

Մ. Պ ՇԱՏԱԽՅԱՆ

ԱՂԻՔՆԵՐԻ ՍՈՒՐ ԱՆԱՆՑԱՆԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻՑ ՎԻՐԱՀԱՏՎԱԾ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ
ՀՆՈՒՄԱԿՈՐ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Հեղինակը գտնում է, որ ԱՍԱ-ի օպերատիվ բուժման հեռավոր արդյունքներն այնքան էլ մխիթարական չեն:

Առաջին և երկրորդ խմբին պատկանող անձնավորությունների թիվը հնարավոր է ավելացնել, եթե մենք այս հիվանդության ժամանակ կիրառենք անհատականության սկզբունքը և ժամանակին գործադրենք բուժման կոմպլեքս միջոցառումներ:

Աղիքների սուր անանցանելիության տարբեր բնագավառների վերաբերյալ (պատճառախոսություն, ախտածնություն, կլինիկո-ախտորոշում, բուժում և այլն) ինչպես մեզ մոտ, այնպես էլ արտասահմանում կան բազմաթիվ ու բազմակողմանի ուսումնասիրություններ: Սակայն այս լայնածավալ գրականության կողքին, աղիքների սուր անանցանելիությունից (ԱՍԱ) վիրահատվածների հեռավոր արդյունքների մասին կան միայն հատ ու կենտ աշխատություններ: Ավելին, եղած գրականության զգալի մասը նվիրված է դիպլածաբանական նկարագրություններին [11, 18 և ուրիշներ], իսկ որոշ հեղինակների կողմից [14, 15, 1, 6 և ուրիշներ] կատարված հետազոտությունները վերաբերում են ԱՍԱ-ի առանձին ձևերին և նրանց միակերպ վիրահատություններին: Նման վերլուծությունները լինելով միակողմանի, լրիվ պատկերացում չեն տալիս իրենու հիվանդության բազմաթիվ ախտահարումների ժամանակ վիրահատական միջամտության հեռավոր արդյունքների մասին: Բնականաբար, ավելի հավանական և համոզիչ պետք է համարել այն աշխատությունները, որոնք ընդգրկում են իրենու հիվանդության բոլոր ձևերը և նրանց ժամանակ կատարված օպերատիվ միջամտությունների բոլոր տարատեսակները: Այս առումով լավագույնը պետք է համարել Վ. Մ. Մինցի [7], Վ. Ի. Միրոնովայի [8], Ե. Ա. Նեկրասովայի [9], Ի. Բ. Օլեշկևիչի [10], Ֆ. Զ. Զեյտելի [3], Մ. Վ. Յակովլևի [17] և այլոց՝ իրենու ժամանակ վիրաբուժական միջամտության հեռավոր արդյունքների վերաբերյալ կլինիկական նյութի վերլուծությունները:

Գործնական խոշոր նշանակություն ունեցող այս հարցի քննարկումը (Վ. Ե. Իստոմինի [4] ղեկուցման շուրջ) առաջին անգամ տեղի ունեցավ 1937 թ. ուկրաինական վիրաբույժների 7-րդ համագումարում: Այնուհետև Ն. Վ. Զավոդովսկին (1964 թ.) 12 հեղինակների աշխատություններից հավաքագրելով 2344 դեպք, հանգեց այն եզրակացության, որ շնայած աղիքների սուր անանցանելիության օպերատիվ բուժման լավագույն արդյունքներին, որի հետևանքով մահացության տոկոսը վերջին 30 տարվա ընթացքում իջել է 3—4 անգամ, հեռավոր արդյունքների ցուցանիշներում դեռևս առանձին փո-

փոխություններ չեն դիտվում, դրանք համազոր են 30 տարի առաջ եղած թվական տվյալներին: Վ. Ե. Իստոմինի [4], Կ. Յա. Կենիգսբերգի [5] և այլոց աշխատություններից պարզվում է, որ ԱՍԱ-ից վիրահատված հիվանդների մոտ մահացության տոկոսը վերջին 30 տարվա ընթացքում իջել է 3—4 անգամ, մինչդեռ ԱՍԱ-ից վիրահատվածների հեռավոր արդյունքների բավարար և վատ ցուցանիշները այսօր էլ գտնվում են բարձր թվերի սահմաններում. այն հասնում է 37—40%-ի: Այդպիսի տվյալներ բերվում են նաև այլ հեղինակների կողմից [12, 6, 13, 17, 15]: Սրանց մոտ ԱՍԱ-ից վիրահատված հեռավոր վատ արդյունքներով հիվանդների թիվը հասնում է 23—28%-ի:

Իլեուս հիվանդության վիրահատումներից առաջացած հեռավոր վատ արդյունքների այսքան բարձր հաճախականության պատճառները բազմազան են: Ոմանք այն վերագրում են հետվիրահատական շրջանի կպումագոյացություններին [4, 5, 16 և ուրիշներ], ոմանք [2, 6 և ուրիշներ]՝ ծանր վիրահատումներին (աղիքների լայնածավալ բացահայտումներ, զանազան տիպի անաստամոզներ, կրկնակի վիրահատումներ և այլն): Ոմանք էլ հեռավոր վատ արդյունքների պատճառները վերագրում են դեզինվազիացիաներին) առանց ապենդեկտոմիայի և հաստ աղու վերելակ ճյուղի ֆիքսման), սիզմայաձև աղու զանազան տիպի ֆիքսումներին (Բրոուն-Ռու, Հազեն-Տորն), կպումահատումներին և այլն:

Հետվիրահատական շրջանում աղիքների ֆունկցիոնալ կարողությունների անբավարարության պատճառ են համարվում նաև ուշացած հոսպիտալացումը և ուշացած վիրահատումները: Նման դեպքերում նույնիսկ «արտավժառիկ» վիրահատությունները շատ ծանր են անդրադառնում հիվանդների առողջության վրա: Կենդանի մնացած հիվանդներից շատերի մոտ հետվիրահատական շրջանում առաջանում են իլեուսի կրկնություններ:

Բազմաթիվ կլինիկական նյութի ուսումնասիրություններից պարզվել է, որ վիրահատված հիվանդների մեծամասնության մոտ, անկախ վիրահատության տեսակից (ամոքիչ, արմատական), հետվիրահատական շրջանում այս կամ այն չափով խախտվում է աղիքների նորմալ գործունեությունը: Նման հիվանդների մոտ այն կլինիկորեն արտահայտվում է տարբեր աստիճանի հասնող դիսպեպտիկ երևույթներով, սկսած պարբերական փորկապությունից, վերջացրած աղիքների լրիվ անցկալումների սիմպտոմոկոմպլեքսով:

ԱՍԱ-ից վիրահատված հիվանդների հեռավոր արդյունքների ուսումնասիրությունը ներկայումս համարվում է կարևոր հարցերից մեկը այն իմաստով, որ այն հնարավորություն է տալիս մի կողմից հետևելու և ի հայտ բերելու այս կամ այն վիրաբուժական միջամտության արդյունավետությունը, մյուս կողմից՝ նման հետազոտությանը մենք ի վիճակի ենք լինում հետվիրահատական շրջանում որոշել հիվանդի աշխատունակությունը: Բացի այդ, հեռավոր արդյունքների ուսումնասիրությունները վիրաբույժին կողմնորոշում են ճիշտ ընտրելու վիրահատության տեսակը, որպեսզի չլինեն, կամ քիչ լինեն հիվանդության կրկնություններ ու կրկնակի վիրահատումներ:

Հաշվի առնելով այս հարցի կարևորությունը և խոշոր գործնական նշանակությունը, մենք նպատակահարմար գտանք հրապարակել նաև մեր հետազոտությունների արդյունքները: Հետազոտության տակ է եղել 112 հիվանդ: Նրանցից 8-ը կրկնակի քննվել են ստացիոնար-պոլիկլինիկայի ճանապարհով: Մնացած 104 հիվանդների հետազոտման արդյունքներն ուսումնա-

սիրվել են հարցաթերթիկների միջոցով: Նշված 112 հիվանդների ուսումնասիրության հեռավոր արդյունքներն ընդգրկում են շուրջ 16 տարի (1954—1969 թթ.): Նրանք ըստ սեռի և տարիքի ներկայացնում են հետևյալ պատկերը. արական սեռին պատկանում է 46, իգական սեռին՝ 66 հիվանդ: Մինչև 10 տարեկան եղել է 19, 60-ից անց՝ 6 հիվանդ:

Այս 112 հիվանդների ամենահեռավոր շրջանին վերաբերող հետազոտությունների արդյունքներն ունեն 16 տարվա, ամենամոտ շրջանին՝ մեկ տարվա վաղեմություն:

Աղիքների սուր անանցանելության պատճառով այդ հիվանդների մոտ կատարվել են հետևյալ տիպի վիրահատումներ. էնտերոստոմիա՝ 1 դեպք, աղիքների ապառոտումներ (դետորսիա)՝ 6, հանգուցազերծում՝ 3, ռեզեկցիա՝ 19, դեզինվազինացիա՝ 33, կպումահատումներ՝ 19, շրջանացող անաստամոզներ՝ 4, Նոբելի վիրահատում (1960 թ. կլինիկայի վերափոխմամբ)՝ 27 դեպք: Ընդամենը եղել է 112 դեպք:

Ելնելով առողջության և աշխատունակության վիճակից, այս 112 հիվանդներին ստորաբաժանել ենք երեք խմբի. Ա՝ լավ, Բ՝ բավարար, Գ՝ վատ: Ա խումբ համարել ենք այն անձնավորություններին, որոնք առողջ են և զբաղվում են իրենց մասնագիտությամբ: Բ խմբին պատկանում են այն անձնավորությունները, որոնք մերթնդմերթ ունենում են դիսպեպտիկ երևույթներ՝ լույծ, փորկապություն, գաղերի կուտակում, որովայնում ծանրության զգացում և այլն: Սրանցից ոմանք փոխել են իրենց աշխատանքի բնույթը: Ոմանք իրենց տկարության պատճառով ժամանակ առ ժամանակ բացակայում են աշխատանքից: Բուժվում են տնային պայմաններում, երբեմն դիմում են պոլիկլինիկայի կամ շրջանային բժիշկների միջամտությանը: Գ խմբում այն հիվանդներն են, որոնց մոտ հաճախ կրկնվում են դիսպեպտիկ երևույթները: Վերջիններս երբեմն ընթանում են իլեուսին հատուկ սիմպտոմով ալեքսոսով: Այս խմբի մեջ են մտնում կրկնակի վիրահատվածները, հետվիրահատական ճողվածքով տառապողները և այն հիվանդները, որոնք աշխատունակ չեն և համարվում են 3-րդ կամ 2-րդ խմբի հաշմանդամ:

Մեր հետազոտած 112 հիվանդներից 77-ը պատկանել են Ա խմբին, 26-ը՝ Բ, 9-ը՝ Գ խմբին (աղյուսակ 1):

Ըստ խմբավորումների և կատարած վիրահատության ձևերի, մեր այս 112 վիրահատված հիվանդների մոտ հեռավոր արդյունքները տվել են հետևյալ ցուցանիշները. աղիքների օբստրուցիոն անանցանելությամբ (առկարիդոզ) տառապող մեկ հիվանդի մոտ 1954 թ. կատարվել է էնտերոստոմիա և առ այսօր (1969 թ.) իրեն համարում է առողջ, աշխատում է իր մասնագիտությամբ (փականագործ): Աղիքների ապառոտում (դետորսիա) կատարվել է 6 դեպքերում, որից երկուսը համարվում են 2-րդ, իսկ մեկը (կրկնակի վիրահատվել է՝ սիզմայածև աղիքի ռեզեկցիա) 3-րդ կարգի հաշմանդամ: Մյուս երեքը առողջ են: Աղիքների ռեզեկցիա կատարվել է 19 հիվանդների մոտ, որոնցից 8-ը պատկանում են Ա, 7-ը՝ Բ և 4-ը՝ Գ խմբին: Երեսուներեք հիվանդների մոտ կատարվել է դեզինվազինացիա, նրանցից 32-ը պատկանում են Ա, մեկը՝ Բ խմբին: Աղիքների կպումահատումներ կատարվել են 19 հիվանդների մոտ, որոնցից 3-ը պատկանում են Ա խմբին, 12-ը՝ Բ և 4-ը՝ Գ խմբին: Աղիքների շրջանցող անաստամոզով դուրս գրված հիվանդներից միայն մեկն է

Աղյուսակ 1
ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՀԵՌԱՎՈՐ ԱՐԻՅՈՒՑՔՆԵՐՆ ԸՍՏ ԿԱՏԱՐՎԱԾ ՎԻՐԱՀԱՏՈՒՄՆԵՐԻ ԵՎ ՆՐԱՆՑ
ԵԼՔԻ

Աղիքների սուր անանցանելիության տեսակները և կատարված վիրահատությունները	վիրահատությունների թիվը	Ելք				
		Ա. խումբ առողջ են և աշխատում են իրենց մասնագիտություններում	Բ. խումբ երբմիջ ռենդենում են փոքրագույն թվում, լուծված, գերակառավարում, որովայնի ծանրություն գրանցված	Գ. խումբ հաճախ կրկնվող զիսպիպտիկ երևույթներ, աղիքների անանցանելիություն, պատվարային, հետվիրահատական ծանր վաթման, կրկնապատկերվածություն		
1. Աղիքների խցանում ասկարիդներից՝ էնտերոստոմիա	1	1				
2. Սիրմալաձև աղիքների ոլորումները ա) դետորսիա բ) ռեզեկցիա	1 3	1 2		1		
3. Բարակ աղիքների ոլորումներ ա) դեկորսիա բ) ռեզեկցիա և մեկկելյան դիվերտիկուլի հեռացում	5 7	2 4	2		1	
4. Աղիքների հանգուցավորումներ ա) հանգուցադիրժում (կպումահատմամբ, ապենդեկտոմիայով) բ) ռեզեկցիա	3 2	2	1			1
5. Աղիքների ներքուսկումներ ա) դեզինվազինացիա ապենդեկտոմիա, «ցեկում»-ի ֆիքսում բարակ և հաստ աղիքների բ) դեզինվազինացիա գ) ինդոցեկալ անկյան ռեզեկցիա	29 4 2	29 3		1 2		
6. Աղիքների կպումային անանցանելիություն ա) կպումահատում բ) Նոբլի օպերացիա գ) ռեզեկցիա դ) շրջանցող անաստամոզ	19 27 5 4	3 25 2 3	12 2 1 1		4 2	
Ընդամենը	112	77	26 (35 կամ 31,25 %)		9	

պատկանում Գ խմբին, մնացած երեքն առողջ են և աշխատում են իրենց մասնագիտություններում:

Նոբլի վիրահատության (պրոֆ. Ի. Խ. Գևորգյանի ձևափոխությամբ) ենթարկված 27 հիվանդներից 25-ը պատկանում են Ա, երկուսը՝ Բ խմբին: Այսպիսով, մեր 112 հիվանդներից Ա խմբին պատկանում է 77 հոգի (68,8%), Բ խմբին՝ 26 (23,2%) և Գ խմբին՝ 9 հոգի (8,0%): Այս տվյալները չեն համապատասխանում Գ. Պ. Կոկորինի, Մ. Վ. Յակովլևի և ուրիշների հետազոտության արդյունքներին: Սրանց մոտ վատ, կամ Յ-րդ խմբի ցուցանիշները հասնում են 23—28%-ի: Մեր տվյալներով այն կազմում 8%: Ինչ վերաբերում է հեռավոր լավ և բավարար արդյունքներին, այն մեր հետազոտություններում կազմում է 92%: Այս հանգամանքը մենք վերագրում ենք արդի բուժման

կոմպլեքս միջոցառումներին, հիվանդների վաղաժամ հոսպիտալացմանը և վաղաժամ վիրահատումներին: Հեռավոր արդյունքների (բավարար և լավ) բարձր ցուցանիշները մենք վերագրում ենք նաև կատարված վիրահատումների առանձին տեսակներին և նրանց առավել հաճախ լինելուն: Այսպես, օրինակ, իլեոցեկալ անկյան դեզինվազինացիան (ապենդեկտոմիայով և «ցեկում»-ի ֆիքսումով). մեր վիրահատած 29 հիվանդները հետվիրահատական շրջանում բոլորն էլ ընդգրկվել են Ա խմբում: Աղիքների կալումային անանցանելիությունների ժամանակ Նոբելի վիրահատության ենթարկված 27 դեպքերից 25-ը վերաբերում է Ա խմբին: Ինչ վերաբերում է մեր կողմից կատարված վիրահատությունների (աղիքների դետորսիա, կալումահատումներ, աղիքների զանազան տիպի ֆիքսումներ և այլն) հեռավոր արդյունքներին, ապա դրանք իրենց հաճախականությամբ համընկնում են նշված հեղինակների թվական տվյալներին: Մեր կարծիքով, տիպական այս վիրահատությունների խիստ անհատականացումը իր լավագույն ազդեցությունը կունենա հեռավոր լավ և բավարար արդյունքների բարձր թվական ցուցանիշներ ստանալու հարցում:

Նզրակացություններ.

1. Օպերատիվ բուժման հեռավոր արդյունքները դեռևս անբավարար են: Դրա բարելավումը սերտորեն կապված է այս հիվանդության վաղաժամ ախտորոշման և վաղաժամ օպերատիվ միջամտությունների հետ:

2. Աղիքների զանազան տիպի ֆիքսումներից և կալումահատումներից առաջացած կրկնակի վիրահատությունները բավականին հաճախ են և վատացնում են հեռավոր արդյունքների ցուցանիշները: Այն մեր տվյալներով հասնում է 14,3%-ի:

3. Իլեոցեկալ անկյան ներբուժակումների ժամանակ դեզինվազինացիային զուգընթաց անպայմանորեն պետք է կատարել ապենդեկտոմիա և վերելակ հաստ աղիքի ֆիքսում, որը դեպքերի ճնշող մեծամասնության մոտ տալիս է հեռավոր լավ արդյունքների երաշխիք:

4. Ամոքիչ վիրահատություններին (շրջանցող անաստամոզ, էնտերոստոմիա, աղիքների ֆիքսացիա և այլն) պետք է դիմել միայն բացառիկ դեպքերում:

5. Աղիքների կալումային անանցանելիության դեմ պայքարի լավագույն միջոցը պետք է համարել Նոբելի վիրահատությունը: Այն մեր 27 դեպքերից 25-ի մոտ հետվիրահատական շրջանում տվել է հեռավոր լավ արդյունքներ:

Հոսպիտալ-վիրաբուժության
կենտրոն

Ստացված է 24/VI—1972 թ.

М. П. ШАТАХЯН

ОБ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ У БОЛЬНЫХ,
ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ
НЕПРОХОДИМОСТИ

Резюме

За период с 1954 по 1969 г. мы исследовали отдаленные результаты у 112 больных, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости (I группа — 77, II — 26, III — 9 больных).

В отличие от результатов, полученных Г. П. Кокориным и М. В. Яковлевым [6, 17], у которых показатели II группы составляли 23—28%, наши данные составляют 8%, что обусловлено современным комплексом лечебных мероприятий, ранней госпитализацией и своевременным оперативным вмешательством. По нашему мнению, строгая индивидуализация типовых операций также способствует получению высоких количественных показателей отдаленных хороших и удовлетворительных результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дуриманов Г. Н. и Лактионов П. П. Вестник хирургии, 1967, 2, стр. 40.
2. Заводовский Н. В. Вестник хирургии, 1964, 10, стр. 112.
3. Зетель Ф. З. Труды Свердловского мед. ин-та, 1951, т. 5, стр. 177.
4. Истомин В. Е. Новый хирургический архив, 1937, т. 39, кн. 153—156, стр. 339.
5. Кенигсберг Э. Я. Канд. дисс. Ростов н/Д, 1949.
6. Кокорин Г. П. Труды института им. Склифасовского, кн. 1. М., 1957, стр. 157.
7. Минц В. М. Клиническая медицина, 1941, 19, 5, стр. 163.
8. Миронова В. И. Вестник хирургии, 1967, 2, стр. 40.
9. Некрасова Е. А. Труды Смоленского гос. мед. ин-та, т. 5, 1955, стр. 227.
10. Олешкевич И. Б. В кн.: Материалы научной сессии Витебского гос. мед. ин-та, 1958, стр. 48.
11. Парменов В. И. Вестник хирургии, 1940, 60, кн. 1—2, стр. 56.
12. Смоляк Л. Г. и Шматко П. И. Советская медицина, 1954, 6, стр. 6.
13. Страшинина Н. К. Вестник хирургии, 1958, 1, стр. 67.
14. Футорный Н. С. Советская медицина, 1961, 3, стр. 55.
15. Шицулин В. П. Сборник трудов Ижевского мед. ин-та, 1966, 25, 2, стр. 72.
16. Юрихин А. П. Хирургия, 1956, 6, стр. 54.
17. Яковлев М. В. Автореферат канд. дисс. Рязань, 1954.
18. Яришин А. Л. Вестник хирургии, 1950, 70, стр. 67.