

Մ. Պ. ՇԱՏԱՆՅԱՆ

ԱՂԱՆԱՍՏԱՄՈՂԻ ՍԱՀՄԱՆՈՐՈՇՄԱՆ ՄԱՍԻՆ ԻԼՈՒՄ
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿԻ ԷՔՍՊԵՐԻՄԵՆՏՈՒՄ

Կլինիկա ընդունված հիվանդներից մեկի մոտ, որը դանդաղացել էր որոշակի շրջանի սուր-խոստովանման ցավերից, դեֆեկացիայի բացակայությունից, դադարի անանցանելիությունից, հաճախակի փսխումից, կլինիկո-ռենտգենաբանական և լաբորատոր տվյալներով ախտորոշված է եղել «աղիքների սուր անանցանելիություն» և անհապաղ կատարվել է վիրահատություն: Փորհատման ժամանակ հայտնաբերվել է բարակ աղիքի հանգուցավորում: Բացահատմամբ հեռացվել է դանդաղացի ենթարկված աղեհատվածը, և առողջ աղեղալարների սահմանում դրվել է անաստամոզ:

Հետվիրահատական շրջանում հիվանդի դրությունը պրոգրեսիվ կերպով ծանրացել է և չնայած բուժման կոմպլեքսային միջոցառումներին, նա մահացել է վիրահատումից հետո 4-րդ օրը: Դիահերձումը ցույց է տվել անաստամոզի շրջանում կարերի անջատվածություն, տարածված պերիտոնիտի առկայություն:

Նման դեպքերը բացառիկ չեն նաև մյուս կլինիկաներում: Կարծեք ամեն ինչ կատարված է՝ եղել հիվանդին փրկելու համար, սակայն նա մահացել է: Մահվան պատճառը պերիտոնիտն է, հետվիրահատական շրջանում առաջացած ինֆեկցիայի զարգացումը, որի սկզբնաղբյուրը հանդիսացել է աղեհանաստամոզի մակրոմիկրոպերֆորացիան (կարերի անջատվածություն): Տեխնիկապես աղիքների անաստամոզը կատարված է եղել վիրաբուժական բարձր մակարդակով: Այն կատարվել է հմուտ վիրաբույժի, նույնիսկ պրոֆեսորի կողմից: Սակայն, այնուամենայնիվ, հիվանդը մահացել է:

Առեղծվածային թվացող այս խնդրի լուսաբանման համար մենք 40 շնորհիվրա կատարել ենք էքսպերիմենտալ աշխատանքներ: Այդ շնորհից ամենափոքրի քաշը եղել է 17 կգ 200 գ, ամենամեծինը՝ 32 կգ 700 գրամ:

Մինչև վիրահատումը մենք շնորհի աղեստամոքսային տրակտը չենք նախապատրաստել (քաղցած թողնել, հոգնաներ), գտնելով, որ աղիքների սուր անանցանելիությունը մարդկանց մոտ առաջանում է առանց աղեստամոքսային տրակտի նախապատրաստումների: Այլ կերպ ասած, մենք չենք հետևել այն հեղինակների սկզբունքին, որոնք կենդանու մոտ արհեստական իլեոս առաջացնելու նպատակով նախօրոք մաքրման են ենթարկում նրանց աղեստամոքսային տրակտը:

Թմրեցման նպատակով շան պարանոցի ենթամաշկային ճարպաբջջանքում սրսկում ենք կենդանու յուրաքանչյուր 2 կգ քաշին 1 մլ 2 տոկոսանոց

օմնոպոնի լուծույթ (երբեմն այն փոխարինում ենք 1 տոկոսանոց մորֆինի և պանտապոնի լուծույթներով): Ապա 10—15 ռուպեից հետո կենդանուն վիրահատական սեղանի վրա ֆիքսելուց հետո ներորովայնային ճանապարհով ներարկում ենք թիոպենտալ նատրիկումի, կամ հեքսենալի 2 տոկոսանոց 2 մլ լուծույթ՝ կենդանու յուրաքանչյուր 1 կգ քաշին: 7—10 ռուպեից հետո շան մոտ առաջանում է խոր քուն:

Ասեպտիկ պայմաններում բաց ենք անում որովայնախորշը, գտնում համապատասխան աղեգալարները և դրանց որոշակի բարձրության վրա առաջացնում աղիքների զանազան տիպի անցանելիության արգելակումներ (հանգուցավորումներ, ոլորումներ, «օբտուրացիա» և ներբռնակումներ): Դրանք հանգուցավորման կամ ապառըրման շնթարկվելու համար մետաքսյա մի քանի հանգուցակարերով ֆիքսում ենք այդ գոյացությանը: Ապա շերտ առ շերտ փակում ենք որովայնախորշը:

Հետվիրահատական շրջանի խնամքը միատեսակ է բոլոր վիրահատված շների համար (տաք անկյուն, սովորական դիետա):

Նշված 40 շների մոտ մենք առաջացրել ենք հետևյալ տեսակի աղիքների սուր անանցանելիություն:

1. Բարակ աղիքների հանգուցավորում նրանց տարբեր բարձրության վրա	3 դեպք
2. Աղիքների «փնջաձև» հանգուցավորումներ	5 »
3. Բարակ աղիքների ոլորումներ	8 »
4. Սիգմայաձև աղիքի ոլորումներ	8 »
5. Ներբռնակումներ	8 »
6. Բարակ աղիքների «օբտուրացիա»	5 »
7. Հաստ աղիքի «օբտուրացիա»	3 »

Նույնանման անզգայացման տակ կենդանահերձումը (vivlsectio) այդ 40 շների մոտ կատարել ենք տարբեր ժամանակամիջոցներում, 12 ժամից մինչև վիրահատումից մի քանի օր (10—12 օր) անց:

Կենդանահերձման ճանապարհով աղիքներում առաջացած փոփոխությունների վերաբերյալ մեր կողմից կատարված մակրո-միկրոսկոպիկ հետազոտություններից պարզվել է հետևյալը. աղիքները, մասնավորապես նրանց հանգուցավորումների ժամանակ, զգալի տարածության վրա գտնվում են սեղանաձև վիճակում: Աղեգալարները վտանգված զոնայում լաթանման են, խոցոտված, հեշտությամբ պոկակվում են միմյանցից: Որոշ տեղերում ունենում են թափածակեր, և նրանցից դուրս մղված հեղուկն ունի անասելի դարչահոտություն:

Աղեղորումների ժամանակ ոլորված աղեգալարներն ունեն կապտամանուշակագույն, երբեմն բոսորագույն, երանգավորում: Դրանք, ինչպես նաև արգելակումից վեր գտնված աղեգալարներն ու ստամոքսը գտնվում են արտափքված վիճակում: Գերփքված աղեգալարների պատերը լինում են թափանցիկ: Լուսանցքում կուտակվում են աղիքային պարունակությունը, զագեր և շիճա-արյունային հեղուկ: Արգելակումից ցած գտնվող տանող աղին ունի ճլորված տեսք: Նրա գույնն արգելակման շրջանից քիչ ցած կապտավուն է: Մնացած տարածության վրա աղեգալարներն ունեն բաց վարդագույն տեսք:

Տանող աղիքի լուսանցքը զուրկ է պարունակությունից, կամ այն լինում է չնչին և իրենից ներկայացնում է լորձախառն զանգված:

Աղիքների նման վիճակ, բայց ավելի թույլ արտահայտված, մենք ունենում ենք նաև աղիքների օբտուրացիոն անանցանելիության և ներբունակումների ժամանակ:

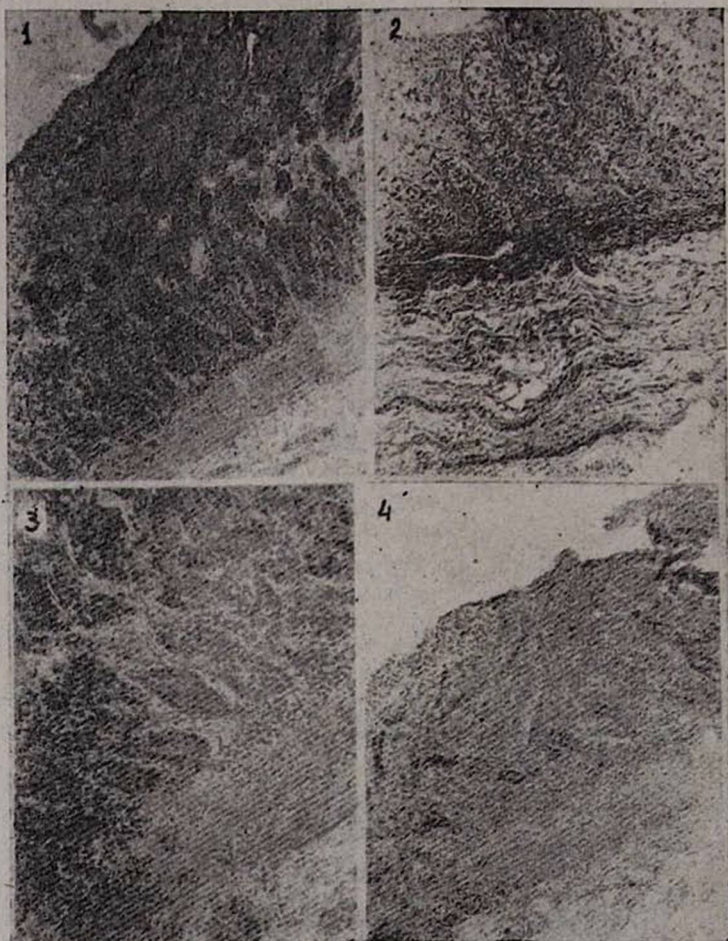
Վտանգված աղեղալարների լուսանցքը հիմնականում լցված է հեմոդեզիկ, դարձահոսությամբ հեղուկով: Աղեղորումների ժամանակ լորձաթաղանթը բացի ծալքերի հարթվածությունից տեղ-տեղ ունի խոցոտվածություն և նեկրոտիկ զոնաներ: Վտանգված շրջանից վեր զգալի տարածության վրա աղեղալարներն այնպես են ձգված ու բարակած, որ թեթևակի հպումներից հնարավոր է նրանց պերֆորացիա: Դրանց կտրվածքների վրա աղիքի պատերի շերտավորումները (շիճա-մկանալորձաթիւն) ցայտուն չեն: Բերող աղիքի շիճաշերտի նորմալ սահմանագիծը, մակրոսկոպիկ, վտանգված շրջանից այնքան էլ հեռու չի գտնվում: Ինչ վերաբերում է տանող աղիքի նորմալ տեսք ունեցող շիճաշերտի սահմանագծին, ապա դա համարյա թե առնչված է ստրանգուլացիոն օղակատեղին: Բոլոր դեպքերում, ինչպես բերող, այնպես էլ տանող աղիքի լորձաթաղանթի վտանգվածությունը (ծալքերի հարթվածություն, խոցոտվածություն, արյունազեղումներ և այլն) չի համապատասխանում շիճաշերտի վտանգվածության զոնային, դրանք միշտ բռնում են ավելի մեծ տարածություններ:

Աղիքների սուր անանցանելիության օբտուրացիոն ձևերի և ինվազիանացիայի ժամանակ, նկարագրված ախտահարումներին հանդիպում ենք հիվանդության համեմատաբար շատ ավելի ուշացած ժամանակաշրջաններում՝ 8—10 և ավելի օրերում:

Աղիքների վտանգվածության ժամանակ նրա միկրոսկոպիկ սահմանագիծը որոշելիս մենք նրա վտանգված բնագծից դուրս գտնված աղեղալարներից 20-ական սանտիմետր երկարությամբ ենթարկել ենք հյուսվածաբանական հետազոտությունների: Ինչպես բերող (վտանգված շրջանից վեր), այնպես էլ տանող (վտանգված շրջանից ցածր) աղիքների այդ 20-ական սանտիմետր երկարություն ունեցող գալարները մենք ստորաբաժանել ենք չորսական հատվածների, յուրաքանչյուրը 5-ական սանտիմետր երկարությամբ: Աղիքների այդօրինակ ռեզիդուար, կամ սեկտորալ մանրադիտակային հետազոտությունները, մեր կարծիքով, ավելի որոշակի են դարձնում նրանց կենսականության սահմանագծի բնութագրման հարցը:

Իելուս հիվանդության չորս ձևերի, այն է՝ աղեհանգուցավորումների, աղեղորումների, աղիքների խցանվածության և ներբունակումների ժամանակ, մեր էքսպերիմենտալ աշխատանքների միկրոսկոպիկ հետազոտություններից պարզվել է հետևյալը. բոլոր այս ձևերի ժամանակ վեզուալ աղիքների վտանգված շրջանի հյուսվածքներում միկրոսկոպիկ հայտնաբերել ենք լայնացած անոթացանց, նրանցում կանգային վիճակ, հեմոլիզ, հեմատոզեն պիզմենտի գոյացում, հեմատոֆագիա, էրիթրոցիտների կպչունություն անոթների պատերին և թրոմբի առկայություն: Անոթներում նկատվում է նաև պլազմոստազ: Աղիքի պատի բոլոր շերտերի հյուսվածքներն այտուցված են, բջջակազմը վատ է ներկված կորիզաներկերով, դրանք բոլոր շերտերում և զգալի տարածությունների վրա քայքայված են: Լորձաթաղանթի վրա տեղ-տեղ նշմարվում են խոցոտումներ: Հյուսվածքներն իմբիբիցիայի են ենթարկվել արյունով: Աղիքի

բոլոր շերտերը ենթարկվել են նեկրոզի (նկ. № 1): Բերող աղիքը, վտանգված շրջանից 5 սմ վեր գտնված շերտերի Հյուսվածքները և բջջակազմը համաչափ չեն ներկված: Մկանային շերտերում գտնվող նեյրոհանգույցները և ներվա-



Նկ. № 1. Աղիքների վտանգված շրջանը: Բջջակազմի նեկրոզ, Բարակ աղիքների — (գտատղու) հանգուցավորում 18 ժամյա վաղեմիությամբ: Միկրոֆոտո $3\frac{1}{2} \times 12\frac{1}{2}$ -ի:

Նկ. № 2. Բերող աղիքը վտանգված շրջանից 5 սմ վեր: Լորձաթաղանթի խոցոտվածություն: Բարակ աղիքների հանգուցավորում 18 ժամյա վաղեմիությամբ: Միկրոֆոտո $3\frac{1}{2} \times 12\frac{1}{2}$ -ի:

Նկ. № 3. Բերող աղիքը վտանգված շրջանից 10 սմ վեր: Հյուսվածքներում լայնածավալ արյունոտվածության դաշտեր, լորձաթաղանթի էպիթելիալ շերտի դեսկվամացիա: Կլոր բջջային ինֆիլտրացիա: Զստաղու գալարների «փնջաձև» հանգուցավորում: Միկրոֆոտո $3\frac{1}{2} \times 9\frac{1}{2}$ -ի:

Նկ. № 4. Բերող աղիքի վտանգված շրջանից 15 սմ վեր: Անոթներում կանգային վիճակ, Թրոմբոզ, հեմոլիզ, ֆոլիկուլյար ապարատի քայքայվածություն: Բարակ և սիզմայաձև աղիքի հանգուցավորում 22 ժամյա վաղեմիությամբ: Միկրոֆոտո $3\frac{1}{2} \times 9\frac{1}{2}$ -ի:

թելերը աչտուցված են: Այս շերտերի բջջակազմի սարկոպլազման ենթարկվել է վակուոլիզացիայի: Հյուսվածքներն իմբիբիցիայի են ենթարկվել արյունոտված էրիթրիցոտները գունատ են, շատերը քայքայված: Լորձաթաղանթն զգալի տա-

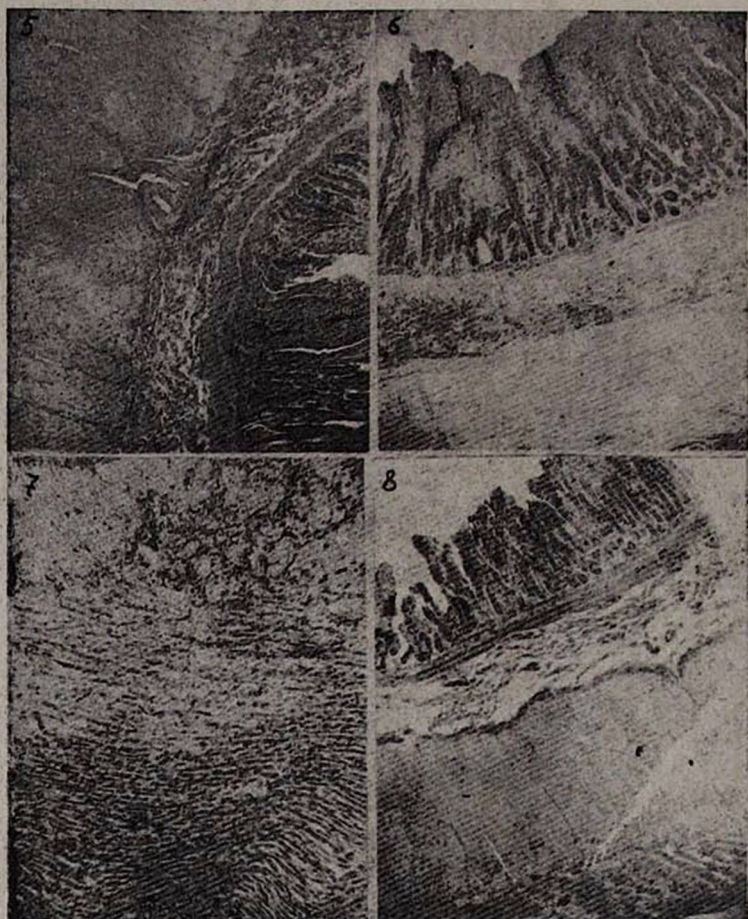
րածութեան վրա խոցոտված է ու նեկրոզված: (Նկ. № 2). բերող աղիքի վտանգված շրջանից 10 սմ վեր գտնված հատվածի մկանային շերտում նկատվում է արյան կանգ, հյուսվածքների այտուցվածություն, էպիթելիալ ծածկի պոկալըկվածություն (դեսկվամացիա): Անոթների շրջակայքում և ներվահանգուցների միջև, ոչ մեծ տարածության վրա նշմարվում է ինֆիլտրացիա՝ կազմված լիմֆոցիտ էլեմենտներից և նեյտրոֆիլ լեյկոցիտներից: Ծնթալործային շարակցական հյուսվածքում նկատվում է լավ արտահայտված անոթային կանգ, թրոմբոզ, ինֆիլտրացիա: Բազալ շերտի լորձաթաղանթը, պտկածե-եյունները և գեղձային ապարատը համեմատաբար լավ են ներկված: Այս շրջանի էպիթելիումը նշմարվում է լորձային դիստրոֆիա, վարսիներում՝ պտուցվածություն և մանր կլորբջջային ինֆիլտրացիա (ներքամում): Մկանային շերտը այտուցված է (Նկ. № 3):

Բերող աղին վտանգված շրջանից վեր 15 սմ վրա գտնվող շիճամկանային շերտում այտուցված է: Անոթներում կանգային վիճակ է, թրոմբոզ, հեմոլիզը թույլ է արտահայտված: Ծնթալործային շերտի անոթացանցում նկատվում է կանգային վիճակ, ֆիբրինային նստվածք, էնդոթելի ուռճացում, տեղ-տեղ՝ էրիթրոցիտների կաշտնություն: Լավ արտահայտված է լորձաթաղանթի այտուցվածությունը, նրա վրա տեղ-տեղ նշմարվում են արյունազեղման դաշտեր և խոցոտված տեղեր: Որոշ տեղերում քայքայված է ֆոլիկուլար ապարատը: Լորձաթաղանթի էպիթելիալ կազմն զգալի տարածության վրա ենթարկված է լորձային դիստրոֆիայի: Կրիպտաներում և վարսիներում առկա է լիմֆոցիտ ինֆիլտրացիան (Նկ. 4): Նույնանման հիստոմորֆոլոգիական փոփոխություններ են նկատվում նաև աղեկորումների համապատասխան բարձրության վրա գտնված հատվածներում: Ինչ վերաբերում է աղիքների օբտուրացիային և ինվազիանցիային, ապա այս բարձրության վրա գտնվող բերող աղիքի հյուսվածքների միկրոսկոպիան որևէ պաթոմորֆոլոգիական շեղումներ չի հայտնաբերել: Աղիքների այս տիպի անանցանելիությունների ժամանակ բերող աղիքի վտանգված շրջանից 10 սմ վեր գտնված աղեգալարները մեր միկրոսկոպիկ հետազոտությամբ համարվում են կենսունակ:

Աղիքների սուր անանցանելիության բոլոր ձևերի (աղիքների հանգուցավորումներ, աղեկորումներ, խցանումներ և ներքունակումներ) ժամանակ, վտանգված շրջանից դուրս 20 սմ հեռավորության վրա գտնված բերող աղիքի հատվածում միկրոսկոպիկ բջջակազմի կողմից հիվանդագին փոփոխություններ չենք հայտնաբերել (Նկ. № 5): Ուստի, այս և դրանից վեր գտնվող աղեգալարները ինչպես մակրոսկոպիկ, այնպես էլ միկրոսկոպիկ, մեր հետազոտության տվյալներով համարվում են կենսունակ:

Տանող աղիքի վտանգված շրջանից 5 սմ ցած եղած հատվածում միկրոսկոպիկ հայտնաբերված են հետևյալ փոփոխությունները. սերոզան տեղ-տեղ ծածկված է ֆիբրինով: Նշմարվում է էպիթելիալ ծածկի դեսկվամացիա: Արտաքին և ներքին մկանածածկի սահմանագծում ներվաանոթացանցավորումների տեղերում նկատվում է բջջակազմի այտուցվածություն, հյուսվածքներում՝ արյան կանգ: Ներվաբույսներում և նրանց շրջապատի հյուսվածքներում այտուցվածությունն ավելի ցայտուն կերպով է արտահայտված: Մկանային շերտերը թույլ են ներկված: Այդ հատվածներում նկատվում են հեմոտոքսիլինի էպիդիմոֆիլների և այլ ձևավոր էլեմենտների կուտակումներ: Ծնթալործային շերտը, համեմատած մկանային հետ, ավելի այտուցված է, այստեղ

հանդիպում ենք հաստացած կոլոիդալ թելերի: Անոթներում նկատվում է ստազ, հեմոլիզ: Հյուսվածքներում առկա են լայնածավալ արյունազեղման դաշտեր, հեմոտոզեն պիգմենտի կուտակումներ: Երակային ցանցում նշմարվում է



Նկ. № 5. Բերող աղիքը վտանգված շրջանից 20 սմ վեր: Աղիքների պատերի հյուսվածքակազմի նորմալ պատկերը: Բարակ և սիգմայաձև աղիքի հանգուցավորում 22 ժամյա վաղեմիությամբ: Միկրոֆոտո $31/2 \times 91/2$ -ի:

Նկ. № 6. Տանող աղիքը վտանգված շրջանից 5 սմ ցած: Էպիթելիալ ծածկի դեսկվամացիա, անոթներում ստազ, թրոմբոզ և հեմոլիզ: Բջջակազմի արտահայտված դիստրոֆիա: Սիգմայաձև աղիքի 360° -ի ոլորում 72 ժամյա վաղեմիությամբ: Միկրոֆոտո $31/2 \times 91/2$ -ի:

Նկ. № 7. Տանող աղիքը վտանգված շրջանից 10 սմ ցած: Ֆուլիկուլյար ապարատի ալոուցվածություն, հյուսվածքներում լայնածավալ արյունազեղման դաշտեր: Զստադու ոլորում 360° -ի, 48 ժամյա վաղեմիությամբ: Միկրոֆոտո $31/2 \times 121/2$ -ի:

Նկ. № 8. Տանող աղիքը վտանգված շրջանից 15 սմ ցած: Աղիքի պատերը կազմող հյուսվածքակազմի նորմալ պատկեր: Սիգմայաձև աղիքի ոլորում 360° -ի, 72 ժամյա վաղեմիությամբ: Միկրոֆոտո $31/2 \times 121/2$ -ի:

Էրիթրոցիտների կաշտնություն: Մուսկուլյար-մոկոզայում կան տարածված արյունազեղման դաշտեր: Շատ մկանաթելեր ենթարկված են վակուոլիզա-

ցիայի: Մկանային այս շերտերում հանդիպում ենք նաև լիմֆոյիդ էլեմենտների և հիստիոցիդների: Պապիլյար ապարատի բջջակազմի ներկվածությունը միահավասար չէ: Վատ են ներկված նաև գեղձային կառուցվածքները: Պապիլյար ապարատի ստրոմայում և գեղձա-պապիլյար ապարտի միջև եղած շարակցական հյուսվածքում նշմարվում են պոլիմորֆիզմ և լիմֆոյիդ էլեմենտների կուտակումներ: Պապիլյար ապարատի անոթացանցից միայն որոշ անոթներն են լցված արյունով, մյուսները դատարկ են: Գեղձային էպիթելների դիստրոֆիան որոշ տեղերում շատ լավ է արտահայտված (նկ. № 6): Տանող աղիքի այս հատվածի նկատմամբ համեմատաբար թույլ ախտահարում մենք նկատում ենք ինվազիոնացիայի և աղիքների օբտուրացիոն իլեուսի ժամանակ:

Տանող աղին վտանգված շրջանից 10 սմ ցած գտնված հատվածում աղիքների հանգուցավորումների և բարդ աղեղորոմների ժամանակ ենթարկվում է բավական լուրջ մորֆոլոգիական փոփոխությունների: Այս հատվածում նկատելի է հյուսվածքների խիստ այտուցվածություն: Այն տարածվում է նաև լորձաթաղանթի ֆոլիկուլյար ապարատի վրա: Աղիքի բոլոր շերտերում նկատվում են արյան ստազ և արյունազեղման ընդարձակ դաշտեր: Նկատվում են նաև բջջակազմի դիստրոֆիա և գեղձային ապարատի (տեղ-տեղ) քայքայվածություն (նկ. № 7):

Աղիքների օբտուրացիոն իլեուսի և ինվազիոնացիայի ժամանակ, համապատասխան հատվածում (10 սմ վտանգված շրջանից ցածր) աղիքների հիստոստրուկտուրայի կողմից պաթոմորֆոլոգիական փոփոխություններ չենք հայտնաբերել: Աղիքների այս և դրանից ավելի ցած եղած զալարները մեր մակրո-միկրոսկոպիկ հետազոտությամբ գտնվում են կենսոնակ վիճակում (նկ. № 8): Այդպիսիք (աղիքների նորմալ վիճակ) ստրանգուլացիոն իլեուսի (աղեհանգուցավորումներ և բարդ աղեղորոմներ) ժամանակ համարվում են վտանգված աղեղալարների սահմանագծից ցած, տանող աղու 15 սմ հեռավորության վրա և նրանից ավելի ցածր գտնված աղեղալարները:

Այսպիսով, մեր հետզոտությունները ցույց են տալիս, որ իլեուս հիվանդության ժամանակ աղիքների վտանգված զոնայից դուրս, զգալի տարածության վրա այս կամ այն չափով վտանգված են նաև մակրոսկոպիկ առողջ թվացող աղեհատվածները: Մեր հետազոտությունները ցույց են տալիս նաև, որ այս հիվանդության ժամանակ աղիքների պատեր կազմող բոլոր շերտերը (լորձային, մկանային, շիճային) միեւնույն ինտենսիվությամբ ու խորությամբ չեն ախտահարվում: Իլեուս հիվանդության բոլոր ձևերի ժամանակ առաջին հերթին վտանգվում է աղիքի լորձաթաղանթը, ապա մկանային և սերող շերտերը:

Լորձաթաղանթի վտանգվածությունն այս հիվանդության ժամանակ համարյա միշտ ընդգրկում է բերող և տանող աղեհատվածների զգալի մասը: Վիրաբույժն ի վիճակի չլինելով ստուգել լորձաթաղանթի կենսոնակությունը, հիմնվում է ընդհանուր հավանության արժանացած երրորդության, այն է՝ աղիքների գույնի, նրանց պերիստալտիկայի և միջընդերքի պուլսացիայի վրա, դնում է աղիքների անաստամոզ՝ հաճախ լորձաթաղանթի վտանգված շրջանների սահմաններում: Այս հիվանդների մոտ հետվիրահատական շրջանում առաջացած տարածված պերիտոնիտի հիմնական պատճառը, անշուշտ, պետք է համարել աղիքների անաստամոզում ընդգրկված կենսազուրկ լորձաթաղանթի ներգրավումը:

Նման բարդություններից խուսափելու համար, մեր էքսպերիմենտալ աշ-

խատանքներից հլինելով, գտնում ենք անհրաժեշտ աղիքների ռեզեկցիան կատարելու համար հիմք ունենալ ոչ թե շիճաշերտի, այլ լորձաթաղանթի կենսոնակությունը: Ըստ մեր տվյալների, այն ստրանգուլացիոն իլեուսի համար պետք է սահմանել աղիքների վտանգված զոնայից դուրս, բերող աղիքի համար՝ 20 սմ, տանող աղիքի համար՝ 15 սմ երկարություն: Համապատասխանաբար, աղիքների օբստուրացիոն իլեուսի և ինվազիոնացիաների ժամանակ բացահատել բերող աղիքներից՝ 15 սանտիմետր, տանող աղիքից՝ 10 սմ:

Պահպանելով այս նորմատիվը, մենք չենք կասկածում, որ աղիքների բերանակցումը կլինի ավելի ապահով և դժվարություն կենթարկվի ինֆեկցիայի աղբյուրությանը:

Լեռանի բժշկական ինստիտուտի
հոսպիտալ-վիրաբուժական ամբիոն

Ստացված է 16/VI 1969 թ.

М. П. ШАТАХЯН

О ВЫБОРЕ МЕСТА НАЛОЖЕНИЯ КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ИЛЕУСЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Р е з ю м е

У 40 собак нами была вызвана острая кишечная непроходимость и вивисекционным путем изучены кишки как макроскопически, так и микроскопически. Изучали как пораженный отдел кишки, так и здоровые участки в пределах 20 см приводящего и отводящего отделов петли кишок.

При секторальном исследовании установлено, что макроскопические, кажущиеся здоровыми отделы кишок, их слизистая на большом участке представляют собой глубокие безвозвратные дистрофические изменения. При микроскопическом исследовании приводящего и отводящего отдела кишок. установлены гистологические изменения слизистой: наличие некротических участков, изъязвление, разрушение структуры клеток, десквамация покровных эпителиев, отсек фолликулярного аппарата, застой сосудов, тромбоз, гемолиз и т. д.

Исходя из вышеизложенного, предлагаем при резекциях и анастомозах кишок придерживаться следующих принципов.

1. При странгуляционных илеусах производить резекцию кишок с наложением анастомоза для приводящего отдела кишечника в пределах 20 см, а отводящего—15 см.

2. При кишечных обтурациях и инвагинациях производить резекцию для приводящего в пределах 15 см, а отводящего—10 см, отступая от пораженного края.