მ. კომახიძე

ჰოსპიტალური ქირურგია

(კლინიკური ლექციები)

II

საქართველოს სსრ უმაღლესი და საშუალო სპეციალური განათლების
სამინისტროს მიერ დამტკიცებულია სახელმძღვანელოდ
სამედიცინო ინსტიტუტის სტუდენტებისათვის

გამომცემლობა „განათლება“
თბილისი — 1970

617.02
617
კ 711

წინამდებარე სახელმძღვანელო ჰოსპიტალურ ქირურგიაში მ. კომახიძის კლინიკური ლექციების მეორე წიგნია. მასში გაშუქებულია თანამედროვე ქირურგიული მეცნიერების მიღწევები. ლექციებს საფუძვლად უდევს თბილისის სამედიცინო ინსტიტუტის ჰოსპიტალური ქირურგიის კლინიკის დიდი გამოცდილება. წიგნი შედგენილია პროგრამის შესაბამისად.

5 — 3 — 6
340 — 70

ნაღვლის ბუშტისა და ნაღვლის გზების ქირურგია

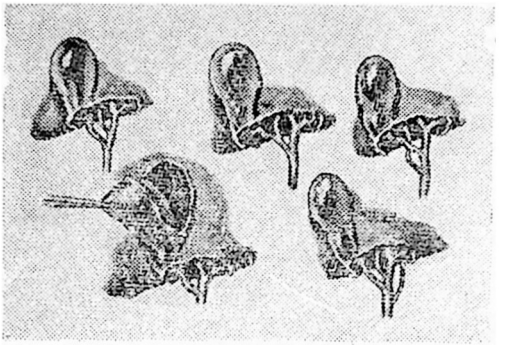
ნაღვლის ბუშტისა და ნაღვლის გზების ქირურგიას თითქმის 80 წლის ისტორია აქვს. ქოლეცისტიტის ოპერაციული მკურნალობა დიდი ხვედრითი წონისაა თანამედროვე ქირურგიის პრაქტიკაში. ბილიარული ტრაქტის ქირურგია აერთიანებს ნაღვლის ბუშტისა და ექსტრაჰეპატური ნაღვლის გზების დაავადებათა მკურნალობის საკითხებს.

ქირურგმა კარგად უნდა იცოდეს ნაღვლის ბუშტის, ნაღვლის ბუშტის სადინარის, ღვიძლის სადინარის, ნაღვლის საერთო სადინარის, კარის ვენის, ღვიძლის არტერიისა და მისი ტოტების და ნაღვლის ბუშტის არტერიის ანატომია, შესაძლებელი ვარიანტები და ანომალიები.

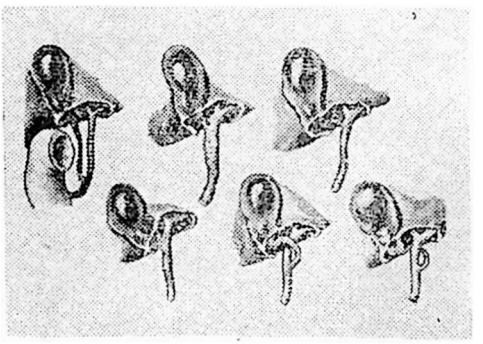
ქირურგმა კარგად უნდა იცოდეს მწვავე ქოლეცისტიტის კლინიკა, გადაუდებელი ოპერაციის ჩვენება და ის, თუ რა შემთხვევაში შეიძლება გადაიდოს ოპერაცია და რა ვადით. როდის უნდა გაკეთდეს ნაღვლის ბუშტის ამოკვეთა, როდის არის ნაჩვენები ნაღვლის ბუშტზე ფისტულის დადება, ან ნაღვლის ამოქაჩვა ნაღვლის გზებიდან.

ქრონიკული დაავადების შემთხვევაში დამხმარე სადიაგნოზო საშუალებებით (ნაღვლის გამოკვლევა, ქოლეცისტოგრაფია და სხვა ლაბორატორიული ანალიზები), კენჭოვანი ქოლეცისტიტი დიფერენცირებული უნდა იყოს არაკენჭოვანისაგან. როდესაც ავადმყოფს სიყვითლე აქვს, საჭიროა კლინიკური და ლაბორატორიული მონაცემების გულდასმით შესწავლა, გათვალისწინება ყველა იმ მომენტებისა, რომელთაც შეუძლია სიყვითლის გამოწვევა; ასეთი ავადმყოფები განსაკუთრებით უნდა მომზადდეს ოპერაციისათვის. ღვიძლის პათოლოგიის თავისებურების გათვალისწინებით, ისე, რომ ოპერაციული ჩარევა ავადმყოფისათვის, რაც შეიძლება ნაკლებ სახიფათო იყოს.

ნაღვლის ტრაქტის დაავადების შემთხვევაში, განსაკუთრებით მაშინ, როცა ადგილი აქვს ნაღვლის საერთო სადინარის დახშობას, ავადმყოფს შეიძლება განუვითარდეს ტენდენცია ჰემორაგიისაკენ, ჰეპატური შოკი, პანკრეასული ასთენია, ჰეპატორენალური სინდრომი და სხვ. იქტერუსიანი ავადმყოფების მკურნალობაში ორგვარი სპეციფიკური სიძნელეა—ერთი მხრივ, ნაღვლის ბუშტის დაავადება, რომლის გამო საჭიროა გაკეთდეს ოპერაცია, მეორე მხრივ, — სიყვითლე, რო-



სურ. 1.



სურ. 2.
ნაღვლის ბუშტისა და ღვიძლის დამატებითი საღინარების ვარიანტები
(ჰოპერისა და შაფენის მიხედვით).

მელიც თავისთავად მოითხოვს დიფერენციულ ქირურგიულ ჩარევას.

ნაღვლის ბუშტი განვითარებას იწყებს ჩანასახის ცხოვრების მესამე კვირის ბოლოს. ამ დროს თორმეტგოჯა ნაწლავის კედელზე აღინიშნება „ღვიძლის ველი", საიდანაც შემდეგ წარმოიშობა ღვიძლი და ნაღვლის ბუშტი. „ღვიძლის ველი" მოთავსებულია იმ მიდამოში, სადაც გაიღლის ყვითრის საღინარი. აქვეა პანკრეასის ჩასახვის ადგილი. ამრიგად, ორი დიდი მნიშვნელობის ჯირკვლოვანი ორგანო — ღვიძლი და პანკრეასი, განვითარდება თორმეტგოჯა ნაწლავის კედლიდან; ჯორჯლის ფურცლებს შორის გამოიზნიქება წარმონაქმნი, რომლისგანაც შემდეგში ვითარდება ღვიძლი. აღნიშნული მიდამო ორი ნაწილისაგან შედგება. წინას ეწოდება ღვიძლის ნაწილი, რადგან მისგან შემდეგ წარმოიშობა ღვიძლი, უკანას კი — ბუშტის ნაწილი, მისგან შემდეგ წარმოი-

შობა ნაღვლის ბუშტი. როგორც ღვიძლი, ისე ნაღვლის ბუშტი მთელი სიცოცხლის მანძილზე სადინარების საშუალებით დაკავშირებულია თორმეტგოჯა ნაწლავის სანათურთან.

ჩანასახოვანი ცხოვრების მეორე თვიდან ღვიძლის ქსოვილი ინტენსიურად ვითარდება, ღვიძლის ტრაბეკულები გარს ეხვევა ნაღვლის ბუშტს.

ღვიძლისა და ნაღვლის ბუშტის განვითარება შეიძლება სხვადასხვაგვარი იყოს, რასაც გარკვეული მნიშვნელობა აქვს პათოლოგიისა და ოპერაციული მიდგომისათვის. უფრო ხშირად ნაღვლის ბუშტი მსხლისებური ფორმისაა. ზედაპირულად მდებარეობს. ნაღვლის ბუშტის ფორმასა და მდებარეობაზე გავლენას ახდენს ასაკიც.

ნაღვლის ბუშტი ღრუ ორგანოა. მოთავსებულია ღვიძლის ქვემო ზედაპირზე, თანამოსახელე ფოსოში, რომელთანაც ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილით არის დაკავშირებული და ნორმალურ პირობებში მისი გამოცალკევება ადვილია, მაგრამ დაავადების შემთხვევაში, ანთებადი პროცესის შედეგად, ძლიერი ნაწიბუროვანი ქსოვილის განვითარების გამო, ნაღვლის ბუშტი შეიძლება იმდენად მჭიდროდ იყოს დაკავშირებული ღვიძლის ქსოვილთან, რომ მისმა მოცილებამ გამოიწვიოს ღვიძლის პარენქიმის დაზიანება.

ნაღვლის ბუშტი საშუალოდ 7—8 სმ სიგრძის და 2—3 სმ დიამეტრისაა; ყელის ნაწილში იგი მკვეთრად ვიწროვდება და უკვე ბუშტის სადინარის სანათური 3 მმ უდრის.

ნაღვლის ბუშტი ნორმალურ პირობებში დაახლოებით 40—70 მლ ნაღველს იტევს, დაავადების შემთხვევაში კი მისი მოცულობა ძალიან ცვალებადია.

ნაღვლის ბუშტის ქვემო ზედაპირი შეიძლება ეხებოდეს კუჭის პოლორულ ნაწილს, კოლინჯის მარჯვენა კუთხეს, ზოგჯერ წვრილი ნაწლავის მარყუჟებს.

ნაღვლის ბუშტის ლორწოვანი გარსი მრავალრიცხოვანი ნაოჭებითაა წარმოდგენილი. ბუშტის სადინარის ლორწოვანი გარსი ქმნის სპირალურ ნაოჭს, მას სპირალური სარქველი ეწოდება. სარქვლის სისქეში გლუვი კუნთოვანი ქსოვილია.

ნაღვლის ბუშტის ყელის მიდამოში, ლორწოვანი გარსის ქვეშ, კუნთოვანი გარსი ქმნის სფინქტერს, რომელიც ლიუტკენმა აღწერა. სფინქტერი აბრკოლებს ნაღვლის დაცლას.

ნაღვლის ბუშტი დაფარულია სეროზული გარსით; გარდა იმ ზედაპირისა, რომლითაც იგი დაკავშირებულია ღვიძლთან, ზოგჯერ ნაღვ-

ლის ბუშტი მთლიანადაა დაფარული სეროზული გარსით და შეიძლება ჯორჯალიც კი ჰქონდეს. ასეთი ნაღვლის ბუშტი შეიძლება შემოიგრიხოს ფეხზე და განვითარდეს ნეკროზი. ჩვენი კლინიკის მასალების მიხედვით, მსგავსი შემთხვევა ორჯერ გვქონდა.

ერთ-ერთი ავადმყოფი ი. კ., მამაკაცი, 75 წლის, მიღებული იყო კლინიკაში როგორც სასწრაფო შემთხვევა შეტევითი ხასიათის ტკივილით ეპიგასტრიუმისა და მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში. t—37.1°, ლეიკოციტები — 8.900; გამოითქვა აზრი, რომ შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს კუჭის პერფორაციას. გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია. აღმოჩნდა საკუთარ ჯორჯალზე შემოგრეხილი ნაღვლის ბუშტი, რომელიც დანეკროზებული იყო. გაკეთდა ქოლეცისტექტომია. ავადმყოფი გაეწერა განკურნებული.

უნდა ითქვას, რომ ნაღვლის ბუშტის შემოგრეხა იშვიათია. ნაღვლის ბუშტის შემოგრეხა პირველად აღწერა ვენდელემ 1899 წელს. 1953 წელს ბონისა და სიმონის ნაკრები სტატისტიკით ნაღვლის ბუშტის შემოგრეხის 100 შემთხვევა გახდა ცნობილი.

არის შემთხვევები, როდესაც ნაღვლის ბუშტი მთლიანად მოთავსებულია ღვიძლის ქსოვილში; ეს ვარიანტიც შედარებით იშვიათია და გვხვდება 2%-ში. ნაღვლის ბუშტის ღვიძლშიდა მდებარეობის დროს მისი ამოკვეთა ტექნიკურად ძნელია.

ნაღვლის ბუშტის სადინარი წარმოადგენს ვიწრო მილს, დიამეტრით 3 მმ-ია, სიგრძით 3—7 მმ. ჩვეულებრივ ნაღვლის ბუშტის სადინარი უერთდება ღვიძლის საერთო სადინარს მახვილი კუთხის ქვეშ, მარჯვენა მხრიდან, ზოგჯერ კი პარალელურად მიჰყვება გარკვეულ მანძილზე და შემდეგ უერთდება მას. ასეთ შემთხვევაში ბუშტის სადინარი შედარებით გრძელია და შეიძლება 14 სმ-დე მიაღწიოს. ნაღვლის ბუშტისა და ღვიძლის საერთო სადინარის შეერთების მრავალი ვარიანტი არსებობს.

ღვიძლის საერთო სადინარი ნაღვლის მთავარი გამომტანი მაგისტრალია. იგი წარმოადგენს ნაღვლის გზების ანუ სადინარების ძირითად კოლექტორს.

ღვიძლის კარში მარჯვენა და მარცხენა ღვიძლის სადინარი უერთდება ერთიმეორეს და შეიქმნება ღვიძლის საერთო სადინარი. ღვიძლის საერთო სადინარის შექმნის მრავალი ვარიანტია. არის შემთხვევები, როცა ღვიძლის საერთო სადინარი შეიქმნება ღვიძლის შიგნით და ღვიძლის კარიდან მხოლოდ ღვიძლის საერთო სადინარი გამოდის; ზოგჯერ ღვიძლის საერთო სადინარი შეიქმნება რამდენიმე ტოტის შეერთებით, 3, 4, 5 და მეტიც. ღვიძლის საერთო სადინარი შეიძლება შეიქმნას ღვიძლის კარიდან დაშორებით და ღვიძლის მარჯვენა და

მარცხენა სადინარები შეერთდეს თორმეტგოჯა ნაწლავთან ახლოს, მაწამ კი პარალელურად მდებარეობდნენ. ჩვეულებრივ, ღვიძლის მარცხენა სადინარი მარჯვენაზე უფრო მსხვილია. პრაქტიკულად მნიშვნელოვანია ის ფაქტი, რომ ნაღვლის ბუშტის ფოსოს არეში, შემთხვევათა 42%-ში დამატებითი სადინარები არ არის; დანარჩენ 58%-ში კი სხვადასხვა ყალიბის ნაღვლის სადინარებია. რაც უფრო მჭიდროდაა დაკავშირებული ნაღვლის ბუშტი ღვიძლთან, მით უფრო მეტია ასეთი დამატებითი სადინარები.

ნაღვლის საერთო სადინარი წარმოადგენს ღვიძლის საერთო სადინარის გაგრძელებას და იწყება იქ, სადაც მას უერთდება ბუშტის სადინარი; ნაღვლის საერთო სადინარი მდებარეობს ღვიძლ-თორმეტგოჯა იოგის სისქეში, მიემართება თორმეტგოჯა ნაწლავის დასწვრივი ნაწილის უკან კედლისაკენ, ირიბად ხვრეტს თორმეტგოჯა ნაწლავის კედელს და იხსნება მის სანათურში. ნაღვლის საერთო სადინარი კონუსისებური ფორმისაა. იგი განიერია ბუშტის სადინართან შეერთების ადგილზე, შემდეგ თანდათანობით ვიწროვდება და ყველაზე ვიწროა ტერმინალურ ნაწილში. ნაღვლის საერთო სადინარის სიგრძე ძალზე ცვალებადია. საშუალოდ იგი მერყეობს 6—8 სმ-ის ფარგლებში. თუმცა შეიძლება იყოს უფრო მოკლე, ან უფრო გრძელი. ნაღვლის საერთო სადინარის დასაწყისი დაახლოებით ეფარდება წელის პირველი მალის ზემო კიდეს, ხოლო მისი დაბოლოება—წელის მესამე-მეოთხე მალთაშუა ხრტილის დონეს.

კენიუ ნაღვლის საერთო სადინარს ჰყოფს სამ ნაწილად: თორმეტგოჯას ზედა, თორმეტგოჯას უკანა და თორმეტგოჯას ქვემო ნაწილებად.

ნაღვლის საერთო სადინარის ასეთი დაყოფა ხელოვნურია და გამართლებულია მხოლოდ პრაქტიკული თვალსაზრისით. ნაღვლის საერთო სადინარი ირიბად ხვრეტს თორმეტგოჯა ნაწლავის კედლის სამივე შრეს და იხსნება თორმეტგოჯას დვრილში, აქვე იხსნება პანკრეასის სადინარიც. ორივე სადინარს დვრილის არეში გარს ეხვევა სფინქტერი. ხშირად ნაღვლის საერთო და პანკრეასის სადინარები დამოუკიდებლად იხსნება თორმეტგოჯას დვრილის მწვერვალზე. მაგრამ შეიძლება ეს ორი სადინარი დვრილის სისქეში ერთიმეორეს შეუერთდეს, შექმნას გაგანიერება და ერთი ხვრელით გაიხსნას თორმეტგოჯას ხვრელის მწვერვალზე. ნაღვლის საერთო სადინარი ყველაზე ვიწროა პაპილარულ ნაწილში. ნაღვლის კენჭებიც ხშირად ამ ადგილზე გაიჭედება. რასაც შეიძლება ჰოჰყვეს არა მარტო ნაღვლის შეგუბება, არამედ პანკრეასის სადინარის შევიწროებაც ან მისი სრული დახშობა.

ღვიძლთორმეტგოჯა იოგი მეტად მნიშვნელოვანი წარმონაქმნია, მის სისქეში მოთავსებულია ნაღვლის გზები და ნაღვლის კარის სისხლის ძარღვები. ღვიძლთორმეტგოჯა იოგი გაჭიმულია ღვიძლის კარსა და თორმეტგოჯა ნაწლავის ზემო ჰორიზონტულ ტოტს შორის; მისი სიგრძე დაახლოებით 4—5 სმ-ია, იგი პერიტონეუმის დუბლიკატურაა და მცირე ბადექონის მარჯვენა ნაწილია. ღვიძლთორმეტგოჯა იოგის სისქეში მარჯვნივ მოთავსებულია ღვიძლის საერთო სადინარი, ნაღვლის ბუშტის სადინარის ბოლო ნაწილი და ნაღვლის საერთო სადინარის პირველი ნაწილი. ამ წარმონაქმნების მარცხნივ მედიალურად მდებარეობს ღვიძლის არტერია, უფრო უკან — კარის ვენა. ამავე იოგის სისქეში მოთავსებულია ნერვები, ლიმფური სადინარები და კვანძები. ანთებადი პროცესის გამო ლიმფური კვანძები შეიძლება ისე გადიდდნენ, რომ დააწვნენ ნაღვლის საერთო სადინარს.

ვინსლოვის ხვრელი ღვიძლის აბგას აკავშირებს ბადექონის აბგასთან. ვინსლოვის ხვრელი წინიდან მოსაზღვრულია ღვიძლთორმეტგოჯა იოგით, მასში მოთავსებული კარის ვენით, უკანიდან ღვიძლთირკმლის იოგით და ქვემო ღრუ ვენით, ზემოდან ღვიძლის კუდიანი წილის ბორცვით, ქვემოდან კი თორმეტგოჯა ნაწლავის ზემო ჰორიზონტული ტოტით. ვინსლოვის ხვრელში შეიძლება ერთი ან ორი თითის გატარება. ანთებადი პროცესის შედეგად ის შეიძლება შევიწროვდეს ან სრულიად დაიხშოს. ამ ხვრელში თითის შეყვანით შეიძლება ღვიძლთორმეტგოჯა იოგში გახვეული წარმონაქმნები გაისინჯოს.

ფაშვის არტერიას გამოეყოფა ღვიძლის არტერია, რომლის სიგრძე დაახლოებით 3—4 სმ-ია. პოლორუსის მიდამოში იგი უახლოვდება თორმეტგოჯა ნაწლავს და გაიყოფა სამ ტოტად: ღვიძლის საკუთარ არტერიად, კუჭის მარჯვენა არტერიად და კუჭ-თორმეტგოჯას არტერიად.

ღვიძლის საკუთარი არტერია მოთავსდება ღვიძლთორმეტგოჯა იოგის სისქეში, ნაღვლის სადინარის მარცხნივ და კარის ვენის წინ. იგი იყოფა მარჯვენა და მარცხენა ტოტებად. მარჯვენა ტოტს გამოეყოფა ნაღვლის ბუშტის არტერია. ღვიძლის არტერიის დაწყებისა და გავრცელების მრავალი ვარიანტი არსებობს; იგი ჩვეულებრივ ფაშვის არტერიის ტოტია და პანკრეასის თავის წინ მდებარეობს, მაგრამ შეიძლება ჯორჯლის ზემო არტერიიდანაც დაიწყოს, მდებარეობდეს პანკრეასის თავის უკან. ნაღვლის ბუშტის არტერიაც ჩვეულებრივ ღვიძლის არტერიის მარჯვენა ტოტიდან იწყება, მაგრამ მრავალრიცხოვანი ვარიანტებით ხასიათდება. იგი გადადის ნაღვლის ბუშტის ყელზე და გადაიხრება; ჩვეულებრივ ნაღვლის ბუშტის არტერია მოკლეა — 5—8 მმ-დე, ზოგჯერ მისი სიგრძე მატულობს, განსაკუთრებით თუ ბუშტის არტერია იწყება ღვიძლის მარცხენა არტერიის ტოტიდან, ან

სხვა რომელიმე სისხლის ძარღვიდან მისმა სიგრძემ შეიძლება 20 მმ მიაღწიოს.

ნაღვლის გზები ინერვირებულია ცდომილი ნერვით, დიაფრაგმის მარჯვენა ნერვითა და მზის წნულის ბოჭკოებით.

ნაღვლის ბუშტის ანომალიებიდან უნდა აღინიშნოს მისი განუვითარებლობა — აგენეზია ანუ აპლაზია, ან მეტად მცირე ოდენობა.

ნაღვლის ბუშტის უქონლობა ზოგიერთი ცხოველისათვის ნორმალური მოვლენაა, მაგალითად, ცხენი, სახედარი, ირემი, აქლემი და სხვ. ადამიანში ნაღვლის ბუშტის უქონლობა იშვიათია.

ნაღვლის ბუშტმა შეიძლება შეიცვალოს ადგილმდებარეობა — გადაინაცვლოს მარცხნივ ან ღვიძლის უკანა კიდისაკენ. შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ნაღვლის ბუშტის გაორებას ანუ გაორმაგებას. უფრო ხშირად გაორმაგებულ ნაღვლის ბუშტებს აქვთ დამოუკიდებელი სადინარები, რომლებიც ცალ-ცალკე ერთვიან ღვიძლის სადინარს, თუმცა შეიძლება ორივე ბუშტი ერთი სადინარით შეუერთდეს ღვიძლის სადინარს.

ნაღვლის გამოყოფა იწყება ჩანასახოვანი ცხოვრების მეექვსე თვეზე და მთელი სიცოცხლის მანძილზე გრძელდება. შიმშილის დროს მისი გამოყოფა მცირდება სრულ შეწყვეტამდე.

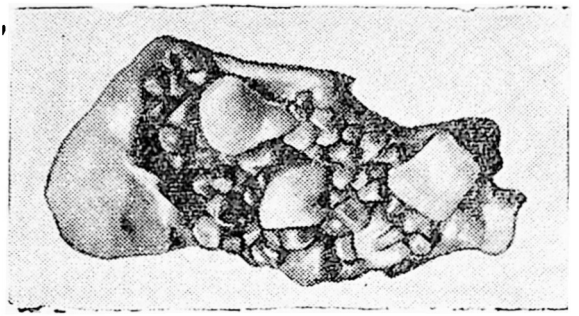
ადამიანი დღე-ღამის განმავლობაში გამოყოფს 800—1000 მლ. ნაღველს, რომელიც შეიცავს: მჟავებს 12.0, ნაღვლის პიგმენტებს, ბილირუბინსა და ბილივერდინს — 4—5,0, ქოლესტერინს — 1,5, მუცინსა და არაორგანულ ნივთიერებებს (ნატრიუმს, კალიუმს, მაგნიუმსა და სხვ. მარილებს).

ნაღვლის ბუშტში წყლის შეწოვის გამო ნაღველი სქელდება. ღვიძლის საერთო სადინარში ნაღვლის ხვედრითი წონა უდრის 1010-ს, ბუშტში კი იგი აღწევს 1026-ს.

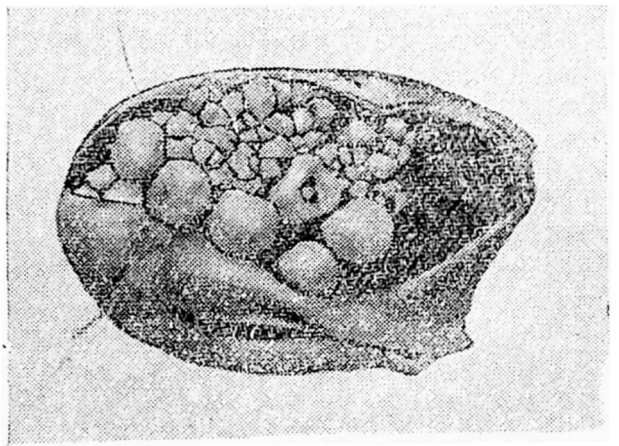
ნაღვლის პიგმენტი ბილირუბინი წარმოიშობა ღვიძლში დაშლილი ერითროციტების ჰემოგლობინისაგან. ბილირუბინი შეიძლება წარმოიშვას ელენთაში, ლიმფურ კვანძებში, ძვლის ტვინში და სხვ. მაგრამ ამ ნივთიერების შექმნაში წამყვანი როლი ღვიძლს ეკუთვნის.

ჩვეულებრივ პირობებში ბილირუბინი ღვიძლიდან გადადის ნაწლავებში. პათოლოგიურ მდგომარეობაში კი იგი დიდი რაოდენობით გამოიყოფა თირკმლების გზით.

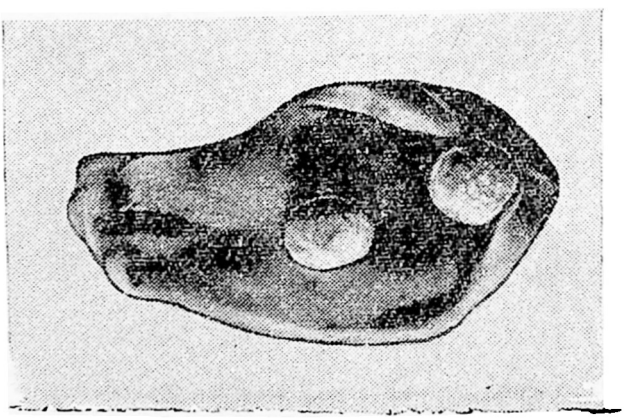
ნაღველი თავის მჟავიანობით ააქტივებს ლიპაზას და ამილაზას, მას აქვს უნარი გახსნას ცხიმის მჟავები. ნაღველი ანეიტრალებს კუჭიდან გადმოსულ მჟავას. დიდია ნაღვლის როლი ცხიმის პროდუქტების შეწოვის საქმეში, ნაღვლის მჟავები ხელს უწყობენ მთელი რიგი ვიტამინების შეწოვას.



სურ. 3.



სურ. 4.



სურ. 5.

სხვადასხვა ფორმისა და ოდენობის ნაღვლის ბუშტის კენჭები.

ნაღვლის სეკრეციას ღვიძლში განუწყვეტლივ აქვს ადგილი, მაგრამ იგი ყოველთვის არ გადადის თორმეტგოჯა ნაწლავში. მისი გამოყოფა დაკავშირებულია კუჭიდან თორმეტგოჯა ნაწლავში საკვების გადასვლასთან. დანარჩენ დროს კი ნაღველი გროვდება ბუშტში და წყლის შეწოვის შედეგად უფრო კონცენტრული ხდება.

ნაღვლის ბუშტსა და ნაღვლის გზებში მრავალი სახის სხვადასხვა ფორმისა და სიდიდის კენჭები შეიძლება შეგვხვდეს, ღომის მარცვლის ოდენობიდან ქლიავის ოდენობამდე და უფრო მეტიც. ერთიდან ათასამდე.

ნაღვლის ბუშტის კენჭები უხშირესად პირამიდული ან მრავალწახნაგოვანი ფორმისაა, რაც კენჭების ერთიმეორეზე ზეწოლის შედეგია. კენჭები შეიძლება სხვადასხვა ფორმისა იყოს, მაგალითად, სფერული, კუბური, კვერცხებისმაგვარი და სხვ.

განსხვავებულია კენჭების ფერიც — მოთეთრო, მორუხო, ყავისფერი, შავი და სხვ.

კენჭები შექმნილია ქოლესტერინით, ბილირუბინით, კოლოიდური სტრუქტურის ცილოვანი ნივთიერებებით, კირის მარილებით, რკინის სპილენძის, მაგნიუმის, გოგირდის მარილებით და სხვ.

ფორმის, ოდენობისა და შედგენილობის გათვალისწინებით არსებობს ნაღვლის კენჭების მრავალი კლასიფიკაცია აშოფის, ლიუტვენის და სხვ.

ორსულობა, მენსტრუალური ციკლი, ნივთიერებათა ცვლის მოშლა და სხვ. იწვევს სისხლში ქოლესტერინის რაოდენობის მომატებას, რაც გარკვეულ როლს ასრულებს კენჭების წარმოშობაში.

კენჭების წარმოშობაში დიდ როლს თამაშობს კოლოიდური სტრუქტურის ცილოვანი ნივთიერება, ნაღვლის ბუშტის ჩამოფცქვნილი ეპითელიუმის უჯრედებიდან; ეპითელის გაძლიერებული ჩამოფცქვნა კი ანთების შედეგია.

ნაღვლის გზებისა და ნაღვლის ბუშტის კენჭები ყოველთვის არ გამოვლინდება კლინიკურად. კენჭები შეიძლება იყოს ათეული წლების მანძილზე, ისე რომ კლინიკურად არ გამოვლინდეს და შემთხვევით აღმოჩნდეს აუტოპსიაზე.

დაავადება გამოვლინდება მაშინ, როცა ბუშტში არსებულ კენჭს დაერთვის ინფექცია, რაც ხელს უწყობს შეგუბებით პროცესს, სანათურის დახშობას და მაშინ იწყება კენჭოვანი შეტევა, რომელიც შეიძლება რამდენჯერმე განმეორდეს, მისთვის დამახასიათებელი და შესაძლებელი გართულებებით.

შორე და პაველი აღნიშნავენ, რომ ქოლელითიაზი უსიმპტომოა; მხოლოდ მისი გართულებები იძლევა დაავადებას.

ქოლელითიაზი უფრო ხშირია ქალებში. როტის მონაცემებით, 5403

სურ. 6.
მწვავე ქოლეცისტიტის გამო ნაოპერაციები ავადმყოფი, რომელსაც ამასთან ერთად ჰქონდა ნიკთიერებათა ცვლის მოშლა.

გაკვეთისას, ნაღვლის კენჭები მამაკაცთა შორის აღინიშნა 5,3%-ის რაოდენობით, ქალთა შორის — 14,57%. კერტეს დაკვირვებით ნაღველკენჭოვანი დაავადება ქალებში 5-ჯერ უფრო ხშირია, ვიდრე მამაკაცებში. ფეოდოროვის მონაცემებით ერთ მამაკაცზე ექვსი ქალი მოდის.

ნაღვლის კენჭი უფრო ხშირად საშუალო და უფროსი ასაკის დაავადებაა. ბავშვთა შორის ქოლელითიაზი მეტად იშვიათია. ასაკის მატებასთან ერთად მატულობს ქოლელითიაზის სიხშირე, კერის მონაცემებით, 70 წლის შემდეგ, ნაღვლის კენჭი ყოველ მესამე ადამიანს აქვს. ცნობილია, რომ კენჭოვანი დაავადება უფრო ხშირად გვხვდება იმ პირებში, რომლებიც ბევრი და მსუქანი საკვებით იკვებებიან, ფიზიკურად არ შრომობენ. ნაკლებად მოძრაობენ, გარკვეულ მიდრეკილებას იჩენენ ქოლელითიაზისადმი.

ქოლესტერინით მდიდარი საკვები (კვერცხის გული, ხიზილალა, კარაქი, თირკმლები, ღვიძლი, ტვინი) ხელს უწყობს კენჭის გაჩენას. მიუხედავად ამისა, სწორია ფეოდოროვი, როდესაც წერს, რომ ეს დაავადება გვხვდება როგორც მსუქნებში, ისე გამხდრებში, სუსტებსა და ღონიერებში, მდიდრებსა და ღარიბებში.

ნაღვლის კენჭის წარმოშობას ხელს უწყობს ზოგიერთი ინფექციური დაავადება, მაგალითად, მუცლის ტიფი, ვინაიდან მისი გამომწვევი აგენტი, ებერტის ჩხირი, გადადის ნაღვლის ბუშტში და იწვევს ლორწოვანი გარსის ქრონიკულ ანთებას, რაც თავისთავად კენჭის განვითარების ხელშემწყობი ფაქტორია. ასევე დიზენტერია, ასკარიდოზი და სხვ. ნაღვლის კენჭის განვითარებისათვის მნიშვნელობა აქვს შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების მუშაობის კორელაციის დარღვევას, მათ შო-

რის ფარისებრი და პარათირეოიდული ჯირკვლების ფუნქციის დარღვევას.

არის მრავალი მოსაზრება ნაღვლის კენჭის წარმოშობის შესახებ. დამყარებული კლინიკურ დაკვირვებებზე, ექსპერიმენტულ გამოკვლევებსა და კენჭების მორფოლოგიურ და ბიოქიმიურ შესწავლაზე. ყველა ეს თეორია ძირითადად .შეიძლება სამ ჯგუფად გაერთიანდეს (ინფექციური, შეგუბებითი და დისკრაზიული).

ინფექციის როლის შესახებ კენჭების განვითარებაში საინტერესო მოსაზრება წამოაყენა ჰემსბახმა (1856). მისი დაკვირვებით ნაღვლის ბუშტში კატარული ანთება ექსუდატის დაგროვებას იწვევს. შემდეგ კი ლორწოვანი გარსის შეშუპების გამო შეიძლება დაიხშოს ბუშტის სადინარი, რასაც მოჰყვება ნაღვლის შეგუბება. ნაღვლის ტუტე რეაქცია შეიცვლება მჟავე რეაქციად. წარმოიშობა უხსნადი ბელტები, რომლებზედაც ილექება ქოლესტერინი და ნაღვლის პიგმენტები; ამრიგად. წარმოიქმნება კენჭის ბირთვი, რომელზეც ისევ ილექება სხვადასხვა მარილი და წარმოიქმნება ფენოვანი სტრუქტურის კენჭი.

ბოტკინი (1884) მიუთითებს, რომ ნაღვლის ბუშტში არსებული მიკროორგანიზმები წარმოქმნიან ქიმიურ შენაერთებს, ხსნადი ნივთიერებები გადადიან უხსნად ფორმაში და ვითარდებიან ნაღვლის კენჭები.

ნაუნინის მოსაზრებით, კენჭები უმთავრესად წარმოიქმნებიან ნაღვლის ბუშტში; ეს ინფექციის როლს არ უგულებელყოფს, მაგრამ მეტ მნიშვნელობას აძლევს შეგუბებით პროცესს კენჭების წარმოქმნაში.

კენჭების განვითარების პროცესში შეგუბებით ფაქტორს განსაკუთრებით მნიშვნელობას ანიჭებს აშოფი. მისი აზრით, ნაღვლის შეგუბების შედეგად. ყოველგვარი ინფექციის გარეშე, შეიძლება წარმოიქმნას კენჭი, მაგრამ შემდეგ ინფიცირების შედეგად პროცესი გაღვივდება. რაც ხშირად გამოვლინდება შესაბამი კლინიკური სურათით. იგი ამ საქმეში დიდ მნიშვნელობას ანიჭებს ნაწლავისა და მუცლის ტიფის ჩხირს. ამასთან ერთად აშოფი მიუთითებს საკვების ხასიათისა და ნივთიერებათა ცვლის მოშლის მნიშვნელობაზე. ინტერესმოკლებული არ არის შიფარის თეორია ჰიპერქოლესტერინემიის შესახებ; ძაღლებსა და ბაჭიებს აძლევდნენ ქოლესტერინით მდიდარ საკვებს, ე. ი. იწვევდნენ ჰიპერქოლესტერინემიას, რასაც მოჰყვებოდა კენჭების განვითარება. კლინიკური და ექსპერიმენტული დაკვირვებების საფუძველზე ირკვევა, რომ ნაღვლის ბუშტში კენჭების განვითარებას მრავალი ფაქტორი უწყობს ხელს და ეს დაავადება პოლიეტიოლოგიურია.

ნაღვლის ბუშტში ინფექცია უფრო ხშირად აღმავალი გზით შეიჭრება თორმეტგოჯა ნაწლავიდან. ჩვეულებრივად მიკროორგანიზმები ბუდობენ როგორც თორმეტგოჯა ნაწლავში, ისე ნაღვლის საერთო სადინარის ტერმინალურ ნაწილში. მაგრამ, როცა ნაღვლის ევაკუაცია ნორმალურია, ინფექცია ვერ იკაფავს გზას აღმავალი გზით. როღესაც ამა თუ იმ მიზეზის გამო ვითარდება შეგუბებითი მოვლენები, ინფექცია გავრცელდება, როგორც ნაღვლის ბუშტში, ისე ნაღვლის გზებში და ვითარდება ანთება. დასაშვებია ნაღვლის ბუშტის ინფიცირება ჰემატოგენური ან ლიმფოგენური გზითაც. შესაძლებელია ინფექცია უშუალოდ გადავიდეს ნაღვლის ბუშტზე, მეზობელი ორგანოდან, კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის შემთხვევაში, მწვავე აპენდიციტის დროს და სხვ. არის მოსაზრება, რომ შეგუბებულ ნაღველს ბაქტერიების გარეშეც შეუძლია გამოიწვიოს ბუშტის ანთება ტოქსინების ზეგავლენით. მნიშვნელობა აქვს პანკრეასის ფერმენტების მოხვედრან ნაღვლის საერთო სადინარში; ისიც უნდა ითქვას, რომ ნაღვლის ბუშტსა და ნაღვლის გზებში შესაძლებელია ინფექცია არსებობდეს, მავრამ ანთება არ განვითარდეს, თუ ორგანიზმის იმუნობიოლოგიური ძალები საკმარისია. სხვა ფაქტორებთან ერთად დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ნერვულ სისტემასაც. დიდია ნერვული სისტემის როლი ნაღვლის სეკრეციის, მისი ქიმიური შედგენილობისა და ევაკუაციის პროცესში.

ადამიანის ნაღვლის ფლორა შესწავლილია დუოდენალური ზონდაჟით მიღებული მასის გამოკვლევით, ოპერაციის დროს ამოკვეთილი და აუტოპსით ამოღებული ნაღვლის ბუშტის შიგთავსის შესწავლით. ამ გამოკვლევის საფუძველზე დადგენილია, რომ ნაღვლის ბუშტში ძირითადად გვხვდება სტაფილოკოკი, ნაწლავის ჩხირი, ტიფისა და პარატიფების ჩხირი, უფრო იშვიათად პნევმოკოკი, ანაერობული ბაქტერიები და სხვ.

მრავალი დაკვირვებით დასტურდება, რომ არა მარტო ნორმალურ პირობებში, არამედ დაავადებულ ნაღვლის ბუშტშიაც კი შემთხვევათა 50% ნაღველი სტერილურია.

ა. ჭურციკიძემ გამოიკვლია 128 ნაღვლის ბუშტის შიგთავსი, 51,5% ნაღველი სტერილური აღმოჩნდა. დანარჩენ შემთხვევაში უფრო ხშირად იყო ნაწლავის ჩხირი. მიუხედავად იმისა, რომ ნაღველი სტერილური იყო, ხშირად ნაღვლის ბუშტის კედელში ადგილი ჰქონდა ღრმა ცვლილებებს, დესტრუქციულსაც კი. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ კლინიკურად მნიშვნელოვანია, როგორც დუოდენალური ზონდაჟით მიღებული შიგთავსის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა, ისე ოპერაციის დროს ამოკვეთილი ნაღვლის ბუშტის შიგთავსის შესწავლა. ამ მონა-

ცემების მიხედვით შესაძლებელია შერჩეული იქნეს შესაფერისი ანტიბიოტიკი და სხვა სამკურნალოწამლო საშუალებანი.

ნაღვლის ბუშტის ანთება მორფოლოგიური ცვლილებებისა და კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით შეიძლება მწვავე და ქრონიკული იყოს. მწვავე ქოლეცისტიტი თავის მხრივ შეიძლება იყოს კატარალური, ფლეგმონოზური და განგრენოზული, კატარალური ქოლეცისტიტის დროს ცვლილებები ძირითადად გამოხატულია ლორწოვან გარსსა და ლორწქვეშა ქსოვილში. ფლეგმონოზური ქოლეცისტიტის დროს პროცესი ნაღვლის ბუშტის კედლის მთელ სისქეში ვრცელდება. ამ დროს სეროზული გარსიც მკვეთრად შეცვლილია, მას მოწითალო-მორუხო ფერი აქვს, ზედაპირი ალაგ-ალაგ დაფარულია ჩირქოვან-ფიბრინოზული ნადებებით. ფლეგმონოზური ქოლეცისტიტის დროს ხშირად ადგილი აქვს ლორწოვანი გარსის დაშლას, დაწყლულებას და მოცილებას; ეს პროცესი უფრო მკვეთრად არის გამოხატული ნაღვლის ბუშტის ყელის მიდამოში. წყლულები შეიძლება განვითარდეს კენჭის ზეწოლის შედეგადაც.

სეროზული გარსის ჰიპერემიასთან ერთად შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ფიბრინოზული ნადებების გაჩენას, კედლის გასქელებას, რომელიც მორუხო-მოყვითალო ფერს ღებულობს. ნადებების ქვეშ კი დაწყლულებული უბნებია. ანთების ეს სახე ცნობილია დესტრუქციული ქოლეცისტიტის სახელწოდებით. იგი გარდამავალია ფლეგმონოზურ და განგრენოზულ ქოლეცისტიტს შორის.

განგრენოზული ქოლეცისტიტის განვითარებას ხშირად წინ უძღვის ნაღვლის საერთო სადინარის მწვავე გაუვალობა, რომლის ხშირი მიზეზია კენჭი, თუმცა შესაძლებელია იგი გამოწვეული იყოს ანკილოსტომიაზით, პანკრეასის თავის სიმსივნით და სხვ. ჩვეულებრივ გადიდებული ნაღვლის ბუშტი ეშვება ქვემოთ, რაც კიდევ უფრო აღრმავებს ბუშტის სადინარის გადახრას; ეს კი იწვევს ნაღვლის ბუშტის სისხლის მიმოქცევის მოშლას, რასაც შეიძლება მოჰყვეს იშემია, ნეკროზი და ბუშტის პერფორაცია.

პერფორაციული ქოლეცისტიტის დროს თუ ნაღვლის ბუშტის შიგთავსი იღვრება თავისუფალ პერიტონიუმის ღრუში, სწრაფად განვითარდება დიფუზური პერიტონიტი. ამიტომ მწვავე ქოლეცისტიტის ერთ-ერთ მძიმე და საშიშ გართულებას წარმოადგენს ნაღვლის ბუშტის კედლის მთლიანობის დარღვევა-პერფორაცია. ლიტერატურის მონაცემების მიხედვით ასეთ გართულებას ადგილი აქვს შემთხვევათა 10%-ში.

ქურციკიძის მონაცემებით მწვავე ქოლეცისტიტის გამო გაკეთე-

ბული 130 ოპერაციიდან მსგავს გართულებას ადგილი ჰქონდა 10 (17.0%) შემთხვევაში.

ფლეგმონოზური ქოლეცისტიტის დროს, როცა ბუშტის სადინარი დახშულია კენჭით, ვირულენტური ინფექციის შედეგად ნაღვლის ბუშტში გროვდება ჩირქი, ასეთი ნაღვლის ბუშტი წარმოადგენს ჩირქით სავსე დახშულ პარკს და ეწოდება ნაღვლის ბუშტის ემპიემა. ნაღვლის ბუშტის მძიმე ანთების დროს დაავადება ვრცელდება მეზობელ ორგანოებზე და ბუშტი მათ შეეზრდება ანთებადი შეხორცებებით, ხშირად აქვს ადგილი შეხორცებას ბადექონთან, კოლინჯის მარჯვენა კუთხესთან, თორმეტგოჯა ნაწლავთან, მუცლის წინა კედელთან და სხვ. ასეთი შეხორცებების განვითარებას ერთგვარი დამცველობითი მნიშვნელობა აქვს, ინფექცია შემოისაზღვრება და არ ვრცელდება თავისუფალ მუცლის ღრუში.

ქრონიკული ქოლეცისტიტი ჩვეულებრივ მწვავე ქოლეცისტიტის შედეგია. ამ დროს ნაღვლის ბუშტის კედელი სქელდება; მასში ფიბროზული ქსოვილის უხვად განვითარების ნიადაგზე, ნაღვლის ბუშტი ხშირად მოზრდილია მეზობელ ორგანოებთან. ლორწოვანი გარსის ხავერდოვნება წაშლილია, ალაგ-ალაგ აღინიშნება დაწყლულება. ნაწიბუროვანი გადაგვარების გამო ადგილი აქვს ბუშტის სადინარის შევიწროებას ან სრულ დახშობას. ხანგრძლივად მიმდინარე ქრონიკული ქოლეცისტიტის დროს, რომელსაც ახასიათებს პერიოდული გამწვავებები, შეიძლება ადგილი ექნეს ნაღვლის ბუშტის ნაწიბუროვან შეჭმუხვნას, ნაწიბუროვანი გადაგვარების შედეგად ბუშტში შეიძლება განვითარდეს ხარიხები, რომლებიც დატიხრავს ბუშტის ღრუს და წარმოიშობა მრავალკამერიანი ნაღვლის ბუშტი. ეს უკანასკნელი უნდა განვასხვავოთ ანომალიისაგან. მრავალკამერიანი ბუშტის ტიხრები წარმოდგენილია ნაწიბუროვანი ქსოვილით, ანომალიის დროს კი ტიხრები ლორწოვანი გარსით არის დაფარული.

შესაძლებელია ნაღვლის ბუშტი იმდენად შეიჭმუხნოს, რომ უსანათურო შემაერთებელ ქსოვილოვან ზონარად გადაიქცეს.

ქრონიკული ქოლეცისტიტის დროს ზოგჯერ ნაღვლის ბუშტის კედელში ჩალაგდება კირის მარილები, რასაც შეიძლება მოჰყვეს ბუშტის კედლის ნაწილობრივი ან მთლიანი გაკირვა და ბუშტის კედელმა ძვლისმაგვარი სიმკვრივე მიიღოს. ასეთი ნაღვლის ბუშტი რენტგენოგრამაზე იძლევა მთლიან დაჩრდილვას და კარგად მოჩანს.

კენჭოვანი ქოლეცისტიტის დროს შეიძლება ადგილი ექნეს კენჭების გადანაცვლებას, რასაც მოჰყვება რიგი გართულებები. თუ კენჭი მცირე ზომისაა, ბუშტის სადინარის გავლით შეიძლება მოხდეს ნაღვლის საერთო სადინარში, მოზრდილი კენჭი კი ჩვეულებრივ ჩერდება

ბუშტის სადინარში. ნაღვლის საერთო სადინარის დახშობის შემთხვევაში ნაღველი შეგუბდება ჯერ ღვიძლგარეშე, შემდეგ კი ღვიძლშიგნითა ნაღვლის გზებში. ამ დროს ნაღვლის საერთო სადინარი ძლიერ განივრდება, ნაღვლის ბუშტი კი შეიძლება არა მარტო არ გაგანიერდეს, არამედ, პირიქით, შეიჭმუხნოს კიდეც. შეგუბებით პროცესს ჩვეულებრივ თან სდევს აღმავალი ინფექცია, ვითარდება ქოლანგიტი, მრავლობითი აბსცესები ღვიძლში.

თორმეტგოჯას დვრილის მიდამოში კენჭის ჩაჭედვამ შეიძლება გამოიწვიოს პანკრეასის საღინარის დახშობა და ამ ნიადაგზე პანკრეასის ექსკრეტორული პარენქიმის ატროფია და სკლეროზი.

საერთოდ უნდა აღინიშნოს, რომ ნაღვლის ბუშტში განვითარებული მორფოლოგიური ცვლილებები ხშირად ეფარდება დაავადების კლინიკურ სურათს, მაგრამ არის იმის მაგალითებიც, როცა ეს პარალელიზმი არ არსებობს.

მწვავე ქოლეცისტიტი იწყება შეტევითი ტკივილებით, რომელსაც ნაღვლის კენჭოვან ჭვალს უწოდებენ. ტკივილი უხშირესად მოულოდნელად და ერთბაშად იწყება. ხშირად საშუალო ასაკის ქალებში, რომლებსაც მიდრეკილება აქვთ გასუქებისადმი. ტკივილი უფრო ინტენსიურია მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში. ირადიაციას იძლევა მარჯვენა ბეჭისაკენ, იშვიათად კი მარცხენა ბეჭისაკენ. არაიშვიათად ტკივილის დაწყება დაკავშირებულია ცხიმოვანი საკვების მიღებასთან, ცუდ გზაზე მგზავრობასთან, ნჯღრევასთან, დაავადება შეიძლება გამომჟღავნდეს ორსულობისა და მშობიარობისშემდგომ პერიოდში. ზოგჯერ უკავშირებენ ფსიქიკურ აფექტსაც.

ძლიერი ტკივილის გამო ავადმყოფი მოუსვენრადაა, საწოლში ეძებს ხელსაყრელ მდებარეობას, თხოულობს შველას, ტკივილს აძლიერებს განმეორებითი პირღებინება. პულსი დასაწყისში შეიძლება შენელებულიც კი იყოს; შემდეგ კი ანთებასთან დაკავშირებით აჩქარდება და შეიძლება მიაღწიოს 120—130-ს. შეტევითი ხასიათის ტკივილი გრძელდება 2—3 საათს, ზოგჯერ უფრო მეტიც, იშვიათად რამდენიმე დღემდე. დათვალიერებით მუცელი ზომიერად შეფერილია, მისი მარჯვენა ნახევარი ნაკლებად მონაწილეობს სუნთქვაში. პალპაციით მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში აღინიშნება დაჭიმულობა და ლოკალური ტკივილი. დეფანსი და ტკივილი გავრცელებისა და ინტენსივობის თვალსაზრისით სხვადასხვა სახისაა. განსაკუთრებით მტკივნეულია ნაღვლის ბუშტის საპროექციო არე, რაც ცნობილია კერის სიმპტომის სახელწოდებით: ვლინდება მურფის სიმპტომი; ჩასუნთქვის ფაზაში ხელის დაჭერისას ნაღვლის ბუშტის მიდამო ძლიერ მტკივნეულია. მწვავე ქოლეცისტიტის დროს არც თუ იშვიათად გამოხატულია ორტნერის სიმპტომიც: ავადმყოფს არ შეუძლია ღრმად ჩასუნთქვა და აღნიშნავს

მტკივნეულობას მარჯვენა ნეკნთა რკალზე ხელის შემორტყმისას. ხშირად ნეკნთა რკალის ქვემოთ ისინჯება გადიდებული, სადა ზედაპირის მქონე ნაღვლის ბუშტი. ზოგჯერ ნაღვლის ბუშტის გასინჯვა ძეუძლებელია, რადგან მას გარს ეხვევა ბადექონი ან ანთებადი ინფილტრატი ფარავს. ზოგს შესაძლებლად მიაჩნია ნაღვლის ბუშტში კენჭების გასინჯვა და მათი ხრაჭუნის მოსმენაც კი, რაც ავადმყოფობის კერად მიაჩნია.

როდესაც ნაღვლის ბუშტი გადიდებულია და კენჭებითაა სავსე, შეიგრძნობა მკვრივი სიმსივნური წარმონაქმნი, რომლის დიფერენცირება სიმსივნისაგან გარკვეულ შემთხვევებში შესაძლებელია. აღნიშნულ მონაცემებთან ერთად საგულისხმოა ტემპერატურის მომატება 37.5—39°-მდე და უფრო მეტიც. ხშირად ტკივილის გაქრობასთან ერთად ტემპერატურაც რამდენიმე დღეში ნორმას უბრუნდება. შეტევის მომენტში ან 2—3 დღის შემდეგ შეიძლება სიყვითლე განვითარდეს, რომელიც ზოგჯერ უმნიშვნელოდაა გამოხატული, ან, პირიქით, ინტენსიურია. ამ დროს შარდს მუქი ფერი აქვს, რაც ნაღვლის პიგმენტების მომატებაზეა დამოკიდებული. ამ ნიშანს დიდი მნიშვნელობა აქვს, მით უმეტეს თუ ამავე დროს განავალი აქოლიურია. ყოველივე ეს მიუთითებს ნაღვლის საერთო სადინარის დახშობაზე. ამ მძიმე გართულების დროსაც კი გამოსავალი შეიძლება კარგი იყოს, თუ კენჭი მცირე ზომისაა და ნაღვლის საერთო სადინარიდან თორმეტგოჯა ნაწლავში გადავა. შესაძლებელია მოზრდილი კენჭიც კი გადავიდეს ნაწლავში და მისი სანათურის დახშობა გამოიწვიოს.

შეტევის დროს ძლიერმა ტკივილმა შეიძლება გამოიწვიოს მოვლენები გულის მხრივ. — პულსის ავსების შემცირება, რიტმის დარღვევა, ცვლილებები არტერიული წნევის მხრივ და სხვ. მოვლენები ჯერ კიდევ ბოტკინის მიერ იყო შემჩნეული. არის შემთხვევები, როცა ნაღვლის ბუშტის მხრივ მოვლენები იმდენად შემაწუხებელია, რომ ჩრდილავს გულის მხრივ მოვლენებს, რის სადემონსტრაციოდ მოვიყვანთ ერთ-ერთ შემთხვევას.

ავადმყოფი თ. ჩ., ქალი, 48 წლის, მიღებულია კლინიკაში. როგორც სასწრაფო შემთხვევა, ძლიერი ტკივილით მარჯვენა ფერდქვეშ მიდამოში, გულისრევითა და პირღებინებით. ავადაა სამი დღეა; შემოსვლისას: პულსი 84, სუსტი ავსებისა და დაჭიმულობის, არითმიული, ენა მშრალი, მცირე ნადებებით, მუცელი ზომიერად შებერილი, პალპაციით მტკივნეულია უფრო მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამო, აქვე გამოხატულია ზომიერი დეფანსი. ისინჯება გადიდებული ნაღვლის ბუშტი. გაკეთდა სასწრაფო ოპერაცია (ენდოტრაქეალური ნარკოზი), აღმოჩნდა ფლეგმონოზურად შეცვლილი ნაღვლის ბუშტი, ბუშტის სადინარში მოზრდილი კენჭი. გაკეთდა ქოლეცისტექტომია. ოპერაციიდან 20 საათის

შემდეგ ავადმყოფი გარდაიცვალა. გაკვეთისას აღმოჩნდა მარცხენა გვირგვინოვანი არტერიის თრომბოზი და მარცხენა პარკუჭის ვრცელი ინფარქტი.

მწვავე ქოლეცისტიტის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი სიმპტომია მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში კუნთების დეფანსი, რომელიც ჩვეულებრივ სამკუთხიანი ფორმისაა. მისი ზედა კიდე მოსაზღვრულია ნეკნთა რკალით, შიგნითა — მარჯვენა სწორი კუნთის გარეთა კიდეს ემთხვევა, გარეთა კი — ირიბი ხაზია, რომელიც ნეკნთა რკალს აერთიანებს მუცლის სწორი კუნთის გარეთა კიდესთან. მწვავე ქოლეცისტიტის დროს ზოგჯერ დეფანსი დიფუზური ხასიათისაა, მუცლის მთელი წინა კედელია დაჭიმული, რაც პროცესის გავრცელების მაჩვენებელია.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, მწვავე ქოლეცისტიტის დროს სიყვითლე გამოწვეულია ნაღვლის საერთო სადინარის დახშობით. ნაღველი გროვდება ღვიძლგარეშე და ღვიძლშიდა სადინარებში, ახდენს ზეწოლას ღვიძლის პარენქიმის უჯრედებზე და შეიძლება გამოიწვიოს უჯრედების გადაგვარება და ფიბროზული შემაერთებელი ქსოვილით შენაცვლება. ასეთ შემთხვევაში ნაღველი გადადის სისხლში, ნაღვლის პიგმენტები ვრცელდება ორგანიზმის ყველა ქსოვილში, რაც გამოვლინდება ლორწოვანი გარსებისა და კანის სიყვითლით. კენჭმა რომ ნაღვლის საერთო სადინარი მთლიანად დაახშოს და სიყვითლე გამოიწვიოს, მისი კენჭის ოდენობა სადინარის სანათურს უნდა აღემატებოდეს ან მცირე ზომის კენჭი უნდა მოხვდეს ნაღვლის საერთო სადინარის უვიწროეს ადგილას. როგორიცაა, მაგალითად, თორმეტგოჯას დვრილის ნაწილი, სადაც ხშირად ადგილი აქვს კენჭის გაჩერებას.

ნაღვლის საერთო სადინარის ამა თუ იმ მიდამოში დახშობის შედეგად, ადგილი აქვს გაგანიერებას, გაგანიერებულმა ნაწილმა შეიძლება ნაწლავის სანათურის სიფართოვეს მიაღწიოს. გაგანიერებული ნაწილიდან კენჭმა შეიძლება გადაინაცვლოს, მაშინ ნაღვლის საერთო სადინარის გამავლობა აღდგება და გაქრება ობტურაციის კლინიკური ნიშნები. რიდელი აღწერს შემთხვევას, როდესაც ავადმყოფს კენჭოვანი ქოლეცისტიტის გამო 17 წლის მანძილზე პერიოდულად აღენიშნებოდა სიყვითლე. ჩვენი კლინიკური მასალა მოწმობს, რომ ასეთ გარდამავალ სიყვითლეს არაიშვიათად ვხვდებით ნაღვლის ბუშტის კენჭოვანი დაავადების დროს. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ნაღვლის საერთო სადინარის დახშობა, გარდა კენჭისა, შეიძლება გამოწვეული იყოს პანკრეასის თავისა და თორმეტგოჯას დვრილის კიბოთი. ასევე, ღვიძლის მეტასტაზურმა სიმსივნემ შეიძლება მექანიკურად დაახშოს ღვიძლის საერთო სადინარი. სადინარის დახშობა შეიძლება გამოიწ-

ვიოს ღვიძლის კარის მიდამოს დიმფადენიტმა, ექინოკოკმა. აღწერილია საერთო სადინარის დახშობა ასკარიდებით; იშვიათად, მაგრამ მაინცაა აღწერილი საერთო სადინარის დახშობა უცხო სხეულით, მაგალითად, ტყვიით.

სიყვითლეს ადგილი აქვს ნაღვლის ბუშტის ანთების დროსაც, რაც უმთავრესად შეიძლება გამოწვეული იყოს ქოლანგიტით. თუმცა ისიც უნდა ითქვას, რომ იშვიათია მხოლოდ ნაღვლის ბუშტის ანთების შედეგად განვითარებული ქოლანგიტი.

სიყვითლის შემთხვევაში ავადმყოფს ყველაზე მეტად აწუხებს ქავილი, მით უმეტეს თუ იგი ხანგრძლივი და ინტენსიურია. მიუხედავად იმისა, თუ რითაა გამოწვეული სიყვითლე — თორმეტგოჯას დვრილში ჩაჭედილი კენჭით თუ პანკრეასის თავის კიბოთი, ქავილი მოსვენებას არ აძლევს ავადმყოფს, იგი შველას მოითხოვს ექიმისაგან, სხეულზე აღენიშნება მრავლობითი განაკაწრები.

მწვავე ქოლეცისტიტის კლინიკურ მიმდინარეობაში ქოლემიური და აქოლიური სისხლდენა — მოსალოდნელი გართულებაა. ეს მძიმე გართულება წარსულში მაღალ ლეტალობას იძლეოდა, ამჟამად კი ის მეტად იშვიათად გვხვდება.

ა. მარტინოვის (1928) მონაცემებით ქოლემიური სისხლდენით დაახლოებით ავადმყოფთა 75% იღუპებოდა, ეს კი ახლა წარმოუდგენელია, რაც იმის შედეგია, რომ კიდევ უფრო დაიხვეწა ოპერაციული ტექნიკა; ფართოდ ვიყენებთ სისხლის გადასხმას, ვიკასოლსა და ქლორკალციუმს.

მწვავე ქოლეცისტიტისათვის დამახასიათებელი ტიპური სურათია: შეტევითი ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, გულისრევა და პირღებინება, ტემპერატურის მომატება, და სხვ., რაც შეიძლება რამდენიმე დღეში გაქრეს. მაგრამ არაიშვიათია შემთხვევები, როდესაც ტკივილის ინტენსივობა კლებულობს, მაგრამ ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა არ უმჯობესდება, დეფანსი ძლიერდება, ისინჯება ინფილტრატი, გადიდებული ღვიძლი, პულსი აჩქარებულია და აღწევს 130[1], მატულობს ლეიკოციტოზი — მარცხნივ გადახრით ავადმყოფი გრძნობს სიცივეს. ყოველივე ეს მეტყველებს ბუშტის ჩირქოვანი ანთების შესახებ, ე. ი. ამ შემთხვევაში საქმე გვაქვს ნაღვლის ბუშტის ფლეგმონიზურ ანთებასთან. მსგავს შემთხვევებში ყოველგვარი გართულების თავიდან ასაცილებლად მიზანშეწონილია ოპერაციული ჩარევა. თუმცა ზოგჯერ კონსერვატიული მკურნალობაც — ანტიბიოტიკები, დიეტა, სითბო, და სხვ. კარგ ეფექტს იძლევა, მაგრამ არა სრულ განკურნებას, რადგან ნაღვლის ბუშტსა და ნაღვლის გზებში კენჭები და ინფიცირებული კერა რჩება. ადგილი აქვს შეხორცებებს ირგვლივ

ორგანოებთან; ყოველივე ამის გამო მოსალოდნელია გამწვავება და რეციდივული ქოლეცისტიტის კლინიკური სურათის ჩამოყალიბება.

რაც მეტი დრო გადის, მით უფრო მეტი ცვლილებები ვითარდება როგორც ნაღვლის ბუშტსა და ნაღვლის გზებში, ისე ღვიძლში, პანკრეასსა და კარდიოვასკულარულ სისტემაში.

ფლეგმონოზური ქოლეცისტიტის შემთხვევათა ნაწილს უვითარდება სხვადასხვა გართულება — შემოსაზღვრული პერიტონიტი, რომელიც შეიძლება გავრცელდეს და დიფუზური ხასიათი მიიღოს; ქოლანგიტი, რომელსაც ღვიძლის გადიდება, მტკივნეულობა, მაღალი ტემპერატურა, შემცივნებები, სიყვითლე, ლეიკოციტოზი და მარცხნივ გადახრა ახასიათებს. ჩირქოვანი ქოლანგიტის ნიადაგზე შეიძლება განვითარდეს ღვიძლის მრავლობითი აბსცესები და სეფსისი; იშვიათად, მაგრამ მაინც მოსალოდნელია ნაღვლის ბუშტის პერფორაცია, რომელიც შეიძლება შემოისაზღვროს ჩირქგროვის სახით ან ამ უკანასკნელმა გაიკაფოს გზა ღრუ ორგანოში და ჩამოყალიბდეს ფისტულა. ჩირქგროვა შეიძლება გავრცელდეს ღვიძლის პარენქიმისაკენ. მოსალოდნელია სუბდიაფრაგმული აბსცესის ჩამოყალიბება, რომელიც შეიძლება გაიხსნას პლევრის ღრუში ან რეტროპერიტონეალურ სივრცეში გავრცელდეს. ჩირქგროვა შეიძლება გაიხსნას მუცლის კედელში. ბოლოს შესაძლებელია დიფუზური პერიტონიტის განვითარება — ჩირქგროვის გავრცელების შედეგად თავისუფალ მუცლის ღრუში.

მეტად მძიმეა მწვავე ქოლეცისტიტის ე. წ. განგრენოზული ფორმა, რომელიც შეიძლება კეროვანი ან დიფუზური იყოს. ამ შემთხვევაში არ არის გამორიცხული ნაღვლის ბუშტის სეკვესტრაცია.

ნაღვლის ბუშტის განგრენა შეიძლება განვითარდეს ნაღვლის ბუშტში და სადინარებში არსებული კენჭის ზეწოლით ბუშტის არტერიაზე, რასაც შეიძლება მოჰყვეს სისხლძარღვების თრომბოზი და ნაღვლის ბუშტის ნეკროზი.

განგრენოზული ქოლეცისტიტი უფრო მძიმედ და სწრაფად მიმდინარე დაავადებაა და უფრო ხშირად პირველსავე დღეებში ვლინდება დიფუზური პერიტონიტის კლინიკური სურათი. ნაღვლოვანი პერიტონიტი შედარებით იშვიათი გართულებაა. ნ. კრივოროტოვის ნაკრები მასალით ნაღვლის ბუშტისა და ნაღვლის გზების დაავადების 28963 შემთხვევიდან ნაღვლოვან პერიტონიტს ადგილი ჰქონდა 492 (1,6%) შემთხვევაში. დიფუზური ნაღვლოვანი პერიტონიტი შეიძლება განვითარდეს: ნაღვლის ბუშტის პერფორაციის შედეგად, ნაღვლის ბუშტის პერფორაციის გარეშე, ნაღვლის გზებზე ოპერაციის შემდეგ, ნაღვლის ბუშტის ან ნაღვლის გზების ტრავმული დაზიანების შედეგად.

ნაღვლოვანი პერიტონიტი მეტად მძიმე დაავადებაა და მაღალ ლეტალობას იძლევა. პერიტონეუმი ვერ იტანს ნაღვლის ჩაღვრას; ინფექციის გარდა მნიშვნელობა აქვს თვით ნაღვლის შედგენილობას, რომლის დიდი რაოდენობით შეწოვა თირკმელების, თირკმელზედა ჯირკვლებისა და მთელი ორგანიზმის დაკნინებას იწვევს. ნაღვლით გამოწვეულ ინტოქსიკაციას სწრაფად მოჰყვება დისტროფიული ცვლილებები ორგანოებში, ნაღვლით ინტოქსიკაციის ფონზე ვითარდება ინფექციური, ჩირქოვანი პერიტონიტი. მუცლის ღრუში ნაღვლის დიდი რაოდენობით ერთბაშად მოხვედრას მოსდევს მძიმე შოკის მოვლენები.

თ. მალიუგინას (1954) გამოკვლევით ნაღვლის გზების დახურული ტრავმული დაზიანების დროს ზოგიერთი პირველ 24 საათში იღუპება, ე. ი. მაშინ, როდესაც ჯერ კიდევ მაქსიმალურად არ განვითარებულა ანთებითი პროცესი.

ი. სოსნოვიკმა (1936) შეკრიბა ნაღვლის ბუშტის იზოლირებული დახურული დაზიანების 51 შემთხვევა, ამათგან ერთი საკუთარი; მსგავსი შემთხვევები, კაზიუსტიკის სახით აღწერილია კეის, რისის, პანკერის, კობლინისა და სხვათა მიერ.

ნაღვლოვანი პერიტონიტი შეიძლება განვითარდეს თორმეტგოჯა ნაწლავის დაბლა მდებარე წყლულის გამო წარმოებული ოპერაციის შედეგად ნაღვლის საერთო სადინარის დაზიანების შემთხვევაში. მსგავსი გართულების ერთეული შემთხვევა აღწერეს ვ. ბოგოსლოვსკიმ, ლ. ჩხაიძემ, დანელიამ, კრუგლოვმა და სხვ.

ნაღვლოვანი პერიტონიტი შეიძლება განვითარდეს ნაღვლის ბუშტის პერფორაციის გარეშეც. ნაღვლოვანი პერიტონიტის ასეთი ფორმა აღწერილია კლეირმონისა და ჰაბერერის (1911) მიერ. მსგავსი შემთხვევები შემდეგში აღწერეს დობერაჟერმა, მაქსიმოვიჩმა, პავლოვსკიმ და სხვ.

მონდორი აღნიშნავს, რომ ლერიშს ოპერაციის დროს უნახავს, თუ როგორ მოჟონავდა ნაღვლის ბუშტის ზედაპირიდან ნაღვლის ცვარი, რომელიც თავისუფალ მუცლის ღრუში იღვრებოდა. ამოკვეთილი ნაღვლის ბუშტი კენჭებით იყო სავსე. 3 საათის შემდეგ ნაღვლის ბუშტის შეშუპება გაქრა, მაგრამ თეფში, რომელზედაც ამოკვეთილი პრეპარატი იყო, ნაღვლით აივსო.

დასაშვებია, რომ წყლულოვანი ქოლეცისტიტი ყოველთვის არ დამთავრდეს ნაღვლის ბუშტის პერფორაციით, მაგრამ ნაღვლის ბუშტის კედელი ფოროვანი ხდება, იგი ატარებს ინფიცირებულ ნაღველს მუცლის ღრუში. არსებობს მოსაზრება, რომ ასეთ შემთხვევაში ადგილი აქვს ნაღვლის ბუშტის მიკროპერფორაციას, მიკროპერფორაცია კი შეიძლება გამოწვეული იყოს შემდეგი მიზეზით. ნაღვლის ბუშტის

სადინარის დახშობის გამო ბუშტში წნევა მატულობს, რის შედეგადაც ადგილი აქვს ნაღვლის გამოქონვას; ამას კი ხელს უწყობს ღრმად მდებარე ლუჭკას მილების საშუალებით გზის გაკაფვა, ნაღვლის ბუშტიდან პერიტონეუმის ღრუსაკენ.

ფიქრობენ, რომ პანკრეასის წვენის ნაღვლის გზებში მოხვედრის შედეგად შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ნაღვლის ბუშტის კედლის ფერმენტაციულ თვითმონელებას და ნაღვლის ფილტრაციას ნაღვლის ბუშტის კედლიდან, რაც ექსპერიმენტით დამტკიცებული იყო ბლადის (1919) მიერ. ბლადი ძაღლებს უკვანძავდა ნაღვლის საერთო სადინარს და ნაღვლის ბუშტში შეუყავდა პანკრეასის წვენი; ამას კი მოჰყვა ნაღვლის ბუშტის კედლის გაფაშრება და პერიტონეუმის ღრუში ნაღვლის გადასვლა. ჰისტოპათომორფოლოგიურად ნაღვლის ბუშტის კედელში ნეკროზი იყო დადგენილი. არსებობს მრავალი კლინიკური დაკვირვება, რომლებიც ადასტურებენ აღნიშნულ მოსაზრებას.

რუპანერმა პერფორაციის გარეშე განვითარებული ნაღვლოვანი პერიტონიტის დროს ბუშტში არსებულ ნაღველში აღმოაჩინა ტრიპსინი და ამილაზა. აე დროს თორმეტგოჯას დვრილში გაჩხირული იყო კენჭი. არის აზრი, რომ მსგავს მოვლენას ადგილი აქვს იმ შემთხვევაში, როდესაც ნაღვლის საერთო სადინარი უერთდება პანკრეასის სადინარს თორმეტგოჯას დვრილში გახსნამდე. ამით დამტკიცდა, რომ პერფორაციის გარეშე ნაღვლოვანი პერიტონიტის განვითარებისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ნაღვლის გზებში პანკრეასის წვენის მოხვედრას.

კლინიკურადაც დადგენილია, რომ ზოგიერთ შემთხვევაში ნაღვლოვანი პერიტონიტის დროს ადგილი აქვს ნაღვლის გზების პერფორაციას; ზოგჯერ ძნელი გასარკვევია მწვავე პანკრეატიტი და ნაღვლის გზების კენჭოვანი დაავადება.

საერთოდ ნაღვლოვანი პერიტონიტის კლინიკური დიაგნოზის დასმა შესაძლებელია იმის მიუხედავად — არის თუ არა სიყვითლე, აქვს თუ არა ადგილი ნაღვლის ბუშტისა და ნაღვლის გზების მთლიანობის აშკარა დარღვევას, თუ ე. წ. მიკროპერფორაციასთან გვაქვს საქმე. ასეთ ავადმყოფებს უმეტესად კენჭოვანი ქოლეცისტიტისათვის დამახასიათებელი ანამნეზი აქვთ. მნიშვნელობა აქვს ასაკს, მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში ძლიერ ტკივილს, რომელიც მალე მთელ მუცელში ვრცელდება. ნაღვლოვანი პერიტონიტისათვის დამახასიათებელია ზოგადი მდგომარეობის სწრაფი გაუარესება, მაღალი ტემპერატურა, პულსის გახშირება, გულისრევა და პირღებინება, სისხლის არტერიული წნევის დაცემა, ბლუმბერგის სიმპტომი, დეფანსი, მაღალი ლეიკოციტოზი მარცხნივ გადახრით.

ნაღვლოვანი პერიტონიტის მკურნალობის ერთადერთ საიმედო საშუალებას წარმოადგენს ჯერ მისი დროული ამოცნობა, შემდეგ კი დროულად გაკეთებული ოპერაცია. დროული ოპერაციისა და სხვა სამკურნალო საშუალებების გამოყენებით ნაღვლოვანი პერიტონიტისაგან ავადმყოფების უმრავლესობა განიკურნება.

ნაღვლის ბუშტის სადინარის დახშობის შედეგად ზოგჯერ ადგილი აქვს ნაღვლის ბუშტში უფერულ, გამჭვირვალე სითხის დაგროვებას. ამის გამო ეს უკანასკნელი იჭიმება, დიდდება მისი კედელი, თხელდება და ცისტას ემსგავსება. ეს მდგომარეობა ცნობილია ნაღვლის ბუშტის წყალმანკის სახელწოდებით. ნაღვლის ბუშტის წყალმანკის დროს სითხის რაოდენობა 500—1000 მლ აღწევს. აღწერილია შემთხვევა, როდესაც ნაღვლის ბუშტში 24 ლიტრამდე სითხე დაგროვილა. ნაღვლის ბუშტის წყალმანკის სითხეს თეთრ ნაღველს უწოდებენ. იგი ნაღვლის პიგმენტებს არ შეიცავს. ამ დროს სუსტი ვირულენტობის ინფექციის აუტოლიზის შედეგად თეთრი ნაღველი სტერილურია.

საერთოდ, წყალმანკის გაჩენის მექანიზმის შესახებ მრავალი თეორია არსებობს, მაგრამ მთავარი მაინც ისაა, რომ პროცესი ნაღვლის ბუშტის სანათურის სრულ დახშობასთანაა დაკავშირებული. ნაღვლის ბუშტის კედელში, განსაკუთრებით კი მის ლორწოვან გარსში, ანთებითი ცვლილებები ვითარდება, ლორწოვანი გარსი ნაღვლის პიგმენტებს არ შეიცავს და ლორწოს გამოყოფს, რაც ნორმალურ პირობებში ადგილი არა აქვს. საერთოდ კი თეთრი ნაღვლის წარმოშობის მექანიზმი, მისი არსი, საბოლოოდ გარკვეული არ არის.

ნაღვლის ბუშტის წყალმანკის კლინიკა ფრიად დამახასიათებელია. ამ დროს მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში უმტკივნეულო სიმსივნე ისინჯება, რომელიც ოვალური ფორმისაა, სადაც ზედაპირის მქონე, ელასტიკური კონსისტენციის, მოძრავი, ღვიძლთან დაკავშირებული სიმსივნის მოძრაობა დაკავშირებულია სუნთქვით აქტთან. ზოგჯერ ბუშტი იმდენად მოძრავია, რომ ადვილად გადაინაცვლებს მუცლის ღრუში — ერთი ადგილიდან მეორეზე. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა ბუშტის წყალმანკის დიფერენცირება მოძრავ თირკმელთან ან საკვერცხის კისტასთან.

ნაღვლის ბუშტის წყალმანკის მკურნალობის საუკეთესო მეთოდია ნაღვლის ბუშტის ამოღება კენჭებთან ერთად. ოპერაცია ტექნიკურად მარტივია, შედეგი კარგი.

ბუშტის სადინარის კენჭით დახშობის შედეგად შესაძლოა განვითარდეს უფრო მძიმე დაავადება — ნაღვლის ბუშტში ჩირქის დაგროვება, რასაც ნაღვლის ბუშტის ემპიემა ეწოდება. ამ დროს ნაღვლის ბუშტის შიგთავსი არ არის სტერილური, იგი დიდი რაოდენობით შეიცავს ჩირქოვან ბურთულებს და კლინიკური მიმდინარეობაც უფრო

მძიმეა. ნაღვლის ბუშტის საპროექციო მიდამო მეტად მტკივნეულია, აღინიშნება დეფანსი, მაღალი ტემპერატურა, პულსის აჩქარება, სეპტიკური მდგომარეობა, ლეიკოციტოზი — მარცხნივ გადახრით, სიყვითლე არ ახასიათებს. ნაღვლის ბუშტის ემპიემის მძიმე გართულების, კერძოდ დიფუზური პერიტონიტის თავიდან აცილების მიზნით, აუცილებელია გადაუდებელი ოპერაცია.

ღვიძლგარეშე ნაღვლის გზების გაუვალობის უხშირესი მიზეზია კენჭი, რომელიც აღმავალი ინფექციის განვითარებისათვის საუკეთესო პირობებს ქმნის.

არჩევენ ნაღვლის გზების მწვავე და ქრონიკულ გაუვალობას: ნაღვლის გზების გაუვალობა შეიძლება იყოს მთლიანი ან ნაწილობრივი. შემჩნეულია, რომ გაუვალობის უხშირესი ლოკალიზაციაა ნაღვლის საერთო საღინარის თორმეტგოჯას დვრილის მონაკვეთი, სადაც საღინარი ყველაზე ვიწროა. აქ კენჭი ადვილად გაიჭედება და შემდეგ გამოვლინდება სათანადო კლინიკური სურათით. ამ დროს ღვიძლი მოცულობაში მატულობს, რბილი კონსისტენციისაა და მტკივნეულია, ნაღვლის ბუშტი მეტწილად არ ისინჯება, პანკრეასის თავის კიბოს დროს კი ინტენსიური სიყვითლის ფონზე აღინიშნება კურვაზიეს მიერ აღწერილი სიმპტომოკომპლექსი. ეს იმით აიხსნება, რომ პანკრეასის თავის კიბოს დროს ნაღვლის ბუშტის კედელი ჩვეულებრივ ინტაქტურია, ადვილად განიერდება. კენჭრვანი ქოლეცისტიტის დროს კი ნაღვლის ბუშტის კედელი დაავადებულია, შეცვლილია, ამიტომ მიუხედავად ნაღვლის გზებში შეგუბებისა, ნაღვლის ბუშტი იცვლება და კურვაზიეს სიმპტომი გამოხატული არ არის.

პანკრეასის თავის კიბოს ზეწოლით გამოწვეული ობტურაციული სიყვითლე ჩვეულებრივ ვითარდება შეტევითი ტკივილის გარეშე, როგორც წესი, კურვაზიეს სიმპტომი გამოხატულია, ღვიძლი გადიდებულია, მკვრივი, თან ერთვის ასციტი, ვითარდება ღვიძლის უკმარისობის მოვლენები. ასეთი ობტურაციული სიყვითლის პროგნოზი ყოველთვის სერიოზულია. საერთოდ ხანგრძლივად მიმდინარე შეგუბებითი სიყვითლის გამო, რითაც არ უნდა იყოს გამოწვეული იგი, ღვიძლის პარენქიმაში ვითარდება დისტროფიული ცვლილებები და პარენქიმას შემაერთებელი ქსოვილი ცვლის, ე. ი. ვითარდება ბილიარული ციროზი; ოპერაცია უშედეგოა.

ნაღვლის ბუშტისა და ნაღვლის გზების ქირურგია

(გაგრძელება)

ნაღვლის შიგნითა ფისტულა შეიძლება განვითარდეს კენჭოვანი ქოლეცისტიტის შემთხვევაში, ნაღვლის ბუშტის რომელიმე ღრუ ორგანოში გახსნის შედეგად ან პირიქით, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის ნაღვლის გზებში პენეტრაციის შედეგად, უფრო იშვიათად კი ავთვისებიანი სიმსივნის დაწყლულების ნიადაგზე.

შიგნითა ფისტულა ხშირად თორმეტგოჯა ნაწლავში იხსნება, თუმცა შეიძლება გაიხსნას კუჭში, განივ კოლინჯში, წვრილ ნაწლავში, თირკმლის მენჯში, კარის ვენაში და სხვ., რასაც მოჰყვება მეტად მძიმე გართულება აღმავალი ინფექციის სახით, ან კენჭის გადასვლის გამო ნაწლავის სანათურის დახშობა და სრული ობტურაციული გაუვალობა.

ჯადისა და ბარდენის (1925) მონაცემებით ნაღვლის გზების სხვადასხვა დაავადების გამო ჩატარებული 17365 ოპერაციის დროს ნაღვლის შიგნითა ფისტულები ნახეს 153-ჯერ, რაც 0,9%-ს შეადგენს.

ბერნჰადის (1934) მონაცემებით ნაღვლის შიგნითა ფისტულების სიხშირე 1,7%-ია.

ნაღვლის გზებსა და კუჭ-ნაწლავს შორის შიგნითა ფისტულის გზით შეიძლება დიდი ზომის კენჭი მოხვდეს ნაწლავის სანათურში, და თუ ის არ გამოიყო ბუნებრივი გზით, შეიძლება განვითარდეს ობტურაციული გაუვალობა; გაუვალობა შეიძლება გამოიწვიოს უფრო მცირე ზომის კენჭმაც, თუ მას სპაზმის მოვლენები დაერთო. კენჭით გამოწვეული გაუვალობის დიაგნოსტიკა ძნელია. მნიშვნელობა აქვს ქოლელითიაზისათვის დამახასიათებელ ანამნეზს, რომლის მიხედვითაც ექიმმა შეიძლება იფიქროს ამ იშვიათ გართულებაზე.

მწვავე ქოლეცისტიტის მიმდინარეობაში თუ ადგილი აქვს ტკივილის შემცირებას მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, ან გაქრობას, ამასთან ერთად თუ განავალს გამოჰყვა მოზრდილი კენჭი, მაშინ შეიძლება ვიფიქროთ შინაგან ფისტულაზე, რომლის ობიექტური დადასტურება შეიძლება რენტგენოლოგიური გამოკვლევით; რენტგენოლოგიურად მსგავს შემთხვევაში აღინიშნება ჰაერის ბუშტი, ნაღვლის გზებსა და

ნაღვლის ბუშტში, ნაწლავებში კენჭის ჩრდილი, კონტრასტული ნივთიერების გადასვლა კუჭნაწლავიდან ნაღვლის ბუშტსა და ნაღვლის გზებში.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ნაღვლის ბუშტში ჰაერის ბუშტუკები შეიძლება ანაერობული ინფექციის შედეგი იყოს. ანაერობული ქოლეცისტიტი კი მეტად მწვავედ მიმდინარეობს. თუ ეჭვია ნაღვლის ბუშტსა და განივ კოლინჯს შორის ფისტულაზე, კონტრასტული ნივთიერება ოყნით უნდა იქნეს შეყვანილი.

ნაღვლის გარეთა ფისტულა შეიძლება განვითარდეს ფლეგმონოზური ან განგრენული ქოლეცისტიტის ნიადაგზე, ჩირქგროვის გახსნის შედეგად კანის ზედაპირზე, ოპერაციის შემდეგ, და ბოლოს ნაღვლის ბუშტის გარეთა ფისტულა შეიძლება ხელოვნურად დაედოს სათანადო ჩვენების დროს, როგორც მკურნალობის ერთ-ერთი მეთოდი, ან როცა ქირურგი იძულებულია ნაღვლის საერთო სადინარში კენჭის გამო, ნაღვლის ბუშტის გაკვეთით გარეთ გამოიყვანოს ინფიცირებული ნაღველი. ასეთი ფისტულა, დრენაჟის ამოღებიდან გარკვეული დროის შემდეგ, თავისთავად იხურება. ზოგიერთ შემთხვევაში კი გარეთა ფისტულა დიდი ხნის განმავლობაში არ იხურება; იგი მეტად შემაწუხებელია ავადმყოფისათვის და მის დასახურავად მრავალი მეთოდია შემუშავებული.

კუჭი და თორმეტგოჯა ნაწლავი როგორც ანატომიურად, ისე ფუნქციურად დაკავშირებულია ნაღვლის გზებთან; ასევე მჭიდრო კავშირშია ერთმანეთთან ნაღვლის გზებისა და კუჭ-თორმეტგოჯა ნაწლავის დაავადებანი. ამიტომ ბუნებრივია, რომ ამ ორგანოების დაავადების კლინიკური სურათი ბევრ რამეში მსგავსია; არ არის გამორიცხული ამ ორგანოების ერთდროული დაავადება, რაც კიდევ უფრო ართულებს დიაგნოსტიკას.

არის შემთხვევები, როცა ავადმყოფს საკვების მიღებასთან დაკავშირებული წყლულოვანი დაავადებისათვის დამახასიათებელი ტკივილი აქვს; ტკივილი უყუჩდება ბორჯომის წყლის ან სოდის ხსნარის მიღების შემდეგ. ეფექტს იძლევა შესაფერისი მედიკამენტოზური მკურნალობა და დიეტოთერაპია. რენტგენოლოგიური და ლაბორატორიული გამოკვლევები წყლულოვანი დაავადების სასარგებლოდ ლაპარაკობს. გარკვეული დროის გავლის შემდეგ კი იწყება შეტევითი ხასიათის ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, ირადაციით მარჯვენა ბეჭისაკენ, რაც ქოლეცისტიტისათვის არის დამახასიათებელი. ავადმყოფს ეწყება გულისრევა და პირღებინება, ტემპერატურის მომატება, სიყვითლე; ასეთ შემთხვევაში უნდა ვიფიქროთ, რომ ავადმყოფს, რომელსაც ჰქონდა წყლულოვანი დაავადება, განუვითარდა ქოლელი-

თიაზი; დიაგნოზი შეიძლება დადასტურდეს ქოლეცისტოგრაფიით და ოპერაციის გზით; შესაძლებელია მოხდეს პირიქითაც, ავადმყოფს ჯერ ქოლელითიაზი აწუხებდეს, შემდეგ კი გამოვლინდეს წყლულოვანი დაავადებისათვის დამახასიათებელი სიმპტომოკომპლექსი. შეიძლება ორივე დაავადების კლინიკური სურათი ერთდროულად გამოვლინდეს. მსგავს სიტუაციაში დიაგნოსტიკური შეცდომა უფრო მოსალოდნელია. ავადმყოფს ხშირად წყლულოვანი დაავადების დიაგნოზით უკეთდება ოპერაცია, შემდეგ კი ნაღველკენჭოვანი დაავადება დასტურდება; არის აზრი, რომ წყლულოვანი დაავადება ინფექციის გადასვლის ხელსაყრელ პირობებს ქმნის როგორც ლიმფური გზით, ისე წყლულის მიდამოდან ნაღვლის ბუშტზე გადასვლით. თორმეტგოჯა ნაწლავის გართულებული წყლულის შემთხვევაში, რომელიც პენეტრირებულია, პანკრეასში ანთებითი შეხორცებები ვითარდება და შესაძლებელია ნაღვლის ბუშტსა და ნაღვლის სადინარს შორის ფისტულაც წარმოიქმნას.

ამრიგად, წყლულოვანი დაავადების ნიადაგზე შეიძლება მეორადად განვითარდეს ნაღვლის ბუშტისა და ნაღვლის გზების ანთება, იშვიათად, მაგრამ მაინც გამორიცხული არ არის ქოლელითიაზით დაავადებულს წყლულოვანი დაავადებაც განუვითარდეს.

ექინოკოკის ყველაზე ხშირ ლოკალიზაციას წარმოადგენს ღვიძლი, მაგრამ ნაღვლის ბუშტისა და ღვიძლგარეთა ნაღვლის გზების ექინოკოკი იშვიათია. საერთოდ ნაღვლის ბუშტის პირველადი ექინოკოკი მეტად იშვიათია. ჩვენი კლინიკის მასალით სხვადასხვა ლოკალიზაციის ექინოკოკის 400 შემთხვევიდან ნაღვლის ბუშტისა და სადინარების ექინოკოკი 5 შემთხვევაშია აღნიშნული.

უფრო ხშირია და ექინოკოკის კისტის გახსნის მეტი შესაძლებლობაა ნაღვლის ღვიძლშიდა სადინარსა და ნაღვლის ბუშტში, ან ღვიძლის ექინოკოკის ზეწოლა ნაღვლის ბუშტსა და სადინარებზე.

ნაღვლის ბუშტის ექინოკოკი ბუშტის ფორმისაა და მოგვაგონებს ნაღვლის ბუშტის წყალმანკს, ან ემპიემას; ხშირია ექინოკოკის ბუშტის გახსნა ინტრაჰეპატურ ნაღვლის გზებში, რასაც შეიძლება ქოლანგიტი დაერთოს, ნაღვლის გზებზე ექინოკოკის ზეწოლის შემთხვევაში შეიძლება განვითარდეს შეგუბებითი სიყვითლე.

ნაღვლის გზებში ექინოკოკის განვითარების საკითხი ჯერჯერობით გაურკვეველია. ავტორთა ნაწილი უშვებს ექინოკოკის პირველადად განვითარებას ნაღვლის გზებში, უმრავლესობას კი ეს მოვლენა მეორადად მიაჩნია.

კიუხენმეისტერი ექინოკოკის ემბრიონის სამ სახეს გამოჰყოფს იმის მიხედვით, თუ ღვიძლის რომელ სისხლძარღვში ვითარდება პარაზიტი.

პორტალური — ვითარდება კარის ვენის სისტემაში; ლიმფური — ვითარდება ღვიძლის ლიმფურ სადინარებში; ბილიარული — ნაღვლის სადინარებში. ფინკელშტეინმა ნაღვლის გზების ექინოკოკის სამი ჯგუფი წარმოადგინა: ნაღვლის ბუშტის იზოლირებული ექინოკოკი, ნაღვლის სადინარების ექინოკოკი, ერთ-ერთი მეზობელი ორგანოს ექინოკოკი, რომელიც იწვევს ნაღვლის გზებზე ზეწოლას. გოლკინის აზრით, ნაღვლის გზებში ექინოკოკი იშვიათად იმიტომ პარაზიტობს, რომ ნაღველი დამღუპველად მოქმედებს ექინოკოკის ემბრიონზე.

ნაღვლის ბუშტისა და ნაღვლის გზების პირველადი ექინოკოკი ორი ვზით ვითარდება: ონკოსფერო ლორწოვანში შეიძლება მოხვდეს ნაღვლის ბუშტის არტერიის საშუალებით, პირველად ღვიძლში შეჩერდეს, ხოლო აქედან გადავიდეს ნაღვლის გზებში და შემდეგ მიაღწიოს ნაღვლის ბუშტს. მეორადი ექინოკოკი ნაღვლის ბუშტზე თითქმის ყოველთვის ვრცელდება. ჩვენი მასალის მიხედვით ნაღვლის ბუშტის ექინოკოკის 4 შემთხვევიდან სამი პირველადი იყო, ერთი კი — მეორადი.

როცა საქმე გვაქვს ნაღვლის ბუშტის პირველად ექინოკოკთან, რომელიც წარმოდგენილია წყალმანკის, ან ემპიემის სახით, მიზანშეწონილია გაკეთდეს ქოლეცისტექტომია; მით უმეტეს, რომ ექინოკოკი ამ შემთხვევაში დასტურდება ამოკვეთილი ნაღვლის ბუშტის გახსნის შემდეგ. თუ ნაღვლის ბუშტის ექინოკოკი მჭიდროდაა ჩაზრდილი ღვიძლის პარენქიმაში, დასაშვებია ბუშტის გაკვეთა და შიგთავსის ამოქაჩვა დრენაჟით; თუ ღვიძლის ექინოკოკი გახსნილია ნაღვლის გზებში და დაჩირქებულია, ოპერაციის ძირითადი მიზანია ნაღვლის გზის განტვირთვა, რაც უნდა განხორციელდეს ქოლედოქტომიითა და დრენირებით. თავისთავად ცხადია ღვიძლის დაჩირქებული ექინოკოკი ცალკე დრენირებით, როცა იზოლირებული ექინოკოკი ახდენს ზეწოლას ნაღვლის გზებზე, შეიძლება გაკეთდეს ექინოკოკექტომია.

ასკარიდები წვრილ ნაწლავში პარაზიტობენ. ერთი ან რამდენიმე ასკარიდა შეიძლება თორმეტგოჯა დვრილში შეძვრეს და იქიდან გადავიდეს ნაღვლის საერთო სადინარში, ნაღვლის ბუშტში და გამოიწვიოს მძიმე ცვლილებები.

1907 წ. ნოიგებაუერმა პირველმა გააკეთა ქოლედოქტომია ასკარიდოზის გამო. ოვნატანიანმა (1892—1951 წ.) ლიტერატურაში შეაგროვა ნაღვლის გზების ასკარიდოზის 65 შემთხვევა. ნაღვლის გზების ასკარიდოზი აღწერეს ბ. ოქროპირიძემ (1943), კ. გოგიბედაშვილმა (1947), ვ. ოთხმეზურმა (1950), ე. გოგიტაძემ (1951), ა. ერისთავმა (1952) და სხვ.

ნაღვლის გზების ასკარიდოზი ერთნაირი სიხშირით არ გვხვდება;

სხვადასხვა ქვეყანაში ნაღვლის გზების ასკარიდოზი უფრო ხშირია ჰიეებით ინვაზიის უბნებში, მნიშვნელობა აქვს მოსახლეობის კულტურულ-საყოფაცხოვრებო დონეს, სანიტარულ-ჰიგიენურ პირობებს.

ნაღვლის ბუშტსა და ნაღვლის გზებში ასკარიდების რაოდენობა შეიძლება იყოს ერთი ან რამდენიმე ათეული. იამანჩმა (1924) ნაღვლის ბუშტში 110 ასკარიდი ნახა. აღსანიშნავია, რომ ნაღვლის საერთო სადინარში მოხვედრილი ასკარიდა უფრო ხშირად გადადის ღვიძლის სადინარში, ვიდრე ნაღვლის ბუშტში. ეს გარემოება იმასთან უნდა იყოს დაკავშირებული, რომ ნაღვლის ბუშტის სადინარი მოხრილია და მასში სპირალური სარქველია.

ნოიგებაუერის მასალაზე ნაღვლის გზების ასკარიდოზი იყო 60, ნაღვლის ბუშტის ასკარიდოზი კი — მხოლოდ 5.

ნაღვლის გზებში ასკარიდების ინვაზირება შეგუბებით მოვლენებს იწვევს, ამიტომ ნაღვლის გზების ასკარიდოზი ხელს უწყობს კენჭების განვითარებას, თუმცა ქოლელითიაზი გაცილებით ხშირი დაავადებაა, ვიდრე ნაღვლის გზების ასკარიდოზი.

აღწერილია ერთეული შემთხვევები, როცა ნაღვლის გზებიდან ასკარიდები ღვიძლის ქსოვილში გადასულან, გაუხვრეტიათ ღვიძლის კაფსულა, მოხვედრილან თავისუფალ მუცლის ღრუში და შემოსაზღვრული ჩირქოვანი პერიტონიტი გამოუწვევიათ. შესაძლებელია ღვიძლის ასკარიდული აბსცესის განვითარებაც. ეს ერთ-ერთი მძიმე დაავადებაა; მისი მკურნალობა ოპერაციულია. მაგრამ ყოველთვის არ იძლევა დადებით შედეგს, რადგანაც ღვიძლის ასკარიდული აბსცესი უხშირესად მრავლობითია, ყველა კერის გახსნა კი არ ხერხდება.

ოვნატაენიანის ნაკრებ მასალაზე 65-დან 23 ავადმყოფს ჰქონდა ღვიძლის მრავლობითი ასკარიდული აბსცესი, რომელთაგან 20 გარდაიცვალა.

ღვიძლის აბსცესმა შეიძლება დააზიანოს ვენის კედელი და ასკარიდები ჩირქთან ერთად მოხვდეს ქვემო ღრუ ვენაში, გადავიდეს მარჯვენა წინა გულში, იქიდან მარჯვენა პარკუჭის გავლით ფილტვის არტერიაში და გამოიწვიოს მისი ტოტის დახშობა. ასეთი გართულება ზედმიწევნით იშვიათია.

ნაღვლის გზების ასკარიდოზის დიფერენცირება ქოლელითიაზთან ძნელია, მაგრამ, როცა ნაღვლის გზების ობტურაციის ნიადაგზე ვითარდება სიყვითლე, ნაჩვენებია დროული ოპერაცია, რითიც არ უნდა იყოს გამოწვეული იგი, ქოლელითიაზით, პანკრეასის თავის კიბოთი თუ ასკარიდებით.

ნაღვლის გზების ასკარიდული გაუვალობის შემთხვევაში შეიძლება

გაკეთდეს ქოლეცისტექტომია, ქოლედოქტომია, ინფიცირებული ნაღვლისა და ასკარიდების ევაკუაციის მიზნით. ოპერაცია მთავრდება ნაღვლის საერთო სადინარის დრენირებით.

ქრონიკული ქოლეცისტიტის დიაგნოზის დასაზუსტებლად დიდი მნიშვნელობა აქვს დუოდენალურ ზონდაჟს და ქოლეცისტოგრაფიას. ცხადია, პირველყოვლისა, დიდი მნიშვნელობა აქვს კარგად შეკრებილ ანამნეზს და ობიექტური მონაცემების სწორ ინტერპრეტაციას.

თუ ობტურაციული სიყვითლე დიდი ხნისაა, საჭიროა სისხლის შედედების უნარისა და წებოვნების გამოკვლევა, რათა წინასწარ იყოს გამოვლენილი სისხლის შედედების უნარის დაქვეითება, რომელმაც ოპერაციის დროს ან მის შემდეგ შეიძლება განაპირობოს ქოლემიური სისხლდენა, ქოლემიური სისხლის დენის პროფილაქტიკაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ვიტამინ K-ს, სისხლის გადასხმას მცირე დოზებით და სხვა. მნიშვნელობა აქვს სისხლში ქოლესტერინისა და ბილირუბინის რაოდენობის განსაზღვრას.

ქოლელითიაზის დროს ქოლესტერინემია ხშირად 20°—500-მდე აღწევს, განსაკუთრებით ობტურაციული სიყვითლის დროს; ამ მაჩვენებელს გარკვეული მნიშვნელობა აქვს. დიფერენციული დიაგნოზისათვის ჰეპატოგენურ სიყვითლეს ქოლესტერინემია არ ახასიათებს.

მნიშვნელობა აქვს სისხლის შრატში ბილირუბინის რაოდენობის განსაზღვრას; ნორმალურად იგი 0,5 მგ-ს უდრის. ნაღვლის გზებში ნაღვლის შეგუბების დროს, რითაც არ უნდა იყოს გამოწვეული შეგუბება — კენჭით, პანკრეასის თავის სიმსივნით თუ სხვა მიზეზით, სისხლის შრატში ბილირუბინის რაოდენობა ყოველთვის მატულობს და აღწევს 40 — 50 მგ.

ნორმალურად შარდში ბილირუბინი არ არის. ობტურაციული სიყვითლის დროს სისხლში მოჭარბებული ბილირუბინი შარდში გადადის და მას მუქ ლუდის ფერს აძლევს; საერთოდ შარდში ბილირუბინს დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს. ზოგჯერ ბილირუბინი შეიძლება სიყვითლეზე ადრე გამოვლინდეს. ობტურაციული სიყვითლის დროს ნაღველი ნაწლავებში არ გადადის, განავალი არ შეიცავს სტერკობილინს. იგი უფერულდება და მორუხო-ნაცრისფერი ხდება და ცნობილია აქოლიური განავლის სახელწოდებით.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ქოლეცისტიტის დიაგნოსტიკაში დიდი მნიშვნელობა აქვს დუოდენალური ზონდაჟის გზით მიღებული მასის გამოკვლევას.

1909 წ. ეინჰორნიმ გამოიგონა რეზინის წვრილი ზონდი, რომლის ბოლოზე ლითონის ოლივაა დამაგრებული. აღნიშნული მილი თანდათანობით გადადის კუჭიდან თორმეტგოჯა ნაწლავში. პირველად მიღე-

ბულ ნაღვლის წვენს A ულუფა ეწოდება. ეს არის თორმეტგოჯა ნაწლავის შიგთავსი, პანკრეასისა და ნაღვლის ნარევი. მაგნეზიუმის 25%-ანი თბილი ხსნარის შეყვანის შემდეგ იწყება მუქი ფერის ნაღვლის გამოყოფა; ეს უკვე ნაღვლის ბუშტის შიგთავსია, ეწოდება B ულუფა — გამოიყოფა ნაღვლის ბუშტის ინტენსიური შეკუმშვის შედეგად და ბუშტის შიგთავსისაგან. ულუფის რაოდენობამ შეიძლება 40—70 მგ-მდე მიაღწიოს. ამის შემდეგ მოდის ბაცი ფერის ნაღველი და მას C ულუფა ეწოდება; იგი ღვიძლსა და სადინარებში არსებულ ნაღველს წარმოადგენს. სამივე ულუფის მიღება იმაზე მიუთითებს, რომ ნაღვლის გზები გამავალია, და ნაღვლის ბუშტის მოტორული ფუნქცია შენახულია.

მნიშვნელობა აქვს ცალკეული ულუფების მიკროსკოპულ და ბაქტერიოლოგიურ გამოკვლევას; მათი მიხედვით ვარკვევთ არის თუ არა ნაღვლის ბუშტის ანთება, რითია იგი გამოწვეული — ლამბლიებით თუ ბაქტერიებით.

ულუფაში შეიძლება იყოს ქოლესტერინის კრისტალები. ნაღვლის ბუშტის სადინარის დახშობის შემთხვევაში, რითაც არ უნდა იყოს იგი გამოწვეული, B ულუფა არ გამოიყოფა. თუ ნაღვლის საერთო სადინარია დახშობილი, ზონდაჟი უშედეგოა, ვინაიდან A და B ულუფებს ვერ მივიღებთ.

დეოდენალური ზონდაჟი არა მარტო მნიშვნელოვანი დიაგნოსტური მეთოდია; მას გარკვეული სამკურნალო მნიშვნელობაც აქვს.

ნაღვლის გზების მწვავე დაავადების პერიოდში დუოდენალური ზონდაჟის ჩატარება მიზანშეწონილი არ არის; მას ანთებითი პროცესის ჩაცხრობის შემდეგ მიმართავენ. ერთ-ერთი დიდი მნიშვნელობის მეთოდად ითვლება ნაღვლის ბუშტისა და ნაღვლის გზების რენტგენოლოგიური შესწავლა; რენტგენოგრაფიის საშუალებით შესაძლებელია კენჭების გამოსახულების მიღება. უნდა აღინიშნოს, რომ კალციუმის კარბონატებისაგან შემდგარი კენჭები რენტგენოგრამაზე კარგად ისახება. ასევე მნიშვნელობა აქვს თუ რა რაოდენობით და როგორ არის განაწილებული კირის მარილები თვით კენჭში.

ნაღველკენჭოვანი დაავადების დროს რენტგენოლოგიური გამოკვლევა ჯერ კიდევ 1896 წელს აწარმოვა პასტერნაკიმ, შემდეგ 1918 წ. რუბაშვილმა და სხვებმა. გრეჰემმა და კოლემ (1924) შემოიღეს ნაღვლის ბუშტის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა კონტრასტული ნივთიერებით. მათ ძაღლს ვენაში შეუყვანეს ტეტრაიოდფენოლფტალეინის ნატრიუმის მარილი და რენტგენოგრამაზე მიიღეს ნაღვლის ბუშტის გამოსახულება. შემდგომი გამოკვლევებით დადასტურდა, რომ ქოლე-

ცისტოგრაფია მეტად ეფექტური მეთოდია ნაღვლის გზების შესასწავლად.

მირიცმა (1931) კონტრასტული ნივთიერება უშუალოდ ნაღვლის გზებში შეიყვანა. ამჟამად კონტრასტული ნივთიერების შეყვანის მრავალი მეთოდია მოწოდებული. კონტრასტული ნივთიერება შეიძლება შეყვანილ იქნეს დუოდენალური ზონდით, ოყნის საშუალებით, მიწოდება პირიდან, ინტრავენურად. ორგანიზმში კონტრასტული ნივთიერების შეყვანის ყველაზე გავრცელებული მეთოდია პირიდან მიწოდება და ინტრავენურად შეყვანა.

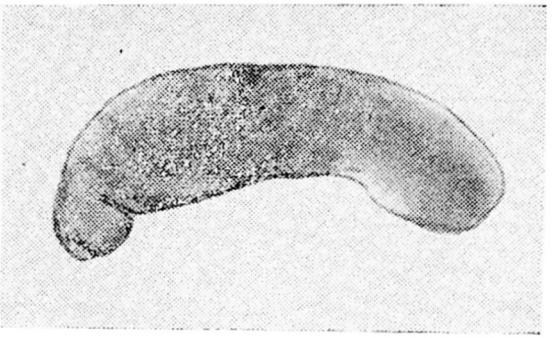
ვენაში შეყვანილი კონტრასტული ნივთიერებიდან იოდის გარკვეული ნაწილი სისხლიდან სწრაფად გადადის ღვიძლში და გამოიყოფა ნაღველთან ერთად და ნაღვლის ბუშტში გროვდება. როდესაც იოდის კონცენტრაცია ნაღველში 0,25%-ს მიაღწევს, რენტგენოგრამაზე ბუშტის ჩრდილი გამოისახება, ხოლო როდესაც იოდის კონცენტრაცია 0,8—0,9%-ია, ნაღვლის ბუშტი მკაფიოდ ჩანს. კონტრასტული ნივთიერების სისხლში შეყვანას თავისი უარყოფითი მხარეებიც აქვს. — მოსალოდნელია შოკი ან კოლაფსი; ლიტერატურაში აღწერილია სიკვდილის შემთხვევებიც. კონტრასტული ნივთიერების პირიდან მიცემა ნაკლებად სახიფათოა. ინტრავენურად შეყვანისათვის მოწოდებულია ნაკლებად სახიფათო პრეპარატები — ბილიგრაფინი, ქოლოგრაფინი. ამ პრეპარატის შეყვანიდან 10 წუთის შემდეგ შეიძლება მივიღოთ ნაღვლის ბუშტის გამოსახულება.

ქოლანგიოგრაფიისათვის კოგანისა და შენტერის მიერ მოწოდებულია ბილიგნოსტი, რომელიც, მართალია, იოდს შეიცავს, მაგრამ ბილისტრასტთან შედარებით ნაკლებ ტოქსიკურია.

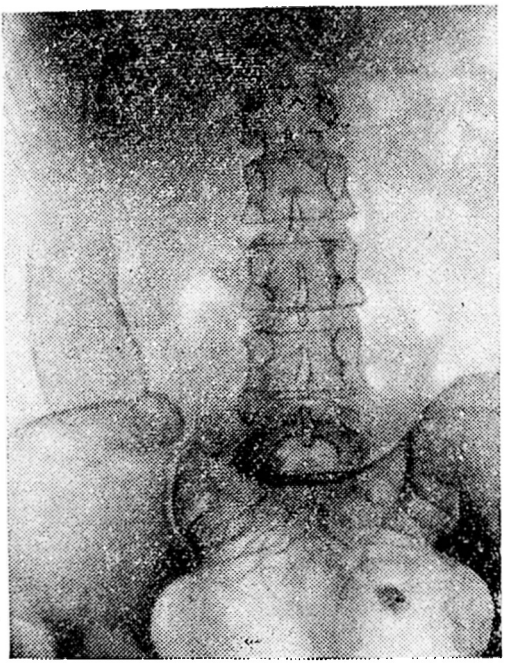
ქოლეცისტოგრაფიის დროს რენტგენოგრამები სერიულად უნდა იყოს გადაღებული, სხვადასხვა მიმართულებით, რომ გამოსახულებას ხელი არ შეუშალოს ნაწლავში არსებულმა აირმა. თუ კენჭი ძალიან პატარა ზომისაა, ის შეიძლება რენტგენოგრამაზე არ გამოჩნდეს. როდესაც ნაღვლის ბუშტის კენჭოვანი დაავადების კლინიკური სურათი მკაფიოდ გამოხატული არ არის, ოპერაციის საკითხს სწყვეტს ქოლეცისტოგრაფია.

ქოლეცისტოგრაფიას, როგორც ერთ-ერთ კარგ სადიაგნოზო საშუალებას, მრავალი მომხრე ჰყავს.

არის შემთხვევები, როდესაც კონტრასტი ნაღვლის ბუშტში არ გადადის, რაც ხშირად გამოწვეულია ნაღვლის ბუშტის ყელში კენჭის გაჩხერით, ან ბუშტის სადინარი შევიწროებულია ანთებითი პროცესით; ზოგიერთი ავტორი ასახელებს ნაღვლის ბუშტის შეკუმშვის უნარის



სურ. 7.
ნაღვლის პუშტის გაკირული კედელი.



სურ. 8.
ნაღვლის ბუშტის გაკირული კედელი, რომელიც კარგად გამოვლინდა მიმოხილვით რენტგენოგრამაზე.

დაკარგვას, მისი რიგიდობის გამო; ამ შემთხვევაში შესაძლებელია გამოვლინებული იქნეს ნაღვლის გზების დისკინეზია.

ნაღვლის ბუშტზე ოპერაციის საკითხის გადასაწყვეტად, ბოლო დროს, დიდ დიაგნოსტიკურ მნიშვნელობას აძლევენ ქოლანგიოგრაფიას. იგი საშუალებას იძლევა გამოვლინებულ იქნეს ნაღვლის საერთო სადინარის კენჭი, რაც საგრძნობლად ამცირებს საცდელ ქოლედიქტომიების რიცხვს, იძლევა ღვიძლშიგნითა ნაღვლის გზებში კენჭების გამოვლინების საშუალებას.

ქოლეცისტოგრაფიისათვის ავადმყოფი სპეციალურად უნდა მომზადდეს. მას ენიშნება დიეტა, რაც ააქტივებს ღვიძლის სეკრეციას და არ იწვევს ნაწლავებში აირების დაგროვებას; ამასთან ერთად ხელს უწყობს ნაღვლის ბუშტის დაცლას, რომ მასში ახლანდელი ნაღველი დაგროვდეს.

მწვავე ქოლეცისტიტის დროს ქოლეცისტოგრაფია არ გამოიყენება.

როგორც უკვე ვთქვით, დიდი მნიშვნელობისაა ოპერაციული ქოლანგიოგრაფია, რომელიც საოპერაციო მაგიდაზე კეთდება.

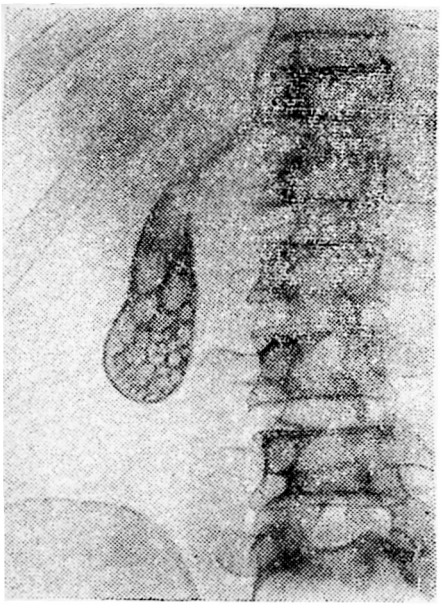
საბჭოთა კავშირში ოპერაციული ქოლანგიოგრაფია პირველად გამოიყენა დ. კუზნეცკიმ (1935), იგი კონტრასტად ლიპიოდოლს ხმარობდა. ოპერაციულ ქოლანგიროგრაფიას მაღალ შეფასებას აძლევს ბ. პეტროვი და ფართოდ იყენებს მას.

შეინი, ჰურვიტი, ვილდეგანსი მნიშვნელობას აძლევენ ნაღვლის გზების ენდოსკოპურ გამოკვლევას.

ჩვენს კლინიკაში რამდენიმე ათეულ ავადმყოფზე გამოყენებულია ქოლეცისტოგრაფია, და უნდა ითქვას, რომ უმრავლეს შემთხვევაში მივიღეთ დადებითი პასუხი, კერძოდ, ქოლეცისტოგრაფიამ დაგვიდასტურა კენჭოვანი ქოლეცისტიტი, და პირიქით, როცა ნაღველკენჭოვან დაავადებასთან საქმე არ გვქონდა, რენტგენოლოგიურადაც ვერ მივიღეთ სათანადო პასუხი, კენჭოვანი ქოლეცისტიტის ტიპური კლინიკური სურათის დროს. ქოლეცისტოგრაფიით ყოველთვის გამოვლინდა კენჭები, სადემონსტრაციოდ მოგვყავს ამონაწერი ავადმყოფის ისტორიიდან.

ავადმყოფი თ. ნ., ქალი, 36 წლის, მიღებულია კლინიკაში ყრუ ხასიათის ტკივილით მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, რომელიც პერიოდულად უმწვავდება. ავადაა რამდენიმე წელია. ავადმყოფის კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევების საფუძველზე დასმული იქნა კენჭოვანი ქოლეცისტიტის დიაგნოზი, გაუკეთდა ქოლეცისტოგრაფია, რომელზედაც გამოისახა ნაღვლის ბუშტი სხვადასხვა ზომის მრავალი კენჭით.

მწვავე მუცლის გამომწვევი ყველა დაავადების დროს და კერძოდ



სურ. 9.
ქოლეცისტოგრაფიით გამოვლინებული ნაღვლის ბუშტის კენჭები.

როგორც მწვავე, ისე ქრონიკული ქოლეცისტიტის დიაგნოსტიკაში, ანამნეზის აუჩქარებლად და ღრმად შესწავლა. კლინიკურ-ლაბორატორიული, რენტგენოლოგიური გამოკვლევების შედეგების სწორი შეფასება და ინტერპრეტაცია სწორი დიაგნოზის საწინდარია. ის, ვინც ნაჩქარევად შეკრებს ანამნეზს, ზერელედ ჩაატარებს კლინიკურ გამოკვლევებს, ნაჩქარევად და ადვილად დასვამს ქოლეცისტიტის დიაგნოზს, იოლად გადაწყვეტს ოპერაციული ჩარევის საკითხს, უფრო ხშირად შეცდება დიაგნოზში, რის გამოც არაიშვიათად დიდ ზიანს მოუტანს ავადმყოფს.

თუ მწვავე კენჭოვანი ქოლეცისტიტის დროს კლინიკური სურათი ტიპურია, დიაგნოზის დასმა ადვილია; მაგრამ არის შემთხვევები, როცა დაავადება არატიპურად მიმდინარეობს, არ არის მკვეთრად გამოხატული დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნები; კლინიკურ მიმდინარეობაში ზოგჯერ მეტადაა გამოხატული ესა თუ ის მეორეხარისხოვანი ნიშანი, რომელსაც ნაკლები ღირებულება აქვს მწვავე ქოლეცისტიტის გამოცნობაში. ასეთ შემთხვევაში აუცილებელია მისი დიფერენცირება მეზობელ ორგანოთა დაავადებებისაგან.

აუტანელი ტკივილი მუცლის მარჯვენა ნახევარში, გულისრევა და პირღებინება, შეიძლება გამოიწვიოს მარჯვენა თირკმლის კენჭმა. ამ დროს ტკივილი ლოკალიზებულია წელის არეში. იძლევა ირადაციას სასქესო ორგანოებისაკენ; პასტერნაცკის სიმპტომი დადებითია, აღინიშნება დიზურიული მოვლენები, ჰემატურია, ტემპერატურა თითქმის ყოველთვის ნორმალურია.

მწვავე ჰიდრონეფროზის დროს მუცლის მარჯვენა ნახევარში იშვიათად, მაგრამ მაინც ისინჯება მტკივნეული სიმსივნე, რომელიც ძალიან ჰგავს გადიდებულ ნაღვლის ბუშტს, მით უმეტეს თუ საქმე გვაქვს ხანში შესულ ავადმყოფებთან, რომელთაც მუცლის პრესის მოდუნების გამო აქვთ მუცლის ღრუს ორგანოების ცდომა; თირკმლის

პროექციაზე მოთავსებული მტკივნეული სიმსივნური წარმონაქმნი ექიმმა შეიძლება ნაღვლის ბუშტად მიიჩნიოს. ანგარიშგასაწევია ის, რომ გადიდებული ნაღვლის ბუშტი მსხლისებრი ფორმისაა.

ზოგიერთ შემთხვევაში საჭიროა ქოლეცისტიტის დიფერენცირება წყლულოვანი დაავადებისაგან. ზოგჯერ ძნელია ასეთი დიფერენციული დიაგნოზის გატარება, მწვავე ქოლეცისტიტსა და კუჭ-თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციასთან. ხანდახან ძნელია გარჩევა — გადიდებულ ანთებად ნაღვლის ბუშტთან გვაქვს საქმე მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, თუ კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის მიფარებულ პერფორაციასთან. სიყვითლის დროს ხშირად ისმის კითხვა: რა ხასიათისაა იგი — ჰემოლიზური, ჰეპატოგენური თუ ობტურაციული.

ჰემოლიზური სიყვითლის დიაგნოზი სისხლის გამოკვლევით დაზუსტდება, ჰეპატოგენური სიყვითლე შეიძლება ბოტკინის დაავადების შედეგი იყოს. იგი ხშირია ახალგაზრდა ასაკში; იწყება საერთო სისუსტით, უმადობით, დისპეფსიური მოვლენებით, ყრუ ტკივილით ღვიძლის არეში, ტემპერატურის მომატებით, სახსრების ტკივილით, ზოგჯერ ქავილით. დაავადების დასაწყისში სიყვითლე მკაფიოდ არის გამოხატული. იგი 10—15 დღის განმავლობაში თანდათანობით მატულობს. მესამე კვირიდან დაავადება იწყებს თანდათანობით ჩაცხრომას. განავალი მორუხო ფერისაა. სიყვითლის მატების პერიოდში სტერკობილინის რაოდენობა მატულობს, ნამდვილ აქოლიას არასოდეს არა აქვს ადგილი, რითაც ეს დაავადება განსხვავდება ობტურაციული სიყვითლისაგან, კერძოდ, პანკრეასის თავის კიბოსაგან, სიყვითლის დასაწყისში შარდი მუქი ლუდისფერისაა, მასში ბლომად მოიპოვება ურობილინი. ღვიძლი დიდდება და მტკივნეული ხდება. აღინიშნება ელენთის გადიდებაც. სისხლში ბილირუბინის დონეს განსაზღვრავენ მიასნიკოვის სინჯით, რომელსაც დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს. ავადმყოფს ვენაში შეუყვანენ გლუკოზას ან ასკორბინის მჟავას და განსაზღვრავენ სისხლში ბილირუბინის დონეს. თუ ბილირუბინის დონე შედარებით კლებულობს, ეს ლაპარაკობს ჰეპატოგენური სიყვითლის სასარგებლოდ, თუ ბილირუბინის დონე უცვლელი დარჩა, ეს უფრო მექანიკური სიყვითლის დამახასიათებელია. ტიპურ შემთხვევაში ბოტკინის დაავადების დიაგნოზი ძნელი დასადგენი არ არის და მკურნალობის კონსერვატიული მეთოდები კარგ შედეგს იძლევა; მაგრამ არის ბოტკინის დაავადების ისეთი მძიმე ფორმები, რომელთა დიფერენცირება ქოლელითიაზთან ძნელია, დიაგნოსტიკური შეცდომებიც არის აღწერილი. ამიტომ სიყვითლის დროს საჭიროა სიფრთხილე, რომ ბოტკინის დაავადების დიაგნოზით ობტურაციული სიყვითლე არ

გამოგვეპაროს, მით უმეტეს თუ ობტერაცია კენჭოვანი დაავადებითაა გამოწვეული; დროული ოპერაცია ავადმყოფის სრული განკურნებით მთავრდება.

ასევე ძნელია პანკრეასის თავის კიბოს ნიადაგზე განვითარებული სიყვითლის დიფერენცირება ნაღვლის საერთო სადინარის კენჭოვანი ობტურაციისაგან; ამ საკითხს კი დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს; პანკრეასის თავის კიბოს დიაგნოზს მაშინ აქვს მნიშვნელობა, როცა ნაადრევად არის გამოვლინებული. მხედველობაში მისაღებია ის გარემოება, რომ პანკრეასის თავის კიბო უფრო ხშირად ხნიერებში (50 წ. ზემოთ) გვხვდება. ამ დროს დაავადების დაწყებიდან 1—2 თვის შემდეგ ვითარდება სიყვითლე; ხშირად ისინჯება გადიდებული ნაღვლის ბუშტი, რომელიც ან სრულიად უმტკივნეულოა. ან ოდნავ მტკივნეულია. ამ მოვლენას კურვაზიეს სიმპტომი ეწოდება. აქვე უნდა ითქვას, რომ კურვაზიეს სიმპტომი პანკრეასის თავის კიბოს ნაადრევი ნიშანი არ არის და ამიტომ ყოველთვის არაა საიმედო.

კენჭოვანი ქოლეცისტიტისა და ბოტკინის დაავადების დროს სიყვითლე უფრო ადრე გამოვლინდება. პანკრეასის თავის კიბოს დროს სიყვითლე უფრო გვიან ვითარდება და ზოგჯერ დაავადების შორსწასული ფორმისათვის არის დამახასიათებელი. სიყვითლის ხანგრძლივობა კენჭოვანი ქოლეცისტიტისა და ბოტკინის დაავადების დროს ხანმოკლეა, მაშინ, როცა პანკრეასის თავის კიბოს შემთხვევაში მუდმივი ხასიათისაა და რაც უფრო გადის დრო, მით უფრო ინტენსიური ხდება. სტერკობილინის გაქრობა კენჭოვანი ქოლეცისტიტის დროს დაახლოებით შემთხვევათა 28%-ში აღინიშნება; ბოტკინის დაავადების დროს — 30%-ში, პანკრეასის თავის კიბოს დროს კი — 57—58%-ში; ტკივილი კენჭოვანი ქოლეცისტიტის დროს გაცილებით უფრო ძლიერია, ვიდრე პანკრეასის თავის კიბოს შემთხვევაში. შეიძლება აღინიშნებოდეს ბოტკინის დაავადება, როგორც გამონაკლისი, 2—6% შემთხვევაში. ასევე არაა დამახასიათებელი კენჭოვანი ქოლეცისტიტისათვის და შემთხვევათა 80%-ში არ გვხვდება მაშინ, როცა პანკრეასის თავის კიბოს დროს 50%-ში ვლინდება.

კენჭოვანი ქოლეცისტიტისათვის დამახასიათებელია ლეიკოციტოზი, თუმცა მას შეიძლება მეორადად ადგილი ჰქონდეს პანკრეასის თავის კიბოს დროსაც. ბოტკინის დაავადებას ლეიკოციტოზი არ ახასიათებს, შეიძლება იყოს ლეიკოპენია.

ცნობილია, რომ ღვიძლისა და ნაღვლის გზების დაავადების დროს პათოლოგიურ პროცესში საკმაოდ ხშირად პანკრეასიც არის ჩათრეული, რის შედეგადაც ქოლეცისტოპანკრეატიტი ვითარდება. საერთოდ უნდა ითქვას, რომ ამ ორ ორგანოში ერთდროული პათოლოგიური

პროცესი კიდევ უფრო ამძიმებს დაავადების კლინიკურ მიმდინარეობას და გავლენას ახდენს გამოსავალზე.

ღვიძლისა და პანკრეასის ერთდროულ დაავადებაზე პირველად მიუთითა ლეუტოიდიმ (1780).

კლებსმა (1876) გამოთქვა აზრი ქრონიკული ქოლეცისტიტის განვითარებაში პანკრეასის როლის შესახებ. ქრონიკული ქოლეცისტიტის და მწვავე პანკრეატიტის ერთდროულ არსებობას აღნიშნავს ეგდალი 42%, შმიდენი და ზებენინგი — 69,8%; ელიასონი და ნორტი 71%. ლობაჩოვი აღნიშნავს, რომ მწვავე პანკრეციტების 31%-ს შეადგენს ქოლეცისტოპანკრეატიტები. ჩვენს მასალაზე მწვავე პანკრეატიტით დაავადებული 42 პირიდან ნაღვლის გზების ერთდროული დაავადება 19-ს ჰქონდა. ვფიქრობთ, რომ ამ შემთხვევებში მწვავე პანკრეატიტი ქოლეცისტიტით იყო განპირობებული.

ზოგჯერ საჭიროა დიფერენციული დიაგნოზის გატარება ქოლეცისტიტსა და პანკრეატიტს შორის.

მწვავე პანკრეატიტისათვის დამახასიათებელია: ძლიერი, მწვავე ტკივილი ეპიგასტრიუმის მიდამოში, რომელიც სარტყლისმაგვარად ვრცელდება, ტკივილს თან ერთვის პირღებინება, ტემპერატურის მომატება, ციანოზი, ტაქიკარდია; პულსი სუსტი ავსებისა და დაჭიმულობისაა, შეიძლება განვითარდეს შოკი ან კოლაფსი. მუცელი შეიძლება ოდნავ დაჭიმული იყოს, პალპატორულად ეპიგასტრიუმის მიდამო მტკივნეული, ბლუმბერგის ნიშანი ზოგიერთ შემთხვევაში დადებითი; ასევე დადებითია მეიო-სიმსონის სიმპტომი: მტკივნეულობა მარცხნივ — მეთორმეტე ნეკნის შესახსრების მიდამოში. ასევე დადებითია ვოსკრესენსკის სიმპტომები: მუცლის აორტის პულსაციის გაქრობა. ზოგჯერ ვითარდება ნაწლავთა დინამიკური გაუვალობის მოვლენები.

მწვავე პანკრეატიტი ხშირად იძლევა მწვავე ქოლეცისტიტის ნაწლავთა გაუვალობის, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის, ჯორჯლის სისხლძარღვთა თრომბოზის მსგავს სურათს. დასახელებულ დაავადებათა კლინიკური გამოვლინების დროს საჭიროა დიფერენციული დიაგნოზის გატარება პანკრეატიტთან; ამაში სხვა მონაცემებთან ერთად გვეხმარება დიასტაზის დალიპაზის განსაზღვრა სისხლსა და შარდში.

შარდში დიასტაზის რაოდენობა ნორმალურად 1.6—64 ერთეულია, მწვავე პანკრეატიტის დროს კი შეიძლება 256—512 ერთეულს და მეტსაც მიაღწიოს. შარდში დიასტაზის მომატება მეტად დამახასიათებელია მწვავე პანკრეატიტისათვის, მით უმეტეს თუ ამავე დროს გამოხატულია პანკრეატიტის კლინიკური სურათიც. შარდში დიასტაზის რაოდენობის ზომიერ მომატებას შეიძლება ადგილი ჰქონდეს მუცლის ღრუს

ორგანოების სხვა მწვავე დაავადებების დროსაც, კუჭისა ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია, მწვავე აპენდიციტი, მწვავე ქოლეცისტიტი და სხვა. მწვავე პანკრეატიტის დიაგნოსტიკაში მნიშვნელობა აქვს რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას. ამ შემთხვევაში შებერილი განივი კოლინჯის ზემოთ, გულმკერდის მეთორმეტე და წელის პირველ-მეორე მალას შორის აღინიშნება ინტენსიური დაჩრდილვა, რომელიც შეშუპებული პანკრეასია; თუმცა პანკრეასი რენტგენოლოგიურად ყოველთვის არ გამოვლინდება.

მწვავე ქოლეცისტიტის დიფერენცირება ზემოთ ჩამოთვლილ დაავადებებთან საჭიროა ქოლეცისტიტის დასაწყის სტადიაში და ატიპური მიმდინარეობის დროს; კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია საჭიროა მწვავე აპენდიციტისას — მწვავე პანკრეატიტის ატიპური მიმდინარეობის დაწყების შემთხვევაში.

როცა მწვავე ქოლეცისტიტის კლინიკური სურათი ტიპურია, კერძოდ, როდესაც საშუალო ასაკის მსუქან ქალს დაეწყება ძლიერი ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, მით უმეტეს ორსულობის ბოლო კვირას, ან მშობიარობის შემდეგ, — ტკივილი იძლევა ირადიაციას მარჯვენა ბეჭის არეში; ავადმყოფს აქვს გულისრევა და პირღებინება, დისპეფსიური მოვლენები, სიყვითლე; მით უფრო, თუ ეს მოვლენები განმეორებითია; პალპაციის მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამო მტკივნეულია, არის დეფანსი. ზოგიერთ შემთხვევაში შეიძლება გაისინჯოს გადიდებული ნაღვლის ბუშტი, აქვს ლეიკოციტოზი. წარსულშიაც ჰქონდა მსგავსი შეტევები და სიყვითლე, რომელმაც კონსერვატიული ღონისძიებების შემდეგ გაუარა; მწვავე ქოლეცისტიტის დიაგნოზი უდავოა.

ნაღვლის ბუშტის პათოლოგიის, განსაკუთრებით კი მწვავე ქოლეცისტიტის მკურნალობის საკითხი თანამედროვე მედიცინის ერთ-ერთი აქტუალური და რთული პრობლემაა. წარსულის დიდი გამოცდილების საფუძველზე ჩამოყალიბებულია გარკვეული მოსაზრებანი მწვავე ქოლეცისტიტის, კერძოდ კენჭოვანი ქოლეცისტიტის ოპერაციული მკურნალობის შესახებ.

ენდერლენისა და ჰოტცის (1923) ნაკრები მასალით, ქრონიკული ქოლეცისტიტის გამო გაკეთებულია 7383 ოპერაცია; ლეტალობა შეადგენს — 6.8%-ს; მწვავე ქოლეცისტიტის გამო ჩატარებულ 4761 ოპერაციაზე კი — 13%-ს.

კმენტის მონაცემებით ქრონიკული ქოლეცისტიტის გამო ჩატარებული ოპერაციის შემდეგ ლეტალობა 2,9%-ს შეადგენს, ამავე მწვავე პერიოდში კი იგი 14,5%-ს აღწევს. წარსულში ლეტალობა როგორც ქრონიკული, ისე განსაკუთრებით მწვავე ქოლეცისტიტის დროს გაცი-

ლებით მაღალი იყო; უახლოესი სტატისტიკის მონაცემები ამ მხრივ გარკვეულ წარმატებაზე მეტყველებენ, რაც უნდა მიეწეროს ანტიბიოტიკებისა და სულფამიდების გამოყენებას, გაუტკივარების მეთოდების გაუმჯობესებას, სისხლის გადასხმას, ოპერაციის ჩვენებისა და წინააღმდეგჩვენების დაზუსტებას და თვით ოპერაციული ტექნიკის გაუმჯობესებას.

მეიოს კლინიკის მასალით მწვავე ქოლეცისტიტის გამო ნაოპერაციები 894 ავადმყოფიდან არცერთი არ მომკვდარა.

ამჟამად მრავალი ავტორის ხელში მწვავე ქოლეცისტიტის ოპერაციული მკურნალობის დროს ლეტალობა 2%—0, 5%-მდეა დაყვანილი (გლინი, ელიასონი, სივენსი, ბორლანდი, კნეიკპნონო და სხვ.).

მწვავე ქოლეცისტიტის ოპერაციული მკურნალობის საკითხის გადაწყვეტის დროს მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული ავადმყოფის ასაკი; რაც უფრო ხანში შესულია ავადმყოფი, მით უფრო ცუდი შედეგია მოსალოდნელი; ვინოგრადოვას (1956) მონაცემებით განგრენული ქოლეცისტიტის გამო ჩატარებული ოპერაციების დროს 50 წლის ასაკამდე სიკვდილიანობა არ აღინიშნება; 51—60 წლის ასაკში ლეტალობა შეადგენს 7,9%-ს; 61 — 70 წლის ასაკში — 14%-ს, 70 წლის ზევით კი — 47,9%-ს. სწორედ ამიტომ ქირურგთა უმრავლესობა გვირჩევს მოხუცთა მძიმე ფორმების ქოლეცისტიტის დროს ვაწარმოოთ შედარებით მარტივი ოპერაცია — ქოლეცისტოტომია და ისიც ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ.

თუ მწვავე ქოლეცისტიტს დაერთო ესა თუ ის გართულება, ოპერაციული მკურნალობა მძიმდება და არასასურველ შედეგს იძლევა. ოპერაციული ჩარევის დროს გათვალისწინებული უნდა იქნეს ნაღვლის ბუშტისა და სადინარების, მათი სისხლძარღვების ანატომიური თავისებურებანი და ვარიაციები. ამ მხრივ საგულისხმოა ს. ფეოდოროვის გაფრთხილება, რომ „არც ერთ მიდამოში არ უჭირს ქირურგს ისე, როგორც ნაღვლის გზებზე ოპერაციის დროს, და არსად სხვაგან არ შეგიძლია ისე ავნო ავადმყოფს ოპერაციაზე დაშვებული მცირე შეცდომით, როგორც ამ შემთხვევაში“.

მწვავე ქოლეცისტიტის განმეორებითი შეტევების შედეგად ვითარდება შეხორცებები და ნაწიბურები ირგვლივ მდებარე ორგანოებთან, რაც ხშირად აძნელებს ნაღვლის ბუშტის გამოყოფას; ამას კი შეიძლება მოჰყვეს ღვიძლის პარენქიმის, ნაღვლის გზებისა და სისხლძარღვების დაზიანება. იშვიათად, მაგრამ ატიპურ შემთხვევებში, შესაძლებელია დიაგნოსტიკური შეცდომა; შეცდომები ძირითადად ორგვარი ხასიათისაა: პირველი — როდესაც ავადმყოფს უკეთდება ოპერაცია მწვავე ქოლეცისტიტის დიაგნოზით, მუცლის ღრუში კი საერ-

თოდ არავითარი კატასტროფა არ არსებობს და ოპერაცია დაუშვებელია, მაგალითად: გულის ინფარქტი, სტენოკარდია, ბაზალური პნევმონია და სხვ.; მეორე სახის შეცდომებს ეკუთვნის ის შემთხვევები, როდესაც ოპერაციის დროს მწვავე ქოლეცისტიტი არ აღმოჩნდება, მაგრამ გადაუდებელი ქირურგიული ჩარევა საჭირო იყო, მაგალითად: მწვავე აპენდიციტი, წყლულის პერფორაცია, ჰემორაგიული პანკრეონეკროზი და სხვ. როდესაც საკითხი ეხება მწვავე ქოლეცისტიტის ოპერაციულ მკურნალობას, ანგარიში უნდა გავუწიოთ დაავადების სირთულესაც. მიუხედავად იმისა, რომ ნაღვლის ბუშტის ცვლილებები ყოველთვის არ შეეფარდება დაავადების კლინიკურ სურათს, მწვავე, გართულებული, კენჭოვანი ქოლეცისტიტი იძლევა ისეთ სურათს, რომლის მიხედვითაც გადაწყდება ოპერაციული ჩარევის საკითხი; ავადმყოფი ყოველთვის გულდასმით და ყოველმხრივ უნდა იქნეს შესწავლილი დიაგნოსტიკური შეცდომისა და დაუსაბუთებელი ოპერაციული ჩარევის თავიდან აცილების მიზნით. არსებობს მწვავე ქოლეცისტიტის გარკვეული ფორმები, რომლებიც ოპერაციულ მკურნალობას არ საჭიროებენ და კონსერვატულად კარგად ინკურნებიან. სრულფასოვანი მკურნალობისათვის ექიმს უნდა ჰქონდეს უნარი გაარკვიოს მწვავე ქოლეცისტიტი, — მოსალოდნელია თუ არა პერიტონეუმის ღრუს ინფიცირება და სხვ.

შემთხვევათა უმრავლესობაში აუტანელი მწვავე შეტევის დროს, რომელსაც თან ერთვის გულისრევა და პირღებინება, ტაქიკარდიას, ლეიკოციტოზსა და ტემპერატურის მომატებას შეიძლება არ ჰქონდეს ადგილი. ასეთ შემთხვევაში შეიძლება დაისვას მწვავე კენჭოვანი ქოლეცისტიტის დიაგნოზი, მაგრამ სასწრაფო ოპერაცია არ გაკეთდეს და ავადმყოფს ჩაუტარდეს კონსერვატიული მკურნალობა. პირველ რიგში უნდა მივცეთ ანტისპაზმური საშუალებანი: ატროპინი, პლატიფილინი, გავუკეთოთ პარანეფრალური ბლოკადა, დავადოთ სათბური მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში. მთელ რიგ შემთხვევებში აღნიშნული ღონისძიებებით ავადმყოფები უკეთ გრძნობენ თავს, კლინიკურად აღინიშნება გაუმჯობესება, რის შემდეგ ოპერაცია კეთდება არა მწვავე ქოლეცისტიტის გამო, არამედ „ცივ პერიოდში“ კენჭოვანი ქოლეცისტიტის გამო.

როდესაც კენჭოვან ქოლეცისტიტს თან ერთვის მძიმე ინფექცია, ავადმყოფს აქვს მაღალი ტემპერატურა, გრძნობს შემცივნებას, აქვს ტაქიკარდია, ლეიკოციტოზი, ზოგჯერ სიყვითლეც, კარგად ისინჯება გადიდებული, მტკივნეული ნაღვლის ბუშტი, ან ინფილტრატი აღნიშნულ მიდამოში, რომელიც ეჭვს ბადებს ნაღვლის ბუშტის დესტრუქციაზე, გამოვლინდება პერიტონეალური ნიშნები და შეიძლება ნაღვ-

ლის ბუშტის ემპიემაც განვითარდეს, საჭირო ხდება გადაუდებელი ოპერაციული ჩარევა. ოპერაციული ჩარევის სასარგებლოდ საკითხის გადაწყვეტისათვის სავალდებულო არ არის ავადმყოფს გადატანილი ჰქონდეს რამდენიმე შეტევა. ოპერაციული მკურნალობის ჩვენებას განსაზღვრავს არა შეტევათა რიცხვი, არამედ დაავადების ზოგადი და ადგილობრივი მოვლენები. შეიძლება მწვავე ქოლეცისტიტის პირველი შეტევისთანავე მოხდეს ნაღვლის ბუშტის პერფორაცია ან ფლეგმონური ქოლეცისტიტი განვითარდეს; ორივე შემთხვევაში მოსალოდნელია დიფუზური პერიტონიტი თუ ოპერაცია დროულად არ იქნება გაკეთებული.

მწვავე ქოლეცისტიტის დროს, როდესაც მოვლენები მკაფიოდ არის გამოხატული (ძლიერი ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში — დეფანსი, ბლუმბერგის ნიშანი დადებითი, მაღალი ტემპერატურა, ლეიკოციტოზი, ტაქიკარდია, სიყვითლე, სეფსისური მდგომარეობა) — ოპერაცია სასწრაფოდ უნდა გაკეთდეს; ამასთან ისიც უნდა გვახსოვდეს, როგორც ს. ფეოდოროვი ამბობს, რომ ქოლეცისტიტი არ არის აპენდიციტი; კ. ერისთავის აზრით, არ შეიძლება მწვავე ქოლეცისტიტის გაიგივება მწვავე აპენდიციტთან, მ. თოფჩიბაშევი ხაზს უსვამს, რომ ქოლეცისტექტომია არ არის აპენდექტომია და ამიტომ მხოლოდ გართულებული ქოლეცისტიტის დროს საჭიროა სასწრაფო ოპერაცია.

ქრონიკული ქოლეცისტიტის დროს, როდესაც კლინიკური და ლაბორატორიული გამოკვლევა არ ადასტურებს კენჭოვან ქოლეცისტიტს და ანთება გამოწვეულია ლამბლიებით ან სუსტი ვირულენტობის მქონე ინფექციით, კონსერვატული მკურნალობა სრულიად გამართლებული და მიზანშეწონილია.

ოპერაციული მკურნალობა ნაჩვენებია ქრონიკული კენჭოვანი ქოლეცისტიტის შემთხვევაში, რომელიც პერიოდულად იძლევა რეციდივებს; ამასთან ანგარიში უნდა გავუწიოთ ავადმყოფის ასაკს, მის საერთო მდგომარეობას. ისიც გასათვალისწინებელია, რომ ქრონიკულად მიმდინარე კენჭოვან ქოლეცისტიტს, რომელიც რეციდივებს იძლევა, შესაძლებელია მთელი რიგი გართულებები მოჰყვეს, როგორიცაა ნაღვლის ბუშტის წყალმანკი, ემპიემა, ბუშტის ნაწიბუროვნად გადაგვარება და შეჭმუხვნა, ჩაკირვა, ნაღვლის გზების დახშობა, კენჭით შიგნითა ფისტულების განვითარება, ქოლანგიტი და სხვ. ყველა ეს გართულება ოპერაციულ ჩარევას საჭიროებს.

ობტურაციული სიყვითლის დროს, როცა გამორიცხულია ბოტკინის დაავადება, ოპერაცია დროულად უნდა გაკეთდეს, სანამ არ განვითარებულა ღვიძლის პარენქიმის შეუქცევადი ცვლილებები, ღვიძ-

ლის ბილიარული ციროზი და ღვიძლის კიბო. ობტურაციული სიყვითლე, კენჭით იქნება იგი გამოწვეული, თუ სიმსივნით, ორივე შემთხვევაში საჭიროებს დროულ ოპერაციას.

კენჭოვანი ქოლეცისტიტის დროს დროული ოპერაცია ავადმყოფს თავიდან ააცილებს ისეთ მძიმე გართულებებს, როგორიცაა ნაღვლის ბუშტის პერფორაცია, პერიტონიტი, სეფსისური ქოლანგიტი, ღვიძლის აბსცესი, ბილიარული ციროზი, ნაღვლის ბუშტის კიბო და სხვ.

ვინც არ უნდა იყოს ავადმყოფის მკურნალი — თერაპევტი თუ ქირურგი, მკურნალობის პრინციპები ერთნაირია. ს. ფეოდოროვის მიერ ქოლეცისტიტის მკურნალობის ჩამოყალიბებული ჩვენებანი ძალაშია, ყველა სპეციალობის ექიმისათვის ოპერაცია ნაჩვენებია:

1. ქოლეცისტიტისა და ქოლანგიტის ყველა შემთხვევაში, როდესაც ადგილი აქვს დაჩირქებასა და სეფსისს, 2. ნაღვლის ბუშტის მწვავე და ქრონიკული ემპიემის დროს, 3. ნაღვლის ბუშტის სადინარის ქრონიკული დახშობის შემთხვევაში, 4. ქოლელითიაზის ისეთი ფორმების დროს, როდესაც შეტევათა შორის შუალედებში არ ხდება ავადმყოფის სრული გამოჯანსაღება.

ქოლეცისტიტის დროს ოპერაციისაგან თავი უნდა შევიკავოთ, თუ ადგილი აქვს გულსისხლძარღვთა სისტემის მძიმე დაავადებას: მიოკარდიოდისტროფიას, არტერიოსკლეროზს, გულის დეკომპენსაციის მოვლენებს. ოპერაციის წინააღმდეგ ჩვენებას წარმოადგენს თირკმლების დაავადების დროს დიურეზის მკვეთრი შემცირება და აზოტემია, ფილტვების მწვავე და ქრონიკული დაავადებები, დიაბეტი და სხვ. ყველა აღნიშნული დაავადების დროს მიზანშეწონილია სიმპტომატური მკურნალობა, თუ ქოლეცისტიტი არ გართულდა ისეთი მოვლენებით, როცა ოპერაციული ჩარევა აუცილებელი ხდება, ავადმყოფის მძიმე ზოგადი მდგომარეობის მიუხედავად.

როგორც მწვავე, ისე ქრონიკული ქოლეცისტიტის დროს ავადმყოფი ოპერაციისათვის სათანადოდ უნდა იყოს მომზადებული; მწვავე პერიოდში, როცა ოპერაციის ჩვენება უკვე დადგენილია, ტკივილის საწინააღმდეგოდ იხმარება მორფიუმი ან პანტაპონი, როგორც ანტიისპაზმური საშუალება — ატროპინი, მიმართავენ პარანეფრალურ ბლოკადას; ავადმყოფს ეძლევა საგულე საშუალებები, შეჰყავთ გლუკოზის 5%-იანი ან ფიზიოლოგიური ხსნარი; კეთდება სისხლის გადასხმა მცირე დოზებით; ანტიბიოტიკები გამოიყენება, როგორც ოპერაციამდე, ისე ოპერაციის შემდეგ, კარგია 8—10 ერთეული ინსულინის შეყვანა კანქვეშ; 20 წუთის შემდეგ კი გლუკოზის 40%-იანი ხსნარის შეყვანა ვენაში. თუ ოპერაცია სასწრაფოდ არ კეთდება, ასეთი ღონისძიებები უნდა გატარდეს ერთი-ორი კვირის განმავლობაში, რითაც ავადმყოფის

ზოგადი მდგომარეობა უმჯობესდება; 10 დღე საკმარისია, რომ ღვიძლის ფუნქციური მდგომარეობა გამოსწორდეს. შეგუბებითი სიყვითლის დროს, როდესაც მოსალოდნელია ქოლემიური სისხლდენა, საუკეთესო საშუალებად ითვლება ვიკასოლი.

ცნობილია, რომ კარგი გაუტკივარება ყოველი ოპერაციის დადებითი გამოსავლის საწინდარია. ამიტომ მწვავე ქოლეცისტიტის დროსაც დიდი ყურადღება ექცევა გაუტკივარების შერჩევის საკითხს. ნაღვლის გზებზე ოპერაციული ჩარევის დროს მხოლოდ სრულყოფილი გაუტკივარება აძლევს ქირურგს საშუალებას ჩასწვდეს პათოლოგიური პროცესის მთელ სიღრმეს, კარგად დაათვალიეროს სადინარები, საჭირო შემთხვევაში შეამოწმოს მეზობელი ორგანოებიც და სხვ. მხედველობაში მისაღებია ის, რომ ნაღვლის ბუშტის დაავადების დროს პათოლოგიურ პროცესში ჩათრეულია ღვიძლიც; ამიტომ გაუტკივარება ისე უნდა შეირჩეს, რომ სანარკოზო საშუალებას ნაკლებად ტოქსიკური მოქმედება ჰქონდეს. წარსულში ნაღვლის გზებზე ოპერაციებს მხოლოდ ქლოროფორმისა და ეთერის ნარკოზით აკეთებდნენ. ამჟამად ქლოროფორმის ნარკოზს აღარ მიმართავენ და მას მხოლოდ ისტორიული მნიშვნელობა აქვს.

ნაღვლის გზებზე ოპერაციული ჩარევის შემთხვევაში ა. ვ. ვიშნევსკი უპირატესობას აძლევდა ადგილობრივ ანესთეზიას. ქირურგთა ნაწილი ამჟამადაც იზიარებს ამ შეხედულებას. მართლაც, თუ ადგილობრივი ანესთეზია სრულყოფილად გაკეთდება, სავსებით გარანტირებულია ოპერაციის უმტკივნეულოდ ჩატარება.

ქრონიკული ქოლეცისტიტის დროს შეიძლება გაკეთდეს სპინალური ანესთეზია. ამ შემთხვევაში უპირატესობა ეძლევა ნოვოკაინის 1%-იან ხსნარს. უკანასკნელ წლებში ფართოდ გავრცელდა ენდოტრაქეალური ნარკოზი, რომელიც თანამედროვე ქირურგიის დიდ მიღწევად უნდა ჩაითვალოს. უნდა ითქვას, რომ გაუტკივარების საკითხი ნაღვლის გზებზე ოპერაციების დროს კარგად არის შესწავლილი, რაც ოპერაციის შემდგომი ლეტალობის შემცირების ერთ-ერთი მიზეზი გახდა.

ღვიძლის ქირურგია

ღვიძლის დაავადებები, რომლებიც არ ემორჩილებიან მედიკამენტოზურ მკურნალობას და ქირურგიულ ჩარევას მოითხოვს, მრავალფეროვანია. ღვიძლის ქირურგიული მეთოდებით მკურნალობის საქმეში რადიკალიზმი ჯერჯერობით ჩანასახოვან მდგომარეობაშია და შემდგომ შესწავლა-დაზუსტებას მოითხოვს.

ახლა უაღრესად აქტუალურია ღვიძლზე ოპერაციების დროს სისხლდენის საწინააღმდეგო ეფექტურ ღონისძიებათა შემუშავება. ჯერ კიდევ ტინკერი (1905) მიუთითებდა, რომ ღვიძლის გაკვეთა ძლიერ სისხლდენას იწვევს: ღვიძლის ქსოვილი ძლიერ ფაშარია, არ იჭერს ლიგატურებსა და ნაკერებს, ძნელია სისხლძარღვების გამოყოფა მისი მასიდან. ღვიძლის პარენქიმიდან სისხლდენის შესაჩერებლად შემუშავებულია მრავალი მეთოდი, მაგრამ არც ერთი არ არის საიმედო. დამაკმაყოფილებელ ეფექტს არ იძლევა ღვიძლის ქსოვილის გაკვეთა თერმოკაუტერით, რადგან მომწვარი ქსოვილის დეკორტიკაციის შემდეგ მოსალოდნელია მეორადი სისხლდენა; სისხლდენას ხელს უწყობს ღვიძლის კოაგულირებელი ქსოვილის დაინფიცირება (გარე, 1907): შედარებით ნაკლებ აზიანებს ქსოვილს რადიუმით გაკვეთა, რადგან ამ დროს გაკვეთა უფრო სწრაფად ხდება, მაგრამ სისხლის შეჩერების თვალსაზრისით, არც ეს მეთოდია საიმედო.

ანშუტი (1903) უპირატესობას აძლევს ღვიძლის ნაწილის ჩლუნგად გამოყოფას. ელასტიკური ლიგატურით ღვიძლის მოკვეთილი ნაწილის გადაჭრა ერთ-ერთი ძველი მეთოდია. ანშეტმა (1903) მოგვაწოდა იოდოფორმიანი ტამპონადა ადრენალინთან ერთად, მაგრამ ახლა აღარც ამ წესს მიმართავენ.

შრედერი (1906) ღვიძლის ნატყვიარ ჭრილობას რეზინის პარკით ფარავდა. მეორე მსოფლიო ომის დროს იყენებდნენ სხვადასხვა ჩანერგვას სისხლმდენ მიდამოში (ბადექონი, მყესი, იოგი, ნაღვლის ბუშტი, ჟელატინის ღრუბელი, თრომბინში დასველებული ჟანგბადის ცელულოზა). ეს უკანასკნელი ამჟამად ყველაზე უფრო მიღებულია (სკოტი, 1951). ზოგიერთი კარგ შეფასებას აძლევს ღვიძლზე რეზინის მომჭერების დადებას (გარე, 1907, მიდლი, 1912). თავდაპირველად ასეთ მომ-

ჭერებს 24—40 საათით ადებდნენ და ამ ხნის განმავლობაში მუცლის ღრუს ღიად სტოვებდნენ (კლემპტი, 1891, კოხერი, 1902). ინფექციის საშიშროების გამო ეს წესი შემდეგში უარყვეს.

სისხლდენის შესაჩერებლად სხვადასხვა სახის ნაკერსაც იყენებენ. ნაკერები შეიმუშავეს კუზნეცოვმა და პენსკიმ 1896 წ. ნაკერებს ადებდნენ ორმაგი კეტგუტით. ნაკერების ჩაჭრის საწინააღმდეგოდ იყენებდნენ მაგნეზიუმის ფირფიტებს, რომლებიც შემოიღეს პაირმა და მარტინმა (1905). ვენდელმა (1911) კიბოს გამო ღვიძლის მარჯვენა წილის რეზექციის დროს გამოიყენა მასიური ლიგატურა, რომელიც რეზექციამდე ღვიძლის შიგნით გადაიკვანძა. იგი ამავე დროს კვანძავდა ღვიძლის მარჯვენა არტერიას. სისხლძარღვების წინასწარ გადაკვანძვას შემდეგ ვახგენშტეინი და სხვებიც ძიძართავდნენ (1951).

ბოლო ხანებში ღვიძლის რეზექციის დროს სისხლდენის შესაჩერებლად კარგი შედეგით იყენებენ ალოპლასტიკას. ამ მხრივ საინტერესოა ბორნემისცას (1962) ექსპერიმენტები. მან 20 ძაღლს გაუკეთა ღვიძლის მარცხენა ნაწილის $^1/_3$-ის რეზექცია. სისხლდენის შესაჩერებლად გაშიშვლებულ უბანს ადებდა თრომბინში გაჟღენთილ სპონგოსტანს. სპონგოსტანი ღვიძლზე ფიქსირდებოდა ნეილონის ბადით, რომელსაც კეტგუტის სამი კვანძით აკერებდა. სამი თვის შემდეგ სპონგოსტანის შეწოვასთან ერთად ავტორმა დაადგინა ახალი კაფსულის ინტენსიური წარმოქმნა. შემჩნეული იყო კაფსულის განვითარება როგორც ღვიძლის პარენქიმის, ისე ნეილონის ბადის მხრიდან. სპონგოსტანის შეწოვის შემდეგ ორივე კაფსულა ერთმანეთს უერთდებოდა.

ღვიძლის ქირურგიის განვითარების საწინდარია ორგანოს ნატიფი შენების შესწავლა. პირველად ეგონათ, რომ პრობლემა გადაწყდებოდა ტექნიკური სრულყოფის გზით, ისე რომ შეიძლებოდა მხედველობაში არ ყოფილიყო მიღებული ღვიძლის შინაგანი სტრუქტურა. ამ შეხედულებას ეწინააღმდეგებოდნენ ღვიძლის რეზექციის პიონერები — კინი, ლანგენბუხი და ვენდელი.

მარტინი (1947) თვლის, რომ ღვიძლის ვრცელი დაზიანების დროს პროგნოზი ცუდია, რადგან შექმნილია პირობა მეორადი სისხლდენისა და ქოლერაგიის განვითარებისათვის, რაც მოსალოდნელია სეკვესტრაციის დროს. გამორიცხული არ არის სხვა გართულებებიც — აბსცესი, ჰეპატორენალური სინდრომი და სხვ.

ვენდელი და მარტენსი გვირჩევენ ღვიძლის რეზექციას შედარებით ავასკულარულ მიდამოში, კერძოდ ნაღვლის ბუშტის ფოსოდან ქვემო ღრუ ვენის მიმართულებით. ამასთან ერთად საჭიროა სათანადო სისხლძარღვების გადაკვანძვა ღვიძლის კარის მიდამოში. ვენდელმა კარგ შედეგს მიაღწია ღვიძლის რეზექციის დროს. 1911 წ. მან გააკეთა ოპე-

რაცია ღვიძლის ადენომის დიაგნოზით. 9 წლის შემდეგ გამოირკვა, რომ ავადმყოფს ჰქონდა პეპატოცელულარული კარცინომა. მას შემდეგ, 1962 წლამდე, ასეთი მიდგომით ღვიძლზე ოპერაცია არავის გაუკეთებია. შემდგომში ამ მეთოდით სენეკმა ჰიდატიდურ ცისტასთან დაკავშირებით გააკეთა მარცხენა ჰემიჰეპატექტომია.

რავენმა (1949) დაამუშავა ღვიძლის მარცხენა ნაწილის რეზექციის მეთოდიკა. იგი ღვიძლის კარში კვანძავდა კარის ვენის მარცხენა ტოტს, ღვიძლის მარცხენა არტერიასა და ღვიძლის მარცხენა სადინარს, რის შემდეგ თერმოკაუტერით მოჰკვეთავდა ღვიძლის მარცხენა ნაწილს. უნდა აღინიშნოს, რომ ასეთი მიდგომა დაახლოებით ფილტვის ნაწილის რეზექციის ანალოგიურია, რადგან რეზექციის დროსაც გადაიკვანძება სათანადო წარმონაქმნები ფილტვის კარში.

გარდა ღვიძლის კარის წარმონაქმნებისა, ქირურგიული თვალსაზრისით ყურადღებას იპყრობს ღვიძლის კრანიალური პოლუსი, საიდანაც გამოდის ღვიძლის ვენები. დადგენილია, რომ შეიძლება გარკვეულ მანძილზე ღვიძლის ვენის ამოკვეთა. შეიძლება ისე გაკეთდეს ღვიძლის გარკვეული ნაწილის რეზექცია, რომ ღვიძლის ვენები არ დაზიანდეს. როდესაც ანასტომოზები არ არის განვითარებული, ღვიძლის არტერიის ტოტების გადაკვანძვა შეიძლება გახდეს სათანადო მიდამოს ნეკროზის მიზეზი, მით უმეტეს, თუ ჩატარებული არ არის ანტიბიოტიკებით მკურნალობა. ღვიძლის პარენქიმის ნაწილის ნეკროზი შეიძლება სიკვდილით დამთავრდეს. ისიც უნდა ითქვას, რომ სეგალი ინტრაჰეპატურად აღწერს უხვ არტერიულ ანასტომოზებს.

დღემდე არ მოგვეპოვება ისეთი ზუსტი დიაგნოსტიკური საშუალებები, რომელთა გამოყენებით შეიძლებოდეს წინასწარ განისაზღვროს პროცესის ლოკალიზაცია. ამ საქმეში რამდენადმე გვეხმარება სპლენოპორტოგრაფია. ზოგჯერ საშუალება არ არის დაისახოს წინასწარი ოპერაციის გეგმა. ამიტომ განაკვეთი ისე უნდა გატარდეს, რომ იგი იძლეოდეს თავისუფალი მიდგომის საშუალებას. საჭიროების შემთხვევაში შესაძლებელი უნდა იყოს მისი შეცვლა. ღვიძლის მარცხენა ნაწილის რეზექციისათვის განაკვეთი ტარდება მუცლის მარჯვენა მხარეს ან სუბდიაფრაგმულ მიდამოში. ეს მიდამო მისადგომად ძნელია. მით უმეტეს, თუ ასთენიური აგებულების ავადმყოფთან გვაქვს საქმე. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა ფართო განაკვეთის გატარება, რომ მივწვდეთ დიაფრაგმის მარჯვენა გუმბათს, სადაც ღვიძლის მარჯვენა წილია მოთავსებული.

განაკვეთის შერჩევისას შეიძლება ვიხელმძღვანელოთ სუმერსის ცნობარით (1952); იქ აღნიშნულია, რომ 38%-ში მიმართავენ მარჯვენა სუბკოსტალურ განაკვეთს, 16,3%-ში განივ განაკვეთს, 13,1%-ში კი

განაკვეთს აკეთებენ მარჯვენა სწორი კუნთის მიმართულებით. განივი განაკვეთი უფრო გამოსადეგია პიკნიკური აგებულების პირებზე. ეს განაკვეთი შესაძლებელია გამოვიყენოთ ღვიძლის მარცხენა წილის რეზექციისათვისაც. შესაძლოა საჭირო გახდეს მახვილისებური მორჩის მოკვეთა, მკერდის ძვლის გაპობა, რა თქმა უნდა, ისე, რომ პლევრა არ დაზიანდეს. თუ აღნიშნული განაკვეთი კარგადაა შესრულებული, აღარ დაგვჭირდება აბდომინალურ-თორაკალური მიდგომის გამოყენება, რომელსაც ზოგჯერ ტოტალური გასტროექტომების დროს მიმართავენ. საერთოდ კი უნდა ითქვას, რომ ჯერჯერობით არ კეთდება ისეთი განაკვეთი, რომელიც ყველა მოთხოვნას აკმაყოფილებდეს.

სიხშირის მიხედვით ღვიძლის პირველად სიმსივნეს მეხუთე ადგილი უკავია საშვილოსნოს, კუჭის, სარძევე ჯირკვლისა და ნაწლავების კიბოს შემდეგ. ღვიძლის პირველადი სიმსივნე არც ისე იშვიათად გვხვდება, მაგრამ მისი გამოცნობა გარკვეულ სიძნელეებთანაა დაკავშირებული. ღვიძლის მცირე ოდენობის სიმსივნე იძლევა სათანადო კლინიკურ სიმპტომებს. მაგრამ ოპერაცია ძალიან იშვიათად ხერხდება, რაც განპირობებულია ღვიძლში სიმსივნის ლოკალიზაციით, სიმსივნის ტიპით და იმით, თუ დაავადების რომელ სტადიაშია სიმსივნე დიაგნოსცირებული.

ღვიძლის კეთილთვისებიანი სიმსივნეებიდან ყველაზე დიდი მნიშვნელობა აქვს სისხლძარღვოვან სიმსივნეებსა და ადენომებს. მცირე ოდენობის ამგვარი სიმსივნე რაიმე კლინიკურ გამოვლინებას არ იძლევა. ღვიძლის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები ჩვეულებრივ გარკვეულ მექანიკურ დაბრკოლებას ქმნიან, ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა კი სრულიად დამაკმაყოფილებელია. ღვიძლის ავთვისებიან სიმსივნეს ახასიათებს მადისა და წონის დაკარგვა, პროსტრაცია, ძლიერი სისუსტე, გასტრიული მოშლილობანი, მუცელში ტკივილი და სიმსივნის ზეწოლით განსაზღვრული მოვლენები. ზოგჯერ ღვიძლის სიმსივნის დიფერენცირება სხვა დაავადებებთან ძნელია. ნაკლებად არის ცნობილი ღვიძლის ნეოპლაზმის ფორმები, მისთვის დამახასიათებელი სიმპტომებით, რის გამოც ზოგჯერ ოპერაცია გვიანდება. ღვიძლის სიმსივნის გამო ოპერაცია ერთგვარ შიშს იწვევდა განსაკუთრებით წარსულში შესაძლებელი სისხლის დენისა და ქოლერაგიის გამო. მცირე იყო იმ ქირურგთა რიცხვი, რომლებიც ღვიძლის სიმსივნის დროს მიმართავდნენ ღვიძლის ფართო რეზექციას.

ავთვისებიანი სიმსივნეებიდან ღვიძლში უხშირესად კიბო ვითარდება. იგი შესაძლებელია როგორც პირველადად, ისე მეორადად წარმოიშვას. მეორადი, ანუ მეტასტაზური სიმსივნეები უხშირესად წარმოიქმნება ნაღვლის ბუშტიდან, კუჭიდან და განივი კოლინჯიდან. დიდხანს

ეგონათ, რომ ღვიძლში პირველადი კიბო არ ვითარდება. რეზენფელდი (1866) უარყოფდა ღვიძლში კიბოს წარმოქმნას და მიაჩნდა, რომ კიბო მხოლოდ ნაღვლის გზებში ვითარდება.

ღვიძლში პირველადი კიბოს განვითარება ნაუნინმა (1868) აღიარა.

ვალდეირმა (1872) აღწერა ნაღვლის გზების კიბოს ორი შემთხვევა. იმავე წელს პერლსმა და შემდეგ რინდფლეიშმა 1875 წ. აღწერეს ღვიძლის უჯრედებიდან წარმოქმნილი ღვიძლის პირველადი კიბო.

ლუბარშის სექციური მასალების მიხედვით (1920—1926 წწ.) 96.000 გაკვეთიდან ღვიძლის კიბო აღმოჩნდა 10%-ში, აქედან 1%-ში დადგინდა ღვიძლის პირველადი კიბო (102 შემთხვევა).

ბოლო ხანებში გახშირდა ღვიძლის პირველადი კიბოს გამოვლინება, რაც ალბათ, დიაგნოსტიკის გაუმჯობესებას უნდა მიეწეროს.

ვალტერის (1948) მონაცემებით 20,660 განაკვეთზე ღვიძლის პირველადი სიმსივნე 0,26%-ში იყო დადგენილი, მეორადი კიბო კი 4,7%-ში.

ირ. ტატიშვილის, თ. დეკანოსიძის და უ. გაბუნიას მიერ შესწავლილ ქ. თბილისის 1923—1958 წწ. სექციური მასალების მიხედვით დადგენილია ღვიძლის პირველადი კიბოს 164 შემთხვევა. მათი დაკვირვებით საშვლის მომნელებელ ორგანოთა კიბოს შორის ღვიძლის კიბო მესამე ადგილზეა კუჭისა და ნაწლავების კიბოს შემდეგ და 11,8%-ს შეადგენს.

ღვიძლის პირველადი სიმსივნეების შესახებ ვარვის (1945) კლასიფიკაცია ასეთია:

1. ჰეპატომები; ა) ღვიძლის უჯრედების ადენომები; ბ) ღვიძლის უჯრედების კარცინომა ციროზითა და ციროზის გარეშე.

2. ქოლანგიომები: ა) ინტრაჰეპატური ბილიარული სადინარების ადენომები, რომლებიც თავისთავად შეიძლება იყოს სოლიდური და ცისტური, ბ) ქოლანგიოცელარული.

3. ღვიძლის უჯრედებისა და სადინარების ქოლანგიოჰეპატომები.

4. ღვიძლის პირველადი სიმსივნეები, არასპეციფიკური ელემენტებით, როგორიცაა ვასკულარული, ფიბროზული და სხვ.

5. ჰეპატოცელალური ადენომა.

ჰეპატოცელალურ ადენომას ახასიათებს დიფუზური ზრდა, რომელიც შეიძლება რამდენიმე თვე და რამდენიმე წელი გაგრძელდეს. ადენომა შემოსაზღვრულია კაფსულით, მხოლობითია და ფერით განსხვავდება ღვიძლის ნივთიერებისაგან. ადენომა ზოგჯერ ღია ყავისფერია, ზოგჯერ ღია ნაცრისფერი, ზოგჯერ სიმსივნე ნაღვლით არის შეღებილი. ლაპაროტომიის დროს ასეთი სიმსივნე შეიძლება შეცდომით მეტასტაზად იქნეს მიჩნეული. მიკროსკოპის ქვეშ ჩანს ტრაბეკუ-

ლური უჯრედები, რომლებიც ღვიძლის ქსოვილს ჰგავს. მაგრამ უფრო ტლანქია და მოზრდილი. ადენომები ინტენსიურად იზრდებიან და შესაძლებელია ზეწოლა გამოიწვიონ. ზოგჯერ ძნელია დადგენა კეთილთვისებიანია ადენომა, თუ ავთვისებიანი ფორმისაა. კეთილთვისებიანი ჰეპატოცელულარული ადენომა მხოლობითია, ვენებს არ შეიცავს. ავთვისებიანი ფორმის დროს პროცესში ვენებიც არის ჩართული და სიმსივნეს მრავლობითი კერები ახასიათებს.

ჰეპატოცელულარული კიბო ვენურ სისტემას უკავშირდება იმ დროს, როდესაც ქოლანგიოცელულარული კიბო ლიმფურ სისტემასთან არის დაკავშირებული (ჰერბენი, 1948; სენაკი, 1905); ჰეპატოცელულარული კარცინომა ჩვეულებრივ ღვიძლის მარჯვენა წილშია მოთავსებული. ექსტრაჰეპატიკური სიმსივნის გავრცელება დაავადების მოგვიანებით სტადიაში ხდება, ინტრაჰეპატიკურისა კი — შეიძლება დაავადების ნაადრევ სტადიაში მოხდეს.

როცა სიმსივნე ინკაფსულირებულია, მისი ამოღება ბიოფსიის გარეშე უნდა გადაწყდეს, რადგან ამ უკანასკნელს ზიანის მოტანა შეუძლია. საჭიროა რეზექციის გაკეთება საღი ქსოვილების ფარგლებში და არა სიმსივნის ენუკლეაცია, რადგან ავთვისებიანი ფორმის შემთხვევაში შესაძლებელია სიმსივნის გავრცელება ჰემატოგენური გზით.

არსებობს ორი ტიპის ჰეპატოცელულარული კარცინომები — ღვიძლის ციროზითა და უციროზოდ.

მიკროსკოპულად შესაძლებელია სამი ფორმის კარცინომის გარჩევა: 1. სოლიდური კარცინომა, 2. სიმსივნის მრავლობითი გავრცელება პირველადი კერის ზუსტი შემოფარგვლის გარეშე, 3. დიფუზურად მზარდი კარცინომა.

ციროზულ ღვიძლში მრავალი ტიპის ჰეპატოცელულარული ავთვისებიანი სიმსივნე ვითარდება. ასეთ შემთხვევებში ოპერაცია არ კეთდება. ღვიძლის სიმსივნე ხშირად გვხვდება ტროპიკულ და სუბტროპიკულ ქვეყნებში. საერთოდ უნდა ითქვას, რომ ბოლო დროს ყურადღებას იქცევს ავთვისებიანი სიმსივნეების გარკვეული გეოგრაფიული გავრცელება.

ვაკ-მეის (1950) მიერ გამოქვეყნებული სტატისტიკა მოწმობს, რომ ღვიძლის პირველადი კიბო უფრო ხშირია აფრიკაში, ინდო-ჩინეთში, ინდოეთში, მალაზიაში, ინდონეზიასა და ფილიპინებზე.

ბონმა (1935) იავაის კუნძულზე აღწერა ჰეპატო-ცელულარული სიმსივნე ღვიძლში.

ღვიძლის ციროზს ზოგიერთი განიხილავს როგორც კიბოს ხელშემწყობ ფაქტორს და მას საერთოდ კიბოსწინარე მდგომარეობად

თვლის. ამ ორ დაავადებას შორის კავშირს ჯერ კიდევ ორტმა (1887) მიაქცია ყურადღება.

გეფინის მიხედვით, ღვიძლის პირველადი კიბოს 92 შემთხვევიდან ღვიძლის ციროზს 74,5%-ში ჰქონდა ადგილი; ნ. ს. ადამოვას 30 დაკვირვებიდან 11 შემთხვევაში პირველად კიბოს თან ახლდა ღვიძლის ციროზი.

ღვიძლის პირველადი კიბოს დროს ღვიძლის ციროზულ ცვლილებებზე მიუთითებს ა. ლ. მიასნიკოვი, ნ. ა. ნაუმოვი, ი. ს. სახაროვიჩი, რ. ვ. გოფტარში, გ. მ. ბეკერი, ე. გ. გეფენი და სხვა.

ირ. ტატიშვილის, თ. დეკანონსიძის და უ. გაბუნიას სექციურ მასალებზე 164 ღვიძლის პირველადი კიბოდან ღვიძლის ციროზთან შეუღლებული იყო 91, რის საფუძველზედაც ავტორები თვლიან, რომ ღვიძლის ციროზი წარმოადგენს კიბოსწინარე მდგომარეობას.

აღწერილია კავშირი ღვიძლის პირველად კიბოსა, ტუბერკულოზსა, ალკოჰოლიზმსა, ღვიძლის ტრავმასა და სიფილისს შორის.

ბ. კარჟიევი და ს. სივრეევი თვლიან, რომ ღვიძლის პირველადი კიბო უფრო ხშირად იმ რაიონებში გვხვდება, სადაც გავრცელებულია მალარია.

ბერმანის მტკიცებით (1950) ჰეპატოცელულარული კიბოს დროს ყოველთვის ადგილი აქვს ღვიძლის ციროზს. ნაკრები სტატისტიკური მასალების მიხედვით ღვიძლის პირველადი კიბოს 893 შემთხვევიდან აღინიშნა 67,2%-ში ღვიძლის ციროზი; დერმანის მიხედვით კი — 30%-ში.

ღვიძლის პირველადი სიმსივნეები, რომელთა განვითარება ხდება ციროზის გარეშე, შეიძლება იყოს მრავლობითი, კვანძოვანი და იზოლირებული. იზოლირებული სიმსივნის დროს ოპერაციული მკურნალობა კარგ შედეგს იძლევა, მიუხედავად იმისა, რომ სიმსივნეს სწრაფი ზრდა ახასიათებს.

ღვიძლის პირველადი კიბო ორი ფორმისაა: 1. ღვიძლის უჯრედებიდან განვითარებული კიბო, რომელიც ლიტერატურაში ავთვისებიან ჰეპატომად არის აღიარებული და 2. ნაღვლის გზებიდან წარმოშობილი კიბო, ანუ ავთვისებიანი ქოლანგიომა. პირველი ფორმა ხუთჯერ უფრო ხშირია.

ავტორთა უმრავლესობის დაკვირვებით ღვიძლის პირველადი სიმსივნე შეიძლება შეგვხვდეს მასიური კიბოს სახით, კვანძოვანი ფორმითა და კარცინოზული ციროზის სახით.

ღვიძლის პირველადი კიბო სხვადასხვა ასაკის პირებში გვხვდება, მათ შორის ახალგაზრდებშიც. გეფენით, ღვიძლის პირველადი კიბოთი

192 დაავადებიდან 24 ცხრა წლისაზე ახალგაზრდა იყო, 11—10—19 წლისა და 29—20—39 წლისა.

ზოგიერთის აზრით, ღვიძლის პირველადი კიბოს განვითარებაში გარკვეული როლი ტრავმას ენიჭება. ტრავმა შეიძლება იქცეს ციროგენულ ფაქტორად; ღვიძლის ტრავმირებული უჯრედების ადგილზე ვითარდება შეშაერთებელი ქსოვილი, რაც ციროზის დასაბამს წარმოადგენს. ტრავმა შეიძლება იყოს მეტაპლაზიური ფაქტორი, ე. ი. ციროზი ან ადენომა შესაძლოა გარდაიქმნას ღვიძლის პირველად კიბოდ, ტრავმა შეიძლება იყოს მაქცელერირებელი ფაქტორი, რაც დააჩქარებს ნელა მიმდინარე უსიმპტომო ღვიძლის კიბოს.

ეგელი (1901) აღწერს ჰეპატოცელარული კიბოს 14 შემთხვევას, როდესაც სიმსივნე ძალიან გაიზარდა მოცულობაში — 2 კვირიდან 6 თვის განმავლობაში.

დაავადების დასაწყისში კლინიკური ნიშნების ნაწილი მიუთითებს ორგანიზმში სიმსივნის არსებობაზე. საერთოდ: ედრ-ის აჩქარება, ლეიკოციტოზი, საერთო სისუსტე. ნაწილი სიმპტომებისა კი ამტკიცებს ღვიძლში სიმსივნის არსებობას; ამასთან ხშირად ადგილი აქვს შემცივნებას, ტემპერატურის მომატებას, ღვიძლი პროგრესულად მატულობს ოდენობაში, ღვიძლში სიმსივნე ისინჯება. აღწერილია 12,5 და 14 კგ წონის ღვიძლიც.

კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით ა. ი. ხაზანოვი და ზ. ა. გაზოვა არჩევენ ღვიძლის პირველად კიბოს ოთხ ფორმას:

1. ტიპურ ფორმას, რომელსაც ახასიათებს ტკივილი, ადინამიის სწრაფი განვითარება, ღვიძლის გადიდება, გამკვრივება, ასციტი, ხშირად სპლენომეგალია, ზოგჯერ სიყვითლე, ლეიკოციტოზი, ედრ-ის აჩქარება;

2. აბსცესისმაგვარ ფორმას — იძლევა აბსცესისათვის დამახასიათებელ ნიშნებს, ახასიათებს ტემპერატურის მომატება;

3. ციროზისმაგვარ ფორმას — ხანგრძლივად მიმდინარეობს, როგორც ციროზი. ტერმინალურ სტადიაში ღვიძლი სწრაფად იზრდება, რის მიხედვითაც ისმის სწორი დიაგნოზი;

4. შენიღბულ, ანუ აქტიურ ფორმას—კლინიკურად გამოვლინდება მხოლოდ გართულებებით: სიმსივნური „პნევმონიით“, სისხლდენითა და სხვ.

ღვიძლის პირველადი სიმსივნის სისხლდენით გართულებას მწვავე აბდომინალურ კიბოს უწოდებენ. ამ მძიმე გართულების კლინიკა პირველად ბერმანმა აღწერა. იგი მიუთითებს „მწვავე მუცლის“ ეეცრად განვითარებაზე და ძლიერ სისხლდენაზე.

ღვიძლის პირველადი კიბოს დროს ელენთის გადიდების შესახებ

აზრთა სხვაობაა. ზოგიერთის დაკვირვებით ღვიძლის პირველად კიბოს ელენთის გადიდება ახასიათებს. ზოგიერთის მონაცემებით კი, სპლენომეგალია დამახასიათებელი არ არის. მ. პ. კანჩალოვსკი აღნიშნავს, რომ თუ ელენთა არ არის გადიდებული, ეს მიუთითებს, რომ პროცესი მხოლოდ ღვიძლშია. ელენთის გადიდება, ალბათ, შედეგია ლიმფური კვანძების ზეწოლისა კარის ვენაზე, ანდა იგი შეიძლება განვითარდეს ციროზული პროცესის შედეგად წარმოშობილი პორტალური ჰიპერტენზიის საპასუხოდ. აქვე უნდა ითქვას, რომ ღვიძლის მეტასტაზური კიბო არასოდეს არ იწვევს ელენთის გადიდებას. მნიშვნელობა აქვს იმ გარემოებას, რომ ღვიძლის პირველადი კიბო, განსაკუთრებით ავთვისებიანი ჰეპატომები, იშვიათად იძლევა მეტასტაზებს. მეტასტაზები ვითარდება ახლომდებარე, რეგიონალურ ლიმფურ კვანძებში. ამიტომ ადრეულ დიაგნოზს მკურნალობისათვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს.

ზოგიერთი მიზანშეწონილად თვლის საეჭვო კერიდან პუნქტატის აღებას. ციტოლოგიური გამოკვლევა ხშირად ავლენს ატიპურ და ზოგჯერ კიბოსათვის დამახასიათებელ უჯრედებს, რაც დიაგნოზის დადგენაში გვეხმარება.

ლევი-დორხისა და ბურგჰეიმის მიერ მოწოდებულია სისხლში ქოლესტერინის განსაზღვრის ტესტი, რენტგენით დასხივებამდე და მის შემდეგ. ღვიძლის კიბოთი ავადმყოფებს დასხივებიდან ორი საათის შემდეგ აღენიშნებათ სისხლში ქოლესტერინის მომატება.

სადიაგნოზოდ გვირჩევენ რადიოაქტიური P^{32}-ის შეყვანას. დიაგნოსტიკური დოზის მიღებიდან 24 საათის შემდეგ აუტოგრაფიით აისახება ღვიძლისა და სიმსივნური კერის კონტურები. აქვე უნდა ითქვას, რომ ამ მეთოდით შეუძლებელია ღვიძლის პირველადი სიმსივნის დიფერენცირება მეტასტაზურისაგან; ისიც მისაღებია მხედველობაში, რომ ღვიძლის პირველადი კიბოს დროს ადგილი აქვს ნახშირწყლების, ბილირუბინისა და ცილების წარმოქმნის მოშლას.

ჰეპატოცელულარული კიბო ვენურ სისტემას უკავშირდება იმ დროს, როდესაც ქოლანგიოცელულარული კიბო ლიმფურ სისტემასთან არის დაკავშირებული (ჰერბენი, 1948, სენეკი, 1905); ჰეპატოცელულარული კარცინომა ჩვეულებრივ ღვიძლის მარჯვენა წილშია მოთავსებული. ექსტრაჰეპატიკური სიმსივნის გავრცელება ხდება დაავადების მოგვიანებით სტადიაში, ინტრაჰეპატიკურისა კი — შეიძლება ნაადრევ სტადიაში მოხდეს.

ფილპსის მონაცემებით (1954) ღვიძლის პირველადი კიბოს რენტგენით მკურნალობა დროებით ეფექტს იძლევა. ამ სიმსივნეების მკურნალობის ერთადერთი მეთოდი დროული ოპერაციაა.

არსებობს ღვიძლის სხვა სახის პათოლოგიაც, რომელსაც ადგილი აქვს სხვადასხვა ასაკში. იგი ხასიათდება იმით, რომ ზეწოლას იწვევს და შეიძლება შემთხვევით იქნეს აღმოჩენილი ლაპაროტომიის დროს. ზოგჯერ ასეთ სიმსივნეებს შეცდომით მიიჩნევენ პირველად ან მეტასტაზურ კარცინომად, ფაქტიურად კი ისინი მეორე ჯგუფის სიმსივნეებს მიეკუთვნებიან, რომელთაც ქოლანგიომები ეწოდება. ქოლანგიომა ნაღვლის სადინარების ეპითელიუმიდან ვითარდება. ეს სიმსივნეები ბევრად უფრო იშვიათია ჰეპატომასთან შედარებით. ნაკლებად მკვრივია, ცისტური ხასიათისაა და არასოდეს არ გამოყოფს ნაღველს. ქოლანგიოზები შეიძლება იყოს კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი.

აღწერილია ვილის (1943) ცისტური ქოლანგიომების დეგენერაცია.

ქ ო ლ ა ნ გ ი ო ც ე ლ უ ლ ა რ უ ლ ი კ ი ბ ო. ქოლანგიოცელულარული კიბო შეადგენს ყველა პირველადი ავთვისებიანი სიმსივნის 1,5-ს. მიკროსკოპულად სიმსივნეს ახასიათებს გლანდულარული სტრუქტურა. მისი კლინიკური პროგნოზი უფრო სწრაფია ჰეპატოცელულარულ სიმსივნესთან შედარებით.

ღვიძლის პირველადი სარკომა ძალიან იშვიათი დაავადებაა. იგი ვითარდება ღვიძლის შემაერთებელი ქსოვილიდან, ანდა სისხლძარღვებიდან; ამ უკანასკნელს ენდოთელიომას, ან პერითელიომას უწოდებენ. ღვიძლის პირველად სარკომას ახასიათებს მრავლობითი კვანძების წარმოქმნა. ხშირად იგი ძალიან დიდი ოდენობისა იზრდება. მეორადი სარკომები ღვიძლში უფრო ხშირად გვხვდება, ვიდრე პირველადი.

მკურნალობის საკითხს წყვეტს სიმსივნის ოდენობა, კვანძთა რაოდენობა და მეტასტაზები.

გარდა ზემოაღნიშნულისა, აღწერილია ღვიძლის სიმსივნეები ქამარტომების სახელწოდებით (კეი და ტალბერტი, 1950). ქამარტომები წარმოადგენენ მოწითალო ფერის, კვანძოვან, ინკაფსულარულ სიმსივნეებს. ხშირად გვხვდება ჩვილ ბავშვებში და ზოგჯერ 2 კილოგრამამდე იზრდებიან. როგორც ანატომიურად, ისე ფუნქციონალურად სიმსივნე იზოლირებულია ღვიძლის ნორმალური ქსოვილისაგან. სიმსივნის მასაში არ არის ღვიძლის ნორმალური სტრუქტურა და არ შეიცავს ცენტრალურ ვენებს. იგი გარშემორტყმულია ფიბროზული ქსოვილით, უხვად შეიცავს ნაღვლის გზებს; სისხლძარღვები მასში სუსტად არის განვითარებული.

ავთვისებიანი ქოლანგიოჰეპატომა ჩვეულებრივ ასოცირებულია ღვიძლის ციროზთან. ასეთ შემთხვევაში ოპერაციული მკურნალობა უშედეგოა.

ცალკე უნდა გამოიყოს ღვიძლის კავერნული ჰემანგიომა. იგი კეთილთვისებიანი სიმსივნეა, მაგრამ შეიძლება ავთვისებიანი გახდეს.

შუმახერმა (1942) შეაგროვა კეთილთვისებიანი ჰემანგიომას 66 შემთხვევა, აქედან 56 ავადმყოფს გაუკეთდა ოპერაცია.

რიდლერმა და მადინგმა (1949) ნახეს კვანძოვანი სიმსივნე, კაფერნული ცისტებით, რომელიც გამოყოფილი იყო ღვიძლის ქსოვილისაგან.

ჩვეულებრივ, ასეთი სიმსივნეები მკვეთრად არის გამოყოფილი კაფსულით ღვიძლის პარენქიმისაგან. დიფუზური ფორმა იშვიათია. ჰემანგიომები უხშირესად ღვიძლის მარცხენა წილში გვხვდებიან. შეიძლება ამავე დროს სხვა ორგანოების ანგიომებიც არსებობდეს. პატარა ზომის სიმსივნეების აღმოჩენა ჩვეულებრივ შემთხვევით ხდება, ლაპაროტომიის დროს. ა. ერისთავი, დიაგნოსტიკურ მნიშვნელობას აძლევს პალპაციის დროს სიმსივნის დაპატარავებას და შუილს.

სიმსივნე ჩვეულებრივ ნელა იზრდება, ასაკის მომატებასთან ერთად. თუ სიმსივნემ დიდ ოდენობას მიაღწია, შეიძლება გასკდეს და პერიტონეუმის ღრუში სისხლი ჩაიღვაროს. იშვიათია სიმსივნე, რომლის ლიკვიდაცია შესაძლებელია ოპერაციით, რადგან იზოლირებული ფორმის აღმოჩენა იშვიათად ხერხდება. მიღებულია ასეთი სიმსივნეების ენუკლეაცია და ბიოფსია, რადგანაც შესაძლებელია გაძლიერებული ზრდა მოგვცეს.

საბჭოთა კავშირში ღვიძლის ჰემანგიომის გამო პირველი ოპერაცია გააკეთა ფეოდოროვმა (1925).

როდესაც ჰემანგიომა ფენზე არ არის და მჭიდროდ არის პარენქიმასთან დაკავშირებული, ოპერაცია საშიშია ვენებში ჰაერის ასპირაციისა და სისხლდენის გამო. ასეთი შემთხვევისათვის მელნიკოვმა შეიმუშავა ჰეპატოპექსია: ბადექონის პლასტიკა და ღვიძლზე კვანძოვანი ნაკერების დადება. ამავე დროს ღვიძლზე ლახტის დადება.

ა. ერისთავმა ღვიძლიდან ამოკვეთა დიდი ოდენობის ჰემანგიომა წონით 1730 გრ. ამ შემთხვევაშიც ნაწარმოები იყო ბადექონის პლასტიკა და ღვიძლზე კვანძოვანი ნაკერების დადება. გარკვეული ჩვენებების დროს ერთადერთი სამკურნალო საშუალებაა ღვიძლის რეზექცია — სიმსივნის სრული ლიკვიდაციით.

ვირხოვმა (1888) წამოაყენა დებულება — იმ ორგანოს, რომელსაც ახასიათებს სიმსივნის წარმოქმნის ტენდენცია, სიმსივნის მეტასტაზირების საწინააღმდეგო უნარი ნაკლებად აქვს გამოხატული. ეს დებულება ღვიძლზეც ვრცელდება. ღვიძლში სიმსივნის უშუალო გადაზრდა, როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, შესაძლებელია ნაღვლის ბუშტიდან, კოლინჯიდან და კუჭიდან. ასევე მოსალოდნელია მისი ჩათესვა სისხლძარღვების საშუალებით.

ფილიპსის (1954) მონაცემებით, ღვიძლში ნახული მეტასტაზები

50%-ში აღინიშნებოდა ძუძუს კიბოს დროს, 40%-ში კოლინჯისა და 25%-ში საყლაპავი მილის კიბოს დროს. საერთოდ ღვიძლში კიბოს მეტასტაზირება ხშირია ისეთი ორგანოებიდან, რომელთა სისხლი პორტალურ ვენაში მიედინება. ღვიძლის მეორადი კიბოს დროს კიბოს პირველადი ლოკალიზაცია უფრო ხშირად კარის ვენის სისტემასთან დაკავშირებულ ორგანოებშია: კუჭში, მსხვილ ნაწლავში, პანკრეასში, ნაღვლის გზებში.

ღვიძლი პირველი ორგანოა, რომელშიაც ხდება სიმსივნის მეტასტაზირება გასტროინტესტინალური ორგანოებიდან პორტალური სისტემის საშუალებით (შარდერ-კოლკ, 1853).

სერეეე ამტკიცებს, რომ კარის ვენაში სისხლის ორი ნაკადია, რომელიც ისე მიიმართება ღვიძლისაკენ, რომ ერთმანეთში არ ირევა. მაგალითად, ელენთისა და ზემო მეზენტერიალური ვენების სისხლი ერთმანეთში არ ირევა ლიქვორული ბარიერის ზეგავლენით. სისხლი, რომელსაც ორგანოები აწვდიან ელენთისა და ქვემო მეზენტერიალურ ვენას, გადადის ღვიძლის მარცხენა წილში. აქედან გამომდინარე, დუგლასი და გიფილანი (1950), ლეფეევერი (1949) ემხრობიან აზრს, რომ კუჭის კიბოს დროს, რადიკალიზმის თვალსაზრისით საჭიროა მარცხენა ჰეპატოლობექტომიაც. ლორტამ, იაკობმა და რობერტმა (1952) კუჭის კიბოს დროს აწარმოეს ღვიძლის მარჯვენა წილის რეზექცია, რადგან მეტასტაზი მარჯვენა წილში იყო, და არა მარცხენაში. ამრიგად, ეს დებულება სარწმუნო არ არის.

გვიანი მეტასტაზი შეიძლება ღვიძლის პირველადი სიმსივნის ამოკვეთის შემდეგაც განვითარდეს, როგორც ეს სოლომონისა და კრეპსის (1950) მიერ იყო აღწერილი. ავადმყოფს ამოეკვეთა სიგმური კოლინჯი ადენოკარცინომის გამო, ღვიძლში მეტასტაზი კი 26 წლის შემდეგ განვითარდა. აღწერილია შემთხვევა, როდესაც სიმსივნის პირველადი კერის ამოკვეთის შემდეგ ღვიძლში არსებულმა სიმსივნის მეორადმა კერამ გაქრობა იწყო (ფლეტერი, 1948).

არსებობს აზრი, რომ პირველადი სიმსივნის ამოკვეთის შემდეგ ღვიძლში არსებული მეტასტაზური კერაც უნდა იქნეს ლიკვიდირებული (ვანგენსტონი, 1945, ბრუნშვიგი, 1953).

მხოლოდ პალპაციით ღვიძლში მეტასტაზის დადგენა ძნელია. ამის სადემონსტრაციოდ მოვიყვანთ ვილისის მონაცემებს. 31 შემთხვევაში, როდესაც სწორი ნაწლავის კიბოს გამო გაკეთდა რადიკალური ოპერაცია, ოპერაციის დროს პალპაციით ღვიძლის მეტასტაზი არ ყოფილა აღმოჩენილი. ავადმყოფები დაიღუპნენ. გაკვეთისას გამოირკვა, რომ 5 ავადმყოფს ჰქონდა ღვიძლის ღრმა მეტასტაზი, რომელიც ოპერაციის

დროს ვერ იქნა აღმოჩენილი; ოპერაციის დროს ჰეპატოგრაფიის წარმოებას დიდი მნიშვნელობა აქვს დიაგნოზის დაზუსტებისათვის.

ღვიძლში შეიძლება არსებობდეს როგორც იზოლირებული, ისე მრავლობითი მეტასტაზი. 10 ავადმყოფიდან, რომელთაც ჰქონდათ პანკრეასის კიბო, მხოლოდ ერთს აღმოაჩნდა ღვიძლის იზოლირებული მეტასტაზი. კუჭის კიბოთი დაავადებულიდან ღვიძლის იზოლირებული მეტასტაზი 2-ს აღმოაჩნდა.

ბრუნშვიგის (1948) მტკიცებით, კუჭის ან განივი კოლინჯის კიბოს პირდაპირი გავრცელება ღვიძლზე შეუძლებელია, რადგან გლისონის კაფსულა ეფექტურ ბარიერს წარმოადგენს ავთვისებიანი უჯრედების ინფილტრაციისათვის, ამიტომ უხშირესად ღვიძლში ავთვისებიანი სიმსივნე კაფსულის გავლით არ შეიჭრება. გლისონის კაფსულა, რომელიც ნაღვლის ბუშტსა და ღვიძლს შორის არის მოთავსებული, ისეთი ეფექტური ბარიერი არ არის, როგორც ეს ბრუნშვიგს აქვს წარმოდგენილი. ამას ამტკიცებს დაკვირვება ნაღვლის ბუშტის კიბოთი დაავადებულ 14 ავადმყოფზე, როცა 4 შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა კიბოს შეჭრას ღვიძლის პარენქიმაში ყოველგვარი მეტასტაზის მიუხედავად.

დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ღვიძლის პირველადი კიბოს მკურნალობას. მეტასტაზურ სიმსივნეებზე რადიკალური ოპერაციის წარმოება თითქმის არასოდეს არ ხერხდება და მკურნალობა პალიატიური საშუალებებით შემოიფარგლება. საინტერესოა არიელის მიერ აღწერილი მეთოდიკა ღვიძლის მეტასტაზური სიმსივნეების მკურნალობისა, სიმსივნურ ქსოვილში რადიოაქტიური იზოტოპების შეყვანის გზით. ამ წესით მკურნალობისათვის სამი იზოტოპი გამოიყენება: რადიაქტიური 90, კოლოიდური ქრომიანი ფოსფორი და რადიოაქტიური კოლოიდური ოქრო. ამ მეთოდით არიელმა უმკურნალა ღვიძლის მეტასტაზური კიბოთი დაავადებულ 13 ავადმყოფს. დამატებით ინტრავენურად ან ინტრაარტერიულად შეჰყავდათ ქიმიოთერაპიული პრეპარატები. ავადმყოფთა უმრავლესობას ტკივილი შეუმცირდა, ზოგიერთს კი სიმსივნეც დაუპატარავდა.

როგორც აღნიშნული იყო, მნიშვნელობა აქვს ღვიძლის პირველადი კიბოს მკურნალობას, როცა დროული დიაგნოზის შემთხვევაში საკითხი დგას რადიკალურ ოპერაციაზე. ღვიძლის პირველადი კიბოს დროს პირველი რადიკალური ოპერაცია ვენდელმა გააკეთა (1911) და მიიღო ხანგრძლივი დამაკმაყოფილებელი შედეგი. შრედერის მიერ ოპერირებულმა ავადმყოფმა 7 წელი იცოცხლა. ოპერაცია მდგომარეობდა დაავადებული წილის რეზექციაში.

ვ. ჰ. ლონგმირს და ს. ს. მარობლს (1961) განაწილებული აქვს 9 ავადმყოფის მდგომარეობა, რომელთაც გაკეთებული ჰქონდათ ღვიძ-

ლის მასიური რეზექცია კიბოს, ჰემანგიომისა და ადენომის გამო. 6 ავადმყოფი თავს კარგად გრძნობდა (დაკვირვების ხანგრძლივობა სამი კვირიდან — ოთხ წლამდე).

ბორმანს, ჰარლოტს და მორისს (1961) ჰეპატობლასტომის გამო კარგი შედეგით ამოუკვეთიათ ღვიძლის მარცხენა წილი 7 წლის ბავშვში. მათი აზრით, ჰეპატობლასტომების დროს ბავშვებში ნაჩვენებია სასწრაფო ოპერაცია.

ა. ვ. მარტინოეი, ს. ს. გირგოლევი, ბ. ვ. პეტროვსკი მუშაობდნენ სისხლდენის შეჩერების საკითხზე ღვიძლის რეზექციასთან დაკავშირებით.

ნაკლებად არის დამუშავებული ღვიძლის მარჯვენა წილის რეზექციის მეთოდი. ა. მ. დიხნოს მიერ ღვიძლის სიმსივნის გამო რეზეცირებული იყო მარჯვენა წილი. მისი აზრით, კარის ვენის მარჯვენა ტოტისა და ღვიძლის არტერიის თანამოსახელე ტოტის იზოლირებული გადაკვანძვა საიმედოა სასიკვდილო სისხლდენისა და ჰაეროვანი ემბოლიის წინააღმდეგ მარჯვენა წილის ამოღების დროს.

საბჭოთა მკვლევარები დიდ ყურადღებას აქცევენ ღვიძლის რეზექციის საკითხს. ვ. კიკნაძის გამოკვლევებით ღვიძლის ზომიერი რეზექცია ხელმისაწვდომი და ნაკლებად საშიში ოპერაციაა. იგი ცხოველის ორგანიზმში არ იწვევს მიმდინარე ბიოლოგიური პროცესების ღრმა ცვლილებებს. ვრცელი რეზექციის შემდეგ ღვიძლის ფუნქციური უკმარისობის ხარისხი რეზეცირებული წილის ოდენობის პროპორციულია და ღვიძლის ქსოვილის რეგენერაციით კომპენსირდება უახლოეს დღეებში.

რადიკალური ოპერაციის ერთეული შემთხვევები ღვიძლის პირველადი კიბოს დროს სხვა ავტორების მიერაც არის აღწერილი. ისიც უნდა ითქვას, რომ რადიკალური ოპერაციები ღვიძლის პირველადი კიბოს დროს ჯერჯერობით მასობრივი არ არის. ამის მთავარი მიზეზი ისაა, რომ დაავადება ადრეულ სტადიაში კლინიკურ გამოვლენას არ იძლევა და ავადმყოფები სამკურნალო დაწესებულებას დაგვიანებით მიმართავენ.

ღვიძლის ქირურგია

(გაგრძელება)

ღვიძლის არაპარაზიტული ცისტომები შედარებით იშვიათია. ისინი პირველად გლოტცმა (1864) აღწერა.

ღვიძლის არაპარაზიტული ცისტის წარმოშობას ხშირად საფუძვლად უდევს ნაღვლის ცრუ სადინარები, კერძოდ ნაღვლის გზების თანდაყოლილი ატრეზია.

ლ. ი. როდინა (1969) აღწერს ღვიძლის ცისტომის 150 შემთხვევას; აქედან ოპერაციამდე სწორი დიაგნოზი მხოლოდ სამ შემთხვევაში ყოფილა დასმული. ა. ლ. მიასნიკოვი წერს, რომ 1942 წლისათვის აღნიშნული ცისტომების მხოლოდ 195 შემთხვევა ყოფილა აღწერილი.

ი. კალფ-კალიფის (1959) მონაცემებით, უკანასკნელი 75 წლის განმავლობაში მსოფლიო ლიტერატურაში ღვიძლის არაპარაზიტული ცისტის 150 შემთხვევა ყოფილა აღწერილი. მისივე მონაცემებით, ცრუ ცისტომები საგრძნობლად უფრო იშვიათად გვხვდება, ვიდრე ჭეშმარიტი ცისტომები. უკანასკნელი 25 წლის მანძილზე კაზუისტიკური მასალა გაიზარდა, მაგრამ, მიუხედავად ამისა, ღვიძლის არაპარაზიტული ცისტომები არასაკმარისად არის შესწავლილი, პათოგენეზის, პათოლოგიური ანატომიის, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის თვალსაზრისით. ამიტომ უნდა დავეთანხმოთ ა. ვ. მელნიკოვს, რომ ყოველი ასეთი შემთხვევა ერთგვარ ინტერესს იწვევს.

ა. ლ. მიასნიკოვი ღვიძლის არაპარაზიტული ცისტომების შემდეგ კლასიფიკაციას იძლევა: ა) ღვიძლის პოლიცისტური დაავადება; გ) ღვიძლის არაპარაზიტული სოლიტარული ცისტა; გ) ღვიძლის რეტენციული ცისტები. ეს უკანასკნელები, ავტორის აზრით, შესაძლებელია იყოს ნაღვლოვანი, მუკოზური, სისხლოვანი და ლიმფური.

ვირხოვი ღვიძლის ცისტომებს ჰყოფს ლიმფანგიომებად, ჰემანგიომებად და ცისტოადენომებად.

ჰერქსემერი და ა. ი. აბრიკოსოვი ცისტებს ყოფენ: რენტენციულ და დიზონტოგენზურ ცისტებად.

ლანგენბუხი არჩევს თანდაყოლილ და შეძენილ ცისტებს.

ლინბერგი გამოჰყოფს ღვიძლის არაპარაზიტული ცისტების 6 ჯგუფს:

1. ჭეშმარიტი ცისტები, რომლებიც შეიძლება იყოს: ა) მხოლობითი ერთკამერიანი და მრავალკამერიანი, ბ) შემოსაზღვრული ცისტური გადაგვარება, რომელსაც ხშირად თან ახლავს თირკმლების, პანკრეასის, საკვერცხეებისა და სხვა ორგანოების ასეთივე გადაგვარება;

2. ცრუ ცისტები, მეორადი ეპითელური საფარვლის გარეშე. ისინი შეიძლება წარმოიქმნან ტრავმის ან ანთებითი პროცესის შედეგად;

3. რეტენციული ცისტები, რომლებიც წარმოიშობა სადინარების გაგანიერებით მათი დაცობის ან მათზე ზეწოლის შედეგად;

4. დერმოიდული ცისტომები;

5. ღვიძლთან ახლოს მდებარე ცისტები;

6. ერთეული და მრავლობითი ლიმფოჰემანგიომები (კავერნომები).

ლეპმანი ღვიძლის ჭეშმარიტ ცისტომებს შემდეგნაირად ყოფს:

1) ნაღვლის შეგუბებით გამოწვეული ცისტები, 2) ცისტები ამოფენილი მოციმციმე ეპითელიუმით (ლორწოს შეგუბების გამო), 3) დერმოიდები, 4) ცისტოადენომები და 5) ლიმფური ცისტები.

ღვიძლის არაპარაზიტული ჭეშმარიტი ცისტები ამჟამად მიჩნეულია თანდაყოლილ კეთილთვისებიან წარმონაქმნებად და, როგორც აღვნიშნეთ, მათ განვითარების მანკი უდევთ საფუძვლად. ეს წარმონაქმნები ღვიძლისა და ნაღვლის გზების ჩანასახებიდან წარმოიქმნებიან და ორგანოში ბრმა ღრუების სახით ვითარდებიან. ისინი შიგნიდან ამოფენილია ცილინდრული ეპითელიუმით; საერთოდ ღვიძლის ჭეშმარიტი ცისტომებისათვის სავალდებულოა ეპითელური საფარველი.

ღვიძლის ცრუ ცისტომები ჭეშმარიტთან შედარებით კიდევ უფრო იშვიათია.

ცრუ ცისტომები ყოველთვის მეორადია და მათი განვითარებისათვის მნიშვნელობა აქვს ტრავმას ან ანთებით პროცესს. უცხო სხეულის ჩაღვრილი სისხლის ნეკროზის უბნის ან ანთებითი კერის ირგვლივ ვითარდება შემაერთებელი ქსოვილი. ცრუ ცისტომას საფუძვლად უდევს დეგენერაციული პროცესი — ღვიძლის პარენქიმის კეროვანი დაშლა. ცრუ ცისტის შიგნითა შრე გრანულაციური ქსოვილისაგან შედგება, რომელიც მდიდარია სისხლძარღვებით. ცისტის შიგთავსი ჩვეულებრივ ლორწოვანია, მოყვითალო-მომწვანო ელფერით. მიკროსკოპულად მასში ვნახულობთ ქოლესტერინს, ნაღვლის პიგმენტებს, ფიბრინს, მუცინს, ეპითელიუმსა და ლეიკოციტებს.

ცისტომები უფრო ხშირად ღვიძლის მარჯვენა წილში გვხვდება. ლიტერატურაში მითითებულია, რომ ღვიძლის არაპარაზიტული ცის-

ტომები თითქმის ხუთჯერ უფრო ხშირია ქალებში. მელნიკოვის მონაცემებით 100 ცისტომიდან 82 შემთხვევა ქალებშია, მამაკაცებში კი — 18. წლების მანძილზე ღვიძლის ცისტომა არავითარ კლინიკურ გამოვლენას არ იძლევა, რის გამოც ავტორთა უმრავლესობა სამართლიანად აღნიშნავს, რომ ამ დაავადების დიაგნოზი მეტად რთულია და მისი გამოცნობა ჩვეულებრივ რაიმე შემთხვევითობის საქმეა. დიდი ოდენობით ცისტომები ორგანოებზე ზეწოლის მოვლენებს იწვევენ და გარკვეული კლინიკური ნიშნებისა და ობიექტური მონაცემების საფუძველზე შესაძლებელია არაპარაზიტული ცისტომის შეცნობა.

კაუფმანის შემთხვევაში ცისტამ სრულასაკოვანი ადამიანის თავის ოდენობას მიაღწია და 20 გირვანქას იწონიდა. ოშნერმა (1938) აღწერა ღვიძლის ცისტა, რომელიც 16 ლიტრ სითხეს შეიცავდა. დიდ ცისტომებს ზოგჯერ შეუძლია პორტალური სისხლჩაქცევის მოშლის, ელენთის გადიდებისა და სხვ. გამოწვევა.

არჩევენ ღვიძლის ერთეულ (სოლიტარულ) და მრავლობით ცისტომებს. ერთიც და მეორეც შესაძლებელია ერთი ან მრავალკამერიანი იყოს. მარტივი შენების ერთეული და მრავლობითი ცისტომის გარდა გვხვდება ე. წ. ცისტური ღვიძლი, ანუ ღვიძლის პოლიცისტომი, რომლის დროსაც ადგილი აქვს ცისტის სიმსივნისმაგვარი ზრდის ნიშნებს, მაგრამ მისი სიმსივნედ, მრავალკამერიან ადენოცისტომად მიჩნევა, მართებული არ არის.

ღვიძლის დერმოიდული ცისტომები ძალიან იშვიათია.

ა. ი. ბელიამინოვიჩის აზრით, ღვიძლის ცისტომების სადიაგნოზოდ შეიძლება გამოვიყენოთ რენტგენოგრაფია ტორატრასტის შეყვანით. უნდა აღინიშნოს, რომ მცირე გამონაკლისს გარდა, ცისტომის დროს ღვიძლის ფუნქციის დაკნინებას თითქმის არასოდეს არა აქვს ადგილი.

როგორც უკვე აღნიშნული იყო, ღვიძლის ცისტომების გარდა ცისტომები არაიშვიათია სხვა ორგანოებშიც (თირკმლის, ელენთის, პანკრეასის, ნაწლავის, ფილტვების და სხვ.); აღწერილია სხვა თანდაყოლილი ანომალიების თანხვედრაც, მაგალითად, კურდღლის ტუჩის, მგლის ხახის, პოლიდაქტილიის და სხვა, აღწერილია ღვიძლის ცისტომები ერთი ოჯახის სხვადასხვა წევრში.

როგორც ლიტერატურიდან ჩანს, ღვიძლის ცისტომა ყველაზე იშვიათად პანკრეასის ცისტომასთან არის შეუღლებული. ამასთან დაკავშირებით მოვიყვანთ ერთ საინტერესო შემთხვევას.

ავადმყოფი ი. ა., ქალი, 28 წლის, შემოვიდა კლინიკაში როგორც სასწრაფო შემთხვევა 1961 წ. 14 თებერვალს — დაავადების დაწყებიდან 20 დღის შემდეგ, ავადმყოფი უჩიოდა მწვავე ტკივილს მუცლის არეში, მუცლის შებერილობას, გულისრევას და წყურვილს. დაავადება

მწვავედ დაწყებია ეპიგასტრიუმის არეში ტკივილით, გულისრევითა და პირღებინებით, მაღალი ტემპერატურით. შეუმჩნევია მუცლის პროგრესული შებერილობა. მოყვანისას ავადმყოფის მდგომარეობა მეტად მძიმეა, მწვავე ტკივილის გამო იძულებით მდგომარეობაში იმყოფება, ვერ წვება, შვებას პოულობს მუხლებზე და იდაყვებზე დაყრდნობით. მუცლის ასიმეტრიული, განსაკუთრებით მუცლის ზემონახევრის ძლიერი გამობერილობის გამო, პალპაციით მუცელი დაჭიმულია და დიფუზურად მტკივნეული. ეჭვი იქნა მიტანილი პანკრეასის ცისტურ სიმსივნეზე და რამდენადაც ავადმყოფს აუტანელი ტკივილი ჰქონდა, სასწრაფოდ გაუკეთდა ოპერაცია. განაკვეთი გატარდა თეთრ ხაზზე. მუცლის ღრუს გახსნისას აღმოჩნდა დიდი ოდენობის ცისტოზური წარმონაქმნი, რომლიდანაც წინასწარ სითხის გარკვეული რაოდენობის ამოქაჩვის შემდეგ, გაიკვეთა. სითხის რაოდენობა 18 ლიტრს უდრიდა. ცისტური ღრუს გაგანიერებისა და დათვალიერების შემდეგ გამოირკვა, რომ იგი გამოდის ღვიძლის ქვემო კიდიდან, დაკავშირებულია პანკრეასთან და უჭირავს უზარმაზარი სივრცე.

ამრიგად, საოპერაციო მაგიდაზე შეიქმნა შთაბეჭდილება, რომ აღნიშნული ცისტური სიმსივნე ერთდროულად როგორც ღვიძლიდან, ისე პანკრეასიდან გამომდინარეობს. ცისტის კედელი ნაწილობრივ ამოიკვეთა და ღრუში ჩაიდო ტამპონები. პოსტოპერაციულ პერიოდში ყურადღებას იპყრობდა ტამპონების სხვადასხვა სახის შეფერვა. მარჯვნივ ტამპონი ნაღვლის ნარევი სითხით იყო შეღებილი, მარცხნივ კი უფერო და ოდნავ ჰემორაგიულ ელფერს ღებულობდა. ცისტის შიგთავსი შეიცავდა როგორც პანკრეასის, ისე ნაღვლის შემადგენელ ელემენტებს. ავადმყოფს შემდგომში სათანადო მკურნალობა უტარდებოდა, რის შედეგადაც კლინიკიდან გაეწერა განკურნებული.

არაპარაზიტული ცისტომების მკურნალობა მხოლოდ ოპერაციულია, ძველად მიმართავდნენ ცისტის პუნქციას, მაგრამ ასეთი მკურნალობა უფრო ხშირად პერიტონიტით მთავრდებოდა. ყველაზე მიზანშეწონილია ცისტის მთლიანი ექსტირპაცია; ზოგჯერ ღვიძლის ნაწილობრივი რეზექციით, მაგრამ აქვე უნდა ითქვას, რომ ღვიძლის არაპარაზიტული ცისტომების შემთხვევაში, რადიკალური ოპერაცია იშვიათად არის შესაძლებელი. თუ ცისტის ამოღება ვერ მოხერხდა, კარგია დარჩენილი ღრუს ტამპონირება ბადექონით, რათა მაქსიმალურად გამოვიყენოთ ბადექონის პლასტიკური და შეწოვის თვისებები.

მარსუპალიზაცია, რა თქმა უნდა, იძულებითი ოპერაციაა, რადგანაც ხშირად იძლევა გართულებას: დაჩირქების, სისხლდენისა და კიბოდ გადაგვარების სახით. სათანადო შემთხვევებში ოპერაცია კეთ-

დება შერთულ ცისტასა და ნაწლავს შორის ან ცისტასა და ნაღვლის ბუშტს შორის.

ამრიგად, მკურნალობის მეთოდები შესაძლებელია შემდეგნაირად ჩამოყალიბდეს: 1) პუნქცია, 2) ცისტომატია და ცისტოსტომია, 3) ცისტექტომია, 4) ცისტო-ენტერო ან ცისტოქოლეცისტოანასტომოზი, 5) ცისტის გადმობრუნება (მელნიკოვით) და 6) ღვიძლის რეზექცია.

უნდა აღინიშნოს, რომ უმრავლეს შემთხვევებში ცისტოტომიას და მარსუპალიზაციას მიმართავენ. მცირე ოდენობის ცისტომების შემთხვევაში შესაძლებელია მათი ამოღება, ზოგჯერ ღვიძლის წილის რეზექციით.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ღვიძლს აქვს კომპენსაციის საკმარისად დიდი უნარი, რის გამოც ზოგიერთ შემთხვევაში ცისტური ღვიძლით ადამიანი სრულიად კარგად გრძნობს თავს და სრულიად ინარჩუნებს შრომის უნარიანობას ღრმა მოხუცებულობამდეც.

ღვიძლის აბსცესი, როგორც ნოზოლოგიური ერთეული, ძველი დროიდან არის ცნობილი. იგი საკმაოდ სერიოზული დაავადებაა.

მკვლევართა უმრავლესობის აზრით, ღვიძლის აბსცესი არ წარმოადგენს დამოუკიდებელ დაავადებას, იგი აღმოცენდება როგორც სხვადასხვა დაავადების გართულება. ი. ა. რასულევი თვლის, რომ მართებული იქნებოდა გველაპარაკა არა „ღვიძლის აბსცესზე", არამედ სხვადასხვა წარმოშობის ღვიძლის აბსცესებზე. მისი აზრით, ღვიძლის აბსცესი დიაგნოზის სახით შეიძლება დაიწეროს მხოლოდ გართულებების რუბრიკში. ამით თავიდან ავიცდენთ დიაგნოზურ შეცდომას და გავამახვილებთ ყურადღებას ძირითად დაავადებაზე.

მიუხედავად იმისა, რომ ღვიძლის აბსცესი ამა თუ იმ დაავადების გართულებას წარმოადგენს, მაინც არ შეიძლება იმის თქმა, რომ იგი არ არის დამოკიდებული ნოზოლოგია. ამ მხრივ რასულევის მოსაზრება არ მიგვაჩნია მართებულად.

ღვიძლის აბსცესები ძირითადად ორ ჯგუფად იყოფა: ამებურად და პიოგენურად. გარდა ამისა, შეიძლება შერეული აბსცესიც არსებობდეს, როდესაც ამებებთან ერთად აბსცესის ღრუში ჩირქმბადი მიკრობებიცაა.

საქართველოში ღვიძლის ამებური აბსცესი უფრო ხშირად გვხვდება, ვიდრე პიოგენური. საქართველოში იგი პირველად აუწერია ფილიპ ჩენკოს (1907) ბათუმში. გამომწვევი მიზეზის, კლინიკური მიმდინარეობისა და პათომორფოლოგიური სურათის მიხედვით ამებური და პიონერული აბსცესები განსხვავდებიან ერთიმეორისაგან და მკურნალობის სხვადასხვა წესს ემორჩილებიან. ამიტომ დაავადების ფორმის

დადგენას დიდი მნიშვნელობა აქვს მკურნალობის სრულყოფილად და სწორად წარმართვისათვის.

ჯერ კიდევ ძველთაგანვე ავტორთა უმრავლესობა ღვიძლის ჩირქგროვების მიზეზს ტროპიკულ დიზენტერიაში ხედავდა. ჰიპოკრატეს აღწერილი აქვს ღვიძლის დიზენტერიული ჩირქგროვები. მე-19 საუკუნეში ლარეიმ (ნაპოლეონ I-ის ექიმმა) რამდენიმე შრომა მიუძღვნა ღვიძლის დიზენტერიულ ჩირქგროვებს. ამავე პერიოდში ბუდმა აღნიშნა, რომ ღვიძლის ტროპიკული ჩირქგროვები ყოველთვის დიზენტერიის შედეგად ვითარდება. მისი აზრით, ანთებითად შეცვლილი ნაწლავის კედლებში შეიწოვება ჩირქმბადი მასალა, რომელიც მიდის ღვიძლში და იქ ჩირქგროვების განვითარებას იწვევს. მან ღვიძლის ჩირქგროვით 57 მიცვალებულის გაკვეთის დროს 31 შემთხვევაში ნახა დიზენტერია.

ზოგიერთი ავტორი ამებებს მხოლოდ პასიურ როლს მიაწერს ღვიძლის აბსცესების წარმოშობაში. მათი აზრით, ამებები ნაწლავის სანათურში შთანთქავენ პათოგენურ მიკრობებს, საკვების ძებნისას შედიან სისხლში და ღვიძლის კაპილარებში ჩერდებიან. იქ წარმოქმნიან ჰემორაგიულ ინფარქტებს; მათგან გადმოსროლილი მიკრობები კი იწვევენ დაჩირქებას. ამას ამტკიცებს სისხლში პოლინუკლეარების დიდი რაოდენობის არსებობა, მაშინ როდესაც პროტოზია მონონუკლეარულ ლეიკოციტოზს იწვევს (ბ. მ. მახმუდბეკოვი).

კარტულისმა (1887) ღვიძლის აბსცესის კედელში ნახა იგივე პარაზიტი, როგორიც ნაწლავის კედელში. კრუზემ და პასკალმა (1892) ექსპერიმენტულად მიიღეს ღვიძლის აბსცესი ცხოველის ნაწლავში, დიზენტერიული ამებების შეყვანით.

როგორც ცნობილია, ღვიძლის ამებურ აბსცესს იწვევს ამება სისხლის ნაკადით, ჰემოროიდალური ვენებით, ლიმფური სადინარებით, გულმკერდის სადინარითა და სხვადასხვა გზით. ამება შეიძლება მოხვდეს ღვიძლის ქსოვილში, სადაც იგი იწვევს ასეპტიკურ ანთებას. ამ დროს ღვიძლი დანეკროზდება, დაიშლება და თანდათანობით აბსცესი ჩამოყალიბდება: ამებური აბსცესის ჩირქი სტერილურია, შოკოლადის ფერისა, შეიცავს ჩირქს, სისხლს, ნაღველსა და დანეკროზებულ პარენქიმას. ზოგჯერ შესაძლებელი ხდება ჩირქში ცოცხალი ამების აღმოჩენა. ამებებს თავისთავად არ შეუძლიათ ჩირქგროვების განვითარება. ისინი იწვევენ ღვიძლის ქსოვილის ნეკროზს და ჩირქმბად მიკრობებს ნიადაგს უმზადებენ. ს. ვირსალაძის აზრით, ღვიძლში შეჭრილი ამება ქმნის დაავადების პირველ კერას, შემდეგ სხვა ბაქტერიები აძლიერებენ პროცესს.

მახოქსმა გამოთქვა აზრი, რომ ყოველ ახალ ჩირქგროვაში არის

ბაქტერიები, ხოლო შემდგომ ჩირქი სტერილური ხდება. ის რომ ღვიძლის ჩირქგროვებში ხშირად მიკრობებს ვერ ნახულობენ, ზოგიერთი ავტორი ამას ხსნის ღვიძლის უნარით, რაც გულისხმობს მიკრობთა განეიტრალებას. უმეტესობა მიკრობებისა, გარდა სტრეპტოკოკებისა, იღუპება ღვიძლში. სტრეპტოკოკები, პირიქით, ვრცელდება (პ. დოლიძე).

ღვიძლის ამებური აბსცესი სამ სტადიას გაივლის: 1. იმ უბნების დანეკროზებას, სადაც შეიჭრება ამება, 2. მშრალი ნეკროზული უბნების დაჩირქებას და 3. ჩირქგროვის პარკის წარმოქმნას (აბსცესი ფიბროზული ქსოვილით შემოიფარგლება).

პიოგენურ აბსცესს უმთავრესად სტრეპტოკოკი და სტაფილოკოკი იწვევს. ზოგჯერ მასში ნაწლავის ჩხირიცაა. პიოგენური აბსცესის უხშირესი წყაროა ფლეგმონოზური აპენდიციტის ნიადაგზე განვითარებული პილეფლებიტი, ჩირქოვანი ქოლანგიტი და ნაღვლის ბუშტის ანთებები. პილეფლებიტი უფრო ხშირად ღვიძლის მრავლობითი აბსცესის განვითარებას იწვევს და მისი პროგნოზი მძიმეა.

სიხშირის მიხედვით პირველი ადგილი მეტასტაზურ აბსცესებს უკავია, სხვადასხვა წარმოშობის სეფსისური პროცესის დროს ინფიცირებული ემბოლიები აღწევენ ღვიძლს და აბსცესს წარმოშობენ.

როგორც აღვნიშნეთ, ღვიძლის აბსცესი ხშირად მწვავე აპენდიციტს ან აპენდექტომიის გართულებას წარმოადგენს. დემიანოვიჩმა აპენდიციტით 3046 დაავადებულიდან ღვიძლის აბსცესი 6 შემთხვევაში აღნიშნა, ზონენბურგმა 3480 შემთხვევიდან — 3-ში, ოჩკინმა, 1692 შემთხვევიდან — 15-ში, ლემბერგმა 2323 შემთხვევიდან — 7-ში. ნ. ვ. პოდობედოვას მასალის მიხედვით აპენდიციტის 3934 შემთხვევიდან 9-ში აღინიშნებოდა ღვიძლის აბსცესი. გარდა ზემოაღნიშნულისა, ღვიძლის დაჟეჟილობანი, ნაღვლის გზების ასკარიდოზი და სხვა შეიძლება გახდეს ღვიძლში აბსცესის განვითარების მიზეზი. საინტერესო და იშვიათია კ. ერისთავის მიერ აღწერილი შემთხვევა, როცა ღვიძლის აბსცესი მუცლის ტიფის გართულებას წარმოადგენდა. ავადმყოფს ოპერაცია გაუკეთდა ტიფით დაავადების მე-16 დღეს. ავტორი. ფიქრობს, რომ ღვიძლის ჩირქგროვა ავადმყოფს პირველ დღეებშივე განუვითარდა.

რ. ო. ეოლიანის აზრით, ინფექციამ რომ ღვიძლში ფეხი მოიკიდოს და აბსცესი წარმოიშვას, უნდა წინასწარ არსებობდეს დეგენერაციული ცვლილებები. ყველაზე ხშირად, ეოლიანის აზრით, ამ ცვლილებებს მალარია იწვევს. მისი მასალით, აბსცესიან ავადმყოფთა 70% მალარიითაც ყოფილა დაავადებული.

პიოგენურ აბსცესებს ე. ფიფია შემდეგნაირად ანაწილებს.

I ქვეჯგუფი

ინფექციის შეჭრის გზების მიხედვით:
პილეფლებიტური;
ინფექციის გადასვლა;
ჰემატოგენური (ზოგადი ჩირქგროვანი ინფექციის დროს);
ნაღვლის გზების ანთების ნიადაგზე;
ჭიებით გამოწვეული.

II ქვეჯგუფი

ღვიძლში არსებული პათოლოგიური მდგომარეობის ჩირქმბადი ინფექციით გართულება:
ექინოკოკი;
გ უ მ ა;
ტუბერკულოზი;
ავთვისებიანი სიმსივნე.

დაავადების მიმდინარეობის მიხედვით ღვიძლის აბსცესის სხვადასხვა კლასიფიკაციაა შემუშავებული.

ა. ლ. მიასნიკოვი თვლის, რომ აბსცესები უნდა გაიყოს მწვავე, ქვემწვავე და ქრონიკულ ფორმებად.

ი. ხ. ხირეიკინა დაავადების მიმდინარეობაში სამ სტადიას არჩევს: 1. აბსცესის ორგანიზაციის პერიოდს, როდესაც გამოვლინდება ლოკალური ნიშნები: მუცლის შებერვა, კუნთების დაჭიმვა, ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, ღვიძლის გადიდება, ლეიკოციტოზი და ტემპერატურის მომატება.

2. ანთებითი პროცესის გავრცელებას მეზობელ ორგანოებზე. ადგილი აქვს ტაქიკარდიას, პლევრის ხახუნს, სველ ხიხინს, სითხის დაგროვებას პლევრის ღრუში, ანემიას, შარდში ჩნდება ცილა და ა. შ.

3. მოგვიანებული სიმპტომების სტადიას, როდესაც ადგილობრივი მოვლენები უარყოფილია ზოგადი მდგომარეობის დამძიმებით.

ი. ა. რასულევმა საკუთარი გამოცდილებისა და ლიტერატურის მონაცემების მიხედვით შემდეგი კლასიფიკაცია მოგვაწოდა: აბსცესის ღვიძლის ფორმა, რომლისთვისაც დამახასიათებელია ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, ღვიძლის გადიდება, სიყვითლე, რენტგენოლოგიურად დიაფრაგმის მაღლა დგომა და უმოძრაობა.

ღვიძლ-ფილტვის ფორმა (უფრო სწორად, ჰეპატო-პლევრო-პულმონალური ფორმა). ამ დროს მოვლენებს ღვიძლის მხრივ ემატება პლევრისა და ფილტვის მხრივ მოვლენები, მშრალი და სველი პლევ-

რიტის სახით, ზოგჯერ პიოპნევმოთორაქსის, კეროვანი პნევმონიებისა და ფილტვის აბსცესის სახით. არის შემთხვევა, როცა ღვიძლის მხრივ მოვლენები ძალზე მკრთალად არის გამოხატული, რაც მხედველობაშია მისაღები დიაგნოსტიკური შეცდომების თავიდან აცილებისათვის.

ღ ვ ი ძ ლ-თ ი რ კ მ ლ ი ს ფ ო რ მ ა. ამ დროს ღვიძლის მხრივ მოვლენებს ემატება ამილოიდურ-ლიპოიდური ნეფროზი.

ს ე ფ ს ი ს უ რ ი ფ ო რ მ ა. წამყვანია შემცივნებები, მაღალი ტემპერატურა და სეპტიკოპიემიური სურათი.

უ ს ი მ პ ტ ო მ ო ფ ო რ მ ა. კლინიკური ნიშნები სუსტად არის გამოხატული, დიაგნოზი სიცოცხლეში ძნელი დასადგენია და დაავადება გაკვეთის დროს გამოიცნობა.

დაავადების მიმდინარეობის მიხედვით რასულევი შემდეგ ფაზებს აღნიშნავს: ყველაზე ადრეულს — ღვიძლის ფაზას, შემდეგ ღვიძლგარეშეს და ბოლოს — ფინალურ ფაზას. პირველ ფაზაში წამყვანია ღვიძლმხრივი მოვლენები, მეორეში — სხვადასხვა გართულებები, ძირითადად ფილტვების, პლევრისა და თირკმლის მხრივ; ფინალურ ფაზაში ზემოაღნიშნულ გართულებებს ემატება ანემია, ჰემორაგიული სინდრომი და კახექსია.

დაავადება უმთავრესად მამაკაცებში გვხვდება, რასაც ზოგიერთი ავტორი ალკოჰოლის გადაჭარბებულ ხმარებას უკავშირებს. ალკოჰოლი იწვევს ღვიძლის ქსოვილის გადაგვარებასა და ქმნის მიდრეკილებას ჰეპატიტისადმი. მეორე მიზეზად თვლიან მამაკაცთა შორის ღვიძლის მიდამოს ხშირ ტრავმას.

ლიტერატურული მონაცემების მიხედვით ღვიძლის აბსცესი უფრო ხშირად მარჯვენა წილში ვითარდება (სნაიდერი, მოინგენი, ვარინგი, რუისი, ოქსერი და დე ბაკეი, ე. ფიფია, გ. ბოკერია და სხვ.). ეს გარემოება, ალბათ, ღვიძლის წილების სისხლით მომარაგების თავისებურებით უნდა აიხსნას.

ტიპურ შემთხვევაში ღვიძლის აბსცესის გამოცნობა ძნელი არ არის. დაავადებას ახასიათებს ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში. პიოგენური აბსცესის დროს ტკივილი უფრო მწვავედ იწყება. შემცივნებები და მაღალი ტემპერატურა, ოფლიანობა, ზოგჯერ სიყვითლე, ფაღარათი. ყურადღებას იპყრობს ლეიკოციტების რიცხვის მომატება და ედრ-ის აჩქარება.

ღვიძლის აბსცესის დროს სიყვითლის შესახებ აზრთა სხვაობაა. ზოგიერთის დაკვირვებით სიყვითლე აბსცესის დროს იშვიათია (ე. ი. ვოლიანსკი (1898). ა. დ. მიასნიკოვი სიყვითლეს აღნიშნავს შემთხვევათა

16-ში; ტირფელდერი — 375 ავადმყოფიდან სიყვითლეს 58 ავადმყოფში აღნიშნავს (16%); რუი 155-დან — 26 ავადმყოფში (16.77%).

ე. დ. ტარლოვის, ი. ა. რასულევისა და სხვათა დაკვირვებებით, სიყვითლე ღვიძლის აბსცესების მუდმივი ნიშანია.

დაავადების სიმპტომები განსაკუთრებით ბუნდოვანია დასაწყის პერიოდში, მაშინ როდესაც სჭარბობს ზოგადი ინტოქსიკაციის მოვლენები. დაავადების პროგრესულობასთან ერთად ღვიძლი დიდდება, კლინიკური ნიშნები უფრო რელიეფური ხდება და დიაგნოზის დასმაც ადვილდება. დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა უმთავრესად ლოკალურ სიმპტომებს აქვთ. მით უფრო შესაძლოა მათი გამოვლინება, რამდენადაც აბსცესი ღვიძლის ზედაპირს უახლოვდება.

მიუსი აღნიშნავს ღვიძლის აბსცესის დროს მარჯვენა მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრ კუნთის მტკივნეულობას მასზე ზეწოლისას, რაც ლიტერატურაში ცნობილია. დიდი სადიაგნოზო მნიშვნელობა აქვს აბსცესის შიგთავსს. ამებური აბსცესის დროს შიგთავსი შოკოლადის ფერისაა, ზოგჯერ მასში შესაძლებელია ამებების აღმოჩენა. დათესვით ჩირქი სტერილურია. გარკვეული დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას. საყურადღებოა დიაფრაგმის მაღლა დგომა და მისი მოძრაობის თითქმის სრული შეზღუდვა, — ანთებითი გამონაჟონი დიაფრაგმის ზემოთ ან ქვემოთ.

ე. ბაკურაძის გამოკვლევით, რომელიც ჩვენი კლინიკის მასალას ეყრდნობა, 6 შემთხვევაში ღვიძლის აბსცესმა გამოიწვია სუბდიაფრაგმული აბსცესის განვითარება.

მ. ჩაჩავას და ს. ბუაჩიძის მონაცემებით სუბდიაფრაგმული ჩირქგროვა ორ შემთხვევაში განვითარდა ნაღვლის ბუშტის ანთების შედეგად და ერთხელ ღვიძლის აბსცესის გამო.

გარდა სუბდიაფრაგმული ჩირქგროვისა, ღვიძლის აბსცესის მთავარი გართულებაა შინაგანი სისხლდენა, პერიტონიტი, ფილტვის აბსცესი, ჩირქოვანი პლევრიტი და სხვ. ლიტერატურაში მითითებულია ეს გართულებები; ისინი ჩვენს მასალაშიც გვხვდება. გართულებათა უმეტესი ნაწილი ამებურ აბსცესებზე მოდის. აი, საილუსტრაციო მასალაც.

ავადმყოფი ა. ი., მამაკაცი, 32 წლის. 1957 წ. მოთავსდა კლინიკაში პლევრის ღრუში გახსნილი ფილტვის აბსცესის დიაგნოზით. ავადმყოფს აღენიშნებოდა სისხლიანი ჩირქოვანი ნახველი და მაღალი ტემპერატურა. გაუკეთდა პლევრის პუნქცია, მივიღეთ 400 მლ-მდე სითხე. იმავე დღეს რენტგენოსკოპიით კარგად გამოვლინდა გადიდებული ღვიძლის ჩრდილი. ღვიძლის პუნქციით დიდი რაოდენობით მივიღეთ შოკოლადის ფერის ჩირქი. ავადმყოფს დაუწყეთ მკურნალობა ემეტი-

ნით, რის შემდეგ მდგომარეობა პირველ ხანებში საგრძნობლად გაუმჯობესდა. შემდეგ მას განუვითარდა ჯერ მარჯვენა ჰემიპარეზი და შემდეგ დამბლა, მხედველობის გაორებითა და ნისტაგმით. ეჭვი მივიტანეთ ტვინის მეტასტაზურ აბსცესზე. ახლობელთა დაჟინებითი მოთხოვნით ავადმყოფი გაწერეს. მისი მდგომარეობა თანდათანობით გამოკეთდა.

საინტერესოა მეორე შემთხვევაც:

ავადმყოფი ე. ო., მამაკაცი, 32 წლისა, 1956 წელს მოიყვანეს კლინიკაში ძალიან მძიმე მდგომარეობაში ფილტვის აბსცესის დიაგნოზით. რენტგენოლოგიურად აღენიშნებოდა პლევრის დაჩრდილვა მარჯვნივ, ჰქონდა ჩირქსისხლიანი ნახველი. გაუკეთდა ოპერაცია — თორკოტომია, 8—9 ნეკნის რეზექციით; გაიხსნა ფილტვში არსებული ღრუ, რომელიც ხერელით მიემართებოდა დიაფრაგმისა და ღვიძლისაკენ. აქედან დიდი რაოდენობით ამოიღეს ჩირქი. ავადმყოფს დავუწყეთ ემეტინით მკურნალობა, რის შემდეგ იგი განკურნებული გაეწერა.

საჭიროა აღნიშნული შემთხვევების გათვალისწინება დიაგნოზური შეცდომების თავიდან აცილების მიზნით.

ბოლო ხანებში ღვიძლის აბსცესის დიაგნოსტიკისათვის გამოიყენება სპლენოპორტოგრაფია.

სპლენოგრამაზე აბსცესი ორი ნიშნით გამოიცნობა: სისხლძარღვების სურათზე შეიძლება აღინიშნოს კარის ვენის მსხვილი ტოტის ამპუტაცია.

ჰეპატოგრაფიამ შეიძლება გამოავლინოს მრგვალი ფორმის ჯიბე. საყურადღებოა, რომ განკურნების შემდეგ სპლენოპორტოგრამები ნორმას უბრუნდება.

ა. ფარეი გვირჩევს აბსცესის დიზენტერიული გენეზისის დასამტკიცებლად რექტოსკოპიის გამოყენებას. მან 25 სიგმოსკოპიის დროს 20 შემთხვევაში აღმოაჩინა ამებური ტიპის წყლულები.

ატიპურ შემთხვევებში დიაგნოზის დაზუსტება ძნელია. ღვიძლის აბსცესის დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გატარდეს მარჯვენამხრივ ჩირქოვან-პლევრიტთან, სუბდიაფრაგმულ ჩირქგროვასთან, ექინოკოკთან, კენჭოვან ქოლეცისტიტთან, ქოლანგიტთან, მალარიასთან და სხვა.

ღვიძლის აბსცესის მკურნალობაში უდიდესი მნიშვნელობა აქვს აბსცესის ხასიათის დადგენას, რადგან ამებური და პიოგენური აბსცესები მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდს საჭიროებენ.

ამებური აბსცესის მკურნალობის საუკეთესო მეთოდად კონსერვატიული თერაპია უნდა ჩაითვალოს — ემეტინით მკურნალობა. ფიქრობენ, რომ ემეტინი ამების წინააღმდეგ მოქმედებს სისხლის გზით. მისი დღიური დოზა, 0,39—0,65 უდრის და ავადმყოფს ენიშნება — 3—5

დღის განმავლობაში. უნდა გვახსოვდეს, რომ ღვიძლის აბსცესის რეციდივები მხოლოდ ამებური აბსცესის შემთხვევებში გვხვდება. ამიტომ ასეთი ავადმყოფები ხანგრძლივ მეთვალყურეობას საჭიროებენ. აუცილებელია პერიოდულად განავლის გასინჯვა ამებაზე და პროფილაქტიკური განმეორებითი ემეტინოთერაპია გარკვეული დროის განმავლობაში. ზოგადი ემეტინოთერაპიის გარდა მნიშვნელობა აქვს ჩირქის ასპირაციას და უშუალოდ აბსცესის ღრუში ემეტინის შეშხაპუნებას.

გ. ბოკერიას აზრით, ნაჩვენებია ოპერაცია ემეტინორეზისტენტული ამებური აბსცესის შემთხვევაში.

მ. პოვლი ემეტინის ადგილობრივ გამოყენებამდე გვირჩევს წინასწარ ამების საწინააღმდეგო მკურნალობის ჩატარებას სტაციონარის პირობებში, დაახლოებით 12 დღის განმავლობაში, რის შემდეგ იგი ერთჯერად პუნქციას მიმართავს. ტუნი გვირჩევს აბსცესის ღრუს გამორეცხვას ქლოროკაინის ხსნარით (1 : 50-ზე). აღნიშნული მეთოდით მკურნალობა ამებური აბსცესის სრულ განკურნებას იძლევა. უნდა გვახსოვდეს, რომ ემეტინი გულის კუნთს აზიანებს და ამიტომ მისი დოზირება და ხმარების წესი კარგად უნდა დაზუსტდეს.

პიოგენური აბსცესის მკურნალობა ოპერაციულია.

ღვიძლის აბსცესი შეიძლება ტრანსპერიტონეალურად გაიხსნას, ნეკნთა რკალის ქვემოთ და ტრანსპლევრალურად. თუ ეს უკანასკნელი მიდგომაა საჭირო, უმჯობესია ოპერაცია ორ ეტაპად გაკეთდეს — პირველ ეტაპზე განაკვეთი გატარდება მე-9—10 ნეკნის დონეზე. ეს ნეკნები ამოიკვეთება უკანააქისლარულ ხაზზე, რის შემდეგ უნდა გაკეთდეს ტამპონადა, რომ პლევრა და დიაფრაგმა მიეზარდოს ერთმანეთს. 5—6 დღის შემდეგ საჭიროა გაკეთდეს მეორე ეტაპი, რაც გულისხმობს ღვიძლის პარენქიმის გახსნას აბსცესის მიდამოში ისე, რომ თავისუფალ პლევრის ღრუში ჩირქი არ მოხვდეს. ამრიგად, იკვეთება პარიეტალური პლევრა, დიაფრაგმა, შემდეგ მოვხვდებით სუბდიაფრაგმულ სივრცეში და თუ საჭიროა, გაიკვეთება ღვიძლიც. ჰაეროვანი ემბოლიის ასაცილებლად ავადმყოფს ღვიძლის გაკვეთის დროს თავი მაღლა უნდა ჰქონდეს აწეული. ღვიძლის გაკვეთამდე შესაძლებელია გამოვიყენოთ პუნქცია მსხვილი ნემსით, აბსცესის ლოკალიზაციის დასადგენად, ეს ადგილი შეიძლება გაიკვეთოს მიწვის საშუალებით. ჩირქგროვის გახსნის შემდეგ მასში ჩაიდება რეზინის მილი და ტამპონები. ოპერაციის დროს ერთგვარი სიფრთხილეა საჭირო, რომ არ დაზიანდეს ისეთი სისხლძარღვები, როგორიცაა ქვემო ღრუ ვენა და კარის ვენა.

ღვიძლის აბსცესის გახსნა შეიძლება ექსტრაპერიტონეალური მიდგომითაც, რომელიც შემოგვთავაზა ოქსენერმა (1938). ამ მიდგომის განსახორციელებლად საჭიროა მე-12 ნეკნის ამოკვეთა და აბსცესის

გაკვეთა ისე, რომ პლევრა არ დაზიანდეს. განაკვეთი ისე უნდა გატარდეს, რომ პერიტონეალური ცხიმი დიაფრაგმის ქვემოთ აღმოჩნდეს. ასე შევდივართ პერტონეუმსა და დიაფრაგმას შორის არსებულ სივრცეში. ამ მიდგომით აღმოჩენილი იქნება ღვიძლის ზედაპირი, რომელიც დაფარული არ არის პერიტონეუმით. ზოგჯერ აბსცესი სწორედ ამ ადგილასაა. სხვა შემთხვევაში საჭიროა მივმართოთ წინასწარ პუნქციას. ოპერაციულ მკურნალობას. ანტიბიოტიკები უნდა დაემატოს დიდი დოზით.

წინათ პიოგენური აბსცესით ავადმყოფთა უმრავლესობა იღუპებოდა, მაგრამ ანტიბიოტიკების ფართოდ გამოყენების შემდეგ სიკვდილიანობა საგრძნობლად შემცირდა. გამონაკლისია ღვიძლის მრავალი აბსცესი, რაც ამჟამადაც სიკვდილიანობის მაღალ პროცენტს იძლევა.

ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის მასალების მიხედვით (1919 — 1960), ღვიძლის აბსცესით გატარებულია 132 ავადმყოფი, ამებური აბსცესით — 54, პიოგენურით — 78.

საქართველოში ღვიძლის ამებური აბსცესი შედარებით ხშირია, მაგრამ ჩვენს მასალაზე პიოგენური აბსცესები მეტი იყო. ლიტერატურის მონაცემები და ჩვენი მასალაც. მოწმობს, რომ ამებური აბსცესი, პიოგენურთან შედარებით, უკეთესად იკურნება. როცა სუფთა ამებურ აბსცესთან გვაქვს საქმე, ოპერაციული ჩარევა საჭირო არ არის და სათანადო კონსერვატიული მკურნალობა კარგ ეფექტს იძლევა. ჩვენი ამებური აბსცესით დაავადებული 52 ავადმყოფიდან კონსერვატიული მკურნალობის მეთოდით ყველა განიკურნა. აღსანიშნავია ისიც, რომ განიკურნენ ავადმყოფები ამებური აბსცესის შედარებით შორსწასული და გართულებული ფორმებითაც.

კლინიკაში გატარებული ღვიძლის ამებური აბსცესიანი ავადმყოფებიდან ორს ჩირქგროვა პლევრის ღრუში გაეხსნა, სამს კი — ფილტვში. სამივე უკანასკნელ შემთხვევაში სხვადასხვა სამკურნალო დაწესებულებაში დაავადება დიაგნოსცირებული იყო როგორც ფილტვის ტუბერკულოზი ან ფილტვის აბსცესი. ცხადია, ასეთ გართულებულ შემთხვევაში დიაგნოზის დადგენა გარკვეულ სირთულეს წარმოადგენს, მაგრამ თუ სრულყოფილი ანამნეზი გვექნება და სწორად შეფასდება ავადმყოფის სტატუსი, ღვიძლის აბსცესის გამოვლენა შესაძლებელია.

იყო შემთხვევები, როდესაც არასწორად ნამკურნალევ ღონემიხდილ ავადმყოფებს დაგვიანებით მიუმართავთ კლინიკისათვის. ემეტინთერაპიამ ყოველთვის უჩვეულო ეფექტი მოგვცა და ბევრ მძიმე ავადმყოფს აღუდგინა ჯანმრთელობა.

ემეტინოერაპია ღვიძლის ამებური აბსცესის ერთ-ერთი საუკეთესო

სამკურნალო საშუალებაა, რის გამოც იგი თითქმის ყველამ სამართლიანად აღიარა მკურნალობის არჩევით მეთოდად.

შერეული ინფექციის დროს საკითხი დგება ოპერაციული ჩარევის შესახებ. ორ ავადმყოფს, რომელთაც ამებური აბსცესი პიოგენური ინფექციით ჰქონდათ გართულებული, გავუკეთეთ ოპერაცია. ერთი მათგანი გარდაიცვალა. აი, ამ ავადმყოფის ისტორიაც.

ავადმყოფი კ. ა., მამაკაცი, 50 წლის. მოიყვანეს ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში დაავადების დაწყებიდან მე-12 დღეს. კლინიკაში დაისვა ღვიძლის აბსცესის დიაგნოზი. ავადმყოფს მკვეთრად ჰქონდა გამოხატული სიყვითლე და მძიმე ქოლანგიტის სურათი. გაუკეთდა ოპერაცია. გაიხსნა აბსცესის ღრუ და ჩაიდო ტამპონები. ოპერაციის შემდეგ, მიუხედავად ენერგიულად ჩატარებული კონსერვატიული მკურნალობისა, ავადმყოფი გარდაიცვალა. დადგინდა ღვიძლისა და ნაწლავების ამება. ღვიძლის დიდი აბსცესი და ჩირქოვანი ქოლანგიტი.

ამებური აბსცესი, თანდართული პიოგენური ინფექციით, მეტად მძიმე კლინიკურ გამოვლენას იძლევა და პროგნოზიც, რა თქმა უნდა, მძიმეა. საგულისხმოა, რომ ამებური აბსცესის დროს კარგი ეფექტის მიღწევა შეიძლება მხოლოდ ემეტინის დიდი დოზებით, მცირე დოზები განკურნებას არ იძლევა. რაც მთავარია, მცირე დოზები ხელს უწყობს ამების ემეტინისადმი რეზისტენტული ფორმების ჩამოყალიბებას, რომელთა ლიკვიდაცია შემდეგ ძალიან ძნელია. ემეტინი შეყავთ კანქვეშ — 2% ხსნარის სახით, თითო მლ 3—4-ჯერ დღეში. ამ მეთოდით მკურნალობა სწრაფად აუმჯობესებს ავადმყოფის ზოგად მდგომარეობას. მალე ეხსნება ინტოქსიკაცია, ტემპერატურა ნორმალური უხდება, ემატება მადა და ა. შ. ღვიძლი ყოველდღიურად თვალსაჩინოდ მცირდება და ჩვეულებრივ მეორე კვირის ბოლოს, ნორმას უბრუნდება. ღვიძლი თითქოს თვალწინ „დნება“.

დიდი აბსცესის შემთხვევაში მიზანშეწონილია ზოგად ემეტინთერაპიასთან ერთად ღვიძლის პუნქცია და აბსცესის ღრუს გამორეცხვა ემეტინით.

პიოგენური აბსცესი ოპერაციულ მკურნალობას მოითხოვს. კლინიკაში გატარებული 78 ავადმყოფიდან პიოგენური აბსცესით ოპერაცია გაუკეთდა 73-ს. მიუხედავად ანტიბიოტიკების ფართოდ გამოყენებისა, ღვიძლის პიოგენური აბსცესი სიკვდილიანობის მაღალ პროცენტს იძლევა, თუმცა ახლა მაჩვენებელი უკეთესია. 78 ავადმყოფიდან ცხრა გარდაიცვალა — ძირითადად ღვიძლის მრავლობითი აბსცესებით, როცა ღვიძლის ფუნქციის დაკნინებასთან ერთად მათ ჰქონდათ ზოგადი მძიმე ინტოქსიკაცია.

მიუხედავად ამისა, ევალდის (1917) აზრი, რომ „ღვიძლის მრავლობითი აბსცესის დროს ქირურგიც უძლურია“, — ამჟამად გამართლებული არ არის.

საილუსტრაციოდ მოვიყვანოთ ერთი ავადმყოფის ისტორია:

ავადმყოფი ც. ე., 38 წლის, მოიყვანეს ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში 1961 წლის 4 აგვისტოს, როგორც სასწრაფო შემთხვევა. გრძნობს ტკივილს მარჯვენა ფერდქვეშა არეში, აქვს მცირე სიყვითლე და გულისრევა; ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა მეტად მძიმეა. ავადაა 1955 წლიდან. უკანასკნელი წლის განმავლობაში აღნიშნავს ხშირ გამწვავებებს, მაღალი ტემპერატურითა და პირღებინებით. კლინიკაში შემოსვლის ორი კვირით ადრე მდგომარეობა საგრძნობლად გაუარესდა. კლინიკაში შემოსვლისას ტემპერატურა — 37,3°, ლეიკოციტები — 20.000, ედრ — 66 მმ საათში. ღვიძლის პუნქციამ შედეგი არ მოგცა. პლევრის პუნქციით, მარცხნივ, მივიღეთ 700.0 გამჭვირვალე, მოყვითალო ფერის სითხე. რენტგენოსკოპიით დიაფრაგმის მარჯვენა გუმბათი ძალიან მაღლა დგას. 8 აგვისტოს გაუკეთდა ოპერაცია; აღმოჩნდა: ღვიძლის სხვადასხვა ოდენობის მრავლობითი აბსცესები, რომლებიც გაიხსნა. ჭრილობაში ჩაიდო ტამპონები და დრენაჟი. ოპერაციის შემდეგ უტარდებოდა ენერგიული მკურნალობა ანტიბიოტიკებით, როგორც ადგილობრივ, ისე ზოგადად. 26 ოქტომბერს ავადმყოფი გაეწერა განკურნებული.

ეს შემთხვევა ადასტურებს, რომ ანტიბიოტიკებმა დიდად შეუწყო ხელი ამ მძიმე დაავადების განკურნებას.

ლიტერატურაში მითითებულია, რომ დიდი მნიშვნელობა აქვს ოპერაციის დროულად გაკეთებას, სანამ ღვიძლის ქსოვილი ნაკლებად დისტროფიულია და ინტოქსიკაციას ჯერ არ გამოუწვევია სხვა პარენქიმული ორგანოების გადაგვარება. როცა ჩვეულებრივ ღვიძლში ყველა ფუნქცია თვალსაჩინოდ დაქვეითებულია, გვირჩევენ ადგილობრივი ანესთეზიის გამოყენებას. ამ მოსაზრებას საკუთარ ადასტურებს ჩვენი კლინიკის გამოცდილებაც — ოპერაციების უმეტესი ნაწილი ადგილობრივი ანესთეზიით არის გაკეთებული.

ამრიგად, როგორც ლიტერატურით, ისე ჩვენი კლინიკის მასალის ანალიზით დადასტურებულია, რომ პიოგენური და ამებური აბსცესების განკურნება შეიძლება. ამებური აბსცესი უკეთეს მაჩვენებლებს იძლევა. პიოგენური აბსცესების გამო ადრეულ პერიოდში ჩატარებული ოპერაცია, დაავადებული კერის ფართოდ გახსნა, მისი დრენირება, ანტიბიოტიკების გამოყენებასთან ერთად, ავადმყოფის გადარჩენის საწინდარია.

ღვიძლის ტრავმული დაზიანებანი

დაავადების კლინიკური მიმდინარეობის სიმძიმითა და მაღალი სიკვდილიანობით ღვიძლის ტრავმებს, მუცლის ღრუს სხვა ორგანოების ტრავმებს შორის მეტად მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია. წინათ ღვიძლის ტრავმის მკურნალობა უშედეგოდ მიაჩნდათ, რის გამოც ღვიძლის დაზიანების შემთხვევებში ოპერაციულ ჩარევას არ აწარმოებდნენ და მხოლოდ კონსერვატიულად მკურნალობდნენ.

ლარეი ამტკიცებდა, რომ მუცლის ღრუში ნაღვლის ჩაღვრა სასიკვდილოა. XIX საუკუნის მეორე ნახევრიდან გამოჩნდა ერთეული ექსპერიმენტული და კლინიკური ხასიათის შრომები, რომლებიც მოწმობდნენ ღვიძლის ტრავმის გამო გაკეთებული ოპერაციის შედეგად განკურნების შესაძლებლობას. ექსპერიმენტულად დადგენილი იყო, რომ ღვიძლის ქსოვილს აქვს შეხორცებისა და რეგენერაციის უნარი.

ახლა ღვიძლის დაზიანებანი და ჭრილობები მუცლის ღრუს გადაუდებელი ქირურგიის მნიშვნელოვანი ნაწილია. სიხშირის მხრივ ღვიძლის დაზიანებას პირველი ადგილი უკავია მუცლის ღრუს ორგანოების კანქვეშა დაზიანებათა შორის, რაც იმით არის განპირობებული, რომ ღვიძლი საკმაოდ დიდი ორგანოა, ზედაპირულად მდებარეობს და ადვილად მისაწვდომია ტრავმისათვის. ამასთან ერთად ღვიძლი ნაკლებად ელასტიკურია, რაც თავის მხრივ ხელს უწყობს მის ადვილად დაზიანებას. ღვიძლის დაზიანების ხელშემწყობ ფაქტორებად ითვლება სიფილისი, მალარია, შეგუბებითი სიყვითლე და სხვა.

მრავალი ავტორი ღვიძლის ტრავმის მექანიზმს განიხილავს იმ სქემის მიხედვით, რომელიც ჯერ კიდევ 1875 წ. შეიმუშავა რუსტამოვმა. რუსტამოვი სამ მომენტს გამოჰყოფს: დარტყმას, ზეწოლას და უკუდარტყმას. უკანასკნელი მექანიზმი უფრო იშვიათია; ყველაზე ხშირია ღვიძლის დაზიანება უშუალო დარტყმის შედეგად. საერთოდ ღვიძლის დაზიანება შეიძლება ორი სახისა იყოს: დახურული და ღია. დახურულ დაზიანებას მრავალი მიზეზი განაპირობებს: 1) ძალის პირდაპირი ზემოქმედება ღვიძლზე, დარტყმა ან დაცემა მარჯვენა გვერდით; 2) სიმაღლიდან ჩამოვარდნა. დახურული დაზიანების შემთხვევაში შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ღვიძლის ქსოვილის ვრცელ დაზიანებას, ერთ ადგილას ან მრავლობითს, კაფსულის იზოლირებულ დაზიანებას, აპოპლექსიას ღვიძლის პარენქიმაში.

ანდერსონი ღვიძლის ყველა სახის გაგლეჯას ოთხ ჯგუფად ჰყოფს: 1) გაგლეჯა, როდესაც ზიანდება როგორც კაფსულა, ისე ღვიძლის ქსოვილი; 2) სუბკაფსულური ჰემატომა, 3) ცენტრალური გაგლეჯა, 4) სისხლძარღვების ღვიძლშიგნითა გაგლეჯა — ანევრიზმის განვითარებით. ამათ ანდერსონი კიდევ სამ ფორმას უმატებს: 1) გლისონის

კაფსულის გაგლეჯას, 2) ღვიძლის იოგოვანი აპარატის გაგლეჯასა და 3) ღვიძლის ცალკეული ნაწილების მოწყვეტას.

გ. ფ. ნიკოლაევი ღვიძლის დახურულ დაზიანებას შემდეგნაირად ჰყოფს: I. დაზიანება კაფსულის დარღვევის გარეშე; 1. სუბკაფსულური ჰემატომები, 2. ღრმა, ანუ ცენტრალური ჰემატომები; II. დაზიანება კაფსულის მთლიანობის დარღვევით: 1. ერთეული და მრავლობითი გაბზარვები, 2. იზოლირებული გაგლეჯა თანდართული გაბზარვებით, 3. ღვიძლის გასრესა და ცალკეულ ფრაგმენტებად დანაწილება, 4. ღვიძლის გაგლეჯა და გაბზარვა ნაღვლის ბუშტისა და ნაღვლის მსხვილი სადინარების დაზიანებით, 5. ნაღვლის ბუშტისა და ღვიძლგარეშე ნაღვლის გზების იზოლირებული დაზიანება.

ღვიძლის დახურულ დაზიანებას კაფსულის დაზიანების გარეშე თავისებური კლინიკური მიმდინარეობა ახასიათებს. ამ ავადმყოფებს ზოგჯერ რამდენიმე დღის შემდეგ მცირე ტრავმის ზეგავლენით უზიანდებათ კაფსულა და უვითარდებათ შინაგანი სისხლდენა. ამას ზოგიერთი ღვიძლის „ორმომენტიან“ ან „ორფაზიან“ დაზიანებას უწოდებს.

ღვიძლის სუბკაფსულარული და ორფაზიანი გაგლეჯა იშვიათია.

ღია დაზიანებას იწვევს ცივი ან ცეცხლმსროლი იარაღი და კლინიკურად იგივე მოვლენებით ხასიათდება, რაც დახურული დაზიანება.

ღვიძლის დაზიანება უფრო ღრმად იყო შესწავლილი ომიანობის დროს, რადგან ხშირი იყო წინათ ღვიძლის დაზიანება ცხენის ფეხის დარტყმის გამო, ახლა კი ამის მიზეზია მანქანის კატასტროფა. ღვიძლის დაზიანების ერთ-ერთი არაიშვიათი მიზეზია ახალშობილების სიმაღლიდან ჩამოვარდნა. არდენმა (1946) აღნიშნა, რომ ღვიძლი შეიძლება დაზიანდეს ორსულობის დროსაც, განსაკუთრებით ორსულობის ტოქსიკოზის შემთხვევაში.

ვ. შიბერსა და ჟ. კენერს სამი დღის ახალდაბადებულისათვის გაუკეთებიათ ოპერაცია მუცლის ღრუში სისხლჩაქცევის გამო; ეს უკანასკნელი ღვიძლის მარჯვენა წილის გაგლეჯის შედეგი ყოფილა. დეფექტი ქრომირებული კეტგუტით გაკერეს. ახალშობილი განიკურნა. ავტორები ახალშობილში ღვიძლის გაგლეჯას უკავშირებენ ტრავმას, ანოქსიას და ჰემორაგიულ დიათეზს.

ღვიძლის ტრავმის შემთხვევები ახლა მატულობს, მაგრამ ომიანობის წლებთან შედარებით, ბევრად უფრო ნაკლებია.

ვალასეს მონაცემებით, ომიანობის დროს ღვიძლის დაზიანება შეადგენს 16.8%-ს. იგი მუცლის ღრუს სხვა ორგანოების დაზიანების დაახლოებით ასეთივე სიხშირეს აღნიშნავს — 16.4%-ს, რაც ომის დროს ყველა სხვა ორგანოს დაზიანების 0,3%-ს შეადგენს: ომის დროს სჭარბობს ღვიძლის შემავალი ჭრილობები, მშვიდობიანობის დროს კი

უფრო ხშირია ღვიძლის კანქვეშა დაზიანება. ღვიძლის კანქვეშა დაზიანება ხშირია 10 — 40 წლის ასაკში.

ელდერმა (1887) შეაგროვა მუცლის ღრუს ორგანოების კანქვეშა დაზიანების 365 შემთხვევა, აქედან ღვიძლის დაზიანება 180 იყო.

დანარჩენი მასალა მოდიოდა თირკმლების, ელენთისა და პანკრეასის კანქვეშა დაზიანებაზე.

1928—1938 წწ. სკლიფასოვსკის სახ. ინსტიტუტში 81 ავადმყოფი იყო ნაოპერაციები ღვიძლის დახურული დაზიანების გამო (ბ. ს. როზანოვი, 1936), ა. ა. კოროლევა (1945).

თბილისის ქირურგიულ კლინიკებში სექციურ მასალაზე 1919—1956 წწ. აღრიცხულია ღვიძლის კანქვეშა დაზიანების 97 შემთხვევა (ა. ჩაჩანიძე, თ. სიხარულიძე).

ვრაიტის მონაცემებით ღვიძლისა და ელენთის კანქვეშა დაზიანების სიხშირე ერთნაირია და ორივე ერთად მუცლის ღრუს ორგანოების კანქვეშა დაზიანების 74%-ს შეადგენს.

ღვიძლის მდებარეობა და სიდიდე ხელს უწყობს მის დაზიანებას. ღვიძლის მარჯვენა წილი 5-ჯერ უფრო ხშირად ზიანდება, ვიდრე მარცხენა. რაიტის მონაცემებით კი 13-ჯერ უფრო ხშირად. აზრი, რომ უფრო ხშირად ზიანდება ღვიძლის დორზ-კაუდალური ზედაპირი, უარყოფილია რაიტის მიერ. უნდა ითქვას, რომ ღვიძლის ყველა ზედაპირი თითქმის ერთნაირი სიხშირით ზიანდება.

ღვიძლის დაზიანების დაყოფა სუბკაფსულარულ და ტრანსკაფსულარულად თავისთავად არ განსაზღვრავს დაზიანების სიღრმესა და ხარისხს.

მარტინი (1947) ღვიძლის დაზიანების პროგნოზისათვის დიდ მნიშვნელობას აძლევს დაზიანების სიღრმეს, მისი აზრით ფართო სუბკაფსულური დაზიანების დროს წარმოიშვება ჰემატომა, სისხლი ჭიმავს კაფსულას და აწვება ღვიძლის ქსოვილს. ზეწოლის ზეგავლენით სისხლდენა ჩერდება, ჰემატომს შეიძლება მოჰყვეს აბსცესის ან ცისტომის განვითარება.

ღვიძლის ტრანსკაფსულარულად დაზიანება გულისხმობს მისი მასის ვარსკვლავისებურად გაგლეჯას, რასაც ჩვეულებრივ ჰემორაგია და ქოლერაგია მოჰყვება. ამ შემთხვევაში სისხლდენა ჩვეულებრივ ძლიერი და ხანგრძლივია, რის გამოც ავადმყოფები ხშირად მძიმე შოკში ვარდებიან. სისხლდენის ხანგრძლივობა განპირობებულია იმით, რომ ღვიძლის ქსოვილი არაელასტიკურია. მეორე მხრივ, დიაფრაგმის მოძრაობა აღრმავებს ღვიძლის დაზიანებასა და სისხლდენასაც. ჩაღვრილი ნაღველი ხელს უწყობს ინფექციის განვითარებას და აფერხებს სისხლის შედედებას. ამასთან ერთად ინტრაჰეპატიკურ ვენებს არა

აქვთ შეკუმშვის უნარი და სარქველები. ყოველივე ამის გამო ღვიძლის მცირე დაზიანებასაც შეუძლია ძლიერი სისხლდენა მოგვცეს. ღრმა დაზიანების დროს სისხლდენა უფრო ძლიერია, რადგან სისხლმდენია პორტალური ვენებიცა და ინტრაჰეპატიკური არტერიებიც. სისხლდენა ძლიერდება სუნთქვისას, რაც ნათლად ჩანს ოპერაციის დროს.

როგორც ღვიძლის სუბკაფსულური, ისე ტრანსკაფსულური დაზიანების დროს ხდება არტერიული და ვენური სისხლის შერევა, ვითარდება მრავლობითი ინფარქტები, ლოკალური ნეკროზები, იზოლირებული სეკვესტრები.

ღვიძლის დახურული დაზიანების გამოცნობა ერთგვარ სიძნელეებთანაა დაკავშირებული და ეს სიძნელე მატულობს კომბინირებული დაზიანების შემთხვევაში.

ტოლეს მონაცემებით, სწორი დიაგნოზი ოპერაციამდე შემთხვევათა მხოლოდ 25%-ში ისმება. კიდევ უფრო ძნელი გამოსაცნობია ღვიძლის სუბკაფსულური დაზიანებანი, რადგან შინაგანი სისხლდენის სიმპტომები გამოხატული არ არის. ასევე ძნელია ღვიძლის ორმომენტიანი დაზიანების ამოცნობა (გ. ფ. ნიკოლაევი); ლ. ა. ათანასიანს ჰქონია შემთხვევა, როდესაც მეორე ფაზა, ანუ კაფსულის გაგლეჯა, მე-13 დღეს განვითარებულა.

სუბკაფსულურ დაზიანებას ახასიათებს აუტანელი ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, იგი ძლიერდება სუნთქვასთან დაკავშირებით, კორლსონი გაურკვეველი დიაგნოზების დროს გვირჩევს მუცლის ღრუს პუნქციას. დიაგნოსტირებული სუბკაფსულური დაზიანების შემთხვევაში ქირურგმა უნდა მიმართოს ლოდინის ტაქტიკას. საერთოდ კი ღვიძლის კონტუზიო საჭიროებს ავადმყოფის ჰოსპიტალიზაციას და მკაცრ წოლით რეჟიმს ორი კვირის განმავლობაში მაინც.

ღვიძლის შემავალი დაზიანების დროს ნაფლეთოვანი ჭრილობის ხასიათი იარაღის ოდენობასა და ფორმაზეა დამოკიდებული. რაც შეეხება ღვიძლის ცეცხლსასროლი იარაღით გამოწვეულ დაზიანებაა, მნიშვნელობა აქვს გასროლის მანძილსა და ტყვიის ხასიათს. ტყვია რაც უფრო ახლო მანძილიდანაა ნასროლი, მით უფრო მეტია დაზიანების ხარისხი. ახლო მანძილიდან მოხვედრილმა ტყვიამ შეიძლება მთელი ორგანო დააქუცმაცოს. შეიძლება ღვიძლის მოგლეჯილი ნაწილი სეკესტრის სახით თავისუფლად მდებარეობდეს მუცლის ღრუში, ღვიძლის დაზიანება შეიძლება გამოიწვიოს მოტეხილმა ნეკნებმაც.

ღვიძლის, როგორც კანქვეშა დაზიანება, ისე შემავალი ჭრილობა შეიძლება იყოს იზოლირებული ან კომბინირებული სხვა ორგანოების დაზიანებასთან; შეიძლება ერთდროულად დაზიანდეს მარჯვენა თირკმელი, პლევრა, ფილტვი ან სხვა რომელიმე ორგანო, იმის მიხედვით,

თუ საიდან არის ტყვია მოხვედრილი და როგორი მიმართულება ჰქონდა მას. იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც არის შემავალი და გამავალი ხვრელი, ძნელია ზუსტად განისაზღვროს, თუ რომელი ორგანო რა ხარისხითაა დაზიანებული; ამიტომ ასეთი ჭრილობები მუცლის ღრუს სრულ რევიზიას საჭიროებს.

ლიკის მასალაზე მუცლის ღრუს 27 გამავალი ჭრილობიდან ღვიძლთან ერთად 11 შემთხვევაში სხვა ორგანოებიც იყო დაზიანებული. ამათგან 8-ჯერ მარჯვენა ფილტვი და თითოჯერ მარცხენა ფილტვი, მარჯვენა თირკმელი და პანკრეასი.

მიკოლის მონაცემებით, ღვიძლის კანქვეშა დაზიანების დროს, თირკმელი შემთხვევათა 20%-ში ზიანდება, ელეხთა — 10%-ში, ფილტვები —17%-ში.

მ. ჩაჩავას მონაცემებით (1919—1939 წ.) გულმკერდის 550 ჭრილობიდან 52 თორაკოაბდომინალური იყო, ამათგან ღვიძლის დაზიანება 14 შემთხვევაში

ა. ჩანანიძისა და თ. სიხარულიძის მონაცემებით, ღვიძლის იზოლირებული დაზიანება იყო 25, კომბინირებული კი — 72.

მეორე მსოფლიო ომის მასალის მიხედვით, როდესაც მხოლოდ ღვიძლია დაზიანებული, სიკვდილიანობა 10%-ს შეადგენს. თუ ღვიძლთან ერთად ერთი რომელიმე შინაგანი ორგანოც დაზიანებულია, სიკვდილიანობა უკვე 28%-ს შეადგენს. ორი ორგანოს დაზიანების დროს — 40%-ს (დებეკი, 1947); როგორც ღვიძლის კანქვეშა დაზიანების, ისე შემავალი ჭრილობის სიმპტომატოლოგია დამოკიდებულია ღვიძლის დაზიანების ხარისხზე. ღვიძლის დაზიანების დროს სისხლდენას ყოველთვის აქვს ადგილი. ჩაღვრილი სისხლი და ნაღველი პერიტონიუმის რეაქციას იწვევს. სისხლის მცირე ჩაღვრაც კი ავადმყოფის საერთო მდგომარეობას ცვლის. აღინიშნება მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოს ტკივილი—ირადიაციით მარჯვენა ბეჭის მიდამოში სუნთქვის გახშირება. შოკური მდგომარეობის დროს 60%-ში მუცლის ღრუში თავისუფალი სითხეა — სისხლისა და ნაღვლის სახით. მაჯა აჩქარებულია, ტემპერატურა მომატებული. ავადმყოფი ფერმკრთალია და საერთოდ სუსტად გრძნობს თავს. ეს სიმპტომები შეიძლება დაზიანების პირველ საათებშივე გამოვლინდეს ან რამდენიმე დღის შემდეგ. სიმპტომების გვიანი გამოვლენა შეიძლება იყოს მეორადი შინაგანი სისხლდენის მომასწავებელი. ღვიძლის დაზიანების დროს ბრადიკარდია ყოველთვის არ არის გამოხატული.

ზოგჯერ შეიძლება სიმსივნური მასა გაისინჯოს ხელით ღვიძლის სუბკაფსულარული დაზიანების დროს ან სისხლით სავსე ნაღვლის

ბუშტის გადიდების შემთხვევაში. ამ მდგომარეობას რამდენიმე დღის შემდეგ შეიძლება დაერთოს სიყვითლე.

როგორც ბლაგვი იარაღით გამოწვეული, ისე შემავალი ჭრილობების დროს უნდა შემოწმდეს პნევმოთორაქსი, ფილტვების დაზიანების შედეგად ხომ არ არის გამოწვეული.

ღვიძლის, როგორც კანქვეშა, ისე ცეცხლმსროლი იარაღით დაზიანების წამყვანი სიმპტომებია: 1) შოკი, 2) მწვავე მუცლის მოვლენები და 3) შინაგანი სისხლდენით გამოწვეული პროგრესული ანემია.

ამ ნიშნებს ზოგიერთებით სიყვითლე ემატება, როგორც ნაღვლის შეწოვის შედეგი. ზოგჯერ ადგილი აქვს დიდი რაოდენობით ნაღვლის ჩაღვრას მუცლის ღრუში. კერიმ აღწერა შემთხვევა, როდესაც მუცლის ღრუში ჩაღვრილი ნაღვლის რაოდენობა 20 კგ-ს უდრიდა.

ღვიძლის დაზიანების ყველაზე მძიმე გართულებას, რომელიც სიკვდილით მთავრდება, ღვიძლის უჯრედებით გამოწვეული ემბოლიაა. ლევიშინი, ციტა, ნ. ა. კოვალსკი აღწერენ შემთხვევას, როდესაც ღვიძლის ტრავმული დაზიანების შემდეგ მისი მოგლეჯილი ნაწილი წონით 21 გრ მარჯვენა წინა ვულში აღმოჩნდა. აღწერილია ღვიძლის უჯრედების ემბოლია ფილტვში და სხვ.

ფურტვალნგერის (1927) მიხედვით, ღვიძლის დაზიანებიდან სამი დღის შემდეგ, სიკვდილის მიზეზი რენალური უკმარისობა იყო. გაკვეთისას აღმოჩნდა ორთავე თირკმლის დიფუზური ეპითელური დეგენერაცია. ჰეპატრენალურ სინდრომს ახასიათებს მაღალი ტემპერატურა, აზოტემია, ოლიგურია, კოლაფსი, ჰიპოტენზია, მაჯის აჩქარება და დელირიუმი. შარდი შეიცავს ცილას და ერითროციტებს. მოგვიანებით შეიძლება ანური განვითარდეს.

მასონი (1925) ღვიძლის ნაჭრების მუცლის ღრუში მოთავსებით ფატალურ ტოქსემიის სურათს ღებულობდა.

როგორც ავტორთა გამოკვლევებიდან ჩანს, საკმარისია ღვიძლის ქსოვილის რამდენიმე გრამის მოთავსება პერიტონიუმის ღრუში, რომ ცხოველი 18—25 საათის განმავლობაში მოკვდეს. სიკვდილს იწვევს ღვიძლის ნაჭერის მოთავსება გულმკერდის ღრუში. უკანასკნელ შემთხვევაში, ცხადია, პერიტონიტს ადგილი არ ექნება.

მაკდონალდის (1928) გამოკვლევებით, ღვიძლის ცილა ისე მოქმედებს, როგორც ტოქსიკური ნივთიერება. ამიტომ ღვიძლის დაზიანებისას ტოქსიკურია თვით ღვიძლის დაზიანებული ქსოვილი. დებეკის მონაცემებით, ღვიძლის დაზიანების დროს 80,5% სიკვდილის მიზეზია თირკმლების ფუნქციის მეორადად მოშლა. ჰელსტრომის მიერ ღვიძლის დაზიანების გამო ნაოპერაციები 252 ავადმყოფიდან, ყველა გარდაიცვალა, ამათგან 20 შოკითა და ურემიით.

მაერი, ოტი და ებლერი ფიქრობენ, რომ ღვიძლის დაზიანების დროს უშუალო ლაპაროტომია აუცილებელი ღონისძიებაა.

ლუდეიგ მაიერის დაკვირვებით (1072), 276 ავადმყოფიდან, რომელთაც ღვიძლი ჰქონდათ დაზიანებული, გარდაიცვალა 58%; ე.ი. პარხომენკო და ბ.მ. მაზრუვსკაია ღვიძლის დახურული დაზიანების ნაკლებ მასალაზე სიკვდილიანობას აღნიშნავენ 50 — 52%-ში.

ოტისის მიხედვით (1876) 181 შემთხვევიდან სიკვდილი შეადგენდა 61%-ს. ელდერით (1887) — 543 შემთხვევიდან 66.8%-ს, ნ. ნ. ლებედევით — 69,4%-ს.

ა. ჩაჩანიძისა და თ. სიხარულიძის ნაკრები მასალის მიხედვით სიკვდილიანობა 86.6%-ს უდრის. აქედან ოპერაციის შემდეგ გარდაიცვალა 38 ავადმყოფი (77.5%), უოპერაციოდ — 51 (52,5%). ამავე ავტორებმა (1956) დაამუშავეს ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის მასალა; მუცლის ღრუს ორგანოთა დახურული დაზიანების 210 შემთხვევიდან ღვიძლის კანქვეშა დაზიანება აღინიშნებოდა 20 შემთხვევაში; გარდაიცვალა 12 ავადმყოფი, განიკურნა — 8.

ღვიძლის დაზიანების ოპერაციის საშუალებით განკურნების პირველი შემთხვევა ბურკჰარტმა (1887) აღწერა.

ბოლგარსკი (1910) აღნიშნავს სიკვდილიანობის მატებას ოპერაციული ჩარევის დაგვიანებასთან დაკავშირებით; როდესაც ოპერაცია გაკეთდა დაზიანებიდან პირველ 2 — 3 საათის განმავლობაში, სიკვდილიანობა 15%-ს უდრიდა, 4 — 5 საათში — 40%-ს, 9 — 10 საათში — 66.6%-ს, 12 — 14 საათში 83%-ს.

მიკადოს მონაცემებით, პირველი 3 საათის განმავლობაში აღმოჩენილი ქირურგიული დახმარების შემთხვევაში სიკვდილიანობა 33%-ს უდრის. სამი საათის შემდეგ კი — 64%-ს აღწევს.

გაგლეჯილი ღვიძლის მთლიანობის აღსადგენად ავტორთა უმრავლესობა კეტგუტის ნაკერს მიმართავს. ა. მ. ბეთანელმა შეიმუშავა ღვიძლის ხაკერის მოდიფიცირებული მეთოდი; აცილებული ღვიძლის პარენქიმის ძაფით ჩაჭრის ასაცილებლად იგი ახვევს მსხვილ კეტგუტს, ათავსებს დეფექტში და მის ბოლოებს აბრეშუმის ძაფით აფიქსირებს.

მიუხედავად იმისა, რომ სტატისტიკური მონაცემებით გადაუდებელია ოპერაცია, უნდა ითქვას, რომ ღვიძლის დაზიანების გამო, ოპერაციული დახმარების შემდეგ, სიკვდილიანობა ჯერ კიდევ მაღალია; უფრო ხშირად ამის მიზეზია სისხლდენის შეჩერების შეუძლებლობა. ღვიძლის დახურული დაზიანების დროს ლეტალობა ნაკრები სტატისტიკით 50—52%-ს უდრის.

ვენდელი (1920) თვლის, რომ გაგლეჯილი ღვიძლის გაკერვას, ან ტამპონადას აზრი არა აქვს, რადგან ქსოვილი, რომლის კვება დარ-

ღვეულია, ნეკროზდება. ტამპონადა აუცილებელია სისხლდენის შესაჩერებლად, მაგრამ მეორე მხარეც უნდა იქნეს მიღებული მხედველობაში, — ძლიერმა ზეწოლამ შეიძლება ღვიძლის ქსოვილის ნეკროზი გამოიწვიოს. იგივე შეიძლება ითქვას, დაზიანებული ღვიძლის ქსოვილის გაკერვაზე.

კასიმცევი ღვიძლიდან სისხლის დენის შესაჩერებლად მიზანშეწონილად თვლის ტამპონადას ბადექონით და ჰეპატოპექსიას. ნ. ნ. ლებედევი ამ მიზნისათვის უპირატესობას აძლევს ელექტროკოაგულაციას და ელექტროექსციზიოსს.

კოფის აზრით, ელექტროდენის გამოყენება არჩევის მეთოდია ღვიძლის ქირურგიაში, მაგრამ რატომღაც ეს მეთოდი პრაქტიკაში ვერ დაინერგა. მწვავე ანემიის დროს ზოგიერთი ავტორი გვირჩევს არ ამოვიწმინდოთ მუცლის ღრუში ჩაღვრილი სისხლი. მას არ ვთვლით მიზანშეწონილად, რადგან ჩაღვრილი სისხლი ადვილად ინფიცირდება და პერიტონიტის საწინდარია. ზოგიერთი არათავისუფალ ბადექონს აკერებს ღვიძლის ჭრილობაში.

ღვიძლის დაზიანების შემთხვევაში გარკვეული ჩვენების დროს რეკომენდებულია თორაკოაბდომინალური განაკვეთი ბ. ვ. პეტროვსკის (1952) მიერ, სახელდობრ, ღვიძლის ჭრილობის დახურვა დიაფრაგმის ნაჭრით. როდესაც დაზიანებულია ღვიძლის წინა ზედაპირი; ეს მიდგომა შეზღუდულია. ღვიძლის ჭრილობის დროს მიზანშეწონილია ჰემოსტაზური ღრუბლის გამოყენება (ლ. გ. ბოგომოლოვა), პენიცილინში დამუშავებული ფიბრინის ფირფიტა (ი. დ. ვიტებსკი) და სხვ.

მ. ალისტერი და სხვანი ჰემოსტაზის მიზნით დოლბანდის ტამპონების გამოყენების წინააღმდეგი არიან და უპირატესობას რეზინის დრენაჟს აძლევენ. ამჟამად საკითხი დგას დაზიანებული ღვიძლის ქსოვილის ამოკვეთის შესახებ — როგორც სისხლდენის შეჩერების, ისე დაზიანებული ქსოვილების ნეკროზის ლიკვიდაციის მეტი გარანტია.

მარტინი (1947, მაკალი (1950), სკოტი (1951), ჰელსტრომი (1961), საჭიროების დროს მიუთითებენ რეზექციის აუცილებლობაზე.

ღვიძლის დაზიანების დროს სიკვდილის ხშირი მიზეზი სისხლის დაკარგვა და შოკია. ამიტომაც ღვიძლის დაზიანება გადაუდებელ ქირურგიულ ჩარევას საჭიროებს. ამასთანავე მნიშვნელოვანია ანტიშოკური თერაპიის დაუყოვნებელი გამოყენება. ყველაზე დიდი მნიშვნელობა აქვს სისხლის გადასხმას. არის რეკომენდაციები მუცლის ღრუში ჩაღვრილი სისხლის რეინფუზიის შესახებ. აღნიშნულ მეთოდს ჰყავს მომხრეები და მოწინააღმდეგეებიც. ვ. გერცბერგი, ტ. გნილო-

რიბოვი, ს. სპასოკოკოცკი, ა. კუზანოვი, პ. პოლევსიჩიკოვი რეინფუ-ზიის მომხრენი არიან; პ. ვახრომეევი, ა. ფეოდოროვსკი და სხვები — წინააღმდეგნი.

ა. ფილატოვის აზრით, რეინფუზია ნაწარმოები უნდა იყოს ღვიძ-ლის ტრავმის მიღებიდან პირველ 12 საათში; ამასთან აუცილებელია სისხლის შემოწმება ჰემოლიზზე.

ჩვენი აზრით, ღვიძლის დაზიანების შედეგად მუცლის ღრუში ჩაღვრილი სისხლის გადასხმა გარკვეული საფრთხის წინაშე აყენებს ავადმყოფს; ამ დროს ხშირად ადგილი აქვს ნაღვლის სადინარების დაზიანებასაც, რაც ჰემოლიზსა და სისხლის ინფიცირებას იწვევს. ყოველივე ამის გამო, ვფიქრობთ, რეინფუზიის საკითხს დიდი სიფ-რთხილით უნდა მოვეკიდოთ.

ამრიგად, ღვიძლის ტრავმული დაზიანება მძიმე პათოლოგიაა და იგი ჯერჯერობით სიკვდილიანობის მაღალ მაჩვენებელს იძლევა. უკე-თესი შედეგი უნდა მოგვცეს დროულმა რადიკალურმა ოპერაციამ, ანტიშოკურმა და ანტიბიოტიკურმა საშუალებებმა. ამ მძიმე დაზიანე-ბის კარგი გამოსავალი უმთავრესად დროულ დიაგნოზზეა დამოკიდე-ბული. უნდა გვახსოვდეს კერის მითითება, რომ ღვიძლის დაზიანების საეჭვო შემთხვევაში საცდელი ლაპაროტომია ქირურგის ვალდებულე-ბაა.

უნდა გვახსოვდეს აგრეთვე, რომ მიუხედავად დროული დახმარე-ბისა, ღვიძლის ვრცელი დაზიანების შემთხვევაში, ოპერაციის შემდგომ პერიოდში მოსალოდნელია ტრავმული ჰეპატიტი, ღვიძლის ფუნქციო-ური უკმარისობით. საკმაოდ მძიმე გართულებაა ჰეპატორენალური სინდრომი. კიდევ უფრო გვიან შეიძლება სუბდიაფრაგმული აბსცესი განვითარდეს. ზოგჯერ ჩირქგროვა ღვიძლის ქსოვილში ან ნაწლავთა მარყუჟებს შორის ლოკალიზდება. მოსალოდნელია მეორადი სისხლ-დენა და ნაღვლოვანი ფისტულები.

აღნიშნულ გართულებებს ყურადღება უნდა მიექცეს და მათი მკურნალობა დროულად იქნეს ჩატარებული.

ღვიძლის ქირურგია

(გაგრძელება)

ღვიძლის ექინოკოკი ადამიანისა და ცხოველის დაავადებაა. მას იწვევს ლენტისებური ჭია.

კლინიკურად და მორფოლოგიურად ექინოკოკური დაავადება შეიძლება ორ ფორმად გაიყოს — ჰიდატიდოზურ — და ალვეოლურ ფორმებად. სიხშირის მიხედვით პირველი ადგილი ჰიდატიდოზურ ექინოკოკს მიეკუთვნება, ალვეოლური ექინოკოკი კი შედარებით იშვიათია.

ჭიის სიგრძე 2.6 მმ-ს უდრის. იგი შედგება თავისგან, რომელიც კაუჭებს შეიცავს და ტანისგან. ეს უკანასკნელი იყოფა 3 — 4 სეგმენტად, ანუ პროგლიტიდებად. ბოლო სეგმენტში მოთავსებულია საშვილოსნო, რომელიც 80-მდე კვერცხს შეიცავს. კვერცხებს დიდი გამძლეობა აქვთ. წყალში ისინი 12 დღის განმავლობაში ინარჩუნებენ ცხოველმყოფელობას, მშრალ ადგილას 0° ტემპერატურაზე კი—116 დღე. მომწიფებული ფორმის ჰელმინთი ძაღლის წვრილ ნაწლავებში ბუდობს. ამიტომ ძაღლი პარაზიტის საბოლოო პატრონად არის ცნობილი. კვერცხები გამოდიან ძაღლის ფეკალურ მასებთან ერთად და აბინძურებენ რა საკვებს, ადამიანის ორგანიზმში უმთავრესად კუჭ-ნაწლავის გზით ხვდებიან. ალიმენტარული გზით შეჭრილი კვერცხი, ადამიანის, წვრილ-და მსხვილფეხა რქოსანი საქონლის ორგანიზმში თავისუფლდება გარსისაგან და აქტიური ან პასიური მოძრაობით გადის ნაწლავის ან კუჭის ლორწოვან გარსში, საიდანაც პორტალურ სისტემაში ხვდება და ყველაზე უფრო ხშირად ღვიძლში ჩერდება. შეიძლება მოხვდეს ფილტვებში, აქედან გადავიდეს მარცხენა გულში და სისხლის მიმოქცევის დიდი წრით მიაღწიოს ყოველ ორგანოს, შეჩერდეს და ჩვეული განვითარება დაიწყოს.

ექინოკოკის ორგანიზმში შეჭრის მთავარი გზა კუჭ-ნაწლავია, რაც დასტურდება ავტორთა უმრავლესობის მონაცემებით.

ჩიჟოვი ძაღლებს აჭმევდა ექინოკოკის ჩანასახების შემცველ ემულსიას. ჩატარებული ცდების საფუძველზე მან ექინოკოკის შეჭრის უმთავრეს ადგილად წვრილი ნაწლავის ლორწოვანი აღიარა.

როგორც ვთქვით, ორგანიზმში ექინოკოკის ბუშტუკოვანი სტა-

დიის ლოკალიზაციის უფრო ხშირ ადგილს ღვიძლი წარმოადგენს, რადგან ის კუჭ-ნაწლავის სისხლის პირველი ფილტრია და ონკოსფერო უმთავრესად მასში დაილექება. მნიშვნელობას ანიჭებენ აგრეთვე სხვადასხვაობას, რასაც ადგილი აქვს ღვიძლის კაპილარებსა და ონკოსფეროს დიამეტრს შორის. ექინოკოკოზიანი ემბრიონის დიამეტრი 22—28 მიკრონს აღწევს, ღვიძლის კაპილარისა კი—6—12 მიკრონს. აღნიშნული გარემოება ხელსაყრელ პირობებს ქმნის ექინოკოკის ღვიძლში განვითარებისათვის.

საერთოდ ჩანასახის შეჩერება განსაზღვრულ ადგილას მხოლოდ მექანიკური პირობებით შეიძლება აიხსნას, სახელდობრ ჩანასახის ზომითა და იმ მილის სანათურის ოდენობით, რომელშიც მან უნდა გაიაროს.

სხვადასხვა ავტორთა მონაცემებით, ღვიძლში პარაზიტის განვითარების შემთხვევები 50—80%-ს შორის მერყეობს, „ექინოკოკის ცნებასთან იმდენად მჭიდროდ არის დაკავშირებული წარმოდგენა ღვიძლზე, რომ ყოველგვარი სხვა ლოკალიზაცია იშვიათ გამონაკლისად ითვლება“ (ს. ი. სპასოკოკოცკი).

ბრუმპტი ღვიძლში ექინოკოკის განვითარების სიხშირეს ხსნის ექინოკოკის ჩანასახის მიმართ განსაკუთრებული „ძიმზიდველობის ძალით“, ამა თუ იმ ხარისხის ტროპიზმით, რომელიც ყველაზე მეტად ღვიძლის ქსოვილს აქვს გამოხატული.

კუჭ-ნაწლავში შეჭრილი ექინოკოკის კვერცხი შეიძლება პირდაპირ ნაღვლის სადინარებში შეიჭრას. აქ პარაზიტი მოხვდება ხელსაყრელ პირობებში და შეიძლება დიდ ოდენობას მიაღწიოს; იგი დაიტევს ათეულ ლიტრ სითხეს და შვილეულ ბუშტუკებს. განსაკუთრებულ ოდენობას აღწევენ ცენტრალურ ნაწილში მდებარე ბუშტუკები; უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ბუშტის სისხლით მომარაგებას, პერიფერიულად მდებარე ბუშტები შედარებით მცირე ზომისანი არიან.

ექინოკოკის სამი სახის ემბრიონი ვითარდება იმის მიხედვით, თუ ღვიძლის რომელ სისხლძარღვებში პარაზიტობს იგი: 1. პორტალური, განვითარებული კარის ვენის სისტემაში, 2. ლიმფური, განვითარებული ღვიძლის ლიმფურ სადინარებში და 3. ქოლანგიური, რომლის განვითარება ნაღვლის სადინარებში ხდება.

ორგანიზმში ამა თუ იმ გზით შეჭრილი ექინოკოკის კვერცხი გარსის დაკარგვის შემდეგ ფინოზურ ფორმაში გადადის.

როგორც ცნობილია, ექინოკოკი ადამიანის ორგანიზმში ძალიან ნელა იზრდება, რის გამოც გვიან ავლენს დამახასიათებელ სიმპტომებს. ზოგჯერ ამა თუ იმ ორგანოში წლობით არსებული ექინოკოკის ბუშტი ადამიანისათვის შეუმჩნეველია და მისი აღმოჩენა შემთხვევით ხდება.

მართებულია ვიფიქროთ, რომ ექინოკოკით დასნებოვნებას უფრო

ხშირად ადგილი აქვს ახალგაზრდა ასაკში (ბავშვობაში), მაგრამ ექინოკოკის ძალიან ნელი ზრდის გამო, მისი გამოვლენა გვიან ხდება.

ექინოკოკის ამოცნობა ზოგჯერ ძნელია და დიაგნოზის დაზუსტება ხშირად დამხმარე გამოკვლევების ჩატარებას საჭიროებს.

ანამნეზურ ცნობებს, განსაკუთრებით კი ავადმყოფის პროფესიას, გარკვეული მნიშვნელობა აქვს, რადგან მრავალი ავტორის მიერ აღიარებულია, რომ მეცხვარეები, მწყემსები და საერთოდ ცხოველებთან ხშირ კონტაქტში მყოფი პირები ექინოკოკის ხშირი მატარებლები არიან.

ღვიძლის ექინოკოკი წლების განმავლობაში უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. დაავადება ვლინდება, როდესაც კაფსულა დაიჭიმება და გამოიხატება ღვიძლზე ზეწოლის ნიშნები. კლინიკურად ღვიძლის ექინოკოკი სხვადასხვა ადამიანში სხვადასხვაგვარად მიმდინარეობს. ზოგიერთი უჩივის მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში ძლიერ ტკივილს. აწუხებს სიმძიმის გრძნობა მუცლის ზედა ნახევარში, საკვების მიღებასთან დაკავშირებით გამონაყარი და ზოგადი ტოქსიკური. ობიექტური გასინჯვით ყურადღებას იპყრობს ღვიძლის ცვლილებები. დაზიანებული წილი გადიდებულია და ცოტაოდენ მტკივნეული. პალპაციით სიმსივნის ზედაპირი სადაა, ელასტიკურია და ხშირად ადვილია მისი ცისტური ბუნების დადგენა; როდესაც ექინოკოკის ბუშტი დიდია და აწვება ნაღვლის გზებს, ავადმყოფს შესაძლებელია სიყვითლე ჰქონდეს, ზოგჯერ მოსალოდნელია მეორადად ასციტი და ქვემო კიდურების შეშუპებაც.

სადემონსტრაციოდ მოვიყვანთ ერთ საინტერესო შემთხვევას კლინიკის მასალიდან.

ავადმყოფი ვ. მ., 56 წლისაა, 15 IX—55 წ. გამოყვანილი იყო ჰოსპიტალური თერაპიის კლინიკიდან ძალიან მძიმე მდგომარეობაში, კენჭოვანი ანგიოქოლეცისტიტისა და ობტურაციული სიყვითლის დიაგნოზით. არ იყო გამორიცხული პანკრეასის თავის სიმსივნე. ავადმყოფობა გამოვლინდა კლინიკაში შემოსვლამდე 6 თვით ადრე, მაღალი ტემპერატურით, რასაც მალე სიყვითლე დაერთო. ავადმყოფს ჰქონდა ობტურაციული სიყვითლე სრული აქოლიით. გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია. აღმოჩნდა ღვიძლის დიდი ოდენობის დაჩირქებული ექინოკოკი. გაუკეთდა მარსუპიალიზაცია, ექინოკოკოტომია ტამპონაციით. პოსტოპერაციული პერიოდი — სადა. სიყვითლემ სავსებით გაუარა და 18 ოქტომბერს განკურნებული გაეწერა კლინიკიდან.

აღნიშნული შემთხვევა, რა თქმა უნდა, საყურადღებოა დიაგნოსტიკური სირთულის მხრივ. როგორც ჩვენი დაკვირვებით, ისე ლიტერატურიდანაც ჩანს, რომ დაავადებას ზოგჯერ მყარი ობტურაციული სიყვითლე ახასიათებს, რაც მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული დიაგნოზის დადგენის დროს.

ი. ა. ვოლიხი ამტკიცებს, რომ დაავადების მიმდინარეობაში ოთხი

პერიოდია: 1. ლატენტური—ინვაზიიდან, პირველი სიმპტომების გამოვლენამდე; 2. პროდიომალური—ეს პერიოდი წლობით გრძელდება. მისთვის დამახასიათებელია გულისრევა, მადის დაკარგვა, სისუსტე, გამონაყარი. დროდადრო აღნიშნული სიმპტომები ქრება; 3. ღვიძლის პროგრესიული გადიდება. ყველაზე მნიშვნელოვანია პალპაციით გადიდებული ღვიძლის შეგრძნება; 4. გართულებათა პერიოდი, როდესაც ადგილი აქვს ცისტის დაჩირქებას, მის გახსნას მუცლის ან პლევრის ღრუში, ნაღვლის სადინარებში, მეზობელ ორგანოებში და სხვა.

ღვიძლის ექინოკოკის დაყოფას პერიოდებად მხოლოდ გარკვეულ შემთხვევაში აქვს მნიშვნელობა. ტიპურ შემთხვევებში დიაგნოზი ძნელი არ არის, მაგრამ ზოგჯერ საკითხი დგას ექინოკოკის დიფერენციაციასა ღვიძლის კიბოსთან, ციროზთან, ქრონიკულ გასტრიტთან და სხვა. ლიტერატურაში აღწერილია ერთკამერიანი ექინოკოკი ქოლეცისტიტის ტიპური კლინიკური სურათი, როდესაც ოპერაციაზე ცისტასთან ერთად თავისებური პერიჰეპატიტები აღმოჩნდება. მის წარმოშობასა და შეტევით ტკივილს ხსნიან გლისონის კაფსულის გასკდომით. აღწერილია შემთხვევები, როდესაც ღვიძლის ექინოკოკი ღვიძლის ანთების სურათს იძლევა.

შედარებით ძნელია დაჩირქებული ექინოკოკის გამოცნობა. გარკვეულ შემთხვევებში დაავადება მაღალი ტემპერატურითა და შემცივნებით მიმდინარეობს, მაგრამ ზოგჯერ ტემპერატურა ნორმალურია და რაიმე განსაკუთრებული სიმპტომებით არ აღინიშნება. დაჩირქებული ექინოკოკის გარჩევა ღვიძლის აბსცესისაგან ძნელია და მისი გამოცნობა გარკვეულ შემთხვევებში საოპერაციო მაგიდაზე ხდება.

აღწერილია შემთხვევები ღვიძლის ექინოკოკის პერფორაციისა მეზობელ ორგანოებში—პლევრის ღრუში, ფილტვში და სხვ., რაც ერთგვარ დიაგნოზურ სიძნელეებს ქმნის.

საილუსტრაციოდ მოვიყვანთ ერთ საინტერესო შემთხვევას: ავადმყოფი მ. გ., 47 წლის, შემოვიდა რესპუბლიკის ცენტრალური კლინიკური საავადმყოფოს თერაპიულ განყოფილებაში 25 XII—37 წ. მარჯვენა ფერდქვეშ მიდამოში ტკივილისა და მაღალი ტემპერატურის გამო. დაავადებას გრძნობს მაისის თვიდან. ტემპერატურა მერყეობს 36.5-დან — 40°-მდე. გულმკერდის გაშუქებითა და გადაღებით ეჭვი მიტანილი იყო ჯერ მარჯვენა ფილტვის კავერნულ ტუბერკულოზზე და პიოპნევმოთორაქსზე. განმეორებითი შესწავლით — ფილტვის აბსცესზე. ამავე დროს ღვიძლი გადიდებული ჰქონდა და გრძნობდა ტკივილებს. გამორიცხული არ იყო პირველადი კერის არსებობა ღვიძლში. ავადმყოფი პიოპნევმოთორაქსის დიაგნოზით გადმოიყვანეს ქირურგიულ სტაციონარში. 27 I-ს გაუკეთდა ოპერაცია, გულმკერდი გაიხსნა მე-8 და მე-9 ნეკნის რეზექციით. აქედან გაიკვეთა დიაფრაგმა. აღმოჩ-

ნდა ღვიძლის დიდი დაჩირქებული ექინოკოკი — გახსნილი მარჯვენა ფილტვის ქვემო წილში. ღრუების ამოსუფთავების შემდეგ ჩაუდვეს ტამპონები. პირველ ხანებში მდგომარეობა საგრძნობლად გაუმჯობესდა, შემდეგ ავადმყოფს განუვითარდა ფილტვიდან პროფუზული სისხლდენა, რის შედეგადაც დაიღუპა.

გაკვეთაზე დადასტურდა ღვიძლის ფილტვში პნეტირებული ექინოკოკი.

როგორც ვთქვით, ღვიძლის ექინოკოკის გამოცნობა ზოგჯერ ძნელია. დიაგნოზის დაზუსტება ხშირად დამხმარე გამოკვლევების ჩატარებას საჭიროებს.

ექინოკოკური დაავადების გამოვლენისათვის ერთგვარი მნიშვნელობა აქვს სისხლში ეოზინოფილების რიცხვის მომატებას. ეოზინოფილების გაძლიერებულ პროდუქციას ავტორთა უმრავლესობა ორგანიზმის დაცვითი უნარის გამოვლინებად თვლის. ზოგი ფიქრობს, რომ პარაზიტის ცხოველმყოფელობითი პროდუქტების ზეგავლენით ადგილი აქვს ძვლის ტვინის გაძლიერებულ მოქმედებას, რასაც თავისთავად სისხლში ეოზინოფილების მომატება მოჰყვება.

არის შემთხვევები, როდესაც ექინოკოკით დაავადებულებს ეოზინოფილების რაოდენობა ნორმალური აქვთ. ეს მდგომარეობა უმთავრესად ექინოკოკის დაჩირქებითა და ექინოკოკის ბუშტის შიგნით პარაზიტის გამრავლებით არის განპირობებული. მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ექინოკოკის კაფსულის სისქეს.

პერიფერიულ სისხლში ეოზინოფილების რიცხვის მომატებას შეიძლება ადგილი ჰქონდეს მრავალი დაავადების დროს (ჭიებით ინვაზია, ბრონქული ასთმა, ვაგიტონია, მწვავე ჰეპატიტი, ინტოქსიკაციით გამოწვეული ღვიძლის ციროზი, ავთვისებიანი სიმსივნე და სხვა), რაც უსათუოდ მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული; მართალია, სისხლში ეოზინოფილების რიცხვის მომატება სპეციფიკური არ არის, მაგრამ სხვა მონაცემებთან ერთად მას შეუძლია გარკვეული სამსახური გაგვიწიოს ექინოკოკის დიაგნოსტიკის საქმეში.

ექინოკოკური დაავადების დიაგნოსტიკაში, სხვა გამოკვლევათა შორის, დიდი მნიშვნელობა აქვს ინტრადერმულ რეაქციას, რომელიც კასონის რეაქციის სახელწოდებითაა ცნობილი.

ინტრადერმული რეაქცია დამყარებულია ადგილობრივი ანაფილაქსის პრინციპზე და განპირობებულია ექინოკოკით დაავადებულთა აწეული მგრძნობელობით ექინოკოკის სითხის მიმართ.

სხვადასხვა ავტორი ექინოკოკით დაავადების დროს კასონის დადებით რეაქციას შემთხვევათა 70—90%-ში აღნიშნავს.

ლიტერატურული მონაცემების მიხედვით კასონის რეაქცია დადებითია არაექინოკოკური დაავადების დროს შემთხვევათა 2—3%-ში. ამრი-

ვად, კასონის რეაქციაზე დადებითად მოპასუხე ორგანიზმი თითქმის ყოველთვის ექინოკოკის მატარებელია.

ჩვენ ვთვლით, რომ კასონის რეაქცია ექინოკოკისათვის საკმაოდ სპეციფიკურია, მაგრამ უარყოფითი რეაქცია არ გამორიცხავს ექინოკოკის უარსებობას. აღწერილია შემთხვევები, როდესაც საოპერაციო მაგიდაზე ექინოკოკი დადასტურებულია; კასონის რეაქცია კი უარყოფითი იყო, ეს გაუკუღმართება ყველაზე ხშირად დაჩირქებული ექინოკოკის დროსაა შემჩნეული, რაც, ალბათ, პარაზიტის სიკვდილით არის გამოწვეული.

ექინოკოკის გამოვლენისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს რენტგენოლოგიურ შესწავლას, მაგრამ ეს მეთოდი დამხმარეა და ყოველთვის არ არის გადამწყვეტი. კურიოსი გვირჩევს ექინოკოკის დროს ქოლანგიოგრაფიის გაკეთებას, რაც საშუალებას იძლევა გამოვიცნოთ მისი ზუსტი ლოკალიზაცია, ოდენობა, დამატებითი ცისტომები, მათი კავშირი ნაღვლის გზებთან და ნაღვლის საერთო სადინარში პერფორაცია.

ექინოკოკური დაავადების სწორი დიაგნოსტიკისათვის აღნიშნული გამოკვლევების გარდა, არანაკლები მნიშვნელობა აქვს ანამნეზურ ინფორმაციებს.

საერთოდ უმართებულო იქნებოდა ერთი რომელიმე მონაცემის გადაჭარბებით შეფასება და მთლიანად მასზე დაყრდნობა. დიაგნოზური შეცდომების თავიდან აცილებისათვის საჭიროა კომპლექსური გამოკვლევა.

ღვიძლის ექინოკოკის მკურნალობა მხოლოდ ოპერაციულია. კონსერვატიული მკურნალობის ყველა ცდა, როგორიცაა ვაქცინოთერაპია (ნ. პეტროვი, 1923) გამა-სხივებით ზემოქმედება (ეფე, 1927), დეჰელმინთური საშუალებების გამოყენება, რენტგენოთერაპია და სხვა, ამჟამად აღარ იხმარება და მათ მხოლოდ ისტორიული მნიშვნელობა აქვთ.

ღვიძლის ექინოკოკის მკურნალობისათვის შემდეგი მეთოდებია შემუშავებული: 1) ბუშტის გახსნა, ანუ ე წ. ღია მეთოდით მკურნალობა; 2) მკურნალობა დახურული მეთოდით; 3) ექინოკოკის ბუშტის მთლიანი ექსტირპაცია ფიბრულ გარსთან ერთად და 4) ექინოკოკით დაავადებულ ორგანოს ნაწილობრივი ან მთლიანი რეზექცია.

წინათ ფართოდ იყენებდნენ ექინოკოკის მკურნალობას ღია მეთოდით, რომელიც ერთი ან ორმომენტიანი ოპერაციის სახით ტარდებოდა.

ღვიძლის ექინოკოკის დროს პირველი ექინოკოკოტომია 1825 წელს გაუკეთებია რეკამიეს. უნდა აღინიშნოს, რომ ღია ექინოკოტომიის მეთოდის შედარებითი სიმარტივის მიუხედავად მას ბევრი უარყოფითი მხარე გააჩნია. ძირითადია ჭრილობის შეხორცების გახანგრძლივება, დაჩირქება, ნაღვლის დაღვრა და ხვრელმილის გაჩენის საშიშროება.

ამათგან ყველაზე არასასურველი და საკმაოდ სახიფათო გართულებაა — ნაღვლის დაღვრა, რაც არც თუ ისე იშვიათია; მკურნალობენ ღია მეთოდით. აღწერილია ნაღვლის ხანგრძლივად დაღვრის შედეგად გამოწვეული სიკვდილი. ნაღვლის ჩაღვრის ზოგიერთ შემთხვევაში საჭირო ხდება განმეორებითი ოპერაციული ჩარევა.

დახურული ექინოკოკოტომია ღვიძლის ექინოკოკის დროს პირველად თორნტონს გამოუყენებია (1883). რუსეთში ერთმომენტიანი დახურული ექინოკოკოტომია — ჭრილობის ყრუდ გაკერვა, ჩაუტარებია ა. ა. ბობროვს (1894).

დიდი მნიშვნელობა აქვს ღრუს დამუშავებას; ზოგიერთი ავტორი ბუშტს იოდით ამუშავებს, ზოგიერთიც — რივანოლით და სხვ. 1902 წელს კენიუმ პირველად შემოიღო ექინოკოკის ღრუს ფორმოლაჟი, რასაც შემდგომში სხვებიც ხშირად მიმართავენ. ამჟამად ღრუს გამოსუფთავების შემდეგ ფართოდ გამოიყენება ანტიბიოტიკები, განსაკუთრებით სტრეპტომიცინი და პენიცილინი, რომლებიც ღრუს მეორადად დაჩირქებას საგრძნობლად ამცირებენ.

მიუხედავად დიდი უპირატესობისა, დახურულ ექინოკოტომიას უარყოფითი მხარეებიც გააჩნია. ერთად ერთია ღვიძლის არაპარაზიტული ცისტის გაჩენა. მელნიკოვი ამ ოპერაციას ახასიათებს როგორც პარაზიტული ცისტის ტრანსფორმაციას არაპარაზიტულში, ერთი პათოლოგიური ფორმის გადასვლას მეორე, უფრო ნაკლებად საშიშ ფორმაში. მრავალი ავტორის მონაცემებით ამ მოვლენის პროფილაქტიკისათვის დიდი Ანიშვნელობა აქვს ექინოკოკის ღრუს შემცირებას, ნარჩენ ღრუში ანტიბიოტიკების შეყვანას.

ღვიძლის ექინოკოკის ქირურგიული მკურნალობის წესს წარმოადგენს ამოღება ფიბრული კაფსულით. ოპერაციის ამ მეთოდს ჰყავს მომხრეები და მოწინააღმდეგეებიც.

ღვიძლიდან ექინოკოკური ბუშტის ექსტირპაცია ფიბრულ კაფსულასთან ერთად, გაუკეთებია ლაუსონტეტს (1885), შემდეგ კი პოზს (1888). რუსეთში ეს ოპერაცია პირველად გააკეთა ვ. მიშმა (1913) და შემდეგ ტიხინოვმა (1915).

საბჭოთა კავშირში ექინოკოკის რადიკალური ოპერაციის მთავარი მიმდევარია ნ. ი. ნაპალკოვი. იგი ადასტურებს ფიბრულ კაფსულასა და მის მიღმა პარენქიმაში სკოლექსებისა და სანაყოფე გარსის ნაწილაკების არსებობას, რის გამოც ექინოკოკის ფიბრულკაფსულიანად ამოღება მას მიზანშეწონილად მიაჩნია. ამ გზით წარმოებული ოპერაციით, შესაძლებელია რეციდივული ექინოკოკის განვითარების თავიდან აცილება.

თ. სირიას მიერ ჰისტოპათომორფოლოგიურად შესწავლილია რო-

გორც ცხოველის, ისე ადამიანის ექინოკოკის 65 ფიბრული კაფსულა.

ამ გამოკვლევებიდან გამომდინარე, ექინოკოკის ბუშტის ირგვლივ განვითარებული შემაერთებელქსოვილოვანი კაფსულა და მის მოსაზღვრედ პარენქიმა სკოლექსებს და საერთოდ პარაზიტის ცხოველმყოფელ ელემენტებს არ შეიცავს. ქიტინის გარსი საკმაოდ მჭიდრო ზღუდეა ექინოკოკის სკოლექსებისათვის. აღნიშნული ზღუდის გადალახვა შეუძლებელია, მით უმეტეს, რომ ჩაბრუნებულ მდგომარეობაში მყოფ სკოლექსებს აქტიური მოძრაობის უნარი არ შესწევთ.

ფიბრული კაფსულის დატოვება რეციდივულ ექინოკოკს არ იწვევს. ამიტომ ზოგჯერ მისი ამოღების ცდა უმართებულოა. დიდი მნიშვნელობა აქვს ექინოკოკის ლოკალიზაციას. ღვიძლში ცენტრალურად მდებარე ბუშტის ექსტირპაციამ შეიძლება განსაცდელში ჩააგდოს ადამიანის სიცოცხლე, ძლიერი სისხლდენისა და ნაღვლის ფისტულების გაჩენის საშიშროების გამო. არ შეიძლება დავეთანხმოთ იმ ავტორებს, რომლებიც თვლიან, რომ ექინოკოკის ფიბრულ გარსსა და ორგანოს პარენქიმას შორის არსებული პერიპარამიზიტული სივრცე აადვილებს ბუშტის კაფსულიანად ექსტირპაციას. ჩვენ ვერც ერთ შემთხვევაში ვერ დავადგინეთ აღნიშნული პერიპარაზიტული სივრცე. ფიბრული გარსი ყოველთვის მჭიდროდ ეკვრის პარენქიმას და კაფსულის მოცილება ხშირად სისხლის დენას იწვევს.

ავტორთა ერთი ჯგუფი ზედმეტ რადიკალიზმს მიმართავს და ექინოკოკის მკურნალობის მიზნით დაავადებულ ორგანოს რეზექციას აწარმოებს. ღვიძლის მთელი წილის რეზექცია საბჭოთა კავშირში პირველად ფეოდოროვმა (1918) გააკეთა. ღვიძლის რეზექცია მეტად ტრავმული, შოკოგენური და საშიში ოპერაციაა. მას მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაში მიმართავენ. პერიფერიულად მდებარე მცირე ბუშტების დროს დასაშვებია ღვიძლის სათანადო მიდამოს რეზექცია. სხვა შემთხვევაში მისი გამოყენება სრულიად გაუმართლებელია.

ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში გატარებული ღვიძლის ერთკამერიანი ექინოკოკის 214 შემთხვევიდან ოპერაცია 159 ავადმყოფს გაუკეთდა. უმეტეს შემთხვევებში (121-ჯერ) ნაწარმოები იყო ღია ექინოკოკოტომია. ეს შეფარდება შემთხვევითი როდია. ლიტერატურითაც ირკვევა, რომ ავტორთა უმრავლესობა ღვიძლის ექინოკოკის სამკურნალოდ ღია ექინოკოკოტომიას მიმართავს, თუმცა უნდა ითქვას, რომ დახურულ ექინოკოკოტომიას ამ ბოლო ხანებში დიდ მნიშვნელობას ანიჭებენ. ექინოკოკის ბუშტის ფიბროკაფსულიანად ექსტირპაცია ჩვენს მასალაზე 22 შემთხვევაში გაკეთდა. ყველა ბუშტი მცირე ზომისა აღმოჩნდა; ექინოკოკით დაავადებული ღვიძლის წილის რეზექცია მხოლოდ სამ შემთხვევაში იყო შესაძლებელი.

საილუსტრაციოდ მოვიყვანთ ერთ-ერთი ავადმყოფის ისტორიას:

ავადმყოფი ა. ნ., 25 წლის, შემოვიდა ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში 1939 წ. 13 აპრილს. კლინიკური დიაგნოზი — ღვიძლის ექინოკოკი, სისხლში ეოზინოფილები 7%. კასონის რეაქცია—დადებითი. 17 აპრილს ეთერის ზოგადი ნარკოზით გაუკეთდა ოპერაცია. აღმოაჩნდა ღვიძლის მარცხენა წილიდან გამომდინარე ექინოკოკი. გაკეთდა ღვიძლის წილის რეზექცია, ექინოკოკის ბუშტთან ერთად. ღვიძლის დეფექტი გაიკერა კეტგუტით და გაკეთდა ბადექონის პლასტიკა, ფეხზე ჩაიდო ტამპონი. ამოღებული პრეპარატი იწონიდა 2400 გ-ს, ზომა უდრიდა 21 × 19 სმ-ს, სისქე — 13 სმ-ს; ავადმყოფი განიკურნა.

საერთოდ უნდა აღინიშნოს, რომ ღვიძლის მთელი წილის რეზექცია, ისე როგორც ბუშტის ფიბრულკაფსულიანად ენუკლაცია, ძალიან საშიში და ტრავმულია; შეიძლება განსაცდელში ჩააყენოს ავადმყოფიც და დასტაქარიც.

ფეოდოროვი შემდეგნაირად განსაზღვრავს ექსტირპაციას და რეზექციას ექინოკოკის დროს—„თუ ექინოკოკი თირკმელშია, თქვენ აკეთებთ ნეფრექტომიას, ე. ი. იღებთ ორგანოს მთლიანად. თუ ექინოკოკი ღვიძლშია, თქვენ ამოიღებთ მთლიანად ექინოკოკურ სიმსივნეს ჯანსაღი ქსოვილის საზღვრამდე. ორივე ოპერაცია, ექსტირპაციაც და რეზექციაც, ე. ი. მთელი ორგანოს ან მისი ნაწილის მოცილება, რადიკალურია. ამიტომ ტერმინი „ექსტირპაცია“ ღვიძლის ექინოკოკის შემთხვევაში არ შეიძლება იქნეს გამოყენებული“.

კ. კ. გოლდგამერი აღწერს თირკმლის ექინოკოკის შემთხვევას, გაუკეთებიათ ნეფრექტომია, შემდგომში კი დადასტურებულია ღვიძლის ექინოკოკი. მსგავსი შემთხვევების ახსნა რეციდივული ექინოკოკით, რა თქმა უნდა, შეუძლებელია. გოლდგამერი სამართლიანად აღნიშნავს, რომ „საქმე ოპერაციის რადიკალობაში კი არ არის, არამედ მრავლობითი ინვაზირების სიხშირეშია“.

მრავლობითი ექინოკოკის შესაძლებლობა ჯერ კიდევ მე-17 საუკუნეში იყო ცნობილი. მორანდმა (1722) აღწერა მუცლის ღრუს მრავლობითი ექინოკოკი შემდგომში მსგავსი სურათი მრავალმა ავტორმა აღწერა. აღსანიშნავია, რომ მრავლობითი ექინოკოკი უფრო ხშირად მუცლის ღრუშია, — უმეტესად ღვიძლში. მრავლობითი ექინოკოკის განვითარების შესახებ ბევრი მოსაზრება არსებობს. ეს საკითხი ჯერ-ჯერობით კვლევის საგანს წარმოადგენს.

ექინოკოკის ბუშტის გასკდომას და განსაკუთრებით მისი შიგთავსის ჩაღვრას, მუცლის ღრუში ხშირად თან ახლევს ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის გაუარესება, ზოგჯერ სასიკვდილო ანაფილაქსიური შოკი. ხშირად ავადმყოფს მხოლოდ ანაფილაქსიის მოვლენები აღენიშნებათ და გარკვეულ ნაწილში ეს გართულება ავადმყოფისათვის შეუმჩნეველი რჩება.

პირველადი მრავლობითი დაავადება განსხვავებული უნდა იყოს ე. წ. „მეორადი ექინოკოკური დაავადებისაგან“. ავტორთა უმრავლესობა იზიარებს იმ შეხედულებას, რომ მუცლის ღრუში მრავლობითი ექინოკოკი უმთავრესად პირველადი წარმოშობისაა; იგი შედგება ექინოკოკის რამდენიმე ემბრიონის ორგანიზმში პირველად მოხვედრისა, თავისთავად შესაძლებელია როგორც მრავლობითი ინვაზია ერთჯერადად ისე, განმეორებით, რის გამოც ხშირად ექინოკოკის ბუშტები სხვადასხვა ზომისაა. კლინიკურ გამოვლენას მეტწილად დიდი ბუშტები იძლევიან. მათზე ოპერაციული ჩარევის დროს ხშირად შეუმჩნეველი რჩება პატარა ბუშტები, რომლებიც შემდგომში გამოვლინდებიან და რეციდივული ექინოკოკის შთაბეჭდილებას სტოვებენ.

ზემო აღნიშნულიდან ნათელია, რომ მეორადად გამოვლენილი ექინოკოკი ყოველთვის არ მიეწერება ოპერაციის ნაკლს და მისი მიზეზი მრავლობითი ინვაზირებაა.

ჩვენი კლინიკის მასალაზე არსებული ერთი და იგივე ორგანოს მრავლობითი ექინოკოკის შემთხვევები ადასტურებენ მრავლობითი ინვაზიის შესაძლებლობას. ჩვენს მასალაზე ღვიძლში მრავლობითი ექინოკოკის განვითარებას 27 შემთხვევაში ჰქონდა ადგილი. მრავლობითი ბუშტები აღინიშნებოდა ზოგჯერ ღვიძლის ერთ წილში, ზოგჯერ კი როგორც მარჯვენა, ისე მარცხენა წილებში.

საილუსტრაციოდ მოვიყვანთ შემდეგ ისტორიას.

ავადმყოფი ბ. ი., ღვიძლის მარჯვენა წილში აღენიშნებოდა ექინოკოკის ბუშტი, რომლის შიგთავსი გამჭვირვალე იყო. ახალშობილის თავისოდენა მეორე ბუშტი მოთავსებული იყო ღვიძლის დიაფრაგმულ ზედაპირზე, მარცხენა წილთან ახლოს; იგი დაჩირქებულ სითხეს შეიცავდა.

ავადმყოფი ჩ. ი., 35 წლის, ოპერაციის დროს აღმოაჩნდა ღვიძლში ერთმანეთისაგან სრულიად იზოლირებული ექინოკოკის სამი ბუშტი — ორი მარცხენა წილში, ერთი — ნაღვლის ბუშტთან ახლოს; ბუშტი მთლიანად იყო ამოღებული, მესამეზე გაკეთდა მარსუპიალიზაცია, ექინოკოკოტომია ღია წესით.

ავადმყოფი, მ. ა, 27 წლის; კლინიკური დიაგნოზი: ღვიძლისა და მუცლის ექინოკოკი. ზურგის ტვინის ანესთეზიის ქვეშ გაუკეთდა ოპერაცია. აღმოაჩნდა ექინოკოკური კვანძები ღვიძლის მარცხენა და მარჯვენა წილში, სამი ბუშტი (ბატის კვერცხის ოდენობისა) წვრილი ნაწლავის უკან, მარჯვენა თირკმლის წინა ზედაპირზე და ღვიძლის უკან, ლუმბალურ არეში. ამოიკვეთა 9 ბუშტი. ერთი მათგანი დაკავშირებული იყო მარჯვენა შარდსაწვეთთან. ღვიძლისა და სუპრაჰეპატური

ექინოკოკის ბუშტები ოპერირებული იყო ღია წესით. ჭრილობა შეხორცდა. ავადმყოფი გაეწერა.

მოყვანილი შემთხვევებით ნათლად მტკიცდება ექინოკოკის რამდენიმე კვერცხით ინვაზიის შესაძლებლობა. ეს გარემოება მუდამ უნდა ახსოვდეს ქირურგს და დაავადების განმეორებით გამოვლენა ყოველთვის არ უნდა დაუკავშიროს ოპერაციის შემდგომ რეციდივს.

საერთოდ ოპერაციის წესის არჩევისას მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული ექინოკოკის ბუშტის მდებარეობა, მისი ოდენობა, ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა და რიგი სხვა ფაქტორები, რათა სწორად წარიმართოს ამ დაავადების ოპერაციული მკურნალობა.

ალვეოლური, ანუ მრავალკამერიანი ექინოკოკი, შედარებით იშვიათი დაავადებაა. იგი პირველად აღწერილი იყო 1852 წელს. ალვეოლური ექინოკოკი თავდაპირველად სხვადასხვა სახელწოდებითაა ცნობილი. ლუშკამ (1854) მას ღვიძლის კოლოიდური სიმსივნე უწოდა. ცელერმა (1854) გამოთქვა აზრი, რომ ღვიძლის კოლოიდური სიმსივნე ალვეოლურ ექინოკოკს წარმოადგენს.

ალვეოლური ექინოკოკი ერთკამერიანთან შედარებით, ბევრად უფრო იშვიათად გვხვდება. მსოფლიო ლიტერატურაში 1902 წლამდე ალვეოლური ექინოკოკის დაახლოებით 235 შემთხვევაა გამოყენებული.

რაც შეეხება ამიერკავკასიასა და კერძოდ საქართველოს, აქ ალვეოლური ექინოკოკის ერთეული შემთხვევებია აღწერილი. 10 შემთხვევა აღწერა გ. მაჩიაშვილმა. 1936 წლამდე თბილისში 8424 გაკვეთისას ექინოკოკის 60 შემთხვევა აღმოჩნდა; აქედან — 58 ერთკამერიანი, ორი — ალვეოლური (3.3%).

ჩვენ კლინიკაში (1919—1960 წწ.) 450-მდე ექინოკოკით დაავადებულია გატარებული. აქედან მხოლოდ 7 იყო ალვეოლური ექინოკოკით, დანარჩენებს ერთკამერიანი ექინოკოკი ჰქონდათ.

ლიტერატურული მონაცემებით, ალვეოლური ექინოკოკით მამაკაცები უფრო ხშირად ავადდებიან. ჩვენი მასალის მიხედვით 4 მამაკაცი და 3 ქალი.

ჯერჯერობით გადაწყვეტილი არ არის წარმოადგენს თუ არა ჰიდატიდური და ალვეოლური ექინოკოკი ერთი და იგივე ექინოკოკური ჭიის ფინოზურ სტადიას. ზოგიერთი ავტორის აზრით, ჰიდატიური და ალვეოლური ექინოკოკის პარაზიტები იდენტურია.

ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევა, როდესაც ღვიძლის ერთ წილში ალვეოლური ექინოკოკი იყო, მეორეში კი — ჰიდატიდური.

ალვეოლური ექინოკოკის დამახასათებელი თვისებაა — მისი ინფილტრაციული ზრდა; იგი ხშირად იძლევა მეტასტაზებს როგორც უახლოეს, ისე დაშორებულ ორგანოებში. სიმსივნე მომკვრივია და ალვე-

ოლური შენებისაა. შვილეული ბუშტუკების წარმოშობა არ ახასიათებს.

როგორც ლიტერატურიდან ჩანს, ალვეოლურ ექინოკოკს ახასიათებს ეგზოგენური ზრდა.

ზოგიერთის დაკვირვებით, ჰიდატიდური ექინოკოკის გავრცელების ადგილებში ალვეოლური ექინოკოკი არ გვხვდება, რაც მათი აზრით, ამ ორი ფორმის განსხვავებაზე მეტყველებს (ი. ლ. დანილიაკი); აღნიშნული ფაქტი ნაკლებ სარწმუნოა, რადგან სინამდვილეში ჰიდატიდური ექინოკოკის გავრცელების ადგილებში ხშირია ალვეოლური ექინოკოკიც.

საერთოდ, საკუთარი დაკვირვებების გარეშე ამ ორი პარაზიტის ბუნების შესახებ ძნელია აზრის გამოთქმა, მხოლოდ შეგვიძლია აღვნიშნოთ, რომ ალვეოლური და ჰიდატიდური ექინოკოკი კლინიკურად სხვადასხვაგვარად გამოვლინდება და სხვადასხვა შენება ახასიათებთ.

ალვეოლური ექინოკოკის თავისებური მიმდინარეობის გამო ზუსტი დიაგნოზის დასმა ხშირად საკმაოდ ძნელია, — ამით აიხსნება ის გარემოება, რომ ამ დაავადების პირველი აღწერილობა და ცნობები მის შესახებ პათოლოგანატომებს ეკუთვნით.

როგორც ცნობილია, უხშირესად ალვეოლარული ექინოკოკით ღვიძლი ავადდება; სხვა ორგანოებში, კერძოდ ფილტვში, ტვინში, ძვლებში, იგი შედარებით იშვიათია; ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევა ელენთის და დიდი ბადექონის ალვეოლარული ექინოკოკისა (ი. ხ. გევორქიანი), თეძოს ძვალში განვითარებული ალვეოლარული ექინოკოკისა (ი. დ. დანილიაკი) და სხვ.

ღვიძლში ალვეოლარული ექინოკოკის გავრცელების შესახებ რამდენიმე აზრი არსებობს; ზოგი ავტორის აზრით, დაავადება ამ ორგანოზე, ლიმფური სადინარებით ვრცელდება.

ლიბერმეისტერი არჩევს ღვიძლში ალვეოლური ექინოკოკის სამ ფორმას: 1) პორტალურს, 2) ბილიარულს და 3) ლიმფურს (ელენევსკით); მისი აზრით, ყველაზე ხშირად ბილიარული ფორმა გვხვდება, რომლის მუდმივ სიმპტომად ავტორი სიყვითლეს თვლის.

ჩვენც მხოლოდ ღვიძლის ალვეოლარული ექინოკოკით დაავადებულები გვყავდა. ჩვენ ოთხ ავადმყოფს ალვეოლარული ექინოკოკი აღენიშნებოდა მარჯვენა წილში, ორს მარცხენა წილში, ხოლო ერთს როგორც მარჯვენა, ისე მარცხენა წილში.

ხშირად ალვეოლარული ექინოკოკის შემთხვევები დიაგნოსტირებულია ღვიძლის კიბოთი, ზოგჯერ კი როგორც სიფილისის ან ღვიძლის ციროზი.

დანიელოვი თვლის, რომ ღვიძლის ალვეოლარული ექინოკოკის ავთვისებიანობაზე შემდეგი მონაცემებია: ინფილტრაციული ზრდა, ძლიერ მკვრივი კვანძები ღვიძლში. რაც მაკროსკოპულად კიბოს მოგ-

ვაგონებს, მეტასტაზები ტვინში, პლევრაში, ფილტვებში, ღვიძლის კარის ლიმფურ კვანძებში, დაავადების რეციდივი ოპერაციის შემდეგ.

კიბოს და ალვეოლარული ექინოკოკის მსგავსების გამო ზოგჯერ დიაგნოზის დაზუსტება საოპერაციო მაგიდაზედაც ძნელია და საბოლოო დასკვნას ჰისტოლოგიური გამოკვლევა იძლევა.

დაავადების ხანგრძლივობა 5—10 წელია. ჩვეულებრივ, ავადმყოფი უჩივის სიმსივნეს მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში. სიმსივნე მკვრივი კონსისტენციისაა, ყველს მოგვაგონებს, რომლის ნაჩვრეტები ნახევრადგამშვირვალე კოლოიდური მასით არის ამოვსებული. სიმსივნის ცენტრალურ ნაწილში ნეკროზის გამო ჩნდება სხვადასხვა ოდენობის ღრუ, უფრო გვიან გამოვლინდება კახექსია, როგორც შედეგი ორგანიზმის პარაზიტული პროდუქტებით ინტოქსიკაციისა.

ავტორების უმრავლესობა დაავადების მუდმივ სიმპტომად სიყვითლეს თვლის.

ზოგიერთი ავტორი ერთკამერიანი ექინოკოკის ანტიგენით ჩატარებულ ბიოლოგიურ რეაქციებს არავითარ დიაგნოსტიკურ მნიშვნელობას არ აძლევს ალვეოლარული ექინოკოკის დროს. ჩვენ კასონის ინტრადერმული რეაქცია გავუკეთეთ ხუთ ავადმყოფს, აქედან სამი დადებითი გამოდგა.

ყველა ეს მონაცემი უდავოდ იმას ნიშნავს, რომ კასონის რეაქცია ნნიშვნელოვანი სადიაგნოზო საშუალებაა ალვეოლარული ექინოკოკის გამოსაცნობად.

საერთოდ უნდა აღინიშნოს, რომ ღვიძლის დაავადების დროს საჭიროა მხედველობაში გვქონდეს პარაზიტული დაავადებანი, მათ შორის ალვეოლური ექინოკოკიც, მაშინ დიაგნოსტიკური შეცდომებიც ნაკლები იქნება.

ალვეოლარული ექინოკოკის მკურნალობა მხოლოდ ოპერაციულია, მკურნალობის სხვა მეთოდებს — რენტგენოთერაპიას და სალვარსანით მკურნალობას, ამჟამად მხოლოდ ისტორიული მნიშვნელობა აქვს.

საერთოდ მიზანწეშონილ და არჩევით მეთოდად ითვლება ალვეოლარული ექინოკოკის მკურნალობაში ღვიძლის რეზექცია.

ღვიძლის მთელი წლის რეზექცია ალვეოლარული ექინოკოკის დროს პირველად ლორეტას გაუკეთებია (1887), შემდეგ ბრუნს (1896), ალტუხოვს და ვ. მ. მიშს (1913), ფეოდოროვს (1918) და სხვ.

რადგან ალვეოლარული ექინოკოკი დასაწყისში უმნიშვნელო სიმპტომებით გამოვლინდება და ავადმყოფები ქირურგს მოგვიანებით მიმართავენ, ამიტომ რეზექცია ხშირად ძნელი განსახორციელებელია.

ასეთი შემთხვევებისათვის კ. სავინინმა (1929) შეიმუშავა სიმსივნის ფორმალიზაცია, იმედოვნებდა რა მის ნეკროზსა და განწოვას.

ამისათვის იყენებენ $^1/_4$ და $^1/_2$%-იან ფორმალინის ხსნარს. ხსნარი 60—300,0-მდე რაოდენობით შეიყვანება როგორც სიმსივნეში, ისე დაავადებული და ღვიძლის საღი ნაწილების საზღვარზე.

ღრმად მდებარე ალვეოლარული ექინოკოკის შემთხვევაში მირონოვის მიერ შემოთავაზებულია სიმსივნის ნეკროტიზაცია თერმოკაუტერით და შემდეგ გამოსუფთავება 2%-იანი ფორმალინ-გლიცერინის ხსნარით. ავტორის აზრით, ამ წესით ვითარდება მშრალი განგრენა და სიმსივნური ქსოვილი ისპობა.

ზოგიერთ შორსწასულ შემთხვევაში ქირურგი იძულებულია დაკმაყოფილდეს ლაპაროტომიითა და ბიოფსიით.

ჩვენი შვიდი შემთხვევიდან მხოლოდ ერთხელ გახდა შესაძლებელი სიმსივნის ამოკვეთა, ღვიძლის მარცხენა წილის ნაწილობრივი რეზექციით, დანარჩენ შემთხვევებში მხოლოდ ბიოფსია იყო ნაწარმოები.

ამრიგად, როგორც ჩვენი მასალა მოწმობს და ლიტერატურული მონაცემებიც ამასვე ადასტურებს, ალვეოლარული ექინოკოკის დროს რადიკალური ოპერაციის გაკეთება შედარებით იშვიათად არის შესაძლებელი.

გარდა რადიკალური ოპერაციით ნამკურნალები ავადმყოფებისა, პროგნოზი მეტად სერიოზულია.

უკანასკნელ წლებში ღვიძლის ალვეოლარული ექინოკოკის მკურნალობაში გარკვეული მიღწევებია, რომლებიც უმთავრესად დიაგნოსტიკის გაუმჯობესებას უნდა მიეწეროს. დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება ისეთი საშუალებები, როგორიცაა სპლენოპორტოგრაფია, აბდომინოსკოპია, პნევმოპერიტონეუმი, პნევმორეტროპერიტონეუმი და სხვა.

აღნიშნული პათოლოგიის დროული დიაგნოსტიკის შემთხვევაში ინტრატრაქეალური ნარკოზის გამოყენებით შესაძლებელია ღვიძლის წილის რეზექცია.

ყოველივე აღნიშნულის საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ:

ალვეოლარული ექინოკოკი შედარებით იშვიათი დაავადებაა, ვიდრე ერთკამერიანი ექინოკოკი;

ალვეოლარული ექინოკოკით უმთავრესად ღვიძლი ავადდება, სხვა ორგანოებში მისი განვითარება შედარებით იშვიათია;

ალვეოლარული ექინოკოკის მკურნალობა მხოლოდ ოპერაციულია და არჩევით მეთოდად სიმსივნის მთლიანი ამოკვეთა ითვლება;

ალვეოლარული ექინოკოკის დამახასიათებელ სიმპტომად უნდა ჩაითვალოს სიყვითლე;

ჯასონისა და ვაინბერგის რეაქციას მხოლოდ გარკვეულ პროცენტში აქვს სადიაგნოზო მნიშვნელობა.

მწვავე აპენდიციტი. გულმკერდის მიდამოს ლიმფოსარკომა

ახლა შეეხოთ ერთ-ერთ მეტად გავრცელებულ დაავადებას — მწვავე აპენდიციტს. საკმარისია აღინიშნოს, რომ ყოველი 250 ადამიანიდან ერთი დაავადებულია მწვავე აპენდიციტით.

ოლეოცეკალური მიდამოს მწვავე პერიტონიტის მიზეზი, როგორც მამაკაცებში, ისე ქალებში, ნაწლავის ანთებაა. ცნობილია, რომ აზიისა და აფრიკის ქვეყნებში ჭია-ნაწლავის მწვავე ანთება შედარებით იშვიათია — ამ ქვეყნების მოსახლეობის კვების თავისებურებებით. ჭია-ნაწლავის ანთების ხელშემწყობ ფაქტორად ხშირი ყაბზობაა, ამიტომ იქ, სადაც უფრო ეტანებიან ბოსტნეულს, ხილს და ნაკლებად ჭამენ ხორცს, ყაბზობაც იშვიათია და ჭია-ნაწლავის ანთებაც ნაკლებად არის გავრცელებული. ეს საკითხი, რასაკვირველია, მოითხოვს შემდგომ შესწავლასა და დაზუსტებას.

ისტორია

ლანელონგის გადმოცემით, ფუკეს, ერთი ქალის მუმიაზე, მარჯვენა თეძოს ფოსოში, ტიპური განაკვეთის კვალი უნახავს. ფიქრობენ, რომ გახსნილი იყო თეძოს ფოსოში არსებული ჩირქგროვა. ამ დაკვირვებების საფუძველზე, ლანელონგის აზრით, 5000 წლის წინათ ეგვიპტეში აწარმოებდნენ ოპერაციას აპენდიკულარული ჩირქგროვის გამო, თუმცა დაავადების ჭეშმარიტი ბუნება, ალბათ, მაშინ უცნობი იყო.

1759 წ. მესტოვერმა, პირველმა აღნიშნა ჭია-ნაწლავის მწვავე ანთების შესახებ, ჯონ-პარკისონმა (1812) აღწერა სიკვდილის შემთხვევა ჭია-ნაწლავის პერფორაციის გამო. ლამოტმა (1772) აღწერა ჭია-ნაწლავის ანთების პათოლოგიური ანატომია, მან ნაწლავის სანათურში ნახა კენჭი და გამოთქვა აზრი, რომ სიკვდილის მიზეზი იყო ჭია-ნაწლავის ანთება.

მელიერის (1827) დაკვირვებით ახალგაზრდებში პერიტონიტის გამო სიკვდილი ხშირად გამოწვეულია ჭიაყელა ნაწლავის პერფორაციით.

დიპიუტრენი (1833) მედიცინაში დიდი ავტორიტეტით სარგებლობდა. მან აღნიშნა, რომ პერიტონიტის ძირითადი მიზეზი ბრმა ნაწლავია

და არა ჭია-ნაწლავი. ამას მოჰყვა გოლდბეკის დისერტაცია; იგი აღტკიცებდა, რომ პერიტონიტის მიზეზი პერიტიფილიტია. პერიტონიტი წარმოშობილია სიტყვა ტიფლონისაგან, რაც ნიშნავს მსხვილ ნაწლავს. მიუხედავად იმისა, რომ გოლბეკის პრეპარატზე ნათლად იყო აღმოჩენილი ჭია-ნაწლავის პერფორაცია, ცხადია, პერიტიფილიტის მოვლენებიც გამოხატული იყო.

ბურნმა (1837) ეჭვი გამოთქვა მანამდე გავრცელებულ შეხედულებაზე და საჭიროდ სცნო ამ საკითხის სწორი გაშუქება.

ვოლტცმა (1846) აღწერა ჭია-ნაწლავის პერფორაციით გამოწვეული პერიტონიტის 38 შემთხვევა. იგი თვლიდა, რომ ჭია-ნაწლავის პერფორაცია შეუძლებელია, თუ მის სანათურში არ არის კონკრეგენტები — ქვები. გამონაკლისია ტიფი და ტუბერკულოზი. ვილტცი გამოჰყოფდა ჭია-ნაწლავის ანთებას პერფორაციითა და პერფორაციის გარეშე. აღნიშნავდა, რომ პერფორაციას შეიძლება მოჰყვეს, შემოსაზღვრული აბსცესის განვითარება ან და განვითარდეს დიფუზური პერიტონიტი.

ლეიდე (1859) აღნიშნავდა, რომ ჭია-ნაწლავის პერფორაცია ყველაზე უფრო ხშირია. უფრო მეტიც, ჭია-ნაწლავის პერფორაციის სიხშირე აღემატება მუცლის ღრუს ყველა ორგანოს პერფორაციას ერთად აღებულს.

კრონლაინმა (1864) პირველად გამოთქვა აზრი ჭია-ნაწლავის ამოკვეთის საჭიროების შესახებ, მაგრამ მისი ავადმყოფი ოპერაციამდე გარდაიცვალა.

ჭია-ნაწლავი პირველად ამოკვეთა ჰოლმა (1886); ოპერაციამდელი დიაგნოზი მცდარი იყო; ოპერაცია გაკეთდა შიგნითა თიაქრის ჩაჭედვის გამო. ოპერაციის დროს კი აღმოჩნდა ჭია-ნაწლავის პერფორაცია.

პირველი, რომელმაც დასვა ჭია-ნაწლავის მწვავე ანთების დიაგნოზი და გააკეთა აპენდექტომია, იყო ფილადელფიელი ქირურგი — მორტონი. ჭია-ნაწლავი პერფორირებული იყო, მის გარშემო განვითარებული აღმოჩნდა ჩირქგროვა. რომელშიც ცურავდა კონგრემენტი — ქვა. ოპერაცია ავადმყოფის განკურნებით დაგვირგვინდა.

ჭიაყელა ნაწლავის კლინიკური და პათოლოგანატომიური ნოზოლოგიის დადგენაში დიდი დამსახურება მიუძღვის პათოლოგ-ანატომს ფიცს და ქირურგ მაკბურნეის. ფიცი (1886) ყრილობაზე წარსდგა მოხსენებით ჭია-ნაწლავის პერფორაციისა და მისი შედეგების შესახებ (პერიტონიტი და აბსცესი); იგი უარყოფს ტერმინებს: ტიფლიტს, პარატიფლიტს, პერიტიფლიტს და აღნიშნავს, რომ არსებითად დაავადების მიზეზი ჭია-ნაწლავის ანთებაა. მან წარმოადგინა ნაწლავის პერფორაციის 257 შემთხვევა, რომელიც სექციაზე დაუდგენია. ამავე დროს აღნიშნა, რომ მიზანშეწონილია მწვავე აპენდიციტის მხოლოდ ქირურ-

გიული მკურნალობა. ამ დებულებას ახლაც არ დაუკარგავს მნიშვნელობა და ურყევია ჭია-ნაწლავის მკურნალობის საქმეში. მაკბურნეიჰ დააზუსტა ჭია-ნაწლავის ანთების კლინიკური ნიშნები, რომლის მიხედვითაც შეიძლება დიაგნოზის დასმა პერფორაციამდე.

კოლესოვი მწვავე აპენდიციტის კლინიკასა და მკურნალობის ისტორიას ჰყოფს ოთხ პერიოდად:

პირველი რამდენიმე საუკუნეს მოიცავს და 1884 წლამდე გრძელდება. ამ პერიოდში მიმართავდნენ მარჯვენა თეძოს ფოსოს ჩირქგროვის გაკვეთას, ისე რომ ჭია-ნაწლავს არ ეხებოდნენ.

მეორე მოიცავს დაახლოებით 25 წელს (1884—1909); ამ დროს მიმართავდნენ ჭია-ნაწლავის ამოკვეთას მწვავე პერიოდში, მხოლოდ დიფუზური ან შემოფარგლული პერიტონიტის შემთხვევაში.

მესამე — დაახლოებით 20 წელია (1909—1926) მიმართავდნეს მწვავე აპენდიციტის ოპერაციულ მკურნალობას დაავადების დაწყებიდან პირველი 24—48 საათში. უფრო გვიან კი, თუ არ იყო პერიტონიტი ან აპენდიკულარული ჩირქგროვა, მიმართავდნენ კონსერვატიულ მკურნალობას.

მეოთხე პერიოდი 1926 წლიდან დაიწყო. მას ახასიათებს მწვავე აპენდიციტის დროს გადაუდებელი ოპერაციის პრინციპი, მიუხედავად დაავადების დაწყებიდან გასული დროისა. მწვავე აპენდიციტის მკურნალობის საქმეში განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს ი. ჯანელიძის დამსახურება; მან 1934 წელს ლენინგრადში მოიწვია სპეციალური კონფერენცია; განიხილეს მწვავე აპენდიციტის კლინიკისა და მკურნალობის საკითხები; ჩამოყალიბდა მწვავე აპენდიციტის ქირურგიული მკურნალობის პრინციპები, რომლებითაც ამჟამადაც ხელმძღვანელობს ჩვენი ქვეყნის ყველა ქირურგი. ეს ტაქტიკა მდგომარეობს მწვავე აპენდიციტის დროს ავადმყოფის დაუყოვნებლივ, აუცილებელ, ადრეულ ჰოსპიტალიზაციაში, ნარკოტიკების, საფაღარათო საშუალებებისა და ოყნის კატეგორიულ აკრძალვაში, ოპერაციამდე, ოპერაციის გაკეთებაში მწვავე აპენდიციტის ყოველ სტადიაში, ე. წ. შუალედი პერიოდის ჩათვლით; დანამატის აუცილებელ მოცილებაში (ჩირქოვანი ინფილტრატის შემთხვევის გარდა).

შეიძლება გადაუჭარბებლად ითქვას, რომ მუცლის ღრუს არც ერთი სხვა პათოლოგიის შესახებ გამოქვეყნებული არ არის იმდენი შრომა, მონოგრაფიები, თუ ცალკე გამოკვლევები, რამდენიც ჭია-ნაწლავის ანთების შესახებ. მრავალი შრომაა გამოქვეყნებული ქართველი ავტორების მიერაც. მათ ჩამოთვლას არ შევუდგებით. დავასახელებთ მხოლოდ პროფ. ე. ფიფიას, პროფ. ვ. გიორგაძის (1937), პროფ. დ. ბერეჟიანისა და პროფ. ა. კუტუბიძის (1960) მონოგრაფიებს. ჩვენს კლი-

ნიკაში უკანასკნელი 10 წლის მასალა დაამუშავა და მწვავე აპენდიციტზე კლინიკურ-მორფოლოგიური შრომა დაწერა ა. კირვალიძემ.

ჭია-ნაწლავი ბრმა ნაწლავის მწვერვალის ნაშთია. სამი გასწვრივი ზონარი (ტენია) იწყება ჭია-ნაწლავის ფუძეზე და გაივლის ბრმა ნაწლავზე. იმ შემთხვევაში, როცა ჭია-ნაწლავის ნახვა ძნელდება, საჭიროა ზონრებს გავყვეთ დასაწყისამდე, სადაც თითქმის ყოველთვის მოთავსებულია ჭია-ნაწლავი.

ჭია-ნაწლავის სიგრძე ერთიანად ათ დიუმამდეა. მას აქვს საკუთარი სამკუთხიანი ფორმის ჯორჯალი, რომელშიც გაივლის მისი ლიმფური ძარღვები, სისხლის ძარღვები და ნერვები. ჭია-ნაწლავს კვებავს ჭია-ნაწლავის არტერია, რომელიც წარმოადგენს თეძო-ბრმა ნაწლავის არტერიის ტოტს.

ჭია ნაწლავის მდებარეობის მრავალი ვარიანტი არსებობს. ამაზე აიხსნება ტკივილების მრავალმხრივი ლოკალიზაცია: ჭია-ნაწლავის ანთების დროს ნაწლავის მდებარეობის ხშირი ფორმებია:

1. მენჯის მდებარეობა (მარჯვენა თეძოს ფოსო). 2. მედალური (პრომონტორიუმისაკენ), 3. ბრმა ნაწლავის უკან, 4. ქვემო კუთხეში იქ. სადაც თეძოს ნაწლავი უერთდება ბრმა ნაწლავს. 5) ბრმა ნაწლავის ლატერალურად, 6. იშვიათად ბრმა ნაწლავის წინ. გასწვრივად

ჭია-ნაწლავის ლორწოვანი ჰგავს მსხვილი ნაწლავის ლორწოვან გარსს. ლორწოვანის ქვეშ უხვად არის ლიმფური ფოლიკულები, რომლებიც ასაკის მომატებასთან ერთად ატროფიას განიცდის. ჭია-ნაწლავის კუნთოვანი და სეროზული შრეც ჰგავს მსხვილი ნაწლავის სათანადო შრეებს.

ჭია-ნაწლავის შესახებ ერთიანი აზრი არ არის შემუშავებული. ნაწილი მას რუდმენტულ ორგანოდ თვლის (ვ. ბობროვი, ი. მეჩნიკოვი. ი. როუდესტვენსკი და სხვა); ამასთან ერთად ბევრი მონაცემია, რომლებიც მეტყველებენ ჭია-ნაწლავის მნიშვნელობაზე ნაწლავთა პერისტალტიკაციაზე, კერძოდ, მსხვილი ნაწლავის პერისტალტიკაზე (მორდვინოვი, სინელნიკოვი და სხვ.), მას დიდ მნიშვნელობას მიაწერენ ბარიერულ ფუნქციაში, როგორც ლიმფოიდურ ორგანოს. ჭია-ნაწლავი ლეიკოციტების სიუხვით ერთგვარ ბაქტერიოციდულ ზემოქმედებას ახდენს ნაწლავის ფლორაზე; ჭია-ნაწლავს აკუთვნებენ აგრეთვე შინაგანი სეკრეციის გარკვეულ უნარს—პერისტალტიკის ჰორმონის გამომუშავებას (დიაკონოვი, ბინე, დებუა და სხვ): ჭია-ნაწლავის ფუნქცია თუმცა ჯერ კიდევ საკმაოდ კარგად არ არის შესწავლილი, მაგრამ არსებული გამოკვლევებისა და დაკვირვებების საფუძველზე უდავოდ აქვს მნიშვნელობა ორგანიზმისათვის, როგორც სეკრეტორულ ორგანოს. ის გარემოება, რომ ჭია-ნაწლავის ამოკვეთის შემდეგ ორგანიზმში რაიმე მნიშვნელოვანი ცვლილებები არ ვითარდება, ჯერ კიდევ არ ამტკი-

ცებს მის რუდიმენტობას. ამ თეზისის საწინააღმდეგოდ ბევრ ავტორს სავსებით სამართლიანად მოყავს ნაღვლის ბუშტის, ელენთის ამოკვეთის მაგალითი. ზედმეტია იმის მტკიცება, რომ ეს ორგანოები საჭიროა ორგანიზმისათვის.

მწვავე აპენდიციტის ხშირი მიზეზი (90%) არის ჭია-ნაწლავის სანათურის დახშობა. ჩვეულებრივ ეს გამოწვეულია კონკრომენტებით, უფრო იშვიათად უცხო სხეულით. კონკრომენტი ანუ ფეკალიტი შეიძლება იყოს ერთი ან მრავლობითი, მათი ნახვა შეიძლება ჭია-ნაწლავის სხვადასხვა ადგილას. კონკრემენტი იწვევს ლორწოვანი გარსის ადგილობრივ დაწყლულებას და ანთებად რეაქციას.

თუ ანთება არ ჩაქრა, მას შეიძლება მოჰყვეს ნეკროზი, განგრენა და პერფორაცია; ზოგჯერ ფეკალიტი არ იწვევს ანთებას, მაგალითად რენტგენოლოგიურად გარკვევით ჩანს იგი და შემდეგ კი ქრება, ე. გადავიდა მსხვილ ნაწლავში. ფეკალიტი შეიძლება წლების განმავლობაში იყოს ჭია-ნაწლავის სანათურში და არ გამოიწვიოს რაიმე გართულება. რამდენიმე წლის შემდეგ კი ჭია-ნაწლავის ანთების მიზეზი გახდეს.

თანამედროვე მკვლევართა უმრავლესობა იმ აზრისაა, რომ ჭია-ნაწლავის ანთებას ხელს უწყობს ყაბზობა. ცნობილია აგრეთვე, რომ ავადმყოფი, რომელსაც აქვს წყლულოვანი დაავადება და კალციუმის კარბონატით მკურნალობენ, ხშირად ემართებათ ჭია-ნაწლავის ანთება. შეკრულობა ხშირად აქვთ ორსულ ქალებს, ამიტომ მათი ჭია-ნაწლავის ანთება ხშირად ყაბზობით არის გამოწვეული.

ჭია-ნაწლავის სანათურის დახშობას სხვა მომენტებიც უწყობს ხელს. ბავშვებში, ამა თუ იმ ინფექციის დროს, ლორწოვანა ლიმფური ქსოვილის ჭარბად განვითარებას შეიძლება მოჰყვეს ლორწოვანი აპკის ჰიპერპლაზია. შეიძლება დაახშოს ჭია-ნაწლავის სანათური და გახდეს მისი ანთების მიზეზი.

მოხუცებში მწვავე აპენდიციტის მიზეზი შეიძლება იყოს ჭია-ნაწლავის ატროფია, რის შედეგადაც დაიხშობა მისი სანათური. რაც უფრო ხანში შედის ადამიანი, მით უფრო ატროფიულია ჭია-ნაწლავი. ატროფია ჭია-ნაწლავის მთელ სიგრძეზე შეიძლება არა თანაბრად იყოს გადმოხატული; ნაკლებად ატროფულ მონაკვეთებში ვითარდება ანთება. ილეიტი და კოლიტი შეიძლება გახდეს ჭია-ნაწლავის სანათურის დახშობისა და ანთების მიზეზი.

გარდა ზემოთ ჩამოთვლილისა, შემთხვევათა 10%-ში ჭია-ნაწლავის ანთება სხვა მიზეზებითაა გამოწვეული. ალენი აღწერს შემთხვევას, როდესაც 69 მამაკაცს, ჭია-ნაწლავის სისხლძარღვის ემბოლიის ნიადაგზე განუვითარდა მისი განგრენა.

ჭია-ნაწლავის ანთება პოლიმიკრობული დაავადებაა, ინფექციის

ნაეულებრივ ბრმა ნაწლავიდან შეიჭრება, რომელშიც სხვადასხვა ბაქტერიებია დიდი რაოდენობით. ზოგიერთი მკვლევარი ფლეგმონოზურ აპენდიციტს სტრეპტოკოკებს მიაწერს. ვეიგბერგის დაკვირვებით დესტრუქციული ფორმის აპენდიციტის დროს ყოველთვის აღინიშნება ანაერობული ინფექცია; აშოფი მწვავე აპენდიციტის განვითარებაში დიდ მნიშვნელობას მიაწერს ენტეროკოკს.

ზოგიერთი, ჭია-ნაწლავში მიკრობთა შეჭრას, ენტეროგენურ გზასთან ერთად მიუთითებს ჰემატოგენურზედაც. როგორც ინფექციის წყაროს, გარკვეულ მნიშვნელობას მიაწერენ დაავადებულ ნუშისებრ ჯირკვლებს. ლირსენმ მეტად საინტერესო გამოკვლევები ჩაატარა, მან ანთებად ჭია-ნაწლავში მიკრობთა ისეთივე ფლორა აღმოაჩინა, როგორც ნუშისებრ ჯირკვლიდან აღებულ ნაცხში. ისიც უნდა ითქვას, რომ ინფექციის არსებობა ჯერ კიდევ საკმარისი არ არის ჭია-ნაწლავის ანთების განვითარებისათვის; ხელშემწყობი მომენტებია განსაკუთრებით გრძელი ჭია-ნაწლავის სანათურის სივიწროვე, დუნე პერისტალტიკა, და სხვ. დაჩირქებას ხელს უწყობს დანამატში შიგთავსის შეგუბება. ეს უკანასკნელი ფაქტორი მეტად მნიშვნელოვანია. ჭია-ნაწლავში შიგთავსის შეჩერება ხელს უწყობს ბაქტერიების გამრავლებასა და მათი ვირულენტობის გაძლიერებას.

მწვავე აპენდიციტის განვითარებაში ავტორი დიდ მნიშვნელობას მიაწერს ნაწლავის ქვებს, რადგან ჭია-ნაწლავის სანათურიდან შიგთავსის გამოსვლას აბრკოლებს განავლოვანი კენჭები, ან ისინი იწვევენ ჭია-ნაწლავში ნაწოლების განვითარებას ხანგრძლივად ყოფნის შედეგად და ამით ქმნიან პირობას ინფექციის ღრმად შეჭრისას ნაწლავის კედლის სისქეში. ამ მოსაზრებას ისიც ადასტურებს, რომ განავლოვანი კენჭები ანთებად ჭია-ნაწლავში საკმაოდ ხშირად აღინიშნება. გ. გაჩეჩილაძის მონაცემებით 374 ანედექტომიდან 18%-ში ადგილი ჰქონდა ჭია-ნაწლავში განავლოვან კენჭებს. ვ. ოთხმეზურის მონაცემებით — 22%-ში, შპრენგელით—85%-ში. ჭია-ნაწლავის კენჭები უმთავრესად შედგება გამკვრივებული განავლოვანი მასისაგან, შეიცავს აგრეთვე ეპითელიუმს, ლორწოს, თმებს, სხვადასხვა უცხო სხეულებს, ბაქტერიებს.

განავლოვანი კენჭების რიცხვი სხვადასხვაა, მეტწილად 1—2—3—4 კენჭია. მათი ფორმა მომრგვალო ან მოგრძოა, სადა ზეაპირი ან მქონე. გარდა იმისა, რომ კენჭის ზეწოლა იწვევს ნაწოლის ვარვიოვარებას და ამით ხელს უწყობს ინფექციის გავრცელებას, ლორწოვანი ვარსიდან კუნთოვან და სეროზულ გარსზე, ინფექციის გაღრმავება ქმნის მეტად ხელსაყრელ პირობებს სისხლის მიმოქცევის ჭკვეთრი მოშლისათვის და ჭია-ნაწლავის პერფორაციისათვის. არც ისე იშვიათად განავლოვანი კენჭი გაჩხერილია ჭია-ნაწლავის პერფორირებულ კედლებში, ბეჭდის თვალივით, ან უკვე გამოსულია და თავისუფლადაა მუცლის

ღონეში. საინტერესო შემთხვევა აღწერა ალენმა. თორმეტგოჯა ნაწ-ლავის წყლულით დაავადებულს რენტგენოლოგიური გამოკვლევის ერთი წლის შემდეგ განუვითარდა მწვავე აპენდიციტი პერფორაციით. ოპერაციის დროს აღმოჩნდა ფეკალიტი, რომელიც ბარიუმის ფაფას წარმოადგენდა. ჭია-ნაწლავში შეგუბების განსაკუთრებულ მნიშვნელობაზე მწვავე აპენდიციტის განვითარებისათვის ჯერ კიდევ დელაფუა მიუთითებდა გასული საუკუნის მიწურულში, როდესაც წამოაყენა ე. წ. „დახშული ღრუს" თეორია. თეორიის არსი შემდეგშია: გადაღუნვის, ნაწიბურის თუ შეხორცების შედეგად ჭია-ნაწლავში შეიქმნება დახშული სივრცე, რომელშიაც ნაწლავის შიგთავსის შეჩერების გამო იქმნება ანთებისათვის ხელსაყრელი პირობა.

მიუთითებენ ჭიებით ინვაზიის მნიშვნელობაზე მწვავე აპენდიციტის განვითარებისათვის. მართალია, ეს საკითხი სხვადასხვანაირად შეფასდება. ზოგიერთი (ვოლკოვიჩი, ვირსალაძე, აბრიკოსოვი და სხვა) ჭიებს როგორც ანთების ხელშემწყობ ფაქტორს, აპენდიციტის განვითარებაში მეტად უმნიშვნელო როლს მიაკუთვნებს. სხვანი კი, (ლევინი, მოროტინცევა, რეინპმირეტი, ლუდვიგი და სხვ.), პირიქით. მაგრამ ფაქტია, რომ ამოკვეთილ ჭია-ნაწლავში არც თუ ისე იშვიათად არის შემჩნეული ოქსიური, ტრიქოცეფალუსი, შედარებით იშვიათად ასკარიდა, ე. ფიფიასა და ვ. გიორგაძის მონაცემებით ნახულია შემთხვევათა 18%-ში; გაჩეჩილაძით — 15%-ში, ალფეროვით — 48%-ში; სოლოვიოვით — 46.5%-ში; გეინეცით — 29.5%-ში;

ინვაზიის შედეგად მექანიკურად და ქიმიურად ზიანდება ჭია-ნაწლავის ლორწოვანი გარსი. ჩნდება დეფექტი, რასაც მეორადი ინფიცირების შედეგად მოსდევს მწვავე აპენდიციტის განვითარება. გარდა აღნიშნულისა, პარაზიტების გროვას შეუძლია გამოიწვიოს ჭია-ნაწლავის შიგთავსის შეგუბება, სანათურის დახშობა, ნაწლავის სპაზმი; ყველაფერი ეს ხელს უწყობს ანთების განვითარებას და არც ისე იშვიათად იწვევს აპენდიკულარული ხასიათის ტკივილს.

რიკერმა წამოაყენა მწვავე აპენდიციტის განვითარების ე. წ. ანგიონევროზული თეორია, დაახლოებით ისეთი, როგორიც ბერგმანმა კუჭის წყლულის განვითარების ასახსნელად. ამ თეორიის მიხედვით ნევროგენული მოშლილობის საფუძველზე ჭია-ნაწლავის სისხლძარღვებში ვითარდება სტაზი, რასაც მოსდევს სისხლის მიმოქცევის მოშლა და ნეკროზული უბნების განვითარება. ასეთი უბნებიდან ინფექცია ადვილად შეიჭრება და გამოიწვევს ჭია-ნაწლავის ანთებას. ამ თეორიის სასარგებლოდ ლაპარაკობს ის შემთხვევები, როდესაც მოკლე დროში სისხლის მიმოქცევის სწრაფი და მკვეთრი მოშლის ნიადაგზე ვითარდება მძიმე ფორმის აპენდიციტი. თეორიის დასაღასტურებლად ჭია-

ნაწლავის არტერიის თავისებურებასაც იმოწმებენ, იგი საბოლოო ტიპის არტერიაა.

მწვავე აპენდიციტის განვითარებაში ი. გრეკოვი დიდ მნიშვნელობას ანიჭებდა თეძო-ბრმა ნაწლავისა და პილორუსის სარქველის ფუნქციურ ურთიერთ დამოკიდებულებას — ნერვული სისტემის აწეული მგრძნობელობის ფონზე. ი. გრეკოვის აზრით, სხვადასხვა გამღიზიანებლებს (ინფექცია, ჭიები, კვებითი ინტოქსიკაცია და სხვ.), შეუძლია გამოიწვიოს ნაწლავისა და განსაკუთრებით კი ბაუგენის სარქველის სპაზმი, რასაც მოჰყვება ჭია-ნაწლავში შიგთავსის შეგუება, ტკივილი და ბრმა ნაწლავიდან ჭია-ნაწლავში ინფექციის გავრცელება. ამრიგად, ი. გრეკოვი ქრონიკული და მწვავე აპენდიციტის პირველწყებით მიზეზად თვლის ნერვორეფლექსურ მოშლილობას.

მაშასადამე, აპენდიციტის ხელშემწყობი ფაქტორია არარაციონალური კვება. დიდი ხანია შემჩნეულია, რომ აპენდიციტი საერთოდ და მათ შორის მწვავე აპენდიციტი, იშვიათია ქვეყნებში (ჩინეთი, იაპონია და სხვ.), სადაც ძირითადად მცენარეული პროდუქტებით იკვებებიან. ამ შეხედულებამ ერთგვარი დასაბუთება ჰპოვა ქალაქისა და სოფლის მცხოვრებთა შორის აპენდიციტის სიხშირის მონაცემებზე. ქალაქის მცხოვრებნი, რომლებიც თითქმის ყოველდღე ხორცით იკვებებიან, უფრო ხშირად ავადდებიან აპენდიციტით, ვიდრე სოფლის მცხოვრებნი. სოფლის მცხოვრებთა შორის აპენდიციტის შედარებითი სიმცირე მცენარეული პროდუქტის სიუხვისა და ხორცეულის სიმცირის გარდა, უნდა აიხსნას მათი მეტი ფიზიკური დატვირთვით და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის გაცილებით უფრო ნორმალური მოქმედებით, ქალაქის მცხოვრებლებთან შედარებით. მცხოვრებთა შორის ხორცეული პროდუქტების დიდი რაოდენობით გამოყენების ნიადაგზე ხშირია ნაწლავთა ატონია, ქალაქის მცხოვრებნი ნაკლებად მოძრაობენ და საერთოდ ფიზიკურადაც ნაკლებად აქტიურ ცხოვრებას ეწევიან. მათ შორის ხშირია ყაბზობა, ყოველივე ეს კი ხელს უწყობს აპენდიციტის განვითარებას. ქალაქის მცხოვრებთა შორის აპენდიციტის სიხშირეზე მეტყველებს ბევრი ქირურგის დაკვირვება და ჩვენი კლინიკის მასალაც.

კვების ხასიათით უნდა აიხსნას მწვავე აპენდიციტის სიხშირის შემცირება ომის დროს და გახშირება ომის შემდეგ. დ. არაპოვის მონაცემებით მეორე მსოფლიო ომამდე მწვავე აპენდიციტით დაავადებულთა რიცხვი წლითიწლობით იზრდებოდა; 1941 წლისათვის მწვავე აპენდიციტი ყველა სხვა ქირურგიული დაავადების 42%-ს შეადგენდა. ამავე პერიოდში შედარებით შემცირდა კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის შემთხვევები. ომის დროს თანაფარდობა შეიცვალა, იკლო მწვავე აპენდიციტის სიხშირემ, ხოლო კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია გახშირდა. ომის შემდეგ

ისევ იმატა მწვავე აპენდიციტის, მწვავე ქოლეცისტიტისა და პანკრეატიტის სიხშირემ. ლენინგრადის ბლოკადის პერიოდში ი. ჯანელიძე მწვავე აპენდიციტის მკვეთრ შემცირებას აღნიშნავს.

ამავეს ადასტურებს ჩვენი კლინიკის მასალაც, მაგალითად, 1943 წ მწვავე აპენდიციტის გამო კლინიკაში ოპერაცია გაუკეთდა 22 ავადმყოფს, 1953 წელს — 90 ავადმყოფს. ხოლო 1963 წლის მწვავე აპენდიციტის რიცხვმა — 524-ს მიაღწია.

დ. არაპოვი მწვავე აპენდიციტის ეთიოლოგიას სამ ფაქტორს უკავშირებს: ინფექციურს, ნეიროგენულს და ალიმენტარულს. ეს ფაქტორები ერთიმეორეს კი არ ეწინააღმდეგებიან, არამედ ავსებენ ერთმანეთს.

ჭია-ნაწლავის მწვავე ანთების უახლოესი გართულებებია, რომელიც შეიძლება გამოვლინდეს პირველ დღეებში ან პირველ კვირაში: პერიტონიტი, აბსცესი. სეპტიკური თრომბი პორტალურ სისტემაში, რის შედეგადაც შეიძლება განვითარდეს ღვიძლის აბსცესი. შორეულ გართულებებს ეკუთვნის რამდენიმე თვისა და წლის შემდეგ განვითარებული შეხორცებები, რა ნიადაგზეც შეიძლება განვითარდეს ამა თუ იმ სახის გაუვალობა.

მწვავე აპენდიციტის კლასიფიკაციის ისტორია გასული საუკუნის 80-იანი წლებიდან იწყება, კერძოდ მას შემდეგ, რაც ფიტცის მიერ შემოღებულ იქნა ტერმინი „აპენდიციტი". მოწოდებული იყო მრავალი კლასიფიკაცია, რომელთაგან ზოგიერთს დღეს მხოლოდ ისტორიული მნიშვნელობა აქვს. აპენდიციტის პათოლოგიური ანატომია დაწვრილებით შეისწავლა აშოფმა და მანვე მოგვაწოდა საკუთარი კლასიფიკაცია. აშოფი აპენდიციტის შემდეგ ფორმებს არჩევს:

1. არართულ ანუ მარტივ აპენდიციტს;
2. ფლეგმონოზურ და ფლეგმონოზურ-წყლულოვან აპენდიციტს;
3. რთულ ანუ დესტრუქციულ აპენდიციტს;
   ა) პერფორაციულ აპოსტემატოზურ აპენდიციტს;
   ბ) განგრენულ-პერფორაციულ აპენდიციტს.

ეს კლასიფიკაცია ძირითადად ემყარება ჭია-ნაწლავში განვითარებულ პათომორფოლოგიურ ცვლილებებს.

3. კოლესოვი მწვავე აპენდიციტს სამ ჯგუფად ჰყოფს: 1. მარტივად ანუ ზერელედ; 2. დესტრუქციულად (ფლეგმონოზური, განგრენოზული, პერფორაციული); 3. გართულებულ მწვავე აპენდიციტად.

თითოეული ჯგუფი დაყოფილია ქვეჯგუფებად — დაავადების კლინიკური მიმდინარეობის თავისებურების მიხედვით. ეს კლასიფიკაცია უფრო სრულყოფილად ასახავს მწვავე აპენდიციტის დროს განვითარებულ კლინიკურ-მორფოლოგიურ სურათს.

საჭიროა აპენდიციტის სხვადასხვა ფორმის გარჩევა (პიუბუქი, ედემატოზური, ჩირქოვანი, განგრენოზული და პერფორაციული).

მწვავე არაპერფორაციული აპენდიციტის კლინიკური სიმპტომები ჯერ კიდევ ჰაკბურნეიმ აღწერა 1889 წ. დასაწყისში ჩვეულებრივ ავადმყოფი გრძნობს გავრცელებულ ტკივილებს მთელ მუცელში, რომელიც ეპიგასტრიუმიდან იწყება. ავადმყოფს მადა ეკარგება, აქვს გულისრევა, პირღებინება. რამდენიმე საათის შემდეგ ტკივილი ლოკალიზდება ილეოცეკალურ მიდამოში. ანამნეზიდან ირკვევა, რომ ავადმყოფს უკანასკნელ ხანებში ჰქონდა ყაბზობა, ზოგჯერ დიარეა. შეიძლება მაღალი ტემპერატურა არ ექნეს, პულსი ჩვეულებრივად უცვლელი იყოს.

ხშირად ავადმყოფს მარჯვენა ბარძაყი მოხრილი აქვს. ზოგჯერ აღინიშნება ჰიპერესტეზია მარჯვნივ, X—XI—XII ნეკნების მიმართულებით. ტკივილები ყველაზე ძლიერია მაკბურნეის წერტილში. დაკვირვების შედეგად პალპაციის დროს მაქსიმალური ტკივილი ყოველთვის არ არის გამოხატული მაკბურნეის წერტილში; იგი შეიძლება სხვადასხვა ლოკალიზაციისა იყოს. ტკივილების ლოკალიზაცია დამოკიდებულია ჭია-ნაწლავის მდებარეობაზე. ამიტომ, როცა ბრმა ნაწლავი ატიპურად მდებარეობს, ტკივილი შეიძლება საერთოდ არ იყოს გამოხატული ილეოცეკალურ მიდამოში. არაიშვიათად ბრმა ნაწლავი გაბერილია აირებით. ტკივილების ხასიათიც სხვადასხვა შეიძლება იყოს. ტკივილი ძლიერია, როცა ანთებადი ჭია-ნაწლავი ეხება მუცლის კედელს. ჭია-ნაწლავის რეტროცეკალური მდებარეობის დროს ტკივილი შეიძლება ძალიან მცირე იყოს. თუ ჭია-ნაწლავი მცირე მენჯის ღრუშია მოთავსებული, ტკივილი შეიძლება გამოვლინდეს სწორი ნაწლავიდან — გასინჯვით. თეძოს მარცხენა ფოსოზე ხელის დაჭერისას ავადმყოფი გრძნობს ტკივილს ჭია-ნაწლავის მიდამოში — ეს სიმპტომი ცნობილია როვზონგის ნიშნის სახელწოდებით.

ჭია-ნაწლავის ანთების დროს ილეოცეკალურ არეში ტკივილის გარდა აღინიშნება კუნთების დაჭიმვა, ამა თუ იმ ხარისხით. ზოგჯერ კუნთების დაჭიმულობა შეიძლება შემცირდეს, თუ ავადმყოფის ყურადღებას გადავიტანთ სხვა საგანზე. მაგრამ, თუ ადგილი აქვს ნამდვილ ანთებას, დეფანსიც უცვლელია.

ლეიკოციტების ჰომატება აღინიშნება მწვავე აპენდიციტის დამახასიათებელი სიმპტომების გამოვლინებისთანავე. დაავადების პროგრესულობასთან ერთად ლეიკოციტების რიცხვი მატულობს. დასაწყისში შეიძლება იყოს 10—16 ათასი. ეს გარემოება მნიშვნელოვანია მწვავე აპენდიციტისათვის, მაგრამ სუსტი აგებულების ავადმყოფებს და მოხუცებს შეიძლება სრულიად არ ჰქონდეთ გამოხატული ლეიკოციტოზი, მაგრამ მათ სისხლის ნაცხში შეიძლება აღმოაჩნდეს ნეიტროფი-

ლები, გრანულოციტები. მწვავე აპენდიციტის გამოცნობისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ლეიკოციტოზს, მისი უარსებობის შემთხვევაში არ შეიძლება აპენდიციტის გამორიცხვა. სისხლის ნაცხის ანალიზს, გარდა ზემოთ აღნიშნულისა, მნიშვნელობა აქვს სხვა ინფექციური დაავადების გამოვლინებისათვის.

მწვავე აპენდიციტის დროს ერითროციტების დალექვის რეაქცია ხშირად აწეულია, მაგრამ დიაგნოზისათვის ძას დიდი მნიშვნელობა არა აქვს. თუ ედრ დაავადების პირველ საათებში ძალიან მაღალია, უნდა ვეძებოთ სხვა მიზეზი.

მნიშვნელოვანია შარდის ანალიზი: ცილა, ცილინდრები, გლუკოზურია. დიდი მნიშვნელობა აქვს შარდის გამოკვლევას ანესთეზიის არჩევისათვის. თუ შარდში სისხლი დიდი რაოდენობითაა, შეიძლება ადგილი ჰქონდეს პიელიტს, ცისტიტს, თირკმლის კენჭოვან დაავადებას. თირკმლის ტუბერკულოზს; მხედველობის არეში 10 — 30 ერითროციტი შეიძლება აღინიშნებოდეს მწვავე აპენდიციტის დროსაც, თუ ჭია-ნაწლავის ანთების გამო პროცესში ჩართულია შარდსაწვეთი და შარდის ბუშტი. ერითროციტების აღნიშნული რაოდენობა შარდში შეიძლება ინტოქსიკაციის შედეგი იყოს. ბაცილურია აპენდიციტს არ ახასიათებს. თუ ამას ადგილი აქვს, უნდა ვიფიქროთ თირკმლის რომელიმე დაავადებაზე; ხშირად დიდ დახმარებას გვიწევს რენტგენი. ჭია-ნაწლავის არეში გამოხატული ფეკალიტი, აპენდიციტს ადასტურებს. ზოგჯერ ტკივილები შეიძლება გამოწვეული იყოს IX — X—XI—XII ნეკნების არეში არსებული პლევრიტით.

ჩვენ მიერ ჩამოთვლილი სიმპტომები ყოველთვის ერთნაირად არ არის გამოხატული. ილეოცეკალურ მიდამოში ტკივილების გამომქმედ ნებისთანავე პირველ რიგში უნდა ვიფიქროთ ჭია-ნაწლავის ანთებაზე, რადგან იგი ძალიან ხშირად მუცლის ღრუს ანთების მიზეზია.

შეიძლება ილეოცეკალური მიდამოს ტკივილი გამოიწვიოს თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციამ და სითხის ჩაღვრამ, ნაღვლის ბუშტისა და მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ანთებამ.

მწვავე აპენდიციტით გამოწვეული ზოგიერთი ჩივილი და სიმპტომი პირველხარისხოვანია, ზოგი კი მეორეხარისხოვანი. თუ დაავადების ისტორია მოკლეა და ტკივილი სათანადო მიდამოში მკაფიოდაა გამოსატული (განსაკუთრებით მაკბურნეის წერტილში), გამორიცხული არ არის ჭია-ნაწლავის ანთება. მწვავე აპენდიციტის სიმპტომები შემდეგნაირად შეიძლება დაკალაგოთ მათი მნიშვნელობის მიხედვით: 1. ტკივილები, რომლებიც იწყება ეპიგასტრიუმის არეში და ლოკალიზდება ილეოცეკალურ მიდამოში, 2. ტემპერატურის მცირედი მომატება. 3. ზომიერი ლეიკოციტოზი, 4. ნეიტროფილოზი, 5. ნორმალური შარდი, 6. სხვა დაავადების გამორიცხვა.

როდესაც ყველა ჩამოთვლილი გამოხატულია, ამის შემდეგ მიუღებელია სხვა ნიშნების გამოვლინებას ვუცადოთ, რადგან ასეთ შემოხვევაში ოპერაციის გადადება შეიძლება პერფორაციით დამთავრდეს.

თუ სიმპტომები საკმარისად არ არის გამოხატული, ავადმყოფის განმეორებით გასინჯვა და შესწავლა არ არის საკალდებულო და დიდად სასარგებლო, მით უმეტეს ერთი და იგივე ექიმის მიერ.

კლინიკური სურათის შეცვლა გაუარესებისაკენ შეიძლება ჭია-ნაწლავის განგრენის ან პერფორაციის მაჩვენებელი იყოს

განგრენოზული მწვავე აპენდიციტის დროს შეიძლება შედარებით მცირე ტკივილმა დაიკლოს, ან სრულიად გაქრეს, რაც ყალბ წარმოდგენას იძლევა გაუმჯობესებაზე; ამ დროს ლეიკოციტოზი კი არ კლებულობს, პირიქით, იმატებს. ასევე შეიძლება მოიმატოს ტემპერატურამაც. ტკივილების შემცირება გამოწვეულია იმით, რომ ჭია-ნაწლავის განგრენის დროს იღუპება ნერვული ქსოვილი, რაც თავისთავად სპობს ან აქვეითებს ტკივილის შეგრძნებას. მაგრამ ეს სიმპტომი მერყეევა. ზოგჯერ იგი გამოხატული არ არის. ტკივილის განახლება უკვე სეროზული გარსის ანთების გამო ხდება ჩვეულებრივი, — ასეთი მიმდინარეობა აქვს რეტროცეკალურ და ღრმა ილეოცეკალური მდებარეობის აპენდიციტს, რადგან ამ დროს პროცესი უფრო შემოსაზღვრულია და ანთება არ ვრცელდება პერიტონიუმზე.

განგრენული აპენდიციტის დროს დანეკროზებას განიცდის ჭია-ნაწლავის ლორწოვანი გარსი ან მთელი მისი კედელი. ჭია-ნაწლავი მაკროსკოპულად ხსვადასხვანაირი შესახედაობისაა, იმის მიხედვით, თუ რა სიძლიერით ვრცელდება ეს მეტად მძიმე დაზიანება. როცა ადგილი აქვს ჭია-ნაწლავის სისხლის მომარაგების უეცარ მოშლას, მეტწილად იგი ტოტალურ განგრენას განიცდის, ამ დროს ჭია-ნაწლავის კედელი ადვილად მტეხადია, ლორწოვანი დაშლილია და სანათურში ჩირქოვან-ჰემორაგიული, მყაყე ხუნის გამონადენია. როდესაც განგრენა ჭია-ნაწლავში ჩირქოვანი პროცესის გაღრმავების შედეგია. ნეკროზული ცვლილებები ჭია-ნაწლავის გარკვეულ ნაწილში უფრო ხშირად დისტალურშია ლოკალიზებული.

განგრენული აპენდიციტის დროს სხვადასხვა ცვლილებას ვამჩნევთ ირგვლივ ქსოვილებსა და ორგანოებში. ზოგჯერ განგრენული დანამატი სრულიად თავისუფლად დევს მუცლის ღრუში, ზოგჯერ მას მწვერვალი აქვს, მიზრდილია ანთებადად შეცვლილ ბადექონთან, ან გახვეულია ვასში. სხვადასხვა ცვლილებას განიცდის ბრმანაწლავი და თეძოს ნაწლავის აბორალური ნაწილი; ზოგჯერ მკვეთრად გამოხატულია ანთება; როგორც წესი. ვანვრენის დროს. ჭია-ნაწლავის ჯორჯალი ანთებითად შეცვლილია, გასქელებულია. მისი სისხლის ძარღვები მეტწილად თრომბირების გამო პულსაციას არ იძლევა. ამ დროს ბადექონზე

ფიბრინოზული ნადებებია და აშკარად გამოხატულია ანთებითი მოვლენები. აღინიშნება მკვეთრი ჰიპერემია.

დაახლოებით შემთხვევათა ნახევარში მუცლის ღრუში აღინიშნება გამონადენი, მეტწილად სეროზულ-ჩირქოვანი ხასიათისა.

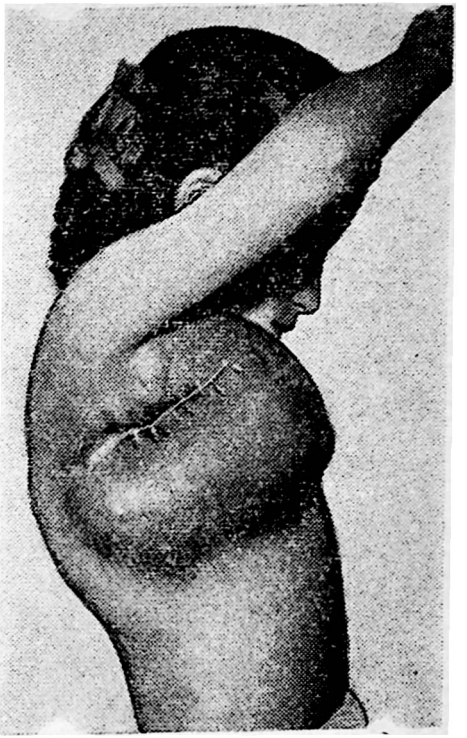
ტკივილების დროებით შემსუბუქებას შეიძლება ადგილი ექნეს ჭია-ნაწლავის პერფორაციის დროსაც. ანთებადად დაჭიმული კედლის. ან კონკრემენტების ზეწოლით გამოწვეული ტკივილი მცირდება პერფორაციის შემდეგ, ნაწლავის კედლის დაჭიმულობის შემცირების გამო. მაგრამ ეს მდგომარეობა მოკლე დროში გაივლის, რის შემდეგ ტკივილი ზოგჯერ უფრო მძაფრ დიფუზურ ხასიათს ღებულობს.

მეორე მხრივ ტკივილის შემცირება შეიძლება დაავადების სპონტანური განკურნების მაჩვენებელი იყოს, მაგრამ ამის დადგენა და წინასწარ განსაზღვრა საიმედო არ არის. ასეთ შემთხვევაში ტკივილები შეწყვეტა ხდება არა ერთბაშად, არამედ თანდათანობით; ამავე დროს ტკივილის თანდათანობით ჩაქრობასთან ერთად ადგილი აქვს ლეიკოციტოზისა და ტემპერატურის დაკლებასაც. სისხლის სურათი და ტემპერატურა რამდენიმე დღეში ნორმალური ხდება. შეტევა ჭია-ნაწლავის ანთების გამო ქრება, ისპობა ლიმფური აპარატის ჰიპერპლაზიაც.

ჭიაყელა ნაწლავის ანანთურის უცხო სხეულით დახშობა, შეიძლება არასრული იყოს, ან კონკრემენტმა იცვალოს მდებარეობა; ასეთ შემთხვევაში მწვავე შეტევიდან 5—6 კვირის გავლის შემდეგ საჭიროა ნაწლავი ამოიკვეთოს, რადგან ავადმყოფი დაზღვეული არ არის რეციდივისაგან.

პერფორაციული აპენდიციტის დროს, როგორც თვით სახელწოდება გვიჩვენებს, ადგილი აქვს ჭია-ნაწლავის კედლის მთლიანობის დარღვევას — ჩირქოვანი ან განგრენული პროცესის შედეგად. პერფორირებული აპენდიციტის დროს პერიტონეუმის კედლის ამყოლი ფურცელი განიცდის ანთებას, ჰიპერემიასა და გასქელებას. თუ ჭია-ნაწლავის პერფორაციის დროს არ განვითარდა დიფუზური პერიტონიტი, პერფორირებული დანამატი რამდენიმე დღეში შემოიფარგლება აპენდიკულარული ინფილტრატით ან ბადექონით. ასეთი გამოსავალი შედარებით იშვიათია, უფრო ხშირად დიფუზური პერიტონიტი განვითარდება. საერთოდ უნდა აღინიშნოს, რომ მწვავე აპენდიციტი პერიტონიტის ყველაზე ხშირი მიზეზია. ამ მხრივ ინტერესმოკლებული არ არის აღვნიშნოთ ზოგიერთი სტატისტიკური მონაცემი: ვ. შლაპობერსკის მასალით შემთხვევათა 60,8%-ში პერიტონიტის მიზეზი იყო მწვავე აპენდიციტი, პ. სვლცოვსკის მონაცემებით კი—54.3%. პერფორაციულ პერიტონიტებს შორის ჭია-ნაწლავის პერფორაციის ნიადაგზე განვითარებულ პერიტონიტს, სიხშირის მიხედვით, პირველი ადგილი უკავია. ა. ცანავას მასალით პერფორაციული პერიტონიტის 433 შემთხვევიდან

206 (47.5%) ჭია-ნაწლავის პერფორაციით იყო გამოწვეული. ჩვენი კლინიკის მასალით პერფორაციული პერიტონიტის 958 შემთხვევიდან ჭია-ნაწლავის პერფორაციაზე მოდის 400 (41.7%) შემთხვევა. როგორც ვხედავთ, ჭია ნაწლავის პერფორაციის შედეგად განვითარებული პერიტონიტის ხვედრითი წონა პერფორაციულ პერიტონიტთა შორის მაღალია.



სურ. 10.
გულმკერდის მარჯვენა ნახევრის ლიმფოსარკომა.

პერფორაციული აპენდიციტის დროს შემთხვევათა ნაწილში მუცლის ღრუში შეიძლება გამონადენი არ იყოს, ზოგჯერ კი ადგილი ჰქონდეს სხვადასხვა სახის გამონადენს. ვ. კოლესოვის მასალით პერფორაციული აპენდიციტების დროს შემთხვევათა 29,7% მუცლის ღრუში გამონადენით არ აღინიშნებოდა, სეროზული გამონადენი იყო 5.6%; სეროზულ-ჩირქოვანი — 26.1%; ჩირქოვანი — 38.6%.

კლინიკურ-მორფოლოგიური დაკვირვების შედეგად, უმრავლეს შემთხვევაში, პერფორაციას განიცდის ჭია-ნაწლავის მწვერვალი, შემდეგ ფუძის მიდამო და ყველაზე იშვიათად — მისი შუა ნაწილი. პერფორაციას განიცდის ჯორჯლის მიმაგრების მოპირდაპირე მხარე, რომელიც სისხლით ნაკლებად არის მომარაგებული.

ახლა გავარჩიოთ ერთი მეტად საინტერესო ავადმყოფი.

ავადმყოფი ი. რ., 12 წლის გოგონა, მიღებულია კლინიკაში გულმკერდის მარჯვენა ნახევრის სიმსივნით. როგორც ავადმყოფის დედა გადმოგვცემს, დაბადების რამდენიმე თვის შემდეგ ბავშვს გულმკერდის მარჯვენა ნახევარში შეამჩნია მცირე ზომის სიმსივნე, რომელიც მართალია, ნელა, მაგრამ მაინც მატულობდა ზომაში. ორი წლის წინათ კი გაუკეთდა ოპერაცია — სიმსივნის ამოღება. ოპერაციის 1,5 წლის

შემდეგ სიმსივნე ისევ განვითარდა და დაიწყო ინტენსიური ზრდა. შემოსვლისას გულმკერდის მარჯვენა ნახევარში შეხებით იგრძნობა უმტკივნეულო, ელასტიკური სიმსივნე, ზომით 30 × 15 × 8 სმ, რომ-ლის ცენტრში ოპერაციის შემდგომი ნაწიბურია.

ამ შემთხვევაში საქმე გვაქვს ავთვისებიან სიმსივნესთან. ვფიქრობთ ლიმფოსარკომაზე. ავადმყოფს ორი წლის წინ გაუკეთდა ოპერაცია, მაგრამ როგორც ჩანს, განუვითარდა რეციდივი. საკითხი ისმის მკურ-ნალობის შესახებ; ჯერ უნდა გაუკეთდეს ოპერაცია, შემდეგ კი უნდა ჩავუტაროთ რენტგენოთერაპია.

მწვავე აპენდიციტი (ვაგრძელება). დიაგნოსტიკური შეცდომათა მიზეზები

შევეხოთ არაპერფორაციული აპენდიციტის მკურნალობას. ჭია-ნაწლავის ანთების ერთადერთი მკურნალობა — ოპერაციაა. ოპერაცია უნდა გაკეთდეს დიაგნოზის დასმისთანავე. ბავშვებს ოპერაცია უკეთდებათ უმთავრესად ეთერის ნარკოზის ქვეშ, მოზრდილებს კი — ადგილობრივ ან ზურგის ტვინის ანესთეზიის ქვეშ. საერთოდ აპენდექტომიისათვის ყველაზე მისაღებია ადგილობრივი ანესთეზია.

ჭია-ნაწლავის ტაკვის დამუშავების სამი მეთოდია ცნობილი:

1. ჭია-ნაწლავის გაჭყლეტა იმ ადგილას, სადაც იგი დაკავშირებულია ბრმა ნაწლავთან და გადაკვანძვა.

2. ჭია-ნაწლავის მოკვეთა და ნაწლავის სანათურის გაკერვა წვრილი კეტგუტით.

3. ლიგატურის დადება და ტაკვის ჩაბრუნება ქისისებრ ნაკერით.

დაკვირვებით დასტურდება, რომ ყველაზე მიზანშეწონილია მესამე წესი. ამ შემთხვევაში, თუ ტაკვის არეში განვითარდა ჩირქგროვა, იგი გაიხსნება ბრმა ნაწლავში. ტაკვის დამუშავების ყველა მეთოდი შეიძლება გამოყენებული იყოს წარმატებით, თუ იგი გულმოდგინედ, კარგად არის შესრულებული.

აპენდექტომიის დროს დრენაჟი გამოიყენება იმ შემთხვევაში, თუ ადგილი აქვს პერფორაციას და ჩირქს ჭია-ნაწლავის არეში. დრენაჟი უნდა ჩაიდოს დამატებით გატარებულ პატარა ჭრილობაში. მეორე დრენაჟი კი შეიძლება გატარდეს კანქვეშ, ჭრილობის ქვემო პოლუსში. თუ მუცლის ღრუში ჩირქი არ არის, დრენაჟის ჩადება არაა საჭირო.

ავადმყოფმა მსუბუქი საკვები შეიძლება მიიღოს ოპერაციის მეორე დღიდანვე, 3—4 დღის შემდეგ კი შეიძლება მისი ნორმალურ კვებაზე გადაყვანა.

აპენდექტომიის მსვლელობაში მუცლის კუნთების გათიშვის პრიორიტეტი უდავოდ მაკბურნეის ეკუთვნის (1893 წ.); მან ამ წესით გააკეთა პირველი 3 ოპერაცია, ხოლო 1894 წ. გამოაქვეყნა შრომა. შემდეგ მაკარტურმა ამავე წესით ოპერაციის 50 შემთხვევა აღწერა.

ჭია-ნაწლავის პერფორაციის შემთხვევაში ავადმყოფი სახიფათო მდგომარეობაშია. შეიძლება განვითარდეს პერიტონიტი, აბსცესი, პიო-

ფლებიტი, ღვიძლის აბსცესი, ნაწლავთა გაუვალობა, ბრმა ნაწლავის არეში განვითარდეს ფისტულა.

ისმის კითხვა — მწვავე აპენდიციტის დროს ხომ არ შეიძლება დაავადების კლინიკური სურათის მიხედვით წინასწარ განისაზღვროს—ექნება თუ არა ადგილი პერფორაციას. უფრო ხშირად პერფორაცია ვითარდება მწვავე აპენდიციტის გამომჟღავნებიდან გარკვეული დროის გავლის შემდეგ. ეს ხდება ისეთ შემთხვევაში, როდესაც ექიმი ვერ სვამს აპენდიციტის დიაგნოზს და, ცხადია, არ მოითხოვს ოპერაციულ მკურნალობას, ან საერთოდ ავადმყოფი ექიმს არ მიმართავს.

ვინაიდან მწვავე აპენდიციტის გამოსავალი მისი პერფორაციაა და პროცესის ჩაქრობის შესაძლებლობა არ შეიძლება წინასწარ იქნეს განსაზღვრული, საჭიროა საკითხი პრინციპულად დაისვას სასწრაფო ოპერაციული მკურნალობის შესახებ. ქირურგიცა და ავადმყოფიც გამსჭვალული უნდა იყვნენ იმ შეგნებით, რომ ყოველი მწვავე აპენდიციტის შემთხვევაში შესაძლებელია ადგილი ექნეს პერფორაციას და ავადმყოფის ბედიღბალი დამოკიდებული იყოს დროულ ოპერაციაზე. ის ამოცანა, რომელსაც ისახავს მედიცინა, მწვავე აპენდიციტის დროული საექიმო დახმარების პროპაგანდის საქმეში, ახლა თითქმის მიღწეულია. ამის შედეგია ის, რომ ავადმყოფები თვითონ იჩენენ სიფხიზლეს და უფრო ხშირად დროულად მიმართავენ ექიმს. ამასთანავე გვხვდება მწვავე აპენდიციტის შორსწასული ფორმები, რაც, უმეტეს შემთხვევაში, დიაგნოსტიკურ სიძნელეებთანაა დაკავშირებული. ისიც ცნობილია, რომ მოხუცებსა და ბავშვებში მწვავე აპენდიციტი თავისებურად მიმდინარეობს. მაგალითად, მწვავე აპენდიციტის დროს ჭია-ნაწლავის პერფორაცია ბავშვებს უფრო ადრე უვითარდებათ, ვიდრე მოზრდილებს. მით უმეტეს, რომ ბავშვები ხშირად არ უჩივიან კუჭ-ნაწლავის მხრივ მოვლენებს. ბავშვი საერთოდ უფრო ცუდად იტანს პერიტონიტს, ვიდრე მოზრდილი, ამიტომ საჭიროა ბავშვებისადმი უფრო მეტი ყურადღება, როცა ეჭვი მიტანილი გვაქვს ჭია-ნაწლავის მწვავე ანთებაზე, ოპერაციაც დროულად უნდა გაუკეთდეს.

საკმაოდ ხშირია პერფორაცია მწვავე აპენდიციტის გამო მოხუცებულებში. მოხუცებს ტკივილი სუსტად აქვთ გამოხატული. მოხუცის ორგანიზმი სუსტ რეაქციას იძლევა, ლეიკოციტოზი და ტემპერატურა ნაკლებად მატულობს, სუსტადაა გამოხატული რიგიდობაც, რადგან კუნთების ტონუსი საერთოდ დაქვეითებულია; ამასთან ერთად მოხუცები ხშირად უჩივიან ტკივილს მუცლის არეში, ჭია-ნაწლავის ანთების გარეშეც. ქირურგს არ უნდა დაავიწყდეს, რომ მუცლის მარჯვენა მხარეში ტკივილის მიზეზი უფრო ხშირად მაინც ჭია-ნაწლავის ანთებაა.

თუ ჭია-ნაწლავი ბადექონში გახვეული არ არის, ან ნაწლავის მარყუჟებს შორის არ მდებარეობს, მისი პერფორაციის შემთხვევაში

სწრაფად ვითარდება დიფუზური პერიტონიტი — სასიკვდილო შედეგით.

პერფორაციის შემდეგ ტკივილი ძლიერდება, დიფუზურ ხასიათს ღებულობს. თუ ჭია-ნაწლავი მოქცეულია წვრილი ნაწლავის მარყუჟებს შორის, ან ბადექონშია გახვეული, ტკივილი შეიძლება მხოლოდ ილეოცეკალურ მიდამოში იყოს გამოხატული.

ტკივილის მიხედვით ძნელია გარჩევა ჭია-ნაწლავის პერფორაციაა, თუ მისი მწვავე ანთება. მაგრამ უნდა გვახსოვდეს, რომ პერფორაციის დროს კუნთების რიგიდობა უფრო მკვეთრადაა გამოხატული. ხშირად, პერიტონიტის განვითარების შემდეგ წყდება ნაწლავის პერისტალტიკა. ლეიკოციტების რაოდენობა და ედრ-ი მკვეთრად მატულობს. რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას დიაგნოზისათვის დიდი მნიშვნელობა არა აქვს. რენტგენის მიხედვით შეიძლება დადგინდეს ჩირქგროვა. პერფორაციის დროს რენტგენმა შეიძლება უჩვენოს თავისუფალი აირი პერიტონეუმის ღრუში. ჭია-ნაწლავის პერფორაციის დროს კარგად არის გამოხატული პერიტონიტის დამახასიათებელი ნიშნები; განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ორ გარემოებას: ძლიერ ტკივილს მუცლის ქვემო მარჯვენა ნახევარში და დაავადების ისტორიას.

თუ აბსცესი ჩამოყალიბდა, ჩირქი უნდა მოვაცილოთ. ჭია-ნაწლავი უნდა მოიკვეთოს, თუ იგი ჩირქგროვის არეშია. იმ შემთხვევაში, როცა ჩირქგროვა არ არის, ჭია-ნაწლავი უნდა გამოვათავისუფლოთ შეხორცებებისაგან და ამოვკვეთოთ.

ანტიბიოტიკების იმედით, შეიძლება ოპერაციის გადადება, თუ თვით ოპერაცია რაიმე ხიფათს არ უქადის ავადმყოფს. ჩირქგროვის განვითარებისას, ჭია-ნაწლავი შეიძლება გაიხსნას თავისუფალ პერიტონეუმის ღრუში.

კონსერვატიული მკურნალობით პერიტონიტი კი არ ისპობა, არამედ დიფუზურად ვრცელდება. ამ დროს შეიძლება განვითარდეს მენჯის, თეძოს და უფრო დისტალური ვენების სეპტიკური ანთება, რომელმაც შეიძლება ავადმყოფი იმსხვერპლოს.

1886 წ. გაიმართა კამათი პერფორაციის დროს აპენდექტომიის მიზანშეწონილობის შესახებ. ოქსნერი საჭიროდ თვლიდა წოლით რეჟიმს, ოპიუმის მიღებას და პირიდან ყოველგვარი საკვების მიღების შეწყვეტას. 10 დღის შემდეგ შეიძლება პროცესი შემოისაზღვროს აბსცესის სახით. მურფი ასეთი წესით მკურნალობის წინააღმდეგი იყო და ამტკიცებდა, რომ ცდის მეთოდით, ავადმყოფი შეიძლება სიკვდილის კარამდე მივიყვანოთ.

ლოდინის მომხრენი მოითხოვდნენ მუცლის ღრუში სრული სიმშვიდის დამყარებას, როცა ორგანიზმში ხდება ინფექციის საწინააღმდეგოდ ანტისხეულების თვითგამომუშავება. მურფი კი ამტკიცებდა, რომ

ნეკროზული და ინფილტრირებული ჭია-ნაწლავის დატოვება მუცლის ღრუში, რეალურ საფრთხეს უქმნის ავადმყოფის სიცოცხლეს. ახლა არ არის არც ერთი ქირურგი, რომელიც იზიარებდეს ოქსნერის შეხედულებებს. ახლა ბევრი შესაძლებლობაა: ანტიბიოტიკები, ვენური და კანის გზით ორგანიზმში დიდი რაოდენობით სითხეების შეყვანა, სისხლის გადასხმა, გასტრიუმი, ინტუბაცია და სხვა.

მკურნალობის საქმე მოითხოვს ინდივიდუალურ მიდგომას. თუ ავადმყოფი მოყვანილია შეტევის დაწყებიდან 48 საათის შემდეგ, იგი გულდასმით უნდა შეეისწავლოთ. ზოგჯერ საჭიროა ავადმყოფზე დაკვირვება ყოველი საათის განმავლობაში.

აბსცესი და პერიტონიტი ოპერაციის წინააღმდეგ ჩვენებად კი არ ითვლება, პირიქით, საკითხს აყენებს ოპერაციის აუცილებლობის შესახებ.

ოპერაციის გადადება შეიძლება, თუ ინფილტრატის დროს ელინდება ჩაცხრომის ტენდენცია, ხოლო იმ შემთხვევაში, თუ ტოქსიკოზი გაძლიერდება, საჭიროა მივმართოთ ოპერაციას; თუ ავადმყოფმა უკვე გადაიტანა მწვავე შეტევა, ოპერაცია უნდა გადაიდოს. ფიცი (1886) მოითხოვდა ოპერაციის გაკეთებას შეტევისთანავე. ამ დებულების დასადასტურებლად მან აღწერა რამდენიმე შემთხვევა, როცა მწვავე აპენდიციტის მეორე ან მესამე შეტევის შემდეგ ავადმყოფი დაიღუპა. აპენდიციტის რეციდივები პირველად ფიცმა აღწერა.

ორსული ქალის აპენდიციტის გამოცნობა ძნელია, რადგან ამ შემთხვევაში არ ხერხდება ბრმა ნაწლავის გასინჯვა, მით უმეტეს, თუ საშვილოსნო ბრმა ნაწლავზე წინ მდებარეობს. ორსულ ქალებს ჭია-ნაწლავის ანთების სიმპტომები ატიპური აქვთ. ამასთან მაღალი ედრ და ლეიკოციტოზი ორსულობის დროს ჩვეულებრივი მოვლენაა. ჯერ კიდევ მაკარტურმა (1895) აღნიშნა ორსულთა აპენდიციტის მიმდინარეობის სიძნელეები. ჭია-ნაწლავიდან ანთება შეიძლება გავრცელდეს საშვილოსნოზე და გამოიწვიოს ორსულობის შეწყვეტა. საშვილოსნოს შეკუმშვა შეიძლება გახდეს ჭია-ნაწლავის მიდამოში არსებული ჩირქგროვის პერიტონიუმის ღრუში გავრცელების მიზეზი. ასეთ შემთხვევაში ოპერაცია აუცილებლად ნაჩვენებია.

მწვავე აპენდიციტის დროს თუ ადგილი არა აქვს პერფორაციას, სხვა გართულებები იშვიათია.

პერფორაციული აპენდიციტის დროს პერიტონიტი შეიძლება შემოფარგლული იყოს ილეოცეკალურ მიდამოში, ე. ი. ჩამოყალიბდეს აბსცესი ან გავრცელდეს პერიტონიუმის მთელ ზედაპირზე.

აბსცესი შეიძლება განვითარდეს მხოლოდ ჭია-ნაწლავის მიდამო-

ში, ან მისგან მოშორებით, მაგალითად, დიაფრაგმის ქვეშ ან და სხვა რომელიმე ორგანოში, ხშირად ღვიძლში.

დაშორებული აბსცესის მიზეზი არის კარის ვენის ემბოლია და პიემია.

ჭრილობის არეში შეიძლება განვითარდეს ზერელე აბსცესი.

სიკვდილიანობა აბსცესის დროს უფრო ნაკლებია, ვიდრე პერიტონიტის დროს.

თუ ჩირქი გადავიდა კარის ვენაში, ვითარდება სეპტიკური თრომბოფლებიტი. ეს დაავადება იწყება და მიმდინარეობს მაღალი ტემპერატურით. თუ რამდენიმე დღის შემდეგ გამომეღავნდა სუსტი სიყვითლე, ეს ამტკიცებს, რომ პროცესი უკვე გადასულია ღვიძლში.

მკურნალობა: ანტიბიოტიკების მასობრივი დოზები, აბსცესის ჩამოყალიბების შემთხვევაში მისი გაკვეთა.

დინამიკურ ileუსს, რომელიც ჩვეულებრივ ერთვის პერფორაციას, პირველ ხანებში დაცვითი მნიშვნელობა აქვს, პროცესის შემოსაზღვრის თვალსაზრისით. მკურნალობა მდგომარეობს კუჭის შიგთავსის ინტუბაციაში, სანამ ავადმყოფს არ აღუდგება კუჭის მოქმედება.

ამ გართულებას ბავშვები კარგად იტანენ, მოხუცებში კი — მძიმედ მიმდინარეობს.

ოპერაციიდან რამდენიმე წლის შემდეგ შეიძლება განვითარდეს მექანიკური გაუვალობა, რაც განპირობებულია შეხორცებებით.

მძიმე გართულებაა განავლოვანი ფისტულის ჩამოყალიბება, რაც ხშირად დაკავშირებულია ბრმა ნაწლავის კედელთან.

სიკვდილი აპენდიციტის შემთხვევაში უფრო ხშირად გამოწვეულია პერიტონიტით.

უნდა აღინიშნოს, რომ უკანასკნელ ხანებში ლეტალობა მწვავე აპენდიციტის შედეგად ძალიან შემცირდა, რაც ძირითადად ორი მიზეზით შეიძლება აიხსნას — დროული ოპერაციითა და ახალი ძლიერი სამკურნალო საშუალებების გამოყენებით, პირველ რიგში — ანტიბიოტიკებით.

ჭია-ნაწლავის მუკოცელე იშვიათია და საინტერესო გართულებაა. იგი ვითარდება ჭია-ნაწლავის სანათურის დახშობის შემთხვევაში. ნაწლავის სანათურში გროვდება სიითხე — სტერილური ლორწო და იბერება; შეიძლება ასეთი ჭია-ნაწლავი გასკდეს კიდეც და ლორწოს გამომყოფი უჯრედებით მოითესოს პერიტონიუმის ღრუ. გამსკდარი მუკოცელე შეიძლება მიეზარდოს პერიტონიუმს და გაჩნდეს წარმონაქმნები, რომლებიც ლორწოს გამოყოფენ; ამის ნიადაგზე შეიძლება შეხორცებები და მუკოზური ასციტი განვითარდეს. შეიძლება ნაწლავის შიგთავსი გავრცელდეს უფრო ფართოდ და სიკვდილით დამთავრდეს.

მუკოცელეს შემთხვევაში ნაჩვენებია ჭია-ნაწლავის ამოკვეთა.

ჭია-ნაწლავის ანთების დროს ხშირად პირველად მიმართავენ არა ქირურგს, არამედ, სხვა სპეციალობის ექიმს. ამიტომ ყველა ექიმმა უნდა იცოდეს, რომ თუ ეჭვია მიტანილი ჭია-ნაწლავის ანთებაზე, ყოველ მიზეზს გარეშე უნდა მოიწვიოს საკონსულტაციოდ ქირურგი, ან ავადმყოფი გადაიყვანოს ქირურგიულ განყოფილებაში, რომ დროზე გაკეთდეს ოპერაცია. არის შემთხვევები, როცა მწვავე აპენდიციტით ავადმყოფს მკურნალობენ ამა თუ იმ კონსერვატიული საშუალებებით. ეს კი ამწვავებს მდგომარეობას, ზოგჯერ აძლევენ საფაღარათოს, რაც ამ დროს საშიშია. საფაღარათო საშუალებები აძლიერებს პერისტალტიკას და შემოსაზღვრული პროცესი შეიძლება დიფუზური გახდეს. მძიმეა ავადმყოფისა და ქირურგის მდგომარეობა, როცა ჩირქი მთელ პერიტონიუმზეა მოდებული. ცნობილი ქირურგი რუ წინააღმდეგი იყო ასეთი ავადმყოფებისათვის ოპერაციის გაკეთებისა. რასაკვირველია, ამ აზრს, ჩვენ ვერ გავიზიარებთ. ასეთ ავადმყოფებსაც უნდა გაუკეთდეს ოპერაცია და უნდა მივიღოთ ყოველგვარი ზომები — თანამედროვე მედიცინის ყველა მიღწევა. ავადმყოფის მდგომარეობის სიმძიმე განპირობებულია იმით, რომ მთელი ზედაპირიდან, რომელიც აღემატება მთელი სხეულის კანის ფართს, უხვად იწოვება ტოქსინები, რითაც იწამლება ორგანიზმი; ამას ისიც ემატება, რომ დაავადების ამ სტადიაში წვრილი ნაწლავის პარეზის შედეგად პარალიტური გაუვალობა ვითარდება. ოპერაცია კეთდება ჩირქის გამოშვების მიზნით—ავადმყოფს ეძლევა ანტიბიოტიკები ინფექციასთან საბრძოლველად და სხვა მრავალი საშუალება დეზინტოქსიკაციის მიზნით: ზოგჯერ პარალიტური გაუვალობის საწინააღმდეგოდ ადებენ საკიდ ენტეროსტომიას.

ჭია-ნაწლავის მწვავე ანთება შეიძლება იყოს სხვადასხვა სახისა: კატარალური, ფლეგმონოზური, ჩირქოვანი, განგრენოზული, პერფორაციული, მორფოლოგიური სურათი; ესენი, რასაკვირველია, გარკვეულ გავლენას ახდენენ კლინიკური ნიშნების გამოვლინებაზე და დაავადების მიმდინარეობასა და გამოსავალზეც.

გარდა ამისა, როგორც ოპელი აღნიშნავს, მნიშვნელობა აქვს ჭია-ნაწლავში პროცესის ლოკალიზაციასაც, არჩევენ აპიკალურ, ბაზალურ და ტოტალურ აპენდიციტსაც. ჭია-ნაწლავის ანთების ამგვარ კლასიფიკაციას, ოპელის აზრით, პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს ოპერაციის ტექნიკის განსაზღვრისათვისაც, მაგალითად, ბაზალური აპენდიციტის დროს იმდენად ღრმა ცვლილებებია ბრმა ნაწლავში, მით უმეტეს თუ ოპერაცია დაგვიანებით კეთდება, რომ ტაკვის დახურვა ძნელდება, ხოლო აპიკალური ფორმის დროს, პირიქით, შედარებით ადვილია.

მწვავე აპენდიციტი ყოველთვის არ იძლევა ისეთ გართულებებს, როგორიცაა ჩირქგროვის განვითარება, პერიტონიტი; მწვავე კატალუ-

რი აპენდიციტი და ზოგჯერ ჩირქგროვაც კი შეიძლება უოპერაციოდ დამთავრდეს, ჩაქრეს პროცესი, მაგრამ რეციდივი ყოველთვის მოსალოდნელია. შესაძლებელია ადგილი ექნეს გართულებას. მწვავე აპენდიციტის მკურნალობა — მხოლოდ ოპერაციაა, მით უმეტეს, რომ დროული ოპერაცია, როგორც წესი, ყოველთვის ეფექტურია.

ისმის კითხვა: მწვავე აპენდიციტის გამო განვითარებულ ჩირქგროვის შემთხვევაში საჭიროა თუ არა აუცილებლად ჭია-ნაწლავის ამოღება. რასაკვირველია, ჩირქგროვა უნდა გაიხსნას; თუ შესაძლებელია, ჭია-ნაწლავი უნდა ამოვიღოთ. არის შემთხვევები, როცა ჭია-ნაწლავის ამოღება ძალზე ძნელია, ზოგჯერ მისი მოძებნაც კი არ ხერხდება. უმჯობესია ავადმყოფი გამოვიდეს მძიმე მდგომარეობიდან ჩირქგროვის გახსნით და მუცლის ღრუში ტამპონის დატოვებით, ხოლო როცა ავადმყოფი კარგად გახდება, დაისმება საკითხი ჭია-ნაწლავის ამოკვეთის შესახებ.

ცნობილია, რომ მწვავე აპენდიციტი ხანში შესულ და მოხუცთა შორის თავისებურად მიმდინარეობს. ამ საკითხზე შედარებით დაწვრილებით შევჩერდებით: ხანში შესულთა და მოხუცთა შორის მწვავე აპენდიციტი შედარებით იშვიათად გვხვდება, ვიდრე ახალგაზრდა და საშუალო ასაკისანებში, მაგრამ არც ისე იშვიათად, როგორც წინათ ეგონათ.

გასათვალისწინებელია ისიც, რომ ხანში შესულთა შორის ბევრს უკვე გაკეთებული აქვს აპენდექტომია. რა თქმა უნდა, აპენდიციტის სიხშირის შემეცნებას, ეტყობა, ეს გარემოებაც უწყობს ხელს.

მოხუცთა შორის მწვავე აპენდიციტის შედარებითი გაიშვიათება სხვა მიზეზთა შორის აიხსნება ჭია-ნაწლავის ინვოლუციითაც. დანამატი კლებულობს სიგრძეში; მისი ლორწოვანი გარსი, ატროფიის შედეგად, სწორდება; სანათური ნაწილობრივ ობლიტერაციას განიცდის, განსაკუთრებით ჭია-ნაწლავის მწვერვალი, სადაც შედარებით ხშირად ლოკალიზდება ანთება.

ხანში შესულთა შორის მწვავე აპენდიციტის ჭეშმარიტი სიხშირის განსაზღვრა შედარებით ძნელია. არც ისე იშვიათად ამ ავადმყოფებს ოპერაცია უკეთდებათ სხვა დიაგნოზით. ასეთ მოვლენას ყველა ქირურგიულ კლინიკაში აქვს ადგილი. მწვავე აპენდიციტით გამოწვეული სიკვდილიანობა მოხუცთა ასაკში ბევრად უფრო მაღალია, ვიდრე ახალგაზრდებს შორის. ეს განპირობებულია არა მარტო მოხუცის ორგანიზმის რეაქტიულობის დაქვეითებით, არამედ მასთან ერთად შედარებით მეტი დიაგნოზური შეცდომებითაც. ცნობილია, რომ ხანში შესულ და მოხუცთა შორის მწვავე აპენდიციტი არ შეიცნობა დროულად, ამის გამო უფრო ხშირად ადგილი აქვს დიფუზური პერიტონიტის განვითარებას. ამასთან ერთად რამდენადაც მოხუცებს ხშირად აქვთ გულ-

სისხლძარღვთა და სასუნთქი სისტემის ღრმა ცვლილებები, ერთი შესედვით თითქოს მარტივი ოპერაციაა აპენდექტომია, მაგრამ ეს ასე არ არის. ავადმყოფისათვის იგი მეტად რთულია და შეიძლება საბედისწერო გახდეს; მიუხედავად ამისა, ჯერ კიდევ არ ექცევა ჯეროვანი ყურადღება ხანში შესულ და მოხუცთა მწვავე აპენდიციტის თავისებურ მიმდინარეობას. ზოგიერთი ავტორი გაკვრით აღნიშნავს, რომ ხანში შესულ და მოხუცთა შორის მწვავე აპენდიციტს ატიპური მიმდინარეობა აქვს და მისი გამოცნობაც შედარებით ძნელია. ჯერ კიდევ ნაკლებადაა გაშუქებული მოხუცთა მწვავე აპენდიციტის დიაგნოსტიკის, აგრეთვე ოპერაციის ჩვენებებისა და წინააღმდეგ ჩვენების საკითხი, მით უფრო, რომ ამ საკითხებზე აზრთა სხვაობა არსებობს. ნაკლებადაა გაშუქებული ხანში შესულ და მოხუცთა აპენდექტომიის შემდგომი პერიოდის მიმდინარეობის თავისებურებანი და გართულებანი.

მოხუცებში მწვავე აპენდიციტის მიმდინარეობის თავისებურება დაკავშირებულია ორგანიზმში მომხდარ გარკვეულ ძვრებთან; ასაკის ჰომეოსტაზისთან ერთად ქვეითდება ნივთიერებათა ცვლა, ნერვული სისტემის რეაქტიულობა და სხვ.

50-დან 70 წლამდე ასაკს განვსაზღვრავთ როგორც ხანში შესულს, ხოლო 70 წლის ზემოთ, როგორც მოხუცს.

მოხუცთა მწვავე აპენდიციტი გაშუქებულია ანდრეევის, მესდამილნაიას, არაპოვის, ბრაიცევის, კოლესოვისა და სხვათა მიერ. საქართველოში ფიფიას და გიორგაძის, მამამთავრიშვილის, ბერეჟიანისა და კუტუბიძის, ხვიჩიას, ჩახუნაშვილის, შაქარაშვილის და სხვების მიერ.

ზოგიერთი ავტორი მოუწოდებს მოხუცთა მწვავე აპენდიციტის გამოყოფას ცალკე კლინიკურ ფორმად, დაავადების თავისებური ატიპური კლინიკური გამოხატულების, თვით ჭია-ნაწლავში არსებული ასაკობრივი ცვლილებების, შედარებით ხშირი გართულებების, მაღალი სიკვდილიანობისა და სხვათა გამო. ყველა ეს პირობა ხშირად დიაგნოსტიკური შეცდომის მიზეზი ხდება.

მოხუცთა მწვავე აპენდიციტი თავისებური პათომორფოლოგიური ცვლილებებით ხასიათდება, რაც მნიშვნელოვნად განსხვავდება ახალგაზრდათა აპენდიციტისაგან. განსაკუთრებით დამახასიათებელია უფრო მკვეთრად გამოხატული დესტრუქციული ცვლილებები და ჭია-ნაწლავის კედლის ყველა შრის ნეკროზი, უპირატესად კი ლორწოვანი გარსისა, რაც ჭია-ნაწლავის სისხლძარღვთა სკლეროზითა და ფოლიკულური აპარატის ატროფიით არის განპირობებული. მოხუცებში შედარებით ხშირია დანამატის პერფორაცია, ჭია-ნაწლავის სანათურში ჩირქისა და განავლის კენჭების არსებობა.

აპენდიციტის კლინიკური ნიშნები ზოგჯერ ახალგაზრდა ასაკშიც არ

შეეფერება არსებულ პათომორფოლოგიურ ცვლილებებს, მაგრამ მოხუცთა შორის ეს სხვაობა კიდევ უფრო მკვეთრია. მეტად სუსტად გამოხატული კლინიკური ნიშნების დროს ხშირად ადგილი აქვს ჭია-ნაწლავის პერფორაციას ან განგრენას. მოხუცებში მწვავე აპენდიციტის ასეთი მიმდინარეობის მთავარ მიზეზს, ორგანიზმის რეაქტიულობის დაქვეითების გარდა, წარმოადგენს ჭია-ნაწლავში ანთებადი პროცესის უფრო სწრაფი განვითარება და არა მარტო დაგვიანებული დიაგნოზი. მოხუცებში, ისე როგორც ბავშვებში, გაცილებით უფრო ხშირია გართულებული აპენდიციტი.

კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით დუგსი (1919) 50 წელზე მეტი ასაკის პირებში არჩევს მწვავე აპენდიციტის ორ ფორმას. იგი ამტკიცებს, რომ 1. დაავადება არ არის მკაფიოდ გამოხატული და იგი გავრცელებულია. ამ შემთხვევაში ადვილად ვითარდება დიფუზური პერიტონიტი, 2. როდესაც პროცესი შემოსაზღვრულია, მარჯვენა თეძოს ფოსოში განვითარებულია ჩირქგროვა ეს მეორე ფორმა საკმაოდ ხშირია მოხუცთა შორის.

ხანში შესულ და მოხუცთა მწვავე აპენდიციტს ახასიათებს გარკვეულად ფაზობრივი მიმდინარეობა. პირველ პერიოდში მკაფიოდ გამოხატულია მოვლენები სხვადასხვა შინაგანი ორგანოების მხრივ, მეორე პერიოდში ტკივილი კონცენტრირდება მარჯვენა თეძოს ფოსოში, მესამე პერიოდში უკვე თავს იჩენს გართულებანი: დიფუზური პერიტონიტი, აპენდიკულარული ინფილტრატი, აბსცესი და სხვ.

არნოლდმა მწვავე აპენდიციტით დაავადებულ 172 მოხუცს შორის 18 შემთხვევაში აბსცესი და პერიტონიტი აღნიშნა.

ტამანი და ლომანი, ისე როგორც ბევრი სხვა, ხაზს უსვამს იმ გარემოებას, რომ მწვავე აპენდიციტი მოხუცთა და ხანში შესულ ასაკში გაცილებით უფრო ხშირად გართულდება პერიტონიტით, ვიდრე ახალგაზრდებში.

მოხუცთა მწვავე აპენდიციტის სწორი და დროულად ამოცნობის მთავარი დამაბრკოლებელი მიზეზია საკმაოდ შეცვლილი და სუსტად გამოხატული სიმპტომები; მაგრამ ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ ამ დაავადების მთავარი ნიშანი — ტკივილი, როგორც ჩვენი მასალის, ისე ლიტერატურის მონაცემების მიხედვით, ყველა შემთხვევაში არის გამოხატული; ფრიად საგულისხმოა, რომ ეს ნიშანი — ტკივილი, თავისი ინტენსიურობით, ლოკალიზაციით, დაავადების დასაწყისში და შემდგომ პერიოდში, მნიშვნელოვნად განსხვავდება ახალგაზრდათა აპენდიციტის ტკივილისაგან.

პირველდაწყებით ტკივილს ახალგაზრდები უხშირესად ეპიგასტრიუმის მიდამოში შეიგრძნობენ. მოხუცები კი ტკივილის პირველდა-

წყებით ლოკალიზაციას თითქმის შემთხვევათა ნახევარში, ileocecalურ მიდამოში აღნიშნავენ; შემდეგი ადგილი, სიხშირის მიხედვით, შოდის ეპიგასტრიუმზე, მერე მუცლის სხვა მიდამოებზე: მენჯზე და წელის არეზე. საბოლოოდ ტკივილი ყველა შემთხვევაში მხოლოდ ileocecalურ არეში აღინიშნება. ხანში შესულები მწვავე აპენდიციტის დროს ტკივილს არაიშვიათად მუცლის მარცხენა მხარეებზე აღნიშნავენ.

ჩვენს მასალაზე 149 დესტრუქციული ფორმის აპენდიციტის შემთხვევაში შედარებით სუსტად გამოხატული ტკივილი 40 ავადმყოფს აღენიშნებოდა. მწვავე აპენდიციტით დაავადებულ 259 ხანში შესულ და მოხუციდან კატარული ფორმა აღენიშნება 90-ს; ფლეგმონოზური 82-ს, პერფორაცია ჰქონდა 54-ს, განგრენა 13-ს.

მოხუცებს მწვავე აპენდიციტის მძიმე მიმდინარეობის გამო, გულისრევა და პირღებინება შედარებით უფრო ძლიერ აქვთ გამოხატული. ავტორთა უმეტესობის მიხედვით ეს მოვლენები 10—50%-ში აღინიშნება. კამინსკი ხანში შესულთა მწვავე აპენდიციტის შემთხვევათა ნახევარში აღნიშნავს პირღებინებას; კოლესოვი — შემთხვევათა უმრავლესობაში, ჩვენი ავადმყოფების 67%-ს აღენიშნებოდა გულისრევა და 49%-ს პირღებინება.

ხანში შესულები ახალგაზრდებთან შედარებით უფრო ხშირად უჩივიან პირის სიმშრალეს. ჩვენ მასალაზე ენა მშრალი ჰქონდა 259 ავადმყოფიდან 126-ს.

ტემპერატურის მომატება და ჭია-ნაწლავში მორფოლოგიური ცვლილებები მოხუცებში ნაკლებად არის გამოხატული, ვიდრე ახალგაზრდებში. მძიმე ფორმის აპენდიციტის დროს (განგრენა, პერფორაცია) მოხუცს ტემპერატურა ნორმალური ან სუბეებრიალური აქვს, რაც ორგანიზმის რეაქტიულობის დაქვეითების ერთ-ერთი გამოხატულებაა. ამიტომ მოხუცებში კლინიკური ნიშნების სუსტი გამოხატულება, ნორმალური ტემპერატურა, არ გამორიცხავს მწვავე აპენდიციტს, და პირიქით, დაავადების მეტად მძიმე ფორმაზე მიგვითითებს. ჩვენ ავადმყოფთა 31,5%-ს აღენიშნებოდა ნორმალური ტემპერატურა; 55%-ს სუბფებრილური და მხოლოდ 13,5%-ს ჰქონდა მომატებული — 38°-ზე ზევით.

ტემპერატურისაგან განსხვავებით მაჯისცემა ყოველთვის მნიშვნელოვნად გახშირებულია. ამგვარი დისოციაცია ტემპერატურასა და გულის მუშაობას შორის ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობაზე მიუთითებს.

როგორც ახალგაზრდებში, ისე მოხუცებში მწვავე აპენდიციტის ნოავარი სადიაგნოსტიკო საშუალება მუცლის გამოკვლევაა.

ხაზი უნდა გაესვას იმ გარემოებას, რომ ხანში შესულებში მტკივნეულობა, ისე როგორც მუცლის პრესის დაჭიმულობა, შედარებით

სუსტადაა გამოხატული — კუნთების ტონუსის დაქვეითებისა და ატროფიის, ზედმეტი ცხიმის დაგროვების გამო.

ჩვენს მოხუც ავადმყოფებს შორის მუცლის გამოკვლევის დროს მტკივნეულობა მარჯვენა თეძოს ფოსოში აღენიშნებოდა 135-ს, მთელ მუცელში 31-ს.

მოხუცებში, მძიმე ფორმის მწვავე აპენდიციტის მიუხედავად, ბლუმბერგის ნიშანი მარჯვნივ გამოხატული ჰქონდა 192 ავადმყოფს. მთელ მუცელში კი — 15-ს; როვზინგის ნიშანი აღენიშნებოდა 157 ავადმყოფს. პერიტონიტის ამგვარი შენიღბვა კიდევ უფრო მეტ სიფრთხილეს მოითხოვს ექიმისაგან მოხუცის მწვავე აპენდიციტის ამოცნობის საქმეში.

დანამატის რეტროცეკალური მდებარეობის შემთხვევაში ზოგჯერ ადგილი აქვს თეძო-წელის კუნთების დაჭიმულობას და პასტერნაცკის სიმპტომს. დაავადების სხვა ნიშნების გათვალისწინება დიდ დახმარებას გაუწევს ექიმს აპენდიციტის გარჩევაში თირკმლის ჭვალისაგან.

მოხუცებში, ორგანიზმის რეაქტიულობის დაქვეითების გამო ლეიკოციტების მომატებას შეიძლება ადგილი არ ჰქონდეს მძიმე ფორმის აპენდიციტის დროსაც კი. ლეიკოციტური ფორმულის გადახრა მარცხნივ, მოხუცებში გაცილებით უფრო სუსტად არის გამოხატული, ვიდრე ახალგაზრდებში.

ჩვენს მასალაზე ლეიკოციტების ზომიერი მომატება აღენიშნებოდა 78 ავადმყოფს, 259-დან ძლიერ მომატება, ფორმულის ცვლილების გარეშე 69-ს, 66 ავადმყოფს ლეიკოციტების რიცხვი ნორმალური ჰქონდა.

მოხუცების მწვავე აპენდიციტის გამოცნობა დაგვიანებით ხდება. რასაც კლინიკური სურათის ბუნდოვნებას მიაწერენ. მოხუცების მწვავე აპენდიციტი ისე რელიეფურად არ არის გამოხატული, როგორც ახალგაზრდებისა. ზოგჯერ აპენდიციტი მოხუცებში ნაწლავთა სიმსიენის, ან გაუვალობის მსგავს სურათს იძლევა, ამიტომ საკმაოდ ძნელად, ხშირად კი დაგვიანებით გამოიცნობა.

ამ აზრისანი არიან ფლიორკენი და პიმანი; მათი დაკვირვებით ხანში შესულ და მოხუცთა მწვავე აპენდიციტი, ორგანიზმის რეაქციულობის დაქვეითებისა და ატიპურად მიმდინარეობის გამო, ხშირად ეშლებათ ნაწლავთა გაუვალობაში, მსხვილი ნაწლავის ავთვისებიან სიმსივნეში, მწვავე ქოლეცისტიტში და სხვ.

ფილიპოვიჩი 23 ხანშიშესულ და მოხუცთა მწვავე აპენდიციტის დაკვირვების საფუძველზე აღნიშნავს, რომ დაავადება სწორად იყო ამოცნობილი მხოლოდ 15 შემთხვევაში, დანარჩენ ავადმყოფებს დაესვათ ნაწლავთა გაუვალობის, პანკრეატიტის, ილეოცეკალური კუთხის ავთვისებიანი სიმსივნისა და კუჭის კიბოს დიაგნოზი.

არნოლდს მოჰყავს ფლიორკენის მონაცემები, რის მიხედვით მცდარი დიაგნოზი მოხუცთა მწვავე აპენდიციტის დროს 440-ს აღწევს, ნ. სამარინი ემხრობა ლენინგრადის სასწრაფო დახმარების ინსტიტუტის ექიმების აზრს. იგი ხშირი დიაგნოსტიკური შეცდომის მიზეზად იმასაც თვლის, რომ ექიმთა მეტი წილი მოხუცთა მწვავე აპენდიციტს გაცილებით იშვიათ დაავადებად თვლის, ვიდრე ამას სინამდვილეში აქვს ადგილი.

მოხუცების მწვავე აპენდიციტს, პროცესის მკვეთრი მიმდინარეობისა და პერიტონეუმის გაღიზიანების გამო, ხშირად ერთვის ნაწლავთა პარეზი, რაც ნაწლავთა გაუვალობის სიმულაციას იძლევა.

მოხუცთა მწვავე აპენდიციტის დროს ხშირად აღინიშნება ნაწლავთა მოტორული ფუნქციის დარღვევა.

პირველ დღეებში ნაკლებად გამოხატული მოვლენების გამო, მეტწილი ავადმყოფებისა, კლინიკაში შემოდის დაავადების მეორე დღეს ან უფრო გვიან. კოლესოვის დაკვირვებით მწვავე აპენდიციტით დაავადებული ახალგაზრდებიდან პირველ დღეს სამკურნალო დაწესებულებაში შემოდის 62%, მოხუცების კი მხოლოდ 37,7%.

ჩვენი ხანშიშესული და მოხუცი ავადმყოფებიდან პირველ დღეს კლინიკაში შემოვიდა 40, მეორე დღეს 106, მესამე დღეს 113.

მოვიგონებთ ორ ავადმყოფს, — ორივე გამოგზავნილი იყო სიმსივნის დიაგნოზით. კლინიკაში ზოგიერთი ექიმის მიერ გამოთქმული იყო აზრი, რომ ამ შემთხვევაში საქმე გვაქვს ბრმა ნაწლავის სიმსივნესთან და საერთოდ სათანადო გამოკვლევაც იყო ჩატარებული. განავლის შემოწმება ფარულ სისხლდენაზე, რენტგენოგრაფია და სხვ. სწორი დიაგნოზის დასმაში განსაკუთრებული დახმარება გაგვიწია სწორად შეკრებილმა ანამნეზმა; გავეცნოთ ამ ავადმყოფის ისტორიის მოკლე აპონაწერს.

ავადმყოფი გ. ნ., მაპაკაცი, 63 წლის, გამოგზავნილია რაიონიდან მუცლის ღრუს სიმსივნის დიაგნოზით. იგივე დიაგნოზით ავადმყოფი მოთავსებული იყო კლინიკაში. ანამნეზიდან ირკვევა, რომ იგი ორი კვირის წინათ სრულიად ჯანმრთელი იყო, ბარვის დროს ერთბაშად ცუდად გახდა, იგრძნო ძლიერი ტკივილი მუცლის მარჯვენა მხარეში, ტკივილი იმდენად ძლიერი იყო, რომ ავადმყოფი იძულებული გახდა შეეწყვიტა მუშაობა და დაწოლილიყო. იმ დღეს რამდენჯერმე ჰქონია გულისრევა და პირღებინება, შეუწყდა კუჭის მოქმედება. 3—4 დღეს ჰქონდა მაღალი სიცხე. ამის შემდეგ მისი მდგომარეობა თანდათან გაუმჯობესდა, ხოლო რამდენიმე ხნის შემდეგ მარჯვენა თეძოს ფოსოში შეუნიშნავს მამაკაცის მუშტისოდენა სიმსივნე, რის გამო კლინიკაში გადმოაგზავნეს. შემოსვლისას ილეოცეკალურ მიდამოში აღენიშნებოდა სიმსივნე, მეტად მკვრივი, სადაზედაპირიანი, თითქმის უძრავი, ტემპერატუ-

რა ნორმალური, ლეიკოციტები — 8.000. განავალზე გადის, საერთო მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. რენტგენოლოგიურად ნაწლავში რაიმე ყურადსაღები ცვლილება არ შეგვიმჩნევია. განავალში ფარული სისხლდენის ნიშნები არ ჰქონია.

კონსერვატიული მკურნალობით სიმსივნე თანდათან შემცირდა, და ხუთი კვირის შემდეგ, მთლიანად გაქრა. რამდენიმე თვის შემდეგ ავადმყოფს გაუკეთდა აპენდექტომია, მუცლის ღრუში სიმსივნე არ აღმოჩნდა. ჭია-ნაწლავი ძალიან იყო შეხორცებული, რეტროცეკურად მდებარე, განსაკუთრებით შეცვლილი და ფიქსირებული იყო მისი მწვერვალი. აპენდექტომიის შემდეგ ავადმყოფი განიკურნა.

ავადმყოფი თ. ნ., ქალი, 68 წლის, უტარდებოდა გამოკვლევა სიმსივნის დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით. ავადმყოფის შესწავლის პერიოდში სიმსივნემ მნიშვნელოვნად მოიკლო ოდენობაში. ყურადღებას იპყრობს დაავადების მწვავედ დაწყება პირღებინებით და რამდენიმე დღის განმავლობაში ტემპერატურის მომატებით. სიმსივნის გაქრობამდე ავადმყოფი იმყოფებოდა სტაციონარში, შემდეგში გაუკეთდა აპენდექტომია — კარგი შედეგით.

შეიძლება ადგილი ჰქონდეს საწინააღმდეგო შეცდომებსაც, როდესაც ოპერაცია კეთდება მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზით, სინამდვილეში კი ავადმყოფს აქვს ბრმა ნაწლავის კიბო.

ერთ-ერთ ბრმა ნაწლავის კიბითი დაავადებულს, კლინიკაში შემოსვლის ორი თვის წინ, რაიონში გაუკეთდა აპენდექტომია, ხოლო კლინიკაში კი — ჰემიკოლექტომია.

ზოგჯერ გულსისხლძარღვთა დაავადება იძლევა მწვავე აპენდიციტისათვის დამახასიათებელ ნიშნებს. ამ დროს შესაძლოა განვითარდეს კლინიკური მოვლენები, რაც ჭია-ნაწლავის ანთების მწვავე სურათს მოგვაგონებს.

მოხუცების მწვავე აპენდიციტის თავისებურება ისაა, რომ პირველ ხანებში ავადმყოფი არ ტოვებს მძიმე შთაბეჭდილებას; მისი საერთო მდგომარეობა არ შეესაბამება მუცლის ღრუში განვითარებულ მოვლენებს. მაგრამ გარკვეული დროის შემდეგ ავადმყოფის მდგომარეობა იცვლება; ერთბაშად ხდება სწრაფი გარდატეხა და მდგომარეობა ისედენად უარესდება, რომ ზოგჯერ ავადმყოფის გადარჩენა უკვე შეუძლებელია. ეს გარემოება ყოველთვის უნდა ახსოვდეს ექიმს, რომ დაავადების დაწყების პერიოდში, სანამ ავადმყოფის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, არ დამშვიდდეს და, რაც მთავარია, არ გადადოს ოპერაცია.

ბრაიცევი მოხუცთა და ხანში შესულთა მწვავე აპენდიციტის შეუცნობლობის მიზეზად ასახელებს: 1. ექიმთა მცდარ აზრს, თითქოს მოხუცთა შორის მწვავე აპენდიციტი იშვიათია; 2. დაავადების და-

საწყისში ტემპერატურისა და ზოგჯერ მადის მხრივ ცვლილებების უარსებობას; 3. მუცლის შებერილობას, რაც ხშირად გვაფიქრებინებს ნაწლავთა მწვავე გაუვალობაზე; 4. მოხუცებსა და ხანშიშესულებს ხშირად არა აქვთ მუცლის კუნთების დაჭიმულობა; 5. ხანშიშესულ ასაკში უფრო მისალოდნელია ბრმა ნაწლავის კიბო.

ნაწლავთა გაუვალობის გარდა მოხუცთა და ხანში შესული პირების აპენდიციტი ხშირად ეშლებათ კენჭოვან დაავადებაში, ღვიძლის ან თირკმლის ჭვალში, კუჭისა და მსხვილი ნაწლავის პერფორაციაში.

ხანშიშესულ და მოხუცთა მწვავე აპენდიციტით დაავადებული 259 ავადმყოფიდან გარდაიცვალა 9, რაც სიკვდილიანობის 2,7%-ს შეადგენს, მაშინ როდესაც 50 წელზე უფრო ახალგაზრდა 2500 ავადმყოფიდან გარდაიცვალა — 12 (0,4%); აღსანიშნავია, რომ ამ დაღუპულ ავადმყოფთა უმეტესობაც უახლოვდებოდა 50 წელს.

საკუთარი მასალისა და ლიტერატურის მონაცემების საფუძველზე შეიძლება ჩამოვაყალიბოთ ხანშიშესულ და მოხუცთა მწვავე აპენდიციტის კლინიკისა და მკურნალობის ზოგიერთი ძირითადი თავისებურება.

მწვავე აპენდიციტის სიმპტომები ნაკლები ინტენსივობით არის გამოხატული: ამის გამო დაავადება ატიპურად მიმდინარეობს. სუსტადაა გამოხატული როგორც ტკივილი, ისე პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნები: მტკივნეულობა ხელით შეხების დროს, კუნთების დაჭიმულობა, ბლუმბერგის ნიშანი, ტემპერატურის მომატება და ლეიკოციტოზი დაავადების მძიმე მიმდინარეობის შემთხვევაშიც კი შეიძლება არ აღინიშნებოდეს; ხშირად ადგილი აქვს ნაწლავთა პარეზს, რაც მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზის შეცდომის მთავარი მიზეზი შეიძლება გახდეს. აპენდიციტის გამოცნობის სირთულეს, ამ ასაკში, განაპირობებს აგრეთვე დაავადების კლინიკური გამოხატულებისა და პათომორფოლოგიური სურათის შეუსაბამობა.

ხანში შესულებსა და მოხუცებში ნივთიერებათა ცვლის მნიშვნელოვანი დაქვეითება, ზოგჯერ დიაბეტი, ცვლილებები ნერვული სისტემის მხრივ. გულის დაავადებანი, სისხლძარღვთა სკლეროზი და ორგანიზმის რეაქტიულობის დაქვეითება, ხელს უწყობს ჭია-ნაწლავის სისხლძარღვთა თრომბოზს და აპენდიქსის დესტრუქციას.

მოხუცთა მწვავე აპენდიციტი, მსუბუქადაც არ უნდა იყოს გამოხატული, აუცილებლად საჭიროებს გადაუდებელ ოპერაციას. ოპერაციის გადადება მეტად საშიშია და სიცოცხლისათვის სახიფათო.

მოხუცთა მწვავე აპენდიციტის დროს გაუტკივარების ყველაზე მისაღები მეთოდია ადგილობრივი ანესთეზია (აპენდექტომიის ტექნიკური სიძნელეებიდან გამომდინარე ჭია-ნაწლავის რეტროცეკალური მდგომარეობა, ძლიერი შეხორცებები, დიდი და მსუქანი მუცელი და

სხვ.), სჯობს თავიდანვე საკმაოდ ფართო განაკვეთის გაკეთება და საჭიროების შემთხვევაში ნარკოზის მიცემა.

ტამპონი უნდა გამოვიყენოთ ლოკალური ჩირქგროვის ან დიდი რაოდენობით ჩირქოვანი გამონადენის შემთხვევაში. კარგია მიკროირიგატორის დატოვება რამდენიმე დღით, ანტიბიოტიკების შესაყვანად მუცლის ღრუში.

აპენდექტომიის შემდგომი მიმდინარეობა მოხუცებში შედარებით მძიმეა; საჭიროა ანტიბიოტიკების ენერგიულად შეყვანა — ნისტატინთან ერთად. საჭიროა აგრეთვე სულფამიდური პრეპარატების მიცემა მცირე დოზებით; განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს კუჭ-ნაწლავის მოქმედების დროულ აღდგენას, გულსისხლძარღვთა და სასუნთქი ორგანოების დაავადების პროფილაქტიკას სათანადო დიეტითა და ნაადრევი აქტიური მოძრაობით. პასტოზურ მოხუცებს თრომბოემბოლური დაავადების პროფილაქტიკის მიზნით, ოპერაციის მე-3—5 დღიდან, შეიძლება ანტიკოაგულანტებიც დაენიშნოთ.

თავისებურია მწვავე აპენდიციტი ბავშვებშიც. მათ მწვავე აპენდიციტის დროს მოზრდილებზე უფრო ადრე უვითარდებათ ნაწლავის პერფორაცია და პერიტონიტსაც უფრო ძნელად იტანენ.

ამიტომ არ უნდა დაგვავიწყდეს, რომ მარჯვენა თეძოს ფოსოში ტკივილის უხშირესი მიზეზი აპენდიციტია. ყველა ასაკში, როგორც მამაკაცებში, ისე ქალებში, ილეოცეკალური მიდამოს მწვავე პერიტონიტის უხშირესი მიზეზი ჭია-ნაწლავის ანთებაა.

ჭია-ნაწლავის ანთებისადმი მიძღვნილია მრავალი სპეციალური გამოკვლევა, გაცილებით უფრო მეტი, ვიდრე მუცლის ღრუს ყველა სხვა ორგანოს დაავადებებისადმი.

მწვავე აპენდიციტის მკურნალობა სისტემატურად იპყრობდა მედიცინის მუშაკთა ყურადღებას. ჯერ კიდევ 1900 წელს ეს საკითხი რუსეთის ქირურგთა პირველი ყრილობის დღის წესრიგში იდგა; მოხსენებით აპენდიციტის შესახებ გამოვიდნენ რუდნევი და ბერიოზკინი, ხოლო ცხრა წლის შემდეგ რუს ქირურგთა მე-9 ყრილობაზე (1909) ცეიდლერი და მინცი. მაგრამ ძირეული გარდატეხა მწვავე აპენდიციტის მკურნალობის საქმეში მოხდა მხოლოდ სახალხო ჯანდაცვის სოციალისტურ საფუძველზე გარდაქმნის შემდეგ, მოსკოვში, ლენინგრადში სასწრაფო დახმარების ინსტიტუტების შექმნისა (1924) და მოკავშირე რესპუბლიკებში სასწრაფო დახმარების ფართო ქსელის ორგანიზაციის საფუძველზე.

განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს ამ საქმეში ი. ჯანელიძის დამსახურება; მან 1934 წელს ლენინგრადში მოიწვია სპეციალური კონფერენცია; ამ კონფერენციაზე ჩამოყალიბდა მწვავე აპენდიციტის მკურნალობის პრინციპები. ამ დებულებებით შემდგომში ხელმძღვანელობ-

და საბჭოთა კავშირის ყველა ქირურგი: მწვავე აპენდიციტის დროს ავადმყოფის დაუყოვნებლივი, აუცილებელი, ადრეული ჰოსპიტალიზაცია, ნარკოტიკების, საფაღარათო საშუალებებისა და ოყნის კატეგორიული აკრძალვა ოპერაციამდე; ოპერაციის გაკეთება აპენდიციტის ყოველ სტადიაში; ე. წ. შუალედი პერიოდის ჩათვლით, დანამატის მოცილების აუცილებელი მოთხოვნა (ჩირქოვანი ინფილტრატის შემთხვევის გარდა), მუცლის ღრუდან ექსუდატის მაქსიმალური ამოშრობა და მუცლის ღრუს ჰერმეტული დახურვის მიზნით ტამპონაციის მკვეთრი შეზღუდვა.

ჩატარებულ ღონისძიებათა შედეგად სიკვდილიანობა მკვეთრად შეეცირდა.

ქირურგიის თანამედროვე ეტაპზე მწვავე აპენდიციტის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა ისეთ სიმაღლეზე დგას, რომ ავადმყოფი არ უნდა მოკვდეს; მაგრამ ვინაიდან ლეტალურ შემთხვევებს ჯერ კიდევ ადგილი აქვს, სიკვდილის მიზეზები ყველა შემთხვევაში სპეციალური განხილვის საგნად უნდა გახდეს.

სხვა დაავადებებზე უფრო ხშირად მწვავე აპენდიციტი მწვავე მუცლის მიზეზია. ჭია-ნაწლავის პერფორაცია უფრო ხშირად პერიტონიტის მიზეზია, ვიდრე მუცლის ღრუს სხვა ორგანოები, და უფრო მეტიც, აპენდიქსის პერფორაცია სიხშირის მიხედვით სჭარბობს მუცლის ღრუს ყველა ორგანოთა პერფორაციას ერთად აღებულს.

ალენის მონაცემებით, 45 წლის წინათ, პერიტონიტის ძალიან ხშირ მიზეზს მწვავე აპენდიციტი წარმოადგენდა. ფილადელფიაში 1940 წელს პერიტონიტების 68% გამოწვეული იყო მწვავე პერფორაციული აპენდიციტით, ხოლო 1945 წელს იმავე მიზეზით გამოწვეული პერიტონიტის სიხშირე 26%-მდე შემცირდა.

აპენდიციტის სწორი და დროული გამოცნობისათვის მნიშვნელობა აქვს ძლიერიკურად ადრეგად შემოწმებული ნიშნების გამოშალვებას. მნიშვნელოვანია არა სიმპტომთა სიმრავლე, არამედ მათი გამოხატულობის ხარისხი.

ჭია-ნაწლავის ადგილმდებარეობის ვარიანტების ცოდნას დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს ტკივილის შესაძლებელი ლოკალიზაციის გათვალისწინებისათვის. აპენდიქსის ადგილმდებარეობის განსაკუთრებულ ანომალიებს თუ არ მივიღებთ მხედველობაში, უხშირესი ვარიანტები შეიძლება შემდეგნაირად დავაჯგუფოთ; 1. მენჯის ანუ თეძოს ფოსოში მდებარეობა, 2. მედიალური ანუ პრომოტორიუმისაკენ, 3. რეტროცეკალური, 4. ბრმა ნაწლავსა და თეძოს ნაწლავს შორის კუთხეში, 5. ბრმა ნაწლავის ლატერალურად და 6. სიგრძივი, ბრმა ნაწლავის წინ.

ტკივილი უფრო მკვეთრადაა გამოხატული, როცა ანთებადი აპენ-

დიქსი ეხება მუცლის კედელს, ხოლო რეტროცეკალური მდებარეობის დროს ტკივილი უმნიშვნელოა. ეს გარემოება შეიძლება გახდეს დაავადების გვიანი გამოცნობის, დაგვიანებული ოპერაციული ჩარევისა და შესაბამისად მკურნალობის ცუდი შედეგის მიზეზი.

ჭია-ნაწლავის მცირე მენჯში მდებარეობის შემთხვევაში ტკივილი ძლიერდება რექტალური გასინჯვით.

როცა ჭია-ნაწლავი არ არის გახვეული ბადექონში და თავისუფლად მდებარეობს ნაწლავის მარყუჟებს შორის, მისი ანთების შემთხვევაში მალე ვითარდება მწვავე პერიტონიტი და ტკივილებს გაფანტული ხასიათი აქვს. წინააღმდეგ შემთხვევაში, ტკივილი ლოკალიზდება მარჯვენა თეძოს ფოსოში.

დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს კუნთების დაჭიმულობის შეგრძნებას.. ანთებისა და ჩირქის დროს კუნთების დეფანსი მუდმივ ხასიათს ატარებს.

მწვავე აპენდიციტისათვის დამახასიათებელია ლეიკოციტების რიცხვის მომატება, რომელიც ძალიან ადრე გამოვლინდება კლინიკური სიმპტომების განვითარებასთან ერთად. ლეიკოციტოზი მატულობს დაავადების გაღრმავების პარალელურად, მაგრამ ფიზიკურად სუსტ და ხანში შესულ პირებს ლეიკოციტოზი შეიძლება არ ჰქონდეთ გამოხატული.

ტკივილებისა და ლეიკოციტოზის გარდა დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს სიცხის მცირე მომატებას, ნეიტროფილების რიცხვის გაზრდას და სხვა დაავადებათა გამორიცხვას. მაგრამ მწვავე აპენდიციტის ყველა სიმპტომის გამომჟღავნებას არ უნდა მოვანდომოთ დიდი დრო, ოპერაციული ჩარევის ვადის საზიანოდ. მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის განმეორებით გასინჯვას, როცა ერთი და იგივე ექიმი სინჯავს.

მწვავე აპენდიციტის დიაგნოსტიკის სიძნელეს განაპირობებს არა მარტო ჭია-ნაწლავის ადგილმდებარეობა, არამედ ავადმყოფის ასაკიც.

სიკვდილი მწვავე აპენდიციტის დროს უფრო ხშირად გამოწვეულია პერიტონიტით. საჭიროა აღინიშნოს, რომ მამაკაცებში მწვავე აპენდიციტი უფრო მეტად ფლეგმონოზური ხასიათისაა და ამიტომ სიკვდილიანობა მათში უფრო მაღალია.

უკანასკნელ ხანებში მწვავე აპენდიციტის გამო სიკვდილიანობა მკვეთრად შემცირდა და ეს პირველ რიგში უნდა მიეწეროს ადრეულ ოპერაციულ ჩარევას და ისეთ ძლიერ საშუალებებს, როგორიცაა ანტიბიოტიკები.

მწვავე არაპერფორაციული აპენდიციტის დროს სიკვდილის მიზეზი ან ოპერაციული ტექნიკის ნაკლოვანებაა, ან დარღვევები გაუტკივარებაში, ანდა ოპერაციის შემდგომი გართულებები: ბრონქოპნევმონია, ფილტვის სისხლძარღვთა ემბოლია. გულ-სისხლთა დაავადება.

თანამედროვე ქირურგიის პრინციპები მოითხოვს ყველა ზემოაღნიშნული მიზეზის თავიდან აცილებას.

მწვავე აპენდიციტი ფრიად სერიოზული დაავადებაა და ამ საფრთხის თავიდან აცილება შეიძლება მხოლოდ სასწრაფო ოპერაციით, რომელსაც დაავადების სწორი გამოცნობის შემდეგ მივმართავთ. ექიმმა ოპერაციამდე გულდასმით უნდა შეისწავლოს ავადმყოფი, აპენდიციტზე პირველი ეჭვის მიტანისთანავე ავადმყოფი დაუყოვნებლივ უნდა იქნეს ჰოსპიტალიზებული, კლინიკაში დროის დაუკარგავად დაზუსტდეს დიაგნოზი, — მხოლოდ ამის შემდეგ გაუკეთდეს ოპერაცია.

ამჟამად მთავარია არა ქირურგის ტაქტიკის შეცვლა მწვავე აპენდიციტის დროს, არამედ მისი ნაადრევი გამოცნობა და დიაგნოზის დასაბუთება. ამ მიზნით საჭიროა ექიმთა კვალიფიკაციის ამაღლება, მოსახლეობის ფართო მასების სანიტარული გათვითცნობიერება, ანტიბიოტიკების სწორი გამოყენება.

ოპერაცია საჭიროა გაკეთდეს მწვავე აპენდიციტის ყველა სტადიაში, ჭია-ნაწლავი აუცილებლად უნდა ამოიკვეთოს, გარდა ჩირქოვანი ინფილტრატის შემთხვევებისა. ჩირქი გულდასმით უნდა მოვაცილოთ მუცლის ღრუს. შეძლებისდაგვარად ყრუდ უნდა დავხუროთ ჭრილობა. ტამპონები მხოლოდ განსაზღვრული ჩვენებების შემთხვევაში უნდა იქნეს დატოვებული. ინფილტრაციული აპენდიციტის დროს ოპერაციული ჩარევის კატეგორიული უარყოფა სწორი არ არის. ამ შემთხვევაში საკითხს დაავადების ხანდაზმულობა სწყვეტს. ინფილტრატის ჩამოყალიბების პირველ დღეს შეხორცებები ჯერ კიდევ ფაშარია და ჩირქი შეიძლება ადვილად გაიხსნას თავისუფალი მუცლის ღრუში. პირველი დღე-ღამის განმავლობაში სჭარბობს ინტოქსიკაციის მოვლენები და ოპერაცია ტექნიკურად ძნელი არ არის, დანამატი შეიძლება ადვილად მოვაცილოთ.

ინფილტრატის დროს აუცილებელია მუცლის ღრუს ტამპონაცია და დრენირება, ვინაიდან დანამატისა და ჩირქის მოცილების მიუხედავად მაინც რჩება განგრენოზული ქსოვილების გარკვეული ნაწილი; იგი მოითხოვს როგორც გამოწრეტას, ისე ანტიბიოტიკების ადგილობრივ გამოყენებას, მათი დრენაჟით შეყვანის გზით.

დრენაჟს ჩვენ მივმართავთ ჭია-ნაწლავის მიდამოში პერფორაციისა და ჩირქის არსებობის დროს. სასურველია დრენაჟი გატარებული იყოს დამატებით განაკვეთში კანის ძირითადი განაკვეთის ქვედა კიდესთან.

უდავოა, რომ მწვავე აპენდიციტის დროს მიზანშეწონილია დროული ოპერაცია, ჩირქგროვის ან პერიტონიტის განვითარებამდე. იყო დრო, როცა რუ არ გვირჩევდა ოპერაციას დიფუზური პერიტონიტის

დროს; მისი აზრით ეს მხოლოდ სახელს უტეხავდა ქირურგიას. მაგრამ ახლა ამას მხოლოდ ისტორიული მნიშვნელობა აქვს. თანამედროვე ეტაპზე, როდესაც ჩვენ შეიარაღებული ვართ ანტიბიოტიკებით, პერიტონიტის გამომწვევი ძირითადი მიზეზის მოცილება, დადებით შედეგს იძლევა.

რასაკვირველია, მკვრივი ინფილტრატი, ჩაქრობის სტადიაში, არ მოითხოვს ოპერაციას; საჭიროა მაქსიმალური სიფხიზლე; აბსცესი დროულად უნდა გაიხსნას, რათა გამოვუშვათ ჩირქი და მოვაცილოთ დანამატი, თუ ის ჩირქგროვის ფარგლებში მდებარეობს. ხოლო თუ ჩირქი არ არის, საჭიროა დანამატი გავანთავისუფლოთ შეხორცებებისაგან და ამოვკვეთოთ.

აბსცესი და პერიტონიტი არ არის ოპერაციის უკუჩვენება. პირიქით, ჩირქგროვის არსებობის ან პერიტონიტის დროს, საკითხი ისმის გადაუდებელი ოპერაციის შესახებ. ასეთ შემთხვევებში მთავარია ანთების გამომწვევი ძირითადი მიზეზის მოცილება. ხოლო შემდეგ ანტიბიოტიკებითა და სხვა საშუალებებით მკურნალობა — დადებითი შედეგის მიღწევამდე.

ჩვენ მასალაზე 143 ავადმყოფს ჰქონდა მწვავე აპენდიციტის ინფილტრაციული ფორმა, რომელთაგანაც ჭია-ნაწლავი ამოკვეთილი იყო; ამ შემთხვევაში ჩირქგროვა გაეხსნა 15 ავადმყოფს, ხოლო დანარჩენებს ჩაუტარდა კონსერვატიული მკურნალობა.

მწვავე აპენდიციტის დროს ოპერაცია შეიძლება გადაუდებელი იყოს, თუ ინფილტრატი მიდრეკილებას იჩენს ლიკვიდაციისაკენ. თუმცა ტოქსიკოზის გაძლიერება კვლავ აყენებს ოპერაციული ჩარევის საკითხს.

ამჟამად დადგენილია, რომ თუ აპენდიციტის გამო ოპერაცია არ გაკეთდა მწვავე პერიოდში, ის უეჭველად უნდა გაკეთდეს შემდეგ; ამრიგად, ადგილი აქვს ქრონიკული აპენდიციტის დიდ რაოდენობას. უკანასკნელი 11 წლის განმავლობაში თბილისის სამედიცინო ინსტიტუტის ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში ქრონიკული აპენდიციტით გატარებულია 3200 ავადმყოფი, ამ ავადმყოფებს არაერთი შეტევა ჰქონდათ.

ამჟამად, ქირურგიული ტექნიკის სრულყოფისა და დროული დიაგნოსტიკის შედეგად, მკვეთრად შემცირდა მწვავე აპენდიციტისაგან სიკვდილიანობა. ანტიბიოტიკების შემოღებამ საერთოდ გააფართოვა ქირურგიული ჩარევის ჩვენებანი. მაგრამ სულფამიდებისა და ანტიბიოტიკების გამოყენებას თავისი უარყოფითი მხარეებიც აქვს: როცა ვითარდება ტკივილი მუცელში, მატულობს ტემპერატურა, ხშირად დიაგნოზის დაუდგენლად იწყებენ სულფამიდებისა და ანტიბიოტიკების მიცემას; ამ პრეპარატებით კი პერიტონიტით დაავადებული არ გა-

ნიკურნება, არამედ მხოლოდ შეიცვლება მისი კლინიკური მიმდინარეობა, რაც აძნელებს დიაგნოსტიკას. ანტიბიოტიკები ხელს უშლიან შეხორცებების განვითარებას ანთების ირგვლივ და ამით ქმნიან ხელშემწყობ პირობას პერიტონიტის დიფუზურად გავრცელებისათვის, რაც შეიძლება სიკვდილის მიზეზი გახდეს.

ოპერაციამდე ანტიბიოტიკების დიდი დოზების მიღების დროს, ჩირქი შეიძლება სტერილურიც იყოს, მაგრამ მიუხედავად ამისა, აპენდიქსის ნეკროტიზაცია გრძელდება და პერიტონიტი პროგრესულობს.

ასეთი ატიპური აბსცესისა და პერიტონიტის გამოცნობა ძალიან ძნელია, ხოლო დანეკროზებული ინფილტრირებული დანამატი, მიუხედავად ანტიბიოტიკებისა, სიცოცხლეს რეალურ საფრთხეს უქმნის.

მწვავე აპენდიციტის მკურნალობა მხოლოდ ოპერაციულია. ანტიბიოტიკები არავითარ შემთხვევაში არ გამორიცხავენ გადაუდებელ ქირურგიულ ჩარევას. მთავარია პირველ რიგში ანთებადი დანამატის მოცილება და შემდეგ ანტიბიოტიკების გამოყენება. თუ აბსცესი უკვე ჩამოყალიბებულია, საჭიროა მისი დრენირება, რომ ის არ გავრცელდეს მთელ მუცლის ღრუზე. თუ დანამატი პერფორირებულია და უკვე განვითარებულია დიფუზური პერიტონიტი, საჭიროა აგრეთვე სასწრაფო ოპერაციის გაკეთება, შემდგომ სისხლის გადასხმა, სითხეების დიდი რაოდენობის შეყვანა, ჩირქის ამოქაჩვა და ანტიბიოტიკების ფართოდ გამოყენება.

მაგრამ ანტიბიოტიკების გამოყენება ანთებადი ჭია-ნაწლავის მოცილების გარეშე მიზანშეუწონელია.

გამართლებული არ არის იმ ექიმის ტაქტიკა, რომელიც ანტიბიოტიკების მოქმედების ეფექტის ანგარიშით კარგავს ძვირფას დროს და აჭიანურებს ოპერაციულ ჩარევას.

ახლა მწვავე აპენდიციტის შემთხვევაში სრულიად დროულია ანტიბიოტიკების მიმართ იმავე ტაქტიკის გამოყენება როგორც ნარკოტიკების მიმართ.

შევეხოთ ზოგიერთ რიცხობრივ მონაცემებს.

ჩვენი კლინიკის დაარსებიდან — 1919—1965 წლების განმავლობაში—ჭია-ნაწლავის დაავადების გამო სულ გაკეთებულია 14 122 ოპერაცია. აქედან მწვავე აპენდიციტით დაავადებული იყო 5390 ავადმყოფი, რომელთაგან ჭია-ნაწლავის პერფორაცია ჰქონდა — 435-ს.

1947—1965 წლებში მწვავე აპენდიციტით 4657 დაავადებიდან შემდეგი პათომორფოლოგიური ცვლილებები აღინიშნებოდა. კატარული ანთება ჰქონდა 2869 (62%) ავადმყოფს, ფლეგმონოზური 1040-ს (22%), განგრენოზული 259-ს (5,6%), ჭია-ნაწლავის პერფორაცია 249-ს (5.4%), აპენდიკულარული ინფილტრატით დაავადებული

იყო — 230 (5%). იმავე პერიოდში მწვავე აპენდიციტით გატარებული ავადმყოფებიდან ქალია — 2857, კაცი—1800.

1919—1928 წლებში მწვავე აპენდიციტით კლინიკაში გატარებულია — 142 ავადმყოფი, 1929—1938 წლებში — 322, 1939 — 1948 წლებში 432, 1949—1958 წლებში—1508, 1959—1965 წლებში— 2999, 1947—1965 წლებში მწვავე აპენდიციტის გამო 4657 ოპერირებული ავადმყოფიდან გარდაიცვალა 28, რაც 0,6%-ს შეადგენს.

დიაგნოსტიკურ შეცდომათა მიზეზები

ჩვენ არ შევეხებით ყველა იმ დიაგნოსტიკურ შეცდომებს, რომლებსაც ადგილი აქვს კლინიკურ პრაქტიკაში, მით უმეტეს, რომ ეს შეუძლებელიცაა. შევჩერდებით ზოგიერთ მათგანზე.

არ არის საჭირო მტკიცება, რომ დიაგნოსტიკური შეცდომის დასაძლევად საჭიროა სისტემატური ლტოლვა ცოდნის ამაღლებისათვის; ყოველი ექიმი უნდა ცდილობდეს კვალიფიკაციის ამაღლებას: საჭიროა პათოლოგიის საფუძვლების სათანადო თეორიული ცოდნა და კლინიკური გამოცდილების გამოყენება.

ახალგაზრდა ექიმმა უნდა იცოდეს, რომ ავადმყოფისადმი მისი მოსაზრებული, მოფიქრებული დამოკიდებულება, დაავადების პათოლოგიურ არსში ჩაწვდომა, საექიმო მოღვაწეობის დასაწყისში მას საშუალებას მისცემს აიცდინოს სავალალო დიაგნოსტიკური შეცდომები.

შემჩნეულია, რომ ზოგიერთ უაღრესად ცნობილ ექიმს დიდი კლინიკური გამოცდილების მქონე სპეციალისტს გამოუმუშავდება ემპირიული მიდგომა დიაგნოზისადმი. იგი როგორც ხელოვანი ენდობა თავის თავს, ადვილად, თითქოს შეუცდომლად სვამს დაავადების დიაგნოზს, მაგრამ ზოგჯერ ავადმყოფი შეიძლება გახდეს მსხვერპლი ექიმის ასეთი თვითდარწმუნებისა. რა გამოცდილებაც არ უნდა ჰქონდეს ექიმს, იგი თავისი ცოდნით არ აღემატება მთელ მედიცინას; საკუთარი გამოცდილების განდიდება და თეორიის უგულებელყოფა ძალიან ხშირად მიზეზია დიაგნოსტიკური შეცდომისა, რომლის თავიდან აცილება შეიძლებოდა, თუ სათანადოდ იქნებოდა გათვალისწინებული თანამედროვე მედიცინის მიღწევები და სხვათა გამოცდილება. ყოველი ექიმი, დიაგნოზის დასმის დროს უნდა იყოს მოაზროვნე ადამიანი, იგი ამა თუ იმ საკითხს არ უნდა უდგებოდეს მექანიკურად; საჭიროა ყოველი ავადმყოფისადმი შემოქმედებითი მიდგომა.

ავადმყოფის საწოლთან ექიმი ყოველთვის უნდა აზროვნებდეს. არ შეიძლება არც ერთი წუთით მოდუნება, ყურადღების დაქვეითება.

ხშირად არასწორი დიაგნოზის მიზეზი დაუდევრობაა; დიაგნოზის დასმით ექიმს გამოაქვს გარკვეული გადაწყვეტილება, რაზედაც დამოკიდებულია შემდგომი მკურნალობა. ეს არის საპასუხისმგებლო გადამწყვეტი მომენტი, როგორც ავადმყოფისათვის, ისე ექიმისათვის. მცდარი დიაგნოზი ქმნის ისეთ პირობებს, რომლის გამოსწორება არაიშვიათად შეუძლებელი ხდება.

დიაგნოსტიკურ შეცდომებს იწვევს გამოკვლევის მეთოდების არასწორად გამოყენება, არასრულად და არასწორად გაანალიზებული და გამოყენებული ანამნეზი, არასწორად შეფასებული ჩივილი, ლაბორატორიული გამოკვლევის მონაცემების არასათანადოდ გამოყენება. აი, საილუსტრაციო მაგალითი:

ავადმყოფი ა. გ., მამაკაცი, 37 წლის, მიღებულია კლინიკაში როგორც სასწრაფო შემთხვევა, ტკივილები აქვს მუცელში, გულისრევა, აწუხებს ღებინება და ნაწლავთა ნაწილობრივი გაუვალობა. ავადაა სამი დღეა. დაავადების დაწყებიდან მეორე დღეს ინახულა ექიმმა და დასტოვა ბინაზე. მესამე დღეს კი მიმართა ჩვენი საავადმყოფოს პოლიკლინიკის ქირურგიულ კაბინეტს. გასინჯა ქირურგმა; მან მხოლოდ ანამნეზური მონაცემების საფუძველზე გამორიცხა მუცლის ღრუს ორგანოების მწვავე ქირურგიული დაავადება; აღნიშნა, რომ შესაძლებელია საქმე გვქონდეს კვებით ინტოქსიკაციასთან. ვინაიდან ავადმყოფის მდგომარეობა თანდათანობით გაუარესდა, განმეორებით მოაკითხა კლინიკას 12 საათის შემდეგ. მწვავე აპენდიციტისა და დიფუზური პერიტონიტის დიაგნოზით გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია. აღმოჩნდა განგრენოზული ჭია-ნაწლავი მწვერვალოზე პერფორაციით. გაუკეთდა აპენდექტომია. მუცლის ღრუში შეყვანილ იქნა 500 000 ერთეული პენიცილინი, 1,0 სტრეპტომიცინი, გაუკეთდა მიკროირიგატორი, ტამპონი. მდგომარეობა თანდათანობით გაუმჯობესდა და გაეწერა.

დიაგნოსტიკური შეცდომის მიზეზი შეიძლება იყოს შემდეგი ძირითადი პირობების დარღვევა: თუ არ არის საკმარისად გამოვლენილი და სათანადოდ შესწავლილი დაავადების სიმპტომები, ე. ი. ავადმყოფის არასრული კლინიკური შესწავლა, ეს ერთ-ერთი ძირითადი მიზეზია დიაგნოსტიკური შეცდომისა, რაც პირველ რიგში იმის შედეგია, რომ ექიმი სათანადოდ არ არის მომზადებული ან ყურადღებით არ გასინჯა ავადმყოფი.

დიაგნოსტიკური შეცდომების მიზეზი შეიძლება გახდეს ობიექტური სიძნელეები, რასაც შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ზოგიერთი პათოლოგიის დროს. ამ მხრივ განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს ასაკობრივი თავისებურება, მაგალითად, ბავშვთა ასაკში; აგრეთვე ხანში შესულებსა და მოხუცებულებში ესა თუ ის პათოლოგიური პროცესი

თავისებურად მიმდინარეობს და ანამნეზის შეგროვებაც ადვილი არ არის.

ცნობილია, რომ ხანში შესულ და მოხუცთა შორის მწვავე აპენდიციტს ხშირად თან ერთვის ნაწლავთა პარეზი, რასაც მოჰყვება გაუვალობა. მსგავს შემთხვევაში ავადმყოფს ნაწლავთა პარეზის საწინააღმდეგოდ უტარდება სიმპტომატური მკურნალობა; ამას სასურველი შედეგი არ მოჰყვება და ნაწლავთა გაუვალობის დიაგნოზით კეთდება ოპერაცია, რომლის დროსაც ირკვევა, რომ საქმე გვაქვს აპენდიციტთან. მსგავსი შემთხვევები აღწერილია ლიტერატურაში, ჩვენს მასალაზეც. საილუსტრაციოდ გავეცნოთ ამონაწერს ავადმყოფის ისტორიიდან.

ავადმყოფი ჯ. გ., მამაკაცი, 71 წლის, მიღებულია კლინიკაში როგორც სასწრაფო შეთხვევა, ტკივილით — მუცელში, გულისრევით. გაზებსა და განავალს ვერ გამოყოფს. დაავადება დაეწყო ტკივილით მუცლის მარჯვენა ნახევარში, რასაც თან დაერთო გაზებისა და განავლის გამოყოფის შეფერხება. მიმართა ექიმს, რომელმაც დაუნიშნა გასაწმენდი ოყნა. დასტოვა ბინაზე. ვინაიდან ავადმყოფის მდგომარეობა გაუარესდა, მოიყვანეს კლინიკაში. შემოსვლისას: მდგომარეობა მძიმე — მუცელი აბერილი, სუნთქვაში არ მონაწილეობს, ზერელე პალპაციით მტკივნეული და დაჭიმულია, ბლუმბერგ-შაოტკინის სიმპტომი დადებითი. პულსი 92, წუთში საშუალო ავსებისა და დაჭიმულობის, ტემპერატურა 37,6°, ლეიკოციტები 7000.

მიღებისთანავე ავადმყოფს გაუკეთდა სიფონისა და ჰიპერტონიული ხსნარის ოყნა, ორმხრივი პარანეფრული ბლოკადა. მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა. ნაწლავთა გაუვალობის დიაგნოზით დაავადების დაწყებიდან მესამე დღეს გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია — განაკვეთი შუა ხაზზე. გაიხსნა მუცლის ღრუ, გადმოვიდა სეროზულ-ჩირქოვანი გამონადენი. ნაწლავები გადაბერილი. დათვალიერებისას აღმოჩნდა, რომ ileo-ნაწლავი განიცდის დესტრუქციულ ცვლილებას — პერფორაციით. ileo-ნაწლავი ამოიკვეთა. მუცლის ღრუში შეყვანილი იქნა 600 000 ერთეული პენიცილინი, 1,0 სტრეპტომიცინი, გახსნილი ნოვოკაინი 0,25%-იანი ხსნარის 60,0, გაუკეთდა ორი მიკროორიგატორი და ტამპონი. გაეწერა გაჯანსაღებული. როგორც მოყვანილი შემთხვევიდან ჩანს, ავადმყოფს დაავადება დაეწყო ტკივილით მუცლის მარჯვენა ნახევარში, რასაც თან დაერთო ნაწლავთა გაუვალობა. როგორც ვხედავთ, ტკივილის პირველდაწყებითი ლოკალიზაცია სათანადოდ არ შეფასებულა, რამაც განაპირობა დიაგნოსტიკური შეცდომა.

კარგად არის ცნობილი სიძნელეები, რომელთაც ადგილი აქვს ჩვილ ბავშვებში, ან ღრმა მოხუცებში, ისეთი დაავადების გამოცნო-

ბის პროცესში, როგორიცაა ნაწლავთა გაუვალობა, ინვაგინაცია, მეზენტერიული გაუვალობა, მწვავე აპენდიციტი, სხვადასხვა ეტიოლოგიის პერიტონიტი და სხვა. მეცნიერება მოითხოვს, რომ მაქსიმალურად შემცირდეს დიაგნოსტიკური შეცდომები აღნიშნული კატეგორიის ავადმყოფებში.

დიაგნოსტიკური შეცდომის მიზეზი შეიძლება იყოს მკურნალობის საქმის არასწორი ორგანიზაცია ამა თუ იმ დაწესებულებაში. ამ შემთხვევაში იზრდება ავადმყოფის უშუალო მკურნალი ექიმის როლი და მნიშვნელობა. არის შემთხვევა, როდესაც ერთი შეხედვით ფორმალურად თითქოს ყველაფერი რიგზეა, ავადმყოფს უტარდება შესაბამისი გამოკვლევები, იგი იმყოფება ყურადღების ცენტრში. სინამდვილეში კი ავადმყოფს აკლია ის, რასაც ეწოდება ექიმის ნამდვილი მზრუნველობა და მონაწილეობა ავადმყოფის მკურნალობის საქმეში. შეიძლება მოვიყვანოთ მაგალითი, როდესაც მთელი ყურადღება ვადატანილია კონსულტანტზე ან კონსილიუმზე, ხოლო უშუალოდ მკურნალი ექიმის სახე არა ჩანს. ეს შეცდომა შეიძლება მიეკუთვნოს მანკიერი ფორმის კონსილიუმს. საილუსტრაციოდ მოვიყვანოთ ერთი შემთხვევა.

ერთ-ერთ რაისაავადმყოფოს თერაპიულ განყოფილებაში მოათავსეს ავადმყოფი ბავშვი ტკივილით ეპიგასტრიუმის მიდამოში, გულისრევითა და ღებინებით. ბავშვს აღნიშნული მოვლენები დაეწყო ძეხვის მიღების შემდეგ. აღინიშნა, რომ საქმე ეხება კვებით ინტოქსიკაციას. დაენიშნა სიმპტომატური მკურნალობა, რამდენიმეჯერ ამოურეცხეს კუჭი, მაგრამ მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა. ავადმყოფი ბავშვი რამდენიმეჯერ გასინჯა პედიატრმა, ინფექციონისტმა და ქირურგმა, რომლებმაც დაადასტურეს კვებითი ინტოქსიკაცია; ავადმყოფის ისტორიაში არის კონსილიუმის შესაბამისი ჩანაწერები. ბავშვის მდგომარეობა კი დღითი დღე უარესდებოდა და მეხუთე დღეს გარდაიცვალა. სექციაზე აღმოჩნდა პერფორაციული ჭია-ნაწლავი დიფუზური პერიტონიტით. როგორც მოყვანილი შემთხვევიდან ჩანს, ჯერ ერთი არასათანადოდ არის შეკრებილი ანამნეზი, მეორეც არასწორადაა შეფასებული ობიექტური მონაცემები და ბოლოს კონსილიუმი ცალმხრივად მიუდგა ავადმყოფის სუბიექტური და ობიექტური მონაცემების შეფასებას, დაეყრდნო დედის გადმოცემას, რომელმაც დაავადების დაწყება დაუკავშირა ძეხვის მიღებას.

ანამნეზის შეკრების დროს დაშვებული ნაკლოვანებები გარკვეულ გავლენას ახდენს დიაგნოსტიკურ შეცდომებზე და ზოგჯერ განაპირობებს კიდეც მათ. საყოველთაოდ ცნობილი ჭეშმარიტებაა, რომ ავადმყოფების გამოკითხვა მეთოდურად, თანმიმდევრობით, საქმის ცოდნით ჩატარებული დიდი ღირებულების ფაქტიურ მასალას გვაძ-

ლევს, და პირიქით, არასაკმარისად, ბუნდოვნად შეკრებილი ანამ-ნეზი, აძნელებს სწორი დიაგნოზის დასმას. ამიტომაც ყოველთვის დიდ ყურადღებას ვაქცევთ და ვურჩევთ ახალგაზრდა ექიმებს, სტუ-დენტებს, რომ დიდი ყურადღება მიაქციონ ანამნეზური მონაცემების შეკრების მეთოდურ მხარეს. ამისათვის მოგვეპოვება გარკვეული სქემები, მაგრამ მიუხედავად ამისა, კლინიკურ პრაქტიკაში ხშირად ვხვდებით შეცდომებს. ეს ხდება მაშინ, როცა დიდი რაოდენობით დაგროვილი ფაქტიური მასალა უბრალოდ აღინუსხება და არ ტარ-დება მისი ანალიზი.

როდესაც ექიმი იწყებს ავადმყოფის კლინიკურ შესწავლას, ის უკვე ეყრდნობა ანამნეზის საფუძველზე გამომუშავებულ გარკვეულ აზრს. თავდაპირველი შეხედულება შეიძლება შემდეგ შეიცვალოს ფაქტიუ-რი მასალის მიხედვით.

დიაგნოსტიკური შეცდომის ერთ-ერთი ხშირი მიზეზია ავად-მყოფის არასრული კლინიკური შესწავლა. ამის ნათელი და-დასტურებაა კლინიკური და პათოლოგანატომიური დიაგნოზის დამ-თხვევა, ან პირიქით, მათი სხვაობა; არსებობს მრავალი ფაქტი, როცა კლინიკური და პათოლოგანატომიური დიაგნოზების სხვაობის შემ-თხვევაში ხშირად ადგილი აქვს ანამნეზის არასრულ და არასწორად შეგროვებას; თუ ექიმს ეჭვი დაებადა მხოლოდ გარკვეულ დაავადება-ზე და ავადმყოფის შესწავლაც წარმართა ცალმხრივად, ანამნეზიც ტენდენციურად შეკრიბა იმის ნაცვლად, რომ ყველა ჩივილი ყურად-ღებით განეხილა. ანამნეზის შეკრების დროს ცალმხრივი მიდგომა განაპირობებს ნაკლებ ყურადღებას ობიექტური სიმპტომების გამოვ-ლენისადმი. აღნიშნული გარემოება ნათლად გვიჩვენებს, რომ ანამ-ნეზის შეკრების დროს უკვე გარკვეული დაავადების სასარგებლოდ საკითხის გადაწყვეტა იწვევს ყურადღების შესუსტებას სხვა დაავა-დებისადმი, ხელს უშლის ობიექტური მონაცემების სრულ შესწავ-ლას; ამის გამო ხდება ავადმყოფის არასრული კლინიკური შესწავლა, რასაც შეიძლება მოჰყვეს გამოუსწორებელი დიაგნოსტიკური შეც-დომა და ავადმყოფის დაღუპვაც. საილუსტრაციოდ მოგვყავს ამონა-წერი ერთ-ერთი ავადმყოფის ისტორიიდან.

ავადმყოფი ბ. შ., მამაკაცი, 40 წლის, მოიყვანეს სასწრაფო დახ-მარებით შარდის შეკავების გამო. როგორც ავადმყოფი აღნიშნავს, დაავადება დაეწყო დიზურიული მოვლენებით, ტემპერატურის მომა-ტებით, ტკივილით გავა-წელის მიდამოში. ორი დღეა შარდს ვერ გა-მოჰყოფს.

ავადმყოფი გასინჯა უროლოგმა per rectum აღნიშნა; ავადმყოფს აქვს წინამდებარე ჯირკვლის აბსცესი. კათეტერით ამოიღეს 1300 მლ. შარდი. ავადმყოფს ტკივილი გაუძლიერდა, დაეწყო გულისრევა და

ღებინება, გაზებსა და განავალს ვერ გამოჰყოფს. მესამე დღეს გადმოიყვანეს ქირურგიულ განყოფილებაში მწვავე აპენდიციტისა და დიფუზური პერიტონიტის დიაგნოზით. გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია. ჭია-ნაწლავი განიცდიდა განგრენოზულ ცვლილებას, მწვერვალოზე პერფორაციით. ჭია-ნაწლავი ამოიკვეთა. მუცლის ღრუში შეყვანილი იქნა 1.0 სტრეპტომიცინი, 500 000 ერთეული პენიცილინი ნოვოკაინის 0,25%-იან ხსნარში გახსნილი, ჩაიდო მიკროირიგატორი და ტამპონი. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი მძიმეა. მიუხედავად მიღებული ზომებისა, ავადმყოფი გარდაიცვალა.

საინტერესოა მეორე ჩვენი შემთხვევა: ავადმყოფი ლ. ნ., ქალი 35 წლისა, მოიყვანეს კლინიკაში, გრძნობს ტკივილებს მუცელში, აქვს გულისრევა, პირღებინება, ნაწლავთა გაუვალობა. ავადმყოფი აღნიშნავს, რომ 7 დღის წინათ მოულოდნელად იგრძნო ძლიერი ტკივილი მუცელში 8 თვის ორსულობისას. მოათავსეს რაიონის სამშობიარო სახლში. იმშობიარა. შემდეგ კი დაეწყო გულისრევა, პირღებინება. აუწია ტემპერატურამ. განუვითარდა ნაწლავთა გაუვალობის მოვლენები. მესამე დღეს თბილისიდან საკონსულტაციოდ მოწვეულ იქნა ქირურგი, რომელმაც აღნიშნა, რომ საქმე გვაქვს მშობიარობის შემდგომ დინამიკურ გაუვალობასთან. დაენიშნა სიმპტომატური მკურნალობა. მდგომარეობა არ გაუმჯობესებულა. მეხუთე დღეს ქირურგმა განმეორებით გასინჯა ავადმყოფი და აღნიშნა, რომ საქმე გვაქვს დინამიკურ გაუვალობასთან და ისევ გაგრძელდა კონსერვატიული მკურნალობა. ვინაიდან ავადმყოფის მდგომარეობა პროგრესულად უარესდებოდა, მეშვიდე დღეს გადმოგზავნეს კლინიკაში მეტად მძიმე მდგომარეობით. დიფუზური პერიტონიტის დიაგნოზით გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია, აღმოჩნდა განგრენოზული ჭია-ნაწლავი პერფორაციით. ჭია-ნაწლავი ამოიკვეთა. მუცლის ღრუში შეყვანილ იქნა 1,0 სტრეპტომიცინი, 500 000 ერთეული პენიცილინი, გაუკეთდა ორი მიკროირიგატორი და ტამპონი.

ოპერაციის შემდგომი პერიოდი მძიმეა. მიუხედავად მიღებული ზომებისა, გარდაიცვალა.

ერთ-ერთი რაიონის საავადმყოფოში მოათავსეს ავადმყოფი ბავშვი. დედის გადმოცემით ბავშვს რამდენიმე საათის წინ დაეწყო ტკივილი მუცლის მარჯვენა ნახევარში. მორიგე ახალგაზრდა ექიმმა ეს საკმარისად ჩათვალა იმისათვის, რომ დაესვა მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზი და სტაციონარში მოთავსებიდან 20 წუთის შემდეგ გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია. გატარდა მაკ-ბურნეის განაკვეთი, სიგრძით 3—4 სმ. გაკეთდა აპენდექტომია და მუცლის ღრუ დაიხურა ყრუდ. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში განუვითარდა პერიტონიტის მოვლენები, რამაც თანდათანობით პროგრესული ხასიათი მიიღო. მესამე დღეს

გაუკეთდა რელაპარატომია, აღმოჩნდა ინვაგინაცია ნაწლავის ნეკროზით.

როგორც ვხედავთ, ექიმმა არასწორი შეფასება მისცა ანამნეზურ მონაცემებს. არ ჩაატარა კლინიკური გამოკვლევა და სტაციონარში მოთავსებიდან 20 წუთის შემდეგ გაუკეთდა ოპერაცია. ისმის კითხვა: საჭირო იყო თუ არა ასე სასწრაფოდ ოპერაციის გაკეთება? რა თქმა უნდა არა, ამ შემთხვევაში საქმე ხომ არ გვქონდა მწვავე სისხლის დენასთან!

ამრიგად, სწორად გამოყენებული ანამნეზი ექიმისათვის დიდი მნიშვნელობის ფაქტორია. ანამნეზის შეგროვების დროს ექიმი პირველ რიგში ცდილობს ისეთი სიმპტომების გამოვლენას, რომლებიც მნიშვნელოვანია დიაგნოზის დასაზუსტებლად. ამ შემთხვევაში ყურადღება ექცევა არსებით ნიშნებს.

როცა გამოცდილი სპეციალისტი სინჯავს ავადმყოფს, რასაკვირველია, ანგარიშს უწევს ორდინატორის მონაცემებს, მაგრამ ეს იმას არ ნიშნავს, რომ მან თვითონ არ შეაგროვოს ანამნეზი, არ დაუბრუნდეს ანამნეზის მონაცემების კრიტიკულ განხილვას.

არასწორად შეგროვილი ანამნეზი იმის დამადასტურებელია, რომ ექიმმა ანამნეზის შეგროვების დროს ვერ გამოამჟღავნა და ვერ ისარგებლა დამახასიათებელი მონაცემებით. ეს შეიძლება იმით იყოს გამოწვეული, რომ ექიმის მიერ ანამნეზი შეგროვილი იყო ზერელედ, არაგულდასმით, ნაჩქარევად, ანდა მას არა აქვს საკმარისი ცოდნა ამა თუ იმ დაავადების დამახასიათებელი კლინიკური სურათის გამოსაჩკარავებლად.

ავადმყოფის ობიექტური შესწავლის შემდეგ დაშვებული დიაგნოსტიკური შეცდომის ერთ-ერთ მიზეზს წარმოადგენს დამახასიათებელი სიმპტომების ამოუცნობლობა, მათი არასაკმარისი ცოდნა და შეუფასებლობა; ეს შეიძლება გამოწვეული იყოს იმით, რომ სიმპტომები საკმარისად არ არის გამოხატული ან ექიმს აქვს არასწორი წარმოდგენა დაავადების კლინიკურ სურათზე. ისმის კითხვა. რა არის მიზეზი ამა თუ იმ სიმპტომის არასრულად გამოვლენისა? მიზეზი შეიძლება იყოს — ჯერ ერთი ობიექტური სიძნელეები შექმნილი სათანადო სიტუაციის ან დაავადების დამახასიათებელი სიმპტომის სუსტად გამოვლენით ან ექიმის მიერ ავადმყოფის აჩქარებული გასინჯვით. მეორე მიზეზი შეიძლება იყოს ექიმის ტენდენციურობა, როცა მას ავადმყოფთან პირველი შეხვედრისთანავე შეექმნება გარკვეული მოსაზრება დაავადების შესახებ და იგი ამ შთაბეჭდილების ზეგავლენით აწარმოებს ავადმყოფის ცალმხრივ შესწავლას.

ამრიგად, მრავალი დიაგნოსტიკური შეცდომა გამოწვეულია ავადმყოფის არასრული, ცალმხრივი კლინიკური შესწავლით. ხშირად კლი-

ნიკურ-პათოლოგანატომიურ კონფერენციებზე ირკვევა, რომ დიაგნოსტიკური შეცდომა დაშვებული იყო იმის გამო, რომ არ იყო ჩატარებული ესა თუ ის გამოკვლევა.

ანამნეზის მონაცემებისა და დაავადების სიმპტომების გამომჟღავნებით შემუშავდება აზრი გარკვეული დაავადების შესახებ. მაგრამ სწორი დიაგნოზისთვის საჭიროა კიდევ დიფერენციული დიაგნოსტიკის მეთოდის გამოყენება; ამას კი სჭირდება შემდგომი კლინიკური დაკვირვება და ავადმყოფის უფრო ღრმად შესწავლა. კლინიკური სურათის ანალიზის შედეგად შეიძლება ვიფიქროთ რამდენიმე დაავადებაზე; მათი გარჩევა აუცილებელია. არსებობს მთელ რიგ დაავადებათა სპეციფიკური სიმპტომები. ამ დამახასიათებელი სიმპტომის მიხედვით დიაგნოზის დასმამ შეიძლება შეცდომაში შეგვიყვანოს.

ბოტკინი წერდა: „როდესაც აკვირდები ავადმყოფს, აუცილებლად უნდა გახსოვდეს, რომ ავადმყოფის დიაგნოზი მეტ-ნაკლებად დასაშვები ჰიპოთეზაა, რომელიც მუდამ უნდა მოწმდებოდეს. შეიძლება გამოაშკარავდეს ახალი ფაქტორები და მათი მიხედვით შეიცვალოს დიაგნოზი ან განმტკიცდეს მათი შესაძლებლობა".

დიაგნოსტიკური ჰიპოთეზის შემოწმება ხორციელდება დიფერენციული დიაგნოსტიკის მეთოდით, კლინიკური დაკვირვებით, კვლევის სხვადასხვა მეთოდის გამოყენებით. საკითხის სწორი დაყენება დიდი მნიშვნელობის ფაქტორია სწორი დიაგნოზის დადგენის საქმეში. ცნობილია, რომ დიფუზური პერიტონიტის ერთ-ერთი ხშირი მიზეზია მწვავე აპენდიციტი, რაც განპირობებულია მწვავე აპენდიციტის დაგვიანებითი დიაგნოსტიკითა და ოპერაციით. მწვავე აპენდიციტის დაგვიანებითი დიაგნოსტიკისა და ოპერაციის მიზეზი მრავალია. შევეხოთ ზოგიერთ მათგანს ჩვენი კლინიკის მასალის მიხედვით და გავეცნოთ ავადმყოფთა ისტორიებს. ამით ჩვენ გავეცნობით იმ მიზეზებს, რომლებიც განაპირობებენ დაგვიანებით ოპერაციას.

დაგვიანებითი ოპერაციის მიზეზი რიგ შემთხვევაში თვით ავადმყოფი და მისი ახლობელია, რადგანაც როცა გამოვლინდება მწვავე აპენდიციტისათვის დამახასიათებელი ესა თუ ის კლინიკური ნიშანი, ავადმყოფები ექიმის დაუკითხავად ბინაზე მიმართავენ ამა თუ იმ სამკურნალო ღონისძიებებს. აი, მაგალითი:

ავადმყოფი ბ. ვ., ქალი, 43 წლის. მოიყვანეს კლინიკაში; ავადმყოფი გრძნობს ტკივილს მუცელში, გულისრევას, აქვს პირღებინება, ნაწლავთა გაუვალობა, ავადაა 3 დღეა. დაავადება დაეწყო ტკივილით ეპიგასტრიუმისა და ილეოცეკალურ მიდამოში, რასაც დაერთო გაზებისა და განავლის გამოყოფის შეფერხება. ბინაზე რამდენიმეჯერ გაიკეთა ოყნა, მიიღო საფაღარათო, ამოირეცხა კუჭი, მაგრამ უშედე-

გოდ. მდგომარეობა თანდათანობით გაუარესდა, რის გამოც მიმართა კლინიკას.

მწვავე აპენდიციტისა თუ დიფუზური პერიტონიტის დიაგნოზით გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია. ჭია-ნაწლავი განიცდის განგრენოზულ ცვლილებას — პერფორაციით. გაუკეთდა აპენდექტომია. თეძოს ნაწლავზე დაედო საკიდი ენტეროსტომია. მუცლის ღრუში შეყვანილი იქნა 1000 000 ერთეული პენიცილინი, 1,0 სტრეპტომიცინი, გაუკეთდა ორი მიკროირიგატორი და ტამპონი. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი მძიმე. მიუხედავად მიღებული ზომებისა, ოპერაციიდან მერვე დღეს გარდაიცვალა დიფუზური პერიტონიტისაგან.

მსგავს შემთხვევას ზოგჯერ ადგილი აქვს ექიმის ოჯახშიც კი. ამ მხრივ აღსანიშნავია ერთ-ერთი ჩვენი შემთხვევა.

ავადმყოფი რ. ვ., მამაკაცი 75 წლის; მოიყვანეს კლინიკაში, როგორც სასწრაფო შემთხვევა, ავად არის 4 დღეა. დაავადება დაეწყო ტკივილით მუცლის მარჯვენა ნახევარში, რასაც დაერთო გულისრევა, გაზებისა და განავლის გამოყოფის შეფერხება. ბინაზე რამდენიმეჯერ გაუკეთდა ოყნა, ამოერეცხა კუჭი, მაგრამ უშედეგოდ. მდგომარეობა თანდათანობით გაუარესდა. კლინიკაში შემოსვლისას: მდგომარეობა მძიმე, აქვს გულისრევა და პირღებინება. ენა მშრალი ნადებით, მუცელი აბერილი, სუნთქვაში არ მონაწილეობს, ზერელე პალპაციით მტკივნეულია, უფრო ილეოცეკალური არე, ბლუმბერგ-შჩოტკინის სიმპტომი დადებითი. პულსი 90′ რითმული, საშუალო ავსებისა და დაჭიმულობის, ტემპერატურა 38,5°, ლეიკოციტები—11 100. მწვავე აპენდიციტისა და დიფუზური პერიტონიტის დიაგნოზით გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია. ჭია-ნაწლავი განიცდის განგრენოზულ ცვლილებას — პერფორაციით. გაკეთდა აპენდექტომია. მუცლის ღრუში შეყვანილი იქნა 400 000 ერთეული პენიცილინი, ჩაიდო მიკროირიგატორი, ტამპონი. ოპერაციიდან პირველი 5—6 დღე მძიმე, შემდეგ მდგომარეობა თანდათანობით გამოსწორდა, გაეწერა კლინიკურად გაჯანსაღებული.

ზოგიერთი ჩვენი შემთხვევა ამ მხრივ კიდევ უფრო შორს მიდის, რაც იმაში გამოიხატება, რომ მწვავე აპენდიციტის დროს არა თუ ექიმის ოჯახის წევრს უნიშნავენ ბინაზე კონსერვატიულ ღონისძიებებს, არამედ თვით ექიმი უნიშნავს თავისთავს ამა თუ იმ კონსერვატიულ საშუალებას. საილუსტრაციოდ მოგვყავს ამონაწერი ერთ-ერთი ავადმყოფის ისტორიიდან.

ავადმყოფი ვ. ა., მამაკაცი, ექიმი, შემოვიდა კლინიკაში როგორც სასწრაფო შემთხვევა. დაავადება დაეწყო ტკივილით მუცლის მარჯვენა ნახევარში, რასაც დაერთო გულისრევა და სლოკინი. ბინაზე მიიღო საფაღარათო, გაუკეთდა ოყნა, მაგრამ უშედეგოდ. ვინაიდან მდგომარეობა თანდათანობით გაუარესდა, მოიყვანეს კლინიკაში აპენდიკულა-

რული პერიტონიტის დიაგნოზით, გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია. აღმოჩნდა დესტრუქციული ჭია-ნაწლავი პერფორაციით. გაუკეთდა აპენდექტომია. ოპერაციის პირველი დღეების მძიმე მდგომარეობა შემდგომში თანდათანობით გაუმჯობესდა და გაეწერა გაჯანსაღებული.

დიაგნოსტიკური შეცდომის მიზეზი, რაც განაპირობებს მწვავე აპენდიციტის დაგვიანებით გამოცნობას, ზოგიერთ შემთხვევაში არსებული კლინიკური ნიშნების არასწორი შეფასებაა. არა ერთი ავადმყოფი გვყოლია, რომელიც ექიმმა ბინაზე გასინჯა, აღნიშნა კვებითი ინტოქსიკაცია, დაუნიშნა კონსერვატიული მკურნალობა და დასტოვა ბინაზე. საილუსტრაციოდ მოგვყავს ამონაწერი ავადმყოფის ისტორიიდან.

ავადმყოფი კ. გ., მამაკაცი, 67 წლის, მოიყვანეს კლინიკაში, ტკივილით მუცელში, გულის რევით, ღებინებით, ავად არის 4 დღეა. დაავადება დაეწყო ტკივილით ეპიგასტრიუმის მიდამოში, გულისრევით. გასინჯა ექიმმა, აღნიშნა, რომ საქმე ეხება კვებით ინტოქსიკაციას. რამდენიმეჯერ ამოურეცხა კუჭი. კლინიკაში შემოსვლისას: ენა მშრალი, ნადებით, მუცელი აბერილი, ზერელე პალპაციით მტკივნეული, ბლუმბერგ-შჩოტკინის სიმპტომი დადებითი, პულსი 134′ — სუსტი ავსებისა და დაჭიმულობის, ტემპერატურა — 38,3°, ლეიკოციტები — 13000. აპენდიკულარული პერიტონიტის დიაგნოზით გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია. ჭია-ნაწლავი განიცდიდა დესტრუქციულ ცვლილებას.

ოპერაციის შემდგომი მძიმე მდგომარეობა თანდათანობით გაუმჯობესდა და ავადმყოფი გაეწერა გაჯანსაღებული.

ზოგჯერ, მწვავე აპენდიციტის შემთხვევაში ექიმი ავადმყოფს დაუნიშნავს ანტიბიოტიკს, ტკივილგამაყუჩებელს და დასტოვებს ბინაზე. საილუსტრაციოდ მოგვყავს ამონაწერი ავადმყოფის ისტორიიდან.

ავადმყოფი ქ. გ., ქალი, 38 წლის; მიღებულია კლინიკაში როგორც სასწრაფო შემთხვევა, ტკივილით მუცელში, გულისრევითა და ღებინებით. ავად არის 5 დღეა. დაავადება დაეწყო ტკივილით მუცლის მარჯვენა ნახევარში, გულისრევით. მიმართა ექიმს, რომელმაც მუცლის ღრუს ორგანოების ქირურგიული დაავადება გამორიცხა. დაუნიშნა ანტიბიოტიკი, ტკივილგამაყუჩებელი და დასტოვა ბინაზე. ვინაიდან მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა, მიმართა კლინიკას.

შემოსვლისას: ზოგადი მდგომარეობა მძიმე. ენა მშრალი ნადებით, მუცელი აბერილი, სუნთქვაში არ მონაწილეობს, ზერელე პალპაციით მტკივნეული და დაჭიმულია, განსაკუთრებით ილეოცეკალური მიდამო. შჩოტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი დადებითია. პულსი 90′, სუსტი ავსებისა და დაჭიმულობის, ტემპერატურა 37,3°, ლეიკოციტები — 7900. გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია. ჭია-ნაწლავი განიცდის განგრენოზულ ცვლილებას პერფორაციით. ჭია-ნაწლავი ამოიკვეთა. მუცლის ღრუში

შეყვანილ იქნა 1,0 სტრეპტომიცინი, 500 000 ერთეული პენიცილინი, ჩაიდო მიკროირიგატორი, ტამპონი.

ოპერაციის შემდგომი პერიოდი მძიმეა. მიუხედავად მიღებული ზომებისა, ოპერაციიდან მეოთხე დღეს გარდაიცვალა.

ამრიგად, მწვავე აპენდიციტის დაგვიანებით გამოცნობის ერთ-ერთი მიზეზია ავადმყოფთა დაგვიანებითი რეაგირება. როდესაც განვითარდება მწვავე აპენდიციტისათვის დამახასიათებელი ესა თუ ის მოვლენა, ავადმყოფთა ნაწილი ექიმის დაუკითხავად მიმართავს ბინაზე მკურნალობას. საჭიროა მოსახლეობის ფართო მასაში სანიტარულ-განმანათლებელი მუშაობის გაფართოება, რომ ყოველ საეჭვო შემთხვევაში მიმართონ ექიმს, რაც ესოდენ ხელმისაწვდომია ამჟამად და არავითარ შემთხვევაში არ დარჩეს ბინაზე „შინაურული“ მკურნალობის იმედით.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება

ახლა შევეხოთ კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვან დაავადებასა და მისი ზოგიერთ გართულებას.

გავეცნოთ რამდენიმე ავადმყოფს.

ავადმყოფი ს. დ., მამაკაცი, 56 წლის, მიღებულია კლინიკაში ტკივილით ეპიგასტრიუმის მიდამოში, პერიოდულად გულისრევით, უმადობით. ტკივილი უძლიერდება საკვების მიღების შემდეგ.

ავადმყოფს რვა თვის წინათ წყლულოვანი დაავადების გამო გაუკეთდა კუჭის რეზექცია ბილროტის მეორე წესით. ოპერაციიდან 5 თვის შემდეგ დაეწყო ტკივილი ეპიგასტრიუმის მიდამოში, რომელიც თანდათანობით გაძლიერდა.

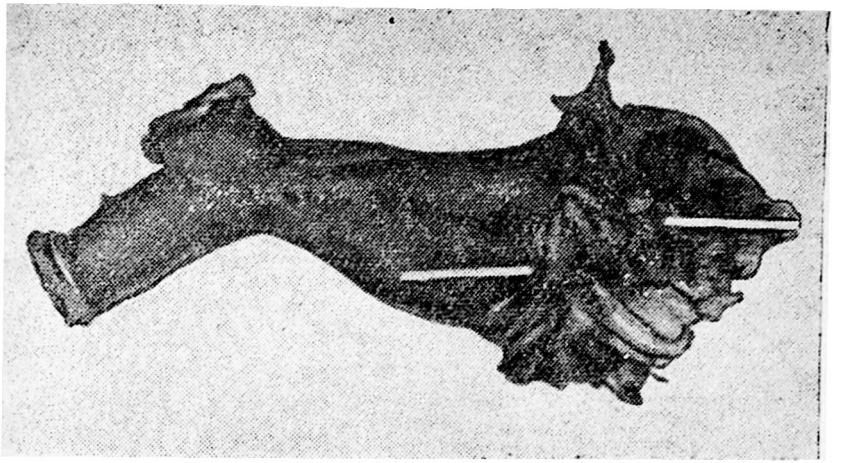
შემოსვლისას: კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი სუსტადაა განვითარებული, კანის ტურგორი დაქვეითებულია, შუა ხაზზე მახვილისებრ მორჩსა და ჭიპს შორის აღინიშნება ოპერაციის შემდგომი ნაწიბური. პალპატორულად ეპიგასტრიუმის მიდამო მტკივნეულია.

კუჭის წვენის ანალიზი: საერთო მჟავიანობა — 50, თავისუფალი მარილმჟავა — 30.

განავლის ანალიზი. რეაქცია ფარულ სისხლდენაზე დადებითია. კუჭის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა: კუჭის რეზექციის შემდეგი მდგომარეობა — კუჭი გაგანიერებულია, მისი კონტურები უსწორ-მასწოროა, დიდ სიმრუდეზე, კუჭის თითქმის შუა მესამედში, დამატებითი ჩრდილი „ნიშა“ მოჩანს.

ავადმყოფის კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევებით დადგენილია პეპტიკური წყლული, სათანადო მომზადების შემდეგ გაკეთდა ოპერაცია. გაიხსნა მუცლის ღრუ. დათვალიერებისას აღმოჩნდა კუჭის ეკონომიური რეზექცია, წინა შერთული ბრაუნის ანასტომოზით. შერთულის, როგორც მომტან, ისე გამტან ნაწილში აღმოჩნდა ორი წყლული, რომელიც ჩაფლულია ანათებად ინფილტრატში. გაკეთდა კუჭის რეზექცია.

ამ შემთხვევაში ავადმყოფს გაუკეთდა კუჭის ეკონომიური რეზექცია; ოპერაციის ნაშიერ კუჭის წვენში მჟავიანობა ისევ მაღალი იყო



სურ. 11.
კუჭის პეპტიკური წყლული

და ოპერაციიდან 4 თვის შემდეგ განუვითარდა პეპტიკური წყლული. ახლა განმეორებით იქნება გამოკვლეული კუჭის მეავიანობა და თუ ის ისევ მაღალია, მაშინ მიზანშეწონილია პილორუსის ამოკვეთა, რომ კიდევ არ განვითარდეს პეპტიკური წყლული.

ავადმყოფი ჯ. რ., მამაკაცი, 25 წლის, მიღებულია კლინიკაში როგორც სასწრაფო შემთხვევა — გასტროდოუდენალური სისხლდენით, რაც დაეწყო ორი დღის წინ.

შემოსვლისას ზოგადი მდგომარეობა მძიმე, ავადმყოფი ანემიურია. სისხლის არტერიული წნევა 85/60 სან. სვ. ერითროციტები — 1.800000, ჰემოგლობინი — 33%. მიღებისთანავე გადაესხა სისხლი, პოლიგლუკინი.

სისხლის არტერიული წნევა თანდათანობით აიწია და გახდა 110/75 სნ. სვ.

აღსანიშნავია, რომ წყლულოვანი ანამნეზი არ აღინიშნება. სისხლდენა აქვს პირველად.

ავადმყოფი ლ.კ., მამაკაცი 27 წლის, მიღებულია კლინიკაში, როგორც სასწრაფო შემთხვევა — გასტროდუოდენალური სისხლდენით, რომელიც დაეწყო რამდენიმე საათის წინ.

შემოსვლისას: ავადმყოფი ანემიურია. ერითროციტები — 4 000 000 ჰემოგლობინი —34%.

აქვს წყლულოვანი ანამნეზი. ავადაა რამდენიმე წელია. სისხლის დენა აქვს მეორედ.

ამრიგად, როგორც პირველ, ისე მეორე შემთხვევაში საქმე გვაქვს სისხლმდენ წყლულთან.

როგორც ცნობილია, კუჭის ქირურგიამ ბრწყინვალე შედეგებს მიაღწია. ახლა კუჭის რეზექციას აკეთებენ არა მარტო კლინიკებსა და დიდ ქირურგიულ დაწესებულებებში, არამედ თითქმის ყველა რაიონული საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებებში; საკმარისია აღინიშნოს, რომ ჩვენს ქვეყანაში ყოველწლიურად დაახლოებით კუჭის 50000 რეზექცია კეთდება.

ახლა შევეხოთ კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების ზოგიერთ გართულებებს, როგორიცაა წყლულოვანი ხასიათის პროფუზული სისხლდენა, პილორუსისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის სტენოზი, წყლულის პერფორაცია; ასევე შევეხოთ წყლულოვანი დაავადების გამო ოპერირებულ კუჭის იმ დაავადებებს, რომლებიც საჭიროებენ განმეორებით ოპერაციულ ჩარევას.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების, მისი გართულებების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის შესახებ ჩვენს კლინიკას საკმარისად მდიდარი გამოცდილება აქვს. თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის ჰოსპიტალური ქირურგიის კლინიკაში 1969 წლის ჩათვლით კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების გამო გაკეთებულია 4000-ზე მეტი ოპერაცია.

წყლულოვანი დაავადების ქირურგიული მკურნალობის არჩევით მეთოდად კლინიკა თვლის კუჭის სრულყოფილ, პილოროანტრალურ რეზექციას, კუჭის 2/3 ამოკვეთით. რეზექცია გაუკეთდა 3505 ავადმყოფს. გასტროენტეროანასტომოზი კეთდებოდა შედარებით იშვიათად, რეზექციის წინააღმდეგ ჩვენების დროს.

1937 წლამდე წყლულოვანი დაავადების სამკურნალოდ კლინიკა იყენებდა ძირითადად გასტროენტეროანასტომოზს. 1940 წლამდე 217-ჯერ დადებული იყო გასტროენტეროანასტომოზი და მხოლოდ 45-ჯერ გაკეთდა რეზექცია.

1941—1961 წ. გაკეთდა 2211 რეზექცია და 157 გასტროენტეროანასტომოზი, 1962--1964 წ. კი 239 რეზექციაზე გაკეთდა მხოლოდ 7 გასტროენტეროანასტომოზი, ე. ი. 3%-ზე ნაკლები.

წყლულოვანი დაავადების გამო ოპერირებულ 198 ავადმყოფს გართულებათა სამკურნალოდ გაუკეთდათ განმეორებითი ოპერაცია. ამ მასალის შესწავლის საფუძველზე კლინიკა მივიდა დასკვნამდე, რომ პირველი ოპერაციის დროს დაშვებული ტაქტიკური და ტექნიკური შეცდომების გარდა, განმეორებითი ოპერაციის მიზეზს, უხშირესად წარმოადგენენ პალიატიური ოპერაციები. ჩვენ განსაკუთრებით გვინდა ხაზი გავუსვათ იმ გარემოებას, რომ კუჭის რეზექციის დეტალების სრულყოფილმა დამუშავებამ, მისმა ტიპიზაციამ და გამარტივებამ შე-

საძლებელი გახადა ამ მეთოდის ფართოდ დანერგვა რაიონული საავადმყოფოს პირობებშიც კი. ამით საგრძნობლად გაიზარდა ეკონომიური რეზექციებისა და გამოთიშვით წარმოებული რეზექციების რიცხვი, წმირად პილორუსის დატოვებით, დემოკუზაციის გარეშე.

პროფუზული გასტროდუოდენური სისხლდენის უხშირესი მიზეზია კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება.

წინათ კუჭიდან სისხლდენას, სისხლიანი პირღებინების სახით, წყლულოვანი დაავადების აუცილებელ ნიშნად თვლიდნენ. იგი მიჩნეული იყო ამ დაავადების ერთ-ერთ ძირითად სიმპტომად და მის გარეშე კუჭის წყლულის დიაგნოზს ეჭვის თვალით უყურებდნენ. ამიტომ იყო, რომ სისხლდენა წყლულოვანი დაავადების დროს არ ითვლებოდა გართულებად, იგი აღიარებული იყო ამ დაავადების გამოვლენის ერთ-ერთ მხარედ.

დიაგნოსტიკის მეთოდების გაუმჯობესებასთან ერთად, წყლულოვანი დაავადების დროს სისხლდენის საკითხი გადასინჯულ იქნა. ქიმიური ანალიზით სისხლდენა წყლულოვანი დაავადების დამახასიათებელი ნიშანია და იგი შეიძლება ჰქონდეს ავადმყოფთა 100%-ს. აშკარა სისხლდენა კი წყლულოვანი დაავადების მძიმე გართულებას წარმოადგენს.

პროფუზული სისხლდენის სიხშირე წყლულოვანი დაავადების დროს სხვადასხვა ავტორის მონაცემებით სხვადასხვაა: ე. ფიფიას მასალით 24,4%, ნ. ყიფშიძის — 20,9,% ვ. სმოტოვის — 20%, ი. ლორიეს — 20%, ნ. სტრაჟესკოს — 19%, ე. მაიზელის — 18%, ა. ზლატოპოლსკისა, ა. ხაზანოვისა და ა. ჟგუნის მიხედვით — 15,0%, მ. პერლიმანის — 11,5%, ი. შნაცაკანოვის — 11%, გრაბჩენკოსა, ვ. ლიტვინოვისა და მ. ხმელნიცკის მიხედვით—8.2%, პ. ზაბოლოტნიკოვის—6%, ი. ჯანელიძის—4.2%.

წყლულოვანი დაავადების დროს სისხლდენას უფრო ხშირად აღნიშნავენ უცხოელი ავტორები: გოლდმანის მიხედვით იგი აღწევს 38%-ს, ა. ალენის — 35%-ს ჰესტითა და რაილით — 31%-ს.

სისხლდენის გართულებული წყლულოვანი დაავადების სიხშირის ასეთი სხვაობა იმ გარემოებით უნდა აიხსნას, რომ ზოგიერთი ანგარიშობს მხოლოდ სტაციონარში სისხლდენით შემოსულ ავადმყოფთა რაოდენობას (ი. გრაბჩენკო, ვ. ლიტენნოვი და მ. ხმელევსკი, პ. ზაბოლოტნიკოვი), მეორენი კი ანამნეზებში აღნიშნულ სისხლდენასაც ღებულობენ მხედველობაში.

ე. ფიფიას და ნ. ქართველიშვილის მონაცემებით პროფუზული სისხლდენით შემოსული იყო ავადმყოფთა 1,6%, მაგრამ თუ ანამნეზში აღნიშნულ სისხლდენასაც მიიღებთ მხედველობაში, სიხშირე გაიზრდება 24,4%-მდე.

ასეთივე სურათს იძლევა ჩვენი კლინიკის მასალა: ავადმყოფთა სა-

ერთო რაოდენობა, რომელთაც სისხლდენა აღენიშნებოდათ, ანამნეზში და შემოსვლისას, აღწევდა 20%-ს.

სისხლდენის სიხშირე წყლულოვანი დაავადების დროს გარკვეულ დამოკიდებულებაშია ავადმყოფის ასაკთან. ავტორთა უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ ყრმობის ასაკში წყლულოვანი დაავადებით გამოწვეული მასობრივი სისხლდენა უფრო იშვიათია, ვიდრე მოზრდილებში. ხანში შესულთა ასაკში სისხლდენის სიხშირე საგრძნობლად მატულობს. ი. ლორიეს მონაცემებით წყლულით დაავადებულ 50 წელზე უფრო ხნიერთა შორის სისხლდენას ადგილი აქვს 50%-ში.

წყლულოვანი დაავადების დროს სისხლდენა უფრო ხშირია მამაკაცებში. ს. იუდინით, წყლულოვანი ხასიათის სისხლდენით შემოსულ ავადმყოფთა შორის მამაკაცი იყო 82,7%, ქალი — 17,3%, ა. ტარასოვათი მამაკაცი იყო 82,2%, ქალი — 17,8%. ვ. ზაბოლოტნიკოვით — შესაბამისად 80% და 20%.

პროფუზული წყლულოვანი სისხლდენით ჩვენს კლინიკაში გატარებულ ავადმყოფთა შორის მამაკაცი იყო 107, რაც შეადგენს 81,7%-ს. ქალი 24(18.3%).

მონაცემები წყლულოვანი ხასიათის სისხლდენის სიხშირის შესახებ არაერთგვაროვანია. ბოლო წლებში მისი ხვედრითი წონა კლებულობს, რასაც გარკვეული მიზეზი აქვს.

წყლულოვანი დაავადების დროს მასობრივი სისხლდენის მიზეზი უფრო ხშირად არის ძველი, კალოზური, პენეტრირებული წყლული, მსხვილი სისხლძარღვის ეროზიით, სისხლდენით უფრო ხშირად რთულდება კარდიული, მცირე სიმრუდისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის უკანა კედლის წყლულები. მაგრამ უდავოა, რომ სასიკვდილო სისხლდენა შესაძლებელია განვითარდეს ზედაპირული წყლულიდანაც.

სისხლდენას შეიძლება ჰქონდეს ადგილი წყლულოვანი დაავადების ყოველ ფაზაში, ძლიერი ტკივილების ფონზე და რემისიის პერიოდში. წყლულოვანი დაავადების დროს სისხლდენის განვითარებისათვის, ზოგიერთი ავტორის აზრით, მნიშვნელობა აქვს ქსოვილების ადგილობრივ ცვლილებებს, იშემიური ნეკროზისა და ათეროსკლეროზის სახით. არ არის გამორიცხული ავიტამინოზის როლიც. ი. კალჩენკოს აზრით სისხლდენის მიზეზია მწვავე ანთება წყლულის არეში, სხვადასხვა ინფექციის ნიადაგზე (გრიპი, ანგინა, პნევმონია, პიელიტი და სხვ.).

ზოგჯერ სისხლდენის დაწყებას წინ უსწრებს ფიზიკური ან ფსიქიკური დაძაბულობა. ამით უნდა აიხსნას პროფუზული წყლულოვანი სისხლდენის გახშირება ომის წლებში. ა. ტარასოვას მონაცემებით 175 ავადმყოფიდან 33-ს სისხლდენა დაეწყო ფიზიკურ გადატვირთვასთან დაკავშირებით. ამასთან ერთად ძალიან ხშირად სისხლდენა იწყება

სრულიად „უმიზეზოდ"; ყოველ შემთხვევაში ავადმყოფი მას ვერაფერს უკავშირებს.

მძიმე გასტროდუოდენალური სისხლდენის მიზეზი ყოველთვის არ არის მსხვილი სისხლძარღვის ეროზია. სისხლმდენი წყლულის გამო წარმოებული ოპერაციის დროს შემთხვევათა გარკვეულ ნაწილში წყლულის ფსკერზე თვალით ჩანს სისხლძარღვის ღია სანათური, ზოგჯერ სისხლდენას იძლევა წყლულში და მის ირგვლივ არსებული წვრილი სისხლძარღვები. სულ სხვა სურათია ჰემორაგიული გასტრიტის დროს, როდესაც კუჭის ლორწოვანიდან სისხლი ჟონავს როგორც ღრუბლიდან.

ავტორთა ერთი ნაწილი მიუთითებს, რომ სისხლდენის ინტენსივობა და ხანგრძლივობა დამოკიდებულია არა მხოლოდ ეროზირებული სისხლძარღვის ყალიბზე და მისი დაზიანების ოდენობაზე, არამედ სხვა დამატებით ფაქტორებზედაც. დიდი მნიშვნელობა აქვს წყლულის ნაწიბუროვნად გადაგვარებას. ასეთ შემთხვევაში არ ხდება ეროზირებული სისხლძარღვის სანათურის შევიწროება, იგი პირღია რჩება, რაც აბრკოლებს მასში თრომბის წარმოშობას და სისხლდენის შეჩერებას. არანაკლები მნიშვნელობა აქვს თვით სისხლძარღვის კედლის ცვლილებებს, სკლეროზს; რაც უფრო ელასტიკურია სისხლძარღვის კედელი, მით უფრო ადვილად ვითარდება მისი სპაზმი, სანათურის დახშობა, თრომბის გაჩენა და პირიქით. ამიტომ არის, რომ ხანში შესულებისათვის წყლულოვანი ხასიათის სისხლდენა უფრო საშიშია, ვიდრე ახალგაზრდებისათვის.

ლიტერატურაში დაგროვდა საკმარისი მასალა წყლულოვანი დაავადების ორი უმძიმესი გართულების — პროფუზული სისხლდენისა და პერფორაციის ერთდროული არსებობის შესახებ. ვ. ა. სამსონოვს საბჭოთა ლიტერატურაში შეგროვილი აქვს წყლულის პერფორაციისა და სისხლდენის თანაარსებობის 114 დაკვირვება. ასეთი ორმაგი გართულება წყლულის პერფორაციათა საერთო მასალის 1,2%-ს შეადგენს, ხოლო წყლულოვანი სისხლდენის საერთო რაოდენობის 3%-ს. უფრო დიდ ციფრებს იძლევა უინტერსი და ეგანი (1939). მათი მონაცემებით მსგავს თანხვედრას ადგილი აქვს პერფორაციის 10%-ში.

ჩვენი დაკვირვების ქვეშ იყო 1 ავადმყოფი, რომელსაც ერთდროულად ჰქონდა წყლულის პერფორაცია და სისხლდენა.

ავადმყოფს ჰქონდა პერფორაციის დამახასიათებელი ანამნეზი და ობიექტური მონაცემები; ამავე დროს აღენიშნებოდა სისხლიანი პირღებინება. ოპერაციის დროს აღმოჩნდა პერფორირებული პილორული წყლული. წყლულის ხვრელიდან სისხლი დიოდა. პერფორაციული ხვრელი ამოიკერა, ოპერაციის შემდეგ სისხლდენა შეწყდა.

წყლულოვანი ხასიათის სისხლდენა შეიძლება იყოს სხვადასხვა სიძლიერის, ერთ შემთხვევაში იგი ერთჯერადი პირღებინებით განისაზღვრება, მეორე შემთხვევაში კი ადგილი აქვს უძლიერეს და შეუწყვეტელ სისხლდენას, რომელსაც რამდენიმე საათში კატასტროფამდე შეუძლია მიიყვანოს ავადმყოფი.

ე. ბერიოზოვი წყლულოვან სისხლდენას სიძლიერის მიხედვით სამ ხარისხად ჰყოფს: მსუბუქ, საშუალო და მძიმე სისხლდენად. პირველს მიაკუთვნებს ავადმყოფს ერთჯერადი სისხლიანი პირღებინებით, რაც დიდად არ მოქმედებს ავადმყოფის ზოგად მდგომარეობაზე.

მეორე ჯგუფს შეადგენენ ავადმყოფები, რომელთაც დროის მცირე მონაკვეთში ჰქონდათ განმეორებითი ძლიერი სისხლდენა, აღენიშნებოდათ მკვეთრად გამოხატული სიფერმკრთალე, მაჯისცემის გახშირება (100-მდე და მეტი), თავბრუ, ზოგჯერ გონების დაკარგვა.

მესამე ჯგუფის ავადმყოფები სისხლნაკლულნი არიან. გამოხატულია ციანოზი, მკვეთრი ქოშინი, მაჯისცემა თითქმის არ ისინჯება. ამ ჯგუფის ავადმყოფებს, წინა ორისაგან განსხვავებით, არა აქვთ მიდრეკილება სისხლდენის შეჩერებისაკენ.

გასტროდუოდენალური სისხლდენის დროს მთავარი ნიშანია ის, რომ სისხლიანი პირღებინება ავადმყოფს არ აღენიშნება, რაც შეიმჩნევა თორმეტგოჯა ნაწლავის სისხლმდენი წყლულის დროს. სისხლიანი პირღებინება სისხლდენის დაწყების მომენტის მაჩვენებელი არ არის. მას შეიძლება ჰქონდეს ადგილი სისხლდენის დაწყებიდან რამდენიმე წუთისა ან რამდენიმე საათის შემდეგაც, რაც სისხლდენის სიძლიერეზეა დამოკიდებული. თუ სისხლდენა ძლიერი არ არის, სისხლიან პირღებინებამდე ავადმყოფი გრძნობს საერთო სისუსტეს, თავბრუს, ყურებში შუილს, ზოგჯერ თვალებში დაბნელებას. როდესაც კუჭში დაგროვდება ჩაღვრილი სისხლის გარკვეული რაოდენობა, ავადმყოფს ეწყება სისხლიანი პირღებინება. პირნაღები მუქი მოყავისფრო ფერისაა, ჰემოგლობინზე მარილმჟავას ზემოქმედებით წარმოიშვება მარილმჟავა ჰემატინი; რაც უფრო დიდხანს ჩერდება კუჭში ჩაღვრილი სისხლი, მით უფრო მუქი ფერისაა პირნაღები. მეორე მხრივ, თუ სისხლდენა ძლიერია, კუჭი ივსება სისხლით და პირღებინება მალე იწყება. ამ შემთხვევაში პირნაღები მასა ღია ალისფერ სისხლს შეიცავს.

კუჭში ჩაღვრილი სისხლის ნაწილი ყოველთვის გადადის ნაწლავებში და გამოიყოფა განავალთან ერთად. შემთხვევათა ნაწილში, უფრო ხშირად თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დროს, სისხლი არ გადადის კუჭში, არ ვითარდება სისხლიანი პირღებინება და მთლიანად გამოიყოფა განავალთან ერთად. ასეთ შემთხვევებში განავალი შავი ფერისაა, არ არის გაფორმებული და მართლაც კუპრისმაგვარია.

განავლის შავი ფერი განპირობებულია სისხლის ჰემოგლობინიდან გოგირდოვანი რკინის გამოყოფით; კუპრისმაგვარი განავალი გამოვლინდება სისხლდენის დაწყებიდან 12-18 საათის შემდეგ. თუ ავადმყოფს არ ჰქონია სისხლიანი პირღებინება, კუპრისმაგვარი განავლის შემჩნევამდე ზოგჯერ ძნელია პროფუზული სისხლდენის ამოცნობაც კი.

სისხლიანი პირღებინების დროს ყოველთვის აღინიშნება კუპრისმაგვარი განავალი, გარდა იშვიათი გამონაკლისისა, როდესაც მეტად ძლიერი სისხლდენის დროს ავადმყოფი სწრაფად იღუპება.

ამრიგად, პროფუზული გასტროდუოდენალური სისხლდენა შეიძლება გამოვლინდეს ან სისხლიანი პირღებინებითა და მელენით ერთდროულად, ან მხოლოდ მელენით.

ერთჯერადი სისხლდენის შემდეგ პირველი ორი დღე განავალი კუპრისმაგვარია, შემდეგ კი შავია, მაგრამ გაფორმებული, კუპრის კონსისტენცია აღარა აქვს.

წყლულოვანი ხასიათის სისხლდენისათვის დამახასიათებელია სისხლდენის დაწყების წინ, ან დაწყების მომენტში, ტკივილების შემცირება ან გაქრობა, თუკი ტკივილი აღინიშნებოდა სისხლდენამდე. ეს ნიშანი იმდენად დამახასიათებელია, რომ სისხლდენის დაწყების შემდეგ თუ ტკივილი არ მცირდება ან, პირიქით, ძლიერდება, ყოველთვის უნდა გვახსოვდეს სისხლდენის ფონზე პერფორაციის შესაძლებლობა.

წყლულოვანი სისხლის დენის დროს მუცლის მხრივ რაიმე ღირსშესანიშნავი ობიექტური მონაცემები არ აღინიშნება. ჩვეულებრივ, მუცელი ჩავარდნილია, სუნთქვაში მონაწილეობს, რბილია, უმტკივნეულო, ვ. დ. ბრატუსი აღნიშნავს, რომ წყლულოვანი სისხლის დენის დროს მუცლის ღრუს პალპაცია დამზოგავი უნდა იყოს. მუცელზე და მაშასადამე, კუჭზე დაწოლით, შეიძლება გამოვიწვიოთ თრომბის მოგლეჯა და სისხლდენის განახლება; ამიტომ, სისხლდენის დროს და მისი შეჩერების შემდგომი პირველი 4-5 დღის განმავლობაში პალპაციაზე უარი უნდა ვთქვათ.

უნდა ითქვას, რომ ასეთი შიში გადაჭარბებულია, ფრთხილი და ზერელე პალპაცია არავითარ ზიანს არ მოუტანს ავადმყოფს. სამაგიეროდ ღვიძლის ან ელენთის მდგომარეობის გარკვევით, შესაძლებელია თავი ავარიდოთ შეცდომას. ღვიძლისა და ელენთის მდგომარეობის გარკვევა კი აუცილებელია ყოველი პროფუზული გასტროდუოდენალური სისხლდენის დროს.

სისხლდენის დაწყების შემდეგ სხვადასხვა სისწრაფითა და სიძლიერით ვითარდება მწვავე ანემიის მოვლენები; როდესაც საქმე ერთჯერადი, ზომიერი სისხლიანი პირღებინებით ამოიწურება, ავად-

მყოფის ზოგადი მდგომარეობა უმნიშვნელოდ იცვლება; თუ ამ შემთხვევაში სისხლიანი პირღებინება არ არის, ავადმყოფი არც კი აქცევს ყურადღებას სისუსტეს, თავბრუს, რამაც შეიძლება რამდენიმე საათის შემდეგ გაიაროს. მხოლოდ კუპრისმაგვარი განავალი ადასტურებს გასტროდუოდენალურ სისხლდენას.

თუ სისხლდენა განმეორებითია, ავადმყოფმა უკვე იცის სისხლდენის ამ პირველი ნიშნების შესახებ და კუპრისმაგვარი განავლის გამოვლენამდე თვითონ სვამს სისხლდენის დიაგნოზს.

ზოგიერი სისხლდენის დროს ზემოაღნიშნულ მოვლენებს ემატება მაჯისცემის აჩქარება, წნევის დაქვეითება, წყურვილის გრძნობა, პირის სიმშრალე, ჰემოგლობინის შემცირება, ერითროციტების რიცხვის მოკლება. სისხლიანი პირღებინება ძლიერია, ზოგჯერ მეორდება. განავალი კუპრისმაგვარია რამდენიმე დღის მანძილზე. ზომიერი სისხლდენის დროს ჰემოდინამიკური ძვრების სიღრმე დამოკიდებულია ორგანიზმის კომპენსატორული მექანიზმების სრულყოფაზე. ავადმყოფთა ნაწილს აღენიშნება მხოლოდ მაჯისცემის აჩქარება და წნევის ზომიერი დაქვეითება. ზოგიერთი ავადმყოფი გონებას ჰკარგავს. ჩვენ მასალაზე გონების დაკარგვა წყლულოვანი სისხლდენის დროს აღენიშნებოდა 32 ავადმყოფს.

ძლიერი სისხლდენის დროს ავადმყოფი, კოლაფსის მდგომარეობაში, გონებას ჰკარგავს, გამოხატულია ციანოზი, სუნთქვის აჩქარება, წნევის მკვეთრად დაცემა, მაჯა თითქმის არ ისინჯება, ძაფისებურია.

სისხლდენის სიძლიერის განსაზღვრა სისხლიანი პირღებინების მიხედვით ადვილი არ არის. ავადმყოფისა და მისი მახლობლების გადმოცემა სისხლიანი პირღებინების ოდენობის შესახებ ხშირად გადაჭარბებულია, ისინი სისხლდენას ზოგჯერ განსაზღვრავენ ლიტრობითა და თასებით.

პროფუზული სისხლდენის წამყვან ნიშანზე — მწვავე ანემიაზე მიუთითებს სისხლის სურათი, განსაკუთრებით ჰემოგლობინისა და ერითროციტების რაოდენობა. მაგრამ მხედველობაში უნდა ვიქონიოთ, რომ პირველ საათებში ჰემოგლობინისა და ერითროციტების დაკლება არ ასახავს ანემიის ხარისხს და ამიტომ ავადმყოფის მდგომარეობის განსაზღვრა მასზე დაყრდნობით უშუალოდ სისხლიანი პირღებინების შემდეგ აღებულ სისხლში ჰემოგლობინისა და ერითროციტების რაოდენობის მიხედვით შეიძლება უმნიშვნელოდ იყოს შემცირებული. მეორე დღეს აღებულ სისხლში, იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც სისხლდენა შეჩერებულია, შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ჰემოგლობინისა და ერითროციტების რიცხვის მკვეთრ დაკლებას. ეს თითქოს პარადოქსული მოვლენა ადვილად იხსნება — პირველ საათებში ჩვენ

ვიკვლევთ იმ სისხლს, რომელიც დარჩა სისხლძარღვთა კალაპოტში და ჯერ განზავებული არ არის ქსოვილოვანი სითხით.

მხოლოდ სისხლდენის სიძლიერის განსაზღვრა საკმარისი არ არის მკურნალობის ამა თუ იმ მეთოდის ასარჩევად. აუცილებელია დადგინდეს —. შეჩერებულია თუ გრძელდება სისხლდენა. განმეორებით სისხლიანი პირღებინება, ყოველ შემთხვევაში პირველ საათებში, ისევე როგორც მელენა პირველი დღეების განმავლობაში, არ არის სისხლდენის განახლების მაჩვენებელი. ეს უკანასკნელი მიუთითებს მხოლოდ ნაწლავში სისხლის თანდათანობით გადანაცვლებაზე.

ყოველი ავადმყოფი წყლულოვანი პროფუზული გასტროდუოდენური სისხლდენით უნდა იმყოფებოდეს ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ, მით უფრო, რომ შეუძლებელია წინასწარ განსაზღვრა, როგორ ხასიათს მიიღებს სისხლდენა. ამ დროს აუცილებელია ავადმყოფის ჩივილების ობიექტური და ლაბორატორიული მონაცემების შესწავლა დინამიკაში. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს მაჯისა და არტერიული წნევის ცვლილებებს, დღეში რამდენჯერმე უნდა შემოწმდეს ჰემოგლობინისა და ერითროციტების რაოდენობა. მხოლოდ ასეთი ანალიზის შედეგად შესაძლებელია სისხლდენის შეჩერებისა თუ განახლების დადგენა.

ავადმყოფთა უმრავლესობას წყლულოვანი ხასიათის სისხლდენის დროს აღენიშნებათ ზომიერი ლეიკოციტოზი, რასაც გარკვეული დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს. მასიური სისხლდენის შემდეგ თრომბოციტების რიცხვი შემცირებულია.

ავადმყოფთა გარკვეულ ნაწილს სისხლდენის შემდეგ აღენიშნება ტემპერატურის მცირე ან ზომიერი მომატება, რასაც მიაწერენ ნაწლავებიდან ცილების შეწოვას.

ზოგიერთ ავადმყოფს აღენიშნება აზოტემია. აზოტემია ექსტრარენალური ტიპისაა. ი. მ. ფლეკელი ადასტურებს, რომ პირველ რიგში ნაწლავებიდან ცილების შეწოვის ქსოვილოვანი სითხეების შემცირებისა და შიმშილის შედეგია.

ავადმყოფი საავადმყოფოში შეიძლება მოხვდეს როგორც პირველადი, ისე განმეორებითი წყლულოვანი ხასიათის პროფუზული გასტროდუოდენური სისხლდენით. ჩვენი ავადმყოფებიდან 90 შემოსულია პირველი სისხლდენის დროს. 23 ავადმყოფს ანამნეზში აღენიშნებოდა ერთჯერადი სისხლდენა, 5-ს ორჯერადი, 13 ავადმყოფს წარსულში ჰქონდა მრავალჯერადი პროფუზული სისხლდენა.

ავადმყოფთა ნაწილი სტაციონარში შემოდის პროფუზული სისხლდენის დაწყებიდან რამდენიმე საათის შემდეგ, შედარებით დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში, სისხლის კარგი მაჩვენებლებით, უმნიშვნელო ჰემოდინამიკური ძვრებით. ავადმყოფთა მეორე ნაწილი სტა-

ციონარში ხვდება ძალიან მძიმე მდგომარეობაში, მაჯისცემა თითქმის არ ისინჯება.

ჩვენს კლინიკაში წყლულოვანი ხასიათის სისხლდენით გატარებული 131 ავადმყოფიდან 64-ს ჰემოგლობინის რაოდენობა 50%-ზე მაღალი ჰქონდა. 28-ს 30-50%-ი, ხოლო 27-ს 30%-ზე დაბალი ჰქონდა, ამათგან 17-ს 20%-ზე დაბალი, 12 შემთხვევაში ჰემოგლობინის რაოდენობა ფიქსირებული არ არის.

მოვიყვანთ წყლულოვანი ხასიათის პროფუზული გასტროდუოდენური სისხლდენის რამდენიმე მაგალითს ჩვენი მასალიდან.

ავადმყოფი ზ. თ., მამაკაცი, 32 წლის, შემოვიდა კლინიკაში როგორც სასწრაფო შემთხვევა, სისხლიანი პირღებინებით. აქვს 4 წლის ხანგრძლივობის წყლულოვანი ანამნეზი. შემოსვლის დღეს, დილით, ორჯერადი სისხლიანი პირღებინება ჰქონდა. ჩაუტარდა კონსერვატიული მკურნალობა. გადაუსხეს სისხლი, გაუკეთეს გლუკოზა და ქლორკალციუმი ვენაში, რენტგენოლოგიური გამოკვლევით დადასტურდა თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული.

ამ შემთხვევაში საქმე ეხებოდა ერთჯერად, ზომიერ სისხლდენას, რომელსაც არ გამოუწვევია მძიმე ჰემოდინამიკური ძვრები, შესამჩნევი ცვლილებები და ადვილად დაემორჩილა კონსერვატიულ მკურნალობას.

ავადმყოფი დ. ა., მამაკაცი, 42 წლის, აქვს ერთი წლის წყლულოვანი ანამნეზი. შემოსვლის წინა დღეს ჰქონდა ოთხჯერადი ძლიერი სისხლიანი პირღებინება. მოყვანისას — ზოგადი მდგომარეობა საშუალო სიმძიმის, ფერმკრთალი, შეშინებული, ჰემოგლობინი 50%, ორჯერ გადაუსხეს სისხლი. მდგომარეობა მალე გაუმჯობესდა. რენტგენოლოგიურად დადგინდა თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული. შემოსვლიდან მე-40 დღეს გაუკეთდა კუჭის რეზექცია. ავადმყოფი განიკურნა.

ავადმყოფი გ. ა., ქალი, 23 წლის, აქვს 2 წლის წყლულოვანი ანამნეზი. შემოსვლის წინა დღეს იგრძნო ძლიერი სისუსტე, გონება დაკარგა. საღამოს ჰქონდა კუპრისმაგვარი განავალი. შემოსვლისას — ზოგადი მდგომარეობა საშუალო სიმძიმის. ჰემოგლობინი — 30%. ოთხჯერ გადაუსხეს სისხლი. უკეთდებოდა გლუკოზა, ქლორკალციუმი ვენაში. დაუნიშნეს მეილენგრახტის დიეტა. ეძლეოდა ვიკასოლი. მდგომარეობა თანდათანობით გაუმჯობესდა. რენტგენოლოგიურად დადგინდა თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული. შემოსვლიდან 36-ე დღეს გაუკეთდა კუჭის რეზექცია. ავადმყოფი განიკურნა.

უკანასკნელ ორ შემთხვევაში საქმე ეხებოდა საშუალო სიძლიერის სისხლდენას, სისხლიანი პირღებინებისა და მელენის სახით, ზოგჯერ გონების დაკარგვით. ჰემოგლობინი 30% და 50%, კონსერვატიული ღონისძიებებით მიაღწიეს კარგ შედეგს. მეორე შემთხვევაში სისხლდენა მალე შეჩერდა და მდგომარეობა სწრაფად გაუმჯობესდა. მესამე

შემთხვევაში მდგომარეობა თანდათანობით გამოსწორდა; საჭირო გახდა უფრო აქტიური ზომების მიღება — სისხლის მრავალჯერადი გადასხმა.

ავადმყოფი გ. ა., ქალი, 50 წლის, შემოვიდა კლინიკაში მელენის დაწყების მე-4 დღეს. წყლულოვანი ანამნეზი არა აქვს. მდგომარეობა მძიმე, მკვეთრად ფერმკრთალი, მაჯისცემა სუსტი, ჰემოგლობინი — 20%, ორჯერ გადაუსხეს სისხლი. მე-6 დღეს ჰემოგლობინი ავიდა 30%-მდე და მდგომარეობა გაუმჯობესდა. მე-7 დღეს სისხლდენის მოვლენები განახლდა, საერთო სისუსტე, მაჯისცემის აჩქარება, წნევის დაცემა, ჰემოგლობინი — 18%. ოთხ დღეს უტარებდნენ სისხლის გადასხმას.

მდგომარეობა თანდათანობით გამოსწორდა, შემოსვლიდან მე-20 დღეს ჰემოგლობინი ავიდა 30%-მდე, ხოლო თვის ბოლოს — 57%-ს მიაღწია. რენტგენოლოგიურად აღმოჩნდა თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული.

ავადმყოფი ა. ი., მამაკაცი, 37 წლის, სამი წლის ხანგრძლივობის წყლულოვანი ანამნეზი. შემოსვლის წინა დღეს დაეწყო სისხლიანი პირღებინება. კლინიკაში მოყვანილია უგონო მდგომარეობაში, უმაჯოდ. სასწრაფოდ გადაუსხეს სისხლი, რომელმაც შედეგი არ გამოიღო და მოყვანიდან 40 წუთის შემდეგ ავადმყოფი დაიღუპა.

გაკვეთისას ნახეს პილორული მიდამოს სისხლმდენი წყლული.

ამ ორ უკანასკნელ შემთხვევაში საქმე ეხებოდა ძლიერ სისხლდენას, ჰემოდინამიკისა და ორგანიზმის ზოგადი მდგომარეობის მკვეთრი დარღვევით, მწვავე ანემიის განვითარებით. აქტიური კონსერვატიული ღონისძიებები უკანასკნელ შემთხვევაში უშედეგო აღმოჩნდა. როგორც მოყვანილი მაგალითიდან ჩანს, სისხლდენა შეიძლება იმდენად ძლიერი იყოს, რომ კატასტროფამდე მიიყვანოს შედარებით ახალგაზრდა ავადმყოფი, ერთი დღე-ღამის განმავლობაში.

პროფუზული გასტროდუოდენალური სისხლდენა შეიძლება განვითარდეს წყლულოვანი დაავადების გამო წარმოებული ოპერაციის შემდეგ. იგი შეიძლება უშუალოდ მოჰყვეს ოპერაციულ ჩარევას — ულცერორაფიას, კუჭ-ნაწლავის შერთულს, კუჭის რეზექციას. პროფუზული სისხლდენა შეიძლება განვითარდეს ოპერირებული კუჭიდან მოგვიანებითაც, ზოგჯერ წლების შემდეგ; მისი მიზეზი შეიძლება იყოს შეუხორცებელი, რეციდივული ან ახალი პეპტიკური წყლული განვითარებული კუჭ-ნაწლავის შერთულის დადების ან რეზექციის შემდეგ, თუ რეზექცია ნაწარმოები იყო გამოთიშვით — თორმეტგოჯა ნაწლავის დაბლა მდებარე წყლულისა ან კარდიული წყლულის დროს.

პროფუზული სისხლდენა შესაძლებელია განვითარდეს კუჭის რეზექციის შემდეგ, როდესაც იგი კეთდება წყლულის გამოთიშვის წე-

სით, თორმეტგოჯა ნაწლავის დაბლა მდებარე ან მცირე სიმრუდის მაღალი, სუბკარდიული წყლულის დროს.

ჩვენი დაკვირვების ქვეშ იყო ავადმყოფი, რომელსაც პროფუზული სისხლდენა განუვითარდა სისხლმდენი წყლულის გამო გამოთიშვით წარმოებული რეზექციის შემდეგ.

ავადმყოფი პ. ლ., მამაკაცი, 22 წლის, კლინიკაში შემოვიდა 1960 წ. 15 IV-ს. საერთო სისუსტისა და კუპრისმსგავსი განავლით. 1958 წელს თორმეტგოჯა ნაწლავის სისხლმდენი წყლულის გამო გაუკეთდა ოპერაცია — კუჭის რეზექცია, წყლულის გამოთიშვით. შვიდი თვე თავს ჯანმრთელად გრძნობდა. შემდეგ სისხლდენა განუახლდა. ჩვენთან შემოსვლამდე სამი დღით ადრე ჰქონდა ერთჯერადი სისხლიანი პირღებინება, შემდეგ კი კუპრისმსგავსი განავალი. ავადმყოფის შემოსვლისას ზოგადი მდგომარეობა საშუალო სიმძიმისაა, ძლიერ ფერმკრთალია, უჩივის საერთო სისუსტეს, თვალთ უბნელდება, ჰემოგლობინი — 56%, ერითროციტები — 3 800 000, ფერადობის მაჩვენებელი — 0,7, ლეიკოციტები — 8700, ედრ — 5 მმ, ახალგაზრდა ნეიტროფილები — 1%; ჩხირბირთვიანი ნეიტროფილები — 4%, სეგმენტბირთვიანი ნეიტროფილები — 71%, ლიმფოციტები — 18%, მონოციტები — 2%, ეოზინოფილები — 2%, ბაზოფილები — 1%. ანიზოციტოზი მაკრო-და მიკროციტების ხარჯზე, პოიკილოციტოზი, 21. IV-ს ჰემოგლ. — 4%.

ჩაუტარდა კონსერვატიული მკურნალობა — სისხლის გადასხმა, ვიკასოლი, ქლორკალციუმი, მეილენგრახტის დიეტა. სისხლდენა შეჩერდა; კლინიკიდან გაუმჯობესებული გაეწერა.

პროფუზული გასტროდუოდენალური სისხლდენის დროს პირველ რიგში ისმის დიაგნოსტიკის საკითხი. სისხლდენის მიზეზი უნდა დაზუსტდეს სისხლდენის პროცესში, პირველივე საათებში. სწორ დიაგნოზს გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს მკურნალობის შესაფერისი გეზის ასარჩევად. მიზეზთა მრავალსახეობა, რომელსაც შეუძლია გამოიწვიოს პროფუზული გასტროდუოდენალური სისხლდენა, განაპირობებს დაავადების დროული ამოცნობის სიძნელეს.

პირველ რიგში უნდა გადაწყდეს საკითხი, თუ რა ხასიათისაა სისხლდენა — წყლულოვანი თუ არაწყლულოვანი.

პროფუზულ გასტროდუოდენალურ სისხლდენათა მიზეზის ამოცნობის სირთულეზე მიუთითებს დაუდგენელი შემთხვევებისა და შეცდომით წარმოებული ოპერაციების დიდი რაოდენობა, რომელიც გამოქვეყნებულია ლიტერატურაში.

შემთხვევათა დიდ ნაწილში სისხლდენის წყლულოვანი ხასიათის დადგენა სიძნელეს არ წარმოადგენს. ზოგიერთი ავადმყოფი შემოდის კლინიკაში განმეორებითი სისხლდენით და პირველი სისხლდენის

დროს დადგენილი იყო მისი წყლულოვანი ხასიათი. ავადმყოფთა ნაწილი სისხლდენის დაწყებამდე მკურნალობდა წყლულოვანი დაავადების გამო, რაც რენტგენოლოგიურადაც იყო დაზუსტებული. არიან ავადმყოფები, რომელთაც რამდენჯერმე გადაუტანიათ პროფუზული სისხლდენა და თვით სვამენ სისხლდენის განახლების დიაგნოზს, პირველი ნიშნების გამოვლენისთანავე. შემთხვევათა მცირე ნაწილში ავადმყოფს წარსულში გაკეთებული აქვს ესა თუ ის ოპერაცია წყლულოვანი დაავადების გამო — წყლულის ამოკერვის, კუჭ-ნაწლავის შერთულისა, თუ რეზექციის სახით. ცხადია, რომ ყველა ზემოთ ჩამოთვლილ შემთხვევაში დიაგნოზი ძნელი არ არის.

არც თუ ისე ძნელია დიაგნოზის დაზუსტება ტიპური წყლულოვანი ანამნეზის შემთხვევაში. ანგარიში უნდა გაეწიოს ისეთ ნიშნებს, როგორიცაა მშიერი ტკივილები, ტკივილები დაკავშირებული საკვების მიღებასთან, ტკივილების პერიოდულობა, გულძმარვა, ბოყინი, სოდის ხმარება და სხვ. ხშირად ექიმს დიაგნოზის დასაზუსტებლად არავითარი მონაცემი არა აქვს ანამნეზის გარდა. ამიტომ პროფუზული გასტროდუოდენალური სისხლდენის ყველა შემთხვევაში ანამნეზს განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს და გულდასმით უნდა იქნეს შესწავლილი.

ავადმყოფთა ნაწილი უარყოფს კუჭის დაავადებას და მხოლოდ შეკითხვების შემდეგ იხსენებს, რომ წარსულში, ზოგჯერ რამდენიმე წლის წინათ, ჰქონდა წყლულოვანი დაავადებისათვის დამახასიათებელი მოვლენები, რაც გადაავიწყდა კიდეც.

წყლულოვანი ხასიათის სისხლდენის დროს დაახლოებით შემთხვევათა 75 — 85%-ში დამახასიათებელია წყლულოვანი ანამნეზი, მაგრამ არც ისე იშვიათად პროფუზული სისხლდენა შეიძლება იყოს წყლულოვანი დაავადების პირველი გამოვლენა, ყოველგვარი წინამორბედი ნიშნების გარეშე. ვ. აკიმოვისა და ს. ბოვას მონაცემებით არ ჰქონდა წყლულოვანი ანამნეზი სისხლდენის მქონე ავადმყოფთა 6,8%-ს, წყლულოვანი ანამნეზი განისაზღვრებოდა რამდენიმე თვით 9,8%-ში. ვ. ბრატუსის მონაცემების მიხედვით დამახასიათებელი წყლულოვანი ანამნეზი არ ჰქონდა ავადმყოფთა მხოლოდ 2.3%-ს, ხოლო ხანმოკლე ანამნეზი (3 თვემდე) ავადმყოფთა 8.4%-ს ჰქონდა.

აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ ანამნეზი ზოგჯერ შეიძლება არ იყოს დამახასიათებელი იმ შემთხვევაშიც, როდესაც სისხლდენის მიზეზი კალოზური წყლულია.

სისხლდენას შეიძლება ადგილი ჰქონდეს კუჭის კიბოს დროსაც.

როდესაც ანამნეზში არის წყლული და სისხლდენა ძლიერია, უფრო ხშირად ისმის წყლულოვანი სისხლდენის დიაგნოზი; ამ დიაგნოზით ავადმყოფს უკეთდება ოპერაცია.

მოვიყვანთ მაგალითს:

ავადმყოფი ყ. ლ., მამაკაცი, 58 წ., გადმოყვანილია თერაპიული განყოფილებიდან. დაავადების ხანგრძლივობა — ერთი წელი. ანამნეზი: მშიერი და ღამის ტკივილები, ტკივილები საკვების მიღებიდან 3-4 საათის შემდეგ; წარსულში სამჯერ ჰქონია სისხლიანი პირღებინება. თერაპიულ განყოფილებაში შემოსვლამდე 10 დღით ადრე ჰქონდა სისხლიანი პირღებინება, შემდეგ კუპრისმაგვარი განავალი. მელანა გრძელდებოდა განყოფილებაში წოლის დროსაც.

4 ივნისს ავადმყოფს სისხლდენა განუახლდა — გაფერმკრთალდა, დაკარგა გონება, გადმოყვანილ იქნა ქირურგიულ განყოფილებაში. წყლულოვანი სისხლდენის დიაგნოზით. გადაუსხეს სისხლი, მდგომარეობა გამოსწორდა. დილის 7 საათზე სისხლდენის მოვლენები განმეორდა. ისევ დაკარგა გონება. სისხლის გადასხმა უშედეგო აღმოჩნდა. დილის 12 საათზე ავადმყოფი დაიღუპა. კლინიკური დიაგნოზი — სისხლმდენი წყლული. გაკვეთისას აღმოჩნდა კარდიული მიდამოს დაწყლულებული კიბო. ძლიერი სისხლდენა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში, მძიმე ანემია.

ანამნეზში სამჯერადი პროფუზული სისხლდენა, წყლულოვანი დაავადებისათვის დამახასიათებელი ნიშნები — სისხლდენის სიძლიერე დიაგნოსტიკური შეცდომის მიზეზი გახდა.

მეორე შემთხვევაში შეუჩერებელი სისხლდენის გამო გაკეთდა სასწრაფო ოპერაცია, სისხლმდენი წყლულის დიაგნოზით. ოპერაციის დროს აღმოჩნდა მცირე სიმრუდის კიბო. ამ შემთხვევაში ავადმყოფს ჰქონდა 6 წლის წყლულოვანი ანამნეზი. შესაძლებელია საქმე გვქონდა წყლულის კიბოდ გადაგვარებასთან.

წყლულოვანი ხასიათის სისხლდენის გარჩევა ეროზიული და ჰემორაგიული გასტრიტისაგან ადვილი არ არის; ამ ორი დაავადების კლინიკური სურათი მსგავსია. საჭიროა გავითვალისწინოთ ამ მსგავსი ნიშნების განმასხვავებელი მხარეები, დავაზუსტოთ ისინი ანამნეზის შეგროვების დროს. მაგალითად, ორივე დაავადებას ახასიათებს ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში, რომელიც დაკავშირებულია საჭმლის მიღებასთან; გასტრიტისათვის არ არის დამახასიათებელი ტკივილების პერიოდულობა; მათი პროგრესული ხასიათი, ტკივილი დამოკიდებულია არა საჭმელის მიღების დროზე, არამედ უფრო მეტად მის ხასიათსა, ხარისხსა და კონსისტენციაზე. გასტრიტის დროს წელის არეში ადგილი არა აქვს ტკივილის ირადიაციას, რაც პენეტრირებული წყლულის დროს გვხვდება.

ლ. ზ. ბიკოვსკაია ჰემორაგიული გასტრიტის დიაგნოზისათვის ანგარიშს უწევს ანამნეზში მწვავე ან ქრონიკულ ინფექციას ან ინტოქსი-

კაციას, ზოგჯერ რიბოფლავინოზის მოვლენებს (ნახეთქები პირის კუთხეებში), წითელ ენას, ჭარბ ოფლიანობას.

წყლულიან ავადმყოფს პროფუზული გასტროდუოდენალური სისხლდენა შეიძლება სხვა მიზეზითაც განუვითარდეს. ასეთ შემთხვევაში წყლულოვანი ანამნეზი განაპირობებს დიაგნოსტიკურ შეცდომას.

მოვიყვანთ მაგალითს ჩვენი მასალიდან, როდესაც წყლულოვანი ანამნეზის ზედმეტად შეფასება დიაგნოსტიკური შეცდომის მიზეზი გახდა.

ავადმყოფი პ. ი., მამაკაცი, 32 წლის, ჰქონდა 2 წლის ხანგრძლივობის ტიპური წყლულოვანი ანამნეზი, შემოსვლის წინადღეს 17 საათზე ავადმყოფმა იგრძნო ძლიერი ტკივილები მუცელში, დაკარგა მაჯა, ჰქონდა სისხლიანი პირღებინება. მოყვანიდან დილის 11 საათზე უგონო მდგომარეობაშია, უმაჯოდ, მკვეთრი ციანოზით. სასწრაფოდ გადაუსხეს სისხლი 500,0 მლ., პლაზმა — 300,0. მდგომარეობა არ გამოსწორდა და ავადმყოფი გარდაიცვალა. კლინიკური დიაგნოზი — წყლულოვანი სისხლდენა. გაკვეთისას აღმოჩნდა წვრილი ნაწლავების განგრენა, ჰემორაგიული პერიტონიტი, პილორუსის წყლული, სისხლი კუჭსა და ნაწლავებში.

მართალია, კუჭში იყო წყლული, მაგრამ იგი არ ყოფილა სისხლდენის მიზეზი. საინტერესოა ის, რომ ავადმყოფს ჰქონდა სისხლიანი პირღებინება მაშინ, როდესაც სისხლდენის მიზეზი წვრილ ნაწლავებში იყო.

ანამნეზის გულდასმითი შეგროვების შემდეგ საჭიროა ავადმყოფის ობიექტური გამოკვლევა, მხედველობაში უნდა მივიღოთ ერთი შეხედვით უმნიშვნელო და მეორეხარისხოვანი დეტალებიც, რადგან ზოგჯერ სწორედ ამ დეტალებს შეუძლია სწორ გზაზე დაყენება და დიაგნოსტიკური შეცდომის აცდენა.

თუ ავადმყოფს არა აქვს წყლულოვანი ანამნეზი და კუჭის სხვა დაავადებისათვის დამახასიათებელი ნიშნები, პირველ რიგში უნდა გამოირიცხოს პორტალური ჰიპერტენზია.

პორტალურ ჰიპერტენზიაზე გვაფიქრებინებს ანამნეზში ინფექციური ჰეპატიტი — ბოტკინის დაავადება, სიყვითლე, ლუესი, ელენთის გადიდება, კანქვეშა კოლატერატების განვითარება, ასციტი; როცა ინტრაჰეპატური ბლოკის (ღვიძლის ციროზის) ზემოაღწერილი კლინიკური სურათი ჩამოყალიბებულია, პროფუზული გასტროდუოდენალური სისხლდენის მიზეზის ამოცნობა ძნელი არ არის. იმ შემთხვევაში კი, როდესაც პროფუზული სისხლდენა დაავადების პირველი გამოვლენაა (რასაც ზოგჯერ აქვს ადგილი), ან ღვიძლის ციროზისათვის დამახასიათებელი ნიშნები სუსტად არის გამოხატული, დიაგნოზის დასმა დამატებითი გამოკვლევების გარეშე ძნელია.

პორტალური ჰიპერტენზიის მეორე ფორმის — ექსტრაჰეპატური ბლოკისათვის (მაგალითად, თრომბოფლებიტურისპლენომეგალია) დამახასიათებელია ანამნეზში გადატანილი ინფექციები, ომფალიტი, მუცლის ღრუს ტრავმა, უმიზეზო სიცხიანობა, უმიზეზო ფაღარათი, სიმძიმის გრძნობა; მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში გადიდებული ელენთა სისხლდენის დროს პატარავდება, ხოლო სისხლდენის შეჩერების შემდეგ ისევ მატულობს მოცულობაში, დამახასიათებელია ლეიკოპენია და თრომბოციტოპენია. ხშირია იგი ბავშვებსა და მოზარდებში, ასაკოვან ადამიანებში კი ჩვეულებრივ ჯერ კიდევ ბავშვობაში დაწყებული დაავადებების შემდგომი გამოვლენაა.

ანამნეზისა და ობიექტური მონაცემების დიდი ღირებულებას მიუხედავად შემთხვევათა გარკვეულ ნაწილში დამატებითი გამოკვლევების გარეშე პროფუზული გასტროდუოდენალური სისხლდენის დიაგნოზის დაზუსტება ძნელია და ზოგჯერ შეუძლებელიც.

განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს სისხლის სურათის შესწავლას. სისხლის ანალიზის მონაცემები არა მარტო გვეხმარება მწვავე ანემიისა და სისხლდენის მიმდინარეობის განსაზღვრაში, არამედ 'გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს სისხლის დაავადებებით გამოწვეული გასტროდუოდენალური სისხლდენის მიზეზთა გარკვევაში და დიდ დახმარებას გვიწევს წყლულოვანი და არაწყლულოვანი სისხლდენის დიფერენციაში, ჰიპერსპლენიზმის მოვლენებით მიმდინარე პათოლოგიის დადგენაში.

ჰემოგლობინისა და ერითროციტების რაოდენობის დინამიკური განსაზღვრა დღეში რამდენჯერმე, კლინიკურ მონაცემებთან ერთობლიობაში, საშუალებას იძლევა დავადგინოთ სისხლდენა შეჩერდა, გრძელდება, თუ განახლდა. ამ საკითხის გადაწყვეტა მხოლოდ ჰემოგლობინისა და ერითროციტების ცვლილებების მიხედვით, კლინიკური სურათის მხედველობაში მიღების გარეშე, ზუსტი არ არის, რადგან, როგორც უკვე იყო აღნიშნული, სისხლდენის პირველ საათებში ჰემოგლობინისა და ერითროციტების ცვლილებები ზუსტად არ ასახავს სისხლდენის სიძლიერეს. სისხლდენის შეჩერების შემდეგ გარკვეული დროის განმავლობაში ჰემოგლობინისა და ერითროციტების რაოდენობის შემცირება მაინც გრძელდება, რადგან სისხლძარღვთა კალაპოტში გადადის ქსოვილთა სითხეები და ადგილი აქვს სისხლის განზავებას. მაგრამ ჰემოგლობინისა და ერითროციტების ახალი დაკლება სხვა კლინიკური ნიშნებთან ერთად მიუთითებს სისხლდენის განახლებაზე.

დიდი ყურადღების ღირსია თეთრი სისხლის ცვლილებები. მრავალი ავტორი მიუთითებს იმ გარემოებაზე, რომ წყლულოვანი ხასიათის სისხლდენის დროს ჩვეულებრივი ადგილი აქვს ლეიკოციტების რიცხ-

ვის მატებას, მაშინ, როდესაც არაწყლულოვანი სისხლდენა უმეტეს შემთხვევაში ლეიკოპენიით მიმდინარეობს.

გარკვეული მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე თრომბოციტების რაოდენობის განსაზღვრას. როგორც ცნობილია, მთელი რიგი დაავადებები, რომელთაც შეუძლია პროფუზული გასტროდუოდენალური სისხლდენის გამოწვევა, მიმდინარეობენ მნიშვნელოვანი თრომბოციტოპენიით. იგი გვხვდება თრომბოფლებიტური სპლენომეგალიის, ვერლჰოფის დაავადების, ჰიპერსპლენიზმის მოვლენებით მიმდინარე ინტრაჰეპატური ბლოკით გამოწვეული პორტული ჰიპერტენზიის დროს.

თრომბოფლებიტური სპლენომეგალიის დროს აღინიშნება თრომბოციტების რაოდენობის ზომიერი ან მკვეთრი დაკლება და ერთდროულად ლეიკოპენია.

თრომბოციტების რაოდენობა მკვეთრად არის შემცირებული ვერლჰოფის დაავადების დროს 40000—30000-ზე უფრო ნაკლები და ზოგჯერ ძნელი დასათვლელიცაა. ამავე დროს ლეიკოციტების რაოდენობა ჩვეულებრივ შემცირებული არ არის ან ზოგჯერ ცოტა მომატებულიცაა.

ბ. როზანოვი თრომბოციტების რაოდენობის დაკლებას ნაკლებ მნიშვნელობას აძლევს, რადგან, მისი აზრით, ყოველი ძლიერი სისხლდენის დროს ვითარდება თრომბოციტოპენია და რაც უფრო მასიურია სისხლდენა, მით უფრო დაკლებულია პერფორირებულ სისხლში თრომბოციტების რიცხვი. ბ. როზოვის მონაცემები მაინც არ უარყოფს თრომბოციტოპენიის დიაგნოსტიკურ მნიშვნელობას. რასაკვირველია, განყენებულად, მხოლოდ თრომბოციტოპენიით დიაგნოზის დასმა გაუმართლებელია, მაგრამ კლინიკურ მონაცემებთან ერთად მას შეიძლება გადამწყვეტი მნიშვნელობა ჰქონდეს.

ყოველივე ზემოთქმულიდან ნათელია, რომ პროფუზული გასტროდუოდენალური სისხლდენის ყოველ შემთხვევაში უნდა გაკეთდეს სისხლის სრული ანალიზი: წითელი სისხლის ედრის, ლეიკოციტების რიცხვის ლეიკოციტური ფორმულისა და თრომბოციტების რიცხვის განსაზღვრით. გამოკვლეულ უნდა იქნეს სისხლდენის ხანგრძლივობა, სისხლის შედედების სისწრაფე, სისხლის კოლტის რეტრაქცია, პროთრომბინი.

უკანასკნელ წლებში პროფუზული გასტროდუოდენალური სისხლდენის დროს სულ უფრო ფართოდ მიმართავენ საყლაპავის მილისა და კუჭის რენტგენოსკოპიას (ვ. აკიმოვი, დ. რეტენბერგი, ს. ბოვა, ვ. მერენოვი, ი. კალჩენკო, ე. ბაროვი, ა. ორფანიდი, ს. გეინაცი, ა. ივანოვი, ს. აგზამხოჯაევი, ბ. როზანოვი).

დიაგნოსტიკური სიძნელეების დროს ჩვენ შედარებით ფართოდ ვიყენებთ რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას სისხლდენის შეჩერების

პირველივე დღეებში. გართულება ადრეულ რენტგენოსკოპიასთან დაკავშირებით არ გვქონია. მიუხედავად ამისა, აღნიშნული გამოკვლევა სიფრთხილით უნდა წარმოებდეს და მზად უნდა ვიყოთ სასწრაფო ქირურგიული ჩარევისათვის.

ხაზი უნდა გავუსვათ იმ გარემოებას, რომ პროფუზული გასტროდუოდენალური სისხლდენის შემდეგ ავადმყოფი, რომელსაც ოპერაცია არ გაუკეთდა და ჩაუტარდა კონსერვატიული მკურნალობა, რენტგენოლოგიური გამოკვლევისა და დიაგნოზის დაზუსტების გარეშე არ უნდა იქნეს გაწერილი კლინიკიდან, წინააღმდეგ შემთხვევაში სისხლდენის განმეორების დროს მკურნალი ექიმის წინაშე კვლავ წამოიჭრება დიაგნოზური სიძნელეები.

უნდა აღინიშნოს, რომ სისხლდენის შეჩერების შემდეგაც რენტგენოლოგიური გამოკვლევა ყოველთვის არ აზუსტებს დიაგნოზს. რიგი ავტორების დაკვირვებით სისხლდენის შემდეგ უახლოეს პერიოდში „ნიშა"-ს ნახვის შესაძლებლობა შემცირებულია, რასაც სხვადასხვა მიზეზით ხსნიან. ამიტომ რენტგენოლოგის უარყოფითი პასუხის მიხედვით ყოველთვის არ შეგვიძლია დასაბუთებულად უარვყოთ წყლულოვანი დაავადების დიაგნოზი. წყლულოვანი დაავადებისათვის დამახასიათებელი ანამნეზისა და უარყოფითი რენტგენოლოგიური მონაცემების შემთხვევაში საჭიროა ავადმყოფის განმეორებით გაშუქება — ორი-სამი კვირის შემდეგ.

რენტგენოლოგიური შესწავლა დიდ და ხშირ გადამწყვეტ როლს ასრულებს კუჭის კიბოს, კუჭის პილოპოზის ამოცნობასა და პორტული ჰიპერტენზიით გამოწვეული საყლაპავი მილის ვარიკოზის დადგენაში. სხვა ავტორების მონაცემებით და ჩვენი გამოცდილების (ელ. გულისაშვილი) მიხედვით საყლაპავი მილის რენტგენოსკოპიით შესაძლებელია დარწმუნებით მსჯელობა საყლაპავ მილში ვარიკოზულად გაგანივრებულ ვენებზე.

ამრიგად, სადღეისოდ ანამნეზისა და სისხლის ანალიზის გარდა შესაძლებელია გამოვიყენოთ მთელი რიგი დამატებითი გამოკვლევები, რაც გარკვეულ დახმარებას გაგვიწევს დიაგნოზის დაზუსტებაში. ასეთია რენტგენოსკოპია, ეზოფაგოსკოპია, გასტროსკოპია, სპლენომონომეტრია და სპლენოპორტოგრაფია. ჩვენი აზრით, სისხლდენის დროს რენტგენოსკოპია, როგორც შედარებით მარტივი და გამოკვლევის ნაკლებად სახიფათო მეთოდი, უფრო ფართოდ უნდა იქნეს გამოყენებული.

უნდა აღინიშნოს ის გარემოებაც, რომ დამატებითი გამოკვლევების ჩატარება შესაძლებელია შედარებით ზომიერი სისხლდენის დროს, იშვიათად ძლიერი სისხლდენის დროსაც, როდესაც სისხლის გადასხმის შემდეგ ავადმყოფის მდგომარეობა გაუმჯობესდება.

ბოლოს რჩება დიაგნოზის დაზუსტების კიდევ ერთი და უკანასკნელი საშუალება — საცდელი ლაპაროტომია. ამ მეთოდს ზოგიერთი ავტორი გაურკვეველი სისხლდენის შემთხვევაში საკმაოდ ფართოდ მიმართავს. მათი აზრით, ქირურგიის განვითარების თანამედროვე ეტაპზე, სისხლის საკმაო მარაგის არსებობისას, საცდელი ლაპაროტომია არ წარმოადგენს საშიშროებას და მნიშვნელოვნად არ ამძიმებს ავადმყოფის მდგომარეობას. ფ. უგლოვი და ს. სოკოლოვი მიუთითებენ, რომ ყველა გაურკვეველი ეტიოლოგიის შეუჩერებელი სისხლდენის დროს საჭიროა საცდელი ლაპაროტომიის გაკეთება.

ლაპაროტომიით, დიაგნოზის დაზუსტება რომ შეიძლებოდეს ყველა შემთხვევაში, მაშინ მისი წარმოება მართლაც გამართლებული იქნებოდა, მით უფრო, რომ შეუჩერებელი სისხლდენა, თუ ის გამოწვეულია ისეთი არაწყლულოვანი დაავადებით, როგორიცაა კუჭის კიბო, კუჭის პოლიპოზი, კუჭის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები, ეროზიული გასტრიტი, საყლაპავი მილის ვარიკოზი — ᲛᲝᲘᲗᲮᲝᲕᲔᲜ ოპერაციულ ჩარევას. მაგრამ საქმე ისაა, რომ საცდელი ლაპაროტომია ყოველთვის ვერ ადგენს სისხლდენის წყაროს. კუჭის დათვალიერებისას უნდა ვიქონიოთ მხედველობაში, რომ წყლული შეიძლება მოთავსებული იყოს მაღლა — კარდიის მიდამოში, ან დაბლა — თორმეტგოჯა ნაწლავის უკანა კედელზე. ასეთი წყლულის ნახვა ყოველთვის ადვილი არ არის. ზედაპირული ბრტყელი წყლულების შეცნობა გარედან საერთოდ შეუძლებელია, რადგან იგი არ იძლევა შესამჩნევ ცვლილებებს არც სეროზულ გარსზე და არც კუჭის კედლის სისქეში, რომ ხელით შეიგრძნობოდეს.

თუ შეხებითა და პალპაციით კუჭში პათოლოგია არ იქნება შეცნობილი, ყურადღება უნდა მიექცეს პორტალური სისტემის ვენების მდგომარეობასა და კოლატერალებს. პორტალური ჰიპერტენზიის სასარგებლოდ ლაპარაკობს გადიდებული ელენთა, ციროზული ღვიძლი კუჭისა და წვრილი ნაწლავების ვენების სისხლსავსეობა, კუჭის მცირე და დიდი ბადექონის ვენების გაგანიერება, ვენების გაგანიერება დიაფრაგმის ქვემო ზედაპირზე, კოლატერალების განვითარება.

საჭიროა დავათვალიეროთ ნაღვლის ბუშტი, რეპროპერიტონალური სივრცე: თუ არც აქ ექნება ადგილი ცვლილებებს, ავტორთა ნაწილი მიმართავს დიაგნოსტიკურ გასტროტომიას, კუჭის წინა ზედაპირზე, რომელიც საჭიროებისამებრ გრძელდება ზემოთ ფუნდუსისაკენ, ან ქვემოთ თორმეტგოჯა ნაწლავისაკენ. გასტროტომიის შესახებ უფრო ვრცლად შევჩერდებით მკურნალობის საკითხის განხილვის დროს.

უნდა აღინიშნოს, რომ მაინც არსებობს ავადმყოფთა გარკვეული, მცირე ჯგუფი; მიუხედავად მათზე ჩატარებული გამოკვლევებისა,

დიაგნოზის დაზუსტება მაინც ვერ ხერხდება და სისხლდენის მიზეზი ამოუცნობი რჩება.

წყლულოვანი ხასიათის პროფუზული სისხლდენის მკურნალობის საკითხი უკანასკნელი 30 წლის მანძილზე დისკუსიის საგანს წარმოადგენს.

ახლა თუმცა წყლულოვანი სისხლდენის მკურნალობასთან დაკავშირებული ყველა საკითხი გადაწყვეტილი არ არის, მაგრამ ზოგიერთი საერთო დასკვნა მაინც ცნობილია.

არ უნდა დავუპირისპიროთ ერთიმეორეს სისხლდენის შეჩერების კონსერვატიული და ქირურგიული მეთოდები. როგორც ერთი, ისე მეორე სრულუფლებიანი მეთოდებია და სათანადო ჩვენებები აქვთ. დღეს არავის, მათ შორის თერაპევტებსაც, არ ეპარებათ ეჭვი, რომ ძლიერი სისხლდენის დროს, მსხვილი სისხლძარღვის ეროზიის შემთხვევაში, კონსერვატიული მკურნალობა უფრო მეტად უშედეგოა და აუცილებელია ქირურგიული ჩარევა. მრავალი მასალით დასაბუთებულია, რომ დროული ოპერაცია ნაკლებად საშიშია, ვიდრე ხანგრძლივი ლოდინი და უშედეგო კონსერვატიული მკურნალობის გაგრძელება. ყველასათვის ცხადია, რომ თუ არსებობს ოპერაციის ჩვენება, იგი უნდა გაკეთდეს დროულად, შორსწასული ანემიისა და ანოქსემიის განვითარებამდე, როდესაც ოპერაციული ჩარევა შეიძლება უშედეგო იყოს.

როცა ვმსჯელობთ კონსერვატიული და ქირურგიული მეთოდების სრულუფლებიანობაზე, მხედველობაში გვაქვს სისხლდენის შეჩერების საკითხი. ეს არის პირველი ამოცანა, რომელიც გადაწყვეტილი უნდა იქნეს ყოველი გასტროდუოდენალური სისხლდენის დროს. რაც შეეხება სისხლდენით გართულებული წყლულოვანი დაავადების მკურნალობას, აქ ორი აზრი არ შეიძლება იყოს. კონსერვატიული მკურნალობით შესაძლებელია მხოლოდ სისხლდენის დროებითი შეჩერება, წყლულოვანი დაავადება რჩება და ამიტომ ყოველთვის მოსალოდნელია სისხლდენის განახლება. აქედან გამომდინარე — სისხლდენით გართულებული წყლულოვანი დაავადების მკურნალობა მხოლოდ ოპერაციულია, იგი კურნავს ავადმყოფს წყლულოვანი დაავადებისაგან და ააცდენს მას შესაძლებელ გართულებებს, მათ შორის განმეორებით სისხლდენასაც.

სიკვდილიანობა კონსერვატიული მკურნალობის დროს მერყეობს 0,8%-სა და 30%-ს შორის.

ავტორთა მონაცემები ცხადყოფენ, რომ კონსერვატიული მკურნალობის შორეული შედეგები არადამაკმაყოფილებელია, რომ იგი არ წარმოადგენს სისხლდენით გართულებული წყლულოვანი დაავადების მკურნალობის საიმედო მეთოდს, რადგან სისხლდენის შეჩერების შემ-

დეგ ავადმყოფთა დიდი ნაწილი (ვ. კარტავინით 90%) არ იკურნება წყლულოვანი დაავადებისაგან და საკმარისად ხშირად მათ უვითარდება წყლულოვანი დაავადების დამახასიათებელი ყველა გართულება, (მათ შორის განმეორებითი სისხლდენა — ვ. კარტავინით 35,2%-ში, მ. უტევსკაიათი — 66,6%-ში).

ჩვენი 131 ავადმყოფიდან კონსერვატიული ღონისძიებებით სისხლდენა შეუჩერდა 112-ს. 19 ავადმყოფის მიმართ, ე. ი. 14,5%-ში, კონსერვატიული მეთოდები უშედეგო აღმოჩნდა, ამათგან 12 ავადმყოფს სისხლდენის შეჩერების მიზნით გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია, ხოლო 7 უოპერაციოდ დაიღუპა. ამრიგად, ჩვენი მასალიდან გამომდინარე, ავადმყოფთა დაახლოებით 15%-ს ესაჭიროება სასწრაფო ოპერაცია სისხლდენის შეჩერების მიზნით.

ამრიგად, გასაგებია დიდი გამოცდილების მქონე ქირურგების მოთხოვნა-წყლულოვანი ხასიათის პროფუზული სისხლდენის დროული რადიკალური მკურნალობის შესახებ.

წყლულოვანი ხასიათის პროფუზული სისხლდენის ქირურგიულ მკურნალობას 80 წლის ისტორია აქვს.

პირველი ოპერაცია — კუჭის რეზექცია — სისხლმდენი წყლულის გამო გააკეთა ეიზელსბერგმა (1880); ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფი გარდაიცვალა. შემდეგ ვანკლიფმა (1882) გაუკეთა 16 წლის ახალგაზრდას, რომელსაც ჰქონდა პროფუზული სისხლდენა პოლორუსის წყლულიდან, გაუკეთა პილორექტომა წყლულის ამოკვეთით. ავადმყოფი განიკურნა, ეს იყო ერთადერთი წარმატებით დამთავრებული კუჭის რეზექცია სისხლმდენი წყლულის დროს, მთელი XIX საუკუნის მანძილზე.

რუსეთში პირველი ოპერაცია გასტროდუოდენალური სისხლდენის დროს ჩაატარა ს. ფედოროვმა (1902), წყლული ვერ ნახა, გააკეთა კუჭ-ნაწლავის შერთული, ავადმყოფი განიკურნა.

30-იან წლებამდე წყლულოვანი სისხლდენის გამო გაკეთებული ოპერაცია უფრო ხშირად პალიატიური ჩარევით განისაზღვრებოდა. რეზექცია იშვიათობას წარმოადგენდა. ხშირად ადგილი ჰქონდა დიაგნოსტიკურ შეცდომებს, რის გამოც ოპერაციული მკურნალობის შედეგები დამაკმაყოფილებელი არ იყო. ამით უნდა აიხსნას იმ დროს ქირურგიული ჩარევის მომხრეთა მცირე რაოდენობა.

წყლულოვანი ხასიათის სისხლდენის ქირურგიული მკურნალობის საქმეში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ფინსტერერის დამსახურება. იგი 1918 წლიდან მტკიცედ იცავდა აზრს, რომ წყლულოვანი ხასიათის სისხლდენის პირველ შემთხვევაშივე უნდა გაკეთდეს გადაუდებელი ოპერაცია, ვიდრე ძლიერი ანემიის ნიადაგზე არ განვითარებულა პარენქიმული ორგანოების ღრმა ცვლილებები.

საბჭოთა კავშირში წყლულოვანი ხასიათის პროფუზული სისხლდენის ქირურგიული მკურნალობის მეთოდის დამუშავებაში განსაკუთრებული ადგილი უჭირავს სკლიფოსოვსკის სახელობის ინსტიტუტს.

პირველი ოპერაციები სისხლმდენი წყლულის დროს ამ დაწესებულებაში გაკეთდა 1928 წლის მეორე ნახევარში, როდესაც ქირურგიულ კლინიკას სათავეში ჩაუდგა კუჭის ქირურგიის გამოჩენილი სპეციალისტი იუდინი. 1933 წელს მოსკოვის ოლქის ექიმთა კონფერენციაზე კუვემ წარმოადგინა გასტროდუოდენალური სისხლდენის 155 შემთხვევა, რომელთაგან ოპერირებული იყო 89. სასწრაფო ოპერაცია სისხლდენის შეჩერების მიზნით გაუკეთდა 22 ავადმყოფს უმძიმეს მდგომარეობაში. სიკვდილიანობა 50%-ს აღწევდა.

დაახლოებით ამავე წლებში მიელენგრახტის მიერ გამოქვეყნებული იყო წყლულოვანი სისხლდენის დროს აქტიური კვების მეთოდი. მეილენგრახტის დიეტის დადებითმა შედეგმა მალე მიიქცია ყურადღება და ბევრი მიმდევარი გაუჩნდა, თუმცა დასაწყისში უფრო მეტი მოწინააღმდეგე ჰყავდა.

ერთი მხრივ, ფინსტერერისა და გორდონ-ტეილორის მიერ წარმოდგენილმა წყლულოვანი სისხლდენის დროს დროული ოპერაციული ჩარევის კარგმა შედეგებმა, მეორე მხრივ მიელენგრახტის დიეტით შიღებულმა სიკვდილიანობის მკვეთრმა შემცირებამ, კიდევ უფრო მძაფრი გახადა დისკუსია წყლულოვანი სისხლდენის მკურნალობის საკითხის ირგვლივ.

ავტორთა უმრავლესობა წყლულოვანი გასტროდუოდენალური სისხლდენის მკურნალობას იწვევს კონსერვატიული წესით. კონსერვატიული მკურნალობა შეიცავს ღონისძიებათა კომპლექსს, რომელთა შორის ძირითადია სისხლის გადასხმა და აქტიური კვება — წოლითი რეჟიმის პირობებში. პროფუზული გასტროდუოდენალური სისხლდენის დროს პირველი ამოცანაა — სისხლდენის შეჩერება. კონსერვატიული მკურნალობა გულისხმობს ყველა პირობის შექმნას სისხლდენის შესაჩერებლად.

ძველად მოითხოვდნენ აბსოლუტურ უმოძრაობას, სრულ ფსიქიკურ და ფიზიკურ სიმშვიდეს. ჩვენი აზრით, საწოლში სრული უმოძრაობა სისხლდენის განახლების შიშით, გადამეტებულია. ავადმყოფი უნდა იცავდეს წოლით რეჟიმს, იყოს მშვიდად, მაგრამ კიდურების მოძრაობა და გვერდზე გადაბრუნება დასაშვებია.

სისხლის გადასხმა ძირითადი ღონისძიებაა კონსერვატიული მკურნალობის პროცესში. პროფუზული სისხლდენის დროს გადასხმული სისხლის მოქმედებაზე ერთიანი აზრი არ არსებობს. არა ერთ ავტორს ჯაეჭვოდ მიაჩნია გადასხმული სისხლის ჰემოსტაზური მოქმედება.

მათი აზრით, სისხლის გადასხმა, რომელიც სწრაფად აუმჯობესებს ავადმყოფის ზოგად მდგომარეობას, მხოლოდ ჰემოსტაზური ეფექტის შთაბეჭდილებას ქმნის. ავტორთა უმრავლესობის აზრით, სისხლის გადასხმა უშედეგოა მსხვილი სისხლძარღვის ეროზიის შემთხვევაში. მეილენგრახტი ასაბუთებს აქტიური კვების უპირატესობას და გვირჩევს კუჭიდან პროფუზული სისხლდენის დროს ავადმყოფს დავუნიშნოთ სრულყოფილი კვება. ავტორის მიერ შემუშავებული დიეტა დამზოგველია, მაგრამ ამავე დროს საკმარისად მრავალფეროვანი, — ᲙᲐᲣᲖᲛᲔᲖᲔ: ჩაი, თეთრი პური, კარაქი, რძე, კაკაო, დაკეპილი ხორცი; სადილად და ვახშმად კატლეტი, დაკეპილი შემწვარი ხორცი, ერბოკვერცხი, თევზი, მოხარშული ხორცი, კარტოფილი და ბოსტნეულის პიურე, წვენები, კომპოტი, პუდინგი; შემადგენელი ნაწილები შესაძლებელია შეიცვალოს მსგავსი პროდუქტებით.

საკვები პროდუქტები საკმარისად კალორიული უნდა იყოს, შეიცავდეს ცილებს, ვიტამინებს, მარილებს, წყალს; ძლიერი სისხლდენის შემდეგ ვიტამინების უკმარისობის გამო ი. ფლეკელს მიზანშეწონილად მიაჩნია მელენგრახელის დიეტას დაემატოს ნატურალური წვენები (ყურძნის, სტაფილოს და სხვა). ავადმყოფს უნდა მივცეთ ვიტამინები, განსაკუთრებით ასკორბინის მჟავა 0,15—0,2 დღეში სამჯერ და ვიტამინი ან ვიკასოლი.

1958 წ. ვანგესტიინმა თანააკტორებთან ერთად გამოაქვეყნა მონაცემები წყლულოვანი ხასიათის სისხლდენის შეჩერების მიზნით კუჭის კედლის ადგილობრივი გაცივების მეთოდის შესახებ. მათი ექსპერიმენტული გამოკვლევით დასაბუთებულია, რომ კუჭის კედლის ტემპერატურის დაქვეითება 10°—14°-მდე ამცირებს კუჭის წვენის პეპტიკურ აქტივობას, 75%-ით ამცირებს მის სეკრეციას და 66%-ით ზღუდავს კუჭის სისხლის მომარაგებას. ამ ფაქტორების ერთობლივი მოქმედება ხელს უწყობს წყლულოვანი ხასიათის სისხლდენის შეჩერებას.

კუჭის კედლის გაცივებისათვის ავტორები მიმართავენ კუჭის ამორეცხვას ცივი სითხით, ორმაგი ზონდის საშუალებით, ან ცივი სითხის გატარებას, კუჭში შეყვანილი ზონდით. ამ მეთოდის გამოყენების ავტორებმა შესძლეს წყლულოვანი ხასიათის პროფუზული სისხლდენის შეჩერება, რის შემდეგ ავადმყოფებს უკეთდებოდათ რადიკალური ოპერაცია.

საკუთარი გამოცდილების საფუძველზე კლინიკაში ახორციელებენ მკურნალობის შემდეგ წესს: წყლულოვანი ხასიათის პროფუზული სისხლდენის დროს მკურნალობას იწყებენ კონსერვატიული ღონისძიების ჩატარებით: სისხლის გადასხმით, საჭიროების შემთხვევაში

განმეორებითი გადასხმით. ერთ ჯერზე გადასხმული სისხლის რაოდენობა 150—250,0 მლ სისხლი შეგვყავს ნელა; ავადმყოფს წვეთოვანი ეძლევა მაღალკალორიული, ვიტამინებით მდიდარი, ეძლევა ვიტამინი ან უკეთდება ვიკასოლი, ვენაში შეგვყავს გლუკოზა და ქლორკალციუმი, ვუნიშნავთ ტუტეებს. უფრო ხშირად ეს ღონისძიებები აჩერებს სისხლდენას და ავადმყოფთა შემდგომი მკურნალობა მდგომარეობს მათი საოპერაციოდ მომზადებაში. ავადმყოფს რამდენიმეჯერ გადაესხმება სისხლი, ეძლევა რკინის პრეპარატები. ჩვენი დაკვირვებით 85%-ში კონსერვატიული მკურნალობით შესაძლებელია მივაღწიოთ სისხლდენის შეჩერებას, არაიშვიათად, საკმარისად ძლიერი სისხლდენის დროსაც კი; დანარჩენ 15%-ში კონსერვატიული მკურნალობა უშედეგოა და საჭიროა ოპერაცია.

სასწრაფო ოპერაციისათვის მომენტის დროული შერჩევა არც ისე ადვილია. ამავე დროს წყლულოვანი სისხლდენის მკურნალობაში მას გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს.

აღვნიშნეთ, რომ ხანდაზმულ ასაკში წყლულოვანი სისხლდენით გამოწვეული დიდი სიკვდილიანობა საკმაოდ მაღალია განსაკუთრებით მაშინ, როცა ავადმყოფი თავის ასაკზე უფრო ხნიერად გამოიყურება და გამოხატული აქვს ათეროსკლეროზი. მართალია, ახალგაზრდა ასაკი არ გამორიცხავს სასიკვდილო სისხლდენის შესაძლებლობას და იგი არც ისე იშვიათია, მაგრამ მაინც ასაკოვანი ავადმყოფებისათვის იგი ბევრად უფრო სახიფათოა; ს. იუდინის მონაცემების მიხედვით 20—25%-ს შეადგენს. ახალგაზრდა ასაკში, როდესაც იმედი გვაქვს სისხლძარღვების კედლების ელასტიკურობისა, მათი სპაზმისა და უფრო ადვილად შეიძლება თრომბის ხანგრძლივად განვითარება, კონსერვატიული ღონისძიებები უნდა გატარდეს. თუ სისხლის გადასხმის შემდეგ ხანში შესულების მდგომარეობა მოკლე დროით გამოსწორდა, კლინიკური ნიშნები კი (ზოგადი მდგომარეობა, მაჯისცემა, წნევა) მიუთითებს სისხლდენის გაგრძელებაზე, ოპერაცია მაშინვე უნდა გაკეთდეს.

სისხლდენა გაცილებით უფრო ძლიერია ძველი, კალოზური წყლულებიდან, რომელთაც ჩვეულებრივ ხანგრძლივი ანამნეზი აქვთ; მართალია, არ არის სრული პარალელიზმი წყლულის ხანგრძლივობასა და სისხლდენის სიძნელეებს შორის, და ხანმოკლე ანამნეზის შემთხვევაშიც არ არის გამორიცხული სასიკვდილო სისხლდენა, მაგრამ კალოზური წყლულიდან სისხლდენის შეჩერების იმედი გაცილებით ნაკლებია. ამიტომ ოპერაციის ჩვენებებში ეს მომენტიც გათვალისწინებული უნდა იყოს.

მრავალი მასალის შესწავლით დადგენილია, რომ სისხლდენა თორ-

მეტგოჯა ნაწლავის წყლულიდან უფრო ადვილად ჩერდება, ვიდრე კუჭის წყლულიდან. მაგალითად, ველჩისა და იუნიჩის ცნობების მიხედვით სიკვდილიანობა თორმეტგოჯა ნაწლავის სისხლმდენი წყლულის დროს 6%-ია, კუჭის სისხლმდენი წყლულის დროს — 35%-ი, ბრაუნის, ბეიერის, პოშისა და დენიდის მონაცემებით თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის ნიადაგზე განვითარებული სისხლდენის გამო სიკვდილიანობა უდრიდა 9,4%-ს, კუჭის წყლულის გამო 25%-ს.

ცნობილია, რომ პირველადი სისხლდენის დროს სიკვდილის საშიშროება უფრო ნაკლებია, ვიდრე განმეორებითი სისხლდენის შემთხვევაში. რასაკვირველია, პირველადი სისხლდენაც არაიშვიათად სასიკვდილოა, მაგრამ ანამნეზში (ორი ან მეტი პროფუზული სისხლდენის შემთხვევაში) სისხლდენის შეჩერების იმედი ნაკლებია.

ოპერაციის ჩვენება პირდაპირ დამოკიდებულია სისხლდენის სიძლიერეზე. მსუბუქი სისხლდენის შემთხვევისას ოპერაციის საკითხი არ დგას. ოპერაცია უნდა გაკეთდეს, როცა ავადმყოფი კოლაფსის მდგომარეობაშია, მაჯისცემა არ ისინჯება და სისხლის გადასხმა მდგომარეობას არ აუმჯობესებს.

ამრიგად, მოკლედ ასე შეიძლება ჩამოვაყალიბოთ ჩვენი გამოცდილებით სასწრაფო ოპერაციის ჩვენებები წყლულოვანი სისხლდენის დროს:

1) თუ კონსერვატიული ღონისძიებებით სისხლდენა შეჩერდა და რამდენიმე საათსა ან პირველი დღეების შემდეგ განახლდა — უნდა გაკეთდეს სასწრაფო ოპერაცია, მით უფრო თუ ავადმყოფი ხანში შესულია.

2) თუ კონსერვატიული ღონისძიებებით სისხლდენა არ შეჩერდა, პირველ დღესვე — უნდა გაკეთდეს სასწრაფო ოპერაცია. ახალგაზრდა ავადმყოფს შეიძლება უფრო მეტი ხანი ვალოდინოთ, ვიდრე ხანში შესულს.

3) თუ სისხლის გადასხმის შედეგად ავადმყოფი მძიმე მდგომარეობიდან ვერ გამოვა — ოპერაცია უნდა გაკეთდეს გადაუდებლად.

4) როცა საქმე ეხება ხანში შესულ პირს, იგი დაავადებულია კუჭის წყლულით, სისხლდენა განმეორებითია და კონსერვატიული მკურნალობა მაშინვე არ იძლევა შედეგს, ოპერაცია უნდა გაკეთდეს პირველივე საათში.

წყლულოვანი სისხლდენის ოპერაციული მკურნალობისათვის მიღებულია სხვადასხვა მეთოდი; ბევრ მეთოდს ახლა მხოლოდ ისტორიული მნიშვნელობა აქვს (სისხლმდენი წყლულის ტამპონაცია კუჭისა ან თორმეტგოჯა ნაწლავის გზით, წყლულის ამოწვა თერმოკაუტერით, იეიუნოსტომია, წყლულის ფსკერზე სისხლძარღვის გადაკვან-

ძვა, წყლულის ირგვლივი ამოკერვა, ლორწოვანი გარსის მხრიდან). ზოგიერთ არარადიკალურ ოპერაციას, თუმცა შედარებით იშვიათად, მაგრამ ჯერ კიდევ იყენებენ. ასეთებია: გასტროენტეროანასტომოზი, სისხლძარღვის გადაკვანძვა წყლულიდან მოშორებით, სისხლმდენი წყლულის გამოთიშვა და კუჭის რეზექცია გამოთიშვით.

გასტროენტეროანასტომოზი ფართოდ არის დანერგილი წყლულოვანი სისხლდენის დროს. ზოგჯერ ამ ჩარევას აწარმოებდნენ წყლულის ამოწვის, სისხლძარღვების გადაკვანძვისა და წყლულის ამოკვეთასთან ერთად (ს. ფედოროვი). გასტროენტეროანასტომოზი სისხლდენის შეჩერების მიზნით სავსებით მიუღებელი ჩარევაა და ამჟამად იგი არ იხმარება, მაგრამ ზოგიერთი ავტორი მას მიმართავს სისხლდენის შეჩერების შემდეგ. გასტროენტეროანასტომოზის დადება, ანამნეზში სისხლდენის არსებობის შემთხვევაში, ქირურგის ტაქტიკურ შეცდომად უნდა ჩაითვალოს, რადგან იგი არ აცილებს ავადმყოფს განმეორებითი სისხლდენის საშიშროებას.

გასტროენტეროანასტომოზი არ უნდა კეთდებოდეს სისხლმდენი წყლულის დროს, არც სისხლდენის პროცესში, არც მისი შეჩერების შემდეგ, ე. ი. ანამნეზში სისხლდენის არსებობის შემთხვევაში.

სისხლძარღვთა გადაკვანძვა წყლულიდან დაშორებით შედარებით ნაკლებ ტრავმულია და დიდი ხანია იხმარება წყლულოვანი სისხლდენის შესაჩერებლად. უფრო მეტად სისხლძარღვთა გადაკვანძვა იძულებით კეთდება თორმეტგოჯა ნაწლავის უკანა კედლის დაბალი წყლულიდან სისხლდენის დროს, ზოგადი მძიმე მდგომარეობის პირობებში. ავტორთა უმრავლესობა უარყოფით შეფასებას აძლევს ჩარევის ამ წესს. იგივეს მოწმობს ანატომიური გამოკვლევებიც (ა. ბოჩაროვი, პ. პუშკარევი). ჩვენი გამოკვლევები კუჭის ვასკულარიზაციის შესახებ, ავლენენ რა ინტრამულური არტერიული ქსელის სიუხვეს და კავშირების სიმრავლეს, საფუძველს გვაძლევს უარყოფითად შევაფასოთ სისხლძარღვთა გადაკვანძვის მეთოდი წყლულოვანი სისხლდენის დროს.

ვ. კარტავინი კუჭის სისხლმდენი წყლულის დროს აწარმოებს წყლულის გამოთიშვას კუჭის დანარჩენი ნაწილიდან ორივე კედლის გაკვეთით. 15 ავადმყოფზე დაკვირვების შედეგად ავტორი მივიდა იმ დასკვნამდე, რომ სისხლდენა ჩერდება ყველა შემთხვევაში. წყლულის გამოთიშვის ჩვენებად ავტორი ასახელებს კარდიის წყლულს, როდესაც სისხლდენის შესაჩერებლად საჭიროა კუჭის ტოტალური ამოკვეთა. ვ. კარტავინი ხაზს უსვამს, რომ წყლულის გამოთიშვა უნდა გაკეთდეს როგორც გამონაკლისი, როგორც ჩარევის პირველი მომენტი, ხოლო სისხლდენის შეჩერებისა და ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის გაუმჯობესების შემდეგ, საჭიროა რადიკალური ოპერაცია.

უნდა ითქვას, რომ კარდიის წყლული, უფრო კალოზურია და გართულებული პენეტრაციით, ანთებადი ინფილტრატით; კუჭის ორივე კედლის გაკერვა — წყლულის იზოლაციის მიზნით, ტექნიკურად ძნელია; მცირე სიმრუდის სისხლმდენი წყლულის დროს კი რეზექცია არ არის რთული. სისხლმდენი წყლულის გამოთიშვა, როგორც ჩანს, შეიძლება ძალიან იშვიათად გამოვიყენოთ.

კუჭის რეზექცია წყლულის გამოთიშვით, არაიშვიათად გამოიყენება სისხლმდენი წყლულის დროს. ლიტერატურაში აღწერილია სისხლდენის გაგრძელების ან განახლების არაერთი შემთხვევა ამ ჩარევის შემდეგ, რაც სისხლმდენი წყლულის დატოვების საშიშროებაზე მეტყველებს. სიკვდილის შემთხვევები გამოთიშვით წარმოებული რეზექციის შემდეგ აღწერილია ს. სპასოკუკოცკის, ა. ბაბასინოვის, ე. ბერიოზოვისა და ლ: კაზიმიროვის, ვ. ბრატუსის და სხვათა მიერ.

კუჭის რეზექცია წყლულის გამოთიშვით არ უნდა კეთდებოდეს ანამნეზში სისსლდენის არსებობის შემთხვევაშიც. ჩვენ ავადმყოფთა შორის ერთს სისხლდენა განუახლდა გამოთიშვით წარმოებული რეზექციის შვიდი თვის შემდეგ (ოპერაციამდე აღენიშნებოდა პროფუზული სისხლდენა).

ა. ლებედევი სისხლდენის განახლების შესაძლებლობის შემცირების მიზნით გამოთიშვით რეზექციას უმატებს კუჭის მარჯვენა და პანკრეას-თორმეტგოჯა არტერიის გადაკვანძვას.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის სისხლმდენი წყლულის დროს ერთადერთ გამართლებულ და მიზანშეწონილ ოპერაციას წარმოადგენს კუჭის რადიკალური რეზექცია, სისხლმდენი წყლულის ამოკვეთით.

სისხლდენის დროს ოპერაცია უნდა მიმდინარეობდეს სისხლის შუდმივი გადასხმით. ზოგიერთი ავტორი ოპერაციის მსვლელობის დროს მიმართავს სისხლის დიდი რაოდენობით გადასხმას — 3,0 — 3,5 ლიტრამდე (ა. ლებედევი). ბ. როზანოვი ფიქრობს, რომ საშუალოდ ოპერაციის დროს იხარჯება 1 ლიტრამდე სისხლი. ციტრატული სისხლის დიდი რაოდენობით გადასხმის შემთხვევაში, ციტრატით ინტოქსიკაციის თავიდან ასაცილებლად საჭიროა ყოველ ლიტრ გადასხმულ სისხლზე ვენაში 20,0 მლ, 10% ქლორკალციუმის შეყვანა.

ს. იუდინი აღნიშნავს, რომ წარსულში დიდი სიკვდილიანობა, სხვა მიზეზებთან ერთად, განპირობებული იყო დაკარგული სისხლის არასრული შევსებით. ავადმყოფები იღუპებოდნენ გართულებებით, რომელიც ღრმა ანემიის ფონზე ვითარდებოდა. სისხლის მასიური დოზებით გადასხმამ სრულიად შეცვალა მდგომარეობა.

ჩვენ კლინიკაში 1949 წლის ჩათვლით წყლულოვანი სისხლდენის

გამო მკურნალობა ჩაუტარდა 25 ავადმყოფს, რომელთაგან 20% გარდაიცვალა. ოთხი ავადმყოფი გარდაიცვალა უოპერაციოდ, ერთი კი საცდელი ლაპარატომიის შემდეგ, რომლის დროსაც კარდიის წყლული არ აღმოჩენილა. ამრიგად, კონსერვატიული მკურნალობის დროს სიკვდილიანობა 1,6% იყო. ეს მოწმობს, რომ 1950 წლამდე კლინიკა ძირითადად იმედს ამყარებდა კონსერვატიულ ღონისძიებებზე და იშვიათად მიმართავდა სასწრაფო ოპერაციულ ჩარევას.

1950—1964 წლებში წყლულოვანი სისხლდენით 106 ავადმყოფიდან გარდაიცვალა 5 (4,7%). ოპერაციული მკურნალობა ჩაუტარდა 46 ავადმყოფს. მათგან რვას სასწრაფოდ — სისხლდენის პროცესში, ხოლო 38-ს — სისხლდენის შეჩერების შემდეგ. ამრიგად, ამ პერიოდში კონსერვატიული ღონისძიებებით სისხლდენა შეუჩერდა 95 ავადმყოფს (89,6%). კონსერვატიული მკურნალობის შედეგად სამი ავადმყოფი გარდაიცვალა. სამივე ავადმყოფი კლინიკაში მძიმე მდგომარეობაში მოიყვანეს, ორი მათგანი უგონოდ და გამოხატული კოლაფსით. სამივე დაიღუპა კლინიკაში შემოსვლიდან პირველ 22 საათში (8, 15, და 22 საათი). ერთ-ერთი, 47 წლის მამაკაცი იყო, ზოგადი არტერიოსკლეროზითა და ჰიპერტონიული დაავადებით. მეორე ავადმყოფი 72 წლის, მესამე — 74 წლის. კონსერვატიული ღონისძიებებით სისხლდენის შეჩერება ვერ მოხერხდა. სამივე შემთხვევაში გაკვეთისას აღმოჩნდა თორმეტგოჯა ნაწლავის კალოზური, პანკრეასის თავში პენეტრირებული წყლული, სკლეროზული პირღია სისხლძარღვით. ეს გარემოება კიდევ ერთხელ მიუთითებს წყლულოვანი ხასიათის სისხლდენის მძიმე მიმდინარეობაზე ხანში შესულ და მოხუცთა ასაკში, არტერიოსკლეროზის ფონზე და კონსერვატიული ღონისძიებების შედეგებზე. ოპერაციის შემდეგ დაღუპული ორი ავადმყოფიდან ერთი იყო 66 წლისა, ხოლო მეორე ოპერაციაზე დათანხმდა სისხლდენის 28-ე დღეს, როდესაც ჰემოგლობინი 5%-მდე დაეცა.

1950—1964 წლებში კონსერვატიული მკურნალობის შემდეგ სიკვდილიანობის დაბალი პროცენტი (3%) მეტყველებს არა კონსერვატიული მკურნალობის უპირატესობაზე, არამედ ოპერაციისათვის ავადმყოფთა შედარებით სწორად შეჩერებაზე. ზოგიერთ შემთხვევაში სასწრაფო ოპერაცია ნაჩვენებია ავადმყოფის კლინიკაში შემოსვლის პირველივე საათში, რასაც ასაბუთებს ქვემოთ მოყვანილი ავადმყოფის ისტორია:

ავადმყოფი ც. მ., მამაკაცი, 52 წლისა, კლინიკაში შემოვიდა კუპრისმაგვარი განავლის გამომეღვანებიდან 3 საათის შემდეგ, მძიმე მდგომარეობაში, მაჯისცემა 90, წნევა 100/60 სს მმ. განყოფილებაში მოთავსების შემდეგ ჰქონდა სისხლიანი პირღებინება, რის შედეგად

ჩავარდა კოლაფსის მდგომარეობაში, სისხლის გადასხმა დროებით აუმჯობესებდა მდგომარეობას, მაგრამ წნევა მალე ისევ მკვეთრად ეცემოდა, ისევ ვითარდებოდა კოლაფსი. გათვალისწინებული იყო რა სისხლის გადასხმის ხანმოკლე ეფექტი, სტაციონარში მოთავსებიდან 9 საათის შემდეგ ავადმყოფს გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია — კუჭის რეზექცია, ინტრატრაქტული ნარკოზი. ვფიქრობთ, რომ ამ შემთხვევაში კარგი გამოსავალი განპირობებული იყო დროული ოპერაციით.

პილორუსისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის შევიწროება წყლულოვანი დაავადების ხშირი გართულებაა. მას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ქირურგისათვის, რადგან დეკომპენსაციური სტენოზების ერთადერთი წესი — ოპერაციაა, ხოლო სუბკომპესიური სტენოზების უმრავლესობაც, ადრე თუ გვიან ქირურგიულ ჩარევას მოითხოვს. ამ გართულების დროული ამოცნობისა და სათანადო როგორც კონსერვატიული, ისე ქირურგიული მკურნალობის ჩატარებით შესაძლებელი ხდება პილორულდუოდენური სტენოზების ისეთი მძიმე გართულების თავიდან აცილება, როგორიცაა გასტრიული ტეტანია.

წყლულოვანი დაავადების სტენოზით გართულების სიხშირის შესახებ ლიტერატურაში ერთიანი აზრი არ არის. ორი ათეული წლის წინათ ამ გართულების სიხშირე თერაპიული და ქირურგიული კლინიკების მასალის მიხედვით დიდ სხვაობას იძლეოდა. ეს გასაგებიცაა, რადგან იმ დროს ქირურგიულ კლინიკაში წყლულით დაავადებულნი გადმოჰყავდათ თერაპიული კლინიკებიდან — ამა თუ იმ გართულების განვითარების შემთხვევებში — ოპერაციული მკურნალობისათვის მას შემდეგ კი, რაც წყლულოვანი ავადმყოფები უშუალოდ შემოდიან ქირურგიულ კლინიკაში, ეს სხვაობა ნაკლებია. სტენოზით გართულებული წყლულოვანი დაავადების პროცენტი 10-დან 30-მდე მერყეობს.

წყლულოვანი დაავადების შედეგად განვითარებული პილორუსისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის შევიწროება შესაძლებელია სხვადასხვა წარმოშობისა იყოს. ერთ შემთხვევაში მისი მიზეზია წყლულის დანაწიბურება. ეს გარემოება იმით არის გამოწვეული, რომ წყლულის შეხორცება ხდება ნაწიბუროვანი ქსოვილის უხვი განვითარებით, რომელიც მცირე დეფექტის დროსაც კი მთელ კედელს იკავებს, ნაწიბურის შემდგომი შეშმუხვნითა და სანათურის შევიწროებით. არაიშვიათად სანათურის შევიწროებას იწვევს წყლულის შეღწევა მეზობელ ორგანოებში; შემთხვევათა ნაწილში ადგილი აქვს პილორუსისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის არეში ანთებად პროცესებს შეხორცებებით და სხვათა სახით, რაც იწვევს ამ ორგანოების დეფორმაციას სანათურის შევიწროებით. შემთხვევათა მცირე ნაწილში სტენოზის მიზეზი შეიძლება იყოს წყლულის გამწვავების ნიადაგზე განვითარებული

ანთებითი ცვლილებების ანთებითი ინფილტრატი; ერთგვარი მნიშვნელობა აქვს პილორუსის სპაზმსაც.

პილორუსისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის სანათურის შევიწროების უხშირესი მიზეზი მაინც დანაწიბურების პროცესია, შემდეგ ადგილზე სიხშირის მიხედვით დგას სხვა ორგანოებში შეღწეული წყლული. ა. თელიას მასალით წყლულოვანი დაავადების სტენოზით გართულებული 612 ავადმყოფიდან 409 შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა დანაწიბურებას.

პილორულ-დუოდენალურ სტენოზზე მსჯელობისას, იგულისხმება კუჭის გასავლისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის შევიწროება, რასაც მოჰყვება კუჭის ყველა ფუნქციის შეცვლა. განსაკუთრებით ირღვევა კუჭის მოტორული ფუნქცია, ხშირად ევაკუაციური ფუნქციის უკმარისობით. ამრიგად, პილორო-დუოდენალური სტენოზი წარმოადგენს კლინიკურ-ანატომიურ შენებას, რომელსაც თავისი როგორც მორფოლოგიური, ისე კლინიკური გამოვლინება აქვს.

სტენოზის ერთ-ერთი დამახასიათებელი ნიშანთაგანია კუჭის ევაკუაციური ფუნქციის მოშლა, კუჭში საკვების ხანგრძლივი შეკავებით, რასაც კუჭის გაგანიერება მოსდევს. აქედან გამომდინარე, ძველად აიგივებდნენ კუჭის გაგანიერებასა და პილორუსის სტენოზს, კუჭში საკვების ხანგრძლივ შეკავებას და პილორუსის შევიწროებას.

ახლა პილორო-დუოდენალური სტენოზი უფრო ფართო გაგებით იხმარება. კლინიკური და რენტგენოლოგიური მონაცემების დაპირისპირებამ, ოპერაციის დროს მიღებულ მონაცემებთან გამოააშკარავა, რომ არსებობს პილორო-დუოდენალური სტენოზი ევაკუაციური ფუნქციის მოშლის გარეშე.

ჩვენი აზრით, კომპენსირებული სტენოზის ქვეშ უნდა იგულისხმებოდეს პილორუსისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის სანათურის ისეთი შევიწროება, რომლის დროს კუჭის ევაკუაციური ფუნქცია ჯერ კიდევ შენახულია, კუჭის დაცლა შიგთავსისაგან თავის დროზე ხდება, მაგრამ ადგილი აქვს კუჭის მოტორული ფუნქციის მოშლის სხვა მოვლენებს.

კომპენსირებული სტენოზის გარდა არჩევენ სუბ-და დეკომპენსირებულ სტენოზებს. სუბკომპენსირებული სტენოზის ცალკე სტადიად გამოყოფის მომხრეა ა. პერედელსკი, ა. ა. ნემილოვი, ა. თელია, კ. ვირსალაძე; ა. ნემინოვი სუბკომპენსიურ სტენოზს უწოდებს შედარებითი კომპენსაციის პერიოდს.

სტენოზის სამ სტადიად დაყოფა ემყარება ერთი მხრივ, კუჭის ევაკუაციური ფუნქციის მოშლისა და მეორე მხრივ, ორგანიზმის ზოგადი ცვლილებების ხარისხს. კლინიკურ-რენტგენ-ლაბორატორიული

მონაცემების დაპირისპირებამ, ოპერაციის დროს მიღებულ მონაცემებთან, ცხადყო, რომ კუჭის შიგთავსის შეკავების ხარისხი დამოკიდებული არ არის სანათურის შევიწროების ხარისხზე.

სტენოზისათვის დამახასიათებელი წყლულოვანი დაავადების მრავალფეროვანი მიმდინარეობის შემდეგ ამ ფონზე ვითარდება სტენოზით გამოწვეული მოვლენები. ტკივილი თითქმის ყოველთვის გამოხატულია. იგი შესაძლებელია დაკავშირებული იყოს საკვების მიღებასთან, ან მშიერი ტკივილის ხასიათი ჰქონდეს. ტკივილი უხშირესად ეპიგასტრიუმის არეშია ლოკალიზებული, ძლიერდება ამ კუჭის ავსებისა და სიმძიმის გრძნობის მატებასთან ერთად. ნაწიბუროვანი სტენოზისათვის დამახასიათებელია მტკივნეული გაბერვა (ა. თელია), სოდის მიღება, რომელიც წინათ აყუჩებდა ტკივილს, სტენოზის დროს სასურველ ეფექტს არ იძლევა.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება (გაგრძელება). წყლულის პერფორაცია

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების უმძიმესი გართულებაა — წყლულის პერფორაცია. წყლულის პერფორაციის კლინიკური სურათი იმდენად დამახასიათებელია, რომ დიაგნოზი ძნელი არ არის, ხოლო უეცრად მძიმე მდგომარეობაში ჩავარდნილი ავადმყოფი, ოპერაციაზე უყოყმანოდ თანხმდება.

პერფორაცია წყლულოვან ავადმყოფთა დაახლოებით 1—5%-ს ემართება. ვ. უსპენსკის მასალის მიხედვით იგი 1%-ს უახლოვდება.

პერფორაცია შეიძლება განიცადოს როგორც ქრონიკულად მიმდინარე, ისე მწვავე წყლულმა, რაც თავისებურ დაღს ასვამს კლინიკურ სურათს. პერფორაციამდე ქრონიკულად მიმდინარე წყლულოვანი დაავადების ხანგრძლივობა სხვადასხვაა, ჩვენი მასალის მიხედვით იგი შეიძლება რამდენიმე თვე, უფრო ხშირად კი რამდენიმე წელი იყოს, ზოგჯერ 10—15—20 წელი და მეტი.

თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია უფრო ხშირია, ვიდრე კუჭის წყლულისა. შენიშნულია გარკვეული კორელაცია პერფორაციული წყლულის ლოკალიზაციასა და ავადმყოფთა ასაკს შორის. თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია უფრო ხშირია ახალგაზრდებში, კუჭის წყლულისა კი — ხანში შესულებს შორის.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაცია უფრო ხშირად 20—50 წლის ასაკის ავადმყოფებს ემართებათ (80%). პერფორაცია უფრო ხშირია გაზაფხულზე, დღის მეორე ნახევარში. ქალებში წყლულის პერფორაცია იშვიათია, მისი სიხშირე არ აღემატება 1 — 3%-ს.

მწვავე პერფორაციის კლასიკური ნიშნებიდან წამყვანია ძლიერი ტკივილის უეცარი დაწყება და მუცლის პრესის დაჭიმულობა. ძლიერი ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში აღენიშნება ავადმყოფთა 80—90%-ს. შემდეგ ტკივილი ვრცელდება მთელ მუცელზე, განსაკუთრებით კი მარჯვენა თეძოს ფოსოზე. იგი ირადიაციას იძლევა წელისაკენ, მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, მარჯვენა მხარში.

მუცლის პრესის დაჭიმულობა ვითარდება ტკივილების დაწყების-

თანავე. მისი გამოხატულების ხარისხი მრავალ ფაქტორზეა დამოკიდებული: თავისუფალ შიგთავსის რაოდენობაზე, ავადმყოფის ასაკზე, მის ზოგად მდგომარეობაზე და პერფორაციიდან განვლილ დროზე. მუცლის პრესის ტიპური დეფანსი გამოხატული აქვს ავადმყოფთა 80—90%-ს. მუცელი ჩავარდნილია, ფიცარივით დაჭიმული და ახალგაზრდა ღონიერ ავადმყოფს მკაფიოდ გამოესახებათ სწორი კუნთების რელიეფი.

კლასიკური ტრიადის მესამე ნიშანია წყლულოვანი ანამნეზი, რაც გამოვლინდება 80%-ში. ავადმყოფთა მცირე ნაწილს (20%) წყლულოვანი დაავადების ანამნეზი ან სავსებით არა აქვთ, ან იგი ტიპური არ არის. ცნობილია, რომ პერფორაცია შეიძლება განიცადოს მანამდე უსიმპტომოდ მიმდინარე ე. წ. „მუნჯმა“ წყლულმა; ამ შემთხვევაში წყლულოვანი დაავადების კლინიკური გამოვლენა სწორედ პერფორაციით იწყება.

დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს პნევმოპერიტონეუმს — თავისუფალი აირის არსებობას დიაფრაგმის ქვეშ და ფრენიკუს სიმპტომს, რომელიც ავადმყოფთა 60—70%-ს აქვს გამოხატული.

ნ. კოზინცევი (1964) სკლიფოსოვსკის სახ. ინსტიტუტის კლინიკურ მასალებზე წყლულოვანი პერფორაციის კლინიკური გამოვლენის სამ ჯგუფს გამოჰყოფს; პირველია ავადმყოფები, რომელთაც გამოხატული აქვთ პერფორაციის კლასიკური სურათი. ეს ჯგუფი აერთიანებს ავადმყოფთა 90%-ს; მეორეა — პერფორაციის კლინიკის არასრულად გამოხატული სურათი; იგი გვხვდება ავადმყოფთა 9,3%-ში. მესამეა — მიფარებული პერფორაციის კლინიკური სურათი, რასაც ადგილი აქვს ავადმყოფთა 0,7-%-ში.

ავადმყოფთა გულდასმით შესწავლა გამოავლენს მთელ რიგ ნიშნებს, რომლებიც გარკვეულ დახმარებას გვიწევს დიაგნოზის დაზუსტებაში.

მხედველობაშია მისაღები ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა, — სახის გამომეტყველება, საწოლში იძულებითი მდებარეობა. ავადმყოფების უმრავლესობა შოკის მდგომარეობაშია. ავადმყოფი შეწუხებული და შეშინებულია, მის სახეს ტანჯული გამომეტყველება აქვს, სახის კანი ფერმკრთალია, აქვს ცივი ოფლი, ავადმყოფი ტკივილის შიშით საწოლში მდებარეობას არ იცვლის, გაუნძრევლად წევს ზურგზე ან მუცელზე მიკრული ქვემო კიდურებით, არ იცვლის ამ იძულებით მდებარეობას.

სხეულის ტემპერატურა ნორმალურია, მაჯისცემა შენელებული, ენა სველი ან მომშრალო, აწუხებს წყურვილი. ზოგჯერ აღენიშნება პირღებინება, — თუმცა იგი პერფორაციისათვის არ არის დამახასია-

თებელი. პირღებინებას შეიძლება პერფორაციის დასაწყისშივე ან მოგვიანებით ჰქონდეს ადგილი. ეს უკანასკნელი დამახასიათებელია პერიტონიტისათვის.

მუცელი ჩავარდნილია, სუნთქვაში არ მონაწილეობს; ზოგჯერ კარგად გამოისახება მუცლის სწორი კუნთის მოყვანილობა. კუნთების დაჭიმულობა მაქსიმალურადაა გამოხატული.

პალპაციით, პერკუსიით, აუსკულტაციით, სწორი ნაწლავის გასინჯვით და რენტგენოსკოპით გამოვლინდება ნიშნები, რომლებიც მუცლის ღრუში თავისუფალი აირის არსებობას და პერიტონეუმის გაღიზიანებას მოწმობს.

სპეციალური პერკუსიით ავლენს მაღალი ტამპონატის ზონას მახვილისებრ მორჩსა და ჭიპს შორის, რაც გამოწვეულია ამ არეში აირის დაგროვებით. ბრაუნი მოსმენით აღნიშნავდა დიაფრაგმის ხახუნს ნეკნთა რკალის არეში. მუცლის წინა კედლის პერკუსია ადასტურებს პერიტონეუმის გაღიზიანებას, რომელიც დასაწყისში მუცლის მარჯვენა ნახევარში უფრო მკაფიოდაა გამოხატული. კრამოვის მიხედვით, პერიტონეუმის გაღიზიანების შედეგად მტკივნეულობა აღინიშნება საზარდულის გარეთა რგოლისა და ჭიპის მიდამოში. სწორი ნაწლავის თითით გასინჯვა შეიძლება მტკივნეული იყოს კუჭის შიგთავსის დუგლასის ფოსოში ჩაღვრის შედეგად; პერფორაციის გამოვლენის ერთ-ერთი საშუალებაა მუცლის ღრუს რენტგენოსკოპია, რაც ყველა საეჭვო შემთხვევაში უნდა გაკეთდეს.

წყლულის პერფორაციას დამახასიათებელი მიმდინარეობა აქვს. მიღებულია მისი დაყოფა სამ პერიოდად: 1. შოკის პერიოდად, 2. მდგომარეობის დროებითი, მოჩვენებითი გაუმჯობესების პერიოდად და 3. პერიტონიტის განვითარების პერიოდად.

ჩვენ მიერ აღწერილი კლინიკური სურათი პერფორაციის პირველ პერიოდს ასახავს და დიაგნოზიც ამ პერიოდში უნდა დაზუსტდეს.

თუ პერფორაციული ჩვრელი ამა თუ იმ მიზეზით დროებით დაიხურა, ამავე დროს პერფორაციული ხვრელი მცირე იყო, პერფორაციის მომენტში კუჭი ცარიელი იყო და მუცლის ღრუში შიგთავსი მცირე რაოდენობით ჩაიღვარა და შეიწოვა, ავადმყოფის მდგომარეობა უმჯობესდება, ტკივილი და მუცლის პრესის დეფანსი საგრძნობლად მცირდება. კლინიკური სურათის ასეთი შეცვლა შეიძლება შეცდომის მიზეზი გახდეს. ეს გარემოება მუდამ უნდა გვქონდეს მხედველობაში და ავადმყოფი მუდმივი მეთვალყურეობის ქვეშ ვიყოლიოთ.

როდესაც კლინიკური სურათი და ანამნეზი ნათელი არ არის, — დიაგნოზის დასმა ძნელდება. შეცდომები აღინიშნება ისეთი დაავადების დროს, როგორიცაა მწვავე აპენდიციტი, ნაწლავთა გაუვალობა, წყლულოვანი დაავადების გამწვავება, მწვავე ქოლეცისტიტი, საკვე-

ბით მოწამვლა, კოლიტი, წვრილი ნაწლავის პერფორაცია, ნაწლავის შინაგანი ჩაჭედვა, მწვავე გასტრიტი, სტენოკარდიისა და გულის ინფარქტის აბდომინალური ფორმა და სხვ.

გარკვეულ დიაგნოზურ სიძნელეს წარმოადგენს ე. წ. მიფარებული პერფორაცია, რომლის კლინიკა აღწერა შნიცლერმა (1912). პერფორაცია შეიძლება მიფარებული იყოს მოკლე დროის განმავლობაში ან ხანგრძლივად. პერფორაციული ხვრელი შეიძლება დროებით ან მუდმივად დაიხშოს. ჩვენს მასალაზე მიფარებული პერფორაცია აღინიშნებოდა შემთხვევათა 5%-ში. პერფორაციული ხვრელის მიფარებას ხელს უწყობს ხვრელის მცირე ზომა, ცარიელი კუჭი პერფორაციის მომენტში, პერფორაციის ლოკალიზაცია.

წყლულის პერფორაციის ქირურგიულ მკურნალობას 85 წლის ისტორია აქვს. იგი დაიწყო, როდესაც იოჰან მიკულიჩმა 1880 წელს გააკეთა პერფორირებული კუჭის ოპერაცია. ავადმყოფი გარდაიცვალა ოპერაციიდან 3 საათის შემდეგ. მიკულიჩმა ამოუკერა პერფორირებული წყლული კიდევ 30 ავადმყოფს. ყველა დაიღუპა. მიუხედავად ასეთი შედეგისა, მიკულიჩი დარწმუნებული იყო წყლულის პერფორაციის დროს ქირურგიული მკურნალობის აუცილებლობაში და გერმანელ ქირურგთა 28-ე ყრილობას (1897) წარუდგინა შეჯამებული მასალა, რომელიც მოიცავს 103 ოპერაციას — 33 ავადმყოფის განკურნებით.

რიდიგერმა (1887) თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის დროს პირველმა გააკეთა კუჭის რეზექცია, ხოლო ბრაუნმა თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის ამოკერვას დაუმატა გასტროენტეროანასტომოზი.

წყლულის პერფორაციით გამოწვეულ კუჭის რეზექციას მოქმედეთა მცირე რაოდენობა ჰყავდა. ამის საუკეთესო ილუსტრაციაა წყლულის პერფორაციის შემთხვევებში კუჭის რეზექციის ისტორია რუსეთში. რუსეთში კუჭის პირველი რეზექცია წყლულის პერფორაციის გამო განახორციელა ო. იუცევიჩმა (1906), კარგი შედეგით. მიუხედავად ამისა, 1917 წლამდე ეს ოპერაცია რუსეთში მხოლოდ ორ ავადმყოფს გაუკეთდა. შემდგომ 5 წლის მანძილზე (1922 წლამდე) იგი სულ 22 ავადმყოფს გაუკეთდა. 1927—38 წ. მხოლოდ 50 ავადმყოფს, თუ არ ჩავთვლით სკლიფოსოვსკის სახ. ინსტიტუტს, სადაც ამავე პერიოდში, ს. იუდინის უშუალო ინიციატივით, ეს ოპერაცია ფართოდ დაინერგა და ოპერაცია ჩაუტარდა 948 ავადმყოფს.

შესაძლებელია უამრავი მაგალითის მოყვანა იმის დასადასტურებლად, რომ პირველ საათებში შესრულებული ოპერაცია, უმრავლეს

შემთხვევაში, ავადმყოფის განკურნებით მთავრდება. დაგვიანებული ოპერაციული ჩარევა ისეთივე მაჩვენებლებს იძლევა, როგორც გასულ საუკუნეში. ამრიგად, პროგრესი წყლულის პერფორაციის მკურნალობაში დაკავშირებულია დროულ, პირველ საათებში გაკეთებულ ოპერაციასთან. ერთეულ შემთხვევებში მთავრდება სიკვდილით, მოგვიანებით გაკეთებული ოპერაციების შემდეგ სიკვდილიანობა პროგრესულად იზრდება დაგვიანების პარალელურად და შეიძლება 100%-ს მიაღწიოს. მიუხედავად იმისა, რომ ოპერაციის შემდგომი პერიტონიტის სამკურნალო საშუალებების არსენალი უსაზღვროდ გაიზარდა ახალი მედიკამენტების ხარჯზე და ზოგჯერ შესაძლებელია უმძიმესი პერიტონიტით ავადმყოფის გადარჩენა. ამ მდგომარეობას არ შეუცვლია წყლულის პერფორაციის მკურნალობის უპირველესი მოთხოვნილება — დროული ოპერაციული ჩარევა პირველივე საათებში, რადგან მხოლოდ იგი იხსნის ავადმყოფს მძიმე პერიტონიტისაგან.

წყლულის პერფორაციის მკურნალობის ისტორიაში შეიძლება გამოიყოს ოთხი პერიოდი: პირველი განისაზღვრებოდა კონსერვატიული ღონისძიებებით; მეორე დასაბუთებული იყო ოპერაციული მკურნალობით, როგორც მკურნალობის ერთადერთი მეთოდის აუცილებლობა. მესამე პერიოდში პრინციპულად დაისვა საკითხი წყლულის პერფორაციის დროს ოპერაციის მეთოდის უპირატესობაზე (პირველადი რეზექციის გაკეთება, წყლულის ამოკერვა, თუ იგი ჩატარდება გასტროენტეროანასტომოზის დამატებით); ბოლოს, მეოთხე პერიოდი, ხასიათდება კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის ქირურგიული მკურნალობის მდიდარი გამოცდილების დაგროვებითა და ანალიზით. მიუხედავად ამისა, დღესაც არ დამთავრებულა დავა, თუ რომელს მიეცეს უპირატესობა — ამოკერვას, თუ პირველად რეზექციას. ქირურგთა უმრავლესობისათვის ეს საკითხი გადაწყვეტილია. არ უნდა დავუპირისპიროთ ერთმანეთს კუჭის რეზექცია და წყლულის ამოკერვა. სათანადო ჩვენებების დროს ორივე მეთოდი სრულუფლებიანია და გამოყენებული უნდა იქნეს საჭიროების მიხედვით. საკითხის ასეთი დაყენება არ ამცირებს კუჭის რეზექციის უპირატესობას გაკერვასთან შედარებით.

ბრაუნის ოპერაცია — პერფორირებული წყლულის ამოკერვა, გასტროენტეროანასტომოზის დამატებით, უმრავლესობის მიერ უარყოფილია. ის ფართოდ იყო გავრცელებული იმ პერიოდში, როდესაც გასტროენტეროანასტომოზი ითვლებოდა თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის მკურნალობის საუკეთესო საშუალებად. წყლულის ამოკერვას გასტროენტეროანასტომოზი ემატებოდა არა მხოლოდ პილორუსის შევიწროების ან შემდგომი სტენოზის შესაძლებლობის თავიდან

აცილების მიზნით, არამედ როგორც წყლულის შეხორცების ხელის შეწყობის პირობა.

შემდგომში ცხადი გახდა ამ მოსაზრების უსაფუძვლობა, ხოლო პეპტიკური წყლულების სიხშირემ ამ ოპერაციის შემდეგ სავსებით ნათელი გახადა მისი უარყოფითი მხარეები. ამჟამად თუ წყლულის ამოკერვა და გასტროენტეროანასტომოზი მხოლოდ ერთი ჩვენების დროს ზოგჯერ მაინც კეთდება, ამას ადგილი აქვს ამოკერვის, პილორუსის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის სანათურის შევიწროების შედეგად. ეს უკანასკნელი ბევრად არის დამოკიდებული ამოკერვის ტექნიკაზე, მის ზუსტად შესრულებაზე. უმრავლეს შემთხვევაში პერფორაციული ხვრელის ამოკერვა შესაძლებელია სანათურის შევიწროების გარეშე, რაც თავისთავად გამორიცხავს გასტროენტეროანასტომოზის საჭიროებას.

ამრიგად, წყლულის პერფორაციის ქირურგიული მკურნალობის არსენალში დღეს ორი ოპერაციული მეთოდია: პალიატიური ოპერაცია — წყლულის ამოკერვა და რადიკალური ოპერაცია — კუჭის რეზექცია.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის დროს კონსერვატიულად განწყობილი, ე. წ. ფრთხილი ქირურგების ლოზუნგია — პირველ რიგში ავადმყოფის ხსნა სიკვდილისაგან, რის გამო ისინი ყველა შემთხვევაში მოითხოვენ დამზოგველ, ნაკლებად ტრავმულ ოპერაციულ ჩარევას — პერფორაციული ხვრელის ამოკერვას.

როდესაც ოპერაციული ჩარევა კეთდება დაგვიანებით, მძიმე, შორსწასული პერიტონიტის პირობებში, მუცლის ღრუში კუჭის შიგთავსი დიდი რაოდენობით არის ჩაღვრილი, განსაკუთრებით ხანში შესულ და მოხუც ავადმყოფებში, მთელი რიგი თანმხლები დაავადების ფონზე; მიზანშეწონილია მხოლოდ პოლიატიური ოპერაცია — ხვრელის ამოკერვა რამდენიმე კვანძოვანი ნაკერით.

მაგრამ საკითხის ასე გადაწყვეტა მხოლოდ ერთ მომენტს ასახავს. რადიკალური თუ პალიატიური ოპერაციის უპირატესობა დადგენილი უნდა იყოს, როგორც უახლოესი, ისე შორეული შედეგების გათვალისწინებით.

შეიძლება თუ არა ერთმანეთს დავუპირისპიროთ ამ ორი ოპერაციული მეთოდის უშუალო შედეგები? ჩვენი აზრით, ასეთი დაპირისპირება ყოველთვის სწორი არ არის, მართლაც არ იქნებოდა სწორი რეზექციისა და ამოკერვის უშუალო შედეგების დაპირისპირება იმ დაწესებულების მონაცემების მიხედვით, რომელშიც პერფორაციული წყლულის მკურნალობისათვის ორივე მეთოდს იყენებენ. ამ შემთხვევაში ამოკერვით ნამკურნალევ ავადმყოფთა ჯგუფში თავს მოიყ-

რის ის კონტიგენტი, რომელსაც ამა თუ იმ წინააღმდეგჩვენების გამო რეზექცია ვერ გაუკეთდა; თავისთავად ცხადია, რომ ეს ავადმყოფები გაცილებით უფრო მძიმეა. ასეთი არათანაბარი მონაცემების გამო ამ ორი ჯგუფის დაპირისპირება გაუმართლებელია. იგივე მდგომარეობა იქნება იმ შემთხვევაში, თუ რეზექციით ნამკურნალევ ავადმყოფთა ჯგუფს დავუპირისპირებთ სხვა სამედიცინო დაწესებულებების მასალას, სადაც მხოლოდ ამოკერვას მიმართავენ. ამრიგად, იმისათვის, რომ ერთმანეთს შევადაროთ ორივე მეთოდის შედეგები, საჭიროა შეირჩეს ერთგვარი ავადმყოფები. ასაკის, პერფორაციიდან ოპერაციამდე გასული დროის და სხვა მაჩვენებლების მიხედვით თანაბარი პირობების დაცვით ნაწარმოები დაპირისპირება ავლენს, რომ ლეტალობა ორივე ჯგუფში თითქმის თანაბარია, თუმცა რამდენადმე ნაკლებია ამოკერვით ნამკურნალევთა შორის.

ამ ორი მეთოდით ნამკურნალები ავადმყოფების შორეული შედეგები კი მკვეთრად განსხვავდება.

წლების მანძილზე დაგროვილი მასალა მოწმობს, რომ პერფორაციული წყლულის ამოკერვის შორეული შედეგი არადამაკმაყოფილებელია. გაკერილი წყლული ხშირად არ ხორცდება, იგი შეიძლება გადაიქცეს კალოზურ წყლულად, განიცადოს პენეტრაცია მეზობელ ორგანოში. შეუხორცებელმა წყლულმა შეიძლება მოგვცეს ყველა გართულება, რომელიც ახასიათებს წყლულოვან დაავადებას (პროფუზული სისხლდენა, განმეორებითი პერფორაცია, პილორუსისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის სტენოზი, დეფორმაცია, კიბოდ გადაგვარება და სხვ.); აღნიშნული გართულებები უმეტესად განმეორებით ოპერაციულ ჩარევას მოითხოვს. ოპერირებული კუჭის რეზექცია კი, უფრო მეტ გართულებას იძლევა, ვიდრე კუჭის პირველადი რეზექცია. ლიტერატურის მიხედვით, განმეორებითი ოპერაციული ჩარევა პერფორაციული წყლულის ამოკერვის შემდეგ საჭირო ხდება შემთხვევათა 15 — 80%-ში (ნ.ეპიფანოვი, ს. იუდინი, შტრაუსი და სხვ.); ს. იუდინის მონაცემებით, წყლულის ამოკერვის შორეული შედეგი არადამაკმაყოფილებელია შემთხვევათა 60%-ში.

ჩვენი მასალაც მოწმობს, რომ განმეორებითი ოპერაციები შემთხვევათა დიდ ნაწილში სწორედ ულცერორაფიის შემდეგ განვითარებული პათოლოგიური პროცესით არის განპირობებული. მათ შორის პირველი ადგილი სიხშირით უჭირავს შეუხორცებელ წყლულს.

პერფორაციული წყლულის ამოკერვამ შეიძლება იხსნას ავადმყოფი სიკვდილისაგან, მაგრამ არა იგი კურნავს მას წყლულოვანი დაავადებისაგან და დიდ უმრავლეს შემთხვევაში არ ააცდენს თავიდან განმეორებით ოპერაციას — კუჭის რეზექციას; არა მარტო იხსნის ავად-

მყოფს სიკვდილისაგან, არამედ აცილებს პათოლოგიურ კერას და კურნავს მას წყლულოვანი დაავადებისაგან. აქედან ცხადია პირველადი რეზექციის უპირატესობა პერფორაციული ხვრელის ამოკერვასთან, მაგრამ რეზექცია უნდა გაკეთდეს მხოლოდ სათანადო დასაბუთებულ შემთხვევაში.

რაც უფრო უკეთ იქნება დაყენებული დროული დიაგნოსტიკისა და ავადმყოფთა დროული ჰოსპიტალიზაციის საქმე, რაც უფრო მეტი გამოცდილება დაგროვდება საერთოდ წყლულოვანი დაავადების ქირურგიული მკურნალობის საკითხში, მით უფრო ხშირი იქნება წყლულის პერფორაციის დროს პირველად რეზექციათა რიცხვი, მაგრამ რაც არ უნდა ფართოდ მიმართავდნენ კუჭის პირველად რეზექციას წყლულის პერფორაციის სამკურნალოდ, პირველადი რეზექციის უდიდესი მიმდევრების ხელშიც კი ყოველთვის რჩება ავადმყოფთა დიდი ნაწილი, რომელთაც ამა თუ იმ მიზეზის გამო კუჭის რეზექცია ვერ გაუკეთდება და ოპერაციული ჩარევა წყლულის ამოკერვით შემოიფარგლება.

აღნიშნულის საუკეთესო დასაბუთებას იძლევა სკლიფოსოვსკის სან. ინსტიტუტის მდიდარი ფასალა. ამ ინსტიტუტში, — რომელიც ითვლება წყლულის პერფორაციის კუჭის რეზექციით მკურნალობის ინიციატორად და პროპაგანდისტად საბჭოთა კავშირში, — ნ. კოზინცევის მონაცემებით, უკანასკნელი 20 წლის მანძილზე, 2506 ავადმყოფიდან, რომელთაც ჰქონდათ წყლულის პერფორაცია, კუჭის რეზექცია გაუკეთდა 1445-ს (57,5%), 1045 ავადმყოფს (40,0%) გაუკეთდა ულცერორაფია, ხოლო 12-ს (0,5%) — წყლულის ამოკერვა გასტროენეროანასტომოზის დამატებით. ამრიგად, ავადმყოფთა თითქმის ნახევარს ჰქონდა ესა თუ ის წინაალმდეგჩვენება, რის გამოც კუჭის რეზექცია მიზანშეწონილად არ იქნა ცნობილი.

კუჭის პირველადი რეზექციის უპირატესობის მიუხედავად, ჩვენ გამართლებულად არ მიგვაჩნია ამ ორი ოპერაციული მეთოდის დაპირისპირება. ორივე მეთოდს გააჩნია სათანადო ჩვენებები და ამის მიხედვით უნდა იყოს გამოყენებული; სადაც კუჭის რეზექციაა—მას უპირატესობა უნდა მიეცეს. წყლულის ამოკერვა კი უნდა კეთდებოდეს მხოლოდ რეზექციის წინაალმდეგჩვენების დროს. ამდენად იგი იძულებითი ოპერაციაა. მიუხედავად ამისა, მისი ხვედრითი წონა საკმარისად დიდია და იმ დაწესებულებებშიაც კი, სადაც კუჭის რეზექციას ფართოდ მიმართავენ, თითქმის 50%-ს შეადგენს.

წყლულის პერფორაციის დროს კუჭის რეზექციით მკურნალობის ჩვენებების დასადგენად მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული არა რომელიმე ერთი ფაქტორი, არამედ ამ ფაქტორთა ერთობლიობა.

ორი მომენტი განსაზღვრავს ძირითადად პირველადი რეზექციის ჩვენებას: ეს არის ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა და ადგილობრივი პათოლოგიური პროცესის გამოვლენის ხარისხი. ეს კი დამოკიდებულია პერფორაციიდან გასულ დროზე, კუჭის ავსებაზე პერფორაციის მომენტში, სეკრეციის უნარზე, ორგანიზმის რეაქტიულობაზე.

რასაკვირველია, არ შეიძლება რეზექციის ჩვენების განსაზღვრა მხოლოდ პერფორაციიდან გასული დროთი, კერძოდ პირველი ექვსი საათით. რეზექცია არ კეთდება არც პირველ საათებში თუ არსებობს წინაღმდეგჩვენებანი, მაგრამ სწორედ დროის ამ მონაკვეთში არის უფრო ხშირად რეზექცია ნაჩვენები.

გაუმართლებელია მხოლოდ ასაკით რეზექციის ჩვენების ან წინააღმდეგჩვენების დადგენაც. თუ ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა საშუალებას იძლევა, პირველადი რეზექცია შეიძლება ხანდაზმულ ასაკშიც გაკეთდეს.

არის აზრი, რომ ახალგაზრდა ადამიანის წყლულის პერფორაციის დროს რეზექცია უნდა შეიზღუდოს, რადგან ამ ასაკში ქსოვილების რეგენერაციის უნარი დიდია, ამიტომ საჭიროა თავის შეკავება პირველადი რეზექციისაგან, რადგან წყლულს შეხორცების მეტი უნარი აქვს. ეს აზრი სადისკუსიოა და მოითხოვს შემდგომ დაკვირვებას. მოყვანილი დებულების საწინააღმდეგოდ მეტყველებს ჩვენი მასალა. ულცეროგრაფიის შემდგომი შეუხორცებელი წყლულის გამო წარმოებული განმეორებითი ოპერაციის საგრძნობი ნაწილი ახალგაზრდა ავადმყოფებზე მოდის.

ჩვენი აზრით, სხვა თანასწორ პირობებში, პირველადი რეზექცია თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციასთან შედარებით, კუჭის, განსაკუთრებით კალოზური წყლულის პერფორაციის შემთხვევაში უფროა ნაჩვენები.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია ხანში შესულ და მოხუცთა ასაკში, 50 წლის შემდეგ, კლებულობს, მაგრამ ჩვენი მასალით იგი არც ისე იშვიათია და 27,4%-ს შეადგენს, მოხუცებში კი, 70 წლის ზევით, გვხვდება 7,8%-ში.

ნაკლებად არის შესწავლილი წყლულის პერფორაციის თავისებურება ხანში შესულ და მოხუცთა ასაკში; მას ყურადღება მხოლოდ ბოლო წლებში მიექცა. ქირურგის წინაშე მეტი სიძნელეებია სწორედ ამ ასაკის ავადმყოფთა მკურნალობის დროს, ატიპური კლინიკური სურათის, არადამაკმაყოფილებელი ზოგადი მდგომარეობის, თანმხლებ დაავადებათა, ორგანიზმის კომპენსატორული ძალების დაქვეითების გამო. ხანში შესულ და მოხუცთა შორის უფრო ძნელია ოპერაციის

ამა თუ იმ მეთოდის ჩვენების და წინააღმდეგჩვენების დადგენა. უნდა განვსაზღვროთ რამდენად ასატანია მოხუცისათვის ესა თუ ის ოპერაცია. ანესთეზიის რომელი სახე იქნება მისთვის ნაკლებ საზიანო, დასადგენია მედიკამენტური მკურნალობის ფარგლები. ყველა ეს საკითხი მოითხოვს განსაკუთრებულ ყურადღებას და პასუხისმგებლობას. შეცდომა შეიძლება გამოუსწორებელი იყოს. რადიკალური ჩარევის ნაცვლად ხშირად მიზანშეწონილია პალიატიური ოპერაციის გაკეთება.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში მოხუცთა შორის ხშირად აქვს ადგილი მძიმე გართულებებს გულ-სისხლძარღვთა და სასუნთქი სისტემის მხრივ. ამ ასაკის ავადმყოფთა ოპერაციის შემდგომი მოვლა და გართულებების პროფილაქტიკა თითქმის ისეთივეა, როგორც ყველა ასაკში, მაგრამ რამდენადაც ყველა გართულება უფრო მძიმედ მიმდინარეობს, ავადმყოფთა ეს კონტიგენტი მეტ ინდივიდუალიზაციას მოითხოვს.

უკანასკნელი 20 წლის მანძილზე, ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში წყლულის პერფორაციით გატარებული 205 ავადმყოფიდან 50 წელს გადაცილებული იყო 56. მათ შორის მამაკაცი იყო 47 (84%), ქალი — 9 (16%), 50—60 წლისა იყო 40 ავადმყოფი, 61—70 წლისა — 12 ავადმყოფი, 71 წელზე ხნიერი — 3 ავადმყოფი.

ხანდაზმულ და მოხუცთა შორის, ჩვენი მასალით სჭარბობს კუჭის წყლულის პერფორაცია — 57,1%.

სიკვდილიანობა აღნიშნულ ასაკში ჩვენს მასალაზე შეადგენს 21,8%-ს და ყველა შემთხვევაში მისი უშუალო მიზეზი იყო პერიტონიტი, ხშირად ბრონქოპნევმონიასთან ერთად.

კლინიკის გამოცდილებით ხანდაზმულ და მოხუცთა ასაკში წყლულის პერფორაციის დროს უპირატესობა უნდა მიეცეს წყლულის ამოკერვას, მაგრამ ჩვენებების დაზუსტების საფუძველზე, გარკვეულ შემთხვევაში შესაძლებელია მივმართოთ კუჭის პირველად რეზექციასაც.

ანესთეზიის სახეებიდან გამოვიყენეთ როგორც ადგილობრივი და სპინალური ანესთეზია, ისე ეთერის ნიღაბიანი ნარკოზი და ინტრატრაქეალური ნარკოზიც. იმდენად, რამდენადაც წყლულის პერფორაციის გამო წარმოებული ოპერაციის გამოსავალზე დიდ გავლენას ახდენს პერიტონეუმის ღრუს ტუალეტი, მისი მაქსიმალური ამომშრალება, ჩაღვრილი შიგთავსის მაქსიმალური ამოწმენდა — მუცლის პრესის რელაქსაციას დიდი მნიშვნელობა აქვს. ამ მხრივ უკეთესი პირობები იქმნება სპინალური ანესთეზიისა და ნარკოზის გამოყენე-

ბით. თუ წარსულ წლებში უფრო ხშირად მივმართავდით სპინალურ ანესთეზიას, უკანასკნელ წლებში წყლულოვანი დაავადების ქირურგიული მკურნალობის დროს საერთოდ და კერძოდ წყლულის პერფორაციის დროს უპირატესობას ვაძლევთ ინტრატრაქეალურ ნარკოზს.

კუჭის რეზექციას ვაწარმოებთ ბილროტის მეორე წესით, ჰოფმეისტერ ფინსტერერის მოდიფიკაციით, ე. ი. მლივი ნაწლავის მოკლე მარყუჟის გამოყენებით, მომტანი მუხლის მიკერებით, მცირე სიმრუდის შერთულს ზემოთ, რითაც შერთულის მოქმედებისათვის უკეთესი პირობები იქმნება.

უაღრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს პერიტონეუმის ღრუს გულდასმით ამომშრალებას, ჩაღვრილი შიგთავსის მაქსიმალურ ამოწმენდას. ამიტომ ლაპაროტომიის შემდეგ პირველ რიგში საჭიროა შიგთავსის ამოსუფთავება, განსაკუთრებით მარჯვენა თეძოს ფოსოსა და დუგლასის ფოსოდან. ამ მანიპულაციის დამთავრების შემდეგ დიდი მშრალი დოლბანდები ჩაიდება ამ ფოსოების მიმართულებით; ამის შემდეგ იწყება ოპერაციული ჩარევა კუჭზე, რეზექციისა თუ წყლულის ამოკერვის სახით. დოლბანდები რჩება პერიტონეუმის ღრუში ოპერაციის დამთავრებამდე, რაც ხელს უწყობს დარჩენილი შიგთავსის შეწოვას. პერიტონეუმის ღრუში რამდენიმე დღით ჩატოვებენ ვიწრო დრენაჟს ანტიბიოტიკების შესაყვანად; მუცლის ღრუ იხურება ყრუდ.

წყლულის ამოკერვა ტექნიკურად ყოველთვის ადვილი არ არის. წყლულის არეში ღრმა ცვლილებები (ალოზური კიდეები, ვრცელი ანთებითი ინფილტრატი) აძნელებს, ხოლო ზოგჯერ შეუძლებელსაც ხდის ხვრელის დახურვას; ასეთ პირობებში გამოიყენება პერფორირებული წყლულის ამოკერვის მრავალი მოდიფიკაცია და ხვრელის დახურვის სხვადასხვა წესი, როგორიცაა ხვრელის დატამპონება ბადექონით, პლასტიკა კუჭის კედლის ნაფლეთის გამოყენებით და სხვ. ჩვენ კლინიკაში პერფორაციული ხვრელის ტამპონაციის მიზნით ბადექონი გამოყენებული იყო ორ ავადმყოფზე. ორივე განიკურნა. მიუხედავად ამისა, მიზანშეწონილად არ მიგვაჩნია წყლულის გაკერვის ნაცვლად ამ მეთოდის გამოყენება ყოველთვის, როგორც ამას ზოგიერთი გვირჩევს. აღწერილია შემთხვევები, როდესაც პერფორირებული წყლულის დახურვა ვერ მოხერხდა და ოპერაცია დამთავრდა ხვრელის ტამპონაციით. შეიძლება ასეთ შემთხვევაში გამართლებული იყოს ხვრელში რეზინის მილის შეტანა და დამაგრება, საკიდი ენტეროსტომიის მსგავსად. მილის ამოღების შემდეგ დარჩება დუო-

დენური ან კუჭის ფისტულა, რომელიც შემდეგ უნდა დაიხუროს ოპერაციულად. ჩვენ ეს მეთოდი არ გამოგვიყენებია.

ამერიკულ ლიტერატურაში ვხვდებით მონაცემებს წყლულის პერფორაციის კონსერვატიული მკურნალობის შესახებ, ზონდის საშუალებით ანტიბიოტიკების შეყვანით; მედიცინის განვითარების თანამედროვე ეტაპზე წყლულის პერფორაციის მკურნალობა ამ მეთოდით გაუმართლებლად მიგვაჩნია.

დიდი მნიშვნელობა აქვს ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ავადმყოფის მოვლას და ყველა შესაძლებელი გართულებების დროულ პროფილაქტიკას. უპირველეს ყოვლისა, აღსანიშნავია:

1. გართულებები ფილტვების მხრივ, რომელიც 15—20%-ში გვხვდება. უფრო ხშირია 40 და განსაკუთრებით კი 50 წლის და უფრო ხნიერ ავადმყოფებში, მით უფრო ზოგადი გაუტკივარებით ჩატარებული ოპერაციის შემთხვევაში;

2. დაჩირქებები შემოსაზღვრული (სუბდიაფრაგმული ჩირქგროვა) ან დიფუზური ჩირქოვანი პერიტონიტი, ან ჭრილობის დაჩირქება. ანტიბიოტიკების ფართო გამოყენების პირობებში ეს გართულება შემცირდა;

3. კუჭიდან ევაკუაციის შეფერხება, რომელიც შეიძლება იყოს ფუნქციური ან მექანიკური ხასიათისა;

4. ოპერაციის შემდგომი სისხლდენა;

5. ჰერმეტიზმის დარღვევა წყლულის გაკერვის შემთხვევაში და თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის გახსნა კუჭის რეზექციის შემდეგ.

სიკვდილიანობის საერთო პროცენტი ჩვენი მასალის მიხედვით 9%-ს აღწევს. ა. ჩაჩანიძის მონაცემებით, წინათ იგი შეადგენდა 14%-ს, ხოლო უკანასკნელი 15 წლის მანძილზე 7%-ს არ აღემატება. ლეტალობის მაჩვენებელზე, სხვა ფაქტორებს გარდა, გავლენას ახდენს წყლულის ლოკალიზაცია. კუჭის წყლულის პერფორაციის დროს სიკვდილიანობა უფრო მაღალია, რაც იმით არის განპირობებული, რომ კუჭის წყლული უფრო მძიმე ცვლილებებს იძლევა, პერფორაციული ხვრელი ჩვეულებრივ უფრო დიდი ოდენობისაა, იგი უფრო ხშირია ხანშიშესულთა და მოხუცთა შორის.

ჩვენი მასალის მიხედვით დროულად გაკეთებული ოპერაცია, 40 წლის ასაკამდე ავადმყოფებში, სიკვდილიანობის დაახლოებით 3%-ს იძლევა. უკანასკნელი 10 წლის მანძილზე საგრძნობლად შემცირდა დაგვიანებული დიაგნოსტიკისა და დაგვიანებული ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევები, რამაც განაპირობა დროული ოპერაცია. კუჭის პირველადი რეზექცია და სიკვდილიანობის შემცირება.

ამრიგად, წყლულოვანი პერფორაციის მკურნალობა, რომელიც

მხოლოდ ქირურგიულია, ოპერაციის ორი სახით განისაზღვრება — პირველადი რეზექციითა და წყლულის ამოკერვით. კუჭის რეზექციას უდავოდ აქვს უპირატესობა და გამოყენებული უნდა იყოს, როცა კი შესაძლებელია. რეზექციის წინააღმდეგჩვენების შემთხვევაში, როგორც იძულებული ოპერაცია, უნდა გაკეთდეს წყლულის ამოკერვა; ამ უკანასკნელი ჯგუფის ავადმყოფების დიდი ნაწილი არ იკურნება წყლულოვანი დაავადებისაგან და ხშირად განმეორებით ოპერაციულ ჩარევას საჭიროებს.

კუჭის განმეორებითი ოპერაციები

განმეორებითი ოპერაციული ჩარევა კუჭის წყლულოვანი დაავადების გამო, ადრე წარმოებული ოპერაციის შემდეგ, ამჟამად ზუსტად არის დამუშავებული.

განმეორებითი ოპერაცია ადრე წარმოებული გასტროენტეროანასტომოზის შედეგად შეიძლება საჭირო გახდეს შეუხორცებელი რეციდივული ან ახლად გაჩენილი წყლულის, შერთულისა, მლივი ნაწლავის პეპტიკური წყლულის, მანკიერი წრისა და შერთულის ფუნქციის სხვა სახის მოშლილობის გამო.

შერთულის მოხსნა — დეგასტროენტეროსტომია — შეიძლება საჭირო იყოს იმ შემთხვევაში, როდესაც კუჭ-ნაწლავის შერთული დადებული იყო კუჭსა და თორმეტგოჯა ნაწლავში წყლულის არსებობის გარეშე, როდესაც გასტროენტეროანასტომოზის შემდეგ წყლული შეხორცდება პილორუსის შევიწროების გარეშე. დეგასტროენტეროანასტომოზის მრავალ მეთოდთა შორის უფრო ხშირად გამოიყენება ვ. უსპენსკის, ნ. სამარინის, ბალფურისა და ა. მელნიკოვის წესები.

კუჭისა და მასზე დადებული გასტროენტეროანასტომოზის რეზექცია წარმოებს შეხორცებული, რეციდივული ან ახლად განვითარებული წყლულის დროს, ქრონიკული მანკიერი წრის ზოგიერთ შემთხვევაში. მლივი ნაწლავის მთლიანობის აღდგენა ხდება პირით-პირში შერთულით. რეზექცია შესაძლებელია დამთავრდეს კუჭის ტაკვის უშუალო დაკავშირებით თორმეტგოჯა ნაწლავთან.

ბილროტის I ან II წესით უკანასკნელ შემთხვევაში მლივი ნაწლავის შერთული დაედება კუჭ-ნაწლავის ახალი შერთულის პროქსიმალურად.

კუჭის გასტროენტეროანასტომოზისა და განივი კოლინჯის რეზექცია კეთდება კუჭ-კოლინჯის ფისტულის დროს. ზოგჯერ საჭირო ხდება კუჭის, შერთულში შემავალი მლივი ნაწლავისა და განივი კოლინჯის ერთდროული რეზექცია; ამრიგად, კეთდება სამი ორგანოს რეზექცია.

ძალზე დასუსტებულ ავადმყოფებს შეიძლება ჩავუტაროთ ფის-

ტულის უბრალო გათიშვა: განივი კოლინჯი მოიხსნება, განთავისუფლდება შერთულის მიდამოდან და მისი დეფექტი გაიკერება.

წყლულოვანი დაავადებისა და მისი გართულების გამო ჩატარებული ოპერაცია ყოველთვის არ იძლევა განკურნებას. ავადმყოფთა მცირე ნაწილს რჩება თითქმის იგივე ჩივილები და იგივე კლინიკური სურათი, რის გამოც გაკეთებულია ესა თუ ის ოპერაცია. ზოგიერთ ავადმყოფს ოპერაციის შემდეგ მეტ-ნაკლები ხანგრძლივობის ნათელი პერიოდის შემდეგ წყლულოვანი მოვლენები განუახლდება. შემთხვევათა ნაწილში საქმე ეხება კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის შეუხორცებელ წყლულს, მეორე ნაწლავში კი წყლულის რეციდივს, ან ახალი წყლულის განვითარებას. მცირე გამონაკლისს გარდა, როგორც წესი, შეუხორცებელი, რეციდივული და ახალი წყლული პალიატიური ოპერაციის შედეგია. განსაკუთრებით ხშირია შეუხორცებელი და რეციდივული წყლულის გასტროენტეროანასტომოზის შემდეგ. წყლულის გამოთიშვით წარმოებული რეზექცია — ფინსტერესის წესით — დაბლამდებარე წყლულის დროს და მადლენერის წესით — კარდიალური და სუბკარდიალური წყლულის დროს ქმნის ხელშემწყობ პირობებს წყლულის შეუხორცებლობისა და რეციდივისათვის. წყლულის რეციდივი შეიძლება განვითარდეს კუჭის ეკონომიური რეზექციის შემდეგ სხვა პალიატიური ოპერაციებიდან, რომლის დროს არაიშვიათია შეუხორცებელი და რეციდივული წყლული, აღსანიშნავია ორმხრივი ვაგოტომია; ამის გამო მას ახლა, როგორც ცალკე ოპერაციულ ჩარევას, წყლულოვანი დაავადების მკურნალობის მიზნით, იშვიათად მიმართავენ.

თუმცა შეუხორცებელი, რეციდივული ან ახალი წყლული კუჭის რეზექციის შემდეგ გაცილებით იშვიათია, ვიდრე სხვა სახის ოპერაციული ჩარევის შემდეგ, იგი მაინც გვხვდება და ამდენად ყურადღების ღირსია.

შტარლონგერის შეჯამებული მასალით ასეთი წყლულები რეზექციის შემდეგ მეტად იშვიათია; 52121 რეზექციის შემდეგ სულ დადგენილი იყო 32 შეუხორცებელი და რეციდივული წყლული (0,06%); ამათგან 13-ჯერ თორმეტგოჯა ნაწლავში, კუჭში — 19-ჯერ. თუ იმასაც მივიღებთ მხედველობაში, რომ ამ წყლულის ერთი ნაწილი შეიძლება არ იყო ჭეშმარიტი რეციდივი, არამედ ოპერაციის დროს, შეუმ ნეველი და, მაშასადამე, დატოვებული, ნათელი გახდება, რომ რეზექციის შემდეგ წყლულის რეციდივი ფრიად იშვიათია.

უკანასკნელ წლებში ამერიკელი ავტორები წყლულის რეციდივის ძალიან მაღალ პროცენტს აღნიშნავენ ბილროტის I წესით კუჭის რეზექციის შემდეგ. მაგალითად, უოლტერსი თანაავტორებით თორ-

მეტგოჯა ნაწლავის წყლულის რეციდივს ბილროტის I წესით რეზექციის შემდეგ განსაზღვრავენ 7%-ით.

თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული შეიძლება არ შეხორცდეს წყლულის გამოთიშვით რეზექციის შემდეგ. უფრო მეტიც — წყლულოვანი პროცესი შეიძლება განვითარდეს და წყლულმა პერფორაცია განიცადოს. ასეთი შემთხვევები თუმცა იშვიათია, მაგრამ მათი რიცხვი ერთეულებს აჭარბებს. ი. მაიანცის ნაკრები მასალით 1533 გამოთიშვით წარმოებული რეზექციის შემდეგ პერფორაციას ადგილი ჰქონდა შვიდ შემთხვევაში. პერფორაციას რეზექციის შემდეგ გამოთიშვით, აღწერენ ა. ბაკულევი, მ. ლევინი და სხვანი. წყლულის შეუხორცებლობაზე მიუთითებს ამ ოპერაციის შემდგომი სისხლდენა.

გავეცნოთ მსგავს დაკვირვებას საკუთარი მასალიდან: ავადმყოფი ბ. ლ., მამაკაცი, 22 წლის, კლინიკაში შემოვიდა 1960 წლის 15 აპრილს საერთო სისუსტითა და კუპრისმაგვარი განავლით. 1958 წელს ჩვენსავე კლინიკაში თორმეტგოჯა ნაწლავის უკანა კედლის წყლულის გამო გაუკეთდა კუჭის რეზექცია წყლულის გამოთიშვით. 7 თვე თავს ჯანმრთელად გრძნობდა, შემდეგ ჰქონდა პროფუზული სისხლდენა. ჩვენთან შემოსვლამდე სამი დღით ადრე ჰქონდა ერთჯერადი სისხლიანი პირღებინება, შემდეგ კი კუპრისმაგვარი განავალი. ავადმყოფის შემოსვლისას ზოგადი მდგომარეობა საშუალო სიმძიმისა, ძლიერ ფერმკრთალი, უჩივის საერთო სისუსტეს, თვალთ უბნელდება, ჰემოგლობინი — 56%, ერითროციღები — 3800000. მელენა გრძელდებოდა შემდეგ დღეებში. 21 აპრილს ჰემოგლობინი ჩამოვიდა 42%-ზე.

ჩაუტარდა კონსერვატიული მკურნალობა — სისხლის გადასხმა, ვიკასოლი, ქლორკალციუმი, მეილენგრახტის დიეტა. სისხლის დენა შეჩერდა. გაეწერა კლინიკურად გაჯანსაღებული.

წყლულოვანი დაავადების გამო ოპერირებული კუჭის უმძიმესი გართულება კუჭ-ნაწლავის შერთულისა და ბლივი ნაწლავის პეპტიკური წყლული, დასაწყისში მხოლოდ გასტროენტეროანასტომოზის გართულებად იყო მიჩნეული, მაგრამ მალე გამოირკვა, რომ არც კუჭის რეზექციაა დაზღვეული ამ გართულებისაგან. გასტროენტეროანასტომოზის შემდეგ განვითარებული პეპტიკური წყლულის მკურნალობა ძალიან რთულია, კუჭის რეზექციის შემდგომი პეპტიკური წყლულის მკურნალობა კი გაცილებით უფრო მძიმეა.

გასტროენტეროანასტომოზის შემდეგ განვითარებული პეპტიკური წყლული პირველად აღწერილი იყო ბარგის მიერ 1897 წელს. რუსეთში კი იგი აღწერა კ. საპეჟკომ (1901).

ინტერესს არ არის მოკლებული რ. ქუმსიაშვილის მიერ ქ. თბილისის ქირურგიულ კლინიკაში შეგროვილი მასალა კუჭზე წარმოებუ-

ლი ოპერაციის შემდეგ განვითარებული პეპტიკური წყლულის შესახებ. 1910—1951 წლებში თბილისის კლინიკაში გაკეთდა 5374 კუჭის რეზექცია და 859 გასტროენტეროანასტომოზი. ამავე წლებში ამ კლინიკებში გასტროენტეროანასტომოზის შემდეგ განვითარებული პეპტიკური წყლულის გამო ოპერირებული იყო 159 ავადმყოფი (18%), ხოლო კუჭის რეზექციის შემდეგ განვითარებული წყლულის გამო — 15 (0,3%). ეს ციფრები ნათლად ასახავს სხვაობას გასტროენტეროანასტომოზისა და რეზექციის შემდგომი პეპტიკური წყლულების სიხშირეში.

ჩვენს კლინიკაში პეპტიკური წყლულის გამო გატარებულია 97 ავადმყოფი, 74-ს პეპტიკური წყლული გასტროენტეროანასტომოზის შემდეგ განუვითარდა; 23-ს კი — კუჭის რეზექციის შემდეგ.

პეპტიკური წყლული განუვითარდა კუჭზე წარმოებული შემდეგი სახის ოპერაციების შემდეგ:

უკანა გასტროენტეროანასტომოზი (მოკლე ფეხზე — ჰაკერით ან პეტერსენით) . .	47	ავადმყოფს
წინა გასტროენტეროანასტომოზი	2	„
წინა გასტროენტეროანასტომოზი ბრაუნის შერთულით	18	„
წყლულის ამოკერვა და უკანა შერთული . .	2	„
წყლულის ამოკერვა და წინა შერთული . . .	4	„
კუჭთეძონაწლავის შერთული	1	„
კუჭის რეზექცია ბილროტის I წესით . . .	1	„
კუჭის რეზექცია ბილროტის II წესით . . .	22	„

როგორც ჩვენს, ისე სხვა ავადმყოფთა მასალაზე პეპტიკური წყლულის უმეტესი ნაწილი მოდის უკანა გასტროენტეროანასტომოზზე.

შემთხვევათა გარკვეულ ნაწილში კუჭ-ნაწლავის შერთული იდეა მაღლა — თონდუსთან ახლოს. ასეთი შერთულის ფუნქცია დამაკმაყოფილებელი არ არის და ხელს უწყობს წყლულის განვითარებას. როდესაც გასტროენტეროანასტომოზი კეთდება სტენოზის სუბ-ან დეკომპენსაციურ სტადიაში დაბლა მდებარე გადიდებული კუჭის დროს; თავდაპირველად შერთულის ფუნქცია შეიძლება დამაკმაყოფილებელი იყოს, მაგრამ შემდეგ, როდესაც კუჭის კედლის ტონუსი აღდგება, კუჭი დაპატარავდება, შერთულის მიდამო ზემოთ გადაინაცვლებს და მისი ფუნქცია ირღვევა, შეიქმნება პირობა პეპტიკური წყლულის განვითარებისათვის და ბოლოს, პეპტიკური წყლულის განვითარების ერთ-ერთი მიზეზი შეიძლება იყოს უხეში ტექნიკური შეცდომაც.

გავეცნოთ ასეთი უხეში ტექნიკური შეცდომის საკუთარ შემთხვევას, რაც პეპტიკური წყლულის მიზეზი გახდა.

ავადმყოფი ლ. ი., მამაკაცი, 28 წლის, მოიყვანეს კლინიკაში 1955 წლის 28 IX, ეპიგასტრიუმის არეში ტკივილისა და განავლოვანი პირღებინების გამო. 4 თვის წინ ერთ-ერთი რაიონის საავადმყოფოში წყლულოვანი დაავადების გამო გაუკეთებიათ გასტროენტეროანასტომოზი, ოპერაციის შემდეგ მისი მდგომარეობა არ გაუმჯობესებულა; ამ მოვლენებს დაემატა განავლის სუნი პირიდან, განავლოვანი პირღებინება და ფაღარათობა. რენტგენოლოგიურად დადგენილია კუჭ-ნაწლავის შერთული. შერთულიდან გადასვლა ხდება ორივე მუხლში. კონტრასტი რამდენიმე წუთში გადადის მსხვილ ნაწლავში. დადგენილია კუჭ-კოლინჯის ფისტულა; 6. X-ს გაუკეთდა განმეორებითი ოპერაცია. ანესთეზია ადგილობრივი: აღმოჩნდა კუპ-ნაწლავის უკანა შერთული— განივი კოლინჯის უკან გატარებული. შერთულისათვის აღებული იყო თეძოს ნაწლავის ტერმინალური მარყუჟი. კუჭში ცვლილებები არ შეიმჩნეოდა, შერთულის არეში აღმოჩნდა მარგინალური პეპტიკური წყლული. შერთული მოეხსნა, გაუკეთდა თეძოს ნაწლავის რეზექცია, მისი მთლიანობის აღდგენა პირით-პირში, კუჭის დეფექტი გაიკერა, ავადმყოფი განიკურნა.

ამ შემთხვევაში პეპტიკური წყლულის განვითარების მიზეზია უხეში ტაქტიკური და ტექნიკური შეცდომა.

აი, ტაქტიკური შეცდომის მეორე მაგალითიც:

ავადმყოფი გ. გ., მამაკაცი. 31 წლის, კლინიკაში შემოვიდა 1960 წლის 4. VII-ს მუდმივი ხასიათის ძლიერი ტკივილებით ეპიგასტრიუმში, უფრო მეტად ჭიპის მარცხნივ, გულძმარვით, ბოყინით, ზოგჯერ პირღებინებით.

ორი წლის წინათ წყლულოვანი წარმოშობის სტენოზის გამო გაუკეთდა წინა გასტროენტეროანასტომოზი. ოპერაციამდე კუჭის წვენის მჟავიანობა უდრიდა 70—90-ს.

ოპერაციის შემდეგ მოვლენები განუახლდა. ტკივილმა მუდმივი ხასიათი მიიღო; ბოლო თვეებში კი ინტენსიური გახდა, რემისიის გარეშე, საკვების მიღებასთან აღარ იყო დაკავშირებული. ჭიპის მარცხნივ ისინჯებოდა მტკივნეული ინფილტრატი. კუჭის წვენის მჟავობა — 50—70. რენტგენოლოგიურად: გასტროენტეროანასტომოზის შემდგომი კუჭის ანასტომოზის ფუნქცია არადამაკმაყოფილებელია. ჩვეულებრივი გზით კონტრასტი არ გადადის; შერთულის არეში მტკივნეული ნიშაა.

კუჭ-ნაწლავის შერთულის შემდგომი პეპტიკური წყლულის დიაგნოზით ავადმყოფს 16. VII-ს გაუკეთდა განმეორებითი ოპერაცია. ანეს-

თეზია ადგილობრივი. აღმოჩნდა წინა გასტროენტეროანასტომოზი. შერთულის არეში დიდი პეპტიკური წყლული — პენეტრაციით განივ კოლინჯში, პრეფისტულა — პილორუსის სტენოზი. გაუკეთდა. კუჭის რეზექცია, შერთულთან ერთად, ბილროტის II წესით — ჰომფეისტერ-ფინსტერერის მოდიფიკაციით. მლივი ნაწლავის მთლიანობა აღდგენილია პირი-პირში შერთულით, რომელიც დაედო კუჭ-ნაწლავის შერთულის პროქსიმალურად. ავადმყოფი განიკურნა.

უნდა ვიფიქროთ, რომ პირველი ოპერაციის დროს ოპერატორმა ნახა რა პილორუსის სტენოზი, გულდასმით აღარ დაათვალიერა კუჭი და ამიტომ გამორჩა მცირე სიმრუდის წყლული. ხანმოკლე ნათელი შუალედი, რომელიც 4—5 თვით განისაზღვრებოდა, ან რემისია დაემთხვა ან ოპერაციის შემდგომი დიეტისა და რეჟიმის დაცვით იყო განპირობებული. პილორუსის სტენოზის გარდა კუჭში სხვა პათოლოგია რომ არც ყოფილიყო, ახალგაზრდა ასაკისა და შედარებით მაღალი მეავობის გამო მაინც კუჭის რეზექცია უნდა გაკეთებულიყო. დროთა განმავლობაში კუჭის მცირე სიმრუდის წყლულმა კალოზური ხასიათი მიიღო, განიცადა პენტრაცია განივ კოლინჯში, ხოლო შერთულის არეში განვითარებულმა პეპტიკურმა წყლულმა პენეტრაცია განიცადა მუცლის წინა კედელში.

აი, ტექნიკური შეცდომის მესამე მაგალითი:

ავადმყოფი გ. ს., მამაკაცი, 26 წლის, კლინიკაში შემოვიდა 1961 წლის 12 იანვარს, წყლულოვანი დაავადებისათვის დამახასიათებელი მოვლენების სრული სიმპტომოკომპლექსით. ერთი წლის წინათ რაიონის საავადმყოფოში გაუკეთდა კუჭის რეზექცია 2 წლის ხანდაზმულობის თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის გამო, სამი თვე თავს დამაკმაყოფილებლად გრძნობდა. შემდეგ დაეწყო გულძმარვა, ბოყინი, გულისრევა, ტკივილი ეპიგასტრიუმში, რაც ნაკლებად იყო დამოკიდებული საკვების მიღებასთან; ხელოვნურად იწვევდა პირღებინებას, კუჭის წვენში მეავობა 20—50 რენტგენოსკოპით: კუჭი გრძელი და ფართო ძაბრის ფორმისა, ძლიერ ტლანქი რელიეფით, მეტადრე ანასტომოზის ადგილზე, იქვე აღინიშნება ლოკალური მტკივნეულობა და ნიშა, გადასვლა პატარა ულუფებით.

რეზექციის შემდგომი პეპტიკური წყლულის დიაგნოზით ავადმყოფს 26 I-ს გაუკეთდა განმეორებითი ოპერაცია. ანესთეზია ადგილობრივი. ვრცელი შეხორცებები. აღმოჩნდა ეკონომიური რეზექცია, ანტრუმი დატოვებულია. შერთულიდან 5 სმ დაცილებით მომტან მუხლზე პეპტიკური წყლულია. კუჭის ტკივილისა და შერთულის მობილიზაციის შემდეგ გაკეთდა კუჭის განმეორებითი რეზექცია შერთულთან ერთად. მლივი ნაწლავის მთლიანობა აღდგენილია პირი-პირში შერთულით.

ოპერაცია დამთავრდა ბალროტის II წესით, ჰოფმეისტერ ფინსტერერის მოდიფიკაციით. მუცლის ღრუში ჩატოვებულია დრენაჟი; ოპერაციის მსვლელობაში გადაესხა სისხლი, ავადმყოფი განიკურნა.

ამ შემთხვევაში რეზექციის შემდგომი პეპტიკური წყლულის განვითარების მიზეზად უნდა ჩაითვალოს კუჭის ეკონომიური რეზექცია, ანტრუმის დატოვებით.

ამ მაგალითებიდან მთელი სიცხადით ჩანს, რომ მხოლოდ სრულყოფილი რეზექცია, აქლორჰიდრიით, იცავს ავადმყოფს ოპერაციის შემდგომი წყლულის განვითარებისაგან. ს. იუდინი ამ საკითხს პირველხარისხოვან მნიშვნელობას აძლევდა: იგი წერდა: „მწარე გამოცდილებამ უკვე საკმარისად გვიჩვენა, რომ სწორედ ეკონომიური რეზექციები იძლეოდა რეციდივს და შერთულის პეპტიკურ წყლულს“. გასტროენტეროანასტომოზის დიდი ქომაგი ი. გალპერნი ამბობდა, „თუ კი კეთდება რეზექცია, იგი უნდა იყოს ვრცელი, მჟავობის დამაქვეითებელი. რეზექციის მასშტაბის შეზღუდვით თქვენ უკარგავთ მას ყოველგვარ აზრს“.

მიუხედავად ამისა, ეკონომიური რეზექციის მიმდევრების რიცხვი უკანასკნელ წლებში გაიზარდა მის ცნობილ მომხრეებზე რომ არაფერი ვთქვათ (ა. მელნიკოვი, ვ. ზიკეევი, ი. აგენკო, ა. ბუსალოვი, ი. მახანცი, ა. პენკოვა და სხვა). ეკონომიური რეზექციები და გამოთიშვით რეზექციები დიდი რაოდენობით კეთდება რაიონულ საავადმყოფოებში; სწორედ ეკონომიურ რეზექციებსა და პირველი ოპერაციის დროს დაშვებულ ტექნიკურ შეცდომებს უნდა მიეწეროს შერთულის პეპტიკური წყლულების დიდი ნაწილი.

ამრიგად, რეზექციის შემდგომი პეპტიკური წყლულის ერთ-ერთი მიზეზია კუჭის ეკონომიური რეზექცია, მარილმჟავას შენარჩუნებით.

პეპტიკური წყლული შეიძლება განვითარდეს ტაქტიკურად და ტექნიკურად სწორად შესრულებული ოპერაციის შემდეგაც.

ჩვენი დაკვირვების ქვეშ იყო ავადმყოფი, რომელსაც გასტროენტეროანასტომოზის შემდეგ განუვითარდა შერთულის პეპტიკური წყლული, რის გამოც გაუკეთდა განმეორებითი ოპერაცია: კუჭის ვრცელი რეზექცია, შერთულთან ერთად; ხუთი თვის შემდეგ ავადმყოფი კვლავ შემოვიდა კლინიკაში — რეზექციის შემდგომი პეპტიკური წყლულის პერფორაციით.

განსაკუთრებით ხელსაყრელი პირობები იქმნება გამოთიშვით ნაწარმოები რეზექციის შემდეგ პეპტიკური წყლულის განვითარებისათვის. პილორუსის არასრული მოცილების შემთხვევაში კუჭის სეკრეციის შენარჩუნება განაპირობებს შედარებით მაღალ მჟავობას და პეპტიკური წყლულის განვითარებას შემთხვევათა 50%-ში.

პილორული ნაწილის შენარჩუნების გავლენას შერთულის პეპტიკური წყლულის განვითარებაზე ნათლად ასახავს ჩვენი დაკვირვება. პირველი ოპერაციის დროს პილორუსი დატოვებული ჰქონდა ხუთ ავადმყოფს. ერთ-ერთი მათგანი შემოვიდა შერთულის პეპტიკური წყლულის პერფორაციით. ამ ავადმყოფს 1956 წელს გაუკეთდა თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორირებული წყლულის ამოკერვა. შემდეგ წყლულოვანი მოვლენები განუახლდა, რის გამოც 1957 წელს გაუკეთდა განმეორებითი ოპერაცია: თორმეტგოჯა ნაწლავის არეში ვრცელი შეხორცებების გამო გაუკეთდა რეზექცია გამოთიშვით და პილორუსის დატოვებით. კუჭის ადორალური ნაწილი გადაიკვეთა, პრეპირული ნაწილი დაუტოვეს დემუკოზაციის გარეშე. ამოიკვეთა კუჭის $^2/_3$. ორი წლის შემდეგ წყლულოვანი სიმპტომოკომპლექსი განახლდა. ავადმყოფი მოიყვანეს შერთულის პეპტიკური წყლულის პერფორაციით, 48 საათის შემდეგ, დიფუზური პერიტონიტით. პერფორაციული ხვრელი ამოიკერა. ავადმყოფი მეხუთე დღეს გარდაიცვალა.

მეორე ავადმყოფი შემოვიდა კლინიკაში ოპერაციის შემდგომი პეპტიკური წყლულის ტიპური სურათით. 1954 წ. თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის გამო მას ერთ-ერთ კლინიკაში გაუკეთდა კუჭის რეზექცია, გამოთიშვით, პილორუსის დატოვებით, დემუკოზაციის გარეშე. ოთხი თვის შემდეგ წყლულოვანი მოვლენები განუახლდა. შემოსვლისას მკვეთრი ტკივილები ეპიგასტრიუმის არეში, ჭიპის მარცხნივ. კუჭის წვენში მჟავობა, ბოასევალდის საცდელი საუზმის შემდეგ — 36-50. კუჭის რენტგენოსკოპიამ გამოავლინა ნიში და ლოკალური მტკივნეულობა შერთულის არეში.

ოპერაცია — ინტრატრაქეული ნარკოზით. აღმოჩნდა შერთულის დიდი კალოზური წყლული. პილორუსი მთლიანად იყო დატოვებული. გაუკეთდა კუჭის განმეორებითი რეზექცია შერთულთან ერთად, პილორუსი ამოიკვეთა. ავადმყოფი განიკურნა.

შერთულის პეპტიკური წყლულის განვითარებისათვის პილორუსის დატოვების მნიშვნელობაზე მიუთითებს მარშალის, სკოტის, ჰარინგტონის, ედვარდისა და შალის დაკვირვებები.

მოვიყვანთ კიდევ ერთ საკუთარ დაკვირვებას, რომელიც გარკვეულ ინტერესს წარმოადგენს. ავადმყოფი ვ. ი., 56 წლის, პირველი ოპერაცია გაუკეთდა 1954 წ. თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორირებული წყლული ამოუკერეს. 2 წლის შემდეგ წყლულოვანი სიმპტომოკომპლექსი განუახლდა 1958 წ. თორმეტგოჯა ნაწლავის შეუხორცებელი წყლულის გამო თბილისის ერთ-ერთ კლინიკაში გაუკეთდა განმეორებითი ოპერაცია — წყლულის გამოთიშვა, კუჭის განივად გადაკვეთა (ეიზენგბერგის ოპერაცია) და მლივი ნაწლავის შერთულის რეზექცია, პილო-

რუსის ამოკვეთის გარეშე. ოთხი თვის შემდეგ წყლულის მოვლენები განუახლდა.

1960 წ. 15 იანვარს რაიონის საავადმყოფოში გაუკეთდა მესამე ოპერაცია — შერთულის პეპტიკური წყლულის პერფორაციის ამოკერვა. იმავე წლის 4 აპრილს მოხდა პეპტიკური წყლულის განმეორებითი პერფორაცია. ავადმყოფს გაუკეთდა მეოთხე ოპერაცია — პერფორირებული წყლულის ამოკერვა. ავადმყოფს კვლავ აწუხებდა ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში, გულძმარვა, გულისრევა, ზოგჯერ პირღებინება. 1961 წელს ავადმყოფმა შენიშნა პირიდან განავლოვანი სუნი, რასაც შემდეგ დაერთო განავლოვანი ღებინება. კუჭ-კოლინჯის ფისტულის დიაგნოზით 1961 წლის 16 მაისს თბილისის ერთ-ერთ კლინიკაში ინტრატრაქეული ნარკოზით გაუკეთდა მეხუთე ოპერაცია — კუჭის რეზექცია შერთულთან ერთად და განივი კოლინჯის დეფექტის დახურვა, კუჭის დატოვებული ტაკვის ოდენობა $^1/_3$. ავადმყოფი გაეწერა კლინიკიდან კარგ მდგომარეობაში, მაგრამ ტკივილი მალე განუახლდა და იმავე წლის 11 აგვისტოს მოხდა ახალი განვითარებული პეპტიკური წყლულის პერფორაცია. გაკეთდა მეექვსე ოპერაცია — პერფორირებული წყლულის ამოკერვა. ნათელი შუალედი გაგრძელდა 2 თვე, შემდეგ კი ჩამოყალიბდა სრული წყლულოვანი სიმპტომოკომპლექსი.

აღნიშნული მოვლენებით ავადმყოფი შემოვიდა კლინიკაში 1962 წ. 2 თებერვალს. შემოსვლისას — კუჭის შიგთავსის მეავობა, ევალდ-მოასის საცდელი საუზმის შემდეგ — 35/50. ღვიძლის ფუნქციური სინჯები: ველტმანის კოაგულაციური ლენტის სიგრძე — მე-8 სინჯარა, ტაკატაარას რეაქცია სამი ჯვარი, პროთრომბინის ინდექსი — 66%, შაქრის მრუდი ცვლილებების გარეშე, სისხლში კალციუმი 12,6 მგ% (დეფარდით), დიასტაზა სისხლში — 16 ერთეული. შარდში — 54 ერთეული (ვოლგემუტით). განავალში რეაქცია ფარულ სისხლდენაზე მკვეთრად დადებითი.

კუჭის რენტგენოსკოპია: კუჭი რეზექცირებულია ბილროტის მეორე წესით, კუჭის ტაკვის ლორწოვანი ნაოჭები ტლანქი, გადასვლა თავისუფალი. შერთულის ახლოს, გამტანი მუხლის მედიალურ კედელზე აღინიშნება საკმაო ოდენობის დამატებითი ჩრდილი — ნიშა.

1961 წ. 18 მარტს რეზექციის შემდგომი პეპტიკური წყლულის დიაგნოზით ავადმყოფს გაუკეთდა მეშვიდე ოპერაცია. ნარკოზი ინტრატრაქეული, აზოტის ქვეეანგის, ანალგეზის სტადიაში ეთერის უმნიშვნელო რაოდენობის დამატება. გამოყენებულ იქნა მიორელაქსინი. მუცლის ღრუში შესვლა ძალიან გაძნელდა, აღმოჩნდა შერთულის გამტანი მუხლის დიდი კალოზური წყლული, დიამეტრის 2,5 სმ. პენეტრირე-

ბული განივი კოლინჯის ჯორჯალში. პილორუსი ხელუხლები. გაკეთდა კუჭის განმეორებითი რეზექცია — შერთულთან ერთად.

საოპერაციო მაგიდაზე ავადმყოფს განუვითარდა ხანგრძლივი აპნოე, რომელიც სამი საათი გაგრძელდა, რის გამო ოპერაცია განისაზღვრა მხოლოდ რეზექციით. პილორუსი არ ამოუკვეთიათ.

ოპერაციის შემდგომ, მე-4 დღეს ავადმყოფს განუვითარდა ლერიშის სინდრომი — აორტის ბიფურკაციის თრომბოემბოლიის სურათი. შეწყდა პულსაცია ორივე ბარძაყის არტერიაზე. პულსი გაქრა მარჯვენა საძილე და სხივის არტერიაზეც; ჩატარდა ენერგიული მკურნალობა ანტიკოაგულანტებით (ჰეპარინი, პელენტანი), თანდათან გაქრა კიდურების იშემიის მოვლენები, მაგრამ პულსაცია არ აღდგა.

კაპილაროსკოპია (15 VI — 1962): ორივე ტერფის ცერიფონი მკრთალი მოყვითალო, მღვრიე, კაპილარები სუსტად ისახება წერტილებისა და რკალების სახით. კაპილარები მკრთალი ვარდისფერია, სისხლმიმოქცევა შეჩერებულია.

ოსცილოგრაფია (15 VI — 1962): ოსცილაციას არა აქვს ადგილი ორივე ქვემო კიდურზე.

ოპერაციის მე-10 დღეს გამოვლინდა შერთულის უკმარისობა. განვითარებული ფისტულა მალე დაიხურა. ოპერაციის 33-ე დღეს ავადმყოფი გაეწერა კლინიკურად ქვემო კიდურების ფუნქციის დაქვეითებით.

ჩვენი აზრით პეპტიკური წყლულის განმეორებითი განვითარების ძირითადი მიზეზი იყო დატოვებული პილორუსი, ავადმყოფს ვურჩიეთ მისი ამოკვეთა.

ავადმყოფი შემოწმებული იქნა ოპერაციიდან სამი თვის შემდეგ, ჩივილები არ ჰქონდა, მაგრამ ყურადღებას იპყრობდა თავისუფალი მარილმჟავა კუჭის შიგთავსში. ევალდ-ბოასის საცდელი საუზმის შემდეგ თავისუფალი მარილმჟავა — 10, საერთო მჟავობა — 20; ავადმყოფმა ოპერაციისაგან თავი შეიკავა.

ოთხი თვის შემდეგ ავადმყოფს დაეწყო ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში და მალე თან დაერთო წყლულისათვის დამახასიათებელი სხვა ნიშნებიც. შვიდი თვის შემდეგ ავადმყოფმა კვლავ მიმართა კლინიკას.

შემოსვლისას თავისუფალი მარილმჟავა — 52, საერთო მჟავობა — 64. 1962 წ. 22 ნოემბერს გაუკეთდა მეორე ოპერაცია, გაუტკივარება ადგილობრივი; პარარექტუალური განაკვეთი, მარჯვნივ კუჭის პილორული ნაწილი გამოიყო და ამოიკვეთა. პილორუსის ამოკვეთის მე-16 დღეს კუჭის შიგთავსში თავისუფალი მარილმჟავა გაქრა, საერთო მჟავობა დავიდა 18-მდე. ამრიგად, უხეშმა ტაქტიკურმა შეცდომამ მეორე ჩარევის დროს (ვიზელსბერგის ოპერაცია) განაპირობა შემდგომი

6 ოპერაციული ჩარევა; იგი გახდა შერთულის პეპტიკური წყლულის სამჯერადი განვითარების მიზეზი, ორჯერადი პერფორაციით და კუჭ-კოლინჯის ფისტულის განვითარებით. პილორუსის დატოვება ყოველი შემდგომი ჩარევის დროს უშედეგოს ხდიდა განმეორებით რეზექციას და მხოლოდ პილორექტომიამ, წყლულოვანი პროცესის მიდამოში ჩარევის გარეშე, მოგვცა სასურველი შედეგი: აქლორჰიდრიის განვითარება და წყლულოვანი სიმპტომკომპლექსის მოსპობა.

ამ დაკვირვების საფუძველზე შესაძლებელი გახდა პრაქტიკული დასკვნის გამოტანა: რეზექციის შემდგომი პეპტიკური წყლულის გამო წარმოებული განმეორებითი ოპერაციის ჩარევის დროს აუცილებელია პილორუსის მიდამოს დათვალიერება. თუ იგი დატოვებულია პირველი ოპერაციის დროს, უნდა გაკეთდეს პილორექტომია. ერთდროულად შეიძლება არსებობდეს ეროზიო, მარტივი და კალოზური წყლული. ერთი წყლული შეიძლება დანაწიბურდეს, ხოლო მეორემ განიცადოს პენეტრაცია ან პერფორაცია.

გავეცნოთ კიდევ ერთ ჩვენ დაკვირვებას: ავადმყოფს ჰქონდა სამი პეპტიკური წყლული, მასთან ყველა წყლული განვითარების სხვადასხვა სტადიაში იყო.

ავადმყოფი დ. ი., მამაკაცი, 53 წლის, გადმოყვანილი იყო თერაპიული განყოფილებიდან 1946 წ. 14 იანვარს. 9 წლის წინათ ხუთი წლის ხანდაზმულობის წყლულის გამო გაუკეთდა უკანა გასტროენტეროანასტომოზი. ორი წელი თავს ჯანმრთელად გრძნობდა. შემდეგ განუახლდა ტკივილი, რომელიც უკანასკნელი წლის მანძილზე გაძლიერდა. ტკივილი დაკავშირებული იყო საკვების მიღებასთან. პერიოდულად ჰქონდა გულძმარვა, ბოყინი, პირღებინების შემდეგ გრძნობდა მცირე შვებას. უკანასკნელი ხუთი თვის განმავლობაში ტკივილმა მუდმივი ხასიათი მიიღო. კუჭის წვენში თავისუფალი მარილმჟავა — 50, საერთო მჟავობა — 65. კუჭის რენტგენოსკოპიით აღმოჩნდა გასტროენტეროანასტომოზის შემდგომი მდგომარეობა, თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული, შერთულის პეპტიკური წყლული.

17 იანვარს ავადმყოფს გაუკეთდა ოპერაცია. ანესთეზია სპინალური, სოვკაინით, აღმოჩნდა შერთულის პეპტიკური წყლული პენეტრაციით განივ კოლინჯსა და მის ჯორჯალში. თორმეტგოჯა ნაწლავში წყლული. გაკეთდა სამი ორგანოს რეზექცია—კუჭის, მლივი ნაწლავისა და განივი კოლინჯის. განივი კოლინჯის მთლიანობა აღდგენილი იყო შერთულით გვერდი-გვერდში, მლივი ნაწლავის პირი-პირში, რეზექცია დამთავრდა ბილროტის II წესით.

ამოკვეთილ პრეპარატზე აღმოჩნდა სამი წყლული: ერთი შერთუ-

ლის არეში, ორი — მლივი ნაწლავის გამტან მუხლში 3—4 სმ-ის დაცილებით შერთულიდან. ერთი წყლული იყო შედარებით ახალი, მხოლოდ ლორწოვანი გარსის დეფექტით, მეორე წყლული პენეტრირებული იყო პანკრეასში, მესამე განივ კოლინჯსა და მის ჯორჯალში.

ოპერაციის შემდგომი პეპტიკური წყლული იშვიათადაა იზოლირებული, უფრო ხშირად მას თან ერთვის ესა თუ ის პათოლოგიური პროცესი. ხშირია შეუხორცებელი და რეციდივული გასტროდუოდენალური წყლული, პერიპროცესები, დეფორმაციები შემთხვევათა გარკვეულ ნაწილში. დროთა განმავლობაში პირველადი წყლული შეიძლება შეხორცდეს, შემდეგ კი განვითარდეს პეპტიკური წყლული.

მაგალითისათვის გავეცნოთ ჩვენი ერთ-ერთი ავადმყოფის ისტორიას:

ავადმყოფი კ. ა., მამაკაცი, 22 წლის, შემოვიდა კლინიკაში 1952 წ. 3 აპრილს, 1950 წ. 4 თვის ხანდაზმულობის წყლულის გამო ქ. ზუგდიდში გაუკეთდა წინა გასტროენტეროანასტომოზი. ორი თვე თავს ჯანმრთელად გრძნობდა, შემდეგ კი ოპერაციამდელი მოვლენები განუახლდა. 1951 წელს ჩვენთან დადგინდა შეუხორცებელი წყლული. ავადმყოფმა ოპერაციაზე უარი განაცხადა. 1951 წ. დეკემბერში ჰქონდა პროფუზული სისხლდენა. უკანასკნელი ორი თვე ტკივილმა განსაკუთრებით ინტენსიური ხასიათი მიიღო; მუდმივია, დაკავშირებული არ არის საკვების მიღებასთან. რენტგენოლოგიურად: შერთულის არეში აღინიშნებოდა ნიშა, გადასვლა შენელებული, პილორუსი ფიქსირებული.

17 აპრილს ავადმყოფს გაუკეთდა ოპერაცია. ანესთეზია ადგილობრივი. აღმოჩნდა დიდი ანთებითი კონგლომერატი პენეტრაციით მუცლის წინა კედელში. გაკეთდა კუჭის რეზექცია შერთულთან ერთად. მლივი ნაწლავის მთლიანობა აღდგენილია შერთულით პირიპირში. რეზექცია დამთავრდა ბილროტის II წესით, ჰოფმეისტერ-ფინსტერერის მოდიფიკაციით. თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული დანაწიბურებული იყო.

არ შეიძლება ხაზი არ გაესვას პირველი ოპერაციის დროს დაშვებულ ტაქტიკურ შეცდომას: 22 წლის ახალგაზრდას, თორმეტგოჯა ნაწლავის გაურთულებელი, ოთხი თვის ხანდაზმულობის, არანამკურნალევი წყლულის დროს გაუკეთდა გასტროენტეროანასტომოზი, რაც გახდა პეპტიკური წყლულის განვითარების მიზეზი. პირველადი წყლულის შეხორცება დიდხანს გაგრძელდა. ბოლოს იგი შეხორცდა, მაგრამ განვითარდა პეპტიკური წყლული, რის გამო შეიქმნა განმეორებითი ოპერაციის აუცილებლობა.

პეპტიკური წყლულის კლინიკური სიმპტომოკომპლექსი ძალზე მრავალფეროვანია. ეს მრავალფეროვნება იმით არის გამოწვეული,

რომ პეპტიკურ წყლულთან ერთად ძალიან ხშირად არსებობს სხვა პათოლოგიური პროცესიც: შეუხორცებელი, რეციდივული ან ახალი წყლული კუჭსა და თორმეტგოჯა ნაწლავში, ანასტომოზის შევიწროება, დეფორმაცია და ფუნქციის მოშლა, ვრცელი პერიპროცესები და პენეტრაციები. თითოეული მათგანი გარკვეულ დაღს ასვამს ავადმყოფობის მიმდინარეობას და მის კლინიკურ გამოხატულებას.

წყლულოვანი დაავადების გამო წარმოებული გასტროენტეროანასტომოზის შემდეგ შემთხვევათა ნაწილში პირველადი წყლული მალე ხორცდება, მოვლენები, რომელთაც ადგილი ჰქონდა ოპერაციამდე — გაივლის, სანამ არ გამოვლინდება პეპტიკური წყლულის დამახასიათებელი ნიშნები. ზოგიერთი ავტორის აზრით, ეს ნათელი შუალედი — პირველი ოპერაციიდან პეპტიკური წყლულის განვითარებამდე — ყოველთვის არსებობს და მეტად დამახასიათებელია პეპტიკური წყლულისათვის.

ნათელი შუალედი ზოგჯერ შეიძლება ძალზე ხანმოკლე იყოს. ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევები, როცა პეპტიკური წყლული განვითარდა და განიცადა პერფორაცია რამდენიმე დღეში. მოინიბენმა აღწერა პეპტიკური წყლულის განვითარება პირველი ოპერაციის მე-6 დღეს, მ. ლევინმა მე-17 დღეს.

ჩვენი დაკვირვების ქვეშ იყო ავადმყოფი, რომელსაც პერფორაციული ხვრელის გაკერვისას და გასტროენტეროანასტომოზის შემდეგ პეპტიკური წყლული განუვითარდა პირველი თვის დასასრულს.

ავადმყოფი კ. პ., მამაკაცი, 25 წლის, შემოვიდა კლინიკაში 1950 წ. 20 ნოემბერს, ეპიგასტრიუმში ტკივილებისა და ხშირი პირღებინების გამო. ავადმყოფს ერთი თვის წინ 20 ოქტომბერს, თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაციის გამო ონის საავადმყოფოში გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია — ულცერორაფია და დაედო წინა გასტროენტეროანასტომოზი. ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფს ტკივილი არ მოეხსნა, ხოლო სამი კვირის შემდეგ დაეწყო ყოველდღიური პირღებინება. ჩვენთან შემოსვლის დროს პირღებინება ხშირი იყო და კონსერვატიული ღონისძიებებით მისი შეჩერება ვერ მოხერხდა. რენტგენოლოგიურად: შერთული გამავალი აღმოჩნდა. 7 დეკემბერს ადგილობრივი ანესთეზიით გაუკეთდა ოპერაცია; შერთულის არეში აღმოჩნდა ანთებითი კონგლომერატი. მობილიზაციის შემდეგ გაკეთდა კუჭის რეზექცია შერთულთან ერთად, ბილროტის II წესით, ჰოფმეისტერ-ფიხსტერერის მოდიფიკაციით. ამოკვეთილ პრეპარატზე აღმოჩნდა შერთულის გამტანი მუხლის პეპტიკური წყლული.

პეპტიკური წყლული გაცილებით უფრო მძიმე კლინიკური სიმპტოკომპლექსით ხასიათდება, ვიდრე პირველადი გასტროდუოდენალუ-

რი წყლული, თუმცა ა. რიბინსკის აზრით არსებობს პეპტიკური წყლულის მსუბუქი ფორმებიც, მაგრამ ეს ჩვეულებრივ აღინიშნება ახალ, გაურთულებელი წყლულის შემთხვევაში, როდესაც პეპტიკური წყლულის დიაგნოზის დასმა საკმაოდ ძნელია და ამ ავადმყოფობის ნაწილი ამიტომ სხვა დიაგნოზით ტარდება.

პეპტიკური წყლულის წამყვანი კლინიკური ნიშანი ისეთივეა, როგორც პირველადი გასტროდუოდენდური წყლულისა. პეპტიკური წყლულის ტკივილი და ადგილმდებარეობა განსხვავდება პირველადი წყლულის ტკივილისაგან. ამას კარგად ამჩნევს თვით ავადმყოფი, რომელიც ხშირად თვითონ მიუთითებს ამ განსხვავებაზე; პეპტიკური წყლულით გამოწვეული ტკივილი ჩვეულებრივ მწვავე ხასიათისაა, უფრო ხშირად მუდმივია და ნაკლებად არის დაკავშირებული საკვების მიღებაზე; იგი ძლიერდება ფიზიკური დატვირთვისა და მოძრაობის დროს. თუ პირველ ოპერაციამდე ავადმყოფს ტკივილი აწუხებდა თეთრი ხაზის მარჯვნივ, ახლა ის გადანაცვლებულია მარცხნივ, ჭიპის დონეზე, ან მის ქვემოთ, რაც ანასტომოზის არეს შეესაბამება.

ზოგჯერ ტკივილი შესაძლებელია დაკავშირებული იყოს საკვების მიღებასთან, ან აღინიშნებოდეს მშიერი კუჭი, მაგრამ უმეტესად იგი მუდმივი ხასიათისაა. მას ნაკლებად ახასიათებს რემისიები, ან თუ რემისია მაინც გამოხატულია, იგი ხანმოკლეა და ტკივილი სავსებით არ ქრება.

ტკივილი ძლიერდება ფიზიკური დატვირთვისა და მოძრაობის დროს, ტკივილი რემისიის პერიოდში პერიპროცესების შედეგია, რომელიც თითქმის ყოველთვის თან ახლავს პეპტიკურ წყლულს. ვრცელი პერიპროცესის შემთხვევაში ტკივილი დიფუზური ხასიათისაა და ძლიერდება უხეში და სწრაფი მოძრაობის დროს.

განსაკუთრებით აუტანელია ტკივილი პენეტრაციის დროს, მით უფრო, თუ წყლულმა პენეტრაცია განიცადა პანკრეასში ან ნაწლავის ჯორჯალში. ამ დროს ტკივილი იმდენად ძლიერია, რომ ხშირად ტკივილდამაყუჩებელი მედიკამენტებიც არ იძლევა ეფექტს.

გაურთულებელი პეპტიკური წყლულის დროს სოდა ამცირებს ტკივილს, შორსწასულ შემთხვევაში კი, პერიგასტროენტეროანასტომოზიტები, ვრცელი პერიპროცესები და პენეტრაცია სოდის ხსნარი სასურველ შედეგს არ იძლევა.

გარდა ტკივილისა, რომელიც პეპტიკური წყლულით დაავადებულის მთავარი ჩივილია, გამოხატულია დისპეფსიური მოვლენები: სიმძიმის გრძნობა, გულისრევა, გულძმარვა, ბოყინი და სხვა, ხშირია პირღებინება; შემთხვევათა ნაწილში იგი რეფლექსური ბუნებისაა, ხშირად კი შედეგია კუჭის ევაკუაციური ფუნქციის მოშლისა, ანასტომოზის

შევიწროვების ან პერიპროცესებით გამოწვეული დეფორმაციისა. პირღებინება ამსუბუქებს წყლულოვანი ავადმყოფის მდგომარეობას, პეპტიკური წყლულის დროს კი, ისევე როგორც დეკომპენსაციური სტენოზის შემთხვევაში, ავადმყოფი შვებას არ გრძნობს.

ობიექტური მონაცემებიდან დამახასიათებელია ავადმყოფის სახის შეწუხებული გამომეტყველება, კანის სიმკრთალე, კანქვეშა ცხიმის განლევა, მუცლის კანის პიგმენტაცია სათბურის ხმარებისაგან. პალპაციით ჭიპის მარცხნივ, მის დონეზე ან ოდნავ ქვემოთ, აღენიშნება მტკივნეული მიდამო, რომელიც ანასტომოზის არეს შეესაბამება. შემთხვევათა ნაწილში აქვე ისინჯება მტკივნეული, სიმსივნისმაგვარი წარმონაქმნი — ინფილტრატი, პეპტიკური წყლულის პენეტრაცია მუცლის წინა კედელში.

პეპტიკური წყლული ხასიათდება მძიმე, შეუპოვარი მიმდინარეობით, ხშირი რეციდივებით, თუმცა როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ხანმოკლე რემისიის დროსაც ტკივილი მხოლოდ მცირდება, მთლიანად კი არ ქრება. ტკივილის ინტენსივობა და დისპეპსიური მოვლენების სიძლიერე თანდათან მატულობს. ამასთან ერთად ვითარდება რიგი გართულებები, რომლებიც პეპტიკური წყლულის დროს უფრო სწრაფად ჩამოყალიბდება და უფრო ხშირად, ვიდრე პირველი გასტროდუოდენალური წყლულის შემთხვევაში.

ისიც უნდა ითქვას, რომ პეპტიკურ წყლულს ყოველთვის არა აქვს პროგრესიული მიმდინარეობა. ზოგიერთი მკვლევარი აღნიშნავს, რომ ახალი, ზედაპირული, ბრტყელი პეპტიკური წყლული შეიძლება შეხორცდეს და დანაწიბურდეს. ეს გარემოება მტკიცდება განმეორებითი ოპერაციების დროს შერთულებისა და მლივი ნაწლავის მიდამოში მცირე ზომის ნაწიბურებით.

უკვე აღვნიშნეთ, რომ პეპტიკური წყლულისათვის დამახასიათებელია ხშირი გართულება.

პენეტრაცია მეზობელ ორგანოებში პეპტიკური წყლულის უხშირესი გართულებაა. პეპტიკურ წყლულს გაცილებით მეტი მიდრეკილება აქვს პენეტრაციისადმი, ვიდრე პირველად გასტროდუოდენალურ წყლულს. განმეორებითი ოპერაციის დროს, ჩვეულებრივ, ნახულობენ ვრცელ შეხორცებას, დიფუზურ პერიპროცესებს, ინფილტრატებს და მრავლობით პენეტრაციებს. რამდენიმე ორგანოში ერთდროულად ხშირად ამ ინფილტრატებისა და პენეტრაციების შედეგად ყალიბდება კონგლომერატი — ანთებითი სიმსივნის სახით. ასეთი ანთებითი სიმსივნე შეიძლება გაისინჯოს ხელით და იგი ზოგჯერ მცდარი დიაგნოზის მიზეზი ხდება. აღწერილია შემთხვევები, როდესაც ასეთი ანთებითი ინფილტრატები ავთვისებიან სიმსივნედ მიუჩნევიათ.

ხშირი პენეტრაცია პეპტიკური წყლულისა და რღვევისადმი მიდრეკილების შედეგია. პეპტიკური წყლულის დისტრუქციულ მიმდინარეობაზე მეტყველებს ხშირი კუჭ-კოლინჯის ფისტულები, პრეფისტულები და პერფორაციები.

პირველი ოპერაცია — გასტროენტეროანასტომოზი, თუ რეზექცია, ცვლის ორგანოთა ჩვეულ ურთიერთობას, ქმნის ახალ დამოკიდებულებას და ხელს უწყობს პენეტრაციას, რაც დამახასიათებელია პეპტიკური წყლულისათვის.

ჩვეულებრივ, წყლულის პენეტრაცია ხდება რამდენიმე ორგანოში ერთად, რთულად; პენეტრაციის ლოკალიზაცია გარკვეულ კავშირშია პირველ ოპერაციასთან, მაგალითად, წინა გასტროენტეროანასტომოზის დროს, ხშირია პენეტრაცია მუცლის წინა კედელში. ამ დროს, პალპაციით, ჭიპის მარცხნივ, ისინჯება მეტ-ნაკლები ოდენობის მტკივნეული ინფილტრატი, რომელიც შეიძლება შეცდომით სიმსივნედ იყოს მიჩნეული. წინა გასტროენტეროანასტომოზის შემდგომ განვითარებული პეპტიკური წყლულის პენეტრაცია მუცლის წინა კედელში პირველად აღწერა ბ. პეტროვმა. რ. ქუმსიაშვილის მონაცემებით წინა გასტროენტეროანასტომოზის შემდეგ განვითარებული პეპტიკური წყლულის რვა შემთხვევიდან ოთხჯერ ადგილი ჰქონდა პენეტრაციას მუცლის წინა კედელში. ჩვენს მასალაზე პენეტრაციის ეს სახე აღინიშნებოდა 13-ჯერ. ერთ შემთხვევაში პენეტრაცია იმდენად ღრმა იყო, რომ მუცლის პრესის მთელი სისქე ეჭირა და მისი ფსკერი კანით მოსაზღვრული იყო მუცლის წინა კედელში წყლულის პენეტრაციის ნიადაგზე. შეიძლება განვითარდეს მუცლის წინა კედლის ფლეგმონა, კუჭ-ნაწლავის გარეთა ფისტულის ჩამოყალიბებით.

პეპტიკური წყლულის პირველი გამოვლინება, ისევე როგორც პირველადი გასტროდუოდენალური წყლულისა, შეიძლება იყოს პროფუზული სისხლდენა. გავეცნოთ ერთი ჩვენი ავადმყოფის ისტორიას:

40 წლის მამაკაცი, კლინიკაში შემოვიდა 1950 წლის 5 დეკემბერს, კუპრისმაგვარი განავლით. შემოსვლის წინა დღეს ჰქონდა ორჯერადი სისხლმდენი პირღებინება. თავს ავად თვლის 1938 წლიდან, გამოხატული ჰქონდა წყლულოვანი დაავადების სიმპტომოკომპლექსი. კონსერვატიული მკურნალობის უშედეგობის გამო თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დიაგნოზით 1945 წელს ერთ-ერთ საავადმყოფოში გაუკეთდა კუჭის რეზექცია ბილროტის II წესით. ოპერაციის შემდეგ თავს განკურნებულად გრძნობდა, რეჟიმს არ იცავდა, ჭარბად ეტანებოდა ალკოჰოლს, ყოველგვარი წინამორბედი ნიშნების გარეშე, 1950 წლის 4 დეკემბერს ჰქონია სისხლიანი პირღებინება.

ავადმყოფს ჩაუტარდა კონსერვატიული მკურნალობა: წოლითი

რეჟიმი, სისხლის გადასხმა, ვიკასოლი, მეილენგრახტის დიეტა. მელენა გაგრძელდა ექვსი დღე. სისხლდენა არ განახლებულა.

კლინიკიდან გაწერის შემდეგ ავადმყოფს დაეწყო ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში, დაკავშირებული საკვების მიღებასთან, გულძმარვა, იშვიათად პირღებინება. ტკივილი თანდათან გაძლიერდა, მიიღო მუდმივი ხასიათი. ავადმყოფი უკვე ხელოვნურად იწვევდა პირღებინებას. აღნიშნულის გამო იგი იძულებული იყო მოემართა განმეორებითი ოპერაციისათვის 1953 წ. 13 ივლისს.

კუჭის სეკრეციული ფუნქცია შესწავლილი იყო ბიკოვ-კურცინის შეთოდით. მექანიკურ გამაღიზიანებელზე მაქსიმალური მჟავობა ჰქონდა: თავისუფალი — 80, საერთო — 100, ალკოჰოლზე: თავისუფალი — 100, საერთო 120.

რენტგენოლოგიურად: კუჭი რეზექციის შემდგომ მდგომარეობაში, შერთულის არეში ლოკალური მტკივნეულობა. კონტრასტის გადასვლა დამაკმაყოფილებელი, პეპტიკური წყლულის პირდაპირი ნიშანი — ნიშა ნახული არ იყო.

რეზექციის შემდგომი პეპტიკური წყლულის დიაგნოზით 18 VII ავადმყოფს გაუკეთდა ოპერაცია. ანესთეზია ადგილობრივი, აღმოჩნდა შერთულის მიდამოს დიდი პეპტიკური წყლული, პენეტრაციით განივი კოლინჯის ჯორჯალსა და თვით განივი კოლინჯის კედელში. გაკეთდა კუჭის განმეორებითი რეზექცია, შერთულთან ერთად. რეზექცია დამთავრდა წინა შერთულით, ბრაუნის ანასტომოზის დამატებით. მეორე დღეს ავადმყოფი გარდაიცვალა. აღმოჩნდა — პერიტონიტი და ორმხრივი ბრონქოპნევმონია.

აღნიშნული შემთხვევა საინტერესოა იმით, რომ პირველი ოპერაციის — კუჭის რეზექციის, ხუთი წლის შემდეგ, პეპტიკური წყლული გამოვლინდა პროფუზული სისხლდენით, წინამორბედი მოვლენების გარეშე. პეპტიკური წყლულის სიმპტომები ჩამოყალიბდა სისხლდენის შემდეგ, და თუმცა მას სისხლდენა არ განმეორებია, დაავადების შეუპოვარმა მიმდინარეობამ განსაზღვრა განმეორებითი ოპერაციის ჩვენება. ყურადღებას იპყრობს კუჭის წვენში ძალიან მაღალი მჟავობა, რაც ეკონომიურ რეზექციაზე მიუთითებს.

პეპტიკური წყლულის უმძიმეს გართულებას წარმოადგენს მუცლის თავისუფალ ღრუში მისი პერფორაცია პეპტიკური წყლულის დროს; როგორც უკვე ვთქვით, ძალიან ხშირია შეხორცებები, პენეტრაცია მეზობელ ორგანოებში და მუცლის წინა კედელში. ეს ყველაფერი საგრძნობლად ამცირებს წყლულის პერფორაციის შესაძლებლობას მუცლის თავისუფალ ღრუში, მაგრამ იგი მაინც საკმარისად ხშირია.

იშვიათი არ არის პეპტიკური წყლულის განმეორებითი პერფორაციაც, რომელიც აღწერეს ი. სტრიჟანოვმა, მ. ბრონიკოვმა, ა. მინხიმ, ე. მაიზელმა, ვ. ხოდკოვმა, ლ. ტეხერმა და სხვ.

პეპტიკური წყლულის განმეორებითი პერფორაციის შემთხვევა ჩვენც გვქონდა. ავადმყოფი ფ. რ., მამაკაცი 40 წლის, კლინიკაში მოიყვანეს სასწრაფოდ 1960 წ. 28 XII-ს ჭიპის მარცხნივ ძლიერი ტკივილით. ჩვენს კლინიკაში გაუკეთდა წინა გასტროენტეროანასტომოზი ბრაუნის შერთულით. ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფი ორი თვე კარგად იყო. შემდეგ განუახლდა წყლულოვანი დაავადების მოვლენები. გორის საავადმყოფოში გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია; აღმოაჩნდა ბრაუნის შერთულის პეპტიკური წყლულის პერფორაცია. პერფორირებული წყლული ამოიკერა. ოპერაციის შემდეგ ისევ განუახლდა მოვლენები, ავადმყოფს მესამედ გაუკეთდა ოპერაცია. ამჯერად აღმოჩნდა შერთულის გამტანი მუხლის კალოზური წყლულის პერფორაცია. ხვრელი ამოიკერა.

ახლა უკვე გაუკეთდა მეოთხე ოპერაცია — კუჭის რეზექცია, შერთულთან ერთად. გამტან მუხლში აღმოჩნდა დიდი კალოზური წყლული, მცირე ნაწიბური ბრაუნის შერთულის არეში. მლივი ნაწლავის მთლიანობა აღდგენილ იქნა პირი-პირში შერთულით. კუჭის რეზექცია დამთავრდა ბილროტის II წესით, ჰოფმეისტერ-ფინსტერერის მოდიფიკაციით. ავადმყოფი განიკურნა.

ამ შემთხვევაში რამდენიმე მომენტია საინტერესო. როგორც ირკვევა, პეპტიკური წყლული განვითარდა ოპერაციის პირველ თვეებში და მესამე თვეზე პერფორაცია განიცადა ჯერ ერთმა პეპტიკურმა წყლულმა, შემდეგ კი მეორემ. ჩვენ ვთვლით, რომ ამ შემთხვევაში პირველი ოპერაციის დროს დაშვებული იყო ტაქტიკური შეცდომა — გაკეთდა გასტროენტეროანასტომოზი მაშინ, როდესაც ნაჩვენები იყო კუჭის რეზექცია.

მიუხედავად დამახასიათებელი კლინიკურ-რენტგენოლოგიური მონაცემებისა, პეპტიკური წყლულის დიაგნოზის დასმა ყოველთვის ადვილი არ არის. არსებობს ოპერირებული კუჭის სხვა დაავადებანიც, რომლებიც მსგავს კლინიკურ სიმპტოკომპლექსს იძლევა და საჭირო ხდება დიფერენციული დიაგნოზის გატარება. ოპერირებული კუჭის ზოგიერთი პათოლოგიის გარჩევა შერთულისა და მლივი ნაწლავის პეპტიკური წყლულისაგან შედარებით ადვილია — კლინიკური, დამახასიათებელი რენტგენოლოგიური სურათის მიხედვით. ასეთებია — ქრონიკული მანკიერი წრე, ანასტომოზის შევიწროება და მისი ფუნქციის დარღვევა, ხვრილი ნაწლავის ქრონიკული ინვაგინაცია შერთულში, რეზექციის შემდგომი ჰიპერ-და ჰიპოგლიკემიური სინდრომი, ენ-

ტეროკოლიტი და სხვა. უფრო რთულია დიფერენციული დიაგნოზის გატარება პეპტიკურ წყლულსა და შეუხორცებელ, რეციდივულ, ან ახალ გასტროდუოდენურ წყლულს შორის, აგრეთვე პერიგასტროენტეროანასტომოზიტთან.

შეუხორცებელი წყლულისათვის დამახასიათებელია მეტად მოკლე ნათელი შუალედი და შემდგომ ოპერაციამდე არსებული მოვლენების განახლება. ნათელი შუალედი განპირობებულია ოპერაციულ ჩარევასთან დაკავშირებულ წოლით და დიეტის დაცვით, რაც ოპერაციის პირველ დღეებსა და კვირაში ამცირებს წყლულის მოვლენებს. საკვების ასორტიმენტის გაფართოება, აქტიური მოძრაობა და წოლითი რეჟიმიდან გამოსვლა ხელს უწყობს ამ მოვლენების განახლებას. ტკივილის ხასიათი და სხვა ნიშნები იგივე რჩება, რაც ოპერაციამდე იყო. რენტგენოლოგიური გამოკვლევა ადასტურებს წყლულის არსებობას იმავე ადგილზე.

რეციდივული წყლულის დროს ნათელი შუალედი უფრო ხანგრძლივია. ამ შემთხვევაში ნათელი შუალედი შეიძლება გამოწვეული იყოს წყლულის შეხორცებით ოპერაციის შედეგად, ან რემისის დამთხვევით. რამდენიმე ხნის შემდეგ წყლულოვანი დაავადების მოვლენები ახლდება. რენტგენოლოგიური გამოკვლევებით დადგინდება წყლულის ლოკალიზაცია.

ახალი წყლულის განვითარების შემთხვევაში ნათელი შუალედი ხანგრძლივია. განახლებული მოვლენების ხასიათი იგივეა, რაც ოპერაციამდე. მხოლოდ რენტგენოლოგიური გამოკვლევა მიუთითებს წყლულის ახალ ადგილზე.

ამრიგად, როგორც შეუხორცებელი, ისე რეციდივული და ახალი წყლულის კლინიკა საკმარისად განსხვავდება პეპტიკური წყლულის კლინიკისაგან. რენტგენოლოგიური დიაგნოსტიკაც დიდ სირთულეს არ წარმოადგენს და ამდენად ამ პათოლოგიური პროცესის გარჩევა პეპტიკური წყლულით სავსებით შესაძლებელია.

განსაკუთრებით ძნელია გართულებული პეპტიკური წყლულისა და პერიგასტროენტეროანასტომოზიტის გარჩევა ერთმანეთისაგან, როდესაც პეპტიკური წყლული ჩნდება ამ უკანასკნელის ფონზე. პერიგასტროენტეროანასტომოზიტისათვის დამახასიათებელ პატარა ნიშას აღმოჩენა ლოკალური პერიპროცესის პირობებში დიდ სირთულეს შეადგენს.

ამ ორი პათოლოგიის დიფერენცირების დროს საჭიროა გვახსოვდეს, რომ ორივე შემთხვევაში კლინიკური სურათი მსგავსია, მხოლოდ ტკივილი პეპტიკური წყლულის დროს გაცილებით უფრო ინტენსიურია, პერიგასტროენტეროანასტომოზიტის დროს ტკივილი მუდმივი ხასიათისაა და ძლიერდება მოძრაობის დროს.

პეპტიკური წყლულის მკურნალობა ურთულესი ამოცანაა. ძალიან ხშირად იგი ოპერაციულ ჩარევას მოითხოვს, თუმცა შემთხვევათა ნაწილში დამაკმაყოფილებელი შედეგი მიიღება შესაფერისი კონსერვატიული მკურნალობითაც. ამ მხრივ დიდი გამოცდილება აქვს ე. ლ. ბერიოზოვს, რომელიც წლების მანძილზე ატარებდა დაკვირვებას პეპტიკური წყლულით დაავადებულებზე კურორტ ჟელეზნოვოდსკში. ამ გამოცდილების საფუძველზე ე. ბერეზოვი მივიდა დასკვნამდე, რომ პეპტიკური წყლულით დაავადებულების გარკვეული ნაწილი, დაახლოებით ერთი მეოთხედი, კურორტულ მკურნალობას ექვემდებარება. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ კურორტული მკურნალობა კარგ ეფექტს იძლევა პატარა ზომის წყლულის დროს, ანასტომოზისა და მლივი ნაწლავის მომტანი მუხლის ყველა ლოკალიზაციის დიდი წყლულები იშვიათად ხორცდება. პენეტრირებული წყლულები მხოლოდ ოპერაციული ჩარევით იკურნება და ამ შემთხვევაში ოპერაცია აბსოლუტურად ნაჩვენებია; იგივე უნდა ითქვას კუჭ-კოლინჯის ფისტულების შესახებაც.

ამრიგად, ოპერაცია ნაჩვენებია ყველა ლოკალიზაციის დიდი პეპტიკური წყლულების, განსაკუთრებით სისხლმდენი და პენტრირებული წყლულის შემთხვევაში, მით უფრო, თუ ამასთან ერთად ადგილი აქვს სტენოზის მოვლენებს, იქნება იგი გამოწვეული თორმეტგოჯა ნაწლავისა თუ თვით ანასტომოზის შევიწროებით. ცხადია, ამავე ჯგუფს უნდა მიეკუთვნოს კუჭ-კოლინჯის ფისტულის ყველა შემთხვევა.

პეპტიკური წყლულების გამო წარმოებული ოპერაციის შორეულმა შედეგებმა ცხადჰყო, რომ პალიატიური ჩარევა არა მარტო არ იძლევა სასურველ შედეგს, არამედ უარეს მდგომარეობაში აყენებს ავადმყოფს, და ქმნის კიდევ უფრო მძიმე ოპერაციის აუცილებლობას; ამიტომ დღეს პალიატიური ოპერაციები, მცირე გამონაკლისს გარდა, უარყოფილია და განმეორებით ჩარევის დროს ოპერატესობა რადიკალურ ოპერაციებს ეძლევა.

ოპერაციამდე გამოცდილ რენტგენოლოგთან ერთად უნდა იყოს გარკვეული ორგანოთა ახალი ურთიერთობა და ამის საფუძველზე შემუშავდეს ოპერაციის გეგმა. მუცლის ღრუს გახსნისა და პათოლოგიური ცვლილებების დეტალების შესწავლის შემდეგ კი უნდა გადაწყდეს ჩარევის საბოლოო წესი.

პეპტიკური წყლულის გამო ჩვენ მასალაზე ვაგოტომია გაუკეთდა ოთხ ავადმყოფს; ოთხივე შემთხვევაში პეპტიკური წყლული განვითარებული იყო რეზექციის შემდეგ.

მოგვყავს ერთ-ერთი ამ ავადმყოფის მოკლე ისტორია. ავადმყოფი ნ. ა., მამაკაცი, 43 წ., შემოვიდა კლინიკაში 1948 წ. 23 X-ს.

1924 წ. თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის გამო გაუკეთებიათ წინა გასტროენტეროანასტომოზი. ოპერაციის შემდეგ ერთი წელი თავს ჯანმრთელად გრძნობდა. შემდეგ ტკივილი განუახლდა. 1944 წელს შერთულის პეპტიკური წყლულის გამო გაუკეთდა მეორე ოპერაცია — კუჭის რეზექცია ბილროტის II წესით. ნათელი პერიოდი 3 წელი-მოვლენების განახლების გამო მესამედ შემოვიდა ჩვენთან. რენტგენოლოგიურად დადგენილია ეკონომიური რეზექცია, მომტანი მუხლის არეში ნიშა. კუჭის შიგთავსის მჟავობა ევალდ-ბოასის საცდელი საუზმის შემდეგ 72—140. გაუკეთდა მესამე ოპერაცია — ორმხრივი სუბდიაფრაგმული ვაგოტომია. ოპერაციის დროს ნახულია შერთულის მომტანი მუხლის დიდი კალოზური პეპტიკური წყლული.

ეს მაგალითი ერთხელ კიდევ ასაბუთებს იმ გარემოებას, რომ პეპტიკური წყლულის გამო წარმოებული განმეორებითი ოპერაციის დროს კუჭის რეზექცია ფართო ფარგლებში უნდა გაკეთდეს.

გასტროენტეროანასტომოზის შემდეგ განვითარებული პეპტიკური წყლულების დროს ჩვენს მასალაზე წარმოებული იყო შემდეგი ოპერაციული ჩარევა:

პერფორაციული ხვრელის ამოკერვა	3
დამატებითი შერთულის დადება	1
შერთულის მოხსნა—ილეოგასტროსტომიის დროს .	1
კუჭის რეზექცია — შერთულის მოხსნა	1
კუჭისა და შერთულის რეზექცია	60
კუჭის, შერთულისა და განივი კოლინჯის რეზექცია.	6
შერთულისა და განივის კოლინჯის რეზექცია . .	1
ორმხრივ სუბდიაფრაგმული ვაგოტომია	1

რეზექციის შემდგომი პეპტიკური წყლულის დროს წარმოებული იყო შემდეგი ოპერაციული ჩარევა:

პერფორაციული ხვრელის ამოკერვა	4
კუჭის განმეორებითი რეზექცია	16
ორმხრივი სუბდიაფრაგმული ვაგოტომია	3

პეპტიკური წყლულის გამო ჩატარებული განმეორებითი ოპერაციის შემდეგ სიკვდილიანობა ჯერ კიდევ მაღალია. უკანასკნელ წლებში წინასაოპერაციო მომზადების, ოპერაციული ტექნიკისა და ოპერაციის შემდგომი მოვლის საკითხების ღრმა დამუშავებისა და გამოცდილების გაზრდასთან დაკავშირებით საგრძნობლად შემცირდა ოპერაციის შემდგომი სიკვდილიანობაც. სიკვდილიანობის შემცირებას

აღნიშნავს ყველა ავტორი. იგი აშკარად ჩანს ჩვენს მასალაზეც. მაგალითად, თუ დასაწყისში პეპტიკური წყლულის გამო წარმოებულ განმეორებითი ოპერაციების დროს სიკვდილიანობა აღწევდა 44%-ს, უკანასკნელი 15 წლის მანძილზე (1950 წლიდან) იგი დაეცა 4,0%-მდე, ე. ი. ათჯერ და მეტად შემცირდა.

საჭიროა აღინიშნოს, რომ ამჟამად არსებობს ყველა პირობა ოპერაციის შემდგომი სიკვდილიანობის შესამცირებლად.

კუჭ-კოლინჯის ფისტულა ოპერირებული კუჭის უმძიმესი გართულებაა. იგი პეპტიკური წყლულის შემდგომი ეტაპია. კუჭ-კოლინჯის ფისტულების აბსოლუტური უმრავლესობა წყლულოვანი დაავადების გამო ნაწარმოები ოპერაციული ჩარევის გართულებაა, მაგრამ იგი შეიძლება განვითარდეს კუჭის ავთვისებიანი სიმსივნის, კუჭის ლუესის, ტუბერკულოზისა და სხვა ნიადაგზეც.

წყლულოვანი დაავადების გამო კუჭზე წარმოებული ოპერაციის შემდეგ განვითარებული კუჭ-კოლინჯის ფისტულის პირველი შემთხვევა რუსეთში აღწერა კ. საპეჟკომ 1901 წ. შემდეგ წლებში ამ პათოლოგიის რიცხვი თანდათან იზრდებოდა. ფ. გულიანიცკიმ 1940 წ. შეაგროვა მსოფლიო ლიტერატურაში გამოქვეყნებული 357 შემთხვევა, ამათგან 71 რუსეთის მასალაა; გარდა ამისა, თვით ფ. გულიანიცკის ეკუთვნოდა 18 შემთხვევა.

რ. ქუმსიაშვილმა 1956 წ. საბჭოთა ლიტერატურიდან შეკრიბა კუჭ-კოლინჯის ფისტულის 237 შემთხვევა. ჩვენ მიერ შეგროვილი მასალის მიხედვით საბჭოთა ლიტერატურაში 1960 წლის ჩათვლით გამოქვეყნებული კუჭ-კოლინჯის ფისტულების რიცხვი შეადგენს 423-ს, ხოლო ჩვენი კლინიკის მასალასთან ერთად 435-ს აღწევს. საქართველოს ქირურგების მიერ აღწერილია 42 კუჭ-ნაწლავის ფისტულა.

შერთულისა და მლივი ნაწლავის პეპტიკური წყლული საკმარისად ხშირად რთულდება კოლინჯის ფისტულით. იგი პეპტიკური წყლულის საერთო რიცხვის 10%-ს შეადგენს, თუმცა ზოგიერთი ავტორის მასალაზე უფრო ხშირადაც გვხვდება.

კუჭ-კოლინჯის ფისტულა ვითარდება პეპტიკური წყლულის განივ კოლინჯის პენეტრაციისა და შემდეგ მის სანათურში გახსნის ნიადაგზე. კუჭ-კოლინჯის ფისტულების აღწერილი შემთხვევების უმეტესი ნაწილი განვითარებულა უკანა გასტროენტეროანასტომოზის შემდეგ, ძალზე იშვიათად კი რეზექციის შემდეგ.

თუ მხედველობაში მივიღებთ პეპტიკური წყლულის განსაკუთრებულ მიდრეკილებას პენეტრაციისადმი, ცხადი ხდება თუ რა ხელსაყ-

რელი პირობები იქმნება კუჭ-კოლინჯის ფისტულის ჩამოყალიბებისათვის სწორედ უკანა გასტროენტეროანასტომოზის შემთხვევაში.

შემუშავებულია კუჭ-კოლინჯის ფისტულების მრავალი კლასიფიკაცია, მაგრამ უმეტესი მათგანის საფუძველს ვ. დაბროტვორსკის მიერ მოცემული კლასიფიკაცია შეადგენს.

ჩვენ ვიზიარებთ ე. ბერიოზოვის კლინიკის კლასიფიკაციას, რომელიც კუჭ-ნაწლავის ფისტულის სამ სახეს არჩევს: 1) კუჭ-კოლინჯის ფისტულას, 2) კუჭ-მლივნაწლავ-კოლინჯის ფისტულას, 3) მლივ-ნაწლავ-კოლინჯის ფისტულას. უმეტესი ნაწილი კუჭმლივნაწლავ-კოლინჯის ფისტულებია.

კუჭ-კოლინჯის ფისტულის შემთხვევაში კუჭის სანათური უშუალოდ დაკავშირებულია განივი კოლინჯის სანათურთან. ამ სახის ფისტულა შეიძლება განვითარდეს შერთულთან ახლოს არსებული კუჭის პეპტიკური წყლულის გახსნით განივ კოლინჯში ან კუჭის წყლულის გახსნით განივ კოლინჯში.

კუჭ-მლივ-ნაწლავ-კოლინჯის ფისტულის შემთხვევაში განივ კოლინჯის სანათურში გახსნილია შერთულის მარგინალური პეპტიკური წყლული.

მლივ-ნაწლავ-განივი კოლინჯის ფისტულის დროს განივ კოლინჯში იხსნება მლივი ნაწლავის მომტანი ან წამღები მუხლის პეპტიკური წყლული და განივი კოლინჯის სანათური არ არის უშუალოდ დაკავშირებული კუჭის სანათურთან.

კუჭისა და მლივი ნაწლავის სანათურის განივ კოლინჯის სანათურთან დაკავშირების გამო კუჭის შიგთავსი ასცდება წვრილ ნაწლავებს და უშუალოდ მსხვილ ნაწლავში გადადის: მეორე მხრივ განავალი განივი კოლინჯიდან მოხვდება კუჭში. აქედან გამომდინარე კუჭ-კოლინჯის ფისტულის კლინიკური სურათი, ადგილობრივი და ზოგადი გამოვლინება დამოკიდებულია ფისტულის სახეზე და ოდენობაზე.

კუჭ-კოლინჯის ფისტულის კლინიკაში არჩევენ ადრეულ და მოგვიანებულ ნიშნებს. ადრეულ ნიშნებს ეკუთვნის: 1) ტკივილის გაქრობა ან მკვეთრი შემცირება, 2) ფაღარათი, 3) განავლოვანი სუნი პირიდან ან განავლოვანი ბოყინი, 4) დისპეპსიური მოვლენები. მოგვიანებულ ნიშნებს ეკუთვნის: 1) პროგრესული გახდომა, 2) განავლოვანი პირღებინება, 3) შეშუპებები. დიდი ოდენობის კუჭ-განივ კოლინჯის ფისტულის შემთხვევაში განავლოვანი პირღებინება შესაძლებელია ნაადრევი ნიშანი იყოს.

ერთ-ერთი ადრეული ნიშანთაგანია განავლოვანი სუნი პირიდან. მას ავადმყოფის მახლობლები აღნიშნავენ, რადგან თვით ავადმყოფი შეჩ-

ვეულია მას და ვერ გრძნობს, ხოლო ზოგჯერ სირცხვილით არ ამჟღავნებს.

კუჭ-კოლინჯის ფისტულის მეტად დამახასიათებელი ნიშანია შეუპოვარი ფაღარათი. დეფეკაციის სიხშირე სხვადასხვაა, 20—30-მდე დღეში. განავლოვანი მასები უხვად შეიცავს მოუნელებელ საკვებს (ლეინტერია), მაგრამ ლიენტერია არც ისე ხშირი მოვლენაა, ვ. სუმინი 19 ავადმყოფიდან მას მხოლოდ 3 ავადმყოფში აღნიშნავს. ზოგჯერ ფეკალურ მასებში აღინიშნება ცხიმის წვეთების დიდი რაოდენობა (სტეატორეა) და მოუნელებელი კუნთოვანი ბოჭკოები (კრეატორეა). თუ პილორუსი გამავალია, საკვების ნაწილი ჩვეულებრივი გზით მაინც მოხვდება წვრილ ნაწლავში და ზემოჩამოთვლილი ნიშნები ნაკლებად არის გამოხატული. აქედან ცხადია, თუ კუჭ-კოლინჯის ფისტულასთან ერთად არსებობს პილორუსის სტენოზიც, ავადმყოფის მდგომარეობა უფრო მალე უარესდება.

საჭმლის მონელების პროცესიდან წვრილი ნაწლავის გამოთიშვის შემთხვევაში არ ხდება საკვების წესიერად შეთვისება. ხშირი ფაღარათისა და პირღებინების გამო ავადმყოფები დიდი რაოდენობით კარგავენ სითხეს და ქრონიკულ შიმშილსა და წყურვილს განიცდიან. ასეთ ავადმყოფებს დაუკმაყოფილებელი შიმშილისა და წყურვილის გრძნობა აქვთ.

ფაღარათი არცერთი დაავადების დროს არ არის ისეთი შეუპოვარი, როგორც კუჭ-კოლინჯის ფისტულის დროს, იგი არავითარ მედიკამენტურ მკურნალობას არ ემორჩილება.

გარკვეულ მონაცემებს იძლევა ლაბორატორიული გამოკვლევები. კუჭის წვენში მჟავობა ხშირად დაქვეითებულია. კუჭის შიგთავსი ზოგჯერ განავლოვან მასებს შეიცავს, მასში შეიძლება ინდოლისა და სტერკობილინის აღმოჩენა.

გარდა კლინიკური სურათისა და ჩვეულებრივი ლაბორატორიული გამოკვლევებისა, დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით საჭიროა სპეციალური გამოკვლევების ჩატარება. ასეთებს ეკუთვნის სხვადასხვა ფერადი სითხეების გამოჩენა კუჭში, მათი ოყნით შეყვანის შემდეგ. ამ მიზნით იხმარება რძე, მეთილენის ლილა და სხვა.

კუჭ-კოლინჯის ფისტულის ჩამოყალიბების დაწყების პერიოდში ხდება რიგ დაავადებათა დიფერენციული დიაგნოზის გატარება, როდესაც კუჭ-კოლინჯის ფისტულის კედლებში წამყვანია დიარეა; უნდა გამოირიცხოს ოპერაციის შემდგომი ფაღარათობა, ენტეროკოლიტი და დიზენტერია, ნაწლავთა წყლული, ტუბერკულოზი და სიმსივნე, სპრუ.

კუჭ-კოლინჯის ფისტულის ოპერაციული მკურნალობა მუცლის

ღრუს ქირურგიის ურთულესი საქმეა, იგი ოპერატორისაგან უდიდეს გამოცდილებასა და სრულყოფილ ტექნიკას მოითხოვს. საჭიროა ავადმყოფის ოპერაციისათვის სათანადოდ მომზადება, რასაც დიდი მნიშვნელობა აქვს ოპერაციის გამოსავლისათვის.

ყველა ოპერაციული ჩარევა კუჭ-კოლინჯის ფისტულის დროს ორ დიდ ჯგუფად იყოფა — პალიატიურ და რადიკალურ ოპერაციებად. ამჟამად რადიკალური ოპერაციის ქვეშ იგულისხმება მხოლოდ ისეთი ოპერაციული ჩარევა, როცა პათოლოგიური კერის მოცილებასთან ერთად წარმოებს კუჭის რეზექციაც, რითაც ისპობა პეპტიკური წყლულისა და კუჭ-კოლინჯის ფისტულის რეციდივის შესაძლებლობა. ყველა სხვა ოპერაცია კი პალიატიური ოპერაციების ჯგუფში შედის. წარსულში ზოგიერთი ავტორი ფისტულის გათიშვის და განივ კოლინჯთან პათოლოგიური კავშირის მოსპობას თვლიდა რადიკალურ ოპერაციად. თუ რამდენად მძიმეა კუჭ-კოლინჯის ფისტულის მქონე ავადმყოფებისათვის მინიმალური ოპერაციული ჩარევაც კი, ამას შემდეგი დაკვირვება გვიჩვენებს.

ავადმყოფი ფ. გ., 45 წლის, მოიყვანეს კლინიკაში 1962 წლის 14 სექტემბერს კუჭ-კოლინჯის ფისტულის სრული კლინიკური სურათით. 1958 წ. თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაციის გამო ავადმყოფს გაუკეთდა წყლულის ამოკერვა და განივკოლინჯის უკანა შერთული. 2 წლის შემდეგ ტკივილი განახლდა, თანდათან გაძლიერდა, დაიწყო წყლულოვანი დაავადებისათვის დამახასიათებელი სხვა მოვლენებიც. 1962 წლის სექტემბერს ავადმყოფს რაიონის ერთ-ერთ საავადმყოფოში გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია შერთულის პეპტიკური წყლულის პერფორაციის გამო. ოპერაციის შემდგომ მოკლე დროში ავადმყოფმა იგრძნო პირიდან განავლის სუნი. შემდეგ დაიწყო განავლოვანი პირღებინება, ფაღარათი. შემოსვლისას ავადმყოფი მძიმე მდგომარეობაში იყო, მკვეთრად განლეული, ჰქონდა მიწის ფერი, ორივე ქვემო კიდურის შეშუპება.

შეიმჩნეოდა კუჭის წვენში საერთო მჟავობა ევალდ-ბოასის საცდელი საუზმის შემდეგ — 90, თავისუფალი მარილმჟავა — 40. რენტგენოსკოპიულად აღმოჩნდა კუჭზე დადებული შერთული, ფუნქცია დამაკმაყოფილებელი.

ღვიძლის ფუნქციური სინჯები: ველტმანის კოაგულაციური ლენტის სიგრძე — მე-7 სინჯარა, ტიკატა — არას რეაქცია — 2, საერთო ცილა — 4,75 მგ%, ალბუმინი — 3,15 მგ%, გლობულინი — 1,6 მგ%, ალბუმინგლობულინის ინდექსი — 1,9.

კუჭ-კოლინჯის ფისტულის სრული კლინიკური სურათის მიუხედავად რენტგენოლოგიურმა გამოვლენამ დიაგნოზი არ დაადასტურა.

ავადმყოფს სწორ ნაწლავში შევუყვანეთ მეთილენის ლილით შეღებილი სითხე. 5 წუთის შემდეგ ეს სითხე მიღებული იყო კუჭიდან.

ავადმყოფი ენერგიულად მომზადდა საოპერაციოდ: იღებდა დიდი რაოდენობით სითხეებს, გლუკოზას, პოლივიტამინებს, უტარდებოდა სისხლის გადასხმა და პლაზმა. მიუხედავად ამ ღონისძიებებისა, მდგომარეობა არ უმჯობესდებოდა; წინასაოპერაციო მომზადება უშედეგო აღმოჩნდა, ოპერაციის გადადება მიზანშეუწონლად იქნა ცნობილი და კლინიკაში შემოსვლიდან 5 კვირის შემდეგ, გაუკეთდა ოპერაცია ადგილობრივი ანესთეზიით.

ძველი ნაწიბური ამოიკვეთა, შეხორცების გათიშვის შემდეგ აღმოჩნდა ერთი მთლიანი კონგლომერატი, შედგენილი კუჭის ნაწილისა, კუჭ-ნაწლავის უკანა შერთულისა და განივი კოლინჯისაგან. განივი კოლინჯი გამოიყო შერთულისაგან და მისი სანათური გაიკერა ა. მელნიკოვის წესით. დეფექტი ამოიკერა აგრეთვე შერთულის მიდამოში. მუცლის ღრუში დატოვებულ იქნა დრენაჟი.

ოპერაციის შემდგომი მიმდინარეობა მძიმე იყო. მეოთხე დღეს ავადმყოფი გარდაიცვალა. გაკვეთისას აღმოჩნდა ორმხრივი ბრონქოპნევმონია, მარჯვენა ფილტვის ზედა წილის განგრენა.

ამრიგად, კუჭ-კოლინჯის ფისტულით დაუძლურებული ავადმყოფისათვის მინიმალური ოპერაციული ჩარევა, რომელიც ფისტულის გათიშვით განისაზღვრა, საბედისწერო აღმოჩნდა.

ჩვენს მასალაზე კუჭ-კოლინჯის ფისტულის გამო ოპერაცია გაუკეთდა 12 ავადმყოფს. აქედან ერთს წინასაოპერაციო მომზადების სახით გაუკეთდა იეიუნოსტომია. ორ ავადმყოფს გაუკეთდა ფისტულის გათიშვა და შექმნილი დეფექტი დაიხურა. ორ ავადმყოფს გაუკეთდა ბასის ოპერაცია. ერთ ავადმყოფს ფისტულის გათიშვის შემდეგ მლივი ნაწლავისა და განივი კოლინჯის დეფექტი დაეხურა და გაკეთდა კუჭის რეზექცია (ერთი ორგანოს რეზექცია). ოთხ ავადმყოფს გაუკეთდა ორი ორგანოს რეზექცია (კუჭისა და მლივი ნაწლავის) და განივი კოლინჯის დეფექტი ამოეკერა. ერთ ავადმყოფს დასჭირდა სამი ორგანოს: კუჭის, მლივი ნაწლავისა და განივი კოლინჯის რეზექცია. ერთ ავადმყოფს გაუკეთდა შემდეგი იძულებითი ოპერაცია: ფისტულის გათიშვის შემდეგ განივი კოლინჯის რეზექცია; მლივი ნაწლავის დეფექტიც გაკერეს. კუჭის წყლულის შეხორცების გამო ადგილი ჰქონდა პილორუსის სტენოზს. გაუკეთდა კუჭ-ნაწლავის ახალი უკანა შერთული გრძელ მუხლზე ბრაუნის ნაწლავთშორისი შერთულის დამატებით. განივი კოლინჯის მთლიანობის აღდგენა ვერ მოხერხდა, მისი ტაკვები დაიხურა და გაკეთდა ილეოსიგმოიდოანასტომოზი.

კუჭ-კოლინჯის ფისტულის გამო ჩატარებული ოპერაციები
(ჩვენი მასალის მიხედვით)

ოპერაციის სახე	შემთხვევათა რაოდენობა
1. ილეოსტომია	1
2. ფისტულის გათიშვა, დეფექტების დახურვა, ბასის ოპერაცია	2
კუჭის რეზექცია, მლივი ნაწლავისა და განივი კოლინჯის დეფექტის დახურვა	1
კუჭისა და მლივი ნაწლავის რეზექცია, განივი კოლინჯის დეფექტის დახურვა	4
კუჭის, მლივი ნაწლავისა და განივი კოლონჯის რეზექცია	1
განივი კოლინჯის რეზექცია, ძველი შერთულის მოხსნა და ახალი შერთულის დადება, ილეოსიგმოიდოსტომია	1
სულ	10

კუჭ-კოლინჯის ფისტულის გამო ჩატარებული ოპერაციების აღწერის დროს ჩვენ შევეხეთ მხოლოდ ერთმომენტიან ოპერაციებს. ზოგიერთი ავტორი, მართალია, ბოლო დროს უფრო იშვიათად მიმართავს ორმომენტიან ოპერაციას. პირველ მომენტად კეთდება ფისტულის გათიშვა და მიღებული დეფექტების აღდგენა, მეორე მომენტად კი რადიკალური ჩარევა — კუჭისა და მლივი ნაწლავის რეზექცია, ან პირველ მომენტად კეთდება ბასის ოპერაცია, მეორე მომენტად კი — პათოლოგიური კერის მთლიანად ამოკვეთა.

საყლაპავი მილის დამწვრობის მკურნალობის საკითხისათვის

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის სამკურნალო ფაკულტეტის ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში 1919 წლიდან 1968 წლამდე საყლაპავი მილისა და კუჭის დამწვრობით სულ გატარებულია 190 ავადმყოფი. აქედან საყლაპავი მილის დამწვრობით იყო 136 ავადმყოფი, კომბინირებული კი — კუჭისა და საყლაპავი მილის ერთდროული დამწვრობით — 43, კუჭის იზოლირებული დამწვრობა აღენიშნებოდა 11 ავადმყოფს.

საყლაპავი მილისა და კუჭის დამწვრობას უმთავრესად ადგილი აქვს შემთხვევით ან და წინასწარ განზრახვით სხვადასხვა ნივთიერების მიღების შედეგად. ჩვენი კლინიკის მასალის მიხედვით საყლაპავი მილისა და კუჭის დამწვრობა უხშირესად გამოწვეულია კაუსტიკური სოდით — 129, გოგირდმჟავათი 18, მარილმჟავათი — 6, აზოტმჟავათი 3, ძმრისმჟავათი 1, სულემის ხსნარით — 1, ფორმალინით 1, ნიშადურის სპირტით 1 შემთხვევაში. 18 შემთხვევაში დამწვრობის გამომწვევი მიზეზი დაუდგენელია.

საყლაპავი მილისა და კუჭის დამწვრობა ხშირი იყო. დამწვრობას უფრო ხშირად ადგილი ჰქონდა 20 — 30 წლის ქალებში. ჩვენი მასალის მიხედვით ყველაზე ახალგაზრდა იყო 4 წლისა, ყველაზე ხნიერი კი — 58 წლის.

საყლაპავი მილისა და კუჭის დამწვრობის შედეგად ვითარდება ნაწიბუროვანი შევიწროება, რომელიც მოითხოვს დროულ კონსერვატიულ მკურნალობას და გარკვეული ჩვენებების ჩამოყალიბების შემდეგ საჭიროა მისი ოპერაციული — პლასტიკური მკურნალობა.

საყლაპავი მილის ნაწიბუროვანი შევიწროება და ობტურაცია ითვლება მძიმე დაავადებად; ეს გამოწვეულია სხვადასხვა ქიმიკალით, უმთავრესად კი ტუტე ხსნარებით, გოგირდის სიმჟავით ან კაუსტიკით და სხვ.

საყლაპავი მილის მძიმე დაზიანება უმთავრესად აღენიშნებათ ახალგაზრდებსა და ბავშვებს; გამონაკლისის სახით მოზარდებსაც. საყლაპავი მილის დაზიანების მასშტაბი უმთავრესად დამოკიდებულია მიღებული ხსნარის რაოდენობაზე და მის კონცენტრაციაზე. რაც

შეეხება მკურნალობას, უნდა აღინიშნოს, რომ იგი იწყება როგორც წესი, კონსერვატიული მკურნალობით, მათ შორის მნიშვნელოვანია საყლაპავი მილის ნაადრევი ბუჟირება და პროტეზირება. გარდა ამისა, დამწვრობას თან ერთვის დამწვარი არის ინფიცირება, რის წინააღმდეგაც ანტიბიოტიკების გამოყენებას დიდი მნიშვნელობა აქვს.

არის შემთხვევები, როცა მიუხედავად ყველა მეთოდების გამოყენებისა, ბუჟირებისას საყლაპავი მილის გამტარებლობის აღდგენა არ ხდება. ან არის შემთხვევები, როცა ბუჟირება იძლევა მოკლე დროის განმავლობაში საყლაპავი მილის გამტარებლობას, რაც შემდეგში სრული გაუვალობით მთავრდება. ასეთ პირობებში არაიშვიათია ბუჟირების შედეგად საყლაპავი მილის კედლის დაზიანება და მძიმე გართულება. ამჟამად საკმარისად დასაბუთებულია სხვადასხვა ავტორთა დიდი გამოცდილებით, თვით ჩვენი მასალის მიხედვითაც, როგორც კონსერვატიული მკურნალობა, ასევე ოპერაციული მკურნალობის აუცილებლობა. იმ შემთხვევაში, როცა ნეკროტული ლორწოვანი გარსი სცილდება მთლიანად ან დიდ მანძილზე, რაც არ უნდა ადრე ჩავატაროთ ოპერაცია, — საყლაპავი მილის აღდგენა ბუჟირებით, შეუძლებელი ხდება. ამრიგად, იმ შემთხვევაში, როცა ადგილი აქვს საყლაპავი მილის დამწვრობის შედეგად მის სრულ ობლიტერაციას ან და როცა ხშირად ადგილი აქვს რეციდივს, საყლაპავი მილის მკვეთრ შევიწროებას უმნიშვნელო მოვლენების გაუმჯობესებით, საყლაპავი მილის გამტარებლობაში, ისმის საკითხი შევუნარჩუნოთ ავადმყოფს მუდმივი კუჭის ფისტულა, რომელიც დროებით იყო დადებული, თუ გაკეთდეს ხელოვნური საყლაპავი მილი.

ხელოვნური საყლაპავი მილის შესაქმნელად მრავალი წესი არსებობს. 1894 წელს ბირხერმა შეიმუშავა კანის ანტეთორაკალური პლასტიკა. პირველ ხანებში აღნიშნული მეთოდის დიდ ნაკლად იყო მიჩნეული ის, რომ კანის მილი არ იძლეოდა პერისტალტიკას. ამჟამად უკვე დადგენილად შეიძლება ჩაითვალოს, რომ ფუნქციონალურად სრულიად მისაღებია ასეთი მილის შექმნა. ასეთი მილი, მართალია პასიურად, მაგრამ კარგად ასრულებს თავის დანიშნულებას, — გადაყლაპული საკვები, სწრაფად, თავისუფლად გადადის კუჭში. ბირხერის ოპერაციის დიდ ნაკლად ჩაითვლება ის, რომ დიდ დროს, მოთმინებას მოითხოვს როგორც ქირურგისაგან, ისე ავადმყოფისაგან. იგი სრულდება მრავალ ეტაპად. ლიტერატურის მიხედვით არის შემთხვევები, როცა 17—22 წლის განმავლობაში კეთდებოდა მრავალი ოპერაცია ხელოვნური საყლაპავი მილის შესაქმნელად ბირხერის წესით, არა ერთი ქირურგის, არამედ მრავალი ქირურგის ჩარევით, მაგრამ საბოლოოდ მაინც დაუმთავრებელი რჩებოდა. ასეთ ავადმყოფებს ხშირად მთელი სხე-

ული დასერილი აქვთ ნაწიბურებით, გულმკერდისა და მუცლის არეში ფისტულის მიდამოში კანის გაღიზიანებით. ამჟამად ბიხერის წესის მრავალი მოდიფიკაცია არსებობს, მისი გაუმჯობესების თვალსაზრისით: კანის გადანერგვის ტექნიკის საქმეშიც არსებობს გარკვეული მიღწევები და ინფექციის წინააღმდეგ ისეთი საშუალებები, როგორიცაა ანტიბიოტიკები; შედარებით უფრო ადვილი შესასრულებელია საყლაპავი მილის შექმნა კანით, მიუხედავად ამისა, მეთოდის გამოყენების სიძნელე ჯერ კიდევ მთლიანად არ არის დაძლეული სახელდობრ არასასურველ მდგომარეობაში აყენებს ავადმყოფს კუჭის სტომა. რომელიც შექმნილია კანის მილის დისტალურ ნაწილთან შესაერთებლად. აღნიშნული სტომის შეერთება უკვე შექმნილ კანის მილის დისტალურ ნაწილთან, ყოველთვის არ სრულდება გაურთულებლად და შეიძლება განვითარდეს ფისტულა, რომელიც შემდეგ თავისთავად მოითხოვს პლასტიკური ოპერაციის ჩატარებას. გარდა ამისა, არაიშვიათად, აღნიშნულ მიდამოში, ვითარდება შევიწროებანი და ისმის ცირკულარულად განვითარებული ნაწიბურების ამოკვეთის საკითხი. გარდა ამისა, თუ მხედველობაში მივიღებთ იმასაც, რომ ამ დროს აღნიშნულ მიდამოში ინფიცირებული და გაღიზიანებული კერებია, საკმარისად დიდი სიძნელეებია მიზნის მისაღწევად. როზენკამცმა ბიხერის წესის შემდეგი მოდიფიკაცია შეიმუშავა. იგი აწარმოებდა კანის მილის შექმნამდე წინასწარ ორთავე სტომის — ხახისა და კუჭის შექმნას, შემდეგ ატარებდა დაკვირვებას, შესწორებას დიდი ხნის განმავლობაში და როცა ორთავე ხვრელის სტაბილურობაში დარწმუნდებოდა, მაშინ იგი ახდენდა მათ შეერთებას ერთ მომენტად კანის შექმნილი მილით, მაგრამ აღნიშნული მოდიფიკაცია პლასტიკის სხვადასხვა ეტაპის ჩატარებისას დაკავშირებულია სიძნელეებთან და გართულებებთან.

იუდინი კი თავის გამოცდილების მიხედვით გამოთქვამს საწინააღმდეგო აზრს და გვირჩევს, რომ სასურველია, წინასწარ, პირველ რიგში, შეიქმნას კანის მილი შედარებით ასეპტიკურ პირობებში.

გარდა აღნიშნულისა, კიდევ არსებობს მრავალი წესი ბიხერის წესის მოდიფიკაციისა, მაგრამ არცერთ მათგანს არა აქვს არსებითი უპირატესობა, მით უმეტეს, რომ მთავარი სიძნელეები ყველა მოდიფიკაციის დროს დაძლეული არ არის. ამიტომ აღნიშნულ მოდიფიკაციებზე აღარ შევჩერდებით.

გარდა ამისა, უნდა აღინიშნოს, რომ კანის მილის დისტალური ნაწილი დახურვისათვის მოწოდებულია მრავალი წესი (Beckcar reb, Janu, Гальперн, ku-Kowiky), რომლებიც გათვალისწინებულია კუჭის წინა კედლის ან მისი დიდი სიმრუდის მილის შესაქმნელად

(მილი გაქონდათ კანქვეშ). აღნიშნულ მოდიფიკაციას რაიმე უპირატესობა არა აქვს, ასევე მიუღებელი აღმოჩნდა კუჭის მთლიანი გამოყენება, როგორც პლასტიკური მასალისა (Kirscher) — მისი კანქვეშ გამოტანა მთელ სიგრძეზე. Kümmel-ი კი გვირჩევს მობილიზებული კუჭი გატანილი იქნეს უკანა შუა საყარში მთელ სიგრძეზე. აღნიშნული მეთოდიც დღემდე არ დანერგილა. ეზოფაგოპლასტიკის გავრცელება იწყება ნაწლავის მეთოდის გამოყენების დროიდან; ამ მეთოდის რეალური საფუძველი შექმნეს რუმ და გერცენმა, ხოლო მისი ფართოდ გამოყენებისათვის უამრავი ნოვატორული მომენტი შექმნა იუდინმა; მან დიდი მასალის მიხედვით დაამტკიცა აღნიშნული მეთოდის უპირატესობა.

1907 წელს რუმ გამოსცადა ტოტალური ანტეთორაკალური ეზოფაგოპლასტიკა წვრილი ნაწლავით, მისი ჯორჯლის მობილიზაციის საშუალებით. ამ წელს სხვა ავტორებმაც სცადეს ეზოფაგოპლასტიკა, მაგრამ ოპერაციის ტექნიკური მხარის სათანადოდ დაუმუშავებლობის გამო — შედეგი სახარბიელო არ იყო. აღნიშნული წესი უმთავრესად კიბოთი დაავადებულებზე გამოიყენეს. ხაზი უნდა გაესვას იმ გარემოებას, რომ 1907 წ. გერცენმა პირველმა გააკეთა ეზოფაგომპლასტიკა საყლაპავი მილის ნაწიბუროვანი შევიწროების გამო. გერცენმა რუს მიერ დამუშავებულ მეთოდში თვალსაჩინო ცვლილებები შეიტანა — კარგი შედეგით. ასე, მაგალითად, მან წვრილი ნაწლავი ერთმხრივ გამოთიშა ისე, რომ მობილიზებული წვრილი ნაწლავის დისტალურ ბოლოში ხდება „V"-მაგვარი ანასტომოზი გადაკვეთილი ტაკვთან; რუ კი ნაწლავის ორმხრივ გამოთიშვას აწარმოებდა, რაც ამჟამად მიუღებელია. გარდა ამისა, არიან მომხრეები, რომ მლივი ნაწლავის ნაცვლად გამოყენებული იქნეს კოლინჯი (Kelling, Wuleiet). ამრიგად, არსებობს მრავალი მეთოდი ხელოვნური საყლაპავი მილის შესაქმნელად, მაგრამ უმრავლეს მათგანს მხოლოდ ისტორიული მნიშვნელობა აქვს.

ამჟამად გავრცელებულ მეთოდად ითვლება ტოტალური ეზოფაგომპლასტიკა რუ-გერცენის მეთოდით; ეს მეთოდი განავითარა იუდინმა. სათანადო ჩვენების დროს ძალაში რჩება კომბინირებული ოპერაცია (Вульштейн, Лексер — Блауель), რომელიც შემდეგში გააუმჯობესეს და განახორციელეს სხვადასხვა ავტორმა და თვით იუდინმაც. როგორც იუდინი აღნიშნავს, საყლაპავი მილის პლასტიკა რუ-გერცენის ტიპის მიხედვით, ყველაზე უფრო ახლო დგას იდეალთან, მისი განხორციელება შეიძლება შედარებით მოკლე ვადაში კარგი შედეგით. მაგრამ არის შემთხვევები, შედარებით იშვიათად, მაგრამ მაინც, როცა ტოტალური ნაწლავის პლასტიკა ხელოვნური საყლაპავი მილის შესაქმნელად ძნელი განსახორციელებელია და სა-

რისკო. სიძნელეები გამოწვეულია ჯორჯალში ცხიმის ჭარბად განვითარებით ან ჯორჯლის სისხლძარღვთა არახელსაყრელი განვითარებით, როგორიცაა მოკლე არკადები, მათ შორის სუსტი კავშირები, ალაგ-ალაგ განვითარებული რადიალური ტოტები, არათანაბრად გაწაწილებული. ასეთ შემთხვევაში ხელი უნდა ავიღოთ ნაწლავის ტოტალური პლასტიკისაგან. შეიძლება ამ დროს ნაწლავი გამოიყოს არატოტალურად და ნაწილობრივ გამოტანილი იყოს კანქვეშ, ისეთი სიგრძის ნაწლავი, რომელიც საიმედოა, რომ მისი ნეკროზი არ მოხდება და შემდეგ პლასტიკა დამთავრდება სხვა წესების გამოყენებით.

მეორე წინააღმდეგჩვენებად ტოტალური პლასტიკის განხორციელებისათვის საყლაპავი მილის მაღალი სტრიქტურა ითვლება, როცა ჩართულია საყლაპავი მილის კისრის ნაწილი, შეიძლება ხახაც. ასეთ შემთხვევაში კანქვეშ გამოტანილი ნაწლავის ანასტომოზისათვის არ არის სანათური საყლაპავ მილში, რაც საერთოდ მეტად იშვიათია.

იუდინის მასალაზე მოყვანილია მხოლოდ სამი მსგავსი შემთხვევა; ეს თავისთავად ძნელი განსახორციელებელია; მას ახასიათებს შევიწროებები, რისთვისაც საჭიროა მისი პლასტიკური შესწორებები: როცა იგი სრულიად საიმედოდ ჩამოყალიბდება, საყლაპავი მილის პლასტიკა მთავრდება კანის პლასტიკით. სწორედ ამიტომ კისრის ნაწილის მაღალი სტრიქტურის დროს ნაწლავის პირდაპირი შეერთება საყლაპავ მილთან არ ხერხდება; ისმის კარგად ჩამოყალიბებული სტომის შექმნის საკითხი, ნაწლავის კანქვეშ გამოტანა რუ-გერცენის წესით, რაც შეიძლება მაღლა, რომ ხახის სტომა და ნაწლავის ხვრელი ახლოს იყოს, რომ კომბინირებული წესით კანის პლასტიკით იგი ადვილად შეერთდეს. საყლაპავი მილის კონსტრუქციის საქმეში იუდინის მიერ მიჩნეულია ყველაზე უფრო ურთულეს მომენტად ხახის სტომის შექმნის საკითხი, მით უმეტეს, რომ შექმნილ სტომას ახასიათებს პროგრესული შევიწროება. 4—5 კვირის განმავლობაში სტომა, რომელიც თითს თავისუფლად ატარებს, ისე ვიწროვდება, რომ იგი გაუვალი ხდება უწვრილესი ზონდისათვისაც.

სიძნელის გადალახვის მიზნით თვით იუდინის მიერ დარჩენილი ხახის კედლის მობილიზაციისათვის, მუდმივი სტომის ჩამოყალიბებისათვის დეტალურად არის დამუშავებული სტომის შექმნის ტექნიკა. აგრეთვე მისი აზრით საჭიროა გაკეთდეს ზემო ფარისებრი არტერიის გადაკვანძვა; ასევე საჭიროა გადაიკვანძოს ენის არტერია, ამოღებული იქნეს ენისქვეშა და ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლები. შეიძლება საჭირო გახდეს ზედა ყბის გარეთა არტერიის გადაკვანძვა; უნდა გადაიკვეთოს ორმუცელა კუნთი. აუცილებელია დიდი სიფრთხილე, რომ არ დაზიანდეს სახის ნერვის ტოტი, ენის ქვეშა ნერვი და ენის

ნერვი. იუდინი აღწერს ენის ქვეშ ნერვის დაზიანებას, რასაც მოყვა ენის მარცხენა ნახევრის მკვეთრი ატროფია. აღნიშნული მომენტების ზუსტად შესრულების შემდეგ უნდა მოხდეს ხახის კედლის კარგი მობილიზაცია, — ამას გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს იმისათვის, რომ თავისუფლად მიეკეროს კანი ხახის მობილიზებულ ლორწოვან გარსს. წინააღმდეგ შემთხვევაში შევიწროების შედეგად საჭირო გახდება განმეორებითი ოპერაცია, რაც ფრიად არასასურველია. იუდინი აღნიშნავს, რომ ასეთ შემთხვევაში განმეორებითი ოპერაცია ტექნიკურად ძნელი შესასრულებელია.

აღნიშნული ოპერაციის დროს შესაძლებელია შემდეგი გართულებები: ნერვების დაზიანება შემთხვევით, ნაწიბურის ამოკვეთისას ენის არტერიის დაზიანება; იუდინი აღნიშნავს, რომ ერთ შემთხვევაში, როცა პირველი ოპერაციით ვერ შექმნა სასურველი სტომა, იძულებული იყო ოთხი ეტაპის შემდეგ, ეტაპებს შორის ორკვირიანი ინტერვალებით მოეხდინა ხახის ლორწოვანის სასურველი მობილიზაცია.

ამის შემდეგ ისმის საკითხი — ხახისა და ნაწლავის სტომის გაერთიანება ან დახურვა მოხდეს კანის პლასტიკით; ამ პროცესის შესრულება თავისთავად მოითხოვს რიგი სიძნელეების გადალახვას. უნდა აღინიშნოს, რომ რაც უფრო დაშორებულია ხახის სტომა ნაწლავის სტომასთან, მით უფრო ძნელია კანის პლასტიკით ხელოვნური საყლაპავი მილის დამთავრება, რადგან ის მრავალი წესი, რომლებიც მოწოდებულია უმთავრესად კისრისა და გულმკერდის მიდამოში საჭირო კანის მობილიზაციისათვის, მიზანს ვერ აღწევს და კისრის და გულმკერდის არეში რჩება კანის დეფექტი და ფისტულა; მათ დასახურავად საბოლოოდ საჭირო ხდება ფართო პლასტიკა ყლორტების გამოყენებით. წამოიჭრა კანის თავისუფალი გადანერგვის საკითხი. ამის შესახებ იუდინს ურჩიეს თავისუფალი პლასტიკის გაკეთება კრაუზეს წესით. მან რამდენიმეჯერ გამოიყენა 5—7 სმ სიგანის კანი; ეს პროცესი განსაკუთრებით ქვემო სტომის არეში კანის ნეკროზით მთავრდებოდა. იუდინს თავისუფალი კანის გადანერგვის საქმეში ეხმარებოდნენ ცნობილი სპეციალისტები რაუერი (მოსკოვიდან) და ლიმბერგი (ლენინგრადიდან).

სპეციალურად მოწყობილი იყო პერმანენტული კომპრესორი, ბუდმივი თანაზომიერი წნევით, რომელსაც მთელი დღე-ღამის განმავლობაში აკონტროლებდნენ. მიუხედავად ამისა, გადანერგილი კანი მეშვიდე დღეს იწყებდა ნაწილობრივ დანეკროზებას, შემდეგ კი სრული დანეკროზებით მთავრდებოდა. ამიტომაც კრაუზეს მეთოდი არ დანერგილა.

ჩვენ მიზანშეწონილად მიგვაჩნია კომბინირებული მეთოდით კანის

მილის შექმნა, როცა წვრილი ნაწლავის გატანა არ ხერხდება კისერზე, ისე რომ იგი ანასტომოზებული იქნეს საყლაპავ მილთან; ამის მიზეზად შეიძლება კანქვეშ გატანილი ნაწლავის ნაწილობრივი ნეკროზი ჩაითვალოს. მნიშვნელობა აქვს იმას, თუ რა დონეზეა გამოტანილი ნაწლავი.

მ. ჩაჩავამ 1952 წელს გამოაქვეყნა შრომა „საყლაპავი მილის დამწვრობისა და ნაწიბუროვანი სტენოზის პროფილაქტიკა და მკურნალობა". ავტორმა შეისწავლა თბილისის სამედიცინო ინსტიტუტის სამკურნალო ფაკულტეტის ჰოსპიტალურ-ქირურგიულ კლინიკაში 1919—1950 წლებში გატარებული 90 ავადმყოფი საყლაპავი მილის დამწვრობით.

რუმ წამოაყენა დებულება ახალი საყლაპავი მილის შექმნისათვის მლივი ნაწლავის გამოყენების შესახებ. მან დაამუშავა აღნიშნული პლასტიკური ოპერაციის ტექნიკური განხორციელების შესაძლებლობა. რუს შესაძლებლად მიაჩნდა მლივი ნაწლავის ფეხზე გამოყოფა ისე, რომ არ დარღვეულიყო სისხლის მიმოქცევა, ნაწლავი ადვილად ყოფილიყო შეერთებული საყლაპავი მილის კისრის ნაწილთან, იმ მიზნით, რომ შემდგომ აღნიშნულ ნაწლავს შეესრულებინა საყლაპავი მილის ფუნქცია. თავის დროზე აღნიშნული ოპერაციის განხორციელების შესაძლებლობამ დიდი გამოხმაურება ჰპოვა ქირურგთა შორის (ტიუფე, ლამპოტი და სხვ.). ნაცადი იყო ეზოფაგოპლასტიკა ისეთ ავადმყოფებზე, რომელთაც ჰქონდათ საყლაპავი მილის შევიწროება კიბოს გამო; ყველა ოპერაცია უშედეგოდ დამთავრდა. აღნიშნული ოპერაციის პრაქტიკულად განხორციელების საქმეში პირველად ბრწყინვალე შედეგი მიიღო რუს მოწაფემ რუსმა ქირურგმა გერცენმა.

გერცენმა პრაქტიკულად განახორციელა პლასტიკური კონსტრუქცია საყლაპავი მილის მლივი ნაწლავის გამოყენებით. იგი აღნიშნავს, რომ რუს მეთოდი საშუალებას იძლევა იდეალურად აღადგინოს ყლაპვა. მის მიერ ჩატარებულია ოპერაცია 20 წლის ავადმყოფზე, რომელსაც საყლაპავი მილის ნაწიბუროვანი შევიწროება ჰქონდა ბოგირდის სიმჟავით გამოწვეული დამწვრობის ნიადაგზე. ოპერაცია განხორციელებული იყო სამ მომენტად. პირველი მომენტი იყო მლივი ნაწლავის ფეხზე გამოყოფა სამი ინტერტინალური არტერიის გადაკვანძვით და მობილიზებული ნაწლავის გატანა კისრამდე ანტეთორაკალურად კანქვეშ. აღნიშნული შემთხვევის დემონსტრირებამ პეტერბურგში 1907 წ. რუსეთის ქირურგთა მე-7 ყრილობაზე დიდი ყურადღება მიიპყრო. ყრილობის თავმჯდომარემ დიაკონოვმა

აღნიშნა, რომ გერცენის მოხსენება არის იშვიათი მოვლენა და მეტად დიდი მნიშვნელობის: გერცენის სახით რუს იშვიათი მოწაფე ჰყავს.

შემდეგში თითქოს უკვე შეიძლებოდა რუ-გერცენის მეთოდით ეზოფაგოპლასტიკის ფართოდ განხორციელება, მაგრამ ეს ასე არ მოხდა. სინამდვილემ გვიჩვენა, რომ მრავალი ცნობილი ქირურგის მიერ ნაცადი აღნიშნული მეთოდის გამოყენება ჩვეულებრივად მარცხით მთავრდებოდა. გამოირკვა, რომ მლივი ნაწლავის მობილიზაცია, ისე რომ მისი კისერში ატანა თავისუფლად შეიძლებოდეს, არ შეიძლება უბრალო ტექნიკურ ოპერაციად ჩაითვალოს. მლივი ნაწლავის ტრანსპლანტატი კანქვეშ ან მკერდის უკან კისრამდე გატარებული სახიფათო ღონისძიებაა, ნაწლავის ტრანსპლანტი შეიძლება დაიღუპოს, რაც შეიძლება ავადმყოფის კატასტროფით დამთავრდეს. ეს იმდენად სერიოზულ ჩარევად იქნა მიჩნეული, რომ 1911 წელს რუს მოწაფე ვიკი ამჯობინებდა ამ მიზნით მსხვილი ნაწლავის გამოყენებას. იგი აღნიშნავს, რომ დღემდე გერცენმა მხოლოდ ერთი შემთხვევა განახორციელა დადებითი შედეგით, როცა მან ეზოფაგოპლასტიკის მლივი ნაწლავი გამოიყენა რუ-გერცენის წესით. აღნიშნული გარემოება გამოწვეული იყო მთელი რიგი მიზეზებით. საყლაპავი მილის ოპერაცია არაიშვიათად კეთდებოდა კანცეროზული ობლიტერაციის დროს. ვინაიდან იმ დროს კარგად არ იყო შესწავლილი წვრილი ნაწლავის არტერიულ სისხლძარღვთა სისტემა, ახალგაზრდებშიც საყლაპავი მილის ნაწიბუროვანი შევიწროების დროს ჩვეულებრივი გართულების ძირითადი მიზეზი იყო მობილიზებული ნაწლავის ნეკროზი. მაშინ არ იყო დამუშავებული ინტერტინალური არტერიების მობილიზაციის ქირურგიული მეთოდი. რუ-გერცენის მიერ ჯერ კიდევ ეს საკითხი ზუსტად არ იყო შესწავლილი და ოპერაცია — წვრილი ნაწლავის ტოტალური გამოყოფა — მეტად სახიფათო იყო. სწორედ ამიტომ რუ-გერცენის მეთოდი ფართოდ არ გავრცელებულა.

ჩვეულებრივად გამოიყენება ბირხერის მიერ დამუშავებული კანის პლასტიკის სხვადასხვა სახის კომბინირებული მეთოდი, მიუხედავად იმისა, რომ რუ-გერცენის მეთოდის განხორციელება სცადეს ისეთმა ცნობილმა დასტაქრებმა, როგორებიც არიან: ლამბერტი, კოხერი, ლექსერი და სხვ.

კირშნერმა 1920 წელს შეიმუშავა მეთოდი ხელოვნური საყლაპავი მილის შესაქმნელად. გამოიყენა კუჭი — კარგი შედეგით. კირშნერის ოპერაციის კონსტრუქციული იდეა საინტერესოა; საკმარისია კუჭის ტრანსპლანტანტის ვასკულარიზაცია კუჭის მარჯვენა არტერიული მაგისტრალების საშუალებით, მაგრამ აღნიშნული მეთოდი არ დანერგილა.

კომბინირებული მეთოდებიდან აღსანიშნავია მლივი ნაწლავისა და კანის პლასტიკის შეხამება ვულშტეინ-ლექსერის მეთოდით. ეს მეთოდი ჩვეულებრივ საკომპრომისოა იმ დროს, როცა ტოტალური პლასტიკა რუგერცენის წესით არ ხორციელდება და ადგილი აქვს ტრანსპლანტატის ნეკროზს.

ხელოვნური საყლაპავი მილის შექმნის საკითხში იუდინის საერთაშორისო დამსახურება მეტად დიდია. იუდინმა ამ საკითხზე სპეციალურად დაამუშავა დიდძალი ლიტერატურა და სათანადო ანალიზი გაუკეთა საკუთარ კლინიკურ გამოცდილებას. იგი მივიდა იმ დასკვნამდე, რომ ყველაზე საუკეთესო მეთოდად უნდა ჩაითვალოს ტოტალური ნაწლავის პლასტიკა მკერდის წინა პლასტიკით (რუ-გერცენის მეთოდით), იმ განსხვავებით, რომ შეიძლება კუჭთან გამოყენებული არ იქნეს ანასტომოზი, რომლის ნაცვლად შეიძლება კუთხის ქვეშ მლივი ნაწლავის დარჩენილი პროქსიმალური ნაწილის ანასტომიზირება მობილიზებული წვრილი ნაწლავის დისტალურ მონაკვეთში. იმ შემთხვევაში, როცა ტოტალური ნაწლავის პლასტიკა არ ხორციელდება იმის შედეგად, რომ შეიძლება მოხდეს გატანილი ნაწლავის ნაწილობრივი ნეკროზი, შეიძლება გამოყენებული იქნეს კომბინირებული ნაწლავის პლასტიკა კანის მილის შექმნით — ამა თუ იმ სიგრძით. ეს მეთოდი ძირითადში უნდა ჩაითვალოს ვულშტეინ-ლექსერ-სოლოვიოვის წესად.

იუდინს შესაძლებლად მიაჩნია საჭიროების დროს გამოყენებული იქნეს მსხვილი ნაწლავის პლასტიკა, როგორც ამას აკეთებდა როიტი მსხვილი ნაწლავის მარჯვენა ნახევრის გამოყენებით ისე, რომ ნაწლავი ატანილი ყოფილიყო კისერზე და მისი შეერთება მომხდარიყო საყლაპავი მილის კისრის ნაწილზე. ყველა ამ მეთოდის გამოყენება ძირითადში ეხება საყლაპავი მილის ნაწიბუროვან შევიწროებას, რომელიც გამოწვეულია დამწვრობით, სიმჟავების ან ძლიერი ტუტე ხსნარებით, უმთავრესად საყლაპავი მილის ზემო ნაწილში. როცა საყლაპავი მილი შევიწროებულია აორტის რკალის ქვემოთ, გულმკერდის მე-4—5 მალის ქვემოთ უფრო მიზანშეწონილია პლევრის გზით ანასტომოზის გაკეთება საყლაპავ მილთან. უნდა აღინიშნოს, რომ იუდინმა თავის მოწაფეებთან ერთად სკლიფასოვსკის სახ. ინსტიტუტში ჩაატარა მრავალი დაკვირვება და მნიშვნელოვანი ოპერაცია; მისი და მისი მოწაფეების დამსახურება აღიარებულია მსოფლიო მასშტაბით.

იუდინის მიერ ჩატარებული ოპერაციების პირველი სერია იწყება 1928 წლიდან 1944 წლამდე — 80 ავადმყოფზე, აქედან 5 ავადმყოფი გარდაიცვალა. ოპერაციების მეორე სერია შეჯამებულია 1941 წლი-

დან 1947 წლამდე,—შეიცავს 170 ავადმყოფს; აქედან 17 ავადმყოფი დაიღუპა. ორივე სერიის შეჯამებით იქმნება საერთო რიცხვი — 250 ავადმყოფი. აქედან გარდაიცვალა 22 ავადმყოფი. 1948 წლისათვის გაკეთებულია 332 ხელოვნური საყლაპავი მილის პლასტიკური ოპერაცია. შემდეგში საყლაპავი მილის ოპერაციები უფრო იზრდება. გარდა ამისა, იუდინის მონაცემებით, შესრულებულია 27 პლასტიკა პლევრის ღრუს გახსნით, 15 — წვრილი ნაწლავის მკერდის ძვლის უკან გატანით. ამრიგად, უკვე 1953 წლისათვის სკლიფასოვსკის სახელობის ინსტიტუტში გატარებული საყლაპავი მილის პლასტიკა წვრილი ნაწლავის გამოყენებით უმთავრესად შესრულებულია იუდინისა და მისი მოწაფეების მიერ და აღემატება 600 ოპერაციას. აქედან გამომდინარე, იუდინი იძლევა მეტად მნიშვნელოვან დასკვნებს, რომელთაც დიდი თეორიული და პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვთ ხელოვნური საყლაპავი მილის ოპერაციების დასაბუთების საქმეში, საყლაპავი მილის ნაწიბუროვანი შევიწროების ქირურგიული მკურნალობის საკითხში. უპირველეს ყოვლისა, ეზოფაგოპლასტიკის მეთოდის შერჩევა დაკავშირებულია საყლაპავი მილის სტრიქტურასთან. მეორე მხრივ ძალიან ხშირად საყლაპავი მილის ქიმიური დამწვრობა და მისი გაუვალობა ხდება მაღალ დონეზე, მის პროქსიმალურ მონაკვეთზე. ჩვეულებრივად საყლაპავი მილის შევიწროებას ადგილი აქვს საყლაპავი მილის კისრის ნაწილში ან და ტრაქეის ბიფურკაციის დონეზე, აორტის რკალის ზემოთ; ამიტომ ხელოვნური საყლაპავი მილის ნაწლავის ტრანსპლანტაცია პლევრის გზით ხშირად ტექნიკურად არ ხერხდება და მიზანშეუწონელია.

აქედან გამომდინარე, ძირითად მეთოდად საყლაპავი მილის მაღალი შევიწროების დროს ითვლება მლივი ნაწლავის ტრანსპლანტაცია მკერდის ძვლის წინ კანქვეშ გვირაბის შექმნით. უკვე დამტკიცებულად უნდა ჩაითვალოს, რომ ფუნქციურად იგი სრულიად მისაღებია და ატარებს ყოველგვარ საკვებს თავისუფლად. ჩვეულებრივად გადაჭრილად შეიძლება ჩაითვალოს საკითხი — არის თუ არა საჭირო კუჭის ჩართვა ახალი საყლაპავი მილის კონსტრუქციის დროს, მით უმეტეს, რომ საკმარისად დიდი კლინიკური დაკვირვების საფუძველზე იუდინი ამტკიცებს, რომ კუჭის გამოთიშვა პასაჟისაგან არ ახდენს გავლენას საჭმლის მონელებასა და მის ჰორმონალურ ფუნქციაზე.

ამ მხრივ მიუხედავად დიდი მიღწევებისა, უნდა აღინიშნოს, რომ წვრილი ნაწლავის ტოტალური პლასტიკა არ შეიძლება ჩაითვალოს ჩვეულებრივ სრულიად საიმედო ღონისძიებად; მისი განხორციელება შესაძლებელი ხდება მხოლოდ ავადმყოფთა 60—70%-ში, დანარჩენ შემ-

თხვევაში კი 14-დან 13-მდე ეზოფაგოპლასტიკის შედეგად ადგილი აქვს სრულ ან ნაწილობრივ ნეკროზს ტრანსპლანტანტის სისხლის მიმოქცევის დარღვევის შედეგად. უდავო გახდა, რომ მლივი ნაწლავის სათანადო სიგრძით გამოყოფა ფეხზე ინტესტინალური არტერიების გადაკვანძვის საშუალებით, ერთნაირი პირობები არ იქნება ტრანსპლანტანტის კოლატერალური სისხლის მიმოქცევის განვითარებისათვის. ერთ შემთხვევაში საჭირო ხდება ოთხი ინტესტინალური არტერიის გამოყოფა, მეორეში სამი და ზოგჯერ შეიძლება ხუთი ინტესტინალური არტერიის გამოყოფა და გადაკვანძვა. მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე არა მარტო ინტესტინალური არტერიების რიცხვის გადაკვანძვას, არამედ თვით ინტესტინალური არტერიების იზოლირებასა და ქსოვილებისაგან და მათი გადაკვანძვის ტექნიკურ დეტალებს. წლების განმავლობაში ისწავლებოდა ადამიანის ჯორჯალში ზემო არტერიის მოწყობილობისა და წვრილი ნაწლავის ვასკულარიზაციის საკითხები — ნორმისა და ექსპერიმენტის პირობები (ა. ნათიშვილი, მ. კომახიძე, ნ. ჯავახიშვილი).

ნაწლავის ვასკულარიზაციის შესწავლისათვის ჩვენ განსაკუთრებული ყურადღება მივაქციეთ ინტესტინალური არტერიების რიცხვს, განლაგებას ჯორჯალში, დაყოფის ფორმებსა და ოდენობას, რაოდენობასა და ნაწლავთან ურთიერთობას. განსაკუთრებით ამ უკანასკნელს, რადგან არტერიული რკალები ინტესტინალურ არტერიებს შორის უხვ ანასტომოზებს წარმოადგენენ და უდიდესი როლი ეკისრებათ კოლატერალური სისხლის მიმოქცევის განვითარებაში.

მოკლედ შევეხოთ მხოლოდ იმ საკითხებს, რომელთაც გარკვეული პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს მლივი ნაწლავის ტრანსპლანტანტის მობილიზაციისას ტოტალური ეზოფაგიუნოპლასტიკისათვის. მიღებული ფაქტიური მონაცემების საფუძველზე მივედით იმ დასკვნამდე, რომ ადამიანის ჯორჯლის ზემო არტერიის დატოტიანება გაიყოს ორ ძირითად ფორმად: კონცენტრირებულად და სეგმენტურად. კონცენტრირებული ფორმის შემთხვევაში ჯორჯლის ზემო არტერიის წვრილი ტოტები ნაწლავის არტერიის მთავარ მაგისტრალს სცილდებიან ჯგუფურად, მათი რიცხვი შედარებით მცირეა და თითოეული არტერიის ტოტი ნაწლავის შედარებით დიდ მონაკვეთზე ნაწილდება; ცხადია, ჯორჯლის ზემო არტერიის ასეთი ფორმის დროს ოთხი ან შეიძლება ზოგჯერ სამი ძირითადი ინტესტინალური არტერიის გადაკვანძვა, შეიძლება გახდეს ტრანსპლანტანტის დანეკროზების მიზეზი.

სეგმენტური ფორმის შემთხვევაში ჯორჯლის ზემო არტერიას წვრილი ნაწლავის მთავარი მაგისტრალი სცილდება თანმიყოლებით, მორიგეობის დაცვით; არტერიების რიცხვი შედარებით დიდია, თი-

თოეული არტერიის ტოტი ნაწლავის შედარებით მცირე მონაკვეთზე ნაწილდება; რასაკვირველია, ჯორჯლის არტერიის ასეთი ფორმის დროს შესაძლებელია გამოითიშოს ოთხი და უფრო მეტი ინტესტინალური არტერია ისე, რომ ტრანსპლანტატში აღდგეს საკმარისად კოლატერალური სისხლის მიმოქცევა. თავისთავად დიდი მნიშვნელობის ანატომიური ფაქტია პრაქტიკული თვალსაზრისით ის, რომ კონცენტრირებული ფორმის ჯორჯლის ზემო არტერიის დატოტიანების შემთხვევაში მანძილები წვრილი ნაწლავის არტერიების გამოსვლის ადგილებს შორის დიდია და განსხვავებული. სეგმენტური ფორმის შემთხვევაში კი — მცირე და თითქმის თანაბარი. ჩვენი მონაცემებით ჯორჯლის ზემო არტერია საშუალოდ 18 ტოტს იძლევა. მათ შორის ორი ან უფრო იშვიათად სამი არტერია მსხვილი ნაწლავის მარჯვენა ნახევარს კვებავს, დანარჩენი 15 კი — წვრილ ნაწლავებს. ამათგან ერთი ჩვეულებრივად, თუ მხედველობაში არ მივიღებთ ზოგიერთ ანომალიას, არის პანკრეას — თორმეტგოჯა ნაწლავის არტერია, 14 კი — მლივი და თეძოს ნაწლავისა. პრაქტიკული თვალსაზრისით აღსანიშნავია, რომ წვრილი ნაწლავის ყველა არტერია, გარდა ორი უკანასკნელისა, ჯორჯლის ზემო არტერიის მთავარ ღეროს სცილდება მარცხნივ. საშუალოდ მეცამეტე არტერია აგრძელებს ჯორჯლის ზემო არტერიის მიმართულებას, ხოლო წვრილი ნაწლავის უკანასკნელი არტერია კი მთავარი ღეროს მარჯვენა მხარეზე გამოდის. მსხვილი ნაწლავის არტერიები ჯორჯლის ზემო არტერიის მარჯვენა მხარეზე გაშოდიან.

პლასტიკისათვის ინტესტინალური არტერიების მობილიზაციისა და გადაკვეთის საქმეში მნიშვნელობა აქვს იმ ანატომიურ ფაქტორს, რომელსაც წვრილი ნაწლავის არტერიების სიმსხო და დატოტიანების მრავალრიცხოვანი ვარიანტები აქვს. მსხვილი, მრავალჯერ დატოტიანებული არტერიების გვერდზე შეიძლება წვრილი, ნაკლებ საფეხურების დატოტიანების მქონე არტერია მდებარეობდეს. მიუხედავად ვარიანტების სიმრავლისა, შეიძლება ითქვას, რომ წვრილი ნაწლავის შუა ნაწილის არტერიები მსხვილებია და მრავალსაფეხურიანი დატოტიანება აქვთ; ეს გარემოება არ გამორიცხავს მსხვილი, მრავალსაფეხურიანი დატოტიანების მქონე არტერიებს წვრილი ნაწლავის ბოლო ნაწილში. საშუალოდ წვრილი ნაწლავის ერთი არტერია კვებავს 28,4 სმ სიგრძის ნაწლავის მარყუჟს.

ახალშობილი გვამების შესწავლით გამოირკვა, რომ ერთი არტერიის შესატყვისი წვრილი ნაწლავის მონაკვეთის სიგრძე საშუალოდ 55 სმ-დან 78,5 სმ შორის მერყეობს. დადგინდა, რომ ადამიანის წვრილი ნაწლავის არტერიების გაყოფის უმაღლესი საფეხურები უდრის

11-ს. ყველაზე ხშირია წვრილი ნაწლავის თითოეული არტერიის ექვსჯერ გაყოფა.

გარდა ამისა, შემჩნეულია, რომ წვრილი ნაწლავის არტერიები მეზობელ არტერიებით შექმნილ რკალებს შეიძლება გაყოფის გარეშეც დაუკავშირდნენ. ადამიანის წვრილი ნაწლავის არტერიებისათვის დამახასიათებელია: ყველაზე მრავალრიცხოვანი მეხუთე ხარისხის ტოტები, ყველაზე მრავალრიცხოვანი მეხუთე სართულის რკალები და სწორი ძარღვების უმეტესი ნაწილის გამოსვლა მეხუთე სართულის რკალებიდან. ადამიანის ჯორჯლის ზემო არტერიის დატოტიანება საჭმლის მომნელებელი მილის სხვადასხვა მონაკვეთში სპეციფიკურობით ხასიათდება, რის ცოდნასა და გათვალისწინებას უაღრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს თითოეული მისი ტოტის მოწყობილობის შეფასებისათვის.

აღნიშნული ფაქტი საინტერესოა იმითაც, რომ წვრილ ნაწლავზე პლასტიკური ოპერაციების დროს და კერძოდ მლივი ნაწლავის გარკვეული მონაკვეთის მობილიზაციის საქმეში სწორ ორიენტირებას იძლევა. ჩვენ შეგვიძლია აღნიშნული ფაქტების გათვალისწინებით განვსაზღვროთ, თუ ყოველ ცალკეულ კონკრეტულ შემთხვევაში რამდენი ინტენსტინალური არტერიის გადაკვანძვა შეიძლება ისე, რომ არ მივიღოთ ტრანსპლანტანტის ნეკროზი. გარდა ამისა, ჩვენ მიერ შესწავლილი იყო ძაღლებში წვრილი ნაწლავის ვასკულარიზაციის საკითხი ნორმასა და ექსპერიმენტის პირობებში. შევისწავლეთ წვრილი ნაწლავის სხვადასხვა მიდამოს ვასკულარიზაციისა და ინერვაციის მორფოლოგიური თავისებურება, აღნიშნულ სისტემათა პოტენციური უნარისა და ფარგლების ზოგადი კანონზომიერება, სისხლის ძარღვების პლასტიკის უნარიანობა, სისხლის მიმოქცევის მექანიზმის თავისებურება, როგორც ექსპერიმენტის, ისე ჩვეულებრივი მოქმედების პირობებში; ძაღლის წვრილი ნაწლავი საშუალოდ 14 ინტესტინალური არტერიით იკვებება. პირველი 13 არტერია ჯორჯლის კრანიალური არტერიის მთავარი ღერძის მარცხენა მხარეზე გამოდის, უკანასკნელი კი მარჯვენა მხარეზე გამოიყოფა.

ძაღლის ინტესტინალური არტერიული კალიბრი ფრიად ცვალებადია და ხშირად მსხვილი არტერიის გვერდზე წვრილი არტერია გამოდის, მაგრამ ზოგადად მაინც უნდა აღინიშნოს, რომ პირველი ორი ინტესტინალური არტერია უფრო ხშირად საშუალო კალიბრისაა, შემდეგ ინტესტინალური არტერიების კალიბრი მატულობს და წვრილი ნაწლავის შუა ნაწილის მკვებავ ძარღვებს შორის ხშირად მაქსიმალური კალიბრის არტერიებს ვხვდებით. დისტალური მიმართულებით არტერიების კალიბრი თანდათანობით მცირდება. აღნიშნულ

მონაცემებს როცა ვადარებთ ადამიანის ჯორჯლის არტერიის განაწილების თავისებურებებს, ძაღლის ჯორჯლის არტერიის ზოგადი პრინციპები ერთი და იგივეა, თუ მხედველობაში არ მივიღებთ ზოგიერთ სპეციფიკურობას.

ნაწლავისაკენ მიმართული ინტესტინალური არტერია რამდენიმეჯერ იყოფა ერთიდან ექვსამდე. გაყოფის შემდეგ წარმოიშობა სათანადო ხარისხის ტოტები, რომლებიც ერთიმეორეს უკავშირდებიან არტერიული რკალებით. ამრიგად, შეიქმნება ძარღვთა არკადები, რომელთა გამოდრეკილი ნაპირიდან გამოდის ნაწლავის ტოტები; ეს ტოტები უკვე უშუალოდ ნაწლავის კედელში შეიჭრება. ყველაზე მრავალრიცხოვან ტოტებს ნაწლავი პირველი ხარისხის არკადებიდან ღებულობს. შემდეგ მოდის მეორე, მესამე, მეოთხე, მეხუთე და მეექვსე არკადების ტოტები. ექსპერიმენტის პირობებში მკვებავი სისტემის მოქმედების ფარგლები სისხლის ძარღვების გამოთიშვის თვალსაზრისით (წვრილი ნაწლავის, როგორც კრანიალურ, ისე კაუდალურ მონაკვეთში) ყველაზე უფრო შეზღუდულია სისხლის ძარღვის კონის ერთიანი გადაკვანძვის შემთხვევაში. ამგვარი ცდები ძაღლებისათვის ასატანია მხოლოდ სამი პროქსიმალური და ორი დისტალური სისხლის ძარღვის გადაკვანძვის შემთხვევაში, ისიც მაშინ, თუ პირველი სამი სისხლის ძარღვი საშუალოზე მსხვილი არ არის და მლივი ნაწლავის 35 სმ მეტი არ გამოითიშება მაშინ, როცა სამი დისტალური ძარღვის გადაკვანძვა ნაწლავის კაუდალურ ბოლოზე საშუალოდ 50 სმ ნაწლავის გამოთიშვას იწვევს და ცხოველის სიკვდილით მთავრდება. შედარებით უფრო ადვილი ასატანია ნაწლავის სისხლის ძარღვების და ჯორჯლის გადაკვანძვა და გადაკვეთა. ცდების ეს მეორე ჯგუფი ძაღლებისათვის ასატანია ნაწლავის სამი დისტალური ძარღვის გადაკვანძვის შემთხვევაში. პროქსიმალურად კი სამი ძარღვის ამ სახით გადაკვანძვამ, ისევე როგორც პირველი ჯგუფის ცდებში, შეიძლება წყლულის განვითარება გამოიწვიოს ან თუ ნაწლავის დიდი მონაკვეთი გამოითიშა, ცხოველის სიკვდილით დამთავრდეს. გამოთიშული ნაწლავის ნეკროზისა და მის ნიადაგზე განვითარებული პერიტონიტის წვრილი ნაწლავის კაუდალურ ბოლოზე ასატანია ხუთი ძარღვის ფარგლებშიაც კი მაშინ, როცა მლივი ნაწლავის კრანიალურ ნახევარში ასეთივე მანიპულაცია მხოლოდ ოთხ ძარღვზე შეიძლება იყოს ნაწარმოები.

ამ შემთხვევაში ცდების შედეგები ნაწლავის სისხლის ძარღვების კალიბრის სხვაობითაც უნდა აიხსნას. როგორც ნორმალური ძაღლის ჯორჯლის კრანიალური არტერიების შესწავლა ადასტურებს, მეოთხე-მეხუთე-მეექვსე სისხლის ძარღვები ხშირად მაქსიმალური

კალიბრის ძარღვებია, მაშინ, როცა უკანასკნელი ინტესტინალური არტერიების კალიბრი თანდათანობით მცირდება. ხუთი კაუდალური სისხლის ძარღვების იზოლირებული გადაკვანძვა ძაღლის სიკვდილს იწვევს. ხუთი პროქსიმალური სისხლის ძარღვის იზოლირებული გადაკვანძვა კი ძაღლისათვის ასატანია.

თუ სისხლის ძარღვები დიდი რაოდენობით გადაიკვანძა და მანიპულაცია ძარღვებისათვის ასატანი არ არის, ძაღლი როგორც წესი, იღუპება ოპერაციის პირველი დღეების განმავლობაში ნაწლავის ნეკროზისა და მის ნიადაგზე განვითარებული პერიტონიტის გამო. მიღებული შედეგებით ნათელია, რომ კოლატერალური სისხლის მიმოქცევის განვითარებისათვის და იშემიური მოვლენების თავიდან აცილებისათვის მნიშვნელობა აქვს არა მარტო სისხლის ძარღვის კედელში არსებულ ვაზოკონსტრუქტორებს, არამედ თვით ორგანოსაკენ მიმავალ ჯორჯალში არსებულ ნერვულ ტოტებს.

ნაწლავის არტერიების გადაკვანძვის შედეგების შესაფასებლად მნიშვნელობა აქვს არა მარტო გადაკვანძული სისხლის ძარღვების რიცხვს, არამედ მათ კალიბრსაც, წვრილი ნაწლავის მონაკვეთს და გამოთიშული ნაწლავის სიგრძეს.

ცდების შედეგად ირკვევა, რომ ინტესტინალური სისხლის ძარღვების გადაკვანძვის შედეგად გამოთიშული ნაწლავის ტოტალური ნეკროზი შეიძლება არ მოხდეს და ამ შემთხვევაში განმეორებითი დროული ლაპაროტომიით ნაწილობრივი ნეკროზის ამოკვეთის შედეგად შეიძლება დარჩენილი ნაწლავის შენარჩუნება; ეს იმას ამტკიცებს, რომ ნაწლავის ნაწილობრივი ნეკროზის ნიადაგზე ვითარდება ჯორჯლის სისხლის ძარღვების თრომბოზი, რაც ნეკროზის გავრცელებისა და ცხოველის დაღუპვის მიზეზია.

ჩვენ სპეციალურად შევისწავლეთ ნაწლავის კედლის უწვრილესი სისხლის ძარღვები, როგორც ნორმის, ისე ექსპერიმენტის პირობებში. ირკვევა, რომ ნაწლავის კედელში სისხლის ძარღვები ორ ძირითად კაპილარულ ქსელს ქმნიან — სუბსეროზულსა და სუბმუკოზურს. თითოეული ქსელი ცირკულარული სისხლის ძარღვებისაგან შედგება, რომლებიც ერთი მეორესთან გასწვრივი კაპილარებით არიან დაკავშირებულნი. სუბსეროზული ქსელი ნაწლავის სეროზულსა და კუნთოვან გარსს კვებავს; სუბსეროზული ქსელი ორი სახის კაპილარულ ბადეს ქმნის: ერთი ლორწქვეშა და ლორწოვანის ღრმა შრეს კვებავს, მეორე კი ხაოებშია მოთავსებული.

ინტესტინალური არტერიების გადაკვანძვის შემდეგ ნაწლავის კედლის ყველა შრეში ხდება კაპილარული ქსელის სურათის შეცვლა და განსაკუთრებით კი ლორწოვანი გარსის ქსელის სპეციფი-

კურობის დაკარგვა აღინიშნება. წვრილი ნაწლავის მარყუჟის გადანერგვა ცვლის სისხლძარღვთა აღნაგობას: გადანერგილ წვრილ ნაწლავში მისთვის უჩვეულო დატვირთვა კაპილარულ ქსელში მკვეთრ ცვლილებებს იწვევს. ასე, მაგალითად, გადანერგილი წვრილი ნაწლავის სისხლის ძარღვები მაგისტრალებსა და სეგმენტური ტოტების განვითარებაზე შენდება, მსხვილი ნაწლავის სისხლის ძარღვების მსგავსად და წვრილი ნაწლავის სისხლის ძარღვებისაგან განსხვავებით, როცა ხდება წვრილი ნაწლავის მარყუჟის ჩანერგვა მსხვილ ნაწლავში გამოთიშული სეგმენტის ნაცვლად. გადანერგილ წვრილ ნაწლავში ვენური ძარღვები ჩვეულებრივ წვრილი ნაწლავის ვენების კალიბრს აღემატება; იგი მსხვილი ნაწლავის ვენების მსგავსია, როგორც ოდენობით, ისე დატოტიანების ხასიათით.

განსაკუთრებით დამახასიათებელია ლორწოვანი გარსის ვენების მოწყობილობა, რომელიც ზუსტად ისეთივე ხდება გადანერგილ წვრილ ნაწლავში, როგორც ამას ჩვეულებრივ ვხედებით მსხვილ ნაწლავში.

ამრიგად, ხელოვნური საყლაპავი მილის შექმნის მრავალი მეთოდია შემუშავებული, მაგრამ ყველაზე უფრო ეფექტური და რაციონალურია ხელოვნური საყლაპავი მილი წვრილი ნაწლავით (რუ-გერცენის მეთოდის გამოყენებით); იგი დაამუშავეს და მრავალ კლინიკურ მასალაზე განახორციელეს იუდინმა და მისმა მოწაფეებმა. კერძოდ, იუდინის მიერ დამუშავებული იყო წვრილი ნაწლავის სისხლის ძარღვების იზოლირებული გადაკვანძვა, რითაც მან შესძლო წვრილი ნაწლავის მობილიზაცია შემთხვევათა უმრავლესობაში (75%) იმ სიგრძეზე, რამდენიც საჭიროა პლასტიკისათვის.

რაც შეეხება მსხვილი ნაწლავის გამოყენებას ხელოვნური საყლაპავი მილის შექმნისათვის, კელინგი გვირჩევს განივი კოლინჯის მარჯვენა ნახევრის გამოყენებას ისე, რომ ტრანსპლანტანტი მოთავსდეს იზოპერისტალტიკურად. ხოლო ვულიეტს მიზანშეწონილად მიაჩნდა განივი კოლინჯის მარცხენა ნახევრის გამოყენება მისი ანტიპერისტალტიკურად მოთავსებით.

1921 წელს რეიტმა პირველად განახორციელა ხელოვნური საყლაპავი მილის შექმნა მსხვილი ნაწლავის მარჯვენა ნახევრის გამოყენებით.

უკანასკნელ წლებში როგორც ჩვენში, ისე საზღვარგარეთ, სულ უფრო ხშირად მიმართავენ მსხვილი ნაწლავის გამოყენებას ხელოვნური საყლაპავი მილის შექმნისათვის.

ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში ხელოვნური საყლაპავი მილის შექმნის ოპერაცია რუ-გერცენ-იუდინის მეთოდით პირველად 1946 წელს გრიგოლ მუხაძემ გააკეთა. შემდეგში ეს ოპერაციები გა-

კეთებულია კ. ერისთავის, მ. ჩაჩავას, დ. მამამთავრიშვილისა და ჩვენ მიერ.

რადგანაც ხელოვნური საყლაპავი მილის შექმნა იშვიათ ოპერაციათა რიცხვს ეკუთვნის და წლის განმავლობაში კლინიკაში შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ერთ ან ორ შემთხვევას, ამიტომ მოვიტანთ ისტორიას იმ ავადმყოფებისას, რომელთაც გაუკეთდათ ხელოვნური საყლაპავი მილი რუ-გერცენ-იუდინის მეთოდით.

1. ავადმყოფი მ. მ., ქალი, 21 წლის, ავადმყოფის ისტორია № 2630, მოიყვანეს კლინიკაში 1952 წლის 21 აპრილს. როგორც ავადმყოფი აღნიშნავს, 20 დღის წინათ, დაულევია კაუსტიკური სოდა, მოათავსეს რაისაავადმყოფოში. დაეწყო ტკივილი პირის ღრუსა და ეპიგასტრიუმის არეში. ვერ ყლაპავს. აღნიშნულის გამო გადმოგზავნეს კლინიკაში.

შემოსვლისას: ზოგადი მდგომარეობა მძიმე, ლაპარაკი არ შეუძლია. პირის ღრუს ლორწოვანი და ტუჩები ჰიპერემიულია. ალაგ-ალაგ აღინიშნება წყლულები.

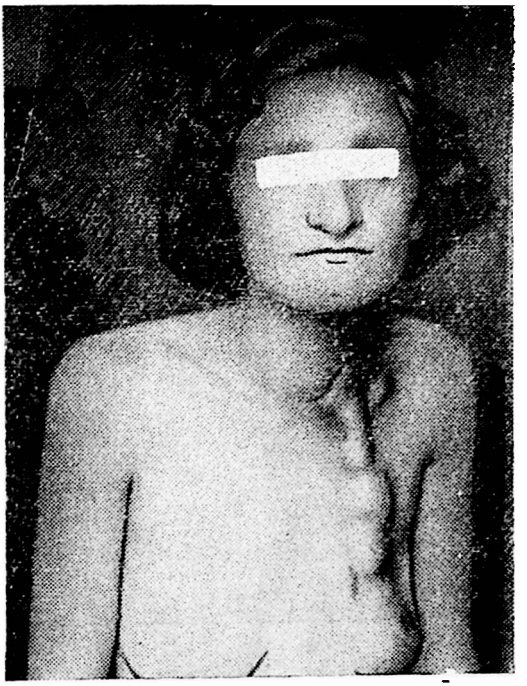
1952 წლის 22 აპრილს გაუკეთდა გასტროსტომია ვიტცელის წესით.

საყლაპავი მილის რენტგენოგამოკვლევა არ მოხერხდა, ვინაიდან ავადმყოფი საკონტრასტო ნივთიერებას ვერ ღებულობს. ოტო-რინოლარინგოლოგის კონსულტაცია: ხორხსარქველი ჰიხორცებულია ენის ძირზე, ხორხსარქველზე ციცხვისებრი ღრტილის მიდამოში ემჩნევა დეფექტი. ხორხსარქველისა და ციცხვისებრ ღრტილს შორის განვითარებულია ნაწიბური. საყლაპავი მილის შესავალში ჰიპოფარინგსის ქვედა ნაწილში ემჩნევა შევიწროება ნაწიბუროვანი ქსოვილის განვითარებით.

1952 წლის 3 ივლისს გაუკეთდა ოპერაცია. განაკვეთი კისრის წინა მარცხენა ზედაპირზე მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთის გასწვრივ დაწყებული ქვედაყბის გარეთა კუთხიდან ქვემოთ. გადაიკვანძა ფარისებრი ჯირკვლის ზედა არტერიით და გაკეთდა ფარისებრი ჯირკვლის მარცხენა წილის რეზექცია. ამოვუღეთ მარცხენა ყბის ქვეშა და ენისქვეშა ჯირკვალი. ამოიკვეთა ინის ძვლის მარცხენა ნახევარი, რის შემდეგ შეიქმნა ფართო მისადგომი ხახასთან. ენის არტერია გამოიყო და გადაიკვანძა. ხახის კედელი გადაიკვეთა განივად და კიდეები მიკერდა კანს მისი მობილიზაციის შემდეგ. გაკეთდა ხახის „სტომა“.

1952 წლის 7 აგვისტოს გაუკეთდა ოპერაცია (სპინალური + ადგილობრივი ანესთეზია). განაკვეთი შუა ხაზზე. გაიხსნა მუცლის ღრუ. ტრეიცის იოგიდან 8 სმ დაცილებით დაიწყო ინტენსტინალური არტერიების მობილიზაცია. გადაიკვანძა და გადაიკვეთა II, III, IV, V

ინტენსტინალური არტერიები, ნაწლავი, პროქსიმალურად, გაკეთდა ანასტომოზი მის დისტალურად კუთხის ქვეშ. გულმკერდის წინა ზედაპირზე გაკეთდა გვირაბი და მობილიზებული ნაწლავის მარყუჟი გატანილი იქნა კანქვეშლავიწამდე. 1952 წლის 15 ნოემბერს გატარდა განაკვეთი გულმკერდის წინა ზედაპირზე — კისრის არეში არსებულ სტომასა და მარცხნივ მე-3 ნეკნის ქვემო კიდემდე ამოტანილ ნაწლავს შორის. გაიკვეთა კანი ორი ურთიერთ პარალელური 8 სმ სიგრძისა და მისი ლატერალური კიდის თანდათანობით გამოყოფის შემდეგ, შეიქმნა ხელოვნური საყლაპავი მილი ბირხერის წესით.

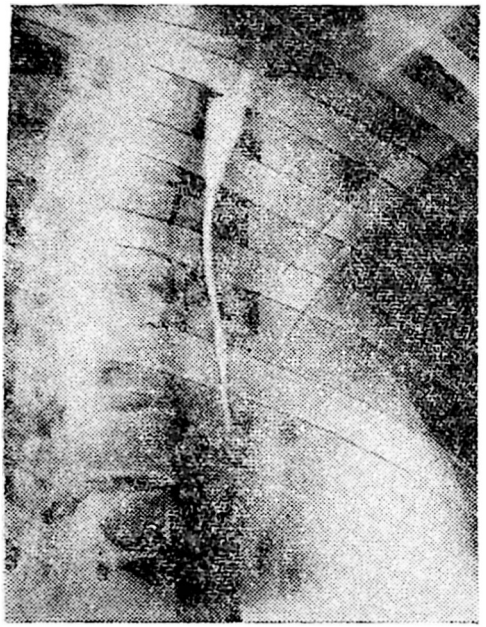


სურ. 12.

ავადმყოფი საყლაპავი მილის დამწვრობით პლასტიკური ოპერაციის შემდეგ.

კანის ერთი ყლორტი, რომლითაც დაფარული იყო ხელოვნური საყლაპავი მილის მარცხენა მხარე, დანეკროზდა. გულმკერდის წინა ზედაპირზე დარჩენილ დეფექტზე გადაინერგა კანი დერმატომით. ბირხერის წესით შექმნილი საყლაპავი მილი კარგად ჩამოყალიბდა. 1953 წლის 24 თებერვალს გაუკეთდა ხელოვნური საყლაპავი მილის ქვედა კუთხის დახურვა. იმავე წლის 12 მარტს კი — ზედა კუთხის დახურვა. ავადმყოფი გაჯანსაღდა და ოპერაციიდან 17 წლის შემდეგ მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია.

2. ავადმყოფი ს. ა., ქალი, 32 წლის, ავადმყოფის ისტორია № 7618. მიღებულია კლინიკაში 1952 წლის 8 იანვარს. შემოსვლამდე 2 თვით ადრე შემთხვევით მიუღია გოგირდის სიმჟავე. მოათავსეს რაისაავადმყოფოში, სადაც ორი თვე დაჰყო, ვერ იღებს როგორც მკვრივ საკვებს, ისე სითხეებს. წონაში დაიკლო 32 კგ. და მძიმე მდგომარეობით გადმოგზავნეს კლინიკაში.



სურ. 13.

საყლაპავი მილის დამწვრობით გამოწვეული სტენოზი. რენტგენოგრამაზე კონტრასტი გაჩერდა შეიწროების დონეზე.

შემოსვლისას ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა მძიმეა. კახექსიურია.

საყლაპავი მილის რენტგენოგამოკვლევით აღინიშნება, რომ მიღებული საკონტრასტო მასა დიდხანს ჩერდება საყლაპავ მილში ტრაქეის ბიფურკაციის დონეზე. კონტრასტის მცირე ნაწილი გაფანტულია საყლაპავი მილის მთელ სიგრძეზე უსწორ-მასწორო ზონრის სახით. საყლაპავი მილის ლორწოვანი გარსი შეცვლილია მთელ სიგრძეზე.

ავადმყოფს გაუკეთდა გასტროსტომია ვიტცელის წესით. კუჭის დათვალიერებისას აღმოჩნდა, რომ მისი კედელი შეშუპებულია, პილორული ნაწილი გამსხვილებულია, კუჭის მცირე სიმრუდეზე დიდი ნაწიბურია. შემოსვლიდან 1 თვის შემდეგ ავადმყოფს დაეწყო მედიასტინიტის მოვლენები. ორი კვირის განმავლობაში ჰქონდა სისხლიანი ღებინება, საყლაპავის ლორწოვანი გარსის დანეკროზებული მასის ამოღებინებით. მიღებული ზომების შედეგად ავადმყოფის მდგომარეობა თანდათანობით გამოსწორდა.

საყლაპავი მილის განმეორებითი რენტგენოგამოკვლევით აღმოჩნდა, რომ საკონტრასტო მასა ჩერდება კისრის VI მალის დონეზე.

1952 წელს 15 მაისს გაუკეთდა ხელოვნური საყლაპავი მილის პლასტიკის პირველი მომენტი რუ-გერცენ-იუდინის მეთოდით (სპინალური ანესთეზია). მუცლის ღრუს გახსნისას დათვალიერდა მლივი ნაწლავის ჯორჯალი, ლიმფური ჯირკვლები გადიდებულია, რაც ხელს უშლიდა სისხლის ძარღვების გამოყოფას. ნაწლავის მობილიზაცია გაკეთდა II, III, IV, V ინტესტინალური არტერიების გადაკვანძვით. მლივი ნაწლავი გადაიკვეთა ტრეიცის იოგიდან 10 სმ დაცილებით და

მისი ორალური ბოლო შეერთდა მლივ ნაწლავთან პერპენდიკულარულად. გადაკვეთილი ნაწლავის აბორალური ბოლო დაიხურა ყრუდ და ატანილი იქნა კისრის არეში წინასწარ მომზადებული კანქვეშა გვირაბის გზით.

პირველი მომენტის გაკეთებიდან ორი კვირის შემდეგ ავადმყოფს გაუკეთდა პლასტიკის მეორე მომენტი (პარავერტებრალური ანესთეზია). სათანადო შრეების გაკვეთის შემდეგ გადაიკვანძა ფარისებრ ზედა და ქვედა მარცხნივი არტერიები. გაკეთდა ფარისებრი ჯირკვლის მარცხენა წილის რეზექცია. ამოტანილი ნაწლავის პერიფერიული ბოლო ნაწილობრივ გამოიყო და გაკეთდა შერთული საყლაპავი მილის შევიწროების ზემოთ ხახასა და ამოტანილ ნაწლავს შორის.

სურ. 14.
საყლაპავი მილის პლასტიკა წვრილი ნაწლავით. პირველი მომენტი, წვრილი ნაწლავი ატანილია ლავიწამდე.

მეხუთე დღიდან დაიწყო სითხეების, შემდეგ კი თანდათანობით მკვრივი საკვების მიღება. გაეწერა გაჯანსაღებული.

ამჟამად ოპერაციიდან 17 წლის შემდეგ მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია.

3. ავადმყოფი ზ. მ., ქალი, 24 წლის, ავადმყოფის ისტორია № 2810. მიღებულია კლინიკაში 1952 წლის 2 მაისს. კლინიკაში შემოსვლამდე ორი თვით ადრე შემთხვევით მიუღია გოგირდმჟავას ხსნარი, რის შემდეგ მოათავსეს რაისაავადმყოფოში. დაენიშნა სიმპტომატური მკურნალობა, ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა დღითი-დღე უარესდებოდა, რის გამოც გადმოიყვანეს კლინიკაში. შემოსვლისას ავადმყოფის მდგომარეობა მძიმეა. კახექსიურია, როგორც მკვრივ, ისე თხიერ საკვებსაც კი ვერ ღებულობს.

ავადმყოფს გაუკეთდა გასტროსტომია ვიტცელის წესით. კუჭის დათვალიერებისას აღმოჩნდა, რომ კუჭი შეშმუხვნილია, კედელი შეშუპებული, კუჭის მცირე სიმრუდეზე აღინიშნება ნაწიბურები. ადგილი აქვს კუჭის დამწვრობას.

სურ. 15.

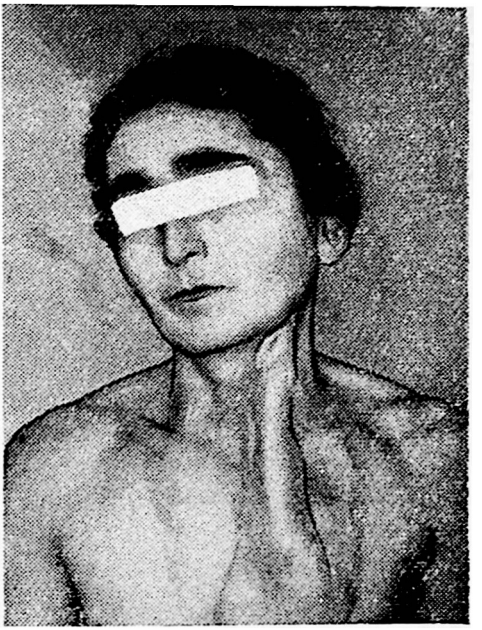
საყლაპავი მილის პლასტიკა.
(მეორე მომენტი). იგივე ავადმყოფი ტრაქტის სრული აღდგენის შემდეგ.

საყლაპავი მილის რენტგენოგამოკვლევა: საყლაპავი მილი ზედა მესამედში განიცდის გაფართოებას, რომლის ქვემოთაც აღინიშნება შევიწროება და საყლაპავი მილი გამოისახება წვრილი ზონრის სახით. საკონტრასტო მასა ჩერდება გულმკერდის მეექვსე-მეშვიდე მალის დონეზე.

1952 წლის 6 სექტემბერს გაუკეთდა ხელოვნური საყლაპავი მილის პლასტიკური პირველი მომენტი რუგერცენ-იუდინის მეთოდით (სპინალური ანესთეზია). დათვალიერდა მლივი ნაწლავის ჯორჯალი, რომელშიაც აღინიშნება გადიდებული ლიმფური ჯირკვლები დიდი რაოდენობით, რაც ხელს უშლიდა სისხლძარღვების გამოყოფას. გაკეთდა მლივი ნაწლავის მობილიზაცია II, III, IV, V ინტესტინალური არტერიების გადაკვანძით და გადაკვეთით. მლივი ნაწლავის მობილიზაციის შემდეგ გადაიკვეთა თორმეტგოჯა მლივი ნაწლავის ნაკეცთან, გაკეთდა U-ს მაგვარი ანასტომოზი, მობილიზებული ნაწლავის ძირთან მის მარცხენა ნახევარში სწორი კუთხის ქვეშ. შემდეგ გულმკერდის წინა ზედაპირზე გაკეთდა კანქვეშა გვირაბი და გატანილი იქნა მობილიზებული ნაწლავი, რომლის ფიქსირება მოხდა მარცხნივ — უბის ქვეშ.

ოპერაციიდან 10 დღის შემდეგ გაუკეთდა ხელოვნური საყლაპავი მილის პლასტიკის მეორე მომენტი. გაკეთდა კისრის წინა ზედაპირზე. მარცხნივ გადაიკვანძა მარცხენა ფარისებრი ზედა და ქვედა არტე-

რიები. გაკეთდა ფარისებრი ჯირკვლის მარცხენა წილის რეზექცია და გაკეთდა გვერდითი შერთული საყლაპავ მილსა და კანქვეშა გვირაბში ამოტანილ ნაწლავს შორის. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი გართულების გარეშე. ავადმყოფმა თანდათანობით დაიწყო ჯერ თხიერი, შემდეგ კი მკვრივი საკვების მიღება. საყლაპავი მილის რენტგენოგამოკვლევა: ოპერაციის შემდეგ გაკეთდა ხელოვნური საყლაპავი მილი, რომელიც იწყება კისრის მე-7 მალის დონიდან და მდებარეობს მკერდის ძვლიდან მარცხნივ. მთლიანად ივსება კონტრასტით. ლავიწამდე მოჩანს ნამდვილი საყლაპავი მილი, რომელიც ისახება, როგორც ბრმა პარკი.



სურ. 16.
საყლაპავი მილის პლასტიკა.

ავადმყოფი ამჟამად ოპერაციიდან 17 წლის შემდეგ თავს კარგად გრძნობს.

4. ავადმყოფი რ. უ., მამაკაცი, 17 წლის, ავადმყოფის ისტორია № 5614. მიღებულია კლინიკაში 1955 წლის 1 ოქტომბერს. ავად არის 10 წელია. 7 წლის ასაკში შემთხვევით მიუღია კაუსტიკური სოდის ხსნარი. 1952 წელს გაუკეთეს გასტროსტომია ხელოვნური კვების მიზნით.

შემოსვლისას აღნიშნავს როგორც მკვრივი, ისე თხიერი საკვების ყლაპვის გაძნელებას.

საყლაპავი მილის რენტგენოგამოკვლევა: საყლაპავი მილის კისრის ნაწილი თავისუფლად ატარებს საკონტრასტო ნივთიერებას. გულმკერდის ზედა ნაწილში საყლაპავი მილი გაფართოებულია, სადაც გროვდება კონტრასტის დიდი რაოდენობა.

1956 წლის 24 იანვარს გაუკეთდა ხელოვნური საყლაპავი მილის პლასტიკის პირველი მომენტი რუ-გერცენ-იუდინის მეთოდით (სპი-

სურ. 17.

საყლაპავი მილის დამწვრობითი სტენოზი (რენტგენოგრამა).

ნალური ანესთეზია + ეთერის ნარკოზი). გაიხსნა მუცლის ღრუ, დათვალიერდა მლივი ნაწლავის ჯორჯლით, ეს უკანასკნელი გამსხვილებულია და შეიცავს დიდი რაოდენობით გადიდებულ ლიმფურ ჯირკვლებს. მლივი ნაწლავის მობილიზაცია გაკეთდა II—III—IV ინტენსტინალური არტერიების გადაკვანძით, გულმკერდის წინა ზედაპირზე გაკეთდა გვირაბში და მობილიზებული მლივი ნაწლავის ატანა მოხერხდა ლავიწის ძვლამდე.

პირველი მომენტის გაკეთებიდან სამი წლის შემდეგ ავადმყოფს გაუკეთდა ხელოვნური საყლაპავი მილის პლასტიკის მეორე მომენტი (ადგილობრივი ანესთეზია), განაკვეთი კისრის მარცხენა მხარეზე საუღლე ფოსოდან დაწყებული, ორ ლიგატურას შორის გადაიკვანძა ფარისებრი ჯირკვლის მარცხენა არტერია და ვენა. გამოიყო წვრილი ნაწლავის მარყუჟი, რომელიც იმყოფებოდა ვრცელ შეხორცებებში. გამოიყო საყლაპავი მილი კისრის მიდამოში, რის შემდეგ დაედო შერთული საყლაპავ მილსა და ნაწლავის მარყუჟს შორის.

მეორე მომენტის გაკეთებიდან ორი წლის შემდეგ დადგინდა ხელოვნური საყლაპავი მილის შევიწროება შერთულის მიდამოში. გაუკეთდა ოპერაცია — განაკვეთი კისრის მიდამოში, ანასტომოზის ადგილას აღმოჩნდა ვრცელი შეხორცებები, რომელიც იწვევდა შევიწროებას. შეხორცებებისაგან განთავისუფლების შემდეგ გაიხსნა საყლაპავი მილისა და წვრილი ნაწლავის შერთულის მიდამო, რის შემდეგ განმეორებით გაკეთდა შერთული საყლაპავი მილისა და ნაწლავის მარყუჟს შორის.

ამჟამად ავადმყოფის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. ხელოვნური საყლაპავი მილი კარგ მდგომარეობაშია.

5. ავადმყოფი უ. ა., ქალი, 17 წლის, ავადმყოფის ისტორია № 4506. მოიყვანეს კლინიკაში 1960 წლის 18 ივნისს. ერთი თვის წინათ მიიღო

კაუსტიკური სოდის ხსნარი, რის შემდეგ განუვითარდა საყლაპავი მილის დამწვრობა.

ავადმყოფს გაუკეთდა გასტროსტომია ვიტცელის წესით.

1960 წლის 3 დეკემბერს გაუკეთდა ხელოვნური საყლაპავი მილის პლასტიკის პირველი მომენტი რუგერცენ-იუდინის მეთოდით (ენდოტრაქეალური ნარკოზი). გაიხსნა მუცლის ღრუ. მლივი ნაწლავის მობილიზაცია გაკეთდა II—III—IV—V ინტერსტინალური არტერიების გადაკვანძვით. მეხუთე ინტერსტინალური არტერია გაფანტული ბუნებისა იყო—რამდენიმე წვრილი არტერიით. მლივი ნაწლავი გადაიკვეთა ტრეიცის იოგიდან 10 სმ-ის დაცილებით. გულმკერდის წინა ზედაპირზე შექმნილ გვირაბში გატანილი იქნა მობილიზებული მლივი ნაწლავი ლავიწის ზემო კიდის დონემდე.

სურ. 18.
საყლაპავი მილის პლასტიკა.

პირველი მომენტის გაკეთებიდან 8 თვის შემდეგ გაუკეთდა ოპერაცია. გაიკვეთა კანი, კანქვეშ მოთავსებული ნაწლავის მთელ სიგრძეზე — ეპიგასტრიუმამდე. ნაწლავი თავისი ჯორჯლით გათავისუფლდა კანქვეშ მდებარე ქსოვილებისაგან, ნაწლავი გამოიყო გულმკერდის მთელ სიგრძეზე და მოხერხდა მისი დაგრძელება დაახლოებით 3 — 4 სმ-ით. მისი ზედა ბოლო თავისუფლად იქნა ატანილი ლავიწის დონემდე.

ერთი თვის შემდეგ გაუკეთდა მესამე მომენტი. გატარდა განაკვეთი მარცხნივ მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთის გასწვრივ. გადაიკვანძა ფარისებრი ზედა არტერია მარცხნივ. გამოიყო საყლაპავი მილი და ატანილ იქნა ჭრილობაში, რომელიც მიეკრა კანს. ამრიგად, შეიქმნა საყლაპავი მილის „სტომა“.

3 თვის შემდეგ გაუკეთდა შემდგომი ოპერაცია. გატარდა განაკვეთი კისერზე არსებული საყლაპავი მილის „სტომის“ კუთხიდან მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთის მედიალური კიდის გასწვრივ. გამოიყო საყლაპავი მილი, გადაიკვეთა და კანის მობილიზაციის შემდეგ

საყლაპავი მილის კიდეები მიეკრა კანს. ამრიგად, გაკეთდა საყლაპავი მილის სტომის რეკონსტრუქცია. ერთი თვის შემდეგ გაკეთდა ხელოვნური საყლაპავი მილის პლასტიკის უკანასკნელი ეტაპი. კისრის წინა ზედაპირზე გატარდა ორი დასწვრივი განაკვეთი საყლაპავი მილისა და ნაწლავის სტომის შემოვლით. კანის კიდეები შეტრიალდა და მიეკერა ერთიმეორეს კანის მილის შესაქმნელად. წარმოიშვა კანის მილი, რომელმაც შეაერთა საყლაპავი მილისა და ნაწლავის ხვრელები. კანის დეფექტი დაიხურა.

ამჟამად ავადმყოფის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია: ხელოვნური საყლაპავი მილი კარგად ფუნქციონირებს. თუმცა, ხელოვნური საყლაპავი მილის მიდამოში განვითარდა დივერტიკულის მსგავსი წარმონაქმნი.

6. ავადმყოფი ბ. ლ., ქალი, 24 წლის, ავადმყოფის ისტორია № 5454. შემოვიდა კლინიკაში 1960 წლის 10 აგვისტოს.

ორი თვის წინათ მიიღო კაუსტიკური სოდა, რის შემდეგ განუვითარდა საყლაპავი მილის დამწვრობა.

საყლაპავი მილის რენტგენოგამოკვლევა: საყლაპავი მილი შევიწროებულია, რომელიც ძნელად ატარებს საკონტრასტო ნივთიერებას. ეს უკანასკნელი ჩერდება მეორე შევიწროებასთან.

ავადმყოფს გაუკეთდა გასტროსტომია.

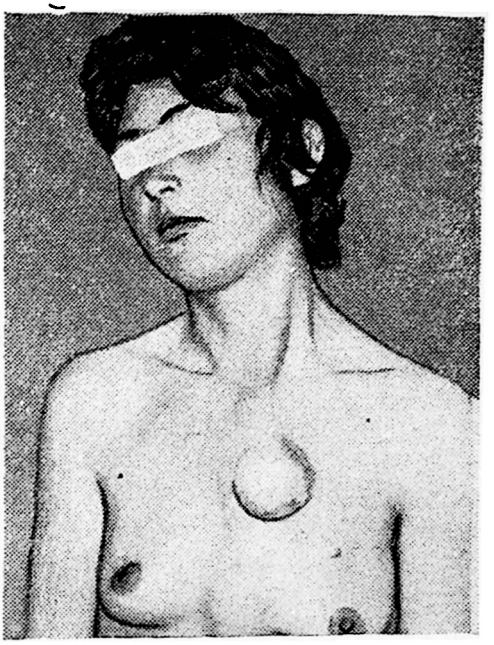
1960 წლის 10 ნოემბერს გაუკეთდა ხელოვნური საყლაპავი მილის პლასტიკის პირველი მომენტი რუ-გერცენ-იუდინის მეთოდით (ენდოტრაქეალური ნარკოზი). გაიხსნა მუცლის ღრუ. ჭრილობაში ამოიწია მლივი ნაწლავი, გამოიყო II—III—IV—V ინტესტინალური სისხლის ძარღვები და იზოლირებულად გადაიკვანძა არტერიები და ვენები, რის შემდეგ დაედო ანასტომოზი თორმეტგოჯა ნაწლავის დისტალურ ნაწილსა და ტრანსპლანტატს შორის. ანასტომოზი დაედო ვერტიკალურად S-ს მაგვარი. გულ-მკერდის წინა ზედაპირზე შექმნილ გვირაბში გატანილია მობილიზებული მლივი ნაწლავი, რომელიც ატანილი და დამაგრებული იქნა მარცხენა ლავიწის ქვემო კიდის დონეზე.

სამი თვის შემდეგ განმეორებით გაუკეთდა ოპერაცია. განაკვეთი გატარდა გულმკერდის წინა ზედაპირზე — მარცხნივ. მლივი ნაწლავის ტრანსპლანტანტი გათავისუფლდა შეხორცებისაგან და დაგრძელდა დაახლოებით 5— სმ-ით.

1,5 თვის შემდეგ გაუკეთდა ოპერაცია. განაკვეთი მარცხნივ მკერდლავიწ-დვრილისებრი კუნთის გასწვრივ. გადაიკვანძა მარცხენა ფარისებრი არტერია. გამოიყო საყლაპავი მილი, ამოიწია ჭრილობაში და მიკერდა კანს.

ორი თვის შემდეგ გატარდა განაკვეთი მკერდ-ლავიწ დვრილისებრი კუნთის პარალელურად, სტომის ზემოთ და ქვემოთ. გამოიყო ფარისებრი ჯირკვლის მარცხენა წილი და მოიკვეთა. გათავისუფლდა საყლაპავი მილის კედელი სტომის ზემოთ და გაკეთდა ახალი სტომა.

ორი კვირის შემდეგ გაკეთდა შერთული საყლაპავ მილსა და ამოტანილ ნაწლავს შორის. ამჟამად ავადმყოფის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. ხელოვნური საყლაპავი მილი კარგად ფუნქციონირებს.



სურ. 19.
საყლაპავი მილის პლასტიკა.

7. ავადმყოფი ც. თ., ქალი, 25 წლის, ავადმყოფის ისტორია № 2583. მიღებულია კლინიკაში 1962 წლის 3 აპრილს. ორი წლის წინათ მიიღო მარილმჟავას ხსნარი და განუვითარდა საყლაპავი მილის დამწვრობა. გაუკეთდა ოპერაცია (ენდოტრაქეალური ნარკოზი), გაიხსნა მუცლის ღრუ. დათვალიერდა მლივი ნაწლავის ჯორჯალი. აღმოჩნდა გაფანტული ტიპის ინტენსტინალური სისხლის ძარღვები. გამოიყო და გადაიკვანძა II, III, IV ინტესტინალური სისხლძარღვები. მობილიზებული მლივი ნაწლავი პროქსიმალურად გადაიკვეთა. გაკეთდა ენტეროანასტომოზი. გულმკერდის წინა ზედაპირზე შექმნილ გვირაბში გატარდა მობილიზებული მლივი ნაწლავი, რომლის ბოლო ატანილ იქნა მარცხენა ლავიწის ოდნავ ზემოთ.

პირველი მომენტის გაკეთებიდან დაახლოებით ორი თვის შემდეგ გაუკეთდა ხელოვნური საყლაპავი მილის პლასტიკის მეორე მომენტი (ენდოტრაქეალური ნარკოზი). განაკვეთი კისრის წინა გვერდით ზედაპირზე — მარცხნივ. გაკეთდა ფარისებრი ჯირკვლის მარცხენა წილის რეზექცია. გამოიყო ატანილი ნაწლავის ბოლო 4 სმ-ით. საყლაპავი მილი ჩლუნგად გათავისუფლდა, 3 სმ-ით გაკეთდა შერთული გვერდი-გვერდით ამოტანილ ნაწლავსა და საყლაპავ მილს შორის.

ხელოვნური საყლაპავი მილის ფუნქცია დამაკმაყოფილებელია.

8. ავადმყოფი ს. ლ., ქალი, 24 წლის, ავადმყოფის ისტორია № 1694, მიღებულია კლინიკაში 1967 წლის 25 თებერვალს. განუვითარდა საყლაპავი მილის დამწვრობა გოგირდმჟავას ხსნარის მიღების შემდეგ. საყლაპავი მილის რენტგენოგამოკვლევა: საყლაპავი მილი გამტარია თხელი საკონტრასტო ნივთიერებისათვის. სქელი კი ჩერდება საყლაპავი მილის მეორე შევიწროებასთან, შედარებით გაფართოებულია და ისახება სილის საათის მსგავსად.

ავადმყოფს გაუკეთდა გასტროსტომია ვიტცელის წესით. 1967 წლის 22 მაისს გაუკეთდა ხელოვნური საყლაპავი მილის პლასტიკის პირველი მომენტი რუ-გერცენ-იუდინის მეთოდით (ენდოტრაქტალური ნარკოზი); მუცლის ღრუს გახსნისას დათვალიერდა მლივი ნაწლავი. ნაწლავის სისხლძარღვოვანი რკალები მრავალსართულიანი. ნაწლავის მობილიზაცია გაკეთდა II—III—IV—V ინტენსტინალური არტერიებისა და ვენის გადაკვეთით. მლივი ნაწლავი გადაიკვეთა ტრეიცის იოგიდან 10 სმ-ის დაცილებით, დაედო შერთული ბოლოგვერდით მლივი ნაწლავის გადაკვეთილ ბოლოსა და პლასტიკისათვის მომზადებულ ნაწლავს შორის. გულმკერდის წინა ზედაპირზე შექმნილ გვირაბში გაიტანეს მობილიზებული მლივი ნაწლავი, რომელიც ატანილ იქნა თითქმის საუღლე ფოსომდე.

პირველი მომენტის გაკეთებიდან 4 თვის შემდეგ ავადმყოფს გაუკეთდა პლასტიკის მეორე მომენტი. განაკვეთი მარცხნივ საუღლე ნაოჭიდან ქვემოთ. გაკეთდა ფარისებრი ჯირკვლის მარცხენა წილის რეზექცია. შეხორცებებიდან გათავისუფლდა ამოტანილი ნაწლავის ბოლო 15 სმ სიგრძეზე, რომელიც შედარებით მობილური გახდა. გამოიყო საყლაპავი მილი. დაედო შერთული ამოტანილი ნაწლავის ბოლოსა და საყლაპავი მილის გვერდით კედელს შორის. ხელოვნური საყლაპავი მილის ფუნქცია დამაკმაყოფილებელია.

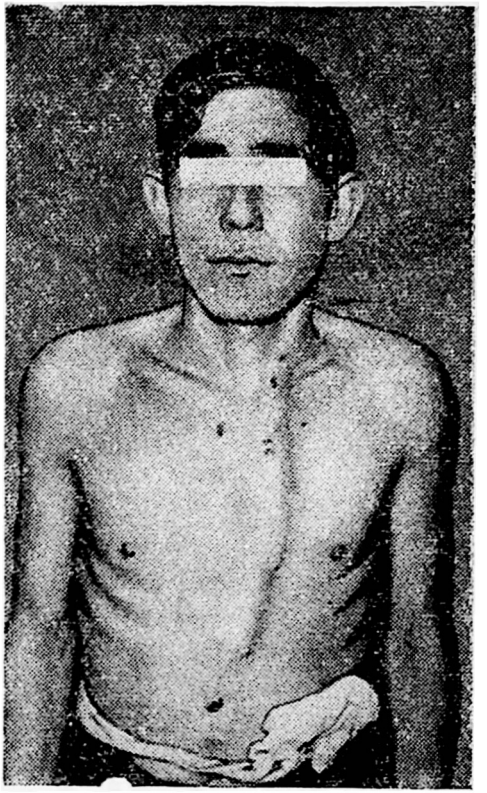
9. ავადმყოფი ბ. მ., მამაკაცი, 24 წლის, ავადმყოფის ისტორია № 2694. მიღებულია კლინიკაში 1966 წლის 10 ივლისს. შემთხვევით მიიღო მჟავა, რის შემდეგ განუვითარდა საყლაპავი მილის დამწვრობა.

საყლაპავი მილის რენტგენოგამოკვლევა: მიეცა თხიერი საკონტრასტო ნივთიერება. საყლაპავი მილი გულმკერდის 3—2 ნეკნის დონეზე განიცდის ძაბრისებრ შევიწროებას. კონტრასტის გადასვლა სრულებით არ ისახება. შევიწროების ზემოთ საყლაპავი მილი გაფართოებულია.

ავადმყოფს გაუკეთდა გასტროსტომია ვიტცელის წესით.

1967 წლის 21 მარტს გაუკეთდა ხელოვნური საყლაპავი მილის პლასტიკის პირველი მომენტი. განაკვეთი შუა ხაზზე, მახვილისებრი

მორჩიდან ჰიპამდე გაიხსნა მუცლის ღრუ. დათვალიერდა კუჭი, მისი კედელი შეცვლილი და გასქელებულია. კუჭი დაპატარავებულია. წვრილი ნაწლავის ინტესტინალური არტერიები ქმნიან ძალიან დაბალ არკადებს. II და III ინტესტინალურ არტერიებს შორის არკადები საკმაოდ წვრილია. იზოლირებული გამოყოფის შემდეგ გადაიკვეთა II—III—IV—V ინტესტინალური არტერია და ვენა. მლივი ნაწლავი გადაიკვეთა ტრეიცის იოგიდან 8 სმ-ის დაცილებით. გაკეთდა შერთული ბოლო გვერდში. გაკეთდა გვირაბი გულმკერდის წინა ზედაპირზე, მასში აიტანეს მლივი ნაწლავის გამოყოფილი მარყუჟი, რომლის ატანა მოხერხდა ლავიწის დონემდე. გამოყოფილი ნაწლავის ფერი არ შეცვლილა, პულსაცია კარგი.



სურ. 20.
საყლაპავი მილის პლასტიკა.

პირველი მომენტის გაკეთებიდან ორი თვის შემდეგ გაკეთდა საყლაპავი მილის პლასტიკის მეორე მომენტი, გატარდა განაკვეთი კისრის წინა ზედაპირზე მარცხნივ მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთის გასწვრივ. გაკეთდა ფარისებრი ჯირკვლის მარცხენა წილის რეზექცია. გათავისუფლდა ამოტანილი ნაწლავის ბოლო ირგვლივმდებარე ქსოვილებისაგან 5—6 სმ სიგრძეზე. გამოიყო საყლაპავი მილი. დაედო შერთული ამოტანილ ნაწლავსა და საყლაპავ მილს შორის გვერდი-გვერდით.

ოპერაციის შემდგომი პერიოდი გართულების გარეშე. ხელოვნური საყლაპავი მილის ფუნქცია დამაკმაყოფილებელია.

10. ავადმყოფი ა. ი., მამაკაცი, 29 წლის, ავადმყოფის ისტორია № 971. მიღებულია კლინიკაში 1967 წლის 8 სექტემბერს. აღნიშნავს

ზოგად სისუსტეს, უმადობას, წონაში დაკლებას, ყლაპვის გაძნელებას. მკვრივ საკვებ ნივთიერებას თითქმის ვერ ყლაპავს, თხიერი საკვები ნივთიერების გადაყლაპვა უჭირს.

ბოლო 6 წლის განმავლობაში დაავადებულია შუა საყრის ტუბერკულოზით. ჩატარებული აქვს ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობა: უკანასკნელი ერთი წლის განმავლობაში აღნიშნავს ყლაპვის გაძნელებას, რამაც თანდათანობით პროგრესული ხასიათი მიიღო. ამჟამად მცირე რაოდენობით ყლაპავს მხოლოდ თხიერ საკვებს. საყლაპავი მილის რენტგენოგამოკვლევა: საყლაპავი მილის ზემო მესამედი გაფართოებულია, წარმოდგენილია ფართო ძაბრის ფორმით, მის ქვემოთ საკონტრასტო მასა ისახება ძალიან ვიწრო ზონრის სახით.

ავადმყოფს გაუკეთდა გასტროტომია ვიტცელის წესით.

კლინიკურ-რენტგენოლოგიური გამოკვლევების საფუძველზე აღინიშნა, რომ საქმე გვაქვს შუა საყრის ტუბერკულოზური პროცესის ნიადაგზე განვითარებული საყლაპავი მილის სტრიქტურასთან. გადაწყდა ხელოვნური საყლაპავი მილის გაკეთება, ვინაიდან კონსერვატიული მკურნალობა უშედეგო აღმოჩნდა.

1968 წლის 22 მარტს გაუკეთდა ხელოვნური საყლაპავი მილის პლასტიკის პირველი მომენტი რუ-გერცენ-იუდინის მეთოდით (ენდოტრაქეალური ნარკოზი). განაკვეთი გატარდა შუა ხაზზე. გაიხსნა მუცლის ღრუ. ადგილი აქვს ვრცელ შეხორცებებს, რომელიც ნაწილობრივ გაითიშა ჩლუნგად. მოიძებნა მლივი ნაწლავის დასაწყისი, გამოიყო და გადაიკვეთა ორი ინტესტინალური არტერია. მეტი სისხლძარღვის გამოყოფა და გადაკვანძვა ვერ მოხერხდა ვრცელი შეხორცებისა და სისხლძარღვთა არკადების მრავალსართულიანობის გამო. მლივი ნაწლავი გადაიკვეთა ტრეიცის იოგიდან 10 სმ-ის დაცილებით. გულმკერდის წინა კედელზე გაკეთდა გვირაბი და მასში აიტანეს მობილიზებული მლივი ნაწლავი, რომელმაც მიაღწია მე-5 ნეკნის დონეს.

დასასრულ ინტერესმოკლებული არ არის ერთი შემთხვევა.

ავადმყოფი ხ. ჯ. ვაჟი, 9 წლის. მიღებულია კლინიკაში 1949 წელს. ორი წლის წინათ შემთხვევით მიუღია კაუსტიკური სოდა. ავადმყოფს აქვს საყლაპავი მილის თითქმის სრული გაუვალობა. გაუკეთდა ხელოვნური საყლაპავი მილი რუ-გერცენის მეთოდით (ოპერატორი მ. ჩაჩავა); გაეწერა გაჯანსაღებული.

ოპერაციიდან 13 წლის შემდეგ 1962 წლის 27 დეკემბერს ავადმყოფი, როგორც სასწრაფო შემთხვევა, მოთავსდა ყელ-ყურ-ცხვირის განყოფილებაში (ავადმყოფის ისტორია № 9444) მეტად მძიმე კახექსიური მდგომარეობით — სუნთქვისა და ყლაპვის გაძნელებით. მოთავსე-

ბიდან მეორე დღეს გარდაიცვალა. სასექციო მაგიდაზე აღმოაჩნდა საყლაპავი მილის კიბო.

უნდა ვიფიქროთ, რომ საყლაპავი მილის კიბოს განვითარებას ხელი შეუწყო დამწვრობამ. მსგავსი შემთხვევა ზედმიწევნით იშვიათია.

ამრიგად, გავეცანით რამდენიმე ავადმყოფის ისტორიას; მათ საყლაპავი მილის ქიმიური დამწვრობის შედეგად განვითარებული სტენოზის გამო გაუკეთდათ ხელოვნური საყლაპავი მილი რუ-გერცენ-იუდინის მეთოდით. განვიხილეთ აღნიშნული ოპერაციის როგორც უახლოესი, ისე შორეული შედეგები.

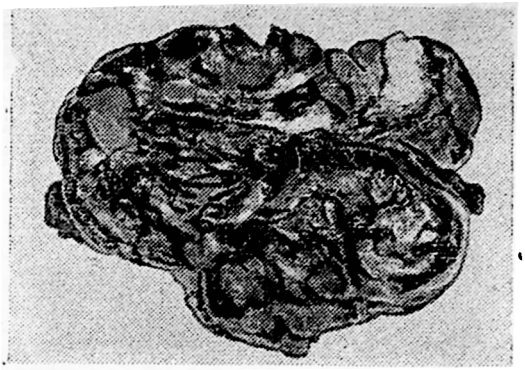
ნაწლავის გარეთა ფისტულები

ელენთის დახურული დაზიანება. ჯორჯლის კისტოზური სიმსივნე. წვრილი ნაწლავის ჯორჯლის დეფექტი, ნაწლავის ჩაჭედვა. ჰიპერპარათირეოზი.

ავადმყოფი გ. ნ., მამაკაცი, 38 წლის, მოიყვანეს კლინიკაში როგორც სასწრაფო შემთხვევა, მუცლის მარცხენა ნახევარში მექანიკური ტრავმიდან 1 საათის შემდეგ. როგორც ავადმყოფი გადმოგვცემს, მუცლის მარცხენა ნახევარში მოხვდა მკვრივი საგანი, რის შემდეგ იგრძნო ტკივილი, განსაკუთრებით მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში. ტკივილი შემდეგ მთელს მუცელზე გავრცელდა.

შემოსვლისას: ავადმყოფი შეწუხებულია. მაჯისცემა რითმული, საშუალო ავსებისა და დაჭიმულობის, 110′. სისხლის არტერიული წნევა 90/60 მმ ს. ს., ენა სველი, უნადებო, მუცელი სუნთქვაში არ მონაწილეობს: მარცხენა ფერდქვეშა მიდამო, როგორც პერკუსიით, ისე ზერელე პალპაციით მტკივნეულია, ზომიერად გამოხატულია დეფანსი, კიულენკამპფის სიმპტომი დადებითია. ანამნეზური და კლინიკური მონაცემების საფუძველზე ეჭვი იყო მიტანილი ელენთის კანქვეშა (დახურულ) დაზიანებაზე. გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია — ენდოტრაქეალური ნარკოზით. მუცლის ღრუში დიდი რაოდენობით აღმოჩნდა სისხლი, რომელიც ამომშრალდა. დაზიანებულია ელენთა. გაკეთდა სპელენექტომია. მუცლის ღრუში შეყვანილია 500.000 ერთეული პენიცილინი, 1.0 სტრეპტომიცინი, გახსნილი ნოვოკაინის 0,25 ხსნარის 40,0. გაუკეთდა მიკროირიგატორი და ტამპონი.

ელენთის კანქვეშა დაზიანებანი პირობითად შეიძლება გავყოთ ორ ჯგუფად: ტრავმულ და პათოლოგიურ დაზიანებად. ტრავმულ დაზიანებებს მიეკუთვნება ელენთის მთლიანობის დარღვევის ყველა ის შემთხვევა, რომლებიც გამოწვეულია ძლიერი ან მნიშვნელოვანი ძალის ზემოქმედებით: ბლაგვი საგნის დარტყმა მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოზე, ან მუცლის მარცხენა ნახევარზე. ტრავმის ზემოქმედებით ელენთა უფრო ხშირად ზიანდება. ელენთის გასკდომა უაღრესად მწვავე ქირურგიული დაავადებაა, ძლიერი სისხლის დენისა და შოკის განვითარების გამო. ელენთის გახეთქვის მიზეზი, უფრო ხშირად ტრავმაა, მაგრამ გვხვდება ელენთის ე. წ. სპონტანური გახეთქვაც. პათოლოგიურად შეცვლილი და გადიდებული ელენთა შეიძლება გასკდეს უმნიშვნელო ძალის ზემოქმედებით — ცხვირის დაცემინების,



სურ. 21.
დახურული დაზიანების შედეგად გაგლეჯილი ელენთა.

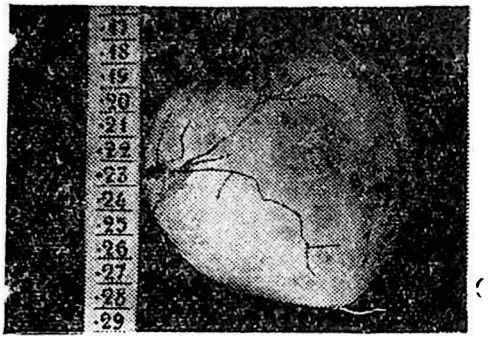
ლახველების, პირღებინების, გაჭინთვის, სხეულის მკვეთრი შემობრუნების, მუცლის ღრუში წნევის მომატების გამო. აღწერილია ელენთის გასკდომა მშობიარობის დროს. ელენთის პათოლოგიურად შეცვლის მიზეზი უფრო ხშირად მალარიაა, ან სხვა დაავადება, რომელიც იწვევს მის გადიდებას.

დაზიანების ლოკალიზაციის მიხედვით არჩევენ ელენთის მხოლობით და მრავლობით დაზიანებას. ეს უკანასკნელი უფრო ხშირად ვვხვდება. წარმოდგენილ ავადმყოფს ელენთის მრავლობითი დაზიანება ჰქონდა.

ელენთის დაზიანება შეიძლება იყოს ღია, რომლის მიზეზია ცეცხლნასროლი ან ცივი იარაღით მიყენებული ჭრილობა. მშვიდობიან პირობებში ელენთის ღია დაზიანებანი ბევრად უფრო იშვიათია, ვიდრე დახურული. ელენთის ღია დაზიანებანი როგორც მშვიდობიან, ისე განსაკუთრებით ომიანობის დროს უფრო ხშირად ცეცხლნასროლი იარაღით არის გამოწვეული.

ელენთის დახურული დაზიანების კლინიკისა და მკურნალობის საკითხს ჩვენი კლინიკის თანამშრომელმა გ. კაკოიშვილმა მიუძღვნა საკანდიდატო დისერტაცია. ავტორმა საქართველოში შეკრიბა ელენთის დახურული დაზიანების 335 შემთხვევა.

ავადმყოფი ა. გ., ქალი, 42 წლის, მიღებულია კლინიკაში სიმსივნური წარმონაქმნით მარცხენა თეძოს ფოსოში. სიმსივნე დაახლოებით 1 წლის წინათ შეამჩნია, მარცხენა თეძოს ფოსოში, სხვა რაიმეს არ უჩივის. შემოსვლისას ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. მუცელი ოვალური, სუნთქვაში მონაწილეობს; როგორც ზერელე, ისე ღრმა პალპაციით, რბილი და უმტკივნეულო. შარდვა და დეფეკაცია თავისუფალი. კუჭ-ნაწლავის რენტგენოლო-



სურ. 22.
სიგმოიდური კოლინჯის ჯორჯლის კისტოზური სიმსივნე.

გიური გამოკვლევით რაიმე პათოლოგია არ გამოვლინდა; შესწავლილია მარცხენა თირკმელი, რომელიც ნორმის ფარგლებშია. გაუკეთდა ოპერაცია — მუცლის ღრუს სიმსივნის დიაგნოზით. განაკვეთი შუა ხაზზე — ჭიპსა და მახვილისებრ მორჩს შორის. დათვალიერებისას სიგმოიდური კოლინჯის ჯორჯალში აღმოჩნდა კისტოზური სიმსივნე, ზომით 12 × 10 სმ სიმსივნე ამოღებულია.

კისტოზური სიმსივნის შიგთავსი ღია რძის ფერის სითხეა. კისტის კედელი წარმოდგენილია შემაერთებელი ქსოვილით, რომლის ზედაპირზე ჩანს გაგანიერებული, სისხლსავსე სისხლძარღვები.

ჯორჯლის კისტოზური სიმსივნე პირველად აღწერა ფლორენციელმა ანატომმა ბენევინმა (1507). 1938 წლამდე, ვუდის მონაცემებით, სულ აღწერილი იყო ჯორჯლის 600 კისტოზური სიმსივნე. უფრო ხშირად გვხვდება წვრილი ნაწლავის ჯორჯლის კისტოზური სიმსივნე; ბერჟეს მონაცემებით ჯორჯლის 137 კისტოზური სიმსივნიდან 122 ლოკალიზებული იყო წვრილი ნაწლავის ჯორჯალში, ხოლო 15 — მსხვილი ნაწლავის ჯორჯალში. ავადმყოფი იმ მხრივაც საინტერესოა, რომ კისტოზური სიმსივნე მსხვილი ნაწლავის ჯორჯალში იყო მოთავსებული.

ავადმყოფი გ. ნ., ქალი, 21 წლის, მიღებულია კლინიკაში როგორც სასწრაფო შემთხვევა, ძლიერი ტკივილით მუცელში, გულისრევით, გაზები და განავალი არ გამოიყოფა. დაავადება დაეწყო 12 საათის წინ. დასაწყისში იგრძნო ყრუ ტკივილი მუცელში, რომელმაც თანდათანობით მწვავე ხასიათი მიიღო, თან დაერთო გაზებისა და განავლის შეკავება.

შემოსვლისას ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა მძიმეა. კანი და ხილული ლორწოვანი გარსები ანემიურია, ძლიერი ტკივილისაგან

მოუსვენრადაა. მაჯისცემა რითმული, საშუალო ავსებისა და დაჭიმულობის, სისხლის არტერიული წნევა 120/70 მმ ს. ს. ტემპერატურა 35.5°.

ენა მომშრალო, ნადებებით, მუცელი შებერილი, სუნთქვაში არ მონაწილეობს, პალპაციით ძლიერ მტკივნეული, უფრო მარჯვნივ, ჭიპის ქვემოთ; ბლუმბერგ-შჩოტკინის სიმპტომი დადებითია, ლეიკოციტები— 19.000.

ნაწლავთა გაუვალობის დიაგნოზით გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია (ადგილობრივი ანესთეზია). განაკვეთი გატარდა შუა ხაზზე. მუცლის ღრუში ჰემორაგიული გამონადენი. გადაბერილი წვრილი ნაწლავის მარყუჟებისაგან შექმნილია კონგლომერატი, ნაწლავი ნეკროზულია. დათვალიერებისას აღმოჩნდა, რომ წვრილი ნაწლავის დაახლოებით 2/3 გასულია წვრილი ნაწლავის ჯორჯლის დეფექტში და შემოგრეხილია. ჯორჯლის დეფექტი თეძოს ნაწლავის ქვემო მესამედშია, ზომით 5 × 6 სმ., აქვს სწორი, ოდნავ გამკვრივებული კიდეები.

შემოგრეხილი ნაწლავი გასწორდა, ჩაჭედილი ნაწლავის მარყუჟი გამოტანილია დეფექტიდან. ამოიკვეთა 3 მ. წვრილი ნაწლავის ჯორჯლის დეფექტთან ერთად. დაედო შერთული პირით-პირში ნაწლავის შერთული, ადორალურად დაედო საკიდი ენტეროსტომია. მუცლის ღრუში შეყვანილია 300.000 ერთეული პენიცილინი და დაიხურა ყრუდ. ოპერაციის შემდეგ დაენიშნა სტრეპტომიცინი, პენიცილინი, გლუკოზისა და ფიზიოლოგიური ხსნარი, საგულე საშუალებანი. ენტეროსტომული მილი ამოიღეს ოპერაციის მეშვიდე დღეს, ხვრელი დაიხურა თავისით, მილის ამოღებიდან მეორე დღეს. ავადმყოფი მორჩა.

ნაწლავის მარყუჟის შიგნითა ჩაჭედვა ჯორჯლის დეფექტში მეტად იშვიათია. კენისბერგმა 1936 წლისათვის რუსულ ლიტერატურაში შეკრიბა წვრილი ნაწლავის ჯორჯლის დეფექტის 19 შემთხვევა. კიდევ უფრო იშვიათია ჯორჯლის დეფექტში ნაწლავის ჩაჭედვა და მისი შემოგრეხა. კენისბერგის მონაცემებით სულ 4 მსგავსი შემთხვევაა გამოქვეყნებული, როდესაც ჯორჯლის დეფექტში ნაწლავის მარყუჟის ჩაჭედვასთან ერთად შემოგრეხას ერთხელ ჰქონდა ადგილი.

ავადმყოფი ნ. დ., ქალი, 60 წლის, მიღებულია კლინიკაში ჩივილებით საერთო სისუსტეზე, გულის ფრიალსა და სიმსივნურ წარმონაქმნზე კისრის წინა ზედაპირზე.

ავადმყოფის გადმოცემით 30 წლის წინათ კისრის წინა ზედაპირზე შეამჩნია სიმსივნე, ჩატარებული აქვს მკურნალობა ამბულა-

ტორიულად. 2 წლის წინათ დაეწყო სხვადასხვა ძვლის ტკივილი. ტკივილი განსაკუთრებით უძლიერდება სიარულსა და ფიზიკური დატვირთვის დროს.

შემოსვლისას: კისრის წინა ზედაპირზეა მოძრავი, უმტკივნეულო, რბილი კონსისტენციის სიმსივნე, რომელიც გამოდის ფარისებური ჯირკვლის მარჯვენა წილიდან. ავადმყოფს თავის ქალაზე აღენიშნება მკვეთრად გამოხატული ხორკლოვნება, ქვედა კიდურის გამრუდება, არასწორი, „იხვისებური" სიარული, როგორც ავადმყოფი აღნიშნავს, დადაბლდა.

თავის ქალასა და ჩონჩხის ძვლების რენტგენოლოგიური გამოკვლევა: აღინიშნება ზემო და ქვემო კიდურის ძვლების ოსტეოპოროზი, გულმკერდის მალების დეფორმაცია, განსაკუთრებით II—III—IV და V მალებისა, გავისა და წელის მალების მკვეთრი ოსტეოპოროზი, აღნიშნულ მალთა დეფორმაცია, ზემო და ქვემო კიდეების ჩაზნექა. თავის ქალას რენტგენოგრამაზე აღინიშნება თაღის დაცხრილვა.

კალციუმი სისხლში — 13,4 მგ%; არაორგანული ფოსფორი 2 მგ%.

ავადმყოფის კლინიკურ-რენტგენოლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე დაისვა ჰიპერპარათირეოზის, კერძოდ მისი ოსტეოდისტროფიული ფორმის დიაგნოზი. ავადმყოფს საოპერაციოდ ამზადებენ.

პირველად ჰიპერპარათირეოზისათვის დამახასიათებელი ცვლილებები ძვლებში აღწერა რეკლინჰაუზენმა (1891). მან ამ დაავადების „ფიბროზული ოსტატი" უწოდა. აშკენიზიმ (1904) აღწერა ფიბროზული ოსტიტით დაავადებულის პარათირეოდული ჯირკვლის ადენომა. შემდეგ მრავალი მკვლევარის მიერ აღწერილი იყო რეკლინჰაუზენის სნეულების დროს პარათირეოიდული ჯირკვლის ადენომა, მაგრამ ფიქრობდნენ, რომ ის მეორადად ვითარდება კალციუმისა და ფოსფორის ცვლის დარღვევის შედეგად. შლაგენჰაუფერმა (1916) პირველმა გამოთქვა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ რეკლინჰაუზენის დაავადების დროს ძვლებში განვითარებული ცვლილებები მეორადია, ხოლო პარათირეოიდული ჯირკვლის ადენომა პირველადი. საბოლოოდ ეს საკითხი გადაწყდა 1926 წელს, როცა ბანდლმა რეკლინჰაუზენის სნეულებით დაავადებულს ამოაჭრა პარათირეოიდული ჯირკვლის ადენომა და ავადმყოფი განიკურნა.

ახლა დამტკიცებულია, რომ ჰიპერპარათირეოზი ვითარდება პარათირეოიდული ჯირკვლების ანუ სანდშტრემის სხეულაკების ჰიპერფუნქციის შედეგად. ჰიპერპარათირეოზის მკურნალობა ძირითადად ქირურგიულია და გამოიხატება პარათირეოიდული ადენომის მოცილებაში — პარათირეოიდოექტომიაში.

შევეხოთ ერთ-ერთ მძიმე დაავადებას — ნაწლავის გარეთა ფის-

ტულას. ნაწლავის გარეთა ფისტულა ცნობილი იყო ძველ დროშიაც. ეჭვს გარეშეა, რომ ნაწლავის ფისტულები ვითარდებოდა შორეულ წარსულშიც, რამდენადაც ყოველთვის არსებობდა მუცლის ღრუს ორგანოების ის დაავადებები, რომელთა ნიადაგზეც შეიძლება განვითარდეს ნაწლავის გარეთა ფისტულა, ამავე დროს ადგილი ჰქონდა მუცლის ღრუს ტრავმას, რამაც შეიძლება განაპირობოს ნაწლავის ფისტულის განვითარება.

ნაწლავის ფისტულა შეიძლება იყოს თანდაყოლილი და შეძენილი. ნაწლავის თანდაყოლილი ფისტულა წარმოადგენს განვითარების მანკს და ის მეტად იშვიათია. მ. როხკინდის მასალაზე ნაწლავის ფისტულის 449 შემთხვევიდან მხოლოდ 1 იყო თანდაყოლილი. ბ. ვიცინის ნაკრები სტატისტიკით ნაწლავის ფისტულის 7781 შემთხვევიდან თანდაყოლილი იყო მხოლოდ 6.

ნაწლავის შეძენილი ფისტულები ეტიოლოგიის მიხედვით სამ ჯგუფად იყოფა: თავისთავად (თვითნებურად) განვითარებული, ტრავმული და ხელოვნური ფისტულები. თავისთავად, თვითნებურად ვანვითარებული ნაწლავის ფისტულის მიზეზი შეიძლება იყოს მუცლის ღრუს ორგანოების მწვავე დაავადება, რომელიც იწვევს ნაწლავის კედლის განგრენას ან ნეკროზს, სისხლის მიმოქცევის მოშლის ან ანთებითი პროცესის ნიადაგზე.

ტრავმული ფისტულა ვითარდება მუცლის ღრუს ღია ან დახურული დაზიანების ნიადაგზე.

ხელოვნური ფისტულა კი შეიქმნება ოპერაციული გზით წინასწარ მოფიქრებულად მკურნალობის მიზნით მთელი რიგი დაავადებების დროს, როგორიცაა ნაწლავთა გაუვალობა, პერიტონიტი, ნაწლავთა სიმსივნეები და სხვ.

მუცლის ღრუს ორგანოებზე ოპერაციული ჩარევის გახშირებასთან დაკავშირებით, განსაკუთრებით კი მწვავე ქირურგიული დაავადების დროს ხშირად გვხვდება ოპერაციის შემდგომი ნაწლავთა გარეთა ფისტულები, რომელთა ჩამოყალიბება პირდაპირ თუ არაპირდაპირ დაკავშირებულია ოპერაციასთან, მაგალითად ნაწლავის ფისტულა განვითარებული საკიდი ენტეროსტომიის დადების შემდეგ და სხვ.

მუცლის ღრუს ამა თუ იმ ორგანოს მწვავე დაავადების ნიადაგზე. ოპერაციამდე ან ოპერაციის შემდეგ, შესაძლებელია განვითარდეს ნაწლავის ფისტულა, რომელთა შორის სიხშირის მიხედვით პირველ ადგილზეა მწვავე დესტრუქციული აპენდიციტი. ნაწლავის ფისტულა, როგორც მწვავე აპენდიციტის გართულება, ამჟამად იშვიათია და წლითი-წლობით მცირდება, მაგრამ მისი ხვედრითი წონა სხვადასხვა

ეტიოლოგიის ნაწლავის გარეთა ფისტულებს შორის ჯერ კიდევ მალალია, რაც განპირობებულია იმით, რომ მწვავე აპენდიციტის გამო ოპერაციის შემთხვევები საერთოდ გახშირდა. ვ. კოლესოვის მონაცემებით ამჟამად ყოველწლიურად 250 ადამიანიდან ერთი მაინც ავადდება მწვავე აპენდიციტით. მწვავე აპენდიციტის ნიადაგზე ნაწლავის ფისტულა შეიძლება განვითარდეს ოპერაციამდე, აპენდიკულარული აბსცესის თავისთავად გარეთ — კანზე გახსნით, რასაც წარსულში უფრო ხშირად ჰქონდა ადგილი, ვიდრე ამჟამად. ნაწლავის ფისტულა შეიძლება განვითარდეს ოპერაციის შემდეგ; უფრო ხშირად აპენდიკულარული ინფილტრატის გახსნისას, როდესაც ვერ მოხერხდება ჭიანაწლავის ამოკვეთა. ბ. ვიცინის მასალაზე აპენდიკულარული ეტიოლოგიის ნაწლავის ფისტულის 41 შემთხვევიდან 5 განვითარდა დაჩირქებული აპენდიკულარული ინფილტრატის გახსნის შემდეგ, ხოლო 36 აპენდექტომიის შემდეგ. ჩვენი 48 ავადმყოფიდან აპენდიკულარული ეტიოლოგიის ნაწლავის ფისტულით 8 ფისტულა განუვითარდა დაჩირქებული აპენდიკულარული ინფილტრატის გახსნის შემდეგ.

მწვავე აპენდიციტის ზოგიერთ შემთხვევაში ნაწლავის ფისტულის განვითარების მიზეზია ჭიანაწლავიდან ანთებითი პროცესის გავრცელება ბრმანაწლავის ან წვრილი ნაწლავის კედელზე. ასევე ჭიანაწლავის ფუძის განგრენა ან პერფორაცია შეიძლება გახდეს ნაწლავის ფისტულის ჩამოყალიბების მიზეზი. ფისტულის განვითარების ერთ-ერთი მიზეზია აპენდექტომიის დროს უხეში მანიპულაცია, მით უმეტეს აპენდიკულარული ინფილტრატის შემთხვევაში, რომელსაც ზოგჯერ შემთხვევით წავაწყდებით ლაპაროტომიის დროს. ბ. ჩულანოვი სამართლიანად აღნიშნავს, რომ ყოვლად დაუშვებელია ჭიანაწლავის ძებნა ორი საათის განმავლობაში. უხეში მანიპულაცია იწვევს ბრმანაწლავის კედლის მნიშვნელოვან ტრავმირებას, რაც ქმნის მისი დესტრუქციის პირობებს. ბრმანაწლავის ტრავმირების პირობას ქმნის მცირე ზომის განაკვეთი, რომლის დროს ძნელდება ბრმანაწლავის ამოტანა ჭრილობაში, შემდეგ კი მისი უკან დაბრუნება. ამიტომ აპენდექტომიისათვის განაკვეთი ყოველთვის უნდა იყოს არანაკლებ 8—10 სმ.

მწვავე აპენდიციტის დროს ნაწლავის ფისტულის განვითარების ერთ-ერთი მიზეზია ნაწლავის სისხლძარღვის თრომბოზი. სიმონი აღნიშნავს, რომ აპენდექტომიის შემდეგ ფისტულის განვითარების მიზეზია ბრმანაწლავის კედელში სისხლის მიმოქცევის დარღვევა, რაც შეიძლება გამოიწვიოს ქისისებრ ნაკერში სისხლძარღვის მოყოლამ. ნაწლავის ფისტულის ერთ-ერთი მიზეზი შეიძლება გახდეს ქისისებრი

ნაკერის დადება ნაწლავის კედლის ყველა შრის გავლით. ამგვარი ნაკერით შეიძლება გავრცელდეს ინფექცია და განაპირობოს ფისტულის განვითარება. ქისისებრი ნაკერის დადება ფუძიდან შორს იწვევს ბრმანაწლავის შეჭმუხვნას, მის კედელში სისხლის მიმოქცევის შეფერხებას, რასაც შეიძლება მოჰყვეს ფისტულის განვითარება. ყოველივე აღნიშნულის შემდეგ გასაგებია თუ რა დიდი მნიშვნელობა აქვს ქისისებრი ნაკერის სრულყოფილად დადებას.

ნაწლავის ფისტულების მეტი ნაწილი ვითარდება აპენდექტომიიდან პირველი ორი კვირის განმავლობაში, დაწყებული მე-7—10 დღიდან. უფრო ადრე ვითარდება წვრილი ნაწლავის ფისტულა, ვიდრე მსხვილი ნაწლავისა, რაც იმითაა განპირობებული, რომ თეძოს ნაწლავის აბორალური ნაწილის სისხლით მომარაგება უფრო სუსტია.

სხვადასხვა ეტიოლოგიის ნაწლავის ფისტულებს შორის აპენდიკულარული წარმოშობის ნაწლავის ფისტულას სიხშირის მიხედვით ერთ-ერთი პირველი ადგილი უკავია. გ. პოპონდოპულო აღწერს ნაწლავის გარეთა ფისტულის 156 შემთხვევას, რომელთაგან 26 განვითარდა მწვავე აპენდიციტის ნიადაგზე: მეიოსა და შლიკეს მასალით ნაწლავის ფისტულის 155 შემთხვევიდან 90 განვითარდა მწვავე აპენდიციტის შედეგად: ლიხტმანისა და მაკდონალდის მონაცემებით ნაწლავის ფისტულის 590 შემთხვევიდან 99 განვითარდა მწვავე აპენდიციტის შედეგად. ჩვენი კლინიკის მასალით ნაწლავის გარეთა ფისტულის 285 შემთხვევიდან 48 განვითარდა მწვავე აპენდიციტის ნიადაგზე.

საინტერესოა ისიც, თუ მწვავე აპენდიციტით დაავადებულთა შორის რა სიხშირით ვითარდება ნაწლავის ფისტულა.

ს. ბუძინსკაია — სოკოლოვას მონაცემებით 2883 მწვავე აპენდიციტით დაავადებულთაგან ნაწლავის ფისტულა განუვითარდა 13 ავადმყოფს, ვ. დეშევიჩის მასალით მწვავე აპენდიციტით დაავადებული 8561 ავადმყოფიდან 5-ს განუვითარდა ნაწლავის ფისტულა, ბ. ვიცინის მონაცემებით მწვავე აპენდიციტის გამო ოპერირებულ 2826 ავადმყოფიდან ნაწლავის ფისტულა განუვითარდა — 8-ს.

ჩვენს კლინიკაში 1919—1967 წწ მწვავე აპენდიციტის გამო ოპერაცია გაუკეთდა 5758 ავადმყოფს, ამათგან ნაწლავის ფისტულა განუვითარდა 24-ს.

ჩვენთან ნამკურნალევ აპენდიკულარული წარმოშობის ნაწლავის ფისტულით 48 ავადმყოფიდან 24-ს აპენდექტომია გაუკეთდა სხვა სამკურნალო დაწესებულებაში.

აპენდექტომიის შემდეგ უფრო ხშირად ვითარდება მსხვილი ნაწ-

ლავის — ბრმანაწლავის ფისტულა. ბ. ჩულანოვის მასალით აპენდიკულარული ეტიოლოგიის ნაწლავის ფისტულის 30 შემთხვევიდან 16-ს ჰქონდა მსხვილი ნაწლავის ფისტულა, 14-ს კი — წვრილი ნაწლავისა.

ჩვენი მასალით — აპენდიკულარული ეტიოლოგიის ნაწლავის 48 ფისტულიდან, 30 ავადმყოფს ჰქონდა ბრმანაწლავის ფისტულა, 15 ავადმყოფს წვრილი ნაწლავის ფისტულა (თეძოს ნაწლავის აბორალურ ნაწილში), 3 ავადმყოფს — მრავლობითი ფისტულები — როგორც მსხვილი, ისე წვრილი ნაწლავისა.

მეოცე საუკუნის 20-იან წლებამდე ნაწლავის ფისტულის უხშირეს მიზეზს წარმოადგენდა ჩაჭედილი თიაქარი. ამ მხრივ საინტერესო ცნობები მოჰყავს მ. ჩერნიახოვსკის; მან 1893 წლისათვის შეკრებილი მასალით გამოაქვეყნა ნაწლავის გარეთა ფისტულის 187 შემთხვევა, რომელთაგან 138 (82,7%) განვითარდა ჩაჭედილი თიაქრის ნიადაგზე. ლ. დამენიამ 1962 წ. გამოაქვეყნა ნაკრები სტატისტიკით ნაწლავის ფისტულის 218 შემთხვევა, ამათგან მხოლოდ 13 (5,9%) განვითარდა ჩაჭედილი თიაქრის ნიადაგზე. ბ. ვიცინმა 1965 წელს გამოაქვეყნა ნაწლავის ფისტულის 212 შემთხვევა, რომელთაგან მხოლოდ 6 განვითარდა ჩაჭედილი თიაქრის ნიადაგზე. ჩვენს კლინიკაში ჩაჭედილი თიაქრის ნიადაგზე განვითარებული ფისტულა ჰქონდა 8 ავადმყოფს. როგორც ჩანს, ჩაჭედილი თიაქრის ხვედრითი წონა ნაწლავის ფისტულის ეტიოლოგიაში წლითიწლობით მცირდება, რაც განპირობებულია ჯერ ერთი სასწრაფო-სამედიცინო დახმარების გაუმჯობესებით და, მაშასადამე, ჩაჭედილი თიაქრის დროს დროული ოპერაციით პირველსავე საათებში, მეორე მხრივ ჩაჭედილი თიაქრის შემცირებით, რადგანაც თიაქრით დაავადებულთა დიდ უმრავლესობას ოპერაცია უკეთდებათ „ცივ პერიოდში“.

დაგვიანებული ჩაჭედილი თიაქრის შემთხვევაში ნაწლავის ფისტულა შეიძლება განვითარდეს თიაქრის არეში ჩამოყალიბებული ფლეგმონის თავისთავად გახსნის ან გაკვეთის გამო. ჰეგარდი აღწერს ჩაჭედილი თიაქრის ნიადაგზე განვითარებული ნაწლავის ფისტულის 5 შემთხვევას, ამათგან ორ ავადმყოფს თიაქრის მიდამოში განვითარებული ფლეგმონა თავისთავად გაეხსნა და ჩამოყალიბდა ფისტულა, 3 ავადმყოფს კი ფლეგმონა გაუკვეთეს, რასაც მოჰყვა ნაწლავის ფისტულის განვითარება. ჩვენი 8 ავადმყოფიდან 3-ს ნაწლავის ფისტულა განუვითარდა ფლეგმონის თავისთავადად გახსნის შემდეგ, ორს კი ფლეგმონა გაუკვეთეს. 3 ავადმყოფს ნაწლავის ფისტულა განუვითარდა ჩაჭედილი თიაქრის გამო გაკეთებული ოპერაციის შემდეგ.

უფრო ხშირად ნაწლავის ფისტულა ვითარდება საზარდულისა

და ბარძაყის ჩაჭედილი თიაქრის შემდეგ. იმის მიხედვით თუ ნაწლავის რამდენი მარყუჟია ჩაჭედილი, ვითარდება 1, 2 ან მეტი ხვრელმილი.

ნაწლავის ფისტულის განვითარების მიზეზი შეიძლება გახდეს საკიდი ენტეროსტომია. ენტეროსტომიის მრავალი სახეა ცნობილი, რომელთა შორის ყველაზე უფრო ფართოდ გავრცელებულია რიჩარდსონის მეთოდი.

საბჭოთა კავშირში საკიდი ენტეროსტომიის დადების ტექნიკა, მისი ჩვენება და წინააღმდეგ ჩვენება დაამუშავა ს. იუდინმა. ჩვენს კლინიკაში საკიდი ენტეროსტომია პირველად ჩვენ გამოვიყენეთ 1938 წელს. საკიდ ენტეროსტომიას ფართოდ იყენებდნენ დიდი სამამულო ომის დროს მუცლის ღრუს ორგანოების ტრავმული დაზიანების მკურნალობის კომპლექსში პერიტონიტისა და ნაწლავთა გაუვალობის პროფილაქტიკის მიზნით. საკიდი ენტეროსტომიის ფართოდ გამოყენებასთან ერთად გამოვლინდა მისი ზოგიერთი უარყოფითი მხარე, სხვადასხვა გართულების სახით, რომელთა შორის სიხშირის მიხედვით ერთ-ერთი პირველი ადგილი უკავია ნაწლავის ფისტულას. ა. ბელაევისა და ნ. ბისტროვის მასალაზე, საკიდი ენტეროსტომიის 385 შემთხვევიდან სხვადასხვა სახის გართულებები 30%-ს აჭარბებს, რომელთაგან ნაწლავის ფისტულაზე 14% მოდის.

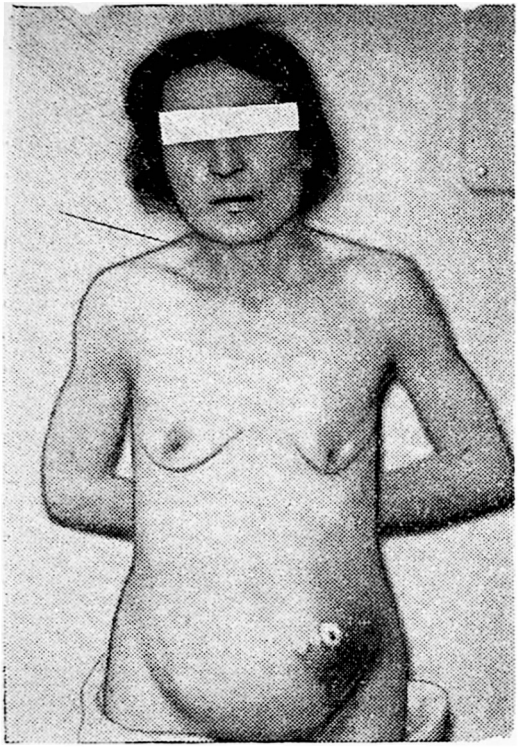
ს.ნეკრასოვი აღწერს ნაწლავის ფისტულის 44 შემთხვევას, ამათგან 6 ავადმყოფს ფისტულა განუვითარდა საკიდი ენტეროსტომიის მიდამოში.

ჩვენ 29 ავადმყოფს საკიდი ენტეროსტომიის მიდამოში განუვითარდა ნაწლავის ფისტულა. მოგვყავს ამონაწერი ერთ-ერთი ავადმყოფის ისტორიიდან.

ავადმყოფი შ. რ., ქალი, 49 წლის, დაახლოებით 1 წლის წინათ მწვავე აპენდიციტის გამო რაიონულ საავადმყოფოში გაუკეთდა ოპერაცია. ოპერაციის მე-5 დღეს პერიტონიტისა და დინამიკური გაუვალობის გამო თეძოს ნაწლავზე დაედო საკიდი ენტეროსტომია, ილი ამოღებული იყო მე-8 დღეს. ენტეროსტომის მიდამოში ჩამოყალიბდა ნაწლავის ფისტულა.

შემოსვლისას — მარცხენა თეძოს ფოსოში ნაწლავის ტუჩისებრი ფისტულაა, რომლის ირგვლივ კანი გაღიზიანებულია.

სისხლის საერთო ანალიზი: ერითროციტები 3.390.999, ჰემოგლობინი 66%, ფერადობის მაჩვენებელი 1,0, ედრ — 20 მმ/საათში, ლეიკოციტები 4. 750, ლიმფოციტები — 29%, ჩხირბირთვიანები —3%, სეგმენტბირთვიანები — 65%, ეოზინოფილები — 1%, მონოციტები —2%.



სურ. 23.

ნაწლავის ტუჩისებრი ფისტულა.

შარდის ანალიზი: ჩალის ფერი, რეაქცია მჟავე, ხვედრითი წონა — 1020, ცილა და შაქარი — არ არის.

სისხლის ზოგიერთი ბიოქიმიური მაჩვენებელი: საერთო ცილა 5,9 მგ%, ალბუმინი — 3,8% გლობულინი — 2,1 გრ%, ალბუმინო-გლობულინის კოეფიციენტი — 1,7, ველტმანის კოაგულაციური ლენტის სიგრძე — მე-7 სინჯარა, ტაკატა-არას რეაქცია უარყოფითია, ბილირუბინი — 1,25 მგ%, რეაქცია პირდაპირი, გვიანი.

კოაგულოგრამა: სისხლის შედედების დროს — 9^{I}, რეკალციფიკაციის დროს — 82^{II}, ჰეპარინისადმი ტოლერანტობა — 15^{I}, პროთრომბინის ინდექსი — 94%, თრომბინის დრო — 33^{II}, თავისუფალი ჰეპარინის დროს — 12^{II}, ფიბრინის კოლტის წარმოქმნა — 3^{I} 24^{II}, ფიბრინოგენის კონცენტრაცია — 200 მგ%, ფიბრინოლიზი — 15%, კოლტის რეტრაქცია — ნორმალური, თრომბოტესტი — IV სტ.

ელექტროკარდიოგრამაზე აღინიშნება სინუსური ტაქიკარდია, გულის ავტომატიზმის ფუნქციის დარღვევა.

ავადმყოფს საოპერაციოდ ამზადებენ. ისტორია ნათლად მოწმობს, რომ საკიდმა ენტეროსტომიამ განაპირობა ნაწლავის ფისტულის განვითარება.

საკიდი ენტეროსტომიის დადების ოპერაციული ტექნიკა საყოველთაოდ ცნობილია და მის აღწერას აქ არ შევუდგებით, მხოლოდ აღვნიშნავთ, რომ თუ ზუსტად იქნება დაცული ყველა პირობა, მინი-

მუმამდე იქნება დაყვანილი ეს მძიმე გართულება. საკიდი ენტეროსტომიის დადების საკითხი ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში მკაცრად უნდა დავასაბუთოთ, უპირატესობა უნდა მიეცეს საკიდი ენტეროსტომიის დადებას პირველადად.

მედიცინაში დიდი ხანია იყენებენ ე. წ. ხელოვნურ ფისტულას, ე. ი. ფისტულა, რომელიც ნაწლავთა სხვადასხვა დაავადებისა და ტრავმული დაზიანების შემთხვევაში დაედება მკურნალობის მიზნით, ექიმის მიერ, წინასწარ მოფიქრებულად. ამრიგად, ნაწლავის ფისტულა თუ ერთ შემთხვევაში წარმოადგენს ამა თუ იმ დაავადების ან ტრავმული დაზიანების მძიმე გართულებას, მეორე შემთხვევაში ის გამოიყენება როგორც მკურნალობის მეთოდი, ე. წ. ხელოვნური ფისტულის ან ხელოვნური ანუსის სახით.

ნაწლავის ფისტულის განვითარების მიზეზი შეიძლება გახდეს მუცლის ღრუს ყოველი სახის დაზიანება, როგორც ღია, ისე დახურული. ტრავმული ეტიოლოგიის ფისტულები მშვიდობიან პირობებში იშვიათად გვხვდება; ომის დროს ნაწლავის ფისტულა, როგორც მუცლის ღრუს ტრავმული დაზიანების შედეგი, ხშირია. ნ. გურევიჩის მონაცემებით, დიდი სამამულო ომის მასალაზე, ნაწლავის ფისტულის განვითარებას ადგილი ჰქონდა მუცლის ღრუს ტრავმული დაზიანების შემთხვევათა 20—25%-ში.

ტ ერ მ ი ნ ო ლ ო გ ი ა და კ ლ ა ს ი ფ ი კ ა ც ი ა. ფისტულა ლათინური სიტყვაა და ნიშნავს ხვრელ-მილს, რომელიც ორ ან რამდენიმე ღრუ ორგანოს აკავშირებს ერთმანეთთან (შინაგანი ფისტულა) ან ღრუ ორგანოს აკავშირებს კანის ზედაპირთან (გარეთა ფისტულა). ამავე მნიშვნელობით ამ ტერმინს ნაწლავების მიმართ იყენებენ, როდესაც ნაწლავის სანათური იხსნება კანის ზედაპირზე და ნაწლავის შიგთავსი მთლიანად ან ნაწილობრივ გამოდის არაბუნებრივი გზით.

როდესაც ნაწლავის სანათური იხსნება კანის ზედაპირზე, მიზანშეწონილად მიგვაჩნია მას ეწოდოს არა უბრალოდ ფისტულა, არამედ ნაწლავის ფისტულა. ამასთან აუცილებლად უნდა იყოს აღნიშნული წვრილი თუ მსხვილი ნაწლავისაა ფისტულა. ასე მაგალითად, წვრილი ნაწლავის ფისტულა — Fistula intestini tenui ან მსხვილი ნაწლავის ფისტულა — Fistula intestini crasi, ხოლო თუ ერთდროულად არის როგორც წვრილი, ისე მსხვილი ნაწლავის ფისტულა, ე. ი. მრავლობითი ფისტულა, მაშინ მას უნდა ეწოდოს ნაწლავის მრავლობითი ფისტულა — Fistula intestini multiplex; ცალკე ჯგუფად უნდა გამოიყოს ხელოვნური უკანა ტანი Anus preternoturolis ანუ Anus artificialis, რომელიც დაედება ქირურგის მიერ მკურნალობის თვალსაზრისით, დროებით ან მუდმივად.

ნაწლავის ფისტულების ეტიოლოგია, ლოკალიზაცია, ფორმები, სხვადასხვა სახის გართულებები, მეტად მრავალფეროვანია. ყველა აღნიშნული მომენტების გათვალისწინებით ცნობილია მრავალი კლასიფიკაცია. კლასიფიკაციათა ეს მრავალრიცხოვნობა იმაზე მიუთითებს, რომ არც ერთი მათგანი არ არის სრულყოფილი და აღნიშნული საკითხი შემდგომ დამუშავებას მოითხოვს.

ნაწლავთა ფისტულების კლასიფიკაციის პირველი ცდა ეკუთვნის როზერს, (1872). იგი ნაწლავთა ფისტულებს ორ ჯგუფად ჰყოფდა: 1. ტუჩისებრად და 2. მილისებრად. ეს დაყოფა დამყარებულია იმაზე, თუ როგორ არის დაკავშირებული ნაწლავის ლორწოვანი გარსი კანის ზედაპირთან. ტუჩისებრი ფისტულის შემთხვევაში ნაწლავის ლორწოვანი გარსი ჩაზრდილია კანში და უშუალოდ გადადის კანის ეპითელიუმში, როგორც ტუჩი, აქედან წარმოსდგა სახელწოდებაც — „ტუჩისებრი“.

მილისებრი ფისტულის შემთხვევაში ლორწოვანი გარსი ნაწლავიდან არ გამოდის დეფექტში და ამდენად ადგილი არა აქვს ფისტულის ხვრელის ჩაბრუნებას კანის ზედაპირზე. როზერის მიერ მოწოდებულ დაყოფას დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს, რადგანაც ცნობილია, რომ მილისებრი ფისტულა უმრავლეს შემთხვევაში იხურება კონსერვატული მკურნალობით, მაშინ, როცა ტუჩისებრი ფისტულის დასახურავად აუცილებელია ოპერაციული ჩარევა.

მნიშვნელოვან მიღწევას წარმოადგენდა ვ. ოპელის კლასიფიკაცია (1907): 1. ტუჩისებრი ანუ დამთავრებული ფისტულა, 2. მილისებრი ანუ დაუმთავრებელი, 3. გარდამავალი, როდესაც ერთდროულად არის როგორც ტუჩისებრი, ისე მილისებრი ფისტულისათვის დამახასიათებელი ნიშნები. გარდა აღნიშნულისა, ვ. ოპელი გამოყოფდა ფისტულის ორ სახეს: 1. გაურთულებელს და 2. გართულებულს. ფუნქციური თავისებურების მიხედვით ვ. ოპელი ფისტულებს ყოფს ორ ჯგუფად: 1. არასრულ ფისტულად, რომლისგანაც გამოიყოფა ნაწლავის შიგთავის ნაწილი, 2. სრულ ფისტულად, რომლითაც მთლიანად გამოდის ნაწლავის შიგთავსი. ამ უკანასკნელ შემთხვევაში საქმე გვაქვს ხელოვნურ ანუსთან.

სხეულის ზედაპირზე არსებული ხვრელების რაოდენობის მიხედვით ნაწლავის ფისტულა შეიძლება იყოს მხოლობითი და მრავლობითი. უფრო ხშირად მხოლობითი ხვრელია, იშვიათად მრავლობითი. ლიტერატურაში აღწერილია ნაწლავთა ფისტულის 10-15 ხვრელი, მუცლის წინა კედელზე.

შესაძლებელია ნაწლავი იხსნებოდეს რამდენიმე ხვრელით, მაგრამ

ისინი ერთდებოდნენ და კანზე გაიხსნას ერთი ხვრელის, ან პირიქით, ნაწლავის ერთი ხვრელი კანზე გაიხსნას რამდენიმე ადგილას.

ტუჩისებრი ფისტულის ერთ-ერთ სახეს წარმოადგენს ე. წ. ორლულოვანი ფისტულა, რომლის დროსაც კანზე იხსნება ნაწლავის როგორც მომტანი, ისე წამღები სეგმენტი და ამრიგად შეიქმნება ორი ლულა, რომლებიც გაყოფილია დეზით, ძგიდით, როგორც ბარიერით, რომელიც ხელს უშლის ნაწლავის შიგთავსის გადაადგილებას ბუნებრივი გზით. ტუჩისებრი და მილისებრი ფისტულა სხვადასხვა სიხშირით გვხვდება. ნ. ბაზინი აღწერს ნაწლავის ფისტულის 312 შემთხვევას, აქედან 200 იყო ტუჩისებრი, 112 კი — მილისებრი. ჩვენს მასალაზე სხვადასხვა ეტიოლოგიის 285 ნაწლავის ფისტულიდან 251 იყო ტუჩისებრი ფისტულა, 34 კი — მილისებრი. 16 ავადმყოფს ჰქონდა მრავლობითი ფისტულები, დანარჩენებს მხოლობითი, სრული ფისტულა ჰქონდა 126 ავადმყოფს, არასრული — 159-ს. ჩვენი ავადმყოფებიდან მამაკაცი იყო 183, ქალი 102.

ფისტულა შეიძლება განვითარდეს ნაწლავის ყოველ მონაკვეთში, დაწყებული პილორუსიდან — სწორ ნაწლავამდე. ჩვენს მასალაზე ფისტულის ლოკალიზაციის სიხშირე ნაწლავის ამა თუ იმ სეგმენტში შემდეგნაირად ნაწილდება: თორმეტგოჯა ნაწლავის ფისტულა — 5; მლიავი ნაწლავის — 8; თეძოს ნაწლავის — 119, ბრმანაწლავის — 40; ასწვრივი კოლინჯის — 1; განივი კოლინჯის — 5; დასწვრივი კოლინჯის — 1; სიგმოიდური კოლინჯის — 79.

დუოდენალური ფისტულა ძალიან მძიმედ მიმდინარეობს, რაც განპირობებულია იმით, რომ თორმეტგოჯა ნაწლავიდან ორგანიზმი დიდი რაოდენობით კარგავს საჭმლის მომნელებელ წვენებს, ნაღველსა და პანკრეასის წვენს, რის გამოც ირღვევა საჭმლის მონელების პროცესი. დუოდენალური ფისტულის ირგვლივ კანი ძლიერ გაღიზიანებულია, სწრაფად ვითარდება დერმატიტი. ა. მელნიკოვის თქმით, დუოდენალური ფისტულის დროს ავადმყოფის განლევა ხდება არა დღეებით, არამედ საათობით.

მლიავი ნაწლავის ფისტულით, ისე როგორც თორმეტგოჯა ნაწლავის ფისტულით, ორგანიზმი დიდი რაოდენობით კარგავს სითხეებს, მათ შორის საჭმლის მომნელებელ წვენებს; დარღვეულია ნივთიერებათა ცვლა. ფისტულის გამონადენი თხელი კონსისტენციისაა, შეიცავს ნაღველისა და პანკრეასის წვენს. ფისტულის ირგვლივ კანი ძლიერ გაღიზიანებულია, მკვეთრად გამოხატულია დერმატიტი.

მლიავი ნაწლავის ფისტულასთან შედარებით თეძოს ნაწლავის ფისტულა კლინიკურად უფრო კეთილთვისებიანად მიმდინარეობს. ფისტულის გამონადენი ნახევრადთხიერი კონსისტენციისაა, ზოგჯერ

ფაფისებრი. ფისტულის ირგვლივ კანი ნაკლებად გაღიზიანებულია, ვიდრე მლივი ნაწლავის ფისტულის დროს.

მსხვილი ნაწლავის მარჯვენა ნახევრის ფისტულიდან გამოიყოფა ფაფისებრი გამონადენი, სოლო მარცხენა ნახევრის ფისტულიდან თითქმის გაფორმებული განავალი, რომელიც იშვიათად იწვევს კანის გაღიზიანებას და ისიც უმნიშვნელოდ.

ნაწლავის ფისტულის კლინიკა და სიმპტომატოლოგია მეტად რთული და მრავალფეროვანია. ნაწლავის ფისტულის კლინიკური მიმდინარეობა ბევრადაა დამოკიდებული ფისტულის ლოკალიზაციაზე, ხვრელის დიამეტრზე, დაავადების ხანგრძლივობაზე.

ნაწლავის ფისტულა არ არის კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მთლიანობის მხოლოდ მექანიკური დარღვევა. ნაწლავის ფისტულა მეტად მძიმე გავლენას ახდენს ორგანიზმზე: მას თან ერთვის ნივთიერებათა ცვლის ცვლილებები. გარდა ამისა, ფისტულიანი ავადმყოფი განიცდის როგორც ფიზიკურ, ისე მორალურ ტანჯვას. ფისტულის გაჩენას ყოველთვის თან ერთვის ძლიერი ფსიქიკური განცდები. მრავალი ავტორი მიუთითებს ნაწლავის ფისტულით დაავადებულთა შორის ფსიქოზზე.

დიდიხანია შემჩნეულია, რომ რაც უფრო ადორალურად არის ლოკალიზებული ფისტულა, მით უფრო მძიმედ მიმდინარეობს იგი კლინიკურად. წვრილი ნაწლავის მაღალი ფისტულის დროს ორგანიზმი დიდი რაოდენობით კარგავს საკვებს, საჭმლის მომნელებელ წვენებს, ქლორიდებს, ელექტროლიტებს, სითხეს. სითხის დიდი რაოდენობით დაკარგვას თან ერთვის დეჰიდრატაცია. შარდის რაოდენობა მცირდება, ზოგჯერ 300—400 მლ-მდე, ხოლო შარდის ხვედრითი წონა კი მატულობს.

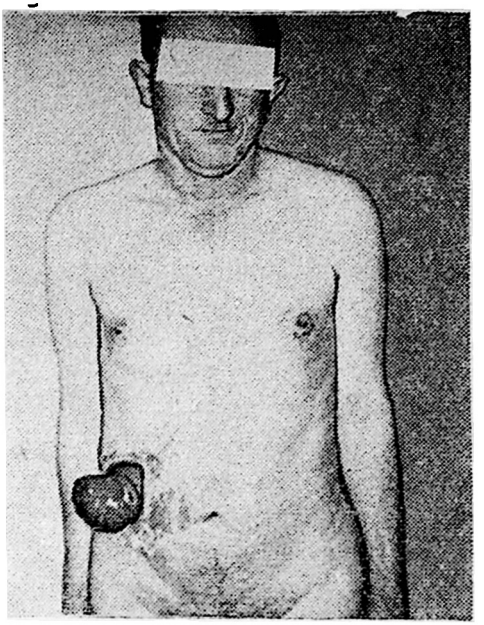
ნაწლავის გარეთა ფისტულას შეიძლება დაერთოს ადგილობრივი და ზოგადი გართულებები. ადგილობრივი გართულებებიდან პირველ რიგში აღსანიშნავია ფისტულის ირგვლივ კანის ცვლილებები, განსაკუთრებით მაღალი ფისტულის შემთხვევაში, როდესაც დიდი რაოდენობით გამოიყოფა პანკრეასის წვენი, მასში შემავალი პროთეოლიზური ფერმენტი — ტრიპსინი, იწვევს კანში არსებული ცილების დაშლას და არღვევს კანის მთლიანობას. არა ერთი შემთხვევაა აღწერილი, როდესაც ფისტულის ირგვლივ კანისა და კანქვეშა ქსოვილების მოცილების გამო მოჩანდა მუცლის გაშიშვლებული კუნთები.

ადგილობრივი გართულების რიცხვს მიეკუთვნება ნაწლავის კედლის ან ლორწოვანი გარსის გამოვარდნა (ევაგინაცია, პროლაბირება) ფისტულის ხვრელში. მსგავსი შემთხვევები აღწერილია ლიტერატურაში. მოვიყვანთ ამონაწერს ერთ-ერთი ჩვენი ავადმყოფის ისტორი-

იდან: ავადმყოფი ხ. შ., მამაკაცი, 44 წლის, 5 თვის წინათ რაისაავადმყოფოში გაუკეთდა აპენდექტომია მწვავე აპენდიციტის გამო. ოპერაციის შემღეგ განუვითარდა პერიტონიტის მოვლენები, გაუკეთდა რელაპარატომია, მუცლის ღრუდან გამოვიდა სეროზულ-ჩირქოვანი გამონადენი, რომელიც ამომშრალდა; მუცლის ღრუში გაუკეთდა მიკროირიგატორი და ტამპონი.

ოპერაციის შემდეგ ნაოპერაციებ მიდამოში ჩამოყალიბდა მსხვილი ნაწლავის ფისტულა.

ობიექტურად: მარჯვენა თეძოს ფოსოს მიდამოში მოჩანს პროლაბირებული მსხვილი ნაწლავი, სიგრძით 18—20 სმ.



სურ. 24.
ფისტულიდან პროლაბირებული მსხვილი ნაწლავი.

პროლაბირებული ნაწლავიდან გამოიყოფა თითქმის გაფორმებული განავალი. სწორი ნაწლავიდან იშვიათად გამოყოფს განავალს მცირე რაოდენობით. ყოველდღიურად უკეთდება გამწმენდი ოყნა.

სისხლის საერთო ანალიზი: ერითროციტები — 4.500.000, ჰემოგლობინი — 84%, ფერადობის მაჩვენებელი 0,90, ედრ-40 მმ/საათში, ლეიკოციტები — 4950, ბაზოფილები — 1%, ეოზინოფილები — 8%, სეგმენტბირთვიანები — 55%, ლიმფოციტები — 35%, მონოციტები — 2%.

შარდის ანალიზი: გამჭვირვალე, ღია ჩალის ფერის, ხვედრითი წონა 1019, ცილა — 0,033%, შაქარი არ არის, ბრტყელი ეპითელი 1—2 მმ/არეში, ლეიკოციტები —30—40, შეუცველელი ერითროციტები — 3—4 მხ/არეში, ოქსალატები საშუალო რაოდენობით.

სისხლის ზოგიერთი ბიოქიმიური მაჩვენებელი: საერთო ცილა 12 გრ%, ალბუმინი 11,4 გრ%, გლობულინი — 0,6 მგ%, ველტმანის კოაგულაციური ლენტის სინჯი — მე-10 სინჯარა, ტაკატა-არას რეაქცია

უარყოფითი. ნატრიუმი —29,8 მგ%, კალიუმი —12,4 მგ%, კალციუმი 14 მგ%.

კოაგულოგრამა: სისხლის შედედების დრო — 12^{1}, რეკალფიკაციის დრო — 175^{11}, ჰეპარინისადმი ტოლერანტობა — 10^{1}, პროთრომბინის ინდექსი — 95%, პროთრომბინის დრო — 21^{11}, ფიბრინის კოლტის წარმოქმნა — $10^{1}35^{11}$, ფიბრინოლოზი—20%, თრომბოტესტი—111 სტ.

ელექტროკარდიოგრამაზე სინუსური ტაქიკარდია 120^{1}. გულის ავტომატიზმის ფუნქციის დარღვევა. დიფუზური ცვლილებები გულის კუნთში.

ავადმყოფი მომზადდა საოპერაციოდ, დაენიშნა ვიტამინები, ადვილმოსანელებელი, მაღალკალორიული დიეტა, ჰიგიენური აბაზანები, გამწმენდი ოყნა.

მოვზადების შემდეგ ენდოტრაქეალური ნარკოზით გაუკეთდა ოპერაცია. განაკვეთი გატარდა შუა ხაზზე. მუცლის წინა კედელთან მოზრდილი ბადექონი გაითიშა ჩლუნგად. მუცლის ღრუში არ არის ბრმანაწლავი, ასწვრივი კოლინჯი, განივი კოლინჯის მარჯვენა კუთხე. ყველა ეს ნაწლავი გამოვარდნილია მარჯვნივ ჭრილობაში, ფისტულაში და გადმობრუნებულია. გაკეთდა მარჯვენამხრივი ჰემიკოლექტომია, ილეოტრანსვერზოსტომიით. პროლაბირებული ნაწლავის ირგვლივ გატარდა ოვალური განაკვეთი, რის შემდეგ თეძოს ნაწლავის აბორალური ნაწილი (30 სმ), ბრმანაწლავი, ასწვრივი კოლინჯი, განივი კოლინჯის მარჯვენა ნახევარი ევაგინირებულ იქნა. მუცლის ღრუში ჩაუსხეს 500.000 ერთეული პენიცილინი, 1,0 სტრეპტომიცინი გახსნილი ნოვოკაინის 0,25%-იანი ხსნარის 40,0. გაუკეთდა ტამპონი და მიკროირიგატორი. ოპერაციის მსვლელობაში გადაესხა თანამოსახელე ჯგუფის სისხლი. ოპერაციის შემდეგ დაენიშნა პენიცილინი. სტრეპტომიცინი ზოგადად და მიკროირიგატორში, საგულე საშუალებანი, ვიტამინები, ფიზიოლოგიური და გლუკოზის 5%-იანი ხსნარი. ოპერაციიდან ერთი თვის შემდეგ განუვითარდა ნაწლავთა გაუვალობა, სასწრაფოდ გაუკეთდა რელაპაროტომია, აღმოჩნდა ვრცელი შეხორცებები, რომელიც გაითიშა ჩლუნგად. თეძოს ნაწლავზე დაედო საკიდი ენტეროსტომა. ოპერაციის შემდეგ ენტეროსტომიული მილი დამაკმაყოფილებლად მოქმედებდა, მე-7 დღეს ენტეროსტომიული მილი ამოუღეს, ხვრელი დაიხურა მეორე დღეს, კუჭ-ნაწლავის მოქმედება აღსდგა. გაეწერა გაჯანსაღებული.

ნაწლავის ფისტულის კლინიკურ მიმდინარეობაში განვითარებული გართულებებიდან აღსანიშნავია სხვადასხვა მიდამოში ჩირქგროვების განვითარება, მაგალითად, მუცლის კედლის ფლეგმონა, რეტ-

როპერიტონეალური ჩირქგროვა, სუბდიაფრაგმული აბსცესი და სხვ. მსგავსი გართულებები აღწერილია ლიტერატურაში. საილუსტრაციოდ მოგვყავს ამონაწერი ერთ-ერთი ჩვენი ავადმყოფის ისტორიიდან.

ავადმყოფი ლ. ნ. მამაკაცი, 17 წლის, 2 თვის წინათ აპენდიკულარული პერიტონიტის გამო რაისაავადმყოფოში გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია — აპენდექტომია. ოპერაციის შემდეგ დიფუზური პერიტონიტი პროგრესიულობდა, ამიტომ ჭრილობა გაგანიერდა, გაუკეთეს ტამპონი და მიკროირიგატორი. ოპერაციიდან 3 კვირის შემდეგ ილეოცეკალურ მიდამოში ჩამოყალიბდა ნაწლავის ფისტულა. შემდგომი მკურნალობისათვის გადმოიყვანეს ჰოსპიტალური ქირურგიის კლინიკაში.

შემოსვლისას: მდგომარეობა მძიმე, ავადმყოფი კახექსიურია, კანი და ხილული ლორწოვანი გარსები ანემიურია, კანის ტურგორი დაქვეითებული. ილეოცეკალურ მიდამოში ოპერაციის შემდგომი ჭრილობა გახსნილია, მოჩანს ბრმა და თეძოს ნაწლავი, რომლიდანაც 5 ხვრელი იხსნება ჭრილობაში, საიდანაც გამოდის შიგთავსი.

გამწმენდი ოყნის შემდეგ მცირე რაოდენობით გამოდის განავალი.

სისხლის საერთო ანალიზი: ერითროციტები — 3.000.000, ჰემოგლობინი — 60%, ფერადობის მაჩვენებელი 1,0, ედრ — 10 მმ/საათში, ლეიკოციტები — 17,450, ბაზოფილები 1%, ეოზინოფილები — 1%, ახალგაზრდა — 1%, ჩხირბირთვიანები — 15%, სეგმენტბირთვიანები — 63%, ლიმფოციტები — 12%, მონოციტები — 7%.

შარდის ანალიზი: მღვრიე, ჩალისფერი, რეაქცია მჟავე, ხვედრითი წონა — 1031, ცილა და შაქარი არ არის, ლეიკოციტები 3—5 მხ/არეში, ბრტყელი ეპითელი მცირე რაოდენობით, ურატები დიდი რაოდენობით.

სისხლის ზოგიერთი ბიოქიმიური მაჩვენებელი: საერთო ცილა 7,5 გრ%, ალბუმინი — 4.1 გრ%, გლობულინი 3,4 გრ%, ალბუმინ-გლობულინის კოეფიციენტი — 1,2. ველტმანის კოაგულაციური ლენტის სიგრძე 1 — სინჯარა, ტაკატა-არას რეაქცია უარყოფითი.

ნატრიუმი — 280 მგ%, კალიუმი — 8 მგ%, კალციუმი — 9,1 მგ%, სულემის სინჯი — 1.4 მლ.

ელექტროკარდიოგრამაზე: სინუსური ტაქიკარდია 120[1], გულის ელექტრული ღერძი ნორმის ფარგლებში, გულის ავტომატიზმის ფუნქციის დარღვევა, ცვლილებები გულის კუნთში.

პირის ღრუდან აღებული ნაცხის გამოკვლევა: აღმოჩნდა საფუარის მსგავსი სოკოები Candida olbinei-ის ჯგუფიდან (აღინიშნება უხვი ზრდა).

ფისტულიდის მიდამოდან აღებული ჩირქის გამოკვლევა მიკრო-

სურ. 25.
ნაწლავის მრავლობითი ფისტულები.

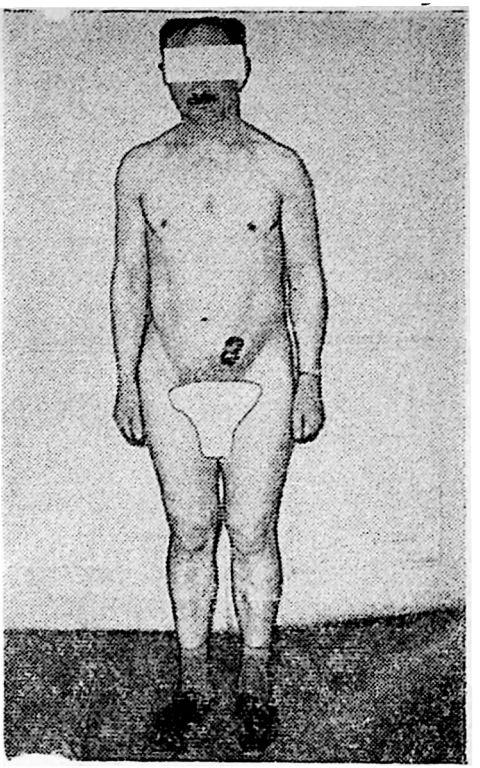
ფლორაზე: აღმოჩნდა Streptococcus olb სუსტად მგრძნობიარე ტეტრაციკლინისა და მონომიცინის მიმართ.

ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა მძიმეა, მკვეთრად გამოხატულია ინტოქსიკაციის მოვლენები, რამდენიმეჯერ გადაესხა თანამოსახელე ჯგუფის სისხლი, დაენიშნა ფიზიოლოგიური და გლუკოზის 5%-იანი ხსნარი, ვიტამინოთერაპია, გადაესხა პოლიგლუკინი, ჰიდროლზინი, სისხლის პლაზმა; მიუხედავად მიღებული ზომებისა, ავადმყოფის მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა, აქვს მაღალი ტემპერატურა. ფისტულებიდან ნაწლავის შიგთავსთან ერთად დიდი რაოდენობით გამოდის ჩირქი. მარჯვენა თეძოს ფოსოში რეტროპერიტონეალურად ჩამოყალიბდა ჩირქგროვა. გატარდა დამატებითი განაკვეთი, ჩირქგროვა გაიხსნა, გამოვიდა ჩირქი და ჩაიდო ტამპონები.

ჩირქგროვის გახსნის შემდეგ მდგომარეობა თანდათანობით გაუმჯობესდა, მაგრამ რამდენიმე დღის შემდეგ ისევ გაუარესდა, ჩამოყალიბდა დუგლასის ფოსოს აბსცესი, რომელიც გაიხსნა სწორი ნაწლავიდან, გამოვიდა დიდი რაოდენობით ჩირქი, რის შემდეგ ავადმყოფის მდგომარეობა თანდათან გაუარესდა.

ვინაიდან ილეოცეკალურ მიდამოში არის მრავლობითი ფისტულა, გამოიყოფა დიდი რაოდენობით ნაწლავის შიგთავსი და იღვრება ჭრილობაში. ჭრილობის ინფიცირების ლიკვიდაციის მიზნით გადაწყდა ფისტულიანი ნაწლავის გამოთიშვა, კერძოდ, თეძოს ნაწლავზე ფისტულის ზემოთ ხელოვნური ანუსის დადება. გაუკეთდა ოპერაცია (ადგილობრივი ანესთეზია). განაკვეთი გატარდა მარცხნივ, ჭრილობაში ხელოვნური ანუსის სახით გამოტანილი იქნა თეძოს ნაწლავის

აბორალური ნაწილი, რომელიც გადაიკვეთა ფისტულის ზემოთ. ხელოვნური ანუსის დადების შემდეგ ჭრილობიდან ჩირქოვანი გამონადენის გამოყოფა თანდათანობით შემცირდა, ჭრილობა გასუფთავდა. ხელოვნური ანუსი კარგად მოქმედებს. ავადმყოფის მდგომარეობა გაუმჯობესდა, დაიწყო სიარული.



სურ. 26.
ხელოვნური ანუსი.

ნაწლავის გარეთა ფისტულის დიაგნოსტიკა უმრავლეს შემთხვევაში არ ბრის ძნელი. ფისტულის გამონადენის მიხედვით შეიძლება ვიმსჯელოთ ფისტულის ლოკალიზაციაზე, როდესაც გამოიყოფა ქაფიანი თხელი კონსისტენციის შიგთავსი ნაღველთან ერთად, რომელიც შეიცავს გადაუმუშავებელი საჭმლის ნაწილებს, ამასთან ერთად ფისტულის ირგვლივ კანი მაცერირებულია, უნდა ვიფიქროთ, რომ საქმე ეხება წვრილი ნაწლავის მაღალ ფისტულას. როდესაც გამოიყოფა ნაწლავის ფაფისებრი შიგთავსი ნაღვლის მცირე რაოდენობით, საქმე ეხება წვრილი ნაწლავის დაბალ ფისტულას; მსხვილი ნაწლავის ფისტულის შემთხვევაში გამოიყოფა თითქმის გაფორმებული განავალი, რომელიც არ იწვევს კანის მაცერაციას.

გარკვეულ სიძნელეებთან დაკავშირებულია მილისებრი ფისტულის გამოცნობა, როდესაც გრძელი და დაკლაკნილი ხვრელ-მილია, გამონადენი ჩირქოვანია, ლორწოვანი, ზოგჯერ კი მხოლოდ გაზი გამოიყოფა; ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფს უნდა მიეცეს რომელიმე ინდიფერენტული საღებავი ნივთიერება, უფრო ხშირად გამოიყენება მეთილენის ლილა. თუ საღებავი ნივთიერება გამოვა ფისტულის ხვრელიდან, ეს მოწმობს, რომ საქმე გვაქვს ნაწლავის ფისტულასთან.

ფისტულის ლოკალიზაციის დასადგენად დიდი მნიშვნელობა აქვს ჩვეულებრივ ოყნას: თუ მსხვილი ნაწლავის ფისტულაა, მაშინ ხვრელიდან აუცილებლად გადმოვა ოყნით შეყვანილი წყალი, ხოლო წვრილი ნაწლავის ფისტულიდან წყალი არ გამოვა.

ფართოდ გამოიყენება რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, რომელიც იძლევა საშუალებას განვსაზღვროთ ფისტულის ლოკალიზაცია, ე. ი. ნაწლავის მონაკვეთი, ფისტულის ხვრელების რაოდენობა, ფისტულის პერიფერიულად მდებარე ნაწლავის გამავლობა, ფისტულიანი მარყუჟის დამოკიდებულება ნაწლავის სხვა სეგმენტებთან. რენტგენოლოგიური გამოკვლევა ყოველთვის უნდა დაიწყოს ფისტულოგრაფით. გამოკვლევის ეს მეთოდი არკვევს ფისტულის მილის მოყვანილობას. ფისტულოგრაფია გვაძლევს საშუალებას ლორწოვანი გარსის რელიეფის მიხედვით ვიმსჯელოთ ფისტულის ლოკალიზაციაზე, ე. ი. წვრილი ნაწლავიდან გამოდის იგი, თუ მსხვილი ნაწლავიდან. მსხვილი ნაწლავის ფისტულის შემთხვევაში მიზანშეწონილია საკონტრასტო ნივთიერების შეყვანა სწორი ნაწლავიდან; ამით დავადგენთ დისტალური ნაწილის გამავლობას.

სიგმოიდურ კოლინჯზე დადებული ხელოვნური ანუსის დახურვის წინ აუცილებლად უნდა განისაზღვროს სწორი ნაწლავის სფინქტერის ფუნქციური მდგომარეობა, განსაკუთრებით თუ ხელოვნური უკანა ტანი რამდენიმე წლის განმავლობაში აქვს ავადმყოფს. ტრავმის ან უმოქმედობის გამო სფინქტერმა შეიძლება ატროფია განიცადოს. თუმცა შეიძლება ხელოვნური უკანატანი რამდენიმე წლის განმავლობაში არსებობდეს და სფინქტერის ფუნქცია დარღვეული არ იყოს. მსგავსი შემთხვევები აღწერილია ლიტერატურაში. გავეცნოთ ამონაწერს ერთ-ერთი ჩვენი ავადმყოფის ისტორიიდან.

ავადმყოფი მ. ი., მამაკაცი, 48 წლის. 25 წლის წინათ დიდ სამამულო ომში მიიღო ჭრილობა, დაუზიანდა სწორი ნაწლავი, რის გამო სიგმოიდურ კოლინჯზე დაედო ხელოვნური ანუსი. ოპერაციიდან 3 წლის შემდეგ ნაცადი იყო ხელოვნური ანუსის დახურვა, მაგრამ ვერ მოხერხდა.

ერთი წლის წინათ ავადმყოფს დაეწყო ტკივილი ანალურ მიდამოში. გამოკვლევებით დადგენილია სწორ ნაწლავში კოპროლითი, რომელიც გასუფთავდა შეძლებისდაგვარად. ავადმყოფი გაეწერა და შემდეგ განმეორებით მომართა კლინიკას.

შემოსვლისას: მარცხენა თეძოს ფოსოში ხელოვნური ანუსია დადებული სიგმოიდურ კოლინჯზე.

სისხლის საერთო ანალიზი: ერითროციტები — 4.360.000, ჰემოგლობინი — 78%, ფერადობის მაჩვენებელი — 0,9, ედრ — 5 მმ/საათ-

ში, ლეიკოციტები — 3750, ეოზინოფილები — 3%, ჩხირბირთვიანები — 3%, სეგმენტბირთვიანები — 64%, ლიმფოციტები — 25%, მონოციტები — 5%.

შარდის ანალიზი: ღია ჩალის ფერის, გამჭვირვალე, რეაქცია მქავე, ხვედრითი წონა — 1018, ცილა და შაქარი არ არის, 1—2 ლეიკოციტი მხ/არეში, ოქსალატები მცირე რაოდენობით.

სისხლის ზოგიერთი ბიოქიმიური მაჩვენებელი: საერთო ცილა — 8,1 გრ%, ალბუმინი — 4,9 გრ%, გლობულინი — 3,2 გრ%, ალბუმინ-გლობულინის კოეფიციენტი — 1. ველტმანის კოაგულაციური ლენტის სიგრძე მე-7 სინჯარა, ტაკატა-არას რეაქცია დადებითი (+).

ბილირუბინი — 1,47 მგ%; პირდაპირი — 0,63 მგ%, არაპირდაპირი — 0,84 მგ%.

Per rectum თითით გასინჯვისას სფინქტერი სუსტად იჭერს.

უროსფინქტეროდინამომეტრია. დ ა ს კ ვ ნ ა: უროსფინქტეროდინამომეტრიის მონაცემების მიხედვით უკანა ტანის სფინქტერის ძალობრივი ფუნქცია დამაკმაყოფილებლად უნდა ჩაითვალოს.

გაუკეთდა ოპერაცია (ენდოტრაქეალური ნარკოზი), განაკვეთი გატარდა შუა ხაზზე, გაიხსნა მუცლის ღრუ, აღმოჩნდა შეხორცებები, უფრო მარცხენა ნახევარში, სწორი ნაწლავიდან შეყვანილი იქნა რეზინის მილი, ამის შემდეგ მოიძებნა ფიქსირებული პროქსიმალური ლულა. ორთავე ფეხი ჩლუნგად და ბასრი წესით გამოიყო, გადაიკვეთა ბოლოები, რომელიც ჯერ დაიხურა კეტგუტის განუწყვეტელი ნაკერით, შემდეგ ქისისებრი და Z-სებრი ნაკერით. სიგმოიდურ კოლინჯსა და სწორ ნაწლავს შორის დაედო შერთული გვერდი-გვერდით. კედელში დარჩენილი ორი ლულა ევაგინირებული იქნა, მარცხნივ ანუსის მიდამოში არსებული დეფექტი დაიხურა აპონევროზის მობილიზაციით.

ოპერაციის შემდგომი პერიოდი გართულების გარეშე კოჭ-ნაწლავის მოქმედება აღსდგა, სწორი ნაწლავის სფინქტერი დამაკმაყოფილებლად ფუნქციონირებს. გაეწერა კლინიკურად გაჯანსაღებული.

ნაწლავის ფისტულის მკურნალობა ყოველთვის უნდა დაიწყოთ კონსერვატული ღონისძიებებით აკადმყოფთა გარკვეულ ნაწილში, მაგალითად, მილისებრი ფისტულის შემთხვევაში. ასეთ მკურნალობას შეიძლება მოჰყვეს ფისტულის დახურვა. ნ. როხკინდის მონაცემებით კონსერვატიული მკურნალობით დაიხურა ფისტულების 25%, ნ. გურევიჩის მონაცემებით 52,5%; ს. კოლესნიკოვით — 21,1%; ა. მელნიკოვით — 24%. მეორე მხრივ, კონსერვატიული მკურნალობა წარმოადგენს ოპერაციის მოსამზადებელ ღონისძიებას.

კონსერვატიული მკურნალობის ძირითადი ამოცანაა — ნაწლავის

შიგთავსის გამოყოფის შემცირება და ფისტულის ირგვლივ კანის დაცვა ინფექციისაგან. ამისათვის მოწოდებულია მრავალი მეთოდი: მექანიკური, ბიოლოგიური, ქიმიური, ფიზიკური. მექანიკურ ჯგუფს მიეკუთვნება სხვადასხვა სახის ობტურატორები, რომლებიც ამცირებენ ან სრულიად შეწყვეტენ ნაწლავის შიგთავსის გამოსვლას და იცავენ კანს გაღიზიანებისაგან.

ბიოლოგიური საშუალებები: სხვადასხვა ბუფერული სითხეები, რძის ფხვნილი, მალამოები, რომლებიც ახდენენ პანკრეასისა და საჭმლის მომნელებელი წვენებისა და ნაღვლის ფერმენტების ინაქტივაციას. ამ მიზნით პოტერმა მოგვაწოდა მარილმჟავას დეცინორმალური ხსნარის წვეთებრივად შეყვანა ფისტულის ხვრელში. ეს ხსნარი ახდენს ნაწლავის შიგთავსის განეიტრალებას. მარილმჟავას დეცინორმალური ხსნარის მაგივრად შეიძლება გამოყენებული იქნეს რძის მჟავა. ბოკი გვირჩევს ფისტულის ხვრელში საცობივით ჩაიდოს უმი ხორცის ნაჭერი, საჭმლის მომნელებელი წვენების ფერმენტები იმოქმედებს ხორცის ნაჭერზე და მოხდება მათი განეიტრალება. ფერმენტების ზემოქმედებისაგან კანის დასაცავად გამოიყენება ტანინი, ხის ნახშირი, თაბაშირი, კაოლინი და სხვ.

ფიზიკური მეთოდებიდან აღსანიშნავია აბაზანები, ნაწლავის შიგთავსის ასპირაცია, ღია მეთოდით მკურნალობა. დიდი ხანია შემჩნეულია, რომ თბილი აბაზანები დადებითად მოქმედებს და ხელს უწყობს ფისტულის ირგვლივ არსებული დერმატიტის ლიკვიდაციას. მაღალი ფისტულის შემთხვევაში დერმატიტის პროფილაქტიკის თვალსაზრისით დიდი მნიშვნელობა აქვს ნაწლავის შიგთავსის ასპირაციას, რაც შეიძლება განხორციელდეს მაკნაუგტონის ან სხვა აპარატით. ფიზიკური მეთოდებიდან ა. გერმანი უპირატესობას აძლევს რენტგენოთერაპიას. დიდი მნიშვნელობა აქვს დიეტას, საკვები უნდა იყოს მაღალკალორიული, ადვილად მოსანელებელი, ცილებით მდიდარი. უნდა დაენიშნოს ვიტამინები. მაქსიმალურად უნდა შემცირდეს პირიდან სითხეების მიცემა, მაღალი ფისტულის შემთხვევაში სითხეები (ფიზიოლოგიური ხსნარი, გლუკოზის 5%-ანი ხსნარი და სხვ.) უნდა შევიყვანოთ კუნთებში ან ვენაში.

ნაწლავის ფისტულის სამკურნალოდ მოწოდებულია მრავალი ოპერაციული მეთოდი, ისინი იყოფა ორ ჯგუფად: ექსტრაპერიტონეალური და ინტრაპერიტონეალური ოპერაციები.

ექსტრაპერიტონეალური ოპერაციები ძირითადად მოწოდებული იყო ასეპტიკა-ანტისეპტიკის ეპოქამდე. ექსტრაპერიტონეალური ოპერაციების ჯგუფს მიეკუთვნება მალგენის, პანასის, დიფენბახის, ნელა-

ტონის, ჰაკერის, საპოჟკოვისა და სხვა ოპერაციები. ექსტრაპერიტონეალური ოპერაციები ამჟამად იშვიათად კეთდება.

ინტრაპერიტონეალური ოპერაციებიდან გამოიყენება გვერდითი ენტეროორაფია, ნაწლავის რეზექცია ევაგინაციით, შემოვლითი ანასტომიზი; ცალმხრივი გამოთიშვა, ორმხრივი გამოთიშვა.

რა თქმა უნდა, რადიკალურად ითვლება ინტრაპერიტონეალური ოპერაცია.

გავიცნოთ კიდევ ნაწლავის ფისტულის ერთი საინტერესო შემთხვევა. ავადმყოფი ა. ბ., ვაჟი, 11 წლის, კლინიკაში შემოსვლამდე 10 დღით ადრე რაიონის საავადმყოფოში ქრონიკული აპენდიციტის დიაგნოზით გაუკეთდა ოპერაცია. მუცლის ღრუს გახსნისას აღმოჩნდა ნაწლავების შეხორცება. შეხორცებებიდან გათიშვის პროცესში თეძოს ნაწლავის აბორალური ნაწილი დაზიანდა. დაზიანებული ნაწლავი გაიკერა. გაკეთდა აპენდექტომია, ტაკვი ჩაბრუნდა ქისისებურ ნაკერში. ოპერაციის მე-6 დღეს განუვითარდა პერიტონიტი და ნაწილობრივი გაუვალობა. სასწრაფოდ გაუკეთდა რელაპარატომია. აღმოჩნდა, რომ აპენდექტომიის შემდგომ დახურული ტაკვი გახსნილია, ასევე თეძოს ნაწლავზე დადებული ნაკერები გახსნილია. ტაკვი განმეორებით ჩაბრუნდა ქისისებურ ნაკერში. თეძოს ნაწლავი გაიკერა. დაედო საკიდი ენტეროსტომია. ოპერაციის მე-3 დღეს ავადმყოფის მდგომარეობა ისევ გაუარესდა — განუვითარდა ნაწლავების სრული გაუვალობა. სასწრაფოდ გაუკეთდა რელაპაროტომია. მუცლის ღრუში ჩაღვრილი იყო ნაწლავის შიგთავსი და ერთი ასკარიდა. თეძოს ნაწლავზე დადებული ნაკერი ისევ გახსნილი აღმოჩნდა. გაკეთდა წვრილი ნაწლავის რეზექცია; (რა სიგრძის ნაწლავის რეზექცია გაკეთდა, აღნიშნული არ არის) და წვრილი ნაწლავი გამოტანილ იქნა ჭრილობაში ხელოვნური ანუსის სახით. აღნიშნული ოპერაციების შემდეგ განვითარდა ნაწლავის მრავლობითი ფისტულები. ავადმყოფის მდგომარეობა პროგრესიულად უარესდებოდა. მიღებული საკვები (თითქმის მოუნელებელი) გამოიყოფა ფისტულებიდან, დიდი რაოდენობით კარგავდა სითხეებს. ავადმყოფი გადმოიყვანეს კლინიკაში.

შემოსვლისას: ავადმყოფი მძიმე მდგომარეობაშია. კახექსიურია: ილეოცეკალურ მიდამოში არის ოპერაციის შემდგომი ჭრილობა 6—7 სმ. სიგრძის, შუა ხაზზე მახვილისებრი მორჩიდან ბოქვენამდე ოპერაციის შემდგომი ჭრილობა 11—12 სმ სიგრძისაა, ასევე, ოპერაციის შემდგომი ჭრილობა მარცხენა პარარექტალურ ხაზზეა, 8—9 სმ სიგრძის და მარცხენა თეძოს ფოსოს მიდამოში 4 — 5 სმ სიგრძის, ყველა ჭრილობა გახსნილია, მათში იხსნება ნაწლავის მარყუჟები და გამოდის შიგთავსი.

სურ. 27.
ნაწლავის მრავლობითი ფისტულები.

ბავშვი მივარდნილი და უხალისოა. შეკითხვაზე პასუხობს დაგვიანებით, გავაკუდუსუნის მიდამოში აქვს ნაწოლი. კუჭ-ნაწლავის მოქმედება არა აქვს. per os მიეცა მეთილენის ლილით შეფერილი სითხე, რომელიც 5—7 წუთის შემდეგ გამოვიდა ფისტულიდან.

სისხლის ანალიზი: ერითროციტები 3.000.000, ჰემოგლობინი — 42%, ფერადობის მაჩვენებელი 0,7, ედრ-55 მმ/საათში, ლეიკოციტები — 8.500, ჩხირბირთვიანები — 8%, სეგმენტბირთვიანები — 82%, ლიმფოციტები — 8%, მონოციტები — 2%. ანიზოციტოზი მავრო-მიკროციტოზის ხარჯზე. პოიკილოციტოზი.

შარდის ანალიზი: ჩალისფერი, მღვრიე, რეაქცია მჟავე. ხვედრითი წონა — 1028, ცილა — 0,033%, შაქარი არ არის, ბრტყელი ეპითელი მცირე რაოდენობით, 35—40 ერითროციტი მხედველობის არეში.

დაენიშნა, როგორც ანტიანემიური, ისე ზოგადგამამაგრებელი მკურნალობა. პირველი 15 დღის განმავლობაში წვეთობრივად გამუდმებით ესხმებოდა ფიზიოლოგიური და გლუკოზის 5%-იანი ხსნარი, რამდენიმეჯერ გადაესხა სისხლი, პლაზმა. მიუხედავად მიღებული ზომებისა, ავადმყოფის მდგომარეობა დღითი დღე უარესდებოდა. გადაწყდა ოპერაციული ჩარევა.

გაუკეთდა ოპერაცია (ენდოტრაქეალური ნარკოზი), განაკვეთი გატარდა მარჯვნივ, გასწვრივი, სიგრძით 12 სმ. მუცლის ღრუს გახსნისა და შეხორცებებიდან გათიშვის შემდეგ აღმოჩნდა, რომ თორმეტგოჯა-მლივი ნაკეციდან 15 სმ-ის დაცილებით ნაწლავის სანათური გახსნილია და ქმნის ხელოვნურ უკანა ტანს. მუცლის ღრუში დარჩენილი წვრილი ნაწლავის სიგრძე უდრის 70—80 სმ-ს, რომლის ადო-

რალური ბოლო გამოდის გარეთ, აბოლარული კი ქმნის კონგლომერატს ილეოცეკალურ კუთხეში. მლივი ნაწლავის დასაწყისსა და წვრილი ნაწლავის დარჩენილ მარყუჟს შორის დაედო შერთული გვერდი-გვერდში. შემდეგ შერთული დაედო წვრილი ნაწლავის აბორალურ ნაწილსა და განივ კოლინჯს შორის გვერდი-გვერდში. ოპერაციის მსვლელობაში განუწყვეტლივ ხდებოდა სისხლის გადასხმა.

ოპერაციიდან მე-2 დღეს შესამჩნევად შემცირდა ფისტულებიდან გამონადენის გამოყოფა. გაუკეთდა ჰიპერტონიული ხსნარის ოყნა, ვამოვიდა მცირე რაოდენობით აქოლიური განავალი. ოპერაციიდან მე-10 დღეს კუჭ-ნაწლავმა იმოქმედა, განავალი სწორი ნაწლავიდან გამოვიდა თავისით. პერიოდულად უკეთდებოდა გასაწმენდი და ზეთის ოყნები, რასაც თან სდევდა განავლის გამოყოფა. ფისტულიდან გამონადენი თანდათანობით შემცირდა და ბოლოს ნაწლავის შიგთავსი გამოიყოფოდა მხოლოდ ილეოცეკალურ და მარცხენა თეძოს ფოსოში არსებული ფისტულებიდან. ჭრილობა შეხორცდა მეორადი დაჭიმვით.

კლინიკაში დაჰყო 48 დღე და გაეწერა გაუმჯობესებულ მდგომარეობაში. 3 თვის შემდეგ ავადმყოფი განმეორებით შემოვიდა კლინიკაში.

შემოსვლისას: ავადმყოფი კახექსიურია. კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი განლეულია, კანის ტურგორი დაქვეითებულია. ილეოცეკალურ არეში არსებული ფისტულიდან გამოდის საშუალო რაოდენობით ნაწლავის შიგთავსი, უფრო მეტი რაოდენობით გამოდის მარცხენა თეძოს მიდამოში არსებული ფისტულიდან. კუჭ-ნაწლავის მოქმედება აქვს.

სისხლის ანალიზი: ერითროციტები 5.000.000, ჰემოგლობინი — 80%, ფერადობის მაჩვენებელი 0,8 ედრ-30 მმ/საათში, ლეიკოციტები — 14.000, ჩხირბირთვიანები — 4%, სეგმენტბირთვიანები — 84%; ლიმფოციტები — 6%, მონოციტები — 2%, ეოზინოფილები 4%.

შარდის ანალიზი: მუქი ჩალის ფერის, მღვრიე, ხვედრითი წონა — 1022, რეაქცია — მჟავე, ცილა და შაქარი არ არის, 1—3 ლეიკოციტი და 3—4 შეუცვლელი ერითროციტი მხ/არეში, ოქსალატები მცირე რაოდენობით, რეაქცია ნაღვლის პიგმენტებზე სუსტი დადებითი.

დაენიშნა მედიკამენტოზური მკურნალობა, ჰიგიენური აბაზანა, სამკურნალო ფიზკულტურა, კლინიკაში დაჰყო 18 საწოლ-დღე და გაეწერა გაუმჯობესებულ მდგომარეობაში.

ორი თვის შემდეგ განმეორებით შემოვიდა. ოლეოცეკალურ და მარცხენა თეძოს ფოსოში არსებული ფისტულებიდან გამოდის ნაწლავის შიგთავსი საშუალო რაოდენობით.

კუჭ-ნაწლავის მოქმედება აქვს დღეში 1—2 ჯერ. გამოდის სქელი კონსისტენციის, მოყვითალო, თიხისფერი განავალი.

სისხლის ანალიზი: ერითროციტები — 4.500.000, ჰემოგლობინი — 70%, ფერადობის მაჩვენებელი — 0,7, ედრ — 35 მმ/საათში.

ლეიკოციტები 13.000, სეგმენტბირთვიანები — 67%, ჩხირბირთვიანები — 13%, ლიმფოციტები — 11%, მონოციტები — 5%, მიელოციტები — 1%.

შარდის ანალიზი: ჩალისფერი, მღვრიე, რეაქცია მჟავე, ცილა — C,033%, შაქარი არ არის. 1—2 ლეიკოციტები და 4—5 შეუცვლელი ერითროციტი. მხ/არეში, ოქსალიტები დიდი რაოდენობით.

სისხლის ზოგიერთი ბიოქიმიური მაჩვენებელი: საერთო ცილა — 8,1 გრ%, ალბუმინი — 5,6 გრ%, გლობულინი — 2,5 გრ%, ველტმანის კოგულაციური ლენტის სიგრძე მე-8 სინჯარა, ტაკატა-არას რეაქცია დადებითი (+ + +). ბილირუბინი — 2,1 მგ%, რეაქცია პირდაპირი, დაგვიანებითი. შაქარი სისხლში — 67 მგ%, დიასტაზა შარდში — 128 ერთეული.

კუჭის წვენის ანალიზი: ევალდ-ბოასის საცდელი საუზმის მიღებიდან 45' შემდეგ ამოღებულია კუჭის შიგთავსი. ქიმიფიკაცია დამაკმაყოფილებელი, ლორწო +, საერთო მჟავობა — 70, თავისუფალი მარილმჟავა — 30.

განავლის ანალიზი: სქელი კონსისტენციის, მოყვითალო თიხის ფერი, ჩირქი არ არის, რეაქცია სისხლზე სუსტად დადებითია, რეაქცია სტერკობილინზე სუსტად დადებითია, უმარტივესნი არ არის.

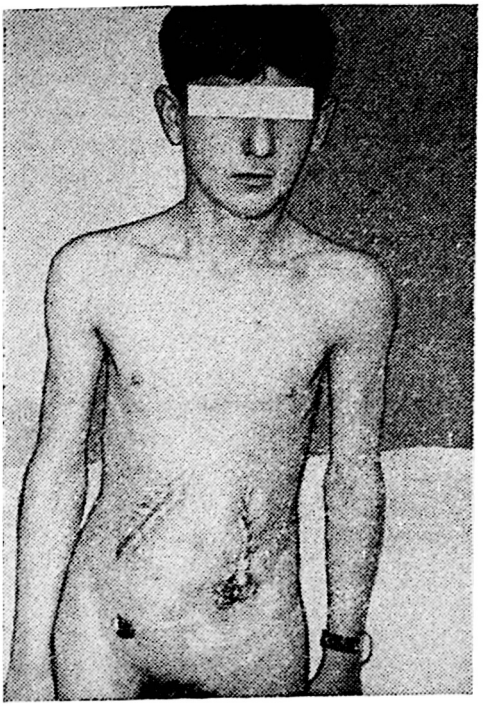
მარცხენა ფისტულიდან გამოყოფილი ნაწლავის შიგთავსის ანალიზი: სქელი, ფაფისებრი კონსისტენციის, მოყვითალო ფერის, ლორწო, ჩირქი არ არის, რეაქცია სისხლზე სუსტად დადებითი, რეაქცია სტერკობილინზე სუსტად დადებითი, ერთეული კუნთოვანი ბოჭკოები პრეპარატში, სახამებლის ერთეული მარცვლები, ეპითელიუმი ფენებად, უმარტივესნი არ არის, ჭიის კვერცხები არ არის. სუსტი ტუტე რეაქცია.

ილეოცეკალურ და მარცხენა თეძოს ფოსოში არსებული ფისტულიდან გამოდის ნაწლავის შიგთავსი, კუჭ-ნაწლავის მოქმედება აქვს.

ჩაუტარდა სიმპტომური მკურნალობა და შემდეგ გაეწერა. ავადმყოფმა იცოცხლა 8 წელი, მოკვდა ალიმენტური დისტროფიის ფონზე განვითარებული ენტერიტით.

ეს შემთხვევა მრავალმხრივაა საინტერესო. ჯერერთი ქრონიკული აპენდიციტის გამო ოპერაციულმა ჩარევამ განაპირობა ნაწლავის მრავლობითი ფისტულის განვითარება, მეორეც ამ შემთხვევაში საქმე ეხება წვრილი ნაწლავის ვრცელ რეზექციას.

გავეცნოთ ზოგიერთ ცნობებს წვრილი ნაწლავის ვრცელი რეზექციის შესახებ. წვრილი ნაწლავის ვრცელი რეზექცია პირველად გაკეთებულია კემბერლემის მიერ (1881): რეზექცირებული იყო წვრილი ნაწლავის 205 სმ. რუსეთში წვრილი ნაწლავის ვრცელი რეზექცია პირველად გაკეთებულია ნ. სპასოკუკოცკის (1906) მიერ. ამოკვეთილი იყო წვრილი ნაწლავის 313 სმ. პ. ბაიჩუკოვის მონაცემებით 1960 წლისათვის საბჭოთა ლიტერატურაში გამოქვეყნდა წვრილი ნაწლავის ვრცელი რეზექციის 400 შემთხვევა.



სურ. 23.
იგივე ავადმყოფი ოპერაციის 6 წლის შემდეგ.

ყველაზე ვრცელი რეზექციები, რომლებიც ლიტერატურაშია აღწერილი, ეკუთვნის ბუძინსკაია-სოკოლოვას; მის მიერ ამოკვეთილი იყო 725 სმ ნაწლავი, შიფრინმა 640 სმ ამოკვეთა, შელესტიკოვმა — 625 სმ, ტიტენკოვმა — 600 სმ, ბისტროვმა — 530 სმ. პეტროვმა — 525 სმ, აფაქიძემ — 500 სმ.

ჟატკოვი აღწერს შემთხვევას, როდესაც თითქმის მთელი წვრილი ნაწლავი განიცდიდა განგრენას დაწყებული თორმეტგოჯა-მლივი ნაკეციდან 6—8 სმ-ის დაცილებით და ბრმანაწლავამდე 6 სმ-ის დაცილებით. წვრილი ნაწლავი ამოღებული იყო მთლიანად. შერთული დაედო მლივ და თეძოს ნაწლავის დარჩენილ ნაწილებს შორის. ოპერაციიდან 8 თვის შემდეგ ავადმყოფი მოკვდა ალიმენტური დისტროფიით.

ცნობილია, რომ გასტრექტომიის ან ტოტალური კოლექტომიის შემდეგ ადამიანი თავს დამაკმაყოფილებლად გრძნობს. ეს არ ითქმის წვრილ ნაწლავზე, ამიტომ წვრილი ნაწლავის რეზექციის ფარგლები შედარებით შეზღუდულია. ჯერ კიდევ არ არის დადგენილი წვრილი

ნაწლავის რეზექციის საზღვრები, რომელსაც შეიძლება შეეგუოს ორგანიზმი. წვრილი ნაწლავის ვრცელი რეზექციის შემთხვევაში ყურადღება უნდა მიექცეს იმ გარემოებას, რომ პროგნოზს განსაზღვრავს არა რეზიცირებული ნაწლავის აბსოლუტური სიგრძე, არამედ მუცლის ღრუში დატოვებული წვრილი ნაწლავის სიგრძე, რასაც ზოგჯერ ნაკლებ ყურადღებას აქცევენ. გამოქვეყნებულ შემთხვევათა უმრავლესობაში აღნიშნულია ამოკვეთილი ნაწლავის სიგრძე, დარჩენილი ნაწლავის სიგრძეს კი იშვიათად მიუთითებენ. აღწერილია შემთხვევები, როდესაც დატოვებული წვრილი ნაწლავის სიგრძე უდრიდა 23 სმ-ს (მელნიკოვი), 20 სმ-ს (შიფრინი), 13 სმ-ს (ოსტროვსკი).

წვრილი ნაწლავის ვრცელი რეზექციის შემდეგ საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის დარჩენილი ნაწილები ახდენს ამოკვეთილი ნაწლავის ფუნქციის კომპენსაციას. გაძლიერებულია დარჩენილ წვრილ ნაწლავში ფერმენტების გამომუშავება.

ვრცელი რეზექციის შემდეგ განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის კვებას; საჭიროა მას მივაწოდოთ მაღალკალორიული, ვიტამინებით მდიდარი, ადვილმოსანელებელი საკვები, დიდი რაოდენობით ცილები და ნახშირწყლები. ავადმყოფმა ცხიმები უნდა შეზღუდოს.

მწვავე დიფუზური პერიტონიტი

ავადმყოფის დემონსტრაცია: თანდაყოლილი ჰემოლიზური ანემია. დიდი წვივის ძვლის სარკომა. კუჭის კიბოს პერფორაცია. წვრილი ნაწლავის ლიმფოსარკომა. მწვავე დესტრუქციული აპენდიციტი.

შევეხოთ რამდენიმე საინტერესო ავადმყოფს.

ავადმყოფი ე. დ., ქალი, 18 წლის, მიღებულია კლინიკაში სიმსივნური წარმონაქმნით მუცლის მარცხენა ნახევარში, თავის ტკივილითა და თავბრუხვევით, ზოგადი სისუსტით. ავადმყოფობს ორი წლის ასაკიდან. დაავადების დასაწყისში ჰქონდა სკლერების პერიოდული სიყვითლე, გრძნობდა ყრუ ხასიათის ტკივილს მუცელში; მუცლის მარცხენა მხარეზე შეამჩნია სიმსივნური წარმონაქმნი. ავადმყოფი ფიზიკური და გონებრივი განვითარების მხრივ ჩამორჩება თავის ასაკს. მენსტრუაცია არა აქვს. მეხსიერების დაქვეითების გამო სწავლას თავი დაანება. ავადმყოფის დედის გადმოცემით მსგავსი ავადმყოფობით გარდაეცვალა 5 წლის ბავშვი. მშობლები ჯანმრთელია.

შემოსვლისას: კანი და ხილული ლორწოვანი გარსები მკრთალი, მოყვითალო ელფერისა, სკლერები სუბიქტერული, გულის მწვერვალზე ისმის სისტოლური შუილი. ელენთა ძალიან გადიდებული აქვს, მთლიანად ავსებს მუცლის მარცხენა ნახევარს. ღვიძლი გამოდის ნეკნთა რკალიდან.

სისხლის ანალიზი: ერითროციტები — 1.800.000, ჰემოგლობინი — 4,4 გრ%, ედრ — 50 მმ/საათში, ლეიკოციტები — 1350, რეტიკულოციტები — 21%, თრომბოციტები — 62%. ერითროციტების რეზისტენტობა: მინ. 0,6%, მაქ. 0,34%. გამოხატული სფეროციტოზი, მიკრო, შიზო, მაკროციტებისა და ერთეული მეგალოციტების ხარჯზე; პოიკილოციტოზი. პლაზმური უჯრედები 1 : 100. მედულოგრამაზე ძვლის ტვინის აპლაზიის ნიშნები არაა აღნიშნული.

კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევების საფუძველზე დასვა თანდაყოლილი ჰემოლიზური ანემიის დიაგნოზი. დაენიშნა კონსერვატიული მკურნალობა, რამაც სათანადო ეფექტი არ მოგვცა. გადაწყდა ოპერაციის გაკეთება.

ოპერაცია გაუკეთდა ეთერაანგბადის ნარკოზის ქვეშ. ამოიკვეთა ელენთა. ელენთის წონა 1220 გრ, სიგრძე — 28 სმ, სიგანე — 13 სმ, სისქე — 5 სმ.

ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. სისხლის სურათი გაუმჯობესდა. ერითროციტები 3.000.000, ჰემოგლობინი — 54%, ფერადობის მაჩვენებელი 0,9. გაეწერა გაჯანსაღებული.

ჰემოლიზური ანემია თანდაყოლილი და შეძენილია. ავტორთა უმრავლესობის აზრით თანდაყოლილი ჰემოლიზური ანემია მემკვიდრეობითი ხასიათისაა. დაავადების განვითარებაში გარკვეულ როლს თამაშობს მალარია, ათაშანგი, რევმატიზმი, რაქიტი, კალა-აზარი.

თანდაყოლილი ჰემოლიზური ანემიის პათოგენეზში წამყვანი როლი უნდა ჰქონდეს ერითროციტების არასრულფასოვანებას, რის გამოც ელენთაში ადვილად ხდება მათი ჰემოლიზი (ე. ბრილი, ვ. შაკი, ხ. ვლადოსი).

შეძენილი ჰემოლიზური ანემიის (სიყვითლის) პათოგენეზში წამყვანია სისხლის გაძლიერებული დაშლა ელენთაში. ერითროციტების მხრივ ცვლილებები არ აღინიშნება. ჰემოლიზი შედეგია არა ერითროციტების რეზისტენტობის დაქვეითების, არამედ ავადმყოფის სისხლის შრატში ავტოჰემოლიზინების არსებობისა (ჟ. დოსე).

დაავადების კლინიკაში ძირითადია ჰემოლიზური სინდრომი: სიყვითლე, სპლენომეგალია და სფეროციტოზი. თანდაყოლილი ჰემოლიზური ანემიის დროს სისხლის მხრივ აღინიშნება მიკროსფეროციტოზი, რეტიკულოციტოზი, ერითროციტების ოსმოსური წნევის დაქვეითება. ძვლის ტვინში აღინიშნება ერითროციტობლასტოზი, ნორმობლასტების ხარჯზე. თეთრ სისხლში მნიშვნელოვანი ცვლილება არ არის. ჰემოლიზური კრიზების დროს ადგილი აქვს ზომიერ ლეიკოციტოზს.

თანდაყოლილი ჰემოლიზური ანემიის პირველი ნიშნები ბავშვის დაბადებისთანავე ვლინდება. აღინიშნება სიყვითლე, რომელსაც შემდეგში ემატება სპლენომეგალია, მოგვიანებით ანემია.

შეძენილი ჰემოლიზური ანემია უფრო ხშირად ახალგაზრდა ასაკის ხვედრია. კლინიკურად შეძენილი ჰემოლიზური ანემია შეიძლება გაცილებით უფრო მძიმედ მიმდინარეობდეს, ვიდრე თანდაყოლილი. შეძენილი ჰემოლიზური ანემიის დროს არ არსებობს სფეროციტოზი, აღინიშნება ანიზოციტოზი, მეტწილად მაკროციტების ხარჯზე. ერითროციტების რეზისტენტობა ნორმალურია. ძვლის ტვინის პუნქტში აღინიშნება გაძლიერებული ნორმობლასტური ერითროპოეზი.

ჰემოლიზური ანემიის სამკურნალოდ იყენებენ კონსერვატიულ და ოპერაციულ მეთოდებს. ჰემოლიზური ანემიის ქირურგიულ მკურნალობას საფუძველი ჩაეყარა 1887 წ., როცა უელსმა აშ დაავადების

დროს პირველად გააკეთა სპლენექტომია. თანდაყოლილი ჰემოლიზური ანემიის მკურნალობის ოპერაციული მეთოდი ფართოდ დაინერგა. მიღებულია კარგი როგორც უახლოესი, ისე შორეული შედეგები.

სამკურნალო ფაკულტეტის ჰოსპიტალური ქირურგიის კლინიკაში ჰემოლიზური ანემიით გატარებულია 5 ავადმყოფი. შეძენილ ჰემოლიზური ანემიით 1 ავადმყოფი, თანდაყოლილით — 4.

ჰემოლიზური ანემია უფრო ხშირად გვხვდება ქალებში, ვიდრე მამაკაცებში. შეძენილი ანემია თანდაყოლილ ჰემოლიზურ ანემიასთან შედარებით უფრო ხშირად გვხვდება. ჰემოლიზური ანემიის კონსერვატიული მკურნალობა ნაკლებ ეფექტურია. სპლენექტომია თანდაყოლილი ჰემოლიზური ანემიის რადიკალურ მკურნალობად ითვლება.

აქვე აღვნიშნავ, რომ ვერლჰოფის დაავადების კლინიკისა და მკურნალობის საკითხს ჩვენი კლინიკის თანამშრომელმა ო. ბელდიშევსკიმ მიუძღვნა საკანდიდატო დისერტაცია.

ავადმყოფი გ. ვ., მამაკაცი, 42 წლის, მიღებულია კლინიკაში სიმსივნური წარმონაქმნით მარცხენა მუხლის სახსრის მიდამოში. ერთი წელია ავად არის. დაავადების დასაწყისში შეამჩნია შესივება, რამაც ბოლოს ინტენსიური გადიდება დაიწყო; ამას თან დაერთო ძლიერი ტკივილი სიარულისა და ფიზიკური დატვირთვის დროს.

შემოსვლისას: მარცხენა წვივის ზემო მესამედში ისინჯება მრგვალი ფორმის, მკვრივი კონსისტენციის, უძრავი სიმსივნე.

რენტგენოლოგიურად: დიდი წვივის პროქსიმალური მეტაფიზის მიდამოში აღინიშნება სიმსივნე; ძვლის სტრუქტურა დარღვეულია.

ავადმყოფის კლინიკურ-რენტგენოლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე დადგინდა მარცხენა დიდი წვივის ძვლის სარკომა.

გაუკეთდა მარცხენა ბარძაყის ამპუტაცია. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი გართულების გარეშე. ჭრილობა შეხორცდა პირველადი დაჭიმვით.

ძვლის ავთვისებიანი სიმსივნეებიდან უფრო ხშირად გვხვდება ოსტეოგენური სარკომა; იგი ძირითადად ვითარდება გრძელ-ლულისებრ ძვლებში. ოსტეოგენური სარკომა ქვემო კიდურის ძვლებში 5—6-ჯერ უფრო ხშირად გვხვდება, ვიდრე ზემო კიდურის ძვლებში. ოსტეოგენური სარკომის მკურნალობაში არჩევითი მეთოდია რადიკალური ოპერაცია. კიდურის ძვლების სარკომის შემთხვევაში კი — ამპუტაცია ან ეგზარტიკულაცია.

ავადმყოფი კ. ა., მამაკაცი, 80 წლის. მიღებულია კლინიკაში ძლიერი ტკივილით მუცელში, გულისრევით. შემოსვლისას: მაჯისცემა — 140', საშუალო ავსებისა და დაჭიმულობის. ენა მშრალი, ნადებებით,

მუცელი შებერილი. როგორც პერკუსიით, ისე ზერელე პალპაციით მტკივნეული და დაჭიმული. ბლუმბერგ-შჩოტკინის სიმპტომი დადებითი. აქვს წყლულოვანი ანამნეზი.

ავადმყოფის გადმოცემით 12 საათის წინ იგრძნო ძლიერი ტკივილი ეპიგასტრიუმის მიდამოში, რაც შემდეგ გავრცელდა მთელ მუცელზე, თან დაერთო გულისრევა, ჰქონდა პირღებინება. ავადმყოფის კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევების საფუძველზე ეჭვია კუჭის პერფორაციაზე; გამორიცხული არ არის კუჭის კიბოს პერფორაცია. გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია (ადგილობრივი ანესთეზია). განაკვეთი გატარდა შუა ხაზზე, მახვილისებრი მორჩიდან ჭიპამდე. გაიხსნა მუცლის ღრუ, გადმოვიდა ჰაერი, მუცლის ღრუში სეროზულ-ჩირქოვანი გამონადენია, რომელიც ამომშრალდა. წვრილი ნაწლავის მარყუჟები გაბერილია, დაფარულია ჩირქოვანი ნადებებით. კუჭის მცირე სიმრუდეზე ქათმის კვერცხისოდენა სიმსივნეა, მკვრივი, ხორკლიანი ზედაპირით, რომლის ცენტრშია პერფორირებული ხვრელი დიამეტრით — 2 მმ.; ვინაიდან ავადმყოფს აქვს დიფუზური პერიტონიტი, ხვრელზე დაედო ორი კვანძოვანი ნაკერი. მუცლის ღრუში შეყვანილია 500.000 ერთეული პენიცილინი, 1.0 სტრეპტომიცინი, გახსნილი ნოვოკაინის 0,25% ხსნარის 60,0. გაუკეთეს მიკროირიგატორი და ტამპონი.

ოპერაციის შემდეგ დაენიშნა სტრეპტომიცინი, პენიცილინი ზოგადად და მიკროირიგატორში, ფიზიოლოგიური და გლუკოზის 5%-იანი ხსნარი, საგულე საშუალებანი. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი გაურთულებლად მიმდინარეობს.

პერფორაცია კუჭის კიბოს ერთ-ერთი იშვიათი და მძიმე გართულებაა. კუჭის კიბოს პერფორაციის კლინიკა ძალიან წააგავს წყლულის პერფორაციის სურათს. კუჭის კიბოს პერფორაციის მკურნალობა ოპერაციულია. ამ დროს თუ განვითარდა დიფუზური პერიტონიტი, უნდა ამოიკეროს პერფორირებული ხვრელი და თუ მეტასტაზები არ არის, 2—3 კვირის შემდეგ საჭიროა რადიკალური ოპერაციის ჩატარება.

ავადმყოფი ს. ა., მამაკაცი, 45 წლის, მიღებულია კლინიკაში ტკივილით მუცელში, ნაწლავთა გაუვალობითა და გულისრევით.

როგორც ავადმყოფი გადმოგვცემს, ორი დღის წინ, დაეწყო ტკივილი მუცელში, რასაც თან დაერთო გაზებისა და განავლის გამოყოფის შეფერხება, გულისრევა, აღნიშნული მოვლენები თანდათანობით გაძლიერდა, რის გამოც სასწრაფოდ მოათავსეს კლინიკაში.

შემოსვლისას: მაჯისცემა — 110', რითმული, საშუალო ავსებისა და დაჭიმულობის, სისხლის არტერიული წნევა 130/80 მმ ს. ს, ენა მომშრალო, მცირედი ნადებით, მუცელი ზომიერად შებერილი, სუნ-

თქვის დროს ზოგავს. როგორც პერკუსიით, ისე ზერელე პალპაციით მტკივნეული და დაჭიმული, ბლუმბერგ-შჩოტკინის სიმპტომი სუსტად დადებითი.

სისხლის ანალიზი: ერითროციტები — 5. 800. 009, ჰემოგლობინი — 102%, ფერადობის მაჩვენებელი — 0,8, ედრ — 10 მმ/საათში, ლეიკოციტები — 7.100, ჩხირბირთვიანები — 3%, სეგმენტბირთვიანები — 55%, ლიმფოციტები 29, მონოციტები 13%.

შარდის ანალიზი: მუქი ჩალისფერი, რეაქცია მჟავე, მღვრიე, ხვედრითი წონა 1027, ბრტყელი ეპითელი და ოქსალატები მნიშვნელოვანი რაოდენობით. ლეიკოციტი 1—3 მხ/არეში.

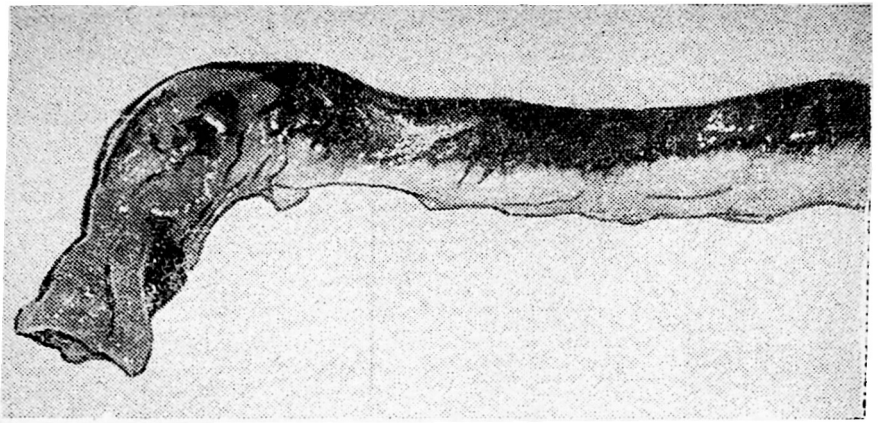
მუცლის ღრუს მიმოხილვითი რენტგენოსკოპია: აღინიშნება მრავლობითი კლოუბერის დონეები.

საკონტრასტო ნივთიერება შეიყვანეს სწორ ნაწლავში. საკონტრასტო ნივთიერებამ გაავსო სწორი ნაწლავის ამპულა და დასწვრივ კოლინჯი, შემდეგ არ გადავიდა.

ნაწლავთა გაუვალობისა და პერიტონიტის დიაგნოზით გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია (ეთერის ნარკოზით). განაკვეთი გატარდა შუა ხაზზე. გაიხსნა მუცლის ღრუ. გადმოვიდა მღვრიე, სეროზული გამონადენი, რომელიც ამომშრალდა; წვრილი ნაწლავის მარყუჟები გაბერილია, დაფარულია ფიბრინოზული ნადებით. თეძოს ნაწლავის შუა მესამედში ინვანაგაცია, მის ცენტრში სიმსივნური წარმონაქმნია. ჯორჯლის ლიმფური კვანძები გადიდებულია. გაკეთდა წვრილი ნაწლავის (50 სმ) რეზექცია, სიმსივნესთან ერთად. შერთული დაედო პირით-პირში. შერთულის პროქსიმალურად დაედო საკიდი ენტეროსტომია. მუცლის ღრუში შეყვანილია 500.000 ერთეული პენიცილინი, 1,0 სტრეპტომიცინი, გახსნილი ნოვოკაინის 0,25% ხსნარში, გაკეთდა მიკროირიგატორი და დაიხურა. ოპერაციის მსვლელობაში გადაუსხეს თანამოსახელე ჯგუფის სისხლი. პრეპარატის ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევით დადგინდა წვრილი ნაწლავის ლიმფოსარკომა.

ოპერაციის შემდგომი პერიოდი გართულების გარეშე, გაეწერა დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში.

ეს შემთხვევა საინტერესოა იმით, რომ საქმე ეხება წვრილი ნაწლავის სარკომას. წვრილი ნაწლავის სარკომა ხშირად საკმარისად გვხვდება. საერთოდ კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში სარკომა ყველაზე უფრო ხშირად წვრილ ნაწლავში ვითარდება. ულმანმა და აბშუსმა ლიტერატურაში მოაგროვეს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის სარკომის 109 შემთხვევა, აქედან 77 იყო წვრილი ნაწლავისა. ამასთან ერთად ამ შემთხვევაში წვრილი ნაწლავის ლიმფოსარკომამ გამოიწვია ნაწლავის ინვაგინაცია, რამაც განაპირობა ნაწლავთა გაუვალობა.



სურ. 29.
ამოკვეთილი წვრილი ნაწლავი. გარედან არ ჩანს რაიმე ცვლილება.

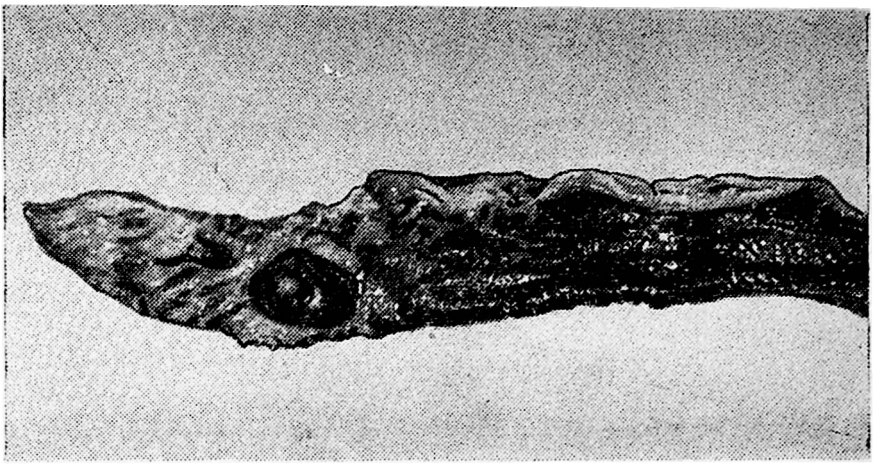
სწორედ ამ გართულების გამო მიმართა ავადმყოფმა კლინიკას და ოპერაცია გაუკეთდა ობტურაციული გაუვალობისა და პერიტონიტის გამო.

ნაწლავთა მწვავე ინვაგინაციის კლინიკისა და მკურნალობის საკითხი განხილული აქვს საკანდიდატო დისერტაციაში კლინიკის თანამშრომელს თ. კაკაჭიშვილს, რომელმაც თბილისის ქირურგიული კლინიკების მასალაზე შეაგროვა ნაწლავთა ინვაგინაციის 224 შემთხვევა, აქედან 23 შემთხვევაში ინვაგინაციის მიზეზი იყო ნაწლავის ხიმსივნე.

ავადმყოფი გ. ნ., ქალი, 47 წლის, მიღებულია კლინიკაში როგორც სასწრაფო შემთხვევა, ტკივილით მუცელში, უფრო მარჯვენა ნახევარში, გულისრევით, ავადმყოფის გადმოცემით 3 დღის წინათ დაეწყო ტკივილი ილეოცეკალურ მიდამოში, რასაც დაერთო გულისრევა, გაზებისა და განავლის გამოყოფის შემცირება.

შემოსვლისას: ზოგადი მდგომარეობა — მძიმე მაჯისცემა — 88, რიტმული, სუსტი ავსებისა და დაჭიმულობის, ენა მშრალი, ნადებებით, მუცელი შებერილი, სუნთქვაში არ მონაწილეობს, როგორც პერკუსიით, ისე ზერელე პალპაციით, მტკივნეული და დაჭიმული, ბლუმბერგ-შჩოტკინის სიმპტომი მკვეთრად დადებითი. გაზებსა და განავალს ვერ გამოყოფს. ტემპერატურა—35,7°, ლეიკოციტები—12.300.

აპენდიკულარული პერიტონიტის დიაგნოზით გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია (ადგილობრივი ანესთეზია+ეთერის ნარკოზი). ვაინსნა მუცლის ღრუ. გადმოვიდა დიდი რაოდენობით მყაყე სუნის ჩირქი, რომე-



სურ. 30.
იგივე პრეპარატი. განაკვეთზე ჩანს სიმსივნე.

ლიც აპომშრალდა. წვრილი ნაწლავის მარყუჟები გაბერილია, დაფარული ჩირქოვანი ნადებებით. მოიძებნა ჭიანაწლავი, ეს უკანასკნელი განიცდის დისტრუქციას, მწვერვალის პერფორაციით.

ჭიანაწლავი მოიკვეთა, ტაკვი დამუშავდა იოდის ხსნარითა და სპირტით. ჩაბრუნდა ქისისებრ ნაკერში. მუცლის ღრუში შეყვანილია 1.000.000 ერთეული პენიცილინი, 1,0 სტრეპტომიცინი, გახსნილი ნოვოკაინის 0,25%-იან ხსნარში, გაუკეთეს მიკროირიგატორი და ორი ტამპონი. მუცლის ღრუ დაიხურა.

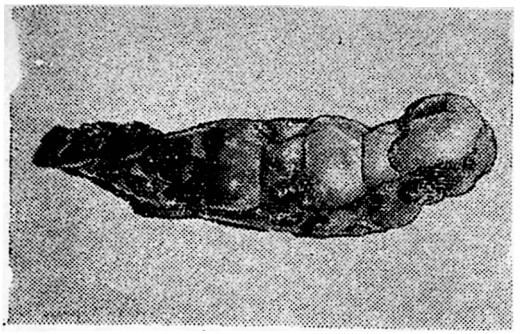
ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფს დაენიშნა პენიცილინი, სტრეპტომიცინი კუნთებსა და მიკროირიგატორში, ფიზიოლოგიური და გლუკოზის 5%-იანი ხსნარი, საგულე საშუალებანი.

სისხლის ზოგიერთი ბიოქიმიური მაჩვენებელი ოპერაციამდე: საერთო ცილა — 7,5 გრ%, ალბუმინი—38 გრ%, გლობულინი—3,7 გრ%, ალბუმინო-გლობულინის კოეფიციენტი—1. ველტმანის კოაგულაციური ლენტის სიგრძე—8-მე-8 სინჯარა, ტაკატა—არას რეაქცია—დადებითი(+), ბილირუბინი—2,5 მგ%, რეაქცია პირდაპირი, დაგვიანებული, ქოლესტერინი — 133 მგ%, შაქარი სისხლში — 125 მგ%.

კალციუმი სისხლში — 13,6 მგ%, კალიუმი — 18,4 მგ%, არაორგანული ფოსფორი — 4,8 მგ%.

დიასტაზა სისხლში — 4,9 მგ%, დიასტაზა შარდში — 64 ერთეული, ლიპაზა სისხლში — 5,9 მგ%, ლიპაზა შარდში — 1,7 ერთეული.

კოაგულოგრამა: სისხლის სპონტანური შედედების დრო — 8¹, სისხლისდენის ხანგრძლივობა — 2¹, თრომბოციტები — 100%, რეკალ-



სურ. 31.
მწვავე დესტრუქციული აპენდიციტი.

კოაგულაციის დრო — 100″, პროთრომბინის ინდექსი — 91%, თრომბინის დრო — 24″, თრომბინის დრო სილურჯით — 18″, თავისუფალი ჰეპარინის დრო — 6″, ფიბრინოგენი — 9 მგ/მლ, β — ფიბრინოგენი — დადებითი (+).

ელექტროკარდიოგრამის დასკვნა: სინუსური ტაქიკარდია, 100 წუთში, ცვლილებები გულის კუნთში.

როგორც მოყვანილი ისტორიიდან ჩანს ავადმყოფს მწვავე აპენდიციტის ნიადაგზე განუვითარდა დიფუზური პერიტონიტი. როგორც ზოგიერთი შინაგანი ორგანოს ფუნქციის გამოკვლევამ გვიჩვენა, ადგილი აქვს შინაგანი ორგანოების ფუნქციის ცვლილებებს.

ეჭვს არ იწვევს, რომ დიფუზური პერიტონიტი ცნობილი იყო ძველი დროის ექიმებისთვის. ჯერ კიდევ ჩვენს ერამდე III საუკუნეში ერაზისტრატი, მუცლის ღრუში ჩირქის დაგროვებისას, მას უშვებდა საზარდულის მიდამოში განაკვეთის გატარებით. პერიტონიტის კლინიკური სურათი კარგად იყო ცნობილი ჰიპოკრატესათვის, რომელმაც მოგვცა მისი კლასიკური აღწერა; ამას ადასტურებს პერიტონიტის სიმპტომკომპლექსი, რომლის საერთო სახელწოდებაა — „ჰიპოკრატეს სახე". ამის შემდეგ მრავალი საუკუნის მანძილზე ლიტერატურაში პერიტონიტის შესახებ არავითარი ცნობები არ გვხვდება. საკმარისია ითქვას, რომ ი. ბუშის მიერ გამოცემულ ქირურგიის სახელმძღვანელოში პერიტონიტი საერთოდ ნახსენები არ არის. რუსულ პერიოდულ პრესაში პერიტონიტის პირველი შემთხვევა აღწერა 1816 წ. სამხედრო ექიმმა შაბანოვმა.

გასული საუკუნის 60-იან წლებამდე მწვავე პერიტონიტს მკურნალობდნენ კონსერვატიულად. ამის საუკეთესო მაგალითია დიდი რუსი მწერლის პუშკინის ისტორია, რომელიც 1837 წ. 27 იანვარს ორთაბრძოლის დროს დაიჭრა ცეცხლმსროლი იარაღით. ვ. შაკი აღნიშნავს,

რომ პუშკინი დაიჭრა მუცლის მარჯვენა ნახევარში, წვრილი ნაწლავის დაზიანებითა და მენჯის ძვლების დამსხვრეული მოტეხილობით. მას დაენიშნა კონსერვატიული მკურნალობა, სახელდობრ, მიეცა საფაღარათო, გაუკეთდა ოყნა. ეძლეოდა ოპიუმი, მუცელზე დაასვეს 25 წურბელა. როგორც მოსალოდნელი იყო, დაჭრილის მდგომარეობა თანდათან გაუარესდა და იგი მესამე დღეს გარდაიცვალა. ვ. შაკის დასკვნით ა. პუშკინი გარდაიცვალა წვრილი ნაწლავის დაზიანების შედეგად განვითარებული დიფუზური პერიტონიტისაგან.

მეცხრამეტე საუკუნის 60-იანი წლებიდან უკვე ისახება ტენდენცია დიფუზური პერიტონიტის ქირურგიული მკურნალობისა, განსაკუთრებით კი მუცლის შემავალი ჭრილობების შემთხვევაში. ამ მიმართულების ფუძემდებლად ითვლება ნ. პიროგოვი. ყირიმის ომში (1854-55 წწ.) მიღებული გამოცდილების საფუძველზე მან დაასკვნა, რომ მუცლის ღრუს შემავალი ჭრილობის დროს აუცილებელია ოპერაციის გაკეთება. რუსეთში პირველი ოპერაცია დიფუზური პერიტონიტის გამო (ლაპაროტომია) გააკეთა ა. შმიდტმა, 1881 წლის 8 აპრილს. იმავე წლის 12 ივნისს კი ავადმყოფი დემონსტრირებული იყო მოსკოვის ჰოსპიტლის ექიმთა საზოგადოების სხდომაზე. ა შმიდტმა მიმართა რა დამსწრეთ ,აღნიშნა, რომ ავადმყოფი, რომელიც მიეკუთვნებოდა „თერაპიულ შემთხვევას“ ბოლოს და ბოლოს განკურნებული იყო ოპერაციული ჩარევით. დასასრულს ა. შმიდტმა დაასკვნა, რომ დიფუზური პერიტონიტის შემთხვევაში ლაპაროტომია არა თუ სასურველია, არამედ სავალდებულოცაა. ამრიგად, საფუძველი ჩაეყარა დიფუზური პერიტონიტის ოპერაციულ მკურნალობას.

80—90-იან წლებში კლინიკური დაკვირვების პარალელურად მიმდინარეობდა ექსპერიმენტული გამოკვლევები. პირველი ექსპერიმენტული გამოკვლევა პერიტონიტის ეტიოლოგიის გასარკვევად ეკუთვნის ვაგნერს (1876); იმავე საკითხზე შრომა გამოაქვეყნა გრავიცმა (1886). როგორც პირველმა, ისე მეორემ ვერ დაადგინეს პათოგენურ მიკრობთა როლი პერიტონიტის ეტიოლოგიაში.

1889 წ. ა. პავლოვსკიმ გამოაქვეყნა ექსპერიმენტული შრომა პერიტონიტის ეტიოლოგიის შესახებ, რომელშიც მოცემული იყო ვაგნერისა და გრავიტცის თეორიის სამართლიანი კრიტიკა. ა. პავლოვსკი ექსპერიმენტული გამოკვლევის საფუძველზე მივიდა დასკვნამდე, რომ მუცლის ღრუში პათოგენური მიკრობების შეყვანას ერთვის პერიტონიტის განვითარება და პერიტონიუმის მხრივ განვითარებული პათოლოგიური ცვლილებები დამოკიდებულია არა მარტო გამომწვევი აგენტის რაოდენობასა და ვირულენტობაზე, არამედ დაინფიცირებიდან გასულ დროზე.

პერიტონიტი თითქმის ყველა შემთხვევაში მეორადი დაავადებაა. ის ვითარდება მუცლის ღრუში პათოგენური მიკრობების მოხვედრის შედეგად, რასაც შეიძლება ადგილი ჰქონდეს, ერთი მხრივ, თვით მუცლის ღრუს ორგანოების მწვავე ქირურგიული დაავადების ან პერფორაციის შემთხვევაში, მეორე მხრივ კი, მუცლის ღრუს ორგანოების ტრავმული დაზიანების შედეგად.

დიფუზური პერიტონიტის გამომწვევი სპეციფიკური მიკროორგანიზმი არ არის, უფრო ხშირად ის ვითარდება ნაწლავის ჩხირის, სტაფილოკოკის, სტრეპტოკოკისა და სხვა პათოგენური მიკრობების მუცლის ღრუში მოხვედრის შემდეგ. საერთოდ დიფუზური პერიტონიტის დროს მეტწილად საქმე გვაქვს პოლიმიკრობულ ფლორასთან. ა. იუნგელსონი და ი. ესკინი აღწერენ პერიტონიტის განვითარებას ანაერობული ინფექციის ნიადაგზე და მიუთითებენ, რომ ანაერობული პერიტონიტი კლინიკურად უფრო მძიმედ მიმდინარეობს და უფრო მაღალ ლეტალობას იძლევა, ვიდრე აერობული ინფექციით გამოწვეული.

ზოგიერთ შემთხვევაში პერიტონიტის დროს მუცლის ღრუში ინფექციის წყაროს ვერ პოულობენ. ა. რობინზონი აღწერს პერიტონიტის 79 შემთხვევას, როდესაც მუცლის ღრუში ინფექციის კერა არ ყოფილა დადგენილი. 39 ავადმყოფს სხეულის სხვადასხვა მიდამოში აღენიშნებოდა ჩირქოვან-ანთებითი პროცესი, რომელიც წინ უსწრებდა პერიტონიტის განვითარებას (ჩირქოვანი ანგინა, შუა ყურის ანთება, გრიპოზული ინფექცია და სხვ.). ა. რობინზონის აზრით მის მიერ აღწერილ შემთხვევებში მუცლის ღრუში ინფექცია შეიჭრა ჰემატოგენური გზით. ავტორს სამართლიანად მიაჩნია მსგავს შემთხვევაში პერიტონიტს ეწოდოს მეტასტაზური ან ჰემატოგენური და არა „კრიპტოგენული“ ან „იდიოპათიური“. ასევე გ. ტაბორსკი გრიპოზული ინფექციის შემთხვევაში აღწერს ჩირქოვანი პერიტონიტის განვითარებას 3 შემთხვევაში და მიზანშეწონილად მიიჩნევს ასეთ პერიტონიტს ჰემატოგენური ანუ მეტასტაზური ეწოდოს.

ვფიქრობთ, ტერმინი „იდიოპათიური“ ან „კრიპტოგენული“ პერიტონიტი არ არის გამართლებული, ეს ხომ იმას ნიშნავს, რომ პერიტონიტი განვითარდა უმიზეზოდ, რასაც ფაქტიურად ადგილი არა აქვს. ასევე არასწორად მიგვაჩნია მსგავს შემთხვევაში პერიტონიტის მიზეზად ჩავთვალოთ მუცლის ღრუში ინფექციის მოხვედრა ჰემატოგენური გზით. ამ დროს დასაშვებია ინფექციის წყარო თვით მუცლის ღრუში იყოს, მაგრამ კვლევის დღევანდელ ეტაპზე იგი ჩვენთვის შეუმჩნეველია. თუ არა ამით, რით უნდა აიხსნას ის გარემოება, რომ ა. რობინზონი 72 ავადმყოფიდან მხოლოდ 39 (54,2%) შემთხვევაში მიუთითებს მუცლის ღრუს გარეთ არსებულ ინფექციის წყაროზე.

ამრიგად, მსგავს შემთხვევაში პერიტონიტის ეტიოლოგია გაურკვეველია. ამიტომ უმჯობესია მას გაურკვეველი ეტიოლოგიის პერიტონიტი ეწოდოს.

ჩვენს კლინიკაში მკურნალობა ჩაუტარდა დიფუზური პერიტონიტით შეპყრობილ 2097 ავადმყოფს. ცხრილში მოცემულია ჩვენ მასალაზე დიფუზური პერიტონიტის გამომწვევი მიზეზები.

2097 ავადმყოფიდან ქალია 622 (29,7%) მამაკაცი — 1475 (70,3%). ასაკის მიხედვით ჩვენი ავადმყოფები შემდეგნაირად ნაწილდება: 10 წლამდე—36; 11—20 წლის—247; 21—30 წლის—448; 31—40 წლის—416; 41—50 წლის—354; 51—60 წლის—308; 61—70 წლის—209; 71 წლის და ზევით—79.

პერიტონიტის მიზეზი	ავადმყოფთა რაოდენობა	%
მწვავე აპენდიციტი	756	36,2
ნაწლავთა გაუვალობა	383	18,2
მუცლის ღრუს ორგანოების ტრავმული დაზიანება	257	12,2
კუჭისა და 12 გოჯა ნაწლავის პერფორაცია	251	11,9
მწვავე ქოლეცისტიტი	71	3,4
ჩაკედილი თიაქარი	65	3,2
გინეკოლოგიური დაავადებანი	31	1,4
ნაწლავის ტიფოზური წყლულის პერფორაცია	28	1,3
ოპერაციისშემდგომი პერიტონიტი	175	8,3
გაურკვეველი ეტიოლოგიის პერიტონიტი	37	1,8
სხვადასხვა ეტიოლოგიის პერიტონიტი[1]	43	2,1
სულ	2097	100

ცხრილიდან ჩანს, რომ დიფუზური პერიტონიტის ყველაზე ხშირი მიზეზი მწვავე აპენდიციტია. ყველა ავტორი, რომელიც კი ეხება დიფუზური პერიტონიტის ეტიოლოგიის საკითხს, ერთხმად მიუთითებს, რომ მისი ერთ-ერთი უხშირესი მიზეზია მწვავე აპენდიციტი. ვ. შლაპობერსკის მონაცემებით პერიტონიტის მიზეზი შემთხვევათა 72.7%-ში მწვავე აპენდიციტია. ა. კირილენკოს მასალის მიხედვით—67,5%, პ. სელცოვსკის მასალის თანახმად კი—54,3%; ა. ცანავას მონაცემებით პერფორაციული პერიტონიტის 433 შემთხვევიდან 206 (47,5%) შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა ჭიანაწლავის პერფორაციას.

მწვავე აპენდიციტის შემთხვევაში დიფუზური პერიტონიტის ერთ-ერთი და შეიძლება ითქვას, ძირითადი მიზეზია ავადმყოფის დაგ-

[1] იგულისხმება ერთეული შემთხვევა დიფუზური პერიტონიტისა, რომელიც კანდიდა ნაწლავის კანდიდომიკოზის, ელენთის აბსცესის, ნაწლავის ლიმფოგრანულომატოზის პერფორაციის შემდეგ და სხვ.

ვიანებითი ჰოსპიტალიზაცია და ოპერაცია. ბევრჯერ გვექნება საქმე მწვავე აპენდიციტით დაავადებულთან, ამიტომ მიზანშეწონილია გავარჩიოთ დაგვიანებითი ჰოსპიტალიზაციისა და ოპერაციის ზოგიერთი მიზეზი.

დაგვიანებული ჰოსპიტალიზაციის ერთ-ერთი მიზეზია თვით ავადმყოფი, რომელიც დაგვიანებით მიმართავს ექიმს. როდესაც განვითარდება მწვავე აპენდიციტის ესა თუ ის მოვლენა, ავადმყოფი ზოგჯერ ექიმის დაუკითხავად მიმართავს თვითმკურნალობას, მიიღებს საფაღარათოს, ამოირეცხავს კუჭს, გაიკეთებს ოყნას და სხვ. მსგავს „მკურნალობას“ ზოგჯერ ადგილი აქვს ექიმის ოჯახშიც. ამ მხრივ საინტერესო მაგალითი მოჰყავს ვ. სალიშევს: ექიმის ოჯახში 16 წლის გოგონას დაეწყო ტკივილი ეპიგასტრიუმის მიდამოში, რაც დაუკავშირეს გასტრიტს. ავადმყოფს მისცეს საფაღარათო, ამოურეცხეს კუჭი; რა თქმა უნდა, მდგომარეობა არ გაუმჯობესებულა და მესამე დღეს უჩვენეს ქირურგს, რომელმაც დაადგინა მწვავე აპენდიციტის ნიადაგზე განვითარებული დიფუზური პერიტონიტი, რაც დადასტურდა საოპერაციო მაგიდაზე. მსგავს შემთხვევას აღწერს პ. სელცოვსკიც. ზოგჯერ მწვავე აპენდიციტის დროს არა თუ ექიმის ოჯახის წევრს უნიშნავენ ბინაზე კონსერვატიულ მკურნალობას, არამედ თვით ექიმი უნიშნავს თავის თავს ამგვარ მკურნალობას. საკმარისია აღინიშნოს შვიდი ექიმის შემთხვევა. მათ მწვავე აპენდიციტის დროს ბინაზე დაიწყეს მკურნალობა: მიიღეს საფაღარათო, ამოირეცხეს კუჭი და სხვ. შემდეგ კი, როდესაც მდგომარეობა გაუარესდა, მომართეს კლინიკას. შვიდივე შემთხვევაში საქმე ეხებოდა ჭიანაწლავის პერფორაციას დიფუზური პერიტონიტით. საილუსტრაციოდ მოგვყავს ამონაწერი ერთ-ერთი ავადმყოფის ისტორიიდან.

ავადმყოფი მ. მ., მამაკაცი, 36 წლის, ექიმი, მიღებულია კლინიკაში როგორც სასწრაფო შემთხვევა, ტკივილით მუცელში, გულისრევითა და ღებინებით; ტემპერატურის მომატებით. ავად არის 3 დღეა. დაავადება დაეწყო ტკივილით ეპიგასტრიუმის მიდამოში და ილეოცეკალურ არეში, გულისრევით. სახლში რამდენიმეჯერ ამოირეცხა კუჭი, მიიღო საფაღარათო, გაიკეთა ოყნა. მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა, მოიყვანეს კლინიკაში.

შემოსვლისას: ენა მშრალი, ნადებებით, მუცელი შებერილი, როგორც პერკუსიით, ისე ზერელე პალპაციით მტკივნეული და დაჭიმული, უფრო ილეოცეკალური მიდამო. შჩოტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი ნაკვეთრად დადებითი. მაჯის ცემა — 100[1], რითმული, საშუალო ავსებისა და დაჭიმულობის; ტემპერატურა — 38,4° ლეიკოციტები — 10.900. მწვავე აპენდიციტისა და დიფუზური პერიტონიტის დიაგნო-

ზით გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია (ადგილობრივი ანესთეზია). გატარდა მაკ-ბურნეის განაკვეთი, გაიხსნა მუცლის ღრუ, გადმოვიდა თხელი კონსისტენციის ჩირქი. ნაწლავის მარყუჟები დაფარულია ჩირქოვან-ფიბრინოზული ნადებებით. მოიძებნა ჭიანაწლავი, ეს უკანასკნელი განიცდიდა დესტრუქციას მწვერვალზე პერფორაციით. ჭიანაწლავი მოიკვეთა. მუცლის ღრუ ამომშრალდა, შეყვანილი იქნა 500.000 ერთეული პენიცილინი 1,0 სტრეპტომიცინი გახსნილი ნოვოკაინის 0,25%-იანი ხსნარის 50,0, ჩაიდო მიკროირიგატორი და ტამპონი. დაენიშნა: პენიცილინი, სტრეპტომიცინი, აურომიცინი, ფიზიოლოგიური ხსნარი, საგულე საშუალებანი. ოპერაციის შემდგომი მდგომარეობა არ გართულებულა, გაეწერა გაჯანსაღებული.

ავადმყოფთა დაგვიანებითი ჰოსპიტალიზაციისა და დიფუზური პერიტონიტის განვითარების ერთ-ერთი ხშირი მიზეზია ექიმთა მიერ არსებული კლინიკური ნიშნების არასწორი შეფასება. საკმარისია აღინიშნოს, რომ ჩვენი ავადმყოფებიდან, 55. ბინაზე ინახულა ექიმმა. მათი დასკვნით საქმე ეხებოდა კვებით ინტოქსიკაციას. ავადმყოფებს დაენიშნათ კუჭის ამორეცხვა; გამწმენდი ოყნა, ანტიბიოტიკები, ტკივილდამაყუჩებელი საშუალება. ისინი დატოვეს ბინაზე, შემდეგ კი ყველა ეს ავადმყოფი კლინიკაში მოიყვანეს მწვავე აპენდიციტისა და დიფუზური პერიტონიტის მოვლენებით. მაშასადამე, საჭიროა დიდი სიფრთხილით მოვეკიდოთ კვებითი ინტოქსიკაციის დიაგნოზს. მართალია, ზოგჯერ ავადმყოფი მუცლის მიდამოში ტკივილის დაწყებას უკავშირებს ამა თუ იმ საკვების ან სასმელის მიღებას, მიუთითებს ტკივილის ლოკალიზაციაზე ეპიგასტრიუმის მიდამოში, რასაც ერთვის გულისრევა, ზოგჯერ კი პირღებინებაც. მაგრამ ეს სიმპტომები ექიმმა კრიტიკულად უნდა შეაფასოს, მეორეც კვებითი ინტოქსიკაციის დიაგნოზით ავადმყოფი არავითარ შემთხვევაში არ უნდა დავტოვოთ ბინაზე. სტაციონარში კი თუ საქმე გვაქვს ალიმენტურ ინტოქსიკაციასთან, მისი საწინააღმდეგო ღონისძიებების დაგვიანება, მაგალითად, 1—2 საათით, ავადმყოფისათვის ისე სავალალო არ არის, როგორც კონსერვატიული მკურნალობის ნაადრევი და დაუსაბუთებელი დანიშვნა, თუ საქმე გვაქვს მწვავე აპენდიციტთან. არის შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფები რამდენიმე დღე იყვნენ რაისაავადმყოფოში. არსებული კლინიკური ნიშნები არასათანადოდ იყო შეფასებული, უტარდებოდათ კონსერვატიული მკურნალობა, მდგომარეობა არ გაუმჯობესებულა და ავადმყოფები კლინიკას გადმოუგზავნეს. ყველა შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა მწვავე აპენდიციტს დიფუზური პერიტონიტით.

ჩვენი მასალის მიხედვით აპენდიკულარული პერიტონიტის 756

შემთხვევიდან ოპერაცია გაუკეთდა 752 ავადმყოფს, რომელთაგან გარდაიცვალა 78, რაც 10,3% შეადგენს. ოთხი ავადმყოფი მოიყვანეს მეტად მძიმე მდგომარეობაში და უოპერაციოდ დაიღუპნენ მიღებიდან პირველსავე საათებში. ამრიგად, სულ 82 ავადმყოფი გარდაიცვალა, რაც შეადგენს 10,8%-ს, მაშინ, როცა ჩვენი კლინიკის მასალაზე მწვავე აპენდიციტის დროს საერთო ლეტალობა უდრის — 0,3%-ს.

მწვავე აპენდიციტის დროს კლინიკურ-მორფოლოგიურ-ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა ჩაატარა კლინიკის თანამშრომელმა ა. კირვალიძემ. მანვე შეისწავლა მწვავე აპენდიციტის სხვადასხვა ფორმის დროს პერკუტორულად მტკივნეული ზონები. ეს მონაცემები ავტორმა შეაჯამა საკანდიდატო დისერტაციის სახით.

არც თუ ისე იშვიათად, დიფუზური პერიტონიტი ვითარდება ნაწლავთა გაუვალობის ნიადაგზე. ცნობილია, რომ ნაწლავთა გაუვალობის შემთხვევაში ლეტალობის ერთ-ერთი ხშირი მიზეზია პერიტონიტი. ჩვენს კლინიკაში ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის გამო ოპერირებულ 689 ავადმყოფიდან დიფუზური პერიტონიტი ჰქონდა 383-ს (55,6%). აღნიშნული 383 ავადმყოფიდან ოპერაცია გაუკეთდა 363-ს. 20 ავადმყოფი მიღებული იყო მეტად მძიმე მდგომარეობაში და მიღებისთანავე გარდაიცვალა. ოპერირებულ 363 ავადმყოფიდან გარდაიცვალა 227 (62,5%). სულ გარდაიცვალა 247, რაც 64,5%-ს შეადგენს. ხოლო ნაწლავთა გაუვალობის დროს ჩვენს მასალაზე ლეტალობა 22,1%-ს შეადგენს. როგორც ვხედავთ, ნაწლავთა გაუვალობის ნიადაგზე განვითარებული პერიტონიტი კლინიკურად მძიმედ მიმდინარეობს და მაღალ ლეტალობას იძლევა.

დიფუზური პერიტონიტის ერთ-ერთი ხშირი მიზეზია კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია. ვ. შლაპობერსკის მასალით კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია პერიტონიტის მიზეზია შემთხვევათა 11,8%-ში. ა. ცანავას მონაცემებით პერფორაციული პერიტონიტის მიზეზთა შორის კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციას მეორე ადგილი უკავია და 41,3%-ს შეადგენს. ჩვენი მასალით დიფუზური პერიტონიტის 2097 შემთხვევიდან, 251-ს (11,8%) იგი განუვითარდა კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის შედეგად. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ პერფორაციის გამო ოპერირებულ 345 ავადმყოფიდან დიფუზური პერიტონიტი ჰქონდა 251-ს (72,7%). ცნობილია, რომ კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის ერთ-ერთი ხშირი და მძიმე გართულებაა დიფუზური პერიტონიტი, რომელიც მაღალ ლეტალობას იძლევა. ი. ნეიმარკის ნაკრები სტატისტიკით კუჭისა და თორ-

მეტგოჯა ნაწლავის წყლული პერფორაციით გარდაცვლილ 927 ავადმყოფიდან 698-ის (75,2%) სიკვდილის მიზეზი პერიტონიტი იყო.

წყლულოვანი პერფორაციის კლინიკურ სურათს დამახასიათებელი მიმდინარეობა აქვს. ნიღებულია მისი დაყოფა სამ პერიოდად: 1. შოკის პერიოდი, 2. მდგომარეობის დროებითი, მოჩვენებითი გაუმჯობესების პერიოდი და 3. პერიტონიტის განვითარების პერიოდი. სწორედ, მდგომარეობის დროებითი, მოჩვენებითი გაუმჯობესების პერიოდი ერთ-ერთი მიზეზია დაგვიანებითი ოპერაციისა, ვინაიდან ავადმყოფი გრძნობს გაუმჯობესებას და არ მიმართავს ექიმს.

ილუსტრაციოდ მოვგყავს ამონაწერი ავადმყოფის ისტორიიდან. ავადმყოფი შ. ს., მამაკაცი, 54 წლის: მუშაობის დროს იგრძნო ძლიერი ტკივილი მუცელში, რაც თანდათანობით შემცირდა. ავადმყოფმა იგრძნო ოდნავი გაუმჯობესება; მიუხედავად ამისა, დასტოვა სამუშაო და შინ წავიდა. სოდიანი წყლით ამოირეცხა კუჭი, გაიკეთა ოყნა, რის შემდეგ ტკივილი კიდევ უფრო შეუმცირდა, ზოგადი მდგომარეობა „გაუმჯობესდა“, მაგრამ მერე ტკივილი ისევ გაუძლიერდა, რასაც დაერთო გულისრევა და პირღებინება, მუცელი შეებერა. დაავადების დაწყებიდან 21 საათის შემდეგ მოიყვანეს კლინიკაში. შემოსვლისას ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა მეტად მძიმეა. აღენიშნება აკროციანოზი. ენა მშრალი, ნადებებით, მუცელი შებერილი, სუნთქვაში არ მონაწილეობს, როგორც პერკუსიით, ისე ზერელე პალპაციით ძლიერ მტკივნეული და დაჭიმული, შჩოტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი მკვეთრად დადებითი. გაზებსა და განავალს ვერ გამოყოფს. მაჯისცემა 132, სუსტი ავსებისა და დაჭიმულობის, ტემპერატურა — 37,8°, ლეიკოციტები 17.000.

გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია. მუცლის ღრუდან გადმოვიდა დიდი რაოდენობით ჩირქოვანი გამონადენი, რომელშიც შერეულია საჭმლის მასები. თორმეტგოჯა ნაწლავის წინა კედელზე პერფორირებული ხვრელი, დიამეტრი 3 მმ. პერფორირებული ხვრელი გაიკერა, მუცლის ღრუ ამომშრალდა, შეყვანილი იქნა 500.000 ერთეული პენიცილინი, 1.0 სტრეპტომიცინი, გახსნილი ნოვოკაინის 0,25%-ანი ხსნარის 70,0, გაუკეთდა მიკროირიგატორი. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი მძიმე, მიუხედავად მიღებული ზომებისა, ოპერაციიდან 8 საათის შემდეგ გარდაიცვალა.

როგორც ამ ისტორიიდან ჩანს პერფორაციის მომენტში ავადმყოფს განუვითარდა შოკი, რომელშაც მალე გაუარა, იგრძნო „გაუმჯობესება“, რამაც განაპირობა დაგვიანებული მოსვლა კლინიკაში,—როდესაც უკვე განვითარდა დიფუზური პერიტონიტი. „მოჩვენებითი გაუმჯობესების“ პერიოდში, ზოგჯერ ექიმიც უშვებს დიაგნოსტურ შეცდომას. საილუტრაციოდ მოგვყავს ამონაწერი ერთ-ერთი ჩვენი ავადმყოფის ისტორიიდან.

ავადმყოფი ბ. რ., 24 წლის, მამაკაცი. მიღებულია კლინიკაში სასწრაფოდ, ძლიერი ტკივილით მუცელში, გულისრევითა და პირღებინებით. დაავადების დაწყებიდან 17 საათის შემდეგ — ავადმყოფის აღნიშვნით — ჭამის შემდეგ იგრძნო ძლიერი ტკივილი ეპიგასტრიუმის მიდამოში; ტკივილი მოედო მთელს მუცელს. ავადმყოფი ბინაზე გასინჯა ექიმმა, რომელმაც ამოურეცხა კუჭი, გაუკეთა ატროპინი და პანტაპონი და სახლში დასტოვა. ვინაიდან ტკივილი გაძლიერდა, რასაც დაერთო გულისრევა და პირღებინება, მოიყვანეს კლინიკაში.

შემოსვლისას: ავადმყოფის მდგომარეობა მძიმე. მაჯისცემა — 98′ სუსტი ავსებისა და დაჭიმულობის. ენა მშრალი, ნადებებით, მუცელი შებერილი, სუნთქვაში არ მონაწილეობს. როგორც პერკუსიით, ისე ზერელე პალპაციით ძლიერ მტკივნეული და დაჭიმული, შჩოტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი მკვეთრად დადებითი, ტემპერატურა — 37,7° ლეიკოციტები — 6.000

გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია (ადგილობრივი ანესთეზია). განაკვეთი გატარდა შუა ხაზზე, მახვილისებრი მორჩიდან ჭიპამდე. მუცლის ღრუდან გადმოვიდა დიდი რაოდენობით მღვრიე გამონადენი, რომელიც ამომშრალდა, ნაწლავები გაბერილია, დაფარული ჩირქოვან-ფიბრინოზული ნადებებით. თორმეტგოჯა ნაწლავის წინა კედელზე 3 მმ-იანი ხვრელია, რომელიც ამოიკერა. მუცლის ღრუში შეყვანილია 500.000 ერთეული პენიცილინი, 1,0 სტრეპტომიცინი, გახსნილი ნოვოკაინის 0,25%-იანი ხსნარის 60,0. ჩაედო მიკროირიგატორი და ტამპონი. მუცელი დაიხურა. ოპერაციის შემდეგ დაენიშნა პენიცილინი, სტრეპტომიცინი, ფიზიოლოგიური და გლუკოზის 5%-ანი ხსნარი, საგულე საშუალებანი. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი გართულების გარეშე. გაეწერა დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში.

ამ შემთხვევაში უნდა ვიფიქროთ, რომ ექიმმა ავადმყოფი გასინჯა მაშინ, როცა მას ჰქონდა „მოჩვენებითი გაუმჯობესების“ პერიოდი. დაავადების სიმპტომები მიაწერა კვებით ინტოქსიკაციას, ამოურეცხა კუჭი, გაუკეთა პანტაპონი, ატროპინი და შინ დასტოვა.

თუ პერფორაციული ხვრელი ამა თუ იმ მიზეზით დროებით დაიხურა, ამასთან ხვრელი მცირეა და პერფორაციის მომენტში კუჭი ცარიელია, მუცლის ღრუში ჩაღვრილი შიგთავსის რაოდენობა მცირეა და იგი შეიწოვა, ავადმყოფის მდგომარეობა არ არის მძიმე, ტკივილი და მუცლის პრესის დეფანსი საგრძნობლად მცირდება, დგება „მოჩვენებითი გაუმჯობესების“ პერიოდი. კლინიკური სურათის ასეთი შეცვლა შეიძლება შეცდომის მიზეზი გახდეს. ეს გარემოება მუდამ უნდა გვქონდეს მხედველობაში და ავადმყოფი მუდმივი მეთვალყურეობის ქვეშ უნდა იმყოფებოდეს. არ უნდა ჩაატაროთ არავითარი სამკურნალო ღონისძიება, სანამ არ დარწმუნდებით დიაგნოზში.

დიფუზური პერიტონიტის ერთ-ერთი ხშირი მიზეზია მუცლის ღრუს ორგანოების ტრავმული დაზიანება, ღია თუ დახურული. პ რიქოვის აღნიშვნით მუცლის ღრუს შემავალი ჭრილობის ყველა შემთხვევაში საქმე გვაქვს ამა თუ იმ ხარისხით გამოხატულ პერიტონიტთან, რადგან ჭრილობას ყოველთვის თან სდევს ინფექციის შესვლა მუცლის ღრუში. მუცლის ღრუს ორგანოების ტრავმული დაზიანების შემდეგ პერიტონიტი ვითარდება პირველსავე საათში, ვინაიდან მუცლის ღრუში ერთდროულად დიდი რაოდენობით გადადის კუჭ-ნაწლავის შიგთავსი და ადგილი აქვს ინფექციის შეჭრას გარედანაც. ამასთან ერთად მუცლის ღრუში ჩაღვრილი სისხლი საუკეთესო საკვებია მიკრობებისათვის და მიკრობებიც მეტად ინტენსიურად მრავლდებიან. ავადმყოფის მდგომარეობას ამძიმებს სისხლის დაკარგვა და შოკი, რასაც მეტნაკლებად აქვს ადგილი. მუცლის ღრუს ორგანოების ტრავმული დაზიანების თითქმის ყველა შემთხვევაში.

ჩვენი მასალის მიხედვით დიფუზური პერიტონიტის 2097 შემთხვევიდან მუცლის ღრუს ორგანოების ტრავმული დაზიანების ნიადაგზე იგი განუვითარდა 257 ავადმყოფს (12,2%).

მწვავე ქოლეცისტიტის ერთ-ერთ მძიმე გართულებას წარმოადგენს ნაღვლოვანი პერიტონიტი. ს. მასუმოვისა და ლ. შოროხოვის მონაცემებით მწვავე ქოლეცისტიტის მქონე 210 ავადმყოფიდან ნაღვლოვანი პერიტონიტი ჰქონდა 27 (10,9%) ავადმყოფს. ფ. ბურდიგას მონაცემებით კი 539 ავადმყოფიდან ნაღვლოვანი პერიტონიტი განუვითარდა 65-ს (12%). ჩვენი მასალის მიხედვით მწვავე ქოლეცისტიტის გამო ოპერირებულ 185 ავადმყოფიდან ნაღვლოვანი პერიტონიტი განუვითარდა 71-ს (38,3%). მოყვანილი მასალა ნათელჰყოფს, თუ რა დიდია ნაღვლოვანი პერიტონიტის ხვედრითი წონა მწვავე ქოლეცისტიტით დაავადებულთა შორის. ნაღვლოვანი პერიტონიტი შეიძლება განვითარდეს, როგორც ნაღვლის ბუშტის პერფორაციის დროს, ისე პერფორაციის გარეშე. ნაღვლის ბუშტის პერფორაციას, დიდ უმრავლეს შემთხვევაში, ადგილი აქვს ნაღვლკენჭოვანი დაავადების გარეშე; ნაღვლის ბუშტის პერფორაცია მეტად იშვიათია. პოტცის მონაცემებით მწვავე და ქრონიკული ქოლეცისტიტის გამო ოპერირებული 3860 ავადმყოფიდან 115-ს ჰქონდა ნაღვლის ბუშტის პერფორაცია. მისი დაკვირვებით მწვავე ქოლეცისტიტის დროს ნაღვლის ბუშტის პერფორაცია უხშირესად შეტევიდან მე-3—7 დღეს ხდება. ვალკლინგის მონაცემებით ნაღვლის ბუშტის პერფორაცია საშუალოდ ვითარდება მწვავე შეტევიდან მე-5 დღეს და მწვავე ქოლეცისტიტის შემთხვევათა დაახლოებით 10%-ს შეადგენს. ჩვენი მასალის მიხედვით ნაღვლოვანი პერიტონიტის 71 შემთხვევიდან ნაღვლის ბუშტის პერფორაციას ადგილი ჰქონდა 13 შემთხვევაში.

მწვავე ქოლეცისტიტის დროს ნაღვლოვანი პერიტონიტი შეიძლება განვითარდეს ნაღვლის ბუშტისა და ნაღვლის გზების პერფორაციის გარეშეც. შეიძლება თუ არა ნაღვლოვანი პერიტონიტის განვითარება პერფორაციის გარეშე? ამის შესახებ დღესაც აზრთა სხვადასხვაობაა. ავტორთა ნაწილს შეუძლებლად მიაჩნია პერფორაციის გარეშე ნაღვლოვანი პერიტონიტის განვითარება და მიუთითებენ, რომ მსგავს შემთხვევაში ადგილი აქვს მიკროპერფორაციას, რისი შემჩნეეაც ოპერაციის დროს შეუძლებელია.

პერფორაციის გარეშე ნაღვლოვანი პერიტონიტის განვითარება პირველად აღწერა რუტემ (1909), შემდეგ კი კლერმონმა და ჰაბერერმა (1911). ახლა უმრავლესობის მიერ აღიარებულია პერფორაციის გარეშე ნაღვლოვანი პერიტონიტის განვითარების შესაძლებლობა. აზრთა სხვადასხვაობაა ᲐᲮᲝᲚᲝᲓ მისი მექანიზმის შესახებ. ამ საკითხის გამოსარკვევად ბლადმა (1917) ჩაატარა ექსპერიმენტული გამოკვლევა — ძაღლს გადაუკვანძა ნაღვლის საერთო სადინარი, შემდეგ კი ნაღვლის ბუშტში შეიყვანა პანკრეასის წვენი, რის შედეგად ბუშტის კედელი ნაღვლისათვის გამავალი გახდა. ავტორი მივიდა დასკვნამდე, რომ პანკრეასის ფერმენტის ზემოქმედებით იცვლება ნაღვლის თვისებები, ბუშტის კედელი კი ფოროვანი და, მაშასადამე, გამავალი ხდება ნაღვლისათვის. ამრიგად, პანკრეასის ფერმენტების ზემოქმედებით ერთი მხრივ, ადგილი აქვს ნაღვლის ფიზიკურ-ქიმიური თვისებების შეცვლას, მეორე მხრივ, ცვლილებებს ბუშტის კედელში, რასაც მოჰყვება ნაღვლის დიფუზია პერიტონეუმის ღრუში.

მსგავსი ექსპერიმენტი ჩაატარა შენბაუერმა (1924). მას ნაღვლის ბუშტში შეყავდა ტრიპსინი და ყველა შემთხვევაში მიიღო ნაღვლოვანი პერიტონიტი პერფორაციის გარეშე.

პ. კრავჩენკომ და ვ. ვოლკოვმა 20 ავადმყოფს ქოლეცისტიტით ნაღვლის ბუშტში გამოუკვლიეს დიასტაზა. გამოსაკვლევად ნაღველს ოპერაციის დროს იღებდნენ. 14 ავადმყოფს ჰქონდა მწვავე ქოლეცისტიტი, 6-ს კი ქრონიკული ქოლეცისტიტი. მწვავე ქოლეცისტიტიან 14 ავადმყოფიდან 11-ს ნაღველში აღმოაჩნდა დიასტაზა, ხოლო ქრონიკულ ქოლეცისტიტიან არც ერთ ავადმყოფს ნაღველში დიასტაზა არ აღმოაჩნდა. პ. კრავჩენკოს და ვ. ვოლკოვის აზრით მწვავე ქოლეცისტიტის დროს პანკრეასის ფერმენტი, ინფექციასთან ერთად, აჩქარებს ნაღვლის ბუშტში დესტრუქციული ცვლილებების განვითარებას.

ნაღვლოვანი პერიტონიტი კლინიკურად მძიმედ მიმდინარეობს, რაც განპირობებულია თავისუფალ მუცლის ღრუში ინფიცირებული ნაღვლის გადასვლით. ი. კრივოტვოროვმა ექსპერიმენტულად დაამტკიცა, რომ თავისუფალ მუცლის ღრუში სტერილური ნაღვლის შეყვანაც კი იწვევს პერიტონიტის განვითარებას. რ. პოსტნიკოვის გამოკვლევებით

მუცლის ღრუში ჩაღვრილი სტერილური ნაღველიც კი ახდენს ადგილობრივ ზემოქმედებას — პერიტონეუმზე, ხოლო მისი შეწოვის შემდეგ ვითარდება ინტოქსიკაცია, რაც კიდევ უფრო ამძიმებს პერიტონიტს. თ. მალუგინას საინტერესო ექსპერიმენტული გამოკვლევიდან ირკვევა, რომ ნაღვლის გზების დახურული ტრავმული დაზიანების შემდეგ ცხოველი შეიძლება დაიღუპოს პირველ 24 საათში, ჯერ კიდევ ანთებითი პროცესის მაქსიმალურ განვითარებამდე.

ნაღვლოვანი პერიტონიტი შეიძლება განვითარდეს ნაღვლის ბუშტის ან ნაღვლის გზების ტრავმული დაზიანების შედეგად.

ნაღვლის ბუშტის იზოლირებული ტრავმული დაზიანება მეტად იშვიათია, აღწერილია ერთეული შემთხვევები მ. ფრანკის, ი. სომბატხელის, ა. გურინის, ხოდესა და მიულერის მიერ. ბ. ვერბენკომ ლიტერატურაში შეკრიბა ნაღვლის ბუშტის იზოლირებული ტრავმული დაზიანების 38 შემთხვევა, რომელსაც დაუმატა ერთი საკუთარი. ნაღვლის ბუშტის იზოლირებული ტრავმული დაზიანების დიაგნოზი, მისი იშვიათობის გამო, რა თქმა უნდა, გარკვეულ სიძნელეებთანაა დაკავშირებული. მუცელში ჩაღვრილი ნაღველი მალე ინფიცირდება და საკმაოდ სწრაფად ვლინდება დიფუზური პერიტონიტის სურათი.

ჩვენ გვყავდა ერთი ავადმყოფი, რომელსაც ნაღვლოვანი პერიტონიტი განუვითარდა ნაღვლის ბუშტის იზოლირებული დაზიანების ნიადაგზე. გავეცნოთ ამონაწერს ამ ავადმყოფის ისტორიიდან.

ავადმყოფი ვ. ნ., მამაკაცი, 41 წლის, მიღებულია კლინიკაში, როგორც სასწრაფო შემთხვევა, მუცლის მარჯვენა ნახევარში დანით მიყენებული ჭრილობიდან 24 საათის შემდეგ.

შემოსვლისას: ზოგადი მდგომარეობა, მძიმე. ენა მშრალი, ნადებებით. მუცელი შებერილი, სუნთქვაში არ მონაწილეობს, ზერელე პალპაციით მტკივნეული და დაჭიმული, შჩოტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი მკვეთრად დადებითი. მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში არის ჭრილობა ზომით 2,5 × 1 სმ. დიფუზური პერიტონიტის დიაგნოზით გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია. განაკვეთი გატარდა შუა ხაზზე. გაიხსნა მუცლის ღრუ, გადმოვიდა დიდი რაოდენობით ჰემორაგიული გამონადენი ნაღველთან ერთად, რომელიც ამომშრალდა. დადგინდა ნაღვლის ბუშტის იზოლირებული ჭრილობა, 1X0,5 სმ. ნაღვლის ბუშტი გაიკერა კვანძოვანი ნაკერით. სხვა დაზიანება არ არის. მუცლის ღრუში შეყვანილია 500.000 ერთეული პენიცილინი გახსნილი ნოვოკაინის 0,25%-იანი — 30.0. ჩაიდო მიკროირიგატორი. მუცლის ღრუ დაიხურა. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი მძიმე. მიუხედავად ჩატარებული მკურნალობისა, ავადმყოფი ოპერაციის მეექვსე დღეს გარდაიცვალა.

ნაღვლოვანი პერიტონიტი შეიძლება განვითარდეს ნაღვლის ბუშ-

ტის შემოგრეხის შედეგად. ნ. მაკოხისა და ს. კოტელევსკის მონაცემებით, უკანასკნელი 58 წლის განმავლობაში, რუსულ ლიტერატურაში აღწერილია ნაღვლის ბუშტის შემოგრეხის 18 შემთხვევა. ბონმა და სიმონმა საზღვარგარეთულ ლიტერატურაში შეკრიბეს ნაღვლის ბუშტის ფეხზე შემოგრეხის 1000 შემთხვევა. როგორც კაზუისტიკა, ნაღვლის ბუშტის ფეხზე შემოგრეხა აღწერილია ნ. ბობროვის, ს. იანოვსკის, ზ. სეკრეტარიევის, ს. ვაისბერგის, პ. ვიზირის, შ. თოდუას, ლ. მელნიკის, ა. სმირნოვის, მ. შრაიბერის, ნ. სულეიმანოვისა და სხვათა მიერ.

ნაღვლის ბუშტის ფეხზე შემოგრეხა შეიძლება იყოს სრული და არასრული. ნაღვლის ბუშტის შემოგრეხის პათოგენეზში, გარდა ბუშტში პათოლოგიური პროცესისა, მნიშვნელოვანია თვით ბუშტის მდებარეობა, მისი სადინარებისა და სისხლძარღვების ანომალიები. შემოგრეხის ყველაზე ხშირი მიზეზი თანდაყოლილი ანომალიაა, სახელდობრ მისი სრული ღვიძლგარეშე მდებარეობა, რომლის დროსაც ბუშტი ყოველი მხრიდან დაფარულია პერიტონეუმით. კლინიკაში გატარდა ორი ავადმყოფი ნაღვლის ბუშტის შემოგრეხით. მოგვყავს ამონაწერი ერთ-ერთი ავადმყოფის ისტორიიდან:

ავადმყოფი კ. ი., მამაკაცი, 74 წლის, მიღებულია კლინიკაში როგორც სასწრაფო შემთხვევა, ძლიერი ტკივილით ეპიგასტრიუმის მიდამოში, უფრო მარჯვნივ, გულისრევით. ავადმყოფის გადმოცემით 24 საათის წინ მოულოდნელად იგრძნო ძლიერი ტკივილი ეპიგასტრიუმისა და მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, რასაც შემდეგ დაერთო გულისრევა.

შემოსვლისას: ზოგადი მდგომარეობა მძიმე. ენა მშრალი, ნადებებით. მუცელი შებერილი, სუნთქვაში არ მონაწილეობს, როგორც პერკუსიით, ისე ზერელე პალპაციით ძლიერ მტკივნეული და დაჭიმული. შჩოტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი დადებითი. მწვავე მუცლის დიაგნოზით გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია (ადგილობრივი ანესთეზია). განაკვეთი გატარდა შუა ხაზზე, მახვილისებრ მორჩსა და ჭიპს შორის. გაიხსნა მუცლის ღრუ, გადმოვიდა დიდი რაოდენობით სეროზულ-ჩირქოვანი გამონადენი, ნაღველთან ერთად, რომელიც ამომშრალდა. აღმოჩნდა საკუთარ ჯორჯალზე 180°-ით შემოგრეხილი განგრენოზული ნაღვლის ბუშტი. გაკეთდა ქოლეცისტექტომია. მუცლის ღრუში შეყვანილი იქნა 500.000 ერთეული პენიცილინი, გახსნილი ნოვოკაინის 0,25%-ანი ხსნარის 50,0. გაუკეთეს მიკროირიგატორი. გაეწერა გაჯანსაღებული.

ნაღვლოვანი პერიტონიტის მკურნალობა მხოლოდ ოპერაციულია. აქ არ შევჩერდებით საერთოდ ქირურგის ტაქტიკაზე მწვავე ქოლეცისტიტის მკურნალობაში, მაგრამ, როდესაც საკითხი დგას ნაღვლო-

ვანი პერიტონიტის ოპერაციული მკურნალობის შესახებ აღვნიშნავთ, რომ თუ ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა იძლევა საშუალებას, უმჯობესია გაკეთდეს ქოლეცისტექტომია. თუ ავადმყოფი ხანდაზმულია, ნაღვლოვანი პერიტონიტი შორსწასულია, უმჯობესია გაუკეთდეს ქოლეცისტოტომია.

ჩვენი მასალის მიხედვით 71 ავადმყოფიდან ნაღვლოვანი პერიტონიტით ოპერაცია გაუკეთდა 70-ს, 1 ავადმყოფი გარდაიცვალა უოპერაციოდ, კლინიკაში მიღებიდან პირველსავე საათში. ოპერირებული 70 ავადმყოფიდან 41-ს გაუკეთდა ქოლეცისტექტომია, 25 ავადმყოფს ქოლეცისტოტომია, 4 ავადმყოფი მიღებული იყო მძიმე მდგომარეობაში—ოპერაციისას აღმოჩნდა ნაღვლის ბუშტი ვრცელ შეხორცებებში, რაც ქმნიდა ანთებით ინფილტრატს. ოპერაცია დამთავრდა ნაღვლის ბუშტის მიდამოში ტამპონისა და მიკროირიგატორის ჩადებით.

ნაღვლოვანი პერიტონიტის დროს ლეტალობა ჯერ კიდევ მაღალია. ს. მასუმოვის მონაცემებით იგი უდრის 40,7%-ს, თ. მალიუვინას მასალით — 52%-ს; ჩვენი მასალის მიხედვით ნაღვლოვანი პერიტონიტის გამო ოპერირებული 70 ავადმყოფიდან გარდაიცვალა 28 (40%).

დიფუზური პერიტონიტი შეიძლება განვითარდეს ჩაჭედილი თიაქრის ნიადაგზე, მით უმეტეს, თუ ოპერაცია გაკეთდა დაგვიანებით. ჩაჭედილი თიაქრის დროს ოპერაციის შემდგომი სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზია პერიტონიტი. ვ. სტუჩკოვის მონაცემებით ჩაჭედილი თიაქრის დროს სიკვდილის მიზეზი შემთხვევათა $^3/_4$-ში პერიტონიტია.

ჩაჭედილი თიაქარი განხილული უნდა იქნეს როგორც ნაწლავთა გაუვალობის ერთ-ერთი ფორმა, რომელიც მიმდინარეობს სტრანგულაციური გაუვალობის სახით; ამ დროს ერთი მხრივ ადგილი აქვს ნაწლავის შიგთავსის გადაადგილების შეწყვეტას, მეორე მხრივ, ჩაჭედილი მარყუჟის სისხლის მიმოქცევის მოშლას ჯორჯლის ჩაჭედვის გამო. გაუვალობის შედეგად ნაწლავის მომტანი მარყუჟი გაიბერება, დაიჭიმება, პერისტალტიკა ირღვევა, ამავე დროს დარღვეულია ნაწლავის კვება, რის გამოც ნაწლავის კედელი გამავალი ხდება მიკროორგანიზმისათვის. ყოველივე ეს ხელს უწყობს პერიტონიტის განვითარებას.

სხვადასხვა ლოკალიზაციის თიაქრის გამო კლინიკაში გაკეთებული 6695 ოპერაციიდან, ჩაჭედილი თიაქარი ჰქონდა 925 ავადმყოფს, ამათგან პერიტონიტი — 65-ს (7,3%), რაც დიფუზური პერიტონიტის 3,2%-ს შეადგენს.

დიფუზური პერიტონიტი შეიძლება განვითარდეს ქალის სასქესო ორგანოების მწვავე ანთების ნიადაგზე. დ. პენაევის მასალის მიხედვით დიფუზური პერიტონიტის 178 შემთხვევიდან 13 განვითარდა გენიტალური ორგანოების დაავადების შედეგად. ჩვენი მასალის მიხედვით ქალის სასქესო ორგანოების სხვადასხვა დაავადების გამო

კლინიკაში გაკეთებულია 274 ოპერაცია. ამათგან დიფუზური პერიტონიტი ჰქონდა 31 ავადმყოფს (11,2%), რაც სხვადასხვა ეტიოლოგიის დიფუზური პერიტონიტის 1,4%-ს შეადგენს.

გენიტალური პერიტონიტიანი 31 ავადმყოფიდან ოპერაცია გაუკეთდა 28-ს. 3 ავადმყოფი მიღებული იყო მეტად მძიმე მდგომარეობაში და მიღების პირველსავე საათში გარდაიცვალა უოპერაციოდ. ოპერირებული 28 ავადმყოფიდან გარდაიცვალა 10 (35,7%). თუ გავითვალისწინებთ იმ გარემოებას, რომ გენიტალური პერიტონიტის გამოსავალი სხვა ეტიოლოგიის პერიტონიტთან შედარებით უფრო კარგია, ჩვენს მასალაზე ოპერირებულ ავადმყოფთა შორის ლეტალობა საკმარისად მაღალია; ამის ერთ-ერთი მიზეზია ავადმყოფთა დაგვიანებული ჰოსპიტალიზაცია დაგვიანებით შორსწასული დიფუზური პერიტონიტის დროს.

მუცლის ტიფის ერთ-ერთი მძიმე გართულებაა ტიფოზური წყლულის პერფორაცია, რომლის დროსაც თითქმის ყოველთვის ვითარდება დიფუზური პერიტონიტი. ამასთან ტიფოზური წყლულის პერფორაციის ადრეული დიაგნოსტიკა ძნელია. მუცლის ტიფის დროს ორგანიზმის დამცველობითი ფუნქცია დაქვეითებულია, გონება დაბინდული აქვს. ნაწლავის პერფორაციის შემდეგ თუმცა ვითარდება პერიტონიტი, მისი ნიშნები სუსტადაა გამოხატული. მუცლის ტიფისათვის დამახასიათებელია ლეიკოპენია, ამიტომ პერიტონიტის განვითარების მომენტში ლეიკოციტოზი ზომიერადაა გამოხატული ან შეიძლება ლეიკოციტები არ იყოს მომატებული. ნაკლებადაა გამოხატული მუცლის კუნთების დაჭიმულობაც. მუცლის ტიფი მიმდინარეობს მაღალი ტემპერატურის ფონზე, ენა თეთრადაა შელესილი; ყველა ეს ნიშანი გვხვდება პერიტონიტის დროსაც, რაც კიდევ უფრო აძნელებს ადრეულ დიაგნოსტიკას. ამიტომ მუცლის ტიფით დაავადებულთა მიმართ განსაკუთრებული ყურადღებით უნდა ვიყოთ და ყოველი უმნიშვნელო ჩივილიც კი სათანადოდ შევაფასოთ, რომ არ გამოგვეპაროს ტიფოზური წყლულის პერფორაცია. ე. ტარხოვას და ე. არონინის სამართლიანი აღნიშვნით ადრეულ დიაგნოსტიკაში წამყვანი როლი ეკუთვნის ექიმინფექციონისტს, რომელიც დინამიკაში აკვირდება დაავადების კლინიკურ მიმდინარეობას.

ისმის საკითხი: ხომ არ არსებობს სიმპტომები, რომლებიც ვითარდება ტიფოზური წყლულის შემთხვევაში და მიუთითებს ე. წ. პრეპერფორაციულ სტადიაზე, რასაც დიდი მნიშვნელობა ექნება ადრეული დიაგნოსტიკისათვის. ამგვარი სიმპტომები არ არსებობს, ტიფოზური წყლულის პრეპერფორაციის სიმპტომების საკითხი გადაუწყვეტელია. არ არსებობს არც ერთი მაჩვენებელი, რომელიც მიუთითებდეს, თუ

ავადმყოფს როდის განუვითარდება პერფორაცია. არც დაავადების სიმძიმე მეტყველებს რაიმეზე. შეიძლება ერთ შემთხვევაში დაავადება კლინიკურად მეტად მძიმედ მიმდინარეობდეს და ავადმყოფი მუცლის ტიფისგან განიკურნოს ისე, რომ ტიფოზურმა წყლულმა პერფორაცია არ განიცადოს, რასაც უფრო ხშირად აქვს ადგილი. მეორეს მხრივ დაავადების მსუბუქი მიმდინარეობისას ტიფოზურმა წყლულმა შეიძლება განიცადოს პერფორაცია. უფრო მეტიც, ამბულატორიული ფორმის ტიფის დროს, როცა ავადმყოფს არავითარი ჩივილები არა აქვს, შეიძლება განვითარდეს ტიფოზური წყლულის პერფორაცია და ამით გამოვლინდეს მუცლის ტიფი. ბოლოს, უნდა აღინიშნოს, რომ მუცლის ტიფის დროს პერიტონიტი შეიძლება განვითარდეს პერფორაციის გარეშეც. ცნობილია, რომ მუცლის ტიფის დროს ადგილობრივი ცვლილებები უმთავრესად გამოხატულია ნაწლავის ლიმფურ აპარატში — პეიერის ფოლაქებსა და სოლიტარულ ფოლიკულებში. პეიერის ფოლაქების მიდამოში დაწყლულების შედეგად ნაწლავის კედელი ზოგჯერ გამავალი ხდება ინფექციისათვის, ინფექცია გადადის პერიტონეუმის ღრუში, ამას კი მოჰყვება პერიტონიტი.

ტიფოზური პერიტონიტი პერფორაციის გარეშე პირველად აღწერა ფორჟემ (1841), რომელმაც მუცლისტიფიანის გაკვეთით დაადგინა პერიტონიტი პერფორაციის გარეშე. პერფორაციის გარეშე ტიფოზური პერიტონიტის შემთხვევა აღწერა ზ. ხასინმა, მ. მირ-კასიმოვმა, ა. არონინმა და სხვ. ჩვენს კლინიკაში გვყავდა ერთი ავადმყოფი ტიფოზური პერიტონიტით, რომელიც განვითარდა პერფორაციის გარეშე.

ტიფოზური წყლულის პერფორაციის შედეგად განვითარებული პერიტონიტის ქირურგიული მკურნალობა პირველად სცადა პიორიმ (1835); მან ამ მიზნით აწარმოვა მუცლის ღრუს პუნქცია. 1882 წ. ბუკლერმა მიუთითა, რომ ტიფოზური პერიტონიტის შემთხვევაში უნდა გაკეთდეს ლაპაროტომია და პერფორირებული ხვრელის გაკერვა. ტიფოზური პერფორაციის დროს ლაპაროტომია პერფორირებული ხვრელის გაკერვით პირველად გააკეთა მიკულიჩმა 1884 წელს, თერაპევტ ლეიდენის მითითებით. იმავე წელს ლიუკმმა პირველად აწარმოვა ნაწლავის რეზექცია ტიფოზური პერფორაციის შედეგად განვითარებული პერიტონიტის დროს.

რუსეთში პირველი ოპერაცია ტიფოზური პერფორაციის გამო გააკეთა მ. ცეიდლერმა (1891). 1897 წ. ა. ტროინოვმა აწარმოვა ნაწლავის სოლისებრი რეზექცია ტიფოზური პერფორაციის დროს.

არსებობს ტიფოზური პერფორაციის ოპერაციული მკურნალობის სამი მეთოდი: 1) პერფორირებული ხვრელის გაკერვა, 2) პერფორირებული ხვრელის გამოყენება ენტეროსტომიისათვის, 3) პერფორირებულ მიდამოს ნაწლავის სეგმენტური რეზექცია.

ტიფოზური პერფორაციის შედეგად განვითარებული პერიტონიტის შემთხვევაში ავადმყოფთა მეტად მძიმე კონტიგენტთან გვაქვს საქმე, უნდა ვეცადოთ, რომ ოპერაციული ჩარევა იყოს რაც შეიძლება დამზოგავი, ამიტომ არჩევით მეთოდად უნდა ჩაითვალოს პერფორირებული ხვრელის გაკერვა. თუ ნაწლავის მოკლე სეგმენტში ადგილი აქვს მრავლობით პერფორაციას, მაშინ მიზანშეწონილია ნაწლავის რეზექცია.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ფართოდ უნდა ჩატარდეს ერთი მხრივ, პერიტონიტის მკურნალობა, მეორე მხრივ — მუცლის ტიფის მკურნალობა.

პერიტონიტი განვითარებული მუცლის ღრუს ამა თუ იმ ორგანოზე წარმოებული ოპერაციის შემდეგ ერთ-ერთი მძიმე გართულებაა. სხვადასხვა ეტიოლოგიის დიფუზურ პერიტონიტთა შორის ოპერაციის შემდგომი პერიტონიტის ხვედრითი წონა არც ისე მცირეა. ს. ლუცენკოს მასალით 206 ავადმყოფიდან 30 ავადმყოფს განუვითარდა პერიტონიტი ოპერაციის შემდეგ.

ჩვენთან გატარებული 2097 ავადმყოფიდან დიფუზური პერიტონიტით ოპერაციის შემდგომი პერიტონიტი ჰქონდა 175-ს (8,3%).

ოპერაციისშემდგომი პერიტონიტი უფრო მეტად ვითარდება საჭმლის მომნელებელი სისტემის ავთვისებიანი სიმსივნის გამო ჩატარებული ოპერაციის შემდეგ. ამ მხრივ საინტერესო მონაცემებს იძლევა ვ. კურლოვი. მისი მასალით, 922 ავადმყოფიდან, რომლითაც ოპერაცია გაუკეთდათ კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის სიმსივნის გამო, ოპერაციის შემდგომი პერიტონიტისაგან დაიღუპა 49 (5,3%), ხოლო არასიმსივნური დაავადების გამო გაკეთებული 5930 ოპერაციის შემდეგ პერიტონიტისგან გარდაიცვალა 31 (0,5%). ჩვენი 175 ოპერაციის შემდგომი პერიტონიტიანი ავადმყოფიდან 74-ს იგი განუვითარდა მუცლის ღრუს ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნის გამო გაკეთებული ოპერაციის შემდეგ.

ოპერაციისშემდგომი პერიტონიტი კლინიკურად მძიმედ მიმდინარეობს და მაღალ ლეტალობას იძლევა. ამიტომ ყველაზე მნიშვნელოვანია მისი დროული გამოცნობა. ოპერაციისშემდგომი პერიტონიტის კლინიკური სურათი თავისებურია, დიაგნოსტიკა კი — რთული. დიაგნოსტიკის სიძნელე განპირობებულია, ჯერ ერთი, ავადმყოფის რეაქციით ოპერაციულ ტრავმაზე, მეორე — ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ტკივილდამაყუჩებელი საშუალებების, ანტიბიოტიკების ფართოდ გამოყენებით, რომლებიც ცვლიან პერიტონიტის კლინიკურ სურათს. ეს გარეგნება ყოველთვის უნდა გავითვალისწინოთ.

დიფუზური პერიტონიტის კლინიკური მიმდინარეობისათვის დამა-

ხასიათებელია სიმპტომთა მრავალრიცხოვნობა. არ არის მისთვის დამახასიათებელი პათოგნომური სიმპტომი. ცალკე აღებული თითოეული სიმპტომი ნეტად ვარიაბილურია, იცვლება დაავადების სტადიის მიხედვით, როგორც სიხშირის, ისე ინტენსიურობის მხრივ; ამავე დროს ყველა ეს სიმპტომები გვხვდება მუცლის ღრუს ორგანოების მწვავე ჩირურგიული დაავადებების დროსაც.

სულ სხვაგვარი კლინიკური მიმდინარეობა აქვს დიფუზურ პერიტონიტს ახალშობილთა, ბავშვთა, ჭაბუკთა ასაკში, ასევე ხანში შესულებსა და მოხუცებში. ასევე განსხვავდება დიფუზური პერიტონიტის კლინიკური მიმდინარეობა გამომწვევი მიზეზის შესატყვისად. სულ სხვაგვარად მიმდინარეობს ნაღვლოვანი პერიტონიტი, ვიდრე ქალის სასქესო ორგანოების მწვავე დაავადების ნიადაგზე განვითარებული დიფუზური პერიტონიტი.

დიფუზური პერიტონიტის დიაგნოსტიკა თითქოს არ უნდა იყოს რთული. ეს მართლაც ასეა პერიტონიტის შორსწასული ფორმის დროს, მაგრამ როცა საქმე ეხება ადრეულ დიაგნოზს, სწორედ აქ იჩენს თავს დიაგნოსტური სიძნელის ალტერნატივა. დიფუზური პერიტონიტისათვის დამახასიათებელია ტაქიკარდია, მაგრამ არის შემთხვევები, როდესაც ადგილი აქვს ბრადიკარდიას. ცნობილია, რომ პერიტონიტის დროს გამოხატულია ლეიკოციტოზი, ზოგჯერ კი ადგილი აქვს ლეიკოპენიას. დიფუზური პერიტონიტისათვის დამახასიათებელია ტემპერატურის მომატება, ხანდახან დაავადება მიმდინარეობს ნორმალური, ან სუბნორმალური ტემპერატურის ფონზე, და ა. შ. დიაგნოსტური სიძნელეები იმითაცაა განპირობებული, რომ ზოგჯერ დიფუზური პერიტონიტი ვითარდება მაშინ, როდესაც მას არ ველოდებით. მაგალითად, ნ. გერასიმენკო, ტ. ლინი, მ. კაფტანი აღწერენ თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაციასა და დიფუზურ პერიტონიტს ახალშობილებში. მაკ-ჰარვეი, ფრემნი, ფოქსი აღწერენ თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციას, რომელიც განუვითარდა ქალს მშობიარობის მეორე დღეს. ამ შემთხვევაში ადგილი არ ჰქონია მუცლის პრესის დაჭიმვას ან პერიტონიტის სხვა დამახასიათებელ მოვლენებს. ავადმყოფი უჩიოდა მხოლოდ გულისრევასა და ტკივილს ეპიგასტრიუმის შიდამოში. მესამე დღეს მას გაუკეთდა ოპერაცია. აღმოჩნდა თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია დიფუზური პერიტონიტით. რა თქმა უნდა, მშობიარობის მეორე დღეს მართლაც მოულოდნელია წყლულის პერფორაცია, რამაც განაპირობა დაგვიანებული დიაგნოსტიკა, შიუხედავად იმისა, რომ პერფორაცია მოხდა სტაციონარში. თითქმის ანალოგიური შემთხვევა გვქონდა ჩვენც. მოვვყავს ამონაწერი ავადმყოფის ისტორიიდან: ავადმყოფი ლ. ნ., ქალი, 35 წლის. ორსულობის მეცხრე თვეზე მოულოდნელად იგრძნო ტკივილი მუცელში.

ᲭᲝᲗᲐᲕᲡᲔᲡ რაᲘᲝᲜᲘᲡ ᲡᲐᲛᲨᲝᲑᲘᲐᲠᲝ ᲡᲐᲮᲚᲨᲘ, ᲘᲛᲨᲝᲑᲘᲐᲠᲐ ᲜᲐᲐᲓᲠᲔᲕᲐᲓ. ᲛᲨᲝᲑᲘᲐᲠᲝᲑᲘᲡ ᲨᲔᲛᲓᲔᲒ ᲓᲐᲔᲬᲧᲝ ᲒᲣᲚᲘᲡᲠᲔᲕᲐ, ᲞᲘᲠᲦᲔᲑᲘᲜᲔᲑᲐ, ᲒᲐᲜᲣᲕᲘᲗᲐᲠᲓᲐ ᲜᲐᲬᲚᲐᲕᲗᲐ ᲒᲐᲣᲕᲐᲚᲝᲑᲘᲡ ᲛᲝᲕᲚᲔᲜᲔᲑᲘ. ᲛᲨᲝᲑᲘᲐᲠᲝᲑᲘᲓᲐᲜ ᲛᲔᲡᲐᲛᲔ ᲓᲦᲔᲡ ᲒᲐᲡᲘᲜᲯᲐ ᲭᲘᲠᲣᲠᲒᲛᲐ, ᲠᲝᲛᲔᲚᲛᲐᲪ ᲓᲐᲐᲓᲒᲘᲜᲐ ᲜᲐᲬᲚᲐᲕᲗᲐ ᲓᲘᲜᲐᲛᲘᲙᲣᲠᲘ ᲒᲐᲣᲕᲐᲚᲝᲑᲐ. ᲐᲕᲐᲓᲛᲧᲝᲤᲡ ᲓᲐᲔᲜᲘᲨᲜᲐ ᲡᲘᲛᲞᲢᲝᲛᲐᲢᲣᲠᲘ ᲛᲙᲣᲠᲜᲐᲚᲝᲑᲐ. ᲛᲓᲒᲝᲛᲐᲠᲔᲝᲑᲐ ᲐᲠ ᲒᲐᲣᲛᲯᲝᲑᲔᲡᲓᲐ. ᲛᲔᲮᲣᲗᲔ ᲓᲦᲔᲡ ᲒᲐᲜᲛᲔᲝᲠᲔᲑᲘᲗ ᲒᲐᲡᲘᲜᲯᲐ ᲭᲘᲠᲣᲠᲒᲛᲐ. ᲛᲙᲣᲠᲜᲐᲚᲝᲑᲐ ᲘᲒᲘᲕᲔ ᲓᲐᲣᲜᲘᲨᲜᲐ. ᲕᲘᲜᲐᲘᲓᲐᲜ ᲐᲕᲐᲓᲛᲧᲝᲤᲘᲡ ᲛᲓᲒᲝᲛᲐᲠᲔᲝᲑᲐ ᲓᲦᲘᲗᲘ ᲓᲦᲔ ᲣᲐᲠᲔᲡᲓᲔᲑᲝᲓᲐ, ᲛᲔᲨᲕᲘᲓᲔ ᲓᲦᲔᲡ ᲒᲐᲓᲛᲝᲒᲖᲐᲕᲜᲘᲚᲘ ᲘᲧᲝ ᲩᲕᲔᲜᲗᲐᲜ ᲙᲚᲘᲜᲘᲙᲐᲨᲘ ᲜᲐᲬᲚᲐᲕᲗᲐ ᲒᲐᲣᲕᲐᲚᲝᲑᲘᲡ ᲓᲘᲐᲒᲜᲝᲖᲘᲗ. ᲨᲔᲛᲝᲡᲕᲚᲘᲡᲐᲡ: ᲖᲝᲒᲐᲓᲘ ᲛᲓᲒᲝᲛᲐᲠᲔᲝᲑᲐ ᲛᲫᲘᲛᲔ, ᲔᲜᲐ ᲛᲨᲠᲐᲚᲘ, ᲜᲐᲓᲔᲑᲔᲑᲘᲗ, ᲛᲣᲪᲔᲚᲘ ᲨᲔᲑᲔᲠᲘᲚᲘ, ᲡᲣᲜᲗᲥᲕᲐᲨᲘ ᲐᲠ ᲛᲝᲜᲐᲬᲘᲚᲔᲝᲑᲡ, ᲠᲝᲒᲝᲠᲪ ᲞᲔᲠᲙᲣᲡᲘᲘᲗ, ᲘᲡᲔ ᲖᲔᲠᲔᲚᲔ ᲞᲐᲚᲞᲐᲪᲘᲘᲗ ᲫᲚᲘᲔᲠ ᲛᲢᲙᲘᲕᲜᲔᲣᲚᲘ. ᲐᲥᲕᲡ ᲒᲣᲚᲘᲡᲠᲔᲕᲐ ᲓᲐ ᲞᲘᲠᲦᲔᲑᲘᲜᲔᲑᲐ. ᲐᲘᲠᲔᲑᲡᲐ ᲓᲐ ᲒᲐᲜᲐᲕᲐᲚᲡ ᲕᲔᲠ ᲒᲐᲛᲝᲧᲝᲤᲡ. ᲓᲘᲤᲣᲖᲣᲠᲘ ᲞᲔᲠᲘᲢᲝᲜᲘᲢᲘᲡ ᲒᲐᲛᲝ ᲒᲐᲣᲙᲔᲗᲓᲐ ᲡᲐᲡᲬᲠᲐᲤᲝ ᲝᲞᲔᲠᲐᲪᲘᲐ. ᲒᲐᲜᲐᲙᲕᲔᲗᲘ ᲒᲐᲢᲐᲠᲓᲐ ᲨᲣᲐ ᲮᲐᲖᲖᲔ. ᲒᲐᲘᲮᲡᲜᲐ ᲛᲣᲪᲚᲘᲡ ᲦᲠᲣ, ᲒᲐᲓᲛᲝᲕᲘᲓᲐ ᲓᲘᲓᲘ ᲠᲐᲝᲓᲔᲜᲝᲑᲘᲗ ᲩᲘᲠᲥᲘ. ᲡᲐᲨᲕᲘᲚᲝᲡᲜᲝ ᲒᲐᲓᲘᲓᲔᲑᲣᲚᲘ, ᲗᲘᲗᲘᲥᲛᲘᲡ ᲭᲘᲞᲐᲛᲓᲔ ᲐᲦᲬᲔᲕᲓᲐ, ᲓᲐᲤᲐᲠᲣᲚᲘ ᲘᲧᲝ ᲩᲘᲠᲥᲝᲕᲐᲜᲘ ᲜᲐᲓᲔᲑᲘᲗ. ᲓᲐᲗᲕᲐᲚᲘᲔᲠᲔᲑᲘᲡᲐᲡ ᲐᲦᲛᲝᲩᲜᲓᲐ ᲓᲔᲡᲢᲠᲣᲥᲪᲘᲣᲚᲘ ᲭᲘᲐᲜᲬᲚᲐᲕᲘᲡ ᲞᲔᲠᲤᲝᲠᲐᲪᲘᲐ. ᲭᲘᲐᲜᲬᲚᲐᲕᲘ ᲛᲝᲘᲙᲕᲔᲗᲐ, ᲛᲣᲪᲚᲘᲡ ᲦᲠᲣᲨᲘ ᲨᲔᲣᲧᲕᲐᲜᲘᲚᲘ ᲘᲥᲜᲐ 500.000 ᲔᲠᲗᲔᲣᲚᲘ ᲞᲔᲜᲘᲪᲘᲚᲘᲜᲘ, 1.0 ᲡᲢᲠᲔᲞᲢᲝᲛᲘᲪᲘᲜᲘ ᲒᲐᲮᲡᲜᲘᲚᲘ ᲜᲝᲕᲝᲙᲐᲘᲜᲘᲡ 0,25%-ᲐᲜᲘ ᲮᲡᲜᲐᲠᲘᲡ 50,0; ᲒᲐᲣᲙᲔᲗᲓᲐ ᲛᲘᲙᲠᲝᲘᲠᲘᲒᲐᲢᲝᲠᲘ ᲓᲐ ᲢᲐᲛᲞᲝᲜᲘ. ᲝᲞᲔᲠᲐᲪᲘᲘᲡ ᲨᲔᲛᲓᲒᲝᲛᲘ ᲞᲔᲠᲘᲝᲓᲘ ᲛᲫᲘᲛᲔ, ᲛᲘᲣᲮᲔᲓᲐᲕᲐᲓ ᲛᲘᲦᲔᲑᲣᲚᲘ ᲖᲝᲛᲔᲑᲘᲡᲐ, ᲐᲕᲐᲓᲛᲧᲝᲤᲘ ᲒᲐᲠᲓᲐᲘᲪᲕᲐᲚᲐ.

ᲐᲛᲠᲘᲒᲐᲓ, ᲠᲝᲓᲔᲡᲐᲪ ᲐᲕᲐᲓᲛᲧᲝᲤᲛᲐ ᲘᲒᲠᲫᲜᲝ ᲢᲙᲘᲕᲘᲚᲘ ᲛᲣᲪᲔᲚᲨᲘ, ᲣᲜᲓᲐ ᲕᲘᲤᲘᲥᲠᲝᲗ, ᲠᲝᲛ ᲛᲝᲮᲓᲐ ᲭᲘᲐᲜᲬᲚᲐᲕᲘᲡ ᲞᲔᲠᲤᲝᲠᲐᲪᲘᲐ, ᲠᲐᲛᲐᲪ ᲒᲐᲛᲝᲘᲬᲕᲘᲐ ᲮᲐᲐᲓᲠᲔᲕᲘ ᲛᲨᲝᲑᲘᲐᲠᲝᲑᲐ. ᲛᲬᲕᲐᲕᲔ ᲐᲞᲔᲜᲓᲘᲪᲘᲢᲘᲡᲐ ᲓᲐ ᲓᲘᲤᲣᲖᲣᲠᲘ ᲞᲔᲠᲘᲢᲝᲜᲘᲢᲘᲡ ᲤᲝᲜᲖᲔ ᲒᲐᲜᲕᲘᲗᲐᲠᲔᲑᲣᲚᲘ ᲒᲐᲣᲕᲐᲚᲝᲑᲐ ᲛᲘᲦᲔᲑᲣᲚᲘ ᲘᲧᲝ ᲛᲨᲝᲑᲘᲐᲠᲝᲑᲘᲡ ᲨᲔᲛᲓᲒᲝᲛ ᲓᲘᲜᲐᲛᲘᲙᲣᲠ ᲒᲐᲣᲕᲐᲚᲝᲑᲐᲓ ᲓᲐ ᲐᲕᲐᲓᲛᲧᲝᲤᲡ ᲓᲐᲔᲜᲘᲨᲜᲐ ᲙᲝᲜᲡᲔᲠᲕᲐᲢᲣᲚᲘ ᲛᲙᲣᲠᲜᲐᲚᲝᲑᲐ.

ᲓᲘᲤᲣᲖᲣᲠᲘ ᲞᲔᲠᲘᲢᲝᲜᲘᲢᲘᲡ ᲓᲠᲝᲡ, ᲒᲐᲜᲡᲐᲙᲣᲗᲠᲔᲑᲘᲗ ᲙᲘ ᲛᲘᲡ ᲜᲐᲐᲓᲠᲔᲕᲘ ᲡᲢᲐᲓᲘᲐᲨᲘ, ᲡᲐᲭᲘᲠᲝᲐ ᲓᲘᲤᲔᲠᲔᲜᲪᲘᲣᲚᲘ ᲓᲘᲐᲒᲜᲝᲖᲘᲡ ᲒᲐᲢᲐᲠᲔᲑᲐ ᲛᲗᲔᲚ ᲠᲘᲒ ᲓᲐᲐᲕᲐᲓᲔᲑᲔᲑᲗᲐᲜ, ᲞᲘᲠᲕᲔᲚᲧᲝᲕᲚᲘᲡᲐ, ᲛᲣᲪᲚᲘᲡ ᲦᲠᲣᲡ ᲝᲠᲒᲐᲜᲝᲔᲑᲘᲡ ᲛᲬᲕᲐᲕᲔ ᲭᲘᲠᲣᲠᲒᲘᲣᲚ ᲓᲐᲐᲕᲐᲓᲔᲑᲔᲑᲗᲐᲜ. ᲖᲝᲒᲘᲔᲠᲗ ᲨᲔᲛᲗᲮᲕᲔᲕᲐᲨᲘ ᲡᲐᲭᲘᲠᲝᲐ ᲓᲘᲤᲔᲠᲔᲜᲪᲘᲣᲚᲘ ᲓᲘᲐᲒᲜᲝᲖᲘᲡ ᲒᲐᲢᲐᲠᲔᲑᲐ ᲘᲛ ᲓᲐᲐᲕᲐᲓᲔᲑᲔᲑᲗᲐᲜ, ᲠᲝᲛᲚᲔᲑᲡᲐᲪ ᲙᲐᲕᲨᲘᲠᲘ ᲐᲠᲐ ᲐᲥᲕᲗ ᲛᲣᲪᲚᲘᲡ ᲦᲠᲣᲡ ᲝᲠᲒᲐᲜᲝᲔᲑᲗᲐᲜ. ᲛᲬᲕᲐᲕᲔ ᲞᲔᲠᲘᲢᲝᲜᲘᲢᲘᲡ ᲙᲚᲘᲜᲘᲙᲣᲠᲘ ᲡᲣᲠᲐᲗᲘ ᲨᲔᲘᲫᲚᲔᲑᲐ ᲒᲐᲜᲕᲘᲗᲐᲠᲓᲔᲡ ᲠᲔᲕᲛᲐᲢᲣᲚᲘ ᲓᲐᲐᲕᲐᲓᲔᲑᲘᲡ ᲤᲝᲜᲖᲔ. Ლ. ᲒᲔᲤᲢᲔᲠᲘᲡ ᲐᲦᲜᲘᲨᲕᲜᲘᲗ ᲠᲔᲕᲛᲐᲢᲘᲖᲛᲘᲡ ᲔᲠᲗ-ᲔᲠᲗ ᲗᲐᲕᲘᲡᲔᲑᲣᲠᲔᲑᲐᲡ ᲬᲐᲠᲛᲝᲐᲓᲒᲔᲜᲡ ᲞᲔᲠᲘᲢᲝᲜᲔᲐᲚᲣᲠᲘ ᲡᲘᲜᲓᲠᲝᲛᲘᲡ ᲒᲐᲛᲝᲕᲚᲘᲜᲔᲑᲐ. ᲐᲕᲢᲝᲠᲘᲡ ᲛᲝᲜᲐᲪᲔᲛᲔᲑᲘᲗ 1505 ᲠᲔᲕᲛᲐᲢᲘᲖᲛᲘᲡ ᲓᲐᲐᲕᲐᲓᲔᲑᲣᲚᲘᲓᲐᲜ 48-Ს (3,2%) ᲒᲐᲛᲝᲣᲕᲚᲘᲜᲓᲐ ᲞᲔᲠᲘᲢᲝᲜᲔᲐᲚᲣᲠᲘ ᲡᲘᲜᲓᲠᲝᲛᲘ.

შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულებს პრეკომატოზური და კომატოზური მდგომარეობის დროს ზოგჯერ გამოუვლინდებათ პერიტონიტის კლინიკური ნიშნები. დიაბეტური კომის დროს ფსევდოპერიტონიტის კლინიკური სურათი მთლიანად ემთხვევა პერიტონიტის კლინიკურ სურათს: ენის სიმშრალე, ტკივილი მუცელში, მაღალი ლეიკოციტოზი.

ზოგიერთ შემთხვევაში დიფერენციული დიაგნოზის გატარება საჭირო ხდება ისეთ დაავადებებთან, როგორიცაა პნეუმონია, განსაკუთრებით ბავშვთა ასაკში, პლევრიტი, ნეკნთაშუა ნერვების ნევრალგია, მენინგიტი, ურემია, ტაბესური კრიზი, გულის ინფარქტი, რეტროპერიტონეალური სივრცისა და მუცლის პრესის ჰემატომა, ხერხემლის ტრავმული დაზიანება და სხვა, როცა შეიძლება განვითარდეს ფსევდოპერიტონიტის მოვლენები.

დიფუზური პერიტონიტის მკურნალობა კომპლექსურია. ძირითად რგოლს წარმოადგენს ნაადრევი ოპერაცია, ინფექციის წყაროს ლიკვიდაციით. ასევე დიდი მნიშვნელობა აქვს კონსერვატიულ ღონისძიებებს, როგორც ოპერაციამდე, ისე ოპერაციის შემდგომ პერიოდში. ოპერაციის ძირითადი მიზანია, რაც შეიძლება სწრაფად მოხდეს ინფექციის წყაროს ლიკვიდაცია: აპენდიკულარული პერიტონიტის შემთხვევაში გაკეთდეს აპენდექტომია, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციისას ხვრელის ამოკერვა და ა. შ.

ოპერაციის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მომენტია მუცლის ღრუს განთავისუფლება გამონადენისაგან (ტუალეტი). ამ საკითხის შესახებ არსებობს ორი შეხედულება: ქირურგთა ერთი ნაწილი მომხრეა მუცლის ღრუს გამორეცხვისა რომელიმე ხსნარით (ფიზიოლოგიური, რივანოლი და სხვ.), მეორენი კი მომხრენი არიან მუცლის ღრუს განუფთავებისა — ტამპონებითა და ელექტროსაქაჩით. როგორც პირველ, ისე მეორე მეთოდს საფუძველი ჩაეყარა ჩვენი საუკუნის დასაწყისში. ორთავე მეთოდი იმთავითვე აზრთა სხვადასხვაობას იწვევდა, რაც დღემდე გრძელდება. ამჟამად ქირურგთა უმრავლესობა, მათ შორის ჩვენი კლინიკაც მომხრეა, მუცლის ღრუ გამონადენისაგან განთავისუფლდეს ელექტროსაქაჩისა და მშრალი ტამპონების გამოყენებით.

დიფუზური პერიტონიტის მკურნალობის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი საკითხია მუცლის ღრუს დრენირება და ტამპონირება. ჩვენს კლინიკაში დიფუზური პერიტონიტის მკურნალობის კომპლექსში ტამპონი გამოიყენება იმ შემთხვევაში, როდესაც მუცლის ღრუში სეროზულ-ჩირქოვანი გამონადენია, როცა მუცლის ღრუს ესა თუ ის ორგანო დესტრუქციულია ან არ არსებობს ინფექციის წყაროს სრული ლიკვიდაციის შესაძლებლობა.

დიფუზური პერიტონიტის მკურნალობის კომპლექსში ერთ-ერთი ძირითადი მომენტია ბრძოლა ინფექციის წინააღმდეგ, სხვადასხვა ანტიბაქტერიული საშუალებებით და, უპირველეს ყოვლისა, ანტიბიოტიკებით. დადგენილია, რომ გაცილებით ეფექტურია რამდენიმე ანტიბიოტიკის ერთდროულად გამოყენება. აღნიშნული საკითხი, დავას არ იწვევს, საკამათოა, თუ რომელი მეთოდით ჩატარდეს ანტიბიოტიკოთერაპია, კერძოდ, ანტიბიოტიკების კუნთებში ინექციით და მუცლის ღრუში ერთჯერადად შეყვანით, თუ მიკროირიგატორის გზით მუცლის ღრუში სისტემატური შეყვანით. ავტორთა უმრავლესობა თვლის, რომ პერიტონიტის მკურნალობის კომპლექსში ანტიბიოტიკები გამოყენებული უნდა იქნეს ერთდროულად, როგორც კუნთებში ინექციის, ისე მუცლის ღრუში მიკროირიგატორით შეყვანის გზით. ისმის კითხვა: რა რაოდენობით და რაში გაიხსნას მუცლის ღრუში შესაყვანი ანტიბიოტიკი (პენიცილინი, სტრეპტომიცინი). ჩვენი აზრით, უკეთესია ანტიბიოტიკები გაიხსნას ნოვოკაინის 0,25% ხსნარის 60—80 მლ-ში, ნოვოკაინის ზემოქმედებით ხდება ინტერორეცეპტორების მგრძნობელობის დაქვეითება, ტკივილის ინტენსივობის შემცირება; იგი ხელს უწყობს ნაწლავის პერისტალტიკის გაძლიერებას. ეს რაოდენობა ოპტიმალურია, რადგან ხსნარის უფრო დიდი რაოდენობით სისტემატურად შეყვანა, ისიც წნევის ქვეშ, ხელს შეუშლის მიკროირიგატორის შემოსაზღვრას. გარდა ამისა, გამხსნელის რაოდენობა, 50—60 მლ განსაზღვრავს ანტიბიოტიკის სასურველ კონცენტრაციას; რაც უფრო სუსტი კონცენტრაციის იქნება ანტიბიოტიკების ხსნარი, მით უფრო ნაკლებია შესაძლებლობა მუცლის შიგნითა შეხორცებების განვითარებისათვის.

ჩვენი საუკუნის 40-იან წლებში მთელი რიგი დაავადებებისა და მათ შორის დიფუზური პერიტონიტის მკურნალობის კომპლექსში ფართოდ არის გამოყენებული სულფამიდური პრეპარატები. სულფამიდური პრეპარატის დადებით ეფექტზე მიუთითებს მრავალი ავტორი. ანტიბიოტიკებთან ერთად სულფამიდური პრეპარატების გამოყენება მიზანშეწონილია და დადებით შედეგს იძლევა.

დიფუზური პერიტონიტის კლინიკურ მიმდინარეობაში ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია კუჭ-ნაწლავის პარეზს, თანდართულს ნაწლავთა დინამიკური გაუვალობით. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ზოგჯერ მიღებული კონსერვატიული ღონისძიებების მიუხედავად ნაწლავთა პარეზის მოვლენები პროგრესულობს. ამ შემთხვევაში დგება საკითხი საკიდი ენტეროსტომიის გამოყენების შესახებ. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ საკიდი ენტეროსტომიის შესახებ დღემდე არ არის აზრთა ერთიანობა. დიფუზური პერიტონიტის დროს საკიდი ენტე-

როსტომიის გამოყენება მიზანშეწონილია იმ შემთხვევაში. როდესაც ნაწლავები მთელ სიგრძეზე გაბერილია და გადავსებულია შიგთავსით. რომლის ლიკვიდირება კონსერვატიული ღონისძიებებით შეუძლებელია და ამასთან ერთად ნაწლავის მარყუჟს შენარჩუნებული აქვს პერისტალტიკის უნარი. უპირატესობა უნდა მიეცეს პირველად ენტეროსტომას, რომელიც საშუალებას მოგვცემს ოპერაციის პირველი დღიდანვე განვტვირთოთ კუჭ-ნაწლავი შიგთავსისაგან.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ყურადღება უნდა მიექცეს ავადმყოფის საწოლში მდებარეობას. ფოულერი გვირჩევს ავადმყოფი საწოლში მოთავსდეს ნახევრადწამომჯდარი, რაც ხელს შეუწყობს მუცლის ღრუდან შიგთავსის შეწოვის შემცირებას. ს. ფეოდოროვმა უარყო ფოვლერის ტიპური მდებარეობა. მისი აზრით, უმჯობესია საწოლის წამოწევა, ვიდრე ავადმყოფის ნახევრადმჯდომარ მდგომარეობაში ყოფნა.

ოპერაციის შემდეგ ჩვენ ყველა ავადმყოფს ვათავსებთ ე. წ. ფუნქციურ საწოლში ისე, რომ საწოლის თავის მხარე წამოწეულია დაახლოებით 40—50 სმ-ით, ოდნავ წამოწეულია საწოლის ბოლოც. ამგვარად, ავადმყოფი ჩამჯდარ მდგომარეობაშია. ამ პოზაში მცირე მენჯის ღრუ წარმოადგენს სხეულის ყველაზე დაბალ წერტილს და მასში გროვდება მუცლის ღრუში არსებული გამონადენი, რასაც დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს. ცნობილია, რომ მცირე მენჯის პერიტონეუმის შეწოვის უნარი გაცილებით უფრო სუსტია, ვიდრე სხვა მიდამოში, მეორე მხრივ ეს არის ერთ-ერთი პროფილაქტიკური ღონისძიება სუბდიაფრაგმული აბსცესის განვითარების წინააღმდეგ. აღნიშნულ პოზაში გაადვილებულია ფილტვისა და დიაფრაგმის სუნთქვითი ექსკურსიები, გულის მუშაობა.

დიფუზური პერიტონიტის დროს ორგანიზმი დიდი რაოდენობით კარგავს სითხეს. ამიტომ განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ბრძოლას დეჰიდრატაციის წინააღმდეგ, რისთვისაც ოპერაციის შემდეგ პირველ დღეებში ორგანიზმში ყოველდღიურად შეყვანილი უნდა იქნეს 3—3,5 ლ სითხე (ფიზიოლოგიური ხსნარი, გლუკოზის 5% ხსნარი). გარდა ამისა, ავადმყოფს უნდა გაუკეთდეს გლუკოზის 40%-იანი ხსნარი 20—30 მლ. ერთდროულად მიზანშეწონილია ინსულინის 16—20 ერთეულის ინექცია. ასეთი რეჟიმი უნდა გაგრძელდეს 4—5 დღეს.

დიდი მნიშვნელობა აქვს სისხლისა და სისხლშემცველების გადასხმას, რაც ხელს უწყობს ცილოვანი ცვლის ნორმალიზაციას და ორგანიზმის იმუნობიოლოგიური ძალების გაძლიერებას.

ოპერაციისშემდგომ პერიოდში განსაკუთრებული ყურადღება უნ-

და მიექცეს გულსისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციურ მდგომარეობას. ავადმყოფს ჩვენების მიხედვით ენიშნება ესა თუ ის საგულე საშუალება (კოფეინი, კორდიამინი, ეფედრინი, სტროფანტინი და სხვ.). თუ არტერიული წნევა დაქვეითდა, კარგ შედეგს იძლევა მეზატონი.

ავადმყოფს ენიშნება ქაფურის (20% — 3 მლ) ინექციები დღეში 3-ჯერ, 4—5 დღის განმავლობაში, ანტიბიოტიკებთან ერთად ეძლევა ესა თუ ის სულფამიდური პრეპარატიც.

კუჭ-ნაწლავის პარეზის წინააღმდეგ ბრძოლის საუკეთესო საშუალებაა კუჭის სისტემატური გათავისუფლება ცხვირიდან გატარებული ზონდით, რომელიც შეიძლება კუჭში ჩატოვებული იქნეს 1 საათის განმავლობაში. ა. ბელიაევი წარმატებით იყენებს გრძელ ზონდს, რომელიც კუჭის გზით გადაყავს წვრილი ნაწლავის ადორალურ ნაწილში.

ნაწლავთა პერისტალტიკის გაძლიერების მიზნით გამოიყენება პროზერინის 0,05% ხსნარი 1—2 მლ ან 0,1% ფიზოსტიგმინი. რეკომენდირებულია პიტუიტრინის ინექცია. რ. ვასილევი ნაწლავთა პარეზის წინააღმდეგ წარმატებით იყენებს ნიბუფინს. კარგად მოქმედებს ჰიპერტონიული ხსნარის 50—60 მლ ვენაში შეყვანა, ორმხრივი პარანეფრალური ბლოკადა.

დიფუზური პერიტონიტის გამო ლეტალობა უკანასკნელ წლებში თვალსაჩინოდ შემცირდა, რაც განპირობებულია სასწრაფო-სამედიცინო დახმარების ორგანიზაციის გაუმჯობესებით, ავადმყოფთა დროული გამოვლინებითა და ადრეული ოპერაციით, ანტიბიოტიკების ფართოდ გამოყენებით.

ჩვენთან გატარებული 2097 ავადმყოფიდან დიფუზური პერიტონიტის შემთხვევიდან ოპერაცია გაუკეთდა 1883 ავადმყოფს (83,8%). 49 (2,3%) ავადმყოფი მეტად მძიმე მდგომარეობაში იყო და მიღებიდან პირველსავე საათში გარდაიცვალა უოპერაციოდ, 165 (7,8%) ავადმყოფი გარდაიცვალა ოპერაციის შემდგომი პერიტონიტისაგან. 1883 ოპერირებული ავადმყოფიდან გარდაიცვალა 643 (34,04%). საერთო ლეტალობა 2097 ავადმყოფიდან, თუ ჩავთვლით 49 ავადმყოფს, რომლებიც უოპერაციოდ გარდაიცვალნენ, და 165-ს დაღუპულს ოპერაციისშემდგომი პერიტონიტით, შეადგენს 40,5%-ს. უკანასკნელ წლებში ჩვენთანაც აღინიშნება ლეტალობის საგრძნობი შემცირება. მაგალითად, თუ 1919 — 1928 წწ. იგი შეადგენდა 58,9%-ს, 1959—1965 წწ. 19,2%-ს უდრიდა.

დიფუზური პერიტონიტის მკურნალობის კომპლექსში ანტიბიოტიკები გამოყენებულია 1092 ავადმყოფზე, რომელთაგან გარდაიცვალა 238 (21,7%), სულფამიდური პრეპარატებით მკურნალობა ჩაუტარდა 141 ავადმყოფს, გარდაიცვალა 43 (30,5%), ხოლო 806 ავადმყოფი-

დან, რომლებიც კლინიკაში გატარებულია სულფამიდური პრეპარატებისა და ანტიბიოტიკების შემოღებამდე, გარდაიცვალა — 410 (50,8%).

აქვე აღვნიშნავთ, რომ გ. ხომერიკმა შეისწავლა დიფუზური პერიტონიტის ეტიოლოგიის, პათოგენეზისა და მკურნალობის ზოგიერთი საკითხი 1919—1965 წლების კლინიკის მასალაზე. ცნობილია, რომ დიფუზური პერიტონიტისას პათოლოგიური პროცესი ვრცელდება ორგანიზმის ყველა სისტემასა და ორგანოზე. აღნიშნულიდან გამომდინარე, გ. ხომერიკმა შეისწავლა ზოგიერთი შინაგანი ორგანოს ფუნქციის მაჩვენებელი დიფუზური პერიტონიტის დროს; მის მიერ შესწავლილია აგრეთვე პერიტონეუმისა და ბადექონის კაპილარული ქსელის ცვლილებები ექსპერიმენტული პერიტონიტის დროს.

მოტეხილობათა მკურნალობა

ავადმყოფთა დემონსტრაცია: ოპერაციის შემდგომ განვითარებული მწვავე პანკრეატიტი, წვრილი ნაწლავის ფლეგმონა, საკვერცხის კისტა, ფილტვის უცხო სხეული

ავადმყოფი გ. ნ., ქალი, 61 წლის, მიღებულია კლინიკაში კისრის წინა ზედაპირზე სიმსივნური წარმონაქმნით. უჩივის ზოგად სისუსტეს, გულის ფრიალს, სხეულის კანკალს, გამხდრობასა და ყლაპვის გაძნელებას.

ავადმყოფის გადმოცემით, 28 წლის წინათ, კისრის წინა ზედაპირზე შეამჩნია მცირე ზომის სიმსივნური კვანძი. 3 წლის წინათ კი შეამჩნია მეორე კვანძი, რომელიც ზომაში თანდათანობით მატულობდა, რასაც თან დაერთო სიგამხდრე.

წარსულში რამდენიმე ოპერაცია გაიკეთა: საშვილოსნოს გამოვარდნის, მწვავე აპენდიციტისა და ბუასილის გამო, ამოკვეთილი აქვს მარჯვენა თირკმელი.

შემოსვლისას: ავადმყოფი კახექსიურია, მკვეთრად გამოხატული აქვს ტრემორი, მყარი წითელი დერმოგრაფიზმით, მაჯისცემა — 114, სუსტი ავსებისა და დაჭიმულობის, გულის საზღრები გადიდებული, ტონები მოყრუებული.

ფარისებრი ჯირკვლის მარცხენა წილიდან გამოდის ერთმანეთთან დაკავშირებული ორი კვანძი. მკვრივი კონსისტენციის, ხორკლიანი ზედაპირით უმტკივნეულო; ერთი კვანძის ზომაა 5×6 სმ, მეორესი—7×6 სმ. ძირითადი ცვლა +17%.

ავადმყოფის კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევების საფუძველზე დაისვა დიაგნოზი: Adenoma thyreotoxsica carcinomatodes გაუკეთდა ოპერაცია (ადგილობრივი ანესთეზია). კვანძები ვრცელ შეხორცებაშია ტრაქეასა და ირგვლივ მდებარე ქსოვილებთან, შეხორცებები გაითიშა და კვანძები ამოღებული იქნა.

ოპერაციის მომენტში ავადმყოფმა იგრძნო ძლიერი ტკივილი მუცლის არეში; ოპერაციის მსვლელობაში ძალიან წუხდა და მოუსვენრად იყო. ავადმყოფმა აღნიშნა, რომ წინა დღით ბევრი ჭამა. ოპერაციის შემდგომ მოელი ყურადღება გულ-სისხლძარღვთა სისტემას მიექცა და მუცელში აუტანელი ტკივილი გადამეტებული საკვების მიღებით იყო ახსნილი. მუცელში განვითარებულმა ტკივილმა თანდათანობით

ი'ატა და ბოლოს დაფარა ოპერაციით გამოწვეული ტკივილი. მიუხედავად ჩატარებული მკურნალობისა, ოპერაციიდან 18 საათის შემდეგ, ავადმყოფი გარდაიცვალა. გაკვეთით დადგინდა მწვავე პანკრეატიტი.

ინტერესს წარმოადგენს ოპერაციის მსვლელობაში განვითარებული იშვიათი გართულება — მწვავე პანკრეატიტი.

ავადმყოფი მამაკაცი, 42 წლის, მიღებულია კლინიკაში, როგორც სასწრაფო შემთხვევა ძლიერი ტკივილით მუცელში, ნაწლავთა გაუვალობით. ავადმყოფის გადმოცემით 22 საათის წინ იგრძნო ძლიერი ტკივილი მუცელში, რასაც თან დაერთო შემცივნება და ტემპერატურის მომატება. ავადმყოფი ბინაზე გასინჯა ექიმმა. ეჭვი მიიტანა კვებით ინტოქსიკაციაზე, ამოურეცხა კუჭი, მაგრამ უშედეგოდ. მდგომარეობა თანდათანობით გაუარესდა და მოიყვანეს კლინიკაში.

შემოსვლისას: ავადმყოფის მდგომარეობა მძიმე. მუცლის ძლიერი ტკივილის გამო მოუსვენრადაა. ენა სველი, უნადებო. მუცელი ოდნავ შებერილი, პალპაციით რბილი, მტკივნეულია ჭიპის ირგვლივ, უფრო მარცხნივ. აირებსა და განავალს ვერ გამოყოფს.

მაჯისცემა 102, რითმული. სუსტი ავსებისა და დაჭიმულობის ტემპერატურა — 38°, ლეიკოციტები — 12.800.

მიღებისთანავე გაუკეთდა ჰიპერტონიული ხსნარის ოყნა, გამოვიდა აირები და განავალი, ავადმყოფმა შვება იგრძნო. მაგრამ რამდენიმე საათის შემდეგ ისევ დაეწყო ძლიერი შეტევითი ხასიათის ტკივილი, რასაც დაერთო გულისრევა. ეჭვი მიტანილია მწვავე აპენდიციტზე. გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია (ადგილობრივი ანესთეზია), გატარდა ლენანდერის განაკვეთი. გაიხსნა მუცლის ღრუ. გამოვიდა თხელი კონსისტენციის მოყვითალო ფერის ჩირქი. დათვალიერდა ჭიანაწლავი, რომელიც განიცდიდა მეორად ცვლილებას. ჭიანაწლავი ამოიკვეთა. მუცლის ღრუში დიდი რაოდენობით იყო ჩირქი, ხოლო ჭიანაწლავი განიცდიდა მეორად ცვლილებას, რაც არ შეესაბამებოდა და არ განაპირობებდა მუცლის ღრუში ჩირქს. ეჭვი იქნა მიტანილი კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციაზე. ჭრილობა დაიხურა და გატარდა ახალი განაკვეთი, შუა ხაზზე მახვილისებრი მორჩიდან ჭიპამდე. გაიხსნა მუცლის ღრუ, გადმოვიდა დიდი რაოდენობით ჩირქი, რომელიც ამომშრალდა. გავსინჯეთ კუჭი, თორმეტგოჯა ნაწლავი, ნაღვლის ბუშტი, მაგრამ რაიმე პათოლოგია არ გამოვლინდა. შემდგომი დათვალიერებისას აღმოჩნდა ურთიერთშორის შეხორცებული წვრილი ნაწლავის მარყუჟები, იქვეა მიხორცებული ბადიქონი. ნაწლავის მარყუჟები დაფარულია ფიბრინოზული ნადებებით. წვრილი ნაწლავის ჯორჯალი შეშუპებულია, სისხლძარღვების პულსაცია არ შეიგრძნობა. წვრილი ნაწლავის მარყუჟი შეშუპებულია, ციანოზური. გაკეთდა წვრი-

ლი ნაწლავის რეზექცია, საღი ქსოვილის ფარგლებში. შერთული დაედო პირით-პირში. მუცლის ღრუ ამოუსუფთავდა; შეყვანილია 1.000.000 ერთეული პენიცილინი, 1.0 სტრეპტომიცინი გახსნილი ნოვოკაინის 0,25%-იანი ხსნარის 40,0. ჩაიდო ორი მიკროირიგატორი. ჭრილობა დაიხურა. ოპერაციის მსვლელობაში გადაესხა თანამოსახელე ჯგუფის სისხლი.

რეზექცირებული წვრილი ნაწლავის სიგრძეა 90 სმ, მისი კედელი შეშუპებული და გასქელებულია. ლორწოვანი გარსი ძლიერ შეშუპებულია. პრეპარატის მაკროსკოპული და მიკროსკოპული გამოკვლევით დადგენილია წვრილი ნაწლავის ფლეგმონა.

ოპერაციის შემდეგ დაენიშნა პენიცილინი, სტრეპტომიცინი კუნთებსა და მიკროირიგატორში, ფიზიოლოგიური და გლუკოზის 5% ხსნარი, საგულე საშუალებანი. პირველ დღეებში ავადმყოფს მუცელი შეებერა, განუვითარდა დინამიკური გაუვალობა, დაეწყო გულისრევა და პირღებინება. მიღებული ზომების შემდეგ მდგომარეობა თანდათანობით გაუმჯობესდა. გაეწერა გაჯანსაღებული.

დემონსტრაციის ინტერესს წარმოადგენს დაავადების იშვიათობა. ლიტერატურაში ნაწლავის ფლეგმონის 200-მდე შემთხვევის აღწერილობაა გამოქვეყნებული. მათ შორის თ. სიხარულიძის მიერ. ავტორთა უმრავლესობას ამ დაავადებით ერთეული ავადმყოფი გაუტარებია. აღნიშნულის გამო ნაწლავის ფლეგმონა, მისი კლინიკური ნიშნები ექიმთა ფართო მასებისათვის ნაკლებად არის ცნობილი. დაავადების გამოცნობა, უმეტეს შემთხვევაში ოპერაციის დროს, ან სასექციო მაგიდაზე ან ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევის დროს ხდება.

ავადმყოფი ქალი, 45 წლის, მიღებულია კლინიკაში მუცელში ყრუ ხასიათის ტკივილით, მუცლის შებერილობით. უჩივის წონაში დაკლებას და სუბფებრილურ ტემპერატურას. ავად არის ორი თვეა. დაავადება დაეწყო თანდათანობით მუცლის შებერვით, რასაც დაერთო ყრუ ხასიათის ტკივილი.

შემოსვლისას: მაჯისცემა 82′, რითმული, საშუალო ავსებისა და დაჭიმულობის, გულის მარცხენა საზღვარი ოდნავ გადიდებულია, ტონები შოყრუებული, სისხლის არტერიული წნევა 130/90 მმ ს. ს.

მუცელი შებერილი, გარშემოწერილობა—112 სმ, დაჭიმული, სითნის დაგროვების გამო, პალპაციით სუსტად მტკივნეული. ღვიძლის, ელენთისა და თირკმლების გასინჯვა არ ხერხდება, Caput meduse კარგად არის გამოხატული.

რენტგენოლოგიურად: ფილტვების ემფიზემა, დიაფრაგმა მაღლა დგას, გული მწოლიარე, მარცხენა საზღვარი გადიდებული, აორტის კედელი გამოზნექილი.

კუჭ-ნაწლავის გაშუქებისას აღმოჩნდა კუჭის ანტრალური ნაწილისა და სხეულის ქვემო ნახევრის ზემოთ გადანაცვლება.

ავადმყოფი კონსულტირებული იყო მაღალკვალიფიციური გინეკოლოგის მიერ. სასქესო ორგანოების მხრივ პათოლოგია არ აღმოაჩნდა.

ავადმყოფის კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევის საფუძველზე გამოითქვა მოსაზრება, რომ შესაძლოა საქმე გვქონდეს ღვიძლის ციროზთან. ვინაიდან დაავადება პროგრესიულობდა, მუცლის გარშემოწერილობა მატულობდა, სითხის ზეწოლის გამო გაუძნელდა სუნთქვა და გაუძლიერდა ქოშინი, კონსერვატიულმა მკურნალობამ კი შედეგი არ მოგვცა, მიზანშეწონილად იქნა მიჩნეული ოპერაციის გაკეთება.

გაუკეთდა ოპერაცია (ადგილობრივი ანესთეზია), განაკვეთი გატარდა შუა ხაზზე. გაიხსნა მუცლის ღრუ, აღმოჩნდა დიდი კისტოზური წარმონაქმნი, რომელიც მთლიანად ავსებდა მუცლის ღრუს. ჭრილობის შემოფარგვლის შემდეგ გაუკეთდა პუნქცია. მიღებულია მოყავისფრო სითხე, რომელიც ამოიქაჩა. სითხის რაოდენობა 15 ლ.

პირველ ხანებში იგი მიჩნეულ იქნა პანკრეასის კისტომად, მაგრამ დათვალიერებით გამოირკვა, რომ კისტა გამომდინარეობს მარცხენა საკვერცხიდან, მიხორცებულია დიდ ბადექონთან, ნაწლავის მარყუჟსა და მუცლის წინა კედელთან. შეხორცებებიდან განთავისუფლების შემდეგ კისტა ამოიკვეთა. მუცლის ღრუში შეყვანილ იქნა პენიცილინისა და სტრეპტომიცინის ხსნარი, ჩაიდო მიკროირიგატორი, ჭრილობა დაიხურა.

კისტის შიგთავსის ლაბორატორიული გამოკვლევა: კისტის შიგთავსი მომწვანო-მოყვითალო ფერის, მღვრიე, ხვედრითი წონა 1023, ცილა — 3,3%, რივალტის რეაქცია — დადებითი. დიასტაზა — 8 ერთეული, ნალექში ჩირქოვანი ბურთულები, ერითროციტები. შეღებვის შემდეგ აღმოჩენილია ლეიკოციტები, სჭარბობს ნეიტროფილები.

კისტის კედლის ჰისტოლოგიური შესწავლით დადგინდა ფიბროზი. ოპერაციის შემდგომ გართულება არ ჰქონია.

საინტერესოა საკვერცხის დიდი ოდენობის კისტის იშვიათობა და ოპერაციამდელი დიაგნოსტიკის სიძნელე.

ავადმყოფი მამაკაცი, 36 წლის, მიღებულია კლინიკაში ტკივილით გულმკერდის მარჯვენა ნახევარში, პირიდან პერიოდულად სისხლისდენითა და ხველებით.

როგორც ავადმყოფი გადმოგვცემს, დიდ სამამულო ომში მიიღო ჭრილობა გულმკერდის მარჯვენა ნახევარში ცეცხლმსროლელი იარაღით, რომელიც გამავალი არ იყო. მოათავსეს ჰოსპიტალში, სადაც ჩა-

უტარდა კონსერვატული მკურნალობა (შეხვევები, სისხლის გადასხმა) და ორი თვის შემდეგ გაეწერა მოქმედ არმიაში, რის შემდეგ კიდევ სამჯერ მიიღო ჭრილობა სხეულის სხვადასხვა მიდამოში.

გულმკერდის მარჯვენა ნახევარში ჭრილობის მიღებიდან 11 წლის შემდეგ პირველად იგრძნო ტკივილი, პირიდან დაეწყო სისხლის დენა, ჰერ იშვიათად და მცირე რაოდენობით, შემდეგ კი სისხლის დენამ იმატა, რის გამოც მოთავსდა რაისაავადმყოფოში, შემდეგ კი გადმოგზავნეს ჩვენთან.

შემოსვლისას: მაჯისცემა 90′, რითმული, სუსტი ავსებისა და დაჭიმულობის, კანი და ხილული ლორწოვანი გარსები მკრთალი ფერისა, კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი სუსტადაა განვითარებული. გულმკერდის მარჯვენა ნახევარში, წინა აქსილარულ ხაზზე, მე-5 ნეკნის დონეზეა 0,5 სმ სიგრძის ძველი ნაწიბური. ფილტვის ექსკურსია მარჯვნივ ოდნავ შესუსტებულია. აუსკულტაციით მარჯვენა ფილტვის ქვემო ნაწილში გაფანტულია ხიხინი.

რენტგენოლოგიურად: მარჯვენა ფილტვის ქვემო წილში დიაფრაგმიდან 3 სმ დაშორებით აღინიშნება უცხო სხეული (ტყვია), რომელიც მდებარეობს უკანა აქსილარულ ხაზზე.

რადგან უცხო სხეული გამოვლინდა მისი გართულებით, გადაწყდა უცხო სხეულის ამოღება. გაუკეთდა ოპერაცია — განაკვეთი გატარდა ხერხემლიდან მარჯვენა ძუძუს დვრილამდე. გადაიკვეთა მე-7—8 ნეკნი. გაიხსნა გულმკერდის ღრუ. ფილტვის დათვალიერებისას აღმოჩნდა ქვემო წილის ზედაპირზე დანაწიბურებული კერა 0,5 სმ ოდენობის. ფილტვში დაახლოებით 5 სმ სიღრმეზე აღმოჩნდა უცხო სხეული (ტყვია), რომელიც ამოვიღეთ. ჭრილობაში შეყვანილია პენიცილინის ხსნარი, ჩაიდო მიკროირიგატორი და დაიხურა.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში გართულება არ აღნიშნულა. გაეწერა გაჯანსაღებული.

დემონსტრაციის ინტერესს წარმოადგენს ფილტვის უცხო სხეული, რომელიც ხანგრძლივი დროის განმავლობაში არავითარ კლინიკურ გამოვლენას არ იძლეოდა. უკანასკნელ პერიოდში იგი გამოვლინდა ფილტვიდან სისხლის დენით. ამიტომაც ოპერაციის გაკეთება დასაბუთებულია და მკურნალობაც ეფექტური აღმოჩნდა.

ერთ ან ორ ლექციაზე შეუძლებელია სრულად გავაშუქოთ ძვლების მოტეხილობის საკითხი. მეორეს მხრივ ეს საკითხი იმდენად ნაცნობია, რომ თითქოს მასზე ბევრი სათქმელიც აღარ გვრჩება, მიუხედავად ამისა, ჩვენ მიზანშეწონილად მიგვაჩნია ჰოსპიტალური ქირურგიის კურსის გავლისას შევეხოთ მოტეხილობის კლინიკასა და მკურნალობის ზოგიერთ პრინციპულ საკითხს.

პირველ რიგში ხაზი უნდა გაესვას განსხვავებას ღია და დახურულ მოტეხილობას შორის. უძველესი დროიდან ღია მოტეხილობას გართულებულ მოტეხილობას უწოდებენ. ეს იმიტომ, რომ ამ დროს კანის მთლიანობა დარღვეულია, არის ჭრილობა, რომლის ინფიცირება ჩვეულებრივი მოვლენაა და ვითარდება მთელი რიგი მძიმე გართულებები, როგორც ადგილობრივი, ისე ზოგადი ხასიათისა. სწორედ ამიტომ ღია მოტეხილობის დროს პირველ რიგში საკითხი დგას, რაც შეიძლება სწრაფად მივიღოთ ზომები ინფექციის წინააღმდეგ. ღია მოტეხილობის დროს უნდა მოხდეს ჭრილობის პირველადი დამუშავება. ამრიგად, ღია მოტეხილობის დროს საკითხი დგას მოტეხილობის ოპერაციული მკურნალობის შესახებ. ჭრილობის დამუშავების მასშტაბი ყოველთვის ერთნაირი არ იყო. ქირურგიის განვითარებასთან დაკავშირებით იცვალა სახე ოპერაციულმა ჩარევამ. იგი უფრო რადიკალური გახდა ანტისეპტიკის განვითარებისა და ანტიბიოტიკების გამოყენების საფუძველზე.

ჭრილობის პირველადი დამუშავების ეფექტურობა დიდად არის დამოკიდებული დროის ფაქტორზე, ე. ი. სანამ განვითარდებოდეს დაჩირქება და სეპსისი. ეს საკითხი შედარებით უფრო ადვილი გადასაწყვეტია მშვიდობიან პირობებში. ომიანობის დროს კი ჭრილობის პირველადი დამუშავება და გაკერვა დაკავშირებულია მთელ რიგ საშიშროებასთან. მით უმეტეს, რომ ავადმყოფის ევაკუაციის პირობებში მკურნალ ექიმს შემდგომი დაკვირვებების საშუალება არა აქვს.

მოტეხილობის მკურნალობის საქმეში შემდეგი საკითხია ფსევდართროზის განვითარების შესაძლებლობა. ღია მოტეხილობის დროს. როცა ქსოვილები ძალზე დაზიანებულია ძვლის მოტეხილ ბოლოებს შორის მოთავსებულია რბილი ქსოვილები და თუ ინფექციაც დაერთო, ბუნებრივია, რომ კონსოლიდაციის არახელსაყრელი პირობები არსებობს. მაგრამ ამ შემთხვევაშიც ხშირია პარადოქსები. ჩვენ გვინახავს დაჭრილები ომის დროს და მშვიდობიან პირობებშიც, ღია დაჩეჩქვილი მოტეხილობით და მიუხედავად კონსოლიდაციის არახელსაყრელი პირობებისა, მაინც კარგი და მტკიცე კორძი განვითარებულა. მეორე მხრივ ჩვეულებრივი მოტეხილობის დროს, მაგალითად, წვივის ძვლების დახურული მოტეხილობის შემთხვევაში, მიუხედავად იმობილიზაციისა, კორძი არ ვითარდება და ყალიბდება ყალბი სახსრის ყველა დამახასიათებელი ნიშნით. ეს პარადოქსები იმით არის გამოწვეული, რომ გარდა ადგილობრივი პირობებისა, ძვლის კორძის განვითარებისათვის მნიშვნელობა აქვს ორგანიზმის ზოგად მდგომარეობას, რომელიც განსაზღვრავს ძვლის კორძის განვითარებას. ეს საკითხი რთულია, არსებობს მრავალი მოსაზრება და სპეციალური გამოკვლევები, რომელთა განხილვას ჩვენ აქ არ შევუდგებით, მხოლოდ აღვნიშნავთ,

რომ ძვლის მოტეხილობასთან დაკავშირებული ყველა საკითხის შესწავლა კლინიკურად, ავადმყოფზე, არ შეიძლება; საჭიროა ექსპერიმენტის ჩატარება ცხოველებზე. მართალია, არის ისეთი აზრი, რომ ცხოველებზე ჩატარებული ექსპერიმენტის მიხედვით ადამიანზე მსჯელობა არ შეიძლება, მაგრამ აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ არ ღირს ამ სხვაობის გაზვიადება. ადამიანს, როგორც ცოცხალ ორგანიზმს, ბევრი საერთო აქვს ცხოველთან. მაგალითად, როცა საქმე ეხება ჰორმონებს, საკითხი წყდება უბრალოდ, რადგან, ადამიანის, ისე ძაღლის ან ხარის ჰორმონალური სისტემა ძალიან ჰგავს ერთმანეთს. ცხოველის ენდოკრინული ჯირკვლის გამონაწვლილი, ერთნაირად მოქმედებს ადამიანის სათანადო ჰორმონალურ სისტემაზე. სწორედ ამიტომ შესაძლებელია ადამიანის ჰორმონის შეცვლა ცხოველის ჰორმონით. იგივე შეიძლება ითქვას მოტეხილობაზე; კალციუმის დონე სისხლში ისეთსავე გავლენას ახდენს ადამიანის მოტეხილ ძვლებზე, როგორც ცხოველისაზე. როცა ზოგ ავადმყოფს ძვლის მოტეხილობის დროს კორძი არ უვითარდება, მიუხედავად იმისა, რომ მოტეხილი ბოლოები იდეალურად იყო დაყენებული, საქმე გვაქვს სწორედ ზოგადი ხასიათის ცვლილებებთან.

გ. ბოჭორიშვილის მიერ საინტერესო ექსპერიმენტებია ჩატარებული, რომელმაც შეისწავლა ცენტრალური ნერვული სისტემის გავლენა ძვლის ქსოვილის რეგენერაციაზე.

ჩონჩხის ძვლების მოტეხილობის მკურნალობის ისტორია უძველესი დროიდან მომდინარეობს, მაგრამ შედარებით დაწვრილებითი ცნობებია ჰიპოკრატეს შრომებში.

კარგად არის ცნობილი ჰიპოკრატეს ნაშრომები „მოტეხილობები“ და „სახსრები“. მათში გაშუქებულია მოტეხილობის მკურნალობის რიგი საკვანძო საკითხები, რომლითაც ეხლაც ვხელმძღვანელობთ. ასე მაგალითად, ჰიპოკრატე არჩევს მარტივ და რთულ მოტეხილობას, მის მიერ არის დამუშავებული იმობილიზაციის მეთოდები, მუდმივი დაჭიმვის მეთოდი და სხვ.

მოტეხილობის მკურნალობის სამი ძირითადი მეთოდია ცნობილი: მკურნალობა საიმობილიზაციო ნახვევით, მუდმივი დაჭიმვითა და ოპერაციული გზით.

ლულოვანი ძვლების მოტეხილობის მკურნალობის ძირითადი პრინციპია: მოტეხილი ძვლების მთლიანობისა და დაზიანებული კიდურის ფუნქციის აღდგენა. ამისათვის საჭიროა მოტეხილი ძვლების ფრაგმენტების აღდგენა, ე. ი. მათი რეპოზიცია, რეპონირებული ფრაგმენტების სწორად დგომის შენარჩუნება კონსოლიდაციის განვითარებამდე, დაზიანებული კიდურის ფუნქციის სრული აღდგენა, დროული ფუნქ-

ციური მკურნალობის გამოყენებით. მოტეხილობის მკურნალობის საქმეში მიღებულია გარკვეული პროგრესი.

მოტეხილობის სამკურნალოდ მოწოდებულია უამრავი საიმობილიზაციო ნახვევი და არტაშანი, იმ მიზნით, რომ მოტეხილი ძვალი უძრავად იყოს გარკვეული დროის განმავლობაში, ე. ი. კონსოლიდაციის განვითარებამდე. საიმობილიზაციო ნახვევად ყველაზე უფრო ხშირად გამოიყენება სახამებელი, წებო, თხიერი მიწა, ალებასტრი, თაბაშირი და სხვ. თაბაშირის ნახვევი საიმობილიზაციოდ პირველად გამოიყენა ჰოლანდიელმა ექიმმა ჰენდრიხმა (1814).

ნ. პიროგოვმა 1850—1851 წლებში საფუძვლიანად დაამუშავა თაბაშირის ნახვევის დადების ტექნიკა და განსაზღვრა მისი ჩვენებებისა და წინააღმდეგ ჩვენებების საკითხი. განსაკუთრებით ყურადსაღებია თაბაშირის გამოყენება ომის პირობებში. ნ. პიროგოვმა წამოაყენა მოტეხილობის მკურნალობის ერთ-ერთი ძირითადი დებულება და აღნიშნა — „ჩემთვის წარმოუდგენელია დამზოგველი მკურნალობა ძვლის მოტეხილი ბოლოების უძრაობის გარეშეო". თაბაშირის ნახვევის გამოყენების შესაძლებლობის შესახებ ნ. პიროგოვი წერდა: „სევასტოპოლამდე თითქმის ერთნახევარი წლით ადრე მე პირველად ვნახე ერთ მოქანდაკესთან თაბაშირის ხსნარის მოქმედება ტილოზე. ძე ვიფიქრე, რომ ის შეიძლება გამოყენებული იქნეს ქირურგიაში". 1854 წ. ყირიმის ომის დროს ნ. პიროგოვმა გამოიყენა თაბაშირის ყრუ ნახვევი კიდურების ძვლების მოტეხილობის სამკურნალოდ. ნ. პიროგოვი თაბაშირის ნახვევს დიდ მნიშვნელობას აძლევდა ნატყვიარი მოტეხილობის „დამზოგველ მკურნალობაში". აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ შემდგომ ომებშიაც თაბაშირის ნახვევი ფართოდ გამოიყენებოდა, განსაკუთრებით კი დიდი სამამულო ომის დროს. ნ. პიროგოვის ნაშრომის „ზოგადი სამხედრო-საველე ქირურგიის საწყისები" ერთ-ერთი გამოცემის წინასიტყვაობაში აკად. ნ. ბურდენკო (1937) წერდა: „პიროგოვის შემოქმედებაში უნდა ვაღიაროთ გენიალობა". ზემოთ აღნიშნულ შრომაში მთელი რიგი საკითხებია განხილული ძვლების მოტეხილობის მკურნალობასთან დაკავშირებით.

თაბაშირის ყრუ ნახვევის გამოყენების საკითხს ცეცხლმსროლი იარაღით გამოწვეული მოტეხილობის სამკურნალოდ დიდი სამამულო ომინ პირობებში შევეხებით ქვემოთ. ხაზი უნდა გაესვას იმ გარემოებას, რომ დიდი სამამულო ომის პირველ წლებში ჯერ კიდევ არ იყო ანტიბიოტიკები, მაგრამ ახლაც, ანტიბიოტიკების ეპოქაშიც, სათანადო ჩვენების დროს, კერძოდ ღია ნატყვიარი მოტეხილობის დროს, თაბაშირის ყრუ ნახვევს არ დაუკარგავს მნიშვნელობა, მიუხედავად

იმისა, რომ წარმატებით ინერგება ფიქსაციის სხვადასხვა წესი და ახალი მეთოდი.

ბარძაყის ძვლის დიაფიზარული მოტეხილობის დროს თაბაშირის ნახვევის დადების მომენტში, ან უფრო მოგვიანებით, ხშირად ადგილი აქვს ძვლის მოტეხილი ფრაგმენტების შეცილებას. ამის შესახებ ტურნერი (1940) წერდა— „თაბაშირის ნახვევი დასაწყისში აღიარებული იყო „ცის მანანად", შემდეგში კი იგი „თაბაშირის კუბოდ" გადაიქცა".

ამ გარემოებამ განაპირობა ძვლების მოტეხილობის მკურნალობის სხვა ხერხების ძიება და გამოყენება.

მოტეხილობის მკურნალობის საქმეში ლუკა შამპიონერი დიდ მნიშვნელობას აძლევდა აქტიურ მოძრაობას, რაც აუმჯობესებს დაზიანებული კიდურის სისხლმიმოქცევას. შამპიონერმა შექმნა ახალი მიმართულება მოტეხილობის მკურნალობაში, რომელიც ცნობილია ფუნქციური მკურნალობის სახელწოდებით. მისი ლოზუნგი იყო „მოძრაობა სიცოცხლეა", მაგრამ ის ვერ აღწევდა მოტეხილობის დროს ფრაგმენტების სრულ ანატომიურ რეპოზიციას.

არსებობს მოტეხილობის დაჭიმვით მკურნალობის მეთოდები, ერთმომენტიანი და მუდმივი დაჭიმვის წესით. ლულოვანი ძვლების მუდმივი დაჭიმვის წესი წინათ ძალიან ფართოდ გამოიყენებოდა. სათანადო ჩვენების დროს ახლაც წარმატებით გამოიყენება მუდმივი დაჭიმვის მეთოდი, რომელიც კლინიკურად და ფიზიოლოგიურად დასაბუთებულია.

სკელეტური დაჭიმვისათვის შტეინმანმა შექმნა სპეციალური ლურსმანი. სკელეტურ დაჭიმვას ლულოვანი ძვლების, განსაკუთრებით ბარძაყის ძვლის დიაფიზარული მოტეხილობის მკურნალობის საქმეში უდავო უპირატესობა მიეცა. მიუხედავად ამისა, სკელეტური დაჭიმვით სრული სიმშვიდის მიღწევა ძნელი იყო და ძნელდებოდა ფრაგმენტთა ფიქსაცია სწორ მდგომარეობაში. მით უმეტეს, ომის პირობებში სკელეტური დაჭიმვა ხშირად შეუძლებელია. სწორედ ამიტომ წამოყენებული იყო მოტეხილობის მკურნალობის ოპერაციული წესები, რასაც ხელი შეუწყო ანტიბიოტიკების გამოყენებამ, საფიქსაციო საშუალებების გამოძებნამ, ე. წ. უჟანგავი ფოლადის ღერძების დამზადებამ. ბარძაყის ყელის მოტეხილობის საფიქსაციოდ გამოყენებულია სამფრთიანი ლურსმანი, გრძელი ლითონის ღერო — ბარძაყის და მხრის ძვლის დიაფიზური მოტეხილობისათვის, სხვადასხვა სიგრძისა და დიამეტრის ჩხირები — ზონდები წვივისა და წინამხრის ძვლების საფიქსაციოდ. აღნიშნული ლითონის „ლურსმნებით" ვაღწევთ მოტეხილ ფრაგმენტთა ზუსტ რეპოზიციას, მყარ ფიქსაციას საჭირო დროის განმავლობაში.

აქვე უნდა ითქვას, რომ ძვლების მოტეხილობის დაიგნოსტიკისა და მკურნალობის საქმეში დიდი როლი ითამაშა რენტგენის სხივების აღმოჩენამ, მით უფრო მნიშვნელოვანია ეს მეთოდი მოტეხილობის ოპერაციული მკურნალობის დროს.

მოტეხილობის ოპერაციულ მკურნალობას დიდი ხნის ისტორია აქვს, მაგრამ იგი განსაკუთრებით განვითარდა მეორე მსოფლიო ომის დროს. მოტეხილობის ოპერაციული მკურნალობის ერთ-ერთი აქტიური მესვეური ფ. მასმონტეილი (1924) ამბობდა: „დადგება დრო, როდესაც მოტეხილობის ოპერაციული მკურნალობა ისეთივე გადაუდებელი შეიქნება, როგორც მწვავე აპენდიციტი". ოპერაციული მკურნალობის წინააღმდეგ პირველ ხანებში გამოდიოდნენ ისეთი ცნობილი ქირურგები, როგორიცაა ე. ბერგმანი, ლ. ბელერი და სხვ.

ლითონის ღეროთი ძვალშიდა ფიქსაცია მოტეხილობის მკურნალობის არჩევით მეთოდად უნდა ჩაითვალოს. აღნიშნული წესი იძლევა რეპონირებული ფრაგმენტების სრული უმოძრაობისას შესაძლებლობას საჭირო დროის განმავლობაში, შემდეგში კი დაზიანებული კიდურის ფუნქციის დროული აღდგენისას. მოტეხილობის საფიქსაციოდ სხვადასხვა მასალას იყენებენ, მაგრამ ყველაზე უფრო მიღებულია უჟანგავი ლითონისაგან დამზადებული ღეროები. ისინი არ შეიწოვება ორგანიზმში, ადვილად სტერილიზდება, მათი ამოღება განმეორებითი ოპერაციის გზით გარკვეული დროის გავლის შემდეგ ძნელი არ არის.

წარსულში აღნიშნული მეთოდი ერთეულ შემთხვევებში გამოიყენებოდა, ეპიზოდურად და საერთოდ აღიარება არ ჰქონდა, მაგრამ მეორე მსოფლიო ომის დროს და შემდეგ, ძალიან მოკლე ხანში, ამ მეთოდს ფართოდ იყენებენ, როგორც კლინიკებში, ისე რაიონულ საავადმყოფოებში. ამჟამად ოსტეოსინთეზი სათანადო ჩვენების დროს ფართოდ გამოიყენება ჩონჩხის ყველა ძვლის მოტეხილობის სამკურნალოდ. ამ მეთოდის მნიშვნელობა განსაკუთრებით დიდია ბარძაყის ძვლის დიაფიზარული მოტეხილობის შემთხვევაში. აღნიშნული მეთოდი იძლევა სახსრების დაზოგვის საშუალებას, სახსრები თავისუფალი რჩება და მათი მოძრაობა შესაძლებელია. ამავე დროს ფრაგმენტების რეპონირება, როგორც წესი, იდეალურია. მართალია, ძვლის ტვინის ნაწილი ზიანდება, მაგრამ დიდი კლინიკური გამოცდილების საფუძველზე ირკვევა, რომ ეს ტრავმა არ ახდენს შესამჩნევ გავლენას ძვლის ტვინის ფუნქციაზე. ლ. ბელერმა, კონსერვატული მეთოდის თაყვანისმცემელმა და ამ მეთოდის ლიდერმა 1944 წლიდან გამოიცვალა შეხედულება და ოსტეოსინთეზის აშკარა მიმდევარი გახდა. იგი განსაკუთრებულ რეკომენდაციას უწევს ოსტეოსინთეზს დახურული მოტეხილობის დროს და საკუთარი გამოცდილების საფუძველზე აძლევს

მას უპირატესობას. კიუნჩერიც აღნიშნავს, რომ ამ მეთოდმა მოტეხილობის მკურნალობის საქმეში მოახდინა „დიდი რევოლუცია“ და ფაქტიურად განდევნა დღემდე არსებული ყველა წესი. საბჭოთა კავშირში სპიჟარინ-კიუნჩერის მეთოდი გამოიყენება 1946 წლიდან, დუბროვის, ზნამენსკისა და სხვათა მიერ. დუბროვმა 1948 წ. გამოაქვეყნა სადისერტაციო ნაშრომი: „ბარძაყის დიაფიზის დახურული მოტეხილობის მკურნალობა ძვალშიდა ფიქსაციით“. იგი ხაზგასმით აღნიშნავს იმ უპირატესობას, რომელიც გააჩნია აღნიშნულ მეთოდს: კიდურის დამოკლების სრული ლიკვიდაცია, ავადმყოფის ნაადრევი ადგომის შესაძლებლობა, კიდურის ნაადრევ დატვირთვასთან დაკავშირებით კორძის წარმოშობის დაჩქარება, ავადმყოფის მოვლის გაადვილება და სხვ.

აკადემიკოსი გრ. მუხაძე 1946 წელს იმყოფებოდა იუდინის კლინიკაში. მიუხედავად იმისა, რომ ამ დროს გრ. მუხაძე მძიმე ავადმყოფი იყო, მას აჩვენეს რამდენიმე ავადმყოფი, ბარძაყის ყელის მოტეხილობით, რომელთაც გაკეთებული ჰქონდათ ოსტეოსინთეზი. იგი დაინტერესდა ამ მეთოდით და მაღალი შეფასება მისცა მას. დუბროვის სადისერტაციო ნაშრომზე დასწერა ოფიციალურად დადებითი რეცენზია. ამის შემდეგ შეიძინა ყველა იარაღი, რომ ოსტეოსინთეზი განეხორციელებინა საქართველოში. ამ მიზნით სპეციალურად იყო შეძენილი პორტატული რენტგენის აპარატი. ამის შემდეგ შექმნილი იყო ყველა პირობა ჰოსპიტალური ქირურგიის კლინიკაში ოსტეოსინთეზის განსახორციელებლად და 1947 წ. ბარძაყის ყელის მოტეხილობის გამო პირველად გაკეთდა ოსტეოსინთეზი. იმავე წელს რამდენიმე ავადმყოფი დემონსტრირებული იყო საქართველოს ქირურგთა საზოგადოებაში. ჩატარებული დაკვირვებებისა და ლიტერატურის მონაცემების ანალიზის საფუძველზე გამოქვეყნდა ნაშრომი. 1965 წ. კი კლინიკის გამოცდილება ლულოვანი ძვლების მოტეხილობის ძვალშიდა ფიქსაციით მკურნალობაზე შეაჯამა ექიმმა ლუკიანე ბერიამ საკანდიდატო დისერტაციის სახით.

ამჟამად არა მარტო საქართველოს კლინიკებში, არამედ რაიონულ საავადმყოფოებშიაც სათანადო ჩვენებების დროს ფართოდ გამოიყენება ოსტეოსინთეზი. ამრიგად, ლულოვანი ძვლების მოტეხილობის სამკურნალოდ ლითონის ღეროთი ძვალშიდა ფიქსაცია ფართოდ დაინერგა და საერთო აღიარება მოიპოვა.

მიუხედავად იმისა, რომ უკვე დაგროვდა დიდი კლინიკური მასალა, შეჯამდა დიდი გამოცდილება ლითონის ღეროთი ძვალშიდა ფიქსაციის შესახებ, ეს მეთოდი მაინც არ შეიძლება ჩაითვალოს ერთადერთ უნივერსალურ მეთოდად. ლითონის ღეროთი ძვალშიდა ფიქსაცი-

ის ფართო გავრცელება სრულიად არ უარყოფს იმას, რომ სათანადო ჩვენების დროს გამოყენებული იქნეს მკურნალობის სხვა მეთოდებიც: თაბაშირის ნახვევი, სკელეტური დაჭიმვა.

მოტეხილობის მკურნალობის კონსერვატული მეთოდები, სკელეტური დაჭიმვა, თაბაშირის ნახვევი, ჩვეულებრივ იძლევა კარგ ანატომიურ და ფუნქციურ შედეგს, მაგრამ ოპერაციული მკურნალობა ოსტეოსინთეზის სახით, სადაც იგი ნაჩვენებია, ყველაზე უფრო ეფექტურია. ის არჩევით მეთოდად ითვლება გართულებული მოტეხილობის დროს, ყალბი სახსარის დროს, არასწორი შეხორცების შედეგად კიდურის დეფორმაციის დროს. ამ დეფექტების ლიკვიდაცია შედარებით ადვილია ოსტეოსინთეზის გზით.

კიდურის ძვლების მოტეხილობის შემთხვევაში ოსტეოსინთეზი უმჯობესია გაკეთდეს 10 დღის შემდეგ. საერთოდ ოპერაცია უნდა გაკეთდეს ავადმყოფის შოკის მდგომარეობიდან გამოყვანის შემდეგ. საჭიროების დროს გამოყენებული უნდა იქნეს სისხლის გადასხმა, მიეცეს ჩვენების მიხედვით საგულე საშუალებანი, ტკივილდამაყუჩებელი, რაციონალური კვება და ანტიბიოტიკები. ოსტეოსინთეზის გაკეთებამდე 2—3 დღით ადრე საჭიროა კიდურის დროებითი იმობილიზაცია, მოტეხილ ფრაგმენტთა შორის ნოვოკაინის ხსნარის შეყვანა ტკივილის მოსახსნელად.

ოპერაციისათვის წინასწარ უნდა შეირჩეს ლითონის ღერო, რომელიც ბარძაყის ძვლის სიგრძისა უნდა იყოს. ბარძაყის სიგრძე იზომება დიდი ციბრუტიდან კვირისთავის ზედა კიდემდე და ემატება 2 სმ. ლითონის ღერო დიდი ციბრუტის ზემოთ უნდა იდგეს, რომ საჭიროების დროს მისი ამოღება ადვილად მოხერხდეს. ძვალშიდა ფიქსაცია უნდა კეთდებოდეს კარგი ანესთეზიით, სასურველია გამოყენებული იქნეს ენდოტრაქეალური ნარკოზი; ზოგჯერ ჩვენ ვიყენებთ სპინალურ ანესთეზიას.

ოსთეოსინთეზისათვის განაკვეთი ტარდება ბარძაყის გარეთა ზედაპირზე, თეძოს ძვლის წინა ზემო წვეტსა და ბარძაყის გარეთა როკის შემაერთებელ ხაზზე 15 სმ სიგრძით. სათანადო შრეების გაკვეთის შემდეგ ცენტრალური ფრაგმენტი ამოიწევა ჭრილობაში, ხდება მისი დამუშავება, ჭრილობიდან ამოწევის შემდეგ ლითონის ღეროს შევიყვანთ ძვლის ტვინის არხში — რეტროგრადულად. ანტიბიოტიკების ხსნარის შეყვანის შემდეგ ჭრილობა იხურება შრეების მიხედვით, კიდური თავსდება ბელერის არტაშანში. ფუნქციური მკურნალობის დაწყება შეიძლება ოპერაციის პირველი დღეებიდან. ამ მიზნით ავადმყოფი აწარმოებს სამკურნალო ვარჯიშს. ორი კვირის შემდეგ ავადმყოფი კიდურს აქტიურად ამოძრავებს.

ჩვენს კლინიკაში ოსტეოსინთეზი გაკეთებულია ჩონჩხის თითქმის ყველა ძვლის მოტეხილობის შემთხვევაში, უმთავრესად ბარძაყის ძვლის დიაფიზური და ყელის მოტეხილობის დროს, წვივის, მხრის, წინამხრის, ძვლების, ლავიწის მოტეხილობის დროს და სხვ.

სადავო აღარაა ის გარემოება, რომ დახურული მოტეხილობისას, თეორიულად და პრაქტიკულად, დასაბუთებულია ოსტეოსინთეზის უპირატესობა. ღია მოტეხილობის დროს ოსტეოსინთეზის გამოყენების შესახებ ჯერ კიდევ აზრთა სხვაობაა. მიუხედავად ამისა, ჭრილობის დაბინძავების შემდეგ ანტიბიოტიკების გამოყენებით, გარკვეული ჩვენებების შემთხვევაში ჩვენ კლინიკაში სხვადასხვა ძვლების ღია მოტეხილობის დროს, შემთხვევათა 10%-ში კეთდება ოსტეოსინთეზი.

გარდა ამისა, ოსტეოსინთეზს ხშირად ვიყენებთ ლულოვანი ძვლების არა სწორად შეხორცებული მოტეხილობის დროს, როცა ადგილი აქვს კიდურის დეფორმაციასა და დამოკლებას, კიდურის ფუნქცია მკვეთრად დარღვეულია, კიდური მტკივნეულია, ავადმყოფი კოჭლობს, ხოლო მოსაზღვრე სახსრების ფუნქცია არ არის დარღვეული.

ოსტეოსინთეზი ნაჩვენებია დიაფიზარული მოტეხილობის, ფრაგმენტების სიგრძეზე შეცილების, გვერდითი და პერიფერიული ცდომის, კუთხური ცდომის დროს.

ოსტეოსინთეზი გამოიყენება ყალბი სახსრის სამკურნალოდ.

ლითონის ღეროთი მკურნალობის დროს შეიძლება ადგილი ექნეს რიგ გართულებებს, როგორიცაა ლითონის ღეროს მიგრაცია, ლითონის ღეროს გაღუნვა, ლითონის ღეროს გატეხა, შეიძლება მოხდეს ჭრილობის ინფიცირება და განვითარდეს ოსტეომიელიტი. ყველა აღნიშნული გართულებების ცოდნა საჭიროა იმისათვის, რომ გავითვალისწინოთ ისინი და თავიდანვე მივიღოთ პროფილაქტიკური ზომები.

ოსტეოსინთეზის არადამაკმაყოფილებელი შედეგი უმთავრესად გამოწვეულია ოპერაციის დროს დაშვებული ტექნიკური შეცდომებით, ოპერაციამდე არასათანადოდ მომზადებით ან არა სათანადოდ დასაბუთებული ჩვენებებით.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ოსტეოსინთეზი უჟანგავი ლითონის ღეროთი ფართოდ გავრცელდა მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ, კერძოდ საბჭოთა კავშირში, 1946 წლიდან. დიდი სამამულო ომის დროს ანტიბიოტიკები არ გამოიყენებოდა. მხოლოდ ომის მეორე ნახევარში გახდა ცნობილი პენიცილინის გამოყენების შესაძლებლობა. სხვა ანტიბიოტიკები ამ ომის შემდეგ აღმოჩნდა. ამავე დროს ცნობილია, რომ ომის დროს სხვა დაზიანებებთან ერთად საკმაოდ ხშირად გვხვდებოდა სხვადასხვა ძვლების მოტეხილობები.

დიდი სამამულო ომის დროს სხვა სახის დაზიანებებთან ერთად

გვხვდებოდა დაჭრილები, რომელთაც ჰქონდათ ამა თუ იმ ძვლის მოტეხილობა. ამიტომ საჭიროდ მიგვაჩნია შეეეხოთ დიდი სამამულო ომის დროს კიდურების ცეცხლნასროლი მოტეხილობების ყრუ თაბაშირის ნახვევით მკურნალობას.

მკურნალობის ამ წესს, ყრუ თაბაშირის ნახვევს, ბევრი დასტაქარი ესპანურ მეთოდს უწოდებს. მართლაც, 1937-38 წლის სამოქალაქო ომის დროს, ესპანეთის რესპუბლიკურ არმიაში ყრუ თაბაშირის ნახვევს ფართოდ იყენებდნენ.

თვით ესპანელები ამ მეთოდს ამერიკულს უწოდებენ. ფრანგები კი მას ფრანგულ მეთოდად თვლიან.

თაბაშირის ნახვევის ისტორია ძველია და მისი აღმოჩენა დაკავშირებულია ჰოლანდიელი მეცნიერის — მატისონის სახელთან (1852).

პიროგოვმა მატისონამდის დაამუშავა და დააზუსტა ყრუ თაბაშირის ნახვევის დადების ტექნიკა და ჩვენებები; მან იმთავითვე ხაზი გაუსვა სრული მოსვენების მომენტის კარდინალურ მნიშვნელობას: „ძვლის მოტეხილი ბოლოების სრულ უმოძრაობას ცეცხლნასროლი მოტეხილობის მკურნალობის საქმეში მთავარი მნიშვნელობა აქვს, მასზეა დამოკიდებული მკურნალობის შედეგი". პიროგოვის ეს აზრი 80 წლის შემდეგ ბელერმა ხელახლა გამოიყენა. „ვადებ რა თაბაშირის ნახვევს — სწერდა პიროგოვი — ვფიქრობ, რომ თანაბარძალიანი მეთოდური ზედაწოლა, რომელსაც ნახვევი ახდენს — ყველა ჯგუფის კუნთებზე და კიდურის სრული უმოძრაობა, ყველაზე მნიშვნელოვანი და ყველაზე კარგი საშუალებაა შეხორცებისა".

პიროგოვისათვის სრულიად ნათელი იყო, რომ ყრუ თაბაშირის ნახვევის სამკურნალო ეფექტი მთლიანად დამოკიდებულია ამ ნახვევის დადების ტექნიკაზე. „ის კი არაა უბედურება, რომ დღევანდელ ომში (ყირიმის კამპანია) ჰოსპიტალში ვღებულობთ ავადმყოფებს, რომლებსაც თვეობით ადევთ თაბაშირის ნახვევი, არამედ უბედურება ის არის, რომ ყველა ქირურგმა არ იცის ამ ნახვევის კარგად დადება და მერე კიდევ ლანძღავენ ნახვევს და არა თავიანთ თავს".

პიროგოვმა იცოდა, რომ ცეცხლმსროლი იარაღით მიყენებული ჭრილობა არ არის წინააღმდეგ ჩვენება ყრუ თაბაშირის ნახვევის დადებისათვის. „მე ვიცი ბედნიერი შემთხვევები ყრუ თაბაშირის ნახვევით, რომელიც დაჭრილს რამდენიმე კვირის განმავლობაში ადევს და რომლის მოხსნის შემდეგ ნატყვიარი ჭრილობაც შეხორცებულა და მოტეხილობაც შედუღებული აღმოჩენილა".

ყველა ზემონათქვამიდან ჩანს, რომ ყრუ თაბაშირის ნახვევის მეთოდი შთლიანად პიროგოვს ეკუთვნის და არა სხვას — ესპანელებს ან ამერიკელებს.

1872 წელს კონგრესზე ამ საკითხის გარშემო გამოვიდა ლიონელი დასტაქარი ოლივ, რომელმაც ხაზი გაუსვა ყრუ თაბაშირის ნახვევის მნიშვნელობას სამხედრო ქირურგიაში, როგორც ჭრილობის მკურნალობის მეთოდს და აღნიშნა მისი ხანგრძლივად დადების საჭიროება.

ამავე ნახვევს იყენებდა რუსეთის არმიის კონსულტანტი ბერგმანი (1878), მუხლის სახსრის დაზიანების დროს.

არანაკლები ყურადღება ექცეოდა თაბაშირის ნახვევს წარსული მსოფლიო ომის დროსაც. მაგალითად, ცნობილი ფრანგი ორთოპედი კალო (1910) მოითხოვდა, რომ ომისდროიხდელ ყველა ქირურგს სცოდნოდა თაბაშირის ნახვევის დადება. კალო თვლიდა, რომ თაბაშირის ნახვევის დადების ცოდნას ისეთივე მნიშვნელობა აქვს, როგორც სისხლისდენის შეჩერების ცოდნას.

ამერიკელმა დასტაქარმა ორრიმ ყრუ თაბაშირის ნახვევი გამოიყენა ქრონიკული ოსტეომიელიტების მკურნალობის მიზნით. ოსტეომიელიტური კერის სათანადო გაწმენდისა და თევზის ქონის პასტით გაჟღენთილი ტამპონის ჩადების შემდეგ, ორრი კიდურს ადებდა ყრუ თაბაშირის ნახვევს. 4 კვირის შემდეგ ჭრილობის არეში ამოჭრიდა ფანჯარას და ტამპონს სცვლიდა.

ყრუ თაბაშირის ნახვევი გამოყენებული იყო წითელ არმიაშიც; ბ. პეტროვი ჭრილობის დამუშავების შემდეგ პირველადი ნაკერის მაგივრად, (რომელიც აკრძალული იყო სპეციალური ბრძანებით), ყრუ თაბაშირის ნახვევს ადებდა. ბ. პეტროვისა და სხვა დასტაქრების შრომები ნათელჰყოფენ ამ მეთოდის უპირატესობას და მშვენიერ შედეგებს.

ყრუ თაბაშირის ნახვევის ღირსება, როგორც საიმობილიზაციო საშუალებისა, იმაში გამოიხატება, რომ იგი ყოველთვის, ყოველი დაჭრილისათვის, ინდივიდუალურად მზადდება, სწრაფად მაგრდება, იძლევა სახსრებისა და მოტეხილი ძვლის ბოლოების მაქსიმალურ უმოძრაობას და მოსვენებულ მდგომარეობაში აყენებს დაზიანებულ კიდურს, ჭრილობას იცავს გარემო მავნე ფაქტორების ზეგავლენისაგან, მეორადი ინფექციისაგან, ჰქმნის ტემპერატურის მერყეობის ოპტიმალურ და ჭრილობის აუტოსტერილიზაციის საუკეთესო პირობებს. გვაცილებს ხშირი შეხვევების აუცილებლობას, ხელს უწყობს ორგანიზმის რეგენერატორული უნარის მაქსიმალურ გამომჟღავნებას.

თაბაშირის ნახვევის ქვეშ დაგროვილი ჭრილობის სეკრეტი არ შეიძლება ჩაითვალოს შეხორცების ხელშემშლელ ფაქტორად, ჯერ კიდევ ბორმა ხაზი გაუსვა, რომ ჩირქი კვებავს ჭრილობას, და რაც მთავარია, თაბაშირის დიდი ჰიგროსკოპიული თვისებების გამო, ჭრილობის ზედმეტი გამონაჟონი სწრაფად შეიწოვება.

თაბაშირის ჰიგროსკოპულობას მრავალი ავტორი ძალიან დიდ მნიშვნელობას აძლევს. პიროგოვი, რომელიც თაბაშირს ალებასტრს უწოდებდა, სწერდა: რომ „ალებასტრი აღჭურვილია რა შეწოვის დიდი უნარით, იწოვს სისხლს და ჭრილობის გამონაჟონს და აორთქლებს მას, რის გამოც გადაიქცევა ჭრილობის განუწყვეტელ და ძლიერად მოქმედ დრენაჟად“.

საინტერესოა ლერიშის მონაცემებიც, რომელმაც ორის ნახვევის სხვადასხვა შრე შეისწავლა, მისი შეწოვის უნარიანობის გამოსარკვევად. აღმოჩნდა, რომ ჭრილობის გარშემო და საფენებში ბაქტერიები უამრავი რაოდენობით მოიპოვებიან, თვით ჭრილობაში ბაქტერიების მხოლოდ იშვიათი კოლონიები გვხვდება, მაშინ, როცა ჭრილობის სიღრმეში ყველაფერი სტერილურია. ისეთი შთაბეჭდილება იქმნება, თითქოს ლიმფის ნაკადმა გამორეცხა ბაქტერიები ჭრილობიდან.

ყრუ თაბაშირის ნახვევის ქვეშ ღრმა კუნთთა შუა ფლეგმონით გართულებული ჰოტეხილობები იშვიათად იძლევიან ოსტეომიელიტს, ჩვეულებრივ ჭრილობა ხორცდება ყოველგვარი ფისტულების გარეშე.

როგორც ამბობენ, ყრუ თაბაშირის ნახვევი ჭრილობაში არსებულ ხანძარს აჭრობს.

ავადმყოფები, რომლებსაც ყრუ თაბაშირის ნახვევი ადევთ, თავისუფლად მოძრაობენ და მათი გადაყვანა ერთი ადგილიდან მეორეზე შედარებით ადვილია, ყველაფერ ამას განსაკუთრებული მნიშვნელობა ეძლევა ევაკუაციის ჟამს.

ასეთი ავადმყოფების მომსახურება ჩვეულებრივზე ბევრად უფრო ადვილია და სამედიცინო პერსონალის მუშაობისა და სამკურნალო მასალის დიდ ეკონომიას იძლევა. აუცილებელი ხშირი შეხვევების საჭიროება სრულებით იხსნება დღის წესრიგიდან.

ქსოვილების ყოველგვარი დაზიანება ახალგაზრდა უჯრედების წარმოშობით აღდგება, ხოლო ახალგაზრდა ქსოვილი კი შემდგომი განვითარებისათვის პირველ რიგში მოსვენებას მოითხოვს. როგორც კლინიკური, ისე ექსპერიმენტული დაკვირვებებით გამოირკვა, რომ ახალგაზრდა უჯრედები ყოველგვარი გაღიზიანების მიმართ განსაკუთრებით მგრძნობიარენი არიან, ამიტომ დაზიანების მიღებიდან, სათანადო დამუშავების შემდეგ, რაც უფრო ადრე დავადებთ თაბაშირის ნახვევს, მით უფრო კარგ პირობებს შევქმნით ჭრილობის შეხორცებისათვის.

განსაკუთრებით უნდა გაესვას ხაზი იმ უპირატესობას, რომელიც აქვს ყრუ თაბაშირის ნახვევს ფანჯრიან თაბაშირის ნახვევთან.

ყრუ თაბაშირის ნახვევის დადების შემდეგ, როგორც უკვე იყო ნათქვამი, კიდურის იმობილიზაცია აბსოლუტურია, რასაც ვერასდროს ვერ ვაღწევთ ფანჯრიანი თაბაშირის ნახვევით; იმობილიზაციაზე და

მოსვენებაზე კი დამოკიდებულია ქსოვილების რეგენერაცია. იმობილიზაციას აქვს მნიშვნელობა არა მარტო მოტეხილი ძვლისათვის, არამედ დაზიანებული რბილი ქსოვილებისათვისაც. ის, რომ ჭრილობა შეხორცებისათვის საჭიროებს მოსვენებას, ღრმად შეიჭრა ქირურგების შეგნებაში. ამ ფაქტორის თერაპიული მნიშვნელობა იმდენად დიდია, რომ მას არ შეიძლება მივუდგეთ მექანიკური საზომით. მივანიჭოთ შედარებითი ან პირობითი მნიშვნელობა. ჭრილობას სჭირდება ხანგრძლივი, მუდმივი და აბსოლუტური მოსვენება.

მართალია, ფანჯრიანი თაბაშირის ნახვევის დროს ჩვენ საშუალება გვეძლევა ჭრილობას ვუმკურნალოთ სხვადასხვა ანტისეპტიკური ხსნარებით, მაგრამ ახლა უკვე საკამათო აღარ არის ის ფაქტი, რომ რამდენადაც უფრო ხშირად ვხვევთ ჭრილობას, მით უფრო ვაღიზიანებთ მას და ამით ხელს ვუშლით მის განკურნებას. ვირულენტური და ძლიერი გამრავლების უნარით აღჭურვილი ინფექციის დროს ვერც ერთი ანტისეპტიკური საშუალება ვერ იცავს ორგანიზმს ქსოვილების პროგრესიული დაშლისაგან. ხოლო თვით ანტისეპტიკური ნივთიერებები მავნეა არა მარტო მიკრობებისათვის, არამედ ქსოვილებისათვისაც. დღევანდელი ცოდნის დონეზე არა გვაქვს მონაცემები, რომლებიც მოწმობდნენ, რომ ცოცხალ უჯრედს თავდაცვის ნაკლები საშუალებები ჰქონდეს, ვიდრე მის მოწინააღმდეგე მიკრობს. ანტისეპტიკური ნივთიერებების ფართო ხმარებით დელბეს თქმით, „ვესვრით“ რა მიკრობებს, ვანადგურებთ უჯრედებსაც.

ამასთანავე ჭრილობის პროცესში მნიშვნელოვანია არა მარტო ინფექცია, არამედ, უმთავრესი და წამყვანი მნიშვნელობა აქვს ქსოვილების სიცოცხლის უნარიანობას, სისხლისა და ლიმფის მიმოქცევას. ფანჯრიანი თაბაშირის ნახვევი არღვევს კიდურის ნორმალური სისხლის მიმოქცევის პირობებს, რასაც არა აქვს ადგილი ყრუ ნახვევის დროს.

თაბაშირის ნახვევის ფანჯარაში გამოიბერება ჭრილობის შეშუპებული და შესივებული არე, რომელიც ფანჯრის გადიდებასთან ერთად სულ უფრო და უფრო გამოდის გარეთ.

აქედან ცხადია, რომ ღია მოტეხილობის შეხორცებისათვის ყრუ თაბაშირის ნახვევს, ფანჯრიან ნახვევთან შედარებით, დიდი უპირატესობა აქვს. მაგრამ ეს ჯერ კიდევ არ ნიშნავს, რომ ყრუ თაბაშირის ნახვევის დადება ყოველთვის და ყველგან შეიძლება, წინასწარი, რაციონალური, ქირურგიული დახმარების გარეშე.

მიუხედავად ყრუ თაბაშირის ნახვევის აშკარა უპირატესობისა, ღია მოტეხილობის მკურნალობის სხვა მეთოდებთან, ზოგიერთ შემთხვევებში, განსაკუთრებით კი ბარძაყის მოტეხილობის დროს, თუ ადგილი აქვს ძვლის მოტეხილობების დიდ შეცილებას, ყრუ თაბაში-

რის ნახვევის მაგივრად საჭიროა ვაწარმოვოთ მუდმივი დაჭიმვა. ყრუ თაბაშირის ნახვევი სრულებითაც არ უარყოფს საჭიროების დროს მუდმივი დაჭიმვის პრინციპს, რომ თავიდან ავიცდინოთ კიდურის დამოკლება. მაგრამ, თუ მოტეხილობა სახსართან ახლოა, მაგალითად, ბარძაყის დისტალური დიაფიზისა და მუხლის სახსრის ერთდროული დაზიანება გართულებულია რბილი ქსოვილების ღრმა დაზიანებით და მძიმე ინფექციით, საკითხი ისმის არა კიდურის ფორმისა და ფუნქციის, არამედ ავადმყოფის სიცოცხლის შენარჩუნებაზე; ასეთ შემთხვევებში ომის დროს სათანადო ოპერაციული დახმარების შემდეგ მკურნალობის საუკეთესო მეთოდი ყრუ თაბაშირის ნახვევია.

არც ჭრილობის სიდიდე, არც მისი სახსართან სიახლოვე, ან თვით სახსრის დაზიანება, არც მოტეხილობის ხასიათი და ძვლის დეფექტის ოდენობა ან ტყვიის ან ყუმბარის ნამსხვრევის არსებობა, არ წარმოადგენს წინააღმდეგ ჩვენებას ყრუ თაბაშირის ნახვევის დადებისათვის; პირიქით, ასეთ შემთხვევებში მკურნალობის ამ მეთოდის ეფექტურობა კიდევ უფრო თვალსაჩინოა.

ყრუ თაბაშირის ნახვევის დადების შემდეგ ავადმყოფი უნდა უზრუნველყოფილი იყოს სათანადო მეთვალყურეობით. დროულად იყოს გამომჟღავნებული გაზოვანი ფლეგმონის ნიშნები, თუ ასეთს ექნება ადგილი, როგორიცაა: ჭრილობის შეშუპება და მკვეთრი ტკივილი, რეგიონალური ლიმფური კვანძების გადიდება და მტკივნეულობა, მაღალი ტემპერატურა, ინტოქსიკაციის ზოგადი ნიშნები: ჩავარდნილი თვალები, კანის მოყვითალო მკრთალი ფერი, უძილობა, მოუსვენრობა, შემცივნებები და სხვა.

სისხლის სურათის ცვლილება: ერითროციტების რაოდენობის დაკლება, ჰემოგლობინის დაცემა, ლეიკოციტები არ მატულობენ რიცხობრივად, ფორმულა კი მკაფიოდ გადახრილია მარცხნივ.

რაც შეეხება მეორადი სისხლის დენის საშიშროებას — იგი სულ უმნიშვნელოა ყრუ თაბაშირის ნახვევის დადების შემთხვევაში. ყრუ თაბაშირის ნახვევი არ უწყობს ხელს მეორად სისხლის დენას, ხოლო უმნიშვნელო სისხლის დენის შემთხვევაში, სისხლს ჭრილობის სეკრეტთან ერთად თაბაშირი სწრაფად შეიწოვს. ძლიერი არტერიული სისხლის დენა კი ფრიად იშვიათია და ადვილად შესამჩნევი.

თუ ნახვევი სწორადაა დადებული, წინასწარი სათანადო ოპერაციული დახმარების შემდეგ, ტემპერატურა პირველ დღეებშივე ეცემა, ავადმყოფს ტკივილები უყუჩდება, მადა უბრუნდება, კარგად სძინავს და საერთო მდგომარეობაც დამაკმაყოფილებელია.

ზოგჯერ მძიმე დაზიანების შემთხვევებში თაბაშირის დადების შემდეგ ტემპერატურა შეიძლება უცებ არ დაეცეს, მაგრამ თუ ავადმყო-

ფის საერთო მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია ან ყოველ შემთხვევაში არ უარესდება, ე. ი. ადგილი აქვს ზომიერ ლეიკოციტოზს, ფორმულა მცირედაა მარცხნივ გადახრილი, ტკივილები არ არის ძლიერი, მაჯის სიხშირე ეფარდება ტემპერატურას, საჭირო არ არის თაბაშირის მოხსნა, ნახვევი შეიძლება დავტოვოთ და ავადმყოფი განსაკუთრებული მეთვალყურეობის ქვეშ გვყავდეს. ყოველ შემთხვევაში ჭრილობის მიდამოში შეიძლება ამოვჭრათ ფანჯარა, დავათვალიეროთ ჭრილობა და ხელმეორედ ყრუდ დავხუროთ თაბაშირით.

უკიდურეს შემთხვევაში შეიძლება თაბაშირის ნახვევი მთლიანადაც მოიხსნას და სათანადო მიზეზობრივი დახმარების შემდეგ დაედოს ხელმეორედ.

ჩვენ ომის დროს ჰოსპიტალში 11 შემთხვევაში დაგვჭირდა თაბაშირის ნახვევის მოხსნა: 6 შემთხვევაში თაბაშირის მოხსნა დაგვჭირდა ჭრილობის არეში ძლიერი ტკივილის, მაღალი ტემპერატურის, აჩქარებული მაჯისცემისა და საერთო მდგომარეობის გაუარესების გამო. თაბაშირის მოხსნის შემდეგ აღმოჩნდა, რომ პროცესი ჩამქრალი არ იყო და დაგვჭირდა დამატებითი განაკვეთების გატარება ჩირქოვანი კერების გასახსნელად, რის შემდეგაც კვლავ დაედო ყრუ თაბაშირის ნახვევი.

ხუთ შემთხვევაში კი მიუხედავად დამაკმაყოფილებელი საერთო მდგომარეობისა, თაბაშირის ნახვევი მოვხსენით ავადმყოფების კატეგორიული მოთხოვნით, რადგან ისინი შეშინებული იყვნენ მატლით, რომელიც ნახვევზე იპოვნეს. ნახვევის მოხსნის შემდეგ ჭრილობის არეში დიდი რაოდენობით აღმოჩნდა მატლები, თვით ჭრილობა კი სრულიად მოსუფთავებული და საღი გრანულაციებით იყო დაფარული. ჭრილობის არის გაწმენდის შემდეგ ხელმეორედ დაედო ყრუ თაბაშირის ნახვევი.

ვინაიდან მატლების დანახვა ზოგიერთ მედმუშაკში და განსაკუთრებით ავადმყოფებში საშინელ პანიკას იწვევს, საჭიროა რამდენიმე სიტყვით შეეხო ამ საკითხს: ცეცხლნასროლი ჭრილობების სამკურნალოდ მატლები პირველად ამბრუაზ პარემ გამოიყენა. იგი შროშანის ზეთში ადუღებდა მატლებს და შემდეგ იყენებდა შეხვევებისათვის. მატლებით მკურნალობის დიდი მომხრე იყო ლარეიც. მისი აზრით მატლები სჭამენ რა ნეკროზულ ქსოვილებს, მით აჩქარებენ შეხორცებას. სამხედრო საველე ქირურგიის სახელმძღვანელოში ნ. პიროგოვი წერდა მატლებზე: „სოფელში და ჩემს კერძო პრაქტიკაში ხანდახან 5 დღის და მეტი ხნის განმავლობაშიაც არ ვხსნიდი ნახვევებს, მიუხედავად იმისა, რომ მასზე უკვე მატლები დაცოცავდნენ. ეს სრულებითაც არ უშლიდა ხელს მშვენიერი გრანულაციების განვითარებას;

ჭოლო . ის უმნიშვნელო ექსკორიაციები და ქავილი, რომელსაც მატლები იწვევენ, ყურადსაღები არ არის". წარსული მსოფლიო ომის გამოცდილების მიხედვით ზოგიერთი დასტაქარი (ცრაილი, მარტენი, პეტროვი) აღნიშნავს, რომ მატლების ზეგავლენით ჭრილობები უფრო ძალე ხორცდებოდნენ.

ბენმა კარგი შედეგი მიიღო ოსტეომელიტის მატლებით მკურნალობის დროს.

გოლდშტეინის, ლივინგსტონისა და პრენსის გამოკვლევებით მტკიცდება, რომ ჭრილობაზე კარგად მოქმედებენ არა მარტო ცოცხალი მატლები, არამედ მათი ექსტრაქტიც.

ყრუ თაბაშირის ნახვევით ჩვენ ვმკურნალობდით ისეთ შემთხვევებშიც, როცა ჭრილობა არ იყო საკმარისად დამუშავებული, მოჩანდა მყესები და კუნთების ნაგლეჯები, უცხო სხეულები: ყუმბარის ნაჭრები, ინფიცირებული ძვლის ნატეხები, ტანისამოსის ნაჭრები და სხვა.

ხშირად მთელი კიდური ან მისი ნაწილი შესივებული, გაწითლებული და ძლიერ მტკივნეული იყო ცუდი იმობილიზაციის გამო. ადგილი ჰქონდა სეპსისს.

ჩვენ მიერ ყრუ თაბაშირის ნახვევით ნამკურნალევ ყველა დაჭრილს, ტყვიით ან ნამსხვრევებით მიყენებულ მოტეხილობასთან ერთად აღენიშნებოდა რბილი ქსოვილების ფართო დაზიანება, რასაც მძიმე ინფექცია ერთოდა თან.

ყრუ თაბაშირის ნახვევის დადებამდე ყველა შემთხვევაში ჭრილობა წინასწარ ოპერაციულად იყო დამუშავებული; ჩირქოვან კერებს ხსნიდნენ შეშუპების დაცხრომის მიზნით, კანსა და ფასციებს ფართოდ ჭკვეთდნენ, სიცოცხლის უნარმოკლებულ დაზიანებულ ქსოვილებს, სხვადასხვა უცხო სხეულებს და ყუმბარის ნაჭრებს აცლიდნენ.

ტყვიით ან ნამსხვრევით გამოწვეული მოტეხილობა, გართულებული მძიმე ინფექციით, ყრუ თაბაშირის ნახვევის ქვეშ კარგად ხორცდება. ხანგრძლივი დროის განმავლობაში მიმდინარეობს ჭრილობის შეხორცება, ძვლის კორძის ორგანიზაცია და ჭრილობის ეპითელიზაცია. ტემპერატურა ეცემა და ავადმყოფი ისვენებს აუტანელი ტკივილებისაგან. ყრუ თაბაშირის ნახვევი საშუალებას გვაძლევს დროულად დავიწყოთ კიდურის ფუნქციური მკურნალობაც, რაც ხელს უწყობს კიდურის არა მარტო ფორმის შენარჩუნებას, არამედ არ უკარგავს მას მის ფიზიოლოგიურ მნიშვნელობასაც.

აღნიშნული მეთოდით არ გაკეთდება ზედმეტი შეხვევები, რაც პრინციპულად სცვლის ჭრილობების მკურნალობას.

ნაპერაციებ ჭრილობაში ფაშრად ვდებდით ვიშნევსკის მალამოში გაჟღენთილ ტამპონებს, ან ტამპონის ნაცვლად ჭრილობაში ვყრიდით თეთრ სტრეპტოციტს ან სულფიდინს.

ვიშნევსკის მალამო, როგორც საერთოდ ყველა ცხიმზეთოვანი ნახვევი, ჭრილობის შეხორცებისათვის ქმნის ხელსაყრელ ბიოლოგიურ პირობებს. იცავს მას გაღიზიანებისაგან, ინახავს სითბოს, სინოტივეს და ამცირებს გამონაჟონის რაოდენობას. გამოკვლევებით დადგენილია, რომ თევზის ქონში დასველებული ტამპონი შეწოვის დიდი უნარიანობითაა აღჭურვილი.

ვიშნევსკის მალამოს ბაქტერიოცეტული თვისებაც აქვს, არა მარტო სტრეპტოდა სტაფილოკოკების, არამედ გაზოვანი ინფექციის გამომწვევი მიკროორგანიზმების მიმართაც. ვიშნევსკის მალამოში გაჟღენთილ ჭრილობაში ჩადებულ ტამპონებს დიდი ხნის განმავლობაში არა აქვთ სუნი და ნაწილობრივ დეზოდორირებულად მოქმედებენ, აყუჩებენ ტკივილებს და არ საჭიროებს ხშირ შეხვევებს.

ვიშნევსკის მალამოზე კიდევ უფრო ეფექტური და საიმედოა ყრუ თაბაშირის ნახვევის ქვეშ ჭრილობაზე სულფამიდების ხმარება. ამ პრეპარატებიდან ომის დროს ჩვენ ვიხმარეთ თეთრი სტრეპტოციდი და სულფიდინი.

სულფამიდების გავლენა ბაქტერიებზე ფრიად ორიგინალურია. ტრეფულმა და ლეგრემ დაამტკიცეს, რომ სულფამიდები კი არ ჰკლავენ ბაქტერიებს, არამედ ხანგრძლივად საიმედოდ აჩერებენ მათ გამრავლებას. აღნიშნული ჯგუფის პრეპარატებიდან სეპტოლიქ № 1162 (თეთრი სტრეპტოციდი) ფართოდ იყო გამოყენებული საფრანგეთის არმიაში მეორე მსოფლიო ომის დროს.

სულფამიდების დიდი მომხრე იყო იუდინიც, მოსკოვის დაცვის დროინდელ გამოცდილების საფუძველზე მან აღნიშნა, რომ ამ პრეპარატების ადგილობრივ და ზოგადად ხმარებამ მანამდე გაუგონარი ჰორიზონტები გაშალა მკურნალის წინაშე.

ამ მხრივ ჩვენი, ომისდროინდელი მასალაც სრული თვალსაჩინოებით ადასტურებს სულფამიდების როლს ქირურგიულ პრაქტიკაში.

ზემოთ ჩამოთვლილმა ანტისეპტიკურმა საშუალებებმა დიდი დახმარება გაგვიწიეს ომის დროს გართულებული მოტეხილობის მკურნალობის საქმეში, მაგრამ წამყვანი როლი მაინც სათანადო ქირურგიულ დახმარებას და ყრუ თაბაშირის ნახვევს ეკუთვნოდა.

12—20 დღის შემდეგ ზოგჯერ საჭირო ხდებოდა თაბაშირის ნახვევში ფანჯრის ამოჭრა ტამპონის გამოსაცვლელად, შემაწუხებელი სუნის, თაბაშირის დასველებისა და სითხით გაჟღენთის გამო, თუ იგი

შესუსტდებოდა, უკვე აღარ იძლეოდა საჭირო ფიქსაციას. შემდეგ ნახვევი თაბაშირით ისევ ყრუდ იხურებოდა.

ბევრ შემთხვევაში თაბაშირის მოხსნა სრულებითაც არ იყო საჭირო გარკვეულ დრომდე.

თუ თაბაშირის მოხსნის შემდეგ, მიუხედავად ძვლების სრული კონსოლიდაციისა, ჭრილობა ჯერ არ იყო დახურული და მოჩანდა ცალკეული სეკვესტრირებული ძვლის ნატეხები, ვაწარმოებდით ძვლის ნეკროზული მასის გამოფხეკას, რის შემდეგ ჭრილობა სწრაფად ხორცდება ყრუ თაბაშირის ნახვევის ქვეშ.

ყრუ თაბაშირის ნახვევი, რომელმაც უკვე შეასრულა თავისი როლი, მავნე ტვირთად გადაიქცევა ორგანიზმისათვის, მას შეუძლიან გამოიწვიოს გამოუსწორებელი გართულებები, როგორიცაა: სახსრების უმოძრაობა, კუნთების ატროფია, კონტრაქტურები და სხვა.

რაციონალური მკურნალობის პრინციპი სწორედ იმაში მდგომარეობს, რომ მოსვენება თავის დროზე შეეცვალოთ მოძრაობით. თაბაშირის მოხსნის შემდეგ ძალიან აქტიურად იწყება კიდურის ვარჯიში, სახსრების მექანოთერაპია, მასაჟი და ფიზიოთერაპიული პროცედურები, რაც აჩქარებს კიდურის ფუნქციის აღდგენას.

თუ დაჭრილი მძიმე მდგომარეობაში იყო, მაგალითად, ჰქონდა სეპტიკური მოვლენები, ანემია, თეთრი სისხლის ცვლილებები, გარდა ადგილობრივი მკურნალობისა, ჩატარდა ზოგადი მკურნალობაც.

ავადმყოფებს ვაძლევდით თეთრ სტრეპტოციდს 5—6 გრ 5—10 დღის განმავლობაში — სიცხის დაწევამდე. ორგანიზმის სითხეებით გაღარიბების წინააღმდეგ დიდი რაოდენობით შეგვყავდა ფიზიოლოგიური ხსნარი კანქვეშ და წვეთოვანი ოყნით. კვების გაძლიერებისათვის ყურძნის წვენი — ერთი-ორი ბოთლი დღეში, ან ღვინო — საფერავი. რამდენიმე დღით ვუნიშნავდით ტკივილის გამაყუჩებელ და საგულე საშუალებებს.

ჩვენი მასალა მოიცავს კიდურების ძვლების ცეცხლნასროლი მოტეხილობის 990 შემთხვევას — ყრუ თაბაშირის ნახვევით ნამკურნალევს; ამათგან დაჭრილების 25%-ს მოტეხილობა ტყვიით ჰქონდა მიყენებული, 75%-ს კი — ყუმბარის ნამსხვრევით.

სადემონსტრაციოდ გავეცნოთ რამდენიმე დაჭრილის ისტორიას:

დაჭრილი, 28 წლის, დიაგნოზი: მხრის შუა მესამედის ღია დამსხვრეული მოტეხილობა. დაიჭრა 15/III ყუმბარის ნამსხვრევით. პირველი დახმარება აღმოუჩინეს დაჭრიდან 10 საათის შემდეგ, ჭრილობის დამუშავებისას გაუკეთეს ანტიტეტანური შრატი და გადაუსხეს 200 გრამი სისხლი. ავადმყოფი მოიყვანეს ჩვენს ჰოსპიტალში (საევაკუაციო გზა — 9 დღე) ფანჯრიანი თაბაშირის ნახვევით, მძიმე

მდგომარეობაში. ტემპერატურა — 39,5°, მაჯისცემა 120', აწუხებდა ძლიერი ტკივილი ჭრილობის მიდამოში.

თაბაშირის მოხსნის შემდეგ აღმოჩნდა: მეტად დეფორმული მარჯვენა მხარი. მხრის სახსრიდან იდაყვის სახსრამდე ძლიერი შესივება და შეწითლება ჰქონდა. მხრის გარეთა ზედაპირზე, შუა მესამედში იყო ჭრილობა 7 × 3 სმ, საიდანაც დიდი რაოდენობით გადმოდიოდა სუნიანი ჩირქი. მხრის შუა მესამედის შიგნითა ზედაპირზე მოთავსებული იყო ჭრილობა 5 × 2 სმ, პალპაციით მხარი მტკივნეული და აღინიშნებოდა ფლუქტუაცია, განსაკუთრებით მხრის ზემო მესამედში და იღლიის ფოსოში.

წინამხარის გამშლელები დადამბლავებულია სხივის ნერვის დაზიანების გამო. ძვლის მოტეხილი ბოლოები თავისუფლად მოძრაობენ.

რენტგენოლოგიურად: მხრის შუა მესამედის დამსხვრეული მოტეხილობა — ძვლის ბოლოების დაცილებით.

ზოგადი ეთერის ნარკოზის ქვეშ (ომბრედანი) გაკეთდა ოპერაცია. მხრის გარეთა და შიგნითა კიდეების გასწვრივ გატარდა ფართო განაკვეთი — 15 სმ სიგრძით, გაიხსნა ჩირქგროვები, მოცილდა ნეკროზული ქსოვილები, ტანისამოსის ნაჭრები და ძვლის თავისუფლად მდებარე ნატეხები. ჭრილობაში ფაშრად ჩადებული იყო ვიშნევსკის მალამოთი გაჟღენთილი ტამპონები. გაკეთდა ძვლების რეპოზიცია და დაედო ყრუ თაბაშირის ნახვევი შემდეგ მდგომარეობაში: მხარი წინწამოწეული და განზიდული, წინამხარი სწორი კუთხის ქვეშ მოხრილი, ხელისგული მიბრუნებულია მუცლისაკენ. პირველი ხუთი დღის განმავლობაში ოპერაციის შემდეგ ტემპერატურა 37,5°—38,5°, მაჯისცემა 100[1]. ტკივილები აღარ აწუხებდა. საერთო მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი. დაენიშნა სტრეპტოციდი, ყურძნის წვენი, ღვინო. უკეთდებოდა ფიზიოლოგიური ხსნარი. თაბაშირი მალე გაიჟღინთა გამონადენით და ავადმყოფს აწუხებდა სუნი.

მეოცე დღეს თაბაშირის ნახვევი მოეხსნა, თავისუფლად მდებარე ტამპონები მოცილებული იქნა, სიმსივნე დაცხრა, გრანულაცია საღი, ჭრილობას ვიშნევსკის მალამოთი გაჟღენთილი საფენი დავაფარეთ და დავადევით ყრუ თაბაშირის ნახვევი.

ერთი თვის შემდეგ თაბაშირის ნახვევი მოეხსნა და მის ქვეშ აღმოჩნდა სავსებით შეხორცებული ჭრილობა, მხრის კონფიგურაცია ნორმალური, ფუნქციის აღსადგენად დაენიშნა მექანოთერაპია.

დაჭრილი, 20 წლის. დიაგნოზი: წინამხრის გამავალი ცეცხლნასროლი ჭრილობა, ორივე ძვლების დამსხვრეული მოტეხილობით. დაიჭრა 17/II ყუმბარის ნამსხვრევით, პირველი დახმარება აღმოუჩინეს სანიტარულ ნაწილში, ევაკუირებული იყო 22/II. 12/III მიღებული

იყო ჩვენს ჰოსპიტალში—კრამერის შინით, ძლიერ მძიმე მდგომარეობაში: ტემპერატურა—39°—40°, მაჯისცემა 120′, ენა მშრალი, ზედნადებებით, კანი მოყვითალო მიწისფერი, თვალები ჩავარდნილი, სრული აპათია, უმადობა, გრძნობდა ძლიერ ტკივილს ჭრილობის არეში.

შინის მოხსნის შემდეგ აღმოჩნდა: წინამხრის სრული დეფორმაცია, შესივება და შეწითლება. წინამხრის წინა გარეთა ზედაპირზე ჭრილობა 15 × 10 სმ, საიდანაც მოჩანდა კუნთებისა და მყესების ნაგლეჯები, ძვლის ნატეხები. დიდი რაოდენობით სდიოდა მყაყე სუნიანი ჩირქი.

რენტგენოლოგიურად: სხივისა და იდაყვის ძვლის სრული დამსხვრევა.

ზოგადი ეთერის ნარკოზის ქვეშ (ომბრედანი) გაუკეთდა ოპერაცია: ჭრილობის კიდეების გაგანიერების შემდეგ აღმოჩნდა წინამხრის ორივე ძვლის სრული დამსხვრევა, მთელ სიგრძეზე; ამოიკვეთა ნეკროტული მასები, გაიხსნა ყველა კუნთთა შუა ჩირქოვანი კერები, მოსცილდა მოტეხილი ძვლის თავისუფალი ნაწილები. ჭრილობაში ჩაიყარა 15 გრ. თეთრი სტრეპტოციდი, ფაშრად ჩაიდო ჰემოსტაზური ტამპონი და დაედო ყრუ თაბაშირის ნახვევი.

ოპერაციის შემდეგ პირველი დღის განმავლობაში ავადმყოფის მდგომარეობა ძალიან მძიმე იყო: ტემპერატურა 40°, მაჯისცემა 120′, ეძლეოდა თეთრი სტრეპტოციდი დღეში 5 გრ. სითხეები დიდი რაოდენობით, ყურძნის წვენი, ღვინო.

მესამე დღეს სიცხე დაეცა, საერთო მდგომარეობა გაუმჯობესდა, ჭამის მადა მოუვიდა.

მეთვრამეტე დღეს ნახვევის გამონაჟონით გაჟღენთისა და აუტანელი სუნის გამო მოეხსნა თაბაშირის ნახვევი. ჭრილობის კიდეების გაწმენდისა და ტამპონის ამოღების შემდეგ კვლავ დაედო ყრუ თაბაშირის ნახვევი.

სულ ავადმყოფს წინამხარეზე ყრუ თაბაშირის ნახვევი ედო ორი თვის განმავლობაში. ამის შემდეგ ჭრილობები შეხორცდა, ძვლები შედუღდა, მხოლოდ წინამხარის წინა ზედაპირზე დარჩა პატარა ოსტეომიოლიტური ფისტულა 1 × 1 სმ.

ოპერაციის წინ, ავადმყოფის მდგომარეობა იმდენად გაუარესდა, რომ ამპუტაციისათვის უდავო ჩვენებები არსებობდა; მიუხედავად ამისა, ყრუ თაბაშირის ნახვევმა საშუალება მოგვცა შეგვენარჩუნებინა კიდური და მისი ფუნქცია.

დაჭრილი, 32 წლის. დიაგნოზი: მარცხენა ბარძაყის ტყვიით გამოწვეული შესული ჭრილობა, ბარძაყის ძვლის მოტეხილობით. დაიჭრა 22/II. პირველი დახმარება აღმოუჩინეს დაჭრიდან 10 საათის შემდეგ, ექიმმა დაადო ტომასის შინა.

1/III მივიღეთ ჰოსპიტალში — 7 დღის საევაკუაციო გზის განვლის შემდეგ.

საერთო მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი: ტემპერატურა — 37,5°, მაჯისცემა 100', აწუხებს ძლიერი ტკივილები მოტეხილობის მიდამოში.

შინის მოხსნის შემდეგ აღმოჩნდა: შემავალი ხვრელი მარცხენა ბარძაყის გარეთა ზედაპირზე, ზემო და შუა მესამედის საზღვარზე, ჭრილობის კიდეები ინფიცირებული, ჩირქოვანი გამონაჟონით. ბარძაყი შესივებული და გაწითლებული, კიდური მტკივნეული და პასიურ მდგომარეობაში. დამოკლებული 2 სმ.

რენტგენოლოგიურად: ბარძაყის ზემო მესამედის დამსხვრეული მოტეხილობა, ძვლის მოტეხილ ბოლოებს შორის მოჩანდა ტყვია.

ზოგადი ეთერის ნარკოზის ქვეშ (ომბრედანი) გაუკეთდა ოპერაცია. ჭრილობის ნაპირები გაგანიერდა. ჭრილობას ვიშნევსკის მალამოში დასველებული საფენები დავაფარეთ. კიდურს დავადევით დიდი ყრუ თაბაშირის ნახვევი.

მეორმოცდაათე დღეს მოეხსნა თაბაშირი. ჭრილობა შეხორცებულია, კონსოლიდაცია სრული. დაენიშნა ფიზიოთერაპიული მკურნალობა.

კიდურის ფუნქცია მთლიანად აღსდგა.

დაჭრილი, 20 წლის. დიაგნოზი: მარცხენა ბარძაყის ნამსხვრევით მიყენებული გასული ჭრილობა, ძვლის დამსხვრეული მოტეხილობით. დაიჭრა 29/IX. პირველი დახმარება აღმოუჩინეს დაჭრიდან ერთი საათის შემდეგ; 7/X მივიღეთ ჰოსპიტალში (საევაკუაციო გზა — 4 დღე).

ზოგადი მდგომარეობა მძიმე. ტემპერატურა — 39°, მაჯისცემა 120', ენა შელესილი და მშრალი, აწუხებდა თავის ტკივილი და შემცივნებები. გრძნობდა დაზიანებული კიდურის აუტანელ ტკივილს.

ლონგეტის მოხსნის შემდეგ აღმოჩნდა: ბარძაყისა და მუხლის სახსრის შესივება და დეფორმაცია. ბარძაყის შუა მესამედში, უკანა ზედაპირზე ნაფლეთოვანი ჭრილობა 10 × 4 სმ, საიდანაც დიდი რაოდენობით გამოდიოდა სუნიანი გამონაჟონი. ჰქონდა კიდურის დამოკლება.

რენტგენოლოგიურად: ბარძაყის მოტეხილობა, ბოლოების შეცილებით.

ეთერის ნარკოზის ქვეშ (ობრედანი) გაუკეთდა ოპერაცია. ჭრილობის კიდეები გაგანიერდა, მოშორდა ნეკროზული მასები და ფაშრად ჩაიდო ვიშნევსკის მალამოთი გაჟღენთილი ტამპონები. დაედო თაბაშირის დიდი ნახვევი.

ოპერაციის შემდეგ ტკივილები შეუმცირდა, ზოგადი მდგომარეო-

ბა დამაკმაყოფილებელი, მადა კარგი, კარგად ეძინა, ტემპერატურა — 36,5°—37,3°, მაჯისცემა 90'.

პირველი ხუთი დღის განმავლობაში ყოველდღიურად ეძლეოდა ხუთ-ხუთი გრამი სტრეპტოციდი, ქაფური, ყურძნის წვენი, ღვინო.

25 დღის შემდეგ ავადმყოფი თაბაშირის ნახვევით ევაკუირებული იყო სხვა ჰოსპიტალში, კარგ მდგომარეობაში, ნორმალური ტემპერატურით.

ეთერის ნარკოზის ქვეშ (ომბრედანი) გაუკეთდა ოპერაცია: ბარძაყის წინა ზედაპირზე ჭრილობა გაგანიერდა 20 სმ. აღმოჩნდა ღრმა კუნთთა შუა ფლეგმონა, რომელიც იხსნებოდა მოტეხილობის არეში და მუხლის სახსარში, მედიალურად კი ბარძაყის არტერიის პროექციის მიმართულებით აღწევდა ზემო მესამედს, სისხლძარღვოვანი კონა ჩირქში ცურავდა. არტერიის გასწვრივ გატარდა 30 სმ-ის სიგრძის კონტრაპერტურა.

მუხლის გარეთა ზედაპირზე არსებული ჭრილობაც გაგანიერდა. მოვაშორეთ თავისუფლად მდებარე ძვლის ნატეხები და ყუმბარის ნამსხვრევი. მუხლის სახსარი სავსე იყო ჩირქით. დამატებით სახსრის გარდა ზედაპირზე გატარდა პაირის განაკვეთები.

წვივის ფლეგმონის გამო მის უკანა ზედაპირზეც გატარდა ორი გასწვრივი განაკვეთი.

მუხლის სახსარში ჩავყარეთ 5 გრ სტრეპტოციდი. სტრეპტოციდის უქონლობის გამო დანარჩენ ჭრილობებში ვიშნევსკის მალამოთი გაჟღენთილი ტამპონები ჩავდეეთ და დავადეეთ თაბაშირის დიდი ნახვევი.

ოპერაციის შემდეგ პირველი ორი დღის განმავლობაში ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა ძალიან მძიმე იყო, ტემპერატურა — 37,8°, მაჯისცემა 160' ავადმყოფს დღეში ეძლეოდა 6 გრ სტრეპტოციდი კანქვეშ და წვეთოვანი ოყნით შეგვყავდა 4000 — ფიზიოლოგიური და 2000 გლუკოზის ხსნარი, უკეთდებოდა ქაფური და მორფიუმი. მესამე დღეს ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი იყო, ტემპერატურა — 37,5°, მაჯისცემა 110', ეძინა კარგად, ენა სველი. უჩიოდა ტკივილს მუხლის სახსარში. 6 დღის განმავლობაში მიიღო 36 გრ სტრეპტოციდი, მეთორმეტე დღეს თაბაშირის ნახვევის გამონაჟონით გაჟღენთისა და შემაწუხებელი სუნის გამო ჭრილობის არეში თაბაშირის ნახვევი ფართოდ ამოვჭერით, ამოვიღეთ თავისუფლად მდებარე ტამპონები, ჭრილობებს დავადევით ვიშნევსკის მალამოში დასველებული საფენები და ნახვევი კვლავ ყრუდ დავხურეთ.

სამი კვირის შემდეგ იმავე მიზეზით განმეორებით დაგვჭირდა თა-

ბაშირის ნახვევის ამოჭრა და ჭრილობის გაწმენდის შემდეგ ისევ დახურვა.

ავადმყოფის მდგომარეობა დღითი დღე უმჯობესდებოდა, კარგად ეძინა, მადა მოუვიდა, წონაში მოიმატა, ტკივილები აღარ აწუხებდა, სიცხე დაეცა, ლოგინში თავისუფლად მოძრაობდა, ხანგამოშვებით ბუცელზეც კი ეძინა.

ორი თვის შემდეგ თაბაშირი მოეხსნა, კიდური დაცხრა, კონსოლიდაცია სრულია, მუხლის სახსრის გარშემო ჭრილობები დაიხურა, ხოლო ბარძაყის წინა და მედიალურ ზედაპირზე არსებული ჭრილობები 5—6 სმ მანძილზე ჯერ კიდევ არ იყო დაფარული ეპითელიუმით, მოჩანდა საღი გრანულაციები უმნიშვნელო გამონადენით.

მუხლის სახსარს 2 კვირით კიდევ დაედო თაბაშირის ტუტორი და დაენიშნა კიდურის ფიზიო-და მექანოთერაპია.

ომის დროს ბარძაყის ცეცხლნასროლი ჭრილობები ძვლის მოტეხილობით, ყველა დაზიანებაზე უფრო ხშირია, მეროტვორით ბარძაყის მოტეხილობასა და ქვემო კიდურის დაზიანებაზე 49% მოდის... ეს იმით აიხსნება, რომ ორივე ბარძაყს სხეულის შედარებით დიდი ნაწილი უჭირავს. ბარძაყის ტყვიითა და ნამსხვრევით გამოწვეულ ჭრილობას ყოველთვის თან ერთვის რბილი ქსოვილების ფართო დაზიანება, ყუმბარის ნაჭრების გარდა რბილ ქსოვილებში მრავლადაა ძვლის ნატეხებიც, რადგან ბარძაყის ძვლის დიდი სიმკვრივის გამო მოტეხილობა უხშირესად დამსხვრეულია. დაზიანებას ხშირად თან ერთვის ინფექციაც, რომელიც კიდევ უფრო ამძიმებს დაჭრილის მდგომარეობას.

გარდა სიხშირისა, ბარძაყის ღია მოტეხილობას დიდი მნიშვნელობა ეძლევა სამხედრო დროის ქირურგიაში ავადმყოფობის მიმდინარეობის სიმძიმისა და სირთულის გამო.

ყირიმის ომის დროს ბარძაყის დაზიანებით დაჭრილების 96% იღუპებოდა და მხოლოდ 4% რჩებოდა ამპუტაციის შემდეგ.

პირველი იმპერიალისტური ომის დროს, მიუხედავად ქირურგიის მიღწევებისა, სიკვდილიანობა ამ სახის დაზიანების დროს 12—50%-ის ფარგლებში მერყეობდა.

მიუხედავად იმისა, რომ დაჭრილები გაიყვანეს და პირველი სათანადო დახმარებაც ხშირად არასრულად იყო აღმოჩენილი, იმობილიზაცია სრული არ ყოფილა და ღია მოტეხილობები უმძიმესი ინფექციით იყო გართულებული, სიკვდილიანობა 0-ს უდრიდა.

ოპერაციის შემდეგ ვადებდით თაბაშირის დიდ ნახვევს, რომელიც ტორსიდან იწყებოდა და მოიცავდა ბარძაყს, წვივს და ტერფს —

თითებამდე. მენჯ-ბარძაყისა და მუხლის სახსრები გაშლილ მდგომარეობაში იყო, ტერფი კი მოხრილი — კოჭ-წვივის სახსარში.

მუხლის სახსრის ცეცხლნასროლ დაზიანებას სახსრების დაზიანებათა შორის პირველი ადგილი უჭირავს. ოპოკინის დაკვირვებით მისი სიხშირე 40%-ს უდრის.

პიროგოვის მიხედვით, როდესაც ლაპარაკია სახსრების ჭრილობებზე, ძალაუნებურად ვფიქრობთ მუხლის ჭრილობაზე.

მუხლის სახსარი ყველაზე უფრო რთული აგებულებისაა. მისი დაზიანება ყოველთვის მძიმედ მიმდინარეობს; ამიტომ, როგორც მშვიდობიან, ისე ომის პერიოდში, მისი დაზიანება ჩირქოვანი ქირურგიის ყველაზე უფრო მძიმე ნაწილია. პიროგოვის დროს მუხლის სახსრის დაზიანების გამოსავალი ყოველთვის სასიკვდილო იყო, როგორც ამპუტაციით, ისე მის გარეშე.

ამ მხრივ განსაკუთრებით ყურადსაღებია ზემოთ მოყვანილი ისტორია ბარძაყის დისტალური ბოლოს და მუხლის სახსრის ერთდროული დაზიანებისა, რომელიც გართულებული იყო მუხლის სახსრის, ბარძაყისა და წვივის ფლეგმონით და მძიმე ზოგადი სეპტიკური მდგომარეობით.

ფართო განაკვეთების გატარებით და ყრუ თაბაშირის ნახვევით მივიღეთ დადებითი შედეგი.

სიხშირისა და გართულების გამო მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია კანჭის ძვლების დაზიანებას. ამ შემთხვევაში გარდა დაზიანების სიმძიმისა, მოქმედი ძალის მასშტაბისა, დამაზიანებელი სხეულის თავისებურებისა, მნიშვნელობა აქვს წვივის შენების სპეციფიკურობას. წვივის ძვლები ყოველმხრივ უხვადაა დაფარული რბილი ქსოვილებით, გარდა წინა მედიალური ზედაპირისა. დიდ წვივს თავისი სიმაგრით ბარძაყის შემდეგ მეორე ადგილი უჭირავს, ამიტომ ძლიერი ძალის ზემოქმედებით იგი წვრილ და მსხვილ ნამსხვრევებად ტყდება, რასაც თან ერთვის გაბზარვებიც. მასთან შედარებით მცირე წვივი უფრო ადვილად ტყდება და ხშირად დიდი წვივის გატეხის შედეგად.

ადგილობრივი და ზოგადი მდგომარეობის სიმძიმის გამო საჭირო ხდება მივმართოთ ფართო გვერდით განაკვეთებს და ზოგჯერ, მათ ემატება წინა და უკანა ზედაპირის გაკვეთაც, რის შემდეგ უკვე კიდურს ედება ყრუ თაბაშირის ნახვევი. მუხლის სახსარი ნახევრად მოხრილია, ტერფი მოხრილია სწორი კუთხის ქვეშ და კიდური თავსდება ბელერის შინაში.

დაჭრილი, 21 წლის, უფროსი სამხედრო ფერშალი. დიაგნოზი: ნარჯვენა წვივის შუა მესამედის ცეცხლნასროლი ჭრილობა, ორივე ძვლების მოტეხილობით. დაიჭრა 29/X, პირველი დახმარება აღმოუ-

ჩინეს დაჭრიდან 4 საათის შემდეგ ჰოსპიტალში, გადაესხა სისხლი 300 მლ. ჰოსპიტალში 7/X მივიღეთ (საევაკუაციო გზა — 4 დღე), მძიმე მდგომარეობაში, ტემპერატურა — 39°, მაჯისცემა 120′, ენა მშრალი, შელესილი, კანი და ლორწოვანები ძლიერ ფერმკრთალი, აწუხებდა ძლიერი ტკივილი ჭრილობის მიდამოში.

ლონგეტის მოხსნის შემდეგ აღმოჩნდა: მარჯვენა წვივის დეფორმაცია, შესივება, გაწითლება; წვივის გარეთა და უკანა ზედაპირზე მოთავსებული იყო ფართო ნაფლეთოვანი ჭრილობები ჩირქის დიდი გამონადენით, ჭრილობაში მოჩანდა კუნთებისა და მყესების ნაგლეჯები და მოტეხილი ძვლების ბოლოები. კიდური დამოკლებული იყო 4 სმ.

ეთერის ნარკოზის ქვეშ (ომბრედანი) გაუკეთდა ოპერაცია, ჭრილობის კიდეების გაფართოების შემდეგ ფაშრად ჩაიდო ვიშნევსკის მალამოთი გაჟღენთილი ტამპონები, კიდური დაიჭიმა და დაედო ყრუ თაბაშირის ნახვევი.

პირველი ათი დღის განმავლობაში ავადმყოფის მდგომარეობა მძიმე იყო, მიუხედავად იმისა, რომ მესამე დღეს ტემპერატურა დაეცა და ტკივილებიც ნაკლებად აწუხებდა. ამ ხნის განმავლობაში ყოველდღიურად ეძლეოდა ხუთ-ხუთი გრამი სტრეპტოციდი და დიდი რაოდენობით შეგვყავდა სითხეები.

მეოცე დღეს საჭირო გახდა თაბაშირის ნახვევის გამოცვლა, ტამპონების ამოღების შემდეგ კვლავ დაედო ყრუ თაბაშირის ნახვევი.

ორმოცდამეხუთე დღეს თაბაშირის ნახვევი სრულებით მოეხსნა, ჭრილობები შეხორცებული იყო, ძვლების კონსოლიდაცია სრული, დამოკლებას აღარ ჰქონდა ადგილი.

დაჭრილი 29 წლის. დიაგნოზი: მარცხენა წვივის შუამესამედისა და წინა ტერფის ჭრილობა, ძვლების მოტეხილობით. დაიჭრა 7/IV. პირველი დახმარება აღმოუჩინეს დაჭრის საათნახევრის შემდეგ, სანპუნქტში დაუმუშავეს ჭრილობა. გაუკეთეს ანტიტეტანიური შრატი და გადაუსხეს 500 მლ სისხლი. სხვადასხვა ჰოსპიტალების გავლის შემდეგ 1/V მიღებული იყო ჩვენს ჰოსპიტალში.

საერთო მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი, ტემპერატურა — 37,3°, მაჯისცემა 90′, აწუხებდა აუტანელი ტკივილი ჭრილობის მიდამოში.

შინის მოხსნის შემდეგ აღმოჩნდა: წვივი და ტერფი ძლიერ შესივებული და დეფორმული. წვივის შუა მესამედის წინა ზედაპირზე ჭრილობა 5 × 3 სმ ფისტულით, რომლიდანაც ჩირქი გამოდიოდა. ასეთივე ჭრილობა იყო წვივის გარეთა ზედაპირზე. ხელის მიკარებაც კი საშინელ ტკივილებს იწვევდა.

რენტგენოლოგიურად: დიდი წვივი მოტეხილია. ზემო და შუა მე-

სამედის საზღვარზე ძვლის მოტეხილი ბოლოები გვერდითაა შეცილებული. მცირე წვივი მოტეხილია ორ ადგილას — ზემო და შუა, შუა და ქვემო მესამედის საზღვარზე, მცირე წვივის ამოტეხილი შუა მესამედი გარდიგარდმო მდებარეობს.

ზურგის ტვინის ანესთეზიით გაკეთდა ოპერაცია, წვივის გარეთა და გვერდით ზედაპირზე ჭრილობები გაგანიერდა 20 სმ, ამოვიღეთ მცირე წვივის მოტეხილი შუა მესამედი და მცირე წვივის დარჩენილი ბოლოები განახლდა. განახლდა აგრეთვე დიდი წვივის მოტეხილი ბოლოები, რომლებშიაც უკვე განვითარებული იყო ოსტეომიელიტი. ძვალთაშუა აპკის გაკვეთის შემდეგ შესაძლებელი შეიქნა დიდი წვივის მთლიანი რეპოზიცია, მოტეხილი ბოლოები დავაყენეთ პირისპირ. ჭრილობას ვიშნევსკის მალამოთი გაჟღენთილი საფენები დავაფარეთ და დავადევით ყრუ თაბაშირის ნახვევი.

ანესთეზიის გავლის შემდეგ ავადმყოფს განუვითარდა შოკი, რომლის წინააღმდეგაც მიღებულ იქნა სათანადო ზომები.

ოპერაციის შემდგომი პერიოდი ჩატარდა ყოველგვარი გართულების გარეშე. მეოცე დღეს თაბაშირში ამოვჭერით ფანჯარა, საფენები გამოვუცვალეთ, ჭრილობა გავწმინდეთ და კვლავ დავადევით ყრუ თაბაშირის ნახვევი.

თვენახევრის შემდეგ თაბაშირი სრულიად მოეხსნა, ჭრილობები თითქმის შეხორცებული იყო, დარჩენილი იყო პატარა ადგილები, საღი გრანულაციებითა და უმნიშვნელო გამონაჟონით, წვივის დეფორმაცია და შეშუპება არ აღინიშნებოდა, კიდური ნორმალური სიგრძისა, რენტგენოლოგიურად დიდი წვივის მოტეხილი ბოლოები სწორი, ხოლო კონსოლიდაცია არასრული, რის გამოც განმეორებით დაედო ყრუ თაბაშირის ნახვევი.

ამ შემთხვევაში, მიუხედავად ძვლის ბოლოების ძლიერი შეცილებისა, წვივის დეფორმაციისა, ქრონიკული ოსტეომიელიტისა, შესაძლებელი გახდა ერთ მომენტად, როგორც ოსტეომიელიტური კერის ლიკვიდაცია, ისე ძვლის რეპოზიცია.

ყრუ თაბაშირის ნახვევის საშუალებით ოპერაციის შემდგომი პერიოდიც კი გართულების გარეშე ჩატარდა.

ცეცხლმსროლი იარაღით მიყენებული მოტეხილობებისათვის, ბოლოების შეცილებით, გართულებული მძიმე ინფექციით, დაგვიანებულ შემთხვევებში, წინასწარი სათანადო ოპერაციული დამუშავებისა და ერთმომენტიანი რეპოზიციის შემდეგ, ყრუ თაბაშირის ნახვევი ჰქმნის საუკეთესო პირობებს რბილი ქსოვილების სწრაფად შეხორცებისა და დამსხვრეული მოტეხილობის კონსოლიდაციისათვის.

თაბაშირის ნახვევის ღირსება იმაში მდგომარეობს, რომ იგი იძ-ლევა სახსრებისა და ძვლების მოტეხილი ბოლოების მაქსიმალურ უმოძრაობას, მოსვენებულ მდგომარეობაში აყენებს დაზიანებულ კიდურს, ჭრილობას იცავს მეორადი ინფექციისაგან, ჰქმნის ტემპე-რატურის მერყეობისა და ჭრილობის აუტოსტერილიზაციის საუკე-თესო პირობებს; აგვაცილებს რა თავიდან ხშირი შეხვევების აუცი-ლებლობას, ხელს უწყობს ორგანიზმის რეგენერატორული უნარის სრულ გამომჟღავნებას.

აღნიშნული მეთოდი ნიშნავს ზედმეტი შეხვევების გაუკეთებლო-ბას.

ანტისეპტიკური ნივთიერებები, როგორიცაა: ვიშნევსკის მალამო და განსაკუთრებით სულფამიდები და ანტიბიოტიკები, ძალიან მნიშ-ვნელოვანია გართულებული მოტეხილობის მკურნალობისათვის. მაგრამ მთავარი როლი მაინც სათანადო ქირურგიულ დახმარებას და ყრუ თაბაშირის ნახვევს მიეკუთვნება. ყოველი ჭრილობა შეხორცე-ბისათვის მოითხოვს ხანგრძლივსა და აბსოლუტურ მოსვენებას.

ოპერაციის შემდეგ, პირველ დღეებში, სეპტიკური მდგომარეობის დროს სულფამიდების, ანტიბიოტიკებისა და სითხის დიდი რაოდენო-ბით შეყვანას გარკვეული მნიშვნელობა აქვს.

ყრუ თაბაშირის ნახვევი საშუალებას გვაძლევს დროულად დავი-წყოთ ფიზიოთერაპიული და ფუნქციური მკურნალობა, რაც ხელს უწყობს კიდურის ფორმისა და ფუნქციის შენარჩუნებას.

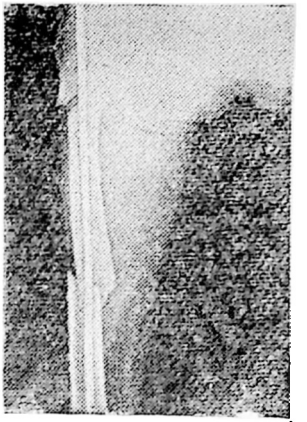
უნდა აღინიშნოს, რომ სამამულო ომის დროს ჯერ არ ვიყენებ-დით ოსტეოსინთეზს, არ გვქონდა ინფექციის წინააღმდეგ ძლიერ მოქმედი თანამედროვე საშუალებები, მათ შორის ანტიბიოტიკები. ამჟამად პირობები გაცილებით უკეთესია და ცეცხლნასროლი მოტე-ხილობების მკურნალობაც შეიძლება სხვაგვარად წარიმართოს.

ახლა ჩვენი კლინიკის მასალიდან დემონსტრაცია გავუკეთეთ რამ-დენიმე ავადმყოფს, რომელთაც გაკეთებული აქვთ ოსტეოსინთეზი.

ავადმყოფი რ. ო., მამაკაცი, 65 წლის, ტრანსპორტის ავარიის შე-დეგად მიუღია მარჯვენა ბარძაყის ძვლის მოტეხილობა. კლინიკაში დადგინდა მარჯვენა ბარძაყის ძვლის ორმაგი მოტეხილობა შუა და ზემო მესამედში. კიდური დეფორმიულია და 4 სანტიმეტრით დამოკ-ლებული. ტრავმის მიღებიდან მე-18 დღეს გაუკეთდა ოპერაცია (ენ-დოტრაქეალური ნარკოზი). ლითონის ღერო შეყვანილ იქნა რეტრო-გრადულად. ოპერაციის დროს და ოპერაციის შემდგომ პერიოდში გართულებას ადგილი არ ჰქონია. საკონტროლო გადაღებაზე აღინიშ-ნება ფრაგმენტების კარგი ღგომა.

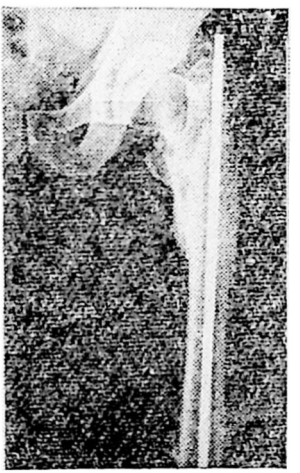
ავადმყოფი კ. ა., მამაკაცი, 55 წლის. ტრავმის შედეგად მიიღო

სურ. 32.
მარჯვენა ბარძაყის ძვლის ორმაგი მოტეხილობა.



სურ. 33.
იგივე ავადმყოფი ოსტეოსინთეზის შემდეგ.

სურ. 34.
მარჯვენა ბარძაყის ძვლის ციბრუტქვეშა ირიბი მოტეხილობა



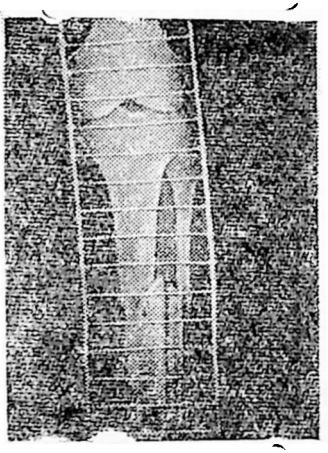
სურ. 35.
იგივე ავადმყოფი ოსტეოსინთეზის შემდეგ.

სურ. 36.

მარცხენა ბარძაყის ძვლის ყელის მედიალური მოტეხილობა.

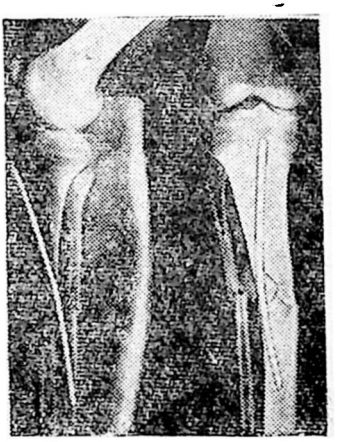
სურ. 37.

იგივე ავადმყოფი ოპერაციის შემდეგ



სურ. 38.

მარცხენა წვივის ძვლების მოტეხილობა.



სურ. 39.

იგივე ავადმყოფი ოსტეოსინთეზის შემდეგ.

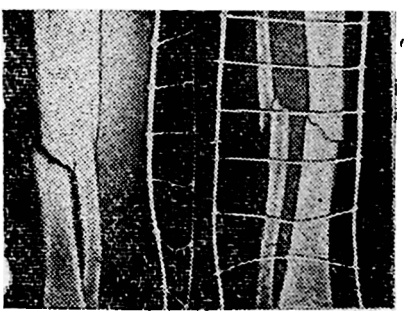
მარჯვენა ბარძაყის ძვლის მოტეხილობა. კლინიკაში დადგინდა მარჯვენა ბარძაყის ძვლის ორმაგი მოტეხილობა, შუა და ზემო მესამედში. კიდური დეფორმიულია და 4 სანტიმეტრით დამოკლებული. ტრავმის მიღებიდან მე-18 დღეს გაუკეთდა ოპერაცია (ენდოტრაქეალური ნარკოზი). ლითონის ღერო შეყვანილი იქნა რეტროგრადულად. ოპერაციის დროს და ოპერაციის შემდგომ პერიოდში გართულებას ადგილი არ ჰქონია. საკონტროლო გადაღებაზე აღინიშნება ფრაგმენტების კარგი დგომა

სურ. 40.

იგივე ავადმყოფი ღეროს ამოღების შემდეგ.

ავადმყოფი ც. გ., მამაკაცი, 35 წლის. სიარულის დროს დავარდა და მიიღო მარცხენა ბარძაყის ძვლის ყელის მოტეხილობა. პირველი დახმარება აღმოუჩინეს რაიონულ საავადმყოფოში, სადაც გაუკეთდა იმობილიზაცია თაბაშირის ლონგეტით. შემდგომი მკურნალობისათვის ავადმყოფი გადმოაგზავნეს კლინიკაში.

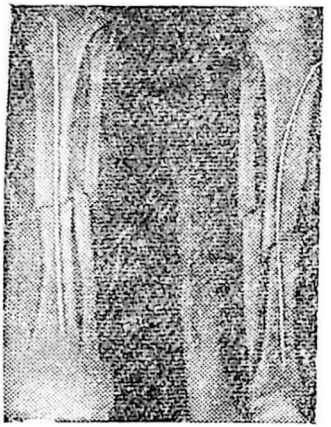
კლინიკურ-რენტგენოლოგიური გამოკვლევით დადგინდა მარცხენა ბარძაყის ძვლის ყელის მედიალური მოტეხილობა; სათანადო მომზადების შემდეგ გაუკეთდა ოპერაცია (სპინალური ანესთეზია) — ოსტეოსინთეზი რეკოსუევის ლურსმნის გამოყენებით. საკონტროლო გადაღებაზე ფრაგმენტების დგომა სწორია.



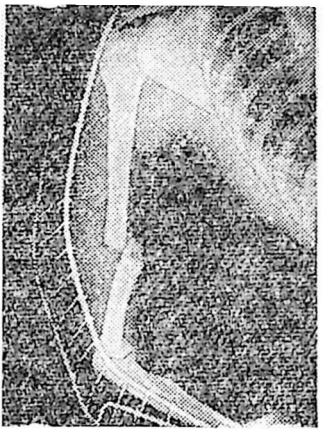
სურ. 41.

მარჯვენა წვივის ძვლების მოტეხილობა.

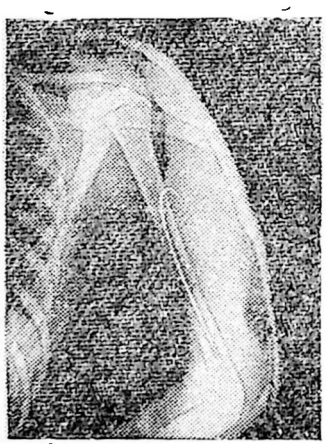
ავადმყოფი ნ. ი. მამაკაცი, 22 წლის. ტრანსპორტის ავარიის შედეგად მიიღო ტრამვა მარცხენა წვივის მიდამოში, რის გამოც მოიყვანეს კლინიკაში. ავადმყოფის კლინიკურ-რენტგენოლოგიური გამოკვლევით დადგენილი იქნა მარცხენა წვივის ძვლების ზემო მესამედის განივი მოტეხილობა. მე-8 დღეს გაუკეთდა ოპერაცია (სპინალური ანესთეზია), გაკეთდა დიდი წვივის ძვლის ძვალშიდა ფიქსაცია ბოგდანოვის ლითონის ღეროს გამოყენებით. საკონტროლო რენტგენოგრამაზე ფრაგმენტების დგომა კარ-



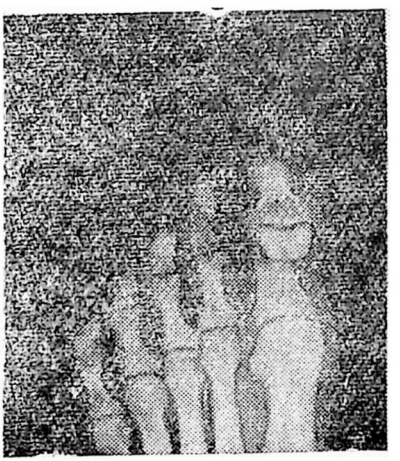
სურ. 42.
იგივე ავადმყოფი ოსტეო-
სინთეზის შემდეგ.



სურ. 43.
მარჯვენა მხრის ძვლის შუა
მესამედის მოტეხილობა

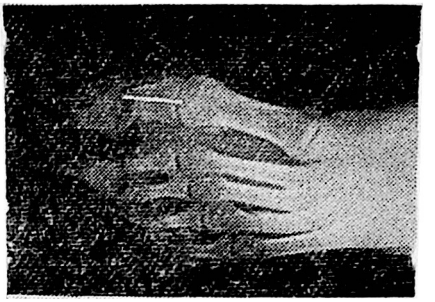


სურ. 44.
იგივე ავადმყოფი ოსტეო-
სინთეზის შემდეგ.



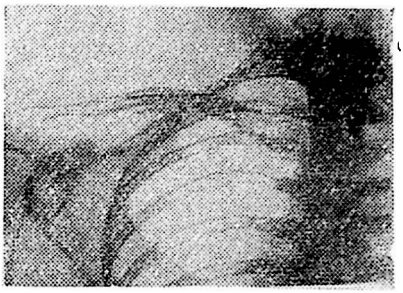
სურ. 45.
მარცხენა ტერფის ცერის
პირველი ფალანგის მოტე-
ხილობა.

გია. ლითონის ღერო ამოღებული იქნა 8 თვის შემდეგ. კიდურის ანატომიური და ფუნქციური მაჩვენებელი კარგია.



სურ. 46.
იგივე ავადმყოფი ოსტეოსინთეზის შემდეგ.

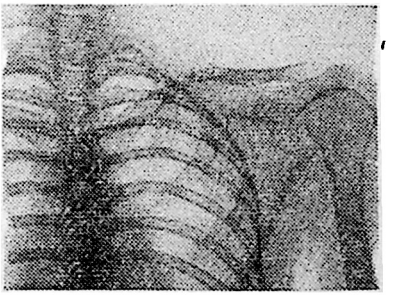
ავადმყოფი მ. ა., მამაკაცი, 37 წლის. მარჯვენა წვივის მიდამოში მიიღო მექანიკური ტრავმა, რის გამოც მოიყვანეს კლინიკაში. კლინიკურ-რენტგენოლოგიური გამოკვლევით დადგინდა მარჯვენა წვივის ძვლების მოტეხილობა. მე-10 დღეს გაუკეთდა ოსტეოსინთეზი ბოგდანოვის ლითონის ღეროთი. საკონტროლო რენტგენოგრამაზე მოტეხილი ფრაგმენტის დგომა კარგია.



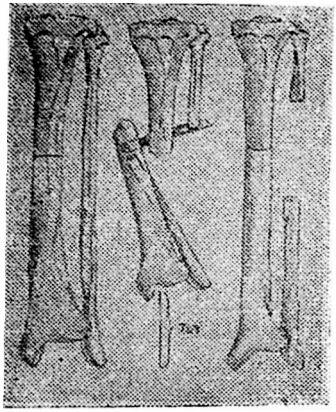
სურ. 47.
ლავიწის ძვლის მოტეხილობა (ავადმყოფი ძვალშიდა) ფიქსაციის შემდეგ.

ავადმყოფი გ. ა., ქალი, 40 წლის. მარჯვენა მხარის მიდამოში მიიღო ტრავმა, რის გამოც შემოვიდა კლინიკაში. კლინიკურ-რენტგენოლოგიური გამოკვლევით დადგენილი იქნა მარჯვენა მხრის ძვლის შუა მესამედის მოტეხილობა. მე-12 დღეს გაუკეთდა ოპერაცია — ოსტეოსინთეზი. ბოგდანოვის ღერო გატარებული იქნა დისტალური ფრაგმენტიდან. საკონტროლო რენტგენოგრამაზე ფრაგმენტების დგომა კარგია.

ავადმყოფი ს. მ., მამაკაცი, 36 წლის. მარცხენა ტერფის პირველი თითის მიდამოში მიიღო მექანიკური ტრავმა (დაეცა სიმძიმე) ღია მოტეხილობით. რენტგენოლოგიურად დადგინდა ცერის პირველი ფალანგის ღია მოტეხილობა. ჭრილობის დამუშავების შემდეგ გაუკეთდა მოტეხილი ფალანგის ძვლის ოსტეოსინთეზი ლითონის წვრილი ღეროთი.

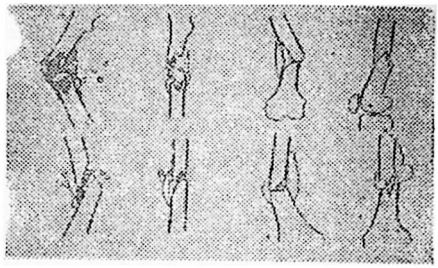


სურ. 48.
იგივე ავადმყოფი ღეროს ამოღების შემდეგ.



სურ. 49.

ფეხვიის ძვლების მოტეხილობა კიდურის დამოკლებით მკურნალობამდე და რეპოზიციისა და თაბაშირის ყრუ ნახვევის დადების შემდეგ (სქემატური ნახატი რენტგენოგრამიდან)

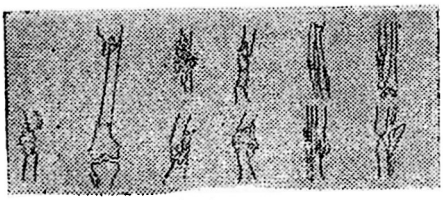


სურ. 50.

ე. წ. „გალიფეს“ მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ (რეფრაქტორ, რეპოზიცია და თაბაშირის ყრუ ნახვევის დადება) ნახატი რენტგენოგრამიდან.

საკონტროლო რენტგენოგრამაზე მოტეხილი ფრაგმენტების დგომა კარგია.

ავადმყოფი ლ. დ., ქალი, 16 წლის. სპორტული ტრავმის შედეგად მიიღო ტრავმა გულ-მკერდის მარცხენა ნახევარში. კლინიკაში დაადგინეს მარცხენა ლავიწის ძვლის დახურული მოტეხილობა ფრაგმენტების შეცილებით. ტრავმის მიღებიდან მე-9 დღეს ადგილობრივი გაუტკივარებით გაუკეთდა ოპერაცია: ძვალშიდა ფიქსაცია კირშნერის ჩხირის გამოყენებით. მესამე კვირის ბოლოს რენტგენოგრამაზე აღინიშნებოდა კარგად განვითარებული კორძი. ღერო ამოღებული იქნა მეოთხე კვირის ბოლოს. კიდურის ანატომიური და ფუნქციური მაჩვენებლები კარგია.



სურ. 51.

ლულოვანი ძვლების დამსხვრეული მოტეხილობა, რომელიც შეხორცდა თაბაშირის ყრუ ნახვევით, ფისტულის განვითარების გარეშე (ნახატი რენტგენოგრამიდან).

ახლა შევეხოთ ჰოსპიტლის მასალიდან ძვლების მოტეხილობის თაბაშირის ყრუ ნახვევით მკურნალობის რამდენიმე შემთხვევას.

თერმული დაზიანება. კანის ერთობომენტიანი გადანერგვა ფეხზე

ავადმყოფთა დემონსტრაცია: ელენთის ექინოკოკი. კაროტიდული სიმსივნე. საყლაპავი მილის დამწვრობა. დიაფრაგმის ტრავმული თიაქრის ოპერაციული მკურნალობის შორეული შედეგი.

ლექცია დავიწყოთ ავადმყოფთა დემონსტრაციით:

ავადმყოფი გ. ნ., მამაკაცი, 32 წლის, კლინიკაში შემოვიდა ჩივილებით: ყრუ ხასიათის ტკივილი მუცლის მარცხენა ნახევარში, ზოგადი სისუსტე და სიმსივნური წარმონაქმნი მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში. ავად არის 3 წელია. დაავადება დაწყებია ყრუ ხასიათის ტკივილით მუცლის არეში, განსაკუთრებით მარცხენა ნახევარში, მაშინვე შეუმჩნევია მოძრავი სიმსივნური წარმონაქმნი.

შემოსვლისას: მუცელი ასიმეტრიულია, მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში ისინჯება დიდი ზომის, რბილი კონსისტენციის, სადა ზედაპირის მქონე მოძრავი სიმსივნე. კაცონის რეაქცია დადებითია. გულმკერდის გაშუქებისას დიაფრაგმის მოძრაობა შეზღუდულია. აღნიშნული მონაცემების საფუძველზე გამოითქვა აზრი, რომ საქმე უნდა გვქონდეს ელენთის ექინოკოკთან.

ავადმყოფს გაუკეთდა ოპერაცია. განაკვეთი გატარდა მარცხნივ ნეკნთა რკალის პარალელურად. გაიხსნა მუცლის ღრუ, აღმოჩნდა დიდი ოდენობის კისტოზური სიმსივნე, რომელთანაც მიხორცებულია ბადექონი. შემოფარგვლის შემდეგ გაკეთდა სიმსივნის პუნქცია, გადმოვიდა გამჭვირვალე სითხე. ასპირაციით ამოიქაჩა 5 ლ სითხე, რის შემდეგ ამოღებული იქნა ქიტინის გარსი და ნაწილობრივ ამოიკვეთა ფიბროზული კაფსულა. კისტოზური სიმსივნე გამომდინარეობდა ელენთიდან. ელენთა ვრცელ შეხორცებებში იყო, გაკეთდა მარსუპიალიზაცია. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი გართულების გარეშე. ავადმყოფი გაეწერა დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში.

წარმოდგენილი შემთხვევა საინტერესოა ელენთის ექინოკოკის დიდი ოდენობის გამო, რომელმაც მოგვცა მკვეთრად გამოხატული ჰერისპლენიტის მოვლენები.

ადამიანის ექინოკოკის ეტიოლოგიის, პათოგენეზის, მკურნალობისა და პროფილაქტიკის საკითხები კლინიკის მასალის მიხედვით შესწავლილია ს. ბუაჩიძის მიერ და გაშუქებულია მის მონოგრაფიაში „ადამიანის ექინოკოკი“.

ავადმყოფი ი. ნ., ქალი, 64 წლისა. შემოვიდა კლინიკაში კისრის მარჯვენა ნახევარში სიმსივნური წარმონაქმნით, თავბრუხვევით. სიმსივნის არსებობა შეამჩნია 1 თვის წინ.

შემოსვლისას: კისრის მარჯვენა ნახევარში, ქვედა ყბის კუთხესთან ისინჯება მომკვრივო კონსისტენციის, სადა ზედაპირისა და კიდეების მქონე, ვერტიკალურად უძრავი, ჰორიზონტალურად მოძრავი სიმსივნე, რომელიც ყლაპვის აქტთან დაკავშირებით არ მოძრაობს. სიმსივნეზე შეიგრძნობა პულსაცია, კანის ფერი უცვლელია.

ავადმყოფის კლინიკური გამოკვლევის საფუძველზე გამოითქვა აზრი, რომ საქმე გვაქვს კაროტიდულ სიმსივნესთან და გადაწყდა ოპერაციის გაკეთება. ოპერაცია გაკეთდა ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ. განაკვეთი კისრის მარჯვენა მხარეზე სიმსივნის გასწვრივ და მის ქვემოთ. სათანადო შრეების გაკვეთის შემდეგ გამოჩნდა სიმსივნე ვრცელ შეხორცებებში. გამოყოფის შემდეგ გამოირკვა, რომ სიმსივნე მოთავსებულია საძილე არტერიის გაორკაპებაზე, ჩაზრდილია და გარს ეხვევა გარეთა საძილე არტერიას. სიმსივნე გამოიყო და ამოღებულ იქნა. შეყვანილია 200.000 ერთეული პენიცილინი და ჭრილობა დაიხურა.

ოპერაციის შემდგომი პერიოდი გართულების გარეშე. ავადმყოფი გაეწერა გაჯანსაღებული.

კაროტიდული სხეულაკები პირველად აღწერა ჰალერმა (1743). კაროტიდული სხეულაკები მორუხო-მოწითალო ფერისაა. 2—5 მმ ოდენობის, მდებარეობს საერთო საძილე არტერიის გაორკაპების მიდამოში. ჰისტოლოგიურად შეიცავს ფიბროზულ კაფსულას და ეპითელოიდურ უჯრედებს. კაროტიდული სხეულაკები მიეკუთვნებიან ჰემორეცეპტორთა ჯგუფს.

1881 წელს რეინერმა აღწერა კაროტიდული სხეულაკების სიმსივნე. 1891 წელს მარშანდმა, ხოლო 1892 წელს პალტუაფმა, ჰისტოლოგიურად შეისწავლეს კაროტიდული სხეულაკების სიმსივნეები და პერიტოლიომების ჯგუფს მიაკუთვნეს.

კაროტიდული სხეულაკების სიმსივნეები იშვიათად გვხვდება. ზოგჯერ ის არის ორმხრივი. იუსუფჯანოვის მონაცემებით 1952 წლისათვის მსოფლიო ლიტერატურაში სულ აღწერილი იყო კაროტიდული სიმსივნის 200 შემთხვევა. სამკურნალო ფაკულტეტის ჰოსპიტალური ქირურგიის კლინიკაში კაროტიდული სიმსივნით გატარებულია 7 ავადმყოფი.

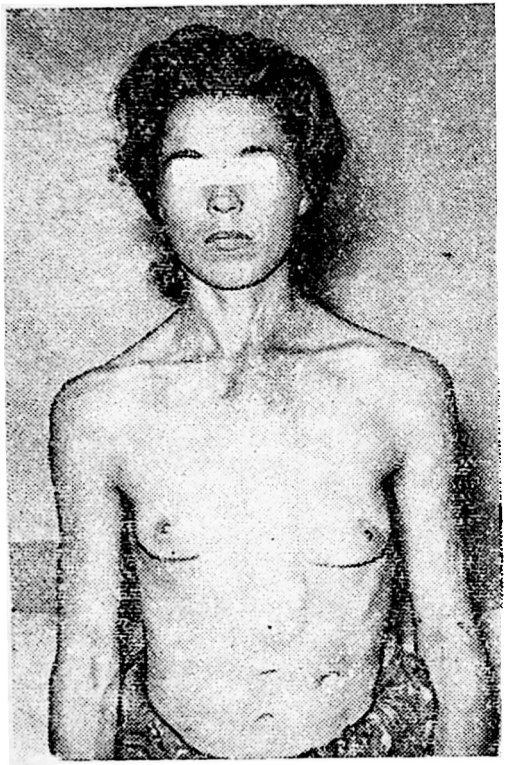
საყლაპავი მილის დამწვრობასა და მის შემდეგ განვითარებული სტრუქტურის მკურნალობას ჩვენ ერთ-ერთ ლექციაზე შევეხეთ. ახლა გავარჩიოთ ერთი ავადმყოფი კარგი შორეული შედეგით, მეორე

კი ოპერაციის შემდგომი მძიმე გართულებით—ჯორჯლის სისხლ-ძარღვთა თრომბოზით. მსგავსი გართულება ჩვენს კლინიკაში პირველია.

სურ. 52.
ამოკვეთილი კარტიდული სიმსივნე.

ავადმყოფი ა. ლ., ქალი, 33 წლის, კლინიკაში შემოვიდა განმეორებით. 10 წლის წინათ კაუსტიკური სოდის ხსნარით მიიღო საყლაპავი მილის დამწვრობა. ჩვენს კლინიკაში გაუკეთდა ოპერაცია — ეზოფაგოპლასტიკა რუ-გერცენ-იუდინის მეთოდით. ოპერაციიდან გავიდა 9 წელი. ავადმყოფის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. ხელოვნური საყლაპავი მილი კარგად ფუნქციონირებს.

ავადმყოფი შ. ე., ქალი, 18 წლის. ავადმყოფმა 5 თვის წინათ შემთხვევით დალია მარილმჟავას ხსნარი, რის შედეგადაც განუვითარდა საყლაპავი მილისა და კუჭის დამწვრობა. ავადმყოფი მოათავსეს რაიონულ საავადმყოფოში, საიდანაც შემდგომი მკურნალობისათვის გადმოგზავნეს თბილისში. კლინიკაში შემოსვლისას ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა მძიმეა, კახექსიურია. აქვს გულისრევა, ჰქონდა ღებინება. პირნაღებინებ მასაში აღმოჩნდა საყლაპავი მილის ლორწოვანი გარსის ნაწილი და ასკარიდა, ავადმყოფს შეეძლო მხოლოდ სითხის დალევა, ისიც მცირე რაოდენობით. ვინაიდან საყლაპავ მილთან ერთად აღინიშნებოდა კუჭის დამწვრობაც, მლივი ნაწლავის დასაწყისზე დაედო ენტეროსტომული მილი (კვების მიზნით) და დაენიშნა წელოვნური კვება. სათანადო მომზადების შემდეგ ენდოტრაქეალური ნარკოზით გაუკეთდა ოპერაცია. განაკვეთი გატარდა შუა ხაზზე — მახვილისებრი მორჩიდან, ჭიპამდე. გაიხსნა მუცლის ღრუ. კუჭი შეშმუსვნილი და დაპატარავებულია. ენტეროსტომული მილი დადებულია ტრეიცის იოგთან ახლოს. გამოიყო და ცალ-ცალკე გადაიკვანძა III, IV და V ინტესტინალური არტერია და ვენა. მლივი ნაწლავი გადაიკვეთა II და III ინტესტინალურ სისხლძარღვებს შორის და გაკეთდა შერთული მლივი ნაწლავის ადორალურ მონაკვეთსა და ასატანად გამოყოფილ ნაწლავის ქვემო მონაკვეთს შორის. გამოყოფილი ნაწლავის ფერი დამაკმაყოფილებელია, ოდნავ შეცვლილი. გაკეთდა კანქვეშა გვირაბი კისრამდე და ამ გვირაბში გატანილი იქნა მობილიზებული ნაწლავის მარყუჟი, რომლის ბოლომ მიაღწია ლავიწს. გვირაბში მარჯვნიდან შეტანილ იქნა რეზინის ღარი, მუცლის ღრუ დაიხურა ყრუდ.



ოპერაციიდან დაახლოებით 36 საათის შემდეგ მდგომარეობა მკვეთრად გაუარესდა. დაეწყო ძლიერი ტკივილი მუცელში და გულმკერდის მიდამოში. გამოითქვა აზრი — შესაძლოა გვირაბში გატანილ-

სურ. 53.
საყლაპავი მილის პლასტიკა ოპერაციის შემდეგ.

სურ. 54.
იგივე ავადმყოფის რენტგენოგრამაზე ჩანს ხელოვნური საყლაპავი მილის ჩრდილი (მარჯვნივ).

შა ნაწლავის მარყუჟმა განიცადა ნეკროზი. გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია. გაიხსნა გულმკერდის წინა ზედაპირზე ჭრილობის ზემოკიდე. გამოტანილი ნაწლავი განიცდიდა ნეკროზს. გაიხსნა მუცლის ღრუ. ტრანსპლანტანტი ჩამოტანილი იქნა გვირაბიდან, წვრილი ნაწლავის უმეტესი ნაწილი დანეკროზებულია. მლივი ნაწლავის ის ნაწილი, რომელიც არ იყო გამოყოფილი (შერთულის ზემოთ), საღია. გაკეთდა წვრილი ნაწლავის ვრცელი რეზექცია. შერთული დაედო ნლივი ნაწლავის დარჩენილ ნაწილსა (40 სმ) და თეძოს ნაწლავის დარჩენილ ნაწილს (20 სმ) შორის — პირი-პირში. მუცლის ღრუში შეყვანილი იქნა 50.000 ერთეული პენიცილინი, 1.0 სტრეპტომიცინი გახსნილი ნოვოკაინის 0,25% ხსნარის 50,0 ჩაიდო მიკროორიგა-

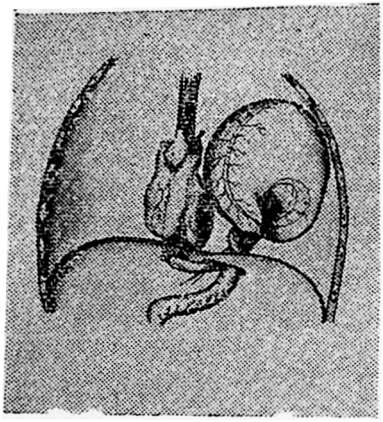
ტორი. ოპერაციის შემდეგ პირველ დღეებში ავადმყოფის მდგომარეობა მძიმე იყო, შემდეგ თანდათან გაუმჯობესდა. მკურნალობა გრძელდება.

წინა ლექციაზე, როდესაც შევეხეთ დიაფრაგმის ტრავმული თიაქრის საკითხს, დემონსტრირებული იყო ავადმყოფი პ. გ., 32 წლის მამაკაცი. დიაფრაგმის თიაქარი განვითარებული ჰქონდა ცეცხლნასროლი ჭრილობის შედეგად. პირველ ხანებში შეიმჩნეოდა თავისუფალი დიაფრაგმული თიაქრის ზოგიერთი ნიშანი. შემდეგ მოულოდნელად მწვავედ განვითარდა შინაგანი ჩაჭედვის მოვლენები, გულმკერდის ღრუში დიაფრაგმის დეფექტით გადასული კუჭის ფეხზე შემობრუნებისა და ჩაჭედვის გამო. ავადმყოფს გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია. გაიხსნა მუცლის ღრუ, კუჭის პილორული ნაწილი მიფარებული იყო დიაფრაგმის დეფექტზე, კუჭის დანარჩენი ნაწილები კი, დიდ ბადეჭონთან ერთად გულმკერდის ღრუში იყო მოთავსებული. კუჭის კარდიალური და პილორული ნაწილები მჭიდროდ იყო დაკავშირებული ერთიმეორესთან და გადაგრეხილი. ნაცადი იყო მუცლის ღრუს მხრიდან კუჭის გასწორება და ჩამოტანა, მაგრამ უშედეგოდ. ამიტომ გაიხსნა გულმკერდის ღრუ მე-7 და მე-8 ნეკნებს შორის, ფართოდ მოინახა კუჭი, რომელიც ბავშვის თავის ოდენა იყო და მოძრაობდა გულის ბიძგის ზეგავლენით. თიაქრის ყელიდან ნეკნთა რკალის მიმართულებით დიაფრაგმა მთლიანად გაიკვეთა, კუჭი მუცლის ღრუს განაკვეთიდან გამოტანილ იქნა გარეთ. კუჭიდან ამოიჭაჩა მოშავო ფერის, მქავე სუნის სითხე, დაახლოებით 5 ლიტრი. კუჭი ჩაბრუნდა მუცლის ღრუში. დიაფრაგმის დეფექტი გაიკერა გულმკერდის ღრუდან. ავადმყოფი გაეწერა განკურნებული.

ავადმყოფს ოპერაცია გაუკეთდა 1944 წლის 5 აპრილს. ოპერაციის შემდეგ გავიდა 25 წელი. ავადმყოფის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, არავითარი ჩივილი არა აქვს. დემონსტრაციის მიზანია დიაფრაგმის ტრავმული თიაქრის ოპერაციული მკურნალობის შორეული შედეგის ჩვენება.

როგორც ვთქვით, უფრო ხშირად გვხვდება დიაფრაგმის ტრავმული თიაქრები. დიაფრაგმის ნამდვილი და ცრუ თიაქრის განვითარებისათვის კი მნიშვნელობა აქვს დიაფრაგმაში არსებულ სუსტ ადგილებს, თანდაყოლილ დეფექტებსა და ნაპრალებს, რომლებიც ნაჩვენებია ქვემოთ მოყვანილ სურათებზე.

ახლა შევეხოთ დამწვრობისა და მოყინვის პათოგენეზს, კლინიკასა და მკურნალობას. დამწვრობა და მისი მკურნალობა თანამედროვე მედიცინის ერთ-ერთი აქტუალური პრობლემაა. ჯანმრთელობის საერთაშორისო ორგანიზაციის ცნობით დამწვრობა შეადგენს ყველა



სურ. 55.
დიაფრაგმის დეფექტი. გულმკერდის ღრუში გადასული. კუჭის შემობრუნება და ჩაჭედვა (სქემატური ნახატი).

ტრავმული დაზიანების 5—10%. ტ. არიევის აღნიშვნით მსოფლიოში ყოველწლიურად 60.000 კაცი იღუპება დამწვრობისაგან.

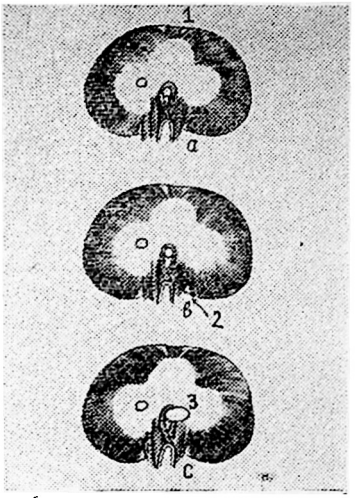
დამწვრობის პათოგენეზსა და მკურნალობას არა მარტო მეცნიერული, არამედ უაღრესად პრაქტიკული და თავდაცვითი მნიშვნელობა აქვს. დამწვრობა სხეულის ტრავმულ დაზიანებათა შორის საკმარისად ხშირად გვხვდება. იგი უმძიმესი ქირურგიული დაავადებაა და თანამედროვე ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის უდიდესი მიღწევების მიუხედავად, ბევრ შემთხვევაში თავისი მიმდინარეობით ლისტერის დრომდე არსებულ ჩირქოვან ეპოქას მოგვაგონებს. ამიტომ, დამწვრობის მკურნალობას საბჭოთა მედიცინა დიდ ყურადღებას აქცევს. დამწვრობა საბჭოთა კავშირის დასტაქართა ყრილობაზე ორჯერ იდგა საპროგრამო საკითხად — 1924 წ. მე-16 ყრილობაზე და 1938 წ. 24-ე ყრილობაზე. დამწვრობის შესახებ სისტემატურად ქვეყნდებოდა შრომები პერიოდულ ლიტერატურაში, ხშირად განიხილება საოლქო და რესპუბლიკურ ყრილობებზე: 1925 წელს და 1936 წელს — უკრაინის ქირურგთა ყრილობებზე, 1937 წელს ლენინგრადში სპეციალურად მოწვეულ დასტაქართა თათბირზე და სხვა.

1919 წლიდან 1967 წლამდე თბილისის მედინსტიტუტის ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში დამწვრობით გატარდა 826 ავადმყოფი. ჩვენ მასალაზე ყოფაცხოვრებითი დამწვრობა გაცილებით უფრო ხშირია საწარმოო დამწვრობაზე.

ყოფაცხოვრებითი დამწვრობა უფრო ხშირია ქალებსა და ბავშვებში.

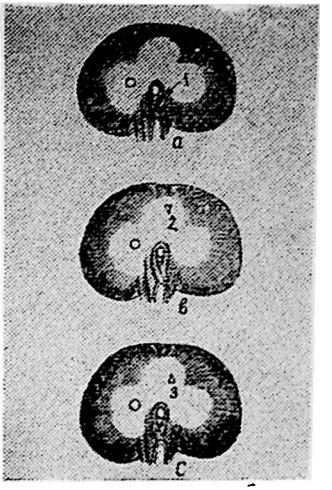
გამომწვევ მიზეზთა შორის ყველაზე ხშირია მდუღრით გამოწვეული დამწვრობა, შემდეგი ადგილი უჭირავს ტანსაცმელზე ცეცხლის მოკიდებას, ბენზინის აფეთქებას, ელექტროდენით გამოწვეულ დამწვრობას და სხვა.

იზოლირებული დამწვრობისას უფრო ხშირად გვხვდება მეორე ხარისხის დამწვრობა, კომბინირებული დამწვრობის დროს კი, უფრო ხშირად, I და II ხარისხის დამწვრობა (დანდი).



სურ. 56

შეაძგიდის სუსტი ადგილები: a — მკერდ-ნეკნების სივრცე (1), b—პლევრო-პერიტონეალური სივრცე (2), c — საკლაპაეი მილის ხვრელთან არსებული დეფექტი (3).



სურ. 57.

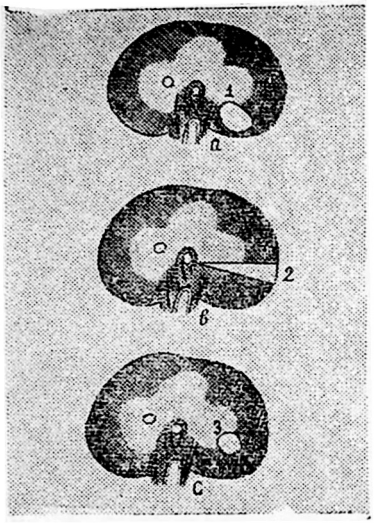
შეასაძგიდის განვითარების დეფექტები:

a—მორგანიუსის ხვრელი (1), b—შეასაყარ-გულისპერანგის წინა ხვრელი (2), c — შეასაყარ გულისპერანგის უკანა ხვრელი (3).

დამწვრობის მიმდინარეობისა და გამოსვლისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ასაკს პროგნოზის თვალსაზრისით. ავადმყოფებს ასაკის მიხედვით სხვადასხვა ჯგუფებად ჰყოფენ. ბავშვები 12 წლამდე უფრო ხშირად იღუპებიან — (33%) (კრასნობაევი), ვიდრე ახალგაზრდები და საშუალო ასაკის პირები—12-დან 50 წლამდე, მოხუცებულები (50 წელზე უფროსები) დამწვრობას ცუდად იტანენ, სიკვდილიანობა აქ 73%-ს აღწევს (გარინევსკაია).

შემჩნეულია, რომ ქალები უფრო ხშირად იღუპებიან დამწვრობის შემდეგ, ვიდრე მამაკაცები, რაც ჩვენი მასალებითაც დასტურდება.

სხვადასხვა ქვეყნებსა და ქალაქებში და ხშირად ერთ და იმავე ქალაქის სხვადასხვა სამკურნალო დაწესებულებაშიც კი დამწვრობის შედეგად სიკვდილიანობის სიხშირე სხვადასხვაა. ი. ჯანელიძის აზრით ეს აიხსნება მასალის თავისებურებით, დამწვრობის სიმძიმით. ამის დასამტკიცებლად ჯანელიძე ადარებს თავისი მასალის ადრინდელ დაკვირვებებს, რომელშიც სიკვდილიანობა 14.8%-ს შეადგენდა, შემდგომ პერიოდში კი — 7%-ს. მიუხედავად იმისა, რომ მკურნალობა ორივე შემთხვევაში ერთი და იმავე წესით ტარდებოდა, გამოდის, რომ დაკ-

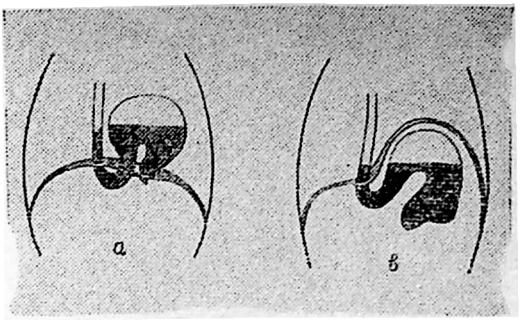


სურ. 58.
შუასაძვიდის განვითარების ფართო დეფექტები:
a — ლუმბალურ მიდამოში(1), b — კოსტალურ მიდამოში (2) c — კუნთ-მყესოვანი ნაწილის საზღვარზე — 3.

ვირვებათა მეორე სერია უფრო იოლ დაზიანებას მოიცავს. ამასთან, ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ რაც დრო გადის, სიკვდილიანობის პროცენტი ეცემა. ეს აიხსნება მკურნალობის მეთოდების გაუმჯობესებითა და ავადმყოფთა დროული ჰოსპიტალიზაციით.

როგორც ექსპერიმენტული გამოკვლევებით, ისე კლინიკური დაკვირვებით მტკიცდება, რომ გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს დამწვრობის ფართს და დამწვრობის სიღრმეს (ხარისხს). დამწვრობა, რომელიც სხეულის ზედაპირის ერთ მესამედზე მეტ ფართზე ვრცელდება, სასიკვდილოა. მიუხედავად ამისა, არის შემთხვევები, როდესაც სხეულის ნახევარზე მეტი ყოფილა დამწვარი და ავადმყოფი გადარჩენილა, განსაკუთრებით დამწვრობის ღია წესით მკურნალობის შემთხვევაში. ასეთი ავადმყოფები ჩვენც გვყავდა. ზოგიერთი ავტორის აზრით დამწვრობის ფართთან ერთად მნიშვნელობა აქვს იმას, თუ სხეულის რომელი ნაწილია დამწვარი; მაგალითად, ტორსის დამწვრობა უფრო მძიმედ მიმდინარეობს, ვიდრე იმავე ფართის დამწვრობა კიდურებზე.

დამწვრობის ფართის განსაზღვრა სხეულის ზედაპირზე დაახლოებითია, მისი ზუსტი გამოანგარიშება შეუძლებელია. მოზარდისა და მოზრდილი ადამიანის კანის ზედაპირის ფართი მიდამოების მიხედვით ძალიან დიდ ფარგლებში მერყეობს, რადგან სხეულის პროპორციები ცვალებადია და კანი სხეულის ზედაპირზე ჰქმნის მთელ რიგ ნაოჭებსა და ჩაღრმავებებს; გარდა ამისა, დამწვრობა კანზე ხშირად არათანაბრადაა გავრცელებული, ამასთან ერთად ზოგჯერ ადგილი აქვს სხეულის სხვადასხვა მიდამოს ერთდროულ დამწვრობას. ისიც უნდა გავითვალისწინოთ, რომ კლინიკური მასალა გროვდება დიდი ხნის განმავლობაში. სხვადასხვა ექიმების მუშაობის პერიოდში, ავადმყოფობის ისტორიაში ხშირად აღნიშნულია დამწვარი მიდამო,



სურ. 59.

a — დიაფრაგმის თიაქარი, b — დიაფრაგმის რელაქსაცია (სქემატური ნახატი).

მაგრამ მისი გავრცელების ფართი არ არის განსაზღვრული, უფრო მეტიც — არ არის აღნიშნული, თუ სხეულის რომელ ზედაპირზეა დამწვრობა. ყველა ეს გარემოება ქმნის დიდ დაბრკოლებას მასალის შესწავლისა და დამუშავების დროს. როგორც ირკვევა ლიტერატურული წყაროებიდან, ამ წინააღმდეგობებს სხვა ავტორებიც ხვდებოდნენ.

ამერიკელმა დასტაქარმა ბერკუამ (1924) გამოიანგარიშა პროცენტულად სხეულის სხვადასხვა მიდამოს კანის ფართი.

პოსტნიკოვმა (1928) დამწვრობის სხეულის ზედაპირზე გავრცელების გამოსაანგარიშებლად მოგვაწოდა თავისი ცხრილი, რომლითაც განსაზღვრა წარმოებს კვადრატულ სანტიმეტრებში.

დამწვრობა შეიძლება განისაზღვროს ფართისა და ხარისხის აღნიშვნით (დანდი). ამ მიზნით ჯანელიძის მიერ მოწოდებულია ფორმულა, რომელშიც დამწვრობის ფართი, ე. ი. სხეულის ზედაპირზე გავრცელება აღინიშნება მრიცხველით, დამწვრობის ხარისხი კი — მნიშვნელით, მაგალითად, პირისახის მეორე ხარისხის დამწვრობა იწერება ასე: დამწვრობის 3/II. ჯანელიძე განსაზღვრავდა ბერკაუს სქემით. პირველ ხანებში დამწვრობის სიღრმის, ე. ი. ხარისხის განსაზღვრა ხშირად შეუძლებელია და საჭირო ხდება ფორმულის შემდგომი შესწორება.

დამწვრობის შემდეგ სხვადასხვა დროს იღუპებიან: პირველ საათებში, პირველ დღეებში, რამდენიმე კვირისა და თვის შემდეგ, მაგრამ უფრო ხშირად ავადმყოფები იღუპებიან პირველ დღეებში. ამ მხრივ აღსანიშნავია საინტერესო კანონზომიერება: დიდი ფართის

დამწვრობის მკურნალობის ლეიტმოტივს წარმოადგენს ღონისძიებათა თანამიმდევრობა იმ ღრმა ბიოლოგიურ პროცესებთან შეფარდებით, რომელთაც ამ დროს აქვთ ადგილი. ამის შესახებ ფრიად საინტერესო ექსპერიმენტული და კლინიკური დაკვირვებები არსებობს: მდუღარე წყლით გამოწვეულ ექსპერიმენტულ დამწვრობისას პირველად ადგილი აქვს სისხლის წნევის აწევას, შემდეგ სისხლის წნევა თანდათანობით საგრძნობლად ეცემა, რაც უნტერგილის აზრით აიხსნება ცირკულაციაში მყოფი სისხლის რაოდენობის დაკლებით, დამწვარ არეში პლაზმის გამოჟონვის შედეგად.

საერთოდ უნდა აღინიშნოს, რომ ცირკულაციაში მყოფი სისხლის რაოდენობა დამწვრობის დროს კლებულობს. სისხლის წითელი ბურთულების რაოდენობა კი შედარებით მატულობს და 6, 7, 8 და 13 მილიონსაც კი აღწევს. ეს მოვლენა დასტურდება კლინიკური დაკვირვებებითაც. ვითარდება ჰიპერადრენალინემია, ჰიპერგლიკემია, პლაზმაში კლებულობს ცილების რაოდენობა და სისხლის სარეზერვო ტუტოვანობა, ვითარდება აციდოზი, როგორც პლაზმის, ისე სისხლის წითელი ბურთულების. ქლორის რაოდენობა სისხლში კლებულობს, აზოტისა კი მატულობს. დამწვრობის მიღების შემდეგ პირველ საათებში ადგილი აქვს სუნთქვის კოეფიციენტის შემცირებას, ვითარდება ნივთიერებათა ცვლის მოშლა, როგორც რაოდენობრივი, ისე თვისობრივი.

დამწვრობას, როგორც მძიმე დაზიანებას, ძალიან ხშირად თან სდევს შოკი. ამ საკითხის გამოსარკვევად დიდი კვლევაა ჩატარებული. ბუბნოვი ექსპერიმენტებით ამტკიცებს, რომ პირველად შოკი განვითარებული დამწვრობის შემდეგ, გამოწვეულია ტკივილებით და არა დამწვარ არეში წარმოშობილი ტოქსინების შესრუტვით. ბუბნოვი იზიარებს კენონის კონცეფციას, რომ შოკის პათოგენეზის პირველადი წყარო ნერვული ფაქტორია, პირველ რიგში ვეგეტაციური ნერვული სისტემა, როგორც ჰემოდინამიკის მთავარი რეგულატორი.

მუხინმა ექსპერიმენტებით დაამტკიცა, რომ დამწვრობის დროს მკვეთრად კლებულობს ცირკულაციაში მყოფი სისხლის რაოდენობა, რაც მისი აზრით გამოწვეულია სისხლის დეპოების გაფართოებით და არა პლაზმის გამოჟონვით დამწვარ არედან. მუხინის ცდებიდან ჩანს, რომ თუ დამწვრობა გამოწვეული იყო ნარკოზის ქვეშ, ცირკულაციაში მყოფი სისხლი ძალიან უმნიშვნელო ფარგლებში მერყეობდა და სისხლის წნევაც უმნიშვნელოდ ეცემოდა; როდესაც მუხინი დამწვრო-

ბას იწვევდა ცხოველებზე უნარკოზოდ, ვითარდებოდა შოკური მდგომარეობა, ცირკულაციაში მყოფი სისხლი კლებულობდა და წნევაც ეცემოდა.

ლაინბურგმა ექსპერიმენტულად დაასაბუთა ეპინგერის აზრი, რომ დამწვრობის დროს მთელი ორგანიზმის კაპილარების გამტარებლობა აწეულია; კაპილარების გამტარებლობის მომატების გამო, დამწვრობის მიღებიდან უკვე ერთი საათის შემდეგ ქსოვილებში დიდი რაოდენობით გროვდება ცილებით მდიდარი სითხე. ამასთანავე შემჩნეულია, რომ დამწვრობის მიღებიდან ათი დღის შემდეგ ზოგადი ცვლილებები მინიმალურად არის გამოხატული და ორგანიზმში წონასწორობა ძირითადად აღდგენილია. მიუხედავად ამისა, ავადმყოფების საკმარისად დიდი ნაწილი იღუპება ათი დღის შემდეგაც. გართულებების შედეგად. აღნიშნულიდან გამომდინარეობს, რომ დამწვრობის თანამედროვე მკურნალობა ითვალისწინებს ზოგადი და ადგილობრივი ღონისძიებების კომბინირებას. ჯანელიძის აზრით „ექიმი არაიშვიათად მაქსიმალურ ყურადღებას აქცევს დამწვარ არეში განვითარებულ ცვლილებებს, ზოგადი ღრმა ცვლილებები კი ყურადღების გარეშე რჩება. დამწვრობის დროს ორგანიზმში განვითარებული ცვლილებების გასარკვევად კლინიცისტს სჭირდება არა მარტო გამოცდილი ლაბორანტის, არამედ ბიოქიმიკოსის მუდმივი დახმარება. ავადმყოფს თავის დროზე უნდა ჩაუტარდეს საჭირო მკურნალობა იმის მიხედვით, თუ როგორი ხასიათის ცვლილებებია ორგანიზმში“.

ზოგადი და ადგილობრივი მკურნალობის შეხამების საკითხი ჯერ კიდევ არ დგას სათანადო დონეზე, რადგან ხშირად არ ტარდება სათანადო გამოკვლევები ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის შეფასებისათვის.

რაც შეეხება დამწვრობის ადგილობრივი მკურნალობის საკითხს, ამისათვის მოწოდებულია მკურნალობის უამრავი მეთოდი, როგორც საბჭოთა, ისე საზღვარგარეთის ლიტერატურაში. ალგოვერის სამართლიანი აღნიშვნით ძნელად თუ მოიძებნება ისეთი რამ მინდორში, ტყეში, სამზარეულოსა და აფთიაქში, რაც არ იყოს ნახმარი დამწვრობის სამკურნალოდ. მკურნალობის ყოველ მეთოდს ჰყავს როგორც მომხრეები, ისე მოწინააღმდეგეები, რადგან ჯერ კიდევ ბევრია ამ საკითხში სადავო და გამოურკვეველი. დავიწყოთ თუ გინდ დამწვრობის პირველადი დამუშავების საკითხიდან: ერთი ჯგუფი დასტაქრებისა მოითხოვს დამწვარი არის პირველად დამუშავებას რთული მანიპულაციების ჩატარებით, მეორენი უარყოფენ დამწვარი არის დამუშავებას საერთოდ. არიან დამწვარი არის უფრო მარტივი პირველადი დამუშავების მომხრენიც.

ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკა სხვადასხვა დროს დამწვრობის მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდს და საშუალებას მიმართავდა. ბოლო ხანებში ხშირად ვიყენებთ დამწვრობის მკურნალობის ღია წესს, მაგრამ ჩვეულებრივ მკურნალობის ღია წესი დახურულად გადაიქცევა ხოლმე, რადგან ზოგადი და ადგილობრივი ხასიათის შემდგომი გართულებები გვაიძულებს ვაწარმოოთ დაზიანებული არის სხვადასხვა ანტისეპტიკური ხსნარებით შეხვევა. 1939 წლიდან დამწვრობას ვმკურნალობთ ბეტმანის წესით.

ამ ბოლო ხანებში განსაკუთრებით ბევრი იწერება დამწვრობის გენციან-ვიოლეტით, აზოტმჟავა ვერცხლით, ტანინით მკურნალობაზე. აღნიშნული ნივთიერებები იხმარება ცალ-ცალკე და სხვადასხვა კომბინაციების სახით. დამწვრობის მკურნალობამ ტანინით მედიცინაში შექმნა ახალი ეპოქა. დამწვარ ზედაპირზე ტანინი შეერევა გამონაყონს, ექსუდატს და ჰქმნის ქერქს ანუ დამცველ ელასტიკურ საფარს, რომელიც იცავს ახალგაზრდა ეპიდერმიის გარემოს მავნე ზეგავლენისაგან. ამასთანავე რეგულაციას უკეთებს გრანულაციის პროცესს. გარდა ადგილობრივი მოქმედებისა, ქერქი წარმოადგენს მნიშვნელოვან ფაქტორს შოკის შემცირების საქმეში, აყუჩებს ტკივილებს, იცავს ქსოვილებს სითხეების დაკარგვისაგან, ამცირებს ტოქსემიას და სეფსისით გართულების შესაძლებლობას. 1925 წელს გამოქვეყნდა დავიდსონის შრომა დამწვრობის ტანინით მკურნალობის შესახებ. ზემოთ ჩამოთვლილ უპირატესობებთან ერთად დავიდსონის მეთოდს ჰქონდა ნაკლი, სახელდობრ, ქერქის მიღებისათვის საჭირო იყო პირველი 24 საათის განმავლობაში ტანინის წასმა დამწვარ არეზე ყოველ 15 წუთში, რაც ძნელი განსახორციელებელია. 1935 წლიდან ბეტმანმა შემოიღო ტანინით მკურნალობის მოდიფიკაცია. დამწვარი არის სათანადო პირველადი დამუშავების შემდეგ (სპირტით მოსუფთავება, ბუშტუკების გახსნა, სითხის გამოშვება), წაუსვამენ 5%-იან ახლად მომზადებულ ტანინის ხსნარს და შემდეგ 10%-იანი ლიაპისის ხსნარს, რასაც მყისვე მოჰყვება მოშავო ფერის ქერქის წარმოშობა. შემდეგ საჭიროა მხოლოდ თვალყურის დევნება: თუ განმეორებით წარმოიშვა ბუშტუკები, სპირტით გაწმენდის შემდეგ მათ გახსნიან, მოაშორებენ ნეკროზულ ნაწილებს და დამწვარ არეს, დაამუშავებენ ბეტმანის წესით. განსაკუთრებით თვალსაჩინოა ამ წესით მკურნალობის ეფექტი მეორე ხარისხის დამწვრობის დროს.

ერისთავი დამწვრობას მკურნალობს ორიგინალური მეთოდით — ბროწეულის ქერქიდან დამზადებული ფხვნილით. ნერვულ-რეფლექსური შოკის საწინააღმდეგოდ აღნიშნულ ფხვნილს ემატება

ანესტეზინი. დამწვარი არის სათანადო დამუშავების შემდეგ ფხვნილს პულვერიზატორით აყრიან.

ორთქლით ან მდუღარით გამოწვეული დამწვრობა, ცეცხლით გამოწვეულ დამწვრობასთან შედარებით, მოითხოვს განსხვავებულ მკურნალობას. მდუღარით დამწვრობისას, იმ შემთხვევებს გარდა, როდესაც სხეულზე უშუალოდ მოქმედებს მაღალი ტემპერატურა, რამდენიმე წუთის განმავლობაში ვითარდება ზერელე ხასიათის დამწვრობა ორთქლის ფიზიკური თვისებების გამო, რადგან ორთქლი სწრაფად ჰკარგავს თავის სითბოს. ცეცხლი კი დროის იმავე მონაკვეთში იწვევს გაცილებით უფრო ღრმა დამწვრობას. მდუღარე, როგორც წესი იწვევს ბულოზური ხასიათის ანთებად ექსუდაციურ პროცესს, ცეცხლით დამწვრობისას კი ხშირად დამწვარი არე რამდენიმე დღის განმავლობაში მშრალია და უფრო მეტი სიღრმისაა, რასაც მნიშვნელობა აქვს ქსოვილთა აღორძინებისათვის. ღრმად და ძლიერ დამწვარი ქსოვილი მკვდარია და ის უნდა ჩაითვალოს უცხო სხეულად ორგანიზმისათვის. ამიტომ ასეთი ქსოვილების მოშორების გარეშე რეგენერაცია ფერხდება. დამწვრობის მკურნალობაში საჭიროა ინდივიდუალიზაცია — გამომწვევი აგენტის თავისებურების მიხედვით. ღრმა დამწვრობისას შეიძლება დაგვჭირდეს ანტისეპტიკური საშუალებების ხმარება.

როგორც ლიტერატურული მონაცემებით, ისე ჩვენი გამოცდილებით, ბეტმანის წესი დამწვრობის ადგილობრივი მკურნალობის საუკეთესო საშუალებაა. ამ დროს დაზიანებული არე შეხორცდება ქერქის ქვეშ, ქსოვილთა დაშლის პროდუქტები (ცილების დისოციაციის შემდეგ) და ტოქსინები (როგორც საკუთარი, ისე ბაქტერიული) ნაკლებად შეიწოვება ორგანიზმში, ხდება მათი ფიქსაცია ქერქში; პრილობის ზედაპირზე ვითარდება ნაზი ნაწიბური; ამ წესით მკურნალობის დროს თავიდან აცილებულია სისტემატური შეხვევები, რასაც, როგორც ექიმი, ისე განსაკუთრებით ავადმყოფი, ხშირად გამოყავს წონასწორობიდან აუტანელი ტკივილების გამო.

ადგილობრივ მკურნალობასთან ერთად, დამწვრობის ზოგადი მკურნალობა ერთ მთლიან ჯაჭვს უნდა წარმოადგენდეს, რომელიც უნდა ტარდებოდეს გარკვეული თანმიმდევრობით. მძიმე და ფართო დამწვრობის დროს, პირველ საათებშივე მწვავედ დგას ავადმყოფის ყოფნა-არყოფნის საკითხი. ამ პერიოდში მკურნალობა უნდა იყოს სიმპტომატური, პირველ რიგში გამოყენებული უნდა იქნეს ტკივილგამაყუჩებელი და გულის გამაძლიერებელი საშუალებები. დიდი რაოდენობით უნდა შევიყვანოთ სითხეები პარენტალურად და Peros; ამის გარდა გვირჩევენ ფიზიოლოგიური ხსნარის წვეთობრივ შეყვანას.

ლამბროსმა და დრისენმა (1937) მოგვაწოდეს მკურნალობის შემდეგი წესი ინტრავენურად 50 სმ³ 20%-იანი ნატრიუმ-ქლორის ხსნარისა და 75 სმ³ გლუკოზის კანქვეშ შეყვანა დღეში ორჯერ, აგრეთვე 15 ერთეული ინსულინისა; ამ ინექციების განმეორება შეიძლება ყოველ 8—12 საათში ერთხელ. ასეთი აქტიური თერაპია ძმიმე დამწვრობის დროს საჭიროა გრძელდებოდეს არანაკლებ ორი დღისა, ინექციები თანდათანობით უნდა შევწყვიტოთ და არა ერთბაშად.

პირველი დახმარების მიზნით ავადმყოფს უნდა გაუკეთდეს ანტიტეტანური შრატი. ჩვენს მასალაზე ორჯერ ჰქონდა ადგილი დამწვრობის გართულებას ტეტანუსით. ერთ-ერთი ავადმყოფი დაიღუპა კიდეც.

მძიმე დამწვრობის დროს, პირველ რიგში გამოხატულია ნევრორეფლექსური შოკი; ამიტომ სისხლის გადასხმა, მკურნალობის ზემოთ აღნიშნულ წესებთან ერთად, საუკეთესო საშუალებაა. დამწვრობის დროს კლებულობს ცირკულაციაში მყოფი სისხლის რაოდენობა, ადგილი აქვს სისხლის გასქელებას, სისხლის გადასხმით ცირკულაციაში მყოფი სისხლი მატულობს უშუალოდ; დეპოების დახმარებით გადასხმული სისხლი მოქმედებს როგორც შემცველელი და გამღიზიანებელი (სტიმულატორი), კლებულობს აციდოზის მოვლენები და უმჯობესდება ნივთიერებათა ცვლა. სისხლის მიმოქცევის აღდგენასთან ერთად მატულობს დიურეზი. განსაკუთრებით ეფექტურია სისხლის გადასხმა ბავშვებში, მეტადრე თუ შოკურ მოვლენებს აქვს ადგილი. თუ ინტოქსიკაციის მოვლენებია გამოხატული, სისხლის გადასხმის წინ კარგია ავადმყოფს გამოეშვას ცოტაოდენი სისხლი. ამ შემთხვევებში გადასხმული სისხლი დეზინტოქსიკაციურად მოქმედებს. ამავე პერიოდში ნაჩვენებია ავადმყოფის გათბობა. ჯანელიძე აღნიშნავს, რომ საჭიროა სპეციალური იზოლირებული ოთახი, რომელიც ისე უნდა იყოს მოწყობილი, რომ სწრაფად თბებოდეს 27—30°-მდე. ასეთი ოთახები უნდა იყოს გათვალისწინებული ახალი საავადმყოფოების მშენებლობის დროს. საერთოდ სასურველია, რომ ავადმყოფები დამწვრობით არ იყვნენ მოთავსებული საერთო პალატაში, რადგან დამწვარ არეზე ძლიერ ადვილად იკიდებს ფეხს ჰემოლიზური სტრეპტოკოკი, რაც იძლევა შემდგომ გართულებებს. ამავე მოსაზრებით პირველი დღიდანვე დამწვარს უნდა მიეცეს სტრეპტოციდი, ანტიბიოტიკები.

ზოგადი და ადგილობრივი მკურნალობის შეხამება არ ამოიწურება მხოლოდ პირველი დღეებით, საჭიროა ის შემდეგაც გაგრძელდეს, რადგან ავადმყოფები დამწვრობით არ არიან დაზღვეულნი მთელი რიგი გართულებებისაგან. ამათ შორის აღსანიშნავია: პნევმონია, ნეფრიტი, გასტროენტერიტი, წითელი ქარი, ორგანიზმის ზოგადი

დაუძლურება უსიცოცხლო გრანულაციის განვითარებით და სხვა. ასეთ შემთხვევებშიც საჭიროა ზოგადი და ადგილობრივი სიმპტომატური მკურნალობა (ვიტამინები, სისხლის გადასხმა პატარა დოზებით რამდენიმეჯერ), ადგილობრივ სათანადო მომზადების შემდეგ კანის გადანერგვა.

დამწვრობის ღია მეთოდით მკურნალობა ბეტმანის წესით, ზოგადი მკურნალობის თანმიმდევრობითი ჩატარებით, საუკეთესო წესად უნდა ჩაითვალოს. ტანინი კოაგულაციის გზით იწვევს ტოქსინების ფიქსაციას შემდგომი მათი აბსორბციით, ამცირებს წყლის დაკარგვას დამწვარ არედან და ტოქსემიას. კოაგულირებული ქერქი ფიზიკურ ბარიერს წარმოადგენს ბაქტერიებისათვის და იცავს ჭრილობას ინფექციისაგან; ამავე დროს ქერქი იცავს ახლადგანვითარებულ გრანულაციას და შემდეგ ეპითელიუმს.

შოკი დამწვრობის ადრეულ გართულებებს ეკუთვნის და მასთან ბრძოლისათვის საჭიროა, რაც შეიძლება სწრაფად ტკივილების გაყუჩება.

თანამედროვე ეტაპზე ღრმა დამწვრობის მკურნალობა ოპერაციული მეთოდების გარეშე წარმოუდგენელია, რომელთა შორის მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია კანის გადანერგვას.

კანის გადანერგვისათვის მოწოდებულია მრავალი მეთოდი და ხელსაწყო. 1939 წელს პეჯეტმა ინჟინერ ჰუდისთან ერთად შექმნა დერმატომი, რომელიც საშუალებას იძლევა ავიღოთ გადასანერგად ნებისმიერი სისქის კანის ნაფლეთი. კანის გადასანერგად ბურმისტროვმა მოგვაწოდა ხელის დანა. უკანასკნელ წლებში ფართოდ გავრცელება ჰპოვა ელექტროდერმატომმა.

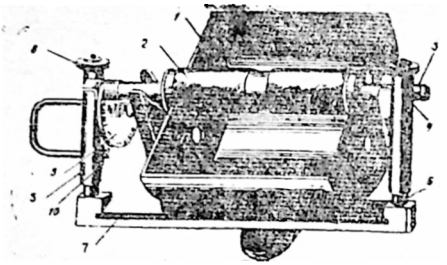
ამჟამად ჩვენს კლინიკაში ღრმა დამწვრობის მკურნალობის კომპლექსში ფართოდ გამოიყენება კანის გადანერგვა დერმატომით.

კლინიკის გამოცდილება ღრმა დამწვრობის მკურნალობის საქმეში შეაჯამა ექიმმა ვ. გოგოძემ (1969) საკანდიდატო დისერტაციის სახით.

ახლა გავეცნოთ რამდენიმე ავადმყოფს, რომელთაც ღრმა დამწვრობის დროს გადაენერგვათ კანი.

ავადმყოფი კ. ი., 70 წლის, მამაკაცი, კლინიკაში შემოვიდა ზურგის მიდამოს დამწვრობით. შემოსვლისას ზურგის არეში აღინიშნება დამწვრობა, რომლის საერთო ფართი შეადგენს სხეულის ზედაპირის 21%-ს. აქედან ღრმა დამწვრობა (III ხარისხი) გამოხატულია სხეულის ფართის 16%-ში. დამწვრობა გამოწვეულია ალით.

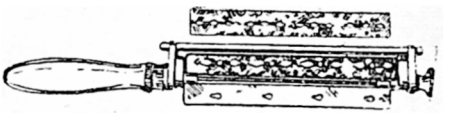
მიღებისას ავადმყოფის მდგომარეობა მძიმე იყო. ენერგიული მკურნალობით ავადმყოფი გამოყვანილი იქნა შოკური მდგომარეობიდან.



სურ. 60.
დ ე რ მ ა ტ ო მ ი.

ვინაიდან ავადმყოფს ჰქონდა ღრმა დამწვრობა. ვრცელი ნეკროზით. დაშლის პროდუქტებისაგან განთავისუფლებისა და ინფექციის თავიდან აცილების მიზნით, გაუკეთდა რადიკალური ნეკრეტომია.

ნეკრეტომია სხვადასხვა სახისაა და მისი მრავალი მოდიფიკაციაა მოწოდებული. ვ. ბრატუსი ნეკრექტომიის შემდეგ კლასიფიკაციას იძლევა. პირველადი ნეკრექტომია, როდესაც ის კეთდება დამწვრობის მიღებიდან პირველი 24 საათის განმავლობაში, ამ დროს ინფექცია ჯერ კიდევ ჭრილობაში ბუდობს, მეორადი ნეკროქტომია ტარდება დამწვრობის მიღებიდან 24 საათის შემდეგ; ამ დროისათვის ინფექცია ჭრილობის ფარგლებს სცილდება. მეორადი ნეკრექტომია თავის თავად იყოფა: ადრეულად, როდესაც ნეკრექტომია პირველ 3 — 14 დღეს კეთდება და გვიან ნეკრექტომიად, როდესაც ის დამწვრობის მიღებიდან 15 დღის შემდეგ კეთდება. ასევე ვარჩევთ ეკონომიურ ნეკრექტომიას, როდესაც დამწვარ ზედაპირზე ნეკრექტომიის შემდეგ ნეკროზული ქსოვილების ნაწილი რჩება და რადიკალურს, როდესაც ნეკროზული ქსოვილების ამოჭრა საღი ქსოვილების საზღვრამდე ხდება.

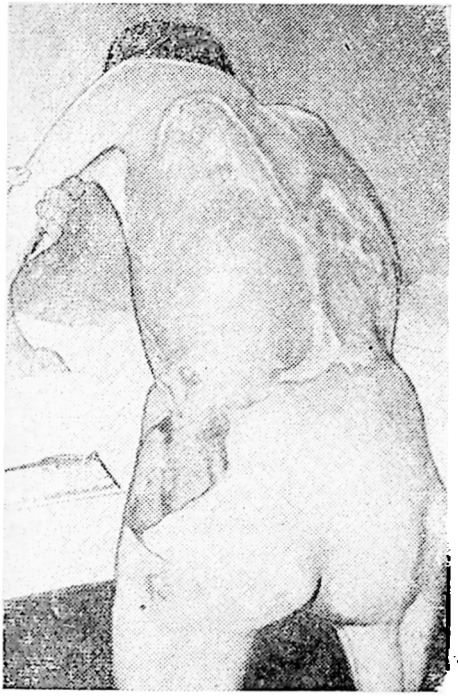


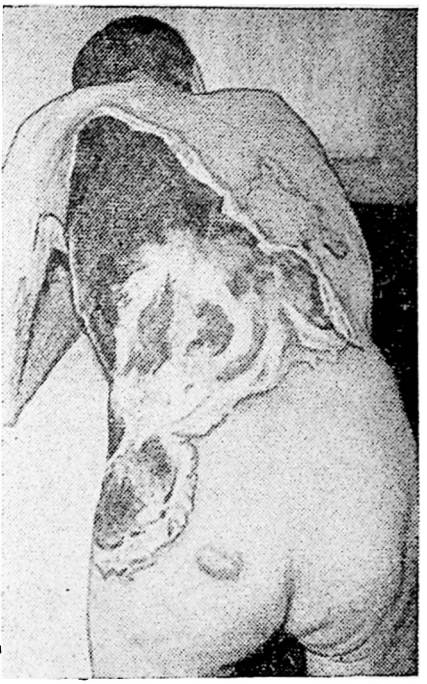
სურ. 61.
ბურმისტროვის დანა

ავადმყოფი ს. ვ., 38 წლის, შემოვიდა კლინიკაში მარჯვენა ბარძაყის წვივის არეში დამწვრობის შემდგომი გრანულაციური ჭრილობით. სათანადო მომზადების შემდეგ გაუკეთდა კანის გადანერგვა — აუტოდერმოპლასტიკა. კანი აღებულია მარცხენა ბარძაყის ლატერალური ზედაპირიდან და გადატანილია დეფექტზე, მისი შემდგომი ფიქსაციით. აუტოტრანსპლანტანტი შეუხორცდა დეფექტის არეს და ავადმყოფი გაეწერა განკურნებული.

ავადმყოფი ნ. ი., 17 წლის, მამაკაცი, მიღებულია კლინიკაში ორივე ქვემო კიდურის ალით გამოწვეული დამწვრობით. დამწვრობის საერთო ფართი უდრის სხეულის 20%-ს, რომელთაგან ღრმა დამწვრობაზე მოდის 12%.

შემოსვლისას: ორივე ქვემო კიდურის უკანა ზედაპირზე აღინიშნება დამწვრობა—ეპიდერმისის მოცილებით. ცალკეულ უბნებში ქსო-





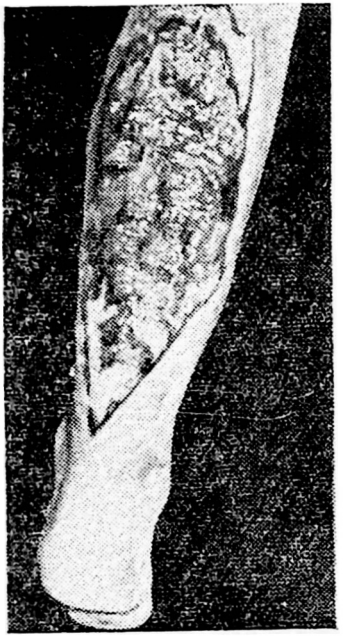
სურ. 62.
ზურგის მიდამოს დამწვრობა. ავადმყოფი ნეკრექტომიამდე.

სურ. 63
იგივე ავადმყოფი ნეკრექტომიის შემდეგ.

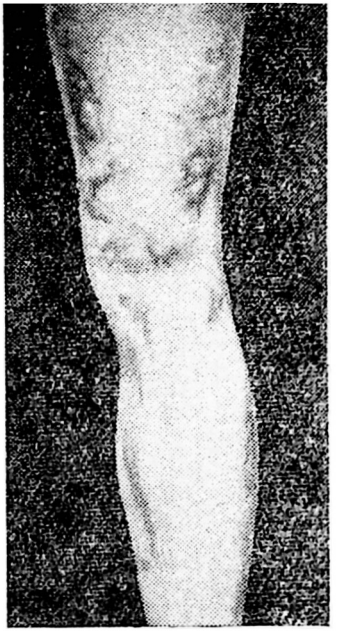
ვილები ღრმად დაზიანებულია, განსაკუთრებით ორივე წვივის უკანა ზედაპირი. ავადმყოფი სათანადო ზომების მიღების შემდეგ გამოყვანილია შოკის მდგომარეობიდან. დაენიშნა სიმპტომატური მკურნალობა. ორი კვირის შემდეგ გაუკეთდა ორივე წვივის უკანა ზედაპირის ნეკრექტომია, შემდეგ კი კანის გადანერგვა. აუტოტრანსპლანტანტი აღებულია მუცლის წინა ზედაპირიდან და გადატანილია მარჯვენა წვივისა და ნაწილობრივ ბარძაყის უკანა ზედაპირზე. მარცხენა ბარძაყის წინა ზედაპირიდან აღებული აუტოტრანსპლანტანტი გადატანილია და ფიქსირებულია მარცხენა წვივის უკანა ზედაპირზე. გადანერგილი ტრანსპლანტანტები მიეხორცა დეფექტის არეში. ავადმყოფი გაეწერა განკურნებული.

ავადმყოფი ო. ი., 11 წლის, ვაჟი, მოთავსდა კლინიკაში სახის მარჯვენა ნახევრის ალით მიღებული დამწვრობით.

შემოსვლისას: აქვს შუბლის, მარჯვენა საფეთქლისა და ლოყის, თვალბუდის ჩათვლით III ხარისხის დამწვრობა. დაენიშნა ანტიბიო-



სურ. 64.
ბარძაყისა და წვივის მიდამოს დამწვრობის შემდგომი გრანულაციური ჭრილობა.

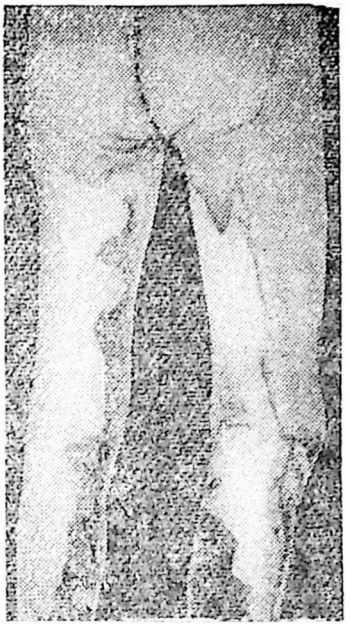


სურ. 65.
იგივე ავადმყოფი კანის გადანერგვის შემდეგ.

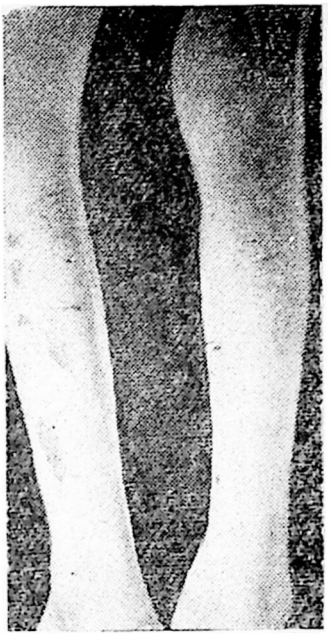
ტიკები, ვიტამინები, სისხლის მრავალჯერადი გადასხმა. ნეკროზული ქსოვილების თავისთავად მოცილების შემდეგ გრანულაციური ჭრილობა სახის არეში მომზადდა კანის პლასტიკისათვის. პეჯეტის დერმატომით აღებულია კანი მარჯვენა ბარძაყის წინა — გარეთა ზედაპირიდან და გადატანილია ლოყისა და შუბლის არეში. ტრანსპლანტანტი ფიქსირებულია კეტგუტის კვანძოვანი ნაკერით. ლოყის არეში ტრანსპლანტანტი მთლიანად მიეხორცა, შუბლის მიდამოში კი მცირე ნაწილმა განლევა განიცადა. ავადმყოფი გაეწერა განკურნებული.

ავადმყოფი ბ. ა., 3 წლის გოგონა, მოთავსდა კლინიკაში მუცლის არის დამწვრობით. სათანადო მომზადების შემდეგ გაუკეთდა აუტოდერმოპლასტიკა. ტრანსპლანტანტები აღებულია ორივე ბარძაყის წინა ზედაპირიდან და გადატანილია მუცლის წინა კედლის დეფექტზე. ტრანსპლანტანტის უმეტესი ნაწილი დეფექტს შეეხორცა, ცალკეულმა უბნები შეიწოვა. ავადმყოფი გაეწერა განკურნებული.

ღრმა დამწვრობის ნიადაგზე შეიძლება განვითარდეს, როგორც ზოგადი, ისე ადგილობრივი გართულებები. ადგილობრივი გართულებებიდან შევჩერდეთ ნაწიბურის მიდამოში ავთვისებიანი სიმსივნის



სურ. 66.
ორივე ქვემო კიდურ-ს დამწვრობა.

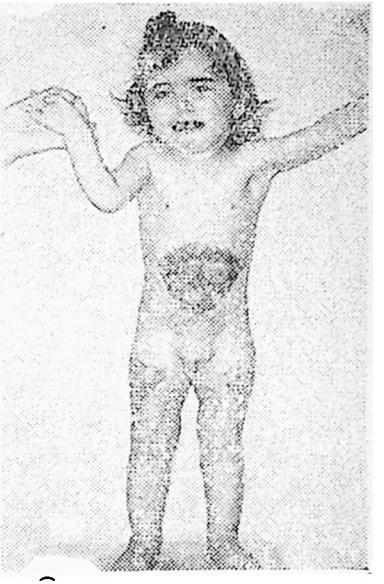


სურ. 67.
იგივე ავადმყოფი კანის გადანერ-
გვის შემდეგ.

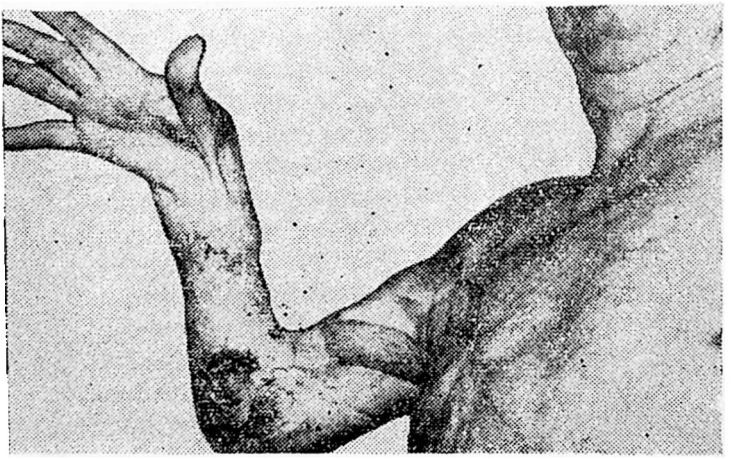
სურ. 68
სახის მარჯვენა ნახევრის დამწვრობა.

სურ. 69.
იგივე ავადმყოფი კანის გადანერ-
გვის შემდეგ.

სურ. 70.
მუცლის მიდამოს დამწვრობა.



სურ. 71
იგივე ავადმყოფი კანის გადანერგვის შემდეგ.



სურ. 72.
სიმსივნედ გადაგვარებული ნაწიბუროვანი ქსოვილი.

განვითარებაზე. ჩვენს მასალაზე ნაწიბურის მიდამოში არსებული წყლული კიბოდ გადაუგვარდა ორ ავადმყოფს. მოგვყავს ამონაწერი ერთ-ერთი ავადმყოფის ისტორიიდან.

ო. ნ., 55 წლის. 14 წლის წინ მიიღო მარჯვენა ზემო კიდურის დამწვრობა ელექტროდენით. ოთავსეს საავადმყოფოში, ჩაუტარდა კონსერვატული მკურნალობა და გაეწერა. დამწვრობის მიდამოში განუვითარდა წყლული. სისტემატურად უტარდებოდა კონსერვატული მკურნალობა, რასაც მოსდევდა წყლულის დროებითი დახურვა. უკანასკნელად წყლული აღარ დაიხურა, პირიქით, გაფართოვდა, რის გამოც მოვიდა კლინიკაში.

შემოსვლისას: მარჯვენა ზემო კიდური დეფორმიულია, აღინიშნება მოხრითი კონტრაქტურა იდაყვისა და სხივმაჯის სახსარში. მთელ კიდურზე და გულმკერდის მარჯვენა ნახევარზე აქვს დამწვრობის შემდგომი უხეში ნაწიბური. გულმკერდისა და მარჯვენა მხარის ზემო მესამედს შორის გაჭიმულია ნაწიბუროვანი ქსოვილი, წინა მხრის მედიალურ ზედაპირზე აღინიშნება სხვადასხვა ზომის, ხორკლიანი ზედაპირის მორუხო, ადვილად სისხლმდენი სიმსივნური წარმონაქმნები. ერთ-ერთი სიმსივნიდან აღებულია ნაჭერი ჰისტოლოგიური გამოკვლევისათვის. პრეპარატის ჰისტოლოგიური გამოკვლევით დადგენილია ეპითელური უჯრედოვანი კიბო.

სიმსივნის გავრცელების გამო ღრმა ქსოვილებსა და ძვლის საზრდელზე მისი რადიკალური ამოკვეთა ნაწიბურთან ერთად არ მოხერხდა, რის გამოც გაკეთდა მხრის შუა მესამედი ამპუტაცია.

თერმული დაზიანება (გაგრძელება)

ქსოვილების პათოლოგიურ ცვლილებებს გამოწვეულს დაბალი ტემპერატურის ზემოქმედებით, მოყინვა ეწოდება. მოყინვა ჯერ კიდევ არისტოტელეს მიერაა აღწერილი. მისი ღრმა მეცნიერული შესწავლა თანამედროვე ქირურგიის ერთ-ერთი მიღწევაა. განსაკუთრებით დიდი მნიშვნელობა აქვს მოყინვას ომიანობის პერიოდში, როდესაც იგი მასობრივ ხასიათს ღებულობს. ჯერ კიდევ ალექსანდრე მაკედონელის ომების დროს მოყინვა მასობრივ მოვლენად ითვლებოდა. საყოველთაოდ ცნობილია, თუ რა ზიანი მიაყენა ნაპოლეონის არმიას 1812 წელს. სანენბურგის ცნობებით ინგლისელებს ყირიმის ომის დროს (1855 წ.) ჰყავდათ 2398 მოყინული, რომელთაგან 463 (5,3%) დაიღუპა. იმავე ომში ფრანგების არმიაში მოყინულთა რიცხვი უდრიდა 5215. მოკვდა 1178 (22%). იყო პერიოდი, როდესაც ორი დღე-ღამის განმავლობაში სევასტოპოლში მოყინულთა რიცხვმა 2600-ს მიაღწია. პრუსიის არმიის სანიტარულ-სამედიცინო ანგარიშით 1870 წ. მძიმე მოყინვა ჰქონდა 1450 მებრძოლს.

რუსეთ-თურქეთის ომში 1877-78 წწ. მოყინულთა რაოდენობა 5403-ს შეადგენდა 300.000 ჯარისკაციდან (პიროგოვი). რუსეთ-იაპონიის ომის დროს (1905.) რუსეთის არმიაში რეგისტრირებული იყო 1021 მოყინული.

განსაკუთრებით ბევრი იყო მოყინული იაპონიის არმიაში, ლინხის ცნობით იაპონიის ჰოსპიტალებში მარტო ერთი თვის განმავლობაში გაკეთდა 1600 ამპუტაცია—მოყინვის შედეგად განვითარებული განგრენის გამო.

ზუკერკანდს 1915-16 წწ. ზამთარში ერთ-ერთ ლაზარეთში ჰყავდა 800 მოყინული.

მოყინულთა დიდი რაოდენობა იყო აღრიცხული საფრანგეთის არმიაშიც. 1914-დან 1919 წლამდე საფრანგეთის არმიაში იყო განსაკუთრებული ფორმის მოყინვის 79465 შემთხვევა, ე. ი. „მესანგრის ტერფი". ამათგან 1700 მოკვდა (2%). მინიონს მოჰყავს ცალკეული ჰოსპიტალების მონაცემები, რომელიც შემდეგ სურათს იძლევა: 1914 წ. 6 თვის განმავლობაში 9259 ავადმყოფიდან და დაჭრილიდან 93Გ ჰქონდა მოყინვა (10%), 1914—15 წ. 5 თვის განმავლობაში კი—

1082. ვრედენმა 1916 წლის თებერვალ-მარტში გაატარა მოყინვით 250 მებრძოლი, აპრილში 216, ამათგან 90% იყო I და II ხარისხის დაზიანება, 8% — III ხარისხის.

იტალიის არმიაში მოყინულთა რაოდენობა 1915—16 წწ უდრიდა 18.000-ს, 1916-17 წწ. — 9700-ს, 1917-18 წწ. 10.000-ს; სულ მოყინულთა რაოდენობა აღწევდა 37.700-ს (ბოხომო).

1914-18 წწ. განმავლობაში მოყინვა ჰქონდა 2064 ამერიკელ ჯარისკაცს; სხვებთან შედარებით, მოყინვის ნაკლები რაოდენობა აღინიშნებოდა ბელგიის არმიაში, რასაც ვონკენი ხსნის ბელგიის არმიის კარგი სანიტარული მომსახურებით.

1918 წელს საბჭოთა კავშირის სანიტარული მომსახურების კონფერენციაზე გამოქვეყნებული იყო სხვადასხვა ფორმის მოყინვის სიხშირე: მსუბუქი მოყინვა შეადგენდა 80—90%-ს, საშუალო — 13%-ს, მძიმე — 1%-ს. ესპანეთის რესპუბლიკურ არმიას 2.500 მოყინული ჰყავდა. ზემოთ მოყვანილი სტატისტიკური მასალის მიხედვით ომის დროს მოყინვა ავადმყოფთა და დაჭრილთა არა ნაკლებ 2%-ს შეადგენს.

ომიანობის პერიოდთან შედარებით მშვიდობიანობის დროს მოყინვა იშვიათია და არ ატარებს მასობრივ ხასიათს. ფრემერისა და ჰუმბერის მიხედვით 1884-85 წწ. მოყინულთა რაოდენობა პეტერბურგში 773-ს უდრიდა, რაც ყველა უბედურ შემთხვევათა 0,3%-ს შეადგენდა.

ექსპერიმენტულად მოყინვა შეიძლება გამოვიწვიოთ მომყინავი ნივთიერების, როგორც ზოგადი, ისე ადგილობრივი მოქმედებით. აჭ მიზნით იხმარება: დუღილის დაბალი ტემპერატურის სითხეები და ნივთიერებანი (ეთერი, ქლოროფორმი, ქლორეთილი, გაიშვიათებული ჰაერი და სხვა), დაბალი ტემპერატურის წყალი, თოვლი, ყინული, ცივი ფიზიოლოგიური ხსნარის შეყვანა ვენაში და ღრუ ორგანოებში. მოყინვა ცივი ჰაერით, ადგილობრივი და ზოგადი გამყინავი სხვადასხვა კამერები.

ექსპერიმენტისათვის მნიშვნელობა აქვს: ცხოველის სახეს, საფარის თმიანობას, მოქმედი ნივთიერების ქიმიურ სისუფთავეს, ატმოსფერულ წნევას, ქსოვილების სითბოგამტარებლობას, რომელიც სხვადასხვა ქსოვილს სხვადასხვა აქვს.

მოყინვის ხელშემწყობ ფაქტორებს არიევი 4 ჯგუფად ჰყოფს:

1. მეტეოროლოგიური (სინესტე, ქარი, ტემპერატურის ცვალებადობის სისწრაფე); 2. სისხლის მიმოქცევის მექანიკური დაბრკოლებანი (ვიწრო ფეხსაცმელი, ფეხსახვევები და შემოჭერილი ტანსაცმელი); 3. ქსოვილების წინააღმდეგობის უნარის დაქვეითება (უმოძრაობა,

წინათ გადატანილი მოყინვა, კიდურის გადაჭარბებული მოხრა და ადგილობრივი დაავადებანი); 4. ორგანიზმის წინააღმდეგობის უნარის დაქვეითება (ჭრილობა, სისხლის დაკარგვა, მწვავე ინფექციური დაავადებანი, დაღლილობა, შიმშილი, არასაკმარისი ფიზიკური განვითარება და სხვა). მოყინვის მთავარი მიზეზი ქსოვილების ტემპერატურის დაქვეითებაა, ყველა დანარჩენი ფაქტორი კი ხელის შემწყობია.

ჩვენი მასალის მიხედვით მოყინვის მიზეზებს შორის აღინიშნება: ყინვაში მოგზაურობა — 20 ავადმყოფი, ღამის გატარება ყინვაში — 6, მუშაობა ყინვის დროს — 7, თოვლში ფეხშიშველა სიარული — 4, სიმთვრალის შემდეგ — 1, უცნობი მიზეზი — 25.

მოყინვის ზუსტი ნომენკლატურა და კლასიფიკაცია ჯერჯერობით არ არის ჩამოყალიბებული. ავტორთა უმრავლესობა ამ სიტყვის ქვეშ გულისხმობს დაბალი ტემპერატურით გამოწვეულ სხვადასხვა სახის დაზიანებას. თვით სიტყვა მოყინვა სწორად არ განმარტავს ამ მდგომარეობის პათოგენეზს; შადე სრულიად უარყოფს სიტყვა „მოყინვას" და მის მაგივრად შემოაქვს ახალი ტერმინი „სიცივით გამოწვეული ადგილობრივი დაზიანება". შკიტერი უწოდებს „ყინვით, სიცივით გამოწვეულ დაზიანებას და „სიცივით გამოწვეულ მოშლილობას".

ფეარნსიდესი არჩევს მოყინვის 3 ფორმას: 1. ტიპიური მოყინვა, 2. სიმპტომოკომპლექსი, რომელიც იძლევა ადგილობრივ სისხლისა და ლიმფის მიმოქცევის მოშლას, 3. ზოგადი ფუნქციური მოშლილობა.

განგრენებს, რომლებიც ვითარდება 0°-ზე მეტი ტემპერატურის დროს, მაღალი სინოტივის გამო, დრეჟერი უწოდებს „სველ განგრენებს", ფრანგი ავტორები კი „მესანგრის ფეხს", ხოლო მარშანდი „იშემიურ განგრენა"-ს. ყველა ამ განგრენის განვითარებაში ერთია საერთო — ქსოვილების ტემპერატურის დაქვეითება, რომლის გარეშე განგრენა არ განვითარდება. ამიტომ არიევი ყველა ამ განგრენებს აერთიანებს და უწოდებს „მოყინვით გამოწვეულ განგრენას".

ჩვენთან გატარებული 63 მოყინულიდან 21-ს განუვითარდა განგრენა.

მოყინვის ხარისხის განსაზღვრისათვის მოწოდებულია მრავალი კლასიფიკაცია — ულმანის (სამხარისხიანი), ფრემერტის (ხუთხარისხიანი), ჰებრისა და კაპოზის (სამხარისხიანი), პერუტიზის (ორხარისხიანი), კავაზატისა და გაპარელის (სამხარისხიანი), ჩმარკეს კლასიფიკაცია, რომელიც მოყინვის სამ ხარისხს არჩევს: I — კანის სიწითლეს, II — ბუშტუკების გაჩენას, III — კანის გაშავებას.

ყველა ამ კლასიფიკაციის ნაკლი ის არის, რომ ისინი მთლიანად არ ასახავენ ცვლილებებს, რომლებსაც ადგილი აქვს მოყინვის დროს.

ყველაზე ხშირად მოყინვას განიცდიან სხეულის პერიფერიული ნაწილები, კიდურის დისტალური ნაწილი უფრო ძლიერ ზიანდება, ვიდრე პროქსიმალური, რაც კიდურის სისხლის მიმოქცევის თავისებურებით აიხსნება. ბონომო ქვემო კიდურზე მოყინვის 3 ზონას არჩევს: 1. ფალანგების ზონას, როდესაც ზიანდება თითების არტერიები და ქსოვილები შეცვლილია ლისფრანკის სახსრამდე; 2. წინა ტერფის ზონას, როდესაც დაზიანებულია ძვალთაშუა არტერიები; 3. უკანა ტერფის ზონას — დაზიანება ვრცელდება გოჯებამდე. როგორც ომიანობის, ისე მშვიდობიანობის დროს უფრო ხშირად მოყინულია ქვემო კიდურები. ვეტეკის სტატისტიკით 434 მოყინვიდან 424 ქვემო კიდურზე იყო ლოკალიზებული. მშვიდობიანობის პერიოდში ქვემო კიდურების მოყინვა ზაგორსკის მასალით 62,5%-ს შეადგენს. ფრემერტით — 75,1%-ს, არიეევის სტატისტიკით — 71-დან 68%-ს ქვემო კიდური ჰქონდა მოყინული.

ჩვენი 63 ავადმყოფიდან 61-ს ქვემო კიდურები ჰქონდა მოყინული, ამათგან 40-ს თითები ჰქონდა დაზიანებული, 10-ს თითები და წინა ტერფი, 8-ს ტერფი მთლიანად, 4-ს კი — ტერფი და წვივი.

კუკინის მასალა (300 შემთხვევა) ლოკალიზაციის სიხშირის ასეთ სურათს იძლევა: ზემო კიდური — 10%-ს, ქვემო კიდური 75%-ს, ორივე ერთად — 15%-ს; 20%-ში დაზიანებული ჰქონდა 1 — 3 თითი, 80%-ს — ყველა თითი. ტერფისა და თითების ერთდროული მოყინვა შეადგენდა — 60%-ს.

ყველაზე ხშირად ქვემო კიდურის თითები ზიანდება, შემდეგ ტერფი და წვივი, ხოლო მუხლის სახსრის ზემოთ პროცესი არ ვრცელდება. მოყინვის გავრცელება წვივი-ტერფის სახსრამდე ითვლება ყველაზე მძიმე ფორმად. ტერფის მოყინვის შემთხვევაში ყველაზე ხშირად ზიანდება წინა ტერფი, ქუსლი და ფეხის გული (სანდალისებრი მოყინვა).

მშვიდობიანობის დროს უფრო ხშირად მოიყინება ქვემო კიდურის თითები, განსაკუთრებით პირველი თითი. ხშირია 1 და მე-5 თითის ერთდროული მოყინვა, რაც გამოწვეულია ვიწრო ფეხსაცმელებით.

ტერფზურგის ნეკროზი უფრო მაღლა ვრცელდება, ვიდრე ტერფძირისა. ტერფის გარეთა მხარე უფრო ზიანდება, ვიდრე შიგნითა. მარჯვენაზე უფრო ხშირად ზიანდება მარცხენა ფეხი. შეფარდება მათ შორის უდრის 6 : 4 (შევალიერი). გამონაკლისის სახით შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ბარძაყის კანის მოყინვას.

მეორე და მეოთხე თითის იზოლირებული დაზიანება არ გვხვდება. ეს თითები ზიანდება მხოლოდ ყველა თითის მოყინვის შემთხვევაში.

ზემო კიდურის მოყინვა, როგორც ომიანობის, ისე მშვიდობიანო-

ბის პერიოდში იშვიათია. მებრძოლებს, რომლებსაც მუშაობის თავისებურების გამო უხდებათ ხელის კუნთების დაჭიმვა (მფრინავები, მანქანის მძღოლები, ცხენოსნები და სხვა), ზოგჯერ ეყინებათ ზემო კიდურები, რადგან დაჭიმული კანის სისხლით გაღარიბება ქმნის პირობებს სიცივის ინტენსიური მოქმედებისათვის.

ზემო კიდურის მოყინვა არასდროს არ სცილდება სხივ-მაჯის სახსარს, ხოლო ნეკროზი I და II ფალანგების მიდამოს. I-ლი თითი იშვიათად მოიყინება, რადგან მუშტში დამალული თბება. ზემო კიდურების დაზიანება უმრავლეს შემთხვევაში ორმხრივია: ფრემერტის მასალით 40,7%, არევით 51,9%. ფეხისა და ხელის ერთდროული დაზიანება ცუკერკანდელის სტატისტიკით 6%-ს შეადგენს. ჩვენ მხოლოდ ორი ავადმყოფი გვყავდა ზემო და ქვემო კიდურების ერთდროული მოყინვით.

სახის ნაწილების მოყინვა ხშირია ომიანობის დროს და ჩვეულებრივ I და II ხარისხიო განისაზღვრება. არიევის 71 მოყინულიდან, მხოლოდ ორს ჰქონდა სახის ნაწილების დაზიანება.

გამონაკლისის სახით შეიძლება შეგვხვდეს სხეულის ისეთი ნაწილების მოყინვა, როგორიცაა: მუცელი, მკერდი და ღრუ ორგანოები. სერდიუკოვს, კოლფერდს, ფლოის გამოქვეყნებული აქვთ თითო შემთხვევა მუცლის კედლის მოყინვისა, რომელიც გამოწვეული იყო ყინულის პარკის ხანგრძლივი დადებით. ლიტერატურაში აღწერილია ასოს თავის, სათესლე პარკის, ქალის გარეთა სასქესო ორგანოების მოყინვა.

აღწერილია აგრეთვე დუნდულოვანი კუნთების მოყინვა უმოძრაობის გამო, პირისა და ენის ლორწოვანის მოყინვა ყინულის ნატეხების ან ცივი წყლის ხანგრძლივად მიღებისას.

სხვადასხვა ხარისხის მოყინვის სიხშირე არიევის მასალით (71) შემდეგ სურათს იძლევა: I ხარისხი — 10, II ხარისხი — 51, III ხარისხი — 10, ოსტეომიელიტის გარეშე — 5, ოსტეომიელიტით — 5.

მოყინულის სუბიექტური ჩივილებიდან დასაწყისში აღსანიშნავია სიცივის შეგრძნობა, რომელიც მალე ჩხვლეტისა და წვის გრძნობით შეიცვლება. პარალელურად ადგილი აქვს პარესთეზიას. თუმცა რიგ შემთხვევაში მგრძნობელობა მოშლილი არ არის და ფეხსაცმლის გახდის შემდეგ ავადმყოფის ყურადღებას იპყრობს მხოლოდ ფეხის კანის არაჩვეულებრივი ფერი. ტკივილები და ჩხვლეტების შეგრძნობა გაცილებით ინტენსიურად არის გამოხატული დაზიანებული კიდურის გათბობის შემდეგ. თუმცა ზოგიერთი ავტორი სრულიად უარყოფს ტკივილის შეგრძნობას ამ პერიოდში. დასაწყისში ტკივილს შესაძლებელია მართლაც არ ჰქონდეს ადგილი, მაგრამ დაზიანებული კიდურის

გათბობის შემდეგ, როგორც წესი, მოყინული მიდამო ყოველთვის მტკივნეულია; ტკივილი იწყება იმ მომენტიდან, როდესაც კანის თეთრი ფერი იცვლება ლურჯი ფერით. ტკივილი გრძელდება 1—2 დღეს და დემარკაციისა და გრანულაციური პროცესის განვითარებასთან ერთად ქრება.

ვოლკი და სტიეფერი ამტკიცებენ, რომ ყველა მოყინული უჩივის მგრძნობელობის მოშლას (სიცივის, სიცხის, ჩხვლეტის, ჭიანჭველების ცოცვის შეგრძნობა და სხვა). მგრძნობელობის მოშლის ინტენსივობასა და დაზიანების ხარისხს შორის პარალელიზმი არ არის. ზოგჯერ მძიმე პარესთეზიები ვითარდება მსუბუქი მოყინვისას და ვრცელდება დაზიანებული ადგილის პროქსიმალურად. კანის მგრძნობელობა იცვლება სითბოს, სიცივისა და ფარადული დენის ზეგავლენით.

პარესთეზია იწყება თერმული და ტკივილის შეგრძნობის მოშლით, რაც ყველაზე ადრე მეღავნდება. ტერფის დიდი თითის ქვემო შიგნითა ზედაპირზე და თანდათანობით ვრცელდება დანარჩენ თითებზე, ტერფძირზე, ტერფზურგზე და იშვიათად ქუსლებზეც. იშვიათ შემთხვევებში მგრძნობელობის მოშლა შესაძლებელია გავრცელდეს მთელ ტერფზე. ზოგჯერ ადგილი აქვს ყველა სახის მგრძნობელობის მოშლას. ცნობილია, რომ ნერვული მოვლენები (ჰიპერსთეზია, ანესთეზია) დიდხანს რჩება მოყინვის სხვა სიმპტომების ლიკვიდაციის შემდეგ და მწვავდებიან ამ მიდამოზე დაბალი ტემპერატურის განმეორებით ზემოქმედებისას. მოყინვის დროს ადგილი აქვს ტროფიკის მოშლილობას და ბუშტუკების გაჩენას, რომლის შიგთავსი უმრავლეს შემთხვევაში სეროზულია. მსუბუქი მოყინვის დროს ბუშტუკები გამოჩნდება მე-2 — 5 დღეს, ზოგჯერ უფრო ადრეც. ბუშტუკები პატარა ოდენობისაა და ციანოზური ძირი აქვთ.

რამდენადაც უფრო ფართო ზედაპირზეა გავრცელებული მგრძნობელობის მოშლა და ბუშტუკები, იმდენად უფრო მოსალოდნელია განგრენა. ზედმიწევნით დამახასიათებელია ბუშტუკების ფერი; მოყინული კიდურის გათბობისას ბუშტუკები ლურჯდება, ხოლო შემდეგ სხვადასხვა ფერს ღებულობს (მუქი წითელი, შავი). უფრო მოგვიანებით დემარკაციული ზოლის დისტალურად შავ ფერს ღებულობს, პროქსიმალურ ნაწილში კი ვითარდება რეაქციული ანთება და ტროფიკის მოშლილობა. ადგილი აქვს მოყინული მიდამოს კანისა და კანქვეშა ქსოვილის შეშუპებას, რომელიც ზოგჯერ ისე ძლიერ არის გამოხატული, რომ მებრძოლი ფეხსაცმელს ვერ იხდის და იძულებულია გაჭრას იგი. შემდეგ შეშუპება კლებულობს, ბუშტუკები იჩუტება. კანის ფერი იცვლება და რბილ ქსოვილებში (მყესები, ფასციები) ვითარდება მუმიფიკაცია და სველი განგრენა. მკვდარი ნაწილი შეიძ-

ლება თავისთავად მოცილდეს. დარჩენილ ნაწილზე ვითარდება გრანულაცია ჩვეულებრივი ჩირქოვანი ნადებით, ეპიტელიზაცია ხანგრძლივდება და კანზე ნაწიბური რჩება. რაც შეეხება მყესებს, ისინი ძალიან ნელა იშლებიან, რის გამოც სრულიად დანეკროზებულ თითს მოძრაობის უნარი მაინც რჩება.

მოყინვის ისეთი ფორმის დროს, როგორიც არის „მესანგრის ტერფი“ — დასაწყისში კანის ფერი ლურჯია, ინტენსიური შეშუპება სჭარბობს სხვა პროცესებს და ნეკროზი ძალიან სწრაფად ვითარდება.

როდესაც მოყინვა რთულდება ჩირქოვანი ინფექციით (ფლეგმონა, ტენდოვაგინიტი და სხვა), კლინიკური მიმდინარეობაც ამა თუ იმ გართულების დამახასიათებელ სახეს ღებულობს.

პროცესის შემოსაზღვრის სისწრაფე და ნეკროზული ნაწილების მოცილების ვადა დამოკიდებულია მოყინული კიდურის ოდენობაზე და ნეკროზის მოსაზღვრე ქსოვილის სახეზე. ზოგჯერ დემარკაცია ვითარდება პირველი კვირის განმავლობაში, უფრო ხშირად კი მოგვიანებით. ფეხის თითების სპონტანურად მოცილებისათვის საჭიროა 3—4 კვირა, წინა ტერფის მოცილებისათვის დაახლოებით 1—2 თვე. ყველაზე მეტი დრო სჭირდება წინა ტერფის ძვლების მოცილებას.

ზოგიერთ შემთხვევაში მოყინული კიდური ადვილად ტყდება. არიევის ექსპერიმენტები მოწმობს, რომ მოყინული კიდურის ტეხადობა მატულობს განსაკუთრებით დაბალი ტემპერატურის ზემოქმედებისას.

შედარებით რთულია მოყინვის გამოცნობა ომის პირობებში ქვემო კიდურის მთლიანი შეშუპების გამო. ამ შემთხვევაში სიმპტომატურია ტკივილი ღამით და ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში; ფეხზე დგომისას ტკივილი უმნიშვნელოა ან სრულიად არ იგრძნობა. ტკივილები უმთავრესად ნევრალგიური ხასიათისაა და ირადაციას იძლევა გოჯიდან მუხლის სახსრისკენ; აღნიშნული ტკივილები გრძელდება დაახლოებით ორ კვირას და კვლავ იწყება დაბალი ტემპერატურის განმეორებით მოქმედებისას. ასეთი მოყინვა განსაკუთრებით ხშირია საგუშაგოებზე მყოფ მებრძოლებში. მოყინვის დროს, გარდა ადგილობრივი მოვლენებისა, აღინიშნება ზოგადი მოვლენებიც, რაც დამოკიდებულია დანეკროზებული მასის რეზორბციაზე. ზოგადი მოვლენებიდან აღსანიშნავია: შემცივნება, სუბფებრილური ტემპერატურა, ფაღარათობა, სიყვითლე, ჰემატურია და სხვ.

ზოგჯერ ზოგადი მოვლენები განპირობებულია ავადმყოფის გაციებით (ლარინგიტი, ანგინა, კატარალური ოტიტი და სხვა).

მოყინვის სადიაგნოზოდ ლაბორატორიული გამოკვლევა ძალიან ცოტას გვაძლევს. ცალკეულ შემთხვევებში შარდში ნახულობენ ცი-

ლას. რენტგენოგრაფია, როგორც დიაგნოსტიკური მეთოდი სრულყოფილი არ არის მოყინვის ნაადრევ პერიოდში, რადგან იგი ვერ არკვევს დაზიანების ხარისხსა და გავრცელებას; სამაგიეროდ მას დიდი მნიშვნელობა აქვს დაავადების შემდგომ პერიოდში, ოსტეომიელიტისა და ოსტეოპოროზის დასადგენად. პირველი იმპერიალისტური ომის დროს (1914 წ.) შემთხვევათა 80%-ში I და II ხარისხის მოყინვა რენტგენოლოგიურად იყო აღმოჩენილი; ე. წ. ზუდეკის ატროფიის მიხედვით, ვეიდენფელდისა და რულუის მიერ შეკრებილია ოსტეოპოროზის 19 შემთხვევა, არიევის მიერ—10. თუ როდის იწყება ოსტეოპოროზი, არ არის გარკვეული. ჰიტმანისა და ვახდელის აზრით ოსტეოპოროზი გამოჟღავნდება მოყინვის მე-14—15 დღეს. არიევს აღწერილი აქვს ოსტეოპოროზის განვითარება მოყინვის 15 წლის შემდეგ; ყველაზე ხშირად ოსტეოპოროზს განიცდიან ფეხის თითების უკანასკნელი ფალანგები და წინა ტერფის ძვლები. როგორც წესი, ოსტეოპოროზი ვრცელდება მოყინული მიდამოს პროქსიმალურად. ოსტეოპოროზის განვითარებისათვის მნიშვნელობა აქვს: ასაკს, ტრამვას, სპეციფიკურ პროცესებს, ინფექციას და სხვ. უფრო ხშირად ოსტეოპოროზი უვითარდებათ ახალგაზრდებს ნეკროზის დროს, როდესაც შეწყვეტილია, როგორც ასიმილაცია, ისე დისიმილაცია, ოსტეოპოროზი არ ვითარდება.

სიცივის მიმართ ბავშვის ორგანიზმი უფრო მგრძნობიარეა, ვიდრე მოზრდილისა, განსაკუთრებით მგრძნობიარეა ეპიფიზური ხრტილები, მოყინვა შეიძლება გახდეს ოსტეოქონდროპატიის მიზეზი.

განსაკუთრებით დიდი მნიშვნელობა აქვს დამწვრობისა და მოყინვის დიფერენცირებას. მათ შორის არსებულ სხვაობას თვალსაჩინოდ გვიჩვენებს ქვემოთ მოყვანილი სქემა, აღებული გირგოლაევის შრომიდან.

მოყინვის გართულებანი შეიძლება გავყოთ 4 ჯგუფად: 1. მწვავე ჩირქოვანი პროცესი (ლიმფანგოიტი, ლიმფადენიტი, ფლეგმონა, ჩირქოვანი ართრიტი, წითელი ქარი და პრემია); 2. მწვავე ინფექციები დაჩირქების გარეშე (ნეფრიტი, ართრიტი, სინოვიტი და სხვ.); 3. ნივთიერებათა ცვლის მოშლა (ტროფიკული წყლული, მელანოდერმია, კალციუმის ნაკლებობა და „მოგვიანებითი განგრენა"); 4. სხვადასხვა გართულებანი, ჩვენს ავადმყოფებს ხუთი სახის გართულება აღენიშნებოდათ: მშრალი განგრენა — 15 ავადმყოფს, ფლეგმონა — 5-ს, სველი განგრენა — 7-ს, 4. ტენდოვაგიტი — 3-ს, 5. ტეტანუსი—2 ავადმყოფს.

მოყინვის გართულება მწვავე ჩირქოვანი ინფექციით განსაკუთრებით ხშირია ომიანობის დროს, შედარებით იშვიათია მშვიდობიანობის პერიოდში. ცუკერკანდლის აზრით მძიმე ხარისხის მოყინვა შემთხვევათა 60%-ში რთულდება ინფექციით. დაზიანებულ მიდამოს ნეკრო-

დამწვრობისა და მოყინვის დიფერენციების სქემა

დამწვრობა	მოყინვა
1. იწვევს ფიზიკური აგენტი (სითხე, მაგარი და გაზი).	1. უფრო ხშირად იწვევს ატმოსფერული ჰაერი, ხელშემწყობ ფაქტორებთან ერთად.
2. ქსოვილების დეგენერაციისა და ნეკროზის ტემპერატურული ზღურბლი 50°—55°-ია, როდესაც ხდება ცილების შეკვრა.	2. ქსოვილების დეგენერაციისა და ნეკროზის ტემპერატურული ზღურბლი დიდ ფარგლებში მერყეობს და დამოკიდებულია ხელშემწყობ ფაქტორებზე (სინოტივე, სისხლის მიმოქცევა და სხვა).
3. ლოკალიზაცია — სხეულის ნებისმიერ მიდამოში. დაზიანების ფართი დამოკიდებულია გამომწვევ აგენტის მოქმედების ფართზე. უმთავრესად ერცელდება ზედაპირულად (კანი, რბილი ქსოვილები).	3. ლოკალიზაცია — გარდა იშვიათი გამონაკლისისა კიღურები; დაზიანება შემოისაზღვრება ფეხისა და ხელის თითებით, ერცელდება სიღრმეში (კანქვეშა რბილი ქსოვილები, ძვალი).
4. მოქმედების ხარისხი მეღავნდება მაშინვე — უჯრედებისა და ქსოვილების ცილის შედედების გამო. დაზიანების მოცელობა მეღავნდება თანდათანობით.	4. მოქმეღების ხარისხი და დაზიანების მოცულობა მეღავნდება რამდენიმე ხნის შემდეგ.
5. წვრილუჯრედოვანი ინფილტრაცია ვითარდება სუსტად; ფიბრინის რაოდენობა მცირეა, ექსუდაცია გამოხატულია.	5. წვრილუჯრედოვანი ინფილტრაცია ინტენსიურია, ფიბრინის რაოდენობა მეტია, ექსუდაცია არ არის გამოხატული.
6. ერითემას აქვს მკაფიოდ ჰიპერემიული ხასიათი.	6. ერითემას აქვს ციანოზური ხასიათი.
7. მრავალრიცხოვანი ბუშტუკები, დაჭიმული და სავსე გამჭვირვალე სითხით მაშინვე წარმოიშობა.	7. ბუშტუკების რაოდენობა ნაკლებია, სავსეა სისხლნარევი შიგთავსით და დუნეა. ვითარდებიან რამდენიმე ხნის შემდეგ.
8. ქსოვილების ნეკროზი უშუალოდ არის დამოკიდებული სითბოს მოქმედებაზე (ქსოვილების პირველადი ნეკროზი).	8. ქსოვილების ნეკროზი უმთავრესად ღამოკიდებულია სისხლის მიმოქცევის მოშლაზე (ქსოვილების მეორადი ნეკროზი).
9. ტკივილები დასაწყისში მკვეთრად არის გამოსახული.	9. ტკივილები დასაწყისში სუსტად ან სულ არ არის გამოხატული.
10. ფართო ზედაპირის დამწვრობის დროს ზოგადი ინტოქსიკაციის საშიშროება დიდია.	10. ინტოქსიკაციის საშიშროება დაზიანების ფართის სიმცირის გამო უმნიშვნელოა.

დამწვრობა	მოყინვა
11. ძირითადი გართულებანი: გაშიშვლებული ზედაპირის ინფიცირება და დამამახინჯებელი ნაწიბური, ამა თუ იმ სახსრის ფუნქციის მექანიკური შეზღუდვა.	11. ზოგადი ინფექცია, მოყინულ მიდამოს გარეშე პნევმონია, ბრონქიტი, დიარეა, ადგილობრივი გართულებები: ნერვიტი, დამბლები, პარეზები, პარესთეზიები და კიდურების მოგვიანებითი განგრენა.
12. მკურნალობა მიმართულია ტკივილების შესამცირებლად ინფექციისა და ნაწიბურის განვითარების აღკვეთისაკენ და პროცესის შემოფარგვლისაკენ.	12. მკურნალობა მიზნად ისახავს ხელი შეუშალოს ინფექციას და სისხლძარღვების ღრმა დაზიანებას (სუსპენზია. გაკვეთა), როგორც მწვავე, ისე ქრონიკულ სტადიაში.

ზის და ადგილობრივი იმუნიტეტის დაქვეითების გამო მდიდარი მიკროფლორა (განსაკუთრებით ქვემო კიდურების) ხშირად განაპირობებს გართულებას. მწვავე ლიმფადენიტის, ლიმფანგოიტის, ტენდოვაგინიტის სახით რიგ შემთხვევებში მოყინვა რთულდება სველი განგრენით. გაზოვანი განგრენა იშვიათია და გვხვდება განსაკუთრებული სახის მოყინვის დროს—„მესანგრის ტერფი". არაიშვიათად მოყინული ადგილის მეორადი მწვავე ჩირქოვანი ანთება რთულდება ზოგადი ინფექციით.

1914—15 წწ. მოყინულებს შორის ძლიერ ხშირი იყო სეპტიკოპიემია განპირობებული ადგილობრივი ინფექციით (ფლეგმონა, ფლებიტი და სხვა).

ზოგადი ინფექციებიდან განსაკუთრებით საყურადღებოა ტეტანუსი, რომელიც მძიმედ მიმდინარეობს და სიკვდილიანობასაც მაღალს იძლევა. ჩვენს ორ ავადმყოფს მოყინვა გაურთულდა ტეტანუსით, ორივე ეს ავადმყოფი გარდაიცვალა.

არაჩირქოვანი გართულებიდან აღსანიშნავია „გაცივებითი ნევრიტები", რომელიც უფრო ხშირად თავს იჩენს კიდურების ნერვებში. კონფორტი არჩევს ნაადრევ და მოგვიანებით ნევრიტებს. პირველი თავს იჩენს კანისა და მყესთა რეფლექსების დაქვეითებით ან სრული მოსპობით. მოგვიანებითი ნევრიტები ვითარდება მოყინვის დაახლოებით ერთი თვის შემდეგ; ამ შემთხვევაში ადგილი აქვს კუნთების ჰიპოტონიას, ატროფიას, კონტრაქტურებსა და დამბლებს. იშვიათ შემთხვევაში მოყინვის დროს კუნთების აღგზნებულობა მომატებულია და შეკუმშვა შენელებული.

მოყინვის გართულებათა შორის აღწერილია აგრეთვე: პოლიარ-

თრიტი, პირველადი ქრონიკული ართრიტი და დეფორმული ართრიტი.

ნივთიერებათა ცვლის მოშლა განაპირობებს კანის ქრონიკულ მელანოზს, განსაკუთრებით მოყინვის განმეორების შემთხვევაში, რომელსაც „სამხედრო მელანოზ"-ს უწოდებენ. ანალოგიურად მელანოზისა, კანში შეიძლება დაგროვდეს კირის მარილები.

მოყინვის რამდენიმე თვის ან წლის შემდეგ შეიძლება განვითარდეს „მოგვიანებული განგრენა". აღწერილია განგრენის განვითარება მოყინვის 13 წლის შემდეგაც. საკმაოდ ხშირად, ადგილი აქვს მოგვიანებით ტროფიკული წყლულების განვითარებას. უბმანი აღწერს სამ ავადმყოფს, რომელთაც ტროფიკული წყლული განუვითარდა მოყინვის სამი წლის შემდეგ, არიევი — 15 წლის შემდეგ.

მოყინვის სხვადასხვა გართულებათა შორის ლიტერატურაში აღწერილია: ტვინის ემბოლია, ჰინჭრის ციება, ფრჩხილქვეშა კერატომა.

შოკი მოყინვის დროს არ არის აღწერილი. მაგრამ, თუ თბილსისხლიან ცხოველს ერთბაშად მოვათავსებთ ძლიერ ცივ აბაზანაში, შეიძლება იგი დაიღუპოს.

სიცოცხლისათვის ყველაზე საშიშია მოყინვის გართულება ინფექციით. სამოქალაქო ომში გართულებული მოყინვის შედეგად სიკვდილი „მესანგრის ტერფის" დროს უდრიდა 2%-ს, ყირიმის ომში — 23%-ს. კრივოროტოვის მასალით სიკვდილიანობა მოყინვის დროს უდრის 3,12%-ს.

დაბალი ტემპერატურით გამოწვეული პათოლოგიური ცვლილებანი დამოკიდებულია სხვადასხვა გარემოებაზე — განვითარების რაც უფრო მაღალ საფეხურზე დგას ცხოველი, მით უფრო მგრძნობიარეა იგი დაბალი ტემპერატურის მიმართ; ცვლილებები, გამოწვეული დაბალი ტემპერატურის მოქმედებით, პირდაპირპროპორციულია მისი მოქმედების ხანგრძლივობისადმი. მოყინვით განპირობებული პათოლოგიური ცვლილებები მეღავნდება დაზიანებული მიდამოს გათბობის შემდეგ. დაბალი ტემპერატურით გამოწვეული ცვლილებები შეუბრუნებელი ხასიათისაა.

დაბალი ტემპერატურის ზეგავლენით ორგანიზმში სასიცოცხლო პროცესები შენელდება, ასევე იზოლირებული უჯრედები (კულტურა. ტრანსპლანტანტი) დაბალი ტემპერატურის ზემოქმედებით ანელებენ ოავიანთ ცხოველმყოფელობას; დაბალი ტემპერატურის ხანგრძლივად მოქმედებისას უჯრედებში ვითარდება დეგენერაციული ცვლილებები და ბოლოს უჯრედები იღუპებიან.

ადამიანისა და ცხოველის ორგანიზმში დაბალი ტემპერატურა იწვევს ქსოვილებში დეგენერაციულ ცვლილებებს და აგრეთვე სისხლის მიმოქცევის მოშლას. დასაწყისშივე ვითარდება სისხლძარღვების სპაზმი, შემდგომი გაფართოებით და სტაზით, რომელსაც საბოლოოდ ცვლის მეორადი სპაზმი (გირგოლოვი). ყოველივე ეს იწვევს ქსოვილების სისხლის მიმოქცევის მოშლას და ხელს უწყობს ნეკროზს.

პარენქიმიულ ორგანოებში (თირკმელი, ღვიძლი, სათესლე ჯირკვალი) დაბალი ტემპერატურის ზემოქმედება იწვევს დეგენერაციას და ნეკროზს; დაღუპული ქსოვილის ადგილს შემდეგში იკავებს შემაერთებელი ქსოვილი — ნაწიბური.

კანი, კანქვეშა ქსოვილი, ელასტიკური ბოჭკოები და კუნთები განიცდიან დეგენერაციულ ცვლილებებს, უფრო მოგვიანებით ანთებას, რომელსაც თან სდევს ეპიდერმისის ჰიპერპლაზია. გაცილებით მეტ გამძლეობას იჩენს დაბალი ტემპერატურისადმი გლუვი კუნთი, ვიდრე განივზოლიანი. გამძლეობის დიდი უნარი აქვს მყისებს. ძვალში და სახსარშიც ვითარდება ნეკროზი, მაგრამ სეკვესტრაციას ადგილი არა აქვს, რითაც იგი განსხვავდება ოსტეომიელიტისაგან. სასახსრე ხრტილები განიცდის დეგენერაციას, დაშლას.

სისხლძარღვების ცვლილებები მოყინვის დროს შეისწავლა მრავალმა ავტორმა. ნაწილი მკვლევარებისა ძირითად ცვლილებას ხედავს სისხლძარღვთა თრომბოზში, მეორენი კი ძირითადად თვლიან სისხლძარღვთა კედლის დესტრუქციას, რომელსაც დეფორმირებულ ენდარტერიტს უწოდებენ. მოყინვის დროს სისხლი განიცდის ჰემოლიზს. ერითროციტების აუტოაგლუტინაციის პირველი ნიშნები გამომჟღავნდება 10°-ზე (გირგოლოვი). როგორც უკვე ვთქვით, დაბალი ტემპერატურის მოქმედება მთელ ორგანიზმზე სასიცოცხლო პროცესების შენელებას იწვევს. თბილსისხლიანებისა და მათ შორის ადამიანის კრიტიკული ტემპერატურა მერყეობს 15°—20°-ს ფარგლებში. დაბალი ტემპერატურის მიმართ გამძლეობისათვის მნიშვნელობა აქვს ორგანიზმის შეჩვევას. ჩრდილოეთ პოლუსზე მუშაობის დროს შეველევას უნახავს საკმაო რაოდენობა ცხოველებისა, რომელთაც მთელი თავისი სიცოცხლე გაუტარებიათ დაბალ ტემპერატურულ პირობებში.

ორგანიზმის სათანადო დაცვას სიცივისაგან ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს. მაგალითად, 1553 წ. მდინარე ვარზინასთან გაიყინა ორი ინგლისური გემის ეკიპაჟი (65 კაცის შემადგენლობით, სახელოვან ადმირალ უილბისთან ერთად), რადგან ექსპედიციას არ ჰქონდა წარმოდგენა ჩრდილოეთის ზამთრის შესახებ და არ ეოიმარაგა სათანადო თბილი ტანსაცმელი, ხოლო ტუნდრაში კი ტყე არ იყო. ამის საწინა-

აღმდეგო მაგალითია საბჭოთა კავშირის გმირების — პაპანინელების მუშაობა ჩრდილოეთ პოლუსზე.

ცნობილია, რომ ცხოველური ორგანიზმის დაბალი ტემპერატურის საზღვარი უფრო მეტ ფარგლებში მერყეობს, ვიდრე მაღალი ტემპერატურისა. იმ დროს, როდესაც + 55° ან ცოტა მეტი ტემპერატურა სწყვეტს სიცოცხლეს, ცილების შეკვრის გამო, დაბალი ტემპერატურა მოყინვის დროსაც არ იწვევს ასეთ ცვლილებას (შმიდტი). განვითარების რაც უფრო მაღალ საფეხურზე დგას ცხოველი, მით უფრო ნაკლები გამძლეობის უნარი აქვს დაბალი ტემპერატურის მიმართ. მაგალითად, ციმბირის წყლულის ჩხირის სპორები — 100°-ის დროსაც არ კარგავენ გამრავლების უნარს, ქოლერის ვიბრიონი იტანს — 183° — 192° ტემპერატურას, 20 საათიდან 7 დღემდე და 10 საათის განმავლობაში ინარჩუნებს სიცოცხლის უნარს — 252°-ზე. ზოგიერთი მცენარის თესლი — 200°-ის დროსაც არ იღუპება.

მცენარეების გამძლეობა დამოკიდებულია მათ წვენში არსებულ შაქრის რაოდენობაზე; რაც მეტია შაქარი მცენარის წვენში, მით უფრო დაბალ ტემპერატურას უძლებს მცენარე (მაქსიმოვი).

დაბალი ტემპერატურის ზემოქმედებით შინაგანი ორგანოების სისხლძარღვები მუდმივ სპაზმის მდგომარეობაში არიან, სხეულის ზედაპირული სისხლძარღვების სპაზმი დასაწყისში, მალე იცვლება მათი რეაქციული გაფართოებით. სიცივის ხანგრძლივი ზემოქმედებისას ვითარდება ზედაპირული სისხლძარღვების მუდმივი სპაზმი.

სისხლის ძარღვებში სისხლი მხოლოდ —3,9°-ზე იყინება. ამ ტემპერატურის ზევით ქსოვილთა წვენის კრისტალიზაცია არ ხდება. სხეულის ზოგადი გაყინვისას სისხლში კლებულობს როგორც ერითროციტების, ისე ჰემოგლობინის რაოდენობა. ლეიკოციტები პერიფერიულ სისხლში მომატებულია. ედრ-ი მცირედ აჩქარებულია (არიევი). სისხლში აღინიშნება კალციუმის მარილების მომატება, შაქარი შემცირებულია, რძის მჟავა და ცილა მომატებულია. მომატებულია აგრეთვე CO_2-ის შემცველობა სისხლში, თუმცა ზოგიერთი ავტორი დაკლებას აღნიშნავს.

დაბალი ტემპერატურის ზემოქმედება სიმპათიკურ ნერვულ სისტემაზე ისეთივე ეფექტს იწვევს, როგორც ადრენალინი. დაბალი ტემპერატურის ზემოქმედებით ნერვული ქსოვილი არ იღუპება, მაგრამ მასში ვითარდება ფუნქციური და ორგანული მოშლილობანი.

კუნთი დაბალი ტემპერატურის ზემოქმედებისას მკვრივდება, ქსოვილთა წვენის დაკრისტალების გამო, კუნთების შეკუმშვის უნარი კლებულობს და იცვლება ელექტრომგრძნობელობა.

მოყინვის პათოგენეზში მნიშვნელობა აქვს არა მარტო უშუალოდ დაბალ ტემპერატურას, არამედ ხელშემწყობ ფაქტორებსაც. სისხლის დაბალი წნევა და ხანგრძლივი ზეწოლა სისხლძარღვებზე აჩქარებს და აღრმავებს დაბალი ტემპერატურით გამოწვეულ ცვლილებებს. პათოლოგიური პროცესის განვითარებისათვის გარკვეული მნიშვნელობა აქვს დაღლილობას, რაზედაც დამოკიდებულია უჯრედების კოლოიდური მდგომარეობა. დაბალი ტემპერატურის ზემოქმედება იწვევს ორგანიზმში ქიმიური რეაქციების შესუსტებას და კოლოიდების დალექვას. დანარჩენი პათოლოგიური ცვლილებები მოყინვის დროს უნდა აიხსნას სიცივის ზემოქმედებით სისხლძარღვებზე და ნერვებზე.

დაზიანებული ნაწილის გათბობის შემდეგ უჯრედების კოლტიდებით იღუპება დესმინირებული ნეკროზი, რომლის უშუალო შედეგია პოლიფერაციული ანთება. ნეკროზული კერა, რომელიც კლინიკურად მეღავნდება, მეორადი პროცესია, გამოწვეული სისხლის მიმოქცევის მოშლით. საღი და ნეკროზული ქსოვილების საზღვარზე ვითარდება დემარკაციული ზონა. მკვდარი ნაწილების ადგილს იკერს გრანულაცია და საბოლოოდ რჩება ნაწიბური.

დესიმინირებული ნეკროზი და პროლიფერაციული ანთება განსაკუთრებით მკვეთრად არის გამოხატული სისხლძარღვებისა და ნერვული ღეროების გასწვრივ, რის შედეგადაც ვითარდება შეშუპება და რიგი მოვლენები სიმპათიკური ნერვული სისტემის მხრივ.

მოყინვის საწინააღმდეგო ბრძოლის მთავარ ამოცანას წარმოადგენს პროფილაქტიკური ღონისძიებანი, როგორც კოლექტიური, ისე ინდივიდუალური. კოლექტიური პროფილაქტიკის საშუალებებს ეკუთვნის: სანიტარულ-საგანმანათლებლო მუშაობა, ჯარის ნაწილების პერიოდული ცვლა სანგრებში; თუ ეს შეუძლებელია, საჭიროა სანგრების ამოშრობა. ამ მიზნით შეიძლება ფიცრების ჩადება თხრილებში, ბურბუშელის მოყრა, ხის იატაკის გაკეთება. დიდი მნიშვნელობა აქვს საევაკუაციო ტრანსპორტის გათბობას. ტვირთსაზიდ ტრანსპორტით სარგებლობისას დაპრილი კარგად უნდა იქნეს შეხვეული, ფეხებთან დაედოს სათბური, საჭიროა მოყინულთა სასწრაფო ევაკუაცია.

ინდივიდუალური პრფილაქტიკა გულისხმობს კარგ კვებას (ცხიმებით და ნახშირწყლებით მდიდარი საკვები), ზედმეტი გადაღლის თავიდან აცილებას, ფეხის სიმშრალეს, თბილ ტანსაცმელს. ვინაიდან საველე პირობებში უმთავრესად ფეხები მოიყინება, მთავარი ყურადღება უნდა მიექცეს ფეხსაცმელს. იგი არ უნდა იყოს სრულიად გაუვალი ჰაერისათვის, რომ არ შეფერხდეს ვენტილაცია. წინააღმდეგ შემთხვევაში ფეხსაცმელში გროვდება ოფლი და შეიქმნება პირობა მოყინვისათვის. ფეხსაცმელების ძირი წყლისათვის გაუვალი უნდა

იყოს, მშრალი ყინვების დროს კარგია ნაბდის ჩექმები და შალის წინდები.

მოყინვის პროფილაქტიკის მიზნით ქონს ან ვაზელინს უსვამენ ფეხებზე. ოპპელი ქონის წასმის სასტიკი წინააღმდეგი იყო, რადგან ქონი ამცირებს კანის აერაციას, აბრკოლებს ცხიმისა და ოფლის გამოყოფას და ამით ხელს უწყობს მოყინვას. არიეევი გვირჩევს ისეთ მალამოს ხმარებას, რომელშიც შედის ცხიმი (სითბოს ცუდი გამტარი) და ვიტამინი ადგილობრივი ავიტამინოზის საწინააღმდეგოდ. ამ ორ მოთხოვნილებას სავსებით ამართლებს თევზის ქონი. ძალაში რჩება აგრეთვე ძველი ხალხური საშუალება — ქაღალდის შემოხვევა ფეხზე. ამასთან ერთად ფეხსაცმელი მშრალი უნდა იყოს.

პროფილაქტიკური მნიშვნელობა აქვს ფეხის ოფლიანობის წინააღმდეგ ბრძოლას, რისთვისაც ხმარობენ 10% ფორმალინის ხსნარს და ტალკს.

მკურნალობის მთავარი მიზანია: აღვადგინოთ დაზიანებული ნაწილის სისხლის მიმოქცევა, ხელი შევუშალოთ ინფექციის განვითარებას. სველი განგრენა გადავაქციოთ მშრალ განგრენად და დავაჩქაროთ პროცესის შემოსაზღვრა, შემდგომი ეპიტელიზაცია.

მოქმედი აგენტის მოცილების შემდეგ, ინფექციისა და ღრმა პათოლოგიური ცვლილებების თავიდან ასაცილებლად, დიდი მნიშვნელობა აქვს დროულ პირველ დახმარებას, განსაკუთრებით საველე პირობებში, სადაც ინფექცირების ყველაზე მეტი საშიშროება არსებობს. ამ მიზნით ავტორთა უმრავლესობის მიერ მოწოდებულია მოყინულის თანდათანობით გათბობა. მათი აზრით ეს მეთოდი ხელს უშლის: ჰემოლიზს, ქსოვილთა წვენის დაკრისტალებას და ამცირებს ტკივილებს. შტიკერი ამ მხრივ უფრო შორს მიდის და გვირჩევს მოყინული კიდურის თოვლში ჩადებას ან ცივ აბაზანაში მოთავსებას. არიეევის უკანასკნელი გამოკვლევებით კი მტკიცდება, რომ ტკივილები ზოგჯერ თანდათანობით გათბობის დროსაც აღინიშნება და ყოველთვის არ არის პათოლოგიური ცვლილებების ექვივალენტური. ამიტომ მას მიზანშეუწონლად არ მიაჩნია მოყინული კიდურის თოვლში გახვევა ან ცივ აბაზანაში მოთავსება. არიეევი, პირიქით, გვირჩევს ძლიერ ცხელი აბაზანის (+ 37° + 38°) მიღებას. კიდურის გათბობასთან ერთად საჭიროა კანის დაზელვა ქაფურის სპირტით, გლიცერინით, ვაზელინით; ქაფურის სპირტით დაზელვის შემდეგ ურჩევენ ასეპტიკური ნახვევის დადებას. ხმარობენ იოდს. ზოგი აწარმოებს ნავთით და ბორის მჟავით დაზელვას. გამუხებისა და დეზინფექციის მიზნით მოწოდებულია 2%-იანი ბრილიანტის მწვანის, 70°-იანი სპირტის ხსნა-

რით დამუშავება და შემდგომ თევზის ქონისა და ქაფურის ზეთის კომპრესის დადება. პირველი (ბრილიანტის მწვანე) ხელს უშლის მეორადი ინფექციის განვითარებას, ხოლო თევზის ქონი და ქაფურის ზეთი საუკეთესო საშუალებაა ტკივილისა და ანთებითი პროცესის წინააღმდეგ.

„მესანგრის ფეხი"-ის მსუბუქი ფორმის დროს მოწოდებულია ბორიანი ქაფურისა და საპნის თბილი აბაზანა და შემდეგ ფეხის შეხვევა ბორიან ქაფურის ხსნარში დასველებული ნახვევით. მძიმე ფორმის დროს—ბუშტუკების გაკვეთა და ქაფურიანი ეთერის წასმა. შემდგომი მკურნალობის მთავარი ამოცანაა აღვადგინოთ კიდურში სისხლის მიმოქცევა, ხელი შევუშალოთ ინფექციის გავრცელებას. ამ მიზნით პირველი დახმარების აღმოჩენის შემდეგ საჭიროა მოყინული მიდამოს მეორადი დამუშავება, მისი დეზინფექცია, იოდის, სპირტის ან მეთილენის ლილის წასმა, ბუშტუკების გაკვეთა. კომპელი გვირჩევს ნარკოზის ქვეშ ჯაგრისით დავშალოთ ბუშტუკები და დავადოთ 5%-ანი ტანინის ხსნარში დასველებული ნახვევი. ანალოგიური საშუალებაა შანგანუმის კალიუმის, იხტიოლის ზეთის, ძმრის მჟავას და ნაფტალინის ნახვევები. იხმარება აგრეთვე ღვიძლის პრეპარატები (დეზიტანი, ფიტინი). სისხლის მიმოქცევის აღდგენის მექანიკურ საშუალებას წარმოადგენს მასაჟი, რომლის დროს უნდა დავიცვათ სრული ასეპტიკა, განსაკუთრებით კანის დაზიანების შემთხვევაში.

სისხლის მიმოქცევის აღდგენისა და ტკივილების შემცირების მიზნით კარგია კიდურს მივცეთ მაღალი მდებარეობა. ნოსკოემ (1909) მოგვაწოდა მოყინული მიდამოს კანის გაკვეთა; ტოქსიკური პროდუქტების მოცილების მიზნით და განაკვეთების შეხორცების წინააღმდეგ ჭრილობაში ტამპონის ჩადება. ეს მეთოდი წარმატებით იხმარებოდა ბალკანეთის ომში (1918-19 წწ.). ნოსკოეს მეთოდს ვიტეკმა დაუმატა ტერფზურგისა და ტერფძირის გაკვეთა. კარგ შედეგს იძლევა სველი განგრენის მკურნალობა კვარცის სხივებით მშრალ განგრენად გადასაყვანად, წარმატებით იხმარება მზის აბაზანები და მკურნალობის ფიზიოთერაპიული მეთოდები. ნეკროზული მასების მოცილებისათვის ეფექტურია თბილი აბაზანები და პეპსინის ნახვევი.

არიეევის მიერ მოწოდებულია მკურნალობა მოყინვის ხარისხის მიხედვით. ადგილობრივად ვიტამინებით მკურნალობის მიზნით მოწოდებულია „კაროტინი" და „ვიტადერმი", მათი მოქმედება გამოიხატება ტკივილების გაქრობასა და სწრაფ ეპითელიზაციაში (ჩერკასოვა).

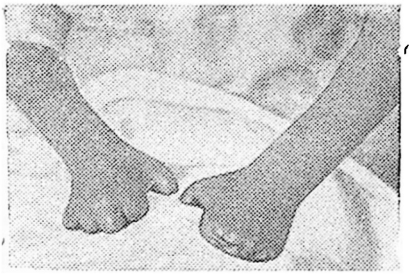
ცნობილია, რომ სპონტანური განგრენის ანალოგიურად მოყინვის

შედეგად განვითარებული განგრენების დროს ადგილი აქვს ნეიროტროფიკულ მოშლილობას, რაც იწვევს დაზიანებულ ქსოვილებში ნივთიერებათა ცვლისა და სისხლის მიმოქცევის მოშლას — სპაზმის, ატონიის და თრომბის სახით (კუკინ). ამ მოვლენების საწინააღმდეგოდ ხმარობენ ვიშნევსკის ნოვოკაინის ბლოკადას. ეს მეთოდი გამოყენებული იყო ფინეთის ომში: წარმატებით იხმარება ამჟამად პროფ. ა. ვიშნევსკის კლინიკაში ზეთ-ბალზამიან ნახვევთან ერთად. ორივე ეს ნივთიერება იწვევს სისხლძარღვთა რეაქციას სიმპათიკური ნერვული სისტემის გზით. ნოვოკაინი მოქმედებს როგორც არაპირდაპირი გამაღიზიანებელი ვეგეტაციურ ნერვიულ სისტემაზე. ხოლო ზეთ-ბალზამიანი მალამო მოქმედებს კანის რეცეპტორებზე, რითაც იწვევს: ნეიროტროფიკულ ძვრებს, აუმჯობესებს ქსოვილთა კვებას და აბრკოლებს დისტროფიული ცვლილებების განვითარებას.

როდესაც ნოვოკაინის ბლოკადას ვაკეთებთ წელის მიდამოში, ორივე მხარეზე, თითოეულ მხარეზე შეგვყავს 60 სმ³ 1/4% ნოვოკაინის ხსნარი, ცირკულაციური ბლოკადის დროს კი იმავე ხსნარის 80—100 სმ³. ნოვოკაინის ბლოკადა შეიძლება 2—3 ჯერ გავიმეოროთ, 10 დღის ინტერვალით. ბლოკადის შემდეგ ნევროზის მიდამოს დაეფარება ზეთ-ბალზამიანი მალამოს ნახვევი. ერცელი დაზიანების დროს ნახვევი ფიქსირდება თაბაშირით. ნახვევის დადების წინ ბუშტუკები გაიკვეთება, ჯიბეები გაიხსნება და ნეკროზული ნაწილები მოიკვეთება. ნახვევის გამოცვლა ხდება 5—10 დღეში ერთხელ. ასეთი წესით ჩატარებული მკურნალობის დროს გართულება იშვიათია. გრანულაცია საღია და ზედაპირული ეპიტელიზაცია სწრაფად მიმდინარეობს. ტკივილი და ინტოქსიკაცია ნაკლებად არის გამოხატული. კუკინმა ეს მეთოდი გამოიყენა მოყინვის რვა შემთხვევაში. ამათგან მხოლოდ ერთ ავადმყოფს დასჭირდა ამპუტაცია, რომელსაც ტერფის მოყინვასთან ერთად ჰქონდა წვივის ჭრილობა.

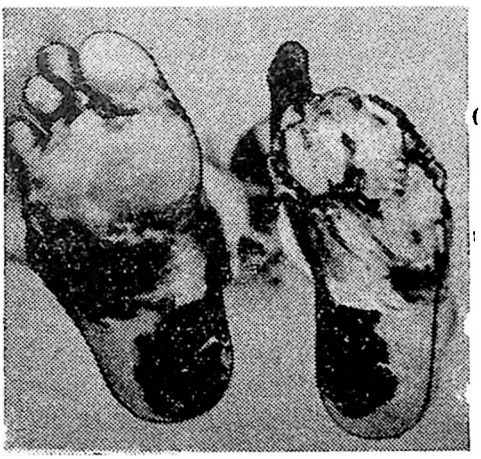
ჩვენს კლინიკაში მკურნალობა ტარდება ამ მეთოდით, კარგი შედეგით.

მედიკამენტოზური საშუალებებიდან მნიშვნელობა აქვს ორგანიზმის ზოგად გამამაგრებელ საშუალებებს, დიეტას, სისხლის გადასხმას. ფიზიოლოგიურ და გლუკოზის 5%-ან ხსნარს, კარგ შედეგს იძლევა პორმონოთერაპია. სავალდებულოა ანტიბიოტიკების დანიშვნა. საველე პირობებში ავადმყოფის ტრანსპორტირების დროს დაზიანებულ კიდურზე უნდა წავუსვათ ცხიმი, ცხიმოვანი მალამო და შევუხვიოთ თბილად. პროფილაქტიკის მიზნით მოყინულს უნდა გაუკეთდეს ანტიტეტანური და ანტიგანგრენული შრატი. სურათებზე მოცემულია მოყინვის შემთხვევები.



სურ. 73.
ორივე მტევნის თითების მოყინვა-ამპუ-ტაციით.

სურ. 74.
ორივე ტერფის თითების მოყინვა.



სურ. 75.
ორივე ტერფის მოყინვა.

სურ. 76.
ორივე ტერფის მოყინვა თითების ამპუტაციით.

კანის ერთმომენტიანი გადანერგვა ფეხზე

ორგანოს ფუნქციისა და ანატომიური მთლიანობის შენარჩუნებისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ჭრილობისა და დამწვრობის პირველადი დამუშავების დროს კანის გადანერგვას, რადგან ხანგრძლივი კანის დეფექტი და მის ნიადაგზე განვითარებული ნაწიბური არა მარტო სხეულს ამახინჯებს, არამედ არღვევს მის ფუნქციასაც.

როდესაც ჭრილობის პირველადი დამუშავების შემდეგ შეიქმნება კანის დიდი დეფექტი და იგი დაიფარება კანით, ე. ი. პირველადი პლასტიკა არ არის შესაძლებელი, საჭირო ხდება კანის გადანერგვა მოგვიანებით, აღნიშნული დეფექტის შესავსებად.

ძველთაგანვე მოწოდებული იყო კანის გადანერგვის მრავალი წესი. ამ საკითხს დიდი ყურადღება ექცევა როგორც მშვიდობიანობის დროს, ისე განსაკუთრებით, ომის პერიოდში.

1597 წ. იტალიელმა ანატომმა ტოლიაკოჩიმ აწარმოვა კანის გადანერგვა ფეხზე, სხეულის სხვადასხვა ნაწილების დეფექტის დასაფარავად. მის მიერ გადანერგილი იყო კანი მხრიდან სახეზე, ცხვირის ტუჩისა და სხვა დეფექტების აღდგენის მიზნით. გადანერგილი კანის ფეხს ტოლიაკოჩი ოპერაციის 20 დღის შემდეგ ჭკვეთდა.

კანის გადანერგვის ეს წესი ლიტერატურაში ცნობილია იტალიური მეთოდის სახელწოდებით. მან თავიდანვე მიიღო ძალიან მაღალი შეფასება სპეციალისტების მხრივ და მის ავტორს ტოლიაკოჩის ქ. ბოლონიაში ძეგლი დაუდგეს.

კიდურების კანის დეფექტების დასაფარავად სკლიფასოვსკის მიერ დამუშავებული იყო კანის ფეხზე გადანერგვის წესი; მისი დამსახურება იმაში მდგომარეობს, რომ სკლიფასოვსკიმ მოგვაწოდა კანის ნაფლეთის ორ ფეხზე გადანერგვა მუცლის კედლიდან.

კანის გადანერგვის დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს ტრანსპლანტანტის ფიქსაციის წესს. ამ მიზნით მრავალი საშუალებაა მოწოდებული — ტილოს ხილაბანდი, შესახვევი ზონრები და სპეციალური საფიქსაციო აპარატებიც კი. ჩვენ ყველაზე უფრო მოხერხებულად მიგვაჩნია ფიქსაცია თაბაშირის ნახვევით, რომელიც ამ მიზნით პირველად შიმანოვსკიმ (1865) იხმარა.

1916 წელს ფილატოვის მიერ შემუშავებული იყო კანის ფეხზე გადანერგვის ორიგინალური წესი, რამაც დიდი როლი ითამაშა აღდგენით ქირურგიაში. ეს საკითხი შემდეგ საბჭოთა კავშირში განავითარეს ჯანელიძემ, ლიმბერგმა, ტროფიმოვმა და სხვებმა.

კანის ფეხზე ერთმომენტიანი გადანერგვის წესის მრავალ დადებით მხარეებთან ერთად, ძირითად ნაკლს შეადგენს კიდურის ფიქსაციის იძულებითი მდგომარეობა გარკვეული დროის განმავლობაში.

დადებითი მხარეებიდან პირველ რიგში უნდა აღინიშნოს ის, რომ ეს წესი იძლევა შესაძლებლობას კანის დიდი ნაფლეთის გადანერგვისა, კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილთან და კანქვეშა ფასციასთან ერთად. არსებობს ხელსაყრელი პირობები კანის ნაფლეთის მიზრდისა მოკლე დროის განმავლობაში.

მართალია, ფილატოვის ყლორტიც იძლევა სრულყოფილი კანის პლასტიკურ მასალას, მაგრამ კანის გადანერგვის ამ წესს ბევრად უფრო მეტი დრო ესაჭიროება, ვიდრე ერთმომენტიან გადანერგვას ფეხზე.

კანის ერთმომენტიანი გადანერგვა ფეხზე ჩვენ მიერ 27 შემთხვევაში იყო ნაწარმოები. 15-ჯერ დიდი სამამულო ომის დროს ევაკოჰოსპიტალის პირობებში და 12-ჯერ თბილისის სახ. სამედიცინო ინსტიტუტის ჰოსპიტალური ქირურგიის კლინიკაში. ევაკოჰოსპიტალში სამ ავადმყოფს კანის ერთმომენტიანი გადანერგვა ფეხზე გაუკეთდა კრიუკენბერგის ოპერაციის დროს, იდაყვისმხრივი „თითის“ კანით დასაფარავად. დანარჩენ 12 ავადმყოფს კანი გადაენერგა სხეულის სხვადასხვა ნაწილის ხანგრძლივად არსებული დეფექტის აღსადგენად: 2-ჯერ წინა მხარზე, 4-ჯერ ხელის მტევანზე. 2-ჯერ წვივზე და 4-ჯერ ტერფზე. ყველა ტრანსპლანტატი მიეზარდა და კანის დეფექტი შევსებული იყო. ტრანსპლანტატის მიზრდა მოხდა ყოველგვარი გართულების გარეშე. გადანერგვის პირველი 15—20 დღის განმავლობაში აღინიშნებოდა უხვი გამონაყონი ყლორტის ფეხიდან, რომელიც მისი მოკვეთის შემდეგ მოისპო და ჭრილობა მალე დაიხურა როგორც მეორადი ნაკერის დადების შემთხვევაში.

კლინიკის მასალაზე კანის ერთმომენტიანი გადანერგვა ფეხზე ნაწარმოები იყო 12 ავადმყოფზე: 5 შემთხვევაში კანი გადაინერგა ტერფძირის ზედაპირზე, 5 შემთხვევაში, ხელის მტევანზე, როგორც ხელგულის, ისე ხელზურგის მხარეზე, ერთხელ — წინამხარზე, კრიუკენბერგის იდაყვისმხრივი „თითის“ დასაფარავად და ერთხელ — წვივის მიდამოში.

ამ შემთხვევებშიც ტრანსპლანტატი კარგად მიეზარდა გადანერგილ ადგილს, მხოლოდ ერთი ავადმყოფის გადანერგილმა კანმა წვივზე ტრანსპლანტაციის დროს განიცადა ნეკროზი. ამ შემთხვევაში ფიქსაცია გაუკეთდა თაბაშირის ნახვევით და ნახვევის დადების მომენტში კიდური შეშუპებული იყო; ოპერაციის სამი დღის შემდეგ შეშუპება დაცხრა, ნახვევი საკმარის ფიქსაციას უკვე ვეღარ აწარმოებდა, და კანის ნაფლეთი ფეხი გადაიგრიხა, რის გამო მესამე დღეს ტრანსპლანტატმა ნეკროზი განიცადა.

კანის ფეხზე ერთმომენტიანი გადანერგვის დროს საჭიროა შემდეგი გარემოების გათვალისწინება — კანის გადასანერგ ნაფლეთს უნდა

ჰქონდეს საკმარისი სიდიდის ფეხი, ან ფეხები, რომ ტრანსპლანტატი კარგად იყოს ვასკულარიზებული. გადასანერგი კანი არ უნდა იყოს დაჭიმული, ან პირიქით, ზედმეტად მოდუნებული და ამის გამო არსებობდეს მისი გადაგრეხის შესაძლებლობა. გადაგრეხის შესაძლებლობა გათვალისწინებული უნდა იყოს როგორც ოპერაციის წარმოების პროცესში, ისე მის შემდეგ, საფიქსაციო ნახვევის დადების დროს. სისტემატურად უნდა წარმოებდეს ტრანსპლანტატის კონტროლი.

ყველაზე კარგი, ხელსაყრელი პირობებია შექმნილი კანის ფეხზე ერთმომენტიანი გადანერგვისათვის, როდესაც ნაფლეთი გადაინერგება ბუცლის გვერდით კედლიდან წინა მხარეზე, ან ხელის მტევანზე. ამ შემთხვევაში შესაძლებელია კანის დიდი ნაფლეთის აღება და კიდურის ფიქსაცია უფრო მოსახერხებელ პირობებში.

განსაკუთრებით ხაზი უნდა გაესვას კანის გადანერგვას ზემო კიდურზე, წინა მხარზე, ან ხელის მტევნის დეფექტის აღდგენას. ზემო კიდურისა და განსაკუთრებით ხელის მტევნის ფუნქციის მნიშვნელობის შესახებ შეიძლება გავიხსენოთ ბეცის მოხდენილი გამოთქმა. „ეს ფუნქცია აძლევს ადამიანს საშუალებას ხელის თითებით მოსჭიდოს და მაგრად დაიჭიროს სხვადასხვა საგანი, — როგორც ქვა და უხეში ცული, ისე უწვრილესი ნემსი და შეასრულოს ურთულესი მუშაობა წერის, ხატვის ან მაგალითად, ვიოლინოზე დაკვრის დროს.

ხელის მტევნის აღნაგობის თავისებურებამ ადამიანი სამეფო ტახტზე დასვა ცხოველურ სამყაროში. აქედან სრულიად გასაგებია, რომ მტევნის სრული დაკარგვა ადამიანისათვის ნამდვილად დიდი უბედურებაა“.

ხელი, ამგვარად წარმოადგენს არა მარტო შრომის ორგანოს, იგი აგრეთვე მისი პროდუქტიცაა.

„ხელმა მიაღწია სრულყოფის იმ მაღალ საფეხურს, რომელზედაც მან შესძლო განეხორციელებინა რაფაელის ნახატები, ტორვალდსენის ქანდაკებანი, პაგანინის მუსიკა“ (ენგელსი).

თანამედროვე ქირურგიის იდეალს წარმოადგენს აღდგენილ იქნეს ორგანოს როგორც ფუნქცია, ისე ფორმა, მაგრამ ეს ყოველთვის არ ხერხდება და მაშინ უკიდურეს მოთხოვნილებას წარმოადგენს ავადმყოფს გარკვეულ ფარგლებში დაეუბრუნოთ შრომის უნარი. ამ მხრივ ქვემო კიდური უფრო ხელსაყრელ პირობებში იმყოფება და მკურნალობის შედეგებიც უფრო კარგია, ქირურგიული წესით ტაკვის მომზადებისა და პროთეზირების თანამედროვე მიღწევების საფუძველზე. რაც შეეხება ზემო კიდურს, კერძოდ, დაკარგული ხელის მტევნის პროთეზით შეცვლას, უნდა აღინიშნოს, რომ არის მოწოდებული მთელი რიგი პროთეზებისა, რომელთა საშუალებითაც შეიძლება ზოგიერთი

მოძრაობის წარმოება, მაგრამ ეს მოძრაობანი უმნიშვნელოა და ელემენტარული. ამის გამო ზემო კიდურის პროთეზებს მხოლოდ გარეგანი დეკორატიული ხასიათი აქვს. ხელის მტევნის შემცვლელ პროთეზს უმთავრესად კოსმეტიკური მნიშვნელობა აქვს და იგი მოკლებულია ფუნქციურ მნიშვნელობას, რისთვისაც ზოგიერთები მას „უქმე დღის ხელს“ („воскресные руки“) უწოდებენ. მართალია, არსებობს ზემო კიდურის მთელი რიგი მომუშავე პროთეზები, რომელთა საშუალებითაც შეიძლება ზოგიერთი რთული მოძრაობების შესრულება, მაგრამ ეს პროთეზები თავისი კონსტრუქციით ძალიან რთულია მისი ხმარების დაუფლებისათვის, ავადმყოფს სჭირდება დიდი დრო, ასეთი აპარატი ძვირი ჯდება, აღვილად ფუჭდება და, რაც მთავარია, მოკლებულია შეგრძნებას, რასაც უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ხელის მტევნის რთული ფუნქციისათვის.

განსაკუთრებით ტრაგიკულია ავადმყოფის მდგომარეობა, როცა მას არა აქვს ორივე ზემო კიდური, ან ერთი კიდური დაკარგულია, მეორე კი დადამბლავებული. ასეთ შემთხვევებში კრიუკენბერგის ოპერაციის გარდა არ არის სხვა საშუალება, რომ ავადმყოფს შევუმსუბუქოთ მძიმე მდგომარეობა.

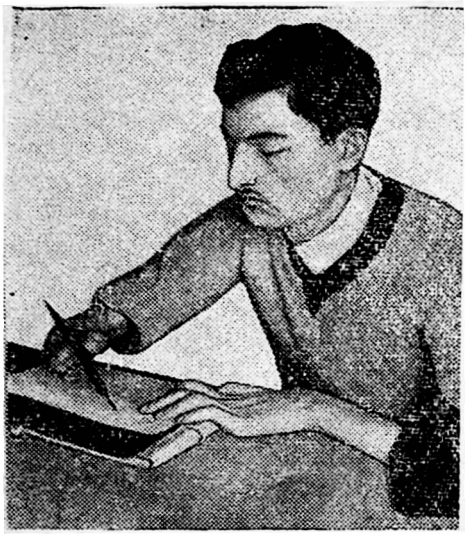
მიუხედავად იმისა, რომ კრიუკენბერგის ოპერაციის დროს ტაკვი კარგად მუშაობს, მას უარყოფითი მხარეებიც აქვს. იგი ძალიან ულამაზოა. მართალია, ამის შესახებ შელი ამბობს, რომ — „ლამაზია ის, რაც მიზანშეწონილია“, მაგრამ ეს აფორიზმი მაინც არ სცვლის არსებულ ნაკლს.

თუ რამდენად იზრდება კიდურის ფუნქცია კრიუკენბერგის ოპერაციის შემდეგ, ამის კარგ მაგალითს წარმოადგენს ჩვენი ხუთი ავადმყოფი, რომლებიც ამჟამადაც ჩვენი დაკვირვების ქვეშ იმყოფებიან.

კრიუკენბერგის ოპერაციის წარმატებით განხორციელებისა და კუნთების ფუნქციის რეალური შენარჩუნებისათვის აუცილებელია კანის გადანერგვა იდაყვის ზრდის „თითზე“. ჩვენ ერთ ავადმყოფს გაკეთებული აქვს კრიუკენბერგის ოპერაცია მარჯვენა მხარეს, მარცხენა ზემოკიდურზე კი ტრავმის შედეგად აქვს ცენტრალური წარმოშობის დამბლა. ეს ავადმყოფი პროფესიით პედაგოგია და ამჟამად მშვენივრად ასრულებს თავის მოვალეობას. წერს კარგად, ასწორებს რვეულებს, ხატავს კიდეც და ყველაფერ ამას ასრულებს ლამაზად, დიდი ხალისით. რაც მთავარია, ყოველივე ამით ავადმყოფი თვითონ არის კმაყოფილი.

მეორე შემთხვევაში კანის ერთმომენტიანი გადანერგვა გაუკეთდა ისევ კრიუკენბერგის ოპერაციის დროს.

დაჭრილი კაპიტანი, 27 წლის. დაიჭრა 2/10—42 წ. ყუმბარის ნამ-



სურ. 77.
კრიუკენბერგის ხელი.

სხვრევით, მარცხენა სხივმაჯის სახსრის მიდამოში. პირველი დახმარება აღმოუჩინეს სანიტარულ ნაწილში.

4/10—42 წ. გაზოვანი ინფექციის გამო გაუკეთდა ამპუტაცია მარცხენა წინამხრის ქვემო მესამედში.

18/10—42 წ. მიღებული იყო ევაკოჰოსპიტალში —წინამხრის ქვემო მესამედის ამპუტაციის შემდგომი ტაკვით, ჭრილობა 6×3 სმ. კარგი გრანულაციური ქსოვილით. მარცხენა წინამხრის ხელგულის ზედაპირზე აქვს ჭრილობა 15×6 სმ. დაგლეჯილი ნაპირებითა და ჩირქის დიდი გამონაჟონით.

ჭრილობის დახურვის შემდეგ ტაკვის ასეპტიკურ მდგომარეობაში 23/1—43 წ. გაკეთებული იყო კრიუკენბერგის ოპერაცია. ნოვოკაინის ხსნარით ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ გატარებული იყო S-მაგვარი განაკვეთი, წინამხარეზე სახსრამდე 7 სმ დაშორებით. წინამხრის ვოლარულ ზედაპირზე გაყოფილია ყველა მომხრელი მედიალურ და ლატერალურ ნაწილად, ხელზურგის ზედაპირზე—ყველა გამშლელები. ამის შემდეგ თითოეულ მხარეზე—სხივისა და იდაყვის ძვლის თავისუფალ ბოლოებზე ერთმანეთთან მიკერებულია სათანადო მომხრელი და გამშლელი კუნთები. ძვალთა შუა აპკი და იოგები გაკვეთილია, სხივის ძვლის თითი კარგად დაიფარა წინა მხრის კანით. იდაყვისმხრივი თითი დაიფარა კანის ნაფლეთით, რომელიც აღებული იყო მუცლის გვერდით კედლიდან; მარცხენა კიდური ფიქსირებულია მუცლის კედელზე თაბაშირის ნახვევით.

ოპერაციის მეშვიდე დღეს მოხსნილი იყო ნაკერები. შეხორცება — პირველადი დაჭიმვით. 9/2—43 წელს ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ კანის ნაფლეთის ფეხი მოიკვეთა მუცლის კედლიდან, ერთი კვირის შემდეგ ავადმყოფს დაენიშნა კრიუკენბერგის თითების აქტიური და პასიური ვარჯიში, აბაზანები, მასაჟი, სოლუქსი. ავადმყოფი დღითი დღე აუმჯობესებდა თითების მოძრაობას. გამოწერის მომენტისათვის დაჭრილს შეეძლო აღება და დაჭერა მთელი რიგი დიდი და პატარა საგნე-

ბისა, ასრულებდა გარკვეულ მუშაობას, სწერდა, სწევდა თამბაქოს, თამაშობდა ბილიარდს.

სურ. 78.
კრიუკენბერგის ხელი.

ავადმყოფი კაპიტანი, 35 წლის. კრიუკენბერგის ოპერაცია გაუკეთდა წინა მხრის ამპუტაციის შემდეგ.

მარჯვენა წინამხრის ქვემო მესამედში აღინიშნება ამპუტაციის შემდგომი ტაკვი, ნაწიბურით 3×6 სმ. მარჯვენა იდაყვის სახსრის მოძრაობა თავისუფალია. წინამხრის ორივე ძვალი მოძრავია. ტაკვის ბოლოში ნაწიბური შეზრდილია ორივე ძვალთან, კუნთები არ არის ატროფიული.

ავადმყოფს გაუკეთდა ოპერაცია ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ. მარჯვენა წინა მხრის კინეოპლასტიკა კრიუკენბერგის წესით. წინამხარი მოთავსდა სუპინაციის მდგომარეობაში, წინასწარ ამოიკვეთა ნაწიბუროვანი ქსოვილი, შემდეგ გატარდა განაკვეთი ხელისგულის მხარეზე, იდაყვის სახსრამდე. ასეთივე განაკვეთი გატარებული იყო წინა მხრის დოზალურ ზედაპირზე. კანის გაკვეთის შემდეგ გამშლელი და მომხრელი კუნთები გაყოფილი იყო სხივისა და იდაყვის ჯგუფებად და მიეკერა ერთიმეორეს ძვლის თავისუფალი ბოლოების მიდამოში. გაიკვეთა ძვალთაშუა აპკი იდაყვის სახსრამდე. მოიკვეთა იდაყვისა და სხივის ძვლის ბოლოები. სხივისმხრივი „თითი“ დაიფარა წინა მხრის კანით, იდაყვის „თითზე“ კი გადაინერგა კანი მუცლის კედლიდან. კიდური ფიქსირებული იყო თაბაშირის ნახვევით. ერთი წლის შემდეგ შემოწმდა აღნიშნული კიდურის ფუნქცია. ავადმყოფი კარგად იჭერდა სხვადასხვა საგანს.

კრიუკენბერგის ოპერაციის შედეგად რომ მივიღოთ ფუნქციურად ძლიერი რთული მოძრაობის შემსრულებელი „თითები“, საჭიროა მომხრელებისა და გამშლელების სათანადო რაოდენობით შენარჩუნება და ვათთვის, ორივე თითზე, ვასკულარიზაციისა და ინერვაციის ნორმალური პირობების შექმნა. ყოველივე ამის ზუსტად შესრულების შემთხვევაში „თითებს“ არ ჰყოფნის წინამხრის კანი. ამიტომ ჩვენ ყო-

ველთვის ვღებულობთ კანის ნაფლეთს ფეხზე იდაყვის „თითის“ დასა ფარავად. კანის გადანერგვა კეთდება ერთმომენტად და ნაოპერაციები კიდური ორი კვირის განმავლობაში ფიქსირებულია მუცლის კედელზე, შემდეგ მოიჭრება გადანერგილი კანის ფეხი.

ყველა შემთხვევაში კრიუკენბერგის ოპერაციის დროს ჩვენ გამოვიყენეთ კანის გადანერგვის აღნიშნული წესი. კანი კიდურს მიეზარდა ყოველგვარი გართულების გარეშე.

ზოგიერთი ქირურგი ახერხებს ორი ტაკვის ისე შექმნას, რომ ორივეს ჰყოფნის წინამხრის კანი და საჭირო არ არის კანის პლასტიკა. ჩვენი აზრით, წინამხრის კანი ორივე „თითს“ შეიძლება ეყოს მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფს დიდი ხნის განმავლობაში აქვს ამპუტირებული წინა მხარი და კუნთები უმოქმედობის გამო ძლიერ არის ატროფირებული. ანდა ოპერატორი დიდი რაოდენობით ამოკვეთს კუნთებს, როგორც მომხრელებს, ისე გამშლელებს, ასეთ შემთხვევაში, მართალია, ორივე „თითი“ იფარება წინამხრის კანით, მაგრამ მათი მოძრაობა ნაკლებად არის დიფერენცირებული, ღონეც თითოეულ „თითს“ ძალიან მცირე აქვს და ხელი მთლიანად ფუნქციურად ნაკლები ღირებულებისაა.

ჩვენი ავადმყოფები მშვენივრად სარგებლობდნენ ხელოვნურად შექმნილი ორი „თითით“, ასრულებდნენ საკვირველი სირთულისა და სიძლიერის მოძრაობებს.

ლიტერატურაში არის აზრი, რომ კრიუკენბერგის „თითები“ მარჯვენა მხარეზე უფრო ადრე და კარგად ეგუებიან მოძრაობას, ვიდრე მარცხნივ, მაგრამ აღწერილია შემთხვევები, როდესაც მარცხენა მხარის კრიუკენბერგის ხელიც ძალიან კარგად მუშაობდა.

კრიუკენბერგის ოპერაცია ყველაზე უფრო წარმატებით კეთდება. როდესაც შენარჩუნებულია წინამხრის შუამესამედი მაინც. ჩვენი აზრით აღნიშნული ოპერაცია სათანადო ჩვენების დროს უფრო მეტად უნდა გავრცელდეს, ვიდრე ამას ამჟამად აქვს ადგილი. ჩვენ მიერ გაკეთებული ოპერაციების მიხედვით შეიძლება აღვნიშნოთ, რომ კრიუკენბერგის ხელს დიდი სარგებლობა მოაქვს ავადმყოფისათვის. ყოველ შემთხვევაში ჯერჯერობით ქირურგიულ ტექნიკას არ შეუმუშავებია უფრო უკეთესი და კოსმეტიკურად უფრო მისაღები წესი კიდურის ფუნქციის აღდგენისა.

კანის ფეხზე ერთმომენტიანი გადანერგვის სადემონსტრაციოდ მოვიყვანთ ამონაწერს კიდევ რამდენიმე ავადმყოფის ისტორიიდან:

ავადმყოფი ქალი, 16 წლის, კლინიკაში შემოვიდა 2/12—48 წელს. დიაგნოზით — სახის, კისრისა და ორივე ხელის მტევნის დამწვრობის შემდგომი ნაწიბურები, მარცხენა მუხლის სახსრის ანკილოზი.

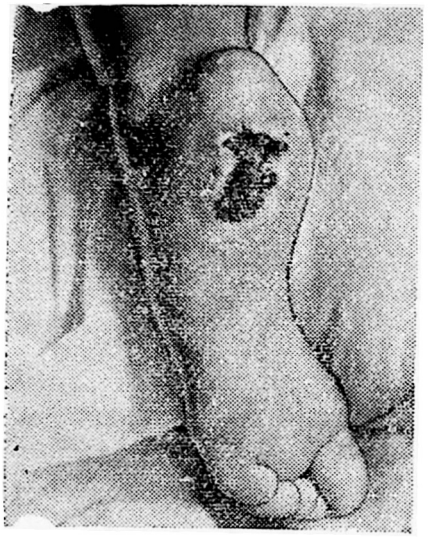
დიდი სამამულო ომის დროს 1942 წელს ავადმყოფი გერმანელმა ფაშისტებმა აწამეს გავარვარებული რკინით, რის შემდეგ განუვითარდა მკვრივი ნაწიბურები შუბლთან, ყელის მიდამოში, მაჯებზე და ხელის მტევნის დორზალურ ზედაპირზე, სიმეტრიულად. ამავე დროს მიღებული აქვს გამავალი ჭრილობა ტყვიის ნამსხვრევით მარცხენა მუხლის სახსრის არეში. ავადმყოფს უმკურნალია ევაკუაციის სხვადასხვა ეტაპებზე რიგ საავადმყოფოებსა და ევაკოჰოსპიტლებში.

მიღებისას სახის მიდამოში აღენიშნება მრგვალი რკალოვანი ნაწიბური, რომელიც გარს უვლის მთელ სახეს და ვრცელდება კისრის წინა ზედაპირზე, ნაწიბური სიგრძით 9 სმ, სიგანით 12 სმ, სისქით 3 სმ., გადაჭიმულია ნიკაპიდან მკერდის ძვლამდე; იგი მკვეთრად ზღუდავს თავის მოძრაობას ზევით და გვერდზე. ორივე ზემოკიდურის ხელზურგის მხარეზე არსებული ტლანქი ნაწიბურები ქმნიან ხელის ყველა თითის მკვეთრი გაშლით კონტაქტურას. მუხლის სახსრის მიდამოში აღენიშნება ტყვიის ნამსხვრევით გამოწვეული ანკილოზი. ტერფი ექვინუსის მდგომარეობაშია. ქვემო კიდური 22 სმ. დაჭოკლებულია.

14/12—49 წელს გაკეთებულია ოპერაცია, ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ. გაიშალა თითები მარცხენა ხელის მტევანზე და გადაინერგა კანის მუცლის კედლიდან ფეხზე. 4/I—50 წ. გაკეთდა კანის გადანერგვის მეორე მომენტი, ე. ი., მოიკვეთა ტრანსპლანტატის ფეხი 14/I — 50 წ. ეთერის ზოგადი ნარკოზის ქვეშ გაკეთდა ოპერაცია. მარჯვენა ხელის მტევნის დორზალურ ნაპირზე მოიკვეთა ნაწიბურად ქცეული ქსოვილი 13 × 12 სმ, რის შემდეგ გაიშალა თითები და მარჯვენა მუცლის კედლიდან გადაინერგა კანი ფეხზე.

კიდური იძულებულ მდგომარეობაში ფიქსირებულ იქნა თაბაშირის ნახვევით. 18 დღის შემდეგ ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ მოიკვეთა მუცლის კედლიდან ტრანსპლანტის ორი ფეხი, როგორც მუცლის კედელზე, ისე ხელის მტევანზე ორივე ჭრილობა გაიკერა. ორივე ხელის მტევნისა და თითების ფუნქცია აღსდგა.

ავადმყოფი, ქალი, 28 წლის, პროფესიით მასწავლებელი. კლინიკაში შემოვიდა 4/7—50 წ. 16 წლის წინათ იგი მოჰყოლია წისქვილის ბორბლის ქვეშ, მიუღია მთელი სხეულის დაჟეჟილობა და ქუსლის დაჟეჟილი ჭრილობა. ავადმყოფი 9 თვის განმავლობაში წოლილა საავადმყოფოში, ქუსლის ჭრილობა დახურულია დიდი ნაწიბურით. 1950 წლის მარტში ავადმყოფს მარჯვენა ქუსლის არეში გაუჩნდა პატარა წყლული და დაეწყო ტკივილები, რომელიც პირველ ხანებში მხოლოდ სიარულის დროს აწუხებდა, ტკივილები თანდათანობით გაძლიერდა და მიიღო მუდმივი ხასიათი. წყლულმა იმატა ზომაში,



სურ. 79.
ქუსლის მიდამოს წყლული.

სდის ჩირქი. ავადმყოფს სიარული აღარ შეუძლია. ამ მდგომარეობაში მიღებულია კლინიკაში.

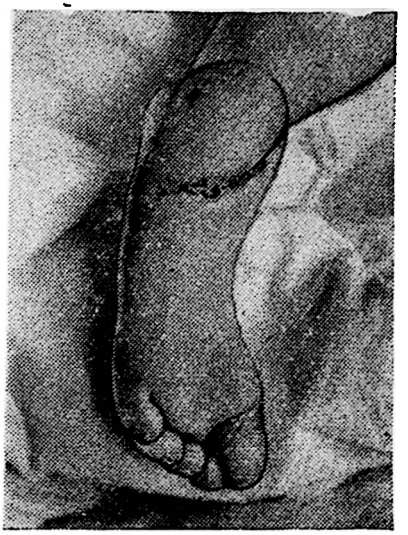
მარჯვენა ქუსლის მიდამოში აღინიშნება ოვალური ფორმის წყლული 10×6 სმ. ამაღლებული და გამკვრივებული კიდეებით. წყლულის ფსკერი წარმოდგენილია ქუსლის ძვლით, რომელიც დაფარულია უსიცოცხლო გრანულაციითა და ჩირქოვანი ნადებით. წყლულის ირგვლივ 3 სმ ფარგლებში აღინიშნება მკვრივი კონსისტენციის ნაწიბუროვანი ქსოვილი, შეხების დროს მტკივნეული. ტერფის სულ მცირე დატვირთვითაც კი იწვევს ძლიერ ტკივილს.

რენტგენოლოგიურად ქუსლის ძვალი დეფორმიულია, მის ქვემო ზედაპირზე აღენიშნება ძვლოვანი წანაზარდები. ძვლის უკანა ზედა ნაწილიც დესტრუქციულია. ეს მოვლენები გამოწვეულია გარედან შეტანილი ინფექციითა და ძვლის ტროფიკის დარღვევით. ტერფის მდგომარეობა ექვინუსს უახლოვდება. ჰისტოლოგიურად ადგილი აქვს ქრონიკულ ანთებას, ეპითელიუმის ატიპიური ზრდით.

უშედეგო კონსერვატიული მკურნალობის შემდეგ 28/7—50 წელს ავადმყოფს გაუკეთდა ოპერაცია, ზურგის ტვინის ანესთეზიის ქვეშ. გატარდა ნალისებური განაკვეთი ძვლამდე, სრულიად საღი ქსოვილების ფარგლებში. ქუსლის ძვლის დაზიანებული მიდამო ჩამოტეხეს სატეხით და ამრიგად დაზიანებული მიდამო (რბილი და ძვლოვანი ქსოვილი) ერთად ამოიკვეთა. დარჩენილი დეფექტი 13 × 9 სმ. დაფარულია ფეხიანი ტრანსპლანტატით მარცხენა ბარძაყის წინა ზედაპირიდან. ტრანსპლანტატი შეიცავს კანს. კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილსა და ფასციას. ტრანსპლანტატის სამი კიდე მიეკერა დეფექტის კიდეებს. ტრანსპლანტატის მიუკერებელი ნაწილის სიგრძე უდრის 6 სმ. დაედო თაბაშირის ნახვევი. 10/8—50 წ. (მე-14 დღეს) მოეხსნა ნახვევი და ძაფები. შეხორცება პირველადი დაჭიმვით. ნაფლეთი დაუტოვეს.

18/8—50 წ. სპინალური ანესთეზიის ქვეშ ამოიკვეთა გრანულაცი-

ური ქსოვილი ნაფლეთის ქვემოთ, დეფექტის კიდეებთან და ნაფლეთის კიდეები მიეკერა ერთმანეთს. 23/8-50 წ. ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ გადაიკვეთა ყლორტის ფეხი; გაუკეთდა მობილიზაცია დეფექტის მეოთხე კიდეს და მიეკერა ტერფს. ნაკერები მოეხსნა მეათე დღეს. შეხორცება პირველადი დაჭიმვით. ტრანსპლანტატის სიგრძე 13 სმ-ია, სიგანე—3 სმ, ტრანსპლანტატი სრულიად შეხორცებულია, უცვლელია, ავადმყოფი დადის. საინტერესოა, რომ ქუსლის დეფექტის არეში ჰისტოლოგიურად ეპითელიუმის ატიპიური ზრდის მიუხედავად გაკეთდა არა ტერფის ამპუტაცია, არამედ პლასტიკური ოპერაცია და კანის ფეხიანი ნაფლეთის გადანერგვით შეიქმნა მჭიდრო დასაყრდენი.



სურ. 80.
იგივე ავადმყოფი კანის გადანერგვის შემდეგ.

ქუსლის კანის დეფექტის პლასტიკური შენაცვლება კანის ნაფლეთით, რომელსაც უნარი შესწევს გაუძლოს აუცილებელ დატვირთვას, შეიძლება წარმატებით იქნას შესრულებული ტრანსპლანტატში ბარძაყის განიერი ფასციის გამოყენებით.

ავადმყოფი ქალი, 19 წლისა. კლინიკაში შემოვიდა 29/12-48 წ. დიაგნოზით—მარცხენა ხელის თითების კონტაქტურა დამწვრობის შემდეგ. ორი წლის ასაკში ავადმყოფს მიეღია მარცხენა ხელისგულის ზედაპირის დამწვრობა. ამჟამად აღენიშნება მარცხენა ხელის მეორე, მესამე, მეოთხე და მეხუთე თითების დეფორმაცია მოხრითი კონტრაქტურით. დეფორმირებულია პირველი თითიც, რომელიც ამოვარდნილია ფალანგთაშუა სახსარში. ხელისგულის ზედაპირზე აღინიშნება მკვრივი ნაწიბური, ჩაზრდილი რბილ ქსოვილებსა და მყესებში. თითები უძრავია, თითებს შორის აღინიშნება ნაწიბუროვანი ტიხრები.

4/1-1949 წ. გაუკეთდა ოპერაცია, ზოგადი ეთერის ნარკოზის ქვეშ. ამოიკვეთა მარცხენა ხელისგულის კანი. მუცლის მარცხენა კედლიდან მოიკვეთა კანის ნაფლეთი, რომელიც მიკერებულ იქნა ნაოპერაციებ ხელის გულზე. კიდური ფიქსირებულია თაბაშირის ნახვევით.

26/3-49 წ. ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ გადაიკვეთა მეორე-

შინაარსი

ლექცია მეცხრამეტე

ნაღვლის ბუშტისა და ნაღვლის გზების ქირურგია 3

ლექცია მეოცე

ნაღვლის ბუშტისა და ნაღვლის გზების ქირურგია (გაგრძელება) . 26

ლექცია ოცდამეერთე

ღვიძლის ქირურგია 45

ლექცია ოცდამეორე

ღვიძლის ქირურგია (გაგრძელება) 60

ლექცია ოცდამესამე

ღვიძლის ქირურგია (გაგრძელება) 84

ლექცია ოცდამეოთხე

მწვავე აპენდიციტი. გულმკერდის მიდამოს ლიმფოსარკომა . . 98

ლექცია ოცდამეხუთე

მწვავე აპენდიციტი (გაგრძელება). დიაგნოსტიკურ შეცდომათა მიზეზები . 113

ლექცია ოცდამეექვსე

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება (გაგრძელება) სისხლმდენი წყლული 144

ლექცია ოცდამეშვიდე

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება (გაგრძელება). წყლულის პერფორაცია 175

ლექცია ოცდამერვე

კუჭის განმეორებითი ოპერაციები 197

ლექცია ოცდამეცხრე

საყლაპავი მილის დამწვრობის მკურნალობის საკითხისათვის 216

ლექცია ოცდამეათე

ნაწლავის გარეთა ფისტულები

ელენთის დახურული დაზიანება; ჯორჯლის კისტიზური სიმსივნე. წვრილი ნაწლავის ჯორჯლის დეფექტი. ნაწლავის ჩაპედვა. ჰიპერპარათირეოზი . . . 216

ლექცია ოცდამეთერთმეტე

მწვავე დიფუზური პერიტონიტი.

ავადმყოფთა დემონსტრაცია: თანდაყოლილი ჰემოლიზური ანემია, დიდი წვივის ძვლის სარკომა, კუჭის კიბოს პერფორაცია, წვრილი ნაწლავის ლიმფოსარკომა, მწვავე დესტრუქციული აპენდიციტი 275

ლექცია ოცდამეთორმეტე

მოტეხილობათა მკურნალობა.

ავადმყოფთა დემონსტრაცია: ოპერაციის შემდგომ განვითარებული მწვავე პანკრეატიტი, წვრილი ნაწლავის ფლეგმონა, საკვერცხის კისტა, ფილტვის უცხო სხეული 306

ლექცია ოცდამეცამეტე

თერმული დაზიანება. კანის ერთმომენტიანი გადანერგვა ფეხზე.

ავადმყოფთა დემონსტრაცია: ელენთის ექინოკოკი. კაროტიდული სიმსივნე, საყლაპავი მილის დამწვრობა. დიაფრაგმის ტრავმული თიაქრის ოპერაციული მკურნალობის შორეული შედეგი 343

ლექცია ოცდამეთოთხმეტე

თერმული დაზიანება (გაგრძელება) 364