

Մ. Պ. ՇԱՏԱԽՅԱՆ

ՀԱՍՏ ԱՂՈՒ ՔԱՂՑԿԵՂԱՅԻՆ ԽՅԱՆՈՒՄՆԵՐԻ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ
ԵՎ ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԻ ՔԱՆԻ ՀԱՐՑՆԵՐԻ ՄԱՍԱՆ

Աղիքների սուր անանցանելիության բոլոր այն դեպքերը, երբ աղիքների լուսանցքը ամբողջապես կամ մասնակի խցանված է լինում, ընդունված է անվանել աղիքների օբտուրացիոն իլեուս:

Աղիքների այս տիպի մեխանիկական անանցանելիության ժամանակ միջնդեղերը զերծ է մնում պաթոլոգիական պրոցեսներից: Այդ է պատճառը, որ այսպիսի ախտահարումների ժամանակ աղիքի պատերը համարյա չեն վտանգվում: Նրանք կարող են խիստ լայնանալ, բարակել, բայց պահպանել իրենց կենսոնակությունը: Այսպիսի դեպքերում աղիքների զանգրենա չի առաջանում, քանի որ միջնդեղի անոթները և նյութերը վտանգված չեն:

Աղիքների լուսանցքի խցանվածություն կարող է առաջանալ ինչպես լուսանցքի պարունակությունից, այնպես էլ աղիքների պատերից զարգացող կամ նրանցից դուրս գտնվող հարևան օրգանների զանազան տիպի բորբոքային պրոցեսներից ու նորագոյացություններից:

Այս տիպի մեխանիկական անանցանելիության ժամանակ աղիքների կլինիկական պատկերը շատ խայտաբղետ է: Դա հիմնականում պայմանավորված է նշված հիվանդության զարգացումից առաջացած բազմաթիվ միջանկյալ ձևերով և դրանց ժամանակ ի հայտ եկած բազմատեսակ կլինիկական սիմպտոմների առկայությամբ:

Այս հիվանդությունը շունի միատեսակ սկիզբ ու զարգացում: Այն կարելի է հանդիպել սկսած սուր պրոցեսներից մինչև նրա խրոնիկականի վերածվելը և ընդհակառակը: Մեկի մոտ այն առաջանում է հանկարծակի, մյուսի մոտ՝ աստիճանաբար: Մի դեպքում հիվանդին բերում են աղիքների մասնակի անանցանելիությամբ, մի այլ դեպքում՝ աղիքների լրիվ անանցանելիության սիմպտոմներով: Բնականաբար, նման պայմաններում ախտաբանական հարցերում առաջանում են լուրջ տարաձայնություններ, որի հետևանքով էլ հաճախ հիվանդները ուշ են հոսպիտալացվում և ժամանակին ռացիոնալ բուժօգնություն չեն ստանում:

Աղիքների սուր անանցանելիությամբ կլինիկա ընդունված մեր 543 հիվանդներից 24-ի մոտ եղել է քաղցկեղից առաջացած հաստ աղու լուսանցքի խցանվածություն, որը կազմում է 4,4%:

Ըստ տարիքի դրանք ներկայացնում են հետևյալ պատկերը. 40 — 50 տարեկան՝ 5 հիվանդ, 51 — 60 տարեկան՝ 13 հիվանդ, 61 — 70 տարեկան՝ 5 հիվանդ, 70 տարեկանից անց՝ 1 հիվանդ: Իգալան սեռին պատկանել են 7 հոգի, արական սեռին՝ 17 հոգի: 24 հիվանդներից 19-ը վիրահատվել են. 5 հիվանդի բուժումը տարվել է կոնսերվատիվ ճանապարհով: Այս հինգ հիվանդներին կլինիկա են բերել շատ ծանր վիճակում, և մեր ձեռնարկած սիմպտոմատիկ բուժումը (կաթիլային ձևով զանազան հեղուկների ներերակային ներարկումներ,

սրտային միջոցառումներ, միկրոկլիզմներ, հարերիկամային նովոկաինային բրոնխոդիլատոր Վիշնևսկու և այլն), առանձին արդյունք չի տվել: Այդ հիվանդներից 2-ը կլինիկա ընդունվելուց մոտ 12 ժամ հետո մահացել են: Այս կապակցությամբ ուշադրության արժանի է հիվանդության հետևյալ նկարագիրը:

Հիվանդ Ղ. Գ., 55 տարեկան, կլինիկա է բերվել շտապ օգնության միջոցով 15/12 — 1958 թ. «տարածված թարախային պերիտոնիտ» ակտորոշմամբ:

Հիվանդը դանդաղում է որովայնի շրջանի ցավներից, դադարի անանցանելիությունից և փորկապությունից: Ցավերը սուր են և կրում են տարածված բնույթ, ուղեկցվում են նոզկանքի զգացումով և փսխումներով: Իրեն հիվանդ է համարում մոտ 6 ամիս: Այդ ժամանակամիջոցում միշտ ունեցել է դադերի դժվար անցանելիություն, հաճախ առաջացած փորլուծություն: հետևել է փորկապություն:

Վերջին 6 օրվա ընթացքում դադերը դժվարությամբ են դուրս գալիս և արդեն 4 օր է ինչ դեֆեկալացի չունի: Տեսիլի միջոցները (շերմոցներ, լուծողական և այլն) ավելի են ծանրացրել հիվանդի վիճակը:

Օբյեկտիվ — հիվանդի վիճակը շատ ծանր է, հիվանդը զուրկ է ակտիվ շարժումներից: Գիտակցությունը մթադնած է, դժբեր սրացած, ցիանոտիկ, հոգազույն: Մաշկապառնակները կապ-տավուն են և սառը: Պուլսն արագացած, թույլ լեցումով, մեկ րոպեում 120 — 130 զարկ: Զարկերակային արյան ճնշումը 110/80 մմ սյա, շերմությունը 37,8°, լեզուն չոր է, փառակաված: Որովայնը ասիմետրիկ է, ձախ կեսն զգալի կերպով արտաբերված է: Այդ մասում շոշափումը ցավոտ է, պերկուսիան տալիս է բարձր տիմպանիտ: Որովայնի աջ կեսը նեղ է ընկած, շոշափումը խիստ ցավոտ է, զգացվում է այդ շրջանի մկանների լարվածություն: Պերկուսիան այդ շրջանում տալիս է բթացում: Շշոտկին-Քլոմբերգի սիմպտոմը հույժ դրական է: Ուռուցքի խցանակավման հետևանքով հնարավոր չէ կատարել ռեկտալ քննություն: Կլինիկայում ակտորոշված է աղիքների օբստրուկցիոն անանցանելիություն, ինտոքսիկացիա: Կոնսերվատիվ բուժում: Հիվանդը մահացել է կլինիկա ընդունվելուց 5 ժամ հետո:

Դիաֆերենտ — վերջնաղու առաջնային քաղցկեղ քայքայման փուլում, Թարախային պարապրոտիտ, տարածված ֆիրրինոզ պերիտոնիտ: Լյարդի և միկոլարդի ճարպային դիստրոֆիա:

Նման պատկեր է ներկայացնում նաև մյուս հիվանդը, այն տարբերությամբ միայն, որ վերջինիս մոտ առաջացած ուռուցքի հետևանքով (քաղցկեղ) հաստ աղու խցանվածությունը տեղադրված է եղել իլեոցեկալ անկյան շրջանում: Կլինիկոսեկցիոն ակտորոշման հարցում տարածայնություններ չեն եղել: 2-րդ հիվանդը կլինիկայում մահացել է մոտ 12 ժամ:

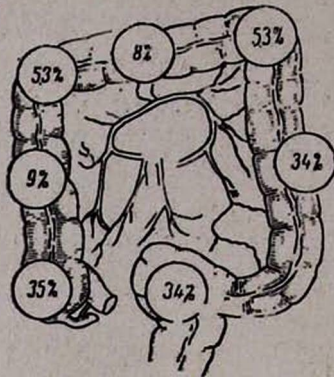
Մեր հիվանդների մոտ էլ աղիքների սուր անանցանելիությունը վերացնելուց հետո կլինիկայում ճշտված է եղել ուռուցքի (քաղցկեղ) առկայություն: վերջնաղու և սիգմայաձև աղիքի շրջաններում: Այս հիվանդները հրաժարվել են առաջարկված վիրահատությունից և կլինիկայից դուրս են գրվել հիմնական հիվանդության նկատմամբ անփոփոխ վիճակում: Սրանցից երկուսը եղել են կանայք, մեկը տղամարդ: Բուրոն էլ 60 տարեկանից անց:

Վիրահատված 19 հիվանդների մոտ հաստ աղու զանազան հատվածներում հայտնաբերված են ուռուցքներ (քաղցկեղ): Ըստ տեղադրման, այդ ուռուցքներից 12-ը եղել են սիգմայաձև աղիքում և ուղիղ աղիքի վերին հատվածներում: Իլեոցեկալ անկյան շրջանում ուռուցքներ տեղակայված են եղել չորս դեպքերում: Հաստ աղու, լյարդի անկյան, հորիզոնական ճյուղի և փայծաղի ծնկավորման շրջաններում ունեցել ենք ուռուցքների մեկական դեպք:

Քաղցկեղի տեղակայության հաճախականությունը հաստ աղու զանազան հատվածների նկատմամբ միատեսակ չէ: Սովորաբար հաստ աղու երկու կեսերը (աջ և ձախ) համահավասար կերպով են ակտորոշվում (տես նկ. 1):

Մեր դիտողությունները չեն ապացուցում այդ: Նշված 19 հիվանդներից

1%-ի մոտ հայտնաբերված աղեկոկարցիանոման պատկանել է հաստ աղու ձախ կեսին (գլխավորապես սիզմային)։ Միայն 7 դեպքերում մենք այդպիսին գտել ենք խթաղիքի մնացած հատվածների վրա։



Նկ. 1. Քաղցկեղի տեղադրման հաճախականությունը հաստ աղու տարրեր հատվածներում (սխեմա ըստ Բ. Յա. Դեյնեկի)։

Քաղցկեղից առաջացած հաստ աղիքի անցքակալումները դարձանում են աստիճանաբար։ Հիվանդության սկզբնական շրջանը անցնում է ծածկաբար, բանի որ ուռուցքն ունի շնչին մեծություն և աննշան չափով և արտափրված դեպի աղիքի լուսանցքը։ Վերջինս ուռուցքի այդ շրջանում միանգամայն ազատ է լինում, և աղիքի պարունակությունն անցնում է այդ վտանգված շրջանից։

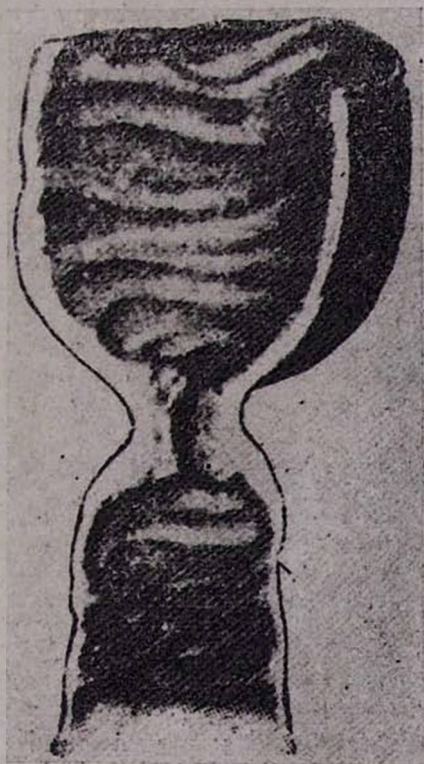
Հիվանդության երկրորդ շրջանում հիվանդների մոտ երբեմն առաջանում է փորկապություն, երբեմն էլ դրան հետևում է լուծ։ Այս շրջանում հիվանդները զանգատվում են ընդհանուր թուլությունից, ախորժակի անկումից, որովայնում ծանրության դժացումից, աղիքների զգալուցից և պարբերական ցավերից, որոնք ուժեղանում են ծանրամարտ կերակրանյութերով սնվելուց հետո։

Հետագայում խթաղու ձախ կեսի (հատկապես վերջնաղու կոնքային հատվածի) ուռուցքների զարգացման, նրանց խոցոտումների և քայքայվածության հետևանքով հիվանդի մոտ առաջանում է որովայնի արտափրվածություն, գաղերի կուտակում, նիք և լորձա-արյունային լուծ։

Հիվանդության այդ շրջանում բուժող բժիշկները հաճախ ախտորոշում են «արյունային լուծ» — «դիզենտերիա», և այդ հիվանդները (երբեմն նույնիսկ հարկադրաբար) հոսպիտալացվում են ինֆեկցիոն հիվանդանոցներում։ Ախտորոշման սխալները հիվանդության այս շրջանում եզակի չեն։ Մեր 24 հիվանդներից 3-ը տեղափոխվել են ինֆեկցիոն հիվանդանոցից, երբ նրանց մոտ արդեն առկա է եղել աղիքների սուր անանցանելիության սիմպտոմոկոմպլեքսը։ Այս հիվանդության ախտորոշման հարցում Գ. Մոնդորը նշանակալից տեղ է տալիս հասակավոր մարդկանց։ Նրա տվյալների համաձայն 50-ից անց տարիք ունեցողների մոտ հաճախ է կրկնվում խթաղու քաղցկեղի ֆոնի վրա առաջացած աղիքների սուր անանցանելիություն։

Հիվանդության «սառը» շրջանում աղեստամոքսային տրակտի ռենտգենոսկոպիան լավագույն գործոններից մեկը պետք է համարել այս հիվանդության ախտորոշումը ճշգրտելու համար։ Բարիոտի խմիճուխի կիրառումը պերորալ համակցված հոգնանների հետ շատ հաճախ տալիս է խթաղու օբտուրացիոն հատվածի տիպիկ պատկերը։

Խթաղու լուսանցքի լրիվ օբտուրացիա առաջանում է այն ժամանակ, երբ ուռուցքն իր մեծությամբ կամ ամբողջապես խցանում է այն, կամ առաջացնում է աղելուանցքի խիստ նեղացում, որը հեշտությամբ փակվում է ծանրամարս կերակրանյութերից, կղղանքային զանգվածներից, կամ պատահմամբ կուլ տված պտղակորիզներից:



Նկ. 2. Քաղցկեղի — Սկիրի հոդի վրա առաջացած ստենոզ (ըստ Կ. Գարրե-Ռոբիսարդի):

Աղիքների լուսանցքի օբտուրացիան հնարավոր է նաև ուռուցքի զարգացման երրորդ և չորրորդ շրջաններում, երբ ուռուցքի խոցոտված կամ քայքայված մակերեսին կպչելով՝ միակցվում են աղու հակադիր կողմերի շվտանգված պատերը:

Քաղցկեղի զարգացման 4-րդ շրջանում օբտուրացիայից վեր գտնվող աղեգալարները գազերի և կղղանքային զանգվածների կուտակման հետևանքով լինում են խիստ լայնացած: Խցանակալումից ցածր եղած աղեգալարների լուսանցքը դատարկ է լինում և աղեգալարները լինում են կարկամած կամ ընկճրված միճակում (նկ. 2):

Նշված հատվածի լայնացումը կապված է աղիքի պատերի մկանների ժամանակի ընթացքում առաջացած կոմպենսատոր, համաչափ հիպերտրոֆիայի հետ: Այս միճակը պահպանվում է այնքան ժամանակ, քանի դեռ հնարավոր է աղելուանցքի այդ արատավոր շրջանից հեղկացած կղղանքային զանգվածների և գազերի անցումը:

Վերջիններիս (կղղանքային զանգվածներ, գազեր) տեղաշարժումների

կասեցման և արգելակման հետևանքով հիվանդների մոտ առաջանում է աղիքների սուր անանցանելիություն իր յուրահատուկ սիմպտոմով՝ ալեքսուսի։ Այս կապակցությամբ ուշագրավ է հետևյալ օրինակը։

Հիվանդ Մ. Ա., 60 տարեկան, կլինիկա է ընդունվել 11/2 — 1958 թ. «աղիքների անանցանելիություն» ախտորոշմամբ։ Հիվանդը զանգառովում է որովայնի շրջանի սուր ցավերից, գաղղրի անանցանելիությունից և փսխումից։ Հիվանդը ամիսներ շարունակ տառապել է փորկապությամբ, որին փոխարինել է լուծը, 4 օր առաջ հանկարծակի զգացել է ցավեր որովայնի աջ կեսում, որոնք երբեմն մեղմանում են, բայց բուրբուլի չեն անհետանում։ Տնային միջոցառումներից ցավերը մի փոքր թեթևանում են։ Սակայն հիվանդության երրորդ օրը նորից կրկնվում են նույն ցավերը, առաջանում է որովայնի փքվածություն, սրտախառնություն, փսխում։ Շրջանային բժշկի կողմից նշանակվում են ցավերը հանգստացնող դեղորայք, սակայն անօգուտ։ Հիվանդի դրուբյունը զնալով ծանրանում է, և նա հիվանդության 4-րդ օրը ընդունվում է կլինիկա։

Օրելիտիվ — դեմքը գունատ է, շրթունքները թեթև ցիանոտիկ, կեղևն չոր է, փառակալված։ Հիվանդը անհանգիստ է, տենդում է, ճշում, հարմար դիրք չի կարողանում գտնել։ Ջերմությունը նորմալ է, պոլսը 110 դարկ մեկ րոպեում։ Զարկերակային արյան ճնշումը 130/90 մմ սյու։ Որովայնը խիստ արտափքված է, շնչառությունը կրճքային։ Որովայնի առաջնային պատի վրա ցավային նոպաների ժամանակ նշմարվում են աղեղալարների պերիտոնալիկայի սովերացումներ։ Որովայնի խիստ արտափքվածության և ցավոտության հետևանքով խորանիստ շոշափում անհնար է կատարել։ Պերիտոնալ տալիս է բարձր տրմպանիտ որովայնի բուրբ հատվածներում։ Ռենտգեն լուսավորման ժամանակ բարակ աղիներում նկատվում է կոլոբերյան զավթների առկայություն։

Կլինիկայում ձեռնարկված կոնսերվատիվ միջոցառումներից հիվանդի դրուբյունն զգալիորեն թեթևացել է, Հետագա կլինիկական հետազոտությունները ցույց են տվել, որ հիվանդի մոտ կա հաստ աղու միջաձիգ հատվածի ուռուցք, և նա 11/3 — 58 թ. ենթարկվել է վիրահատության։

Վիրահատությունը կատարվել է համակցված անզգայացմամբ (0,25% — 400 մլ, էթիր նարկոզ մոտ 50 մլ)։ Կատարված է փորհատում միջին գծով, պորտից մոտ 2 միջաձիգ մատ վերև և նրանից վար՝ երկարությամբ, մոտ 20 սմ։ Որովայնախորշի օրգանների ստուգումից պարզվել է, որ ուռուցքը տեղակայված է հաստ աղու, լյարդի անկյան շրջանում և համարյա ամբողջապես օղակաձև խցանել է աղու լուսանցքը։ Ռեզիդուար ավշային հանգույցները մեծացած են։ Աղին անջատված է հարակից կպումներից, այն ռեզեկցվել է մոտ 15 սմ երկարությամբ։ Դրված է անաստմոզ, եռհարկանի կարերով, ծայրը-ծայրին։ Միևնույն ժամանակ հեռացված է ճարպոնը և մեծացած ավշային հանգույցները։ Վիրահատության վերջը շերտ առ շերտ կարված է խուլ կերպով։ Հետվիրահատության շրջանը անցկացրել է սուբֆերիլ շերմությամբ։ Դուրս է գրված լավացումով, 21/4—1958 թ.։

Այս հիվանդի մոտ հիվանդությունը երկար ժամանակ ընթացել է խրոնիկական կոլիտի սիմպտոմով ալեքսուսով (փորկապություն, լուծ, բուլբ ցավեր որովայնախորշում և այլն), որի վրա հիվանդն առանձին ուշադրություն չի դարձրել, իսկ բուժող բժիշկների կողմից կասկած անգամ չի առաջացել աղիքների չարորակ նորագոյացության մասին։ Հանկարծակի առաջացած աղիքների սուր անանցանելիությունից և դրան հետևող մանրակրկիտ կլինիկական հետազոտություններից հետո միայն հնարավոր է եղել նախափորհաճատական շրջանում հիվանդի մոտ ախտորոշել հաստ աղու քաղցկեղ։

Հիվանդի մոտ կատարված խթաղիքի առաջնային ռեզեկցիան քաղցկեղի հողի վրա, շնորհիվ հեռավոր մետաստազների (լյարդ, ստամոքս) բացակայության, ունեցել է բարենհաջող ընթացք։

Միզմայաձև աղու տարածված քաղցկեղի պատճառով մենք երկու հիվանդների մոտ կատարել ենք պալիատիվ վիրահատություն։ Մի դեպքում եղել է «սուր որովայն» ախտորոշում։ Այս հիվանդի մոտ աղիքների սուր անանցանելիության կապակցությամբ կատարված փորհատման ժամանակ սիզմայաձև

աղու միջին հատվածում հայտնաբերվել է մոտավորապես տղամարդու բուռն-
քի մեծությամբ ուռուցք՝ սերտ աճած որովայնի հետին պատին: Քանի որ անհնա-
րին էր կատարել աղիքի առաջնային ռեզեկցիա, մենք սահմանափակվել ենք ու-
ռուցքը շրջանցող սիզմայաձև աղու անաստամոզով: Մյուս հիվանդի մոտ հաստ
աղու վերջին հատվածի նույնատիպ ուռուցքի պատճառով դրված է Lambert-ի
anus Praeternaturalis: Թե առաջին և թե երկրորդ վիրահատումները որոշակի
արդյունքների չեն հասցրել: Երկու հիվանդներն էլ մահացել են հետվիրահա-
տական շրջանի առաջին օրերին:

Մեր կարծիքով հաստ աղու շարորակ նորագոյացությունների մետաստազ-
ների ժամանակ ինչպես պալիատիվ, այնպես էլ աղիքների վրա կատարած ու-
ղիկալ վիրահատությունները հեռու են լավ արդյունքներ ունենալուց: Նման
դեպքերում վիրահատական միջամտությունները կարող են միայն արագացնել
մահը:

Այդպիսի հիվանդների նկատմամբ լավ է կիրառել բուժման կոմպլեքս
կոնսերվատիվ միջոցներ՝ հիմնական տեղը հատկացնելով քիմիական պրեպա-
րատների կիրառմանը և ռենտգենոթերապիային:

Գրականության մեջ իշխում է այն կարծիքը, որ ուռուցքների պատճառով
առաջացած աղիքների օբստրուկցիոն անանցանելիության ժամանակ չպետք
է դիմել հաստ աղու առաջնային ռեզեկցիային (1, 4, 10, 14): Ըստ այս հեղի-
նակների, օբստրուկցիոն իլեուսի ժամանակ հաստ աղու առաջնային ռեզեկ-
ցիան հիվանդների մոտ առաջացնում է պերիտոնիտ և քաղցկեղային ինտոքսի-
կացիայի խորացում: Նրանք կողմնակից են վիրահատության առաջին էտապը
վերջացնել էնտերոստոմիայով: Կա և հակառակ կարծիքը: Հեղինակներ
Յու. Մ. Դեդերերը, Պ. Ա. Գերցենը, Ա. Վ. Վիշնևսկին, Ս. Ի. Սպասոկովոցկին,
Վ. Ս. Գուսինինը, Է. Յա. Կենիկսբերգը և ուրիշներ գտնում են, որ այս հիվան-
դության ժամանակ հնարավոր է կատարել հաստ աղու առաջնային ռեզեկցիա,
հաշվի առնելով անտիբիոտիկների լայն կիրառումը, հիվանդների հետվիրա-
հատական խնամքը և վիրաբույժի հմտությունը: Բացի այդ, նրանք աղիքների
առաջնային ռեզեկցիայի առավելություններից են համարում.

1. Հիվանդների բուժման կարճատևությունը, 2. Ի տարբերություն բազմա-
էտապային վիրահատությունների, մեկմոմենտային ժամանակ հիվանդներն
ազատվում են արհեստական հետանցքից, որովայնի պատի բորբոքումներից
ու ծանրագույն հոգեկան ապրումներից, 3. Աղիքների առաջնային ռեզեկցիան,
հիվանդների մոտ հիմնականում նախականիսում է նորանոր մետաստազների
վարդացումը:

Օբստրուկցիոն իլեուսի ժամանակ հաստ աղու առաջնային ռեզեկցիայի
հարցում մենք ելնում ենք հիվանդի ընդհանուր դրությունից, ուռուցքի տեղա-
դրումից և նրա վիճակից: Եթե հիվանդի ընդհանուր վիճակը լավ է, ինտոք-
սիկացիան և պերիտոնիտը արտահայտված չեն, ուռուցքը չի տարածվել հարա-
կից օրգանների վրա, այդպիսի դեպքերում մենք կատարում ենք հաստ աղու
առաջնային ռեզեկցիա:

Մեր 19 հիվանդներից 12-ի մոտ կատարել ենք հաստ աղու առաջնային
ռեզեկցիա: Մյուս 7 հիվանդներից 3-ի մոտ դրել ենք սիզմայաձև աղու ուռուցքը
«շրջանցող» անաստամոզ: Մնացած 4 հիվանդների մոտ դրված է էնտերո-
ստոմիա: Այս հիվանդներից 4-ը մահացել են հաստ աղու առաջնային ռեզեկ-

ցիայից, երկուսը՝ էնտերոստոմիայից, 2-ը՝ սիզմայածե աղու «շրջանցող» անաստամոզից:

Այսպիսով, հաստ աղու ուռուցքների հոդի վրա առաջացած օբտուրացիոն իլեոալով տառապող մեր 19 հիվանդներից մահացել են 8 հոգի: Մյուս 11 հիվանդները հիվանդանոցից դուրս են գրվել լավացումով:

Հետվիրահատական շրջանի մահացությունն այս հիվանդության ժամանակ տարրեր հեղինակների տվյալներով (12, 13, 14) տատանվում է 30%-ից մինչև 62%-ի սահմաններում: Վերջին տասնամյակում մահացությունն այս հիվանդություններից չի անցնում 20—26%-ի սահմաններից (8): Գ. Մ. Շչեկոտովի տվյալների համաձայն 1966 թ. այն կազմում էր 10,6%:

Այս հիվանդություններից առաջացած մահացության թվերի նման վայրէջքը անշուշտ պետք է բացատրել հիվանդության վաղաժամ ախտորոշմամբ և ռադիկալ վիրահատություններին զուգընթաց, կոմպլեքս բուժական միջոցառումների ժամանակին կիրառմամբ:

Ե Զ Ր Ա Կ Ա Յ Ո Ւ Թ Յ Ո Ւ Ն

1. Հաստ աղու խցանումները քաղցկեղից հիմնականում հանդիպում ենք 50-ից բարձր տարիք ունեցող անձնավորությունների մոտ:

2. Հաճախ հիվանդանում են տղամարդիկ:

3. Խթաղու քաղցկեղից առաջացած օբտուրացիան, նամանավանդ նրա սկզբնական շրջանում, իր խայտաբղետ կլինիկական պատկերի հետևանքով դժվար ախտորոշելի է:

4. Այս հիվանդության վաղաժամ ախտորոշումը, հիվանդների շուտափուլյի հոսպիտալացումը և ռադիկալ վիրահատական միջամտությունն ու կոմպլեքս բուժական միջոցառումների կիրառումը (պայքար շոկի, ինտոքսիկացիայի և ինֆեկցիայի դեմ), լավագույն երաշխիքը պետք է համարել հիվանդների ապաքինման գործում:

5. Աղիքների քաղցկեղային հիվանդության ծանրագույն դեպքերի ժամանակ միայն անհրաժեշտություն է ղգացվում կոմպլեքս կոնսերվատիվ բուժմանը զուգընթաց կատարել պալիատիվ վիրահատություններ:

Երևանի Բժշկական ինստիտուտի

հոսպիտալային վիրաբուժության ամբիոն

Ստացված է 16/III 1968 թ.

М. П. ШАТАХЯН

О НЕКОТОРЫХ ВОПРОСАХ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАКОВОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Р е з ю м е

Наши наблюдения в области диагностики и лечения раковой непроходимости толстой кишки позволили сделать следующие выводы.

1. Непроходимость толстой кишки ракового происхождения чаще встречается у мужчин старше 50 лет.

2. Непроходимость толстой кишки, возникающая на почве рака, особенно в его начальных стадиях, трудно диагностируется из-за большой пестроты клинической картины.

3. Благоприятный исход при лечении этого заболевания зависит от ранней диагностики, срочной госпитализации, радикального оперативного вмешательства и комплекса лечебных мероприятий (борьба с шоком, интоксикация, инфекция).

4. При тяжелых формах раковой непроходимости кишечника параллельно с комплексным консервативным лечением необходимо применение и паллиативных вмешательств.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Арапов Д. А. Хирургия, 1952, 4, стр. 28.
2. Вишневский А. В. Вестник хирургии, 1938, т. 56, 3—4, стр. 426.
3. Герцен П. А. Новый хирургический архив, 1937, т. 38, 149—150, стр. 247.
4. Греков И. И. Труды XVI съезда российских хирургов. Л., 1924, стр. 580.
5. Гусинин В. А. Вестник хирургии, 1938, т. 56, 3—4, стр. 465.
6. Дедерер Ю. М. Вестник хирургии, 1959, 8, стр. 98.
7. Кенигсберг Э. Я. Диссертация. Ростов на Дону, 1949.
8. Махов Н. И. и Кутукова Е. А. Хирургия, 1958, 7, стр. 10.
9. Мондор Г. Неотложная диагностика острого живота, том 2. М., 1937.
10. Петров Б. А. Советская медицина, 1948, 10, стр. 21.
11. Спасокукоцкий С. И. Вестник современной медицины, 1928, 2, стр. 69.
12. Стручков В. И. Советская медицина, 1952, 10, стр. 24.
13. Чухриенко Д. П. Непроходимость кишечника. Киев, 1958.
14. Шабанов А. Н. Труды Всесоюзного съезда хирургов. М., 1956, стр. 462.