

Մ. Պ. ՇԱՏԱԽՅԱՆ

ԱՂԻՔՆԵՐԻ ՕՐՏՈՒՐԱՑԻՈՆ ԱՆԱՆՑԱՆԵԼԻՈՒԹՅԱՆ ՊԱՏՃԱՌՆԵՐԻ ԵՎ ԴԻՖԵՐԵՆՑԻԱԼ ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԱՍԻՆ

Հեղինակը աղիքների օրտուրացիոն իրևուրի բազմապատճառայնությունից հենկով այն ստորաբաժանում է շորս խմբի. առաջնորդվում է հիվանդների անհատականությունից և կիրառում է դիֆերենցիալ բուժման սկզբունքը:

Ուռուցքներից առաջացած աղիքների օրտուրացիոն անանցանելիության միակ բուժումը օպերատիվ միջամտությունն է: Օրտուրացիոն իրևուրի մյուս ձևերը հիմնականում բուժվում են կոնսերվատիվ ճանապարհով:

Օրտուրացիոն իրևուրին են վերաբերում աղիքների սուր անանցանելիության բոլոր այն դեպքերը, որոնց ժամանակ աղիքների լուսանցքը լինում է խցանված՝ մասնակի կամ ամբողջապես: Օրտուրացիոն իրևուրի ժամանակ աղիքների միջընդերքը դեռծ է մնում պաթոլոգիական պրոցեսներից: Այդ պատճառով էլ աղիքի պատերը համարյա չեն վտանգվում: Նրանք կարող են խիստ լայնանալ, բարակել, բայց հաճախ պահպանել իրենց կենսունակությունը: Անանցանելիության այս ձևերի ժամանակ աղիքների զանգրենա համարյա չի առաջանում, քանի որ միջընդերքի անոթները և ներվերը վտանգված չեն:

Աղիքների լուսանցքի խցանվածությունը կարող է առաջանալ ինչպես լուսանցքի պարունակությունից, այնպես էլ աղիքների պատերից զարգացող կամ նրանցից դուրս գտնվող հարևան օրգանների զանազան տիպի բորբոքային պրոցեսներից ու նորագոյացություններից: Աղիքների այս տիպի մեխանիկական անանցանելիության ժամանակ կլինիկական պատկերը շատ խառնաբերված է: Դա հիմնականում պայմանավորված է նշված հիվանդության զարգացումից առաջացած բազմաթիվ միջանկյալ ձևերով և նրանց ժամանակ ի հայտ եկած բազմատեսակ կլինիկական ախտանիշների առկայությամբ:

Օրտուրացիոն իրևուրը շունի միատեսակ սկիզբ ու զարգացում: Նրան կարելի է հանդիպել սկսած սուր պրոցեսներից մինչև խրոնիկականի վերածվելը և ընդհակառակը: Մեկի մոտ այն առաջանում է հանկարծակի, մյուսի մոտ՝ աստիճանաբար: Մի դեպքում մենք հիվանդին գտնում ենք աղիքների մասնակի անանցանելիությամբ, մի այլ դեպքում՝ աղիքների լրիվ անանցանելիության սիմպտոմով ալիքսով: Բնականաբար, նման պայմաններում ախտորոշման հարցերում առաջանում են լուրջ տարաձայնություններ, որի հետևանքով հիվանդներից շատերը ուշ են հոսպիտալացվում, և նրանց նկատմամբ ժամանակին ռացիոնալ բուժօգնություն չի ցուցաբերվում:

Աղիքների օրտուրացիոն անանցանելիությամբ վերջին 20 տարվա ընթացքում (1951—1970 թթ.) կլինիկա է ընդունվել 134 հոգի: Նրանցից ամենափոքրը եղել է 2, ամենամեծը՝ 87 տարեկան: Այդ 134 հիվանդներից 78-ը պատկանել են արական, 56-ը՝ իգական սեռին:

Ըստ առաջացման պատճառների (էթիոլոգիայի) և հաճախականության, այդ 134 հիվանդներին ստորաբաժանել ենք հետևյալ կերպ.

1. Խրոնիկական փորկապությանը (կոպրոստալ, կոպրոլիտ) տառապող հիվանդներ՝ 65 հոգի, կամ ընդհանուր թվի 48,5%-ը:

2. Աղիքների օբստրացիա, առաջացած շարորակ նորագոյացություններից՝ 37 դեպք, կամ 27,6%:

3. Աղիքների օբստրացիա, առաջացած բորբոքային (սպեցիֆիկ և ոչ սպեցիֆիկ) պրոցեսներից՝ 20 դեպք, կամ 14,9%:

4. Աղիքների օբստրացիա, առաջացած ճիճվային ինվազիայից (ասկարիդոզ)՝ 12 դեպք, կամ 9%:

Առաջին խմբին պատկանող 65 հիվանդների բուժումը հիմնականում տարվել է կոնսերվատիվ ճանապարհով (հարերիկամային նոդուկայինային բլոկադաներ, հոգնաներ, ստամոքսի բացումներ, հիպերտոնիկ լուծույթի ներերակային ներարկումներ և այլն): Միայն 3 դեպքերում վերջնաղու ամպուլյար շրջանում խցանված կղանքային զանգվածները մենք մատերով դուրս ենք բերել հետանցքից: Այս խմբին պատկանող երկու հիվանդներից մեկի մոտ կղանքային զանգվածները դուրս ենք մղել «կթման» ճանապարհով, մյուսների մոտ էնտերոստոմիայի ճանապարհով աղիքի լուսանցքից հեռացրել ենք 5×3 սմ տրամագծով կղանքային քար: Բոլոր հիվանդները դուրս են գրվել առողջ վիճակում:

Մեր տվյալների համաձայն, շոքա հիվանդներից մեկի մոտ աղիքների օբստրացիայի պատճառը եղել են շարորակ նորագոյացությունները (քաղցկեղ): 37 հիվանդներից 17-ի մոտ ուռուցքը տեղակայված է եղել սիգմայաձև և ուղիղ աղիների վերին հատվածներում: 8 դեպքերում ուռուցքի տեղակայումը հայտնաբերվել է իլեոցեկալ անկյան շրջանում: Քաղցկեղի տեղադրումներ միջաձիգ հաստ աղու, լյարդի և փայծաղի ծնկավորման շրջաններում ունեցել ենք 9 դեպքերում, վերջնաղու ամպուլյար հատվածում և նրանից ցածր՝ 3 դեպքերում:

Հաստ աղիքի քաղցկեղային խցանումներից առաջացած արգելակումները իրենց վլինիկական առանձնահատկություններով ունեն զարգացման 3 էտապ. նախնական փուլերի, աղիքի մասնակի անանցանելիության և աղիքի լրիվ անանցանելիության շրջան: Վլինիկա ընդունված մեր 37 հիվանդներից 23-ի մոտ արտահայտված է եղել 2-րդ ստադիային վերաբերող սիմպտոմ-կոմպլեքս (ցավեր որովայնում, տեղական փորկապություններ, դեֆեկացիայի հետ արյան, թարախի և լորձի առկայություն, շոշափվող ուռուցք): Մյուս 14 հիվանդները կլինիկա են ընդունվել հիվանդության 3-րդ ստադիայում (քաղցկեղային կախեքսիա, ուռուցքի քայքայում և բորբոքում, պերիտոնյալ փստանիշների սինդրոմ և այլն): Այդ 37 հիվանդներից 7-ը կլինիկա են ընդունվել շատ ծանր վիճակում: Նրանց բուժումը տարվել է կոնսերվատիվ ճանապարհով: Նրանցից 5-ը մահացել են, 2-ը դուրս են գրվել անփոփոխ վիճակում:

30 հիվանդներ են թարակվել են վիրահատման: Այս հիվանդների նկատմամբ վիրահատական բուժումը մեր կողմից եղել է խիստ անհատականացված: Մեր նպատակն է այդ ճանապարհով վերականգնել աղիքների անցանելիությունը և հնարավորության սահմաններում հեռացնել ուռուցքը: Վիրահատության բնույթը (ամոքիչ, արմատական) կախված է ուռուցքի տեղադրումից, նրա տարածվածությունից, օրգանիզմում առաջացած այլ օրգան-սիստեմաների

ախտահարումներից, հիվանդի ընդհանուր վիճակից: Այս կապակցությամբ ուշագրավ է հետևյալ դեպքը:

Հիվանդ Մ. Ա. 60 տարեկան, անտեսուհի, Կլինիկա է ընդունվել 11/2—1968 թ. «աղիքների անանցանելիություն» ախտորոշմամբ (հիվ. նկարագիր 338): Հիվանդը զանգառվում է որովայնի շրջանի սուր ցավերից, գաղերի անանցանելիությունից և փսխումից: Նա ամիսներ շարունակ տառապել է փորկապության, 4 օր առաջ հանկարծակի զգացել է սուր ցավեր որովայնի աջ կեսում: Տնային միջոցառումներից ցավերը մի փոքր մեղմացել են, բայց հիվանդության 3-րդ օրը նորից կրկնվել, առաջացել է որովայնի փքվածություն, ծանրության զգացում, սրտխառնոց, փսխում: Հիվանդի դրությունը զնալով ծանրացել է և հիվանդության 4-րդ օրը ընդունվել է Կլինիկա: Օբյեկտիվորոշվա՞նը արտափքված է: Ցավային նոպաների ժամանակ նրա առաջնային պատի վրա նկատվում են աղեգալարների պերիստալտիկայի ստվերացումներ: Որովայնի արտափքվածության և ցավոտության պատճառով հնարավոր չէ կատարել խորանիստ շոշափում: Պերկուսիան որովայնի բոլոր հատվածներում տալիս է բարձր տիմպանիտ: Ռենտգեն լուսավորման ժամանակ (առանց կոնտրաստի) նկատվել է գաղերի կոտակում նաև բարակ աղիքներում: Կլինիկայում ձեռնարկված կոմպլեքս կոնսերվատիվ միջոցառումներից հիվանդի դրությունը զգալիորեն թեթևացել է (գաղերի արտադրություն, դեֆեկացիա): Հետագա կլինիկական հետազոտությունները ցույց են տվել, որ հիվանդի մոտ առկա է հաստ աղիքի վայրէջ հատվածի ուռուցք: Այս կապակցությամբ 11/3—1968 թ. հիվանդը ենթարկվել է վիրահատման: Որովայնի օրգանների վերստուգումից պարզվել է, որ ուռուցքը տեղակայված է սիգմայաձև և ուղիղ աղիքների սահմանագծում և օղաձև խցանել է աղիքը, թողնելով շատ նեղ լուսանցք: Ուռուցքը հեռացվել է աղիքների ռեզեկցմամբ: Անաստամոզը դրվել է ծայրը ծայրին, որովայնախորշը փակվել է խուլ կերպով: Հետվիրահատական շրջանը անցկացրել է սուբֆեբրիլ շերմության: Դուրս է գրվել աղիքների անցանելիությունը վերականգնված վիճակում 21/4—1968 թ.: Ուռուցքի պաթոհիստոլոգիական ախտորոշումը՝ աղեղնկարցիոմա: Այս հիվանդի մոտ հիվանդությունը երկար ժամանակ ընթացել է խրոնիկական կոլիտի սիմպտոմոկոմպլեքսով (փորկապություն, լուծ, ցավեր, որովայնախորշում և այլն), որի վրա նա ուշագրություն չի դարձրել: Հանկարծակի առաջացած աղիքների սուր անանցանելիությունը և նրան հետևող մանրակրկիտ կլինիկական հետազոտությունները միայն հնարավորություն տվեցին նախափորահատական շրջանում հիվանդի մոտ ախտորոշել հաստ աղիքի քաղցկեղ:

Վիրահատված 30 հիվանդներից 21-ի մոտ կատարվել է հաստ աղիքի առաջնային ռեզեկցիա: Մյուս 9 հիվանդների մոտ կատարվել են ամոքիչ վիրահատություններ: Նրանցից 3-ի մոտ դրվել է սիգմայաձև աղիքի «շրջանցող» անաստամոզ, 2-ի մոտ՝ արհեստական հետանցք: Մնացած 4 հիվանդների մոտ դրվել է կոլոստոմիա: Այս հիվանդներից 5-ը մահացել են հաստ աղիքի առաջնային ռեզեկցիայից, 2-ը՝ սիգմայաձև աղիքի «շրջանցող» անաստամոզից: Ամոքիչ վիրահատումների ենթարկված հիվանդներից 4-ի մոտ հաստ աղիքի ռեզեկցիա կատարվել է 2-րդ էտապով. նրանցից մահացել են 2-ը:

Այսպիսով, հաստ աղիքի ուռուցքների հողի վրա առաջացած օբստրուցիոն իլեուսով տառապող 30 հիվանդներից վիրահատումներից մահացել են 9-ը:

Մյուս 21 վիրահատված հիվանդները հիվանդանոցից դուրս են գրվել. բավարարված 19 հոգի, վատացումով՝ 2 հոգի:

Աղիքների լուսանցքի նեղվածություններ, առաջացած սպիցիֆիկ և ոչ սպիցիֆիկ բորբոքային պրոցեսներից (իլեիտ, տուբերկուլյոզ, դիզենտերիա և այլն), ունեցել են 20 դեպքում: Նրանց նկատմամբ կիրառված կոմպլեքս կոնսերվատիվ բուժմամբ հնարավոր է եղել 16 հիվանդների մոտ վերականգնել աղիքների անցանելիությունը: Մյուս 4 դեպքերում մենք կատարել ենք բարակ աղիքների ռեզեկցիա 30—70 սմ երկարությամբ: Այս խմբին պատկանող 8 հիվանդներին, որոնց մոտ աղիքների լուսանցքի նեղվածությունների պատճառը եղել են տուբերկուլյոզն ու դիզենտերիան, աղիքների անցանելիությունը վերականգնելուց հետո գործուղել ենք համապատասխան բուժհիմնարկներ՝ հետագա մասնագիտական բուժօգնություն ստանալու համար:

Անկարիդոզից առաջացած աղիքների օրտուրացիոն անանցանելիությամբ տառապող 12 հիվանդներից 9-ը բուժվել են ճիճվամուղ դեղորայքով և թրթվածնով, 3-ի մոտ բազմաթիվ ասկարիդներ հեռացվել են էնտերոստոմիայի ճանապարհով: Այս խմբին պատկանող 12 հիվանդներն էլ կլինիկայից դուրս են գրվել առողջացած:

Եզրակացություններ

1. Աղիքների օրտուրացիոն անանցանելիության պատճառները բազմազան են: Մենք դրանք միավորել ենք 4 խմբում:

2. Ուռուցքներից առաջացած աղիքների օրտուրացիոն անանցանելիության միակ բուժումը օպերատիվ միջամտությունն է:

3. Օրտուրացիոն իլեոտի մյուս ձևերը (խրոնիկական փորկապություն, բորբոքումներ, ասկարիդոզ և այլն) հիմնականում բուժվում են կոնսերվատիվ ճանապարհով:

4. Աղիքների օրտուրացիոն անանցանելիություններից առաջացած մահացությունը հիմնականում արդյունք է աղիքների քաղցկեղային խցանումների: Այն մեր տվյալներով հասնում է մոտ 38% -ի:

Երևանի բժշկական ինստիտուտի հոսպիտալային
վիրաբուժության ամբիոն

Ստացված է 4/X 1972 թ.:

М. П. ШАТАХЯН

О ПРИЧИНАХ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШОК

Резюме

Дифференциальное лечение 134 больных с обтурационной непроходимостью кишок нами организовано следующим образом. У 37 больных, страдающих обтурацией кишечника на почве злокачественных новообразований, произведено оперативное вмешательство.

Комплексному консервативному лечению подверглись 65 больных, страдающих хроническими запорами.

У остальных 32 больных причиной обтурации кишечника были глисты, хронические воспалительные процессы. При выборе лечения мы руководствовались индивидуальными данными больных.