

საქართველოს სახელმწიფო სამედიცინო აკადემია

ხელნაწერის უფლებით

## კახაბერ კიკვიძე

ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკისა და ოპერაციათა  
სახეების შერჩევის პრინციპები მექანიკური სიყვითლით  
გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების დროს  
(კლინიკო-ექსპერიმენტული კვლევა)

დ ი ს ე რ ტ ა ც ი ა

მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატის

ხარისხის მოსაპოვებლად

14.00.27 – ქირურგია

სამეცნიერო ხელმძღვანელი: მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,

პროფესორი გიორგი ფიფია

თბილისი 2005

## შინაარსი

შესავალი.

თავი I – ლიტერატურული მიმოხილვა.

- 1.1. მექანიკური სიყვითლის ძირითადი მიზეზები.
- 1.2. ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობის პრინციპები მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების დროს.
  - 1.2.1. ენდობილიარული მინინვაზიური ჩარევები, როგორც I-მომენტად ჩასატარებელი ოპერაციები.
  - 1.2.2. მინინვაზიური ლაპაროსკოპიული ოპერაციები.
- 1.3. ქოლედოქოტომია და მისი დასრულების სახე-ქოლედოქოდუოდენო ანასტომოზი.
- 1.4. ოპერაციული რისკი და მექანიკური სიყვითლე.

თავი II – მასალა და კვლევის მეთოდები.

თავი III – კლინიკური მასალის ანალიზი  
(კლინიკურ ფორმათა კლასიფიკაცია).

თავი IV – ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობა მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების დროს.

- 4.1. გართულებებისა და ლეტალობის მიზეზების ანალიზი.

- 4.2. გართულებებისა და ლეტალობის შედარებითი ანალიზი ერთმომენტიანი და ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობის დროს.
- 4.3. მექანიკური სიყვითლის გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების კლინიკო-ლაბორატორიული მოდელი.
- 4.4. ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობის ჩვენებები მექანიკური სიყვითლის გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების დროს.
- 4.5. რისკ-ჯგუფები და ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკის ალგორითმი.

თავი V – სრული მინინვაზიური ეტაპობრივი მკურნალობა მექანიკური სიყვითლის გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების დროს.

- 5.1. პირველ მომენტად წარმოებული ოპერაციის სახეები.

თავი VI – რადიკალური ოპერაციების შერჩევის პრინციპები.

- 6.1. პირველ მომენტად წარმოებული ოპერაციების შესაძლებლო შედეგები ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობის დროს.
- 6.2. ქოლედოქოტომიის დასრულების და ობტურაციის ლიკვიდაციის ოპერაციათა სახეები ფართე ლაპარატომიის დროს.
  - 6.2.1. არეფლუქსური სარქვლოვანი ქოლედოქოდუოდენო ანასტომოზი.

თავი VII - მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი  
დაავადების ქირურგიული მკურნალობის ალგორითმი.

დასკვნები.

პრაქტიკული რეკომენდაციები.

ლიტერატურა.

## გამოყენებული შემოკლებები

ეპსტ	– ენდოსკოპიური პაპილოსპინქტეროტომია
ერქპგ	– ენდოსკოპიური რეტროგრადიული ქოლანგიოპანკრეატოგრაფია
ტტქს	– ტრანსკუტანური ტრანსჰეპატური ქოლანგიოსტომია
ტტქგ	– ტრანსკუტანური ტრანსჰეპატური ქოლანგიოგრაფია
ექმ	– ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობა
ტქე	– ტიპიური ქოლაცისტექტომია
ლქე	– ლაპარასკოპიული ქოლაცისტექტომია
უბგ	– ულტრაბგერითი გამოკვლევა
ასატ	– ასპარტატამინოტრანსფერაზა
ალატ	– ალანინამინოტრანსფერაზა
გგტ	– გამაგლუტამატტრანსფერაზა
მსმ	– მოცირკულირე სისხლის მოცულობა
ბდა	– ბილიოდისტიური ანასტომოზი
ქდა	– ქოლედოქოდუოდენოანასტომოზი
ქიეუა	– ქოლედოქოიუნოანასტომოზი
ტდჰს	– ტრანსდუოდენური პაპილოსპინქტეროტომია
ტფზკ	– ფიშერის ზუსტი კრიტერიუმი

## შესავალი

**თემის აქტუალობა.** მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების მკურნალობა, თანამედროვე აბდომინური ქირურგიის ერთ-ერთი რთული და ჯერ-ჯერობით გადაუჭრელი პრობლემაა, რომელზეც კარგად მეტყველებს ციტატა ბოგუსლავ ნიდერლუს ცნობილი წიგნიდან [Нидерле Б. и соавт. - 1982]: «ოპერაციული სიკვდილიანობა ჩვენს ავადმყოფებში იყო 3-ჯერ მეტი, ვიდრე იგივე ოპერაციების დროს ავადმყოფებში, სიყვითლის გარეშე». აღნიშნული პრობლემა შეიძლება გაიყოს ორ ნაწილად: 1) **ზოგადი პრობლემები** (ამ პრობლემებიდან გამომდინარეობს შრომის ძირითადი მიზანი):

ა) დღეისათვის 60 წელზე მეტი ასაკის მოსახლეობის 40% შეპყრობილია ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების დაავადებებით, ამავე დროს მთელ მსოფლიოში შეინიშნება ნაღველკენჭოვანი დაავადებების მატების ტენდენცია [ახმეტელი თ. და თანაავტ. – 1996, კილაძე მ – 2002; ფიფია გ. – 2001; Бухарин А.Н. и др. – 2001; Ермолов А.С. и др. – 1998; Aselmi M. Salgado J. et al – 2001; Allendorf J.D.F et al – 1997; Biffi WL. et al - 2001].

ბ) მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადება გვხვდება უპირატესად შრომისუნარიან ასაკში, რის გამოც ის, როგორც ქირურგიული, ასევე სოციალური პრობლემაა [ახმეტელი თ. და თანაავტ. – 2002; ფიფია გ. – 2001; Быков А.В. и др – 1992; Виноградов В.В., Цхакая З.А., Пауткин Ю.Ф. – 1991; Гринберг А.А. – 2000; Кузин Н.М. и др – 1995; Benglinger C. – 1998; Chen C.Y., Lin X.Z. – 1999; Dolan S. et al – 1999; Rosenberg J. et al - 2000].

გ) ნაღველკენჭოვანი დაავადებით გამოწვეული მექანიკური სიყვითლის მქონე ავადმყოფთა კონტიგენტს უნვითარდებათ გართულებები ნაღვლის ბუშტის დესტრუქციისა და ქოლარგიტის სახით, ყოველივე ეს კი, სერიოზული თანმხლები დაავადებების ფონზე, ხელს უწყობს პოსტოპერაციული გართულებებისა და ლეტალობის მკვეთრ ზრდას. ზოგიერთი ავტორის მონაცემებით პოსტოპერაციული გართულებები 78,3%-ია, ხოლო ლეტალობა 53,5-დან 67,7-მდე [ახმეტელი თ. და თანაავტ. – 2002; ფიფია გ. – 2001; Каримов Ш.К. и др – 2003; Нидерле Б. и др – 1982; Родионов В.В. и др – 1991; Aiger M.K. et al – 1999; Cemachovic I. et al - 2000] და 2) კონკრეტული პრობლემები: (ამ პრობლემიდან გამომდინარეობს კონკრეტული ამოცანები, რომელთა გადაჭრაც დაგვეხმარება შრომის მიზნის მიღწევაში).

ა) მექანიკური სიყვითლე ვითარდება, როგორც ქრონიკული, ასევე მწვავე კალკულოზური ქოლეცისტიტის ფონზე, რომელთა კლინიკური გამოვლინება ძალიან მრავალფეროვანია. ამ დროს აუცილებელია ამ მრავალფეროვანი კლინიკური სურათის სწორი ინტერპრეტაცია, ავადმყოფის მიზანმიმართული შესწავლა და დროული ადექვატურ-ეფექტური სამკურნალო ღონისძიებების შერჩევა, ეს როლი ენიჭება დაავადების კლინიკურ ფორმათა კლასიფიკაციას [ფიფია გ. 2001; Тарасов К.Е и др - 1989]. პრაქტიკაში ყველაზე ხშირად გამოყენებული როდინოვის [Родионов В.В. - 1991] მიერ მოწოდებული, მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების კლინიკურ ფორმათა კლასიფიკაცია, რომელიც ჩვენი აზრით ზერელე და ძალიან

პირობითია, ამიტომ აუცილებელია უფრო სრულყოფილი კლასიფიკაციის შექმნა, სადაც პრაქტიკული მოსაზრებებიდან გამომდინარე, მკურნალობის თავისებურებების გათვალისწინებით გამოყოფილი იქნება კლინიკური ფორმები.

ბ) ავადმყოფებს მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნალველკენჭოვანი დაავადების დროს, უკანასკნელ დრომდე, უკეთდებათ ტრადიციული «ერთმომენტიანი» ოპერაციები, რომელთა ტრავმულობაც ხშირად შეუთავსებელია სიცოცხლესთან. ამ დროს ვითარდება თანმხლები ან ახლად აღმოცენებული მძიმე პათოლოგიების გამწვავება, მიუხედავად მიღებული პრევენციური ღონისძიებებისა. დღეს კი სანაღვლე გზების ქირურგიაში ინერგება ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობის (ექმ) პრინციპი, რომლის მიზანია, მკურნალობის პირველ ეტაპზე განიტვირთოს ბილიარული სისტემა, მოიხსნას ნალვლოვანი ჰიპერტენზია და გასწორდეს ქოლესტაზით გამოწვეული ჰომეოსტაზის დარღვევა, ხოლო მეორე ეტაპზე, ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესების ფონზე, პაციენტისათვის უსაფრთხო პირობებში – რადიკალური ოპერაცია, სიყვითლის მექანიკური მიზეზის ლიკვიდაციის მიზნით. ექმ-ის პრინციპის განხორციელების აუცილებლობა ნათელია და თითქოს ეჭვს აღარც უნდა იწვევდეს [ახმეტელი თ. და თანაავტ. – 2002; ფიფია გ. – 2001; Балалыкин А.С. и др – 2004; Гринберг А.А. – 2000; Егиев В.Н. и др – 2000; Ившин В.Г. и др – 2000; Истомин Н.П. – 2005; Родионов В.В. и др – 1991; Bazz L.L. et al – 1999; Becevac-Beslin M. et al – 2000; Fletcher D.R. – 2001; Hawasli A. et al – 2000; Ido K. Tamada K. et al – 1997; Meyer C. et al - 1999], მაგრამ მიუხედავად ამისა, მკურნალობის ეს პრინციპი პრაქტიკაში ფეხს ძნელად



იკიდებს, რისი მიზეზებიც ჩვენი აზრით არის ის, რომ დაუზუსტებელია მქმ-ის ჩვენებები.

გ) მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნალველკენჭოვანი დაავადების მკურნალობის შედეგები მოწმობს, რომ მათი გაუმჯობესება მნიშვნელოვანწილად დაკავშირებულია ოპერაციის ტრავმის და ამ უკანასკნელით გამოწვეული სხვადასხვა ორგანოთა და სისტემების ფუნქციების დათრგუნვის შემცირებასთან, რაც შესაძლებელია მცირეინვაზიური ქირურგიული მეთოდების გამოყენებით. დღემდე მსოფლიოში დაგროვილმა კლინიკურმა გამოცდილებამ ცხადყო ამ მეთოდების ეფექტურობა ნალველკენჭოვანი დაავადების მკურნალობაში [კილაძე მ. 2002; ტაბუცაძე თ. და თანაავტ. – 1999; Андреев А.Л. – 2005; Балалыкин А.С. т др – 2004; Баторфи И. и др – 1995; Бебуришвили А.Г. – 2005; Войновский А.Е. и др – 2005; Гринберг А.А. – 2000; Мюре Е. – 1991. Allendorf I.D.F. – 1997; berthou I. Ch. – 1997; Chikamori F. et al – 2001; Dorman I.P. et al - 1998], თუმცა მექანიკური სიყვითლით გართულების დროს, ასეთი ჩარევის შესაძლებლობები მნიშვნელოვნად იზღუდება. ამიტომ აუცილებელია მცირეინვაზიური მეთოდების (ლაპარასკოპიული, ენდოსკოპიური) ადგილის და როლის განსაზღვრა, მათი ჩვენებების გაფართოების მიზნით.

დ) მქმ-ის დროს არ არის დაზუსტებული I მომენტად ჩასატარებელი ოპერაციების (კერძოდ ენდოსკოპიური რეტროგრადული პაპილოსპინქტეროტომიის (მკსტ) და ტრანსკუტანული ტრანსჰეპატული ქოლანგიოსტომიის (ტტქს) კონკრეტული ჩვენებები, მათი უპირატესობები და უარყოფითი მხარეები. ამავე დროს, რამდენამდე იცვლება და

დაზუსტებას მოითხოვს II ეტაპზე ჩასატარებელი რადიკალური ოპერაციების სახეები და მათი ჩვენებები.

ე) ექმ-ის II მომენტად ჩასატარებელი ოპერაციებიდან ერთ-ერთი მიღებული სახეა ბილიოდისგესტიური, კერძოდ ქოლედოქოდუოდენოანასტომოზი (ქლა), რომელიც პოსტოპერაციულ პერიოდში ხშირად რთულდება აღმავალი ქოლარგიტით, რაც განსაკუთრებით მექანიკური სიყვითლის დროს, ცუდად ემორჩილება მკურნალობას. ამ პრობლემის გადაწყვეტის ერთადერთი საშუალება არეფლუქსური სარქვლოვანი ქლა-ის შემუშავებაა.

ვ) ბოლო ხანს განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის სტანდარტიზაციას და ამ მიზნით შექმნილია მრავალი ალგორითმი [ფიფია გ. – 2001; Черкасов М.Ф. и др – 2005; Хитарьян А.Г. и др – 2005; Лейшнер У. - 2001], თუმცა დღეისათვის არ არსებობს ამ დაავადების ქირურგიული მკურნალობის სრულყოფილი ალგორითმი, რომელიც საშუალებას მოგვცემს ყოველი ცალკეული კონკრეტული ავადმყოფისთვის შევარჩიოთ ქირურგიული მკურნალობის ოპტიმალური ტაქტიკა და ოპერაციის სახე.

### კვლევის მიზანი და ამოცანები

შრომის მიზანია – მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების მკურნალობის ისეთი ტაქტიკისა და სამკურნალო (ქირურგიული) ღონისძიებათა კომპლექსის შემუშავება,

რომლითაც შემცირდება ოპერაციის შემდგომი გართულებები და ლეტალობა.

**ამოცანები:**

1. მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნალველკენჭოვანი დაავადების კლინიკური კლასიფიკაციის შემუშავება.

2. მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნალველკენჭოვანი დაავადების ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობის: ა) ანალიზი და ეფექტურობის შეფასება; ბ) ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობის ჩვენებების დაზუსტება.

3. მინიინვაზიური ქირურგიული მეთოდების თანმიმდევრული ან კომბინირებული გამოყენების ეფექტურობის შეფასება, მათი ადგილის განსაზღვრა მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნალველკენჭოვანი დაავადების ქირურგიულ მკურნალობაში.

4. ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობის I და II ეტაპზე საწარმოებელი ქირურგიული ოპერაციების, მათ შორის ქოლედოქოტომიის დასრულების სხვადასხვა სახეების ეფექტურობის შეფასება და ჩვენებების დაზუსტება.

5. ქოლედოქოდუოდენოანასტომოზის ორიგინალური არეფლუქსური ხერხის შემუშავება.

6. მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნალველკენჭოვანი დაავადების ქირურგიული მკურნალობის ალგორითმის შექმნა.

## მეცნიერული სიახლე

შრომაში პირველად:

- შემუშავებულია მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების ორიგინალური კლასიფიკაცია პრაქტიკული (სამკურნალო) მოსაზრებებიდან გამომდინარე.
- შემუშავებულია ნაღველკენჭოვანი დაავადებით გამოწვეული მექანიკური სიყვითლის ოპერაციული მკურნალობის შემდგომი გართულებების ორიგინალური კლასიფიკაცია პრაქტიკული (პროფილაქტიკის) მოსაზრებებიდან გამომდინარე.
- შექმნილია ამ დაავადების მარტივი კლინიკო-ლაბორატორიული მოდელი, რომლის მიხედვითაც შესაძლებელი ხდება მოსალოდნელი გართულებებისა და ლეტალობის პროგნოზირება. ამ მოდელის მიხედვით შემუშავებულია ავადმყოფთა რისკ-ჯგუფები და სიმძიმის ხარისხები.
- თვალსაჩინოდაა ნაჩვენები ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობის უპირატესობა ერთეტაპიანთან შედარებით და შემუშავებულია ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობის კონკრეტული ჩვენებები.
- განსაზღვრულია მინიმალური ქირურგიული ჩარევის ადგილი მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების ქირურგიული მკურნალობის დროს და შედარებით ანალიზის გზით ნაჩვენებია (გარკვეული ჩვენებების დროს) ასეთი ჩარევის უპირატესობა მკურნალობის სხვა მეთოდებთან შედარებით.

- შემუშავებულია ქდა-ის ორიგინალური სარქვლოვანი-არეფლუქსური ხერხი.
- შემუშავებულია მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნალველკენჭოვანი დაავადების ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკის და ოპერაციული ჩარევის ალგორითმი.

### პრაქტიკული ღირებულება აქვს:

მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნალველკენჭოვანი დაავადების ორიგინალურ კლასიფიკაციას, რომელიც გვხვდება მრავალფეროვანი კლინიკური სურათის სწორ ინტერპრეტაციაში, ავადმყოფის მიზანმიმართულად შესწავლაში, კლინიკური დიაგნოზის, ჩვენს მიერ შემუშავებული, თანმიმდევრობით გაფორმებაში და აქედან გამომდინარე დროული ადექვატურ – ეფექტური სამკურნალო ღონისძიებათა შერჩევაში.

ჩვენს მიერ შემუშავებულ ამ დაავადების კლინიკო-ლაბორატორიულ მოდელს და ამის მიხედვით შექმნილ ავადმყოფთა რისკ-ჯგუფებს, რომელიც საშუალებას გვაძლევს, მარტივად, მხოლოდ ავადმყოფის ასაკისა და სიყვითლის ხანგრძლივობის მიხედვით ავირჩიოთ მკურნალობის ოპტიმალური ტაქტიკა.

ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობის უპირატესობის თვალსაჩინოდ ჩვენებას ერთმომენტიანთან შედარებით და ასეთი მკურნალობის კონკრეტული ჩვენებების შემუშავებას ყოველი ცალკეული ავადმყოფისთვის. ამავე დროს მცირეინვაზიური ქირურგიული ჩარევების

ადგილის განსაზღვრას ამ დაავადების ქირურგიულ მკურნალობაში, მითუმეტეს, რომ ნაჩვენებია ასეთი ჩარევების უპირატესობა ტიპურ ღია ლაპაროტომიასთან შედარებით.

ჩვენს მიერ შემუშავებული ქდა-ის სარქვლოვან – არეფლუქსურ ხერხს, რომელიც გამორიცხავს აღმავალი ქოლანგიტის განვითარებას და ამავე დროს შესრულების თვალსაზრისით საკმაოდ მარტივია და საიმედო.

მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების ქირურგიული მკურნალობისთვის (როგორც ტაქტიკის, ასევე ოპერაციული ჩარევების თვალსაზრისით) შემუშავებულ რეკომენდაციათა მთელ კომპლექსს და ამ მიზნით შექმნილ ქირურგიულ მკურნალობის ალგორითმს, რომლის გამოყენების შედეგად მნიშვნელოვნად მცირდება ოპერაციის შემდგომი გართულებები და ლეტალობა.

## დასაცავად გამოტანილი ძირითადი დებულებები:

1. ნალველკენჭოვანი დაავადებით გამოწვეული მექანიკური სიყვითლის კლინიკური ფორმათა და ოპერაციის შემდგომი გართულებათა ახალი კლასიფიკაციები გვეხმარება დროული, ადექვატურ-ეფექტური სამკურნალო და პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა შერჩევაში.

2. მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნალველკენჭოვანი პათოლოგიით დაავადებული ავადმყოფები, მოსალოდნელი გართულებებისა და ლეტალობის მიხედვით, მიეკუთვნებიან: I და II რისკ-ჯგუფს და ოთხ სიმძიმის ხარისხს. მქმ-ით, რომელიც იყოფა: ა) სრულ მინიინვაზიურ მქმ-ად და ბ) მქმ-ად, ფართე (ღია) ლაპარატომიით, მნიშვნელოვნად მცირდება ოპერაციის შემდგომი გართულებები და ლეტალობა. ამავე დროს, სრული მინიინვაზიური მქმ-ა არჩევის მეთოდია, როგორც I, ასევე II რისკ-ჯგუფის ავადმყოფებისთვის, ხოლო ერთმომენტური მქმ-ა II რისკ-ჯგუფისთვის უკუჩვენებაა.

3. ჩვენს მიერ, ექსპერიმენტში შემუშავებული სარქვლოვანი არეფლუქსური ძღა-ის ხერხი, ფაქტიურად გამორიცხავს დუოდენო-ბილიარულ რეფლუქსს და ამით გამოწვეულ აღმავალ ქოლანგიტს, ამავე დროს უფრო საიმედოა და შესრულების სირთულითაც არ აღემატება ძღა-ის ტიპურ ხერხებს.

4. მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნალველკენჭოვანი დაავადების ქირურგიული ტაქტიკისა და ოპერაციათა სახეების შერჩევის,

ჩვენს მიერ შემუშავებული ალგორითმით, მნიშვნელოვნად უმჯობესდება მკურნალობის შედეგები.

**დანერგვა.** დისერტაციის ძირითადი შედეგები დანერგილია თბილისის I კლინიკური საავადმყოფოს ზ. ცხაკაიას სახელობის თორაკოაბდომინურ კლინიკაში. გამოკვლევის მასალები და შედეგები გამოიყენება საქართველოს სახელმწიფო აკადემიის თორაკოაბდომინური ქირურგიის კათედრის სასწავლო პროცესში.

**შრომის აპრობაცია.** დისერტაციის მასალები მოხსენებულია საქართველოს სახელმწიფო აკადემიის თორაკოაბდომინური ქირურგიის კათედრის და თბილისის I კლინიკური საავადმყოფოს ზ. ცხაკაიას სახელობის თორაკოაბდომინური კლინიკის თანამშრომელთა გაერთიანებულ სხდომაზე (ოქმი №3. 11 ოქტომბერი 2005 წ.) აკად. გ.მუხაძის სახ. თბილისის ქირურგთა სამეცნიერო საზოგადოების სხდომაზე (2006 წლის 17 მარტს)

**პუბლიკაციები.** დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებულია 9 სამეცნიერო ნაბეჭდი შრომა.

**დისერტაციის მოცულობა და სტრუქტურა.** ნაშრომი წარმოდგენილია ქართულ ენაზე, ნაბეჭდი ტექსტის 252 გვერდზე. შედგება: შესავლის, ლიტერატურის მიმოხილვის, მასალა და გამოკვლევის მეთოდების, კლინიკური მასალის ანალიზის, საკუთარი კვლევის შედეგების ანალიზის,



დასკვნების, პრაქტიკული რეკომენდაციებისა და გამოყენებული ლიტერატურის სიისაგან. ეს უკანასკნელი შეიცავს 416 ნაშრომის დასახელებას. ილუსტრირებულია 38 ცხრილით, 15 სურათით და 8 ნახატიით.

## თავი I

### ლიტერატურული მიმოხილვა

#### 1.1 მექანიკური სიყვითლის ძირითადი მიზეზები

ბოლო წლებში ჩატარებული სტატისტიკური გამოკვლევების თანახმად, ნალველკენჭოვანი პათოლოგიით დაავადებულია თითქმის ყოველი მეხუთე ქალი და მეათე კაცი. ნალველკენჭოვანი დაავადება გვხვდება ყველა აუტოფსიის 6-29%-ში. 60 წელზე მეტი ასაკის მოსახლეობის დაახლოებით 1/4-ს, ხოლო 70 წელზე მეტი ასაკის 1/3-ს აღენიშნება ნალვლის კენჭები. ნალველკენჭოვანი პათოლოგიით დაავადებულთა აბსოლუტური რიცხვის ზრდამ, მათ შორის ხანშიშესული და მოხუცი ასაკისა, გამოიწვია ამ დაავადების გართულებული ფორმების აბსოლუტური რიცხვის გაზრდა [111,118,241,279,329].

მექანიკური სიყვითლის მიზეზი შეიძლება იყოს ე.წ. კეთილთვისებიანი ანუ არასიმსივნური და ავთვისებიანი ანუ სიმსივნური ბუნების. არასიმსივნური გენეზის მექანიკური სიყვითლე აღენიშნება ავადმყოფთა 40-45%-ს. ყველაზე ხშირად მისი გამომწვევი მიზეზი ნალველკენჭოვანი დაავადებაა (61,3-74%), შემდეგ დიდი დუოდენური დვრილის სტენოზი და ნალვლის საერთო სადინრის ტერმინალური ნაწილის სტრიქტურა (15-30%), ინდურაციული პანკრეატიტი (5-81%), ღვიძლგარეთა სანალვლე გზების ნაწიბუროვანი შევიწროება (11-15%), პარაზიტული დაავადებები და სხვ. [1,2,6,9,20,21,24,82,115, 128,130,155,175,216,246,248,333,357].

მექანიკური სიყვითლის გამომწვევი, სანაღვლე გზების სიმსივნური ეტიოლოგიის ობსტრუქცია აღინიშნება ავადმყოფთა 37,6-60%-ში, ჰეპატოპანკრეატოდუოდენური ზონის ეს სიმსივნეები, რომელიც სიყვითლეს იწვევენ, ლოკალიზდებიან კუჭქვეშა ჯირკვლის თავში (46-48%), ფატერის დვრილსა (6-16,9%) და ღვიძლგარეთა სანაღვლე გზებში (16-20%) ღვიძლის კარისა და ღვიძლის მეტასტაზური სიმსივნეები აღინიშნება ავადმყოფთა 5,5-დან 8%-ს, ღვიძლის პირველადი სიმსივნე მექანიკურ სიყვითლეს იწვევს 2,7-დან 4%-ში [2,18,19,20,145,160,205,240,255,310,395].

მრავალრიცხოვანი დაკვირვების შედეგად დადგინდა, რომ ნაღვლკენჭოვანი დაავადების მქონე ავადმყოფებში მექანიკური სიყვითლის უშუალო მიზეზი სანაღვლე გზებში კენჭების არსებობაა, მისი სიხშირე 30-35%-ია [1,5,11,20,117,130,134,245,277]. უმეტეს შემთხვევაში სანაღვლე გზების ლითიაზი კომბინირებულია კალკულოზურ ქოლეცისტიტთან, რაც გვაფიქრებინებს, რომ ნაღვლის სადინარში კენჭები აღწევენ ნაღვლის ბუშტიდან, ბუშტის სადინრის გავლით [20,130,175,212,265]. ნაღვლის სადინარში არსებული კენჭების მეორად წარმოშობაზე მიუთითებს მათი სტრუქტურისა და ფერის დამთხვევა ნაღვლის ბუშტის კენჭებთან, თუმცა ნაღვლის სადინრების პირველადი ლითიაზიც საკმაოდ ხშირია [20,130,163,212,217,238,362,365].

ავადმყოფთა 30%-ი, რომელიც დაავადებულნი იყვნენ ქრონიკული პანკრეატიტით [20,130,149,155,160,175,217,221,234].

მექანიკური სიყვითლის ტიპურ მიზეზებს აქ აღარ შევხებით, რადგან ისინი საკმაოდ დაწვრილებით არის განხილული დისერტაციის ძირითად ნაწილში და შედარებით მეტ ყურადღებას გავამახვილებთ ამ დაავადების ე.წ. იშვიათ მიზეზებზე.

მექანიკური სიყვითლის გამომწვევი იშვიათი ფორმებიდან აღსანიშნავია – პირველადი მასკლეროზირებელი ქოლანგიტი. ის ნაღვლის სადინრების ქრონიკული ანთების იშვიათი ფორმაა. ამ დაავადების ეტიოლოგია დღემდე დაუდგენელია და ლიტერატურაში აღწერილია სხვადასხვა სახელწოდებით: «მასტენოზირებელი ქოლანგიტი», «მაოზლიტირებელი ქოლანგიტი», «ფიბროზული ქოლანგიტი» და სხვ.

პირველადი მასკლეროზირებელი ქოლანგიტისათვის დამახასიათებელია ნაღვლის სადინრების კედელთა თანდათანობითი ფიბროზული გასქელება, რომელსაც ახლავს მათი სანათურის პროგრესირებადი შევიწროება. პათოლოგიური პროცესი ამ დაავადების დროს შეიძლება იყოს სეგმენტური, მაგრამ უფრო ხშირად დიფუზურ ხასიათს ატარებს. იგი აზიანებს ინტრა და ექსტრაჰეპატურ ნაღვლის სადინრებს.

პირველადი მასკლეროზირებელი ქოლანგიტის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა საკმაოდ ძნელია. საჭიროა მისი დიფერენცირება ჰეპატიტის სხვადასხვა ფორმასთან, ღვიძლის ციროზთან, ინტრა და ექსტრაჰეპატური ნაღვლის სადინრების სიმსივნეებისაგან.

ოპერაციისას ავადმყოფებს აღენიშნებათ გაუფართოებელი ნაღვლის სადინრები, გასქელებული კედლების მქონე მკვრივი ზონრების სახით. ოპერაციული ტექტიკა მდგომარეობს ნაღვლის სადინრების გამორეცხვასა

და მათ გარეგან დრენირებაში. პოსტოპერაციულ პერიოდში კარგ ეფექტს იძლევა ჰორმონოთერაპია.

დაავადების პროგნოზირებადი ხასიათის და სიყვითლის მომატების გამო ავადმყოფები ილუპებიან ღვიძლის ციროზისა და უკმარისობის შედეგად, უახლოეს 2-3 წელიწადში [2,130,217,292,305,352,354].

ღვიძლ-თორმეტგოჯა იოგის გასწვრივ განლაგებული ლიმფური კვანძების ანთებამ შეიძლება გამოიწვიოს მექანიკური სიყვითლე, ჰეპატოქოლედოქუსზე ზეწოლის გამო. მექანიკური სიყვითლის მიზეზად პერიქოლედოქეალური ლიმფადენიტი გვევლინება ნაოპერაციებ ავადმყოფთა 3,2-დან 12%-ში.

თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ მრავალი ავტორი საერთოდ უარყოფს მექანიკური სიყვითლის განვითარების შესაძლებლობას, გამსხვილებული, ანთებადი ლიმფური კვანძების ქოლედოქუსზე ზეწოლის შედეგად [130,217,254,275,372].

მექანიკური სიყვითლის გამომწვევ იშვიათ მიზეზად შეიძლება ჩაითვალოს მირიზის სინდრომი. ეს სინდრომი ვითარდება ქოლეცისტოლითიაზის დროს, როდესაც კონკრემენტი იჭედება ჰარტმანის ჯიბეში ან ნაღვლის ბუშტის სადინარში. ყოველივე ამას თან ახლავს მწვავე ქოლეცისტიტის განმეოებითი შეტევები, ან ქრონიკული ქოლეცისტიტის დროს პროცესში ერთვება მიმდებარე ქსოვილები, რაც იწვევს ანთებად-ნაწიბუროვანი სიმსივნის მაგვარი კონგლომერატის წარმოქმნას, რომელიც შედგება ნაღვლის ბუშტისა და ნაღვლის საერთო სადინრისაგან, ყოველივე ამის შედეგად ქოლედოქუსზე შეიძლება

განვითარდეს ზეწოლა, მისი დეფორმირება, რაც იწვევს მექანიკური სიყვითლის განვითარებას. გარდა ამისა შეიძლება ჩამოყალიბდეს ნაღვლისბუმტქოლედოქეალური ფისტულა. დიაგნოზი ისმება ექოლოგიურად ან ქოლანგიოგრაფიულად, მაშინ როცა კლინიკური სიმპტომები (სიყვითლის ჩათვლით) და ლაბორატორიული მონაცემები მცირე ინფორმაციულია.

ქვის ხელსაყრელი მდებარეობის დროს, შეიძლება ეფექტური იყოს ენდოსკოპიური ტრანსპაპილარული ჩარევა. სხვა შემთხვევებში, აღნიშნული დაავადება, მოითხოვს ქირურგიულ მკურნალობას [5,29,56,90,130,217,260,278,302,315,317,373,375,393].

სანაღვლე გზების პარაზიტული დაავადებებიდან, რომლებმაც შეიძლება გამოიწვიონ მექანიკური სიყვითლე, აღსანიშნავია: ასკარიდოზი, ფასციოლოზი და ექინოკოკი. ასკარიდები და ფასციოლები ხვდებიან რა სანაღვლე გზებში შეიძლება გამოიწვიონ ფატერის დვრილის ობტურაცია და მექანიკური სიყვითლე. ამ ავადმყოფებში დაავადება მიმდინარეობს ტიპური ნაღველკენჭოვანი ჭვალის შეტევით და შემცივნებით, ტემპერატურის მომატებით. დიაგნოზი ისმება ოპერაციის დროს, სანაღვლე გზების რევიზის შემდეგ [3,17,291,378,382].

ღვიძლის ექინოკოკის კისტამ შეიძლება გამოიწვიოს ზეწოლა ღვიძლშიგა და ღვიძლგარეთა სანაღვლე გზებზე, გარდა ამისა კისტის დარღვევის გამო მისი შიგთავსი (შვილეული ბუმტუკები, ქიტინის გარსის ნაფლეთები და სხვ.) მოხვდეს სანაღვლე გზებში და გამოიწვიოს სიყვითლე [17,291].

იშვიათად მიზეზებს შორის, რომლებიც იწვევენ მექანიკურ სიყვითლეს, კიდევ შეიძლება დავასახელოთ: ჰემობილია, ღვიძლის სხვადასხვა ხასიათის აბსცესები, ღვიძლის საერთო არტერიის ანევრიზმა, ნაღვლის გზების სხვადასხვა კეთილთვისებიანი სიმსივნეები და ფატერის დვრილის ადენომა [5,31,59,91,130,148,175,248,255,299,322,324,325,332,340,356,386].

ამგვარად, ზემოთქმულიდან ჩანს, თუ რამდენად მრავალრიცხოვანი და მრავალფეროვანია მექანიკური სიყვითლის გამომწვევი მიზეზები. ამ ფაქტით შეიძლება აიხსნას ის გარემოება, რომ სიყვითლის მიზეზების ზუსტი დიაგნოსტიკის საკმაო სირთულის გამო ავადმყოფების ჰოსპიტალიზაცია ქირურგიულ სტაციონარში, ხშირად დაგვიანებულად ხდება.

## **1.2 ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობის პრინციპი მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების დროს**

მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების მკურნალობის ტაქტიკა ბოლო ათწლეულში მკვეთრად შეიცვალა და გახდა მრავალფეროვანი, რაც პირველ რიგში დაკავშირებულია სამკურნალო ენდოსკოპიის კლინიკურ პრაქტიკაში ფართო დანერგვასთან [28,32,34,41,57,58,68,110,120,122,131,135,183,223,233,250, 266,273,394,405,406,]. სამკურნალო ტაქტიკა დამოკიდებულია: მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების დროს ნაღვლის ბუშტის ანთების ხასიათზე (მწვავე თუ ქრონიკული), ღვიძლგარეთა სანაღვლე გზებში პათოლოგიის სახეზე (ე.ი. ობტურაციის

მიზეზებზე), თანმხლები ჩირქოვანი ქოლანგიტის და მწვავე პანკრეატიტის ასრებობაზე, სიყვითლის ხანგრძლივობაზე, ავადმყოფის ზოგად სომატურ მდგომარეობაზე და მის ასაკზე [12,22,35,36,48,52,86,117,130,175,217,220,270,351,363,389]. აქედან გამომდინარე სამკურნალო ტაქტიკა შეიძლება მოიცავდეს: 1) ოპერაციულ ჩარევას, რომელიც ხორციელდება ა) სასწრაფოდ ან ბ) ჰოსპიტალიზაციიდან უახლოეს დღეებში დიაგნოზის დაზუსტების და წინასაეპერაციო მომზადების შემდეგ და 2) პირველ მომენტად სანაღვლე გზების დეკომპრესიას სხვადასხვა მეთოდებით, ხოლო მეორე მომენტად სიყვითლის მოხსნის და ავადმყოფის ჰომეოსტაზის გამოსწორების შემდეგ, რადიკალურ ოპერაციას ობტურაციის მიზეზების საბოლოოდ ლიკვიდაციისათვის [2,18,20,23,68,80,83,88,110,133,140,177,179,270,272,301,306,387]. უმრავლესობა ავტორებისა უპირატესობას ანიჭებს პრინციპს: სიყვითლის მოხსნა ოპერაციულ ჩარევამდე, თუ რა თქმა უნდა, დაავადების ხასიათი არ მოითხოვს გადაუდებელ ან სასწრაფო ოპერაციის ჩატარებას [2,20,23,30,55,57,68,132,171,172,175,179,209,247,257,366,377].

მექანიკური სიყვითლის დროს, ადრე მიღებული იყო ტაქტიკა, რომლის დროსაც ქირურგიული ოპერაცია კეთდებოდა არაუგვიანეს 10-14 დღისა ჰოსპიტალიზაციის მომენტიდან [175]. ოპერაციის გადადების ასეთი გახანგრძლივება იწვევდა სიყვითლის პროგრესირებას, ღვიძლის უკმარისობის გარღმავებას, რაც ძალიან აუარესებდა ოპერაციის შემდგომ უახლოეს შედეგებს [20,25,45,47,49,62,63,71,82,95,130,175,217,285,313,316,409].



თანამედროვე პირობებში უახლესი დიაგნოსტიკური მეთოდების საშუალებით შესაძლებელი გახდა ავადმყოფის გამოკვლევის და დიაგნოზის დაზუსტების დაჩქარება და ოპერაციის ვადების შემცირება სამიდან ხუთ დღემდე [16,32,48,237,344,359,360].

დღეისათვის შესაძლებელია უარი ვთქვათ რადიკალურ ქირურგიულ ოპერაციაზე მექანიკური სიყვითლის ფონზე. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ხანგრძლივი მექანიკური სიყვითლის დროს, როდესაც მაღალია ოპერაციის რისკი და ოპერაციის შემდგომი სხვადასხვა გართულებების აღმოცენების საშიშროება [20,47,49,53,82,87,103,116,130,175, 321,343]. მექანიკური სიყვითლის მოხსნის მიზნით, რომელიც განუვითარდათ ავადმყოფებს ქრონიკული ქოლეცისტიტის დროს, ფართოდ გამოიყენება ენდოსკოპიური ოპერაციები – პაპილოსპინქტეროტომია და ლაპარასკოპიული ქოლეცისტოსტომია, აგრეთვე სანაღვლე გზების ტრანსჰეპატური დრენირება. ავადმყოფთა ამ კონტიგენტში ენდოსკოპიური და ტრანსჰეპატური ჩარევების გამოყენება მიმართულია სიყვითლის, ჰიპერტენზიის და ზოგჯერ მისი გამომწვევი მიზეზების მოხსნისაკენ, რადგან შემდგომში რადიკალური ოპერაცია ჩატარდეს ავადმყოფისათვის უფრო ხელსაყრელ პირობებში, მისთვის ნაკლები რისკით და ნაკლები მაგრამ ოპტიმალური მოცულობით. აღნიშნული ჩარევები წარმოადგენს I ეტაპს ქირურგიული მკურნალობისა, მექანიკური სიყვითლის დროს [20,82,130,171,172,175,179,242,284,306,328].

მექანიკური სიყვითლით გართულებული მწვავე ქოლეცისტიტის დროს, უმრავლესობა ავტორებისა გვირჩევს აქტიურ ტაქტიკას, რაც განპირობებულია არამარტო ქოლესტაზით და ქოლემიით, არამედ ჩირქოვანი ინტოქსიკაციის თანდართვითაც [22,36,52,80,85,114,125,141,161,181, 188,410]. ამ შემთხვევაში ოპერაციის ვადები დამოკიდებულია ნაღვლის ბუშტის კედლის ანთების ხასიათზე და პერიტონიტის გამოხატულებაზე. გადაუდებელი ოპერაციის ჩვენებაა განგრენოზული და პერფორაციული ქოლეცისტიტი, აგრეთვე გავრცელებული პერიტონიტი. სასწრაფო ოპერაციები ტარდება კონსერვატიული ღონისძიებების უეფექტობის შემთხვევაში – ჩირქოვანი ინტოქსიკაციის და პერიტონიალური სიმპტომის გაჩენის ან მომატების დროს – 24-დან 48 სთ-ის ფარგლებში [82,130,141,143,161,175,181,210,227,294,410].

ზოგიერთი ავტორი ამ დროს გვირჩევს სანაღვლე გზების წინაოპერაციულ დეკომპრესიას, სხვადასხვა ენდოსკოპიურ ან ტრანსჰეპატური მეთოდებით, რადგან სტაზის და ჰიპერტენზიის მოხსნამ, მწვავე კალკულიზური ქოლეცისტიტის დროს, შესაძლებელია გამოიწვიოს ანთების კუპირებაც [82,117,151,156,169,175,181,293]. ეს საშუალებას გვაძლევს გავაკეთოთ არა სასწრაფო, არამედ გადავადებული ოპერაციები (შემოსვლიდან დაახლოებით 8-10 დღეში) სიყვილის მოხსნის და დარღვეული ჰომეოსტაზის გამოსწორების მიზნით, ინფუზურ-მედიკამენტოზური მაკორეგირებელი მკურნალობის ჩატარების შემდეგ. ამას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ხნიერ და მოხუცი ასაკის ავადმყოფებში [49,54,90,97,130,143,161,184,229,387]. ბოლო წლებში

ავადმყოფებში მაღალი ოპერაციული რისკით, მწვავე ქოლეციტიტის დროს, ზოგიერთი ავტორი, აკეთებს ლაპარასკოპულ ქოლეცისტოსტომიას, ხოლო სიყვითლის მოხსნის მიზნით ექსტ-იას, რომელსაც ჩიქროვანი ქოლანგიტის დროს, თან ერთვის ნაზობილიარული დრენირება. ენდოსკოპიური ჩარევები, ნაღვლის ბუშტზე და სანაღვლე გზებზე, ხშირ შემთხვევაში საშუალებას იძლევა ანთებითი პროცესების ჩაცხრობას და სიყვითლის ლიკვიდაციას [57,167,170,213,214,219,268,290].

ღვიძლგარეთა სანაღვლე გზების ობტურაცია, გამოწვეული ქვის გაჭედვით, ნაწიბუროვანი სტრიქტურით და სხვ. იწვევს ნაღვლოვან ჰიპერტენზიას, ქოლესტაზს და ქოლემიას. სანაღვლე გზების შიგნითა წნევის მომატების შედეგად და მათი გაფართოების გამო ვითარდება სისხლის და ლიმფის მიმოქცევის დარღვევა. მკვეთრად იცვლება ორგანული მიკროცირკულაცია, რასაც საბოლოო ჯამში მიყვავართ ჰეპატოციტების დისტროფიული ცვლილებებისაკენ და ღვიძლის უკმარისობისაკენ [20,25,45,47,217,271,289,343]. ასრებობს პირდაპირი კავშირი ქოლესტაზის ხარისხს, ხანგრძლივობასა და ღვიძლის მორფოლოგიურ ფუნქციურ ცვლილებების სიმძიმეს შორის. ცნობილია, რომ უფრო გამოხატული სტრუქტურული და ფუნქციური ცვლილებები ღვიძლში, ორგანული უკმარისობის მოვლენებით ვითარდება შედარებით ხანგრძლივი მექანიკური სიყვითლის დროს [20,25,45,47,82,175,286].

დადგენილია, რომ ნაღვლის პასაჟის ბლოკის გარკვეულ ეტაპზე ვითარდება შედარებით ადაპტაცია ჰეპატოციტებისა ქოლესტაზის მიმართ, რასაც უკავშირდება ნაღვლის სეკრეციის შემცირება და ღვიძლის

ზოგიერთი ფერმენტის აქტიურობის დაქვეითება. ამავე დროს, ობტურაციის გახანგრძლივების შემთხვევაში ვითარდება ქოლესტაზისადმი ადაპტაციური პროცესების დარღვევა (ჩაშლა), რასაც მივყავართ ჰეპატოციტებში დისტროფიული პროცესების გაღრმავებისკენ და ღვიძლში კეროვანი ნეკროზის განვითარებასთან [82,130,175,185,217,225,236,379]. იგივეს და ღვიძლ-თირკმლის მწვავე უკმარისობის განვითარებას იწვევს აგრეთვე ოპერაციული ჩარევა, რომელსაც თან ახლავს ერთმომენტიანი და სწრაფი ლიკვიდაცია ნაღვლოვანი ჰიპერტენზიისა. აღსანიშნავია, რომ ლაპარასკოპიული ქოლეცისტოსტომიის დროს, ერთმომენტად 200-400 მლ; ნაღვლის ევაკუაცია, შეიძლება გახდეს გამშვები მექანიზმი ღვიძლის მწვავე უკმარისობისა, რაც ამ მეთოდის უარყოფით მხარედ ითვლება [20,116,117,175,213,214]. წნევის ასეთი ცვლილებების შედეგად, რომელიც არ არის ბალანსირებული ჰეპატოციტების უჯრედშიგა წნევით, აღრმავებს მათში დისტროფიულ ცვლილებებს, რაც სხვა ფაქტორებთან ერთად (ოპერაციული ტრავმა, ნარკოზი, ნაწლავებში ტოქსიური ნაღვლის მოხვედრა) იწვევს ღვიძლისა და თირკმლის მწვავე უკმარისობას [65,71,75,76,77,82,175,211,213,217,276].

გამოკვლევებით აგრეთვე დადგენილია, რომ ქოლესტაზის ადრეულ ეტაპზე, სწრაფი დეკომპრესია არ იწვევს ღვიძლში ღრმა მორფოფუნქციურ ცვლილებებს და ღვიძლის მძიმე უკმარისობის განვითარებას [95,139,175].

**ღვიძლის უკმარისობის კლინიკური სურათი.** ცნობილია, რომ ღვიძლის უკმარისობას, თან ერთვის თირკმლის უკმარისობა. ამან

შესაძლებლობა მისცა მრავალ მკვლევარს განეხილა ღვიძლისა და თირკმელების ერთდროული დაზიანება, როგორც ჰეპატორენული სინდრომი, ღვიძლ-თირკმლის მწვავე უკმარისობა, ჰეპატონეფროპათია, ჰეპატოურემიული სინდრომი, ჰეპატონეფროზი, ურემიული ქოლანგიტი და სხვ. [20,82,130,175,217,258,335,342].

აღსანიშნავია, რომ ღვიძლისა და თირკმელების უკმარისობა არც თუ იშვიათია. მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღვლკენჭოვანი დაავადების დროს და ზოგიერთი ავტორის აზრით, ვითარდება ამ დაავადების დროს 12,8-დან 32,5%-ში [2,20,95,130,139,217]. დადგენილია, რომ 6-დან 18% შემთხვევაში ღვიძლისა და თირკმელების ფუნქციების დაქვეითება, სანაღვლე გზების დაავადების დროს მიმდინარეობს ლატენტურ ფორმაში. ეს უქმნის საშიშროებას პოსტოპერაციული პერიოდის ნორმალურ მიმდინარეობას, რადგან ოპერაციულ ტრავმასა და ნარკოზს შეუძლიათ პროვოცირება ფუნქციური დარღვევის გადასვლისა, შეუქცევად ღვიძლის და თირკმლის მწვავე უკმარისობაში [2,20,130,175,213,214]. ღვიძლისა და თირკმლის უკმარისობის კლინიკური სურათი განპირობებულია ძირითადად შემდეგი პათოგენეზური ცვლილებების ერთობლიობის გამოვლინებით: 1) სიყვითლე; 2) ცვლილებებით სისტემურ ჰემოდინამიკაში; 3) ნევროლოგიური დარღვევებით (ღვიძლისმიერი ენცეფალოპათია); 4) სისხლის შედედების დარღვევით; 5) აზოტური ცვლის დარღვევით; 6) ცხელებით და სეპტიცემიით [89,127].

ჰეპატო-რენული სინდრომი მიმდინარეობის მიხედვით არის ორი ტიპის: I ტიპი – ახასიათებს სწრაფი პროგრესირება (ორ კვირაზე ნაკლები), თირკმლის ფუნქციის სწრაფი დაქვეითება, სისხლის კრეატინინის 2-ჯერ გაზრდით (2,5 მგ%-ზე მეტი) ან კრეატინინის საწყისი დღიური კლირენსის 2-ჯერ შემცირებით (20 მლ/წთ-ზე ნაკლები), II ტიპის დროს – თირკმელების უკმარისობა ვითარდება თანდათან. ახასიათებს: პრეაზოტემიური სტადია – შარდის არაადექვატური გამოყოფა სითხით საკმარისი დატვირთვის დროს, ნატრიუმის ექსკრეციის შემცირება და ჰიპონატრიემიის განვითარება. ამ დროს უკვე გამოხატულია ღვიძლის მწვავე უკმარისობაც. შემდეგ ვითარდება აზოტემია. სისხლში მომატებულია შარდოვანას აზოტი, ყოველთვის არის ჰიპონატრიემია. ამ უკანასკნელის გამო ვითარდება სითხის დაგროვება ორგანიზმში, მიუხედავად შარდის ნორმალური რაოდენობის და დიურეზული თერაპიისა. ამ დროს ავადმყოფს აღენიშნება გულისრევა, პირღებინება, წყურვილი და ძილიანობა, რითაც ის ემსგავსება ღვიძლისმიერ ენცეფალოპათიას. სისხლში Na-ის დონე არ აღემატება 120 მმოლ/ლ-ს, ხოლო შარდის ანალიზი არ იძლევა მნიშვნელოვან ცვლილებებს. შეიძლება განვითარდეს თირკმლის მილაკების მწვავე ნეკროზი. ტერმინალურ სტადიაში ღრმა კომის დროს – არტერიული წნევა ეცემა, დიურეზი მკვეთრად მცირდება. ძალიან ძნელია ღვიძლის და თირკმლის უკმარისობიას გარჩევა. ავადმყოფები აზოტემიის დროს, თირკმლის სრული უკმარისობის განვითარებამდე, ილუპებიან ღვიძლის

უკმარისობით. პროგნოზი დამოკიდებულია ღვიძლში პროცესის შექცევადობაზე [217,225,228,230,258,269,285,287].

ღვიძლ-თირკმლის უკმარისობას, კლინიკო-ლაბორატორიული მონაცემების მიხედვით აქვს გამოხატულების სამი ხარისხი [82].

I – მსუბუქი – ა) სიყვითლის ხანგრძლივობა 7 დღემდე; ბ) ენცეფალოპათია – გამოხატული არ არის; გ) ჰემოდინამიკა სტაბილურია; დ) დიურეზი – დამაკმაყოფილებელი; ე) ბილირუბინი – 100 მკმოლ/ლ-მდე; ვ) შარდოვანა – ნორმაში; ზ) ა/გ (ალბუმინ/გლობულინის კოეფიციენტი  $> 1,2$ -ზე); თ) ჰეპატოციტების შთანთქმა – გამოყოფის ფუნქციის დარღვევა (რადიოჰეპატოგრაფია N25-მდე) – 50; ი) ღვიძლის სისხლის მიმოქცევის დაქვეითება – 25-დან 30%-ე.

II საშუალო – ა) სიყვითლის ხანგრძლივობა 7-14 დღე; ბ) ენცეფალოპათია – მადის დაქვეითება, ადინამია, უძილობა; გ) ჰემოდინამიკა – სტაბილურია; დ) დიურეზი –

დამაკმაყოფილებელია; ე) ბილირუბინი – 100-200 მკმოლ/ლ; ვ) შარდოვანა – ნორმაში; ზ) ა/გ – 1,2-დან 0,9-ე; თ) რედიოჰეპატოგრაფია – 50-დან 60-მდე; ი) ღვიძლის სისხლის მიმოქცევის დაქვეითება – 30-დან 50%-ე.

III მძიმე. ა) სიყვითლის ხანგრძლივობა მეტია 14 დღეზე;

ბ) ენცეფალოპათია – მადის არ არსებობა, გამოხატული ადინამია, ძილის ინვერსია, ეიფორია; გ) ჰემოდინამიკა – ჰიპოტონია; დ) დიურეზი – დაქვეითებულია (ოილგურიიდან - ანუ რიამდე); ე) ბილირუბინი – 200 მკმოლ/ლ-ზე მეტი; ვ) შარდოვანა – მომატებულია; ზ) ა/გ-ის

კოეფიციენტი<0,9-ზე; თ) რადიოჰეპატოგრაფია>60-ზე; ი) ღვიძლის სისხლის მიმოქცევის დაქვეითება > 50%-ზე.

ღვიძლ-თირკმლის უკმარისობის დროს ექიმის ძირითადი ამოცანაა ღვიძლის უკმარისობის მკურნალობა [2,20,82,130,175,217,342,346]. მოცირკულირე პლაზმის შევსება იწვევს თირკმლის სისხლის მიმოქცევის გაზრდას და დიურეზის მომატებას, მაგრამ ეს ეფექტი ხანმოკლეა და შეიძლება გამოიწვიოს სისხლდენა. მანიტოლის გამოყენება არაეფექტურია და შეიძლება გამოიწვიოს უჯრედშიგა აციდოზი. ფუროსემიდის მაღალი დოზებიც არაეფექტურია. დადგენილია, რომ ჰემოდიალიზი არ აუმჯობესებს სიცოცხლის ხანგრძლივობას და შეიძლება პროვოცირება გაუკეთოს გასტროდუოდენურ სისხლდენას და შოკს. პროსტოგლანდინები არ იწვევენ თირკმლის ფუნქციების მნიშვნელოვან გაუმჯობესებას. ვაზოკონსტრიქტორები: მეტაპამინოლი, ანგიოტენზინ-II, ორნიპრესინი, ტერლიპრესინი და სხვ. ზრდიან ზოგად პერიფერიულ წინააღმდეგობას და ამცირებენ გულის გადმოსროლას, მაგრამ მცირე გავლენა აქვთ თირკმლის ფუნქციაზე [62,65,295,336,342,343,406,409].

აზოტემია, ჰიპონატრიემია და არტერიული ჰიპოტენზია წარმოადგენენ ტერმინალურ სიმპტომებს და რეზისტენტული არიან ყველა სახის მკურნალობისადმი [217,406,409].

ავტორთა უმრავლესობა თვლის, რომ ცვლილებები სისტემურ ჰემოდინამიკაში განპირობებულია ვაზოდილატაციით და სისხლის მიმოქცევის ჰიპერდინამიური ტიპით. ისინი თვლიან, რომ ავადმყოფებში ღვიძლის უკმარისობით, მექანიკური სიყვითლის დროს, აღინიშნება



პერიფერიული ვაზოდილატაცია და გულის გადმოსროლის გაზრდა. ეს უკანასკნელი გამოიხატება ტაქიკარდიით და წნევის დაქვეითებით. ამავე დროს გამოხატულია ღვიძლის და თირკმელების ვაზოკონსტრიქცია (განსაკუთრებით მისი ქერქოვანი შრის) [225,228,259,267,390,404,407]. ღვიძლში სისხლის მიმოქცევის უკმარისობა აღრმავებს ჰეპატოციტების ციტოლიზს და ღვიძლის უკმარისობას, ხოლო ცენტრალური სისხლის მიმოქცევის შემცირება – აღრმავებს ფსიქიურ სტატუსს [87,130,217,406]. ასეთი არტერიული ჰიპოტენზია სახიფათოა სიცოცხლისათვის, თუმცა მოცირკულირე სისხლის მოცულობის (მსმ) გაზრდის მცდელობა ჰემოტრანსფუზიებით ან მედიკამენტოზურად (მაგ. დოპამინით) იწვევს მხოლოდ ხანმოკლე გაუმჯობესებას [217,343,409].

პერიფერიული სისხლძარღვოვანი რეზისტენტობის გაზრდის ფაქტორებად უნდა ჩაითვალოს, ღვიძლგარეთა ქოლესტაზის და ქოლემიის დროს, სიმფატო-ადრენალური და რენინ-ანგიოტენზინური სისტემების აქტივაცია [217,323,335,346,358]. შემდეგ მთავარ ფაქტორად სისტემური ჰემოდინამიკის დარღვევის პათოგენეზში მექანიკური სიყვითლის დროს, არის გულის მუშაობის დათრგუნვა. ექსპერიმენტული კვლევებით დადგენილია, რომ ქოლემიას აქვს გამოხატული კარდიოტოქსიური მოქმედება, რომელიც იწვევს გულის შეკუმშვას, როგორც სიძლიერის, ასევე სიჩქარის შემცირებას [10,20,379].

ამრიგად – მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნალველკენჭოვანი დაავადების დროს, ორგანიზმში მიმდინარე

ჰომეოსტაზის ცვლილებებზე, არსებული ლიტერატურის მიმოხილვის ანალიზის საფუძველზე, მივდივართ იმ დასკვნამდე, რომ ამ ცვლილებების ძირითადი გამოვლინებაა ღვიძლის და თირკმლის უკმარისობა, რომლის პათოგენეზი მოიცავს ჰომეოსტაზის ყველა რგოლს. აღნიშნულ რგოლებს შორის გარკვეული ურთიერთმარეგულირებელი უკუკავშირები არსებობს, რომელიც ქმნის გარკვეულ ფიზიოლოგიურ წრეს და ემსახურება ჰომეოსტაზის შენარჩუნებას.

პათოლოგიის დროს აღნიშნული უკუკავშირები ქმნიან ე.წ. მანკიერ წრეს, რომელიც უკვე ემსახურება არა ფიზიოლოგიურის, არამედ პათოლოგიური პროცესის შენარჩუნებას და მის გაღრმავებას. აღნიშნული პროცესის «ჩართვა» ხორციელდება გარკვეული გამშვები მექანიზმით. ამ პათოლოგიური პროცესის ჯაჭვის გაწყვეტა, მისი ცალკეული რგოლის ამოგდებათ შეუძლებელია, ვინაიდან ის გამოიწვევს არამარტო პათოფიზიოლოგიური, არამედ ფიზიოლოგიური, სასიცოცხლო პროცესების ჯაჭვის გაწყვეტასაც. აქედან გამომდინარე ღვიძლის და თირკმლის უკმარისობის მკურნალობა გულისხმობს ჰომეოსტაზის ჯაჭვის არა ცალკეულ, არამედ ყველა რგოლზე ერთდროულად ზემოქმედებას, მათი ნორმალურ ფიზიოლოგიურ საზღვრებში დაბრუნების მიზნით, რაც პრაქტიკულად ძალიან რთულია და ხშირად შეუძლებელიც. ამიტომ ჩვენი ძალისხმევა პირველ რიგში მიმართული უნდა იყოს ამ პათოლოგიური მდგომარეობის პროფილაქტიკისაკენ, რაც გულისხმობს გამშვები მექანიზმის ფაქტორის გამორიცხვას. მექანიკური სიყვითლის დროს ღვიძლის და თირკმლის უკმარისობის გამშვებ მექანიზმს («ჩამრთველს»)

სიყვითლის ფონზე, ორგანიზმზე ნებისმიერი გარკვეული უხეში ჩარევა წარმოადგენს, როგორც კონსერვატიული, ასევე ოპერაციის სახით. ეს უკანასკნელი გულისხმობს არა მარტო ფიზიკურ ტრავმას, არამედ სიყვითლის რადიკალურ, სწრაფ ლიკვიდაციასაც. ამიტომ, პირველ რიგში უნდა ვეცადოთ სიყვითლის მოხსნას შედარებით არა უხეში – მინიინვაზიური ჩარევებით [127,300,331,339], ხოლო სიყვითლის ლიკვიდაციას უნდა ჰქონდეს თანდათანობითი, დოზირებული ხასიათი [20,116,175]. რადიკალური ოპერაცია უნდა ვაწარმოოთ, შეძლებისდაგვარად – სიყვითლის მოხსნის ან მისი შემცირების შემდეგ, როდესაც გამოირიცხება ან მინიმუმამდე დაიყვანა ღვიძლის და თირკმლის უკმარისობის განვითარების საშიშროება. ამასთან, მზენშეწონილია, თუ რადიკალურ ოპერაციასაც ექნება მინიინვაზიური ხასიათი.

ყოველივე ზემოთქმული მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღვლკენჭოვანი დაავადების დროს ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობის პრინციპის საფუძველს წარმოადგენს.

### 1.2.1. ენდობილიარული მინიინვაზიური ჩარევები, როგორც

#### I-მომენტად ჩასატარებელი ოპერაციები

ღვიძლის უკმარისობის პროფილაქტიკის სხვადასხვა მეთოდებს შორის პირველხარისხოვანი მნიშვნელობა ენიჭება – სანაღვლე გზების ოპერაციის წინა დრენირებას. ოპერაციამდე ბილიარული ტრაქტის დეკომპრესიის ეფექტურობაზე გვაცნობებს მრავალი ავტორი [20,23,82,88,102,110,113,122,133,171,172,175,213,214,217], რომლებიც აღნიშნავენ

ლეტალობის მკვეთრ შემცირებას ავადმყოფთა იმ ჯგუფში, რომელთაც ოპერაცია ჩატარდათ ქოლესტაზის და ქოლემიის მოხსნის შემდეგ.

დეკომპრესია, სანაღვლე გზებისა, დამოკიდებულია ნაღვლის დაბრკოლების დონეზე და მის ხასიათზე. დეკომპრესიის მეთოდების არსენალი ძალიან მრავალფეროვანია. ყველაზე ფართოდ გამოიყენება: ენდოსკოპიური პაპილოსპინქტეროტომია, ტრანსკუტანური ტრანსჰეპატური ქოლანგიოსტომია, ქოლეცისტოსტომიის ქირურგიული და ლაპარასკოპიული მეთოდები, სანაღვლე გზების ენდოპროთეზირება და სანაღვლე გზების ინტრაოპერაციული დრენირების სხვადასხვა მეთოდები.

დეკომპრესიის თითოეული ამ მეთოდისთვის არსებობს გარკვეული ჩვენებები და უკუჩვენებები. როგორც წესი, დეკომპრესიის მეთოდები წარმოადგენენ დიაგნოსტიკური პროცედურების გაგრძელებებს. მაგალითად მკსტ-ია წარმოადგენს მრქმბ-ის, ხოლო ტტჰს-ია ტტჰმ-ის გაგრძელებას, რაც ასევე წარმოადგენს ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ფაქტორს ამა თუ იმ მეთოდის გამოყენების მიზანშეწონილობისთვის [2,20,82,130,217].

ქოლესტაზის მინიინვაზიური ლიკვიდაციის მეთოდებს შორის უმთავრესი ადგილი უჭირავს მკსტ-იას. ენდოსკოპიური ტექნიკის გამოყენება, სანაღვლე გზების პათოლოგიების დროს, პირველად ნაჩვენები იქნა K.Kawai-ის და თანაავტორების მიერ (1973), M.Glasoen და R. Demling (1973) პირველად წარმატებით შეასრულეს ფატერის დვრილის გაკვეთა, დუოდენოსკოპიის კონტროლის ქვეშ, მათი ცნობების შემდეგ – მკსტ-იამ ფართო გავრცელება მოიპოვა მთელ მსოფლიოში [2,11,20,82,130,175,217,223,250]. ამ მეთოდის ჩვენებები და მოსალოდნელი

შედეგების პროგნოზირება, დაფუძნებულია ნაღვლდენის დაბრკოლების მიზეზების ხასიათის ზუსტ ცოდნაზე (კონკრემენტების ზომები, მათი მდგომარეობა და რაოდენობა, ქოლედოქის სანათურის შევიწროების სიგრძე). თუ ასეთი ინფორმაცია არ მოგვეპოვება, მკვლევარებმა შეიძლება არ მოგვცეს სამკურნალო ეფექტი და გამოიწვიოს ავადმყოფის მდგომარეობის კიდევ უფრო დამძიმება [28,41,61,110,142,217]. მკვლევარებმა ქოლედოქიდან ქვის ამოღების წარმატებული მდგომარეობისთვის, ერთ-ერთი მთავარი პირობაა – კონკრემენტის ზომებისა და მის დისტალურად არსებული ჰეპატოქოლედოქის სანათურის დიამეტრის შესაბამისობა [11,20,82,130,217].

დიდი ზომის, ფიქსირებული ქვების აღმოჩენისას სანაღვლე გზებში, ულტრაბგერითი გამოკვლევისას, აღარ უნდა მივმართოთ მათ რეტროგრადულ კონტრასტირებას, რადგან კონტრასტული ნივთიერებების შეყვანა, იწვევს სანაღვლე გზებში ჰიპერტენზიის კიდევ უფრო გაზრდას, ნაღვლის ინფიცირებას, მისი და კონტრასტული ნივთიერების ევაკუაციის გაძნელებას. ყოველივე ეს კიდევ უფრო ამძიმებს ავადმყოფის მდგომარეობას, კერძოდ, 1,5 სმ-ის და მეტი დიამეტრის ქვების დროს, ბევრი ავტორი გვიჩვენებს თავი შევიკავოთ მკვლევარებისაგან [11,61,82,130,175,217].

D.S.Zimmon (1975) რეკომენდაციას იძლევა მკვლევარებს ავადმყოფებში ქოლანგიტის დროს, რომლებსაც გამოკვლევების შემდეგ ვერ აღმოუჩენენ ნაღვლის დინების მექანიკურ დაბრკოლებას. ზოგიერთი ავტორი უღუდავს მკვლევარებს ჩვენებას და მის ჩატარებას შესაძლებლად მიიჩნევს ავადმყოფში მაღალი ოპერაციული რისკით, ამავე დროს,

ენდოსკოპიურ ოპერაციას ისინი განიხილავენ, როგორც პირველ ეტაპს მექანიკური სიყვითლის მკურნალობაში, რომელიც ამზადებს ავადმყოფებს შემდგომი ოპერაციული ჩარევებისთვის [137,175,209].

ქსტ-ის ჩვენებებია: 1) ქოლელოქოლითიაზი; 2) ფატერის დვრილში ჩაჭედილი ქვა; 3) დვრილის ნაწიბუროვანი შევიწროება; 4) ქოლედქოლითიაზის და ფატერის დვრილის სტენოზის შეუღლებული არსებობა. ასეთი ჩვენებებით ქსტ-ის წარმოება შესაძლებელია არამარტო ქრონიკული კალკულოზური ქოლეცისტიტის დროს, არამედ მწვავე ქოლეცისტიტის დროსაც, თუ რა თქმა უნდა ამ ავადმყოფებს არ ესაჭიროებათ გადაუდებელი ქირურგიული ჩარევა. ფატერის დვრილის გაკვეთის, ენდოსკოპიური მეთოდი, შესაძლებელს ხდის არა მარტო ობტურაციის ლიკვიდაციას, არამედ ხსნის სიყვითლეს, რაც საშუალებას იძლევა შევამციროთ შემდგომში ქირურგიული ჩარევის რისკი და მოცულობა [28,34,41,42,61,68,110,119,120,223,250,253,266,270,364,413].

თუმცა ქსტ-ის გამოყენებას ნაღვლოვანი ჰიპერტენზიის სხვადასხვა ფორმებისას ყველა ავტორი თანაბარი ენთუზიაზით არ ხვდება, მათი აზრით ფატერის დვრილის სტენოზი იმაზე იშვიათია, ვიდრე ამას საერთოდ მიიჩნევენ, ამის გამო ქსტ-ის გამოყენება მექანიკური სიყვითლისას მათ მიზანშეუწონლად მიაჩნიათ, მით უმეტეს, რომ ამ მეთოდის ცალკეული შედეგები საერთოდ შეუსწავლელია [68,119].

ქსტ-ის უკუჩვენებად მიიჩნევა: ქოლედოქის გავრცელებული დისტალური სტრიქტურა ინდურაციული პანკრეატიტის დროს, თორმეტგოჯა ნაწლავის დეფორმაცია და შევიწროება, რომელიც ამნელებს

ფატერის დვრილის კანულაციას, ავადმყოფის უკიდურესად მძიმე მდგომარეობა [28,35,41,42,57,58,61,68,130,217]. ზოგიერთი ავტორის აზრით მკსტ-ისათვის, არ წარმოადგენს უკუჩვენებას, ავადმყოფები ჰემოსტაზის გამოხატული დარღვევებით, რადგან აღნიშნული ოპერაცია განიხილება, როგორც მინინვეზიური ჩარევა, ხოლო ჰემორაგიული გართულების განვითარება შესაძლებელია ნემსმიერი ქირურგიული ჩარევის დროს [175]. თუმცა ავტორთა უმრავლესობას მიაჩნია, რომ მკსტ-ის წინ აუცილებელია განისაზღვროს: თრომბოციტების რიცხვი, პროთრომბინული დრო და ჰემოგლობინი, რადგან მკსტ-ია შეიძლება ჩატარდეს მხოლოდ სისხლის შედედების ნორმალური მაჩვენებლების დროს. წინააღმდეგ შემთხვევაში საჭიროა მათი კორექცია [130,189,200,217,303,307,308]. მკსტ-ის უკუჩვენებად მიიჩნევა ფატერის დვრილის მახლობლად არსებული თორმეტგოჯას დივერტიკულები, რომელიც ქმნის დიდ დაბრკოლებებს დვრილის კანულაციისათვის [110,130,140,142,157,217]. ზოგიერთი ავტორი ზემოთ ჩამოთვლილ უკუჩვენებს, განიხილავს მკსტ-ის ჩატარების წარუმატებლობის ტექნიკურ მიზეზად. მკსტ-ის ჩატარებას ტექნიკური სირთულეები შეიძლება შეუქმნას აგრეთვე: ფატერის დვრილში ჩაჭედილმა ქვამ და ადრე გადატანილმა კუჭის რეზექციამ ბილროთ II-ის წესით [41,130,217].

ზემოთ ჩამოთვლილი ტექნიკური სირთულეების ნაწილობრივ დაძლევის მიზნით დამუშავებულია პაპილოსპინქტეროტომიის მეთოდი ე.წ. შუბისებრი (ნემსისებრი) პაპილოტომით, რომელიც დვრილის

კანულაციას არ საჭიროებს, მაგრამ აღნიშნული მეთოდი მოითხოვს ენდოსკოპისტისაგან დიდ გამოდიცლებას [68,110,130,217].

მკსტ-ის სასწრაფო ჩვენებად, ზოგიერთი ავტორი მიიჩნევს მწვავე პანკრეატიტს, რომელიც განვითარდა ფატერის დვრილში ჩაჭედილი ქვით ან დიდი დუოდენური დვრილის სტენოზით. ნაღვლის და პანკრეასის სეკრეციის დინების დაბრკოლების მოშორებით ეს ოპერაცია, სხვა კონსერვატიულ ღონისძიებებთან ერთად, ხელს უწყობს მწვავე ბილიარული პანკრეატიტის განკურნებას [140,217,270].

მკსტ-ის ეფექტურობას აფასებენ ლითიაზის და ფატერის დვრილის სტენოზის ლიკვიდაციის პოზიციიდან, რომლებიც წარმოადგენენ მექანიკური სიყვითლის მიზეზებს. ზოგიერთი ავტორის მონაცემებით მკსტ-ით წარმატებული შედეგი მიიღწევა 80-დან 90%-ში, ხოლო სპეციალიზირებულ კლინიკებში 97%-ში [130,175,208,217,220,222].

მკსტ-ის ერთ-ერთი ხშირი გართულებაა სისხლდენა გაკვეთილი ფატერის დვრილიდან და გვხვდება დაახლოებით 17,2%-ში და შეიძლება იყოს სხვადასხვა ინტენსივობის, უპირატესად ჩერდება კონსერვატიული საშუალებებით [28,57,68,110]. სერიოზულ გართულებად ითვლება მწვავე პანკრეატიტი, რომელიც ვითარდება ოპერაციიდან პირველ საათებში, ამ გართულების სიხშირე ზოგიერი ავტორის მონაცემებით აღწევს 1,7-დან 13%-ს [28,130,175]. მწვავე პანკრეატიტის განვითარების მიზეზი არის კონტრასტული ნივთიერების რამდენჯერმე შეყვანა სანაღვლე გზებში და მისი მოხვედრა ვირზუნგის სადინარში, შემდგომში არასრული ევაკუაციით, აგრეთვე მოუხეშავი და ტრავმული მანიპულაციები ფატერის



დვრილზე [28,130,217]. იშვიათ გართულებას მიეკუთვნება დორმის მარყუჟის მოწყვეტა და გაჭედვა სანაღვლე გზებში, რომელიც შეიძლება ამოღებული იქნას ენდოსკოპიურად ან მოითხოვოს ქირურგიული ჩარევა. მკსტ-ის მძიმე გართულებად ითვლება თორმეტგოჯას უკანა კედლის დაზიანება, რომელიც იწვევს რეტროპერიტონიალური სივრცის ფლეგმონას და პერიტონიტს, ეს გართულება, სხვადასხვა ავტორის მონაცემებით გვხვდება 0,8-დან 1,6%-ში [61,68,130,217].

აღნიშნული პერფორაცია ხდება დიდი განაკვეთის დროს, თუ გათვალისწინებული არ იქნა ქოლუდოქუსის ინტრამურული ნაწილის სიგრძე, რაც ხშირად დიდი დიამეტრის ქვის ამოღების მიზნით ხდება. მკსტ-ის გართულებას მიეკუთვნება სექტიური შოკი, გამოწვეული გრამუარყოფითი ბაქტერიებით. ბილიარული ტრაქტის დრენირების წარუმატებლობის დროს, ვითარდება ქოლანგიტის განვითარების საშიშროება [130,217].

სართოდ მკსტ-ის შემდეგ გართულებები ვითარდება 10%-ში, აქედან სიცოცხლისათვის საშიში გართულებები ვითარდება 2-3%-ში, ხოლო ლეტალობა 0,4-დან 0,6%-ში [28,130,217]. სხვა ავტორების მონაცემებით ლეტალობა მერყეობს 0,6-დან 1,1%-ში [20,175].

სანაღვლე გზების დეკომპრესიის და დრენირების მიზნით, განსაკუთრებით მწვავე ქოლანგიტის დროს, მკსტ-ის შემდეგ მიზანშეწონილია ნაზობილიარული დრენირება, რომლითაც გარკვეულწილად შესაძლებელი ხდება დრენირების დოზირების მართვა, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მექანიკური სიყვითლის დროს,

ღვიძლ-თირკმლის უკმარისობის პროფილაქტიკის თვალსაზრისით [2,20,116,175,213,214,217]. ზოგიერთი ავტორის აზრით, ნაზობილიარული დრენირებისათვის პაპილოსპინქტეროტომიის წარმოება იშვიათად არის საჭირო, მისი ჩაყენება ხერხდება მრქპბ-ის დროს ფატერის დვრილის კანულირების შემდეგ [130,217].

სანაღვლე გზების დეკომპრესიის ამ მეთოდს, მექანიკური სიყვითლის დროს, მიმართავს მრავალი ავტორი. ნაზობილიარული დრენირებისათვის გამოიყენება კათეტერები დიამეტრით 1,8-2,5მმ [20,57,130,167,175,217]. ნაზობილიარული დრენაჟი ხელს უწყობს როგორც ნაღვლოვანი ჰიპერტენზიის მოხსნას, აგრეთვე სანაღვლე გზების სანაციას. სამწუხაროდ, ჩაჭედული ქვების და გამოხატული ნაწიბუროვანი შევიწროების დროს, არცთუ იშვიათად ვერ ხერხდება სადრენაჟე კათეტერის გატარება ნაღვლის სადინარში ობტურაციის ადგილის ზევით [57,217]. ნაზობილიარული დრენირება უზრუნველყოფს შეგუბებული ნაღვლის გარეთ გამოყვანას. დღის განმავლობაში ნაღვლის დანაკარგი შეიძლება იყოს 450-1200 მლ. სანაღვლე გზების სანაცია, მათი გამორეცხვის გზით იწვევს ჩირქოვანი ქოლანგიტის კუპირებას და სანაღვლე გზების კედლის შემუპების ჩაცხრობას, აგრეთვე ნაღვლოვანი დედრიტის და ქვების გამორეცხვას. ქვები ხდება მოძრავი და იქმნება პირობები მათი სპონტანური გამოსვლისა თორმეტჯოგა ნაწლავში. გარდა ამისა სანაღვლე გზების გამორეცხვის შემდეგ იზრდება დორმიას მარყუჟის გამოყენების ეფექტურობა ქვების ექსტრაციის თვალსაზრისით [57,82,130,175]. ნაზობილიარული დრენირების შემდეგ, სისხლის ძირითადი ბიოქიმიური

პარამეტრების ნორმალიზება, რომლებიც გამოხატავენ ღვიძლის ფუნქციურ მდგომარეობას, აღინიშნება მე-9-11 დღიდან. ამასთან ამ პერიოდში საჭიროა ადექვატური ინფუზურ-მედიკამენტოზური თერაპია. აღსანიშნავია, რომ სანაღვლე გზებში ანთებითი პროცესის ჩაცხრობის შემდეგ, აღდგება ნაწლავებში ნაღვლის ბუნებრივი პასაჟი [57,130,175].

რაიმე გართულებებს, ნაზობილიარული დრენაჟის დაყენების დროს და მისი ხანგრძლივი ყოფნისას სანაღვლე გზებში, თუ არ ჩავთვლით ექსტ-ის გართულებებს, ადგილი არ აქვს [57,130,167,175]. ამასთან საჭიროა დრენაჟის ყოველდღიური კონტროლი, რადგან შესაძლებელია მისი გამოვარდნა ჰეპატოქოლედოქიდან, აგრეთვე ნაღვლის მოცულობის აღრიცხვა, მისი ადექვატური ჩანაცვლების მიზნით წყალ-მარილოვანი ხსნარებით. აღსანიშნავია, რომ კათეტერის მცირე დიამეტრის გამო, ხშირად ადგილი აქვს მის დახშობას ნაღვლის ნალექით და ფიბრინით, რაც ზოგჯერ აუცილებელს ხდის აღნიშნული დრენირების შეუღლებას ტტჰს-თან. ნაზობილიარული დრენირება არაეფექტურია დაალოებით 3%-ში [130,175,217].

აღნიშნული დრენირება შეიძლება გამოვიყენოთ ექსტ-ის წინ, მწვავე ქოლანგიტის დროს მაღალი ოპერაციული რისკით, განსაკუთრებით სისხლის შედედების დარღვევით. ყველა ქვის ამოუღებლობის შემთხვევაში ნაზობილიარულ დრენაჟს არ იღებენ პაპილოსპინქტეროტომიის შემდეგ. ეს შეიძლება გამოყენებული იქნას ქოლანგიოგრაფიისათვის და ქვების სპონტანური გამოსვლის დასაფიქსირებლად. ამ დრენაჟის საშუალებით სანაღვლე გზებში შეიძლება

შევიყვანოთ ქვის გამხსნელები: მაგ. მონოოქტანიონი და 3-მეთილბუტილ ეთერი [130,217].

მკსტ-ის დროს, ქვებს ქოლედოქიდან იღებენ დორმიას მარყუჯით ან ბალონიანი კათეტერით, ხშირად ქვების გამოსვლა ხდება თავისთავად მაშინვე ან გარკვეული პერიოდის შემდეგ სპონტანურად. ქვის ექსტრაქცია ქოლედოქიდან ხერხდება 90%-ში, თუ ყველა ქვის ამოღება ვერ მოხერხდა, განსაკუთრებით ქოლანგიტის დროს, ტოვებენ ნაზობილიარულ დრენაჟს ანდა ენდოპროთეზს [130,217,310]. ზოგიერთი ავტორის მონაცემებით, როდესაც ქოლედოქში აღინიშნება დიდი ზომის კონკრემენტი (15 მმ-ზე მეტი) შესაძლებელია მისი წარმატებული დანაწევრება მექანიკური ლითოტრიფსიით (გაძლიერებული დორმიას მარყუჯით) [110,130,217]. ურსოდეზოქსიქოლის მჟავის მიღება, ხელს უწყობს ქოლედოქიდან ქვების ამოღებას [130,217]. ექსტრაკორპორალური დამრტყმელ-ტალღოვანი ლითოტრიფსია საშუალებას იძლევა ქვების დაქუცმაცებისა და მათ გამოღებას პაპილოსპინქტეროტომიის შემდეგ. დამუშავების პროცესშია ლაზერული ლითოტრიფსიის მეთოდი [111,361,381,388,398]. აღნიშნული მეთოდები წარმოადგენენ მკსტ-ის (და სხვა მეთოდების) დამხმარე სამკურნალო საშუალებებს მექანიკური სიყვითლის დროს.

თუ ქვები 8 მმ-დეა, შესაძლებელია მათი ამოღება შეუცვლელი ფატერის დვრილის დროს ბალონური დილატაციით ან მის გარეშეც [217]. დიდი ქვების ამოღება შესაძლებელია მექანიკური ლითოტროფიის და ბალონური დილატაციის კომბინაციით, პაპილოსპინქტეროტომიის გარეშეც. ამ მეთოდის დროს მწვავე პანკრეატიტი, გართულების სახით ვითარდება

4%-ში, თუმცა აღნიშნული მეთოდის და მკსტ-ის შედარება, უპირატესობის თვალსაზრისით წარმოებული არ არის [173,217].

რაც შეეხება სანაღვლე გზების ენდოსკოპიურ ენდოპროთეზირებას, მკსტ-ის ან მის გარეშე მრქპბ-ის შემდეგ ქოლედოქის სტრიქტურის აღმოჩენის დროს, კათეტერის საშუალებით ქოლედოქსში შეყავთ გამტარი და ატარებენ მას შევიწროების ზევით, პირველ ეტაპზე ეს ხერხდება 60-70%-ში. ამ გამტარზე შეყავთ ენდოპროთეზი შევიწროების უბანში. ეფექტური დეკომპრესია მიიღწევა 3,3 მმ (10F) დიამეტრის ენდოპროთეზის დროს. გამოცდილი სპეციალისტი წარმატებულ ენდოპროთეზირებას აღწევს 85-90%-ში [130,197,206,217]. ენდოპროთეზირების ადრეულ გართულებებს მიეკუთვნება: ქოლანგიტი, პანკრეატიტი და სისხლდენა მკსტ-ის დროს; შედარებით შორეულ გართულებებს: ქოლანგიტი და სიყვითლის რეციდივი ენდოპროთეზის გამავლობის დარღვევის გამო. ის ადვილად გამოიცვლება ენდოსკოპიურად. მეტალის ბადისებრი ენდოპროთეზის დანერგვამ, რომელიც ფართოვდება 1 სმ-მდე, ამცირებს ამ გართულებებს [217,130,345]. პოლიეთილენის ენდოპროთეზის დახშობა 3-6 თვეში უვითარდება 25-დან 30% ავადმყოფს, ხოლო მეტალური ენდოპროთეზების გამავლობა ნარჩუნდება გაცილებით მეტხანს, მაგრამ მათი ფასიც მეტია. გამოცდილებიდან გამომდინარე, ავტორთა დიდი ნაწილი გვირჩევს, ჯერ პლასტმასის ენდოპროთეზის ჩაყენებას და მისი დახშობის შემდეგ, ავადმყოფებში დაავადების ნელი განვითარებით და სიცოცხლის ხანგრძლივობის დიდი ვადით, ის უნდა შეიცვალოს მეტალის ენდოპროთეზით [130,197,206,345].

სანაღვლე გზებზე ოპერაციების დროს შეიძლება აღინიშნებოდეს ნაღვლდენა ბუშტის ტაკვიდან ან დაზიანებული ქოლედოქიდან, ამ დროს ენდოპროტეზის ჩაყენება გამორიცხავს განმეორებით ოპერაციას ან ნაღვლოვანი ფისტულის ჩამოყალიბებას. ენდოპროთეზს იღებენ რამოდენიმე კვირის შემდეგ [130,217].

ექსტ-იის შორეული შედეგები გვიჩვენებენ, რომ ავადმყოფების 2/3-ში აღინიშნება აერობილია და დუოდენო-ბილიარული რეფლუქსი. 5 ან მეტი წლის შემდეგ ავადმყოფთა დაახლოებით 5-10%-ში ვითარდება სპინქტერის სტენოზი და ლითიაზის რეციდივი. სპინქტერის ფუნქციის დარღვევის შედეგები ნარჩუნდება დიდხანს [119,142,173,175,186,206,217,330].

ტრანსკუტანული ტრანსჰეპატური ქოლანგიოგრაფია მოგვაწოდეს H. Burchart და H. Mileer-მა 1921 წელს. A.P. Huard, Do Xuan Hap-მა (1937) პირველად ჩაატარეს ღვიძლშიდა ნაღვლის სადინრების ტრანსკუტანული ტრანსჰეპატური პუნქცია მექანიკური სიყვითლის დროს, რითაც მოხერხდა ბილიარული სისტემის კონტრასტირება და ვიზუალიზაცია, მაგრამ ეს მეთოდი ფართოდ ვერ გავრცელდა უპირატესად დიდი დიამეტრის ნემსების გამოყენებასთან დაკავშირებული სერიოზული გართულებების გამო.

მეთოდი პოპულარული გახდა წვრილი ნემსების გამოყენების შემდეგ, რომლებიც დამზადდა ტოკიოში «Chiba»-ს უნივერსიტეტში და პირველად გამოყენებული იყო ტრანსკუტანული ტრანსჰეპატური ქოლანგიოგრაფიის მიზნით.

კლინიკურ პრაქტიკაში ენდობილარული ჩარევების ფართო გამოყენება მხოლოდ უკანასკნელი 10 წლის განმავლობაში გახდა შესაძლებელი რენტგენოსატელევიზიო აპარატურისა და «Chiba»-ს (მილარდის, ლუნდერკვისტის) ზეწვრილი ნემსების გამოყენების შემდეგ, რამაც შეამცირა მოსალოდნელი გართულებათა განვითარების საშიშროება და გაზარდა ნაღვლის სადინრების სრულყოფილი კონტრასტირების სიხშირე. ლიტერატურული მონაცემებით «Chiba»-ს ნემსის გამოყენებისას შემთხვევათა 100%-ში კონტრასტირდებოდა ნაღვლის გაფართოებული სადინრები, 89%-ში გაუფართოებელი [18,20,51,55,57,102,110, 113,158,171,172,179,242,247].

1952 წელს L. Leger-მა 6 შემთხვევაში წარმატებით განახორციელა სანაღვლე გზების 2 ეტაპიანი გარეგანი დრენირება, 10 წლის შემდეგ 1962 წელს F. Glen-მა პირველად განახორციელა ნაღვლის სადინრების დეკომპრესია მექანიკური სიყვითლის დროს ტრანსკუტანური ნაღვლის გარეთ გამოყვანით, რასაც უწოდეს «ტრანსკუტანული ტრანსკუტანური რენტგენოენდობილარული დრენირება».

ზოგი ავტორი ნაღვლის სადინრების კათეტერიზაციას ახდენს ლითონის გამტარით, რომელიც სადინარში შეაქვთ ტრანსკუტანური ტრანსკუტანური ქოლანგიოგრაფიისათვის გამოყენებული ნემსით. სხვა ავტორები იგივეს აკეთებენ ტეფლონის გარსიანი ნემსით ან «Cook»-ის ტიპის სტილეტ-კათეტერის გადაადგილებით ლითონის გასწვრივ.

ზოგჯერ უპირატესობას ანიჭებენ სანაღვლე გზების პუნქციას ჯერ წვრილი ნემსით, შემდეგ კი – სტილეტ-კათეტერით [20,130,158,171,172, 175,350,353].

ნაღვლის სადინრების პოვნისა და დრენირების გასაადვილებლად მოწოდებულია ტრანსკუტანული ტრანსჰეპატური ქოლანგიოგრაფიის წინ სელექტიური ცელიაკოგრაფიის ან რეტროგრადული ქოლანგიოგრაფიის ჩატარება, რომელიც ზოგჯერ ართულებენ კიდევაც პროცედურას [20,175,130,217].

ზოგიერთი ავტორი ტრანსკუტანულ ტრანსჰეპატურ ქოლანგიოსტომიას Chiba-ს ნემსით წარმატებით იყენებს, როგორც მოსამზადებელ ეტაპს იმ ოპერაციის წინ, რომელიც გამიზნულია ქოლედოქოლოთიაზით ან სიმსივნით განპირობებული ხანგრძლივი მექანიკური სიყვითლის დროს, ნაღვლოვანი ჰიპერტენზიის, ქოლემიური ინტოქსიკაციის და ჩირქოვანი ქოლანგიტის კუპირების მიზნით [18,20,51,55,57,82,103,171,172,242,247,350,353].

მრავალი ავტორი არ აკონკრეტებს ტტჰს-ის ჩვენებას, განსაკუთრებით, როდესაც საკამათოა დრენირების ამა თუ იმ სახის გამოყენების საკითხი [27,95,103,117,175,130,217].

უმეტესობის აზრით, იგი უკუნაჩვენებია ღვიძლში არსებული მეტასტაზების, პროთრომბინის ინდექსის 50%-მდე შემცირების და თრომბოციტების 100 000-ზე ნაკლებობისას.

ზოგიერთი ავტორი კი, არ გვირჩევს ტრანსკუტანული და ტრანსჰეპატური ენდობილიარული ჩარევის განხორციელებას, თუ სისხლში პროთრომბინის ინდექსი 40%-ზე დაბალია, 80 000-ზე ნაკლები თრომბოციტოპენიაა, ნაწლავის ინტერპოზიციაა მუცლის კედელსა და ღვიძლს შორის, ღვიძლის მარჯვენა წილის ჰემანგიომატოზია, ავადმყოფის მდგომარეობა უკიდურესად მძიმეა. უნდა აღინიშნოს, რომ



ენდობილიარული ჩარევათა ჩვენებები და უკუჩვენებები ჯერ-ჯერობით დაუკონკრეტებელია [55,102,105,113,122,139,140,188].

არჩევნ ნაღვლის სადინრების სამი სახის დრენირებას: გარეგანს, გარეგან-შინაგანს და შინაგანს (ენდოპროთეზირება). გარეგანი დრენირება ყველაზე მარტივი და გავრცელებული მეთოდია, კეთდება სიმსივნის მიერ სადინრების სრული ოკლუზიის, ხანგრძლივი და გამოხატული სტენოზის ნაღვლის საერთო სადინრის დისტალურ ნაწილში ჩაჭედილი კენჭის და იატროგენული სტრიქტურების შემთხვევაში. ამგვარი დრენირებისას ნაღველი მხოლოდ გარეთ გამოდის, რაც მეთოდის გარკვეულ ნაკლად უნდა ჩაითვალოს.

მსგავს შემთხვევაში ყველა ავტორი პრაქტიკულად ერთნაირ მეთოდისას იყენებს [20,51,105,110,130,171,172,175,217,242,353].

გარეგან-შინაგანი დრენირება კეთდება ნაღვლის სადინრების არასრული ობსტრუქციისას, როდესაც ხერხდება მანდრენის კათეტერში გატარება დაბრკოლების ზონის გავლით ნაღვლის სადინრის ინტაქტურ სეგმენტში ან თორმეტგოჯა ნაწლავში, ეს შესაძლებელია 13-70%-ში [20,102,175].

ზოგიერთი ავტორი თვლის, რომ ამგვარი დრენირება მნიშვნელოვანია არამარტო წინასაოპერაციო მომზადებისას, არამედ ავთვისებიანი ინკურაბელური სიმსივნეების მქონე ავადმყოფებშიც. მათ ექმნებათ პირობები ენდოპროთეზირებისათვის – კარკასული ფარული დრენაჟის ტიპის ენდოპროთეზი იდგმება ობტურაციის არეში. გარდა ნაღვლის ნაწლავში პასაჟის აღდგენისა და ნაღვლის დანაკარგის მინიმუმამდე

შემცირებისა, ეს მეთოდისა ქმნის ესთეტიკურად ხელსაყრელ პირობებს ავადმყოფისთვის.

ტიპურ გარეგან დრენირებას, როგორც წესი, თან სდევს მასიური ნალვლდენა, რაც იწვევს ელექტროლიტურ დარღვევებს, ჰიპო- და დისპროტეინემიას და ნივთიერებათა ცვლის სხვა დარღვევებს [55,82,102,175,242].

ავტორთა უმრავლესობა უპირატესობას შინაგან დრენირებას ანიჭებს. იგი უფრო ფიზიოლოგიურია და ავადმყოფს ნალვლის Per os მიღებას აცილებს [121,130,175,217,377].

გარეგანი დრენირების გაკეთება უფრო ადვილია, მაგრამ ამ დროს ხშირია ქოლანგიტები [20,175], გარეგან-შინაგანი დრენირებისას ნაწლავში ტოქსიური ნალვლის მოხვედრა აღრმავებს ენდოგენურ ინტოქსიკაციას და არ იძლევა ნალვლის სადინრების დოზირებული დეკომპრესიის ჩატარების შესაძლებლობას [20,116,130,175].

ლიტერატურული მონაცემებით, მექანიკური სიყვითლის მქონე ავადმყოფთა 62-95%-ს ტრანსკუტანული ტრანსჰეპატური ქოლანგიოსტომიის შემდეგ აღენიშნება მდგომარეობის გაუმჯობესება [18,20,51,55,57,82,217,242].

ავტორთა უმრავლესობა თვლის, რომ სწორედ ნალვლის სადინრებში ჰიპერტენზიის ლიკვიდაცია უწყობს ხელს ჰეპატოციტების ფუნქციის გაუმჯობესებას. ისინი ქოლანგიოსტომიის კარგ შედეგებს ხსნიან მეორადი პორტული ჰიპერტენზიის ნიველირებით, ღვიძლისთვის სისხლის მიწოდების გაუმჯობესებით და მისი ფუნქციის აღდგენით [25,27,170].

ექვს არ იწვევს ტტქს-ის პარალელურად ანტიბაქტერიული თერაპიის ჩატარების აუცილებლობა იმ ავადმყოფებში, რომელთაც აქვთ აღმავალი ჩირქოვანი ქოლანგიტი, ღვიძლის მრავლობითი აბსცესები, მწვავე ბილიარული სეფსისის დროს [31,60,79,327,411].

1978 წელს პირველად გამოქვეყნდა ტტქს-ით სტრიქტურების დილატაციის შედეგები. მოგვიანებით მსგავსი მონაცემები გამოაქვეყნეს სხვა ავტორებმაც [206,247,257,383]. ზოგიერთმა ავტორმა ტრანსკუტანური ტრანსჰეპატური ქოლანგიოსტომიით განახორციელეს და აღწერეს სტენოზური ბილიოდისტაზიური ანასტომოზების ელექტროკვეთა და პაპილოსპინქტეროტომიაც. ამ მეთოდიკის გამოყენებისას აღინიშნება ისეთი გართულებები, როგორცაა სისხლდენა, ნაწლავის პერფორაცია და პერიტონიტი, რის გამოც მათი ხმარება შეზღუდულია [391].

ტტქს-იას იყენებენ აგრეთვე, კონკრემენტების დასაშლელად სხვადასხვა ხსნარების შეყვანით სანაღვლე გზებში [130,217]. მეთოდი მარტივი და ნაკლებად ტრავმულია, თუმცა მის ჩატარებას დიდი დრო სჭირდება და ყველა კონკრემენტის ლიზისიც ვერ ხერხდება.

უფრო ხშირად იყენებენ კონკრემენტების ექსტრაქციას. ზოგიერთი ავტორი ამას აკეთებს კალათისმაგვარი კათეტერით (დორმიას მარყუჟი), რაც მეგაკონკრემენტების შემთხვევაში ზოგჯერ შეუძლებელია [20,159,415].

მაგრამ ამ მეთოდიკებს მრავალი ნაკლი გააჩნიათ, რის გამოც მათ ფართე გავრცელება ვერ ჰპოვეს.

შინაგანი დრენირების ერთ-ერთი პროგრესული მეთოდია ნაღვლის სადინრების ენდოპროტეზირება, რომლის იდეაც წამოაყენა K.Wiechel-მა

1984 წელს. უფრო ხშირად მას იყენებენ ჰეპატოპანკრეატოდუდენური ზონის ინოპერაბელური სიმსივნეების ფონზე განვითარებული მექანიკური სიყვითლის დროს [18,20,130,217].

ენდოპროტეზს ამზადებენ ტეფლონის ან ლითონისაგან. მაგ. ზიგზაგისებრი ენდოპროთეზი Gianturco და ბადისებრი Wallstent [206,217,247,257]. თუმცა ითვლება, რომ მსგავსი დრენაჟის დაყენება დასაშვებია მხოლოდ ნაღვლის სადინრების არასრული ობსტრუქციისას. დრენაჟის მცირე დიამეტრის გამო მისი სანათური ხშირად ობტურირდება და ნაღვლის სადინრებში ხანგრძლივად ყოფნისას ინკრუსტირდება. F. Burcharth-მა (1986) ტრანსკუტანული ტრანსჰეპატური ენდოპროთეზირება გაუკეთა 12 ავადმყოფს ნაღვლის სადინრების ხანგრძლივი დრენირების, 7 ავადმყოფს კი – წინასაოპერაციო მომზადების მიზნით, არც ერთ შემთხვევაში სიყვითლე აღარ განვითარებულა, არ აღინიშნებოდა გართულებებიც [20]. ენდოპროტეზირების წარმატებული ჩაყენება ხერხდება 85%-ში. 65-70,5%-ში შესაძლებელია ობტურაციის სრული ლიკვიდაცია, ხოლო 15%-ში შესაძლებელია ნაწილობრივი დეკომპრესია. ენდოპროტეზირებისას სერიოზული გართულებები ვითარდება 3%-ში სისხლდენის და ნაღვლოვანი პერიტონიტის გამო. ლეტალური გამოსავალი იშვიათია [130,134,206,217].

არსებობს კომბინირებული მიდგომა, როდესაც ტტჰს-ის შემდეგ, ენდოსკოპიურად ჩაყენდება ენდოპროთეზი, გამტარის მეშვეობით, რომელიც ჩაყენებულია ტრანსკუტანულად და შეყვანილია

თორმეტგოჯაში, ამ მეთოდის დროს გართულებები შედარებით მეტია [122].

ტრანსკუტანული ენდოპროთეზირება, ბალონურ დილატაციასთან ერთად შეიძლება გამოვიყენოთ ბდა-ის სტენოზის დროს, ავადმყოფებში, რომლებშიც ქირურგიული ჩარევა მიზანშეწონილი არ არის [130,217,383], ასევე წარმატებით გამოიყენება ქოლედოქუსის კეთილთვისებიანი სტრიქტურების დროს, მათი ტრანსკუტანული, ტრანსჰეპატური ბალონური დილატაცია [383].

ოპერაციის წინა დრენირების ჩვენებების შესახებ ერთიანი აზრი არ არსებობს. W. Schwars და თანაავტ. (1984) ახდენენ ენდობილიარული ჩარევების ჩვენების დიფერენცირებას ორ ჯგუფად: აბსოლუტურ (ბილირუბინის დონე -  $>300$  მკმოლ/ლ, კრეატინინის კლირენსი -  $50$  მლ/წთ) და შეფარდებით (60 წელზე მეტი ასაკი, სხეულის მასის დაკარგვა -  $>10\%$ , ალბუმინის შემცველობა სისხლში -  $<30$  გ/ლ) ჯგუფებად.

ენდობილიარული ჩარევების ჩვენების განმსაზღვრელ ფაქტორთაგან J.M. Dixon-მა (1983) გამოყო ბილირუბინის კონცენტრაცია  $>100$  მკმოლ/ლ, ალბუმინის -  $<30$  გ/ლ და კრეატინინის - არანაკლებ  $130$  მმოლ/ლ. J.A. Pain და თანაავტ. (1980) ასევე სამი ფაქტორი გამოყვეს: ჰემატოკრიტი  $<30\%$ , ბილირუბინის შემცველობა პლაზმაში  $>200$  მკმოლ/ლ, პროცესის ავთვისებიანობა [386].

ტტჰბ-ის და ტტჰს-ის დროს გართულებები ვითარდება  $5\%$ -ზე ნაკლებ შემთხვევაში, ავადმყოფებში ქოლანგიტით ან უსიმპტომო ბაქტერიობილიით და გამოიხატება: სისხლდენით, ნაღვლდენით და

სეპტიცემიით რომელიც, როგორც წესი, გამოწვეულია გრამუარყოფითი ბაქტერიებით [171,172,217].

ზოგიერთი ავტორი თავის კვლევებში აკეთებს ტრანსკეპატური და ენდოსკოპიური ტრანსსპაპილური ქოლანგიოკვლევების და სამკურნალო ჩარევის შედეგებით ანალიზს [130,198,241,257].

Таточенко К.В.-ს თანაავტორებთან ერთად მიაჩნია, რომ ტტჰბ-ის ეფექტურობა გაცილებით აღემატება მრჰპბ-ის შესაძლებლობებს. კერძოდ ტტჰბ-ია შეიძლება გამოვიყენოთ, როგორც ნორმალური, ასევე ძალიან მაღალი ბილირუბინემიის დროს (რენტგენოტელევიზორის და Deimer-ის მოდიფიკაციის გამოყენებით), ხოლო მრჰპბ-ის ეფექტურობა 10 მგ%-ზე მაღალი ბილირუბინემიის დროს ძალიან დაბალია ან საერთოდ ვერ ხორციელდება [198].

ზოგიერთი ავტორის აზრით მკსტ-ია, როგორც სანაღვლე გზების დეკომპრესიის საშუალება თავისი ეფექტურობით ასევე ჩამოუვარდება ტტქს-ის შესაძლებლობებს, რადგან ამ ავტორების აზრით მისი შესრულება შედარებით რთულია, აქვს შეზღუდული ჩვენება (პაპილაში ჩაჭედილი კენჭი და გაუვრცელებელი სტრიქტურა) და იძლევა გართულებების უფრო მაღალ პროცენტს ვიდრე ტტჰს-ია [55,57,133,217,408,415].

გარდა ამისა სანაღვლე გზების დეკომპრესია უფრო მართვადია (დოზირების თვალსაზრისით) ტტჰს-ის დროს. მრჰპბ-ით სანაღვლე გზების მართვადი დოზირებული დეკომპრესიის განხორციელება

გარკვეულწილად შესაძლებელია მხოლოდ ნაზობილიარული დრენირების განხორციელების საშუალებით [130,175,217,274].

თუმცა ავტორთა უმრავლესობას, ამის თაობაზე განსაკუთრებით ბოლო წლებში, სრულიად განსხვავებული მოსაზრებები გააჩნიათ. დღეისათვის ტტჰბ-ია და ტტჰს-ია უმრავლეს შემთხვევაში განიხილება, როგორც სარეზერვო ვარიანტი და გამოიყენება მხოლოდ მრჰპბ-ს და ეპსტ-ის წარუმატებლობის შემდეგ [11,130,397,405]. მეთოდის არჩევა განპირობებულია არა იმით, რომ ამ დროს გვაქვს ნაკლები გართულებები, არამედ მრჰპბ-ს და ეპსტ-ის უფრო ფართო თერაპიული შესაძლებლობებით, რომელიც შეუძლებელია ენდოსკოპიური ჩარევის მცირე რისკთან. ეპსტ-ის საშუალებით შესაძლებელია ობტურაციის მიზეზის მოშორებაც უმრავლეს შემთხვევაში, ვიდრე ტტჰს-ის დროს. როცა ეპსტ-ის ჩატარება შეუძლებელია, მაშინ პირველ რიგში გამოდის ტტჰს-ია [11,110,130,200].

ეპსტ-ია ხშირად ხდება მკურნალობის საბოლოო სახედ, განსაკუთრებით სომატურად მძიმე, ხნიერ და მოხუცი ასაკის ავადმყოფებში [90,97,110,186,189].

ავტორთა უმრავლესობა თვლის, რომ ოპერაციის წინა სანადვლე გზების დეკომპრესია აუმჯობესებს ოპერაციული მკურნალობის შედეგებს და მისი განხორციელების შემდეგ პოსტოპერაციული გართულებების სიხშირე შეადგენს 8-18%, დეკომპრესიის გარეშე კი 52-70%-ს [2,20,25,27,45, 49,62,63,110,175,222,273,306,377].

ოპერაციის წინ დრენირების ხანგრძლივობის შესახებ ერთიანი აზრი არ არსებობს. ზოგ ავტორს მიაჩნია, რომ აუცილებელია სისხლის პლაზმაში ბილირუბინის კონცენტრაციის შემცირების მიღწევა ნორმამდე [51,102,122,133].

სხვები თვლიან, რომ ქოლანგიოსტომიის ხანგრძლივობა უნდა განისაზღვროს ბილირუბინის კონცენტრაციის შემცირებით გარკვეულ კრიტიკულ დონემდე, რომელიც შეადგენს 100-170 მმოლ/ლ [55,57,113].

ზოგმა ავტორმა დაადგინა, რომ სისხლის პლაზმაში ბილირუბინის შემცველობის მაჩვენებელი არ შეიძლება წარმოადგენდეს სარწმუნო კრიტერიუმს ქოლანგიოსტომიის შედეგების შესაფასებლად, ვინაიდან იგი ყოველთვის არ შეესაბამება ავადმყოფის მდგომარეობის სიმძიმეს [25,27,95]. სხვა ავტორების აზრით, დრენირების ხანგრძლივობა უნდა იყოს 2-3 კვირა, რასაც განსაზღვრავს რამდენიმე პარამეტრი: ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა და სისხლის პლაზმაში ბილირუბინისა და ტუტე ფოსფატაზის კონცენტრაციების შემცირება [2,20].

ზოგიერთი ავტორი უფრო აკონკრეტებს ოპერაციის წინა დრენირების და მეორე მომენტის ოპერაციის ჩატარების ვადებს. მაგ. ლაპარასკოპიული ქოლექციოსტომიის დროს, ორგანიზმის ზოგადი მდგომარეობის სტაბილიზაცია, სიყვითლის ლიკვიდაციასთან ერთად აღინიშნება მე-7-8 დღიდან. მკსტ-ის და ნაზობილიარული დრენირების შემდეგ – მე-9-11 დღიდან, ხოლო ტტჰს-ის დროს მე-12-14 დღიდან. ამ ავტორთა აზრით, სწორედ ამ ვადებში უნდა გაკეთდეს მეორე მომენტად რადიკალური ოპერაცია [175].



სხვა ავტორებს, ოპერაციის წინა დრენირების ხანგრძლივობის და მეორე მომენტად რადიკალური ოპერაციის ჩატარების ვადების ძირითად კრიტერიუმად, ღვიძლის უკმარისობის ხარისხი მიაჩნია. კერძოდ: I ხარისხის დროს – რადიკალური ჩარევა ხორციელდება დეკომპრესიის დაწყებიდან ერთი კვირის შემდეგ. II ხარისხის დროს – აღნიშნული ოპერაცია უნდა განხორციელდეს ორი კვირის თავზე, ბილირუბინის 60 მკმოლ/ლ-მდე შემცირების და სხვა ბიოლოგიური მაჩვენებლების და ინტოქსიკაციის მარკერების ნორმალიზაციის შემდეგ. III ხარისხის დროს, რადიკალური ოპერაციის ჩატარება არ შეიძლება ოთხ კვირაზე ადრე, სწორედ ამ დროისთვის ნორმალიზდება ძირითადი მაჩვენებლები [82]. უმრავლესობა ავტორის აზრით კი, საჭიროა დეკომპრესიის ხანგრძლივობის ინდივიდუალიზაცია ძირითადი დაავადების ხასიათის, თანმხლებ დაავადებათა არსებობის, მექანიკური სიყვითლის ხანგრძლივობისა და ინტენსივობის, ზოგადი მდგომარეობის სიმძიმის, ორგანოებისა და სისტემების დარღვეულ ფუნქციათა ნორმალიზაციის ხარისხის გათვალისწინებით [171,172,179,242,350].

ამრიგად, ლიტერატურული მიმოხილვის ანალიზის საფუძველზე, კარგად ჩანს, რომ ავტორთა უმრავლესობა ემხრობა და აუცილებლად თვლის მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღვლკენჭოვანი დაავადების დროს ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობის პრინციპს [2,20,32,34,35,51,55,57,58,69,82,85,88,102,110,113,120,131,132,133,135,137,141,157,161,171,172,177,179,208,209,226,233,273,284,301,303,306,308,319,326,339,366,376,377], მაგრამ აღნიშნული მკურნალობის ეფექტურობა, ერთმომენტთან შედარებით,

ამ ნაშრომებში არასაკმარისად არის ნაჩვენები. ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობის ჩვენებად, ფაქტიურად იგულისხმება – ოპერაციის წინა დრენირების ჩვენება, რომელიც უმრავლესი ნაშრომების ანალიზის საფუძველზე ასე შეიძლება ჩამოვყალიბოთ: ხანგრძლივი მექანიკური სიყვითლე, ავადმყოფებში მაღალი ოპერაციული რისკით, სიყვითლის მატების, ინტოქსიკაციის და ღვიძლის უკმარისობის ნიშნები. როგორც ვხედავთ, აღნიშნული ჩვენება (თუ არ ჩავთვლით ზოგიერთი ავტორის მიერ შეტანილ გარკვეულ კონკრეტიკას), ძალიან ზოგადია. გაურკვეველია მექანიკური სიყვითლის ხანგრძლივობა, აგრეთვე ავადმყოფთა რომელი რისკ-ჯგუფისათვის წარმოადგენს ის აუცილებლობას; პირველ რიგში რომელი კონკრეტული კრიტერიუმებით უნდა ვიხელმძღვანელოთ ინტოქსიკაციის და ღვიძლის უკმარისობის ხარისხის დადგენაში და სხვ. ამასთან დაუზუსტებელია მკსტ-ის და ტტჰს-ის ჩვენებები ცალკეულ კონკრეტულ შემთხვევაში. მკსტ-ის ჩვენებებში გათვალისწინებულია ძირითადად ბილიო-პანკრეატული ზონის ორგანოების ანატომიური თავისებურებები, კონკრემენტების ზომები, ობტურაციის მიზეზები, მაგრამ არ არის ავადმყოფის ზოგად-სომატური მდგომარეობის გამომხატველი კლინიკო-ლაბორატორიული სტატუსი. ტტჰს-ის ჩვენებებში ეს უკანასკნელი გარკვეულწილად გათვალისწინებულია, მაგრამ ძალიან ზოგადია და დაუკონკრეტებელი.

## 1.2.2. მინინვაზიური ლაპაროსკოპიული ოპერაციები

წარმატებები მუცლის ღრუს დაავადებების ქირურგიულ მკურნალობაში, მათ შორის, განსაკუთრებით ნაღველკენჭოვანი დაავადებებისა, სადღეისოდ განპირობებულია ლაპაროსკოპიული ქირურგიული მეთოდის გამოყენების ეფექტურობით. კლინიკურ პრაქტიკაში ახალი მცირეინვაზიური ქირურგიული მეთოდების ფართოდ გამოყენება და დანერგვა უკავშირდება აღნიშნულ სფეროში ბოლო წლების მიღწევებს [15,50,64,73,89,96,104,106,194,252,263,300,331].

ლაპაროსკოპიული ქირურგიული მკურნალობის მეთოდი საშუალებას იძლევა მკვეთრად შევამციროთ ოპერაციული ტრავმა და ამ უკანასკნელით გამოწვეული ისეთი გართულებები როგორცაა: ნაწლავთა პარეზი, ოპერაციის შემდგომი თიაქრები, ლიგატურული ფისტულები, ჭრილობის დაჩირქება, ორგანოთა ფუნქციების და ჰომეოსტაზის მაჩვენებლების დარღვევა, ავადმყოფის სტაციონარში დაყოვნების დრო და სხვ [108,127,180,207,300,331,337,339, 374,376].

ლაპაროსკოპიული ქირურგიული მეთოდით მკურნალობის წარმატებით გამოყენება მოითხოვს მის მუდმივ განვითარებას და დახვეწას, დაგროვილი პრაქტიკული შედეგების ანალიზს და მეცნიერულ დასაბუთებას, რაც საშუალებას მოგვცემს განვსაზღვროთ მისი გამოყენების არეალი და ტრადიციულ ქირურგიულ მკურნალობასთან ერთად ადეკვატურად და ეფექტურად ვიმოქმედოთ პათოლოგიური პროცესის სხვადასხვა ფორმაზე [180,280,283,296,312].

100 წელზე მეტია კენჭოვანი ქოლევისტიტის მკურნალობის «ოქროს სტანდარტად» აღიარებული იყო და რჩება ღია ქოლევისტექტომია, მის ჭეშმარიტ ღირსებას წარმოადგენს ოპერაციის რადიკალობა, რომელიც იძლევა გარანტიას არ განვითარდეს დაავადების რეციდივი [48,89,126,256,374]. სხვა არანაკლებ მნიშვნელოვან ღირსებად შეიძლება მივიჩნიოთ ოპერაციის ტექნიკური სიმარტივე, ჩარევის შესრულების შესაძლებლობა სპეციალური ძვირადღირებული აპარატურისა და ინსტრუმენტების გარეშე. ამასთან ერთად ტრადიციული ქოლევისტექტომია ავადმყოფისთვის ითვლება საკმაოდ მძიმე ქირურგიულ ჩარევად, რაც დაკავშირებულია ტრავმულ ოპერაციულ განაკვეთთან, რომელიც გამოიხატება ოპერაციის შემდეგ ტკივილის სინდრომით, დიდი პერიოდის განმავლობაში. შესაბამისად ხანგრძლივდება რეაბილიტაციის პერიოდი [20,127,153,219,300,331,339]. ღია ქოლევისტექტომიის შემდეგ, ოპერაციის შემდგომი გართულებები, სხვადასხვა ავტორის მონაცემებით, შეადგენს საშუალოდ 12-15%, მცირდება 0,5-1%-მდე 60 წლამდე ასაკის ჯგუფში, მაგრამ მკვეთრად იზრდება ხანშიშესულ და მოხუცთა ასაკში და შეიძლება მიაღწიოს 60%-საც კი [49,54,97,160,204].

რეზიდუალური ქვების ანუ ქოლედოქოლითიაზის ცრუ რეციდივის თავიდან ასაცილებლად ყველაზე უფრო საიმედო დიაგნოსტიკურ მეთოდს წარმოადგენს ოპერაციული ქოლანგიოგრაფია და განსაკუთრებით რენტგენოსატელევიზიო ქოლანგიოსკოპია. ოპერაციული ქოლანგიოგრაფია

ნაღვლის გზებში კონკრემენტების აღმოჩენის საშუალებას იძლევა 90,3-95,7% შემთხვევაში [2,11,20,44,130,217].

ლეტალობა ღია ქოლეცისტექტომიების დროს დამოკიდებულია მთელ რიგ ფაქტორებზე: ავადმყოფის ასაკზე, ნაღველკენჭოვანი დაავადების გართულებებზე, თანმხლები დაავადებების არსებობაზე, ოპერაციული ჩარევის დროზე, ინტრაოპერაციული ან პოსტოპერაციული გართულებების განვითარებაზე. ქოლეცისტექტომიის შემდეგ ლეტალობა შეიძლება მერყეობდეს 0%-დან (გეგმიური ოპერაციების შემდეგ გაურთულებელი ქრონიკული კენჭოვანი ქოლეცისტიტების გამო 60 წლამდე პაციენტებში) 40%-მდე (გადაუდებელი და სასწრაფო ოპერაციების და სასიცოცხლო ჩვენებით წარმოებული ოპერაციების შემდეგ ხანშიშესულ და მოხუცთა ასაკში) [49,54,64,126,150,204]. ზოგიერთი ავტორის მონაცემებით ქოლედოქოლითიაზის გართულებულ შემთხვევაში (ჩირქოვანი ქოლანგიტი, ღვიძლ-თირკმლის უკმარისობა, პერიტონიტი და სხვ.), როცა საჭირო იყო ნაღვლის გზების გარეთა დრენირება და სხვა დამზოგველი ქირურგიული მეთოდების გამოყენება შეუძლებელი იყო, ოპერაციის შემდგომმა ლეტალობამ შეადგინა 38% [127,175,331]. მსგავსი გართულებული შემთხვევების დროს მრავალი ავტორი [4,10,79,130] ქირურგიული მკურნალობის შედეგების გაუმჯობესებას უკავშირებს დეტოქსიკაციის სხვადასხვა მეთოდის გამოყენებას ოპერაციასთან ერთად კომპლექსში.

აღნიშნავენ რა ნაღველკენჭოვანი პათოლოგიით დაავადებულ ავადმყოფთა რიცხვის მკვეთრ ზრდას, ზოგიერთი ავტორი [143,161] ამ

დაავადების მკურნალობის პრობლემის გადაწყვეტის მიზნით გვთავაზობს ქირურგიული აქტივობის გაზრდას, კენჭოვანი ქოლეცისტიტის მქონე ავადმყოფთა შორის. ქირურგიული ტაქტიკის სრულყოფილებისადმი მიძღვნილია მრავალი შრომა [20,22,32,36,43,48,68,85,86,88,89,96,104,106, 110,117,120,164,244,318,348,403].

სხვადასხვა ავტორების მონაცემებით მექანიკური სიყვითლით გართულებულ მწვავე ქოლეცისტიტების დროს ლეტალობამ შეიძლება მიაღწიოს 40%-ს და მეტს [80,85,114], თუმცა უმრავლესი ავტორები ლეტალობის მაჩვენებლად მიუთითებენ 2,3-11,1%-ის ფარგლებში [22,36,117,175,410].

ტრადიციული ქოლეცისტექტომიის ნაკლოვანებები, აგრეთვე ოპერაციის შემდგომი გართულებებისა და ლეტალობის უმნიშვნელო კლება გვაიძულებს ვეძებოთ ახალი გზები ნაღველკენჭოვანი დაავადებების მკურნალობაში. 80-იანი წლებიდან მსოფლიოში გაჩნდა ახალი ტენდენცია, ქოლეცისტექტომიის წარმოება მცირე განაკვეთიდან ანუ მინი ქოლეცისტექტომია. რუსეთში 1992 წელს М.Н. Прудков და თანაავტორების მიერ შეიქმნა და დანერგული იქნა მინი განაკვეთიდან ქოლეცისტექტომიის მეთოდიკა. ოპერაციის არსი მდგომარეობს იმაში, რომ ჩარევა ხორციელდება 3-5 სმ სიგრძის ლაპაროტომული განაკვეთიდან სპეციალური ინსტრუმენტების და მოწყობილობების დახმარებით, რაც საშუალებას იძლევა განხორციელდეს საკმაოდ კარგი მიდგომა ნაღვლის ბუშტსა და ჰეპატოდუოდენურ იოგზე [48,89,100,104,106]. ამ მეთოდის ნაკლად ითვლება: მუცლის ღრუს ორგანოების სრულყოფილი რევიზიის შეუძლებლობა, სპეციალური ძვირადღირებულო ინსტრუმენტების

გამოყენების აუცილებლობა [13,92,74]. ის მცირერიცხოვანი პუბლიკაციები და მოხსენებები, რომლებიც არსებობს მინილაპაროტომიური მეთოდით ნაღველკენჭოვანი დაავადების და მისი გართულებების ქირურგიულ მკურნალობასთან დაკავშირებით ატარებენ წინააღმდეგობრივ ხასიათს [146,152,174,201,218,219].

1986 წელს შეიქმნა კომპიუტერული TV-კამერა, რომელიც შეერთებული იქნა ლაპაროსკოპთან, აქედან დაიწყო ვიზუალურ კონტროლზე დაფუძნებული ქირურგიის ერა, რომლის დროსაც ლაპაროსკოპიულ ქირურგიულ მეთოდებს იყენებენ უფრო რთული პროცედურების შესასრულებლად. ბოლო ათწლეულის მანძილზე ტრადიციული ქირურგიული და ენდოსკოპიური მეცნიერების შერწყმით შეიქმნა ახალი დარგი მცირეინვაზიური ენდოქირურგიის სახელწოდებით [11,50,207,399,400]. ბოლო წლებში ქირურგიის ამ მიმართულებამ სწრაფი განვითარება ჰპოვა, რომლის დროსაც გამოიყენება ტექნიკის უახლოესი მიღწევები – მინიატურული ვიდეოკამერები, მაღალი ხარისხის სატელევიზიო მოწყობილობები სტაბილური გამოსახულებით, ძლიერი მცირეგაბარიტული ცივი შუქის წყაროები, ბოჭკოვანი ოპტიკა [11,187,264,367].

აღნიშნული მცირეინვაზიური ტექნიკის მთავარ მიღწევად ითვლება ოპერაციული ჩარევების მცირე ტრავმულობა [11,144,370,371,416]. ამის შესაბამისად მცირდება ავადმყოფის სტაციონარში დაყოვნების დრო, სწრაფად ხდება რეაბილიტაცია და ნორმალურ ყოველდღიურ ცხოვრებაში დაბრუნება [14,17,127,300,331].

1987 წლის მარტში F. Mouret და 1988 წლის მაისში F. Dubois საფრანგეთში შეიმუშავეს და წარმატებით განახორციელეს ლაპაროსკოპიული ქოლეცისტექტომია. ამჟამად ნაღველკენჭოვანი დაავადების ქირურგიული მკურნალობის დროს 90%-მდე ოპერაციები სრულდება ლაპაროსკოპიული მეთოდით [11,16,130,217,262,337]. სწრაფად ფართოვდება მცირე ინვაზიური ოპერაციების ჩვენებები როგორც გეგმიურ, ასევე გადაუდებელ ქირურგიაში [194,251,297,396].

საყოველთაოდ გავრცელებულმა ლაპაროსკოპიულმა ოპერაციებმა დაამტკიცა ამ მეთოდის უპირატესობანი: ჩარევის რადიკალობა, მცირე ტრავმულობა, ტკივილის სუსტი სინდრომი, ჰოსპიტალიზაციის მცირე პერიოდი, სწრაფი რეაბილიტაცია, გართულებების რიცხვის შემცირება და კოსმეტიკური ეფექტი [38,46,73,136,224,239,264,314,355].

ნაღველკენჭოვანი დაავადებების მექანიკური სიყვითლით გართულების შემთხვევაში, რომლის უხშირეს მიზეზსაც ქოლედოქოლითიაზი წარმოადგენს, ზოგიერთი ავტორი მოუწოდებს შესრულდეს ტრადიციული ღია ქოლეცისტექტომია, ნაწილი ავტორებისა – ლაპაროსკოპიული ქოლეცისტექტომია, ხოლო ოპერაციის შემდეგ ან უფრო ხშირად მანამდე წარმოებულ იქნას ენდოსკოპიური პაპილოსპინქტეროტომია კონკრემენტების მოცილებით [193,231,243,282,304,338]. ზოგიერთმა ავტორმა კი დააგროვა ლაპაროსკოპიული ქოლედოქოლითოტომიის გამოცდილებაც [74,93,94,164,187,235,244,252,263].



საინტერესო წინადადებას წარმოადგენს ენდოსკოპიური მკურნალობის და ექსტრაკორპორალური ლითოტრიფსიის შერწყმული გამოყენება, რომელიც გამართლებულია დიდი ქვების არსებობის დროს [192,243]. ნაღვლის გზების განთავისუფლება ქვებისაგან შეიძლება აგრეთვე ლაპაროსკოპიული ინტრაოპერაციული ქოლედოქოლითოტომიით, თუმცა მისი შესრულება ლაპაროსკოპულად ტექნიკურად რთულია, მაგრამ ეს მეთოდი საშუალებას იძლევა შენარჩუნდეს ფატერის დვრილის სპინქტერული აპარატი [93,309]. ქოლედოქოლითიაზის გამოსავლენად არსებული მრავალი დიაგნოსტიკური ხერხის მიუხედავად, ლქმ-ის შემდეგ, სადინრებში რეზიდუალური ქვები გვხვდება 1-3% ავადმყოფებში. საგულისხმოა, რომ ეს ციფრები ეხება კლინიკურად გამოვლინებულ ნარჩენ ქოლედოქოლითიაზს [192,414].

ლიტერატურული წყაროების ანალიზის საფუძველზე კარგად ვხედავთ, რომ ლაპაროსკოპიული ქირურგიული მეთოდების შესაძლებლობები მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების დროს მნიშვნელოვნად შეზღუდულია.

### 1.3. ქოლედოქოტომია და მისი დასრულების სახე –

#### ქოლედოქოდუოდენო ანასტომოზი

ნაღველკენჭოვანი დაავადებების დროს მექანიკური სიყვითლე ქოლედოქოტომიის პირდაპირ ჩვენებას წარმოადგენს [2,67,72,82,99,107,109, 112,138,148,162,165,175,176,178,281,339].

მას შემდეგ, რაც კიუმელმა (Kummel) 1884 წელს პირველად აწარმოა ქოლედოქოტომია [212], მისი დასრულების მეთოდის არჩევა პრობლემატურია. მოწოდებულია ქოლედოქოტომიის დასრულების მრავალი ხერხი და მათი ჩვენებები, რომლებიც ქირურგიული ტექნიკის განვითარებისა და მკურნალობის ცვლილებებთან დაკავშირებით პერნამანენტულად იცვლება, მითუმეტეს თანამედროვე პირობებში, როდესაც კლინიკაში იწერება მექანიკური სიყვითლის ქირურგიული მკურნალობის ეტაპობრივი პრინციპები [20,67,121,148,162,165,176,368].

ქოლედოქოტომიის დასრულების ერთ-ერთ მიღებულ ხერხს (სათანადო ჩვენებების დროს), წარმოადგენს სუპრადუოდენური ქოლედოქოდუოდენო ანასტომოზი (ქდა) [33,40,66,67,69,70,124,149,165,168,178, 190,195,215,216,253,339,368,385].

მექანიკური სიყვითლის დროს საჭმლის მომწელებელ ტრაქტში ნაღვლის გადაყვანის იდეა პირველად გამოთქმული იყო I. Nissbaum-ის მიერ 1880 წელს. 1888 წელს H. Reidel-მა პირველად შეასრულა ქოლედოქოდუოდენოსტომია ქოლედოქუსის ტერმინალურ ნაწილში ჩაჭედილი კენჭის არსებობის გამო (ავადმყოფი მოკვდა). შემდგომში F. Sasse-მ (1913) ი.თ. ოზოლინგმა (1927), ტ.ა. გრასმიკ-მა (1929), ს.ი. სპასოკუკოცკიმ (1930) ჩამოაყალიბეს ქოლედოქოდუოდენოსტომიის ჩვენებები და გახდნენ ამ ოპერაციის პოპულარიზატორები [67,175].

ბილიოდისტიური ანასტომოზის (ბაა)-ის წარმოების სიხშირეზე, ქოლედოქტომიის შემდეგ, სხვადასხვა ავტორი სხვადასხვა მონაცემებს იძლევა და 1,2-დან 69,5%-მდე მერყეობს, ამათგან 62,2-დან 82%-ში ანასტომოზი კეთდება ქოლედოქოლითიაზის გამო [2,20,67,82,117,134,139, 148,160,175,176]. ბაა-ებიდან უხშირესად, დაახლოებით 73%-ში სრულდება სუპრადუოდენური ქოლედოქოდუოდენოსტომია [2,67,138,147,148,159]. ქაა-ის ჩვენებები დღეისათვისაც სადისკუსოა. ზოგიერთი ავტორი ძალიან აფართოებს ამ ანასტომოზის ჩვენებებს, მას აწარმოებენ: ფატერის დვრილის ნაწიბუროვანი სტენოზის დროს და ქოლედოქუსის დისტალური გრძივი სტრიქტურის დროს, რომელიც გამოწვეულია ინდურაციული პანკრეატიტით, სანაღვლე გზების მრავლობითი ლითიაზის დროს; ჩირქოვანი ქოლანგიტის დროს, რომელიც თან ერთვის ლითიაზს და ნაწიბუროვან სტრიქტურებს; ღვიძლგარეთა სანაღვლე გზების გაფართოების დროს ნაღვლის დინების დაბრკოლების არ არსებობისას; ფატერის დვრილის ამოუღებელი ქვების დროს [40,162].

ზოგიერთი ავტორი ქაა-ის ერთ-ერთ ძირითად ჩვენებად მიიჩნევს ფატერის დვრილის გამოხატულ ნაწიბუროვან სტენოზს [149,155]. ამ ოპერაციას ანიჭებენ უპირატესობას ხნიერი და მოხუცი ასაკის ავადმყოფებში სანაღვლე გზების სხვადასხვა დაავადებების დროს, რადგან ის ტექნიკურად მარტივია, სწრაფად კეთდება, არ არის საშიში, პოსტოპერაციულად მწვავე პანკრეატიტით გართულების მხრივ და შედარებით ადვილად გადაიტანება ამ ასაკის ავადმყოფების მიერ [40,168].

ამასთან ერთად, ბოლო წლებში, სხვადასხვა ავტორები ძალიან ზღუდავენ მის ჩვენებებს, რადგან ამ სახის ანასტომოზის დროს არ კორეგირდება ქოლედოქუსის დისტალური ნაწილის გამავლობის

დარღვევები. მათი აზრით ქღა-ი უნდა გაკეთდეს მხოლოდ: ქოლედოქუსის გრძივი დისტალური სტენოზის დროს, რომელიც ინდურაციული პანკრეატიტითაა გამოწვეული, აგრეთვე სანაღვლე გზების მრავლობითი ლითიაზის დროს, როცა დარწმუნებულები არ არიან ყველა ქვის სრულად ამოღებაში [82,129,134,175].

ქღა-ის ჩვენებების ასეთნაირად შეზღუდვის ავტორები ხსნიან იმით, რომ ამ დროს ვითარდება დუოდენობილიარული რეფლუქსი და ანასტომოზის უკან ქოლედოქსის ნაწილით იქნება ე.წ. «ბრმა ტომარა», ყოველივე ეს კი არის მიზეზი ნაღვლის ჭვალის რეციდივის, ქოლანგიტის და ქრონიკული პანკრეატიტის გამწვავების [2,20,40,70,98,199,232]. მორეციდივე ქოლანგიტი, რომელიც ვითარდება ინფიცირებული დუოდენური შიგთავსის სანაღვლე გზებში მოხვედრით, იწვევს ღვიძლის ციროზის და ღვიძლის უკმარისობის განვითარებას, რაც ხშირად ავადმყოფის სიკვდილის მიზეზი ხდება [40,66,70,121,175]. ზოგიერთი ავტორი გვიჩვენებს არ ვაწარმოთ ეს ანასტომოზი ფატერის დვრილის ნაწიბუროვანი სტენოზის დროს, რადგან ამ სტენოზის დატოვებით არ რეგულირდება პანკრეასის წვენის გადასვლა ნაწლავებში, რაც იწვევს ქრონიკული პანკრეატიტის პროგრესირებას. გარდა ამისა საჭიროა თავი შევიკავოთ ამ ანასტომოზის დადებისაგან თხელკედლიანი ქოლედოქუსის ან მისი კედლის მკვეთრი ინფილტრირების დროს, რომ არ განვითარდეს ნაკერების უკმარისობა. ასევე ანასტომოზი არ უნდა ვაწარმოთ გაუფართოებელი ქოლედოქის და დუოდენოსტაზის მოვლენების დროს. ამ უკანასკნელის არსებობისას ნაჩვენებია ქოლედოქოიეიუნოანასტომოზი. აქედან გამომდინარე ქღა-ის აბსოლუტურ ჩვენებად რჩება ქოლედოქუსის დისტალური გავრცელებული სტენოზი [2,20,33,40,66,78,138,148,175,199,368].

ქოლედოქოიეუნოანასტომოზი რუს წესით არ ხასიათდება დუოდენობილიარული რეფლუქსით, მაგრამ მისი შესრულება ტექნიკურად შედარებით ძნელია და მთლიანად მაინც არ გამოორიცხავს ნაღვლის გზების ინფიცირებას და ხელს უწყობს ულცეროგენეზს [2,20,37,66,69,70,203,320,380].

ერთ-ერთი საკამათო საკითხი ბდა-ის წარმოებისას არის ანასტომოზის სანათურის ზომების შერჩევა, ზოგიერთი ავტორი გვირჩევს შედარებით მცირე ზომის 1,5-დან 2 სმ-ე შესრულებას, სხვა ავტორები პირიქით დიდი 2,5-დან 3 სმ-ის ზომის, ხოლო ავტორთა უმრავლესობას ოპტიმალურად მიაჩნია ანასტომოზის დიამეტრი 2 სმ ზომის. ასეთი ანასტომოზები ფიზიოლოგიური შევიწროების შემდეგ 1/3-1/2-ით ხდება დაახლოებით 1 სმ დიამეტრის, რაც შეესაბამება ჰეპატოქოლედოქის ნორმალურ ზომას. მართალია ასეთი დიამეტრის ანასტომოზები ხელს ვერ უშლიან დუოდენობილიარულ რეფლუქსს, მაგრამ ხელს უწყობენ დუოდენურ შიგთავსის უკან, ნაწლავებში თავისუფლად დაბრუნების პროცესს, რაც ზოგიერთი ავტორის აზრით ამცირებს აღმავალი ქოლინგოტის განვითარებას [67,95,98,121,138,175].

სხვა ავტორთა აზრით, ძღა უნდა შევქმნათ თორმეტგოჯას პოსტბულბარულ ნაწილთან, რადგან ამით მნიშვნელოვნად მცირდება დუოდენური რეფლუქსი [175].

ფატერის დვრილი წარმოადგენს არეფლუქსურ სარქველს, ე.ი. შიგთავსს ატარებს მხოლოდ ერთი – ნაწლავების მიმართულებით (ასეთივეა ბაუგინის სარქველი), არსებობენ ანტირეფლუქსური სარქველებიც მაგ. კარდია, პილორუსი, რომლებიც შიგთავსს გარკვეულ პირობებში საწინააღმდეგო მხარესაც ატარებენ [7,8,70]. ფატერის დვრილი

ამის წყალობით, სანაღვლე გზებს უნარჩუნებს გარკვეულ ავტომონიურობას და ამავე დროს უზრუნველყოფს ნაღვლის პერიოდულ დოზირებულ გადასვლას ნაწლავებში, რაც ძალზე მნიშვნელოვანია საჭმლის მონელების პროცესისათვის [67,70,121,175,199]. ძღა-ის ტიპური ე.წ. რეფლუქსური ხერხები (რომლებიც მრავალია) აღნიშნულ ფუნქციებს ვერ ასრულებენ [20,40,66,69,70,98,101,166,190,195,199] ძღა-ის ტიპური ხერხების დროს, რომელთა შორის პრაქტიკაში ყველაზე ხშირად გამოიყენება სას-იურაშ-ვინოგრადოვის მეთოდი (Sasse-Iurasz-Виноградов), გვხვდება შემდეგი გართულებები: აღმავალი ქოლანგიტი 10-დან 24,1%-ში, ანასტომოზის სტენოზი 4-დან 5%-ში, რეზიდუალური და რეციდივული კენჭები ვლინდება 4-დან 13,7%-ში, თორმეტგოჯა ნაწლავის პეპტიური წყლული 2-დან 22%-მდე [2,20,40,70,98,121,160,175].

ზოგიერთი ავტორი გვირჩევს, ძღა-ის წარმოების შემდეგ, სანაღვლე გზების გარეგან დრენირებას ხოლსტედის ან ტრანსჰეპატური დრენაჟით. მათი აზრით აღნიშნული დრენაჟი ხელს უწყობს ნაღვლოვანი ჰიპერტენზიის შემცირებას, ქოლანგიტის მოვლენების კუპირების დაჩქარებას, რაც ხელს უწყობს ანასტომოზის ნაკერების უკმარისობის პროფილაქტიკას [117,175,178,253,281].

ბოლო წლებში, ლაპაროსკოპიული ტექნიკის განვითარებასთან დაკავშირებით, მოწოდებულია ძღა-ის ფორმირების მეთოდოლოგია ლაპაროსკოპიული და მონილაპაროტომიული მეთოდებით [33,190,195,368,380,385].

როგორც ზემოთ ავღნიშნეთ არსებობს ქდა-ის მრავალი ტიპური ხერხი, მათი საერთო უარყოფითი მხარეა დუოდენო-ბილიარული რეფლუქსის არსებობა, რაც იწვევს აღმავალ ქოლანგიტს და სხვ. გართულებებს, ამავე დროს ეს ანასტომოზები ვერ უზრუნველყოფენ ნაღვლის დოზირებულ, პერიოდული გადასვლას კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში [2,20,40,70,138,147,148,162,175]. ამ გართულებების ერთადერთი პროფილაქტიკაა სარქველოვანი არეფლუქსური ანასტომოზი, მოწოდებულია რამდენიმე ხერხი სარქველოვანი ნაღველ-ნაწლავური ანასტომოზისა. თუმცა ისინი სრულად ვერ ასრულებენ მათზე დაკისრებულ ფუნქციებს და შესასრულებლადაც რთულია [70,101,166,195,199,232].

აღსანიშნავია, რომ ჩვენ პრაქტიკაში ამ ოპერაციის ჩვენებები ძალიან შეზღუდულია, რაც დაკავშირებულია მკსტ-ის სულ უფრო ფართო გამოყენებასთან და ქდა-ს ვაწარმოებთ მხოლოდ ქოლედოქის გავრცელებული დისტალური სტენოზის დროს. გარდა ამისა კლინიკაში, ექსპერიმენტში დამუშავდა ქდა-ის არეფლუქსური, სარქველოვანი ხერხი, რომელიც ზემოთ აღნიშნული ნაკლოვანებებისგან თავისუფალია.

#### 1.4. ოპერაციული რისკი და მექანიკური სიყვითლე

ცნებამ «ოპერაციული რისკი», «რისკ-ჯგუფები» საჭიროა, რომ სწორი ორიენტაცია მისცეს, როგორც ქირურგს, ასევე ანესთეზიოლოგს მკურნალობის რაც შეიძლება რაციონალური, დამზოგველი და ამავე დროს ოპტიმალური მეთოდების არჩევისთვის. ოპერაციული რისკის

გათვალისწინება საშუალებას იძლევა, ზოგიერთ შემთხვევაში, უფრო ზუსტად განვახორციელოთ მკურნალობის შედეგების შედარებითი ანალიზი [143,202].

მექანიკური სიყვითლის დროს, რომლითაც გართულებულია ნაღველკენჭოვანი დაავადება, ყალიბდება ორგანიზმის სრულიად ახალი ფიზიოლოგიურ-მორფოლოგიური სტატუსი, რომელსაც ზოგიერთი ავტორი ახალ «სიყვითლის დაავადებას» უწოდებს. აქედან გამომდინარე საინტერესოა რა ოპერაციულ თუ ანესთეზიოლოგიურ რისკთან აქვს კავშირი ქირურგს ამ დაავადების მკურნალობის დროს [49,54,90,97,130,134,150,182,219,321,401].

ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის შესაფასებლად ითვალისწინებენ პირველ რიგში კარდიოვასკულარულ და ბრონქოპულმონარულ დაავადებებს და აგრეთვე ნივთიერებათა ცვლის სხვადასხვა დარღვევებს. გეგმური ჩარევები შეიძლება გადატანილი იქნან ან გაუქმდნენ თუ ოპერაციის რისკი მეტია დაავადების რისკზე [32,49,90,114,130,134,219].

ოპერაციულ ტრავმასთან ორგანიზმის შეგუებისათვის არსებითი მნიშვნელობა აქვს მის საწყის მდგომარეობას – პაციენტის ზოგად-სომატურ სტატუსს. ჰემოდინამიკის დარღვევების, ენდოტოქსიკოზის, ჰიპოვოლემიის ხარისხის და დაავადების კლინიკური ნიშნების გამოხატულების მიხედვით, ზოგიერთი ავტორი გამოყოფს პაციენტების ოთხ ჯგუფს, ჰომეოსტაზის სხვადასხვა დარღვევებით. ოპერაციული ტრავმის სიმძიმის მიხედვით ო.ბ.მილონოვმა და თანაავტორებმა (О.Б. Милонов и др. -1990) ყველა ოპერაციები პირობითად დაყვეს სამ ჯგუფად,



ხოლო იმ პრინციპიდან გამომდინარე, რომ მკურნალობის უშუალო შედეგი დამოკიდებულია, როგორც ორგანიზმის საწყის მდგომარეობაზე, ასევე ოპერაციული ჩარევის მოცულობაზე, Г.А. ПяниВ-მა (1988) შეიმუშავა ოპერაციული რისკის განსაზღვრის სისტემა, რომელიც ითვალისწინებს ერთდროულად ორივე ამ ფაქტორს [143].

**რისკი I A ხარისხი** – სომატურად ჯანმრთელი ადამიანები, რომელთაც უტარდებათ მცირე ოპერაციული ჩარევები. პროგნოზირებული პოსტოპერაციული ლეტალობა – 0%.

**რისკი I B ხარისხი** – სომატურად ჯანმრთელი პაციენტები, რომელთაც უტარდებათ საშუალო სიმძიმის ოპერაციები. პროგნოზირებული პოსტოპერაციული ლეტალობა 0-0,01% (შემთხვევითი).

**რისკი II A ხარისხი** – პაციენტები ცხოველმყოფელობის სისტემების შედარებით კომპენსაციით, და უტარდებათ მცირე ოპერაციული ჩარევები. პროგნოზირებადი პოსტოპერაციული ლეტალობა – 0-0,01% (შემთხვევითი).

**რისკი II B ხარისხი** – ხარისხი – პაციენტები ცხოველმყოფელობის სისტემების შედარებითი კომპენსაციით, რომელთაც უტარდებათ საშუალო სიმძიმის ოპერაციები პროგნოზირებული პოსტოპერაციული ლეტალობა 0,01-0,01%.

**რისკი II B ხარისხი** – პაციენტები ცხოველმყოფელობის სისტემების შედარებითი კომპენსაციით, რომელთაც უტარდებათ მძიმე ოპერაციული ჩარევები. პროგნოზირებული პოსტოპერაციული ლეტალობა 0,01-1%.

**რისკი III A ხარისხი** – პაციენტები ცხოველმყოფელობის სუბკომპენსაციით, რომელთაც უტარდებათ საშუალო სიმძიმის

ქირურგიული ჩარევა. პროგნოზირებული პოსტოპერაციული ლეტალობა 0,1-2%.

**რისკი III B ხარისხი** – პაციენტები ცხოველმყოფელობის სისტემების სუბკომპენსაციით, რომელთაც უტარდებათ მძიმე ქირურგიული ჩარევა. პროგნოზირებული ლეტალობა 1-5%.

**რისკი IV A ხარისხი** – პაციენტები ცხოველმყოფელობის სისტემების მძიმე დარღვევებით, რომელთაც უტარდებათ მძირე ოპერაციული ჩარევები სასწრაფო ან გადაუდებელი ჩვენებებით (ექსტრენული). პროგნოზირებული პოსტოპერაციული ლეტალობა 2-5%.

**რისკი IV B ხარისხი** – პაციენტები ცხოველმყოფელობის სისტემების მძიმე დარღვევებით, რომელთაც უტარდებათ საშუალო სიმძიმის ქირურგიული ჩარევა სასიცოცხლო ჩვენებებით. პროგნოზირებული პოსტოპერაციული ლეტალობა 30-50%.

თუ ავადმყოფს უტარდება გადაუდებელი ქირურგიული ჩარევა, ის გამოუკვლეველია და გაურკვეველია ოპერაციის მოცულობა და ხასიათი, რისკის ხარისხი უფრო მაღალია და იზრდება ერთი საფეხურით [36,54,97,182,219].

ავადმყოფის ზოგად-სომატური სტატუსის შესაფასებლად, პრაქტიკაში გამოიყენება ASA-ას (American Society of Anesthesiologists) შემდეგი კლასიფიკაცია [202]:

- ASA1: ნორმა, პრაქტიკულად ჯანმრთელი ავადმყოფები
- ASA2: მსუბუქი ზოგადი დაავადება, ფუნქციების დარღვევების გარეშე.
- ASA3: მძიმე ზოგადი დაავადება, ფუნქციების დარღვევებით.

- ASA4: მძიმე ზოგადი დაავადება, რომლის დროსაც ოპერაციით ან მის გარეშე, საფრთხე ექმნება ავადმყოფის სიცოცხლეს
- ASA5: მომაკვდავი ავადმყოფი, რომლის სიკვდილიც მოსალოდნელია უახლოეს 24 სთ-ში, ოპერაციით ან მის გარეშე.

## თავი II

### მასალა და კვლევის მეთოდები

შრომა დამყარებულია მექანიკური სიყვითლის გართულებული ნაღველკენჭოვანი პათოლოგიით დაავადებულ 432 ავადმყოფის ქირურგიული მკურნალობის შედეგების ანალიზზე, რომლებიც იმყოფებოდნენ თბილისის I კლინიკური საავადმყოფოს თორაკო-აბდომინურ კლინიკაში 1990-2004 წწ-ში.

ავადმყოფთა ასაკი მერყეობდა 21 წლიდან 80 წლის ჩათვლით; 432 ავადმყოფთაგან ქალი იყო 323 (74,7%), ხოლო კაცი 109 (25,2%) ე.ი. ქალების რაოდენობა დაახლოებით 3-ჯერ აღემატებოდა კაცების რაოდენობას. აღსანიშნავია, რომ 61-დან 80 წლის ჩათვლით ასაკის ინტერვალში მოთავსებული იყო 237 ავადმყოფი, რაც 55,3%-ს შეადგენს.

ავადმყოფთა განაწილება ასაკისა და სქესის მიხედვით მოცემულია №1 ცხრილში.

მექანიკური სიყვითლით გართულებული 432 ავადმყოფიდან, ანამნეზურად და შემოსვლის მომენტში გამოხატული კლინიკური სურათის მიხედვით 302 (70%) ავადმყოფში აღინიშნებოდა ქრონიკული კალკულოზური ქოლეცისტიტი, ხოლო 130 (30%) მწვავე კალკულოზური ქოლეცისტიტი.

## YáOÉÉÉ №1

### AAAÄIUI × ÈÀ AAÍABÉÉAAA AOAÉÉO ÆA OØAÓÉO IÉáAAÁÉÉ

AOAÉÉ	ØAÉÉ	ÈAYÉ	AAOI ÈOØOØÉ OAI ÄÄIÄ AA	%
21 - 30	16	5	21	4,86
31 - 40	25	10	35	8,1
41 - 50	36	18	54	12
51 - 60	57	28	85	19,6
61 - 70	101	29	130	30,3
71 - 80	87	20	107	25
<b>OOÉ:</b>	<b>323 (74.7%)</b>	<b>109 (25.2%)</b>	<b>432</b>	<b>100</b>

სიყვითლის გამომწვევი მიზეზები ქრონიკული და მწვავე კალკულოზური ქოლეცისტიტის შემთხვევაში მოცემულია ცხრილში №2. აღსანიშნავია, რომ 42 ავადმყოფს კლინიკაში შემოსვლისას ადრე უკვე ჰქონდა გადატანილი სხვადასხვა სახის ოპერაციული ჩარევები ნაღვლის ბუშტზე და სანაღვლე გზებზე. აქედან 22-ს ქოლეცისტექტომია გაკეთებული ჰქონდა ქოლედოქოლითიაზის გამო, ხოლო 20-ს კიდევ სხვა პათოლოგიების მიზეზით; ყოველივე ამის გათვალისწინებით დადგინდა, რომ 90% შემთხვევაში სიყვითლე ქოლედოქოლითიაზით იყო

გამოწვეული. ამასთან 7,4%-ში ქოლედოქოლითიაზი შეუღლებული იყო სხვა პათოლოგიებთან, ხოლო მექანიკური სიყვითლის მიზეზი 10% შემთხვევაში იზოლირებულად არსებული სხვა პათოლოგიები გახდა (სურათი №1).

მწვავე კალკულოზური ქოლეცისტიტის 130 შემთხვევიდან 20-ჯერ (15,4%) დადგინდა კატარული ქოლეცისტიტი, ხოლო 110 შემთხვევაში ქოლეცისტიტის დესტრუქციული ფორმები, კერძოდ 84-ს (64,6%) ფლეგმონური, ხოლო 26 (20%) შემთხვევაში განგრენულ-პერფორაციული; ამასთან 11 (8,46%)-ჯერ გამოხატული იყო შემოფარგლული (პერივიზიკულური აბსცესი, ინფილტრატი), ხოლო 15 (11,5%)-ს დიფუზური პერიტონიტის (გავრცელებული, ზოგადი) კლინიკა.

სიყვითლის ხანგრძლივობა კლინიკაში შემოსვლის მომენტისთვის მერყეობდა 1 დღიდან – 1 თვემდე და მეტი, ამასთან 1-დან 7 დღემდე სიყვითლის ხანგრძლივობა აღინიშნებოდა 240 (55,6%) ავადმყოფში, 8-დან 14 დღე – 127 (29,4%) პაციენტებში, ხოლო 15 და მეტი დღის სიყვითლე – 65 (15%) ავადმყოფში (ცხრილი № 3).

Υπόθεσις Νο 2

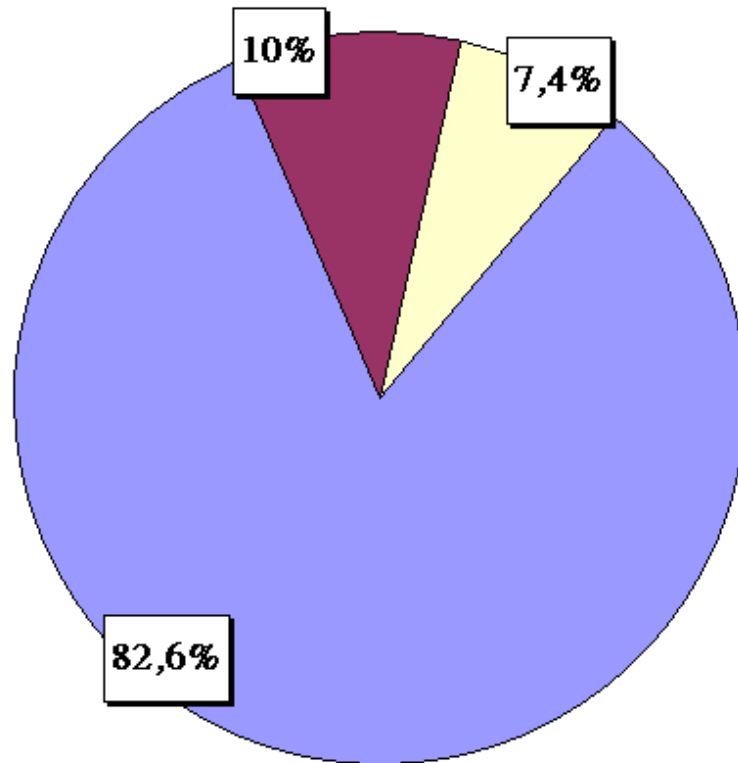
Παρατήρηση: Ημερομηνία της έρευνας είναι 11/11/2011

№	Περιγραφή	Απαντήσεις	Αριθμός απαντήσεων	% n = 432
1	Ποσοστό των απαντήσεων που είναι «πολύ» ή «λίγο»	Α) «πολύ»	120 (92.3%) n = 130	30
		Β) «λίγο» + «πολύ»	10 (7.7%) n = 130	
2	Ποσοστό των απαντήσεων που είναι «πολύ» ή «λίγο» *	Α) «πολύ»	237	54,86
		Β) «λίγο»	14	3,2
		Γ) «πολύ» + «λίγο»	12	2,8
		Δ) «πολύ» ή «λίγο»	9	2,1
		Ε) «πολύ» + «λίγο»	10	2,3
		Σ) «πολύ» ή «λίγο»	12	2,8
		Ζ) «πολύ» ή «λίγο»	8	1,85

\* 22 απαντήσεις «πολύ» ή «λίγο» από 111 απαντήσεις που είναι «πολύ» ή «λίγο»

სურათი №1

ქოლედოქოლითიაზის და მექანიკური  
სიყვითლის გამოშვები სხვა პათოლოგიების  
ურთიერთდამოკიდებულება ნაღველკენჭოვანი  
დაავადების დროს



■ ქოლედოქოლითიაზი

■ სხვა პათოლოგიები

■ ქოლედოქოლითიაზი + სხვა პათოლოგიები



### ΥαΟΕΕΕ №3

ΑΑΑÃÌÚÌ ×ÈÀ ΑΑÍÀΒΕΕÃΑΑ ΟΕÚÃΕÈÈΕÓ  
 áΑÍÃÒρÈÈÁÌ ÁΕÓ ÌÉáÃÃÁÈÈ

ΟΕÚÃΕÈÈΕÓ áΑÍÃÒρÈÈÁÌ ÁΑ (ÃÛÃÃÁÛΕ)	1 ÷ 7	8 ÷ 14	15 ÃÀ ÌÃÔΕ
ΑΑΑÃÌÚÌ ×ÈÀ ÒÃÌ ÃÃÍÌ ÁÀ	240 (55.6%)	127 (29.4%)	65 (15%)

432 ავადმყოფიდან ქოლედოქუსი 1,0 სმ-მდე გაფართოებული ჰქონდა 183 (42,4%) ავადმყოფს, 1,1-1,5 სმ-მდე 99 (23%) ავადმყოფს, 1,6-2,0 სმ-მდე 84 (19,4%) და 2,0 სმ და მეტი 66 – (15,2%) ავადმყოფს.

მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნალველკენჭოვანი დაავადების მკურნალობის დროს განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს თანმხლებ პათოლოგიებს და მათ კორექციას. თანმხლები დაავადებიდან განსაკუთრებით ყურადღება ექცეოდა იმ პათოლოგიებს, რომელთაც მთავარი როლი ეკისრებათ ავადმყოფის ზოგადი სომატური მდგომარეობის ფორმირებაში და რომელთა კორექციასაც განსაკუთრებით მნიშვნელობა აქვს მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნალველკენჭოვანი დაავადების დროს. თანმხლები დაავადებებიდან დიდი ადგილი უკავია გულსისხლძარღვთა და სასუნთქი სისტემის პათოლოგიებს, რომელიც აღენიშნებოდა 143 (33%) ავადმყოფს, ქრონიკული გასტროდუოდენიტი – 122 (28,2%) ავადმყოფს, ეროზული გასტრიტი და დუოდენიტი – 21 (4,86%); თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება 52 (12%)-ს; მათ შორის გამწვავების სტადიაში – 8 (1,85%)-ს; ქრონიკული ჰეპატიტი – 45 (10,4%)-ს; შაქრიანი დიაბეტი – 26 (6%) ავადმყოფს, შარდ-კენჭოვანი დაავადება – 38 (8,8%) და გინეკოლოგიური დაავადებები გამოხატული იყო – 40 (9,25%) პაციენტში; ქვ. კიდურების ვარიკოზული დაავადება და ქრონიკული თრომბოფლებიტი დაფიქსირდა – 16 (3,7%)-ჯერ, ხოლო თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის მოშლა – 5 (1,2%) ავადმყოფში.

გარდა ამისა, ჩვენი აზრით, ოპერაციის ტექნიკურად წარმატებით შესრულებაზე და ოპერაციის შემდგომ გამოსავალზე განსაკუთრებულ გავლენას ახდენს ავადმყოფის ჭარბი წონა. სხვადასხვა სახის გაცხიმოვნება აღენიშნებოდა ავადმყოფთა 40%-ს, მათ შორის III-IV ხარისხის აღენიშნებოდა 37 (8,56%) პაციენტს, რაც მივაკუთვნეთ თანმხლებ პათოლოგიების ნუსხას. უფრო მეტი სიზუსტისათვის თანმხლები პათოლოგიების სიმძიმის მიხედვით პაციენტები დავაჯგუფეთ ASA-ას (American Society of Anesthesiologists) კლასიფიკაციის მიხედვით [202] (იხ. ლიტერატურული მიმოხილვა). აღმოჩნდა, რომ ამ კლასიფიკაციის მიხედვით ASA-ას 1-2 ხარისხს მიეკუთვნებოდა 233 (54%) ავადმყოფი. აღნიშნულ ავადმყოფებს განსაკუთრებული ჩარევა სომატური მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით არ ესაჭიროებოდათ. 199 (46%) პაციენტი მიეკუთვნებოდა ASA-ას 3-4 ხარისხს (მე-5 ხარისხი საერთოდ არ აღმოჩნდა). ავადმყოფთა ამ კონტიგენტში ერთ პაციენტში შერწყმული იყო რამდენიმე თანმხლები პათოლოგია, განსაკუთრებით 60 წელზე მეტი ასაკის ავადმყოფებში. თანმხლები დაავადებები, ძირითად დაავადებასთან და მის გართულებასთან ერთად განაპირობებდნენ ავადმყოფის მძიმე სომატურ მდგომარეობას და პოსტოპერაციულ პერიოდში გართულებების განვითარებას, რის გამოც ყოველივე საჭიროებდა თანმხლები პათოლოგიების სათანადო კორექციას.

მექანიკური სიყვითის დროს განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება სწორი დიაგნოზის დასმას, რაც შეიძლება შემჭიდროვებულ ვადებში. ლაბორატორიული გამოკვლევის საერთო გეგმაში შედიოდა: სისხლის

კლინიკური ანალიზი (საერთო და ბიოქიმიური ანალიზი, ღვიძლის ფუნქციური სინჯების და ფერმენტების გამოკვლევა, კოაგულოგრამა ან პროტრომბინის ინდექსის და შედეგების დროის შესწავლა, სისხლის ჯგუფისა და რეზუს-ფაქტორის, ვირუსული ჰეპატიტის მარკერების, სეროლოგიური სინჯების გამოკვლევა), შარდის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი პანკრეასის ფერმენტზე, ელექტროკარდიოგრაფია, გულმკერდის ფლუოროგრაფია ან რენტგენოსკოპია. თანმხლები დაავადებების ან გართულების დროს დამატებით ტარდებოდა სხვა სათანადო ლაბორატორიული გამოკვლევები.

მექანიკური სიყვითლის დროს დიაგნოზის დადგენაში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება პრე- და ინტრაოპერაციულ ინსტრუმენტულ კვლევის მეთოდებს: 1. ულტრაბგერით გამოკვლევას. 2. ენდოსკოპიურ რეტროგრადულ ქოლანგიოპანკრეატოგრაფიას. 3. ტრანსკუტანულ ჰეპატოქოლანგიოგრაფიას Chiba-ას ნემსით. 4. ეზოფაგოგასტროდუოდენოსკოპიას. 5. კომპიუტერულ ტომოგრაფიას. 6. ინტრაოპერაციულ ქოლანგიოგრაფიას. 7. ლაპარასკოპიულ ქოლანგიორგაფიას. 8. ინტრაოპერაციულ ფიბროქოლედოქოსკოპიას. 9. სანადვლე გზების ზონდირებას.

ხშირად დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით ვაწარმოებდით ამ მეთოდების თანმიმდევრულ, შერწყმულ გამოყენებას. ჩვენს კლინიკაში ვიყენებთ მექ. სიყვითლის დიაგნოსტიკის ალგორითმს ოპერაციის წინა პერიოდში: უბბ.⇒ირქპბ⇒ტტქპბ⇒კომპიუტერული ტომოგრაფია, ხოლო ინტრაოპერაციულად: სანადვლე გზების პალპირება ⇒ სანადვლე გზების

ზონდირება ⇒ ინტრაოპერაციული ქოლანგიოგრაფია ⇒ ფიბროქოლედოქოსკოპია.

სპეციალური ინსტრუმენტული ოპერაციამდელი გამოკვლევებიდან ყველა შემთხვევაში პირველ რიგში ტარდებოდა ულტრაბგერითი გამოკვლევა. ძირითადად გამოიყენებოდა ჩვენი კლინიკის ულტრაბგერითი აპარატი Toshiba-ს ფირმის Capasse II და ულტრასონოგრაფიის სამეცნიერო კვლევითი ცენტრის აპარატები: Siemens-ის ფირმის შოლოლაინ Elegra, Aloka-1700, Aloka-1400. ულტრაბგერითი გამოკვლევისას საჭიროდ ვთვლიდით მოგვედგინა:

- ა) მექანიკური ხასიათის სიყვითლის დიფერენცირება პარენქიმატოზული წარმოშობის სიყვითლისაგან.
- ბ) მექანიკური სიყვითლის ბუნების დადგენა (სიმსივნური ან კეთილთვისებიანი გენეზის).
- გ) ნაღვლის სადინრების ობტურაციის მიზეზებისა და დონის დადგენა.

ამ მიზნების მისაღწევად ულტრაბგერით გამოკვლევას ვატარებდით გარკვეული თანამიმდევრობით: ღვიძლი-ნაღვლის ბუშტი-ექსტაჰეპატური ნაღვლის სადინრები-პანკრეასი. საბოლოო დიაგნოზი დგინდებოდა მიღებული შედეგების კომპლექსური ანალიზის შემდეგ.

ექოლოგიური გამოკვლევა ჩატარდა ყველა 432 ავადმყოფს; ჩვენი მასალის მიხედვით ულტრაბგერითმა გამოკვლევამ არ მოგვცა შედეგები ან იყო არასრულფასოვანი იმ 42 ავადმყოფის შემთხვევაში, რომლებსაც ადრე გადატანილი ჰქონდათ ოპერაციები მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში.

გამოკვლევისათვის დაბრკოლებას წარმოადგენდა ოპერაციის შემდგომი ნაწიბურის და თიაქრის არსებობაც.

ნაღველკენჭოვანი დაავადების მქონე 432 ავადმყოფიდან ექოლოგიურად ინფორმირებული შედეგები მივიღეთ 314 (72,7%) შემთხვევაში, მაგრამ იმის გამო, რომ ულტრასონოგრაფიამ ყველა შემთხვევაში ვერ შეძლო ობტურაციის, როგორც ადგილის, ისე ხასიათის დადგენა, ექოგრაფიულად დიაგნოსტიკური სიზუსტე შემცირდა 295 (68,3%) შემთხვევამდე.

ტრანსკუტანული ჰეპატოქოლანგიოგრაფია Chiba-ას ნემსით გაუკეთდა 244 (26,48%) ავადმყოფს, 32 (10,5%) შემთხვევაში ღვიძლშიდა სანაღველ სადინრების პუნქცია წარუმატებლად დამთავრდა. 10 შემთხვევაში ეს მოხდა გაფართოებული ღვიძლშიდა სადინრების და 22-ჯერ გაუფართოებელი სადინრების პირობებში.

მექანიკური სიყვითლისას ტრანსკუტანული ჰეპატოქოლანგიოგრაფია საშუალებას იძლევა აღმოვაჩინოთ მაგისტრალური ნაღვლის სადინრების ობტურაციის დონე და დავადგინოთ მათი გაუვალობის მიზეზი. პრაქტიკული თვალსაზრისით, მისი მეშვეობით დგინდება: ა) ქოლედოქოლითიაზისას ნაღვლის სადინრებში კენჭების რიცხვი და ლოკალიზაცია. ბ) ნაღვლის სადინრებში სტრიქტურების არსებობა და მათი მდებარეობა. გ) ნაღვლის სადინრებისა და პანკრეატოდუოდენური ზონის სიმსივნეების ლოკალიზაცია. დ) ზოგადი წარმოდგენის შექმნა სანაღველ გზების სხვადასხვა ნაწილთა მდგომარეობის შესახებ.

ტრანსკუტანული ქოლანგიოგრაფიით სწორი დიაგნოზი დაისვა 95% - შემთხვევაში, ამასთან არცერთ გართულებას ან ლეტალურ შემთხვევას ადგილი არ ჰქონია.

ენდოსკოპიური რეტროგრადული ქოლანგიოპანკრეატოგრაფია ჩვენი მასალის მიხედვით გამოყენებული იქნა 77 (17,8%) ავადმყოფში; მრჩპ და მკსტ-ია ტარდებოდა OLYMPUS GF-20 ვიდეოენდოსკოპიური სისტემით. ამ გამოკვლევის გამოყენების პრაქტიკამ დაგვარწმუნა მეთოდის მაღალ ეფექტურობაში მექანიკური სიყვითლის მიზეზის და ნაღვლის გზების ობტურაციის დონის განსაზღვრის თვალსაზრისით. 7,7% შემთხვევაში გამოკვლევის ჩატარება ვერ მოხერხდა, რიგი მიზეზის გამო ჩვენი მასალის თანახმად, სწორი დიაგნოზი დაისვა 92,5%-ში, რაიმე მნიშვნელოვან გართულებას ადგილი არ ჰქონია.

უნდა აღინიშნოს, რომ ტტჰგრაფიის და მრჩპგრაფიის ჩატარებით იწყება მკურნალობის პროცესიც. კერძოდ ტრანსკუტანული ქოლანგიოგრაფიის შემდეგ ლუნდერკვისტის სტილეტ კათეტერით 244 შემთხვევაში, განხორციელდა ჰეპატოსტომია, ხოლო ენდოსკოპიური რეტროგრადული ქოლანგიოპანკრეატოგრაფიის შემდეგ წარმოებული იქნა პაპილოტომია, ამასთან 77 შემთხვევიდან 63 (81,8%)-ში მოხერხდა კონკრემენტების ექსტრაქცია; ყველა შემთხვევაში განხორციელდა სანაღვლე გზების დეკომპრესია, რაც თავის მხრივ ეტაპობრივი მკურნალობის I ეტაპს წარმოადგენს.

კომპიუტერული ტომოგრაფიით (კტ) გამოკვლევას მივმართავდით დიაგნოსტიკურად რთულ შემთხვევებში, როცა ვერ ხერხდებოდა

დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება ქოლედოქოლითიაზს, ინდურაციულ პანკრეატიტსა და პანკრეასის თავის კიბოს შორის. კომპიუტერულ ტომოგრაფ CR-ზე – Siemens-ის III თაობის აპარატზე. ვიზუალიზაციის გაძლიერების მიზნით ვიყენებდით კონტრასტულ კვლევას. ზემოთ აღნიშნული ჩვენებებით კბ გამოვიყენეთ 23 ავადმყოფში, საიდანაც 19 დაუდგინდა ქოლედოქოლითიაზის დიაგნოზი, 2 შემთხვევაში – ინდურაციული პანკრეატიტი, 1-ში პანკრეასის თავის კიბო და 1-ში ვერ მოხერხდა დაავადების ხასიათის დადგენა. მაშასადამე 23-დან 22 (95,7%) ავადმყოფში მოხერხდა ზუსტი დიაგნოზის დადგენა.

ეზოფაგოგასტროდუოდონოსკოპიის სადიაგნოსტიკო შესაძლებლობები მექანიკური სიყვითლის დროს შეზღუდულია. თუმცა ეს მეთოდი დიდ ინფორმაციას გვაძლევს საყლაპავის, კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის პათოლოგიებზე, რომლებიც ხშირად მექანიკური სიყვითლის დროს თანმხლებ დაავადებებს წარმოადგენენ, ამასთან ზოგჯერ დგინდება სანაღვლე გზების ობტურაციის მიზეზი. ეს მეთოდი განსაკუთრებით ეფექტურია ფატერის დვრილში ჩაჭედილი კენჭის გამოსავლენად.

ეზოფაგოგასტროდუოდონოსკოპია ჩაუტარდა 194 (45%) ავადმყოფს. 77-ჯერ ეს გამოკვლევა გაკეთდა ენდოსკოპიური რეტროგრადული ქოლანგიოპანკრიატოგრაფიის პარალელურად. 29 (15%) შემთხვევაში მოპოვებული ინფორმაციის შედეგად დადგინდა ან გამოითქვა ვარაუდი ექსტრაჰეპატური სანაღვლე გზების ობტურაციის მიზეზების შესახებ.



ინტრაოპერაციული კვლევის მეთოდებიდან აღსანიშნავია ინტრაოპერაციული ქოლანგიოგრაფია, რომელიც ჩაუტარდა 209 (48,4%) ავადმყოფს. გამოკვლევას ვაწარმოებდით მუდმივი რენტგენოსატელევიზო მეთვალყურეობის პირობებში, ფირმა Elema-Shonandur-ის აპარატზე და სანაღვლე გზების ზონდირება, რომელიც ჩაუტარდა ყველა ავადმყოფს. ეს მეთოდი განსაკუთრებით ინფორმატიულია ფატერის დვრილის სტენოზის დროს. თუ 3 მმ დიამეტრიც ზონდის ოლივა ძნელად გადადის ან არ ტარდება თორმეტგოჯა ნაწლავში, უნდა ვივარაუდოთ ფატერის დვრილის სტენოზი.

111 (25,7%) ავადმყოფს ჩაუტარდა ერთმომენტიანი ქირურგიული მკურნალობა, ხოლო 321 (74,3%)-ს მქმ. მქმ-ის დროს I მომენტად, როგორც აღინიშნა, კეთდებოდა მქსტ-ია ან ტტქს-ია, სანაღვლე გზების დეკომპრესიის, სიყვითლის და ზოგჯერ ობტურაციის მიზეზების ლიკვიდაციის მიზნით, ხოლო II ეტაპზე – ავადმყოფებისთვის წყნარ პირობებში, ზოგად – სომატური მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესების შემდეგ (საშუალოდ  $6\pm 2$  დღის ფარგლებში) რადიკალური ოპერაცია – ობტურაციის მიზეზების საბოლოო ლიკვიდაციისათვის – აღნიშნულ ოპერაციებს ჰქონდა ღია ლაპაროტომიის ან ლაპაროსკოპიის (მინილაპაროტომიის) ფორმა.

ექსპერიმენტული კვლევა – არეფლუქსური სარქველოვანი ქდა-ის ოპერაციული ტექნიკის მეთოდის დამუშავების მიზნით გაკეთებულია გვამურ მასალაზე – ივ. ჯავახიშვილის სახ. სახელმწიფო უნივერსიტეტის

კლინიკური ანატომიის, ტოპოგრაფიული ანატომიის და ოპერაციული ქირურგიის კათედრაზე.

კლინიკური მასალის ანალიზი ხდებოდა ალტერნატიული დაჯგუფების მეთოდით. ვიყენებდით არაპარამეტრულ სტატისტიკურ ანალიზს: კლასიკურ  $X^2$  (ხი-კვადრატ) პირსონის კრიტერიუმს და ზოგჯერ (თუ აუცილებელი იყო) ე.წ. ფიშერის ზუსტ კრიტერიუმს (შზკ). კორელაციის დადგენა ხორციელდებოდა სპირმანის რანგობრივი კორელაციის კოეფიციენტის (r) გამოთვლის საფუძველზე. მიღებულ შედეგს ან ჯგუფში შესასწავლ ნიშანთა შორის განსხვავებას ვთვლიდით სტატისტიკურად სარწმუნოდ თუ დამაჯერებლობის კოეფიციენტი  $p < 0,05$ -ზე (მაღალსარწმუნოდ თუ  $p < 0,01$ ). კომპიუტერული პროგრამა: SPSS, V-10,00 for Windows-98.

### თავი III

#### კლინიკური მასალის ანალიზი

#### მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადებების კლინიკური ფორმების კლასიფიკაცია

მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების კლინიკური სურათის მრავალფეროვნების მიუხედავად, რაზედაც გავლენას ახდენს მრავალი ფაქტორი, შესაძლებელია გამოვყოთ ზოგიერთი დამახასიათებელი თავისებურება, რაც საშუალებას გვაძლევს დავაჯგუფოდ ისინი გარკვეულ კლინიკურ ფორმებში – კლასიფიკაციის სახით.

როგორც ზემოთ აღინიშნა პრაქტიკაში ყველაზე უფრო ხშირად გამოყენებულია, В.В. Родионов-ის და თანაავტ. (1991) მიერ მოწოდებული კლინიკურ ფრომათა კლასიფიკაცია: 1. ტკივილით და სიყვითლით მიმდინარე ფორმა; 2. მწვავე პანკრეატიტით და სიყვითლით მიმდინარე ფორმა; 3. მწვავე ქოლეცისტიტით და სიყვითლით მიმდინარე ფორმა; 4. ტკივილის გარეშე განვითარებული სიყვითლის ფორმა; 5. სეპტიურ ფონზე მიმდინარე სიყვითლის ფორმა. ჩვენი აზრით შედარებით ზერეულე და ზოგადია (რაზედაც დაწვრილებით ქვემოთ ვისაუბრებთ).

ავადმყოფთა სუბიექტური და ობიექტური მონაცემების, ინსტრუმენტულ-ლაბორატორიული გამოკვლევების შედეგების (მათ შორის ჰისტომორფოლოგიურიც) შეჯერების და ანალიზის საფუძველზე, ჩვენს მიერ მოპოვებული კლინიკური მასალა დავყავით ორ ჯგუფად: პირველ ჯგუფში გაერთიანდა ქრონიკული ქოლეცისტიტის კლინიკური სურათით

მიმდინარე – 302 (70%) ავადმყოფი, ხოლო მეორე ჯგუფში მწვავე ქოლერისტიტის 130 (30%) შემთხვევა. ამით ხაზი გავუსვით იმ ფაქტს, რომ ნაღველკენჭოვანი დაავადება, რომელიც გართულებულია მექანიკური სიყვითლით, აუცილებლად მიმდინარეობს ქრონიკული ან მწვავე ქოლერისტიტის კლინიკური ფორმით.

როდიონოვის კლასიფიკაციაში ცალკეა გამოყოფილი მწვავე ქოლერისტიტის ფორმა, მაგრამ არ არის ქრონიკული ქოლერისტიტი. ალბათ იგულისხმება, რომ დანარჩენი ფორმები (სულ ოთხი ფორმა) მიეკუთვნება ქრონიკულ ქოლერისტიტს?! ჩვენი კლინიკური მასალის მიხედვით, მწვავე ქოლერისტიტის დროს ტკივილი გამოხატული იყო ყველა 130 (100%) შემთხვევაში, ხოლო ქრონიკული ქოლერისტიტის დროს 266 (88%)-ჯერ; დანარჩენ 36 (12%) ავადმყოფში ტკივილი არ ყოფილა გამოხატული და დაავადება მიმდინარეობდა უმტკივნეულო ფორმით. როდიონოვის კლასიფიკაციაში ტკივილით მიმდინარე ფორმა ცალკეა გამოყოფილი – სხვა ფორმების მსგავსად, რაც ჩვენი აზრით მთლიანად ზუსტი არ არის, რადგან მაგალითად მწვავე ქოლერისტიტიც და მწვავე პანკრეატიტიც ტკივილით მიმდინარეობს; ამასთან ჩვენ კლასიფიკაციაში ცალკე შევიტანეთ ნაღვლოვანი ჭვალით მიმდინარე ფორმა, რომელიც ჩვენი კლინიკური მასალით გვხვდება (20)%-ში. აქედან გამომდინარე, ტკივილით მიმდინარე ფორმას სხვა დატვირთვა მიეცა – მასში გაერთიანდა ის კლინიკური ფორმები, რომელთა დროსაც ავადმყოფს ტკივილი აწუხებს.

როდიონივის კლასიფიკაციაში საერთოდ არ არის შეტანილი – ქოლანგიტით მიმდინარე სიყვითლის ფორმა, რომელიც ჩვენი კლინიკური მასალის მიხედვით საკმაოდ ხშირია – 5,32%. როდიონივის კლასიფიკაციაში შეტანილი სეპტიური ფორმა, ჩვენი კლინიკური მასალის მიხედვით, სწორედ ქოლანგიტის გართულებას წარმოადგენს 52,2%-ში და ყველა შემთხვევის 2,8%-ს შეადგენს.

ამრიგად, ქრონიკული ქოლესისტიტის შემთხვევაში ნაღვლოვანი ჭვალი ტკივილის მიზეზი იყო 201 (66,5%)-ში, პანკრეატიტი 53 (17,5%-ში) და ქოლანგიტი 12 (4%) – შემთხვევაში. გარდა ამისა ჩირქოვანი ქოლანგიტი 4 (1,32%)-ში გართულებული იყო სეფსისით და მიმდინარეობდა, როგორც სეპტიური ფორმა (ცხრილი №4).

მწვავე ქოლესისტიტის შემთხვევაში, როგორც ზემოთ ავლნიშნეთ ყველა 130 ავადმყოფში გამოხატული იყო ტკივილი, ამასთან ტკივილის მიზეზი 85 (65%)-ში იყო ნაღვლოვანი ჭვალი; 34 (26%) ავადმყოფში მწვავე პანკრეატიტი, ხოლო 11 (8,5%) შემთხვევაში ჩირქოვანი ქოლანგიტი. გარდა ამისა 8 (6,2%) ავადმყოფში ჩირქოვანი ქოლანგიტი გართულებული იყო სეფსისით და მიმდინარეობდა, როგორც სეპტიური ფორმა (ცხრილი №5).

## ΥάΟέέέ № 4

ΤΑΘΑΪΕΕÖÖÉ ÓΕΥΆΕÈÉÈÈ ÅÀÖÈÖÉÅÄÖÉÉ ØÒÌ ÍΕΕÖÉÉ ΕΑΕΕÖΕΪÆÖÖΙ  
 ØÌ ΕΆΥΕÓÖÉÖÉÈ ÅÅÅÅÅÅÅÖÈ ÅÅÅÅΪΪΪ ×ÈÀ ÅΑΪΑΒΕΕÅÅÅ, ΕΕΕΪΕΕÖÖÉ  
 ×Ϊ ÒÌÅΑΕÓ ΪΕáÅÅÁÈÈ

ΕΕΕΪΕΕÖÖÉ ×Ϊ ÒÌÅΑΕ	ÅÅÅÅΪΪΪ ×ÈÀ ÒΑΪ ÅΑΪΪ ÅÅ	% n = 302
ØÌÖΕΕΆΪΑÖΕΪ ×Ϊ ÒÌΑ	36	12
ΤÖΕΕΆΪΑÖΕΕ ×Ϊ ÒÌΑ	266	88
Α) ΪΑΥΆΕΪÅΑΪΕ áÅÅÈÈ	201	66,5
Ά) ØΑΪΕÖÅÅÖÉÖÉ	53	17,5
Ά) ØÌ ΕΆΪΑΕÖÉ	12	4
ÓÅØÖÉÖÖÉ ×Ϊ ÒÌΑ	4 *	1,32

\* ÓÅØÖÉÖÖÉ ×Ϊ ÒÌΑ, ΥΑΑΪΕ ΤΑΘΑΕΕÓ ΪΕáÅÅÁÈÈ, ØÌ ΕΆΪΑΕÖÉÓ ÅΑÖÈÖÉÅÅÅ  
 ΒΑØÌΪ ÅÅÅΑΪÓ, ΑΪΕÖΪΪ ÅÓ ÒΑΪ ÅΑΪΪ ÅÅ ÅÅÅÅΪΪΪ ×ÈÀ ÓÅÅÖΕΪ ÒΕΥάΑÓ ΑÖ  
 ÅÌÅÖÅÅÅ

ΥάΟέέέ № 5

ΤΑΘΑΪΕΕÖÖÉ ÓΕΥΆΕΕΈΈΈ ΑΑΟΕÖÉΆΑÖÉΈ ΤΒΆΆΆ  
 ΕΑΕΕÖÖËΊÆÖÖÉ  
 ΘΊ ΈΑΥέΟÖÖÉÖÉΈ ΆΆΆΆΆΆÖÖÉ ΆΆΆΪΪΪ ×ΈΑ ΆΑΊΑΒέΈΆΆ,   
 ΈΈΈΊΈΈÖÖÉ  
 ×Ί ÖΊΆΆέÖ ΤέάΆΆέΈ

ΈΈΈΊΈΈÖÖÉ ×Ί ÖΊΆΆέ	ΆΆΆΪΪΪ ×ΈΑ ÖΑΊ ΆΑΊΊ ΆΑ	% n = 130
ΤΟΕΕΆΊΑÖÉΈ ×Ί ÖΊΑ	130	100
Α) ΤΑΥΆΕΊ ΆΑΊΈ àΆΆέΈ	85	65
Α) ΘΑΊΈÖΑΑÖÉÖÉ	34	26
Ά) ΘΊ ΈΑΊΆέÖÉ	11	8,5
ÖΑΘÖÉÖÖÉ ×Ί ÖΊΑ	8 *	6,2

\* ÖΑΘÖÉÖÖÉ ×Ί ÖΊΑ, ΥΆΆΊΈ ΤΑΘΑΪΕΕÖ ΤέάΆΆέΈ, ΘΊ ΈΑΊΆέÖÉ  
 ΆΑÖÉÖÉΆΆÖ  
 ΒΑÖΊΊ ΆΆΆΊΊ, ΑΊέÖΊΊ ÖÖ ÖΑΊ ΆΑΊΊ ΆΑ ΆΆΆΪΪΪ ×ΈΑ ÖΑΑÖËΊ  
 ÖÉΥάÖÖ ΑÖ ΑΊΑÖΆΆ

უნდა აღინიშნოს, რომ აღნიშნული კლინიკური ფორმების გამომხატველი სიმპტომები უპირატესად იყო შეუღლებული და ცალკეული ფორმის წინ წამოწევა ხდებოდა, ამა თუ იმ სიმპტომის უპირატესი გამოხატულების მიხედვით.

მაგალითად ითვლებოდა, რომ მექანიკური სიყვითლე იყო პანკრეატიტული ფორმის, თუ მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნალველკენჭოვანი დაავადების სხვა ზოგად სიმპტომებთან ერთად, მკაფიოდ იყო გამოხატული ისეთი სიმპტომები, როგორცაა: შემოსალტვითი ხასიათის ტკივილები; დადებითი იყო: კერტის, ვოსკრესენსკის, მეიო-რობსონის ნიშნები და სისხლში მკვეთრად იყო მომატებული პანკრეასის ფერმენტების აქტივობა, ხოლო შარდში ამილაზა.

ქოლანგიტური ფორმის დროს გამოხატული იყო მკვეთრი შემცივნება ოფლიანობით და ცხელების მაღალი ციფრები 39-40<sup>0</sup>C-მდე. თუ მწვავე ჩირქოვანი ქოლანგიტი გართულებული იყო სეფსისით ე.ი. გვქონდა ე.წ. სეპტიური ფორმა, მაშინ ზემოთ აღნიშნულს ემატებოდა ავადმყოფის უკიდურესად მძიმე მდგომარეობა, გამოხატული იყო აპათიურობა და ძილიანობა, გონების დაბინდვა, დეზორიენტაცია და წნევის დაქვეითება (რეინოლდის სინდრომი). სისხლის გამოკვლევისას მაღალი ლეიკოციტოზი  $18 \div 25 \cdot 10^9/\text{ლ}$ -ის ფარგლებში. ლეიკოციტარული ინტოქსიკაციის მაღალი ინდექსი.

თუ მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნალველკენჭოვანი დაავადება მიმდინარეობდა ტკივილით, ამასთან არ იყო გამოხატული პანკრეატიტის, ქოლანგიტის, სეფსისის კლინიკური სურათი, მარჯვენა



ფერდქვემა არეში მტკივნეულობას ჰქონდა ვისცერული ხასიათი ე.ი. არ იყო გამოხატული პერიტონიუმის გაღიზიანების ნიშნები – მაშინ ვთვლიდით, რომ საქმე გვქონდა ტიპიურ ნაღვლოვან ჭვალთან.

მწვავე ქოლეცისტიტის შემთხვევაში განსაკუთრებული ყურადღება ექცეოდა მის ჰისტო-მორფოლოგიურ ფორმებს, ვინაიდან ამას დიდი მნიშვნელობა აქვს მკურნალობის ტაქტიკის არჩევაში. კერძოდ ჩვენი მასალის მიხედვით კატარული ქოლეცისტიტი გამოხატული იყო 20 (15,4%) შემთხვევაში, ხოლო 110 (84,6%)-ში დადგინდა მწვავე ქოლეცისტიტის დესტრუქციული ფორმა, ამათგან 84 (64,6%) ავადმყოფს დაუდგინდა ფლეგმონური, ხოლო 26 (20%)-ს განგრენულ-პერფორაციული ქოლეცისტიტი (ცხრილი №6).

ყოველივე ზემოთქმულიდან გამომდინარე მივიღეთ მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების ახალი კლასიფიკაცია (სურათი №2). როგორც სურათიდან ჩანს, მექანიკური სიყვითლით გართულებული მწვავე და ქრონიკული კალკულოზური ქოლეცისტიტის კლინიკური გამოვლინება, გარდა – ქრონიკული ქოლეცისტიტის დროს უმტკივნეულო ფორმისა და მწვავე ქოლეცისტიტის დროს პერიტონიტისა, ერთმანეთის მსგავსია, ანუ ერთმანეთს გადაფარავს – (სქემაზე დაშტრიხული ნაწილი (სურათი №2)). ეს მსგავსება, ჩვენი კლინიკური მასალის მიხედვით გამოვლინდა 85,6%-ში ( $p < 0,01$ ). ამრიგად, როდიონოვის კლასიფიკაციაში, ჩვენი კლასიფიკაციისაგან განსხვავებით: 1. არ არის ქრონიკული ქოლეცისტიტის ფორმა. 2. არ არის ცალკე ფორმად ნაღვლოვანი ჭვალი. 3. არ არის ქოლანგიტით მიმდინარე ფორმა.

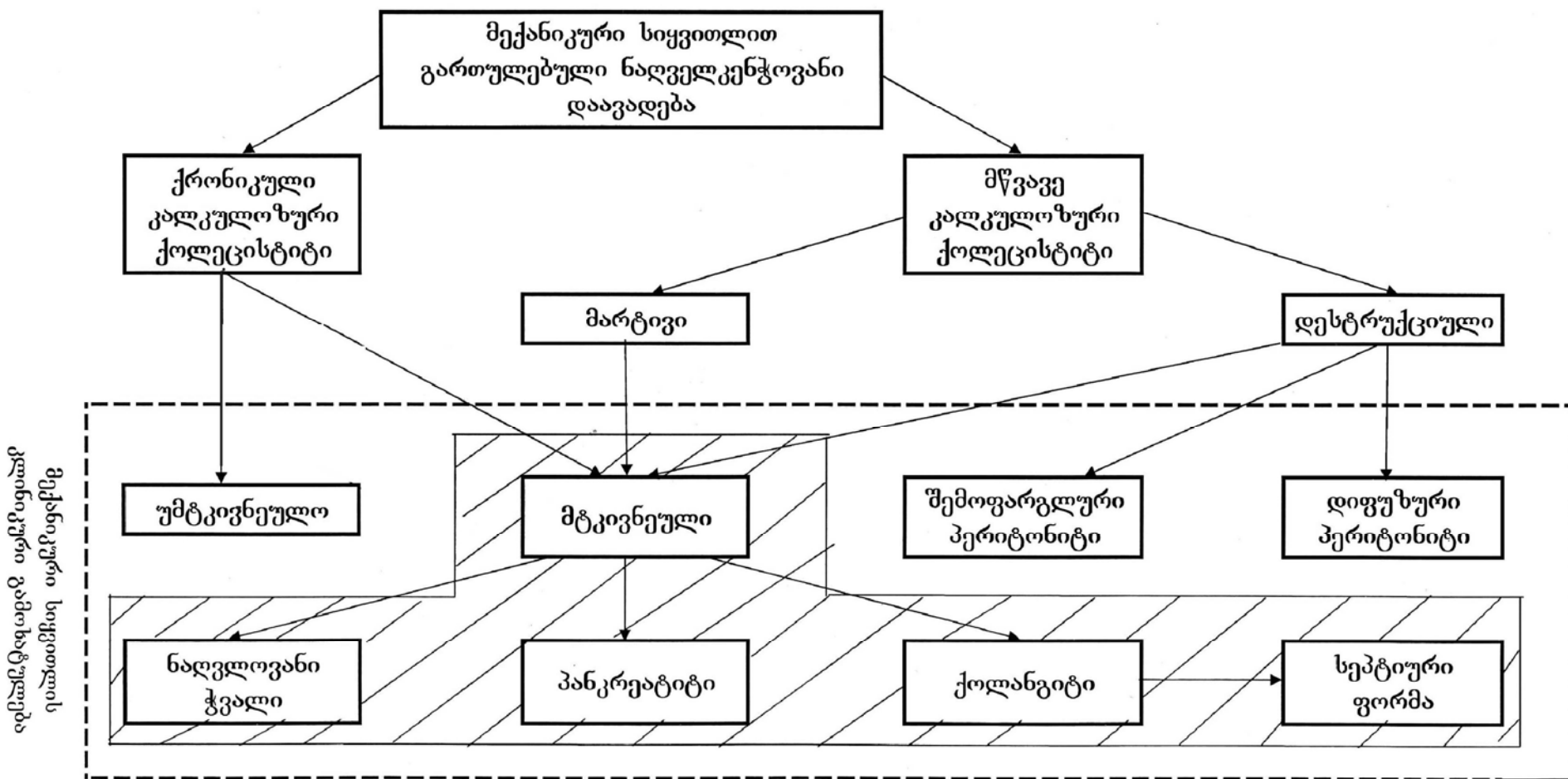
4. ცალკეა სეპტიური ფორმა, მაგრამ ჩვენი კლინიკური მასალის მიხედვით ის უპირატესად ქოლანგიტის გართულებას წარმოადგენს.
5. ტკვილით მიმდინარე ფორმა – ერთი «რიგითი» ფორმაა, ჩვენს კლასიფიკაციაში კი მას გაცილებით ფართო დატვირთვა ენიჭება.

## Υα0ΕΕΕ №6

**ΪΑΘΑΪΕΕ00Ε ΟΕΥΑΕΕΕΕΕ ΑΑ0Ε0ΕΑΑ0ΕΕ ΪΒΑΑΑΑ ΕΑΕΕ0ΕΪ ΑΕ00Ε  
 0Ϊ ΕΑΥΕ00Ε0Ε0 ΑΑΪΑΒΕΕΑΑΑ αΕ00Ϊ -ΪΪ 0×Ϊ ΕΪ ΑΕ00Ε ×Ϊ 0ΪΑΑΕ0  
 ΪΕαΑΑΑΕΕ**

αΕ00Ϊ -ΪΪ 0×Ϊ ΕΪ ΑΕ00Ε ×Ϊ 0ΪΑΑΕ		ΑΑΑΑΪΪΪ ×ΕΑ 0ΑΪ ΑΑΪΪ ΑΑ	%
ΪΑ00ΕΑΕ ×Ϊ 0ΪΑ	—	20	15,4
ΑΑ00000ΥΕ0ΕΕ ×Ϊ 0ΪΑ	Α) ×ΕΑΑΪΪ Ϊ00Ε	84	64,6
	Α) ΑΑΪΑ0ΑΪ0Ε - ΔΑ0×Ϊ 0ΑΥΕ0ΕΕ	26	20
00Ε		130	100

სურათი №2  
მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი  
დაავადების კლინიკური ფორმების კლასიფიკაცია



6. გარდა ამისა ჩვენს კლასიფიკაციაში გათვალისწინებულია ნაღვლის ბუშტის ანთების ჰისტომორფოლოგიური ფორმებიც.

როგორც ცნობილია ოპერაციის წინა კლინიკური დიაგნოზი გვეხმარება მკურნალობის ტაქტიკის, ოპერაციის სახისა და მოცულობის შედარებით ზუსტად შერჩევაში. ჩვენი კლინიკური მასალის ანალიზის საფუძველზე მივედით იმ დასკვნამდე, რომ დიაგნოზი, მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების დროს, უნდა გაფორმდეს შემდეგი თანმიმდევრობით: ა) მექანიკური სიყვითლე; ბ) ქრონიკული, თუ მწვავე კალკულოზური ქოლეცისტიტი; გ) ამ უკანასკნელის დროს, გვაქვს თუ არა პერიტონიტი და მისი ფორმა (ამას გარკვეული მნიშვნელობა აქვს მკურნალობის ტაქტიკის შერჩევაში); დ) სიყვითლის გამომწვევი მიზეზი (მნიშვნელობა აქვს რადიკალური ოპერაციის სახის შერჩევის თვალსაზრისით); ე) უმტკივნეულო თუ მტკივნეული ფორმა; ვ) ამ უკანასკნელის დროს – მკტივნეული ფორმის, რომელიმე სახე (ამას გარკვეული მნიშვნელობა აქვს ოპერაციამდე კონსერვატიული მკურნალობის შერჩევის თვალსაზრისით) (შემდეგი დიაგნოზები, მაგალითების სახით წარმოდგენილ კლინიკურ შემთხვევებში აღნიშნული ტრანსკრიფციით იქნება მოყვანილი).

## თავი IV

ეტაპორივი ქირურგიული მკურნალობის პრინციპი მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების დროს ჩვენს კლინიკაში დანერგილია მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების ქირურგიული მკურნალობის ეტაპორივი პრინციპი, რომლის დროსაც მკურნალობის I ეტაპზე ხდება სანაღველე გზების დეკომპრესია ტრანსკუტანული ტრასკეპატური ქოლინგიოსტომიის (ტტჰს) ან ენდოსკოპიური რეტროგრადული პაპილოტომიის (პრპტ) და ნაზობილიარული დრენირების საშუალებით. სიყვითლის მოხსნა და სომატური მდგომარეობის მნიშვნელოვნად დაუმჯობესების შემდეგ ხდება მკურნალობის II ეტაპის – რადიკალური ოპერაციის წარმოება, რომელიც ხორციელდება, როგორც ტრადიციული ღია წესით, ასევე გარკვეულ პირობებში და ჩვენებით – ლაპარასკოპიული ან მინილაპარატომიული ჩარევით.

ეტაპორივი ქირურგიული მკურნალობის (მჰმ) ანალიზის და ეფექტურობის შეფასებისთვის, ისევე როგორც სხვა ნებისმიერი სახის მკურნალობის შესაფასებლად, აუცილებელია ასეთი მკურნალობის შედეგების და პირველ რიგში გართულებებისა და ლეტალობის მიზეზების ანალიზი.

#### 4.1. გართულებებისა და ლეტალობის მიზეზების ანალიზი

ჩვენი კლინიკური მასალის მიხედვით, ნაღველკენჭოვანი დაავადებით გამოწვეული მექანიკური სიყვითლის ქირურგიული მკურნალობისას, ოპერაციის შემდეგ გვქონდა გართულებათა შემდეგი სახეები: გულ-სისხლძარღვთა და სასუნთქი სისტემის სხვადასხვა დარღვევები – 68 (6%), მწვავე პანკრეატიტი – 16 (3,7%), თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის სხვადასხვა ხასიათის მოშლა – 3 (0,7%), ჭრილობის დაჩირქება – 34 (7,9%), სანაღვლე გზებში დატოვებული კენჭები – 14 (3,2%), ნაღვლოვანი პერიტონიტი კერის დნერაჟის ამოღების შემდეგ 2 (0,46%), ქოლედოქუსის და ფატერის დვრილის სხვადასხვა ხასიათის სტრიქტურები, სტენოზი – 74 (1,63%), ნაღვლოვანი ფისტულები – 8 (1,85%), პერიტონიტი ბილიო-დიგესტიური ნაკერების უკმარისობის და დესტრუქციული ქოლეცისტიტის გამო – 5 (1,15%), ჩირქოვანი ქოლანგიტის ფონზე აღმოცენებული სეფსისი – 5 (1,15%).

პოსტოპერაციული გართულებების მთელი სპექტრი შეიძლება დაიყოს ორ ჯგუფად: 1) გართულებები, რომლებიც უშუალოდ არ არის დაკავშირებული ოპერაციის ტექნიკურ შესრულებასთან, ამ გართულებებს პირობითად ვუწოდეთ – ზოგადი (სომატური ან ფუნქციური) და 2) გართულებები,

**ΎαΟέΈΈ № 7**  
**Ϊ ΔΑΟΑΥέέΟ ΟΑΪΆΑΪ ΪΈ ΑΪ ΆΑΆΈ (ΟΪ ΪΑΟÖΟέ) αΑΟέΑέέΟ**  
**ΆΑΟέΟέΆΆΆέΟ ΟΆάΆΆέ**

ΆΑΟέΟέΆΆέΟ ΟΆάΆΆέ	ΆΆΆΪΪΪ × ΈΑ ΟΑΪ ΆΆΪΪ ΆΑ	%	
		n = 113	n = 432
ΆΟέ-ΟέΟάΈΡΑΟΪΆΈΑ ΟέΟΟΪέΟ ΟάΆΆΆΟάΆΆ ΆΑΟΪΆΆΆέ	33	29,2	7,6
ΪΆέΡέ-έέΟέΪέΪ ΆΑΪέ ΟέΪΑΟέΟΪ ΆΑ	26	23	6
ΈΑΆέΟ ΟΆέΪέΟ έΪΪέΟΟέ έΪΟΟέΟέ	3	2,65	0,7
×έέΟΆέΟ ΑΟΟ-έΟ ΆΪΆΪ ΈέΑ	5	4,4	1,16
ΔΪΆΪΪ ΪέΑ	30	26,5	6,9
ΪΒΆΆΆ ΔΑΪέΟΆΑΟέΟέ	16	14,15	3,7
ΟÖέ:	113	100	26,2



რომლებიც უშუალოდ არ არის დაკავშირებული ოპერაციის ტექნიკურ შესრულებასთან, ამ გართულებებს პირობითად ვუწოდეთ – ზოგადი (სომატური ან ფუნქციური) და 2) გართულებები, რომლებიც უშუალოდ დაკავშირებულია ოპერაციის ტექნიკურ შესრულებასთან (ზოგჯერ წუნთან), ამ გართულებებს პირობითად ვუწოდეთ – ადგილობრივი (ტექნიკური) ხასიათის გართულებები (ცხრილი №7, №8).

ΥαΟέΈΈ №8

Ϊ ΔΑΟΑΥέέΟ ΟΑΪΑΑΪ ΪΈ ΑΑΑέΈΪ ΑΟέΑέ (ΟΑΘΪέέΟΟέ) άΑΟέΑέέΟ  
 ΑΑΟέΟέΑΑΑέΟ ΟΑάΑΑΑέ

ΑΑΟέΟέΑΑέΟ ΟΑάΑΑΑέ	ΑΑΑΪΪΪ ×ΕΑ ΟΑΪ ΑΑΪΪ ΑΑ	%	
		n = 71	n = 432
άΟέέΪ ΑέΟ ΑΑΥέΟΘΑΑΑ	34	47,9	7,9
ΑΑΟΪ ΑΑΑΟέέ (ΟΑέέΑΟΑέΟΟέ) έΑΪάΑΑέ	14	19,7	3,2
Άέ×ΟέΟΟέ ΔΑΟέΟΪ ΪέΟέ ΑέέέΪ ΑέΑΑΟΟέΟΟέ ΪΑέΑΟΑΑέΟ ΟέΪΑΟέΟΪ ΑέΟ ΑΑ ΑΑΟΟΟΟΥέΟέέ ΘΪ έΑΥέΟΟέΟέΟ ΑΑΪΪ	5	7	1,15
ΪΑΥΑέΪ ΑΑΪέ ×έΟΟΟέΑΑέ	8	11,26	1,85
ΪΑΥΑέΪ ΑΑΪέ ΔΑΟέΟΪ ΪέΟέ έΑΟέΟ ΑΟΑΪΑΝέΟ ΑΪΪ ΥΑΑέΟ ΟΑΪΑΑΑ	2	2,8	1,46
ΘΪ έΑΑΪΪ ΘΟΟέΟ ΑέΟΟΑέΟΟέ ΟΟΟέΘΟΟΟΑ	6	8,4	1,4
×ΑΟΑΟέΟ ΑΑΟέέέΟ ΟΟΑΪΪ Αέ	1	1,4	0,23
ΟΟέ:	71	100	16,4

გართულებების ასეთ ორ ჯგუფად დაყოფა, როგორც ზემოთ ავლნიშნეთ გარკვეულწილად პირობითია და ემსახურება პრაქტიკულ მოსაზრებებს. კერძოდ: ზოგადი ხასიათის გართულებებში შემაჯავლი დაავადებები, მაგ. ღვიძლ-თირკმლის უკმარისობა, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის სხვადასხვა დარღვევები და სხვ., შეიძლება განვითარდეს პოსტოპერაციულ პერიოდში, როგორც უკვე არსებული ქრონიკული დაავადებების გამწვავება, თუმცა არ გამოირიცხება ოპერაციამდე არ არსებული ან ფარულად მიმდინარე პათოლოგიის აღმოცენებაც, რომელსაც აპროვოცირებს ოპერაციული ტრავმა. ამ სახის გართულებების განვითარება, მიუხედავად ოპერაციის ტექნიკურად ზედმიწევნით სწორად ჩატარებისა, წინასწარ პოტენციურადაა შესაძლებელი, თუ პრეოპერაციულ პერიოდში არ ჩავატარებთ სკურპულოზურ, ზოგად-სომატურ გამოკვლევას და აღმოჩენილი დარღვევების კორექციას. ხშირად ეს ღონისძიებებიც არ კმარა, თუ არ ავირჩევთ ქირურგიული მკურნალობის განსაკუთრებულ სწორ ტაქტიკას (როგორც ქვემოთ ვნახავთ, ანიშნულ ტაქტიკაში იგულისხმება ექმ). რაც შეეხება ადგილობრივ (ტექნიკურ) ხასიათის გართულებებს (მაგ. რეზიდუალური კენჭები), მათი პროფილაქტიკა შესაძლებელია პრე და ინტრაოპერაციულ პერიოდში სწორად ჩატარებული კლინიკური (ადგილობრივი-სანაღვლე გზების) გამოკვლევებით და ტექნიკურად სწორად ჩატარებული ოპერაციით. ამასთან ზოგადი და ადგილობრივი ხასიათის გართულებები შეიძლება დაიყოს, თავის მხრივ, სპეციფიურ და არასპეციფიურ გართულებებად. ნაღველკენჭოვანი დაავადებებით გამოწვეული მექანიკური სიყვითლის

ქირურგიული მკურნალობისას აღმოცენებული ზოგადი (სომატური) ხასიათის გართულებებიდან, სპეციფიურად შეიძლება ჩაითვალოს ღვიძლ-თირკმლოვანი უკმარისობა და მწვავე პანკრეატიტი, რადგან ეს პათოლოგიები პოსტოპერაციულ პერიოდში, უპირატესად სანაღვლე გზების დაავადებების ქირურგიული მკურნალობის დროს ვითარდებიან, ხოლო არასპეციფიურად შეიძლება ჩაითვალოს: გულ-სისხლძარღვთა, სასუნთქი სისტემის სხვადასხვა დარღვევები და თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის მოშლა, რადგან აღნიშნული პათოლოგიები, პოსტოპერაციულ პერიოდში, ვითარდება სხვა დაავადებების დროსაც და რაიმე უპირატესობა ამ თვალსაზრისით, მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვან დაავადებას არ გააჩნია. ყოველივე ზემოთქმულის საფუძველზე მივიღეთ პოსტოპერაციულ გართულებათა კლასიფიკაცია (სურათი №3).

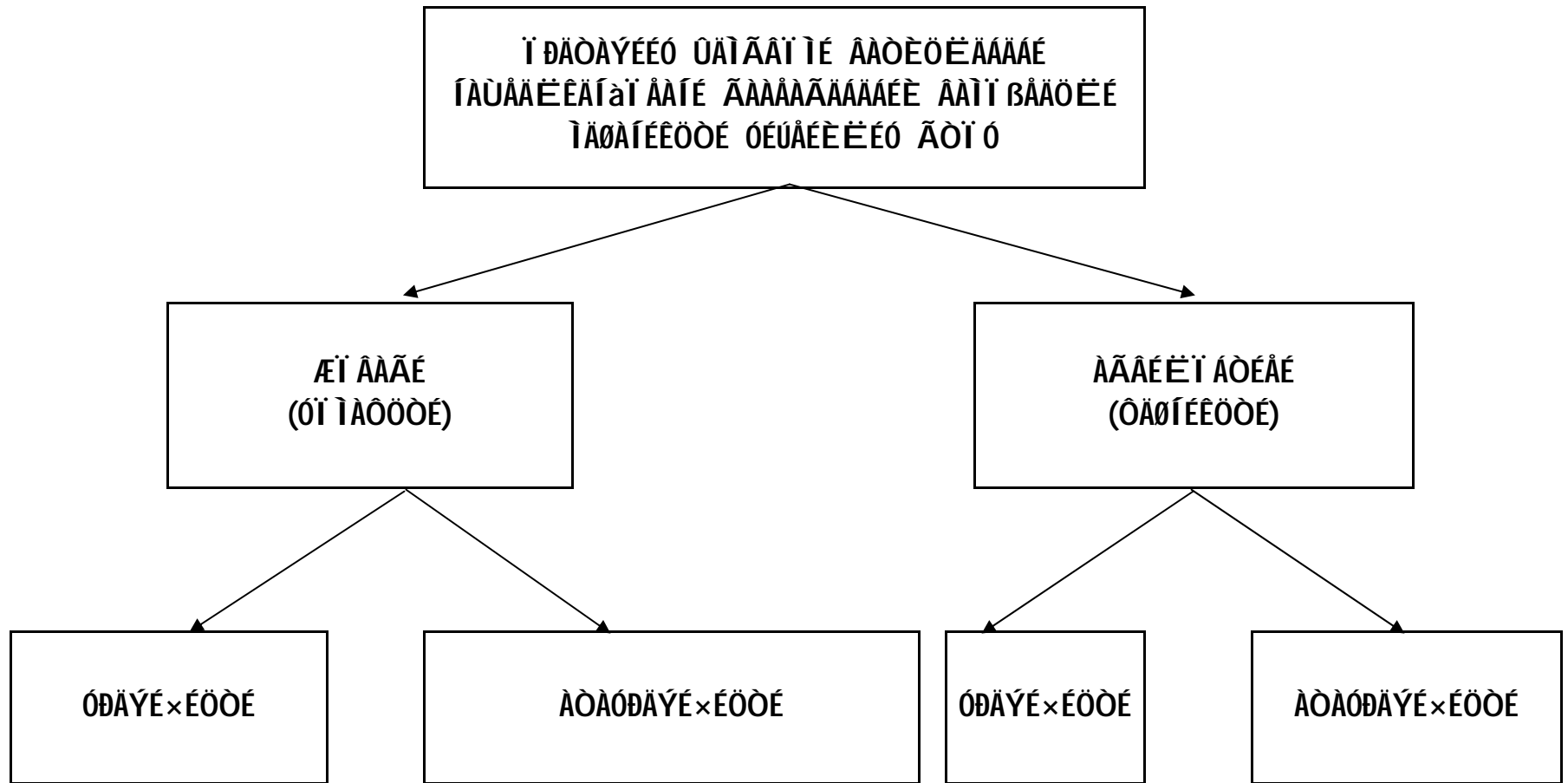
პოსტოპერაციული ლეტალობის მიზეზებიც ანალოგიურად იყოფა: ზოგად და ადგილობრივ, სპეციფიურ და არასპეციფიურ მიზეზებად (ცხრილი №9).

როგორც ცხრილებიდან ჩანს, საერთოდ გართულებები მივიღეთ 188 (43,5%) ავადმყოფში, ამათგან ზოგადი ხასიათის გართულებებს ადგილი ჰქონდა 113 (26,2%), ხოლო ადგილობრივს 71 (16,4%) ავადმყოფში. ლეტალური გამოსავალი სულ მივიღეთ 47 (10,87%)-ჯერ. აქედან ლეტალური გამოსავლის მიზეზს 43 (9,95%) შემთხვევაში ზოგადი ხასიათის გართულებები წარმოადგენდნენ, რაც მთელი ლეტალობის 91,5%-ს შეადგენს ( $p < 0,04$ ), ხოლო ადგილობრივი სახის გართულებები

ლეტალური გამოსავლის მიზეზი გახდა მხოლოდ 4 (0,92%) შემთხვევაში, რაც მთელი ლეტალობის 8,5%-ს წარმოადგენს (სურათი №4).

ლეტალობის ზოგადი ხასიათის მიზეზებიდან ყველაზე მეტი წილი 15 (34,88%) (n=43) (p<0,05) მოდის ღვიძლ-თირკმლის უკმარისობაზე, რომელიც ამავე დროს მიეკუთვნება სპეციფიურ გართულებებს და გულ-

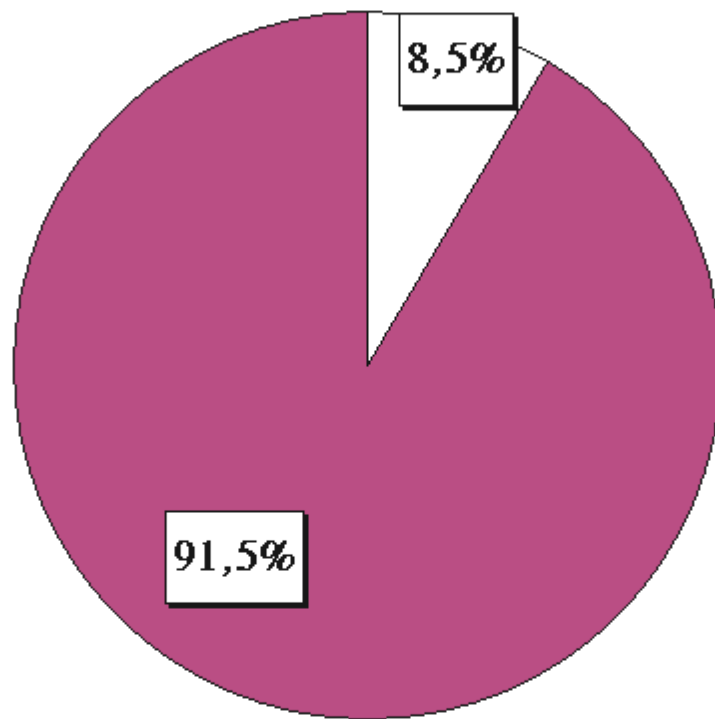
000AEE №3



**ΥάΟέΈΈ № 9**  
**Ϊ ΔΑΟΔΥέέΟ ΟΑΪÃΑΪ ΪΈ ΈΑΟΔέΪ ΆέΟ ΪέΆΆέ**

ΈΑΟΔέΪ ΆέΟ ΪέΆΆέ	ΆΆÃΪΪΪ ×ΈΑ ΟΑΪ ÃΑΪΪ ΆΑ	%	
		n = 47	n = 432
ΆΟΈ-ΟέΟάΈΡΑΟΪΆΈΑ ΟέΟΟÃΪέΟ ΟάÃÃÃΟάÃÃ ÃΑΟΪÃÃÃÁέ	9	19,1	2
ΪΆΈΡΈ-ΈέΟΈΪ ΈΪ ΆΑΪέ ΟέΪΑΟέΟΪ ΆΑ	15	32	3,47
×ΈΈΟΆέΟ ΑΟΟ-έΟ ΑΪΑΪ ΈΈΑ	5	10,6	1,15
ΔΪÃÃΪΪ ΪέΑ	4	8,5	0,92
ΪΒÃÃÃ ΔΑΪέΟÃÃΟέΟέ	5	10,6	1,15
ΟÃΟέΟΟέ ΟΪ ΈΑΪΆέΟέ	5	10,6	1,15
Ãέ×ΟέΟΟέ ΔΑΟέΟΪ ΪέΟέ ΆέΈέΪ ΆέÃÃΟέΟΟέ ΪΆέΑΟÃΆέΟ ΟέΪΑΟέΟΪ ΆέΟ ÃÃ ÃÃΟΟΟΟθΥέΟΈέ ΟΪ ΈÃΥέΟΟέΟέΟέ ÃΑΪΪ	4	8,4	0,92
ΟÖΈ:	47	100	10,8

სურათი №4  
ლექტალური გამოსავლის ზოგადი (სომატური) და  
ადგილობრივი (ტექნიკური) ხასიათის მიზეზების  
განაწილება



- ადგილობრივი (ტექნიკური) ხასიათის მიზეზები
- ზოგადი (სომატური) ხასიათის მიზეზები



სისხლძარღვთა სისტემის სხვადასხვა დარღვევებზე 9 (20,9%) (n=43) (p<0,05), რომელიც მიეკუთვნება არასპეციფიურ გართულებებს. სხვა პათოლოგიების ხვედრითი წილი ლეტალობის განვითარებაში დაახლოებით ერთნაირია და მერყეობს 8,4-დან 10,6%-ის ფარგლებში.

ყოველივე ზემოთქმულიდან შეიძლება გავაკეთოთ შემდეგი დასკვნა: მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების ქირურგიულ მკურნალობის, ჩვენს მიერ არჩეული ტაქტიკა ძირითადად მიმართული უნდა იყოს ზოგადი ხასიათის გართულებების პროფილაქტიკისკენ. ამავე დროს, კონკრეტულად განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს: სპეციფიურიდან – ღვიძლ-თირკმლის უკმარისობას, ხოლო არასპეციფიურიდან – გულ-სისხლძარღვთა სისტემის სხვადასხვა დარღვევების პროფილაქტიკას.

კვლევის ამ ეტაპზე უნდა დავადგინოთ: აკმაყოფილებს თუ არა ჩვენს კლინიკაში დანერგილი მკმ-ის პრინციპი წინა თავში მიღებულ დასკვას, ამისათვის აუცილებელი გახდა: გართულებებისა და ლეტალობის მიზეზების შედარებითი ანალიზი ნაღველკენჭოვანი დაავადებით გამოწვეული მექანიკური სიყვითლის ეტაპობრივი და ერთმომენტური ქირურგიული მკურნალობის დროს.

## 4.2. გართულებებისა და ლეტალობის მიზეზების შედარებითი ანალიზი ეტაპობრივი და ერთმომენტური ქირურგიული მკურნალობის დროს

ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობის აუცილებლობა, მექანიკური სიყვითლის დროს, დამტკიცებულია მრავალი ავტორის მონაცემებით (იხ. ლიტერატურული მიმოხილვა) და თითქოს ეჭვს აღარ უნდა იწვევდეს, მიუხედავად ამისა მკურნალობის აღნიშნული პრინციპი, ჯერ კიდევ სადისკუსიო თემად რჩება. ამიტომ ჩვენი კვლევის საგანს ამ თავში წარმოადგენდა, მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნალველკენჭოვანი დაავადების დროს ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობის ეფექტურობის შეფასება და მისი უპირატესობის დამტკიცება ერთმომენტური ქირურგიულ მკურნალობასთან შედარებით.

432 ავადმყოფიდან, რომლებიც იმყოფებოდნენ ჩვენს კლინიკაში მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნალველკენჭოვანი დაავადებით, ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობა ჩაუტარდა 321 (73,4%)-ს, ხოლო ერთმომენტური ქირურგიული მკურნალობა (ქმ) (ერთეტაპიანი მკურნალობა) 111 (25,7%) ავადმყოფს. ეს ორი ჯგუფი სტატისტიკურად, რომ ერთმანეთთან შეჯერებული ყოფილიყო, ერთმომენტად ნამკურნალები ავადმყოფთა ჯგუფიდან ამოვიღეთ 15 ავადმყოფი, რომელთაც აღნიშნებოდათ დიფუზური პერიტონიტი. მაშასადამე მივიღეთ ორი ალტერნატიული ჯგუფი: I ჯგუფი – 321 ავადმყოფი, რომელთაც ჩაუტარდათ ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობა და II ჯგუფი – 96 ავადმყოფი, რომელთაც ჩაუტარდათ ერთმომენტური ქმ. ეს ორი ჯგუფი სტატისტიკური სანდოობით ერთმანეთისაგან არ განსხვავდებოდნენ, ვინაიდან: ასაკი, სქესი, დაავადების სტრუქტურა და

ხასიათი, დაავადების ხანდაზმულობა, თანმხლები დაავადებები, ერთმანეთთან შეჯერებული იყო ორივე ჯგუფისთვის (ცხრილი <sup>1</sup>10).

როგორც ვხედავთ აღნიშნული ჯგუფები ერთმანეთისაგან არ განსხვავდებიან (ყველა შესასწავლი ნიშნის მიხედვით განსხვავება არ არის სარწმუნო ( $p > 0,05$ -ზე) და შესატყვის (შეჯერებულ) სტატისტიკურ ერთობლიობებს წარმოადგენენ).

ჩატარებული მკურნალობის ეფექტურობა, ამ ორ ჯგუფში, შეფასდა საყოველთაოდ მიღებული წესით – გართულებებისა და ლეტალობის შედარებითი ანალიზით.

ცხრილი №10

I და II ალტერნატიული ჯგუფების სტატისტიკური შედარება

		I ჯგ. n=96 (ერთმომენტია ნი მკურნალობა)	I ჯგ. n=321 (მძმ)	კრიტერიუმი $X^2$ და p
ასაკი (საშუალოდ)		58,5±8,5	59,0±9,0	$X^2=0,31$ ; p=0,57
სიყვითლის ხანგრძლივობა (საშუალოდ)		7,6±3,2	7,7±4,1	$X^2=0,1$ ; p=0,75
მწვავე ქოლეცისტიტი		31 (32%)	84 (26,2%)	$X^2=2,93$ ; p=0,08
ქრონიკული ქოლეცისტიტი		65 (67,7%)	237 (73,8%)	$X^2=1,0$ ; p=0,31
თანმხლე ბი პათოლო გიები ASA-ას მიხედვი თ	შ 1÷2	54 (56,25%)	179 (55,7%)	$X^2=0,14$ ; p=0,7
	ASA3÷4	42 (43,75%)	142 (44,2%)	$X^2=0,1$ ; p=0,75
სქესი		კაცი/ქალი ≈ 1/3	კაცი/ქალი ≈ 1/3	—

გართულებების მთელი სპექტრიდან გამოვყავით ზოგადი (სომატური) ხასიათის გართულებები და ამ მიზეზით გამოწვეული ლეტალური შედეგები, რადგან როგორც ჩვენმა გამოკვლევებმა აჩვენა ძირითადი და მნიშვნელოვანი ნაწილი სწორედ მათზე მოდის (იხ. წინა თავი). ლეტარული შედეგი სულ იყო 47 შემთხვევაში, აქედან 43 (91,5%) გამოწვეული იყო ზოგადი (სომატური) ხასიათის მიზეზებით.

ოპერაციის შემდგომი ზოგადი (სომატური) ხასიათის გართულებების და ლეტალობის მიზეზები ერთმომენტური და მძმ-ის დროს მოცემულია ცხრილებში №11 და №12.

როგორც ამ ცხრილებიდან ჩანს ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობით, ერთმომენტურთან შედარებით, გართულებები შემცირდა 39,6%-დან 23,4%-მდე ( $X^2=4,68$ ;  $p=0,03$ ), ხოლო ლეტალობა 16,7%-დან 8,4%-მდე ( $X^2=9,48$ ;  $p=0,002$ ), როგორც ვხედავთ განსხვავება სტატისტიკურად სარწმუნოა ( $p<0,05$ ), საიდანაც აშკარაა ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობის ეფექტურობა. ამავე დროს, თუ გავანალიზებთ გართულებებისა და ლეტალობის შემცირების სტრუქტურას ვნახავთ, რომ დამაჯერებელი ცვლილებები (ანუ შემცირება) მოხდა მხოლოდ ღვიძლ-თირკმლის უკმარისობის შემთხვევაში, კერძოდ ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობის შედეგად ის შემცირდა 6,3-ჯერ (17,7%-დან 2,8%-მდე) ( $p<0,05$ ). ლეტალობის სტრუქტურაში დამაჯერებელი ცვლილებები (შემცირება) მოხდა ორ შემთხვევაში: 1) ღვიძლ-თირკმლის უკმარისობის დროს, შემცირება მოხდა 3,7-ჯერ (8,3%-დან 2,2%-მდე) ( $p<0,05$ ) და 2) სეპტიური ქოლანგიტით გამოწვეული ლეტალობა შემცირდა 5-ჯერ

(3,1%-დან 0,62%-მდე) ( $p < 0,05$ ). სხვა შემთხვევებში ცვლილებები, როგორც გართულებების, ასევე ლეტალობის მხრივ ატარებდა არადაამაჯერებელ ხასიათს ( $p > 0,05$ ).

ΥαΟΕΕΕ Νο11

ΤΙΘΑΘΑΥΕΕΟ ΟΑΙΑΑΙ ΤΕ ΑΙ ΑΑΑΕ (ΟΙ ΙΑΟΟΘΕ) αΑΟΕΑΕΕΟ

ΑΑΘΕΘΕΑΑΑΕΟ

ΤΕΑΕΑΑΕ ΑΘΕΙΤΙ ΙΑΙΟΕΑΙΕ ΑΑ ΑΘΑΘΙ ΑΘΕΑΕ ΘΕΘΘΑΕΘΕΕ

ΤΕΘΘΙΑΕΤΙΑΕΟ ΑΘΙ Ο

ΑΑΘΕΘΕΑΑΕΟ ΟΑΑΑΑΕ	ΑΑΑΑΙΤΙΙ ×ΕΑ ΘΑΙ ΑΑΤΙ ΑΑ		P
	ΑΘΕΙΤΙ ΙΑΙΟΕΑΙ Ε ΤΕΘΘΙΑΕΤΙΑΕ n = 96	ΑΘΑΘΙ ΑΘΕΑ Ε ΤΕΘΘΙΑΕΤΙΑΕ ΑΑ n = 321	—
ΑΘΕ-ΘΕΘΑΕΡΑΘΟΥΑΕΑ ΘΕΘΘΑΙΕΘ ΘΑΑΑΑΘΑΑ ΑΑΘΟΥΑΑΑΑΕ	10 (10.4%)	23 (7.2%)	P < 0.05
ΥΑΕΡΕ-ΕΕΘΕΙΕΤΙΑΙΕ ΘΕΙΑΘΕΘΙ ΑΑ	17 (17.7%)	9 (2.8%)	P < 0.05
ΕΑΑΕΟ ΘΑΕΙΕΘ ΕΥΑΙΕΘΘΕ ΕΙΘΘΕΘΕ	1 (1.04%)	2 (0.6%)	(%) P > 0.05
×ΕΕΘΑΕΘ ΑΘΘΑΘΕΕΘ ΑΙΑΙ ΕΕΑ	1 (1.04%)	4 (1.2%)	(%) P > 0.05
ΘΙΑΑΤΙ ΤΕΑ	6 (6.25%)	24 (7.4%)	P > 0.05
ΙΒΑΑΑΑ ΘΑΙΕΘΑΑΘΕΘΕ	3 (3.1%)	13 (4%)	(%) P > 0.05
ΘΘΕ:	38 (39.6%)	75 (23.4%)	P < 0.05

Υα0ΕΕΕ №12

Ι ΔΑ0ΑΥΕΕ0 ΟΑΙΔΑΙΤΕ ΕΑ0ΑΕΤΙ ΑΕ0 ΤΕΑΕΑΕΑΕ Α0ΕΤΙ ΤΑΙ0ΕΑΤΕ  
 ΑΑ

Α0ΑΔΙ Α0ΕΑΕ 0Ε000ΑΕ0ΕΕ ΤΕ00ΙΑΕΤΙ ΑΕ0 Α0Ι 0

Ε Α0ΑΕΤΙ ΑΕ0 ΤΕΑΕΑΕΑΕ	ΑΑΑΑΤΙΤΙ ×ΕΑ 0ΑΙ ΑΑΤΙ ΑΑ		P
	Α0ΕΤΙ ΤΑΙ0ΕΑΤΕ ΤΕ00ΙΑΕΤΙ ΑΑ n = 96	Α0ΑΔΙ Α0ΕΑΕ ΤΕ00ΙΑΕΤΙ ΑΑ n = 321	—
Α0Ε -0Ε0αΕ ΡΑ0ΟΥΑΕΑ 0Ε00ΑΙΕ0 0αΑΑΑΑ0αΑΑ ΑΑ0ΟΥΑΑΑΑΕ	2 (2.08%)	7 (2.2%)	P > 0.05
ΥΑΕΡΕ -ΕΕ0ΕΙ ΕΤΙ ΑΑΤΕ 0ΕΤΑ0Ε0ΤΙ ΑΑ	8 (8.3%)	7 (2.2%)	P < 0.05
×ΕΕ 0ΑΕ0 Α00Α0ΕΕ0 ΑΙΑΤΙ ΕΕΑ	1 (1.04%)	4 (1.24%)	(3%) P > 0.05
ΔΙΑΑΤΙ ΤΕΑ	1 (1.04%)	3 (0.93%)	(3%) P > 0.05
ΤΒΑΑΑΑ ΔΑΤΕ0ΑΑ0Ε0Ε	1 (1.04%)	4 (1.24%)	(3%) P > 0.05
0ΑΔ0Ε00Ε 0Ι ΕΑΙΑΕ0Ε	3 (3.1%%)	2 (0.62%)	(3%) P < 0.05
00Ε:	16 (16.7%)	27 (8.4%)	P < 0.05



### 4.3. მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების კლინიკო-ლაბორატორიული მოდელი

ამრიგად, კვლევის ამ ეტაპზე დავასრულეთ II ამოცანის პირველი ნაწილის გადაჭრა, კერძოდ დავამტკიცეთ მქმ-ის მაღალი ეფექტურობა და კვლევის შემდეგ ეტაპზე გადავედით ამ ამოცანის მეორე ნაწილის გადაჭრაზე, კერძოდ მქმ-ის ჩვენებების დაზუსტებაზე.

ცნობილია, რომ ავადმყოფის მკურნალობის (ოპერაციის შემდგომი) შედეგები, მათ შორის გართულებები და ლეტალობა დამოკიდებულია ავადმყოფის ოპერაციის წინა კლინიკო-ლაბორატორიულ სტატუსზე. მქმ-ის ჩვენებების დასადგენად საჭიროა: ა) მკურნალობის დაწყებამდე, მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების მქონე, ავადმყოფების ზოგად-სომატური მდგომარეობის გამომხატველი კლინიკო-ლაბორატორიული სტატუსის სხვადასხვა ვარიანტების დადგენა; ბ) ცალკეული ავადმყოფის ან ავადმყოფთა ჯგუფის კლინიკო-ლაბორატორიული სტატუსის გარკვეული (შესაბამისი) ვარიანტისთვის მიკუთვნება და გ) მოცემული მკურნალობის მეთოდის (ან ტაქტიკის) ჩვენებად ჩაითვლება კლინიკო-ლაბორატორიული სტატუსის ის ვარიანტი, სადაც აღნიშნული მკურნალობის შემდეგ მიიღება განსაკუთრებით თვალსაჩინო დადებითი ეფექტი, რომელიც გართულებებისა და ლეტალობის მნიშვნელოვანი შემცირებით გამოიხატება.

თუმცა, აქ უნდა შემოვიტანოთ ერთი კორექტივი: მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების მქონე ავადმყოფის რეალური კლინიკო-ლაბორატორიული სტატუსი ძალიან

რთულია (შეიცავს მრავალ მახასიათებელს) და აქვს ბევრი ვარიანტი. ამიტომ ჩვენებებიც იქნება რთული და გაუგებარი, პრაქტიკაში ძნელად გამოსაყენებელი, რაც ლიტერატურულ მონაცემებითაც მტკიცდება. აქედან გამომდინარე მქმ-ის ჩვენებების გამარტივებისთვის საჭიროა მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების გამომხატველი კლინიკო-ლაბორატორიული სტატუსის, მარტივი მოდელის შემოღება.

მოცემული დაავადების კლინიკო-ლაბორატორიული სტატუსი მოიცავს: ასაკს, თანმხლებ პათოლოგიებს (არასპეციფიკური ფაქტორები) და სიყვითლის ხანგრძლივობას, ღვიძლის ფუნქციურ მდგომარეობას (სპეციფიური ფაქტორები). ამ სტატუსის გამარტივების მიზნით, ჩვენი კლინიკური მასალის მიხედვით გავანალიზეთ გართულებებისა და ლეტალობის დამოკიდებულება თითოეულ ამ ფაქტორზე და დავადგინეთ თვითონ ამ ფაქტორებს შორის ურთიერთკავშირის ხასიათი.

ა) გართულებებისა და ლეტალობის დამოკიდებულება ავადმყოფის ასაკზე:

ჩვენი კლინიკური მასალის მიხედვით, 432 ავადმყოფი იმყოფებოდა 21-დან 80 წლის ჩათვლით ასაკობრივ კგუფში; აღსანიშნავია, რომ აქედან 237 (54,8%) ავადმყოფი იყო 60-დან 80 წლის ასაკობრივ ჯგუფში, ხოლო 195 (45,1%) 21-დან 60 წლის ასაკობრივ ჯგუფში.

პოსტოპერაციულ პერიოდში 113 ავადმყოფს განუვითარდა ზოგადი (ფუნქციური) ხასიათის გართულებები და ამ მიზეზით გამოწვეული ლეტალური გამოსავალი აღინიშნა 43 შემთხვევაში. დადგინდა, რომ 61-

დან 80 წლის ჩათვლით ასაკობრივ ჯგუფში იყო 87 გართულების და 34 ლეტალური გამოსავლის შემთხვევა, რამაც შესაბამისად შეადგინა 77% და 79%. გართულებებისა და ლეტალობის მაჩვენებლები იზრდება ასაკთან ერთად, მათ შორის არსებობს პირდაპირი კორელაციური კავშირი ( $r=0,69$ ;  $p<0,05$ ). მინიმალური ასაკი, რომლის ზევით და ქვევით გართულებებსა და ლეტალობის მაჩვენებლებს შორის დაფიქსირდა სტატისტიკურად სანდო განსხვავება, აღმოჩნდა 60 წელი ( $x^2=9,48$ ;  $p=0,002$ ), ამასთან აღნიშნული ზრდა მეტად თვალსაჩინოა (იზრდება ნახტომისებურად) (ცხრილი №13).

**ბ) გართულებებისა და ლეტალობის დამოკიდებულება თანმხლებ პათოლოგიებზე:**

## ÝàÒÉËË №13

### ÀÀÒÈÖËÄÄÄÄÉÒÀ ÑÀ ËÄÒÀËÏÄÉÓ ÄÄÍÄÞÉËÄÄÄ ÀÓÄËÉÓ ÌÉÄÄÄÄËË

ÀÓÄËË	21 - 60 n = 195	61 - 80 n = 237	ÓÖË n = 432	P
ÀÀÒÈÖËÄÄÄÄÉ	36 (18.5%)	77 (32.5%)	113 (26.2%)	P < <b>0.05</b>
ËÄÒÀËÏÄ	9 (4.6%)	34 (14.3%)	43 (9.95%)	P < <b>0.05</b>

ჩვენი კლინიკური მასალის მიხედვით თანმხლები პათოლოგიები (ASA3÷4) აღენიშნებოდა 199 (46%) ავადმყოფს. მათში გამოხატული იყო ორი ან მეტი თანმხლები დაავადების შეუღლება, რომლებიც მნიშვნელოვან გავლენას ახდენდნენ მკურნალობის შედეგებზე. თანმხლებ

პათოლოგიების თანაარსებობასა და გართულებებსა და ლეტალობის შორის პირდაპირკორელაციური კავშირია ( $r=0,62$ ;  $p<0,05$ ). თანმხლები პათოლოგიების მქონე ავადმყოფებში გართულებებს ჰქონდა ადგილი 66 (33,2%) შემთხვევაში, ხოლო ლეტალობამ შეადგინა 32 (16%) შემთხვევა; რაც შეეხებათ ავადმყოფებს, რომლებსაც თანმხლები პათოლოგიები არ აღენიშნებოდათ (ანუ ASA1÷2) (233-54% ავადმყოფი) გართულებებს ადგილი ჰქონდა 47 (20%) შემთხვევაში და ლეტალობამ შეადგინა 11 (2,5%), (ცხრილი №14) როგორც ამ ცხრილიდან ჩანს, გართულებები და განსაკუთრებით ლეტალობა მკვეთრად იზრდება თანმხლები პათოლოგიების (ASA3÷4) თანაარსებობის დროს, რაც სტატისტიკურად სანდოა (გართულებებისთვის  $X^2=9,2$ ;  $p=0,002$ . ლეტალობისთვის –  $X^2=10,4$ ;  $p=0,001$ ) ( $p<0,01$ ).

**გ) გართულებებისა და ლეტალობის დამოკიდებულება სიყვითლის ხანგრძლივობაზე:**

ჩვენი მასალის მიხედვით 432 ავადმყოფიდან, 1÷7 დღის სიყვითლის ხანგრძლივობით იყო 240 (55,5%) ავადმყოფი. ამათგან ოპერაციის შემდგომი გართულება აღინიშნა სულ 24 (10%) ავადმყოფში, ლეტალობა 3 (1,25%) შემთხვევაში; 8÷14 დღის სიყვითლის ხანგრძლივობის ინტერვალში იყო 127 (29,3%) ავადმყოფი, აქედან გართულება განვითარდა 48 (37,8%) ავადმყოფში, ლეტალობა 15 (11,8%)-ში; 15 და მეტი დღის სიყვითლით იყო 65 (15%), აქედან გართულება აღინიშნა 41 (63%) ავადმყოფში, ხოლო ლეტალური გამოსავალი 25 (38,45%) შემთხვევაში (ცხრილი №15). აღსანიშნავია, რომ სიყვითლის ხანგრძლივობის აღნიშნულ ინტერვალზე

დაყოფა განაპირობა იმ ფაქტმა, რომ ეს იყო სწორედ ის მინიმალური (ოპტიმალური) შეაღედები, რომელთა

**ყაოეეე №14**

**ააოეეაააააააააა აა ეაოაეეეააა ააეეეააააააა ეაეეააა  
 ბაეეეეეეეეეეეე**

	<b>ეაეეაააააა ბაეეეეეეე ო ააოააა (ASA 1-2)</b>	<b>ეაეეაააააა ბაეეეეეეე ააააა (ASA 3-4)</b>	<b>ოეე</b>	<b>P</b>
<b>აააააააააა × ეა ოაეე ააეეეე</b>	233 (54%)	199 (46%)	432 (100%)	—
<b>ააოეეეაააააააა</b>	47 (20%)	66 (33.2%)	113 (26.2%)	<b>P &lt; 0.05</b>
<b>ეაოაეეეეე</b>	11 (4.7%)	32 (16%)	43 (9.95%)	<b>P &lt; 0.05</b>

Υά0ΕΈΈ №15

ΑΑ0Ε0ΈΑΑΑΑΈ0Α ΑΑ ΈΑ0ΑΈΙ ΑΈ0 ΑΑΙΙ ΈΈΑΑ0ΈΑΑΑ  
 0ΈΥΑΈΈΈΈ0 άΑΙΆ0ΡΈΈΑΙ ΑΑ

0ΈΥΑΈΈΈΈ0 άΑΙΆ0ΡΈΈΑΙ Α Α	1 ÷ 7 ΑΥΑ	8 ÷ 14 ΑΥΑ	15 ΑΥΑ ΑΑ ΙΑ0Έ	P
ΑΑ0Ε0ΈΑΑΑΑΈ	24 (10%)	48 (37.8%)	41 (63%)	P < 0.05
ΈΑ0ΑΈΙ ΑΑ	3 (1.25%)	15 (11.8%)	25 (38.45%)	P < 0.05
00Έ ΑΑΑΑΙΥΙ ×ΈΑ 0ΑΙ ΑΑΙΙ ΑΑ	n = 240	n = 127	n = 65	—

შესაბამისი გართულებებისა და ლეტალობის მაჩვენებლები სტატისტიკურად სანდო განსხვავებას იძლეოდა ( $p < 0,05$ ). როგორც ვხედავთ გართულებები და ლეტალობა მკვეთრად არის დამოკიდებული სიყვითლის ხანგრძლივობაზე და მატულობს სიყვითლის ხანგრძლივობის ზრდასთან ერთად, მათ შორის პირდაპირკორელაციური კავშირია ( $r = 0,71$ ;  $p < 0,01$ ).

გარდა ყოველივე ზემოთქმულისა, კლინიკური გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ სიყვითლის ხანგრძლივობაზე მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული ღვიძლის ფუნქციური მდგომარეობა. ამ უკანასკნელის დასადგენად არსებობს მრავალი ლაბორატორიული ტესტი, თუმცა ჩვენ არჩევანი შევაჩერეთ ისეთ საყოველთაოდ მიღებულ და კლინიკებში ფართოდ გავრცელებულ ლაბორატორიულ კვლევის მეთოდებზე, როგორცაა: ბილირუბინისა და ამინოტრანსფერაზების (ასპარტამინოტრანსფერაზა (ასატ)-ი და ალანინამინოტრანსფერაზა (ალატ)-ი) დონის განსაზღვრა. გაირკვა, რომ 1÷7 დღის სიყვითლის ხანგრძლივობის მქონე ავადმყოფებში ბილირუბინემიის საშუალო დონე სისხლში იყო  $40,6 \pm 8,2$  მკმოლ/ლ; 8÷14 დღის სიყვითლის მქონე ავადმყოფებში  $83,3 \pm 21,8$  მკმოლ/ლ; ხოლო 15 დღის და მეტი სიყვითლის ხანგრძლივობის მქონე ავადმყოფებში  $115,2 \pm 38,5$  მკმოლ/ლ; რაც შეეხება ასატ-ს და ალატ-ს, უფრო მეტი თვალსაჩინოებისთვის ცხრილში შევიტანეთ აღნიშნული ფერმენტების ზრდის საშუალო მაჩვენებლები (ცხრილი <sup>16</sup>), როგორც ამ ცხრილიდან ჩანს, სიყვითლის ხანგრძლივობა და ღვიძლის ფუნქციური მდგომარეობა, რის შეფასებასაც ვახდენდით



ბილირუბინემიის, ალატ-ის და ასატ-ის დინამიკის კონტროლით კორელაციურ კავშირშია ( $r=0,68$ ;  $p<0,01$ ), რომელსაც ე.წ. შებრუნებითი

ΥάΘΈΈΈ № 16

ΆΈΈΈΘΌΆΈΐΆΐΈΈΌ, ΆΌΆΌ-ΈΌ ΆΆ ΆΈΆΌ-ΈΌ ΆΆΐΐ ΈΈΆΆΌΈΆΆΆ  
 ΌΈΰΆΈΈΈΈΌ άΆΐΆΌϐΈΈΐΐ ΆΆ

ΆΆΆΆΐΐΐ × ΈΆ ΌΆΐ ΆΆΐΐ ΆΆ	240 (55.6%)	127 (29.4%)	65 (15%)	P
ΌΈΰΆΈΈΈΈΌ άΆΐΆΌϐΈΈΐΐ ΆΆ	1 ÷ 7 ΆΰΆ	8 ÷ 14 ΆΰΆ	15 ΆΰΆ ΆΆ ΐΆΌΈ	—
ΆΈΈΈΘΌΆΈΐΆΐΈΆ (ΌΆΰΌΆΈΐΐ)	40,6 ± 8.2 ΐΈ ΐΐ Έ/Έ	83.3 ± 21.8 ΐΈ ΐΐ Έ/Έ	115.2 ± 38.5 ΐΈΐΐ Έ/Έ	P < 0.05
Ί.Ί.Ί-ΈΌ ΆΆ Ί.Ί.Ί-ΈΌ ΆΈΌΆΆ (ΌΆΰΌΆΈΐΐ Ά)	3-άΆΌ	5-άΆΌ	10-άΆΌ	P < 0.05

(უარყოფითი) ხასიათი (მიმართულება) აქვს. ე.ი. სიყვითლის ხანგრძლივობის ზრდის პარალელურად, პროგრესულად უარესდება ღვიძლის ფუნქციური მდგომარეობა (სურათი №5).

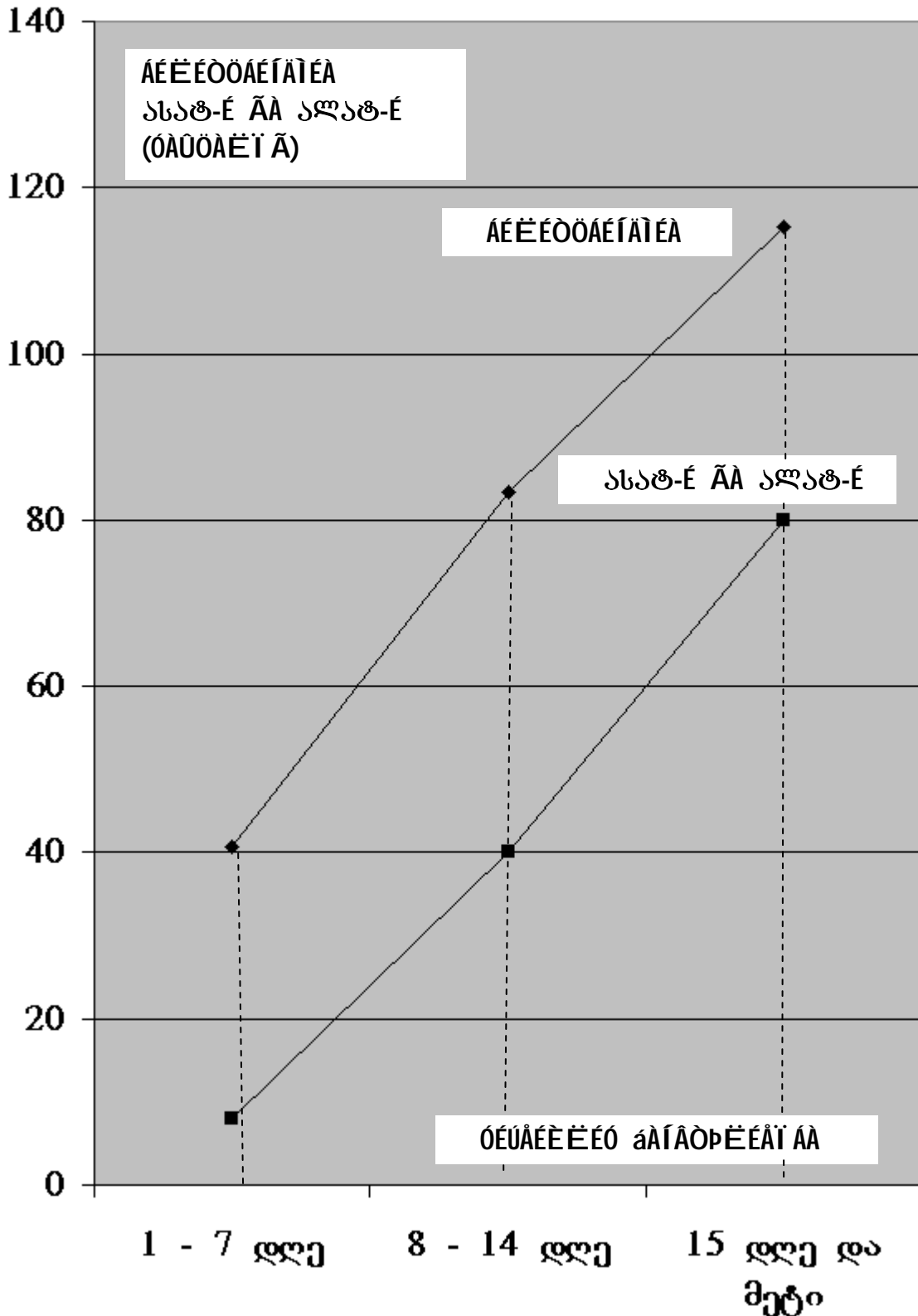
გარდა ამისა ცნობილია, რომ თანმხლები დაავადებები და ავადმყოფის ასაკი ერთმანეთთან გარკვეულ ფუნქციურ კავშირშია. როგორც ზემოთ აღინიშნა, ჩვენი მასალის მიხედვით, 432 ავადმყოფიდან 199-ს დაუდგინდა სხვადასხვა ხასიათის თანმხლები დაავადებები (ASA3÷4); 41-დან 60 წლის ინტერვალში 18 ავადმყოფს, ხოლო 61-დან 80 წლის ჩათვლით ასაკის ინტერვალში 179 ავადმყოფს (ცხრილი №17), როგორც ამ ცხრილიდან ჩანს, თანმხლები პათოლოგიების (ASA3÷4) მქონე 199 ავადმყოფიდან 179-ი 60 წელზე უფროსი ასაკის იყო, რაც თითქმის 90%-ს ( $n=199$ ) შეადგენს. ამასთან ასაკის მატებასთან ერთად თითქმის გეომეტრიული პროგრესით იზრდებოდა თანმხლები პათოლოგიების მქონე ავადმყოფთა რაოდენობა, მათ შორის პირდაპირი კორელაციური კავშირია ( $r=0,68$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ) (შესაბამისად მცირდება თანმხლები პათოლოგიების არმქონე ავადმყოფთა რაოდენობა) (სურათი №6). ამ სურათზე კარგად ჩანს თანმხლები პათოლოგიების მკვეთრი (ნახტომისებრი) ზრდა 60 წელზე მეტი ასაკის ავადმყოფებში.

ქირურგიული მკურნალობის გამოსავალი დამოკიდებულია არა ცალ-ცალკე აღებულ ამ ფაქტორებზე და მათ პარამეტრებზე, არამედ მათი გათვალისწინება საჭიროა ერთ მთლიანობაში, რაც საკმაოდ რთულია. ამასთან, როგორც ზემოთ ავღნიშნეთ, პირველი ორი ფაქტორი – ასაკი და თანმხლები პათოლოგიები, არასპეციფიურია მექანიკური სიყვითლისთვის,

ვინაიდან ის დამახასიათებელია სხვა დაავადებებისთვის, ხოლო მეორე  
ორი ფაქტორი – სიყვითლის ხანგრძლივობა და ღვიძლის ფუნქციური  
მდგომარეობა, სპეციფიურია მექანიკური სიყვითლისთვის.

000AEE №5

AEEOOAEIAIEO, AOA0-EO, AEA0-EO AOA (UAEEOO  
 xOIOYEOOE IAAI IAOAI AEO AA0AOAAA) OEUAEEOO  
 aAIADPEEAI AEO AOA0EAI AAELAUOEAEE

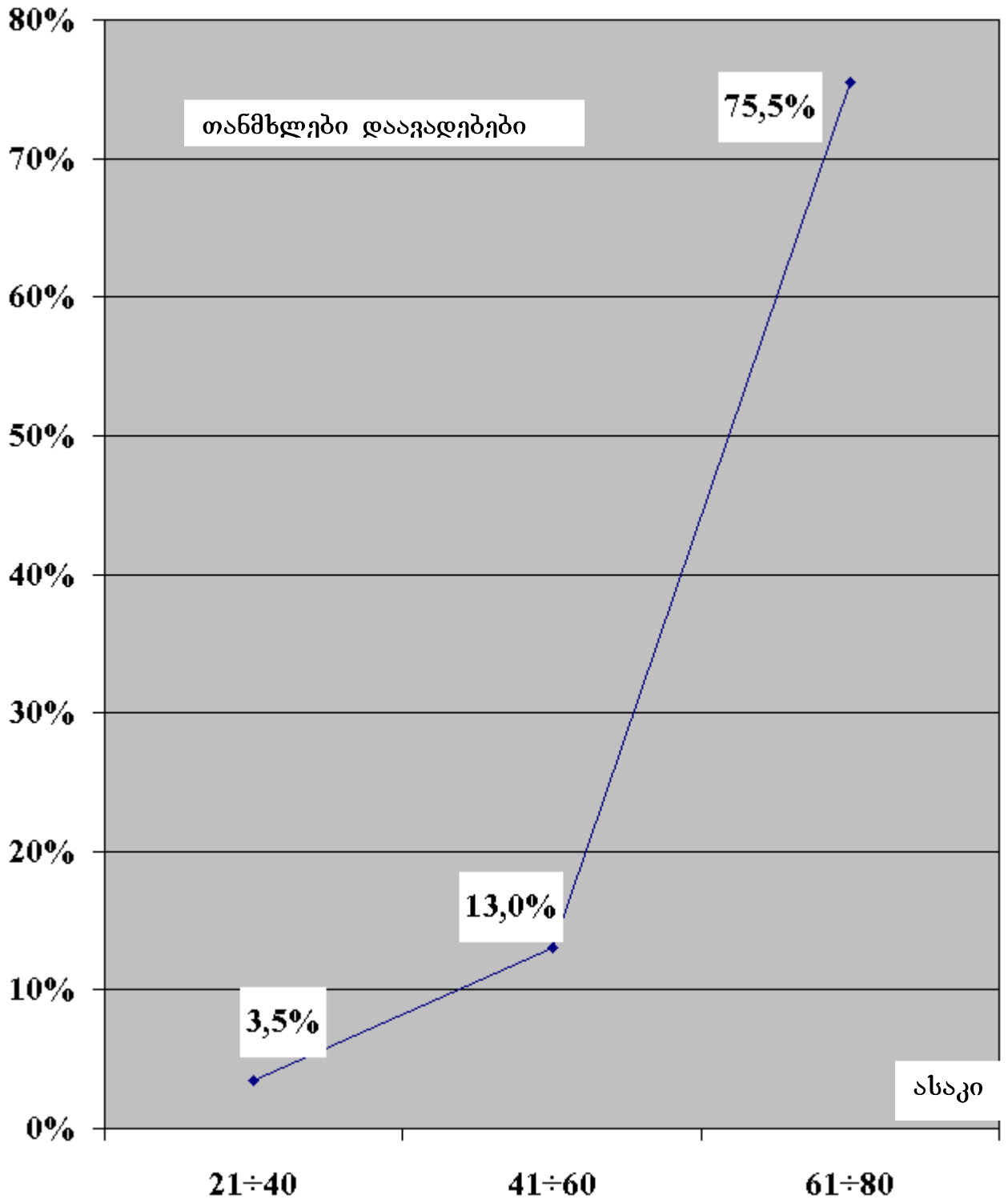


ΥαΟΕΕΕ №17

ΑΑΑΑΙΥΙ ×ΕΑ ΟΕΙΡΕΙΕΟ ΑΑΙΙ ΕΕΑΑΟΕΑΑ, ΕΑΠΙάΕΑΑΕ ΔΑΕΙ ΕΙ ΑΕΑΑΕΟ  
 ΙΕάΑΑΕΕ, ΑΑΑΑΙΥΙ ×ΕΑ ΑΟΑΕΑ, ASA - ΑΟ ΕΕΑΟΕ×ΕΕΑΥΕΕΟ ΕΑΙΑάΙΑ

ΑΟΑΕΕ		21 - 40 n = 56	41 - 60 n = 139	61 - 80 n = 237	ΟÖΕ n = 432	P
ΑΑΑΑΙΥΙ ×ΕΑ ΟΑΙ ΑΑΠΙΑ	ASA - 1÷2	54 (96.5%)	121 (87%)	58 (24.5%)	233 (54%)	P < <b>0.05</b>
	ASA - 3÷4	2 (3.5%)	18 (13%)	179 (75.5%)	199 (46%)	P < <b>0.05</b>
	ASA - 5	—	—	—	—	—

სურათი №6  
თანმხლები პათოლოგიების პროცენტული ზრდა  
ასაკის ზრდასთან დაკავშირებით



ასპეციფიური ფაქტორებიდან, კლინიკო-ლაბორატორიული მოდელის-თვის, დავტოვეთ – ასაკი, ხოლო სპეციფიური ფაქტორებიდან – სიყვითლის ხანგრძლივობა, რადგან ასაკი და სიყვითლის ხანგრძლივობა მარტივი კონსტანტებია, რომელთა დადგენას დრო და კვლევის განსაკუთრებული მეთოდები არ სჭირდება (ცნობილია ანამნეზიდან). ამავე დროს ასაკში ასახულია (აკუმულირებულია) თანმხლები პათოლოგიებიც, ხოლო სიყვითლის ხანგრძლივობაში – ღვიძლის ფუნქციური მდგომარეობა (როგორც ვნახეთ, მათ შორის მჭიდრო კორელაციური კავშირებია ე.ი. ერთი სიდიდის ცვლილებით, შეიძლება ვიმსჯელოთ მეორის ცვლილებებზე).

ასაკში და სიყვითლის ხანგრძლივობაში ერთდროულად, ასახულია (აკუმულირებულია) მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების თითქმის მთელი კლინიკო-ლაბორატორიული სპექტრი. ამავე დროს გამოიკვეთა ასაკის ორი პარამეტრი; ა) 60 წლის და ნაკლები; ბ) 60 წელზე მეტი და სიყვითლის ხანგრძლივობის სამი პარამეტრი: ა)  $1 \div 7$  დღე, ბ)  $8 \div 14$  დღე და გ) 15 დღე და მეტი.

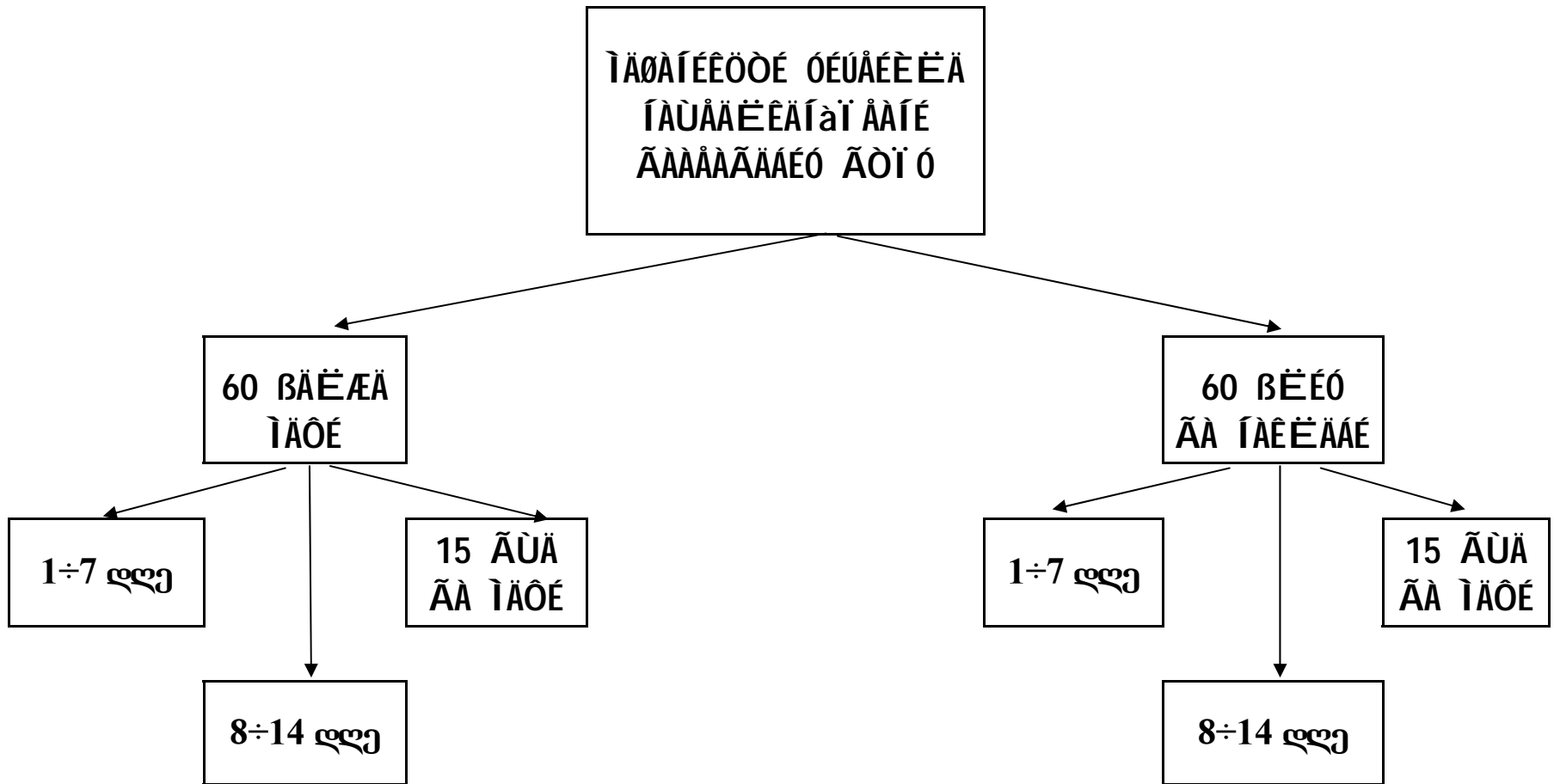
ამრიგად: ასაკი – თავისი ორი პარამეტრით და სიყვითლის ხანგრძლივობა თავის სამი პარამეტრით, განხილული ერთ მთლიანობაში, წარმოადგენს მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების მარტივ კლინიკო-ლაბორატორიულ მოდელს (სურათი №7). მოდელი შეიცავს სულ 6 ვარიანტს; ჩვენი აზრით ეს 6 ვარიანტი სრულად ასახავს იმ მრავალფეროვან კლინიკო-ლაბორატორიულ სპექტრს, რომელსაც მოიცავს მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადება. მოდელის თოთოეული ვარიანტის მიხედვით (როგორც ქვევით ვნახავთ), შეიძლება დავადგინოთ მქმ-ის



ჩვენებები, გამოვყოთ ავადმყოფთა რისკ-ჯგუფები, ვიწინასწარმეტყველოთ მოსალოდნელი გართულებები, ლეტალობა და შევარჩიოთ მკურნალობის სათანადო ტაქტიკა.

000AEE № 7

IA0AIEEOOE OEUAEEEA AA0EOEAAOEI IAUAAEEAIaI AAIÉ AAAAAAÁAEO  
EÉEIEEI - EAAI OA0I OE0EE II AAEE



ΥάΟέΈΈ №18

ÆÏ ÅÃÄÉ (×ÖÍØÝÖÖÖ) ÅÀÒÈÖËÅÅÅÉÓÀ ÆÀ ÈÄÔÀËÏÄÉÓ ÅÀÏÄΒÉËÅÅÅ  
 ÅÓÄÉÉÓÀ ÆÀ ÓÉÚÄËËËËÓ áÀÏÄÒÐËËÏÄÏÄÉÓ ÏÉáÅÅÄËË

ÅÅÅÏÏÏ ×ÈÀ ÓÄÒÈÏ ÒÀÏ ÆÀÏÏ ÅÀ	195 (45.1%) n = 432			237 (54.8%) n = 432		
ÅÓÄËË	60 ΒËËÓ ÆÀ ÏÄËËÅÄË			60 ΒÄËÆÄ ÏÄÔË		
ÓÉÚÄËËËËÓ áÀÏÄÒÐËËÏÄÏÄ ÆÏÅÅÅÓË	1÷7	8÷14	15 ÆÀ ÏÄÔË	1÷7	8÷14	15 ÆÀ ÏÄÔË
ÅÅÅÏÏÏ ×ÈÀ ÓÄÏ ÆÀÏÏ ÅÀ	81	79	35	159	48	30
ÅÀÒÈÖËÅÅÅÉ	1 (1.23%) n=81	17 (21.5%) n=79	18 (51.4%) n=35	23 (14.46%) n=159	31 (64.5%) n=48	23 (76.6%) n=30
ÈÄÔÀËÏ ÅÀ		3 (3.8%) n=79	6 (17.1%) n=35	3 (1.88%) n=159	12 (25%) n=48	19 (63.3%) n=30

ჩვენი კლინიკური მასალის თანახმად, კლინიკო-ლაბორატორიული მოდელის ვარიანტების მიხედვით, ე.ი. ერთდროულად ასაკზე და სიყვითლის ხანგრძლივობაზე დამოკიდებულებით, გართულებები და ლეტალობა განაწილებულია ისე, როგორც ეს ცხრილი №18-დან ჩანს

#### **4.4. ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობის ჩვენებები მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების დროს**

მექანიკური სიყვითლის დროს ეტაპობრივი ქირურგიული პრინციპის განხორციელების აუცილებლობა ნათელია და ეჭვს აღარ იწვევს, მაგრამ ჯერ კიდევ სადისკუსიოა და დასაზუსტებელია მკურნალობის აღნიშნული პრინციპის ჩვენებები.

ამ მიზნით, ჩვენს კლინიკაში ნამკურნალები 432 ავადმყოფი, რომლებსაც დაუდგინდათ სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადება, გაიყო 2 ჯგუფად (როგორც წინა თავებში): I ჯგუფში შევიდა 321 ავადმყოფი, რომელთაც ჩაუტარდათ ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობა და II ჯგუფში 96 ავადმყოფი, რომელთაც ჩაუტარდათ ერთმომენტური ოპერაციები.

ერთმომენტური და მძმ მკურნალობის კონკრეტული ჩვენებების დასადგენად, ზემოთ აღნიშნული ორი ალტერნატიული ჯგუფი გავანაწილეთ კლინიკო-ლაბორატორიული მოდელის ვარიანტების მიხედვით. (ცხრილები №19 და №20).

მეტი თვალსაჩინოებისთვის შეიძლება ავაგოთ დიაგრამები (სურათი №8; №9; №10; №11). ამ სურათებიდან ნათლად ჩანს, რომ მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების დროს

კლინიკო-ლაბორატორიული მოდელის ყველა ვარიანტში ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ გართულებებისა და ლეტალობის პროცენტული მაჩვენებელი მცირეა. ე.ი. ეტაპობრივ მკურნალობას

ΥάΟέΈΈ № 19

ΆΑΟέΟέΆΆΆΆέΟά ΆΑ έΑΟάέίΆέΟ ΆΑίΆβέέΆΆΆ ΑΟάέέΟά ΆΑ ΟέΥάέέέέΟ  
 άΑίΆΟρέέΆίΆέΟ ίέάΆΆέέ - ΑΟΑΔίΑΟέΆέ ΘέΟΟΟάέΟέέ ίέΟΟίΆέίΆέΟ ΆΟίΟ

ΆΆΆΆίΥί × έΑ ΟΑί ΆΆίί ΆΑ	142			179			ΟΟέ
ΑΟάέέ	60 βέέέΟ ΆΑ ίΆέέΆΆέ			60 βΆέέΆΆ ίΆΟέ			
ΟέΥάέέέέΟ άΑίΆΟρέέΆί ΆΑ ΆΥΆΆΟέ	1÷7	8÷14	15 ΆΑ ίΆΟέ	1÷7	8÷14	15 ΆΑ ίΆΟέ	321
ΆΆΆΆίΥί × έΑ ΟΑί ΆΆίί ΆΑ	58	57	27	120	36	23	
Άέί ΆΆέ (Οί ίΑΟΟΟέ) άΑΟέΆέέΟ ΆΑΟέΟέΆΆΆ έ		11 (19.2%) n=57	12 (44.4%) n=27	16 (13.3%) n=120	20 (55.5%) n=36	16 (69.5%) n=23	75 (23.4%) n=321
Άέί ΆΑ		2 (3.5%) n=57	3 (11.1%) n=27	2 (1.7%) n=120	7 (19.4%) n=36	13 (56.5%) n=23	27 (8.4%) n=321

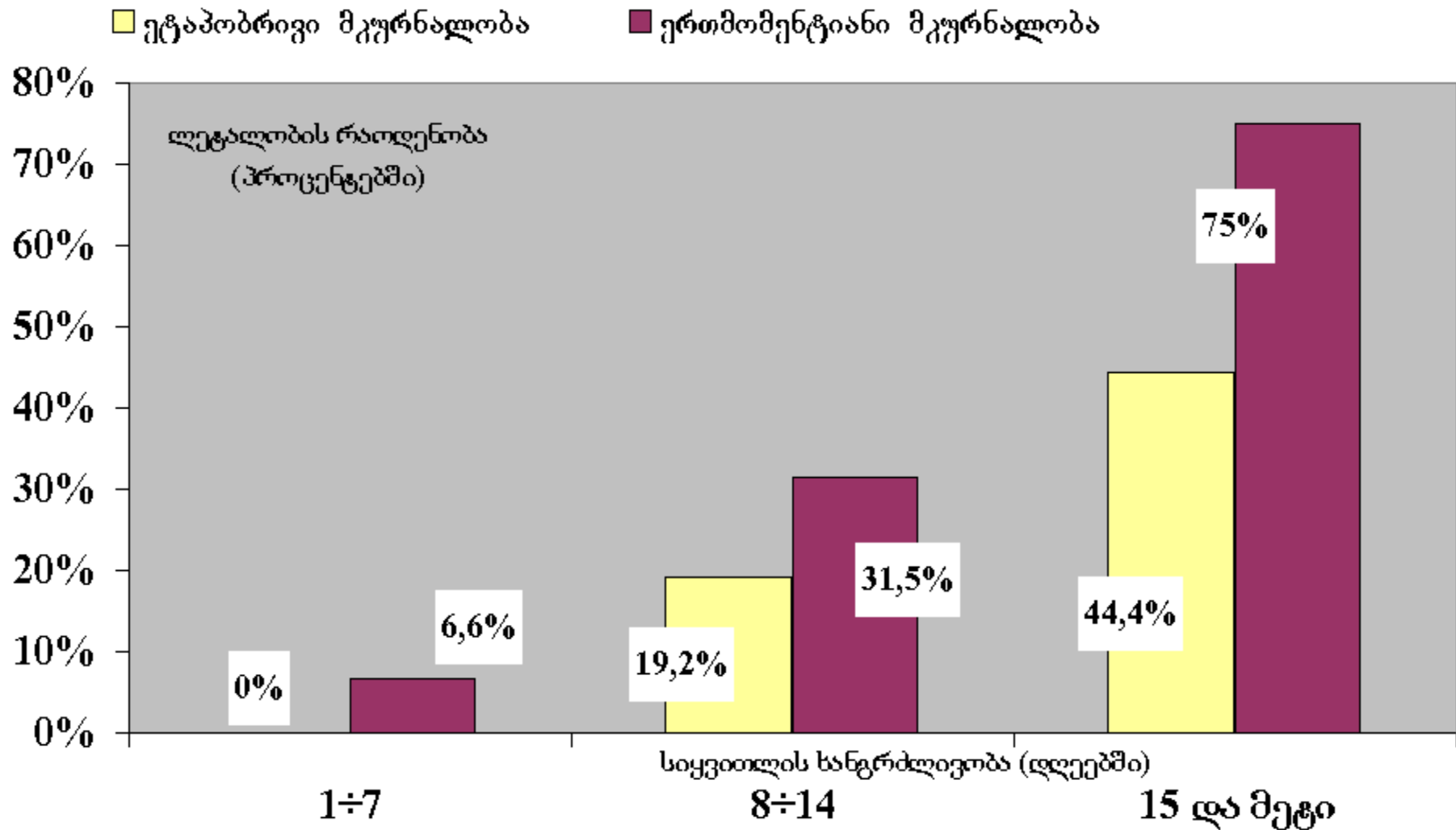
ΥαΟΕΕΕ №20

ΑΑΟΕΟΕΑΑΑΑΕΟΑ ΑΑ ΕΑΟΑΕΤΑΕΟ ΑΑΤΑΒΕΕΑΑΑ ΑΟΑΕΕΟΑ ΑΑ ΟΕΥΑΕΕΕΕΟ  
 αΑΤΑΟΡΕΕΑΤΑΕΟ ΤΕΑΑΑΕΕ - ΑΟΕΤΤΑΤΟΕΑΤΕ ΘΕΟΟΟΑΕΟΕΕ ΤΕΟΟΤΑΕΤΑΕΟ ΑΟΤΟ

ΑΑΑΑΤΟΥΤ × ΕΑ ΟΑΙ ΑΑΤΙ ΑΑ	42			54			00Ε
ΑΟΑΕΕ	60 ΒΕΕΟ ΑΑ ΤΑΕΕΑΑΕ			60 ΒΑΕΑΕΑ ΤΑΟΕ			
ΟΕΥΑΕΕΕΕΕ Ο αΑΤΑΟΡΕΕΕ ΑΙ ΑΑ ΑΥΑΑΑΟΕ	1÷7	8÷14	15 ΑΑ ΤΑΟΕ	1÷7	8÷14	15 ΑΑ ΤΑΟΕ	
ΑΑΑΑΤΟΥΤ × ΕΑ ΟΑΙ ΑΑΤΙ ΑΑ	15	19	8	35	12	7	96
ΑΕΤ ΑΑΑΕ (ΟΤ ΤΑΟΟΟ Ε) αΑΟΕΑΕΕΟ ΑΑΟΕΟΕΑ ΑΑΑΕ	1 (6.6%) n=15	6 (31.5%) n=19	6 (75%) n=8	7 (20%) n=35	11 (91.6%) ) n=12	7 (100%) n=7	38 (39.5%) n=96
ΕΑΟΑΕΤ ΑΑ		1 (5.3%) n=19	3 (37.5%) n=8	1 (2.85%) ) n=35	5 (41.7%) ) n=12	6 (85.7%) n=7	16 (16.7%) n=96

### სურათი №8

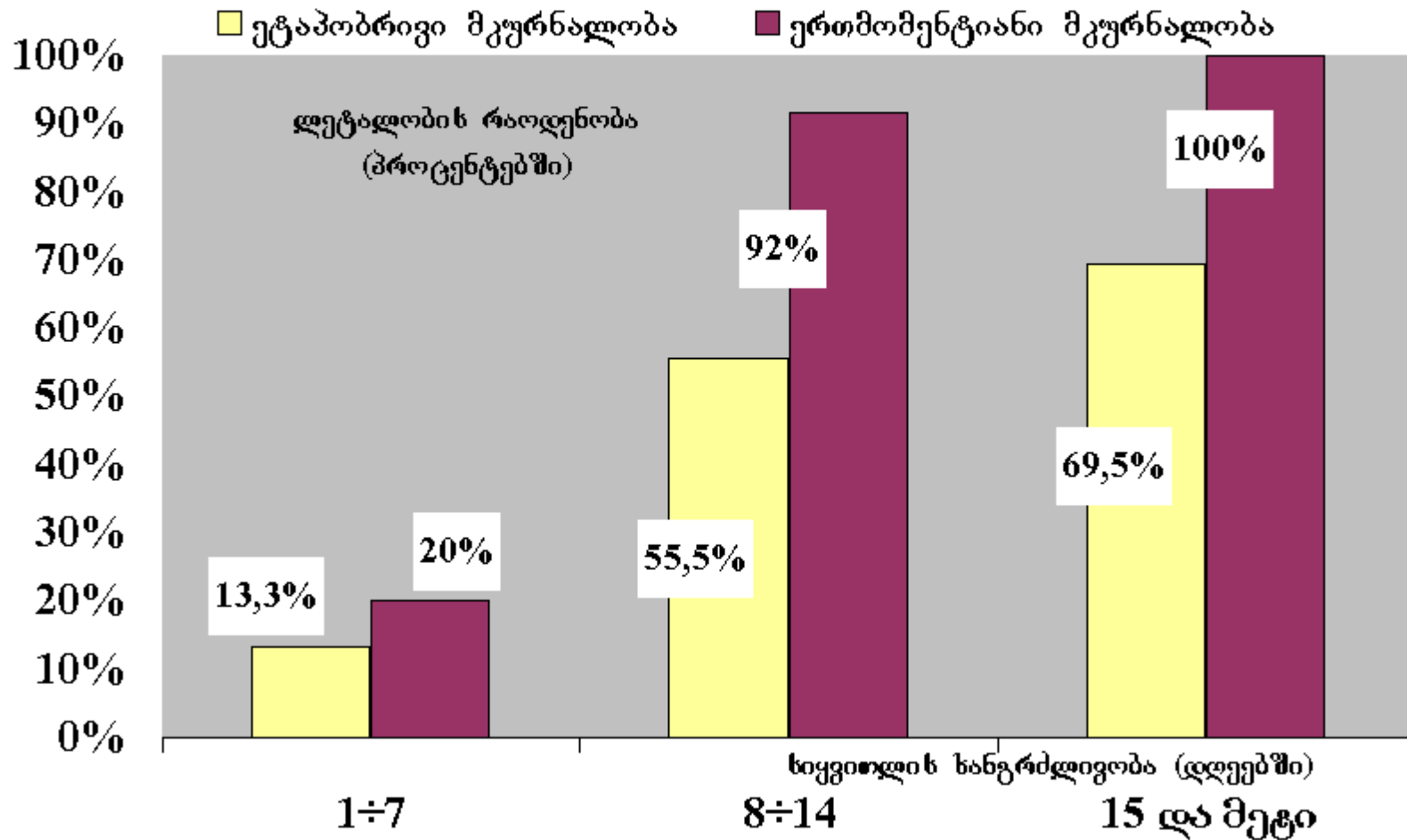
გართულებების დამოკიდებულება სიყვითლის ხანგრძლივობაზე 60 წლის და ნაკლები ასაკის ავადმყოფებისთვის, ეტაპობრივი და ერთმომენტური ქირურგიული მკურნალობის დროს





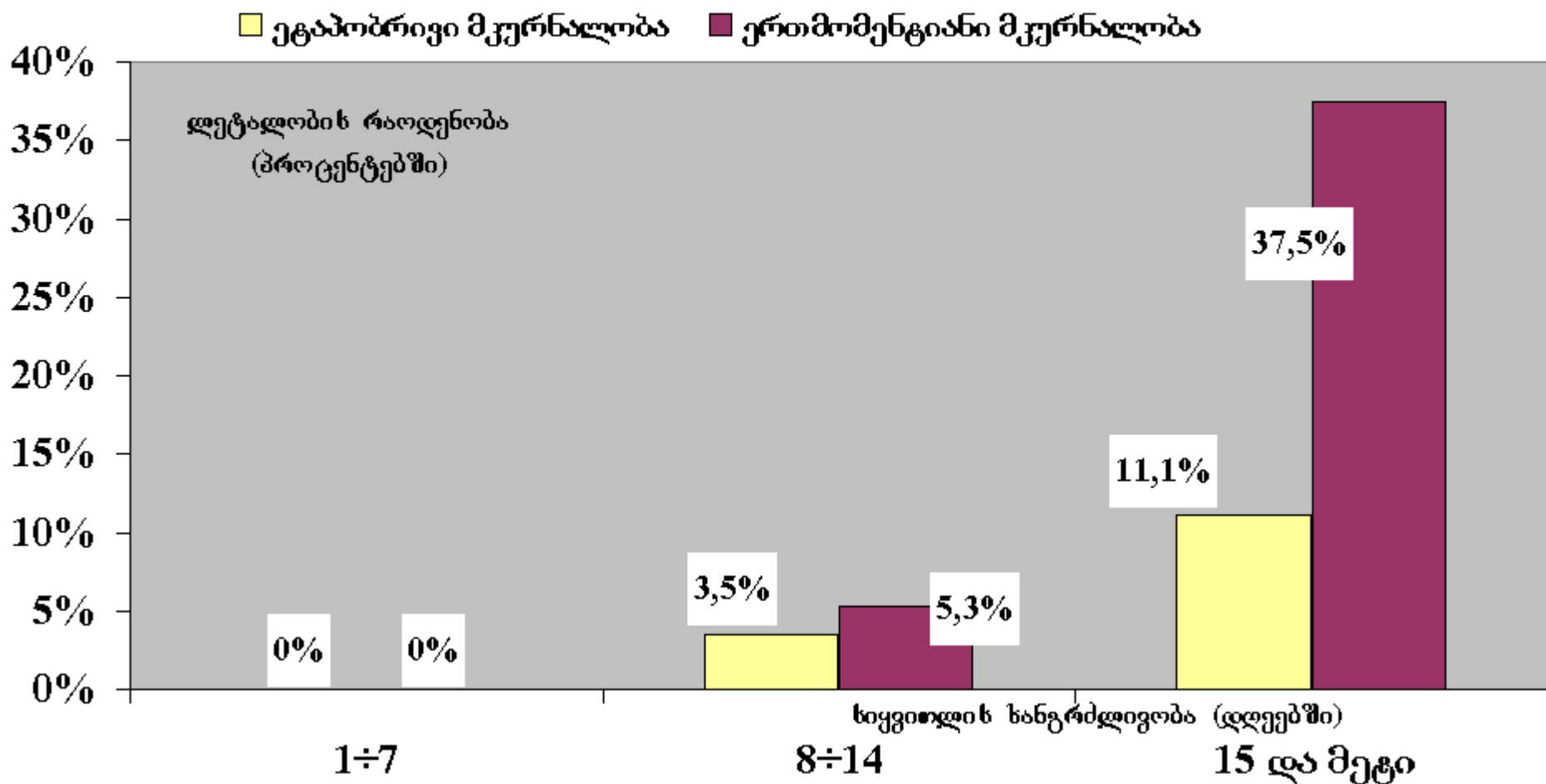
### ხურათი №9

გართულებების დამოკიდებულება სიყვითლის ხანგრძლივობაზე 60 წელზე მეტი ასაკის ავადმყოფებისთვის, ეტაპობრივი და ერთმომენტური ქირურგიული მკურნალობის დროს



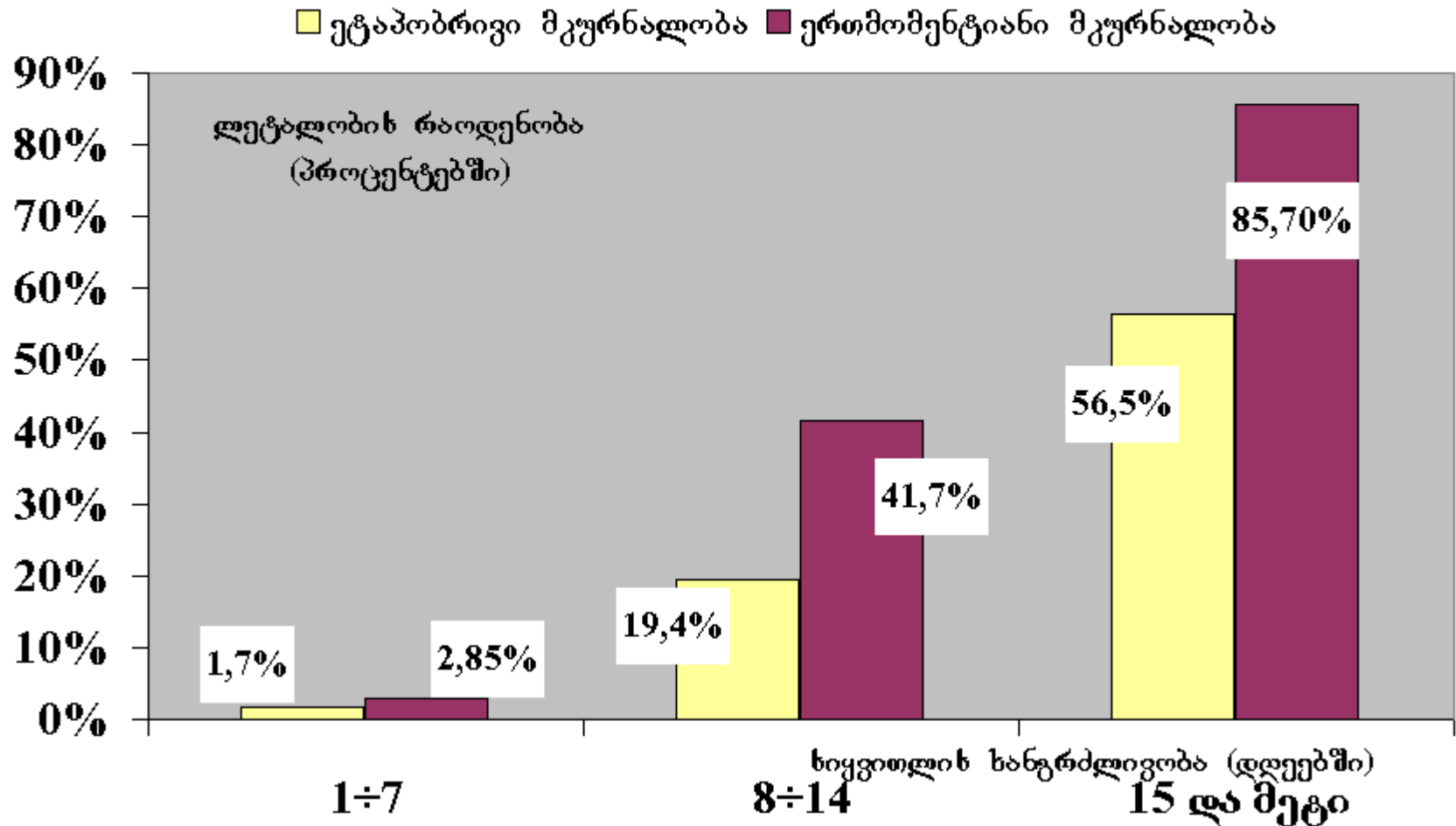
### სურათი №10

დეტალობის დამოკიდებულება სიყვითლის ხანგრძლივობაზე 60 წლის და ნაკლები ასაკის ავადმყოფებისთვის, ეტაპობრივი და ერთმომენტიანი ქირურგიული მკურნალობის დროს



სურათი №11

ლექალობის დამოკიდებულება სიყვითლის ხანგრძლივობაზე 60 წელზე მეტი ასაკის ავადმყოფებისთვის, ეტაპობრივი და ერთმომენტური ქირურგიული მკურნალობის დროს



ფაქტიურად უკუჩვენება არ გააჩნია. ამასთან 60 წლის და ნაკლები ასაკის ავადმყოფებში განსაკუთრებული ეფექტი მივიღეთ 15 და მეტი დღის ხანგრძლივობის სიყვითლის მქონე ავადმყოფებში; კერძოდ ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ გართულებები შემცირდა 75%-დან 44%-მდე ( $X^2=4,22$ ;  $p=0,03$ ;  $p<0,05$ ), ხოლო ლეტალობა 37,5%-დან 11,1%-მდე (შზპ;  $p=0,02$ ;  $p<0,05$ ). 60 წელზე მეტი ასაკის ავადმყოფებში განსაკუთრებულად მკვეთრი ეფექტი დაფიქსირდა უკვე  $8\div 14$  დღის და მეტი ხანგრძლივობის სიყვითლის მქონე ავადმყოფებში, კერძოდ ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობით გართულებები 91,6%-დან შემცირდა 55,5%-მდე ( $X^2=4,68$ ;  $p=0,03$ ;  $p<0,05$ ), ხოლო ლეტალობა 41,7%-დან 19,4%-მდე (შზპ;  $p=0,02$ ;  $p<0,05$ ). აღსანიშნავია, რომ 60 წელზე მეტი ასაკის და 15 დღის და მეტი ხანგრძლივობის სიყვითლის დროს გართულებები ერთმომენტური ოპერაციების შემდეგ დაფიქსირდა ყველა 7 (100%)! ავადმყოფში, აქედან გარდაიცვალა 6 (85,7%), ხოლო ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ ანალოგიური მაჩვენებლები შესაბამისად 69,5% და 56,5%-ით განისაზღვრა ( $p<0,05$ ).

თუ ყურადღებას მივაქცევთ გართულებებისა და ლეტალობის სტრუქტურას (რომელიც წინა თავებში იყო განხილული) ვნახავთ, რომ ეტაპობრივი მკურნალობით გარდა ღვიძლ-თირკმლის უკმარისობისა, მნიშვნელოვნად მცირდება სეპტიური ქოლანგიტის მიზეზით გამოწვეული ლეტალური გამოსავალი, როგორც ჩანს ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობის შედეგად, როდესაც საუკეთესო პირობები იქმნება სანაღვლე

გზების დრენირებისთვის, წარმატებული ხდება ჩირქოვანი ქოლანგიტის კუპირება.

ჩვენი კვლევისას ქრონიკული და მწვავე კალკულოზური ქოლეცისტიტი ცალ-ცალკე არ გამოგვიყვია, რადგან მწვავე კალკულოზური ქოლეცისტიტის დროს ასევე ტარდებოდა ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობა (რაზეც უფრო დაწვრილებით ქვემოთ გვექნება საუბარი), როგორც ქრონიკული კალკულოზური ქოლეცისტიტის შემთხვევაში, ოღონდ უნდა აღინიშნოს, რომ მწვავე ქოლეცისტიტის მკურნალობისას მცირდება დრო ეტაპებს შორის, კერძოდ პირველი ეტაპის ოპერაციის – დეკომპრესიის შემდეგ (თუ არ მოხდა ანთების კუპირებაც), რადიკალური ოპერაცია შეიძლება ჩატარდეს გადაუდებელი ან სასწრაფო ოპერაციის სახით.

ყოველივე ზემოთქმულიდან, ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობის ჩვენებების თვალსაზრისით, შეიძლება გავაკეთოთ შემდეგი დასკვნები:

1. აბსოლუტური ჩვენებებია;

ა) 60 წლის და ნაკლები ასაკის ავადმყოფებში – 15 დღის და მეტი ხანგრძლივობის სიყვითლე.

ბ) 60 წელზე და მეტი ასაკის ავადმყოფებში – 8 და მეტი დღის ხანგრძლივობის სიყვითლე.

გ) ჩირქოვანი ქოლანგიტი.

2. ეტაპობრივ ქირურგიულ მკურნალობას, მექანიკური სიყვიით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების დროს (გარდა დიფუზური პერიტონიტისა), უკუჩვენება არ გააჩნია.

#### 4.5. რისკ-ჯგუფები და ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკის ალგორითმი

როგორც წინა თავებში ვნახეთ (ცხრილები №7; №8; №9), ყველა ავადმყოფის (გენერალური ერთობლიობა n=432) მკურნალობის შემდეგ გართულებების საერთო მაჩვენებელმა შეადგინა – 42,6%-ი, ხოლო ლეტალობამ, - 10,8%-ი. აქედან გამომდინარე, ავადმყოფთა მთელი კონტიგენტი გავყავით ორ ნაწილად: I ჯგუფი, სადაც გართულებები და ლეტალობა არ აღემატებოდა საერთო მაჩვენებელს და II რისკ-ჯგუფი, სადაც გართულებები და ლეტალობა აღემატებოდა საერთო მაჩვენებელს. უფრო მეტი სიზუსტისთვის, თითოეულ ჯგუფში დამატებით გამოვყავით, ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის გამომხატველი ორ-ორი სიმძიმის ხარისხი და დავაჯგუფეთ ისინი კლინიკო-ლაბორატორიული მოდელის მიხედვით. საბოლოოდ მივიღეთ ორი რისკ-ჯგუფი და ოთხი სიმძიმის ხარისხი (ცხრილი №21):

II რისკ-ჯგუფში შემავალი ავადმყოფების (განსაკუთრებით მე-4 ხარისხის – ძალიან მძიმე) ოპერაციების შედეგები, როგორც ვხედავთ, ძალიან არადადამაკმაყოფილებელია და მოითხოვს ქირურგიული მკურნალობის განსაკუთრებულად ოპტიმალური ტაქტიკის შერჩევას.

I რისკ-ჯგუფში აღმოჩნდა 319 (73,8%) აკადემიკოსი, აქედან გართულებები დადგინდა 41 (12,9%) შემთხვევაში, ხოლო ლეტალური გამოსავალი 6 (1,9%) აკადემიკოსში. II რისკ-ჯგუფში ხულ აღმოჩნდა 113 (26,2%) აკადემიკოსი, მათგან გართულებები აღინიშნა 72 (63,7%)-ში, ხოლო ლეტალობა 37 (32,7%) აკადემიკოსში (სურათი №12).

როგორც ვხედავთ II რისკ-ჯგუფში გართულებები 5-ჯერ აღემატება I რისკ-ჯგუფში შემავალი აკადემიკოსებისას, ხოლო ლეტალობა 17,2-ჯერ ( $p<0,01$ ).

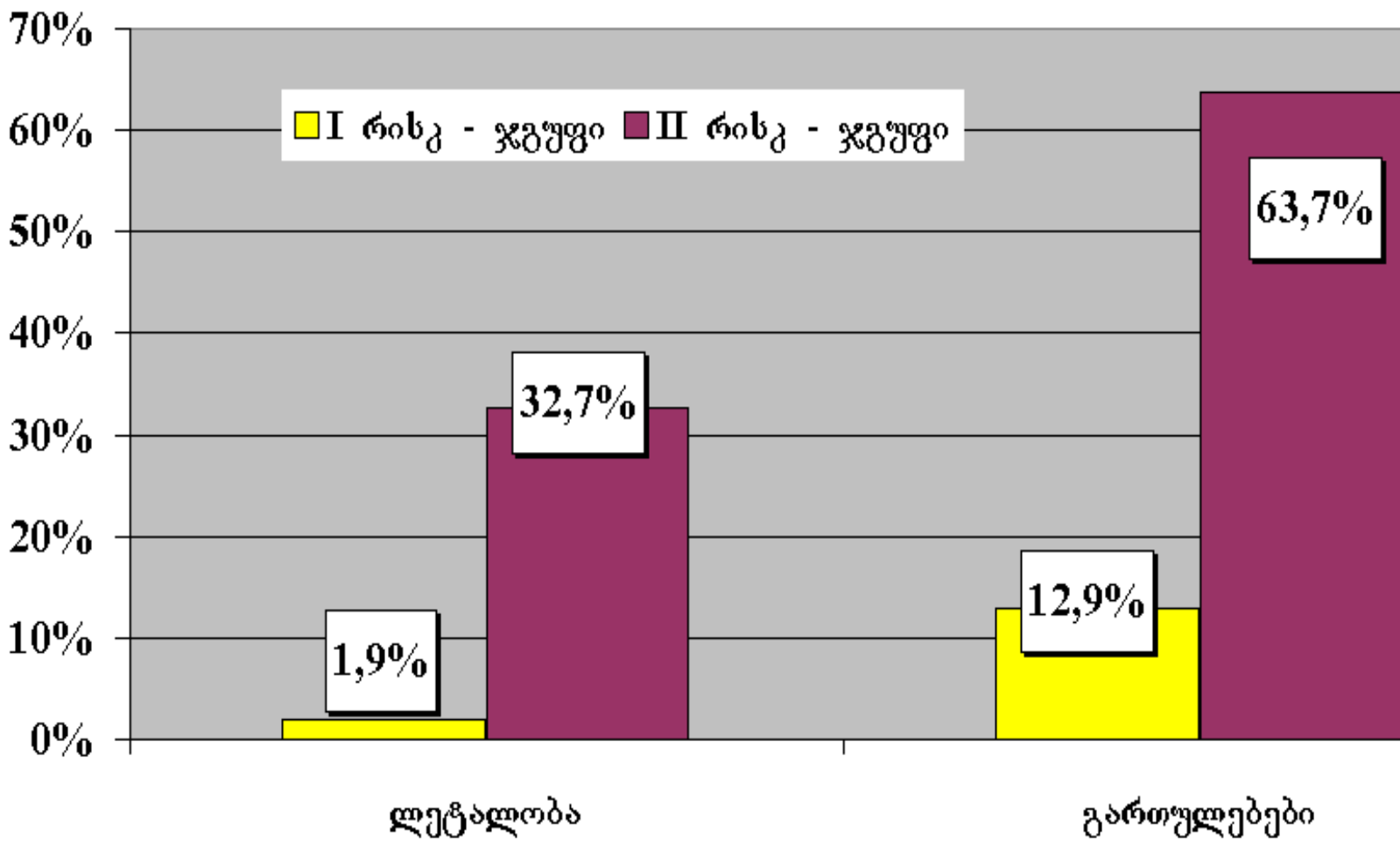
ΥαΟΕΕΕ №21

ΑΑΑΑΙΥΙ × ΕΑ ΑΑΙΑΒΕΕΑΑΑ ΟΕΟΕ - αΑΟ×ΑΑΟΕ ΑΑ ΟΕΙΠΕΙΕΟ αΑΟΕΟαΑΑΕΟ  
 ΙεαΑΑΑΕΕ ΑΟΑΕΕΟ ΑΑ  
 ΟΕΥΑΕΕΕΕΟ αΑΙΑΟΠΕΕΑΙ ΑΕΟ (ΕΕΕΙΕΕΙ - ΕΑΑΙ ΟΑΟΙ ΟΕΟΕΕ ΙΙ ΑΑΕΕΟ  
 ΑΑΟΕΑΙΟΑΑΕΟ)

ΟΕΟΕ - αΑΟ×ΑΑΕ	ΟΕΙΠΕΙΕΟ αΑΟΕΟαΕ	ΑΟΑΕΕ	ΟΕΥΑΕΕΕΕΟ αΑΙΑΟΠΕΕΑΙ Α Α (ΑΥΑΑΑΟΕ)	ΑΑΟΕΟΕΑΑ ΑΑΕ	ΕΑΟΑΕ Ι ΑΑ
I ΟΕΟΕ - αΑΟ×Ε	1. ΙΟΟΑΟΘΕ	60 ΒΕΕΟ ΑΑ ΘΑΑΑΕΕ	1÷7	1,2%	—
	2. ΟΑΥΟΑΕΙ	60 ΒΕΕΟ ΑΑΑΕΕ	1÷7	14,5%	1,9%
		60 ΒΕΕΟ ΑΑ ΘΑΑΑΕΕ	8÷14	21,5%	3,8%
II ΟΕΟΕ - αΑΟ×Ε	3. ΙΠΕΙΑ	60 ΒΕΕΟ ΑΑ ΘΑΑΑΕΕ	15 ΑΑ ΙΑΟΕ	51,4%	17,1%
		60 ΒΕΕΟ ΑΑΑΕΕ	8÷14	64,5%	25,0%
	4. ΠΑΕΕΑΙ ΙΠΕΙΑ	60 ΒΕΕΟ ΑΑΑΕΕ	15 ΑΑ ΙΑΟΕ	76,6%	63,3%



**000AEE №12**  
**AAAIIUI xEA DOI YAI OOE AAIBEEAAA OEOE - aAOxAAUE EAOLAETIEO**  
**AA**  
**AAOEOEAAA AEO IEaAAAE**



გ.ა. რიაზოვის (Рянов Г.А. - 1988) მიერ შემუშავებული, ოპერაციის რისკის კლასიფიკაციის მიხედვით (ჩვენი აზრით ყველაზე უფრო სრულყოფილი კლასიფიკაციაა) (იხ. ლიტერატურული მიმოხილვა), I რისკ-ჯგუფში შემავალი ავადმყოფები შეიძლება მივაკუთნოთ III Б, III В და IV А ხარისხს, სადაც ოპერაციის შემდგომი ლეტალობა პროგნოზირებულია 0,1%-დან 5%-მდე, ხოლო II რისკ-ჯგუფის ავადმყოფები – ყველაზე მძიმე IV Б ხარისხს, სადაც ოპერაციის შემდგომი ლეტალობა პროგნოზირებულია 30%-დან 50%-მდე.

თუ დავაკვირდებით წინა თავში მიღებული დასკვნის ა) და ბ) ნაწილს, ის ზუსტად ემთხვევა, კლინიკო-ლაბორატორიული მოდელის მიხედვით, II რისკ-ჯგუფში შემავალი ავადმყოფების მდგომარეობას, ამასთან ჩირქოვანი ქოლანგიტის და სეფსისის მქონე ავადმყოფებიც, პრაქტიკული მოსაზრებებიდან გამომდინარე, ამ რისკ-ჯგუფს უნდა მივაკუთვნოდ, ე.ი. ამით მტკიცდება, რომ II რისკ-ჯგუფში შემავალ ავადმყოფებს ესაჭიროება ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობა.

ამ დებულების კიდევ უფრო თვალსაჩინოდ წარმოდგენისთვის მოვიქცით შემდეგნაირად: ერთმანეთს შევადარეთ მკურნალობის შედეგები ავადმყოფებისა, რომელთაც ჩაუტარდათ ეტაპობრივი და ერთმომენტური ქირურგიული მკურნალობა ცალ-ცალკე I და II რისკ-ჯგუფებში, მითუმეტეს, რომ კლინიკური მასალა ასეთ შესაძლებლობას იძლეოდა (სურათი №13).

როგორც ვხედავთ, ქირურგიული მკურნალობის ეტაპობრივი პრინციპის გამოყენების შედეგად, II რისკ-ჯგუფში გართულებების

რაოდენობა შემცირდა 88,9%-დან 55,8%-მდე ( $X^2=9,48$ ;  $p=0,002$ ;  $p<0,001$ ), ხოლო ლეტალობა 51,8%-დან 26,7%-მდე ( $X^2=10,47$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). გართულებები და ლეტალობა ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობით, მართალია უმნიშვნელოდ, მაგრამ მაინც შემცირდა I რისკ-ჯგუფშიც (გართულებების მხრივ შემცირება ატარებს სტატისტიკურად დამაჯერებელ ხასიათს  $X^2=4,68$ ;  $p=0,03$ ;  $p<0,05$ ; ხოლო ლეტალობის მხრივ შემცირება, სტატისტიკურად არადაამაჯერებელია  $W=0,46$ ;  $P>0,05$ ), რაც იმაზე მიგვითითებს, რომ ეტაპობრივ ქირურგიულ მკურნალობას ამ დაავადების დროს უკუჩვენება არ აქვს (გარდა დიფუზური პერიტონიტისა).

ამით დავამტკიცეთ, რომ ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობა II რისკ-ჯგუფის ავადმყოფებისთვის პირდაპირი ჩვენებაა, ხოლო I რისკ-ჯგუფის ავადმყოფებისთვის აუცილებელი არ არის (შეიძლება ითქვას, რომ შედარებითი ჩვენებაა). ერთმომენტიანი ძმ-ა I რისკ-ჯგუფისთვის პირდაპირი ჩვენებაა, ხოლო II რისკ-ჯგუფისთვის უკუჩვენებას წარმოადგენს.

თუ გავითვალისწინებთ ყოველივე ზემოთქმულას, მივიღებთ, მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნადველკენჭოვანი დაავადების, ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკის ალგორითმს (სურათი №14).

ყოველივე ზემოთქმულში უფრო ღრმად გარკვევის მიზნით, მაგალითის სახით, მოგვყავს რამდენიმე კლინიკური შემთხვევის მოკლე აღწერა:

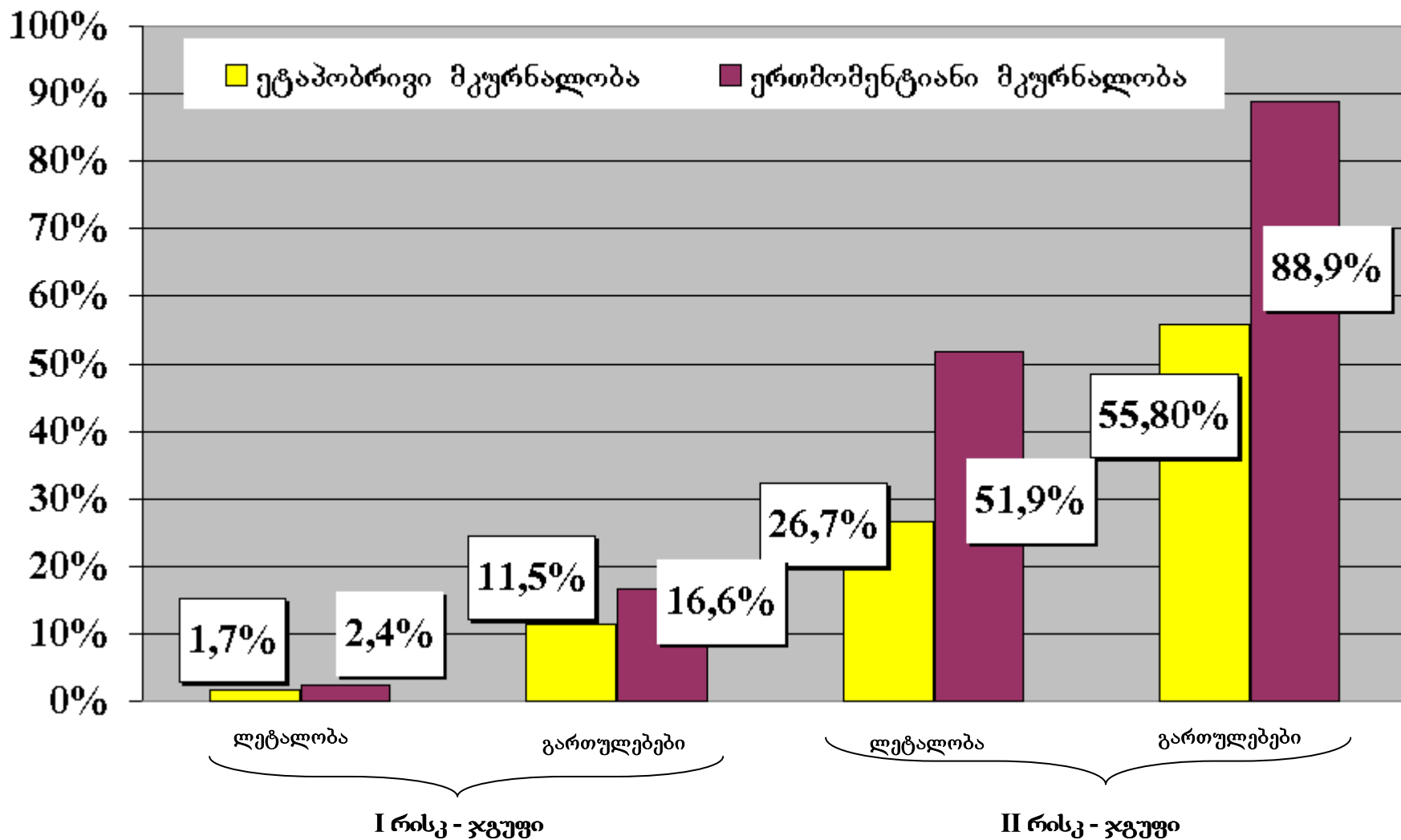
<< 1. ავადმყოფი დ.დ. (ისტ. № 6798 ) ქალი, ასაკი – 48 წლის,  
სიყვითლე – 5 დღის,

თანმხლები პათოლოგიები: არ აღენიშნება.

დიაგნოზი: მექანიკური სიყვითლე, ქრონიკული კალკულოზური  
ქოლეცისტიტი, ქოლედოქოლითიაზი, მტკივნეული ფორმა.

ÓÖÒÀÈÈ №13

Ι ΑΑ ΙΙ ÒÉÓÈ - ãÄÖ×ÉÓ ΑΑÄÄÏÏÏ ×ÄÄÉÓ ΔΟÏ ΥÄÏÓÈÈ ΑÄÏÄÈÈÄÄÄ ÄÄÒÈÖÈÄÄÄÄÉÓÄ ÄÄ ÈÄÖÄÈÏÄÉÓ ÏÉÄÄÄÄÈÈ, ÄÒÈÏÏÏÄÏÓÈÄÏÈ ÄÄ ÄÖÄÄÏÄÖÈÄÈ ØÈÖÖÖÄÈÖÈÈ ÏÈÖÖÏÄÈÏÄÉÓ ÄÒÏ Ó



ავადმყოფი, კლინიკო-ლაბორატორიული მოდელის მიხედვით მიეკუთვნება I რისკ-ჯგუფს, ზოგადი მდგომარეობის მიხედვით – მსუბუქ (დამაკმაყოფილებელ) ხარისხს. ავადმყოფს ამ შემთხვევაში ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობა არ ესაჭიროება. 4 დღიანი სათანადო მომზადების შემდეგ გაკეთდა ერთმომენტიანი რადიკალური ოპერაცია: ლაპაროტომია, ქოლეცისტექტომია, ქოლედოქტომია, გარეგანი დრენირება კერის დრენაჟით. ავადმყოფი კლინიკიდან გაეწერა გაჯანმრთელებული.>>

<< 2. ავადმყოფი კ. (ისტ. № 29 ) ქალი, ასაკი – 68 წლის, სიყვითლე – 3 დღის,

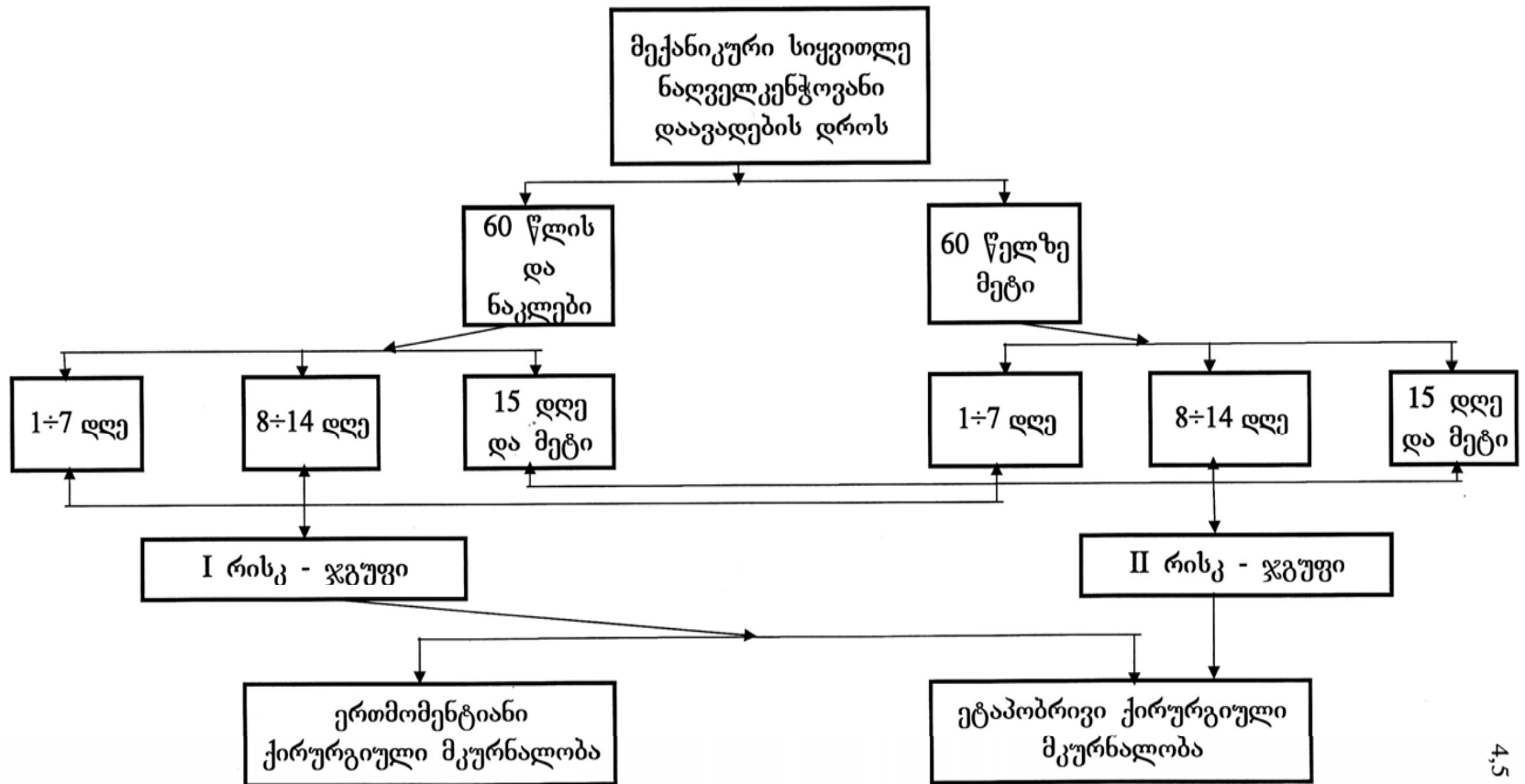
თანმხლები პათოლოგიები: ათეროსკლეროზული კარდიოსკლეროზი, გულის უკმარისობა II ხ. ბიღ.

დიაგნოზი: მექანიკური სიყვითლე, კალკულოზური ქოლეცისტიტი, ქოლედოქოლითიაზი, მტკივნეული ფორმა.

ავადმყოფი, კლინიკო-ლაბორატორიული მოდელის მიხედვით, მიეკუთვნება I რისკ-ჯგუფს; ზოგადი მდგომარეობის მიხედვით – საშუალო სიმძიმის ხარისხს. ამ შემთხვევაში ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობა, ავადმყოფს არ ესაჭიროება, თუმცა მას დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით გაუკეთდა ტტჰ-ით და შემდეგ ჰეპატოქოლანგიოსტომია ლუნდერკვისტის კათეტერის გამოყენებით. განხორციელდა დოზირებული დეკომპრესიის პრინციპი. 7 დღის შემდეგ, როდესაც სიყვითლე მოიხსნა და ამასთან ერთად თანმხლები პათოლოგიებიც კორეგირებული იქნა სათანადო კონსერვატიული მკურნალობით, მეორე ეტაპზე გაკეთდა რადიკალური ოპერაცია:

ლაპარტომია, ქოლეცისტექტომია, ქოლედოქტომია, გარეგანი  
დრენირება კერის დრენაჟით. ავადმყოფი გაეწერა გაჯანსაღებული. >>

სურათი №14  
 მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების  
 მკურნალობის ტაქტიკის ალგორითმი





როგორც ვხედავთ, ამ შემთხვევაში ავადმყოფის მკურნალობისთვის განხორციელდა ეტაპობრივი პრინციპი, თუმცა შესაძლებელი იყო ერთმომენტიანი ქირურგიული მკურნალობის წარმოებაც.

<< 3. ავადმყოფი ლ. კ. (ისტ. № 562 ) ქალი, ასაკი – 52 წლის, სიყვითლის ხანგრძლივობა – 9 დღე, თანმხლები პათოლოგიები არ აღენიშნება.

დიაგნოზი: მექანიკური სიყვითლე, ქრონიკული კალკულოზური ქოლეცისტიტი, ქოლედოქოლითიაზი, მტკივნეული ფორმა.

ავადმყოფი, კლინიკო - ლაბორატორიული მოდელის მიხედვით მიეკუთვნება I რისკ - ჯგუფს, ზოგადი მდგომარეობის მიხედვით – საშუალო სიმძიმის ხარისხის. ნაჩვენებია ერთმომენტიანი ქირურგიული მკურნალობა. ავადმყოფს, ხუთდღიანი სათანადო მომზადების შემდეგ, გაუკეთდა ოპერაცია: ლაპარატომია, ქოლეცისტექტომია, ქოლედოქოტომია, გარეგანი დრენირება კერის დრენაჟით.

ოპერაციის შემდეგ უახლეს პერიოდში განვითარდა მსუბუქი ხარისხის ღვიძლის უკმარისობა, რომელიც კარგად დაემორჩილა თერაპიას; ავადმყოფი გაეწერა გაჯანსაღებული. >>

<< 4. ავადმყოფი ბ. თ. შემოვიდა 24.09.2001-ში (ისტ. № 5078) კაცი, ასაკი – 59 წლის, სიყვითლის ხანგრძლივობა – 17 დღე (ავადმყოფი თავდაპირველად მოხვდა ინფექციურ საავადმყოფოში ვირუსული ჰეპატიტის დიაგნოზით, რომელიც გამოირიცხა და გადმოყვანილი იქნა ჩვენს კლინიკაში).

თანმხლები პათოლოგიები: არ აღინიშნება.

დიაგნოზი: მექანიკური სიყვითლე, ქრონიკული კალკულოზური ქოლეცისტიტი, მტკივნეული (პანკრეატიტული) ფორმა.

ავადმყოფი კლინიკო-ლაბორატორიული მოდელის მიხედვით მიეკუთვნება II რისკ-ჯგუფს; ზოგადი მდგომარეობის მიხედვით – მძიმე ხარისხის. ავადმყოფისთვის ნაჩვენებია ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობა.

I მომენტად - ტტჰბ-ით დიაგნოზის დაზუსტების შემდეგ, გაკეთდა ჰეპატოქოლანგიოსტომია დოზირებული დეკომპრესიის მიზნით.

II ეტაპზე - 12 დღის შემდეგ, გაკეთდა რადიკალური ოპერაცია: ლაპაროტომია, ქოლეცისტექტომია, ქოლედოქოტომია, გარეგანი დრენირება კერის დრენაჟით. ოპერაციის შემდეგ რაიმე გართულებას ადგილი არ ჰქონია. ავადმყოფი კლინიკიდან გაეწერა გაჯანსაღებული. >>

<< 5. ავადმყოფი ნ. (ისტ. № 17207 ) ქალი, ასაკი – 70 წლის, სიყვითლის ხანგრძლივობა – 8 დღე.

თანმხლები პათოლოგია: შაქრიანი დიაბეტი II ტიპის, ჰიპერტონული დაავადება II ხ.

დიაგნოზი: მექანიკური სიყვითლე, კალკულოზური ქოლეცისტიტი, ქოლედოქოლითიაზი, მტკივნეული ფორმა.

ავადმყოფი, კლინიკო-ლაბორატორიული მოდელის მიხედვით მიეკუთვნება II რისკ - ჯგუფს, ზოგადი მდგომარეობის მიხედვით – მძიმე ხარისხის. ნაჩვენებია ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობა.

I მომენტად - ავადმყოფს ჩაუტარდა ტტმს-ია, დოზირებული დეკომპრესია და სიყვითლის მოხსნის შემდეგ (პარალელურად მიმდინარეობდა თანმხლები პათოლოგიების კორექცია).

II მომენტად - გაკეთდა რადიკალური ოპერაცია: ლაპაროტომია, ქოლეცისტექტომია, ქოლედოქოტომია, გარეგანი დრენირება. ტრანსჰეპატური დრენაჟი ამოღებული იქნა, კერის დრენაჟის ამოღებიდან მე-7 დღეს. ავადმყოფს პოსტოპერაციულ პერიოდში განუვითარდა საშუალო ხარისხის ღვიძლის უკმარისობა, რომელიც კარგად დაემორჩილა თერაპიას და ავადმყოფი გაეწერა გაჯანსაღებული. >>

<< 6. ავადმყოფი ს. (ისტ. № 7092 ) კაცი, ასაკი – 70 წლის, სიყვითლის ხანგრძლივობა – 20 დღე (ავადმყოფი თავდაპირველად მკურნალობდა ინფექციურ საავადმყოფოში ვირუსული ჰეპატიტის დიაგნოზით).

თანმხლები პათოლოგია: ათეროსკლეროზული კარდიოსკლეროზი, გულის უკმარისობა II ხ. ბიღ.

დიაგნოზი: მექანიკური სიყვითლე, კალკულოზური ქოლეცისტიტი, ქოლედოქოლითიაზი, უმტკივნეულო ფორმა.

ავადმყოფი, კლინიკო-ლაბორატორიული მოდელის მიხედვით მიეკუთვნება II რისკ-ჯგუფს, ზოგადი მდგომარეობის მიხედვით – ძალიან მძიმე ხარისხის. ნაჩვენებია ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობა.

I მომენტად – ტტმბ-ით დიაგნოზის დაზუსტების შემდეგ, გაკეთდა ჰეპატოქოლანგიოსტომია – დოზირებული დეკომპრესიის მიზნით

სიყვითლის საგრძნობლად შემცირებისა და ზოგადი მდგომარეობის გაუმჯობესების შემდეგ, ორი კვირის თავზე.

II მომენტად - გაკეთდა რადიკალური ოპერაცია. ოპერაციის შემდეგ განვითარდა საშუალო ხარისხის ღვიძლ-თირკმლის უკმარისობის ნიშნები, რომელიც კარგად დაემორჩილა თერაპიას, ავადმყოფი გაეწერა გაჯანსაღებული. >>

<< 7. ავადმყოფი ბ. ი. (ისტ. № 2005) ქალი, ასაკი – 45 წლის, სიყვითლის ხანგრძლივობა – 6 დღე.

თანმხლები პათოლოგია: II ხ-ის სიმსუქნე.

დიაგნოზი: მექანიკური სიყვითლე, მწვავე კალკულოზური ქოლეცისტიტი, ქოლედოქოლითიაზი, ქოლანგიტი.

რადგან ავადმყოფს აღენიშნება ქოლანგიტი, კლინიკო - ლაბორატორიული მოდელის მონაცემების მიუხადავად, ის მაინც მიეკუთვნება II რისკ-ჯგუფს და ესაჭიროება ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობა.

I მომენტად - გაკეთდა ტტჰს-ია და დოზირებული დეკომპრესია, ხოლო მე-2 დღეს (გაკეთდა სასწრაფო ოპერაცია, რადგან აღინიშნებოდა მწვავე ქოლეცისტიტი და გამოჩნდა დესტრუქციის ნიშნები).

II მომენტად - რადიკალური ოპერაცია – გარეგანი დრენირებით, კერის დრენაჟით. განხორციელდა ორმაგი დრენირების პრინციპი (ამ პრინციპზე უფრო დაწვრილებით მომდევნო თავებში გვექნება საუბარი), რომლის დროსაც საუკეთესო პირობები იქმნება სანაღვლე გზების სანაციისათვის და ქოლანგიტის კუპირებისთვის. ავადმყოფს უტარდებოდა

სანაღვლე გზების სანაცია – ანტიბიოტიკებით და ანტიბაქტერიული ხსნარებით (დიოქსიდინი). ჩირქოვანი ქოლანგიტი კუპირებული იქნა. ავადმყოფი გაეწერა გაჯანსაღებული. >>

<< 8. ავადმყოფი ბ. გ. (ისტ. № 2420) ქალი, ასაკი – 76 წლის, სიყვითლის ხანგრძლივობა – 15 დღეზე მეტი (1 თვე).

თანმხლები პათოლოგია: ათეროსკლეროზული კარდიოსკლეროზი, ჰიპერტონული დაავადება II; ქრონიკული ბრონქიტი; ფილტვ - გულის უკმარისობა IIb. ბილ.

დიაგნოზი: მექანიკური სიყვითლე, ქრონიკული კალკულოზური ქოლეცისტიტი, ქოლედოქოლითიაზი, უმტკივნეულო ფორმა.

ავადმყოფი, კლინიკო-ლაბორატორიული მოდელის მიხედვით მიეკუთვნება II რისკ-ჯგუფს, ზოგადი მდგომარეობით – ძალიან მძიმე ხარისხს. ნაჩვენებია ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობა. ავადმყოფს დაეწყო კიდევ აღნიშნული მკურნალობა, I მომენტად ვცადეთ ტტჰმ-ით გაკეთება დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით და შემდეგ ჰეპატოქოლანგიოსტომიის წარმოება, დოზირებული დეკომპრესიის ჩატარების მიზნით, მაგრამ აღნიშნული ოპერაცია წარუმატებლად დამთავრდა. ექსტ-ის გაკეთების მცდელობა არ ყოფილა. ამიტომ 3 დღიანი ინტენსიური, სათანადო მომზადების შემდეგ პირდაპირ გაკეთდა რადიკალური ოპერაცია: ფართე ლაპაროტომია, ფატერის დვრილის მიდამოში პალპაციით ისინჯებოდა მკვრივი წარმონაქმნი, რომლის დიფერენციაცია (კონკრემენტი თუ სიმსივნე) ვერ მოხერხდა; გაკეთდა შემოვლითი ბლა: ქოლეცისტოიუნოსტომია ბრაუნით.

ოპერაციის შემდგომი პერიოდი მიმდინარეობდა მძიმედ, განვითარდა ღვიძლ-თირკმლის მძიმე ხარისხის უკმარისობა, რასაც დაერთო გართულებები გულ-სისხლძარღვთა და სასუნთქი სისტემის მხრივ, რომელიც თერაპიას არ დაემორჩილა და მიუხედავად მიღებული ღონისძიებებისა, ავადმყოფი გარდაიცვალა გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობით, ოპერაციიდან 1 თვის თავზე. >>

## თავი V

### სრული მინინვაზიური ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობა მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების დროს

წინა თავში ჩვენ შევიმუშავეთ მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების ტაქტიკის ალგორითმი, რომელიც იქნება არასრულფასოვანი თუ არ გავითვალისწინებთ მასში მინინვაზიური მკურნალობის მეთოდების ადგილს და შესაძლებლობებს.

ცნობილია, რომ მინინვაზიური ქირურგიული მეთოდებით მნიშვნელოვნად მცირდება ოპერაციული ტრავმა და აქედან გამომდინარე, ამით პროვოცირებული ოპერაციის შემდგომი გართულებები და ლეტალობა. მქმ-ის დროს ჩვენს კლინიკაში I მომენტად ტარდება ისეთი მინინვაზიური ჩარევები როგორცაა მქსტ-ია და ტტქს-ია, ხოლო II ეტაპზე რადიკალური ოპერაცია: ფართე ლაპარატომიით, ლაპარასკოპიული ან მინილაპაროტომიული მეთოდით, ე.ი. მქმ-ა შეიძლება გავყოთ ორ სახედ: 1) როდესაც I ეტაპზე ტარდება რომელიმე მინინვაზიური ჩარევა და II ეტაპზე ფართო ლაპაროტომია ე.ი. მქმ-ა ფართე (ღია) ლაპარატომიით და 2) როდესაც II ეტაპზეც ტარდება მინინვაზიური ჩარევა, როგორცაა ლაპარასკოპიული ან მინილაპაროტომიული ე.ი. ეს იქნება სრული მინინვაზიური მქმ-ა.

როდესაც ჩვენ ვსაუბრობთ მინინვაზიური ჩარევის შესაძლებლობის განსაზღვრაზე მექანიკური სიყვითლის მკურნალობაში, სწორედ ეს უკანასკნელი (სრული მინინვაზიური მქმ) გვაქვს მხედვალობაში.

1999-2004 წლებში ჩვენს კლინიკაში მკურნალობდა, მექანიკური სიყვიით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადებით 140 ავადმყოფი. აღნიშნული პერიოდის ცალკე გამოყოფა განპირობებულია იმით, რომ სწორედ ამ წლიდან ჩვენს კლინიკაში ფართედ დაინერგა მკსტ-ია, რამაც გამოიწვია სრული მინიინვაზიური მკმ-ის რაოდენობის ზრდა.

მკსტ-ია ჩატარდა 77-ჯერ (55%) (n=140). აქედან 63-ში ე.ი. 45%-ში (n=140) მეორე ეტაპზე გაკეთდა ლქე-ია, დანარჩენ 14 ავადმყოფში (10%) მეორე ეტაპზე რადიკალური ოპერაცია ჩატარდა ღია ლაპარატომიული მეთოდით.

ერთმომენტიანი ქირურგიული მკურნალობა ჩატარდა სულ 35 ავადმყოფს (25%) აქედან 5 (3,57%) ავადმყოფს აღენიშნებოდა დიფუზური პერიტონიტი. ამ ავადმყოფებში ოპერაციის შემდეგ გართულება განვითარდა 3-ში და 2-ჯერ ლეტალურად დამთავრდა, ხოლო 5 (3,57%) (n=140) ავადმყოფს, რომლებიც მიეკუთვნებოდნენ II რისკ-ჯგუფს, უკუჩვენებით ჩატარდათ ერთმომენტიანი ქირურგიული მკურნალობა, ამათგან 4-ში აღმოცენდა ოპერაციის შემდგომი სხვადასხვა ხასიათის გართულებები, რაც 3 ავადმყოფში ლეტალურად დამთავრდა. მკმ ჩატარდა დანარჩენ 105 (75%) ავადმყოფს, პირველ მომენტად, როგორც ზემოთ აღნიშნა 77 (55%)-ში (n=140) გაკეთდა მკსტ-ია, ხოლო ტტქს-ია 28 (20%)-ში (n=140).

I რისკ-ჯგუფში შემავალი ავადმყოფებიდან (119 (85%)) – სრული მინიინვაზიური მკმ ჩატარდა 54 (38,57%) ავადმყოფს, 35 (25%)-ს მკმ



ფართო ლაპარატომიით ანუ II ეტაპზე ოპერაცია გაკეთდა ე.წ. ღია ლაპარატომიული წესით. გარდა ამისა 30 (21,4%) (n=140) ავადმყოფს (მათ შორის 5-ს აღნიშნებოდა დიფუზური პერიტონიტი) ჩაუტარდა ერთმომენტიანი ქირურგიული მკურნალობა.

II რისკ-ჯგუფში შემავალი ავადმყოფებიდან (21 (15%)) – 5 (3,57%)-ს უკუჩვენებით ჩაუტარდათ ერთმომენტიანი ქირურგიული მკურნალობა. 7 (5%)-ს ჩაუტარდა მძმ ფართე ლაპარატომიით. ხოლო 9 (6,4%)-ს სრული მინიინვაზიური მძმ.

სრული მინიინვაზიური მძმ-ის ეფექტურობის დასადგენად გამოვყავით ორი ალტერნატიული ჯგუფი: I ჯგუფი, რომელთაც ჩაუტარდათ სრული მინიინვაზიური მძმ ე.ი. 63 (45%) ავადმყოფი, ხოლო II ჯგუფში შევიდა ავადმყოფები, რომელთაც ჩაუტარდათ მძმ ღია ლაპარატომიით და ერთმომენტიანი ქირურგიული მკურნალობა ჩვენების მიხედვით (ე.ი. ამ ჯგუფიდან ამოვიღეთ 5 ავადმყოფი, რომელთაც უკუჩვენებით ჩაუტარდათ ერთმომენტიანი ქირურგიული მკურნალობა და კიდევ 5 დიფუზური პერიტონიტით დაავადებული ავადმყოფი, რადგან ორივე ჯგუფი დაავადებების ხასიათის მიხედვით, სტურუქტურულად ერთნაირი ყოფილიყო და სტატისტიკური გაანალიზებისას მიგვეღო რეალური, სწორი სურათი; აღნიშნული 10 ავადმყოფის მკურნალობის შედეგები II ჯგუფის საერთო შედეგებს სტატისტიკურად ძალიან დაამძიმებდა და მივიღებდით არარეალურ უპირატესობას I ჯგუფისთვის). ე.ი. II ჯგუფში შივიდა სულ 67 (47,85%) ავადმყოფი.

ეს ორი ჯგუფი სტატისტიკური სანდოობით ერთმანეთისგან არ განსხვავდებოდნენ ვინაიდან: ასაკი, სქესი, დაავადების სტრუქტურა და ხასიათი, დაავადების ხანდაზმულობა, თანმხლები დაავადებები ერთმანეთთან შეჯერებული იყო ორივე ჯგუფისთვის (აღნიშნული მონაცემები, სქესის გარდა, გათვალისწინებულია ავადმყოფთა რისკ-ჯგუფებში, ამიტომ წლოვანების საშუალოს განსაზღვრა საჭირო არ არის). კერძოდ: I ჯგუფში, I რისკ-ჯგუფის ავადმყოფების რაოდენობამ შეადგინა 54 (85,7%) (n=63), ხოლო II რისკ-ჯგუფის ავადმყოფების რაოდენობამ – 9 (14,28%) (n=63). II ჯგუფში: I რისკ-ჯგუფის ავადმყოფების რაოდენობამ შეადგინა სულ 60 (89,5%), ხოლო II რისკ-ჯგუფის ავადმყოფების რაოდენობამ – 7 (10,4%) (n=67). სქესის მიხედვით ქალების რაოდენობა დაახლოებით 3-ჯერ აღემატებოდა კაცებისას ორივე ჯგუფში. კლასიკური  $X^2$  (ხი-კვადრატ) პირსონის სტატისტიკური კრიტერიუმის მიხედვით აღნიშნულ სიდიდეებს შორის განსხვავება არ არის სანდო ( $p>0,05$ -ზე), აქედან გამომდინარე ეს ორი ჯგუფი სტატისტიკურად მიეკუთვნება ერთი და იგივე გენერალურ ერთობლიობას. ამ ჯგუფებში ჩატარებული მკურნალობის ეფექტურობის შეფასებას ვაწარმოებდით ისეთი საყოველთაოდ მიღებული კრიტერიუმებით, როგორცაა: ა) ლეტალობა; ბ) გართულებების ხასიათი და რაოდენობა; გ) ავადმყოფის სტაციონარში დაყოვნების დრო.

ცხრილი №22-დან ვხედავთ, რომ ზოგადი (სომატური) ხასიათის გართულებები, სრული მინიინვაზიური მძმ-ით, ფართე ლაპარატომიით მძმ-ას დამატებული, ჩვენებით ჩატარებული ერთმონენტთან ქირურგიულ

მკურნალობასთან შედარებით, მცირდება 21%-დან 14,3%-მდე ( $X^2=9,17$ ;  $p=0,002$ ) ( $p<0,01$ -ზე). ხოლო ლეტალობა 7,4%-დან 3,17%-მდე (შზპ;  $p=0,02$ ). ე.ი. თითქმის 2-ჯერ ( $p<0,05$ -ზე).

ცხრილი №23-დან ვხედავთ, რომ სრული მინიინვაზიური მქმ-ით, ადგილობრივი ტექნიკური ხასიათის გართულებები მცირდება 13,4%-დან 7,9%-მდე. თუ გავანალიზებთ შემცირების სტრუქტურას ვნახავთ, რომ შემცირება ძირითადად მოხდა – ისეთი გართულების ხარჯზე როგორცაა: ჭრილობის დაჩირქება (პარაუმბილიკალური აბსცესი): 8,9%-დან 3,17%-მდე ( $p<0,05$ -ზე). სხვა სახის გართულებებს შორის განსხვავება უმნიშვნელოა და სტატისტიკურად არაა დამაჯერებელი ( $p>0,05$ -ზე).

რაც შეეხება ოპერაციის შემდეგ სტაციონარში დაყოვნების დროს სრული მინიინვაზიური მქმ-ით ის დაახლოებით 3-ჯერ მცირდება ( $p<0,05$ ) (ცხრილი №24).

ამრიგად, ჩვენ დავადგინეთ სრული მინიინვაზიური მქმ-ის ეფექტურობა (უპირატესობა) მქმ-ზე, როდესაც მე-2 ეტაპზე ღია ლაპარატომია კეთდება და ერთმომენტიან ქირურგიულ მკურნალობაზე. აქედან შეიძლება გამოვიტანოთ დასკვნა:

სრული მინიინვაზიური მქმ-ა ჩვენებაა (არჩევის მეთოდია) მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების, როგორც I, ასევე II რისკ-ჯგუფის ავადმყოფებისთვის.

Υπόθεση Νο 22

Η ΔΑΔΑΥΕΕ ΟΥΔΑΔΙ ΤΕ ΑΙ ΑΑΑΕ (ΟΙ ΤΑΟΟΟΕ) ΔΑΟΕΑΕΕΟ ΑΑΟΕΟΕΑΑΑΑΕ ΑΑ  
 ΕΑΟΑΕΙ ΑΑ ΟΕΑ ΕΑΔΑΟΙ ΟΙ ΤΕΕΕ ΑΑ ΤΥΕΟΑΕΙ ΑΑΑΕΟΟΕ ΤΑΕΙ ΑΑΑΕΕ  
 ΤΕΟΟΙΑΕΙ ΑΕΟ ΟΥΔΑΔΑ

ΑΑΟΕΟΕΑΑΕΟ ΟΑΑΑΑΕ	ΑΑΑΑΙΟΥΙ x ΕΑ ΟΑΙ ΑΑΙΙ ΑΑ		ΕΑΟΑΕΟΟΕ ΑΑΙΙ ΟΑΑΕΕΟ ΟΑΙ ΑΑΙΙ ΑΑ	
	II α̂ n = 67	I α̂ n = 63	II α̂ n = 67	I α̂ n = 63
ΑΟΕ-ΟΕΟΑΕΡΑΟΥΑΕΑ ΟΕΟΟΑΙΕΟ ΑΑΟΥΑΑΑΑΕ	3 (4.47%)	2 (3.1%)	2 (3%)	1 (1.6%)
ΟΥΑΕΡΕ-ΕΕΟΕΙΕΙ ΑΑΙΕ ΟΕΙΤΑΟΕΟΙ ΑΑ	3 (4.47%)	2 (3.1%)	1 (1.5%)	—
ΕΑΑΕΟ ΟΑΕΙΕΟ ΕΥΑΙΕΟΟΕ ΕΙΟΟΕΟΕ	1 (1.49%)	—	—	—
ΔΙΑΑΙΙ ΤΕΑ	4 (5.9%)	3 (4.8%)	1 (1.5%)	1 (1.6%)
ΤΒΑΑΑ ΔΑΙΕΟΑΑΟΕΟΕ	3 (4.47%)	2 (3.1%)	1 (1.5%)	—
ΟΟΕ:	14 (21%)	9 (14.3%)	5 (7.4%)	2 (3.17%)

ΥαΟέέέ № 23

ΤΙ ΔΑΘΑΥΕΕΟ ΟΑΙΆΑΙ ΤΕ ΑΆΑΕΕΪ ΑΟΕΆΕ (ΟΆΘΪΕΟΟΕ) αΑΟΕΑΕΕΟ ΑΑΟΕΟΕΆΑΑΑΕ ΪΕΑ  
ΕΑΘΑΟΪ ΟΪ ΤΕΕΕ ΑΑ ΤΥΕΘΑΕΪΑΑΜΕΟΟΕ ΤΑΕΪ ΑΑΑΕΕ ΤΕΟΘΪΑΕΪ ΑΕΟ ΟΑΙΆΑΑ

ΑΑΟΕΟΕΆΑΕΟ ΟΑάΑΑΑΕ	ΑΑΆΪΪΪ × ΕΑ ΟΑΪ ΑΑΪΪ ΑΑ	
	II $\tilde{a}\hat{A}$ n = 67	I $\tilde{a}\hat{A}$ n = 63
αΟΕΕΪ ΑΕΟ ΆΑΪΕΟΘΑΑΑ (ΔΑΘΑΟΪΑΕΕΕΕΑΕΟΟΕ ΑΑΟΪΑΟΕ)	6 (8.9%)	2 (3.17)
ΟΑΑΕΑΪΟΑΕΟΟΕ ΕΑΪαΑΑΕ	1 (1.5%)	2 (3.17)
ΓΑΪΑΕΪ ΑΑΪΕ × ΕΟΟΕΆΑΕ (ΓΑΪΑΕΕΟ ΑΑΪΑ ΑΑΪΑΟΑΑΕΕ, ΕΟΪΕΑΟ ΟΑΑΕΪΟΕΑΪ)	2 (2.98%)	1 (1.6%)
ΟΟΕ:	9 (13.4%)	5 (7.9%)

ყოველივე ზემოთქმულიდან გამომდინარე, დავასრულეთ ჩვენი შრომის ძირითადი მიზნის პირველი ნაწილის - მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნალველკენჭოვანი დაავადების ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკის შემუშავება, კერძოდ: **I რისკ-ჯგუფის ავადმყოფებისთვის** არჩევის მეთოდია სრული მინიინვაზიური მქმ-ა, ხოლო მეორე რიგის მეთოდებია: ერთმომენტიანი ქირურგიული მკურნალობა ან მქმ ფართე ლაპარატომიით.

**II რისკ-ჯგუფის ავადმყოფებისთვის** არჩევის მეთოდია – მქმ-ა, ამასთან პირველ რიგში უნდა ვეცადოთ სრული მინიინვაზიური მქმ-ის განხორციელებას და თუ ის ვერ ხერხდება, მაშინ მეორე რიგში – მქმ ფართო ლაპარატომიით. ერთმომენტიანი მქმ-ა II რისკ-ჯგუფის ავადმყოფებისთვის უკუჩვენებაა.

აღსანიშნავია, რომ ჩვენ კლინიკურ მასალაში გვაქვს **სრული მინიინვაზიური ერთმომენტიანი მკურნალობის 7 შემთხვევა**, რომელიც განხორციელდა ქოლედოქოლითიაზის დროს სიყვითლის გარეშე (ამიტომ ეს ავადმყოფები ჩვენი კლინიკური მასალის ავადმყოფთა საერთო რიცხვში არ შეგვიტანია). ამ შემთხვევებში გაკეთდა: ლქე, მინილაპარატომია, ქოლედოქოტომია, კონკრემენტის ექსტრაქცია და გარეგანი დრენირება – 5-ჯერ; ლქე, ქოლედოქოლითოტომია და გარეგანი დრენირება – 1-ჯერ; ლქე, ქოლედოქოლითოექსტრაქცია ბუმბის სადინრიდან, ამავე სადინრიდან დრენირებით – 1-ჯერ.

ÝáÒÉÉÉ № 24

ÀÁÀÃÌÚÌ ×ÈÀ Ì ÐÀÒÀÝÉÉÓ ÓÀÌÃÀÌ ÌÉ ÓÒÀÝÉÌ ÌÀÓÓÉ ÃÀÚÌ ÁÌÃÁÉÓ ÓÀÓÓÀÉÌ  
 áÀÌÀÓÐÈÉÁÌ ÁÀ, Ì ÐÀÒÀÝÉÓÈÉ ÌÀÈÌ ÁÉÓ ÃÀ ÌÌ ÝÓÈÌ ÁÉÓ ÌÉáÃÃÁÈÈ

II ãÃ		I ãÃ	
Ì ÐÀÒÀÝÉÉÓ ÌÌ ÝÓÈÌ ÁÀ ÃÀ ÓÀáÃ	ÓÀΒÌ ÈÃÙÃÃÁÉ ÓÀÓÓÀÉÌ Ã	Ì ÐÀÒÀÝÉÉÓ ÌÌ ÝÓÈÌ ÁÀ ÃÀ ÓÀáÃ	ÓÀΒÌ ÈÃÙÃÃÁÉ ÓÀÓÓÀÉÌ Ã
ÙÉÀ ÈÃÐÀÓÌ ÓÌ ÌÉÀ, ƒƒ ÃÀ ÓÌ ÈÃÃÌ ÓÌ ÓÌ ÌÉÀ n = 25	19.6 ± 4.8	ƒƒƒƒ + ƒƒƒ n = 63	6.13 ± 1.3
ƒƒƒƒ + ÙÉÀ ÈÃÐÀÓÌ ÓÌ ÌÉÀ n = 28	8.7 ± 1.6		
ƒƒƒƒ + ÙÉÀ ÈÃÐÀÓÌ ÓÌ ÌÉÀ n = 14	8.5 ± 1.5		
ÓÓÈ:	18.3 ± 4.7	ÓÓÈ:	6.13 ± 1.3

## 5.1. პირველ მომენტად წარმოებული ოპერაციის სახეები, ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობის დროს

წინა თავში, მექანიკური სიყვითლის ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკის ალგორითმის შექმნით, ფაქტიურად დავასრულეთ ჩვენი შრომის ძირითადი მიზნის პირველი ნაწილი და გადავედით მეორე ნაწილზე ე.ი. ამ დაავადების დროს, ისეთი სამკურნალო (ოპერაციული) კონკრეტულ ღონისძიებათა კომპლექსის შემუშავებაზე, რომლითაც შემცირდება ოპერაციის შემდგომი გართულებები და ლეტალობა, კერძოდ ნაშრომის ამ, მეორე ნაწილში, განიხილება ოპერაციების სახეები, რომლებიც შეიძლება ვაწარმოოთ, ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობის დროს, პირველ და მეორე მომენტად. აგრეთვე, ერთმომენტად გასაკეთებელი ოპერაციის სახეები – ერთმომენტიანი ქირურგიული მკურნალობის დროს.

ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობის I მომენტად, ჩვენს კლინიკაში, როგორც აღინიშნა გამოიყენება ტრანსკუტანული ტრანსჰეპატური ქოლანგიოსტომია (ტტჰს) და ენდოსკოპიური რეტროგრადიული პაპილოსპინქტეროტომია (ეპსტ) (ცხრილი №25).

ავადმყოფებს ულტრაბგერითი გამოკვლევის შემდეგ უკეთდებათ ტრანსკუტანული ტრანსჰეპატური ქოლანგიოგრაფია «Chiba»-ს ნემსით (ტტჰმ), რითაც დიდი სიზუსტით დასტურდება არამართო სიყვითლის მექანიკური ხასიათი, არამედ საბოლოოდ დგინდება ობტურაციის ბუნება და მისი დონე, რის შემდეგაც ნაღვლოვანი ჰიპერტენზიის, ქოლემიის და რაც მთავარია სიყვითლის ლიკვიდაციისთვის, ლუნდერკვისტის სტილეტ კათეტერის დახმარებით ხორციელდება დრენაჟის შეყვანა სანაღვლე



გზებში დოზირებული დეკომპრესიის მიზნით. ტტქს-ის ყველა შემთხვევაში ჰეპატოციტების ციტოლოზის და ღვიძლის უკმარისობის გაღრმავების პროფილაქტიკისთვის ვაწარმოებდით სანაღვლე გზების დოზირებულ დეკომპრესიას, კლინიკაში მიღებული წესით: 1÷2 დღის მანძილზე ჰეპატოსტომიური დრენაჟის გადაკეტვა ხდებოდა 6-6 სთ-ის განმავლობაში, მე-3÷4 დღეს 4-4 სთ-ის, ხოლო მე-5÷6 დღეს 2-2 სთ. შემდგომში გარეგანი დრენირების პირობებში დრენაჟი რჩებოდა ღიად და მიღებულ ნაღველს ვაბრუნებდით per os, ხოლო იმ შემთხვევაში, როდესაც წარმოებული იყო გარეგან-შინაგანი დრენირება ე.ი. მაშინ, როდესაც

### ყაოეეე №25

#### ოაიაუაეა ააააეო ააეი იბოაოეეო ოააააე იეოოიაეი აეო I აოაბაეა

იბაოეეეო ოააა	ააააიუი ×ეა ოაი ააიი აა	% n-432
ტ ტ ქ ს	244	56,48%
ე კ ს ტ	77	17,80%
ოეე:	321	74.3%

ხდებოდა ჰეპატოსტომიური დრენაჟის გატარება დაბრკოლების (კენჭის) ავლით თორმეტგოჯა ნაწლავის სანათურში. დრენაჟი საერთოდ იკეტებოდა. ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის გაუმჯობესების შემდეგ ხორციელდებოდა სანაღვლე ტრაქტის გამავლობის აღდგენა რადიკალური ოპერაციის გზით – II მომენტად. როგორც გარეგანი ისე გარეგან-შინაგანი დრენირების დროს ვიყენებდით მიზანმიმართულ ინტენსიურ თერაპიას. ტტქს-ა განხორციელდა 244 შემთხვევაში გართულებების გარეშე. ტტქს-ის განაწილება პათოლოგიების მიხედვით მოცემულია ცხრილში №26. 232-ჯერ განხორციელდა სანაღვლე გზების

ΥάΟΕΕΕ №26

ϑϑϑϑ - ΕΟΟ ΟΑΙ ΑΑΪΙ ΑΑ ΔΑΕΙ ΕΙ ΑΕΑΑΕΟ ΪΕΑΑΑΕΕ

ϑϑϑϑ - ΕΑ	Ϊ ΑΟΟΟΑΥΕΕΟ ΪΕΑΑΑΕΕ									
	ΘΟΙ ΪΕΕΟΕΕ ΕΑΕΕΟΕΙ ΑΕΟΕ ΘΙ ΕΑΥΕΟΟΕΟΕ							ΪΒΑΑΑΑ ΕΑΕΕΟΕΙ ΑΕΟΕ ΘΙ ΕΑΥΕΟΟΕΟΕ		ΟΟΕ
	ΘΙ ΕΑΑΙ ΘΙ ΕΕΕΕΑΕ	× ΑΟΑΟΕΟ ΑΟΕΕΕΟ ΟΟΑΪΙ ΑΕ	ΘΙ ΕΑΑΙ ΘΙ ΕΕΕΕΑΕ + ΟΟΑΪΙ ΑΕ	ΑΑΟΥΑΕΑΟΕΕ (ΑΟΡΕΑΕ) ΟΟΑΪΙ ΑΕ	ΑΑΟΥΑΕΑΟΕΕ (ΑΟΡΕΑΕ) ΟΟΑΪΙ ΑΕ + ΘΙ ΕΑΑΙ ΘΙ ΕΕΕΕΑΕ ΟΑΤΑΥΑΕΑ ΑΕΑΑΕΟ	ΪΒΕΑΟΟΙ ΑΑΪΕ ΟΟΟΕΘΟΟΑΕ	δρδ - ΕΟ ΟΑΑΕΒΟΙ ΑΑΑ	ΘΙ ΕΑΑΙ ΘΙ ΕΕΕΕΑΕ	ΘΙ ΕΑΑΙ ΘΙ ΕΕΕΕΑΕ + × ΑΟΑΟΕΟ ΑΟΕΕΕΟ ΟΟΑΪΙ ΑΕ	
1. ΑΑΟΑΑΑΪΕ	105	9	8	9	10	12	8	67	4	
2. ΑΑΟΑΑΑΪ - ΟΕΪΑΑΑΪΕ	8	—	—	—	—	—	—	4	—	12

გარეგანი დრენირება, ხოლო 12-ჯერ გარეგან-შინაგანი. ამ უკანასკნელის უპირატესობა გარეგან დრენირებასთან შედარებით აშკარაა, თუმცა ყოველთვის მისი განხორციელება შეუძლებელია, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ადგილი აქვს სანაღვლე სადინრების სრულ ობსტრუქციას. გარდა ამისა, როგორც ეს 4 შემთხვევაში მოხდა, კათეტერის გატარება დაბრკოლების მიდამოს ავლით შესაძლებელი გახდა ორ მომენტად – გარეგანი დრენირების შემდეგ მე-6÷8 დღეს, როდესაც სანაღვლე გზებში ჩაცხრა ანთებითი პროცესი, ნაღვლის სადინრების კედელი დამყოლი და უფრო ელასტიური გახდა.

ამრიგად, ტრანსკუტანური ტრანსჰეპატური ქოლანგიოსტომია ქირურგიული მკურნალობის პირველი ეტაპია. ამ დროს ხორციელდება ა) გარეგანი დრენირება; ბ) ერთდროულად გარეგანი და შინაგანი დრენირება, დრენაჟის დაბრკოლების დისტალურად გატარებით; გ) და ამ უკანასკნელის დროს შესაძლებელია განხორციელდეს მხოლოდ შინაგანი დრენირება (დრენაჟის გარეგანი ნაწილის გადაკეტვით). სიყვითლის, ნაღვლოვანი ჰიპერტენზიისა და ქოლემიის ლიკვიდაციის შემდეგ, ინტენსიური ინფუზიურ-ტრანსფუზიული მკურნალობის ფონზე მნიშვნელოვნად უმჯობესდება ღვიძლის მორფოლოგიურ-ფუნქციური მდგომარეობა, რის შემდეგაც უხშირესად მკურნალობის I მომენტის ჩატარების 1-დან 14 (საშუალოდ  $6\pm 2$ ) დღის შემდეგ, ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის მნიშვნელოვნად გაუმჯობესების ფონზე კეთდება ოპერაციის II ძირითადი მომენტი – რადიკალური ოპერაცია. ტტძს-ური დრენაჟი ზოგიერთი ავტორის აზრით უნდა ამოვიღოთ რადიკალური ოპერაციის წარმოების დროს ან პოსტოპერაციულ პერიოდში, მაქსიმუმ 7

დღემდე. თუმცა, როგორც ჩვენი გამოცდილება აჩვენებს, ამ დრენაჟის დატოვება შესაძლებელია (და მიზანშეწონილიცაა) უფრო მეტ ხანს – საჭიროების მიხედვით, - ის კარგად ფუნქციონირებს, იკეთებს ფიბროზულ არხს და ამოვარდნის შემთხვევაში ადვილია მისი განმეორებითი შეყვანა. ტტჰს-ური დრენაჟის არსებობა სასურველია რადიკალური ოპერაციის დროს წარმოებული სანაღვლე გზების გარეგანი ან შინაგანი დრენირების სხვა ხერხებთან ერთად. ხოლო მისი ამოღება უნდა მოხდეს მაშინ, როდესაც სანაღვლე გზების გამავლობა ეჭვს აღარ გამოიწვევს, რისთვისაც შესაძლებელია დრენაჟიდან გაკეთდეს საკონტროლო ქოლანგიოგრაფია.

ეტაპობრივი მკურნალობის I მომენტად, ენდოსკოპიური რეტროგრადიულ პაპილოსპინქტეროტომიის გამოყენების შემთხვევაშიც, თავიდან ტარდებოდა სანაღვლე გზების გამოკვლევა. ე.ი. ენდოსკოპიური რეტროგრადული ქოლანგიოპანკრეატოგრაფია (პრჰპბ). ამ მეთოდის გამოყენების პრაქტიკამ აჩვენა მეთოდის მაღალი ეფექტურობა მექანიკური სიყვითლის მიზეზების გამოვლენის, ნაღვლის გზების ობტურაციის დონის განსაზღვრის თვალსაზრისით.

ენდოსკოპიური პაპილოსპინქტეროტომია გამოიყენება სანაღვლე გზების დეკომპრესიისთვის; ხშირად ამ მეთოდის საშუალებით შესაძლებელია ობტურაციის მიზეზის ლიკვიდაციაც. იგი ეფექტურია და თავისი შესაძლებლობებით არ განსხვავდება ტრანსდუოდენური პაპილოსპინქტეროტომიისაგან, მაგრამ არის ნაკლებად სახიფათო და გამოიყენება ავადმყოფისათვის გაცილებით ნაკლები რისკით.

ჩვენს კლინიკაში მკვლევარმა ჩაუტარდა 77 ავადმყოფს, მკვლევარის რაოდენობის განაწილება პათოლოგიების მიხედვით მოცემულია ცხრილში №27. ყველა ამ ავადმყოფში მოხერხდა სიყვითლის მოხსნა, ხოლო 63 ავადმყოფში სიყვითლის მოხსნასთან ერთად შესაძლებელი გახდა სიყვითლის გამომწვევი მიზეზის ლიკვიდაციაც – კერძოდ ფატერის დვრილის სტენოზის გაკვეთა და კონკრემენტების ექსტრაქცია; მათი

ΥαΟΕΕΕ №27

ἸΑΟΟΔΥΕΕΟ ἸΕΑΜΕΑΕ

	ἸΑΟΟΔΥΕΕΟ ἸΕΑΜΕΑΕ								ἸΒΑΑΑ ΕΑΕΕΟΕἸΑΕΟΕ ΘἸΕΑΥΕΟΟΕΟΕ	ἸΒΑΑΑ ΕΑΕΕΟΕἸΑΕΟΕ ΘἸΕΑΥΕΟΟΕΟΕ	ἸΒΑΑΑ ΕΑΕΕΟΕἸΑΕΟΕ ΘἸΕΑΥΕΟΟΕΟΕ
	ἸΑΟΟΔΥΕΕΟ				ἸΕΑΜΕΑΕ						
	ΘἸΕΑΑἸΘἸΕΕΕΕΜΕ	×ΑΟΑΟΕΟ ἈΟΕΕΕΟ ΟΟΑἸΑΕ	ΘἸΕΑΑἸΘἸΕΕΕΕΜΕ + ΟΟΑἸΑΕ	ΑΑΟΥΑΕΑΑΟΕΕ (ΑΟΡΕΑΕ) ΟΟΑἸΑΕ ΑΑΟΥΑΕΑΑΟΕΕ (ΑΟΡΕΑΕ) ΟΟΑἸΑΕ + ΘἸΕΑΑἸΘἸΕΕΕΕΜΕ ΥΑΤΑΥΑΕΑ ἈΡΕΑΕΟ	ἸΑΒΕΑΟἸΑΑἸΕ ΟΟΕΕΟΟΑΕ	ἸΑΒΕΑΟἸΑΑἸΕ ΟΟΕΕΟΟΑΕ	ἸΑΒΕΑΟἸΑΑἸΕ ΟΟΕΕΟΟΑΕ	ἸΑΒΕΑΟἸΑΑἸΕ ΟΟΕΕΟΟΑΕ			
ἸΑΟΟΔΥΕΕΟ - ΕΑ	61	3	4	—	—	—	—	3	6	77	
ἸΕΑΜΕΑΕ	47	3	4	—	—	—	—	3	6	63	

რაოდენობა მერყეობდა 1-დან 5-მდე და დიამეტრი არ აღემატებოდა 1 სმ-ს. ყოველივე ამის შემდეგ, მკურნალობის II ეტაპზე – შესაძლებელი გახდა ლაპარასკოპიული ქოლეცისტექტომიის წარმოება. დანარჩენ 14 შემთხვევაში კონკრემენტების ექსტრაქცია ვერ მოხერხდა, თუმცა განხორციელდა სანაღვლე გზების დეკომპრესია და სიყვითლის მოხსნის, სათანადო მომზადების შემდეგ, მკურნალობის II ეტაპზე – რადიკალური ოპერაცია – ლაპარატომია და ქოლეცისტექტომია, გარეგანი ან შინაგანი დრენირების სხვადასხვა მეთოდებით – ჩვენების მიხედვით. ექსტ-ის შემდეგ ნაზობილიარული დრენირების განხორციელებისას შესაძლებელი ხდება სანაღვლე გზების დოზირებული დეკომპრესია, რასაც, როგორც ზემოთ აღინიშნა, დიდი მნიშვნელობა აქვს მექანიკური სიყვითლის დროს.

ფატერის დვრილის ენდოსკოპიური გაკვეთა ტარდებოდა უზმოზე. საჭიროებისას, გადაუდებელ შემთხვევაში, ამ ოპერაციის წინ ტარდებოდა კუჭის ამორეცხვა. 30÷40 წთ-ით ადრე ავადმყოფს უტარდებოდა პრემედიკაცია. რისი ძირითადი მიზანი გაუტკივარებასთან ერთად თორმეტგოჯა ნაწლავის ჰიპოტონიისა და ჰიპოკინეზიის პირობების შექმნაა.

მოვიყვანოთ რამდენიმე კლინიკური შემთხვევის მოკლე აღწერა:

<< 1. ავადმყოფი გ. გ. (ისტ.№ 604) ქალი, ასაკი – 49 წლის, სიყვითლის ხანგრძლივობა – 14 დღე.

დიაგნოზი: მექანიკური სიყვითლე, ქრონიკული კალკულოზური ქოლეცისტიტი, ქოლედოქოლითიაზი, მტკივნეული ფორმა.



ავადმყოფს I მომენტად – 14.07.03-ში, გაუკეთდა რეტროგრადული პაპილოტომია: “პრემედიკაცია: ბარალგინი - 2 ამპ; დიაზეპამი - 2 ამპ; ნოშპა - 2 ამპ; ატროპინი - 2 ამპ; დიკაინი 1% - 4.0; 12 გოჯა ნაწლავის ლორწოვანი ვარდისფერი, ფატერის დვრილი ლოკალიზებულია დასწვრივი ტოტის მედიალურ კედელზე, ბრტყელი ფორმის, დიამეტრიც 7 მმ, არხი მრგვალი, არხთან აღინიშნება 2 მმ-ის დიამეტრიც ადენომა, სიგრძივი და მარგინალური ნაოჭი გამოხატული, ნაღველი არ შემოდის. ჩატარდა არასრული პაპილოტომია სიგრძით  $7 \div 8$  მმ; რის შემდეგაც განაკვეთში შემოვიდა ნაღველი და მიკროლითები, მასში თავისუფლად მოთავსდა კათეტერი და რენტგენოლოგიური კონტროლის ქვეშ მიეწოდა საკონტრასტო ნივთიერება. ”

რენტგენოლოგიურად ქოლედოქუსში გამოისახა წვრილი კონკრემენტი, რომელთა ექსტრაქცია მოხერხდა. ე. ი. I მომენტად - განხორციელდა სანაღველე გზების დეკომპრესია, სიყვითლის (ობტურაციის) მიზეზის და თვით სიყვითლის ლიკვიდაცია (მე 5 დღისთვის), 22.07.03-ში (ე. ი. მე-8 დღეს) II ეტაპზე რადიკალური ოპერაცია – ქოლეცისტექტომია გაკეთდა ლაპარასკოპიული წესით. ავადმყოფი გაეწერა მე-2 დღეს გაჯანსაღებული. >>

<< 2. ავადმყოფი მ.ზ. (ისტ.№ 388) ქალი, ასაკი – 31 წლის, სიყვითლის ხანგრძლივობა – 4 დღე.

დიაგნოზი: მექანიკური სიყვითლე, ქრონიკული კალკულოზური ქოლეცისტიტი, ქოლედოქოლითიაზი, უმტკივნეული ფორმა.

ავადმყოფს I მომენტად - 21.05.03-ში, გაუკეთდა პრესტი-ია. “პრემედიკაცია: ბარალგინი - 5.0 ამპ; დიაზეპამი - 2 ამპ; ნომპა 2 ამპ; ატროპინე - 1 ამპ; დიკაინი 1% - 1.0; 12 გოჯა ნაწლავის ლორწოვანი ვარდისფერი, ფატერის დვრილი ლოკალიზებულია დასწვრივი ტოტის ზემო მესამედში, მედიალურ კედელზე. ვრილი თითისტარისებრი ფორმის, გამოხატული სიგრძივი და განივი ნაოჭით, არხი დახურულია, ნალველი არ შემოდის. არხში გაჭირვებით მოთავსდა კანულა და რენტგენოლოგიური კონტროლის ქვეშ მიეწოდა საკონტრასტო ნივთიერება. არხში მოთავსდა პაპილოტომი 10 - 11 სთ-ის მიმართულებით და ჩატარდა კვეთა შერეული რეჟიმით, სიგრძით 14 მმ განაკვეთში შემოვიდა ნალველი და კონკრემენტი, სისხლქონვა არ აღინიშნა” რენტგენოლოგიურად ქოლედოქუსში მეტი კონკრემენტი აღარ გამოისახა. ე. ი. I მომენტად – განხორციელდა: სანალვლე გზების დეკომპრესია, სიყვითლის (ობტურაციის) მიზეზის და სიყვითლის ლიკვიდაცია (მე-6 დღისთვის). II ეტაპზე – 29.05.03-ში გაკეთდა რადიკალური ოპერაცია – ლქმ. ვადმყოფი გაეწერა მე-2 დღეს გაჯანმრთელებული. >>

<< 3. ავადმყოფი შ.ნ. (ისტ.№ 1541) ქალი, ასაკი – 25 წლის, სიყვითლის ხანგრძლივობა – 4 დღე.

დიაგნოზი: მექანიკური სიყვითლე, ქრონიკული კალკულოზური ქოლეცისტიტი, ქოლედოქოლითიაზი, უმტკივნეული ფორმა.

ავადმყოფს I მომენტად - 25.11.01-ში, გაუკეთდა პრესტი-ია. პაპილა ჩაიკვეთა 15 მმ-დე, მოხერხდა ერთი კონკრემენტის ექსტრაქცია, მაგრამ ქოლანგიოგრამაზე აღინიშნება კიდევ სხვა კონკრემენტები, რომელთა

ამოღებაც ვერ მოხერხდა. ნაღველი თავისუფლად შემოდის 12 გოჯა ნაწლავის სანათურში. ე. ი. განხორციელდა სანაღველე გზების დეკომპრესია, 4 – დღეში მოხდა სიყვითლის ლიკვიდაცია, მაგრამ სიყვითლის (ობტურაციის) მიზეზის ლიკვიდაცია ვერ მოხერხდა.

II მომენტად - 30.11.01-ში გაკეთდა რადიკალური ოპერაცია – ღია ლაპაროტომია, ქოლეცისტექტომია, ქოლედოქოტომია – კონკრემენტების (ოთხი) ექსტრაქცია, გარეგანი დრენირება კერის დრენაჟით. >>

ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობის I მომენტად წარმოებულ ოპერაციების: ტტჰს-ის და მჰსტ-ის გართულებებიდან აღსანიშნავია: სისხლდენა და ნაღვლდენა ღვიძლის პარენქიმიდან- ტტჰს-ის დროს, სისხლდენა პაპილოტომიური ჭრილობიდან და მწვავე პანკრეატიტი- მჰსტ-ის დროს. თუმცა, ჩვენი კლინიკური მასალის მიხედვით, რაიმე მნიშვნელოვანი გართულება არ გვქონია, ხოლო უმნიშვნელო გართულებები ადვილად იქნენ კუპირებული კონსერვატიული საშუალებებით. რაც შეეხება მეთოდის შესრულების სიძნელეს და გართულებებს ისინი მნიშვნელოვან წილად დაკავშირებულია შემსრულებლის დახელოვნებასთან და კლინიკურ გამოცდილებასთან, ამრიგად, როგორც პირველი, ისე მეორე მეთოდის დროს გართულებების შიში მეტად გაზვიადებულია და უმნიშვნელოა მათ სამკურნალო ეფექტთან შედარებით.

მქმ-ის დროს, I მომენტის ოპერაციების ტტქს-ის ან მსკტ-ის არჩევის დროს, ყოველთვის დაისმის კითხვა – რომელ მათგანს მივანიჭოთ უპირატესობა?

წინა თავში ჩვენ განვიხილეთ სრული მინიინვაზიური მქმ-ის ჩვენებები და მისი უპირატესობები, სხვა სახის ქირურგიულ მკურნალობასთან შედარებით, მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების დროს. ასევე ცნობილია, რომ აღნიშნული მკურნალობის მეთოდი შესაძლებელია (უპირატესად) განხორციელდეს მსკტ-ის საშუალებით, როდესაც ხერხდება არამარტო დეკომპრესიის მიღწევა, არამედ ობტურაციის მიზეზების მოშორებაც, კერძოდ: დიდი დუოდენური დვრილის სტენოზის ჩაკვეთა (მისი არსებობისას) და კონკრემენტის ექსტრაცია ქოლედოქოლითიაზიის დროს. ამასთან კონკრემენტის და ქოლედოქის დიამეტრი უნდა იძლეოდეს ამის შესაძლებლობას. აღნიშნული პირობა მსკტ-ის განხორციელებისთვის ძალიან მნიშვნელოვანია. ჩვენი კლინიკური მასალის მიხედვით, კონკრემენტის ეს დიამეტრი არ აღემატებოდა 1 სმ-ს, თუმცა ლიტერატურული წყაროების მონაცემებით შესაძლებელია 1,5 სმ-ის და მეტი დიამეტრის კონკრემენტის ექსტრაქციაც თუ გამოვიყენებთ ქვების დანაწევრების სხვადასხვა მეთოდს, მაგალითად მექანიკურ ლითოტრიფსიას (გამლიერებული დორმიას მარყუჟით).

ამრიგად მსკტ-იას, ტტქს-სთან შედარებით პირველ ადგილზე აყენებს მისი ის უპირატესობა, რომ ამ მეთოდით შესაძლებელია (უფრო ადვილად ვიდრე ტტქს-ით) ობტურაციის მიზეზის მოშორება და მეორე

ეტაპზე, რადიკალური ოპერაციის დროს ლაპარასკოპიული მეთოდის გამოყენება. ე.ი. სრული მინინვაზიური მძმ-ის ჩატარება, თუმცა უნდა შესრულდეს ზემოთ აღნიშნული პირობა.

I რისკ-ჯგუფის ავადმყოფებში, თუ დარწმუნებული არ ვართ, რომ მკსტ-ით მოხერხდება ობტურაციის მიზეზის მოშორებაც, მიზანშეწონილია ერთმომენტიანი ქირურგიული მკურნალობა. ამავე დროს არ გამოირიცხება მძმ-აც, I მომენტად მკსტ-ით ან ტტქს-ით მხოლოდ დეკომპრესიის მიზნით, ობტურაციის მიზეზის მოშორების გარეშე და II ეტაპზე რადიკალური ოპერაციის წარმოება ფართო ლაპარატომიით.

რაც შეეხება II რისკ-ჯგუფს, როგორც ავღნიშნეთ პირველი რიგის არჩევის მეთოდი აქაც სრული მინინვაზიური მძმ-აა, ე.ი. ამ შემთხვევაშიც უპირატესობა მკსტ-იას ენიჭება. მაგრამ თუ წინასწარ, კლინიკური კვლევების შედეგად (ექოლოგიური, კომპიუტერული ტომოგრაფიით, ქოლანგიოგრაფიით და სხვ.) ცნობილია, რომ მკსტ-ით ობტურაციის მიზეზების მოშორება შეუძლებელია, მაშინ უნდა გავითვალისწინოთ მკსტ-ის უარყოფითი მხარე, როგორცაა – დეკომპრესიის დოზირების შეუძლებლობა (დოზირების განხორციელება მეტ-ნაკლებად შესაძლებელია ნაზო-ბილიარული დრენირებით), რაც აუცილებელია ღვიძლის უკმარისობის პროფილაქტიკისათვის და პაპილის ჩაკვეთით გამოწვეული ისეთი უარყოფითი მოვლენები, როგორცაა მისი უკმარისობა და დუოდენობილიარული რეფლუქსი (მოგვიანებით სტენოზი) – ეს უკანასკნელი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი შედეგებით ახალგაზრდა ავადმყოფებში (60 წლის და ნაკლებ ასაკში).

აღნიშნულ უარყოფით მხარეებს მოკლებულია ტტქს-ია ე.ი. დეკომპრესიის მკაცრი დოზირების შესაძლებლობა და ფატერის დვრილზე ჩაურევლობა (ე.ი. მისი ფიზიოლოგიური ფუნქციების სრული შენარჩუნება) ტტქს-ის უპიტარესობაა. ამავე დროს უნდა გავითვალისწინოთ ტტქს-ის და მკსტ-ის ჩატარების შესაძლებლობები ქრონიკული და მწვავე კალკულოზური ქოლედოსტიტთან და ობტურაციის გამომწვევ მიზეზებთან დაკავშირებით (ცხრილები №№26;27). როგორც ამ ცხრილებიდან ჩანს ტტქს-ის ჩატარება შეიძლება მექანიკური სიყვითლის გამომწვევი ობტურაციის ყველა სახის მიზეზის დროს, ხოლო მკსტ-ია ამ მხრივ შედარებით შეზღუდულია. მისი წარმოება შესაძლებელია ობტურაციის მხოლოდ სამი მიზეზის დროს: ა) ქოლედოქოლითიაზი; ბ) ფატერის დვრილის სტენოზი და გ) ქოლედოქოლითიაზი შეუღლებული ფატერის დვრილის სტენოზთან, ამასთან, როგორც ზემოთ ავღნიშნეთ, გასათვალისწინებელია კონკრემენტის და ქოლედოქის დიამეტრი.

ტტქს-ია უნდა გაკეთდეს იმ შემთხვევებში, როდესაც მკსტ-ის ჩვენებების მიუხედავად, მისი წარმოება სხვადასხვა მიზეზებით ვერ ხერხდება (კანულაციის შეუძლებლობა, დივერტიკულები, კუჭის რეზექცია ბილაროთ II-ის წესით და სხვ.).

მკსტ-ისა ან ტტქს-ის ჩატარება, მჭიდროდაა დაკავშირებული აგრეთვე მრქპბ-ის და ტტქბ-ის ჩატარების ჩვენებებთან (იხ. ლიტერატურული მიმოხილვა).

ყოველივე ზემოთქმულიდან შეიძლება დავასკვნათ, რომ მქმ-ის I ეტაპზე არჩევის (პირველი რიგის) მეთოდია მკსტ-ია, ხოლო ტტქს-ია

ტარდება უპირატესად მეორე რიგში. ამავე დროს უნდა აღინიშნოს, რომ მკვლევარებმა და ტტმს-ია ერთმანეთის ალტერნატიულ მეთოდებს არ წარმოადგინეს, არამედ ავსებენ ერთმანეთს. მათი უარყოფითი და დადებითი მხარეების გათვალისწინებით ზუსტად შეიძლება ამ მეთოდების არჩევა კონკრეტულ კლინიკურ შემთხვევებში. მკვლევარების და ტტმს-იის შემდეგ გართულებების განვითარების შესაძლებლობები ლიტერატურაში შედარებით გაზვიადებულია და როგორც ჩანს ემთხვევა მეთოდების ათვისების პერიოდს.

ეს დასკვნა, ფაქტიურად ზუსტად ემთხვევა, ჩვენი კლინიკის გამოცდილებას, კერძოდ 1999 წ-მდე მკვლევარებმა უპირატესად ტტმს-ით, ხოლო 1999-2004 წწ-ის წერიოდში, როდესაც ფართოდ დაინერგა ენდოსკოპიური და ლაპარასკოპიული მეთოდები, ტტმს-იამ მეორე რიგში გადაინაცვლა. ამ პერიოდში მკვლევარების I მომენტად, დაახლოებით 90%-ში, ტარდება მკვლევარებმა მკვეთრად გაიზარდა სრული მინიინვაზიური მკვლევარების წილი, რამაც მნიშვნელოვნად შეამცირა გართულებები და ლეტალობა (აღნიშნულ პერიოდზე კიდევ უფრო დაწვრილებით ქვემოთ გვექნება საუბარი).

## თავი VI

### რადიკალური ოპერაციების შერჩევის პრინციპები

#### მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების დროს

მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების ერთმომენტიანი ქირურგიული მკურნალობის და მქმ-ის დროს II ეტაპზე ჩასატარებელი, რადიკალური ოპერაციის ტიპები (დროის მიხედვით) და ფორმები (ლაპარასკოპიული, მინილაპაროტომიული თუ ღია ლაპარატომიით), დამოკიდებულია ნაღვლის ბუშტის ანთების ხასიათზე (ქრონიკული, კატარული თუ დესტრუქციული) და I ეტაპზე წარმოებული მინინვაზიური (მკსტ-ის და ტტქს-ის) ჩარევების შედეგებზე მქმ-ის შემთხვევაში. ქოლედოქტომიის დასრულების და ობტურაციის ლიკვიდაციის ოპერაციათა სახეები, ძირითადად დამოკიდებულია ობტურაციის მიზეზებზე და ასევე I მომენტად ჩატარებულ ოპერაციებზე მქმ-ის დროს.

#### 6.1. პირველ მომენტად წარმოებული ოპერაციების შესაძლო შედეგები ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობის დროს

I ეტაპზე წარმოებული მკსტ-ის და ტტქს-ის შემდეგ, ქრონიკული ქოლეცისტიტის დროს, ჩვენი კლინიკური მასალის მიხედვით, მივიღეთ ორი სახის შედეგი: ა) მოხდა სანაღვლე გზების დეკომპრესია და მოიხსნა სიყვითლე, მაგრამ სიყვითლის გამომწვევი მიზეზების ლიკვიდაცია (მაგ. კონკრემენტების ექსტრაქცია ქოლედოქიდან) ვერ მოხერხდა 183-ჯერ



(77,2%) (n=237). ბ) მოხდა სანაღვლე გზების დეკომპრესია, მოიხსნა სიყვითლე და განხორციელდა სიყვითლის გამომწვევი მიზეზის ლიკვიდაცია 54-ჯერ (22,8%) (n=237) (ცხრილი №28).

პირველ (ა) შედეგის შემთხვევაში, სათანადო მომზადების შემდეგ, მკურნალობის II ეტაპზე, რადიკალური ოპერაციის წარმოებისას გაკეთდა ე.წ. ტრადიციული ქოლეცისტექტომია და ქოლედოქოტომია ღია წესით. მეორე (ბ) შედეგის შემთხვევაში, ქირურგული მკურნალობის II ეტაპზე, შეიძლება განვახორციელოთ ლაპარასკოპიული ქოლეცისტექტომია ე.ი. სრული მინიინვაზიური ქირურგიული ჩარევის პრინციპი. გარდა ამისა, მეორე (ბ) შედეგი, რომელიც შეიძლება მივიღოთ მკსტ-ის შემდეგ, შეიძლება იქცეს მკურნალობის საბოლოო ფორმად და II ეტაპი – რადიკალური ოპერაცია, მიუხედავად იმისა, რომ რჩება ქრონიკული კალკულოზური ქოლეცისტიტი (ე.ი. ქრონიკულად ანთებადი ნაღვლის ბუშტი), აღარ ვაწარმოთ, განსაკუთრებით სომატურად მძიმე ავადმყოფებში.

უფრო დაწვრილებით განვიხილოთ პირველ მომენტად წარმოებული ოპერაციების შესაძლო შედეგები, მექანიკური სიყვითლით გართულებული მწვავე კალკულოზური ქოლეცისტიტის დროს, რადგან მათ ახასიათებთ რიგი თავისებურებებისა.

ჩვენი კლინიკური მასალის მიხედვით, იმ 432 ავადმყოფიდან, რომელთაც ჰქონდათ მექანიკური სიყვითლე, როგორც ზემოთ აღინიშნა, 130-ს (30%) აღენიშნებოდა მწვავე კალკულოზური ქოლეცისტიტი. ამათგან 46 (35,38%) ავადმყოფს ჩაუტარდა ერთმომენტიანი ქირურგიული

მკურნალობა, რომელთა შორის 15-ს გამოხატული ჰქონდა დიფუზური პერიტონიტი, ხოლო დანარჩენ პაციენტებს დესტრუქციული ქოლეცისტიტის მკვეთრად გამოხატული კლინიკური სურათი, პერიტონიუმის გაღიზიანების ნიშნებით, რის გამოც ამ ავადმყოფებს ხანმოკლე მომზადების შემდეგ გაუკეთდათ გადაუდებელი ან სასწრაფო რადიკალური ოპერაცია. დანარჩენ 84 (64,6%) ავადმყოფს ჩაუტარდა ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობა. სანაღვლე გზების დეკომპრესიის მიზნით I ეტაპზე 75-ს (89,3%)  $n=84$  მათგანს გაუკეთდა ტბჰს-ია, ხოლო 9-ს (10,7%)  $n=84$  მსტ-ია (ცხრილი №29).

I ეტაპზე ჩატარებული ოპერაციების შემდეგ, მწვავე კალკულოზური ქოლეცისტიტის დროს მივიღეთ შეუღლებული შედეგების შემდეგი ჯგუფები (ცხრილი №30).

ΥαΟέΈΈ №28

I ΑΟΘΔΕÄ ÜÄÖÄÖÄÖΈΈ ΘΕΟΘΟÄΕÖΈΈ ΙΕΟΘΙΑΈΙΆΕΟ ΕΙ ΙΑΕΙΈΘΑΑÖΈΈ ÜÄÄÄÄÄΈ ÄÄ ÄΘÄÄÄΙ  
 ÄÄΙΙ ΙÄΕΙÄÖÄ ΙΔÄÖÄÝΕÖΈΈ ÜÄÖÄÄΕΟ ÜÄÖÜÄÄΕΟ ΔΟΕΙÝΕΔÄÄΕ ΘΟΙ ΙΈΕÖΈΈ ΕΑΈΕÖΈΙ ÄΕÖÖ  
 ΘΙ ΕΑÝΕÖÖΕΟ ÄÖΙ Ö

ΙΕΟΘΙΑΈΙΆΕΟ ÜÄÄÄÄÄΈ I ÄÖÄΘÄΈÄ	ÄÄÄÄΙÜΙ ×ÈÄ ÖÄΙ ÄÄΙΙ ÄÄ n = 237	II ÄÖÄΘÄΈÄ ΙΔÄÖÄÝΕÖΈΈ ÜÄÖÄÄΕΟ ÖΕΔÉ ÄÖΙ ΈÖ ΙέÄÄÄΈΈ	ΕÄÄÖÄÖΙ ΙΈΕÖ ×Ι ÖΙΑ
1. ΙΙ áÄÄ ÖÄΙΑÜÄΈÄ ÄÆÄÄΕΟ ÄÄΕΙ ΙΔÖÄÖΕÄ ÄÄ ΙΙ έÄÖΙΑ ÖΕÜÄΈΈΈÄ, ΙÄÄÖÄΙ ÖΕÜÄΈΈΈΕÖ ÄÄΙΙ ΙΒÄÄÄΈ ΙΈÆÄÆΕÖ ΈΈΕÄΈÄÝΕÄ ÄÖ ΙΙ áÄÖáÄÄ	169(ΘΘΔδ)+14(ΔΔδδ) 183(77.2%)	ÖΕΔÖÖΕ ΕÄÄÖΙ ÖΙ ΙΕÄ	ÄÄÖÄÖΈΈ (ÄÄÄÄÄÄÄÄÖΈΈ) ÄΙ ÄÄÄΙÖÖΕ
2. ΙΙ áÄÄ ÄÄΕΙ ΙΔÖÄÖΕÄ, ΙΙ έÄÖΙΑ ÖΕÜÄΈΈΈÄ ÄÄ ÄÄΙáΙ ÖÝΕÄΈÄÄ ÖΕÜÄΈΈΈΕÖ ÄÄΙΙ ΙΒÄÄÄΈ ΙΈÆÄÆΕÖ ΈΈΕÄΈÄÝΕÄ	54 (ΔΔδδ) (22.8%)	ΣΔΔ	

ΥάΘΕΕΕ №29

ΑΑΑΑΪΥΪ × ΕΑ ΑΑΪΑΒΕΕΑΑΑ ΘΕΟΘΟΑΕΘΕΕ ΪΕΘΘΪΑΕΪ ΑΕΘ ΘΑΘΘΕΕΕΘ ΑΑ ΪΕΘΘΪΑΕΪ ΑΕΘ  
 ΑΘΑΘΑΑΕΑ ΥΑΘΑΘΑΑΘΕΕ ΪΘΑΘΑΥΕΑΑΕΘ ΘΑΑΑΑΑΕΘ ΪΕΑΑΑΑΕΕ, ΪΑΘΑΪΕΕΘΘΕ ΘΕΥΑΕΕΕΕΕ  
 ΑΑΘΕΘΕΑΑΘΕΕ ΪΒΑΑΑΑ ΕΑΕΕΘΕΪ ΑΘΘΕ ΘΪ ΕΑΥΕΘΘΕΘΕΘ ΑΘΪ Θ

<p>ΑΑΑΑΪΥΪ × ΕΑ                  ΘΑΪ ΑΑΪΪ ΑΑ                  n = 130</p>	<p>ΪΕΘΘΪΑΕΪ ΑΕΘ ΘΑΘΘΕΕΑ</p>	<p>Ϊ ΑΘΑΘΑΕΑ ΥΑΘΑΘΑΑΘΕΕ                  ΪΘΑΘΑΥΕΕΘ ΘΑΑΑ</p>	<p>ΑΘΕΪΪ ΪΑΪΘΑΑ ΑΪ Ϊ                  ΑΘΑΘΑΕΑ ΥΑΘΑΘΑΑΘΕΕ                  ΘΑΑΕΕΑΕΘΘΕ                  ΪΘΑΘΑΥΕΑΑΕ, ΑΘΪ ΕΘ                  ΪΕΑΑΑΑΕΕ</p>
<p>46 (35.38%)</p>	<p>ΑΘΕΪΪ ΪΑΪΘΕΑΪΕ</p>	<p>—</p>	<p>ΑΑΑΑΘΑΑΑΕΕ ΑΪ                  ΘΑΘΒΘΑ×Ϊ ΘΑΑΕΕΑΕΘΘΕ                  ΪΘΑΘΑΥΕΑ</p>
<p>84 (64.6%)</p>	<p>ΑΘΑΘΪ ΑΘΕΑΕ                  (Ϊ ΘΪΪ ΪΑΪΘΕΑΪΕ)</p>	<p>Α) ၇၇၃၆ - 75(89.3%)                  Α) ၇၃၆၃ - 9(10.7%)</p>	<p>ΑΑΑΑΑΑΑΑΘΕΕ                  (ΑΑΘΑΘΕΕ), ΘΑΘΒΘΑ×Ϊ                  ΑΪ ΑΑΑΑΘΑΑΑΕΕ                  ΘΑΑΕΕΑΕΘΘΕ ΪΘΑΘΑΥΕΑ</p>

ΥαΟΕΕΕ № 30

Ι ΑΟΑΘΑΕΑ ΥΑΟΑΟΑΑΟΕΕΕ ΙΕΟΘΙΑΕΙΤΑΕΟ ΕΙΤΑΕΙΕΘΑΑΟΕΕ ΥΑΑΑΑΑΑΕ ΑΑ  
 ΑΘΑΑΑΙ ΑΑΙΤΙΤΑΕΙΑΟΑ ΙΘΑΟΑΥΕΟΕΕ ΥΑΟΑΑΕΟ ΥΑΟΥΑΑΕΟ ΘΟΕΙΥΕΘΑΑΕ,  
 ΙΒΑΑΑΑ ΕΑΕΕΟΕΙΤΕΟΘΕ ΘΙ ΕΑΥΕΟΟΕΟΕΟ ΑΟΙ Ο

№	ΙΕΟΘΙΑΕΙΤΑΕΟ ΥΑΑΑΑΑΑΕ Ι ΑΟΑΘΑΕΑ	ΑΑΑΑ- ΙΥΙ × ΕΑ ΟΑΙ ΑΑΓΙ ΑΑ n = 84	ΙΘΑΟΑΥΕΟΕΕ ΥΑΟΑΑΕΟ ΟΑΑΑΑΑΕ ΙΙ ΑΟΑΘΑΕΑ ΑΟΙ ΕΟ ΙΕΑΑΑΑΕΕ	ΕΑΘΑΟΙ - ΟΙ ΙΕΟ ΟΑΑ
1	ΙΙ αΑΑ ΑΑΕΙ ΙΘΟΑΟΕΑ, ΑΙΕΑΑΕΟ ΕΘΕΟΑΑΑ, ΟΕΥΑΕΕΕΕΟ ΙΕΑΑΕΟ ΙΙ αΟΙΑ ΑΑ ΟΕΥΑΕΕΕΕΟ ΕΕΕΑΕΑΥΕΑ	6 (7.1%)	ΑΑΟΑΟΕΕ ΑΙ ΑΑΑΑΑΑΑΑΑΟΕΕ	⊗⊗
2	ΙΙ αΑΑ ΑΑΕΙ ΙΘΟΑΟΕΑ, ΟΕΥΑΕΕΕΕΟ ΙΕΑΑΕΟ ΙΙ αΟΙΑ, ΑΙΕΑΑΕΟ ΕΘΕΟΑΑΑ ΑΑΟΙΤΙ αΑΟαΑΑ ΑΑ ΑΑΙΤΙ ΕΑΑΟΑ ΓΑΥΑΕΕΟ ΑΟΥΟΕΟ ΑΑΟΟΟΘΥΕΕΟ ΙΕΥΙΑΑΕ, ΑΙΕΟΙΤΙ ΟΕΥΑΕΕΕΕΟ ΕΕΕΑΕΑΥΕΑΟ ΑΟ ΑΑΑΕΙ ΑΑΑΕΑΑΟΕ	3 (3.57%)	ΑΑΑΟΑΑΑΑΕΕ ΑΙ ΟΑΟΒΟΑ×Ι	⊗⊗
3	ΙΙ αΑΑ ΑΑΕΙ ΙΘΟΑΟΕΑ, ΑΙΕΑΑΕΟ ΕΘΕΟΑΑΑ ΑΑ ΟΕΥΑΕΕΕΕΟ ΕΕΕΑΕΑΥΕΑ, ΟΕΥΑΕΕΕΕΟ ΙΕΑΑΕΟ ΙΙ αΟΙΑ ΑΑΟ ΙΙ αΑΟαΑΑ	14 (16.67%)	ΑΑΟΑΟΕΕ ΑΙ ΑΑΑΑΑΑΑΑΑΟΕΕ	ΥΕΑ ΕΑΘΑΟΙ - ΟΙ ΙΕΑ
4	ΙΙ αΑΑ ΑΑΕΙ ΙΘΟΑΟΕΑ, ΑΙΕΑΑΕΟ ΕΘΕΟΑΑΑ ΑΑΟ ΙΙ αΑΟαΑΑ ΑΑ ΑΑΙΤΙ ΕΑΑΟΑ ΓΑΥΑΕΕΟ ΑΟΥΟΕΟ ΑΑΟΟΟΘΥΕΕΟ ΙΕΥΙΑΑΕ ΑΙΕΟΙΤΙ ΟΕΥΑΕΕΕΕΟ ΕΕΕΑΕΑΥΕΑΟ ΑΟ ΑΑΑΕΙ ΑΑΑΕΑΑΟΕ	61 (72.6%)	ΑΑΑΟΑΑΑΑΕΕ ΑΙ ΟΑΟΒΟΑ×Ι	ΥΕΑ ΕΑΘΑΟΙ - ΟΙ ΙΕΑ

თუ გავანალიზებთ მიღებულ შედეგებს აღმოჩნდა, რომ:

ა) სანაღვლე გზების დეკომპრესია მოხდა ყველა 84 (100%) ავადმყოფში; ბ) სიყვითლის მიზეზის მოხსნა 9 (10,7%) შემთხვევაში, რაც მკვლევარის საშუალებით გამხორციელდა (ე.ი. მოხერხდა პაპილას სტენოზის ჩაკვთა და კონკრემენტების ექსტრაქცია); გ) ანთების კუპირება მოხდა 20 (23,8%) ავადმყოფში; დ) სიყვითლის ლიკვიდაცია 20 (23,8%) შემთხვევაში (ცხრილი №31). აქ განმარტებისთვის უნდა აღინიშნოს, რომ სანაღვლე გზების დეკომპრესიას მნიშვნელობა აქვს, არამარტო სიყვითლის ლიკვიდაციის თვალსაზრისით, არამედ იმ მხრივაც, რომ ამ მანიპულაციით იხსნება ჰიპერტენზია და სტაზი. ინფექციის და ანთების განვითარების (რასაც ადგილი აქვს ნაღვლის ბუშტის მწვავე ანთების დროს) შესაჩერებლად ამას ხშირად გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს, რადგან ცნობილია, რომ «ინფექციას მნიშვნელობა აქვს სტაზის პირობებში» (Б.А. Королев, Д.Л. Пиклоский – 1990 г.) ე.ი. 20 ავადმყოფში, სანაღვლე გზების დეკომპრესიის ფონზე, ანტიბიოტიკების და სპაზმოლიტიკების საშუალებით, მოხერხდა ნაღვლის ბუშტის კატარული ანთების შეჩერება და კუპირება. ამან კი საშუალება მოგვცა დავლოდებოდეთ სიყვითლის სრულ ლიკვიდაცას, რომელსაც ხშირად რამდენიმე დღე სჭირდება, რაც ანთებითი პროცესის პროგრესირებას ან დესტრუქციული ნაღვლის ბუშტის შემთხვევაში შეუძლებელია. ამრიგად, იმავე 20 ავადმყოფში, რომლებშიც მოხერხდა ანთების კუპირება, შესაძლებელი გახდა დავლოდებოდეთ სიყვითლის სრულ ლიკვიდაციას. ამასთან პარალელურად ტარდებოდა სათანადო ინფუზურ-

მედიკამენტოზური მკურნალობა, ღვიძლის მორფო-ფუნქციური მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით. საბოლოოდ ამ 20 (23,8%) ავადმყოფში, წყნარ პირობებში, გაკეთდა გადავადებული (ადრეული)

Υπόθεση Νο 31

Πρόσβαση στην υπηρεσία υαλοκαθαριστή  
 Πρόσβαση στην υπηρεσία υαλοκαθαριστή, βάσει  
 ερωτηματολογίου που διενεργήθηκε από τον

№	Πρόσβαση στην υπηρεσία υαλοκαθαριστή	Απόκριση x ΕΑ Όχι Άλλο n - 84	%
1	Πρόσβαση στην υπηρεσία υαλοκαθαριστή	84	100%
2	Πρόσβαση στην υπηρεσία υαλοκαθαριστή	9	10,7%
3	Πρόσβαση στην υπηρεσία υαλοκαθαριστή	20	23,8%
4	Πρόσβαση στην υπηρεσία υαλοκαθαριστή	20	23,8%



რადიკალური ოპერაცია. აქედან 14 (16,67%) ავადმყოფში – ტრადიციული ღია ლაპარატომია, ხოლო 6 (4,1%) შემთხვევაში, სადაც მოხერხდა სიყვითლის მიზეზის მოხსნაც – ლქე-ა ე.ი. განხორციელდა მინიინვაზიური მქმ-ა. დანარჩენ 64 (76,2%) ავადმყოფში რადიკალური ოპერაცია გაკეთდა, ხანმოკლე მომზადების შემდეგ, როგორც გადაუდებელი ან სასწრაფო, სადაც მოხერხდა სიყვითლის მიზეზის მოხსნა (მრპსტ-ით), რადიკალური ოპერაცია განხორციელდა ლაპარასკოპიული წესით (ცხრილი №30). ე.ი. განხორციელდა სრული მინიინვაზიური მქმ-ა.

ე.ი.: მწვავე კალკულოზური ქოლეცისტიტის დროს II ეტაპზე გაკეთდა 9 ლქე, აქედან 3 გადაუდებელი ან სასწრაფო, ხოლო 6 (66,7%) გადავადებული (ადრეული) გეგმური. 75 ავადმყოფს გაუკეთდა ღია ლაპარატომიული ქოლეცისტექტომია, აქედან 14 (18,7%) იყო გადავადებული (ადრეული) ან გეგმური და 61 (81,3%) გადაუდებელი ან სასწრაფო ე.ი. I ეტაპზე ჩატარებულმა დეკომპრესიულმა მკურნალობამ საშუალება მოგვცა 84-დან 20 (24%) ავადმყოფში ოპერაცია ჩაგვეტარებინა II ეტაპზე წყნარ პირობებში, ხოლო ამ 20 ავადმყოფიდან 6 (7,1%)-ში ლქმ, რითაც კიდევ უფრო მცირდება ოპერაციის შემდგომი გართულებების და ლეტალობის რისკი.

აღსანიშნავია, რომ მექანიკური სიყვითლით გართულებული მწვავე კალკულოზური ქოლეცისტიტის მქონე ავადმყოფებში, სიყვითლის ხანგრძლივობა მერყეობდა 1÷7 დღემდე. ავადმყოფების ეს კონტიგენტი, კლინიკო-ლაბორატორიული მოდელის მიხედვით, მიეკუთვნება I რისკ-

ჯგუფს (იხ. სურათი №14), რომლისთვისაც სრული მინიინვაზიური მძმ-ა პირდაპირ ჩვენებაა, ხოლო მძმ-ა, მეორე ეტაპზე ღია ლაპარატომიით შედარებითი ე.ი. აუცილებლობას არ წარმოადგენს. თუმცა, როგორც ზემოთ აღინიშნა, საერთოდ მძმ-ას, მექანიკური სიყვითლის დროს უკუჩვენება არ გააჩნია, მითუმეტეს, რომ მწვავე ქოლეცისტიტი ხშირად რთულდება ჩირქოვანი ქოლანგიტით. ამ საშიში გართულების პროფილაქტიკის და კუპირებისთვის კი, ტრანსკეპატური დრენაჟის არსებობის დროს, ორმაგ (ორმაგ გარეგან ან ორმაგ გარეგან - შინაგან) დრენირებას დიდი მნიშვნელობა ენიჭება. მწვავე ჩირქოვანი ქოლანგიტი, დესტრუქციულ ქოლეცისტიტის ფონზე, ჩვენი კლინიკური მასალის მიხედვით, აღინიშნებოდა 11 ავადმყოფში, რომელიც 8 შემთხვევაში გართულებული იყო სეფსისით. ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობით, რადიკალური ოპერაციის შემდეგ, განხორციელებული ორმაგი დრენირებით, მოხერხდა ამ მძიმე გართულების კუპირება – 6 შემთხვევაში, გარდაიცვალა 2 ავადმყოფი.

ა) ჩვენი კლინიკური მასალის მიხედვით დიფუზური პერიტონიტის დროს (15 (11,5%) შემთხვევა) ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობა არ ჩაგვიტარებია. ამ დროს, სათანადო ხანმოკლე მომზადების შემდეგ, პირდაპირ განხორციელდა რადიკალური ოპერაცია – ღია ლაპარატომიული წესით.

## 6.2. ქოლედოქოტომიის დასრულების და ობტურაციის ლიკვიდაციის სახეები ფართე ლაპარატომიის დროს

რადიკალური ოპერაცია, მქმ-ის II ეტაპზე ან ერთმომენტიანი ქირურგიული მკურნალობის დროს შეიძლება გაკეთდეს:

ა) მინიინვაზიური ლაპარასკოპიული ან მინილაპარატომიული ჩარევით, ამ დროს მქმ-ის შემთხვევაში განხორციელდა სრული მინიინვაზიური მქმ-ის პრინციპი, რომელიც წინა თავებში განვიხილეთ და ბ) ტრადიციული ე.წ. ფართე (ან ღია) ლაპაროტომიით.

რადიკალური ე.წ. ფართე (ღია) ტიპური ოპერაცია ქოლედისტექტომიის (ტქმ) გარდა მოიცავს: ქოლედოქოტომიას, ობტურაციის ლიკვიდაციის სხვადასხვა ხერხებს და ქოლედოქოტომიის დასრულების სხვადასხვა სახეებს.

მექანიკური სიყვითლე ღია ლაპარატომიის დროს ქოლედოქოტომიის პირდაპირი ჩვენებაა, ხოლო ქოლედოქოტომიის დასრულების და ობტურაციის ლიკვიდაციის ხერხები დამოკიდებულია მექანიკური სიყვითლის გამომწვევ მიზეზებზე და ნაღვლის ბუშტის ანთების ფორმაზე. კლინიკური მასალის ანალიზის საფუძველზე, გამოიკვეთა მექანიკური სიყვითლის გამომწვევი 3 ძირითადი მიზეზი: ა) ქოლედოქოლოთიაზი; ბ) ფატერის დვრილის სტენოზი; გ) ქოლედოქუსის გავრცელებული (1,5 სმ-ზე მეტი) დისტალური სტრიქტურა. სწორედ ეს მიზეზები იზოლირებულად ან მათი სხვადასხვა სახით შეუღლება, ქმნის მექანიკური სიყვითლის გამომწვევ ობტურაციის მიზეზთა მრავალფეროვან სპექტრს (იხ. ცხრილი №2).

ტიპიური ქოლეცისტექტომიის, ქოლედოქოტომიის დასრულების და ობტურაციის ლიკვიდაციის სახეები პათოლოგიების მიხედვით, ღია ლაპაროტომიის დროს, როგორც ქრონიკული ასევე მწვავე კალკულოზური ქოლეცისტიტის დროს მოცემულია ცხრილში №32.

როგორც ვხედავთ ისეთი ოპერაციები, როგორიცაა ტრანსდუოდენური პაპილოტომია (ტდპტ-ია), ძღა და მითუმეტეს ქოლედოქუსის «ყრუ» ნაკერი, რომელთაც ვიყენებდით ქრონიკული ქოლეცისტიტის დროს, მწვავე ნაღველკენჭოვანი დაავადების შემთხვევაში არ გვიწარმოებია.

ეჭმ-ა II ეტაპზე ღია ლაპარატომიით სულ ჩაუტარდა 258 (59,7%) ავადმყოფს, ხოლო ერთმომენტიანი ოპერაცია 111 (25,7%)-ს. ზემოთ აღნიშნული ოპერაციები ეტაპობრივი და ერთმომენტიანი ქირურგიული მკურნალობის მიხედვით განაწილებული იყო შემდეგნაირად (ცხრილი №33).

Υα0ΕΕΕ №32

ϑϑϑ, ϑι ΕΑΑΙ ϑι ϑι ΙΕΕΟ ΑΑ000ΕΑΑΕΟ ΑΑ ΙΑ000ΑΥΕΕΟ ΕΕΕΕΑΕΑΥΕΕΟ ΟΑΑΑΑΕ  
 ΔΑΕΙ ΕΙ ΑΕΑΑΕΟ ΙΕΑΑΑΕΕ ΰΕΑ ΕΑΔΑϑΙ ϑι ΙΕΕΟ ΑϑΙ ϑ

ϑϑϑ, ϑι ΕΑΑΙ ϑι ϑι ΙΕΕΟ ΑΑ000ΕΑΑΕΟ ΑΑ ΙΑ000ΑΥΕΕΟ ΕΕΕΕΑΕΑΥΕΕΟ ΟΑΑΑΑΕ		ΙΑ000ΑΥΕΕΟ ΙΕΑΑΑΕ									ϑϑΕ n = 432
		ϑϑΙ ΙΕΕΟΕΕ ΕΑΕΕϑΕΙ ΑϑϑΕ ϑι ΕΑΥΕϑϑΕϑΕ							ΙΒΑΑΑ ΕΑΕΕϑΕΙ ΑϑϑΕ ϑι ΕΑΥΕϑϑΕϑΕ		
		ϑι ΕΑΑΙ ϑι ΕΕΕΕΑΕ	×ΑϑϑΕΟ ΑϑϑΕΕϑ ϑϑΑΙ ΑΕ	ϑι ΕΑΑΙ ϑι ΕΕΕΕΑΕ+ ϑϑΑΙ ΑΕ	ΑΑϑΥΑΕΑϑϑΕ (ΑϑΡΕΑΕ) ϑϑΑΙ ΑΕ	ΑΑϑΥΑΕΑϑϑΕ (ΑϑΡΕΑΕ) ϑϑΑΙ ΑΕ+ ϑι ΕΑΑΙ ϑι ΕΕΕΕΑΕ	ϑΑΙΤΑϑΕΑ ΑΡΑΑϑ ΙΑΒΕΑϑΙ ΑΙΤΕ ϑϑϑϑϑϑϑϑ	ϑϑϑ -Εϑ ϑΑΕϑϑΙ ΑΑ	ϑι ΕΑΑΙ ϑι ΕΕΕΕΑΕ	ϑι ΕΑΑΙ ϑι ΕΕΕΕΑΕ + ×ΑϑϑΕΟ ΑϑϑΕΕϑ ϑϑΑΙ ΑΕ	
ΑϑΑΑΑΙ ΑϑΑΙϑΑΑ	1. ΕΑϑΕΟ ΑϑΑΙΑΝΕ	147	—	—	—	—	—	—	110	4	261(60.4%)
	2. ΑΕϑΙΤΑΑϑΕΕΟ ΑϑΑΙΑΝΕ	7	—	—	—	—	—	—	7	—	14(3.2%)
ϑΕΙΑΑΑΙ ΑϑΑΙϑΑΑ	3. ϑϑϑ	7	3	2	6	5	—	—	—	—	23(5.3%)
	4. ϑϑϑϑϑ ϑϑϑ ΒΑϑΕΕ	17	8	6	3	5	10	8	—	—	57(13.2%)
	5. ϑϑϑϑϑ ΑϑΑϑΙΤΕ	—	—	—	—	—	2	—	—	—	2(0.46%)
	6. "ϑϑϑ" ΙΑΕΑϑΕ	12	—	—	—	—	—	—	—	—	12(2.8%)
ΙΑ000ΑΥΕΕΟ ΕΕΕΕΑΥΕΕΟ ΟΑΑΑΕ	7. ΕΙ ΙΕϑΑΙΑΙϑΕΟ Αϑϑϑϑϑϑϑ	176	—	8	—	10	—	—	117	4	315(73%)
	8. ΑϑΝΕϑΑΑΑ	17	—	—	—	—	—	—	15	4	36(8.3%)
	9. ϑϑϑϑϑ -ΕΑ	13	—	—	—	—	—	—	—	—	13(3%)
ϑϑϑ		188	11	8	9	10	—	—	117	4	347(80%)

ΥάΘΈΈΈ №33

ΘΙ ΈΑΑΪ ΘΙ ΘΙ ΪΈΈ ΘΑΘΘΘΈΑΑΈΘ ΆΑ Ϊ ΑΘΘΘΑΥΈΈΘ ΈΈΈΆΈΆΑΥΈΈΘ ΘΑάΑΑΆΈ  
 ΑΘΈΪΪΪΑΪΘΈΑΪΈ ΆΑ 338 - ΈΘ ΆΘΪ Θ ΪΈΑ ΈΑΘΑΘΪ ΘΪ ΪΈΈ

ΘΙ ΈΑΑΪ ΘΙ ΘΙ ΪΈΈ ΘΑΘΘΘΈΑΑΈΘ ΆΑ Ϊ ΑΘΘΘΑΥΈΈΘ ΈΈΈΆΈΆΑΥΈΈΘ ΘΑάΑΑΆΈ		ΑΘΈΪΪΪΑΪΘΈΑΪΈ 338 n = 111	338 n = 258	ΘΪΈ
ΑΘΑΑΑΪΈ ΑΘΑΪΈΘΑΑ	1. ΈΑΘΈΘ ΆΘΑΪΑΝΈ	108 (97.3%)	153 (59.3%)	261
	2. ΆΈΪΪΑΑΘΈΈΘ ΆΘΑΪΑΝΈ	1 (09%)	13 (5%)	14
ΘΈΪΑΑΑΪΈ ΑΘΑΪΈΘΑΑ	3. 338	—	23 (8.9%)	23
	4. 338338 ΘΘΘ ΒΑΘΈΈ	2 (1.8%)	55 (21.3%)	57
	5. 338338 ΑΘΑΘΪΈΈ	—	2 (0.77%)	2
	6. "ΪΘΘ" ΪΑΈΑΘΈ	—	12 (4.65%)	12
Ϊ ΑΘΘΘΑΥΈΈΘ ΈΈΈΆΈΆΑΥΈΈΘ ΘΑάΑΑΆΈ	7. ΈΪ ΪΈΘΑΪΑΪΘΈΘ ΑΘΘΘΘΑΘΥΈΑ	109 (98.2%)	206 (80%)	315
	8. ΑΘΝΈΘΑΑΑ	15 (13.5%)	17 (6.6%)	36
	9. 338338-ΈΑ	—	13 (5%)	13



მოზილიზებულია რუს წესით, რადგან ამ ოპერაციით ქა-ისგან განსხვავებით გამორიცხულია ისეთი მძიმე გართულების აღმოცენება, როგორცაა რეფლუქს ქოლანგიტი, მაგრამ ეს ოპერაცია შედარებით ხანგრძლივი და ტექნიკურად რთულია, ამასთან ნაკლებ ფიზიოლოგიურად ვიდრე ქა. ამიტომ ჩვენს კლინიკაში დამუშავდა ქა-ის სარქველოვანი არეფლუქსური ხერხი, რომლის შესრულების სირთულე ქა-ის ტიპური ხერხებისაგან (სას-იურაშ-ვინოგრადოვის) არ განსხვავდება და არც განსაკუთრებით მეტ დროს საჭიროებს (იხ. თავი 6.2.1.).

ამრიგად მქმ-ის დროს, II ეტაპზე ღია რადიკალური ოპერაციის წარმოებისას, როდესაც I ეტაპზე გაკეთებულია ტრანსჰეპატური ქოლანგიოსტომიური დრენაჟი, რამდენადმე იცვლება ქოლედოქოტომიის დასრულების სახეები, კერძოდ: ა) ტრანსჰეპატური გარეგანი დრენირების დროს, ქოლედოქოტომიური ჭრილობის «ყრუ» ნაკერის წარმოებისას აუცილებელი აღარ არის გარეგანი დრენირება ბუშტის სადინრის ტაკვიდან, ამასთან შესაძლებელია სხვადასხვა გართულებების (მაგ. რეზიდუალური კენჭების) ეფექტური დიაგნოსტიკა და მკურნალობა არაოპერაციული ხერხებითაც, მაგალითად კონკრემენტის ექსტრაქცია დორმიას მარყუჟით (ან სხვა არაოპერაციული ხერხებით: კენჭის გაღობა სხვადასხვა ნივთიერებებით, გამორეცხვა, ექოლოგიური დაშლა და ა.შ.). ბ) გარეგან დრენირებას T-ს მაგვარი ან სხვა სახის დრენაჟით, დამატებული ტრანსჰეპატური დრენაჟი – ხორციელდება ორმაგი გარეგანი დრენირება; გ) შიგნითა დრენირებას (ბლა ან ტლპტ-ია) დამატებული ტრანსჰეპატური დრენაჟი – ხორციელდება ორმაგი – გარეგანი და ერთმაგი შინაგანი დრენირება.



გარდა ამისა, უნდა აღინიშნოს, რომ ტრანსჰეპატური დრენაჟის არსებობისას შედარებით ადვილდება ქსტ-ის წარმოება, როგორც პრე ასევე პოსტოპერაციულ პერიოდში, რადგან იოლდება ფატერის დვრილის იდენტიფიკაცია (დრენაჟში რაიმე სითხის ან საღებავის შეყვანით, კათეტერის გატარებით და სხვ.).

რაც შეეხება ქოლედოქოტომიის დასრულების და ობტურაციის ლიკვიდაციის ხერხების ჩვენებებს, ჩვენი კლინიკური მასალის ანალიზის საფუძველზე გამოვიტანეთ შემდეგი დასკვნები:

ა) მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების დროს ქოლედოქოტომიის დასრულების სახეებიდან, როგორც ქრონიკული, ასევე მწვავე კალკულოზური ქოლეცისტიტის დროს არჩევის მეთოდია – გარეგანი დრენირება კერის დრენაჟით. ის ნაჩვენებია ყველა შემთხვევაში, გარდა ქოლედოქუსის დისტალური ბლოკის არსებობისა და ამ დაბრკოლების ლიკვიდაციის შეუძლებლობისას.

ბ) ტრანსჰეპატური დრენაჟის არსებობის პარალელურად ქრონიკული კულკულოზური ქოლეცისტიტის დროს შესაძლებელია ქოლედოქუსის «ყრუ» ანუ «პირველადი» ნაკერის ჩვენების გაფართოება, როგორც უფრო ფიზიოლოგიური ოპერაციის. მწვავე კალკულოზური ქოლეცისტიტი ამ ოპერაციის უკუჩვენებაა.

გ) ბლა-ის წარმოების ჩვენებაა, მხოლოდ ქოლედოქუსის გავრცელებული დისტალური სტრიქტურა (1,5 სმ-ზე მეტი), ამასთან ქლა-თან შედარებით უპირატესობა ეძლევა ქოლედოქოიუნოანასტომოზს რუს წესით, რომელიც პრაქტიკულად გამორიცხავს რეფლუქსს და აღმავალი ქოლანგიტის განვითარებას. ქლა-ის წარმოებისას უპირატესობა უნდა მიენიჭოს ჩვენს მიერ შემუშავებულ სარქვლოვან, არეფლუქსური

შერთულის ხერხს. ქოლედოქუსის გაუვრცელებელი დისტალური სტენოზის დროს (1,5 სმ-ზე ნაკლები) ღია ოპერაციის დროს ნაჩვენებია – ტლპსტ-ია ან ბუჟირება (მინინვაზიური ჩარევისას – ექსტ-ია). ტლპსტ-ის ოპერაცია ასევე ნაჩვენებია მაშინ, როდესაც ფატერის დვრილში ჩაჭედილია კონკრემენტი და მისი ამოღება ქოლედოქოტომიური ჭრილობიდან ვერ ხერხდება. თუ ობტურაციის მიზეზი მექანიკური სიყვითის დროს არის იზოლირებულად ქოლედოქოლეთიაზი ან მისი შეუღლება სხვა მიზეზებთან, ობტურაციის ლიკვიდაციის სხვა ოპერაციებთან ერთად აუცილებელია კონკრემენტის (ან კონკრემენტების) ექსტრაქცია.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ორმაგი გარეგანი ან გარეგანი-შინაგანი დრენირება (ტრანსჰეპატური დრენაჟით), ხელს უწყობს სანადვლე გზებში ანთებადი პროცესების სწრაფ კუპირებას, განსაკუთრებით ჩირქოვანი ქოლანგიტის დროს.

ყოველივე ზემოთქმულის საფუძველზე მივიღეთ ოპერაციათა სახეების შერჩევის ალგორითმი – ღია ლაპაროტომიის დროს (ცხრილი №34).

### **6.2.1. სარქვლოვანი არეფლუქსური ქოლედოქოდუოდენო ანასტომოზის ხერხი**

ქოლედოქის დისტალური ბლოკის დროს, ქოლედოქოტომიის დასრულების ერთ-ერთ მიღებულ ხერხს წარმოადგენს სუპრადუოდენური ქოლედოქოდუოდენო ასანსტომოზი (საქქა). არსებობს ამ ანასტომოზის მრავალი სახე. მათი საერთო უარყოფითი მხარეა დუოდენობილიარული რეფლუქსის არსებობა, რაც იწვევს ისეთ მძიმე გართულებას, როგორცაა აღმავალი ქოლანგიტი. ამასთან საქქა-ის ტიპური ხერხები ვერ

უზრუნველყოფენ ნაღვლის დოზირებულ და პერიოდულ გადასვლას კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში, რაც თავის მხრივ იწვევს საჭმლის მომნელებელი სისტემის სხვადასხვა დარღვევებს. ამ გართულებების ერთადერთი პროფილაქტიკაა სარქვლოვანი ანასტომოზი.

მოწოდებულია რამდენიმე ხერხი სარქვლოვანი ნაღველ-ნაწლავური ანასტომოზისა, თუმცა ისინი სრულად ვერ ასრულებს მათზე დაკისრებულ ფუნქციებს და შესასრულებლად რთულია (იხ. ლიტერატურული მიმოხილვა).

სარქვლოვანი სლქლა-ის ჩვენს მიერ შემუშავებული ხერხი, ქოლედოქზე და თორმეტგოჯა ნაწლავზე განაკვეთის მიხედვით (შესაბამისად – გასწვრივი და განივი) გავს სას-იურამ-ვინოგრაფიის

ΥαΟΕΕΕ №34

Ϊ ΔΑΘΑΥΕΕΟ ΟΑαΑΑΑΕΟ (ΟΕΘΑΑΕΟ) ΟΑΘΟΑΑΕΟ ΘΟΕΪΥΕΘΑΑΕ (ΑΕΑΪ ΟΕΕΪΕ), ΘΕΟΘΟΑΕΟΕΕ  
 ΪΕΘΟΙΑΕΪΑΕΟ || ΑΘΑΘΑΑ ΑΪ ΑΘΕΪΪΪΑΪΘΑΑ ×ΑΘΕΑ ΕΑΘΑΘΪ ΟΪ ΪΕΕΟ ΑΘΪ Ο

ΟΕΥΑΕΕΕΕΟ ΑΑΪ ΪΒΑΑΑΕ ΡΕΘΕΕΑΑΕ ΪΕΑΑΕΑΑΕ	Ϊ ΔΑΘΑΥΕΕΟ ΟΑαΑΑΑΕ		
	ΟΕΥΑΕΕΕΕΟ ΑΑΪ ΪΒΑΑΑΕ ΪΕΑΑΕΟ ΕΕΕΑΕΑΥΕΑ	ΘΪ ΕΑΑΪ ΘΪ ΟΪ ΪΕΕΟ ΑΑΘΟΘΕΑΑΕΟ ΟΑαΑ	
		ΘΟΪ ΪΕΕΘΕΕ ΘΪ ΕΑΥΕΟΘΕΘΕ	ΪΒΑΑΑΑ ΘΪ ΕΑΥΕΟΘΕΘΕ
ΘΪ ΕΑΑΪ ΘΪ ΕΕΕΕΑΑΕ	ΕΪ ΪΕΘΑΪΑΪΘΕΟ ΑΘΟΘΟΑΘΥΕΑ	1) ΑΑΘΑΑΑΪΕ ΑΘΑΪΕΘΑΑΑ 2) " ΥΟΘ " ΪΑΕΑΘΕ	ΑΑΘΑΑΑΪΕ ΑΘΑΪΕΘΑΑΑ
×ΑΘΑΘΕΟ ΑΑΘΕΕΕΟ ΟΘΑΪΪ ΑΕ	1) ΑΘΝΕΘΑΑΑ 2) ΘΘΑΪΘΑΘΪ ΑΑΪΘΘΕ ΘΑΘΕΕΪ ΟΪ ΪΕΑ*	ΑΑΘΑΑΑΪΕ ΑΘΑΪΕΘΑΑΑ	ΑΑΘΑΑΑΪΕ ΑΘΑΪΕΘΑΑΑ
ΑΑΑΘΥΑΕΑΑΘΕΕ ΑΕΘΘΑΕΘΘΕ ΟΘΘΘΘΘΘΑ	—	ΑΕΕΕΪ ΑΕΑΑΘΘΕΘΘΕ ΑΪΑΘΘΪ ΪΪ ΑΕ (ββγ)	1) ΑΑΘΑΑΑΪΕ ΑΘΑΪΕΘΑΑΑ 2) ββγ*

\* ββγδ-ΕΑ ΑΑ ββγ-Ε ΪΒΑΑΑΑ ΕΑΕΕΘΕΪΑΘΘΕ ΘΪ ΕΑΥΕΟΘΕΘΕΟ ΑΘΪ Ο ΑΘ ΑΑΕΒΑΘΪΪ ΑΑΕΑ

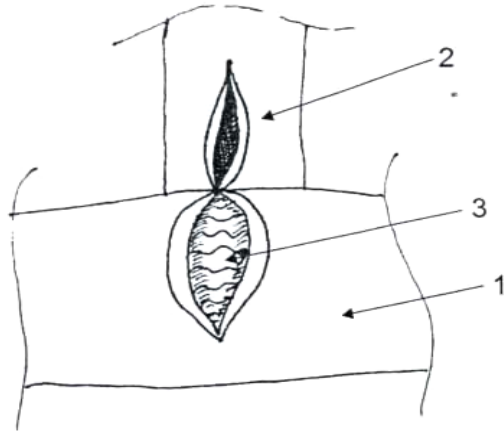
(Sasse-Jurasz-Виноградов) ხერხს. თუმცა მისგან განსხვავებით იქმნება თორმეტგოჯას ლორწოვანის (უფრო ზუსტად ლორწოვან-ლორწქევემას) დაახლოებით 0,7-0,9 სმ-ის ნაოჭი ანასტომოზის ირგვლივ, რომელიც ხურავს ანასტომოზის ხვრელს, ამასთან თითქოს «ატამპონებს» ანასტომოზის კიდეებს, რაც ზრდის ანასტომოზის ჰერმეტიულობას და საიმედოობას. სარქველს გააჩნია განივი მიმართულება (თორმეტგოჯასთან მიმართებაში), რითაც ემსგავსება ვიტებსკის (Витебский) ტერმინო-ლატერალურ განივ ანასტომოზს, თუმცა მისგან განსხვავდება იმით, რომ: ა) არ არის ტერმინო-ლატერალური; ბ) სარქველის ფუნქციას ასრულებს ლორწოვანის ნაოჭი (რაც უფრო ფიზიოლოგიურია) და არა თორმეტგოჯას სანათურში დაახლოებით 1,0-1,2 სმ-ზე ჩაყურსული ქოლედოქი; გ) ვიტებსკის აღნიშნული ანასტომოზის შესრულება ტექნიკურად საკმაოდ რთულია: საჭიროებს ქოლედოქის გამონთავისუფლებას ირგვლივ მთელ რიგ სიგრძეზე, გადაკვეთას დისტალურ ნაწილში, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ქოლედოქის კედლის სისხლით მომარაგების დარღვევა და ახლოს მდებარე მსხვილი სისხლძარღვების დაზიანება.

სარქვლოვანი სქდს-ის ჩვენს მიერ მოცემული ხერხი ასრულებს საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის ბუნებრივი სარქვლების ფუნქციებს, კერძოდ: ა) არეგულირებს ნაღვლის დოზირებულ და პერიოდულ გადასვლას თორმეტგოჯაში; ბ) ქმნის წინააღმდეგობას თორმეტგოჯას შიგთავსის გადასვლაზე ქოლედოქში. ყოველივე ეს უზრუნველყოფს სანაღვლე გზების სათანადო ავტონომიურობას, რომელიც აუცილებელია საჭმლის მომნელებელი სისტემის ნორმალური ფუნქციონირებისათვის.

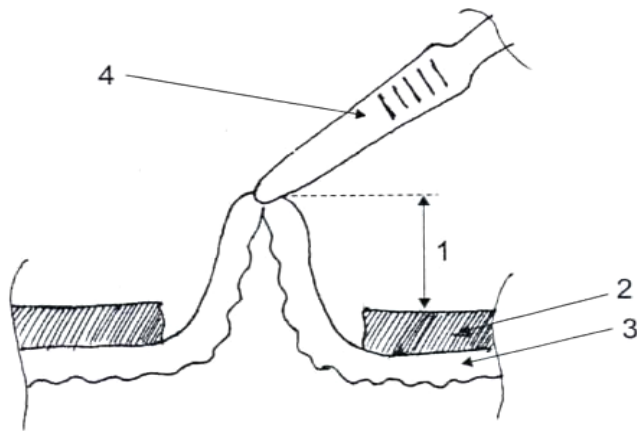
მოცემული სარქველი მოქმედების პრინციპით გავს ბაუგინის სარქველს და ოდის სპინქტერს, რომლებიც არეფლუქსური სარქველებია (ე.ი. შიგთავსს მხოლოდ ერთი მიმართულებით ატარებენ). როგორც ცნობილია არსებობს ანტირეფლუქსური სარქველებიც, მაგ: კარდია, პილორუსი და სხვა (რომლებიც შიგთავსს, გარკვეულ პირობებში, უკუმიმართულებითაც ატარებენ).

**ხერხის აღწერილობა:** არეფლუქსური სღჟღა-ის ჩვენს მიერ შემუშავებული ხერხის შესრულების მეთოდის და მუშავებულია გვამურ მასალაზე. ქოლედოქის სუპრადუოდენურ ნაწილში კეთდება გასწვრივი განაკვეთი, იხსნება მისი სანათური დაახლოებით 2,0 სმ-ზე. მის გასწვრივ, თორმეტგოჯა ნაწლავზე განივად ტარდება იგივე სიგრძის განაკვეთი, მხოლოდ სერო-კუნთოვანი ნაწილისა ლორწოვანამდე (ნახ.1), შემდეგ ხდება ლორწოვანი შრის (უფრო სწორად ლორწოვან-ლორწქვემას) გამონთავისუფლება კუნთოვანი შრისგან (რაც საკმაოდ ადვილია პინცეტით და ტუპფერით) ისე, რომ ლორწოვანი ამოიწიოს თორმეტგოჯა ნაწლავის კედლიდან დაახლოებით 2,0 სმ-ზე (ნახ.2), შემდეგ ლორწოვანი იკვეთება დაახლოებით 2,0 სმ-ზე (ნახ.3). ანასტომოზის შესაქმნელად ედება კვანძოვანი ნაკერები – მისი გატარების თანმიმდევრობაა უკანა ბაგეზე: ა) ქოლედოქის ჭრილობის კიდეში გამჭოლად; ბ) თორმეტგოჯა ნაწლავის სერო-კუნთოვან გარსში (სეროზას მხრიდან) და გ) გამონთავისუფლებული ლორწოვანის ჭრილობის კიდეში (კიდიდან დაშორება დაახლოებით 0,2-0,3 სმ) გამჭოლად. წინა ბაგეზე: ა) ქოლედოქის ჭრილობის კიდეში გამჭოლად; ბ) გამონთავისუფლებული

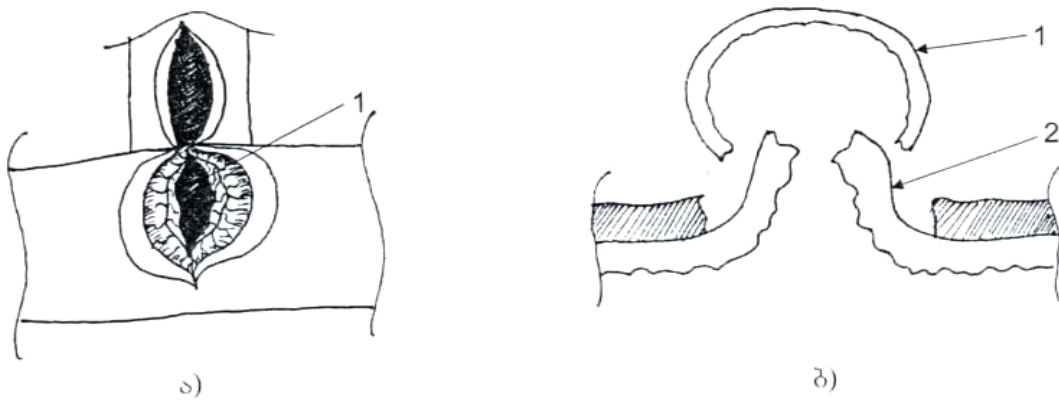
ლორწოვანის კიდეში (სანათურის მხრიდან) და გ) თორმეტგოჯას სერო-კუნთოვან გარსში (კუნთოვანი მხრიდან) (ნახ.4 და 5). ანასტომოზის ბაგეების უკეთესად ადაპტირების მიზნით, შეიძლება დავადოთ ორი ტიპის ნაკერი: I ტიპის ნაკერი ისევე, როგორც ზევით ავლწერეთ და II ტიპის ნაკერი, რომელიც გაივლის ქოლედოქის კედელში გამჭოლად და



ნახ. 1. ქოლედოქი და თორმეტგოჯა, გასწვრივი და განივი განაკვეთებით (სქემა)  
 1. თორმეტგოჯა;  
 2. ქოლედოქი;  
 3. თორმეტგოჯას ლორწოვანი (გაუკვეთავი).

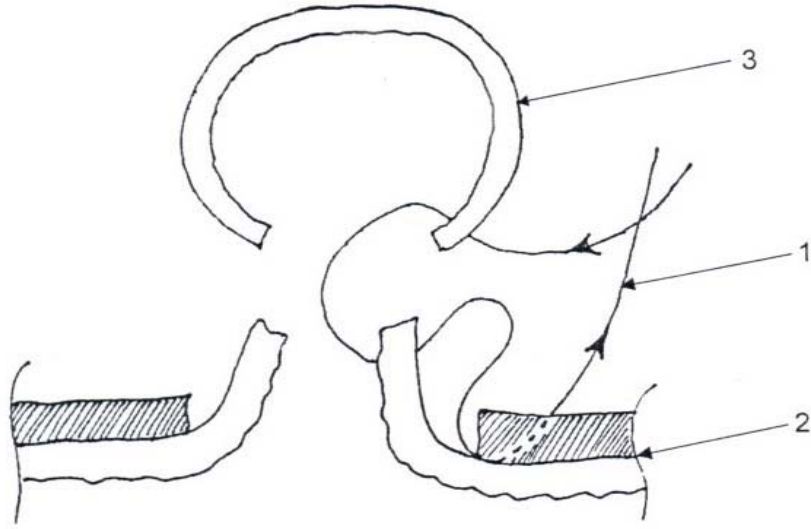


ნახ. 2. თორმეტგოჯა გამონთავისუფლებული ლორწოვანით (ლორწოვანი აწეულია პინცეტით) (სქემა)  
 1. ამოწეული ლორწოვანის სიმაღლე (2 სმ-დე);  
 2. თორმეტგოჯას სერო-მუსკულარული შრე;  
 3. თორმეტგოჯას ლორწოვანი.

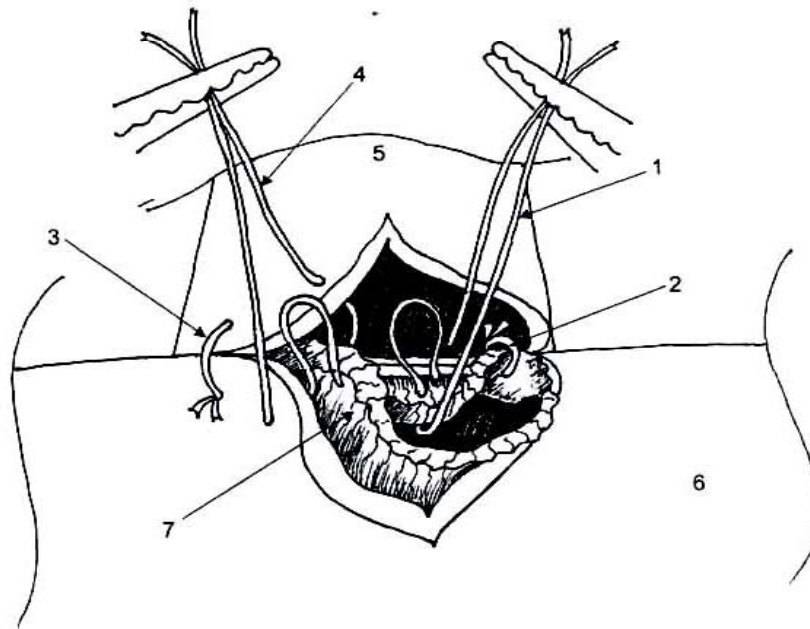


ნახ. 3. ქოლედოქი და თორმეტგოჯა გაკვეთილი ლორწოვანით (სქემა)  
 ა)წინხედი: 1. თორმეტგოჯას გაკვეთილი ლორწოვანი;  
 ბ)ხედხედი: 1. ქოლედოქი, 2. თორმეტგოჯას გაკვეთილი ლორწოვანი.





ნახ. 4. ქოლედოქში და თორმეტგოჯაში ნაკერის გატარების თანმიმდევრობა (სქემა)  
 1. I-ტიპის ნაკერი;  
 2. თორმეტგოჯა;  
 3. ქოლედოქი.



ნახ. 5. ანასტომოზის წინა და უკანა ბაგის ფორმირება I-ტიპის ნაკერებით  
 1. ნაკერი აღებულია მომჭერზე უკანა ბაგეზე;  
 2. ნაკერი შეკრულია უკანა ბაგეზე;  
 3. ნაკერი შეკრულია წინა ბაგეზე;  
 4. ნაკერი აღებულია მომჭერზე წინა ბაგეზე;  
 5. ქოლედოქი;  
 6. თორმეტგოჯა;  
 7. თორმეტგოჯას ღარწოვანი.

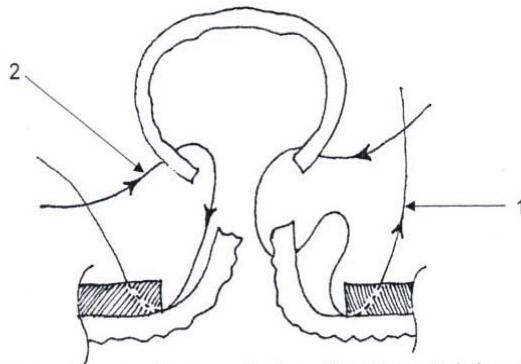
თორმეტგოჯას სერო-კუნთოვან ნაწილში, ლორწოვანის გარეშე. აღნიშნული ნაკერები ედება მონაცვლეობით და ვიწყებთ II ტიპის ნაკერით (ნახ. 6-7). ამასთან ამ უკანასკნელს ვკვანძავთ გატარებისთანავე, ხოლო I ტიპის ნაკერებს ჯერ ვიღებთ მომჭერებზე და შევკვანძავთ მხოლოდ ყველა II ტიპის ნაკერის შეკვანძვის შემდეგ, რიგრიგობით უკანა და წინა ბაგეზე.

აღნიშნული ნაკერების გაკვანძვის შემდეგ ანასტომოზის მთელ სიგრძეზე შეიქმნება 0,7-0,9 სმ-ის სიმაღლის თორმეტგოჯას ლორწოვანის განივი ნაოჭი (ნახ.8). აღნიშნული ნაოჭი (სარქველი) ხურავს ანასტომოზის ხვრელს და ნაღველს გაატარებს, მხოლოდ ქოლედოქში სათანადო წნევის შექმნისას, ე.ი. **ნაღველის გადასვლა იქნება დოზირებული და პერიოდული.** ამასთან, ვინაიდან აღნიშნული ნაოჭი განივია, თორმეტგოჯა ნაწლავის გადავსებისას, რომელიც იწელება განივად, ეს ნაოჭიც (სარქველი) გაიჭიმება განივად, ანასტომოზის სანათური დაიხურება და ოდის სპინქტერის მსგავსად, თორმეტგოჯა ნაწლავის შიგთავსს ქოლედოქში არ გაატარებს. ე.ი. **აღნიშნული სარქველი არეფლუქსურია.** ამ ანასტომოზის შესრულების სირთულე ფაქტიურად არ აღემატება სას-იურამ-ვინოგრადოვის (Sasse-Jurasz-Виноградов) ხერხის შესრულების სირთულეს, ამასთან უფრო საიმედოა, რადგან თორმეტგოჯას ლორწოვანი, სანათურის მხრიდან, თითქოს «ატამპონირებს» ანასტომოზის კიდეებს, რაც ზრდის მის ჰერმეტიულობას.

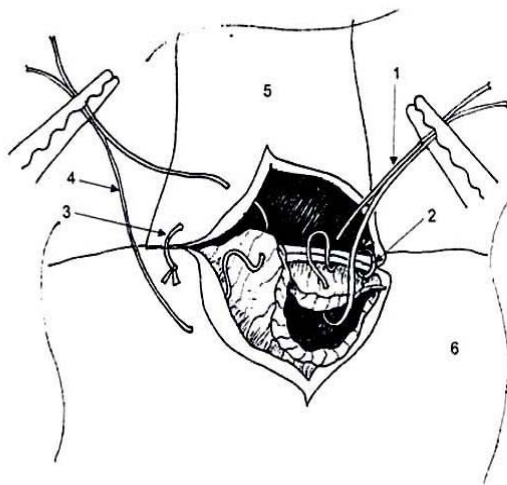
სარქვლის ფუნქციონირების შესამოწმებლად – 1) თორმეტგოჯას შემოფარგლულ ნაწილში (გადაიკვანძა ორივე მხარეს) შეყვანილი იქნა საღებავი (მეთილენის ლილა, წყალბადის ზეჟანგით) და გაკეთდა ქოლედოქის პუნქცია, თუმცა თორმეტგოჯას გადავსების მიუხედავად ქოლედოქში საღებავი არ აღმოჩნდა. 2) ქოლედოქში გარკვეული წნევით შევიყვანეთ იგივე საღებავი და ის თორმეტგოჯაში გადავიდა მხოლოდ

გარკვეული წნევის მიღწევის შემდეგ. კერძოდ შპრიციანი კათეტერის სიმაღლე, რომელიც ჩადგმული იყო ქოლედოქში იყო 30 სმ, როდესაც საღებავმა დაიწყო თორმეტგოჯაში გადასვლა, მისი დებიტი დაახლოებით ემთხვეოდა ნორმალურ ფიზიოლოგიურ დებიტს – წუთში 20 მლ-ს.

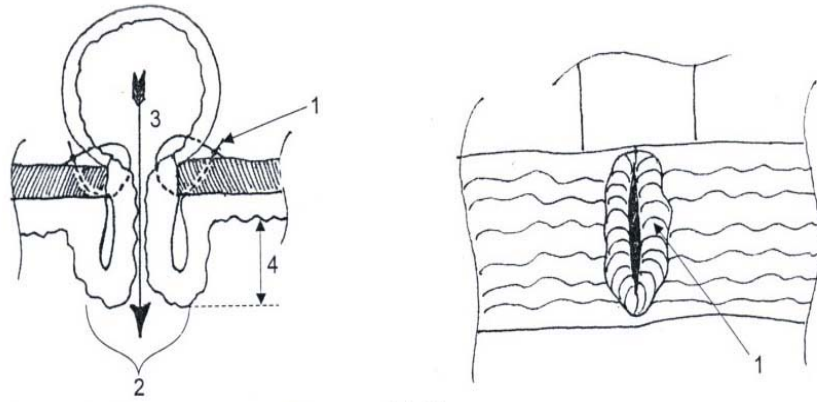
**დასკვნა:** სარქვლოვანი სლქა-ის ჩვენს მიერ შემუშავებული ხერხი წარმოადგენს აღმავალი ქოლანგიტის პროფილაქტიკის ეფექტურ საშუალებას, ამავე დროს უფრო საიმედოა და შესრულების სირთულითაც არ აღემატება ქლა-ის ტიპურ ხერხებს. აქედან გამომდინარე, შემდგომი კვლევის საფუძველზე, მიზანშეწონილია მისი ფართო გამოყენება კლინიკურ პრაქტიკაში.



ნახ. 6. ქოლედოქში და თორმეტგოჯაში I და II იპის ნაკერების გატარების თანმიმდევრობა (სქემა)  
 1. I ტიპის ნაკერი;  
 2. II ტიპის ნაკერი;



ნახ. 7. ანასტომოზის წინა და უკანა ბაგის ფორმირება I და II ტიპის ნაკერებით  
 1. I ტიპის ნაკერი აღებულია მომჭერზე უკანა ბაგეზე;  
 2. II ტიპის ნაკერი შეკრულია უკანა ბაგეზე;  
 3. II ტიპის ნაკერი შეკრულია წინა ბაგეზე;  
 4. I ტიპის ნაკერი აღებულია მომჭერზე წინა ბაგეზე;  
 5. ქოლედოქი;  
 6. თორმეტგოჯა;  
 7. თორმეტგოჯას დორწოვანი.



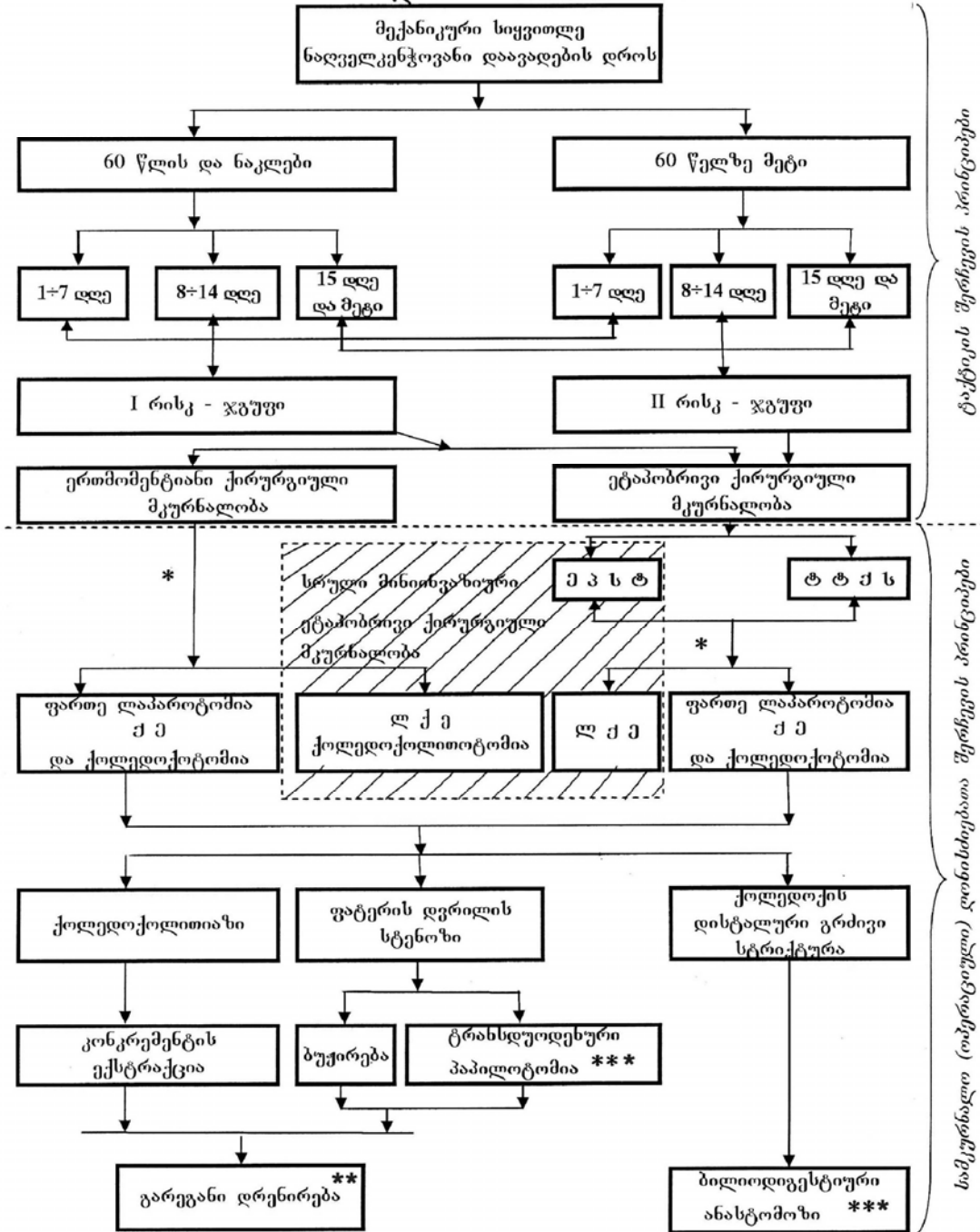
ნახ. 8. ფორმირებული ქ და ა სარქველით (სქემა)  
 ა) ზედხედი 1. შუკრული ძაფი; 2. სარქველი; 3. შიგთავსის პასაჟის მიმართულება სარქველში;  
 4. ანასტომოზის (ლორწოვანის ნაოჭის) სიმაღლე (0,70.9 სმ)  
 ბ) ფრონტალური ჭრილი. 1. თორმეტგოჯას ლორწოვანის ნაოჭი (სარქველი)

## თავი VII

### მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების ქირურგიული მკურნალობის ალგორითმი

ყოველივე ზემოთქმულის საფუძველზე მივიღეთ, მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების ქირურგიული მკურნალობის ალგორითმი (სურათი №15). ალგორითმის სქემა შედგება ორი ნაწილისაგან: ა) მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების ტაქტიკის ალგორითმი, სადაც მოცემულია ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკის შერჩევის პრინციპები და ბ) ოპერაციული მკურნალობის ალგორითმი, სადაც მოცემულია ოპერაციათა სახეების (ტიპების) შერჩევის პრინციპები. გარდა ამისა დაშტრიხული კონტურით გამოყოფილია მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების ქირურგიული მკურნალობის შესაძლებლობა სრულად – მინიინვაზიური ქირურგიული

სურათი №15  
ქირურგიული მკურნალობის ალგორითმი მექანიკური სიყვიითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების დროს



1)\* მწვავე ქოლეციტიტის დროს იქნება ან გადაუდებელი,სასწრაფო ადრეული(გადავადებული)ოპერაცია, ხოლო ქრონიკულის დროს, მხოლოდ ადრეული (გადავადებული)ოპერაცია  
2)\*\* I ეტაპზე ტტჟს-ის დროს, II ეტაპზე გარკვეული ჩვენებით, შეიძლება გააკეთდეს ქოლედოქის „ყრუ“ „პირველადი“ ნაკერი  
3)\*\*\*ტ ღ კ ტ - ია, ბ ღ ა და "ყრუ" ანუ "პირველადი ნაკერი" მწვავე კალკულოზური ქოლეციტიტის დროს არ გვიწარმოება

ჩარევებით, რითაც უფრო თვალსაჩინო ხდება მათი როლი და ადგილი ამ დაავადების მკურნალობაში. ამავე დროს გათვალისწინებულია მწვავე ქოლევსტიტის მკურნალობის თავისებურებებიც.

ჩვენი კლინიკური მასალის მიხედვით II ეტაპის ოპერაციები კეთდებოდა, I მომენტის ოპერაციებიდან 1-დან 14 დღის ფარგლებში, რაც საშუალოდ  $6 \pm 2$  დღეს შეადგენს.

ოპერაციათა სახეების სრული ნუსხა, რომელიც განხორციელდა ერთმომეტნიანი და ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობის დროს, პათოლოგიების მიხედვით, მოცემულია ცხრილებში №26;27;32;33. ხოლო ავადმყოფთა განაწილება სიყვითლის ხანგრძლივობისა და ასაკის მიხედვით, ერთმომენტნიანი და ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობის დროს მოცემულია ცხრილში №35.

მაგალითის სახით, მოგვყავს რამდენიმე კლინიკური შემთხვევის მოკლე აღწერა:

<< 1. ავადმყოფი რ. თ. (ისტ.<sup>1</sup> 365) ქალი, ასაკი – 39 წლის, სიყვითლის ხანგრძლივობა – 5 დღე.

დიაგნოზი: მექანიკური სიყვითლე, ქრონიკული კალკულოზური ქოლევსტიტი, ქოლედოქოლითიაზი, მტკივნეული ფორმა.

თანმხლები პათოლოგიები: არ აღინიშნება.

ა) ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკა: ავადმყოფი კლინიკო-ლაბორატორიული მოდელის მიხედვით მიეკუთვნება I რისკ-ჯგუფს, მას ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობა არ ესაჭიროება.

ΥάΟΕΈΕ №35

ΑΑΑΑΙΥΙ ×ΕΑ ΑΑΓΑΒΕΕΑΑΑ ΟΕΥΑΕΕΕΕΟ ΑΑΓΑΟΡΕΕΑΙ ΑΕΟΑ ΑΑ  
 ΑΟΑΕΕΟ ΓΕΑΑΑΕΕ, ΑΟΕΙΓΑΓΑΟΕΑΓΕ ΑΑ ΑΟΑΔΙ ΑΟΕΑΕ ΘΕΟΟΔΑΕΟΕΕ  
 ΓΕΟΟΓΑΕΓΑΕΟ ΑΟΙ Ο

ΟΕΥΑΕΕΕΕΟ ΑΑΓΑΟΡΕΕΑΙ ΑΑ (ΑΥΑΑΑΟΥΕ)	ΑΟΕΑΟΑΔΕΑΓΕ ΓΕΟΟΓΑΕΓΑΕ ΑΑ n = 111		ΑΟΑΔΙ ΑΟΕΑΕ ΓΕΟΟΓΑΕΓΑΕ ΑΑ n = 321	
	60 ΒΕΕΟ ΑΑ ΓΑΕΕΑΑΕ	60 ΒΑΕΑΕ ΓΑΟΕ	60 ΒΕΕΟ ΑΑ ΓΑΕΕΑΑΕ	60 ΒΑΕΑΕ ΓΑΟΕ
1 ÷ 7	260 (23.4%)	39 (35%)	58 (18%)	120 (37.4%)
8 ÷ 14	19 (17%)	12 (10.8%)	57 (17.8%)	36 (11.2%)
15 ΑΑ ΓΑΟΕ	8 (7.2%)	7 (6.3%)	27 (8.4%)	23 (7.2%)



ბ) სამი დღის მომზადების შემდეგ (ინფუზურ – მედიკამენტოზური) ერთმომენტად გაკეთდა რადიკალური ოპერაცია – ღია ლაპაროტომია, ქოლედოქოტომია, კონკრემენტების (ორი) ექსტრაქცია და გარეგანი დრენირება კერის დრენაჟით. ოპერაციის დროს შემოწმდა ფატერის დვრილის გამავლობა – ის თავისუფლად ატარებდა 5 მმ-იან ზონდს. ოპერაციის შემდეგ მდგომარეობა იყო დამაკმაყოფილებელი, კერის დრენაჟი ამოღებული იქნა 3 კვირის თავზე. ავადმყოფი გაეწერა კლინიკიდან გაჯანმრთელებული. >>

<< 2. ავადმყოფი კ. კ. (ისტ.№ 384) ქალი, ასაკი – 65 წლის, სიყვითლის ხანგრძლივობა – 10 დღე.

დიაგნოზი: მექანიკური სიყვითლე, ქრონიკული კალკულოზური ქოლეცისტიტი, ქოლედოქოლითიაზი, უმტკივნეულო ფორმა.

თანმხლები პათოლოგიები: ბილ, შაქრიანი დიაბეტი II ტიპის.

ა) ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკა: კლინიკო-ლაბორატორიული მოდელის მიხედვით ავადმყოფი მიეკუთვნება II რისკ-ჯგუფს, მას ჩვენებით ჩაუტარდა სრული მინიინვაზიური მქმ-ა.

ბ) I მომენტად გაკეთდა – მრძბ და მკსტ – ია, მოხერხდა კონკრემენტის (ერთი) ექსტრაქცია (ე. ი. მოიხსნა ობტურაციის მიზეზი)

სიყვითლის ლიკვიდაცია განხორციელდა მე-10 დღისთვის. პარალელურად ტარდებოდა თანმხლები პათოლოგიების კორექცია.

გ) II მომენტად გაკეთდა – ლქმ; ოპერაციის შემდეგ რაიმე გართულებას ადგილი არ ჰქონია. ავადმყოფი კლინიკიდან გაეწერა მე-3 დღეს გაჯანსაღებული. >>

<< 3. ავადმყოფი ი. ვ. (ისტ.№ 1514) კაცი, ასაკი – 76 წლის, სიყვითლის ხანგრძლივობა – 9 დღე.

დიაგნოზი: მექანიკური სიყვითლე, ქრონიკული კალკულოზური ქოლეცისტიტი, ქოლედოქოლითიაზი, უმტკივნეულო ფორმა.

თანმხლები პათოლოგიები: ბილ, ათეროსკლეროზული კარდიოსკლეროზი, ჰიპერტონული დაავადება – II ხ.

ა) ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკა: კლინიკო-ლაბორატორიული მოდელის მიხედვით ავადმყოფი მიეკუთვნება II რისკ-ჯგუფს, მას ესაჭიროება ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობა.

ბ) I მომენტად გაკეთდა – ტტშბ-ია და ჰეპატოქოლანგიოსტომია, განხორციელდა სანაღვლე გზების დოზირებული დეკომპრესია, სიყვითლის ლიკვიდაცია განხორციელდა მე-10 დღისთვის.

გ) II ეტაპი – მე-10 დღეს გაკეთდა რადიკალური ოპერაცია: ღია ლაპაროტომია, ქოლეცისტექტომია, ქოლედოქოტომია – კონკრემენტების (სამი) ექსტრაქცია. ქოლედოქოტომიის დასრულების ხერხი – გაკეთდა გარეგანი დრენირება კერის დრენაჟით; ამრიგად განხორციელდა ორმაგი გარეგანი დრენირების პრინციპი (ტრანს ჰეპატური და კერის დრენაჟი) კერის დრენაჟი ამორებული იქნა მე-18 დღეს, ხოლო ტრანსჰეპატური კერის დრენაჟის ამოღებიდან მე-3 დღეს, საკონტროლო ქოლანგიოგრაფიის შემდეგ, ავადმყოფი გაეწერა კლინიკიდან გაჯანსაღებული. >>

<< 4. ავადმყოფი შ. ნ. (ისტ.№ 1541) ქალი, ასაკი – 25 წლის, სიყვითლის ხანგრძლივობა – 3 დღე.

დიაგნოზი: მექანიკური სიყვითლე, ქრონიკული კალკულოზური ქოლეცისტიტი, ქოლედოქოლითიაზი, უმტკივნეულო ფორმა.

თანმხლები პათოლოგიები: არ აღენიშნება.

ა) ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკა: კლინიკო-ლაბორატორიული მოდელის მიხედვით ავადმყოფი მიეკუთვნება I რისკ-ჯგუფს, მას ჩვენებით ჩაუტარდა სრული მინიინვაზიური მქმ-ა

ბ) I მომენტად გაკეთდა – მქსტ – ია, კონკრემენტი გაჭედილი იყო ფატერის დვრილის ამპულაში (ობტურაციის და ბილიარული პანკრეატიტის მიზეზი), მოხერხდა კონკრემენტის ექსტრაქცია. სიყვითლის ლიკვიდაცია განხორციელდა მე-4 დღისთვის. პარალელურად ჩატარდა კონსერვატიული მკურნალობა.

გ) II მომენტად გაკეთდა – ლქმ; ოპერაციის შემდეგ რაიმე გართულებას ადგილი არ ჰქონია. ავადმყოფი კლინიკიდან გაეწერა მე-2 დღეს გაჯანმრთელებული. >>

<< 5. ავადმყოფი კ. თ. (ისტ. № 1326) ქალი, ასაკი – 47 წლის, სიყვითლის ხანგრძლივობა – 2 დღე.

თანმხლები პათოლოგიები: არ აღინიშნება.

დიაგნოზი: მექანიკური სიყვითლე, მწვავე კალკულოზური ქოლეცისტიტი, ქოლედოქოლითიაზი.

ა) ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკა: ავადმყოფი კლინიკო-ლაბორატორიული მოდელის მიხედვით მიეკუთვნება I რისკ-ჯგუფს, ესაჭიროება ერთმომენტიანი მკურნალობა. ამასთან, ვინაიდან საქმე

გვაქვს მწვავე ქოლეცისტიტთან, ოპერაციას უნდა ქონდეს გადაუდებელი ან სასწრაფო ხასიათი.

ბ) რადიკალური ოპერაცია – დაახლოებით თვრამეტსათიანი ინფუზურ-მედიკამენტოზური მომზადების შემდეგ გაკეთდა სასწრაფო რადიკალური ოპერაცია: ღია ლაპაროტომია, ქოლეცისტექტომია, ქოლედოქოტომია – რევიზიით აღინიშნა კონკრემენტის ჩაჭედევა ფატერის დვრილში, რომელიც ამოღებული იქნა, 3 მმ-იანი ზონდის გატარება ვერ მოხერხდა, რის გამოც გაკეთდა ბუჟირება - ფატერის დვრილში 1 სმ-იანი დიამეტრის ბუჟის თავისუფლად გატარებამდე.

ქოლედოქოტომიის დასრულების ხერხი: გარეგანი დრენირება კერის დრენაჟით. რომელიც ამოღებული იქნა 3 კვირის თავზე ქოლანგიოგრაფიის შემდეგ. ავადმყოფი გაეწერა გაჯანმრთელებული. >>

<< 6. ავადმყოფი მ. ნ. (ისტ.№942) ქალი, ასაკი – 45 წლის, სიყვითლის ხანგრძლივობა – 2 კვირა.

დიაგნოზი: მექანიკური სიყვითლე, ქრონიკული კალკულოზური ქოლეცისტიტი, ქოლედოქოლითიაზი, ქოლანგიტი.

თანმხლები პათოლოგიები: არ აღენიშნება.

ა) ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკა: კლინიკო-ლაბორატორიული მოდელის მიხედვით ავადმყოფი მიეკუთვნება II რისკ-ჯგუფს, მას ჩვენებით ჩაუტარდა სრული მინიინვაზიური მქმ-ა

ბ) I მომენტად გაკეთდა – მრძპბ და მკსტ – ია; თავდაპირველად ყველა კონკრემენტის ექსქტრაქცია ვერ მოხერხდა, განხორციელდა ნაზობილიარული დრენირება და ბილიარული დეკომპრესია. მე-5 დღეს

გაკეთდა ქოლანგიოგრაფია. კონკრემენტი ქოლედოქში აღარ აღინიშნება (ე. ი. მოხდა მათი სპონტანური ევაკუაცია). სიყვითლის ლიკვიდაცია განხორციელდა მე-10 დღისთვის. პარალელურად ჩატარდა კონსერვატიული მკურნალობა.

გ) II მომენტად გაკეთდა – ლქმე; ოპერაციის შემდეგ რაიმე გართულებას ადგილი არ ჰქონია. ავადმყოფი კლინიკიდან გაეწერა მე-3 დღეს გაჯანმრთელებული. >>

<< 7. ავადმყოფი თ. ნ. (ისტ.№ 5091) ქალი, ასაკი – 42 წლის, სიყვითლის ხანგრძლივობა – 5 დღე.

დიაგნოზი: მექანიკური სიყვითლე, ქრონიკული კალკულოზური ქოლეცისტიტი, ქოლედოქოლითიაზი, ქოლანგიტი.

თანმხლები პათოლოგიები: არ აღინიშნება.

ა) ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკა: ავადმყოფი კლინიკო-ლაბორატორიული მოდელის მიხედვით (ასაკით და სიყვითლის ხანგრძლივობით) მიეკუთვნება I რისკ-ჯგუფს, მაგრამ ვინაიდან გამოხატულია ჩირქოვანი ქოლანგიტის კლინიკური სურათი, მას ესაჭიროება ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობა.

ბ) I მომენტი – გაკეთდა ტტქს-ია და სანაღვლე გზების დოზირებული დეკომპრესია, პარალელურად ხორციელდებოდა სანაცია ანტიბიოტიკებით. მე-6 დღისათვის მოხერხდა სიყვითლის ლიკვიდაცია და ქოლანგიტის კუპირება.

გ) II მომენტი – რადიკალური ოპერაცია – განხორციელდა მე-7 დღეს; ღია ლაპაროტომია, ქოლეცისტექტომია, ქოლედოქოტომია –

კონკრემენტის ექსტრაქცია. 3 მმ-იანი დიამეტრის ზონდის გატარება ვერ მოხერხდა. გაკეთდა ინტრაოპერაციული ქოლანგიოგრაფია ფატერის დვრილის სანათური შვეიწროებულია; გაკეთდა ბუჟირება – სანათური გაფართოვდა 1 სმ-დე.

ქოლედოქოტომიის დასრულების ხერხი: გაკეთდა გარეგანი დრენირება კერის დრენაჟით.

ამრიგად მივიღეთ ორმაგი გარეგანი დრენირება (ტრანსჰეპატური დრენაჟი და კერის დრენაჟი). ოპერაციის შემდეგ გაგრძელდა სანადვლე გზების სანაცია და დასრულდა ქოლანგიტის საბოლოოდ კუპირება. კერის დრენაჟი ამოღებული იქნა 3 კვირის შემდეგ, ხოლო ტრანსჰეპატური დრენაჟი 4 კვირის თავზე – საკონტროლო რენტგენო კონტრასტული გამოკვლევის შემდეგ. ავადმყოფი კლინიკიდან გაეწერა გაჯანსაღებული. >>

<< 8. ავადმყოფი მ. (ისტ.№ 476) კაცი, ასაკი – 52 წლის, სიყვითლის ხანგრძლივობა – 1 დღე.

თანმხლები პათოლოგიები: არ აღინიშნება.

დიაგნოზი: მექანიკური სიყვითლე, მწვავე კალკულოზური ქოლეცისტო - პანკრეატიტი, ქოლედოქოლითიაზი.

ა) ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკა: ავადმყოფი კლინიკო-ლაბორატორიული მოდელის მიხედვით მიეკუთვნება I რისკ-ჯგუფს. მას ჩაუტარდა მქმ-ა ფართე ლაპაროტომიით.

ბ) I მომენტად გაკეთდა – მრჰპბ და მჰსტ – ია; კონკრემენტის ექსტრაქცია ვერ მოხერხდა, განხორციელდა ნაზობილიარული დრენირება

და ბილიარული დეკომპრესია. საკონტროლო ქოლანგიოგრაფიით (მე-2 დღეს) აღმოჩნდა, რომ ქვა კვლავ ქოლედოქშია;

მაგრამ მოხერხდა ანთების კუპირება და სიყვითლის ლიკვიდაცია მე - 3 დღისთვის.

გ) II მომენტად – მე-5 დღეს, სათანადო მომზადების შემდეგ, ფართე ლაპაროტომია, ქოლეცისტექტომია, ქოლედოქოტომია, კონკრემენტის ექსტრაქცია, გარეგანი დრენირება კერის დრენაჟით, რომელიც ამოღებული იქნა 20 დღის შემდეგ, ავადმყოფი გაეწერა გაჯანმრთელებული. >>

<< 9. ავადმყოფი ლ. ჰ. (ისტ.№ 3843) ქალი, ასაკი – 41 წლის, სიყვითლის ხანგრძლივობა – 7 დღე.

თანმხლები პათოლოგიები: არ აღინიშნება.

დიაგნოზი: მექანიკური სიყვითლე, ქრონიკული კალკულოზური ქოლეცისტიტი, ქოლედოქოლითიაზი, მტკივნეული ფორმა.

ა) ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკა: ავადმყოფი, კლინიკო - ლაბორატორიული მოდელის მიხედვით მიეკუთვნება I რისკ-ჯგუფს და ესაჭიროება ერთმომენტიანი ქირურგიული მკურნალობა.

ბ) რადიკალური ოპერაცია - ორი დღის ინფუზურ – მედიკამენტოზური მომზადების შემდეგ, გაკეთდა – ღია ლაპაროტომია, ქოლეცისტექტომია, ქოლედოქოტომია, ქოლედოქის რევიზიით აღმოჩნდა, რომ კონკრემენტი ჩაჭედილია ფატერის დვრილში, რომლის ამოღებაც ვერ მოხერხდა. ამიტომ გაკეთდა ტლკბ-ია, პაპილაჩაიკვეთა 1.0 სმ-მდე და კონკრემენტი ამოღებული იქნა. დუოდენოტომიური ჭრილობა გაიკერა.

ქოლედოქოტომიის დასრულების ხერხი – გაკეთდა გარეგანი დრენირება კერის დრენაჟით, ე. ი. განხორციელდა ორმაგი დრენირება: ერთმაგი გარეგანი და ერთმაგი შინაგანი. რომელიც ამოღებული იქნა მე-20 დღეს, საკონტროლო რენტგენოკონტრასტული გამოკვლევის შემდეგ. ავადმყოფი გაეწერა გაჯანმრთელებული. >>

<< 10. ავადმყოფი კ. ზ. (ისტ.№ 426) კაცი, ასაკი – 58 წლის, სიყვითლის ხანგრძლივობა – 3 დღე.

თანმხლები პათოლოგიები: არ აღინიშნება.

დიაგნოზი: მექანიკური სიყვითლე, მწვავე კალკულოზური ქოლეცისტიტი, ქოლედოქოლითიაზი, ქოლანგიტი.

ა) ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკა: ავადმყოფს ესაჭიროება მქმ-ა, მიუხედავად ამისა მას გაუკეთდა გადაუდებელი ერთმომენტური მქმ-ა.

ბ) რადიკალური ოპერაცია – ხანმოკლე მომზადების შემდეგ, გაკეთდა ფართე ლაპაროტომია – აღმოჩნდა მწვავე განგრენული ნაღვლის ბუშტი, ინფილტრატი, ნაღვლის ბუშტ – ქოლედოქეალური ფისტულა (მირიზის სინდრომი). გაკეთდა ქოლეცისტექტომია, ქოლედოქოტომია, კონკრემენტის ექსტრაქცია, გარეგანი დრენირება კერის დრენაჟით.

ოპერაციის შერმდეგ ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა იყო მძიმე გაგრძელდა ქოლანგიტის მოვლენები, რომელიც გართულდა სეფსისით, თან დაერთო ღვიძლ – თირკმლის უკმარისობა (საშუალო ხარისხის) ავადმყოფს უტარდებოდა ინტენსიური ინფუზიური – მედიკამენტოზური მკურნალობა. მისი მდგომარეობა თანდათან გაუმჯობესდა და



სტაციონარში შემოსვლიდან 20 დღის შემდეგ გაეწერა კლინიკიდან დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში>>

<< 11. ავადმყოფი ბ.ზ. (ისტ.№ 2874) ქალი, ასაკი – 35 წლის, სიყვითლის ხანგრძლივობა – 1 თვე.

თანმხლები პათოლოგიები: არ აღინიშნება.

დიაგნოზი: მექანიკური სიყვითლე, ქოლეცისტექტომიის და ქოლედოქოტომიისშემდგომი პერიოდი, ქოლედოქის ნაწიბუროვანი სტრიქტურა, ქოლანგიტი.

ა) ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკა: ავადმყოფი კლინიკო-ლაბორატორიული მოდელის მიხედვით მიეკუთვნება II რისკ-ჯგუფს. ჩაუტარდა მძმ.

ბ) I მომენტად გაკეთდა – მრქპბ, დიაგნოზი დადასტურდა, შემდეგ – ტტქს-ია სანაღვლე გზების დეკომპრესია და სიყვითლის ლიკვიდაცია.

გ) II მომენტად – ფართე ლაპაროტომია, ჰეპატიკოიუნო ანასტომოზი რუს წესით. ე. ი. განხორციელდა ორმაგი დრენირების – ერთმაგი გარეგანი (ჰეპატოსტომიური დრენაჟი) და ერთმაგი შინაგანი (ზდა) დრენირების პრინციპი.

ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა იყო დამაკმაყოფილებელი ჰეპატოსტომიური დრენაჟი ამოღებული იქნა მე -10 დღეს საკონტროლო ქოლანგიოგრაფიის შემდეგ. ავადმყოფი გაეწერა კლინიკიდან. >>

<< 12. ავადმყოფი ტ.ტ. (ისტ.№ 366) ქალი, ასაკი – 50 წლის, სიყვითლის ხანგრძლივობა – 17 დღე.

თანმხლები პათოლოგიები: არ აღინიშნება.

დიაგნოზი: მექანიკური სიყვითლე, ქრონიკული კალკულოზური ქოლეცისტიტი, ქოლედოქოლითიაზი, ქოლანგიტი.

ა) ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკა: ავადმყოფი კლინიკო-ლაბორატორიული მოდელის მიხედვით მიეკუთვნება II რისკ-ჯგუფს. მას ჩვენებით ესაჭიროებოდა მძმ.

ბ) I მომენტად – იყო მცდელობა მსსტ-ის ჩატარებისა, რაც წარუმატებელი აღმოჩნდა, სამი დღის შემდეგ გაკეთდა ტტჰს-ია. განხორციელდა სანაღვლე გზების დეკომპრესია და ტარდებოდა ინტენსიური ინფუზურ – მედიკამენტოზური მკურნალობა, მაგრამ ავადმყოფის ზოგადი-სომატური მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა.

გ) II მომენტად – სიყვითლის ლიკვიდაციის გარეშე, გაკეთდა ფართე ლაპაროტომია, ქოლეცისტექტომია, ქოლედოქოტომია და გარეგანი დრენირება. ოპერაციის შემდეგ განვითარდა მძიმე ფორმის ღვიძლ – თირკმლის უკმარისობა და მიუხედავად ინტენსიური თერაპიისა ავადმყოფი მოკვდა ოპერაციიდან ერთ კვირაში. >>

<< 13. ავადმყოფი ჭ. მ. (ისტ.14374) ქალი, ასაკი – 38 წლის, სიყვითლის ხანგრძლივობა – 2 დღე.

თანმხლები პათოლოგიები: არ აღინიშნება.

დიაგნოზი: მექანიკური სიყვითლე, მწვავე კალკულოზური ქოლეცისტიტი, ქოლედოქოლითიაზი, მტკივნეული (პანკრეატიტული) ფორმა.

ა) ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკა: ავადმყოფი კლინიკო-ლაბორატორიული მოდელის მიხედვით მიეკუთვნება I რისკ-ჯგუფს, ჩვენებით ჩაუტარდა ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობა მინი ინვაზიური მეთოდით.

ბ) I მომენტი – პრესტი-ია, განხორციელდა სანაღვლე გზების დეკომპრესია, კონკრემენტის ექსტრაქცია, (რომელიც ჩაჭედილი იყო ფატერის დვრილში) და სიყვითლის ლიკვიდაცია მე-4 დღისთვის.

გ) II მომენტი – მე-5 დღეს გაკეთდა რადიკალური ოპერაცია – ლქმ. ავადმყოფი კლინიკიდან გაეწერა მე-2 დღეს, გაჯანსაღებული. >>

<< 14. ავადმყოფი ტ. ვ. (ისტ.№ 3939) კაცი, ასაკი – 68 წლის, სიყვითლის ხანგრძლივობა – 12 დღე.

თანმხლები პათოლოგიები: ბილ, ათეროსკლეროზული კარდიოსკლეროზი, ფილტვ – გულის უკმარისობა II ხ.

დიაგნოზი: მექანიკური სიყვითლე, ქრონიკული კალკულოზური ქოლეცისტიტი, ქოლედოქოლითიაზი, უმტკივნეულო ფორმა.

ა) ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკა: ავადმყოფი კლინიკო-ლაბორატორიული მოდელის მიხედვით მიეკუთვნება II რისკ-ჯგუფს, ესაჭიროება ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობა.

შენიშვნა: ავადმყოფს დიაგნოზის დასაზუსტებლად, თავიდან გაუკეთდა პრქპბ-წარუმატებლად, შემდეგ ტტქმ-ით დადგინდა

ქოლედოქოლითიაზი, კონტრასტი გადავიდა თორმეტგოჯაში და გამოიხატა ქოლედოქის დისტალური ნაწილის შევიწროება დაახლოებით 2.5 სმ-ზე, ამ შევიწროების ზევით ქოლედოქი გაფართოებულია 2 სმ-ზე მეტად. გარდა ამისა ექოლოგიურად გამოხატულია პანკრეასის თავის გადიდება (ინდურაციული პანკრეატიტი).

ბ) I მომენტი – გაკეთდა ტრანსკუტანური ტრანსჰეპატური ქოლანგიოსტომია. განხორციელდა სანაღვლე გზების დოზირებული დეკომპრესია, ორი კვირის თავზე მოხერხდა სიყვითლის ლიკვიდაცია. პარალელურად ტარდებოდა თანმხლები პათოლოგიების კორექცია.

გ) II მომენტი – მე-14 დღეს გაკეთდა რადიკალური ოპერაცია; ღია ლაპაროტომია, ქოლეცისტექტომია, ქოლედოქოტომია - კონკრემენტის ექსტრაქცია, ქოლედოქის რევიზია – 3 მმ-ანი ზონდის გატარება ფატერის დვრილში ვერ მოხერხდა. გაკეთდა ინტრაოპერაციული ქოლანგიოგრაფია, რამაც წინასწარი დიაგნოზი დაადასტურა.

ქოლედოქოტომიის დასრულების ხერხი: გაკეთდა ქოლედოქოეიუნოანასტომოზი, რუს წესით მობილიზებული წვრილი ნაწლავით.

ამრიგად განხორციელდა ორმაგი – გარეგან (ტრანსჰეპატური დრენაჟი) შინაგანი (ბლა) დრენირების პრინციპი. ტრანსჰეპატური დრენაჟი ამოღებული იქნა მე-10 დღეს, საკონტროლო რენტგენოკონტრასტული გამოკვლევის შემდეგ. ავადმყოფი გაეწერა კლინიკიდან მე-12 დღეს გაჯანსაღებული. >>

<< 15. ავადმყოფი ქ. გ. (ისტ.№ 1412) კაცი, ასაკი – 71 წლის, სიყვითლის ხანგრძლივობა – 14 დღე.

თანმხლები პათოლოგიები: ბრონქიალური ასთმა, პნევმოსკლეროზი, ბილ.

დიაგნოზი: მექანიკური სიყვითლე, ქრონიკული კალკულოზური ქოლეცისტიტი, ქოლედოქოლითიაზი, სეპტიური ქოლანგიტი.

ა) ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკა: ავადმყოფი კლინიკო-ლაბორატორიული მოდელის მიხედვით მიეკუთვნება II რისკ-ჯგუფს. მას ჩვენებით ესაჭიროება ექმ.

ბ) I მომენტად გაკეთდა – ექსტ-ია და დეკომპრესია, დაგეგმილი იყო ლქმ-ია, მაგრამ ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა დამძიმდა – განვითარდა ღვიძლ-თირკმლის უკმარისობის მძიმე ფორმა (ალბათ, რადგან დეკომპრესია არ იყო დოზირებული), რომელიც არ დაემორჩილა ინტენსიურ კონსერვატიულ თერაპიას და ავადმყოფი მოკვდა ოპერაციიდან 8 დღეში. >>

გართულებებისა და ლეტალობის დამოკიდებულება ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკაზე 1990-2004 წწ.-ი მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების დროს, მოცემულია ცხრილში №36. ამ ცხრილიდან კარგად ჩანს, რომ ჩვენს მიერ შემუშავებული ალგორითმის თანახმად, ჩვენების მიხედვით ჩატარებული მკურნალობის დროს გართულებები მცირდება 92,6-დან 39,25%-მდე (ე.ი. 2,4-ჯერ) ( $X^2=12,2$ ;  $p=0,0005$ ;  $p<0,01$ ), ხოლო ლეტალობა: 51,85-დან 8,1%-მდე

(ე.ი. 6,4-ჯერ) ( $X^2=25,55$ ;  $p=0,00001$ ;  $p<0,01$ ), როგორც ვხედავთ აღნიშნული შემცირება სტატისტიკურად მაღალსარწმუნოა.

ზევით აღინიშნა, რომ 1999-2004 წწ-ი, მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების მქონე 140 ავადმყოფი მკურნალობდა, ამათგან 119 (85%) ავადმყოფი მიეკუთვნებოდა I რისკ-ჯგუფს, ხოლო 21 (15%) ავადმყოფი II რისკ-ჯგუფს. 1990-1999 წწ-ი სულ იყო 292 ავადმყოფი, მათგან 200 (68,5%) მიეკუთვნებოდა I რისკ-ჯგუფს,

Υα0ΕΕΕ № 36

ΑΑ0Ε0ΕΑΑΑΑΕ0Α ΑΑ ΕΑ0ΑΕΙ ΑΕ0 ΑΑΙΙ ΕΕΑΑ0ΕΑΑΑ 0Ε000ΑΕ0ΕΕ ΙΕ00ΙΑΕΙ ΑΕ0 0Α00ΕΕΑΕΑ  
1990 - 2004 ΒΒ-Ε

0Ε000ΑΕ0ΕΕ ΙΕ00ΙΑΕΙ ΑΕ0 0Α00ΕΕΑ		ΑΑΑΑΙΥΙ ×ΕΑ 0ΑΙ ΑΑΙΙ ΑΑ			00Ε: n = 432	ΑΑ0Ε0ΕΑΑΑΑΕ		ΕΑ0ΑΕΙ ΑΑ
		I 0Ε0Ε - αΑ0×Ε	II 0Ε0Ε αΑ0×Ε	ΑΕ×0ΑΕ00Ε 0Α0Ε0Ι ΙΕ0Ε		ΑΕΙ ΑΑΑΕ	ΑΑΑΕΕΙ Α0ΕΑΕ	
ΥΑΑΙ ΑΑΕΕΕ	000	235 (54.39%)	86 (19.9%)	—	321 (74.3%)	75 (23.4%)	52 (16.2%)	27 (8.4%) n = 321
	Α0ΕΙΙ ΙΑΙ0ΕΑΙΕ 00	69 (16%)	—	15 (3.47%)	84 (19.4%)	14 (16.7%)	18 (21.4%)	6 (7.1%) n = 84
	00Ε:	304 (70.3%)	86 (19.9%)	15 (3.47%)	405 (93.75%)	89 (21.9%)	70 (17.31%)	33 (8.1%) n = 405
0Ε0ΥΑΑΙ ΑΑΕΕΕ	Α0ΕΙΙ ΙΑΙ0ΕΑΙΕ 00	—	27 (6.25%)	—	27 (6.25%)	24 (88.9%)	1 (3.7%)	14 (51.85%) n = 27
	00Ε: 1990-2004 ΒΒ.	304 (70.3%)	113 (26.2%)	15 (3.47%)	432 (100%)	113 (26.2%)	71 (16.4%)	47 (10.8%) n = 432

ხოლო 92 (31,5%) II რისკ-ჯგუფს. როგორც ვხედავთ, ბოლო 6 წელში I რისკ-ჯგუფის ავადმყოფების რაოდენობა გაიზარდა 16,5%-ით, ხოლო II რისკ-ჯგუფის ავადმყოფები შემცირდა თითქმის 2-ჯერ ( $p < 0,05$ ). ასეთი ცვლილებები, ე.ი. I რისკ-ჯგუფში შემავალი ავადმყოფების რიცხვის პროცენტული ზრდა და II რისკ-ჯგუფის ავადმყოფების შემცირება, გამოწვეულია სიყვითლის ხანგრძლივობის შემცირებით, რადგან ავადმყოფთა ასაკობრივი ცვლილებები ბოლო 6 წელში არ მომხდარა. სიყვითლის ხანგრძლივობის შემცირების მიზეზი, ბოლო 6 წელში, დიაგნოსტიკური მეთოდების გაუმჯობესების შედეგია. – ეს არის ერთ-ერთი მიზეზი გართულებებისა და ლეტალობის შემცირებისა ამ წლებში. მეორე მიზეზი კი, არის ის, რომ 1999 წლიდან კლინიკაში სულ უფრო მეტი ინტენსივობით დაინერგა მკვლევარ-ია, რამაც შესაძლებელი გახდა სრული მინიინვაზიური მკვლევარ-ია ჩატარება. ე.ი. II ეტაპზე რადიკალური ოპერაცია კეთდებოდა ლაპარასკოპიული მეთოდით. სრული მინიინვაზიური მკვლევარ-ია მნიშვნელოვნად უმჯობესდება მკურნალობის შედეგები და მცირდება სტაციონარში დაყოვნების დრო.

გართულებებისა და ლეტალობის დამოკიდებულება ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკაზე 1999-2004 წწ-ი, მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების დროს, მოცემულია ცხრილში 137, ამ ცხრილიდან კარგად ჩანს, რომ ჩვენს მიერ შემუშავებული ალგორითმის თანახმად, ჩვენების მიხედვით ჩატარებული მკურნალობის დროს, ამ წლებში გართულებები შემცირდა 80-დან 29,6%-ე (ე.ი. თითქმის 2,7-ჯერ) ( $\chi^2$   $p=0,0005$ ;  $p < 0,01$ ), ხოლო ლეტალობა 60-დან



6,7%-ე (ე.ი. თითქმის 9-ჯერ) (შზპ  $p=0,00001$ ;  $p<0,01$ ). გარდა ამისა აღსანიშნავია სრული მინიინვაზიური ექმ-ის დროს შედეგების გაუმჯობესება, სხვა სახის ჩვენებით ჩატარებულ მკურნალობასთან შეადრებით: გართულებები მცირდება – 36-დან 22,2%-ე ( $X^2=9,17$ ,  $p=0,002$ ;  $p<0,01$ ), ხოლო ლეტალობა – 9,7-დან 3,17%-ე (ე.ი. თითქმის 3-ჯერ) (შზპ  $p=0,02$ ;  $p<0,05$ ).

დაბოლოს, 1990-2004 წწ-ი გამოკვლეულ ავადმყოფთა საერთო რაოდენობას თუ ჩავთვლით გენერალურ ერთობლიობად, მაშინ 1990-1998 წწ-ი და 1999-2004 წწ-ი გამოკვლეული ავადმყოფები იქნება ამორჩევითი ერთობლიობები, ამასთან ეს ერთობლიობები რეპრეზენტულია გენერალური ერთობლიობისა (რადგან მოიცავს გენერალური ერთობლიობის ყველა ნიშან-თვისებას), ამიტომ ისინი შეიძლება შევადაროთ, როგორც ერთმანეთს, ისე მთელ გენერალურ ერთობლიობას. კერძოდ: 1990-1998 წწ-ი გართულებები განვითარდა 48%-ში, ხოლო ლეტალობა 12%-ში; 1999-2004 წწ-ი გართულებები – 31,4%-ში, ლეტალობა – 8,57%-ში; ხოლო 1990-2004 წწ-ი – გართულებები – 42,6%, ლეტალობა – 10,87% (ცხრილი №38).

როგორც ვხედავთ ბოლო ექვს წელში ჩატარებული მკურნალობის შედეგები გართულებებისა და ლეტალობის მხრივ მნიშვნელოვნად გაუმჯობესებულია, როგორც წინა წლებთან, ასევე მთელ გენერალურ ერთობლიობასთან შედარებით, რაც თავის მხრივ იწვევს მკურნალობის საბოლოო შედეგების მნიშვნელოვან გაუმჯობესებას, რაც ჩვენს მიერ შემუშავებული მექანიკური სიყვიითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი

დაავადების ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკისა და ოპერაციათა სახეების შერჩევის ალგორითმის დამსახურებაა.

ΥάΟΕΕΕ № 37

ΑΑΟΕΟΕΑΑΑΑΕΟΑ ΑΑ ΕΑΟΑΕΙ ΑΕΟ ΑΑΙΙ ΕΕΑΑΟΕΑΑΑ ΘΕΟΟΟΑΕΟΕΕ ΤΕΟΟΙΑΕΙ ΑΕΟ  
 ΟΑΘΟΕΕΑΕΑ 1990 - 2004 ΒΒ-Ε

ΘΕΟΟΟΑΕΟΕΕ ΤΕΟΟΙΑΕΙ ΑΕΟ ΟΑΘΟΕΕΑ		ΑΑΑΑΙΥΙ ×ΕΑ ΟΑΙ ΑΑΙΤ ΑΑ			ΟΟΕ: n = 140	ΑΑΟΕΟΕΑΑΑΕ		ΕΑΟΑΕΙ Α Α
		I ΟΕΟΕ - αΑΟ×Ε	II ΟΕΟΕ - αΑΟ×Ε	ΑΕ×ΟΕΟΕ ΔΑΟΕΟΙ ΤΕΟ Ε		ΑΕΙ ΑΑΑΕ	ΑΑΑΕΕΙ ΑΟΕΑ Ε	
ΥΑΑΤΑΕΕΕ	ΟΟΕΕ ΤΟΤΕΕΤΑΑΕΕΟΟΕ δδδ	54 (85.7%) n = 63	9 (14.3%) n = 63	—	63 (45%)	9 (14.3%)	5 (7.9%)	2 (3.17%)
	δδδ-Α ×ΑΟΕΑ ΕΑΘΑΟΙ ΟΙ ΤΕΕΕ + ΑΟΕΙΤ ΙΑΙΟΕΑΙΕ δδ	60 (83.3%) n = 72	7 (9.7%) n = 72	5 (6.9%) n = 72	72 (51.4%)	14 (19.4%)	12 (16.7%)	7 (9.7%)
	ΟΟΕ:	114 (81.4%)	16 (11.4%)	5 (3.6%)	135 (96.4%)	23 (17%)	17 (12.6%)	9 (6.7%)
ΟΟΑΤΑΡΑ ΕΕ	ΑΟΕΙΤ ΙΑΙΟΕΑΙΕ δδ	—	5 (100%) n = 5	—	5 (3.6%)	4 (80%)	—	3 (60%)
	ΟΟΕ: 1990-2004 ΒΒ.	114 (81.4%)	21 (15%)	5 (3.6%)	140 (100%)	27 (19.3%)	17 (12.1%)	12 (8.57%) n = 432
						40 (29.6%)	n = 135	
						44 (31.4%)	n = 140	

ΥαΟέέέ №38

ΑΑΟΕÖÄÄÄÄÉÒÀ ÆÀ ÈÄÔÄËÏÄÉÓ ÐÒÏ ΥÄÏÖÖÉÉ ΥÄÉÉÄÄÄÄÉ ΒÉÄÄÉÓ ÏÉÄÄÄÉÉ

	1990 - 1998 ββ. n = 292 I	1999 - 2004 ββ. n = 140 II	1990 - 2004 ββ. n = 432 III	P
ΑΑΟΕÖÄÄÄÄÉ %	140 (48%)	44 (31.4%)	184 (42.6%)	I - II P < 0.01; II - III P < 0.01; I - III P < 0.05
ÈÄÔÄËÏÄÄ %	35 (12%)	12 (8.57%)	47 (10.87%)	I - II P < 0.01; II-III P < 0.05; I-III P < 0.05

## დასკვნები

1. ნაღველკენჭოვანი დაავადებით გამოწვეული მექანიკური სიყვითლის დროს, ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ, ლეტალური გამოსავლის ძირითად მიზეზს ზოგადი (სომატური) ხასიათის გართულებები წარმოადგენენ (91,5%-ში); მათში ყველაზე მეტი წილი მოდის ღვიძლ-თირკმლის უკმარისობაზე (34,88%) (სპეციფიური ხასიათის გართულება) და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის სხვადასხვა დარღვევებზე (20,9%) (არასპეციფიური ხასიათის გართულება). ე.ი. ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკა, ძირითადად, მიმართული უნდა იყოს ამ გართულებების პროფილაქტიკისკენ.

2. ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკა, რომლითაც ეფექტურად ხორციელდება მექანიკური სიყვითლით გართულებულ ნაღველკენჭოვანი დაავადების მკურნალობის შემდგომი ზოგადი (სომიტური) ხასიათის გართულებების პროფილაქტიკა და მკურნალობა არის – მქმ-ა, რადგან: ა) მქმ-ა ღვიძლ-თირკმლის უკმარისობის და სეპტიური ქოლანგიტის სპეციფიურ პროფილაქტიკური და სამკურნალო საშუალებაა, ბ) მიუხედავად იმისა, რომ მქმ არ არის სხვა გართულებების და ლეტალობის მიზეზების (მათ შორის გულ-სისხლძარღვთა სისტემის სხვადასხვა დარღვევების) სპეციფიურ პროფილაქტიკური ღონისძიება, მაგრამ იძლევა დროს, რომ ჩატარდეს სათანადო კონსერვატიული მკურნალობა ამ გართულებების თავიდან ასაცილებლად; აქედან გამომდინარე – გ) მქმ-ით, ერთმომენტთან ქმ-თან (ე.ი. ერთმომენტის რადიკალური ოპერაცია – ტიპური ღია ლაპარატომიით) შედარებით,

მნიშვნელოვნად მცირდება ქირურგიული მკურნალობის შემდგომი გართულებები (1,7 ჯერ) და ლეტალობა (2-ჯერ).

3. მქმ-ა იყოფა: ა) სრული მინინვაზიური მქმ-ად, ე.ი. I მომენტად უპირატესად მქსტ-ით, ობტურაციის მიზეზის მოშორებით და II ეტაპზე ლქმ-ით ან მინილაპარატომიით (აღნიშნული ოპერაციები შეიძლება ჩატარდეს ერთმომენტადაც, შებრუნებული თანამიმდევრობით) და ბ) მქმ-ად ღია ლაპარატომიით, ე.ი. I მომენტად მქსტ-ით ან ტტქს-ით და II ეტაპზე ლაპარატომიით. სრული მინინვაზიური მქმ-ით, სხვა სახის ჩვენებით ჩატარებულ მკურნალობასთან შედარებით, მნიშვნელოვნად მცირდება: გართულებები (1,6-ჯერ), ლეტალობა (3-ჯერ) და საწოლდღეების რაოდენობა (3-ჯერ).

4. მექანიკური სიყვითლით გართულებულ ნალველკენჭოვანი დაავადების დროს ავადმყოფის ასაკი და სიყვითლის ხანგრძლივობა წარმოადგენენ ისეთ პროგნოზულ პარამეტრებს, რომლებიც საშუალებას იძლევიან განვსაზღვროთ ავადმყოფთა: ა) რისკ-ჯგუფები და სიმძიმის ხარისხები; ბ) ვიწინასწარმეტყველოთ მოსალოდნელი გართულებებისა და ლეტალობის პროცენტული მაჩვენებლები და გ) შევარჩიოთ ქირურგიული მკურნალობის სათანადო ტაქტიკა თითოეულ კონკრეტულ შემთხვევაში.

5. I რისკ-ჯგუფისთვის, რომელშიც შედიან ავადმყოფები 60 წლის და ნაკლები ასაკით – 14 დღემდე სიყვითლის ხანგრძლივობით და 60 წელზე მეტი ასაკით – 7 დღემდე სიყვითლის ხანგრძლივობით, ნაჩვენებია, როგორც ერთმომენტიანი, ასევე მქმ-ა, ამასთან სრული მინინვაზიური მქმ-ა პირველი რიგის, ხოლო ერთმომენტიანი მქმ-ა და მქმ-ა ღია

ლაპარატომით მეორე რიგის არჩევის მეთოდებია. II რისკ-ჯგუფისათვის, რომელშიც შედიან ავადმყოფები 60 წლის და ნაკლები ასაკით – 14 დღეზე მეტი სიყვითლის ხანგრძლივობით და 60 წელზე მეტი ასაკით – 7 დღეზე მეტი სიყვითლის ხანგრძლივობით, ნაჩვენებია მძმ-ა, ხოლო ერთმომენტისანი ძმ-ა უკუჩვენებაა. ამასთან სრული მინიინვაზიური მძმ-ა პირველი რიგის, ხოლო მძმ-ა ღია ლაპარატომით მეორე რიგის არჩევის მეთოდია. ამავე დროს I მომენტის მინიინვაზიური ჩარევა, ამ რისკის ჯგუფში, შეიძლება იქცეს მკურნალობის საბოლოო სახედ, განსაკუთრებით მე-4 ხარისხის–სომატურად ძალიან მძიმე ავადმყოფებში. საერთოდ მძმ-ას მექანიკური სიყვითლით გართულებულ ნაღველკენჭოვანი დაავადების დროს (გარდა დიფუზური პერიტონიტისა) უკუჩვენება არ გააჩნია.

6. ჩვენს მიერ ექსპერიმენტში დამუშავებული სარქვლოვანი არეფლექსური ძღა-ის ხერხი წარმოადგენს აღმავალი ქოლანგიტის პროფილაქტიკის ეფექტურ საშუალებას, ამავე დროს უფრო საიმედოა და შესრულების სირთულითაც არ აღემატება ძღა-ის ტიპურ ხერხებს. აქედან გამომდინარე შემდგომი კვლევების საფუძველზე მიზანშეწონილია მისი ფართო გამოყენება (ძღა-ის ჩვენების დროს) კლინიკურ პრაქტიკაში.

7. ჩვენს მიერ შემუშავებული, მექანიკური სიყვითლით გართულებულ ნაღველკენჭოვანი დაავადების, ქირურგიული მკურნალობის ალგორითმის (რომელიც შედგება: ა) ტაქტიკის ალგორითმისაგან, რომელშიც მოცემულია ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკის შერჩევის პრინციპები; ბ) ოპერაციული მკურნალობის ალგორითმისაგან, რომელშიც მოცემულია ოპერაციათა სახეების შერჩევის პრინციპები; გ) განსაზღვრულია

მინიინვაზიური ქირურგიული ჩარევის ადგილი და გათვალისწინებულია მწვავე კალკულოზური ქოლეცისტიტის ქირურგიული მკურნალობის თავისებურებები) მიხედვით, ჩვენებით ჩატარებული მკურნალობით, მნიშვნელოვნად მცირდება: ოპერაციის შმდგომი გართულებები (2,4-ჯერ) და ლეტალობა (6,4-ჯერ).



## პრაქტიკული რეკომენდაციები

1. პრაქტიკული მოსაზრებებიდან გამომდინარე, მიზანშეწონილია მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი პათოლოგიით დაავადებული ავადმყოფი მივაკუთვნოთ, ჩვენს მიერ შემუშავებული კლასიფიკაციის რომელიმე ფორმას და დიაგნოზი გაფორმდეს შემდეგი თანმიმდევრობით: ა) მექანიკური სიყვითლე; ბ) ქრონიკული და მწვავე კალკულოზური ქოლეცისტიტი; გ) ამ უკანასკნელის დროს, გვაქვს თუ არა პერიტონიტი და მისი ფორმა (ამას გარკვეული მნიშვნელობა აქვს მკურნალობის ტაქტიკის შემუშავებაში); დ) სიყვითლის გამომწვევი მიზეზი (მნიშვნელობა აქვს რადიკალური ოპერაციის სახის შერჩევის თვალსაზრისით); ე) უმტკივნეულოა თუ მტკივნეული ფორმა; ვ) ამ უკანასკნელის დროს – მტკივნეული ფორმის რომელიმე სახე (ამას გარკვეული მნიშვნელობა აქვს ოპერაციამდე კონსერვატიული მკურნალობის შერჩევის თვალსაზრისით).

2. ავადმყოფი, ასაკის და სიყვითლის ხანგრძლივობის მიხედვით უნდა მივაკუთვნოთ კლინიკო-ლაბორატორიული მოდელის რომელიმე ვარიანტს, მაშასადამე I ან II რისკ-ჯგუფს და განვსაზღვროთ ქირურგიული მკურნალობის კონკრეტული ტაქტიკა ე.ი. ესაჭიროება მას ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობა – პირდაპირი ან შედარებითი ჩვენებით, თუ ერთმომენტიანი ქირურგიული მკურნალობა.

3. ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკის არჩევის შემთხვევაში, I მომენტად უნდა განვახორციელოთ სანაღვლე გზების

დეკომპრესია მკსტ-ით ან ტტქს-ით მათი ჩვენებების ან უკუჩვენებების გათვალისწინებით.

4. I ეტაპზე ჩატარებული მკურნალობის შემდეგ მიღებული შედეგების მიხედვით, კერძოდ – ქრონიკული კალკულოზური ქოლეცისტიტის დროს თუ: ა) მოხდა დეკომპრესია და სიყვითლის ლიკვიდაცია, მაგრამ სიყვითლის (ობტურაციის) გამომწვევი მიზეზის მოხსნა ვერ მოხერხდა, მაშინ II მომენტის რადიკალური ოპერაცია უნდა გაკეთდეს საშუალოდ  $6\pm 2$  დღის ფარგლებში სათანადო მედიკამენტოზურ-ინფუზური მომზადების შემდეგ და ოპერაციას უნდა ჰქონდეს ე.წ. ტრადიციული ღია ლაპარატომიის ფორმა ე.ი. განხორციელდება მქმ-ა ფართე ლაპარატომიით; ბ) თუ მოხდა დეკომპრესია, სიყვითლის და ობტურაციის მიზეზის ლიკვიდაცია (რაც I ეტაპზე ძირითადად მკსტ-ით არის შესაძლებელი), მაშინ II ეტაპზე – რადიკალური ოპერაცია, სათანადო ინფუზურ-მედიკამენტოზური მომზადების შემდეგ (ადრეული (გადავადებული) ოპერაცია), მიზანშეწონილია გაკეთდეს ლაპაროსკოპიული წესით. ე.ი. განხორციელდეს სრული მინიინვაზიური მქმ-ის პრინციპი.

5. მწვავე კალკულოზური ქოლეცისტიტის დროს: ა) თუ მოხდა სანაღვლე გზების დეკომპრესია, ობტურაციის მიზეზების და სიყვითლის ლიკვიდაცია, ამავე დროს განხორციელდა ანთების კუპირება, მაშინ II ეტაპზე რადიკალური ოპერაცია მიზანშეწონილია განხორციელდეს ადრეულ (გადავადებულ) ვადებში, სათანადო ინფუზურ-მედიკამენტოზური მომზადების შემდეგ და გაკეთდეს ლაპაროსკოპიული წესით. ე.ი. განხორციელდეს სრული მინიინვაზიური მქმ-ა; ბ) თუ მოხდა

სანაღვლე გზების დეკომპრესია, სიყვითლის (ობტურაციის) მიზეზის ლიკვიდაცია, მაგრამ ანთების კუპირება ვერ მოხერხდა ან გამოიხატა ნაღვლის ბუმტის დესტრუქციის ნიშნები, ბუნებრივია სიყვითლის სრულ ლიკვიდაციას ვერ დაველოდებით, ამ დროს მიზანშეწონილია ხანმოკლე მომზადების შემდეგ, გადაუდებელ ან სასწრაფო ვადებში გაკეთდეს ლქმ-ია თუ ამის საშუალებას ნაღვლის ბუმტის დესტრუქციის ფორმების იძლევა, ან ოპერაცია გაკეთდეს იგივე ვადებში, ღია ლაპაროტომიული წესით. გ) თუ მოხდა სანაღვლე გზების დეკომპრესია, სიყვითლის ლიკვიდაცია და ანთების კუპირება, მაგრამ სიყვითლის (ობტურაციის) მიზეზის ლიკვიდაცია, ვერ მოხერხდა, მაშინ რეკომენდირებულია II ეტაპზე რადიკალური ოპერაცია ვადის მიხედვით იყოს ადრეული (გადავადებული), რომ მოხდეს თანმხლები პათოლოგიების სათანადო კორექცია და გაკეთდეს ღია ლაპაროტომიული წესით. დ) თუ მოხდა დეკომპრესია, მაგრამ სიყვითლის (ობტურაციის) გამომწვევი მიზეზების ლიკვიდაცია და ანთების კუპირება ვერ მოხერხდა ან გამოიხატა ნაღვლის ბუმტის დესტრუქციის ნიშნები, ამ დროს სიყვითლის სრულ ლიკვიდაციას ვერ დაველოდებით და რეკომენდირებულია, ხანმოკლე მედიკამენტოზურ-ინფუზური მომზადების შემდეგ, ოპერაცია გაკეთდეს გადაუდებელი ან სასწრაფო ღია ლაპაროტომიული წესით.

6. მექანიკური სიყვითლით გართულებული ნაღველკენჭოვანი დაავადების დროს ქოლედოქოტომიის დასრულების სახეებიდან, რომლებიც რამდენადმე იცვლებიან ეტაპობრივი მკურნალობის დროს – ა) არჩევის მეთოდია გარეგანი დრენირება კერის დრენაჟით. ის ნაჩვენებია

ყველა შემთხვევაში, გარდა ქოლედოქუსის დისტალური ბლოკის არსებობისა და მისი ლიკვიდაციის შეუძლებლობის შემთხვევაში; ტრანსკეპატური დრენაჟის პარალელურად არსებობის პირობებში, გვექნება ორმაგი გარეგანი დრენირება, რომლის დროსაც განსაკუთრებული საუკეთესო პირობები იქმნება ჩირქოვანი ქოლანგიტის კუპირებისთვის.

ბ) ტტჰს-ური დრენაჟის არსებობის დროს, ქრონიკული კალკულოზური ქოლეცისტიტის შემთხვევაში, შესაძლებელია ქოლედოქუსის «ყრუ» ანუ «პირველადი» ნაკერის წარმოება, როგორც უფრო ფიზიოლოგიურის, ამასთან აღარ არის საჭირო ქოლედოქის დამატებითი დრენირება ნაღვლის ბუშტის ტაკვიდან; გ) როდესაც გამოხატულია ქოლედოქუსის გაუვრცელებელი სტრიქტურა (1,5 სმ-ზე ნაკლები) ან პაპილოსტენოზი და მისი ლიკვიდაცია ბუჟირების საშუალებით ვერ ხერხდება, რეკომენდირებულია მკსტ-ია და ტღჰსტ-ია. ამ დროს ტრანსკეპატური დრენაჟის პარალელურად არსებობის პირობებში გვექნება ორმაგი, გარეგან-შინაგანი დრენირება. დ) როდესაც გამოხატულია ქოლედოქუსის გავრცელებული დისტალური სტრიქტურა (1,5 სმ-ზე მეტად) რეკომენდირებულია ბილიოდიგესტიური ანასტომოზის წარმოება. ამასთან ჰღა-თან შედარებით უპირატესობა ეძლევა ქოლედოქოიუნოანასტომოზს რუს ტიპის მარყუჟზე, რომელიც პრაქტიკულად გამორიცხავს იუნოქოლედოქეალურ რეფლუქსს და აქედან გამომდინარე აღმავალ ქოლანგიტს. ჰღა-ის წარმოების შემთხვევაში მიზანშეწონილია, ჩვენს მიერ შემუშავებული, მისი სარქვლოვანი – არეფლუქსური ხერხი. ამ დროს

ტრანსჰეპატური დრენაჟის პარალელურად არსებობის პირობებში იქნება ორმაგი, გარეგან-შინაგანი დრენირება.

7. მექანიკური სიყვითლით გართულებული მწვავე კალკულოზური ქოლეცისტიტის დროს, გარდა დიფუზური პერიტონიტისა, ისევე როგორც ქრონიკული ქოლეცისტიტის დროს, ნაჩვენებია როგორც ერთეტაპიანი, ასევე ეტაპობრივი ქირურგიული მკურნალობა. ამასთან, ამ დროს მიზანშეწონილი არ არის ტრანსდუოდენური პაპილოტომიისა და ბილიოდისგესტიური ანასტომოზის წარმოება, პერიტონიტების დროს კი უკუნაჩვენებია, გარდა ამისა უკუნაჩვენებია ქოლედოქუსის «ყრუ» ანუ «პირველადი» ნაკერების წარმოებაც. ამ ფოზნე, ქოლედოქოტომიის დასრულების ხერხებიდან, კიდევ უფრო იზრდება გარეგანი დრენირების როლი კერის დრენაჟით.

## ლიტერატურა

1. ახმეტელი თ.ი., ძნელაძე ლ.ტ., პაპავა რნ. ნაღველკენჭოვანი დაავადება. თბილისი, 1996, 110 გვ.
2. ახმეტელი თ.ი., ძნელაძე ლ.ტ., მექანიკური სიყვითლე. თბილისი, 2002. 207 გვ.
3. გრიგოლია ნ., ნანეიშვილი მ., ბერიძე ი., ჩხაიძე გ., გრიგოლია გ., - ადამიანის ფასციოლოზის დიაგნოსტიკა და მკურნალობის საკითხისათვის. აკად. ეგნატე ფიფიას 100 წლისთვისადმი მიძღვნილი შრომათა კრებული. თბილისი, 2001 გვ. 122-126.
4. გოდერძილშვილი ვ. ღვიძლგარეთა ქოლესტაზი: ნაწლავის კედლის ცვლილებების როლი ორგანოთა დაზიანების პათოგენეზში. ავტორეფერატი მედ. მეც. კანდ. სამეცნ. ხარისხის მოსაპოვებლად. თბილისი 2001, 42 გვ.
5. გოკიელი გ. კლინიკური ლექციები. თბილისი 1995 წ. 451 გვ.
6. გურგენიძე მ. მაჭარაშვილი ა., ხუტულაშვილი ნ., ბერიძე ი. ულტრაბგერის, კომპიუტერული ტომოგრაფიის და რეტროგრადული პანკრეატოქოლანგიოგრაფიის როლი ქოლედოქოლითიაზის დიაგნოსტიკასა და მკურნალობის ტაქტიკის შერჩევაში. რენტგენოლოგიის და რადიოლოგიის მაცნე, თბილისი 1997, გვ.29.
7. დემეტრაძე ნ. თოიძე შ. – ტოპოგრაფიული ანატომია. თბილისი 1975 წ. 365 გვ.
8. თოიძე შ. ოპერაციული ქირურგია. თბილისი 1983 წ. 402 გვ.

9. თოდუა ფ., ხუტულაშვილი ნ., გურგენიძე ე., გვეტაძე თ., - ინსტრუმენტული მეთოდების შედარებითი ანალიზი პანკრეასის დიაგნოსტიკაში. რენტგენოლოგიის მაცნე I (7) თბილისი, 2001, გვ.: 49-51.
10. კილაძე მ. ექსტრაკორპორული დეტოქსიკაცია და იმუნოკორექცია ბილიარული სისტემის ჩირქოვან-სეპტიური დაავადების კომპლექსურ მკურნალობაში. ის: მედ.მეცნ. კანდ. თბილისი, 1994.
11. კილაძე მ. ნალველკენჭოვანი დაავადების ქირურგიული მკურნალობის ოპტიმიზება ლაპროსკოპიული და ტრადიციული მეთოდებით. დის. მედ. მეცნ. დოქტ. თბილისი, 2002. 293 გვ.
12. კორძაია დ. ხუჭუა ა. ნალვლის გზების სტრუქტურული გარდაქმნები დაბერების პროცესში და ბილიარული პათოლოგიების დროს, მათი როლი ოპერაციული მკურნალობის თავისებურებათა დაფუძნებაში კ. ერისთავის სახ. ექსპერიმენტული და კლინიკური ქირურგიის ინსტიტუტის შრომათა კრებული, თბილისი, 1997. გვ. 159-174.
13. ლომიძე ნ. ქორიძე თ. ელაშვილი გ. მინილაპაროტომია ნალველკენჭოვანი დაავადების მკურნალობაში. Материалы межд. Научно-практической конференции. Тбилиси, 26-29 октября 1999. Том 1 с. 142-143.
14. მოსიძე ბ. სირაძე თ. გაბაშვილი ვ. კალმახელიძე ლ. ღვიძლის ამებური აბსცესის ლაპაროსკოპიული მკურნალობა. Материалы межд. Научно-практической конференций. Тбилиси, 26-29 октября, 1999, Том 1 с. 121.
15. ტაბუცაძე თ. ნალვლის ბუშტისა და ექსტრაჰეპატური სანალვლე გზების ანომალიების კლინიკური მნიშვნელობა. ქირურგიის აქტუალური საკითხები – თბილისის სახ. სამედ. ნივერსიტეტის შრომათა კრებული, თბილისი, 1995, გვ.120-125.

16. ტაბუცაძე თ. ულტრბგერითი გამოკვლევის დიაგნოზური შესაძლებლობები და პროგნოზული მნიშვნელობა ლაპაროსკოპიული ქოდეცისტექტომიის დროს. ქირურგიის აქტუალური საკითხები – თბილისის სახ. სამედ. უნივერსიტეტის შრომათა კრებული, თბილისი, 1995, გვ. 111-115.

17. ტაბუცაძე თ. ჩიქოზავა გ. ღვიძლის პარაზიტული და არა პარაზიტული კისტემის ქირურგიული მკურნალობა ლაპაროსკოპიული მეთოდით. Материалы межд. Научно-практической конференций. Тбилиси, 26-29 октября, 1999. Том 1 с. 158-159.

18. ურუშაძე ო. გიორგაძე კ. მიზანდარი მ. მთვარაძე ა. ტრანსკუტანური დიაგნოსტიკური და სამკურნალო ენდობილიარული ჩარევების მეთოდის ზოგიერთი საკითხი. რენტგენოლოგიისა და რადიოლოგიის მაცნე, 1997, თბილისი, საქართველოს რადიოლოგთა I კონგრესის მასალები, თბილისი 16-18 ოკტომბერი, გვ. 95-98.

19. ფიფია გ. ექოგრაფია და ტრანსკუტანური ჰეპატოქოლანგიოგრაფია ობტურაციული სიყვითლის დროს. თბილისი. 1998. 78გვ.

20. ფიფია გ. კეთილთვისებიანი მექანიკური სიყვითლის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა. დის. მედ. მეცნ. დოქტ. თბილისი, 2000, 310 გვ.

21. ქურციკიძე ა. ცუცქირიძე გ. დავითაია და თანაავტ. მექანიკური სიყვითლის ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკა. შრომათა კრებული



მიძღვნილი აკად. ე. ფიფიას 100 წლისთვისადმი. თბილისი, 2001, 127-133 გვ.

22. ჩხიკვაძე თ. არჩვაძე ვ. ჯიქია დ. ქირურგიის ტაქტიკა მწვავე ქოლეცისტიტის დროს. Материалы между. Научно-практической конференций. Тбилиси, 26-29 октября, 199. Том 1 с. 212-213.

23. ჯანიშვილი ა. არჩვაძე ბ. ქოიავა ო. რეხვიაშვილი გ. სანადვლე გზების დეკომპრესის საკითხისათვის. აკად. ე. ფიფიას 100 წლისთვისადმი მიძღვნილი შრომათა კრებული. თბილისი, 2001. გვ. 117-121.

24. ცხაკაია ზ.ა. ვინოგრადოვი ვ.ვ. მამამთავრიშვილი დ.გ. ქოლედოქუსის ქირურგია. თბილისი 1976, 220გვ.

25. Авдей Л.В. Классификация и лечения печеночной недостаточности. З. Б. 1973. №7. с.3-8.

26. Авдей Л.В. Белановский Э.Д. Некоторые вопросы, диагностика и лечение перихоледохеального лимфаденита. К.Х. 1975. №3. с. 1-4.

27. Агафонов А.А., Кузнецов В.А. и др. Обоснование метода выбора дренирования желчных путей при механической желтухе. Х. 1979. №5 с. 82-86.

28. Агафонов И.В., Давидов А.А. и др. Причины осложнения транспапилярных вмешательств при эндоскопическом лечении осложнений желчнокаменной болезни. Московский международный конгресс по Э.Х., 6-й: сборник тезисов под ред. Проф. Ю.К. Галлингера. Москва 24-26 апрель. 2002. 8-10.

29. Алиев М.А. Сексенбаев., и др. Лапароскопическое холецистэктомия при калькулезном холецистите у больных с сопутствующими заболеваниями. Э.Х. 1. 1999. с.39-41.

30. Альперович Б.И., Бражникова Н.А. Предупреждение осложнений при наружном дренировании желчных путей. В.Х. 1988. 2. 101-103.
31. Альперович Б.И., Бражникова Н.А. Холангит в хирургии желчных путей. В.Х. 1982. №4 с. 137-141.
32. Аммосов А.Б. Дмитриев В.В. и др. Категории сложности в «золотом стандарте» лечения холелитиаза. Э.Х. 1. 2003. 20-22
33. Андреев А.Л. Лапароскопический холедоходуоденоанастомоз и фиброэндоскопические вмешательства в лечении рубцовой стриктуры терминального отдела холедоха и папилостеноза. Э.Х. 2005. 1. с. 11.
34. Андреев А.Л. Рыбин Е.П. и др. комбинированная эндоскопическая хирургия желчнокаменной болезни, осложненной заболеваниями терминального отдела общего желчного протока. В.Х. 1997, 156; 3; 30-34.
35. Андриющенко В.П. Оптимальное дренирование желчных протоков и подпеченочного углубления в хирургическом лечении осложненного холецистита. К.Х. 1992. №9-10. с. 44-46.
36. Арутюнян Ю.А. и др. К. вопросу о хирургической тактике при остром холецистите у больных сахарным диабетом. Э.Х. 1. 2005. с. 189.
37. Атанасов Д. и др. Модифицированная методика наложения гепатикохоледохоюноанастомоза. Х. 1989. с. 28-31.
38. Атмурзаев М.М. Отдаленные результаты лапороскопической холецистэктомии (анализ трехлетнего динамического наблюдения) : Автореф. Дисс. Канд. Мед. Наук. М., 1996.
39. Ахаладзе Г.Г. Клинические стадии острого гнойного холангита. Анналы хирургической гепатологии. 1997. т.2, 103-109.
40. Ахаладзе Г.Г. Причины неудовлетворительных результатов супрадуопальной холедоходуоденостомии и способы их коррекции. Автореф. Дис. Канд. Мед. Наук. М. 1982. 31-с.

41. Балалыкин А.С. Жандаров А.В. и др. – Эндоскопическая папилотомия при холангиолитиазе: доступы, принципы, Эффективность. Э.Х. 2004. 2. с.16-22.
42. Балалыкин А.С. и др. – Большой сосок двенадцатиперстной кишки (БСД) в открытой и Эндоскопической хирургии. Э.Х. 1. 2004. с.24.
43. Балалыкин А.С., Авалиани М.В. и др. – Эндоскопический способ лечения осложненного острого калькулезного холецистита. Х. 1990. №10. Сю 38-42.
44. Баскаков В.А. Кутяков М.Г. и др. Показания к холедохотомии и методы ее завершения Х. 1988. №9. с. 24-27.
45. Батвинков Н.К. и др. Клиническая хирургия. Мн.: Виш. Шк. 1998. с. 558.
46. Баторфи И., Фазекали А.Б. и др. Опыт 735 лапароскопической холецистэктомий. Х. 1995. №5. с. 11-14.
47. Баширов А.В. Алибеков А.Е. Иммунокоррекция при хирургическом лечении механической желтухи. Третий конгресс ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова. Материалы конгресса. М. 2001. 102-103.
48. Бебуришвили А.Г. и др. Эволюция подходов к хирургическому лечению осложненного холецистита. Х. 1. 2005. с. 43-47.
49. Беляев А.А., Климов А.Б., хирургическая тактика у больных пожилого и старческого возраста с механической желтухой желчнокаменного происхождения. Х. 1988.№9. с. 24-27.
50. Березницкий Я.С., Семашко А.В. и др. – Выбор способа операции при желчнокаменной болезни. СБ. тр. межд. Конф. «Новые технологии в диагностике и хирургии билиопанкреатодуоденальной зоны». М. 1995. с. 73-74.
51. Благовидов Д.Ф., Тодуа Ф.И., - Чрескожная Чреспеченочная холангиография и гепатохолангиостомия под контролем компьютерной томографий. Сов. Мед. 1986. №1. с. 37-40.

52. Блитов В.Ю. Лапароскопическая холецистэктомия и чресфистульная эндоскопическая санация желчного пузыря, как метод лечения острого калькулезного холецистита у больных с высокой степенью операционного риска: Автореф. Дисс. Канд. Мед. Наук. М. 1991. с. 23.

53. Блажтко Е.М. Толстых Г.Н. Причины послеоперационной летальности при остром и хроническом холецистите. Матер. Конф. «Заболевания желчных внепеченочных путей». Новосибирск 1995. с. 103-104.

54. Бондаренко В.А. Тарапов И.К. и др. Малоинвазивные хирургические вмешательства при холедохолитиазе, осложненном механической желтухой, у лиц пожилого и старческого возраста. Э.Х. 1. 2005. с. 21.

55. Борисов А. Е., Верховский В.С. Чрескожная чреспеченочная холангиография и дренирование желчных путей в диагностике и лечении механической желтухи различной этиологий. В. Кн.: тез. Докл. 2-го респ. Съезда онкологов, рентгенологов и радиологов Казахстана. Алма-ата 1988. с. 492-493.

56. Борисов Б.Я., Шихман М.Е. – Предоперационная подготовка, выбор срока и метода операции у больных с механической желтухой: Метод рекомендации. Челябинск, 1985.с. 24.

57. Борисов А.Е. Боримова Н.А. и др. – Эндобилиярные вмешательства в лечении механической желтухи. С – П. Эскулар. 1997. с. 152.

58. Брискин Б.С. и др. Холедохолитиаз проблемы и перспективы. Анналы хир. Гепатол. 1998. 3. 2. с. 71-78.

59. Брискин Б.С. и др. Профилактика дуоденохоледохеального рефлюкса после эндоскопической папилотомии при холедохолитиазе, осложненном механической желтухой и холангитом. Э.Х. 2004. 1. с. 26.

60. Брискин Б.С. Демидов Д.А. – Клинические и морфологические параллели в эндоскопическом лечении холангита при холедохолитиазе. Э.Х. 1. 2005. с.25.

61. Брискин Б.С. Эктов П.В. и др. – Ретродуоденальные перфорации при эндоскопическом рассечении Большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Э.Х. 2003. 1. с. 30-34.
62. Бухарин А.Н., Рамазанов Б.А. и др. Эффективность применения различных методов хирургического лечения больных желчнокаменной болезнью, Третий конгресс ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова, Материалы конгресса. М. 2001. 106.
63. Буянов В.М. Егиев В.Н. и др. – Лечебная тактика при механической желтухе. Сов. Мед. 1990. 10. 90-93.
64. Быков А.В. современные подходы к диагностике и хирургическому лечению желчнокаменной болезни. Автореф. Дисс. Докт. Мед. Наук. Нижний Новгород. 1992.с. 34.
65. Ваиль С.С. О функциональном значении морфологических изменений печени при гепатитах и циррозах. Тер. Архив. 1961. Т 33. №9. с. 79-88.
66. Виноградов В.В. Вишневский В.А. и др. – Билиодигестивные анастомозы. М. Медицина. 1972. с. 182.
67. Виноградов В.В., Цхакая З.А., Пауткин Ю.Ф. Хирургия желчных путей. Тбилиси «Сакартвело», 1991
68. Винокуров М.М., Петров В.С. и др. – Двухэтапное хирургическое лечение больных с холецисто – холедохолитиазам. Э.Х. 1. 2004. с. 37.
69. Вишневский А.А., Ульяшанис Я.Д. и др. Желчеотводящие анастомозы. М. 1973. с. 304.
70. Витебский Я.Д., Клапанные анастомозы в хирургии пищеварительного тракта. М. «Медицина» 1998, с. 112.
71. Владинский А.В., Соколенко Г.В. – Влияние анестезиологического обеспечения на функцию печени при минилапаротомной холецистэктомии. Э.Х. 1. 2005. с. 28.

72. Войновский А.Е. и др. – Хирургическая тактика при желчнокаменной болезни. Э.Х. 1. 2005. с. 30.
73. Галлингер Ю.И., Тимошин А.Д. Лапароскопическая холецистэктомия «Практическое руководство» Москваю 1992.
74. Галлингер Ю.И., Карпенкова В.И. Лапароскопическая холецистэктомия – пятилетний опыт. Тезисы докладов Сибирской научно – практической конф. По Э.Х. и терапевтической эндоскопии. Новокузнецк. 1995. с. 31-33.
75. Гальперин Э.И. Некоторые проблемы патогенеза и лечение печеночной недостаточности. Печеночная недостаточность и вопросы трансплантации печени. М. 1972. с. 14-25.
76. Гальперин Э.И., Неклюдова Е.А. – Гнойная интоксикация и недостаточность печени при механической желтухе. Х. 1978. №9. с. 81.
77. Гальперин Э.И., Семендяев М.Н., и др. – Недостаточность печени. М. 1978. с. 328.
78. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф. и др. – Рубцовые стриктуры желчных протоков. М. Медицина. 1982. с. 240.
79. Гальперин Э.И., Татишвили Г.П. и др. – Хирургическое лечение гнойного холангита. Х. 1983. №8. с. 14-19.
80. Гиленко И.А. Лечение острого холецистита осложненного механической желтухой. Х. 1989. №7. с. 40-42.
81. Греджев А.Ф. и др. – Перихоледохеальный лимфаденит. К.Х. 1972. №6. с. 51-54.
82. Гринберг А.А. Неотложная абдоминальная хирургия. М. 2000.с. 496.
83. Дадвани С.Д., Ветшев П.С. и др. Желчнокаменная болезнь. М: Видар – М. 2000.

84. Дасаев А.Н., Лукьянов В.М. Перихоледохеальный лимфаденит. Х. 1976. №1. с. 129-132.
85. Деговцов Е.Н., Возлюбленный С.И. – Острый деструктивный холецистит: применение комбинации миниинвазивных оперативных методов. Э.Х. 1. 2004. с. 54.
86. Дедерер Ю.М., Устинов Г.Г. Допустимы ли щадящие операции при желчнокаменной болезни. Х. 1987. №2. с. 3-6.
87. Дедерер Ю.М., Шихман С.М. и др. – Гепатоцеребральная недостаточность при механической желтухе. К.М. 1979. т 57. №59, с. 80-83.
88. Джоркаев А.А., Мовчун и др. – Хирургическая тактика у больных хроническим калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом. Х. №3. 2004. с. 13-17.
89. Добровольский С.Р., Богопольский П.М. и др. – Преимущества и недостатки различных способов холецистэктомии. Хирургия. 7. 2004. с.56-61.
90. Добаев В.А. Оценка риска операции и обоснование хирургической тактики при желчнокаменной болезни у гериатрических больных. Автореф. Дисс. Канд. Мед. Наук. М. 1989. с. 22.
91. Евтихов Р.М., Журавлев В.А. и др. – Механическая желтуха, хронический панкреатит. М. 1999. с. 255.
92. Егиев В.Н. Некоторые технические моменты лапароскопических ассистированных операций. Э.Х. №. 2001. с. 3-7.
93. Егиев В.Н., Валетов А.И. и др. – К выбору тактики лечения холедохолитиаза. Э.Х. .: 2000.. с. 13-15.
94. Емельянов С.И., Фаденко В.В. и др. Эндоскопическое лечение холедохолитиаза. Материалы международного симпозиума «Лапароскопическая хирургия». Москва 1994. с. 45-46.

95. Еременко И.П., Майстеренко Н.А. и др. Гепатобилиарная хирургия. С – П, 1999. 266 с.
96. Ермаков Е.А., Лищенко А.Н. – Одноэтапное лечение желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом. Э.Х. 1. 2004. с. 57.
97. Ермолов А.С., Шулутко А.М. – Хирургическое лечение острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста. Х. 1998. №2 с. 11-13.
98. Жерлов Г.К., Зыков Д.В. и др. Профилактика и лечение рефлюкс-холангита. Х. 2002.. 12. с. 17-20.
99. Затевахин Н.К., Кушнир В.К. и др. – Тактика лечения больных с механической желтухой доброкачественного генеза. В кн.: Тезисы Всесоюзной конференции «Хирургия желчных путей». 1991. с. 211-212.
100. Захаров Н.И. Отдельные результаты «Мини-холецистэктомии» и перспективы развития метода. Материалы конф. «Заболевание желчных внепеченочных путей». Новосибирск. 1995. с. 8-9.
101. Земляной А.Г. и др. Принципы формирования анастомозов на полых органах желудочно-кишечного тракта с учетом особенностей регенерации. В.Х. 1989. 3. с. 91-95.
102. Ившин В.Г., Якушин А.Ю. и др. – Чрезкожные диагностические и желчноотводящие вмешательства у больных механической желтухой. Тула. 2000. с. 311.
103. Истомин Н.П. Двухэтапная тактика лечения желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом. Х. 1. 2005. с. 48-50.
104. Кайкенов Г., Кожахметов С. и др. – лапароскопическая холецистэктомия и холецистэктомия из минидоступа в лечении желчнокаменной болезни. Э.Х. 1. 2004. с. 71.



105. Капранов Ш.И., Авалиани М.В. и др. Чрезпеченочные эндобилиарные вмешательства при стриктурах желчных протоков. *Анналы хир. Пат.* 1997. 2. с. 123-131.
106. Карабельников А.И. и др. Комбинированные операции и мини-лапаротомия в хирургическом лечении ЖКБ. *Мат. IV конф. Хирургов-гепатологов.* Тула. 1996. с. 55.
107. Караман Н.В., Кравчук А.Н. и др. – Профилактика и лечение острой печеночной недостаточности при операциях по поводу механической желтухи. *Х.* 1980. №1. с. 26-30.
108. Каримов Ш.К., Кротов Н.Ф. и др. – Осложнение лапароскопической холецистэктомии при хроническом калькулезном холецистите. *Э.Х.* 4. 2000. с. 39-41.
109. Каримов Ш.К., Ахмедов Р.М. и др. Оценка функционального состояния печени при применении эндобилиарных вмешательств у больных механической желтухой. *Мед. Журнал Узбекистана.* 1990. №7 с. 59-63.
110. Каримов Ш.К., Ким В.Л. и др. – Место и возможность малоинвазивных вмешательств в лечении больных механической желтухой. *Э.Х.* 1. 2003. с. 23-26.
111. Каримов Ш.К., Ким В.Л. и др. – Литолизис и ударно-волновая литотрипсия в лечении желчнокаменной болезни. *Э.Х.* 1. 2003. с. 27-29.
112. Каримов Ш.К., Ахмедов Р.М. и др. – Новая методика лечения больных с механической желтухой, осложненной холангитом. В. Кн.: Тезисы докладов 5-го съезда хирургов республик Средней Азии и Казахстана. Ташкент. 1991. с. 269-271.
113. Каримов Ш.К., Ахмедов Р.М. и др. – Рентгеноэндобилиарная хирургия при механической желтухе. *Х.* 1990. №10. с. 129-130.

114. Касумьян С.А., Некрасов А.Ю. и др. – Использование лапароскопии при остром холецистите у больных с высоким операционным риском. Э.Х. 1. 2005. с. 68.
115. Клименко Г.А. и др. Холедохолитиаз. М. Медицина. 2000. с. 224.
116. Козырев М.А. Лечение острой печеночной недостаточности при механической желтухе. Х. 1990. 10. с. 42-45.
117. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей. М. Медицина. 1990. с. 240.
118. Короткевич А.Г. и др. К выбору тактики лечения осложненных форм желчнокаменной болезни. В.Х. 1997. 156. 1. с. 32-35.
119. Котовский А.Е. и др. – Отдаленные результаты эндоскопической папилиосфинктеротомии, Анналы хир. Гепатологии. 1997. т 2. с. 132-135.
120. Кочнев О.С., Ким И.А. и др. механическая желтуха лапаротомия или эндоскопия. Хирургия. 1990. 2. с. 26-32.
121. Кочнев О.С. Экстренная хирургия желудочно-кишечного тракта. Казан. 1984. с. 288.
122. Кочуков В.П., Заркуа В.В. и др. – Разрешение билиарной гипертензии сочетанным встречным («рандеву») способом. Э.Х. 1. 2004. с. 77.
123. Краковский А.К. и др. Лечение печеночной недостаточности при механической желтухе. Х. 1983. №1. с. 31-36
124. Краковский А.К., Пискунов В.П. Значение аммиачной интоксикации в патогенезе печеночной недостаточности при механической желтухе. Х. 1976. №1. с. 19-24.
125. Крылов Ю.М., Короткевич А.Г. и др. эндоскопическая тактика при деструктивном холецистите. Тез. Докл. Росс. Конф. «Эндохирургия В лечении неотложных заболеваний и травм грудной и брюшной полости». Казан. Эндокринология сегодня. 1995. №4. с. 66-67.

126. Кузин Н.М. и др. – К проблеме хирургии калькулезного холецистита. Х. 1995. №1. с. 18-22.
127. Кузин Н.М., Кузнецов Н.А. и др. Традиционная, сочетанная и лапароскопическая холецистэктомия: операционный риск. Тезисы докладов конф. «Методы малоинвазивной хирургии в лечении заболеваний органов грудной и брюшной полости». Москва. 1995. с. 14-15.
128. Кузовлев Н.Ф. рубцовая стриктура печеночных протоков. Прецизионный желчно-кишечный анастомоз без дренажакаркаса. Анналы хирургической гепатологии. 1996. №1. с. 108-114.
129. Кулешова О.Д. Комплексная оценка степени тяжести состояния больных с механической желтухой. Х. 1992. 2. с. 105-108.
130. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям путей. Москва. «ГЕОТАР-МЕД». 2001. с. 264.
131. Линичев О.Д., Гаврилов В.В. и др. 15 – летний опыт применения эндохирургических операций при холедохолитиазе. Э.Х. 6. 2000. с. 9-12.
132. Лищенко А.Н., Ермаков Е.А. – Новые подходы к лечению холецистохоледохолтиаза. Э.Х. 1. 2005. с. 75.
133. Ломидзе Н.Б., Ахметели Т.И. Дзнеладзе Л.Т. Опыт хирургического лечения больных с механической желтухой. II межд. Конф. Ученых-медиков стран Черноморского бассейна. Конф. Трабзон. 2000. с. 131-132.
134. Лопухин Ю.М., Савельев В.С. Хирургия. (пер. с англ.) «ГЕОТАР-МЕД». Москва. 1997. с. 1070.
135. Лотов А.Н., Дадвани С.А. и др. – Малоинвазивные технологии при синдроме механической желтухи. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1998. 2. 44-49.
136. Луцевич О.Э., Гордеев С.А. и др. Опыт 2500 лапароскопической холецистэктомии. Э.Х. 1996. №1. с. 3-6

137. Луцевич Э.О., Стахивич В.А. – Результаты применения эндосонографии и малоинвазивных операций в диагностике и лечении осложненных форм желчнокаменной болезни. Э.Х. 1.2004. с.93.

138. Мазурик М.ф., Рудый М.А. и др. Исходы холедохотомий в зависимости от метода их завершения при механической желтухе. Х. 1988. 9. с.134-137.

139. Майстеренко Н.А., Нечай А.И. Гепатобилиарная хирургия. С – П. 1999.с. 320.

140. Майстеренко Н.А., Стукалов В.В. Холедохолитиаз. С – П. 2000. с. 285.

141. Майстеренко Н.А., Шейко С.Б. и др. – Принципы диагностики и эндовидеохирургического лечения острого холецистита. Э.Х. прил. 2003. с. 105.

142. Макаров В.И., Сотниченко Б.А, и др. – Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография и папиллосфинктеротомия: осложнение, профилактика. Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии 6-й: Сборник тезисов под ред. Проф. Ю.И. Галлингера. Москва. 24-26 апреля 2002. М. 2002. с. 207-208.

143. Макшанов И.Я. – Хирургическая операция Мн.: КД. 2002. с. 416.

144. Малахонов С.Н. Возможности лапароскопической холецистэктомии при остром и хроническом холецистите. Автореф. Дисс. Канд. Мед. Наук. М. 1994. с. 18.

145. Малиновский Н.Н, Решетников Е.А. Дизпансеризация больных хирургического профиля М. «Медицина».1990. с. 256.

146. Маскин С.С., Бобырин А.В. и др. Сравнительные аспекты лапароскопической и стандартной холецистэктомии. Мат. IV конф. Хирургов-гепатологов. Тула. 1996. с. 55.

147. Милонов О.Б. Показания к холедохотомии и методы ее завершения. Х. 1973. №5. с. 7-13.

148. Милонов О.Б., Грязнов С.Н. Двойное Внутреннее дренирование общего желчного протока. М. 1986. с. 272.
149. Милонов О.Б., Мовгун А.А. и др. – Хирургическая коррекция доброкачественного стеноза терминального отдела гепатикохоледоха. Проблемы современной хирургии, сборн. Научных трудов. Москва. 1977. с. 117-121.
150. Мирзоян С.О., Мирзоян С.С. и др. – Тактика лечения калькулезного холецистита, осложненного холедохолитиазом у больных пожилого и старческого возраста. Э.Х. 1. 2005. с. 86.
151. Мисник В.И., Меграбян Р.А. и др. Принципы лечения гнойного холангита при остром холецистите. Третий конгресс ассоциаций хирургов им. Н.К. Пирогова. Мат. Конгресса М. 2001. с. 115-116.
152. Мовчун А.А., Колосс О.Е. и др. Современные методы и тактика в хирургическом лечении хронического калькулезного холецистита. Мат. IV конф. Хирургов-гепатологов. Тула. 1996. с. 56.
153. Мовчун А.А. и др. Хирургическое лечение хронического калькулезного холецистита и его осложнений. Х. 1998. 1. с. 8-10.
154. Мосятин В.Б., Капрова Е.А. Возможность лапароскопической ревизии холедоха. Э.Х. 1998. №1. с. 31.
155. Муцуров Х.С., Балалыкин В.Д. и др. – О пересмотре некоторых понятий открытой и эндоскопической хирургии большого дуоденального сосочка (БДС). Э.Х. 1. 2005. с. 179.
156. Напалков П.Н., Лицко М.Т. и др. – Патогенез, терапия и хирургическое лечение печеночной недостаточности при механической желтухе. Успехи гепатологии. Рига. 1978. с. 298-309.
157. Нехаев А.Н., Рычалов Г.П. и др. Влияние малоинвазивных технологий на частоту послеоперационных осложнений у больных калькулезным холециститом. Э.Х. 1. 2005. с. 96.

158. Нечай А.И. Рецидивный и резидуальный холедохолитиаз. Хирургия. 1998. 9. с. 37-41.
159. Нечай А.И., Ситенко В.М. и др. Неоперативное удаление камней из желчных протоков при их наружном дренировании. Л. Медицина. 1987. с. 160.
160. Нидерле Б. и соавт. Хирургия желчных путей. Прага. Авиценум. 1982. с. 429.
161. Николаев Е.В. и др. Эндохирургическое лечение острого деструктивного холецистита, осложненного холедохолитиазом, у больных пожилого и старческого возраста. Э.Х. прил. 2003. с. 114.
162. Нихенсон Н.О., Хоменко В.В. Холедохотомия и методы ее завершения. Х. 1986. 2. с. 35-39.
163. Нихенсон Н.О., Чекмазов И.А. и др. Холедоходиоденостомия при холедохолитиазе и доброкачественных стриктурах общего желчного протока. Х. 1989. с. 11-15
164. Оноприев А.В. и др. – Лапароскопическая холедохолитотомия в малоинвазивном лечении камней общего желчного протока. Э.Х. 1. 2005. с. 98.
165. Осипов А.П., Салов А.Б. О завершении холедохотомии. В.Х. 1989. 2. с. 27-30.
166. Панченков Д.Н. и др. Транспозиция фрагмента тощей кишки на сосудистой ножке для восстановления пассажа желчи при окклюзионных поражениях желчных внепеченочных протоков (экспериментальное исследование). Э.Х. 2005. с. 197.
167. Петровский Б.В., Ванциян Э.Н. и др. Применения назобилиарного дренирования при лечении больных механической желтухой и холангитом Х. 1981. №10. с. 3-5.
168. Петрушина М.В. Механическая желтуха при остром панкреатите. Ист.: [www.medlinks.ru](http://www.medlinks.ru)02.09.2002.

169. Пиковский Д.Л., Житникова К.С. Желчная гипертензия, тактическая схема – классификация холецистита, принципы хирургии желчных путей. Волгоград. 1980. с. 13-34
170. Пиковский Д.Л., Житникова К.С. и др. Желчная гипертензия, механическая желтуха и печеночная недостаточность. Ташкент. 1980. с. 93-96.
171. Пипия Г.В. и др. Наружное Чрескожное дренирование печени «Сабчота Медицина». 1989. с. 6-9.
172. Пипия В.И., Цхакая З.А. и др. Вмешательства на желчных путях при обтурационной желтухе путем чрескожного чрепеченочного доступа. В.Х. 1989. 2. с. 106-108.
173. Потапов Л.В., Кудреватых И.П. и др. – Осложнения папилосфинктеротомии и их профилактика. Московский международный конгресс по Э.Х. 6-й: сборник тезисов под ред. Проф. Ю.И. Галлингера. Москва. 24-26 апреля 2002. М. 2002. с. 278-279.
174. Прудков М.И., Бебуришвили А.Г. и др. Минилапаротомия с элементами «открытой» лапароскопии в хирургическом лечении калькулезного холецистита. Э.Х. 1996. №2. с. 12-16.
175. Родионов В.В., Филимонов М.П., Могучев В.М. Калькулезный холецистит (осложненный механической желтухой). М. Медицина. 1991. с. 320.
176. Родионов В.В. и др. Показания к холедохотомии и методы ее завершения. Х. 1976. №1. с. 82-87.
177. Рычагов Г.П., Нехаев А.Н. и др. – Малоинвазивные технологии в лечении калькулезного холецистита, осложненного патологией желчных внепеченочных путей. Э.Х. 1. 2005. с. 111.
178. Савельев В.С., Вуянов В.М. и др. Холедохотомия с глухим швом. Х. 1968. №3. с. 47.

179. Савельев В.С., Ломубовский В.И. и др. Чрескожное чреспеченочное дренирование желчных путей при механической желтухе. Х. 1988. №1. с. 3-7.
180. Савельев В.С., Ревякин В.И. и др. – Основные выводы из пятилетнего опыта применения лапароскопической холецистэктомии. Сборник тезисов российского симпозиума «Осложнение эндоскопической хирургии». Москва. 1996. с. 119-122.
181. Сандаков П.Я. и др. – Результаты диагностики и малоинвазивного хирургического лечения острого калькулезного холецистита. Э.Х. 1. 2005. с. 121.
182. Сандаков П.Я. и др. – Факторы операционного риска при малоинвазивной хирургии острого холецистита. Э.Х. 1. 2005. с. 122.
183. Сербул М.М. – Особенности одномоментной лапароскопической холецистэктомии и холелитозэкстракции у больных с механической желтухой. Э.Х. 1. 2005. с. 124.
184. Ситников В.А. Некоторые аспекты предоперационной диагностики и лечения больных с механической желтухой и печеночной недостаточностью. В.Х. 1985. №5. с. 48-51.
185. Ситников В.Н., Митюрин М.С. и др. – использование миниинвазивных технологий у больных с деструктивными формами острого холецистита, осложненными холангитом. Э.Х. 1. 2005. с. 139.
186. Смолин В.Г., Сысолятин А.А. и др. – Применение эндоскопической папилотомии в лечении желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом. Э.Х. прил. 2003. с. 151.
187. Снигирев Ю.В., Трошкин В.В. и др. – К вопросу о лапароскопической холедохолитотомии. Э.Х. 1. 2005. с. 135.
188. Снигирев Ю.В. и др. К вопросу одноэтапного эндохирургического лечения острого холецистита в сочетании с патологией желчных протоков. Э.Х. прил. 2003. с. 150.



189. Снигирев Ю.В., Балалыкин В.Д. и др. – Эндоскопическая папилотомия. Э.Х. прил. 2003. с. 152.
190. Соловьев М.М. Пути применение устройств для наложения компрессионных анастомозов в лапароскопической хирургии. Э.Х. прил. 2003. с. 150.
191. Солодина Е.Н. и др. Методы лечения протоковых осложнений желчнокаменной болезни, выявленных при лапароскопической холецистэктомии. Э.Х. прил. 2003. с. 158.
192. Старков Ю.Г. Экстракорпоральная литотрипсия при желчнокаменной болезни. Дисс. Канд. Мед. Наук. М. 1992. с. 24.
193. Стрижелецкий В.В., Рутенбург Г.М. и др. Эндовидеохирургическое лечение желчнокаменной болезни и ее осложнений. Актуальные проблемы эндохирургии (Сборник трудов). Ереван. 2000. с. 27-35.
194. Табуцадзе Т.У. лапароскопическая хирургия. Тбилиси. 2000.
195. Тамкинов Н.В., Сысомтин А.А. и др. Эндоскопическая супрапапилярная холедоходуоденостомия при холедохолитиазе терминального отдела общего желчного протока. Э.Х. прил. 2003. с. 164.
196. Тарасов К.Е., Великов В.К. – Логика и семиотика диагноза (методологические проблемы) М. Медицина. 1989. с. 272.
197. Татаршов М.Х. – Диагностика и хирургическое лечение рубцовых стриктур желчных протоков, Анналы хирургической гепатологии. 2001. 6. с. 90-94.
198. Таточенко К.В., Степанов А.В. Выбор метода холангиографии при холестазе. В.Х. 1988. 1. с. 36-39.
199. Терешов А. Терминолатеральный Холедохо-дуоденоанастомоз как метод окончания холедохотомии. Жур. «Ассоциация хирургов-гепатологов» Том. 3. 1. 1998 г.

200. Тимербулатов В.М. и др. эндоскопическая диагностика и лечение механической желтухи. Э.Х. прил. 2003. с. 159.
201. Тимошин А.Д., Шестаков А.А. и др. Показания к вмешательствам из минилапаротомного доступа при желчнокаменной болезни. Сборник трудов международной конференции «Новые технологии в диагностике и хирургии органов билиопанкреатодуоденальной зоны». 16-17 ноября 1995г. М. 1995. с. 101-102.
202. Третьяк С.И., Прохоров А.В. – Карманный справочник по диагностике и хирургическому Вмешательству. Мн.: О.О.О. «Попурри». 2000. 336 с.
203. Трупин М.А., Панов В.А. и др. – Оценка отдаленных результатов билиодигестивных анастомозов. Х.. 1984. №2. с. 49-54.
204. Филимонов Д.И. и др. – Хирургическая тактика эндоскопического хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с заболеваниями большого дуоденального сосочка, ослабленных механической желтухой. Э.Х. 1. 2005. с. 150.
205. Филимонов М.К. Клиника, диагностика и лечение неопухолевых поражений терминального отдела общего желчного протока, осложненных механической желтухой (автореф. Дисс. докт.).москва. 1984. с. 40.
206. Филинцова Л.А., Редькин А.Н. и др. – эндопротезирование гепатикохоледоха при обструкции билиарного тракта различной этиологии. Э.Х. 2. 2004. с. 23-24.
207. Франтзайдес К. лапароскопическая и торакокопическая хирургия. Санкт-петербург. Невский диалект. 2000.
208. Хитарян А.Г., Карукес Р.В. и др. Тактические подходы к лечению больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, с применением малоинвазивных технологий. Э.Х. 1. 2005. с. 160.

209. Хоренко Ю.В., Савченко С.В. – Справочник по неотложной хирургии. Ростов на Дону. «феникс». 1999. с. 608.
210. Цацаниди К.Н., Пугаев А.В. и др. – тактика лечения больных с механической желтухой, осложненной острым холангитом. Х. 1984. №2. с. 8-13.
211. Цициашвили М.Ш. Нарушения функции почек у больных с механической желтухой в до и послеоперационном периоде. (автореф. Дисс.канд.). Москва. 1980. 24 с.
212. Цхакая З.А. Холедохолитиаз и его хирургическое лечение. Докт. Дисс. Тбилиси. Москва. 1974.
213. Шалимов К.А., Арбер А.Л. и др. – чрескожная чреспеченочная холангиостомия при подготовке больных к радикальной операции. Х. 1986. №2. с. 44-47.
214. Шаповальянц С.Г., Цкаев А.Ю., Грушко Г.В. – Выбор метода декомпрессии желчных путей при механической желтухе. Анналы хирургической гепатологии. 1997. т. 2. с. 117-123.
215. Шевченко Б.Ф. Хирургическое лечение рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков. Ист.: [www.medlinks.ru](http://www.medlinks.ru) 2002г.
216. Шевченко Ю.Л. Частная хирургия. Т. 2. «С-Л». 1998. с. 478.
217. Шерлок Ш., Дули Дж. – заболевания печени и желчных путей. М. Москва. 1999. с. 859.
218. Шрайбер Г.В. Перспективы малоинвазивной хирургии. Х. 1996. №1. с. 131-136.
219. Шулутко А.М. Прогнозирование риска операции и выбор тактики хирургического лечения у больных с осложненными формами желчнокаменной болезни. Дисс. Докт. Мед.наук. М. 1990. с. 272.

220. Черкасов М.Ф., Тумасов А.В. и др. – Дифференцированный подход в использовании методик малоинвазивной хирургии желчнокаменной болезни. Э.Х. 1. 2005. с. 161.
221. Черкасов М.Ф., Ситников В.Н. и др. – Эндоскопическое лечение стеноза большого дуоденального сосочка. Э.Х. 1. 2005. с. 162.
222. Эктов В.Н., Куркин А.В. и др. – выбор диагностической модели и хирургической тактики лечения холедохолитиаза с применением видеоэндоскопических технологий. Э.Х. прил. 2003. с. 193. Alvarer S.Z. Hepabiliary tuberculosis. Journal of Gastroenterology & Hepatology. 13(8): 833-9. 1998.
223. Aiyer M.K. Burdick J S et al. – Outcome of surgical and endoscopic management of biliary pancreatitis. Digestive Diseases & Sciences. 44(8); 1684-90. 1999 Aug.
224. Allendorf J.D.F., Bessler M., et al laparoscopic surgery in study cholecystectomy. Surgical Endoscopy. 1997. #5 P. 427-430.
225. Angeli P. Volpin R. et al – Reversal of type-1 hepatorenal syndrome with the administration of midodzine and octreotide. Hepatology. 29(6): 1690-7. 1999.
226. Anselmi M. Salgado J. et al. Acute cholangitis caused by choledocholithias: traditional surgery or endoscope biliary drainage. Revista Medica de Chile 129(7): 757-762. 2001 Jul.
227. Bachman – Brandt S. Bittner I. at al – Plasma levels of endothelin-1 in patients with the hepatorenal syndrome after successful liver transplantation. Transplant International. 13(5): 357-62. 2000.
228. Bataller R. Arroyo V. et al – Hepatorenal syndrome. Forum. 8(1): 62-81. 1998.
229. Bataller R. Gines P. at al – Hepatorenal syndrome. Clinics in Liver Disease. 4(2): 487-507. 2000.

230. Bataller R. Gines P. et al – Hepatorenal syndrome. *Seminars in liver Disease*. 17(3): 233-47. 1997
231. BarrL.L. Frame B.C. et al – Proposed criteria for preoperative endoscopic retrograde cholangiography in candidate for laparoscopic cholecystectomy. *Surg. Endoscopic*. 1999 Aug.: 13(13): 778-781
232. Basso N. Pizzuto G. et al. – Laparoscopic cholecystectomy and intraoperative endoscopic sphincterotomy in the treatment of cholecistocholedocholithiasis. *Gastrointestinal Endoscopy*. 50(4); 532-5. 1999. Oct.
233. Becevac – Beslin M. Mijic A. et al. – Laparoscopic cholecystectomy and preoperative ERCP. *Hepato – Gastroentology*. 47(35): 1221-2.2000. Sep-Oct.
234. Benglinger C. – Treatment of choledocholithiasis. *Therapeutische Umschau*. 55(2): 116-9. 1998.feb.
235. Berthou J. Ch. Drouard F. et al – Laparoscopic management of common bile duct stones: technique and results about 200 cases. *The European Journal of Coeliosurgery*, #1. January 1997. p. 22-30.
236. Bertok L. – Bile acids and end toxins: physic-chemical defense of the body. *Orvozi Hetilap*. 140(1): 3-8. 1999.
237. Biffi WL. Moore EE. Et al. Routine introoperative laparoscopic ultrasonographi selective cholangiographi reduces bile duct complications during laparoscopic cholecistectomy. *J. of the American College of surgeons* 193(3): 272-80. 2001. Sep.
238. Binmoeller. K.F. Schafer T.M. – Endoscopic management of bile duct stones. *J of clinical Gastroenterology*. 32(2); 106-18. 2001 Feb.
239. Bisgaard T. Kehlet H. et al – Pain and convalescence after Laparoscopic cholecystectomy. *European J. Surg*. 2001. Feb: 167(2): 84-96.

240. Biwrey D.J. et al. – Common bile duct stenting for choledocholithiasis: a district general hospital experience. *Postgraduate Medical Journal*. 74(872): 358-60. 1998. Jun.
241. Bjerkeset T. Edna T.H. et al. – Tradicional Surgical treatment of choledocholithiasis. An analisis of a 10-years material 1980-89. *Tidskrift for Den Norske Laegeforening*. 117(20): 2939-41. 1997. Aug. 30.
242. Bjerkeset O.A. Fjetland L. et al. – Radiologic Intervention in the biliary tract performed at a central hospital. *Tidsskrift for den Norske Laegefonening*. 119(22): 3257-9, 1999.
243. Bonlay J. Shellenberg R. et al – Role of ERCP and therapeutic Biliary endoscope in association with laparoscopic cholecystectomy. *Am J. Gastroenterology*. 1992. Vol. 87 p. 837-842.
244. Bresadola V. Pinna R. et al. – Video laparoscopic treatment of biliary lithiasis. Evolution of our experience. *Minerva Chirurgia*. 53(3):147-52. 1998. Mar.
245. Brini C. et al – The role of endoscopic spincterotomy in the therapy of choledocholithiasis: a review of our experience. *Giornale di Chirurgia*. 21(3): 121-3. 2000. Mar.
246. Bowles M.J. et al. – Localized, benign, no traumatic structuresof the extrahepatic biliary tree in children. *Surgery*. 130(1): 55-9,2001.
247. Bubnoff A.C. Benz C. et al – Percutaneous transhepatic metal stents in therapy of bile duct stenoses. *ZeitSchrift Fur Gastroenterology*. 36(12): 1037-46. 1998.
248. Cemachovic J Letard Jc. Et al. – intraoperative endoscopic spincterotomy is a reasonable op Cho H.G. Min H.Y. et al. – Two cases of chronic pancreatitis with pseudo cyst complicated by obstructive jaundice. *Yonsei Medical Journal* 4(4): 522:7. 2000.

249. Chao C. Mong F.Y. et al. – Adjunctive choledochoduodenostomy to choledocholithotomy in the treatment of calculous biliary tract disease J. Formos Med. Assoc – Vol.91.# 2.P 168-173.
250. Chen C.Y. Lin X.Z. – Percutaneous and endoscopic management of bile beak following endoscopic stone retrieval – a case report. Hepato – Gastroenterology. 46(28): 2199-201. 1999 Jul.
251. Chikamori F. Okumiya K. et al – Laparoscopic cholecystectomy for preoperatively diagnosed cholecystoduodenal fistula. J. Gastroenterology. 2001. Feb. 36(2): 125-128.
252. Chippalone S. Pusso B. et al. Laparoscopic Surgical treatment of cholecisto – choledocheal calculi. A single step solution. Chirurgie Italia. 52(6): 663-8. 2000 Nov. – Dec.
253. Chung R.S. et al. – Unsuspected choledocholithiasis first diagnosed at laparoscopic cholecystectomy: treatment by trans-cystic duct stenting and effective stent – guided sphincterotomy. Gastrointestinal Endoscopy. 48(1): 71-4, 1998. Jul.
254. Cohen S.A. Siegal J.H. – Endoscopic retrograde cholangiopancreatography and the pancreas: when and why?. Surgical Clinics of North America. 81(2): 321-8. 2001.
255. Cole A. Mendelblatt D. et al. – Metastatic prostate cancer (with prostate-specific antigen of 9996) presenting as obstructive jaundice. American Journal of the Medical Sciences. 319(2): 118-22. 2000.
256. Courvoisier L.G. Casuistische Beiträge zur pathologie und Chirurgie der Gallenwege. Leipzig: Vogel. 1890.
257. D'alincourt A. Hamy A. et al. – Malignant obstructive jaundice: the role of percutaneous metallic stents. Gastroenterology Clinique et Biologique. 24(8-9): 714-5. 2000.

258. Davison A.M. Hepatorenal failure. *J. Nephrology Dialysis Transplantation* 11 suppl. 8: 24-31. 1996.
259. De Olivera e Silva A. De Melo CR. et al – Reversal of hepatorenal syndrome after liver transplantation. Considerations about 3 patients. *Azquivos de Gastroenterologia*. 34(4): 235-40. 1997.
260. Desai D.C. Smink R.D. – Mirizzi syndrome type II: is laparoscopic cholecistectomy justified?. *J. of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*. 1(3): 237-9. 1997.
261. Deutsch A.A Nudelman I. et al. – Choledochoduodenostomy an important surgical tool in the management of common bile duct stones. A review of 126 cases. *Eur. J. Surg*. 1991. Vol. 157. #9. p. 531-533.
262. Dolan S. Khan Z. et al – Laparoscopic cholecystectomy: experience with 303 patients over the initial four years. *Ulster Mog. J*. 1999. Now 68(2): 64-67.
263. Dorman J.P. et al. – Laparoscopic common bile duct exploration by choledochotomy. An effective and efficient method of treatment of choledocholithiasis. *Surgical Endoscopy*. 12(70): 926-8. 1998. Jul.
264. Dubois F. Icard P. et al – Laparoscopic cholecystectomy: preliminary report of 36 cases. *Ann. Surg*. 1990. Vol. 211. #1. p. 60-62.
265. Duensing R.A. et al – Common bile duct stone characteristic: correlation with treatment choice during laparoscopic cholecistectomy. *J. of Gastrointestinal Surgery*. 4(1): 6-12. 2000. Jan. – Feb.
266. Dumas R. et al. – Palliative endoscopic treatment of malignant duodenal stenosis by metal prothesis. *Gastroenterology Clinique et Biologique*. 24(8-9): 714-8. 2000.
267. Eckardt KU. Renal failure in liver disease. *Intensive Care Medicine*. 25(1): 5-14. 1999.



268. Eiseman A. Armali Z. et al – low dose vasopressin restores diuresis both in patients with hepatorenal syndrome and in an uric patients with end-stage heart failure. *Journal of Internal Medicine*. 246(2): 183-90. 1999.
269. Epstein M. Hepatorenal syndrome: emerging perspectives *Seminars in Nephrology*. 17(6): 563-75. 1997.
270. Farinon A.M. – Acute biliary pancreatitis. *Annali Italian di Chirurgia*. 69(6): 751-63.1998. Nov – Dec.
271. Fernandez-Rodriguez CM. et al – Circulating adrenomedullin in cirrhosis: relationship to hyper dynamic circulation. *J of Hepatology*. 29(2): 250-6. 1998.
272. Fitzgibbons R.J. et al – Eight Years experience with the use of a transcystic common bile duct duodenal double – lumen catheter for the treatment of choledocholithiasis. *Surgery*. 124(4): 699-705. 1998. Oct.
273. Fletcher D.R. – Gallstones. Modern management. *Australian Family Physician*. 30(5): 441-5. 2001.
274. Folsh U.R Nitsher et al – Early ERCP and papillotomy compared with conservative treatment for acute biliary pancreatitis. *Now England Journal of Medicine*. 336(4): 237-42. 1997.
275. Forssman K. Singer M.V. – Now to proceed? ERCP acute pancreatitis?. *Sweizerische Rundschau fur Medizin Praxis*. 88(1-2); 13-7. 1999.
276. Frank H. Krammer M. et al – An unusual cause of hepatorenal symptoms. *Medizinische Klinik*. 94(5): 274-8. 1999.
277. Franciosi G. Caprotti R. et al – Sequential endo – laparoscopic treatment in patients with common bile calculi. *Minerva Chirurgia*. 55(10): 665-71.2000.Oct.
278. Freeman M.E. et al. – Mirizzi syndrome; A rare cause of obstructive jaundice. *Digestive Diseases*. 17(1): 44-8. 1999.

279. Frimberger E. Vente T. et al. – A new system for rapid large-caliber percutaneous transhepatic drainage in patients with obstructive jaundice: a prospective randomized trial. *Endoscopy*. 33(3): 201-9. 2001.
280. Fried G.M., Clas D., Meakins J.L. Minimally invasive surgery in the elderly patient. *Surg Clin North Am*. 1994. V.74, # 2. 375-386.
281. Fujimura M. Hirano M. et al. The Ctube in biliary surgery its development and clinical application. *Archiv fur Japanische Chirurgie*. 68(3-4):85-122.2000. Apr.
282. Ganasi-Cerrud G. Chan C. et al – Management of choledocholithiasis found during Laparoscopic cholecystectomy: a strategy Based on the use of postoperative endoscopic retrograde cholangiography and sphincterotomy. *Rev Invest Clin* 2001. Jan-Feb: 53(1): 17-20.
283. Gatsoulis N., Koulas S., et al. Laparoscopic cholecystectomy in obese and nonobese patients. *Obes Surg*. 1999 oct: 9(5): 451 – 461.
284. Gavina E. et al. – Laparoendoscopic “rendezvous”: a new technique in the choledocholithiasis treatment. *Hepato – Gastroenterology*. 45(23): 1430-5. 1998. sep. – Oct.
285. Garzia P. Ferri G.M. et al – Pathophysiology, clinical features and management of hepatorenal syndrome. *European Review for Medical & Pharmacological Sciences*. 2 (5-6): 181-4. 1998.
286. Gentilini P. Laffi G. et al – Pathogenetic factors and clinical elements in ascitis and hepatorenal syndrome during liver cirrhosis. *Annali Italiani di Medicina Interna*. 14(4): 264-84. 1999.
287. Gentilini P. La Vila G. et al – Hepatorenal syndrome and its treatment today. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 11(9): 1061-5. 1999.
288. Gentilini P., Vizzuti F. et al – Ascites and hepatorenal syndrome *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 13(4): 313-6. 2001.

289. Gines P. – Diagnosis and treatment of hepatorenal syndrome. *Best Practice & Research in clinical Gastroenterology*. 14(6): 945-57. 2000.
290. Gionulli N.N. Canturk N.Z et al – Factors affecting surgical mortality and morbidity in patients with obstructive jaundice. *Materia Medica Polona*. 30(1-2): 6-11. 1998.
291. Giordano G. Ithlongo P. et al. – Obstructive jaundice caused by hidatid cyst rupture in main bile duct. *Annaly Italian di Chirurgia*. 70(5): 763-6. 1999.
292. Griffin M.D. Grande J.P. Et al – Prolonged anuria complicating primary sclerosing cholangitis: successful outcome following orthotropic liver transplantation. *American J of Kidney Diseases*. 31(2): 360-3. 1998.
293. Guevara M. Gines P. et al – Reversibility of hepatorenal syndrome by prolonged administration of ornipressin and plasma volume expansion. *Hepatology*. 27(1): 35-41. 1998.
294. Gulberg V. Bilzer M. – long term therapy and retreatment of hepatorenal syndrome type-1 with ornipressin and dopamine. *Hepatology* 30(4): 870-5. 1999.
295. Gulberg V. Luppia P. et al – Successful conservative therapy of hepatorenal syndrome with vasopressin-1 receptor agonist ornipressih. *Zeitschrift fur Gastroenterology*. 36(12): 1053-8, 1998.
296. Gotz F., Pier A., et al *Laparoscopische Chirurgie*. Stuttgart, # - 4: georg Thieme Verlag., 1991.
297. Gurbuz A.T. Watson D. et al – Laparoscopic choledochoduodenostomy. *Am. Surg*. 1999. Mar: 65(3) 212-214.
298. Hadengue A. Gadano A. et al – Beneficial effects of the patients with cirrhosis and hepatorenal syndrome. *J of hepatology*. 29(4): 565-70. 1998.
299. Haitman P. Kratsh B. et al.- Tuberculosis of the pancreas a clinical rarity. *Chirurgia*. 72(6); 739-41. 2001.

300. Hanan E.L. Imperato P.J. et al. – Laparoscopic and open cholecystectomy in New York State: mortality complications, and choice of procedure. *Am. Surgery*. 1999. Feb. 125(2): 223-231.
301. Hawasli A. Liloyd L et al – Management of choledocholithiasis in the era of laparoscopic surgery. *Am. Surg*. 2000. May. 66(5): 425-430.
302. Hazzan D. et al. – Combined endoscopic and surgical management of Mirizzi syndrome. *Surgical Endiscopy*. 13(6): 618-20. 1999.
303. HG T. Amaral J.F. – Timing of endoscopic retrograde cholangiopancreatography and laparoscopic cholecystectomy in the treatment of choledocholithiasis. *J. of Laparendoscopic & Advanced Surgical Techniques. Part A*. 9(1): 31-7. 1999. Feb.
304. Himat H.S. Common bile duct stones: the role of preoperative, intraoperative and postoperative ERCP. *Semin. Laparoscopic Surg*. 2000. Dec. 7(4): 237-245.
305. Hirai I. Ishiami S. et al. – Primary sclerosing cholangitis successfully treated by resection of the confluence of the hepatic duct. *J. of Hepato – Biliary – Pancreatic Surgery*. 8(2): 169-73.2001.
306. Hochwald S.N. Burke E.C. – Association of preoperative stenting with increased postoperative infection complications in proximal cholangiocarcinoma. *Archives of Surgery*. 134(3): 261-6.1999.
307. Hoguela C. Cugat E. et al. – Must ERCP be routinely performed if choledocholithiasis is suspected?. *Digestive Surgery*. 16(5): 411-4. 1999.
308. Ido K. Tamada K. et al. – The role of endoscopic balloon sphincteroplasty in patients with gallbladder and bile duct stones.- *J. of Laparoendoscopic Advanced Surgical Techniques. Part A*. 7(3): 151-156, 1997 Jun.

309. Ido K. Kimura K. et al – Preliminary experience using laparoscopic transcystic cholangioscopy for treatment of common bile duct stones. *Endoscopic dose*. 1992. Vol. 24. p. 750-753.
310. Inderbitzin D. Schmid R.A. et al – Is grout influencing diameter and function of laparoscopic TESA hepatocoejunostomy? A comparison of of adult minipigs and juvenile domestic swine. *Journal of investigative Surgery*. 11(2): 115-22. 1998.
311. Iwasaki M. Furuse J. et al. – Percutaneoses transhepatic biliary drainage for treatment of obstructive jaundice caused by metastases from nonbiliary and no pancreatic cancers. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 26(6); 465-8. 1996.
312. Jeffrey L. Ponsky. *Complications of Endoscopic and laparoscopic Surgery*. Philadelphia – New York. Lippincott – Raven. 1997.
313. Jiang W.G. Puntis M.C. Imune disfunction in patients with obstructive jaundice, mediators and implications for treatments. *HPB surgery*. 10(3): 129-42. 1997.
314. Johnson R.C. Hedgens A.R. et al. Ideal pain relief following Laparoscopic cholecystectomy. *Int. J. Clin pract* 1999. Jan – Feb. 53(1): 16-18.
315. J ohnson L. W., Sehon J.K., et al. Mirizzi’s syndrome: experience from a multi – institutional review. *Am surg* 2001 jan; 67 (1): 11-14
316. Kala Z. et al. – Cholestasis – an indication for surgical treatment. *Rozhledy V Chirurgii*. 77(7): 306-9. 1998.
317. Karakoyunlar O. Sivrel E. et al. – Mirizzi’s syndrome must be ruled out in the differential diagnosis of any patients with obstructive jaundice. *Hepato – Gastroenterology*. 46(28): 2178-82. 1999
318. Kalimi R. Cosgrove J.M. et al – Combined intraoperative laparoscopic cholecystectomy and endoscopic retrograde cholangiopancreatography; lessons from 29 cases. *Surgical Endoscopy*. 14(3): 232-4. 2000. Mar.

319. Kaloo A.N Kantsevov SV. Gallstones and biliary disease Primary Care; Clinics in office practice. 28(3): 591-606. VII. 2001 sep.
320. Ker C.G. Kao K.K. et al – Evaluation of choledochojunostomy with subcutaneous jejunostomy for treatment of intrahepatic stones. Int. Surg. 1999. Vol. 79. #7. p. 110-113.
321. Khatsko V.V. Grintsov A.G. et al.- The preoperative preparation of patients with obstructive jaundice of cholelithic origin after the performance of cholecystectomy. Klinichna Khirurgia. (9-10): 15-7. 1998.
322. Kleiner B. et al. – Simultaneous laparoscopic therapy of cholecisto and choledocholithiasis. Analysis of results. J. Suisse de Medicine. 128(8): 285-90. Feb. 21.
323. Knotek M. Kogachev B. et al – Update on peripheral arterial vasodilatation, ascites and hepatorenal syndrome in cirrhosis. Canadian Journal of Gastroenterology. 14 suppl. D: 112 D. 2000.
324. Kok K.Y Yap S.K. – Tuberculosis of the bill duct a rare cause of obstructive jaundice. Journal of Clinical Gastroenterology. 29 (2): 161-4. 1999.
325. Kossak J. Jamik J. et al. – Psendoneurysm of the gastro duodenal artery as a course of obstructive Jaundice. Medical Science Monitor. 7(4): 759-61. 2001, Jul.
326. Kockerling F et al. – Surgical therapy of choledocholithiasis. Zentralblatt fur Chirurgie. 123 Supple 2: 42-5. 1998
327. Kosowski K. Heczko P. et al. – Results of prophylactic and curative antibiotic therapy in biliary surgery. Pwzegląd Lekarski. 54(7-8): 551-3. 1997.
328. Lai E.C. Choi T.K. Fan S.T. et al. – Acute cholangitis after endoscopic spincterotomy. Complications of expectant treatment. J. Gastroenterology. Hepatology. 1989. Vol. 4 #5. p. 483-487.
329. Latuer D.M. Froines E.J. Laparoscopic common duct exploration in the management of choledocholithiasis. Am. J. Surg. 2000 May. 179(5): 372-374.

330. Lauschke H. Kaminski M. et al. Choledochus revision in the age of endoscopic papillotomy. Ind; i cations and outcome. Zentralblat fur Chirurgie. 126(5): 364-8. 2001. May.
331. Lausten S.B. Ibrahim T.M. et al – Systemic and cellmediated immune response after Laparoscopic and open cholecystectomy in patients with chronic liver disease. Arandomized, prospective study. Dig. Surg. 1999. 16(6) 471-477.
332. Lhou Y. Li Z.H. Chen M. – Endoscopic papillosphincterotomy for the treatment of pancreaticobiliary disease. Chinese Journal of Sugery. 35(5): 274-6.1997.
333. Lillemoe K.D. Benign post operative bile duct strictures. Bnilliares Clinical Gastroenterology. 11(4): 749-79. 1997.
334. Lilly M.C. Arrequi M.E. A balanced approach to choledocholithiasis. Surgical Endoscopy. 15(5): 467-72. 2001. May.
335. Lin SM. Lee CS. Kao PF. – low dose dopamine infusion in cirrhosis with refractory ascites. International Journal of Clinical Practice. 52 (8): 533-6. 1998.
336. Lo GH. Lam HC. Et al – Serum endothelia and atria natriuretic peptide in cirrhotic patients with ascites and hepatorenal syndrome. Chinese Medical Journal. 61(10): 596-602.1998.
337. Meinero M. Melloti G. Mouret Ph. Laparoscopic Surgery the ninetics. Milano, Masson 1994.
338. Meyer C. Le J.V. Rohr S. et al - Management of common bile duct stones by laparoscopic cholecystectomy and endoscopic spincterotomy. Per – per – or postoperative spincterotomy?. Dig. Surg. 1999. 16(1): 26-31.
339. Mijal M. Ciechanski A. et al – Comparison of combined (endoscopic sphincterotomy+laparoscopic cholecystectomy) and classical treatment of obstructive jaundice in the course of cholelitiiasis. Windamosci Lekarskie. 50 suppl 1 pt 1: 242-5. 1997.

340. Millat B. Borie F. et al – Treatment of choledocholithiasis: therapeutic EKCP versus preoperative extraction during Laparoscopic cholecystectomy. *Acta Gastroenterologica Belgica*. 63(3): 301-3. 2000. Jul – Sep
341. Miniello S. et al. – Palliative treatments in obstructive jaundice due to periampullary neoplasm's. *Annali Italiani di Chirurgia*. 71(4); 441-5. 2000. Machado M.A. da Rocha JR. et al. Laparoscopic treatment of common bile duct Lithiasis. *Azguivos de Gastroenterologia*. 37(#): 183-6.200. Jul – Sep.
342. Mitzner Sr. Stange J. et al – Extracorporeal detoxification using the molecular adsorbent recirculation system for critically ill patients with liver failure. *J. of the American Society of Nephrology*. 12 Suppl 17: s 75-82. 2001.
343. Mitzner S.R. Stange J. et al – Improvement of hepatorenal syndrome with extracorporeal albumin dialysis MARS: results of prospective, randomized, controlled clinical trial. *Liver Transplantation*. 6(3): 277-86.2000.
344. Moles J.R. et al – Surgery of benign obstruction of the bile tract. Current opinion status. *Revista Espanola de Enfermedades Digestivas*. 88(12): 947-50. 1996.
345. Molinari G. Pugliese V. et al – Bacteria involved in the blockage of biliary stents and their susceptibility to antibacterial agents. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*. 15(1): 88-92.1996.
346. Moore K. – Renal failure in acute liver failure. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 11(9): 967-75. 1999.
347. Moore K. The hepatorenal syndrome. *Clinical Science*. 92(5): 433-43. 1997.
348. Moroni J. et al. - Single-Stage laparoscopic and endoscopic treatment for choledocholithiasis: a novel approach. *J. of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques. Part A*. 9(1): 69-74. 1999. Feb.



349. Mulkay J.P. Louis H. et al – Long-term terly pressih administration improves renal function in cirrhotic patients with type-1 hepatorenal syndrome: a pilot study. *Acta Gastroenterological Belgian*. 64(1): 15-9. 2001.
350. Navarrete C.G. Castillo C.T. et al. – choledocholithiasis: percutaneous treatment. *World Journal of Surgery*. 22(11): 1151-4. 1998 Nov.
351. Newman K.D. et al. – The management of choledocholithiasis in children in the era of laparoscopic cholecystectomy. *J. of Pediatric Surgery*. 32(7): 1116-9. 1997. Jul.
352. Nishida K Kamazoe S. et al. – An extremely elderly patients with choledocholithiasis and many complications. *Japanese Journal of Geriatrics*. 36(12): 893-12-8. 1999. Dec.
353. Nishio H. Kamiya J. et al. – Right hepatic lobectomy for bile duct injury associated with major vascular occlusion after laparoscopic cholecgstectomy. *Journal of Hepato – Biliary – Pancreatic Surgery*. 6(4): 427-30. 1999.
354. Nitsche R. Folsch U.R. – Endoscopic spicterotomy for acute pancreatitis: arguments against. *Italian Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 30(5): 562-5. 1998.
355. Niranjan B. Chumber S. et al – Symptomatic outcome after laparoscopic cholecystectomy. *Trop Gastroenterology* 2000 Jul-Sep. 21(3): 144-148.
356. Paganini A.M. Feliciotti F. et al. Single – stage laparoscopic surgery of cholelithiasis and choledocholithiasis in 268 unselected consecutive patients. *Anali Italiani di Chirurgia* 71(6): 685-92. 2000. Nov – Dec.
357. Parilla P. Ramirez P. et al – long term results of choledo- choduodenostomyin the treatment of choledocholithiasis. Assessment of 225 cases. *Br. J. Surg*. 1991. Vol. 78. #4. p. 470-472..
358. Pasqualetti P. Casale R. The atrial natriuretic peptide – rennin – aldosterone system in hepatorenal syndrome. *Panminorva Medica* 56 (2): 181-187 1999.

359. Pasqualetti P. Casale R. – Plasma levels of arginine vasopressin in hepatorenal syndrome. *Panminorva Medica*. 40(4): 294-8. 1998.
360. Pasqualetti P. Festuccia V. et al – Circa diurnal rhythm of arginine vasopressin in hepatorenal syndrome. *Nephron*. 78(1): 33-7. 1998.
361. Paumgartner G. Fragmentation of gallstones by extracorporeal shockwaves. *Semin. Liver Dis-1987*. Vol. 7. #4 p. 317-321.
362. Pedersen F.M. et al. – Choledocholithiasis. Endoscopic treatment of 416 consecutive patients. *Ugeskrift for Laeger*. 160(45): 6525-9. 1998. Nov. 2.
363. Pehl C. Schepp W. Successful therapy of hepatorenal syndrome with nor epinephrine. *Zeitschrift für Gastroenterology*. 38(12): 945-50. 2000.
364. Pereira – Lima J.C. et al. – Long term results (7 to 10 years) of endoscopic papillotomy for choledocholithiasis. Multivariate analysis of prognostic factors for the recurrence of biliary symptoms. *Gastrointestinal Endoscopic*. 1998. Nov. 48(5): 540-2.
365. Pineres G. Yamakawa T. et al. – Common bile duct stones: management strategies in the laparoscopic era. *J. of Hepato – Biliary – Pancreatic Surgery*. 5(1): 97-103. 1998.
366. Pokhmursky V.V. – The use of preoperative percutaneous transhepatic cholecystostomy. In obstructive jaundice. *Klinichna Khirurgia* (1): 15-7. 1998.
367. Poulin E.C. Mamazza J. et al. – Laparoscopic cholecystectomy, strategy and concerns. *C. J. S.* 1992. #35/3. p. 285-289.
368. Ramirez P. Parilla P. et al – Choledochoduodenostomy and sphincterotomy in the treatment of choledocholithiasis. *Br.J. Surg*. 1994. V. 81. #1. p. 121-123.
369. Randeve H.S. Bangar V. et al – Fatal cholestatic jaundice associated with amitriptyline. *International J. of Clinical Practice*. 54(6): 405-6, 2000.
370. Rawat B. Burenne H.J. Extracorporeal shock wave lithotripsy of calcified gallstones: Work in progress. *Radiology*. 1990. Vol. 175. p. 667-670.

371. Rawat B. Fache J.S. et al. – Biliary lithotripsy without oral chemolitholysis. The Vancouver experience. Biliary Lithotripsy. Ed: Buzhenne H.J. Paumgartner G. Ferrucci J.T. Chicago: Year Book. 1990. Vol. 11. p. 111-122.
372. Razaty M.G. et al – choledocholithiasis and gallstone pancreatitis. Baillieres Clinical Gastroenterology. 11(11): 663-80. 1997. Dec.
373. Rosenthal R.J. Rossi R.L. et al. – Options and strategies for the management of choledocholithiasis. World Journal of Surgery. 22(11): 1125-32. 1998 Nov.
374. Rosenberg J. Bisgaard T The difficult gallbladder: technical tips for laparoscopic cholecystectomy. Surg. Laparoscopic Endoscopic Percutan. Tech. 2000 Aug.: 10(4): 249-252.
375. Rozsos I. et al – Minimally invasive surgery in the management of mirizzi syndrome. Orvosi Hetilap. 139(4): 177-80. 1998.
376. Saito M. et al – Long term outcome of endoscopic papillotomy for choledocholithiasis with cholecystolithiasis. Gastrointestinal Endoscopy. 51(5): 540-5. 2000. May.
377. Sakhautdinov V.G. Galimov O.V. et al. – Surgical treatment of patients with purulent cholangitis in cholelithiasis. Khirurgia. (2): 23-6. 2001.
378. Sanches – sosa S. Rojas – Ortega S. et al. – Massive hepatobiliary fascioliasis. Revista de Gastroenterologia de Mexico. 65(4): 179-83. 2000.
379. Sasatomi K. Noguchi K. et al – Abnormal accumulation of endotoxin in biliary epithelial cells in primary biliary cirrhosis and primary sclerosing cholangitis. Journal of Hepatology. 29(3); 409-16. 1998.
380. Seshadri P.A. et al. – Laparoscopic choledochojejunostomy (video) L.B.S. 2. 2000. p. 139
381. Schumacher B. Frieling T. et al. – Endoscopic treatment of symptomatic choledocholithiasis. Hepato – Gastroenterology – 45(21) 672 – 6, 1998 May -Jan

382. Sharma A. Joshi S.A. et al – leptospirosis in the causation of hepato-renal syndrome in and around Pune. *Indian Journal of Pathology & Microbiology*. 43(3): 337-41. 2000.
383. Shirai N. Hanai H. et al. – Successful treatment of percutaneous transhepatic papillary dilation in patients with obstructive jaundice due to common bile duct stones after Bill Roth II gastrectomy: report of two emergent cases. *J of clinical Gastroenterology*. 30(1): 91-3. 2000. Jan.
384. Shiper N.I., Brunt L.M., et al. Role of laparoscopic Cholecystectomy in the management of acute gallstone pancreatitis. *Am. J. Surg*. 1994. Vol. 167. 42-51.
385. Shuchleib Ch.S. et al. – Laparoscopic choledochoduodenal anastomosis. *L.B.S*. 1. 2000. p. 823.
386. Schwarz W., Rosen R. Y., Fitts W. T. et al Percutaneous transhepatic drainage preoperatively for benign biliary strictures. *Surg. Gynec. Obstet*. 1984. Vol. 152. 466-468.
387. Sugiyama M. Atomi Y. – Endoscopic sphincterotomy for bile duct stones in patients 90 years of age and older. *Gastrointestinal Endoscopy*. 52(20): 187-91. 2000. Aug.
388. Sugiyama M. Atomi Y. – The benefits of endoscopic nasobiliary drainage without sphincterotomy for Acute cholangitis. *J. Gastroenterol*. 1998 Nov. 93(110): 2016-8.
389. Sulal S. Sharma R.K. et al – Acute renal failure associated with liver disease in India: etiology and outcome. *Renal Failure*. 22(5): 623-34. 2000.
390. Suzuki H., Stanley A.J. – Current management and novel therapeutic strategies for refractory ascites and hepatorenal syndrome. *QJM*. 94(6): 293-300, 2001.
391. Tada K. Kubota K. et al. – Surgery of icteric-type after biliary drainage and Trans catheter arterial embolization. *Hepato-Gastroenterology*. 46(26): 843-8. 1999.

392. Takada T. – Is preoperative biliary drainage necessary according to evidence-based medicine?. *J. of Hepato – Biliary – Pancreatic Surgery*. 8(1): 58-64.2001.
393. Targarona E.M. et al – Mirizzis syndrome. Diagnostic and therapeutic controversies in the laparoscopic era. *Surgical Endoscopy*. 11(8): 842-5, 1997.
394. Tenchini P. Ventura P. et al. – Sequential endoscopic and laparoscopic and one – step treatment of cholecisto – choledocheal calculus. *New Perspectives for the Surgeon. Giornale di Chirurgia*. 18(10): 741-4. 1997 Oct.
395. Tesdai I.K. Adamus R. et al – Therapy for biliary stenoses and occlusions with use of three different metallic stents: single – center experience. *Journal of vascular & Interventional Radiology*. 8(5): 869-79, 1997.
396. Thistle J.L. May G.R. et al – Dissolution of cholesterol gallbladder stones by methyl-tert-butyl ether administered by percutaneous transhepatic catheter. *N Engl. J. Med*. 1989. V. 320. p. 633-638.
397. Tibble J.A. Cairns S.R. – Role of endoscopic endoprotheses in proximal malignant biliary obstruction. *J. of Hepato – Biliary – Pancreatic Surgery*. 8(2): 118-23.2001.
398. Torres Duraso E. – Endoscopic treatment of choledocholithiasis. *Revista de Gastroenterologia de Mexico*. 63(4 suppl 1): 552-61. 1998. Oct. – Dec.45(21): 672-6. 1998. May–Jun.
399. Traverso L.W. A cost analysis of the treatment of common bile duct stones discovered during cholecistectomy *Seminars in Laparoscopic Surgery*. 7(4): 302-7. 2000. Dec.
400. Traverso L.W. Kozarek R.A. et al. – Endoscopic retrograde cholangiopancreatography after laparoscopic cholecystectomy. *Am J. Surg*. 1993 #165. p. 633-638.

401. Trias M. Targarona E.M. et al. – Prospective evaluation of a minimally invasive approach for treatment of bile duct calculi in the high-risk patient. *Surgical Endoscopy*. 1997. V. 7. p. 632-635.
402. Tromm A. Micklefield GH. Et al – Bronchopulmonary manifestations of gastroenterologic and hepatic diseases. *Medizinische Klinik*. 92(12): 720-5. 1997.
403. Tuske G. Vattay P. et al. – Changes in the treatment of choledocholithiasis. *Magyar Sebeszet*. 53(2): 56-60, 2000. Apr
404. Uriz J. Gines P. et al – Terlipressin plus albumin infusion: an effective and safe therapy of hepatorenal syndrome. *J of. Hepatology*. 33(1): 43-8.2000.
405. Vadala G. Mangiameli A. et al. – Update on the treatment of choledocholithiasis. *Minerva Chirurgia*. 54(5): 339-42. 1999. May.
406. Verbeeck KK. Horsmans Y. Effect of hepatic insufficiency on pharmacokinetics and drug dosing. *Pharmacy World & Science*. 25(5): 183-92. 1998
407. Van Roey G. Moore K. The hepatorenal syndrome. *Pediatric Nephrology*. 10(1): 100-7. 1996.
408. Van Steenberghe W. Van Aken L. et al – Percutaneous transhepatic cholangioscopy for diagnosis and therapy of biliary diseases in older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*. 44(11): 1384-7. 1996.
409. Walter E. Therapy of hepatorenal syndrome. *Schweizerische Rundschau für Medizin Praxis*. 86(4): 102-3. 1997.
410. Waniger J Acute Cholecystitis Do you send the patients to the operating room or to bed? *MMW Fortschritte der Medizin*. 143(13): 28-31. 2001. Mar. 29.
411. Westphal J.F. Brogard J.M. – Biliary tract infections: a guide to drug treatment. *Drugs*. 57(1): 81-91. 1999.
412. Wong F. Blendis L. – Path physiology and treatment of hepatorenal syndrome. *Gastroenterologist*. 6(2): 122-35. 1998.

413. Yi S.Y. – Recurrence of biliary symptoms after endoscopic spincterotomy for choledocholithiasis in patients with gall bladder stones. *J. of Gastroenterology & Hepatology*. 15(6): 661-4. 2000. Jan.
414. Zamir G. Lyass S. et al. – The fate of the dropped gallstones during laparoscopic cholecystectomy. *Surg. Endoscopic*. 1999. Jan; 13(1): 68-70.
415. Zozger N. Manke C. et al. – Percutaneous transpapillary extraction of biliary calculi for symptomatic choledocholithiasis after unsuccessful endoscopic treatment. *Bildgebenden Verfahren*. 173(2): 2001. Feb.
416. Zucker K.A Bsiley R.W. et al – Laparoscopic guided cholecystectomy. *Am. J. Surg*. 1991. V. 161. p. 36-44.