

Մ. Պ. ՇԱՏԱԽՅԱՆ

ԻԼԵՈՒՍԻՑ ԱՌԱՋԱՑԱԾ ՄԱՀԱՑՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՆՐԱ ՆԱԽԱԿԱՆԽՈՒՄՆԵՐԻՆ
ՎԵՐԱԲԵՐՈՂ ՄԻ ՔԱՆԻ ՀԱՐՑԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Աղիքների սուր անանցանելիությունը, որն արդամինալ վիրաբուժության մեջ համարվում է ծանրագույն հիվանդություններից մեկը և առաջինը (սուր պանկրեատիտից հետո) իր բարձր մահացության տվյալներով, բազմիցս քննության առարկա է դարձել մեր և արտասահմանյան վիրաբուժական կոնֆերանսներում ու համագումարներում:

Այս հիվանդության տարբեր բնագավառների (էտիոպաթոգենեզի, կլինիկո-դիագնոստիկայի, պաթոմորֆոլոգիայի և այլն) վերաբերյալ կա հարուստ գրականություն: Սակայն, առ այսօր էլ, իլեուսին վերաբերող շատ հարցեր մնում են թերի և համարյա չլուսաբանված: Դրանց շարքին են պատկանում իլեուսից առաջացած մահացության և այդ հիվանդության նախականիսման հարցերը:

Աշխատության նպատակն է՝ մեր կլինիկական նյութերի անալիզի հիման վրա հնարավորին չափ մեկնաբանել այս հիվանդությունից առաջացած մահացությանը և նրա նախականիսումներին վերաբերող որոշ հարցեր:

Վերջին հինգ տարիների ընթացքում Նրևանի բժշկական ինստիտուտի հոսպիտալ վիրաբուժական կլինիկա է ընդունվել 12011 հիվանդ: Դրանցից 190 հոգի, կամ 1,6 տոկոսը տառապել է աղիքների սուր անանցանելիությամբ: Մեր այս 190 հիվանդներից, նշված հինգ տարիներում, մահացել է 21 հոգի, որը կազմում է 11,05 տոկոս (տես աղյուսակը):

Թվական այս տվյալները համեմատելով սրանից 40 տարի առաջ եղած վիճակագրական տվյալների հետ, տեսնում ենք, որ իլեուսից առաջացած մահացության թիվն իջել է ավելի քան 3—4 անգամ: Նախկին 50—60 տոկոսի փոխարեն, ներկայումս այս հիվանդությունից առաջացած մահացությունը չի անցնում 15—20 տոկոսի սահմաններից:

Աղիքների սուր անանցանելիությունից առաջացած մահացության այս վայրէջքը մենք հիմնականում վերագրում ենք հետևյալ պայմաններին.

1. Մեր 12011 հիվանդներից, ինչպես տեսանք, 1,6 տոկոսի մոտ եղել է աղիքների սուր անանցանելիություն: Այս թվական տվյալները համեմատելով մեր հիվանդանոցի 1932—1936 թվերի վիճակագրական տվյալների հետ, տեսնում ենք, որ իլեուսով տառապող հիվանդների թիվը պակասել է մոտ երկու անգամ: Նույնանման թվական տվյալների մենք հանդիպում ենք մի շարք այլ հեղինակների մոտ, այսպես, օրինակ՝ Ա. Ս. Այլտշուլը (Օրենբուրգ), նույն տարեթվերի համեմատությամբ, 1961 թվին նշել է իլեուսով հիվանդների թվի անկում՝ 2,5 անգամ, Ի. Մ. Բելոուսովան (Մոսկվա—1959 թ.)՝ 3 անգամ, Դ. Ն. Ֆյոդորովը և Լ. Ի. Գարվինը (Լենինգրադ—1956 թ.)՝ մոտ 2 անգամ և այլն: Այս հանգամանքը հիմնականում պետք է վերագրել մեր երկրի աշխատավորության սո-

Աղիքների սուր անանցելիության պատկերը 1962—1966 թվերին

Տարեթիվը	Ընդունված հիվանդների ըստ տարեթվերի	Իվետում հիվանդների թիվը յուրաքանչյուր տարում	Դ ր ա ն ց ի ց																		Մահացողների ցամաքային թվերը տոկոսները
			աղիքների մեխանիկական անանցանելիությամբ																		
			դինամիկ անանցանելիություն		օբստրուկցիոն		Տ-ձևի աղիքի ոլորումներ		բարակ աղե- ոլորումներ		աղեհանգու- ցավորումներ		ինվազիոնա- ցիա		մեղեքներ անոթների թրոմբոզ		կալումա- յին հի- վանդու- թյուն		ընդամենը՝ մեխանիկա- կան իվետու- ներ		
			ընդուն- վել են	մահա- ցել են	ընդուն- վել են	մահա- ցել են	ընդուն- վել են	մահա- ցել են	ընդուն- վել են	մահա- ցել են	ընդուն- վել են	մահա- ցել են	ընդուն- վել են	մահա- ցել են	ընդուն- վել են	մահա- ցել են	ընդուն- վել են	մահա- ցել են	ընդուն- վել են	մահա- ցել են	
1962	1736	27	3	—	3	1	1	1	—	—	—	—	1	—	2	2	17	—	24	4	4
1963	2464	45	3	1	7	1	—	—	—	—	—	—	4	1	1	1	30	1	42	4	5
1964	2432	36	3	—	9	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	22	1	33	1	1
1965	2670	52	13	2	12	1	—	—	—	—	—	—	3	—	1	1	24	4	40	6	8
1966	2719	29	5	—	6	1	—	—	—	—	—	—	3	1	—	—	15	1	24	3	3
Ընդամենը՝	12011	190 կամ 1,6 տոկոս	27	3	37	4	1	1	—	—	—	—	13	2	4	4	108	7	163	18	21 հոգի, կամ 11,05 տոկոս

ցիալ-տնտեսական պայմանների բարելավմանը, նրա առաջընթացին: Նշված իրադրությունը մեկ անգամ ևս հաստատում է անվանի վիրաբույժների՝ Ն. Ն. Գրեկովի, Ս. Ի. Սպասոկուկոցկու, Յու. Յու. Ջանելիձեի, Դ. Պ. Չուխրիենկոյի, Դ. Ա. Արապովի, Գ. Մոնդորի և շատ ուրիշների այն կարծիքը, որ իլեուսի առաջացման պայմաններից մեկը ծանր ֆիզիկական աշխատանքն է և անկանոն ու վատորակ սննդի օգտագործումը (նկատի են ունեցել պատերազմի և սովի տարիների կերակրանյութերը): Ներկայումս այդ գործոնները հիմնականում վերացվել են:

Այժմ, աշխատանքի մեխանիզացիայի շնորհիվ, մեր շատ հիմնարկ-ձեռնարկություններում, ինչպես քաղաքներում, այնպես էլ գյուղական վայրերում, վերացել է ծանր ֆիզիկական աշխատանքը: Լիովին կարգավորված է հասարակության սննդի գործը: Սննդամթերքը բարձրորակ է և բազմատեսակ: Կարգավորված է նաև աշխատավորների սննդի ռեժիմը: Այս հանգամանքը, անտարակույս, նշանակալից դեր ունի իլեուս հիվանդության հաճախականության, հետևաբար և նրանից առաջացած մահացության նվազեցման գործում:

2. Առողջապահական օրգանների կողմից հսկայական աշխատանք է տարվել իլեուսով հիվանդների ժամանակին ախտորոշման և հոսպիտալացման գործում: Արդյունքը եղավ այն, որ վերջին տարիներին, ինչպես շտապ օգնության կայանի, այնպես էլ շրջանային հիվանդանոցների և պոլիկլինիկաների բժշկների կողմից կլինիկա գործուղված հիվանդների մեծ մասի մոտ «աղիքների սուր անանցանելիություն» դիագնոզը ճշտվում է:

Կլինիկայում, այդ հիվանդների նկատմամբ (ոչ ավելի, քան երկու ժամվա ընթացքում) մի շարք մանիպուլյացիաների միջոցով որոշվում է բուժման մեթոդիկայի հարցը՝ օպերատիվ կամ կոնսերվատիվ: Կլինիկայում ստեղծված են բոլոր պայմանները՝ պայքարելու հիվանդների մոտ առաջացած շոկի, ինտոքսիկացիայի և ինֆեկցիայի դեմ: Ունենք լավագույն միջոցներ՝ հիվանդների մոտ վերականգնելու ջրա-աղային և սպիտային բալանսի կորուստը:

Այսպիսով, իլեուսով հիվանդների վաղաժամ ախտորոշումն ու հոսպիտալացումը և կլինիկայում գործադրվող ռացիոնալ ու կոմպլեքսային բուժօգնությունը հիմնական նախապայմաններ են, այդ հիվանդներից շատերին բուժելու համար:

3. Մյուս հարցը, դա աղիքների սուր անանցանելիության ձևերի «փոխակերպությունների» հարցն է: Վերջին 5 տարիների ընթացքում մենք չենք ունեցել աղիքների ոլորում և հանգուցավորում՝ ըստ Վիլմսի նկարագրած մեխանիզմի: Այդ 5 տարիների ընթացքում մենք ունեցել ենք, Յեզեֆոն-Մանտեյֆելի արտահայտությամբ, «սև» սիգմայի միայն մեկ դեպք: Ինչ վերաբերում է ստամոքսի և 12 մատնյա աղիքի ոլորումներին, այդպիսիք մենք չենք ունեցել վերջին 30 տարիների ընթացքում: Մահացության բարձր տոկոսի հասնող իլեուսների նշված ձևերի անհետացումը, կամ բացառիկ դեպքերում դրանց ի հայտ գալը, անշուշտ իրենց արտահայտությունն են գտել ներկայիս վիրաբուժական կլինիկաների, աղիքների սուր անանցանելիությանը վերաբերող համախառն վիճակագրական տվյալներում, տալով մահացության տոկոսի ավելի ցածր ցուցանիշներ:

Հակառակ դրան, ներկայումս հաճախակի հանդիպում ենք իլեուսի այնպիսի ձևերի, որոնց հիմքում ընկած է աղիքների կպումային հիվանդությունը:

Այս տիպի իլեուսների հաճախականությունը տարեցտարի աճում է և իր թվական տվյալներով գերազանցում է մնացած բոլոր ձևերի իլեուսներին միասին վերցրած:

Մեր 190 հիվանդներից 108-ի մոտ, կամ 57 տոկոսի դեպքում, ունեցել ենք աղիքների կպումային հիվանդություն: Այս տիպի իլեուսների վտանգավոր կողմն այն է, որ որոշ դեպքերում, կպումափոկերը օղակելով աղիքի այս կամ այն հատվածը, առաջացնում են ստրանգուլացիոն իլեուսին հատուկ ծանրագույն պատկեր:

Մահացութեան դեպքերն այս տիպի իլեուսներից բացառիկ չեն: Մեր 108 հիվանդներից 7-ը մահացել են այդ փոկավորումներին հաջորդող աղիքների գանգրենայից:

Զափազանց հաճախ կրկնվող այս հիվանդության արգելակումների համար պահանջվում են վճռական միջոցառումներ: Լավագույնն այս հարցում մենք համարում ենք նախականիումը:

Հայտնի է, որ աղիքների կպումային հիվանդությունը հիմնականում (60—90 տոկոսի դեպքում) առաջանում է որովայնի օրգանների տարբեր տիպի օպերացիաներից՝ ապենդեկտոմիա, խոլեցիստեկտոմիա, ձվարանների կիստա, ստամոքսի խոցային հիվանդություն, ճողվածքների ռադիկալ օպերացիա և այլն:

Ապացուցված է նաև, որ որքան տրավմատիկ է կատարվող օպերացիան, այնքան մեծ հավանականություն կա կպումային հիվանդության զարգացման համար:

Այստեղից եզրակացնում ենք, որ վերոհիշյալ օրգանների օպերացիաներ պետք է կատարել նրանց «սառը» շրջանում, այսինքն՝ չսպասել մինչև խրոնիկական ռեցիդիվող ապենդիցիտը սրանա, կամ ճողվածքն օղակման ենթարկվի, ձվարանի կիստան ոլորվի իր կոթանի շուրջը, ստամոքսի խոցը տա թափածակում և այլն: Կասկածից վեր է, որ նման վիճակում կատարված օպերացիաներն ավելի քան տրավմատիկ են:

Նույնանման պրոֆիլակտիկ միջոցառումներ մենք անհրաժեշտ ենք համարում կիրառել նաև աղիքների դինամիկ ձևերի (սպաստիկ և պարալիտիկ) անանցանելիությունների ժամանակ: Հայտնի է, որ աղիքների դինամիկ, կամ ֆունկցիոնալ անանցանելիությունը առաջնային պաթոլոգիական պրոցես չէ, այն միշտ լինում է այլ օրգան-սիստեմների ախտահարման հետևանք: Աղիքների այս տիպի սուր անանցանելիության հիմքում ընկած է նեյրոռեֆլեկտոր գործոնը:

Տարբեր հիվանդություններից առաջացած պաթոլոգիական իմպուլսները ռեֆլեկտոր ճանապարհով ազդում են աղեստամոքսային տրակտի գործունեության վրա՝ նրանց որոշ հատվածներում առաջացնելով կամ սպազմ կամ պարալիտիկ վիճակ (վերջինս ավելի հաճախ է հանդիպում): Այդ հիվանդությունների շարքին են պատկանում պերիտոնիտների բոլոր տեսակները, կոլիկները (խիթեր)՝ առաջացած լեղա-միզային ուղիների պաթոլոգիայից, մասնավորապես՝ լեղա-միզաքարային հիվանդություններից և այլն: Աղիքների դինամիկ անանցանելիության պատճառներից մեկն էլ շատ հեղինակների կողմից (Մ. Դ. Կովալևիչ, Գ. Մ. Շչեկոտով, Ի. Մ. Պերելման և ուրիշներ) համարվում է մեղենտերիալ անոթների թրոմբոզը: Վերջինը հիմնականում ի հայտ է գալիս այնպիսի հիվանդների մոտ, որոնք տառապում են էնդոկարդիտով, էնդոարտե-

րիտով, ատերոսկլերոզով, հիպերտոնիկ հիվանդությամբ և այլն: Հետևաբար, ժամանակին բուժելով նշված հիվանդությունները, մենք հիմնականում կանխած կլինենք դրանց հետևանքով առաջացած աղիքների դինամիկ անանցանելիությունները:

Ինչ վերաբերում է մեխանիկական իլեուսի այն ձևերին, որոնք մենք անվանում ենք աղիքների օբտուրացիոն անանցանելիություն և աղիքների ներբունակումներ (ինվագինացիա), ապա շատ դեպքերում դրանք առաջանում են սննդի ռեժիմի խանգարումից, ասկարիդոզից, լեղաքարերի խցանումներից, ապենդիցիտից, տարբեր ծագում ունեցող լուծերից և որոշ դեպքերում էլ՝ աղիքների բարորակ և չարորակ նորագոյացություններից, մասնավորապես՝ քաղցկեղից:

Բացի քաղցկեղից, որի բուժման գործում վճռական դեր ունեն վաղաժամ ախտորոշումը և օպերատիվ միջամտությունը, մյուս բոլոր դեպքերում հնարավոր է կանխել աղիքների ինչպես օբտուրացիոն իլեուսը, այնպես էլ աղիքների ներբունակումները, եթե մենք ուժեղացնենք հասարակության մեջ տարվող սանլուսաշխատանքները, ցուցմունքներ տանք ապենդեկտոմիայի վերաբերյալ, վճռական պայքար մղենք ասկարիդոզի, երեխաների մոտ ամառային լուծերի դեմ և այլն:

Այսպիսով, աղիքների սուր անանցանելիությունից առաջացած մահացությունների լիկվիդացիան, կամ այն մինիմալ թվերի հասցնելու նախապայմաններից ամենավճռականը մենք համարում ենք նշված հիվանդությունների կիրառումը:

Բուժական միջամտությունը հիմնականում պետք է ուղղված լինի իլեուս հիվանդության բազմաէտիո-պաթոգենետիկ գործոնների դեմ, որոնք խթանում են աղիքների սուր անանցանելիության առաջացումը:

ԵԶՐԱԿԱՅՈՒԹՅՈՒՆ

1. Իլեուս հիվանդության կանխման լավագույն պայմաններից մեկը ծանր ֆիզիկական աշխատանքի վերջնական լիկվիդացիան է, հասարակությունը բարձրորակ սննդամթերքներով ապահովելը և սնման ռեժիմի կարգավորումը:

2. Այս հիվանդությունից առաջացած մահացության տոկոսի իջեցման հարցում վճռական նշանակություն ունի այն առաջացնող գործոնների լիկվիդացիան:

3. Իլեուսից առաջացած մահացության դեմ պայքարի լավագույն միջոցառումներից պետք է համարել հիվանդության վաղաժամ ախտորոշումը, հիվանդների վաղաժամ հոսպիտալացումը և վիրաբուժական կոմպլեքսային բուժօգնության ժամանակին կիրառումը:

4. Աղիքների սուր անանցանելիության պրոֆիլակտիկայի կիրառման ասպարեզում կարևոր նշանակություն ունի մասսաների մեջ տարվող սանլուսաշխատանքը:

М. П. ШАТАХЯН

О НЕКОТОРЫХ ВОПРОСАХ СМЕРТНОСТИ И ЕЕ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПРИ ИЛЕУСАХ

Р е з ю м е

Автор находит, что ликвидация смертности от илеуса зависит от освобождения человека от тяжелого физического труда, от обеспечения общества высококачественными пищевыми продуктами и от нормализации режима питания трудящихся.

Ранняя диагностика этого заболевания, ранняя госпитализация больных и раннее хирургическое комплексное лечение являются наилучшими предпосылками в деле уменьшения смертности при илеусах.

По мнению автора, для предупреждения илеуса одним из лучших мероприятий в отношении заболеваний, вызывающих острую кишечную непроходимость, является организация своевременной и рациональной медицинской помощи.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Альтшуль А. С. Механическая непроходимость кишечника. Л., 1961.
2. Арапов Д. А. Труды 26 Всесоюзного съезда хирургов. М., 1956, стр. 453.
3. Белоусов И. М. Новый хирургический архив, 1959, 4, стр. 78.
4. Греков Н. Н. Избранные труды. Под редакцией П. А. Куприянова. М., 1952.
5. Джанелидзе Ю. Ю. Вестник хирургии, т. 56, 3—4, 1938, стр. 333.
6. Ковалевич М. Д. Острая непроходимость кишечника. Ростов-на Дону, 1961.
7. Мондор Г. Неотложная диагностика (живот.), т. II. М—Л., 1937.
8. Перельман И. М. Непроходимость кишок (клиника и терапия). Гомель, 1937.
9. Спасокукоцкий С. И. Русский врач, 3, стр. 78.
10. Федоров Д. Н. и Гарвин Л. И. Труды 26 Всесоюзного съезда хирургов. М., 1956, стр. 499.
11. Цеге-фон Мантейфель В. Г. Русская хирургия, 31, 1915.
12. Чухриенко Д. П. Непроходимость кишечника. Одесса, 1955.
13. Щекотов Г. М. Непроходимость кишечника. М., 1966.
14. Wilms M. Der Ileus. Berlin, 1906.