. თუ დროულად იქნება დადგენილი აღნიშნული გართულების არსებობა, საჭიროა ავადმყოფის სასწრაფოდ აყვანა საოპერაციო მაგიდაზე და ოპერაციული გზით ნაწლავის მთლიანობის აღდგენა (ასეთი შემთხვევები ბევრია აღწერილი ლიტერატურაში).



სურ. 79. R-60 რექტოსკოპის მოდელი დაშლილი სახით:
1 — ჰაერის ჩასაბერი ბალონი; 2 — ჩვეულებრივი ოპტიკა; 3 — ოპტიკა გამადიდებლით; 4 — მანდრენი; 5 — რექტოსკოპული მილი; 6 — რექტოსკოპული მილი ბავშვებისათვის; 7 — ლითონის ჩხირი ნათურით; 8 — სახელური მოძრავი შუფთით; 9 — ნათურის, სახელურისა და ოპტიკის დამაშაგრებელი; 10 — ტრანსფორმატორი; 11 — ტრანსფორმატორისა და რექტოსკოპის შემაერთებელი მავთული.

ჰაერის შეყვანა ტუბუსში განსაკუთრებული სიფრთხილით უნდა ხდებოდეს: ჰაერის ზედმეტად შეყვანამ შეიძლება ანთებითად გადაგვარებული ნაწლავის კედელი ადვილად გახეთქოს. დაზიანების თავიდან ასაცილებლად, ჰაერის გარ-

კვეული რაოდენობის შეყვანის შემდეგ, თუ ლორწოვანი და სანათური არ იშლება ტუბუსს თავი უნდა მოვსსნათ და დავროვილი ჰაერი გამოვუშვათ. ამით ნაწლავიც განთავისუფლდება.

ზოგ შემთხვევაში ანთებით პროცესთან ან სიმსივნესთან დაკავშირებით ნაწლავის სანათური ცირკულარულად ვიწროვდება. მიაღწევს თუ არა რექტოსკოპის ტუბუსი ამ ადგილამდე, წინ წაწევა ძნელდება: ამ შემთხვევაში ტუბუსს ძალდატანებით წაწევას უნდა ვერიდოთ, თორემ მოსალოდნელია ნაწლავის დაზიანება. მცირე უხეში მანიპულაციითაც შეიძლება დაზიანდეს ნაწლავის ლორწოვანი და კაპილარები, რაც გამოიწვევს სისხლის დენას. ეს კი უსათუოდ ხელს შეუშლის დათვალიერებას და დიაგნოზის დადგენას. მეორე მხრივ, შესაძლებელია ადვილად შეიჭრას ინფექცია და მივიღოთ რიგი გართულებები არასასურველი შედეგებით.

რექტორომანოსკოპიის დროს ავადმყოფი უნდა მოვამზადოთ. ის მოხერხებულად და უძრავად, სათანადო პოზიციაში, უნდა დავაწვინოთ სამანიპულაციო მაგიდაზე. ავადმყოფის მოულოდნელი და უხეში მოძრაობა შეიძლება აგრეთვე გახდეს ტუბუსით ნაწლავის დაზიანების მიზეზი.

ბუასილი

უკანა ტანის ძალზე სშირი და შემაწუხებელი დაავადებაა ბუასილი. ბუასილის განვითარების მიზეზები ჯერჯერობით საბოლოოდ დადგენილი არ არის, მისი მკურნალობაც, ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში, ინდივიდუალური მიდგომით უნდა წყდებოდეს.

ვიდრე ავადმყოფს ოპერაციული წესით მკურნალობის წინადადებას მივცემდეთ, უსათუოდ საჭიროა ბუასილის გაჩენის ძირითადი მიზეზის დადგენა. ამასთან, უნდა გაირკვეს, თუ რამდენად გართულებულია მისი ოპერაციული მკურნალობა, ხომ არ ექნება ადგილი ოპერაციისშემდგომ რეციდივს.

ჩვენთვის კარგადაა ცნობილი სიმპტომატური ბუასილის არსებობა, რომლის განვითარებას ხელს უწყობს ღვიძლის დაავადება, ორსულობა, მცირე მენჯში სიმსივნის არსებობა და სხვ. ასეთ შემთხვევებში მკურნალობა მიმართული უნდა იყოს ძირითადი დაავადების წინააღმდეგ და თუ სისხლის მიმოქცევა მოწესრიგდება, ბუასილიც ადვილად გაქრება.

დიდი და გამოუსწორებელი შეცდომაა, როდესაც ბუასილის ოპერაციის დროს სწორი ნაწლავის კიბო შეუმჩნეველი რჩება, აგრეთვე სშირად შეუმჩნეველი რჩება სწორი ნაწლავის პოლიპი, სხვადასხვა ეტიოლოგიის წყლულები, სწორი ნაწლავის შევიწროებანი და სხვ. ამ შემთხვევაში შეცდომის ძირითადი მიზეზია ავადმყოფის ზერელე გასინჯვა. როდესაც ავადმყოფი ექიმთან მიდის ჩივილებით, რომ მას აქვს ბუასილი, ექიმი არასდროს არ უნდა დამაყოფილდეს ავადმყოფის უბრალო, გარეგანი გასინჯვით. პირველ რიგში, სწორი ნაწლავი უნდა გაისინჯოს თითით, ანოსკოპით და თუ საჭირო იქნება, უნდა გაეცნოდეს რექტოსკოპია და რენტგენოგრაფია. სრული ანამნეზური მონაცემები და სწორი ობიექტური გამოკვლევა თავდებია დიაგნოზის ზუსტად დადგენისა და ამ დაავადების მკურნალობის სწორად წარმართვისა.

ხანშიშესული და მოხუცებული ადამიანების, რომელთაც აღენიშნებათ სისხლსავსეობა, ჰიპერტონია, ბუასილის ოპერაციული მკურნალობა უსათუოდ შეცდომაა. ასეთ შემთხვევაში უნდა დავკმაყოფილდეთ მკურნალობის კონსერ-

კატიული წესით — უნდა დავუნიშნოთ შეკრულობის საწინააღმდეგო საშუალებანი, ავუკრძალოთ ხორცეულის ჭამა, გამღიზიანებელი საკმელები, მაგარი სასმელები: უხვად უნდა მივცეთ ხილი, ბოსტნეული, რძის ნაწარმი, განსაკუთრებით ხაჭო, მაწონი, ნადუღი, უნდა გაეუქეთოთ მსუბუქად მოქმედი სასაქმებელი ოყნები და სხვა.

თუ ავადმყოფი ექიმთან გამოცხადდა პირველ საათში, როცა კვანძები თრომბირებული და ანთებითი პროცესი განვითარებული არ არის, სათანადო წესების დაცვით შეიძლება ჩაჭედილი ბუასილის კვანძების ჩაბრუნება, რაც შვებას მისცემს ავადმყოფს. დაგვიანებულ შემთხვევაში მკურნალობა მხოლოდ კონსერვატიულია. ზოგი ავტორი გვირჩევს ასეთი გართულების დროს მივმართოთ პარანეფრულ ბლოკადას ა. ვიშნევსკის წესით (რიყიხი), რაც იწვევს ინფილტრატისა და თრომბის ჩქარა შეწოვას და ანთებითი პროცესის ლიკვიდაციას. ჩაჭედილი ბუასილის ოპერაციული მკურნალობა შეცდომაა.

ჩვენი კლინიკის გამოცდილებიდან ვიცით, რომ ჩაჭედილი ბუასილის სამკურნალოდ მეტად ეფექტური საშუალებაა ჰირუდინოთერაპია (წურბლებით მკურნალობა). ნელთბილი წყლით უკანა ტანის მობანის შემდეგ თითო კვანძზე უნდა დავსვათ 1—2 საღი წურბელა. ამ მანიპულაციის შემდეგ ავადმყოფი უცბად იგრძნობს შვებას, ტკივილები მოეხსნება, ბუასილის კვანძები მოცულობაში კლებულობს და ავადმყოფი მშვიდად იძინებს. ამასთან ერთად, ვუნიშნავთ ანტისეპტიკური ხსნარის ნელთბილ ჯდომით აბაზანებს, სხვადასხვა საფენებს, სანთლებს. მალამოებს და სხვა, რომლებიც საუკეთესო საშუალებაა პროცესის შეჩერებისათვის. უფრო მეტიც, არსებული ანატომიური ცვლილებები დაიწყებს უკუგანვითარებას და თუ ავადმყოფი მთლიანად არ განიკურნა, მდგომარეობა საგრძნობლად გაუუმჯობესდება, მწვავე ფორმა გადადის ქრონიკულში და იქმნება ოპერაციული მკურნალობის შესაძლებლობა.

არ შეიძლება აქვე არ აღინიშნოს ის ფაქტი, რომ, საზოგადოდ, ბუასილის ოპერაციული მკურნალობა დიდი პოპულარობით არ სარგებლობს. ავადმყოფები გაურბიან ამ ოპერაციას და ყოველგვარ ღონეს მიმართავენ, რათა ოპერაცია თავიდან აიცდინონ. მაგრამ გარკვეით უნდა აღინიშნოს ის გარემოება, რომ არსებობს ბუასილის ისეთი ფორმები, რომელთა მორჩენა ოპერაციის გარეშე არ შეიძლება, ამიტომ ოპერაციის ჩვენება ასე უნდა ჩამოვაყალიბოთ:

1. სისხლმდენი ბუასილი. არიან ავადმყოფები, რომლებიც ყოველი დეფეკაციის დროს სისტემატურად კარგავენ გარკვეული რაოდენობის სისხლს. ეს კი გარკვეული დროის გაელის შემდეგ ავითარებს სხვადასხვა სიმძიმის ანემიას. ავადმყოფი კარგავს შრომის უნარს, ჰემოგლობინი ეცემა 40 და უფრო დაბალ პროცენტამდე.

2. ოპერაცია ნაჩვენებია თუ ავადმყოფს ბუასილის კვანძები ხშირად ეჭედება, რაც მას დიდ უსიამოვნებას და ტანჯვას აყენებს.

3. თუ ბუასილის კვანძები ხშირად თრომბირდება და არ განიცდის უკუგანვითარებას ან წყლულდება, აქვს სუნიანი გამონადენი, ასეთი ფორმის ბუასილი უსათუოდ საჭიროებს ოპერაციულ მკურნალობას, როდესაც ავადმყოფს ჩამოუყალიბდება საოპერაციო ჩვენება, ის უსათუოდ უნდა მოვამზადოთ საოპერაციოდ. პირველ ორ დღეს ავადმყოფმა უნდა დაიცვას დიეტა, 24 საათით ადრე უნდა გაეუწმინდოთ კუჭი (ჯობია მივცეთ Magnesia sul. 30 გ). ოპერაციის წინა საღამოს და ოპერაციის დღეს, დილით აუცილებელია გამწმენდი ოყნის გაკეთება. აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ოყნის გაკეთება მინის ან კაუჩუკის მილით

არ შეიძლება, ვინაიდან ეს მილები უხვშია და სითხის შეყვანის დროს შეიძლება სწორი ნაწლაგის ლორწოვანი გაიფხაჭნოს, რაც ქმნის ინფექციის შეპრის საშიშროებას; ამიტომ ოყნის გაკეთება უმჯობესია რეზინის ელასტიკური მილის შეყვანით.

გაუტკივარება. ბუასილის ოპერაციის დროს ზოგადი ნარკოზის გამოყენება (ისევე, როგორც სპინალური ანესთეზია) შეცდომად უნდა ჩაითვალოს, ვინაიდან ბუასილის ოპერაციის დროს სფინქტერის გასაშლელად საჭიროა ღრმა ნარკოზის მიცემა, ეს კი სახიფათოა ავადმყოფისათვის. ბუასილის ოპერაციის გასაკეთებლად გაუტკივარების არჩევით მეთოდად უნდა ჩაითვალოს ადგილობრივი ანესთეზია ნოვოკაინის 0,25%-იანი ხსნარით. ჯერ ერთი, ადგილობრივი ანესთეზიით ეს ოპერაცია შეიძლება სრულიად უმტკივნეულოდ გაკეთდეს, მეორე, ვღებულობთ სფინქტერის სრულ რელაქსაციას. ნოვოკაინი უნდა გაეუკეთოთ ოთხ წერტილში — უკანა ტანის ზემო, ქვემო და გვერდითს კიდეებზე. არაა საჭირო ნემსის ღრმად შეყვანა. სწორ ნაწლავში თითის შეტანა ექიმს აძლევს შესაძლებლობას მისცეს ნემსს სწორი მიმართულება. ნერვებით განსაკუთრებით მდიდარია სფინქტერი, ამიტომ მთავარია სფინქტერის ანესთეზია. ნოვოკაინის შეყვანიდან 10 წუთის შემდეგ, როდესაც გვექნება სრული ანესთეზია უკანა ტანში შეგვაქვს სარკე ისე, რომ მისი ბრაწები გვერდებისაკენ იყოს მიმართული, ამით ადვილად შეიძლება ავიცდინოთ საშარდე მილის დაზიანება და ოპერაციის შემდეგ მოშარდვის გაძნელება.

ბუასილის მკურნალობის მრავალი ქირურგიული წესი არსებობს, ბევრი მათგანი ურთიერთკომბინაციით გამოიყენება. ჩვენ აქ გავარჩევთ ყველაზე პოპულარულ მეთოდს და მასთან დაკავშირებულ მოსალოდნელ გართულებებს.

ბუასილის დროს ოპერაციის ყველაზე მარტივ მეთოდად ითვლება ბეილის (1809) ოპერაცია. ამ მეთოდით ოპერირების დროს ბუასილის როგორც გარეთა, ისე შიგნითა კვანძებზე ვადებთ აბრეშუმის ლიგატურას. რამდენიმე ხნის შემდეგ ბუასილის კვანძები ნეკროზდება და ადვილად მოვარდება. მართალია, ეს მეთოდი ტექნიკურად ადვილი შესასრულებელია, მაგრამ, როდესაც ოპერაცია კეთდება ბეილის სუფთა წესით, გარეთა ბუასილის კვანძების გადაკვანძვისას კვანძქვეშ ჰყვება კანიც, რომელიც მდიდარია ნერვებით და ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფებს უვითარდებათ მოუთმენელი ტკივილი, რომელსაც ზოგჯერ მორფიუმის ინიექციებიც ვერ ხსნის. ამიტომ ამ მეთოდით ოპერაციის, გაკეთება შეცდომად უნდა ჩაითვალოს.

ბეილის მიერ მოწოდებული მეთოდის ნაკლის გამოსასწორებლად ა. მარტინოვმა შეიტანა ცვლილება — მარტინოვის მეთოდით ბუასილის კვანძის ფუძის ირგვლივ იკვეთება კანი. სისხლძარღვის დაუზიანებლად, სისხლძარღვზე ადებენ აბრეშუმის ლიგატურას და კვანძს კვეთენ. ჭრილობაზე ადებენ რამდენიმე კეტგუტის ნაკერს. ოპერაციის დროს ერთგვარ საშიშროებას წარმოადგენს სისხლძარღვის დაზიანება, რომელიც ართულებს და ახანგრძლივებს ოპერაციას, მაგრამ ეს მეთოდი მისაღებია და ფართოდ უნდა გამოვიყენოთ.

სუბტოტინ-მოროზოვის მეთოდით ბუასილის კვანძებზე დადებული ჟომით კვანძებს წინ წამოსწევენ, ფუძეზე ადებენ კოხერს ან პეანს, რის შემდეგ კვანძს მოკვეთენ და მრგვალი ნემსის გაყრით კოხერის ქვემოთ სისხლძარღვებს გადაკვანძავენ. იშვიათ შემთხვევაში კოხერის მოხსნის შემდეგ ადვილად ძერება ძაფი (ლიგატურა) და ეითარდება მეორეული სისხლის დენა. ბუასილის ოპერაციიდან ყველაზე საიმედო და შედარებით მისაღებ ოპერაციად უნდა ჩაითვალოს ლიგატუ-

რის მეთოდი ფუძეზე კანის შემოკრით, სისხლძარღვზე საიმედო კვანძის დადებით, კვანძის მოკვეთით კანის გაკერვის გარეშე. ასეთი ოპერაციის დროს ავადმყოფს ტკივილები არა აქვს და სისხლის დენის საშიშროებაც ნაკლებია.

სხვა მრავალ მეთოდთა შორის ფართო გავრცელება პოვა ამერიკელი ქირურგის ვაითხედის (1882) ოპერაციამ. ამ მეთოდით ოპერაციის დროს სწორი ნაწლავის ირგვლივ ცირკულარული განაკვეთით ლორწოვანი ვენების კვანძებთან ერთად გამოიყოფა. ჩამოიწევა 4 — 5 სმ-ით და მთლიანად მოიკვეთება. რის შემდეგ საღი ლორწოვანი მიეკერება კანს. პირველ ხანებში ოპერაციის ეს მეთოდი ყველაზე რადიკალურ მეთოდად ითვლებოდა, მაგრამ ტექნიკურად რთული შესასრულებელია. ამასთან, ზოგჯერ იძლევა გამოუსწორებელ გართულებებს, მაგალითად, უკანა ტანის გასავლის შევიწროება. შევიწროების მიზეზი შეიძლება გახდეს ნაკერების დაჩირქება. ლორწოვანის ზემოთ აწევა და გრანულაციური ქსოვილის განვითარება და მისი დანაწიბურება. შევიწროების მიზეზი შეიძლება აგრეთვე გახდეს ლორწოვანსა და კანს შორის ხშირი ნაკერის დადება, რასაც შეიძლება მოჰყვეს ქსოვილის დანეკროზება, გრანულაციის განვითარება და საბოლოოდ შევიწროება.

ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევები, როდესაც უკანა ტანი ვერ ატარებდა რეზინის კათეტერსაც კი, რის გამო შეუძლებელი ხდებოდა დეფეკაციის აქტის შესრულება.

ზოგჯერ ოპერაციის დროს ადვილად ზიანდება სფინქტერი, რასაც მოჰყვება განავლისა და გაზის შეუკავებლობა. იშვიათად ხდება ლორწოვანის გამოვარდნა. არის უკანა ტანის არეში მგრძნობელობის დაკარგვის შემთხვევები.

პ. დიაკონოვმა ერთ ავადმყოფს გაუკეთა ბუსილის ოპერაცია ვაითხედის მეთოდით; ორი კვირის შემდეგ ავადმყოფს განუვითარდა შეუკავებლობა. კონსერვატიული მეთოდით მკურნალობამ შედეგი არ გამოიღო. ორი წლის შემდეგ კადინმა ამ ავადმყოფს გაუკეთა განმეორებითი ოპერაცია. ამ ოპერაციამ, მართალია, შეუკავებლობა მოუსპო, მაგრამ ავადმყოფმა დაკარგა დეფეკაციის უნარი. მესამე ოპერაციამ დეფეკაციის უნარი აღუდგინა, მაგრამ ავადმყოფს განუვითარდა ნაწლავის გამოვარდნა (18 სმ). შემდეგი ბედი ავადმყოფისა არაა ცნობილი (ლ. ბუკერმანი).

ამგვარად, ვაითხედის ოპერაციას, მიუხედავად მისი რადიკალურობისა, იმდენი გართულება მოსდევს, რომ ამ ბოლო პერიოდში მას თითქმის არავინ არ მიმართავს.

ბუსილის ოპერაციასთან დაკავშირებულ გაუთვალისწინებელ გართულებას წარმოადგენს ოპერაციისშემდგომი ტეტანუსი, ტეტანუსით დაავადებულთა უმრავლესობა კვდება. ტეტანუსის განვითარების მიზეზი ჯერჯერობით დადგენილი არ არის. შესაძლებელია ავადმყოფი დაინფიცირდეს ფეკალური მასით, სადაც არაიშვიათად არის ტეტანუსის ჩხირები ან ადვილი შესაძლებელია ამის მიზეზი იყოს კეტგუტის ძაფი. ლანეს 859 ოპერაციიდან ტეტანუსის სამი შემთხვევა ჰქონდა, Allingham-ს 3212 ოპერაციიდან — 5 შემთხვევა. ტეტანუსით დაავადებული ყველა ავადმყოფი დაიღუპა, ამიტომ ბუსილის ოპერაციის დროს საჭიროა ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის მაქსიმალურად დაცვა.

ზოგი ოპერატორი ოპერაციის დამთავრების შემდეგ უკანა ტანში ტოვებს რეზინის მილს ან ტამპონს. ეს შეცდომაა, რადგან დატოვებული რეზინის მილი მოკლე ხანში კარგავს თავის დანიშნულებას, რადგან მისი სანათური მალე იხშობა ფეკალური მასით, აგრეთვე რეზინის მილი აღიზიანებს სწორი ნაწლავის

ნერვულ-რეცეპტორულ აპარატს და დიდ უსიამოვნებას აყენებს ავადმყოფს. ამიტომ უფრო მიზანმეწონილია ოპერაციის შემდეგ სწორ ნაწლავში არ შევიტანოთ უცხო სხეული.

ოპერაციისშემდგომ პერიოდში, 5 — 6 დღის განმავლობაში ავადმყოფს უნიშნავენ დიეტას, დღეში სამჯერ აძლევენ ოპიუმის წვეთებს (7 — 8 წვეთი). ეს შეიძლება შეცდომა არ იყოს, მაგრამ უფრო მიზანშეწონილია, რომ ავადმყოფი ოპერაციამდე კარგად მომზადდეს, ოპერაციის შემდეგ იყოს დიეტაზე. ოპიუმის პრეპარატების გარეშე, ვინაიდან კარგად მომზადებულ და დიეტაზე მყოფ ავადმყოფს კუჭის მოქმედება პირველ 5 — 6 დღეს მაინც არა აქვს; სამაგიეროდ მე-5 დღეს. სასაქმებელის მიცემის შემდეგ, ავადმყოფს დეფეკაცია არ გაუძნელდება. ოპიუმის წვეთების მიცემით კი ფეკალური მასა მკვრივდება, საფაღარათოს მიცემის შემდეგ ეს გამაგრებული ფეკალური მასა ერთბაშად მოიწევა უკანა ტანში, დეფეკაცია ძნელდება და აუტანელ ტკივილს აყენებს ავადმყოფს, ზოგჯერ შეიძლება ავადმყოფი შოკშიც ჩავარდეს.

ბუასილის ოპერაციის შემდეგ ხშირ გართულებას წარმოადგენს შარდის შეკავება. ძირითადად, ამის მიზეზი ტექნიკურად არასწორად გაკეთებული ოპერაციაა. ანესთეზიის, უკანა ტანის გაგანიერების სწორად შესრულება თავდებია ამ გართულების თავიდან აცილების. ექიმი უნდა შეეცადოს არ გამოიყენოს კათეტერი და ავადმყოფს მოაშარდვინოს შემდეგი საშუალებით: სათბური შარდის ბუშტის ბიდამოში; ზოგ ავადმყოფს არ შეუძლია მწოლიარე მდგომარეობაში ბოშარდოს, სრულიად უშიშრად შეიძლება დავაყენოთ ფეხზე და მივცეთ თავისუფლად მოშარდვის საშუალება. შეიძლება ავადმყოფი ურიყოთ შევიყვანოთ საპირფარეშოში, მოეშვათ ონკანი. ეს აღუძრავს მას მოშარდვის სურვილს და შესაძლებელია თავისუფლად მოშარდოს კიდეც. თუ მიღებულმა ზომებმა შედეგი არ გამოიღო, მაშინ შარდი უნდა გამოვიღოთ კათეტერით, რაც ძლიერ რთული შესასრულებელია. ეს პროცედურა უაღრესად ფაქიზად, ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის დაცვით უნდა შესრულდეს. წინააღმდეგ შემთხვევაში მოსალოდნელია სახიფათო გართულება — ცისტიტი, პიელიტი, ურეთროსეფსისი და სეპტიცემიც კი.

ბუასილის ოპერაციის შემდეგ ჭრილობის სრული ეპითელიზაცია შეიძლება გაგრძელდეს 25 — 30 დღე. ამის გამო ისეთი პროფესიის მქონე პირები, რომელთაც უხდებათ მძიმე ფიზიკური შრომა ან ხანგრძლივი სიარული, დროებით უნდა გადავიდნენ უფრო მსუბუქ სამუშაოზე.

სწორი ნაწლავის დაავადება და პროფილაქტიკა ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პრობლემად ითვლება. სწორი ნაწლავის კიბოთი დაავადებას უჭირავს მეშვიდე ადგილი სხვა ორგანოების კიბოთი დაავადებათა შორის.

როგორც დეტალური შესწავლით დადგინდა, ყველა ავადმყოფს, რომელსაც გამოაჩნდება სწორი ნაწლავის კიბო, კიბოთი დაავადებამდე ჰქონიათ ქრონიკული ანთებითი პროცესები ან კეთილთვისებიანი სიმსივნეები, ე. ი. ჰქონია კიბოსწინარე დაავადება (პოლიპი). პოლიპი კეთილთვისებიანი სიმსივნეა, მაგრამ როგორც ნ. პეტროვი აღნიშნავს, მას აქვს კიბოდ გადაგვარებისადმი მიდრეკილება. პოლიპი შეიძლება იყოს ერთეული და მრავლობითი (პოლიპოზი). პოლიპი პირველ პერიოდში რაიმე აღსანიშნავ გამოვლინებას არ იძლევა. მაგრამ დაკვირვებული ავადმყოფი შეამჩნევს რომ მას ხშირად აქვს სისხლის დენა უმნიშვნელო რაოდენობით, ლორწოს გამოყოფა. თუ ავადმყოფმა ამ მოვლენებზე არ გაამახვილა ყურადღება. შეიძლება ბოლოსდაბოლოს ეს პოლიპი კიბოდ გადაგვარდეს. პოლიპის განვითარებას შეიძლება წინ უსწრებდეს ქრონიკული კოლიტი. კოლი-

ტის დროს დამახასიათებელია ძლიერ შემაწუხებელი შეკრულობა. ხანდახან ავადმყოფებს, განსაკუთრებით იმათ, ვისი პროფესიაც ხანგრძლივ ჯდომას მოითხოვს,'რამდენიმე დღე და კვირაც კი არა აქვთ კუჭის მოქმედება, რის გამოც მსხვილი ნაწლავი გადაივსება ფეკალური მასით, რომლითაც ორგანიზმი სისტემატურად იწამლება, ლორწოვანი ღიზიანდება და ხელს უწყობს პოლიპის განვითარებას. ასაკოვანი ადამიანი, რომელსაც აკლია ან არა აქვს კბილები, ან აქვს ცუდად მორგებული პროთეზი, ძირითადად ხმარობს ადვილად საღეჭ საკვებს (დაკეპილ ან დაბეგვილ ხორცს, თეთრ პურს). ასეთი საკვების დიდი უმრავლესობა ორგანიზმში შეიწოვება, დარჩენილი მცირე ნაწილი გროვდება მსხვილ ნაწლავში, რომელსაც არ შესწევს უნარი გამოიწვიოს მსხვილი ნაწლავის გაღიზიანება, ფეკალური მასის ევაკუაცია და დეფეკაცია, ამიტომ საჭიროა საკვების შერჩევა. ადამიანმა უნდა მიიღოს ისეთი საკვები, რომელიც ხელს შეუწყობს კუჭის მოქმედებას. მაგალითად, შავი პური, მწვანილი—ნიახური, ოხრახუში, ბოლოკი, კომბოსტო, ხილეულობა — მჟავე ვაშლი, მსხალი და სხვ. ასეთი შერჩეული საკვები უსათუოდ გამოასწორებს კუჭის მოქმედებას.

ალკოჰოლიანი სასმელების, აგრეთვე გამაღიზიანებელი საკვების (შავი, მწარე) მოქმედებით ხდება სწორი და მსხვილი ნაწლავის სისხლის მიმოქცევის გაძლიერება, სისხლძარღვები გადაივსება, რაც აძლიერებს შეკრულობას და ხელს უწყობს კოლიტის განვითარებას. კოლიტით დაავადებულთათვის, გარდა დიეტის შერჩევისა, დიდი მნიშვნელობა აქვს ვარჯიშს. მოძრაობა, სპორტის სხვადასხვა სახეობა და სუფთა ჰაერზე ხშირად ყოფნა ქმნის პირობებს ორგანიზმის გაჯანსაღებისათვის და სპობს კიბოს განვითარების შესაძლებლობას.

კიბოს განვითარების მეორე მიზეზია უკანა ტანის სხვადასხვა სახის ფისტულები (ხვრელმილები). თუ ეს ფისტულები დროზე არ იქნება ლიკვიდირებული, შესაძლებელია ფისტულების სისტემატურ გაღიზიანებასთან დაკავშირებით (შედარებით იშვიათად) განვითარდეს კიბო. ასევე შეიძლება განვითარდეს კიბო ბუასილის ნაპრალებისაგან. ყველა ეს დაავადება ადვილი მოსარჩენია ოპერაციული მკურნალობით ან სხვა საშუალებებით.

ავადმყოფის დიდ შეცდომად უნდა ჩაითვალოს ის გარემოება, რომ როდესაც ის დეფეკაციის დროს შეამჩნევს მცირე სისხლის დენას, შეკრულობას, ლორწოს გამოყოფას, რცხვენია ექიმთან მისვლისა, ოჯახურ პირობებში ატარებს არამიზანშეწონილ მკურნალობას და ამით აგვიანებს ამ ქრონიკული დაავადების ადრეულ გამოვლინებას და ხიფათს უქმნის თავის თავს.

სათანადო ჩვენების დროს სწორი ნაწლავის კიბოს მკურნალობა შეიძლება რადიკალური ოპერაციული წესით.

სწორი ნაწლავის კიბო

სწორი ნაწლავის კიბო ხასიათდება ნელი ზრდით. ამასთან, ამ დაავადებისათვის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნებიც პირველ პერიოდში სუსტად ვლინდება, რის გამო ნაადრევი დიაგნოსტიკა ძალზე გაძნელებულია. ამის გამო სამკურნალო დაწესებულებაში გაგზავნილ სწორი ნაწლავის კიბოთი დაავადებულთა 30% ინოპერაბილურნი არიან.

სწორი ნაწლავის კიბოს დაგვიანებით დადგენის ძირითადი მიზეზი, პირველ რიგში, თვით ავადმყოფის დაუდევრობითაა გამოწვეული. სწორი ნაწლავის კიბოს დროს მცირე ტკივილები და სხვა სიმპტომები იმდენად სუსტად არის გა-

მოხატული, რომ ავადმყოფი ყურადღებას არ ამახვილებს თავის დაავადებაზე და ექიმს მაშინ მიმართავს, როდესაც შემთხვევა ოპერაბილობის საზღვარს გადაცილებულია. სწორი დიაგნოზის დადგენის დაგვიანების მიზეზი არაშვიათად ექიმებიც არიან. ავადმყოფების ამბულატორიული მკურნალობის დროს ექიმები ჩქარობენ, რის გამო ანამნეზს სწორად არ აგროვებენ, სწორი ნაწლავის გასინჯვას თითით და იარაღებით ერიდებიან და ზერელე გასინჯვით კმაყოფილდებიან. დიდხანს მკურნალობენ სხვადასხვა კონსერვატიული წესით. ამით საუკეთესო საოპერაციო პერიოდი იკარგება, შემდეგ კი, დიაგნოზი თუნდაც სწორად რომ დადგინდეს, დაკარგული დრო ვერ ანაზღაურდება. სინამდვილეში დაკვირვებული ექიმისათვის დიაგნოზის სწორად დადგენა პირველ პერიოდშივე სიძნელეს არ წარმოადგენს. მარტო თითით გასინჯვა დიაგნოზის დასმის შესაძლებლობას იძლევა შემთხვევათა 90%-ში. ამასთან, თითით გასინჯვა შეიძლება 10 — 12 სმ სიღრმეზე გავიგოთ, თუ რა ჴასიათს სიმსივნესთან გვაქვს საქმე, მოძრავია ის თუ ავიწროებს სანათურს, რა დამოკიდებულებაშია მეზობელ ორგანოებთან. საჭირო შემთხვევაში, თუ გამოყენებული იქნება ცისტოდიაგნოსტიკა, ბიოფსია და სხვა ასეთი კომპლექსური გამოკვლევა, უსათუოდ სიცხადეს შეიტანს საკითხის გარკვევაში. შარდის ბუშტის ცისტოსკოპიური გამოკვლევით დასტურდება, თუ რა კავშირშია სიმსივნე ამ ორგანოებთან. თუ შარდის ბუშტის კედელი ინფილტრირებულია ბლასტომური უჯრედებით, ეს იმის ღამადასტურებელია რომ შემთხვევა შორსწასულია და ოპერაბილობის საზღვარს გადაცილებული, მაშასადამე, დიაგნოსტიკური შეცდომის ძირითად მიზეზად უნდა ჩაითვალოს ავადმყოფის ობიექტური გამოკვლევის არასრულღირებულოვანება.

ამგვარად, საბოლოოდ უნდა ჩამოყალიბდეს, რომ უკანა ტანისა და სწორი ნაწლავის რა სახის დაავადებითაც არ უნდა გამოცხადდეს ავადმყოფი ექიმთან (ბუასილი, ნაპრალები, პოლიპები, წყლულები და სხვა), დიდ შეცდომად ჩაითვლება, თუ ის, პირველ რიგში, არ იქნება გასინჯული თითით და საჭირო შემთხვევაში ყველა სადიაგნოსტიკო აპარატით.

სწორი ნაწლავის კიბოს მკურნალობა. სწორი ნაწლავის კიბოს ოპერაციის რადიკალურობის საკითხის გადაწყვეტისას საჭიროა ორი საკითხის გათვალისწინება: ა) არსებობს თუ არა რადიკალური ოპერაციის გაკეთების შესაძლებლობა; ბ) არის თუ არა იმედი, რომ ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფი იცოცხლებს დიდხანს.

რადიკალური ოპერაციის უკუჩვენებად უნდა ჩაითვალოს — როდესაც სიმსივნე სწორი ნაწლავის მიჯნას სცილდება და მჭიდროდ უკავშირდება მეზობელ ორგანოებს, ამასთან, უკვე განვითარებულია შორეული მეტასტაზები და ავადმყოფი კახექსიურია. ზოგი ქირურგი ოპერაციის ჩვენებას აფართოებს, რადიკალური ოპერაციის გაკეთებას არ ერიდება იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც სიმსივნე მეზობელ ორგანოებთან მჭიდროდაა ჩაზრდილი, მაგალითად, წინამდებარე ჯირკვალთან, საშვილოსნოსა და საშოსთან, შარდის ბუშტთან, მახლობლად მდებარე ჯირკვლებთან. სიმსივნის ასეთი გავრცელების დროს რადიკალური ოპერაციის გაკეთება შეცდომაა, ვინაიდან ტექნიკურად ეს ძალზე რთულია, ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფებს უვითარდებათ ფლეგმონები, სეფსისი, რეციდივები და, ბოლოს, ისინი იღუპებიან საშინელი წვალებითა და ტანჯვით.

სწორი დიაგნოზის დადგენის შემდეგ ჩამოყალიბდება რადიკალური ოპერაციის ჩვენება. პირველ რიგში, ავადმყოფი ისე უნდა მომზადდეს, რომ ოპერაცია ადვილად გადაიტანოს. ამასთან, უაღრესად დიდი ღირებულების ფაქტორია

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის კარგად მომზადება. ოპერაციისათვის მზადება უნდა დავიწყოთ ოთხი დღით ადრე. კუჭ-ნაწლავის მთელი ტრაქტი რაც შეიძლება უნდა გავათავისუფლოთ ფეკალური მასისაგან. საფაღარათო მარილის (Magnesia sul.) მიცემის შემდეგ, სისტემატურად უნდა გავუკეთოთ ოყნა რომელიმე ანტისეპტიკური ხსნარით. თუ არსებობს რაიმე სერიოზული დაბრკოლება და აღნიშნული პროცედურის ჩატარება და ნაწლავის განთავისუფლება ფეკალური მასისაგან შეუძლებელია, უსათუოდ, პირველ რიგში, უნდა დავადოთ დროებით უკანა ტანი მარცხენა თეძოს ფოსოში. ამით იქმნება ნაწლავის ფეკალური მასისაგან განთავისუფლების შესაძლებლობა, ამასთან სწორ ნაწლავში არსებული ანთებითი პროცესი ჩაცხრება, ამით მეორე მომენტის ოპერაციის ჩატარება ტექნიკურად გაადვილდება და გვექნება ოპერაციის უფრო რადიკალურად ჩატარების შესაძლებლობა.

რასაკვირველია, ოპერაციის პირველ და მეორე მომენტს შორის შუალედი არ უნდა გახანგრძლივდეს, თორემ შესაძლებელია მოხდეს მეტასტაზების გავრცელება შორეულ ორგანოებში და ოპერაბილური შემთხვევა შეიძლება გახდეს ინოპერაბილური.

სწორი ნაწლავის კიბოს ოპერაციის დროს ადგილობრივი გაუტკივარება ზღუდავს ოპერატორის მოქმედებას და მას შესაძლებლობა არა აქვს ოპერაცია რადიკალურად და უმტკივნეულოდ დაამთავროს. არაა გამორიცხული ოპერაციის მწყლულობაში შოკის განვითარების შესაძლებლობა, ამიტომ ასეთი რთული ოპერაციის დროს ადგილობრივი გაუტკივარება შეცდომად უნდა ჩაითვალოს. მაგრამ პალიატიური ოპერაციების დროს, არაბუნებრივი უკანა ტანის დადების შემთხვევაში ადგილობრივი გაუტკივარება პირდაპირნაჩვენებია და ის ფართოდ უნდა გამოვიყენოთ.

სწორი ნაწლავის კიბოს რადიკალური ოპერაციის დროს გაუტკივარების არჩევით მეთოდად უნდა ჩაითვალოს ენდოტრაქეული ნარკოზი რელაქსანტების გამოყენებით, თუმცა სპინალური ანესთეზიაც იძლევა ამ ოპერაციის შესრულების შესაძლებლობას ყოველგვარი ტკივილისა და გართულების გარეშე.

ოპერაციის იმ მრავალ მეთოდთა შორის, რომელიც მოწოდებულია სწორი ნაწლავის კიბოს დროს, ყველაზე რადიკალურად შეიძლება ჩაითვალოს კომბინირებული ჩარევა, რომელიც სრულდება როგორც ტრანსაბდომინალური, ისე შორისიდან მიდგომით.

კომბინირებული ოპერაციის გაკეთებისას, პირველ რიგში, უნდა გავაკეთოთ ლაპაროტომია, დათვალიერებით დავადგინოთ ოპერაციის რადიკალურად გაკეთების შესაძლებლობა. საოპერაციო ველი საიმედოდ უნდა შემოიფარგლოს ტამპონებით. სწორი ნაწლავის და სიგმოიდური კოლინჯის ნაწილობრივი მობილიზაციის დროს ყურადღება უნდა გავამახვილოთ სისხლძარღვების გამოყოფაზე და სწორად გადაკვანძვაზე. პირველ რიგში, უნდა მოვძებნოთ Sudeck-ის კრიტიკული წერტილი. მაგალითად, თუ art. haemr. sup. გადაიკვეთა მისი დატოტიანების ადგილას, დაირღვევა მსხვილი ნაწლავის პროქსიმალური ნაწილის (ორალური ნაწილის) კვება და მოსალოდნელია ნაწლავის განგრენა და პერიტონიტის განვითარება, რაც ავადმყოფის სიკვდილს იწვევს.

მეტად სახიფათო გართულებას წარმოადგენს შარდის ბუშტის დაზიანება. დაზიანების მთავარი მიზეზია სიმსივნის მჭიდროდ შეხორცება.

სწორი ნაწლავის კიბოს ოპერაციის დროს შეიძლება დაზიანდეს საშარდე სისტემა. შარდის ბუშტისა და შარდსადინარის დაზიანება შეიძლება გამოიწვიოს



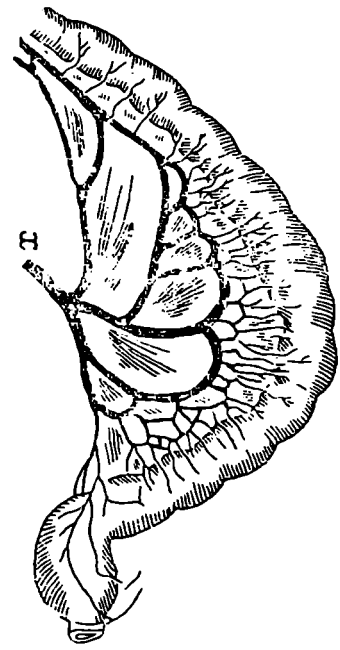
სურ. 80. სწორი ნაწლავის პოლიპი.



სურ. 81. 1—მკვეთრად ჰიპერემიული პატარა პოლიპი;
2—დიდი პოლიპი (ქრონიკული დიზენტერია).

ქირურგის უხეშმა მანიპულაციამ ან სიმსივნე ისე იყოს ორგანულად დაკავშირებული, რომ მისი გამოყოფა დაშავების მიზეზი გახდეს. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა შარდის ბუშტში შევიყვანოთ ანტისეპტიკური ხსნარი, რაც დაზიანების ადგილს და მის სიდიდეს გამოამჟღავნებს. დაშავებული ადგილის მთლიანობა სასწრაფოდ უნდა აღვადგინოთ კეტგუტის ნაკერით, შარდის ბუშტში რამდენიმე დღით ჩავტოვოთ კათეტერი a'demeure. მიუხედავად ამისა, გამორიცხული არ არის შარდმა გამოჟონოს და დაიწყოს გახრწნა, შეიკრას ინფექცია, განვითარდეს ცისტიტი, აღმავალი პიელიტი, პიელონეფრიტი, სეფსისი, რაც შეიძლება სიკვდილის მიზეზი გახდეს.

ამ ოპერაციასთან დაკავშირებით შეიძლება აგრეთვე განვითარდეს შარდის შეკავება; ამასთან, ავადმყოფს არა აქვს შარდის დაგროვების (გადაცემის) შეგრძნება, არ უჩივის მას. რის გამო შარდის ბუშტი დაიწყებს გაგანიერებას, გადაიხრება უკან და კარგავს შეკუმშვის თვისებას. დაგროვილი შარდი შეიძლება დაინფიცირდეს, დაიწყოს გახრწნა, ამიტომ ოპერაციის შემდეგ ყოველ 10 საათში შარდი უნდა გამოვუღოთ კათეტერით. შარდის გამოღება უნდა ხდებოდეს ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის დაცვით.



სურ. 82. სწორი ნაწლავის მკვებავი არტერია. x — კრიტიკული წერტილი (ბრაიკევის მიხედვით).

ცისტიტის განვითარების შემთხვევაში შარდის ბუშტი სისტემატურად უნდა გამოვურეცხოთ ანტისეპტიკური ხსნარით ან ანტიბიოტიკებით. თუ ასეთი მკურნალობით ანთება ვერ ჩავაქრეთ, უსათუოდ საჭიროა მაღალი კვეთის გაკეთება, რომელიც ანთებითი პროცესის გავლის შემდეგ ადვილად ხორცდება და იხურება კიდეც.

ხისხლის დენა. ოპერაციის დროს მეტად სახიფათო გართულებაა სისხლის დენა. რადიკალური ოპერაციის დროს საიმედო ლიგატურის დადება სისხლძარღვზე ძნელია, რის გამოც შესაძლებელია დადებული ლიგატურა მოვარდეს, რაც გამოიწვევს საშიშ სისხლის დენას. აგრეთვე შეიძლება იქ არსებული ჰემოროიდული ვენებიდან განვითარდეს სისხლის დენა, რომლის შეჩერება სისხლძარღვზე ლიგატურის დადებით გაძნელდეს. ამიტომ პირველ შემთხვევაში სისხლის დენა ისევ ლიგატურით უნდა შევაჩეროთ, ხოლო მეორე შემთხვევაში — ტამპონებით. სისხლის დენის შეჩერებას უნდა მოჰყვეს დაკარგული სისხლის შევსება ტრანს-

ფუზიის საშუალებით ან კიდევ შეიძლება გამოვიყენოთ სისხლის შემცველი ხსნარები, რომ ავწიოთ დაცემული წნევა და ავიცილოთ შოკის განვითარება.

შოკი. ქირურგის სამოქმედო ველი. სწორი ნაწლავის რადიკალური ოპერაციის დროს, მდებარეა ნერვული რეცეპტორული აპარატით, რომლის გაღიზიანება სხვა მოქმედ ფაქტორებთან ეთად (სისხლის დენა, მძიმე ტრავმა, ოპერაციის ხანგრძლივობა და სხვა) ქმნის შოკის განვითარების პირობებს. მოსალოდნელია. ტექნიკურად ბრწყინვალედ გაკეთებული ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფი შოკით დაიღუპოს. ამიტომ ანესთეზიოლოგს ევალება ყოველი მცირე დროის (10 წუთში) მონაკვეთში ოპერატორს გაუკეთოს ინფორმაცია ნარკოზის მსვლელობისა და ავადმყოფის მდგომარეობის შესახებ. საჭირო მომენტში ოპერატორმა გადამწყვეტი ზომები უნდა მიიღოს ავადმყოფის შოკიდან გამოსაყვანად. პირველ რიგში, სისხლის წვეთოვანი გადასხმა შეცვალოს ნაკადურით. საგულე და რიგი **სხვა** საშუალებანი დროულად და რაციონალურად უნდა გამოიყენოს. ამასთან, ფართოდ უნდა გამოიყენოს ნერვების ბლოკირება ნოვოკაინის 0,5%-იანი ხსნარით, რომელიც იწვევს ნერვული რეცეპტორული აპარატის ქიმიური ნევროტომიას. ამით თავიდან ცენტრს პერიფერიისაგან, რითაც ისპობა გამღიზიანებელი ფაქტორების გადაცემა ცენტრალური ნერვული სისტემისაკენ და იხსნება შოკის განვითარების შესაძლებლობა.

სწორი ნაწლავის კიბოს გაფართოებული ოპერაციული ჩვენების დროს შეიძლება ქირურგმა ნახოს საშვილოსნოსა და საშოსთან ორგანულად დაკავშირებული სიმსივნური წარმონაქმნი. ამ დროს სწორი ნაწლავის გამოცალკევება ან შეუძლებელია, ან გამართლებული არაა, ვინაიდან შეიძლება ჩაზრდილი სიმსივნის ნაწილაკები დარჩეს ორგანოსთან ერთად, ამიტომ ამ შემთხვევაში ჯობია საშვილოსნოს მთლიანად ამოკვეთა, მაგრამ აქ ერთგვარ საშიშროებას წარმოადგენს შარდსაწვეთის დაზიანება. ვინაიდან ანთებითი პროცესისა და სიმსივნის დროს წარმოიქმნება ძლიერი შეხორცებები და კონგლომერატი, ამიტომ შარდსაწვეთი შეუმჩნეველი ხდება და ადვილად ზიანდება. დაზიანებული შარდსაწვეთის აღდგენა შესაძლებელია პირისპირ შეერთებით. მაგრამ თუ დაზიანება შეუმჩნეველი დარჩა, ავადმყოფს ხიფათი მოელის, რადგან ჩაქცეული შარდის გამო მოხდება ამ მიდამოს ინფიცირება და უროსეფსისის განვითარება, რასაც მოჰყვება ავადმყოფის დაღუპვა.

შარდსაწვეთის დაზიანების დროს, როდესაც მისი აღდგენა ძნელია, ჯობია თირკმლის ამოკვეთა. ამიტომ ოპერაციის დაწყებამდე ყოველთვის სავალდებულოა თირკმლის ფუნქციის გამორკვევა, რომ საჭიროების დროს ქირურგს ჰქონდეს თავისუფლად მოქმედების შესაძლებლობა.

სწორი ნაწლავის დაზიანება. ზოგ შემთხვევაში, სწორი ნაწლავის გამოყოფის დროს, სიმსივნე და მისი მახლობელი ქსოვილები იმდენად გადაგვარებულია, რომ შესაძლებელია ადვილად დაზიანდეს ნაწლავის კედელი. რაც არასასიამოვნო გართულებაა, ვინაიდან საოპერაციო არე უცბად დაინფიცირდება. გარდა ამისა, რომ აქ ჩაიღვრება დაშლილი ქსოვილის ნაწილაკები ბლასტომური უჯრედებით, თუ ავადმყოფი გადაურჩება ასეთ მძიმე ოპერაციას, მოკლე ხანში მოსალოდნელია ბლასტომური უჯრედების იმპლანტაცია — რეციდივის განვითარება, ამიტომ დაზიანდება თუ არა ნაწლავი, ის მაშინვე უნდა გაიკეროს. თუ ქსოვილის დაშლის გამო გაკერვა ვერ მოხერხდა, ოპერატორმა ის უნდა გაახვიოს ანტისეპტიკურ ხსნარში (სულემა) გაჟღენთილ მარლის ხელსახოცში. ოპერატორი იცვლის რეზინის ხელთათმანს, ამ მიდამოს ასუფთავებს და შემდეგ აგრძე-

ლებს ოპერაციას. სწორი ნაწლავის ამოღების შემდეგ ხდება ამ მიდამოს ტამპონირება, რომელსაც 6—7 დღის განმავლობაში არ ცვლიან. ოპერაციის შემდეგ საჭიროა ავადმყოფის განსაკუთრებული ყურადღებით მოვლა.

მიუხედავად იმისა, რომ სწორი ნაწლავის კიბოს დროს რადიკალური ოპერაციული ჩარევა ძალზე რთული და ტრავმულია, ამ ბოლო წლებში შეცდომები და ოპერაციისშემდგომი გართულებანი შეღარებით ნაკლებია და შედეგებიც დამაკმაყოფილებელი.

ზედამხედველობა და გართულებანი ოპერაციამდე და ოპერაციისშემდგომ პერიოდებში

ქირურგიულ განყოფილებაში მოთავსებულ ავადმყოფს ექიმის განსაკუთრებული ყურადღება ესაჭიროება. როდესაც ავადმყოფი რთული ოპერაციის გაკეთებაზე თანხმდება, ეს იმის ნიშანია, რომ ოპერაციამდე მიღებულმა სამკურნალო კონსერვატიულმა საშუალებებმა მას ეფექტური შედეგი არ მისცა; ამ ავადმყოფის ინდივიდი ახლა მხოლოდ ოპერაციაზეა დამყარებული. მაგრამ ოპერაციამდე საჭიროა პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარება, რომ ავადმყოფმა ოპერაციული ჩარევა ადვილად გადაიტანოს, ამიტომ საჭიროა ექიმ-დასტაკარი ჩაწვდეს ავადმყოფის ფსიქიკას, შეისწავლოს ყველა მისი განცდა. ექიმი მოვალეა გაუქარწყლოს ავადმყოფს ის აზრი, რომელიც მას მოსვენებას არ აძლევს იმის შესახებ, რომ მას „არაფერი არ ეშველება", თავის ავადმყოფობაზე გაზვიადებული შეხედულება აქვს, რომელიც დამთრგუნველად მოქმედებს მის ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე. ექიმი ვალდებულია ასეთი ავადმყოფის ნდობა დაიმსახუროს თავისი კეთილი მოპყრობით და ისე გარდაქმნას მისი ფსიქიკა, რომ დაბადოს მასში მორჩენის, ოპერაციის ადვილად გადატანის იმედი.

როგორც ცნობილია, ტრანსთორაკალური ოპერაციების, აგრეთვე მუცლის ღრუს ორგანოებზე რთული ოპერაციების დროს განსაკუთრებით იტვირთება გულ-სისხლძარღვთა სისტემა, ამიტომ ავადმყოფი კლინიკაში შემოსვლის დღიდანვე სათანადოდ უნდა მოვამზადოთ საოპერაციოდ. მას საჭიროების მიხედვით უნდა დავუნიშნოთ საგულე საშუალებანი — სათითურას პრეპარატები, კანქვეშ სტრიქნინი, ვენაში გლუკოზა და სხვა. თუ ავადმყოფი რეაქტიულია და მგრძნობიარე, მიზანშეწონილია ბრომიდების დანიშვნა. ავადმყოფი მეტ დროს ძილში უნდა ატარებდეს, ამას წონასწორობაში მოჰყავს ავადმყოფის ნერვული სისტემა, რაც ერთდროულად გულის მუშაობასაც აუმჯობესებს. თუ ავადმყოფს სითხის დაკარგვის გამო (წყლულოვანი დაავადების სტენოზით გართულების დროს ან სხვა მიზეზით) ტურგორი დაქვეითებული აქვს, მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად უნდა დავუნიშნოთ კანქვეშ ან უკანა ტანიდან ფიზიოლოგიური ხსნარი, გადავუსხათ სისხლი, პლაზმა და რიგი სხვა საშუალებანი.

რთული ოპერაციის წინ საჭიროა საოპერაციო ავადმყოფის ღვიძლის ფუნქციის გამოკვლევა და ზომების მიღება დარღვეული ფუნქციის გამოსასწორებლად. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ღვიძლის ანტიტოქსიკური ფუნქციის გამოკვლევა (ვიკპიტელის წესით). აგრეთვე საჭიროა ფუნქციის გამოკვლევა შაქარზე. ღვიძლის ფუნქციის დარღვევის შემთხვევაში ოპერაციის გაკეთება დიდ რისკთანაა დაკავშირებული და ავადმყოფისათვის სახიფათოა.

მძიმე ავადმყოფებს ყოველთვის აღენიშნებათ ცილოვანი ნივთიერებების ცვლის დარღვევა. ოპერაციის წინ ძლიერ გამხდარ ავადმყოფებს ზოგჯერ აღენიშნებათ ჰიპოპროტეინემია, გართულებასთან დაკავშირებით გახშირებული ღებინებისა და წყლულის სტენოზით. ანემიური ავადმყოფების ცილების ნორმა-

ლიზება ხერხდება სისხლისა და პლაზმის გადასხმით. დიდი პრაქტიკული ღირებულება აქვს პლაზმაში კალიუმისა (K) და კალციუმის (Ca) გამოკვლევას და მათ ნორმალიზებას. ყველა მძიმე ავადმყოფს ოპერაციის წინ უნდა გაესინჯოს პროთრომბინის ინდექსი; მომატების შემთხვევაში საჭიროა მისი დაყვანა ნორმამდე. ამით აცილებული იქნება ოპერაციისშემდგომი გართულება თრომბოემბოლიით.

ავადმყოფის დეტალურად გამოკვლევის შემდეგ ქირურგი ვალდებულია ჩამოაყალიბოს ოპერაციის ჩვენება. ყველაზე რთული ამოცანაა სწორად გადაწყვეტა შემდეგი საკითხების: ქირურგიული ჩარევის მიზანი, მოსალოდნელი გართულებების გათვალისწინება და ბრძოლის საშუალებების დასახვა. ქირურგი ოპერაციის წინ დეტალურად უნდა გაეცნოს ავადმყოფობის ისტორიას, ავადმყოფის საერთო მდგომარეობას, შეადგინოს ოპერაციის გეგმა, რომელშიც სწორად უნდა იყოს დასაბუთებული დიაგნოზი, ზოგიერთი დეტალი; მაგალითად, როგორ უნდა დააწვინოს ავადმყოფი საოპერაციო მაგიდაზე, რომ ადვილი მისადგომი იყოს საოპერაციოდ, შეარჩიოს ნარკოზის სახე. ყოველივე ამის გათვალისწინების შემდეგ ქირურგს უფლება აქვს გააკეთოს ოპერაცია.

ზოგჯერ ნამდვილი ბრძოლა სიცოცხლის შესანარჩუნებლად ოპერაციის მსვლელობის დროს იწყება. ყველაზე ხშირი და სახიფათო გართულება ოპერაციის დროს შოკია. ამიტომ კეთილმოწყობილ ქირურგიულ განყოფილებაში ან კლინიკაში უსათუოდ უნდა იყოს ჩამოყალიბებული გართულებასთან მებრძოლი ბრიგადა, რომელსაც უნდა ხელმძღვანელობდეს სპეციალისტი-ანესთეზიოლოგი. მათ ევალებათ განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციონ ყველა იმ დეტალს, რომელიც გვამცნობს ავადმყოფის მდგომარეობის გაუარესებას, მაგალითად, სახის გამომეტყველებას, ჰემოდინამიკის ცვალებადობას, სუნთქვის სიხშირეს და სიღრმეს და სხვა. საჭირო მომენტში გართულებასთან საბრძოლველად საჭიროა ზომების მიღება. პატარა მაგიდაზე უნდა იყოს დალაგებული სისხლის წნევის ამწევი საშუალებანი: ეფედრინი, კოფეინი, ადრენალინი, ლობელინი, ჟანგბადი, განუსაზღვრელი რაოდენობით, სპირტი, გლუკოზის ხსნარი პროპორციით 2 3-ზე 10 მლ რაოდენობით. ბრიგადის წევრი უცბად იწყებს სისხლის გადასხმას. ბრიგადის წევრი ან მეთაური ყოველ 10 წუთში აძლევს ოპერატორს ინფორმაციას ავადმყოფის მდგომარეობის შესახებ, უთანხმებს მას ზოგიერთ პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა განხორციელებას. შოკის დაწყების შემთხვევაში სისხლის წვეთობრივი გადასხმა დაუყოვნებლივ უნდა შეიცვალოს ნაკადურით. მუდამ უნდა გვახსოვდეს, რომ შოკიდან ავადმყოფის გამოყვანა უფრო ძნელია, ვიდრე შოკის განვითარებამდე მისი პროფილაქტიკურად დაცვა. სხვადასხვა გართულების პროფილაქტიკისათვის უაღრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს საოპერაციო ოთახის გათბობას, ტემპერატურა უნდა იყოს სტაბილური და აღწევდეს 24—25 გრადუსს. ტრანსთორაკალური ოპერაციების დროს ავადმყოფს დიდი რაოდენობით უნდა მივცეთ ჟანგბადი, ვინაიდან მასზე მოთხოვნილება დიდდება ფილტვის ფუნქციის გამორიცხვასთან დაკავშირებით. ზოგჯერ ოპერაციის სირთულესთან დაკავშირებით ოპერაციის ხანგრძლივობა 4—5 საათს გრძელდება. ოპერაციული ტრავმის შედეგად დაშლილი ქსოვილების პროდუქტების შეწოვის შესაძლებლობაა, ეს ოპერაციის შემდეგ უახლოეს პერიოდშიც გრძელდება, რის გამოც ორგანიზმი თანდათანობით სუსტდება, სასიცოცხლო ორგანოების ფუნქცია ითრგუნება, ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ოპერაციის დამთავრების შემდეგაც გრძელდება პათოლოგიური იმპულსების გაგზავნა, რაც იწვევს ჰემოდი-

ნამიკის დარღვევას და ნერვული სისტემის გამოფიტვას, ამიტომ ოპერაციის-შემდგომ პერიოდში მთავარი ამოცანაა ცენტრალური ნერვული სისტემის დაცვა და მეორეული შოკის განვითარებასთან ბრძოლა. ამისათვის საჭიროა შემდეგი ღონისძიებების გატარება: ავადმყოფი ლოგინში თავისუფლად და მოხერხებულად უნდა იწვეს. გულმკერდის ღრუს ორგანოების ოპერაციის დროს ავადმყოფი უნდა იწვეს ფუნქციურ საწოლში, მკერდაწეული; უნდა დაენიშნოს საგულე საშუალებები და საჭიროების მიხედვით გაგრძელდეს სისხლის გადასხმა. პალატის ექიმი და სხვა მომსახურე პერსონალი ფხიზლად უნდა იყვნენ, რომ არ გამოეპაროთ შორეული შოკის დასაწყისი. ოთახში, სადაც ავადმყოფი მოთავსდება ოპერაციის შემდეგ, უნდა იყოს სრული სიწყნარე, სინათლე, ლაპარაკი, ხმაური ძალზე აღიზიანებს ავადმყოფს. ოპერაციის შემდეგ პირველ საათში, ავადმყოფის გამოღვიძების პერიოდში ექიმმა ან ექთანმა თვალყური უნდა ადევნონ, ვიდრე იგი სავსებით არ გამოიღვიძებს და არ დაუბრუნდება ცნობიერება. თუ ავადმყოფს შეემჩნევა ძლიერი ფერმკრთალობა, მაჯის დასუსტება ან აჩქარება, ან ცვლილებები საერთო მდგომარეობაში, ეს ყველაფერი სასწრაფოდ უნდა ეცნობოს ოპერატორს.

ავადმყოფს, რომელსაც ოპერაცია გაუკეთდა ეთერის ნარკოზით, შეიძლება დაეწყოს ღებინება (E meses). მართალია, ენდოტრაქეული ნარკოზის და ადგილობრივი გაუტკივარების შემდეგ ღებინება იშვიათია, მაგრამ როდესაც ოპერაცია კეთდება ზოგადი ინჰალაციური ეთერის ნარკოზით, მოსალოდნელია ღებინება, რასაც შეუძლია გამოიწვიოს ასპირაციული პნევმონია თუ ამონაღები მასა ბრონქებში მოხვდა. თუ ამონაღები მასა დიდი რაოდენობით მოხვდა ბრონქში, შეიძლება ის სრულიად დააცხოს და ავადმყოფი დაიხრჩოს. ამ გართულების თავიდან ასაცილებლად, ოპერაციის წინ ავადმყოფს კუჭი ცარიელი უნდა ჰქონდეს. თუ ღებინება დაეწყო, სასურველია წვრილი ზონდით კუჭის ამორეცხვა.

თუ დასტაქარი ყველა ზემოაღნიშნულ ღონისძიებას გაატარებს თანამიმდევრულად (ოპერაციამდე, ოპერაციის მსვლელობაში და ოპერაციისშემდგომ პერიოდში), ოპერაცია შეიძლება ჩათავდეს ყოველგვარი გართულების გარეშე და კარგი გამოსავალით.

ისმება კითხვა — ოპერაციის შემდეგ როდის უნდა ადგეს ავადმყოფი?

ამ ბოლო დროს დასტაქართა უმრავლესობა იმ აზრს იზიარებს, რომ ოპერაციისშემდგომ პერიოდში ავადმყოფი უფრო აქტიური უნდა იყოს საწოლში, უფრო მეტიც, რაც შეიძლება ადრე ადგეს, მაგრამ კონკრეტულად არაა ჩამოყალიბებული რა ვადებში.

ზოგი დასტაქარი ულტრააქტივობას იჩენს, ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფს საოპერაციო მაგიდიდანვე აყენებს და ფეხით უშვებს პალატამდე, პირველი დღიდანვე აძლევს სიარულის უფლებას. ეს შეცდომაა. აქვე უნდა შევნიშნოთ, რომ საოპერაციო მაგიდიდან ავადმყოფის აყენება და პირველ 24 საათში სიარულის ნებართვა — გადაჭარბებული სითამამეა, რაც უნდა აიკრძალოს. რა მარტივიც არ უნდა იყოს ოპერაცია, თიაქარკვეთა იქნება ის, თუ აპენდექტომია, ავადმყოფს ეტყობა საერთო სისუსტე, ფერმკრთალობა, წნევის დაკლება და სხვ. ამიტომ ყველა ავადმყოფი, რომელსაც გაუკეთდა ოპერაცია, საწოლამდე უსათუოდ უნდა გადაიყვანონ ურიკით.

არის მეორე უკიდურესობა. ავადმყოფს არ აძლევენ ადგომის საშუალებას ნაკერის მოხსნამდე, ე. ი. მე-7—8 ან ხშირად 10 დღემდეც კი. რასაკვირველია ასეთი მიდგომაც შეცდომად უნდა ჩაითვალოს, ვინაიდან კარგადაა ცნობილი ის

ფაქტი, რომ ყოველგვარი გართულება მოსალოდნელია ოპერაციის პირველ დღეებში. პროფილაქტიკური ღონისძიება იქითკენ უნდა იყოს მიმართული, რომ ეს გართულება არ მივიღოთ.

მაშ როგორ წარმოვიდგინოთ აქტიურობა ოპერაციის შემდეგ და როდის უნდა ადგეს ავადმყოფი?

ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფი აქტიური უნდა იყოს საწოლში პირველი საათიდანვე. მას საშუალება უნდა ჰქონდეს მიიღოს საწოლში ისეთი მდგომარეობა როგორიც მას სურს, ყოველგვარი იძულების გარეშე, ე. ი. მას უნდა ჰქონდეს კიდურების მოხრისა და გაშლის, გვერდზე გადაბრუნების, ღრმად ჩასუნთქვა-ამოსუნთქვის საშუალება; ოპერაციის მეორე დილიდანვე უნდა ჩაებას მსუბუქ ფიზკულტურულ ვარჯიშში თუ ავადმყოფს აქვს სურვილი, 48 საათის შემდეგ მას უნდა ჰქონდეს შესაძლებლობა ადგომისა და თავისუფლად სიარულის, რასაკვირველია, ყოველგვარი ძალდატანების გარეშე. თუ ავადმყოფი დაწოლილი ვერ შარდავს, ექიმმა უნდა მიმართოს ყოველგვარ საშუალებას, მაგრამ თუ ამანაც არ გაჰრა, მაშინ უსათუოდ უნდა მიეცეს ავადმყოფს ადგომის უფლება ამ აქტის შესასრულებლად.

ლენინგრადის სასწრაფო დახმარების ინსტიტუტის მონაცემებით, სასწრაფოდ გაკეთებულ ოპერაციასთან დაკავშირებით (მწვავე აპენდიციტი, ჩაქედილი თიაქარი, გაუვალობა, კუჭის პერფორაცია და სხვ.) იმ ავადმყოფებს რომლებიც ადრე ადგნენ, შარდის შეკავება 2 $^1/_2$-ჯერ ნაკლები ჰქონდათ იმ ავადმყოფებთან შედარებით, რომლებიც ნაკერების მოხსნამდე მწოლიარე მდგომარეობაში იყვნენ.

სალიშევი აღნიშნავს, რომ ეს გართულება მის კლინიკაში ლიკვიდირებულ იქნა მას შემდეგ, რაც ადრე ადგომა შემოიღეს. ამგვარად, თუ სხვა რაიმე უკუჩვენება არ არის, ავადმყოფი პირველი 48 საათის შემდეგ, სხვადასხვა ფიზკულტურულ ვარჯიშთან ერთად, თავისუფლად უნდა ადგეს ლოგინიდან. ზოგიერთი მშიშარა ავადმყოფი უარს აცხადებს ადგომაზე; რასაკვირველია, აქ ძალდატანებას ადგილი არ უნდა ჰქონდეს, მაგრამ მომვლელი პერსონალის აგიტაციას აქაც აქვს ერთგვარი გამამხნევებელი მნიშვნელობა. ამასთან, რასაკვირველია, დიდ გავლენას ახდენს გარემო პირობები. თუ ეს მეთოდი კლინიკაში ფართოდ იქნება დანერგილი და ავადმყოფთა დიდი უმრავლესობა გამოიყენებს მას, მაშინ ის მშიშარა ავადმყოფები, დაინახავენ რა ამ მეთოდის ღირებულებას, თვითონვე ჩაებმებიან ასეთ საქმიანობაში და, ბოლოს, თვითონ გახდებიან ადრე ადგომის ინიციატორები. ზოგიერთი ავადმყოფი ადრე ადგომას უკავშირებს ჭრილობის დაჩირქებას, ჰემატომებს, თიაქრის რეციდივებს, ემბოლიების სიხშირეს და სხვ. ასეთი შეხედულება სრულიად დაუსაბუთებელია და შეცდომად უნდა ჩაითვალოს. რეციდივის მიზეზი ადრე ადგომა კი არ არის, არამედ დასტაქარის ტექნიკა. თუ ჭრილობა აბრეშუმის ძაფით კარგად გაიკერა, ავადმყოფი მეორე დღეს ადგება, თუ მერვე დღეს სულერთია. ძაფი თავის სიმაგრეს დიდხანს ინარჩუნებს, მაგრამ თუ ოპერაცია ტექნიკურად სწორად არ არის გაკეთებული, რეციდივი მაინც მოსალოდნელია. ადრე ადგომასთანაა დაკავშირებული ფილტვების ვენტილაცია და სუნთქვის ნორმირება, სისხლის მიმოქცევის გაძლიერება, რაც თავდებია ქსოვილის რეგენერაციის დაჩქარებით, ავადმყოფის ჩქარა განკურნებითა და სხვ.

სტატისტიკური მონაცემებით აგრეთვე დადასტურებულია, რომ თრომბოემბოლიები აქტიურ ავადმყოფებში უფრო ნაკლებად ვითარდება, ვიდრე პასიუ-

რებში. ამგვარად. ოპერაციისშემდგომ პერიოდში ავადმყოფის აქტივობასა და ადრე ადგომას უსათუოდ დიდი მნიშვნელობა აქვს, როგორც პროფილაქტიკურ საშუალებას რიგ გართულებათა წინააღმდეგ; ამის გამო ის ფართოდ უნდა დაინერგოს ქირურგიულ დაწესებულებებში, ყოველგვარი გაუმართლებელი შიშის გარეშე. რასაკვირველია, როდესაც ადრე ადგომის უპირატესობაზე ვლაპარაკობთ ჩვენ მხედველობაში გვაქვს, ძირითადში, მუცლის ღრუს ქირურგია, მაგრამ არის მთელი რიგი ოპერაციებისა, როცა ადრე ადგომაზე თავს ვიკავებთ. მაგალითად, თავის ქალასა და მისი შიგთავსის ოპერაციები, გულმკერდის ღრუს ორგანოების (გულის მანკის), სისხლძარღვების ოპერაციები და სხვ. ასეთ და მთელ რიგ სხვა შემთხვევებში საკითხი უნდა გადაწყდეს ინდივიდუალური მიდგომით.

კვება

ზემომოყვანილ თავში ჩვენ მხარი დავუჭირეთ ოპერაციისშემდგომ პერიოდში მოძრაობის აქტიურობას და რაც შეიძლება ადრე ადგომას. რასაკვირველია, შაბლონის გარეშე და ყველა შემთხვევაში საკითხის ინდივიდუალური მიდგომით. ასევე სადავოა და გარკვეული აზრი არ არსებობს სითხის მიღებისა და კვების საკითხში ოპერაციისშემდგომ პერიოდში. ამ საკითხის სწორად გადაჭრას უსათუოდ დიდი პრაქტიკული ღირებულება აქვს და კლინიკაში უნდა არსებობდეს ერთი ჩამოყალიბებული სისტემა ამ მეტად მნიშვნელოვან საკითხზე. საჭიროა გარკვეული დიეტის გამომუშავება, რომლის მიხედვით უფროს ექთანს უნდა ჰქონდეს შესაძლებლობა ტიპურ შემთხვევაში სათანადო დიეტის დანიშნისა ოპერაციის შემდეგ. თუ რაიმე გარკვეული მონაცემები იქნება დიეტის შერჩევისა, ამას ექიმი განსაზღვრავს. ამგვარად, ერთი აზრის არსებობა კვების საკითხში ოპერაციისშემდგომ პერიოდში უსათუოდ საჭიროა. ავტორთა უმრავლესობა იმ აზრს იზიარებს, რომ ოპერაციის შემდეგ სითხე და საკვები ავადმყოფს უნდა მიეცეს ადრე, ვინაიდან კვების ადრე დაწყება ხელს უშლის აციდოზის განვითარებას და აუმჯობესებს ორგანიზმის მდგომარეობას. რიგი ავტორებისა აღნიშნავენ, რომ ორგანიზმს არაფერი არ ასუსტებს, როგორც შიმშილი. ისმება კითხვა — როდის უნდა დავიწყოთ ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფის კვება? რასაკვირველია, ეს საკითხი არ შეიძლება გადაიჭრას გარკვეული რეცეპტით, ვინაიდან აქ მხედველობაში მისაღებია ავადმყოფის ინდივიდუალური თავისებურება, ოპერაციის ადგილი და სირთულე. საკვების მიცემა შეიძლება იმ შემთხვევაში, როდესაც ოპერაცია ეხება ისეთ ორგანოებს, რომელთაც კავშირი არა აქვთ საჭმლის მომნელებელ სისტემასთან. რასაკვირველია, მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული გაუტკივარების რომელიმე სახე. თუ ოპერაცია ჩატარებულია ზოგადი გაუტკივარებით, პირველ 6—10 საათში, როდესაც ავადმყოფს აქვს გულზიდილი და შეიძლება ღებინებაც, ყოველგვარი სითხისა და საკვების მიღებისაგან თავი უნდა შეიკავოთ, მაგრამ როდესაც ნარკოზის შედეგები გაივლის და ავადმყოფი თავს კარგად იგრძნობს, მაშინ სითხისა და საკვების მიუცემლობით ავადმყოფის შეზღუდვა შეცდომაა. მაგრამ ეს იმას კი არ ნიშნავს, რომ ავადმყოფს საჭმლის მომნელებელი სისტემა გადაეუტკივრებოთ უხეში და ძნელად მოსანელებელი საკვებით. მაგალითად, თიაქარკვეთის შემდეგ, თუ ოპერაცია ადგილობრივი გაუტკივარებით გაკეთდება, ავადმყოფს შეუძლია ყოველგვარი სითხის მიღება ოპერაციის პირველი დღიდანვე. მეორე დღიდან მას უნდა მივცეთ ადვი-

ლად მოსანელებელი საკმელი; მე-3—4 დღიდან შეიძლება მისი გადაყვანა საერთო დიეტაზე. ასევე შეიძლება ითქვას აპენდექტომიისშემდგომ დიეტაზე. თუ ამ შემთხვევაში ოპერაცია გაკეთდა ადგილობრივი გაუტკივარებით — სითხე შეიძლება პირველი დღიდანვე მივცეთ, მეორე და მესამე დღეს — მსუბუქი, მაგრამ კალორიებით მდიდარი დიეტა და მე-4 დღიდან გადაგვყავს საერთო დიეტაზე, რასაკვირველია, ზოგიერთი გართულების დროს დიეტა დაინიშნება ექიმის მითითებით.

არ შეიძლება ცალკე არ გამოვყოთ და განვიხილოთ კუჭის ოპერაციისშემდგომი კვების საკითხი.

ოპერაციისშემდგომ შიმშილი იწვევს რიგ გართულებებს; აციდოზს, ჰიპოგლიკომიას, წყლისა და მარილის ცვლის მოშლას, კუჭის ატონიას და სხვა. ყველაფერი ეს შედეგია როგორც ოპერაციის, ისე შიმშილობისა და კუჭის დარჩენილი ნაწილის უმოქმედობის.

კუჭის რეზექციისშემდგომ პერიოდში წყლის მიცემისა და კვების საკითხში აგრეთვე აზრთა სხვადასხვაობაა. არიან ავტორები, რომლებიც ზომიერად ფრთხილნი არიან ან კიდევ გადაჭარბებულად ფრთხილნი და გაბედულნი. აქ ჩამოთვლილი შეხედულებების ცალ-ცალკე განხილვა ჩვენ მიზანშეწონილად არ მიგვაჩნია, ვინაიდან ჩვენ კლინიკას საკმაოდ დიდი მასალა გააჩნია კუჭზე ოპერაციებისა (7000-ზე მეტი), ამიტომ ჩვენ პირ გამომუშავებულმა დიეტამ სავსებით დამაკმაყოფილებელი შედეგი მოგვცა.

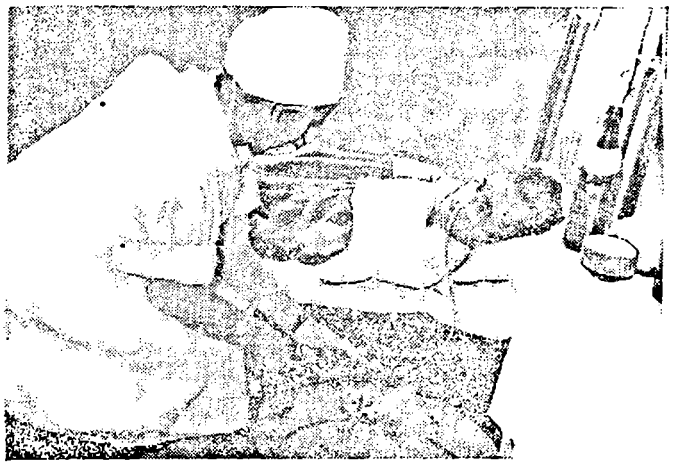
დასტაქრებისათვის კარგადაა ცნობილი ის ფაქტი, რომ ზოგადი ნარკოზის ან სხვა სახის გაუტკივარებით გაკეთებული რთული ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფი უფრო ხშირად ითხოვს წყალს. ზოგი ავადმყოფი, მართალია, ითმენს უწყლობას, მაგრამ იმიტომ კი არა, რომ მას არ სწყურია, არამედ მან წინასწარ იცის ის, რომ იმ ავადმყოფებს, რომელთაც მასზე წინ გაუკეთდათ ოპერაცია, უკრძალავდნენ სითხის მიღებას.

ავადმყოფს წყურვილი ძალიან აწუხებს, განსაკუთრებით ნარკოზის შემდეგ. ეს განპირობებულია შემდეგი ფაქტებით: ოპერაციისათვის მომზადების დროს, ავადმყოფს წინა ღამით და ოპერაციის დღეს, დილით, უკეთდება გამწმენდი ყუნა, ამასთან, ავადმყოფი ცდილობს ოპერაციის წინ მიიღოს რაც შეიძლება ნაკლები სითხე, ოპერაციის დროს ავადმყოფი ძალზე ოფლიანდება, ჯირკვლოვანი აპარატი ბლომად გამოყოფს სითხეს. ოპერაციის მსვლელობაში ავადმყოფი კარგავს სისხლს, ლიმფას, მუცლის გახსნილი ღრუდან ან გულმკერდიდან ხდება ორთქლება. ყველაფერი ეს ერთად იძლევა სითხის საკმაოდ დიდი რაოდენობით დაკარგვას, რაც უსათუოდ მოითხოვს შევსება-ანაზღაურებას; თუ რამდენად ძლიერია წყლის მოთხოვნილება ნარკოზით გაკეთებული ოპერაციის შემდეგ, დასტურდება ერთი საინტერესო ფაქტით.

რამდენიმე ხნის წინ ოპერაცია გავუკეთეთ ერთ ავადმყოფს (8 წლის), რომელიც მოჰყვა საავტომობილო-საგზაო ავარიაში, მიიღო თავის ქალას ძვლის დაზიანება, კომოცია, და ორგანიზმის დაჟეჟილობა. ეთერის ნარკოზით გაუკეთდა ტრეპანაცია. გამოღვიძებისას ბავშვი დაჟინებით მოითხოვდა წყალს. წყურვილის სიძლიერე მან ასე გამოხატა: „დამალევინეთ წყალი, თქვენ ხომ იცით, მე შემიძლია მთელი ტეხური დავლიო".

ავადმყოფს რომ დაეუკმაყოფილოთ წყურვილის გრძნობა და ორგანიზმს შეეუვსოთ დანაკარგი სითხე, აუცილებელია სითხის, ფიზიოლოგიური ხსნარის შეყვანა პარენტერალურად 200,0—300,0 კუბ. სმ-ის რაოდენობით. ფიზიოლო-

გიური ხსნარის შეყვანა სასურველია რექტალურად. ჯერ ერთი, ეს ააცდენს ავადმყოფს უსიამოვნო შეგრძნებას — ტკივილს. ამასთან, სწორი ნაწლავის ლორწოვანს სითბის შეწოვის დიდი უნარი აქვს; ყოველგვარი უსიამოვნო შეგრძნების გარეშე ავადმყოფს აქვს შესაძლებლობა მიიღოს სითხის დიდი რაოდენობა. სითხე უნდა შეეყვანოთ წვეთ-წვეთად. ფიზიოლოგიური ხსნარის შეყვანა შეიძლება აგრეთვე კანქვეშ — ინტრავენურად და სხვ. ასეთი სახით მიცემულ ხსნარს შეუძლია ავადმყოფს დაუკმაყოფილოს წყურვილის გრძნობა. პირის ღრუსა და ტუჩის სიმშრალის მოსახსნელად ავადმყოფს სისტემატურად უნდა გამოერეცხოს პირის ღრუ ცივი წყლით. ამგვარად, კუჭის ოპერაციის პირველ დღეს ავადმყოფს არაფერი არ ეძლევა. ოპერაციიდან 24 საათის გასვლის შემდეგ ავადმყოფს პირველად მიეცემა წყალი სუფრის კოვზით, შემდეგ თანდათანობით ემატება, საღამოსათვის უკვე უფლება აქვს წყალი დალიოს ჭიქით. მესამე დღეზე ავადმყოფს ეძლევა ჩაი და სუფთა ბულიონი, მაწონი, მეოთხე დღეს ემატება კომპოტი, ხილის წვენი. განსაკუთრებით გვინდა ხაზი გავუსვათ მაწვნის მიღებას. ყველა სხვა საკვებზე კარგად ავადმყოფი ეგუება და იტანს მაწონს. რა საკვირველია, მაწონი უნდა იყოს ახალი. მაწონი ადვილი მოსანელებელია და



სურ. 83. კუჭის ამორეცხვა წერილი ზონდით.

ადრე გადადის კუჭიდან სწორ ნაწლავში, რითაც ხელს აუწყობს კუჭის მოტორულ-ევაკუატორული ფუნქციის აღდგენას. შემდეგ დღეებში (მე-5) ემატება თაფლი, კარაქი, შოკოლადი, სხვადასხვა ფაფები, ხილის წვენები და სხვა მერვე დღეს ყველა აღნიშნულ საკვებთან ერთად ძლევა ორცხობილა, მე-9 დღეს თეთრი პური, მე-10 დღეს გადაგვყავს საერთო მაგიდაზე. აქვე უნდა შევნიშნოთ, რომ აღნიშნულ საკვებს ავადმყოფი ღებულობს მცირე ულუფებად, მაგრამ ხშირად, დღეში 4—5-ჯერ. კვების ეს მეთოდი ჩვენი კლინიკისათვის ტიპურ შემთხვევებში სტანდარტულია, კონკრეტულ შემთხვევებში ექიმს აქვს შესაძლებლობა საჭიროების მიხედვით შეუცვალოს ავადმყოფს დიეტა.

არის შემთხვევები, როდესაც ოპერაციის მე-2—3 დღეს ავადმყოფს ეწყება ღებინება. კუპში აღნიშნება სისხლჩაქცევა, სითხის დაგროვება აღიზიანებს ლორწოვანს და იწვევს ღებინებას. ჩვენი გამოცდილებით ასეთ შემთხვევაში დიდი სარგებლობა მოაქვს და ავადმყოფს შვებას. აძლევს კუპის ამორეცხვა წვრილი ზონდით. წვრილი ზონდის შეყვანა მიზანშეწონილია ცხვირიდან. ზონდის შეყვანით კუპი მთლიანად გამოირეცხება შიგთავსის, გახრწნილი ნარჩენების, სისხლისგან და სხვა. ამასთან, ავადმყოფს საშუალება ეძლევა მიიღოს საკმაო რაოდენობით ცივი წყალი, ვინაიდან მიღებული სითხე ისევ გამოიყოფა ზონდის საშუალებით. ამ წესით კუპის გამორეცხვა შეიძლება გამეორდეს ან ზონდი დატოვებულ იქნეს კუპში, რაც კუპის სისტემატური გამორეცხვის შესაძლებლობას იძლევა, ზონდის დატოვებას განსაკუთრებით მივმართავთ, როდესაც კუპის რეზექცია გაკეთებულია ბილროტის წესით.

ავადმყოფის ასეთი კვებითა და მოვლით ჩვენ შესანიშნავი შედეგები მიიღეთ. ამიტომ მოვუწოდებთ ამ წესის ფართოდ გამოყენებას.

ლიტერატურა

1. ახალაძე გ., ოპერაციული შოკის კლინიკისა და დიაგნოსტიკის საკითხისათვის, 1960.
2. ბიკოვიკ., კურცინი., წყლულოვანი დაავადების პათოგენეზის კორტიკო-ვისცერალური თეორია. მონოგრაფია, 1952.
3. ბოკორი შვილი გ., სპინალური ანესთეზია სოკაინით, დისერტაცია, 1949.
4. ბოკორიშვილი გ., მეცლის ღრუს გადაუდებელი ქირურგია, 1960.
5. ბოკორიშვილი გ., თრომბოფლებიტები, 1961.
6. ბუაჩიძე ს., ადამიანის ეკინოკოკი, მონოგრაფია, 1964.
7. გიორგაძე ვ., მასალები ზურგის ტვინის ანესთეზიისათვის, დისერტაცია, 1937.
8. გიორგაძე ვ., ნაწლავთა გაუვალობა, 1959.
9. დამენია ლ., ნაწლავთა ფისტულები, მონოგრაფია, 1961.
10. დემეტრაძე ნ., თოიძე შ., ტოპოგრაფიული ანატომია, 1961.
11. დიხამინჯია კ., ფრიდმანი ლ., თრომბოფლებიტების პირუდინიზირებით მკურნალობის საკითხისათვის, საბჭოთა მედიცინა, № 7 — 8, 1940.
12. დიხამინჯია კ., მკერდუკანა ანესთეზია, მონოგრაფია, 1962.
13. დიხამინჯია კ., კერძო ქირურგიის მოკლე კურსი, 1970.
14. ერისთავი კ., ღვიძლი, ნაღვლის ბუშტი და ნაღვლის გზები, კერძო ქირურგია, 1949.
15. ვეფხვაძე კ., სარძევე ჯირკვლის დაავადებანი, კერძო ქირურგია, 1949.
16. ვეფხვაძე კ., ზოგადი ქირურგია, 1962.
17. ვირსალაძე კ., კუჭის სეკრეცია და ექსკრეცია წყლულოვანი წარმოშობის პილოროდუოდენური სტენოზების დროს, ექსპ. და კლინიკ. ქირ. და ჰემატ. ინ-ტის შრომები, ტ. I, 1948.
18. ზაქარაია ე., ადგილობრივი ანესთეზიის შესახებ, ყურნ. თანამედროვე მედიცინა, № 6 — 7, 1929.
19. თელია ა., სტენოზით გართულებული წყლულოვანი დაავადების კლინიკა და მკურნალობა, მონოგრაფია, 1956.
20. იოსელიანი დ., კვირკველია მ., თრომბოფლებიტების კლინიკა და მკურნალობა, მონოგრაფია, 1967.
21. კახიძე პ., საზარდულის დაცურებული თიაქარი, მონოგრაფია, 1956.
22. კვერენჩხილაძე ვ., მეცლის ღრუს თიაქრები, მონოგრაფია, 1964.
23. კოკოჩაშვილი მ., ბავშვთა ასაკის ქირურგია, 1955.
24. კომახიძე მ., პოსპიტალური ქირურგია ტ. I და II, 1969 — 1970.
25. კომახიძე მ., ხომერიკი გ., ნაწლავის გარეთა ფისტულები და მისი მკურნალობა, მონოგრაფია, 1970.
26. ლომთათიძე ნ., ინტრატრაქეული ნარკოზი, 1957.
27. ლორთქიფანიძე ნ., გაუტკივარების თანამედროვე მეთოდები, 1962.
28. მამამთავრიშვილი დ., ქვემო კიდურების ვარიკოზით დაავადებულთა მკურნალობის პრინციპები, ყურნ. საბჭოთა მედიცინა, № 5, 1960.
29. მიქელაძე შ., ნაწლავების სნეულებანი, 1934.
30. მაჭავარიანი ა., მეცლის ღრუს ქირურგია, 1925.
31. მაჭავარიანი გ., ჩაქვეული თიაქრები, 1961.
32. მუხაძე გ., ასლანიშვილი ი., ფარისებრი ჯირკვალი, კერძო ქირურგია, 1949.
33. მუხაძე გ., ქირურგიულ დაავადებათა დიაგნოსტიკა, კერძო ქირურგია, 1949.
34. ნათიშვილი ა., ადამიანის ნორმალური ანატომია, 1965.
35. სიხარულიძე თ., სწორი ნაწლავის გამოვარდნის კლინიკა და მკურნალობა, 1959.
36. ტყავაძე მ., მასალები ადგილობრივი ანესთეზიის საკითხისათვის, საკანდიდატო დისერტაცია, 1936.

37. ჭ რ უ შ ა ძ ე თ., კუჭის რეზექცია წყლულის გამოთშვით, 1957.
38. ფ ი ფ ი ა ე., გ ი ო რ გ ა ძ ე ე., აპენდიციტი. მონოგრაფია, 1937.
39. ფ ი ფ ი ა ე., ჰიანწყლეი. კერძო ქირურგია, 1949.
40. ფ ი ფ ი ა ე., ნაწლავის გაუვალობა. კერძო ქირურგია, ტ. I, 1949.
41. ფ ი ფ ი ა ე., თ ე ლ ი ა ა., კლინიკური დაკვირვებანი კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების ვაგოტომიით მკურნალობისას, ექსპერ. და კლინიკური ქირ. და ჰემატ. ინ-ტის შრომები, ტ. III. 1951.
42. ფ ი ფ ი ა ე., დ ა ვ ი თ ა ი ა ი., გასტროსკოპია. მონოგრაფია, 1958.
43. ქ ი ქ ი ა ე., ქ უ მ ს ი ა შ ვ ი ლ ი რ., კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების ქირურგიულ მკურნალობასთან დაკავშირებული სისხლდენათა ანალიზი, თბილისის სამედიცინო ინ-ტის შრომები, ტ. XXI, 1961.
44. ფ ი ფ ი ა ე., კლინიკური ლექციები (საფაკულტეტო ქირურგია) , 1973.
45. ფ ი ფ ი ა ე., ღვიძლის ამებური აბსცესი, მონოგრაფია, 1938.
46. ფ ი ფ ი ა ე., ქ უ მ ს ი ა შ ვ ი ლ ი რ., ანასტომოზის პეპტიკური წყლული და მისი მკურნალობა, თბილისის სამედ. ინ-ტის შრომები, № 8, 1954.
47. ფ ხ ა კ ა ძ ე გ., ღვიძლის ციროზის ქირურგიული მკურნალობა მისი ჭსოველის რეგენერაციის თვალსაზრისით, მონოგრაფია, 1971.
48. ქ უ მ ს ი ა შ ვ ი ლ ი რ., განმეორებითი ოპერაციები კუჭზე, მონოგრაფია, 1968.
49. ქ უ რ ც ი კ ი ძ ე ა., სანაღვლე გზების ქირურგიის საკითხისათვის, საკანდიდატო დისერტაცია, 1958.
50. ღ ე ა მ ი ჩ ა ვ ა ა., ავთვისებიანი სიმსივნეების კლინიკა, დიაგნოსტიკა, მკურნალობა, 1968.
51. ღ ე ა მ ი ჩ ა ვ ა ა., ავთვისებიანი სიმსივნეები, 1973.
52. ყ უ რ ა შ ვ ი ლ ი ბ., ცხოველებისა და ადამიანის ექინოკოკოზი და ალვეოკოკოზი საქართველოში და მათთან ბრძოლა, მონოგრაფია, 1964.
53. ჩ ა ჩ ა ვ ა მ., მუცლის თაპკეები. კერძო ქირურგია, ტ. I, 1949.
54. ჩ ა ჩ ა ვ ა მ., ემბოლია და თრომბოზი კლინიკის მასალის მიხედვით, სსრკ მეცნ. აკადემიის ექსპერიმენტული, კლინიკური ქირურგიისა და ჰემატოლოგიის ინ-ტის შრომათა კრებული, ტ. VI, 1956.
55. ჩ ა ჩ ა ვ ა მ., წყლულოვანი დაავადების ქირურგიული მკურნალობა, მონოგრაფია, 1952.
56. ჩ ა ჩ ა ვ ა მ., კერძო ქირურგია, ტ. I, 1963.
57. ჩ ხ ა ი ძ ე მ. წყლულოვანი დაავადების ქირურგიული მკურნალობის უშუალო და უახლოესი გართულებანი, 1957.
58. ჩ ხ ე ი ძ ე ო., სპინალური ანესთეზია, 1955.
59. ც ა ნ ა ვ ა ა., მასალები პერფორაციული პერიტონიტის საკითხისათვის, 1966.
60. ხ ო ძ ე რ ი ი გ., მწვავე დიფუზური პერიტონიტი. მონოგრაფია, 1969.
61. ხ უ ნ დ ა ძ ე გ., ც ა ნ ა ვ ა გ., გ ო რ ო ზ ი ა ნ ი ჯ., მ ა მ ა მ თ ა ვ რ ი შ ვ ი ლ ი ო., ანესთეზიოლოგია, ზოგადი ნაწილი. 1964.
62. А б л а е в а И., Оперативное лечение выпадения прямой кишки у детей по способу Тирша, Педиатрия, 1944.
63. А б р и к о с о в А., Основы частной патологической анатомии, 1950.
64. А в е д и с о в С., К вопросу классификации выпадения прямой кишки, Вестн. хир. № 9, 1966.
65. А в е д и с о в С., Выпадение прямой кишки, Медгиз, 1969.
66. А л е к с е е н к о И., К вопросу о топографических ошибках при ГЕА, Нов. хир. архив, 1929.
67. А м и н е в А., Геморрой. Руководство. 1960.
68. А м и н е в А., Лекции по проктологии, 1969.
69. А н т е л а в а Н., К вопросу о скользящих грыжах, Вестн. хир., № 35—36, 1928.
70. А с к а н а с а З., Реанимация в кардиологии, Польская медицина, 1970.
71. Б а б а е в О., О редких осложнениях амебных абсцессов печени, Здравоохранение Туркменистана, №, 1, 1962.
72. Б а б а е в О., Клиника и диагностика амебных абсцесов печени, Клин. медицина, № 1, 1970.
73. Б а б а е в О., Возможности консервативной терапии и показания к хирургическому лечению амебных абсцесов печени, Хирургия, № 2, 1970.

74. Бабаев О., Амебный абсцесс печени, Монография, 1972.
75. Бадылкес С,. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, 1953.
76. Белгородский, Клиническая эндокринология, 1930.
77. Бекерман А., Ошибки, опасность и непредвиденные осложнения при лечении геморроя, Вестн. хир., т. 48, кн. 129, 1936.
78. Бесфамильная И., О клинико-анатомических параллелях при остром аппендиците, Вопр. хир, № 8, 1956.
79. Березов Е., Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки, 1950.
80. Березов Е., Хирургия пищевода и кардии желудка при раке, 1951.
81. Березов Е., Расширенные и комбинированные резекции желудка при раке,1953.
82. Березов Е., Повторные операции на желудке, Хирургия, № 7, 1955.
83. Березов Е., Спорные вопросы хирургии рака желудка, Клиника и лечение заболеваний желудка, 1956.
84. Бим И; Пармено в В., Острый аппендицит при забрюшинном расположении червообразного отростка, Вестник хир. № 8, 1963.
85. Блинов Н., Некоторые спорные вопросы хирургического лечения острого аппендицита, Вестн. хир., № 8, 1956
86. Блинов Н; Острый аппендицит, Ошибки, опасности осложнения в хирургии, № 5, 1965.
87. Блинов Н., Острый перитонит, Ошибки, опасности и осложнениях хирургии,1965.
88. Богдасарян С., Об ошибках при наложении ГЕА межкишечным соустьем. Хирургия № 6—69—91, 1956.
89. Брайцев В., Заболевания прямой кишки. Медгиз. 1952.
90. Братус В., Острые желудочные кровотечения, 1972.
91. Брейдо И., и Цивин С. Острый аппендицит и внематочная беременность, № 8, 1956.
92. Брейдо И., Операции на щитовидной железе, 1969.
93. Буачидзе Г., Материалы к изучению механизма смерти при острой кишечной непроходимости, 1958.
94. Будзинская- Соколова С., Абсцессы дугласова] пространства, Вестн. хир. № 40, 1935.
95. Буянов В., Беликов С., Результаты аллопластики послеоперационных грыж. Хирургия, № 3, 1963.
96. Валдина Е., Загрудинный зоб. Вестн. хир., № 12, 1962.
97. Ванцян Э., и др., Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения рака кардии. Хирургия, № 12, 1972.
98. Вишневский А., Сборник трудов, т. IV, 1951.
99. Вовченко Е., Танасиенко И., Некоторые опасности и осложнения по тенцированного эндотрах. наркоза, Хирургия, № 5, 1960.
100. Ганичкин А., Рак толстой кишки, 1970.
101. Герасименко В., Меры по предупреждению взрывов в операционных. Вест. хир. № 8, 1965.
102. Гессе Э., Об ошибках при производстве ГЕА. Новый хир. архив № 10, 1926, 37-40.
103. Глинчиков В., Клинические лекции, 1927.
104. Гомзяков Г., Операции на прямой кишке. Ошибки, опасности и осложнения в хирургии, 1965.
105. Гордон О., Осложнения у язвенных больных и резекции желудка, М., 1949.
106. Грегор О., Своевременная диагностика рака желудка, Прага, 1968.
107. Григорьев Н., Некроз кожи после циркулярной новокаиновой блокады. Хирургия, № 7, 1939, 105.
108. Григорьев М., Анчков М., Интратрахеальный наркоз в грудной хирургии, Издание второе, 1950.

109. Гутник Е., Ошибки в диагностике острого аппендицита. Нов. хир. арх., № 7, 1961.
110. Давидовский И., Патологическая анатомия и патогенез болезней человека, т. II, 1958.
111. Давитая И., Сопоставление рентгенологического и гастроскопического методов исследования при раке желудка. Труды IV конференции хирургов Закавказья, 1957.
112. Даниель-Бек., Выпадение прямой кишки и его лечение, Медгиз, 1958.
113. Даниленко М., Бабляк Д., Голубенко В., Хирургия, № 12, 1942, 27.
114. Даудерис И., Ошибки и опасности в хирургическом лечении больных с посттромботическим синдромом нижних конечностей. Клинич. хир., №2., 1972, 59.
115. Даудерис И., Хирургия, № 12, 1972, 32.
116. Дерябин И., и Лизинец М., Применение перитонеального диализа при лечении разлитого гнойного перитонита, Вестн. хир. №11, 37. 1972.
117. Джанелидзе Ю., Хирургия органов брюшной полости, т. IV, и III, 1954.
118. Джанелидзе Ю., К дифференциальной диагностике острых аппендицитов, Хирургия органов брюшной полости, т. IV, 1954.
119. Джанелидзе Ю., Острый живот. Хирургия орг. брюшной полости, т. IV, 1954.
120. Джерота, Хирургическое обследование брюшной полости, Перевод с румынского, 1972.
121. Дугладзе В., К вопросу закрытия культи двенадцатиперстной кишки при пенетрирующих язвах, Сабчота медицина, № 1, 1970.
122. Дудко Н., Прободная язва, Диссертация, 1943.
123. Еолян Р., Абсцессы печени и их лечение, М., 1949.
124. Егорова М., Осложнения после спиномозговой анестезии, Хирургия, № 6, 1939, 37.
125. Ефремов А., Эристави, К., Заболевания двенадцатиперстной кишки, 1969.
126. Жмур В., Повреждения внепеченочных желчных путей при операциях на желудке, Хирургия, № 5, 1937.
127. Жоров И., Развитие хирургического обезболивания в России, 1951.
128. Жоров И., Развитие хирургического обезболивания в России и СССР, 1952.
129. Жоров И., Общее обезболивание в хирургии, Медгиз, 1959.
130. Жоров И., Банкова З., Беззуин С. Хирургия, № 12.
131. Завьялов И., Почему мы так часто оперируем аппендицит, Нов. хир. архив, кн. 68, № 3, 1929.
132. Зауербрух Ф., Операции на щитовидной и зобных железах, Оперативная хирургия, Бир-Браун Кюмель.
133. Иоссет Г Анализ летальности при остром аппендиците, № 8, 1956.
134. Иоссет Г., Кошер И., Некоторые причины неблагоприятных исходов острой кишечной непроходимости, Вестн. х рир. № 7, 1970.
135. Исаков Ю., Донецкий С., Детская хирургия, 1971.
136. Искендерли В., Хирургическое лечение бедренных грыж, 1966.
137. Ишенко И., Операции на желчных путях, 1960.
138. Казанский В. Чрезплевральная резекция грудного отдела пищевода при раке, 1951.
139. Казаченко В., Черепок В., Ошибки диагностики острого аппендицита у женщин. Вестн. хир., 1970.
140. Каменчик М., Сравнительная оценка различных способов обработки культи червеобразного отростка. Вестн. хир., 1935, т. 40.
141. Караванов, Фильц О., Орел Г., Ошибки при хирургическом лечении холецистита. Хирургия, № II, 1972.

142. Кассиль Г. Боли и обезболивание, 1958.
143. Карапухин В., Актуальные вопросы обезболивания, 1957.
144. Кёрте, Вернер, Болезни желчных путей и их лечение, 1930.
145. Ковтунович Г., Осложнения со стороны культи двенадцатиперстной кишки при резекциях желудка, Советская хир. № 8, 1963.
146. Кожевников А., Об эффективности лечения рака прямой кишки. Вестн. хир. № 12, 1956.
147. Кокочашвили М., Диагностические ошибки при остром аппендиците у детей, Хирургия, № 10, 1956.
148. Корзон И., Промывание брюшной полости при лечении общего гнойного перитонита аппендикулярного происхождения.
149. Кочергин И., Анастомозы, Нов. хирургии, архив, 5, 1937.
150. Кочиашвили В., Атлас хирургических вмешательств на желчных путях, 1971.
151. Кравковский Н., Гринман Ю., Хирургические ошибки, 1967.
152. Крепс А., К вопросу об оперативном лечении выпадения прямой кишки, Сов. хир., 1931, 498.
153. Кузин М., Наричева А., и Киселева Н., Общее обезболивание в хирургии щитовидной железы. Хирургия, № 12, 1964.
154. Кукуджанов Н., Прямые паховые грыжи и их оперативное лечение. 1949.
155. Крымов А., Учение о грыжах, 1929.
156. Кукош В., Чернявский А., Черемухин Л., Показания к резекции желудка при язвенной болезни, 1970.
157. Левин Р., Непосредственные осложнения резекции желудка по поводу язвенной болезни, Автореф. докторской дисс., 1958.
158. Левит В., Зоб. Большая мед. энцикл. 1929.
159. Левит В., Повреждения и заболевания пищевода, Б. М. Э., т. 25.
160. Лепешинский А., Зоб, Третье издание, Свердловск, 1948.
161. Лидский А., Важнейшие заболевания периферических сосудов, Медгиз, 1958.
162. Лидский А., Хирургические заболевания печени и желчевыводящей системы, 1963.
163. Лимонников Г., Об ошибках диагностики и лечения острого аппендицита и его осложнения, Вестн. хир., № 8, 1966.
164. Литман И., Операции на прямой кишке. Брюшная хирургия, Будапешт, 1970.
165. Лобачев С., Виноградов, О., Ущемленные грыжи, Вестн. хир., № 1, 1957.
166. Лозинский Л., К вопросу о послеоперационном столбняке, Новый хирургич. архив, книга I, т. 1939.
167. Лотоцкий М., Скользящая грыжа. Хир. № 5, 1958.
168. Лурье А., Из опыта оперативного лечения рака грудного отдела пищевода, Вестн. хирургии, № 3, 1956.
169. Лурье А., Некрозы двенадцатиперстной кишки и печени после операции на желудке, Хирургия, № 5, 1973.
170. Майзель И., Язвенная болезнь у детей, 1957.
171. Мамамтавришвили Д., Болезни вен, Медгиз, М., 1964.
172. Мамедов З., Исмаилов Л., Профилактика и лечение эндемического зоба в Азербайджанской ССР, Труды IV конференции хирургов Закавказья.
173. Мандзюк В., Шеледин Ю., Некоторые вопросы патогенеза сложных свищей прямой кишки, Клинич. хир., № 1, 1937.
174. Мацуев И., О дифференциальной диагностике острого аппендицита, Вестн. хир., № 5, 1956.
175. Маянц А., Техника резекции при язве желудка и двенадцатиперстной кишки и результаты этой операции, Л., 1948.

176. Маят и др., Вестн. хир. № 7, 1970.
177. Маят В., Федоров В., Максимов В., Никитин А., Антибактериальная терапия перитонита, Клин. мед. № 1, 1971, 8.
178. Медведев Н. Кузнецов В., Перитонит по материалам клиники за 5 лет, Вестн. хир. № 7, 1970.
179. Мезенев С., Лечение выпадения прямой кишки у детей впрыскиванием спирта, Вестн. хир. № 6, 1938.
180. Мельников А., Особенности течения рака желудка с хирургической точки зрения, Вестн. хир., № 12, 1956, 17.
181. Мельников А., Предопухолевые заболевания желудка, Монография, Медгиз, 1954.
182. Мешалкин Е., Смольников В., Современный ингаляционный наркоз, Медгиз, 1959.
183. Мондор Г., Неотложная диагностика живота, т. 1, 1939.
184. Мухадзе Г., Каким способом лучше оперировать приобретенную паховую грыжу у мужчин, Сов. мед. № 1, 1939.
185. Мухадзе Г., В защиту спинномозговой анестезии, 1942.
186. Наденн А., Романяк М., Некоторые детали оперативной техники эндемического зоба, Врач. дело, № 4, 1952.
187. Назаров Л., Свищи прямой кишки, Медгиз, 1966.
188. Наричев А., Токсический зоб, Медгиз, 1971.
188. Наричев А., Токсический зоб, Медгиз, 1971.
189. Напалков П., Предупреждение и борьба с осложнениями при ущемленных грыжах, Хирургия, № 10, 1957.
190. Николаев О., Эндемический зоб, Медгиз, 1955.
191. Норенберг-Чарквиани А., Тромбозы и эмболии брыжеечных сосудов, 1967.
192. Оспанов Б., Тактика хирурга при остром холецистите, Хирургия, № 12, 1959.
193. Осповат Б., Копилков А., Острые хирургические заболевания брюшной полости под маской пищевой токсикоинфекции, 1971.
194. Павловский Д., Осложненные формы острого аппендицита и их предупреждения, Новый хир. арх., № 7, 1961.
195. Панцырев Ю., О редких осложнениях резекций желудка и ГЕА, Хирургия, № 11, 1963.
196. Петкова Л., О некоторых особенностях «острого живота» в старческом возрасте. Хирургия, № 10, 1966.
197. Петров Н., Успехи хирургии в области лечения злокачественных опухолей за 20 лет. Хир. № 1, 1937.
198. Петров Б., Спинномозговая анестезия, 1948.
199. Петров Б., Хирургическое лечение острого холецистита, Сов., мед., № 2, 1950.
200. Петров Н., Холдин, С., Раков А., Гобилевич В., Основные принципы и результаты радикального оперативного лечения раковых опухолей главных локализации, Вестн. хир., № 12, 1956, 8.
201. Петров Б., Аппендицит, БСЭ., т. 2, 1957.
202. Петров Ю., И Ленкер В., Отдаленные результаты лечения рака молочной железы. Вестн. хир. 2, 1955.
203. Петров Б., Спинномозговая анестезия, Рук-во по хирургии, т. 1, 1962.
204. Петровский Б., Хирургическое лечение рака пищевода и кардии, 1950.
205. Петровский Б., Избранные лекции по клинической хирургии, Медгиз, 1968.
206. Петровский Б., и Колюцкая О., Комбинированное обезболивание, Руководство частной хирургии, Медгиз, т. 1, 1968.

207. Печатников Е., Пути лимфогенного метастазирования рака желудка, 1967.
208. Пиппа И., Клиника и лечение амебного абсцесса печени, Хирургия, № 11, 1972.
209. Пиппа И., Повторные операции на желудке при гастродуоденальных язвах, Хирургия, № 8, 1968.
210 Пиппа И., Кумсташвили Р., Пептические язвы анастомоза и тощей кишки после резекции желудка, Хир., № 6, 1966.
211. Попов В., О лечении острых разлитых перитонитов, Вести. хир. № 1, 1956, 17.
212. Попов В., и Филин В., О лечении острых перитонитов. Вести. хир. № 1, 1956, 17.
213. Рахманов П., Ошибки и опасности при операции-экстирпации желудка по поводу рака, Вопросы клин. онкологии, вып. 2, 1963.
214. Рейнберг С., Рентгенологическое распознавание рака желудка, 1952.
215. Розанов Б., Профузные желудочные кровотечения язвенного характера и их хирургическое лечение, Медгиз, 1950.
216. Рохлин И., Заболевание и смертность от аппендицита, Вестн. хир., т. 40, 1935.
217. Русаков В., Сулимов К., Сулимова Г. Вестн. хир., Л., № 1, 1972.
218. Русанов А., О хирургическом лечении рака грудного отдела пищевода, Вестн. хир., № 10, 1961.
219. Рыцейский С., Морозов Ю., Холедохо-дуоденостомия, 1968.
220. Савельев В., и соавт., Вестн. хир. им. Грекова, № 9, 1967, 85.
221. Савельев В., Думпе Э., Яблоков Е., Болезни магистральных вен. М. 1972.
222. Саламатин Б., Профилактика и лечение перитонитов при повреждениях желудочно-кишечного тракта, Хирургия, № 4, 1958,.
223. Сандов Г., Лечение множественного эхинококка печени, Хирургия, № 5, 1973.
224. Саратников А., Желчеобразование и желчегонные средства, 1962.
225. Сельцовский П., Разлитые гнойные перитониты, Хирургия, № 4, 1958.
226. Сплаев Ю., О лечении перитонита, Вестн. хир., № 11, 1960.
227. Скрипниченко Д., Неотложная хирургия брюшной полости, 1970.
228. Симонян К., Перитонит, М., 1971.
229. Скулме К., Вопросы этиологии, патогенеза и ранней диагностики рака и предраковых заболеваний желудка, Монография, 1959.
230. Слуцкая С., Ошибки клинической диагностики острого аппендицита детей, Вестн. хир., № 8, 1957.
231. Смирнов Е., Хирургическое лечение обтурационной желтухи желчно-каменного и травматического происхождения, 1959.
232. Смирнов Е., Ошибки и опасности при оперативном лечении острого холецистита, Тезисы VI пленума правления всесоюзного об-ва хирургов, Л., 1957.
233. Смирнов Е., Хирургические операции на желчных путях, 1961.
234. Смирнов Е., Об исправлении случайных повреждений желчных протоков во время операции, Вестн. хир. № 6, 1972.
235. Смотров В., Язвенная болезнь, 1944.
236. Сосняков И., Елецкая О., Анализ летальности от острого Хирургия, № 6, 1949.
237. Стручков В., Тактика хирургического лечения больных с острым холециститом, Тезисы VI пленума правления всесоюзн. об-ва хирургов, Л., 1957.
238. Сыркина П., Газовый наркоз в медицинской практике, Медгиз, 1956.
239. Тальман И., Варикозное расширение вен нижних конечностей, Медгиз, 1961.

240. Тальман И., Операции на желчном пузыре и желчных протоках. Ошибки, опасности и осложнения в хирургии, 1965.
241. Телков Н., Некоторые вопросы хирургии рака прямой кишки, Вестн. хир., № 4, 1971.
242. Тимофеев Н., Иванов Е., Плетнева В., Острая кишечная непроходимость после аппендектомии и ее лечение, Вестн. хир., № 10, 1963.
243. Тихов П., Брюшные грыжи, 1919.
244. Толстова Г., Электрохирургический метод лечения рака молочной железы, 1959.
245. Топчиашвили З., Сабельников Г Повреждения внепеченочных ных путей при резекции желудка, Вестн. хир., № 3, 1969.
246. Топчиашвили З., Кетиладзе М., Причины летальности при остром холецистите и пути их снижения, моногр. 1970.
247. Трубачев В., Хирургия, № 12, 1970.
248. Туровцев И., О повреждении желчного и панкреатического протока при резекции желудка, Врач. дело, № 6, 1953.
249. Туйджанов Х., Классификация свищей прямой кишки, Вестн. хир., № 4, 1971.
250. Уклеба М., Хирургическое лечение простого зоба, 1958.
251. Федоров С., В кн.: Труды XVIII сезда российских хирургов, 1927.
252. Федоров С., Клинические лекции по хирургии, вып. II, 1930.
253. Федоров С., Желчные камни и хирургия желчных путей, 1934..
254. Федоров В., и соавт., Разработка методики перитонеального диализа канамицином при разлитом перитоните, Хирургия, № 9, 1968.
255. Флекель И., Язвенная болезнь, Монография, 1958.
256. Холдин С., Искания в деле хирургического лечения рака молочной железы, Вестн. хир., № 2, 1935.
258. Холдин С., Пути профилактики и лечения рака молочной железы, Вопросы онкологии, т. II, в. 1, 1956.
259. Хомерики Г., Острый диффузный перитонит, 1969.
260. Христич А., Диагностика и лечение острого перитонита у детей, Вестн. хир., № 2, 1971.
261. Чаплинский В., О летальности от ущемленных грыж, Н.Х.А., № 1 1962.
262. Чуланов Б., Воспалительные «опухоли» после аппендектстомии, Вестн. хир., № 10, 1963.
263. Шаак В., Лечение геморроя. Б.М.Э., 1923.
264. Шапов Н., Этиология, патогенез и лечение варикозного расширения вен нижних конечностей, Хирургия, № 12, 1970.
266. Шамов Ю. Лечение амебных абсцессов печени, хирургия, №1, 1972.
267. Шварц И., Хирургия детского возраста, 1937.
268. Шейнис В., Хирургические заболевания вен конечностей, Частн. хирургия, т. 3, 1963.
269. Шлапоберский В., Острые гнойные перитониты, Медгиз, 1958.
270. Шмур В., Повреждение внепеченочных желчных путей при операциях на желудке, Хир. 5, 1937.
271. Шухгалтер И., Вестн. хир., № 1, 1966.
272. Эристави К., Симптом боли на шее при паротомии. Хирургия, № 10, 1948.
273. Юдин С., Купрьянов П., Гессе Э., Шаак В., Выступления в прениях, Вестнхир., т. 40, 1935.
274. Юдин С., Этюды желудочной хирургии, 1955.
275. Юдин С., Современное состояние учения о хирургическом обезболивании, ж. Совр. хир., вып. 28, т. V, 1949.
276. Юдин С., Избранные произведения, Вопросы обезболивания в хирургии, 1960.

შ ი ნ ა ა რ ს ი

ავტორისაგან 3
შეცდომები და გართულებანი გაუტკივარების დროს 5
ადგილობრივი გაუტკივარება 5
სპინალური ანესთეზია 10
ენდოტრაქეული ნარკოზი . . . 15
შეცდომები და გართულებანი თიაქრის ოპერაციის დროს 23
ჩაჭედილი თიაქრები 23
შეცდომები ჩაჭედილი თიაქრის დიაგნოსტიკაში . . . 24
მოსალოდნელი შეცდომები ჩაჭედილი თიაქრის მკურნალობის დროს 25
თიაქარკვეთა 27
შეცდომები საზარდულის თიაქრის ოპერაციის დროს 30
საზარდულის თიაქრის ოპერაცია 32
ბარძაყის თიაქარი 37
ბარძაყის თიაქრის ოპერაცია და მასთან დაკავშირებული მოსალოდნელი შეცდომები და გართულებანი 39
დიდი და შეუხწორებელი თიაქრები 41
შეცდომები და გართულებანი ჭიანჭველას ანთების დროს 45
შეცდომები ჭიანჭველას ოპერაციის დროს . 52
ანენდექტომიასთან დაკავშირებით განეითარებული გაუვალობა 55
შეცდომები და გართულებანი ნაღვლის ბუშტისა და ხანაღლე გზების ოპერაციის დროს 59
დიფერენციალური დიაგნოზი 60
დიფერენციაცია ანენდიციტსა და ქოლეცისტიტს შორის 63
ქოლეცისტიტის გარჩევა კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადებისაგან 65
ნაღვლის ბუშტის, სანაღლე გზებისა და მათი მკვებავი არტერიების ანომალიები 68
ნაღვლის ბუშტისა და სანაღლე გზების ოპერაციები . . 71
ქოლედოქოტომია 77
ქოლედოქოტომია და მასთან დაკავშირებული გართულებანი 78
შეცდომები და გართულებანი ექინოკოკით დაავადების დროს 87
ექინოკოკით დაავადების დიაგნოსტიკა 89
ექინოკოკის მკურნალობა 92
შეცდომები და გართულებანი ღვიძლის ჩირქგროვის დროს . 95
დიაგნოსტიკური შეცდომები ღვიძლის ჩირქგროვის დროს . . 98
შეცდომები და გართულებანი ღვიძლის ჩირქგროვის მკურნალობის დროს 100
ღვიძლის ამებური აბსცესის ქირურგიული მკურნალობა . 101
შეცდომები, ხაშიშროებანი და გაუთვალისწინებელი გართულებანი კუჭის ოპერაციების დროს 102
კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების ოპერაციული მკურნალობის ჩვენება 104
წყლულოვანი დაავადების სტენოზით გართულება 107
გაუტკივარების შერჩევა კუჭის ოპერაციის დროს 112
განაკვეთის გატარების ადგილი კუჭის ოპერაციის დროს . 113
კუჭის ოპერაციასთან დაკავშირებული გართულება სისხლის დენით 116
თორმეტგოჯა ნაწლავის ტყვის უკმარისობა 118
კუჭის ოპერაციასთან დაკავშირებით გამოწვეული სანაღლე გზების დაზიანება 125

კუჭის ოპერაციასთან დაკავშირებული გაუვალობა 130
გაუთვალისწინებელი გართულებანი 132
შეცდომები და გართულებანი კუჭის კიბოს დროს 136
კუჭის კიბოს მკურნალობა . 140
შეცდომები და გართულებანი გასტროსტომიის დროს . . . 147
შეცდომები და გართულებანი ხაულაბავი მალთს კიბოს ოპერაციის დროს 151
შეცდომები და გართულებანი გაუვალობის დროს 158
შეცდომები და გართულებანი მუცლის ფარის მწვავე ანთების დროს 171
ჩირქოვანი დიფუზური პერიტონიტის სიმპტომატოლოგია 172
შეცდომები და გართულებანი ჩიყვის დროს 182
ჩიყვის ეტიოლოგია და პათოგენეზი 183
ტოქსიკური ჩიყვი — ბაზედოვის დაავადება 187
შეცდომები და გართულებანი ჩიყვის ოპერაციის დროს . 191
ტეტანია 198
ასფიქსია 201
პაეროვანი ემბოლია 203
სიყვდილის გამომწვევი გაუთვალისწინებელი გართულებანი ჩიყვის ოპერაციის შემდეგ 204
შეცდომები და გართულებანი ხარძევე ჯირკვლის კიბოს დროს 205
შეცდომები სარძევე ჯირკვლის დიაგნოსტიკაში . 210
შეცდომები და გართულებანი ბიოფსიის დროს 211
შეცდომები და გართულებანი სარძევე ჯირკვლის კიბოს მკურნალობის დროს . . 213
შეცდომები და გართულებანი სარძევე ჯირკვლის კიბოს ოპერაციული მკურნალობის დროს 214
შეცდომები და გართულებანი ქვემო კიდურების ვენებიხ ვარიკოზული გაგანიერების დროს 216
შეცდომები და გართულებანი ქვემო კიდურების ვენების ოპერაციის დროს 219
თრომბოფლებიტი 227
შეცდომები და გართულებანი პარაპროქტიტის დროს 230
მწვავე პარაპროქტიტის მკურნალობა . 233
სწორი ნაწლავის ქრონიკული ფისტულის კლინიკური სურათი 235
ქრონიკული ხვრელმილების მკურნალობა . . . 236
შეცდომები და გართულებანი სწორი ნაწლავის გამოკვარდნის დროს . . . 239
შეცდომები, საშიშროებანი და გაუთვალისწინებელი გართულებანი უკანა ტანისა და სწორი ნაწლავის ოპერაციების დროს . 247
ბუასილი . 249
სწორი ნაწლავის კიბო 254
შეცდომები და გართულებანი ოპერაციამდე და ოპერაციისშემდგომ პერიოდებში 259
კვება 263
ლიტერატურა 267