

# მუცლის ტკივილის სადიაგნოსტიკო გამოწვევები გადაუდებელ ქირურგიაში (კლინიკური რეკომენდაციები)

დავით ჯიქია<sup>1</sup>, თამაზ ჩხიკვაძე<sup>2</sup>, ვასილ არჩვაძე<sup>1</sup>

<sup>1</sup>თსუ ზოგადი ქირურგიის დეპარტამენტი, <sup>2</sup>შპს ალ. ალადაშვილის სახელობის კლინიკა

პასუხისმგებელი პირი: დავით ჯიქია, d.jiqia@tsmu.edu

**რეზიუმე** | მუცლის ტკივილი დღესაც კრიტიკული მედიცინის სადიაგნოსტიკო გამოწვევად რჩება. მუცლის ტკივილი გადაუდებელი მომართვების 5-10%-ს შედგენს. აქედან, ამბულატორულად გაწერილ პაციენტთა 25%-ში და სტაციონარში მოთავსებულ პაციენტთა 35-40%-ში დიაგნოზი არადიფერენცირებულია. დიფერენციალური დიაგნოზის არეალი ძალზე ფართო და მრავალფეროვანია, მოიცავს ინტრააბდომინურ და ექსტრა-აბდომინურ ქირურგიულ თუ არაქირურგიულ პათოლოგიებს. ასოცირებული სიმპტომები ხშირად მოკლებულია სპეციფიკურობას. ნაშრომში წარმოდგენილია მუცლის ტკივილის კლასიფიცირების სხვადასხვა ვარიანტები და მათი გამოყენების მნიშვნელობა მუცლის ტკივილის დიფერენციულ დიაგნოსტიკაში. ასევე, ყურადღება გამახვილებულია ანამნეზის შეკრების მნიშვნელობაზე და ანალგეზიის საკითხებზე გადაუდებელი დახმარების დანაყოფებში. მოცემულია ფიზიკალური კვლევის ალგორითმი. ვფიქრობთ, ნაშრომი საინტერესო იქნება გადაუდებელი დახმარების ექიმებისათვის, ქირურგებისთვის სტუდენტებისათვის.

**საკვანძო სიტყვები:** მუცლის ტკივილი, გადაუდებელი ქირურგია, მუცლის ტკივილის დიფერენციალური დიაგნოზი

## ღეჟინიცია

ცხრილი 1. დაავადებით მოცული კლინიკური ფგომარეობები

მუცლის ტკივილი დღესაც კრიტიკული მედიცინის სადიაგნოსტიკო გამოწვევად რჩება. მუცლის ტკივილი გადაუდებელი მომართვების 5-10%-ს შედგენს. აქედან, ამბულატორულად გაწერილ პაციენტთა 25%-ში და სტაციონარში მოთავსებულ პაციენტთა 35-40%-ში დიაგნოზი არადიფერენცირებულია.

დიფერენციალური დიაგნოზის არეალი ძალზე ფართო და მრავალფეროვანია, მოიცავს ინტრააბდომინურ და ექსტრააბდომინურ ქირურგიულ თუ არაქირურგიულ პათოლოგიებს. ასოცირებული სიმპტომები ხშირად მოკლებულია სპეციფიკურობას.

განსაკუთრებულ ჯგუფს განეკუთვნება ხანდაზმული, იმუნოკომპრომეტირებული, რეპროდუქციული ასაკის ქალი პაციენტები, ასევე თანმხლები (მაგ.: შაქრიანი დიაბეტი) და სისტემური დაავადებების მქონე პაციენტები. ასეთ შემთხვევებში ხშირია არასპეციფიკური ჩივილები, ატიპური სიმპტომები და მიმდინარეობა, რაც დაგვიანებულ დიაგნოსტიკას განაპირობებს.

## მუცლის ტკივილის კლასიფიკაცია და დიფერენციალური დიაგნოზი

მუცლის ტკივილს მნიშვნელოვანი ადგილი ეთმობა ICD 10 კლასიფიკატორში; დაავადებით მოცული კლინიკური მდგომარეობები წარმოდგენილია ცხრილში 1.

წარმოშობის მიხედვით მუცლის ტკივილი შესაძლოა იყოს ინტრააბდომინური, ექსტრააბდომინური, მეტაბოლური ან ნეიროგენული (სქემა 1).

დასახელება	კოდი
ნოზოლოგია, მდგომარეობა	ICD 10
მწვავე მუცელი	R10.0
ტკივილი ლოკალიზებული მუცლის ზემო ნაწილში	R10.1
მუცლის სხვა ქვედა ნაწილებში ლოკალიზებული ტკივილი	R10.3
სხვა და დაზუსტებული ტკივილი მუცლის არეში	R10.4
მუცლის რიგილობა (დაჭიმულობა)	R19.3

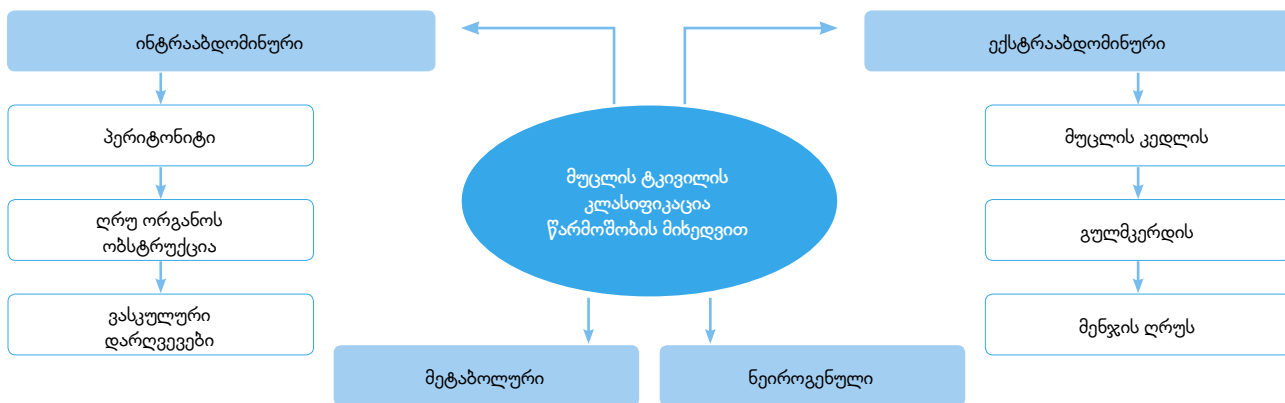
მუცლის ტკივილი ტიპის მიხედვით შეიძლება იყოს ვისცერული, სომატური, ანგიოგენური ან ირადირებული (სქემა 2)

ტკივილი დაზიანებული ქსოვილის რეცეპტორების აგზნების შედეგია; არსებობს რეცეპტორების ორი ჯგუფი: - ვისცერული პოლიმოდალური რეცეპტორები, რომელთა სუსტი გალიზიანება იძლევა ინფორმაციას ორგანოს მდგომარეობის შესახებ, ძლიერი გალიზიანება კი – ტკივილის შეგრძნებას;

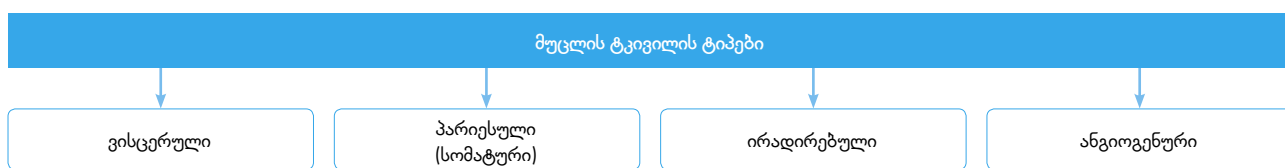
- სომატური ტკივილის მექანორეცეპტორები (ნოციცეპტორები), რომელთაც აქვთ მგრძნობელობის მაღალი ზღურბლი და მათი სტიმულაცია იწვევს ტკივილს.

შესაბამისად, განარჩევენ ტკივილის შემდეგ სახეებს: ვისცერული – წარმოიქმნება უშუალოდ დაზიანებულ ორგანოში (სურათი 1), აქვს მძიმე ხასიათი და ჩვეულებრივ თან ახლავს ოფლდენა, გულისრევა, პირღებინება, კანის მკვეთრი სიფერმკრთალე. ასეთი ტკივილი შესაძლებელია

სქემა 1. მუცლის ტკივილის კლასიფიკაცია წარმოშობის მიხედვით



სქემა 2. მუცლის ტკივილის ტიპები

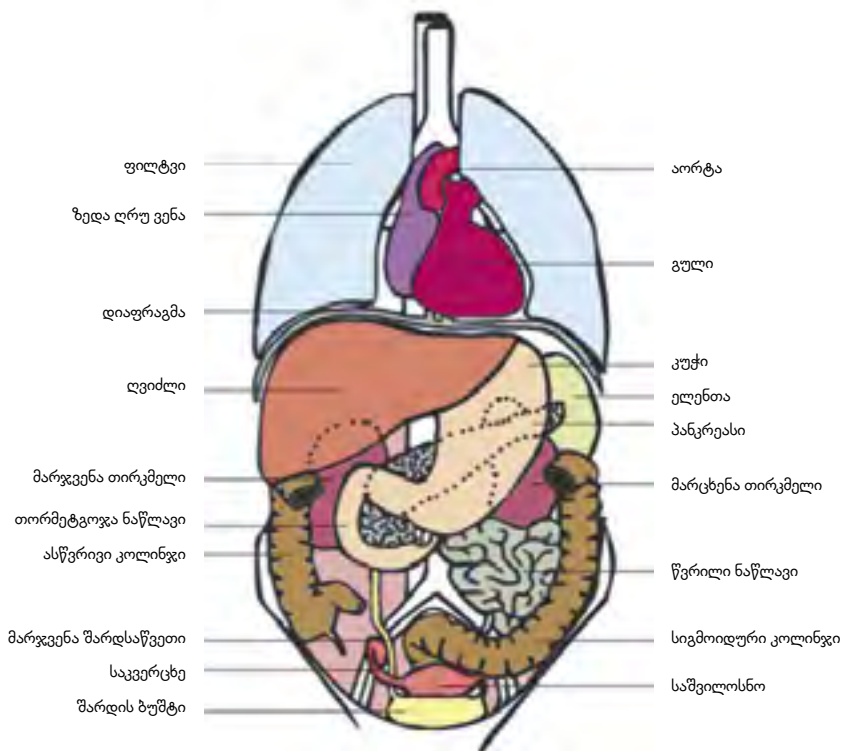


ლოკალიზდეს (მიგვანიშნოს პაციენტმა) ეპიგასტრიუმში, ჭიპის მიდამოში ან ბოქვენის სიმფიზს ზემოთ.

სომატური რეცეპტორებით მდიდარია პერიტონეუმი (ასეთ ტკივილს ხშირად პარიესულსაც უწოდებენ), ბადექონი, ისინი გვხვდება სანაღვლე გზებსა და შარდსაწვეთებშიც. ამ სახის ტკივილი გამოირჩევა მაღალი ინტენსივობით და პაციენტი კარგად მიგვანიშნებს მის ლოკალიზაციას.

არეკლილი ტკივილი მუცლის ღრუში წარმოიქმნება დაზიანებული ორგანოს ძალზე ძლიერი გაღიზიანებისას და აღინიშნება თავის ტვინის, ტვინის გარსების დაავადებების და სხვა შინაგანი ორგანოების პათოლოგიებისას.

პირობითად გამოყოფენ მუცლის ტკივილის ორ მიზეზს: მუცლის ღრუს ორგანოების შებერვა (ვისცერული ტკივილი) და პერიტონეუმის გაღიზიანება (პარიესული ტკივილი).

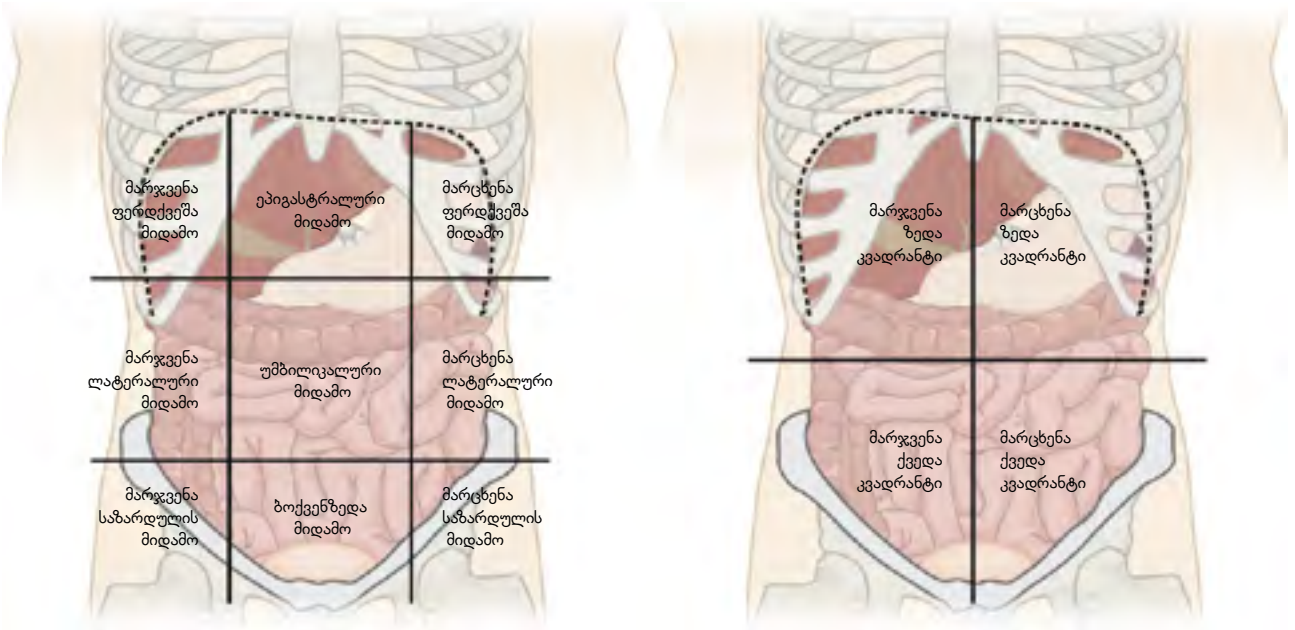


სურათი 1. მუცლის ტკივილის გამომწვევი ვისცერული ორგანოები

**მუცლის წინა კედლის ტოპოგრაფიული დაყოფა**

კლინიკურ პრაქტიკაში, განსაკუთრებით გადაუდებელი დახმარების დანაყოფებში, მეტად მნიშვნელოვანია, მუცლის ტკივილის ტოპოგრაფიის შეფასება. ტკივილის ტიპის, ლოკალიზაციის და ტოპოგრაფიის მიხედვით შესაძლებელია წარნატებული დიფერენციული დიაგნოსტიკის გატარება.

მიღებულია მუცლის წინა კედლის და, შესაბამისად, მუცლის ღრუს დაყოფა ნახევრებად, კვადრანტებად და მიდამოებად (იხ. სურათი 2).  
სადიაგნოსტიკო ალგორითმში მეტად მნიშვნელოვანია მუცლის ტკივილის მიზეზების კლასიფიცირება რეგიონული განაწილების პრინციპების მიხედვით (ცხრილი 2).



**სურათი 2.** მუცლის წინა კედლის დაყოფის ვარიანტები

**ცხრილი 2.** მუცლის ტკივილის მიზეზების კლასიფიკაცია მუცლის რეგიონების მიხედვით

ეპიგასტრიუმი	
<b>გული</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი;</li> <li>• პერიკარდიტი.</li> </ul>
<b>საყლაპავი, კუჭი, ნაწლავები</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ეზოფაგიტი;</li> <li>• გასტრიტი;</li> <li>• კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული;</li> <li>• კუჭის კიბო;</li> <li>• დიაფრაგმის საყლაპავის ხვრელის თიაქარი და მისი გართულებები;</li> <li>• საყლაპავის პერფორაცია (ბურჰავეს სინდრომი);</li> <li>• კარდის ახალაზია.</li> </ul>
<b>პანკრეასი</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• მწვავე პანკრეატიტი;</li> <li>• კუჭქვეშა ჯირკვლის სიმსივნეები.</li> </ul>
<b>სხვა მიზეზი</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• აპენდიციტი (კოხერის სიმპტომი აპენდიციტის დებიუტში).</li> <li>• მცერდის ძვლის მოტეხილობა;</li> <li>• ტიტცეს სინდრომი (ნეკნების ხრტილოვანი ნაწილის დეგენერაციულ-ანთებითი ცალმხრივი დაავადება).</li> </ul>
მარჯვენა ფერდქვეშა და ლატერალური მიდამო	
<b>ფილტვები, გულმკერდის ყაფაზი</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• პნევმონია (ქვედა წილები);</li> <li>• ფილტვის აბსცესი;</li> <li>• პლევრიტი;</li> </ul>
<b>პულმონური ემბოლიზმი, გულმკერდის ყაფაზის დაუეყოლები, ნეკნების მოტეხილობა;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• პულმონური ემბოლიზმი, გულმკერდის ყაფაზის დაუეყოლები, ნეკნების მოტეხილობა;</li> <li>• გასტრიტი;</li> <li>• კუჭის წყლული;</li> <li>• კუჭის წყლულის პერფორაცია;</li> <li>• კუჭის მწვავე გაგანიერება.</li> </ul>
<b>პანკრეასი</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• მწვავე პანკრეატიტი</li> <li>• პანკრეასის თავის სიმსივნეები.</li> </ul>
<b>მარჯვენა თირკმელი</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• შარდკენჭოვანი დაავადება;</li> <li>• პიელონეფრიტი;</li> <li>• თირკმლის ყვავი.</li> </ul>
<b>გული</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი;</li> <li>• სტენოკარდია;</li> <li>• პერიკარდიტი.</li> </ul>
<b>ნაწლავები</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• აპენდიციტი აპენდიქსის ლვიძქვეშა მდებარეობისას;</li> <li>• განივი კოლინჯის მარჯვენა ნახევრი სიმსივნეები.</li> </ul>
<b>ლვიძლი</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• მწვავე ჰეპატიტი (ნებისმიერი ეტიოლოგიის);</li> <li>• ჰეპატომეგალია (ნებისმიერი ეტიოლოგიის);</li> <li>• სეკესტრული კრიზი სისხლის ლვიძლში დეპონირებით (ნამგლისებრუჯრედოვანი ანემია);</li> <li>• ლვიძლის სიმსივნეები (კეთილ- და ავთვისებიანი);</li> </ul>

ცხრილი 2-ის გაგრძელება შემდეგ გვერდზე

ცხრილი 2-ის გაგრძელება (დასაწყისი წინა გვერდზე)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• ღვიძლის აბსცესი;</li> <li>• ღვიძლის ტრავმა.</li> </ul>
<b>სანალღვე გზები</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• მწვავე ქოლეცისტიტი;</li> <li>• ნალღვოვანი კოლიკა;</li> <li>• ქრონიკული ქოლეცისტიტი;</li> <li>• სანალღვე გზების დისკინეზია;</li> <li>• ნალღველ-კენჭოვანი დაავადება.</li> </ul>
<b>თორმეტგოჯა ნაწლავი</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის გამწვავება;</li> <li>• მწვავე დუოდენიტი;</li> <li>• თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია.</li> </ul>
<b>სხვა მიზეზები</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• სუბდიაფრაგმული აბსცესი;</li> <li>• მუცლის კედლის ტრავმა;</li> <li>• ჰერპეს ზოსტერი;</li> <li>• ღვიძლქვეშა აბსცესი.</li> </ul>

<b>მარცხენა ფერდქვეშა და ლატერალური მიდამო</b>
<b>ფილტვები, გულმკერდის ყაფაზი</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• პნევმონია (ქვედა წილები);</li> <li>• ფილტვის აბსცესი;</li> <li>• პლევრიტი;</li> <li>• პულმონური ემბოლიზმი, გულმკერდის ყაფაზის დაუჭილობები, ნეკნების მოტეხილობა;</li> <li>• გასტრიტი;</li> <li>• კუჭის წყლული;</li> <li>• კუჭის წყლულის პერფორაცია;</li> <li>• კუჭის სიმსივნეები (კეთილ- და ავთვისებიანი)</li> </ul>
<b>პანკრეასი</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• მწვავე პანკრეატიტი</li> <li>• პანკრეასის კუდის სიმსივნეები;</li> <li>• პანკრეასის კისტა და ფსევდოკისტა.</li> </ul>
<b>მარცხენა თირკმელი</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• შარდკენჭოვანი დაავადება;</li> <li>• პიელონეფრიტი;</li> <li>• თირკმლის ქვალაი.</li> </ul>
<b>გული</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი;</li> <li>• სტენოკარდია;</li> <li>• პერიკარდიტი.</li> </ul>
<b>ნაწლავები</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• განივი კოლინჯის მარცხენა ნახევრის სიმსივნეები.</li> </ul>
<b>სხვა მიზეზები</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• სუბდიაფრაგმული აბსცესი;</li> <li>• მუცლის კედლის ტრავმა;</li> <li>• ჰერპეს ზოსტერი;</li> <li>• ელენთის დაზიანება</li> </ul>

<b>მუცლის ცენტრალური არე (პერიუმბილიკალური)</b>
<b>პანკრეასი</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• მწვავე პანკრეატიტი;</li> <li>• კუჭქვეშა ჯირკვლის სიმსივნეები</li> </ul>
<b>ნაწლავები</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ნაწლავთა ობსტრუქცია;</li> <li>• მეზენტერული იშემია (არტერიული ემბოლიზმი (50%), არტერიული თრომბოზი (15%), არაკლუზიური მეზენტერული იშემია (20%) და ვენური თრომბოზი (15%)), ნაწლავის ინფარქტი (ადრეული ეტაპი);</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• მუცლის აორტის ანევრიზმა (განშრევა, გასკდომა);</li> <li>• დივერტიკულიტი (წვრილი და მსხვილი ნაწლავის);</li> <li>• გასტროენტერიტი;</li> <li>• დიდი ბადექონის შემოგრება.</li> </ul>
<b>სხვა მიზეზები</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ენდოკრინული დაავადებები (შაქრიანი დიაბეტი, თირეოტოქსიკოზი და სხვ.);</li> <li>• ურემია და სხვა მეტაბოლური დარღვევა;</li> <li>• ლეიკოზი;</li> <li>• ტკივილის კრიზი – ნამგლისებურეფრედოვანი ანემია;</li> <li>• თიაქრები: ჭიპის, პოსტოპერაციული, თეთრი ხაზის, პარაუმბილიკალური.</li> </ul>

<b>მარჯვენა თეძოს ფოსო</b>
<b>ქალის სასქესო ორგანოები</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• მწვავე სალპინგიტი;</li> <li>• პიოსალპინქსი;</li> <li>• ექტოპური (საშვილოსნოს გარე) ორსულობა;</li> <li>• საკვერცხის კისტის შემოგრება;</li> <li>• ენდომეტრიოზი;</li> <li>• ოვულაციური ტკივილი.</li> </ul>
<b>სისხლძარღვები</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• თეძოს არტერიის ანევრიზმა</li> </ul>
<b>ნაწლავები</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• პელვიორექტული პარაპროქტიტი;</li> <li>• ბრმა ნაწლავის პერფორაცია (ახალწარმონაქმნი, უცხო სხეული, დივერტიკულიტი);</li> <li>• აპენდიციტი;</li> <li>• მწვავე მეზოადენიტი;</li> <li>• ტერმინალური ილეიტი (კრონის დაავადება);</li> <li>• მეკელის დივერტიკული მწვავე ანთება;</li> <li>• ტიფლიტი (ნეიტროპენიისას);</li> <li>• კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის „მიფარებული“ პერფორაცია.</li> </ul>
<b>სხვა მიზეზები</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• საზარდულის თიაქრის ჩაჭედვა;</li> <li>• სპიგელის თიაქარი;</li> <li>• შარდკენჭოვანი დაავადება;</li> <li>• ფსოას აბსცესი;</li> <li>• ჰერპეს ზოსტერი;</li> <li>• პოსტოპერაციული გენტრალური თიაქარი.</li> </ul>

<b>მარცხენა თეძოს ფოსო</b>
<b>ქალის სასქესო ორგანოები</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• მწვავე სალპინგიტი;</li> <li>• პიოსალპინქსი;</li> <li>• ექტოპური (საშვილოსნოს გარე) ორსულობა;</li> <li>• საკვერცხის კისტის შემოგრება;</li> <li>• ენდომეტრიოზი.</li> </ul>
<b>სისხლძარღვები</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• თეძოს არტერიის ანევრიზმა</li> </ul>
<b>ნაწლავები</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• პელვიორექტული პარაპროქტიტი;</li> <li>• განივი კოლინჯის მარცხენა ნახევრის დივერტიკულიტი;</li> <li>• დალმავალი კოლინჯის პერფორაცია (ახალწარმონაქმნი, უცხო სხეული);</li> <li>• დოლიქოსიგმა.</li> </ul>
<b>სხვა მიზეზები</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• საზარდულის თიაქრის ჩაჭედვა;</li> <li>• სპიგელის თიაქარი;</li> <li>• შარდკენჭოვანი დაავადება;</li> <li>• ფსოას აბსცესი;</li> <li>• ჰერპეს ზოსტერი;</li> <li>• კოლინჯის ციცვის შემოგრება</li> </ul>



**მუცლის ტკივილის დიფერენციალური დიაგნოზი (ცხრილი 3)**

**სიცოცხლისათვის საშიში გადაუდებელი მდგომარეობები:**

**1. მუცლის აორტის ანევრიზმა (მაა)**

მუცლის აორტის მაქსიმალური დიამეტრი ნორმაში შეადგენს დაახლოებით 3სმ-ს. ამდენად, 3სმ-ზე მეტად გაგანიერებული აორტა ითვლება პათოლოგიად.

აორტის ანევრიზმა 22%-ში უსიმპტომოდ მიმდინარეობს, 78%-ში კი ვლინდება ირიბი კლინიკური ნიშნებით;

აორტის ანევრიზმის გასკდომისათვის დამახასიათებელია სიმპტომების ტრიადა: ტკივილი მუცელსა და წელის არეში, კოლაფსი, მოპულსირე წარმონაქმნის არსებობა მუცლის ღრუში.

ატიპური მიმდინარეობის გამო შემთხვევათა 30%-ში შესაძლებელია დიაგნოსტიკური შეცდომა.

რეტროპერიტონული გასკდომისას – ტკივილი მუცლის ხასიათისაა, მისი ხასიათი და ირადიაცია დამოკიდებულია რეტროპერიტონული ჰემატომის ლოკალიზაციასა და მოცულობაზე; ტკივილის ხარისხი არ შეესაბამება მუცლის წინა კედლის მხრივ გამოვლენილ სიმპტომებს, რომლებიც ძალზე ზომიერია; მნიშვნელოვანი სიმპტომია მოპულსირე წარმონაქმნის აღმოჩენა მუცლის ღრუში (სადიაგნოსტიკო ღირებულება 70-80%); სისხლდენა (თუკი იგი გამოხატულია) გადამწყვეტია მაა-ს გასკდომის კლინიკური დიაგნოზის დადგენაში (ჰიპოტენზია, კოლაფსი ცნობიერების მოშლით) და 20%-ში გვხვდება. სხვა შემთხვევაში შინაგანი სისხლდენის გამოვლინებები ზომიერადაა გამოხატული.

ინტრააბდომინური გასკდომისას სახეზეა ძალზე მძიმე კლინიკური გამოვლინებები: შინაგანი სისხლდენის მზარდი სურათი და ჰემორაგიული შოკი. მუცელი შეზერილია, დიფუზურად მტკივნეულია და შროტინბლუმბერგის სიმპტომი დადებითია. პერკუტორულად – თავისუფალი სითხის არსებობა ღრუში. ელვისებური მიმდინარეობის გამო სიკვდილი დგება ძალზე სწრაფად.

მაა-ს ქვემო ღრუ ვენაში გახსნისას ავადმყოფი უჩივის სისუსტეს, ქოშინს, გულისცემის გაძლიერებას. ლოკალურად ტკივილია მუცლისა და წელის არეში, ისინჯება მოპულსირე წარმონაქმნი მუცლის ღრუში და მის საპროექციოდ სისტოლურ-დიასტოლური შუილის არსებობა. ეს სიმპტომები ვლინდება თანდათან, მაგრამ მკვეთრად პროგრესირებს და ყალიბდება მძიმე გულის უკმარისობა.

მაა-ს თორმეტგოჯა ნაწლავში გახსნისას ვლინდება კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან პროფუზული სისხლდენა: უეცარი კოლაფსი, ჰემატემეზისი, მელენა ან დეფეკაცია მუქი შინდისფერი თხიერი მასებით. ამ სიმპტომოკომპლექსისას დიფერენცირება ძალზე რთულია.

მაა-ს რისკი განსაკუთრებით მაღალია 60 წელზე მეტი ასაკის მამაკაცებში, ვისაც ანამნეზში აღენიშნება ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება, პერიფერიული სისხლძარღვების დაავადებები, ჰიპერტენზია, ნიკოტინდამოკიდებულება, აქეთ ოჯახური ანამნეზი.

**2. მეზენტერული იშემია**

მწვავე მეზენტერული იშემია შეიძლება დიფერენცირდეს 4 ჯგუფად: არტერიული ემბოლიზმი (50%),

არტერიული თრომბოზი (15%), არაინკლუზიური მეზენტერული იშემია (20%) და ვენური თრომბოზი (15%). მეზენტერული იშემია მაღალი ლეტალობით ხასიათდება, თუმცა გართულებულია მისი ურგენტულად დიაგნოსტიკა.

მწვავე მეზენტერული იშემიისას სწრაფად ვლინდება მწვავე პერიუმბილიკალური აბდომინური ტკივილი, რომელიც არ შეესაბამება ფიზიკალური კვლევისას გამოვლენილ ნიშნებს; ხშირად, აღნიშნულს თან ერთვის მრავალჯერადი გულისრევა და პირღებინება. მაღალი რისკის პაციენტებში უეცარი ტკივილი, ასოცირებული პერიტონეუმის გაღიზიანების სხვა ნიშნებთან და ჰიპერპერისტალტიკასთან წარმოადგენს ეჭვის საფუძველს.

მეზენტერული იშემიის განვითარების რისკ-ფაქტორებია: ხანდაზმული ასაკი, ათეროსკლეროზი, გულის დაბალი წუთმოცულობა, კარდიალური არითმიები (მაგ.: წინაგულთა ფიბრილაცია), გადატანილი მიოკარდიუმის ინფარქტი და მუცლის ღრუში არსებული ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნი.

**3. პერფორაცია კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის რომელიმე სეგმენტში**

გასტროინტესტინურ პერფორაციათა შორის ყველაზე ხშირი მიზეზი კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციაა. პერფორაციით შეიძლება გართულდეს მწვავე აპენდიციტი, დივერტიკულიტი, ნაწლავის კედლის იშემია, ტოქსიკური მეგაკოლონი.

კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია ხასიათდება ტკივილის ძალზე მწვავე დასაწყისით (ხანჯლის ჩაცემის მაგვარი ტკივილი), აქვს წყლულოვანი ანამნეზი, გამოხატულია მუცლის წინა კედლის კუნთების რიგიდობა (დეფანსი), პერკუტორულად აღინიშნება ლვიძლის მოყრუების საზღვრების გაქრობა და რენტგენოლოგიურად ვიზუალიზდება ნამგლისებრი კონფიგურაციის თავისუფალი აირი სუბდიფრაგმულად მარჯვნივ.

წყლულოვანი ანამნეზი არ არის პაციენტებში, ვისთანაც პერფორაციის მიზეზი ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული საშუალებებია.

რაც უფრო ხანდაზმულია პერფორაცია (მაგ.: 24 სთ-ზე გვიან დიაგნოსტირებული), მით მაღალია ლეტალობა.

საჭიროა გამოირიცხოს საყლაპავის სპონტანური გაგლეჯვის სინდრომი (ბურჰავის სინდრომი), რომელიც ხასიათდება სლოკინით, მწვავე პროგრესირებადი ტკივილით გულმკერდსა და ეპიგასტრიუმში, გულისრევის შეგრძნებით.

**4. წვრილი ნაწლავის მწვავე ობსტრუქცია**

ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის მიზეზთა შორის უპირატესს წვრილი ნაწლავის ობსტრუქცია წარმოადგენს. სტრანგულაციის დროს 36 საათამდე ვადაში წარმოებული ოპერაციებისას სიკვდილობა 8%-ს აღწევს, 36 საათის შემდეგ კი – 25%-ს.

წვრილი ნაწლავის ობსტრუქციის ყველაზე ხშირი სიმპტომებია: მუცლის შეზერვა, გულისრევა და პირღებინება (მრავალჯერადი), მოვლითი, სპასტიკური ხასიათის ტკივილები მუცლის ღრუში, აირთა გამოყოფის არ არსებობა.

წერილი ნაწლავის პროქსიმალური ობსტრუქციისას გულისრევა და პირღებინება უფრო ადრე და მწვავედ იწყება დისტალურ ობსტრუქციასთან შედარებით. მუცლის შებერვა კი უფრო ნაკლებად არის გამოხატული.

### 5. მსხვილი ნაწლავის მწვავე გაუვალობა (ვოლვულუსი და სტრანგულაცია)

პაციენტთა უმრავლესობაში ცეკუმის ან მისი ჯორჯლის შემოგრების სიმპტომები წერილი ნაწლავის ობსტრუქციის სიმპტომების ანალოგიურია. გამოხატულია მუცლის ტკივილი, გულისრევა და პირღებინება, დეფეკაცია არ არის. ტკივილს უჩვეულოდ მყარი ხასიათი აქვს და თან ახლავს კოლიკის კომპონენტი. მუცელი უმრავლეს შემთხვევაში დიფუზურად შებერილია; ცხელება, პერიტონიტის ნიშნები და ჰიპოტენზია ნაწლავის კედლის კვდომაზე მიუთითებს.

ცეკუმის შემოგრების რისკ-ფაქტორებია: გადატანილი ოპერაციები მუცლის ღრუს ორგანოებზე, შეხორცებების არსებობა, ქრონიკული ყაზხოზია; ცეკუმის ვოლვულუსით გაპირობებული სიკვდილობა 12-17%-ს, ხანდაზმულ პაციენტებში კი – 65%-ს აღწევს.

ვოლვულუსის უპირატესი მიზეზი სიგმური ნაწლავია; ამ დროს გამოხატულია მუცლის ტკივილი, მუცლის დაჭიმულობა, დეფეკაცია და აირთა სვლა არ არის. პირღებინება ნაკლებად ვლინდება. ტკივილი მეტად მწვავეა და თან ახლავს კოლიკის კომპონენტი. მუცელი დიფუზურად შებერილია, გამოხატულია ტიმპანიტი.

სიგმის ვოლვულუსის ან სტრანგულაციის რისკ-ფაქტორებია: გადატანილი ოპერაციები მუცლის ღრუს ორგანოებზე, შეხორცებების არსებობა, საფალარათო საშუალებების, ტრანსვილიზაციების, ანტიქოლინერგული საშუალებების, განგლიობლოკატორების და პარკინსონიზმის სამკურნალო პრეპარატების ჭარბი გამოყენება.

### 6. საშვილოსნოს გარე ორსულობა

რეპროდუქციული ასაკის ნებისმიერი ქალის შემთხვევაში, რომელიც მომართავს კლინიკას ჩივილით ტკივილის არსებობაზე მუცელში აუცილებლად უნდა გავითვალისწინოთ საშვილოსნოს გარე (ეკტოპიური) ორსულობა.

ყველა ასეთ პაციენტს აუცილებლად უნდა ჩაუტარდეს ადამიანის ქორიონული გონადროტროპინის ტესტი.

რისკ-ფაქტორები: მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადებები, გადატანილი ტუბულოური ორსულობა, გადატანილი ოპერაცია კვერცხსავალებზე, ენდომეტრიოზის ანამნეზი ან ინტრაუტერინული იმპლანტი.

ეკტოპიური ორსულობა კლასიკურად სიმპტომთა ტრიადით – ამენორეა, მუცლის ტკივილი და ვაგინალური სისხლდენა – ვლინდება. პაციენტთა 30%-ში ვაგინალური სისხლდენა არ არის.

ფიზიკალური კვლევა ხშირად არაინფორმატიულია.

დიაგნოზი დასტურდება ტრანსვაგინალური ულტრა-სონოგრაფიით და/ან ადამიანის ქორიონული გონადოტროპინის ტესტით.

### 7. პლაცენტის ნაადრევი ამრევება

პლაცენტის ნაადრევი ამრევება კლასიკურად შემდეგი სიმპტომოკომპლექსით ვლინდება: სისხლდენა საშოდან, ძლიერი ტკივილი მუცლის და/ან წელის არეში და საშვილოსნოს შეკუმშვა (გამკვრივება, რიგიდობა, მტკივნეულობა).

სიმპტომები და მიმდინარეობა დამოკიდებულია სისხლდენის ინტენსივობაზე. მცირე ზომის რეტროპლაცენტარული ჰემატომა შეიძლება კლინიკურად არც გამოვლინდეს. ვაგინალური სისხლდენა კორელაციაში არ არის სისხლის დანაკარგთან.

პლაცენტის მწვავე ამრევება ( $\geq 50\%$ -ზე) ძალზე მაღალი რისკია როგორც დედის, ისე ნაყოფისათვის; მოსალოდნელი გართულებაა დისემინირებული სისხლძარღვშიდა შედეგების სინდრომი.

პლაცენტის ნაადრევი ამრევება შემთხვევათა 10-20%-ში ვლინდება ნაადრევი მშობიარობით და არა ვაგინალური სისხლდენით. ამდენად მცირე ვაგინალური სისხლდენაც კი თანდართული მუცლის ტკივილთან და საშვილოსნოს რიგიდობასთან დედის და ნაყოფის შეფასების აუცილებელ პირობას წარმოადგენს.

მიზეზები: ჰიპერტენზია (44%), ორსულთა გვიანი ტოქსიკოზის მძიმე ფორმა, თირკმლების დაავადებები, საშვილოსნოს ანთებითი და დისტროფიული ცვლილებები, პლაცენტის დეგენერაციული ცვლილებები (დაგვიანებული ორსულობა, ჰიპოვიტამინოზები), საშვილოსნოს გადაჭიმვა (წყალუბობა, მრავალნაყოფიანობა, დიდი ზომის ნაყოფი), კოკაინის, ალკოჰოლის და თამბაქოს მოხმარება, ტრავმა, დედის ხანდაზმული ასაკი.

### 8. მიოკარდიუმის ინფარქტი

მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის ატიპური მიმდინარეობა ყველაზე ხშირია 65 წელზე მეტი ასაკის ქალებში.

ატიპურ შემთხვევათა დაახლოებით ერთ მესამედში აბდომინური ტკივილი მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის გამოხატულებაა.

### გავრცელებული მდგომარეობები:

#### გასტრო-ინტესტინური

##### 1. მწვავე აპენდიციტი

მწვავე აპენდიციტის კლასიკური, ადრეული სიმპტომები და ნიშნები ხშირად არასპეციფიკურია და შეიძლება გასინჯვით არ გამოვლინდეს.

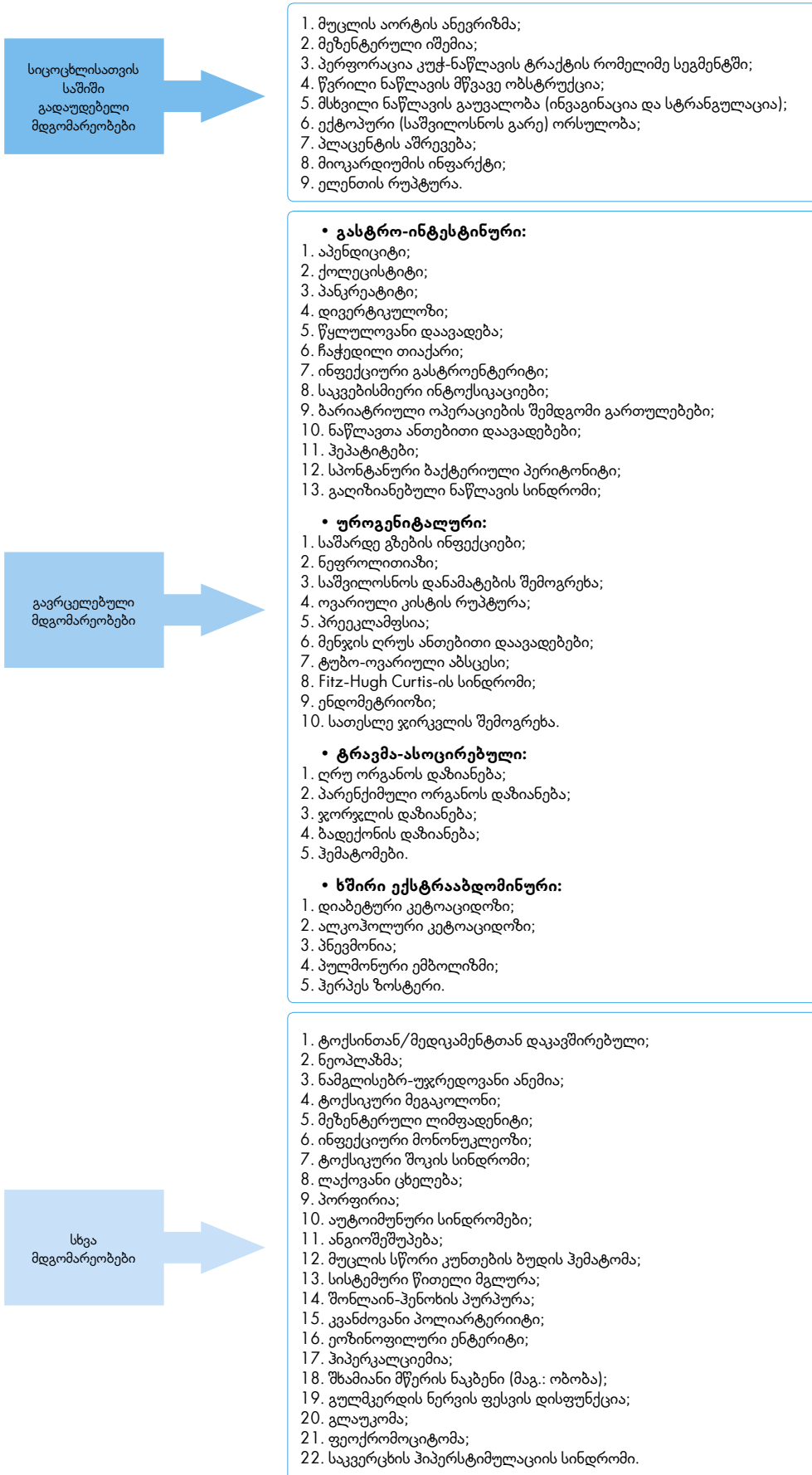
შეიძლება გამოვლინდეს უმადობა გაურკვეველი ხასიათის პერიუმბილიკალურ დისკომფორტთან ერთად, რასაც შემდგომ თან ერთვის ტკივილი მარჯვენა ქვედა კვადრანტის არეში. ასე ვლინდება წინა ან მენჯის მდებარეობის აპენდიქსის ანთება.

რეტროცეკალური აპენდიციტი პერიტონიტის კეროვანი ნიშნების გარეშე მიმდინარეობს.

აპენდიქსის მენჯის მდებარეობისას შესაძლებელია გამოვლინდეს სიმპტომები საშარდე გზების მხრივ ან დიარეა.

ხანდაზმულ პაციენტებში აპენდიციტი ხშირად უსიმპტომოდ და ატიპურად მიმდინარეობს, რის გამოც

ცხრილი 3. მუცლის ტკივილის კლასიფიკაცია მდგომარეობის სიმძიმის და ნოზოლოგიების მიხედვით



სიკვდილობა აღნიშნული ასაკის პაციენტებში 70%-ს აღწევს.

ორსულებში აპენდიციტი აბდომინური ოპერაციების ყველაზე ხშირი საშვილოსნოსგარე მიზეზია.

## 2. მწვავე ქოლეცისტიტი

მწვავე ქოლეცისტიტის დროს ტკივილი ძირითადად ლოკალიზებულია მარჯვენა ზედა კვადრანტში ან ეპიგასტრიუმის არეში.

ტკივილი ხშირად ირადირებს მხრის ან ზურგის მიმართულებით; ტკივილი არის მოვლითი ხასიათის და მწვავე.

ტკივილთან ასოცირებულია გულსრევა, პირღებინება და ანორექსია. ცხიმოვანი საკვების მიღება ტკივილის გამოვლენამდე 1 ან მეტი საათით ადრე. ხშირად გამოხატულია ციბ-ცხელება, ტაქიკარდია, პალპაციით – მტკივნეული მარჯვენა ზედა კვადრანტი. შეიძლება გამოხატული იყოს მერვის ნიშანი, თუმცა მისი სადიაგნოსტიკო ღირებულება მცირეა ხანდაზმულ პაციენტებში.

## 3. მწვავე პანკრეატიტი

მწვავე პანკრეატიტი უმრავლეს შემთხვევაში ვლინდება მწვავე ტკივილით მუცლის ზედა ნახევარში. ტკივილს აქვს მოვლითი ხასიათი და ლოკალიზდება მარჯვენა ზედა კვადრანტში, შუა ეპიგასტრულ არესა და მარცხნივ დიფუზურად. ხშირია სარტყლისებრი ხასიათის ტკივილი. მისი ინტენსივობა პიკს გამოვლენიდან 10-20 წუთში აღწევს, მაგრამ შესაძლებელია რამდენიმე დღე შენარჩუნდეს. ხშირია გულსრევა და პირღებინება.

ფიზიკალური ნიშნები მეტად მრავალფეროვანია: ზოგჯერ ეპიგასტრიუმში უმტკივნეულო ან სუსტად დაინტერესებულია, ზოგჯერ კი ვლინდება მუცლის შებერვა და დაჭიმულობა ზედა ნახევარში. შესაძლებელია განვითარდეს შოკური მდგომარეობა და კომა.

## 4. დივერტიკულოზი

დივერტიკულოზის სიმპტომატიკა დამოკიდებულია ანთების ხარისხზე; მარცხენა ქვედა კვადრანტში ლოკალიზებული ტკივილი ყველაზე გავრცელებული ჩივილია. პაციენტთა უმრავლესობა წარსულში აღნიშნავს ამ ლოკალიზაციის და ასეთი ტიპის ტკივილის ერთ ან რამდენიმე ეპიზოდს.

ტკივილს ხშირად თან ახლავს გულსრევა, პირღებინება და/ან ნაწლავური დისკომფორტი.

დივერტიკულიტის და მისი გართულებების (პერფორაცია, ობსტრუქცია, ჰემორაგია) მაღალი რისკი აქვთ ხანდაზმულ პაციენტებს.

## 5. პეპტიკური წყლული (კუჭი და თორმეტგოჯა ნაწლავი)

წყლულოვანი დაავადება კლასიკურად შეიძლება გამოვლინდეს ტკივილით ეპიგასტრიუმში, საკვების მონელების დარღვევით და გასტრო-ეზოფაგური და/ან დუოდენო-გასტრალური რეფლუქსის სიმპტომებით. არც ერთი ხსენებული ნიშანი არ არის სენსიტიური და სპეციფიკური.

ჩივილების არ არსებობის შემთხვევაში ფიზიკალური კვლევა არაინფორმატიულია.

დიაგნოზი დასტურდება ეზოფაგოგასტროდუოდენოსკოპიით.

პეპტიკური წყლულის გართულებებია სისხლდენა და პერფორაცია. პეპტიკური წყლულის გართულებების შემდგომი სიკვდილობა ძალზე მაღალია გერიატრიულ პოპულაციაში, განსაკუთრებით, თუ დიაგნოსტიკა არ მოხდა 24 საათის და მეტი დროის მანძილზე.

## 6. ჩაჭედილი თიაქარი

საზარდულის თიაქარი ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული პათოლოგიაა და ხშირად მხოლოდ მუცლის ქვედა ნახევარში მცირედი დისკომფორტით ვლინდება, თუმცა შეიძლება გართულდეს ჩაჭედვით.

საზარდულის და პოსტოპერაციული თიაქრების ჩაჭედვა ყველაზე ხშირია ხანდაზმულ პაციენტებში. ჩაჭედვას თან ახლავს მწვავე, გაუსაძლისი ტკივილი და პაციენტს ესაჭიროება დაუყოვნებელი ქირურგიული ჩარევა.

## 7. ინფექციური გასტროენტერიტი

ინფექციური გასტროენტერიტი გამოირჩევა გამომწვევთა მრავალფეროვნებით (ვირუსული, ბაქტერიული, პარაზიტული, ანტიბიოტიკოთერაპიასთან ასოცირებული).

გასტროენტერიტებისას მუცლის ტკივილზე მეტად პრიორიტეტული სიმპტომებია ცხელება, დიარეა და/ან პირღებინება.

## 8. საკვებისმიერი ინტოქსიკაცია

საკვებისმიერი ინტოქსიკაცია ტიპურად ვლინდება გულსრევის, პირღებინების, ცხელების, მუცლის ტკივილისა და დიარეის კომბინაციით.

ამ შემთხვევაში მუცლის ტკივილთან შედარებით წამყვანი სიმპტომებია პირღებინება და დიარეა.

სიმპტომები შეიძლება გამოვლინდეს დაბინძურებული საკვების მიღებიდან ნებისმიერ ვადაში (ერთი ან რამდენიმე საათი, რამდენიმე დღე).

## 9. ბარიატრიული (წონაში დაკლების) ოპერაციების შემდგომი გართულებები

ასეთი ოპერაციების შემდგომ გართულებები შეიძლება გამოვლინდეს კვირების ან წლების შემდეგ და მუცლის ტკივილი გამოხატული იყოს როგორც ერთ-ერთი სიმპტომი.

სტანდარტული პოსტოპერაციული გართულებების (მაგ.: ნაწლავის ობსტრუქცია) გარდა შესაძლებელია განვითარდეს:

- კუჭის შუნტირების შემდეგ (Roux-en-Y შემოვლითი ანასტომოზი): კუჭის ტაკვის გაგანიერება, შერთულის სტენოზი, მარგინალური (პეპტიკური, ანასტომოზის) წყლული.
- კუჭის ბანდაჟირების შემდეგ: გასავლის ობსტრუქცია, პორტის ინფექცია, რგოლის მიგრაცია კუჭში, მანყეტის მოძრაობით გაპირობებული ობსტრუქცია ან კუჭის პროქსიმალური ნაწილის (მცირე კუჭის) გაგანიერება.
- გრძივი (სახელოსებრი) გასტრექტომიის შემდეგ: კუჭის გასავლის ობსტრუქცია, კუჭის მთლიანობის დარღვევა.



**10. ნაწლავის ანთებითი დაავადებები**

ნაწლავის ანთებითი დაავადებები ხასიათდება ტკივილით, შეიძლება გართულდეს სისხლდენით, პერფორაციით, გაუფალობით, ხვრელმილების და აბსცესის ჩამოყალიბებით, შესაძლოა ტოქსიკური მეგაკოლონის განვითარება.

**11. ჰეპატიტები**

ჰეპატიტები ეტიოლოგიის მრავალფეროვნებით გამოირჩევა, მათ შორის ინფექციური აგენტები (ბაქტერიული, ვირუსული, სოკოვანი, პარაზიტული), საყურადღებოა ტოქსინები, მედიკამენტები, ქიმიური საშუალებები, ასევე იმუნოლოგიური დარღვევები.

**12. სპონტანური ბაქტერიული პერიტონიტი**

გულისხმობს ასციტური სითხის ბაქტერიულ ინფიცირებას. როგორც წესი ხილული წყარო არ არსებობს.

იგი ვლინდება ციროზის ფონზე განვითარებული ასციტის მქონე პაციენტთა თითქმის მეოთხედში და მაღალი სიკვდილობით ხასიათდება.

**13. გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომი**

გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომის დიაგნოსტიკა შეუძლებელია გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში. ამ დიაგნოზის დადგენა მოიცავს პაციენტის მონიტორინგს სამ თვიდან ერთ წლამდე პერიოდში.

ამ დროს მუცლის ტკივილი ასოცირებულია დეფეკაციის სიხშირისა და განავლის კონსისტენციის ცვლილებებთან.

**ურო-გენიტალური**

**1. საშარდე ტრაქტის ინფექციები**

საშარდე ტრაქტის ქვედა სეგმენტის ინფექციებს თანახლავს – დისკომფორტი ან ტკივილი ბოქვენს ზემოთ, სახეზეა შარდვის სიხშირისა და სისწრაფის ცვლილებები ან დიზურიული მოვლენები.

ცხელება (>38°C), ტკივილი წელის არეში, კოსტოვერტებრული მტკივნეულობა, გულისრევა და პირღებინება ტრაქტის ზედა სეგმენტის ინფექციაზე მიუთითებს, რაც უფრო აგრესიული სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო ღონისძიებების ჩატარების ჩვენებაა.

**2. ნეფროლითიაზი**

ნეფროლითიაზი შეიძლება მიმდინარეობდეს მუცლის მწვავე ტკივილით.

ტკივილს ხშირად აქვს კოლკის ხასიათი, ირადირებს წელის მიდამოსკენ ან საზარდულისაკენ.

ჰემატურია გამოხატულია 70-90%-ში.

**3. საშვილოსნოს დანამატების (ან საკვერცხის კისტის) შემოგრება**

დანამატების ან საკვერცხის კისტების შემოგრებისას ვლინდება უეცარი მწვავე ტკივილი მუცლის არეში, რომელთანაც შეიძლება ასოცირებული იყოს გულისრევა და პირღებინება.

ადნექსალური შემოგრება გადაუდებელი გინეკოლოგიური დახმარების ჩვენებაა.

**4. საკვერცხის კისტის გახეთქვა**

ოვარიული კისტების რუპტურა შეიძლება მიმდინარეობდეს უსიმპტომოდ ან უეცრად გამოვლინდეს უნილათერალური მწვავე ტკივილი მუცლის ქვედა ნახევარში.

ტკივილი ხშირად იწყება ფიზიკური დატვირთვისას (მაგ.: ვარჯიში, სქესობრივი აქტი) და შეიძლება თანახლდეს მცირეოდენი სისხლდენა საშოდან.

**5. პრეეკლამსია**

იგი, როგორც წესი, ვლინდება ორსულობის გვიან პერიოდში და ხასიათდება ტრიალით: ჰიპერტენზია, პროტეინურია და შეშუპება.

ღვიძლის დაზიანება გამოვლინდება ტკივილით მარჯვენა ფერდქვეშა არეში.

**6. მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადებები**

მენჯის ღრუს ანთებით დაავადებებს მიეკუთვნება გენიტალური ტრაქტის ზედა სეგმენტის მწვავე ინფექციური დაავადებები; ტკივილი მუცლის ქვედა ნახევარში წამყვანი სიმპტომია. იგი ძლიერდება სქესობრივი აქტის ან ვიზრაციული მოძრაობებისას და შეიძლება იყოს ერთადერთი ნიშანი.

ტკივილი როგორც წესი ბილათერალურია, მაგრამ შეიძლება სუსტად იყოს გამოხატული.

მცირე სისხლიანი ან პათოლოგიური გამონადენი საშოდან, ურთერიტი და მაღალი ტემპერატურა შეიძლება იყოს მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადების გამოვლინება, თუმცა ეს სიმპტომები მცირედ ინფორმატულია და არ არის სპეციფიკური.

**7. ტუბო-ოვარიული აბსცესი**

ხშირად ასოცირებულია მენჯის ღრუს სხვა ანთებით დაავადებებთან.

დიაგნოსტიკაში უპირატესობა ენიჭება ულტრასონოგრაფიას.

დადასტურებული აბსცესი საჭიროებს დრენირებას.

**8. Fitz-Hugh Curtis-ის სინდრომი**

მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადების მქონე პაციენტთა 10%-ს უვითარდება მწვავე პერიჰეპატიტი – Fitz-Hugh Curtis-ის სინდრომი.

გამოხატულია ტკივილი და პალპაციით მტკივნეულობა მარჯვენა ზედა კვადრანტში.

ხშირად იგი მწვავე ქოლესისტიტის, პნემონიის ან პულმონური ემბოლიზმის სურათის იმიტაციას იძლევა.

**9. ენდომეტრიოზი**

ენდომეტრიოზის დროს მიმდინარე ანთებამ შეიძლება განაპირობოს ტკივილი მუცელში (მენჯის ღრუში), რომელიც ხშირად ქრონიკულია და მწვავედება მენსტრუაციის ან ოვულაციისას.

ტკივილთან ერთად გამოხატულია დისმენორეა, უნაყოფობა, დისპარეუნია (მტკივნეული სქესობრივი აქტი).

## 10. სათესლე ჯირკვლის შემოგრება

ტკივილი იწყება მწვავედ, ფიზიკური დატვირთვისას. გასინჯვით ვლინდება განივად მდებარე სათესლე ჯირკვალი, ქვეითდება კრემასტერული რეფლექსი.

6 საათამდე ვადაში განხორციელებული ჩარევებისას მკურნალობა წარმატებულია 80%-ში, 6 საათის შემდეგ კი – სათესლე ჯირკვლის გადარჩენის შანსი 20%-მდე ეცემა.

### ტრავმა-ასოცირებული

#### 1. მუცლის ღია ტრავმა

ღია ტრავმებს ეკუთვნის ჭრილობები (მჭრელი, მჩხვ-ლექტავი, ცეცხლსასროლი და სხვა იარაღით მიღებული).

ჭრილობა შეიძლება იყოს ღრუში შემავალი და არა-შემავალი. უკანასკნელის შემთხვევაში დაზიანებულია კანი კანქვეშა ქსოვილი, კუნთები.

შემავალი ჭრილობისას შესაძლებელია დაზიანებული იყოს პარენქიმული და/ან ღრუ ორგანოები, ბადექონი, ჯორჯალი.

მუცლის ღია ტრავმები გადაუდებელი ქირურგიული ჩარევის ჩვენებაა.

#### 2. მუცლის დახურული ტრავმა

დახურულ ტრავმებს მიეკუთვნება მუცლის წინა კედლის დაჟეჟილობები, კუნთების და ღრუში მდებარე პარენქიმული, ღრუ ორგანოების, ჯორჯლის და ბადექონის დაზიანებები.

ტრავმის შემდგომ პერიოდში მუცელში ტკივილისას აუცილებელია ულტრასონოგრაფიის ჩატარება, რომლის დროსაც შესაძლებელია თავისუფალი სითხის არსებობის გამოვლენა, პარენქიმული ორგანოს დაზიანების ვიზუალიზაცია.

ტრავმასთან ასოცირებული მუცლის ტკივილისას რეკომენდებულია, დაუყოვნებლივ, ქირურგის კონსულტაცია.

### ხშირი ექსტრააბდომინური

#### 1. დიაბეტური კეტოაციდოზი

გადაუდებელი მდგომარეობა, რომელიც ვითარდება ინსულინის აბსოლუტური (როგორც წესი) ან შედარებითი (ძალზე იშვიათად) დეფიციტის ფონზე, ხასიათდება ჰიპერგლიკემიით, მეტაბოლური აციდოზით და ელექტროლიტური დარღვევებით; გამოხატულია I ტიპის დიაბეტის მქონე პაციენტების დაახლოებით 3%-ში. ღრმა კეტოაციდოზის გამოვლინებაა კეტოაციდური კომა.

რისკ-ფაქტორებია: არადიაგნოსტირებული ან გვიან გამოვლენილი შაქრიანი დიაბეტი, არაადეკვატური ინსულინოთერაპია, თანმხლები მწვავე დაავადებები და ტრავმები, წინამორბედი დეჰიდრატაცია, ორსულობა გართულებული ადრეული ტოქსიკოზით.

დიაბეტური კეტოაციდოზის დროს შესაძლებელია მუცლის მწვავე ტკივილი და პირღებინება.

#### 2. ალკოჰოლური კეტოაციდოზი

ალკოჰოლიზმის და შიმშილის მეტაბოლური გართულება, რომელიც ხასიათდება ჰიპერკეტონემიით და

ანიონური დარღვევებით, მეტაბოლური აციდოზით მნიშვნელოვანი ჰიპერგლიკემიის გარეშე.

ალკოჰოლური კეტოაციდოზის მქონე პაციენტთა 75%-ში გამოხატულია ინტენსიური გულისრევა, პირღებინება და მუცლის ტკივილი.

### 3. პნევმონია

პნევმონიის მრავალფეროვან სიმპტომებსა და ნიშნებს შორის შეიძლება იყოს: გულისრევა, პირღებინება, დიარეა, წონაში კლება, ანორექსია და მუცლის ტკივილი.

მუცლის ტკივილი ვითარდება პლევრის გაღიზიანებით, რაც განპირობებულია ბაზილარული ინფილტრაციით.

ტკივილს აქვს გამოხატული მკვეთრი ხასიათი, უარესდება ხველის ან ღრმა ჩასუნთქვისას.

### 4. პულმონური ემბოლიზმი

შეიძლება გამოხატული იყოს არსპეციფიკური სიმპტომებითა და ნიშნებით, მათ შორის ტკივილი მუცლის ზედა ნახევარში, ტკივილი მხრის არეში.

მუცლის ტკივილის განვითარებას ორი მექანიზმი აქვს: პირველი, დიაფრაგმული პლევრის გაღიზიანება, რაც განპირობებულ იქნა ილუსს ან მწვავე მარჯვენამხრივი პარკუჭოვანი უკმარისობის ფონზე განვითარებული ლეიქმის მწვავე შეგუბება.

მუცლის ტკივილი არ ითვლება პულმონური ემბოლიზმის სპეციფიკურ ნიშნად.

### 5. ჰერპეს ზოსტერი

ჰერპეს ზოსტერი ანუ სარტყლისებრი ლიქენი ლატენტური varicella zoster-ის ვირუსით განპირობებული ინფექციის რეაქტივაციაა.

იგი ვლინდება გამონაყარის სახით სხეულის სხვადასხვა არეში; გამონაყარი მტკივნეულია, მის გაჩენას წინ უძღვის წვა, ჩხვლეტის შეგრძნება და ქავილი. სახეზეა სისუსტე, მოთენთილობა, თავის ტკივილი, ტემპერატურის მომატება.

ჩამოთვლილ სიმპტომებს შეიძლება თან დაერთოს მუცლის ტკივილი, რომელმაც შეიძლება გამონაყარის გამოვლინებამდე მუცლის მწვავე პათოლოგიის სიმულაცია მოგვცეს ან შესაძლებელია, მუცლის ტკივილი განვითარდეს გამონაყარის გაჩენიდან რამდენიმე დღის ან კვირის შემდეგ. წარმოადგენს პარენქიმული, ღრუ ორგანოების, ჯორჯლის და ბადექონის დაზიანებები.

### მუცლის ტკივილის დიაგნოსტიკა

მუცლის ტკივილის დიაგნოსტიკაში წამყვანი როლი ენიჭება ანამნეზური მონაცემების შედროვნებას, ტკივილის მახასიათებლების ადეკვატურ მოძიებას, მათი ურთიერთკავშირის გამოვლენასა და ინტერპრეტირებას.

კლინიკურ პრაქტიკაში ანამნეზური, ობიექტური და კლინიკო-ლაბორატორიული მონაცემების მასივის დამუშავებისას მნიშვნელოვანია, ასევე, მუცლის ტკივილის მაღალი რისკის კრიტერიუმების თანამიმდევრული შეფასება და მიღებული შედეგების სამკურნალო ტაქტიკურ ალგორითმში გათვალისწინება. ამ მიზნით მოწოდებულია რისკის განსაზღვრის სხვადასხვა კრიტერიუმი (იხ. ცხრილი 4).

<b>ანამნეზი</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 65 წელზე მეტი ასაკი;</li> <li>• იმუნოკომპრომიტირებული (მაგ.: აივ, გლუკოკორტიკოიდებით ხანგრძლივი მკურნალობა);</li> <li>• ალკოჰოლიზმი (მაგ.: ჰეპატიტის, ციროზის, პანკრეატიტის რისკი);</li> <li>• გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები (მაგ.: გულის ოშემიური დაავადება, ჰიპერტენზია და სხვ.);</li> <li>• მნიშვნელოვანი თანმზღები დაავადებები (მაგ.: ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნები, შაქრიანი დიაბეტი და სხვ.);</li> <li>• ადრე ჩატარებული ქირურგიული ოპერაცია ან ბოლო პერიოდში კუჭ-ნაწლავის ტრაქტთან დაკავშირებული ინსტრუმენტული ჩარევა (ობსტრუქციის და პერფორაციის მაღალი რისკი);</li> <li>• ორსულობის ადრეული ვადები (საშვილოსნოს გარე ორსულობის რისკი).</li> </ul>
<b>ტკივილის მახასიათებლები</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• უცაბედი ტკივილი;</li> <li>• მაქსიმალური ინტენსივობა დაწყებისთანავე;</li> <li>• ტკივილს ახლავს გულისრევა და პირღებინება;</li> <li>• 48 საათზე ნაკლები ხანგრძლივობის მუდმივი ტკივილი.</li> </ul>
<b>ფიზიკალური გასინჯვის მონაცემები</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• დაჭიმული ან რიგიდული მუცელი;</li> <li>• მუცლის წინა კედლის კუნთების უნებლიე დაცვითი დაჭიმვა;</li> <li>• შოკის ნიშნები.</li> </ul>

სქემა 3.

**მუცლის ტკივილის დროს მეტად მნიშვნელოვანია ტკივილის ზუსტი დახასიათება:**

- ტკივილის ლოკალიზაცია (მაგ.: რომელიმე კვადრანტი ან ნახევარი ან რეგიონი);
- ტკივილის ირადიაციის დაზუსტება (მაგ.: მხრის, ბეჭის, საზარდულის ან სხვა მიმართულება);
- დასაწყისი (მაგ.: უცაბედი ან თანდათანობითი, დაწყების დრო);
- ხანგრძლივობა (მაგ.: რამდენიმე საათი ან კვირა);
- ხასიათი (მაგ.: მუდმივი ან წყვეტილი, ყრუ ან მკვეთრი, ჭვალი და სხვ.);
- მაპროვოცირებელი ფაქტორები (მაგ.: ტკივილი ძლიერდება ღრმა ჩასუნთქვისას ან მოძრაობისას);
- შემამსუბუქებელი ფაქტორები (მაგ.: ტკივილი მცირდება საკვების მიღების შემდეგ ან გარკვეულ პოზაში);
- ქალებში აუცილებელია მენსტრუალური ანამნეზის დაზუსტება;
- ტკივილთან ასოცირებული სიმპტომების (მაგ.: გულისრევა და პირღებინება, დიარეა, მელენა, მტკივნეული შარდვა, ქოშინი, გონების დაკარგვის ეპიზოდი და სხვ.) დაზუსტება.



**ლაბორატორიული კვლევები:**

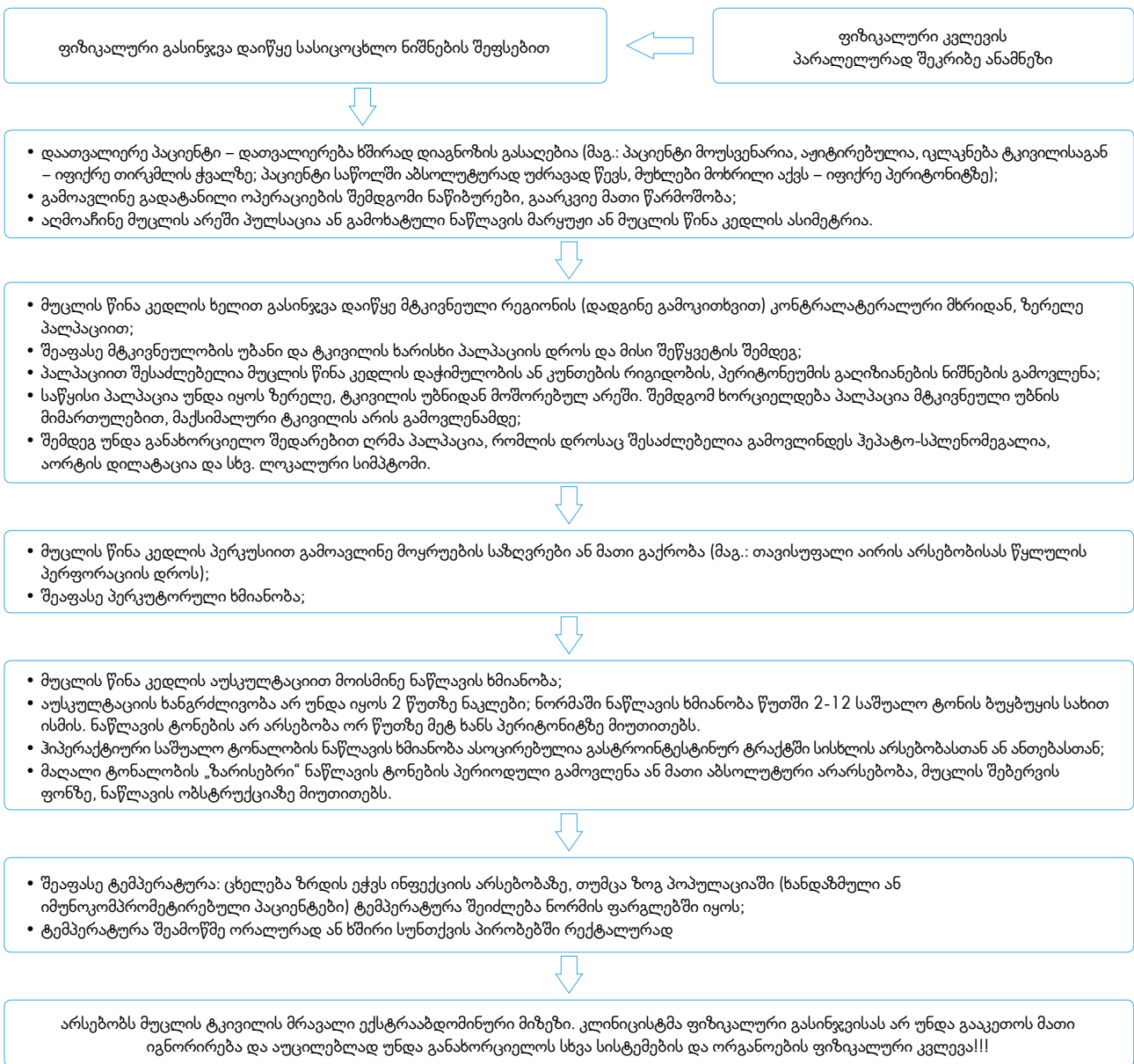
- სისხლის საერთო ანალიზი;
  - ჰემატოკრიტის განსაზღვრა სისხლში;
  - გლუკოზის განსაზღვრა სისხლში;
  - ადამიანის ქორონიული გონადოტროპინის ტესტი;
  - ლიპაზას განსაზღვრა სისხლში.
- ამბულატორიაში გახანგრძლივებული მონიტორინგის პირობებში აუცილებელია დამატებით შემდეგი ლაბორატორიული მონაცემების შეფასება:
- კოაგულოგრამა;
  - საერთაშორისო ნორმალიზებული შეფარდების (INR) განსაზღვრა;

- ფიბრინის დეგრადაციის პროდუქტების განსაზღვრა (D დიმერი);
- ალანინამინოტრანსფერაზის განსაზღვრა სისხლში;
- ასპარტატამინოტრანსფერაზის განსაზღვრა სისხლში;
- ელექტროლიტური ბალანსის მაჩვენებლების განსაზღვრა სისხლში (Na, K, Cl);
- კალციუმის განსაზღვრა სისხლში;
- საერთო ცილის განსაზღვრა სისხლის შრატში;
- ალბუმინის განსაზღვრა სისხლის შრატში;
- შარდოვანას განსაზღვრა სისხლის შრატში;
- კრეატინინის განსაზღვრა სისხლის შრატში;
- ლაქტატის განსაზღვრა სისხლში, სისხლის პლაზმაში;
- არტერიული სისხლის აირების განსაზღვრა;
- შარდის საერთო ანალიზი და სხვა საჭიროებისამებრ.

**სალიაგნოსტიკო-ინსტრუმენტული კვლევები**

რენტგენოლოგიური კვლევა (მუცლის ღრუს მიმოხილვითი რენტგენოსკოპია, რენტგენოგრაფია). რუტინულად

სქემა 4. ფიზიკალური კვლევის ალგორითმი მუცლის ტკივილის დროს



არ კეთდება. მიმოხილვითი რენტგენოლოგიური კვლევა ინფორმატიულია მუცლის ტკივილის მიზეზების ვიწრო სპექტრისას: ნაწლავის ობსტრუქცია ან პერფორაცია კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში ან რენტგენოკონტრასტული უცხო სხეულის არსებობა. თუმცა ამ შემთხვევებშიც მისი ინფორმატიულობა 70-75%-ს არ აღემატება.

**ულტრასონოგრაფია.** მას რამდენიმე მნიშვნელოვანი უპირატესობა აქვს: მისი ჩატარება შესაძლებელია სწრაფად, პაციენტის საწოლთან, იგი უსაფრთხოა ორსულთათვის. ულტრასონოგრაფია არის პირველი რიგის კვლევა მუცლის აორტის ანევრიზმზე ან ბილიარული ტრაქტის დაავადებებზე ექვსის დროს. იგი ინფორმატიულია მრავალი პათოლოგიური პროცესის დროს. მაგ.: ექტოპური ორსულობა, ჰემოპერიტონეუმი, თირკმლის ქვალი, პანკრეატიტი, ვენური თრომბოზი და სხვ.

**კომპიუტერული ტომოგრაფია** (ტარდება ნეგატიური ან არადადაზმებული ულტრასონოგრაფიის შემდეგ). იგი

წარმოადგენს არჩევის კვლევას არადიფერენცირებული მუცლის ტკივილის დროს. მისი ინფორმატიულობა „მწვავე მუცლის“ დიაგნოზის მქონე შემთხვევებში 90%-ს, ხანდაზმულ პაციენტებში – 75%-ს, ურგენტული ქირურგიული მდგომარეობებისას კი 85%-ს აღწევს.

**ანგიოგრაფია.** ინფორმატიულია და მიზანშეწონილია მისი გამოყენება მეზენტერული იშემიის დიაგნოსტიკისას, თუმცა მას არანაირი როლი არ აქვს მუცლის აორტის ანევრიზმის სასწრაფო შეფასებაში.

**ანალგეზია**

მუცლის ტკივილის შემთხვევაში დამკვიდრებულია შეხედულება, რომ ანალგეზია ხელს უშლის მუცლის ტკივილის შეფასებას და დიაგნოზის დაზუსტებას. მრავალი რანდომიზებული კვლევის საფუძველზე ეს მოსაზრება მალალი სანდოობით უარყოფილია.



გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში პაციენტები, რომელთაც აქვთ მუცლის ტკივილი და მიმდინარეობს ტკივილის მიზეზების დიფერენცირება, უნდა იღებდნენ ადეკვატურ ანალგეზიურ მკურნალობას.

ანალგეტიკების (მათ შორის ოპიოიდების) გამოყენების მიზანია ტკივილის მართვად დონემდე შემცირება და პაციენტის მართვა „თანამშრომლურ“ რეჟიმში, რათა მან ხელი შეუწყოს ექიმს მუცლის გასინჯვისას.

ანალგეზიის მიზანი არ არის ტკივილის სრული აღმოფხვრა და პაციენტის ნახევრადმძინარე მდგომარეობაში გადაყვანა.

### მართვის საფრთხეების თავიდან აცილების გზები

აუცილებელია ხანდაზმულ პაციენტებში მწვავე პროცესის აშკარა ნიშნების არ არსებობისას მუცლის ტკივილის ფრთხილი, ადეკვატური და დროული შეფასება.

აუცილებელია მუცლის ტკივილისას მაღალი რისკის კრიტერიუმების შეფასება.

დაუშვებელია ლაბორატორიული კვლევების შედეგების ბრმა ნდობა და ღრმა რწმენა. აუცილებელია მაღალი

რისკის პაციენტებში, უცნობი ეტიოლოგიის ტკივილისას პაციენტის განმეორებითი გასინჯვა და კვლევა (სქემა 4).

### პაციენტის შიდა ან გარე რეფერალი

პაციენტის მდგომარეობის შედარებითი სტაბილიზაციის შემდეგ, დიაგნოზის ვერიფიკაციის ან მის გარეშე ექიმმა უნდა გადაწყვიტოს და განახორციელოს შიდა ან გარე რეფერალი.

პაციენტს და/ან მის ნათესავენს (თანმხლებ პირებს) უნდა მიეცეს სათანადო ახსნა-განმარტება მუცლის ტკივილის მიზეზების და/ან სტაციონარული მკურნალობის აუცილებლობის შესახებ.

ჩვენს მიერ წარმოდგენილი რეკომენდაციები განკუთვნილია გადაუდებელი დახმარების განყოფილების ექიმებისათვის და ქირურგებისათვის.

რეკომენდაციები შეეხება 18 წლის და მეტი ასაკის პაციენტებს, რომელთაც აღენიშნებათ ტკივილი მუცლის არეში და მათი გამოყენება უნდა მოხდეს გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში.

### ლიტერატურა:

#### References:

1. Penner R.M., Majumdar S.R., *Diagnostic approach to abdominal pain in adults, 2013, UpToDate;*
2. Fishman M.B., Aronson M.D., *Differential diagnosis of abdominal pain in adults, 2013, UpToDate;*
3. Kendall J.L., Moreira M.E., *Evaluation of the adult with abdominal pain in the emergency department, 2013, UpToDate;*
4. Fishman M.B., Aronson M.D., *History and physical examination in adults with abdominal pain, 2013, UpToDate;*
5. Manterola C., Vial M., Moraga J., Astudillo P. *Analgesia in patients with acute abdominal pain. Cochrane Systematic Review - Intervention Version published: 19 January 2011, https://doi.org/10.1002/14651858.CD005660.pub3;*
6. Thomas SH., Silen W., Cheema F. et al, *Effects of Morphine Analgesia on Diagnostic Accuracy in Emergency Department Patients With Abdominal Pain: A Prospective, Randomized Trial, PMID: 12517545, DOI: 10.1016/s1072-7515(02)01480-1.*
7. Yamamoto W., Kono H., Maekawa M., Fukui T. *The Relationship Between Abdominal Pain Regions and Specific Diseases: An Epidemiologic Approach to Clinical Practice, 1997 Mar; 7(1):27-32.PMID: 9127570, DOI: 10.2188/jea.7.27.*
8. Nyhus LM., Vitello JM., Condon RE. *Abdominal Pain: A Guide to Rapid Diagnosis. Appleton & Lange, Norwalk, Connecticut (Найхус Л.М., Вителло Д.М., Конден Р.Э. „Бол в Животе“, Бинომ, Москва), 2000.*
9. Betaneli A.M. *Clinical Aspects of Acute Surgical Abdominal Disease (Бетанели А.М. Клинические аспекты острой хирургической болезни живота. Санкт-Петербург, ФарМАКлин), 2002.*

## DIAGNOSTIC CHALLENGES OF ABDOMINAL PAIN IN EMERGENCY SURGERY (CLINICAL RECOMMENDATIONS)

David Jikia<sup>1</sup>, Tamaz Chkikvadze<sup>2</sup>, Vasil Archvadze<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Surgery Department, Tbilisi State Medical University, <sup>2</sup>Alexandre Aladashvili Clinic

Contact person: David Jikia, d.jikia@tsmu.edu

### Resume

Abdominal pain still remains a diagnostic challenge in critical medicine. Abdominal pain accounts for 5-10% of emergency adjustments. Of these, in 25% of outpatients and 35-40% of inpatients, the diagnosis is undifferentiated.

The area of differential diagnosis is very wide and varied, including intra-abdominal and extra-abdominal surgical or non-surgical pathologies. Associated symptoms are often devoid of specificity.

The paper presents different options for classifying abdominal pain and the importance of their use in the differential diagnosis of abdominal pain. Also, the focus is on the importance of anamnesis gathering and analgesia issues in emergency departments. An algorithm for physical research is given.

We think the paper will be of interest to emergency physicians, surgeons, and students.

**Key words:** abdominal pain, urgent surgery, differential diagnosis of abdominal pain