

ԱՂԻՔՆԵՐԻ ՈԼՈՐՈՒՄՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Աղիքների սուր անանցանելիությունն աբդոմինալ վիրաբուժության մեջ դասվում է ծանրագույն հիվանդությունների շարքը: Հաճախականությամբ այն սուր ապենդիցիտից և սուր խոլեցիստիտից հետո բռնում է երրորդ տեղը, իսկ մահացության հաճախականությամբ, որովայնի մյուս օրգանների բորբոքային պրոցեսների հետ համեմատած՝ առաջին տեղը:

Աղիքների սուր անանցանելիությունը ներկայումս էլ տալիս է մահացության բարձր ցուցանիշներ: Աղիքների ոլորումներից առաջացած մահացությունը գրականության տվյալներով ներկայումս հասնում է 25—38% -ի: Այդ պատճառով էլ որովայնային վիրաբուժության պրոբլեմատիկ հարցերից մեկն այսօր էլ համարվում է աղիքների սուր անանցանելիությունը:

Իլեոա հիվանդության տարբեր հարցերի վերաբերյալ կան բազմաթիվ կլինիկո-էքսպերիմենտալ աշխատանքներ, սակայն առ այսօր էլ մի շարք հարցեր դեռևս վերջնականապես պարզաբանված չեն:

Բազմաթիվ համագումարների, բժշկական խորհրդակցությունների հուզող հարցերից մեկը ներկայումս էլ իլեոա հիվանդության նախականխումների և բուժման հարցն է: Ուստի խրախուսելի պետք է համարել այս հիվանդության վերաբերյալ յուրաքանչյուր նոր, թեկուզ ոչ ծավալուն աշխատություն: Այս իմաստով, որոշակի հետաքրքրություն կարող է առաջացնել մեր բազմամյա կլինիկական մատերիալի վերլուծությունը:

Վերջին 20 տարիների ընթացքում (1950—1969 թթ.) Երևանի բժշկական ինստիտուտի հոսպիտալ վիրաբուժության կլինիկա է ընդունվել 43834 հիվանդ, որից աղիքների սուր անանցանելիությամբ եղել է 543 հոգի, կամ 1,3%-ը: Նրանցից 115-ը ունեցել են աղիքների (բարակ և հաստ) ոլորումներ, որը կազմում է մոտ 21,2%: Գրականության տվյալների համաձայն, աղեղոլորումներն իլեոա հիվանդության բոլոր ձևերի մեջ կազմում են 26—38%, [1, 4 և ուրիշներ]:

Այդ 115 հիվանդներից 80-ը եղել են արական, 35-ը իգական սեռի՝ 2,3 : 1-ի հարաբերությամբ: Տարբեր հեղինակների մոտ այն հասնում է 4 : 1—9 : 1-ի հարաբերության [5, 7 և ուրիշներ]: Այս տիպի իլեոաների դերակշռումը տղամարդկանց մոտ շատ հեղինակներ վերագրում են ծանր ֆիզիկական աշխատանքին, սնման ռեժիմի խախտումներին և որոշակի անատոմիական փոփոխություններին, ինչպիսիք են՝ սիգմախաձև աղիքի նորմալից երկար լինելը, միջընդերքի սպիակալուծումները և այլն:

Մեր 115 հիվանդներից 95-ը զբաղվել են ծանր ֆիզիկական աշխատանքով, դրանք բանվորներ են, կոլտնտեսականներ և տնային տնտեսուհիներ: Հիվանդներից 79-ը իրենց հիվանդության պատճառը համարում են մրսելը, եր-

կարատե քաղցից հետո մեծաքանակ և ծանրամարս կերակուրներով սնվելը: Նրանցից 8-ի մոտ եղել է որովայնի շրջանի տրավմա: 13 հիվանդների մոտ անցյալում կատարվել են որովայնի օրգանների վիրահատումներ: 12 հիվանդներ տառապել են խրոնիկական կոլիտով, 3 հիվանդների մոտ աղիքների ոլորումներն առաջացել են անհայտ պատճառներից:

Ըստ տարիքի, այդ հիվանդների ստորաբաժանումը ներկայացնում է հետևյալ պատկերը:

1-5 տարեկ.	6-10 տարեկ.	11-20 տարեկ.	21-30 տարեկ.	31-40 տարեկ.	41-50 տարեկ.	51-60 տարեկ.	61-70 տարեկ.	71-80 տարեկ.	81 և ավ.
1	3	1	9	26	37	23	11	3	1

Իլեուսով տառապողներից ամենափոքրը եղել է 13 տարեկան, ամենամեծը՝ 84 տարեկան: Հիվանդների մեծ մասը (75 հոգի) եղել է 40 տարուց անց: Նրանցից կլինիկա են ընդունվել, հիվանդության սկզբից հաշված, առաջին 6 ժամվա ընթացքում՝ 9 հոգի, 7—12 ժամվա ընթացքում՝ 30 հոգի, 13—24 ժամվա ընթացքում՝ 43 հոգի, 25—48 ժամվա ընթացքում՝ 19 հոգի և 3—5-րդ օրերին՝ 14 հոգի:

Աղիքների ոլորումներն իրենց երկայնաձիգ առանցքի շուրջը համարյա միշտ տեղի են ունենում ժամացույցի սլաքի շարժման ուղղությամբ, առաջացնելով 90, 180, 270, 360 և 720°-ի աղեղորոտներ:

Մեր 115 հիվանդներից միայն 42-ի մոտ է (հաստ աղիքի ոլորումներ) ընդհանուր վիճակը եղել բավարար, մնացած 73 հիվանդները կլինիկա են ընդունվել ծանր վիճակում: Բոլոր հիվանդների գանգատները կրել են միատեսակ բնույթ, այն է՝ հիվանդությունն սկսվել է որովայնի հանկարծակի սուր ցավերով, դեֆեկացիայի և գազերի արգելակումով, նոդկանքի զգացումով, փսխումով, որովայնի արտափքվածությամբ և ծանրության զգացումով: Վերոհիշյալ 115 հիվանդներից 72-ի մոտ հիվանդությունն սկսվել է գիշերը, 27 հոգի անցյալում տառապել են փորկապությամբ և բուժվել են ստացիոնար ճանապարհով: 32 հիվանդների մոտ նկատվել է գունատություն, սառը քրտինք, զարկերակի հաճախականություն, արտերիալ արյան ճնշման անկում, ծայրանդամների սառնություն: Որովայնի արտահայտված արտափքվածություն նկատվել է 81 դեպքերում: Որովայնի անհամաչափություն լավ արտահայտված «ծուռ փոր»-ի խիստանիշով ունեցել ենք 35 դեպքերում, այն էլ միայն սիգմայաձև աղիքի ոլորումների ժամանակ: 15 հիվանդների մոտ որովայնային մասովը եղել է ներընկած վիճակում: 68 հիվանդների մոտ որովայնի առաջնային պատի վրա նկատվել են աղեգալարների պերիստալտիկայի ստվերացումներ: Հաճախակի փսխումներով տառապել է 68 հոգի, ընդ որում 12-ի մոտ փսխման մասսան եղել է աղիքի պարունակությունը:

Որովայնի շոշափման ժամանակ 115 հիվանդներն էլ ունեցել են ցավազգացություն: 47 հիվանդների մոտ ցավոտություն արտահայտվել է որովայնի ձախ կեսում: 41 դեպքերում այն տեղակայված է եղել վերորովայնի և պորտի շրջանում: 47 դեպքերում այն տարածված է եղել ամբողջ որովայնի վրա: 31 դեպքերում հնարավոր է եղել շոշափել մեծ չափերի հասնող, երկարավուն,

փափուկ-առաքնական, երբեմն լարված զնդակի կոնսիստենցիայի ուռուցք, հաճախ զետեղված որովայնի ձախ կեսում և պորտի շրջանում: Այդ հատվածներում բախումը տալիս է բարձր տիմպանիտ: Որովայնի ստորին հատվածներում 12 հիվանդների մոտ պերիկուտոր ճանապարհով հայտնաբերել ենք բթության: Վահլի ակտանիշը 73 հիվանդների մոտ եղել է դրական: 22 դեպքերում դրական է եղել Օբերխովյան հիվանդանոցի ակտանիշը: 37 դեպքերում ունեցել ենք Շտանգեի դրական ակտանիշը: 67 հիվանդների մոտ ունեղենյան հետազոտությունը (առանց կոնտրաստի) 52 դեպքերում ցույց է տվել Կլոյբերյան, «գավաթ»-ների առկայություն և 32 դեպքերում՝ գազերի կուտակում հաստ և բարակ աղիքներում: Լեյկոցիտներ 10—28000-ի սահմաններում դիտվել է 24 հիվանդների մոտ: Զերմությունը 87 հիվանդների մոտ եղել է նորմալ: Միայն երկուսի մոտ ջերմությունը հասել է մինչև 39° -ի:

Օպերատիվ բուժման է ենթարկվել 102 հիվանդ, մնացած 13-ը բուժվել են կոնսերվատիվ ճանապարհով: Սիզմայաձև աղիքի ոլորումների ժամանակ կոնսերվատիվ բուժմամբ մեզ հաջողվել է երեք դեպքերում առաջացնել աղիքի ապառոլորում:

Մյուս 10 հիվանդները կլինիկա են ընդունվել շատ ծանր վիճակում, հիվանդության 4-րդ, 5-րդ օրերին, տարածված պերիտոնիտի և ինտքսիկացիայի երևույթներով: Նրանց նկատմամբ կիրառված բուժման կոնսերվատիվ միջոցառումները դրական արդյունք չեն տվել: Բոլոր հիվանդներն էլ մահացել են, կլինիկայում մնալով մի քանի ժամից մինչև մեկ օր:

Վիրահատման ենթարկված 102 հիվանդներից «աղիքների ոլորում» ակտորոշում տրվել է 74 դեպքերում. այն ճշտվել է վիրահատության ժամանակ: Մնացած 28 հիվանդների մոտ մինչ վիրահատությունն ակտորոշված է եղել «աղիքների անանցանելիություն», «ստամոքսի խոցի թափածակում», «սուր որովայն» և այլ հիվանդություններ: «Աղիքների ոլորում» ակտորոշումը ճշտվել է վիրահատության ժամանակ:

Վիրահատման ենթարկված 102 հիվանդներից 7-ի մոտ աղիքների ոլորումը հասել է 180° -ի, 11-ի մոտ այն եղել է 270° , 79 հիվանդների մոտ աղեղնալորման աստիճանը հասել է 360° -ի և միայն 5 հիվանդների մոտ աղիքների ոլորման աստիճանն իր երկայնաձիգ առանցքի շուրջը հասել է 720° -ի:

Աղեղնալորումներից սիզմայաձև աղիքներին վերաբերել է 43 դեպք, սնաղուն՝ 13 դեպք, զստաղուն՝ 44 դեպք. երկու դեպքում ունեցել ենք համարյա ամբողջ բարակ աղիքի ոլորում:

Նշված 102 հիվանդների մոտ ոլորված աղիքներն ունեցել են նորմալ տեսք 27 դեպքերում, աղիքների այտուցվածություն և հիպերեմիկ վիճակ՝ 49 դեպքերում, աղիքների ցիանոզ, պուլսի և պերիտոնալիկայի բացակայություն՝ 19 դեպքերում, աղիքների գանգրենա՝ 7 դեպքերում, որից 5-ը վերաբերել է սիզմայաձև աղիքին («սև սիզմա»):

Վիրահատության ժամանակ որովայնում հայտնաբերվել է հեղուկ. շիճալին բնույթի՝ 43 դեպքերում, շիճա-արյունային՝ 28 դեպքերում, շիճա-արյունաթարախային՝ 19 դեպքերում. 12 դեպքերում հեղուկը եղել է նեխահոտ, լվացած մսաջրի տեսքով:

Սիզմայաձև աղիքի ոլորումների ժամանակ մենք կատարել ենք հետևյալ տիպի վիրահատումներ. 22 դեպքերում ապառոլորումից հետո դատարկել ենք սիզմայաձև աղիքի պարունակությունն ասպիրացիոն կամ «կթման» ճանա-

պարհով. 16 դեպքերում մի քանի հանգուցակարերով աղիքի որոշ հատվածը որովայնի ձախ կողմից ֆիքսել ենք առաջա-կողմնային պատին՝ ըստ Բրաուն-Ռուփի Դեպքերից 5-ի ժամանակ կատարել ենք մեզոսիզմոպլիկացիա ըստ Հադեն-Տորնի: Այս կարգի պալիատիվ վիրահատություն կատարել ենք այն հիվանդների մոտ, որոնք եղել են տարիքով մեծ և գտնվել են ծանր վիճակում, նրանց մոտ բարդ (արմատական) վիրահատությունների կատարումը հակացուցված է եղել:

Բարակ աղիքների ապառուրումներ կատարել ենք 21 դեպքերում, միաժամանակ ասպիրացիոն ճանապարհով դատարկելով արտափքված աղեգալարների պարունակությունը: Նրանցից 5-ի մոտ, բացի բարակ աղիքների ոլորումներից, առկա է եղել նաև տարածված պերիտոնիտ: Աղիքների ապառուրում կատարելուց հետո դրվել է էնտերոստոմիա:

53 պալիատիվ վիրահատումներից մահացել է 17 հոգի, կամ 39,4%-ը: Աղեղնորումների պալիատիվ վիրահատումներից առաջացած մահացությունն ըստ Ի. Մ. Լիտոշենկոյի, Դ. Պ. Չուբարիենկոյի և այլոց, հասնում է մինչև 75%-ի:

Վերջին տասը տարիների ընթացքում աղիքների ոլորումների ժամանակ միայն բացառիկ դեպքերում ենք դիմել պալիատիվ վիրահատումների: Մենք համամիտ ենք Ս. Պ. Ֆյոդորովի, Պ. Ա. Գերցենի, Ս. Ի. Սպասոկուկոցկու, Ս. Ն. Բակուլևի և ուրիշների կարծիքին, որոնք աղեղնորումների ժամանակ կողմնակից են արմատական վիրահատությունների՝ ռեզեկցիայի:

Այս հեղինակների կարծիքով, արմատական վիրահատումների առավելությունը պալիատիվ վիրահատումների հանդեպ կայանում է նրանում, որ տալիս է քիչ թվով մահացություն, չի կրկնվում, հազվադեպ են առաջանում վիրահատական շրջանի պերիտոնիտներ և աղիքների կալոմային հիվանդություն: Այդ հաշվի առնելով, մենք աղեղնորումների ժամանակ 49 հիվանդների մոտ կատարել ենք աղիքների առաջնային ռեզեկցիա, ընդ որում 21 դեպքերում բացահատվել է սիզմալաձև աղիքը: Բերենք մեկ օրինակ.

Հիվանդ Պ. Մ. 67 տարեկան, թոշակառու (հիվ. նկ. № 675): Տեղափոխված է Նորագավիթից 9/4—62 թ. շտապ օգնության միջոցով, ռուր որովայնի ախտորոշմամբ: Դանդաղվում է որովայնի շրջանի խիստ ցավերից, որովայնի արտափքվածությունից, փորկապությունից, փսխումից:

Մեկ օր առաջ, գիշերը որովայնում զգացել է սուր ցավեր, որոնք կրել են նոսպյաձև բնույթ և տարածվել են ամբողջ որովայնի վրա: Տնային միջոցառումները (լուծողական, հոգնա, ջերմոցներ) չեն օգնել: Հիվանդի վիճակը գնալով ծանրանում է. ցավերը կրում են անընդմեջ բնույթ, ուղեկցվում են որովայնի արտափքվածությամբ, ծանրության զգացումով, գազերի և դեֆեկացիայի արգելակումով, նոզկանքի զգացումով և հաճախակի փսխումով: Անհանգիստ է, խնդրում է արագացնել վիրահատումը:

Օբյեկտիվ. հիվանդի ընդհանուր վիճակը ծանր է: Դեմքը ցիանոտիկ է, թեթևակի սրացած: Լեզուն թաց է, փառակալված: Որովայնի արտափքված է, անհամաչափ՝ ի հաշիվ ձախ կեսի: Որովայնի շոշափումն առաջացնում է ցավազգացում նրա ձախ կեսում:

Բախումը տալիս է բարձր տիմպանիտ: Վահլի ախտանիշը ձախից դրական է: Որովայնի մամուլի թեթևակի ցնցումներից նկատվում են աղեգալարների պերիտալտիկայի ստվերացումներ: Որովայնի ձախ կեսի խիստ ար-

տափը վաժողության պատճառով անհնարին է կատարել խորանիստ շոշափում: Պոլսը ռիթմիկ է, բավարար լեցումով, 1 րոպեում 110 դարկ: Արտերիալ արյան ճնշումը 130/80 մմ սյս է, շերմութունը՝ 37,5°:

Արյան պատկերը. հեմոգլոբին՝ 90%, էրիթրոցիտներ՝ 4.300000, լեյկոցիտներ՝ 13.000, լեյկոֆորմուլան ձախ թեքվածությամբ: Որովայնի ռենտգենոսկոպիան (առանց կոնտրաստի) տալիս է հաստ աղիքի խիստ լայնացած պատկեր: Մի քանի տեղում առկա են Կլոյբերյան «գավաթ»-ներ: Ձախ կողմից դիտվում է ստոծանու բարձրագիր վիճակ:

Ախտորոշվել է «աղիքների ոլորում»: Կլինիկայում կատարվել է երկկողմանի հարերիկամային նովոկայինային բլոկադա, ստամոքսի վնասում, հիպերտոնիկ լուծույթի հոգնաներ, բայց հիվանդի վիճակը չի բարելավվել:

Ինտրատրախյալ անզգայացման տակ կատարվել է վիրահատություն: Միջին կտրվածքով պորտից վեր և վար, մոտ 20 սմ երկարությամբ շերտ առ շերտ բացվել է որովայնախորշը: Ճարպոնը և որոշ աղեղալարներ, որոնք կպած են որովայնի առաջնային պատին, անջատվել են բուժ կերպով: Որովայնախորշում հղած մոտ 500 մլ շիճա-արյունային հեղուկն արտածվել է աթմոս ապարատի միջոցով. որովայնախորշը մնացորդային հեղուկից չորացվել է տամպոններով:

Սիզմալաձև աղիքն իր մեծությամբ, լցվածությամբ և լարվածությամբ նմանվում է ավտոդոդի. նա պտտվել է իր երկայնաձիգ առանցքի շուրջը և առաջացրել 720°-ի ոլորում: Ունի երկփողանի հրացանի տեսք: Ինչպես միջրենդերի, այնպես էլ աղիքի որոշ հատվածներում նկատվում են կապտավուն բծեր և արյունազեղում:

Կատարվել է սիզմալաձև աղիքի ռեզեկցիա, դրվել է անաստամոզ եռհարկանի կարերով, ծայրը-ծայրին: Վերքի տուբալիտ: Արդմինալ աորտան է ներարկվել պենիցիլին-ստրեպտոմիցին՝ 1.000.000 միավոր, նովոկայինի 0,25% - անոց 20 մլ լուծույթով: Վիրահատական վերքը շերտ առ շերտ մինչև ռետինե խողովակը փակվել է խոլ կերպով: Վերջինս որովայնախորշն է մտցվել հետվիրահատական շրջանում՝ որովայնախորշում կուտակված հեղուկի արտածման և անտիբակտերիալ պրոպարատների ներմուծման համար: Վիրահատումից հետո առաջին օրերի փորկապությանը հաջորդել է լուծ, որը տևել է 3 օր: Այնուհետև հիվանդի դրությունն արագ կերպով լավացել է: Դրենաժը հանվել է 3-րդ, իսկ կարերը՝ 8-րդ օրը: Վերքի լավացումն առաջնային ձգումով: Հիվանդը դուրս է գրվել վիրահատական շրջանի 22-րդ օրը, միանգամայն բավարար վիճակում:

Արմատական վիրահատության կողմնակիցներ Ն. Ն. Տերեբինսկին, Ա. Վ. Վիշնևսկին, Դ. Մ. Դորոդինսկին և ուրիշներ, աղեղնորումների դեպքում առաջարկում են կատարել առաջնային ռեզեկցիա ոչ միայն աղիքի գանգրենայի, այլ նույնիսկ նրա «նորմալ» վիճակի ժամանակ: Մեր կողմից ռեզեկցված 21 աղեղնորումներից 7 դեպքերում մակրոսկոպիկ չենք ունեցել սիզմալաձև աղիքի նկատելի ախտահարումներ:

Բացահատումների 28 դեպքերը վերաբերում են բարակ աղիքներին: Ռեզեկցված աղեղալարների երկարությունը եղել է 40 սմ-ից մինչև 3 մ 20 սմ: 42 դեպքերում աղիքների անաստամոզը դրված է եղել «ծայրը-ծայրին». բերանակցումը մյուս 7 դեպքերի ժամանակ կատարվել է «կողք-կողքի»: Այս խմբին պատկանող 49 հիվանդներից մահացել են 11-ը:

Չնայած այս հիվանդության ժամանակ ինչպես մինչև վիրահատությունը, այնպես էլ վիրահատության ընթացքում և հետվիրահատական շրջանում, կիրառել ենք բուժման կոմպլեքսային միջոցառումներ՝ շոկի, ինտոքսիկացիայի, ինֆեկցիայի դեմ և գործադրել ենք համապատասխան միջոցառումներ օրգանիզմում ջրա-աղային ու սպիտակին բալանսի պահպանման համար, այնուամենայնիվ, աղեղորումներից առաջացած մահացությունը այսօր էլ մեծ տոկոս է կազմում։ Վիրահատված 102 հիվանդներից մահացել են 28-ը, կամ 27,3%-ը։ Գրականության տվյալներով այն կազմում է 25—38,4% [1, 4]։

Հիվանդների ուշացած հոսպիտալացումը բարձրացնում է մահացության թիվը։ Այդ մասին են վկայում նաև մեր տվյալները։ Նշված 28 մահացածներից միայն 8 հիվանդ է կլինիկա ընդունվել հիվանդության առաջին 24 ժամվա ընթացքում, մնացած 20 հիվանդները հոսպիտալացվել են հիվանդության 2—5-րդ օրերին, երբ նրանցից շատերի մոտ արդեն առաջացել էր աղիքների նեկրոզ և տարածված պերիտոնիտ։

Աղեղորումներից առաջացած մահացությունը, մեր կարծիքով, պայմանավորված է ոչ միայն հիվանդների ուշացած հոսպիտալացումով, այստեղ կարևոր է նաև աղեղորումների աստիճանը, նրանց տեղադրությունը և վիրահատության ձևերի ընտրությունը։ Հայտնի է, որ բարակ աղիքների բարձրադիր (սնաղի) ոլորումները, համեմատած նրա ցածրադիր (զստաղի) հատվածների աղեղորումների հետ, շատ ավելի ծանրաբնույթ են և մահաբեր։ Անհամեմատ ավելի թեթև ընթացք ունեն 90—180°-ի, քան 360—720°-ի աղեղորումները։ Այս հիվանդության ժամանակ մահվան հաճախականության վրա նշանակալից ազդեցություն ունի վիրահատական ձևերի ընտրությունը։ Փաստերը ցույց են տալիս, որ աղեղորումների ժամանակ կատարված աղիքների ռեզեկցիան, որը համարվում է ավելի տրավմատիկ և տեխնիկապես ավելի բարդ վիրահատություն (համեմատած նրա ապաոլորումների հետ), ավելի քիչ մահացություն է տալիս։ Այդ մասին են վկայում նաև մեր դիտողությունները։ Աղիքների բացահատում կատարած մեր 49 հիվանդներից մահացել են 11-ը, իսկ 53 պալիատիվ վիրահատումներից մահացել են 17-ը։ Այդ պատճառով էլ վիրահատումների ժամանակ աղիքների ապաոլորման հարցը պետք է լինի անհատականացված։

Իլեոա հիվանդության ժամանակ կոմպլեքս կոնսերվատիվ միջոցառումներին զուգահեռ, անտիբակտերիալ պրեպարատների մեծ դոզաներ (800.000—1.000.000 միավոր, 0,25%-անոց 20 մլ նովոկայինային լուծույթ) ներարկում ենք դեներակում, պորտալ սիստեմի որևէ անոթում կամ որովայնային աորտայում։ Այս ճանապարհներով անտիբակտերիալ պրեպարատների (պենիցիլին, ստրեպտոմիցին) ներարկումները լավագույնը պետք է համարել թաթախային պրոցեսների վերացման և նրանց նախականխումների համար։

Մենք վաղաժամ հոսպիտալացման և բուժման այս կոմպլեքսային միջոցառումներին ենք վերագրում վերջին տասնամյակում մեր կողմից կատարված աղեղորումների 13 բացահատումներից միայն 2 դեպքերի մահացությունը։

Ամփոփելով մեր կատարած աշխատանքներն աղեղորման 115 դեպքերի վերաբերյալ, դալիս ենք այն եզրակացության, որ այս հիվանդությունից առաջացած մահացությունն իր միևնույն թվերին հասցնելու համար անհրաժեշտ է հիվանդների վաղաժամ հոսպիտալացում և բուժման կոմպլեքս միջոցառումների կիրառում։

Իլեոսի ժամանակ պերիտոնիտը, ինչպես նաև որովայնային օրգանները բորբոքային պրոցեսներից նախականելու համար, մեր կարծիքով, լավագույն միջոցառումներից մեկը պետք է համարել անտիրակտերիալ պրեպարատների մեծ դոզաների ներարկումները դոնորական կամ որովայնային աորտայում:

Երևանի բժշկական ինստիտուտի
հասպիտալ-վիրաբուժության ամբիոն

Ստացված է 11/VI—1970 թ.

М. П. ШАТАХЯН

О ЗАВОРОТЕ КИШОК

Р е з ю м е

Анализ 120 случаев заворота кишок показал, что для достижения минимальных цифр смертности от этого заболевания необходима ранняя госпитализация больных и применение комплекса лечебных мероприятий.

При этом заболевании во избежание перитонита, а также для предупреждения воспалительных процессов органов брюшной полости, по мнению автора, одним из наилучших мероприятий надо считать введение массивных доз антибактериальных препаратов (до 1 млн единиц) в портальную вену или брюшную аорту.

Л И Т Е Р А Т У Р А .

1. Альтшуль А. С. Механическая непроходимость кишечника. М., 1962.
2. Боголюбов В. Л. Неотложная хирургия. М., 1931.
3. Казанская А. Н. XVI съезд российских хирургов. М., 1926, стр. 576.
4. Ковалевич М. Д. Острая непроходимость кишечника. Ростов на Дону, 1960.
5. Перельман И. М. Хирургия, 1947, 2, стр. 53.
6. Спасокукоцкий С. И. В кн.: Труды С. И. Спасокукоцкого. М., 1948.
7. Чухриенко Д. П. Непроходимость кишечника. Киев, 1958.
8. Braun-Wortman. Der Darmverschluss. Berlin, 1924.
9. Ridel. Verchondl der Chirurgen kongress. Berlin, 1898.