

თ. ახმეტელი, გ. კაკოიშვილი, ლ. ძნელაძე

## **ქირურგიული გასტროენტეროლოგია**

საქართველოს სსრ სახალხო განათლების სა-  
მინისტროს მიერ დამტკიცებულია დამხმარე  
სახელმძღვანელოდ სამედიცინო ინსტიტუტის  
სტუდენტებისთვის

წიგნში მეცნიერებათა მოთხოვნის თანამედროვე დონეზე განხილული ქირურგიული გასტროენტეროლოგიის აქტუალური საკითხები. მასში ასახულია საჭმლის მომნელებელი ორგანოების მწვავე და ქრონიკულ დაავადებათა გადაუდებელი დიაგნოსტიკის, დიფერენციული დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საკითხები. გარდა ამისა, გაშუქებულია ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ნაადრევ გართულებათა დროული ამოცნობისა და დახმარების ღონისძიებანი.

ნაშრომი განკუთვნილია დამხმარე სახელმძღვანელოდ სამედიცინო ინსტიტუტის სტუდენტებისთვის, ახალგაზრდა ქირურგებისთვის.

რ ე ც ე ნ ზ ე ნ ტ ე ბ ი: პროფ. ს. ხუნდაძე,  
პროფ. რ. ბოკერია



## შესავალი

საკმლის მომწოდებელი ტრაქტის ორგანოების ქირურგიულ დაავადებებს ერთ-ერთი პირველი ადგილი უკავია ზოგადი პროფილის ქირურგის ყოველდღიურ პრაქტიკაში. აღნიშნული კატეგორიის ავადმყოფთა ხვედრითი წონა, სხვა ქირურგიულ ავადმყოფებთან შედარებით, მაღალია, ხოლო ქირურგიული სტაციონარების ოპერაციული აქტივობის 20—40% მუცლის ღრუს ორგანოების მწვავე ქირურგიული პათოლოგიაზე მოდის.

მუცლის ღრუს ორგანოების ქირურგიული დაავადებით შეპყრობილ ავადმყოფთა მკურნალობის შედეგების გაუმჯობესება ძირითადად დამოკიდებულია ექიმის კვალიფიკაციაზე, მის პროფესიულ დონეზე.

ცნობილია, რომ მუცლის ღრუს ორგანოების ქირურგიული დაავადებების სიმპტომატოლოგიას ახასიათებს განუზომელი მრავალფეროვნება. გვხვდება დაავადების მრავალი ვარიანტი, ატიპური ფორმები, არცთუ იშვიათად ისინი ვითარდებიან სხვადასხვა თანმხლები დაავადების ფონზე. სამართლიანად არის ნათქვამი, რომ მუცლის ღრუ სიურპრიზებით სავსე სკივრია.

გამოჩენილი საბჭოთა ქირურგი ს. იუდინი აღნიშნავდა, რომ მუცლის ტოპოგრაფიისა და პათოლოგიის არაჩვეულებრივი სირთულე მოითხოვს აბდომინური ქირურგისგან არქიტექტორისა და ინჟინრის თვისებებს, ცოდნასა და მიმხვედრელობას, მთავარსარდლის სიმამაცესა და გამბედაობას, იურისტისა და სახელმწიფო მოღვაწის პასუხისმგებლობის გრძნობას, ორიენტირების მაღალ ტექნიკურ ოსტატობას, ჭრისა და კერვის უზადო ტექნიკას... გასაგებია, თუ რა სირთულის წინაშე დგება ახალგაზრდა ექიმი მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული დაავადებების შემთხვევაში, როდესაც ექიმს იშვიათად აქვს მოფიქრების, ანალიზისა და კონსულტაციის ჩატარების დრო და საშუალება, მეორე მხრივ კი, მხოლოდ დროულ დიაგნოზზეა დამოკიდებული ავადმყოფის ბედ-იღბალი.

ნაშრომში განხილულია თითქმის ყველა ის დაავადება, რომელიც

საჭიროებს ავადმყოფის ქირურგიულ განყოფილებაში ჰოსპიტალიზაციასა და ქირურგიულ მკურნალობას, ფართოდ არის განხილული მათი სიმპტომატოლოგიის, დიაგნოსტიკისა და თანამედროვე მეთოდებით მკურნალობის საკითხები. სათანადო ყურადღებაა გამახვილებული მწვავე ქირურგიული დაავადებების კლინიკურ მიმდინარეობაზე, ატიპური ფორმებისა და მუცლის ღრუს ორგანოების იშვიათ პათოლოგიურ პროცესებზე, რომელნიც დიაგნოსტიკური შეცდომის მიზეზები ხდებიან. დღევანდელ პირობებში მუცლის ღრუს სიმსივნეების, გართულებების — სისხლის დენის, პერფორაციის, ობტურაციის დროს ავადმყოფებს ზოგადი ქირურგიის განყოფილებებში ათავსებენ. ამიტომ საკმლის მომწელებელი ორგანოების სიმსივნეების განხილვისას ყურადღებაა გამახვილებული სწორედ მათი გართულებული ფორმების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საკითხებზე.

განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა ოპერაციის შემდგომ ადრეულ გართულებათა დროული დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საკითხებს, განხილულია მათი თავიდან აცილების გზები.

## კუჭის, თორმეტგოჯა, წვირილი და მსხვილი ნაწლავების დივერტიკული

საკმლის მომწელებელი ტრაქტის ორგანოების დივერტიკული არცთუ იშვიათი პათოლოგიაა. თორმეტგოჯა ნაწლავის დივერტიკულს უჭირავს მეორე ადგილი მსხვილი ნაწლავის დივერტიკულის შემდეგ. იგი გვხვდება (ლიტერატურის მონაცემებით) 0,16—22%-ში. შედარებით იშვიათია კუჭის დივერტიკული. იგი შემთხვევით გამოვლინდება რენტგენოლოგიური გამოკვლევის ან ბუცლის ღრუს ორგანოებზე ოპერაციული ჩარევის დროს.

არჩევენ თანდაყოლილ (ნამდვილ) ან შექნილ (ცრუ) დივერტიკულს. ნამდვილი დივერტიკულის კედელი შეიცავს ყველა შრეს — ლორწოვანს, კუნთოვანსა და სეროზულს. შექნილი დივერტიკული წარმოშობის მიხედვით შეიძლება იყოს პულსური, ტრაქციული და შერეული. პულსური დივერტიკული გამოწვეულია ნაწლავის შიგნითა წნევის მომატებით, ტრაქციული — ნაწლავის გარეთ არსებული შეხორცებითი პროცესით.

კუჭის დივერტიკული უფრო ხშირია კარდიულ და პრეკარდიულ ნაწილში (შემთხვევათა 80%), განსაკუთრებით მის უკანა კედელზე, იშვიათად დიდ სიმრუდეზე და ანტრალურ ნაწილში (შესაბამისად 8—10%-ში), უფრო იშვიათად — წინა კედელსა და მცირე სიმრუდეზე (შემთხვევათა 2%). კუჭის დივერტიკულს აქვს მსხლისებრი, იშვიათად მრგვალი ან ოვალური ფორმა, ზომით შეიძლება მიაღწიოს 6—7 სმ-ს.

კუჭის დივერტიკულის ჩამოყალიბებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ემბრიონულ და ანატომიურ თავისებურებებს. მაგალითად, კუჭის კარდიულ და უკანა კედელზე კუნთოვანი ბოჭკოები მიემართება დიდი და მცირე სიმრუდისკენ. ამ არეში, სხვა უბნებთან შედარებით, კუნთოვანი შრე სუსტადაა განვითარებული (კუჭის კარდიულ ნაწილში არ არის განივი კუნთოვანი შრე), რაც დივერტიკულის განვითარების მიზეზია. მიაჩნიათ, რომ კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის დივერტიკულის განვითარებისთვის მნიშვნელობა აქვს ემბრიოგენეზს, რის შედეგადაც ჩამოყალიბდება ანატომიურად და ფუნქციურად არასრულყოფილი უბნები (ა. ა. ალექსეენკო, 1970).

არ არსებობს ერთიანი აზრი თორმეტგოჯა ნაწლავის დივერტიკულის ეტიოლოგიის შესახებ. მიაჩნიათ, რომ იგი შეიძლება იყოს თან-

დაყოლილი და შეძენილი. თორმეტგოჯა ნაწლავის დივერტიკულის განვითარების ხელშემწყობი პირობებია მისი კედლის სისუსტე (ხშირად ვითარდება იმ ადგილებში, სადაც სისხლძარღვები შედის მასში და გაივლის კუნთოვან შრეს), მის კედელში ექტოპიური ქსოვილის არსებობა (პანკრეასის), თორმეტგოჯა ნაწლავის კედლის ტრაქცია, მასში წნევის მომატება და ა. შ. დივერტიკული შეიძლება იყოს ოვალური ან მრგვალი ფორმის, 2—8 სმ-ის ზომის. შემთხვევათა 3%-ში იგი გვხვდება წვრილი ნაწლავის დივერტიკულთან, ხოლო 9,2%-ში — მსხვილი ნაწლავის დივერტიკულთან ერთად. თორმეტგოჯა ნაწლავის დივერტიკული შეიძლება იყოს ერთი ან მრავლობითი, ეს უკანასკნელი გვხვდება შემთხვევათა 8,2—31,4%-ში (ა. ვ. ზემლიანოი, 1970).

წვრილ ნაწლავში ძირითადად ვლინდება ერთეული დივერტიკული, რომელიც, ჩვეულებრივ, თანდაყოლილია და ცნობილია მეკელის დივერტიკულის სახელწოდებით. ეს პათოლოგია პირველად აღწერა 1812 წელს იოჰან მეკელმა. სრულსაკოვნებში დივერტიკული წვრილ ნაწლავში ბაუჰინის სარქველიდან 200 სმ-ის ფარგლებშია, ახალშობილებისა კი — 50 სმ-ის ფარგლებში. მეკელის დივერტიკული მოსახლეობის 2—3%-ს უვლინდება. ფორმის მიხედვით ანსხვავებენ ცილინდრულ, ბურთისმაგვარ, იშვიათად — ქიისებრ დივერტიკულს. მისი სიგრძე შეიძლება იყოს 2—12 სმ, უფრო ხშირად 3—4 სმ, ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევა, როდესაც დივერტიკულის სიგრძე 40, 95, 96 სმ-ს აღწევდა.

შეძენილი დივერტიკულის განვითარების შესახებ ერთიანი აზრი არ არსებობს. მნიშვნელობას ანიჭებენ ნაწლავის შიგა წნევის მომატებას და ნაწლავის კედელში სუსტი უბნის არსებობას (თანდაყოლილი ჰიპოპლაზია, ცხიმოვანი გადაგვარება, დანაწიბურებული წყლულის არე). დივერტიკული შეიძლება განვითარდეს ნაწლავის კედელში ნერვებისა და სისხლძარღვთა შესვლის ადგილას. ტრაქციული ტიპის დივერტიკულის ჩამოსაყალიბებლად მნიშვნელობა აქვს პერიპროცესებს.

შედარებით იშვიათია წვრილი ნაწლავის დივერტიკულოზი. იგი შეიძლება იყოს თანდაყოლილი და შეძენილი. დივერტიკული მდებარეობს ჯორჯლის მიმაგრების მოპირდაპირე მხარეს, გამოვლინდება შემთხვევით რენტგენოლოგიური გამოკვლევის ან რომელიმე ოპერაციის დროს.

მსხვილი ნაწლავის დივერტიკული უპირატესად გვხვდება 40 წლის ასაკის შემდეგ, უფრო ხშირად მრავლობითია, ძირითადად პულსური. მისი მიზეზია ნაწლავის შიგა წნევის მომატება და კედლის წინააღმდეგობის დაქვეითება. მსხვილ ნაწლავში დივერტიკული ვითარდება უპირატესად სისხლძარღვის შესვლის არეში. ნაწლავის შიგა წნევა,

რომელიც ნორმის პირობებში ვ. წყ. სვ. 7,5 მმ-ია, დივერტიკულის შემთხვევაში 30—40—50 მმ-ია. მსხვილი ნაწლავის მარცხენა ნახევარში დივერტიკული ძირითადად შექმნილია, მარჯვენა ნახევარში კი — თანდაყოლილი და ერთეული. მსხვილი ნაწლავის დივერტიკული 85—95%-ში სიგმური ნაწლავის არეში ვლინდება. დივერტიკული არასდროს ვითარდება გასწვრივი ზონრის არეში. წარმოიქმნება მათ შორის, უპირატესად ცხიმოვანი ციკხვების არეში და ძნელი გამოსავლინებელია. მას უპირატესად ვიწრო ყელი და განიერი სხეული აქვს, გაივლის კუნთოვან შრეს. მოსალოდნელია მისი ინტრამურული ლოკალიზაცია და მცირე ზომა.

ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა. კუჭის დივერტიკული ხანგრძლივი დროის განმავლობაში, ისევე როგორც საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის სხვა ნაწილების დივერტიკული, მიმდინარეობს უსიმპტომოდ. არჩევენ კუჭის დივერტიკულის მიმდინარეობის შემდეგ კლინიკურ ფორმებს (ს. ს. ავიდოსოვი, ი. მ. ინოიატოვი, 1962): 1. ლატენტურ ფორმას, რომელიც მიმდინარეობს უსიმპტომოდ; 2. დისპეფსიური ფორმა; 3. ფსევდოწყლულოვან ფორმას, რომელსაც ახასიათებს პერიოდული ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში, სისხლის დენა და ა. შ. 4. ფსევდოკანცერული ფორმა, რომელსაც ახასიათებს აღინამია, წონაში დაკლება, დისპეფსიური მოვლენებით; 5. კომბინირებული ფორმა, როდესაც დივერტიკულთან ერთად არის სხვა დაავადებებიც — კუჭის წყლული, ნაღვლის ბუშტის ქრონიკული ანთება და სხვ.

თორმეტგოჯა ნაწლავის დივერტიკული გაურთულებელ შემთხვევაში მიმდინარეობს უსიმპტომოდ ან გამოხატულია ამა თუ იმ ხასიათის ტკივილი, რაც იძლევა რომელიმე დაავადების სიმულაციას.

თორმეტგოჯა ნაწლავის დივერტიკული პერიოდულად შეიძლება გამწვავდეს, რაც დაკავშირებულია დიეტის დარღვევასთან.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის დივერტიკული შემთხვევათა 30—80%-ში რთულდება დივერტიკულიტით, პერფორაციით, სისხლის დენით, გაუვალობით. შემთხვევათა 10—15%-ში გვხვდება სხვა პათოლოგიასთან ერთად ან მისი გამომწვევია მეზობელ ქსოვილებსა და სხვა ორგანოებზე ანთებითი პროცესის გადასვლა.

თორმეტგოჯა ნაწლავის დივერტიკულმა შეიძლება განიცადოს ანთება (დივერტიკულიტი), გამოიწვიოს დუოდენიტი, პერიდუოდენიტი, ჰეპატოქოლეცისტიტი, პანკრეატიტი. მასში შეიძლება განვითარდეს წყლული, რომელიც ზოგჯერ რთულდება სისხლის დენით, პერფორაციით, დივერტიკულის ანთებით, თუ მასში წყლული წარმოიქმნა, იწყება არა მარტო თორმეტგოჯა ნაწლავის დეფორმაცია, არამედ ნაღვლის და პანკრეასის სადინრების დეფორმაცია და სტენოზიც. დი-

ვერტიკულმა შეიძლება განიცადოს მალიგნიზაცია. აღნიშნული გართულებები გამოვლინდება შესაბამისი კლინიკური სურათით.

წვრილი და მსხვილი ნაწლავის დივერტიკული შეიძლება გართულდეს დივერტიკულით, პერფორაციით, ნაწლავთა გაუვალობით, იგი შეიძლება გადაგვარდეს სიმსივნედ.

მეკელის დივერტიკულით გამოწვეული გაუვალობა შეადგენს ნაწლავის მწვავე გაუვალობის შემთხვევათა 1—3%-ს (ი. ი. ტოროპოვი, 1974). მისი მიზეზია დივერტიკულის შეხორცება და ფიქსაცია მუცლის წინა კედელთან, ჯორჯალთან ან ნაწლავის რომელიმე მარყუჟთან. დივერტიკული შეიძლება ჩაიჭედოს. ეს გართულება აღწერა ლიტრემ 1700 წელს, უფრო დიდი ხნით ადრე, ვიდრე შემოიღებდნენ ტერმინს — „დივერტიკული“. აღწერილია მეკელის დივერტიკულის პერფორაცია ასკარიდით, თევზის ფხით, ნემსით. გარდა აღნიშნულისა, დივერტიკულის სანათურში შეიძლება ჩამოყალიბდეს უცხო სხეული, რომელიც, თავის მხრივ, ხდება წყლულის განვითარების, პერფორაციის, სისხლის დენის, ნაწლავთა გაუვალობის მიზეზი. შესაძლებელია ორი ან მეტი გართულების ერთდროული არსებობა.

წვრილი ნაწლავის დივერტიკულის ერთ-ერთი გართულებაა დივერტიკულიტი, რომელსაც არა აქვს სპეციფიკური დამახასიათებელი ნიშნები. ჭიანწლავთან ახლოს მისი ლოკალიზაციის გამო ავადმყოფს უკეთებენ ოპერაციას მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზით. ამიტომ საჭიროა გვახსოვდეს, რომ თუ ჭიანწლავში ცვლილებები არ არის, უნდა გამოვრიცხოთ მწვავე დივერტიკულიტი.

მსხვილი ნაწლავის დივერტიკულის მიმდინარეობაში გამოყოფენ 5 კლინიკურ ვარიანტს (ა. ა. შალიშოვი, ვ. ფ. საენკო, 1977): 1. უსიმპტომოდ მიმდინარე; 2. ქრონიკული დივერტიკულიტი — ავადმყოფი აღნიშნავს გაურკვეველი ლოკალიზაციის ტკივილს მუცლის არეში, მეტეორიზმს, ხშირად განავალი შეიცავს ლორწოსა და სისხლს. ტკივილი შეიძლება იყოს შეტევითი ხასიათის, რომელსაც თან სდევს მუცლის შებერვა, ყურყური, აირებზე გასელის გაძნელება; 3. მწვავე დივერტიკულიტი — დამახასიათებელია ძლიერი ტკივილი მუცლის არეში, სხეულის ტემპერატურის მომატება, ტაქიკარდია, ლეიკოციტოზი, პალპაციით აღინიშნება მუცლის წინა კედლის დაჭიმულობა, შჩოტკინ-ბლუმბერგის დადებითი ნიშანი; 4. გართულებული დივერტიკული: ა) აბსცესით — ახასიათებს ძლიერი ტკივილი მუცლის არეში, ტემპერატურის მომატება, ლეიკოციტოზი, შესაძლებელია ისინჯებოდეს ინფილტრატი. თუ აბსცესის ღრუს დრენირება დროულად არ მოხდა, ვითარდება ფისტულა, ბ) შინაგანი ფისტულით — დივერტიკულის არეში განვითარებული აბსცესის შარდის ბუშტში გახსნის გამო, რომელიც გამოვლინდება პნევმატურიით, ფეკალურიით. აღნიშ-

ნული გართულება უფრო ხშირია მამაკაცებში. იშვიათად ვითარდება ფისტულა, ერთი მხრივ, დივერტიკულსა და, მეორე მხრივ, სიგმურ ნაწლავსა და საშვილოსნოს, საშოს, წვრილ ნაწლავსა და შარდსაწვეთს შორის, გ) დივერტიკულის პერფორაციით და დიფუზური პერიტონიტის განვითარებით, დ) მეტასტაზური ჩირქგროვების განვითარებით მეზობელ ორგანოებში, მაგალითად, ღვიძლში, ე) დივერტიკულიდან შეიძლება დაიწყოს სისხლის დენა, რომელიც ზოგჯერ დაავადების პირველი გამოვლინებაა.

**დი ა გ ნ ო ს ტ ი კ ა.** საკმლის მომწელებელი ტრაქტის დივერტიკულის დიაგნოზში გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას, რომლის დროს ნაწლავში ჩანს სანათურთან დაკავშირებული მკვეთრად შემოსაზღვრული დამატებითი ჩრდილი. მსხვილი ნაწლავის დივერტიკულის დიაგნოსტიკაში გვეხმარება ირიგოსკოპია და კოლონოსკოპია. რენტგენოდიაგნოსტიკის გამოყენება შეიძლება ურგენტულ შემთხვევებშიც.

**მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა.** საკმლის მომწელებელი ტრაქტის დივერტიკულის მკურნალობა კონსერვატიული და ოპერაციულია. ოპერაციას ძირითადად აკეთებენ სასწრაფოდ, რაც განპირობებულია დიაგნოზური შეცდომით, რადგანაც ავადმყოფს კლინიკაში ათავსებენ მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული დაავადებების დიაგნოზით.

ავტორთა ნაწილი ოპერაციული ჩარევის მომხრეა დივერტიკულის მხოლოდ ამა თუ იმ გართულების დროს, ავტორთა მეორე ჯგუფი ოპერაციული მკურნალობის მომხრეა თორმეტგოჯა ნაწლავის როგორც გართულებული, ასევე გაურთულებელი დივერტიკულის დროს. მიმართავენ დივერტიკულის ამოკვეთას, დივერტიკულის ინვაგინაციას. დივერტიკულის ფატერის დერილთან ახლოს ლოკალიზაციის შემთხვევაში აკეთებენ კუჭის რეზექციას დივერტიკულის გამოთიშვით. კუჭის დივერტიკულის დროს უფრო ხშირად დივერტიკულს ამოკვეთავენ. ოპერაციული მკურნალობის სახე ძირითადად დამოკიდებულია დივერტიკულის ფორმაზე, მისი ფუძის დიამეტრზე, იმ შემთხვევაში, თუ მას აქვს პატარა ფუძე, ნაწლავის სანათური საკმარისია და ოპერაციის შემდეგ იგი არ შევიწროვდება — კეთდება დივერტიკულექტომია. დეფექტს ჯერ გაკერავენ კეტგუტით, ხოლო შემდეგ დააკეთებენ სერო-სეროზულ ნაკერს. დივერტიკულის და წვრილი ნაწლავის ნეკროზის შემთხვევაში რეკომენდებულია ნაწლავის რეზექცია საღი ქსოვილის ფარგლებში.

მსხვილი ნაწლავის დივერტიკულოზის დროს ახორციელებენ სხვადასხვა სახის ოპერაციულ მკურნალობას. რეილს (1955) მიაჩნია, რომ რექტოსიგმოიდურ ნაწილში ბუნებრივი სფინქტერია, რომლის სპაზმის

განვითარება იწვევს ყაბზობას, ნაწლავში წნევის მომატებას, რაც დივერტიკულოზის განვითარების მიზეზი ხდება. აქედან გამომდინარე ავტორი ურჩევს აღნიშნული არის რეზექციას.

მსხვილი ნაწლავის დივერტიკულის დროს დაზიანებული უბნის რეზექცია ოპტიმალური ოპერაციაა. იგი რეკომენდებულია ქრონიკული დივერტიკულოზის, მისი მალიგნიზაციის, თავისუფალი ან მიფარებული პერფორაციის დროს დიფუზური პერიტონიტის გარეშე, შინაგანი და გარეთა ფისტულის შემთხვევაში. რეზექციის დროს, თუ ანასტომოზი არასაიმედოა, დამატებით ადებენ ხელოვნურ უკანა ტანს განით კოლინჯზე ან ცეკოსტომას. აბსცესების, ნაწლავის კედლის ანთების, ნაწლავთა გაუვალობის დროს საჭიროა ორმოქმენტიანი ოპერაციული მკურნალობა (პარტმანის ტიპის ოპერაცია ან დაზიანებული ნაწილის რეზექცია და ორივე ბოლოს გამოტანა ჭრილობაში, შემდგომ მეორე ოპერაციის დროს აღადგენენ ნაწლავთა გამავლობას).

მძიმე შემთხვევებში (პერიტონიტი) გაკერავენ პერფორაციულ უბანს, დამატებით ახორციელებენ კოლოსტომიას და მუცლის ღრუს დრენირებას, მეორე ეტაპად — დაზიანებული ნაწლავის რეზექციას, ხოლო მესამე ეტაპად — კოლოსტომის დახურვას.

ძნელია მსხვილი ნაწლავის დივერტიკულოზის დროს სისხლმდენი უბნის დადგენა. ოპერაციის დროს ზოგი ავტორი მიმართავს სუბტოტალურ კოლექტომიას და ილეოტრანსვერზოანასტომოზს. სუბტოტალური კოლექტომიის ასაკილებლად ავტორთა ნაწილი ოპერაციის მსვლელობის დროს კოლონოსკოპიას ახორციელებს. აღნიშნულის მიზნით ცეკოსტომიური ხვრელიდან მსხვილ ნაწლავს გამორეცხავენ ფიზიოლოგიური ხსნარით და ნეომიცინით. შემდეგ კი კოლონოსკოპიას განახორციელებენ.

ნაწლავის დივერტიკულოზის დროს ლეტალობა მაღალია, განსაკუთრებით სასწრაფო ოპერაციის შემდეგ. სიკვდილიანობის მაღალი პროცენტი აიხსნება იმ ფაქტით, რომ ამ ავადმყოფებს კლინიკებში ათავსებენ დივერტიკულის ამა თუ იმ გართულების გამო.

დივერტიკულიტის კონსერვატიული მკურნალობა გულისხმობს წოლით რეჟიმს, დიეტას. საჭიროა ჭარბი წონის დაკლება, სისტემატური ვარჯიში. ყაბზობის დროს უნიშნავენ ვაზელინის ზეთს (თითო სუფრის კოვზი სამჯერ დღეში), ანტისპაზმურ საშუალებებს (პაპავერინს, ნო-შპას, პლატიფილინს), ანთების საწინააღმდეგოდ ფთალაზოლს, ანტიბიოტიკებს (სინტომიცინს, ლევომიციტინს). ანტიბიოტიკებს ხმარობენ ხანმოკლე კურსით (5—7 დღე).



## კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის ეროზია და მწვავე წყლული

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის ლორწოვანზე არცთუ იშვიათია ეროზიის და მწვავე წყლულის განვითარება. ფიბროგასტროდუოდენოსკოპიური კვლევის ფართო დანერგვამ ხელი შეუწყო მის დიაგნოსტიკას, ზოგჯერ ყოველგვარი კლინიკური გამოვლინების გარეშე. მათი განვითარების მიზეზი საბოლოოდ არ არის დაუდგენილი. არ არის ბოლომდე გარკვეული პათოგენეზის საკითხიც. ეროზიების და მწვავე წყლულების ნაწილი ვითარდება სხვადასხვა დაავადებისა და პათოლოგიური პროცესის ფონზე და ცნობილია როგორც მეორადი, ანუ სიმპტომური წყლულები.

ეროზიებისა და მწვავე წყლულების განვითარების მიზეზები პირობითად შეიძლება 3 ჯგუფად დაიყოს: 1. ეროზიები და მწვავე წყლულები, განვითარებული სტრესის შედეგად, 2. ეროზიები და მწვავე წყლულები, განვითარებული სხვადასხვა მწვავე და ქრონიკული დაავადების ფონზე, 3. ეროზიები და მწვავე წყლულები, განვითარებული მედიკამენტების მიღების შედეგად.

ეროზიები და მწვავე წყლულები უფრო ხშირად ვითარდება კუჭის ფუნდალურ ნაწილსა და სხეულში, შედარებით იშვიათად პილოროანტრალურ ნაწილსა და თორმეტგოჯა ნაწლავში. როგორც ეროზიები, მწვავე წყლულიც შეიძლება იყოს მრავლობითი. ეროზია არ ვრცელდება ლორწვევაში შრეზე ღრმად, მწვავე წყლული კი შეიძლება აღწევდეს კუნთოვან შრეს. ეროზიები და მწვავე წყლულები პატარა ოდენობისაა — რამდენიმე მმ-დან 1 სმ-მდე. იშვიათად უფრო დიდი. მრავლობითი ეროზიები მდებარეობენ შეშუპებულ, ჰიპერემიულ ლორწოვანზე, რომელიც ადვილად სისხლმდენია, ზოგჯერ სისხლის დენა დიფუზურია და ავტორთა ნაწილი ასეთ მრავლობით ეროზიებს განიხილავს როგორც ეროზიულ, ჰემორაგიულ გასტრიტს.

ეროზიების და მწვავე წყლულის პათოგენეზი გარკვეული არ არის. მათ განვითარებაში მონაწილეობს რამდენიმე ფაქტორი. მათგან ერთ-ერთი მნიშვნელოვანია ლორწოვანი გარსის იშემიური კერის წარმოქმნა, რომელსაც ხელს უწყობს მიკროციკულაციის დარღვევა, ესენია შოკი, კოლაფსი, სისხლის მიმოქცევის მოშლა, სისხლნაკლებობა და სხვ. გარკვეული მნიშვნელობა აქვს კუჭში „აგრესიისა“ და „თავდაცვის“ ფაქტორების თანაფარდობის დარღვევას. ერთი მხრივ სეკრეციის გაძლიერება, მეკვიანობის მომატება და მეორე მხრივ ლორწოვანის დამცველობითი უნარის დაქვეითება (გლიკოპროტეიდების შემცირება), აგრეთვე მონაწილეობს ეროზიებისა და მწვავე წყლულების განვითარებაში. მხედველობაში უნდა მივიღოთ ლორწოვანი გარსის რეპარაციული, რეგენერაციის პროცესის დათრგუნვა და სხვ.

სტრესული ეროზიები და მწვავე წყლული-სისხლის დენით გართულებული მწვავე წყლული დამწვრობის დროს აღწერილი იყო კურლინგის (1842), მუცლის ღრუს ორგანოებზე ოპერაციული ჩარევის შემდეგ — ეიზელსბერგის (1896), ცენტრალური ნერვული სისტემის ტრავმის შემთხვევაში — კუშინგის (1932) მიერ. ეს წყლულები ცნობილია როგორც კურლინგის, ეიზელსბერგის და კუშინგის წყლულები.

ღიღი და ტრავმული ოპერაციების ფართო დანერგვამ გამოიწვია მწვავე წყლულების განვითარების გახშირება. ეროზიების და მწვავე წყლულების განვითარება შეიძლება მოჰყვეს ტრავმულ და ხანგრძლივ ოპერაციულ ჩარევას გულზე, გულმკერდის და მუცლის ღრუს ორგანოებზე. ტრავმატოლოგიურ, ორთოპედიულ და უროლოგიურ ოპერაციებს, ნეიროქირურგიულ და მიკროქირურგიულ ჩარევებს.

სიმპტომური წყლული სხვადასხვა დაავადებისა და პათოლოგიური პროცესების დროს. ეროზია და მწვავე წყლული არცთუ იშვიათია სხვადასხვა მწვავე და ქრონიკულად მიმდინარე დაავადებისა და პათოლოგიური პროცესის შემთხვევაში. ასეთია მიოკარდიუმის ინფარქტი, ჰეპატიტი, ნეფრიტი, ჰიპერტონიული დაავადება, ათეროსკლეროზი, სუნთქვის უკმარისობა, გულ-სისხლძარღვთა ნაკლოვანება, სხვადასხვა ინტოქსიკაცია და სხვ. აღწერილია მწვავე წყლულის განვითარება ფილტვების არასპეციფიკური ქრონიკული დაავადების დროს, ე. წ. ჰეპატოგენური წყლული ღვიძლის ციროზის დროს, მწვავე წყლული ერითრემიის, სეფსისისა და სხვა შემთხვევებში.

უკანასკნელ ხანს ყურადღება მიაქცეის ხანშიშესული და მოხუცებულობის ასაკის მწვავე წყლულებს, რომლებიც ვითარდება ჰიპერტონიული დაავადების, ათეროსკლეროზის და იმ პათოლოგიური პროცესების ფონზე, რომლებიც მიმდინარეობენ სისხლის მიმოქცევის დარღვევით.

მედიკამენტებით გამოწვეული ეროზია და მწვავე წყლული. ეროზიებისა და მწვავე წყლულის განვითარება აღწერილია სხვადასხვა მედიკამენტის მიღების შემდეგ. ამ მხრივ განსაკუთრებით საყურადღებოა კორტიკოსტეროიდები, რომლებსაც დღეს ფართოდ ხმარობენ. მწვავე წყლულის განვითარება შესაძლებელია სალიცილმეფავას პრეპარატების, ბუტადიონის, რეზერპინის, ინდომეტაცინის (მეტინდოლის) და სხვ. მიღების შედეგად. მხედველობაშია მისაღები, რომ მწვავე წყლულის განვითარების შესაძლებლობა ყოველთვის არ არის დამოკიდებული მედიკამენტის მიღების ხანგრძლივობაზე. აღნიშნული მედიკამენტები იწვევს არა მარტო წყლულის განვითარებას, არამედ ამწვავეებს უკვე არსებულ წყლულოვან დაავა-

დებას. ამის გამო ჩამოთვლილი მედიკამენტების დანიშვნა წყლულოვანი დაავადების დროს უკუნაჩვენებია. მათი მიღება დასაშვებია ანტაციდების მიღებისა და წყლულის საწინააღმდეგო თერაპიის ფონზე.

გაურთულებელი ეროზია და მწვავე წყლული კლინიკურ გამოვლინებას არ იძლევა, მათი დადგენა შემთხვევითია. იმ შემთხვევაში კი, როდესაც ისინი ამა თუ იმ სიმპტომით გამოვლინდება, წამყვანია ყოველთვის ძირითადი დაავადების ნიშნები. ეროზია და მწვავე წყლული რთულდება სისხლის დენით, შედარებით იშვიათად — პერფორაციით. აეტორთა მონაცემების თანახმად სისხლის დენით გართულება ვლინდება 5—10% -ში. აღსანიშნავია, რომ სისხლის დენის სურათი დასაწყისში ძირითად მძიმე პათოლოგიის ფონზე ძნელი დასადგენია. ეროზიიდან და მწვავე წყლულიდან განვითარებული პროფუზული სისხლის დენის დიაგნოსტიკაში წამყვანია ფიბროგასტროდუოდენოსკოპია. კუჭ-ნაწლავის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა არაინფორმაციულია.

მწვავე წყლულიდან განვითარებული პროფუზული სისხლის დენის მკურნალობა ძირითადად კონსერვატიულია. ჰემოსტაზურ ღონისძიებებთან ერთად ძირითადია იმ დაავადების მკურნალობა, რომლის ფონზეც განვითარდა მწვავე წყლული და ეროზია. ულცეროგენული მედიკამენტების მიღება შეწყვეტილი უნდა იყოს, კორტიკოსტეროიდები მკვეთრად უნდა შევამციროთ. უნდა გამოვიყენოთ სისხლის დენის შეჩერების ენდოსკოპიური მეთოდები. სასიცოცხლო ჩვენების შემთხვევაში შეიძლება ოპერაციის გაკეთება.

მწვავე წყლულის პერფორაცია, ჩვეულებრივ, წაშლილი კლინიკური სურათით მიმდინარეობს. ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის ფონზე დიაგნოზის დადგენა ძნელდება. გამოყენებული უნდა იყოს ენდოსკოპი, კუჭში ჰაერის შეყვანის შემდეგ მუცლის ღრუს რენტგენოსკოპია. მკურნალობა ოპერაციულია. მიმართვენ ულცეროზაფიას.

## **კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული ენდოსკოპიული დაავადებების დროს**

ჰიპერპარათირეოზის, ქრონიკული პანკრეატიტისა და პანკრეასის ულცეროგენული ადენომის დროს კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის ლორწოვან გარსში ვითარდება წყლულები, რომელთაც ახასიათებს ხანგრძლივი, შეუპოვარი მიმდინარეობა, ხშირი გამწვავება და გართულება — პროფუზული სისხლის დენის და წყლულის პერფორაციის სახით.

ჰიპერპარათირეოზის დროს წყლულის განვითარების შესახებ პირ-

ველად 1946 წელს მიუთითა როჯერსმა. ამ დაავადების დროს გასტროდუოდენური წყლული ვითარდება შემთხვევათა 8,8—11,5%-ში. წყლული ძირითადად თორმეტგოჯა ნაწლავშია, მიმდინარეობს გაძლიერებული სეკრეციისა და მაღალი მქავეიანობის ფონზე, ხშირი გამწვავებით, არ ექვემდებარება კონსერვატიულ მკურნალობას. გართულებებიდან ვლინდება როგორც პროფუზული სისხლის დენა, ასევე პერფორაცია.

პარათირეოიდექტომია იწვევს წყლულის შეხორცებას და სეკრეციის დათრგუნვას.

წყლული ვითარდება ქრონიკული პანკრეატიტის დროსაც. ცოლინგერის აზრით, პანკრეასში გამოიშუშავდება სტიმულატორები, რომლებიც იწვევენ კუჭის წვენის ჰიპერსეკრეციას, სეკრეტინის გამოყოფის გაძლიერებას, რაც თავის მხრივ იწვევს პანკრეასის ფუნქციის გააქტიურებას, ეს კი აძლიერებს კუჭის წვენის გამოყოფას.

ცოლინგერ-ელისონის სინდრომი. 1955 წელს ცოლინგერმა და ელისონმა აღწერეს ორი შემთხვევა, როდესაც პანკრეასში არსებული ადენომის ფონზე კუჭსა და თორმეტგოჯა ნაწლავში განვითარდა წყლული, რომელსაც ახასიათებს შეუპოვარი მიმდინარეობა. შემდგომში ამ პათოლოგიას ცოლინგერ-ელისონის სინდრომი ეწოდა.

ცოლინგერ-ელისონის სინდრომი თითქმის თანაბარი სიხშირით უვლინდებათ როგორც ქალებს, ასევე მამაკაცებს (შეფარდებით 4:5), 35—40 წლის ასაკში, თუმცა გვხვდება ბავშვებსა და ხანშიშესულ პირებშიც. ამ დროს წყლული ვითარდება საყლაპავ მილში, კუჭში, თორმეტგოჯა ნაწლავში, წვრილ ნაწლავში. ელისონის მონაცემებით 18—20% შემთხვევაში, აღინიშნება მრავლობითი წყლულის განვითარება.

პანკრეასში განვითარებულ სიმსივნეს ულცეროგენური ადენომა ეწოდება. ადენომა შეიძლება იყოს ერთი ან რამდენიმე, პანკრეასის სხვადასხვა ნაწილში, სხვადასხვა ზომის, 0,5×1—2 სმ-ის დიამეტრის, მრგვალი ან ოვალური ფორმის. აღწერილია შემთხვევა, როდესაც იგი აღწევდა 500 გრამს. ადენომა შეიძლება იმდენად პატარა იყოს, რომ მხოლოდ მიკროსკოპში ჩანდეს. თავისი ხასიათის მიხედვით იგი შეიძლება იყოს კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი. მორფოლოგიურად კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი ადენომა არ განსხვავდება ერთმანეთისგან. განმასხვავებელი ნიშანია მეტასტაზები, მეტასტაზების არსებობის შემთხვევაში ადენომა ავთვისებიანია. ელისონის და ვილსონის (1964) მონაცემებით, შემთხვევათა 3/4%-ში ადენომა ავთვისებიანა და იძლევა მეტასტაზებს ლიმფურ ჯირკვლებსა და მეზობელ ორ-

ჯანოებში. ავთვისებიანი ადენომა არ გამოიმუშავებს ინსულინს, მისი ჰისტოლოგიური ბუნება საბოლოოდ დადგენილი არ არის.

სიმსივნე უფრო ხშირად პანკრეასის სხეულსა და კუდის არეშია. შემთხვევათა 10%-ში აღინიშნება პანკრეასის ქსოვილის აბერაციული ლოკალიზაცია ელენთის კარის არეში, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის კედელში და ა. შ.

ოსბორნმა და თანაავტ. (1960) ექსპერიმენტულად დაადგინეს, რომ ადენომის ექსტრაქტის შეყვანა ძაღლებში იწვევს კუჭის სეკრეციის მკვეთრ გაძლიერებას. აღნიშნული ნივთიერება ჰისტამინზე 1 000-ჯერ უფრო აქტიურია, ხოლო გასტრინზე — 4-ჯერ. კუჭის წვენის სადღე-ღამისო სეკრეცია ცოლინგერ-ელისონის სინდრომის დროს აღწევს 3 000—12 000 მლ-ს, გაძლიერებულია სეკრეცია ღამის პერიოდში.

პანკრეასში განვითარებული ადენომის ჰისტოლოგიური აგებულების შესწავლის დროს მასში დადგინდა უჯრედები, რომლებიც კუჭის ანტრალურ ნაწილშია.

შემდგომი გამოკვლევებით გამოვლინდა, რომ წყლულის განვითარება აღინიშნა ჰიპოფიზის, ფარისებრი ჯირკვლის, თირკმელზედა ჯირკვლის ადენომის დროსაც, ცოლინგერ-ელისონის სინდრომის დროს კი ჰიპერპარათირეოზი ვლინდება. თვით ჰიპერპარათირეოზის დროს, ავტორთა მონაცემებით, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში წყლული ვითარდება.

უკანასკნელ წლებში გამოყოფენ ცოლინგერ-ელისონის სინდრომის ისეთ ფორმას, როდესაც ვლინდება კუჭის 8 უჯრედების ჰიპერპლაზია, რომლის დროს პანკრეასის ქსოვილის ჰიპერპლაზია არ ხდება. ჯერჯერობით არ არის დადგენილი მიზეზი, რომელიც იწვევს კუჭის 8 — უჯრედის ჰიპერპლაზიას, ფიქრობენ, რომ მისი მიზეზია ჰიპოთალამუსის და ჰიპოფიზის წინა ნაწილის ჰიპერპლაზია და ჰიპერფუნქცია. აღსანიშნავია, რომ ცოლინგერ-ელისონის სინდრომის შემთხვევათა 10%-ში აღინიშნება კუჭის სინდრომი, აკრომეგალია.

ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა. ცოლინგერ-ელისონის სინდრომი იწყება მწვავედ, ახასიათებს ავთვისებიანი მიმდინარეობა. ავადმყოფი უჩივის ტკივილს ეპიგასტრიუმის არეში, ღებინებას, გულძმარვას, ვლინდება წყლულოვანი დაავადების კლინიკური სურათი. მაგრამ ყველა სიმპტომი მკვეთრადაა გამოხატული.

ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევები, როდესაც ამ სინდრომის დროს ვითარდება ენტერიტი, რომელიც არ ექვემდებარება მკურნალობას, ჰიპოკალიემია, რომელიც იწვევს კუნთოვანი სისტემის სისუსტეს, დამბლას, ვითარდება ჰიპოკალიემიური ნეფროპათია.

დაავადების შეუპოვარი მიმდინარეობის ფონზე ხშირია გართულება პროფუზული სისხლის დენისა და წყლულის პერფორაციის სახით. ბოლო წლების დაკვირვებით გაიკვია, რომ ცოლინგერ-ელისონის სინდრომის კლინიკური მიმდინარეობა შემთხვევათა ნაწილში შეიძლება იყოს უფრო თანდათანობითი, როდესაც კლინიკურ სიმპტომთა გამოხატულობის მაქსიმუმი ვლინდება დაავადების 5—8 წლის შემდეგ. ასეთ ავადმყოფებს ოპერაციის შემდგომი რეციდივი უვითარდებათ საშუალოდ 4 წლის შემდეგ.

დაავადების ერთ-ერთი ძირითადი სიმპტომია დისპეფსია, რომელიც აღენიშნება ავადმყოფთა თითქმის ნახევარს. მიაჩნიათ, რომ შემთხვევათა 20%-ში დაავადების ერთადერთი სიმპტომი შეიძლება იყოს ზანგამოშვებითი ქრონიკული დიარეა, არცთუ იშვიათად სტეატორეასთან ერთად. დიარეა განსაკუთრებით გამოხატულია ღამის საათებში, კუჭის მოქმედების სიხშირემ დღე-ღამეში შეიძლება მიაღწიოს 20—30-ს. დიარეის ლიკვიდაცია ან შესუსტება შეიძლება შიმშილით და კუჭის წვენის ხანგრძლივი ასპირაციით. ენტერიტისა და დიარეის მიზეზია ნაწლავის სანათურში კუჭის წვენის დიდი რაოდენობით გადასვლა, რაც ცვლის თორმეტგოჯა და წვრილ ნაწლავში მყავა-ტუტოვან წონასწორობას, ახდენს პანკრეასის წვენის ინაქტივაციას და აღიზიანებს ნაწლავის ლორწოვან გარსს. პანკრეასის ფერმენტების ინაქტივაციის გამო ირღვევა შეწოვის პროცესი, ვითარდება სტეატორეა.

ელისონისა და ვილსონის მონაცემებით, ავადმყოფთა 2/3-ს აღენიშნებათ ძლიერი ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში, 36%-ს დიარეა, 18%-ს — წყლულის პერფორაცია, 19% — პროფუზული სისხლის დენა.

პოუკი (1965) გამოყოფს ცოლინგერ-ელისონის სინდრომის სამ კლინიკური ფორმას: 1. ჰიპერსეკრეციულს (წყლულის განვითარება საყლაპავ მილში, კუჭში, თორმეტგოჯა და წვრილ ნაწლავში), 2. ნაწლავის ფორმას (ძირითადი კლინიკური ნიშნებია დიარეა, ჰიპოკალიემია), 3. პოლიგლანდულურს (ადენომის არსებობა სხვა ენდოკრინულ ჯირკვლებში).

**ღ ი ა გ ნ ო ს ტ ი კ ა.** დიაგნოზის დადგენაში გვეხმარება დაავადებების სწრაფი მიმდინარეობა, რომელსაც ახასიათებს ძლიერი ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში და კონსერვატიული მკურნალობის უშედეგობა. გასტრინომის მქონე ყველა ავადმყოფს აღენიშნება სისხლის პლაზმაში გასტრინის დონის მომატება, თუმცა ზუსტი კორელაცია სისხლში გასტრინის დონესა და ჰიპერსეკრაციას შორის არ არსებობს. ენდოსკოპიურად ვლინდება კუჭის ლორწოვანი გარსის მკვეთრი ჰიპერტროფია და ერთი ან რამდენიმე წყლული, რენტგენოლოგიურად — ნაწლავის პერისტალტიკის გაძლიერება, ოპერაციული მკურნალობის

შემდეგ არცთუ იშვიათია სწრაფი რეციდივი, კონსერვატიული მკურნალობა არაეფექტურია, დამახასიათებელია წყლულის პენეტრაცია, გასტროდუოდენური სისხლის დენა, პერფორაცია, დიარეა, სტეატორეა.

ოპერაციამდე ულცეროგენური ადენომის ლოკალიზაციის დადგენა რთულია. სტანდარტული რენტგენოლოგიური მეთოდებიდან უპირატესობას აძლევენ სელექციურ ანგიოგრაფიას ირიბ პროექციაში. უფრო იმფორმაციულია კომპიუტერული ტომოგრაფია, მაგრამ ლიტერატურული მონაცემებით, 4 სმ-ზე ნაკლები დიამეტრის სიმსივნეების დადგენა ამ მეთოდითაც შეუძლებელია. ექოსკანირება არ იძლევა სარწმუნო მონაცემებს, იგი გვეხმარება ღვიძლში არსებული მეტასტაზების დადგენაში. ჭერ კიდეც არ არის ბოლომდე გარკვეული ბირთვულ-მაგნიტური რეზონანსის გამოყენების შესაძლებლობანი ამ სინდრომის დიაგნოსტიკაში.

დიაგნოზის დადგენის დროს მხედველობაში მისაღებია ოჯახური ანამნეზიცი, რადგან ავადმყოფთა 1/3-ის ნათესაებს აღენიშნებათ ენდოკრინოპათია.

მკურნალობა. ცოლინგერ-ელისონის სინდრომის მკურნალობის შესახებ ერთიანი აზრი დღეს არ მოიპოვება. დასაწყისში გავრცელებული, აზრი იმის შესახებ, რომ ამ სინდრომის მკურნალობა მხოლოდ ოპერაციულია და რეციდივის თავიდან აცილების მიზნით აუცილებელია გასტრექტომია, გადასინჯვას საჭიროებს.

H<sub>2</sub> — რეცეპტორების ანტაგონისტების (ციმეტიდინის, რანიტიდინისა და სხვ.) საშუალებით კუჭის მჟავე წვენის სეკრეციის დათრგუნვის შესაძლებლობამ შეცვალა ცოლინგერ-ელისონის სინდრომის მკურნალობის ტაქტიკა. შემთხვევათა 80%-ში ციმეტიდინი ამუხრუჭებს მჟავე სეკრეციას, ამცირებს კლინიკური სიმპტომების გამოხატულებას და არცთუ იშვიათად იწვევს წყლულის შეჩორცებას, მაგრამ ცოლინგერ-ელისონის სინდრომის შემთხვევებში საჭიროა დოზების გაზრდა და ანტიჟოლინერგიული პრეპარატების დამატება.

ოპერაციული მკურნალობისას დასაწყისში მიმართავდნენ კუჭის ფართო რეზექციას და პანკრეასში არსებული ადენომის ამოკვეთას. გამოირკვა, რომ ასეთი ოპერაციული ჩარევა არ იცავს ავადმყოფს წყლულის განვითარების რეციდივისგან. დადებითი შედეგი არ იყო მიღებული კუჭის სუბტოტალური ამოკვეთის შემდეგაც. არ გაამართლა იმედები ვაგოტომიის დამატებამ. დადებით შედეგს იძლეოდა მხოლოდ კუჭის მთლიანი ამოკვეთა (გასტრექტომია). გასაგებია, რომ ასეთი ტრავმული ოპერაციული ჩარევა დიდ სიკვდილიანობას იწვევდა, კეთილსასურველი შედეგი აღენიშნებოდა გასტრექტომირებულ ავადმყოფთა 3/4-ს.

## 2. ქირურგიული გასტროენტეროლოგია

## კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება ქრონიკულად, გამწვავებებით და რემისიებით მიმდინარე დაავადებაა, რომლის ადგილობრივი გამოვლინებაა ლორწოვანი გარსის წყლულოვანი დეფექტი. კუჭსა და თორმეტგოჯა ნაწლავში მას ახასიათებს პროგრესული მიმდინარეობა და სიცოცხლისთვის საშიში გართულებები.

საკმლის მომწიფებელი სისტემის დაავადებებს შორის მას ერთ-ერთი წამყვანი ადგილი უჭირავს. მოზრდილ მოსახლეობაში მისი სიხშირე 1,5%-ს შეადგენს (ო. ი. რადბილი, 1980), უფრო დიდ ციფრებს (10—15%) ასახელებენ უცხოელი ავტორები.

წყლულოვანი დაავადების ეტიოლოგიისა და პათოგენეზის საკითხები ბოლომდე გარკვეული არ არის. მნიშვნელობას აქლევნ ცენტრალური ნერვული და ჰემორალური რეგულაციის მოშლას, პორმონულ დარღვევას, კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის ტროფიკის ადგილობრივ მოშლას, რაც სხვადასხვა მიზეზით შეიძლება იყოს განპირობებული, კონსტიტუციურ და მემკვიდრეობით ფაქტორებს. პათოგენეზში მონაწილეობს ზოგადი (ნერვული, პორმონული) და ადგილობრივი მექანიზმი. ულცეროგენეზის საბოლოო რგოლია შეუფარდებლობა კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის ლორწოვანი გარსის „აგრესიისა“ და „დაცვის“ ფაქტორებს შორის. აგრესიის ძირითადი ფაქტორებია კუჭის წვენი მარილმჟავა, პეფსინი, დუოდენურ-გასტრული რეფლუქსი (ნაღვლის მჟავები, პანკრეასის ფერმენტები), მოტორულ-ევაკუაციური მოშლილობა, ლორწოვანი გარსის ნერვული ტროფიკისა და სისხლის მიმოქცევის მოშლა. დაცვის ფაქტორებია ლორწოვანი გარსის ეპითელიუმის ლორწოვანი ბარიერი, უჯრედული რეგენერაცია, ადეკვატური ვასკულარიზაცია, თორმეტგოჯა ნაწლავის ტუტე შიგთავსი და სხვ. აგრესიის და დაცვის არსებული თანაფარდობის დარღვევას, აგრესიის ფაქტორების ზრდას ან დაცვის ფაქტორების დათრგუნვას მოსდევს წყლულის ჩამოყალიბება (სეკრეციის გაძლიერება, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის კედლის სისხლის მიმოქცევის მოშლა, კუნთოვანი შრის სპაზმური შეკუმშვა, კუჭის ევაკუაციის დარღვევა, ლორწოს სეკრეციის შემცირება, მისი შემადგენლობის ცვლილებები, ფუკოგლიკოპროტეინების გამოყოფის დაქვეითება, უჯრედების რეპარაციული რეგენერაციის დათრგუნვა და სხვ.). ხელშემწყობ-რისკ ფაქტორებად მიიჩნევენ კვების რეჟიმის სისტემატურ დარღვევას, ცხარე უხეში საკვების ხშირ მიღებას, ალკოჰოლური სასმელების ჰარბ ხმარებას, თამბაქოს წევას და სხვ.



მიუხედავად პათოგენეზური მექანიზმების საერთო მსგავსებისა, გამოვლინდა მათი სხვადასხვაობა, ერთი მხრივ, კუჭისა და, მეორე მხრივ, თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვან დაავადებას შორის, რის გამოც მიზანშეწონილად მიჩნეულია გამოვეყნოთ წყლულოვანი დაავადების ორი კლინიკური ფორმა: კუჭის წყლულოვანი დაავადება და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება. თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების პათოგენეზში წამყვანია აგრესიის მეავე-პეპტიკური ფაქტორების გაძლიერება, ხოლო კუჭის წყლულოვანი დაავადების დროს წინა პლანზეა მისი ლორწოვანი გარსის წინააღმდეგობის (დაცვის) დათრგუნვა.

შეიძლება აღვნიშნოთ სხვა მრავალი განსხვავება ამ ორ კლინიკურ ფორმას შორის. მაგალითად, თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული ბევრად უფრო ხშირია მამაკაცებში — 4—5:1, კუჭის წყლულის შემთხვევებში მამაკაცთა ასეთი სიჭარბე არ აღინიშნება — 3:2, თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული უფრო ხშირია ახალგაზრდებში, კუჭის წყლული კი საშუალოდ 10 წლით უფროსებს უვითარდებათ. გამოხატული არის ცდომილი ნერვის ჰიპერტონუსი, რაც არ გვხვდება კუჭის წყლულის დროს. თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული მიმდინარეობს მალალი, განსაკუთრებით ბაზალური სეკრეციით, მომატებულია წვენის მოპნელებელი ძალაც, კუჭის წყლულის დროს კი ნორაციდური ან ჰიპოაციდური მდგომარეობაა, თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დროს გაძლიერებულია კუჭის მოტორული ფუნქცია, კუჭის წყლულის დროს კი აღინიშნება ჰიპომოტორიკა. თორმეტგოჯა ნაწლავის კიბოდ გადაგვარება იშვიათია, კუჭის წყლულის კიბოდ ტრანსფორმაცია კი გვხვდება 10—15%-ში. ჰისტოლოგიურმა კვლევამ გამოავლინა ფართობის ერთეულზე კუჭის ჯირკვლების გარშემომდგენი უჯრედების სიჭარბე თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დროს.

წყლულოვანი დაავადების ადგილობრივი გამოხატულება სხვადასხვაგვარია დაავადების გამწვავებისა და რემისიის ფაზებში. გამწვავების ფაზაში აღინიშნება წყლულოვანი დეფექტი და ლორწოვანის ანთებითი ცვლილებები — გასტროდუოდენიტი, რემისიის ფაზაში კი — ნაწიბუროვანი ცვლილებებია ლორწოვან გარსში, ქრონიკული გასტროდუოდენიტის მოვლენები.

წყლული ვითარდება კუჭსა ან თორმეტგოჯა ნაწლავში ან უფრო იშვიათად როგორც კუჭში, ასევე თორმეტგოჯა ნაწლავში. წყლულოვანი დეფექტი ხშირად მრგვალი ფორმისაა, ქრონიკულად მიმდინარე და მას უწოდებენ კუჭის მრგვალ წყლულს, კუჭის პეპტიკურ წყლულს, კუჭის ქრონიკულ წყლულს. წყლული შეიძლება იყოს ერთი, ორი, იშვიათად მრავლობითი. წყლულის ოდენობაა სმ-ის მეათედიდან 10 სმ-მდე და მეტი დიამეტრის. ახლად განვითარებული მწვავე

წყლული წყლულოვანი დაავადების დროს ქრონიკულად მიმდინარეობს, ღრმავდება, მისი კიდევები შემაერთებელი ქსოვილით იცვლება, მკვრივდება და კალოზური წყლულის სახეს ღებულობს. ქრონიკულად მიმდინარე წყლულების დაახლოებით 30% კალოზურ ხასიათს ღებულობს, განსაკუთრებით კუჭში ლოკალიზაციის დროს. გაღრმავების შემთხვევაში წყლული გაივლის კედლის უკანა შრეს და შეადწევს მეზობელ ორგანოს ისე, რომ ამ ორგანოს ქსოვილი ქმნის წყლულის ფსკერს. გაღრმავების და შედწევის ამ პროცესს ეწოდება პენეტრაცია, ხოლო ასეთ წყლულს პენეტრირებულნი.

წყლულმა შეიძლება პენეტრაცია განიცადოს პანკრეასში, მცირე ბადექონში, ღვიძლში და სხვ. კუჭის მცირე სიმრუდის წყლული უფრო ხშირად პენეტრაციას განიცდის მცირე ბადექონსა და პანკრეასის სხეულში, ღვიძლში, თორმეტგოჯა ნაწლავის უკანა კედლის წყლული კი პანკრეასის თავში, მცირე ბადექონში. წყლულმა შეიძლება შეადწიოს ირგვლივ მდებარე ღრუ ორგანოში — განივ კოლინჯში, ნაღვლის ბუშტში, გაიხსნას მათ სანათურში და შიგნითა ფისტულა ჩამოყალიბდეს (კუჭ-კოლინჯის, თორმეტგოჯა ნაწლავ-კოლინჯის, თორმეტგოჯა ნაწლავ-ნაღვლის ბუშტის ხვრელმილები და სხვ.). თუ წყლულმა შეადწია თავისუფალ მუცლის (პერიტონეუმის) ღრუში, ვითარდება კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაცია.

პენეტრაციის პროცესში არსებულმა წყლულმა შეიძლება გამოიწვიოს თავის გზაზე კედლის სისქეში არსებული სისხლძარღვის კედლის მთლიანობის დარღვევა — აროზია და განავითაროს პროფუზული ე. წ. აროზიული სისხლის დენა.

ჩვეულებრივ პერფორაციით რთულდება კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წინა კედლის წყლული. კუჭის მცირე სიმრუდისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის უკანა კედლის წყლულები ძირითადად რთულდება სისხლის დენით.

კუჭში წყლული ძირითადად მცირე სიმრუდეზეა — კარდიიდან დაწყებული პილორუსამდე, იშვიათად — კუჭის უკანა და წინა კედელზე. თორმეტგოჯა ნაწლავში წყლული მეტწილად ბოლქვის არეშია, მის უკანა ან წინა კედელზე. დაბალი, ბოლქვის ქვემოთ მდებარე ე. წ. პოსტბულბური წყლულის სიხშირე არ აღემატება დუოდენური წყლულების 5—10%-ს.

თავისი ქრონიკული მიმდინარეობის პროცესში წყლული იწვევს პერიპროცესებს ანთებისა თუ შეხორცებების სახით. ვითარდება — პერიდუოდენიტი, პერიგასტრიტი, პერიქოლაცისტიტი. პერივისცერიტის განვითარება ცვლის არსებულ კლინიკურ სურათს.

წყლულოვანმა დაავადებამ შეიძლება გამოიწვიოს პათოლოგიური პროცესი ირგვლივ მდებარე ორგანოებში — ღვიძლში, ნაღვლის ბუშ-

ტში, სანაღვლე გზებში, პანკრეასში. აღწერილია რეაქტიული ჰეპატიტი, ქოლეცისტიტი, ნაღვლის ბუშტის დისკინეზია, ქრონიკული პანკრეატიტი, რეაქტიული პანკრეატიტი და სხვ.

წყლულის პირობურ არხსა ან თორმეტგოჯა ნაწლავში ლოკალიზაციის შემთხვევაში ანთებადი ინფილტრატები, ნაწიბუროვანი ქსოვილი იწვევს სანათურის დეფორმაციას, შევიწროებას, პილორუსისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის სტენოზის განვითარებას.

წყლულოვანი დაავადება კარგად ჩამოყალიბებული კლინიკური სურათით ვლინდება. ამავე დროს იგი მრავალფეროვანიც არის, რაც განპირობებულია სხვადასხვა მდებარეობით, მიმდინარეობის თავისებურებებით, ორგანიზმის რეაქტიულობით, ავადმყოფის ასაკით, პროცესში მეზობელი ორგანოების ჩართვით, გართულებებით.

წყლულოვანი დაავადების დამახასიათებელია ციკლური მიმდინარეობა, გამწვავებებს სეზონური ხასიათი აქვს — გაზაფხულსა და შემოდგომასზე. ზოგიერთი ავტორი მიმდინარეობის მიხედვით გამოყოფს წყლულოვანი დაავადების ორ ფორმას: კეთილთვისებიანად მიმდინარეს (იშვიათი რეციდივები, ხანგრძლივი რემისიები, ხანმოკლე გამწვავებებით) და პროგრესირებადს (ყოველწლიური გამწვავებებით, ხანგრძლივი რეციდივები, გართულებები). დაავადება შეიძლება შეუპოვრად მიმდინარეობდეს, რომლის დროსაც არ არის მყარი რემისიები. გამწვავება ხანგრძლივდება, არ ექვემდებარება კონსერვატიულ მკურნალობას, იძლევა გართულებებს (პენეტრაცია, სტენოზი, სისხლის დენა, პერფორაცია).

გართულებელი წყლულოვანი დაავადება საჭიროებს ხანგრძლივ კონსერვატიულ, თერაპიულ მკურნალობას მედიკამენტებით, დიეტით, ფიზიოთერაპიული მეთოდებით, კურორტული მკურნალობით. გამწვავების ფაზაში საჭიროა მკურნალობის ჩატარება სტაციონარის პირობებში რემისიის მიღწევამდე. მკურნალობა უნდა ჩატარონ რეციდივების აცილების მიზნით 3—5 წლის მანძილზე. ენერგიული კონსერვატიული კომპლექსური მკურნალობა იძლევა სასურველ შედეგს — ხანგრძლივ რემისიას შემთხვევათა 60—70%-ში. ავადმყოფთა 30—40%-ს უვითარდება ესა თუ ის გართულება, რომელიც საჭიროებს ქირურგიულ მკურნალობას.

არჩევენ ოპერაციული მკურნალობის აბსოლუტურ და შეფარდებით ჩვენებებს. აბსოლუტური ჩვენებებია წყლულის პერფორაცია, შეუჩერებელი სისხლის დენა, სტენოზის დეკომპენსირებული სტაჟია, წყლულის ტრანსფორმაცია კიბოდ. შეფარდებითი ჩვენებებია ხანგრძლივად ტკივილით მიმდინარე წყლულოვანი დაავადება, რომელიც არ ექვემდებარება კონსერვატიულ მკურნალობას. ასეთებია კალოზური, პენეტრირებული წყლული, ანამნეზში სისხლის დენის მქონე წყლუ-

ლი, სტენოზის სუბკომპენსაციის სტადია. შეფარდებითი ჩვენებების დროს ოპერაციული ჩარევის საკითხი უნდა გადაწყვიტონ ინდივიდუალურად, ყველა ფაქტორის გულდასმითი გათვალისწინებით. კუჭის წყლულოვანი დაავადების დროს კონსერვატიული მკურნალობა ბევრად უფრო ხანმოკლე უნდა იყოს. კუჭის წყლულოვანი დაავადების შემთხვევაში მხედველობაშია მისაღები ს. იუდინის აზრი: კუჭის წყლულის დროს თერაპიული მკურნალობის ვადები შეიძლება შევამციროთ მით უფრო დარწმუნებით, რაც უფრო დიდია წყლული, რაც უფრო ღრმაა ნიშა, რაც ასაკოვანია ავადმყოფი და რაც უფრო ნაკლებია მქავიანობა.

წყლულოვანი დაავადების ოპერაციული მკურნალობის საკითხების დამუშავება დაიწყეს გასული საუკუნის ოთხმოციან წლებში. კუჭის რეზექცია, წყლულოვანი დაავადების გამო, პირველად 1881 წელს განახორციელა რიდიგერმა.

კუჭის რეზექცია, როგორც წყლულოვანი დაავადების მკურნალობის მეთოდი, ფართოდ გავრცელდა ოცდაათიანი წლებიდან, როცა გამოვლინდა გასტროენტეროანასტომოზის უარყოფითი მხარეები. მანამდე მრავალი ავტორი უპირატესობას აძლევდა გასტროენტეროანასტომოზს. რუსეთში წყლულოვანი დაავადების ქირურგიული მკურნალობის საკითხების დამუშავებაში დიდი ღვაწლი მიუძღვით ს. ი. სპასოკუკოცის, ს. ს. იუდინს, ე. ლ. ბერიოზოვს და სხვ.

არსებობს კუჭის რეზექციის ორი ძირითადი სახე და მათი მრავალრიცხოვანი მოდიფიკაციები. ბილროთის I წესით კუჭის ნაწილის ამოკვეთის შემდეგ კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის დარჩენილ ტაკვებს უშუალოდ უკავშირებენ ერთიმეორეს. ბილროთის II წესით კუჭის ნაწილის რეზექციის შემდეგ თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვს ყრუდ ხურავენ. კუჭის ტაკვთან შერთულისთვის იღებენ მღივი ნაწლავის დასაწყის მარყუეს. ამრიგად, ბილროთის II წესით რეზექციის დროს საკვები არ გაივლის თორმეტგოჯა ნაწლავს, უშუალოდ ხვდება მღივი ნაწლავის დასაწყის მარყუებში. ბილროთის I წესით ოპერაციის გაკეთების დროს შენარჩუნებულია საკვების ბუნებრივი პასაჟი, ამრიგად ბილროთის I წესით რეზექცია უფრო ფიზიოლოგიურია.

კუჭის რეზექციის მიზანია კუჭის სეკრეციის შემცირება. მქავიანობის დაქვეითებისთვის აუცილებელია კუჭის ფართო რეზექცია, კუჭის 2/3-ის მოცილება. ეკონომიური რეზექცია გაუმართლებელია, რადგან მქავიანობის შენარჩუნების გამო ვითარდება რეზექციის შემდგომი შერთულის პეპტიკური წყლული. მაგრამ ფართო რეზექციას, რომელიც იწვევს წყლულის რეციდივის საიმედო აცილებას, ახასიათებს სხვა პათოლოგიური პროცესების განვითარება, რომელთა შორის ძირითადია დემპინგ-სინდრომი. ეს უკანასკნელი სხვადასხვა სიმძიმით

ვლინდება, მაგრამ მძიმე ფორმის დემპინგ-სინდრომი არ აღემატება 3—5%-ს. ბილროთის I წესით შესრულებული რეზექციის შემდეგ დემპინგ-სინდრომი შედარებით იშვიათია.

რეზექციის სახეებიდან საჭიროა აღვნიშნოთ რეზექცია წყლულის გამოთიშვით. მას მიმართავენ თორმეტგოჯა ნაწლავის დაბლად მდებარე წყლულის შემთხვევებში, როდესაც წყლულის ამოღება დიდ ტექნიკურ სიძნელეებთან არის დაკავშირებული და არ არის გამორიცხული თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის ნაკერების უქმარისობა, რასაც მოსდევს პერიტონიტი. გამოთიშვით რეზექციის დროს წყლულს არ იღებენ, თორმეტგოჯა ნაწლავს მის პროქსიმალურად კვეთავენ. თუ გამოთიშვით რეზექციის დროს გადაკვეთა პილორუსის დონეზე ხორციელდება, აუცილებელია პილორუსის არის დემუკოზაცია, ლორწოვანი გარსის მოცილება. წინააღმდეგ შემთხვევაში, რა სიფართით არ უნდა გააკეთონ კუჭის რეზექცია, გასტრინული მექანიზმის მოქმედების გამო აქლორპიდრია არ მიიღება და ყველა პირობა იქმნება რეზექციის შემდგომი პეპტიკური წყლულის განვითარებისთვის.

დემპინგ-სინდრომის სიხშირის შემცირების მიზნით მიმართავენ ეკონომიურ რეზექციას, პემიგასტრექტომიას, ანტრუმექტომიას, მაგრამ არა იზოლირებულად, არამედ ვაგოტომიასთან (ღეროვანი, სელექციური) ერთად. ასეთ შემთხვევებში კუჭის დიდი ტაკვის შენარჩუნება ამცირებს დემპინგ-სინდრომის განვითარების შესაძლებლობას, ხოლო ვაგოტომია, რომელიც ამცირებს მქავიანობას, იცავს შერთულის არეს პეპტიკური წყლულის განვითარებისგან.

კუჭის წყლულოვანი დაავადების დროს ოპერაციული ჩარევის არჩევითი წესია კუჭის რეზექცია. უპირატესობა უნდა მიეცეს კუჭის რეზექციას ბილროთის I წესით, თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების დროს მიმართავენ როგორც კუჭის რეზექციას, ასევე ვაგოტომიის ამა თუ იმ სახეს. თითოეულ მათგანს სათანადო ჩვენებები აქვს. თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების დროს უპირატესობა უნდა მიეცეს რეზექციას ბილროთის I წესით, მაგრამ ამ შემთხვევაში მისი შესრულება ყოველთვის არ ხერხდება, მეტი ტექნიკური სიძნელეებია და ამიტომ უფრო ხშირად მიმართავენ ბილროთის II წესს.

თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების გართულებული ფორმების სამკურნალოდ რეკომენდებულია ორგანოს შემანარჩუნებელი, დამზოგველი ოპერაციები, რაც გულისხმობს ვაგოტომიის ამა თუ იმ სახეს მადრენირებელი ოპერაციის დამატებით. გამოყენებულია ვაგოტომიის სამი სახე: ღეროვანი, სელექციური და მაღალი სელექციური. ღეროვანი ვაგოტომიის დროს წინა და უკანა (მარცხენას და მარჯვენას) ცდომილ ნერვს კვეთავენ უშუალოდ დიაფრაგმის ქვეშ.

ვაგოტომიის ამ სახეს ორი ძირითადი უარყოფითი მხარე აქვს: 1. პარასიმპათიკური ინერვაცია ეთიშება, კუჭის გარდა, მუცლის ღრუს სხვა კენტ ორგანოებსაც (ღვიძლი, პანკრეასი, ელენთა, წვრილი და მსხვილი ნაწლავი), რადგან ამ შემთხვევაში ცდომილი ნერვი იკვეთება მისგან ღვიძლსა და მზის წნულისკენ მიმავალი ნერვის გამოსვლის ზემოთ; 2. ღეროვან ვაგოტომიას მოსდევს კუჭის ატონია, პილორუსის სპაზმი, კუჭის სტაზის განვითარება. აღნიშნულის გამო მადრენირებელი ოპერაციის გარეშე ვაგოტომიის ამ სახეს არ იყენებენ.

სელექციური ვაგოტომიის დროს კვეთავენ ცდომილი ნერვის ცალკეულ ტოტებს, რომლებიც მიემართებიან კუჭისკენ, მათ შორის პილორუსისკენ მიმავალ ლეტარეუს ნერვს. ტოტებს კვეთავენ კუჭის კარდიულ ნაწილში, ღვიძლისა და მზის წნულისკენ მიმავალი ტოტის გამოყოფის დისტალურად, რის გამოც ვაგოტომის ამ სახის ჩატარების დროს მუცლის ღრუს კენტ ორგანოებს შერჩენილი აქვს პარასიმპათიკური ინერვაცია. მაგრამ კუჭის სტაზი ისევე ვითარდება, როგორც ღეროვანი ვაგოტომიის შემდეგ. ამიტომ ამ შემთხვევაშიც აუცილებელია მადრენირებელი ოპერაციის დამატება.

მაღალი (პროქსიმალური) სელექციური ვაგოტომიის დროს კვეთავენ მხოლოდ კუჭის სხეულისკენ მიმავალ ცდომილი ნერვის ტოტებს, ხელშეუხებელი რჩება ლეტარეუს ნერვი, რომელიც ანერვიანებს პილორთანტრალურ ნაწილს. ამ შემთხვევაში აცილებულია პილორუსის სპაზმის განვითარება და, მიუხედავად კუჭის ატონიისა, საკვების გადასვლა თორმეტგოჯა ნაწლავში არ ფერხდება. ამავე დროს შენარჩუნებულია მუცლის ღრუს ორგანოების პარასიმპათიკური ინერვაცია. ამდენად მაღალი სელექციური ვაგოტომია სრულყოფილია, შეიძლება გამოყენებული იყოს, როგორც დამოუკიდებელი ოპერაცია მადრენირებელი ოპერაციის გარეშე.

მადრენირებელი ოპერაციებიდან მიმართავენ პილოროპლასტიკას ჰენინ-მიკულიჩის, ფინეის, გასტროდუოდენოანასტომოზს ეაბულების მიხედვით და გასტროენტეროანასტომოზს.

სელექციური და მაღალი სელექციური ვაგოტომიის შემდეგ ირღვევა კარდიის ფუნქცია, რის გამოც მრავალი ავტორი მიმართავს ფუნდოპლიკაციის დამატებას ნისენის წესით.

ვაგოტომიის არც ერთი სახე არ იძლევა ვაგოტომიის სისრულის აბსოლუტურ გარანტიას, ოპერაციის დროს pH-მეტრიის გამოყენების მიუხედავად. აღნიშნულის გამო ოპერაციის შემდგომ აღინიშნება წყლულის რეციდივი 7—10%-ში. ვაგოტომიის შემდგომი გართულებებიდან აღსანიშნავია შეუპოვარი დიარეია, რომელიც არ ექვემდებარება მკურნალობას და აღინიშნება შემთხვევათა 1—3%-ში.

კუპისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი  
დაავადების კლინიკა

წყლულოვანი დაავადების ძირითადი კლინიკური ნიშანია გამწვავების ფაზაში ტკივილი. ხშირად ტკივილს გარკვეული რიტმი აქვს და დაკავშირებულია საკვების მიღებასთან. ტკივილი შეიძლება დაწყოს საკვების მიღებისთანავე (კარდიული ნაწილის წყლულის დროს) და ჰამიდან 20—30 წუთის შემდეგ, რასაც ადრეულ ტკივილს უწოდებენ. ტკივილის დაწყებას ჰამიდან 2—5 საათის შემდეგ მიიჩნევენ გვიან ტკივილად, ხოლო უზმოზე ტკივილს „მშიერ ტკივილად“. ზოგჯერ მსგავსი ტკივილი ვითარდება ღამით და ცნობილია, როგორც ღამის ტკივილი.

ადრეული ტკივილი უფრო ხშირად კუჭის წყლულის დამახასიათებელი ნიშანია. გვიანი ტკივილი, „მშიერი“ და ღამის ტკივილი ძირითადად თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დროს ვლინდება.

ტკივილს აძლიერებს უხეში და ცხარე საკვები, შემწვარი ხორცი, ხორცის ნახარში, თამბაქო, ალკოჰოლის მიღება, სოდა, ბორჯომის წყალი, თხიერი საკვები, პირიქით, ამსუბუქებს მას. „მშიერი“ და ღამის ტკივილი მცირდება საკვების მცირე ულუფის მიღების შედეგად.

ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეშია, მეგრამ წყლულის ლოკალიზაციასთან დაკავშირებით რამდენადმე სხვადასხვა ლოკალიზაცია აქვს. კუჭის კარდიული ნაწილის წყლულის დროს ტკივილი გულის კოვზის უკანაა, მცირე სიმრუდის წყლულის დროს — შუა ხაზის მარჯვნივ, ეპიგასტრიუმში, თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დროს კიდევ უფრო მარჯვნივ. პენეტრაციისა და პერივისცერიტის განვითარების შემდეგ ტკივილი კარგავს თავის ხასიათს, რიტმს, ძლიერდება, მუდმივი ხდება, იძლევა გარკვეულ ირადიაციას, აღარ არის დაკავშირებული საკვების მიღებასთან, არ მცირდება ანტიციდების მიღების შემდეგ. პანკრეასში პენეტრირებული წყლულის დამახასიათებელია მუდმივი ძლიერი ტკივილი წელის არეში.

წყლულოვანი დაავადების დამახასიათებელია ღებინება, რომელიც იწყება მაქსიმუმამდე ტკივილის მიღწევის დროს და აქვს რეფლექსური ხასიათი. ღებინებას წინ არ უსწრებს გულისრევა, შვება მოაქვს ავადმყოფისთვის, ტკივილი, როგორც წესი, მცირდება ან ქრება. გამწვავების ფაზის გარეშე, რემისიის დროს ღებინება ნაწიბუროვანი სტენოზის მომასწავებელია.

აღსანიშნავია გულმძარვა და მკავე ბოყინი, რომელიც კუჭის კარდიული ნაწილის ნაკლოვანების შედეგია. ხშირია შეკრულობა, მადა არ ქვეითდება, ზოგჯერ, პირიქით, ძლიერდება, განსაკუთრებით მშიერი ტკივილის დროს. ძლიერი ტკივილის დროს ავადმყოფი ერიდება

საკვების მიღებას ტკივილის გაძლიერების შიშით. ასეთ შემთხვევაში აღინიშნება წონაში დაკლება.

წყლულოვანი დაავადების გამწვავების ფაზაში ავადმყოფის შრომისუნარიანობა დაქვეითებულია, გამოხატულია საერთო სისუსტე, ადვილად დაღლა, აგზნებადობა.

ობიექტური მონაცემებიდან აღსანიშნავია მტკივნეულობა ეპიგასტრიუმში, ზოგჯერ კუნთთა დაჭიმულობა, ტკივილის ინტენსივობა პერკუსიით მატულობს.

მ ო ხ უ ც თ ა და ხ ა ნ შ ი შ ე ს უ ლ თ ა წ ყ ლ უ ლ ო ვ ა ნ ი და ა ა ვ ა დ ე ბ ა . ხ ა ნ შ ი შ ე ს უ ლ და მოხუც პირებში წყლულოვანი დაავადება ერთ-ერთი გავრცელებული პათოლოგიაა. აღსანიშნავია, რომ ქალებს მენოპაუზის შემდეგ წყლულოვანი დაავადება ისეთივე სიხშირით უვლინდებათ, როგორც მამაკაცებს. ერთმანეთისგან უნდა გავარჩიოთ წყლული, რომელიც ვითარდება 60 წლის ასაკის შემდეგ და წყლული, რომელიც ვითარდება უფრო ადრე და მიმდინარეობს ქრონიკულად.

წყლული მოხუცებს უფრო ხშირად აქვთ კუჭში, რომელიც ლოკალიზებულია კუჭის სხეულში ან სუბკარდიულ ნაწილში, ხშირად გიგანტური ზომისაა, ტკივილს არ ახასიათებს სეზონურობა, ძირითადად გამოხატულია დისპეფსიური მოვლენები, ბოყინი, იშვიათად გულძმარვა, ლებინება. ამ ასაკში დაქვეითებულია ქსოვილთა რეპარაციული უნარი. აღნიშნულის გამო ხშირია სისხლის დენა, რომელიც სისხლძარღვთა სკლეროზის გამო ნაკლებად ექვემდებარება კონსერვატიულ მკურნალობას.

წყ ლ უ ლ ო ვ ა ნ ი და ა ა ვ ა დ ე ბ ა ქ ა ლ ე ბ შ ი . აღნიშნული დაავადება ქალებში შედარებით იშვიათია, ვიდრე მამაკაცებში. აღსანიშნავია ისიც, რომ ქალებში წყლულის დამახასიათებელი გართულებებიც იშვიათია. ვარაუდობენ, რომ ქალებში წყლულოვანი დაავადების შედარებით მსუბუქად მიმდინარეობა დაკავშირებულია საკვებცხეების ჰორმონულ ფუნქციასთან. წყლული ადვილად ექვემდებარება კონსერვატიულ მკურნალობას იმ პირებში, რომელთაც აქვთ ნორმალურად მიმდინარე მენსტრუალური ციკლი. დაავადება ხშირად მწვავდება მენსტრუაციის დროს ან მისი დაწყების წინა დღეებში. ორსულობის დროს რემისია აღინიშნება დაახლოებით 80%-ში. შედარებით მძიმედ მიმდინარეობს წყლულოვანი დაავადება კლიმაქსის პერიოდში. მენოპაუზის შემდეგ წყლულოვანი დაავადების სიხშირე მატულობს. იგი ნაკლებად ექვემდებარება კონსერვატიულ მკურნალობას.

პ ი ლ ო რ უ ლ ი ა რ ხ ი ს წ ყ ლ უ ლ ი . ამ ლოკალიზაციის წყლულს ახასიათებს თავისებური კლინიკური მიმდინარეობა. ტკივი-



ლი ეპიგასტრიუმის არეში შეიძლება გამოვლინდეს: 1. შეტევითი, ინტენსიური ტკივილით, რომელიც გრძელდება 20—40 წუთს და შეიძლება დღე-ღამის განმავლობაში გამეორდეს რამდენჯერმე; 2. ტკივილი შეიძლება დაიწყოს თანდათანობით და ასევე თანდათანობით შემცირდეს; 3. თითქმის მუდმივი, ყრუ ტკივილით, რომლის ინტენსივობა იცვლება, შემთხვევათა  $\frac{1}{2}$ -ში ტკივილი ისეთივეა, როგორც თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების დროს. ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში შეიძლება დაიწყოს საკვების მიღებისთანავე ან 20—30 წუთის შემდეგ, ხშირად ირადიაციას განიცდის ბექთაშუა არეში.

პილორული არხის წყლულის დამახასიათებელია გულისრევა და ღებინება, ზოგჯერ ყოველგვარი საკვების მიღების შემდეგ. დამახასიათებელია წონაში დაკლება. პილორუსის არხის წყლული ლიტერატურაში ცნობილია „პილორუსის სინდრომის“ სახელწოდებით. აღნიშნული არის წყლულს ახასიათებს შეუპოვარი, მორეციდივე, ხანმოკლე რემისიებით, სეზონურობის გარეშე მიმდინარეობა, სწრაფად რთულდება სტენოზით, ხშირია სისხლის დენა.

თორმეტგოჯა ნაწლავის დაბალი (პოსტულბური) წყლული. აღნიშნული ლოკალიზაციის წყლული გვხვდება 5—10%—ში. კლინიკურად დამახასიათებელია ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა არეში, რომელიც მატულობს საკვების მიღებიდან 2—4 საათის შემდეგ. ამ ლოკალიზაციის წყლული ხშირად რთულდება სისხლის დენით, რომელიც შეიძლება იყოს დაავადების პირველი გამოვლინება. დაავადება იშვიათად შეიძლება გართულდეს სიყვითლით, რაც განპირობებულია ოდის სფინქტერის სპაზმით, ანდა წყლულიდან მასზე ანთების გადასვლით. მისი დიაგნოსტიკა, თორმეტგოჯა ნაწლავის ბოლქვში მდებარე წყლულთან შედარებით, ძნელია. ამის მიზეზია ის ფაქტი, რომ როცა რენტგენოლოგი და ენდოსკოპისტი ნახულობენ თორმეტგოჯა ნაწლავის ბოლქვს ნორმის ფარგლებში, ნაკლებ ყურადღებას აქცევენ თორმეტგოჯა ნაწლავის დანარჩენ ნაწილებს.

კუჭის კარდიული ნაწილის წყლული. აღნიშნული ლოკალიზაციის წყლულის დამახასიათებელია დიაგნოზური სიმკვლევები (როგორც რენტგენოლოგიური, ასევე ენდოსკოპიური), აღნიშნული ლოკალიზაციის წყლული უფრო ხშირად აქვთ 30—60 წლის ასაკის მამაკაცებს. დიაგნოზის დადგენის სიმკვლეის გამო ავადმყოფებს ხანგრძლივი დროის განმავლობაში უტარებენ მკურნალობას ქრონიკული გასტრიტის, ქრონიკული ქოლეცისტიტის, საყლაპავი მილის წყლულის, სტენოკარდიის დიაგნოზით.

კუჭის კარდიული ნაწილის წყლულის დამახასიათებელია ტკივილის ირადიაცია გულის არეში, მკერდის ძვლის უკან, მარცხენა ხელში

ან ბექის არეში. ზოგჯერ შეიძლება განვითარდეს დისფაგიის მოვლენები. იგი ხშირად რთულდება სისხლის დენით, განიცდის მალიგნიზაციას, შედარებით იშვიათია მისი პერფორაცია. აღნიშნული არის წყლულის დადგენაში წამყვანია ფიბროგასტროსკოპია.

შემთხვევათა 2,5—16,5%-ში მოსალოდნელია წყლულის არსებობა როგორც კუჭში, ასევე თორმეტგოჯა ნაწლავში. უფრო ხშირად დასაწყისში წყლული ვითარდება თორმეტგოჯა ნაწლავში და რამდენიმე (5—8) წლის შემდეგ კუჭში. დომინირებს თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნები. დიაგნოზის დადგენაში გვხვმარება რენტგენოლოგიური და გასტროსკოპიული კვლევის მეთოდები.

### კუხისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია

წყლულის პერფორაცია წყლულოვანი დაავადების ისეთი გართულებაა, როდესაც წყლული პროგრესირების გამო მიუახლოვდება სეროზულ გარსს, ეს უკანასკნელი ვერ მოასწრებს რომელიმე ორგანოსთან შეზრდას, ადვილად გაიღრღნება და წყლული პერიტონეუმის ღრუში გაიხსნება.

1880 წლის 7 ოქტომბერს მიკულიჩმა განახორციელა კუჭის პერფორირებული წყლულის გაკერვა, მაგრამ ავადმყოფი გარდაიცვალა, ასევე უშედეგოდ დამთავრდა მის მიერ ჩატარებული კიდევ 30 ოპერაცია. სიკვდილის მიზეზი იყო დაგვიანებული ოპერაციული ჩარევა, კონსერვატიული მკურნალობის არაეფექტურობის შემთხვევაში. პერფორირებული წყლულის გაკერვა პირველად წარმატებით განახორციელა პეუსნერმა 1892 წელს.

კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია წყლულიან ავადმყოფთა 3—30%-ს უვითარდება (დ. პ. ჩუხრიენკო და თანავტ. 1968; ა. ა. შალიმოვი, 1972). აღწერილია პერფორაციის სიხშირის მომატება ომისა და სხვა სტიქიური უბედურებების შემთხვევაში.

წყლულის პერფორაცია მოსალოდნელია ყველა ასაკში, უფრო ხშირია 21—59 წლის ასაკში, უმეტესად მამაკაცებში, რომლებსაც მძიმე ფიზიკური შრომა უხდებათ. მამაკაცებში იგი 10—12-ჯერ უფრო ხშირია, ვიდრე ქალებში.

ჩვენში კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაციის შემთხვევების გახშირება აღნიშნულია მაჭრისა და ისეთი საკვების მიღების შემდეგ, რომელსაც თან სდევს მუცლის ბერვა (შემოდგომის პერიოდში), პერფორაციის შემთხვევები მატულობს აგრეთვე გაზაფხულზე,

ამის მიზეზად მიიჩნევენ წელიწადის ამ დროს ვიტამინების ნაკლებობას.

წყლულის პერფორაცია მოსალოდნელია დღე-ღამის ყველა დროს, მაგრამ მის სიხშირეზე გავლენას ახდენს დროის ფაქტორი. ს. ს. იულინის (1965) აღნიშვნით, იშვიათია წყლულის პერფორაცია შუალაშობით, გათენებისას. საუზმის შემდეგ პერფორაციის შემთხვევები მატულობს და მცირდება სადილის წინ, ხოლო სადილის შემდეგ ისევ ხშირდება და მაქსიმუმს აღწევს. წყლულის პერფორაციის ხელშემწყობი ფაქტორებია ალკოჰოლის მიღება, კუჭის გადავსება საკვებით, ფიზიკური დაძაბვა, უარყოფითი ემოციები.

წყლულის პერფორაციის დროს კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის შიგთავსი ჩაიღვრება თავისუფალ მუცლის ღრუში, ბადექონის აბგაში, იშვიათად რეტროპერიტონეულ სივრცეში და ვითარდება შესაბამისი კლინიკური სურათი.

წყლულის პერფორაციის მრავალი კლასიფიკაციიდან მისაღებია ვ. ვ. ორნატინსკის (1952) კლასიფიკაცია. ავტორი არჩევს თავისუფალ მუცლის ღრუში, ატიპურ და მიფარებულ პერფორაციას. ეს უკანასკნელი იშვიათია. ძირითადად ვითარდება წყლულის პერფორაცია თავისუფალ მუცლის ღრუში. თორმეტგოჯა ნაწლავის უკანა კედლის, კუჭის კარდიული ნაწილის წყლულის პერფორაციის დროს ვითარდება ატიპური პერფორაცია. ამ დროს კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის შიგთავსი ხედება არა თავისუფალ მუცლის ღრუში, არამედ რეტროპერიტონეულ სივრცეში, ბადექონის აბგაში. ამ შემთხვევაში არ არის პერფორაციის დამახასიათებელი ძირითადი კლინიკური ნიშნები.

ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა. წყლულის პერფორაციის კლინიკური ნიშნებიდან წამყვანია უეცარი ძლიერი ტკივილი. მუცლის ღრუს არც ერთი ორგანოს მწვავე დაავადების დროს არ ვითარდება მოულოდნელად ისეთი ძლიერი ტკივილი, როგორც წყლულის პერფორაციის მომენტში. ავადმყოფები ტკივილს აღაგრებენ „მუცელში ხანჯლის ჩარტყმას“ (დელაფუას სიმპტომი), „ნაწლავზე მდულარე წყლის გადასხმას“, „ნაწლავის ამოგლეჯას“ და სხვ. ამ დროს კუჭ-ნაწლავის შიგთავსი ჩაიქცევა მუცლის ღრუში და იწვევს ძლიერ ტკივილს, რაც პერფორაციული პერიტონიტის დაწყების ნიშანია.

პერფორაციის მომენტში ეპიგასტრიუმის არეში ძლიერი ტკივილი აღენიშნებათ ავადმყოფთა 95—97%-ს. შემდეგ ტკივილი ვრცელდება მთელ მუცელში, თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციისას — უპირატესად მარჯვენა თეძოს ფოსოსაკენ, ხოლო კუჭის წყლულის პერფორაციისას — მარცხენა თეძოს ფოსოსკენ. შემჩნეულია, რომ თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის დროს

ტკივილი უფრო ძლიერია, ვიდრე კუჭის წყლულის პერფორაციის შემთხვევაში.

პერფორაციისას ტკივილი ირადიაციას იძლევა წელისკენ. მარჯვენა ფერდქვეშა არეში, მარჯვენა ბეჭში.

პერფორაციის ერთ-ერთი კარდინალური ნიშანია მუცლის პრესის დაჭიმულობა ტკივილის დაწყებისთანავე. არც ერთი დაავადება არ იძლევა მუცლის პრესის ასეთ დიფუზურ და მკვეთრ დაჭიმულობას, როგორც წყლულის პერფორაცია. მისი გამოხატულების დონე მრავალ ფაქტორზეა დამოკიდებული: კუჭის შიგთავსის რაოდენობაზე, ავადმყოფის ასაკზე, მის ზოგად მდგომარეობაზე, პერფორაციიდან განვლილ დროზე. მუცლის პრესის დაჭიმულობა სუსტადაა გამოხატული ხანში შესულ და მოხუცებულობის ასაკში. მუცლის პრესის ტიპური დეფანსი გამოხატული აქვთ ავადმყოფთა 80—85%-ს. მუცელი ჩვეარდნილია, ფიცარივითაა დაჭიმული, ახალგაზრდა ასაკში კარგადაა გამოხატული სწორი კუნთების რელიეფი. პერიტონიტის განვითარებასთან ერთად მუცლის პრესის დაჭიმულობა მცირდება.

პერფორაციის დიაგნოსტიკაში მნიშვნელობა აქვს წყლულოვან ანამნეზს. მხედველობაშია მისაღები ის ფაქტი, რომ ავადმყოფთა ნაწილს წყლულოვანი დაავადების ანამნეზი ან საესებით არა აქვს, ან იგი ტიპური არ არის. ასევე პერფორაცია შეიძლება განიცადოს ე. წ. „მუნჯმა წყლულმა“. ლიტერატურაში აზრთა სხვაობაა იმის შესახებ, თუ რამდენად ხშირია მუნჯი წყლულის პერფორაცია. ს. ს. იუდინის (1965) მონაცემებით, ოპერაციამდე გამოკითხვით ავადმყოფთა 10—12%-ს არა აქვთ წყლულოვანი ანამნეზი, ხოლო გაჯანსაღების შემდეგ დეტალური გამოკითხვის შემდეგ მათი რიცხვი 2—3%-მდე მცირდება.

პერფორაციას განიცდის როგორც მწვავე, ისე ქრონიკული წყლულო.

ამრიგად, თუ აღინიშნება სამი ნიშანი: წყლულოვანი ანამნეზი, ძლიერი ტკივილი და მკვეთრი დეფანსი, მაშინ წყლულოვანი დაავადების პერფორაციის დიაგნოზი არ უნდა იყოს ძნელი, ეს მართლაც ასეა ტიპურ შემთხვევებში.

დიაგნოზური მნიშვნელობა აქვს პნევმოპერიტონეუმს — თავისუფალი აირის არსებობას დიაფრაგმის ქვეშ, რომლის დროს ჰორიზონტალურ მდებარეობაში პერკუსიით ვლინდება ლვიძლის მოყრუების საზღვრების გაქრობა. თავისუფალი აირის არსებობა სუბდიაფრაგმულ სივრცეში პერკუსიით შეიძლება გამოვავლინოთ შემთხვევათა 70—75%-ში, ხოლო რენტგენოსკოპიით — 80—85%-ში. როგორც ვხედავთ, პერფორაციის ყველა შემთხვევაში არ გამოვლინდება თავისუფალი აირის არსებობა დიაფრაგმის ქვეშ, რის მიზეზიც შეიძლება

იყოს ვრცელი შეზღოვებები სუბდიაფრაგმულ სივრცეში, საკვების განხერხა პერფორირებულ ხვრელში.

გასტროდუოდენური წყლულის პერფორაციის დროს ავადმყოფი საწოლში წევს ზურგზე, ქვედა კიდურები მოხრილი აქვს, ნახევრად პასიურ მდგომარეობაშია, ვინაიდან ყოველგვარი მოძრაობა აძლიერებს ტკივილს. დამახასიათებელია ავადმყოფის გამომეტყველება — სახე მკრთალია, ცივი ოფლით დაფარული, ენა მშრალი, ზოგჯერ მორუხო-მოყვითალო ფერის ნაღებით.

გასტროდუოდენური წყლულის პერფორაციის დროს ღებინება ერთობ იშვიათია, ვითარდება მოგვიანებით, როცა გამოვლინდება პერიტონიტი. პერფორაციიდან პირველ საათებში სხეულის ტემპერატურა ნორმალურია.

ცნობილია, რომ მუცლის ღრუს ორგანოების მწვავე ქირურგიული დაავადების თითქმის ყველა შემთხვევაში აღინიშნება ტაქიკარდია. გასტროდუოდენური წყლულის პერფორაციისას მოსალოდნელია ბრადიკარდია, მუცლის ღრუში ჩაღვრილი სითხით ცდომილ ნერვის გაღიზიანების გამო.

პერფორაციიდან პირველ საათებში ჰემოგრამა ცვლილებების გარეშეა, ლეიკოციტები ნორმის ფარგლებშია ან ზომიერადაა მომატებული.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის კლინიკურ მიმდინარეობაში არჩევენ სამ პერიოდს: 1. შოკის პერიოდს, 2. მდგომარეობის მოჩვენებითი გაუმჯობესების პერიოდს, 3. პერიტონიტის განვითარების პერიოდს.

ზემოთ აღნიშნული კლინიკური სურათი პერფორაციის პირველ პერიოდს ასახავს და დიაგნოზიც ამ პერიოდში უნდა დააზუსტონ.

დროებითი მოჩვენებითი გაუმჯობესების პერიოდში (პერფორაციიდან 6—10 საათის შუალედში) ავადმყოფის მდგომარეობა უმჯობესდება არა მარტო სუბიექტურად, არამედ „ობიექტურადაც“, ტკივილი და მუცლის პრესის დაქიმულობა საგრძნობლადაა შემცირებული; კლინიკური სურათის ასეთი შეცვლა შეიძლება დიაგნოზური შეცდომის მიზეზი გახდეს. ეს მუდამ უნდა გვქონდეს მხედველობაში.

პერფორაციიდან 10—12 საათის გავლის შემდეგ ვითარდება დიდუხური პერიტონიტი. ამ დროს ანამნეზის და დაავადების მიმდინარეობის შესწავლის გარეშე შეუძლებელია სწორი დიაგნოზის დადგენა.

მიფარებული პერფორაცია. პერფორაციის ისეთი ფორმაა, როდესაც კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის კედელზე არსებული ხვრელი მიფარებულია ამა თუ იმ ორგანოთი (ბადექონით, ლეიქლით, ნაღვლის ბუშტით, განივი კოლინჯით და ა. შ.) ან დახშუ-

ლია საჭმლის მასით, რის გამოც შიგთავსი პერიტონეუმის ღრუში აღარ გადადის.

მიფარებული პერფორაცია და მისი კლინიკური სურათი პირველად 1912 წელს აღწერა შნიცლერმა.

მიფარებული პერფორაციის კლინიკა დასაწყისში არ განსხვავდება ტიპური პერფორაციისგან. ის იწყება მოულოდნელად, ძლიერი ტკივილით მუცლის არეში, რასაც ერთვის მუცლის პრესის დაჭიმულობა. თუ პერფორირებული ხვრელი მცირე ზომისაა, პერფორაციის მომენტში კუჭი ცარიელი იყო და მუცლის ღრუში შიგთავსი მცირე რაოდენობით ჩაიღვარა, ავადმყოფის მდგომარეობა თანდათან უმჯობესდება, ტკივილი და პრესის დაჭიმულობა შესამჩნევად მცირდება. ზოგიერთ შემთხვევაში შესაძლებელია რამდენიმე საათის შემდეგ მიფარებული ორგანო მოცილდეს პერფორაციულ ხვრელს, კუჭის შიგთავსი კვლავ ჩაიღვაროს თავისუფალ მუცლის ღრუში და განვითარდეს წყლულის პერფორაციის ტიპური კლინიკური სურათი.

მიფარებული პერფორაციის დიაგნოსტიკა დიდ სიძნელესთან არის დაკავშირებული.

**ა ტ ი პ უ რ ი პ ე რ ფ ო რ ა ც ი ა .** ატიპურ პერფორაციად მიჩნეულია პერფორაცია ბადექონის აბგაში, რეტროპერიტონეულ სივრცეში, რაც ძალზე იშვიათია.

კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის რეტროპერიტონეულ სივრცეში პერფორაციისას დაავადება არ მიმდინარეობს კლასიკური ნიშნებით, ეპიგასტრიუმის არეში ტკივილი სუსტადაა გამოხატული, არამკვეთრია კუნთთა რიგიდობა, ეპიგასტრიუმის არეში შეიძლება იყოს კანქვეშა ემფიზემა, შემდეგში ვითარდება რეტროპერიტონეული სივრცის ფლეგმონა, ჩირქგროვა, წყლულოვანი დაავადების პერფორაციის ამ ფორმის დროს პირველ რიგში ყურადღებას იპყრობს სეფსისის მოვლენები და არა პერიტონიტის მოვლენები.

ბადექონის აბგაში წყლულის პერფორაციის დიაგნოსტიკა, ძნელია. ტკივილი არ არის ძლიერი, მისი ინტენსივობა 1—2 საათში თანდათან მცირდება. პალპაციურად ეპიგასტრიუმის არე მტკივნეულია, თანდათან ვითარდება ინტოქსიკაცია, შეიძლება ჩამოყალიბდეს ბადექონის აბგის აბსცესი, რომელმაც, თავის მხრივ, შეიძლება პერფორაცია განიცადოს თავისუფალ მუცლის ღრუში, რასაც მოყვება დიფუზური პერიტონიტის განვითარება.

**პ რ ე პ ე რ ფ ო რ ა ც ი უ ლ ი მ დ გ ო მ ა რ ე ო ბ ა .** კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია შეიძლება უეცრად არ განვითარდეს, არამედ მას წინ უძღოდეს გარკვეული მოვლენები, რაც ლიტერატურაში ცნობილია როგორც პრეპერფორაციული მდგომარეობა. მას არა აქვს გარკვეული კლინიკური სურათი, ძნელია წი-

ნასწარ განისაზღვროს თუ როგორ წარიმართება მოვლენები ამ დროს, წყლულის გამწვავება ჩაცხრება თუ პერფორაციით დამთავრდება, წოლითი რეჟიმისა და კონსერვატიული მკურნალობის გამწვავების მოვლენები თანდათან ჩაცხრება. პრეპერფორაციული მდგომარეობის კლინიკურ ნიშნებში წამყვანი ადგილი უჭირავს ტკივილის მომატებას. წაშლილია წყლულოვანი დაავადების ცივი სტადიის დამახასიათებელი ტკივილის პერიოდულობა. ხშირად აღინიშნება მუცლის პრესის ზომიერი ლოკალური დაჭიმულობა (ეპიგასტრიუმის არეში), სუბფებრილური ტემპერატურა, ზომიერი ლეიკოციტოზი. ავადმყოფს ტკივილის გამო უჭირს მოძრაობა.

დ ი ა გ ნ ო ზ ი და დ ი ფ ე რ ე ნ ც ი უ ლ ი დ ი ა გ ნ ო ზ ი. კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის დიაგნოზი ემყარება შემდეგ ძირითად სიმპტომებს: 1. უეცარი, ძლიერი ტკივილი მუცლის არეში, 2. მუცლის წინა კედლის დაჭიმულობა, 3. ღვიძლის მოყრუების საზღვრის გაქრობა (პნევმოპერიტონეუმი), 4. წყლულოვანი დაავადების ანამნეზი.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაციის კლინიკური სურათი იცვლება პერფორაციიდან განვლილი დროის მიხედვით, დაავადების პირველ პერიოდში: 1. უეცრად იწყება ტკივილი მუცლის არეში, 2. ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა მძიმეა, მოსალოდნელია შოკი, 3. მუცლის წინა კედელი ფიცარივითაა დაჭიმული, 4. სხეულის ტემპერატურა ნორმალური ან სუბფებრილურია, 5. სუნთქვა ზერეღეა, 6. პულსი ნორმის ფარგლებშია ან ბრადიკარდიაა გამოხატული. 7. ღებინება იშვიათია, 8. ტკივილი ირადირებს მხრისაკენ, ლავიწის არეში. მეორე სტადიაში: 1. მუცლის არეში ტკივილის ინტენსივობა კლებულობს, 2. ავადმყოფის მდგომარეობა შედარებით უმჯობესდება, 3. სხეულის ტემპერატურა ნორმის ფარგლებშია ან მცირედ მომატებულია, 4. ვლინდება ტაქიკარდია, 5. სუნთქვა ზერეღეა, 6. მუცელი დაჭიმულია, 7. სწორი ნაწლავიდან ავადმყოფის გასინჯვისას დუგლასის ფოსო მტკივნეულია. 8. ღვიძლის მოყრუების საზღვარი გამქრალია, 9. მუცლის ღრუში შეიძლება იყოს თავისუფალი სითხე, 10. ავადმყოფი საწოლში ერიდება ყოველგვარ მოძრაობას. მესამე პერიოდში ვითარდება დიფუზური პერიტონიტის კლინიკური სურათი: 1. ხშირი ღებინება, 2. მუცელი შეებერილია, 3. პულსი გახშირებულია, ცუდი ავსებისა და დაჭიმულობის, 4. სხეულის ტემპერატურა მომატებულია, 5. სუნთქვა ზერეღე და გახშირებულია, 6. გამოხატულია ლეიკოციტოზი, 7. მკვეთრად ჩანს სახის ნაკვეთები, ფერმკრთალია, დაფარულია ცივი ოფლით, ინტოქსიკაციისა და სითხის დიდი რაოდენობით დაკარგვის გამო სახეს მეტად შეშფოთებული და ტანჯუ-  
3. ქირურგიული გასტრონტეროლოგია

ლი გამომეტყველება აქვს, თვალები ჩაცვენილი, ცხვირი წაწვეტებულ-  
ლი და სახის ნაკეთები მკვეთრად ჩანს (ჰიპოკრატეს სახე).

მიუხედავად იმისა, რომ კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლუ-  
ლის პერფორაციის კლინიკა ყველა ექიმისთვისაა ცნობილი, მაინც  
გვხვდება დიაგნოზური შეცდომები არა მარტო ჰოსპიტალიზაციამდე,  
არამედ ჰოსპიტალიზაციის შემდეგაც. დიაგნოზური შეცდომა განპი-  
რობებულია მრავალი ფაქტორით.

გ. მონდორის მიხედვით, დიაგნოზური შეცდომები იყოფა 4 ჯგუ-  
ფად: 1. შეცდომა, რომელიც განპირობებულია ავადმყოფის არა-  
სრულყოფილი გამოკვლევით ან სიმპტომების არასრულყოფილი ანა-  
ლიზით. 2. გამოხატულია პერფორაციის კლინიკის სურათი, მაშინ რო-  
დესაც პერფორაცია არ არის, 3. დაავადების მეორე სტადიაში მდგო-  
მარეობის გაუმჯობესებით განპირობებული შეცდომა, 4. პერფორაცი-  
ის სურათს ქმნის გულმკერდის, რეტროპერიტონეული სივრცის ორ-  
განოების პათოლოგია. გასტროდუოდენური სისხლის დენის ფონზე  
პერფორაციის დიაგნოზის დადგენა ძნელია.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა საჭიროა ისეთი დაავადებების გა-  
მოსარიცხად, რომლებიც პერიტონიტის ანდა მწვავე მუცლის სიმ-  
პტომატოლოგიას (პნევმონია, თირკმლის ქვალი, გულის კუნთის ინ-  
ფარქტი და ა. შ.) იწვევენ.

გარკვეულ სიძნელესთან შეიძლება იყოს დაკავშირებული დიფე-  
რენციული დიაგნოსტიკა წყლულის პერფორაციასა და მწვავე აპენ-  
დიციტს შორის. ერთი მხრივ, მწვავე აპენდიციტი არცთუ იშვიათად  
იწყება ტკივილით ეპიგასტრიუმის არეში (კოხერის სიმპტომი), მეორე  
მხრივ, თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის დროს შიგ-  
თავსი მარჯვენა ლატერალური დარის საშუალებით ჩადის მარჯვენა  
თეძოს ფოსოში და გამოვლინდება პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშ-  
ნები ამ არეში, რამაც შეიძლება ექიმი შეცდომაში შეიყვანოს. მაგრამ  
გარჩევა შეიძლება კარგად შეკრებილი ანამნეზისა და გამოკვლევის  
შედგად. პერფორაციის დროს ეპიგასტრიუმის არეში ძლიერ გამო-  
ხატულია მტკივნეულობა და კუნთთა დაჭიმულობა, ვიდრე მარჯვენა  
თეძოს ფოსოს არეში. მწვავე აპენდიციტთან განსხვავება უფრო ძნე-  
ლია მოგვიანებით პერიოდში, ილეოცეკურ არეში გამონადენის  
დაგროვებისა და ამ მიდამოებში ტკივილისა და მტკივნეულობის გამო.  
პერფორაციის გამოცნობაში გვეხმარება ანამნეზი, პირველადი ტკი-  
ვილის ლოკალიზაცია და მტკივნეულობა ეპიგასტრიუმის არეში, აქვე  
კუნთთა დაჭიმულობაც უფრო მკვეთრად გამოხატული.

ზოგიერთ შემთხვევაში საჭიროა დიფერენციული დიაგნოსტიკა  
წყლულის პერფორაციისა და მწვავე ქოლეცისტიტის გასარჩევად.  
აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ამ ორი დაავადების დიფერენციული დი-



აგნოსტიკა არ არის ძნელი, თუ გავითვალისწინებთ, რომ მწვავე ქოლევისტიტი გაცილებით ხშირად აქვთ მსუქან და ხანში შესულ ქალებს, რომლებიც ანამნეზში მიუთითებენ რამდენიმე მსგავსი შეტევასა და ნალველკენჭოვან დაავადებაზე. ამავე დროს ქალებში წყლულოვანი დაავადება და წყლულის პერფორაცია იშვიათია, მაშინაც კი იშვიათია მწვავე ქოლევისტიტი.

ზოგჯერ დიფერენციული დიაგნოსტიკა საჭიროა მწვავე პანკრეატიტის გამოსარიცხად, რომლის კლინიკურ სურათში აღსანიშნავია ეპიგასტრიუმის არეში მწვავე შეტევითი ხასიათის ტკივილი, რომელიც, პერფორაციისგან განსხვავებით, სარტყლისებურად ვრცელდება, ავადმყოფი მოუსვენარია, ტკივილის გამო ადგილს ვერ პოულობს, ადრე ეწყება ლებინება, რომელიც ხშირია, იმავე დროს მუცელი შებერილია და შედარებით რბილი, ტემპერატურა და ლეიკოციტების რაოდენობა მატულობს.

იშვიათად, მაგრამ მაინც დიაგნოზური შეცდომის მიზეზი შესაძლებელია მწვავე კვებითი ტოქსიკოინფექცია იყოს. საკვებით გამოწვეულ მოწამვლას ახასიათებს გულისრევა, ლებინება, ფალარათი მუცლის ტკივილით. ამ დროს მუცლის კუნთების დაჭიმულობას ადგილი არ აქვს. პერფორაციის დროს კი ფალარათი არ აღინიშნება, ლებინება იშვიათია, ტკივილი უმძიმეს და უძლიერეს ხასიათს ატარებს და, როგორც წესი, ადგილი აქვს მუცლის კუნთების დაჭიმულობას.

პერფორირებული წყლულის მკურნალობა მხოლოდ ოპერაციულია. ქირურგთა შორის აზრთა სხვადასხვაობაა მხოლოდ ოპერაციული მეთოდის შერჩევის შესახებ. ოპერაციული მკურნალობის შედეგები დამოკიდებულია პერფორაციიდან ოპერაციულ ჩარევამდე გასულ დროზე, თანმხლებ დაავადებებზე, ავადმყოფის ასაკზე და ა. შ.

საზღვარგარეთის ზოგიერთ კლინიკაში იყენებდნენ პერფორირებული წყლულის მკურნალობის კონსერვატიულ მეთოდს. ზონდის საშუალებით ახორციელებდნენ კუჭის შიგთავსის აქტიურ ასპირაციას და ანტიბაქტერიულ მკურნალობას ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებით. აღნიშნული მეთოდით მკურნალობა შეიმუშავა ტეილორმა 1939 წელს, მისი მონაცემებით, 225 ავადმყოფიდან დაიღუპა 28 (11%). ჩვენს ქვეყანაში აღნიშნული მეთოდით მკურნალობა არ ჩატარებიათ.

კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის დროს ქირურგის წინაშე დგას შემდეგი ამოცანები: 1. გამოიყენოს ოპერაციული მკურნალობის ისეთი მეთოდი, რომელიც ავადმყოფს იხსნის დაღუპვისგან და 2. ააცილოს ავადმყოფს წყლულის რეციდივი.

ოპერაციული მკურნალობის შემდეგი სახეებია რეკომენდებუ-

ლი: 1. პერფორაციული ხვრელის ამოკერვა, 2. კუჭის პირველადი რეზექცია, 3. ვაგოტომია და მადრენირებელი ოპერაცია, 4. ვაგოტომია, კუჭის ეკონომიური რეზექცია ან ანტრუმექტომია.

როგორც ცნობილია, წყლულის პერფორაციის გამო პირველი ოპერაცია გააკეთა მიკულიჩმა 1880 წელს, რითაც საფუძველი ჩაეყარა კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის ოპერაციულ მკურნალობას.

პერფორაციული ხვრელის ამოკერვის შორეული შედეგების შესწავლამ გამოავლინა მისი არადამაკმაყოფილებელი შედეგი, კერძოდ წყლული ხშირად არ ხორცდება, აღინიშნება კალოზურად გარდაქმნა, პენეტრაცია მეზობელ ორგანოებში, პროფუზული გასტროდუოდენური სისხლის დენა, პირორუსის და თორმეტგოჯა ნაწლავის სტენოზი, განმეორებითი პერფორაცია და სხვა გართულებები. ბრაუნმა თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის ამოკერვას დაუმატა გასტროენტეროანასტომოზი, რაც პირველ პერიოდში ფართოდ გავრცელდა ორი მიზნის გამო: ჯერ ერთი იმიტომ, რომ იგი გამართლებულად მიაჩნდათ ულცერორაფიის შემდეგ სტენოზის ლიკვიდაციის მიზნით, მეორე მხრივ კი, 30-იან წლებში, როგორც ცნობილია, წყლულოვანი დაავადების სამკურნალოდ ფართოდ იყენებდნენ გასტროენტეროანასტომოზს. მომდევნო დაკვირვებებმა გამოავლინა, რომ ულცერორაფიის შემდეგ სტენოზით გართულების საშიშროება არც თუ ისე დიდია, თუ პერფორაციული ხვრელის ამოკერვა ტექნიკურად სრულყოფილად განხორციელდა, გაირკვა ისიც, რომ გასტროენტეროანასტომოზს წყლულის შეხორცების პროცესში არა აქვს ის დიდი მნიშვნელობა, რასაც წარსულში მიაწერდნენ. აღნიშნულის გამო პერფორაციული წყლულის ამოკერვა და გასტროენტეროანასტომოზის დადება ამჟამად უარყოფილია, მით უმეტეს, რომ მას ხშირად მოსდევს პეპტიკური წყლულის განვითარება.

პერფორაციული ხვრელის ამოკერვა ყველაზე მარტივი, დამზოგველი და ტექნიკურად ადვილი შესასრულებელი ოპერაციაა. ქირურგთა ნაწილი შიმართავს პერფორაციული ხვრელის პლასტიკურ დახურვას ბადექონის საშუალებით. პერფორაციული ხვრელის ამოკერვა ავადმყოფს იხსნის პერიტონიტისგან და არა ძირითად დაავადებისგან — წყლულისგან. ამ ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფი ხშირად უჩივის იმას, რასაც პერფორაციამდე უჩიოდა. პერფორაციული ხვრელის ამოკერვის შემთხვევათა 80—90%-ში შორეული შედეგები არადამაკმაყოფილებელია, საჭირო ხდება განმეორებითი ოპერაციული ჩარევა რადიკალური ოპერაციის სახით.

დავა, რომელიც ათეული წლების მანძილზე მიმდინარეობდა, ერთი მხრივ, პერფორაციული წყლულის გაკერვის და, მეორე მხრივ, კუჭის

პირველადი რეზექციის მომხრეთა შორის დღეს საფუძველს მოკლებულია. წყლულის პერფორაციის დროს მკურნალობის ძირითადი მიზანია ავადმყოფის გადარჩენა. ამიტომ ოპერაციული ჩარევა უნდა იყოს მინიმალური, ნაკლებტრავმული, ხანმოკლე. ასეთი ოპერაციაა წყლულის გაკერვა და მას უნდა მიეცეს უპირატესობა.

წყლულის პერფორაციის დროს რეზექციის ჩვენებაა: 1. ხანგრძლივი წყლულოვანი ანამნეზი, 2. ანამნეზში გასტროდუოდენური სისხლის დენა, 3. განმეორებითი პერფორაცია, 4. წყლულის ლოკალიზაცია კუჭის მცირე ან დიდ სიმრუდზე, 5. სტენოზი, 6. მრავლობითი წყლულები, 7. წყლულის საექვო მალიგნიზაცია. ამ ჩვენების დროს რეზექციას მიმართავენ მხოლოდ პერფორაციის პირველ საათებში, ავადმყოფის ზოგადი დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობისა და რეზექციის შესასრულებლად სათანადო პირობების შემთხვევაში (მაღალკვალიფიცირებული, საკმაო გამოცდილების მქონე ქირურგი, თანამედროვე გაუტკივარება და სხვ.).

ბოლო ათეული წლების განმავლობაში საზღვარგარეთ და ჩვენშიც თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის დროს ახორციელებენ ვაგოტომიას, მეტი მომხრე ჰყავს წყლულის ამოკვეთას, პილოროპლასტიკას და ღეროვან ვაგოტომიას. ავტორთა ნაწილი უპირატესობას აძლევს წყლულის ამოკერვას და მაღალ სელექციურ ვაგოტომიას. უნდა აღვნიშნოთ, რომ მაღალ სელექციურ ვაგოტომიას ნაკლები დრო არ სჭირდება, ვიდრე კუჭის რეზექციას. ამიტომ ეს ოპერაცია მხოლოდ შესაფერის პირობებში უნდა გააქეთონ — პერფორაციიდან პირველ საათებში, როცა ავადმყოფი ახალგაზრდაა, ზოგადი დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობა აქვს, გამხდარია, რასაკვირველია ქირურგს სრულყოფილად უნდა ჰქონდეს ათვისებული მაღალი სელექციური ვაგოტომიის ტექნიკა.

წყლულის პერფორაციის დროს ავადმყოფის განკურნების ძირითადი პირობაა დროული ოპერაციული ჩარევა, პირველ საათებში ჩატარებული ოპერაცია ავადმყოფთა აბსოლუტური უმეტესობის განკურნებით მთავრდება, 24 საათის შემდეგ შესრულებული ოპერაციის შემთხვევაში ლეტალობა 80%-ს შეადგენს.

ავადმყოფს დიაგნოზის დადგენისთანავე უკეთებენ ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებას, იწყება ინცუზიური თერაპია, რაც წინასაოპერაციო მომზადებაა, ავადმყოფი გამოყავთ შოკის მდგომარეობიდან. ოპერაცია უნდა გააქეთონ ზოგადი გაუტკივარებით, სრული რელაქსაციის მიღწევით. ერთადერთი მიზანშეწონილი განაკვეთია შუა ხაზზე ჰიპსა და მახვილისებერ მორჩს შორის. არ არის გამართლებული პარარექტალული განაკვეთი, რომელსაც ზოგჯერ მიმართავენ, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც წყლულის პერფორაცია მწვავე აპენდიცი-

ტისგან ძნელი სადიფერენციაციოა. თუ ზედა შუა ლაპარტომიის შემდეგ წყლულის პერფორაცია არ აღმოჩნდა და გამოვლინდება მწვავე აპენდიციტი დიფუზური პერიტონიტის გარეშე, საჭიროა ახალი, დამატებითი განაკვეთის გატარება მარჯვენა თეძოს ფოსოში. შუა ხაზის განაკვეთის ქვემოთ გაგრძელება აპენდექტომიის განსახორციელებლად მიზანშეწონილი არ არის. თუ მარჯვენა თეძოს ფოსოში გატარებული განაკვეთით მწვავე აპენდიციტი არ აღმოჩნდა და დადგინდა წყლულის პერფორაცია, უნდა გაატარონ ახალი განაკვეთი შუა ხაზზე, თეძოს ფოსოში არსებული განაკვეთი კი გამოიყენონ მუცლის ღრუს ღრენირებისთვის ან ყრუდ გაკერონ.

რელაქსაციის პირობებში ზედა შუა განაკვეთი კუჭსა და თორმეტგოჯა ნაწლავზე ოპერაციული ჩარევის გარდა მუცლის ღრუს სრული ამომშრალებისა და სანატიის საშუალებას იძლევა, რასაც უდიდესი მნიშვნელობა აქვს განკურნებისთვის.

მუცლის ღრუს გახსნის შემდეგ საყურადღებოა გამონაჟონი, რომელიც პერფორაციის შემთხვევაში თხიერი და მოყვითალო-მომწვანოა, ლორწოს შემცველი. პირველ რიგში საჭიროა იმ ადგილების რევიზია, სადაც უფრო ხშირია წყლული. ასეთია კუჭის მცირე სიმრუდე; პილოროდუოდენური არე, თორმეტგოჯა ნაწლავის ბოლქვის წინა კედელი. მართალია, უფრო ხშირადაა ხანგრძლივად არსებული კალოზური წყლულის პერფორაცია, მაგრამ მოსალოდნელია სულ პატარა წყლულის პერფორაციაც, ირგვლივ შეუცვლელი კედლით, რომლის ნახვა უფრო ძნელია. თუ ჩვეულ ადგილებში წყლული არ არის, უნდა დაათვალიერონ კარდიული არე, კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის უკანა კედელი, რისთვისაც საჭიროა კუჭუკანა აბგის გახსნა კუჭ-კოლინჯის იოგის გახსნით, უნდა გვახსოვდეს ორი წყლულის ერთდროული პერფორაციის შესაძლებლობაც. პერფორაციული ხერელის დადგენის შემდეგ ამ არეში უნდა მიიტანონ ტამპონი კუჭის შიგთავსის შემდგომი გამოსვლის შესაწყვეტად და ამომშრალონ პერიტონეუმის ღრუ საქაჩით, ტამპონით. მუცლის ღრუს მაქსიმალური ამომშრალების შემდეგ მარჯვენა ღარში და ღუგლასის ფოსოსკენ დებენ დიდ ტამპონებს და მხოლოდ ამის შემდეგ იწყებენ წყლულის გაკარვას. ოპერაციული ჩარევის ასეთი თანამიმდევრობის დროს მცირდება მუცლის ღრუში ჩაღვრილი შუგთავსის პერიტონეუმზე მოქმედების ხანგრძლივობა.

პერფორაციული ხერელის გაკერვის დროს მხედველობაში უნდა მიიღონ თორმეტგოჯა ნაწლავის სანათურის დავიწროების შესაძლებლობა. გაკერვა საჭიროა სიგრძივი ღერძის პარალელურად. ხერელს ჩვეულებრივ კერავენ აბრეშუმის ორსართულიანი კვანძოვანი ნაკერე-

ბით. თუ პერფორირებული წყლულის კიდეები ანთებითია, ინფილტრირებული, ნაკერები ჭრის კედელს, ამიტომ ასეთ შემთხვევაში პირველი სართულის ნაკერი გადის კედლის მთელ სისქეს, გადაკვანძვა იწყება კიდეებიდან, მეორე სართულისთვის ნაკერში იღებენ საღქსოვილს, რომელიც ხერელის კიდიდან შეიძლება 2—3 სმ-ით იყოს დაცილებული. აქაც გადაკვანძვა კიდეებიდან უნდა დაიწყო, ნაკერების გაკვანძვის შემდეგ მიმართავენ ბადექონის პლასტიკას ფეხზე. უმრავლეს შემთხვევაში პერფორაციული ხერელის გაკერვა ხერხდება შევიწროების გარეშე. თუ შევიწროება მაინც განვითარდა, საჭიროა წინა გასტროენტეროანასტომოზის დადება ბრაუნის შერთულით. ულცერორაფიის დამთავრების შემდეგ მუცლის ღრუ განმეორებით ამომშრალდება. თუ თავიდან შიგთავსის რაოდენობა დიდი იყო, კარგად უნდა ამომშრალონ სუბდიფრაგმული სივრცეები, დუგლასის ფოსო. თუ ოპერაციას აკეთებენ პერფორაციის პირველ საათებში და პერიტონიტის სურათი არ არის, მუცლის ღრუს ყრუდ ხურავენ. დაგვიანებული ოპერაციის შემთხვევაში, როცა პერიტონიტის მოვლენებია. მუცლის ღრუში უნდა დატოვონ დრენაჟები, როგორც ეს მიღებულია პერიტონიტის მკურნალობისთვის. შორსწასული პერიტონიტის დროს აუცილებელია წვრილი ნაწლავების დეკომპრესიის ჩატარება ოპერაციის მსვლელობისას და მის შემდეგ.

ისეთ შემთხვევებში, როდესაც პერფორაციული ხერელის დახურვა ჩვეულებრივი გაკერვით არ ხერხდება, საჭიროა პლასტიკის სხვადასხვა მეთოდი, რომლისთვისაც იყენებენ კუჭის წინა კედლიდან აღებულ ნაფლეს, ზოგჯერ იძულებით მიმართავენ ხერელის ტამპონირებას დიდი ბადექონით, ამისთვის ბადექონი (ფეხზე) საცობივით შეაქვთ ხერელიდან კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის სანათურში და ნაკერით ამაგრებენ ხერელის კიდეზე. ამ ოპერაციის საიმედოობა საეჭვოა, ამიტომ მას მხოლოდ გამოუვალ მდგომარეობაში მიმართავენ.

მიფარებული პერფორაციის დროს რომელიმე ორგანო მიეფარება პერფორირებულ ხერელს, კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის შიგთავსი მუცლის ღრუში არ ჩაიღვრება, მდგომარეობა უმჯობესდება, მაგრამ ეს მიფარება დროებითია, არამყარი, აქედან გამომდინარე, ყველა შემთხვევაში სასწრაფო ოპერაციაა საჭირო. თუმცა არსებობს საპირისპირო აზრიც, თუ პერფორაციიდან გასულია 6—12 საათი და მდგომარეობა გაუმჯობესდა (ტკივილის გამომწვევი მიზეზის დადგენა ამ დროს, რასაკვირველია, გაძნელებულია), შესაძლებელია ავადმყოფი იმყოფებოდეს დაკვირვების ქვეშ. მან უნდა დაიცვას წოლითი რეჟიმი, საკვების მიღება ეკრძალება, მდგომარეობის მცირედი გაუარესების შემთხვევაში სასწრაფო ოპერაციაა საჭირო.

თორმეტგოჯა ნაწლავისა და პილორუსის შევიწროება წყლულოვანი დაავადების ერთ-ერთი ხშირი გართულებაა. მას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ქირურგისთვის, რადგანაც დეკომპენსირებული სტენოზის მკურნალობა მხოლოდ ოპერაციულია, ხოლო სუბკომპენსირებული სტენოზის უმრავლესობა ადრე თუ გვიან ქირურგიულ ჩარევას მოითხოვს. ამ გართულების დროული ამოცნობით და სათანადო როგორც კონსერვატიული, ისე ოპერაციული მკურნალობის ჩატარებით შესაძლებელი ხდება პილოროდუოდენური სტენოზის ისეთი მძიმე გართულების აცილება, როგორცაა გასტრიული ტეტანია. თანამედროვე პირობებში წყლულოვანი ეტიოლოგიის სტენოზი ოპერაციული მკურნალობის ერთ-ერთი უხშირესი მიზეზია.

წყლულოვანი დაავადების სტენოზით გართულების სიხშირე 10—30%-ის ფარგლებშია.

პილორუსისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის შევიწროება შესაძლებელია სხვადასხვა წარმოშობის იყოს, მაგრამ უმრავლეს შემთხვევაში წყლულოვანი დაავადებითაა განპირობებული. ერთ შემთხვევაში მისი მიზეზია წყლულის დანაწიბურება. წყლულის შეხორცებისას ნაწიბუროვანი ქსოვილი ვითარდება, რომელიც მცირე ზომის წყლულოვანი დეფექტის დროსაც კი მთელ კედელს იკავებს, ნაწიბურის შემდგომი შეკუმხნა სანათურის შევიწროებას იწვევს. არცთუ იშვიათად შევიწროებას იწვევს წყლულის შეღწევა (პენეტრაცია) მეზობელ ორგანოებში, ზოგ შემთხვევაში წყლულის ფონზე, პილორუსისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის არეში აღინიშნება ანთებითი პროცესი, რაც იწვევს მის დეფორმაციას და სანათურის შევიწროებას. შემთხვევათა მცირე ნაწილში სტენოზის მიზეზი შეიძლება იყოს წყლულის გამწვავების ნიადაგზე განვითარებული ანთებითი ინფილტრატი.

ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა. პილორუსისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის სტენოზის დროს ტკივილი ყოველთვისაა. იგი შეიძლება დაკავშირებული იყოს საკვების მიღებასთან, შიმშილთან, ტკივილი უფრო ხშირია ეპიგასტრიუმის არეში და ძლიერდება კუჭის ავსების დროს. სოდის მიღება, რომელიც აყუჩებდა ტკივილს, სტენოზის დროს სასურველ შედეგს არ იძლევა.

სტენოზის ერთ-ერთი დამახასიათებელი ნიშანია კუჭის ევაკუაციური ფუნქციის მოშლა, კუჭში საკვების ხანგრძლივი შეკავება, რასაც კუჭის გაგანიერება მოსდევს, საერთოდ სტენოზის დროს აღინიშნება კუჭის ყველა ფუნქციის დარღვევა. უფრო მეტად ირღვევა მოტორული ფუნქცია, რასაც მოყვება ევაკუაციური ფუნქციის უკმარისობა.

სტენოზის დროს ვლინდება კუჭის მკვეთრი გაგანიერება და მოცულობის მომატება. ზოგჯერ კუჭი ისეთ მოცულობას აღწევს, რომ მცირე მენჯში ჩადის. დასაწყისში კუჭის კუნთოვანი გარსი ჰიპერტროფიას განიცდის, შემდეგ კი ატონიური ხდება.

სტენოზის შემთხვევაში ავადმყოფი აღნიშნავს სიმძიმის შეგრძნებას ეპიგასტრიუმის არეში, შებერვას, რომელიც ძლიერდება საკვების მიღების შემდეგ. ავადმყოფებს აღნიშნებათ ბოყინი, გულისრევა, ღებინება. ღებინების შემდეგ კუჭი დაიცლება და ავადმყოფი შვებას გრძნობს. ამიტომ იგი ხშირად ხელოვნურად იწვევს ღებინებას. ნაღებინები მასა ხშირად წინა დლით მიღებულ საკვებს შეიცავს.

დეკომპენსირებული სტენოზის დროს აღინიშნება წონაში მკვეთრი დაკლება, ზოგჯერ ავადმყოფი კახექსიურია, დიდი რაოდენობით სითხეების დაკარგვის გამო გაძლიერებულია წყურვილი, ქლორიდების რაოდენობა მცირდება, ალკალოზი, ჰიპოქლორემია, ჰიპოპროტეინემია, ჰიპოკალცემია ვითარდება, რასაც შეიძლება მოყვეს გასტრიული ტეტანია.

პილოროდუოდენური სტენოზის მიმდინარეობაში არჩევენ კომპენსაციურ, სუბკომპენსაციურ და დეკომპენსაციურ სტადიას.

კომპენსირებული სტენოზი გულისხმობს პილორუსის და თორმეტგოჯა ნაწლავის სანათურის ისეთ შევიწროებას, რომლის დროს კუჭის ევაკუაციური ფუნქცია ჯერ კიდევ შენარჩუნებულია, კუჭის დაცლა შიგთავსისგან დროულად ხდება, მაგრამ კუჭის მოტორული ფუნქციის მოშლის სხვა მოვლენები ვლინდება.

სუბკომპენსირებული სტენოზის დროს კუჭის შიგთავსის შეჩერება აღინიშნება 8—12 საათისა და მეტი დროის განმავლობაში. თვით კუჭი საგრძნობლად გადიდებულია, კედელი გასქელებულია.

დეკომპენსირებული სტენოზის დროს კუჭის ევაკუაციური ფუნქცია მკვეთრად და დარღვეული, კუჭი დიდი ზომისაა, მისი კედელი კი გათხელებულია. ავადმყოფს აქვს ხშირი ღებინება, იგი ღებინებას ხელოვნურად იწვევს. ნაღებინები მასა წინა დღეებში მიღებულ საკვებს შეიცავს. ღებინებით კუჭი მთლიანად არ იცლება, ამიტომ ავადმყოფისთვის მას შვება არ მოაქვს. ავადმყოფი გამხდარია, ზოგჯერ კახექსიური, კანი მშრალია, მისი ტურგორი დაქვეითებულია.

დი ა გ ნ ო ზ ი. სუბკომპენსირებული და დეკომპენსირებული სტენოზის დროს კლინიკური სურათი იმდენად ნათელია, რომ მისი ამოცნობა ძნელი არ არის. დახედვით შეიმჩნევა კუჭის პერისტალტიკა და ანტიპერისტალტიკა. მშვიერზე შეიძლება შეხფის ხმის გამოვლენა. რენტგენოლოგიურად აღინიშნება კუჭში სითხის დიდი რაოდენობა. ბარიუმის ფაფა კუჭში ჩერდება 24 საათი და მეტიც, კუჭი დიდი ზომისაა.

დიფერენციული დიაგნოზი. სტენოზის კლინიკური ნიშნები შეიძლება გამოვლინდეს პილოროსპაზმის ნიადაგზე, მსგავს შემთხვევაში დიფერენციული დიაგნოზის თვალსაზრისით მნიშვნელობა აქვს ატროპინიზაციას, რომელიც სპაზმს მოხსნის.

იშვიათად, მაგრამ ზოგჯერ საჭირო ხდება დიფერენციული დიაგნოსტიკა, რათა გამორიცხონ პილორუსის ტუბერკულოზი, კუჭის ლუესი და აქტინომიკოზი, კუჭის ირგვლივ მდებარე ორგანოებისა და რეტროპერიტონეული სივრცის სიმსივნე, რომელმაც შეიძლება მოახდინოს ზეწოლა და განაპირობოს პილორუსის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის გაუვალობა.

**მკურნალობა.** პილოროდუოდენური სტენოზის მკურნალობა ოპერაციულია. ოპერაციის არჩევით მეთოდად მიიჩნევენ კუჭის რეზექციას ბილროთის II წესით. ხანში შესულ და მოხუცებულობის ასაკში მძიმე თანმხლები დაავადებების დროს შეიძლება განახორციელონ გასტროენტერანასტომოზი ღეროვანი ვაგოტომიით.

უკანასკნელ წლებში აღნიშნული გართულებების სამკურნალოდ მიმართავენ სელექციურ ვაგოტომიას მადრენირებელ ოპერაციასთან ერთად ან კუჭის ეკონომიურ რეზექციას. ნ. ს. უტეშოვისა და თანაავტ. (1975) აზრით, სელექციური ვაგოტომია და ანტრუმექტომია გამართლებულია დუოდენური სტაზის დროს კომპენსაციის სტადიაში, მადრენირებელი ოპერაციიდან გარკვეულ უპირატესობას აძლევენ გასტროდუოდენურ ანასტომოზს.

### გასტრიული ტეტანია

პილორუსის სტენოზის შორსწასულ შემთხვევაში ვითარდება ე. წ. გასტრიული ტეტანია (კუჭის ტეტანია). ეს გართულება პირველად აღწერა 1869 წელს კუსმაულმა. სამამულო ლიტერატურაში პირველი ცნობები აღნიშნული დაავადების შესახებ გამოაქვეყნა ფ. გრუზინოვმა 1900 წელს.

**პათოგენეზი.** დეკომპენსირებული პილორუსის სტენოზის დროს ხშირი ლებინების გამო დიდი რაოდენობით იკარგება სითხე, ელექტროლიტები, ირღვევა ჰომეოსტაზი, ვითარდება დეჰიდრატაცია, სითხესთან ერთად, მ. ს. ჩისტოვის მონაცემებით, დღე-ღამეში იკარგება 3 გ კალიუმი, 5 გ ქლორიდები, 1 გ ნატრიუმი, უჯრედებში ვითარდება კატაბოლური პროცესები, რის შედეგად მატულობს ცილების, ცხიმებისა და ნახშირწყლების ცვლის დარღვევა, ჰიპოკალიემია განაპირობებს ნერვულ-კუნთოვანი აპარატის აგზნების მომატებას, რაც გამოვლინდება კუნთა ტონუსის მომატებით, კრუნჩხვებით, ემო-



ციური ლაბილობით. მცირდება ცირკულაციაში არსებული ცილების, ალბუმინის, გლობულინების რაოდენობა. მატულობს ნარჩენი აზოტისა და შარდოვანას კონცენტრაცია. ცილების რაოდენობის შემცირების გამო სითხე ადვილად გადადის უჯრედთაშორის სივრცეში და შეშუპება ვითარდება.

ზემოაღნიშნულ ცვლილებებს თან სდევს დისტროფიული ცვლილებები პარენქიმულ ორგანოებში, დაავადება მიმდინარეობს მძიმედ და ავადმყოფი იღუპება.

**ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა.** გასტრიული ტეტანის განვითარებას წინ უძღვის პროდრომული ნიშნები — კიდურების დაბუყება და ტკივილი, ღებინების გახშირება, საერთო სისუსტის მომატება, ირღვევა პომეოსტაზი. მკვეთრადაა მომატებული ნარჩენი აზოტი, ქლორიდების რაოდენობა შემცირებულია. ვლინდება გონების დაბინდება, პალუცინაციები, კრუნჩხვები, რომლებიც იწყება ზედა კიდურებიდან, გადადის ხელის მტევნის და თითების მომხრელ კუნთებზე, სახის კუნთებზე. არის შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფს შეცდომით ათავსებენ თერაპიულ ან ნევროლოგიურ განყოფილებაში. სათანადო მკურნალობის ჩატარების გარეშე კომა ვითარდება და ავადმყოფი იღუპება.

მინერალური ცვლის დარღვევის შედეგად ვლინდება მენინგეალური სინდრომი, ფსიქიკის დარღვევა. აღნიშნულის გამო შეიძლება ავადმყოფი მოხედეს ფსიქონევროლოგიურ განყოფილებაში მენინგოენცეფალიტის დიაგნოზით ან თერაპიულ განყოფილებაში აზოტემიის გამო — ქრონიკული ნეფრიტის დიაგნოზით. კრუნჩხვების გამო ავადმყოფებს ათავსებენ ინფექციურ სტაციონარში ტეტანუსის საექვო დიაგნოზით.

**მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა.** იწყება კონსერვატიული ღონისძიებებით, ავადმყოფი გამოყავთ მძიმე მდგომარეობიდან, რის შემდეგ მიმართავენ ოპერაციულ მკურნალობას.

კონსერვატიული მკურნალობა მიმართული უნდა იყოს დეჰიდრატაციის, დარღვეული მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობის და ელექტროლიტური ბალანსის აღსადგენად. აღნიშნულის გამო, ინტრავენურად შეყავთ ნატრიუმის ქლორიდის ჰიპერტონიული ხსნარი (10%—70—100 მლ), იზოტონური ხსნარი (ნატრიუმის ქლორიდი 0,9%—500—1000 მლ), ან 10%-იანი გლუკოზა (500—1000 მლ ინსულინთან ერთად), ვიტამინები, კოკარბოქსილაზა, რეოპოლიგლუკინი, ჰემოდეზი, ცილოვანი ხსნარები, 10%-იანი კალციუმის ქლორიდის ხსნარი, ახალი სისხლი. საჭიროა კუჭის ხშირი ამორეცხვა.

სათანადო მოზადების შემდეგ ოპერაციული მკურნალობა საჭიროა.

წყლულოვანი დაავადების პროგრესულობისას წყლულოვანი კრატერი მუდმივად ღრმავდება, წყლული გასცილდება კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის კედელს და მეზობელ ორგანოში შეიჭრება. ამ პროცესს წყლულის პენეტრაცია ეწოდება (ტერმინი „პენეტრაცია“ 1898 წელს შემოიღეს). ამ დროს წყლულის ფსკერია პანკრეასი, ღვიძლი, ბადექონი, განივი კოლინჯის კედელი, ღვიძლ-თორმეტგოჯა ნაწლავის იოგი, ნაღვლის ბუშტი, იშვიათად მუცლის წინა კედელი, დიაფრაგმა, გულის პერანგი. რასაკვირველია, ამ დროს წყლულოვანი დაავადების კლინიკურ სურათთან ერთად ვითარდება დამატებითი სიმპტომები იმისდა შესაბამისად, თუ რომელ ორგანოში მოხდა პენეტრაცია. უმთავრესად პენეტრაციას განიცდის თორმეტგოჯა ნაწლავის უკანა კედლის, კუჭის უკანა კედლისა და მცირე სიმრუდეზე არსებული წყლული.

პენეტრაცია წყლულის სხვა გართულებათა შორის შეადგენს 30—40%-ს (ა. ა. ფიშენკო და თანაავტ. 1973).

კუჭის მცირე სიმრუდის წყლულის პენეტრაცია უფრო ხშირია მცირე ბადექონში, ღვიძლ-თორმეტგოჯა ნაწლავის იოგში, პანკრეასის სხეულში, ღვიძლში, ნაწიბუროვანი ქსოვილის განვითარების გამო ვითარდება კუჭის ფიქსაცია, მისი აწევა. კუჭი უძრავი ხდება, მცირე სიმრუდე შოკლდება, კუჭის დეფორმაცია ვითარდება.

პილოროდუოდენური წყლული უფრო ახლოს მდებარეობს ბადექონთან, განივ კოლინჯთან და პენეტრირებს ამ ორგანოებში. კუჭის წინა კედლის წყლული პენეტრირებს ღვიძლის მარჯვენა წილის ქვედა ზედაპირზე, იშვიათად მუცლის წინა კედელში. თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული ძირითადად ვითარდება მის უკანა კედელში და უფრო ხშირად პენეტრირებს პანკრეასის თავში, ამ უკანასკნელში ვითარდება შემაერთებული ქსოვილი, იგი კარგავს ელასტიკურობას, მკვრივი და უძრავი ხდება.

მცირე სიმრუდის წყლულის დროს ნეკროზული პროცესი ვრცელდება სისხლძარღვებზე, კერძოდ კუჭის მარცხენა ან მარჯვენა არტერიისზე, ხოლო დუოდენური წყლულის დროს — პანკრეას — თორმეტგოჯა არტერიისზე, რასაც მოსდევს პროფუზული გასტროდუოდენური სისხლის დენა.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პენეტრაციის განვითარების შესახებ სხვადასხვა აზრი არსებობს. ავტორთა ერთ ნაწილს მიაჩნია, რომ ანთებითი პროცესის განვითარებისას წინასწარ წყლულის არე მიუხორციდება მეზობელ ორგანოს და შემდეგ წყლული ჩაიზრდება მასში ჰაუსბრიხის (1974) მონაცემებით პენეტრაცია მიმდინარეობს სამ სტადიად: ა) წყლული გააღწევს კუჭის ან თორ-

მეტგოჯა ნაწლავის კედელს, ბ) ანთებითი პროცესის გამო ვითარდება შეხორცება წყლულის არესა და მეზობელ ორგანოს შორის, გ) აღნიშნულის შემდეგ წყლული შეადწევს მეზობელ ორგანოში.

პენეტრირებული წყლულის დროს მკვეთრადაა გამოხატული პერიპროცესები და ვითარდება შეხორცებები, იგი ხშირად რთულდება კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის დეფორმაციით, სისხლის დენით, პერფორაციით, სტენოზით. კუჭის პენეტრირებული წყლული ხშირად ავთვისებიანად გადაგვარდება.

ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა. პენეტრირებული წყლულის გამოვლინება მრავალგვარია. მისი კლინიკური მიმდინარეობა და გამოვლინება დამოკიდებულია იმ ორგანოზე, რომელშიც პენეტრირებულია წყლული, პენეტრაციის სიღრმეზე, პერივისცერიტზე, პენეტრაციის არეში განვითარებული ანთებითი ინფილტრატის სიღრმეზე, რომელიც იწვევს ამა თუ იმ ორგანოზე ზეწოლას, მისი ფუნქციის დარღვევას და ა. შ. ამრიგად, კლინიკურად წყლულის დამახასიათებელ სურათთან ერთად შეიძლება გამოვლინდეს ჰეპატიტის, პანკრეატიტის, ქოლანგიტის კლინიკური მოვლენები.

პენეტრაციის განვითარების პარალელურად იცვლება ტკივილის ხასიათი, ის მუდმივი და უფრო ინტენსიური ხდება, სეზონურობა აღარ ახასიათებს. ცნობილია, რომ წყლულოვანი დაავადების დროს საკვების მიღების შემდეგ ტკივილი მცირდება, პენეტრირებული წყლულის დროს კი, პირიქით, მატულობს. აღნიშნულის გამო, ავადმყოფი ერიდება საკვების მიღებას ან ტკივილის შემსუბუქების მიზნით იწვევს ლებინებას.

პანკრეასში წყლულის პენეტრაციის დროს ვლინდება ტკივილის ირადიაცია წელის არეში, ავადმყოფს უჭირს ზურგზე წოლა, ხერხემლის არეში ტკივილი ზოგჯერ ისეთი ინტენსიუობისაა, რომ ავადმყოფს ავიწყდება კიდევ კუჭის ტკივილი და მისი ყურადღება მთლიანად ხერხემლისკენაა მიპყრობილი.

წყლულის პენეტრაციის დროს რენტგენოლოგიურად ვლინდება „ნიშა“, რომელიც კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის გარეთ მდებარეობს, გამოვლინდება კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის დეფორმაცია.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. პენეტრირებული წყლული კონსერვატიულ მკურნალობას იშვიათად ექვემდებარება. მკურნალობა ძირითადად ოპერაციულია. ოპერაციის წინ ავადმყოფი საჭიროებს სათანადო მომზადებას, რაც გამოიხატება ღვიძლის, პანკრეასის ფუნქციების გამოსწორებით.

მიზანშეწონილია კუჭის რეზექცია წყლულის ამოკვეთით. თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის ზოგ შემთხვევაში შეიძლება განახორციელონ კუჭის რეზექცია წყლულის გამოთიშვით. თორმეტ-

გოჯა ნაწლავის გართულებული წყლულის დროს ზოგიერთი ქირურგი ცდილობს წყლულის ამოღებას. აღნიშნული ტაქტიკა ხშირად იწვევს ნაღვლის საერთო სადინარის, ღვიძლის არტერიის, პანკრეასის დაზიანებას, ხოლო ოპერაციის შემდეგ თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის უკმარისობას. აღნიშნულის გამო საჭიროა კუჭის რეზექციის ჩატარება წყლულის გამოთიშვით ფინსტერერის წესით. კუჭის რეზექციის დროს გამოთიშვით უნდა განახორციელონ პილორული ნაწილის დემუკოზაცია, რაც ამცირებს კუჭის სეკრეციის ქიმიურ ფაზას. წინააღმდეგ შემთხვევაში პეპტიკური წყლული ვითარდება.

ზოგჯერ კუჭის რეზექციის დროს მას გადაკვეთავენ წყლულის ღონეზე ან მის კიდეზე, რაც ტაკვის უკმარისობის შესაძლებლობას ზრდის.

პენეტრირებული წყლულის ოპერაციის შემდგომი ლეტალობა შეადგენს 3—10%-ს.

#### კუჩისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის გართულება პროფუზული სისხლის დენით

პროფუზული სისხლის დენა წყლულოვანი დაავადების ერთ-ერთი უმძიმესი და ხშირი გართულებაა. მამაკაცებში უფრო ხშირია, ვიდრე ქალებში. პროფუზული სისხლის დენით რთულდება წყლულოვანი დაავადების დაახლოებით 10—15%. წყლულოვანი ხასიათის სისხლის დენა საერთოდ პროფუზული გასტროდუოდენური სისხლის დენის 50—70%-ს შეადგენს (50%—ქალებში, 70—75%—მამაკაცებში).

ძლიერი სისხლის დენით უფრო ხშირად რთულდება ძველი, ქრონიკული კალოზური და პენეტრირებული წყლული, პილორული და თორმეტგოჯა ნაწლავის დაბალი წყლული. კუჭის მცირე სიმრუდის წყლულის შემთხვევაში სისხლის დენის მიზეზია კუჭის მარცხენა არტერიის, თორმეტგოჯა ნაწლავის უკანა კედლის წყლულის დროს კი თორმეტგოჯა-პანკრეასის არტერიის დაზიანება. მძიმე სისხლის დენა ვითარდება არტერიული სისხლძარღვის აროზიის შემთხვევაში, მაგრამ ძლიერი, სასიკვდილო სისხლის დენა მოსალოდნელია ზედაპირული წყლულიდანაც.

სისხლის დენის პათოგენეზი საბოლოოდ დადგენილი არ არის. ჩვეულებრივ, პროფუზულ სისხლის დენას წინ უსწრებს წყლულოვანი დაავადების გამწვავება, ტკივილის გაძლიერება. სისხლის დენის დაწყების შემდეგ ტკივილი ზოგჯერ სრულიად ქრება (ბერგმანის სიმპტომი).

ზოგიერთ ავადმყოფს აღენიშნება განსაკუთრებული მიდრეკილება

განმეორებითი სისხლის დენისკენ. ხანში შესულ ასაკში ამის მიზეზი შეიძლება იყოს სისხლძარღვთა სკლეროზული ცვლილებები, ახალგაზრდა ასაკში კი ამის მიზეზად ასახელებენ ჰიპოვიტამინოზს დიეტური კვების პირობებში.

წყლულოვანი დაავადებით გამოწვეული პროფუზული სისხლის დენის კლინიკის და მკურნალობის საკითხებს განვიხილავთ თავში, რომელიც ეხება გასტროდუოდენურ სისხლის დენას.

### კუპისა და თორაბატოჯა ნაწლავის წაღვლის გართულება სისხლის დენითა და პერფორაციით

წყლულოვანი დაავადების ამ ორი, სიცოცხლისთვის საშიში გართულების ერთდროულად არსებობა იშვიათია. ასეთი გართულება ძირითადად მამაკაცებში გვხვდება, რაც ალბათ, იმითაც არის განპირობებული, რომ წყლულოვანი დაავადება უფრო ხშირია მამაკაცებში. პერფორაციას და სისხლის დენას განიცდის ერთი და იგივე წყლული, მაგრამ აღწერილია შემთხვევები, როდესაც პერფორაციას განიცდიდა ერთი წყლული, ხოლო სისხლის დენა განვითარდა მეორისგან.

თუ გავითვალისწინებთ წყლულოვანი ხასიათის გასტროდუოდენური სისხლის დენისა და პერფორაციის თანამიმდევრობას, შეიძლება გავარჩიოთ სამი ძირითადი ვარიანტი: 1. პირველად ვითარდება სისხლის დენა, ხოლო შემდეგ პერფორაცია, აღნიშნული ვარიანტი უფრო ხშირია; 2. ორივე გართულება ვითარდება თითქმის ერთსა და იმავე დროს; 3. წყლულის პერფორაცია წინ უსწრებს სისხლის დენას.

წყლულოვანი დაავადების ამ ორი გართულების ერთდროული არსებობის დიაგნოსტიკა ძნელია. სისხლის დენის გამო ანემიურ და არეაქტიულ ორგანიზმში პერფორაციის სიმპტომები სუსტად გამოვლინდება. ასეთ ავადმყოფებს მუცლის პრესის დაჭიმულობა სუსტად უვლინდება ან სრულებით არა აქვთ გამოხატული. რაც გამოწვეული უნდა იყოს იმითაც, რომ მუცლის ღრუში იღვრება სისხლით განზავებული კუჭის შიგთავსი, რაც ნაკლებად აღიზიანებს პერიტონეუმს (ვ. დ. ბრატუსი, 1972).

გასტროდუოდენური სისხლის დენის დროს ტკივილის მომატებამ ეპიგასტრიუმის არეში უნდა გვაფიქრებინოს პერფორაციის შესახებ. დიაგნოზის დადგენაში გვეხმარება მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია. ამ დროს გამოვლინდება მუცლის ღრუში თავისუფალი ჰაერი, როდესაც აღნიშნება პერფორაცია და ამავე წყლულიდან ვითარდება სისხლის

დენა, კლინიკურ სურათში ძირითადად დომინირებს პერფორაციის ნიშნები. ამ დროს ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა უფრო მძიმდება.

პერფორაციის ამოცნობა წყლულოვანი ეტიოლოგიის გასტროდუოდენური სისხლის დენის ფონზე ძნელია, ამის გამო გვიანდება ოპერაციული ჩარევა, მაღალია ლეტალობა.

წყლულის ამ ორი გართულების ერთდროულად არსებობის შემთხვევაში კუჭის რეზექცია სისხლის ტრანსფუზიასთან ერთად დამაკმაყოფილებელ შედეგს იძლევა ოპერაციიდან უახლოეს და შორეულ პერიოდში. როდესაც შეუძლებელია რეზექცია, უნდა განვახორციელოთ ულცერორაფია. თუ სისხლის დენა უკანა კედლის წყლულიდანაა, წინა კედლის წყლული უნდა ამოვკვეთოთ, უკანა კედლის სისხლმდენი წყლული ამოვკეროთ, დამატებით განვახორციელოთ პილოროპლასტიკა და ღეროვანი ვაგოტომია.

### წყლულის გადაგვარება კიბოდ

თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დროს მისი გადაგვარება კიბოდ პრაქტიკულად არ გვხვდება, თუმცა ლიტერატურაში ასეთი გადაგვარების ერთეული შემთხვევები აღწერილია. ასეთ შემთხვევაში ძნელი გამოსარიცხია პირორუსის დისტოპიური უჯრედების გადაგვარება კიბოდ. რაც შეეხება კუჭის წყლულს, მისი კიბოდ გადაგვარების სიხშირე 8—10%-ს შეადგენს. გადაგვარდება ქრონიკულად მიმდინარე კალოზური წყლული. ამ თვალსაზრისით განსაკუთრებით საშიშია კუჭის დიდი სიმრუდის და უკანა კედლის წყლული. ასეთი ლოკალიზაციის წყლულის დადგენისთანავე საჭიროა დაუყოვნებელი ოპერაციული მკურნალობა.

ძნელია იმ დროის დადგენა, როდესაც წყლულმა იწყოს სიმსივნედ გადაგვარება, მაგრამ ზოგიერთი დამახასიათებელი ნიშნის მიხედვით შეიძლება ეს ვივარაუდოთ. მხედველობაში უნდა მივიღოთ შემდეგი მონაცემები: ტკივილის ხასიათი, იგი კარგავს დამახასიათებელ რიტმს, უფრო მუდმივი ხდება. აღინიშნება მადის დაკარგვა, წყლულისგან განსხვავებით, რომლის დროს ავადმყოფს კარგი მადა აქვს, გულის წვა იცვლება ლაყე სუნის ბოყინით. იგი იკლებს წონაში. მკავიანობა თანდათან კლებულობს, თუმცა მკავიანობის შენარჩუნება არ გამოორიცხავს წყლულის სიმსივნედ გადაგვარების შესაძლებლობას.

წყლულის დამახასიათებელი მტკივნეულობა ეპიგასტრიუმის არეში იკლებს, ზოგჯერ აღინიშნება მხოლოდ კუნთთა სუსტად გამოხატული რიგიდობა და მცირე მტკივნეულობა ანთებითი ინფილტრატის

გამო. დაგვიანებულ პერიოდში შეიძლება ისინჯებოდეს სიმსივნე ეპი-  
გასტრიუმის არეში.

ზოგადი მოვლენებიდან ყურადღებას იპყრობს საერთო სისუსტე,  
პროგრესული სიგამხდრე, ანემია და ფერმკრთალობა. ყველა ეს ნი-  
შანი მოგვიანებით უფრო აშკარა ხდება, მაგრამ ავადმყოფის დახმა-  
რება მეტწილად უკვე შეუძლებელია.

კუჭის წყლულიანი ავადმყოფი პერიოდულ რენტგენოლოგიურ და  
ენდოსკოპიურ კვლევას უნდა გადიოდეს. თუ ენერგიული კონსერვა-  
ტიული მკურნალობით კალოზური წყლულის სიდიდე არ მცირდება,  
საჭიროა ოპერაციული მკურნალობა. მხედველობაშია მისაღები  
წყლულის ზომები, ავადმყოფის ასაკი. თუ წყლული 2,5 სმ-ზე მეტი  
ზომისაა, ავადმყოფი კი—50 წელზე მეტი ასაკის, საჭიროა ოპერაცი-  
ული მკურნალობა.

კუჭის კიბოზე ეჭვის დროს აუცილებელია კუჭის გაფართოებული  
რადიკალური რეზექცია.

### ნაოპერაციები კუჭის დაავადებანი

ამ სახელწოდებაში იგულისხმება ის მრავალრიცხოვანი დაავადე-  
ბები, სინდრომები, პათოლოგიური პროცესები თუ დარღვევები, რომ-  
ლებიც ვითარდება კუჭზე ჩატარებული ოპერაციის შემდეგ, უპირა-  
ტესად წყლულოვანი დაავადების გამო.

კუჭზე ჩატარებული სხვადასხვა სახის ოპერაციული ჩარევის შემ-  
დეგ მრავალი დარღვევა ვლინდება მხოლოდ კვლევის ნატიფი მეთო-  
დების გამოყენებით, იმ ავადმყოფებსაც კი, რომლებიც ოპერაციის  
შემდეგ თავს სრულიად ჯანმრთელად გრძნობენ და არაფერს უჩივიან,  
აღენიშნებათ ესა თუ ის დარღვევა. პრაქტიკულად მნიშვნელობა აქვს  
ისეთ დარღვევას, რომელიც გარკვეულად არის გამოხატული და გავ-  
ლენას ახდენს ავადმყოფის ზოგად მდგომარეობაზე.

კლინიკური გამოხატულობის მრავალფეროვნებით აიხსნება ის  
უამრავი კლასიფიკაცია, რომლებიც შემუშავებულია სხვადასხვა ავ-  
ტორის მიერ, არც ერთი მათგანი სრულყოფილად არ ასახავს განვი-  
თარებულ ძვრებს, მათი ამომწურავი ასახვა შეუძლებელი არის. ჩვე-  
ნი აზრით, კლასიფიკაცია უნდა ემსახურებოდეს კლინიკის მოთხოვ-  
ნებს, იყოს მარტივი, ხელმისაწვდომი პრაქტიკულად მომუშავე ექი-  
მისთვის. კლასიფიკაცია უნდა აერთიანებდეს კუჭის რეზექციის, გას-  
ტროენტეროანასტომოზის, ულცერორაფიისა და ვაგოტომიის შემ-  
დეგ განვითარებულ დაავადებებსა და სინდრომებს. სამუშაო სახით  
კლასიფიკაცია შემდეგი სახით წარმოგვიდგება:

I. ფუნქციური ხასიათის სინდრომები:

1. დემპინგ-სინდრომი
2. მომტანი მუხლის ფუნქციური სინდრომი
3. დისფაგია
4. რეფლუქს-ეზოფაგიტი
5. დიარეა

II. ორგანული ხასიათის სინდრომები:

1. მომტანი მუხლის მექანიკური სინდრომი
2. შეუხორცებელი წყლული
3. რეციდიული წყლული
4. შერთულის პეპტიკური წყლული
5. კუჭ-კოლინჯის ფისტულა

III. სხვადასხვა სინდრომის თანაარსებობა.

დემპინგ-სინდრომში ვგულისხმობთ მრავალფეროვან ძვრებს, რომლებიც ვითარდებიან საკვების მიღების შემდეგ. ამ სინდრომში ვაერთიანებთ ე. წ. ჰიპოგლიკემიურ სინდრომსაც, რომელიც ვლინდება საკვების მიღებიდან 2—3 საათის შემდეგ.

მომტანი მუხლის ფუნქციური სინდრომი ძირითადად დამახასიათებელია ბილროტის II წესით შესრულებული კუჭის რეზექციის შემდეგ, შეიძლება გამოვლინდეს გასტროენტეროანასტომოზის შემდეგაც.

რეფლუქს-ეზოფაგიტი შეიძლება ჩამოყალიბდეს როგორც რეზექციის, ასევე ვაგოტომიის შემდეგაც.

დიარეა, განსაკუთრებით მისი მძიმე ფორმა, ახასიათებს ვაგოტომიას, უპირატესად ღეროვან ვაგოტომიას. დიარეა გვხვდება რეზექციის შემდეგაც, თუმცა ამ დროს ის უფრო იშვიათია და იოლად მიმდინარეობს.

შეუხორცებელი წყლული, რეციდიული წყლული გვხვდება ულცერორაფიის, გასტროენტეროანასტომოზის და ვაგოტომიის შემდეგაც.

შერთულის პეპტიკური წყლული ხშირია გასტროენტეროანასტომოზის შემდეგ, იშვიათია რეზექციის შემდეგ, ვლინდება ვაგოტომიისა და გასტროენტეროანასტომოზის ერთდროული შესრულების შემდეგ. კუჭ-კოლინჯის ფისტულა პეპტიკური წყლულის პროგრესირების შედეგია და მისი მძიმე გართულებაა.

მომტანი მუხლის მექანიკური სინდრომი ვითარდება შერთულის არეში დეფორმაციისა და შეხორცებების შედეგად. გამტანი მუხლის შევიწროების შედეგად, რაც იწვევს შიგთავსის შეჩერებას შერთულის მომტან მუხლში.

ამრიგად, აღნიშნული კლასიფიკაცია მისაღებია, როგორც სამუშაო



კლასიფიკაცია, თუმცა რამდენადმე გამარტივებულია და სრულყოფილად არ ასახავს ოპერაციის შემდგომ ყველა გართულებას. კლინიკურად ერთდროულად შეიძლება გამოხატული იყოს ორი ან მეტი სინდრომი, როგორც ფუნქციური, ისე ორგანული ხასიათის.

დ ე მ პ ი ნ გ- ს ი ნ დ რ ო მ ი. ამ გართულებას რეზექციის შემდგომ დარღვევათა შორის სისშირით პირველი ადგილი უჭირავს. მისი სიმპტომოკომპლექსი ვითარდება საკვების მიღების საპასუხოდ და ვეგეტატიური კრიზისის სურათი იქმნება. რეზექციის შემდეგ დემინგ-სინდრომს აღწერენ შემთხვევათა 1—2—80%-ში. არჩევენ მის მსუბუქ, საშუალო სიმძიმისა და მძიმე ფორმებს. მძიმე ფორმის დემინგ-სინდრომი გვხვდება შემთხვევათა 5—7%-ში.

დემინგ-სინდრომის პათოგენეზი საბოლოოდ არ არის გარკვეული, მნიშვნელობა აქვს კუჭის სწრაფ დაცლას საკვებისგან, შერთულში შემავალი საწყისი მარყუევების ოსმო-, მექანო-თერმო-, ბარო- და ქემორეცეპტორების არაადეკვატურ გაღიზიანებას, რასაც მოსდევს ვეგეტატიურ-ჰორმონული ძვრები, აგრეთვე ბიოლოგიურად აქტიური ნივთიერებების — სეროტონინის, ბრადიკინინის და სხვა პოლიპეპტიდების ერთდროული გამოყოფა.

დემინგ-სინდრომი უფრო ხშირია ბილროთის II წესით რეზექციის შემდეგ, რაც მიუთითებს პათოგენეზში საჭმლის მოწელების პროცესიდან თორმეტგოჯა ნაწლავის გამოთიშვის მნიშვნელობაზე.

კუჭის რეზექცია, რომელსაც მიმართავენ თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დროს, მაღალი მკავიანობის ფონზე, უნდა იყოს ფართო, ორგანოს 2/3-ის მოცილებით. მაგრამ რაც უფრო ფართოა რეზექცია, მით უფრო ხშირია დემინგ-სინდრომის განვითარება.

ქალებს პროცენტულად უფრო ხშირად უვლინდებათ რეზექციის შემდგომი დემინგ-სინდრომი, ამიტომ მათ რეზექცია უნდა ჩაუტარონ მხოლოდ აბსოლუტური ჩვენების დროს.

საყურადღებოა ის გარემოება, რომ წყლულოვანი დაავადების დროს დემინგ-სინდრომის მსუბუქად გამოხატული მოვლენები შეიძლება აღინიშნებოდეს უოპერაციოდაც. ასეთ შემთხვევებში კუჭის რეზექცია იწვევს სიმპტომოკომპლექსის გაძლიერებას. ასეთი წინასწარი განწყობა დემინგ-სინდრომისადმი დადგენილი უნდა იყოს ოპერაციამდე (ნახშირწყლებით ლატვირთვა ნაზოენტერული ზონდით). დადებითი სინჯის შემთხვევაში უპირატესობა უნდა მისცენ ორგანოს შემნარჩუნებელ ოპერაციას (ვაგოტომიას), ხოლო რეზექციის აუცილებლობის შემთხვევაში განახორციელონ რეზექცია ბილროთის I წესით ან ანტრუმექტომია ვაგოტომიით.

დემინგ-სინდრომის განვითარებისთვის მნიშვნელობა აქვს საკვების ხასიათს, კონსისტენციას, ტემპერატურას. დემინგ-სინდრომის გა-

მომწვევია ნახშირწყლები და რძის პროდუქტები, თხიერი საკვები, ჭარბი რაოდენობა, ცხელი ან ცივი საკვები.

უმრავლეს შემთხვევაში დემპინგ-სინდრომი იწყება რეზექციის შემდეგ პირველი წლის განმავლობაში, იშვიათად შეიძლება განვითარდეს 5—10—15 წლის შემდეგაც. ჩამოყალიბების შემდეგ ავადმყოფთა ერთ ჯგუფში მისი გამოხატულება თანდათან მსუბუქდება, მეორე ჯგუფში, პირიქით, პროგრესირებს, შემთხვევათა ნაწილში კი უცვლელი რჩება.

მსუბუქი ფორმის დემპინგ-სინდრომი ვითარდება მხოლოდ ტკბილეულის და რძის პროდუქტების მიღების შემდეგ, ხანმოკლეა, ავადმყოფის შრომისუნარიანობას არ აუარესებს.

საშუალო სიმძიმის დემპინგ-სინდრომი შეიძლება განვითარდეს ნებისმიერი საკვების მიღების შემდეგ, შემაწუხებელია ავადმყოფისთვის, შრომისუნარიანობას არღვევს.

მძიმე ფორმის დემპინგ-სინდრომი ვითარდება საკვების ყოველი მიღების შემდეგ, ავადმყოფს ჰამა შეუძლია მხოლოდ მწოლიარე მდგომარეობაში, შეტევა რამდენიმე საათს გრძელდება, ავადმყოფი ინვალიდობამდე მიყავს.

დემპინგ-სინდრომის ნიშნების გამოვლინება იწყება საკვების მიღებიდან 5—15 წუთის შემდეგ და გრძელდება ნახევარ საათამდე. დამახასიათებელია ძლიერი საერთო სისუსტე, გაწითლება, სიმხურვალის შეგრძნება, სისხლის წნევის მომატება, გულის ფრიალი, ტაქიკარდია, გულისრევა, ღებინება, სიმძიმის შეგრძნება და ტკივილი ეპიგასტრიუმში, გაძლიერებული ყურყური, დიარეა, გამოხატულია ცვლილებები ელექტროკარდიოგრამაზე, ელექტროენცეფალოგრამაზე. საშუალო სიმძიმის დემპინგ-სინდრომის დროს ავადმყოფი საკვების მიღების შემდეგ ზოგჯერ იძულებულია მიიღოს ჰორიზონტალური მდებარეობა, რაც ამსუბუქებს მდგომარეობას. მძიმე ფორმის დემპინგ-სინდრომის შემთხვევაში ავადმყოფს ჰამა შეუძლია მხოლოდ მწოლიარე. ვერტიკალურ და მჭდომიარე მდგომარეობაში ჰამის შემთხვევაში კარგავს გრძობას. უკიდურესად მძიმე საერთო სისუსტე გრძელდება 2—3 საათს. ავადმყოფები უარს ამბობენ ჰამაზე, კახექსიური ხდებიან.

დემპინგ-სინდრომი ვითარდება გასტროენტეროანასტომოზისა და ვაგოტომიის შემდეგაც, მაგრამ გაცილებით უფრო იშვიათად და მსუბუქი ფორმით.

მსუბუქი ფორმის დემპინგ-სინდრომი სპეციალურ მკურნალობას არ საჭიროებს. დიეტის რეგულირება კარგ ეფექტს იძლევა. საშუალო სიმძიმის დემპინგ-სინდრომის შემთხვევაში, გარდა დიეტოთერაპიისა, საჭირო ხდება დროდადრო. სტაციონარული და კურორტული მკურ-

ნალობა. მძიმე ფორმის დემპინგ-სინდრომი საჭიროებს განმეორებით ოპერაციას, რომლის მიზანია ბილროთის II წესით შესრულებული რეზექციის შეცვლა ბილროთის I წესით, ე. ი. რედუოლენიზაციის განხორციელება. ზოგჯერ რედუოლენიზაციისა თუ ეიუნოგასტრო-პლასტიკასთან ერთად საჭირო ხდება კუჭის რეზერვუარული ფუნქციის აღდგენაც.

დემპინგ-სინდრომი ვითარდება ვაგოტომიის შემდეგ. იგი იშვიათია მაღალი სელექციური ვაგოტომიის შემდეგ, უფრო ხშირია მადრენირებული ოპერაციით თანდართული ვაგოტომიის შემდეგ. მძიმე დემპინგ-სინდრომის სისშირე არ აღემატება 5%-ს, დროთა განმავლობაში მისი გამოხატულება მცირდება.

დემპინგ-სინდრომის მქონე ყოველ მეორე-მესამე ავადმყოფს აღენიშნება ე. წ. ჰიპოგლიკემიური სინდრომი, რომელიც ვითარდება საკვების მიღებიდან 2—3 საათის შემდეგ და გამოიხატება საერთო სისუსტით, გულისფრიალით, კანკალით, თავბრუთი, არტერიული წნევის დაქვეითებით და ა. შ.

მომტანი მუხლის ფუნქციური სინდრომი აღენიშნული პათოლოგია ვითარდება ბილროთის II წესით კუჭის რეზექციის შემდეგ, შერთულში შემავალი მომტანი და გამტანი მუხლის მოტორული ფუნქციის დისკოორდინაციის შედეგად ვითარდება შეგუბება დუოდენუმში, მღივი ნაწლავის მომტან მარყუქში, სადაც გროვდება საჭმლის მომნელებელი წვენი ღვიძლიდან, პანკრეასიდან, ნაწლავთა ჯირკვლებიდან. ოპერაციამდე არსებული დუოდენოსტაზი ხელს უწყობს რეზექციის შემდეგ მომტანი მუხლის ფუნქციური სინდრომის განვითარებას.

მომტანი მუხლის ფუნქციური სინდრომი აღენიშნება ავადმყოფთა 5—15%-ს და გამოხატულია სხვადასხვა სიძლიერით. საკვების მიღებიდან მცირე დროის შემდეგ იწყება სიმძიმის შეგრძნება ეპიგასტრიუმსა და მარჯვენა ფერდქვეშა არეში, ტკივილი, რომელსაც მოსდევს ღებინება დიდი რაოდენობის ნალექით.

ღიაგნოზი ემყარება დამახასიათებელ კლინიკურ სურათს და რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას, რომლის დროს ვლინდება კონტრასტის დიდი ხნით შეჩერება, მომტანი მუხლისა და დუოდენუმის გაფართოება.

მძიმედ გამოხატული მომტანი მუხლის ფუნქციური სინდრომის დროს რეკომენდებულია ოპერაციული მკურნალობა — შერთულის დადება მომტან და გამტან მუხლს შორის (გრძელი მომტანი მუხლის შემთხვევაში) ან შერთულის დადება თორმეტგოჯა ნაწლავის ქვედა პორიზონტალურ ტოტსა და შერთულის გამტან მუხლს შორის.

დისფაგია, რეფლუქს ეზოფაგითი და დიარეა

ძირითადად ვაგოტომიის შემდგომი სინდრომებია. დისფაგია აღინიშნება შემთხვევათა 5—15%-ში, ვითარდება ოპერაციიდან უახლოეს დღეებში და რამდენიმე კვირისა ან თვეში საგრძნობლად მცირდება ან ქრება. გამახატული და ხანგრძლივი დისფაგია შეიძლება გამოვლინდეს ვაგოტომიასთან ერთად ფუნდოპლიკაციის ჩატარების შემთხვევაში.

რეფლუქს-ეზოფაგეტი მოსალოდნელია როგორც ღეროვანი, ასევე სელექციური და მაღალი სელექციური ვაგოტომიის შემდეგაც, უმნიშვნელო სიხშირით ვლინდება რეზექციის შემდეგაც.

ვაგოტომიის შემდგომ სინდრომებს შორის განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს დიარეას. ღეროვანი ვაგოტომიისა და მალრენირებელი ოპერაციის შემდეგ მისი სიხშირე შეიძლება 20—30%-ს აღწევდეს. მაღალი სელექციური ვაგოტომიის შემდეგ დიარეა არ აღემატება 3—5%-ს.

დიარეა შეიძლება გამახატული იყოს მსუბუქად, საშუალო სიმძიმით და მძიმედ. ავადმყოფებს აღენიშნებათ ხშირი მოქმედება. თხიერი განავლით. რამდენიმე თვეში მდგომარეობა თანდათან უმჯობესდება. მძიმე ფორმის დიარეის დროს ნაწლავთა მოქმედება აღინიშნება საკვების მიღების შემდეგ. მის გარეშეც. დეფეკაციის სიხშირე რამდენიმე ათეულს შეიძლება აღწევდეს, მძიმე მდგომარეობაში აყენებს ავადმყოფს, დიეტას და მედიკამენტურ მკურნალობას არ ექვემდებარება. მკურნალობის დადებითი შედეგი აღინიშნება ბენზოჰექსონიუმის გამოყენებით.

დიარეა ვლინდება კუჭის რეზექციის შემდეგ, იგი მძიმე ფორმის დემინგ-სინდრომის შემადგენელი ნაწილია.

მომტანი მუხლის მექანიკური სინდრომი ბილროთის II წესით კუჭის რეზექციის შემდეგ მომტან მუხლში კუჭის შიგთავსის გადასროლა და ხანგრძლივად შეჩერების მიზეზი შეიძლება იყოს ოპერაციის დროს დაშვებული ტექნიკური შეცდომა და შერთულის არეში განვითარებული ანთებითი პროცესი. თორმეტგოჯა ნაწლავსა და შერთულში შემავალი მღვივი ნაწლავის მომტან მუხლში საკვების ხანგრძლივ შეჩერებას ხელს უწყობს შერთულისთვის აღებული გრძელი მარყუჟი, ვიწრო შერთული, გამტარი მუხლის დავიწროება. შერთულის ფუნქციის დარღვევი მოსალოდნელია შერთულის არეში ანთებითი პროცესის შედეგად, რასაც მოსდევს მისი დეფორმაცია, გადარება, სანათურის დავიწროება.

კლინიკური სურათი ისეთივეა, როგორც მომტანი მუხლის ფუნქციური სინდრომის შემთხვევაში. კლინიკურ სურათში წამყვანია დებინება ნაღვლით, ჰამის შემდეგ სიმძიმის შეგრძნება ეპიგასტრიუმის არეში და ტკივილი.

დიაგნოზის დადგენას ადვილებს რენტგენოკონტრასტული გამოკვლევა, საკონტრასტო ნივთიერების ხანგრძლივი შეჩერება გაფართოებულ თორმეტგოჯა ნაწლავსა და შერთულის მომტან მუხლში.

მკურნალობა ოპერაციული. მისი მიზანია შერთულის ფუნქციის აღდგენა. გრძელი მომტანი მუხლის შემთხვევაში ჩარევა შემოიფარგლება ენტეროანასტომოზით მომტან და წაბლებ მუხლებს შორის.

კუჭზე და თორმეტგოჯა ნაწლავზე ოპერაციის შემდეგ ორგანული ხასიათის დაავადებებიდან მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს შეუხორცებელ წყლულს და წყლულის რეციდივს. განსაკუთრებით ხშირია ისინი ულცერორაფიის შემდეგ.

ულცერორაფიის შემდეგ შეუხორცებელი წყლულის კლინიკა დამახასიათებელია. ოპერაციის შემდეგ ნათელი პერიოდი არ არსებობს ანდა განისაზღვრება ერთი-ორი თვით, შემდეგ ავადმყოფს აწუხებს იგივე ჩივილი, რაც ოპერაციამდე. ზოგჯერ ნათელი პერიოდი შესაძლებელია რამდენიმე თვეც გაგრძელდეს, ეს იმ შემთხვევაში, თუ წყლულის პერფორაცია მოხდა რემისიის პერიოდის წინ. მოვლენები განახლდება რემისიის გავლის შემდეგ. ულცერორაფიის შემდგომმა შეუხორცებელმა წყლულმა შეიძლება გამოიწვიოს პროფუზული სისხლის დენა, თორმეტგოჯა ნაწლავის ან პილორუსის არის შევიწროება, განიცადოს განმეორებითი პერფორაცია ან კიბოდ გადაგვარდეს.

შეუხორცებელი წყლული გვხვდება გასტროენტეროანასტომოზისა და ვაგოტომიის შემდეგ. დამახასიათებელი კლინიკური სურათის შემთხვევაში დიაგნოზს აზუსტებენ ფიბროგასტროდუოდენოსკოპიით. შეუხორცებელი წყლული შეიძლება გამოვლინდეს გამოთიშვით კუჭის რეზექციის შემდეგაც. აღწერილია ასეთი წყლულის პერფორაცია, ამ წყლულიდან განმეორებითი სისხლის დენა.

წყლული, რომლის გამოც შესრულებული იყო ულცერორაფია, გასტროენტეროანასტომოზი ან ვაგოტომია მადრენირებული ოპერაციით, შეიძლება შეხორცდეს. გარკვეული დროის შემდეგ შეიძლება წყლული განვითარდეს იმავე ადგილას, მაშინ ლაპარაკობენ რეციდიულ წყლულზე. თუ წყლული განვითარდა ახალ ადგილზე, საქმე ეხება ახალი წყლულის წარმოქმნას ულცერორაფიის, გასტროენტეროანასტომოზისა თუ ვაგოტომიის შემდეგ.

გასტრორეზექციული და აგასტრული ასთენია კუჭის რეზექციის ან გასტრექტომიის შემდეგ ზოგჯერ აღინიშნება აწეული მგრძნობელობა, აგზნებულობა. წონასწორობიდან ადვილად გამოსვლა, აბათია, უძილობა, თავის ტკივილი, ჰიპოქრომული ანემია, წონაში დაკლება. ასეთ ავადმყოფებს ხშირად ადრე გადატანილი აქვთ ტრავმა, ტუბერკულოზი ან სხვა რომელიმე დაავადება.

ავადმყოფებს სამკურნალოდ ენიშნებათ სედატიური საშუალებანი, სათანადო დიეტა და კურორტული მკურნალობა.

ოპერაციულ ტექნიკასთან დაკავშირებული გართულებანი. კუჭის რეზექციის დროს ბილროთის II წესით კუჭის ტაკვს შეცდომით შეიძლება შეუერთონ წვრილი ნაწლავის არა დასაწყისი, არამედ ბოლო. ასეთი გართულება ოპერაციის შემდეგ მეტად სწრაფად გამოვლინდება, რადგანაც წვრილი ნაწლავი ტოტალურადაა გამოთიშული და მძიმე კლინიკურ ნიშნებს იძლევა. ავადმყოფი იწყებს გახდომას, გამოყოფს მოუნელებელ საკვებს, დიაგნოზის დაზუსტებაში გვეხმარება რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, ამ დროს ბარიუმის ფაფა კუჭის ტაკვიდან პირდაპირ მსხვილ ნაწლავში გადადის. მკურნალობა დაუყოვნებლივ ოპერაციაში მდგომარეობს ხანმოკლე ინტენსიური წინასაოპერაციო მომზადების შემდეგ.

### პაპტიკური წყლული

მიმდინარეობის სიმძიმით და მკურნალობის სირთულით კლინიკოსათვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს კუჭ-ნაწლავის შერთულის პეპტიკურ წყლულს.

გასტროენტეროანასტომოზის შემდეგ განვითარებული პეპტიკური წყლული პირველად აღწერა ბერგმა 1897 წელს, რუსეთში იგი აღწერა კ. საპეეკომ 1901 წელს. უფრო ხშირად პეპტიკური წყლული ვითარდება ანასტომოზის არეში ან მის დისტალურად, შერთულის წამლებ მუხლში.

პეპტიკური წყლული გასტროენტეროანასტომოზის შემდეგ ხშირად ვითარდება მაშინ, თუ შერთულისთვის გამოყენებული იყო მღივი ნაწლავის გრძელი მარყუჟი (მაგალითად წინა გასტროენტეროანასტომოზი ბრაუნის შერთულით).

შემთხვევათა გარკვეულ ნაწილში კუჭ-ნაწლავის შერთულს აკეთებენ მაღლა — კუჭის ძირთან ახლოს. ამ შემთხვევაში შერთულის ფუნქცია დამაკმაყოფილებელი არ არის და ხელს უწყობს წყლულის განვითარებას. როდესაც გასტროენტეროანასტომოზს აკეთებენ სტენოზის სუბ-ან დეკომპენსაციის სტადიაში, თავდაპირველად შერთულის ფუნქცია შეიძლება დამაკმაყოფილებელი იყოს, მაგრამ შემდეგ, როდესაც კუჭის კედლის ტონუსი აღდგება, კუჭი დაპატარავდება, შერთულის არე ზემოთ გადაინაცვლებს და მისი ფუნქცია ირღვევა, შეიქმნება პირობა პეპტიკური წყლულის განვითარებისთვის და ბოლოს პეპტიკური წყლულის განვითარების ერთ-ერთი მიზეზი შეიძლება იყოს უხეში ტექნიკური შეცდომა.

ბოლო დროს მატულობს პეპტიკური წყლულების შემთხვევები, რომლებიც ვითარდებიან ვაგოტომიისა და მადრენირებული ოპერაციების შემდეგ.

პეპტიკური წყლულის განვითარებისთვის განსაკუთრებული ხელსაყრელი პირობები იქმნება გამოთიშვით ჩატარებული რეზექციის შემდეგ, პილორუსის არასრული მოცილების შემთხვევაში, რაც განაპირობებს შედარებით მაღალ მჟავიანობას და პეპტიკური წყლულის წარმოქმნას. ამიტომ რეზექციის შემდეგ პეპტიკური წყლულის გამო ჩატარებული განმეორებითი ოპერაციული ჩარევის დროს აუცილებელია პილორუსის არის დათვალიერება და, თუ იგი დატოვებულია პირველი ოპერაციის დროს, უნდა განახორციელონ პილორექტომია.

პეპტიკური წყლულის განვითარების მიზეზია კუჭის ეკონომიური რეზექცია მაღალი მჟავიანობის დროს, პილორული ნაწილის ლორწოვანის დატოვება, ულცეროგენური აღენომის არსებობა და ა. შ.

პეპტიკური წყლულის განვითარებაში, გარდა მაღალი მჟავიანობისა, მნიშვნელობა აქვს კუჭის რეზექციის შემდეგ ვიწრო და დეფორმირებული ანასტომოზის დატოვებას. აქ დროს ირღვევა საკვების გადასვლა კუჭიდან ნაწლავებში, იწყება მისი დაშლა და გახრწნა კუჭში, ვითარდება კუჭის ტაკვის გასტრიტი, ანასტომოზიტი და ამრიგად ხელსაყრელი პირობები იქმნება პეპტიკური წყლულის განვითარებისთვის.

ოპერაციის შემდგომი პეპტიკური წყლულის შემთხვევაში ექსპერიმენტული სიზუსტით მტკიცდება მჟავიანობის როლი წყლულის განვითარებაში. რეზექციის შემდგომი პეპტიკური წყლული მით უფრო ხშირია, რაც უფრო მაღალია ოპერაციის შემდგომ კუჭის წვენის მჟავიანობა.

როგორც წყლულოვანი დაავადების, ასევე პეპტიკური წყლულის განვითარების წარმოსადგენად რეკომენდებულია მრავალი თეორია, მაგრამ არც ერთი მათგანი არ არის ამომწურავი და სრულყოფილი. ალბათ, მისი განვითარებისთვის არსებობს მრავალი ფაქტორი, მაგრამ მაინც გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს კუჭის წვენის მაღალ მჟავიანობას.

ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა. პეპტიკური წყლულის სიმპტომოკომპლექსი მეტად მრავალფეროვანია, რაც იმით არის გამოწვეული, რომ პეპტიკურ წყლულთან ერთად ძალიან ხშირად არსებობს სხვა პათოლოგიური პროცესიც: შეუხორცებელი, რეციდიული ან ახალი წყლული კუჭსა და თორმეტგოჯა ნაწლავში, ანასტომოზის შევიწროება, დეფორმაცია, ფუნქციის მოშლა, პენეტრაცია, ვრცელი პერიპროცესი. თითოეული მათგანი გარკვეულ დაღს ასვამს დაავადების მიმდინარეობას და მის კლინიკურ გამოვლინებას.

წყლულოვანი დაავადების გამო განხორციელებული გასტროენტეროანასტომოზის შემდეგ შემთხვევათა ნაწილში პირველი წყლული მალე ხორცდება, მოვლენები, რომელნიც აღინიშნებოდა ოპერაციამდე, გაივლის, სანამ გამოვლინდება პეპტიკური წყლულის დამახასიათებელი ნიშნები. ეს ნათელი შუალედი პირველი ოპერაციიდან პეპტიკური წყლულის განვითარებამდე, ყოველთვის არსებობს და ერთობ დამახასიათებელია პეპტიკური წყლულისთვის. ნათელი შუალედები ზოგჯერ შეიძლება ძალზე მოკლე იყოს, რამდენიმე დღით განისაზღვროს. მეორე მხრივ, არ არის გამორიცხული პეპტიკური წყლულის განვითარება ათეული წლის შემდეგ.

პეპტიკურ წყლულს გაცილებით მძიმე კლინიკური სიმპტომები ახასიათებს, ვიდრე პირველად გასტროდუოდენურ წყლულს. პეპტიკური წყლულის დროს ტკივილი და მისი ლოკალიზაცია განსხვავდება პირველადი ტკივილისგან, რასაც კარგად ამჩნევს თვით ავადმყოფი, მიუთითებს ამ განსხვავებაზე, პეპტიკური წყლულით გამოწვეული ტკივილი ჩვეულებრივ მწვავე ხასიათისაა და ხშირად მუდმივია, ნაკლებადაა დაკავშირებული საკვების მიღებასთან. ავადმყოფს თუ ოპერაციამდე ტკივილი აწუხებდა თეთრი ხაზის მარჯვნივ, ახლა ის გადაინაცვლებს მარცხნივ კიბის დონეზე ან მის ქვემოთ, რაც ანასტომოზის არეს შეესაბამება. ზოგჯერ ტკივილი შეიძლება დაკავშირებული იყოს საკვების მიღებასთან ან აღინიშნებოდეს მშვიერ კუჭზე, მაგრამ უმეტესად მუდმივი ხასიათისაა, მას ნაკლებად ახასიათებს რემისია, ხანმოკლეა და სავსებით არ ქრება. ტკივილი რემისიის პერიოდში, მისი გაძლიერება ფიზიკური დატვირთვისა და მოძრაობის დროს პერიპროცესის შედეგია, რომელიც თითქმის ყოველთვის თან სდევს პეპტიკურ წყლულს. ვრცელი პერიპროცესის შემთხვევაში ტკივილი ღებულობს დიფუზურ ხასიათს, ძლიერდება უხეში და სწრაფი მოძრაობის დროს.

განსაკუთრებით აუტანელია ტკივილი პენეტრაციის დროს, მით უფრო, თუ წყლულმა პენეტრაცია განიცადა პანკრეასში, ნაწლავის ჯორჯალსა ან მუცლის კედლის პრესში. ამ დროს ტკივილი იმდენად ძლიერია, რომ ხშირად ტკივილგამაყუჩებელიც კი არ იძლევა ეფექტს.

ზოგჯერ ხანგრძლივი ძლიერი ტკივილი მოულოდნელად მკვეთრად მცირდება ან ქრება კიდევ, რაც აღინიშნება განივ კოლინჯში პენეტრირებული პეპტიკური წყლულის სანათურში გახსნისა და კუჭ-კოლინჯის ფისტულის ჩამოყალიბების შემთხვევაში.

გარდა ტკივილისა, რომელიც პეპტიკური წყლულით დაავადებულის ძირითადი ჩივილია, გამოხატულია დისპეფსიური მოვლენები: სიმძიმის შეგრძნება ეპიგასტრიუმის არეში, გულისრევა, ბოყინი და სხვ. ხშირია ღებინება. შემთხვევათა ნაწილში იგი რეფლექსური ბუ-



ნებისაა, ხშირად კი კუჭის ევაკუაციური ფუნქციის ფუნქციის მოშლის, ანასტომოზის შევიწროების ან პერიპროცესით გამოწვეული დეფორმაციის შედეგია. პირველადი წყლულის დროს ღებინება ამსუბუქებს ავადმყოფის მდგომარეობას, პეპტიკური წყლულის დროს კი ავადმყოფი შეეხება არა გრძნობს.

ღამიანსაიათებელია ავადმყოფის სახის შეწუხებული გამომეტყველება, კანის სიფერმკრთალე, კანქვეშა ცხიმის ჯანლევა, პალპაციით ჰიპოს მარცხნივ. მის ღონეზე ან ოდნავ ქვემოთ აღინიშნება მტკივნეული არე, რომელიც ანასტომოზის არეს შეესაბამება. შემთხვევათა ნაწილში იქვე ისინჯება მტკივნეული სიმსივნისმაგვარი წარმონაქმნი— ინფილტრატი, პეპტიკური წყლულის მუცლის წინა კედელში პენეტრაციის არე.

პეპტიკურ წყლულს ახასიათებს მძიმე, შეუპოვარი მიმდინარეობა, ხშირი რეციდივები, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ხანმოკლე რემისიის დროსაც ტკივილი მცირდება, მთლიანად არ ქრება. ტკივილის ინტენსივობა და დისპეფსიური მოვლენების სიძლიერე თანდათან მატულობს. ამასთან ერთად ვითარდება გართულებები, რომელიც პეპტიკური წყლულის დროს სწრაფად ყალიბდება, უფრო ხშირად, ვიდრე პირველადი გასტროდუოდენური წყლულის შემთხვევაში.

მეზობელ ორგანოებში პენეტრაცია პეპტიკური წყლულის უხშირესი გართულებაა. პეპტიკურ წყლულს პენეტრაციისადმი გაცილებით მეტი მიდრეკილება აქვს, ვიდრე პირველად გასტროდუოდენურ წყლულს. განმეორებითი ოპერაციის დროს, ჩვეულებრივ, აღნიშნავენ ვრცელ შეხორცებებს, დიფუზურ პერიპროცესს, ინფილტრატებს და მრავლობით პენეტრაციას რამდენიმე ორგანოში ერთად. ხშირად ამ ინფილტრატების და პენეტრაციის შედეგად წარმოიქმნება ერთი კონგლომერატი ანთებითი სიმსივნის სახით. ასეთი ანთებითი სიმსივნე შეიძლება გაისინჯოს ხელით, იგი ზოგჯერ მცდარი დიაგნოზის მიზეზი ხდება. აღწერილია შემთხვევები, როდესაც ასეთი ანთებითი ინფილტრატი ავთვისებიან სიმსივნედ იყო მიჩნეული.

პეპტიკური წყლულის დროს პენეტრაციის სისხირე ამ წყლულის რღვევისადმი მიდრეკილების შედეგია. დესტრუქციული მიმდინარეობის მაჩვენებელია ხშირად ისეთი გართულებები, როგორცაა კუჭ-კოლინჯის ფისტულა, პერიფორაცია, სისხლის დენა.

ჩვეულებრივ, პენეტრაცია ხდება რამდენიმე ორგანოში ერთად. ლოკალიზაციის მიხედვით პენეტრაცია გარკვეულ კავშირშია პირველი ოპერაციის სახესთან. ასე, მაგალითად, წინა გასტროენტეროანასტომოზის დროს ხშირია პენეტრაცია მუცლის წინა კედელში. ამ დროს პალპაციით ჰიპოს მარცხნივ ისინჯება მეტ-ნაკლები ოდენობის მტკივნეული ინფილტრატი. პენეტრაცია მუცლის წინა კედელში შეიძლება

იყოს იმდენად ღრმა, რომ მუცლის მთელი სისქე უკავია და მისი ფსკერი მხოლოდ კანით განისაზღვრებოდეს. მუცლის წინა კედელში პენეტრაციის შედეგად შეიძლება განვითარდეს მუცლის წინა კედლის ფლეგმონა, კუჭ-ნაწლავის გარეთა ფისტულა.

უკანა გასტროენტეროანასტომოზის დროს პენეტრაცია უფრო ხშირია განივ კოლინჯში, მის ჯორჯალში და პანკრეასში. განივ კოლინჯში პენეტრაციის შედეგად ვითარდება კუჭ-კოლინჯის პრეფისტულა და ფისტულა.

პეპტიკური წყლულის ხშირი გართულებაა მეტ-ნაკლები სიძლიერის სისხლის დენა, რომლის მიზეზია განივი კოლინჯის ჯორჯლის ან წვრილი ნაწლავის ჯორჯლის სისხლძარღვების მთლიანობის დარღვევა.

პეპტიკური წყლულის უმძიმესი გართულებაა მუცლის თავისუფალ ღრუში მისი პერფორაცია. პეპტიკური წყლულის პერფორაციას იგივე ნიშნები ახასიათებს, რაც პირველადი გასტროდუოდენური წყლულის პერფორაციას ზოგიერთი თავისებურებით. ამ დროს მუცლის ღრუში თავისუფალი აირის დადგენა უფრო ძნელია, ზოგჯერ პერფორაცია ხდება თავისუფალ მუცლის ღრუს შეხორცებებით შემოსაზღვრულ სივრცეში და შემოფარგლული პერიტონიტი ვითარდება.

პეპტიკური წყლულის დიაგნოსტიკა. მიუხედავად დამახასიათებელი კლინიკურ-რენტგენოლოგიური მონაცემებისა, პეპტიკური წყლულის გამოცნობა ადვილი არ არის. არსებობს ნაოპერაციევი კუჭის სხვა დაავადებანიც, რომლებიც მსგავს კლინიკურ სიმპტომკომპლექსს ქმნიან და საჭირო ხდება დიფერენციული დიაგნოსტიკა.

ნაოპერაციევი კუჭის ზოგიერთი პათოლოგიის გარჩევა შერთულისა და მლივი ნაწლავის პეპტიკური წყლულისგან შედარებით ადვილია კლინიკური და დამახასიათებელი რენტგენოლოგიური სურათის მიხედვით, ასეთებია ქრონიკული მანკიერი წრე, ანასტომოზის შევიწროება და მისი ფუნქციის დარღვევა, წვრილი ნაწლავის ქრონიკული ინვაგინაცია შერთულში, რეზექციის შემდგომი დემინგ-სინდრომი და სხვ. უფრო რთულია დიფერენციული დიაგნოსტიკა პეპტიკური წყლულისა და შეუხორცებელი ან ახალი გასტროდუოდენური წყლულის განსხვავების მიზნით.

შეუხორცებელი წყლულის დამახასიათებელია ერთობ ხანმოკლე, ნათელი შუალედი. ეს პერიოდი განპირობებულია ოპერაციულ ჩარევასთან დაკავშირებული წოლითი რეჟიმისა და დიეტის დაცვასთან, რაც ოპერაციის შემდეგ პრველ დღეებში ამცირებს წყლულის არეში ანთებით მოვლენებს. საკვების ასორტიმენტის გაფართოება, აქტიური მოძრაობა და არა წოლით რეჟიმი ხელს უწყობს ამ მოვლენების განახლებას. ტკივილი და სხვა მოვლენები იგივე რჩება, რაც ოპერაცი-

ამდე იყო. რენტგენოლოგიური და ენდოსკოპიური გამოკვლევა ადასტურებს წყლულის არსებობას იმავე ადგილზე.

რეციდიული წყლულის დროს ნათელი პერიოდი უფრო ხანგრძლივია. ამ შემთხვევაში ეს პერიოდი შეიძლება გამოწვეული იყოს წყლულის შეხორცებით ოპერაციის შედეგად ან რემისიის დამთხვევით. რამდენიმე ხნის შემდეგ წყლულოვანი დაავადების მოვლენები განახლდება, რენტგენოლოგიური და ენდოსკოპიური გამოკვლევით შეიძლება წყლულის ლოკალიზაციის დადგენა.

პეპტიკური წყლულის დიაგნოსტიკაში გვეხმარება გასტროფიბროსკოპია და კუჭის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა.

პეპტიკური წყლულის მკურნალობა. პეპტიკური წყლულის მკურნალობა ურთულესი ამოცანაა. იგი ძალიან ხშირად ოპერაციულ ჩარევას საჭიროებს, თუმცა შემთხვევათა მცირე ნაწილში დამაკმაყოფილებელ შედეგს ღებულობენ სათანადო კონსერვატიული მკურნალობითაც. პენეტრირებული წყლული საბოლოოდ მხოლოდ ოპერაციული ჩარევით იკურნება.

ოპერაცია საჭიროა ყველა ლოკალიზაციის დიდი პეპტიკური წყლულის დროს, განსაკუთრებით სისხლმდენი და პენეტრირებული წყლულის შემთხვევაში, მით უფრო თუ აღინიშნება სტენოზი.

პეპტიკური წყლულის გამო ჩატარებული ოპერაციის შორეული შედეგების შესწავლამ ცხადყო, რომ პალიატიური ოპერაცია არა თუ იძლევა სასურველ შედეგს, არამედ უარეს მდგომარეობაში აყენებს ავადმყოფს, უფრო მძიმე ოპერაციის აუცილებლობას განაპირობებს. ამიტომ სადღეისოდ პალიატიური ოპერაცია იშვიათი გამონაკლისის გარდა, უარყოფილია, განმეორებითი ჩარევის დროს უპირატესობას აძლევენ რადიკალურ ოპერაციას.

ოპერაციამდე უნდა დაადგინონ ორგანოთა ახალი ურთიერთობა და ამის საფუძველზე შეიმუშაონ ოპერაციული ჩარევის გეგმა.

რეკონსტრუქციური ოპერაციის შესრულების დროს დაცული უნდა იყოს შემდეგი 3 პრინციპი: 1. დაუშვებელია პალიატიური ოპერაციის გაკეთება — წყლულის ამოკვეთა, შეხორცებების გათიშვა, ახალი ანასტომოზის დადება; 2. ოპერაციის გზით კუჭის სეკრეცია მაქსიმალურად უნდა დაქვეითდეს; 3. ანასტომოზი ისე უნდა გააკეთონ, რომ ტუტე დუოდენური შიგთავსი მკაფიოდ შიგთავსს შეხვდეს ანასტომოზის არეში (ნ. ნ. ნიკოლაევი და თანაავტ. 1979).

უკანასკნელ წლებში სათანადო ჩვენების შემთხვევაში კუჭის რეზექციის შემდეგ განვითარებული პეპტიკური წყლულის სამკურნალოდ წარმატებით იყენებენ ვაგოტომიას, რომლის ადრეულ და შორეულ დამაკმაყოფილებელ შედეგებზე მიუთითებენ როგორც საბჭოთა, ისე უცხოელი ავტორები.

პეპტიკური წყლულის დროს ვაგოტომიის გამოყენებას იმით ასაბუთებენ, რომ აღნიშნული ოპერაციის შემდეგ კუჭის წვენი თავისუფალი მარილმჟავა მნიშვნელოვნად ქვეითდება ან სრულებით ქრება, გარდა აღნიშნულისა, კუჭის პერისტალტიკის შესუსტება განაპირობებზ წყლულის ნაკლებ გაღიზიანებას, რაც, თავის მხრივ, ხელს უწყობს მის შეხორცებას. ვაგოტომია აქვეითებს კუჭის წვენის ლამის სეკრეციასაც, რომელიც მომატებული აქვთ ავადმყოფებს, როცა მათ კუჭის რეზექციის შემდეგ მლივი ნაწლავის პეპტიკური წყლული უვითარდებათ.

ამრიგად, ვაგოტომიის შემდეგ ძვრები კუჭის სეკრეციული და მოტორული ფუნქციის მხრივ მლივი ნაწლავის პეპტიკური წყლულის შეხორცებისათვის ხელსაყრელ პირობებს ქმნის.

პეპტიკური წყლულის სამკურნალოდ რეკომენდებულია ღეროვანი და სელექციური ვაგოტომია იზოლირებულად ან განმეორებით რეზექციასთან ერთად.

გასტროენტეროანასტომოზის შემდეგ განვითარებული პეპტიკური წყლულის ქირურგიული მკურნალობა განისაზღვრება კუჭის რეზექციით ანასტომოზთან ერთად.

კუჭის ეკონომიური რეზექციის შემდეგ განვითარებული პეპტიკური წყლულის დროს მიმართავენ ვაგოტომიას კუჭის განმეორებითი რეზექციით, თუ ავადმყოფი ასაკოვანია, მხოლოდ ვაგოტომიას ჩაუტარებენ. თუ თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის არეში დატოვებულია კუჭის პრეპილორული ნაწილი, მისი ამოკვეთა აუცილებელია.

ცოლინგერ-ელისონის სინდრომის შემთხვევაში რეკომენდებულია გასტრექტომია. პეპტიკური წყლულის გამო განმეორებითი ოპერაციის დროს აუცილებელია პანკრეასის, თირკმელზედა ჭირკვლების რევიზია, უნდა დაადგინონ, დატოვებულია თუ არა ანტრალური ნაწილი. თუ ადრე გაკეთებულია ვაგოტომია, საჭიროა შეამოწმონ რამდენად სრულყოფილადაა იგი შესრულებული (ჰოლანდერის ცდით). ვაგოტომიისა და გასტროენტეროანასტომოზის შემდეგ განვითარებული პეპტიკური წყლულის დროს მიმართავენ ფართო რეზექციას შერთულთან ერთად. თუ კუჭის რეზექცია სრულყოფილად იყო შესრულებული, მხოლოდ ვაგოტომიას განახორციელებენ, იმ შემთხვევაში, თუ ავადმყოფს გაკეთებული ჰქონდა კუჭის რეზექცია და ვაგოტომია, ამოწმებენ რამდენად სრულყოფილადაა იგი შესრულებული და თუ არასრულყოფილია, ჩაატარებენ ვაგოტომიას.

პეპტიკური წყლულის დროს სუბდიაფრაგმული ვაგოტომიის განხორციელება სირთულესთანაა დაკავშირებული, რაც ვრცელი შეხორცებებით არის განპირობებული, ამიტომ მიზანშეწონილია ვაგოტომიის ჩატარება თორაკალური მიდგომით.

ზემთქმულის საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ, რომ კუჭის რე-  
ზექციის შემდეგ მლივ ნაწლავში განვითარებული პეპტიკური წყლუ-  
ლის მკურნალობა პათოგენური უნდა იყოს. ორმხრივი ღეროვანი  
ვაგოტომია რეკომენდებულია სეკრეციული აქტივობისა და ეკონომი-  
ური რეზექციის შედეგად მლივი ნაწლავის პეპტიკური წყლულის გან-  
ვითარების დროს. მეზობელ ორგანოებში წყლულის დრმა პენეტრა-  
ციის შემთხვევაში მიზანშეწონილია ვაგოტომიასთან ერთად განასორ-  
ციელონ კუჭის რეზექცია, ხოლო ანტრალური ნაწილის ლორწოვანი  
გარსის არსებობისას — მისი ამოკვეთა ვაგოტომიის დამატებით ან ვა-  
გოტომიის გარეშე. ჩვენი გამოცდილება ადასტურებს, რომ თუ გამო-  
თიშვით რეზექციის დროს სიფართე საკმარისი იყო, მხოლოდ პილო-  
რექტომია რეკონსტრუქციული რეზექციის გარეშეც განაპირობებდა  
შერთულის პეპტიკური წყლულის შეხორცებას.

### კუჭ-კოლინჯის ფისტულა

კუჭ-კოლინჯის ფისტულა ნაოპერაციევი კუჭის ერთ-ერთი მძიმე  
გართულებაა. უმრავლეს შემთხვევაში იგი ვითარდება წყლულოვანი  
დაავადების გამო ოპერაციული ჩარევის შემდეგ. თუცა იგი შეიძლე-  
ბა განვითარდეს კუჭის კიბოს და წყლულოვანი დაავადების, ლუესის,  
ტუბერკულოზის, ტრავმის, ინტრააბდომინური აბსცესის და სხვა და-  
ავადებების ნიადაგზეც.

ე ტ ი ო პ ა თ ო გ ე ნ ე ზ ი. შერთულისა და მლივი ნაწლავის პეპ-  
ტიკური წყლული საკმაოდ ხშირად რთულდება კუჭ-კოლინჯის ფის-  
ტულით. იგი პეპტიკური წყლულის შემთხვევათა 10%-ში ვლინდება,  
ზოგიერთი ავტორის მასალის მიხედვით უფრო ხშირად.

კუჭ-კოლინჯის ფისტულა ვითარდება პეპტიკური წყლულის განვ  
კოლინჯში პენეტრაციისა და შემდეგ მის სანათურში გახსნის ნიადაგ-  
ზე. ფაქტიურად კუჭ-კოლინჯის ფისტულა პეპტიკური წყლულის პერ-  
ფორაციაა განივი კოლინჯის სანათურში. ფისტულის შემთხვევაში  
უმეტესი ნაწილი განვითარებულია უკანა გასტროენტეროანასტომო-  
ზის შემდეგ, იშვიათად კი — კუჭის რეზექციის შემდეგ.

კ ლ ა ს ი ფ ი კ ა ც ი ა. კუჭ-კოლინჯის ფისტულის მრავალი კლასი-  
ფიკაცია არსებობს. გავრცელდა ე. ლ. ბერეზოვის (1949) კლასი-  
ფიკაცია, რომელიც კუჭ-ნაწლავის ფისტულის სამ სახეს არჩევს:  
1. კუჭ-კოლინჯის ფისტულა, 2. კუჭ-მლივ ნაწლავ-კოლინჯის ფისტუ-  
ლა, 3. მლივ ნაწლავ-კოლინჯის ფისტულა.

უფრო ხშირია კუჭ-მლივ ნაწლავ-კოლინჯის ფისტულა. კუჭ-კოლინ-  
ჯის ფისტულის შემთხვევაში კუჭის სანათური უშუალოდ დაკავში-

რებული განივი კოლინჯის სანათურთან. ამ სახის ფისტულა შეიძლება განვითარდეს შერთულთან ახლოს არსებული პეპტიკური წყლულის გახსნით განივ კოლინჯში.

მლივ ნაწლავ-კოლინჯის ფისტულის დროს განივ კოლინჯში იხსნება მლივი ნაწლავის მომტანი ან წამლები მუხლის პეპტიკური წყლული და განივი კოლინჯის სანათური არ არის უშუალოდ დაკავშირებული კუჭის სანათურთან.

ვიწროსანათურიანი ფისტულები ერთმანეთთან დაკავშირებული ორგანოების შიგთავსს ყოველთვის არ ატარებს. ხანგამოშვებით მათი სანათური შეიძლება დაახშოს ლორწომ, განავლოვანმა მასამ, ნაწლავის სპაზმმა. აღნიშნულის გამო კუჭ-კოლინჯის ფისტულები შეიძლება დავყოთ პერიოდულად მოქმედ, ანუ სარქველოვან და მუდმივად მოქმედ, ანუ უსარქველო ფისტულებად.

კუჭისა და მლივი ნაწლავის სანათურის განივი კოლინჯის სანათურთან კავშირის გამო კუჭის შიგთავსი მეტ-ნაკლები რაოდენობით ასცდება წვრილ ნაწლავს და უშუალოდ მსხვილ ნაწლავში გადადის, მეორე მხრივ, განავალი განივი კოლინჯიდან შეიძლება მოხედეს კუჭში.

ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა. კუჭ-ნაწლავის ფისტულის კლინიკური სურათის ადგილობრივი და ზოგადი გამოვლინება დამოკიდებულია ფისტულის სახესა და ოდენობაზე.

კუჭ-კოლინჯის ფისტულის კლინიკურ მიმდინარეობაში არჩევენ ადრეულ და მოგვიანებით ნიშნებს. ადრეულ ნიშნებს ეკუთვნის: ეპიგასტრიუმის არეში ტკივილის გაქრობა ან მკვეთრი შემცირება, ფაღარათი, განავლოვანი სუნის ბოყინი, დისპეფსიური მოვლენები.

მოგვიანებითი ნიშნებია სიგამხდრის პროგრესირება, განავლოვანი ღებინება, შეშუპება. კუჭ-ნაწლავის ფისტულის დამახასიათებელია დაუძლეველი ფაღარათი, რომელიც არავითარ მედიკამენტურ მკურნალობას არ ექვემდებარება. დეფეკაციის სიხშირე 20—30-მდეა დღე-ღამეში. განავლოვანი მასა უხვად შეიცავს მოუნელებელ საკვებს, ზოგჯერ ცხიმისა და კუნთოვან ბოჭკოებს, თუ პილორუსი გამავალია (გასტროენტეროანასტომოზის შემთხვევაში), საკვების ნაწილი ჩვეულებრივი გზით გაივლის წვრილ ნაწლავს და აღნიშნულის გამო ზემოთ ჩამოთვლილი ნიშნები ნაკლებად არის გამოხატული.

ღ ი ა გ ნ ო ზ ი. ანამნეზთან ერთად დიაგნოსტიკისთვის მნიშვნელობა აქვს ობიექტურ მონაცემებს, როგორცაა სიფერმკრთალე, სიგამხდრე, ტურგორის დაქვეითება, კანის აქერცვლა და დანაოჭება მუცლის შებერილობა, ყურყური, შორსწასულ შემთხვევაში — შეშუპება.

გარკვეულ მონაცემებს იძლევა ლაბორატორიული გამოკვლევები.

აღინიშნება მეორადი ანემია, კუჭის წვენის შეავიანობის დაქვეითება, კუჭის შიგთავსი განავლოვან მასას შეიცავს.

ღიაგნოზის დასადგენად საჭიროა სპეციალური გამოკვლევების ჩატარება, ასეთია კუჭში სხვადასხვა ფერის სითხის დადგენა ოცნით მისი შეყვანის შემდეგ. ამ მიზნით ხმარობენ რძეს, მეთილენის ლილას და სხვ. ღიაგნოზის დაზუსტებისთვის ხშირად გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას. პერორული გამოკვლევის გარდა აუცილებელია ირიგოსკოპია.

**მკურნალობა.** კუჭსა და მსხვილ ნაწლავს შორის განვითარებული ფისტულის მკურნალობა ოპერაციულია და მუცლის ღრუს ქირურგიის ერთ-ერთი რთული ნაწილია, საჭიროებს ოპერატორისგან დიდ გამოცდილებას, სრულყოფილ ტექნიკას. საჭიროა ავადმყოფის სათანადო მომზადება, რასაც დიდი მნიშვნელობა აქვს კეთილსასურველი გამოსავლისთვის.

კუჭსა და ნაწლავებს შორის განვითარებული ფისტულის დროს ოპერაციული ჩარევა ორ დიდ ჯგუფად იყოფა — პალიატიური და რადიკალური. პალიატიურ ოპერაციას, მაგალითად შემოვლითი ანასტომოზების დადებას, აღარ მიმართავენ, ვინაიდან ამ დროს წვრილი ნაწლავი ისევ გამოთიშული რჩება საკმლის მონელების პროცესისგან, ასევე რჩება თვით ფისტულაც. პალიატიურ ოპერაციათა ჯგუფს მიეკუთვნება ფისტულის გამოთიშვა, რომელსაც წარსულში ზოგიერთი ავტორი რადიკალურ ოპერაციად მიიჩნევდა. რადიკალურია ისეთი ოპერაცია, როცა პათოლოგიური კერის მოცილებასთან ერთად ხორციელდება კუჭის რეზექცია, რითაც ისპობა პეპტიკური წყლულისა და კუჭ-კოლინჯის ფისტულის რეციდივის შესაძლებლობა.

რადიკალური ოპერაციის დროს საჭირო ხდება ორი (კუჭი, შერთულში შემავალი მღივი ნაწლავი) ან სამი (კუჭი, მღივი ნაწლავი, განივი კოლინჯი) ორგანოს რეზექცია. პირველ შემთხვევაში ხერხდება განივი კოლინჯის დეფექტის დახურვა რეზექციის გარეშე. სამი ორგანოს რეზექცია მძიმე ოპერაციაა, ტექნიკურ სიძნელესთან არის დაკავშირებული. ოპერაციამდე აუცილებელია ჰომეოსტაზის კორექტირება, განსაკუთრებით ჰიპოპროტეინემიის გამოსწორება.

## თორმეტგოჯა ნაწლავის სტაზი

თორმეტგოჯა ნაწლავის სტაზი გამოწვეულია მისი ინერვაციის ან მოტორული ფუნქციის დარღვევით. თანდათანობით პათოლოგიური პროცესი ვითარდება ნაღვლის ბუშტში, სანაღვლე გზებში, პანკრეასში. სანაღვლე გზებში და პანკრეასის სადინრებში ვითარდება ჰიპერ-

5. ქირურგიული გასტროენტეროლოგია

ტენზია, გამოსატულია ქოლევისტიტისა და ქოლევისტოპანკრეატივის კლინიკური სურათი, რომელიც კონსერვატიულ მკურნალობას არ ექვემდებარება და ხშირად საპიროებს ოპერაციულ მკურნალობას. ქოლევისტექტომიის შემდეგ სანაღვლე გზებში წნევა უფრო მატულობს, ამიტომ ამ დროს მიზანშეწონილია შერთულის დაღება ნაღვლის ბუშტსა და წვრილ ნაწლავს შორის. ავტორთა ნაწილი აკეთებს შერთულს ნაღვლის საერთო სადინარსა და წვრილ ნაწლავს შორის.

თორმეტგოჯა ნაწლავის სტაზის დიაგნოზის დადგენაში გვეხმარება დუოდენოგრაფია, რომლის დროსაც ვლინდება გაფართოებული თორმეტგოჯა ნაწლავი, მასში საკონტრასტო ნივთიერების ხანგრძლივი შეჩერება.

დუოდენოსტაზის კონსერვატიული მკურნალობისას საპირია ღიეტის დაცვა, პერიოდულად თორმეტგოჯა ნაწლავის ზონდირება, მაგრამ აღნიშნული მეთოდი ნაკლებეფექტურია.

### კუჭის მწვავე გაგანიერება

კუჭის მწვავე გაგანიერება ერთობ იშვიათია. იგი პირველად აღწერა ბრინტონმა 1857 წელს. დაავადება იწყება მოულოდნელად ტკივილით და სიმძიმის შეგრძნებით ეპიგასტრიუმის არეში, რასაც თან სდევს გულისრევა და ლებინება.

კუჭის მწვავე გაგანიერების ეტიოპათოგენეზი ცნობილი არ არის. ის შეიძლება განვითარდეს მწვავე ინფექციური დაავადების, გულის კუნთის ინფარქტის, დიდი რაოდენობით საკვების მიღების (განსაკუთრებით ხანგრძლივი შიმშილის შემდეგ), კვებითი ინტოქსიკაციის, კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების (პილორულის სტენოზის), თავის ტვინის ტრავმის დროს, ზოგჯერ კი გაურკვეველი მიზეზით. ფიქრობენ, რომ კუჭის მწვავე გაგანიერების მიზეზია კუჭის კუნთოვანი ბოქკოების სისუსტე, მისი ნერვული აპარატის დაზიანების გამო ბაქტერიული და ქიმიური შხაბების ზემოქმედებით.

ს ი მ მ კ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა. ავადმყოფი უჩივის სიმძიმის შეგრძნებას ეპიგასტრიუმის არეში, მუცლის შებერილობას, გულისრევას და ლებინებას (დიდი რაოდენობით სუნიანი სითხით), ნაღვლინები მასა მოგვიანებით შავი ფერისაა სისხლის ღენის გამო. მუცელი ძლიერ გაბერილია ეპიგასტრიუმის არეში, პალპაციით მტკივნეულია, ენა და კანი მშრალია, ეს უკანასკნელი დანაოჭებულია. ავადმყოფს აწუხებს წყურვილი, დაფარულია ცივი ოფლით, გუბები გაფართოებულია, ვითარდება ოლიგურია და ანურია, შესაძლებელია კუჭის ვახეთქვა. ხშირად დაავადების სიმპტომების სრულყოფილ გამოვლინებამდე ვი-



თარდება გულ-სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა და ლეტალოზით მთავრდება.

ღიაგნოსტიკაში გვეხმარება რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, რომლის დროს ვლინდება ძლიერ დიდი ზომის კუჭის არსებობა.

**მკურნალობა.** კუჭის მწვავე გაგანიერების ღიაგნოსური და სამკურნალო საშუალებაა კუჭში მსხვილი ზონდის შეყვანა. კუჭში მწვავე გაგანიერების დროს დიდი რაოდენობით და ხშივრით გამოიყოფა სითხე და მასთან შერეული აირი. ამის შემდეგ კუჭის მწვავე გაგანიერება ქრება, მუცელი ჩავარდება, მაგრამ ზოგჯერ 2—3 დღით. საჭიროა ცხვირიდან შეყვანილი წერილი ზონდით კუჭის შიგთავსის მუდმივი ამოქაჩვა. კუჭში მსხვილი ზონდის შეყვანისა და მისი ამოკრეხვის გარდა, დიდ დახმარებას გვიწევს ავადმყოფის მდგომარეობის შეცვლა. ზოგჯერ მუხლიდაყვზე დაყენება. გარდა ამისა, საჭიროა ავადმყოფს დიდი რაოდენობით შეეუყვანოთ სითხე (ფიზიოლოგიური ხსნარი, გლუკოზა, სისხლი, ცილის შემცველი ხსნარები). პერიტონეალური ალდგენისა და გაძლიერებისათვის ვენაში უნდა გაკეთდეს სუფრის მარილის ჰიპერტონიული ხსნარი, კუნთებში პიტუიტრინი, პროზერინი, ფიზოსტიგმინი და სხვ.

კუჭის მწვავე გაგანიერების მკურნალობა კონსერვატიულია, მაგრამ ზოგიერთ შემთხვევაში, როცა მიღებული ზომები შედეგს არ იძლევა, კეთდება ოპერაცია — გასტროსტომია.

კუჭის მწვავე გაგანიერების დროს ლეტალობა საკმაოდ მაღალია, 40—73%-ს შეადგენს.

## კუჭის გასკდომა

კუჭის გასკდომი იშვიათი პათოლოგიაა. კუჭის არატრავმული სპონტანური გასკდომა პირველად 1845 წელს აღწერა ჯ. კარსონმა.

ლიტერატურის მონაცემების თანახმად კუჭის სპონტანური გასკდომა მოსალოდნელია მოზრდილ ასაკში. მცირე სიმრუდე ზიანდება, რომლის მიზეზად მიიჩნევენ მის ნაკლებად მოძრაობის უნარს, რადგანაც იგი საკმაოდ ფიქსირებულია კუჭ-ღვიძლის იოვის საშუალებით. ამ დროს მნიშვნელობა აქვს მის მეტისმეტად გადაჭიმვას. პილორულის სტენოზის ან სპაზმის დროს მუცლის ღრუში წნევის მომატებისას კუჭის გასკდომის ხელსაყრელი პირობა იქმნება. ბოყინის დროსაც კი მატულობს კუჭში წნევა და თუ კარდიალური ნაწილი შევიწროებულია, იგი შეიძლება გასკდომის მიზეზი ვახდეს. ზოგიერთი ავტორი კუჭის გასკდომის მიზეზად მიიჩნევს სოდიანი ხსნარის მიღებას, სოდა კუჭში მარილმჭავას მოქმედებით იშლება და გამოიყოფა ნახშირორჟანგი.

კუჭის გასკდომის დროს ვითარდება შოკი, დიფუზური პერიტონიტი, სისხლის დენა, კისრის არეში კანქვეშა ემფიზემა. კუჭის გასკდომის დიაგნოსტიკა ძნელია ოპერაციამდე ან გაკვეთამდე. ოპერაციული მკურნალობის მიუხედავად, ლეტალობა აღწევს 65—85%-ს ლეტალობის ძირითადი მიზეზია რესპირაციული გართულება, შოკი, პერიტონიტი.

## კუჭის შემოგრება

კუჭის შემოგრება იშვიათი დაავადებაა. იგი ლიტერატურაში პირველად ბერლიმ აღწერა 1866 წელს.

კუჭის შემოგრების მიზეზია დაგრძელებული და მოშვებული საფიქსაციო აპარატის არსებობა, გასტროპტოზი, პერიგასტრიტი, კუჭის დეფორმაცია, დიაფრაგმის დაზიანება და დაავადებანი, მობილური თორმეტგოჯა ნაწლავი. ხელშემწყობი მიზეზია გაძლიერებული პერისტალტიკა ან ანტიპერისტალტიკა, კუჭის გადავსება, მკვეთრი მოძრაობა.

მიმდინარეობის მიხედვით არჩევენ კუჭის მწვავე და ქრონიკულ შემოგრებას. შემოგრება მოსალოდნელია კუჭის განივი ან გასწვრივი ღერძის ირგვლივ, შეიძლება შერეული ტიპისაც იყოს. დაავადების ქრონიკულად მიმდინარეობის შემთხვევაში კუჭის შემოგრება არ აღწევს 180°-ს და შეიძლება სპონტანურად გასწორდეს. კუჭი შეიძლება შემოტრიალდეს 180°-ით და მისი წინა კედელი მოექცეს უკან, ხოლო უკანა — წინ.

ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა. კუჭის შემოგრება უეცრად იწყება ძლიერი ტკივილით ეპიგასტრიუმის არეში. პალპაციით შეიძლება შევიგრძნოთ გადავსებული კუჭი. ავადმყოფს აქვს ლებინების სურვილი, მაგრამ ნაღებინები მასა არ არის. ზონდი და საკონტრასტო ნივთიერება კუჭში არ გადადის. მაღალი გაუვალობა ვითარდება. კუჭის შემოგრების დროს ვლინდება ბორხარდის ტრიადა-ნაღებინები მასები არ არის, ზონდის ჩადგმა კუჭში არ ხერხდება, პირიდან მიღებული წყალი უკანვე ბრუნდება. საჭირო ხდება დიფერენციული დიაგნოსტიკა მწვავე პანკრეატიტის, კუჭის მწვავე გაგანიერების, არტერიულ-მეზენტერიული გაუვალობის, დიაფრაგმის ჩაჭედილი თიაქრის გამოსარიცხად.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. კუჭის მწვავე შემოგრების მკურნალობა ოპერაციულია. ქირურგთა უმრავლესობა მიმართავს მარტივ წესს — კუჭის პუნქციას ტროაქარით, შიგთავსისგან მის დაცლას და დეტორზიოს. დეკომპრესიის გარეშე გასწორების დროს კუჭი შეიძლება გასკდეს. დეტორზიოს შემდეგ საჭიროა კუჭის კედლების დათვალიერება

და შემოგარეხის მიზეზის დადგენა, რაც ხშირად შეუძლებელია. პილო-  
როდუოდენური ნაწილის სტენოზის დროს რეკომენდებულია გასტ-  
როენტეროანასტომოზი ან კუჭის რეზექცია ავადმყოფის ზოგადი  
მდგომარეობის გათვალისწინებით. ხშირად იძულებული ხდებიან გა-  
ნახორციელონ კუჭის, დიდი ბაღეკონის რეზექცია, სპლენექტომია მა-  
თი ნეკროზის გამო.

## კუჭის, თორმეტგოჯა, წვრილი და მსხვილი ნაწლავის ფლევმონა

საკმლის მომწელებელი ტრაქტის ფლევმონა იშვიათი, მაგრამ მე-  
ტად მძიმე დავადებაა. ამ დროს ჩირქოვანი ანთება ვითარდება კუ-  
ჭის და ნაწლავების კედელში.

კუჭის ფლევმონა შეიძლება იყოს პირველადი, მეორადი და მეტას-  
ტაზური (ჰემატოგენური).

პირველადი ფლევმონის დროს ინფექცია შეიჭრება კუჭის ლორ-  
წოვანი გარსის მთლიანობის დარღვევის შემთხვევაში, რაც შეიძლება  
გამოიწვიოს კუჭში უცხო სხეულის მოხვედრამ ან უხეში საკვების  
მიღებამ.

მეორადი ფლევმონა ვითარდება კუჭის კიბოს, ტუბერკულოზის,  
წყლულოვანი დაავადების ან სხვა დაავადებების ფონზე.

კუჭის ფლევმონის მეტასტაზური ფორმა ვითარდება ჰემატოგენუ-  
რი გზით, სხვადასხვა ინფექციური დაავადების, მაგალითად მუცლის  
ტიფის, სეფსისის შემთხვევაში.

კუჭის წვენის ნორმალური ან მომატებული მქაფიანობის დროს  
კუჭში მოხვედრილი მიკროორგანიზმების ვირულენტობა ქვეითდება,  
კუჭის წვენის დაბალი მქაფიანობისა და მით უფრო აქილიის დროს  
კუჭის ფლევმონის განვითარების მეტი შესაძლებლობაა. სწორედ  
ამით არის განპირობებული, რომ კუჭის ფლევმონა ვითარდება კუჭის  
კიბოს ფონზე, საერთოდ უფრო ხშირია კუჭის მეორადი ფლევმონა,  
ვიდრე პირველადი. ასეთი ფონია შექმნილი ქრონიკული ანაციდური  
გასტრიტის დროსაც.

პროცესის გავრცელების მიხედვით კუჭის ფლევმონა შეიძლება  
იყოს ღიფუზური ან შემოფარგლული, იშვიათად ვითარდება კუჭის  
ტოტალური ფლევმონა.

ფლევმონური დუოდენიტი იშვიათია, ფატერის დვრილის ანთე-  
ბითი პროცესით დახშობის გამო სიყვილვე ვითარდება.

წერილი ნაწლავის ფლევმონა უფრო იშვიათია, ვიდრე კუჭისა,  
კიდევ უფრო იშვიათია მსხვილი ნაწლავის ფლევმონა.

ნაწლავის ფლეგმონის განვითარების მიზეზი შეიძლება იყოს მექანიკური და ქიმიური ფაქტორები, ნაწლავის კედელში მიმდინარე ისეთი პათოლოგიური პროცესი, როგორცაა წვრილი ნაწლავის წყლული, სიმსივნე რღვევის ფაზაში, მისი კედლის დაზიანება უცხო სხეულით, ნაწლავის მწვავე ანთებითი პროცესი.

**ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა.** კუჭისა და ნაწლავების ფლეგმონის სიმპტომატოლოგია დამოკიდებულია ფლეგმონური პროცესის გავრცელების დონეზე, მიკრობის ვირულენტობაზე. დაავადება იწყება მწვავედ, ძლიერი ტკივილით მუცლის არეში, დაზიანებული უბნის შესაბამისად. კუჭის ფლეგმონის შემთხვევაში ნაღებინებ მასაში შეიძლება იყოს საკვების ნარჩენი, ნაღველი, ზოგჯერ ჩირქი და სისხლიც. გამოხატულია შემცივნება და მაღალი ტემპერატურა, ლეიკოციტების რაოდენობა აღწევს 20 000—40 000-ს.

ავადმყოფს განყოფილებაში ათავსებენ მწვავე მუცლის დიაგნოზით. **დ ი ა გ ნ ო ზ ი.** ოპერაციამდე მეტად ძნელია კუჭისა და ნაწლავის ფლეგმონის დიაგნოსტიკა. ავადმყოფებს განყოფილებაში ათავსებენ კუჭის. თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის, ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის, მწვავე აპენდიციტის, პერიტონიტის დიაგნოზით. სწორი დიაგნოზი უზშირესად ისმება ოპერაციის დროს.

**მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა.** ავადმყოფებს ოპერაციას უკეთებენ მუცლის ღრუს რომელიმე მწვავე ქირურგიული დაავადების დიაგნოზით. კუჭის ფლეგმონის შემთხვევაში არჩევითი მეთოდია კუჭის რეზექცია სალი ქსოვილის ფარგლებში, მით უმეტეს, თუ საქმე ეხება მეორად ფლეგმონას. ზოგჯერ საჭირო ხდება გასტრექტომია, თუ საქმე შეეხება ფლეგმონის დიფუზურ ფორმას, ან თუ ის განვითარებულია კუჭის კიბოს ნიადაგზე. ზოგჯერ ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა გასტრექტომიის განხორციელების საშუალებას არ იძლევა. ამ დროს კუჭის გარშემო ქსოვილში შეყავთ დიდი რაოდენობით ანტიბიოტიკები, ოპერაციას ამთავრებენ მუცლის ღრუს ღრენირებით.

თორმეტგოჯა ნაწლავის ფლეგმონის შემთხვევაში დაზიანებულ არეში ჩადგამენ დრენაჟს ანტიბიოტიკების შესაყვანად, მძიმე შემთხვევაში მიმართავენ ლუმბოტომიას ტამპონადით და იეიუნოსტომიას თორმეტგოჯა ნაწლავის განტვირთვისათვის.

ნაწლავის ფლეგმონის მკურნალობაც ოპერაციულია. ნაწლავის არასიცოცხლისუნარიანობის შემთხვევაში მიზანშეწონილია მისი რეზექცია. ნაწლავის სიცოცხლისუნარიანობის შემთხვევაში რეკომენდებულია ნაწლავის კედელში ანტიბიოტიკების შეყვანა, მუცლის ღრუს ღრენირება.

## კუჭისა და ნაწლავების სპეციფიკური ინფექციური დაავადებანი

რეტროულტრა-ენდოთელური სისტემა ინფექციურ პროცესზე პასუხობს სტერეოტიპულად და გრანულომები ვითარდება.

გრანულომების განვითარების მიზეზია ლუესი, ტუბერკულოზი, კრონის დაავადება, სარკოიდოზი, იზოლირებული გრანულომატოზური გასტრიტი. ეოზინოფილური გრანულომა და ა. შ. სლესინგერმა (1979) შეიმუშავა კუჭის სპეციფიკური ინფექციური დაავადებების შემდეგი კლასიფიკაცია.

### I. კუჭის ინფექციური გრანულომატოზური დაავადება

1. კუჭის ტუბერკულოზი
2. ლუესი
3. სოკოვანი დაავადება
4. ეოზინოფილური გრანულომა, განპირობებული მრგვალი ქიების ლარვის ინვაზიით

### II. უცნობი ეტიოლოგიის გრანულომატოზური დაავადება

1. სარკოიდოზი კუჭის დაზიანებით
2. კრონის დაავადება წვრილი ნაწლავისა და კუჭის დაზიანებით
3. კუჭის შემოფარგლული ეოზინოფილური გრანულომა
4. გრანულომური გასტრიტი.

კუჭის კედელში განვითარებული გრანულომები ქმნის მსგავს კლინიკურ სურათს, დამახასიათებელია ყრუ ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში, გულისრევა, ღებინება, საერთო სისუსტე, წონაში დაკლება, მოსალოდნელია გართულება, სისხლის დენა: სტენოზი.

რენტგენოლოგიური გამოკვლევებით ადგენენ კუჭის წყლულოვანი დაავადების. პილორუსის სტენოზის, კუჭის დეფორმაციისა, პლასტიკური ლინიტის დიაგნოზს. დიაგნოზს ადასტურებენ ბიოფსიური ან ოპერაციული მასალის ჰისტოპათოლოგიური შესწავლით.

მრგვალი ქიების ლარვით გამოწვეული ეოზინოფილური გრანულომის შემთხვევები ვლინდება იაპონიაში, სადაც დაუმუშავებელ ქაშაყს ჭამენ. ამ დროს ლარვა აზიანებს კუჭის ლორწოვანს და იწვევს წყლულის ან გრანულომის განვითარებას. მკურნალობა ოპერაციულია, რაც მდგომარეობს დაზიანებული უბნის ამოკვეთაში.

იზოლირებული გრანულომატოზური გასტრიტი წააგავს კუჭის სარკოიდოზს ან კრონის დაავადების დროს კუჭის დაზიანებას, მისი სიმპტომატოლოგია და კლინიკური სურათი იმ დაავადებების მსგავსია, რომელნიც იწვევენ კუჭში გრანულომების წარმოქმნას. ლიტერატურ-

რამი არის მონაცემები აღნიშნული დაავადების კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობის შესახებ. ძირითადი მკურნალობა ქირურგიულია, რაც მდგომარეობს კუჭის დაზიანებული უბნის ან კუჭის რეზექციით.

### კუჭის სოკოვანი დაავადება

კუჭის სოკოვანი დაავადება კაზუსტიკაა. ლიტერატურაში აღწერილია ამ დაავადების ორი ფორმა — კანდიდოზი და აქტინომიკოზი.

კანდიდოზი გამოწვეულია სოკო *Candida albicans*-ისა და უფრო იშვიათად პათოგენური *Candida tropicalis* მიერ. ამ ჯგუფის სოკოები ფართოდაა გავრცელებული ბუნებაში. გვხვდება ხილზე, ბოსტნეულზე, რძის პროდუქტებზე, როგორც საპროფიტები, პირის ღრუში, საკმლის მომწვანებელ ტრაქტში, სასუნთქ გზებში, კანზე და ა. შ. კუჭის დაზიანება იშვიათია ცალკე, ძირითადად ელინდება საკმლის მომწვანებელი ტრაქტის კანდიდოზის შემთხვევაში. მისი განვითარების ხელშემწყობი მიზეზია ქრონიკულად მიმდინარე მძიმე დაავადებები (ავთვისებიანი სიმსივნე, შაქრიანი დიაბეტი, ავითამინოზი და ა. შ.), რომლის დროს მკვეთრად ქვეითდება ორგანიზმის დაცვითი ფუნქცია. კუჭის კანდიდოზი შეიძლება გამოიწვიოს ანტიბიოტიკების ხანგრძლივმა და არარაციონალურმა გამოყენებამ.

საკმლის მომწვანებელი ტრაქტის კანდიდოზის დროს აღინიშნება ლორწოვანის კატარული ანთება, წყლული, რომელიც დაფარულია მონაცრისფრო ნადებით. წყლული შეიძლება გართულდეს პერფორაციით, სისხლის დენით.

კუჭის კანდიდოზის დროს ეპიგასტრიუმის არეში ვითარდება ყრუ ტკივილი, გამოხატულია დისპეფსიური მოვლენები, დიაგნოზის დადგენას ხელს უწყობს გასტროსკოპია და მიღებული მასალის ჰისტოლოგიური შესწავლა.

ავადმყოფებს მკურნალობენ სტაციონარის პირობებში. პირის ღრუს სანაციისთვის იყენებენ 2%-იანი სოდის ხსნარს, ავადმყოფს აძლევენ 2—3%-იან კალიუმის ან ნატრიუმის იოდატს, ნისტატინს, ლევორინს, მიკოსტატინს, ვიტამინებს, ტარდება სპეციფიკური იმუნოთერაპია.

კუჭის აქტინომიკოზი იშვიათი პათოლოგიაა. აქტინომიკოზის გამომწვევი ლანგენბეკის მიერ აღწერილი (1885) დრუზები კუჭში მოხვდება პირის ღრუდან იშვიათად სისხლის გზით. კუჭს დრუზები სწრაფად ტოვებს, ამიტომ აქტინომიკოზი კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის სხვა არეებში (განსაკუთრებით ბრმა ნაწლავის) უფრო ხშირია, ვიდრე კუჭის. მის განვითარებას ხელს უწყობს წყლულოვანი

დავადება, აქილია, პილორუსის სტენოზი. კუჭში გასტროსკოპიით ვლინდება ერთი ან მრავალი წყლული, გრანულომები. კუჭი დეფორმირებულია, რენტგენოლოგიურად იგი დაკბილულია ხერხის მსგავსად. კუჭის წვენიში შეიძლება სოკოს დადგენა. დიაგნოზის დადგენაში გვეხმარება კუჭის წვენის ანალიზი, გასტრობიოფსია. კუჭის წვენის მიკრობიოლოგიური შესწავლით მიღებული შედეგის ანალიზისთვის მხედველობაში უნდა მივიღოთ ის ფაქტი, რომ ჭანმრთელ ადამიანსაც შეიძლება ამოეთესოს სოკო.

**ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა.** კუჭის აქტინომიკოზის სიმპტომები ჰგავს გასტრიტის სურათს. ავადმყოფებს აწუხებს ყრუ ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში, ბოყინი, ფაღარათი ან შეკრულობა.

**მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა.** კუჭის აქტინომიკოზის მკურნალობა კომპლექსურია. საჭიროა სპეციფიკური იმუნოთერაპია, ანტიბიოტიკოთერაპია, რენტგენოთერაპია, გართულებების შემთხვევაში ქირურგიული მკურნალობა.

#### **კუპის, წვრილი და მსხვილი ნაწლავის ლუესი**

ლუესით კუჭის დაზიანება პირველად აღწერა 1934 წელს ანდრელმა. კუჭის და ნაწლავების თანდაყოლილი ლუესი იშვიათია, კაზუისტური შემთხვევაა.

ლუესის მეორე სტადიაში კუჭსა და ნაწლავებში ვითარდება ლუესური წყლულები და სიმსივნისმაგვარი ინფილტრატი. მიაჩნიათ, რომ ლუესის მეორე სტადიის დროს როზეოლები, პაპულები ვითარდება არა მარტო კანზე და ხილულ ლორწოვანზე. არამედ საკმლის მომნელებელ ტრაქტშიც. მესამე სტადიაში ვითარდება გრანულომები, რომლებიც შემდგომ ნეკროზდებიან და წყლულდებიან.

არჩევნ ლუესის გუმოზურ, წყლულოვან, გუმოზურ ინფილტრაციას, ლუესურ გასტრიტს და წყლულის ან გუმის შედეგად განვითარებულ კუჭის ნაწიბუროვან ცვლილებებს.

ლუესის დროს უპირატესად ზიანდება კუჭის ანტრალური, იშვიათად სხეული და კარდიული ნაწილი.

კუჭის ლუესის დროს ვითარდება ე. წ. სიფილისური გასტრიტი, წვრილი ნაწლავის ლუესის კი — კატარული ენტერიტი. ავადმყოფი უჩივის დისპეფსიურ მოვლენებს, მადის დაქვეითებას, ტკივილს ეპიგასტრიუმისა და კუპის არეში, ტკივილი მატულობს საკვების მიღების შემდეგ, გასტროსკოპიით ადგენენ ატროფიული გასტრიტის დიაგნოზს.

გუმა ნეკროზდება და წყლულდება. ამ დროს რენტგენოლოგიურად ადგენენ კუჭის წყლულის ან სიმსივნის დიაგნოზს რღვევის ფა-

ზაში. კუჭის წვენის მკავეიანობა დაქვეითებულია. დაწყულულებული სიფილისური გუმიდან მოსალოდნელია სისხლის დენა, მისი პერფორაცია.

**ღ ი ა გ ნ ო ს ტ ი კ ა.** ავადმყოფის ჩივილის მიხედვით, რენტგენოლოგიური და გასტროსკოპიული გამოკვლევის გარეშე ძნელია კუჭისა და ნაწლავების ლუესის დიაგნოსტიკა. დიაგნოზის დადგენაში გვეხმარება სეროლოგიური გამოკვლევა.

**მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა.** კუჭისა და ნაწლავების ლუესის მკურნალობა კონსერვატიულია, ავადმყოფებს უტარებენ ლუესის საწინააღმდეგო მკურნალობას. ქირურგიული მკურნალობა რეკომენდებულია გართულებული ფორმის შემთხვევაში, როგორცაა პილორუსის სტენოზი, ნაწლავის სტენოზი, გასტროდუოდენური სისხლის დენა, წერილი ნაწლავის პერფორაცია.

### კუჭისა და ნაწლავების ტუბერკულოზი

კუჭისა და ნაწლავების ტუბერკულოზი შეიძლება იყოს პირველადი და მეორადი დაავადება. პირველადია იმ შემთხვევაში, როდესაც ტუბერკულოზის მიკობაქტერია პირველად მოხვდება კუჭსა ან ნაწლავში. თუ იგი ვრცელდება ორგანიზმში უკვე არსებული კერიდან, მაშინ ლაპარაკობენ მეორად ტუბერკულოზზე.

**პ ა თ ო გ ე ნ ე ზ ი.** ტუბერკულოზის მიკობაქტერია საკმლის მომწელებელ ტრაქტში შეიძლება მოხვდეს საკვებ პროდუქტებთან (რძე, კარაქი, ხორცი) ერთად (ბარის ტიპის ტუბერკულოზის ჩხირი), ტუბერკულოზით დაავადებული პირუტყვისგან, ბავშვის საკმლის მომწელებელ ტრაქტში — დედის რძესთან ერთად.

საკმლის მომწელებელი ტრაქტის ტუბერკულოზის მეორადი ფორმა გამოწვეულია ადამიანის ტიპის მიკობაქტერიით, რომელიც კუჭსა და ნაწლავებში მოხვდება ორგანიზმში უკვე არსებული პირველადი კერიდან, უფრო ხშირად ფილტვის ტუბერკულოზის დროს, როდესაც ტუბერკულოზის ჩხირი ნახველთან ერთად ხვდება საკმლის მომწელებელ ტრაქტში. ის შეიძლება გავრცელდეს ჰემატოგენური ან ლიმფოგენური გზით. ლიმფოგენური გზით ნაწლავებში ტუბერკულოზი იმ შემთხვევაში ვითარდება, თუ პირველადი კერაა საკვერცხეში, წინამდებარე ჯირკვალში, მეზენტერიულ ლიმფურ ჯირკვლებში, თირკმელში და ა. შ.

**პ ა თ ო ლ ო გ ი უ რ ი ა ნ ა ტ ო მ ი ა.** ტუბერკულოზური ინტოქსიკაციის გამო კუჭსა და ნაწლავში სპეციფიკურ პროცესს წინ უძღვის არასპეციფიკური პროცესი, რაც გამოისატება ფოლიკულური



აპარატის ჰიპერპლაზიით, ლიმფური ქსოვილის შემუშებებით, ლორწვევა შრის მაკროფაგული ინფილტრაციით, პროლიფერაციულ-ექსუდაციური ვასკულიტით.

კუჭისა და ნაწლავებში სპეციფიკური პროცესი ექსუდაციურ-ინფილტრაციული და პროლიფერაციულია. ნაწლავის კედლის ყველა შრე შემუშებულია და განიცდის პოლიმორფულუჩრედოვან ინფილტრაციას ეოზინოფილებით, ლიმფოციტებით, პლანშური. არცთუ იშვიათად გიგანტური უჩრედებით, ლორწვევა შრეში. ხშირად სოლიტარულ ფოლიკულებსა და პეიერის ფოლაქებში, ეპითელური და გიგანტური უჩრედებისგან ჩამოყალიბდება მუხუდოს მარცვლისოდენა ტუბერკულოზები. ისინი შეიძლება დაწყულდეს, მოსალოდნელია რამდენიმე წყლულის გაერთიანება და შედარებით დიდი ზომის წყლულის ჩამოყალიბება. წყლულის არეში შემაერთებული ქსოვილის განვითარების გამო იწყება დანაწიბურება და სანათურის შევიწროება. მოსალოდნელია წყლულის პერფორაცია.

გრანულაციული ქსოვილის ჰარბი რაოდენობით განვითარების გამო ვითარდება მკვრივი სიმსივნური წარმონაქმნი, რომელიც იწვევს სანათურის შევიწროებას (ტუმოროზული ფორმა). პერიპროცესის გამო წვრილი ნაწლავის მარყუტებს შორის შეხორცებები წარმოიქმნება. წვრილი ნაწლავის ტუბერკულოზის პირველადი ფორმა უფრო ხშირად ჰიპერპლაზურია, ტუმოროზული, მეორადი ფორმა — წყლულოვანი.

მზენტერულ ლიმფურ ჯირკვლებში თითქმის ყოველთვის ნახულობენ ცვლილებებს, პირველადი ტუბერკულოზის დროს — კაზეოზურ გადაგვარებას, მეორადის დროს კი — რეაქტიულ ცვლილებებს.

ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა. კუჭის და ნაწლავების ტუბერკულოზის კლინიკური სიმპტომები გამოვლინდება ადგილობრივი და ზოგადი მოვლენებით. ავადმყოფი უჩივის საერთო სისუსტეს, შრომის უნარის დაქვეითებას, სუბფებრილურ ტემპერატურას საღამომობით და ფიზიკური დატვირთვის შემდეგ, ისინი ემოციურნი არიან, აწუხებთ უმადობა.

ნაწლავის ტუბერკულოზის ლოკალურად გამოხატული მოვლენები დამოკიდებულია დაავადების პათოლოგიურ ფორმაზე. ტუბერკულოზის წყლულოვანი ფორმის შემთხვევაში ავადმყოფები უჩივიან სიმძიმის შეგრძნებას მუცელში, ყრუ ტკივილს, კიბის ან მარჯვენა თეძოს ფოსოს არეში. ტკივილი მატულობს საკვების მიღებიდან 3—4 საათის შემდეგ. ავადმყოფებს აწუხებთ ყაბზობა, იშვიათად — ფალარათი.

დაავადების ხანგრძლივად მიმდინარეობის დროს ვითარდება ჰიპოვიტამინოზი, ტროფიკული მოშლილობა, ნახეთქები ტუჩის არეში,

სისხლის დენა ღრძილებიდან, კანის სიმშრალე, ფრჩხილების მსხვრე-ვადობა.

ნაწლავის ჰიპერპლაზიური და ნაწიბუროვან-სტენოზური ფორმის შემთხვევაში ირღვევა ნაწლავის გამავლობა. ავადმყოფები უჩივიან შეტყეითი ხასიათის ტკივილს მუცლის არეში, აირებზე გასვლის გაძნელებას, გულისრევას, ღებინებას.

დაავადების გამწვავების დროს ვლინდება ჰიპოქრომული ანემია, ნეიტროფილოზი, ლიმფოპენია, ედს მომატებულია. დიაგნოზის დადგენაში გვეხმარება პირკეს და მანტუს რეაქცია.

დაავადება მიმდინარეობს ხანგრძლივად, გამწვავებებით გაზაფხულსა და შემოდგომაზე. წყლულოვანი ფორმა შეიძლება გართულდეს პერფორაციით, გაუვალობით, სისხლის დენით.

**დი ა გ ნ ო ზ ი.** საკმლის მომწიფებელი ტრაქტის ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა ძნელია, ვინაიდან კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის ტუბერკულოზი ჰგავს წყლულოვან დაავადებას, კუჭის კიბოს. რენტგენოლოგიურად და კლინიკურად არ ახასიათებს პათოგნომური ნიშნები, რომლებიც მას წყლულოვანი დაავადებისა ან კიბოსაგან განასხვავებს. უფრო ძნელია ნაწლავის ტუბერკულოზის დადგენა. სწორი დიაგნოზის დადგენა შეიძლება ფიბროგასტრობიოფსიით, ოპერაციის შემდეგ პრეპარატის ჰისტოლოგიური შესწავლით ან პათოლოგანატომიური გაკვეთის შემდეგ.

**მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა .** კუჭის და ნაწლავის ტუბერკულოზის დროს ავადმყოფებს უნდა ჩაუტარონ ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობა, უნიშნავენ მაღალკალორიულ საკვებს, ვიტამინებს, ეკრძალებათ ალკოჰოლური სასმელები, მლაშე და ცხიმოვანი საკვები. ოპერაციული მკურნალობა ტარდება ამა თუ იმ გართულების დროს, როგორცაა პილორუსის სტენოზი, ტუბერკულოზური წყლულის პერფორაცია, გასტროდუოდენური სისხლის დენა, ნაწლავის სტენოზი.

### **კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის სარკოიდოზი**

სარკოიდოზი (ბენიე-ბეკ-შაუმანის დაავადება) სისტემური დაავადებაა, რომლის ეტიოლოგია ჯერ კიდევ უცნობია. ავტორთა უმეტესობა მას რეტიკულოზებს მიაკუთვნებს. დაავადების განვითარების პათოგენეზში მნიშვნელობა ეძლევა აუტოიმუნურ პროცესებს, კონსტიტუციონურ მიდრეკილებას და სხვ. სარკოიდოზის დროს ზიანდება ფილტვები, ღვიძლი, ელენთა, კანი და სხვა ორგანოები. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაზიანება გვხვდება 5% შემთხვევაში, კუჭის — 1%-ში. დაავადება უპირატესად გვხვდება 20—40 წლის ასაკში.

დაზიანებულ ორგანოში ვითარდება გრანულომა, რომელიც შედ-

გება ეპითელიოიდური უჯრედებისგან, სისხლძარღვებისგან და გიგანტური უჯრედებისგან. გრანულომის პერიფერიაზე ლიმფოციტები, ეოზინოფილები, პლაზმური უჯრედებია. კუქსა და თორმეტგოჯა ნაწლავში გრანულომები ვითარდება ლორწოვან გარსში.

დააეადება მიმდინარეობს ხანგრძლივად, ავადმყოფის ზოგადი და მაკმაყოფილებელი მდგომარეობის ფონზე. მათ მკურნალობენ კუქის და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების ან კუქის კიბოს დიაგნოზით. გრანულომები მცირე ზომისაა, შესაძლებელია ბევრმა გრანულომამ წარმოქმნას კონგლომერატი, რომელიც ადვილად ჩანს რეტგენოლოგიური გამოკვლევით და გასტროფიბროსკოპიით.

დი ა გ ნ ო ს ტ ი კ ა. დიფერენციული დიაგნოზი ტარდება კუქის წყლულოვან დაავადებასთან, კიბოსთან, პოლიპოზთან, ტუბერკულოზთან. დიაგნოსტიკაში გვეხმარება გასტროფიბროსკოპიის დროს ბიოფსიური მასალის ჰისტომორფოლოგიური შესწავლა.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. კუქის და თორმეტგოჯა ნაწლავის სარკოიდოზის გაურთულებელი ფორმების დროს ტარდება კონსერვატიული მკურნალობა. ავადმყოფს უნიშნავენ პრედნიზოლონს, ვიტამინებს, კალიუმის პრეპარატებს.

### კუქის ეოზინოფილური გრანულომა

ეოზინოფილური გრანულომის დროს ვითარდება ინფილტრატი, რომელიც შეიცავს რეტიკულურ და შემაერთქსოვილოვან უჯრედებს, რომელთა შორის არის ეოზინოფილების დიდი რაოდენობა. უპირატესად ზიანდება ძვლოვანი სისტემა, მაგრამ შეიძლება განვითარდეს კუქში და თორმეტგოჯა ნაწლავშიც. ლიტერატურაში იგი ცნობილია ეოზინოფილური გასტრიტის, ეოზინოფილური ადენოპაპილომატოზის, კუქის ეოზინოფილური გრანულომის სახელწოდებით.

საყურადღებოა, რომ კუქის ეოზინოფილური გრანულომის დროს ავადმყოფებს აღენიშნებათ ალერგია ზოგიერთი საკვების და მედიკამენტის მიმართ, ვაზომოტორული რინიტი, რაც გვაფიქრებინებს დაავადების ინფექციურ-ალერგიულ წარმოშობაზე. ავადმყოფთა 78%-ში ვლინდება ეოზინოფილია (დ. რეი და თანაავტ. 1979).

პროცესის გავრცელების მიხედვით კუქის ეოზინოფილური გრანულომა შეიძლება იყოს დიფუზური ან ლოკალური (შემოსასწლერული). გამოვლინდება ერთეული კვანძის ან პოლიპის სახით. დაავადება გვხვდება ყველა ასაკში, უპირატესად მამაკაცებში. გრანულომა 2—10 სმ-ის ზომისაა, რომლის ზედაპირმა შეიძლება განიცადოს და

წყლულება. დიფუზური ფორმის დროს კუჭის კედელი გასქელებულია, პროცესი გადადის თორმეტგოჯა ნაწლავზე. საყლაპავზე.

**ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა.** შემოსაღწერული ფორმის დროს ავადმყოფებს მკურნალობენ ქრონიკული გასტრიტის, ხოლო ასაკოვან პირებს კუჭის კიბოს დიაგნოზით. დიდი ზომის გრანულომამ შეიძლება გამოიწვიოს სტენოზი, მისი ზედაპირის დაწყლულებამ კი სისხლის დენა. ეპიგასტრიუმის არეში ხშირად ვლინდება სიმსივნური წარმონაქმნი, დაქვეითებული კუჭის წვენის შეკვიანობა, პერიფერიულ სისხლში ეოზინოფილია, ჰიპოპროთემული ანემია, ჰიპოპროტეინემია (დ. რეი და თანაავტ. 1979). ინფილტრაციული ფორმის დროს ლორწოვანი გარსის დაზიანებისას გამოვლინდება სისხლის დენა და ანემია, ენთოვანი შრის დაზიანების შემთხვევაში კი — სტენოზი. სეროზული გარსის დაზიანების შემთხვევაში ასციტი და პერიტონიტის ნიშნები.

**დ ი ა გ ნ ო ს ტ ი კ ა.** რენტგენოლოგიური გამოკვლევით ხშირად ვლინდება ავსების დეფექტი. კუჭის კედლის რიგიდობა, პერისტალტიკის დაქვეითება. ფიბროგასტროსკოპიით და ბიოფსიური მასალის ჰისტომორფოლოგიური შესწავლით ზუსტდება დიაგნოზი. ჰორმონოთერაპიის ჩატარების შემდეგ რენტგენოლოგიური და გასტროფიბროსკოპიით მიღებული სურათის გაუმჯობესება, პერიფერიულ სისხლში ეოზინოფილების შემცირება გვაფიქრებინებს აღნიშნულ დაავადებაზე.

**მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა.** ავადმყოფებს ენიშნებათ რკინის პრეპარატები, სტეროიდული ჰორმონები, ანტიბიოტიკები, სისხლის დენის და ანტრალური ნაწილის სტენოზის დროს ნაჩვენებია ოპერაციული მკურნალობა. შემოფარგლული ფორმის დროს კეთდება დაზიანებული უბნის რენექცია. ხოლო დიფუზური ფორმისას — კუჭის რეზექცია.

## სისხლის დენა კუჭიდან და ნაწლავიდან

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან სისხლის დენა უფრო ხშირია საჭმლის მომნელებელი სისტემის ზედა ნაწილიდან — საყლაპავი მილიდან, კუჭიდან და თორმეტგოჯა ნაწლავიდან და მას გასტროდუოდენურ სისხლის დენას უწოდებენ.

პროფუზული გასტროდუოდენური სისხლის დენის მიზეზი მრავალია. ასახელებენ ასამდე მიზეზს, რომელთა შორის ძირითადია კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება. მასზე მოდის გასტროდუოდენური სისხლის დენის შემთხვევათა 50% და მეტი.

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან სისხლის დენის მიზეზი იმდენად მრავალფეროვანია, რომ დღემდე სრულყოფილი კლასიფიკაცია არ არსებ-

ბოზს. გამართლებულია გასტროდუოდენური სისხლის დენის ორი ჯგუფის გამოყოფა — წყლულოვანი სისხლის დენა და არაწყლულოვანი სისხლის დენა (წყლულოვან სისხლის დენაში იგულისხმება წყლულოვანი დაავადების გართულება: სისხლის დენით).

პროფუზული გასტროდუოდენური სისხლის დენა ვლინდება სისხლიანი ლეზინებით და კუპრისმაგვარი განავლით — მელენით. ავადმყოფთა ნაწილს აღენიშნება როგორც სისხლიანი ლეზინება, ასევე მელენა. მოსალოდნელია ისეთი შემთხვევა, როდესაც კატასტროფული სისხლის დენის გამო ავადმყოფი იღუპება სისხლიანი ლეზინებისა და მელენის განვითარებამდე.

სისხლიანი ლეზინება მოსალოდნელია საყლაპავიდან, კუჭიდან და თორმეტგოჯა ნაწლავიდან სისხლის დენის დროს. ნალებინებ მასაში შეიძლება ერიოს ალისფერი ან ფერშეცვლილი სისხლი (ყავის ნახარშის მსგავსი), სისხლის კოლტები. სისხლის გარდა ნალებინები მასა შეიცავს კუჭის წვენს, კუჭის შიგთავსს, რაც მხედველობაში უნდა მიიღონ სისხლიანი ლეზინების სიუხვეზე ლაპარაკის დროს. ნალებინებ მასაში სისხლის ფერი მეტ-ნაკლებად არის შეცვლილი, რაც დამოკიდებულია კუჭში სისხლის შეჩერების ხანგრძლივობაზე. კუჭიდან პროფუზული სისხლის დენის ნიადაგზე განვითარებული ლეზინების დროს სისხლი ალუბლისფერია, ძლიერი და სწრაფი სისხლის დენის შემთხვევაში მეტწილად აღინიშნება კოლტების, ზოგჯერ კი შეუცვლელი სისხლით ლეზინება, სხვა შემთხვევაში კუჭში ჩაღვრილ სისხლზე (ჰემოგლობინზე) გარკვეული დროით დაყოვნებისას მოქმედებს მარილმჟავა და იგი იღებს შავ-ყავისფერს.

ლეზინება სისხლიანია თორმეტგოჯა ნაწლავის პათოლოგიის დროსაც, რადგან სისხლის ნაწილი გაღადის კუჭში, რაც ძლიერი სისხლის დენის დროს აღენიშნება. სისხლის დენის დაწყებიდან სისხლიან ლეზინებამდე სხვადასხვა ხანგრძლივობის შუალედია. ჩვეულებრივ, რაც უფრო უხვია სისხლის დენა, ლეზინებაც უფრო სწრაფად იწყება, მაგრამ არა ყოველთვის. ლეზინება შეიძლება რეფლექსური იყოს და კუჭში სისხლის მცირე რაოდენობის მოხვედრითაც განვითარდეს.

სისხლიანი ლეზინება შეიძლება იყოს ერთჯერადი, ორჯერადი და მრავალჯერადი. სისხლიანი ლეზინების გამეორება არ ნიშნავს სისხლის დენის შეუჩერებლობას ან განახლებას. დასაშვებია, რომ პირველი ლეზინებით კუჭი არ დაიცალოს შიგთავსისგან, ამიტომ უნდა ვიფიქროთ, რომ სისხლიანი ლეზინება მცირე ინტერვალით ჯერ კიდევ არ ნიშნავს სისხლის დენის შეუჩერებლობას. სისხლიან ლეზინებებს შორის ხანგრძლივი შუალედი (10 საათი და მეტი) სისხლის დენის განახლებაზე უნდა მიგვანიშნებდეს, რადგან ამ დროის განმავლობაში კუ-

ჰი უნდა დაიცალოს შიგთავსისგან ბუნებრივი გზით, თუ არ არის ორგანული დაბრკოლება.

სისხლიანი ლეზიებისგან განსხვავებით, მელენა გასტროდუოდენური სისხლის დენის აუცილებელი ნიშანია, განავალი შეეფება ჰემოგლობინში არსებულ რკინაზე გოგირდ-წყალბადის ზემოქმედებით გოგირდოვანი რკინის წარმოქმნის შედეგად. სისხლის დენის დაწყებიდან მელენის გამოვლინებამდე გასული დრო სხვადასხვაა და ძირითადად დამოკიდებულია სისხლის დენის სიძლიერეზე. საშუალოდ იგი 12—18 საათის შემდეგ ვლინდება. მელენაში იკულისხმება კუპრის-მაგარ-შავი, სქელი, წებოვანი ფეკალური მასის არსებობა. გასტროდუოდენური სისხლის დენის დროს განავალი შეიძლება იყოს შავი ფერის, მაგრამ სავსებით გაფორმებული, მოსალოდნელია თხიერი, სისხლის შემცველი განავალიც. შავი ფერის გაფორმებული განავალი ნაწლავებში ჩაღვრილი სისხლის დიდი ხნით შეჩერების მაჩვენებელია და მსუბუქ სისხლის დენაზე მიუთითებს, პირიქით, თხიერი, სისხლის შემცველი განავალი ძლიერი სისხლის დენის მაჩვენებელია.

ერთჯერადი, მასიური სისხლის დენის შემდეგ მელენა შეიძლება გავრცელდეს რამდენიმე დღე — 6—10 და ამდენად ლეზიების მომდევნო დღეებში მელენის არსებობა სისხლის დენის შეუჩერებლობაზე არ მიუთითებს.

მელენა აღინიშნება წვრილი ნაწლავებიდან სისხლის დენის დროსაც. თუ სისხლი საკმარისი დროით შეკავდება ნაწლავებში. მსხვილი ნაწლავებიდან, მით უფრო მარცხენა ნახევრიდან სისხლის დენის დროს სისხლი გარედან ეკვრის ფეკალურ მასას, ასევე ხდება სწორი ნაწლავიდან სისხლის დენის შემთხვევაშიც.

მელენას იწვევს ნაწლავებში 50—100 მლ სისხლის მოხვედრა.

კუჭ-ნაწლავიდან სისხლის დენის ყველა საექვო შემთხვევაში აუცილებელია სწორი ნაწლავის გასინჯვა თითოთ. მხოლოდ ავადმყოფის მიერ მოცემულ ინფორმაციაზე დაყრდნობა არ არის საიმედო.

კუჭ-ნაწლავიდან პროფუზულ სისხლის დენას თან ერთვის ჰემოდინამიკური და შემდეგ ჰემატოლოგიური ცვლილებები. ავადმყოფები გრძნობენ სისუსტეს, თავბრუს, ყურებში შუილს, წყურვილს, ფერმკრთალდებიან, უჩქარდებათ მაჯის ცემა. მაჯის ცემა 100-ზე მეტი ყოველთვის არაკომპენსირებული სისხლის დენის და ჰიპოვოლემიის მაჩვენებელია, ცირკულირებადი სისხლის მოცულობის აღდგენასთან ერთად პულსიც ნორმალური ხდება.

სისხლის დენის დროს არტერიული წნევა მცირდება ან მკვეთრად ეცემა. დაქვეითებული წნევა კომპენსაციური მექანიზმების ამოქმედების შედეგად შეიძლება სწრაფად ნორმული გაზდეს. მძიმე სისხლის დენის დროს ვითარდება კოლაფსი, ზოგჯერ შოკი. ცირკულირე-

ბადი სისხლის მოცულობა, ცირკულირებადი ერთორციტების და ცილების რაოდენობა მცირდება.

გასტროდუოდენური სისხლის დენის დროს მკურნალობის ტაქტიკას მკვეთრად განსაზღვრავს სისხლის დენის სიძლიერე და დაკარგული სისხლის რაოდენობა.

კლინიკური მონაცემები სრულ წარმოდგენას არ იძლევა სისხლის დენის სიძლიერეზე. პულსის სიხშირე და არტერიული წნევა მით უფრო სწრაფად ხდება ნორმალური, რაც უფრო სრულყოფილია ორგანიზმის კომპენსაციური მექანიზმი.

რუტინული ჰემატოლოგიური მაჩვენებლები, როგორცაა ჰემოგლობინის დონე, ერთორციტების რაოდენობა, სისხლის ხვედრითი წონა და ჰემატოკრიტი პირველ საათებში არ ასახავს სისხლის დენის სიძლიერეს, რადგან მათი ცვლილებები ჯერ გამოხატული არ არის იმის გამო, რომ გამოსაკვლევად იღებენ სისხლს, რომელიც დარჩენილია სისხლძარღვთა კალაპოტში, ჰიდრატაციის დაწყებამდე. 2—6 საათის შემდეგ იწყება ქსოვილოვანი სითხის გადასვლა სისხლძარღვთა კალაპოტში, დაკარგული სისხლის მოცულობის აღდგენა — ჰიდრატაციის ფაზა. ამას მოსდევს ჰემატოლოგიური მაჩვენებლების თანდათანობითი შეცვლა. ამიტომ ამ მაჩვენებლების დინამიკაში განსაზღვრას დიდი მნიშვნელობა აქვს და აუცილებელია. ჰემოგლობინის დონისა და ერთორციტების რაოდენობის განსაზღვრა პირველ დღეს განმეორებით უნდა ჩატარონ, შემდგომ კი ყოველდღიურად. თუ ავადმყოფი სტაციონარში მოხედება სისხლის დენის დაწყებიდან 24 საათის შემდეგ, ჰემატოლოგიური მაჩვენებლები უკვე საკმაოდ ზუსტად ასახავს სისხლის დენის სიძლიერეს.

სისხლის დენის პირველ საათებში დაკარგული სისხლის რაოდენობას ზუსტად განსაზღვრავს ცირკულირებადი სისხლის მოცულობის მონაცემები. მომდევნო საათებში (6—12 საათის შემდეგ), სისხლძარღვთა კალაპოტის ქსოვილოვანი სითხეების შევსების პარალელურად, ცირკულირებადი სისხლის მოცულობის განსაზღვრა აღარ იძლევა სარწმუნო მონაცემებს და მხოლოდ ცირკულირებადი ერთორციტებისა და ცილის მოცულობის განსაზღვრა გვაძლევს ჰეშმარიტ წარმოდგენას დაკარგული სისხლის რაოდენობაზე.

კუჭ-ნაწლავიდან სისხლის დენის დამახასიათებელია ზომიერი ლეიკოციტოზი და აზოტემია, მომდევნო დღეებში — სუბფებრილური ტემპერატურა (ნაწლავებში ჩაღვრილი სისხლის შეწოვის შედეგად).

სისხლის დენა შეიძლება იყოს მსუბუქი, საშუალო სიძლიერის და ძლიერი.

მსუბუქი სისხლის დენის დროს მაჯის ცემის სიხშირე არ აღემატება 80-ს წუთში, არტერიული წნევა ნორმულია, ერთორციტების რა-

ოდენობა 3 500 000-ზე, ჰემოგლობინი 100-ზე, ჰემატოკრიტი 30%-ზე მეტია.

საშუალო სიმძიმის სისხლის დენის დროს პულსი 80—100-ია წუთში, არტერიული წნევა მცირედ დაქვეითებულია, ერითროციტების რაოდენობა 2 500 000—3 500 000, ჰემოგლობინი — 80—100 ერთ, ჰემატოკრიტი 25—30%.

მძიმე სისხლის დენის დროს პულსი 100-ზე მეტია, არტერიული წნევა 100 მმ-ზე ნაკლები, ერითროციტების რაოდენობა 2 500 000-ზე, ჰემოგლობინი 80-ზე, ჰემატოკრიტი 25%-ზე ნაკლებია.

სისხლის დენის დაწყებიდან 24 საათის შემდეგ აღნიშნული მონაცემები საკმაოდ ზუსტად ასახავს სისხლის დენის სიძლიერეს, დაკარგული სისხლის რაოდენობის ზუსტ მონაცემებს იძლევა ცირკულირებადი სისხლის კომპონენტების გლობულური მოცულობის მონაცემები. მსუბუქი სისხლის დენის დროს გლობულური მონაცემების (გმ) დეფიციტი არ აღემატება 20%-ს, საშუალო სიმძიმის სისხლის დენის დროს გმ-ს დეფიციტი 20—30%-მდეა, მძიმე სისხლის დენის დროს გმ კი 30%-ს აღემატება.

ცირკულირებადი სისხლის მოცულობისა და მისი კომპონენტების განსაზღვრა საშუალებას იძლევა განსაზღვრონ ორგანიზმში ცირკულაციაში დარჩენილი სისხლის მოცულობა, რაც შეუძლებელია სხვა მეთოდების გამოყენებით.

გასტროდუოდენური სისხლის დენის მიზეზთა შორის განსაკუთრებული ადგილი უჭირავს წყლულოვან სისხლის დენას. სისხლის დენით უფრო ხშირად რთულდება თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული. იგი უფრო ხშირია მამაკაცებში. წყლულოვანი დაავადების დროს სისხლის დენა უფრო ხშირად არტერიულია, მაგრამ შეიძლება იყოს კაპილარულიც, რომელიც ასევე ზოგჯერ მასიურია და შეუჩერებელი.

წყლულოვანი დაავადების სისხლის დენით გართულებას წინ უძღვის წყლულოვანი დაავადების გამწვავება, წყლულის არეში და მის ირგვლივ ანთებითი ცვლილებების გაძლიერება. ამის მიზეზად მიიჩნევენ მწვავე ინფექციურ დაავადებებს (გრძის, ანგიანას და სხვ.), ფიზიკურ და ფსიქიკურ გადაძაბვას, ალკოჰოლის ჭარბ მიღებას და სხვ. შემთხვევათა ნაწილში სისხლის დენა ვითარდება წყლულოვანი დაავადების გამწვავების გარეშეც, ზოგჯერ იგი წყლულოვანი დაავადების პირველი გამოვლინებაა. სისხლის დენით ძირითადად რთულდება კალოზური, ხანგრძლივად მიმდინარე პენეტრირებული წყლული, ამავე დროს ამ წყლულიდან სისხლის დენა მასიურია, ძნელად ჩერდება, რადგან კალოზური წყლულის არეში არსებული აროზირე-



ბული სისხლძარღვები ელასტიურობის დაკარგვის გამო არ იკუმშება, რაც ხელს უშლის თრომბის განვითარებას.

სისხლის დენით შეიძლება გართულდეს ზედაპირული მწვავე წყლული და ეროზია.

ხშირია პროფუზული სისხლის დენა ოპერაციის შემდგომი პეპტიკური წყლულიდან. პეპტიკური წყლული სისხლის დენით რთულდება გაცილებით უფრო ხშირად. ვიდრე პირველადი გასტროდუოდენური წყლული, რადგან მის მიმდინარეობაში ქარბობს დესტრუქციული პროცესები.

არაწყლულოვანი სისხლის დენის შემთხვევებიდან პირველ რიგში უნდა აღენიშნოთ საკმლის მომწელებელი ტრაქტის სიმსივნური პროცესით გამოწვეული სისხლის დენა.

წყლულოვანი დაავადების შემდეგ კუჭიდან სისხლის დენის ყველაზე ხშირი მიზეზია კუჭის კიბო, სიმსივნის დაშლა და დაწყლულება. ნეკროზული პროცესის შედეგად ირღვევა სისხლძარღვთა მთლიანობა. სისხლის დენა შეიძლება დაიწყოს როგორც წვრილი სისხლძარღვებიდან, ისე მსხვილი აროზირებული არტერიიდან, რაც განაპირობებს ძლიერ სისხლის დენას. სისხლის დენით რთულდება ძირითადად კუჭის კიბოს შორსწასული ფორმები, დაავადების III — IV სტადიაში, ძირითადი დაავადებით გამოწვეული ინტოქსიკაციისა და ანემიის ფონზე. ზოგჯერ ზომიერი სისხლის დენა ხანგრძლივია და ავადმყოფს დროდადრო აღენიშნება სისხლიანი ლებინება „ყავის ნახარშის“ შიგთავსით და მელენა.

აღწერილია შემთხვევები, როდესაც სისხლის დენა იყო კუჭის კიბოს კლინიკური გამოვლინების პირველი ნიშანი. ასეთი სისხლის დენის შესაძლებლობა გასათვალისწინებელია დიფერენციული დიაგნოსტიკის დროს.

გაცილებით იშვიათია სისხლის დენა წვრილი და მსხვილი ნაწლავის კიბოს დროს. ამ დროსაც სისხლის დენა ძირითადად შორსწასული სტადიის გართულებაა. ხშირია მსხვილი ნაწლავის ინოპერაბელური კიბოს გართულება სისხლის დენით.

სისხლის დენის მიზეზი შეიძლება იყოს ნაწლავთა არაეპითელური ავთვისებიანი სიმსივნე.

პროფუზული სისხლის დენა შეიძლება გამოიწვიოს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის კეთილთვისებიანმა სიმსივნემ. უფრო ხშირია კუჭის ლეიომიომით გამოწვეული სისხლის დენა. სისხლის დენის მიზეზი შეიძლება იყოს ფიბრომა, ნევრინომა, ნეიროფიბრომა და სხვ. სისხლის დენა ვლინდება მელენით, მისი სიძლიერე სხვადასხვაა, რაც დაღს ასევე კლინიკურ სურათს.

კუჭიდან სისხლის დენის ერთ-ერთი მიზეზია ე რ ო ზ ი უ ლ ი

გ ა ს ტ რ ი ტ ი, ფიქრობენ, რომ იგი ქრონიკული გასტრიტის გამწვავების შედეგია, თუმცა ამის შესახებ ლიტერატურული მონაცემები ურთიერთსაწინააღმდეგოა. შემთხვევათა ნაწილში ეროზიის დადგენა შეუძლებელია, ლორწოვანი გარსიდან სისხლის დენა ისეთია, როგორც ღრუბლიდან. ამიტომ ზოგიერთი ავტორი ასეთ პათოლოგიას ჰემორაგიულ გასტრიტს უწოდებს. სისხლის დენა დიაპედეზური ხასიათისაა, არცთუ იშვიათად ძალზე ძლიერი. დიაგნოზის დადგენა შეიძლება სისხლის დენის პროცესში ჩატარებული ფიბროენდოსკოპიით. სისხლის დენის შეჩერების შემდეგ ენდოსკოპიამ შეიძლება პათოლოგია ვერ გამოავლინოს. მიაჩნიათ, რომ ეროზიის შეხორცება — ეპითელიზაცია მოსალოდნელია რამდენიმე საათში. სიმპტომატოლოგია დამახასიათებელი არ არის. ავადმყოფებს აღენიშნებათ სისხლიანი ღებინება და მელენა, სისხლის დენის დამახასიათებელი ზოგადი ნიშნები.

მ ე ლ ო რ ი - ვ ე ი ს ი ს ს ი ნ დ რ ო მ ი. კუჭიდან სისხლის დენის მიზეზი შეიძლება იყოს კუჭის კარდიული ნაწილის ლორწოვანი გარსის ნახეთქები, რაც პირველად აღწერეს მელორიმ და ვეისმა 1929 წელს. ლორწოვანის ნახეთქები ვითარდება კარდიის ლორწოვან გარსზე კუჭშივა წნევის მომატების სწრაფი ზემოქმედების შედეგად, მაგალითად, ხშირი ღებინების დროს. ნახეთქები გასწვრივია და კუჭის კარდიული ნაწილიდან გადადის საყლაპავ მილზე. ნახეთქების რაოდენობა სხვადასხვაა, ერთი, ორი ან მეტი. ვარიაბილურია სიგრძეც, რომელიც შეიძლება აღწევდეს 10 სმ-ს. ნახეთქი მოიცავს ლორწოვან გარსს, ლორწვეშა შრეს და ზოგჯერ კუნთოვან გარსსაც, რაც განაპირობებს სისხლის დენის სიძლიერეს. სისხლის დენა შერეულია — კაპილარული, ვენური, არტერიული.

მელორი-ვეისის სინდრომი ჭარბობს მამაკაცებში, არცთუ იშვიათად ვლინდება ალკოჰოლის ჭარბი მიღების შემდეგ.

კლინიკური სურათი დამოკიდებულია სისხლის დენის სიძლიერეზე. აღინიშნება ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში, სხვადასხვა ინტენსივობის, სისხლიანი ღებინება ადრე იწყება, უხვია. პროგნოზი დამოკიდებულია ნახეთქების სიღრმეზე და დაზიანებული სისხლძარღვის კალიბრზე.

დიაგნოზი ზუსტდება ენდოსკოპური კვლევით ან სექციისაზე. ამ პათოლოგიის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა ინფორმატიული არ არის.

პროფუზული სისხლის დენით რთულდება კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დ ი ვ ე რ ტ ი კ უ ლ ი. კუჭის დივერტიკული რამდენადმე უფრო ხშირად რთულდება სისხლის დენით, ვიდრე თორმეტგოჯა ნაწლავის დივერტიკული. ზოგიერთი ავტორის მასალის მიხედვით კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის დივერტიკულის მქონე ყოველ მე-4—5 ავადმყოფს

აღენიშნება სისხლის დენა. სისხლის დენის მიზეზია დივერტიკულიტი და მისი დაწყულება. სასიკვდილო სისხლის დენა შედარებით იშვიათია.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის დივერტიკულს პათოგნომონური კლინიკური სურათი არ ახასიათებს. სისხლის დენა ვლინდება სისხლიანი ლეზინებით, მელენით, ანემიით.

ლიტერატურაში აღწერილია სისხლის დენა წვრილი ნაწლავის დივერტიკულიდან, თუმცა ის იშვიათია. უფრო ხშირია სისხლის დენით გართულება მსხვილი ნაწლავის დივერტიკულოზის დროს. უფრო ხშირად სისხლის დენა ზომიერია და ჩერდება კონსერვატიული მკურნალობით.

საჭმლის მომნელებელი სისტემის პოლიპოზი სისხლის დენის ხშირი მიზეზი არ არის. აღწერილია სასიკვდილო სისხლის დენა კუჭის, თორმეტგოჯა ნაწლავის პოლიპოზის, მსხვილი ნაწლავის პოლიპოზის დროს. სისხლის დენის მიზეზია პოლიპის დაწყულება, ნეკროზული ცვლილებები, მალიგნიზაცია.

ზოგჯერ კუჭიდან სისხლის დენის მიზეზია დიფერაციის თიაქარი. ზოგიერთი ავტორის მონაცემებით, ეს პათოლოგია რთულდება სისხლის დენით შემთხვევათა 10%-ში. სისხლის დენის მიზეზია კუჭის ლორწოვანის პერიოდული ჩაქედვა და ეროზიული ეზოფაგეტი, რომელიც ხშირად თან ერთვის ამ პათოლოგიას. სისხლის დენა უფრო ხშირად ზომიერია, მაგრამ აღწერილია სასიკვდილო სისხლის დენაც. კლინიკურ სურათში სისხლის დენის განვითარებამდე წამყვანია რეფლუქს-ეზოფაგეტის დამახასიათებელი სიმპტომები, ზოგჯერ სისხლის დენა დაავადების პირველი გამოვლინებაა.

პორტული ჰიპერტენზიით პირობადებული სისხლის დენა არაწყულულოვანი სისხლის დენის შემთხვევათა მნიშვნელოვან ნაწილს შეადგენს. საყლაპავი მილისა და კუჭის კარდიული ნაწილის გაგანიერებული და ვარიკოზულად შეცვლილი ვენებიდან სისხლის დენის მიზეზია პორტული ჰიპერტენზია.

ნორმის პირობებში წნევა წყლის სვეტის 80—200 მმ-ს შორისაა, პორტული ჰიპერტენზიის დროს კი შეიძლება აღემატებოდეს 600 მმ-ს. დადგენილი არ არის პირდაპირი დამოკიდებულება წნევის აწევასა და სისხლის დენის სიხშირეს ან სიძლიერეს შორის.

პორტულ სისტემაში წნევის მომატების პირობებში განივრდება და ვარიკოზულად ცვალებადობს ბუნებრივად არსებული პორტოკავალური ანასტომოზები. ასეთია საყლაპავისა და კუჭის კარდიული ნაწილის ვენები, ეპიგასტრული და ჰემოროიდული ვენები.

პორტული ჰიპერტენზია ვითარდება პორტული სისტემის სისხლისთვის შექმნილი დაბრკოლების შედეგად. დაბრკოლება — ბლოკი მოსა-

ლოდნელია ღვიძლის ზემოთ — უშუალოდ ღვიძლის ვენებში და მის ტოტებში. ამის მიხედვით არჩევენ ბლოკის 3 დონეს — ღვიძლზედა, ღვიძლშიგა და ღვიძლქვედა ბლოკს. ბლოკი შეიძლება იყოს შერეული, მაგალითად ღვიძლშიგა და ღვიძლქვედა ბლოკის ერთდროულად არსებობა.

ღვიძლზედა ბლოკის მიზეზია ღვიძლის ვენების დახშობა მათი თრომბოზის შედეგად, ე. ი. ბად-ქიარის სინდრომი. ღვიძლშიგა ბლოკის ძირითადი მიზეზია ღვიძლის ციროზი, ღვიძლქვედა ბლოკს განაპირობებს კარის ვენის თრომბოზი, კარის ვენის კავერნული ტრანსფორმაცია და სხვ.

კლინიკისთვის მნიშვნელობა აქვს ღვიძლშიგა და ღვიძლქვედა ბლოკს. ღვიძლზედა ბლოკი პორტული ჰიპერტენზიის იშვიათი მიზეზია, დაავადება სწრაფად და მძიმედ მიმდინარეობს და ხშირად ლეტალურად მთავრდება სისხლის დენის განვითარებამდე ღვიძლის უკმარისობით.

პორტული ჰიპერტენზიის დროს სისხლის დენა ვენურია, მაგრამ, მიუხედავად ამისა, დაუძლეველი, რაც განპირობებულია მაღალი ვენური წნევით და ცვლილებებით სისხლის შემდეგებელ სისტემაში (ჰიპერსპლენიზმი, თრომბოციტოპენია).

პორტული სისხლის დენის წყაროა საყლაპავი მილისა და კუჭის კარდიული ნაწილის გაგანიერებული ვენები, მათი მთლიანობის დარღვევა. ამის მიზეზად ასახელებენ წნევის უეცარ აწევას პორტულ სისტემაში, ვენების მექანიკურ ტრავმას უხეში საკვებით, წნევის უეცარ მომატებას მუცლის ღრუში (სიმძიმის აწევა, დეფეკაცია), კუჭის წვენის პეპტიკურ ზემოქმედებას — რეფლუქს-ეზოფაგიტის გამო.

პორტული ჰიპერტენზიის შედეგად სისხლის დენა შემთხვევათა 80%-ში ღვიძლის ციროზით არის განპირობებული. ღვიძლშიგა ბლოკი უფრო ხშირია საშუალო და ხანში შესულ ასაკში, ღვიძლქვედა ბლოკი კი — ახალგაზრდა ასაკში.

სისხლის დენით რთულდება ღვიძლის ციროზის შორსწასული ფორმები, მაგრამ სისხლის დენა შეიძლება მისი პირველი კლინიკური გამოვლინება იყოს. პორტულ სისტემაში შეგუბების გამო ელუნთა დიდდება, სპლენომეგალია ვითარდება, რასაც არცთუ იშვიათად თან ერთვის ჰიპერსპლენიზმი (ჰემოპოეზის დათრგუნვა, თრომბოციტოპენია, ჰიპოკოაგულაცია).

ღვიძლისა და სანადვლიე გზების პათოლოგიური პროცესის დროს განვითარებულ სისხლის დენას, რომელიც ვლინდება პროფუზული გასტროდუოდენური სისხლის დენის ნიშნებით — მელენათი და ზოგჯერ სისხლიანი ღებინებით, ჰე მ ბ ი ლ ი ა ეწოდება.

ჰენობილიის მიზეზია ღვიძლის ტრავმა (სუბჰაფსულური ჰემატომა),

ღვიძლის ექინოკოკი, ღვიძლის არტერიის ანევრიზმა, ნაღველკენჭოვანი დაავადება, სანაღვლიე გზების სიმსივნე და სხვ. სისხლი სანაღვლიე გზებით ხვდება თორმეტგოჯა ნაწლავში. ღვიძლის არტერიის ანევრიზმის შემთხვევაში სისხლის დენა ძალზე ძლიერია, შეიძლება სასიკვდილოც იყოს.

პროფუზული გასტრო-ინტესტინული სისხლის დენა ვლინდება სისხლის დაავადების დროს. აღწერილია ასეთი სისხლის დენა ლეიკოზის, ვერლჰოფის დაავადების; ჰემორაგიული ვასკულიტის (შენლაინ-ჰენოხის დაავადება), ჰემოფილიის დროს.

არაწყულლოვანი გასტროინტესტინალური სისხლის დენის დიდ ჯგუფს შეადგენს სისხლის დენა კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის მწვავე წყლულიდან და ეროზიიდან. მწვავე წყლულის და ეროზიის განვითარების მიზეზის სტრესი, ტრავმა, ინფექციური პროცესი, ინტოქსიკაცია და სხვ.

პროფუზული გასტროდუოდენური სისხლის დენა კუჭის მწვავე წყლულიდან და ეროზიიდან აღწერილია ჰიპერტონიული დაავადების, ზოგადი ათეროსკლეროზის, მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის, ურემიის, ეკლამპსიის და სხვათა დროს.

ცნობილია მწვავე წყლულიდან სისხლის დენის შემთხვევები ტრავმული დაზიანების შედეგად, თავის ტვინის ტრავმის დროს, ე. წ. კურლინგის წყლული, დამწვრობის დროს ე. წ. კუშინგის წყლული, აღწერილია სისხლის დენის შემთხვევები ცხიმოვანი ემბოლიით გართულებული მოტეხილობის დროს და სხვ.

საყურადღებოა პროფუზული გასტროდუოდენური სისხლის დენის შემთხვევები, რომლებიც თან სდევს მედიკამენტურ მკურნალობას სისხლის დენის მრავალი შემთხვევაა აღწერილი აცეტილსალიცილის მკვებას (ასპირინის) მიღებისას, რეზერპინის, ბუტადიონის, ინდომეტაციინის ხმარების შემდეგ. ხშირია სისხლის დენით გართულება კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობის პროცესში. აღნიშნულია სისხლის დენა კუჭიდან ანტიკოაგულანტების მიღების შედეგად.

აღნიშნული პრეპარატების მიღების ხანგრძლივობასა და პროფუზული სისხლის დენის განვითარებას შორის კანონზომიერება აღნიშნული არ არის, ზოგიერთ შემთხვევაში სისხლის დენა ვითარდება მკურნალობის დაწყებიდან რამდენიმე დღეში, ზოგჯერ თვეებისა და წლების შემდეგ.

ასპირინი, ბუტადიონი, ინდომეტაციინი, კორტიკოსტეროიდები მიეკუთვნება ე. წ. ულცეროგენულ პრეპარატებს, რომელთაც შეუძლიათ გამოიწვიონ მწვავე წყლული და ეროზია არა მარტო კუჭის სადლორწოვანზე, არამედ გააღრმავონ კიდევ ნეკროზული პროცესები ლორწოვანის უკვე არსებული პათოლოგიური ცვლილებების არეშიც

(ი. ბელოუსოვა, 1976). ამიტომ ამ ულცეროგენულ მედიკამენტების დანიშვნა კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების შემთხვევებში უკუნაჩვენებია. თუ მათი დანიშვნა აუცილებელია, საჭიროა ერთდროულად წყლულის საწინააღმდეგო მკურნალობის ჩატარება.

გასტროინტესტინული სისხლის დენის დიფერენციული დიაგნოსტიკა. გასტროდუოდენური სისხლის დენის დიფერენციული დიაგნოსტიკა ურგენტული ქირურგიის ერთ-ერთი ურთულესი ნაწილია. დიაგნოზური შეცდომები ხშირია და ენდოსკოპიის ფართო გამოყენებამდე აღინიშნებოდა 2,1%-დან—46,5%-მდე შემთხვევაში. ზუსტი დიაგნოსტიკისთვის საჭიროა ყველა იმ დაავადებისა და გართულების ცოდნა, რომელიც შეიძლება გასტროდუოდენური სისხლის დენის მიზეზი გახდეს. აუცილებელია ანამნეზის სრულყოფილი შეგროვება, ლაბორატორიული, რენტგენოლოგიური, გასტროსკოპიული გამოკვლევების ზუსტად და დროულად ჩატარება.

დიფერენციულ დიაგნოსტიკაში გარკვეულ დახმარებას გვიწევს ანამნეზი, კარგად შეგროვილი ანამნეზი და ფიზიკალური მონაცემები წარმოდგენას გვიქმნის სისხლის დენის მიზეზზე. ანამნეზის შეგროვებისას საყურადღებოა აღინიშნებოდა თუ არა ავადმყოფს პერიოდულად ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში, იყო თუ არა ტკივილი სეზონური ხასიათის. ავადმყოფი ღებულობდა თუ არა სოდას, ჰქონდა თუ არა გულძმარვა, მშიერი ტკივილი, სისხლის დენა, რა მკურნალობა ჩაატარა, რა მედიკამენტები მიიღო, ღებულობდა თუ არა ალკოჰოლს.

საყურადღებოა, რომ თუ ავადმყოფს წარსულში სისხლის დენის გამო გაკეთებული აქვს ლაპაროტომია, მაგრამ სისხლის დენის მიზეზი ვერ დაუდგინეს, გამორიცხული მაინც არ არის წყლულის არსებობა, რადგანაც იგი შეიძლება იყოს მცირე სიდიდის, ბრტყელი, მდებარეობდეს კარდიულ ნაწილში ან თორმეტგოჯა ნაწლავში დაბლა. ასეთი წყლულის დადგენა ფიბროენდოსკოპიის ან ფართო გასტროდუოდენოტომიის გარეშე შეუძლებელია.

გასტროდუოდენური სისხლის დენის ერთ-ერთი კარდინალური სიმპტომია კუპრისფერი განავალი. იგი შეიძლება ვერ ვნახოთ იმ შემთხვევაში, თუ ავადმყოფი იღუპება სწრაფად, ვიდრე მეღენა გამოვლინდება. განავლის შეფერილობას დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს. იგი მიუთითებს სისხლის დენაზე საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის ზედა ნაწილიდან (საყლაპავი მილიდან, კუჭიდან, თორმეტგოჯა ნაწლავიდან). კუპრისფერი განავალი არის მცირე სისხლის დენის დროს წერილი ნაწლავიდან, მსხვილი ნაწლავის მარჯვენა ნახევრიდან. ეს გასათვალისწინებელია დიფერენციული დიაგნოსტიკის დროს. გა-

ნავალში ალისფერი სისხლი მიუთითებს სისხლის დენაზე სიგმური და სწორი ნაწლავიდან. სისხლი გარს ეკვრის ფეკალურ მასებს. ალისფერი სისხლი შეიძლება იყოს საკმლის მომწვებელი ტრაქტის ზედა ნაწილიდან მასიური სისხლის დენის დროსაც, ნაწლავთა გაძლიერებული პერისტალტიკის პირობებში.

სისხლიანი ღებინების დროს შეუცვლელი ალისფერი სისხლი შეიძლება იყოს საყლაპავი მილიდან სისხლის დენის დროს, საყლაპავი მილის ვენების ვარიკოზულად გაფართოების, აორტის კედლის პერფორაციის დროს, მაგრამ შეუცვლელი სისხლი არცთუ იშვიათია კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების დროსაც. რაც უფრო სწრაფად ტოვებს სისხლი კუჭს, მით უფრო ნაკლებად არის იგი შეცვლილი.

გასტროდუოდენური სისხლის დენის ზოგ შემთხვევაში საჭირო ხდება დიფერენციული დიაგნოსტიკა, რათა გამოირიცხოს ფილტვებიდან სისხლის დენა, რომელიც იწვევს ამ უკანასკნელიდან საკმლის მომწვებელ ტრაქტში სისხლის მოხვედრას, ამას კი მოყვება სისხლიანი ღებინება. დიაგნოზის დადგენაში გვეხმარება ანამნეზი — კუჭის ან ფილტვის პათოლოგიის არსებობა, გულმკერდისა და საკმლის მომწვებელი ტრაქტის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა.

წყლულოვანი ეტიოლოგიის გასტროდუოდენური სისხლის დენის დიაგნოზის დადგენა სხვა პათოლოგიასთან შედარებით ადვილია. ავადმყოფები ხშირად კლინიკაში ხედებიან განმეორებითი სისხლის დენით, მათ ჩატარებული აქვთ რენტგენოლოგიური, ენდოსკოპიური გამოკვლევა, სტაციონარული და სანატორიულ-კურორტული მკურნალობა წყლულოვანი დაავადების გამო, გაკეთებული აქვთ ულცერორაფია, კუჭის რეზექცია. მხედველობაშია მისაღები ის ფაქტი, რომ სისხლის დენა მოსალოდნელია „მუნჯი“ წყლულიდან. დიფერენციული დიაგნოსტიკის დროს მხედველობაში მისაღებია სქესიც, რადგანაც წყლულოვანი სისხლის დენა უფრო ხშირია მამაკაცებში, ხოლო არაწყლულოვანი — ქალებში.

თუ ავადმყოფი აღნიშნავს წონაში დაკლებას სისხლის დენის განვითარებამდე, ადვილად დაღლას, დისკომფორტს ეპიგასტრიუმის არეში. სუსტ ტკივილს ჭამის შემდეგ, უმადობას, ეს მიუთითებს კუჭის სიმსივნეზე.

ძლიერი სისხლის დენა ხშირი ღებინების შემდეგ (ალკოჰოლის ჭარბი მიღების გამო ან სხვა მიზეზით) გვაფიქრებინებს მელორი-ვეისის სინდრომის არსებობაზე.

პორტული ჰიპერტენზიის გამო საყლაპავი მილის ვარიკოზულად გაფართოებული ვენებიდან სისხლის დენაზე მიგვანიშნებს ანამნეზში ინფექციური ჰეპატიტი, ლუესი, ალკოჰოლის ჭარბი ჭმარება, ობიექ-

ტური გამოკვლევებიდან საყურადღებოა სუბქტერულობა, ელენთის გადიდება, კანქვეშა კოლატერალების არსებობა, აღსანიშნავია, რომ სისხლის დენის დროს ელენთა პატარავდება, რაც მნიშვნელოვანია დიფერენციული დიაგნოსტიკის თვალსაზრისით.

დიაგნოზური სიძნელე დაკავშირებულია იმასთან, რომ ღვიძლის ციროზის ზოგ შემთხვევაში ვითარდება კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული, ე. წ. პეპატოგენური წყლული, ეროზიული გასტრიტი, რაც ართულებს სისხლის დენის მიზეზის დადგენას.

დიფერენციული დიაგნოსტიკის დროს უნდა გვახსოვდეს, რომ სისხლის დენის მიზეზი შეიძლება იყოს საკმლის მომწებლებელი ტრაქტის ამა თუ იმ ნაწილის სიმსივნე ან ისეთი პათოლოგიური პროცესი, რომელიც იწვევს სისხლძარღვთა აროზიას.

ანამნეზის გარდა, დიაგნოზის დადგენაში გვეხმარება ობიექტური გამოკვლევები. ყურადღება უნდა მიაქციონ კანისა და ლორწოვანი გარსის მდგომარეობას, მასზე სისხლჩაქცევების არსებობას, სისხლის დენას ღრძილებიდან, ცხვირიდან. აღსანიშნავია, რომ ავადმყოფების უმრავლესობამ თვითონ იცის თავისი დაავადების შესახებ. ყოველივე ამის გამო ზოგჯერ ადვილია ვერლპოფის დაავადების, ჰემოფილიის და სისხლის სხვა დაავადებების დიაგნოსტიკა. გასტროდუოდენური სისხლის დენის მიზეზი შეიძლება იყოს ჰემოლიზური სიყვითლე, პოლიციტემია, შენლაინ-ჰენოხის დაავადება, კაპილაროტოქსიკოზი, თრომბოციტოპენია. ამ შემთხვევაში, ანამნეზის გარდა დიაგნოზისთვის მნიშვნელობა აქვს ობიექტურ გამოკვლევებს — ღვიძლისა და ელენთის სიდიდის განსაზღვრას, კანქვეშა ვენების მდგომარეობას, ასციტს, სახსრებში ტკივილს, სისხლის საერთო ანალიზს, კოაგულოგრამას.

გასტროდუოდენური სისხლის დენა გვხვდება ლეიკოზის დროს, რომლის დამახასიათებელია მაღალი ტემპერატურა, სისხლჩაქცევები, სისხლის ჟონგა ღრძილებიდან, ლორწოვანიდან, საშვილოსნოდან. სისხლის საერთო ანალიზი გვეხმარება დიაგნოზის დადგენაში. ქრონიკული ლეიკოზის დროს სისხლის დენა აღინიშნება ტერმინალურ პერიოდში, მაშინ როდესაც დიაგნოზი უკვე დიდხნის დადგენილია.

დიაგნოზური მნიშვნელობა აქვს რენტგენოლოგიური გამოკვლევის და გასტროსკოპიის ჩატარებას.

რენტგენოლოგიური გამოკვლევა უნდა დაიწყონ გულმკერდის და მუცლის ღრუს მიმოხილვითი რენტგენოლოგიური გამოკვლევით, ამან შეიძლება გამოავლინოს ღვიძლისა და ელენთის სიდიდე და შესაბამისად ამ ორგანოს პათოლოგია. კუჭსა და ნაწლავებში სისხლის კოტების არსებობა გამოვლინდება ამ ორგანოების პნევმატოზით. მასიური სისხლის დენის დროს მიმართავენ ჰემპტონის მეთოდს (ავადმყოფს იკვლევენ მწოლიარეს, პალპაციის გარეშე). ანდა მ. სალმანის



მეთოდს (რენტგენოლოგიურად აშუქებენ ნახევრად ვერტიკალურ მდგომარეობაში, მუტელის წინა კედლის მსუბუქი პალპაციით). სისხლის დენის მწვავე პერიოდში რენტგენოლოგიური მეთოდი კარგი სადიაგნოსტიკო საშუალებაა, მაგრამ გამოცდილი რენტგენოლოგიც კი ყოველთვის ვერ ადგენს ზუსტ დიაგნოზს. წყლულის ამოცნობა ძნელია მაღალი მდებარეობის გამო — კარდიულ ნაწილში, ანდა იმის გამო, რომ წყლულის კრატერი სავსეა სისხლის კოაგულებით. რენტგენოლოგიურად შეიძლება წყლულის გამოვლინება. მაგრამ იგი სისხლმდენია თუ არა ეს ვერ ღვინდება. რენტგენოლოგიური გამოკვლევით ძნელია მწვავე წყლულის, ეროზიული და ქემორაგიული გასტრიტის, მელორი-ვეისის სინდრომის გამოვლინება.

საყლაპავი მილიდან, კუჭიდან და თორმეტგოჯა ნაწლავიდან სისხლის დენის მიზეზის დასადგენად დღეს უპირატესობას აძლევენ კვლევის ენდოსკოპიურ მეთოდს. უნდა აღენიშნოთ, რომ ფიბროგასტროდუიდენოსკოპიის ფართო დანერგვამ მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა და გააადვილა არა მარტო გასტროდუოდენური სისხლის დენის დიაგნოსტიკა, არამედ საშუალება მისცა ქირურგებს ოპერაციული ჩარევის უფრო ზუსტი კრიტერიუმებიც დაადგინონ.

ყველა ავადმყოფს, რომელიც ხვდება სტაკონარში გასტროინტერსტინური სისხლის დენით, უნდა ჩაუტარონ გადაუდებელი ფიბროდუოდენოსკოპია (თუ არ არის აბსოლუტური უკუჩვენება ამ გამოკვლევისთვის). მხედველობაშია მისაღები, რომ სწორედ სისხლის დენის პროცესში ჩატარებული გამოკვლევა უფრო ადვილად ავლენს სისხლის დენის მიზეზს. წყლულოვანი სისხლის დენის შემთხვევაში ენდოსკოპიით შეიძლება მიიღონ მონაცემები წყლულის ლოკალიზაციის, ოდენობის, სიღრმის, მისი კედლების მდგომარეობის, წყლულის ირგვლივ არსებული ლორწოვანის ცვლილებების შესახებ, შეიძლება დაეადგინოთ სისხლის დენა შეჩერებულია თუ გრძელდება, სისხლის დენის სიძლიერე, ხასიათი.

მხოლოდ ფიბროენდოსკოპიას შეუძლია გამოავლინოს ზერელე მწვავე წყლული, სისხლმდენი ეროზია. მელორი-ვეისის სინდრომი, ენდოსკოპიური მონაცემები აზუსტებს საყლაპავი მილის პათოლოგიას (ვარაუდობული ვენები, რეფლექს-ეზოფაგაგითი, სიმსივნური პროცესი), კუჭის წყლულის მალიგნიზაციას, სისხლის დენას პოლიპიდან. სისხლის დენის მიზეზის დასადგენად ფიბროენდოსკოპიური კვლევა გაცილებით უფრო ინფორმატიულია, ვიდრე რენტგენოლოგიური გამოკვლევა.

ფიბროსკოპიის აბსოლუტური უკუჩვენებაა მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი, ტვინის სისხლის მიმოქცევის მოშლა, გულის ნაკლოვანება, მძიმე ხარისხის კომური მდგომარეობა, შოკი, პერიტონიტი.

პორტული ჰიპერტენზიის დასაზუსტებლად რეკომენდებულია

სპლენოპორტოგრაფია და სპლენომანომეტრია. სპლენომანომეტრიის დროს ადგილობრივი ანესთეზიით ახორციელებენ გადიდებული ელენთის პუნქციას. ნემსს უერთებენ ვალდმანის აპარატს და ზომავენ ელენთისშიგა წნევას წყლის სვეტის სიმაღლით. ელენთისშიგა წნევა პორტული წნევის იდენტურია. წნევის გაზომვის შემდეგ ამავე ნემსით ელენთაში შეყავთ საკონტრასტო ნივთიერება და ახორციელებენ სერიულ რენტგენოგრაფიას. ვლინდება კონტრასტის გადასვლა კარის ვენის სისტემაში, ღვიძლშიგა ვენებში. ღვიძლშიგა ვენების კალაპოტის შემცირება, დავიწროება ღვიძლშიგა ბლოკის დამადასტურებელია (ღვიძლის ციროზი).

სისხლის დენის მიზეზის დადგენას ხელს უწყობს ღვიძლის რადიოიზოტოპური სკანირება. გამოკვლევამ შეიძლება გამოავლინოს ღვიძლის ციროზი, ღვიძლის სიმსივნე, ღვიძლშიგა ტრავმული ჰემატომა. ღვიძლის რადიოიზოტოპურ სკანირებას მიმართავენ სისხლის დენის შეჩერების შემდეგ.

ღვიძლშიგა ტრავმული ჰემატომის დადგენა შეიძლება ღვიძლის ექოსკანირებით. ეს გამოკვლევა შეიძლება ჩაატარონ სისხლის დენის პროცესში.

### გასტროინფეხსინური სისხლის დენის მაჰრანალოგა

წყლულოვანი ეტიოლოგიის გასტროდუოდენური სისხლის დენის მკურნალობა გადაუდებელი ქირურგიის ერთ-ერთი ურთულესი პრობლემაა. ათეული წლების მანძილზე გრძელდებოდა დავა კონსერვატიული მკურნალობისა და აქტიური ქირურგიული ჩარევის მომხრეთა შორის. ამ საკითხის დამუშავებაში დიდი ღვაწლი მიუძღვით ს. ს. იუდინსა და ნ. ვ. სკლიფოსოვსკის სახელობის მოსკოვის სასწრაფო დახმარების ინსტიტუტის მთელ კოლექტივს.

გადაუდებელმა ფიბროენდოსკოპიამ ამ დავას საფუძველი გამოაცალა. მკურნალობის ტაქტიკის შერჩევაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს გადაუდებელი ფიბროენდოსკოპიით მიღებულ მონაცემებს.

გადაუდებელი ფიბროენდოსკოპიით მიღებული მონაცემების საფუძველზე შეიძლება ამა თუ იმ კონსერვატიული ღონისძიების მიზანშეწონილობის შეფასება. ასე, მაგალითად, თუ დადგენილია არტერიული სისხლის დენა მსხვილი აროზირებული არტერიიდან, კონსერვატიული მკურნალობის ცდა გაუმართლებელია. უნდა გადაწყდეს ოპერაციის საკითხი, ასევე გაუმართლებელია კონსერვატიული ღონისძიებების ჩატარება, თუ დაადგენენ ღრმა კრატერის მქონე კალო-

ზურ წყლულს, ფსკერზე ფხვიერი კოლტით. ამ შემთხვევაში არსებობს სისხლის დენის განახლების რეალური საშიშროება და ამიტომ გამართლებულია სასწრაფო ოპერაცია ჰემოდინამიკური მაჩვენებლების ოპერაციისწინა კორეგირების შემდეგ.

რასაკვირველია, ენდოსკოპიურ მონაცემებთან ერთად გასათვალისწინებელია სხვა მონაცემებიც, გარკვეული მნიშვნელობა აქვს აუადმყოფის ასაკს. ხანში შესულ აუადმყოფთათვის მათი სისხლძარღვთა სკლეროზული ცვლილებების გამო ჰემოსტაზური მკურნალობა ნაკლებ საიმედოა, ვიდრე ახალგაზრდათვის. სისხლის დენის განმეორება ოპერაციის ჩვენებაა. თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულიდან სისხლის დენა უფრო ადვილად ჩერდება, ვიდრე კუჭის წყლულიდან, ამიტომ კუჭის წყლულიდან სისხლის დენის შემთხვევაში საჭიროა დროული ოპერაცია. მხედველობაშია მისაღები დაკარგული სისხლის რაოდენობაც. თუ ცირკულირებადი სისხლის დეფიციტი აღემატება 30%-ს, საჭიროა სასწრაფო ოპერაციული ჩარევა.

გადაუდებელ ენდოსკოპიას აქვს არა მარტო სადიაგნოზო, არამედ სამკურნალო მნიშვნელობაც. სათანადო შემთხვევებში შეიძლება განახორციელონ სისხლის დენის ენდოსკოპიური შეჩერება — სისხლმდენი წყლულის ელექტროკოაგულაცია, ლაზერის სხივით ზემოქმედება, სამკურნალო საშუალებების (ამონოკაპრონმჟავას, ტრასილოლის, კონტრიკალის) შეყვანა.

თუ სისხლის დენა აროზირებული მსხვილი არტერიის სანათურიდან არ არის, ენდოსკოპიით მიიღწევა სისხლის დენის შეჩერება. ამ დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს ენდოსკოპისტის გამოცდილებას.

აუადმყოფს ენიშნება ჰემოსტაზური საშუალებანი — დიცინონი, ვიკასოლი, ჰემოფობინი, ფიბრინოგენი, 10%-იანი კალციუმის ქლორიდი, ამინოკაპრონმჟავას ვენაში შეყვანას მნიშვნელობა აქვს მხოლოდ ჰემოსტაზის სისტემაში დარღვევის დროს.

უნდა ერიდონ წნევის აწევას, რადგან მოსალოდნელია თრომბის მოწყვეტა და სისხლის დენის განახლება, სიფრთხილით უნდა გადაწყვიტონ სისხლის გადასხმის საკითხი. მას როგორც ჰემოსტაზურ საშუალებას, დიდი მნიშვნელობა არა აქვს, რადგან აროზირებული არტერიიდან სისხლის დენას ის ვერ შეაჩერებს, ხოლო მსუბუქი სისხლის დენა სხვა საშუალებებითაც ჩერდება. ამიტომ სისხლი უნდა გადაუსხან ჰიპოქსიის აცილების მიზნით, სისხლის მასიური დაკარგვის შემთხვევაში ცირკულირებადი სისხლის დეფიციტის გათვალისწინებით (20%-ზე მეტი დეფიციტი — სისხლის გადასხმის ჩვენებაა). სიფრთხილვა საჭიროა სისხლის განმეორებითი გადასხმის დროს, რადგან მოსალოდნელია ჰიპოკოაგულაცია და სისხლის დენის განახლება. ყვე-

ლა შემთხვევაში უნდა გამოიყენონ ახალი, უმჯობესია ახლად აღებულ სისხლის გადასხმა.

მიზანშეწონილია ამინოკაპრონმჟავას დანიშვნა დასალევად. სუფრის კოვზით 6-ჯერ დღეში. ავადმყოფებს უნიშნავენ მეილენგრაჰტის ტიპის დიეტას, საკვებს აძლევენ ყოველ 2—3 საათში, კვების რაციონში შედის ფაფეულობა, უმარილო ყველი, ახალი თევზი, ყელე, პიურე, აუცილებელია წყლულოვანი დაავადების საწინააღმდეგო მკურნალობის ჩატარება. კარგ შედეგს იძლევა ციმეტიდინის (ტაგამეტი, ბელომეტი და სხვ.) ინიექციები, ანტაციდები — ალმაგელი, გასტროფარმი, ბორჯომის წყალი.

ავადმყოფებს, რომელთაც უტარებენ ზემოთ აღნიშნულ კონსერვატიულ მკურნალობას, ესაჭიროებათ მუდმივი მეთვალყურეობა — პულსის სისხირის, წნევის საათობრივი კონტროლი, ჰემატოლოგიური მაჩვენებლების ყოველდღიური შემოწმება, კოაგულოგრამის კონტროლი, თავიდანვე უნდა იყოს განსაზღვრული სისხლის ჯგუფობრიობა და რეზუს ფაქტორი. საჭიროების შემთხვევაში ახორციელებენ განმეორებით ფიბროენდოსკოპიას. სისხლის დენის განახლების შემთხვევაში საჭიროა გადაუდებელი ოპერაციული ჩარევა. თუ ენდოსკოპიის საშუალებით სისხლის დენა შეჩერდა და კონსერვატიული მკურნალობის ფონზე სისხლის დენა განახლდა, საჭიროა გადაუდებელი ოპერაციული ჩარევა. აქედან გამომდინარე, აღარ უნდა იყოს დავა იმის შესახებ, თუ რამდენ ხანს უცადონ კონსერვატიული მკურნალობის ეფექტს — 12, 24, 48 თუ 72 საათი. თუ სისხლის დენა ენდოსკოპიის საშუალებით ვერ შეჩერდა, კონსერვატიული მკურნალობის საკითხი საერთოდ არ უნდა წამოჭრან. ასე უნდა გადაწყვიტონ საკითხი, თუ არ არის ოპერაციის აბსოლუტური უკუჩვენება — მიოკარდიუმის ინფარქტი, ტვინის სისხლის მიმოქცევის მწვავე მოშლილობა, გულის III ხარისხის დეკომპენსაცია და სხვ.

კონსერვატიული მკურნალობის ეფექტიანობის შემთხვევაში საჭიროა წოლითი რეჟიმი 8—10 დღე, 2—3 კვირის შემდეგ ჰემატოლოგიური მაჩვენებლების სრული აღდგენის პირობებში სასურველია რადიკალური ოპერაციის გაკეთება.

კონსერვატიული (ენდოსკოპიური, მედიკამენტური) მკურნალობის შედეგად წყლულოვანი სისხლის დენა უჩერდება ავადმყოფთა 80—90%-ს. ავადმყოფთა 10—20%-ს ესაჭიროება გადაუდებელი ოპერაციული მკურნალობა სისხლის დენის პროცესში.

წყლულოვანი გასტროდუოდენური სისხლის დენის დროს უპირატესობა უნდა მიეცეს კუჭის რეზექციას. კუჭის წყლულიდან სისხლის დენის დროს, თუ წყლული მაღალი არ არის, რეზექციის ჩატარება არ არის ძნელი. კარდიული და სუბკარდიული ლოკალიზაციის შემთხვე-

ვაში რეზექცია შეიძლება დიდ ტექნიკურ სიძნელესთან იყოს დაკავშირებული. ასეთი წყლული ხშირად პენეტრირებულა პანკრეასის სხეულში, ღვიძლის მარცხენა წილში. საჭირო ხდება მცირე სიმრუდის მთლიანი მოცილება. კუჭის რეზექცია კიბისებურად ხორციელდება. ტექნიკური სიძნელების გამო იძულებით კეთდება ასეთი წყლულის გამოთიშვა. წყლულის ირგვლივ წინა-უკანა კედლის ამოკერვა, ნაკლებად გამართლებულია ასეთი ლოკალიზაციის წყლულის ამოკვეთა, რადგან ის რეზექციასე ადვილი შესასრულებელი არ არის.

რთულია ოპერაციული ჩარევის სახის შერჩევა თორმეტგოჯა ნაწლავის სისხლმდენი წყლულის დროს. არც თუ იშვიათად წყლულის დაბალი ნეკროზის გამო. (ბოლქვის ქვემოთ) მისი ამოკვეთა ან დიდ ტექნიკურ სიძნელესთან არის დაკავშირებული, ან შეუძლებელია. თუ მოხერხდა დაბალი, პანკრეასში პენეტრირებული კალოზური წყლულის მოცილება, ძნელია თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის საიმედოდ დახურვა. ტაკვის დახურვის მრავალი წესის არსებობის მიუხედავად, გამორიცხული არ არის ტაკვის უკმარისობის განვითარება. ამას ხელს უწყობს ნაწიბუროვნად შეცვლილი ქსოვილები, ჰიპოქსიის გამო პლასტიკური უნარის დაქვეითება. ტაკვის დახურვის დროს უპირატესობას აძლევენ ნისენის და ს. ს. იუდინის „ლოკოკინას“ წესს, მაგრამ ქირურგი ხშირად იძულებულია მიმართოს ატიპურ წესებს. ასეთი სიძნელის დროს და ტაკვის არასაიმედო დახურვის შემთხვევაში რეკომენდებულია ტაკვის ექსტრაპერიტონიზაცია (ო. მამამთავრიშვილი), რომელიც არ სპობს ტაკვის გახსნის შესაძლებლობას, მაგრამ იხსნის ავადმყოფს დიფუზური პერიტონიტისგან.

არ არის გამართლებული სისხლმდენი წყლულის დროს რეზექციის გაკეთება ფინსტერერის წესით წყლულის გამოთიშვით. ასეთი წყლულის დროს უმჯობესია ორგანოს შემნარჩუნებელი ოპერაცია — დუოდენოტომია, წყლულის ამოკერვა, პილოროპლასტიკა და ვაგოტომია. ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობის შემთხვევაში გამართლებულია დეროვანი ვაგოტომიის შესრულება, რომელიც ნაკლებ დროს საჭიროებს.

წარსულში სისხლმდენი წყლულის მოსაძებნად არცთუ იშვიათად საჭირო იყო ფართო გასტროდუოდენოტომია, ისიც არ იძლეოდა ყოველთვის სისხლმდენი წყლულის ლოკალიზაციის დადგენის შესაძლებლობას, განსაკუთრებით თუ საქმე ეხება მწვავე, ზედაპირულ წყლულს, ენდოსკოპიის გამოყენების პირობებში ასეთი საჭიროება თითქმის არ არსებობს. საჭიროების შემთხვევაში ფიბროენდოსკოპია შეიძლება განახორციელონ საოპერაციო მაგიდაზეც. აღსანიშნავია ისიც, რომ არაოპერირებული სისხლძარღვის ამოკერვა წყლულის კრატერში ადვილი არ არის. წყლულის ფსკერი ნაწიბუროვნად არის

შეცვლილი. მასში ნემსის მოტრიალება ძნელია, ამიტომ სისხლძარღვი უნდა ამოკერონ წყლულის გვერდებზე, სისხლძარღვის საპროექციო არეში. დუოდენოტომიურ განაკვეთს კერავენ განივად ჰეინე-მიკულის ჩის ან ფინეის წესით პილოროპლასტიკის მსგავსად.

სისხლის დენის პროცესში შესრულებული ოპერაციები დღესაც მაღალ ლეტალობას იძლევა. ოპერაცია უნდა გააკეთოს კუჭის ქირურგიაში გამოცდილმა ქირურგმა, სისხლის მასიური გადასხმის პირობებში (750,0—1 000,0 მლ).

### წვრილი ნაწლავის პირველადი წყლული

წვრილი ნაწლავის წყლული პირველად აღწერა ბეილიმ 1805 წელს, მეორადი წყლულისგან განსხვავებით, რომელიც რომელიმე ქრონიკული დაავადების (ტუბერკულოზის, სიმსივნის, რეგიონული ენტერიტის, ამილოიდოზის და ა. შ.) გართულებაა, წვრილი ნაწლავის პირველადი წყლული ლიტერატურაში ცნობილია, როგორც „უბრალო“, „პირველადი“, „არასპეციფიკური“, „იდიოპათიკური“, „პეპტიკური“, „ტროფიკული“, ტერმინი „უბრალო“ წყლული კრუველიემ შემოიღო 1830 წელს.

წვრილი ნაწლავის პირველადი წყლული ძალზე იშვიათია.

ეტიოლოგია და პათოგენეზი. წვრილი ნაწლავის პირველადი წყლულის ეტიოლოგია და პათოგენეზი ჯერჯერობით ცნობილი არ არის. არსებობს აზრი, რომ მისი მიზეზი შეიძლება იყოს ლორწოვანი გარსის მექანიკური დაზიანება, ადგილობრივ სისხლის მიმოქცევის დარღვევა (სპაზმი, თრომბოზი, ემბოლია), პროთეოლიზური ფერმენტების აქტივობის მომატება, ლორწოვანის დაზიანება ბაქტერიული ტოქსინებით, კუჭის ლორწოვანის და პანკრეასის ქსოვილის დისტოპია, ნერვულ-რეფლექსური და ენდოკრინული რეგულაციის დისბალანსი, ზოგიერთი სამკურნალწამლო ნივთიერების გამოყენება. აღწერილია შემთხვევები, როდესაც წვრილ ნაწლავში წყლული განვითარდა პრედნიზოლონის, კალიუმის მარილების და სხვა პრეპარატების მიღების შემდეგ.

პათოლოგიური ანატომია. პირველადი წყლული ძირითადად ვითარდება წვრილი ნაწლავის დისტალურ და პროქსიმალურ ნაწილებში. წყლული ერთია, იშვიათად მრავლობითი. წყლულს აქვს ოვალური ფორმა, დიამეტრი შეიძლება იყოს 0,2—1,0 სმ. წყლული მდებარეობს ჯორჯლის მიმაგრების მოპირდაპირე მხარეს. მიკროსკოპული შესწავლით გამოვლინდება ნაწლავის კედლის ანთებითი ინფილტრატი, სისხლძარღვთა თრომბოზი. დაავადების ხანგრძლივად

მიმდინარეობისას ვითარდება ფიბროზული ქსოვილი, რომელიც იწვევს ნაწლავის კედლის გასქელებას და სანათურის შევიწროებას.

**ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა.** წვრილი ნაწლავის პირველადი წყლულის გაურთულებელი ფორმის შემთხვევაში ავადმყოფი აღნიშნავს მუცელში პერიოდულად ტკივილს, რომელიც იწყება ჰამიდან 3—4 საათში, უფრო ხშირად უბეში და ცხარე საკვების მიღების შემდეგ. მღივი ნაწლავის წყლულის დროს ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში ან მუცლის მარცხენა ნახევარში, თეძოს ნაწლავის წყლულის დროს — ჰიპის არეში ან მუცლის მარჯვენა ქვედა კვადრანტში. მუცლის პალპაციით წყლულის ლოკალიზაციის შესაბამისად შეიძლება გამოვლინდეს უმნიშვნელო რეზისტენტობა და მტკივნეულობის მომატება.

ლაბორატორიული გამოკვლევით შეიძლება გამოვლინდეს ფარული სისხლის დენა, ანემია, ხშირად დაავადების პირველადი გამოვლინება პერფორაცია, იშვიათად — სისხლის დენა, ნაწლავთა მწვავე გაუფალობა.

**მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა.** ძნელია წვრილი ნაწლავის წყლულის როგორც გართულებული, ისე გაურთულებელი ფორმის დიაგნოსტიკა. ჩვეულებრივ, ოპერაციას აკეთებენ რომელიმე ზემოთ მოყვანილი გართულების, უფრო ხშირად მწვავე მუცლის ან პერიტონიტის დიაგნოზით. ახორციელებენ წვრილი ნაწლავის დაზიანებული უბნის რეზექციას. პერფორაციის შემთხვევაში შესაძლებელია პერფორირებული უბნის ამოკერვა.

## წვრილი ნაწლავის მწვავე წყლული

60-იან წლებამდე ნაწლავის მწვავე წყლულს იშვიათად მიიჩნევდნენ, რაც დიაგნოზური სიძნელით იყო განპირობებული.

**ე ტ ი ო ლ ო გ ი ა** და **პ ა თ ო გ ე ნ ე ზ ი.** წვრილი ნაწლავის მწვავე წყლულის ეტიოლოგია და პათოგენეზი უცნობია. მნიშვნელობა ენიჭება ტრავმას, ინფექციას, დამწვრობას, წვრილ სისხლძარღვთა თრომბოზსა და ემბოლიას, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ატონიას, ნერვული სისტემის დაავადებებს. მისი მიზეზია გულ-სისხლძარღვთა და ფილტვის ქრონიკული დაავადებანი, ზოგიერთი სამკურნალო ნივთიერების გამოყენება.

წყლულის განვითარების მიზეზი შეიძლება იყოს სტრესი. ამ დროს დიდი რაოდენობით სტეროიდული ჰორმონები გამოიყოფა, ირღვევა ლორწოვანი გარსის დამცველობითი ფუნქცია. გლუჯოკორტიკოიდების ულცეროგენულ მოქმედებას მოწმობს ის ფაქტი, რომ გაიზარდა მწვავე წყლულის შემთხვევები ისეთი სტრესული მდგომარეობის შემ-

თხვევაში, როგორცაა ოპერაციული ჩარევა, ტრავმა, სხეულის დამწვრობა, გულის კუნთის ინფარქტი. მწვავე წყლული ვითარდება ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლიის, ანაეროზული სეფსისის ელვისებური ფორმის, თავის ქალას ტრავმის, მწვავე ფსიქოზის შემთხვევაში.

**ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა და მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა.** წვრილი ნაწლავის მწვავე წყლულის კლინიკური ნიშნებიდან აღსანიშნავია სპაზმური ტკივილი მუცლის არეში, გულისრევა, ღებინება, ფაღარათი, სისხლის დენა.

წვრილი ნაწლავის მწვავე წყლული მიმდინარეობის მიხედვით იყოფა ორ ჯგუფად: გაურთულებელი და გართულებული. გაურთულებელი მწვავე წყლულის დიაგნოსტიკა ძნელია კლინიკური ნიშნების სიღარიბის გამო. იგი შეიძლება მიმდინარეობდეს მწვავედ, უსიმპტომოდ და ატიპურად. ამ უკანასკნელ შემთხვევაში იგი ვლინდება სანაღვლე გზების, გულის დაავადების სიმპტომატოლოგიით და ბოლოს, ამა თუ იმ გართულებით. გართულებიდან აღსანიშნავია პერფორაცია და სისხლის დენა.

კვლევის რენტგენოლოგიური მეთოდი მწვავე წყლულის დიაგნოსტიკისთვის ნაკლებეფექტურია.

წვრილი ნაწლავის მწვავე წყლულის პერფორაციის დროს მუცლის ღრუს ამა თუ იმ ნაწილში ვითარდება მწვავე ტკივილი, რომელიც ვრცელდება მთელ მუცლის ღრუში, უმთავრესად მის ქვედა ნახევარში, ხშირად ტკივილი თავიდანვე დიფუზური ხასიათისაა. ამ გართულების დიაგნოსტიკა ძნელია, ავადმყოფთა დიდ ნაწილს ოპერაციას უკეთებენ „მწვავე მუცლის“ დიაგნოზით.

წყლულის პერფორაციის დროს მიმართავენ ამოკერვას, ნაწლავის რეზექციას, დიფუზური პერიტონიტის შემთხვევაში პერფორირებული არე შეიძლება გამოიყენონ ენტეროსტომისთვის.

## **წვრილი ნაწლავის ტიფური წყლულის პერფორაცია**

მუცლის ტიფის დროს წვრილ ნაწლავში ვითარდება წყლული, რომელმაც შეიძლება განიცადოს პერფორაცია ან გართულდეს სისხლის დენით. უკანასკნელი წლების განმავლობაში დაავადების კლასიკური მიმდინარეობა შეიცვალა, შემცირებულია დაავადების სიხშირე, მაგრამ ტიფური წყლულის პერფორაციის სიხშირე ისევ მაღალია და ამ დაავადების დროს სიკვდილის ძირითადი მიზეზია.

მუცლის ტიფის ატიპური მიმდინარეობის დროს პერფორაციაც ატიპურად მიმდინარეობს. ხშირად ყოვნდება ავადმყოფის გადაყვანა



ინფექციური განყოფილებიდან (სადაც ის დაკვირვების ქვეშ იმყოფება) ქირურგის კონსულტაციის შემდეგაც. პერფორაცია უფრო ხშირია მამაკაცებში. დაავადების რეციდივის დროს პერფორაცია ვითარდება შემთხვევათა დაახლოებით 18—20%-ში, რაც განპირობებულია ანტიბიოტიკებით მკურნალობის არასრულყოფილად ჩატარებით და რეციდივის გახშირებით.

პერფორაციის დროს ერთ-ერთი ძირითადი დამახასიათებელი ნიშანია ტკივილი მუცლის არეში, მაგრამ მუცლის ტიფის დროს იგი არ არის მძაფრი, ლოკალიზდება ილეოცეკალურ არეში და ჰიპოგასტრიუმის არეში. ამბულატორიული ფორმის ზრდასთან ერთად მატულობს დიაგნოზური შეცდომებიც, ხშირად შეცდომით აღგენენ მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზს და აკეთებენ აპენდექტომიას.

ტიფური წყლულის პერფორაციის დროს ლეიკოციტების რაოდენობა სისხლში არ მატულობს, თუმცა ლეიკოციტურ ფორმულაში შეიმჩნევა ნეიტროფილოზი, მოსალოდნელია ლეიკოციტების რაოდენობამაც მოიმატოს. მაგრამ უმნიშვნელოდ, ზოგჯერ შეიმჩნევა ლეიკლის მოყრუების საზღვრების გაქრობაც.

მკურნალობა. წვრილი ნაწლავის ტიფური წყლულის პერფორაციის მკურნალობა ოპერაციულია. მიმართავენ წყლულის ამოკერვას. თუ ნაწლავის კედელი გასქელებულია, ტლანქია, ნაკერების უკმარისობის ასაცილებლად მიზანშეწონილია ნაწლავის სეგმენტური რეზექცია. ნაწლავის რეზექცია აღრე რეკომენდებული იყო მხოლოდ წვრილი ნაწლავის მრავლობითი პერფორაციის დროს. ნაწლავის რეზექცია გამართლებულია მრავლობითი წყლულის დროსაც. შერთულს აკეთებენ პირით-პირში ან გვერდ-გვერდით. მუცლის ღრუში უნდა ჩატოვონ დრენაჟი. ოპერაციის შემდეგ ტარდება ყველა ღონისძიება დიფუზური პერიტონიტის სამკურნალოდ.

ტიფოზური პერფორაციის დროს ლეტალობა მაღალია და 65%-ს აღწევს.

სისხლის დენა ტიფის დროს. მუცლის ტიფის მძიმე ფორმების შემცირებასთან ერთად იკლო სისხლის დენის სიხშირეც. იგი ვლინდება 1-დან—10%-მდე შემთხვევაში. მისი მკურნალობა კონსერვატიულია. ავტორთა ნაწილი სისხლის დენის რეციდივსაც არ მიიჩნევს ოპერაციის ჩვენებად.

### კრონის დაავადება

კრონის დაავადება ცალკე ნოზოლოგიურ ერთეულად გამოყვეს 1932 წელს. მას შემდეგ, რაც კრონმა და თანაავტ. იგი აღწევს „რეგონული ენტერიტის“ სახელწოდებით. ამ დაავადებას ტერმინალურ

ილიეტსაც უწოდებენ, იმიტომ უწოდებენ, რომ კეთილთვისებიანი წარმოშობის გრანულომებით დაზიანებას განიცდის წვრილი ნაწლავის ტერმინალური ნაწილი, თუმცა შემდგომმა გამოკვლევებმა გააჩვენა, რომ შეიძლება დაზიანდეს საყლაპავი მილიც, კუჭი, თორმეტგოჯა ნაწლავიც, წვრილი ნაწლავის სხვა ნაწილებიც, მსხვილი ნაწლავიც, ე. ი. საკმლის მომნელებელი ტრაქტის ნებისმიერი ნაწილი, პირის ღრუდან დაწყებული სწორ ნაწლავამდე.

ლიტერატურაში ამ დაავადებას იხსენიებენ სინონიმებით — მეზო-ილიტი, ფლეგმონული ენტერიტი, რეგიონული ენტერიტი, ტერმინალური ენტერიტი, მასტენოზებელი ენტერიტი, სეგმენტური ილიტი და სხვ.

ეტიოლოგია და პათოგენეზი. კრონის დაავადების ეტიოლოგია და პათოგენეზი საბოლოოდ დადგენილი არ არის. ზოგიერთი ავტორი აღნიშნავს, რომ კრონის დაავადება გვხვდება ფილტვის ტუბერკულოზის დროს. საკმლის მომნელებელი ტრაქტის ტუბერკულოზის მიკობაქტერიების მსგავსი მიკრობებით დაზიანება ჰგავს კრონის დაავადების მწვავე ფორმას. ავტორთა ნაწილი მას განიხილავს, როგორც ბაქტერიული დიზენტერიის ერთ-ერთ ფორმას, იგი მიაჩნიათ ვირუსულ, აუტოიმუნურ დაავადებად. გარკვეულ როლს ანიჭებენ ლიმფური ძარღვების დაზიანებას, მუცლის ტრავმას, ემოციურ ლაბილობას. ზოგიერთ ავტორს მიაჩნია, რომ მისი მიზეზია მწვავე და ქვემწვავე მეზენტერიული ლიმფადენიტი და ა. შ.

ეგზოგენური ფაქტორებიდან კრონის დაავადების ეტიოლოგიაში მნიშვნელობას აძლევენ ურბანიზაციის ფაქტორს, კვების თავისებურებას და სხვ.

პათოლოგიური ანატომია. კრონის დაავადებას ახასიათებს არასპეციფიკური გრანულომები, რომლებიც ნეკროზდებიან, წყლულდებიან. დაზიანებული ნაწლავის საზღვრები მკვეთრად შემოსაზღვრულია, გასქელებულია ლორწვევა შრის შეშუპების ხარჯზე, სეროზული გარსის ქვეშ მორუხო ფერის კვანძებია, შემდგომ ლორწოვანი გარსი წყლულდება, მასზე ნახულობენ ცრუ პოლიპურ წარმონაქმნებს. დაავადების ხანგრძლივად მიმდინარეობის შემთხვევაში დაზიანებული ნაწლავი ვიწროვდება ნაწიბურის განვითარების გამო.

ბიოფსირებული ქსოვილის მიკრომორფოლოგიური გამოკვლევით კრონის დაავადების დროს, ლორწოვანში და ლორწვევა შრეში აღინიშნება ლიმფოციტური ქსოვილის ჰიპერპლაზია და უჯრედული რეაქცია სარკოიდული გრანულების წარმოშობით. ინფილტრატი შეიცავს ლიმფოციტებს, პლაზმურ, პოლიმორფულ და ეოზინოფილურ უჯრედებს. კრონის გრანულომის ელექტრომიკროსკოპიულმა გამოკვლევებმა გამოავლინა, რომ იგი ძირითადად ლიმფოციტებისგან შედგება.

გრანულომის ცენტრში კი წარმოდგენილია ლანგჰანსის გიგანტური უჯრედები. გრანულომები ძირითადად გამოვლინებულია ნაწლავის ლორწოვანში, როგორც სუბმუკოზაში, ისე სეროზულ გარსში, აგრეთვე ზეგეონალურ ლიმფურ კვანძებში, კანში, ღვიძლის პარენქიმაში, შედარებით იშვიათად პირის ღრუს და კუჭის ლორწოვანში.

კლასიფიკაცია. სრულყოფილი კლასიფიკაცია რეკომენდებული იყო ამერიკელი გასტროენტეროლოგის ბოქსის (1976) მიერ:

1. ორალური დაზიანებით მიმდინარე კრონის დაავადება;
2. საყლაპავი მილის დაზიანებით მიმდინარე დაავადება;
3. კრონის დაავადება გამოვლინებული გასტრიტით და დუოდენიტით;
4. სეგმენტური, ანუ რეგიონული ეიუნიტი;
  - ა) ნაწლავის სოლიტარული დაზიანება;
  - ბ) ნაწლავის ორი ან მეტი სეგმენტის დაზიანება;
  - გ) ნაწლავის დიფუზური დაზიანება;
5. ილეიტით გამოვლინებული კრონის დაავადება; ტერმინალური ილეიტი; რეგიონული ანუ სეგმენტური ილეიტი;  
დიფუზური ილეიტი;
6. ეიუნო-ილეიტი;
  - ა) სეგმენტური;
  - ბ) დიფუზური;
7. კრონის დაავადებით განპირობებული ენტეროკოლიტი; ტერმინალური ილეიტი, კოლიტი ტრანსვერზიტით; ეიუნოილეიტი და პანკოლიტი გავრცელებული სწორ ნაწლავამდე;
8. კოლიტით მანიფესტირებული კრონის დაავადება;
9. ანალური არხის დაზიანებით მანიფესტირებული კრონის დაავადება;
10. პანრეგიონალური კრონის დაავადება, ამ დროს პათოლოგიურ პროცესში ჩართულია კუჭი, თორმეტგოჯა ნაწლავი, წვრილი და მსხვილი ნაწლავი.

კრონის დაავადების პირველადი ლოკალიზაციის ადგილი 80%-ში წვრილი და მსხვილი ნაწლავია. წვრილ ნაწლავში იზოლირებულად იგი შემთხვევათა 60%-ში გვხვდება, აქედან 90%-ში მის ტერმინალურ ნაწილშია ლოკალიზებული. შედარებით უფრო ხშირია წვრილი და მსხვილი ნაწლავის ერთდროული დაზიანება და იგი 17—40%-ს შეადგენს (მორსონი, 1972).

სიმპტომატოლოგია. გამოყოფენ კრონის დაავადების მწვავე და ქრონიკულ ფორმებს, მიმდინარეობის მიხედვით — 3 სტა-

დის; დასაწყისს, მკვეთრად გამოხატული კლინიკური ნიშნებისა და გართულებების სტადიას. ზოგიერთი ავტორის მიხედვით არსებობს 4 სტადია: 1. მწვავე ფორმა, რომელიც კლინიკური სურათით ჰგავს მწვავე აპენდიციტს, 2. წყლულოვანი ილეიტი, რომელიც გამოვლინდება მუცლის ჰვალით, ფაღარათით, სისხლიანი განავლით, 3. მასტენოზებელი ფორმა, რომელსაც ახასიათებს ქრონიკული გაუვალობის კლინიკური ნიშნები და 4. შიგნითა და გარეთა ფისტულების განვითარების სტადია.

კრონის დაავადების მწვავე ფორმა მიმდინარეობით ჰგავს მწვავე აპენდიციტს. ავადმყოფი უჩივის ტკივილს მუცლის არეში, განსაკუთრებით მარჯვენა ქვედა კვადრანტში, გულისრევას, ლებინებას, ტემპერატურის მომატებას, შემცივნებას. სისხლში მატულობს ნეიტროფილების რაოდენობა, ლეიკოციტების ფორმულა მარცხნივია გადახრილი, ედს მომატებულია. კრონის დაავადებისთვის მწვავე აპენდიციტისგან განსხვავებით ახასიათებს მეტეორიზმი, ფაღარათი, სისხლიანი განავალი, პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნები არ არის. ოპერაციის დროს ტერმინალური ილეიტის შემთხვევაში აღინიშნება წვრილი ნაწლავის ტერმინალური ნაწილის შეშუპება. ჰია ნაწლავი ცვლილებებს არ განიცდის. კრონის დაავადების მწვავე ფორმის დიაგნოსტიკა ძალზე ძნელია.

ქრონიკული ფორმის შემთხვევაში ვითარდება ზოგადი და ლოკალური სიმპტომები. ზოგად სიმპტომებს მიეკუთვნება ზოგადი ინტოქსიკაციის ნიშნები, საერთო სისუსტე, სწრაფი დაღლა, შრომის უნარის დაქვეითება, პერიოდულად ტემპერატურის მომატება, წონაში დაკლება, სახსრების ტკივილი. წვრილი ნაწლავის დიდი ნაწილის პროცესში ჩათრევის შედეგად ირღვევა საკვები პროდუქტების შეწოვა და გამოვლინდება ცხიმების, ცილების და ნახშირწყლების, ვიტამინების, ელექტროლიტების შეწოვის დარღვევით.

ცილების შეწოვის დარღვევა კრონის დაავადების საკმაოდ დამახასიათებელი ნიშანია. კლინიკურად იგი ფაღარათით, წონაში მკვეთრი დაკლებით, ჰიპოპროტეინემიით და უცილო შეშუპებით ელინდება. ნახშირწყლების შეწოვის დარღვევა უმეტეს შემთხვევაში მონოსაქარიდების და პოლისაქარიდების მონელების და შეწოვის დაქვეითებით მკლავდება. ცხიმების შეწოვის დარღვევა კრონის დაავადების დროს შესაძლებელია მალაბსორბციით და მალნუტრიციით გამოვლენდეს. განავალში ამ დროს სტეატორეაა გამოხატული.

ცილების შეწოვის დაქვეითების პირობებში ქვეითდება A, D, და K ვიტამინების და კალციუმის შეწოვა. ყოველივე ზემოაღნიშნული ოსტეოპოროზის, ოსტეომალაციის, ჰიპოპროტროპინემიის, ჰემორაგიის და ქათმის სიბრძავის საშიშროებას ქმნის.

რკინის შეწოვის დაქვეითებას თან სდევს რკინადეფიციტური ანემია. რაც გამოწვეულია თემოს ნაწლავის ტერმინალური ნაწილის დაზიანებით და B<sub>12</sub> ვიტამინის შეწოვის დაქვეითებით. კრონის დაავადების დროს არაიშვიათია აგრეთვე C და B ჯგუფის ვიტამინის შეწოვის დაქვეითებაც, რაც პელაგრის, სკორბუტის ან პოლინევრიტის სუბკლინიკური ნიშნებით ვლინდება.

ავადმყოფი უჩივის ყრუ ტკივილს მუცლის არეში, დასაწყისში პერიოდულად, შემდეგ გამუდმებით. ტკივილი მატულობს უხეში საკვების მიღების შემდეგ. თან სდევს ფაღარათი, განავალი თხიერი, შეიცავს ლორწოს, სისხლს. პროცესში კუჭის ჩათრევისას გამოვლინდება წყლულოვანი დაავადების კლინიკური სურათი, ხოლო მსხვილი ნაწლავის ჩათრევისას — წყლულოვანი კოლიტის ნიშნები.

კრონის დაავადებას თან სდევს მრავალი გართულება. რომელიც საჭიროებს ქირურგიულ მკურნალობას. ეს გართულებანი საკმაოდ ხშირია.

ამ დაავადებას სდევს ნაწლავის სანათურის შევიწროებაც, რასაც საფუძვლად უდევს ლორწქვეშა შრის ფიბროზი, ვითარდება ქრონიკული გაუვალობის კლინიკური სურათი. ასეთ ავადმყოფებს ოპერაციას უკეთებენ ნაწლავის სიმპიენის დიაგნოზით.

რენტული და პარარენტული ფისტულები წარმოიქმნება 12,2—50%-მდე შემთხვევაში. მოსალოდნელია შიგნითა ფისტულები თემოს ნაწლავსა და ბრმა ნაწლავს შორის, თემოს ნაწლავსა და მსხვილ ნაწლავს შორის, შესაძლებელია განვითარდეს გარეთა ფისტულა. ფისტულა ძნელად იხურება კონსერვატიული მეთოდებით, ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ კი მოსალოდნელია რეციდივი.

კრონის დაავადების დროს საკმლის მომწელებელი ტრაქტიდან შეიძლება დაიწყოს სისხლის დენა, რომლის ლოკალიზაციის დადგენა გაძნელებულია. იგი შეიძლება დაავადების პირველი გამოვლინება იყოს. სისხლის დენა არ არის დამოკიდებული ავადმყოფის ასაკზე, კორტიკოსტეროიდების მიღების ხანგრძლივობაზე და იშვიათად ხდება ოპერაციული მკურნალობის მიზეზი.

კრონის დაავადების დროს პერფორაცია იშვიათი გართულებაა. იგი ვითარდება კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობის ფონზე, რის გამოც გაძნელებულია მისი დიაგნოსტიკა, სუსტადაა გამოხატული ტემპერატურული რეაქცია, ტაქიკარდია, ინტოქსიკაციის მოვლენები, არ არის „მწვავე მუცლის“ კლასიკური ნიშნები.

კრონის დაავადების დროს ნაწლავის დაზიანებულ უბანში ზოგჯერ ვითარდება ადენოკარცინომა, შემთხვევათა მცირე ნაწილში ამოლიდოზი.

ლ ა ბ ო რ ა ტ ო რ ი უ ლ ი გ ა მ ო კ ე ლ ე ვ ა. კრონის დაავადების

დროს აღინიშნება ჰიპოქრომული ანემია, იშვიათად ნეიტროფილური ლეიკოციტოზი, ედს მომატებულია, ვლინდება ჰიპოპროტეინემია, ჰიპოალბუმინემიის ხარჯზე, ჰიპოპროთრომბინემია, ჰიპოკალიემია, ჰიპოკალციემია. წვრილი ნაწლავის დიფუზური დაზიანებისას განავალში დიდი რაოდენობითაა ცხიმი, ცხიმოვანი მკვებები.

**რენტგენოღიაგნოსტიკა.** კრონის დაავადების მწვავე ფორმის შემთხვევაში რენტგენოლოგიურად გამოვლინდება დაზიანებული სეგმენტის ლორწოვანის ნაოქების გასქელება, ქრონიკული ფორმის შემთხვევაში რენტგენოლოგიური სურათი დამოკიდებულია მისი განვითარების ფაზაზე. დაავადების დასაწყისში დაზიანებული ნაწლავის რელიეფი სადაა, რიგიდული, ნაწლავის მარყუქი კარგავს ნორმალურ სპირალისებრ მდგომარეობას, იგი გასწორებულია, დაზიანებულ ნაწილში ლორწოვანის შეშუპების გამო ნაწლავის სანათური შევიწროებულია.

**დიფერენციული დიაგნოზი.** კრონის დაავადების მწვავე ფორმის შემთხვევაში დიფერენციული დიაგნოსტიკა საჭიროა — მწვავე აპენდიციტის, მწვავე მეზენტერიტის, ქრონიკული ფორმის შემთხვევაში კი — ლიმფოგრანულომატოზის, ნაწლავის სარკომის, ნაწლავის ტუბერკულოზის, წვრილი ნაწლავის კეთილთვისებიანი სიმსივნის, კოლიტის, დივერტიკულოზის გამოსარიცხად.

**მიმდინარეობა და პროგნოზი.** დაავადება მიმდინარეობს ხანგრძლივად, წლების განმავლობაში. დასაწყისში შეიძლება მიმდინარეობდეს უსიმპტომოდ, ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ავადმყოფებს შენარჩუნებული აქვთ შრომის უნარი. ნაწლავის რაც უფრო დიდი ნაწილია დაზიანებული, მით უფრო მეტად არის იგი კლინიკურად გამოხატული.

**მკურნალობა.** კრონის დაავადების მწვავე და ქრონიკული გაურთულებელი ფორმების შემთხვევაში რეკომენდებულია კონსერვატიული მკურნალობა. მწვავე სტადიაში ავადმყოფს პირველ დღეებში უნიშნავენ მშვიდ დიეტას, ინტრავენურად 5%-იან გლუქოზას, ფიზიოლოგიურ ხსნარს, უტარებენ ანტიბიოტიკოთერაპიას. ქრონიკული ფორმის შემთხვევაში დიეტა იგივეა, რაც ქრონიკული ენტერიტის დროს.

მედიკამენტური მკურნალობა გულისხმობს ვიტამინების, ანტიბიოტიკების, კორტიკოსტეროიდების, იმუნოდეპრესანტების გამოყენებას და სიმპტომურ მკურნალობას. ანტიბიოტიკების გამოყენება კრონის დაავადების დროს არაეფექტურია, მაგრამ ჩირქოვანი გართულებების აცილების მიზნით ავადმყოფს უნიშნავენ 7 დღის განმავლობაში (პენიცილინს, მეტაციკლინს, ამპიცილინს), სულფამიდებს — სალაზოპირინს — 6—8 გ-ს დღე-ღამეში ან სულფაპირიდაზინს, კარგ შედეგს

იძლევა აქტს და გლუკოკორტიკოსტეროიდები. აქტს-ს უნიშნავენ 20—30 ერთეულს დღე-ღამეში მდგომარეობის გაუმჯობესებამდე, შემდეგ დოზას ამცირებენ.

ქირურგიული მკურნალობა რეკომენდებულია გართულებული ფორმების შემთხვევაში, აგრეთვე ქრონიკულად მიმდინარეობის ისეთი ფორმის შემთხვევაში, როდესაც იგი პროგრესულობს, რეზისტენტულია სტეროიდული თერაპიისადმი, გავლენას ახდენს ზრდაზე. სქესობრივ განვითარებაზე. ოპერაციის წინ ავადმყოფებს უნიშნავენ ან-ანტიბიოტიკებს, სტეროიდულ ჰორმონებს, ანტიბაქტერიულ პრეპარატებს (სალაზოპირინს), ნაწლავში ანთებითი პროცესის საწინააღმდეგოდ, რის შემდეგ ახორციელებენ რეზექციას სალი ქსოვილის ფარგლებში შესაბამის ჯორჯალთან ერთად.

კრონის დაავადების მწვავე ფორმის შემთხვევაში ავადმყოფებს განყოფილებაში შეეცდომით ათავსებენ მწვავე აპენდიციტით და ოპერაციას უკეთებენ ამავე დიაგნოზით.

კრონის დაავადების დროს, როდესაც იგი გართულებულია სისხლის დენით და არ ექვემდებარება კონსერვატიულ მკურნალობას, საჭიროა წვრილი ნაწლავის რეზექცია სისხლმდენ უბანთან ერთად. პერფორაციის დროს მხოლოდ პერფორირებული ხერხლის გაკერვა ან გაკერვასთან ერთად შერთულის დადება წვრილ ნაწლავსა და განიც კოლინჯს შორის ან წვრილი ნაწლავის მარყუქებს შორის, შესაძლებელია დაზიანებული უბნის ამოკვეთა. ფისტულის დროს საჭიროა ნაწლავის ფართო რეზექცია ფისტულასთან ერთად რეციდივის აცილების მიზნით.

პირველ ხანებში კრონის დაავადების დროს უპირატესობას აძლევდნენ დაზიანებული უბნის გამოთიშვას. თანამედროვე პირობებში ოპერაციის არჩევით მეთოდად მიაჩნიათ დაზიანებული უბნის რეზექცია. წვრილი ნაწლავის დაზიანებული უბნის რეზექციის დროს უნდა ამოკვეთონ სალი ნაწილიც 30—50 სმ მანძილზე. აუცილებელია მეზენტერიული ლიმფური კვანძების ამოკვეთა, რომლებიც შეიძლება რეციდივის მიზეზი გახდნენ, თუმცა ლიმფური კვანძების ამოკვეთის აუცილებლობა გადაწყვეტილი არ არის.

კრონის დაავადების დროს ოპერაციის შემდგომი ლეტალობა მაღალია, 3,4—28%-ს შეადგენს.

### ნაწლავთა მწვავე გაუვალობა

მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიულ დაავადებათაგან ერთ-ერთი უმძიმესი დაავადებაა ნაწლავთა მწვავე გაუვალობა, რომელიც დიდ სიკვდილიანობას იწვევს. იგი მწვავე ქირურგიულ დაავადებათა 1,2—

9,4%-ს შეადგენს (დ. პ. ჩუხრიენკო, 1958, ი. ი. ტანასიენკო და თანავეტ. 1980), ხოლო მწვავე ქირურგიულ დაავადებათა გამო ლეტალობის 40%-მდე ამ დაავადებაზე მოდის (ვ. ი. სტრუჩკოვი, 1976).

კლასიფიკაცია. დაახლოებით 100 წლის წინ ვალმა ნაწლავის გაუვალობა გაყო ორ ჯგუფად — სტანგულაციურ და ობტურაციულ გაუვალობად. აღნიშნულის შემდეგ გაუვალობის მრავალი კლასიფიკაცია შემუშავეს.

პრაქტიკული თვალსაზრისით მოსახერხებელია გაუვალობის შემდენი კლასიფიკაცია.

I. დინამიკური (ფუნქციური) გაუვალობა:

1. სპაზმური, 2. პარალიზური.

II. მექანიკური გაუვალობა:

1. ობტურაციული (სიმსივნით, უცხო სხეულით, განავლოვანი ან ნაღვლის კენჭით, ფოტობეზოარით, ქიების გორგლით, კობროსტაზით), 2. სტრანგულაციური (შემოგრება, კვანძი, შიგნითა გაჭედვა), 3. შერეული (ინვაგინაცია, შეხორცებითი გაუვალობა).

კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით არჩევენ ნაწილობრივ და სრულ გაუვალობას, გაუვალობა შეიძლება იყოს მწვავე და ქრონიკული, დაბრკოლების ლოკალიზაციის მიხედვით — მაღალი და დაბალი.

სტრანგულაციური გაუვალობის დროს ნაწლავის შიგთავსის გადაადგილების შეწყვეტასთან ერთად აღინიშნება ჯორჯლის სისხლძარღვებსა და ნერვებზე ზეწოლა, ობტურაციული გაუვალობის დროს ნაწლავის სანათურის დახშობას დასაწყისში არ მოსდევს სისხლის მიმოქცევის მოშლა.

როგორც კლასიფიკაციიდან ჩანს, ინვაგინაცია და შეხორცებითი გაუვალობა ცალკე ჯგუფად არის გამოყოფილი. ყველა ავტორი მათ აკუთვნებს გაუვალობის შერეულ ფორმას და მიაჩნიათ, რომ ისინი შეიცავენ როგორც ობტურაციული, ასევე სტრანგულაციური გაუვალობის კომპონენტებს, ე. ი. გაუვალობის ამ ფორმების შემთხვევაში ვლინდება როგორც სანათურის დახშობა, ასევე ნაწლავის სისხლის მიმოქცევის მოშლა. ეს რომ ასე ყოფილიყო, საკირო აღარ იქნებოდა ინვაგინაციისა და შეხორცებითი გაუვალობის ცალკე ჯგუფად გამოყოფა. რადგან სანათურის ობტურაციისა და ნაწლავის სისხლის მიმოქცევის ერთდროული არსებობა გულისხმობს გაუვალობის სტრანგულაციურ ფორმას და ინვაგინაცია და შეხორცებითი გაუვალობაც ამ ჯგუფში უნდა იყოს ჩართული.

საქმე ის არის, რომ შეხორცებითი გაუვალობა ერთ შემთხვევაში შეიძლება მიმდინარეობდეს, როგორც ობტურაციული გაუვალობა, მეორე შემთხვევაში კი, როგორც გაუვალობის სტრანგულაციური



ფორმა. მაშასადამე, შეხორცებამ შეიძლება ერთ შემთხვევაში დაახ-  
შოს ნაწლავის სანათური ნაწლავის სისხლის მიმოქცევის მოზლის  
გარეშე, მეორე შემთხვევაში კი შეხორცებითა ზონარმა სანათურის  
დასშობასთან ერთად გამოიწვიოს ზეწოლა ჯორჯლზე და სისხლის მი-  
მოქცევის მოშლა.

ასეთივე თავისებურება ახასიათებს ინვაგინაციას, იგი ერთ შემ-  
თხვევაში შეიძლება მიმდინარეობდეს, როგორც სუფთა ობტურაცი-  
ული გაუვალობა, მეორე შემთხვევაში კი ნაწლავის ჩანერგილი ცი-  
ლინდრის ჯორჯლის მიჭყლეტის გამო ერთდროულად მოიშალოს  
სისხლის მიმოქცევა და ნაწლავის ნეკროზი განვითარდეს. ამ შემთხვე-  
ვაში ის უკვე სტრანგულაციური გაუვალობის სახეს მიიღებს. მესამე  
შემთხვევაში დასაწყისში ინვაგინაციამ შეიძლება მხოლოდ ობტურა-  
ცია გამოიწვიოს, მოგვიანებით კი ჩანერგილი ნაწლავის კედლის შე-  
შუპების გამო სისხლის მიმოქცევა მოიშალოს.

ამრიგად, როგორც ინვაგინაცია, ისე შეხორცებითი გაუვალობა ან  
ობტურაციულ გაუვალობას იწვევს, ან სტრანგულაციურს, ამიტომ  
ინვაგინაციას და შეხორცებით გაუვალობას უნდა ვუწოდოთ გაუვა-  
ლობის არა შერეული ფორმა, არამედ ორგვარი ფორმა, რაც უფრო  
ზუსტად ასახავს პათოლოგიის არსს.

შემთხვევათა 40%-ში გვხვდება გაუვალობის დინამიკური ფორმა,  
60%-ში — მექანიკური. მექანიკური გაუვალობის 75—80%-ში საქმე  
ეხება სხვადასხვა წარმოშობის შეხორცებით გამოწვეულ გაუვალო-  
ბას. 20—25%-ში გაუვალობის მიზეზია სიმსივნური პროცესი და გან-  
ვითარების მანკი.

ეტიოლოგია და პათოგენეზი. ნაწლავთა მწვავე გა-  
უვალობის მიზეზი შეიძლება გავყოთ ორ ძირითად ჯგუფად — ხელ-  
შემწყობ და მისი უშუალო განვითარებების მიზეზებად. უშუალო  
ფაქტორებად მიიჩნევენ ნაწლავთა თანდაყოლილ ანომალიას (შევიწ-  
როებას), სიმსივნეს. ჰიებით ინვაზიას, ოპერაციის შემდგომ შეხორ-  
ცებებს. ხელშემწყობი ფაქტორებია — არარეგულარული კვება, რო-  
მელიც იწვევს ჰიპერპერისტალტიკას, ფაღარათი, შეკრულობა; სიმძი-  
მის აწევა.

ნაწლავთა ობტურაციული გაუვალობის პათოგენეზი საკმაოდ კარ-  
გადაა ცნობილი. ობტურაციული და სტრანგულაციური გაუვალობის  
პათოგენეზი მცირედ განსხვავდება ერთმანეთისგან. გაუვალობის ამ  
ორი ფორმის შემთხვევაში ირღვევა წყლისა და ელექტროლიტების  
ცვლა, სისხლის მიმოქცევა, ვითარდება ინტოქსიკაცია და ა. შ. გა-  
უვალობის დროს ნაწლავი გადავსებულია დაბრკოლების ზემოთ. მის  
სანათურში გროვდება თხიერი ნაწილი, იწყება დუდილისა და ლპო-  
ბის პროცესები. წერილი ნაწლავის დისტალური ნაწილის დაბრკოლე-

ბისას მასში პირველი 24 საათის განმავლობაში შეიძლება დაგროვდეს 8 ლიტრამდე სითხე, მცირდება ცირკულირებადი სისხლის მოცულობა, მისი ნაწილი გროვდება მუცლის ღრუს სისხლძარღვებში, ნაწილი გადადის ნაწლავის სანათურში დაბრკოლების ზემოთ. ლეზინების დროს დიდი რაოდენობით იკარგება სითხე, ცილები, ელექტროლიტები, ფერმენტები, კუჭის, პანკრეასის, ნაღვლის, წვრილი ნაწლავის წვენი; მატულობს სისხლის წებოვნება, ჰემატოკრიტი, სისხლის ცირკულაციის დარღვევასთან ერთად მატულობს ინტოქსიკაცია, რაც უფრო ართულებს ავადმყოფის ზოგად მდგომარეობას.

დიდი რაოდენობით სითხის დაკარგვასთან ერთად იკარგება უჯრედთაშორისი სითხე. მასთან ერთად ნატრიუმიც. ამის გამო გამოიყოფა დიდი რაოდენობით ალდოსტერონი, რის შემდეგ ნატრიუმისა და ქლორის იონები შეკავდება. შარდთან ერთად ისინი გამოიყოფა უმნიშვნელო რაოდენობით. სამაგიეროდ იკარგება დიდი რაოდენობის კალიუმი, განსაკუთრებით ნაღვლინებ მასასთან ერთად. უჯრედში კალიუმის ადგილს იკვებს ნატრიუმი და წყალბადი. ამ პერიოდში ავადმყოფს ინტრავენურად უნდა გადაუხსნან სითხეები, რომლებიც შეიცავენ ელექტროლიტებს (განსაკუთრებით ნატრიუმსა და ქლორს), 5—10%-იანი გლუკოზის ხსნარი, პლანშა, არტერიული წნევის და დიურეზის ნორმალიზაციის შემდეგ საჭიროა კალიუმის შემცველი ხსნარები.

დაბალი გაუვალობის დროს ლეზინება გვიან იწყება, ამის გამო სითხეები და ელექტროლიტები ნელა იკარგება და აღნიშნული ცვლილებებიც მოგვიანებით ვითარდება. შესაძლებელია ნატრიუმის და კალციუმის იონების შემცველობა ნორმის ფარგლებში დარჩეს.

ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის დაწყებიდან 24 საათის შემდეგ ზემოჩამოთვლილი ცვლილებები მკვეთრად ვლინდება, განსაკუთრებით წყლისა და ელექტროლიტების ცვლის, მუცელ-ტუტოვანი წონასწორობის დარღვევა, გროვდება ცილებისა და ცხიმების დაშლის პროდუქტები, აციდოზი ვითარდება.

ირღვევა ნაწლავთა კედლის გამავლობა, მუცლის ღრუში გროვდება ექსუდატი, რომელიც ინფიცირდება, ვითარდება პერიტონიტი. რაც უფრო მაღალია გაუვალობა, მით უფრო სწრაფად იჩენს თავს ზემოჩამოთვლილი ნიშნები.

სტრანგულაციური გაუვალობის დროს იგივე მოვლენებია, რაც ობტურაციული გაუვალობის დროს, მაგრამ მდგომარეობა რთულდება იმით, რომ სტრანგულაციურ მარყუქში სწრაფად გროვდება სითხე, მეორე მხრივ. სისხლძარღვებსა და ნერვებზე ზეწოლის შედეგად ირღვევა ნაწლავის კედლის სისხლის მომარაგება. ნაწლავის ჯერ ლორ-

წოვანი გარსი ნეკროზდება, შემდეგ კი მთელი კედელი. ნერვებზე ზეწოლა იწვევს შოკს, ამის გამო სტრანგულაციის დროს სწრაფად ვითარდება შოკი, ინტოქსიკაცია, პერიტონიტი.

### ნაწლავთა დინამიკური გაუვალობა

ანსხვავებენ დინამიკური გაუვალობის ორ სახეს: სპაზმურსა და პარალიზურს.

დინამიკური გაუვალობის სპაზმურ ფორმას ახასიათებს ნაწლავის სპაზმი, რომელიც გრძელდება რამდენიმე საათიდან რამდენიმე დღემდე. ავადმყოფები უჩივიან ძლიერ ტკივილს მუცლის არეში, ღებინებას, მიუხედავად აღნიშნულისა, ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, ენა სველია, სისხლის მიმოქცევა დარღვეული არ არის. მუცლის კონფიგურაცია ნორმალურია ან მუცელი ჩავარდნილი, პულსი, სხეულის ტემპერატურა ნორმის ფარგლებშია.

სპაზმური გაუვალობის მიზეზია მუცლის არეში ტრავმა, ნერვული სისტემის დაავადებანი, ჰიპოვიტამინოზი, ქიებით ინვაზია, ნაღვლის ბუშტის ქვალი, ნევროზი, ისტერია, ზურგის ტვინის ათაშანგი და ა. შ. ქირურგისთვის უდიდესი მნიშვნელობა აქვს დიფერენციულ დიაგნოსტიკას ნაწლავთა სპაზმური და მექანიკური გაუვალობის გასარჩევად. სპაზმურ გაუვალობას არ ახასიათებს ავადმყოფთა ზოგადი მდგომარეობის გაუარესება ისე, როგორც მექანიკური გაუვალობის დროს, არ არის მუცლის შებერილობა, გაძლიერებული პერისტალტიკა, პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნები, კლოიბერის ფიალები, რაც მექანიკურ გაუვალობას ახასიათებს.

წვრილი ნაწლავის პარალიზური გაუვალობა განპირობებულია ნაწლავის მოტორული ფუნქციის დაქვეითებით, იგი ატონურია, გავსებული სითხით, აირებით. გადაბერილი ნაწლავი შეიძლება შემოიგრიხოს და განვითარდეს მექანიკური გაუვალობა, პარალიზურ გაუვალობას ახასიათებს მუცლის შებერილობა, პერიოდულად ღებინება, ნაღებინებ მასაში კუჭის შიგთავსია, შემდეგ ნაღებინები ნაღვლოვანი ხასიათისაა და შეიცავს ნაწლავის შიგთავსს, ავადმყოფის მდგომარეობა თანდათან უარესდება. აღინიშნება ტაქიკარდია, ჰიპოტონია, აუსკულტაციით ნაწლავის პერისტალტიკური ხმიანობა არ ისმის. დაავადების პროგრესულობას თან სდევს პერიტონიტის დამახასიათებელი კლინიკური სურათი.

პარალიზური გაუვალობა ვითარდება მუცლის ღრუს ან რეტროპერიტონეული სივრცის ორგანოების დაზიანების შედეგად, მწვავე ქოლეცისტიტის, აპენდიციტის, პანკრეატიტის, მუცლის ღრუს ორგა-

ნოებზე ჩატარებული ოპერაციის შემდგომ პერიოდში, პერიტონიტის დროს. მუცლის ღრუში სისხლის, ნაღვლის, პანკრეასის წვენის, შარდის მოხვედრის შემდეგ. პარალიზური გაუვალობა მოსალოდნელია სპაზმური გაუვალობის შემდეგ. ამ დროს ნაწლავის სპაზმის შემდეგ იწყება მისი ატონია. რენტგენოლოგიურად ყურადღებას იპყრობს წვრილი ნაწლავის ძლიერი გადაბერვა, დიაფრაგმის მაღალი დგომა.

პარალიზური გაუვალობის მკურნალობა კონსერვატიულია, იგი მიმართულია ძირითადი დაავადების ლიკვიდაციისკენ. უნდა გამოვიციხოთ მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული დაავადებანი (მწვავე აპენდიციტი, შინაგანი ჩაჭედვა, პერფორაცია, პანკრეატიტი, მეზენტერიულ სისხლძარღვთა თრომბოზი), რომლებიც სასწრაფო ქირურგიულ ჩარევას საჭიროებენ.

კონსერვატიული მკურნალობა გულისხმობს პარანეფრულ ბლოკადას ა. ვიშნევსკის წესით, ცხვირ-კუჭის ზონდით კუჭისა და წვრილი ნაწლავის შიგთავსის მუდმივ ამოქაჩვას, სიფონურ ოყნას, ინტრავენურად 5—10%-იანი ნატრიუმის ქლორიდის ხსნარის შეყვანას 50—100 მლ რაოდენობით, 0,05%-იანი — 1,0 პროზერინის ინიექციას და ა. შ. პარალელურად ატარებენ ღონისძიებებს იმ დაავადების წინააღმდეგ, რომელმაც გამოიწვია პარალიზური გაუვალობა.

### ნაწლავთა მიქანიკური გაუვალობა

ნაწლავთა ობტურაციული გაუვალობა. ნაწლავთა ობტურაციული გაუვალობა შეიძლება გამოწვეული იყოს წვრილი ნაწლავის სიმსივნით, მასტენოზებული ნაწიბუროვანი ქსოვილით, ჭივებით, განავლოვანი ქვებით, ბეზოარით, კრონის დაავადებით. მისი მიზეზი შეიძლება იყოს მეზობელი ორგანოს სიმსივნის გარედან ზეწოლა და ა. შ.

ობტურაცია ფიტობეზოარით შეიძლება განუვითარდეს ჭანმრთელ ადამიანს საესებით დამაკმაყოფილებელი ზოგადი მდგომარეობის ფონზე. ობტურაციული გაუვალობა მოსალოდნელია ნაღვლის კენჭით, ასკარიდების გორგლით. ნაღვლის კენჭით გამოწვეულ გაუვალობას წინ უსწრებს ნაღველკენჭოვანი დაავადების ანამნეზი. დიდი ზომის ნაღვლის კენჭი ნაწლავის სანათურში ხედება ქოლეცისტო-დუოდენური ფისტულის გზით.

საქართველოს პირობებში არცთუ იშვიათია ფიტობეზოარით, ძირითადად დიოსპირობეზოარით გამოწვეული ობტურაციული გაუვალობა, რომელიც ვითარდება დაუმწიფებელი კავკასიური ხურმის კუმის შემდეგ.

ფიტობეზოართ გამოწვეულ ნაწლავთა ობტურაციულ გაუვალბას შეიძლება წინ უსწრებდეს კუჭის ფიტობეზოარის კლინიკური სურათი, მაგრამ ეს პერიოდი ზოგჯერ არ იპყრობს ავადმყოფის ყურადღებას.

ქართველ ავტორებს აღწერილი აქვთ ფიტობეზოართ გამოწვეული გაუვალბის ათობით შემთხვევა (ე. ფიფია, ა. თელია).

სიმსივნეთა შორის ობტურაციული გაუვალბის უხშირესი მიზეზია წვრილი და მსხვილი ნაწლავის კიბო. წვრილი ნაწლავის კიბომის პროქსიმულ ან დისტალურ ნაწილში ვითარდება და ამისდა მიხედვით შეიძლება გამოვლინდეს წვრილი ნაწლავის მაღალი ან წვრილი ნაწლავის დაბალი გაუვალბა. ობტურაციული გაუვალბით უფრო ხშირად რთულდება კოლინჯის მარცხენა ნახევარში ლოკალიზებული სიმსივნე. სიმსივნური გაუვალბა შეიძლება დაავადების პირველი კლინიკური გამოვლინება იყოს, მაგრამ იგი შეიძლება განვითარდეს ძირითადი დაავადებით უკვე საკმაოდ შეცვლილი ზოგადი მდგომარეობის ფონზე, მას შეიძლება უსწრებდეს ნაწილობრივი გაუვალბის ანკარად გამონატული კლინიკური სურათი.

ნაწლავთა სტრანგულაციური გაუვალბა. მას მიეკუთვნება მისი შემოგრება, კვანძის წარმოქმნა, შიგნითა ჩაჭედება. ეტიოლოგიური ფაქტორების მიხედვით გამოყოფენ მექანიკური გაუვალბის ორ მიზეზს: პირველადს, როდესაც მოძრავი ნაწლავის არეში გრძელი ჯორჯალია და ვითარდება კვანძი, შემოგრება, მეორადს, რომელიც შეხორცებითი პროცესის ფონზე ვითარდება.

ნაწლავთა შემოგრება. შეიძლება შემოიგრისოს წვრილი ნაწლავის ცალკეული მარყუეი — მის დასაწყისში, შუა ან დისტალურ ნაწილში, იშვიათია წვრილი ნაწლავის მთლიანი შემოგრება, ამრიგად ანსხვავებენ წვრილი ნაწლავის ტოტალურ და ნაწილობრივ შემოგრებას. უფრო ხშირია თქმის ნაწლავის შემოგრება. გვხვდება წვრილი ნაწლავის დისტალური ნაწილის, ბრმა ნაწლავის და ასწვრივი კოლინჯის ერთიანი ან განივი კოლინჯისა და სიგმის შემოგრების შემთხვევები.

შემოგრების განვითარებისთვის მნიშვნელობა აქვს ნაწლავის ანატომიურ-მორფოლოგიურ თავისებურებებს: კერძოდ გრძელ და მოძრავ ჯორჯალს, მის განვითარებას ხელს უწყობს ჯორჯლის ანთებითი პროცესები, ზოგჯერ ნაწლავის მომტანი და წამლები ნაწილის დაახლოება და შეწება, მოძრავი ჯორჯლის ცენტრალური ნაწილის ფიქსაცია და სხვ. მნიშვნელობა აქვს ნაწლავის მოტორული ფუნქციის მოშლას, როცა ჰარბობს სპაზმის ან პარეზის მოვლენები. მხედველობაშია მისაღები მუცლის ღრუში წნევის მომატება, ნაწლავის გაძლიერებული პერისტალტიკა, ხანგრძლივად შიმშილის შემდეგ დიდი რა-

ოდენობით საკვების მიღება. ნაწლავის შემოგრება მოსალოდნელია 180—360—540, ზოგჯერ 720 გრადუსით.

დაავადების მიმდინარეობის სიმძიმე დამოკიდებულია შემოგრებით ნაწლავის სიგრძეზე, შემოგრების დონეზე, შემოგრებით სეგმენტში მდებარე ნერვებსა და სისხლძარღვებზე ზეწოლის და ნაწლავის დახშობის სიძლიერებზე. დაავადებას ახასიათებს სწრაფი პროგრესულობა.

**კვანძის წარმოქმნა.** კვანძის წარმოქმნის მიზეზად მიჩნეულია მეტად მოძრავი ნაწლავი, სიგმური ნაწლავისა და თედოს ნაწლავის ვიწრო და გრძელი ჯორჯალი, თედო-ბრმა ნაწლავის საერთო ჯორჯლის არსებობა, შეხორცებები, გაძლიერებული პერისტალტიკა, შიგთავსის არათანაბარი განაწილება ნაწლავში. კვანძის დროს ნაწლავის ერთი მარყუევი ეხვევა მეორეს ღერძის ირგვლივ და იწვევს გაჭედვას, რითაც ნაწლავის სისხლის მიმოქცევა მთელ სიგრძეზე ირღვევა.

კვანძი შეიძლება შედგებოდეს: 1. წვრილი ნაწლავის მარყუეებისგან, 2. წვრილი და მსხვილი ნაწლავის მარყუეებისგან, 3. წვრილი ნაწლავის მარყუეებისგან, რომლებიც შემოეხვევა შეხორცებით ზონარზე, 4. წვრილი და მსხვილი ნაწლავის მარყუეებისგან, რომლებიც შემოეხვევა შეხორცებით ზონარზე (ა. ა. ბუსალოვი, 1952).

დაავადება იწყება მუცელში მძაფრი ტკივილით, გულ-სისხლძარღვთა ფუნქცია სწრაფად უარესდება. დაავადება სწრაფად მიმდინარეობს, სწრაფადვე ვითარდება ინტოქსიკაცია. ნაწლავის სისხლის მიმოქცევა ირღვევა, განგრენა, ჩირქოვანი და განავლოვანი პერიტონიტი ვითარდება.

**ნაწლავის გაჭედვა.** გაუვალობა შეიძლება გამოწვეული იყოს ნაწლავის გაჭედვით, რომელიც შეიძლება მოყვეს ყველა სახის შიგნითა თიაქარს, მაგალითად დიაფრაგმის დეფექტში, ტრეიცის იოგის არეში, ჯორჯლის ან ბადექონის დეფექტში, საშვილოსნოს განიერ იოგში, შარდის ბუშტის არეში, საზარდულის ან სხვა რომელიმე რგოლში.

**ნაწლავის ინვაგინაცია,** ანუ ჩანერგვა ისეთი პროცესია, როდესაც ნაწლავის ერთი სეგმენტი ჩაინერგება მეორეში, ჯორჯლის ნაწილიც ჩაინერგება. ამრიგად, გამოვლინდება ნაწლავის სანათურის დახშობა — ობტურაცია. იმასთან დაკავშირებით, რომ ინვაგინატში არის ჯორჯალი, აღინიშნება მეტ-ნაკლები კომპრესიაც, რის გამოც მეტ-ნაკლებად ირღვევა სისხლის მიმოქცევა. თუ სისხლის მიმოქცევის მოშლა უმნიშვნელოდ არის დარღვეული, გამოხატულია ობტურაციული გაუვალობის კლინიკური სურათი, ჩანერგილი ნაწლავის ნეკროზი არ ვითარდება. შემთხვევათა მეორე ნაწილში ჯორჯლის კომპრე-

სია მკვეთრია. სისხლის მიმოქცევა მკვეთრად დარღვეულია, ჩანერგილი ნაწლავის კედელში ეითარდება ნეკროზული ცვლილებები, ამდენად კლინიკური სურათი სტრანგულაციური გაუვალობისაა.

ინვაგინაცია შეიძლება განიცადოს წვრილმა ნაწლავმა წვრილ ნაწლავში. წვრილმა ნაწლავმა მსხვილ ნაწლავში.

ინვაგინაციის ხშირი მიზეზია წვრილი ნაწლავის კიბო, ინვაგინაცია აღინიშნება წვრილი ნაწლავის კიბოს შემახვევითა 40%-ში. დაავადების დასაწყისში ვითარდება ხანმოკლე ინვაგინაცია. ანტიპერისტალტიკის შედეგად ადვილად ხდება დეზინვაგინაცია, მარტივი ინვაგინაციის გარდა შეიძლება წარმოიქმნას ორმაგი და სამმაგი ინვაგინაცია.

**შეზორცებითი გაუვალობა.** ნაწლავთა შეზორცებითი გაუვალობა გაუვალობის ყველაზე ხშირი ფორმაა და ორსახოვან გაუვალობას უნდა მიეკუთვნოს, რადგან შემთხვევათა ნაწილში საქმე ეხება მხოლოდ სანაოურის დახშობას, ავადმყოფთა მეორე ჯგუფში სანაოურის დახშობასთან ერთად შეზორცებებმა შეიძლება გამოიწვიონ ჯორჯალზე ზეწოლა სისხლის მიმოქცევის მოშლით. შეზორცებითი გაუვალობა უპირატესად გვხვდება აპენდექტომიის, ნაწლავთა გაუვალობის, გინეკოლოგიური ოპერაციების შემდეგ. იშვიათად მუცლის ღრუს დახურული დაზიანების, ანაბებითი პროცესის გადატანის შემდეგ (აპენდიკულარული ინფილტრატი, ადნექსიტი და ა. შ.).

შეზორცებები იწვევს: 1. ნაწლავზე ზეწოლას, 2. ნაწლავის მოკეცვას კუთხით, 3. ნაწლავის სპირალისებრად მიზორცებას გარკვეულ მანძილზე, 4. ნაწლავის ორი მარყუქის ერთმანეთთან შეზორცებას, 5. ნაწლავის მარყუქების შეზორცებას მუცლის წინა კედელთან, 6. მარყუქების ერთმანეთთან შეზორცებით ერთიანი კონგლომერატის შექმნას, 7. ჯორჯლის დამოკლებას, რაც თავის მხრივ იწვევს ნაწლავის მოძრას. ზოგჯერ ზემოთ ჩამოთვლილი შეზორცებების სახეები შეიძლება გამოუვლინდეს ერთსა და იმავე ავადმყოფს, რომელიც ადრე ნაოპერაციევია მუცლის ღრუს ორგანოების პათოლოგიის გამო. შეზორცებების გათიშვა ოპერაციის დროს იწვევს შეზორცებების გაორებას. აქედან გამომდინარე, რთულია ამ ავადმყოფთა ოპერაციული მკურნალობა.

**ნ ა წ ლ ა ვ თ ა მ წ ვ ა ვ ე გა უ ვ ა ლ ო ბ ის კ ლ ი ნ ი კ უ რ ი ს უ რ ა თ ი.** მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიულ დაავადებებს შორის ძნელი მოსაწახია პათოლოგია, რომელსაც ახასიათებს ისეთი მრავალფეროვანი კლინიკური სურათი, როგორც ნაწლავთა მწვავე გაუვალობას. მიუხედავად მრავალფეროვნებისა, გამოიყოფა მეტ-ნაკლები ინტენსივობით გამოხატული შემდეგი ძირითადი ნიშნები: მუცელში ტკივილი, ღებინება, მეტეორიზმი, აირების გამოყოფისა და ნაწლავთა მოქმედების შეწყვეტა.

გაუვალობის კლინიკურ მიმდინარეობაში შეიძლება გამოვყოს 3 სტადია: 1. საწყისი — ტკივილის სტადია, 2. ინტოქსიკაციის გამოვლინების სტადია, 3. დიფუზური პერიტონიტის სტადია.

პირველ პერიოდში ტკივილის მიზეზია ჰიპერმოტორიკა, ნაწლავის კედლის პერიოდული გადაკიმვა, ჯორჯალზე ზეწოლა. ამ დროს ინტოქსიკაცია სუსტად არის გამოხატული, ლეზინება რეფლექსური ხასიათისაა.

მეორე პერიოდში გამოვლინდება ინტოქსიკაცია, რასაც ხელს უწყობს ნაწლავის სანათურის გადავსება შიგთავსით, სტაზის განვითარება, შეგუბებულ შიგთავსში დუღილისა და ლპობის პროცესი, ბაქტერიული ფლორის გამრავლება, კატაბოლიზმის სიქარბე, ცილების, წყლისა და ელექტროლიტების ცვლის დარღვევა. ამ დროს ორგანიზმში განვითარებული პროცესები შექცევადია.

მესამე პერიოდში იწყება დიფუზური პერიტონიტი, ღრმავდება ინტოქსიკაცია, მკვეთრად არის გამოხატული ნივთიერებათა ცვლის მოშლა.

ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის კლინიკური მიმდინარეობის ასეთი დაყოფა პირობითია. ამ სტადიების მიმდინარეობა, ხანგრძლივობა დამოკიდებულია გაუვალობის ფორმაზე, დაბრკოლების ლოკალიზაციაზე. ობტურაციული გაუვალობის დროს რაც უფრო მაღალია გაუვალობა, მით უფრო სწრაფად ვლინდება კლინიკური ნიშნები, სტრანგულაციური გაუვალობის დროს სწრაფად ვითარდება მეორე და მესამე სტადიები.

ობტურაციული გაუვალობა იწყება მუცლის არეში მოულოდნელი ტკივილით, რომელიც შეტევიით. მოვლითი ხასიათისაა, ტკივილის მაქსიმუმი შეესაბამება გაძლიერებულ პერისტალტიკას. ნაწლავის მოდუნების დროს ტკივილი ქრება. მოვლითი ტკივილის შუალედები თანდათან მოკლდება, ტკივილის ინტენსივობა ძლიერდება. ნაწლავის გადავსებასთან დაკავშირებით გაძლიერებული პერისტალტიკა თანდათან დუნდება, ბოლოს ვითარდება ნაწლავის ატონია, ტკივილის ხასიათი იცვლება, მუდმივი ხდება.

გამხდარ ავადმყოფებს გაძლიერებული პერისტალტიკა გარეგნულად ემჩნევთ, მუცლის წინა კედელზე ისახება ნაწლავის მოძრაობა, ამასთან ერთად მოისმინება ყურყური.

მოვლით ტკივილს მოსდევს ლეზინება. ლეზინების დაწყება და სიხშირე დამოკიდებულია ობტურაციის ლოკალიზაციაზე, მაღალი ობტურაციული გაუვალობის დროს ლეზინება ადრე იწყება და ხშირია, დაბალი გაუვალობის დროს მოგვიანებით იწყება, შედარებით იშვიათია. მსხვილი ნაწლავის ობტურაციული გაუვალობის დროს ლეზინება შე-



იძლება მეორე-მესამე დღეს დაიწყოს. აღნიშნულის გამო მაღალი გაუვალობის დროს ადრე ვითარდება დეჰიდრატაცია და ინტოქსიკაცია.

ნაღებინები მასა დასაწყისში შეიცავს კუჭის შიგთავსს, შემდეგ მას შეერევა ნაღველნარევი მასა, ბოლოს კი — ნაწლავის სუნიანი შიგთავსია.

სტრანგულაციური გაუვალობის დროს ტკივილი მძაფრია, აუტანელი, რასაც არცთუ იშვიათად შოკის მდგომარეობამდე მიყავს ავადმყოფი, წნევა დაქვეითებულია, კანი ფერმკრთალი, ცივი ოფლით დაფარული, ტკივილი მუდმივი ხასიათისაა, პერიოდულად ძლიერდება, შეტევებს შორის, ობტურაციული გაუვალობისგან განსხვავებით, ტკივილის დაწყებასთან ერთად იწყება ღებინება, რომელიც დასაწყისში რეფლექსური ხასიათისაა. ღებინებას ავადმყოფისთვის შეება არ მოაქვს. კლინიკური სურათი სწრაფად პროგრესირებს, ავადმყოფის მდგომარეობა პირველი საათებიდანვე მძიმეა.

გაუვალობის დამახასიათებელ ნიშნად მიიჩნევენ აირების გამოყოფისა და დეფეკაციის შეწყვეტას, მაგრამ გასათვალისწინებელია, რომ მაღალი გაუვალობის დროს დასაწყისში მოსალოდნელია ნაწლავის მოქმედება დისტალურ მონაკვეთში დარჩენილი მასის გამოყოფით.

გაუვალობის მუდმივი ნიშანია მუცლის შებერილობა. წვრილი ნაწლავის დაბალი ობტურაციული გაუვალობის მახასიათებელია მუცლის მთლიანი შებერვა. მსხვილი ნაწლავის ობტურაციული გაუვალობის დროს დასაწყისში მუცელი ასიმეტრიულად არის შებერილი. კოლინჯის მარჯვენა კუთხის სიმსივნის დროს გაბერილია ბრმა ნაწლავი და ასწვრივი კოლინჯი, რაც მუცლის მარჯვენა ნაწილის შებერილობას იწვევს. მსხვილი ნაწლავის დაბალი გაუვალობის დროს დასაწყისში შებერილია მუცლის მარცხენა ნახევარი. მუცლის შემოსაზღვრული შებერილობა (ვალის სიმპტომი) სტრანგულაციური გაუვალობის დამახასიათებელია. ბრმა ნაწლავის შემოგრების დროს ილეოცეკალური არე ჩავარდნილია, მარცხენა თეძოს ფოსო კი — ამობერილი (დანსის სიმპტომი). სიგმის შემოგრების დროს კი პირიქით, ჩავარდნილია მარცხენა თეძოს ფოსო, ამობერილია მუცლის მარჯვენა ნაწილი.

ობტურაციული გაუვალობის დროს დასაწყისში პალპაციით მუცელი რბილია, უმტკივნეულო, პერიტონეუმი გაღიზიანებული არ არის. მუცლის შებერვის შედეგად კუნთთა დაჭიმულობა არ შეიგრძნობა. მუცლის შერჩევით შეიძლება გამოვიჩვიოთ პერისტალტიკის გაძლიერება და მოვლითი ტკივილი. პერის შემცველ გადაბერილ ნაწლავთა არეში პერკუსია გვაძლევს არათანაბარ ტიმპანიტს, სიმსივნის, ინფილტრატის, გამონაჟონის არსებობისას ვლინდება მოყრუება. ნაწლავის პარეზულ ნაწილში სითხისა და აირების ერთდროული არსე-

ბობის დროს მუცლის წინა კედლის შერხევისას ისმის შხეფის ხმა, რაც გაუვალობის მნიშვნელოვანი ნიშანია.

აუსკულტაციის დასაწყისში მოისმის გაძლიერებული პერისტალტიკური ხმიანობა, რომელიც შემდეგში ნაწლავის დამბლის, ნეკროზისა და პერიტონიტის განვითარების შემთხვევაში ქრება. გადავსებული ნაწლავის მარყუჟის არეში შეიძლება ისმოდეს წვეთის დაცემის ხმიანობა — სკლიაროვის სიმპტომი.

ავადმყოფის მდგომარეობა თანდათან მძიმდება, მაჯა ჩქარდება, სხეულის ტემპერატურა ნორმალურია ან სუბფებრილური, ენა მშრალია, თეთრი, შემდეგ კი იფარება რუხი, მოყავისფრო ნაღებით, მოყვითალო ნაღვლისშემცველი ნაღებინები მასა მუქდება, მწვანე-მოყავისფრო ხდება, შარდის რაოდენობა მცირდება, ვითარდება პერიტონიტის სრული კლინიკური სურათი.

ლა ბ ო რ ა ტ ო რ ი უ ლ ი მ ო ნ ა ც ე მ ე ბ ი. ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის დროს სისხლის საერთო ანალიზით დასაწყისში რაიმე დარღვევა არ გამოვლინდება, შემდგომ სითხის დაკარგვის გამო მატულობს მოცულობის ერთეულში ერითროციტებისა და ჰემოგლობინის რაოდენობა, მატულობს ლეიკოციტების რაოდენობაც. სტრანგულაციური გაუვალობის დროს ცვლილებები უფრო სწრაფად ვითარდება, ვიდრე ობტურაციული გაუვალობის დროს. სისხლში კლებულობს ალბუმინების რაოდენობა, მატულობს გლობულინები, კლებულობს ცირკულირებადი სისხლის მოცულობა, ქლორიდების რაოდენობა, რაც უფრო დაბალია ქლორიდების რაოდენობა, მით უფრო მძიმეა პროგნოზი.

ნ ა წ ლ ა ე თ ა მ წ ვ ა ვ ე გა უ ვ ა ლ ო ბ ი ს დ ი ა გ ნ ო ზ ი და დ ი ფ ე რ ე ნ ც ი უ ლ ი დ ი ა გ ნ ო ზ ი. ტიპური მიმდინარეობისას ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის დიაგნოსტიკა ძნელი არ არის, ატიპური მიმდინარეობისას კი დიაგნოსტიკა რთულია. დიფერენციული დიაგნოსტიკა საჭიროა მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული დაავადებების (კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაციის, მწვავე ქოლეცისტიტის, მწვავე პანკრეატიტის, მწვავე აპენდიციტის, საშვილოსნოსგარე დარღვეული ორსულობის, საკვერცხის კისტის შემოგარეხისა და სპვ.) გამოსარიცხავად. ამ დაავადებების დროს დინამიკური გაუვალობა მეორადია. უნდა გამოვრიცხოთ თირკმლის ქვალი, გულის კუნთის ინფარქტის აბდომინალური ფორმა, დიაფრაგმული პლევრიტი, დიფერენციული დიაგნოსტიკა ხორციელდება ალიმენტური ინტოქსიკაციის, ტყვიით მოწამვლის, ტაბესური კრიზის გამოსარიცხავად. ხშირად ავადმყოფს ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის (უფრო ხშირად შეხორცებითი გაუვალობის დროს) ატიპური მიმდინარეობისას ათავსებენ ინფექციურ საავადმყოფოში. უნდა გვახსოვდეს, რომ მწვა-

ვე ტოქსიკონფექციისა და დიზენტერიის დიაგნოზის განსაზღვრა შეიძლება იმის შემდეგ. როდესაც გამოვრიცხავთ მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიულ დაავადებას.

დიაგნოზის დაზუსტებისთვის მნიშვნელობა აქვს კარგად შეკრებილ ანამნეზს. ობტურაციული გაუვალობის საეჭვო ნიშნების დროს საჭიროა სიმსივნის დამახასიათებელი ნიშნების გამოვლენა. როგორცაა უმიზეზო სისუსტე. უმადობა, წონაში დაკლება, დისპეფსური მოვლენები, გულისრევა, ბოყინი, უმიზეზო ფაღარათი, პერიოდულად ტკივილი მუცელში, ობტურაციული გაუვალობის დროული ამოცნობა რთულია, განსაკუთრებით თუ ავადმყოფი ხანში შესულია, რადგან ამ ასაკში ისედაც აქვთ ყაბზობა, პერიოდულად ტკივილი მუცლის არეში, ზოგჯერ გულისრევაც. ამ ფონზე განვითარებული ნაწილობრივი გაუვალობის ნიშნები ავადმყოფის ყურადღებას არ იპყრობს.

ობტურაციული გაუვალობის კლინიკური ნიშნების დადგენის დროს უნდა დააზუსტონ მკვახე, კავკასიური ხურმის ჰამის ფაქტი, ნალველ-კენჭოვანი დაავადების არსებობა, მხედველობაში უნდა მიიღონ გადატანილი ოპერაცია.

ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის დროს აუცილებელია სწორი ნაწლავის თითით გასინჯვა. ცარიელი სწორი ნაწლავი მოდუნებული სფინქტერით ასასიათებს სიგმური კოლიჯის შემოგრებას (ობუნოვის საავადმყოფოს ნიშანი). სწორი ნაწლავიდან თითით შეიძლება ინვაგინატის გასინჯვა. თითზე სისხლნარევი შიგთავსი შეიძლება მიუთითებდეს ინვაგინაციაზე.

დიაგნოზის დაზუსტებაში დახმარებას გვიწევს რენტგენოლოგიური გამოკვლევა. მიმოხილვითი რენტგენოლოგიური გამოკვლევისას ჩანს დაბერილი ნაწლავები. დამახასიათებელია ე. წ. „კლოიბერის ფიალები“, რაც პირველად აღწერა 1919 წელს კლოიბერმა. ამ დროს ჩანს სითხის პორიზონტალური დონე, მის ზემოთ აირის ბუშტი. რენტგენოლოგიურ გამოკვლევამდე ავადმყოფს არ უნდა გაუკეთონ სიფონური ოყნა, რადგანაც ეს შეიძლება კლოიბერის ფიალების წარმოქმნის მიზეზი გახდეს. კლოიბერის ფიალების გამოსავლინებლად რენტგენოსკოპიისა და რენტგენოგრაფიის ჩატარება უმჯობესია ავადმყოფის ვერტიკალურ მდებარეობაში. თუ ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა ამის საშუალებას არ გვაძლევს, რენტგენოლოგიური გამოკვლევა უნდა განვახორციელოთ ლატეროპოზიციაში.

წვრილი ნაწლავის გაუვალობის დროს კლოიბერის ფიალების რაოდენობა და ზომები ვარიაბელურია. კლოიბერის ფიალები განსაკუთრებით დამახასიათებელია წვრილი ნაწლავის მექანიკური გაუვალობისთვის, ნაკლებ-დინამიკური გაუვალობისთვის. კლოიბერი ამ ნიშანს მიიჩნევს გადაუღებელი ოპერაციის აბსოლუტურ ჩვენებად. მი-

აჩნიათ, რომ გაუვალობის რენტგენოლოგიური ნიშნები თავს იჩენს დაავადების დაწყებიდან 5—6 საათის შემდეგ. ს. ს. იუდინის (1938) მონაცემებით, მაღალი ლოკალიზაციის შემოგრების დროს რენტგენოლოგიური სურათი ბუნდოვანია. რენტგენოლოგიური გამოკვლევის დროს მნიშვნელობას აძლევენ კლოიბერის ფიალების ზომებს, სიმაღლეს, რაოდენობას. კლოიბერის ფიალების გარდა, აღინიშნება თაღები და განივზოლიანობა, რაც გამოწვეულია წვრილი ნაწლავის კერკრინგის ნაოკების გადაჭიმვით. მსხვილი ნაწლავის გაუვალობის დროს განივზოლიანობა არ აღინიშნება.

როდესაც მიმოხილვითი რენტგენოგრაფიით გაუვალობის გამოვლინება ვერ ხერხდება, სათანადო ჩვენების დროს მიმართავენ ნაწლავთა კონტრასტულ გამოკვლევას, რომელსაც ქირურგთა ნაწილი სიფრთხილით მიმართავს ან უარყოფს მას.

ავადმყოფთა რენტგენოლოგიური გამოკვლევა გაუვალობის ყველა შემთხვევაში აუცილებელია. შეხორცებითი გაუვალობის დროს, როდესაც საჭიროა პასაჟის თავისებურების დადგენა, ავადმყოფს აძლევენ ბარიუმის მცირე ულუფას და დინამიკაში 30—40 წუთის ინტერვალთ 3—4 საათის განმავლობაში აკვირდებიან ბარიუმის გადაადგილების ხასიათს.

დიაგნოზის რთულ შემთხვევაში რენტგენოლოგიური გამოკვლევა დიდ დასმარებას გვიწევს მკურნალობის სწორი ტაქტიკის შერჩევაში.

ძნელია დიფერენციული დიაგნოსტიკის განხორციელება დინამიკური და მექანიკური გაუვალობის გასარჩევად. თუ კონსერვატიული მკურნალობა უეფექტოა, ისევე რჩება გაუვალობის მოვლენები, უნდა ვივარაუდოთ მექანიკური გაუვალობა. ყველა საექვო შემთხვევაში კლინიკური მონაცემების ურთიერთდაპირისპირებისა და კონტრასტული რენტგენოლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე შეიძლება დიაგნოზის დადგენა.

**მკურნალობა.** ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის მკურნალობა ქირურგიის ერთ-ერთი ურთულესი საკითხია. გაუვალობის ზოგიერთი ფორმის შემთხვევაში, როგორცაა დინამიკური გაუვალობა, შეხორცებითი დაავადების ობტურაციული და დინამიკური ფორმები, ინვაგინაციის და ჭიებით გამოწვეული გაუვალობის ზოგიერთი ფორმა, ავადმყოფის მდგომარეობის გაუმჯობესება და ზოგჯერ განკურნებაც კი შესაძლებელია კონსერვატიული ღონისძიებებით.

კონსერვატიული ღონისძიებები გულისხმობს ორმხრივ პარანეფრალურ ბლოკადას, სიფონურ ოყნებს, კუჭის განთავისუფლებას შიგთავისგან. ამ ღონისძიებებს უნდა ახორციელებდნენ იმ ენერგიული ღონისძიებების პარალელურად, რომლებიც მიმართულია ჰომეოსტაზის დარღვევისკენ. ეს პირველ რიგში ეხება წყლისა და ელექტრო-

ლიტების წონასწორობის კორექციას. ცილების დეფიციტის და ციკ-კულირებადი სისხლის მოცულობის შევსებას. ვიშნევსკის წესით ჩატარებული ორმხრივი პარანეფრული ბლოკადა ხსნის დინამიკურ გაუვალობას.

მექანიკური გაუვალობის დროს კონსერვატიული ღონისძიებები გულისხმობს ავადმყოფის წინასაოპერაციო მომზადებას. წინასაოპერაციო მომზადება არ არის ხანგრძლივი, ჩვეულებრივ იგი 1—3 საათით განისაზღვრება. წინასაოპერაციო მომზადება ენერგიული უნდა იყოს გაუვალობის სტრანგულაციური ფორმის შემთხვევაში ნაწლავის უკვე განვითარებული ნეკროზის და ინტოქსიკაციის ან მოსალოდნელი ნეკროზის შემთხვევაში. საჭიროა ჰიპოვოლემიის გამოსწორება, ელექტროლიტებისა და ცილების დეფიციტის კორეგირება. ავადმყოფის ჰოსპიტალიზაციისთანავე იწყება ინფუზიური თერაპია პოლიგლუტინის, რეოპოლიგლუტინისა და სხვა სისხლის შემცვლელების შეყვანით, საჭიროა ელექტროლიტური ხსნარების შეყვანა, სისხლის გადასხმა საჭიროა სათანადო ჩვენების დროს. მიკროციკულაციის დარღვევისას უპირატესობა უნდა მისცენ სისხლის შემცვლელებს. დეზინტოქსიკაციის კარგი საშუალებაა ჰემოდეზი, კარგ ეფექტს იძლევა 5—10%-იანი გლუკოზის ხსნარი, სათანადო რაოდენობის ინსულინთან ერთად (1 ერთეული ინსულინი 4—5 გ გლუკოზის შეყვანას).

დიაგნოზის დაზუსტებისა და მკურნალობის ტაქტიკის გარკვევის შემდეგ საჭიროა ტკივილგამაყუჩებელი პრეპარატის შეყვანა.

წერილი ნაწლავის სტრანგულაციური გაუვალობის დროს პერიტონალტიკის გამაძლიერებელი პრეპარატების შეყვანას მხოლოდ ზიანი მოაქვს არსებული დაბრკოლების პროქსიმალურად წნევის ზრდის გამო, ხოლო სიფონური ოყნა არაეფექტურია, რადგან მსხვილი ნაწლავი ამ დროს დაცლილია. აუცილებელია კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ზედა სართულის დეკომპრესია. ავადმყოფს კუჭი უნდა დაუცალონ ჭერ მსხვილი ზონდით, ხოლო შემდეგ მასში უნდა დატოვონ ნაზოგასტრული ზონდი, სასურველია ზონდის გატარება წვილ ნაწლავში, თუმცა, ზოგიერთი ავტორის აზრით, წვილ ნაწლავებში ზონდის გადანაცვლება, ჩვეულებრივ, ვერ ხერხდება და ამრიგად მხოლოდ დრო იკარგება.

კონსერვატიული ღონისძიებები ეფექტურია გაუვალობის ობტურაციული ფორმის შემთხვევაში, სტრანგულაციური გაუვალობის ადრეულ სტადიაში. დაგვიანებულ შემთხვევაში ნაწლავის ნეკროზისა და მძიმე ინტოქსიკაციის დროს ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობის გამოსწორება, ჩვეულებრივ, ვერ ხერხდება. ამ დროს კონსერვატიული მკურნალობის გახანგრძლივება მხოლოდ აღრმავებს პარენქიმულ ორგანოებში ცვლილებებს და ისინი შეუქცევადი ხდება.

როგორი უნდა იყოს ქირურგის ტაქტიკა ასეთ შემთხვევებში? არსებობს თუ არა ოპერაციის უკუჩვენება ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის დროს?

ავტორთა უმრავლესობის კლინიკური მასალის მონაცემებით, ავადმყოფთა ნაწილი იღუპება ოპერაციის გარეშე. ესენი არიან უმძიმესი ავადმყოფები, რომელთაც არ გაუკეთეს ოპერაცია, რადგან მათი მდგომარეობა უიმედო იყო. ავტორთა ნაწილს მიაჩნია, რომ ოპერაცია უნდა გააკეთონ მექანიკური გაუვალობის ყველა შემთხვევაში, მაშინაც კი, თუ არ ხერხდება წნევისა და პულსის აღდგენა. ასეთი ტაქტიკის დროს იზრდება ოპერაციის შემდგომი ლეტალობა, მაგრამ კლებულობს საერთო ლეტალობა.

ოპერაციული ჩარევის დროს აუცილებელია მუცლის ღრუს ორგანოების სრულყოფილი რევიზია, სადავო არ არის შუა ლაპაროტომიის უპირატესობა. დასაწყისში გაატარებენ ზომიერ განაკვეთს ჰიპის შემოვლით და საჭიროების შემთხვევაში განაგრძობენ მახვილისებრ მორჩამდე ან ქვემოთ — ბოქვენამდე. აუცილებელია მუცლის ჰრესის სრული რელაქსაცია, რომლის საუკეთესო საშუალებაა თანამედროვე ენდოტრაქეული ნარკოზი. რელაქსაცია ქმნის რეგურგიტაციისა და ასფიქსიის განვითარების შესაძლებლობას, ამიტომ ანესთეზიის დაწყებამდე აუცილებელია კუჭის დაცლა და წინასწარ კუჭში ჩადგმულა ნაზოგასტრული ზონდით მუდმივი ასპირაცია.

წვრილი ნაწლავის მწვავე გაუვალობის დროს ოპერაციული ჩარევა რამდენიმე ძირითადი მომენტისგან შედგება: 1. დაბრკოლების მიზეზის დადგენა, 2. დაბრკოლების მოსპობა, 3. ნაწლავის სიცოცხლისუნარიანობის საკითხის გადაწყვეტა, 4. სიცოცხლისუნარს მოკლებული ნაწლავის საზღვრის დადგენა და მისი ამოკვეთა, 5. წვრილი ნაწლავის დეკომპრესია, 6. მუცლის ღრუს დრენირება.

განსაკუთრებული სიფრთხილეა საჭირო ნაოპერაციევი მუცლის განხნის დროს, როდესაც აღვილია მუცლის პრესთან მიხორცებუი, გადაბერილი და გადაჭიმული ნაწლავის მარყუყების დაზიანება. თუ მუცლის ღრუს განხნისას გამოჩნდა გადაბერილი განივი კოლინჯი, ეს წვრილი ნაწლავის იზოლირებული გაუვალობის წინააღმდეგ მიუთითებს, თუ განივი კოლინჯი არა ჩანს, პირველ რიგში უნდა დაათვალიერონ ბრმა ნაწლავის არე. ჩაჩუტული ცეკუმი ადასტურებს წვრილი ნაწლავის გაუვალობას. დაბრკოლების მიზეზისა და მისი ლოკალიზაციის დასადგენად უნდა მონახონ ჩაჩუტული ნაწლავის დასაწყისი.

გაუვალობის მიზეზისა და დონის განსაზღვრის შემდეგ უნდა გადაწყვიტონ, რა სახის ჩარევაა საჭირო გაუვალობის ლიკვიდაციისთვის. ჩარევის სახე და მისი სიფართე დამოკიდებულია როგორც გა-

უვალობის მიზეზზე, ისე ავადმყოფის ზოგად მდგომარეობაზე, ასაკზე, თანმსლებ დაავადებებზე. ავადმყოფის ზოგადი მძიმე მდგომარეობის დროს რადიკალური ჩარევა შეიძლება შეცვალოს პალიატიურმა. ჩარევის სახეებიდან რეკომენდებულია შემოგრეხილი ნაწლავის დეტორზიო, ჩანერგილი ნაწლავის დეზინფეგინაცია, შეხორცებების გათიშვა, სტრანგულაციური ზონრის გადაკვეთა, ენტეროტომია, შემოვლითი ანასტომოზის დადება, ნაწლავის რეზექცია, ნაწლავის გამოტანა ხელოვნური უკანა ტანის სახით.

მუცლის ღრუში ყოველგვარი მანიპულაციის დაწყებამდე აუცილებელია წერილი ნაწლავის ჯორჯლის ფუძეში ნოვოკაინის ხსნარის შეყვანა, მიუხედავად იმისა, რა სახის გაუტკივარებაა. წერილი ნაწლავის ჯორჯლის ბლოკადის შემდეგ საჭიროა განივი კოლინჯის ზემოთ აწევა და მის ჯორჯალში ნოვოკაინის ხსნარის შეყვანა.

სტრანგულაციური ზონრის დადგენის შემდეგ მისი გადაკვეთის წინ უნდა გაითვალისწინონ რამდენიმე მომენტი. თუ გადაჭერილ ნაწლავში მკვეთრი ცვლილებები არ არის, ნეკროზი ჯერ არ განვითარებულა, ზონრის გადაკვეთა დასაშვებია. თუ სტრანგულაციურმა ზონარმა გამოიწვია ნაწლავის მარყუჟის ნეკროზი, უნდა დაადგინონ ამ მარყუჟის ჯორჯლის ცვლილებები. თუ ნეკროზული მარყუჟის ჯორჯლის სისხლძარღვები თრომბირებულია. ზონარი შეიძლება გადაკვეთონ, თუ ნაწლავი ნეკროზულია, ხოლო მისი ჯორჯლის სისხლძარღვების თრომბოზი არ ვლინდება, სტრანგულაციური ზონრის გადაკვეთა დასაშვებია მხოლოდ ჯორჯლის წინასწარი გადაჭერის შემდეგ. ასეთ შემთხვევაში სტრანგულაციური ზონრის გადაკვეთას ჯორჯლის წინასწარი გადაჭერის გარეშე სწრაფად მოსდევს არტერიული წნევის დაცემა და გულის გაჩერება.

ოპერაციული ჩარევის მნიშვნელოვანი მომენტი ნაწლავის სიცოცხლისუნარიანობის დადგენა — მხედველობაშია მისაღები ის გარემოება, რომ კედლის იშემიის მოვლენები იწყება ნაწლავის კედლის ლორწოვანი გარსიდან. ნეკროზული ცვლილებების განვითარებისთვის აუცილებელი არ არის ნაწლავის მარყუჟის შემოგრეხა ან სტრანგულაციური ზონრის მოქმედება. სისხლის მიმოქცევის მოშლა და ნეკროზული ცვლილებები ნაწლავის კედელში მოსალოდნელია ნაწლავის ხანგრძლივი გადაჭიმვის შედეგად. ასეთი ცვლილებები მოსალოდნელია ობტურაციული გაუვალობის შორსწასული ფორმის შემთხვევაშიც. წერილი ნაწლავის მომტანი მარყუჟების ხანგრძლივად გადაკვებისა და გადაჭიმვის გამო.

ნაწლავის სიცოცხლისუნარიანობის განსაზღვრისთვის გასათვალისწინებელია ცვლილებები როგორც ნაწლავის კედელში, ისე მის ჯორჯალში, საყურადღებოა მუცლის ღრუში გამონაჟონის ხასიათი.

გამპვირვალე ან მოყვითალო უსუნო გამონადენა ნაწლავის სიცოცხლისუნარიანობაზე მიუთითებს. ჰემორაგიული სუნიანი გამონადენი ნაწლავის კედლის კვების დაქვეითებისა და მისი ნეკროზის მაჩვენებელია. ნაწლავის დათვალიერებისას მნიშვნელობა აქვს მის ფერს, პერისტალტიკას, ტონუსს, ჯორჯლის ცვლილებებს. ჩვეულებრივ, იგი მკრთალი ვარდისფერია, ზოგჯერ მოცისფრო ელფერი დაჰკრავს. მისი ფერი დამოკიდებულია სანათურში ნაღვლის რაოდენობაზე, შიგთავსზე. ნაწლავის ნაცრისფერი მიუთითებს მის იშემიაზე. სისხლის მიმოქცევის მოშლაზე მეტყველებს მისი ციანოზი, ტონუსის დაქვეითება, პასტოზურობა, პერისტალტიკის მოსპობა, ჯორჯლის არტერიის პულსაციის გაქრობა. თუ სტრანგულაციური ზონრის გადაკვეთის შემდეგ ჯორჯალში ნოვოკაინის ხსნარის შეყვანა და თბილ ფიზიოლოგიურ ხსნარში დასველებული საფენების შემოფენა აღადგენს ნაწლავის ნორმალურ ფერს, პერისტალტიკას და ჯორჯლის სისხლძარღვების პულსაციას, ნაწლავის რეზექცია საჭირო არ არის. თუ ჰარბი ცხიმის გამო ჯორჯლის სისხლძარღვთა პულსაცია არ ხერხდება, საჭიროა ჯორჯლის ცალი ფურცლის გაკეთა, ცხიმის ფრთხილად ჩამოცლა. თუ ესეც არ შველის, ჯორჯლი ნაწლავის კედელთან ახლოს მცირე მანძილზე უნდა გაკვეთონ. თუ სისხლის დენა არ არის, ეს ჯორჯლის სისხლძარღვთა თრომბოზის მაჩვენებელია.

ყველა საექვო შემთხვევაში საჭიროა ნაწლავის რეზექცია. მხედველობაში არა გვაქვს ნაწლავის კედლის ისეთი ცვლილებები, როდესაც რეზექციის აუცილებლობა ექვს არ იწვევს: ნაწლავის შავი ფერი, ჯორჯლის ჩამოცლა ნაწლავიდან და ა. შ.

წვრილი ნაწლავის რეზექციის დროს უნდა გავითვალისწინოთ, რომ გაუვალობის პროქსიმალურად მდებარე მარყუეებში კედლის პათოლოგიური ცვლილებები საკმაოდ შორს ვრცელდება. ნეკროზული უბნის პროქსიმალურად უნდა მოკვეთონ არანაკლებ 40 სმ, ხოლო დისტალურად — 20 სმ სიგრძის ნაწლავი. შეცვლილი ნაწლავის რეზექციის შემდეგ ყურადღება უნდა მიაქციონ დარჩენილი ნაწლავის ტაკვების კიდებთან სისხლის დენას. თუ სისხლის დენა არ არის, საჭიროა დამატებითი რეზექციის ჩატარება.

წვრილი ნაწლავის გაუვალობის დროს ნაწლავის რეზექციის შემდეგ ნაწლავის მთლიანობის აღდგენა მიზანშეწონილია შერთულით „გვერდი-გვერდში“, მართალია, შერთული „პირი-პირში“ უფრო ფიზიოლოგიურია, მაგრამ რეზექციის შემდეგ დარჩენილი ბოლოების არათანაბარი სანათურის შემთხვევაში შერთული „გვერდი-გვერდში“ ტექნიკურად გაცილებით მარტივი შესასრულებელია და უფრო საიმედოცაა.

თუ გაუვალობა გამოწვეულია წვრილი ნაწლავის სიმსივნით, რე-



ზექციის დაწყებამდე უნდა განსაზღვრონ, შესაძლებელია თუ არა სიმსივნის ამოკვეთა. მრავლობითი მეტასტაზი ყოველთვის არ არის სიმსივნის შემცველი მარყუჟის რეზექციის უკუჩვენება. მაგალითად, სიმსივიდან პროფუზული სისხლის დენისას მრავლობითი მეტასტაზების შემთხვევაშიც მიზანშეწონილია ნაწლავის რეზექცია.

დიდ სიძნელეებთან არის დაკავშირებული წვრილი ნაწლავის დეკომპრესია. რომელიც ამა თუ იმ მეთოდით აუცილებლად უნდა განხორციელონ.

წვრილი ნაწლავის შიგთავსის გადაღწევა მსხვილ ნაწლავში ტრავმულია, იწვევს ნაწლავის მარყუჟების დაზიანებას. მას ქირურგთა უმრავლესობა უარყოფს. გამონაკლისია წვრილი ნაწლავის ტერმინალური ნაწილიდან შიგთავსის გადაღწევა ბრმა ნაწლავში. ეს იშვიათია პრაქტიკულ მუშაობაში.

ერთ დროს ფართოდ იყო გავრცელებული საკიდი ენტეროსტომათეძოს ნაწლავის ტერმინალურ მონაკვეთზე. მისი მოქმედება სრულფასოვანია იმ შემთხვევაში, თუ ნაწლავს შენარჩუნებული აქვს პერისტალტიკის უნარი. განვითარებული პარეზის პირობებში იგი ათავისუფლებს შიგთავსისგან ნაწლავის მხოლოდ ერთ-ორ მარყუჟს, რომელზედაც დადებული იყო სტომა. ამიტომ წვრილი ნაწლავის დეკომპრესიის მიზნით საკიდ ენტეროსტომას ამჟამად თითქმის აღარ იყენებენ.

ი. დ. ჟიტნიუკი (1965) და ი. მ. ლუბენსკი (1981) წვრილი ნაწლავის დეკომპრესიის მიზნით მიმართავენ თეძოს ნაწლავის ტერმინალური მარყუჟის გაკვეთით რეზინის მილის გატარებას პროქსიმალურად 120—150 სმ სიგრძეზე. ნაწლავის დაცლის შემდეგ ენტეროსტომიის არეს გაკერავენ. ხშირი გართულებების შედეგად ენტერორაფიის არეში ნაკერების უკმარისობისა და ნაწლავის ფისტულის განვითარების გამო დეკომპრესიის მიზნით ი. მ. ლუბენსკიმ (1981) მიზანშეწონილად მიიჩნია წვრილ ნაწლავში ზონდის შეყვანა ცეკოსტომის გზით.

მრავალი ავტორი მიმართავს წვრილი ნაწლავის ინტუბაციას ოპერაციის დროს ცხვირიდან კუჭში შეტანილი გრძელი ზონდის წვრილ ნაწლავში გადანაცვლებით. ზონდი ძნელად გადის პილორუსს და თორმეტგოჯა ნაწლავ — მღივ ნაკეცს. მისი გადანაცვლება წვრილ ნაწლავში ხშირად ვერ ხერხდება. შეყვანის გასაადვილებლად რეკომენდებულია სპეციალური დრეკადი გამტარები. ეს ნაკლი არ ახასიათებს ნაწლავის ინტუბაციის ისეთ წესს, როდესაც ზონდი ნაწლავში შეყავთ გასტროსტომიის გზით. ი. მ. დედერერის მონაცემებით (1971), წვრილი ნაწლავის ინტუბაციის ეს წესი კარგ შედეგს იძლევა. ზონდის შეყვანა საკმარისია მღივი ნაწლავის 30—40 სმ სიგრძეზე, რაც ძნელი არ არის. ამ დროს ხდება ნაწლავის სრული დეკომპრესია, რადგანაც

საქმლის მომწოდებელი წვენიის ძირითადი ნაწილი სწორედ კუჭსა და თორმეტგოჯა ნაწლავში წარმოიქმნება. ზონდის ამოღების შემდეგ (პერისტალტიკის აღდგენიდან მე-5—6 დღეს) გასტროსტომიული ხვრელი თავისით იხურება 1—2 დღეში გართულებების გარეშე.

ნაწლავის დაცლა შიგთავსისგან ადვილია იმ შემთხვევაში, როდესაც საჭიროა ნაწლავის რეზექცია. პირველ რიგში კვეთავენ ნაწლავის დისტალურ ნაწილს. სარეზექციო ნაწლავის ჯორჯალს მოცილებული ბოლო გამოაქვთ საოპერაციო ველის გარეთ და წერილ ნაწლავს თანდათანობით, ფრთხილად მთლიანად ათავისუფლებენ შიგთავსისგან. ნაწლავის დაცლის შემდეგ კვეთავენ სარეზექციო ნაწილის პროქსიმალურ ნაწილს.

დაბრკოლების ზემოთ მარყუტები მკვეთრად გადაბერილია. მათი შიგთავსიდან დაცლისას დიდი სიფრთხილეა საჭირო. საჭიროა მუცლის ღრუს ინფიცირების შესაძლებლობის აცილება. ამისათვის მიზანშეწონილია შემდეგი ღონისძიებები: დეკომპრესიისთვის ნაწლავის შედარებით მოძრავი მარყუტის შერჩევა და 10 სმ მანძილზე მისი განთავისუფლება შიგთავსისგან. ამ უკანასკნელის გადანაცვლება ზემოთ ან ორივე მიმართულებით (ორივე ხელის II—III თითით). თუ ამ ვხით მარყუტის განთავისუფლება შიგთავსისგან არ ხერხდება, მიმართავენ მის პუნქციას მსხვილი ნემსით. დაცლილი ნაწლავის მარყუტის კიდევები გადაჭერილია ასისტენტის ორ თითს შორის, რაც ხელს უშლის მის ხელახლა შევსებას. ჯორჯლის მოპირდაპირე მხარეს აკეთებენ ქისისებრ ნაკერს, კვეთავენ ნაწლავის კედელს და სანათურში 6—10 სმ-ის სიგრძეზე შეყავთ რამდენიმე გვერდითი ხვრელიანი მსხვილი რეზინის მილი (თუ ჩატარებულია ნაწლავის პუნქცია, ნაწლავის კედელი ამ ხვრელზე უნდა გაკვეთონ), ნაწლავში შეტანილი მილით შიგთავსის თანდათანობით გადანაცვლებით მთლიანად უნდა დაცალონ ნაწლავები. დაცლის დამთავრების შემდეგ რეზინის მილს ნაწლავთან ახლოს დაადებენ მომჭერს. რომ ნაწლავიდან მილის ამოღების პროცესში მისი შიგთავსი არ გადმოიღვაროს. ნაწლავის კედლის დეფექტს გაკერავენ ორსართულიანი ნაკერით. რაც ნაწლავის დაცლის შემდეგ საიმედოდ შეიძლება განახორციელონ.

ნაწლავთა შორსწასული პარეზის დროს ოპერაციის პროცესში ნაწლავთა დეკომპრესია საკმარისი არ არის ოპერაციის შემდგომი პერიოდის კეთილსასურველი მიმდინარეობისთვის. მოტორიკა არ აღდგება, პარეზული ნაწლავები კვლავ ივსება და იჭიმება შიგთავსით. ნაზოგასტრალური ზონდით კუჭის დაცლა შიგთავსისგან და ნაწლავის მოტორიკის სტიმულაცია მედიკამენტების გამოყენებით ყოველთვის არ იძლევა ეფექტს. აქედან ცხადია, რომ ნაწლავთა დეკომპრესიის მიზნით ნაწლავის დასაწყის მონაკვეთში გასტროსტომიით შეყვანილი

ზონდი დატოვებული უნდა იყოს ოპერაციის შემდგომ პერიოდშიც, რაც დაიცავს ნაწლავს გადავსებისგან და ხელს შეუწყობს ნაწლავის მოტორიკის აღდგენას.

ოპერაციის შემდგომი პარეზისა და მისი თანმხლები გართულებების აცილების მიზნით ბოლო წლებში ჩვენი კლინიკა მიმართავს მაღალ ენტეროსტომიას. ამ მიზნით წვრილი ნაწლავის დეკომპრესიის შემდეგ ტრეიცის იოგიდან დაახლოებით 30—40 სმ მანძილზე ვახორციელებთ ენტეროსტომიას, სანათურში შეგვყავს 0.8 სმ დიამეტრის რეზინის მილი ვიტცელის მეთოდით. თვით ნაწლავის სანათურში შეტანილი მილის სიგრძე 8—10 სმ-ია. მას რამდენიმე (5—8) გვერდითი ხვრელი აქვს. მილი გამოგვაქვს შუახაზის მარჯვნივ. მაღალ დეკომპრესიულ ენტეროსტომიას მიემართავთ მკვეთრად გამოხატული პარეზის შემთხვევაში, როდესაც ოპერაციის შემდეგ მოსალოდნელია პარეზის შენარჩუნება და გაღრმავება და თუ არ მოხერხდა ნაზოგასტრალური ზონდის გაყვანა მლივი ნაწლავის დასაწყის მარყუქში, ენტეროსტომული მილი მოქმედებას იწყებს რამდენიმე საათში. სრული სიფართით კი მეორე დღიდან. ნაწლავის პერიტონიტისა და მოტორული ფუნქციის აღდგენის შემდეგ (აირების გამოყოფა, დეფეკაცია), რაც ენტეროსტომიის ფონზე, ჩვეულებრივ, რამდენიმე დღეში ხდება, ენტეროსტომული მილი ამოგვაქვს მე-5—6 დღეს. ხვრელი გართულებების გარეშე იხურება 1—3 დღეში. ნაწლავის სანათურის შევიწროების შემთხვევა შორეულ პერიოდში არ შეგვხვედრია. კლინიკაში აღნიშნული მეთოდის გამოყენება ჯანერგა პროფ. ი. მგალობლიშვილმა.

დეკომპრესიის შემდეგ ნაწლავთა ჩაბრუნება მუცლის ღრუში ძნელი არ არის. ჩაბრუნებამდე საჭიროა ნაწლავის სრული რევიზია, დესეროზირებული უბნების პერიტონიზაცია ოპერაციის შემდგომი ადრეული გაუვალობისა და მუცლის ღრუს ინფიცირებისგან თავის დაზღვევის მიზნით. პერიტონეუმის ღრუ თავისუფლდება ექსუდატისგან. ცალკე განაკვეთებით შეაქვთ მიკროირიგატორები ანტიბიოტიკების შესაყვანად, შუახაზის ჭრილობა იხურება ყრულ.

წვრილი ნაწლავის მწვავე გაუვალობის გამო ოპერაციული ჩარევის დროს ქირურგმა მოსალოდნელია დაუშვას შემდეგი ტექნიკური და ტაქტიკური შეცდომები:

1. ჭერონად ვერ აფასებს ნაწლავის სიციცხლისუნარიანობას და რეზექციის გარეშე ტოვებს სიციცხლეს მოკლებულ ნაწლავს, რასაც მოყვება მისი განგრენა, პერიტონიტი და ავადმყოფის სიკვდილი;

2. ნაწლავის რეზექცია არასაკმარისი სიფართისაა, განსაკუთრებით მომტან ნაწილში, რის შედეგად ვითარდება შერთულის ნაკლოვანება და პერიტონიტი;

3. ნაწლავის რეზექციის შემდეგ არ აღდგება ჯორჯლის მთლიანობა, ჯორჯლის დეფექტში იკედება ნაწლავის მარყუქები და ვითარდება მწვავე გაუვალობა, რომლის ამოცნობა ოპერაციის შემდგომ პირველ დღეებში ძნელია;

4. ქირურგს შეუმჩნეველი რჩება ნაწლავის სეროზული გარსის დაზიანება, რასაც შეიძლება მოყვეს პერიტონეუმის ინფიცირება;

5. არასრულყოფილი რელაქსაციის პირობებში მუცლის ღრუში მოსალოდნელია დარჩეს უცხო სხეული.

ნაწლავის მწვავე გაუვალობის გამო ოპერაციის შემდეგ გრძელდება ინტენსიური თერაპია, რომელიც მიმართული უნდა იყოს ორგანოთა და სისტემების დარღვეული ფუნქციის გამოსასწორებლად და გართულებების ასაცილებლად. გრძელდება ინფუზიურ-ტრანსფუზიული თერაპია, რომლის მიზანია ჰიპოვოლემიის, ცილების და ელექტროლიტების დეფიციტის სრულყოფილი აღდგენა და შემდგომი დეზინტოქსიკაციური მკურნალობის გაგრძელება (პოლიგლუკინი, რეოპოლიგლუკინი, ჰემოდეზი, 10—20%-იანი გლუკოზის ხსნარი, სისხლი და ცილოვანი ხსნარები). შეყვანილი სითხეების რაოდენობა, ჩვეულებრივ, შეადგენს 3—4 ლიტრს.

გრძელდება ოქსიგენოთერაპია, ნამიანი ქანგბადის მიწოდებით, საგულე საშუალებების შეყვანა, ნაწლავთა სტიმულაციის მიზნით ხმარობენ პროზერინს, კალიმინის ინიექციებს, სუფრის მარილისა და რინგერის ჰიპერტონიულ ხსნარებს.

ოპერაციიდან პირველ დღეებში მუდმივად ხორციელდება კუჭის შიგთავსის ასპირაცია ნაზოგასტრალური ზონდით. ანტიბიოტიკებს უნიშნავენ ზოგადად და მუცლის ღრუში მიკროირიგატორის გზით. მძიმე ინტოქსიკაციისა და პერიტონიტის დროს მიმართავენ პერიტონეულ დიალიზს, გულმკერდის ლიმფური სადინრის დრენირებას. კოაგულოგრამის კონტროლის გათვალისწინებით საჭირო შემთხვევებში იყენებენ ჰეპარინიზაციას.

სიგმის შემოგრების დროს იგი უნდა გაასწორონ, შიგთავსისგან კი სწორ ნაწლავში შეყვანილი ზონდით გაათავისუფლონ. დიდი სიგმისა ან შავი სიგმის შემთხვევებში ახორციელებენ მის რეზექციას. ამ დროს გამტან ნაწილს ყრუდ ხურავენ, მომტანი ნაწილი კი გამოაქვთ მარცხნივ, დამატებით კრილობაში, ხელოვნური ანუსის შექმნისთვის. ავადმყოფის გამოკეთების შემდეგ შესაძლოა ნაწლავის მთლიანობის აღდგენა.

ბეზოარით, ნადვლის კენჭით გამოწვეული გაუვალობის შემთხვევაში ახორციელებენ ენტეროტომიას, განივი განაკვეთით. უცხო სხეულის ამოღების შემდეგ განაკვეთს კერავენ ორსართულიანი კვანძოვანი ნაკერებით. თუ შესაძლებელია, უმჯობესია უცხო სხეულის გა-

დანაცვლება დისტალურად რამდენიმე სანტიმეტრით და ნაწლავის გაკვეთა ნაკლებად შეცვლილ არეში. აუცილებელია მთლიანად წვრილი ნაწლავის გულდასმით დათვალიერება, რადგან გამორიცხული არ არის ბეზოარიის ან ნაღვლის კენკის არსებობა, რაც შემდეგში შეიძლება ახალი გაუვალობის მიზეზი გახდეს.

წვრილი ნაწლავის სიმსივნით გამოწვეული გაუვალობის დროს ახორციელებენ ნაწლავის რეზექციას ჯორჯლით და ლიმფური ჯირკვლებით, მაგრამ თუ რეზექცია შეუძლებელია, ახორციელებენ შემოვლით ანასტომოზს.

მსხვილი ნაწლავის სიმსივნით გამოწვეული ობტურაციული გაუვალობის დროს ოპერაციული ჩარევა მიმდინარეობს არახელსაყრელ პირობებში, რადგანაც უფრო საქმე ეხება ხანში შესულ, ძირითადი და თანმხლები დაავადებების გამო მძიმე მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფებს. ასეთ პირობებში ოპერაციული ჩარევის მიზანია ნაწლავის დაცლა და გაუვალობის ლიკვიდაცია. თუ ოპერაციას აკეთებენ უკვე განვითარებული პერიტონიტის ფონზე, უნდა შემოიფარგლონ ცეკოსტომის, ორლულოვანი კოლოსტომის ან ორლულოვანი ილეოსტომის დადებით.

კოლინჯის მარჯვენა ნახევრის სიმსივნით გამოწვეული ობტურაციული გაუვალობის დროს ოპერაციული მკურნალობა უფრო სწორად ორმომენტიანი ჩარევით განისაზღვრება. პირველ მომენტად ახორციელებენ ილეოტრანსვერზოანასტომოზს შერთულით გვერდი-გვერდით. ზოგჯერ ილეოტრანსვერზოანასტომოზს აკეთებენ მსხვილი ნაწლავის ცალმხრივი გამოთიშვით. ამ შემთხვევაში თეძოს ნაწლავის ტერმინალურ მარყუჟს კვეთავენ (ცეკუმიდან 25 სმ). პროქსიმალურ მონაკვეთს იყენებენ შერთულისთვის, დისტალური გამოაქვთ კანზე მარჯვენა თეძოს ფოსოში. ავადმყოფის მდგომარეობის გაუმჯობესების შემდეგ მიმართავენ მეორე მომენტს — მარჯვენამხრივ ჰემიკოლექტომიას.

კოლინჯის მარცხენა ნაწილის სიმსივნით გამოწვეული გაუვალობის დროს არჩევითი მეთოდია პროქსიმალური ხელოვნური უკანა ტანის დადება. აკეთებენ ორლულოვან კოლოსტომას. განივ ან სიგმურ კოლინჯზე. თუ ავადმყოფის მდგომარეობა საშუალებას იძლევა, ახორციელებენ სიმსივნის შემცველი ნაწლავის რეზექციას ორივე ბოლოს გამოტანით ან პროქსიმალური კოლოსტომის დადებით (დისტალური ბოლო ყრუდ იხურება).

სიგმური კოლინჯისა და რექტოსიგმოიდური უბნის კიბოს დროს რეკომენდებულია ჰარტმანის ოპერაცია: სიმსივნის შემცველი ნაწლავის რეზექცია და პროქსიმალური ერთლულიანი კოლოსტომის დადება, მეორე მომენტად აღდგება მსხვილი ნაწლავის მთლიანობა.

მსხვილი ნაწლავის მარცხენა ნაწილის სიმსივნით გამოწვეული უვალობის დროს გამოყენებულია სამმომენტიანი ოპერაციებიც (უეიდლერ-შოფერის ტიპის). პირველ მომენტად აკეთებენ პროქსიმალურ-კოლოსტომას (უეკოსტომა, ტრანსვერზოსტომა), მეორე მომენტად ახორციელებენ სიმსივნის ნაწლავის რეზექციას ნაწლავთაშორისი შერთულით. მესამე მომენტად იხურება კოლოსტომა.

ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის დროს სიკვდილის მიზეზია ორგანოთა და სისტემების ღრმა, შეუქცევადი მორფოლოგიური და ფუნქციური ცვლილებები, რომლებიც ვითარდება ნაწლავთა მწვავე უვალობის დროს ინტოქსიკაციისა და პერიტონიტის ფონზე.

მკურნალობის სასურველი შედეგის მისაღებად საჭიროა ანადამყოფთა დროული ჰოსპიტალიზაცია და დაავადების დროული დიაგნოსტიკა, ენერგიული, მაგრამ ხანმოკლე წინასაოპერაციო მომზადება. რომელიც გულისხმობს ყველა გამოვლენილი დარღვევის კორექტირებას, ოპერაციის დროულად და შესაფერისი სიფართით შესრულება და ოპერაციის შემდგომი პათოგენეზური მკურნალობის ჩატარება.

## სისხლის მიმოქცევის მოზლასთან დაკავშირებული ნაწლავთა პათოლოგია

### მუცლის ღრუს იშემიური დაავადება

მუცლის ღრუს იშემიური დაავადება (ინტერსტიციური იშემია, მუცლის ანგინა და ა. შ.) განპირობებულია ნაწლავის სისხლის მიმოქცევის მოშლით, რომლის მიზეზია მეზენტერიული არტერიის ან მისი ტოტების შევიწროება, ათეროსკლეროზი, ენდარტერიიტი, ანგიოსპაზმი. სისხლძარღვის თანდაყოლილი სტენოზი. ათეროსკლეროზისა და ნაწლავის იშემიის განვითარების ხელშემწყობი ფაქტორებია ჰიპერტონიული დაავადება, სიმსუქნე, დიაბეტი, თამბაქოს წევა. ნაწლავის იშემია შეიძლება გამოიწვიოს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის უკმარისობამ.

ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა. დაავადებას ახასიათებს პერიოდული ტკივილი მუცლის, ძირითადად ჰიპის არეში, ჰიპოგასტრიუმის, მარჯვენა თეძოს ფოსოს არეში. ინტენსივობის მიხედვით ტკივილი შეიძლება იყოს ყრუ ან ძლიერი, გრძელდება რამდენიმე წუთიდან 1—2 საათამდე. ტკივილი მოყვება ჰემას, ხანგრძლივ სიარულს, ნერვულ დაძაბულობას. დაავადებას თან სდევს გულისრევა, ბოყინი, მუცლის შებერილობა, მეტეორიზმი. მუცლის წინა კედლის პალპაცი-

ით აღინიშნება მტკივნეულობა კიპის და ეპიგასტრიუმის არეში, კუნთთა რეზისტენტობის გარეშე.

შეტვეის კუპირება ხდება ნიტროგლიცერინის მიღებით, რასაც დიფერენციულ-დიაგნოზური მნიშვნელობა აქვს. ავადმყოფი წონაში კლებულობს, ტკივილის შიშით ვერ ჰკამს, ნაწლავის იშემიის გამო დაქვეითებულია ნაწლავში საკვები ნივთიერებების შეწოვა, პერიოდულად აღინიშნება ფაღარათი ან შეკრულობა. განაეალი დიდი რაოდენობით შეიცავს ცხიმებს, სისხლს.

რენტგენოლოგიური გამოკვლევით დგინდება ბარიუმის ფაფის პასაჟის დაქვეითება. დიაგნოზური მნიშვნელობა აქვს აორტოგრაფიას.

დაავადება მიმდინარეობს თევობით, წლობით. ავადმყოფს მკურნალობენ კოლიტის, ენტეროკოლიტის, სპაზმური კოლიტის, ქრონიკული პანკრეატიტის დიაგნოზით. იგი ხშირად წინ უძღვის მეზენტერიულ სისხლძარღვთა თრომბოზს.

მკურნალობა. ავადმყოფებს უნიშნავენ ანტისპაზმურ საშუალებებს, სისხლძარღვთა ორგანული შევიწროებისას რეკომენდებულია ოპერაციული მკურნალობა. მიმართავენ სისხლძარღვთა შემოვლით ანასტომოზების დადებას, ენდარტერექტომიას. დაზიანებული არტერიის შეცვლას პროთეზით. თრომბოზის პროფილაქტიკის მიზნით ავადმყოფს პერიოდულად უნიშნავენ ანტიკოაგულანტებს.

### მეზენტერიულ სისხლძარღვთა თრომბოზი და ემბოლია

მეზენტერიულ სისხლძარღვთა თრომბოზი მძიმე დაავადებაა. ზედა მეზენტერიული არტერიის ან მისი ტოტის თრომბოზის ან ემბოლიის დროს ირღვევა წვრილი ნაწლავის, ხოლო ქვედა მეზენტერიული არტერიის თრომბოზის დროს — მსხვილი ნაწლავის სისხლის მიმოქცევა. ლეტალობა ამ პათოლოგიის დროს მაღალია, აღწევს 84—95%-ს. უკანასკნელ წლებში მეზენტერიულ სისხლძარღვთა თრომბოზის შემთხვევები გახშირდა, რაც განპირობებულია ხანში შესული მოსახლეობის რაოდენობის ზრდით.

არჩევენ მეზენტერიულ სისხლძარღვთა სისხლის მიმოქცევის დარღვევის 4 ფორმას: 1. მეზენტერიული არტერიის თრომბოზი, 2. მეზენტერიული არტერიის ემბოლია, 3. მეზენტერიული ვენების თრომბოზი, 4. მეზენტერიული არტერიისა და ვენების ერთდროული თრომბოზი. უფრო ხშირია არტერიის თრომბოზი, ვენების თრომბოზი იშვიათია.

მეზენტერიული არტერიის თრომბოზი და ემბოლია გვხვდება შემ-  
9. ქირურგიული გასტროენტეროლოგია

თხვევათა 76,7%, ვენებისა — 19,6%, ხოლო შერეული ტიპისა — 3,7%—ში (ა. ე. ნორენბერგ-ჩარკვიანი, 1957). ხშირად დაზიანებას განიცდის ზედა მეზენტერიული არტერია, რაც განპირობებულია ანატომიური თავისებურებებით. მასში უფრო ხშირად ვითარდება სკლეროზული პროცესი. იგი მუცლის აორტიდან გამოდის 45° კუთხით, მისი დიამეტრი უფრო ფართოა, ვიდრე ქვედა მეზენტერიული არტერიისა. ამ უკანასკნელის ემბოლია გვხვდება 20—40-ჯერ (ვ. ს. საველიევი, ი. ვ. სპირიდონოვი, 1979) უფრო იშვიათად, ვიდრე ზედა მეზენტერიული არტერიისა.

ე ტ ი ო ლ ო გ ი ა და პ ა თ ო გ ე ნ ე ზ ი. თრომბოზის განვითარების მიზეზია: 1. სისხლძარღვთა კედლის პათოლოგიური პროცესები (ათეროსკლეროზი, ჰიპერტონიული დაავადება, მაოლიტირებელი ენდარტერიტი, კვანძოვანი პერიარტერიტი და სხვა დაავადებანი); 2. სისხლის ნაკადის შენელება (გულის უკმარისობა); 3. სისხლის თვისობრივი ცვლილებები (წებოვნების მომატება, ალბუმინებისა და გლობულინების შეფარდების დარღვევა, გლობულინების მომატების გამო, აციდოზი, თავისუფალი ცხიმოვანი მჟავების მომატება სისხლში, თრომბოციტების რაოდენობის მომატება, სისხლის შემდედებელი სისტემის გააქტიურება, პოლიციტემია. მეზენტერიული ვენის თრომბოზი ვითარდება ქვედა კიდურებისა და სწორი ნაწლავის თრომბოფლებიტის დროს, ინფექციის ფონზე, ავთვისებიანი სიმსივნეების, ღვიძლის ციროზის, სპლენომეგალიის, გულის დეკომპენსაციის, მუცლის ჩირქოვანი დაავადებების, ჯორჯლის ვენების ფლებიტის დროს და ქირურგიული ოპერაციების შემდეგ.

ემბოლი შეიძლება იყოს თრომბის ნაწილი, რომელიც მოწყდება სისხლძარღვს ან გულის კედელს (გულის მანკის, რევმატიოდული ან სეფსისური ენდოკარდიტის, გულის ინფარქტის, აორტის ანევრიზმის დროს და ა. შ.). ემბოლი შეიძლება წარმოდგენილი იყოს სიმსივნური უჯრედებით (იყოს ცხიმოვანი, აეროვანი ან ბაქტერიული). მეზენტერიული სისხლძარღვის ემბოლიის შემთხვევათა 90%-ში აღინიშნება გულ-სისხლძარღვთა პათოლოგია.

სისხლის მიმოქცევის მოშლა ნაწლავში შეიძლება განპირობებული იყოს არაოკლუზიური დარღვევით. ამ დროს მნიშვნელობა აქვს ანგიოსპაზს, სისხლძარღვთა პარეზს, წნევის დაქვეითებას, გულის წუთმოცულობის შემცირებას, სისხლის მიმოქცევის სისწრაფის დაქვეითებას. ანგიოსპაზში ვითარდება ჰიპერტონიული დაავადების, ათეროსკლეროზის, ალერგიული და ინფექციურ-ალერგიული დაავადებების დროს, ისეთი სამკურნალწამლო ნივთიერების გამოყენების შედეგად, რომელიც იწვევს სპაზმს (დიგიტალისის პრეპარატები, მორფიუმი, ადრენერგული ნივთიერებები).



ზედა მეზენტერიული არტერიის ღეროს თრომბოზის დროს სისხლის მიმოქცევა ირღვევა მთელ წვრილ ნაწლავში, ხოლო მისი რომელიმე ტოტის ემბოლიის დროს — წვრილი ნაწლავის შესაბამის მარჯუეთში. ამის გამო ვითარდება წვრილი ნაწლავის ტოტალური ან მისი რომელიმე მარჯუეთის ნეკროზი. შედარებით იშვიათად მოსალოდნელია არტერიის და ვენის სისხლის მიმოქცევის ერთდროული დარღვევა.

**პ ა თ ო ლ ო გ ი უ რ ი ა ნ ა ტ ო მ ი ა.** მეზენტერიული არტერიის თრომბოზის ან ემბოლიის შემთხვევაში ნაწლავი ღებულობს მუქ მოწითალო ან შავ ფერს, დაფარულია ფიბრინული ნადებით, მუცლის ღრუში ფიბრინულ-ჰემორაგიული ან ჰემორაგიულ-ჩიჩქოვანი გამონადენია. ნეკროზი მოიცავს ნაწლავის კედლის ყველა შრეს, მისი გამავლობა ირღვევა და პერიტონიტი იწყება.

მორფოლოგიური ნიშნების მიხედვით არჩევენ ნაწლავის ინფარქტის შემდეგ ფორმებს — ანემიურს, ჰემორაგიულსა და შერეულს.

ანემიური ფორმა იწყება არტერიის არასრული დახშობით. ამ დროს ნაწლავი მონაცრისფროა, მუცლის ღრუში სეროზული ან სეროზულ-ჰემორაგიული გამონადენია.

ჰემორაგიული ფორმის შემთხვევაში ნაწლავის კედელი და ჯორჯალი გაყდენთილია სისხლით, მუცლის ღრუში ჰემორაგიული გამონადენია. იგი მკვეთრად გამოხატულია ვენური თრომბოზის დროს. შერეული ფორმის შემთხვევაში ნაწლავზე ერთდროულად შეიმჩნევა ანემიური და ჰემორაგიული ინფარქტის ნიშნები. დაზიანებული ნაწლავის ჰისტომორფოლოგიური შესწავლით გამოვლინდება სისხლის მიმოქცევის მკვეთრი მოშლა, სისხლსავსეობა, სისხლჩაქცევები, სტაზი, სისხლძარღვების თრომბოზი. ეს ცვლილებები მკვეთრადაა გამოხატული ლორწოქვეშა შრეში, ნეკროზი იწყება ლორწოვანი გარსიდან და შემდგომ თანდათანობით ვრცელდება ყველა შრეზე.

ზოგჯერ შესაძლებელია სწრაფად აღდგეს სისხლის მიმოქცევა კოლატერალური სისხლძარღვებით და დანეკროზებას ასწრებს მხოლოდ ლორწოვანი გარსი. დაავადება შეიძლება დამთავრდეს წვრილი ნაწლავის სტენოზით, რაც გამოწვეულია დაზიანებულ ადგილზე შემაერთებული ქსოვილის წარმოქმნით.

**ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა.** მეზენტერიული არტერიის თრომბოზის ან ემბოლიის დროს კლინიკური სურათი დამოკიდებულია სისხლძარღვის სანათურის დახშობის სისწრაფესა და დონეზე, თრომბის ან ემბოლის ლოკალიზაციაზე, კოლატერალების ფუნქციურ მდგომარეობაზე.

ზოგიერთ შემთხვევაში დაავადების განვითარებას წინ უძღვის შე-

ტევითი ხასიათის ტკივილი მუცლის არეში, რაც სისხლძარღვთა სპაზმითაა გამოწვეული.

ავადმყოფთა მდგომარეობა პროგრესულად უარესდება. დაავადების დასაწყისში მძიმე მდგომარეობა განპირობებულია ტკივილით, ტკივილის გამო შოკის განვითარებით, ჰემოდინამიური დარღვევით, ხოლო შემდეგ ნაწლავის კედლის ინფარქტით და პერიტონიტით (ინტოქსიკაცია). ინფარქტის შემდგომი ტკივილის ინტენსივობა შედარებით მცირდება. კანი და ხილული ლორწოვანი გარსი მკრთალია, შესაძლებელია იყოს ციანოზური, სხეულის ტემპერატურა ნორმის ფარგლებში ან დაქვეითებულია, რაც განპირობებულია შოკით ან კოლაფსით, იშვიათად ტემპერატურა სუბფებრილურია, რაც ვენურ თრომბოზს ახასიათებს. ინფარქტის და პერიტონიტის განვითარებას თან სდევს ტემპერატურის აწევა.

დაავადების დასაწყისში ტკივილი შეტევიით ხასიათისაა, რაც განპირობებულია ნაწლავის სპაზმური შეკუმშვით, ლოკალიზებულია ჰიპის, ჰიპოგასტრიუმის ან მარჯვენა თეძოს ფოსოს არეში, იმის მიხედვით, თუ ნაწლავის რომელ არეშია იშემია და ნეკროზი, უმრავლეს შემთხვევაში ტკივილს არა აქვს გარკვეული ლოკალიზაცია. ტკივილი გადაეცემა წელის არეში, არ კლებულობს ანტისპაზმური და ნარკოტიკული საშუალებების ხმარების შედეგადაც. ძლიერი ტკივილი განპირობებულია ნაწლავის სპაზმური შეკუმშვით მწვავე იშემიის გამო.

დაავადების დასაწყისში ღებინება რეფლექსურია, შემდგომში გამოწვეულია ნაწლავთა გაუვალობით, ნაღებინებ მასაში საკვების ნარჩენებია, შემდგომ მასში ნახულობენ ნაღველს, უფრო მოგვიანებით განავლის სუნი დაკრავს, შეიძლება შეიცავდეს სისხლს. დაავადების დასაწყისში ტკივილს და ღებინებას შეიძლება თან სდევდეს ფაღარათი, რაც გამოწვეულია იშემიური ნაწლავის პერისტალტიკის გაძლიერებით. შემთხვევათა  $\frac{1}{3}$  ან  $\frac{1}{4}$ -ში იგი შეიძლება შეიცავდეს სისხლს.

დაავადების დასაწყისში აუსკულტაციით ისმის ნორმალური ან გაძლიერებული პერისტალტიკა, მაგრამ დაავადების პროგრესულობასთან ერთად იგი სუსტდება და ქრება. ადრეულ სიმპტომად მიჩნეულია არტერიული წნევის მომატება 30—40 მმ-ით, რაც პირველად აღწერა ნ. ნ. ბლინოვმა (1952). სხვა მწვავე ქირურგიული დაავადებების დროს აღინიშნება არტერიული წნევის დაქვეითება, მეზენტერიული სისხლძარღვის თრომბოზის დროს კი წნევა მატულობს. ინტოქსიკაციასთან ერთად წნევა ეცემა.

დაავადების დასაწყისში ენა სველია, შემდეგ თანდათან შრება, მუცელი შეებრილია, ჩამორჩება სუნთქვით აქტში, პალპაციით მტკივ-

ნეულის განსაკუთრებით ის არე, რომელიც შეესაბამება ნეკროზულ უბანს, შეიძლება იშვიათად ხელს მოხვდეს არამკვეთარ საზღვრებიანი სიმსივნური წარმონაქმნი (მონდორის სიმპტომი). დაავადების დასაწყისში მუცლის შებერილობა, კუნთთა დაკიმულობა გამოხატული არ არის, რასაც ხშირად მოსდევს დიაგნოსტიკური შეცდომა და ოპერაციული მკურნალობა გვიანდება. ამ დროს „მწვავე მუცლის“ ყველა კლინიკური ნიშნის გამოვლინება ძნელია, იგი სრულყოფილად გამოვლინდება, როდესაც ნაწლავის კედელი უკვე დანეკროზებულია და პერიტონიტი იწყება. დაავადების სწრაფად მიმდინარეობისას შეუსაბამობაა სუბიექტურ და ობიექტურ მონაცემებს შორის. ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა მძიმეა, მუცლის მხრივ მოვლენები კი სუსტად არის გამოხატული. სისხლში დამახასიათებელია მაღალი ლეიკოციტოზი — 20 000—40 000.

**დიფერენციული დიაგნოზი.** მეზენტერიულ სისხლძარღვთა თრომბოზისა და ემბოლიის დროს დიფერენციული დიაგნოსტიკა საჭიროა მწვავე პანკრეატიტის, კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის, მწვავე აპენდიციტის, ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის, მწვავე ქოლეცისტიტის, თირკმლის ქვალის, გულის კუნთის ინფარქტის აბდომინური ფორმის, მწვავე გასტროენტერიტის, დიზენტერიის გამორიცხვა. ავადმყოფს უპირატესად ოპერაციას უკეთებენ „მწვავე მუცლის“ დიაგნოზით.

დიფერენციული დიაგნოსტიკის დროს მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული ავადმყოფის ასაკი, გულის დაავადება, მოციმციმე არითმია, მაღალი ლეიკოციტოზი, განავალში სისხლის არსებობა, ზოგჯერ მძიმე მდგომარეობის დროს ადგილობრივი ნიშნების სიღარიბე.

უკანასკნელ პერიოდში დიაგნოზის მიზნით მიმართავენ რეტგენოკონსტრასტულ გამოკვლევას, აღწერილია ანგიოგრაფიის ერთეული შემთხვევები. დიაგნოზის დადგენაში გვეხმარება ლაპაროსკოპია.

**მკურნალობა.** ავადმყოფთა მკურნალობა ოპერაციულია. პირველად ოპერაცია დამაკმაყოფილებელი შედეგით 1895 წელს განახორციელა ელიოტმა.

ოპერაციული მკურნალობის სახეებია: 1. ოპერაციული ჩარევა სისხლძარღვებზე მეზენტერიული სისხლის მიმოქცევის კორექციისთვის. 2. დაზიანებული ნაწლავის რეზექცია, 3. ნაწლავის დაზიანებული უბნის რეზექცია და ოპერაცია სისხლძარღვებზე.

საყდალი ლაპაროტომია, როგორც წესი, მთავრდება ავადმყოფის სიკვდილით, თუმცა აღწერილია ერთეული შემთხვევები, რომლებიც დამთავრდა ავადმყოფის გამოჯანმრთელებით.

სისხლძარღვებზე ოპერაციას აკეთებენ მისი ოკლუზიიდან 4—6 საათის განმავლობაში. ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევები, რო-

დესაც რევასკულიზაცია მოხერხდა ნაწლავის რეზექციის გარეშე რვა საათის შემდეგ.

ემბოლექტომია ჯორჯლის არტერიიდან (ლეტალური შედეგით) პირველად 1940 წელს განახორციელა ი. რივლინმა. 1979 წლამდე (ვ. ს. საველივეი, ი. ვ. სპირიდონოვი, 1979) ემბოლექტომია ჩატარებული იყო 27 შემთხვევაში, აქედან 19-ში — ნაწლავის რეზექციასთან ერთად.

ოპერაციის პარალელურად დიაგნოზის დადგენისთანავე მკურნალობა იწყება ანტიკოაგულანტების შეყვანით — 20 000—30 000 ერთ. ფიბრინოლიზინი 300—350 მლ ფიზიოლოგიურ ხსნართან ერთად, ამას ემატება 10 000—15 000 ერთ ჰეპარინი. მომდევნო 3—7 დღის განმავლობაში 15 000—20 000 ერთ ან მეტი ჰეპარინი შეჰყავთ კუნთებში ყოველ 4—6 საათში. პარალელურად განაგრძობენ ფიბრინოლიზინის ტრანსფუზიას. მკურნალობა უნდა ჩატარდეს კოაგულოგრამის მაჩვენებლების მიხედვით.

მეზენტერიულ სისხლძარღვთა თრომბოზისა და ემბოლიის დროს ქირურგიული ჩარევის გარეშე ავადმყოფები იღუპებიან 1—15 დღეში, ძირითადად 1—4 დღეში. არაოკლუზიური მეზენტერიული გაუვალობისას, ავადმყოფთა უმრავლესობა იღუპება პერიტონიტის განვითარების შედეგად.

### ჰემორაგიული კაპილაროტოქსიკოზი

ჰემორაგიული კაპილაროტოქსიკოზის დროს დარღვეულია სისხლძარღვთა გამავლობა. ამის გამო სისხლის ელემენტები გადადის ნაწლავის კედელსა და ჯორჯალში, რაც იწვევს სისხლჩაქცევას, რომელიც შეიძლება იყოს როგორც მცირე, ისევე საკმაოდ დიდი ზომის ჰემატომის სახით. ნაწლავის კედელში განვითარებული ჰემატომა იწვევს ნაწლავის კედლის გასქელებას და მისი სანათურის შევიწროებას. ნაწლავის პარეზს, ინვაგინაციას, წვრილი ნაწლავის გარკვეულ უბანზე შეიძლება დაირღვეს კვება, განვითარდეს ნეკროზი, წყლულოვანი ენტერიტი, რომელიც, თავის მხრივ, შეიძლება გართულდეს პერფორაციით, პერიტონიტით.

ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა. დაავადება იწყება უეცრად, მუცლის არეში შეტევითი ხასიათის ტკივილით, რომელიც ძირითადად თავს იყრის ჭიბის, იშვიათად ეპიგასტრიუმის არეში. ტკივილი იმდენად ინტენსიურია, რომ ავადმყოფები ვერ პოულობენ ადგილს, იღებენ იძულებით მდგომარეობას, წვანან გვერდზე, ქვედა კიდურები მოხრილი აქვთ. სხეულის ტემპერატურა მომატებულია, ხშირად იწყება ფალა-

რათი, სისხლიანი ლებინება, აღინიშნება ლეიკოციტოზი, ედს მომატებულია.

ინვაგინაციის, პერფორაციის, პერიტონიტის დროს გამოხატულია ამ გართულების დამახასიათებელი კლინიკური სურათი.

ჰემორაგიული კაპილაროტოქსიკოზის დროს, როდესაც ზემოაღნიშნული ცვლილებები მხოლოდ ნაწლავებშია, დიაგნოზის დადგენა ძნელია. ხშირია დიაგნოსტიკური შეცდომა, ადგენენ მწვავე აპენდიციტის, დიზენტერიის, კოლიტის, ნაწლავთა სტრანგულაციური გაუქალობის დიაგნოზს და ავადმყოფებს უტარებენ შესაბამის მკურნალობას.

### კუჭ-ნაწლავის ხვრელმილი

კუჭ-ნაწლავის ხვრელმილების განვითარების მიზეზი მრავალგვარია. ზოგ შემთხვევაში მის განვითარებას წინ უძღვის მუცლის ღრუს ორგანოების ესა თუ ის პათოლოგიური პროცესი. სხვა შემთხვევებში მისი მიზეზია ოპერაციის დროს დაშვებული ტაქტიკური და ტექნიკური შეცდომა. ტაქტიკურ შეცდომებს მიეკუთვნება განაკვეთის არასწორი შერჩევა, მკერივი ინფილტრატიდან ორგანოს (ჰიანაწლავის, ნაღვლის ბუშტის) ამოკვეთა, მუცლის ღრუს არასრული დრენირება, ნაწლავის სიცოცხლისუნარიანობის არასწორი განსაზღვრა მისი ეკონომიური რეზექციით, მუცლის ღრუდან ტამპონების და დრენაჟების გვიანი ამოღება და სხვ. ტექნიკურ შეცდომებს შორის შეიძლება აღვნიშნოთ ნაწლავის სეროზული გარსის დაზიანება, ნაწლავის მიკერება მუცლის წინა კედელთან, და სხვ.

კუჭ-ნაწლავის ფისტულების მრავალი კლასიფიკაციაა შემუშავებული. მრავალფეროვნების გამო კლასიფიკაციები, რომლებიც სრულად ასახავენ ამ პათოლოგიის ყველა მხარეს, პრაქტიკულ მუშაობაში ხშირად მოუხერხებელია. ამ კლასიფიკაციებში შექმნილი ხვრელმილები იყოფა ეტიოლოგიური ფაქტორის, მორფოლოგიური აგებულების, ლოკალიზაციის, ფუნქციური თავისებურებების, გამონაყოფის ხასიათის, გართულებების მიხედვით.

აუცილებელია ჩამოუყალიბებელი და ჩამოყალიბებული ხვრელმილების გამოყოფა. ჩამოუყალიბებელ ხვრელმილს ახასიათებს მკურნალობის განსაკუთრებული სირთულე, რადგანაც იგი, ჩვეულებრივ, მიმდინარეობს პერიტონიტის, ნაწლავთაშორისი აბსცესის, მუცლის პრესის ღრეგმონის ფონზე. ნაწლავის შიგთავსი იღვრება თავისუფალ მუცლის ღრუში ან უკეთეს შემთხვევაში შემოსაზღვრულ ღრუში, პიპეოსტაში მკვეთრად დარღვეულია.

ჩამოყალიბებული ხერელმილი ორგანოა — ტუჩისებრი და მილაკოვანი. ტუჩისებრი აგებულების შემთხვევაში ღრუ ორგანოს ლორწოვანი უშუალოდ არის დაკავშირებული კანის კიდეებთან. მილაკოვანი ხერელმილის დროს ღრუ ორგანოს სანათური კანთან დაკავშირებულია სხვადასხვა სიგრძის, მოყვანილობის, მიმართულების და სიფართის გრანულაციური ქსოვილით ამოფენილი გვირახით. ტუჩისებრი ხერელმილები იხურება მხოლოდ ოპერაციული ჩარევით. მილაკოვანი ხერელმილების უმეტესობა ექვემდებარება კონსერვატიულ მკურნალობას.

ლოკალიზაციის მიხედვით გამოყოფენ კუჭის, თორმეტგოჯა ნაწლავის, წვრილი და მსხვილი ნაწლავის ხერელმილებს. კლინიკური მიმდინარეობის გამო გამართლებულია წვრილი ნაწლავის მაღალი და დაბალი ფისტულების გარჩევა. ხერელმილთა რაოდენობის მიხედვით შეიძლება იყოს ერთეული და მრავლობითი. არჩევენ გაურთულებელ და გაურთულებელ ხერელმილებს. გაურთულებები არის ადგილობრივი — დერმატიტი, აბსცესი, ფლეგმონა, ნაწლავის კედლის პროლაფსი, სისხლის დენა და ზოგადი განლევა, დეპრესია და სხვ.

კუჭ-ნაწლავის ხერელმილების შემთხვევაში ყოველთვის არის შინაგანი ორგანოებისა და სისტემების მეტ-ნაკლებად გამოხატული ცვლილებები. ცვლილებები შედარებით უმნიშვნელოა მსხვილი ნაწლავის ჩამოყალიბებული ხერელმილის დროს და უკიდურესად მძიმედ არის გამოხატული მაღალი, უხვი მოქმედების ხერელმილებისა და ჩამოყალიბებული ხერელმილების შემთხვევაში.

წვრილი ნაწლავის მაღალი ფისტულის დროს დიდი რაოდენობით იკარგება ცილები, ნახშირწყლები, ელექტროლიტები, საჭმლის მომწელებელი წვენი (ფერმენტები, ნაღველი), წყალი (4—6 ლიტრი დღე-ღამეში), მცირდება ცირკულირებადი სისხლის მოცულობა. გამოხატულია ინტოქსიკაცია, კატაბოლური პროცესების სიჭარბე. პარენქიმულ ორგანოებში ვითარდება დისტროფიული და ნეკროზული ცვლილებები. ცვლილებები ეხება ღვიძლს, თირკმლებს, თირკმელზედა ჯირკვლებს. განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებს თირკმლების მდგომარეობა. წყლისა და ელექტროლიტების ბალანსის დარღვევას შეიძლება მოჰყვეს თირკმლების ნაკლოვანება, ანურია, აზოტემია, კრეატინემია.

საჭმლის მომწელებელი წვენების კანზე მოქმედების შედეგად ფისტულის ირგვლივ ვითარდება დერმატიტი, კანის მაცერაცია. მაცერირებულ კანზე ნაწლავის შიგთავსის მოხვედრა იწვევს აუტანელ წვას. ავადმყოფები კარგავენ მოსვენებას, ძილს, დეპრესია ეწყებათ, რაც უფრო მაღალია ფისტულა, მით უფრო მკვეთრია კანის ცვლილებები.

კუჭ-ნაწლავის ხვრელმილის დროს სიკვდილის მიზეზი შეიძლება იყოს დეჰიდრატაცია, განღვევა, ხვრელმილიდან სისხლის დენა. ჩამოუყალიბებელი ფისტულის დროს სიკვდილი შეიძლება გამოიწვიოს პერიტონიტმა, მუცლის ღრუს აბსცესმა, ფლემონამ, ევენტერაციამ, გაუვალობამ.

**კუჭის ხვრელმილები.** შეიძლება განვითარდეს კუჭზე ჩატარებული ოპერაციის შემდეგ კუჭ-ნაწლავის შერთულის ნაკერების უკმარისობის გამო, კუჭის დახურული ან ღია დაზიანების შედეგად, დესტრუქციული პანკრეატიტის დროს კუჭის უკანა კედლის დაშლის შედეგად და სხვ. კუჭის ფისტულა შეიძლება იყოს ჩამოყალიბებული და ჩამოუყალიბებელი. ჩამოყალიბებული ფისტულა ძირითადად ვლინდება ხელოვნურად დადებული კუჭის ფისტულიდან.

განსაკუთრებით მძიმედ მიმდინარეობს კუჭის ჩამოუყალიბებელი ფისტულები, რომლებიც უფრო ხშირად ვითარდებიან კუჭზე გაკეთებული ოპერაციის მომდევნო პირველ დღეებში ნაკერების უკმარისობის გამო.

ასეთ შემთხვევაში შესაძლებელია როგორც დიფუზური პერიტონიტის განვითარება, ასევე კუჭის შიგთავსის ჩაღვრა სუბდიაფრაგმულ სივრცეში და მუცლის ღრუს სხვა არეებში.

**თორმეტგოჯა ნაწლავის ხვრელმილები.** მათი ხშირი მიზეზია თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის ნაკერების ნაკლოვანება ბილროთის II წესით შესრულებული კუჭის რეზექციის შემდეგ. თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის ნაკლოვანებას ბევრი მიზეზი იწვევს. მათ შორის აღსანიშნავია თვით თორმეტგოჯა ნაწლავის უხეში მორფოლოგიური ცვლილებები, წყლულოვანი სისხლის დენით ქსოვილის პლასტიკური უნარის დათრგუნვა. თორმეტგოჯა ნაწლავის ზედმეტი სკელეტიზაცია ტაკვის დამუშავების დროს, დუოდენოსტაზი, დაბრკოლება შერთულის არეში და სხვ.

კუჭის რეზექციის შემდეგ ტაკვის უკმარისობა უფრო ხშირია მე-3—7 დღეს, რაც უფრო ადრე წარმოიქმნება თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის დეფექტი, მით მეტი შესაძლებლობაა დიფუზური პერიტონიტის განვითარებისთვის. ტაკვის ნაკლოვანების კლინიკური სურათი წააგავს წყლულის პერფორაციის კლინიკურ ნიშნებს. გართულება, ჩვეულებრივ, იწყება ძლიერი ტკივილით მარჯვენა ფერდქვეშა არეში, რასაც ერთვის ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის გაუარესება, ტაქიკარდია, ენის სიმშრალე, მუცლის პრესის დაჭიმულობა მარჯვნივ, აქვე პერიტონიტის ვალიზიანების ნიშნები, ნაწლავთა პარეზი, ტემპერატურის მომატება, ლეიკოციტოზი.

თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის უკმარისობის დროული დიაგნოს-

ტიკა ადვილი არ არის, განსაკუთრებით რეზექციის შემდგომ პირველ დღეებში მისი განვითარების დროს.

შემთხვევათა ნაწილში ეს გართულება მწვავედ არ ვლინდება. მას წინ უსწრებს ინფილტრატის განვითარება სუბჰეპატურ სივრცეში, მაღალი ტემპერატურა, ლეიკოციტოზი, ზოგადი მდგომარეობის გაუარესება. ასევე მწვავე მოვლენების გარეშე იწყება ეს გართულება იმ შემთხვევაში, როდესაც ოპერაციის დროს ტაკვის არესთან მიტანილია დრენაჟი. ტექნიკური სიძნელების დროს ტაკვთან დრენაჟების დატოვება, რასაკვირველია, სავსებით არ იცავს ავადმყოფს დიფუზური პერიტონიტის განვითარებისგან, მაგრამ გართულების დროული ამოცნობის საშუალებას იძლევა. ამისთვის დრენაჟი გამავალი უნდა იყოს, რაც საყურადღებოა. მოყვითალო გამონადენი დრენაჟიდან თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის უკმარისობის მომასწავებელია.

დროული რელაპაროტომიით და ტაკვის შემოსაზღვრით მუცლის თავისუფალი დრუდან შეიძლება პერიტონიტის აცილება, რასაც შემდეგში მოყვება მილაკოვანი ხვრელმილის ჩამოყალიბება, რომელიც ინტენსიური მკურნალობით თავისით იხურება.

წვრილი ნაწლავის ხვრელმილების განვითარების მიზეზებიდან აღსანიშნავია კედლის უხეში ტრავმირება ოპერაციის დროს, მიკერება მუცლის წინა კედელზე, ზონდით, დრენაჟით დაზიანება, იშემიური უბნის დატოვება ნაწლავის რეზექციის დროს და სხვ. გაცილებით მძიმე მიმდინარეობით და ცუდი პროგნოზით გამოირჩევა მაღალი (მღივი ნაწლავის) ფისტულები. თქმის ნაწლავის დაბალი ფისტულები ნაკლებ დარღვევას იწვევს ორგანიზმში. მაღალი ხვრელმილების გარჩევა დაბალისგან უფრო ზშირად ადვილია. მაღალი ფისტულების დროს საკვების მიღებიდან 20—30 წუთის შემდეგ იგი გამოიყოფა ხვრელმილიდან, გამოყოფილი მასა ნაღველნარევიან, ფისტულის ირგვლივ კანი მაცერირებულია.

არჩევენ წვრილი ნაწლავის ჩამოყალიბებულ, ტუჩისებრ და მილაკოვან ხვრელმილებს. განსაკუთრებით მძიმედ მიმდინარეობს წვრილი ნაწლავის მაღალი ჩამოყალიბებელი ხვრელმილი. ის ვითარდება მიმდინარე პერიტონიტის ფონზე, ჰომეოსტაზის დრმა ცვლილებების შედეგად ავადმყოფი შეიძლება დაიღუპოს რამდენიმე დღეში.

მსხვილი ნაწლავის ხვრელმილების განვითარების მიზეზები იგივეა, რაც წვრილი ნაწლავის ხვრელმილების შემთხვევაში, უფრო ზშირია ბრმა ნაწლავის ფისტულა. რომელიც ყალიბდება აპენდექტომიის შემდეგ. მსხვილი ნაწლავის ჩამოყალიბებული ფისტულის დროს ორგანიზმის ზოგადი მდგომარეობა უმნიშვნელოდ ირღვევა იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც სრული ფისტულაა და ნაწლავის შიგთავსი მთლიანად გამოდის გარეთ, ე. ი. აღინიშნება ხელოვნური უკანა



ტანი. მსხვილი ნაწლავის ჩამოუყალიბებელი ფისტულების დროს, როდესაც ნაწლავის შიგთავსი იღვრება მუცლის ღრუში ან შემოსაზღვრულ ჩირქოვან ღრუში, მდგომარეობა მძიმდება ინტოქსიკაციის გამო.

**ღ ი ა გ ნ ო ზ ი.** კუჭ-ნაწლავის გარეთა ხერეღმილების დიაგნოზი რთული არ არის. ფისტულის ლოკალიზაციაზე წარმოდგენას იძლევა გამონადენის ხასიათი, ფისტულის ირგვლივ არსებული კანის მდგომარეობა. ფისტულის ზუსტი ადგილმდებარეობის დასადგენად მიმართავენ კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის რენტგენოსკოპიას, ფისტულოგრაფიას. ირიგოსკოპიას. აუცილებელია ფისტულაში შემავალი გამტანი მარყუჟის გამავლობის შესწავლა.

**მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა.** კუჭ-ნაწლავის გარეთა ფისტულების მკურნალობა სერიოზული პრობლემაა. განსაკუთრებით სირთულეებთან არის დაკავშირებული მაღალი ფისტულების და ყველა ლოკალიზაციის ჩამოუყალიბებელი და მრავლობითი ფისტულის მკურნალობა. მკურნალობის ტაქტიკა წყდება ხერეღმილის ფორმის, ლოკალიზაციის, ეტიოლოგიის და არსებული გართულებების გათვალისწინებით. მილაკოვანი ხერეღმილების დიდი ნაწილი იხურება კონსერვატიული მკურნალობით, ტუჩისებრი ფისტულები ოპერაციულ მკურნალობას საჭიროებს.

ჩამოუყალიბებელი და მაღალი ფისტულების დროს ყოველთვის არის გამოხატული ჰომეოსტაზის ღრმა დარღვევები. აუცილებელია ინტენსიური ტრანსფუზიული თერაპიის ჩატარება ცილების, ელექტროლიტების, სითხეების დანაკარგის აღსადგენად. ცილების დანაკარგის კორეგირებას აღწევენ ჰიდროლიზატების და ამინომჟავების გადასხმით. ენერგეტიკული დანაკარგის აღდგენისთვის საჭიროა გლუკოზის კონცენტრირებული ხსნარების შეყვანა. საჭირო ხდება კალციუმის და კალიუმის დეფიციტის შევსება, ვიტამინოთერაპია, სისხლის განმეორებითი გადასხმა.

ხერეღმილიდან გამოყოფილი შიგთავსის შემცირების მიზნით მთლიანად გადასვლა პარენტერულ კვებაზე გამართლებული არ არის. საჭიროა მაღალკალორიული, მაგრამ ადვილად მოსანელებელი საკვების დანიშვნა, რომელიც არ იწვევს კუჭისა და პანკრეასის სეკრეციის გაძლიერებას, არ აძლიერებს ნაღვლის გამოყოფას. სითხეების რაოდენობა უნდა გაზარდონ. კვების რაციონში არ შედის ბოსტნეული, ცერცვი, თაღზი პური, მჭადი და სხვ.

განსაკუთრებით საყურადღებოა ფისტულის ირგვლივ კანის დაცვისა და ღერმატიტის საწინააღმდეგო ღონისძიებების გატარება. ამ ამოცანის შესრულება მით უფრო ძნელია, რაც უფრო მაღალია ხერეღმილი. ჩამოყალიბებული ფისტულების შემთხვევაში ფისტულის ირგვლივ

კანის დასაცავად ხმარობენ სხვადასხვა მალამოს (უფრო თუთიის მალამო), კანზე აყრიან თაბაშირს, ინჰიბიტორების ხსნარში დასველებულ საფენებს, უმი ხორცის ფირფიტებს. არც ერთი მათგანი რადიკალურად არ იცავს კანს გალიზიანებისაგან, აღსანიშნავია ისიც, რომ უკვე გალიზიანებულ კანზე მალამოს წასმა არ ხერხდება. გაცილებით უფრო საიმედოა კანის დაფარვა ბფ-ნ წებოთი, აპკის შემქმნელი ხსნარის ლეფუმაზოლის მოსხურება. წინასწარ კანი უნდა გაამშრალონ.

სეკრეციის შესამცირებლად იყენებენ ატროპინს, პერისტალტიკის გასაძლიერებლად — პროზერინს. მიზანშეწონილია ნაწლავის შიგთავსის მუდმივი ასპირაცია სპეციალური საქაჩით. თუ წამლებ მარყუქში ხერხდება 30—40 სმ მანძილზე წვრილი მილის შეტანა, კარგ ეფექტს იძლევა მომტანი მარყუქიდან გამოყოფილი მასის ნელი შეყვანა წამლებ ნაწლავში.

ოპერაციული ჩარევის ვადა დამოკიდებულია ფისტულის ფორმაზე, ორგანიზმში განვითარებულ ზოგად ცვლილებებსა და გართულებებზე.

ჩამოყალიბებული ტუჩისებრი ფისტულის შემთხვევაში, თუ კონსერვატიული ღონისძიებებით დარღვევები სწორდება და ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა პროგრესულად უმჯობესდება, ოპერაციული ჩარევა უნდა გადადონ ჰომეოსტაზის სრულ ნორმალიზაციამდე. სრული კომპენსაციის მიღწევის პირობებში. ავტორთა უმეტესობა ამ ვადას 4—6 თვით განსაზღვრავს. ოპერაციის ასეთი გადავადება შესაძლებელი ხდება მხოლოდ ფისტულიდან გამონადენის შეწყვეტის შემთხვევაში, რასაც აღწევენ ფისტულის დროებითი ეფექტური დახშობით. ამ მიზნისთვის ხმარობენ სხვადასხვა მასალისგან დამზადებულ და სხვადასხვა კონსტრუქციის ობტურატორებს. ობტურატორების ნაწილი ფისტულის ხერხელს ახშობს ნაწლავის სანათურის მხრიდან. ხერხელმილი შეიძლება გარედან დაიხშოს სხვადასხვა მასალის დამწოლი ნახვევით (დოლბანდი, ბამბა, ღრუბელი). რეკომენდებულია უმი ხორცის შეტანა ხერხელში. უნდა აღვნიშნოთ, რომ ობტურატორების გამოყენება შესაძლებელია მხოლოდ ჩამოყალიბებული ტუჩისებრი ფისტულის დროს. ჩამოუყალიბებელი ფისტულის შემთხვევაში ობტურატორების გამოყენება უკუნაჩვენებია, რადგანაც არასრული ფისტულა შეიძლება გადაიქცეს სრულ ფისტულად. ობტურატორის გამოყენება არ შეიძლება იმ შემთხვევაში, თუ წამლები მარყუქის გამავლობა დამაკმაყოფილებელი არ არის.

ჩამოუყალიბებელი ფისტულების დროს ინტენსიური ჰემოტრანსფუზიული მკურნალობის პარალელურად განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ადგილობრივი ღონისძიებების ჩატარებას. ადგილობრივი მკურნალობა ტარდება ღია წესით. საჭიროა გამონადენის მუდმივი ას-

პირაცია საქაჩით ან რეზინის ბალონით, იმ ღრუს პერიოდული გამო-  
რეცხვა ანტისეპტიკური ხსნარებით (ქლორპექსილინი, ფურაცლინი,  
დიოქსილინი), სადაც იხსნება ფისტულა, ამავე ხსნარებით ღრუს მულ-  
მივი მორწყვა, თუ აღნიშნული ღონისძიებებით ავადმყოფის მდგომა-  
რეობა უმჯობესდება, წარმოიქმნება სალი გრანულაციები, იწყება ფის-  
ტულის ჩამოყალიბება, ოპერაციას გადასდებენ.

თუ ჩატარებული ღონისძიებების მიუხედავად ავადმყოფის მდგომა-  
რეობა არ უმჯობესდება, საჭიროა გადაუდებელი ოპერაცია ინტენსი-  
ური ტრანსფუზიული მკურნალობის პირობებში.

კუჭის ხერელმილის წარმოქმნისთანავე (ნაკერების ნაკლოვანების  
განვითარება) აუცილებელია გადაუდებელი ოპერაცია, მუცლის ღრუს  
სანაცია, დრენირება, ხერელმილის არეში დრენაჟის მიტანა და ტამპონ-  
ებით შემოსაზღვრა. კუჭის ჩამოყალიბებული ხერელმილის მკურნა-  
ლობა ტარდება მულმივი ასპირაციით. მლივ ნაწლავში კვებისთვის უნდა  
შეიტანონ ნაზოგასტრული ზონდი. ზოგჯერ საჭირო ხდება საკვები  
იეიუნოსტომის დადება. თუ პროცესი შემოსაზღვრა, ფისტულა შეიძ-  
ლება თავისით დაიხუროს. კუჭის ტრავმული ფისტულის შემთხვევაში  
საჭიროა რელაპარატომია და კუჭის დეფექტის დახურვა ორსართული-  
ანი ნაკერით.

ჩამოყალიბებულ ტუჩისებრი ფისტულის შემთხვევაში მიმართავენ  
ფისტულის ამოკვეთას და კუჭის დეფექტის გაკერვას. ფისტულის და-  
ხურვა გარედან მუცლის ღრუს გაუხსნელად გამართლებული არ არის.

თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის უკმარისობის გამოვლენისთანავე  
საჭიროა გადაუდებელი ჩარევა ენდოტრაქეული ნარკოზის პირობებ-  
ში. განაკვეთს გაატარებენ მარჯვენა ნეკნთა რკალის პარალელურად.  
ჩარევის მიზანია სუბჰეპატური სივრცის დრენირება, მუცლის ღრუს  
სანაცია. ტაკვთან მიიტანენ 1—2 დრენაჟს. ტაკვის არეს გამოაცალკე-  
ვებენ მუცლის თავისუფალი ღრუდან 3 ტამპონით (ქვემოდან — ლა-  
ტერალური ღარის, შუა — მეზოგასტრიუმის, ზემოდან — სუბჰეპატუ-  
რი სივრცის განსაზღვრისთვის). თუ დიფუზური პერიტონიტი არ გან-  
ვითარდა, ყალიბდება მილაკოვანი ხერელმილი, საიდანაც გამოიყოფა  
თორმეტგოჯა ნაწლავის შიგთავსი საჭმლის მომნელებელი წვენით,  
რაც იწვევს კანის მკვეთრ გაღიზიანებას. ინტენსიური ინფუზიური თე-  
რაპიის პარალელურად საჭიროა კანის დაცვა, რისთვისაც რელაპარა-  
ტომიის დამთავრებისას ჰრილობის ირგვლივ კანზე უნდა წაუსვან წე-  
ბო ბფ-6. შემდგომი მკურნალობის დროს ხერელმილში წვეთოვნად შე-  
ყავთ მარილმჟავას დეცინორმალური ხსნარი, ახორციელებენ ტამპონ-  
ირებას უმი ზორციით, იყენებენ ინჰიბიტორებს.

დაგვიანებული რელაპარატომია და არაადეკვატური ჩარევა იწვევს  
მალალ სიკვდილიანობას. სიკვდილის ძირითადი მიზეზია პერიტონიტი.

წერილი ნაწლავის ჩამოყალიბებულ ხერეღმილებს მკურნალობენ ღია წესით (იხ. ზემოთ). თუ ფისტულა იწყებს ჩამოყალიბებას, კრილობა იფარება საღი გრანულაციით, ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა უმჯობესდება, მკურნალობა გრძელდება ფისტულის ჩამოყალიბებული ფორმის განვითარებამდე. შემდეგ მიმართავენ ფისტულის ობტურაციას ამა თუ იმ წესით. მკურნალობის ეფექტურობის დროს ოპერაციას აკეთებენ ჰომეოსტაზის სრული კორექტირების (4—6 თვის) შემდეგ. თუ ზემოჩამოთვლილი თერაპია შედეგს არ იძლევა, საჭიროა გადაუდებელი ოპერაცია. უპირატესობას აძლევენ ჰაქერ-ჯანელიძის ოპერაციას — ფისტულის ორმხრივ გამოთიშვას შერთულის დადებით. მომტან და გამტან მუხლში წინასწარ შეყავთ რეზინის მილები, რაც აადვილებს ამ მარყუქების მოძებნას.

მხოლოდ შერთულის დადება ფისტულაში შემავალ მუხლებს შორის (მეზონევის ოპერაცია) გამართლებული არ არის, რადგან ხშირად არ იძლევა ეფექტს — ფისტულიდან შიგთავსის გამოყოფა არ მცირდება, მაგრამ გამოუვალ მდგომარეობაში იძულებით ამ ჩარევასაც მიმართავენ.

ჩამოყალიბებული ტუჩისებრი ხერეღმილის დასახურავად მიმართავენ ფისტულის ამოკვეთას ნაწლავის კიდიითი რეზექციით და ამ დეფექტის გაკერვას ან ნაწლავის ცირკულარულ რეზექციას შერთულით „გვერდი-გვერდით“.

მსხვილი ნაწლავის ხერეღმილებიდან რთულია ასწვრივი და დასწვრივი კოლინჯის ხერეღმილების მკურნალობა მათი ღრმად მდებარეობის გამო.

ჩამოყალიბებული მსხვილი ნაწლავის ფისტულებს მკურნალობენ ღია წესით, კრილობის ხშირი გამორეცხვით, გარეგანი ობტურაციით, ჩირქოვანი ჯიბეების გახსნით და დრენირებით.

მსხვილი ნაწლავის ჩამოყალიბებული ტუჩისებრი ფისტულის დროს არჩევითი მეთოდია ინტრაპერიტონეული ოპერაცია. გამართლებულია ფისტულის ამოკვეთა ნაწლავის კიდიითი რეზექციით. ბრმა ნაწლავსა და ასწვრივი კოლინჯის ხერეღმილების შემთხვევაში მიმართავენ მარჯვენამხრივ ჰემიკოლექტომიას, განივი კოლინჯის და სიგმური კოლინჯის ფისტულის დროს — ცირკულარულ რეზექციას. ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობის შემთხვევაში ახორციელებენ ორმომენტიან ოპერაციებს.

მსხვილი ნაწლავის მრავლობითი ფისტულის დროს დასაწყისში ხურავენ დისტალურ ფისტულას. პროქსიმალური ხერეღმილი ასრულებს განტვირთვის ფუნქციას. წერილი და მსხვილი ნაწლავის ხერეღმილების ერთდროული არსებობისას ოპერაციულ მკურნალობას იწყებენ წერილი ნაწლავის ფისტულის დახურვით.

მუცლის ღრუს გარეშე (ექსტრაპერიტონეული) ოპერაციებიდან აღსანიშნავია ხერელმილის ლორწოვანის კანისაგან დაუზიანებლად გამოყოფა, 2 სმ სიგრძეზე ხერელმილის ფუძეზე ედება ქისისებრი ნაკერი კეტგუთით და იგი ნაწლავის სანათურში ჩაბრუნდება. შემდეგ იკერება კუნთები და აპონევროზი. კანი მეორადი დაჭიმვით ხორცდება (საპოკოვის წესი). მუცლის გარედან ოპერაცია შეიძლება გაკეთდეს ასედაც: ხერელმილის ირგვლივ კიდეები კანის მცირე ნაწილთან ერთად გამოიყოფა ბასრი წესით და იგი ხერელმილში ჩაბრუნებით ყრუდ იხურება. ზევით იკერება ჭრილობა ქსოვილების წინასწარი მობილიზაციის შემდეგ (ნელატონ-ჟანელ-როკიციის წესი). აღნიშნული ოპერაციები შედარებით მარტივია, უშიშარი, მაგრამ ხშირად ნაკლებ გარანტირებული.

მსხვილი ნაწლავის ხერელმილების ოპერაციული დახურვისთვის საჭიროა ნაწლავის სათანადო მომზადება — ხერელმილის დისტალურად არსებული ნაწლავის სისტემატური გამორეცხვა, მიკროფლორის დასათრგუნავად ოპერაციამდე 2—3 დღით ადრე ავადმყოფს უნიშნავენ ანტიბიოტიკებს.

### ნაწლავის პნევმატოზი

ნაწლავის პნევმატოზი (ნაწლავის ემფიზემა, ნაწლავის აიროვანი ცისტა) იშვიათი დაავადებაა. მას ახასიათებს აიროვანი ბუშტუკები ნაწლავის კედელში.

ნაწლავის პნევმატოზი პირველად ღუვეროუმ აღწერა 1854 წელს სამამულო ლიტერატურაში დაავადება პირველად აღწერა პათოლოგ-ანატომმა ნ. კუსკოვმა (1891).

შემთხვევათა 70%-ში ნაწლავის პნევმატოზი ვითარდება პილოროსტენოზის, კუჭის წყლულოვანი დაავადების, თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების, კუჭის ან ნაწლავის კიბოს, ენტერიტის, აპენდიციტის, ჭიებით ინვაზიის, რეგიონული ენტერიტის დროს. ნაწლავების გარდა, აიროვანი ცისტა მოსალოდნელია კუჭის კედელში, ჯორჯლში, ბადექონში, შარდის ბუშტის კედელში. აიროვან ბუშტში 80% აზოტია, შედის მცირე რაოდენობით ქანგბადი, ნახშირორჟანგი, მეთანი, წყალბადი.

ეტიოლოგია და პათოგენეზი. ნაწლავის პნევმატოზის ეტიოლოგია ცნობილი არ არის. საკმაოდ გავრცელებულია მექანიკური და ინფექციური თეორია. მექანიკური თეორიის თანახმად, ნაწლავის კედელში აირი ხვდება ლორწოვანი გარსის დაზიანების შემთხვევაში, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში წნევის მომატების დროს. ინფექციური თე-

ორის მომხრეებს მიაჩნიათ, რომ აირის წარმომქმნელი ბაქტერიები მოხვედბა ნაწლავის კედელში (უჭრედთა შორის) და იწვევს მასში აირის დაგროვებას. ქიმიური თეორიის მიხედვით აირის წარმოქმნის მიზეზია მჟავე-ტუტოვანი წონასწორობის დარღვევა.

**პ ა თ ო ლ ო გ ი უ რ ი ა ნ ა ტ ო მ ი ა.** წვრილი ნაწლავის პნევმატოზი ხშირადაა მის პროქსიმულ ნაწილში, უკავია მისი გარკვეული უბანი ან დიფუზურადაა გავრცელებული. ბუშტუკების ოდენობა  $4 \times 4$  სმ-მდე, მდებარეობს სუბსეროზულად, იშვიათად — ლორწვევა შრეში, შეიძლება იყოს ერთეული და მრავლობითი. აიროვანი ბუშტუკის კედელი თხელია, შედგება შემაერთებელი ქსოვილისგან, ადვილად ირღვევა.

**ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა.** წვრილი ნაწლავის პნევმატოზს დამახასიათებელი კლინიკური სურათი არა აქვს. ხანგრძლივი დროის განმავლობაში იგი შეიძლება არ გამოვლინდეს, ანდა გამოიწვიოს ყრუ ტკივილი მუცლის არეში, ფალარათი, იშვიათად ყაბზობა. ავადმყოფი იკლებს წონაში. პნევმატოზი ძირითადად გამოვლინდება გაკვეთის ან ლაპაროტომიის დროს. მუცლის წინა კედლის პალპაციით შეიგრძნობა კრეპიტაცია, რენტგენოლოგიურად გამოვლინდება ნაწლავის დეფორმაცია, შესაძლებელია პოლიპის სიმულაცია.

**მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა.** წვრილი ნაწლავის პნევმატოზის დროს ქირურგიული მკურნალობა გამართლებულია იმ შემთხვევაში, თუ განვითარდა ნაწლავის მწვავე გაუვალობა, სისხლის დენა, პერფორაცია. ოპერაცია გულისხმობს დაზიანებული ნაწლავის რეზექციას. საკმლის მომწვლელი ტრაქტის რომელიმე დაავადების შედეგად განვითარებული პნევმატოზის შემთხვევაში მკურნალობა მიმართულია ძირითადი დაავადების საწინააღმდეგოდ, მის ლიკვიდაციასთან ერთად შეიძლება პნევმატოზმაც გაიაროს.

## არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტი

არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტი მსხვილი ნაწლავის პოლიეთიოლოგიური დაავადებაა, რომლის ასახსნელად რეკომენდებულია ინფექციური, ფერმენტაციული, ენდოკრინული, ნევროგენული, სისხლძარღვოვანი, ალიმენტური და სხვა თეორიები. დღეს მის ეტიოპათოგენეზში უპირატესობას აძლევენ აუტოიმუნურ აგრესიას.

არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტის დროს მსხვილი ნაწლავის ლორწოვან გარსში ვითარდება ანთება, რომელიც უფრო ხშირად იწყება სწორი ნაწლავიდან (პროქტიტი), ვრცელდება პროქსიმულად და არცთუ იშვიათად ტოტალურ ხასიათს ღებულობს. იშვიათად და-

ავადება შემოისაზღვრება სწორი ნაწლავის დაზიანებით. გავრცელების მიხედვით შეიძლება გავარჩიოთ პროქტოსიგმოიდიტი, მარცხენამხრივი და ტოტალური კოლიტი.

მიმდინარეობის მიხედვით არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტი შეიძლება იყოს მწვავე და ქრონიკული. ამ უკანასკნელში არჩევენ ქრონიკულ მუდმივად პროგრესირებად და ქრონიკულ მორეციდივე ფორმებს. შემთხვევათა 60—70% ამ უკანასკნელთ მიეკუთვნება.

მსხვილი ნაწლავის ლორწოვანი გარსი შეშუპებულია, ჰიპერემიული, დაფარული ლორწოს სქელი ფენით. აღინიშნება სხვადასხვა ზომის მრავლობითი ეროზიები და უსწორო ფორმის, დაღრღნილიკიდეებიანი წყლულები, რომლებიც ძირითადად ლორწქვეშა შრემდე ვრცელდება და იშვიათად აღწევს კუნთოვან გარსს. ზოგჯერ მსხვილი ნაწლავის შიგნითა ზედაპირი ერთმთლიანი წყლულოვანი ზედაპირია.

ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა. მძიმე მიმდინარეობა ახასიათებს მწვავე და ქრონიკულ მუდმივად პროგრესირებად ფორმას, დაავადების კლინიკური სურათი მრავალფეროვანია, წამყვანი სიმპტომებია ლორწოვან-ჩირქოვან-სისხლიანი ფაღარათი, ტკივილი მუცელში, სისხლის დენა სწორი ნაწლავიდან, ცხელება, ანემია; საერთო სისუსტე, შრომის უნარის დაქვეითება, წონაში დაკლება, ართრალგია, ტროფიკული ცვლილებები და სხვ.

გამოხატულია ცილოვანი, ცხიმოვანი და ნახშირწყლების ცვლის მოშლა, დარღვეულია წყლისა და ელექტროლიტების ბალანსი, ცვლილებებია სისხლის შემდეგებელ სისტემაში. აღინიშნება მორფოფუნქციური ცვლილებები ღვიძლსა და სხვა ორგანოებში.

არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტის, განსაკუთრებით მისი ტოტალური ფორმის შემთხვევაში აღინიშნება ხშირი დეფეკაცია, 20—40-ჯერ დღე-ღამეში. შეიძლება ფაღარათი შეიცვალოს შეკრულობით. განავლის კონსისტენცია სხვადასხვაა — ხორცის ნახარშის მსგავსი, თხელი, ფაფისებრი, უხვი რაოდენობით ჩირქის არსებობისას აღინიშნება მძაფრი სუნის.

ტკივილი მუცელში სხვადასხვა ხასიათის და სიძლიერისაა. პალპაციით მტკივნეულობა ძირითადად მსხვილი ნაწლავის გაყოლებითაა. დაავადება იწვევს როგორც ადგილობრივ, ისე ზოგადი ხასიათის გართულებებს. განსაკუთრებით სახიფათოა ადგილობრივი გართულებები, რომლებიც ხშირად საბედისწეროც ხდება. ადგილობრივი გართულებებიდან აღსანიშნავია წყლულის პერფორაცია, პროფუზული სისხლის დენა, ნაწლავის სანათურის შევიწროება, ტოქსიკური დილატაცია, ფისტულის განვითარება, კიბოდ გადაგვარება, პერიტონიტი.

ზოგადი გართულებებიდან აღსანიშნავია ცვლილებები კანის მხრივ — დერმატიტი, პიოდერმია, ფურუნკულოზი, პირის ღრუს

მხრივ — სტომატიტი, გლოსიტი, თვალის მხრივ — კონიუნქტივიტი, კერატიტი, სახსრების მხრივ — ართრიტი, ართრალგია, აღწერილია არასპეციფიკური კოლიტის ფონზე განვითარებული ჰეპატიტი, პანკრეატიტი, ენდოკარდიტი, პლევრიტი, პიელონეფრიტი, კანდიდომიკოზი, ამილოიდოზი, თრომბოემბოლია და სხვ.

ღ ი ა გ ნ ო ზ ი და დ ი ფ ე რ ე ნ ც ი უ ლ ი ღ ი ა გ ნ ო ზ ი. დაავადების დიაგნოზი ეყრდნობა ანამნეზურ მონაცემებს, დამახასიათებელ კლინიკურ სურათს, კოლონოსკოპიას, რენტგენოლოგიური შესწავლის შედეგებს. სარწმუნო მონაცემებს იძლევა რექტორომანოსკოპია და კოლონოსკოპია. აუცილებელია ირიგოსკოპიის ჩატარება.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა საჭირო ხდება დიზენტერიის, კრონის დაავადების, ტუბერკულოზურ პროქტოსიგმოიდიტის, მსხვილი ნაწლავის პოლიპოზის, დივერტიკულოზის და სხვა დაავადებების გამოსარიცხად.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტის მკურნალობა ძირითადად კონსერვატიულია. ოპერაციული ჩარევა საჭიროა ზუსტი ჩვენებების, ძირითადად გართულების (პერფორაცია, ტოქსიკური დილატაცია, ხშირი მასიური სისხლის დენა, ნაწლავის სანათურის შევიწროება, კიბოს განვითარება) შემთხვევაში, იშვიათად კი ენერგიული კომპლექსური კონსერვატიული მკურნალობის უშედეგობის დროს.

რეკომენდებულია მკურნალობის რამდენიმე სქემა, რომლებიც დამოკიდებულია კლინიკურ ფორმასა და მიმდინარეობაზე. დიდი მნიშვნელობა აქვს დიეტოთერაპიას. საჭიროა ცილებით მდიდარი, ვიტამინიზებული საკვები, აკრძალულია უხეში, ცხარე საკვები, რძე და რძის პროდუქტები. მსუბუქი და საშუალო სიმძიმით მიმდინარე ფორმის შემთხვევაში ეფექტურია სალიცილის რიგის სულფანილამიდები (სულფოლასაზინი და სხვ.). ფართოდ ხმარობენ კორტიკოსტეროიდებს, სედატიურ საშუალებებს, ანტისპაზმურ პრეპარატებს, ინფუზიურ თერაპიას. დაავადების მძიმე ფორმის შემთხვევაში სტეროიდებს უნაშავენ პარენტერულად. ინფექციის თანდართვის შემთხვევაში იყენებენ ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებს, ბოლო წლებში მიმართავენ იმუნოდეპრესანტებსაც.

არჩევენ გეგმურ და სასწრაფო, რადიკალურ და პალიატიურ ოპერაციებს. რადიკალურ ოპერაციათა რიცხვს მიეკუთვნება ამა თუ იმ სიფართის კოლექტომია. უფრო ხშირად მიმართავენ ტოტალურ ან სუბტოტალურ კოლექტომიას ან სიგმური კოლინჯის რეზექციას. პალიატიური ოპერაციებიდან გამოყენებულია ილეოსტომია და კოლოსტომია.

კოლექტომია სრულდება ერთ ან ორ მომენტად. ორმომენტიანი კოლექტომიის დროს პირველ მომენტად ადებენ ილეოსტომას მსხვი-



ლი ნაწლავის სრული გამოთიშვით, მეორე მომენტად კი ავადმყოფის მდგომარეობის გაუმჯობესების შემდეგ კოლექტომიას ახორციელებენ. სწორ ნაწლავში პროცესის მიმდინარეობის შემთხვევაში ამოიღებენ სწორ ნაწლავსაც — ჩაატარებენ კოლპროქტექტომიას, რაც საკმაოდ ტრავმული ჩარევაა.

სუბტოტალური კოლექტომიის შემდეგ ავადმყოფის ზოგადი დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობის შემთხვევაში მიმართავენ ალდგენით ოპერაციას — ილეორექტულ ან იშვიათად ილეოანალურ შერთულს ახორციელებენ.

არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტის პერფორაციით გართულების შემთხვევაში საჭიროა რადიკალური ჩარევა — სუბტოტალური კოლექტომია, რადგან პალიატიური ოპერაცია პერფორაციული ხერხელის ამოკერვის სახით იშვიათად იძლევა ეფექტს.

ოპერაციის შემდგომი ლეტალობა მალალია, 10—20% -ს შეადგენს.

### კუჭ-ნაწლავის უცხო სხეულები

კუჭ-ნაწლავის უცხო სხეულად მიჩნეულია ყველა ის სხეული, რომელიც ხვდება მის სანათურში პირის გზით ან წარმოიქმნება კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში და საკვები ღირებულება არა აქვს.

კუჭში პირის გზით შეიძლება მოხვდეს მრავალგვარი უცხო სხეული — ლურსმანი, ქინძისთავი, ნემსი, ძვლის ნატენი, კბილის პროთეზი, ლითონის ფულერი, ღილი, სათამაშოს ნაწილი, კოვზი, ჩანგალი და სხვ. ისინი კუჭში, ხვდებიან შემთხვევით ან განზრახ. ასეთი შემთხვევები უფრო ხშირია ბავშვებში ან ფსიქიკურად დაავადებულთა შორის. მნიშვნელობა აქვს მავნე ჩვევასაც — ტუჩებით ან კბილებით ლურსმნის, ნემსის, ქინძისთავის დაჭერას მუშაობის დროს.

კუჭ-ნაწლავის სანათურში ჩამოყალიბებულ უცხო სხეულებს მიეკუთვნება ბეზოარი, ნადვლოვანი კენკები, კობროლითონი, ენტეროლითონი, არჩევენ თმების და ცხოველთა ბეწვისგან წარმოქმნილ უცხო სხეულს — ტრიტობეზოარს, ცხოველური ცხიმისგან წარმოქმნილ უცხო სხეულს — სებობეზოარს და სმენარეული ბოჭკოებისგან წარმოქმნილ უცხო სხეულს — ფიტობეზოარს. ფიტობეზოარის მიზეზი შეიძლება იყოს (ლეღვი) ზღმარტლი, კუნელი, ფორთოხალი და სხვ. ბოსტნეულისგან განვითარებულ ბეზოარს კორტობეზოარს უწოდებენ. საქართველოში ქარბობს კავკასიური ხურმისგან ჩამოყალიბებული უცხო სხეული — დიოსპირობეზოარი.

კუჭში უცხო სხეული შეიძლება წარმოიქმნას აგრეთვე ფისისგან.

(შელაკბეზოარი, პიქსობეზოარი), ზოგიერთი წამლისგან, სისხლის კოლ-  
ტისგან და სხვ.

ჩვენში ბეზოარის შემთხვევები უფრო ხშირია შემოდგომის მიწუ-  
რულს, მას იწვევს წვრილი, დაუშწიფებელი კავკასიური ხურმის ჭამა.  
მის განვითარებას ხელს უწყობს კუჭის სეკრეციული და მოტორული  
ფუნქციის მოშლა. ბეზოარი ყალიბდება ხურმის ჭამიდან რამდენიმე სა-  
ათსა ან დღეში, სხვადასხვა ზომისაა, ზოგჯერ მთლიანად ავსებს კუ-  
ჭის სანათურს და მის ფორმას ღებულობს.

**ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა .** კუჭ-ნაწლავის უცხო სხეულით გამოწ-  
ვეული კლინიკური სურათი დამოკიდებულია მის ზომაზე, ფორმაზე,  
წონაზე, კუჭის უცხო სხეულის შემთხვევაში ავადმყოფი უჩივის ყრუ  
ტკივილს ეპიგასტრიუმის არეში, ზოგჯერ ბოყინს, გულისრევას, სიმძიმის  
შეგრძნებას, მეტეორიზმს. მცირე ოდენობის ბლაგვი სხეულები თავი-  
სუფლად გამოიყოფა ბუნებრივი გზით და ჩივილს არ იწვევს. უფრო  
დიდი ზომის უცხო სხეულები თორმეტგოჯა ნაწლავში გადასვლის შემ-  
დეგ შეიძლება შეკავდეს ბაუგინის სარქველთან. დიდი ზომის უცხო  
სხეულმა შეიძლება გამოიწვიოს პილორუსის გაუვალობა. ბასრკიდე-  
ებიანი, წვეტიანი სხეულიც უფრო ხშირად თავისუფლად ტოვებს კუჭ-  
ნაწლავის სანათურს, მაგრამ ზოგჯერ აზიანებს ლორწოვან გარსს, კე-  
დელს, იწვევს სისხლის დენას, პერფორაციას.

კუჭში ხანგრძლივად არსებულმა ბეზოარმა შეიძლება გამოიწვიოს  
ზეწოლა ლორწოვანზე, დეკუბიტური წყლულის განვითარება, კუჭიდან  
ნაწლავში გადასული ბეზოარი არცთუ იშვიათად ხდება ობტურაციული  
გაუვალობის განვითარების მიზეზი.

**ღ ი ა გ ნ ო ზ ი .** კუჭ-ნაწლავის უცხო სხეულის დადგენა ხერხდება  
კუჭ-ნაწლავის რენტგენოსკოპიითა და ფიბროგასტროდუოდენოსკოპი-  
ით. რენტგენოკონტრასტული უცხო სხეულის აღმოჩენისთვის საკმარი-  
სია მუცლის ღრუს მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია. არაკონტრასტული  
უცხო სხეულის დასადგენად მიმართავენ კუჭ-ნაწლავის კონტრასტულ  
გამოკვლევას, რომლის დროსაც კუჭში ვლინდება თავისუფლად მოძ-  
რავი, ხშირად ფიჭისებრი აგებულების ავსების დეფექტი — უცხო სხე-  
ული. დიდი ოდენობის ფოტობეზოარის გასინჯვა შეიძლება ხელით  
მრცულობითი წარმონაქმნის სახით ეპიგასტრიუმის არეში. ზოგჯერ იგი  
კარგად ისინჯება ვერტიკალურ მდგომარეობაში, წოლისას კი ქრება  
(ინაცვლებს კუჭის ფუნდურ ნაწილში).

**მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა .** პირიდან კუჭში მოხვედრილი პატარა უცხო  
სხეული მკურნალობის გარეშე ტოვებს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტს ბუნებ-  
რივი გზით. პირიდან წვეტიანი უცხო სხეულის მოხვედრისას ავად-  
მყოფს უნიშნავენ უხეშ ბოჭკოსშემცველ დიეტას — ბოსტნეულს, კარ-  
ტოფილის პიურეს, შავ პურს, ფაფეულს. საჭიროა ასეთი უცხო სხე-

ულის გადანაცვლების რენტგენოლოგიური კონტროლი რამდენიმე დღის განმავლობაში, ერთ ადგილზე შეჩერება ექვს უნდა იწვევდეს, სათანადო კლინიკური სურათის არსებობისას ოპერაციული ჩარევის საკითხი წამოიჭრება. დიდი ზომის უცხო სხეულის ამოღება ხორციელდება ოპერაციული გზით — გასტროტომიით.

ტრიქო, სებო- და პიქსობეზოარს ამოიღებენ ოპერაციული გზით, პატარა ზომის ფოტობეზოარის დროს მკურნალობა იწყება კონსერვატიული ღონისძიებებით, საჭიროა კუჭის ამორეცხვა სოდიანი ხსნარით, მას შლიან ფიბროსკოპის მეშვეობით, მაგრამ გასათვალისწინებელია, რომ დაშლილი ბეზოარი შეიძლება გადავიდეს წვრილ ნაწლავში და გამოიწვიოს ობტურაციული გაუვალობა. დიდი ზომის ფიტობეზოარის შემთხვევაში საჭიროა ოპერაციული მკურნალობა, როცა ფიტობეზოარი ჩამოყალიბდება კუჭის მცირე სიმრუდის წყლულის ფონზე, ფიტობეზოარის ამოღებასთან ერთად საჭიროა კუჭის რეზექცია.

### **კუჭისა და ნაწლავების სიმსივნეები**

კუჭში, თორმეტგოჯა ნაწლავში, წვრილ და მსხვილ ნაწლავში მოსალოდნელია როგორც კეთილთვისებიანი, ისე ავთვისებიანი სიმსივნეები, რომელთა დიაგნოსტიკაც დასაწყის სტადიაში გაძნელებულია. ავადმყოფები საავადმყოფოში ხვდებიან ამა თუ იმ გართულების შემდეგ, როგორცაა სისხლის დენა, პერფორაცია, გაუვალობა და ა. შ. მათი ოპერაციული მკურნალობა ზოგად ქირურგიულ განყოფილებებში ხორციელდება.

### **კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები**

კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები იყოფა ორ ჯგუფად: ეპითელური (ადენომა, პოლიპი) და არაეპითელური (ლეიომიომა, ფიბრომა, ნევრინომა, ლიპომა, ჰემანგიომა და სხვ.) სიმსივნეები.

პირველად კუჭის კეთილთვისებიანი სიმსივნე — დერმოიდული ცისტა აღწერა რუნშომმა 1732 წელს. კუჭის კეთილთვისებიანი სიმსივნე უფრო ხშირია, ვიდრე მათი ამოცნობის შემთხვევები. მათი ეტიოლოგია არ არის ცნობილი. ხშირად ისინი ვლინდებიან სხვადასხვა გართულების სახით, როგორცაა მალიგნიზაცია, სისხლის დენა და ა. შ.

კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით არჩევენ არაეპითელური კე-

თილთვისებიანი სიმსივნეების შემდეგ ვარაიანტებს (ვ. ნ. კუზმინი, 1962):

1: სიმსივნე არ იძლევა რაიმე კლინიკურ ნიშანს, ვლინდება შემთხვევით — რენტგენოლოგიური, გასტროსკოპიური გამოკვლევის, ოპერაციის ან სექციის დროს;

2. ეპიგასტრიუმის არეში იხილება სიმსივნური წარმონაქმნი, სხვა კლინიკური გამოვლინება არ არის;

3. ავადმყოფი უჩივის: ა) ტკივილს ეპიგასტრიუმის არეში, ბ) სისხლიან ლებინებას, მელენას, გ) ეპიგასტრიუმის არეში შეიგრძნობა მოძრავი სიმსივნური წარმონაქმნი, დ) ვლინდება გულძმარვა, ბოყინი, ლებინება, ე) კუჭის წვენის მქავეიანობა დაქვეითებულია;

4. გამოვლინდება სხვადასხვა სახის გართულება: ა) პროფუზული გასტროდუოდენური სისხლის დენა კუჭ-ნაწლავის სანათურში ან მუცლის ღრუში, ბ) ანთებითი პროცესი მუცლის ღრუში, გ) პილორუსის გაუვალობა, დ) გასტრიტი, ე) მალიგნიზაცია.

კუჭის პოლიპი და პოლიპოზი. კუჭის დაავადებათა შორის პოლიპს და პოლიპოზს კლინიკური მიმდინარეობათა და მოსალოდნელი გართულებების მიხედვით მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს.

ცნობილია, რომ ჯერ კიდევ 1765 წელს მორგანმა და 1767 წელს ლეიტოდმა სექციაზე პირველად ნახეს კუჭის პოლიპი. კრუველიემ კი 1833 წელს პირველად გამოაქვეყნა ცნობები კეთილთვისებიანი პოლიპის შესახებ. პოლიპის მალიგნიზაცია პირველად აღწერა მენეტრიემ 1888 წელს. კუჭის პოლიპის მიზეზად ქრონიკულად ლორწოვანის გაღიზიანებას მიიჩნევენ და იზიარებენ იმ აზრს, რომ ანთებით პროცესს შეუძლია კუჭში გამოიწვიოს პოლიპის განვითარება. ანთებითი ცვლილებების ნიადაგზე სხვადასხვა ფაქტორის ზემოქმედებით იწყება ეპითელიუმის ატიპური პათოლოგიური ზრდა, აღინიშნება ლორწოვანის ჰიპერპლაზია, რის შედეგადაც პოლიპი ვითარდება.

პოლიპი შეიძლება იყოს ერთეული და მრავლობითი. ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევა, როდესაც ერთ პრეპარატზე 300 პოლიპი გამოვლინდა. ასეთი მრავლობითი პოლიპოზის დროს საქმე გვაქვს პოლიპულ გასტრიტთან. არსებობს კუჭის პოლიპოზის იშვიათი ფორმები, რომლებიც მემკვიდრეობით გადადიან. მაგალითად, კუჭის იზოლირებული პოლიპოზი (მენეტრიეს დაავადება), კუჭისა და მსხვილი ნაწლავის მრავლობითი პოლიპოზი, პეიტც-ეგერსის სინდრომი, როდესაც საკმლის მომწელებელი ტრაქტის პოლიპოზს ერთვის მელანინის დაგროვება ლოყის ლორწოვანზე, ტუჩებზე.

პოლიპს უმეტესად მრგვალი ან ოვალური ფორმა აქვს, მისი ზომა სხვადასხვაა, საშუალოდ 0,5—2—3 სმ-ის ფარგლებში. პოლიპი ვი-

თარდება კუჭის ლორწოვანი გარსიდან და მდებარეობს კუჭის სხვადასხვა ნაწილში, უფრო ხშირად — კუჭის სხეულსა და პილორულ ნაწილში. სიხშირით შემდეგი ადგილი უჭირავს დიდ სიმრუდეს, მერე — მცირეს. მას აქვს ან გრძელი ფეხი, ან ფართო მოკლე ფუძე. კონსისტენციის მიხედვით არჩევენ მკვრივ და რბილ პოლიპს. ეს უკანასკნელი ხშირად იწვევს სისხლის დენას.

აგებულების მიხედვით პოლიპებს ყოფენ პოლიპებად (რომლებიც საფარი ეპითელიუმისგან შედგებიან) და ადენომებად (რომლებიც ჭირკვლოვანი ქსოვილიდან ვითარდებიან). თუ პოლიპში შემაერთებული ქსოვილი ჭარბობს, იგი მკვრივია, ხოლო თუ ეპითელიური — რბილია. პოლიპი ნელა იზრდება ირგვლივ მდებარე ქსოვილებში შეუჭრელად და მათ დაურღვევლად.

კუჭის ადენომის ზრდაში გამოყოფენ სამ სტადიას: პირველი სტადია — კეთილთვისებიანი, უბრალო ადენომის განვითარების სტადია, როდესაც ვლინდება ჭირკვლის სადინრის დახშობა, მასში მუკოიდის დაგროვება, ცისტის წარმოქმნა, ლორწოვანის ჰიპერპლაზია. მეორე სტადიაში — ადენომა თანდათან იზრდება, მესამე სტადიაში კი განიცდის მალიგნიზაციას.

**ს ი მ მ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა .** კუჭის პოლიპის კლინიკური სურათი მრავალფეროვანი და ცვალებადია. ავადმყოფი აღნიშნავს სხვადასხვა ინტენსივობის ტკივილს ეპიგასტრიუმის არეში, ზოგჯერ გულისრევას, გაძლიერებულ სალივაციას, ბოყინს, გულძმარვას, სიმძიმის შეგრძნებას ეპიგასტრიუმის არეში, უმადობას, ცუდ გემოს პირში. პოლიპიდან სისხლის დენის დროს ვითარდება საერთო სისუსტე, თავბრუ, ადვილად დაღლა, ანემია.

ცნობილია აგრეთვე, რომ კუჭის პოლიპი შეიძლება სრულიად უსიმპტომოდ მიმდინარეობდეს და აღმოჩნდეს შემთხვევით რენტგენოლოგიური ან ენდოსკოპიური გამოკვლევის დროს.

**ღ ი ა გ ნ ო ზ ი .** კუჭის პოლიპისა და პოლიპოზისთვის კლინიკური სურათი და სუბიექტური ჩივილი იმდენად არაა დამახასიათებელია რომ მისი დიაგნოსტიკა ერთობ ძნელია. გამოკვლევის მეთოდებიდან მნიშვნელოვანია რენტგენოლოგიური გამოკვლევა ბარიუმის ფაფის მცირე დოზით. პოლიპოზს ხშირად თან სდევს ლორწოვანის ატროფია, ასეთ ფონზე მისი დანახვა და დიაგნოსტიკა შედარებით ადვილია. ისეთ შემთხვევაში კი, როცა კარგადაა გამოხატული ჰიპერტროფიული გასტრიტი, პოლიპოზის დადგენა მეტად ძნელია. ბარიუმის ფაფის მიღების შემდეგ მკვრივი პოლიპი იძლევა შემოსაზღვრულკონტურებიან „ავსების დეფექტს“. ავთვისებიანი პოლიპის შემთხვევაში ავსების დეფექტს არასწორი კონტურები აქვს. თუ ზეწოლით ავსების დეფექტი

ოდენობაში მატულობს, საქმე გვაქვს რბილ პოლიბთან. ლორწოვანის რელიეფი პოლიპის ირგვლივ შეცვლილი არ არის.

დიაგნოზის საბოლოო დაზუსტება შესაძლებელია ფიბროგასტროსკოპიით, ამავე დროს უნდა ჩაატარონ გასტრობიოფსიაც. კუჭის ლორწოვანის ბიოფსიური მასალის შესწავლით პოლიპოზის დროს დამახასიათებელია ატროფიული, სუბატროფიული და ჰიპერპლაზური გასტრიტი. ზოგ ავადმყოფს გამოუვლინდება მიკროპოლიპოზი და კუჭის ლორწოვანის ეპითელიუმის პროლიფერაცია, უფრო ხშირად კუჭის კარდიულ ნაწილში, მაშინ როდესაც პოლიპი უმეტესად მდებარეობს ანტრალურ ნაწილში.

გასტროფიბროსკოპიის დროს, იმის დასადგენად, ავთვისებიანია თუ არა პოლიპი, დიაგნოზური შეცდომები აღწევს 7,9—18,1%-ს.

დიფერენციული დიაგნოზი. როგორც აღნიშნეთ, კუჭის პოლიპოზის კლინიკური სურათი არ არის დამახასიათებელი. ამ დავადების მსგავსი მოვლენები აღინიშნება სხვა დაავადებების დროსაც. ხშირად ავადმყოფის სიგამხდრე და ჰიპოქრომიული ანემია აქოლიასთან ერთად ექვს ბადებს, რომ ავადმყოფს კუჭის კიბო აქვს. ზოგჯერ კი მკვეთრადაა გამოხატული ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში, რაც კუჭის წყლულს გვაფიქრებინებს. სწორედ ამ დაავადებების გარჩევაა საჭირო დიფერენციული დიაგნოსტიკის დროს.

გართულებები. კუჭის პოლიპოზის ერთ-ერთი ხშირი გართულებაა სისხლის დენა, რაც შეიძლება განაპირობოს პოლიპის დაშლამ ან საკვებით მისმა მექანიკურმა გაღიზიანებამ.

პოლიპი შეიძლება მოწყდეს და ამ დროსაც ავადმყოფი აღნიშნავს ტკივილს ეპიგასტრიუმის არეში, გულისრევას, ზოგჯერ ღებინებას. ყოველივე აღნიშნულს დაერთვის გასტროდუოდენური სისხლის დენა. გრძელფეხიანი პოლიპი შეიძლება შემოიგრისოს ან კუჭიდან გადავიდეს თორმეტგოჯა ნაწლავში, ნაწილობრივ ან მთლიანად დაახშოს მისი სანათური, თორმეტგოჯა ნაწლავის ნაწილობრივი ან სრული გაუვალობა გამოიწვიოს, რასაც ერთვის მაღალი გაუვალობის დამახასიათებელი კლინიკური სურათი.

კუჭის პოლიპმა შეიძლება განიცადოს მალიგნიზაცია.

თორმეტგოჯა ნაწლავის პოლიპს არა აქვს დამახასიათებელი პათოგნომური ნიშნები. მისი დიაგნოზის დადგენა შეიძლება რენტგენოლოგიური გამოკვლევით და გასტროდუოდენოსკოპიის საშუალებით.

მკურნალობა. ვინაიდან კუჭის პოლიპის კიბოდ გადაგვარება საკმარის ხშირია, ავტორთა ნაწილს მიზანშეწონილად მიაჩნია კუჭის რეზექცია საღი ქსოვილის ფარგლებში პოლიპის ყველა ფორმის შემთხვევაში. რეზექციის ჩვენებაა მოსალოდნელი სისხლის დენა, ხოლო

თუ პოლიპს თან სდევს ხშირი სისხლის დენა, მაშინ კუჭის რეზექცია აბსოლუტური ჩვენებაა. უნდა აღვნიშნოთ, რომ კუჭის რეზექციის შემდეგ აღინიშნება პოლიპის რეციდივი ან კუჭის ტაკეში კიბოს განვითარება შემთხვევათა 10—19%-ში.

ჯირკვლოვანი აგებულების პოლიპი (ადენომა) საჭიროებს მოცილებას, მისი ლოკალიზაციისა და სიდიდის მიუხედავად, რადგანაც ის ადვილად განიცდის მალიგნიზაციას. შედარებით თავშეკავებულად უნდა გადაწყდეს ოპერაციის საკითხი ანთებითი წარმოშობის პოლიპის მიმართ. რაც უფრო მაღალია მისი ლოკალიზაცია, რაც უფრო დიდია პოლიპი მის ფუძესთან ერთად და, რაც უფრო დიდხანს აქვს იგი ავადმყოფს, მით უფრო სწრაფად უნდა გააკეთონ ოპერაცია. ანთებითი წარმოშობის მცირე ზომის წარმოშობის პოლიპის დროს (გრძელ ფეხზე), თუ ის პილოროანტრალურ ნაწილშია, ავადმყოფი უნდა იმყოფებოდეს დაკვირვების ქვეშ. პოლიპის ზომაში მომატების შემთხვევაში საჭიროა ოპერაციული მკურნალობა.

სოლიტარულ პოლიპს ამოკვეთავენ ფუძესთან ერთად გასტროსკოპიის საშუალებით ან კუჭის ნაწილობრივ რეზექციას განახორციელებენ. პოლიპოზის დროს რეკომენდებულია კუჭის რეზექცია ან უკიდურეს შემთხვევაში გასტროექტომია. კუჭის რეზექცია საჭიროა იმ შემთხვევაში, თუ ამოკვეთილი პოლიპის ჰისტომორფოლოგიური შესწავლით დადგინდება მისი მალიგნიზაცია.

თანამედროვე პირობებში პოლიპს ამოკვეთავენ გასტროსკოპიის საშუალებით, რასაკვირველია, მოკვეთილ პოლიპს შეისწავლიან ჰისტოლოგიურად. პოლიპექტომიის შემდეგ ავადმყოფებზე დინამიკური დაკვირვებით გამოვლინდა, რომ თუ პოლიპიდან სიმსივნური პროცესი დისემინირებული არ არის, პოლიპექტომია ოპერაციული ჩარევის ადეკვატურია.

გასტროსკოპით პოლიპის ამოკვეთის დროს სისხლის დენის აცილების მიზნით მიმართავენ კოაგულაციას, მისი ეფექტურობის შემთხვევაში კი გასტროტომიას და სისხლმდენი სისხლძარღვის ლიგირებას.

#### კუჭის არაეპითელური კეთილთვისებიანი

#### სიმსივნეები

კუჭის არაეპითელური კეთილთვისებიანი სიმსივნეები კუჭის ყველა სახის სიმსივნის 0,5—5,6%-ს შეადგენს. სიმსივნე შეიძლება განვითარდეს გლუვი კუნთოვანი ქსოვილისგან — ლეიომიომა, შემაერთებელი ქსოვილიდან — ფიბრომა, ნერვული ქსოვილიდან — ნევრინომა, ცხიმოვანი ქსოვილიდან — ლიპომა, სისხლძარღვიდან — ჰემანგიომა. ზოგ-

ჯერ სიმსივნე ვითარდება რამდენიმე ქსოვილისგან, ეს შერეული სიმსივნეა — ფიბროლიპომა, ნეიროფიბრომა და ა. შ.

კუჭის არაეპითელური კეთილთვისებიანი სიმსივნეებიდან უფრო ხშირია ლეიომიომა, ნევრინომა, ფიბრომა. შედარებით იშვიათია — ლიპომა და ჰემანგიომა. ლეიომიომა გვხვდება 40—60%—ში, ნევრინომა და ფიბრომა — 25%, სისხლძარღვოვანი სიმსივნეები — 5—9%—ში, იშვიათია — ლიპომა — 1—2%. მათ არა აქვთ სპეციფიკური კლინიკური ნიშნები, რის გამოც დიაგნოსტიკა ძნელია, სწორ დიაგნოზს ადგენენ ოპერაციული ან ბიოფსიური მასალის ჰისტომორფოლოგიური შესწავლით. აღნიშნული კეთილთვისებიანი სიმსივნეები შეიძლება გართულდეს სისხლის დენით, ან მათ შესაძლებელია განიცადონ მალიგნიზაცია.

ოპერაციის დროს, როცა მაკრო- და მიკროსკოპული გამოკვლევებით დაერწმუნდებით, რომ სიმსივნე კეთილთვისებიანია, ოპერაციული ჩარევა უნდა იყოს მინიმალური და შემოიფარგლოს სიმსივნის ენუკლეაციით. კუჭის რეზექციას მიმართავენ მაშინ, როდესაც სიმსივნე დიდია, ან მისი იზოლირებული ამოკვეთა უფრო რთულია ტექნიკურად, ვიდრე რეზექცია.

კუჭის ლეიომიომა. ლეიომიომას ახასიათებს ნელი ზრდა, მიდრეკილება დაშლისადმი, რასაც მოყვება სისხლის დენა. ოპერაციამდე მისი გამოცნობა მეტად ძნელია, დიაგნოზს ადგენენ პრეპარატის ჰისტოლოგიური შესწავლით. ლეიომიომის კლინიკურ გამოვლინებას განაპირობებს სიმსივნის ლოკალიზაცია და მისი ზომა. პილორუსის არის ლეიომიომამ შეიძლება განაპირობოს თორმეტგოჯა ნაწლავის გაუვალობა. აღწერილია შემთხვევა, როდესაც მისი მასა აღწევდა 7 კილოგრამს. ლეიომიომამ შეიძლება განიცადოს მალიგნიზაცია და განვითარდეს მიოსარკომა.

კუჭის ნევრინომა. ცნობილია შვანომის, ნეიროფიბრომისა და სხვა სახელწოდებებით. იგი მიეკუთვნება ნეიროგენული სიმსივნეების ჯგუფს, უფრო ხშირად ვითარდება აუერბახის და მეისნერის წნულებიდან.

კუჭის ნევრინომის პათოგნომური სიმპტომი არ არსებობს, სწორედ ამითაა განპირობებული ის, რომ ოპერაციამდე მისი გამოცნობა იშვიათია. კუჭის ნევრინომამ შეიძლება განაპირობოს პილორუსის გაუვალობა ან გამოვლინდეს სისხლის დენით, იგი მალიგნიზაციას იშვიათად განიცდის. მისი მკურნალობა ოპერაციულია, არჩევითი მეთოდია კუჭის რეზექცია.

კუჭის ფიბრომა იშვიათია. ოპერაციის დროს აღმოჩნდება ლორწოვან ლოკალიზაციის სიმსივნე, რომელსაც ამოიღებენ ლორწოვანის გაკვეთის შემდეგ. იგი, ჩვეულებრივ, მცირე ზომისაა და მიმდინარეობს უსიმპტომოდ, შეიძლება დაწყულდეს, რაც განაპირობებს



სისხლის დენას, იშვიათად ფიბრომისგან ვითარდება ფიბროსარკომა. კუჭის ლიპომა. კუჭის კეთილთვისებიანი სიმსივნეებიდან ლიპომა მეტად იშვიათია, იგი, ჩვეულებრივ, კუჭის ლორწოქვეშა გარსში ვითარდება, უპირატესად პილორუსის არეში.

კუჭის ლიპომის დროს კლინიკური სურათი სუსტადაა გამოხატული და წააგავს კუჭის სხვა კეთილთვისებიანი სიმსივნეების კლინიკურ სურათს. მის დიაგნოზს ადგენენ ოპერაციის დროს.

კუჭის ჰემანგიოეპითელიომა სისხლძარღვოვანი სიმსივნეა, რომლის კლინიკური გამოვლინება დამოკიდებულია მის სიდიდესა და ლოკალიზაციაზე. შესაძლებელია მისი პირველი გამოვლინება იყოს პროფუზული სისხლის დენა, შეიძლება მან განიცადოს მალიგნიზაცია და განვითარდეს ენდოთელიომა. მკურნალობა მხოლოდ ოპერაციულია, მიმართავენ კუჭის რეზექციას.

კუჭის გლომუს-ანგიომა სისხლძარღვოვანი სიმსივნეა, ვითარდება არტერიულ-ვენური ანასტომოზიდან. აღნიშნული სიმსივნე რთული აგებულებისაა და შეიცავს სისხლძარღვოვან, კუნთოვან და ნერვულ ელემენტებს. გლომუს-ანგიომა უპირატესად ვითარდება პელორო-ანტრალურ არეში, იზრდება ნელა, თვით სიმსივნე მცირე ზომისაა, შეიძლება გართულდეს პროფუზული სისხლის დენით, მისი ავთვისებიანად გადაგვარება ძალზე იშვიათია.

კუჭის გლომუს-ანგიომის მკურნალობა ქირურგიულია, ოპერაციის არჩევით მეთოდად მიიჩნევენ კუჭის რეზექციას, სწორი დიაგნოზის დადგენა შეიძლება პრეპარატის ჰისტოლოგიური შესწავლით.

კუჭის ეოზინოფილური გრანულომა ცნობილია არასპეციფიკური გრანულომის, სუბმუკოზური გრანულომის, ანთებადი ფიბროზული პოლიპისა და სხვა სახელწოდებებით. ეოზინოფილური გრანულომა ვითარდება პრეპილორულ და პილორულ არეში. ოპერაციამდე მისი დიაგნოსტიკა მეტად ძნელია. ეოზინოფილურმა გრანულომამ შეიძლება განაპირობოს პილორუსის სტენოზის განვითარება.

დიაგნოსტიკაში გვხვმარება გასტროსკოპია და ბიოფსიური მასალის ჰისტოლოგიური შესწავლა. მკურნალობა ოპერაციულია, აკეთებენ კუჭის რეზექციას. ავტორთა ნაწილს შესაძლებლად მიაჩნია მხოლოდ სიმსივნის ამოკვეთა.

კუჭის კარცინოიდი აღწერა 1868 წელს ლანგანსმა. ცნობილია, რომ კარცინოიდი ვითარდება საჭმლის მომწელებელი ტრაქტის ყველა არეში, გარდა საყლაპავი მილისა. უფრო ხშირია კიანაწლავის კარცინოიდი. კარცინოიდი ენტეროქრომოფილური უჯრედებიდან განვითარებული სიმსივნეა, რომელსაც ახასიათებს ჰორმონული აქტივობა. ენტეროქრომოფილური უჯრედები ასრულებს ენდოკრინულ ფუნქციას და გამოყოფს სეროტონინს.

თავდაპირველად კარცინოიდი მიჩნეული იყო კეთილთვისებიან სიმსივნედ, მაგრამ შემდეგ აღმოჩნდა, რომ მას ახასიათებს მალიგნიზაცია. კარცინოიდი შემთხვევათა 2%-ში კუჭშია, უფრო იშვიათად — თორმეტგოჯა ნაწლავში, ძირითადად იგი ვითარდება წვრილ ნაწლავში.

კუჭის კარცინოიდი შეიძლება მიმდინარეობდეს უსიმპტომოდ და შემთხვევით აღმოჩნდეს. მან შეიძლება განიცადოს მალიგნიზაცია, გამოიწვიოს პროფუზული სისხლის დენა. მკურნალობა ოპერაციულია.

კუჭის ფსევდოლიმფომა. ცალკე ნოზოლოგიად გამოყვეს 1950 წელს. აღწერილია მისი განვითარება კუჭის ლორწოვანის დაავადების, წყლულოვანი გასტრიტის დროს. ამ დაავადებას ახასიათებს ხანგრძლივი წყლულოვანი დაავადება. იგი ვითარდება წყლულის კიდიდან, სისხლში მომატებულია ეოზინოფილების რაოდენობა. დიფერენციული დიაგნოსტიკით საჭირო ხდება ეოზინოფილური გრანულომისგან გარჩევა.

აეტორთა ნაწილს მიაჩნია, რომ ფსევდოლიმფომა ანთებითი დაავადებაა, ცრუსიმსივნური ინფილტრატი, მიიჩნევენ რეტიკულობლასტომისწინა დაავადებად.

კუჭის ფსევდოლიმფომას არა აქვს სპეციფიკური კლინიკური სურათი. კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით ძნელია მისი გარჩევა წყლულოვანი დაავადებისგან, რენტგენოლოგიურად კი — წყლულის მალიგნიზაციისგან. ზუსტ დიაგნოზს ადგენენ ოპერაციული მასალის ჰისტოლოგიური შესწავლით.

კუჭის ჰემოდექტომა, ანუ არაქრომოფინური პარაგანგლიომა არაქრომოფინური პარაგანგლიებისგან შედგენილი სიმსივნეა.

ლიტერატურაში აღწერილია სხვადასხვა ორგანოს (კაროტიდული ჯირკვლის ფარისებრი ჯირკვლის, ფილტვის, შუასაყრის, წინამზრის ვენების და სხვ.) ჰემოდექტომის შემთხვევები. იშვიათია კუჭის ჰემოდექტომა. დიაგნოზის დადგენა შეიძლება ოპერაციული მასალის ჰისტოლოგიური შესწავლით.

### თორმეტგოჯა ნაწლავის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

თორმეტგოჯა ნაწლავის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები იშვიათია. უფრო ხშირია ადენომა, პოლიპი, მიომა, ლიპომა, უფრო იშვიათი — ფიბრომა, ნევრინომა.

თორმეტგოჯა ნაწლავის კეთილთვისებიანმა სიმსივნემ შეიძლება გამოიწვიოს სტენოზი ან განაპირობოს სისხლის დენა.

სიმპტომატოლოგია. როგორც კუჭის, ისე თორმეტგოჯა ნაწლავის კეთილთვისებიან სიმსივნეებს პათოგნომური სიმპტომები

არა აქვს. ასეთი სიმსივნე ხანგრძლივი დროის განმავლობაში შეიძლება უსიმპტომოდ მიმდინარეობდეს და შემთხვევით გამოავლინონ. შეიძლება სიმსივნე ისინჯებოდეს ხელით ისე, რომ კლინიკურად არავითარი გამოვლინება არ ჰქონდეს, ზოგჯერ ავადმყოფი უჩივის ტკივილს ეპიგასტრიუმის არეში, სიმძიმის შეგრძნებას, ბოყინს, გულისრევას, ღებინებას, უძილობას, წონაში დაკლებას.

თორმეტგოჯა ნაწლავის კეთილთვისებიანი სიმსივნე შეიძლება გართულდეს პროფუზული სისხლის ღენით, სტენოზით, შეიძლება განიცადოს მალიგნიზაცია.

**ღ ი ა გ ნ ო ს ტ ი კ ა .** თორმეტგოჯა ნაწლავის კეთილთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოსტიკაში ანამნეზურ მონაცემებთან ერთად დიდი მნიშვნელობა აქვს რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას. რენტგენოლოგიურად შეიძლება გამოვავლინოთ მრგვალი ან ოვალური ფორმის ავსების დეფექტი. მნიშვნელოვანი სადიაგნოზო საშუალებაა გასტროდუოდენოსკოპია, რომლის დროს შეიძლება ბიოფსიის გაკეთება.

**მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა .** თორმეტგოჯა ნაწლავის ყველა სახის კეთილთვისებიანი სიმსივნის მკურნალობა ოპერაციულია. მცირე ზომის იზოლირებულ სიმსივნეს ამოკვეთენ ტრანსდუოდენური მიდგომით.

### **კუჭის იზოლირებული ლიმფოგრანულომატოზი**

კუჭის იზოლირებული ლიმფოგრანულომატოზი იშვიათი დაავადებაა.

**ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა .** კუჭის ლიმფოგრანულომატოზის კლინიკური სურათი კუჭის კიბოს კლინიკური სურათის მსგავსია. ავადმყოფს აღენიშნება ოფლიანობა, კანის ქაფილი, ზოგადი სისუსტე, უმადობა, სიგამხდრე, ლეიკოპენია, ნეიტროფილოზი, ლიმფოპენია, ზოგჯერ ტემპერატურის მომატება.

**მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა .** კუჭის ლიმფოგრანულომატოზის მკურნალობა ოპერაციულია. არჩევით მეთოდად მიიჩნევენ კუჭის რეზექციას. მკურნალობის კომპლექსში გამოყენებული უნდა იყოს რენტგენო- და ქიმიოთერაპია.

### **კუჭის ავთვისებიანი სიმსივნეები**

კუჭის ავთვისებიან სიმსივნეებს მიეკუთვნება კუჭის კიბო და სარკომა. კუჭის კიბო შეადგენს შემთხვევათა 95—98%-ს, ხოლო კუჭის სარკომა — 2—5%-ს.

თანამედროვე ონკოლოგიის ძირითადი პრობლემაა კუჭის კიბოს ადრეული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა, ვინაიდან სხვადასხვა ლოკალიზაციის ავთვისებიან სიმსივნეებს შორის ყველაზე ხშირია კუჭნაწლავის ტრაქტის კიბო (40%). ამ უკანასკნელში კუჭის კიბო სიხშირის მიხედვით ერთ-ერთ პირველ ადგილზეა.

კუჭის კიბოს ქირურგიული მკურნალობა ითვლის დაახლოებით ერთ საუკუნეს. 1879 წელს პენამა, 1880 წელს რიდიგერმა, 1881 წელს ბილროთმა, ხოლო რუსეთში კიტაევმა განახორციელეს კუჭის რეზექცია კუჭის კიბოს გამო. 1883 წელს კონორის მიერ, ხოლო 1897 წელს შლატტერის მიერ განხორციელებული გასტრექტომია ლეტალურად დამთავრდა. რუსეთში პირველი გასტრექტომია ჩაატარა 1911 წელს ვ. ზიკოვმა და კარგი შედეგი მიიღო. კარდიული ნაწილის რეზექცია გააკეთა მიკულიჩმა 1896 წელს, მაგრამ ავადმყოფი დაიღუპა. ამ ოპერაციის კარგი შედეგი მიიღო ფოლკლერმა 1908 წელს.

დიდი მნიშვნელობა აქვს კუჭის კიბოს პროფილაქტიკას, მის დროულ გამოცნობას და სათანადო მკურნალობას. ამ ღონისძიებების დროულად და სწორად ჩატარების შემთხვევაში შესაძლებელია კუჭის კიბოსგან სრული განკურნება, განსაკუთრებით დღეს, როდესაც კუჭის კიბოს ოპერაციის ტექნიკა ზედმიწევნით არის დამუშავებული. კუჭის კიბოთი დაავადებული ადამიანის სიცოცხლე არსებითად დამოკიდებულია ადრეულ დიაგნოზსა და დროულ ოპერაციაზე.

ეს დაავადება დედამიწის მოსახლეობაში არათანაბრად გვხვდება. ხშირია იგი იაპონიაში, ჩილეში, საბჭოთა კავშირში, შედარებით იშვიათია აფრიკაში, აშშ-ში, უფრო ხშირად ავადდებიან მამაკაცები, ვიდრე ქალები.

**ე ტ ი ო ლ ო გ ი ა.** კუჭის კიბოს ეტიოლოგიის საკითხი მკიდრო კავშირშია საერთოდ ავთვისებიან სიმსივნეთა ეტიოლოგიასთან. როგორც ექსპერიმენტული მონაცემების, ისე კლინიკური დაკვირვების საფუძველზე დამტკიცებულია, რომ კიბო არ ვითარდება უშუალოდ ნორმალური და შეუცვლელი ქსოვილისგან. მის განვითარებას უსწრებს პათოლოგიური ცვლილებები. კიბოსწინა პათოლოგიურ ცვლილებებს პრეკანცერული დაავადებები, ანუ კიბოსწინა დაავადებები ეწოდება. პრეკანცერული კიბოს განვითარების სავალდებულო სტადიაა, თუმცა პრეკანცერისგან კიბო ყოველთვის არ ვითარდება. უცნობია პრეკანცერული დაავადების კიბოდ გადაგვარების მიზეზებიც.

დღეისთვის კიბოს პროფილაქტიკაში მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია პრეკანცერული დაავადებების დროულ ამოცნობას და ლიკვიდაციას.

კუჭის კიბოსწინა დაავადება ეწოდება კუჭის ისეთ დაავადებას, რომელიც დროთა განმავლობაში შეიძლება კიბოდ გადაგვარდეს, ასეთებია: კუჭის პოლიპი და პოლიპოზი, ხანგრძლივად არსებული წყლული, ქრონიკული ატროფიული გასტრიტი, ადისონ-ბირმერის დაავადება.

კუჭის პოლიპი და პოლიპოზი, როგორც კიბოსწინა დაავადებები. კუჭის დიდი და მცირე სიმრუდის არეში ლოკალიზებული პოლიპი უფრო ხშირად განიცდის მალიგნიზაციას.

კუჭის პოლიპი ყველა ასაკში შეიძლება განვითარდეს, მაგრამ უმთავრესად 40—60 წლის ასაკში. ხანში შესულებში ავთვისებიანი პოლიპი უფრო ხშირია, ვიდრე ახალგაზრდებში. აღწერილია კუჭის კიბოს და პოლიპოზის ერთდროული არსებობის შემთხვევა, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ ერთ-ერთმა პოლიპმა განიცადა მალიგნიზაცია.

ამჟამად ყველა ავტორი აღიარებს, რომ კუჭის პოლიპი და პოლიპოზი პრეკანცერული დაავადებაა. აზრთა სხვაობაა იმის შესახებ, თუ რა სიხშირით განიცდის იგი მალიგნიზაციას. ლიტერატურის მონაცემების მიხედვით მალიგნიზაცია აღინიშნება შემთხვევათა 30—44% -ში. ვინაიდან კუჭის პოლიპი აღიარებულია კიბოსწინა დაავადებად, ამიტომ განსაკუთრებით საყურადღებოა მისი დროული ამოცნობა და რადიკალური მკურნალობა. პოლიპის ექსციზია და მით უმეტეს კონსერვატიული მკურნალობა ონკოლოგიური თვალსაზრისით არ არის გამართლებული. აღწერილია კუჭის პოლიპის ამოკვეთის შემდეგ კიბოს განვითარების შემთხვევები. მალიგნიზაცია შეიძლება განიცადოს არა მარტო პოლიპმა, არამედ მის ირგვლივ არსებულმა ლორწოვანმა გარსმა.

პოლიპის კეთილთვისებიანობა — ავთვისებიანობის დადგენის მიზნით დიფერენციულ დიაგნოსტიკაში გვებმარება პოლიპის მიკროსკოპული და მაკროსკოპული გამოკვლევა გასტროსკოპიის საშუალებით. ავთვისებიანად გადაგვარებული პოლიპი დიდი ზომისაა, არასწორხედაპირიანი, მასზე არის ეროზიები და სისხლჩაქევეები, მაგრამ სხვადასხვა რიგი ნიუანსები არსებობს. აღსანიშნავია ისიც, რომ გასტროსკოპიის დროს ჩატარებული ბიოფსიური მასალის შესწავლით შეიძლება ვერ გამოვლინდეს მისი გადაგვარება, რადგანაც სიმსივნური უჯრედები შეიძლება არ მოხვდეს საბიოფსიო მასალაში. ონკოლოგიური თვალსაზრისით კუჭის პოლიპის ყველა ფორმის შემთხვევაში მკურნალობის საუკეთესო მეთოდია კუჭის რეზექცია. ავტორთა ნაწილს დასაშვებად მიაჩნია პოლიპის ამოკვეთა კუჭის კედელთან ერთად.

კუჭის წყლული, როგორც კიბოსწინა დაავადება. ამჟამად დამტკიცებულია, რომ კუჭის ქრონიკულად მიმდინარე, განსაკუთრებით კი კალოზური წყლული კიბოდ გარდაიქმნება. მაგრამ

სადავო საკითხი იმის შესახებ, თუ რა სიხშირით გადადის ერთი დავადება მეორეში. კიბოს გადაგვარების თვალსაზრისით საშიშია კუჭის, განსაკუთრებით კუჭის მცირე სიმრუდის წყლული. ლიტერატურის მონაცემების მიხედვით კუჭის კიბო 10—50%-ში ვითარდება კუჭის წყლულიდან.

ისმის კითხვა, შეიძლება თუ არა კუჭის ქრონიკული წყლულის კიბოდ გარდაქმნის ადრეული გამოცნობა? ამ კითხვაზე დადებითად უნდა ეუბასუხოთ. წყლულის მალიგნიზაციის პროცესის ამოცნობისთვის ექიმმა დაწვრილებით უნდა შეისწავლოს დაავადების მიმდინარეობა, გაითვალისწინოს ავადმყოფის ასაკი და ლაბორატორიულ-რენტგენოლოგიური გამოკვლევის მონაცემები. დიაგნოზის დადგენაში გვეხმარება გასტროფიბროსკოპია და ბიოფსიური მასალის ჰისტოლოგიური შესწავლა.

ცნობილია, რომ ხანგრძლივად მიმდინარე წყლული, ასევე კალოზური და დიდი ზომის წყლული უფრო ხშირად გადაგვარდება ავთვისებიანად. ასევე გასათვალისწინებელია ის, რომ წყლულის კიბოდ გადაგვარება უფრო ხშირადაა მამაკაცებში, განსაკუთრებით 40—50 წლის შემდეგ. წყლული, რომლის დიამეტრი 2,5 სმ-ზე მეტია, უნდა მივიჩნიოთ მალიგნიზებულად, მაგრამ აღსანიშნავია, რომ უფრო ნაკლები დიამეტრის წყლულიც განიცდის მალიგნიზაციას, ამის საწინააღმდეგოდ აღწერილია შემთხვევები, როდესაც წყლულის დიამეტრი 6—8 სმ იყო, მალიგნიზაცია კი არ აღინიშნებოდა.

ერთ-ერთი ადრეული ნიშანი, რომელიც კუჭის წყლულის კიბოდ გადაგვარებაზე მიუთითებს, ეპიგასტრიუმის არეში ტკივილის ხასიათის შეცვლაა. წყლულოვანი დაავადების დამახასიათებელია არამუდმივი ხასიათის ტკივილი. ამავე დროს ტკივილის ინტენსივობა დამოკიდებულია საკვების მიღებასა და კვების რეჟიმზე. წყლულის კიბოდ გადაგვარების დროს ტკივილი მუდმივი ხდება და აღარ არის დაკავშირებული კვების რეჟიმთან. მას ერთვის მადის დაქვეითებაც.

წყლულის კიბოდ გადაგვარებაზე მიუთითებს აგრეთვე ე. წ. „კუჭის დისკომფორტის“ მოვლენები, რაც გულისხმობს უმადობას, სიმძიმის შეგრძნებას მუცლის არეში, ბოყინს, მუცლის შებერვას, საკვების მიღების შემდეგ დაუქმყოფილებლობის შეგრძნებას, გულისრევას, ცუდ გემოს პირში და ნერწყვის გაძლიერებულ გამოყოფას. აღნიშნული მოვლენები, რომლებიც დიეტის დაცვის შემდეგ რჩება, გვაფიქრებინებს კუჭის წყლულის გადაგვარებაზე და ამ შემთხვევაში საჭიროა ავადმყოფის ლაბორატორიული და რენტგენოლოგიური გამოკვლევა. პირველ რიგში უნდა გავსინჯოთ კუჭის წვენი. მანამდე არსებული მაღალი მჟავიანობის დაქვეითება, მით უფრო აქლორჰიდრიის განვითარება საგანგაშო სიმპტომია. კუჭის ლორწოვანი გარსის

რელიეფის რენტგენოლოგიური გამოკვლევით შეიძლება გამოვლინდეს ისეთი ცვლილებები, რომლებიც მიუთითებენ მალიგნიზაციის პროცესზე.

აღნიშნული ფაქტორების გათვალისწინებით შესაძლებელია კუჭის წყლულის კიბოდ გარდაქმნის დასაწყისის დროულად ამოცნობა.

ქრონიკული გასტრიტი, როგორც კუჭის კიბოსწინა დაავადება. კუჭის ქრონიკული ანთების — გასტრიტის ნიადაგზე კუჭის კიბოს განვითარებას მრავალი გამოკვლევა ადასტურებს. ამჟამად დამტკიცებულია, რომ კუჭის კიბო უფრო ხშირად უვითარდებათ ქრონიკული ატროფიული გასტრიტით დაავადებულებს, ვიდრე ჭანმრთელებს. ქრონიკული გასტრიტის სათანადო მკურნალობა კუჭის კიბოს პროფილაქტიკის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი რგოლია.

გასტრიტით დაავადებული ავადმყოფი ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ უნდა იმყოფებოდეს, განსაკუთრებით 40—45 წლის ასაკის შემდეგ.

ზოგიერთი ავტორი კუჭის კიბოსწინა დაავადებად აღიხონ-ბირმერის ანემიას ასახელებს, აღნიშნული დაავადება ფაქტიურად იკურნება ლვიძლის სპეციფიკური ანტიანემიური პრეპარატებით და სხვა სამკურნალო საშუალებებით, მაშასადამე, არსებობს რეალური საშუალება კუჭის კიბოს ასაცილებლად, რომელიც წინათ ავთვისებიანი სისხლნაკლებობის არც თუ იშვიათი გართულება იყო.

კუჭის კიბოს განვითარების ერთ-ერთი ხელშემწყობი ფაქტორია კვების ჰიგიენის დარღვევა. საკვების აჩქარებული, დაუღეპავი ჰამა, დიდი რაოდენობით უნეში და დაუმუშავებელი სურსათის საკვების ხმარება და არარეგულარული კვება იწვევს კუჭის ლორწოვანი გარსის სუსტ, მაგრამ მუდმივ გაღიზიანებას, რასაც თავისებური მნიშვნელობა ენიჭება კიბოს განვითარების კომპლექსში, მით უმეტეს, თუ ყოველივე ამას ერთვის თამბაქოს წევა და ალკოჰოლური სასმელების სისტემატურად მიღება. კიბოს განვითარებაზე გარკვეულ გავლენას ახდენს მიღებული საკმლის ტემპერატურა. ცხელი საკმელი იწვევს კუჭის ლორწოვანი გარსის მუდმივ სუსტ გაღიზიანებას, რაც სიმსივნის განვითარების ხელშემწყობი პირობაა.

კუჭის კიბოს განვითარებისთვის მნიშვნელობა აქვს გენეტიკურ ფაქტორს, საყოფაცხოვრებო პირობებს და ა. შ. გენეტიკური ფაქტორების მნიშვნელობაზე მიუთითებს ის, რომ კუჭის კიბო საკმაოდ ხშირად უვითარდებათ იაპონელებსა და ჩინელებს. ამ ქვეყნის მოსახლეობამ ემიგრაცია განიცადა კანადასა და აშშ-ში, სადაც კუჭის კიბო შედარებით ნაკლებია. ცხოვრებისა და კვების პირობების შეცვლის მიუხედავად, კუჭის კიბო ემიგრანტებში კვლავ ხშირია, თუმცა არა ისე, როგორც ჩინეთსა და იაპონიაში.

კუჭის კიბოს პათოლოგიური ანატომია. კუჭში კიბო უპირატესად ვითარდება პილოროანტრალურ ნაწილში (60—70%-ში), მცირე სიმრუდეზე—10—15%-ში, კუჭის კარდიულ ნაწილში—10—15%-ში, კუჭის წინა და უკანა კედელზე—2—5%-ში, დიდ სიმრუდეზე—1%-ში. კუჭის ტოტალური დაზიანება აღინიშნება 5—10% შემთხვევაში.

არჩევენ ეგზოფიტური ზრდის კიბოს, მას ვიწრო ან ფართო ფუძე აქვს, მაგრამ შემოსაზღვრულია და მოძრავი. ინფილტრაციული ზრდის კიბო ცენტრში დაშლილია, კიდეები აწეულია და გამკვრივებული (თეფშისმაგვარი ფორმა), ვრცელდება დიფუზურად, მკვეთრი საზღვარი არა აქვს. ზრდის მიხედვით არჩევენ შერეული ხასიათის კიბოსაც, როდესაც მაკროსკოპულად ძნელია გავარჩიოთ ის ეგზოფიტური თუ ენდოფიტური ზრდისაა.

კუჭის კიბო შეიძლება ჩაიზარდოს მეზობელ ორგანოებში, უფრო ხშირად ღვიძლის მარცხენა წილში, პანკრეასში, განივ კოლინჯსა და ბადექონში. კუჭის კარდიული ნაწილის კიბო სწრაფად გადადის საყლაპავ მილზე.

მაკროსკოპულად არჩევენ კუჭის კიბოს 4 ფორმას.

1. პოლიპისმაგვარ, კიბოს ახასიათებს ეგზოფიტური ზრდა, მკვეთრად შემოსაზღვრულია, აქვს ფართო ან ვიწრო ფუძე, ჰგავს სოკოს, მის ზედაპირზე სხვადასხვა ზომის კვანძია, კუჭის კიბოს ეს ფორმა ვითარდება ნელა, მეტასტაზებს იძლევა გვიან, ძირითადად ანტრალურ ნაწილშია, ვლინდება შემთხვევათა 3—10%-ში;

2. თეფშისმაგვარი ფორმა ეგზოფიტური ზრდისაა, ახასიათებს ფართო ფუძე, იზრდება ნელა, მეტასტაზებს იძლევა გვიან, გვხვდება 20—25%-ში;

3. წყლულოვან-ინფილტრაციული ფორმა — ახასიათებს ღრმა ფსკერი, დაწყლულებული კიდეები და ზედაპირი, კუჭის ლორწოვანის ატროფირება, მისი ნაოჭები არა ჩანს, მკვეთრი საზღვრები არა აქვს, გვხვდება 55—60%-ში;

4. დიფუზურ-ინფილტრაციული ანუ ფიბროზული კიბო — ახასიათებს დიფუზური ზრდა, კუჭის კედელი გასქელებულია, მისი საზღვრების დადგენა სად ქსოვილებთან შეუძლებელია. ლორწოვანი გარსის ნაოჭები ინფლიტირებულია და შეშუპებული. უფრო ხშირად მდებარეობს ანტრალურ ნაწილში, აზიანებს მთელ კუჭს, გვხვდება 5—10%-ში.

კუჭის კიბოს წყლულოვან-ინფილტრაციული და დიფუზურ-ინფილტრაციული ფორმა ენდოფიტური ზრდით ხასიათდება, სწრაფად იძლევა მეტასტაზებს. ამ ოთხი ფორმის გარდა არსებობს მრავალი ვარიანტი.



მიკროსკოპულად არსებობს კუჭის კიბოს შემდეგი ფორმები: 1. ადენომაური, 2. ალვეოლური, 3. კოლოიდური.

იმის მიხედვით, თუ რა ჭარბობს — სიმსივნური პარენქიმა თუ შემერთებელქსოვილოვანი სტრომა, გამოყოფენ მედულურ და ფიბროზულ (სკირი) ფორმას.

კუჭის კიბოს ზემოჩამოთვლილი ფორმები თავისი ჰისტოლოგიური აგებულებით ადენოკარცინომაა, რომელიც შეიცავს ცილინდრულ ან კუბურ უჯრედთა დიფერენციის სხვადასხვა სახეს.

კუჭის კიბოს მეტასტაზირება ხორციელდება როგორც ლიმფური, ისე ჰემატოგენური გზით. პირველ რიგში მეტასტაზები ვრცელდება ბადექონის ლიმფურ კვანძებში, შემდეგ დიდ ბადექონში, რეტროპერიტონეულ, პარაპორტულ ლიმფურ კვანძებში, ხშირად მეტასტაზები ლიმფურ კვანძებში აღინიშნება ლავიწუნდა და ლავიწკვედა ფოსობებში (ვირხოვის მეტასტაზი), როდესაც კუჭის კიბოს უჯრედების მეტასტაზირება ხდება ჰემატოგენური გზით. მეტასტაზებით პირველ რიგში ზიანდება ღვიძლი, ფილტვები, თირკმლები, ძვლოვანი სისტემა, ზოგჯერ შეიძლება განვითარდეს კარცინომატოზი, ასციტი; კუჭის კიბოს მეტასტაზი შეიძლება შეგვხვდეს რეტროვეზიკალურ ან რეტროეაგინალურ დუგლასის ნაოჭზე (შნიცლერის მეტასტაზი), საკვერცხზე, ხშირად ორივე მხარეს (კრუჟენბერგის მეტასტაზი). იგი ზოგჯერ იმდენად დიდია, რომ გამოცდილი ეჭმი მას პირველად სიმსივნედ მიიჩნევს.

კუჭის კიბო გავრცელების მიხედვით იყოფა 4 სტადიად.

I სტადიაში სიმსივნე არ სცილდება ლორწოვან გარსს, მკვეთრად შემოსაზღვრულია, მეტასტაზი არ არის.

II სტადიაში სიმსივნეს უკავია კედლის ყველა შრე, გარდა სეროზულისა, კუჭი მოძრავია, არ არის ჩაზრდილი მეზობელ ორგანოებში. უახლოეს ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზი აღინიშნება.

III სტადიაში სიმსივნეს უკავია კუჭის კედლის ყველა შრე, უხორცდება მეზობელ ორგანოებს, მრავლობითი მეტასტაზებია რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში.

IV სტადიაში სიმსივნე დიდი ზომისაა, არის შორეული მეტასტაზები.

აღნიშნული კლასიფიკაცია ემყარება ანატომიურ მონაცემებს.

მიღებული კუჭის კიბოს კლასიფიკაცია TNM სისტემით. T — აღნიშნავს სიმსივნეს, N — რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს, რომლებიც დიაფრაგმის ქვეშაა, M — შორეულ მეტასტაზებს, T<sub>1</sub> — სიმსივნე შეიძლება იყოს პატარა ან დიდი თავისი ზომით, აზიანებს მხოლოდ ლორწოვან ან ლორწუჭვეშა გარსს; T<sub>2</sub>—T<sub>3</sub> სიმსივნე დიდი ზომისაა, მაგრამ არ აზიანებს მეზობელ ორგანოებს; T<sub>4</sub> — სიმსივნეს უკავია კუჭის კედლის ყველა შრე და ჩაზრდილია მეზობელ ორგანოებში: N<sub>x</sub> — მეტასტაზი

არ არის;  $N_{x\alpha}$  — მეტასტაზებია უახლოეს ლიმფურ კვანძებში;  $N_{x\beta}$  — უახლოეს ლიმფურ კვანძებში მრავლობითი მეტასტაზებია, რომელთა ამოღებაც ოპერაციის დროს მოსახერხებელია;  $M_{x\gamma}$  — მეტასტაზებია ლიმფურ კვანძებში, აორტის, ჭორჭლის არტერიის გაყოლებით;  $M_0$  — შორეული მეტასტაზი არ არის,  $M_1$  — აღინიშნება შორეული მეტასტაზი.

კუჭის კიბოს კლინიკური ნიშნები. კუჭის კიბოს სიმპტომები მეტად მრავალფეროვანია, რაც განპირობებულია სიმსივნის ფორმით, მისი ლოკალიზაციით, მეტასტაზების არსებობით და ა. შ.

კუჭის კიბოს ერთ-ერთი ადრეული სიმპტომია ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში, თუმცა არის შემთხვევები, როცა კუჭის კიბო უმტკივნეულოდ მიმდინარეობს, მაგრამ ამ ფაქტის განზოგადოება დიდი შეცდომა იქნებოდა, კუჭის კიბოს „უსიმპტომოდ“ მიმდინარეობა შეადგენს 5—10%-ს. არცთუ იშვიათად ეპიგასტრიუმის არეში ტკივილის არსებობის გამო ადგენენ კუჭის წყლულის, კოლიტის, გასტრიტის, ქოლეცისტიტის, პანკრეატიტის დიაგნოზს. საყურადღებოა ტკივილის ხასიათი. კუჭის კიბოს დროს ტკივილი განსხვავდება იმ ტკივილისგან, რომელიც ახასიათებს კუჭის წყლულს. კიბოს დროს აღინიშნება მუდმივი, ყრუ ტკივილი. ავადმყოფს აქვს ზეწოლის, კუჭის გაბერვის გრძნობა. იგი უჩივის რაღაც გაურკვეველ შემაწუხებელ შეგრძნებას კუჭის არეში. ტკივილი მატულობს ჭამის შემდეგ. ავადმყოფი აღნიშნავს დაუკმაყოფილებლობის გრძნობას საკვების მიღების შემდეგ, ცუდ გემოს პირში და ნერწყვის გაძლიერებულ გამოყოფას, გულისრევას, ზოგჯერ ღებინებას.

საერთოდ თუ ანალიზს გავუკეთებთ კუჭის კიბოს დამახასიათებელ სიმპტომებს, შევამჩნევთ, რომ ნაადრევ სტადიაში თითქმის არ არის ისეთი ნიშანი, რომელიც მხოლოდ ამ დაავადებისთვის იყოს დამახასიათებელი. ამიტომ გარკვეულ ასაკში, როდესაც კიბოთი დაავადება შედარებით ხშირია, კუჭის მხრივ ნორმიდან ყოველგვარ გადახრას განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მივაქციოთ. სულ უმნიშვნელო ჩივილიც კი შეიძლება კუჭის კიბოს პირველი ნიშანი იყოს. მაგრამ ეს ისე არ უნდა გავიგოთ, ვისაც კი კუჭი ასტკივდება, ყველა კიბოთი იყოს დაავადებული.

ა. სავიცკი აღნიშნავს, რომ კუჭის კიბოს კლინიკური სურათის დახასიათებისთვის საჭირო არ არის ცალკეული ნიშნების გამოყოფა, არამედ უნდა გამოვყოთ საექვო სიმპტომების ჯგუფი, ანუ კლინიკური სინდრომი. სიმპტომების ამ ჯგუფს „მცირე ნიშნების“ სინდრომი ეწოდება. აღნიშნული სინდრომი კუჭის კიბოთი დაავადებულთა 80%-ს ახასიათებს. ა. სავიცკიმ „მცირე ნიშნების“ სინდრომი ცალკე მუხლებად ჩამოაყალიბა.

1. დამახასიათებელია თვითგარბობის (გუნება-განწყობილების) შეცვლა, რაც თავს იჩენს რამდენიმე კვირით ადრე, ვიდრე ავადმყოფი ექიმს მიმართავს. ავადმყოფი უჩივის უმიზეზო სისუსტეს, შრომის უნარის დაქვეითებას, ადვილად და სწრაფ დაღლას;

2. მადის დაქვეითება, რომელიც არავითარ თვალსაჩინო მიზეზთან არ არის დაკავშირებული. მადის დაქვეითება შეიძლება იმდენად ძლიერი იყოს, რომ ავადმყოფს ყოველგვარი საკვები შეძულდეს;

3. „დისკომფორტის“ მოვლენების დროს ავადმყოფი აღარ გრძობს ფიზიოლოგიურ კმაყოფილებას ჭამის შემდეგ, პირიქით, აღინიშნება უსიამოვნო, ძლიერი გადავსების და სიმძიმის შეგრძნება კუჭის არეში, რასაც შეიძლება დაერთოს გულისრევა და ღებინება.

4. ვლინდება პროგრესული გახდომა, რომელსაც ამჩნევენ როგორც ავადმყოფი, ისე მისი ახლობლები, კანისა და ლორწოვანი გარსის მკრთალი ფერი და სისხლნაკლებობის სხვა ნიშნები;

5. დამახასიათებელია დეპრესია, გუნება-განწყობილების დაქვეითება, ავადმყოფი კარგავს ხალისს, ინტერესს გარემოსადმი, შრომისადმი ზდება აპათიური, აღნიშნული ფსიქიკური მოვლენები ადრეული სიმპტომაა.

ზემოთ ჩამოთვლილი „მცირე ნიშნების“ ჯგუფი ზოგჯერ ერთბაშად იჩენს თავს მანამდე სრულად ჯანმრთელი ადამიანის ორგანიზმში, ასეთმა ავადმყოფმა უნდა მიმართოს ექიმს, საჭიროა სრული კლინიკური გამოკვლევა, რათა დროზე დადგინდეს კუჭის კიბოს დიაგნოზი ან იგი გამოირიცხოს.

ზოგჯერ „მცირე ნიშნების“ ჯგუფი მკლავდება ხანგრძლივად მიმდინარე კუჭის სხვა დაავადებების ფონზე, როგორცაა ქრონიკული გასტრიტი, კუჭის წყლული, პოლიპოზი, ასეთ შემთხვევაში დიაგნოსტიკა საგრძნობლად რთულდება. ძნელია იმის გარკვევა, თუ რას ეკუთვნის ესა თუ ის მცირე ნიშანი ან მათი კომპლექსი — წინათ არსებულ დაავადებას თუ ახლად განვითარებულ კუჭის კიბოს.

„მცირე ნიშნები“ ეჭვს უნდა ბადებდეს კუჭის კიბოზე, ყოველი საექვო ავადმყოფი განსაკუთრებული ყურადღებით შესწავლას საჭიროებს. დღეისათვის არსებული ყოველგვარი მეთოდის გამოყენებით, უნდა გვახსოვდეს, რომ „კიბოზე მიტანილი ექვი მისი დიაგნოსტიკის გასაღებია“ (პაირი).

კუჭის კიბოს კლინიკური ნიშნები დამოკიდებულია სიმსივნის ადგილმდებარეობაზე, მისი ზრდის სისწრაფეზე და ა. შ.

კუჭის კარდიული ნაწილის კიბო გადადის საყლაპავ მილზე. აღნიშნულის გამო ავადმყოფები უჩივიან დისთაგიას, ბოყინს, მოსალოდნელია სტენოკარდიის მსგავსი ტიპილი, აღნიშნულის გამო გამოყოფენ ე. წ. სტენოკარდიულ ფორმას.

კუჭის სხეულის კიბოს დროს იგი ხშირად აღწევს საკმაოდ დიდ ზომას ისე, რომ არ იწვევს საკვების გადასვლის დაბრკოლებას თორმეტგოჯა ნაწლავში.

პილორული და ანტრალური ნაწილის კიბო იწვევს პილორული ნაწილის შევიწროებას და ვითარდება პილორუსის სტენოზის კლინიკური სურათი.

კუჭის კიბოს კლინიკური სურათი დამოკიდებულია მის ფორმაზე. ეგზოფიტური ზრდის კიბო წყლულდება, იშლება, ინფიცირდება, ვითარდება წვრილი სისხლძარღვების თრომბოზი, ანემია სისხლის დენის ვამო. კუჭის მცირე სიმრუდეზე მისი ლოკალიზაციის დროს ხშირად სისხლის დენა პროფუზულია და შეიძლება დაავადების პირველი გამოვლინება იყოს.

კუჭის კიბოს ენდოფიტური ზრდის შემთხვევაში კლინიკური ნიშნები უფრო ლოკალურად გამოვლინდება. წყლულოვან-ინფილტრაციული ფორმა წააგავს წყლულოვან დაავადებას ან ქრონიკულ გასტრიტს. დიფუზურ-ინფილტრაციული კიბო ხანგრძლივი დროის განმავლობაში მიმდინარეობს რაიმე გამოვლინების გარეშე. სიმსივნური ქსოვილი იჭერს კუჭის კედელს, ხშირია პილორუსის პირლიაობა.

კუჭის კიბო შეიძლება მიმდინარეობდეს რომელიმე დაავადების, მაგალითად, ქრონიკული გასტრიტის, კუჭის წყლულის სიმპტომებით. მით უმეტეს, თუ მის განვითარებას წინ უსწრებდა აღნიშნული დაავადებანი. ყოველივე აღნიშნულის გამო გაძნელებულია მისი დროული დიაგნოსტიკა.

კუჭის კიბო შეიძლება იძლეოდეს რადიკულიტის კლინიკურ ნიშნებს. რაც განპირობებულია სიმსივნის ჩაზრდით პანკრეასში, რის შედეგად ვითარდება ტკივილი წელის არეში. გამოყოფენ ასევე ანემიურ ფორმას. ხშირად კუჭის კიბოს დროს ვლინდება სუბფებრილური ტემპერატურა. აღნიშნულის გამო ხშირად ავადმყოფები მკურნალობენ ჯრიპის, ბრონქიტის, პნევმონიის, ქრონიკული სეფსისის დიაგნოზით.

კუჭის კიბოს დიაგნოსტიკა. კუჭის კიბოს დიაგნოსტიკის დროს უნდა მივმართოთ გამოკვლევის ქვემოთჩამოთვლილ მეთოდებს.

ანამნეზი. ანამნეზის შეგროვება ავადმყოფის გამოკვლევის პირველი ეტაპია. საყურადღებოა ისეთი ჩივილი, როგორცაა უმადობა, ცუდი გემო პირში, ბოყინი, გულძმარვა, გულისრევა, ღებინება, ყურყური, შებერილობა და სიმსივნის შეგრძნება მუცელში. კარგად შეგროვილი ანამნეზის საფუძველზე დასაწყისშივე შეიძლება მივიტანოთ ეჭვი სიმსივნეზე, რაც საშუალებას მოგვცემს სწორად წარვმართოთ ავადმყოფის შემდგომი გამოკვლევა.

პალპაციური მონაცემები. გამოკვლევის ფიზიკური მეთოდებიდან ყველაზე უფრო მნიშვნელოვანია პალპაცია, კუჭის კიბოს

პალპაციით გამოცნობა ძნელდება, თუ სიმსივნე გავრცელებულია, ინფილტრირებული ზრდა ახასიათებს ანდა მდებარეობს კუჭის კარდიულ ნაწილში.

სიმსივნის პალპაციით გასინჯვის დროს უნდა დავადგინოთ მისი მოძრაობის დონე, კონსისტენცია, ზედაპირის ხასიათი — სიგლუვე ან ხორკლიანობა, მტკივნეულობა, ზომა და ირგვლიემდებარე ორგანოებთან დამოკიდებულება.

პალპაციის განსახორციელებლად ექიმმა უნდა იცოდეს ადგილები, სადაც კუჭის კიბოს შემთხვევაში უფრო ხშირად ისინჯება მეტასტაზები. ასეთი ადგილებია ლაეიწზედა ფოსო (ვირხოვის მეტასტაზი), დუგლასის ფოსო (შნიცლერის მეტასტაზი). ამ მეტასტაზის გასინჯვა შეიძლება სწორი ნაწლავიდან. მეტასტაზი შეიძლება განვითარდეს საკვერცხემიც (კრუკენბერგის მეტასტაზი). ზემოაღნიშნულ არეებში მეტასტაზების დადგენა ადასტურებს კუჭის კიბოს არსებობას იმ შემთხვევაშიც, როდესაც კუჭის არეში სიმსივნე არ ისინჯება.

**ლაბორატორიული გამოკვლევა.** კუჭის კიბოს დამადასტურებელი გამოკვლევებიდან მნიშვნელოვანია კუჭის წვენის მჟავიანობის დადგენა და განაელის გამოკვლევა ფარული სისხლის დენის დადგენის მიზნით. აქვე უნდა აღვნიშნოთ, ლაბორატორიული გამოკვლევების შეფასებისას დიდი სიფრთხილე გვმართებს.

კუჭის კიბოს დროს კუჭის წვენში თავისუფალი მარილმჟავა არ არის, მაგრამ არაყოველთვის. ამ გარემოებას ზოგიერთი ექიმი არ უწევს სათანადო ანგარიშს და ამით აგვიანებს კუჭის კიბოს დიაგნოსტიკას. კუჭის კიბოს დროს მოსალოდნელია სეკრეციის ორი სახე. ერთ შემთხვევაში კუჭის წვენში სრულიად არ არის თავისუფალი მარილმჟავა, ხოლო საერთო მჟავიანობა მაღალია. ასეთი ტიპის სეკრეცია უფრო ხშირია. მეორე შემთხვევაში კუჭის წვენი თავისუფალ მარილმჟავას ჩვეულებრივი რაოდენობით შეიცავს, მაგრამ დარღვეულია შეფარდება მარილმჟავას რაოდენობასა და საერთო მჟავიანობას შორის. პირველი ტიპის სეკრეცია ახასიათებს კუჭის კიბოს, რომელიც ვითარდება გასტრიტის ნიადაგზე, მეორე კი ახასიათებს წყლულის ნიადაგზე განვითარებულ კუჭის კიბოს. ამ გარემოების ცოდნას გარკვეული მნიშვნელობა აქვს ლაბორატორიული გამოკვლევის მონაცემების გარკვევისთვის.

კუჭის კიბოს გამოცნობისთვის მნიშვნელობა აქვს კუჭის წვენში თავისუფალი მარილმჟავას რაოდენობის თანდათანობით შემცირებას. შესაძლებელია კუჭის წვენში რძემჟავას დადგენაც.

კუჭის კიბოს გამოცნობისთვის გარკვეული მნიშვნელობა აქვს კუჭის შიგთავსის უჩრდდული ელემენტების მიკროსკოპულ შესწავლას. მას ახასიათებს დაწყლულება, დაშლა, რის გამოც სიმსივნის უჩრდდე-

ბი კუჭის შიგთავსში ირევა. სადიაგნოზო მნიშვნელობა აქვს განავლის გამოკვლევას ფარულ სისხლის დენაზე. ზოგჯერ განავალში სისხლი შესამჩნევია მაკროსკოპულადაც, რაზეც ავადმყოფები მიუთითებენ.

მნიშვნელობა აქვს პერიფერიული სისხლის სურათის შესწავლას. სისხლის ანალიზი გვიჩვენებს, რომ საქმე შეეხება ანემიას, ამავე დროს ის შეიძლება იყოს პირველი და გარკვეული დროის განმავლობაში კიბოს ერთადერთი ნიშანი. ანემიის განვითარებაში ინტოქსიკაციას აქვს მნიშვნელობა. ინტოქსიკაციის ბიოლოგიური და ქიმიური ბუნება ჯერ-ჯერობით საბოლოოდ დადგენილი არ არის. შესაძლებელია ანემიამ თავი იჩინოს კუჭის კიბოს დაგვიანებულ სტადიაში. მომატებულია ერითროციტების დალექვის სისწრაფე. იმ შემთხვევაში, როდესაც აღინიშნება კუჭის კიბოს რომელიმე გართულება, მაგალითად, სიმსივნის ირგვლივ ანთებითი პროცესის განვითარება, დაწყულულება, დაჩირქება და სხვ., ვლინდება მეტ-ნაკლებად გამოხატული ლეიკოციტოზი.

ზოგიერთ შემთხვევაში კუჭის კიბო შეიძლება მიმდინარეობდეს მაღალი ტემპერატურის ფონზე, რაც დიაგნოზური შეცდომის მიზეზია, ამას განაპირობებს ის, რომ გაურკვეველი ეტიოლოგიის ცხელების დროს ზოგიერთი ექიმი ნაკლებად ვარაუდობს კუჭის კიბოს, არცთუ იშვიათად საქმე გვაქვს სუბფებრილურ ტემპერატურასთან.

ძველთაგან ცნობილია, რომ ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებას თან სდევს სიგამხდრე, რომელიც საბოლოოდ კახექსიამდე მიდის, კუჭის კიბოს თითქმის ყველა შემთხვევაში აღინიშნება წონაში დაკლება, რომელიც მით უფრო მკვეთრადაა გამოხატული, რაც უფრო შორსწასული შემთხვევაა.

კუჭის კიბოს დიაგნოსტიკურ მეთოდებს შორის დიდი მნიშვნელობა აქვს გასტროსკოპიასა და გასტრობიოფსიას. კუჭის კიბოს ნაადრევი გამოცნობისთვის გასტროსკოპიას აქვს გადამწყვეტი მნიშვნელობა, რადგანაც ამ დროს ხდება იმ ცვლილებების აღნუსხვა, რომლებიც ვლინდება კუჭის ლორწოვან გარსში. სწორი დიაგნოზის დადგენისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს გასტრობიოფსიას.

რენტგენოლოგიურად გამოვლინდება ავსების დეფექტი. კუჭის კიბოს რენტგენოლოგიური დიაგნოსტიკა ძნელია მის ნაადრევ სტადიაში, არის გამოთქმა, რომ კუჭი ყველაზე მატყუარა ორგანოა. მუცლის ღრუს ნაადრევი პათოლოგია, ანუ „მცირე“ პათოლოგია საერთოდ ძნელი გამოსაცნობია, ხოლო ადვილია დაავადების ბოლო სტადიაში გამოცნობა, როდესაც ნათლად გამოხატული კლინიკური ნიშნები.

კუჭის კიბოს დაგვიანებული დიაგნოზის მიზეზები. მედიცინის ისტორიამ არ იცის სხვა დაავადება, რომლის დიაგნოზსა და მკურნალობაში დაშვებული იყოს იმდენი შეცდომა, რამდენიც კიბოს დროს.

ნ. პ. პეტროვის აღნიშვნით, ავთვისებიან სიმსივნეთა დაგვიანებით გამოცნობის ერთ-ერთი მიზეზია ექიმთა გაუმართლებელი ოპტიმიზმი. ხშირად ისინი არსებულ ნიშნებს მიაწერენ რომელიმე კეთილთვისებიან დაავადებას და არა ავთვისებიანს, რასაც გამოუსწორებელ შეცდომამდე მივყავართ.

ა. ი. სავიციკის მიხედვით, ავთვისებიან სიმსივნეთა ადრეული დიაგნოსტიკისთვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს „ონკოლოგიურ სიფხიზლეს“, რომელიც გულისხმობს: 1. კიბოზე ექვის დროულ მიტანას, 2. ანამნეზური მონაცემების სათანადო შეფასებას, 3. გამოკვლევის სპეციალური მეთოდების გამოყენებას.

ონკოლოგიურ პრინციპს — რაც უფრო ადრე იქნება ამოცნობილი ავთვისებიანი სიმსივნე, მით უფრო კარგია პროგნოზი — განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს კუჭის კიბოს შემთხვევაში. კუჭის კიბოთი დაავადებული ისედაც დაგვიანებით მიმართავს ექიმს და ჩივილის შეუფასებლობა დაგვიანებული დიაგნოზის მიზეზი ხდება.

კუჭის კიბოს საწყისი ნიშნები სუსტადაა გამოხატული და ამიტომ ავადმყოფი, ზოგიერთ შემთხვევაში კი ექიმიც მათ ყურადღებას არ აქცევს. სრულიად სამართლიანად აღნიშნავენ, რომ კუჭის კიბოს ადრეული გამოცნობა დამოკიდებულია ავადმყოფზე, ექიმ-კლინიციანსა და რენტგენოლოგიურ და ენდოსკოპურ გამოკვლევებზე.

კუჭის კიბოს ადრეული ფორმაა შემთხვევა, როდესაც კუჭის ლორწოვანი დაზიანებულია და პროცესი ვრცელდება ლორწქვეშა შრეზეც. ეს დებულება შეესაბამება სსრ კავშირის ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ 1956 წელს მიღებულ კლასიფიკაციას, ასეთ კრიტერიუმს იზიარებენ იაპონელი ენდოსკოპისტები (1962). ზოგი ავტორი კუჭის კიბოს ადრეულ ფორმად მიიჩნევს ისეთ ფორმას, რომელსაც უჭირავს მხოლოდ ლორწოვანი გარსი. კუჭის კიბოს ადრეული ფორმის დიაგნოსტიკა ხორციელდება მხოლოდ გამოკვლევის გასტროფიბროსკოპიური მეთოდით.

ერთ-ერთი გარემოება, რომელიც შეიძლება გახდეს შეცდომის მიზეზი კუჭის კიბოს დიაგნოსტიკაში, დაავადების ანამნეზის ხანგრძლივობაა, მისი არასათანადო შეფასება და არასწორი ანალიზი. ავადმყოფს. რომელიც კარგად გრძობდა თავს, ეწყება ტკივილი კუჭის არეში და ხანგრძლივი დროის განმავლობაში თავს დამაკმაყოფილებლად გრძობს. ხდება ისეც, რომ კუჭის კიბოს არასწორი დიაგნოზის გამო ავადმყოფს მკურნალობენ კონსერვატიულად და აღწევენ მდგომარეობის დროებით გაუმჯობესებას, რაც განპირობებულია იმით, რომ ავადმყოფს უნიშნავენ სამკურნალო საშუალებებს და ღიეტას, ეს იწვევს სიმსივნის არეში ანთებითი პროცესის დაცხრომას, ავადმყოფი მატულობს წონა-

ში და უმცირდება ტკივილი, ყოველივე ამან კი შეიძლება ექიმის სიფხიზლე მოადუნოს და შეცდომაში შეიყვანოს.

კუჭის კიბოს ადრეული სტადიის გამოცნობისთვის და შეცდომების აცილებისთვის საჭიროა ავადმყოფის კომპლექსური შესწავლა, კვლევის თანამედროვე მეთოდების სრულყოფილი გამოყენება და მიღებული მონაცემების კრიტიკული შეფასება.

**პ რ ო ფ ი ლ ა ქ ტ ი კ ა.** ყოველგვარი დაავადებებისა და მათ შორის კიბოს ლიკვიდაციისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარებას. აუთვისებიანი, სიმსივნის პროფილაქტიკა და მკურნალობა დღევანდელი მედიცინის ერთ-ერთი რთული საკითხია. მართალია, კიბოს გამომწვევი მიზეზი ჯერ კიდევ არ არის დადგენილი, მაგრამ მისი განვითარების ხელშემწყობი პირობები დღესდღეობით იმდენად არის შესწავლილი, რომ შესაძლებელია ბრძოლა ამ დაავადების წინააღმდეგ. საჭიროა პროფილაქტიკური გასინჯვების ჩატარება და კუჭის კიბოს ადრეული ფორმების გამოვლინება, მისი პროფილაქტიკა და დროული რადიკალური ოპერაცია ამ დაავადებაზე გამარჯვების საწინდარია.

უდიდესი მნიშვნელობა აქვს კიბოსწინა დაავადებების დროულ ამოცნობასა და მათ წინააღმდეგ სათანადო ზომების გატარებას.

**კ უ ჭ ი ს კ ი ბ ო ს მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა** მხოლოდ და მხოლოდ ოპერაციულია. ოპერაცია უნდა იყოს რადიკალური. რადიკალური ოპერაცია გულისხმობს დაავადებული ორგანოს, კერძოდ დაავადებული კუჭის ამოკვეთას — გასტრექტომიას ან კუჭის სუბტოტალურ რეზექციას ბილროთის II წესით. კუჭთან ერთად უნდა ამოკვეთონ მცირე სიმრუდე მაქსიმალურად, რაც შეიძლება ფუძესთან ახლოს გადაკვანძონ კუჭის მარცხენა არტერია, ამოკვეთონ კუჭის ყველა იოგი, დიდი ბაღეჭონი. უფრო ხშირად მიმართავენ კუჭის სუბტოტალურ რეზექციას ან გასტრექტომიას. კუჭის რეზექცია ბილროთის II წესით უნდა განახორციელონ ზუსტი ჩვენების შემთხვევაში, კიბოს ეგზოფიტური ზრდისას, როცა კუჭის კიბოს I ან II სტადიაა. საჭიროა რეგიონული ლიმფური კვანძების ამოკვეთა. კუჭის კიბოს ინფილტრაციული ზრდის დროს რეკომენდებულია გასტრექტომია. ეგზოფიტური ზრდის კიბოს პილოროანტრალურ ზონაში ლოკალაციის დროს მიმართავენ კუჭის სუბტოტალურ რეზექციას ბილროთის II წესით. კუჭის პროქსიმალური ნაწილის ეგზოფიტური ზრდის გამო კიბოს დროს ხშირად ახორციელებენ კუჭის პროქსიმალურ რეზექციას, მცირე სიმრუდის რეზექციას და პილოროანტრალურ ნაწილს აკავშირებენ საყლაპავ მილთან.

პალიატიურ ოპერაციას მიმართავენ კუჭის ინოპერაბელური კიბოს დროს. პილოროსტენოზის დროს აკეთებენ გასტროენტეროანასტომოზს



და ა. შ. პოსტოპერაციულ პერიოდს ახასიათებს მაღალი ლეტალობა, რომელიც აღწევს 20—30%-ს. სიკვდილის მიზეზია გულ-სისხლძარღვთა, სასუნთქი ორგანოების მხრივ გართულებები, ნაკერთა უკმარისობა, რომელიც პერიტონიტით რთულდება.

ოპერაციული მკურნალობის შედეგი დამოკიდებულია დროულად შესრულებულ ოპერაციაზე, როდესაც სიმსივნური უჯრედები არ გადასულა მეზობელ ორგანოებსა და ახლომდებარე ლიმფურ ჩირკლებზე. მეტასტაზების განვითარებამდე. კუჭის კიბოს დროული ამოცნობა მისი წარმატებით მკურნალობის აუცილებელი პირობაა.

ოპერაციის კარგი შედეგისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ოპერაციის წინ ავადმყოფის სათანადო მომზადებას, ამ დროს განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიაქციონ ნივთიერებათა ცვლის დარღვევის გამოსწორებას, რისთვისაც ავადმყოფს უნიშნავენ გლუკოზის 40%-იან ხსნარს, მაღალკალორიულ და ადვილად მოსანელებელ საკვებს, ვიტამინებსა და სხვა სამკურნალო საშუალებებს, ინტრავენურად შეყავთ სისხლის შემცვლელები, საჭირო შემთხვევაში — სისხლი.

დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის ოპერაციის შემდგომ მოვლას. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში მოსალოდნელია გულ-სისხლძარღვთა სისტემის უკმარისობა, პნევმონია, პერიტონიტი და სხვ.

კუჭის კიბოს გამო გაკეთებული ოპერაციის შემდეგ გამოიყენებენ ქიმიოთერაპიას.

კუჭის კიბოს ოპერაციული მკურნალობის შედეგები. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ლეტალობა დამოკიდებულია მრავალ ფაქტორზე — ავადმყოფის ასაკზე, სიმსივნის ადგილმდებარეობაზე, მის ხასიათზე, მეტასტაზებზე და ა. შ.

რადიკალური ოპერაციის შემდეგ 3 წელზე მეტ ხანს ცოცხლობს ავადმყოფთა 40—45%, ხოლო 5 წელზე მეტს — 20—25%.

ოპერაციის შემდგომი ლეტალობა საკმაოდ მაღალია, შორეული შედეგები — არადამაკმაყოფილებელი. კუჭის კიბოს გამო კუჭის რეზექციის შემდეგ ტაკვის კიბო სექციური მასალის მიხედვით ვლინდება 20-დან 67%-მდე, ხოლო კლინიკური მასალის მიხედვით 5-დან 40%-მდე შემთხვევაში.

### კუჭის კიბოს პარაფორაბია

კუჭის კიბოს გართულებებიდან აღსანიშნავია პერფორაცია. სისხლის დენა, ფლევმონური გასტრიტი, რეგიონული ლიმფური კვანძების ჩირქოვანი ანთება, ჩირქოვანი ლიმფადენიტი, რეტროპერიტონეული სივრცის ფლევმონა, მეტასტაზური აბსცესი ლეიქში, ფილტვებში, ჩირქოვანი თრომბოფლებიტი.

კუჭის კიბოს პერფორაცია კუჭის კიბოს მიმდინარეობაში ერთ-ერთი მძიმე გართულებაა. კუჭის კიბოს პერფორაცია პირველად აღწერა ლაენეკმა, რუსულ ლიტერატურაში კი — ს. ფ. ხოტოვიცკიმ 1836 წელს. პირველი რადიკალური ოპერაცია კუჭის კიბოს პერფორაციის გამო შეასრულა ს. ი. სპასოკუჯოცკიმ 1916 წლის 29 ოქტომბერს.

კუჭის კიბოს პერფორაცია აღენიშნება დაავადებულთა 2,7—3,0%-ს. ა. ვ. მელნიკოვის (1960) მიხედვით, კუჭის კიბოს პერფორაციაში დიდი მნიშვნელობა აქვს სიმსივნის ნეკროზს და ანთებითი პროცესის განვითარებას. ვ. მ. პუტილინის (1980) მონაცემებით, კუჭის კიბოს პერფორაციის მიზეზია სისხლძარღვთა თრომბოზი, სისხლის მიმოქცევის მოშლა, იშემიური ქსოვილის დაშლა და ინფიცირება.

პერფორაცია უფრო ხშირია სიმსივნის ცენტრში, თუმცა იგი შეიძლება განვითარდეს სიმსივნის პერიფერიულადაც. შემჩნეულია, რომ უფრო ხშირია კუჭის წყლულისგან განვითარებული კიბოს პერფორაცია, მეტწილად მამაკაცებში.

კიბოს პერფორაციის დროს პერფორირებული ხვრელის ოდენობა სხვადასხვაა. ზოგ შემთხვევაში შეიძლება იყოს მიკროპერფორაცია, ზოგში კი პერფორაციული ხვრელი საკმაოდ დიდი ზომისაა.

ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა. კუჭის კიბოს პერფორაციის კლინიკური სურათი ჰგავს წყლულოვანი ხასიათის პერფორაციის კლინიკურ სურათს. თუ საქმე გვაქვს კუჭის კიბოს შორსწასულ ფორმასთან, ავადმყოფი კახექსიურია, ორგანიზმის დამცველობითი ფუნქცია მკვეთრად დაქვეითებული, კუჭის კიბო პერფორირებულია თავისუფალ მუცლის ღრუში, ვითარდება ე. წ. „ელვისებრი პერიტონიტი“, რომელიც ხშირად ავადმყოფის სიკვდილით მთავრდება.

ე. ს. სვედენოვი (1967) გამოყოფს კუჭის კიბოს პერფორაციის სამ კლინიკურ ვარიანტს: 1. რეაქტიული — რომლის დროს მკვეთრად და გამოხატული პერფორაციის ტიპური სურათი, 2. სუბიექტური — არამკვეთრად და გამოხატული პერფორაციის ნიშნები, პერიტონიტის კლინიკური სურათი ნელა ვითარდება. 3. არეაქტიული, როცა არ არის ისეთი ნიშნები, რომლებიც მიუთითებენ პერფორაციაზე, ამ დროს პირველ რიგში გამოვლინდება გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობის ნიშნები.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. კუჭის კიბოს პერფორაციის მკურნალობა ოპერაციულია, თუ პერფორაციიდან გასულია არაუმეტეს ექვსი საათისა და ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, რეკომენდებულია კუჭის რეზექცია. გავრცელებულ მეთოდად მიიჩნევენ პერფორირებული ხვრელის ამოკერვას; ძირითადად ოპერაციული ჩარევის ფართი განისაზღვრება დაავადების სტადიით და პერიტონიტის ფაზით. რეაქტიული და ტოქსიკური ფაზის დროს საჭიროა კუჭის რეზექცია,

ზოლო მეოთხე სტადიის კიბოს და დიფუზური პერიტონიტის დროს— მხოლოდ პერფორირებული ხვრელის ამოკერვა.

პალიატიური ოპერაციის — პერფორირებული ხვრელის ამოკერვიდან 1—2 თვის შემდეგ კუჭის კიბოს ოპერაბელური ფორმა შეიძლება გადაიქცეს ინოპერაბელურად.

### კუჭის კიბოს გართულება სისხლის დენით

კუჭის კიბოს ერთ-ერთი მძიმე გართულებაა გასტროდუოდენური სისხლის დენა, რომელიც აღენიშნებათ კუჭის კიბოთი დაავადებულების 3—15,4% -ს. იგი გამოვლინდება სისხლიანი ლებინებით ან მხოლოდ მელენის სახით.

მკურნალობა. ისეთ ავადმყოფთა მკურნალობა, რომელთაც კუჭის კიბო ურთულდებათ სისხლის დენით, ურთულესი ამოცანაა. ფიქრობენ, რომ ავადმყოფთა უმრავლესობა საჭიროებს კონსერვატიულ მკურნალობას. აღსანიშნავია, რომ სისხლის დენა კიდევ არ ნიშნავს შორსწასული კიბოს არსებობას, ამავე დროს ხანში შესული პირების მიმართ ხშირია ჰიპერდიავნოსტიკა და წყლულოვანი დაავადების ნაცვლად კუჭის კიბოს დიაგნოზის დადგენა.

მკურნალობის დროს გასათვალისწინებელია სხვადასხვა მომენტი, კერძოდ ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა, მეტასტაზების არსებობა, თანმხლები დაავადებანი, ყველა შემთხვევაში საჭიროა ინდივიდუალური მიდგომა. ოპერაციის უკუჩვენებაა გულ-სისხლძარღვთა მძიმე ნაკლოვანება. მეტასტაზების არსებობა, თუ სისხლის დენა კონსერვატიული ღონისძიებებით არ ჩერდება და კუჭის კიბოს დიაგნოზი საექვოა, საჭიროა ოპერაციული მკურნალობა, რადგანაც შეიძლება სისხლის დენის მიზეზი წყლული იყოს, ანდა კიბო იყოს ოპერაბელური. ლიტერატურის მონაცემებით, ოპერაციის დროს ილუპება ავადმყოფთა მესამედი.

### კუჭის სარკომა

კუჭის სარკომა იშვიათი დაავადებაა და კუჭის ავთვისებიან სიმსივნეთა 0,7—2,7% -ს შეადგენს, ხოლო საკმლის მომწელებელი ორგანოების სარკომის შემთხვევათა 57% კუჭის სარკომაზე მოდის.

კუჭის სარკომა შეიძლება იყოს პირველადი და მეორადი.

ჰისტოლოგიური აგებულების მიხედვით არჩევენ სარკომის შემდეგ ფორმებს: ფიბროსარკომას, რეტეკულოსარკომას, ლიმფოსარკომას,

ანგიოსარკომას, ზრდის მიხედვით გამოყოფილია შემდეგი ფორმები: ეგზოფიტური, ენდოფიტური, შერეული, ინტრამურული.

ახალგაზრდა ასაკში კუჭის სარკომა უფრო ხშირია, ვიდრე კიბო.

ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა. კუჭის სარკომის დამახასიათებელი პათოლოგიური სინდრომი არ არსებობს. კლინიკური მიმდინარეობით ჰგავს კუჭის კიბოს, ამიტომაც ოპერაციამდე კუჭის სარკომის გამოცნობა ძნელია, დიაგნოზს საბოლოოდ აზუსტებენ პრეპარატის ჰისტოლოგიური შესწავლის შემდეგ.

კუჭის სარკომა ზოგჯერ გამოვლინდება ამა თუ იმ გართულებით, როგორცაა: პერფორაცია, სისხლის დენა, ანემია და სხვ.

გამოკვლევისთვის ბიოფსიური მასალის აღება გასტროსკოპით არ ხერხდება, რადგან ლორწოვანი გარსი ამ დროს ინტაქტურია.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. კუჭის სარკომის მკურნალობა ოპერაციულია. ზოგიერთი ავტორი გამართლებულად მიიჩნევს ოპერაციის შემდგომ პერიოდში რენტგენოთერაპიისა და ქიმიოთერაპიის ჩატარებას. ამიტომ ინოპერაბელური სიმსივნის დროს ონკოლოგიური თვალსაზრისით მიზანშეწონილია ბიოფსიური მასალის შესწავლა, კუჭის სარკომის დიაგნოზის დასადგენად.

#### პლასტიკური ლინიტი

პლასტიკური ლინიტი პირველად 1857 წელს სექციურ მასალაზე აღწერა ბრინტონმა და სახელწოდებაც მან შემოიღო. ამჟამად ეს დავადება ლიტერატურაში აღწერილია სხვადასხვა სახელწოდებით, როგორცაა კუჭის ჰიპერპლაზური ციროზი, კუჭის ჰიპერპლაზური სკლეროზი, ციროზული გასტრიტი, კუჭის ფიბრომატოზი, პილორუსის სკლეროსტენოზი, კუჭის დიფუზური ფიბროზული კიბო და სხვ. ლიტერატურაში ძირითადად დამკვიდრდა პლასტიკური ლინიტის სახელწოდებით.

პლასტიკური ლინიტი იშვიათია, მისი ეტიოლოგია უცნობია. პლასტიკური ლინიტის დროს კუჭის კედელი მეტად გასქელებულია, ლორწოვანი გარსი კი ატროფიული. განასხვავებენ მის ორ ფორმას: კეთილთვისებიანსა და ავთვისებიანს. კეთილთვისებიანმა შეიძლება განიცადოს მალიგნიზაცია.

პლასტიკური ლინიტის დროს პროცესი თანდათან ვრცელდება ღა კუჭიდან გადადის საყლაპავ მილზე, იშვიათად თორმეტგოჯა ნაწლავზე, დაავადება მიმდინარეობს ნელა, აზიანებს დიფუზურად კუჭს, იგი თანდათან გარდაიქმნება მოგრძო მილის მსგავს წარმონაქმნად და მისი კუნთები კარგავს შეკუმშვის უნარს.

ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა. პლასტიკური ლინიტის. პათოგნომუ-

რი სიმპტომი არ არსებობს. ოპერაციამდე მისი გამოცნობა იშვიათია დიაგნოზს საბოლოოდ ადგენენ ჰისტოლოგიური გამოკვლევით. ავადმყოფთა უმრავლესობას ოპერაციას უკეთებენ კუჭის კიბოს დიაგნოზით.

მკურნალობა. პლასტიკური ლინიტის მკურნალობა ოპერაციულია, არჩევითი მეთოდია კუჭის რეზექცია.

### თორმეტგოჯა ნაწლავის კიბო

თორმეტგოჯა ნაწლავის კიბო იშვიათი ლოკალიზაციის ავთვისებური სიმსივნეთა ჯგუფს მიეკუთვნება. აღნიშნული ლოკალიზაციის კიბო სექციური მასალის მიხედვით 0,03—0,05%-ს შეადგენს.

თორმეტგოჯა ნაწლავის კიბოს განვითარების ხელშემწყობი პირობებია მასში კეთილთვისებიანი სიმსივნის, განსაკუთრებით პაპილომის არსებობა, კუჭის პეტეროტროფული უჯრედებიდან მისი განვითარება. უმრავლეს შემთხვევაში აღნოკარცინომა განვითარებულია ბრუნვისა და ლიბერკუნის უჯრედებიდან.

სიმპტომატოლოგია. თორმეტგოჯა ნაწლავის კიბო დასაწყის სტადიაში უსიმპტომოდ მიმდინარეობს და სააადიზის პროგრესულობასთან ერთად თანდათანობით გამოვლინდება. მისი დამახასიათებელია ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში, გულისრევა, ღებინება, ანემია, სისხლიანი განავალი. არცთუ იშვიათია სისხლის დენა, მექანიკური სიყვითლე, გაუვალობა, რაც დამოკიდებულია იმაზე, თუ თორმეტგოჯა ნაწლავის რა ნაწილში მდებარეობს სიმსივნე. ფატერის ღვრილის კიბოს დროს ვითარდება მექანიკური სიყვითლე. ზედა და ქვედა ჰორიზონტული ტოტის სიმსივნე იწვევს სტენოზის დამახასიათებელ კლინიკურ ნიშნებს.

ოპერაციამდე თორმეტგოჯა ნაწლავის კიბოს გამოვლინება მეტად ძნელია. ზოგიერთ ავადმყოფს ოპერაციას უკეთებენ წყლულოვანი დაავადების, ნალვლის ბუშტის კენჭოვანი დაავადების დიაგნოზით. ხანგრძლივ დროის განმავლობაში ავადმყოფები მკურნალობენ წყლულოვანი დაავადების, გასტრიტის, ქოლეცისტიტის მცდარი დიაგნოზით.

მკურნალობა. თორმეტგოჯა ნაწლავის კიბოს მკურნალობა ოპერაციულია. თუ სიმსივნე თორმეტგოჯა ნაწლავის დასაწყისშია, მიმართავენ კუჭის დისტალური ნაწილისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის მობილიზაციას, რაც შეიძლება მაქსიმალურად. ქვედა ჰორიზონტალურ ტოტში სიმსივნის ლოკალიზაციის შემთხვევაში ახორციელებენ თორმეტგოჯა ნაწლავის ამ ნაწილსა და წვრილი ნაწლავის დასაწყისი ნაწილის რეზექციას. განსაკუთრებით ძნელია ოპერაცია ფატერის ღვრილის სიმსივნის დროს. თუ სიმსივნე პატარაა, ახორციელებენ დუოდე-

ნოტომისა და სიმსივნის ამოკვეთას, სათანადო ჩვენების დროს მიმართავენ პანკრეატოდუოდენურ რეზექციას.

თორმეტგოჯა ნაწლავის სარკომა უფრო იშვიათია შედარებით ხშირია ლიფოსარკომა, ამ დაავადების მკურნალობა, ისევე როგორც თორმეტგოჯა ნაწლავის კიბოსი, ოპერაციულია. ინოპერაბელურ შემთხვევაში, როცა აღინიშნება სიყვითლე, მიმართავენ პალიატიურ ოპერაციას — აკეთებენ შერთულს ნაღვლის ბუშტსა და წვრილ ნაწლავს შორის.

### წვრილი ნაწლავის სიმსივნეები

წვრილი ნაწლავის სიმსივნეები შეადგენს საკმლის მომწელებელი ტრაქტის სიმსივნეების 1—6%—ს და ნაწლავის სიმსივნეები 2—6,5%—ს.

წვრილი ნაწლავის სიმსივნეთაგან კეთილთვისებიანი სიმსივნეები გვხვდება შემთხვევათა 30%—ში, ხოლო ავთვისებიანი — 70%—ში. წვრილ ნაწლავში სიმსივნე უპირატესად ვითარდება მის პროქსიმალურ ან დისტალურ ნაწილში, იშვიათად — შუაში ან ერთდროულად ნაწლავის სხვადასხვა ნაწილში.

წვრილი ნაწლავის სიმსივნეების კლინიკური სურათი მრავალფეროვანია და დამოკიდებულია სიმსივნის ხასიათზე, მისი ზრდის თავისებურებაზე, მის მიერ გამოწვეულ გართულებაზე. წვრილი ნაწლავის სიმსივნეები, განსაკუთრებით კეთილთვისებიანი სიმსივნეები, გართულებების განვითარებამდე მიმდინარეობს გამოხატული კლინიკური სურათის გარეშე, ზოგჯერ თითქმის უსიმპტომოდ. მაგრამ ანამნეზის დაწვრილებითი ანალიზით შეიძლება გამოვლინდეს ისეთი ნიშნები, როგორცაა მოვლითი ხასიათის ტკივილი მუცლის არეში. განსაკუთრებით ჭამის შემდეგ, გულისრევა, ეპიზოდურად აირების შეკავება, გაძლიერებული პერისტალტიკა, სიმძიმის შეგრძნება მუცლის არეში, არამოტივირებული საერთო სისუსტე, აუხსნელი სუბფებრილური ტემპერატურა, მადის დაქვეითება, წონაში დაკლება და ა. შ. ასეთი არამკვეთრად გამოხატული კლინიკური ნიშნები ნაკლებად იპყრობს ავადმყოფის, განსაკუთრებით ხანში შესული ავადმყოფის ყურადღებას. ამის გამო ავადმყოფები ხვდებიან სტაციონარში ხანგრძლივი დროის შემდეგ. როდესაც უვლინდებათ ამ დაავადების ეს თუ ის გართულება — ნაწლავის მწვავე გაუვალობა, სისხლის დენა, ნაწლავის პერფორაცია, პერიტონიტი.

წვრილი ნაწლავის სიმსივნეების გართულებებიდან ჭარბობს ნაწლავის ნაწილობრივი ან სრული გაუვალობა, ნაკლებად გვხვდება ნაწლავიდან პროფუზული სისხლის დენა.

წერილი ნაწლავის სიმსივნის ამოცნობა ძნელია. უმეტეს შემთხვევაში დიაგნოზს აზუსტებენ სადიაგნოზო-სამკურნალო ლაპაროტომიის შემდეგ.

წერილი ნაწლავის სიმსივნეების დადგენაში დიდი მნიშვნელობა აქვს კვლევის რენტგენოლოგიურ მეთოდს, თუმცა ხშირად არც ის იძლევა სასურველ შედეგს, რაც განპირობებულია ნაწლავის ანატომიური თავისებურებებით — მისი სიგრძით, მობილურობით, იმით, რომ გარკვეული უბნის გამოკვლევა ხანგრძლივად რენტგენოლოგიურად შეუძლებელია. მიუხედავად ამისა, ზოგიერთი ავტორის მონაცემებით, კვლევის ეს მეთოდი აზუსტებს დიაგნოზს შემთხვევათა 20—50%-ში. რენტგენოლოგიური გამოკვლევებიდან უპირატესობა ეძლევა ბარიუმის ფაფის ორჯერადად მიღებას და ჰიპოტონიურ ენტეროგრაფიას. ბოლო წლებში დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით გამოყენებულია ლაპაროსკოპია და მეზენტერიულ სისხლძარღვთა არტერიოგრაფია სელდინგერის მეთოდით.

#### წერილი ნაწლავის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

წერილი ნაწლავის კეთილთვისებიანი სიმსივნეებიდან უფრო ხშირია მიომა (ლეიომიომა), ადენომა, ფიბრომა, ლიპომა, ჰემანგიომა, უფრო იშვიათია — ნევრინომა, ლიმფანგიომა, ენდოთელიომა, ტერატომა, მიქსომა, ქორიონეპითელიომა, პოლიპი, შერეული სიმსივნეები (ფიბრომიომა, ფიბრომიქსომა, ნეიროფიბრომა და სხვ.), ჰეტეროგენული სიმსივნეები (დისტოპიური პანკრეასის ქსოვილიდან).

წერილი ნაწლავის კეთილთვისებიანი სიმსივნე უპირატესად მის დისტალურ ნაწილშია, იგი ხშირად ერთია, იშვიათად — მრავლობითი, შეიძლება ენდოფიტურად იზრდებოდეს, თუ გამომდინარეობს ლორწოვანი გარსიდან, ლორწქვეშა და კუნთოვანი შრიდან. ამ უკანასკნელიდან განვითარებული სიმსივნე შეიძლება ცირკულარულად იზრდებოდეს. სუბსეროზულად განვითარებული სიმსივნე იზრდება სანათურის გარეთ. მას შეიძლება ჰქონდეს ფართო ფუძე ან ვიწრო ფეხი. სიმსივნე, რომელიც ენდოფიტურად იზრდება, შეიძლება დაწყულულდეს, გამოიწვიოს ინვაზინაცია. ნაწლავის გარეთ ზრდის შემთხვევაში ვლინდება ზეწოლა, შემოგრება, ზოგჯერ მალიგნიზაცია.

წერილი ნაწლავის კეთილთვისებიანი სიმსივნეებიდან პოლიპი შედარებით იშვიათია. იგი ვითარდება ნაწლავის ლორწოვანი გარსიდან (ადენომატური პოლიპი), ზოგჯერ — ლორწქვეშა შრიდან — ფიბრომული პოლიპი, შეიძლება იყოს ერთი ან მრავლობითი. პოლიპი შემთხვევათა 50%-ში განიცდის მალიგნიზაციას.

მიომა (ლეიომიომა) ვითარდება კუნთოვანი შრიდან, ენდოფიტური ზრდისას წყლულდება და იწყება სისხლის დენა, 10—20%-ში განიცდის მალიგნიზაციას.

წვრილი ნაწლავის ფიბრომა იზრდება ენდოფიტურად ნაწლავის სანათურისკენ, უფრო ხშირად შერეული ხასიათისაა (ფიბროლიპომა, ფიბროსარკომა და ა. შ.).

ლიპომა იშვიათია, ვითარდება ლორწვევა ან სუბსეროზულად მდებარე ქსოვილისგან. უფრო ხშირად უვლინდება მსუქნებს.

წვრილი ნაწლავის ჰემანგიომა ხშირად მრავლობითია, ახასიათებს დაწყლულება და მასიური სისხლის დენა.

სიმსივნის ენდოფიტური ზრდის დროს ნაწლავის სანათური შევიწროებულია და აღინიშნება ნაწლავის ნაწილობრივი გაუვალობა. სრული გაუვალობაა დიდი ზომის სიმსივნის შემთხვევაში.

ამრიგად, წვრილი ნაწლავის სიმსივნეები გამოვლინდება: 1. ნაწლავთა მწვავე გაუვალობით, 2. ნაწლავის ქრონიკული გაუვალობით, პერიოდული გამწვავეებით, 3. სისხლის დენით, 4. დიდი ზომის სიმსივნე ისინჯება პალპაციით.

კლინიკურ მიმდინარეობაში გამოიყოფა სამი პერიოდი: 1. ადრეული-დისპეფსიური მოვლენების პერიოდი, 2. კლინიკური გამოვლინების პერიოდი, როცა აშკარაა ნაწლავის სიმსივნის სიმპტომატოლოგია, 3. გართულებების პერიოდი.

დიაგნოზის დადგენაში გვეხმარება კარგად შეგროვილი ანამნეზი, განავალში ფარული სისხლი, ნაწლავის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა.

**მკურნალობა.** წვრილი ნაწლავის კეთილთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობა ოპერაციულია. — სიმსივნის ამოკვეთა ჯორჯალთან ერთად. ნაწლავის რეზექციის დროს ლეტალობა მაღალია, რაც განპირობებულია იმით, რომ ოპერაციულ მკურნალობას უფრო ხშირად მიმართავენ გართულებული ფორმის შემთხვევაში, როგორცაა ინვაგინაცია, ნაწლავის გაუვალობა, სისხლის დენა, პერიტონიტი.

### წვრილი ნაწლავის კიბო

წვრილი ნაწლავის კიბო პირველად 1824 წელს აღწერა სორლინმა, სამამულო ლიტერატურაში კი — 1897 წელს მ. დემპელენმა. იგი ვლინდება ნაწლავის კიბოს შემთხვევათა 2,5—3,5%-ში და საკმლის მომწელებელი სისტემის კიბოს შემთხვევათა 0,7—4,3%-ში. წვრილი ნაწლავის კიბოთი უფრო ხშირად ავადდებიან მამაკაცები.

წვრილი ნაწლავის კიბო ძირითადად მის პროქსიმალურ და დისტა-



ლურ ნაწილშია და ერთეულია, იშვიათად — მრავლობითი. იგი ვითარდება ნაწლავის ლორწოვანი გარსის ცილინდრული ეპითელიუმიდან და ჰისტოლოგიური აგებულებით ადენოკარცინომაა, ფიბროზული (ანუ სკირი) ან ლორწოვანი კიბო იშვიათია.

წვრილი ნაწლავის კიბოსწინა დაავადებებია ნაწლავის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები, ქრონიკული ანთებითი პროცესი, დივერტიკული. სიმსივნე იზრდება ნელა, ენდოფიტურად ან ცირკულარულად, იშვიათად ექსცენტრულად, წყლულდება. იძლევა მეტასტაზებს ჯირკალსა და რეტროპერიტონეული სივრცის ლიმფურ ჯირკვლებში, ღვიძლში, ბადექონში, ფილტვებსა და ძვლებში, თირკმელზედა ჯირკვალში. მეტასტაზი ძირითადად ვრცელდება ლიმფური გზით.

გამოყოფენ წვრილი ნაწლავის კიბოს შემდეგ მაკროსკოპულ ფორმებს: პოლიპისმაგვარს, მასტენოზირებელს, ინფილტრაციულს; ავტორთა ნაწილი ინფილტრაციული ფორმის ნაცვლად გამოყოფს წყლულოვან ფორმას. თუმცა უნდა აღვნიშნოთ, რომ დაწყულდება მოსალოდნელია წვრილი ნაწლავის კიბოს ყველა ფორმის შემთხვევაში.

ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა. წვრილი ნაწლავის კიბო კლინიკურად თავს იჩენს ადგილობრივი და ზოგადი მოვლენებით. ადგილობრივი ნიშნები გამოიხატება ქრონიკული გაუვალობით, რომელიც ბოლოს სრულ გაუვალობას იწვევს. იმ შემთხვევაში, თუ სიმსივნე წვრილი ნაწლავის პროქსიმალურ ნაწილშია, ავადმყოფი უჩივის ტკივილს ეპიგასტრიუმის არეში, ბოყინს, ღებინებას, ნაწლავის შუა და დისტალურ ნაწილში ლოკალიზაციისას ავადმყოფი აღნიშნავს შეტევითი ხასიათის ტკივილს, აირების შეკავებას, მუცლის შებერილობას, ფალარათს ან შეკრულობას, ზოგჯერ პერიოდულად სისხლის დენას.

ზოგადი ნიშნებიდან აღსანიშნავია საერთო სისუსტე, შრომის უნარის დაქვეითება, წონაში დაკლება. რაც უფრო პროქსიმალურად მდებარეობს სიმსივნე, მით უფრო სწრაფად ვითარდება ზემოჩამოთვლილი ნიშნები. ზოგჯერ მუცლის ღრუში ისინჯება პატარა, მკვრივი, კარგად შემოსაზღვრული, თითქმის უმტკივნეულო, მოძრავი სიმსივნე. სიმსივნის ზრდასთან ერთად იგი შეიძლება ჩაიზარდოს ჯირკალში, რეტროპერიტონეულ სივრცეში, მეზობლად მდებარე ორგანოებში და უძრავი სიმსივნური კონგლომერატი წარმოქმნას. მეზობელ ორგანოებში ჩაზრდისა და დაშლის შედეგად ვითარდება პათოლოგიური ხვრელმილები, სიმსივნის დაშლას შეიძლება მოყვეს პროფუზული სისხლის დენა ან პერფორაცია თავისუფალ მუცლის ღრუში.

წვრილი ნაწლავის კიბოს დიაგნოზი ხშირად დაგვიანებულია, ავადმყოფები საავადმყოფოში ხვდებიან ამა თუ იმ გართულების გამო, როგორცაა სისხლის დენა, პერფორაცია, ნაწლავის მწვავე გაუვალობა.

წერილი ნაწლავის კიბო, სხვა ორგანოების კიბოსგან განსხვავებით ნელა იზრდება და მოგვიანებით იძლევა მეტასტაზებს, ამრიგად, იგი შედარებით ხანგრძლივად მიმდინარეობს.

**მკურნალობა.** წერილი ნაწლავის კიბოს მკურნალობა ოპერაციულია, რაც გულისხმობს წერილი ნაწლავის რეზექციას ჯორჯალთან და სათანადო ლიმფურ ჯირკვლებთან ერთად. ოპერაციას ხშირად აკეთებენ სხვადასხვა გართულების დროს, სასწრაფოდ, როდესაც რადიკალური ოპერაცია შეუძლებელია. შორსწასული ფორმის შემთხვევაში, როდესაც სიმსივნე დიდი ზომისაა, ჩაზრდილია მეზობელ ორგანოებში, მიმართავენ სხვადასხვა სახის პალიატიურ ოპერაციას, როგორცაა ნაწლავთაშორისი ანასტომოზი, წერილი ნაწლავის პროქსიმალურ ნაწილში ლოკალიზაციის შემთხვევაში აკეთებენ შერთულს კუჭსა და წერილ ნაწლავს შორის.

### წერილი ნაწლავის სარკომა

საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის სარკომის 0,5—0,6% მოდის წერილი ნაწლავის სარკომაზე. დაავადება ძირითადად გვხვდება 20—40 წლის ასაკში. პირველად წერილი ნაწლავის სარკომა აღწერეს 1864 წელს. სამამულო ლიტერატურაში იგი აღწერა ა. კოგანმა 1905 წელს.

წერილი ნაწლავის სარკომა ვითარდება ლორწოქვეშა, კუნთოვანი, სუბსეროზული და პერივასკულარულად მდებარე შემაერთებული ქსოვილიდან. ჰისტოლოგიური აგებულების მიხედვით არჩევენ თითისტარისმაგვარ, მრავალუჯრედოვან, პოლიმორფულუჯრედოვან სარკომას, ლიმფოსარკომას, რეტიკულოსარკომას, მელანოსარკომას, ანგიოსარკომას, მიქსოსარკომას, ხშირია ლიმფო- და რეტიკულოსარკომა.

წერილი ნაწლავის სარკომა იზრდება დიფუზურად, იწვევს ნაწლავის კედლის ინფილტრაციას, იშვიათად შეიძლება იზრდებოდეს ნაწლავის სანათურისკენ, რაც იწვევს მის ობტურაციას. იგი მეტასტაზირებს ჯორჯალში, რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში, ღვიძლში, ფილტვებში, ძვლებში, შეიძლება ჩაიზარდოს შარდის ბუშტში, მსხვილ ნაწლავში, წერილი ნაწლავის სხვა მარყუჟებში, სარკომა შეიძლება დაწყულდეს და დაიწყოს მასიური სისხლის დენა. წერილი ნაწლავის სარკომის ერთ-ერთ სიმპტომად შეიძლება მივიჩნიოთ ფალარათი, რომელიც მკურნალობას არ ექვემდებარება.

წერილი ნაწლავის სარკომის კლინიკური სურათი დამოკიდებულია მისი ზრდის ხასიათზე. იმ შემთხვევაში, თუ ნაწლავის სანათური

შევიწროებული არ არის, დომინირებს ზოგადი მოვლენები, როგორცაა საერთო სისუსტე, შრომის უნარის დაქვეითება, მადის დაქვეითება, წონაში დაკლება. სიმსივნის ზრდა იწვევს ნაწლავის სანათურის შევიწროებას, რაც გამოვლინდება ნაწლავთა გაუვალობით. ავადმყოფს პერიოდულად აქვს შეტევითი ხასიათის ტკივილი მუცლის არეში, მოსალოდნელია სიმსივნის პერფორაცია.

ნაწლავის მწვავე გაუვალობა შეიძლება დაიწყოს უეცრად ან თანდათანობით. ამ დროს გარკვეულ პერიოდში შეიძლება ავადმყოფს აწუხებდეს ტკივილი მუცლის არეში. სარკომის დროს ნაწლავის გაუვალობის მიზეზია: 1. ნაწლავის კუნთების პარეზი სიმსივნით დაზიანების არეში, როდესაც იგი აღწევს საკმაოდ დიდ ზომას, 2. სიმსივნის ირგვლივ შეხორცებითი პროცესი, 3. ნაწლავის მოკეცვა, 4. ინვაზიაცია, 5. ზემოჩამოთვლილი მოვლენების ერთდროული არსებობა. პერფორაცია სიმსივნის ქსოვილში დესტრუქციული პროცესის შედეგია.

წვრილი ნაწლავის სარკომის დამახასიათებელია როგორც ფარული, ასევე პროფუზული ხასიათის სისხლის დენა.

წვრილი ნაწლავის სარკომამ შეიძლება მიაღწიოს დიდ ზომას და მაშინ შესაძლებელი ხდება მისი პალპაცია. ლეიქსა და ლეიქლის კარის არეში მისი მეტასტაზირების შემდეგ ვითარდება ასციტი. რეტროპერიტონეულ სივრცეში ჩაზრდამ შეიძლება გამოიწვიოს ზეწოლა — დრუ ვენასა ან მის ტოტზე, რასაც მოსდევს ქვედა კიდურების შეშუპება. დიაგნოზის დადგენაში გვეხმარება ანამნეზი, ობიექტური და რენტგენოლოგიური გამოკვლევა. დაავადება მიმდინარეობს სწრაფად, თუ სიმსივნემ არ გამოიწვია ნაწლავის სანათურის შევიწროება, დიაგნოზს ადგენენ გვიან, უკვე შორსწასული ფორმის შემთხვევაში. წვრილი ნაწლავის სარკომის დროს პროგნოზი უფრო ცუდია, ვიდრე კიბოს შემთხვევაში.

**მკურნალობა.** წვრილი ნაწლავის სარკომის მკურნალობა ოპერაციულია, რაც გამოიხატება სიმსივნის რადიკალურ ამოკვეთაში, შესაბამისად ამოკვეთავენ ჯორჯალს და რეგიონულ ლიმფურ ჯირკვლებს. ოპერაციული მკურნალობის შედეგებზე გავლენას ახდენს ის, რომ ხშირად ავადმყოფებს ოპერაციას უკეთებენ სასწრაფოდ ნაწლავის გაუვალობის, სისხლის დენის ან სიმსივნის პერფორაციის გამო. შესაძლებელია იგი შემთხვევით გამოვლინდეს მუცლის ღრუს ორგანოებზე ოპერაციის დროს. სიმსივნის ნამდვილ ხასიათს არკვევენ მხოლოდ ამოკვეთილი ქსოვილის ჰისტომორფოლოგიური შესწავლით. ოპერაციის შემდგომი შორეული პერიოდი არაღამაკმაყოფილებელია.

წერილი ნაწლავის ლიმფოგრანულომატოზს მეორე ადგილი უჭირავს კუჭის ლიმფოგრანულომატოზის შემდეგ. საკმლის მომწელებელი ტრაქტის ლიმფოგრანულომატოზი პირველად 1913 წელს აღწერა შლახენხაუფერმა.

წერილი ნაწლავის ლიმფოგრანულომატოზი შეიძლება განვითარდეს პირველად, ხოლო შემდეგ განიცადოს გენერალიზაცია, ანდა, პირიქით — მეორადად. პათოლოგიურ პროცესში ჩაირთვება მთელი ნაწლავი ან მისი რომელიმე ნაწილი.

გამოყოფენ წერილი ნაწლავის ლიმფოგრანულომატოზის ორ ფორმას: 1. ენდოფიტური — წყლულოვანი ლიმფოგრანულომატოზი იწყება გარსის ქვეშ, შემდეგ წყლულდება, პერფორაციას განიცდის; 2. ეგზოფიტური ფორმის შემთხვევაში პათოლოგიური პროცესი ნაწლავის კედელშია ანდა მასზე გადადის ჯორჯლიდან, იწვევს ნაწლავის დეფორმაციას.

ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა. წერილი ნაწლავის იზოლირებული ლიმფოგრანულომატოზი გამოვლინდება კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ფუნქციის დარღვევით. ენდოფიტურ-წყლულოვანი ფორმის შემთხვევაში წინა პლანზეა ზოგადი მოვლენები, როგორცაა საერთო სისუსტე, ტემპერატურის მომატება, შემცივნება, წონაში დაკლება, კანის ქაეილი, ამას დაერთვის ადგილობრივი მოვლენები — გულისრევა, ლებინება, ყაბზობა, ტკივილი მუცლის არეში. ეგზოფიტური ფორმის შემთხვევაში, როგორც აღვნიშნეთ, ვლინდება ნაწლავის დეფორმაცია, რასაც მოყვება ნაწლავის გაუვალობა.

ლაბორატორიული გამოკვლევებიდან საყურადღებოა სისხლში ეოზინოფილია, მონოციტოზი, ეღს მომატებულია, შორსწასული ფორმის შემთხვევაში ანემია ვლინდება.

დიაგნოზის დადგენაში გვეხმარება პერიფერიულად გადიდებული ლიმფური კვანძების პუნქცია და მისი ჰისტოლოგიური შესწავლა.

დაავადება მიმდინარეობს ნელა, თანდათან პროგრესირებს და პროცესი განიცდის გენერალიზაციას. ქირურგიულ განყოფილებაში ავადმყოფებს ათავსებენ ამა თუ იმ გართულების — პერფორაციის, გაუვალობის გამო.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. წერილი ნაწლავის იზოლირებული ლიმფოგრანულომატოზის დროს საჭიროა ოპერაციული მკურნალობა, რაც გამოიხატება დაზიანებული უბნის ამოკვეთით. ამოკვეთავენ აგრეთვე ჯორჯალსა და რეგიონულ ლიმფურ ჯირკვლებს. გენერალიზებულ

ფორმის შემთხვევაში რეკომენდებულია ქიმიოთერაპია, ხოლო გართულებული ფორმის შემთხვევაში (გაუვალობა, პერფორაცია) — ოპერაციული მკურნალობა.

### წვერილი ნაწლავის კარცინოიდი

კარცინოიდული სიმსივნე მერლინგმა აღწერა 1838 წელს. 1907 წელს. ობერნდორფერმა ამ დაავადებას კარცინოიდი უწოდა. აღწერილია საკმლის მომწვლებლი ტრაქტის სხვადასხვა ნაწილის კარცინოიდული სიმსივნე. მას შემდეგ, რაც 1952 წელს დაადგინეს, რომ არგენტოფილური უჯრედები გამოყოფს სეროტონინს, აღწერილია ე. წ. „კარცინოიდული სინდრომი“.

კარცინოიდული სიმსივნე შეადგენს ნაწლავის სიმსივნეთა 8,3 — 20%-ს. სიმსივნე ვითარდება კურჩინსკის არგიროფილური და ქრომატინური უჯრედებისგან. კურჩინსკის არგიროფილური უჯრედები გამოიმუშავენს სეროტონინს. კვლევის იმუნომორფოლოგიური მეთოდით გამოვლინდა, რომ სეროტონინის გარდა, კარცინოიდული სიმსივნე გამოიმუშავენს ამინომჟავებს, პოლიპეტიდურ ჰორმონებს.

კარცინოიდი მცირე ზომის სიმსივნეა, რომელიც მდებარეობს ლორწვევა შრეში, უმთავრესად ჭორჭლის მიმაგრების საპირისპიროდ, ჰისტოლოგიურად იგი წააგავს ალვეოლურ კიბოს. სიმსივნე არ აღწევს დიდ ზომას. მისი დიამეტრი 2 სმ-მდეა, უფრო ხშირია მეტასტაზი ჭორჭლის ლიმფურ კვანძებსა და ღვიძლში, იშვიათად — ფილტვებში. ტენის ქსოვილში, საკვერცხეში. წვერილი ნაწლავის კარცინოიდი მეტასტაზებს იძლევა შემთხვევათა 33—34,2%-ში. სეროტონინი, რომელსაც გამოიმუშავენს სიმსივნის უჯრედები, განიცდის ინაქტივაციას ღვიძლში ფერმენტ მონოამინოოქსიდაზით.

კარცინოიდული სიმსივნე ჰორმონულად აქტიურია. სისხლში მატულობს სეროტონინის რაოდენობა. ასევე მატულობს ჰისტამინი და სხვა ბიოლოგიურად აქტიური ნივთიერებები (ჰინინები, პროსტაგლანდინები და ა. შ.), კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის სეკრეციული და მოტორული ფუნქცია ძლიერდება. აღინიშნება ბრონქოსპაზმი, ირღვევა სისხლძარღვთა ტონუსი, სითხე შეკავდება. სეროტონინის დიდი რაოდენობით სინთეზის გამო ორგანიზმი ლარბდება ტრიფტოფანით, შესაბამისად ნიკოტინმჟავით და ცილებით, რომელთა სინთეზში მონაწილეობს ტრიფტოფანი. კარცინოიდული სინდრომის შემთხვევაში ვითარდება დიარეა, რომელიც განპირობებულია სეროტონინის რაოდენობის მომატებით. სეროტონინის ანტაგონისტების გამოყენებით დიარეა მცირდება.

კარცინოიდი წვერილ ნაწლავში ლოკალიზაციის დროს უფრო ავთვისებიაანად მიმდინარეობს, ვიდრე ბრმა ნაწლავში ლოკალიზაციის შემ-

თხვევაში. კარცინოიდი უფრო ხშირია 20—40 წლის ასაკში. უპირატესად ვითარდება წვრილი ნაწლავის ტერმინალურ ნაწილში. არააპენდიკულური წარმოშობის კარცინოიდი მდებარეობს ილეოცეკალური კუთხის მეზობლად, წვრილი ნაწლავის დისტალურ ნაწილში. ჰიპონაწლავის კარცინოიდი იშვიათად მეტასტაზირებს, ალბათ, მისი დროული ამოკვეთის გამო.

წვრილი ნაწლავის კარცინოიდული სიმსივნის დიაგნოსტიკა ძნელია, თუ განვითარებული არ არის კარცინოიდული სინდრომი, რადგანაც სიმსივნე შეიძლება გაიზარდოს როგორც ნაწლავის სანათურისკენ, ასევე მის კედელში ისე, რომ არ გამოიწვიოს მისი სანათურის დაზოზობა.

ამ დაავადების გართულებებიდან აღსანიშნავია სისხლის დენა, ნაწლავის მწვავე გაუვალობა, ინვაგინაცია, შემოგრება, იშვიათად მოსალოდნელია პერფორაცია.

კარცინოიდული სიმსივნის დროს სისხლის დენა იშვიათია, რადგანაც სიმსივნე იზრდება ლორწოქვეშ, სისხლის დენა ვითარდება სიმსივნის არეში ლორწოვანი გარსის დაწყლულების შემთხვევაში.

ავადმყოფი იკლებს წონაში, აწუხებს საერთო სისუსტე, უმადობა, გულისრევა, სპაზმური ტკივილი მუცლის არეში, ფლარათი, პროცესის წინსვლის გამო თანდათან მატულობს შეტევითი ხასიათის ტკივილი მუცლის არეში. დეფეკაციის სიხშირემ შეიძლება მიაღწიოს 10—12-ს დღეში, განავალი შეიცავს ლორწოს, იწყება ჰიპოპროტეინემია.

სიმსივნის ახლოს მდებარე ქსოვილებსა და ორგანოებში ვითარდება შემაერთებული ქსოვილი, რომლიდანაც ყალიბდება ნაწიბური, რაც შემდგომ შეხორცებითი გაუვალობის მიზეზი ხდება. სიმსივნე იზრდება ნელა, ასევე ახლომდებარე ქსოვილებში ნელა ვითარდება შემაერთებული ქსოვილი, ამიტომ გაუვალობა გვიან გამოვლინდება.

კარცინოიდის ავთვისებიანად გადაგვარება პირველად რანსონმა აღწერა 1890 წელს.

კარცინოიდული სინდრომი. ვითარდება ღვიძლში მეტასტაზების არსებობისას. იგი ვლინდება ორი კლინიკური ფორმით: მწვავედ და ქრონიკულად. კარცინოიდული სინდრომის მწვავე ფორმას ახასიათებს კანკალი, სიმხურვალის შეგრძნება, საერთო სისუსტე, გულისრევა, ოფლიანობა, ტაქიკარდია, არტერიული წნევის დაქვეითება. ვენური წნევის მომატება, დისფაგია, მოვლითი ტკივილი მუცლის არეში, ყურყური, რესპირაციული დარღვევა. შეტევა გრძელდება 10—30 წუთის განმავლობაში.

ქრონიკული ფორმის დამახასიათებელია ფლარათი, კანის დაზიანება (ჰიპერკერატოზი, პიგმენტაცია), რაც განპირობებულია სეროტონინის დაშლითი პროდუქტების კანში დაგროვებით, სახის ჰიპერემია

(სისხლძარღვთა გაფართოების გამო), ზიანდება კუჭის სარქველები, ღვიძლი გადიდებულია, ქვედა კიდურები შეშუპებული, კინინოპეპტიდები იწვევს ბრონქოსპაზმს, ნაწლავის ჰიპერპერისტალტიკას, სისხლძარღვთა გაფართოებას. ბოლო პერიოდში ყურადღება მიიპყრო პროსტაგლანდინებმა. ვარაუდობენ, რომ კარცინოიდული სინდრომის დროს, როცა კინინების რაოდენობა ნორმის ფარგლებშია, ჰიპერემიის მიზეზია პროსტაგლანდინების მომატება.

კარცინოიდული სიმსივნე რთულდება კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულით.

**დი ა გ ნ ო ს ტ ი კ ა.** კარცინოიდული სინდრომის მწვავე ფორმის შემთხვევაში სისხლში მატულობს ლეიკოციტების რიცხვი, მომატებულია ერითროციტების დალექვის სიჩქარე, თრომბოციტების რაოდენობა. აღინიშნება ჰიპოალბუმინემია, შემცირებულია დიურეზი. დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს სეროტონინის რაოდენობის მომატებას სისხლში, თირკმლებში მეტასტაზების დროს სეროტონინი გამოიყოფა შარდში. კარცინოიდული სიმსივნე იზრდება ნელა და გვიან იძლევა მეტასტაზებს. ავადმყოფი ცოცხლობს 8—15 წელი. სიკვდილის მიზეზია გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობა, ნაწლავის გაუფალოება, კახექსია.

**მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა.** ავადმყოფები უნდა ღებულობდნენ ცილებით, ნიკოტინის მყავათი მდიდარ საკვებს, საჭიროა ისეთი პროლექტების შეზღუდვა, რომლებიც დიდი რაოდენობით შეიცავენ ტრიფტოფანს, აკრძალულია სეროტონინის შემცველი საკვები (კაკალი, პამიდორი, ბადრიჯანი, ბანანი). საკვები დიდი რაოდენობით უნდა შეიცავდეს ცხიმს.

ოპერაციული მკურნალობის დროს ამოკვეთავენ სიმსივნეს, მეტასტაზებისას — ჩაატარებენ ქიმიოთერაპიას (ციკლოფოსფამიდი, 5-ფთორურაცილი). ავადმყოფებს უნიშნავენ ისეთ პრეპარატებს, რომლებიც ამცირებენ სეროტონინის პროლექციას, სეროტონინის ანტაგონისტი — დეზირილი, ციპროგენტადინი, აგრეთვე ალფა- და ბეტა-რეცეპტორების ბლოკატორებს. შეტევის შემთხვევაში ზოგიერთი მკურნალი ხმარობს აკტპ, გლუქოკორტიკოიდებს, ფლუორიდის დროს ავადმყოფს აძლევენ ოპიუმის წვეთებს, კალციუმის კარბონატს, რომლებიც ამცირებენ სისხლძარღვთა რეაქციას კინინებზე.

## მსხვილი ნაწლავის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

მსხვილი ნაწლავის კეთილთვისებიან სიმსივნეებს მიეკუთვნება: ლიპომა, ფიბროლიპომა, მიომა, ლეიომიომა, ნევროფიბრომა, ნევრონომა, ჰემანგიომა, ლიმფანგიომა, კარცინოიდი. აღნიშნული სიმსივნეები იზრდება ნელა, შეიძლება გართულდეს დაწყულულებით, სისხლის დენით, ობტურაციით, გაუვალობით.

დიაგნოზის დადგენაში კლინიკურ ნიშნებთან ერთად (ქრონიკული გაუვალობა, ყაბზობა, სისხლის დენა) გვეხმარება რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, კოლონოსკოპია, ირიგოსკოპია. სწორ დიაგნოზს უპირატესად ადგენენ ამოკვეთილი პრეპარატის ჰისტომორფოლოგიური შესწავლით.

**მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა.** მსხვილი ნაწლავის კეთილთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობა ოპერაციულია, მიმართავენ ნაწლავის რეზექციას.

## მსხვილი ნაწლავის პოლიპოზი

მსხვილი ნაწლავის კეთილთვისებიან სიმსივნეებს შორის ყველაზე ხშირია მისი პოლიპი და პოლიპოზი. იგი შეიძლება იყოს თანდაყოლილი ან შეძენილი.

პოლიპი შეიძლება იყოს ჰიპერპლაზიური — ლორწოვანი გარსის ჭარბი განვითარებით, ანთებითი — ქრონიკული ანთების შედეგად (დიზენტერია, ტუბერკულოზი და სხვ.) და ადენომური, ანუ ჰემარატი, ლორწოვანი გარსის ჭირკელის სიმსივნისებრი ზრდით. მსხვილ ნაწლავში უპირატესად გვხვდება პოლიპი.

პოლიპები ხშირია ბრმა ნაწლავსა და სწორ ნაწლავში, შეიძლება იყოს ფეტვის მარცვლისოდენობიდან ბუშტისოდენობამდე.

პოლიპს აქვს ფართო ფუძე ან ვიწრო ფეხი. მისი ზედაპირი და აგებულება სხვადასხვანაირია. შეიძლება იყოს წილაკოვანი, ხაოიანი, პაპილური, ანგიომური და შერეული ტიპის.

**ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა.** მსხვილი ნაწლავის პოლიპისა და პოლიპოზის კლინიკა სხვადასხვაგვარია. ერთეული პოლიპი უსიმპტომოდ მიმდინარეობს, შესაძლებელია გამოვლინდეს კოლიტის ნიშნებით — ავადმყოფები აღნიშნავენ ლორწოვან-ჩირქოვან ფაღარათს, სისტემატურად სისხლის დენას. ქრონიკული ინტოქსიკაცია ძლიერ ასუსტებს ავადმყოფს. ვლინდება ანემია, შრომის უნარის დაქვეითება, სივამხდრე. ხშირად უჩივიან ტკივილს მსხვილი ნაწლავის საპროექციო არეში, წელის არეში.



დიდი ოდენობის პოლიპმა შეიძლება გამოიწვიოს ნაწლავის გაუჯალობა.

**დი ა გ ნ ო ს ტ ი კ ა.** მსხვილი ნაწლავის პოლიპისა და პოლიპოზის დიაგნოსტიკაში გვეხმარება რექტორომაანოსკოპია, კოლონოსკოპია, ირიგოსკოპია.

**მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა.** ერთეულ შემთხვევაში პოლიპს მოწვევენ ელექტროკოაგულაციით, ზოგჯერ ამოკვეთავენ სალი ქსოვილის ფარგლებში და ნაწლავის კედლის მთლიანობას აღადგენენ.

სიგმური კოლინჯის მრავლობითი მცირე ზომის პოლიპებს დემუკოზაციის მსგავსად ლორწოვანასთან ერთად აცილებენ. თუ პოლიპი დიდ ფართზეა, მას ამოკვეთავენ, სიგმაზე ხელოვნურ ანუსს ადებენ. ზოგჯერ წინასწარ ადებენ ანუსს და მდგომარეობის გაუმჯობესების შემდეგ დაავადებულ ნაწლავს მოაცილებენ. ტოტალური პოლიპოზის შემთხვევაში აკეთებენ კოლექტომიას და ილევოპროქტოსტომიას.

### **პეიტც-ეგერსის სინდრომი**

პეიტც-ეგერსის სინდრომი უიშვიათესი დაავადებაა, იგი ნაკლებად არის შესწავლილი. 1921 წელს პეიტცმა ერთ ოჯახში, რომელიც 7 წევრისგან შედგებოდა, 5-ს დაუდგინა ნაწლავის პოლიპოზი, ტუჩის, ლოყის ლორწოვანის, ხელების და ტერფის თანდართული პიგმენტაცია. უფრო დაწვრილებით ეს დაავადება აღწერა ეგერსმა 1949 წელს, ლიტერატურისა და საკუთარი მასალის 31 შემთხვევის ანალიზის შედეგად.

პეიტც-ეგერსის სინდრომის დამახასიათებელია ტრიადა: 1. ლორწოვანი გარსის, ზედა კიდურებისა და ტერფის არის პიგმენტაცია, 2. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის, ძირითადად წვრილი ნაწლავის პოლიპოზი, 3. ამ პათოლოგიით დაავადებულია ახლო ნათესავები, ზოგიერთ ავტორს მიაჩნია, რომ მესამე ნიშანი არ არის სავალდებულო.

პეიტც-ეგერსის სინდრომი შეიძლება გართულდეს სისხლის დენით პოლიპიდან, ჰიპოქრომიული ანემიით, გაუჯალობით. ამის გამო საჭიროა სათანადო დანმარების გაწევა.

### **მსხვილი ნაწლავის კიბო**

მსხვილი ნაწლავის კიბოს მესამე ადგილი უჭირავს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის აეთვისებიან სიმსივნეებს შორის. ბოლო დროს ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებში მისი სიხშირე მატულობს. ამერიკის შეერთებულ შტატებში მან პირველ ადგილზე გადაინაცვლა.

მსხვილი ნაწლავის კიბოს მკურნალობის შედეგებს ძირითადად განაპირობებს დროული დიაგნოზი. მიუხედავად კვლევის საკმარისი მეთოდებისა, ავადმყოფთა უმეტესი ნაწილი სტაციონარში ხვდება სიმსივნის შორსწასული ფორმებით, ხოლო ავადმყოფთა 60%-ზე მეტს აღენიშნება მსხვილი ნაწლავის კიბოს გართულებული ფორმები.

მსხვილი ნაწლავის კიბო თითქმის ერთნაირი სიხშირით უვლინდება მამაკაცებსა და ქალებს, უფრო ხშირია 50 წლის ასაკის შემდეგ, მიაჩნიათ, რომ კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის სხვა ლოკალიზაციის ავთვისებიან სიმსივნებთან შედარებით მსხვილი ნაწლავის კიბო ნელა იზრდება, უფრო იშვიათად და გვიან იძლევა მეტასტაზებს.

ზრდის მიხედვით მაკროსკოპულად არჩევენ კოლინჯის კიბოს ორ ფორმას — ეგზოფიტურსა და ენდოფიტურს. ეგზოფიტურ სიმსივნეს უჭირავს ნაწლავის ერთ-ერთი კედელი, აქვს ფართო ფუძე, იზრდება სანათურისკენ, აღწევს დიდ ზომებს. ენდოფიტური კიბო იზრდება კედლის სისქეში, ცირკულარულად ვრცელდება კედელზე, ავიწროებს ნაწლავის სანათურს. ეგზოფიტური კიბო უფრო ხშირია კოლინჯის მარჯვენა ნახევარში, ენდოფიტური — მარცხენა ნახევარში. ჰისტოლოგიური აგებულებით ჭარბობს მალალიფერენცირებული სიმსივნე — ადენოკარცინომა (90%).

სიხშირის მიხედვით პირველ ადგილზეა სიგმური კოლინჯის, შემდეგ ბრმა ნაწლავისა და განივი კოლინჯის კიბო.

ნაწლავის კედელში გავრცელებისა და რეგიონული შორეული მეტასტაზების მიხედვით გამოყოფენ კოლინჯის კიბოს ოთხ სტადიას:

I სტადია — პატარა, შემოსაზღვრული სიმსივნე ნაწლავის ლორწოვან გარსსა ან ლორწქვეშა შრეში, რეგიონული მეტასტაზების გარეშე.

II სტადია — ა) სიმსივნეს უჭირავს ნაწლავის გარშემოწერილობის ნახევარზე ნაკლები, არ სცილდება ნაწლავის კედელს, რეგიონული მეტასტაზების გარეშე, ბ) ასეთივე სიმსივნე ერთეული რეგიონული მეტასტაზებით.

III სტადია — ა) სიმსივნეს უჭირავს ნაწლავის გარშემოწერილობის ნახევარზე მეტი, ვრცელდება კედლის მთელ სიგრძეზე, აღწევს პერიტონეუმის ფურცელს, რეგიონული მეტასტაზების გარეშე, ბ) ნებისმიერი სიდიდის სიმსივნე რეგიონული მეტასტაზებით.

IV სტადია — დიდი სიმსივნეა, ჩაზრდილი მეზობელ ორგანოებში მრავლობითი რეგიონული მეტასტაზებით ან ნებისმიერი სიმსივნე შორეული მეტასტაზებით.

კლინიკა და სიმპტომატოლოგია. კოლინჯის კიბოს დამახასიათებელია როგორც ზოგადი, ისე ადგილობრივი მოვლენები ნაწლავის მხრივ. კლინიკური ნიშნებიდან პირველ ადგილზეა ტკივილი მუცელში. ტკივილი დაავადების დასაწყისიდანვე უფრო ხშირია კიბოს მარჯვენამხრივი ლოკალიზაციის დროს. მისი მიზეზია ილეოცეკალური ჩამკეტი აპარატის მოტორიკის მოშლა, რეფლუქსი თქმის ნაწლავის ტერმინალურ მარყუქში, რასაც მისი სპაზმური შეკუმშვა მოსდევს. ტკივილი შეიძლება იყოს ყრუ ხასიათის, მოვლითი, ზოგჯერ ძლიერი.

არცთუ იშვიათია ნაწლავის დისკომფორტის ნიშნები — მადის დაკარგვა, სიმძიმის შეგრძნება ეპიგასტრიუმში, გულისრევა, ლებინება. გამოხატულია ნაწლავის ფუნქციის მოშლილობა — შეკრულობა, ფაღარათი, მათი მონაცვლეობა, ყურყური, აირის დაგროვება, მუცლის ბერვა. შეკრულობა მსხვილი ნაწლავის მოტორიკის დარღვევის შედეგია. დაავადების დასაწყისში სანათურის შევიწროებას იწვევს ანთებითი პროცესი და შეშუპება, რასაც შემდეგში მოსდევს სანათურის ობტურაცია. ნაწლავებში განვითარებულ სტაზს მოსდევს სეკრეციის გაძლიერება, დუღილისა და ლპობის პროცესების შენაცვლება, მიკროფლორის მატება, რასაც მოსდევს ფაღარათი.

დამახასიათებელია პათოლოგიური გამოწყობილი სწორი ნაწლავიდან სისხლის, ჩირქის და ლორწოს სახით, აღინიშნება აირების გამოყოფისა და დეფეკაციის დროს. უფრო ხშირია სისხლიანი განავალი.

იკვლება ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა, ვლინდება საერთო სისუსტე, მოთენთილობა, შრომის უნარის დაქვეითება, სიგამხდრე, ანემია, ცხელება. ინტოქსიკაციის ეს მოვლენები უფრო მეტად არის დამახასიათებელი კიბოს მარჯვენამხრივი ლოკალიზაციის დროს. ინტოქსიკაციის მიზეზია სიმსივნის დაშლის პროდუქტების შეწოვა და ნაწლავის შიგთავსის ინფიცირების მატება.

პალპაციით მოცულობითი წარმონაქმნის შეგრძნება მუცლის დრუში იშვიათი ნიშანი არ არის, რადგან ავადმყოფთა დიდი ნაწილი დაგვიანებით მიმართავს ექიმს.

კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით არჩევენ კოლინჯის კიბოს 6 ფორმას: 1. ტოქსიკურ-ანემიურს, 2. ენტეროკოლიტურს, 3. დისპეფსიურს, 4. ობტურაციულს, 5. ცრუ ანთებითს და 6. სიმსივნურს.

ტოქსიკურ-ანემიური ფორმა. დაავადების სიმპტომოკომპლექსში წამყვანი ადგილი უჭირავს პროგრესირებად ანემიას. დაავადების ადგილობრივი ნიშნები გვიან ვლინდება. ძირითადი სიმპტომებია საერთო სისუსტე, შრომის უნარის დაქვეითება, სიფერმკრთალე, სუბფებრილური ტემპერატურა. ინტოქსიკაციის ნიშნები თანდათან მატულობს, რასაც ერთვის მოვლენები ნაწლავების მხრივ. ამ ფორმის

შემთხვევაში ხშირია დიაგნოსტიკური შეცდომები. ტოქსიკურ-ანემიური ფორმა ახასიათებს კოლინჯის მარჯვენა ნახევრის კიბოს.

**ენტეროკოლიტური ფორმა** დაავადების ყველაზე ხშირი ფორმაა. კარბობს ნაწლავის მოქმედების დარღვევა — ფაღარათი, შეკრულობა და მათი შენაცვლება, მუცლის შებერილობა, ყურყური, პათოლოგიური გამონაყოფი სწორი ნაწლავიდან (ლორწო, სისხლი). ხშირია ყრუ, გაფანტული ტკივილი მუცელში. ავადმყოფებს არცთუ იშვიათად მკურნალობენ შეცდომით, დიზენტერიის, კოლიტის დიაგნოზით.

**დისპეფსიური ფორმა.** დაავადების სიმპტომოკომპლექსში წამყვანია კუჭ-ნაწლავის დისკომფორტის მოვლენები — მადის დაქვეითება, გულისრევა, ბოყინი, სიმძიმის შეგრძნება ეპიგასტრიუმში, ზოგჯერ ღებინება. ყრუ ტკივილი მუცლის არეში.

**ობტურაციული ფორმა.** დაავადების გამოვლინება იწყება ნაწილობრივი გაუვალობის ნიშნებით — მოვლითი ტკივილით მუცელში, პერიტალტიკისა და ყურყურის გაძლიერებით, აირისა და დეფეკაციის შეკავებით. დასაწყისში ასეთი შეტევები თავისთავად ქრება, შემდეგ შეტევა კვლავ განახლება და სრულ გაუვალობაში გადადის. დაავადების ეს ფორმა ახასიათებს კოლინჯის მარცხენა ნახევრის კიბოს.

**ცრუ ანთებითი ფორმა.** კლინიკურ სურათში წამყვანია მუცლის ღრუში ანთებითი პროცესის ნიშნები — ტკივილი, პერიტონეუმის გაღიზიანება, კუნთთა დაჭიმულობა, ტემპერატურის მომატება. სისხლში აღინიშნება ანთების დამახასიათებელი ცვლილებები. დაავადების ეს ფორმა ხშირად იძლევა მწვავე აპენდიციტის, მწვავე ქოლეციტიტის, აღნეჟსიტიტის, ცისტიტისა და სხვა დაავადებების სიმულირებას.

**სიმსივნური ფორმა.** დაავადების ამ კლინიკური ფორმის შემთხვევაში ავადმყოფი ან ექიმი შემთხვევით აღმოაჩენს სიმსივნეს მუცლის ღრუში, სიმსივნე ხშირად მოძრავია, ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა კარგია, იგი არაფერს უჩივის.

მიმდინარეობის მიხედვით არჩევენ კოლინჯის კიბოს ორ ფორმას — გაურთულებელსა და გართულებულს. გართულებებიდან კოლინჯის კიბოს ახასიათებს: 1. ნაწლავთა გაუვალობა, 2. ანთება სიმსივნის ირგვლივ, 3. სიმსივნური პროცესის გავრცელება მეზობელ ორგანოებსა და ქსოვილებზე, 4. ნაწლავის კედლის პერფორაცია, 5. სისხლის დენა.

**ნაწლავთა გაუვალობა** კოლინჯის კიბოს უხშირესი გართულებაა, იგი აღინიშნება შემთხვევათა 10—30%-ში და თითქმის ყოველთვის ობტურაციული ხასიათისაა. კოლინჯის მარცხენა ნახევრის კიბო 2—4-ჯერ უფრო ხშირად რთულდება გაუვალობით, ვიდრე მარჯ-

ვენა ნახევრის კიბო, რომლის მიზეზია მსხვილი ნაწლავის მარცხენა ნახევარში სიმსივნის უპირატესად ენდოფიტური ზრდა, კოლინჯის მარცხენა ნაწილის სანათურის სივიწროვე, მარჯვენა ნახევართან შედარებით, და ამ ნაწილში ნაწლავის შიგთავსის სიმკვრივე. კოლინჯის მარჯვენა ნახევარში კიბოს ახასიათებს ეგზოფიტური ზრდა, ე. ი. არ მოიცავს ცირკულარულად კედლის გარშემოწერილობას, მისი სანათური ფართოა, ხოლო შიგთავსი — თხიერი. გაუვალობის განვითარება მხოლოდ სანათურის დავიწროებაზე არ არის დამოკიდებული. მნიშვნელობა აქვს ნაწლავის კედლის ანთებით შეშუპებას და ნაწლავის რეფლექსურ სპაზმს სიმსივნის პროქსიმალურად.

სიგმური კოლინჯისა და საერთოდ კოლინჯის მარცხენა ნახევრის კიბოს დროს გაუვალობა შეიძლება იყოს დაავადების პირველი კლინიკური გამოვლინება, კოლინჯის კიბოს დამახასიათებელი სხვა კლინიკური ნიშნები უმნიშვნელოდ არის გამოხატული. კოლინჯის მარჯვენა ნახევრის კიბოს დროს გაუვალობა ვლინდება კარგად ჩამოყალიბებული კლინიკური ნიშნების ფონზე და ამდენად გვიანი გართულებაა.

კოლინჯის კიბოს დროს მოსალოდნელია ნაწლავთა ნაწილობრივი და სრული გაუვალობა. ვლინდება დაბალი ობტურაციული გაუვალობის კლინიკური სურათი, რომელშიც წამყვანია მოვლითი ხასიათის ტკივილი, აირების გამოყოფისა და დეფეკაციის შეკავება. ნაწილობრივი გაუვალობა ზოგჯერ გავიწროვების თვისით ან კონსერვატიული ღონისძიებებით, მაგრამ რამდენიმე ხნის შემდეგ მისი მოვლენები კვლავ განახლდება და, ბოლოს, სრულ გაუვალობაში გადადის.

მსხვილი ნაწლავის კიბო ხშირად რთულდება ანთებითი პროცესით როგორც თვით სიმსივნეში, ისე ირგვლივ მდებარე ქსოვილებში. ანთება განპირობებულია მსხვილი ნაწლავის სანათურში არსებული ვირულენტური მიკროფლორით. საქმე შეიძლება შეეხებოდეს მიკროაბსცესის განვითარებას სიმსივნურ ქსოვილში ან პერიფოკალურ აბსცესსა და ფლეგმონას. პერიფოკალური პროცესით უფრო ხშირად რთულდება ბრმა ნაწლავის, ასწვრივი და დასწვრივი კოლინჯის კიბო. მათი უკანა კედლის სეროზული გარსის არარსებობა აადვილებს ინფექციის განვითარებას.

დასაწყისში ანთებითი პროცესი შემოსაზღვრულია სიმსივნური ქსოვილით და იგი კლინიკურ გამოვლინებას არ იძლევა. ნაწლავის ირგვლივ ქსოვილში ინფექციის შეჭრას მოსდევს პერიფოკალური აბსცესის ან ფლეგმონის განვითარება, შესაბამისი კლინიკური სურათის ჩამოყალიბება. ტკივილი ძლიერდება, აღინიშნება კუნთთა დაკიმულობა, ზოგჯერ პერიტონეუმის გაღიზიანება, ტემპერატურის მომატება, ლეიკოციტოზი, ინტოქსიკაციის სხვა მოვლენები. აღწერილია ანთებითი პროცესების განვითარება სიმსივნეიდან მოცილებულ უბანში.

ბრმა ნაწლავის სიმსივნის ანთებითი პროცესით გართულების შემთხვევაში მოსალოდნელია დიაგნოსტიკური შეცდომა. ავადმყოფებს ათავსებენ სამკურნალო დაწესებულებებში მწვავე აპენდიციტის და აპენდიკულური ინფილტრატის დიაგნოზით.

მსხვილი ნაწლავის კიბოს ერთ-ერთი გართულებაა სიმსივნის ჩაზრდა მეზობელ ორგანოებსა და ქსოვილებში. უფრო ხშირია სეროზულ გარსს მოკლებულ უბნებში. სიმსივნე შეიძლება ჩაიზარდოს კუჭში, შარდის ბუშტში, წვრილი ნაწლავის მარყუჟში და სხვ. იშვიათ შემთხვევაში ღრუ ორგანოში ჩაზრდის შედეგად ვითარდება ხერეღმილი კოლინჯისა და ამა თუ იმ ორგანოს შორის. მეზობელ ორგანოებში ჩაზრდა ვლინდება სიმსივნის შორსწასული ფორმის შემთხვევაში. მაგრამ თუ კოლინჯის კიბო უმნიშვნელო კლინიკური გამოვლინებით მიმდინარეობდა, მეზობელ ორგანოში ჩაზრდის შემდეგ დაავადება კლინიკურად ვლინდება ამ ორგანოს პათოლოგიით დამახასიათებელი სიმპტომოკომპლექსით.

კოლინჯის კიბოს უმძიმესი გართულებაა სიმსივნის პერფორაცია თავისუფალ მუცლის ღრუში. იგი გვხვდება შემთხვევათა 5%-ში, მიმდინარეობს მძიმედ განავლოვანი პერიტონიტით და ხშირად სიკვდილით მთავრდება. პერფორაცია შეიძლება განიცადოს კოლინჯის ნებისმიერი არის კიბომ, მაგრამ უფრო ხშირად მაინც კოლინჯის მარცხენა ნახევრის ლოკალიზაციის სიმსივნე რთულდება პერფორაციით. გართულება უფრო ხშირად ვლინდება მძაფრი ტკივილით და დიფუზური პერიტონიტის დამახასიათებელი ნიშნებით. სიმსივნის პერფორაცია მოხუცებულობაში ზოგჯერ წაშლილი კლინიკური სურათით მიმდინარეობს. სიმსივნის პერფორაციის მიზეზია მისი დაშლა და დაწყლულება. მას ხელს უწყობს სანათურის შევიწროება. ნაწლავშიგა წნევის მომატება, ინფიცირება. გაუვალობის დროს კოლინჯის მთლიანობა შეიძლება დაირღვეს სიმსივნიდან მოცილებულ უბანში — აღწერილია ცეკუმის პერფორაცია სიგმის კიბოს დროს. დიფუზური პერიტონიტი შეიძლება განვითარდეს ნაწლავის კედლიდან.

კოლინჯის კიბო შეიძლება გართულდეს სისხლის დენით. სისხლიანი განავალი მსხვილი ნაწლავის კიბოს დამახასიათებელი ნიშანია, მაგრამ პროფუზული სისხლის დენის მიზეზია სიმსივნის დაშლა და დაწყლულება. მისი ტრავმირება მკერვივი განავლოვანი მასით. ჩვეულებრივ, მასიური სისხლის დენა კიბოს შორსწასული ფორმის გართულებაა. თუმცა, მიუხედავად ამისა, იგი შეიძლება იშვიათად იყოს დაავადების პირველი გამოვლინება.

დიაგნოსტიკა. კოლინჯის კიბოს დიაგნოზი ემყარება დეტალურად შეგროვილ ანამნეზს, ფიზიკალური, რენტგენოლოგიური, ენდოსკოპიური და ლაბორატორიული კვლევის შედეგებს.

ანამნეზის შეგროვების დროს საყურადღებოა არა მარტო ჩივილი, არამედ მისი განვითარების დინამიკა, პროგრესირება. ფიზიკალური მეთოდებიდან მიმართავენ ინსპექციას, პალპაციას, პერკუსიას, აუსკულტაციას, სწორი ნაწლავის გასინჯვას თითოთ. განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს პალპაციას, რომელიც უნდა ჩაატარონ ხუთ მდებარეობაში — ზურგზე, მარცხენა გვერდზე, მარჯვენა გვერდზე წოლისას, ვერტიკალურ და მუხლ-იდაყვის მდებარეობაში. პალპაციით ადგენენ არა მარტო სიმსივნის ლოკალიზაციას, არამედ მის კონსისტენციას, ზედაპირის ხასიათს, მოძრაობის სიდიდეს, დამოკიდებულებას სხვა ორგანოებთან.

ენდოსკოპიური მეთოდებიდან მიმართავენ რექტორომანოსკოპიასა და ფიბროკოლონოსკოპიას. რექტორომანოსკოპიით შესაძლებელია სწორი ნაწლავისა და კოლინჯის დისტალური მონაკვეთის დათვალიერება ანუსიდან 30 სმ მანძილზე.

ფიბროკოლონოსკოპიით კოლინჯი შეიძლება დაათვალიერონ მთელ სიგრძეზე ბრმა ნაწლავის ჩათვლით, მაგრამ მუცლის ღრუში შეხორცების, პერიფოკალური ანთებისა და სანათურის შევიწროების დროს კოლონოსკოპის შეყვანა ხერხდება გარკვეულ სიღრმეზე, რაც ამცირებს ამ გამოკვლევის ინფორმაციულობას.

ენდოსკოპიური კვლევა აზუსტებს სიმსივნის ლოკალიზაციას, მის გავრცელებას, მიკროსკოპულ აგებულებას, ნაწლავის ლორწოვანის მდგომარეობას, ბიოფსიური მასალის გამოკვლევა ადგენს სიმსივნის აგებულებას.

კოლინჯის რენტგენოლოგიურ კვლევას დღესაც წამყვანი ადგილი უჭირავს. ახორციელებენ მსხვილი ნაწლავის კონტრასტულ გამოკვლევას ბარიუმის წყალხსნარის შეყვანით — ირიგოსკოპიასა და ორმაგ კონტრასტირებას, ბარიუმიდან დაცლის შემდეგ მსხვილ ნაწლავში ჰაერის შეყვანას. ეს უკანასკნელი წარმოდგენას იძლევა კოლინჯის ლორწოვანი გარსის რელიეფზე.

კოლინჯის სიმსივნით გამოწვეული გაუვალობის დროს რენტგენოსკოპიით ვლინდება კლოიდერის ფიალები — სითხის ჰორიზონტალური დონე მის ზემოთ ჰაერის ბუშტი. წვრილი ნაწლავისგან განსხვავებით, მსხვილ ნაწლავში არსებული ფიალების დამახასიათებელია ჰაეროვანი ბუშტის სიმაღლის სიჭარბე სითხის დონის სიფართოვებთან შედარებით, მათი პერიფერიული მდებარეობა მსხვილი ნაწლავის საპროექციო არეში.

კვლევის სხვა მეთოდებიდან მიმართავენ სელექციურ მეზენტერიკოგრაფიას — ღვიძლის რადიოიზოტოპურ სკანირებას მეტასტაზის გამოსავლინებლად, ლაპარასკოპიას სიმსივნური პროცესის გავრცელების დასადგენად.

მიუხედავად კვლევის საკმარისად ინფორმაციული მეთოდებისა, ავადმყოფთა საგრძნობი ნაწილი ხანგრძლივად მკურნალობს კოლიტის, ენტეროკოლიტის, დიზენტერიის და სხვა მცდარი დიაგნოზით.

**მკურნალობა.** გეგმური ოპერაციული ჩარევის წინ ავადმყოფთა წინასაოპერაციო მომზადება გულისხმობს ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის გაუმჯობესებას ინფუზიური თერაპიის გზით და მსხვილი ნაწლავის სრულ დაკლას ფეკალური მასისგან. რამდენიმე დღით ადრე ავადმყოფს აძლევენ ვაზელინის ზეთს (30,0 მლ) ორჯერ დღეში, ოპერაციის წინა საღამოს და დილით უკეთებენ გამწმენდ ოყნას. ამ ხნის მანძილზე ავადმყოფი გადაყავთ უწილო დიეტაზე, ნაწილობრივი გაუვალობის დროს აღნიშნული ღონისძიებები საკმარისი არ არის მსხვილი ნაწლავის დაკლისთვის. მიმართავენ ნაწლავის გამორეცხვას დიდი რაოდენობის ხსნარით, სიფონურ ოყნას. მიკროფლორის დასათრგუნავად ზოგიერთი იყენებს ანტიბიოტიკთერაპიას ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებით, რაც შეიძლება გართულდეს დისბაქტერიოზით.

წინასაოპერაციო მომზადების თავისებურება დამოკიდებულია გართულების არსებობასა და მის სახეზე. მაგალითად, პერიფოკალური ანთებითი პროცესის შემთხვევაში საჭიროა მძლავრი ანტიბიოტიკთერაპიის ჩატარება, სრული გაუვალობის დროს წინასაოპერაციო მომზადება 2—3 საათით განისაზღვრება ვოლემიური დარღვევის გამოსასწორებლად. ამასთან ერთად ახორციელებენ კუჭ-ნაწლავის ზედა ნაწილის დეკომპრესიას ნაზო-გასტრული ზონდის საშუალებით.

კოლინჯის კიბოს დროს ოპერაციული ჩარევის მეთოდი და სიფართე დამოკიდებულია სიმსივნის ლოკალიზაციისა და გართულების სახეზე. აუცილებელია აბლასტიკის პრინციპების დაცვა. არჩევენ რადიკალურ და პალიატიურ ოპერაციებს. რადიკალური ჩარევა გულისხმობს სიმსივნის შემცველი ნაწლავის და მისი ჯორჯლის ამოკვეთას საღვარგლებში.

მსხვილ ნაწლავში სიმსივნის მარჯვენამხრივი ლოკალიზაციის დროს ახორციელებენ მარჯვენა მხრივ ჰემიკოლექტომიას — ამოკვეთავენ თეძოს ნაწლავის ტერმინალურ მარყუჟს (15—20 სმ), ბრმა ნაწლავს, ასწვრივ კოლინჯს, განივი კოლინჯის მარჯვენა ნახევარს. ოპერაცია მთავრდება ილეოტრანსვერზოანასტომოზით „გვერდი-გვერდით“ ან „პირით-გვერდში“. განივი კოლინჯის კიბოს დროს საჭიროა განივი კოლინჯის რეზექცია, პირდაპირი კოლო-კოლოანასტომოზის დადება. მარცხენამხრივი სიმსივნის დროს ახორციელებენ მარცხენამხრივ ჰემიკოლექტომიას — ამოკვეთავენ განივი კოლინჯის მარცხენა ნახევარს, დასწვრივ კოლინჯსა და სიგმური კოლინჯის ნაწილს. ოპერაცია მთავრდება ტრანსვერზოსიგმოიდოანასტომოზის დადებით. სიგმის შუა ნაწი-



ლის კიბოს დროს სიგმის რეზექცია საჭირო. თუ სიმსივნე ჩაზრდი-  
ლია ირგვლივ მდებარე ორგანოში, ზოგჯერ საჭირო ხდება კოლინჯთან  
ერთად ამ ორგანოს რეზექცია, რაც უნდა შეასრულოს ერთ ბლოკად.

რადიკალური ოპერაციის უკუჩვენების ან ტექნიკური შეუძლებლო-  
ბის შემთხვევაში მიმართავენ პალიატიურ ოპერაციას. რადიკალური  
ჩარევის უკუჩვენებაა გართულება ნაწლავთა სრული გაუვალობით,  
ნაწლავის პერფორაცია, შორეული მეტასტაზები, მძიმე თანმხლები და-  
ავადებები. პალიატიურ ოპერაციებს მიეკუთვნება ილეთრანსვერზო-  
ანასტომოზი — ბრმა ნაწლავისა და ასწვრივი კოლინჯის კიბოს დროს,  
ტრანსვერზოსიგმოანასტომოზი — ელენთის კუთხის კიბოს შემთხვე-  
ვაში.

ნაწლავთა მწვავე სრული გაუვალობით გართულებული კოლინჯის  
კიბოს დროს მიმართავენ ორ-ან მრავალმომენტიან ოპერაციას.

პირველ მომენტად სრულდება პროქსიმალური კოლოსტომის სა-  
ხით. ბრმა ნაწლავის კიბოს დროს, თუ თქმის ნაწლავი მკვეთრად არის  
შეცვლილი, აკეთებენ ორლულა ილეოსტომას, ხოლო უმნიშვნელო  
ცვლილებების შემთხვევაში შეიძლება დაადონ ილეთრანსვერზოანას-  
ტომოზი. მეორე მომენტად ასრულებენ მარჯვენამხრივ ჰემიკოლექტო-  
მიას. ასწვრივი და განივი კოლინჯის კიბოს დროს აკეთებენ ცუკოსტო-  
მას, კოლინჯის ელენთის კუთხის კიბოს დროს ახორციელებენ ტრანს-  
ვერზოსტომიას, რექტოსიგმოიდური არის კიბოს დროს — სიგმოიდო-  
სტომიას. ავადმყოფის მდგომარეობის გაუმჯობესების შემდეგ (2—4  
კვარა) მიმართავენ ნაწლავის რეზექციას.

სიგმური კოლინჯის დისტალური მონაკვეთის კიბოს შემთხვევაში  
აკეთებენ ჰარტმანის ოპერაციას (სიგმის რეზექცია სიმსივნესთან ერ-  
თად, დისტალური მონაკვეთის ყრულ დახურვა და პროქსიმალურის  
გამოტანა ხელოვნური უკანა ტანის სახით). სათანადო პირობებში მე-  
ორე მომენტია მსხვილი ნაწლავის გამავლობის აღდგენა.

კოლინჯის პერფორაციისა და პერიტონიტის დროს ოპერაციული  
ჩარევა მინიმალური უნდა იყოს. ახორციელებენ პერფორირებული  
ხვრელის გაკერვას, პროქსიმულ კოლოსტომას და მუცლის ღრუს  
დრენირებას. თუ ხვრელის გაკერვა არ ზერხდება, აკეთებენ პროქსი-  
მულ კოლოსტომას და პერფორირებულ უბანს შემოსაწვდრავენ ტამპო-  
ნებით.

რადიკალური ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფთა 50% ცოცხლობს  
5 წელზე მეტს.

მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიულ დაავადებებს შორის განსაკუთრებული ადგილი უკავია ქიანაწლავის მწვავე ანთებას, მისი კლინიკის, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საკითხებს. იგი მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული დაავადებების 40—80%-ს შეადგენს.

მწვავე აპენდიციტის კლინიკა დამოკიდებულია ქიანაწლავის ანატომიურ მდებარეობაზე, მასში ანთებითი ცვლილებების დონეზე.

ქიანაწლავის სიგრძე შეადგენს 8—12 სმ-ს, სიგანე 5—6 მმ-ს, იგი შეიძლება იყოს უფრო მოკლე ან გრძელი და მიაღწიოს 20—25 სმ-ს.

ბრმა ნაწლავთან ქიანაწლავის ურთიერთობა სხვადასხვანაირია, რითაც განპირობებულია ის მრავალფეროვანი კლინიკური სურათი, ატიპურობა, რომელიც ამ ორგანოს ანთებას ახასიათებს. ყველაზე ხშირად დანამატი ჩამოკიდებულია ქვემოთ და მისი წვერო მიმართულია მედიალურად. იგი შეიძლება მდებარეობდეს ცეკუმის უკან, პერიტონეუმის ღრუში (რეტროცეკალური) ან რეტროპერიტონეულად, დანამატი შეიძლება მდებარეობდეს შიგნით და ზევით წერილი ნაწლავის ჯორჯლის მიმართულებით (მეზოცეკალური). დანამატი შეიძლება მიმართებოდეს მენჯის ღრუსკენ, ღვიძლისკენ, ხერხემლისკენ. მსხვილი ნაწლავის შებრუნებითი მდებარეობის დროს იგი მარცხენა თეძოს ფოსოშია.

მწვავე აპენდიციტის მრავალი კლასიფიკაცია არსებობს. პრაქტიკული მუშაობისთვის მარტივი და სრულყოფილია ვ. ი. კოლესოვის კლასიფიკაცია (1959).

1. სუსტად გამოხატული აპენდიციტი (აპენდიკულური ქვალი),
2. უბრალო ზედაპირული აპენდიციტი;
3. დესტრუქციული აპენდიციტი,
  - ა. ფლეგმონური,
  - ბ. განგრენული,
  - გ. პერფორაციული.
4. გართულებული მწვავე აპენდიციტი
  - ა. აპენდიკური ინფილტრატი
  - ბ. აპენდიკური აბსცესი,
  - გ. დიფუზური ჩირქოვანი პერიტონიტი,
  - დ. მწვავე აპენდიციტის სხვა გართულებანი (პილფლებიტი, სეფსისი და სხვ.).

ქირურგთა ნაწილი, მათ შორის ვ. ი. კოლესოვიც, გამოყოფს ე. წ. აპენდიკულურ ქვალს. აღნიშნული ტერმინი გულისხმობს ისეთ პათოლოგიას, როდესაც ქიანაწლავში ვლინდება სისხლძარღვთა სპაზმი, რის გამოც ირღვევა სისხლისა და ლიმფის მიმოქცევა, ვითარდება ქსოვი-

ლის იშემია და შეშუპება, რომელიც გაივლის სისხლძარღვთა სპაზმის გაქრობის შემდეგ.

გამოიყოფა აგრეთვე უბრალო ზედაპირული ან კატარული აპენდიციტი, როდესაც მწვავე აპენდიციტის კლინიკური სურათის პირობებში ჭიანჭლაწავში არ არის მორფოლოგიური ცვლილებები. ქირურგთა ნაწილი ზღუდავს ოპერაციული ჩარევის აუცილებლობას აპენდიკულური ქვლის ან უბრალო აპენდიციტის დროს.

კლინიკისტთა მონაცემებით, შემთხვევათა 2/3-ში გვხვდება აპენდიციტის დესტრუქციული ფორმები. ბოლო წლებში დესტრუქციული ფორმების სიხშირემ იმატა, რაც, ალბათ, იმით არის გამოწვეული, რომ მარტივი აპენდიციტის მქონე ავადმყოფთა ნაწილს ოპერაციას არ უკეთებენ, რადგანაც რამდენიმე საათის დაკვირვების პროცესში ტკივილი მცირდება და მდგომარეობა უმჯობესდება.

ე ტ ი ო ლ ო გ ი ა და პ ა თ ო გ ე ნ ე ზ ი. მწვავე აპენდიციტის განვითარების მიზეზად მიიჩნევენ მისი სანათურის დახშობას კონკრემენტით, ფეკალური მასით, უცხო სხეულით, რაც იწვევს ლორწოვანის დაზიანებას.

ჭიანჭლაწავის შეგუბებითი მოვლენების განვითარების შემდეგ (მისი დახშობა კონკრემენტით, გადახრა შეხორცებების გამო) იქმნება ინფექციისთვის ხელსაყრელი პირობები, იზრდება საფროფიტების ვირულენტობა. ზოგიერთი ავტორი მნიშვნელობას ანიჭებს ჭიანჭლაწავში ინფექციის მოხვედრას ჰემატოგენური ან ენტეროგენული გზით. ამ თეორიის თანახმად, მწვავე აპენდიციტი შეიძლება იყოს სხვა ორგანოს ანთებითი კერიდან ინფექციის გადასვლის შედეგი.

მწვავე აპენდიციტის განვითარებაში მნიშვნელობა აქვს კვებასაც. აღნიშნულია, რომ დაავადება იშვიათია იმ ქვეყნებში, სადაც ძირითადად იკვებებიან მცენარეული საკვებით (ჩინეთში, იაპონიაში), ქალაქად, რომლის მოსახლეობა უფრო ხშირად იკვებება ხორცით, მწვავე აპენდიციტის შემთხვევა მეტია.

უნდა ვივარაუდოთ, რომ ჭიანჭლაწავში ანთებითი პროცესის განვითარებაში მნიშვნელობა აქვს ყველა ზემოთ ჩამოთვლილ ფაქტორს და ყოველ გარკვეულ შემთხვევაში ძნელია ითქვას, თუ რა იყო მწვავე აპენდიციტის მიზეზი.

#### მწვავე აპენდიციტის კლინიკა

მწვავე აპენდიციტი გვხვდება ყველა ასაკში. ახალშობილებში ეს დაავადება იშვიათია, ყველაზე ხშირია 20—30 წლის ასაკში, მოხუცებში ავადდებიან უფრო ხშირად, ვიდრე ბავშვები.

მწვავე აპენდიციტი უმრავლეს შემთხვევაში იწყება უეცრად. სრულიად ჭანმრთელი ადამიანი მუცლის არეში შეიგრძნობს ტკივილს, თითქმის ყოველგვარი პროდრომული მოვლენების გარეშე, ტკივილის უეცარი დაწყება მწვავე აპენდიციტის დამახასიათებელია, შემდეგ მისი ინტენსივობა მატულობს ან მცირდება, ანთებითი ცვლილებების შესაბამისად. ტკივილის ხასიათი სხვადასხვაა. შეტევითი ხასიათის ტკივილი არ გამოირიცხავს მწვავე აპენდიციტს, იგი დამახასიათებელია ჰიანაწლავის სანათურის დახშობის შემთხვევაში. ტკივილი იწყება მუცლის სხვადასხვა არეში — ეპიგასტრიუმში (კოხერ-ვოლკოვიჩის სიმპტომი), მარჯვენა ფერდქვეშა არეში, მუცლის ქვედა ნახევარში, მთელ მუცელში, წელის არეში, რაც ვისცერო-ვისცერული რეფლექსით აიხსნება. დაავადების დაწყებიდან 3—5 საათის შემდეგ ტკივილი თანდათან გადაინაცვლებს ილეოცეკალურ არეში. ავადმყოფის გასინჯვის დროს ეს ფაქტი უნდა გვახსოვდეს.

ჰიანაწლავის მწვავე ანთების დამახასიათებელია მუდმივი ტკივილი.

მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიულ დაავადებებს ახასიათებს ტკივილის ირადიაცია. ამ მხრივ გამონაკლისია ჰიანაწლავი, მხოლოდ რეტროცეკალური ლოკალიზაციის მწვავე ანთების დროს აღინიშნება ტკივილის ირადიაცია მარჯვენა ქვედა კიდურში, რაც საყურადღებოა.

ჰიანაწლავის მწვავე ანთების დროს ტკივილთან ერთად მეორე დამახასიათებელი ნიშანია გულისრევა და ლებინება. გულისრევის ინტენსივობა დამოკიდებულია ანთებითი ცვლილებების ხასიათზე და ავადმყოფის მგრძობელობაზე. აღსანიშნავია, რომ ანთებითი პროცესის სუსტად გამოხატვის ან ჰიანაწლავის რეტროცეკალური მდებარეობის შემთხვევაში ლებინება შეიძლება არ იყოს. ლებინება ხშირად ერთგერადია და იწყება ტკივილის დაწყებისთანავე ან ცოტა მოგვიანებითაც. იგი რეფლექსური ხასიათისაა, ვითარდება პერიტონეუმის გაღიზიანების საპასუხოდ. ხშირი ლებინება პერიტონიტით გართულებული მწვავე აპენდიციტის დამახასიათებელია.

ლებინება და გულისრევა ყოველთვის არ სდევს ჰიანაწლავის მწვავე ანთებას. ეს ნიშანი არ უარყოფს ჰიანაწლავის მწვავე ანთებას, თუმცა იგი სხვა დამახასიათებელ კლინიკურ ნიშნებთან ერთად აადვილებს მწვავე აპენდიციტის დიაგნოსტიკას.

ჰიანაწლავის ანთების დროს ნაწლავთა მოქმედება ნორმალურია, იშვიათად დაავადების დასაწყისში აღინიშნება ყაბზობა და აირზე გასვლის გაანელება, ზოგჯერ კი ფაღარათი, რაც დამახასიათებელია ჰიანაწლავის წვრილი ნაწლავის მარყუჟებს შორის ან მისი რეტროცეკალური მდებარეობისთვის. ფაღარათი შეიძლება გამოწვეული იყოს ტოქსინების მოქმედებით წვრილ და მსხვილ ნაწლავებზე.

მწვავე აპენდიციტის უმრავლეს შემთხვევაში შარდვა ნორმალურია. ჭიანჭლის შარდის ბუშტთან ახლოს მდებარეობის შემთხვევაში მოსალოდნელია შარდის გახშირება, შარდსაწვეთთან ახლოს მდებარეობის შემთხვევაში კი ვლინდება დიზურიული მოვლენები, ცვლილებები შარდში, რაც შეიძლება დიაგნოსტიკური შეცდომის მიზეზი გახდეს.

ჭიანჭლის მწვავე ანთების დასაწყისში სხეულის ტემპერატურა ნორმის ფარგლებშია ანდა სუბფებრილური, დაავადების და პერიტონიტის პროგრესულობასთან ერთად ტემპერატურა მატულობს და შეიძლება მიაღწიოს 38—39°. ნორმალური ტემპერატურის შემთხვევაში, თუ ნაწლავთა პარეზია, ადგენენ ნაწლავთა გაუვალბობის დიაგნოზს, ხოლო შემცივნების შემთხვევაში — საშარდე გზების პათოლოგიის დიაგნოზს.

ძნელია გარკვეული კორელაციის დამყარება ტემპერატურასა და ჭიანჭლაში მიმდინარე ანთებით პროცესს შორის. მწვავე აპენდიციტის დროს, განსაკუთრებით მისი განვითარების დასაწყის სტადიაში, ტემპერატურის მომატება არ არის მუდმივი ნიშანი, მაგრამ მისი არსებობა სხვა კლინიკურ ნიშნებთან ერთად მნიშვნელოვანი სადიაგნოზო ფაქტია.

ჭიანჭლის მწვავე ანთების დროს მნიშვნელოვანი კლინიკური სიმპტომია პულსის სიხშირის ცვალებადობა. დაავადების დასაწყისში იგი ნორმის ფარგლებშია, ხოლო შემდეგ აღწევს 90—120-ს წუთში. დადგენილია, რომ პულსის სიხშირე არ შეეფარდება ტემპერატურას, უფრო ხშირად წინ უსწრებს მას. დაავადების დასაწყისში ტემპერატურის მცირედი მომატების ფონზე პულსი აჩქარებულია ისე, რომ პულსსა და ტემპერატურას შორის კანონზომიერება დარღვეულია. პულსის აჩქარება მიუთითებს ორგანიზმის ზოგად რეაქციაზე. მწვავე აპენდიციტის საეჭვო შემთხვევაში, თუ პულსი გახშირებულია, ოპერაციული მკურნალობაა საჭირო.

მწვავე აპენდიციტის დიაგნოსტიკაში დიდი მნიშვნელობა აქვს მუცლის პალპაციას. ილეოცეკალურ არეში აღინიშნება მტკივნეულობა, რომელიც გამოვლინდება დაავადების დაწყების მომენტიდან ან შედარებით მოგვიანებით. პალპაციის დროს ტკივილის ინტენსივობა სხვადასხვანაირია. ზოგჯერ ღრმა პალპაციით შეიგრძნობა მტკივნეულობა ილეოცეკალურ არეში, ზოგ შემთხვევაში კი უბრალო შეხებითაც აღინიშნება მტკივნეულობა. მტკივნეულობის ასეთი ნაირსახეობა განპირობებულია პერიტონეუმის გაღიზიანების დონით, აგრეთვე ჭიანჭლის ლოკალიზაციით. ვიკვლევთ დამატების სიმპტომებს, რაც გვეხმარება მწვავე აპენდიციტის დიაგნოსტიკაში; ასეთია როვზინგის, სიტკოვსკის, ვოსკრესენსკის სიმპტომები და სხვ.

მუცლის პალპაციის დროს საყურადღებოა მუცლის პრესის დაჭიმულობა. მარჯვენა თეძოს ფოსოში კუნთთა რეზისტენტობა მწვავე აპენდიციტის დამახასიათებელია. კუნთთა დაჭიმულობის სიძლიერე და ადგილმდებარეობა მრავალ ფაქტორზეა დამოკიდებული. მნიშვნელობა აქვს ჰიანაწლავის ლოკალიზაციას, ანთების ხარისხს და გავრცელებას. უნდა გვახსოვდეს, რომ ინტოქსიკაციის დროს დაჭიმულობა სუსტად არის გამოხატული. ნაკლებად აქვთ გამოხატული კუნთთა დაჭიმულობა ხანში შესულებს და მოხუცებს. კუნთთა დაჭიმულობის დადგენას ართულებს სიმსუქნე.

გასათვალისწინებელია, რომ აპენდიქსის რეტროცეკური და რეტროპერიტონეული მდებარეობისას კუნთთა დაჭიმულობა არ არის გამოხატული, თუ ანთება არ ვრცელდება მუცლის პარიეტულ ფურცელზე.

მწვავე აპენდიციტის დროს შოტკინ-ბლუმბერგის დადებითი ნიშანი მიუთითებს პერიტონეუმის გაღიზიანებაზე. თუ ჰიანაწლავი რეტროპერიტონეულად, რეტროცეკალურად ან წვრილი ნაწლავის მარჯვენის უკან სიღრმეში მდებარეობს და ანთება არ ვრცელდება მუცლის პრესის პერიტონეუმზე, შოტკინ-ბლუმბერგის ნიშანი შეიძლება უარყოფითი იყოს აპენდიციტის დესტრუქციული ფორმების შემთხვევაშიც.

ავადმყოფის გამოკვლევისას ყურადღებას იპყრობს ის ფაქტი, რომ ჰიანაწლავის მწვავე ანთების დროს მუცლის მარჯვენა ნახევარს ავადმყოფი სუნთქვაში ზოგავს ტკივილის გამო. ეს ნიშანი ვლინდება დაავადების დაწყებიდან რამდენიმე საათის შემდეგ. ილეოცეკალურ არეში ტკივილი მატულობს დახველების დროსაც, რაც გამოწვეულია ხველების დროს მუცლის ღრუში წნევის მომატებით და პერიტონეუმის შერხევით.

ჰიანაწლავის მწვავე ანთების დროს მაკ-ბურნის, ლანცის, კიუმელის, როზანოვის მტკივნეული წერტილების ძებნას დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა არა აქვს. რადგანაც ამ დროს მტკივნეული ზონა ვრცელდება მთლიანად მარჯვენა თეძოს ფოსოში და, როგორც ი. ჯანელიძე აღნიშნავდა, ამ დროს უნდა ვეძებოთ არა რაღაც მტკივნეული წერტილები, არამედ მტკივნეული უბანი.

მწვავე აპენდიციტის დროს ილეოცეკალური არე პერკუსიით მტკივნეულია. პერკუსიული მტკივნეულობის მაქსიმალურ ზონაში ჰიანაწლავის პროექციაა. პერკუსიული მტკივნეულობის ზონის წარმოშობას საფუძვლად უდევს ანთებითი პარიეტული პერიტონეუმის შერხევა. მწვავე აპენდიციტის უმრავლეს შემთხვევაში ანთებითი ჰიანაწლავი პერკუსიული მტკივნეულობის ზონის პროექციაში მდებარეობს, რაც ოპერაციული ჩარევისას მიზანშეწონილი განაკვეთის არჩევაში გარკ-

ვეულ დახმარებას გვიწევს. ჭიანჭლის რეტროცეკალურად მდებარეობისას პერკუსიული მტკივნეულობა ხშირად არ აღინიშნება. ამ დასკვნის საფუძველზე საშუალება გვეძლევა ოპერაციამდე დავადგინოთ ჭიანჭლის რეტროპერიტონეული მდებარეობა.

მწვავე აპენდიციტის დროს პერიფერიულ სისხლში ლეიკოციტების რაოდენობა მატულობს. შემთხვევათა ნაწილში შეიმჩნევა პარალელიზმი ჭიანჭლავში ანთებითი ცვლილებების სიძლიერესა და ლეიკოციტების რაოდენობას შორის. ზოგჯერ დესტრუქციული ფორმის მწვავე აპენდიციტის დროს ლეიკოციტები შეიძლება ნორმის ფარგლებში იყოს. ლეიკოციტოზი ინფექციის სიძლიერის მაჩვენებელი არ არის, ვინაიდან მძიმე ინფექცია კი დასუსტებულ პირებში ლეიკოციტოზს არ იწვევს. მძლავრ ორგანიზმში საშუალო ვირულენტობის ინფექცია მაღალ ლეიკოციტოზს განაპირობებს.

ედს მწვავე აპენდიციტის დროს ნორმის ფარგლებში ან უმნიშვნელოდამომატებული, შარდში პათოლოგიური ცვლილებები უმრავლეს შემთხვევაში არ არის. ზოგჯერ ვლინდება ცილის ნიშნები, ერთროციტები.

მერტის აღნიშვნით, მწვავე აპენდიციტის დროს აღინიშნება სიმპტომების გამოვლინების გარკვეული თანამიმდევრობა — ტკივილი, გულისრევა და ლებინება, პალპაციისას მტკივნეულობა ილეოცეკალურ არეში, ტემპერატურის მომატება, ლეიკოციტოზი. თუ ანამნეზური და კლინიკური მონაცემების საფუძველზე აღნიშნული თანამიმდევრობა ვერ გამოვლინდება, მწვავე აპენდიციტის არსებობას გამორიცხავენ. მიუხედავად იმისა, რომ ეს თანამიმდევრობა სწორია, ზოგ შემთხვევაში ირკვევა და ამ მიზეზით მწვავე აპენდიციტი არ უნდა გამორიცხონ.

ზემოთ აღნიშნული ეხება ჭიანჭლის დასწვრივი და მედიალური მდებარეობის შემთხვევებს, მაგრამ ჭიანჭლავი შეიძლება მდებარეობდეს მცირე მენჯის ღრუში, ღვიძლის ქვემოთ, რეტროცეკალურად და ა. შ., რის არცოდნით განპირობებულია დიაგნოსტიკური შეცდომები.

**რ ე ტ რ ო ც ე კ ა ლ უ რ ი ა პ ე ნ დ ი ც ი ტ ი.** ჭიანჭლის რეტროცეკალური მდებარეობის შემთხვევაში დაავადების დაწყება და განვითარების ანამნეზი ტიპურია, პალპაციით ილეოცეკალური. არე მტკივნეულია, პასტერნაკის სიმპტომი დადებითია, პალპაციით მტკივნეულია თეძოს ძვლის ზედა წვეტის არე. რეტროპერიტონეულ სივრცეზე ანთებითი პროცესის გადასვლის შემთხვევაში აღინიშნება პარანეფრიტი — ტემპერატურის მომატება, შემცივნება და ა. შ. მუცლის წინა კედლის დაჭიმულობა არ არის, არც შჩოტკინ-ბლუმბერგის ნიშანია, ტკივილი ირადირებს მარჯვენა ქვედა კილურზე, მისი მოხრის შემთხვე-

ვაში ტკივილი ძლიერდება. ხშირად ჭარბობს ინტოქსიკაციის მოვლენები, რაც დიაგნოსტიკური შეცდომების მიზეზი ხდება.

რეტროცეკალური ლოკალიზაციის ქიანაწლავი ვლინდება შემთხვევათა 6—25%-ში.

რეტროცეკალური ლოკალიზაციის ქიანაწლავის მწვავე ანთების დამახასიათებელია ტკივილი წელის არეში, პალპაციით მტკივნეულია პტის სამკუთხედი. მუცლის წინა კედლის პალპაციით აღინიშნება კუნთთა რეზისტენტობა მუცლის მარჯვენა გვერდითი კედლის არეში. ლაბორატორიულად შარდში შემთხვევათა  $1/2$ — $1/3$ -ში ცვლილებები ვლინდება.

რეტროპერიტონეული მდებარეობა. ქიანაწლავის რეტროპერიტონეული მდებარეობა იშვიათია — 1—1,5%-ში, კაზუს-ტიკურ შემთხვევად მიიჩნევენ ბრმა ნაწლავისა და ქიანაწლავის ერთდროულ რეტროპერიტონეულ მდებარეობას.

ღვიძლქვეშა მდებარეობა. ღვიძლქვეშა მდებარეობის დროს ქიანაწლავის წვერო აღწევს ნაღვლის ბუშტს. მწვავე აპენდიციტის განვითარება მოგვაგონებს მწვავე ქოლეცისტიტის კლინიკურ სურათს, რაც ზოგჯერ დიაგნოსტიკური შეცდომის მიზეზი ხდება და მკურნალობას იწყებენ მწვავე ქოლეცისტიტის დიაგნოზით.

ქიანაწლავის მდებარეობა მცირე მენჯში. ქიანაწლავის ასეთი მდებარეობის შემთხვევაში დაავადება იწყება ტიპურად, შემდეგ კი ანთებით პროცესში ჩაითრევა მენჯის ღრუს ორგანოები (შარდის ბუშტი, სწორი ნაწლავი, საშვილოსნოს დანამატები), შესაბამისად იცვლება კლინიკური სურათიც — გამოვლინდება დიზურიული მოვლენები, თხიერი განავალი, პალპაციით მტკივნეულობა ბოქვენის ძვალთან, პუპარტის იოვთან. ქიანაწლავის აღნიშნული ლოკალიზაცია ხშირია ქალებში, ვიდრე მამაკაცებში. ქალები ამ ლოკალიზაციის მწვავე აპენდიციტის დროს პირველ დღეებში მკურნალობენ გინეკოლოგთან, ამბულატორულადაც კი, მდგომარეობის გაუარესებისას მიმართავენ ქირურგს. აღნიშნული ლოკალიზაციის მწვავე აპენდიციტის დროს გულისრევა იშვიათია, მუცლის კედლის კუნთთა დაქიმულობა ხშირად მკვეთრი არ არის, მტკივნეულობა ვრცელდება უფრო საზარდულის არეში, პუპარტის იოვთან.

დიაგნოზის დადგენაში გვეხმარება რექტული გამოკვლევა, გინეკოლოგის კონსულტაცია. ყველა საეჭვო შემთხვევაში ოპერაციული მკურნალობაა საჭირო.

მენჯისეული აპენდიციტის შორსწასული ფორმის შემთხვევაში მცირე მენჯის ღრუში ვითარდება ინფილტრატი, ჩირქგროვა. სწორი ნაწლავის თითოთ გასინჯვის დროს დადებითია კულენკამფის ნიშანი —



მტკივნეულია დუგლასის ფოსო, აბსცესის განვითარებისას ჩამოწეულია სწორი ნაწლავის წინა კედელი.

**მ ა რ ც ხ ე ნ ა მ ხ რ ი ვ ი ა პ ე ნ დ ი ც ი ტ ი.** ჭიანწლავის ასეთი ლოკალიზაცია ძალზე იშვიათია. იგი აღინიშნება შიგნეულობის ნაწილობრივი ან სრული შემობრუნებული მღებარეობისას, სოკვერ მოძრავი ნაწლავის შემთხვევაში, როდესაც დანამატი მთლიანად ან ნაწილობრივ მარცხნივაა, ჭიანწლავის ასეთი ლოკალიზაციის დროს კლინიკური ნიშნები იგივეა, რაც მწვავე აპენდიციტის ნორმალური მღებარეობისას, მაგრამ ყველა ნიშანი მარცხნივაა გამოხატული.

**ო რ ს უ ლ თ ა მ წ ვ ა ვ ე ა პ ე ნ დ ი ც ი ტ ი.** ქალის მწვავე აპენდიციტის დიაგნოსტიკა გაცილებით ძნელია, ვიდრე მამაკაცის. ეს სიძნელე განპირობებულია ქალის ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებებით, ჭიანწლავის სიახლოვით ფალოპის მილთან, საკვერცხესთან. აღნიშნული სიახლოვის გამო ინფექცია გადადის ერთი ორგანოდან მეორეზე. მწვავე აპენდიციტის დიაგნოსტიკა უფრო გართულებულია ქრონიკული ანდექსიტის, ორსულობის დროს.

1 000—1 500 ორსულზე მოდის მწვავე აპენდიციტის ერთი შემთხვევა. მიმდინარეობის თავისებურებების მიხედვით მწვავე აპენდიციტს არჩევენ ორსულობის პირველ და მეორე ნახევარში. ასევე თავისებურად მიმდინარეობს ეს დაავადება მშობიარობის შემდეგ უახლოეს დღეებში.

ორსულობის პირველ ნახევარში მწვავე აპენდიციტის დიაგნოსტიკა შედარებით ადვილია, მაგრამ ამ დროსაც აღინიშნება დიაგნოსტიკური შეცდომები, რაც განპირობებულია ორსულობის გამო გულისრევით ან ღებინებით, ტკივილით მუცლის არეში. ორსულობა ართულებს მწვავე აპენდიციტის მიმდინარეობას. ორსულობის დროს ქვეითდება ნაწლავთა პერისტალტიკა, რაც იწვევს შიგთავსის შეგუბებას ჭიანწლავში, იცვლება ენდოკრინული ჭირკვლების ფუნქცია.

მწვავე აპენდიციტი უპირატესად ვლინდება ორსულობის მე-2—5 თვეზე, ორსულობის მეორე ნახევარში მწვავე აპენდიციტი შედარებით იშვიათია, უფრო იშვიათია ის მშობიარობის დროს. მშობიარობის შემდგომ პერიოდში მწვავე აპენდიციტის შემთხვევათა რიცხვი შედარებით მატულობს.

ორსულობისას შარდსაწვეთზე ზეწოლის გამო იწყება შარდის შეკავება, რაც იწვევს ძლიერ ტკივილს. საყურადღებოა, რომ ორსულებს მწვავე მუცლის განვითარების დროს ტკივილი გამოუვლინდება შედარებით ნაკლებად; ეს მოვლენა მით უფრო გამოხატულია, რაც მეტი ხნისაა ორსულობა. ჭერჭერობით აღნიშნულის მიზეზი ცნობილი არ

არის. უნდა ვივარაუდოთ, რომ მისი მიზეზია ჰორმონული ძვრები, ორსულებში სჭარბობს შეკავებითი პროცესები, ვიდრე ავზნებადობა.

ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში, გულისრევა, ლებინება, ტკივილი ილევოცეკალურ არეში ხშირად აიხსნება ორსულობით, რაც დიაგნოსტიკური შეცდომის მიზეზი ხდება. დიფერენციული დიაგნოსტიკის განხორციელებაში გვეხმარება ავადმყოფის მდგომარეობა — საშვილოსნოს ზეწოლით გამოწვეული ტკივილის შემთხვევაში ავადმყოფი შფოთავს, მოუსვენარია, მწვავე აპენდიციტის დროს კი ნაკლებად მოძრავია. დიაგნოსტიკაში გვეხმარება პალპაცია, მაგრამ მხედველობაში უნდა მივიდეთ, რომ ორსულობის დროს ბრმა ნაწლავი ჭიანაწლავთან ერთად აწეულია მაღლა, მარჯვენა ფერდქვეშა არისკენ. ჭიანაწლავის მენჯის ღრუში მდებარეობის შემთხვევაში იგი ორსულობის დროს შეიძლება მდებარეობდეს საშვილოსნოს უკან, გვერდით ან დარჩეს მენჯის ღრუში. ჭიანაწლავი არ გადაადგილდება რეტროცეკალური მდებარეობისას. ყოველივე აღნიშნული ქმნის სიძნელეს არა მარტო დიაგნოსტიკის, არამედ ოპერაციული მკურნალობის დროსაც.

ორსულობის დროს სისხლში მატულობს ლეიკოციტების რაოდენობა, რაც გვხვდება მწვავე აპენდიციტის დროსაც. ამიტომ იგი ნაკლებ დახმარებას გვიწევს.

მწვავე აპენდიციტი ხანში შესულ და მოხუცებულობის ასაკში. მოხუცებულობის ასაკში მწვავე აპენდიციტი გვხვდება 5.27—20,9%-ში. ამ ასაკში ოპერაციის შემდგომი გართულებები 31—40,7%-ს, ხოლო ლეტალობა 2,4—37,8%-ს შეადგენს.

ამ ასაკში მწვავე აპენდიციტი კლასიკური სიმპტომოკომპლექსით არ არის გამოვლენილი, არცთუ იშვიათად მწვავე აპენდიციტის დესტრუქციული ფორმები ვლინდება დაავადების დასაწყისშივე, ხოლო ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, პულსი არ არის აჩქარებული, სხეულის ტემპერატურა და ლეიკოციტები უფრო ხშირად ნორმის ფარგლებშია. ავადმყოფთა უმრავლესობის ჰოსპიტალიზაცია ხდება დაავადების დაწყებიდან 48 საათის შემდეგ.

დაავადება იწყება თანდათანობით, კლინიკური ნიშნების მკვეთრად გამოხატვის გარეშე. ამ ასაკში ლორწოვანი გარსები, მათ შორის ჭიანაწლავისაც ატროფირებულია და ნაკლებად განიცდის ანთებას. ატროფირებულია ფოლოკულარული აპარატი, სისხლძარღვები სკლეროზულია, დაქვეითებულია იმუნობიოლოგიური აქტივობა, რაც განაპირობებს დაავადების თავისებურ მიმდინარეობას.

ხანში შესულ და მოხუცებულობის ასაკში ხანგრძლივად არსებულ ქრონიკულ დაავადებებს — ქრონიკულ ყაბზობას, ქრონიკულ კოლიტს მეტ-ნაკლებად გამოხატული ტკივილი ახასიათებს. ამ პირობებში მუცლის არეში ყრუ ტკივილს შეჩვეული ავადმყოფი ნაკლებ ყურადღებას

აქცევს მწვავე აპენდიციტით გამოწვეულ მოვლენებს. ყოველივე აღნიშნულის გათვალისწინებით ექიმს მართებს სიფრთხილე, რათა ყველა საექვო შემთხვევაში ავადმყოფი მოათავსოს სტაციონარში და აღმოუჩინოს დროული ოპერაციული მკურნალობა.

აპენდიკულური ინფილტრატი მწვავე აპენდიციტის ერთ-ერთი გართულებაა და გვხვდება 0,3—12,5%-ში.

აპენდიკულური ინფილტრატი ქიანაწლავის ირგვლივ არსებული ორგანოებისა და ქსოვილებისგან შექმნილი ანთებადი კონგლომერატია, რომლის ნიშნები უფრო ხშირად გამოვლინდება აპენდიციტის შეტევის დაწყებიდან 3—5 დღის შემდეგ. ამ დროს ილეოცეკალურ არეში შეიგრძნობა საკმაოდ მკვრივი, ნაკლებად მოძრავი, სხვადასხვა ოდენობის მტკივნეული სიმსივნური წარმონაქმნი.

ინფილტრატის ჩამოყალიბებით უფრო ხშირად რთულდება აპენდიციტის ფლეგმონური ფორმა. ინფილტრატის შექმნაში მონაწილეობს ქიანაწლავი, ბრმა ნაწლავი, წერილი ნაწლავის მარყუეები, დიდი ბადექონი.

ავადმყოფი უჩივის ტკივილს ილეოცეკალურ არეში, ანამნეზში აღენიშნება რამდენიმე დღის წინ მწვავე აპენდიციტის შეტევა, შემდგომში ტკივილის ინტენსივობის შემცირება, მუცლის წინა კედლის დაქიმულობა და ბლუმბერგის ნიშანი არ გამოვლინდება ან სუსტადაა გამოხატული. მუცლის დანარჩენი ნაწილები ინტაქტურია. ვლინდება სუბფებრილური ტემპერატურა, სისხლში—ზომიერი ლეიკოციტოზი, ედს მომატებულია.

ზოგჯერ მუცლის პალპაციით შეიძლება ვერ გამოვავლინოთ ინფილტრატი. ავადმყოფი ხშირად მიმართავს უბნის ექიმს და უჩივის მხოლოდ სუბფებრილურ ტემპერატურას, ხოლო ყრუ ტკივილს მუცლის არეში ყურადღებას არ აქცევს.

მუცლის ღრუს პალპაციით ინფილტრატი შეიძლება ვერ გამოვლინდეს მისი მცირე მენჯის ღრუში მდებარეობისას. დიაგნოსტიკაში გვეხმარება რექტული და ვაგინური გამოკვლევა. ასევე გაძნეებულია მისი გამოვლინება, თუ ავადმყოფი მსუქანია. ინფილტრატის ასეთი ლოკალიზაციის შემთხვევაში გამოვლინდება დარღვევები მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების მხრივ, ხშირად ადგენენ აღნექსიტის, ცისტიტის, საკვერცხეების ცისტის, სიმსივნის დიაგნოზს და იწყებენ შესაბამის მკურნალობას. თუმცა ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობა შედეგს იძლევა ინფილტრატის შემთხვევაშიც.

ზოგჯერ დიფერენციული დიაგნოსტიკის გატარება გვიხდება მარჯვენა თირკმლის ქვალთან, შარდის შეკავებასთან, როდესაც გადავსებულია შარდის ბუშტი. დიფერენციულ დიაგნოსტიკაში გვეხმარება უროლოგიური გამოკვლევები.

აპენდიკულური ინფილტრატი უნდა გავარჩიოთ ბრმა ნაწლავის ან ასწვრივი კოლინჯის სიმსივნისგან. ტიპური მიმდინარეობის შემთხვევაში დიფერენციული დიაგნოსტიკა ძნელი არ არის. მხედველობაშია მისაღები ანამნეზი, დაავადების მიმდინარეობა, ავადმყოფის ასაკი, ანთების დამახასიათებელი ნიშნები. ინფილტრატი მკურნალობის შედეგად მოცულობაში კლებულობს, სიმსივნე კი — არა. მკურნალობის უეფექტობის შემთხვევაში ინფილტრატი ჩირქდება და საჭირო ხდება ოპერაციული მკურნალობა, რაზედაც დაწვრილებით საუბარი გვექნება ქვემოთ.

გაძნელებულია ინფილტრატის ამოცნობა ქიანაწლავის რეტროცეკალური ლოკალიზაციის შემთხვევაში.

ინფილტრატი შეიძლება გაიწოვოს ან დაჩირქდეს. დაჩირქების შემთხვევაში ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა უარესდება, ინფილტრატი მატულობს მოცულობაში, სხეულის ტემპერატურა აღწევს 39—40°-ს, სისხლში ლეიკოციტების რაოდენობა მატულობს.

#### მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზი და დიფერენციული დიაგნოსტიკა

მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიულ დაავადებებს შორის ძნელად თუ მოიპოვება ისეთი პათოლოგია, რომლის დროსაც მოსალოდნელია იმდენი დიაგნოზური შეცდომა, რამდენიც მწვავე აპენდიციტის დროს. დიაგნოზური შეცდომა მოსალოდნელია დაავადების ტიპური მიმდინარეობის დროსაც. ქირურგები სამართლიანად აღნიშნავენ, რომ მწვავე აპენდიციტი ყველაზე ადვილი და ყველაზე რთული ქირურგიული პათოლოგიაა. როგორც დიაგნოსტიკის, ასევე მკურნალობის მხრივაც და მართლაც, ყოველდღიური ცხოვრება გვიჩვენებს, რომ ზოგ შემთხვევაში მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზს ადგენენ საოპერაციო მაგიდაზე.

დიაგნოზური შეცდომები განპირობებულია ქიანაწლავის ატიპური ლოკალიზაციით, მწვავე ანთების ატიპური მიმდინარეობით, ორგანიზმის რეაქტიულობის დაქვეითებით, პიროვნების ინდივიდუალური თავისებურებებით. მნიშვნელობა აქვს ასაკს, ნერვული სისტემის მდგომარეობას, თანმხლებ დაავადებებს, გამოყენებულ სამკურნალო საშუალებებს — ანტიბიოტიკებს, ანალგეტიკებს, ანტისპაზმურ საშუალებებს და ა. შ.

ხშირია დიაგნოსტიკური შეცდომა ამბულატორიულ პირობებში, როცა არცთუ იშვიათად ავადმყოფი ხვდება ნაკლები კლინიკური გა-

მოცდილების მქონე ექიმთან. ყურადსაღებია ისიც, რომ დახმარებას ვერ გვიწვევს კვლევის ლაბორატორიული და ენდოსკოპიური მეთოდები. დიაგნოზი ძირითადად ემყარება კლინიკურ მონაცემებს, ექიმის ე მოცდილებას, მის კლინიკურ აზროვნებას.

საგულისხმოა, რომ თუ წყლულის პერფორაციის დროს ავადმყოფი სწრაფად მიმართავს ქირურგიულ განყოფილებას, მწვავე აპენდიციტის დროს, პირიქით, ხშირად თვითმკურნალობას, ლეზულობს ტივილგამაყუჩებელ საშუალებებს, ირეცხავს კუჭს, იკეთებს გამწმენდ ოყნას.

მეორე მხრივ, ჰოსპიტალიზაციამდე არცთუ იშვიათია ჰიპერდიაგნოსტიკა. ავადმყოფს კლინიკაში აგზავნიან მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზით მაშინ, როდესაც მას სხვა პათოლოგია აქვს.

ხშირია შემთხვევა როდესაც ოპერაციას აკეთებენ მწვავე აპენდიციტის გამო, ჰიანაწლავი კი აღმოჩნდება უცვლელი ან მასში მეორადი ცვლილებებია გამოვლინებული. ამ დროს აუცილებელია მუცლის ღრუს რევიზია, პირველ რიგში წერილი ნაწლავის ტერმინალური მარყუებების, 1 მეტრის სიგრძემდე, რომ არ გამოგვრჩეს მეკელის დივერტიკულის მწვავე პათოლოგია. მუცლის ღრუში გამონადენის მიხედვით შეიძლება ვივარაუდოთ, რა პათოლოგიასთან გვაქვს საქმე.

ჰიანაწლავის მწვავე ანთების დიფერენციული დიაგნოსტიკა საჭიროა კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის (მწვავე გასტრიტი, კვებისმიერი ტოქსიკოინფექცია, წყლულის პერფორაცია), ნაღვლის ბუშტის (მწვავე ქოლეცისტიტი, ნაღვლის ბუშტის კენჭოვანი დაავადება), პანკრეასის (მწვავე პანკრეატიტი), წერილი ნაწლავის (მწვავე ენტერიტი, კრონის დაავადება, დივერტიკულიტი, ნაწლავის გაუვალობა), ბრმა ნაწლავის ტუბერკულოზის, ჰიანაწლავის სიმსივნის, საშვილოსნოსა და დანამატების ანთების (მწვავე აღნექსიტი, პელვიოპერიტონიტი, საშვილოსნოსგარე ორსულობა, საკვერცხის გახეთქვა, საკვერცხის შემოგარება), თირკმლის (კენჭოვანი დაავადება, პიელიტი), გულმკერდის ღრუს ორჯანოების (მწვავე დიაფრაგმული პლევრიტი, პნევმონია, გულის კუნთის ინფარქტი) დაავადებების გამოსარიცხავად.

ჰიანაწლავის მდებარეობის ვარიანტების მიხედვით საჭიროა დიფერენციული დიაგნოსტიკა სხვადასხვა დაავადებისგან გასარჩევად (ი. ნელიუბოვიჩის მიხედვით).

**ქიანაწლავის ლოკალიზაცია და ის დაავადებანი, რომელთა გამორიცხვა საჭიროა დიფერენციული დიაგნოსტიკით**

ანატონიური ლოკალიზაცია	დაავადებანი, რომელთა გამორიცხვა საჭიროა დიფერენციული დიაგნოსტიკით
სუბპეპტური მდებარეობა	მწვავე ეოლეუსტიტი, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია, პიონფორი და ა. შ.
ნორმალური მდებარეობა	კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია, ილეოცეკალური კუთხის ინვაზიაცია, ბრმა ნაწლავის კიბო და ა. შ.
მესოცეკალური მდებარეობა	მწვავე ტერმინალური ილიეტი, წერილი ნაწლავის პერფორაცია, პნევმოკოკური პერიტონიტი და ა. შ.
მენჯის მდებარეობა	მწვავე აღნეკისტი, პელვიოპერიტონიტი, საშელოსნოსგარე დარღვეული ორსულობა, საკვერცხის გახეთქვა

დიაგნოსტიკური შეცდომების ხშირი მიზეზია მწვავე აპენდიციტის კლინიკის მსგავსება მუცლის ღრუს სხვა მწვავე ქირურგიულ დაავადებებთან, ავადმყოფის არასრულყოფილი გამოკვლევა, მიღებული ობიექტური მონაცემების არასრულყოფილი ინტერპრეტაცია. ყველა საექვო შემთხვევაში ავადმყოფი უნდა იმყოფებოდეს დაკვირვების ქვეშ, მაგრამ არა დიდი ხნით. პირველ საათებში უნდა უარყონ მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზი ან ავადმყოფს ოპერაცია გაუკეთონ.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის დროს მისი შიგთავსი მარჯვენა ლატერალური ღარის საშუალებით ჩადის მუცლის ღრუს ქვედა ნახევარში, რის გამოც ტკივილია ილეოცეკალურ არეში. ამიტომ წყლულისპერფორაციან ავადმყოფს ზოგჯერ ათავსებენ საავადმყოფოში მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზით. დიფერენციული დიაგნოსტიკის დროს მხედველობაში უნდა მივიღოთ ავადმყოფის სქესი, ასაკი, წყლულოვანი ანამნეზი, ტკივილის დაწყების ადგილი, მისი სიძლიერე, მუცლის პრესის მკვეთრი დაჭიმულობა, ბრადიკარდია, ნორმალური ტემპერატურა, ღებინების არარსებობა, ავადმყოფის მდებარეობა საწოლში. თუ ექიმმა წყლულისპერფორაციიანი ავადმყოფი ნახა პირველ საათებში, მწვავე აპენდიციტის ვარაუდი ძნელია. მაგრამ რამდენიმე საათის შემდეგ, როდესაც კუჭის შიგთავსი ლატერალური ღარით ჩადის მარჯვენა თქოს ფოსოში, გამოიწვევს ამ არის მტკივნეულობას, ვლინდება პერიტონეუმის გაღიზიანება, ამასთან, მაჯა ჩქარდება, ტემპერატურა სუბფებრილური ხდება, იწყება ღებინება, მწვავე აპენდიციტის გამორიცხვა ზოგჯერ ძნელდება. ამ პერიოდში დაავადების დაწყებისა და მიმდინარეობის, ობიექტური მონაცემების სრულყოფილი ანალიზი გვეხმარება დიაგნოზის დაზუსტებაში. ძნელია დიფერენციული დიაგნოსტიკა პერიტონიტით გართულებულ დესტრუქციულ აპენდიციტსა და პერფორაციის მესამე სტადიას შორის.

ნაღვლის ბუშტის დაბლა მდებარეობის ან ჰიანაწლავის ღვიძლქვე-  
და ლოკალიზაციის დროს დიფერენციული დიაგნოსტიკა საჭიროა ნაღ-  
ვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების პათოლოგიასა და მწვავე აპენდი-  
ციტს შორის.

ორივე პათოლოგიის დამახასიათებელია ტკივილი მუცლის მარჯვე-  
ნა ნახევარში, გულისრევა, ღებინება, მუცლის წინა კედლის დაჭიმუ-  
ლობა. დიაგნოზის დადგენის დროს უნდა გვახსოვდეს, რომ მწვავე ქო-  
ლეცისტიტის შეტევა უპირატესად ემართებათ მსუქან ქალებს, 40 წელ-  
ზე მეტ ასაკში, ცხიმიანი საკვების მიღების შემდეგ. დიფერენციულ  
დიაგნოსტიკაში გვენმარება დაავადების დაწყება, ტკივილის ხასიათი,  
მისი გადაადგილება, ირადიაცია, მუცლის წინა კედლის პალპაცია.

ზოგჯერ მწვავე აპენდიციტის გარჩევა გვიხდება მწვავე პანკრეატი-  
ტისგან, უპირატესად მისი შესუბებიითი ფორმისგან, როდესაც ტკივი-  
ლი ეპიგასტრიუმის არეშია, და თან სდევს გულისრევა, ღებინება. სა-  
ყურადღებოა, რომ მწვავე აპენდიციტის დროს ტკივილი არ არის და-  
მოკიდებული საკვების მიღებაზე. მწვავე პანკრეატიტის განვითარებას  
კი ხშირად წინ უძღვის ცხიმიანი საკვების, ალკოჰოლის ჭარბი რაოდე-  
ნობით მიღება. პანკრეატიტის დროს ტკივილი სარტყლისებრი ხასი-  
ათისაა, გამუდმებითი, აუტანელი, ღებინება შეუჩერებელია, გამოხა-  
ტულია მძიმე ინტოქსიკაციის სურათი.

დაავადების დასაწყისში ტკივილი მუცლის არეში, გულისრევა,  
ღებინება ვლინდება ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის დროსაც, ამიტომ  
საჭირო ხდება ამ ორი დაავადების დიფერენცირება. ნაწლავთა გა-  
უვალობის დამახასიათებელია სხვადასხვა ინტენსივობის შეტევითი  
ტკივილი, რომელსაც თან სდევს გაძლიერებული პერისტალტიკური  
ხმიანობა. გაუვალობის დროს ამას ერთვის აირის შეკავება, ნაწლავთა  
მოქმედებაც შეკავებულია. სადიაგნოზო მნიშვნელობა აქვს მუცლის  
ღრუს გაშუქებას, გადაბერილი ნაწლავების, კლოიბერის ფიალების  
გამოვლენას.

აპენდიკულური ინფილტრატის დროს შესაძლებელია დიფერენცი-  
ული დიაგნოსტიკა მოგვიხდეს ილეოცეკალური ინვაგინაციისგან გასარ-  
ჩევად. ორივე შემთხვევაში ილეოცეკალურ არეში ვლინდება სიმსივნის  
მსგავსი წარმონაქმნი და გაუვალობის ნიშნები. შეტევითი ხასიათის  
ტკივილი მუცლის არეში, ნორმალური ტემპერატურისა და ლეიკოცი-  
ტების ნორმალური რაოდენობის ფონზე, მით უფრო განავალში სის-  
ხლის არსებობისას, ინვაგინაციაზე გვაფიქრებინებს.

მწვავე მეზენტერული ლიმფადენიტი იძლევა მწვავე აპენდიციტის  
დამახასიათებელ ნიშნებს. იგი იწყება მოულოდნელად, ტკივილით  
ილეოცეკალურ არეში, სხეულის ტემპერატურის მომატებით, პულსის  
გახშირებით, გულისრევით და ღებინებით. დადებითია ბლუმ-

ბერგის ნიშანი, მხოლოდ ანამნეზის სრულყოფილი შეგროვებით, ავად-  
მყოფის ობიექტური გამოკვლევით შეიძლება სწორი დიაგნოზის დად-  
გენა. მეზენცერული ლიმფადენიტის დროს დადებითაა შტერნბერგის  
ნიშანი — მტკივნეულია წერტილი ნაწლავის ჯორჯლის მიმაგრების საპ-  
როექციო არე. ხშირად ავადმყოფები მუცლის ღრუში ტკივილის გან-  
ვითარებამდე აღნიშნავენ ზედა სასუნთქი გზების კატარს, ანგინას. პე-  
რიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნები ამ დროს უფრო გაფანტულია, და-  
მახასიათებელია მაღალი ლეიკოციტოზი — 25 000 — 28 000. უფრო  
ხშირად ავადმყოფებს უკეთებენ ოპერაციას მწვავე აპენდიციტის დი-  
აგნოზით. მუცლის ღრუში ვლინდება სეროზული ხასიათის გამონადე-  
ნი, გადიდებული ლიმფური კვანძები, ქიანაწლავი შეცვლილია მეორა-  
დად.

ძალიან ხშირად დიფერენციული დიაგნოსტიკა გვისდება მწვავე  
გინეკოლოგიურ დაავადებებთან, როგორცაა დარღვეული საშვილოს-  
ნოსგარე ორსულობა, საკვერცხის შემოგრება, საკვერცხეში სისხლჩაქ-  
ცევა, პელვიოპერიტონიტი, აღნექსიტი.

დარღვეულ საშვილოსნოსგარე ორსულობას და მწვავე აპენდიციტს  
შორის დიაგნოსტიკური შეცდომები გვხვდება საშვილოსნოს გარე  
ორსულობის ატიპური ფორმების დროს, როდესაც გამოსატული არ  
არის ანემია, კოლაფსური მდგომარეობა. ამ დროს აღინიშნება შე-  
ტევითი ტკივილი ჰიპოგასტრიუმის არეში, საშოდან სისხლიანი გჰო-  
ნადენი. სადიაგნოზო მნიშვნელობა აქვს სწორი გინეკოლოგიურა ანამ-  
ნეზის შეგროვებას — ბოლო მენსტრუაციას, მის ხანგრძლივობას.  
მნიშვნელობა აქვს ბიმანუალურ გასინჯვას, ანამნეზში საყურადღებოა  
უშვილობა, ადრე გაკეთებული აბორტი, აღნექსიტი და სხვა გინეკო-  
ლოგიური დაავადებები.

ძნელია დიფერენციული დიაგნოსტიკა მწვავე აპენდიციტსა და  
მარჯვენამხრივ მწვავე აღნექსიტს შორის. მწვავე აღნექსიტს წინ  
უძღვის გაციება, მენსტრუაცია, აბორტი, ფიზიკური დატვირთვა, ტრავ-  
მა. ტკივილი ამ ორი დაავადების დროს თითქმის ერთნაირია. სადიაგ-  
ნოზო მნიშვნელობა აქვს ვოსკრესენსკის, ჟიდრანსკის, შილოვცევის,  
პრომპტოვის სიმპტომებს. ჟიდრანსკის სიმპტომი — მწოლიარე ავად-  
მყოფს თითს აპერენ კიუმელის წერტილში (ჰიპიდან 2 სმ დაბლა) და  
თითის მოუცილებლად წამოსვამენ. ტკივილის მომატებისას უნდა ვი-  
ვარაუდოთ მწვავე აპენდიციტი, ხოლო ტკივილის შემცირების შემ-  
თხვევაში — მწვავე აღნექსიტი. ავტორის აზრით, ჰორიზონტალურ  
მდგომარეობაში ანთებითად შეცვლილი დანამატი ახლოსაა ბრმა ნაწ-  
ლავთან, ხოლო ვერტიკალური მდგომარეობისას ინაცვლებს დაბლა.  
შილოვცევის სიმპტომი გვეხმარება მწვავე აპენდიციტის გარჩევაში  
მარჯვენამხრივი თირკმლის ქვალისა და დანამატის პათოლოგიისგან.



ზურგზე მწოლიარე ავადმყოფს ილიოცეკალურ არეში დავედგენთ ყველაზე მტკივნეულ წერტილს, ხელის მოუცილებლად ავადმყოფი გადაბრუნდება მარცხენა გვერდზე, თუ შეხორცებითი პროცესი არ არის, ბრმა ნაწლავი ჭია დანამატით გადაინაცვლებს ქვემოთ და ტკივილის ინტენსივობა კლებულობს. პრომპტოვის სიმპტომი: ვაგინური გასინჯვის დროს საშვილოსნოს ყელი ორ თითს შორისაა, ყელის მარცხნივ გადაწევისას დიქაჩება მარჯვენა ფართო იოგი, ტკივილის მომატება მარჯვნივ მიგვანიშნებს ამ მხარეს პათოლოგიის არსებობაზე და, პირიქით, ყელის მარცხნივ გადაწევისას დანამატის პათოლოგიის შემთხვევაში ტკივილი მატულობს.

ყველა საექვო შემთხვევაში, როდესაც ძნელია ამ ორ დაავადებას შორის დიფერენციული დიაგნოსტიკა, საჭიროა ავადმყოფი იმყოფებოდეს ქირურგის მეთვალყურეობის ქვეშ და ყველა საექვო შემთხვევაში გაკეთდეს ოპერაცია.

მცირე ზომის საკვერცხის კისტის გახეთქვის ან მისი შემოგრების შემთხვევაში უფრო ხშირად ავადმყოფებს ათავსებენ ქირურგიულ განყოფილებაში მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზით. კისტის შემოგრების დროს ტკივილი იწყება მოულოდნელად, ხშირია შოკი, ლეზინების მერე შევებას არ იძლევა, ტკივილი ირადირებს წელისა და გულის არისაკენ, ბარძაყის წინა ზედაპირზე, რაც არ არის მწვავე აპენდიციტის დროს. მნიშვნელობა აქვს გინეკოლოგიურ გასინჯვას.

ბრმა ნაწლავისა და ასწვრივი კოლინჯის კიბოს გამო ავადმყოფი შეიძლება მოხვდეს საავადმყოფოში აპენდიკულური ინფილტრატის დიაგნოზით. დიაგნოზური შეცდომები ხშირია, როცა ავადმყოფი ხანში შესულია ან მოხუცებული.

მწვავეაპენდიციტიან ზოგ ავადმყოფს ინფექციურ განყოფილებაში ათავსებენ მწვავე გასტროენტერიტის, გასტრიტის დიაგნოზით. ამ დაავადების დროს ავადმყოფი უჩივის მუცლის არეში ტკივილს, რომელიც შეტვეითი ხასიათისაა, გამოხატულია გულისრევა, ლეზინება, ტემპერატურის მომატება, ტაქიკარდია. კვებითი ტოქსიკოინფექციის დროს ანამნეზში აღინიშნება კონსერვის, ძეხვის, უხარისხო პროდუქტების მიღება. ჭერ იწყება ლეზინება, შემდეგ ტკივილი მუცლის არეში, მწვავე აპენდიციტის დროს კი პირიქით. მწვავე გასტროენტერიტის დროს ლეზინება მრავალჯერადია, თან სდევს ინტოქსიკაციას. დიარეია ვითარდება.

მწვავე აპენდიციტის დროს ტარდება დიფერენციული დიაგნოსტიკა თირკმლის და შარდსაწვეთის პათოლოგიასთან.

თირკმლის ქვალს ახასიათებს მწვავე ტკივილი წელის არეში, რომელიც ირადირებს საზარდულისკენ. ავადმყოფი შფოთავს, ადგილს ვერ

პოულობს ტკივილის გამო. დიაგნოსტიკური სიძნელე თავს იჩენს ჰიანაწლავის რეტროცეკალური და რეტროპერიტონეული ლოკალიზაციის შემთხვევაში, როდესაც ის აღწევს შარდსაწვეთს, თირკმელს და იწვევს შარდსაწვეთის რეფლექსურ სპაზმს, რაც ვლინდება ტკივილით, დიზურიული მოვლენებით, ჰემატურიით. დიფერენციულ-დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს ტკივილის ხასიათს — თირკმლის ჰვლის დროს იგი ძლიერია თავიდანვე, დამახასიათებელია ღებინება და დიზურიული მოვლენები, პასტერნაკის სიმპტომი დადებითია. ეს სიმპტომი დადებითია ჰიანაწლავის რეტროცეკალური ლოკალიზაციის დროსაც. მწვავე აპენდიციტის დროს ძლიერი ტკივილია უფრო დაბლა, თეძოს ძვლის ფრთის დონეზე, ხოლო თირკმლის ჰვლის დროს მე-11—12 ნეკნის დონეზე. დიფერენციულ-დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს პარანეფრულ, ბლოკადას, რომლის დროს თირკმლის ჰვლის შემთხვევაში ტკივილი კლებულობს ან ქრება.

განსაკუთრებით ძნელია დიფერენციული დიაგნოსტიკა რეტროცეკალური ლოკალიზაციის მწვავე აპენდიციტსა და შარდსაწვეთის კენჭს შორის. შარდსაწვეთთან ჰიანაწლავის ლოკალიზაციის დროს ტკივილი იწყება ეპიგასტრიუმის არეში, ხოლო შემდეგ გადაადგილდება ილეოცეკალურ და წელის არეში. შარდსაწვეთის კენჭის შემთხვევაში ტკივილი იწყება მოულოდნელად წელის არეში, დამახასიათებელია ირადიაცია შარდის ბუშტისკენ, ბარძაყისკენ, სასქესო ორგანოებისკენ. ჰიანაწლავის რეტროცეკალური ლოკალიზაციის შემთხვევაში დაავადების დასაწყისში იშვიათია პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნები, იგი დაავადების განვითარებასთან ერთად გამოვლინდება. შარდსაწვეთში კენჭის გავლის დროს პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნები არ არის და თუ არის რეფლექსურია, თანდათან კლებულობს. ჰიანაწლავის რეტროცეკალური ლოკალიზაციისას ღიზიანდება მსხვილი ნაწლავი, რის გამოც იწყება ფაღარათი, ხოლო კენჭის გავლისას ფაღარათი არ არის. ანამნეზში შეიძლება იყოს მსგავსი შეტევები, შარდში სისხლი, მარილები ან კენჭი.

ზოგჯერ დიფერენციული დიაგნოსტიკა საჭიროა, რათა გავარჩიოთ მწვავე აპენდიციტი და მარჯვენამხრივი პიელიტი, რომელიც უფრო ხშირია ორსულობის დროს. დიაგნოზის დადგენაში გვეხმარება ქრომოცისტოსკოპია.

#### მწვავე აპენდიციტის მკურნალობა

გ. ი. კოლესოვმა (1972) შეიმუშავა მკურნალობის სქემა მწვავე აპენდიციტის ფორმის მიხედვით.

**შვავე აპენდიციტი**

**მკურნალობა**

- |  |  |
|--|--|
| 1. სუსტად გამოხატული აპენდიციტი (აპენდიკულური ქვალი)                             | სასწრაფო აპენდექტომია საჭირო არ არის, ავადმყოფი რამდენიმე საათის განმავლობაში იმყოფება დაკვირვების ქვეშ და თუ ვარაუდობენ უბრალო ან სხვა ფორმის აპენდიციტს, საიალდე-ბულოა ოპერაციული მკურნალობა |
| 2. უბრალო, კატარული აპენდიციტი   | სასწრაფო ოპერაცია  |
| 3. დესტრუქციული აპენდიციტი<br>ა) ფლეგმონური<br>ბ) განგრეუნული<br>გ) პერფორაციული | სასწრაფო ოპერაცია  |
| 4. გართულებული აპენდიციტი  |  |
| ა) კარგად შემოსაზღვრული აპენდი-<br>კულური ინფილტრატი                             | კონსერვატიული მკურნალობა   |
| ბ) აპენდიკულური ინფილტრატი, რო-<br>მელიც პროგრესირებს                            | ოპერაციული მკურნალობა  |
| გ) ღიფუზური ჩირქოვანი პერიტო-<br>ნიტი  | ოპერაციული მკურნალობა, პერიტო-<br>ნიტის მიზეზის ლიკვიდაცია, ექსუ-<br>დატის მოცილება, ანტიბიოტიკების<br>შეყვანა და სხე.   |

აპენდიციტის გაურთულებელი ფორმების შემთხვევაში ოპერაციას უფრო ხშირად აკეთებენ ადგილობრივი ანესთეზიით. მსუქნებისთვის, კუნთოვანი მამაკაცებისთვის მოსალოდნელი სირთულეების შემთხვე-  
ვაში (ანამენეზში — აპენდიკულური ინფილტრატი) უმჯობესია თანა-  
მედროვე ნარკოზი მიორელაქსანტებით. სათანადო შემთხვევაში ადგი-  
ლობრივ ანესთეზიას აკეთებენ ნეიროლეპტანალგეზიის ფონზე. ჰინანწ-  
ლაეის ამჟამად დესტრუქციული ფორმის შემთხვევაში ოპერაცია უნდა  
გააკეთონ ენდოტრაქეული ნარკოზით. თანამედროვე პირობებში ნარ-  
კოზი ქმნის უკეთეს პირობებს ოპერაციისთვის, უკეთესი პირობები  
იქმნება მუცლის ღრუს ორგანოების დეტალური დათვალეირებისთვის,  
მუცლის ღრუს ამომშრალებისთვის, იქმნება ოპტიმალური პირობები  
მუცლის ღრუს ადეკვატური დრენირებისთვის, მცირდება ოპერაცი-  
ის ხანგრძლივობა, მუცლის ღრუს ორგანოების ტრავმირება.

განაკვეთს უხშირეს შემთხვევაში აკეთებენ მაკ-ბურნეის მიხედ-  
ვით, რაც შეესაბამება ბრმა ნაწლავის ტიპიურ მდებარეობას.  
კატეგორიულად უარყოფილია მიკროგანაკვეთები. განაკვეთი თავი-  
დანვე უნდა შეესაბამებოდეს მუცლის კონფიგურაციას, კანქვეშა ცხი-  
მის განვითარების დონეს, კუნთების განვითარებას. ფიქსირებული  
ცეკუმის დროს, მოკლე მეზოაპენდიქსის შემთხვევაში, განსაკუთრებით  
მისი არატიპური მდებარეობისას, მხოლოდ ფართო განაკვეთი მოგვ-

ეცემს საშუალებას თავისუფლად განვახორციელოთ აპენდექტომია, ირგვლივ არსებული ქსოვილის ტრავმირების გარეშე.

დიფუზური პერიტონიტით გართულების შემთხვევაში რეკომენდებულია შუა ქვედა ლაპაროტომია. მხოლოდ ამ განაკვეთით შეიძლება მუცლის ღრუს შესაფერისი სანაციის ჩატარება, რაც გადამწყვეტია გამოსავლისთვის. აპენდიციტის დესტრუქციული ფორმის შემთხვევაში მუცლის ღრუს გახსნის შემდეგ აუცილებელია მუცლის ღრუში არსებული გამონაჟონის გამოკვლევა მიკროფლორისა და ანტიბიოტიკების მიმართ მგრძობელობაზე.

ლიტერატურაში ჭერ კიდევ გვხვდება აზრთა სხვაობა აპენდექტომიის ტექნიკის დეტალების შესახებ. ავტორთა ერთ ჯგუფს აუცილებლად მიაჩნია აპენდიქსის ფუძეზე ლიგატურისთვის კეტგუტის გამოყენება. მათი აზრით, ტაკვის არეში აბსცესის განვითარების შემთხვევაში კეტგუტის არსებობის პირობებში იგი ბრმა ნაწლავის სანათურში იხსნება. კლინიკისტთა მეორე ჯგუფი აპენდიქსის ფუძეზე ადებს აბრეშუმის ლიგატურას.

ჭიანწლავის ფუძეზე ლიგატურისა და მის დისტარულად აპენდიქსის მოკვეთის შემდეგ ტაკვს დაამუშავებენ იოდის ხსნარით და ახორციელებენ მის პერიტონიზაციას — ქისისებრი და მის ზემოთ Z-სებრი ნაკერის საშუალებით. გადაკვანძული მეზოაპენდიქსის მიტანა და ფიქსირება Z-სებრი ნაკერის კვანძში დასაშვებია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ მეზოაპენდიქსი გრძელია და მისი მიტანა დაჭიმვის გარეშე ხერხდება. მეზოაპენდიქსი, ჩვეულებრივ, იკვანძება აბრეშუმის ლიგატურით. თუ იგი გრძელია, უკეთესია მისი ნაწილ-ნაწილ გადაკვანძვა. შეშუპებული მეზოაპენდიქსის გადაკვანძვა საჭიროა გაკერვით, შემდეგ ლიგატურის მოვარდნისა და სისხლის დენის ასაცილებლად რეკომენდებულია ორი ლიგატურის დადება. მუცლის ღრუს დახურვის წინ ჰემოსტაზი კვლავ უნდა შეამოწმონ ჰირილობაში ბრმა ნაწლავის უკან ჩაშვების შემდეგ, რისთვისაც ჯორჯლის არეში 2—3 წუთით შეიტანენ წვრილ ტამპონს. ზოგ შემთხვევაში პერიტიტის არსებობისას, ჭიანწლავის ტაკვის პერიტონიზაცია ქისისებრი ნაკერით არ ხერხდება, ასეთ შემთხვევაში საჭირო ხდება კვანძოვანი ნაკერის დადება ჭიანწლავის ფუძიდან შოცილებით ფართოდ. აპენდიქსის ფუძის პერფორაციის შემთხვევაში მასზე ლიგატურის დადება საერთოდ არ ხერხდება, საჭირო ხდება კვანძოვანი ნაკერი. არასაიმედო პერიტონიზაციის შემთხვევაში ტამპონის ჩადება საჭირო.

ინფიცირებული გამონაჟონის, ჩირქის, ფიბრინული ნაღების დატოვება აპენდექტომიის დროს ოპერაციის შემდგომი ჩირქოვანი გართულებების ერთ-ერთი ძირითადი მიზეზია. აპენდექტომიის დროს ყურადღება უნდა გავამახვილოთ ჯორჯლის მდგომარეობაზე, ხშირად ჭიან-

ნაწლავიდან მასზე გადაღის ანთებითი პროცესი, მასში შეიძლება იყოს სისხლჩაქცევა, სისხლძარღვთა თრომბოზი, ასეთი ჭორჭლის დატოვებამ შეიძლება გამოიწვიოს მრავალი გართულება ოპერაციის შემდგომ პერიოდში.

ზოგ შემთხვევაში მუცლის ღრუს ორგანოების მხრივ რაიმე პათოლოგია არ გამოვლინდება. ქიანაწლავი უცვლელია. როგორ უნდა მოიქცეს ქირურგი? უმრავლეს შემთხვევაში მიმართავენ აპენდექტომიას. ნაწილობრივ იგი გამართლებულია, ოლეოცეკალურ არეში რჩება პოსტოპერაციული ნაწიბური, რაც მომავალში შეიძლება დიაგნოსტიკური შეცდომის მიზეზი გახდეს. განსაკუთრებით აღნიშნული სიტუაცია გვხვდება ადნექსიტის, საკვერცხეების გახეთქის, შემოგრების, პელვიოპერიტონიტის დროს. თუ ქიანაწლავში ვისუფალურად არის რაიმე ცვლილებები, საჭიროა აპენდექტომია. ქიანაწლავის დატოვების შემთხვევაში ავადმყოფი საგანგებოდ უნდა იყოს გაფრთხილებული.

ოპერაციის შემდეგ მუცლის ღრუს ხურავენ ყრუდ ან ახორციელებენ დრენირებას ტამპონებითა და რეზინის მილით. ვ. ი. კოლესოვის (1972) მიხედვით მუცლის ღრუს ტამპონირება საჭიროა:

1. პემოსტაზის მიზნით, როცა ვერ ხერხდება სისხლის დენის შეჩერება;

2. როცა ვერ ხერხდება ქიანაწლავის ამოღება (ინფილტრატის დროს) ან როცა ბრმა ნაწლავი მკვეთრადაა შეცვლილი;

3. როცა მოსალოდნელია ტაკვის უკმარისობა;

4. დიფუზური პერიტონიტის დროს, როცა ვერ ხერხდება მუცლის ღრუს სრულყოფილი ამოსუფთავება, როცა ტაკვის პერიტონიზაცია არასაკმარისია;

5. პერფორირებული პერიტონიტის დროს, როცა მუცლის ღრუში დიდი რაოდენობით გამონადენია და პერიტონეუმის ფურცლები მკვეთრად ანთებითი.

მუცლის ღრუში ჩატოვებული ტამპონი ან ტამპონები თავისუფლად უნდა მდებარეობდეს, ჭრილობის მხარეები მასზე მჭიდროდ არ იყოს გაკერილი. შეცდომაა ტამპონების მე-7—8 დღემდე ამოღება. ეს დრო საკმარისია ჩირქოვანი კერის შემოსაზღვრისთვის. ტამპონის ნაადრევმა ამოღებამ (მე-3—4 დღეს) შეიძლება ხელი შეუწყოს ინფექციის გენერალიზაციას და დიფუზური პერიტონიტის განვითარებას.

შუა ლაპაროტომიის შემთხვევაში ილეოცეკალურ არეში შეტანილი ტამპონები უნდა გამოიტანონ მარჯვენა თეძოს ფოსოში გაკეთებული დამატებითი განაკვეთით. მიკროირიგატორების შეტანა მუცლის ღრუში ანტიბიოტიკების შესაყვანად მიზანშეწონილია დესტრუქციული ფორმის შემთხვევაში, ანთების პერიაპენდიკულურად გავრცელების დროს. მიკროირიგატორებს ტოვებენ 3—5 დღით. ჩვეულებრივ, მიკ-

როორიგატორით შეყავთ 0,5 კანამიცინი დღეში ორჯერ, გახსნილი 3—5 მლ ნოვოკაინის ხსნარში. დიფუზური პერიტონიტის შემთხვევაში საჭირო ხდება მუცლის ღრუს დრენირება, დრენაჟების ჩადება ორივე თეძოს ფოსოში ორივე ფერლქვეშა არეში ანტიბიოტიკების შესაყვანად.

ზოგ შემთხვევაში რეტროცეკალური ან რეტროპერიტონეული მდებარეობისას, მოკლე ჯორჯლისა და მკვრივი შეხორცების პირობებში საჭიროა აპენდიქტომია რეტროგრადულად. მეტწილად ასეთ შემთხვევაში აპენდიქსის ფუძეზე ლიგატურის დადების შემდეგ ტაკვს დაამუშავებენ იოდით და პერიტონიზაციას ახორციელებენ. იოდით დაამუშავებენ დისტალური მონაკვეთის ტაკვსაც, რომელიც აგრეთვე გადაკვანძულია ან რომელზეც მომჭვრია დადებული. აპენდიქსის ჯორჯალს ამოკვეთავენ თანდათანობით აპენდიქსის მსუბუქი დაქაჩვის პირობებში. ყოველთვის საჭიროა იმაში დარწმუნება, რომ ჭიანაწლავი მთლიანად არის ამოკვეთილი და წვერო არ არის დარჩენილი ჭრილობის სიღრმეში. წვეროს მოწყვეტის შემთხვევაში საჭიროა მისი ამოკვეთის ცდა, ხოლო ჩატოვების შემთხვევაში აუცილებელია ამ არეში ტამპონის ჩადება. რეტროპერიტონეული დესტრუქციული აპენდიციტის დროს, როდესაც ინფიცირებულია რეტროპერიტონეული სივრცე, საჭიროა ამ არის დრენირება წელის მხრიდან. მართო მუცლის ღრუს მხრიდან დრენირება საკმარისი არ არის, მოსალოდნელია რეტროპერიტონეული სივრცის ანაერობული ფლეგმონის განვითარება.

მწვავე აპენდიციტის ერთ-ერთი გართულებაა აპენდიკულური ინფილტრატი. კარგად შემოსაზღვრულ მკვრივ ინფილტრატს ოპერაციის უკუჩვენებად მიიჩნევენ. პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნების შემთხვევაში მიმართავენ ოპერაციულ მკურნალობას.

ნ. ი. უტეშოვი და თანაავტ. (1976) არჩევენ აპენდიკულური ინფილტრატის განვითარების ორ ფაზას: ადრეულსა და მოგვიანებითს. ამ ფაზების გარჩევას მნიშვნელობა აქვს მკურნალობის ტაქტიკის შერჩევისთვის. აპენდიკულური ინფილტრატის ადრეულ ფაზაში, მისი ჩამოყალიბების ფაზაში იგი რბილი კონსისტენციისაა, არამკაფიოდ შემოსაზღვრული, საკმაროდ მტკივნეული. კლინიკური სურათი არ განსხვავდება აპენდიციტის დესტრუქციული ფორმის კლინიკური სურათისგან. რბილი ინფილტრატის დადგენა ყოველთვის ვერ ხერხდება, მით უმეტეს, როცა ავადმყოფი მსუქანია. ინფილტრატის მდებარეობა განპირობებულია აპენდიქსის ლოკალიზაციით, უფრო ხშირად იგი მარჯვენა თეძოს ფოსოშია, ზოგჯერ მცირე მენჯსა ან წელის არეში (რეტროცეკული ლოკალიზაციისას). არტუ იშვიათად აპენდიკულური ინფილტრატი მკვრივია, კარგად არის შემოსაზღვრული, ნაკლებმტკივნეულია, ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა გაუმჯობესებულია, ტემ-

პერატურა ნორმალურია ან სუბფებრილური, ლეიკოციტები ნორმამდე შემცირებული, მკვრივი ინფილტრატის დადგენა უფრო ადვილია, ვიდრე ადრეული რბილი ინფილტრატისა, თუმცა ზოგჯერ ისიც მხოლოდ ოპერაციის დროს აღმოჩნდება. რბილი ინფილტრატის შემთხვევაში, როდესაც შეხორცებები ნაზია, ჭიანჭღის გამოყოფა ძნელი არ არის, მიზანშეწონილია აპენდექტომიის ჩატარება. მკვრივი ინფილტრატის დროს კონსერვატიულად მკურნალობენ.

თუ ოპერაციის დროს აღმოჩნდება ოპერაციამდე დაუდგენელი მკვრივი, კარგად შემოსაზღვრული ინფილტრატი, მუცლის ღრუს ხურავენ. მიკროირიგატორს ჩატოვებენ. თუ ინფილტრატია და მუცლის ღრუში ჩირქოვანი გამონაჟონია, ირგვლივ ფიბრინული ნადები. ე. ი. ინფექციის გავრცელების ნიშნები, უნდა გააკეთონ აპენდექტომია ინფილტრატიდან აპენდიქსის ფრთხილი გამოყოფის შემდეგ წინასწარ დოლბანდით ინფილტრატის მუცლის ღრუდან გამოყოფის შემდეგ.

შემოფარგლული ინფილტრატის დროს ავადმყოფს უნიშნავენ მკაცრ წოლით რეჟიმს, დიეტას, ანტიბიოტიკოთერაპიას, ინფილტრატის დაჩირქების შემთხვევაში აკეთებენ ოპერაციას — ჩირქგროვის დრენირებას. თუ ინფილტრატი ჩაცხრა, მიმართავენ ოპერაციულ მკურნალობას — აპენდექტომიას არაუადრეს 4—6 კვირისა ენდოტრაქეალური ნარკოზის პირობებში.

აპენდიციტის გაურთულებელი ფორმის შემთხვევაში, თუ ავადმყოფი ახალგაზრდაა, მუცლის ღრუ დახურულია ყრუდ, მას ადგომის უფლება შეიძლება მისცენ მეორე დღიდან. დრენაჟის ჩატოვების შემთხვევაში სიარულის უფლებას აძლევენ დრენაჟის ამოღების შემდეგ.

განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებენ ხანდაზმული და მსუქანი პაციენტები. პიპოსტაზური პნევმონიისა და თრომბოემბოლიური გართულების პროფილაქტის აუცილებელი პირობებია აქტიური მოძრაობა საწოლში ოპერაციის შემდგომი პირველი საათებიდან, სუნთქვითი ვარჯიშები, ნახველის პერიოდული ამოღება, სამკურნალო ფიზკულტურა და კიდურების მასაჟი მეთოდისტის დახმარებით. საწოლში ადრეული წამოჭდობა და წამოდგომა. მეორე დღეს ავადმყოფს აძლევენ სითხეებს, მესამე დღეს ბულიონს და თხიერ ფაფას, მე-6—7 დღიდან უნიშნავენ № 1-ელ დიეტას.

ნაწლავთა პარეზი, ჩვეულებრივ 1—2 დღე გრძელდება და დამოკიდებულია ოპერაციის ტექნიკურ სიძნელეზე, ნაწლავთა რევიზიის სიფართოზე და სხვ. ნაწლავთა პერისტალტიკის აღდგენის გამო ოპერაციიდან 24—36 საათის შემდეგ იწყება გაფანტული ტკივილი მუცელში, აირგამყვან მილს შეება მოაქვს ავადმყოფისთვის. ჩვეულებრივ, მე-5—6 დღეს ავადმყოფს აქვს კუჭის მოქმედება. თუ მე-6 დღეს ნაწ-

ლავთა მოქმედება არ აღსდგა, საჭიროა გამწმენდი ოყნა უბრალო ან პიპერტონიული ხსნარით.

პერიტონიტით გართულებული აპენდიციტის შემთხვევაში საჭიროა დიფუზური პერიტონიტის მკურნალობის მთელი კომპლექსი.

მწვავე აპენდიციტის გამო გაკეთებული ოპერაციის შემდეგ მოსალოდნელია გართულებები, როგორც ოპერაციის შემდგომ უახლოეს დროში, ისე მოგვიანებით.

გართულებები შეიძლება დაეყოს სამ ჯგუფად:

I. გართულებები ჭრილობის მხრივ: ა) სისხლის დენა ჭრილობის არეში, ბ) ჰემატომა ჭრილობის არეში, გ) ჭრილობის ინფილტრატი, დ) ჭრილობის დაჩირქება, ე) მუცლის კედლის ფლევმონა, ვ) ლიგატურული ხვრელმილი, ზ) ევენტერაცია.

II. გართულებები მუცლის ღრუს მხრივ:

ა) სისხლის დენა მუცლის ღრუში, ბ) ნაწლავთა პარეზი, გ) ნაწლავთა შუა აბსცესი, დ) ნაწლავთა გაუვალობა, ე) ინფილტრატი მცირე მენჯის ღრუში, ვ) რეტროპერიტონეული ჩირქგროვა, ზ) დუგლასის ფოსოს ჩირქგროვა, თ) განავლოვანი ფისტულა, ი) პერიტონიტი, კ) მეზენტერიულ სისხლძარღვთა თრომბოზი, ლ) პიელეფლებიტი.

III. გართულებები შინაგანი ორგანოებისა და სისტემების მხრივ:

ა) პნევმონია, ბ) ქვედა კიდურის ვენების თრომბოზი, გ) ფილტვის არტერიის თრომბოზი, დ) გულ-სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა, ე) რეაქტიული ფსიქოზი.

ზოგი გართულების აცილება შესაძლებელია ოპერაციის დროული, ტექნიკურად სრულყოფილი (შესაფერისი განაკვეთი, და გაუტკივარება, ფაქიზი მანიპულაციები) შესრულებით, ოპერაციის შემდგომი პერიოდის სწორი წარმართვით.

## ღვიძლის დაავადებანი

### ღვიძლის ცისბა

ღვიძლის არაპარაზიტული ცისტის დროს ღვიძლში წარმოიქმნება ღრუ, რომელიც სავსეა სითხით.

ბ. ვ. პეტროვსკის და თანავეტ. (1972) შეიმუშავეს არაპარაზიტული ცისტების შემდეგი კლასიფიკაცია:

1. პოლიციტური დაავადება, ანუ ღვიძლის პოლიციტოზი:

ა) მხოლოდ ღვიძლში ლოკალიზაციით, ბ) ცისტები ვითარდება სხვა ორგანოებშიც — თირკმლებში და სხვ.



2. ღვიძლის სოლიტარული, ანუ ნამდვილი ცისტა: ა) ღვიძლის სოლიტარული ცისტა, ბ) ღვიძლის მრავალკამერიანი ცისტადენომა, გ) დერმოიდული ცისტა, გ) რეტენციული ცისტა.

3. ღვიძლის ცრუ ცისტები: ა) ტრავმული, ბ) ანთებითი.

4. ღვიძლთან ახლო მდებარე ცისტა.

5. ღვიძლის იოგების ცისტა.

ღვიძლის ცისტები იყოფა ორ ჯგუფად — ნამდვილ და ცრუ ცისტებად. ნამდვილი ცისტა წარმოიქმნება ღვიძლშიგა ქარბი ნაღვლის სადინრების არადროული უკუგანვითარების გამო ან სანაღველ გზების ობლიტერაციის შედეგად.

ღვიძლის ცრუ ცისტა ვითარდება ტრავმის, ღვიძლის ცენტრალური ან სუბკაფსულური დაზიანების შედეგად. მისი კედლები შედგება ფიბროზულად შეცვლილი ღვიძლის ქსოვილისგან. ცრუ ცისტა შეიძლება განვითარდეს ღვიძლის აბსცესის მკურნალობის, ექინოკოკექტომიის შედეგად. ამ დროს ცისტის შიგა კედლები იქმნება გრანულაციური ქსოვილისგან.

ღვიძლში შეიძლება იყოს ერთი ან რამდენიმე ცისტა, მრავლობითი ცისტები 4-ჯერ უფრო ხშირია ქალებში. შესაძლებელია ცისტის არსებობა აგრეთვე თირკმელში, პანკრეასში, — პოლიციტოზი.

ს ი მ მ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა. სოლიტარული ცისტის დროს კლინიკური სურათი დამოკიდებულია მის ზომაზე. თუ ცისტა მეტად მცირე ზომისაა და არ აღემატება 1—6 სმ-ს, კლინიკურად შეიძლება ვერ გამოვლინდეს ან გამოვლინდეს შემთხვევითი გამოკვლევის (ექოსკოპია), ოპერაციის ან პათოლოგ-ანატომიური შესწავლის დროს.

ავადმყოფები უჩივიან უსიამოვნო შეგრძნებას და დისკომფორტს მუცლის ზედა ნახევარში, რაც შეიძლება გამოწვეული იყოს ცისტის ზეწოლით მეზობელ ორგანოებზე. ამ დროს გულისრევა, ბოყინი, გულძმარვა, ზოგჯერ ღებინება შეიძლება მიაწერონ გასტრიტს, წყლულოვან დაავადებას. ავადმყოფები ხშირად უჩივიან სიმძიმის შეგრძნებას, ყრუ ტკივილს მარჯვენა ფერდქვეშა არეში. ტკივილი შეიძლება გაძლიერდეს მოძრაობის, ფიზიკური დატვირთვის დროს.

ავადმყოფის გასინჯვისას ყურადღებას იპყრობს ჰეპატომეგალია. მარჯვენა ფერდქვეშა არეში შეიძლება ისინჯებოდეს მრგვალი ფორმის, სხვადასხვა კონსისტენციის სიმსივნური წარმონაქმნი. ლაბორატორიული გამოკვლევებით ღვიძლის ფუნქციური სინჯები ნორმის ფარგლებში ანდა მცირედ დარღვეული, ელს-ც ნორმის ფარგლებშია. ღვიძლის ფუნქციური სინჯები ირღვევა დაავადების მოგვიანებით პერიოდში, როდესაც ღვიძლის პარენქიმაც ზიანდება. ღვიძლის სოლიტარული ცისტა შეიძლება დაჩირქდეს, დიდი ზომის ცისტამ კი შეიძლება გამოიწვიოს მექანიკური სიყვითლე.

ღვიძლის ცისტის ან პოლიციტოზის დროს დიაგნოზის დადგენაში გვხვმარება ობიექტური მონაცემები. პალპაციით ისინჯება გადიდებული ღვიძლი ან ცისტური წარმონაქმნი. მნიშვნელოვან ინფორმაციას გვაძლევს ღვიძლის ექოსკოპიური გამოკვლევა, რადიოიზოტოპური სკანირება და კონტრასტული ვაზოგრაფია.

**მკურნალობა.** ღვიძლის ცისტის მკურნალობა ოპერაციულია. სასწრაფო ოპერაციას საჭიროებს ცისტის პერფორაცია, დაჩირქება. ქირურგიული ჩარევის დროს საჭიროა ცისტის დაკლა. ოპერაცია მთავრდება მისი დრენირებით, მარსუპიალიზაციით, ცისტის შემცველი უბნის რეზექციით. ოპერაციის სახე დამოკიდებულია ცისტის ლოკალიზაციაზე, სიდიდეზე, გართულებებზე.

### ღვიძლის აბსცესი

ღვიძლში ინფექცია შეიძლება მოხდეს სხვადასხვა გზით, პორტული გზით — პილევლებიტის დროს, რომლის მიზეზია ფლეგმონური გასტრიტი, კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია, მწვავე აპენდიციტი, წყლულოვანი კოლიტი, ჰემოროიდული კვანძების თრომბოზი, ჰემორაგიული პანკრეატიტი, პერიტონიტი, ბილიარული გზით — ჩირქოვანი ქოლანგიტის დროს, არტერიული გზით — სეპტიკოცემიის, სეპტიკოპიემიის, ტრანზიტორული ბაქტერიემიის შემთხვევაში. კონტაქტური გზით, როცა ნაღვლის ბუშტის ემპიემა იხსნება ღვიძლში, კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული პენეტრირებს ღვიძლში.

უფრო ხშირად გვხვდება არაპარაზიტული (ბაქტერიული) და ამებური აბსცესი. შესაძლებელია დაჩირქდეს ცისტა, დანეკროზებული სიმსივნე, პარაზიტული ცისტა.

ტრავმული აბსცესი ვითარდება ღვიძლის დაზიანების შედეგად, როცა მასში განვითარებული ჰემატომა ინფიცირდება. ინფექცია შეიჭრება ჩვეულებრივ პორტული გზით.

ღვიძლის პიოგენური აბსცესი შეიძლება იყოს პირველადი და მეორადი, ერთეული და მრავლობითი. მოსალოდნელია გართულებები — გასკდომა, გახსნა მეზობელ ორგანოსა და სივრცეში — პლევრის ღრუში, ბრონქში, სუბდიაფრაგმულად, სუბჰეპატურად, მუცლის ღრუში და პერიტონიტის განვითარება.

ჩირქის გამოკვლევით შეიძლება დადგინდეს სტრეპტოკოკები და სტაფილოკოკები, ზოგ შემთხვევაში ამის მიზეზია ანაერობული ფლორა (არასკლოსტრიდიული ანაერობი). ღვიძლის პიოგენური აბსცესი უფრო ხშირია მარჯვენა წილში, ზედაპირულად. ქოლანგიოგენური აბსცესი პატარა ზომისაა და მრავლობითი.

ღვიძლის პიოგენური აბსცესი მძიმე დაავადებაა, მიმდინარეობს შვეთრად გამოხატული ზოგადი ინტოქსიკაციის მოვლენებით. ვლინდება ჰექტიკური ტემპერატურა, მკვეთრი შემცირებით და პროფუზული ოფლიანობით. სისხლის მხრივ აღინიშნება მაღალი ლეიკოციტოზი, ფორმულის მარცხნივ გადახრა, ელს-ის მომატება, ზომიერი ანემია. ღვიძლი გადიდებულია, მტკივნეული, მრავლობითი აბსცესების დროს გამოხატულია სიყვითლეც. ადგილობრივი მოვლენების განვითარებას წინ უსწრებს ზოგადი მოვლენები.

ღვიძლის პიოგენური აბსცესის ამოცნობა რთულია. რენტგენოლოგიურად ვლინდება დიაფრაგმის მაღალი დგომა, ზოგჯერ სიმპათიკური პლევრიტი მარჯვნივ. საჭიროა კვლევის სპეციალური მეთოდების გამოყენება. დახმარებას გვიწევს რადიოიზოტოპური სკანირება. გარკვეულ ინფორმაციას გვაძლევს სპლენოპორტოგრაფია და ღვიძლის სელექციური არტერიოგრაფია. განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება კომპიუტერულ ტომოგრაფიას. ექოგრაფიისა და კომპიუტერული ტომოგრაფიის კონტროლით შეიძლება ღვიძლის პუნქციის გაკეთება.

**მკურნალობა.** პიოგენური აბსცესი საჭიროებს გახსნას და დრენირებას. კანის განაკვეთი დამოკიდებულია აბსცესის ადგილმდებარეობაზე ღვიძლში. უკანა ლოკალიზაციის დროს ირჩევენ ექსტრაპერიტონეულ მიდგომით მეთორმეტე ნეკნის რეზექციას, ღვიძლის დათვალიერებასა და გულდასმით შემოფარგვლის შემდეგ ხორციელდება პუნქცია მსხვილი ნემსით. ჩირქის მიღების შემთხვევაში ნემსის ამოღებლივ ჩლუნგად კორცანგი შეაქვთ ღრუში. შემდეგ იმავე ხვრელით ღრუში შეაქვთ თითი, ათვალეირებენ კედლებს. ღრუს ამომშრალბენ, ჩადებენ ტამპონებს და მსხვილ დრენაჟს შემოსაზღვრავენ მუცლის ღრუდან. ხერხდება ერთეული დიდი ზომის აბსცესის დრენირება. ქოლანგიოგენური მრავლობითი აბსცესის დროს მათი გახსნა შეუძლებელია, საჭიროა სანაღვლე გზების სანაცია და საერთო სადინრის გართვა დრენირება. ოპერაციულ მკურნალობას ერთვის ენერგიული მიზანდასახული კონსერვატიული მკურნალობა — ანტიბიოტიკოთერაპია (ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებით), რომლის შემდეგ ბაქტერიოგრამის მიხედვით იცვლება ანტიბიოტიკების შესაფერისი კომბინაციით, მძლავრი დეზინტოქსიკაციური თერაპია, ვიტამინოთერაპია, დარღვეული ჰომეოსტაზის ადეკვატური კორექციით.

ღვიძლის პიოგენური აბსცესი დღესაც მაღალ სიკვდილიანობას იწვევს, განსაკუთრებით მრავლობითი პიოგენური აბსცესების დროს. (80% და მეტი).

ღვიძლის ამებური აბსცესი უპირატესად გავრცელებულია აზიის, აფრიკის, სამხრეთ ამერიკის ქვეყნებში, სადაც ღვიძლის აბსცესებს შორის ამებური აბსცესის შემთხვევები 80—90%-ს აღწევს,

გვხვდება ამიერკავკასიის და შუა აზიის რესპუბლიკის ნოსახლეობაშიც.

დაავადება ვითარდება ენტერალური გზით. ნაწლავის ლორწოვანიდან ამება შეიპტება სისხლში და კარის ვენით გადადის ღვიძლის წვრილ კაპილარებში, სადაც იღუპება, მის გარშემო ვითარდება ანთებითი ინფილტრატი, რასაც მოყვება ღვიძლის პარენქიმის ნეკროზი და, ბოლოს, ყალიბდება დიდი ოდენობით ჩირქით სავსე ღრუ. ამებური აბსცესის დროს ჩირქი შოკოლადისფერია, სქელი, უსუნო, უფრო ხშირად სტერილური, შეიცავს უჯრედებს. მას არ ახასიათებს პიოგენური გარსის არსებობა. თუმცა ამებური აბსცესის ხანგრძლივი არსებობის შემთხვევაში შეიძლება განვითარდეს სქელი პიოგენური გარსი.

ზოგჯერ ხდება ამებური აბსცესის მეორადი ინფიცირება ჩირქმდენი მიკრობებით.

მიმდინარეობის მხედვით არჩევენ ამებური აბსცესის სამ ფორმას: მწვავეს, ქვემწვავესა და ქრონიკულს.

პიოგენური აბსცესისგან განსხვავებით, ამებური აბსცესის დროს ზოგადი ინტოქსიკაციის მოვლენები ნაკლებად არის გამოხატული. ზოგადი მდგომარეობა უმეტესად დამაკმაყოფილებელია. აღინიშნება სიცხიანობა, შემცივნება, ოფლიანობა, მაგრამ ეს მოვლენები მკვეთრად არ არის გამოხატული. ლეიკოციტოზი ზომიერია. ღვიძლი გადიდებულია, მტკივნეული, აბსცესის ცენტრალური მდებარეობის დროს ღვიძლის მტკივნეულობა უმნიშვნელოა.

დაავადების მწვავე სტადიაში ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა მძიმეა, ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა არეში შეიძლება იყოს ძლიერი, მატულობდეს ღრმა ჩასუნთქვისა და ჩახველების დროს, იძლეოდეს ირადიაციას გულმკერდის მარჯვენა ნახევარში, მარჯვენა ბეჭისკენ, ტკივილის მიზეზია გლისონის კაფსულის დაჭიმვა და პერიჰეპატიტი. იშვიათად მოსალოდნელია სიყვითლეც. ამებური აბსცესი შეიძლება გაიხსნას ბრონქში, პლევრის ღრუში, სუბდიაფრაგმულ სივრცეში, პერიკარდის ღრუში, მუცლის ღრუში და შესაფერისი კლინიკური სურათი განვითარდეს.

დიაგნოზის დადგენა ადვილი არ არის. მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული ვადატანილი დიზენტერია. გვეხმარება რადიოიზოტოპური სკანირება, ექოსკანირება, სელექციური ანგიოგრაფია, კომპიუტერული ტომოგრაფია.

**მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა .** ღვიძლის ამებური აბსცესის მკურნალობა ძირითადად კონსერვატიულია. საქართველოში ღვიძლის ამებური აბსცესის მკურნალობა ემეტინით დამუშავებული იყო აკად. გ. მუხაძის სახელობის კლინიკაში ე. ფიფიას მიერ (1935). იყენებენ ემეტინის 1%-იანი ხსნარის ინიექციებს. ანტიბაქტერიული პრეპარატებიდან

უნიშნავენ აგრეთვე ქლოროქინს, მეტრანიდაზოლს (ტრიქოპოლს, ფლავილს), ეფექტურია ემეტინისა და ქლოროგინის კომბინაცია. დიდი ოდენობის აბსცესის შემთხვევაში საჭირო ხდება ჩირქგროვის ასპირაცია პუნქციით. მეორადი ინფიცირების დროს ოპერაციული ჩარევა აუცილებელია.

### ლვიძლის აჰინოკოკოზი და ალვეოკოკოზი

პარაზიტული დაავადებებიდან ლვიძლში გვხვდება ექინოკოკოზი და ალვეოკოკოზი. ორივე დაავადების გამომწვევი ცესტოდების კლასს მიეკუთვნება და ენდოპარაზიტია.

ექინოკოკოზს იწვევს ექინოკოკის ჭია, რომლის მუდმივი პატრონია ძაღლი და ამ ოჯახის სხვა წარმომადგენლები—მგელი, ტურა, მელა, დროებითი პატრონია ადამიანი, ბალახისმჭამელი ცხოველები, რქიანი საქონელი, ღორი, აქლემი, ირემი და სხვ., რომლებშიც პარაზიტის ფინური სტადია ვითარდება. ძაღლი, ისევე როგორც სხვა მუდმივი პატრონები, ავადდება ექინოკოკით დაავადებული შინაური ცხოველების ხორცის ჭამის შედეგად (ექინოკოკის ცისტის მოხვედრით მასში). ძაღლის ნაწლავში განვითარებული ჭიიდან კვერცხები გამოყვება ძაღლის ფეკალურ მასას, აბინძურებს ნიადაგს, წყალს, საიდანაც ადვილად ხვდება ადამიანის ან საქონლის კუჭსა და ნაწლავებში. კუჭის წვენის გავლენით კვერცხის გარსი ადვილად იხსნება და განთავისუფლებული ჩანასახი — ონკოსფერა ინერგება ნაწლავის ლორწოვან გარსში. აქედან იგი კარის ვენის გზით შეიჭრება ლვიძლში. ლვიძლი პირველი ბარიერია, რომელშიც ხვდება ონკოსფერა და აქ იგი მეტწილად ჩერდება. თუ მან ლვიძლის ბარიერი გადალახა ქვედა ღრუ ვენის სისტემით მოხვდება ფილტვეებში, ვითარდება ფილტვის ექინოკოკი. ფილტვის ბარიერის გადალახვის შემთხვევაში იგი მიმოითესება დიდ წრეში და შეიძლება მოხვდეს დიდი წრის ნებისმიერ ორგანოში.

ლვიძლის ექინოკოკის ცისტა ხანგრძლივად და შეუუმჩნევლად იზრდება და შეიძლება დიდ ოდენობას მიაღწიოს, უფრო ხშირია ლვიძლის მარჯვენა წილში, შეიძლება იყოს ერთეული და მრავლობითი.

ლვიძლში მოხვედრის შემდეგ მის ირგვლივ ლვიძლის ქსოვილიდან ვითარდება ფიბროზული გარსი, რომლითაც ორგანო გამოიყოფა ცისტისგან. ცისტის კედელი ორშრიანია: გარეთა გარსი ქიტინისა და შიგნითა ჩანასახოვანი — ჰერმინატიული. ქიტინის გარსი თეთრი ფერისაა, პრიალა. ქიტინის გარსი შიგნიდან ამოფენილია მასთან მკიდროდ დაკავშირებული ჰერმინატიული მემბრანით. აღნიშნული მემბრანა წარმოქმნის სრულიად გამჭვირვალე სითხეს და ბუშტუკებს. სითხის რა-

ოდენობა თანდათან მატულობს, რაც ზრდის ცისტის მოცულობას. პერმინატიული მემბრანიდან წარმოიქმნება ბუშტუკები, ვითარდება სკოლექსები და შვილეული ბუშტუკები. ღვიძლში განვითარებულ ექინოკოკის ბუშტში ხშირია შვილეული და შვილიშვილეული ბუშტუკები. ხშირად ბუშტი მთლიანად ამოვსებულია სხვადასხვა ოდენობის ბუშტუკებით. ავტორთა აზრით, შვილეული ბუშტუკების არსებობა ცისტის არასიცოცხლისუნარიანობაზე მიუთითებს. ცოცხალი ცისტის შემთხვევაში ქიტინის გარსი ცისტის შიგნით არ ატარებს მიკრობებს და ამიტომ ცისტის შიგთავსი სტერილურია. ცისტა ინფიცირდება და ჩირქდება მხოლოდ ცისტის დაღუპვის შემდეგ.

ცისტას არ ახასიათებს ინფილტრაციული ზრდა, იგი არ ჩაიზრდება ღვიძლის ქსოვილში. ამიტომ ფიბროზული გარსის გაკვეთისა და ქიტინის გარსის მთლიანობის დარღვევის შემდეგ ქიტინის გარსი იფუშება და თავისუფლად დევს ფიბროზული გარსით შექმნილ ღრუში.

კლინიკური მიმდინარეობა. დაავადების გამოვლინება დამოკიდებულია ცისტის სიდიდეზე, ლოკალიზაციაზე. ექინოკოკის ჰილის კვერცხის ღვიძლში მოხვედრიდან დაავადების კლინიკურ გამოვლინებამდე შეიძლება გაიაროს საკმაოდ დიდმა დრომ—რამდენიმე წელმა. ამ პერიოდში ექინოკოკის ცისტის დიაგნოზის დადგენა შემთხვევითია.

როდესაც ექინოკოკის ცისტა საკმაო ოდენობას მიაღწევს, გამოვლინდება ტივილი მარჯვენა ფერდქვეშა არეში, აქვე — სიმსივნის შეგრძნება. ავადმყოფს აწუხებს საერთო სისუსტე, შრომის უნარის დაქვეითება, ზოგჯერ ალერგიული რეაქცია ჰინჭრის ციების მსგავსად, რასაც თან სდევს გულისრევა, ღებინება, ფალარათი. ღვიძლი გადიდებულია, ზოგჯერ ისინჯება მასთან დაკავშირებული ცისტური წარმონაქმნი.

მოსალოდნელია სხვადასხვა გართულება. ერთ-ერთი მძიმე გართულებაა ექინოკოკის ბუშტის გასკდომა თავისუფალ მუცლის ღრუში, ანაფილაქსიური შოკი, რომელიც სასწრაფო ღონისძიებებს საჭიროებს, ბუშტის გასკდომას მოსდევს ექინოკოკის მოთესვა მუცლის ღრუში. არანაკლები სიმძიმით მიმდინარეობს ექინოკოკის ბუშტის გახსნა პლევრის ღრუსა და ბრონქში. ექინოკოკის ბუშტი შეიძლება გაიხსნას სანადვლე გზებში ან ნადვლის საერთო სადინარში და გამოიწვიოს მექანიკური სიყვიითლე. ექინოკოკის დაღუპვისა და ბუშტის დაჩირქების შემდეგ ვითარდება ღვიძლის პიოგენური აბსცესის დამახასიათებელი კლინიკური სურათი. თუ ექინოკოკის დაღუპვის შემდეგ ბუშტი არ დაინფიცირდება, კალციფიცირებაა მოსალოდნელი.

დიაგნოზის დადგენაში გვეხმარება ანამნეზი. მხედველობაში მისაღები საცხოვრებელი ადგილი (მეცხოველეობის რაიონი, საქართველოში აღმოსავლეთ საქართველო), მოცულობითი წარმონაქმნი ან

ღვიძლის გადიდება ავადმყოფის ზოგადი და კარგი მდგომარეობის ფონზე. დიაგნოზის დაზუსტებაში გვეხმარება კაცონის კანშიგა სინჯი. ფართოდ მიმართავენ ლატექსრეაქციას. ამ უკანასკნელს უპირატესობა უნდა მიენიჭოს, რადგან კაცონის რეაქციის განმეორებით გამოყენების დროს აღწერილია მძიმე ანაფილაქსიური რეაქცია. გარდა ამისა, ოპერაციული ჩარევის შემდეგ კაცონის რეაქცია დიდხანს რჩება დადებითი, ხოლო პარაზიტის დაღუპვის და დაჩირქების შემდეგ შეიძლება უარყოფითი პასუხი აღინიშნოს. ყურადღებას აქცევენ სისხლში ლეიკოციტების რაოდენობის მატებას. გადაწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება რადიოიზოტოპური სკანირების, ღვიძლის ექოსკოპიისა და კომპიუტერული ტომოგრაფიის მონაცემებს. არცთუ იშვიათად ინფორმაციულია მუცლის ღრუს რენტგენოსკოპია და რენტგენოგრაფია ღვიძლის კონტურების შეცვლისა და კალციფიკაციებელი უბნების გამოვლენით.

**მკურნალობა.** ღვიძლის ექინოკოკის მკურნალობა მხოლოდ ოპერაციულია. რადიკალურ ჩარევად მიიჩნევენ ექინოკოკექტომიას ფიბროზულ კაფსულასთან ერთად. ასეთი ჩარევა ხერხდება ექინოკოკის კიდითი მდებარეობის და პატარა ოდენობის შემთხვევაში. სხვა შემთხვევებში ექინოკოკის ბუშტის მოცილების შემდეგ (სითხის, ქიტინის გარსისგან და შვილეული ბუშტუკებისგან დაცლა) ფიბროზულ ღრუს ამუშავებენ 2%-იანი ფორმალინის ხსნარით და შეძლებისდაგვარად ამცირებენ დარჩენილ ღრუს, მოკვეთენ კიდეებს, ახორციელებენ კაპიტონაქს და დავიწროებულ ღრუში ტოვებენ მსხვილ ღრენაქს.

არცთუ იშვიათად, დიდი ოდენობის ექინოკოკის ბუშტის შემთხვევაში მიმართავენ მარსუპიალიზაციას — ცისტის დარჩენილი კიდეების მიკერებას მუცლის წინა კედლის ჭრილობის კიდეებთან. ღრუში ტოვებენ ტამპონსა და ღრენაქს. თუ ღრუში იხსნება ნაღვლის სადინრები, მათ ამოკერავენ ატრავმული ნემსით. დარჩენილი ღრუ თანდათან პატარავდება, ივსება გრანულაციური ქსოვილით და იხურება. ასეთ მკურნალობას ზოგჯერ თვეები სჭირდება. შეიძლება დიდხანს გაგრძელდეს ნაღვლის გამოყოფა ღრუდან. უფრო ხშირად ასეთი ფისტულა თავისუფლად იხურება, ნაღვლის გადასვლა ნაწლავებში ნორმალურად ხდება.

**ალვეოკოკოზის იწვევს ალვეოკოკის ჰია, რომელიც განსხვავდება ექინოკოკისგან.** მისი მუღმევი პატრონია მელა, მგელი, ძაღლი დროებითი კი — მორღნელები და ადამიანი.

ექინოკოკოზის მსგავსად ადამიანში ვითარდება ფინური სტადია, რომელიც მკვეთრად განსხვავდება ექინოკოკის ფინური სტადიისგან. ალვეოკოკოზი ფინაბუშტუკების კონგლომეტრია, რომლებიც იზრდება გარეთ, ახასიათებს ინფილტრაციული ზრდა ავთვისებიანი სიმსივნის

მსგავსად, ჩაიზრდება ღვიძლის პარენქიმაში, მის სისხლძარღვებში, კარის ელემენტებში, იძლევა მეტასტაზებს.

საბქოთა კავშირში ალვეოკოკოსის შემთხვევები გვხვდება ციმბირსა და შორეულ აღმოსავლეთში.

**ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა.** დაავადება ხანგრძლივი დროის მანძილზე მიმდინარეობს კლინიკური გამოვლინების გარეშე. მისი გარკვეული ზომის მიღწევის შემდეგ ავადმყოფებს ეწყებათ ტკივილი და სიმძიმის შეგრძნება მარჯვენა ფერდქვეშა არეში, საერთო სისუსტე, ზოგჯერ სუბფებრილური ტემპერატურა, ღვიძლი დიდდება, მკვრივია, ზოგჯერ გამონატულია ალერგიული რეაქცია (გამონაყარი, ქავილი).

უფრო სშირი გართულება, რომელსაც იწვევს ალვეოკოკოზი, მექანიკური სიყვითლეა, სანაღვლე გზებში ჩაზრდისა და დაწმობის გამო. ალვეოკოკური ბუშტუკების კონგლომერატში შეიძლება წარმოიქმნას სტერილური ჩირქის შემცველი ღრუები, რომლებიც შეიძლება გაიხსნას პლევრის ღრუში, თავისუფალ მუცლის ღრუში, კუჭში. ზოგ შემთხვევაში აღინიშნება ალვეოკოკის ჩაზრდა მეზობელ ორგანოში.

**ღ ი ა გ ნ ო ზ ი.** ღიაგნოზისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის ხანგრძლივად ცხოვრებას ალვეოკოკოზის ენდემიურ კერებში. მიმართავენ კაცონის რეაქციას (ეჟინოკოკის ან ალვეოკოკის ანტიგენით) და აგლუტინაციულ სინჯს ლატექსთან. იყენებენ კვლევის იმავე მეთოდებს, რასაც ღვიძლის ეჟინოკოკის დროს.

**მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა.** მხოლოდ ქირურგიულია. ავადმყოფთა დაგვიანებული მომართვის გამო რადიკალური ოპერაციული ჩარევა იშვიათია. რადიკალურ ოპერაციებს მიეკუთვნება პარაზიტის მოცილება სად ფარგლებში ღვიძლის რეზექციით. უმეტესად ჩარევა პალიატიური ხასიათისაა — ალვეოკოკი სცილდება ნაწილობრივ, ახორციელებენ სანაღვლე გზების დრენირებას, ალვეოკოკის ნაწილობრივ ამოკვეთას. პალიატიური ოპერაცია ახანგრძლივებს ავადმყოფის სიცოცხლეს. დამაკმაყოფილებელ შედეგს ღებულობენ კრიოთერაპიით (ბ. ი. ალპეროვიჩი).

### ბად-ჩიარის სინდრომი

ღვიძლის ვენების ენდოფლებიტი, რომელსაც ახასიათებს თრომბოზი და ოკლუზია, ცნობილია ბად-ჩიარის სინდრომის სახელწოდებით.

ი. მაღიარის მიხედვით, ბად-ჩიარის დაავადებას უწოდებენ ღვიძლის ვენების პირველად შევიწროებას, ბად-ჩიარის სინდრომს კი — ღვიძლის ვენებიდან სისხლის უკუღინების დაბრკოლებას მეორადი მიზეზით. ბად-ჩიარის დაავადებისა და ბად-ჩიარის სინდრომის განსხვავებაზე ერთიანი აზრი არ არსებობს.



ღვიძლის ვენების სრული დახშობისას ავადმყოფი სწრაფად იღუპება, არასრული დახშობისას ვლინდება აღნიშნული დაავადების სიმპტომები — მძიმე ინტოქსიკაციის სურათი, სიყვილთე, ტკივილი მარჯვენა ფერღქვეშა და ეპიგასტრიუმის არეში, ღებინება, ისიჩება გაღიღებული ღვიძლი, რამდენიმე დღეში ვითარდება ასციტი, რომელიც არ ეკვემდებარება დიურეტიკებით მკურნალობას. ტერმინალურ სტადიაში აღინიშნება სისხლიანი ღებინება. სიკვდილის მიზეზია ღვიძლის უკმარისობა, მეზენტერიულ სისხლძარღვთა თრომბოზი.

ღვიძლის ვენების ქრონიკულად მიმდინარე ენდოფლებიტის დროს დაავადება მიმდინარეობს ხანგრძლივად, ხშირად ვლინდება გადიდებული ღვიძლი, იგი მკვრივია, ზოგჯერ თან სდევს სპლენომეგალია, კანქვეშა ვენების გაფართოება მუცლის წინა კედელზე. ტერმინალურ მდგომარეობაში ვლინდება პორტული ჰიპერტენზიის ნიშნები — ასციტი, სისხლის ღენა, ვარიკოზურად გაფართოებული ვენებიდან. ჰემოროიდული ვენებიდან. ავადმყოფი იღუპება სისხლის ღენით, ღვიძლის მწვავე უკმარისობით, მეზენტერიულ სისხლძარღვთა თრომბოზით. ბად-ჩიარის სინდრომის ქრონიკულად მიმდინარე ფორმის შემთხვევაში უპირატესად ადგენენ ღვიძლის ციროზის დიაგნოზს.

ღ ვ ა გ რ ა ზ ი ბ ა დ-ჩიარის სინდრომის დადგენაში გვეხმარება ანგიოგრაფიული გამოკვლევა, სპლენო- და ჰეპატომანომეტრია.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა . ძირითადად სიმპტომურია. იყენებენ ანტიბიოტიკოთერაპიას, ქრონიკული ფორმის შემთხვევაში საჭირო ხდება ოპერაციული ჩარევა ასციტისა და სისხლის ღენის აცილების მიზნით.

#### პორტული ჰიპერტენზია

პორტული ჰიპერტენზია სინდრომია, რომლის წამყვანი ნიშანია წნევის მომატება პორტულ სისტემაში. წნევის მომატებას იწვევს დაბრკოლება, რომელიც სხვადასხვა მიზეზით და სხვადასხვა დონეზე ვითარდება პორტული სისხლის მიმოქცევისთვის. პორტული სისტემა აკროვებს ვენურ სისხლს მუცლის ღრუს ყველა ორგანოდან და ეს სისხლი ღვიძლის გავლით ჩადის ქვედა ღრუ ვენაში. დაბრკოლება მოსალოდნელია ამ ვენის ნებისმიერ მონაკვეთში. არჩევენ სამი ძირითადი ლოკალიზაციის დაბრკოლებას: ღვიძლზედა, ღვიძლშიგა და ღვიძლქვედა ბლოკს. შეიძლება შეგვხვდეს შერეული ბლოკიც. პორტული ჰიპერტენზიის ძირითადი მიზეზია ღვიძლშიგა ბლოკი, რომლის 80% მოდის ღვიძლის ციროზზე.

ღვიძლზედა ბლოკის ძირითადი მიზეზია ღვიძლის ვენებში პათოლოგიური პროცესი, რომელიც აბრკოლებს ღვიძლიდან სისხლის გა-

დასვლას ქვედა ღრუ ვენაში. ამ პათოლოგიური პროცესებიდან აღსანიშნავია ღვიძლის ვენების თრომბოზი; ბაღ-ჩიარის სინდრომი. ღვიძლ-ქვედა ბლოკის მიზეზია ცვლილებები კარის ვენასა და მის ტოტებში — კარის ვენის თრომბოზი ქიბისმიერი სეფსისის შედეგად, კარის ვენის კავერნული ტრანსფორმაცია და სხვ.

პორტული წნევა, რომელიც არ აღემატება წყ. სვ. 100—140 მმ-ს, მატულობს 500—600 მმ-მდე, აღნიშნულის გამო კომპენსატორულად ფართოვდება ბუნებრივი პორტოკავალური ანასტომოზები: 1. პორტულ სისტემასა და ზედა ღრუ ვენას შორის კუჭისა და საყლაპავი მილის კარდიული ნაწილის ვენებისა და კენტი და ნახევრად კენტი ვენების გავლით, 2. პორტულ სისტემასა და ქვედა ღრუ ვენას შორის ჰემოროიდული ვენების წნულების გავლით, 3. პორტულ სისტემასა და ზედა და ქვედა ღრუ ვენას შორის ქიბის ვენისა და ეპიგასტრული ვენების გავლით.

აღნიშნული გზებით ხორციელდება პორტული სისტემის შუნტირება. პორტოკავალურ ანასტომოზებში წნევის მომატების შედეგად ვითარდება ვენების ვარიკოზული გაგანიერება — ვარიკოზულ ტრანსფორმაციას განიცდის კუჭისა და საყლაპავი მილის კარდიული ნაწილის ვენები, ჰემოროიდული წნულის ვენები (ბუასილი) და მუცლის წინა კედლის კანქვეშა ვენები (მედუზის თავი).

კარის ვენის სისტემაში შეგუბების შედეგია აგრეთვე ელენთის გადიდება, რომელიც ხშირად ჰიპერსპლენიზმით მიმდინარეობს. შემთხვევათა ნაწილში გამოხატულია ასციტი.

ქირურგთათვის განსაკუთრებით საინტერესოა პორტული ჰიპერტენზიის დამახასიათებელი უმძიმესი გართულება — პროფუზული სისხლის დენა საყლაპავი მილისა და კუჭის კარდიული ნაწილის ვენებიდან.

სისხლის დენა ვლინდება სისხლიანი ღებინებით და მელენით. მიუხედავად სისხლის დენის ვენური ხასიათისა, სისხლის დენა ძლიერია და ძნელად ჩერდება. ამას ხელს უწყობს თრომბოციტოპენია ჰიპერსპლენიზმის გამო, ღვიძლის ფუნქციის მკვეთრი დარღვევა ციროზის დროს. სისხლის დენის დროს ღვიძლის მდგომარეობა ბევრად განაპირობებს ავადმყოფის მდგომარეობის სიმძიმეს. სისხლის დენის კლინიკურ მიმდინარეობაში საყურადღებოა ელენთის ცვლილებები. სისხლის დენის პროცესში გადიდებული ელენთა მცირდება. სისხლის დენის დაშთავრებისას იგი აღარ ისინჯება. შემდეგ ელენთა თანდათან ისევ მატულობს ოდენობაში განმეორებით სისხლის დენამდე, რომლის დროსაც კვლავ პატარავდება. ელენთის აღნიშნულ ცვლილებებს ზოგჯერ თვით ავადმყოფიც აღნიშნავს.

ღ ი ა გ ნ ო ზ ი. პორტული ჰიპერტენზია ამა თუ იმ პათოლოგიური

პროცესის შედეგია და, როგორც წესი, ანამნეზში აღინიშნება ამ პროცესის დამახასიათებელი სიმპტომოკომპლექსი, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ პროფუზული სისხლის დენა ზოგჯერ დაავადების პირველი გამოვლინებაა.

პორტული ჰიპერტენზია კომპენსაციის ფაზაში ხანგრძლივად მიმდინარეობს შეუძინევლად. აღინიშნება ზოგადი საერთო სისუსტე, დისპეფსიური მოვლენები, მუცლის შებერილობა, შეკრულობა, ყრუ, გაურკვეველი ლოკალიზაციის ტკივილი მუცელში, ელენტის გადიდება. ხშირია ღვიძლის ციროზის კლინიკური სურათი, ზოგჯერ ასციტი. სისხლში თრომბოციტოპენია, ზომიერად გამოხატული ანემია, ანამნეზში არცთუ იშვიათია ინფექციური ჰეპატიტი, ალკოპოლიზმი.

დიაგნოზის დასაზუსტებლად მიმართავენ კვლევის სპეციალურ მეთოდებს — პორტული სისტემის რენტგენოკონტრასტულ გამოკვლევას — სპლენოპორტოგრაფიას, უმბილიკოგრაფიას, აზიგოგრაფიას, სპლენომანომეტრიას. საყლაპავი მილის კარდიული ნაწილის ვენების ვარიკოზის დადგენა შეიძლება რენტგენოგრაფიით, ფიბროფოგასტროსკოპიით. ღვიძლის ციროზის დასადგენად მიმართავენ რადიოიზოტოპურ სკანირებას, ღვიძლის ტრანსკუტანურ პუნქციურ ბიოფსიას. აღნიშნული გამოკვლევებით შეიძლება არა მარტო პორტული ჰიპერტენზიის დადგენა, არამედ ბლოკის ლოკალიზაციის დაზუსტებაც.

**მკურნალობა.** მკურნალობის ტაქტიკა განსხვავებულია სისხლის დენის პროცესში და სისხლის დენის შეჩერების შემდეგ.

პორტული ჰიპერტენზიით გამოწვეული პროფუზული სისხლის დენის მკურნალობა იწყება კონსერვატიული ღონისძიებებით, გარდა გასტროდუოდენური სისხლის დენის დროს მიღებული რუტინული ღონისძიებებისა, მიმართავენ ვარიკოზული სისხლმდენი ვენების დახშობას ორბალონიანი ბლექმორის ზონდით. ავადმყოფს უნიშნავენ პიტუიტარინს, რომელიც ამცირებს პორტულ წნევას. კონსერვატიული მკურნალობის უშედეგობის შემთხვევაში მიმართავენ ოპერაციულ ჩარევას. სისხლის დენის პროცესში ოპერაციული ჩარევიდან უპირატესობა უნდა მიეცეს გასტროტომიას, შიგნიდან კარდიის სისხლმდენი ვენების გადაკვანძვას და ტანერის ოპერაციას.

სისხლის დენის შეჩერების შემდეგ მკურნალობა მიზნად ისახავს ძირითადი დაავადების მკურნალობას და პორტულ სისტემაში წნევის დაწევას.

პორტული სისტემის განტვირთვისთვის რეკომენდებულია მრავალი ოპერაციული ჩარევა, რომლებიც ორ ჯგუფად შეიძლება დაიყოს: ანგიოანასტომოზი და ორგანოანასტომოზი პორტულ და კავალურ სისტემებს შორის.

ანგიოანასტომოზებიდან მიმართავენ პორტოკავალურ (ეკის ფის-

ტულა), სპლენო-რენული და მეზენტერიულ-კავალური შუნტების შექმნას.

ორგანოანასტომოზის არსია პორტული სისტემისა და კავალური სისტემის ორგანოთა შორის შეხორცებების განვითარება და შეხორცებებში განვითარებული ახალი სისხლძარღვებით პორტული სისტემის განტვირთვა. პორტული სისტემის ორგანოებიდან იყენებენ დიდ ბადექონს, ელენტას, ნაწლავის დემუკოზებულ მარყუჟს და სხვ. კავალური სისტემიდან — დიაფრაგმას, თირკმელს, მუცლის სწორ კუნთს. და სხვ. ორგანოანასტომოზების რიცხვი ასს აჭარბებს. ასეთი მრავალრიცხოვნება მათ ნაკლებეფექტიანობაზე მიუთითებს. მათი დადებითი მხარეა ტექნიკური სიმარტივე, მაგრამ ახალი სისხლძარღვების განვითარებას დიდი დრო (თვეები) სჭირდება და მცირე კალიბრის გამო განტვირთვის ეფექტი მცირეა. ორგანოანასტომოზებიდან აღსანიშნავია ომენტოფრენოპექსია, ომენტოროენოპექსია, დიდი ბადექონის ჩაკერება სწორი კუნთის ბუდეში, წვრილი ნაწლავის დემუკოზებული მარყუჟის მიკერება სწორ კუნთთან, ელენტის გადანაცვლება გულმკერდის ღრუში და სხვ.

ანგიოანასტომოზის დადება ტექნიკურად რთულია, მისი ეფექტი იწყება ოპერაციის დამთავრებისთანავე, პორტული სისტემის განტვირთვის დონე მნიშვნელოვანია, მაგრამ იმის გამო, რომ პორტული სისხლი ღვიძლის გავლით გადადის ქვედა ღრუ ვენაში, ვითარდება ინტოქსიკაციის მოვლენები ენცეფალოპათიის სახით. ყველაზე დიდი განმტვირთავი ეფექტი აქვს პირდაპირ პორტოკავალურ ანასტომოზს, მაგრამ ენცეფალოპათიაც მეტად არის გამოხატული, ამიტომ უპირატესობას აძლევენ სპლენორენულ ანასტომოზს, რომლის დროს ელენტის ვენა (ელენტის ამოკვეთით ან მის გარეშე) უკავშირდება თირკმლის ვენას.

კარის ვენის სისტემის განტვირთვის მიზნით მიმართავენ სპლენექტომიას ფაშვის არტერიის ტოტების (კუჭის მარცხენა არტერიის) გადაკვანძვას, მაგრამ ეფექტი ხანმოკლეა.

ღვიძლის კვების გაუმჯობესების მიზნით ახორციელებენ ღვიძლის არტერიის დენერვაციას, ომენტოპეპატოფრენოპექსიას და სხვ. ბოლო წლებში ღვიძლში რეგენერაციული პროცესის გაძლიერების მიზნით უპირატესობას აძლევენ ღვიძლის ნაწილობრივ რეზექციას.

#### ღვიძლის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

ღვიძლის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები იყოფა შემდეგ სახეებად:

1. პარენქიმული ქსოვილიდან წარმოქმნილი სიმსივნეები (ჰეპატოადენომა, ქოლანგიოადენომა);
2. მეზენქიმური ქსოვილიდან წარმოქმნილი

სიმსივნეები (ჰემანგიომა, ლიმფანგიომა, ფიბრომა, ლიპომა. მიქსომა):  
3. შერეული ხასიათის სიმსივნეები (ჰამარტომა), მასში ჰარბოვს პა-  
რენქიმული ან მენენჯიური ელემენტები.

ღვიძლის კეთილთვისებიან სიმსივნეებს შორის ხშირია ჰემანგიომა,  
რომელიც ვითარდება ღვიძლის ვენებიდან, მისი კლინიკური გამოვლი-  
ნება დამოკიდებულია სიმსივნეების ოდენობაზე. მის მიერ დაზიანე-  
ბული ღვიძლის ქსოვილის ოდენობაზე და გართულებებზე (გასეთქა,  
ავთვისეჩიანი გადაგვარება). ჰემანგიომა უფრო ხშირია ქალებში, ხან-  
გრძლივი დროის განმავლობაში მიმდინარეობს უსიმპტომოდ და შემ-  
თხვევით გამოვლინდება ოპერაციის ან პათოლოგ-ანატომიური გაკვე-  
თის დროს.

ავადმყოფი უჩივის სიმძიმის შეგრძნებას მარჯვენა ფერდქვეშა არე-  
ში, ტკივილი შეიძლება იყოს მღრღნელი, შეტევითი ხასიათის. მარჯვე-  
ნა ფერდქვეშა არეში შეიძლება ისინჯებოდეს სიმსივნე, უმრავლეს შემ-  
თხვევაში სადაზღვაპირიანი, პალპაციით უმტკივნეულო ან მცირედ-  
მტკივნეული.

სიმსივნემ შეიძლება გამოიწვიოს ნაღვლის საერთო სადინარზე ზე-  
წოლა და მექანიკური სიყვითლე, კარის ვენაზე ზეწოლაჲ კი — ასციტი.

ჰემანგიომა იზრდება ნელა, ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ავად-  
მყოფის ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, ლაბორატორი-  
ულად ღვიძლის ფუნქციური სინჯები ნორმის ფარგლებშია. სიმსივნის  
ზრდასთან ერთად ღვიძლის პარენქიმა ირღვევა და ღვიძლის უკმარი-  
სობა ვითარდება.

ღვიძლის ჰემანგიომის ყველაზე ხშირი გართულებაა მისი გახეთქა,  
რომელიც შეიძლება მოყვეს მცირე ტრავმას ან ფიზიკურ დატვირთ-  
ვას.

ღიაგნოზის დადგენაში გვეხმარება ღვიძლის სკანირება, ექოსკო-  
პია, ლაპაროსკოპია, ანგიოგრაფია. მკურნალობა ოპერაციულია. საჭი-  
როა დაზიანებული უბნის რეზექცია.

ღვიძლში შეიძლება განვითარდეს ადენომა, ჰეპატოადენომა —  
ღვიძლის უჯრედებიდან და ქოლანგიოეპითელიომა — სანაღვლე გზე-  
ბიდან, ადენომა შეიძლება იყოს შერეული ხასიათისაც. აღნიშნული  
სიმსივნეები შემოსაზღვრულია შემაერთებელქსოვილოვანი კაფსულით,  
ოპერაციის დროს ადვილად სცილდება ღვიძლის ქსოვილს. უმეტესად  
ვვხვდება მრავლობითი ადენომა, რომელიც მიმდინარეობს უსიმპტო-  
მოდ და ხშირად შემთხვევით გამოვლინდება. მისი მალიგნიზაცია იშვი-  
ათია.

ღვიძლის ადენომების მკურნალობა ოპერაციულია, ახორციელებენ  
სიმსივნის რეზექციას საღი ქსოვილის ფარგლებში.

ღვიძლში შეიძლება განვითარდეს შერეული ხასიათის სიმსივნე —  
ჰამარტომა, რომელიც შეიძლება იყოს ჰეპატოცელულური და მეზენ-

ქიმური, იმისდა მიხედვით, თუ რა ქსოვილი ქარბობს. ავადმყოფებს აღენიშნებათ ანორექსია, წონაში დაკლება, გულისრევა, ტკივილი, შეკრულობის და ღიარის მონაცვლება, მოსალოდნელია ზეწოლა მეზობელ ორგანოებზე.

**მკურნალობა** ოპერაციულია. მიუხედავად იმისა, რომ ჰამარტომა კეთილთვისებიანია, აღინიშნება ოპერაციის შემდგომი მაღალი ლეტალობა.

ღვიძლში განვითარებული ფიბრომა, მიქსომა, ლიპომა შედარებით იშვიათია.

### ღვიძლის კიბო

არჩევნ ღვიძლის პირველად და მეტასტაზურ კიბოს. უკანასკნელ პერიოდში განსაკუთრებით იმატა ღვიძლის პირველადი კიბოს შემთხვევებმა.

ღვიძლის კიბოს ეტიოლოგია უცნობია. მნიშვნელობას ანიჭებენ ჰავას, გეოგრაფიულ გარემოს, კანცეროგენულ ნივთიერებებს, ზოგიერთ პარაზიტულ დაავადებებს (ამებიზი, ოპისტორქოზი, შისტოსომოზი). ზოგიერთი სამკურნალო და კონტრასტული ნივთიერების გამოყენებას, გარკვეული მნიშვნელობა აქვს ღვიძლის ქრონიკულ დაავადებებს, ალკოპოლიზმს. განსაკუთრებით ხშირია კიბოს განვითარება ციროზულად შეცვლილი ღვიძლიდან.

ე. მ. ტარევი და თანაავტ. (1976) ამტკიცებენ კაჟშირს ვირუსულ პოსტნეკროზულ ჰეპატიტსა და ღვიძლის კიბოს შორის. ისინი ჰეპატიტის გამომწვევ ვირუსს კანცეროგენულად მიიჩნევენ. არსებობს მონაცემები, რომ ჰეპატიტის გამომწვევ ბ ვირუსის მტარებლებში ხშირად ვითარდება ჰეპატოცელური კიბო (ბრუმბერი, 1982). ხშირია ღვიძლის კიბოს შემთხვევები ალკოპოლური ციროზით დაავადების დროს. ევროპის მოწინავე ქვეყნებში ღვიძლის კიბო შემთხვევათა 60—90% -ში ვითარდება ალკოპოლური ციროზის ფონზე.

ღვიძლის კიბოს ძირითადი სახეებია ჰეპატომა (კიბო ღვიძლის უჯრედებიდან), ქოლანგიომა (კიბო, რომელიც ვითარდება სანალვე გუბის ეპითელიუმიდან) და ქოლანგიოჰეპატომა.

**სიმპტომატოლოგია.** ღვიძლის პირველადი კიბოს კლინიკური სურათი მრავალფეროვანია. თანდათან ვითარდება აღინამია, მადის დაქვეითება, წონაში დაკლება, ავადმყოფები უჩივიან სიმძიმის შეგრძნებას ეპიგასტრიუმის არეში, ყრუ ტკივილს. დაავადების პროგრესირებასთან ერთად მატულობს ტკივილის ინტენსივობაც, რაც განპირობებულია გლისონის კაფსულის გადაჭიმვით, სიმსივნის ჩაზრდით

სეროზულ გარსში, მეზობელ ქსოვილებსა და ორგანოებში. შორსწასულ შემთხვევაში ვლინდება სიყვითლე, ასციტი, მუცლის წინა კედლის ვენების გაგანიერება. სიყვითლის მიზეზია სიმსივნის ჩაზრდა ღვიძლის კარის არეში, ანდა ზეწოლა ნაღვლის საერთო სადინარზე. ასციტის მიზეზია მისი ზეწოლა კარის ვენაზე, ანდა სიმსივნის დისემირება მუცლის ღრუში.

ღვიძლი დიდდება, მისი ზედაპირი მკვრივი და ხორკლიანი ხდება, შორსწასულ შემთხვევაში ელენთაც დიდდება.

ღვიძლის პირველადი კიბო შეიძლება გამოვლინდეს სუბფებრილური ტემპერატურით, შესაძლებელია აღინიშნებოდეს მაღალი ტემპერატურაც, შემცივნება, რომელიც არ ექვემდებარება ანტიბიოტიკოთერაპიას.

ღვიძლის კიბო ხშირად იძლევა მეტასტაზებს როგორც ლიმფურ ჯირკვლებში, ისე შორეულ ორგანოებში.

ღვიძლის კიბოს ციროზული ფორმის შემთხვევაში საყლაპავი მილის ვარიკოზულად გაფართოებული ვენებიდან აღინიშნება სისხლის დენა. ციროზისგან განსხვავებით, ავადმყოფის მდგომარეობა სწრაფად უარესდება, მატულობს ასციტი, გამოიხატება მძიმე ანემია, კახექსია და ავადმყოფი იღუპება.

ღვიძლის კიბო შეიძლება დაიშალოს, გასკდეს, დაჩირქდეს და განვითარდეს სისხლის დენა, პერიტონიტი.

**ღ ი ა გ ნ ო ს ტ ი კ ა.** ღვიძლის კიბოს დიაგნოსტიკა დაავადების დასაწყისში უკიდურესად ძნელია, ხშირად დიაგნოზს ადგენენ შორსწასული ფორმების შემთხვევაში. სადიაგნოზო მნიშვნელობა აქვს ლაბორატორიულ გამოკვლევებს, ყურადღებას იპყრობს ლეიკოციტოზი, ზოგჯერ მაღალი ციფრით, ელს-ის მომატება, ჰიპოქრომული ანემია. ალბუმინის რაოდენობის შემცირება, ალბინურია.

დიაგნოზის დადგენაში გვეხმარება რადიოიზოტოპური სკანირება, როცა გამოვლინდება „ჩართვის დეფექტი“. საყურადღებოა ის ფაქტი, რომ ღვიძლის სისქეში მდებარე მცირე ზომის სიმსივნის გამოვლენა სკანირებით შეუძლებელია. ლაპაროსკოპია საშუალებას გვაძლევს წარმოდგენა შევიქმნათ ღვიძლის კიბოს ფორმაზე, მის გავრცელებაზე, კომპიუტერული ტომოგრაფია ინფორმაციულია.

**მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა.** ღვიძლის კიბოს მკურნალობა კომბინირებულია. ახორციელებენ ღვიძლის სეგმენტის ან წილის რეზექციას და ქიმიოთერაპიას (მეტოტრექსატი, ტიოტეფი, 5 — ფთორურაცილი). ქიმიოთერაპია განსაკუთრებით ეფექტურია პრეპარატის უშუალოდ არტერიაში შეყვანისას. აღნიშნულის გამო ხდება ჰიპის ვენაში ან ღვიძლის არტერიაში პრეპარატის შეყვანით სელდინგერის ან სხვა წესით კათეტერიზაცია.

ღვიძლის მეტასტაზური კიბო. სხვადასხვა ორგანოს კიბო ხშირად იძლევა მეტასტაზებს ღვიძლში. მეტასტაზები ხშირად ვრცელდება კარის ვენის გზით. სიმსივნური კვანძების ოდენობა და რაოდენობა სხვადასხვაა. კლინიკურ სურათში წინა პლანზეა ძირითადი დაავადების სიმპტომატოლოგია. დიაგნოზის დადგენაში გვეხმარება რადიოიზოტოპური სკანირება, სელექციური ანგიოგრაფია, ლაპაროსკოპია. პირველადი ლოკალიზაციის კიბოს მკურნალობის ტაქტიკის შესარჩევად ღვიძლში მეტასტაზების არსებობის დადგენა აუცილებელია. ღვიძლში მეტასტაზის არსებობა ყოველთვის არ არის პირველადი ლოკალიზაციის კიბოს რადიკალური მკურნალობის უკუჩვენება.

მეტყლის ღრუს ორგანოების კიბოს გამო გაკეთებული ოპერაციის დროს ერთეულ ზედაპირულ მეტასტაზს ამოკარკლავენ ან ღვიძლის მარცხენა წილში მეტასტაზის არსებობისას ამ წილის რეზექციას აკეთებენ. პირველადი კერის მოცილების შემდეგ ღვიძლში არსებული მეტასტაზი შეიძლება დაექვემდებაროს ქიმიოთერაპიას, ყოველ შემთხვევაში შეიძლება სწრაფად არ გაიზარდოს.

## ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების დაავადებები

### სანაღვლე გზების კანკოვანი დაავადება

სანაღვლე გზების კენჭოვანი დაავადება (ქოლელითიაზი) მათი ყველაზე ხშირი პათოლოგიური პროცესია. განსაკუთრებით ხშირია კენჭები ნაღვლის ბუშტში (ქოლეცისტოლითიაზი). შემთხვევათა 20—25%-ში ნაღვლის ბუშტიდან გადასული კენჭი ხედება ნაღვლის საერთო სადინარში (ქოლედოქოლითიაზი).

იშვიათი გამონაკლისის გარდა, ნაღვლის კენჭი წარმოიქმნება ნაღვლის ბუშტში. კენჭის წარმოქმნის მექანიზმი საბოლოოდ დადგენილი არ არის, მაგრამ ნაღვლის კენჭის განვითარების მიზეზად დღესაც იწვევება, ნაღვლის შეგუბება და ლიპიდური ცვლის მოშლა მიაჩნიათ.

ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების კენჭოვანი დაავადება უპირატესად უვლინდებათ ხანში შესულებსა და მოხუცებულებს. კ. გროსის (1966) მონაცემებით, ნაღვლის ბუშტში კენჭი აღმოაჩნდა 60 წლის ასაკის ქალთა მეოთხედს და 80 წლის ასაკის ქალთა 40%-ს. ეს დაავადება ხშირია ქალებში (3—5:1), ქალაქის მცხოვრებლებში. კენჭის წარმოქმნას ხელს უწყობს დიდი რაოდენობით ხორცის, ცხიმის, კვერცხის ჭამა, უმოძრაობა, შეკრულობა, მეტეორიზმი და სხვ., აგრეთვე ისეთი დაავადებანი, როგორცაა დიაბეტი, პოდაგრა, თირკმ-



ლის ქრონიკული ანთება, რომლის დროს სისხლში მატულობს ქოლესტერინის კონცენტრაცია. იგი ხშირად უვლინდებათ პიკნიკური აგებულებისა და სიმსუქნისადმი მიდრეკილების მქონე ადამიანებს.

გარკვეული მნიშვნელობა აქვს გენეტიკურ ფაქტორს. ასე, მაგალითად, ჩრდილო ამერიკის ინდიელთა ერთ-ერთი ტომში 30 წლის ასაკის ქალებში ნაღვლის ბუშტის კენჭოვანი დაავადების სიხშირე აღწევდა 70%-ს, ხოლო აფრიკის აბორიგენებში არ აღემატება 1%-ს.

ნაღვლის ბუშტში გვხვდება სხვადასხვა ზომის, ფორმისა და რაოდენობის კენჭები. არჩევენ ქოლესტერინის შემცველ, პიგმენტურ და შერეულ კენჭებს. ქოლესტერინისგან შედგენილი კენჭი მოყვითალო ფერისაა, უფრო ერთეული. პიგმენტური კენჭი მოყავისფრო, რუხია, მოშავო-მოშწვანო, მრავლობითია, შედარებით წვრილი შერეული კენჭი შეიცავს ქოლესტერინს, ნაღვლის პიგმენტსა და კალციუმის მარილს. რაც უფრო მეტ კალციუმის მარილს შეიცავს იგი, მით უფრო მკვრივია. ფორმის მიხედვით კენჭი შეიძლება იყოს მრგვალი, ოვალური, მრავალწახნაგა და სხვ. უფრო ხშირია მრგვალი, სადაზედაპირიანი, ბრტყელი, ხორკლოვანზედაპირიანი, ოვალური და მრავალწახნაგა სიბზედაპირიანი კენჭი. ხასუნისგან წახნაგები ფასეტებად გვხვდება. ბუშტში შეიძლება იყოს ერთი დიდი კენჭი ან მრავლობითი, სხვადასხვა ზომის კენჭი, რომელთა რიცხვი შეიძლება ათასს აჭარბებდეს. წვრილი კენჭები უფრო გამონატულ კლინიკურ სურათს იძლევა, ვიდრე დიდი ოდენობის ერთეული კენჭი. კენჭების რაოდენობას კლინიკური სურათისთვის მნიშვნელობა არა აქვს.

ს ი მ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა. ნაღვლის ბუშტში არსებული კენჭი ყოველთვის არ იძლევა კლინიკურ გამოვლინებას. იგი შეიძლება შემთხვევით აღმოჩნდეს ავადმყოფის გამოკვლევის ან სექციის დროს.

ნაღვლის ბუშტის კენჭოვანი დაავადების დამახასიათებელია ტკივილი და დისპეფსიური მოვლენები. იგი ქრონიკული მიმდინარეობისაა პერიოდული გამწვავებებით.

ავადმყოფთა ნაწილს გამოხატული აქვთ ძირითადად დისპეფსიური მოვლენები, რომლებიც ყრუ ტკივილის ფონზე მიმდინარეობენ. ავადმყოფს აწუხებს სიმძიმის შეგრძნება ეპიგასტრიუმში, უფრო ხშირად ცხნიანის საკვების მიღების შემდეგ, მომწარო გემო პირში, გულისრევა, ზოგჯერ ლებინება. ეს მოვლენები მუდმივი ხასიათისაა ან პერიოდული. ამ ავადმყოფებს კენჭის ქვლის მსგავსი შეტევა არ ახასიათებთ.

ნაღვლის ბუშტის კენჭოვანი დაავადების უფრო ტიპური გამოვლინებაა პერიოდული შეტევითი ხასიათის ტკივილი მარჯვენა (ფერდქვეშა არეში, ირადიაცია მარჯვენა მხარში. ტკივილი უეცარია, კენჭოვანი ქვალის მსგავსი, იმდენად ძლიერია, რომ ავადმყოფი ადგილს ვერ პოულობს, შფოთავს, მდებარეობას იცვლის, როგორც ამბობენ, ტკივი-

ლისგან „კედელზე აღის“. კენჭოვანი ჰვეალი შეიძლება დაიწყოს სრულიად უმიზეზოდ ან მას წინ უძლოდეს დიეტის დარღვევა, ცხიმოვანი საკვების, ალკოჰოლის მიღება და ა. შ. შეტევა გრძელდება რამდენიმე წუთი ან საათი, იშვიათად 1—2 დღე, ტკივილთან ერთად ხშირია ლებინება, მეტეორიზმი. მუცელი რბილია, უმტკივნეულო, ტემპერატურა ნორმის ფარგლებშია.

შეტევებს შორის ავადმყოფი თავს დამაკმაყოფილებლად გრძნობს ან რჩება უმნიშვნელო ტკივილი და უსიამოვნო შეგრძნება მარჯვენა ფერდქვეშა არეში.

შეტევის სინშირე სხვადასხვაა, ზოგიერთ შემთხვევაში შუალედი პერიოდი ხანგრძლივია, წლებით განისაზღვრება.

ნ ა ღ ვ ლ ი ს ბ უ შ ტ ი ს წ ყ ა ლ მ ა ნ კ ი. ნაღვლის ბუშტში არსებული კენჭი შეიძლება ჩაიბედოს ბუშტის ყელში ან სადინარში, დადაახმოს მისი სანათური, ასეთ შემთხვევაში ვითარდება ნაღვლის ბუშტის წყალმანკი (ჰიდროპსი). ნაღვლის ბუშტში არსებული ნაღვლიდან პიგმენტები შეიწოვება. ნაღვლის ბუშტის ლორწოვანი გარსის გაძლიერებული სეკრეციის გამო ნაღვლის ბუშტი ივსება შიგთავსით, დიდდება, გადაიჭიმება, შეიცავს უფერო ლორწოსშემცველ შიგთავსს.

ნაღვლის ბუშტის წყალმანკი გამოვლინდება ყრუ ტკივილით მარჯვენა ფერდქვეშა არეში, სადაც პალპაციით ისინჯება სადაზუნდაპირიანი დაჭიმული, ელასტიკური, სფეროსებრი მოყვანილობის სიმსივნური წარმონაქმნი, რომელიც გადიდებული და სითხით გადავსებული ნაღვლის ბუშტია.

ნ ა ღ ვ ლ ი ს ს ა ე რ თ ო ს ა დ ი ნ რ ი ს კ ე ნ ჯ ო ვ ა ნ ი დ ა ა ვ ა დ ე ბ ა. როგორც აღვნიშნეთ, შემთხვევათა 20—25%-ში კენჭი ნაღვლის ბუშტიდან გადაინაცვლებს ნაღვლის საერთო სადინარში და ვითარდება ქოლედოქოლითიაზი. კენჭის საერთო სადინარში გადასვლა დამოკიდებულია კენჭის ოდენობაზე და ნაღვლის ბუშტის სადინრის აგებულებაზე, ნაღვლის ბუშტის კუნთოვანი შეკუმშვის ძალაზე. ჩვეულებრივ, ნაღვლის საერთო სადინარში გადადის მცირე ოდენობის (არაუმეტეს 0,5 სმ) კენჭები, რომელთა ნაწილი ღვრილის გავლით გადადის თორმეტგოჯა ნაწლავში, ნაწილი კი რჩება სადინრის სანათურში. ძირითადი გართულება, რომელსაც იწვევს ნაღვლის საერთო სადინარში არსებული კენჭი, მექანიკური სიყვითლეა. საჭიროა აღვნიშნოთ, რომ კენჭის არსებობა ნაღვლის საერთო სადინარში ყოველთვის არ განაპირობებს სიყვითლის განვითარებას. სიყვითლის განვითარების მიზეზია კენჭის ჩაჭედვა ნაღვლის საერთო სადინრის დისტალურ მონაკვეთში. ზოგ შემთხვევაში სიყვითლე გარდამავალი ხასიათისაა, რაც აიხსნება სანათურის პერიოდული დაზნობით. სიყვითლისთვის აუცი-

ლებელია სანათურის სრული დახშობა, 22 მმ დიამეტრის ხვრელის არსებობა საკმარისია იმისთვის, რომ სიყვითლე არ განვითარდეს.

ნაღვლის საერთო სადინარში ვითარდება ჰიპერტენზია, სადინარის სანათური ფართოვდება. მისი დიამეტრი აღემატება 1 სმ, ქოლედოქოლითიაზის დროს ქოლედოქუსის დიამეტრი შეიძლება 4—5 სმ-ს აღწევდეს, სანათურში შეიძლება ამავე სიდიდის ქვები იყოს. ნაღვლის საერთო სადინარში მოხვედრილი კენჭი დასაწყისში პატარაა, დროთა განმავლობაში მასზე ილექება ქოლესტერინის პიგმენტები და ის დიდდება.

ს ი მ მ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა. ნაღვლის საერთო სადინარის ნაწილობრივი ან მთლიანი ობტურაციის შემთხვევაში, რასაც დაერთვის სანაღვლე გზებში ჰიპერტენზიის მოვლენები, ავადმყოფს აწუხებს შეტევითი ტკივილი მარჯვენა ფერღქვეშა არეში ირადიაციით მარჯვენა ბეჭისკენ, ლავიწისკენ, გულისკენ. სრული ობტურაციის დროს თანდათან გამოვლინდება მექანიკური სიყვითლის ნიშნები — სიყვითლე, მუქი შარდი, აქოლიური (თიხის ფერის) განავალი, კანის ქავილი.

სიყვითლე იწყება თვალის სკლერებიდან, ენის ქვედა ზედაპირიდან. შემდეგ გადადის ხელისგულებზე და, ბოლოს, მთელს სხეულზე. სიყვითლე შეინიშნება მხოლოდ დღის სინათლეზე.

კანის შემაწუხებელი ქავილი სისხლში ნაღვლის მკვებების გადასვლის შედეგია. სისხლში მატულობს ბილირუბინი შეკავშირებული (პირდაპირი) ბილირუბინის ხარჯზე. ბილირუბინის გარდა, სისხლში მატულობს ქოლესტერინი, ფოსფოლიპიდები, ტუტე ფოსფატაზა და სხვ. გამოხატულია საერთო სისუსტე. უძილობა, უმადობა, გულისრევა, ღებინება, ნაღვლის შეგუბების გამო ღვიძლი ზომიერად დიდდება. ნაღვლის ხანგრძლივი შეგუბება იწვევს ღვიძლის ფუნქციის მოშლას. მოსალოდნელია ღვიძლის ბილიარული ციროზი, ღვიძლის ნაკლოვანება. ხანგრძლივი ქოლესტაზის შედეგად ვითარდება ჰემორაგიული სინდრომი — ქოლემიური სისხლის დენა, რადგანაც ირღვევა ნაწლავებიდან ცხიმში ხსნადი ვიტამინის K-ს შეწოვა. მცირდება სისხლში შედედების II, VII, IX და X ფაქტორების სინთეზი.

ფატერის დვრილში კენჭის ჩაჭედვის შედეგად მოსალოდნელია პანკრეასის სადინარის დახშობა ან ნაღვლის რეფლუქსი პანკრეასის სადინარში, რასაც მოყვება მწვავე ან ინდურაციული პანკრეატიტი.

ქოლესტაზს არცთუ იშვიათად ერთვის ნაღვლის ინფიცირება, რასაც მოყვება ქოლანგიტი, ღვიძლის აბსცესი, რომელსაც ქვემოთ განვიხილავთ.

ღ ი ა გ ნ ო ზ ი და დ ი ფ ე რ ე ნ ც ი უ ლ ი ღ ი ა გ ნ ო ზ ი. ტიპური ანამნეზის შემთხვევაში (პერიოდული შეტევითი ტკივილი მარჯვენა ფერღქვეშა არეში, დამახასიათებელი ირადიაციით, გულისრევა,

ღებინება და სხვ.) ნაღვლის ბუშტის კენჭოვანი დაავადების ამოცნობა ძნელი არ არის, მაგრამ ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში საჭიროა ობიექტურად დადგინდეს ნაღვლის ბუშტში კენჭის არსებობა.

სანაღვლე გზებში კენჭის აღმოჩენის ძირითადი მეთოდებია: სანაღვლე გზების რენტგენოკონტრასტული შესწავლა და ექოსკოპია. ნაღვლის კენჭში ღიდი რაოდენობითი კალციუმის მარილების შემთხვევაში კენჭის ჩრდილი შეიძლება გამოისახოს მუცლის ღრუს მიმოხილვით რენტგენოგრაფიაზე. ამიტომ რენტგენოლოგიური შესწავლა სწორედ ამ გამოკვლევით უნდა დავიწყოთ. კენჭის დადგენის გარდა, კვლევის რენტგენოკონტრასტული მეთოდები წარმოდგენას იძლევიან ღვიძლგარეთა სანაღვლე გზების მდგომარეობაზე; ნაღვლის ბუშტის კონცენტრაციულ და მიატორულ ფუნქციაზე. მიმართავენ რენტგენოლოგიური კვლევის 3 მეთოდს: პერორულ ქოლეცისტოგრაფიას, ვენურ და ინფუზიურ ქოლანგიოგრაფიას. საჭიროების შემთხვევაში ახორციელებენ პერკუტანულ ღვიძლშიგა ქოლეგრაფიას, რეტროგრადულ ქოლანგიოგრაფიასა და ლაპაროსკოპიულ ქოლეცისტოქოლანგიოგრაფიას.

პერორული ქოლეცისტოგრაფიის დროს ისახება ძირითადად ნაღვლის ბუშტი, მასში შემცველი კენჭები იძლევა ავსების დეფექტს. ამ გამოკვლევისთვის ხმარობენ ქოლევიდს, ბილიტრასტს,

საკონტრასტო ნივთიერებების (ბილიგნოსტი, ბილიგრაფინი, ლეგრაფინი და სხვ.) ვენაში შეყვანის შემდეგ ისახება როგორც ნაღვლის ბუშტი, ისე ღვიძლგარეთ სადინრები. ამ გამოკვლევის დროს ნაღვლის ბუშტის კენჭზე მიუთითებს, გარდა ავსების დეფექტისა, ნაღვლის ბუშტის გამოუსახველობა (ე. წ. გამოთიშული ნაღვლის ბუშტი). ასეთი რენტგენოლოგიური სურათი ნაღვლის ბუშტის ყელში კენჭის ჩაქედვის შედეგია. ნაღვლის საერთო სადინრის უკეთ ასახვის მიზნით მიმართავენ ინფუზიურ ქოლანგიოგრაფიას—საკონტრასტო ნივთიერებების წვეთოვან შეყვანას (20 წუთის განმავლობაში). იოდის შემცველი საკონტრასტო ნივთიერებების ვენაში შეყვანა ზოგჯერ იწვევს მძიმე ალერგიულ რეაქციას, რის გამოც საჭიროა წინასწარ იოდზე ორგანიზმის მგრძობელობის შესწავლა (1—2 მლ ნივთიერების შეყვანა ვენაში), თუმცა უპრყოფითი პასუხი ყოველთვის არ გამორიცხავს რეაქციის განვითარების შესაძლებლობას.

სიყვითლის დროს სანაღვლე გზების კონტრასტირება არ ხდება, რადგანაც ვლინდება ჰეპატო-ბილიარული ბლოკი და ნაღვლის გამოყოფის შეწყვეტა. ამიტომ სიყვითლის დროს იყენებენ სანაღვლე გზების კონტრასტირების სხვა მეთოდებს, რომელიც გაცილებით რთულია ტექნიკურად და მეტ გართულებებსაც იძლევა.

პერკუტანული ღვიძლშიგა ქოლანგიოგრაფიის დროს სპეციალური სიბას ნემსით შედიან ღვიძლში. შეგუბების გამო ხვდება რომელიმე

გაფართოებულ ღვიძლის სადინარში და შეყავთ საკონტრასტო ნივთიერება.

ლაპარასკოპიული ქოლეცისტოქოლანგიოგრაფიის დროს ლაპაროსკოპიის კონტროლით გარედან ღვიძლის კიდის გავლით ახორციელებენ გადიდებული ნაღვლის ბუშტის ბუნქციას, ასპირაციით ცვლიან ნაღვლის ბუშტს და იმავე რაოდენობით საკონტრასტო ნივთიერება შეყავთ.

რეტროგრაფული ქოლანგიოგრაფიის დროს ფიბროდუოდენოსკოპის საშუალებით ახორციელებენ ფატერის დვრილის კათეტერიზაციას კონტრასტის რეტროგრაფული შეყვანით.

ამ სამი მეთოდიდან უპირატესობა უნდა მიეცეს რეტროგრაფულ ქოლანგიოგრაფიას, რადგან ინფორმაციულობის გარდა, შეიძლება პაპილოტომიის ჩატარება და ჩაჭვდილი კენჭის ამოღება.

გამართლებულია ლაპარასკოპიული ქოლეცისტოქოლანგიოგრაფიაც, რადგან მექანიკური სიყვითლის დროს ნაღვლის ასპირაცია და სანაღვლე გზების დეკომპრესია მკურნალობის ერთ-ერთი ეტაპია.

კვლევის მარტივი და ამავე დროს მაღალი ინფორმაციული (95—97%) მეთოდია ექოსკანირება. მის ჩატარებას პრაქტიკულად უკონტრინება არა აქვს. იგი ავადმყოფისთვის მარტივია, შეიძლება დაადგინოს სადინრის მდგომარეობა, ნაღვლის ბუშტის კედლის ცვლილებები. ექოსკანირება ნაკლებ ინფორმაციულია ნაღვლის საერთო სიდიდის მიხედვით კენჭის დასადგენად.

მექანიკური სიყვითლის დროს საჭიროა მისი მიზეზის დადგენა. დიფერენციული დიაგნოსტიკა საჭიროა ჰეპატიტის, სიმსივნის გამოსარიცხად.

უნდა აღვნიშნოთ, რომ დაგვიანებულ ქირურგიული ჩარევა მექანიკური სიყვითლის დროს ისევე სახიფათო და ზიანის მომტანია ავადმყოფისთვის, როგორც არასაჭირო ჩარევა სხვა წარმონაშთის სიყვითლის დროს, რაც კიდევ უფრო ართულებს ავადმყოფის მდგომარეობას.

ხშირად საჭირო ხდება კენჭით გამოწვეული სიყვითლის დიფერენცირება პანკრეასის თავის სიმსივნის შედეგად განვითარებულ სიყვითლისგან. პირველ რიგში მხედველობაში უნდა მივიღოთ კლინიკური სურათი. პანკრეასის თავის სიმსივნის შედეგად განვითარებული სიყვითლის ფონზე ისინჯება გადიდებული ნაღვლის ბუშტი (კურვა-ზიეს სიმპტომი). მართალია, ქოლესტაზი ვლინდება ორივე მიზეზით გამოწვეული სიყვითლის დროს, მაგრამ პანკრეასის თავის სიმსივნის შემთხვევაში შეფუცვლი ნაღვლის ბუშტი ადვილად ივსება და იბრუნება, კენჭოვანი პროცესის დროს კი ნაღვლის ბუშტი ანთებითად არის შეცვლილი, ზოგჯერ შექმუხნული, იგი არ დიდდება და არ ივსება.

დახმარებას გვიწევს ექოსკანირება — გადიდებული ბუშტი და ვაფართოებული სადინრები პანკრეასის თავის სიმსივნის დამახასიათებელი

ლია. პატარა ბუშტი გაფართოებული საერთო სადინრით, მით უფრო ბუშტში კენჭი, სიყვითლის კენჭოვანი ხასიათის მაჩვენებელია.

ღვიძლის სიმსივნის დროს ინფორმაციულია რადიოიზოტოპური სკანირება, სელექციური ანგიოგრაფია. ღვიძლისა და სანაღვლე გზების სიმსივნის დროს დამატებით ცნობებს იძლევა ლაპაროსკოპია.

ღვიძლისმიერი (პარენქიმული) სიყვითლის წარმოშობა დაკავშირებულია ღვიძლის პარენქიმის ინფექციურ და ტოქსიკურ დაზიანებასთან. პარენქიმული სიყვითლე აღინიშნება აგრეთვე ღვიძლის ციროზის, ზოგიერთი პარაზიტული დაავადებების, მწვავე და ქრონიკული ინფექციების დროს და სხვ.

პარენქიმული სიყვითლის დროს შარდში ჩნდება ბილირუბინი და ნაღვლის მეავები სიყვითლის განვითარებამდე, ხოლო მათი რაოდენობა სიყვითლის გამომჟღავნების შემდეგ მატულობს. განავლის მთლიანი გაუფერულება შეიმჩნევა იშვიათად, რაც დამახასიათებელია მექანიკური სიყვითლისთვის. პარენქიმული სიყვითლის დროს დაავადების დაწყებიდანვე პიგმენტური ფუნქციის დარღვევასთან ერთად ირღვევა ღვიძლის სხვა ფუნქციაც.

**მკურნალობა.** ნაღვლის ბუშტის კენჭოვანი დაავადება, რომელსაც გამოხატული კლინიკური სურათი აქვს და განმეორებით შეტევებით ვლინდება, ოპერაციულ მკურნალობას საჭიროებს.

კონსერვატიული მკურნალობა, რომელიც გულისხმობს დიეტას, ანტისპაზმური საშუალებების გამოყენებას და კურორტულ მკურნალობას, დასაშვებია შეტევის გარეშე მიმდინარე ფორმისა და ისეთი მძიმე თანმხლები დაავადებების შემთხვევაში, როგორცაა შაქრიანი დიაბეტის მძიმე ფორმა, გულ-სისხლძარღვთა მწვავე ნაკლოვანება, თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის მოშლა, მკვეთრი სიმსუქნე და სხვ. ინდივიდუალური მიდგომით უნდა გადაწყდეს ოპერაციული ჩარევის საკითხი, როცა ავადმყოფი მოხუცია.

ნაღვლის ბუშტის კენჭოვანი დაავადების დროს ოპერაციული ჩარევა განისაზღვრება ქოლეცისტექტომიით.

ქოლეცისტექტომიას ახორციელებენ ენდოტრაქეული ნარკოზით. მიმართავენ როგორც ზედა შუა ლაპაროტომიას, ისე ირიბ განაკვეთებს (ფეოდოროვის, მიკულიჩის, რიო-ბლანკოს და სხვ.). იმ შემთხვევაში, როცა ნაღვლის ბუშტი არ არის მკვეთრად დეფორმირებული და ნაღვლის ბუშტის ყელი თავისუფალია შეხორცებებისგან, უპირატესობა უნდა მისცენ ქოლეცისტექტომიას ყელიდან. გადავსებული ნაღვლის ბუშტი უნდა დაცალონ პუნქციით, ნოვოკაინის ინიექციის შემდეგ ბუშტის ყელის მფარავ სეროზულ გარსს ფრთხილად ამოკვეთავენ ნაღვლის საერთო სადინრამდე. უნდა გაშიშვლდეს ნაღვლის ბუშტის სადინრის ქოლედოქუსში ჩასვლის ადგილი. ბუშტის მარცხენა ზედაპირზე, ჩვე-

უღებრივ, კარგად ისახება ბუშტის არტერია. დისექტორით გამოყოფის შემდეგ მას გადაკვანძვენ და კვეთავენ ორ ლიგატურას შორის ბუშტის კედელთან რაც შეიძლება ახლოს. ასეთი გადაკვანძვის დროს რჩება არტერიის გრძელი ტაკვი, რაც სისხლის დენის შემთხვევაში აადვილებს მასზე მომჭერის დაღებას.

ბუშტის არტერიის გადაკვანძვის შემდეგ საჭიროა კარგად გამოიყოს ბუშტის სადინარი ქოლედოქუსამდე. თითებით კარგად უნდა შევიგრძნოთ მისი სანათური და თუ მასში მოთავსებულია მცირე ზომის კონკრემენტები, ისინი ფრთხილად გადავანაცვლოთ ბუშტში, რათა თავიდან ავიცილოთ მათი ქოლედოქუსში გადასვლა, რაც ფუძიდან ქოლედისტექტომიის წარმოების უარყოფითი მხარეა. კენჭის ბუშტში გადანაცვლების შემდეგ ბუშტის სადინარს ვადებთ პროვიზორულ ლიგატურას. თუ ზონდირება საჭირო არ არის, ბუშტის სადინარი გადაიკვანძება ქოლედოქუსიდან 3—5 მმ-ის დაცილებით. ბუშტის სადინარის ტაკვი მუშავდება იოდის ხსნარით.

როდესაც ნაღვლის ბუშტის ყელის არეში არ არის განვითარებული მკვეთრი ანთებითი ცვლილებები, ნაწიბუროვანი შენაზარდები, ინფილტრატი და სხვა, შესაძლებელია ქოლედისტექტომიის წარმოება ყელიდან. ამ მეთოდის უპირატესობად უნდა ჩაითვალოს ის, რომ იგი სრულდება უფრო სწრაფად, ნაკლებად ზიანდება ღვიძლის პარენქიმა, ოპერაცია მიმდინარეობს სისხლის დენის გარეშე, რადგან დასაწყისშივე იკვანძება ბუშტის არტერია და გამორიცხულია ოპერაციის დროს ბუშტის სადინრიდან ქოლედოქუსში მცირე ზომის კენჭების გადაღენის საშიშროება. დასაწყისში გადავსებული ბუშტი უნდა დაიცალოს, ბუშტის ყელთან ახლოს ვადებთ ლუერის მომჭერს და მისი საშუალებით დაჭიმულ ბუშტის სადინარს, ჩლუნგი წესით ფრთხილად გამოვყოფთ ქოლედოქუსამდე. ბუშტის ყელის პროქსიმალურ ბოლოზე ვადებთ მომჭერს და მისი ოდნავ ზემოთ აწევით. ბუშტის ყელი ორმაგი ლიგატურის დადების შემდეგ ქოლედოქუსიდან 3—4 მმ-ის დაცილებით იკვეთება. ამის შემდეგ ვიწყებთ ბუშტის არტერიის გადაკვანძვას. ვეწევით მომჭერს, რომელიც დადებული გვაქვს გადაკვეთილი ბუშტის ყელზე. მასთან ერთად დაიჭიმება ბუშტის არტერიაც, რომელიც გადაიკვანძება ორმაგი ლიგატურით. ბუშტის არტერიის და სადინარის გადაკვანძვის შემდეგ იწყება ბუშტის მოცილება ღვიძლიდან.

ქოლედისტექტომიის დროს დიდი სიფრთხილეა საჭირო ქოლედოქუსის დაზიანების აცილების მიზნით. ამ მხრივ ნაკლებად სახიფათოა ბუშტის გამოყოფა ფუძიდან.

ამოწმებენ ჰემოსტაზს, სარეცელიდან უმნიშვნელო სისხლის დენას შეაჩერებენ ელექტროკოაგულაციით. სარეცელის კიდებებზე სეროზული გარსის დარჩენის შემთხვევაში მას გაკერავენ კეტიგუტის განუწყვე-

ტელი ნაკერით. თუ სარეცელი მშრალია, მისი დატოვება შეიძლება დაუმუშავებლად.

ქოლეცისტექტომიის დამთავრების შემდეგ საიმედო ჰემოსტაზის შემთხვევაში მუცლის ღრუში ტოვებენ ერთ გვერდითხვრელებთან დრენაჟს, რომლის ბოლოს ათავსებენ ვინსლოვის ხვრელთან, ხოლო გვერდით ხვრელებს მიაქცევენ სარეცელისკენ. დრენაჟს მუცლის ღრუდან გამოიტანენ კრილობის გარეთ, ცალკე განაკვეთში.

თუ ოპერაციის მიმდინარეობისას ლიგატურის მოვარდნით ან სხვა მიზეზით დაიწყო სისხლის დენა ბუშტის არტერიიდან, პირველ რიგში აუცილებელია მარცხენა მტევნის ორი თითით ღვიძლ-თორმეტგოჯა იოგის გადაჭერა, ვინსლოვის ხვრელში საჩვენებელი თითის შეტანით. ჩაღვრილი სისხლის ამომშრალების შემდეგ აუჩქარებლად პოულობენ სისხლძარღვს და ადებენ მომჭერს.

ნაწიბუროვნად შეცვლილი ბუშტის გამოყოფა ხშირად არ ხერხდება ღვიძლის ქსოვილის დაუზიანებლად. ასეთ შემთხვევაში უმჯობესია ნაღვლის ბუშტის გადახსნა და მისი კედლების მოცილება თვალის კონტროლით. სარეცელის არეში ლორწოვანის დარჩენის შემთხვევაში იგი უნდა მოწვან ელექტროკოაგულატორით.

ნაწიბუროვნად შეკუმხნული და გადაგვარებული ნაღვლის ბუშტი ჩვეულებრივ ძალზე დაპატარავებულია, დაკარგული აქვს ფორმა, რაც განპირობებულია წარსულში მძიმე დისტრუქციული ანთების რეციდივებით. იგი შეიცავს ნაღვლით შეფერილ ლორწოს, მცირე ზომის კენკებს ან საგოზავის მსგავს მასას. ბუშტი ღრმა არის შეჭრილი ღვიძლის პარენქიმაში და მჭიდროდ არის დაკავშირებული ღვიძლ-თორმეტგოჯა იოგინ ელემენტებთან. ბუშტის სადინარი ამ დროს ატროფირებულია, არაიშვიათად ობლიტირებული და გახვეული შეხორცებებში. ასეთი ბუშტის გამოყოფისას გამორიცხული არ არის ნაღვლის სადინარის, კარის ვენის და ღვიძლის არტერიის დაზიანება. გარდა ამისა, ბუშტის გამოყოფა ძალზე სისხლმდენია.

ქოლეცისტექტომიის შესრულებამდე აუცილებლად უნდა დარწმუნდნენ ნაღვლის საერთო სადინარის გამავლობაში. ამ მიზით რეკომენდებულია ნაღვლის საერთო სადინარის სუბოპერაციული შესწავლის მრავალი წესი.

ინსპექციით განსაზღვრავენ ქოლედოქუსის სიფართეს, იგი არ უნდა აღემატებოდეს 0,8 — 1,0 სმ-ს, მისი გაფართოება 1,2 სმ-ზე მეტად მასში პათოლოგიური პროცესის მაჩვენებელია. სადინარის დიამეტრის ზუსტი ზომის დასადგენად მას ზომავენ კრონციკულით. ახორციელებენ სადინარის პალპაციას საჩვენებელი თითითა და ცერით, ვინსლოვის ხვრელში საჩვენებელი თითის შეტანით. პალპაციით სინჯავენ ქოლედოქუსის მხოლოდ სუპრადუოდენურ ნაწილს. რეტროდუოდენური



მონაკვეთის პალპაციისთვის საჭიროა თორმეტგოჯა ნაწლავის მობილიზაცია კოხერის წესით. ნაღვლით გადავსებული საერთო სადინარში კენჭების შეგრძნება ძნელია. მიაჩნიათ, რომ პალპაციით სწორი პასუხის მიღება შეიძლება შემთხვევათა 50%-ში.

მიმართავენ საერთო სადინარის ზონდირებას და ზონდზე პალპაციას. ზონდი ქოლედოქუსში შეყავთ ბუშტის სადინრიდან, თუ 3 მმ სისქის ზონდი გავიდა თორმეტგოჯა ნაწლავში, მაშასადამე ფატერის დერილის გამავლობა ნორმალურია. ზონდის გატარება საჭიროა ყოველგვარი ძალდატანების გარეშე, წინააღმდეგ შემთხვევაში შეიძლება ნაღვლის საერთო სადინარის დაზიანება.

საერთო სადინარში კენჭის დასადგენად რეკომენდებულია მისი ტრანსილუმინაცია, რისთვისაც იყენებენ ცისტოსკოპებს. ქვემოლან განათებულ სადინარში შეიძლება შენიშნონ კენჭის ჩრდილი. გასაგებია, რომ ამ გზით შეიძლება ქოლედოქუსის მხოლოდ სუბარდუოდენური ნაწილის გამოკვლევა.

კვლევის აუცილებელი მეთოდია ქოლანგიოგრაფია საკონტრასტო ნივთიერების უშუალოდ საერთო სადინარში შეყვანით, უმეტესად ნაღვლის ბუშტის ყელიდან. ზოგჯერ ამისათვის საჭირო ხდება ბუშტის სადინარის კანიულირება. ქოლანგიოგრაფია ავლენს ქოლედოქუსის სიფართეს, ფატერის დერილის მდგომარეობას, სადინარში არსებულ კენჭებს. ამ მეთოდის ინფორმატიულობა არ აღემატება 85%-ს. შემთხვევათა 8 — 15%-ში შესაძლებელია ცრუ დადებითი პასუხის მიღება.

ამჟამად სულ უფრო ფართოდ იყენებენ ფიბროქოლესკოპიას და ინტრაოპერაციულ ექოსკოპიას.

რასაკვირველია, ყველა შემთხვევაში არ არის საჭირო ჩამოთვლილი მეთოდების გამოყენება, მაგრამ ინსპექცია, პალპაცია და სუბოპერაციული ქოლანგიოგრაფია აუცილებელია.

ქოლედოქოლითიაზის დროს ქოლაციტექტომიასთან ერთად ქოლედოქოტომიასაც ახორციელებენ, გარდა სიყვითლისა და ოპერაციამდე ან ოპერაციის დროს ქოლედოქუსში დადგენილი კენჭებისა, ქოლედოქტომიის ჩვენებებია სიყვითლე ანამნეზში, წერილი კენჭები ნაღვლის ბუშტში, შეკმუხნილი ნაღვლის ბუშტი, მღვრიე და საგოზავისმაგვარი მასა სადინარში, ქოლანგიტი, სანათურის გაფართოება 1,5 სმ-ზე მეტად.

ძირითადად მიმართავენ სუბარდუოდენურ ქოლედოქოტომიას. სიგრძივ განაკვეთს ატარებენ ქოლედოქუსის წინა მარჯვენა ზედაპირზე, წინასწარ ატარებელი ნემსით ორ დამკერ ნაკერს შორის. განაკვეთი არ უნდა აღწევდეს თორმეტგოჯა ნაწლავის კიდეს, რადგან აქ სადინარზე გადადის პანკრეას-თორმეტგოჯა ნაწლავის ზერელე მარჯვენა

არტერია და ვენა და მათი გადაკვეთისას იწყება ძლიერი სისხლის დენა. სანათურში თავისუფლად მდებარე კენჭებს ადვილად გადმოანაცვლებენ კრილობისკენ და ამოიღებენ. კენჭების ამოსაღებად ხმარობენ სპეციალურ კოვზებს, კაუჭებს ფოგარტის ბალონის ზონდს და სხვ. თუ კენჭი ჩაჭედლია ფატერის ღვრილში და მისი ამოღება არ ხერხდება, საჭიროა ტრანსდუოდენური პაპილოტომია.

არსებობს ქოლედოქტომიის დასრულების სამი ძირითადი წესი: ყრუდ დახურვა, გარეთა დრენირება, შიგნითა დრენირება.

ნაღვლის საერთო სადინრის ყრუდ გაკერვის ჩვენებებია: 1. დიაგნოსტიკური ქოლედოქტომია, რის დროსაც სადინრის პათოლოგია არ დგინდება; 2. სანაღვლე გზების და ფატერის ღვრილის სრული გამავლობის აღდგენა კენჭების ამოღების შემდეგ; 3. ჰეპატოქოლედოქუსის საკმარისი სიფართო, როდესაც გამოირიცხულია გაკერვის შემდეგ მისი შევიწროება.

ქოლედოქუსზე ყრუ ნაკერი ედება მჭიდროდ, ჰერმენტიზმის დაცვით. გაკერვა უმჯობესია ვაწარმოთ ატრავმული ნემსებით. ნაღვლის საერთო სადინარი იკერება განუწყვეტელი ან კვანძოვანი ნაკერებით გასწვრივად. ძაფი არ უნდა გადიოდეს სადინრის ლორწოვანში, რათა არ მოხდეს მასზე ინკრუსტაცია და კენჭის წარმოქმნა. მიუხედავად ქოლედოქუსის საიმედო ნაკერისა, ზოგჯერ ოპერაციის შემდეგ მაინც აქვს ადგილი ნაღვლის დენას, ამიტომ ოპერაციის შემდეგ მიზანშეწონილია მუცლის ღრუს დრენირება ქოლედოქუსთან დრენაჟის მიტანით. უფრო საიმედოა ქოლედოქუსის ყრუდ დახურვის დროს მისი დრენირება პოლსტედ-პიკოვსკის დრენაჟით ნაღვლის ბუშტის სადინრიდან, რადგან ოპერაციის შემდეგ პირველ დღეებში ყოველთვის ვითარდება ნაღვლის ჰიპერტენზია, რასაც შეიძლება მოყვეს ნაღვლის გამოსვლა ნაკერებიდან. დრენაჟს საიმედოდ ამაგრებენ კეტგუტის ძაფით, მას ამოიღობენ მე-7—8 დღეს.

ნაღვლის საერთო სადინრის გარეთა დრენირების დროს არსებული ქოლედოქტომიური განაკვეთით სადინარში შეაქვთ რუსული T-სებრი კერის დრენაჟი ან ვიშნევსკის გვერდითხვრელიანი დრენაჟი. ქოლედოქტომიურ განაკვეთს ავიწროებენ ატრავმული ნაკერით დრენაჟამდე. ვიშნევსკის დრენაჟს აფიქსირებენ საერთო სადინრის განაკვეთთან კეტგუტის ძაფით. მას იღებენ იმის შემდეგ, რაც მისი დროებითი გადაკერით დაფისტულოგრაფიით დარწმუნდებიან ქოლედოქუსის თავისუფალ და სრულყოფილ გამავლობაში (ჩვეულებრივ, 12—14 დღის შემდეგ).

ქოლედოქუსის დრენირება შეიძლება ბუშტის სადინრის ტაკვიდან. ამ მეთოდის ღირსებაა ის, რომ სანაღვლე გზების დრენირება ხდება ქოლედოქტომიის გარეშე. იხმარება იგი აგრეთვე ქოლედოქუსზე

ყრუ ნაკერის დადების შემდგომ, როგორც ნაკერის უკმარისობის პროფილაქტიკური საშუალება. ბუშტის სადინრის ტაკეში შეყავთ ვიწრო რეზინის კათეტერი ბოლოში დამატებითი გვერდითი ხვრელებით, რომელზეც თავსდება ნაღვლის საერთო სადინარში დისტალურად. ბუშტის სადინრის ტაკეს მასში გატარებული რეზინის მილზე მჭიდროდ აფიქსირებენ კეტგუტის ლიგატურით, ხოლო რეზინის ბოლო გამოაქვთ გარეთ. მეთოდის უარყოფით მხარედ ითვლება ბუშტის სადინრის ვიწრო სანათურიდან ნაღვლის არასრული დრენირება. გარდა ამისა, ბუშტის სადინრის გრძელი ტაკვის დატოვებას შეიძლება მოყვეს პოსტქოლექციქტომიური სინდრომის განვითარება.

სანაღვლე გზების ტრანსსპაპილარული დრენირება გულისხმობს დრენაჟის გატარებას ფატერის დვრილის გავლით თორმეტგოჯა ნაწლავში. რეზინის მილი შეყავთ ნაღვლის საერთო ან ბუშტის სადინრის ტაკვიდან თორმეტგოჯა ნაწლავში ტრანსსპაპილარულად. ზოგჯერ ხმარობენ T-ს მაგვარ დრენაჟს დაგრძელებული შიგნითა მუხლით.

ტრანსსპაპილარული დრენირება იძლევა ფატერის დვრილის გამავლობის სწრაფ აღდგენას და სანაღვლე გზების, როგორც გარეგანი, ისე შინაგანი დრენირების საშუალებას. ტრანსსპაპილარული დრენაჟის უარყოფითი მხარეებია მწვევე პანკრეატიტის განვითარება, დუოდენური და პანკრეასის შიგთავსის გადასვლა სანაღვლე გზებში და სხვ. ამიტომ ქირურგთა უმრავლესობა ტრანსსპაპილარულ დრენირებას აწარმოებენ უკიდურესად იშვიათად.

ზოგ შემთხვევაში ქოლედოქტომიის შემდეგ საჭირო ხდება ნაღვლის საერთო სადინრის შიგნითა დრენირება. იგი კეთდება ჰეპატოქოლედოქუსის ობტურაციული გაუვალობის დროს, როდესაც დაბრკოლების ლიკვიდაცია ოპერაციული გზით არ ხერხდება (ფატერის დვრილის სტენოზი, ინდურაციული პანკრეატიტი, სიმსივნე, ნაღვლის საერთო სადინრის დისტალური მონაკვეთის ნაწიბურღვანი შევიწროება და სხვ.).

საერთო სადინრის შიგნითა დრენირების უკუჩვენებებია გამოხატული დუოდენოსტაზი და ვიწრო ნაღვლის საერთო სადინარი (1,5 სმ-ზე ნაკლები). შერთულს აკეთებენ ერთსართულიანი ნაკერით ქოლედოქუსის სუპრადუოდენურ ნაწილსა და თორმეტგოჯა ნაწლავის ბოლქვის შემდგომ შინაკვეთს შორის. თორმეტგოჯა ნაწლავი უნდა გაკვეთონ განივად. შერთული არ უნდა იყოს 2,5—4 სმ-ზე ვიწრო, წინააღმდეგ შემთხვევაში ვითარდება რეფლუქს — ქოლანგიტი.

ბილიოდვიგესტიური ანასტომოზები ნაღვლის შინაგანი გადაყვანის მიზნით იქმნება ნაღვლის ბუშტის ან სანაღვლე გზების დაკავშირებით კუქსა, თორმეტგოჯას ან წვრილ ნაწლავს შორის.

არჩევენ ნაღვლის ბუშტის ანთეზის ორ სახეს: კენჭოვან ქოლეცისტიტს და კენჭისგარეშე ქოლეცისტიტს. თითოეული მათგანი შეიძლება იყოს კატარული, ფლეგმონური, განგრენული, პერფორაციული. როდესაც ანთეზითი პროცესი სცილდება ნაღვლის ბუშტის კედელს, შეიძლება განვითარდეს გართულებები: ქეპატიტი, ბილიარული ციროზი, ქოლანგიტი, ღვიძლის აბსცესი, სუბჰეპატიტური ინფილტრატი, სუბჰეპატიტური აბსცესი, სეფსისი, პანკრეატიტი, პერიტონიტი, ბილიოდიგესტიური ხერვლმილი, წვრილი ნაწლავის ობტურაციული გაუვალობა ნაღვლის კენჭით (ორი უკანასკნელი გართულება კენჭოვანი ქოლეცისტიტის შედეგია).

მიმდინარეობის მიხედვით არჩევენ მწვავე და ქრონიკულ ქოლეცისტიტს. ქრონიკული ქოლეცისტიტი ვითარდება მწვავე პროცესის ჩაცხრომის შემდეგ. ყოველი მორიგი გამწვაება უნდა განვიხილოთ, როგორც მწვავე ქოლეცისტიტი. შეტევებს შორის ყოველთვის არის ყრუ ტივილი მარჯვენა ფერდქვეშა არეში, დისპეფსიური მოვლენები. ყველა შემთხვევაში, თუ არ არის აბსოლუტური უკუჩვენება, საჭიროა ოპერაციული მკურნალობა, რადგან ყოველი შეტევის შემდეგ ნაღვლის ბუშტსა და სანაღვლე გზებში ღრმავდება პათოლოგიური პროცესი, წვრილი კენჭების შემთხვევაში კი შესაძლებელია ქოლედოქოლითიაზის განვითარება. მკურნალობენ ისე, როგორც ნაღვლის ბუშტის კენჭისა და ქოლედოქოლითიაზის ღროს (იხ. წინა თავები).

### მწვავე ქოლეცისტიტი

მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიულ დაავადებებს შორის დიდი ადგილი უჭირავს ნაღვლის ბუშტის მწვავე ანთეზას. განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ნაღვლის ბუშტის ანთეზის განგრენულ და პერფორაციულ ფორმებს, როდესაც ვითარდება ადგილობრივი ან დიფუზური პერიტონიტი.

უკანასკნელ პერიოდში მწვავე ქოლეცისტიტის შემთხვევები მატულობს. მოხუცთა და ხანშიშესულთა მწვავე ქოლეცისტიტის განვითარებაში მნიშვნელობა აქვს ცვლილებებს სისხლძარღვებში, რის შედეგად ირღვევა ნაღვლის ბუშტის სისხლის მიმოქცევა, ვითარდება იშემიური ნეკროზი, რომელიც იწყება ლორწოვანი გარსიდან და შემდგომში ვრცელდება ბუშტის სხვა შრეებზე.

მწვავე ქოლეცისტიტი უპირატესად ქალებს უვლინდებათ, მამაკაცებთან 3:1, 4:1, 6:1 თანაფარდობით, რაც განპირობებულია მრავალი

ფაქტორით. მნიშვნელობა აქვს ნაღვლის შეგუბების სისწორეს ქალებში, რასაც ხელს უწყობს ბანდაეის ხმარება, ორსულობის დროს საშვილოსნოს მაღალი დგომა და სხვ. ხშირია ფუნქციური დარღვევაც (ღისკინეზია).

ნაღვლის ბუშტის ანთების მიზეზია ინფექციის მოხვედრა პემატოგენური, ლიმფოგენური, ენტეროგენული გზით.

პ ა თ ო ლ ო გ ა ნ ა ტ ო მ ი უ რ ი ს უ რ ა თ ი. მწვავე ქოლეცისტიტის დროს პათოლოგანატომიური ცვლილებები მრავალფეროვანია და დამოკიდებულია დაავადების ფორმაზე.

კატარულ ქოლეცისტიტს ახასიათებს ნაღვლის ბუშტის მოცულობაში მომატება, მისი კედლები გასქელებულია, ლორწოვანი გარსი ჰიპერემიულია, ზოგან მისი მთლიანობა დარღვეულია, ბუშტის კედლებში დაგროვილია დიდი რაოდენობით ლეიკოციტები, ბაქტერიოლოგიური შესწავლით ამოითესება ესა თუ ის პათოგენური მიკროფლორა.

ფლეგმონური ქოლეცისტიტის დროს ნაღვლის ბუშტი დიდი ზომისაა, მისი კედელი გასქელებულია, შემუშპებული, ლორწოვანი გარსი მკვეთრად ჰიპერემიულია, ალაგ-ალაგ დაწყლულებული, განსაკუთრებით კენჭის არსებობისას, ნაღვლის ბუშტის სეროზული გარსი ჰიპერემიულია, ზოგან დაფარული ფიბრინული ნადებით, მუცლის ღრუში სეროზული ან მღვრიე გამონაჟონია. ხშირად ნაღვლის ბუშტი გახვეულია ბადექონში, ანთებითი პროცესი ნაღვლის ბუშტიდან გადადის მეზობელ ქსოვილებსა და ორგანოებზე. ლორწოვანი გარსი არ შეიცავს ეპითელიუმს, კედელი გასქელებულია, ერიტროციტებით და ლეიკოციტებით ინფილტრირებულია, კედელში შეიძლება განვითარდეს მიკროაბსცესი.

განგრენული ქოლეცისტიტის დროს ნაღვლის ბუშტი მომატებულია ზომაში, კედელი დაჭიმულია, სეროზული გარსი მოლურჯო ფერისაა, დაფარულია ფიბრინული ნადებით, ალაგ-ალაგ დანეკროზებული და დაწყლულებული, აღნიშნულის ფონზე თავისუფლად ვითარდება პერფორაცია, რასაც მოსდევს დიფუზური პერიტონიტი.

ნაღვლის ბუშტის ემპიემის დროს ნაღვლის ბუშტის კედელში მრავლობითი მიკროაბსცესებია, რომლებმაც შეიძლება განაპირობონ მისი პერფორაცია, ნაღვლის ბუშტი, გარდა ქვებისა, შეიცავს ნაღველს, ჩირქს.

ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა. ნაღვლის ბუშტის მწვავე ანთების კლინიკური სურათი დამოკიდებულია მის ფორმაზე, ავადმყოფის ასაკზე. წამყვანი სიმპტომია ტკივილი, რომელიც იწყება მარჯვენა ფერდქვეშა არეში, ეპიგასტრიუმის არეში და ვრცელდება მთელ მუცელზე. ტკივილი მკრელია, მჩხვლეტავი, დამწოლი, შეტევეთი ხასიათის, გან-

პირობებულია ქვის ჩაქედვით ნაღვლის ბუშტის ყელსა ან სადინარში, ნაღვლის ბუშტის სეროზული გარსის დაჭიმვით.

ნალველკენჭოვანი დაავადებისგან განსხვავებით, მწვავე ქოლევსტიტის დროს, ე. ი. ინფექციის დართვის შემთხვევაში ტკივილი მუდმივი ხდება, შედარებით ნაკლები ინტენსივობისაა, პერიოდულად ძლიერდება. ავადმყოფი საწოლში აღარ იცვლის მდებარეობას, მოძრაობა უძლიერებს ტკივილს.

მწვავე ქოლევსტიტის ტკივილი ირადირებს მარჯვენა ბეჭისა და მხრის არეში, ზურგში, გულმკერდის მარჯვენა ნახევარში, გულის არეში. ამ ფაქტს პირველად ყურადღება მიაქცია ს. პ. ბოტკინმა. მწვავე ქოლევსტიტის დროს სტენოკარდიული შეტევები აღინიშნება 60—80%-ში. მის მიზეზად მიაჩნიათ ნაღვლის ბუშტის ყელის არეში, ოდის სფინქტერისა და ნაღვლის საერთო სადინრის ინტრამურულ ნაწილში ნერვული დაბოლოებების გაღიზიანება.

ნაღვლის ბუშტის მწვავე ანთებას თან სდევს დისპეფსიური მოვლენები — გულისრევა და ღებინება, რომელსაც ავადმყოფისთვის არ მოაქვს სვენა. ღებინების განვითარება შეტევასთან ერთად ახასიათებს ნაღვლის ბუშტის კენჭოვან დაავადებას. არაკენჭოვანი ქოლევსტიტის დროს ღებინება 11—63%-ში ვლინდება.

დესტრუქციული ქოლევსტიტის დროს გამოხატულია ინტოქსიკაციის სურათი, ტემპერატურა მაღალია, ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა მკვეთრად უარესდება, განსაკუთრებით, როცა ავადმყოფი ხანში შესულია. ვითარდება ქოლანგიტის მოვლენები — ჰექტიკური ცხელება, შემცივნება, პროფუზული ოფლიანობა, სიყვითლე. ქოლანგიტს შეიძლება მოყვეს სეფსისი და ღვიძლის ჩირქგროვის ჩამოყალიბება.

მწვავე ქოლევსტიტის დესტრუქციული ფორმის შემთხვევაში ხშირია სუბჰეპატური ინფილტრატი. ამ დროს მარჯვენა ფერდქვეშა არეში ისინჯება დიდი მტკივნეული ინფილტრატი, რომელიც ჰიპოს დონემდეა და უფრო დაბლაც ვრცელდება. პროცესის ჩაცხრომის პირობებში ინფილტრატი თანდათან მცირდება, ზოგ შემთხვევაში ჩირქდება და სუბჰეპატური ჩირქგროვა ვითარდება.

მწვავე ქოლევსტიტის უმძიმესი ვართულებაა პერიტონიტი, რომელიც მოყვება ნაღვლის ბუშტის პერიტორაციას ან შეიძლება განვითარდეს მის გარეშეც. ნაღვლოვან პერიტონიტს უმძიმესი მიმდინარეობა ახასიათებს.

მწვავე ქოლევსტიტის დროს დადებითია ორტნერ-გრეკოვის სიმპტომი, ნეკნების შერხვევით ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა არეში მატულობს. ზახარინის სიმპტომიც დადებითია — პალპაციით მტკივნეულია ნაღვლის ბუშტის საპროექციო არე, დადებითია ობრაზცოვის ნიშანი —

მარჯვენა ფერდქვეშა არეში ღრმა პალპაციით ძლიერი მტკივნეულობა ვლინდება.

ზოგ შემთხვევაში, თუ მწვავე ქოლეცისტიტის დროს კენჭი ჩაქედილია ყელის არეში, ნაღვლის ბუშტის შიგთავსი ჩირქოვანია და პროცესის ჩაცხრომის შემდეგ რჩება გადიდებული ნაღვლის ბუშტი, რომელიც სავსეა ჩირქით. თუ ნაღვლის ბუშტი კარგად არის შემოსაზღვრული, ადგილობრივი ნიშნები, ისევე როგორც ზოგადი მოვლენები, უმნიშვნელოდ არის გამოხატული.

ემპიემა შეიძლება განვითარდეს ნაღვლის ბუშტის წყალმანკისგან, მისი ინფიცირების შემთხვევაში.

მწვავე ქოლეცისტიტის დროს ხშირად პროცესში ჩართულია ღვიძლიც. ამ დროს პალპაციით შეიძლება გაისინჯოს გადიდებული და მტკივნეული ღვიძლი, რაც განპირობებულია ღვიძლის უჯრედების და ღვიძლშია სადინრების ანთებით, ნაღვლის ბუშტის შეგუბებით, ზოგჯერ ღვიძლის აბსცესით. პალპაციით შემთხვევათა მეოთხედში შეიძლება გაისინჯოს გადიდებული ნაღვლის ბუშტი.

მწვავე ქოლეცისტიტის დიაგნოზი და დიფერენციული დიაგნოზი. დიფერენციული დიაგნოსტიკა ზოგჯერ გარკვეულ სიმწიფესთან არის დაკავშირებული, ჯერ ერთი, დაავადებას, განსაკუთრებით ხანში შესულ და მოხუცებულობის ასაკში, არცთუ იშვიათად ახასიათებს ატიპური კლინიკური მიმდინარეობა. მწვავე ქოლეცისტიტის დამახასიათებელი ზოგიერთი კლინიკური ნიშანი შეიძლება შეგვხვდეს მუცლის ღრუს სხვა მწვავე ქირურგიული დაავადების დროს მისი ანატომიური სიახლოვის გამო. ზოგჯერ ნაღვლის ბუშტის მწვავე ანთების დროს ვლინდება სხვა დაავადებები, მაგალითად პანკრეასის, კუჭის, ღვიძლისა და თირკმლის დაავადებანი.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა საჭიროა მწვავე აპენდიციტის, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის, თირკმლის დაავადების, ნაწლავთა გაუვალობის, მწვავე გასტროენტერიტის, გულის კუნთის ინფარქტისა და სხვ. გამოსარიცხად. დიაგნოზის დაზუსტებისთვის მნიშვნელობა აქვს ანამნეზში მსგავსი შეტევების არსებობას, განსაკუთრებით, თუ შეტევებს ერთვოდა სიყვითლე, მუქი შარდი, აქოლიური განავალი.

დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით, კლინიკური სურათისა და ლაბორატორიული მონაცემების გარდა, მიმართავენ კვლევის დამატებით მეთოდებს. ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზებში კენჭის არსებობის დადგენაში დიდი დასმარების გაწევა შეუძლია ექოგრაფიას. ზოგჯერ ნაღვლის ბუშტში კენჭის ჩრდილი შეიძლება აღმოჩნდეს მუცლის ღრუს მიმოხილვით რენტგენოგრაფიაზე, მაგრამ მხედველობაში უნდა მივიღოთ, რომ კენჭის დადგენას მნიშვნელობა აქვს დიაგნოზის გარკ-

ვევისთვის შესაფერისი კლინიკური სურათის არსებობისას, რადგანაც ნაღვლის ბუშტიში არცთუ იშვიათად, განსაკუთრებით ხანში შესულ და მოხუცებულობის ასაკში, ვლინდება ე. წ. „მუნჯი კენჭები“, რომლებიც კლინიკურად არ გამოვლინდებიან.

მწვავე ქოლეცისტიტის დიაგნოსტიკა და მკურნალობაშიც სულ უფრო დიდი მნიშვნელობა ექლევა კვლევის ლაპაროსკოპიულ მეთოდს. საექვო შემთხვევაში სასწრაფო ლაპაროსკოპია აზუსტებს მწვავე ქოლეცისტიტის დიაგნოზს, შეიძლება გამოვლინდეს გადიდებული ნაღვლის ბუშტი, პერიპროცესი, მისი და გამონაჟონის ხასიათი.

სიყვილით გართულებული მწვავე ქოლეცისტიტის დროს საპირთა რეტროგრადული ქოლიანგიოპანკრეატოგრაფია ფიზროდუოდენოსკოპიის საშუალებით.

**მკურნალობა.** მწვავე ქოლეცისტიტის მკურნალობის ტაქტიკა დღესაც საბოლოოდ არ არის გარკვეული. მწვავე ქოლეცისტიტის მქონე ყველა ავადმყოფი უნდა მოათავსონ ქირურგიულ განყოფილებაში. დიფუზური პერიტონიტის კლინიკური სურათის შემთხვევაში დაუყოვნებლივ აკეთებენ ოპერაციას სასიცოცხლო ჩვენებით, ხანმოკლე წინასაოპერაციო მომზადების შემდეგ. ავადმყოფთა ამ ჯგუფის მკურნალობის შესახებ ორი აზრი არ არსებობს.

მწვავე ქოლეცისტიტის დესტრუქციული ფორმის შემთხვევაში, თუ იგი არ არის გართულებული დიფუზური პერიტონიტით, ავტორთა უმრავლესობა სასწრაფო ოპერაციის მომხრეა, მაგრამ ამ შემთხვევაში ოპერაცია უნდა გააკეთოს არა ღამით, არამედ დღისით, გამოცდილმა ბრიგადამ, შესაფერისი გამოკვლევების ჩატარებისა და სათანადო მომზადების შემდეგ. თუ მწვავე ქოლეცისტიტი გართულებული არ არის პერიტონიტით, შესაძლებელია მკურნალობა კონსერვატიული მეთოდით. ავადმყოფებს უნიშნავენ ანტისპაზმურ საშუალებებს, ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებს, ფორსირებულ დიურეზს და სხვ. მათი უეფექტობის შემთხვევაში, მდგომარეობის გაუარესების გამო (ადგილობრივი მოვლენების, ინტოქსიკაციის გაძლიერება, მუცლის ღრუს სხვა არეების პერიტონეუმის გაღიზიანება და სხვ.) მიმართავენ სასწრაფო ოპერაციას.

კონსერვატიული მკურნალობის ეფექტურობის დროს, როდესაც ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა უმჯობესდება, ჰომეოსტაზის დარღვევა მეტ-ნაკლებად გამოსწორებულია, ოპერაციული მკურნალობა უნდა ჩაატარონ დაახლოებით ერთი თვის შემდეგ.

დიფუზური პერიტონიტით გართულების შემთხვევაში მუცლის ღრუს ხსნიან ზედა შუა ლაპაროტომიით. ქოლეცისტიტომიისთვის ტექნიკური სიძნელეების შემთხვევაში დამატებით განაკვეთს აკეთებ-



ბენ მარჯვნივ. თუ დამატებით განაკვეთის გატარება ამ მიზნით საჭირო არ არის, ოპერაციის დამთავრებისას მარჯვენა ფერდქვეშა არეში გაატარებენ მცირე დამატებით განაკვეთს ღვიძლქვედა სივრცის დრენირებისთვის, მუცლის ღრუში დატოვებული დრენაჟისა და ტამპონების (საჭიროების დროს) გამოსატანად. ნაღვლის ბუშტისა და საჭირო შემთხვევაში სანაღვლე გზებზე სათანადო ჩარევის გარეშა აუცილებელია მუცლის ღრუს გულდასმით ამომპრალევა ნაღვლისგან და მისი დრენირება ორივე თემოს ფოსოს არეში.

მწვავე ქოლეციტიტის დროს ძირითადი ოპერაცია — ქოლეცი-ტექტომიაა. ცივ პერიოდში ქოლეციტექტომიისთვის შეიძლება გამოვიყენოთ ნებისმიერი მიღებული განაკვეთი, მათ შორის შუა ხაზზე. მწვავე ქოლეციტიტის დროს, თუ არ არის დიფუზური პერიტონიტი, როდესაც პროცესი შემოსაზღვრულია, შუა, ზედა ლაპაროტომია, ჩვენი აზრით, მიზანშეწონილი არ არის მუცლის ღრუს ინფიცირების საშიშროების გამო. ასეთ შემთხვევაში განაკვეთს გაატარებენ მარჯვენა ფერდქვეშა არეში.

ნაღვლის ბუშტის გამოყოფა ჯერ ნაზი შესორცებებიდან ძნელი არ არის. ნაღვლის ბუშტი, მისი ყელის არე, ღვიძლ-თორმეტგოჯა იოგი მასთან მდებარე ნაღვლის საერთო სადინრით შეშუპებულია. ნაღვლის ბუშტის ყელისა და მისი არტერიის იზოლირებული გამოყოფა კალოს სამკუთხედის არეში გარკვეულ სიძნელესთან არის დაკავშირებული და ამიტომ მწვავე ქოლეციტიტის დროს ბუშტის გამოყოფა, გამონაკლისის გარდა უნდა დაიწყონ ფუძიდან. ნაღვლის ბუშტის ირგვლივ სამანიპულაციო ველის დოლბანდებით შემოსაზღვრის შემდეგ გამართლებულია გადასებული ნაღვლის ბუშტის დაცლა შიგთავსისგან. პუნქციას აკეთებენ მსხვილი ნემსით, ბუშტის დაცლის შემდეგ მასში ადვილად ისინჯება მცირე ოდენობის კენჭებიც კი. ნაღვლის ბუშტის სარეკელში და სუბსეროზულად ნოვოკაინის შეყვანა აადვილებს ბუშტის გამოყოფას. ბუშტის ყელის არეში შეძლებისდაგვარად იზოლირებულად უნდა გამოყონ ბუშტის არტერია. არტერია უნდა გადაკვანძონ უშუალოდ ბუშტის კედელთან, ე. ი. დატოვონ გრძელი ცენტრალური მონაკვეთი. სისხლის დენის შემთხვევაში გრძელი მონაკვეთის დატოვება აადვილებს მასზე მომჭერის დადებას და გადაკვანძვას. ნაღვლის ბუშტის მთლიანი გამოყოფისა და არტერიის გადაკვანძვის შემდეგ ბუშტის ყელი იკვეთება ორ მომჭერს შორის ან ყელზე წინასწარ ლიგატურის დადების შემდეგ. დატოვებული ყელის ტაკვის სიგრძე არ უნდა აღმატებოდეს 0,5—1,0 სმ-ს, ქოლეციტექტომიამდე აუცილებელია ნაღვლის საერთო სადინრის რევიზია. უნდა აღვნიშნოთ, რომ ღვიძლ-თორმეტგოჯა იოგის ანთებითი შეშუპების პირობებში ძნელია ნაღვლის სა-

ერთო სადინრის ზუსტი სიფართის დადგენა, ნაკლებ სანდოა პალ-  
პაცია მასში კენჭის დადგენის მიზნით. ყველა შემთხვევაში, თუ არ  
არის უკუჩვენება, უნდა განახორციელონ ინტრაოპერაციული ქოლ-  
ანგიოგრაფია ბუშტის ყელიდან. ზოგჯერ ამისთვის საჭირო ხდება  
ბუშტის ყელზე ჩაჭვილი კენჭის გადანაცვლება ან ყელის სანათუ-  
რის კანიულირება.

თუ ქოლეცისტექტომიის ჩვენება ექვს არ იწვევს, წინასწარ ქო-  
ლენგიოგრაფიის ჩატარება აუცილებელი არ არის. ასეთ შემთხვევაში  
მას მიმართავენ სადინრის გარეთა დრენირების დამთავრების შემ-  
დეგ, სადინრის გამავლობის კონტროლის მიზნით.

მწვავე ქოლეცისტიტის დროს ქოლედოქტომიის ჩვენებებია სიყ-  
ვითლე, ნაღვლის საერთო სადინრის გაფართოება 1,2—1,5 სმ-ზე  
შეტად, საერთო სადინარში კენჭის შეგრძნობა პალპაციით, ქოლან-  
გიტი, საერთო სადინარში მღვრიე ნაღვლის, საგოზავისმავგარი მა-  
სის არსებობა, ქოლეცისტოპანკრეატიტი. ქოლედოქტომიურ განა-  
კვეთს ატარებენ სუპრადუოდენურ მონაკვეთში. მწვავე ქოლეცისტი-  
ტის პირობებში ქოლედოქტომია ყოველთვის უნდა დაამთავრონ  
გარეთა დრენირებით, სანათურში კერის ან ვიშნევსკის დრენაჟის  
დატოვებით. მწვავე პროცესის დროს ქოლედოქტომიური განაკვეთის  
ურულ გაკერვა გამართლებული არ არის მძიმე გართულებების გან-  
ვითარების შესაძლებლობის გამო (ნაღვლის გაჟონვა, ნაღვლოვანი  
პერიტონიტი). ქოლანგიტის დროს ქოლედოქუსში ჩადგმული დრე-  
ნაჟით შეყავთ ანტიბიოტიკები. დრენაჟში საკონტრასტო ნივთიერე-  
ბის შეყვანით აღგენენ საერთო სადინრის გამავლობას. სრული გამავ-  
ლობის დადგენის შემდეგ მე-8—9 დღიდან იწყება დრენაჟის გადა-  
კეტვა, ხოლო დაახლოებით ორი კვირის შემდეგ დრენაჟს ამოიღებენ.  
ამ შემთხვევაში დამატებითი განაკვეთიდან ვინსლოვის ხვრელთან მი-  
ტანილი დრენაჟი უნდა დატოვონ მუცლის ღრუში 9—10 დღე.

დესტრუქციური ქოლეცისტიტის გამო გაკეთებული ქოლეცისტექ-  
ტომიის შემდეგ აუცილებელია სუბჰეპატური სივრცის დრენირება.  
ამ მიზნისთვის ნაღვლის ბუშტის სარეცელის არეში და ვინსლოვის  
ხვრელთან შეაქვთ რეზინის ან სილიკონის დრენაჟი, საჭირო შემთხვე-  
ვაში კი მასთან ერთად ტამპონიც (1—2 ტამპონი). ტამპონს დრენაჟ-  
თან ერთად ათავსებენ ჭრილობის ქვედა კუთხეში, მხოლოდ დრენა-  
ჟის დატოვების შემთხვევაში იგი ცალკე განაკვეთში გამოაქვთ. თუ  
გამონაჟონი არ არის, დრენაჟს, ჩვეულებრივ, ამოიღებენ მე-8—9  
დღეს, ხოლო ტამპონს — მე-6—7 დღეს.

თუ ავადმყოფი ხანში შესულია ან მოხუცებული, მძიმე, თანმხლე-  
ბი დაავადებების შემთხვევაში მიმართავენ ქოლეცისტოსტომიას. თუ  
დაგეგმილია ქოლეცისტოსტომია, პატარა განაკვეთი უნდა გაატარონ.

ოპერაციის დროს არ უნდა დაირღვეს ბარიერი, რომლითაც დესტრუქციული ცვლილებების მქონე ნაღვლის ბუშტი შემოსაზღვრულია მუცლის ღრუდან. ნაღვლის ბუშტის დაცლის შემდეგ სანათურად უნდა ამოიღონ კენჭები, თუ საჭიროა, ნაღვლის ბუშტი დამატებით შემოფარგლონ ტამპონებით. ქოლეცისტოტომიური მილით შეაქვთ ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები. ავადმყოფთა ამ ჯგუფისთვის თანდათან ინერგება ლაპაროსკოპიული ქოლეცისტოტომია.

უნდა აღენიშნოთ, რომ ბოლო დროს ლაპაროსკოპიას იყენებენ ნაღვლის ბუშტის დეკომპრესიისთვის (მიკროქოლეცისტოტომია). დეკომპრესიის შედეგად უმჯობესდება ბუშტის კედლის სისხლის მიმოქცევა, რასაც მოსდევს ანთების კუპირება. ოპერაციულ ჩარევას მიმართავენ ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის მკვეთრი გაუმჯობესების შემდეგ, გაცილებით უკეთეს პირობებში, რასაც დიდი მნიშვნელობა აქვს, განსაკუთრებით, როცა ავადმყოფი ხანში შესულია ან მოხუცებული.

#### ქოლეცისტაქტომიის უამაღარი სინდრომი

ქოლეცისტექტომიის შემდგომ სინდრომში გაერთიანებულია ყველა ის პათოლოგიური პროცესი, რომელიც აღინიშნება ნაღვლის ბუშტის ამოკვეთის შემდეგ. ავადმყოფთა ნაწილს თითქმის იგივე ჩივილი აქვს, რაც ოპერაციამდე. ავადმყოფთა მეორე ნაწილს დისპეფსიურ მოვლენებთან ერთად აღენიშნებათ პერიოდულად შეტევითი ტიპილი ნაღვლის საერთო სადინრის ხანმოკლე ობსტრუქციის დამახასიათებელი მოვლენების თანდართვით — ხანმოკლე სიყვილღე, კანის ქავილი, მუჭი შარდი, აქოლიური განავალი, ზოგჯერ კლინიკური სურათი ქრონიკულ ქოლანგიტს წააგავს.

ქოლეცისტექტომიის შემდგომი სინდრომის მიზეზი სხვადასხვაა, მაგრამ უფრო ხშირად იგი მაინც პირველი ოპერაციის დროს დაშვებული ტაქტიკური და ტექნიკური შეცდომების შედეგია. ტაქტიკურ შეცდომას მიეკუთვნება ქოლეცისტექტომიის ჩატარება არასწორი ჩვენებით. კენჭის არსებობა ნაღვლის ბუშტში ყოველთვის არ არის დაავადების მიზეზი. ერთეული კენჭი ზოგჯერ ათობით წელი არ იძლევა რაიმე გამოვლინებას. ამ დროს ნაღვლის ბუშტში შემთხვევით გამოვლენილი კენჭის გამო ქოლეცისტექტომიის შემდეგ ყოველთვის დარჩება იგივე ჩივილი, რაც კქონდა ავადმყოფს ოპერაციამდე.

ოპერაციის შემდგომი ჩივილის მიზეზი შეიძლება იყოს სანაღვლე გზების გამავლობის არასრულყოფილი შესწავლა ოპერაციული ჩარევის დროს, რის გამოც შეუნიშნავი რჩება ნაღვლის საერთო სა-

დინრის ტერმინალური მონაკვეთის შევიწროება, ქოლედოქუსში კონკრემენტის არსებობა. აღნიშნულის გამო ახორციელებენ არაადეკვატურ ჩარევას — ქოლეცისტექტომიას თვით დვრილზე ჩარევის, ქოლედოქუსის შიგნითა დრენირების, ქოლედოქოტომიისა და მისი სანათურიდან კენჭის ამოღების გარეშე.

პოსტქოლეცისტექტომიური სინდრომის უხშირეს მიზეზად მოიხიანათ ნალვლის საერთო სადინარში რეზიდუალური კენჭის არსებობა, როდესაც ქოლეცისტექტომიის დროს რაიმე მიზეზის გამო არ იყო დადგენილი ნალვლის საერთო სადინარში კენჭი ან კენჭების არსებობის შემთხვევაში ერთ-ერთი კენჭი ამოუღებელი დარჩა. ქოლეცისტექტომიის შემდგომი სინდრომის ერთ-ერთი მიზეზია ნალვლის ბუშტის სადინრის გრძელი ტაკვის დატოვება. მისი სიგრძე არ უნდა აღემატებოდეს 0,5—1,0 სმ-ს. უფრო გრძელი ტაკვის დატოვება შეიძლება მისი ანთების ან მასში კენჭის განვითარების მიზეზი გახდეს (ნალვლის შეგუბების შედეგად).

ოპერაციული ჩარევის დროს ზოგჯერ ნალვლის საერთო სადინარი ტრავმირდება, რასაც მოსდევს ნაწიბუროვანი შევიწროება.

ქოლეცისტექტომიის შემდგომი სინდრომის ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში საჭიროა მისი მიზეზის დადგენა. კვლევის მეთოდებიდან მიმართავენ ექოსკანირებას, რეტროგრადულ ქოლანგიოგრაფიას, პერკუტანულ დვილშიგა ქოლეგრაფიას (სიყვითლის დროს). მიღებული შედეგების ინტერპრეტაციის დროს მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული, რომ ქოლეცისტექტომიის შემდეგ ნალვლის საერთო სადინარი ყოველთვის მეტ-ნაკლებად გაგანიერებულია. ზოგიერთ შემთხვევაში ქოლეცისტექტომიის შემდგომი სინდრომი ფუნქციური ხასიათისაა და დისფუნქციური ნალვლის ბუშტის ამოკვეთისა და არასაკმარისი ადაპტაციის შედეგია.

რეზიდუალური კენჭის შემთხვევაში უნდა ეცადონ კენჭის ამოღებას ფიბროდუოდენოსკოპიის მეშვეობით.

ზოგ შემთხვევაში საჭირო ხდება განმეორებითი ოპერაცია. ნალვლის საერთო სადინრიდან კენჭის ამოღების ან ქოლედოქუსზე თუ ფატერის დვრილზე პლასტიკური ოპერაციის სახით. განმეორებითი ჩარევა სანალვლე გზებზე ტექნიკურად რთულია და უნდა განხორციელდეს სპეციალიზებულ დაწესებულებაში.

#### ნალვლის გუზისა და სანალვლე გზების სიმსივნეები

ნალვლის ბუშტის და სანალვლე გზების კეთილთვისებიანი სიმსივნეები იშვიათია. აღწერილია ფიბრომის, ნევრიომის, ლიპომის, პოლიპის და ადენომის შემთხვევები, რომლებიც უმეტესად დგინდე-

ბა ქოლეცისტექტომიის შემდეგ ნაღვლის ბუშტის პათომორფოლოგიური შესწავლით.

კეთილთვისებიანი სიმსივნეების ამოცნობა ოპერაციამდე რთულია, ქოლეცისტოგრაფიით დგინდება ავსების დეფექტები.

ნაღვლის ბუშტის კეთილთვისებიანი სიმსივნეების დროს ნაჩვენებია ქოლეცისტექტომია, რადგანაც შესაძლებელია მისი ავთვისებიანი გადაჯვარება.

სანაღვლე გზების კეთილთვისებიანი სიმსივნეები ჩვეულებრივ მცირე ზომისაა, უმეტესად ნახულობენ შემთხვევით, სექციის დროს. როდესაც ღიდ ზომას აღწევენ და ნაღვლის სადინრებშია მოთავსებული, იწვევენ სიყვითლეს, რომელთა დიფერენციაცია კენჭით ან ავთვისებიანი სიმსივნით გამოწვეული ობტურაციისგან ღიდ სიძნელეს წარმოადგენს. ნაღვლის საერთო სადინრის ობტურაციის დროს ნაჩვენებია ოპერაციული მკურნალობა.

#### ნაღვლის კუჭისა და სანაღვლე გზების კიბო

ნაღვლის ბუშტის კიბო იშვიათია, უმეტესად დგინდება ადენოკარცინომა, იშვიათად ბრტყელუჯრედოვანი კიბო.

ნაღვლის ბუშტის კიბოს 85—90%-ში აღინიშნება კენჭის არსებობა. კენჭით მუდმივ ტრავმულ გაღიზიანებას ეტიოლოგიური მნიშვნელობა ენიჭება. იგი უმეტესად გვხვდება ქალებში, იშვიათად მამაკაცებში.

ნაღვლის ბუშტის კიბოს დასაწყისში სპეციფიკური ნიშნები არა აქვს. ავადმყოფი უჩივის ტკივილს მარჯვენა ფერდქვეშა არეში, უმადობას. ბოყინს, გულისრევას. ხშირად მარჯვენა ფერდქვეშა არეში ისინჯება სიმსივნური წარმონაქმნი. ნაღვლის ბუშტის კიბო ზოგჯერ ვლინდება მწვავე ქოლეცისტიტის პირველი შეტევით. არაიშვიათად ნაღვლის ბუშტის კიბოს დიაგნოზი შემთხვევით დგინდება კენჭოვანი ქოლეცისტიტის გამო წარმოებული ოპერაციის დროს.

ნაღვლის ბუშტის კიბოს დროს ოპერაციის მეთოდის შერჩევა განპირობებულია სიმსივნური პროცესის მოცულობით, ასაკით, ზოგადი მდგომარეობით. ჩვეულებრივი ქოლეცისტექტომია ეფექტურია იმ შემთხვევაში, თუ სიმსივნე შეღწეული არ არის სეროზულ გარსში, ღვიძლში, არ არის მეტასტაზები. როდესაც სიმსივნე შეღწეულია ღვიძლის კარში, რადიკალური ოპერაცია არ არის მიზანშეწონილი. სიყვითლის შემთხვევაში თუ შესაძლებელია საჭიროა პალიატიური ოპერაციის წარმოება ჰეპატოეიუნოსტომია ან ქოლანგიოეიუნოსტომია. ასეთი ოპერაციების შემდეგ პროგნოზი ცუდია, რადგანაც ოპერაცია

ტარდება იმ დროს, როდესაც სიმსივნური პროცესი ნაღვლის ბუშტის ფარგლებს სცილდება.

სანაღვლე გზების კიბო იშვიათია, უპირატესად გვხვდება მამაკაცებში.

სანაღვლე გზების სიმსივნეებს ახასიათებს ნელი ზრდა და მეტასტაზებს იძლევიან გვიან, იწვევენ ობტურაციულ სიყვითლეს, სიმსივნის ბუნება, ლოკალიზაცია და დაბრკოლების მიზეზი ძირითადად საოპერაციო მაგიდაზე დგინდება. რადიკალური ოპერაცია მიზნად ისახავს სადინრის ნაწილის ამოკვეთას სიმსივნესთან ერთად, შერთულის დადებით პირით-პირში ან სადინრის პროქსიმალური ნაწილის ჩანერგვით კუჭში, თორმეტგოჯა ან წერილ ნაწლავში. პერიფერიული ნაწილი ყრუდ იხურება.

დღესდღეობით სანაღვლე გზების კიბოს დროს რადიკალური ქირურგიული მკურნალობა არადაამკმაყოფილებელია. პალიატიური ოპერაცია საშუალებას იძლევა ავადმყოფს გაუგრძელდეს სიცოცხლე რამდენიმე თვით.

ნაღვლის ბუშტის სარკომა ძალზე იშვიათია, ხასიათდება მაღალი ავთვისებიანობითა და სწრაფი მეტასტაზირებით. ოპერაციული მკურნალობის მიუხედავად პროგნოზი ცუდია.

## პანკრეასის დაავადებანი

### მწვავე პანკრეატიტი

მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიულ დაავადებებს შორის საკმაოდ გახშირდა მწვავე პანკრეატიტი.

ეტოლოგია და პათოგენეზი. მწვავე პანკრეატიტის ეტიოლოგიისა და პათოგენეზის საკითხები ჭერჯერობით საბოლოოდ არ არის გადაწყვეტილი. არსებობს მრავალი მოსაზრება, რომელიც ხსნის ამ დაავადების მიზეზებს და განვითარების მექანიზმს.

პანკრეასის სადინრებში წნევა მეტია, ვიდრე ნაღვლის საერთო სადინარში, ნაღვლის გადასვლის დაბრკოლების დროს ამ უკანასკნელში წნევა მატულობს და ნაღველი გადადის პანკრეასის სადინარში, რაც იწვევს პანკრეასის ქსოვილის დაზიანებას, პროტეოლიზური ფერმენტების გააქტიურებას. მწვავე პანკრეატიტის მიზეზად მიჩნეულია ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების კენჭოვანი დაავადება, ალკოჰოლიზმი, ინფექცია, ტრავმა, თორმეტგოჯა ნაწლავის შიგთავსის რეფლუქსი პანკრეასის სადინარში. ნაღვლის გადასვლის გამო ვირზუნგის სადინარში წნევის მომატების შედეგად შეიძლება მოხდეს

სადინარის დაზიანება და განთავისუფლდეს ციტოკინაზა, რომელიც ააქტიურებს ტრიპსინოგენს, ეს უკანასკნელი ჭირკვლის ქსოვილში გარდაიქმნება ტრიპსინად, ვითარდება ჭირკვლის შეშუპება, სისხლჩაქცევა და ნეკროზი. ნალვლის მკვებები ააქტიურებენ ლიპაზას, ვითარდება ცხიმოვანი ნეკროზი. ციტოკინაზას განთავისუფლებაში მონაწილეობას იღებს სხვა ფაქტორებიც — ტოქსიკური, სისხლძარღვოვანი, ნერვული, ინფექციური. ავტორთა ნაწილი თვლის, რომ მწვავე პანკრეატიტი ვითარდება ქარბი რაოდენობით, განსაკუთრებით ცხიმოვანი საკვების მიღების შემდეგ, რადგანაც ამ დროს ვლინდება ოდის სფინქტერის დისფუნქცია.

მწვავე პანკრეატიტის განვითარებაში მნიშვნელოვან როლს ანიჭებენ ნეიროვასკულურ მოშლილობას. სისხლძარღვთა სპაზმი, შემდეგ ვაზოდilatაცია, სტაზი და ჰემორაგია შეიძლება პანკრეატიტის მიზეზი გახდეს. მნიშვნელოვან როლს ანიჭებენ ნერვულ სტრესს, ფიზიკურ და ფსიქიკურ ტრავმას.

ტრიფსინის შეყვანა ინტრავენუზრად და ინტრაპერიტონეულად იწვევს პანკრეატიტის მსგავს მორფოლოგიურ ცვლილებებს და ჰემოდინამიკის მოშლას. ამ დროს სისხლში წარმოიქმნება პოლიპეპტიდი — ბრადიკინინი, რომელიც იწვევს სისხლძარღვთა კედლის გამავლობის გაძლიერებას. აქტიური ბრადიკინინი არააქტიური ბრადიკინინოგენისაგან მიიღება ფერმენტ კალიკრეინის მოქმედებით. პანკრეატიტის განვითარებაში კინინების გარდა მნიშვნელობას აძლევს პანკრეასის ფერმენტების აქტივაციასა და ჭირკვლის ქსოვილის დაზიანებას. პანკრეასის ქსოვილის სხვადასხვა მიზეზით დაზიანებისას გამოიყოფა აქტიური ნივთიერება — ციტოკინაზა, რომელიც ააქტიურებს ტრიფსინოგენს და მას იგი ტრიპსინად გარდაქმნის. აქტიური ტრიფსინი თავის მხრივ ააქტიურებს ტრიფსინოგენს, ქიმოტრიფსინოგენს, კალიკრეინოგენს და გადააქცევს მათ აქტიურ ფერმენტებად — ტრიფსინად, ქიმოტრიფსინად, კალიკრეინად. პროტეოლიზური ფერმენტების მოქმედებით ზიანდება პანკრეასის სისხლძარღვის კედელი, მისი გამტარობა მატულობს, რასაც მოყვება სტაზი, თრომბოზი, რაც თავის მხრივ იწვევს ჭირკვლის ქსოვილის შეშუპებას, სისხლჩაქცევას და ნეკროზს.

„ლიპაზური თეორია“ იმაში მდგომარეობს, რომ ნალვლის მკვებ მარილების უმნიშვნელო რაოდენობით არსებობაც კი ააქტიურებს ლიპაზას და ცხიმოვანი პანკრეონეკროზი ვითარდება.

კლასიფიკაცია. სრულყოფილად უნდა მივიჩნიოთ ვ. ს. საველიევისა და თანაავტ. (1981) მიერ შემუშავებული მწვავე პანკრეატიტის კლინიკურ-მორფოლოგიური კლასიფიკაცია. კლინიკურ-ანატომიური ფორმებიდან არჩევენ: 1. შეშუპებით პანკრეატიტს (აბორტუ-

ლი პანკრონეკროზი), 2. ცხიმოვან პანკრეატიტს, 3. ჰემორაგიულ პანკრეატიტს; გავრცელების მიხედვით: ლოკალურ, სუბტოტალურ და ტოტალურ პროცესს; მიმდინარეობის მიხედვით — აბორტულა და პროგრესირებადს. დაავადების პროცესში არჩევენ: 1. ჰემოდინამიკური დარღვევებისა და შოკის სტადიას, 2. პარენქიმული ორგანოების ფუნქციის უკმარისობის სტადიას, 3. დეგენერაციულ-ჩირქოვან გართულებათა გამოვლინების სტადიას.

ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა. მწვავე პანკრეატიტის ერთ-ერთი ძირითადი დამახასიათებელი ნიშანია ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში. ტკივილი იწყება მოულოდნელად. ავადმყოფთა 55—60% ანამნეზში აღნიშნავს ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების პათოლოგიას. შემთხვევათა 70—90% წინ უძღვის ალკოჰოლის ან ცხიმოვანი საკვების დიდი რაოდენობით მიღება.

ტკივილი მუდმივია, იშვიათად შეიძლება იყოს შეტევეთი, ძირითადად ეპიგასტრიუმის არეშია, გადაეცემა წელსკენ, მარჯვენა ან მარცხენა ბეჭის არეში. ტკივილის ასეთი ირადიაცია, ვ. ვ. ვოსკრესენსკის (1951) აზრით, დამოკიდებულია ჯირკვალში პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაციაზე. არცთუ იშვიათად სარტყლისებური ტკივილი ეპიგასტრიუმის ღონეზე. ძლიერი ტკივილის მიზეზად მიაჩნიათ კაფსულის გადაჭიმვა, მის სადინარში ჰიდრაფლიკური წნევის მომატება.

მწვავე პანკრეატიტის მეორე დამახასიათებელი ნიშანია ღებინება, რომელიც მრავალჯერადაა და ავადმყოფისთვის არ მოაქვს შეება. ნაღებინებ მასას არა აქვს რაიმე დამახასიათებელი ნიშანი. პირველი ულუფა შეიცავს საჭმლის ნარჩენებს. შემდეგ იგი ნაღველნარევია, მძიმე შემთხვევებში სისხლნარევიც.

კანი და ხილულა ლორწოვანი გარსი შეიძლება იყოს სუბიქტიურული, ხშირად გამოხატულია სახის, ფრჩხილებისა და მძიმე შემთხვევებში მთელი სხეულის ციანოზი, რომლის მიზეზია ინტოქსიკაცია და სუნთქვის დარღვევა, დიაფრაგმის მოძრაობის შეზღუდვა მასზე ანთებითი პროცესის გადასვლის გამო.

დაავადების დასაწყისში ავადმყოფთა უმრავლესობას სხეულის ტემპერატურა ნორმის ფარგლებში აქვს, მე-2—3 დღეს ტემპერატურა სუბფებრილურია ან მაღალი. თუ მომდევნო დღეებში სხეულის ტემპერატურა, ჩატარებული ანტიბიოტიკოთერაპიის მიუხედავად, მაინც მაღალია, მის მიზეზად მიიჩნევენ ჩირქგროვის განვითარებას.

მწვავე პანკრეატიტს თან სდევს ტაქიკარდია, ჰიპოტონია, იშვიათად ხანმოკლე ჰიპერტენზია, რომელიც გადადის ჰიპოტონიაში. ვლინდება ცირკულარებადი სისხლის დეფიციტი, რომელმაც შეიძლება 1 500 მლ-ს მიაღწიოს. ვითარდება სტაზი, მიკროთრომბები და



სისხლის რეოლოგიური მონაცემები უარესდება. მწვავე პანკრეატიტის დროს ხშირია გამონადენი პლევრისა და მუცლის ღრუში, სითხის გარკვეული ნაწილი გროვდება პარეზულ ნაწლავებში.

მწვავე პანკრეატიტის დროს მოსალოდნელია კოლაფსი, შოკი. შოკური მდგომარეობა განპირობებულია ნეიროვეგეტატიური რეაქციით, ფერმენტული ტოქსემიით, დიდი რაოდენობით გამოიყოფა პლანზმოკინინები (ბრადიკინინი, კალიკრეინი), ჰისტამინი, სეროტონინი, აცეტილქოლინი, ტრიაპინი, თირკმელზედა ჯირკვალში ვითარდება ფუნქციური და მორფოლოგიური ცვლილებები. აღნიშნულ ძვრებს მოსდევს ჰემოდინამიკის დარღვევა. ტოქსიკური შოკი დაავადების დასაწყისში სხვა გართულებებთან ერთად სიკვდილის მიზეზია შემთხვევათა 50%-ში.

მწვავე პანკრეატიტის დროს გამონადენია პლევრის ღრუში, ბაფოგენური გზით დიაფრაგმის ბუნებრივი ხვრელებიდან. პლევრის ღრუში პანკრეასის ფერმენტების მოხვედრა ჰემატოგენური ან ლიმფოგენური გზით დიაფრაგმის ბუნებრივი ხვრელებიდან. პლევრის ღრუში გამონადენი, ფილტვის ექსკურსიის შემცირება იწვევს სუნთქვით უკმარისობას, ჰიპოქსიას. სუნთქვითი უკმარისობის მიზეზია ზოჯიერთი ნივთიერება, რომელიც გამოიყოფა პანკრეატიტის დროს (აცეტილქოლინი, სეროტონინი, ჰისტამინი, ბრადიკინინი), მოსალოდნელია ფილტვის შეშუპება, ვითარდება ფილტვის არტერიის ტოტების თრომბოზი, ინფარქტ-პნევმონია.

მრავალი ფუნქციური და მორფოლოგიური დარღვევაა ღვიძლში. დაავადების დაწყებიდან მე-3—4 დღეს მოსალოდნელია ავადმყოფის ფსიქიკის დარღვევა. მისი მიზეზია პროტეოლიზური ფერმენტების მოქმედება, ჰიპოკალიემია, ვენური სისხლის მიმოქცევის დარღვევა. აღინიშნება ფსიქომოტორული დარღვევა, მხედველობითი და სმენითი ჰალუცინაციები.

მუცელი მონაწილეობს სუნთქვით აქტში, შებერილია, ზოგჯერ ასიმეტრიული, პალპაციით მტკივნეული ეპიგასტრიუმის არეში. დაავადების დაწყებისას დიდი რაოდენობით პლანზმის დაკარგვის გამო ერთთროციტების რაოდენობა მატულობს. მასიური რეტროპერიტონეული სისხლჩაქცევების გამო ვითარდება ანემია. მწვავე პანკრეატიტის დამახასიათებელია მალალი ლეიკოციტოზი (25—30 000) 70—82%-ში, 60—70%-ში ვითარდება ეოზინოპენია და ანეოზინოფილია, დიაგნოსტიკისთვის მნიშვნელობა აქვს სისხლში ამილაზის განსაზღვრას. მიჩნეულია, რომ როდესაც ამილაზის რაოდენობა სისხლში 256 და მეტია მწვავე პანკრეატიტი უნდა ივარაუდონ.

კლინიკური ნიშნების გამოვლენება დამოკიდებულია პანკრეატიტის ფორმაზე. მწვავე ინტერსტიციული პანკრეატიტი (შეშუპებათა)

გვხვდება 70—80%-ში. იგი იწყება ტკივილით, მკვეთრად გამოხატული ინტოქსიკაციისა და კოლაფსის გარეშე. სისხლში მატულობს ამილაზისა და ლიპაზის რაოდენობა. შარდში ამილაზა მომატებულია. დაავადების დაწყებიდან მე-2—3 დღეს ანთებითი პროცესი თანდათან ჩაცხრება, ფერმენტების რაოდენობაც ნორმალზედება, მე-7—10 დღეს დაავადება მთავრდება ავადმყოფის გამოჯანმრთელებით, თუ არ გარდაქმნა ჰემორაგიულ ფორმად ან არ დაჩირქდა.

ცხიმოვანი და ჰემორაგიული პანკრეონეკროზი იწყება მწვავედ, გამოხატულია ძლიერი ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში, ტაქიკარდია, სხეულის ტემპერატურა მატულობს 39°-მდე, ლეიკოციტების რაოდენობა აღწევს 10 000—20 000-ს, დაავადება მიმდინარეობს მძიმედ, შემთხვევათა 10—20%-ში სიკვდილით მთავრდება. პანკრეონეკროზი გვხვდება შემთხვევათა 30—40%-ში, მკვეთრადაა გამოხატული მწვავე პანკრეატიტის დამახასიათებელი ნიშნები — ტკივილი, ინტოქსიკაცია, კოლაფსი, შოკი, ფერმენტული პერიტონიტი, ტკივილი არ ცხრება ტკივილგამაყუჩებელი და ანტიშოკური პრეპარატების გამოყენებით. ლეტალობა აღწევს 27—40%-ს. პანკრეონეკროზის ხშირი გართულებაა დაჩირქება, ფისტულის ჩამოყალიბება, შაქრიანი დიაბეტი.

ჩირქოვანი პანკრეატიტი ვითარდება მწვავე პანკრეატიტის ამა თუ იმ ფორმის შემთხვევაში ინფექციის მოხვედრით. იგი რთულდება რეტროპერიტონეული სივრცის ფლევგმონით. ავადმყოფის მდგომარეობა უარესდება, ინტოქსიკაცია მატულობს და ავადმყოფი იღუპება.

დი ა გ ნ ო ზ ი და დ ი ფ ე რ ე ნ ც ი უ ლ ი დ ი ა გ ნ ო ზ ი. მწვავე პანკრეატიტის დიაგნოსტიკა რთულია. შეცდომით ადგენენ. იმ დაავადებების დიაგნოზს, რომლებიც საჭიროებენ ოპერაციულ მკურნალობას (მწვავე აპენდიციტი, კუჭის ან თორმეტჯოგა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია, ნაწლავთა გაუვალობა) ან არ საჭიროებენ ოპერაციულ დახმარებას (წყლულოვანი დაავადების გამწვავება, თირკმლის ქვალი, გულის კუნთის ინფარქტი, სტენოკარდია). არის პიპერდიაგნოსტიკის შემთხვევებიც, ე. ი. მწვავე პანკრეატიტის დიაგნოზს ვარაუდობენ და სინამდვილეში საქმე შეეხება სხვა პათოლოგიას. პიპერდიაგნოსტიკა ნაკლებ საშიშია იმ შემთხვევაში, როდესაც არსებული პათოლოგია არ საჭიროებს ოპერაციულ მკურნალობას, საშიშია საწინააღმდეგო შემთხვევაში, ვარაუდობენ მწვავე პანკრეატიტის არსებობას და სინამდვილეში არის მწვავე აპენდიციტი, კუჭის და თორმეტჯოგა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია და სხვ.

მწვავე პანკრეატიტის დროს დიფერენციული დიაგნოსტიკა საჭიროა მუცლის ღრუს ორგანოების ყველა მწვავე ქირურგიული და-

ავადებების — მწვავე აპენდიციტის, მწვავე ქოლაციტის, ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის, მეზენტერიულ სისხლძარღვთა თრომბოზის, ზოგჯერ სტენოკარდიის, მიოკარდიუმის ინფარქტის გამოსარიცხად.

მკურნალობა. მწვავე პანკრეატიტის მკურნალობა ძირითადად კონსერვატიულია, ოპერაციული ჩარევა საჭიროა პერიტონიტის პროგრესულობის, ჩირქბროვის განვითარების დროს.

კონსერვატიული მკურნალობის მიზანია: 1. ტკივილის აცილება, 2. დარღვეული ჰემოდინამიკის აღდგენა, 3. ნევთიერებათა ცვლის დარღვევის გამოსწორება, 4. დეზინტოქსიკაცია, 5. პანკრეასის სეკრეციის დათრგუნვა, მისი ფერმენტების ინაქტივაცია, 6. ბრძოლა ინფექციის წინააღმდეგ.

ტკივილის შესამცირებლად გამოყენებულია პარანეფრული ბლოკადა ვიშნევსკის წესით. მიმართავენ ბლოკადის სხვა სახეებსაც — ლეიძლის მრგვალი იოგის ბლოკადას, ინტრავენუზრად ნოვოკაინის ტრანსფუზიას, პერიდურულ ანესთეზიას, ნარკოტიკულ საშუალებებს. გარდა მორფიუმისა, რადგანაც იგი იწვევს ოდის სფინქტერის სპაზმს.

ავადმყოფებს სამი-ოთხი დღით უნიშნავენ მშიერ-დიეტას, აძლევენ მხოლოდ ტუტე სითხეებს — ბოჯომს, ახორციელებენ კუჭის შიგთავსის ასპირაციას ნაზოგასტრალური ზონდით — 3—5-ჯერ დღეში, შეყავთ ატროპინი, სპაზმოლიზური საშუალებანი, ანტიპისტამინური პრეპარატები.

აუცილებელია ცირკულირებადი სისხლის დეფიციტის აღდგენა, მიმდინარეობს პლაზმის, პლაზმის შემცველი სითხეების — რეომაკროდექსის, ალბუმინის, პოლიგლუკინის ტრანსფუზია. დაავადების პირველ დღეს ახორციელებენ დაახლოებით 5 000—6 000 მლ სითხის ტრანსფუზიას. დარღვეული მიკროცირკულაციის აღსადგენად და სისხლის რეოლოგიური თვისებების გასაუმჯობესებლად გამოყენებულია რეოპოლიგლუკინი, ელატინოლი, სადავოა ანტიკოაგულანტების გამოყენება. ზოგ ავტორს აუცილებლად მიაჩნია მათი გამოყენება, ზოგი კი წინააღმდეგია, ვარაუდობენ, რომ მათმა გამოყენებამ შეიძლება გამოიწვიოს ჰემორაგიული პანკრეატიტი. მოუხედავად აღნიშნულისა, ბოლო პერიოდში ანტიკოაგულანტებს ფართოდ იყენებენ. ცილების, წყლისა და ელექტროლიტური ცვლის დარღვევების კორექციის მიზნით ხმარობენ ცილოვან პრეპარატებს (ალბუმინს, პროტეინს), საჭიროა მეავა-ტუტოვანი და ელექტროლიტური ცვლის დარღვევის აღდგენა, ცილოვანი ჰიდროლიზატორების გამოყენება უკუნაჩვენებია, რადგან იწვევენ პანკრეასის ფერმენტების აქტივობის მომატებას.

განსაკუთრებით საყურადღებოა დეზინტოქსიკაციური თერაპია. აღნიშნულის მიზნით შეყავთ გლუკოზა, ალბუმინი, პლაზმა, ფერ.

ვენტების ინჰიბიტორები, მიმართავენ ფორსირებულ დიურეზს, გულ-მკერდის ლიმფური სადინრის დრენირებას, ლიმფაზსორბციას, პლაზ-მაფერეზს, პერიტონეულ დიალიზს. დიდ ყურადღებას აქცევენ ტოქ-სიკური ნივთიერებების გამოდევნას ფორსირებული დიურეზის სა-შუალებით, მითუმეტეს, რომ ტრიაპსინი, კალიკრეინი და კინინური სისტემის სხვა კომპონენტები გაივლის თირკმლის ბარიერს და კარ-გად გამოიყოფა. დეზინტოქსიკაციის მიზნით მიმართავენ გულმკერ-დის ლიმფური სადინრის გარეთა დრენირებას.

შოკის მკურნალობისთვის, პანკრეონექროზის პროგრესირებისა და ფერმენტული პერიტონიტის აცდლების არჩევით მეთოდად მიაჩნათ ინტრაარტერიულ-რეგიონული პერფუზია, რისთვისაც ახორციელებენ აორტის კათეტერიზაციას და ფაშვის არტერიაში სამკურნალო ნარევის (კონტრიაკალი, ჰეპარინი, ეუფილინი, ნიკოტინამევა, ნოვოკაინი, რინ-ჯერის ხსნარი) შეყვანას.

პანკრეასის სეკრეციის დასათრგუნავად გამოყენებულია გლუკო-გონი, ტრასილოლი, რომელიც არაეფექტურია პანკრეონექროზის დროს. მისი დოზაა 25 000—30 000 ერთ., რომელსაც ზრდიან 5 000 000—7 000 000 ერთ.-მდე.

მწვავე პანკრეატიტის სამკურნალოდ გამოყენებულია ციტოსტა-ტიკური პრეპარატები, რომლებიც აქვეითებენ ცილის სინთეზს და ფერმენტების წარმოქმნას. ამ მიზნით გამოყენებულია 5-ფთორურა-ცილი, ფთორაფური. მიმართავენ კუჭის ღია და დახურულ ჰიპოთერ-მias.

ავადმყოფებს უნიშნავენ ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებს, შორ-ფოციკლინს, გენტამიცინს, ტეტრაციკლინს, ამიკაცინს, აღნიშნული პრეპარატები შერჩევითად ხვდება პანკრეასში, ნაღვლის ბუშტში, პერიტონეულ ექსუდატში. ტეტრაციკლინი აჰავე დროს პანკრეასის სუსტი ინჰიბიტორია. ანტიბიოტიკებს უნიშნავენ მეორადი ინფექციის ასაცილებლად. მუცლის ღრუს დრენირება შეიძლება ლაპაროსკოპის მეოხებით. ლაპაროსკოპის კონტროლით მუცლის ღრუში შეაქვთ მიკ-როორიგატორები და დრენაჟები ანტიფერმენტული პრეპარატების შესაყვანად და პერიტონეული დიალიზის განსახორციელებლად.

ო პ ე რ ა ც ი უ ლ ი მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა . მწვავე პანკრეატიტის დროს ოპერაციული მკურნალობის ჩვენებებია: 1. ქოლეცისტოპან-კრეატიტი, როდესაც ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების დეს-ტრუქციაა, 2. პანკრეონექროზი, 3. პერიტონიტის განვითარება, 4. ჩირქოვანი პერიტონიტი, 5. მწვავე პანკრეატიტის სხვა ჩირქოვა-ნი გართულებები.

ლაპარატომიის შემთხვევაში მუცლის ღრუს რევიზიის დროს მწვავე პანკრეატიტი შეიძლება ვერ გამოვლინდეს შემდეგი მიზეზე-

ბის გამო: 1. არ არის გამოხატული მწვავე პანკრეატიტის დამახასიათებელი სტეატონეკროზი, ექსუდატი, მეორადად შეცვლილ რომელიმე ორგანოს შეცდომით მიიჩნევენ ძირითად პათოლოგიად; 2. მუცლის ღრუში გამონადენია, მაგრამ მისი მიზეზი არ არის სწორად დადგენილი; 3. პანკრეასის ანთებად ინფილტრატს მიიჩნევენ სიმსივნედ (ვ. დ. პოზდნიაკოვი, 1968).

ოპერაციული მყურნალობის ყველაზე გავრცელებული მეთოდია ს. ვ. ლობახევის (1953) ოპერაცია, ამ ოპერაციის ელემენტები უფრო ადრე შეიმუშავეს ა. ვ. მარტინოვმა (1897) და ი. ვ. რუფანოვმა (1952). შუა ზედა ლაპაროტომიის პირობებში ხსნიან ბადექონის აბგას, ანორციელებენ ჭირკვლისა და მის გარშემო მყოფი ქსოვილების ინფილტრაციას ნოვოკაინით, ანტიბიოტიკებით, ინჰიბიტორებით, ბადექონის აბგის დრენირებასა და ტამპონირებას. პანკრეასის „კაფსულის“ დასერვას, რომელსაც ფართოდ იყენებდნენ ორი — სამი ათეული წლის წინ, დღეს თითქმის აღარავენ მიმართავენ.

სხვა ოპერაციებისგან განსხვავებით, მწვავე პანკრეატიტის დროს პათოლოგიური პროცესი მუცლის ღრუში რჩება, აპიტომ დიდი მნიშვნელობა აქვს მის შემოსაზღვრას. ამ მიზნით რეკომენდებულია ომენტოპანკრეატოპექსია, რომლის დროს დიდ ბადექონს კუჭ-ნაწლავის იოგის გახსნით რამდენიმე ნაკერით უშაგრდება კედლის ამჟღავნებულ პერიტონეუმს და წინიდან ფარავს პანკრეასს. უფრო სრულყოფილი იზოლირებისთვის მიმართავენ პანკრეასის აბდომინოზაციას: ზედა შუა ლაპაროტომიის პირობებში კუჭ-კოლინჯის იოგის გაკვეთით ხსნიან ბადექონის აბგას, პანკრეასის ზემოთ და ქვემოთ პარალელური განაკვეთით გაკვეთენ მის მფარავ პერიტონეუმს, პანკრეასს, ჩლუნგად გამოყოფენ რეტროპერიტონეული სივრციდან, ყოველი მხრიდან გამოყოფილ პანკრეასის სხეულსა და კუდს გაახვევენ ბადექონში, რითაც პანკრეასი გადმოვა რეტროპერიტონეული სივრციდან მუცლის ღრუში.

ჩირქოვანი პანკრეატიტის დროს საჭიროა ლაპაროტომია, ბადექონის აბგის ტამპონირება და დრენირება, ლუმბოტომია. რეტროპერიტონეული ფლევმონის განვითარებისას საჭიროა მისი ფართო გაკვეთა დრენირებით. ლუმბოტომიის ჩატარება შეიძლება ჭირკვლის დესტრუქციის დროსაც.

რადიკალური ოპერაციების დროს საჭიროდ მიიჩნევენ სანაღლე გზების დრენირებას ქოლეცისტოსტომიის ან ქოლედოქუსის გარეთა დრენირების სახით, რაც ხელს უწყობს ვირზუნგის სადინარში წნევის შემცირებას.

პანკრეონეკროზის დროს საჭიროა ნეკროზული სეკვესტრის მოცილება. პანკრეასის კუდისა და სხეულის ნეკროზის დროს საჭიროა

მათი რეზექცია საღი ქსოვილის ფარგლებში, თავის ნეკროზის დროს — ნეკროზული სეკვესტრის ამოღება, ტოტალური ნეკროზის დროს — ჭირკვლის სუბტოტალური რეზექცია.

მწვავე პანკრეატიტი შეიძლება გართულდეს ინფექციით, ბაღე-ქონის აბგის აბსცესით, რეტროპერიტონეული სივრცის ფლეგმონით და აბსცესით, ჩირქოვანი პარანეფრიტით, ფიბროზულ-ჩირქოვანი პლევრიტით, ფიბრინული პერიკარდიტით, დაჩირქებული პნევმონით, ჩირქოვანი მედიასტინიტი, ჩირქოვანი პაროტიტით და ა. შ. აღნიშნულის გამო საჭირო ხდება სათანადო კონსერვატიული და ოპერაციული მკურნალობის ჩატარება. მწვავე პანკრეატიტის დროს საერთო ლეტალობა შეადგენს 4—19%-ს, ხოლო მწვავე პანკრეატიტის დესტრუქციული ფორმის შემთხვევაში 50—80%-ს.

დაავადების გამოსავალი დამოკიდებულია პანკრეატიტის ფორმაზე, პანკრეონეკროზის შემთხვევაში მისი დაზიანების ფართზე, თანმხლებ დაავადებებზე, ავადმყოფის ასაკზე, გართულების სახეზე. დაავადების დასაწყისში სიკვდილის მიზეზია ფერმენტული ინტოქსიკაცია და მასთან დაკავშირებული გართულებები, მოგვიანებით პერიოდში სიკვდილის მიზეზია არა ფერმენტული ინტოქსიკაცია, არამედ ინტოქსიკაცია პანკრეონეკროზის შედეგად, ჩირქოვან-ნეკროზული პანკრეატიტი, ბაღექონის აბგის ჩირქოვან-დიფუზური პერიტონიტი, სეფსისი, პროფუზული სისხლის დენა პანკრეასის აროზირებულ სისხლძარღვებიდან და ა. შ.

### ქრონიკული პანკრეატიტი

ქრონიკული პანკრეატიტის განვითარების მექანიზმი საბოლოოდ არ არის გარკვეული. უფრო ხშირად იგი მწვავე პანკრეატიტის შედეგია. ზოგ შემთხვევაში პანკრეატიტი თავიდანვე ქრონიკულად მიმდინარეობს, გამწვავეების გარეშე. ქრონიკული პანკრეატიტის ეტიოლოგიური ფაქტორებიდან აღნიშნავენ პანკრეასთან ფუნქციურად დაკავშირებულ ორგანოთა (კუჭის, თორმეტგოჯა ნაწლავის, სანაღვლე გზების) დაავადებებს, ალკოჰოლიზმს, ნივთიერებათა ცვლის მოშლის, ქიმიური ფაქტორისა და ტრავმის ზემოქმედებას.

ქრონიკული პანკრეატიტის მორფოლოგიური სუბსტრატია ჭირკვლის ქსოვილის პროგრესირებადი ატროფია და უჯრედოვანი ელემენტების შენაცვლება შემაერთებული ქსოვილით და ფიბროზით. დროთა განმავლობაში სკლეროზული ცვლილებები მატულობს. აღნიშნული ცვლილებები პანკრეასში შეუქცევადია. პანკრეასის სადინრებში მკვეთრი ცვლილებებია, მათი გაფართოებისა და შევიწროების სახით. ჭირკვალი გადიდებული ან დაპატარავებულია, მკვრივი.

კლინიკა და სიმპტომატოლოგია. დაავადების ძირითადი ნიშანია ტკივილი ეპიგასტრიუმში. ტკივილი ან მუდმივი ხასიათისაა, ან შეტევითი. ხშირად ტკივილის გაძლიერებას წინ უსწრებს დიეტის დარღვევა, ალკოჰოლის მიღება. ზოგჯერ ტკივილი ძლიერდება ყოველგვარი საკვების მიღების შემდეგ, რის გამოც ავადმყოფი ერიდება ჭამას. კახეჭაიამდე მიდიან. ტკივილი შეიძლება იმდენად შემაწუხებელი იყოს, რომ არ ექვემდებარებოდეს ტკივილგამაყუჩებელ მედიკამენტებს. ტკივილის მიზეზი ხშირად პანკრეასის სადინრებში განვითარებული ჰიპერტენზიაა.

ტკივილი სხვადასხვა ხანგრძლივობისაა, შეიძლება გაგრძელდეს რამდენიმე საათი და დღე, ზოგჯერ იწყება ღამე, ზოგჯერ ჭამის შემდეგ, შეიძლება იყოს შემომსარტყველი, ძლიერდებოდეს მდებარეობის შეცვლის დრო.

ავადმყოფთა უმრავლესობას გამოხატული აქვს საჭმლის მონელების პროცესის დარღვევა, დისპეფსიური ნიშნებიდან აღსანიშნავია სიმძიმის შეგრძნება ეპიგასტრიუმში, გულისრევა, ბოყინი, შებერვა. არცთუ იშვიათია ფაღარათი ან ფაღარათისა და შეკრულობის შენაცვლება. შორსწასულ შემთხვევაში სტეატორეა და კრეატორეა ვლინდება.

პანკრეასის ფუნქციური მოსვენების მისაღწევად აუცილებელია ანტაციდები (ალმაგელი, კალციუმის კარბამიდი და სხვ.), მშვიერი დიეტა, ბორჯომი, გამწვავების გავლის შემდეგ მკურნალობა მიმართული უნდა იყოს პანკრეასის ეგზოსეკრციული დარღვევის წინააღმდეგ (პანკრეატიტით, პანკრეოზიმინით, ფესტალით, პანზინორმით და სხვ.) სასურველია ვიტამინთერაპია (B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub>, C), ანაბოლური ჰორმონები.

გამწვავების ასაცილებლად აუცილებელია კვების რეჟიმისა და დიეტის მკაცრი დაცვა რემისიის პერიოდში. საჭიროა თანმხლები დაავადებების მკურნალობა.

კონსერვატიული მკურნალობის უშედეგობისა და გართულებების განვითარების შემთხვევაში ოპერაციული მკურნალობაა რეკომენდებული.

ოპერაციული მკურნალობის მეთოდის შესარჩევად დადგენილი უნდა იყოს ქრონიკული პანკრეატიტის ეტიოლოგიური ფაქტორი, პანკრეატიტის ფორმა, პათოლოგიური პროცესი, ლოკალიზაცია და მისი გავრცელება, პანკრეასის სადინრების მდგომარეობა, ირგვლივ მდებარე ორგანოებში არსებული პათოლოგიური ცვლილებები.

ქოლანგიოგენური ქრონიკული პანკრეატიტის დროს გამოყენებულია სანაღვლე გზების ოპერაციული ჩარევის სხვადასხვა სახე — ქოლექისტექტომია, ქოლედოქტომია გარეთა დრენირებით, შიგნითა

დრენირებით (ქოლედოქოდუოდენოასტომოზი), ტრანსდუოდენური და ენდოსკოპიური პაპილოსფინქტეროტომია.

დუოდენოსტაზის შედეგად განვითარებული ქრონიკული პანკრეატიტის დროს აკეთებენ კუჭის რეზექციას γ-სებრი შერთულით. წყლულოვანი დაავადების შედეგად (პენეტრაცია განვითარებული პანკრეატიტის დროს მიმართავენ კუჭის რეზექციას, ვაგოტომიის ამა თუ იმ სახეს (მადრენირებელი ოპერაციით ან მის გარეშე).

ქრონიკული პანკრეატიტის მძიმე ფორმის შემთხვევაში საჭიროა ოპერაციული ჩარევა უშუალოდ პანკრეასზე და მის სადინარზე. ახორციელებენ სხვადასხვა სიფართის რეზექციას, ვირსუნგოპლასტიკას, პანკრეატოეუნოანასტომოზს

ავადმყოფთა ნაწილს გამოხატული აქვს ნახშირწყლოვანი ცვლის დარღვევა უფრო ხშირად შაქრიანი დიაბეტის, იშვიათად ჰიპოგლიკემიის სახით. პირველადი შაქრიანი დიაბეტისგან განსხვავებით, ქრონიკული პანკრეატიტის დროს შემცირებულია სისხლში გლუკაგონის კონცენტრაცია.

ზოგ ავადმყოფს გამოხატული აქვს სიყვითლე, რომელიც მექანიკური დაბრკოლების შედეგია. სანაღვლე გზებში დაბრკოლების მიზეზი შეიძლება იყოს ცვლლებები დვრილის არეში (სტენოზი, პაპილიტი) ან ზეწოლა პანკრეასის გამკვრივებული ქსოვილით.

დიავნოზი. ქრონიკული პანკრეატიტის დიაგნოსტიკა ერთობ ძნელია. კლინიკურ სურათს ხშირად აბუნდოვნებს დაავადება, რომლის ფონზეც განვითარდა ქრონიკული პანკრეატიტი. დიფერენციული დიაგნოსტიკა საჭიროა კუჭის, თორმეტგოჯა ნაწლავის, ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების დაავადებების, პანკრეასის სიმსივნის გამოსარიცხად.

კლინიკური სურათისა და დაავადების მიმდინარეობის სრულყოფილი ანალიზის გარდა, დიაგნოზის დასაზუსტებლად მიმართავენ კვლევის სხვადასხვა მეთოდს. ზოგჯერ დიაგნოზის დაზუსტებისთვის საკმარისია რენტგენოსკოპიით პანკრეასში კალციფიცირებული უბნის დადგენა. მნიშვნელოვან მონაცემებს იძლევა ექოსკანირება, კომპიუტერული ტომოგრაფია, სელექციური ანგიოგრაფია, რეტროგრადული ქოლანგიოვირზუნგოგრაფია.

გარკვეული მნიშვნელობა აქვს სისხლსა და შარდში ამილაზის განსაზღვრას. ქრონიკული პანკრეატიტის დროს გამწვავების გარეშე ფერმენტების კონცენტრაცია მომატებული არ არის, მაგრამ მათი მატება გამწვავების დროს მხედველობაშია მისაღები.

მკურნალობა. გაურთულებელი ქრონიკული პანკრეატიტის ჰკურნალობა კონსერვატიულია. ტყვილის საწინააღმდეგოდ აუცილებელია ოდის სპინქტერის სპაზმის აცილება (ატროპინი, ნო-შპა, პლა-



ტიფლინი, ბარალგანი და სხვ.). უნიშნავენ ანტი-სპაზმურ პრეპარატებს (პიპოლფენს, სუპრასტინს, დიმედროლს, დიაზოლინს და სხვ.), ანტიფერმენტულ მედიკამენტებს (ტრასილოლს — 100 000 ერთ., კონტრიკალს — 40 000 ერთ., გორდოქს — 200 000 ერთ. და მეტი), ეფექტურია მეთილურაცლი. გამწვავების დროს სულ უფრო ფართოდ იყენებენ 5-ფთორურაცის (15 მგ/კგ წონაზე 3—5 დღე).

### პანკრეასის ცისტა

არჩევენ პანკრეასის ნამდვილ და ცრუ ცისტებს. ნამდვილი ცისტა გამოფენილია ეპითელიუმით და რეტენციული პროცესის შედეგია ან კიდევ სიმპიენეა ცისტადენომის სახით. გაცილებით უფრო ხშირად საქმე გვაქვს ცრუ ცისტასთან, როდესაც ტრავმის, სისხლის ჩაქცევის. მწვავე ჰემორაგიული პანკრეატიტის შედეგად დაზიანებული კერის არეში ცისტა წარმოიქმნება. მას კაფსულა არა აქვს, შეიცავს შეშავებულქსოვილოვან გარსს, ზოგჯერ დიდ ზომას აღწევს. მისი შიგთავსი შეიძლება იყოს გამჟვირვალე, ქარვისფერი, შოკოლადისფერი სითხე (სისხლის ჩაქცევის გამო). შიგთავსი შეიცავს პანკრეასის ფერმენტებს, განსაკუთრებით ამილაზას. პანკრეასის პატარა ოდენობის ცისტა კლინიკურად იშვიათად ვლინდება. დიდი ოდენობის ცისტა ისინჯება მუცლის წინა კედლის პალპაციით, მეზობელ ორგანოებზე ზეწოლის გამო გამოვლინდება სათანადო კლინიკური ნიშნები. კუჭზე ზეწოლის გამო იწყება გულისრევა, ღებინება, სიგამხდრე. ცისტა შეიძლება დაჩირქდეს, მასი შიგთავსის გაყოვნის შემთხვევაში პერიტონიტი ვითარდება.

დიაგნოზის დადგენაში გვეხმარება ობიექტური გამოკვლევები, რენტგენოლოგიური გამოკვლევა საკონტრასტო ნივთიერებებით. ამ დროს კუჭი გადაწეულია ზემოთ, კოლინჯი ქვემოთ. პანკრეასის ცისტის დადგენა შეიძლება ექოსკანირებით, ცელიაკოგრაფიით, კომპიუტერული ტომოგრაფიით.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა საქიროთა მუცლის ღრუს სხვა ორგანოების ცისტის, ღვიძლის, ელენთის და მუცლის ღრუს სხვა ორგანოების ექინოკოკის, პიდრონეფროზის, რეტროპერატონეული სიმპიენის გამოსარიცხად.

მკურნალობა. არსებობს პანკრეასის ცისტის ოპერაციული მკურნალობის შემდეგი სახეები: 1. რადიკალური ცისტექტომია, 2. მარსუპიალიზაცია და 3. შიგნითა დრენაჟის შექმნა.

ამ ოპერაციათაგან იდეალურია პანკრეასის ცისტის რადიკალური ცისტექტომია, მაგრამ იგი მეტად ძნელია განსახორციელებლად,

ხშირად შეუძლებელიცაა, მეზობელ ორგანოებთან ცისტის შეხორცების გამო, ამიტომ ახორციელებენ შედარებით ადვილ ოპერაციას — მარსუპიალიზაციას, ამ დროს ცისტას შიგთავსისგან ათავისუფლებენ, წინასწარ შემოფარგლავენ ირგვლივ მდებარე ქსოვილისგან და ორგანოებისგან. ცისტის განაკვეთის კიდეებს მიაკერებენ მუცლის წინა კედელს. ღრუ თანდათან განიცდის ობლიტერაციას. მაგრამ აღნიშნული ოპერაციის შემდეგ ზოგჯერ რჩება პანკრეასის ხვრელმილი, რომელიც შეიძლება არ დაიხუროს და საჭირო გახდეს განმეორებითი ოპერაციული ჩარევა — ხვრელმილის დაკავშირება შერთულით კუჭსა ან ნაწლავთან. ამიტომ ზოგი ავტორი თავიდანვე უპირატესობას ანიჭებს აღნიშნულ ოპერაციას — ცისტო-გასტრო — ან ცისტო-ენტეროსტომას. ამ ოპერაციას აქვს ნაკლი — გართულებები პანკრეასის ქსოვილის მუდმივი ინფიცირება, ამიტომ უპირატესობა უნდა მიანიჭონ ცისტო-ენტეროსტომიას Y-სებრ გამოთიშულ ნაწლავის მარყუჟთან.

#### პანკრეასის კიბო

პანკრეასის თავის კიბო ხშირად რთულდება სიყვითლით, აღნიშნულის გამო ავადმყოფებს ათავსებენ ზოგადი ქირურგიის განყოფილებაში მექანიკური სიყვითლის დიაგნოზით.

გვხვდება პანკრეასის პირველადი და მეორადი კიბო, უკანასკნელი მეზობელი ორგანოებიდან — კუჭიდან, სანაღლე გზებიდან ჩაიზრდება პანკრეასში. პანკრეასის კიბო უპირატესად პანკრეასის თავში ლოკალიზდება. იგი ვითარდება სადინრის ან ჭირკვლის ეპითელიუმიდან.

ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა. დაავადება იწყება ნელა, შემპარავად, ავადმყოფები აღნიშნავენ საერთო სისუსტეს, დისპეფსიურ მოვლენებს, უმადობას, გულისრევას, პერიოდულად ღებინებას, წონაში დაკლებას, საკვების შეძულებას, ყრუ ტკივილს ეპიგასტრიუმის არეში, უპირატესად მარჯვენა ფერდქვეშა არეში. სანაღლე გზების კენჭოვანი დაავადებისგან განსხვავებით, სიყვითლე ვითარდება ტკივილის გარეშე. პანკრეასის თავის კიბოს დროს ავადმყოფს სიყვითლესთან ერთად თითქოს მიწისფერი გადაჰყარავს. ჩვეულებრივ, შეუცვლელკედლიანი შეგუბებული, გადიდებული ნაღვლის ბუშტი ისინჯება პალპაციით (კურვუაიეს სიმპტომი).

დიფერენციული დიაგნოსტიკა საჭიროა ნაღვლის ბუშტისა და სანაღლე გზების კენჭოვანი დაავადებისგან გასარჩევად. უფრო ხშირად ავადმყოფს ათავსებენ ინფექციურ საავადმყოფოში მწვავე ჰეპატიტის დიაგნოზით.

მკურნალობა. პანკრეასის კიბოს მკურნალობა ოპერაციულია. რადიკალურ ოპერაციად მიიჩნევენ პანკრეასის დაავადებული ნაწილისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის რეზექციას — ჰემიპანკრეატოდუოდენექტომიას პანკრეასის ტაკვის წვრილ ნაწლავში ჩაყერებით. ავადმყოფთა დიდი ნაწილის ოპერაციის შემდგომი სიცოცხლის ხანგრძლივობა მცირეა.

პალიატიური ოპერაციაა ბილვოდიგესტიური ანასტომოზის შექმნა, უპირატესობა უნდა მიანიჭონ შერთულს ნაღვლის ბუშტსა და წვრილი ნაწლავის გამოთიშულ მარყუეს შორის (Y-სებრი შერთული, გამოთიშული მარყუეის სიგრძე არ უნდა იყოს 60—80 სმ-ზე ნაკლები) აღმავალი ინფექციის აცილების მიზნით.

ოპერაცია უნდა გააკეთონ დროზე, სიყვითლის განვითარებიდან პირველი ორი კვირის მანძილზე. ხანგრძლივი სიყვითლის დროს ნაღვლის სწრაფი დაცლა შეიძლება საბედისწერო გახდეს ავადმყოფისთვის. პალიატიური ოპერაცია აქრობს სიყვითლეს, მასთან დაკავშირებულ მოვლენებს, ახანგრძლივებს ავადმყოფის სიცოცხლეს ერთ წლამდე და ზოგჯერ მეტად.

პანკრეასის სხეულისა და კუდის კიბოს დროს ავადმყოფს აწუხებს ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში, დისპეფსიური მოვლენები, ნახშირწყლების ცვლის მეტ-ნაკლებად მოშლა. საჭმლის მომნელებელი ფერმენტების სეკრეციის დათრგუნვის გამო ირღვევა საჭმლის მონელების პროცესი. მზის წნულში ჩაზრდის შემთხვევაში წელის არეში ტკივილი აუტანელი ხდება.

ღიაგნოზს აზუსტებენ ექოსკანირებით, კომპიუტერული ტომოგრაფიით და სელექციური ანგიოგრაფიით (ცელიაკოგრაფიით).

პანკრეასის სხეულის კიბოს დროს ახორციელებენ ტოტალურ პანკრეატოდუოდენექტომიას, პანკრეასის კუდის კიბოს შემთხვევაში აკეთებენ მარცხენამხრივ პანკრეატექტომიას, პანკრეასის ტაკვს ყრულ ხურავენ.

## ელენთის დაავადებანი

ზოგიერთი პათოლოგიური პროცესის თანამგზავრი მოვლენაა ელენთის გადიდება — სპლენომეგალია. სპლენომეგალია მძიმე დაავადებაა. ის ადრე თუ გვიან დიდ გავლენას ახდენს ორგანიზმის ყველა ფუნქციაზე და არცთუ იშვიათად სიკვდილის მიზეზი ხდება.

სპლენომეგალია განსაკუთრებით მძიმედ მოქმედებს ჰემოპოეზურ სისტემაზე, მას დაერთვის ლეიკოპენია, თრომბოციტოპენია და ანემია, იწვევს პორტული სისტემის გადატვირთვას და პორტული ჰიპერტენზიის განვითარების ერთ-ერთი წყაროა.

მალარიული სპლენომეგალია ამჟამად იშვიათია. ანამნეზში დამახასიათებელია მალარიის არსებობა, უსისტემო მკურნალობა. ისინჯება მკვრივი ფიქსირებული ელენთა. გამოხატულია ზომიერი ანემია, მალარიის რეციდივი. გადიდებული ელენთა აწევბა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტს, ზღუდავს მის ფუნქციას და ტკივილს იწვევს. იმ შემთხვევაში, როცა ელენთა შენაზარდებით ფიქსირებული არ არის, ის დაიწვევს ქვევით და ზოგჯერ მუცლის ღრუში თავისუფლად მოძრაობს. ასეთი ელენთა შესაძლოა ფეხზე შემოტრიალდეს და დანეკროზდეს.

მკურნალობა. მალარიული სპლენომეგალია დასაწყისში კარგად ექვემდებარება ანტიმალარიულ მკურნალობას, მოვვიანებით, როდესაც ელენთაში ფიბროზი განვითარდა, უმჯობესია სპლენექტომიის გაკეთება.

### თრომბოფლავიბური სპლენომეგალია

დაავადებას ელენთის ვენების თრომბოფლავიბიტი, ელენთის გადიდება და ფიბროზი ახასიათებს. ამ პათოლოგიის დროს კარის ვენის სისტემაში წნევა მომატებულია, რის გამოც საყლაპავი მილისა და კუჭის ლორწოვანი გარსის გაგანიერება ვლინდება.

დაავადება ძირითადად ბავშვებსა და ახალგაზრდებში გვხვდება. ანამნეზში აღინიშნება სეფსისი, ლუესი, ტრავმა. ხშირად დაავადების პირველი ნიშანი სისხლის დენაა, ამ დროს ელენთა მცირდება. უმეტეს შემთხვევაში ავადმყოფები გამოდიან მძიმე მდგომარეობიდან. ჰემოგლობინი ნორმას უახლოვდება, ელენთაც დიდდება. განმეორებითი სისხლის დენის დროს იგი ისევ მცირდება. დაავადებას ღვიძლის სპლენოგენური ციროზი და ასციტი დაერთვის. სისხლის სურათის მხრივ აღსანიშნავია თრომბოციტოპენია, ლეიკოპენია და ანემია.

მკურნალობა. მწვავე ანემიის სტადიაში საჭიროა სისხლის გადასხმა, ჰემოსტაზური და ანტიანემიური საშუალებების გამოყენება. სისხლის სურათის გამოსწორების შემდეგ ერთადერთი შედეგიანი მკურნალობაა დროული სპლენექტომია.

### ბანდის დაავადება

ბანდის სინდრომს ღვიძლისა და ელენთის ერთდროული გადიდება, მეორადი ანემია და ასციტი ახასიათებს. მას განვითარების სამი სტადია აქვს. მისი პირველი სტადიის დამახასიათებელია ელენთის ზომიერი გადიდება და ზომიერი ანემიის მოვლენები. ეს სტადია

რამდენიმე წელი გრძელდება. მეორე სტადიაში გამოხატულია ღვიძლის ჰიპერტროფიული ციროზის მოვლენები. ღვიძლი გადიდებულია, ანემიის მოვლენები ძლიერდება. მესამე სტადიის დროს ავადმყოფს უვითარდება ასციტი და პროფუზული სისხლის დენა საყლაპავი მილის, კუჭისა და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის სხვა არეებიდან, რაც ავადმყოფის დაღუპვის მიზეზი ხდება.

**მკურნალობა.** დაავადების პირველ სტადიაში კარგ შედეგს იძლევა სპლენექტომია, მეორე სტადიაში მისი შედეგი არააღმავიყოფილებელია, ხოლო მესამე სტადიაში ოპერაციული ჩარევა უშედეგოა.

### **ჰემოლიზური ანემია**

ელენტოსთან არის დაკავშირებული ჰემოლიზური ანემიის ის ჯგუფი, რომელთა შემთხვევაში ერითროციტების ჰემოლიზი ელენტოსთან წარმოებს. ჰემოლიზური ანემიების ამ ჯგუფიდან ყველაზე ხშირია მინკოვსკის მიერ აღწერილი ანემია. დაავადება თანდაყოლილია, თავს იჩენს ბავშვობის ან სრულასაკონობის პერიოდში. ელინდება სიყვითლე, რომელიც ხან ძლიერია, ხან შეუმჩნეველი ხდება. დამახასიათებელია: მიკროსფეროციტოზი, რეტეკულოციტოზი, ერითროციტების ოსმოსური გამძლეობის დაქვეითება, ანიზოციტოზი, ჰემოგლობინის დაქვეითება, სისხლის შრავი ყვითელი ფერისაა არაპირდაპირი ბილირუბინის სისხლში მომატების გამო. ბილირუბინი შარდში არ გადადის და ამის გამო შარდი ლუდისფერი არ არის. სტერკობილინი 10—25-ჯერ მომატებულია ნორმასთან შედარებით. ერითროციტების სიცოცხლის ხანგრძლივობა სისხლში ჰემოლიზური კრიზის სტადიაში 12—14 დღეს უდრის, ნაცვლად 120—125 დღისა.

კლინიკური მოვლენები ნელა პროგრესირებს. ავადმყოფს აღენიშნება ზოგადი სისუსტე, შრომის უნარის დაქვეითება, სიგამბზღრე, სიყვითლის პერიოდული ცვალებადობა, ელენტის გადიდება.

**მკურნალობა.** სპლენექტომიაა, რომელიც სწრაფად კურნავს.

### **ასანციური თრომბოპენია**

(ვერლჰოფის დაავადება)

დაავადებას ახასიათებს გამეორებითი სისხლის დენა ღრძილებიდან, ცხვირიდან, კუჭ-ნაწლავიდან, საშვილოსნოდან და კანქვეშა ქსოვილიდან. დაავადება ძირითადად ახალგაზრდა ქალებში გვხვდება. დაავადებას კანის პეტეჩიები ახასიათებს.

სისხლის გამოკვლევით აღსანიშნავია თრომბოციტოპენია (თრომბოციტები მინიმალურ ციფრამდე ეცემა — 2 000—3 000) და ლეიკოპენია მნიშვნელოვანი ანემიის ფონზე. ზოგჯერ სისხლში თრომბოციტებს სრულიად ვერ ვნახულობთ.

დაავადების მიზეზი ელენთის მიერ თრომბოციტირების დესტრუქციის მკვეთრი გაძლიერებაა. დაავადებას რემისიები ახასიათებს, რაც რამდენიმე კვირას ან თვეს გრძელდება, მაგრამ მოვლენები ისევ განახლდება უფრო მეტი ინტენსივობით და ავადმყოფი იღუპება.

**მკურნალობა.** სპლენექტომიაა.

### **ელენთის აქინოკოკი**

ელენთის ექინოკოკი ადამიანის ორგანოთა ექინოკოკოზის 2—3%-ს შეადგენს. დაავადება ნელა, თანდათანობით პროგრესირებს და დიდხანს შეუმჩნეველი რჩება. მხოლოდ მაშინ იქცევა ყურადღებას, როდესაც მნიშვნელოვან სიდიდეს მიაღწევს და მარცხენა ფერდქვეშა არიდან მკვრივი, მრგვალი, დაჭიმული, სიმსივნური წარმონაქმნი გამოჩნდება.

ელენთის ექინოკოკის დაჩირქება ან გასკდომა იშვიათი გართულებაა.

სისხლის მხრივ აღსანიშნავია ეოზინოფილია. კაცონის რეაქცია დადებითია.

**მკურნალობა.** ტარდება სპლენექტომია. თუ ელენთა ნაწიბუროვან შენაზარდებშია, მიზანშეწონილია ერთმომენტიანი დახურული ექინოკოკექტომია.

### **მუცლის ღრუს დაზიანება**

მუცლის ღრუს დაზიანება შეიძლება გამოწვეული იყოს ცივი ან ცეცხლსასროლი იარაღით. მშვიდობიან პირობებში უფრო ხშირია ცივი იარაღით მიყენებული, ომიანობის დროს კი ცეცხლსასროლი იარაღით მიყენებული ჭრილობა.

მუცლის ღრუს ორგანოების დახურული დაზიანება შეიძლება გამოიწვიოს ყოველგვარმა მექანიკურმა ტრავმამ, როგორცაა მუცლის არეში მკვრივი საგნის მოხვედრა ან ჩარტყმა, სიმალიდან ჩამოვარდნა, მუცელზე დაცემა, ორ საგანს შორის მოყოლა, სატრანსპორტო ტრავმა და სხვ.

როგორც ღია, ისე დახურული დაზიანებისას მოსალოდნელია იმ ღრუ ორგანოს ან პარენქიმული ორგანოს, ანდა ერთდროულად ამ ორგანოების დაზიანება.

მუცლის შემავალი კრილობა ეწოდება ისეთ კრილობას, რომლის დროსაც დარღვეულია პარეისული პერიტონეუმის მთლიანობა. დაზიანების ხასიათის მიხედვით შეიძლება იყოს: 1. შემავალი კრილობა მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანების გარეშე, 2. შემავალი კრილობა მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანებით: ღრუ ორგანოს კრილობა, რამდენიმე ღრუ ორგანოს ერთდროული დაზიანება, პარენქიმული ორგანოს კრილობა, პარენქიმული ორგანოების ერთდროული დაზიანება, ღრუ და პარენქიმული ორგანოების ერთდროული დაზიანება, ბლედქონის დაზიანება, თორაკობდომინური კრილობა.

მუცლის ღრუს შემავალი კრილობის დროს კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის იზოლირებული დაზიანება შედარებით იშვიათია, უფრო იშვიათია ასეთი დაზიანება ცეცხლსასროლი იარაღით მიყენებული კრილობის შემთხვევაში. განსაკუთრებით იშვიათია ცეცხლსასროლი იარაღით თორმეტგოჯა ნაწლავის იზოლირებული დაზიანება, რაც განპირობებულია თორმეტგოჯა ნაწლავის მდებარეობის ტოპოგრაფიულ-ანატომიური თავისებურებებით.

მუცლის ღრუს შემავალი კრილობის დროს უფრო ხშირია წვრილი ნაწლავის იზოლირებული დაზიანება. ცივი იარაღით მიყენებული დაზიანების დროს გვხვდება წვრილი ნაწლავის ერთდროული კრილობები, ხოლო ცეცხლსასროლი იარაღით მიყენებული დაზიანებისას — მრავლობითი კრილობები, ამასთან გამკოლი, ე. წ. „წყვილი კრილობა“. ტყვიით მიყენებული კრილობის დროს მოსალოდნელია ნაწლავის გაგლეჯა. ტოპოგრაფიულ-ანატომიური თავისებურების გამო მსხვილი ნაწლავის იზოლირებული კრილობა იშვიათია, ვიდრე წვრილი ნაწლავისა. უფრო ხშირია განივი კოლინჯის კრილობა, რაც განპირობებულია ამ უკანასკნელის ტოპოგრაფიულ-ანატომიური თავისებურებით.

იშვიათად, მაგრამ მაინც გვხვდება სწორი ნაწლავის იზოლირებული დაზიანება. ასევე იშვიათია ნაღლის ბუშტისა და მისი სადინების იზოლირებული დაზიანება. როგორც ცივმა, ისე ცეცხლსასროლმა იარაღმა შეიძლება გამოიწვიოს შარდის ბუშტის იზოლირებული დაზიანება, რომელიც კრილობის ლოკალიზაციის მიხედვით ექსტრა- ან ინტრაპერიტონეულია.

შეიძლება ერთდროულად დაზიანებული იყოს ორი ან რამდენიმე ღრუ ორგანო, რაც უფრო ხშირია ცეცხლსასროლი იარაღით მიყენებული კრილობის დროს.

პარენქიმული ორგანოების კრილობა. პარენქი-

მული ორგანოების იზოლირებული კრილობებიდან სისხრის მიხედვით პირველ ადგილზეა ღვიძლის კრილობა, რომელიც შეიძლება იყოს გამჭოლი. ელენთის იზოლირებული დაზიანება შედარებით იშვიათია, ამ დროს კრილობა უფრო კომბინირებული ხასიათისაა და ელენთასთან ერთად ზიანდება მუცლის და გულმკერდის ღრუს ესა თუ ის ორგანო.

მშვიდობიან პირობებში თირკმლის იზოლირებული ღია დაზიანება იშვიათია, იგი ზიანდება მუცლის ღრუს სხვა ორგანოებთან ერთად.

მეტად იშვიათია ერთდროულად ორი პარენქიმული ორგანოს იზოლირებული კრილობა. შესაძლებელია იყოს ღრუ და პარენქიმული ორგანოების ერთდროული დაზიანება. ხშირია კუჭისა და პარენქიმული ორგანოების ერთდროული დაზიანება, უფრო ხშირია კუჭისა და ღვიძლის ერთდროული დაზიანება.

თორაკოაბდომინური კრილობა. ერთ-ერთი მკიმე დაზიანებაა, რომლის დროს დაზიანებულია მუცლის და გულმკერდის ღრუს ორგანოები დიაფრაგმასთან ერთად. დიაფრაგმის კრილობის შედეგად გულმკერდის და მუცლის ღრუ, რომელთა შორის წნევათა სხვაობაა, უერთდება ერთიმეორეს, რასაც მოყვება მკვეთრი ცვლილება სასიცოცხლო მნიშვნელობის ორგანოების ფუნქციის მარჯ. თორაკოაბდომინური კრილობა მშვიდობიან პირობებში იშვიათია. ომის დროს თორაკოაბდომინური კრილობის ძირითადი მიზეზია ცეცხლსასროლი იარაღით მიყენებული დაზიანება, მშვიდობიან პირობებში კი, პირიქით, — ცივი იარაღით გამოწვეული დაზიანება.

თორაკოაბდომინური კრილობის დროს მუცლის ღრუდან შეიძლება ამა თუ იმ ორგანომ გადაინაცვლოს გულმკერდის ღრუში, ზოგჯერ კი გულმკერდის არეში კრილობისას — გამოვარდეს გარეთ. აღსანიშნავია, რომ შეიძლება გულმკერდის კრილობაში გამოსული იყოს ბადექონი.

თორაკოაბდომინური კრილობისას მოსალოდნელია რამდენიმე ორგანოს ერთდროული დაზიანება. პარენქიმული ორგანოდან ყველაზე ხშირად ზიანდება ღვიძლი, შემდეგ ელენთა. შესაძლებელია გულისა და პერიკარდიუმის დაზიანება.

მუცლის შემავალი კრილობის სიმპტომატოლოგია. მუცლის ღრუს შემავალი კრილობის სიმპტომები მრავალფეროვანია და მრავალრიცხოვანი, რაც განპირობებულია კრილობის ლოკალიზაციით და იმით, თუ რომელი ორგანო ან ორგანოებია დაზიანებული. სულ სხვა სიმპტომებია ღრუ ორგანოების დაზიანებისას, ვიდრე პარენქიმული ორგანოების ან ღრუ და პარენქიმული ორგანოების ერთდროული დაზიანების შემთხვევაში. უნდა აღვნიშნოთ, რომ



მუცლის ღრუს ორგანოების დანაინებისას (ღია და დახურული) ყოველთვის არის მეტ-ნაკლები ინტენსივობით გამოჩატული წოკის, სისხლის დენის და პერიტონიტის მოვლენები. ამიტომ შემავალი კრილობის დროს შოკის, სისხლის დენისა და პერიტონიტის გამოვლინებისა და სისხშირის საკითხს შევვხებით მუცლის ღრუს ორგანოთა დახურული დაზიანების განხილვის დროს.

ღრუ ორგანოების დაზიანების სიმპტომოკომპლექსში სისხშირის მიხედვით ერთ-ერთი პირველი ადგილი უკავია მუცელში ტკივილს. ღრუ ორგანოს დაზიანებისას ტკივილი პირველად განპირობებულია დაზიანებული ორგანოს შიგთავსის ჩადვრით მუცლის ღრუში, მოგვიანებით კი — პერიტონიტის განვითარებით. კუჭისა და წვრილი ნაწლავის კრილობის დროს მუცლის ღრუში ამა თუ იმ რაოდენობით გადადის თხიერი შიგთავსი საჭმლის მომწელებელ წვენთან ერთად. მსხვილი ნაწლავის კრილობის დროს მუცლის ღრუში გადადის მცირე რაოდენობის შიგთავსი.

მუცლის შემავალი კრილობის სიმპტომოკომპლექსში მეტად დიდი მნიშვნელობა აქვს როგორც პერკუსიით, ისე პალპაციით მტკივნეულობის გამოწვევას. მუცლის წინა კედლის პერკუსიით ტკივილის გაძლიერება ავადმყოფისთვის არ არის შემაწუხებელი და გეგმარება ტოპიკური დიაგნოზის დაზუსტებაში. პერკუსიით შეიძლება განვსაზღვროთ, არის თუ არა მუცლის ღრუში სითხე (სისხლი, კუჭ-ნაწლავის შიგთავსი, შარდი), უნდა გვახსოვდეს, რომ პერკუსიით მაშინ ვლინდება მოყრუება, თუ სითხის რაოდენობა 1 ლიტრს აღწევს.

პერკუსიის შემდეგ საჭიროა პალპაცია ზერელე (საერთო ორიენტაციისთვის), შემდეგ კი შეძლებისდაგვარად — ღრმად. პალპაციით არკვევენ მუცლის პრესის დაჭიმულობას, რომელიც ღრუს შემავალი კრილობის ერთ-ერთი ადრეული და მუდმივი სიმპტომია. თუ კანქვეშა ცხიმი ჰარბადაა, ზერელე პალპაციით ძნელია კუნთების დაჭიმულობის განსაზღვრა. ასევე ძნელია კუნთების დაჭიმულობის განსაზღვრა, თუ დაჭრილი კოლაფსის ან შოკის მდგომარეობაშია, მიღებული აქვს ალკოპოლური საშეღი. შოტკინ-ბლუმბერგის ნიშანი პერიტონეუმის ანთებაზე მიუთითებს.

მუცლის ღრუს შემავალი კრილობისა და ღრუ ორგანოების დაზიანების შემთხვევაში არც თუ იშვიათია გულისრევა და ღებინება. კუჭის კრილობის დრო ნაღებინები მასა შეიძლება იყოს სისხლიანი.

შემავალი კრილობის დროს ვლინდება ცვლილებები სუნთქვის მხრივ. იცვლება სუნთქვის ტიპი — იგი თითქმის ყოველთვის ზერელეა, გულმკერდის ტიპისაა. იცვლება სუნთქვის სისხშირე, რიტმიც. გახშირებულია პულსი, შეცვლილია მისი დაჭიმულობა, ფორმა,

პ ა რ ე ნ ქ ი მ უ ლ ი ო რ გ ა ნ ო ე ბ ი ს და ზ ი ა ნ ე ბ ი ს ს ი მ პ

ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა. პარენქიმული ორგანოების დაზიანების შემთხვევაში ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა და სიმპტომატოლოგია დამოკიდებულია კრილობის ოდენობაზე, დაკარგული სისხლის რაოდენობაზე და სხვ.

პარენქიმული ორგანოების დაზიანების დროსაც, ისე როგორც სხვა შემთხვევებშიც, შემავალი კრილობის ირგვლივ ტკივილია, ღვიძლის კრილობის დროს ავადმყოფს უფრო მარჯვენა ფერდქვეშა არეში აქვს ტკივილი, რომელიც ძლიერდება სუნთვით მოძრაობასთან დაკავშირებით და ირადიაციას იძლევა მარჯვენა ბეჭის მიმართულეებით, ხოლო ელენთის კრილობის შემთხვევაში თითქმის იგივე მეორდება მარცხნივ.

პირველ საათებში დაზიანების არეში ვლინდება მტკივნეულობა და მუცლის პრესის დაქიმულობა. თითქმის ყველა შემთხვევაში ტაქიკარდია აღინიშნება. ღვიძლის კრილობის დროს იშვიათად შეიძლება იყოს ბრადიკარდია, რაც აისხნება ჩაღვრილ სისხლთან ერთად ნაღვლის ელემენტების შეწოვით.

ღვიძლის ან ელენთის დაზიანების პირველ საათებში მათი მოყრუების საზღვრები იზრდება მათ ირგვლივ სისხლის დაგროვების გამო. ელენთის კრილობის დროს მუცლის ფორმა იცვლება, კერძოდ მარცხნივ ქვედა ნახევარში ჩაყარდნილია, ზედა ნახევარში კი ამობერილის შთაბეჭდილებას ტოვებს.

მწვიდობიან პერიოდში თირკმლის იზოლირებული დაზიანება იშვიათია. თირკმლის ღია დაზიანებაზე მიუთითებს კრილობის ადგილმდებარეობა, კრილობიდან სისხლისა და შარდის გამოყოფა, ჰემატურია, პარანეფრიუმში ჰემატომის განვითარება. ჰემატურია, თირკმლის დაზიანების უტყუარი ნიშანია, მაგრამ ჰემატურიის არარსებობა არ გამორიცხავს თირკმლის დაზიანებას.

ღრუ და პარენქიმული ორგანოების ერთდროული დაზიანების სიმპტომატოლოგიაში გაერთიანებულია როგორც ღრუ, ისე პარენქიმული ორგანოს დაზიანების დამახასიათებელი სიმპტომები. საერთოდ ღრუ და პარენქიმული ორგანოების ერთდროული დაზიანებისას კლინიკური სურათი უფრო მძიმეა, ვინაიდან მუცლის ღრუში ერთდროულად დიდი რაოდენობით გადადის კუჭ-ნაწლავის შიგთავსი, ამავე დროს პარენქიმული ორგანოებიდან ჩაიღვრება სისხლი, რაც, ერთი მხრივ, აძლიერებს შოკის მოვლენებს, მეორე მხრივ კი — აჩქარებს პერიტონიტის განვითარებას, ვინაიდან მუცლის ღრუში ჩაღვრილი სისხლი საუკეთესო საკვებია მიკრობებისთვის.

თ ო რ ა კ ო ა ბ დ ო მ ი ნ უ რ ი კ რ ი ლ ო ბ ი ს ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა. თორაკოაბდომინური კრილობის სიმპტომები მეტად მრავალფეროვანი და მრავალრიცხოვანია, რაც განპირობებულია გულ-

მკერდისა და მუცლის ღრუს ორგანოების ერთდროული დაზიანებით, ორი ღრუს მოულოდნელი გახსნით და ერთიმეორესთან შეერთებით, რასაც მოყვება სასიცოცხლო ორგანოების ფუნქციის მოშლა. დაზიანების სიმძიმესა და სიმპტომთა მრავალრიცხოვნებას განაპირობებს დაზიანებულ ორგანოთა რაოდენობა. რაც მეტი ორგანოა დაზიანებული, მით უფრო მძიმეა ავადმყოფის მდგომარეობა და სიმპტომებიც მრავალფეროვანია. ეს უფრო აძნელებს დიაგნოსტიკას.

თორაკოაბდომინური კრილობის სიმპტომოკომპლექსის მიხედვით ავადმყოფებს ჰყოფენ სამ ჯგუფად: პირველ ჯგუფში გაერთიანებული არიან ავადმყოფები, რომელთაც უპირატესად გამოხატული აქვთ გულმკერდის ღრუს ორგანოების დაზიანების დამახასიათებელი სიმპტომები, ეს დაკავშირებულია პლევრულ-პულმონურ შოკთან, ჰემოპნევმოთორაკსთან, ავადმყოფს აქვს ქოშინი, სისხლიანი ნახველი.

მეორე ჯგუფის ავადმყოფებს ძირითადად აღენიშნებათ მოვლენები მუცლის ღრუს ორგანოების მხრივ (პერიტონიტი, შინაგანი სისხლის დენა ან ორივე ერთად).

მესამე ჯგუფში გაერთიანებული არიან ის ავადმყოფები, რომელთაც აღენიშნებათ როგორც გულმკერდის, ისე მუცლის მხრივ თითქმის ერთნაირი სიმპიომით გამოხატული კლინიკური ნიშნები.

დიაფრაგმის იზოლირებული კრილობის დროს შეიძლება არც ერთი სიმპტომი არ გამოვლინდეს და დიაფრაგმის კრილობა შეუმჩნეველი დარჩეს. დიაფრაგმის კრილობის დამახასიათებელია ტკივილი მკერდის ძვლის არეში, რასაც პირველად გ. კევესმა (1934) მიჰქცია ყურადღება და აღწერა.

მუცლის ღრუს შემავალი კრილობის დიაგნოსტიკა. როდესაც მუცლის წინა ზედაპირზე კრილობაა და მასში გამოვარდნილია ბადექონი ან ნაწლავის მარყუევი, მუცლის შემავალი კრილობის დიაგნოსტიკა ძნელი არ არის, მაგრამ როდესაც მუცლის არეში ვიწრო დიამეტრის შემავალი ხვრელია, ხშირია დიაგნოსტიკური სიძნელე. უფრო ხშირია ბადექონის, შემდეგ წვრილი ნაწლავის მარყუევის ევენტრაცია. მსხვილი ნაწლავიდან ხშირია განივი და სიგმოიდური კოლინჯის ევენტრაცია, უფრო იშვიათია კუჭის.

პარენქიმული ორგანოს კრილობისას კლინიკურ სურათში დომინირებს შინაგანი სისხლის დენა. გასათვალისწინებელია, რომ ელენთის დაზიანებისას უფრო დიდი რაოდენობით ეკარგება სისხლი, ვიდრე ღვიძლის კრილობისას, ამავდროულად ელენთის კრილობისას სისხლის დენა თავისით არ ჩერდება, რაც ზოგჯერ აღინიშნება ღვიძლის კრილობის შემთხვევაში. მუცლის ღრუს ორგანოებთან ერთად იზოლირებულად ვლინდება თირკმლის კრილობა. თირკმლის კრილობის

აუცილებელი ნიშანია შარდის დენა ჭრილობიდან. დიაგნოზის და-  
ზუსტებაში დახმარებას გვიწევს კვლევის სპეციალური მეთოდები —  
ცისტოსკოპია, ქრომოცისტოსკოპია, უროგრაფია. უნდა გავითვა-  
ლისწინოთ, რომ ჭრილობის მიღებიდან პირველ საათებში შესაძლე-  
ბელია ჭრილობიდან შარდის დენა არ იყოს.

ზოგჯერ გაურკვეველი რჩება ჭრილობა შემავალია თუ არაშემა-  
ვალი. ასეთ შემთხვევაში უნდა მივმართოთ ლაპაროცენტეზს, ლაპა-  
როსკოპიას და სადიაგნოზო ლაპაროტომიას. დიაგნოზის დაზუსტების  
ნიშნით ჩატარებული ლაპაროტომია ავადმყოფისთვის ნაკლებსაზი-  
ანოა, ვიდრე დაყოვნება. შემავალი ჭრილობის გამოსაცნობად და-  
კარგული ყოველი საათი აუარესებს დაავადების პროგნოზს.

### მუცლის ღრუს ორგანოების დახურული დაზიანება

მუცლის ღრუს ორგანოების დახურული დაზიანება შეიძლება  
გამოიწვიოს ყოველგვარმა მექანიკურმა ტრავმამ, როგორცაა მუც-  
ლის არეში მკერივი საგნის მოხვედრა ან ჩარტყმა, სიმალიდან ჩა-  
მოვარდნა, მუცელზე დაცემა, ორ საგანს, მაგალითად ვაგონის ბუ-  
ფერებს შორის მოყოლა და სხვ.

მუცლის ღრუს დახურული ტრავმის დროს სიხშირის მიხედვით  
პირველ ადგილზეა წვრილი ნაწლავის დაზიანება. როდესაც ვეხებით  
ნაწლავის დახურული დაზიანების საკითხს, უნდა აღვნიშნოთ, რომ  
ნაწლავის სანათური ყველა შემთხვევაში არ იხსნება. ზოგჯერ დაზიან-  
ებულია ნაწლავის ესა თუ ის გარსი (მაგალითად სეროზული ან  
კუნთოვანი), შეიძლება ნაწლავის კედელში ჰემატომა განვითარდეს,  
ტრავმამ ნაწლავის სანათური გახსნას და ნაწლავის გაგლეჯა გამო-  
იწვიოს.

ჩვენ პრაქტიკულ მუშაობაში ვსარკებლობთ შემდეგი კლასიფიკა-  
ციით: 1. ნაწლავის კედლის დაზიანება სანათურის გახსნის გარეშე  
(ნაწლავის კედლის ცალკეული შრის დაზიანება, კედლისშია ჰემა-  
ტომა). 2. ნაწლავის კედლის დაზიანება და სანათურის გახსნა, 3. ნაწ-  
ლავის მოგლეჯა ჯორჯლიდან. სამივე სახის დაზიანება შეიძლება იყოს  
ერთეული და მრავლობითი. შესაძლებელია ამ დაზიანებათა სხვადა-  
სხვა კომბინაცია.

აღნიშნული კლასიფიკაციით ნაწლავის დახურული დაზიანების  
ყველა შესაძლებლობაა გათვალისწინებული.

დახურული დაზიანების შედეგად ნაწლავის კედელში შეიძლება  
განვითარდეს ჰემატომა და ნაწლავის მწვავე გაუფალობის მიზეზი  
გახდეს. გაცილებით იშვიათია მსხვილი ნაწლავის კანქვეშა დაზი-  
ანება.

ნაწლავის დახურული დაზიანების ხელშეწყობი ფაქტორებია მუცლის ზედაპირზე მოქმედი ძალა და იმ სხეულის ზომა, რომელიც ტრავმას იწვევს. მუცლის პრესის მდგომარეობა, ნაწლავებში შიგთავსისა და აირის რაოდენობა. ნაწლავის დახურული დაზიანების განვითარებისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს იმას, თუ რა მდგომარეობაშია ნაწლავები ტრავმის მიყენების მომენტში, შიგთავსით სავსეა თუ დაცლილია, როცა ნაწლავი სავსეა შიგთავსით, დახურული დაზიანების შესაძლებლობა მატულობს.

წერილი ნაწლავის იზოლირებული (დახურული) დაზიანების კლინიკურ სურათში, შოკის, სისხლის დენის და პერიტონიტის გარდა, ადრეული სიმპტომებიდან აღსანიშნავია ტკივილი მუცელში, პერკუსიით და ზერელე პალპაციით მუცლის პრესის მტკივნეულობა და დაჭიმულობა. ტაქიკარდია, სუნთქვის ტიპის შეცვლა.

კუჭის დახურული დაზიანება იშვიათია. იგი ძირითადად ვითარდება ეპიგასტრიუმის არეში მექანიკური ძალის ზემოქმედებით. ამავ დროს მნიშვნელობა აქვს კუჭში პათოლოგიური პროცესის არსებობას. კუჭის დახურული დაზიანების დროს მოსალოდნელია დიაფრაგმის გაგლეჯა. უფრო იშვიათია თორმეტკოჯა ნაწლავის იზოლირებული დახურული დაზიანება. მისი იშვიათი დაზიანების მიზეზია ღრმად მდებარეობა. უკნიდან იგი დატულია ხერხემლით და წელის ქლიერი კუნთებით, წინიდან — კუჭით, განივი კოლინჯით, ღვიძლით. თვით ორგანო მცირე ზომისაა და მასში შიგთავსი დიდხანს არ ჩერდება.

მეტად იშვიათია ნაღვლის ბუშტის დახურული დაზიანება, რადგანაც იგი ღრმად მდებარეობს და დატულია ღვიძლით, ნეკნებით, ნაწლავის მარყუჟებით. თუ ნაღვლის ბუშტი სავსეა ან მისი კედელი პათოლოგიურადაა შეცვლილი. მისი დაზიანების მეტი შესაძლებლობაა.

ნაღვლის ბუშტის დაზიანებისას მუცლის ღრუში გადადის ნაღველი და მოკლე დროში ვითარდება ნაღვლოვანი პერიტონიტი, რომელიც მაღალ ლეტალობას იწვევს.

პარენქიმულ ორგანოთა დახურული დაზიანება. უფრო ხშირია ღვიძლის იზოლირებული დაზიანება, რაც იმით არის განპირობებული, რომ ღვიძლი საკმაოდ დიდი ზომისაა, ღვიძლის უმეტესი ნაწილი მარჯვენა ფერდქვეშა არეში მდებარეობს, შედარებით მცირე კი — მარცხენა ფერდქვეშა არეში. ღვიძლი უშუალოდ ეხება მუცლის წინა კედელს და ნეკნებს. ტრავმასთან ერთად მისი დაზიანების ხელშეწყობი ფაქტორებია ესა თუ ის პათოლოგიური პროცესი, როგორცაა მალარია, სიფილისი და სხვ., რომლის დროს მცირდება ღვიძლის ელასტიკურობა. ზოგჯერ უმნიშვნელო

ტრავმაც კი, მათ შორის დახველება, გაჭინთვა და სხვ., შეიძლება ღვიძლის გასკდომის მიზეზი გახდეს. ღვიძლის დახურული დაზიანებისას მნიშვნელობა აქვს ნეკნების მოტეხილობას.

ღვიძლის დახურული დაზიანების დროს ღვიძლის ქსოვილის პათოლოგიური ცვლილებები მრავალფეროვანია ღვიძლზე ნაკაწრით დაწყებული, ღვიძლის ნეკროზით და შემდგომი დაჩირქებით დამთავრებული. ამიტომაც რეკომენდებულია ღვიძლის დაზიანების მრავალი კლასიფიკაცია, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ არც ერთი მათგანი არ არის სრულყოფილი. საერთოდ ძნელია ერთსა და იმავე კლასიფიკაციაში გაერთიანებული იყოს ღვიძლის დახურული დაზიანების ეტიოლოგიური ფაქტორი, პათანატომიური ცვლილებები, დაავადების კლინიკური სიმპიძე და სხვ. არსებულ კლასიფიკაციათა შორის უფრო სრულყოფილია გ. ნ. ნიკოლაევის (1955) კლასიფიკაცია. ავტორი ღვიძლის დახურულ დაზიანებას შემდეგ ჯგუფებად ყოფს:

ა. ღვიძლის დაზიანება კაფსულის მთლიანობის დარღვევის გარეშე. 1. სუბკაფსულური ჰემატომა, 2. ღრმა, ანუ ცენტრალური ჰემატომა;

ბ. ღვიძლის დაზიანება კაფსულის მთლიანობის დარღვევით: 1. ერთეული და მრავლობითი ნახეთქები; 2. იზოლირებული გაგლეჯა, თანდართული ნახეთქები; 3. ღვიძლის დაჩეჩქვა, ფრაგმენტირება; 4. ღვიძლის გაგლეჯა და მასზე ნახეთქები ნაღვლის ბუშტისა და მსხვილი სანაღვლე გზების დაზიანებასთან ერთად, 5. ნაღვლის ბუშტისა და ექსტრაჰეპატური სანაღვლე გზების იზოლირებული დაზიანება.

ღვიძლის დახურული დაზიანებისას სუბკაფსულური ჰემატომის კლინიკური სურათი მკვეთრად განსხვავდება კაფსულის დაზიანების შედეგად განვითარებული კლინიკური სურათისგან. სუბკაფსულური ჰემატომის დროს ჩაღვრილმა სისხლმა შეიძლება საკმაო რაოდენობას მიაღწიოს და ღვიძლის ქსოვილისგან კაფსულის აცლაკ კი გამოიწვიოს.

სუბკაფსულური დაზიანებისას კაფსულის გაგლეჯა მოსალოდნელია უმნიშვნელო ტრავმის შედეგად, რაც უფრო ხშირია ტრავმიდან 8—15 დღის შემდეგ. ასეთ დაზიანებას „ორმომენტიანს“, „ორფაზიანს“, „დაგვიანებულს“, „მეორადს“ უწოდებენ.

ელენთის დახურული დაზიანება მშვიდობიან პირობებში არ არის იშვიათი, განსაკუთრებით ისეთ ქვეყნებში, სადაც ელენთის გადიდება და შემაერთებელქსოვილოვანი გადაგვარება სამხარეო პათოლოგიაა. ელენთას დახურული დაზიანების სიხშირის მიხედვით ერთ-ერთი პირველი ადგილი უკავია მუცლის ღრუს ორგანოების დახურულ დაზიანებათა შორის.

ნორმალური ელენთის გაგლეჯა შეიძლება გამოიწვიოს მხოლოდ დიდი ძალის ზემოქმედებაჲ. პათოლოგიურად შეცვლილი ელენთა უმნიშვნელო ძალის ზემოქმედებითაც ზიანდება, რადგან მოცულობის მომატების გამო მისი მოძრაობა უფრო შეზღუდულია, პარენქიმა ადვილად მსხვრევადია, კაფსულა დაჭიმულია და მისი ელასტიკურობაც დაქვეითებული, მომატებულაა ორგანოსმიგა წნევა. პათოლოგიურად შეცვლილი ელენთა ადვილად მისაწვდომია ტრავმისთვის. დახურული დაზიანების შემთხვევაში უფრო ადვილად სკდება ელენთის შიგნითა ზედაპირი.

დაზიანების ხარისხის მიხედვით არჩევენ ელენთის ერთეულ და მრავლობით დაზიანებას. ეს უკანასკნელი უფრო ხშირია. ელენთის ერთეული დაზიანება შეიძლება საკმაოდ ძლიერი და ღრმა იყოს, ვრცელდებოდეს ერთი პოლუსიდან მეორემდე. მრავლობითი დაზიანება შეიძლება იყოს ერთ ან ორივე ზედაპირზე. ელენთის გახეთქის მიმართულება ხშირად განივია, იშვიათად — გასწვრივი, შეიძლება ჰქონდეს ვარსკვლავისებრი ფორმაც. მოსალოდნელია მცირე ზედაპირული ნახეთქები, რომლებიც მხოლოდ კაფსულის დეფექტით არის წარმოდგენილი.

ელენთის დახურული დაზიანებისას შეიძლება გამოვლინდეს ელენთის კაფსულის დაზიანება, პარენქიმისა და კაფსულის ერთდროული დაზიანება, პარენქიმის დაზიანება და კაფსულის მთლიანობის შენარჩუნება.

ელენთის სუბკაფსულური გაგლეჯის შემთხვევაში სისხლის დენა არ არის ძლიერი, დაზიანების არეში ვითარდება სუბკაფსულური ჰემატომა. ელენთის სუბკაფსულური დაზიანებისას პერიტონეუმის ღრუში სისხლი არ ჩაღვრება და შინაგანი სისხლის დენის ნიშნებიც სუსტადაა გამოხატული. ელენთის სუბკაფსულური დაზიანების გამოცნობა იშვიათია.

ელენთის მთლიანი დაზიანება, თავის მხრივ, შეიძლება იყოს პირველადი — ერთმომენტიანი და მეორადი — ორმომენტიანი, ორფაზიანი. ორმომენტიანი დაზიანების შემთხვევაში პირველად ვლინდება ელენთის სუბკაფსულური გასკდომა. მეორე მომენტია სუბკაფსულური ჰემატომის კედლის, ე. ი. ელენთის კაფსულის გასკდომა, რომლის დროსაც იწყება ძლიერი სისხლის დენა პერიტონეუმის ღრუში. ელენთის ასეთ დაზიანებას მეორადი, ანუ გვიანი გაგლეჯა ეწოდება. ელენთის ორმომენტიანი გაგლეჯა არცთუ იშვიათია.

ცნობილია, რომ ელენთის ორმომენტიანი გასკდომის შემთხვევაში პირველ და მეორე მომენტს შორის პერიოდის (რომელიც ლიტერატურაში ცნობილია ე. წ. „ლატენტური პერიოდის“ სახელწოდებით) ხანგრძლივობა შეიძლება იყოს რამდენიმე საათი, ანდა თვე.

მუცლის ღრუს დაზიანების დროს შესაძლებელია ერთდროულად დაზიანდეს ორი პარენქიმული ორგანო, პარენქიმული და ღრუ ორგანო ერთდროულად.

მეტად იშვიათია თირკმლის იზოლირებული დაზიანება.

მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანების სიმპტომატოლოგია. მუცლის დაზიანების დამახასიათებელია სიმპტომთა მრავალრიცხოვნება, რაც განპირობებულია დაზიანების ფორმით და ლოკალიზაციით. მნიშვნელობა აქვს ტრავმის მიზეზს, მაგალითად სიმალლიდან ჩამოვარდნას, ორ საგანს შორის მოყოლას, მუცლის არეში რაიმე მკერძი საგნის მოხვედრას და სხვ. სიმპტომთა გამოვლინებისთვის ასევე მნიშვნელობა აქვს იმას, ღრუ ორგანოა დაზიანებული თუ პარენქიმული, თუ ორივე ერთდროულად. სიმპტომთა მრავალფეროვნებისთვის მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანულ დაზიანებასთან ერთად მნიშვნელობა აქვს ნეკნების, მენჯის ან სხვა ძვლების მოტეხილობას, რაც არცთუ იშვიათია მუცლის დაზიანების დროს.

კუჭის დაზიანების ერთ-ერთი მუდმივი სიმპტომია ძლიერი ტკივილი მუცელში, რაც ვითარდება კუჭის დაზიანებისთანავე, და ამას მოყვება მუცლის პრესიის დაჭიმულობა. თუ კუჭის უკანა კედელი დაზიანდა, ავადმყოფი ტკივილს გრძნობს ხერხემლის არეში. დაზიანების შემდეგ თანდათან ჩამოყალიბდება პერიტონიტის კლინიკური სურათი. სისხლიანი ლებინება კუჭის დაზიანების პათოგნომონური სიმპტომია. კუჭის დაზიანების კლინიკური სურათი წააგავს წყლულის პერფორაციის კლინიკურ სურათს. ამ დროს ავადმყოფები მიუთითებენ ეპიგასტრიუმის არეში ძლიერ ტკივილზე, გამოხატულია ბლუმბერგის ნიშანი, მუცლის ღრუში არის თავისუფალი აირი, ღვიძლის მოყრუება გამჭრალია.

კუჭის დაზიანების დამახასიათებელი სიმპტომები წააგავს სხვა ღრუ ორგანოების დაზიანების სიმპტომებს, ამიტომაც ოპერატივადე კუჭის დაზიანების დიაგნოზის დადგენა ძნელია.

თორმეტკოჯა ნაწლავის დაზიანების კლინიკური სურათი და სიმპტომატოლოგია მრავალფეროვანია, რაც განპირობებულია თორმეტკოჯა ნაწლავის დაზიანებულ უბანზე და დაზიანებიდან გასულ დროზე. თორმეტკოჯა ნაწლავის რეტროპერიტონეული დაზიანებისას შიგთავსი ჩაიღვრება რეტროპერიტონეულ სივრცეში და მუცლის მხრივ კლინიკური ნიშნები მოგვიანებით ვლინდება, ხოლო თუ ერთდროულად თორმეტკოჯა ნაწლავის შიგთავსი ჩაიღვარა პე-



რიტონეუმის ღრუში, მუცლის მხრივ მოვლენები უფრო სწრაფად გამოვლინდება. თორმეტგოჯა ნაწლავის დახურული დაზიანებისას ტკივილი უფრო ძლიერია მაშინ, როდესაც თორმეტგოჯა ნაწლავის შიგთავსი ჩაიღვრება პერიტონეუმის ღრუში. ამ დროს დასაწყისში ტკივილია მარჯვენა ფერდქვეშა არეში, გამოხატულია მუცლის პრესის დაჭიმულობა, ბლუშბერგის ნიშანი დადებითია, მუცელი სუნთქვაში არ მონაწილეობს, პულსი გახშირებულია, ტემპერატურა მონატებულია, ვლინდება ლეიკოციტოზი მოკვდიანებით — გულისრევა და ღებინება. თორმეტგოჯა ნაწლავის დახურული დაზიანების დროს სიმპტომები სხვა ღრუ ორგანოების დაზიანებებს სიმპტომთა მსგავსია. სწორედ ამითაა განპირობებული ოპერაციამდე თორმეტგოჯა ნაწლავის დახურული დაზიანების გამოცნობის დიდი სიძნელე. ხოლო ოპერაციამდე მისი რეტროპერიტონეული დაზიანების გამოცნობა შეუძლებელია.

ნაწლავის დახურული დაზიანების დროს კლინიკური სურათი არ არის ერთნაირი და მუდმივი, დამოკიდებულია ტრავმისა და დაზიანების ხასიათზე, ნაწლავების მდგომარეობაზე ტრავმირების მომენტში (საესვია თუ დაცლილი), ტრავმის მიყენებიდან გასულ დროზე.

წვირილი ნაწლავის დახურული დაზიანების ერთ-ერთი ხშირი სიმპტომია ტკივილი მუცელში. ამავე დროს ტკივილი მით უფრო ძლიერია, რაც უფრო დიდ მანძილზეა დაზიანებული ნაწლავის მარჯუნი, როდესაც პერიტონეუმის ღრუში ნაწლავის შიგთავსი დიდი რაოდენობით ჩაიღვრება. ნაწლავის დახურული დაზიანებისას ზოგჯერ ვლინდება გულისრევა და ღებინება, რომელიც გამოვლინდება მოკვდიანებით, უფრო ხშირად ტრავმის მიღებიდან 6 საათს შემდეგ. მაშინ როდესაც განვითარდება პერიტონიტი, თუმცა ნაწლავის დახურული დაზიანებისას გულისრევა და ღებინება ნაადრევად შეიძლება აღინიშნებოდეს, რაც განპირობებულია ერთბაშად დიდი რაოდენობით ნაწლავის შიგთავსის ჩაღვრით პერიტონეუმის ღრუში.

ღვიძლის დახურული დაზიანების სიმპტომოკომპლექსი ღვიძლის დაზიანების სიძლიერეზეა დამოკიდებული. ღვიძლის დაზიანებას ყოველთვის თან სდევს სისხლის დენა, თუ დაზიანდა ნაღვლის სადინარები, მუცლის ღრუში სისხლთან ერთად ჩაიღვრება ნაღველიც. ჩაღვრილი სისხლი და ნაღველი სწრაფად იწვევს პერიტონეუმის მხრე რეაქციას. მარჯვენა ფერდქვეშა არეში აღინიშნება ტკივილი, რომელიც ირადიაციას იძლევა მარჯვენა ბეჭში. სუნთქვა ზერეღვა და აჩქარებული, უმრავლეს შემთხვევაში აღინიშნება ტაქიკარდია, იშვიათად — ბრადიკარდია. კანი და ხილული ლორწოვანი გარსი მკრთალია. თუ ღვიძლთან ერთად დაზიანდა ნაღვლის სადინარებიც, მაშინ შედარებით ადრე ვითარდება სუბიექტურობა და ბრადიკარდია, ზოგ-

ჯერ ფრენიკუს სიმპტომი დადებითია. ავადმყოფი მეტად მძიმე მდგომარეობაშია, აღინაშნური, კითხვებზე პასუხობს დაგვიანებით, უხალისოდ, ზოგიერთი კი ავზნებულია, დაწვრილებით ყვება წვრილმანს. უმეტეს შემთხვევაში კანისა და ხილული ლორწოვანი გარსი ფერმკრთალია, სხეული დაფარულია ცივი ოფლით, სუნთქვა ზერელეა და ხშირი, პულსი სუსტი ავსებისაა, უფრო ხშირია ტაქიკარდია, იშვიათად — ბრადიკარდია.

ელენთის დახურული დაზიანების დროს აღსანიშნავია ტკივილი მარცხენა ფერდქვეშა არეში, წელის მარცხენა მხარეზე, ნეკნებსა და ხერხემალს შორის კუთხეში, მუცლის მარცხენა ნახევარში ან მთლიანად მუცელში. ტკივილი შეიძლება დაიწყოს ერთბაშად, ტრავმის მიღების მომენტში ან გამოვლინდეს მოსვენებულ მდგომარეობაში. ტკივილი ზოგჯერ იმდენად ძლიერია, რომ ავადმყოფი იძულებით მდგომარეობას ღებულობს. აღნიშნული მდებარეობის გამოსახატავად ბ. ი. როზანოვმა აღწერა „ვანკასტანკას“ სიმპტომი. ამ დროს ავადმყოფი წევს მარცხენა გვერდზე და მოხრილი კიდურებით ბარძაყები მუცელში აქვს მიკრული. თუ ავადმყოფს ზურგზე ან მარჯვენა გვერდზე დავაწვენთ, იგი მაშინვე გადმობრუნდება და მარცხენა გვერდზე დაწება პირვანდელ პოზიციაში. ზოგჯერ ძლიერი ტკივილის გამო ავადმყოფი იძულებით მჯდომარე მდგომარეობას ღებულობს. ტკივილის გამო ავადმყოფს უძნელდება სუნთქვა და ამიტომ სუნთქვაში მუცელი არ მონაწილეობს. სუნთქვა ზერელეა და გახშირებული. ტკივილი ძირითადად ლოკალიზდება მარცხენა ბუკისა და მხრის არეშიც. ტკივილის ირადიაციას იწვევს დიაფრაგმის ქვეშ ჩაღვრილი სისხლით შუასაძგიდის ნერვის გაღიზიანება. ზოგჯერ აღინიშნება ძლიერი ტკივილი მარცხენა თეძოს ფოსოში, რაც აიხსნება ჩაღვრილი სისხლის დაგროვებით ამ ადგილას.

ღ ი ა გ ნ ო ს ტ ი კ ა. მუცლის დახურული დაზიანებისას აღრეული დიაგნოზის დადგენას მრავალი სიძნელე ახლავს. მუცლის დახურული დაზიანების ნაადრევი დიაგნოსტიკა სასწრაფო-გადაუღებელი ქირურგიის ერთ-ერთი მეტად რთული და საპასუხისმგებლო საკითხია.

დიაგნოსტიკაში სხვა მეთოდებთან ერთად ფართოდ გავრცელებულია რენტგენოგამოკვლევა. გამოვლინდება თავისუფალი აირის არსებობა ან სითხის არსებობა მუცლის ღრუში, მეტეორიზმი, დიაფრაგმის ფორმისა და ფუნქციის ცვლილება. თუ ავადმყოფი მძიმე მდგომარეობაშია, რენტგენოგამოკვლევა არ არის მიზანშეწონილი. დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს ლაპაროცენტეზს, ლაპაროსკოპიას, რომელიც ფართოდ უნდა იყოს გამოყენებული. შოკის, ძლიერი გარეგანი სისხლის დენისა და ალკოჰოლური ინტოქსიკაციის დროს

ლაპაროცენტეზი და საჭიროების დროს იმავე ხერხიდან ლაპარო-  
სკოპია აუცილებელია.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა. მუცლის დაზურული  
დაზიანების დროს, განსაკუთრებით კი მის აღრეულ სტადიაში, საჭი-  
როა დიფერენციული დიაგნოსტიკით სხვადასხვა დაზიანებისგან გა-  
ზორჩევა. პირველ რიგში კი მუცლის პრესის დაქვეითობისგან გარ-  
ჩევა, უნდა გამოირიცხონ რეტროპერიტონეული სივრცის პემატომა.  
ამ დროს მუცლის ღრუში ტკივილი განპირობებულია რეტროპერი-  
ტონეულ სივრცეში არსებული მრავალრიცხოვანი ნერვული წუნლე-  
ბის გაღიზიანებით. ზოგჯერ გამოირიცხოს ნეკნების, განსაკუთრებით  
ქვედა 6 ნეკნის მოტეხილობა, ხერხემლის სვეტის ტრავმული დაზი-  
ანება და სხვ.

შოკი, სისხლის დენა და პერიტონიტი მუც-  
ლის დაზიანების დროს. მუცლის დაზიანების შემთხვევაში  
აღინიშნება მეტ-ნაკლებად გამოხატული შოკი, სისხლის დენა, პერი-  
ტონიტი.

შოკი მუცლის დაზიანების ერთ-ერთი ხშირი თანამგზავრია. იგი  
უფრო მკვეთრია თუ ერთდროულად აღინიშნება ამა თუ იმ ძვლის  
მოტეხილობა, რაც არცთუ იშვიათია. მუცლის ღრუს ორგანოების  
დაზიანების კლინიკურ სურათში მნიშვნელოვანი ადვილი უყავია  
მწვავე სისხლნაკლებობას, რომელიც სისხლის დენის შედეგია. ვი-  
თარდება შესაბამისი კლინიკური სურათი, როგორცაა სისხლის  
წნევის დაქვეითება, ხილული ლორწოვანი გარსის ანემიურობა, ავად-  
მყოფი მოუსვენარი, აღინამიურია, შემჩნეულია, რომ სისხლის და-  
კარგვის ფონზე გამოწვეული პერიტონიტით ლეტალობა უფრო მა-  
ღალია, ჩატარებული მკურნალობა ნაკლებეფექტური, ვიდრე სისხლის  
დაკარგვის გარეშე.

ზოგჯერ ძნელია შინაგანი სისხლის დენისა და შოკის ერთიმეორი-  
საგან განსხვავება, მითუმეტეს, რომ არცთუ იშვიათად ორივე მდგო-  
მარეობა ერთად ვლინდება. თუ შოკის საწინააღმდეგო ზომების მი-  
ღების შემდეგ ავადმყოფის მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა, მითუმე-  
ტეს თუ გაუარესდა, ეს მიუთითებს შინაგან სისხლის დენაზე.

მუცლის ღრუს შემავალი კრილობის ყველა შემთხვევაში საქმე  
გვაქვს ამა თუ იმ ინტენსივობის პერიტონიტთან, რაც გამოწვეულია  
კრილობის მიყენების მომენტში ინფექციის გადასვლით მუცლის  
ღრუში. მუცლის ღრუს ორგანოების ტრავმული დაზიანებისას პერი-  
ტონიტი ვითარდება პირველსავე საათებში, ვინაიდან მუცლის ღრუ-  
ში დიდი რაოდენობით გადადის კუჭ-ნაწლავის შიგთავსი. ინფექცია  
შეიქრება გარედანაც. ამავე დროს მუცლის ღრუში ჩადვრილი სისხ-  
ლი საუკეთესო ნიადაგია მიკრობთა ზრდა-გამრავლებისთვის. ტრავ-

მული დაზიანების დროს მნიშვნელობა აქვს ტრავმის ხასიათს. ცეცხლ-სასროლი იარაღით მიყენებული ჭრილობის დროს უფრო ხშირია მუცლის ღრუს ორგანოების მრავლობითი დაზიანება. გასათვალისწინებელია, ღრუ ორგანოა დაზიანებული, პარენქიმული თუ ორივე ერთდროულად. უკანასკნელ შემთხვევაში პროგნოზი უფრო მძიმეა.

### მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანების გაურთავება

მუცლის ღრუს ორგანოების ღია და დახურული დაზიანების მკურნალობა მხოლოდ ოპერაციულია. მკურნალობის კომპლექსში დიდი მნიშვნელობა აქვს სხვადასხვა კონსერვატიული ღონისძიების გატარებას როგორც ოპერაციამდე, ისე ოპერაციის შემდგომ პერიოდში.

ოპერაციის კარგი გამოსავლისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ოპერაციის წინ ავადმყოფის სათანადო მომზადებას. მუცლის დაზიანების გამო ოპერაცია უნდა გააკეთონ სასწრაფოდ, ამიტომ ოპერაციის წინა მომზადება რაც შეიძლება ხანმოკლე უნდა იყოს. მუცლის დაზიანების დროს აღინიშნება მეტ-ნაკლები ინტენსივობით გამოხატული შოკი, სისხლის დენა და პერიტონიტის მოვლენები. ამიტომ ოპერაციის წინა პერიოდში სასწრაფოდ უნდა მიიღონ შოკის საწინააღმდეგო ზომები, ავადმყოფს გადაუსხან ანტიშოკური სითხეები, სისხლი, ოპერაციის წინა პერიოდში კუჭი აუცილებლად უნდა გაუთავისუფლდეს შივთავისგან.

მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანების დროს ყველაზე გამართლებულია ენდოტრაქეული ნარკოზი.

განაკვეთის შერჩევის დროს უნდა გაითვალისწინონ, რომ მუცლის ღრუს თითქმის არც ერთი დაავადების დროს ისეთი ფართო რევიზია არ არის საჭირო, როგორც მუცლის ღრუს ორგანოთა დაზიანების შემთხვევაში. ტრავმის დროს ხშირად ზიანდება ორი ან მეტი ორგანო. შესაძლებელია დაზიანებული უბნები საკმაოდ დაცილებული იყოს ერთმანეთისგან. ყოველივე აღნიშნულიდან გამომდინარე, უპირატესობას აძლევენ შუა ხაზის განაკვეთს, რომელიც შეიძლება გაატარონ მთელ სიგრძეზე — მახვილისებრი მორჩიდან სიმფიზამდე. საჭირო შემთხვევაში აკეთებენ დამატებით განაკვეთებს — განივად მარცხნივ, მარჯვნივ. მიზანშეწონილი არ არის წინა კედელზე არსებული ჭრილობის გაგანიერება და მუცლის ღრუს ამ არიდან გახსნა.

თორაკობდომინური ჭრილობის დროს სიძნელესთან არის დაკავშირებული ოპერაციული განაკვეთის შერჩევის საკითხი. თუ კლინი-

კურ სურათში ჰარბობს მოვლენები გულმკერდის მხრივ, რაც გულმკერდის ამა თუ იმ ორგანოს მძიმე დაზიანებაზე მიუთითებს, უპირატესობა უნდა მიეცეს თორაკოტომიას, შემდეგ ლაპაროტომია განახორციელონ. თუ გულმკერდის ღრუს ორგანოებზე მეტად, მუცლის ღრუს ორგანოები არიან დაზიანებული, უმჯობესია ჯერ გააკეთონ ლაპაროტომია, ხოლო შემდეგ თორაკოტომია. როდესაც გულმკერდისა და მუცლის ღრუს ორგანოთა დაზიანების კლინიკური სურათი ერთნაირი სიმძიმით არის წარმოდგენილი, უპირატესობას აძლევენ თორაკოტომიას, რითაც გამოასწორებენ ჰემოდინამიურ დარღვევებს და სუნთქვის უკმარისობას. ავადმყოფის მდგომარეობიდან გამოყვანის შემდეგ შესაძლებელია მუცლის ღრუს გახსნა და შინაგანი ორგანოების დათვალიერება. თუ გულმკერდის არეში ჰრილობაა, მას აფართოებენ. პლევრის ღრუს რევიზიას ახორციელებენ, რითაც ჰრილობის ხასიათს ადგენენ, რის შემდეგ შეიძლება დიაფრაგმის ჰრილობის გაკერვა და ღია პნევმოთორაქსის დახურვა. ეს არის პლევროპულმონური შოკის საწინააღმდეგო ძირითადი ღონისძიება, შემდეგ ჩვენების მიხედვით ლაპაროტომიას აკეთებენ.

მუცლის ღრუს გახსნის შემდეგ ოპერატორმა უნდა დაადგინოს: 1. არის თუ არა დაზიანებული მუცლის ღრუს ორგანო, 2. როგელი ორგანო ან ორგანოებია დაზიანებული, 3. როგორი სახის ოპერაციული ჩარევაა საჭირო.

იმისათვის, რომ დავადგინოთ დაზიანებულია თუ არა მუცლის ღრუს რომელიმე ორგანო, საჭიროა მუცლის ღრუს დათვალიერება მეთოდურად. თუ მუცლის ღრუში დიდი რაოდენობით არ არის სისხლი, რაც ძირითადად ღვიძლის ან ელენთის დაზიანებაზე მიუთითებს, და საჭირო არ არის სისხლის ღენის სასწრაფოდ შეჩერება, მაშინ შემოწმებას იწყებენ კუჭიდან. უნდა გასინჯონ როგორც წინა, ისე უკანა კედელი, რადგანაც, როგორც აღვნიშნეთ, არცთუ იშვიათია კუჭის წინა და უკანა კედლის ერთდროული ჰრილობა. საჭიროა დეტალურად დავათვალიეროთ როგორც მცირე, ისე დიდი სიმრუდე, დაწყებული კარდიიდან. ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევები, როდესაც გაკვეთაზე აღმოჩნდა ოპერაციის დროს კუჭის შეუმჩნეველი ჰრილობა. კუჭის შემდეგ საჭიროა თორნეტგოჯა ნაწლავის დათვალიერება.

უნდა აღვნიშნოთ, რომ თორნეტგოჯა ნაწლავის დაზიანება, განსაკუთრებით თუ დაზიანებულია მისი რეტროპერიტონეული ნაწილი, საოპერაციო მაგიდაზეც კი შეიძლება შეუმჩნეველი დარჩეს. თუ თორნეტგოჯა ნაწლავის რეტროპერიტონეული ნაწილის დაზიანებისას პერიტონეუმის უკანა კედლის მთლიანობა არ დაირღვა, მუცლის ღრუში შეიძლება გამოხადდეს არ იყოს, მაგრამ ყოველთვის არის

რეტროპერიტონეული ჰემატომა, უფრო მარჯვნივ. პერიტონეუმი ზოგჯერ შეფერილია ნაღვლით და მომწვანო-მოყვითალო ფერი აქვს, ზოგიერთ შემთხვევაში კი რეტროპერიტონეულ სივრცეში ვითარდება ემფიზემა. ამრიგად თორმეტგოჯა ნაწლავის რეტროპერიტონეული ნაწილის დაზიანებაზე მიუთითებს: რეტროპერიტონეულ ჰემატომა, პერიტონეუმის ნაღვლისფრად შეფერილობა და ემფიზემა. თუ ერთ-ერთი მათგანი გამოვლინდა; უნდა გახსნან პერიტონეუმის ფურცელი და დაათვალიერონ თორმეტგოჯა ნაწლავის რეტროპერიტონეული ნაწილი.

თორმეტგოჯა ნაწლავის შემდეგ საჭიროა წვრილი ნაწლავის დათვალიერება, რაც იწყება ტრეიცის იოგიდან. წვრილი ნაწლავი მთელ სიგრძეზე უნდა გაატარონ ორ თითს შორის, დაუთვალიერებელი არ უნდა დატოვონ არც ერთი მარყუჟი. იშვიათად, მაგრამ აღწერილია შემთხვევები, როდესაც წვრილი ნაწლავის დაზიანება საოპერაციო მაგიდაზე შემჩნეული არ ყოფილა.

წვრილი ნაწლავის შემდეგ თანამიმდევრულად უნდა დაათვალიერონ მსხვილი ნაწლავი, ბრმა ნაწლავიდან სწორ ნაწლავამდე. შედარებით ძნელია მსხვილი ნაწლავის ფიქსირებული ნაწილების დათვალიერება, მაგრამ აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ასევე იშვიათია მსხვილი ნაწლავის ფიქსირებული ნაწილის ჭრილობა.

დიდი ყურადღებაა საჭირო მუცლის ღრუს ორგანოების ტრავმის დროს სწორი ნაწლავის დაზიანების გამოსავლინებლად.

თუ კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დათვალიერებისას შეამჩნევენ ნაწლავის კედლის ამა თუ იმ არეში სისხლის კოლტს, კარგად უნდა შეამოწმონ, ნაწლავის ჭრილობა დახშული ხომ არ არის კოლტით, ასევე გულდასმით უნდა დაათვალიერონ ნაწლავის კედელზე არსებული სუბსეროზული ჰემატომის არე, ხომ არ არის კედლის მთლიანობა დარღვეული. ამისთვის სეროზულ გარსს გაკვეთავენ, ჰემატომას მოაცილებენ, სეროზული გარსის მთლიანობას აღადგენენ.

თუ ნაწლავის დათვალიერებისას დაზიანებას დაადგენენ, მაშინვე მისი გაკერვა ან ნაწლავის რეზექცია არ არის მიზანშეწონილი, ვინაიდან არ იციან ნაწლავის შემდგომი შემოწმებისას კიდევ როგორი დაზიანება გამოვლინდება და რა სახის ოპერაციული ჩარევა იქნება საჭირო. ამიტომ დაზიანებული ნაწლავის მარყუჟი უნდა შეახვიონ მარლის ნაჭრით და განაგრძონ დათვალიერება. მიუხედავად იმისა, გაუტკივარების რომელი სახე იქნება გამოყენებული, საჭიროა ჯორჯლის ბლოკადა ნოვოკაინის 0,25%-იანი ხსნარით.

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის შემოწმების შემდეგ საჭიროა პარენქიმული ორგანოების დათვალიერება. ღვიძლის დათვალიერებისთვის საჭიროა ღვიძლის მრგვალი და ნამგლისებრი იოგის გაკვეთა, ღვიძ-

ლის გუმბათსა და უკანა კედელს ამოწმებენ დიაფრაგმის გუმბათის ქვეშ ხელის შეტანით.

მუცლის ღრუს ტრავმული დაზიანების შემთხვევაში ოპერაციის უკუჩვენებად შეიძლება მიიჩნიონ მხოლოდ ავადმყოფის უმძიმესი მდგომარეობა, როდესაც მისი აგონიიდან გამოყვანა ვერ ხერხდება. ასეთი ავადმყოფები, ჩვეულებრივ, ილუპეტიან მიღებიდან პირველსავე საათებში.

მუცლის ღრუს ორგანოების ტრავმის დროს ოპერაციული ჩარევის თანამიმდევრობა ასეთია: სისხლის დენის შეჩერება, ღრუ ორგანოს მთლიანობის აღდგენა (ან ექსტრაპერიტონიზაცია), მუცლის ღრუს სანაქია, მუცლის ღრუს დრენირება.

კუჭის დაზიანების დროს ჭრილობას გაკერავენ ორი ან სამსართულიანი ნაკერით, ხოლო თუ ვრცელი დაზიანებაა, მიმართავენ კუჭის ეკონომიურ რეზექციას. თორმეტგოჯა ნაწლავის დაზიანებისას ჭრილობის გაკერვაა საჭირო.

წვრილი ნაწლავის დაზიანების დროს რეკომენდებულია ორი სახის ოპერაცია: ჭრილობის გაკერვა. ნაწლავის რეზექცია. როდესაც წვრილი ნაწლავის ჭრილობაა, მიზანშეწონილია ჭრილობის გაკერვა, თუ გაკერვის შემდეგ სისხლის მიმოქცევა არ დაირღვევა და სანათური არ შევიწროვდება, კვების დარღვევის ან სანათურის შევიწროების მხრივ ყოველ საექვო შემთხვევაში რეზექციაა საჭირო.

თუ ნაწლავის მარყუჟზე ერთიმეორის ახლოს რამდენიმე ჭრილობაა, რომელთა გაკერვას შეიძლება მოყვეს ნაწლავის დეფორმაცია და სისხლის მიმოქცევის მოშლა ან ნაწლავის მარყუჟზე 5 სმ-ზე მეტ სიგრძეზეა ჯორჯლის აგლეჯა ანდა ნაწლავის კედლის დაქეცილობა და ვრცელი სისხლჩაქცევები გამოვლინდა, მაშინაც ნაწლავის რეზექცია უნდა განახორციელონ. ნაწლავის რეზექცია ყოველთვის უნდა გააკეთონ საღი ქსოვილის ფარგლებში.

თუ წვრილი ნაწლავის რეზექციას აკეთებენ ტრავმის პირველ საათებში, შეიძლება შერთული განახორციელონ „პირი-პირში“. პერიტონიტის პირობებში გაკეთებული რეზექცია უნდა დაამთავრონ შერთულით „გვერდი-გვერდში“.

წვრილი ნაწლავის დაზიანებისას, განსაკუთრებით დაზურული ტრავმის დროს, როდესაც ოპერაციას აკეთებენ დაგვიანებით, დიფუზური პერიტონიტის ფონზე, ავადმყოფის მდგომარეობა მძიმეა და ნაწლავის კედელში საკმაოდ გრძელ მანძილზეა შორსწასული ცვლილებები, ერთადერთი იძულებითი გზაა დაზიანებული ნაწლავის გამოტანა ჭრილობაში.

მსხვილი ნაწლავის კუნთოვანი შრე სუსტადაა განვითარებული, ასევე მისი ვასკულარიზაცია და სისხლის მომარაგება უფრო ნაკლებ-

ბია. მსხვილი ნაწლავის კრილობა უფრო ცუდად ხორცდება, ვიდრე წვრილი ნაწლავის. აღნიშნულის გამო ქირურგთა ტაქტიკა მსხვილი ნაწლავის დაზიანების დროს ერთნაირი არ არის. მსხვილი ნაწლავის ვრცელი დაზიანებისას ან კედელში დიდი ჰემატომის შემთხვევაში უმჯობესია რეზექციის გაკეთება და ორივე ბოლოს გამოტანა, ხოლო თუ ავადმყოფს მდგომარეობა მძიმეა, მაშინ დაზიანებული ნაწლავი კრილობაში უნდა გამოიტანონ. ი. ნელიუბოვიჩი (1964) რეზექციას გამართლებულად მიიჩნევს სიგმური კოლინჯის, ასწვრივი კოლინჯის და ილეოცეკალური კუთხის ვრცელი დაზიანების შემთხვევაში. მას ნაწლავის გამოტანა კრილობაში მიზანშეწონილად მიაჩნია, როდესაც დაზიანებულია მსხვილი ნაწლავის არაფიქსირებული ნაწილები, ვლინდება მსხვილი ნაწლავის ვრცელი დაჟეჟილობა და მოსალოდნელია ნეკროზი. როდესაც მსხვილი ნაწლავის არაფიქსირებული ნაწილის, ძირითადად, სიგმური და განივი კოლინჯის, მცირე ზომის კრილობასთან გვაქვს საქმე, მიზანშეწონილია დეფექტის გაკერვა და პროქსიმული კოლოსტომიის (ეეკოსტომის) დადება. ნაწლავის რეზექცია საჭიროა მაშინაც, როდესაც ნაწლავიდან აგლეჯილია ჯორჯალი, მსხვილი ნაწლავის ვრცელი დაზიანებაა, რომელსაც თან სდევს მკვებავი სისხლძარღვების თრომბოზი.

სიგმის დისტალური მონაკვეთის დაზიანების დროს იყენებენ ჰარტმანის ოპერაციას. ჰარტმანის ტიპის ოპერაცია შეიძლება შეასრულონ მსხვილი ნაწლავის სხვა არეების დაზიანების დროსაც. საერთოდ რაც უფრო დისტალურადაა დაზიანებული მსხვილი ნაწლავი, მით უფრო მძიმედ მიმდინარეობს პროცესი და მით უფრო ცუდია პროგნოზი.

სწორი ნაწლავის დაზიანების შემთხვევაში ნაწლავის განტვირთვის მიზნით რეკომენდებულია ეეკოსტომია ან სიგმოსტომია სწორი ნაწლავის დაზიანებული არის გაკერვასთან ერთად.

ნაღვლის ბუშტის ტრავმული დაზიანების დროს მიმართავენ ქოლეცისტექტომიას, ხოლო მცირე ზომის კრილობის დროს კი მას გაკერავენ ორსართულიანი ნაკერით, ატრავმული ნემსის გამოყენებით.

შარდის ბუშტი შეიძლება დაზიანდეს როგორც ექსტრაპერიტონეულ, ისე ინტრაპერიტონეულ ნაწილში. შარდის ბუშტის ინტრაპერიტონეული დაზიანების დროს მას გაკერავენ კეტგუთით. ორსართულიანი ან სამსართულიანი ნაკერით, თუ კრილობა წინა კედელზეა, ის შეიძლება გამოიყენონ შარდის ბუშტის გადასაყვანად. როდესაც შარდის ბუშტის ინტრააბდომინური ნაწილია დაზიანებული, მუცლის ღრუს გახსნის შემდეგ კრილობას გაკერავენ კეტგუთის



ორსართულიანი ნაკერი, მერე კი ექსტრაპერტონულად განაზღვრ-  
ცილებენ ცისტოსტომიას.

პარენქიმული ორგანოების დაზიანებისას, პირველყოფლისა, უნდა  
შეაჩერონ სისხლის დენა. ამავე დროს შემდგომი ტაქტიკა სხვადა-  
სხვაა იმის მიხედვით, თუ რომელი პარენქიმული ორგანოა დაზიანე-  
ბული.

ღვიძლის როგორც ღია, ისე დახურული დაზიანების დროს საჭი-  
როა სისხლის დენის შეჩერება და ღვიძლის ჭრილობის დამუშავება.  
ღვიძლის ჭრილობა, განსაკუთრებით ღია დაზიანების დროს, საჭი-  
როებს წინასწარ დამუშავებას. მაგრამ უნდა გვახსოვდეს, რომ  
ჭრილობის დამუშავებას შეიძლება მოყვეს სისხლის დენის გაძლი-  
ერება. ამიტომ მიზანშეწონილია ჭრილობა წინასწარ თითით გასინ-  
ჯონ, შემდეგ ფრთხილად ამოწმინდონ მარლის ბურთულით ან სპე-  
ციალური კოვზით. ასევე ზოგჯერ საჭიროა ფრთხილად განახლდეს  
ჭრილობის კიდეები.

ღვიძლის სისხლის დენის შეჩერების მრავალი მეთოდი არსებობს,  
ისინი იყოფა შემდეგ ჯგუფებად: ა) მექანიკური (ღვიძლის ქსოვი-  
ლის გაკერვა, მარლით ჭრილობის ტამპონადა, სისხლძარღვთა გადა-  
კვანძვა და სხვ.), ბ) ფიზიკური, გ) ბიოლოგიური, დ) სხვადასხვა  
პემოსტაზური პრეპარატების გამოყენება, ე) ღვიძლის რეზექცია.

ზემოაღნიშნული მეთოდებიდან უფრო სრულყოფილი და საიმე-  
დოა ჭრილობის გაკერვა. ღვიძლის გაკერვის მრავალი მეთოდი არ-  
სებობს. გაკერვა უმჯობესია კეტგუტის ძაფით, უნდა გამოიყენონ  
მსხვილი კეტგუტი, დიდი, მოხრილი და მრგვალი ატრავმული ნემსი.  
II-სებრი ან ლეიბისებრი ნაკერი უნდა გააკეთონ ჭრილობის კიდე-  
ებიდან 1,5—2 სმ დაცილებით.

ღვიძლის ჭრილობიდან სისხლის დენის შეჩერების მიზნით ფი-  
ზიკური მეთოდებიდან გამოყენებულა თერმოკაუტერი, ელექტრო-  
კუაგულაცია, ელექტროექსციზია, მაგრამ ისინი პრაქტიკაში განსა-  
კუთრებით ვერ გავრცელდნენ.

ღვიძლიდან სისხლის დენის შეჩერების ბიოლოგიური მეთოდებია  
ამა თუ იმ ქსოვილით ღვიძლის ჭრილობის ტამპონადა. ტამპონადის-  
თვის უფრო ხშირად იყენებენ ბადექონს, ერთ შემთხვევაში მის  
იზოლირებულ მონაკვეთს, მეორე შემთხვევაში კი ბადექონის ნა-  
წილს მოუკვეთავად დებენ ღვიძლის ჭრილობაში („ბადექონის პლას-  
ტიკა ფეხზე“). უმჯობესია ბადექონით პლასტიკა ფეხზე, ვინაიდან  
დაკვირვებით გამოირკვა, რომ ბადექონის იზოლირებული ნაჭერი,  
რომელიც მიუმავრდება ღვიძლის ჭრილობას, ხშირად ნეკროზდება  
და სექვესტრაციას განიცდის. თუ ღვიძლის ჭრილობა გამავალია, მა-

ზენ მიზანშეწონილია კრილობის ხერეღში ბადექონის გატარება და მისი ფიქსაცია ხერეღთან კეტუტის კვანძოვანი ნაქერით.

ბიოლოგიურ ტამპონად გამოყენებულია კუნთი, რისთვისაც უფრო ხშირად ნაქერს იღებენ მუცლის სწორი კუნთიდან.

პარენქიმიული სისხლის დენის დროს ეფექტურია სხვადასხვა ჰემოსტაზური ნივთიერებების ფიბრინის ფიფიტის, თრომბინის, ფიბრინის ღრუბლის, ჰემოსტაზური ღრუბლისა და სხვ. ზმარება. ყველა ჩამოთვლილ პრეპარატს ადგილობრივ გამოყენებენ.

თუ ღვიძლი დაჩეჩქვილია და მისი გაქერვა შეუძლებელია, მიზანშეწონილია რეზექცია. ღვიძლის რეზექცია შეიძლება დიდი ზომის კრილობის დროსაც, რადგანაც მოსალოდნელია კვების დარღვევა და ნეკროზი, ზოგჯერ ახორციელებენ ღვიძლის წინა კიდის მიქერებას პერიტონეუმის ფურცელთან — ჰეპატოპექსიას.

კრილობის არასაიმედო ჰერმენტიზმის შემთხვევაში აუცილებელია სუბჰეპატურად დრენაჟებისა და ტამპონების შეტანა მუცლის ღრუს იზოლირებისთვის.

ელენთის ტრავმული დაზიანების დროს ავადმყოფის სიკვდილის უშუალო მიზეზი სისხლის დენაა. არსებობს ელენთის დაზიანების მკურნალობის ორი გზა: რადიკალური (ყველაზე საიმედო) — დაზიანებული ელენთის ამოკვეთა და ნაქერების გაქეთება დაზიანებულ უბანზე ორგანოს შესანარჩუნებლად. ამ უკანასკნელმა პრაქტიკული გავრცელება ვერ პოვა.

ელენთის ამოკვეთის დროს მისი კარის ელემენტების დამუშავების დროს სიფრთხილეა საჭირო, რომ ლიგატურაში პანკრეასის კუდი არ მოექცეს.

პანკრეასის დაზიანების შემთხვევაში ოპერაციის დროს ყურადღებას იპყრობს სისხლჩაქცევა ბადექონში, მეზოკოლონსა და რეტროპერიტონეულ სივრცეში. პანკრეასის იზოლირებული დაზიანების შემთხვევაში მუცლის ღრუში გამონადენი უფრო გამჭვირვალეა, ზოგჯერ კი მღვრიე ფერის. ი. გ. შაპოშნიკოვი და თანაავტ. (1986) პანკრეასის დაზიანების დროს მასზე ყოველგვარი მანიპულაციის (გაქერვის, პერიტონიზაციის, ტამპონირების) წინააღმდეგი არიან. მათ მიზანშეწონილად მიაჩნიათ ბადექონის მცირე აბგის დრენირება სილიკონის დრენაჟით ჰემოსტაზის შემდეგ. საჭირო შემთხვევაში აქეთებენ პანკრეასის რეზექციას, პანკრეატოდუოდენოანასტომოზს ადებენ გამოთიშულ ნაწლავის მარყუეთან. ოპერაციის შემდეგ პერიოდში უნდა მიიღონ ზომები პანკრეასის სექრეციის შესამცირებლად (ინჰიბიტორები).

ღიაფრავმის კრილობის თავისებურებაა ის, რომ იგი არ ავლენს მიდრეკილებას შეზორცებისადმი. ეს გამოწვეულია იმით, რომ სუნ-

თქვის აქტთან დაკავშირებით დიაფრაგმა მუდმივ მოძრაობაშია. თორაკობდომინური კრილობის ერთ-ერთი გართულებაა დიაფრაგმის ტრავმული თიაქარი. დეფექტის გზით გულმკერდის ღრუში შეიძლება გადავიდეს მუცლის ღრუს ორგანოები და განვითარდეს დიაფრაგმის ტრავმული თიაქარი, რომელიც საჭიროებს სპეციალურ ქირურგიულ მკურნალობას. გულმკერდისა და მუცლის ღრუს ერთდროული კრილობების დროს საჭიროა გადაუდებელი ქირურგიული ჩარევა. სათანადოდ უნდა დაამუშაონ დაზიანებული ორგანოები და გაეკონტრონ დიაფრაგმა. დიაფრაგმის იზოლირებული დაზიანება გვხვდება არა მარტო ღია, არამედ დახურული დაზიანების შემთხვევაშიც. მისი გამოცნობა უფრო ძნელია და გამოვლინდება მოგვიანებით დიაფრაგმის ტრავმული თიაქარის სახით.

მუცლის ღრუს დაზიანების გამო ოპერაციის შემდეგ კლინიკურ მიმდინარეობაში ერთ-ერთი ადგილი უკავია კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პარეზს ნაწლავთა თანდაართული დინამიკური გაუვალობით, რაც ვანპირობებულობა, ერთი მხრივ, იმით, რომ ოპერაციის მსვლელობაში ხდება მუცლის ღრუს ორგანოების ვრცელი რევიზია, მეორე მხრივ, მუცლის ღრუს შემავალი კრილობების შემთხვევაში, მითუმეტეს თუ ღრუ ორგანოა დაზიანებული, თითქმის ყოველთვის მეტ-ნაკლები ინტენსივობითაა გამოხატული პერიტონიტი.

ოპერაციის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მომენტია მუცლის ღრუს განთავისუფლება გამონაყონისგან (ტულაქტი). განსაკუთრებით ნაწლავის დაზიანების შემთხვევაში, როდესაც მუცლის ღრუში გადადის დიდი რაოდენობით ნაწლავის შიგთავსი. ამ საკითხზე არსებობს ორი შეხედულება. ქირურგთა ერთი ნაწილი მოწინააღმდეგეა მუცლის ღრუ გამორეცხონ სხვადასხვა ხსნარით, მეორე ნაწილს კი მიზანშეწონილად მიაჩნია მუცლის ღრუს ამომშრალება ტამპონების და ელექტროსაქანიით. ორივე მეთოდი შემოღებისთანავე აზრთა სხვადასხვაობას იწვევს, რაც დღემდე ვრძელდება. მუცლის ღრუს გამორეცხვას აზორციელებენ ფიზიოლოგიური ხსნარით, ფურაცვილინით.

მუცლის ტრავმული დაზიანების დროს, განსაკუთრებით ღია კრილობის დროს, ყოველთვის აღიძვრის მუცლის ღრუს დრენირებისა და ტამპონირების საკითხი.

მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანების დროს, ოპერაციული მკურნალობის გარდა, დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის ოპერაციის შემდგომ მკურნალობასა და მოვლას. იგი საწოლში უნდა იწვეს ფოთლურის მდებარეობაში. საჭიროა პერიტონიტის მკურნალობის სრული კომპლექსი.

## ოპერაციის შემდგომი პართულეზანი აბლომინური ჰირურგიაში

სხეულის ამა თუ იმ არის დაზიანებას, ოპერაციულ ტრავმას ორგანიზმი პასუხობს არასპეციფიკური რეაქციით, მიუხედავად იმისა, თუ რით არის იგი განპირობებული — მექანიკური ტრავმით, დამწვრობით, ქირურგიული ჩარევით თუ მწვავე ინფექციით, ზოლო ლოკალურად პასუხობს სპეციფიკური რეაქციით, რაც განპირობებულია მისი გამომწვევი სხვადასხვა ეტიოლოგიური ფაქტორით. ვითარდება დამცველობითი რეაქციების კომპლექსი, რომელიც მიმართულია ადგილობრივი და ზოგადი დარღვევების ლიკვიდაციისკენ. მაგრამ ორგანიზმის აღნიშნული თვისება უსაზღვრო არ არის, იგი აღწევს გარკვეულ საზღვარს, შემდეგ ღებულობს პათოლოგიურ ზასიათს და ვითარდება ესა თუ ის გართულება — მაგისტრალურ სისხლძარღვთა თრომბოზი და ემბოლია, სისხლის მიმოქცევისა და სუნთქვის უკმარისობა, პნევმოთორაქსი, პეპტორენული უკმარისობა, თრომბოპემორაგიული სინდრომი, ადრენოკორტიკული უკმარისობა და ა. შ. მისი მიზეზია ადაპტაციური პროცესების დარღვევა. აღნიშნული გართულებების აცილება, დიაგნოსტიკა და მკურნალობა ქირურგის, თერაპევტის, ანესთეზიოლოგის, რენიმატოლოგის ძირითადი ამოცანაა.

აგრესიის შემდგომი პერიოდი, რომელიც ვითარდება ქირურგიული ჩარევის შემდეგ, ცნობილია ოპერაციის შემდგომი დაავადების სახელწოდებით. მის მიმდინარეობაში არჩევენ კატაბოლურ, ანაბოლურ და ორგანიზმის ნორმული ფუნქციის აღდგენის ფაზებს.

კატაბოლური ფაზა იწყება ოპერაციული ჩარევისთანავე და გრძელდება 3—7 დღე. მისი ხანგრძლივობა დამოკიდებულია ძირითად პათოლოგიურ პროცესზე, გადატანილი ოპერაციის სახეზე, ორგანიზმის რეაქციულობაზე, ზოგჯერ მისი განხანგრძლივება განპირობებულია ოპერაციის შემდეგ პერიოდში ტკივილით, ჰიპოვენტილაციით, ავადმყოფის უძრავი მდგომარეობით, ჰემატომისა და დაშლილი პროდუქტების შეწოვით, სისხლის დენით, ელექტროლიტური ბალანსის დარღვევით, ინფექციით, ქსოვილის ნეკროზით.

კატაბოლური ფაზა იწყება ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზური და სიმპათიკურ-ადრენალური სისტემის სტიმულაციით, რომლის შედეგად სისხლში ქარბი რაოდენობით გადადის კატექოლამინები. აქტპ, გლუკოკორტიკოიდები, ალდოსტერონი, რასაც თან სდევს რენინის, ანგიოტენზინის, ანტიდიურეზული ჰორმონის გაძლიერებული გამოყოფა. ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქცია გაძლიერებულია, ინსულინის რაოდენობა კლებულობს.

ოპერაციის პირველ დღეებში ავადმყოფი განურჩეველია გარეშე

სამყაროსადმი, რაც განპირობებულია ნარკოტიკული და სედატიური ნივთიერებების გამოყენებით. შემდგომში იგი აღნიშნავს ტკივილს, ფსიქიკური სფერო არასტაბილურია, ავადმყოფთა ნაწილი ავზნებუ-ლია, ბევრს ლაპარაკობს, ნაწილი კი — დეპრესიულ მდგომარეობაშია. ასეთი ფსიქიკური რეაქცია უფრო ხშირია მოხუცებსა და იმ პირებ-ში, ვისაც ოპერაციის შემდეგ აღნიშნება ესა თუ ის გართულება. ავადმყოფი შეზოთოებულია, ავზნებული, დეზორიენტირებული, ზოგს უძილობა ეწყება. აღნიშნული გართულებები შეიძლება განპირობებუ-ლი იყოს ზოგიერთი მედიკამენტი (ბარბიტურატებით), რესპირაცი-ული დარღვევით (ჰიპოქსია), ჰიპო- ან ჰიპერკაპნია), კატექოლამინე-ბის — გლუკოკორტიკოიდების, წყლის და ელექტროლიტების დის-ბალანსით, დეჰიდრატაციის გამო ზოგიერთი ელექტროლიტის — კა-ლიუმის, მაგნიუმის, ქლორის, კალციუმისა და ნატრიუმის რაოდენო-ბის დაქვეითებით.

ჭირურგიული დაავადებისა და ოპერაციული ჩარევის შედეგად აღინიშნება როგორც ცენტრალური, ასევე პერიფერიული ჰემოდი-ნამიკის დარღვევა, რაც განპირობებულია სიმპათიკურ-ადრენალური სისტემის აქტივაციით. ამას პასუხობს გულ-სისხლძარღვთა სისტე-მაც — არტერიული წნევა ნორმის ფარგლებში ან მომატებული, პულსი გახშირებულია ნორმასთან შედარებით 20—30%-ით, სისტო-ლური მოცულობა შემცირებულია დიასტოლური ავსების შემცირე-ბის გამო. ვითარდება პერიფერიულ სისხლძარღვთა სპაზმი, შესაბა-მისად ავადმყოფი ფერმკრთალია. ვაზოკონსტრიქცია იწვევს ჰიპოქსი-ას, აციდოზს, წყლისა და ელექტროლიტური ცვლის დარღვევას. ვითარდება ანაერობული გლიკოლიზი და ატფ-ს დეფიციტი, რის გა-მო ვლინდება ჰიპოვოლემია, სისხლის რეოლოგიური თვისებების დარღვევა (ფორმიანი ელემენტების აგრეგაცია, სტაზი), ლეიქოსი და თირკმლის ფუნქცია მოიშლება. მიოკარდიუმში შეტაბოლური ცვლი-ლებები ვლინდება. ამ ფონზე მცირე სისხლის დენა, ინფექცია განა-პირობებს ჰემოდინამიკის მოშლას.

ოპერაციული ტრავმა იწვევს ფილტვის ვენტილაციის გაძლიერე-ბას, ძირითადად ტაქიპნოეს ხარჯზე. კატექოლამინების გაძლიერებუ-ლი გამოყოფის შედეგად ბრონქები ფართოვდება, უმჯობესდება ალ-ვეოლური ვენტილაცია, მაგრამ იგი არ არის საკმარისი. ტკივილის გამო სუნთქვის ამპლიტუდა შემცირებულია, ნაწლავთა პარეზის გა-მო დიაფრაგმა მაღლა დგას. აღნიშნულის შედეგად ფილტვის სასი-ცოცსლო მოცულობა მცირდება, ფილტვის ელასტიკურობაც დაქვეი-თებულია ინჰალაციური სანარკოზე ნივთიერებების, კონსერვირებუ-ლი სისხლისა და ელექტროლიტური ხსნარების ტრანსფუზიის გამო. რეფლექსურად ირღვევა ფილტვის სისხლის მიმოქცევა. რაც ფილ-

ტვის შესავლის შემუშავების მიზეზი ხდება, ვითარდება მიკროატელექტაზი. აღნიშნული ცვლილებები მკვეთრად აქვთ გამოხატული იმ პირებს, რომელთაც აღენიშნებათ ფილტვის, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ქრონიკული დაავადებანი, სიმსუქნე, აგრეთვე თამბაქოს მწვევლებს.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში, განსაკუთრებით მუცლის ღრუს ორგანოებზე ოპერაციული ჩარევის შემდეგ, ვლინდება დარღვევა საჭმლის მომნელებელ ტრაქტში, კუჭის და ნაწლავების ატონია შეიძლება ავხსნათ სიმპათიკური ნერვული სისტემის აგზნებით, წყლისა და ელექტროლიტური ცვლის დარღვევით, ჰიპოვოლემიით, სისხლის მიმოქცევის დარღვევის გამო ჰიპოქსიით, ნაწლავთა მუსკულატურაში გლიკოგენის რაოდენობის შემცირებით. დაქვეითებულია სანერწყვე ჯირკვლების, ღვიძლის, პანკრეასის სეკრეცია, მარილმჟავა და პეფსინის გამოყოფა მომატებულია, რაც ზოგჯერ წვრილ ნაწლავში იწვევს მწვავე წყლულს.

პოსტოპერაციულ პერიოდში ღვიძლში დარღვეულია სისხლის მიმოქცევა, მუცლის ღრუს პათოლოგიის დროს ემატება ტოქსიკური ნივთიერებები, რაც იწვევს ღვიძლის ფუნქციის მოშლას. სისხლის მიმოქცევის დარღვევის შედეგად შემცირებულია დიურეზი. მისი მიზეზია აგრეთვე ანტიდიურეზული ჰორმონის დიდი რაოდენობით გამოყოფა. ალდოსტერონის მომატება იწვევს ნატრიუმის შეკავებას, გაძლიერებულია კალიუმის გამოყოფა. კატაბოლურ ფაზაში გაძლიერებულია ცილების დაშლა, აღნიშნული პროლუქტების გამოყოფა თირკმლის მიერ დარღვეულია.

პოსტაგრესიულ პერიოდში სიმპათიკურ-ადრენალური სისტემის მაღალი აქტივობის შედეგად კატაბოლური პროცესი ქვეითდება და ანაბოლური პროცესები აქტიურდება. თანდათან გაძლიერებული სიმპათიკურ-ადრენალური აქტივობა ნორმას უბრუნდება, მცირდება ცილების, ცხიმების კატაბოლიზმის ინტენსივობა, შარდთან ერთად აზოტის გამოყოფა, ვლინდება აზოტის დადებითი ცვლა. ნორმალზდება წყლისა და ელექტროლიტების ცვლა. ჰორმონების გამოყოფა ნორმას უბრუნდება, ავადმყოფის ფსიქიკური სფეროც წესრიგდება, საჭირო აღარაა ტკივილგამაყუჩებელი და სედატიური საშუალებანიც. პემოდინამიკა სტაბილურია, ცირკულირებადი სისხლის რაოდენობა ნორმალური ხდება პლაზმის ხარჯზე. სისხლის ფორმიანი ელემენტები — ერითროციტები შედარებით ნელა აღდგება. ეს გარდამავალი პერიოდი ნელა მიმდინარეობს. მისი მკვეთრად მიმდინარეობის შემთხვევაში ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა უეცრად მძიმდება, არტერიული წნევა კლებულობს, ავადმყოფი დაფარულია ცივი ოფლით, აღენიშნება ტაქიკარდია. აღნიშნული სიმპტომები მოგვაგონებს

გულის კუნთის ინფარქტის კლინიკურ ნიშნებს. იგი მიმდინარეობს ხანმოკლედ, რამდენიმე საათი, რის შემდეგ მდგომარეობა უმჯობესდება.

კატაბოლურ ფაზას მოსდევს ანაბოლური ფაზა, რომელიც გრძელდება 2—5 კვირა. რაც უფრო მძიმედ და ხანგრძლივად მიმდინარეობს კატაბოლური ფაზა, მით უფრო ხანგრძლივია ანაბოლური ფაზა, ნორმური ხდება ცილების, ცხიმების, ნახშირწყლების, წყლისა და ელექტროლიტური ცვლა, ენდოკრინული სისტემის ფუნქცია ნორმალური ხდება.

აღდგენითი ფაზა გრძელდება 6 თვემდე. ამ პერიოდში აღდება ორგანოებისა და ქსოვილების ფუნქცია. ქირურგის და ანესთეზიოლოგისთვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს პირველი 2 თვის ცოდნას, რადგანაც ამ პერიოდში ვლინდება ორგანოებისა და ქსოვილების ფუნქციის მკვეთრი დარღვევა, რაც შეიძლება ავადმყოფისთვის ტრაგიკულად დამთავრდეს.

პოსტაგრესიულ პერიოდში ორგანიზმი ვარჯიშულ წინააღმდეგობას უწევს პათოგენურ ფაქტორებს. თუ აგრესია ძლიერია და ხანგრძლივად მიმდინარეობს, ხოლო საპასუხო რეაქცია არაადეკვატურია. პოსტაგრესიული რეაქცია ღებულობს შეუსაბამო ხასიათს და სხვადასხვა გართულება ვითარდება.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ქირურგისა და ანესთეზიოლოგის წინაშე დგას ორი ძირითადი პრობლემა: 1. ყველა პირობის შექმნა ორგანოს და სისტემის ფუნქციური ადაპტაციისთვის, სარეზერვო და კომპენსაციური მექანიზმების აქტივაცია ახალი მდგომარეობის შესაბამისად; 2. დაზიანებული ქსოვილებისა და ორგანოების რეგენერაციის სტიმულაცია. ეს ამოცანები მჭიდროდაა დაკავშირებული ერთმანეთთან. აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ჩატარებული ღონისძიებანი შეიძლება გავყოთ ორ ჯგუფად. პირველს მიეკუთვნება ის აუცილებელი ღონისძიებანი, რომლებიც უნდა ჩატარდეს ყოველ ავადმყოფს ოპერაციული ჩარევის სახის მიუხედავად. მათ მიეკუთვნება ოპერაციის შემდგომი გაუტკივარება, კრილობის დაცვა ასეპტიკურ პირობებში, კანისა და პირის ღრუს სანაცია, ნორმალური დიურეზის შენარჩუნება, გულ-სისხლძარღვთა, სასუნთქი და ნერვულ-ფსიქიკური სფეროს კონტროლი, სამკურნალო ფიზკულტურა. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში სპეციალური ღონისძიებანი განსხვავებულია ყოველი ავადმყოფისთვის და განპირობებულია ოპერაციის ხასიათითა და მოცულობით, გართულებებით და თანმხლები დაავადებებით.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში მოსალოდნელია სისხლის დენა მუცლის ღრუში ან საკმლის მომწვლელებელი ტრაქტის სანათურში,

ნაწლავის მწვავე გაუვალობა, ნაკერების უკმარისობა, რომელთა დიაგნოსტიკა ოპერაციის შემდგომ პირველ დღეებში გაძნელებულია. აღნიშნული გართულებები საჭიროებს განმეორებით ოპერაციულ ჩარევას — რელაპარატომიას სასიცოცხლო ჩვენებით.

აღნიშნული გართულებების დიაგნოსტიკის სიძნელეები განპირობებულია მათი ატიპური გამოვლინებით, ამას ხელს უწყობს ოპერაციული ტრავმის გამო ორგანიზმში განვითარებული ცვლილებები, ტრანსფუზიული თერაპია, ანტიბიოტიკთერაპია და ნაკრტიკული საშუალებების გამოყენება.

### სისხლის მიმოქცევის უკმარისობა

#### ოპერაციის შემდგომ პერიოდში

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ირღვევა დამოკიდებულება გულის მუშაობას, ცირკულირებად სისხლსა და სისხლძარღვების მოცულობას შორის. ოპერაციული ტრავმა, სიმპათიკურ-ადრენალური სისტემის გააქტიურება, სისხლის დაკარგვა, ტკივილი და ა. შ. ქმნის ახალ პირობებს ჰემოდინამიკისთვის. ვითარდება კომპენსაციური რეაქციები. აღნიშნული კომპენსაციური რეაქცია არ არის განუსაზღვრელი, მოსალოდნელია მისი დეკომპენსაცია, ამიტომ სისხლის მიმოქცევის მუდმივი კონტროლი ოპერაციის შემდგომი პერიოდის აუცილებელი პირობაა. ყურადღება უნდა გაამახვილონ მიოკარდიუმის ფუნქციაზე, ცირკულირებადი სისხლის რაოდენობაზე, სისხლძარღვთა ტონუსზე, მიკროცირკულაციაზე.

სისხლის მიმოქცევისა და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მდგომარეობის კონტროლის დროს საყურადღებოა კანისა და ხილული ლორწოვანი გარსის ფერი, პულსის სისწორე, რიტმი, დაქიმულობა. კვლევის არსენალშია პერკუსია, აუსკულტაცია, ცენტრალური ვენური წნევის განსაზღვრა, ცირკულირებადი სისხლის რაოდენობის განსაზღვრა, არტერიული წნევის კონტროლი, ეკგ.

სისხლის მიმოქცევის დარღვევის მიზეზი შეიძლება იყოს გულის კუნთის ინფარქტი, გულ-სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა, გულის რიტმის დარღვევა, სტენოკარდიული შეტევა და ა. შ.

ოპერაციის შემდგომი სისხლის მიმოქცევის მოშლის პროფილაქტიკისა და მკურნალობის მიზნით ატარებენ სათანადო ღონისძიებებს როგორც ოპერაციამდე, ასევე ოპერაციის დროს და ოპერაციის შემდგომ პერიოდში. ოპერაციამდე გამოვლევას საჭიროებს გულის ფუნქციური მდგომარეობა, უნდა დაადგინონ ცირკულირებადი სისხლის რაოდენობა და შესაბამისად ჩაატარონ მისი კორექცია. ოპერაციამდე ჰაპერტონიის, სტენოკარდიის, გულის იშემიური დაავადების გამოვლენის შემთხვევაში აუცილებელია შესაფერისი მკურნალობა.



ოპერაციის დროს უნდა შეარჩიონ ისეთი საანესთეზიო ნივთიერებები, რომლებიც ნაკლებტოქსიკურია გულის კუნთისთვის. დროულად არის საჭირო დაკარგული სისხლის აღდგენა. უნდა გამოავლინონ დარღვევები სასუნთქი სისტემის მხრივ. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში საჭიროა კარდიოგენური საშუალებების დროული გამოყენება, ოქსიგენოთერაპია, გაუტყვივარება, მკევა-ტუტოვანი წონასწორობის, წყლისა და ელექტროლიტური ცვლის აღდგენა.

სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ გართულებების ასაცილებლად და სამკურნალოდ გამოყენებულია ისეთი ნივთიერებები, რომლებიც აქვეითებენ პერიფერიულ სისხლძარღვთა წინააღმდეგობას (პაპავერინი, ეუფილინი). მიმართავენ კარდიოგენურ საშუალებებს (კორგლიკონი, სტროფანტინი). მიოკარდიუმის მეტაბოლიზმის გაუმჯობესების მიზნით ახორციელებენ ვიტამინოთერაპიას, გლუკოზის, კოკარბოქსილაზის ინტრავენურ ტრანსფუზიას. ავადმყოფებს უნიშნავენ ანტიჰისტამინურ პრეპარატებს — ჰიპოლფენს, დიმედროლს, შარდმდენ საშუალებებს, მაღალი დიასტოლური წნევის შემთხვევაში — ჰიპოტენზიურ საშუალებებს (რეზერპინი, რაუფაზინი), განგლიობლოკატორებს (პექსონი, პენტამინი), ჰიპოვოლემიის შემთხვევაში — სისხლის შემცვლელი ჩსნარების და სისხლის ტრანსფუზიას, ჰიპერვოლემიის შემთხვევაში შარდმდენ საშუალებებს ან ფორსირებულ დიურეზს.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში მნიშვნელობა აქვს მიკროცირკულაციის, ერითროციტების აგრეგაციისა და სისხლის წებოვნების ნორმალიზაციას და ა. შ. აღნიშნულის მიზნით გამოყენებულია რეოპოლიგლუკინი, რეომაკროდექსი, რეოგლუმანი, ჰეპარინის მცირე დოზები.

გულ-სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობის მკურნალობისა და პროფილაქტიკისთვის მნიშვნელობა აქვს სისხლისა და სისხლის შემცვლელების ტრანსფუზიას. დაკარგული სისხლის აღსადგენად ფართოდაა გამოყენებული სისხლის ტრანსფუზია, მაშინ როდესაც დაკარგული სისხლის რაოდენობა 15—20% და მეტია (800—1 000 მლ). ტრანსფუზია ჩდება ისე, რომ შეფარდება სისხლსა და სისხლის შემცვლელებს შორის შეადგენდეს 1:2-ს. სათანადო ჩვენებების დროს მიზანშეწონილია სისხლის კომპონენტების ტრანსფუზია (ერითროციტური მასა, მშრალი პლაზმა, თრომბოციტური მასა და ა. შ.).

სისხლის შემცვლელებიდან განსაკუთრებით გამოყენებულია დექსტრინები — მაკროდექსი, პოლიგლუკინი, რეომაკროდექსი, დაბალმოლეკულური მასის დექსტრანები აღადგენს დარღვეულ მიკროცირკულაციას, იწვევს ერითროციტების დეზაგრეგაციას, დეჰონირებული ერითროციტების მობილიზაციას.

გულს უკმარისობის სამკურნალოდ ხმარობენ გლიკოზიდებს.

მიზანშეწონილია ანაბოლური ჰორმონების გამოყენება.

ოპერაციისშემდგომ პერიოდში გულის უკმარისობის განვითარების დროს ფლიკოზიდებთან ერთად ხშირად ხმარობენ შარდმდენ საშუალებებს, ისინი ფრთხილად უნდა გამოიყენონ მარცხენა პარკუჭის უკმარისობის დროს, როდესაც შემცირებულია გულის მიერ გადატყორცნილი სისხლის რაოდენობა, რაც ჰიპოვოლემიითაა განპირობებული. ჰიპოვოლემიის დროს შარდმდენი საშუალებების გამოყენება უკუნაჩვენებია.

გულის რიტმისა და გამტარობის დარღვევა. ოპერაციისშემდგომ პერიოდში მოსალოდნელია გულის რიტმის და გამტარობის დარღვევა — სინუსური ტაქიკარდია, სინუსური არიტმია. პაროქსიზმული ტაქიკარდია, წინაგულების ციმციმი, ატრიოვენტრიკულური რიტმი, პარკუჭების ციმციმი. მისი მიზეზია მეტაბოლური ცვლილებები, რომელთაც მიეკუთვნება წყლისა და ელექტროლიტური ცვლის დარღვევა, სიმპატიკურ-ადრენალური სისტემის აგზნება. გულის რიტმის დარღვევა უმეტესად უვლინდებათ იმ პირებს, რომელთაც აქვთ დისტროფიული ცვლილებები იგულის კუნთში.

პროფილაქტიკა და მკურნალობა. საჭიროა ოპერაციისშემდგომი გართულებების დროული გამოვლენა, რომელთაც შეუძლიათ არიტმიის გამოწვევა (სისხლის დენა, გულის უკმარისობა, ფილტვის კოლაფსი, პნევმონია, ფილტვის არტერიის ემბოლია, პერიკარდიტი, პერიტონიტი და ა. შ.); 2. ოპერაციისშემდგომ პერიოდში მეტაბოლური ცვლის დარღვევის, ჰიპოკალიემიის, მეტაბოლური აციდოზისა და ალკალოზის დროული კორექცია; 3. მონიტორული დაკვირვება ისეთ ავადმყოფებზე, რომელთაც მოვლით აღნიშნული გართულებები, 4. მონიტორის არარსებობის შემთხვევაში ეკგ-ს პერიოდული გადაღება.

არიტმიის შემთხვევაში ავადმყოფს უნიშნავენ კალიუმის მარილებს, პანანგინს, ნოვოკაინამიდს, ლიდოკაინს, არიტმიის დროს გულის კუნთში დაქვეითებულია ქანგვითი პროცესები, გროვდება შუალედური ცვლის პროდუქტები, განსაკუთრებით პიროყურძენმევა. აღნიშნულის მიზნით ხმარობენ კოკარბოქსილაზას, რომელიც ააღიერებს გულის კუნთის შეკუმშვის ფუნქციას.

გულის კუნთის ინფარქტი. ქირურგიული ოპერაციების შემდეგ ერთ-ერთი მძიმე გართულებაა გულის კუნთის ინფარქტი. მისი მიზეზია კორონული სისხლძარღვების თრომბოზი და ემბოლია, ინფარქტის დამახასიათებელი ისეთი ნიშნები, როგორცაა ტკივილი, ტემპერატურული რეაქცია, ლეიკოციტოზი, ედს-ის მომატება, ოპერაციისშემდგომ პერიოდში ფანჯითარებული ინფარქტის დიაგნოსტიკისთვის დასაყრდენი ნიშნები არ არის. მისი დამახასიათებელია სისხ-

ლის მიმოქცევის მოშლა, კარდიოგენული შოკი, რომელიც გამოვლინდება არტერიული წნევის დაქვეითებით, კანის და ხილული ლორწოვანი გარსის სიფერმკრთალე, ცივი ოფლი, ფაზშირებული პულსი, არითმია.

მკურნალობა მიმართული უნდა იყოს ისეთი გართულებების წინააღმდეგ, როგორცაა კარდიოგენული შოკი, გულისა და სუნთქვის უქმარისობა, გულის რიტმის დარღვევა, თრომბოზი, თრომბოემბოლია და სხვ.

### სუნთქვის უქმარისობა ოპერაციისუამდგომ პერიოდში

ორგანიზმის ოქსიგენაცია დამოკიდებულია ფილტვის ვენტილაციაზე, აირების დიფუზიაზე, სისხლის მოცულობაზე, სისხლის მიმოქცევის ადეკვატურობაზე, ქსოვილის უნარზე შეიწოვოს ჟანგბადი. არსებობს სუნთქვითი უქმარისობის მრავალი მიზეზი. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში სუნთქვითი უქმარისობის მიზეზია სასუნთქი გზების გამავლობის დარღვევა. დახშული ბრონქიოლის ირგვლივ ალვეოლებში არსებული ჰაერი შეიწოვება, ალვეოლები ჩაიხუტება და ატელექტაზი ვითარდება, ინფექციისთვის ხელსაყრელი პირობები იქმნება. ატელექტაზი გადადის პნევმონიაში. ბრონქის დახშობის მიზეზი მრავალია, მნიშვნელობა აქვს ნახველის სეკრეციას, რომელიც მომატებულია ბრონქული ასთმის, ქრონიკული ბრონქიტის, ოპერაციის დროს (ზერელედ მიმდინარე ნარკოზი, სანარკოზე ნივთიერებებით და ინტუბაციური მილით გაღიზიანება) მოსალოდნელია ასპირაცია კუჭიდან ან ცხვირიდან. ხველის რეფლექსის დაქვეითების შედეგად ოპერაციის შემდეგ ტკივილის გამო შეზღუდულია სუნთქვის სიღრმე, იგი ფაზშირებულია და ზერელეა, რის გამოც ვითარდება ჟანგბადის უქმარისობა. ტკივილის შიშის გამო ავადმყოფი ვერ ახველებს, აღნიშნულის გამო დიდი რაოდენობით ცროვდება ნახველი, ირღვევა ბრონქის გამავლობა, ვითარდება ატელექტაზი და პნევმონია. ჰიპოვენტილაციის მიზეზია დიაფრაგმის მოძრაობის შეზღუდვა.

სუნთქვის უქმარისობის აცილების მიზნით საჭიროა ოპერაციამდე, ოპერაციის დროს და შემდეგ პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარება. ოპერაციის წინ საჭიროა დეზინტოქსიკაციური მკურნალობა, დაკარგული სისხლის აღდგენა, ვიტამინთერაპია, წყლისა და ელექტროლიტური ცვლის აღდგენა, სუნთქვითი ვარჯიშები, ოპერაციამდე ფილტვის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა და გამოვლენილი პათოლოგიის მიხედვით შესაბამისი მკურნალობა.

ოპერაციის დროს საჭიროა ფილტვის ვენტილაციის ადეკვატური

დაცვა, ბრონქიდან სეკრეტის ასპირაცია, მისი ამორეცხვა ანტიბიოტიკებით მისი ინფიცირების შემთხვევაში, ინტუბაციური მძიმის ამოღებამდე ფილტვის სრულყოფილი გაშლა. ოპერაციის დროს აცილებული უნდა იყოს ბრონქში კუჭის შიგთავსის ასპირაცია.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ავადმყოფს უნდა ააცილონ ღებინება და კუჭის შიგთავსის მოხვედრა სასუნთქ გზებში. საჭიროა სასუნთქ სისტემაზე კლინიკური დაკვირვება და რენტგენოლოგიური კონტროლი, ოქსიგენოთერაპია, ნაადრევი სუნთქვითი ვარჯიშები, სათანადო გაუტივარება, ანტიბიოტიკოთერაპია, წყლისა და ელექტროლიტური ცვლის, მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობის აღდგენა, ამოსახველებელი და ბრონქის გამაფართოებელი საშუალებების გამოყენება. გართულების შემთხვევაში საჭიროა ფილტვის ანთების საწინააღმდეგო დროული მკურნალობა — ანტიბიოტიკოთერაპია, ნახველის გამოყოფის მიზნით სოლიანი ხსნარის ინჰალაცია, ფერმენტების გამოყენება, ბრონქის სანაცია, მდოგვის საფენები გულმკერდზე, ჰემოთერაპია. დესენსიბილიზაციის მიზნით გამოყენებულია ინტრავენურად კალციუმის ქლორიდის შეყვანა, ანტიჰისტამინური პრეპარატები. ოქსიგენოთერაპიას, ვიტამინოთერაპიას ახორციელებენ, ავადმყოფს უნიშნავენ გლუკოზას. ყურადღებას ამახვილებენ ფილტვის ვენტილაციაზე, მნიშვნელობა აქვს ნაწლავების პარეზის დროულ აცილებას, ჰემოდინამიკის ნორმალიზაციას, მეტაბოლური დარღვევის ლიკვიდაციას.

### თრომბოზი და თრომბოემბოლია

ოპერაციამდე სისხლის შემდედებელ სისტემაში ცვლილებები განპირობებულია ძირითადი დაავადებით. მწვავე და ქრონიკულად მიმდინარე დაავადების ფონზე ვითარდება ჰიპერკოაგულაცია, ზოგჯერ ანთებითი პროცესი ისეთი დაავადებების ფონზეა, როგორცაა ათეროსკლეროზი, დიაბეტი, ქრონიკული პნევმონია, რომლებიც გავლენას ახდენს სისხლის შემდედებელ სისტემაზე, ანამნეზის შეგროვების დროს გასათვალისწინებელია, ღებულობდა თუ არა ავადმყოფი რაიმე პრეპარატს — სალიცილატებს, ანტიკოაგულანტებს, იტარებდა თუ არა სხივურ თერაპიას, რომელიც იწვევს თრომბოციტოპენიას, ლეიკოპენიას.

ოპერაციული ტრავმა იწვევს ცვლილებას ჰემოსტაზში. ამ დროს თავისუფლდება თრომბოპლასტინი, პლაზმინოგენის აქტივატორები, ირღვევა სისხლის კედლის მთლიანობა, სიმპათიკურ-ადრენალური რეაქცია იწვევს ჰიპერკოაგულაციას. ანესთეზია, ინფუზიური თერაპია,

სისხლის დენა, სისხლის ტრანსფუზია ცვლის სისხლის რეოლოგიურ თვისებებს.

ბოლო წლებში ფართოდაა გამოყენებული ცნება „თრომბოზის-მხრივ საშიში ავადმყოფები“. მათ უვლინდებათ ფიბრინის რაოდენობის მომატება, ფიბრინოლიზური სისტემის დაქვეითება, ზოგს აქვთ ნორმალური კოაგულოგრამა, მაგრამ ანამნეზში აღენიშნებათ თრომბოფლებიტი, ქვედა კიდურების ვენების ვარიკოზული გაგანიერება, მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ანთება, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები.

თრომბოემბოლიური გართულებების პროფილაქტიკა უნდა დაიწყოს ოპერაციამდე და განაგრძონ ოპერაციის შემდგომი პირველი დღიდან. იგი უნდა იყოს კომპლექსური, სპეციფიკური და არასპეციფიკური. არასპეციფიკურ ღონისძიებებს მიეკუთვნება ავადმყოფის აქტიური მდგომარეობა, სამკურნალო ფიზკულტურა, ტკივილის დროული ლიკვიდირება, ნაწლავის ფუნქციის, მკვება-ტუტოვანი წონასწორობის, სისხლის წებოვნების ნორმალიზაცია. აღნიშნული ღონისძიებები არ არის საკმარისი იმ ავადმყოფთათვის, რომელთაც ფიბრინოგენის რაოდენობა მაღალი აქვთ და აღწევს 700—900 მგ%-ს, თრომბოზლასტიკური აქტივობა კი — 100%-ს, პლაზმის ტოლერანტობა ჰეპარინის მიმართ 7 წუთია და ნაკლებიც, პროთრომბინის მაჩვენებელი მაღალია. ამ ავადმყოფებს უტარებენ სპეციფიკურ მკურნალობას — უკეთდება 5 000 ერთ. ჰეპარინი ყოველ 4 საათში ერთხელ 4—5 დღის განმავლობაში, ხოლო შემდეგ გადადიან არაპირდაპირი მოქმედების ანტიკოაგულანტებზე. მათი გამოყენების ხანგრძლივობა და დოზები ინდივიდუალურია, დამოკიდებულია კლინიკურ-ლაბორატორიულ მონაცემებზე.

თუ ავადმყოფს აქვს ქვედა კიდურის ვენების ვარიკოზული გაგანიერება ან პოსტრომბოფლებიტიური სინდრომი, კიდურს გადაუხვევენ ელასტიკური ბანდით. ოპერაციულ ჩარევამდე საჭიროა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების (კარდიოსკლეროზის, ჰიპერტონიული დაავადების) მკურნალობას, პერიფერიული სისხლის შემადგენლობის ნორმალიზაცია. აღნიშნულის მიზნით მიმართავენ ვიტამინთერაპიას, ახალი სისხლის ტრანსფუზიას, ცილოვანი ხსნარების ტრანსფუზიას, რომელიც ამცირებს ანემიასა და ჰიპოპროტეინემიას. ოპერაციის წინ ანტიკოაგულანტების გამოყენება საშიშია.

მიზანშეწონილია ტრანსფუზიის განხორციელება ზედა კიდურზე. ტრანსფუზია ერთსა და იმავე ვენაში გამართლებული არ არის, მისი ხანგრძლივობა არ უნდა აღემატებოდეს 4 საათს, რადგანაც ფლებიტის მიზეზი შეიძლება გახდეს. ხანგრძლივი ტრანსფუზიის მიზნით მიზანშეწონილია საუღლე ვენის კათეტერიზაცია.

თრომბოემბოლიური გართულებების აცილების მიზნით მნიშვნელობა აქვს ინფექციის წინააღმდეგ ბრძოლას, სუნთქვითი ვარჯიშების ჩატარებას, სხეულის მასაჟს, ავადმყოფთა დროულ სიარულს, ტკივილის ლეკვიდირებას, ქვედა კიდურების პასიურ და აქტიურ მოძრაობას. ოპერაციის მეორე დღეს იწყებენ სუნთქვით ვარჯიშებს. ოპერაციის შემდეგ ჩვენების მიხედვით შეიძლება ავადმყოფს ჩაუტარონ სპეციფიკური მკურნალობა ანტიკოაგულანტებით.

თრომბოემბოლიური გართულებების აცილების მიზნით გამოყენებულია დაბალმოლეკულური დექსტრანები — პოლიგლუკინი, რეოპოლიგლუკინი. ჰიპერკოაგულაციის პროფილაქტიკა შეიძლება არა მარტო ანტიკოაგულანტების გამოყენებით, არამედ ნორმალური ვოლემიის აღდგენითაც.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ანტიკოაგულანტების ხმარების ჩვენებაა: 1. თრომბოფლებიტი ანამნეზში, 2. არტერიული სისხლის მიმოქცევის დარღვევა (მათხილტირებელი ენდარტერიიტი, ენდოკარდიტი, ათეროსკლეროზი), 3. ანამნეზში ოპერაცია ანევრიზმის გამო, 4. გულის უკმარისობა, 5. ხანგრძლივად მწოლიარე ავადმყოფი, 6. ჰიპერკოაგულაცია. 7. სტენოკარდია, მოციმიმე არიტმია, გულის ქრონიკული უკმარისობა, გადატანილი გულის ინფარქტი, ათეროსკლეროზი, ქვედა კიდურის ვენების ვარიკოზული გაფართოება, 8. მოხუცებულობა და ხანში შესულობა, 9. ცხიმოვანი ცვლის დარღვევა.

ანტიკოაგულანტების გამოყენების უკუჩვენებაა: 1. ღვიძლის პათოლოგია, როცა დარღვეულია მისი ფუნქცია, 2. თირკმლის დაავადებანი, 3. ფილტვის ტუბერკულოზი, 4. თრომბოციტოპენია, 5. სისხლში ფიბრინოგენის დაბალი დონე, 6. ჰეპარინის რაოდენობისა და ფიბრინოლიზური აქტივობის მომატება, 7. მაღალი არტერიული წნევა, როცა სისტოლური წნევაა 200 მმ, ხოლო დიასტოლური 110-ზე მეტი.

ფ ლ ე ბ ო თ რ ო მ ბ ო ზ ი. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ერთერთი მძიმე გართულებაა ქვედა კიდურის ღრმა ვენების თრომბოზი. მისი მიზეზია ჰიპერკოაგულაცია, ცვლილებები სისხლძარღვთა კედელში, სისხლის მიმოქცევის სისწრაფის შემცირება. ფლებოთრომბოზის დროს ავადმყოფი აღნიშნავს ტკივილს წვივის კუნთებში, კოჭწვივის სახსარში მოძრაობისას. ლეიკოციტოზი და ტემპერატურის მომატება ვლინდება.

ბარძაყის ღრმა ვენების თრომბოზის დროს, თუ ფლებოთრომბოზი ილეოფემორულ დონეზე განვითარდა, ავადმყოფები უჩივიან მწვავე ტკივილს კიდურში, შეშუბებას, კანი ციანოზურია, ტერფის დორსალური არტერიის პულსაცია შენარჩუნებულია.

ზერელე ვენების თრომბოფლებიტიის დიაგნოზი რთული არ არის,

ტყვილი ვენების გაყოლებითაა, კანი ჰიპერემიულია, ვლინდება სუბ-ფებრილური ტემპერატურა. ზერელე ვენების თრომბოფლებიტი ნაკლებ საშიშია.

**მკურნალობა.** ღრმა ვენების თრომბოზის დროს საჭიროა მკაცრი წოლითი რეჟიმი 6—7 დღის განმავლობაში. კიდურს ათავსებენ ბელერის არტაშანზე, მწვავე მოვლენების ჩაცხრომის შემდეგ კიდურს გადაახვევენ ელასტიკური ბანდით და ავადმყოფს სიარულის უფლებას აძლევენ. ამ გართულების დროს დასაწყისში გამოყენებულია ჰეპარინის ინიექცია, შემდეგ უნიშნავენ არაპირდაპირი მოქმედების ანტიკოაგულანტებს. სპეციფიკური მკურნალობა გრძელდება მანამდე, სანამ კიდური შეშუპებულია და ტყვილია გამოხატული. ზერელე ვენების თრომბოფლებიტის დროს ხმარობენ ჰეპარინის მალამოს 3—4 დღის განმავლობაში, სველ საფენებს.

ღრმა ვენების თრომბოზის დროს ოპერაციული მკურნალობის მიზანია სისხლძარღვთა გაშავლობის აღდგენა, რის შემდეგ კვლავ ანტიკოაგულოთერაპიაა საჭირო. რეკომენდებულია სხვადასხვა სახის ოპერაცია — თრომბექტომია, თრომბექტომია და ფლებექტომია. თრომბექტომიისა და ფლებექტომიის შემდეგ სისხლძარღვთა შუნტირებას ახორციელებენ. ზერელე ვენების თრომბოზის დროს მიმართავენ ვენის გადაკვანძვას, თრომბექტომიას.

**ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია.** ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია უფრო ხშირია თრომბოფლებიტის, გულზე, ფილტვებსა და სისხლძარღვებზე რეკონსტრუქციული ოპერაციის, მშობიარობის, ძვლების მოტეხილობის, ავთვისებიანი სიმსივნის, კიდურის ხანგრძლივი იმობილიზაციის შემთხვევაში.

კლინიკური მასალის მიხედვით ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია აღენიშნება ნაოპერაცივე ავადმყოფთა 3—8%-ს, მაგრამ ანგიოპულმონოგრაფიის, ანგიოსკანირების მონაცემები ადასტურებს, რომ ფილტვის არტერიის თრომბოზი გაცილებით ხშირია — 18—44%-ში. ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლიის დროს ხშირად შეცდომით ადგენენ პნევმონიის, ფილტვის ატელექტაზის, პლევრიტის დიაგნოზს.

ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლიის ხელშემწყობი პირობაა ქვედა კიდურის ვენების დაავადება, სარქველების თანდაყოლილი უკმარისობა, ვენების ვარიკოზული გაფართოება, ფლებიტი (ინფექციური, ალერგიული, ტოქსიკური, მედიკამენტური წარმოშობის). მნიშვნელობა აქვს სისხლძარღვთა ენდოთელიუმის მთლიანობის დარღვევას ათეროსკლეროზის დროს, სისხლის შემდგომი სისტემის დარღვევას, განსაკუთრებით სისხლის აგრეგაციულ — ადჰეზიური თვისებების გააქტიურებას, სისხლის რეოლოგიური თვისებების დარღვევას.

ფილტვის არტერიის ემბოლიის დროს გამოვლინდება მექანიკური და ჰუმორულ-რეფლექსური ეფექტი. მექანიკური ეფექტი გამოვლინდება მას შემდეგ, როდესაც დაიხშობა სისხლძარღვის სანათურის 25—30% და ფილტვის არტერიაში მატულობს ჰიდროსტატიკური წნევა. მიუხედავად აღნიშნულისა, სისხლის მიმოქცევა არ იცვლება. ვითარდება არიტმია, საპასუხოდ ფართოვდება ბრონქის არტერიები, რომლებიც ასრულებენ კოლატერალების ფუნქციას. ჰუმორულ-რეფლექსური ეფექტი გამოიხატება სისხლის ფორმიანი ელემენტებიდან ჰისტამინისა და სეროტონინის გამოყოფით, რაც ამცირებს სისხლის მიმოქცევას ფილტვებში, შემდგომ ბრონქის სანათური ვიწროვდება, რასაც მოყვება სუნთქვითი ფუნქციის დაქვეითება და ჰიპოქსია.

კლინიკური სურათი. რეკომენდებულია ფილტვის არტერიის ემბოლიის მრავალი კლასიფიკაცია. გამოყოფილია შემდეგი კლინიკური ფორმები: 1. ელვისებრი, 2. მწვავე (რამდენიმე წუთში მთავრდება სიკვდილით), 3. ქვემწვავე (ავადმყოფი იღუპება რამდენიმე საათსა ან დღეში), 4. ქრონიკული, რამდენიმე თვის ან წლის განმავლობაში პროგრესირებს, 5. მორეციდივე (ვითარდება მრავალჯერადი რეციდივები), 6. წაშლილი ფორმა.

ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლიის მწვავე ფორმა ვითარდება უეცრად, ავადმყოფის ზოგადი დამაკმაყოფილებელი მდებარეობის ფონზე, ვლინდება ქოშინი, კოლაფსური მდგომარეობა, ფსიქომოტორული დარღვევა, რაც უმრავლეს შემთხვევაში ავადმყოფის სიკვდილით მთავრდება.

ქვემწვავე ფორმის შემთხვევაში თრომბოემბოლია ვითარდება თანდათანობით, პატარა თრომბი თანდათან მატულობს, ვლინდება შესაბამისი კლინიკური ნიშნებიც, სუნთქვისა და მარჯვენა პარკუქის უკმარისობა. აღინიშნება პლევროპნევმონიის კლინიკური სურათი, სისხლიანი ნახველი.

მორეციდივე ფორმის შემთხვევაში ფილტვის თრომბოემბოლია ვითარდება რამდენჯერმე, აღინიშნება მცირე კალიბრის სისხლძარღვთა თრომბოზი. კლინიკურად გამოვლინდება გონების დაკარგვა მცირე ხნით, პაერის უკმარისობა, რომლის მიზეზის დადგენა ძნელია, მოსალოდნელია სტენოკარდია, პნევმონია, მშრალი პლევრიტი.

ფილტვის არტერიის ემბოლიამ შეიძლება განაპირობოს ბრონქული ასთმის შეტევის ან ბრონქული ასთმის სტატუსის მსგავსი კლინიკური სურათი. ამ დროს ყოველგვარი მედიკამენტური საშუალება, რომელსაც გამოიყენებენ ასთმური შეტევის საწინააღმდეგოდ, უეფექტოა. ზოგჯერ ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლიას შეცდომით მი-



იჩნევენ გულის მწვავე უკმარისობად, პნევმონიად ან მიოკარდიუმის ინფარქტად.

ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლიის დროს გამოიყოფა შემდეგი დამოუკიდებელი სინდრომები: რესპირაციული, ცენტრული, ალდომინური, რენული, სისხლძარღვოვანი.

ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლიის დროს ვლინდება მწვავე ფილტვისმიერი იჯული ღამახანათებელი ცვლილებებით ვლექტროკარდიოგრამაზე. თრომბოემბოლიური გართულების დროს კოაგულოგრამასა და თრომბოელატივგრამაზე გამოვლინდება ჰიპერკოაგულაცია. თუმცა აღსანიშნავია, რომ ჰინაცემები შეიძლება ნორმის ფარგლებში იყოს.

სპეციფიკური ცვლილებები გამოვლინდება რენტგენოლოგიური გამოკვლევის დროს, გულის განივი საზღვრები მომატებულია, ფილტვის კარის არე გაფართოებულია, დეფორმირებულია ფილტვის არტერიის რომელიმე ტოტი, გამოხატულია მინი ამპუტაცია. დაზიანებულ უბანში წაშლილია სისხლძარღვოვანი სურათი. ამავე უბანში ჯექვითებულია ფილტვის გამჭვირვალობა. გამოვლინდება დიაფრაჟისის შიდალი დგომა და, ბოლოს, გამოჩნდება ინფარქტის უბნის ჩრდილი. მნიშვნელოვანი სადიაგნოზო მეთოდია ანგიოპულმონოგრაფია, რომლის დროსაც გამოვლინდება არტერიის გაფართოება, იგი ამპუტირებულია.

**მკურნალობა.** ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლიის დროს მკურნალობა მიმართული უნდა იყოს გულ-სისხლძარღვთა და სუნთქვის მწვავე უკმარისობის, წარმოქმნილი თრომბის საწინააღმდეგოდ. შოკის შემთხვევაში გამოიყენებენ ნარკოტიკებს, რეოპოლიგლუკინის ტრანსფუზიას, მიოკარდიუმის შეკუმშვის უნარის გასაუმჯობესებლად — სტროფანტინს, კორგლიკონს, ბრონქოსპაზმის საწინააღმდეგოდ — ეუფილინს, პაპავერინს, აუცილებელია ენგებადისა და აზოტის ქვეყანგის ინჰალაცია. პირველი ოთხი დღის განმავლობაში ინტრავენურად შეყავთ ფიბრინოლიზინი (30 000 ერთ) და ჰეპარინი (10 000 ერთ.) ერთად, განზავებული 500 მლ ფიზიოლოგიურ ხსნარში. შემდგომ ანტიკოაგულანტები შეყავთ კუნთებში (10 000 ერთ ჰეპარინი ყოველ 4—5 საათში ერთხელ). სისხლძარღვოვანი კოლაფსის შემთხვევაში მიმართავენ რეოპოლიგლუკინის ტრანსფუზიას მგზატონთან ერთად. წარმატებით შეიძლება გამოიყენონ სტრეპტაზა — ფერმენტი, რომელიც შეიცავს სტრეპტოკინაზას, ახდენს თრომბის ლიზისს, პირველად შეყავთ 250 000 ერთ, 50,0 მლ ფიზიოლოგიურ ხსნართან ან 5%-იან გლუკოზასთან ერთად წუთში 30 წვეთი. პირველი 6 საათში შეყავთ 750 000 ერთ. სათანადო ეფექტის მიღწევის შემდეგ 3—4 საათის გან-

მავლობაში შეყავთ 250 000—500 000 ერთ., გახსნილი 250—300 მლ გამხსნელში. თუ 2—3 დღის განმავლობაში კონსერვატიული მკურნალობა ეფექტს არ იძლევა, საჭირო ხდება ოპერაციული მკურნალობა.

### ჰიპერთერმია

ეტიოლოგია და პათოგენეზი. ჰიპერთემია ვლინდება თავის ტვინის დაავადების, ტრავმის, სისხლჩაქცევის, ინფექციის დროს. ამ დროს ჰიპოთალამუსში ფუნქციური და სტრუქტურული დარღვევაა. ჰიპერთერმია ვითარდება ნარკოზის შედეგადაც, განსაკუთრებით ფთოროტანის გამოყენების შემდეგ. ჰიპერთერმიის განვითარებაში მნიშვნელობა აქვს მემკვიდრეობით ფაქტორებსაც, კალიუმის ცვლის დარღვევას.

კლინიკური სურათი. ნარკოზის დროს მიორელაქსანტების შეყვანისთანავე ვითარდება კუნთთა რიგიდობა, ტაქიკარდია (160—180 წუთში), რასაც ერთვის წნევის მომატება, ამ ფონზე სხეულის ტემპერატურა აღწევს 42—43°-ს. აღინიშნება კუნთთა რიგიდობა, გონების დაკარგვა, კანი ციანოზურია, ვითარდება მეტაბოლური აციდოზი, ჰიპოკალიემია, შემცირებულია დიურეზი. ცვლილებებია სისხლის შემდეგდებელ სისტემაში, სისხლში მატულობს კრეატინფოსფოკინაზა, ალდოლაზა.

მკურნალობა. ავადმყოფს უნიშნავენ სიცხის დამწვევ საშუალებებს (ანალგინს, ასპირინს, ამიდოპირინს და სხვ). აღნიშნული პრეპარატები აქვეითებს ჰიპოთალამუსის რეაქციას პიროგენულ გამლიზიანებელზე და აძლიერებს სითბოს გაცემას ოფლიანობით. ნეიროვეგეტატიური ბლოკადის მიზნით გამოყენებულია ნეიროპლეგიური და ნეიროლეპტიკური საშუალებანი (ამინაზინი, დროპერიდოლი), ანტიჰისტამინური საშუალებანი (დიმედროლი, დიაზოლინი), მსხვილ სისხლძარღვებზე ადებენ ყინულიან ბუშტს.

ეფექტურია გლიოკორტიკოიდების გამოყენება. საჭიროა წყლისა და ელექტროლიტური ცვლის ნორმალიზაცია, დეჰიდრატაციის შემცირება, ცირკულირებადი სისხლის დეფიციტის აღდგენა, ავადმყოფს ასუნთქებენ ჟანგბადს, უტარებენ ხელოვნურ ჰიპოთერმიას, უკეთებენ ცივი წყლის ოყნას, კუჭს ამოუტრეცხავენ ცივი წყლით.

ჰიპერთერმიის პროგნოზი მძიმეა. ჩატარებული ღონისძიებების მიუხედავად ლეტალობა აღწევს 70—80%-ს, ავადმყოფი იღუპება გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობის გამო.

ორგანიზმზე სხვადასხვა ცვლილებების შედეგად (ტრავმის, შოკის, ნარკოზის, სისხლის ტრანსფუზიის, ჰიპო-და ჰიპერთერმიის, ოპერაციის და ა. შ.) ვლინდება საპასუხო რეაქცია, რომელშიც დიდი მნიშვნელობა აქვს თირკმელზედა ჯირკვლის პასუხს, რაც გამოიხატება მისი ჰიპერფუნქციით. მაგრამ აგრესიის ხანგრძლივად ზემოქმედების დროს აღინიშნება მისი ფუნქციური და მორფოლოგიური დარღვევები, რაც მთავრდება მისი უქმარისობით.

ადრენოკორტიკული უქმარისობის ორი ფორმაა: პირველადი და მეორადი უქმარისობა.

პირველადი მწვანე ადრენოკორტიკული უქმარისობა უვლინდება იმ ავადმყოფებს, რომელთაც აქვთ ამ ჯირკვლის ესა თუ ის დაავადება (ადისონის დაავადება, ჯირკვლის ტუბერკულოზით დაზიანება. ჯირკვლის დესტრუქცია სიმსივნის გამო), იგი ვითარდება ვირუსული, გამუარყოფითი და მენინგოკოკური ინფექციის, სისხლჩაქევის, ორსულთა ტოქსიკოზის, წითელი მკლურას, თირკმელზედა ჯირკვლის არტერიის თრომბოზისა და ემბოლიის დროს. მეორადი უქმარისობა განპირობებულია კორტიკოსტეროიდებით წინააღმდეგობით. ადრენოკორტიკული უქმარისობა მეტ-ნაკლებად უვლინდება ნაოპერაციევთა დაახლოებით 8%-ს (მ. მ. ლიტჩინი და თანაავტ. 1971), უფრო ხშირად ხანში შესულებსა და მოხუცებს.

ს ი პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა. კორტიკოსტეროიდების კონცენტრაციის შემცირების შედეგად ირღვევა წყლისა და ელექტროლიტური ცვლა, ორგანიზმიდან ჭარბი რაოდენობით გამოიყოფა წყალი, ნატრიუმი, ქლორი, მცირდება ცირკულირებადი სისხლის რაოდენობა, ვითარდება ჰიპოტონია, კოლაფსი, ირღვევა მეტაბოლიზმი, გლიკოგენისა და ცილების სინთეზი.

ადრენოკორტიკული უქმარისობა უპირატესად ვითარდება ოპერაციიდან 10—36 საათის შემდეგ, უფრო ღამით, თირკმელზედა ჯირკვლის ფიზიოლოგიურად დაქვეითებული ფუნქციის ფონზე. იგი გამოვლინდება ჰიპოტენზიით, სისხლქარღვევის კოლაფსით, კუნთების მოღუწებით, მოძრაობის აქტივობის დაქვეითებით, მოგვიანებით თანდაერთვის გულსრევა, ლებინება, მეტეორიზმი, პერიოდულად აღინიშნება ყრუნჩხვები, ვონების დაბინდვა, ბოღვა.

ავადმყოფს უქვეითდება ინფექციისადმი რეზისტენტობა, რასაც მოსდევს პნევმონია, პერიტონიტი.

კლინიკურად ადრენოკორტიკული უქმარისობის დიაგნოზი ეწყობა შემდეგ სიმპტომებს: „უმიზეზოდ“ განვითარებულ სისხლქარღვე-

თა კოლაფსს, რომელიც არ იქვემდებარება ვაზობრესინების ინიექციას (ადრენალინი, ნორადრენალინი, მეზატონი). შეიძლება ავადმყოფმა აღნიშნოს ჩატარებული კორტიკოსტეროიდებით ზეურნალობა.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ეოზინოფილებისა და ლიმფოციტების რაოდენობის კონტროლი საშუალებას გვაძლევს წარმოვადგინო შევქმნათ თირკმელზედა ჯირკვლის ფუნქციაზე. მათი რაოდენობა პერიფერიულ სისხლში ქვეითდება, რაც მიუთითებს ჯირკვლის ფუნქციის გააქტიურებაზე. თუ ოპერაციიდან მე-3—5 დღეს არ არის რაიმე გართულება, მათი რაოდენობა მატულობს. მათი უეცარი მომატება ოპერაციისა და ოპერაციის შემდგომ პირველ დღეებში მიუთითებს თირკმელზედა ჯირკვლის უკმარისობაზე. ამასვე ნიშნავს შაქრის რაოდენობის დაქვეითება 60—70 მგ %-მდე, შრატში ნატრიუმის დეფიციტი კალიუმის ნორმალური ან მომატებული რაოდენობის ფონზე.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ადრენოკორტიკული უკმარისობის დიფერენციული დიაგნოსტიკა საჭიროა ყველა იმ პათოლოგიისგან განსასხვავებლად, რომლებიც ვლანდებიან წნევის მკვეთრი დაცემით და შეიძლება აღინიშნონ ოპერაციის შემდეგ: ასეთია შინაგანი სისხლის დენა, ფილტვის არტერიის ემბოლია და თრომბოზი, კოლაფსი, მწვავე პანკრეატიტი, პერიტონიტი, როცა არცთუ იშვიათად შეცდომით მიმართავენ რელაპაროტომიას, რეთორაკოტომიას, ადრენოკორტიკული უკმარისობის დროს საყურადღებოა, რომ პრესორული საშუალებანი (ნორადრენალინი, ადრენალინი), სისხლისა და სისხლის შემცვლელების ტრანსფუზია არ იწვევს არტერიული წნევის მომატებას.

**მკურნალობა.** ადრენოკორტიკული უკმარისობის დროს საჭიროა ორგანიზმში გლუკოკორტიკოიდების შეყვანა, წყლისა და ელექტროლიტური ცვლის კორექცია, ინფექციური ვართულებების პროფილაქტიკა.

ოპერაციის დროს განვითარებული ადრენოკორტიკული უკმარისობის დროს ინტრავენურად შეყავთ 120—200 მგ პრედნიზოლონი ან 200—400 მგ ჰიდროკორტიზონი, გახსნილი 5%-იან გლუკოზასთან ერთად, ამას უმატებენ 1—2 მგ ნორადრენალინს ან 40—50 მგ მეზატონს, 8—10 მლ C ვიტამინს, 10—20 მლ პანანგინს ან კალციუმის ქლორიდს. არაეფექტურობის შემთხვევაში აღნიშნული მედიკამენტები განმეორებით შეყავთ.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ავადმყოფს უნიშნავენ 60 მგ პრედნიზოლონს ან 100 მგ ჰიდროკორტიზონს 3—4 დღის განმავლობაში, შემდეგ სამი დღის განმავლობაში აღნიშნული პრეპარატები შეყავთ შემცირებული დოზით. გლუკოკორტიკოიდების მოხსნის შემდეგ ავადმყოფს უკეთებენ ანაბოლურ სტეროიდებს (ნერობოლილს, რეტაბო-

ლილს), რაც ხელს უწყობს ელექტროლიტური და ცილოვანი ცვლის ნორმალიზაციას.

თუ მოსალოდნელია ადრენოკორტიკული უკმარისობა, ასეთ ავადმყოფებს პროფილაქტიკის მიზნით ოპერაციამდე 45—60 წუთით ადრე უკეთებენ 30—90 მგ პრედნიზოლონს ან 120—240 მგ ჰიდროკორტიზონს.

გლუკოკორტიკოიდები იწვევს ჰიპერკოაგულაციას. აღნიშნულის გამო მათი ხმაირების დროს საჭიროა პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარება თრომბოზის ასაცილებლად.

### ღვიძლის მწვავე უკმარისობა

ღვიძლის მწვავე უკმარისობა ვითარდება ნაღვლის ბუშტზე, პანკრეასზე. ღვიძლზე ოპერაციის შემდეგ, სხეულის ფართო ზედაპირის დამწვრობის, მასიური ჰემორაგის ფუნქციის შემთხვევაში. მისი მიზეზი შეიძლება იყოს ზოგიერთი სამკურნალო ნივთიერების (ატოფანის, ამინაზინის) მიღება, ღვიძლის პარაზიტული დაავადებანი. ღვიძლის მწვავე უკმარისობა უპირატესად ვითარდება ღვიძლის ისეთი დაავადებების დროს, როგორცაა მწვავე და ქრონიკული ჰეპატიტი, ღვიძლის ციროზი, ობტურაციული სიყვითლე.

ღვიძლის მწვავე უკმარისობის საფუძველია ჰეპატოციტების დაზიანება (მათი მემბრანის გაშლად და დაზიანება, დაზიანება და ნეკროზი), რომელიც იწვევს ღვიძლის ფუნქციის მოშლას, ეს კი გამოვლინდება ნივთიერებათა ცვლის დაზიანებით, ინტოქსიკაციით, ნეიროფსიქიკური ცვლილებებით, ღვიძლის კომა ვითარდება.

ღვიძლის კომის პათოგენეზი საბოლოოდ ცნობილი არ არის. გავრცელებულია კალკის (1958) ტოქსიკური თეორია. ამ დროს ღვიძლის პათოლოგიის გამო იღუპება ღვიძლის უჯრედები და გამოიყოფა ტოქსიკური პროდუქტები. რაც კიდევ უფრო არღვევს ტვინისა და გულის კუნთის ფუნქციას, ამას ემატება, ისიც, რომ ნაწლავებიდან შეიწოვება ამიაკი, ინდოლი, სკატოლი, კრეზოლი, პისტამინი და ა. შ., რომელთა ნეიტრალიზაცია დაზიანებული ღვიძლის ქსოვილს არ ძალუძს. დარღვეულია ღვიძლის დეტოქსიკური, დეზამინირებისა და შარდოვანას წარმოქმნის უნარი, სისხლში მკვეთრად მომატებულია ამიაკის რაოდენობა, პარალელურად ირღვევა წყლისა და ელექტროლიტების, ჰორმონული ცვლა, შემცირებულია ცირკულირებადი სისხლის რაოდენობა, ჰიპოქსია ვითარდება.

კლინიკური სურათი. ღვიძლის უკმარისობის მრავალი კლასიფიკაცია არსებობს, მაგრამ არც ერთი მათგანი სრულყოფილი

არ არის. ე. ი. გალპერინი და თანაავტ. (1965) გამოყოფენ ღვიძლის მწვავე უკმარისობის 3 ფორმას: 1. ღვიძლის უკმარისობას, გამოხატულს ძირითადად ღვიძლის ჰიპოფუნქციით, 2. ღვიძლის უკმარისობას თირკმლის ფუნქციის მოშლასთან ერთად; 3. ღვიძლის უკმარისობას ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანებით.

ზ. ა. ბონდარი და ი. ბრეგაძე (1972) ღვიძლის კომის 4 სტადიას გამოყოფენ: 1. ადრეულს, რომლის დამახასიათებელია უძილობა, გულმავიწყობა, ადვილად აგზნებადობა; 2. პროდრომულს, ახასიათებს ძილად მივარდნა, მენსიერების დაქვეითება; 3. პრეკომას; 4. კომას.

ღვიძლის მწვავე უკმარისობის დროს გამოვლინდება ესა თუ ის ნიშანი სხვადასხვა ორგანოსა და სისტემის მხრივ:

1. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ — ტაქიკარდია, არტერიული წნევის დაქვეითება, რომლებიც წინ უძღვიან ყველა კლინიკური ნიშნის სრულყოფილად გამოვლინებას;

2. ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრივ — აპათია, აღინამია, ეიფორია, ჰალუცინაციები, ბოდვა, მოტორული აგზნება, ზშირად გონების დაკარგვა. ავადმყოფი კარგავს ორიენტაციას დროსა და ღარემოში, მივარდნილია ძილად, მენინგიური ნიშნები აქვს;

3. ღვიძლის მხრივ — სიყვითლე, ღვიძლის გადიდება, მარჯვენა ფერდქვეშა არის მტკივნეულობა;

4. თირკმლის მხრივ — ოლიგურია და ანურია, ოლიგურიის ფონზე ზშირად შარდის ზვედრითი წონა მომატებულია, ღვიძლის უკმარისობის გამოვლენამდე შესაძლებელია იყოს ალბუმინურია და ცილინდრურია;

5. კუჭ-ნაწლავის სისტემის მხრივ — მეტეორიზმი, ფულისრევა, ღებინება, აირზე გასელის გაძნელება, კუჭში გროვდება დიდი რაოდენობით მოყვითალო ფერის სითხე. ამ დროს ძნელია გარკვევა, რითია განპირობებული აღნიშნული მოვლენები — ღვიძლის უკმარისობით, საქმლის მომწელებელი ტრაქტის პარეზით თუ პერიტონიტით, ერთ შემთხვევაში საჭიროა რელაპაროტომია, რომელიც ღვიძლის უკმარისობის დროს უკუნაჩვენებია.

სისხლში ვითარდება მიკროციტური ანემია, შეიძლება გამოვლინდეს ერთრობლასტები, მეგალობრასტები, აღინიშნება ლეიკოპენია, ედს მომატებულია, ბილირუბინის რაოდენობა მატულობს, მოსალოდნელია სისხლის დენა ღრძილებიდან, ცხვირიდან, ნაწლავებიდან, საშვილოსნოდან. ჰემორაგიული დიათეზი ვითარდება მექანიკური სიყვითლის ყველა ფორმის შემთხვევაში. თვით ოპერაციული მკურნალობა და ნარკოზი თრგუნავს ღვიძლის ფუნქციას, ირღვევა პროთრომბინის სინთეზი, სისხლის დენა უფრო აბრკოლებს ღვიძლის ფუნქციას და იქმნება მანციერი წრე. ფიქრობენ, რომ სისხლის დენის მიზეზია K

ვიტამინის ცვლის დარღვევა და ნაღველ-მყავების ტოქსიკური მოქმედება. ლიტერატურაში იგი ცნობილია ქოლემიურ სისხლის დენად. მის მიზეზად მიიჩნევენ ნაღველ-მყავების გადასვლას სისხლში, მაგრამ გაირკვა, რომ მას არა აქვს გადამწყვეტი მნიშვნელობა. ამ პათოლოგიის დროს ირღვევა კაპილარების გამავლობა, ვითარდება ჰიპოპროტინემია, სისხლის შეკვდებელი ფაქტორების უკმარისობა (V, VII, IX, X ფიბრინოგენის), მატულობს ანტითრომბინული ნივთიერებები გამოიხატება თრომბოციტოპენია.

ღვიძლის მწვავე უკმარისობის დროს ვითარდება ჰიპოპროტინემია, ქვეითდება ონკოტური წნევა, რაც იწვევს ინტერსტიციულ შეშუპებას. ღვიძლშია სისხლძარღვებში წნევის მომატებას თან სდევს ასციტი. ირღვევა ღვიძლში გლიკოგენის დაგროვება, ფოსფოლიპიდების სინთეზი, მჟავა-ტუტოვანი, წყლისა და ელექტროლიტური ცვლა. ჰიპოვენტილაციას თან სდევს რესპირაციული ალკალოზი. რომელსაც მოყვება მეტაბოლური ალკალოზი და ჰიპოკალიემია. აღნიშნული დარღვევა უფრო გამოიხატება, თუ ღვიძლის უკმარისობას თან სდევს თირკმლის უკმარისობაც.

ღვიძლის უკმარისობის საბოლოო სტადიაა ღვიძლის კომა. არჩევენ კომისწინა და კომურ მდგომარეობას, კომისწინა მდგომარეობას ახასიათებს ნევროზული ნიშნები—ტონუსის დარღვევა, ჰიპოტონია, კანკალი, გონების დაბინდვა, ავადმყოფი ვერ ერკვევა გარემოსა და დროში, აგრესიულია, სიყვითლე პროგრესულად მატულობს, ღვიძლი გადიდებულია, იწყება ღებინება, შარდის რაოდენობა შემცირებულია. სისხლში დაქვეითებულია ცილების კონცენტრაცია, მკვეთრად მომატებულია შარდოვანას და კრეატინინის რაოდენობა. კომისწინა მდგომარეობა თანდათან გადადის კომაში—ვლინდება ჩენის-ტოქსის სუნთქვა, კანქვეშ სისხლჩაქცევები, არტერიული წნევა დაქვეითებულია, პულსი გახშირებული, სიყვითლე მკვეთრად მატულობს, მომატებულია ტემპერატურა, ვითარდება ოლიგურია, ანურია, კოლაფსოიდური მდგომარეობა, გამოხატულია მენიგიური ნიშნები. ამ ფონზე ავადმყოფი იღუპება.

დი ადვანსი. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ღვიძლის უკმარისობის დიაგნოზი დიდ სიძნელესთანაა დაკავშირებული, რადგანაც ყოველი ოპერაციის შემდეგ ორგანიზმი პასუხობს კომპენსაციური რეაქციით—ნეირო-ჰუმორული და ჰემოდინამიკური რეაქციით. ვაჯრთულეზე შემთხვევაში ღვიძრეზი მცირდება, ჰიპერპროტინემია, პროტინურია, ჰიპერბილირუბინემია ვლინდება. აღნიშნულის ცამო ზშირად საჭირო ხდება დიფერენციული დიაგნოსტიკა ღვიძლისა და თირკმლის ფუნქციური უკმარისობისა და ორგანული დაზიანების განსახივევლად. დიფერენციულ დიაგნოსტიკაში ცვეხმარება სისხლში ბი-

ლირუბინის, ნარჩენი აზოტის, შარდოვანას, კრეატინინის, ტრანსამინაზას განსაზღვრა და ბიოქიმიური ტესტები.

ღვიძლის ფუნქციურ და მორფოლოგიურ სურათზე წარმოდგენას გვაძლევს მისი სკანირება, მასში სისხლის მიმოქცევის განსაზღვრა. უნდა აღვნიშნოთ, რომ ცვლევის ესა თუ ის მეთოდი არ გვაძლევს მთლიან წარმოდგენას ღვიძლის ფუნქციაზე, ისინი ასახავენ ამა თუ იმ დარღვევას. სრული წარმოდგენის მიღება შეიძლება მხოლოდ კომპლექსური შესწავლით.

**პ რ ო ფ ი ლ ა ქ ტ ი კ ა და მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა.** ღვიძლის მწვავე უკმარისობის და მის ნიადავზე განვითარებული კომის ეტიოპათოგენების არასაკმარისი ცოდნა ამ მძიმე გართულების პროფილაქტიკისა და მკურნალობის ეფექტური მეთოდების შემუშავების შესაძლებლობას არ იძლევა.

ღვიძლის მწვავე უკმარისობის პროფილაქტიკის მიზნით გამოყენებულია გლუკოზა, ვიტამინები, გლუტამინმეჯავა, ატტკ, ჰორმონოთერაპია, ჰიპოპროტეინემიის შემთხვევაში 5 ან 10%-იანი ალუმინის, პლაზმის, ჰოდროლიზინის ტრანსფუზია, დეზინტოქსიკაციის მიზნით — ჰემოდეზი.

ღვიძლის პათოლოგიის დროს საყურადღებოა სათანადო სანარკოზე მედიკამენტების შერჩევა. თუ გამოვლინდა ღვიძლის უკმარისობის კლინიკური ნიშნები, მიმართავენ სათანადო მკურნალობას — პირველ რიგში უნდა იგაუმჯობესონ ღვიძლის სისხლის მიმოქცევა, რის გარეშეც ყოველგვარი მკურნალობა უეფექტოა. ტოქსიკური ნივთიერებების ევაკუაციის მიზნით საჭიროა კუჭის ხშირი ამორეცხვა, სიფონის ოყნა, ოქსიგენოთერაპია. უნიშნავენ გლუკოზის ტრანსფუზიას ინსულინთან ერთად, კარდიოგენულ საშუალებებს (კორგლიკონს, სტროფანტინს), ჰემორაგიული დიათეზის შემთხვევაში ამინოკაპრონმეჯავას, ახალი სისხლის ტრანსფუზიას, კალციუმის ქლორიდს, მეტაბოლური აციდოზის დროს — 2—4%-იან ნატრიუმის ჰიდროკარბონატის ტრანსფუზიას, ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებს. საკვებში შეზღუდული უნდა იყოს ცხიმები, ცილები, ეძლევათ ნახშირწყლებით მდიდარი საკვები. ახორციელებენ ლიმფური სადინრის დრენირებას, ჰემამსორბციას. სამკურნალოდ გამოიყენებენ ლიპოტროპულ ნივთიერებებს (მეთიონინს, ლიპოკაინს, ესენციალს), რომელიც ხელს უწყობს ქოლინის, ფოსფოლიპიდების სინთეზს და ცხიმების ტრანსპორტირებას ღვიძლიდან. ფართოდ არის გამოყენებული სირეპალი, კაპოლონი, ვიტოკეპატი. აუცილებელია გლუკოკორტიკოიდების გამოყენება, რაც ამცირებს ანთებით რეაქციას და წყროზულ პროცესს. ამ მიზნით ხმარობენ პრედნიზოლონს. პროტეოლიზური ფერმენტების



მოპატების შემთხვევაში 50 000—100 000 კონტრიკალი ან სხვა ანტი-ფერმენტული პრეპარატებია საჭირო.

უკანასკნელ პერიოდში ფართოდ იყენებენ: 1. ჰემო-ან ლიმფაბ-სორბციას, 2. პერიტონეულ დიალიზს, უპირატესად ლვიძლის ტოქ-სიკური დაზიანების შემთხვევაში, 3. ჰემოდიალიზს — უპირატესად მა-შინ, როდესაც ჭარბობს თირკმლების უკმარისობის ნიშნები (მომატე-ბულია შარდოვანა, ანურია და ა. შ.); 4. სისხლის ტრანსფუზიას (რო-მელიც წინა ორ მეთოდზე ნაკლებეფექტურია).

ღანსაკუთრებით ძნელია ლვიძლის უკმარისობის ფონზე ენცეფა-ლოპათიის მკურნალობა: მისი მიზეზია ამიაკის ჭარბი რაოდენობით გადასვლა სისხლში. ამ მიზნით დამატებით გამოიყენებენ გამწმენდ ოყნას, ამიაკის უტრილიზაციას ხელს უწყობს გლუტამინმეცავა, ამიაკის ნაერთი გლუტამინმეცავასთან გამოიყოფა თირკმლებით. ასეთი მოქმე-დება ახასიათებს არგინინსაც, უნდა აიცილონ სისხლის დენა. კრუნ-ჩხვების საწინააღმდეგოდ ყველაზე ნაკლებტოქსიკურია ნატრიუმის ოქსიბუტირატის ტრანსფუზია, რაც დიურეზსაც აძლიერებს, აუმჯო-ბესებს ქანგვა-აღლგენით პროცესებს.

### თირკმლის მწვავე უკმარისობა

ჭირურგს პრაქტიკაში თირკმლის მწვავე უკმარისობა ხვდება, რო-გორც ძირითადი დაავადების გართულება ან ჭირურგიული ჩარევის შედეგი, რომელიც ავადმყოფის სიკვდილით მთავრდება 40—90%-ში.

გამოყოფენ თირკმლის მწვავე უკმარისობის 3 ფორმას: პრერე-ნულს, რენულსა და პოსტრენულს.

თირკმლის უკმარისობის პრერენული ფორმის მიზეზია: 1. პიპო-ვოლემია (სისხლის დენა, დეჰიდრატაცია, ოსმოსური დიურეზი, ღებე-ნება, უშაქრო დიაბეტი, დიარეია), 2. გულ-სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა (გულის კუნთის ინფარქტი, გულის ტამპონადა), 3. თირ-კმლის სისხლის მიმოქცევის დარღვევა (სეფსისი, ანაფილაქსია, მკვეთ-რი აციდოზი), 4. თირკმლის არტერიის თრომბოზი ან ემბოლია, თირ-კმლის ვენის თრომბოზი, ქვედა ღრუ ვენის თრომბოზი, 5. წყლისა და ელექტროლიტური ცვლის დარღვევა, 6. სუნთქვის მწვავე უკმარ-ისობა.

პოსტრენული უკმარისობის მიზეზია: თირკმლის მენჯის ან შარდ-საწვეთის ობსტრუქცია კენჭით, 2. შარდის ბუშტის ან მენჯის ღრუს ორგანოების სიმსივნე, პროსტატიტი, შარდსაწვეთის ტრაემა.

რენული უკმარისობის მიზეზია: 1. თირკმლის იშემია, 2. თირკმლის მილაკების დახშობა (ჰემოლიზის დროს, რომელიც განპირობებულია

ტრანსფუზიური რეაქციით, ტოქსიკური და იმუნოლოგიური რეაქციებით, ხანგრძლივი ზეწოლის სინდრომით, დამწვრობით და ა. შ.); 3. რაბდომიოლიზი და მიოგლობინურია (ტრავმის, კუნთების დაავადების, ხანგრძლივი კომის, ეპილეფსიური გულყრის, მზის დაკვრით); 4. ქიმიური ნეფროტოქსიკაცია (ძმარმეავას ან შხამიანი სოკოს მიღებით, რენტგენოკონტრასტული გამოკვლევის შედეგად); 5. ორსულობის დროს (ეკლამფსია, სეფსისი, აბორტი, საშვილოსნოდან სისხლის დენა); 6. ენდოგენური ინტოქსიკაცია (ნაწლავთა იატუვალობა, პერიტონიტი და ა. შ.).

თირკმლის მწვავე უკმარისობის მორფოლოგიურ საფუძვლად მიჩნეულია ნეფროსკლეროზი, კორტიკული ნეკროზი, მილაკების ნეკროზი, ნეკროზული პაპილიტი, მედულური ნეკროზი, გლომერულონეფრიტი. რენული უკმარისობის ძირითად ტიპად მიიჩნევენ თირკმლის მილაკების ნეკროზს, რომლის დროს, ჩატარებული მკურნალობის მიუხედავად, ლეტალობა 60%-მდეა.

თირკმლის მწვავე უკმარისობის განვითარებისთვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს სისხლის მიმოქცევის დარღვევას. უნდა აღვნიშნოთ, რომ თირკმელი ყველა ორგანოზე მეტ სისხლს ღებულობს და მისი სისხლის მიმოქცევა ნაკლებ ცვალებადობს აუტორეგულაციის გამო. სისხლის მიმოქცევის დარღვევის დროს ზიანდება თირკმლები, ვითარდება უჯრედთაშორისი შეშუპება, რომელიც იწვევს ზეწოლას კაპილარებსა და ნეფრონზე. სისხლძარღვთა სპაზმისა და სისხლის მიმოქცევის დარღვევასთან ერთად მნიშვნელობა აქვს მიკროთრომბების განვითარებას.

პოსტრენული უკმარისობა გვხვდება უროლოგიურ პრაქტიკაში.

ზოგიერთ შემთხვევაში თირკმლის ოპერაციის შემდგომი მწვავე უკმარისობა ვითარდება თირკმლის უკვე არსებული ქრონიკული დაავადების ფონზე (გლომერულონეფრიტი, პიელონეფრიტი და ა. შ.)

თირკმლის მწვავე უკმარისობის პრევენციული ფორმა. მისი მიზეზია ხანგრძლივი დროით თირკმლის სისხლის მიმოქცევის დარღვევა, რაც გამოწვეულია ცირკულირებადი სისხლის შემცირებით, შოკით, მიოკარდიუმის ფუნქციის მთლიან, ჰიპოვოლემიით, ანაფილაქსიური შოკით და ა. შ. ამ პათოლოგიური პროცესის დროს ვითარდება სისხლძარღვთა კოლაფსი. ამ ფონზე ვითარდება თირკმლის ფუნქციური უკმარისობა, ოლიგურია, იგი გამოსწორდება მისი გამომწვევი მიზეზის ლიკვიდაციასთან ერთად, მაგრამ თუ ხანგრძლივად მიმდინარეობს, თირკმელში მოსალოდნელია ორგანული ცვლილებები და მისი უკმარისობის შეუქცევადობა.

დიავიზოზი. პრერენული უკმარისობის დიაგნოსტიკა ემყარება კლინიკურ მონაცემებს, დიურეზის მოცულობას, თუ დიურეზი ნაკლებ

ბია 50 მლ/საათში, საჭიროა კლინიკური მონაცემების შეფასება და სათანადო ინტერპრეტაცია.

**მ კ უ რ ა ლ ო ბ ა.** თუ პრერენული უკმარისობის მიზეზი სისხლის დენაა და სითხეების დაკარგვა, საჭიროა დანაკარგის შევსება. თუ იგი გამოწვეულია გულის უკმარისობით, სათანადო ტრანსფუზიული თერაპია ნაკლებეფექტურია, გამოყენებული უნდა იყოს კარდიოტროპული ნივთიერებები (სათითურას პრეპარატები).

ოლიგურიის სამკურნალოდ ხმარობენ შარდმდენ საშუალებებს, მაგრამ ამ დროს მხედველობაშია მისაღები ამ ნივთიერებების მოქმედების მექანიზმი. ოსმოსური დიურეტიკების (მანიტოლის, შარდოვანას) ფილტრაცია ხდება თირკმლის ფორგალში, ცუდად შეიწოვებიან მილაკებში და ხელს უწყობს სითხის გამოდევნას, მაგრამ შარდთან ერთად მათ გამოყოფამდე ზრდიან ცირკულირებადი არსებული პლაზმის რაოდენობას ტრანსფუზიის გზით. გულის უკმარისობის დროს მათი ხმარება არ არის მიზანშეწონილი.

ფუროსემიდი და ეტაკრინმეავა ამცირებს ცირკულირებად სითხის რაოდენობას, მათი გამოყენება რეკომენდებულია გულის უკმარისობით გამოწვეული ოლიგოანურიის დროს, უკუნაჩვენებია ცირკულირებადი არსებული სისხლის რაოდენობის შემცირებისას.

**მ წ ვ ა ვ ე რ ე ნ უ ლ ი უ კ მ ა რ ი ს ო ბ ა.** თირკმლის მწვავე უკმარისობის რენული ფორმაა თირკმლის მილაკების მწვავე ნეკროზი, რომელიც უფრო ხშირია ქირურგის პრაქტიკაში. მისი მიზეზია მწვავე გლომერულონეფრიტი, თირკმლის არტერიისა და ვენის თრომბოზი და ემბოლია, ნეფროტოქსიკური შხამები, თირკმლის სისხლის მიმოქცევის დარღვევა. თვით ტერმინი „მილაკის მწვავე ნეკროზი“ პირობითია, რადგანაც სავალდებულო არ არის დესტრუქციული პროცესი.

ქირურგის პრაქტიკაში მწვავე რენული უკმარისობის შემთხვევა ხშირია შოკის, სისხლის მიმოქცევის დარღვევის, სისხლის დენის, ინტოქსიკაციის, ჰემოლიზის დროს და ა. შ.

**ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა.** თირკმლის მილაკების მწვავე ნეკროზის დიაგნოზის დადგენა უმრავლეს შემთხვევაში არ არის ძნელი, ძნელია დიფერენციული დიაგნოსტიკა პრერენული და რენული უკმარისობის განსასხვავებლად და იმის დადგენა, თუ როდის გადაიზარდა პრერენული უკმარისობა რენულ უკმარისობაში.

თირკმლის მწვავე უკმარისობის დროს არჩევენ 4 სტადიას: 1. საწყისს, 2. ოლიგურიას, 3. დიურეზის აღდგენას, 4. გამოჯანმრთელებას.

საწყის სტადიაში ვლინდება თირკმლის სტრუქტურისა და ფუნქციის დარღვევა. აღნიშნულ სტადიაში თირკმლის დაზიანების ნიშნები ჯერ გამოვლენილი არ არის და წინა პლანზეა ძირითადი დაავადე-

ბის კლინიკური ნიშნები. კლინიკისტები საწყის სტადიაში ხშირად ყურადღებას არ აქცევენ დიურეზს, თუმცა ცნობილია, რომ სტრესულ მდგომარეობაში თირკმლის ფუნქცია მოშლილია და შესაბამისი მკურნალობით შეიძლება მისი აღდგენა.

ამ დროს გამოვლინდება დიურეზის შემცირება, თირკმლის კონცენტრაციის უნარის დაქვეითება (შარდის ხვედრითი წონა დაბალია — 1005—1006), სისხლში მომატებულია შარდოვანას რაოდენობა.

მეორე ოლიგოანურიის სტადიაა, რომელიც საშუალოდ გრძელდება 10—15 დღე. დღე-ღამის შარდის რაოდენობა თანდათან მცირდება, შეიძლება დავიდეს 200—150 მლ-მდე, რასაც თან სდევს აზოტემია, მომატებულია კრეატინინის რაოდენობა, შარდი მუქია, შემდგრეული, შეიცავს ცილას, ერითროციტებს, ლეიკოციტებს, ეპითელურ უჯრედებს, ჰიალინურ და მარცვლოვან ცილინდრებს. დაბალია შარდის ხვედრითი წონა.

ოლიგურის დროს ირღვევა წყლისა და ელექტროლიტური ცვლილებები ელექტროლიტები, მომატებულია ცილების, ცხიმების, ნახშირწყლების კატაბოლიზმი, გროვდება ენდოგენური წყალი, თირკმლის ფუნქციის დარღვევის გამო ვითარდება ჰიპოტონიური ჰიდრატაცია. უჯრედში გროვდება ნატრიუმი, რაც აპირობებს ჰიდრატაციას, რომელიც კლინიკურად გამოვლინდება ქსოვილების პასტოზურობით, ფილტვის ინტერსტიციული შეშუპებით, კალციუმის კონცენტრაციის შემცირებით, ვითარდება კრუნჩხვები, ჰიპერკალიემია, რომელიც დასაწყისში განპირობებულია დაზიანებული ქსოვილიდან მისი გამოთავისუფლებით, ხოლო მოგვიანებით — მისი გამოყოფის დაქვეითებით. ვლინდება მეტაბოლური აციდოზი, რაც განპირობებულია მჟავების გამოყოფის დაქვეითებით. აციდოზის მიზეზია ფოსფატებისა და სულფატების რაოდენობის ზრდა. მეტაბოლური აციდოზი უფრო აძლიერებს ჰემოდინამიკურ დარღვევას. იგი სწრაფად გამოსწორდება დიალიზით.

სისხლში მატულობს აზოტური პროდუქტები, რომლებიც ცვლიან სისხლისა და ქსოვილების ოსმოლარობას, ჟანგვით პროცესებს, ვითარდება ურემიული პოლისეროზიტი, ზიანდება პერიკარდიუმი, ტვინის გარსები, პერიტონეუმი, პლევრა. თირკმლის ფუნქციის მოშლის გამო გროვდება ტოქსინები.

სხეულის ტემპერატურა ნორმალური ან მომატებულია. ორგანიზმის რეაქტიულობის დაქვეითების გამო ინფექციური გართულებების მიუხედავად, ტემპერატურა შეიძლება სუბფებრილური იყოს. ვითარდება ანემია, ლეიკოციტოზი, მარცხნივ გადახრით, ედს მომატებულია. ავადმყოფი უჩივის გულისრევას, ლებინებას, წყურვილს, მადის დაქვეითებას, აზოტოვანი წიდა და შარდოვანა გამოიყოფა საჭმლის მომ-

ნელბელი ტრაქტის ლორწოვანი გარსიდან, რაც იწვევს ენტეროკოლიტის განვითარებას.

ავადმყოფები ზმირად უჩივიან ტკივილს მუცლის არეში, რასაც თან სდევს მუცლის წინა კედლის კუნთების დაკიმულობა, ნაწლავთა პარეზი, ვითარდება ურემიული ფსევდოპერიტონიტი, რაც დიაგნოზური შეცდომის მიზეზი ხდება. ურემიის ფონზე ვლინდება საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის მწვავე წყლულები, სისხლის შემდეგბელი სისტემის დარღვევა, სისხლის დენა.

ოლიგოანურიის „კეთილთვისებიანი“ მიმდინარეობის შემთხვევაში 5—7 დღის შემდეგ სათანადო მკურნალობის შემდეგ დგება მესამე, პოლიურიის ფაზა. ამ დროს შარდის რაოდენობა აღწევს ორ ლიტრამდე, ხვედრითი წონა რჩება დაბალი — 1000—1001, პოლიურია არ მიუთითებს ჰიპერჰიდრატაციაზე, მისი მიზეზია რეაბსორბციის დაქვეითება. სისხლში ჯერ კიდევ აღინიშნება შარდოვანას და კრეატინინის რაოდენობის მომატება, ელექტროლიტური ცვლა დარღვეულია. შესაძლებელია შარდის დღე-ღამის რაოდენობამ მიაღწიოს 3—4 ლიტრს, პოლიურიის დროს სწრაფად ვითარდება ელექტროლიტური, განსაკუთრებით კალიუმის უკმარისობა.

პოლიურიის ფაზა გრძელდება 8—12 დღე, მას მოსდევს აღდგენის ფაზა. ამ ორ ფაზას შორის მკვეთრი საზღვარი არ არის, აღდგენის ფაზა ყველაზე ხანგრძლივია. ამ დროს მიმდინარეობს სიმპტომატური და რეაბილიტაციური მკურნალობა ამბულატორიის პირობებში.

პ რ ო ფ ი ლ ა ქ ტ ი კ ა. თირკმლის მწვავე უკმარისობის აცილების მიზნით ლიკვიდირებული უნდა იყოს აგრესიული ფაქტორები — ტრავმული შოკი, მწვავე ჰიპოვოლემია, პერიტონიტი, ჰემოლიზი და ა. შ., გაუმჯობესდეს თირკმლის სისხლის მიმოქცევა, სისხლის რეოლოჯია.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. თირკმლის მწვავე უკმარისობის დროს ჩატარებული ღონისძიებები მიზნად უნდა ისახავდეს: 1. ძირითადი დაავადების მკურნალობას; 2. უჯრედთაშორისი სითხის ჩორმალური შემადგენლობის აღდგენას; 3. ელექტროლიტური და მყავა-ტუტოვანი წონასწორობის კორექციას; 4. სიმპტომატურ მკურნალობას გამოვლენილი დარღვევის შესაბამისად; 5. აზოტემიის წინააღმდეგ ბრძოლას; 6. ინფექციის დათრგუნვას.

თირკმლის მწვავე უკმარისობის პირველ სტადიაში საყურადღებოა შოკის, დაკარგული სისხლის ლიკვიდაცია. თირკმელში სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესების მიზნით ორგანიზმში შეყავთ ეუფილინი, დიურეზის სტიმულაციის მიზნით — მანითოლი, ლაზიქსი.

თირკმლის უკმარისობის მეორე სტადიაში ანორციელებენ შარდის ბუშტის კათეტერიზაციას, ინტრავენურად შეყავთ მანითოლი 30% წუთში 40—80 წვეთი სამჯერ დღეში, ისე რომ თითოეული ტრანს-

ფუზიის დროს ერთ კგ წონაზე მოდიოდეს მშრალი ნივთიერებების 1 გ. ცენტრალური ვენური წნევის მომატების შემთხვევაში ვენაში შეყავთ ლაზიქსი 0,01 გ/კგ წონაზე. ინტრავენურად გამოიყენებენ 100—200 მლ 10%-იანი ალბუმინის ტრანსფუზიას, შემდგომ მანიტოლის ტრანსფუზიით.

ორგანიზმში ცილების დამლის დასათრგუნვად აზოტემიისა და ჰიპერკალიემიის ლიკვიდაციისთვის ყოველდღიურად ვენაში შეყავთ 5 გ გლუკოზა კგ წონაზე, ცხადია ინსულინთან ერთად. ხმარობენ ანაბოლურ ჰორმონებს (რეტაბოლილს), ვიტამინებს.

ჰიპერკალიემიის გამო ყოველდღიურად ვენაში შეყავთ კალციუმის ქლორიდის 10%-იანი ხსნარის 40—60 მლ. პარალელურად მიმდინარეობს ანტიბაქტერიული თერაპია ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებით.

საყურადღებოა ტრანსფუზიული და გამოყოფილი სითხეების რაოდენობა, მცირდება ცილოვანი სითხეების ტრანსფუზია. კალორიულობის ანაზღაურება ხდება გლუკოზის ტრანსფუზიით. ზშირად მიმართავენ დიალიზს, ყველაზე მარტივი მეთოდია კუჭისა და მსხვილი ნაწლავის გამორეცხვა, ეფექტურია ჰემოდიალიზი და ჰემაბსორბცია. უნდა შეზღუდონ ნივთიერებების გამოყენება, რომლებიც მოქმედებენ თირკმლებზე (გენტამინიცინი, სტრეპტომიცინი, კანამიცინი, ამპიცილინი, ტეტრაციკლინი, სულფამიდური პრეპარატები).

როგორც აღვნიშნეთ, თირკმლის მწვავე უკმარისობის მიზეზებია ტრავმული ოპერაციული ჩარევა, ინტოქსიკაცია, ჰიპოვოლემია, რომლის დროს ირღვევა თირკმლის სისხლის მიმოქცევა და თირკმლის უკმარისობა ვითარდება. გაუვალობის, პერიტონიტის, ზვრელმილის ზოგ შემთხვევაში ცილების, ელექტროლიტებისა და სითხის დიდი რაოდენობით დაკარგვის შედეგად თუ მათი კორექტირება არ ხდება, დიურეზი მკვეთრად მცირდება, აზოტემია ვითარდება.

### ჰეპატორენული უკმარისობა

სისხლის მიმოქცევის დარღვევა (სისხლის დენა, შოკი, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის უკმარისობა), რომელიც თან სდევს ქირურგიულ ოპერაციას, იწვევს ჰეპოქსიას და დისტროფიულ ცვლილებებს პარენქიმულ ორგანოებში, რასაც მოყვება ღვიძლისა და თირკმლების უკმარისობა.

აბდომინურ ქირურგიაში ჰეპატორენული უკმარისობა ვლინდება შემთხვევათა დაახლოებით 1, 2%-ში, უპირატესად ღვიძლზე და სანაღვლე გზებზე ოპერაციის შემდეგ. კლინიკურად გამოვლინდება ორივე ორგანოს ფუნქციის მკვეთრი მოშლა.

ჰეპატორენული ჰემარისობის დროს მკურნალობა მიმართული უნდა იყოს პირველ რიგში მისი გამომწვევი მიზეზის წინააღმდეგ. პარალელურად ახორციელებენ სიმპტომურ მკურნალობას.

### ოპერაციის უაღრესი პაროტიტი

მუცლის ღრუს ორგანოებზე ოპერაციის შემდეგ ერთ-ერთი მძიმე გართულებაა პაროტიტი, რომელიც ამჟამებს დაავადების მიმდინარეობას და შეიძლება ლეტალურად დამთავრდეს.

პაროტიტის განვითარების მიზეზია ორგანიზმის რეაქტივობის დაქვეითება, ინტოქსიკაცია, მეტაბოლური ცვლილებები, ნერწყვის გამოყოფის დაქვეითება, სადინრისა და ჭირკვლის ინფიცირება. ინფექცია ვრცელდება ჰემატოგენური, ლიმფური გზით, უმეტესად პირის ღრუდან ჭირკვლის სადინრის გავლით.

ცუბისქვეშა ჭირკვლის ანთება შეიძლება იყოს უბრალო, ანუ კატარული, ფლეგმონური, განგრენული.

კატარული პაროტიტი ვითარდება ოპერაციიდან პირველ დღეებში, ახსიათებს ტემპერატურის მომატება 39°-მდე. ჭირკვლის შესივება, შტკივანეულობა, განსაკუთრებით ყლაპვის დროს. მისი მკურნალობა კონსერვატიულია. საჭიროა პირის ღრუს სანაცია რომელიმე ანტი-სეპტიკური ხსნარით, ნერწყვის გამოყოფის გასაძლიერებლად ლიმონის ან ტყლაპის დაღეჟვა. ფნიშნავენ 1%-იან პილოკარპინს 3—5 წვეთს, ფიზიოთერაპიულ მკურნალობას, ანტიბიოტიკთერაპიას. ჩატარებული მკურნალობის შედეგად უმეტესად 4—10 დღეში ანთება ჩაცხრება.

დაავადების პროგრესულობის შემთხვევაში სეროზული პაროტიტი გადაიზრდება ფლეგმონურ ფორმაში. ავადმყოფობის მდგომარეობა უარესდება, გამოვლინდება ტაქიკარდია, ბოდვა, სხეულის ტემპერატურა 39—40°-მდეა, ცუბისქვეშა არე მკვეთრად შესივებულია, შტკივანეული, კანი — ჰიპერემიული, ხშირად ტეივილი აუტანელია, ვრცელდება ყურისკენ. ჭირკვიდან ჩირქი სადინრის საშუალებით შეიძლება გადავიდეს პირის ღრუში.

მოსალოდნელია განგრენული პაროტიტი. მკვეთრადაა გამოხატული ზემოაღნიშნული მოვლენები, შეუძლებელია პირის გაღებაც კი, სუნთქვა შეუძლებელია. დაავადება სწრაფად პროგრესირებს და შესაძლებელია ავადმყოფის სიკვდილით დამთავრდეს.

პაროტიტის დესტრუქციული ფორმები (ფლეგმონური და განგრენული) საჭიროებს ქირურგიულ მკურნალობას ენდოტრაქეული ნარკოზით. ოპერაციის შემდეგ მკურნალობენ ფართო სპექტრის ანტი-ბიოტიკებით.

ოპერაციის დროს კანისა და კანქვეშა ქსოვილების გაკვეთის შემდეგ ჩლუნგი წესით მიაღწევენ ჭირკვლის ქსოვილს. ახორციელებენ აბსცესის დრენირებას ან დანეკროზებულ ქსოვილს ამოიღებენ.

ოპერაციულ მკურნალობასთან ერთად საჭიროა ანტიბიოტიკთერაპია, დეზინტოქსიკაციური და სიმპტომური მკურნალობა. აღსანიშნავია, რომ ოპერაციის შემდგომი პაროტიტი მკვეთრად აქვეითებს ორგანიზმის რეაქტიულობას.

### ადრეული რელაპარტომია

მუცლის ღრუს ორგანოებზე ოპერაციული ჩარევის შემდეგ შემთხვევათა 0,5—6,7%-ში საჭირო ხდება ადრეული რელაპარტომია.

ადრეულ რელაპარტომიად მიჩნეულია განმეორებითი ოპერაცია, რომელსაც უკეთებენ ავადმყოფს სტაციონარიდან გაწერამდე, პირველი სამი კვირის განმავლობაში. მსგავსი ჩარევა სტაციონარიდან ავადმყოფის გაწერიდან სამი კვირის შემდეგ მოგვიანებითი რელაპარტომიაა.

ადრეული რელაპარტომია მეტად საპასუხისმგებლო ღონისძიებაა, საჭიროებს ქირურგისა და ანესთეზიოლოგის სწრაფ ორიენტაციას, მიზანდასახულ მოქმედებას. გასათვალისწინებელია ის პათოფიზიოლოგიური ძვრები, რომლებიც ხდება ოპერაციის შემდგომ პერიოდში. ამ დროს ვლინდება მძიმე პუნორული ცვლილებები, წყლისა და ელექტროლიტური ცვლის მოშლა, მეავა-ტუტოვანი წონასწორობის დარღვევა. რელაპარტომია უნდა ჩატარონ დროულად. იგი იძულებითი ქირურგიული ჩარევაა. მისი ჩვენების დადგენა საპასუხისმგებლო ამოცანაა. ერთი მხრივ, მისი დაგვიანების გამო შეიძლება ავადმყოფი დაიღუპოს, მეორე მხრივ კი, ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობის გამო ძნელია რელაპარტომიის გადაწყვეტა.

ადრეული რელაპარტომია თავისი მოცულობით შეიძლება იყოს „სრულყოფილი“ და ნაწილობრივი“, ხოლო თანამიმდევრობით I, II, III და ა. შ. „სრულყოფილი“ რელაპარტომიაა ისეთი სახის განმეორებითი ჩარევა, როდესაც ქირურგს შეუძლებლობა აქვს სრულყოფილად ჩატაროს რევიზია და მოახდინოს იმ პათოლოგიის ლიკვიდაცია, რომელიც რელაპარტომიის მიზეზი გახდა; ასეთია მუცლის ღრუს სანაცია, ნაწლავთა დეკომპრესია, შეხორცებების ლიკვიდაცია გაუვალობის დროს, სისხლმდენი სისხლძარღვის ლიგირება და ა. შ. შეზღუდული ან „ნაწილობრივი“ რელაპარტომიაა ისეთი ჩარევა, როდესაც პათოლოგიის სრულყოფილი რევიზია ვერ ხერხდება, ოპერაცია მთავრდება ექსუდატის მოცილებით, აბსცესის ღრუს დრენირებით,



თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის უკმარისობის დროს ამ არის დრენირებით და ა. შ. ე. ი. რელაპარტომია შეიძლება იყოს რადიკალური და პალიატიური.

რელაპარტომიის მიზეზები. მუცლის ღრუს ქირურგიის განვითარების მიუხედავად, ჯერ კიდევ გვხვდება დიაგნოზური, ტაქტიკური და ტექნიკური შეცდომები, რომლებიც შეიძლება გახდნენ რელაპარტომიის მიზეზი. რელაპარტომიის მიზეზების დაყოფა ტაქტიკურ და ტექნიკურ შეცდომებად პირობითია, რადგან ერთმა შეცდომამ შეიძლება იგანპირობოს მეორე, ხშირად შეუძლებელია მათი დიფერენცირება და იმის დადგენა, თუ რომელი მათგანია წამყვანი. ოპერაციის შემდგომი გართულებების და რელაპარტომიის მიზეზებია ტაქტიკური შეცდომები, მუცლის ღრუს არასრულყოფილი სანაცია. არასწორი ტანპონირება ლოკალური პერიტონიტის დროს, მუცლის ღრუს არასრულყოფილი რევიზია, არასწორი ოპერაციული ჩარევა. შესაძლებელია პირველი ოპერაციის დროს დაშვებული შეცდომა განმეორდეს მეორე ოპერაციის დროს. ოპერაციის შემდგომი გართულებების მიზეზი ხდება ტექნიკური შეცდომები— არასრული კემოსტაზი, ქსოვილებსა და ორგანოებზე უხეში ზემოქმედება, მარლის ტამპონების ჩატოვება, ჯორჯლის მთლიანობის დატოვება აღდგენის გარეშე, ნაწლავის კედლის მიკერება მუცლის წინა კედელთან და ა. შ. მნიშვნელობა აქვს ანატომიურ წარმონაქმნების არასრულყოფილად დამუშავებას. ოპერაციის შემდგომი გართულებების მიზეზი შეიძლება გახდეს ივულ-სისხლძარღვთა სისტემის, ფილტვის, ღვიძლის, თირკმლის ქრონიკული დაავადებანი, ხანდაზმული ასაკი. ამ დროს დაქვეითებულია რეგენერაციის უნარი, ინფექციისადმი წინააღმდეგობა, ნივთიერებათა ცვლა. სხვა ფაქტორებთან ერთად მნიშვნელობა აქვს მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული პათოლოგიისა და ტრავმის დროს ოპერაციული მკურნალობის დაგვიანებას.

ოპერაციის შემდგომ პირველ 2—3 დღეში გართულებების გამოვლენა განპირობებულია ტექნიკური შეცდომებით ან ძირითადი პროცესის გაგრძელებით (პერიტონიტი). მე-7—9 დღეს განვითარებული გართულებები კი უპირატესად განპირობებულია ორგანიზმის იმუნოლოგიური პროცესების, ქსოვილთა რეგენერაციის დაქვეითებით, ღვიძლისა და თირკმლის ფუნქციური უკმარისობით.

ოპერაციის შემდგომი გართულებების პროფილაქტიკისთვის მნიშვნელობა აქვს ოპერაციის დროულ ჩატარებას, მისი ოპტიმალური ვარიანტის შერჩევას, სრულყოფილ გაუტკივარებას, რაციონალურ წინასაოპერაციო მომზადებას, წყლისა და ელექტროლიტური ცვლის დარღვევის მაქსიმალურად კორექტირებას. ყურადღების გამახვილება

საჭირო გულ-სისხლძარღვთა, სასუნთქი სისტემის პათოლოგიაზე და ა. შ.

ოპერაცია უნდა ჩატარონ ანატომიურად, ფაქიზად მოეპყრან ქსოვილებს, სწორად წარიმართონ ოპერაციის შემდგომი პერიოდი, დროულად გამოავლინონ და ჩატარონ სათანადო მკურნალობა გულ-სისხლძარღვთა, სასუნთქი სისტემის უკმარისობის, ნაწლავთა პარეზის დროს და ა. შ.

გასათვალისწინებელია ფრანგი ქირურგის კრაველის სიტყვები, რომ პათოლოგიური პროცესი ტენდენციურია განმეორებისადმი უახლოეს ოპერაციის შემდგომ პერიოდში, სისხლის დენა იწვევს ახალ სისხლის დენას, გაუვალობა — გაუვალობას, პერიტონიტი — ახალ პერიტონიტს ან იგი არ ცხრება.

### თაბარატიის უამდგომი გართულებების სივამოვამოლოგია

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ავადმყოფს შეიძლება აღნიშნებოდეს მადის დაქვეითება, ცუდი ძილი, ჰაერის უკმარისობა, გულისრევა, მუცლის შეებერილობა, ტკივილი მუცლის არეში, საერთო სისუსტე, შემცივნება, სახის გამომეტყველების შეცვლა, აღნიშნა, ზმის ჩახლეჩა, ჰიპერემია ან ციანოზი. აღნიშნული ნიშნების ჩამოთვლა მთლიანად შეუძლებელია. ამ დროს ქირურგმა ობიექტურად უნდა შეაფასოს ავადმყოფის მდგომარეობა. ყველა აღნიშნულმა შეიძლება გაიაროს. საყურადღებოა ისეთი ნიშნების განვითარება, როგორცაა კოლაფსი, ძლიერი ტკივილი მუცლის არეში, ფერმკრთალობა, ტაქიკარდია, ჰუსტი აესების პულსი, არტერიული წნევის დაქვეითება, გულისრევა და ღებინება, აირების გამოყოფის გაძნელება, ტემპერატურის მომატება და ა. შ. მათი მიზეზი შეიძლება იყოს სისხლის დენა, შერთულის არის ნაკერების უკმარისობა, ნაწლავთა გაუვალობა, მეზენტერიულ სისხლძარღვთა თრომბოზი, ანთებითი პროცესი ან სხვ., რაც განმეორებით ოპერაციულ ჩარევას საჭიროებს.

### თაბარატიის უამდგომი სისხლის დენა

მუცლის ღრუს ორგანოებზე ოპერაციის შემდეგ ოპერაციის შემდგომი სისხლის დენა ერთ-ერთი მძიმე გართულებაა, რომელიც სასწრაფო დახმარებას საჭიროებს. იგი ვითარდება ოპერაციიდან პირველ საათებში. მისი მიზეზია არასრული ჰემოსტაზი, ლიგატურის მოცილება, სისხლძარღვის კედლის აროზია, სისხლის შემდეგდებელი და

ფიზიკური სისტემის დარღვევა. თუ კუჭ-ნაწლავის ტრაქტზე ოპერაციის გაკეთების შემდეგ სისხლის დენის მიზეზია უპირატესად ლიგატურის მოცილება, ღვიძლზე, ნაღლის ბუშტზე ოპერაციის შემდეგ, ლიგატურის მოცილების გარდა, მნიშვნელობა აქვს სისხლის შემდეგბელი სისტემის დარღვევას. უმრავლეს შემთხვევაში სისხლის დენის მიზეზია ოპერაციის დროს ტექნიკური სიძნელე ან ოპერაციის ამა თუ იმ ეტაპზე ქირურგის მიერ დაშვებული ტექნიკური შეცდომები.

სისხლის დენის მიზეზი შეიძლება იყოს ახალი პათოლოგიური პროცესი, მაგალითად მწვავე წყლულიდან სისხლის დენა, მელორიფიის სინდრომი. შეიძლება სისხლის დენით გართულდეს ესა თუ ის თანმხლები პათოლოგიური პროცესი, მაგალითად, სისხლის დენა ვარიკოზულად გაფართოებული საყლაპავი მილსა და კუჭის კარჯიული ნაწილის ვენებიდან, ღვიძლის ციროზის, ცოლინგერ-ელისონის სინდრომის გამო, კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულიდან, დივერტიკულიდან და ა. შ.

მუცლის ღრუს ორგანოებზე ~~ოპერაციის შემდეგ~~ ~~სისხლის დენის~~ გამო აღკვეთა ~~აღსაპროტომია~~ საჭირო ხდება შემთხვევათა 0,04—25%-ში.

სისხლის დენა შეიძლება იყოს საკმლის მომნელებელ ტრაქტში, თავისუფალ მუცლის ღრუში. ოპერაციის შემდგომი სისხლის დენა გამოვლინდება სისხლიანი ლებინებით, მელენით, ანემიით. ავადმყოფებს აღენიშნებათ ფერმკრთალობა, წყურვილი, ქაშინი, პულსის გაზშირება, არტერიული წნევის დაცემა. ჰემოგლობინისა და ერითროციტების რაოდენობა პერიფერიულ სისხლში თანდათან ქვეითდება.

თავისუფალ მუცლის ღრუში სისხლის დენის შემთხვევაში მუცლის ქვედა ნაწილში მოყრუებაა. გამოვლენილი კლინიკური სურათი დამოკიდებულია სისხლმდენი სისხლძარღვის ქალიბრზე, სისხლის დენის სისწრაფეზე.

ოპერაციის შემდგომი სისხლის დენის დიაგნოსტიკა გაძნელებულია ავადმყოფის ოპერაციის შემდგომი მძიმე მდგომარეობის გამო. ხშირად არტერიული წნევის დაქვეითება, ტაქიკარდია აიხსნება ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობით, ხოლო ერითროციტებისა და ჰემოგლობინის დაცემა გამოვლინდება გარკვეული დროის შემდეგ. განსაკუთრებით ძნელია მცირე კალიბრის სისხლძარღვიდან სისხლის დენის დიაგნოსტიკა. ამ დროს უპირატესად აღგენენ ნაწლავთა გაუვალობის, პერიტონიტის დიაგნოზს. სისხლის დენას კი აზუსტებენ ოპერაციის დროს.

კუჭზე გაკეთებული ოპერაციის შემდეგ (კუჭის რეზექცია, კუჭ-ნაწლავის შერთული) არასრული ჰემოსტაზის პირობებში სისხლის დენა მოსალოდნელია კუჭის მცირე სიძრუდის ნაკერებიდან, შერათუ-

ლიდან. ასეთი სისხლის დენა ადვილად ვლინდება, თუ ოპერაციის შემდეგ დატოვებულია ნაზოგასტრალური ზონდი, და უმეტესად ექვემდებარება კონსერვატიულ მკურნალობას. მასიური სისხლის დენის დროს საჭიროა რელაპაროტომია. საკითხის გადაწყვეტაში მნიშვნელობა აქვს გასტროფიბროსკოპულ მონაცემებს.

ოპერაციის შემდგომი სისხლის დენა მოსალოდნელია ხანგრძლივი მექანიკური სიყვიითლის დროს, ამ დროს დარღვეულია K ვიტამინის შეწოვა ნაწლავიდან. დარღვეულია აგრეთვე სისხლის შემდეგდებელი სისტემის ზოგიერთი ფაქტორის სინთეზი.

ოპერაციის შემდგომი პროფუზული სისხლის დენის მკურნალობა ოპერაციულია, ახორციელებენ სასწრაფო რელაპაროტომიას და სისხლმდენი სისხლძარღვის ლიკვირებას. ზოგადი მძიმე მდგომარეობა და დაბალი არტერიული წნევა არ უნდა აბრკოლებდეს ჭირურგს.

კუჭსა და ნაღვლის ბუშტზე ოპერაციის შემდგომი სისხლის დენის გამო რელაპაროტომიის დროს მუცლის ღრუს ქსანთან ძველი კრილობის გზით. ხაზოპერაციევა კუჭიდან სისხლის დენის შესაჩერებლად უმჯობესია კუჭის დარჩენილი ტაკვის წინა კედელზე, შერთულის პროქსიმულად ახალი განაქვეთის ვატარება, საიდანაც შეიძლება შერთულის ორივე ტუჩის და მცირე სიმრუდის ტაკვის დათვალიერება.

აპენდექტომიისა და გინეკოლოგიური ოპერაციის შემდეგ სისხლის დენის დროს შუა ქვედა ლაპაროტომიას ახორციელებენ. რელაპაროტომიის დროს გამოყოფენ სისხლმდენ სისხლძარღვს, ლიკვირებას მოახდენენ, მუცლის ღრუს ამოამშრალევენ და დახურავენ ყრუდ. საექვო შემთხვევაში ტოვებენ ტამპონსა და დრენაჟს.

ოპერაციის შემდგომი სისხლის დენის დროს ლეტალობის მიზეზია ოპერაციული ჩარევისა და სისხლის დენის გამო განვითარებული მძიმე მეტაბოლური დარღვევა. ჰემოტრანსფუზია ვერ აღადგენს ორგანიზმში მიმდინარე დარღვევებს. ამავე დროს რელაპაროტომიის დროს მუცლის ღრუ ადვილად ინფიცირდება და რთულდება პერიტონიტით, რომელიც სიკვდილის მიზეზი ხდება. რელაპაროტომიის შემდეგ სხვადასხვა სამკურნალო საშუალებასთან ერთად მიმართავენ სისხლისა და ცილოვანი პრეპარატების ტრანსფუზიას.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში მცირე სისხლის დენის შემთხვევაში ან იმ შემთხვევაში, როცა სისხლის დენა პროფუზულია, მაგრამ გარკვეული მიზეზების გამო ოპერაციული ჩარევა ვერ ხერხდება კრილობის დაჩქარების, მძიმე თანმხლები დაავადებების გამო და ა. შ., საჭიროა ინტენსიური კონსერვატიული მკურნალობა. გამოიყენებენ ჰემოსტაზურ საშუალებებს — ახალ სისხლს, პლაზმას, ვიკასოლს, ყალციუმის, ქლორიდს, ჰემოფობინს, დიციონს, ეტამზილატს, ამინოკაპრონმეჟას.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ნაკერების უპარისობა პერიტონიტის ერთ-ერთი ძირითადი მიზეზია. ნაკერების უპარისობა იწყება მოულოდნელად ან თანდათანობით. მისი უეცარ განვითარების მოშენტიში ვლინდება პერფორაციის მსგავსი კლინიკური სურათი (უეცარი ტკივილი მუცლის არეში, სუნთქვის გაძნელება, მუცლის წინა კედლის დაჭიმულობა). ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა მკვეთრად უარესდება. თუ ნაკერების უპარისობის არეში განვითარებულია შეხორცება, ლოკალური პერიტონიტი ჩამოყალიბდება.

ნაკერების უპარისობის მიზეზებია: 1. მკვეთრი ანემია, პიპოპროტინემია, ელექტროლიტური ცვლის დარღვევა, რომლებიც აქვეითებენ ქსოვილების რეგენერაციის უნარს; 2. ტექნიკური შეცდომა — არასრულყოფილი გაყვრა, ნაკერების არის არასრულყოფილი პერიტონიზაცია, ანასტომოზის არის ჰემატომა, ტაკვის არის დიდ მანძილზე ფაშოყოფა, ქსოვილებს ჰიპოქსია; 3. საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის ევაკუაციური ფუნქციის დარღვევა, ამის შედეგად კუჭში, თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის სანათურში წნევის მომატება.

ზემოთ ჩამოთვლილ მიზეზებს შორის უფრო მნიშვნელოვანია ნაკერების არასრულყოფილი დადება.

კუჭის რეზექციის უმძიმესი გართულებაა თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის ნაკერების უპარისობა, ჩვეულებრივ, 3-3—7 დღეა. ავადმყოფის მდგომარეობა უარესდება, აღინიშნება ტაქიკარდია, ენის სიმშრალე, ნაწლავთა პარეზი, მარჯვენა ფერჯქვეშა არის დაჭიმულობა და აქვე პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნები. ზოგჯერ ვლინდება მკვეთრი უეცარი ტკივილი შემთხვევათა მცირე ნაწილში — შემპარავად. დიაგნოზის დადგენისთანავე საჭიროა რელაპაროტომია ენდოტრაქეული ნარკოზით. განაკეთეს გაატარებენ მარჯვენა ნეკნთა რკალის პარალელურად. მუცლის ღრუში მოყვითალო გამონაყონი ადატურებს დიაგნოზს. ფართო ტამპონებით ტაკვი უნდა შემოსაზღვრონ თავისუფალი მუცლის ღრუდან. შედეგი დამოკიდებულია დროულ რელაპაროტომიაზე. დიფუზური პერიტონიტის აცილებისა და გართულებების დროული ამოცნობის მიზნით ტაკვის დახურვის ყველა არასაიმედო შემთხვევაში უნდა ჩატოკონ რეზინის დრენაჟი. პერიტონიტის აცილების მიზნით როკემენდებულია ტაკვის ექსტრაპერიტონიზაცია (ო. მამამთავრიშვილი).

თუ რელაპაროტომიას აკეთებენ წვრილი ნაწლავის შერთულის უკმარისობის გამო, მიმართავენ განმეორებით რეზექციას, შერთულით „გვერდი-გვერდში“. თუ პერიტონიტის მოვლენები მკვეთრადაა გამოხატული, იძულებით აკეთებენ ნაწლავის რეზექციას და ორივე ბოლოს

ან შერთულის გამოტანას მუცლის წინაყედელზე. მსხვილი ნაწლავის ნაკერების უკმარისობის დროს საჭიროა შერთულის არის ივარეთ გამოტანა. თუ ეს არ ხერხდება, პროქსიმალურად უნდა დაადონ კოლოსტომა. პალიატური ჩარევა მხოლოდ ნაკერის უკმარისობის არის დრენირებით, ბადექონის მიფარება შედეგს არ იძლევა.

ოპერაციის შემდეგ კომპლექსური მკურნალობა მიმართული უნდა იყოს პერიტონიტის ლიკვიდაციისკენ.

### ნაწლავთა ოპერაციის შემდგომი მფვავე გაუვალობა

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ნაწლავთა მწვავე გაუვალობა ერთ-ერთი მძიმე გართულებაა. თუ მხედველობაში მივიღებთ, რომ არანაოპერაციული ავადმყოფის ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის დროული დიაგნოსტიკა ძნელია, ადვილად წარმოსადგენია, რომ ოპერაციის შემდგომ პერიოდში, როცა ფართოდ იყენებენ ანტიბიოტიკებს, ინტრავენურ ტრანსფუზიას, მისი დიაგნოსტიკა უფრო რთულდება.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ნაწლავთა მწვავე გაუვალობა გვხვდება შემთხვევათა 0,09%-ში (ლ. ს. ჟურავსკი, 1974) და 3/4 ნაწილში, ძირითადად განპირობებულია შეხორცებებით მუცლის ღრუში და ვითარდება ოპერაციიდან მე-5—20 დღეს. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში გართულებებს შორის ნაწლავთა გაუვალობა დაახლოებით 27,3—36,9%-ს შეადგენს.

შეხორცებების განვითარებისთვის მნიშვნელობა აქვს მუცლის ღრუში ანთებითი პროცესის ხარისხს, გამოყოფილი ფიბრინის ორგანიზაცია იწვევს შეხორცებებს. შეხორცებების განვითარებას ხელს უწყობს მუცლის ღრუში კონცენტრირებული ჰსნარების შეყვანა, ქირურგის ხელთათმნიდან თალვის მოხვედრა მუცლის ღრუში, უხეში ოპერაციული ტრავმა და ა. შ.

ცნობილია ისიც, რომ ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ნაწლავთა მწვავე გაუვალობა ვლინდება უპირატესად მეზოგასტრიუმისა და პიპოგასტრიუმის არეში ოპერაციების შემდეგ.

ოპერაციის შემდგომი ადრეული გაუვალობის მიზეზი, შეხორცებების გარდა, შეიძლება იყოს ჯორჯლის არასრულად აღდგენილ დეფექტში ნაწლავის ჩაჭედევა, ნაწლავის შემოგრება და სხვ. შეხორცებების განვითარებას ხელს უწყობს ნაწლავთა ოპერაციის შემდგომი პარეზი.

მუცლის ღრუს ორგანოებზე ოპერაციის შემდეგ ვითარდება დინამიკური გაუვალობა; მისი ხარისხი დამოკიდებულია ოპერაციული

მკურნალობის ფართზე, სახეზე, ხანგრძლივობაზე. მის მიზეზად მი-  
ანხიათ წყლისა და ელექტროლიტური, მეაფა-ტუტოვანი დარღვევა,  
ოპერაციული ტრავმა, ატმოსფეროს ჰაერის ზემოქმედება ნაწლავის  
რეცეპტორებზე. ოპერაციის შემდგომ პირველ დღეებში ნაწლავების  
პარეზი ერთგვარი დამცველობითი რეაქციაა და 2—3 დღეში თავისით  
აღდგება.

შენორცებების განვითარების მიზეზია სეროზული გარსის მექა-  
ნიკური დაზიანება, ოპერაციის ჩარევის შემდეგ ახალი ტოპოგრა-  
ფიულ-ანატომიური ვარიანტის შექმნა, რის შემდეგ იქმნება ნაწლავის  
შემოგრების, კვანძისა და ინვაგინაციის წარმოშობის შესაძლებლობა.  
გაუვალობის მიზეზი შეიძლება იყოს ანასტომოზიტი, სანათურის შე-  
ვიწროება ანთებითი ინფილტრატით.

ნაწლავთა მწვავე მექანიკური გაუვალობის შემთხვევაში ავად-  
მყოფს ეწყება შეტევითი ტკივილი მუცლის არეში, მუცლის შებერი-  
ლობა, აირებისა და განავლის გამოყოფის შეკავება. ენა მომშრალა,  
გამოხატულია ოლიგურია, ზოგადი მდგომარეობა შეკვეთად უარეს-  
დება. რენტგენოლოგიურად გამოვლინდება კლოიბურის ფიალები, ამ  
დროს არცთუ იშვიათად ხანგრძლივად ატარებენ კონსერვატიულ  
მკურნალობას და რელაპაროტომია გვიანდება.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში განსაკუთრებით ძნელია დიფერენ-  
ციული დიაგნოსტიკა დინამიკურ და მექანიკურ გაუვალობას შორის.  
მნიშვნელობა აქვს ტკივილის ხასიათს. მექანიკური გაუვალობის დროს  
ტკივილი შეტევითი ხასიათისაა, ავადმყოფი შფოთავს, აგზნებულა,  
ხოლო პარალიზური გაუვალობის დროს — მოსათმენია, ავადმყოფი  
შედარებით მშვიდია. დინამიკაში რენტგენოლოგიურად აღინიშნება  
ნაწლავებში სითხის დიდი რაოდენობის დაგროვება პორიზონტალური  
დონით. მექანიკური გაუვალობის დროს ნაღებიები მასა თანდათან  
განავლის სუნს ღებულობს, კონსერვატიული ღონისძიებები ეფექტს  
არ იძლევიან.

ოპერაციის შემდგომი გაუვალობის პროფილაქტიკა უნდა დაიწყოს  
ოპერაციის მსვლელობის დროს. აუცილებელია პერიტონეუმის ფურ-  
ცლებზე სათუთი ზემოქმედება, პერიტონეუმის გაშრობის აცილება,  
სისხლის დენის შეჩერება, მუცლის სრულყოფილი სანაცია. არ უნდა  
დაეტოვოთ ნაწლავთა დესეროზირებული უბნები. პერიტონეზაციის-  
თვის უნდა გამოიყენონ წვრილი აბრეშუმის ან სინთეზური ძაფი, ვერი-  
დოთ გრძელი ლიგატურის ჩატოვებას. ტამპონებს ჩატოვებენ მხოლოდ  
აბსოლუტური ჩვენების შემთხვევაში.

ოპერაციის შემდეგ უნდა გაატარონ ღონისძიებები ნაწლავთა პა-  
რეზის წინააღმდეგ და პერისტალტიკის აღსადგენად. აუცილებელია  
კუჭის განთავისუფლება შიგთავსისგან. ნაზოგასტრალური ზონდით,

ინფუზიური თერაპია (ცილა, ელექტროლიტები), მესამე დღიდან — ნაწლავების სტიმულაცია.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის დროს მნიშვნელობა აქვს დროულ რელაპაროტომიას.

ოპერაციული ჩარევის ხასიათი წყდება რელაპაროტომიის დროს და დამოკიდებულია მის გამომწვევ მიზეზზე, ავადმყოფის ზოგად მდგომარეობაზე, ორგანოებსა და ქსოვილებზე მიმდინარე მორფოლოგიურ ცვლილებებზე. შენორცებებით გამოწვეული გაუვალობის გამო საჭიროა მისი გათიშვა. აუცილებელია ნაწლავთა დეკომპრესია, ზოგჯერ საჭირო ხდება მაღალი ენტეროსტომია.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში მწვავე გაუვალობის გამო ლეტალობა რელაპაროტომიის შემდეგ მაღალია, 40—50%-ს აღწევს.

### ოპერაციის უაღვათის პერიოდში

რელაპაროტომიის შემდგომი ერთ-ერთი მძიმე გართულებაა დიფუზური ან ლოკალური პერიტონიტი, რომელიც განვითარებით ოპერაციას საჭიროებს.

პერიტონიტი რელაპაროტომიის უხშირესი მიზეზია.

ოპერაციის შემდგომი პერიტონიტის უხშირესი მიზეზია ისეთი ოპერაციის შემდგომი გართულებანი, როგორცაა ნაქერების უკმარისობა, სისხლის დენა, ნაწლავთა მწვავე გაუვალობა, მეზენტერიულ სისხლძარღვთა თრომბოზი. ოპერაციის შემდგომი პერიტონიტის შემთხვევათა მეორე, უფრო მცირე ჯგუფში მისი მიზეზის დადგენა ვერ ხერხდება, ასეთ შემთხვევაში პერიტონეუმის ინფიცირება ხდება ოპერაციამდე ან ოპერაციის მსვლელობის დროს. იგი ვლინდება 0,4—2,1%-ში და ახასიათებს მაღალი დეტალობა (70—100%).

კლინიკური გამოვლინების მიხედვით არსებობს პირველადი და მეორადი პერიტონიტი. პირველადი, ანუ განანგრძლივებული პერიტონიტი ვლინდება პირველი ოპერაციის დროს და გრძელდება ოპერაციული ჩარევის შემდეგ. პერიტონიტის ამ ფორმის შემთხვევაში ოპერაციის შემდგომ პერიოდში გაუმჯობესება არ აღინიშნება, ავადმყოფები აღნიშნავენ მუდმივ ტკივილს მუცლის არეში, მეტეორიზს, რომელიც არ ექვემდებარება კონსერვატიულ მკურნალობას. მუცელი დიფუზურად მტკივნეულია, ბლუმბერგის ნიშანი დადებითია, აღინიშნება ტაქიკარდია, ჰიპერთერმია.

ოპერაციის შემდგომი პერიტონიტების შედარებით დიდ ჯგუფს შეადგენს ე. წ. მეორადი პერიტონიტი, რომელიც ვითარდება ოპერაციული ჩარევის შემდეგ და არ ვლინდება ოპერაციის დროს.



ვ. ი. შაჰინი და თანაავტ. (1976) გამოყოფენ ჰეორადი პერიტონიტის შემდეგ სახეებს:

ა) „ეგზოგენური“ ანუ „კრიტოგენური“, რომელიც ვითარდება მუცლის ღრუს ინფიცირებით ოპერაციამდე და ოპერაციის დროს. ასეთი პერიტონიტის დროს გაუქმობულება არ აღინიშნება, გამოხატულია ტაქიკარდია, ტკივილი მუცლის არეში, ენის სიმშრალე, ნაწლავთა პარეზი ლეიკოციტოზი და პერიტონიტის სხვა მოვლენები;

ბ) პერფორაციული პერიტონიტი, ვითარდება კუჭისა და ნაწლავის შიგთავსის გადასვლით მუცლის ღრუში (სიმსივნის პერფორაცია, ნაკერების უკმარისობით ან ნაკერების არიდან გაუნთვით). გამოჩანს მრთელგების პერიოდში მუცლის ღრუში მოულოდნელად იწყება ტკივილი, რომელიც ვრცელდება მთელ მუცლის ღრუში, დაერთვის ტაქიკარდია, ზოგჯერ კოლაფსი, მუცლის პრესის დაჭიმულობა, ვამოხატება ბლუმბერგის ნიშანი;

გ) ნეკროზული პერიტონიტი, განპირობებულია კუჭის ან ნაწლავის კედლის ნეკროზით. მდგომარეობა თანდათან უარესდება, შემდეგ დანეკროზებული არე პერფორირდება, რადგან პერფორაცია მიმდინარეობს რეაქტიული პერიტონიტის ფონზე, მას წაშლილი კლინიკური სურათი აქვს;

დ) მუცლის ღრუს აბსცესი გენერალიზაციით ან მისი პერფორაციით მუცლის ღრუში;

ე) არტიფიციული პერიტონიტი, როცა ოპერაციის დროს ზიანდება ნაწლავი, ნაღვლის ბუშტი, ღვიძლი და ა. შ. პერიტონიტი პროკრესირებს ოპერაციიდან პირველ საათებში.

ოპერაციის შემდგომი პერიტონიტის მიზეზი შეიძლება იყოს ნაკერებიდან მუცლის ღრუში მიკრობების გადასვლა მისი ფიზიკური პერმეტიზმის დაურღვევლად.

რიგითი ოპერაციის შემდეგ პერიტონიტის დიაგნოსტიკა უფრო დროულია, ვიდრე სასწრაფო ოპერაციის შემდეგ, რადგანაც ამ დროს პერიტონიტი შესაძლებელია იყოს პირველი ოპერაციის დროსაც.

ანთებითი პროცესი შეიძლება მიმდინარეობდეს ნელა, განიცადოს ჩაპარება. ამ პერიოდში მდგომარეობა უმჯობესდება. საკანგაშოა საღამომობით ტემპერატურის მომატება, შემცივნება, მუცლის ამა თუ იმ არეში ინფილტრატი, რომელიც ზოგჯერ შეიძლება ვერც ნახონ.

ოპერაციის პირველი დღიდან დაწყებული ანტიბიოტიკოთერაპია, ტრანსფუზიული თერაპია, ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებების გამოყენება ართულებს ოპერაციის შემდგომი პერიტონიტის დროულ დიაგნოსტიკას. დაავადება არ მიმდინარეობს კლასიკურად. სუსტადაა გამოხატული ტკივილი მუცლის ღრუში, მუცლის წინა კედლის დაჭი-

მულობა. დიაგნოზური შეცდომის მიზეზია ოპერაციის შემდგომ გართულებებზე ორგანიზმის საპასუხო რეაქციის მოღუნება.

მუცლის წინა კედლის პალპაცია სრულყოფილ მონაცემებს ვერ გვაძლევს, რადგანაც ტკივილი შეიძლება განპირობებული იყოს ოპერაციული ტრავმით, პნევმოპერიტონეუმში კი გამოწვეული იყოს ლაპაროტომიით. პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნები გაივლის ლაპაროტომიის შემდეგ 3—4 დღეში, თუ იგი კვლავ რჩება, სერიოზულ ყურადღებას საჭიროებს.

ტემპერატურის მომატება, სლოკინი, ღებინება, ნაწლავთა პარეზი, მუცლის შეებრილობა, არტერიული წნევის დაქვეითება ცალცალკე და განსაკუთრებით კომბინაციაში პერიტონიტის ნიშნებია.

უფრო ძნელია პერიტონიტის დიაგნოსტიკა, თუ პირველი ოპერაცია გაკეთებული იყო პერიტონიტის პირობებში. ასეთ შემთხვევაში უკვე არსებული პერიტონიტი ნიღბავს ოპერაციის შემდგომ გართულებას, რის გამოც იგი დიდხანს რჩება ამოუცნობი.

ოპერაციის შემდგომი პერიტონიტის ყველა საექვო შემთხვევაში უმჯობესია რელაპაროტომიის გაკეთება, უკეთესია ქირურგი შეცდეს ვიდრე გამოჩინოს სიცოცხლისთვის ეს საშიში გართულება. მისი გამოსავალი მძიმეა. მკურნალობის შედეგები დამოკიდებულია დროულ დიაგნოსტიკაზე.

პერიტონიტის დროს რელაპაროტომია უდავოდ დიდ რისკთან არის დაკავშირებული, მაგრამ ამავე დროს ერთადერთი გამოსავალია. ოპერაციის შემდგომი პერიტონიტის დროს უნდა ჩაატარონ ფართო რევიზია, მიზეზის რადიკალური მოცილებით, ნაწლავთა დეკომპრესიით. მუცლის ღრუს სანაიციით, ნაწლავთა ობტურაციით ან მაღალი სადეკომპრესიო ენტეროსტომიით, მუცლის ღრუს ადეკვატური დრენირებით.

რელაპაროტომიის შემდეგ მიმდინარეობს მკურნალობა ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებით, ინტრავენურად სისხლის და სისხლის შემცვლელების ტრანსფუზიით (დეზინტოქსიკაციური საშუალებანი, ცილოვანი ხსნარი, გლუკოზა, ვიტამინთერაპია).

ს უ ბ დ ი ა ფ რ ა გ მ უ ლ ი ა ბ ს ც ე ს ი ა ჩირქროვის ჩამოყალიბება დიაფრაგმის ქვეშა სივრცეში. მისი დიაგნოსტიკა ძნელია, იგი მიმდინარეობს რთულად, მძიმე გამოსავალი ახასიათებს. უფრო ხშირად მუცლის ღრუში მიმდინარე ანთებითი პროცესის გართულებაა, ვითარდება მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული დაავადებების შემდეგ. შემთხვევათა 3,5—6%-ში იგი შეიძლება იყოს ჰემატოგენური წარმოშობის. კუჭზე და თორმეტგოჯა ნაწლავზე ოპერაციის შემდეგ სუბდიაფრაგმული აბსცესის ძირითადი მიზეზია კუჭსა და ნაწლავს შორის ნაკერების უკმარისობა, თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაქვის უკმარისობა, ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზებზე ოპერაციის შემდეგ ინფი-

ფირებული ნაღვლის მოხვედრა ამ არეში. სუბდიაფრაგმულ სივრცეში ინფექციის გადასვლის ხელშემწყობია დიაფრაგმის სინქრონული მოძრაობა სუნთქვითი აქტის დროს, რის შედეგად იგი თავისკენ მიიზიდავს მუცლის ღრუს გამონადენს, ავადმყოფის წოლით მდგომარეობაში.

ოპერაციის შემდგომი სუბდიაფრაგმული აბსცესის დროს გამოხატულია როგორც ადვილობრივი, ისე ზოგადი მოვლენები, რომელიც ემატება იმ ძირითადი დაავადების ნიშნებს, რამაც გამოიწვია ეს გართულება. გართულება ზოგჯერ იწყება ოპერაციის შემდგომი ერთგვარი გაუმჯობესების შემდეგ, ზოგჯერ კი მოსალოდნელი გაუმჯობესების მათევირად მდგომარეობა უარესდება. მუცლის მხრივ მოვლენები არ კლებულობს, პალპაციით მტკივნეულია მარჯვენა ფერდქვეშა და ეპიგასტრიუმის არე. მარცხენამხრივი სუბდიაფრაგმული აბსცესის დროს ტკივილი მარცხენა ფერდქვეშა არეშია. ქვედა ნეკნთაშუა სივრცეები გადასწორებულია, ამ არეში კანი პასტოზურია, პათოლოგიის მხარეზე გულმკერდი სუნთქვაში ჩამორჩება. ზოგადი მოვლენებიდან აღსანიშნავია სიცხიანობა, ზოგჯერ ჰექტიკური ხასიათის, შემცივნება, ოფლიანობა. გამოხატულია ანემია, ჰიპოპროტეინემია, ლეიკოციტოზი მარცხნივ გადახრით, ედს მომატებულია. დამახასიათებელია დაავადებულ მხარეზე პლევრის ღრუში გამონაჟონი; ეს სიმპათიკური პლევრიტია.

დაავადება მიმდინარეობს მძიმედ, გამოხატულია ინტოქსიკაციის შოვლენებით. აბსცესი შეიძლება გაიხსნას პლევრის, პერიკარდიუმის და მუცლის ღრუში.

ღიაგნოზის დადგენაში კლინიკური სურათისა და ობიექტური მონაცემების გარდა გვეხმარება რენტგენოლოგიური გამოკვლევა. აღინიშნება დიაფრაგმის მაღალი დგომა, მისი მოძრაობის შეზღუდვა, მარჯვენამხრივი ლოკალიზაციის დროს კარგად ისახება სითხის ჰორიზონტალური დონე და აირის ბუშტი. მარცხნივ, კუჭში აირის ბუშტის არსებობის გამო, დიფერენცირება ძნელდება, მიმართავენ კუჭის კონტრასტირებას. თუ აირის ბუშტი არ არის, ძნელია სუბდიაფრაგმული ჩირქგროვის რენტგენოლოგიური დიაგნოზი. ასეთ შემთხვევაში დიდი მნიშვნელობა აქვს რეაქტიული პლევრიტის არსებობას.

სუბდიაფრაგმული ჩირქგროვის პუნქცია შეიძლება მხოლოდ ოპერაციის წინ.

სუბდიაფრაგმული ჩირქგროვის მკურნალობა ოპერაციულია. ჩირევის მიზანია ჩირქგროვის გახსნა და დრენირება. განაკვეთის არჩევა დამოკიდებულია ჩირქგროვის ლოკალიზაციაზე. არსებობს გულმკერდის, აბდომინული და უკანა (ჩეტროპერიტონეული) მიდგომა. ყველა შემთხვევაში ჩირქგროვა უნდა გახსნან ექსტრაპლევრულად. ამისთვის მიმართავენ პლევრის და პერიტონეუმის ფურცლებს აცლას აბსცესის დონემდე. უპირატესობას აძლევენ გულმკერდის განაკვეთს.

აქეთებენ VIII—IX ნეკნის რეზექციას. კუნთების გაკვეთის შემდეგ კედლის ამჟოლ და დიაფრაგმის მფარავ სეროზულ გარსს ააქლიან, დიაფრაგმას გაკვეთავენ, საჭიროების შემთხვევაში პერიტონეუმსაც ააქლიან და მერე გახსნიან ჩირქგროვას.

ჩირქგროვის გახსნისა და ნისი ასპირაციის შემდეგ ჩირქგროვის ღრუში ჩადებენ ტამპონსა და ღრენაქს, გამორეცხავენ ანცისეპტიკური ხსნარით, შეიტანენ ანტიბიოტიკებს წინასწარი რეზისტენტობის განააზღვრის შემდეგ. პარალელურად დეზინტოქსიკაციურ მკურნალობას ახორციელებენ.

სუბდიაფრაგმული აბსცესის მკურნალობის შემდეგი არაღამაკმაყოფილებელია, ლეტალობა 20—53,3%-ის ფარგლებშია.

დუგლასის სივრცის აბსცესში იგულისხმება ჩირქგროვა ქალებში საშვილოსნოსა და სწორ ნაწლავს შორის, მამაკაცის შარდის ბუშტისა და სწორ ნაწლავს შორის. ამ არეში ჩირქგროვა ამათუ იმ ანთეზითი პროცესის გართულებაა. უმეტესად მისი მიზეზია მწვავე აპენდიციტი, საშვილოსნოს დანამატის ანთეზა, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია. ამ არის ჩირქგროვა ხასიათდება შედარებით კეთილთვისებიანი მიმდინარეობით, ადვილად შემოიფარგლება, იშვიათად იხსნება თავისუფალ მუცლის ღრუში, არადროული დაზმარების შემდეგ ჩირქგროვა შეიძლება თავისით გაიხსნას სწორ ნაწლავში, შარდის ბუშტში

დაავადება იწყება თანდათანობით, ტემპერატურის მომატებით, შენციენებით, მამაკაცებში დიზურიული მოვლენებით, ტენეზით, გამოხატულია ლეიკოციტოზი, განავალი შეიცავს ლორწოს. რექტალური გაინჯვით დუგლასის ფოსოს არეში შეიგრძნობა მტკივნეული სიმსივნური წარმონაქმნი, ზოგჯერ ფლუქტუაცია. დიაგნოზის დაზუსტებაში გვეხმარება პუნქცია სწორი ნაწლავიდან ან უკანა თალიდან, თუ ავადმყოფი ქალია.

დუგლასის სივრცის ჩირქგროვის მკურნალობა ოპერაციულია, რაც გულისხმობს ჩირქგროვის გახსნას რექტული, ვაგინური ან საკრალური მიდგომით. უპირატესად მიმართავენ რექტულ მიდგომას, რაც გულისხმობს სპინქტერის გაფართოებას, სწორი ნაწლავიდან დუგლასის სივრცის პუნქციას, ჩირქის მიღებისა, ნემსის ამოუღებლივ მის მიმართულებით გაკვეთას და ღრენირებას. თუ ავადმყოფი ქალია, უკანა კოლპოტომიას ახორციელებენ.

ნაწლავთა შორის აბსცესში იგულისხმება ჩირქგროვის განვითარება მუცლის ღრუში ნაწლავის მარყუევებს შორის. იგი ვითარდება მუცლის ღრუში მწვავე ქირურგიული დაავადების შედეგად. ნაწლავთაშორისი აბსცესი შეიძლება იყოს ერთი და მრავლობითი, გაურთულებელი და გართულებული, ჩირქგროვის

ნაწლავში გახსნის შემთხვევაში შეიძლება დამთავრდეს გამოჯანმრთელებით, მუცლის ღრუში გახსნის შემთხვევაში კი დიფუზური პერიტონიტი ვითარდება.

მუცლის ღრუს ამა თუ იმ პათოლოგიის გამო ოპერაციის შემდგომი ნაწლავთაშორისი აბსცესის დიაგნოსტიკა ძნელია მისი თანდათანობითი განვითარებისა და ჩატარებული მკურნალობის გამო. მუცლის ღრუში თანდათან ყალიბდება ლოკალური ცვლილებები. პალპაციით შეიძლება გაიხილას ღრმად მდებარე სინუსიური წარმონაქმნი. დიდი ზომის ჩირქგროვის შემთხვევაში შეიძლება გამოიხატოს ფლუქტუაცია, პერიოდულად გამოვლინდება ნაწლავთა გაუვალობა.

დაავადების დასაწყისში (ინფილტრატის სტადია) იწყება კონსერვატიული მკურნალობა (ანტიბიოტიკოთერაპია, ავადმყოფის მოსვენება, ფიზიოთერაპიული მკურნალობა, დეზინტოქსიკაციური საშუალებების გამოყენება). მისი ხანგრძლივობა დამოკიდებულია მკურნალობის შედეგებზე. ინფილტრატის აბსცესირების შემთხვევაში საჭიროა ოპერაციული მკურნალობა ენდოტრაქეული ნაკოზის პირობებში. მუცლის წინა კედელზე განაცხედს გაატარებენ აბსცესის არეში, ჩირქის ევაკუაციის შემდეგ დარჩენილი ღრუს დრენირებას ახორციელებენ.

ნაწლავთაშორისი აბსცესის პროფილაქტიკისთვის მნიშვნელოვან პირველი ოპერაციის დროს მუცლის ღრუს დროულ და სრულყოფილ სანაცხადს, მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული დაავადების დროულ მკურნალობას.

### მეზენტერიულ სისხლძარღვთა თრომბოზი და ემბოლია

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ერთ-ერთი მძიმე გართულებაა მეზენტერიულ სისხლძარღვთა თრომბოზი და ემბოლია. თრომბოზი და ემბოლია სხვადასხვა პათოლოგიური პროცესია, თუმცა კლინიკურად გამოვლინდება ნაწლავში სისხლის მიმოქცევის მოშლით და ნეკროზით, რაც რთულდება პერიტონიტით.

მეზენტერიულ სისხლძარღვთა თრომბოზისა და ემბოლიის დროს მუცლის არეში გამოვლინდება ძლიერი ტკივილი, რომელიც მუდმივია ხასიათისაა, გარკვეული ლოკალიზაცია არა აქვს. ავადმყოფი შეშფოთებულია, განშირებულია მაჯისცემა, მუცელი დასაწყისში რბილია, მოგვიანებით ვლინდება პერიტონიტი, განავალი ზოგჯერ შეიცავს სისხლს, აღინიშნება მაღალი ლეიკოციტოზი (25—35 000), მომატებულია პროთრომბინის ინდექსი, არტერიული წნევა.

ოპერაციის დროს გამოვლინდება ნაწლავის სისხლის მიმოქცევის

დარღვევა და მისი ნეკროზი, რაც ზოგჯერ მთლიანად ვრცელდება წყრილ ნაწლავებზე, დაზიანებული უბნის რეზექციას ახორციელებენ. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში გამოიყენებენ ფიბრინოლიზინს, ჰეპარინსა და სხვა ანტიკოაგულანტებს.

რელაპაროტომიის შემდეგ ჩატარებული პათოგენეზური მკურნალობის მიუხედავად სიკვდილიანობა მაინც მაღალია, ავადმყოფები ძირითადად იღუპებიან პირველი 48 საათის განმავლობაში.

### მეწარმეობა

მუცლის ღრუს ორგანოებზე გაკეთებული ოპერაცია შეიძლება ევენტრაციით გართულდეს. ევენტრაცია შინჯვანი ორგანოების გამოვსვლა მუცლის ღრუდან ნაკერების უკმარისობითა და ჭრილობის ნაწილობრივი ან სრული გახსნის გამო. უნდა გავარჩიოთ კანქვეშა და ჭეშმარიტი ევენტრაცია. ეს უკანასკნელი შეიძლება იყოს ნაწილობრივი და სრული. კანქვეშა ევენტრაციის დროს კანის მთლიანობა შენარჩუნებულია, გახსნილია ჭრილობის დანარჩენი შრეები. ჭეშმარიტი ევენტრაციის დროს ჭრილობა მთლიანად არის გახსნილი კანის რათვლით.

ევენტრაციის მიზეზად მიაჩნიათ მუცლის წინა კედლის არასრულყოფილად გაკერვა, ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ხველა, ლებინება, ნაწლავთა პარეზი, ანემია, ჰიპო-და ლისპროტეინემია, ინფექცია, ავადმყოფთა ზანში შესული ასაკი, ცუდი ჰემოსტაზი. არსებობს აზრი, რომ იახსნისადმი მიდრეკილება აქვს შუა ხაზზე არსებულ და კომბინირებულ განაკვეთებს. ევენტრაციას ხელს უწყობს სიმსივნური და ავადებანი, სიფილისი, ტუბერკულოზი, სტეროიდული პრეპარატების, ანტიბიოტიკების ხანგრძლივი გამოყენება.

ევენტრაციის ამოცნობა რთული არ არის. ავადმყოფები აღნიშნავენ ძლიერ ტკივილს მუცლის არეში. ნახვევი სველდება ჰემორაგიული გამონადენით და მის არეში შეიმჩნევა გამოზერილობა. ზოგ ავადმყოფს ევენტრაციამდე აღენიშნება ნახვევის დასველება სეროზული სითხით. ჭეშმარიტი ევენტრაციის შემთხვევაში ღია ჭრილობაში ჩანს დიდი ბადეჭონი, ნაწლავთა მარყუქები ან ისინი კანის გარეთ არიან ივამოსული.

ევენტრაციის მკურნალობა ოპერაციულია. საჭიროა დეფექტის გაკერვა შრეობრივად ან მთელი კედლის გაკერვა. პერიტონიტის, ჩირქფროვის შემთხვევაში ახორციელებენ მის რევიზიას, პერიტონიტის მიზეზის ლიკვიდირებას და ჭრილობის გაკერვას. ჭრილობის კიდებებსა და ჩირქების შემთხვევაში ჭრილობის კიდებებს ნაწილობრივ განაახლებ-

ბენ. ოპერაციას აკეთებენ ენდოტრაქეული ნარკოზის პირობებში. ოპერაციული ჩარევის დროს ხსნიან ჩაჭრილ ლიგატურებს, გამოვარდნილ ორგანოს დაამუშავებენ თბილი ფურაცილინის ხსნარით, ნაწლავთა ჯორჯალში შეყავთ 0,25%-იანი ნოვოკაინის 100 მლ; კანქვეშ ტოვებენ რეზინის დრენაჟს. კანქვეშა ვენენტრაციის შემთხვევაში კონსერვატიულად მკურნალობენ — საჭიროა მუცლის გადახვევა, ინფუზორული და ანტიბაქტერიული მკურნალობა. შემდგომში ოპერაცია ტარდება ოპერაციის შემდგომი ვენტრალური თიაქრის დიაგნოზით.

### თაერასიისუნაშეგომი პანკრეატიტი

ოპერაციის შემდგომი პანკრეატიტი ვითარდება არა მარტო ჯირკვალზე ოპერაციის, არამედ კუჭზე, თორმეტგოჯა ნაწლავსა და ნღვლის ბუშტზე ოპერაციის შემდეგაც. ოპერაციის შემდგომი პანკრეატიტის სიხშირის მომატება აიხსნება ამ გართულების დიაგნოსტიკის გაუმჯობესებით. იგი გვხვდება შემთხვევათა 0,21%-დან 9,6%-ში.

კუჭის რეზექციის დროს არის მრავალი მომენტი. რომელიც ხელს უწყობს პანკრეასის ტრავმირებას, განსაკუთრებით კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პანკრეასში პენეტრირებული წყლულის დროს. ბილროთის II წესით კუჭის რეზექციის დროს შერთულისთვის მოკლე მარყუევების აღებისას ვითარდება დუოდენოსტაზი, რაც ხელს უწყობს პანკრეატიტის განვითარებას. თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის დამუშავების დროს ზოგჯერ ზიანდება კუჭ-თორმეტგოჯა ნაწლავის არტერია, რომელიც იწვევს პანკრეასის თავში სისხლის მიმოქცევის დარღვევას და ტრავმასთან ერთად განაპირობებს პანკრეატიტს. მისი მიზეზი შეიძლება იყოს ანთებითი პროცესის გადასვლა მეზობელი ორგანოებიდან და ქსოვილებიდან. შესაძლებელია მისი მიზეზი იყოს ყველა ზემოჩამოთვლილი მიზეზი — ტრავმა, ევაკუიტიური დარღვევა, სისხლის მიმოქცევის მოშლა, ინფექცია და და ა. შ.

დაავადება მიმდინარეობს მძიმე ინტოქსიკაციით, ხშირი ღებინებით. დესტრუქციული პანკრეატიტის დროს დასაწყისში ვითარდება ფერმენტული პერიტონიტი, ჩირქოვანი პერიტონიტისგან განსხვავებით პერიტონიტის ამ ფორმის შემთხვევაში ნაწლავის პასაჟი შენარჩუნებულია. ინფიცირების შემთხვევაში ჩირქოვანი პერიტონიტი ვითარდება.

ოპერაციის შემდგომი პანკრეატიტის დიაგნოსტიკა ძნელია, დიფერენციული დიაგნოსტიკა საჭიროა პერიტონიტის, ანასტომოზის უკმარისობის, პნევმონიის, გულ-სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობის, ნაწლავთა მწვავე გაუვალლობისა და სხვ. გამოსარიცხად.

ოპერაციის შემდგომი პანკრეატიტის კლინიკური მიმდინარეობა დამოკიდებულია პანკრეასში მიმდინარე ანთებითი პროცესის დონეზე.

მკურნალობა. ოპერაციის შემდგომი პანკრეატიტის მკურნალობა ძირითადად კონსერვატიულია. გულისხმობს ენზიმური ტოქსემიის ლიკვიდირებას, რისთვისაც მიმართავენ შიმშილს, ინჰიბიტორების (ტრასილოლი, კონტრაკალი და ა. შ.) გამოყენებას, ანტიბიოტიკთერაპიას, ვიტამინთერაპიას, სისხლისა და სისხლის შემცვლელების ტრანსფუზიას, ფორსირებულ დიუზესს. მძიმე კლინიკური მიმდინარეობის დროს უნიშნავენ ფთორურაცილს, ციკლოფოსფანს, კონსერვატიული მკურნალობის არაეფექტურობისას, როდესაც ვარაუდობენ პანკრეასში ჩირქოვანი ან დესტრუქციული პროცესის განვითარებას, საჭიროა რელაპარატომია, რომლის მიზანია ბადექონის მცირე აბგისდრენირება.

#### მალასიმილატიის (მალდიგესტიის და მალაბსორბციის) სინდრომაში ძირურებიაში

ტერმინოლოგია. კუჭის, პანკრეასის, ღვიძლის, სანაღვლე გზებისა და წვრილი ნაწლავის ქირურგიული დაავადებები ხშირად რთულდება საკვების მონელების და შეწოვის დაქვეითებით და მათგან გამომდინარე ნუტრიენტების მალასიმილაციით. საკვების მონელების მოშლას მალდიგესტია ეწოდება („მალ“ ნიშნავს მოშლას, დარღვევას, ცუდს, ხოლო „დიგესტია“ — მონელებას).

მალაბსორბცია მონელებული საკვების (ნუტრიენტის) შეწოვის მოშლას, ხოლო მალასიმილაცია ნუტრიენტების ნორმალური შეთვისების დარღვევა. სამედიცინო ლიტერატურაში საკვების მონელების და შეწოვის მოშლილობებს ერთი ტერმინით — მალაბსორბციის სინდრომით გამოხატავენ. რაც არ არის სწორი. ჩვენ ვიზიარებთ ჰ. კალსერის (1976) მოსაზრებას იმის შესახებ, რომ მონელების და შეწოვის მოშლილობათა ტერმინები განსხვავებული უნდა იყოს და მათი გაერთიანება უნდა მოხდეს ერთი სახელწოდების — მალასიმილატიის სინდრომის სახით.

#### მალასიმილატიის სინდრომის კლინიკა

ჯ. ტრაიერის (1983) განმარტებით, მალასიმილაცია უნდა განვიხილოთ, როგორც ნუტრიენტების მონელების, შეწოვის და ტრანსპორტირების დარღვევის შედეგად განვითარებული სინდრომი, რომელსაც ახასიათებს დიარეა, მეტეორიზმი, წონაში დაკლება, ჰიპოვიტამინოზი, ჰიპოპროტეინემია, ძლიერი სისუსტე, ტეტანია, ჰემორაგიები და სხვა მოვლენები.

მალასიმილაცია არასპეციფიკური სინდრომია, რომელიც გვხვდება პანკრეასის, ღვიძლის, სანაღვლე გზების, წვრილი ნაწლავის და კუჭის ქირურგიული დაავადებების დროს. განსაკუთრებით ძნელია



მალასმილაციის სინდრომის ადრეული დიაგნოსტიკა ქირურგიული დაავადებების დროს. ავადმყოფები უჩივიან დაღლას. უხალისობას, ადვილად გაღიზიანებას, დეპრესიას, უძილობას, ამენორეას, იმპოტენციას, საერთო სისუსტეს, ძალის დაქვეითებას, მხედველობის დაქვეითებას (განსაკუთრებით შებინდებისას).

ყურადღებას იპყრობს კანის სიფერმკრთალე ან გამუქება, დერმატიტი, ხეილოზი, გლოსიტი, სტომატიტი, თმების ბზინვის დაქვეითება. ზოგჯერ ცვენა, ფრჩხილების ადვილი მტვრევადობა და სხვ. ეს სიმპტომები ხშირად წინ უსწრებს მუცლის ბერვას, ღებინებას და ყურყურს, რომლებიც ავადმყოფებს ხშირად უხერხულ მდგომარეობაში აყენებს და მათ დეპრესიას კიდევ უფრო აძლიერებს. განავლის წონა აღემატება 200 გრამს 24 საათში. მისი კონსისტენცია თხლია, მყრალი სუნისა და ხშირად მბრწყინავია მასში ჰარბი ცხიმის არსებობის გამო. არაიშვიათად ავადმყოფი აღნიშნავს, რომ განავალი უნიტაზის კედელს ეკრობა და მისი ჩამორეცხვა გაძნელებულია. დაკვირვებულ ექიმს ეს ნიშანი მალასმილაციის სინდრომზე დააქვეყნებს. მოგვიანებით პერიოდში მალასმილაციის სინდრომის დიაგნოსტიკა გაადვილებულია. ავადმყოფებს აწუხებთ პროფუზული დიარეა, წონაში მნიშვნელოვანი დაკლება (ახექსიამდეც კი), უცილო შემუქება, კუნთების სისუსტე, პარესთეზიები, ტეტანია, თმების ნაადრევი გაქაღარავება, ცვენა. ფრჩხილების მტვრევადობა და მრავალი სხვ. მალასმილაციის სინდრომის დროს ვითარდება ანემია, რომელთა მიზეზია რკინის, ფოლიუმჰეავას და B<sub>12</sub> ვიტამინის შეწოვის დაქვეითება. ტეტანია შეიძლება განვითარდეს კალციუმის შეწოვის დაქვეითების შედეგად. ჰიპერკერატოზი, ქსეროფთალმია და ქათმისებრი სიბრძავე, გამოწვეულია A ვიტამინის შეწოვის დაქვეითებით. სისხლის დენა ღრძილებიდან, ცხვირიდან, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან, აგრეთვე სისხლჩაქცევები კანქვეშ, ჰემატურია უნდა აიხსნას C, P და K ვიტამინების ცუდი შეწოვით. ოსტეომალაცია, რაქიტი, ძვლების ტკივილი გამოწვეულია D ვიტამინისა და კალციუმის შეწოვის დაქვეითებით. გლოსიტი, ხეილოზი, სტომატიტი, დერმატიტი, პერიფერიული ნეიროპათიები უნდა აიხსნას B ჯგუფის ვიტამინების მალაბსორბციით.

კ ლ ა ს ი ფ ი კ ა ც ი ა . გ. გრეის (1983) მიხედვით მალასმილაციის სინდრომები უნდა დაიყოს 2 დიდ ჯგუფად: I. მალდიგესტიის სინდრომები; II. მალაბსორბციის სინდრომები. მალდიგესტიის სინდრომები ეტიოლოგიის მიხედვით შეიძლება იყოს: 1. პანკრეატოგენური, 2. ჰეპატო-ბილიარული, 3. ენტეროგენული.

მალაბსორბციის სინდრომები შეიძლება პირობითად დაიყოს 2 ჯგუფად: I. ენტეროციტული მალაბსორბცია: II. ტრანსპორტირების დეფექტით გამოწვეული მალაბსორბციის სინდრომები.

პრაქტიკაში ხშირად გვხვდება მალასმილაციის სინდრომები.

როცა ერთდროულად მოშლილია როგორც მონელების, ისე შეწოვის პროცესები. მათ შერეული ფორმის მალასიმილაციის სინდრომებს უწოდებენ და ვხვდებით კუჭზე ოპერაციების შემდეგ, შაქრიანი დიაბეტის დროს და სხვ.

პანკრეატოგენური მალდიგესტიის სინდრომები. ყველაზე ხშირად მალდიგესტიას იწვევენ პანკრეასის შემდეგი ქირურგიული დაავადებები: ქრონიკული პანკრეატიტი, პანკრეასის თავის კიბო, კისტოზური ფიბროზი (მუკოვისციდოზი), ცოლინგერელისონის სინდრომი, პანკრეასის ფისტულები, რეზექციის შემდგომი პერიოდი და სხვ. ნუტრიენტებიდან ყველაზე უფრო ირღვევა ცხიმების მონელება და ვითარდება სტეატორეა. ნაკლებად ქვეითდება ნახშირწყლების და ცილების მონელება. პანკრეასს, როგორც ცნობილია, კომპენსაციის დიდი უნარი გააჩნია. იმისათვის, რომ მალდიგესტია განვითარდეს, აუცილებელია პანკრეასის ქსოვილის 90%-ზე მეტი იყოს დაზიანებული.

პანკრეატოგენური მალდიგესტიის დიაგნოსტიკის ყველაზე ზუსტი მეთოდია დღე-ღამის განავალში საერთო ცხიმების (მოუნელებელი ტრიგლიცერიდების) რაოდენობრივი განსაზღვრა ვან დე კამერის ტესტით, რომლის დროს იგი მიღებული ცხიმების 5%-ს აღემატება. ამავე დროს პანკრეასის წვენში ლიპაზას კონცენტრაცია (გ. შლი-გინის მეთოდით ნორმაში 400—700 პირობითი ერთეული 1 მლ-ზე) საგრძნობლად დაბალია. თუ ავადმყოფს დანეტვირთავთ ნიშანდებული ტრიოლეინით, პანკრეატოგენური მალდიგესტიის დროს დღე-ღამის განავალში უნდა გამოიყოს 5%-მდე მეტი ტრიოლეინი. ამავე დროს ნიშანდებული ოლეინმჟავათი დატვირთვა ნორმალურ მაჩვენებლებს არ აღემატება. აღსანიშნავია, რომ წვრილი ნაწლავის შეწოვითი ფუნქციის შესწავლა  $d + \text{ქსილოზის}$  ტესტით ნორმიდან გადახრას ვერ ავლენს, რაც საშუალებას იძლევა ერთმანეთისგან განვასხვაოთ პანკრეატოგენული სტეატორეა (მალდიგესტია) ენტეროგენულისგან.

სამწუხაროდ, ცხიმების მალდიგესტიის გამოცნობა ზემოხსენებული რთული მეთოდებით ნაკლებად ხელმისაწვდომია კლინიკებისათვისაც კი. მიზანშეწონილია გამოვიყენოთ მარტივი ტესტი, რაც შემდეგში მდგომარეობს: თუკი პანკრეასით დაავადებულ პაციენტს  $e\text{X juvantibus}$  მივცემთ პანკრეასის ფერმენტულ პრეპარატებს, პანკრეატინს, მეზემ-ფორტეს (2 — 2 აბი 3-ჯერ დღეში I კვირის განმავლობაში) და თუ დიარეა, სტეატორეა შეწყდა ან შემცირდა, პანკრეატოგენული მალდიგესტიის სინდრომი დასაბუთებულად უნდა ჩაითვალოს. სიმარტივის გამო ეს მეთოდი შეიძლება ამბულატორიულ პრაქტიკაშიც კი დაინერგოს.

ზოგიერთ შემთხვევაში პანკრეატოგენული მალდიგესტიის დიაგნოსტიკა არამცთუ ამ მარტივი ტესტით, არამედ ზემოჩამოთვლილი რთული (მათ შორის რადიოიზოტოპური) მეთოდების გამოყენებითაც

ძნელია. მოგვყავს მაგალითი საკუთარი დაკვირვებიდან (ხ. პაჭკო-რი).

ავადმყოფი ჩხ-ძე, ლიზიკო 50 წლის, შემოვიდა ავად. ნ. ყიფშიძის სახ. რეს-პუბლიკური ცენტრალური კლინიკური საავადმყოფოს გასტროენტეროლოგიურ გან-ყოფილებაში 1988 წლის ნოემბერში დემინგ-სინდრომის და ქრონიკული პნევმონიის გამწვავების დიაგნოზით. აღსანიშნავია, რომ პაციენტი ადრეული ბავშვობიდან არის ავად. გვიან აიღვა ფეხი, გონებრივი ჩამორჩენილობის გამო ვერ დაქალია მე-4 კლასი. ხშირად ქონდა დიარეა, ფილტვების ანთება. ცხვირის პოლიპების გამო გაუქეთდა პოლიპექტომია, 17 წლის ასაკიდან გაქეთებული აქვს 6 ობე-რაცია: კუჭის რეზექცია და რეგრეზექცია პეპტიკური წყლულის გამო, ქოლეციტიქ-ტომბა, ნაწლავის რეზექციები გაუვალობის გამო და სხვ. ავადმყოფი 1977—79 წლებში იწვა ჩვენს კლინიკაში, სადაც მას დაუდგინეს პოსტრეზექციული დემინგ-სინდრომის, მალაბსორბციის სინდრომის დიაგნოზი. ჩაუტარდა მეურნალობა ფესტა-ლით, ნეომიცინით, ვიტამინებით, ცილოვანი ჰიდროლიზატებით. ამის შემდეგ ავად-მყოფს დაეწყო ხველა წებოვანი ლორწოვან-ჩირქოვანი ნახველის გაძნელებული ამოღებით. ავადმყოფი ფსიქიატრიის ინსტიტუტის კლინიკაშიც კი იწვა ოლიგო-ფრენიის დიაგნოზით, საიდანაც პნევმონიის დიაგნოზით გადმოყვანილი იყო ჩვენს კლინიკაში. განავლის გამოკვლევით შეინიშნებოდა მოუხელებელი ცხიმბზო, კუნთო-ვანი ბოჭკოები და სახამებელი. პანკრეასის წვენში ლიპაზას კონცენტრაცია ნორ-მაზე 3-ჯერ დაქვეითებული აღმოჩნდა, აორტოცელაკოგრაფიით აღმოჩნდა ფსევდო-ტომორული, კისტოზური პანკრეატიტი და ლეიქლის ატროფიული ცვლილებები. ფილტვების მიმოხილვით რენტგენოგრაფიით მარჯვნივ ქვედა წილში აღმოჩნდა სამი ბრონქოექტაზიური უბანი, ხოლო ბრონქოგრაფიით ობსტრუქციული ცვლილე-ბები მარჯვენა ფილტვზე, მათ შორის მწვერვალზე და ერთეული ბრონქოექტაზიები მარჯვენა ფილტვის ქვედა წილში. ამ ნიშნების საფუძველზე ექვი გაჩნდა მეკო-ვისციდოზის შერეული (პანკრეას-ნაწლავ-ფილტვის) ფორმის არსებობაზე. ავადმო-ფი გაიგზავნა პოსპიტალური პედიატრიის კლინიკაში (გამგე პროფ. ი. კვაჭაძე) მეკოვისციდოზის ტესტების გასაკეთებლად. ოფლში და ფრჩხილებში ექვეტირო-ლიტების — ნატრიუმის და ქლორის კონცენტრაცია ნორმაზე 2—3-ჯერ მეტი აღმო-ჩნდა. ამ ნიშნების საფუძველზე მეკოვისციდოზის დიაგნოზი დადასტურდა. აღსანიშნავია, რომ მეკოვისციდოზი წარმოადგენს რა თანდაყოლილ მძიმე დაავა-დებას, 20 წელზე ზევით ძალიან იშვიათად გვხვდება, რადგან 98%-ზე მეტი პა-ციენტი ადრეულ ბავშვობაში იღუპება. ვ. ნესკეტოვის (1988) მონაცემებით, საბ-ქოთა კავშირში აღწერილია მოზრდილთა მეკოვისციდოზის სულ 5 შემთხვევა. მეკოვისციდოზის დიდ სპეციალისტს გ. შუაბანას (1979) 20 წელზე უხვესი სულ 70 ავადმყოფი უყავს გამოვლენილი, ამათგან ყველაზე ხნოვანის ასაკი არ აღუმა-ტებოდა 44 წელს. ამრიგად, ჩვენი დაკვირვების თავისებურება მდგომარეობს იმაში, რომ მეკოვისციდოზის დიაგნოზი პირველად დადგინდა 50 წლის ასაკში და ფილტ-ვისმიერი მოვლენები გამოიკვეთა მხოლოდ ბოლო 4—5 წლის განმავლობაში. გარდა ამ უნიკალური შემთხვევისა, რესპუბლიკურ საავადმყოფოში 1989 წელს გამოვლინ-და მოზრდილთა მეკოვისციდოზის კიდევ 2 შემთხვევა.

მეკოვისციდოზი მძიმე თანდაყოლილი დაავადებაა, რომელიც შთამომავლობით გადაეცემა აუტოსომურ-რეცესიული წესით. ყვე-ლაზე არსებითია ზედმეტად წებოვანი ლორწოს სეკრეცია, შეცვლი-ლი ფიზიკურ-ქიმიური თვისებებით, რომელიც იწვევს ლორწოს გა-მომტანი სადინრების დაკობას. მეკოვისციდოზის დამახასიათე-ბელია ნატრიუმისა და ქლორიდების კონცენტრაციის მომატება

ოფლში და ფრჩხილებში. ყველაზე მეტად ზიანდება პანკრეასი, ვითარდება ფიბროზი, წერილი გამომტანი სადინრების გაფართოება, კისტოზი. ფილტვებში ვითარდება პნევმონიები, ობსტრუქციული ბრონქიტები. ბრონქოექტაზიები. განსაკუთრებით მძიმედ მიმდინარეობს ასთმური სინდრომი, რაც 164-დან 16 შემთხვევაში გამოავლინეს ზავშევებში პროფესორმა ი. კვაკაძემ და ნ. ბადრიაშვილმა (1983).

მუკოვისცილოზის სამკურნალოდ ყველაზე ეფექტურია მუკოლიზური საშუალებები. ჩვენს კლინიკაში კარგი შედეგით გამოვიყენეთ მუკოსოლინი, რომლის ინჰალაციიდან 5—10 წუთის განმავლობაში ავადმყოფს ხსნებოდა ბრონქოსპაზმის მოვლენები, უხვად გამოიყოფოდა ლორწოვანი ნახველი, რის შემდეგ იგი თავს შედარებით დამაკმაყოფილებლად გრძნობდა. გარდა ამისა, სასარგებლოა ანტიბიოტიკების, ეუფილინის და სხვ. საშუალებების ხმარება. რაც შეეხება პანკრეატოგენურ მალდიგესტიას მუკოვისცილოზის დროს, მას მკურნალობენ პანკრეატიტით, მეზიმფორტით და სხვა ფერმენტული პრეპარატებით.

#### ჰაეათოგილიარული ვალდიგესია

ფიზიოლოგიიდან ცნობილია, რომ ნაღველი მონაწილეობას იღებს მხოლოდ ცხიმების მონელებაში და შეწოვაში. აქ მთავარი მნიშვნელობა ენიჭება ქოლის და პენოდეზოქსიქოლის მეშვეობით, რომლებიც ღვიძლში სინთეზირდება, აქვე უერთდებიან ამინომჟავებს, ტაურინს გლიცინს, და ქმნიან გლიკოკონიუგატებს და ტაუროკონიუგატებს. კონიუგირებული ნაღველის მეშვეობით ააქტივებენ პანკრეასის ფერმენტ ლიპაზას, წერილი ნაწლავის ფერმენტებს — ფოსფოლიპაზას, ფოსფატაზას, ქოლინესტერაზას და სხვა, რის შედეგადაც რთული ცხიმები ტრიგლიცერიდები იშლება ცხიმოვან მეშვეობად და გლიცერინად. გლიკო და ტაუროკონიუგატები ცხიმოვან მეშვეობთან ერთად ქმნიან წყალში ხსნად კომპლექსებს (მიცელებს), რაც აადვილებს მათ შეწოვას წერილი ნაწლავის პროქსიმალურ ნაწილში. გლიკო და ტაუროკონიუგატების კონცენტრაცია მლივი ნაწლავის პროქსიმალურ ნაწილში 5—10 მილიმოლს აღწევს 1 მლ სეკრეტში. თუ ეს კონცენტრაცია დაეცემა ე. წ. კრიტიკულ დონეზე (2 მილიმოლი/მლ-ში) დაბლა, მაშინ ცხიმების ნორმალური მონელება შეუძლებელი იქნება. გლიკო და ტაუროკონიუგატების დაქვეითებას კრიტიკულ კონცენტრაციაზე ქვემოთ ვხვდებით ღვიძლის ციროზების, ფიბროზების დროს.

ღვიძლის პარენქიმის დიფუზური დაზიანების დროს მკვეთრად მცირდება ქოლის და პენოდეზოქსიქოლის მეშვეობის სინთეზი. მათი კონიუგაცია გლიცინთან და ტაურინთან ქვეითდება. ამის შედეგად ცხიმების მონელება მოიშლება — ვითარდება სტეატორეა პოლიფე-

კალით, სისხლის დენა ღრძილებიდან. ტკივილი ძვლებში, პარესთეზიები. კრუნჩხვები, ქათმისებრი სიბრმავე. თუკი ლეიძლის პარენქიმის დიფუზური დაზიანების დროს ავადმყოფს განუეითარდა ზემოხსენებული მოვლენები. მაშინვე ექვი უნდა მივიტანოთ პეპატოგენურ მალდიგესტიაზე. თავდაპირველად უნდა დათვალერდეს განავალი — იგი მბრწყინავია (ცხიმის სიჭარბის გამო) და მისი წონა აღემატება ნორმალურ მაჩვენებლებს (200 გრამამდე დღე-ღამეში). ვანდე კამერის მეთოდით დღე-ღამის განავალში ცხიმების რაოდენობა 5 გრამს აღემატება, ხოლო ნაღვლის მყავების დონე კრიტიკულ კონცენტრაციაზე დაბლა ეცემა. სამწუხაროდ, ლეიძლის ციროზების და სხვა დიფუზური დაზიანების დროს დუოდენური ზონდირება ხშირად შეუძლებელია. ამავე დროს ნაღვლის მყავების რაოდენობრივი განსაზღვრა სპეციალიზებული კლინიკებისთვისაც ნაკლებად ხელმისაწვდომია. მიზანშეწონილია გამოვიყენოთ მარტივი ტესტი. ამ მიზნით ავადმყოფს 7—10 დღე ეძლევა გლიკო ან ტაუროკონიუგატები (სპეციალურ კაფსულებში მწარე გემოს გამო). თუკი ამ ხანმოკლე კურსის შემდეგ შეწყდა დიარეა, სტეატორეა, პეპატოგენური მალდიგესტიის დიაგნოზი შეიძლება დასაბუთებულად მივიჩნიოთ.

გლიკო და ტაუროკონიუგატების დაქვეითებას კრიტიკულ კონცენტრაციაზე დაბლა შეიძლება შევხვდეთ ინტრაჰეპატური და ექსტრაჰეპატური ქოლესტაზების შემთხვევაში, თუმცა ლეიძლში ნაღვლის მყავების სინთეზი ნორმალურია და კონიუგაციაც გლიციინთან და ტაურინთან არ არის შელახული. იმის გამო, რომ სიმსივნე მექანიკურად აბრკოლებს სანაღვლე გზებს, გლიკო და ტაუროკონიუგატები საკმაო რაოდენობით ვერ გადადის თორმეტგოჯა ნაწლავში და მისი დონე კრიტიკულ კონცენტრაციას ჩამოუვარდება. ექსტრაჰეპატური ქოლესტაზი შეიძლება შეგვხვდეს ნალვეკენქოვანი დაავადების, პანკრეასის თავის და ფატერის დვრილის სიმსივნეების დროს. ინტრაჰეპატური ქოლესტაზი შეიძლება განვითარდეს ლეიძლის პირველადი და მეორადი სიმსივნეების. სკლეროზული ქოლანგიტის და სხვა ქირურგიული დაავადებების დროს. თუ მექანიკური სიყვითლის დროს ავადმყოფს განუეითარდა დიარეა, სტეატორეა, სისხლის დენა, ჰიპოვიტამინოზის მოვლენები და სხვა, მართებულია დავეჭვდეთ ბილიარული მალდიგესტიის განვითარებაზე. თუ ზემოხსენებული ნიშნები გაქრა ქოლესტაზის გავლის შემდეგ, რექტოსპექტულად შეიძლება დავასკვნათ, რომ ცხიმების მალდიგესტიის (სტეატორეის) მიზეზი იყო გლიკო და ტაუროკონიუგატების კონცენტრაციის დაქვეითება თორმეტგოჯა ნაწლავში ნაღვლის შეფერხებული გადასვლის გამო. აღსანიშნავია, რომ ქოლესტაზური მალდიგესტიის დროს წვრილი ნაწლავის შეწოვითი ფუნქცია არ ქვეითდება, რაც შეიძლება სტეატორეის სადიფერენციაციოდ გამოვიყენოთ.

წერილი ნაწლავის ენტეროციტების მემბრანებზე ნახშირწყლების — დისაქარიდების მონელება პირველად 1960 წელს აღმოაჩინა ლენინგრადელმა ფიზიოლოგმა ა. უგოლევა, რამაც სამართლიანად მოუხვეჭა მას მსოფლიო აღიარება. ვინაიდან რძის შაქარი, ლაქტოზა ყველაზე გავრცელებული დისაქარიდია, მართებულია თავდაპირველად მისი მონელების მოშლას შევეხოთ. მომწელებელი (დამშლელი) ფერმენტის ლაქტაზის უკმარისობის გამო ლაქტოზა ვერ იშლება მონოსაქარიდებად — გალაქტოზად და გლუკოზად. მოუწელებელი (დაუშლელი) ლაქტოზა მაღალმოსურობით ხასიათდება — ღიდი რაოდენობით იზიდავს წყალს. გარდა ამისა, მოუწელებელ ლაქტოზას მსხვილი ნაწლავის მიკროფლორა სწრაფად შლის ნახშირორჟანგად, წყალბადიონებად და ორგანულ მჟავებად. ამ ფერმენტაციას თან ახლავს მუცლის ბერვა, ყურყური, ტკივილი და დიარეა. არცთუ იშვიათად ნაწლავის ზოგიერთი ქირურგიული დაავადებების (ნაწლავთა დივერტიკულოზის, ფისტულების, სიმსივნეების, კრონის დაავადების, ნაწლავთა დისბაქტერიოზის, რეზექციების) დროს ავადმყოფები რძის მიღების შემდეგ აღნიშნავენ დისკომფორტს — დიარეას, მუცლის ბერვას, ყურყურს, ტკივილს და სხვა. ასეთივე მოვლენები აღინიშნება სოკოს შაქრის (ტრეპალოზის) და სხვა დისაქარიდების (საქაროზის, მალტოზის, იზომალტოზის) შემცველი პროდუქტების მიღების შემდეგაც. დიეტური ანამნეზი გამოცდილ ქირურგს დააეჭვებს ენტეროგენულ მალდიგესიაზე, კერძოდ დისაქარიდაზულ უკმარისობაზე. ლაქტაზის (რძის შაქრის მომწელებელი ფერმენტის) უკმარისობის დადგენა შეიძლება პოლიკლინიკის პირობებშიც კი. ავადმყოფს უზმოზე ეძლევა 50 გრამი ლაქტოზა და 15, 30, 60, 90 წუთის შემდეგ ისაზღვრება გლუკოზის კონცენტრაცია. თუ მისი დონე უზმოზე არსებულ გლუკოზის კონცენტრაციას 20%-ზე მეტად არ სჭარბობს ლაქტოზით დატვირთვის შემდეგ, მაშინ ლაქტაზის დეფიციტის დიაგნოზი დასაბუთებულად უნდა ჩაითვალოს. უფრო ზუსტ ინფორმაციას იძლევა წერილი ნაწლავის ლორწოვანის ბიოპტატში ფერმენტის აქტივობის დადგენა. ა. დალქვისტის (1964) მეთოდით. ასევე შესაძლებელია სხვა დისაქარიდების — მალტაზის, იზამალტაზის, საქარაზის და ტრეპალაზის გამოკვლევაც. ენტეროგენული მალდიგესტიის მკურნალობაში მთავარია ლაქტოზის, მალტოზის, საქაროზის და ტრეპალოზის შემცველი პროდუქტების აკრძალვა. განსაკუთრებით ძნელია რძის და მისი ნაწარმის აკრძალვა, რადგანაც ისინი ტრადიციულად ადამიანის ძირითადი საკვები პროდუქტებია. საზღვარგარეთის ქვეყნებში ეს საკითხი ჩინებულად გადაჭრეს. გამოშვებულია ფერმენტი ლაქტაზა, რომელიც ემატება რძეს და მის პროდუქტებს, რის შედეგად რძის შაქრის მონელებ-

ბა ნორმალურად მიმდინარეობს. საკავშირო სამედიცინო აკადემიის კვების ინსტიტუტში შექმნილია რძის ფხვნილები, რომლებსაც მოცილებული აქვს ლაქტოზა (სხვა კომპონენტები კი შენარჩუნებულია). ამ სახის რძის ნარევი მეტად ძვირფასი საკვები პროდუქტია ნაწლავის ქირურგიული დაავადებების დროს, როცა განსაკუთრებით დარღვეულია მონელებისა და შეწოვის პროცესები.

### ენტეროციტალური მალაბსორაციის სინდრომი

ენტეროციტალური მალაბსორაციის სინდრომები გვხვდება წვრილი ნაწლავის დივერტიკულოზების, ფისტულების, სტრიქტურების, სიმსივნეების, პარაზიტული დაავადების (ასკარიდოზი, სტრონგილოიდოზი, დიფილობატრიოზი), კრონის დაავადების, შეხორცებების, წვრილი ნაწლავის რეზექციების, ანასტომოზების (შერთულების) დადების დროს და სხვ. ზემოხსენებული ქირურგიული დაავადებების დროს მალაბსორაციას ძირითადად განაპირობებს წვრილი ნაწლავის ნორმალური მიკროეკოლოგიის დარღვევა, ანუ დისბიოზი. ნორმაში წვრილი ნაწლავის პროქსიმალურ მონაკვეთში მიკროორგანიზმთა კოლონიზაცია ფრიად მწირია და არ აღემატება  $10^4$ /მლ-ში. რაც უფრო დისტალურად ავიღებთ წვრილი ნაწლავის შიგთავსს. მით უფრო ჭარბად ამოითესება ბაქტერიები. თქმის ნაწლავის ტერმინალურ მონაკვეთში მათი კონცენტრაცია  $100-1000$ -ჯერ მატულობს და აღწევს  $10^6-10^7$ -ს/მლ-ში. რაც შეეხება მსხვილი ნაწლავის მიკროფლორას, იგი ასტრონომიულ ციფრებს უახლოვდება  $10^9-11^{11}/1$  გრამზე. ზემოხსენებული ქირურგიული დაავადებების დროს, განსაკუთრებით ნაწლავთაშორის ფისტულების, დივერტიკულოზის დროს იქმნება მეტად ხელსაყრელი პირობები წვრილი ნაწლავის პროქსიმალურ რეგიონში, ან ადგლისათვის უჩვეულო, უხვი, ფეკალური ტიპის მიკროორგანიზმების კოლონიზაციისთვის. თუ მიკრობთა რაოდენობა ფიზიოლოგიურად დასაშვებ ლიმიტს ( $10^4$ /მლ-ში) სჭარბობს, მაშინ ბაქტერიები ტოქსიკურ ზემოქმედებას ახდენენ ენტეროციტებზე პირდაპირი გზით ან ბაქტერიული მეტაბოლიტების მეშვეობით. განსაკუთრებით საზიანოა ამ მხრივ გლიკო და ტაუროკონიუგატების დეკონიუგაცია ქოლის და ჰენოდექსიქოლის ნაღვლის მჟავების გამონთავისუფლებით და შემდგომი ტრანსფორმაციით ტოქსიკური დეზოქსიქოლისა და ლიტოქოლის მჟავებად. ნაღვლის მჟავების დეკონიუგაციის და ტრანსფორმაციის დიდი უნარით გამოირჩევიან ანაერობული ბაქტერიები — ბაქტერიოიდები, კლოსტრიდიები, ბიფიდობაქტერიები, აგრეთვე აერობული ენტეროკოკები. მსხვილი ნაწლავის და თქმის ნაწლავის ტერმინალური მონაკვეთებიდან მღივი ნაწლავის პროქსიმალურ ნაწილში ბაქტერიების ტრანსლოკაციით უნდა აიხსნას ის მძიმე ზემოქმედება ენტეროციტებზე, რასაც

აზღენენ ქარბი მიკროორგანიზმები და რაც საბოლოოდ მალ-  
აბსორბციის სინდრომებით (დიარეით, გახდომით, ჰიპოვიტამინოზე-  
ბით, ტეტანიით, სტეატორეით და სხვ.) გამოვლინდება. საზღვარგა-  
რეთის ქირურგები ზემოსენებულ სიმპტომოკომპლექსს ხშირად ბრმა  
მარყუყის სინდრომს უწოდებენ. ზოგიერთი ავტორი კი მას გამოხა-  
ტავს სტაგნირებული (დაბშული) მარყუყის სინდრომის სახით (ამ  
დროს ბაქტერიების ქარბი გამრავლების მიზეზია არა ფისტულები,  
არამედ წვრილი ნაწლავის სანათურების თანდაყოლილი ან შექნილი  
სტრიქტურები). სტაგნირებული მარყუყის სინდრომებს ეხედებით  
კრონის დაავადების, რადიაციული ენტერიტების, წვრილი ნაწლავის  
სიპსიენების, შეხორცებების და ნევროფიბრომატოზების დროს.

წვრილი ნაწლავის ფისტულების და სტრიქტურების დიაგნოსტიკა  
წარმოდგენელია რენტგენოგრაფიის გარეშე. ამის შემდეგ ხდება  
წვრილი ნაწლავის ზონდირება სპეციალური ენტერალური ზონდით  
(ბიოფსიური კაფსულით). ეიუნალური შიგთავსის მიკრობიოლოგი-  
ური გამოკვლევით ვლინდება ბაქტერიების ქარბი ზრდა. გან-  
საკუთრებული ყურადღება ექცევა მადეკონიუგირებელი ბაქტერი-  
ების — ბაქტერიოდების, კლოსტრიდიების და ენტეროკოკების ამო-  
თესვას. ერთდროულად მიმართავენ ნაღვლის მკავეების განსაზღვრას.  
ხშირად თავისუფალი ნაღვლის მკავეები (ქოლის, ჰენოდეზოქსიქოლის,  
დეზოქსიქოლის, ლიტოქოლის )მომატებული რაოდენობითაა (ნორმა-  
ში არ არის ან უმნიშვნელო კონცენტრაციით გვხვდება). რაც შეეხება  
კონიუგირებული ნაღვლის მკავეებს, მათი კონცენტრაცია საგრძნობ-  
ლად დაქვეითებულია. მიუხედავად ამ ორი მეთოდის მალაღინფორმა-  
ტიულობისა, მათ ფართო დანერგვას კლინიკებშიც კი ხელს უშლის  
ტექნიკური სიძნელეები.

ბრმა მარყუყის სინდრომის დიაგნოსტიკა შეიძლება არაინვაზი-  
ური მეთოდების გამოყენებითაც. ამ მიზნით ვიყენებთ რეზორბციულ  
ტესტებს (d+ქსილოზის შეწოვა როე და რაისის მეთოდით და ცხი-  
მების რაოდენობრივი განსაზღვრა დღე-ღამის განავალში ვან დე კა-  
მერის მეთოდით). ბრმა მარყუყის სინდრომის დროს დაქვეითებულია  
როგორც მონოსაქარიდის (ქსილოზას), ისე ცხიმოვანი მკავეების შე-  
წოვა. ამის შემდეგ მკურნალობენ ex juvantibus. ე. წ. ეუბოტიკე-  
ბით (დისბაქტერიოზის საწინააღმდეგო პრეპარატებით — ინტესტოპა-  
ნით. ბაქციუსბტილით, ანაერობიციდული ანტიბიოტიკებით — ვიბრა-  
შიციინით, კლინდამიციინით, აგრეთვე მეტრონიდაზოლით) 7—10 დღის  
განმავლობაში. თუ ამ საცდელ-სადიაგნოსტიკო მკურნალობის შემ-  
დეგ ქსილოზის და ცხიმოვანი მკავეების შეწოვა გაუმჯობესდა, მაშინ  
შესაძლებელია დავუშვათ, რომ მალაბსორბციის სინდრომი შეიძლება  
გაპირობებული იყოს ე. წ. „ბრმა“ ან სტაგნირებული წვრილი ნაწლა-  
ვის მარყუყის სინდრომით.

მკურნალობა ფისტულების და სტრიქტურების დროს უნდა იყოს



კონსერვატიული და ქირურგიული. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს დიეტურ მკურნალობას — უნდა გამოვიყენოთ ე. წ. № 4 ბ (ენტერიტული) დიეტა. ბოლო წლებში იყენებენ ე. წ. ელემენტარულ დიეტას, რომელსაც ზოგჯერ კოსმონავტის დიეტასაც უწოდებენ (მას ხმარობენ კოსმოსური ფრენის დროს). გარდა ამისა, მიზანშეწონილია სხვადასხვა ფერმენტული პრეპარატების — პანზონორმის, ფესტალის, ენტეროსედივის. პანკრეატინის ხმარება.

წერილი ნაწლავის რეზექციების შემდეგ. რაც ტარდება სტრიქტურების, სიმსივნეების, გაუვალობის, ფისტულების და კრონის დაავადების დროს, ხშირად ვითარდება ენტეროციტარული მალაბსორბციის სინდრომები. განსაკუთრებით საყურადღებოა თქმოს ნაწლავის ტერმინალური მონაკვეთის რეზექციის შემდეგ განვითარებული მძიმე პროფუზული დიარეა, რომელიც დიდი პრობლემების წინაშე აყენებს როგორც ავადმყოფს, ისე ქირურგებს. ამ დროს აღინიშნება ნაღვლის მკაეების და B<sub>12</sub> ვიტამინის მალაბსორბცია (ნორმაში ნაღვლის მკაეების 90—95% იწოვება თქმოს ნაწლავის ტერმინალურ მონაკვეთში. ამ ნაწილის ამოკვეთის შემთხვევაში მკვეთრად უარესდება ნაღვლის მკაეების შეწოვა, რომლებიც მოხვებიან რა მსხვილ ნაწლავში, თრგუნავენ წყლის და მარილების შეწოვას. საბოლოოდ ვითარდება წყლიანი, დიარეა). მოგვეყვას მაგალითი საკუთარი დაკვირვებიდან:

ავადმყოფი შ. მ. 75 წლის, ქირურგიულ კლინიკაში მოთავსდა 18.03.80 წ. სიმსივნური გაუვალობის გამო. ოპერაციიდან რამდენიმე დღის შემდეგ განვითარდა დიარეა. უხვი წყლიანი განავლის გამოყოფა. დეფეკაციის სიხშირემ მიაღწია 20—30-ს დღე-ღამეში. აღსანიშნავია, რომ ავადმყოფს ბოლო 30 წელი აღინიშნებოდა შეკრულობა და დეფეკაციის ახერხებდა მხოლოდ ოყნის საშუალებით. იმდენად მძიმე იყო დიარეა, რომ პაციენტმა ერთი თვის განმავლობაში 25 კგ-მდე დაიკლო. განუვითარდა მძიმე დეპრესიული ნევროზი. მკურნალობა ანტიბიოტიკებით. ფესტალით, პანზონორმით, ინტესტოპანით და სხვ. სრულიად უეფექტო აღმოჩნდა. მივიღეთ რა მხედველობაში თქმოს ნაწლავის ტერმინალური ნაწილის ამოკვეთა, ჩაუტარეთ მკურნალობა ex juvantibus ქოლესტერამინით (თითო ჩაის კოვჩი 4-ჯერ დღეში). იმავე საღამოს შეწყდა დიარეა და განვითარდა შეკრულობა, რამაც გააძვირა ქოლესტერამინის დოზა შეგვეპირებინა 2 ჩაის კოვჩამდე (8 გრამამდე) დღე-ღამეში. 1 თვეში ავადმყოფმა 10 კგ-მდე მოიმატა წონაში. გამოსწორდა სისხლის სურათი. სამწუხაროდ მეტასტაზების გამო ავადმყოფი რამდენიმე თვეში გარდაიცვალა, მაგრამ ქოლესტერამინის ანტიდიარეული ეფექტი იმდენად შთაბეჭდავი იყო, რომ მას მოეხსნა მძიმე ნევროზი, მოუწესრიგდა ძილი.

თავისებურია მალაბსორბცია წერილი ნაწლავის პროქსიმალური ნაწლავის რეზექციის შემთხვევაში, რასაც მიმართავენ სიმსივნეების, გაუვალობის, კრონის დაავადების (ეიუნალური ლოკალიზაციის) და სხვა შემთხვევებში. დიაგნოზს ადგენენ ანამნეზის, ოპერაციული ოქმის გულდასმით გაცნობის, დიარეის, სტეატორეის, ანემიის, ტეტანიისა და ჰიპოვიტამინოზის საფუძველზე. ლაბორატორიული გამოკვლევებიდან აღსანიშნავია ქსილოზას შეწოვის დაქვეითება, დღე-

ღამის განავალში თავისუფალი ცხიმოვანი მკვებების მომატება, რადიოიზოტოპური ოლეინმკვავას ქარბი (5%-ზე მეტი) გამოყოფა. მკურნალობა ქოლესტერამინით მდგომარეობას აუარესებს. სამკურნალოდ უნდა გამოიყენოთ № 4 ბ ლიეტა, რომელსაც ავადმყოფს წლობით უნიშნავენ. მედიკამენტებიდან სასარგებლოა ფესტალი, ღიგესტალი, ვიტამინები და სხვ. ცხიმებიდან დასაშვებია ნაღების კარაქი.

გართულებები ახასიათებს წვრილი ნაწლავის შერთულს, რომელსაც ფართოდ მიმართავენ საზღვარგარეთ მძიმე ფორმის სიმსუქნის სამკურნალოდ. იგი უნდა შეფასდეს, როგორც იატროგენული ბრმა მარყუჟის სინდრომი კლასიკური კლინიკური სურათით — დიარეით, წონაში მკვეთრი დაკლებით, ჰიპოვიტამინოზით, ანემიით და სხვ. ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევა, როდესაც 200 კგ წონის ავადმყოფმა ამ ოპერაციის შემდეგ დაიკლო 140 კგ, მაგრამ მას განუვითარდა მალაბსორბცია, მალასიმილაცია. კახექსია, ქოლე და უროლითიაზი, ღვიძლის ციროზი და გარდაიცვალა ღვიძლ-თირკმლის უკმარისობით (ე. ჭული, 1977).

ენტეროციტალური მალაბსორბციის სინდრომები ხშირად გვხვდება კრონის დაავადების დროს, რომელიც არ შემოიფარგლება ტერმინალური ილეიტით, არამედ ვრცელდება მღივი ნაწლავის პროქსიმალურ ნაწილში, სადაც ხდება ნუტრიენტების შეწოვა.

კრონის დაავადება შეიძლება შეგვეშალოს სიმსივნეებთან. მოგვეყავს მაგალითი საკუთარი დაკვირვებიდან (ხ. პაპკორია).

ავადმყოფი ნ. შ. 39 წლის, გადმოყვანილი იყო რკის გასტროენტეროლოგიურ განყოფილებაში 2. 09. 88 წ. ონკოლოგიური სამეცნიერო ცენტრიდან ნაწლავის ლიმფომის დიაგნოზით. ავადმყოფმა ერთი წლის განმავლობაში დაიკლო 50 კგ, იწვა რინოზის კლინიკურ საავადმყოფოში, მოსკოვის გასტროენტეროლოგიურ ინსტიტუტში, სადაც დაუდგინეს ნაწლავთა მრავლობითი ლიმფომის დიაგნოზი. ჩვენს განყოფილებაში შემოსვლისას ყურადღება მიიპყრო დიარეამ, კახექსიამ და უშაქრო დიაბეტმა (10—14 ლიტრამდე შარდი დღე-ღამეში, ხვ. წონა 1000—1005-მდე). რენტგენოგრაფიით (რ. ჩუკურიშვილი) გამოვლინდა თემოს ნაწლავის ტერმინალური მონაკეობის შევიწროება, რომელიც ახასიათებს კრონის დაავადებას, მაგრამ კრონის დაავადების არსებობას ეწინააღმდეგებოდა უშაქრო დიაბეტი და კახექსია. საბოლოოდ ეჭვი მივიტანეთ ჰისტოციტოზ X-ზე (ეოზინოფილურ გრანულომაზე). გაკეთდა ოპერაცია (პროფ. გ. ბოჭორიშვილი). ბრმა ნაწლავიდან 20 სმ-ის მოშორებით წვრილ ნაწლავში აღმოჩნდა დიდი სიმსივნე, რომელიც მთლიანად ახშობდა სანათურს. ამოკვეთილი სიმსივნის ჰისტომორფოლოგიური შესწავლით აღმოჩნდა ეოზინოფილური გრანულომა აუთოსებოიანი მეტაბლაზით (პროფ. თ. დეკანოზიძე, 1988). აღსანიშნავია, რომ სიმსივნის ამოკვეთის შემდეგ უშაქრო დიაბეტის მოვლენები მკვეთრად შემცირდა ადიურეტინის მიღების გარეშე. სამწუხაროდ, დაგვიანებულმა ოპერაციამ ძლიერი კახექსიის და პერიტონიტის გამო ავადმყოფი ვერ გადაარჩინა.

აღსანიშნავია, რომ ძვლების მულტიფოკალური ეოზინოფილური გრანულომატების — პენდ-შულერ-კრისჩენის დაავადების დროს უშაქრო დიაბეტი გვხვდება თითქმის 50%-ში, ხოლო ზრდის პორმონის დეფიციტი 25%-ში. პ. კოლერს (1980) ამის მიზეზად მიანიხი კიპოთალამუსის იზოლირებული ინფილტრაცია ჰისტოციტებით.

რაც შეეხება ჰიპოთეზის წინა წილს, აქ არ ვხედავთ ჰისტოციტარულ ინფილტრაციას და სხვა პორფირების უკმარისობას.

ჩვენი შემთხვევის თავისებურება მდგომარეობს იმაში, რომ უმაქრო ღიაბეტი და კახეცისა განვითარდა იშვიათი ლოკალიზაციის ეოზინოფილური გრანულომის დროს და პოლიდიფსია, პოლიურია მკვეთრად შემცირდა სიმსივნის მოცილებას შემდეგ. ლიტერატურაში არ ყოფილა აღწერილი თემის ნაწლავის ტერმინალურ მონაკვეთში ლოკალიზებული ეოზინოფილური გრანულომის შემთხვევა, ასოცირებული უმაქრო ღიაბეტთან და კახეცისასთან (ლ. არუინი, 1989).

**ტ რ ა ნ ს პ ო რ ტ ი ს დ ე ფ ე ქ ტ ი თ გ ა მ ო წ ე ვ უ ლ ი მ ა ლ - ა ბ ს ო რ ბ ც ი ი ს ს ი ნ დ რ ო მ ი.** გვხვდება შეხორცებითი პერიკარდიტის, გულის მანკის, აბდომინალური ანგიინის, რეტროპერიტონეალური სიმსივნის და ლიმფანგიექტაზის დროს, ამ დაავადების დროს საკვების მონელება და შეწოვა ნორმალურად ხდება, მაგრამ ჯარღვეულია მისი ტრანსპორტი.

### **შერეული ტიპის მალასიმილატიის სინდრომი**

ამ დროს დარღვეულია როგორც საკვების მონელება, ისე შეწოვა. მას განსაკუთრებით ბილროთის II წესით რეზექციის შემდეგ ვხვდებით. საკვების გადასვლა წვრილ ნაწლავში მეტად აჩქარებულია, კუჭი ვერ ასწრებს მის მონელებას მომწელებელი წველის სიმცირის და ქიმუსის მცირე ხნით დაყოვნების გამო. მოუნელებელი საკვები პირდაპირ გადადის წვრილ ნაწლავში, სადაც ერთდროულად ფერხდება პანკრეასის ფერმენტების და ნაღვლის გადმოსვლა. ყოველივე ეს, ცხადია, მონელების პროცესს საგრძნობლად აქვეითებს. რეზექციის შედეგად მოტორიკის დაქვეითება ხელს უწყობს ბაქტერიების გამრავლებას წვრილი ნაწლავის სანათურში, რაც ნაღვლის მყავების დეკონიუგაციას, ენტეროციტების დაზიანებას, დისაქარიდაზული ფერმენტების ინაქტივაციას განაპირობებს. სწორედ ამით უნდა აიხსნას რძის და მისი პროდუქტების აუტანლობა პოსტგასტრორეზექციული სინდრომების დროს. ავადმყოფები ძირითადი დაავადების ფონზე უჩივიან დიარეას, ბერეას, ყურყურს, სიგამხდრეს, სისუსტეს, მათ აღენიშნებათ ანემია, გლოსიტი, სტომატიტი, პერიფერიული ნეიროპათიები, დერმატიტი, ოსტეომალაცია და სხვ. მკურნალობა კონსერვატიული და ოპერაციულია. დიდი ყურადღება ექცევა დიეტას, უნდა აეკრძალოთ ალკოჰოლადმონელებადი ნახშირწყლების მიღება. მალდიგესტიის სამკურნალოდ ავადმყოფს ენიშნება პანკრეატიანი, კუჭის წვენი, პანზინორმი, ფესტალი, დიგესტალი, წვრილი ნაწლავის დისბაქტერიოზის სამკურნალოდ უნიშნავენ ბისეპტოლს, ბაქტისუბტილს, ენტეროსედივს 7—10 დღიანი კურსით, დიარეის სამკურნალოდ შეიძლება მივეცეთ ქოლესტერამინი, ბილიგნინი, იმოდიუმი.

ს ა რ ჩ ი ვ ი

შესავალი	3
კუპის, თორმეტგოჯა, წერილი და მსხვილი ნაწლავების დივერტიკული	5
კუპისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის ეროზია და მწვავე წყლული	11
კუპისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული ენდოკრინული დაავადებების დროს	13.
კუპისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება	18.
თორმეტგოჯა ნაწლავის სტაზი	65
კუპის მწვავე გაგანეირება	66
კუპის გასკდომა	67
კუპის შემოგრება	68
კუპის, თორმეტგოჯა, წერილი და მსხვილი ნაწლავის ფლემონა	69
კუპის და ნაწლავების სპეციფიკური ინფექციური დაავადებანი	71
სისხლის ღენა კუპიდან და ნაწლავებიდან	78
წერილი ნაწლავის პირველადი წყლული	96
წერილი ნაწლავის მწვავე წყლული	97
წერილი ნაწლავის ტიფური წყლულის პერფორაცია	98
კრონის დაავადება	99
ნაწლავთა მწვავე გაუვალობა	105
სისხლის შიშობილების მომლასთან დაკავშირებული ნაწლავთა პათოლოგია	128
მუცლის ღრუს იშემიური დაავადება	128
მეზენტერიულ სისხლძარღვთა თრომბოზი და ემბოლია	129
ჰემორაგიული კაპილაროტოქსიკოზი	134
კუპ-ნაწლავის ხერხეშილი	135
ნაწლავის პნევმატოზი	143
არასპეციფიკური წყლულოვანი დაავადება	144
კუპ-ნაწლავის უცხო სხეულები	147
კუპისა და ნაწლავების სიმსივნეები	149
კუპისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები	149
კუპის იზოლირებული ლიმფოგრანულომატოზი	157
კუპის ავთვისებიანი სიმსივნეები	157
კუპის სარკომა	173
პლასტიკური ლინიტი	174
თორმეტგოჯა ნაწლავის კიბო	175
წერილი ნაწლავის სიმსივნეები	176
მსხვილი ნაწლავის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები	186
მსხვილი ნაწლავის კიბო	187
მწვავე აპენდიციტი	196
ლეიქოსის დაავადებანი	218
ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვე გზების დაავადებანი	234
პანკრეასის დაავადებანი	256
ელენთის დაავადებანი	269

მეცლის ღრუს ღია დაზიანება .	273
მეცლის ღრუს ორგანოების დაზარული დაზიანება	278
მეცლის ღრუს ორგანოების დაზიანების მკურნალობა	286
სისხლის მიმოქცევის უკმარისობა ოპერაციის შემდგომ პერიოდში	293
სუნთქვის უკმარისობა ოპერაციის შემდგომ პერიოდში	301
თრომბოზი და თრომბოემბოლია	302
ჰპერტერმია	303
მწვავე ადრენოკორტიკალური უკმარისობა და მისი მკურნალობა	309
ლვიძლის მწვავე უკმარისობა	311
თირკმლის მწვავე უკმარისობა	315
ჰეპატორენული უკმარისობა	320
ოპერაციის შემდგომი პაროტიტი	321
ადრეული რელაპარატოზია	322
ოპერაციის შემდგომი გართულებების სიმპტომატოლოგია	324
ოპერაციის შემდგომი სისხლის დენა	324
ნაყერების უკმარისობა	327
ნაწლავთა ოპერაციის შემდგომი მწვავე გაუქვლობა	328
ოპერაციის შემდგომი პერიტონიტი	330
მეზენტერიულ სისხლძარღვთა თრომბოზი და ემბოლია	335
ევენტერაცია	336
ოპერაციის შემდგომი პანკრეატიტი	337
მალასიმილაციის (მალდიგესტიის და მალაბსორპციის) სინდრომები ქირურგიაში (ბ. რაჰველიშვილი, ხ. პაჭკორია)	338

Тенгиз Ильич Ахметели  
Георгий Андреевич Каконшвили  
Леван Тарислович Данеладзе

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

(На грузинском языке)

რედაქციის გამგე ე. კობიაშვილი  
რედაქტორი მ. თმანიძე  
სამხატვრო რედაქტორი გ. აბრამიშვილი  
ტექნიკური რედაქტორი ნ. დოგუზაშვილი  
უფროსი კორექტორი ე. ბაბალაშვილი  
კორექტორი ლ. გოგეშვილი  
გამომწვეები თ. შაქავარიანი

სბ № 3836. Учебное издание для вуза.

გადაეცა წარმოებას 12.05.89. ხელმოწერილია დასაბეჭდად 8.12.89.  
ქალაქის ზომა 60×90<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. საბეჭდი ქალაქი № 2. გარნიტურა  
ვენა. მაღალი ბეჭდვა. ნაბ. თბ. 22. საღებავგატარება 22,25.

სააღრიცხვო-საგამომცემლო თბაზი 20,75.

უე 08417. ტირაჟი 7 000. შეკე. № 250.

ფასი 85 კაპ.

გამომცემლობა „განათლება“, თბილისი, ორჯონიძის ქ. № 50.  
Издательство «Ганатлеба», Тбилиси, ул. Орджоникидзе, 50  
1989

საქართველოს სსრ გამომცემლობათა, პოლიგრაფიისა და წიგნის  
უპრობის საქმეთა სახელმწიფო კომიტეტის ბეჭდვითი სიტყვის  
კომბინატი, თბილისი, მარჯანიშვილის ქ. № 5.

Комбинат печати Государственного комитета Грузинской ССР  
по делам издательства, полиграфии и книжной торговли, Тби-  
ლისи, ул. Марджанишвили, 5.