

კლინიკური ღებვიები

(საფუკულგეზო ქირუ,რგია)

საქართველოს სსრ უმაღლესი და საუუალო სპეციალური
განათლების სამინისტროს მიერ დამტკიცებულია
სახელმძღვანელოდ სამედიცინო ინსტიტუტის
სტუდენტთათვის

გუძღვნი
საყვარელი დედის ესმა ბაკურის ასული
კვარაცხელიას ნათელ ხსოვნას

წ ი ნ ა თ ქ მ ა

კლინიკური ლექციების გამოქვეყნების გადაწყვეტილებამ
საპასუხისმგებლო ამოცანის წინაშე დამაყენა.

ლექციების წარმოდგენა გადაკეთებული სახით მიზანშეუ-
წონლად მივიჩნიე, გადაეწყვიტე დამეტოვებინა იმ სახით,
როგორითაც მათ სტუდენტობა ისმენს.

თუ ლექციები ყოველთვის ვერ მისდევს ძირითად თემას
და ზოგჯერ გარეშე, დამატებითი ცნობებითაა შევსებული,
ამას მკითხველი მაპატიებს. საგნის სწავლებასთან ერთად
ცნობების ჩართვა პუმაინტარული და ხელოვნების დარგე-
ბიდან, ვფიქრობ, პირდაპირი აუცილებლობაა სტუდენტის
წახალისების, დაინტერესებისა და ზოგადი განათლებისა-
თვის, მისი სულიერი სამყაროს გამდიდრებისათვის.

სადა სასაუბრო ენით და ალაგ-ალაგ განმეორებით გად-
მოცემული ჩემი ლექციები, რასაც, ალბათ, მკითხველიც შე-
ნიშნავს, იმისთვისაა გაგიზნული, რათა საკითხები ადვილი
დასამახსოვრებელი გახდეს.

აქვე არ შემიძლია მადლიერების გრძნობით არ აღენიშნო
ჩემი ერთგული მოწაფეების — მედიცინის მეცნიერებათა
დოქტორის როდამ ქუმსიაშვილისა და მედიცინის მეცნიერე-
ბათა კანდიდატის დიმიტრი ასათიანის დიდი შრომა და მო-
თმინება, რაც დასჭირდათ მათ ლექციების მსვლელობი-
სას ჩემი თითოეული სიტყვის მაგნიტოფირსა და ქალაღღზე
გადასატანად.

პირველი ლექცია

ძვირფასო მეგობრებო!

ვიდრე შევუდგებოდე საფაკულტეტო ქირურგიის სისტემატური კურსის ლექციების კითხვას, ორიოდ სიტყვით მინდა გაგაცნოთ საფაკულტეტო ქირურგიის ამოცანები, მოგახსენოთ წლევანდელი თქვენი და ჩვენი ვალდებულებანი და, რაც მთავარია, განვიმარტოთ ექიმისა და ავადმყოფის ურთიერთდამოკიდებულების ქეშმარიტებანი, რაც ავადმყოფის განკურნების ერთ-ერთი აუცილებელი პირობაა.

საფაკულტეტო ქირურგიული კლინიკის ამოცანაა შეაჩვიოს სტუდენტი „ქირურგიულ აზროვნებას“, შეასწავლოს ქირურგიული ავადმყოფების კვლევის მეთოდები და მათ საფუძველზე დაავადების დადგენა.

ჩვენი მიზანია წელს შეგასწავლოთ იმ ხშირ დაავადებათა ჩვეულებრივი ფორმები, რომელთაც შეხვდებით ყოველდღიურად კლინიკაში თუ მის კედლებს გარეთ, აგათვისებინოთ ის ჩვევები, რომლებიც გამოგადგებათ არა მარტო თქვენთვის ცნობილი დაავადებების ამოცნობაში, არამედ იმ იშვიათი პათოლოგიის რაობის დადგენასა და მკურნალობაშიაც, რომელსაც შეხვდებით საექიმო მოღვაწეობის დროს. რა თქმა უნდა, ეს არ იქნება ქირურგიული საკითხების მთლიანი ამოწურვა და ამიტომაც მომავალში — მეხუთე და მეექვსე კურსებზე — კვლავ შეისწავლით ქირურგიას, მაგრამ სხვა თვალთახედვით. თქვენ გასული სამი წლის მანძილზე გაიარეთ მოსაზრადებელი კურსი, რომლის გარეშე კლინიკის არსის გაგება ძნელია, შეისწავლეთ ნორმალური და პათოლოგიური ანატომია, ჰისტოლოგია, ფიზიოლოგია და პათოლოგიური ფიზიოლოგია, მიკრობიოლოგია. თქვენ დარწმუნდებით, თუ მომავალში როგორ გამოვადგებათ ამ საგნების ცოდნა, რომელთაც შეგიქმნეს ბაზისი დაავადების კლინიკური მიმდინარეობის გაგებისათვის. გაიარეთ აგრეთვე ზოგადი ქირურგია, რომელმაც შეგასწავლათ ზოგადად, თუ რა არის სიმსივნე, როგორ წარმოიშვება ის და რა ახასიათებს სიმსივნურ პროცესს. მაგრამ თქვენ ჯერ არ იცით, თუ როგორი მიმდინარეობა ახასიათებს ნაწლავის, კუჭის ან ღვიძლის სიმსივნეს, ამას კი შეგას-

წავლით კლინიკური ქირურგია. წარსულში ისწავლეთ ანთების რაობა, თუ როგორ ვითარდება ანთება, რომ მას ახასიათებს ექსუდაცია, პროლიფერაცია, ალტერაცია, მაგრამ თუ როგორ ვითარდება ანთება კანქვეშა შემაერთებელ ქსოვილში; ტვინში, ღვიძლში ან რომელიმე სხვა ორგანოში და როგორი კლინიკური მიმდინარეობა აქვს მას. არ გისწავლიათ. აღნიშნული კლინიკური დისციპლინის კომპეტენციაა.

მაგრამ რომ ყველაფერი კარგად გაიგოთ, უნდა გაიმეოროთ ზოგადი ქირურგია, ფიზიოლოგია, მორფოლოგია, ანატომია. ქირურგმა ზედმიწევნით კარგად უნდა იცოდეს ანატომია. როგორ?!

ს ტ უ დ ე ნ ტ ე ბ ი: ზედმიწევნით კარგად!

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: დიახ, ზედმიწევნით კარგად, რათა მან თვალის ერთი შევლებით და ხელის ერთი შეხებით გაარჩიოს ერთი ორგანო მეორისაგან.

ამ წლის ბოლოსათვის თქვენ თითქმის ექიმები უნდა იყოთ. რა თქმა უნდა, ამისათვის ერთი წელიწადი არ კმარა, მაგრამ რაკი გეცოდინებათ ძირითადი ქირურგიული დაავადებები, ამ დაავადებათა დიაგნოზის დადგენა, მკურნალობის პრინციპები და ზოგი დაავადების ქირურგიული მკურნალობის საქმესაც დაუფლებული იქნებით, რადგან წლის ბოლოსათვის ყველა თქვენგანს ოპერაციაში მონაწილეობა ექნება მიღებული, გექნებათ უფლება ბრძანოთ, რომ ექიმები ხართ. მაგრამ მინდა გაგაფრთხილოთ, რომ ეს თავისთავად არ ხდება, ამისათვის საჭიროა დიდი მოთმინება, გულმოდგინე მუშაობა, ლექციებსა და კურსციებზე სისტემატური დასწრება. იმისათვის, რომ თქვენ ლექციებს დაესწროთ და არც პრაქტიკული მეცადინეობა გამოტოვოთ, სათანადო ღონისძიებები იქნება მიღებული, რადგან ჩემი პედაგოგიური გამოცდილებიდან ვიცი, რომ, სამწუხაროდ, ყველა სტუდენტი როდი ასრულებს თავის მოვალეობას პირნათლად. ასეთი სტუდენტების გამოვლინებისათვის მე არ მივმართავ თქვენს დამამკირებელ ზომებს — სისტემატურად სიის ამოკითხვას და სხვ. ეფექტობ, თქვენ უკვე მომწიფებული, სერიოზული და საკმაოდ მომზადებული ადამიანები ბრძანდებით, ამიტომ მწამს, რომ ჩვენი ურთიერთპატივისცემის გრძნობა დაგავალდებულებთ უმიზეზოდ არ გამოტოვოთ ლექცია, რადგანაც საფაკულტეტო ქირურგიის სწავლების ძირითად საშუალებად მე ლექციები მიმაჩნია. ამ ლექციებზე გაწვდით ჩვენი მრავალწლიანი გამოცდილების ამომწურავ ანალიზს, ვუყეუებთ დემონსტრაციას საინტერესო ავადმყოფებს, ოპერაციის გზით მიღებულ საინტერესო პრეპარატებს, სქემატურ ჩანახატებს, რენტგენოგრამებსა და სხვ., რაც სტუდენტს ნათელ წარმოდგენას აძლევს ამა თუ იმ დაავადებაზე.

თავიდანვე გამოგიტყცებით, რომ დროდადრო მაინც მივმართავ ერთგვარ ხერხს თქვენი შემოწმებისათვის: წარმოგიდგენთ კლინიკურად საინტერესო ავადმყოფს და ამოვიკითხავ რომელიმე სტუდენტის გვარს, რომ მან გასინჯოს ავადმყოფი. ვთქვათ, ეს სტუდენტი იმ დღეს ლექციაზე არ აღმოჩნდა, ეს აღინიშნება საათნადოდ, იმავე სტუდენტს გამოვიძახებ მეორე, მესამე თვეშიც და, თუ ის კიდევ არ არის ლექციაზე, ეს მომცემს საბაბს ვიფიქრო, რომ ამ სტუდენტს ლექციებზე სულ არ უვლია.

გთხოვთ ეს გარემოება მიიღოთ მხედველობაში მომავალი მუშაობის დროს და თქვენს საქმიანობას პატივისცემით მოეპყრათ.

რა თქმა უნდა, თქვენი გულმოდგინეობის გარდა, საჭიროა ჩვენი, მთელი პედაგოგიური პერსონალის მონდომება და ინტენსიური მუშაობა, რომ თქვენ თქვენი მოვალეობა კარგად შეასრულოთ. ჩვენ მასალა ისეთი ფორმით უნდა მოგაწოდოთ, რომ თქვენთვის ის ადვილი მისაწვდომი და ასათვისებელი იყოს. უნდა შეგაყვაროთ საქმე, რადგან საქმის სიყვარულის გარეშე ძნელია საგნის ათვისება, ხოლო საგნის სიყვარული წარმოშობს მოსწავლისა და მასწავლებლის ურთიერთპატივისცემას, დიდ სიყვარულს, რომელიც თქვენი წინსვლის, პრაქტიკულ თუ თეორიულ მედიცინაში თქვენი წარმატებების საწინდარი გახდება. ამის მაგალითები თქვენ ბევრი იცით, იცით საწინააღმდეგო მაგალითებიც, საბედნიეროდ, მცირე. მაგრამ რაოდენ სიძლიერით არიან ისინი ჩაქსოვილი ჩვენს მეხსიერებაში. მოვიგონოთ ჩვენი დიდი პოეტის აკაკის „გამზრდელი“. გახსოვთ, როგორი უღირსი აღმოჩნდა ჰაჯი-უსუფის გამოზრდილი საფარ-ბეგი, რომელმაც არ დაინდო ძიძის შვილი — შელახა ნაზიბროლას სარეცელი. როცა საფარ-ბეგი ცოდვის მოსანანიებლად ისევ თავის გამზრდელთან მივიდა, მოუთხრო თავისი ვერაცობის ამბავი და სიკვდილით დასჯა შესთხოვა, ალბათ, გახსოვთ თუ რა უპასუხა გამზრდელმა:

შენ სიკვდილის რა ღირსი ხარ?!
სასიკვდილო მე ვარ მხოლოდ,
რომ კაცად ვერ გამიზრდიხარ!“

აი, რას ნიშნავს მასწავლებლისათვის უღირსი მოწაფის აღზრდა. ჩვენ უნდა ვეცადოთ, ორივე მხარე, ურთიერთგაგებითა და კარგი დამოკიდებულებით კეთილად დავაგვირგვინოთ წლებანდელი სასწავლო წელი, რათა პირნათლად შევხედეთ წლის ბოლოს ერთმანეთს.

წელს თქვენ ურთიერთობა გექნებათ ავადმყოფებთან. მოგეხსენებათ, რომ ქირურგიული აზროვნებისა და შემოქმედების ობი-

ექტი ავადმყოფი ადამიანია, რომელიც თქვენთან მოდის განკურნების იმედით, განდობთ თავის ჭირ-ვარამს, თავის საიდუმლოებას, რაც მოითხოვს მკურნალისაგან ფაქიზ, ყურადღებიან დამოკიდებულებას. ეს ავადმყოფები ზოგი მოსარჩენია, ზოგი კი — სასიკვდილოდ განწირული. ჩვენ უნდა მივაჩვიოთ, თუ როგორ მიუღდეთ ავადმყოფს, რათა მან შეგიყვაროთ, თავის მეგობრად გიგულოთ, არა მოჩვენებით, არამედ ნამდვილ მეგობრად, მისი ჭირ-ვარამის გამზიარებლად, მის მანუგეშებლად. როდესაც ავადმყოფი ამაში დარწმუნდება, როდესაც დაიჭერებს, რომ თქვენ მას სიყვარულით ექცევით, რომ გესმით მისი, ჩაწვდით მის სულიერ თუ ფიზიკურ ტანჯვას, ის შეგიყვარებთ თქვენ. ერთეულს მოჰყვება ათობით და ათასობით ავადმყოფი, გახდებით პოპულარული ადამიანი, ხალხისა და ქვეყნის მიერ დაფასებული.

ბევრს ნიშნავს სხვისი ჭირ-ვარამის გაზიარება, რომელიც უდიდეს სიყვარულს წარმოშობს. ხომ გახსოვთ, რას ამბობს შექსპირის ერთ-ერთი გმირი:

„ჩემგან გამოვლილ ჭირთათვის მან მე შემიყვარა,
მე შევიყვარე ჩემთა ჭირთა თანაგრძნობისთვის“.

ეს ოტელოს აღსარებაა. და თუ თქვენ ავადმყოფის ჭირ-ვარამს გაიზიარებთ — უთანაგრძნობთ მას ამა თუ იმ დაავადებით მიყენებული ტანჯვის გამო, არ დაზოგავთ თქვენს ცოდნას, გამოცდილებას, დროს, ჩაწვდებით ავადმყოფი ადამიანის ბუნებას, მის ხასიათს, ავადმყოფი იგრძნობს, რომ მის სასთუმალთან არის მხსნელი, რომელიც გარდაუელად მოარჩენს. ასეთი რწმენის შთაგონება მკურნალობის დიდი ფაქტორია.

გარდა ამისა, თქვენ ავადმყოფის სასთუმალთან უნდა იყოთ კეშმარიტების მლალადებელი, მართალი. მაგრამ ზოგჯერ დაგჭირდებათ „კეთილშობილური ტყუილის“ თქმაც. ეს მაშინ, როცა გეყოლებათ ავთვისებიანი დაავადებით — კიბოთი შეპყრობილი ავადმყოფი.

ისეთი დიაგნოზი, როგორიც კიბოა, ავადმყოფს უკარგავს სიმშვიდეს და სიცოცხლის ხალისს, ამიტომ ექიმმა უნდა იცოდეს, რომ ამ დროს სიმართლის თქმა ტყუილზე უმძიმესია. მართალია, ცხოვრებაში ტყუილი არც ერთ შემთხვევაში არ არის გამართლებული, მაგრამ ავადმყოფის დასამშვიდებლად, იმისათვის, რომ ჩვენ მას არ წავართვათ განკურნების იმედი, უმჯობესია შეგნებულად მოვატყუოთ იგი.

კიბოთი დაავადებული ავადმყოფი თქვენი მოქმედებით, დამაჩერებელი საუბრით უნდა დაარწმუნოთ, რომ მას ეს დაავადება არა

აქვს. მართალია, ზოგჯერ ავადმყოფი ცდილობს თქვენს საქციელში, თქვენს სახეზე ამოიკითხოს რაიმე, თითქოსდა გაიგოს თავისი საბედისწერო დაავადების არსი, მაგრამ, დამიჯერეთ, რომ ამ დროს ივა თვალთმაქცობს, მას ამ დიაგნოზის დასტური კი არა, მისი დასაბუთებული უარყოფა უნდა და თქვენც, შეიარაღებული ექიმური ეთიკით, ყოველ ღონეს ხმარობთ, რათა დაარწმუნოთ ავადმყოფი, გაუქარწყლოთ ექვები, დაუბრუნოთ სიმშვიდე.

თუ რა ძალა აქვს ადამიანის სიტყვას, ანის დასტურად გავიხსენოთ გენიალური შოთა რუსთაველის „ვეფხისტყაოსანი“, რომლის ბადალი მსოფლიოს ლიტერატურულ საგანძურში შეიძლება არც იყოს.

გახსოვთ, ალბათ, რომ, როცა ნესტან-დარეჯანს გათხოვება დაუპირეს, ამის დასტური ტარიელმაც მისცა, რადგან საქმის ვითარება ამას მოითხოვდა, და რარიგ განრისხდა ამ ამბის გამგონე ნესტან-დარეჯანი:

„ქვე წვა, ვით კლდისა ნაპარალსა ვეფხი პირ-გამეხებული,
არცა მზე ჰგავდა, არც მთვარე, ხე ალვა, ედემს ხებული;...“

ეს განრისხების უკიდურესი ზღვარია. მის გასაქარწყლებლად თითქოს სიტყვას ვერ მოძებნის კაცი, მაგრამ გავიხსენოთ ტარიელის მიმართვა ნესტანისადმი:

„კვლაცა ეჰადრე: „მე თუ, მზეო, თქვენთვის ფიცი გამეტეხოს,
ღმერთმან აწვე რისხვა მისი ზეცით ჩემთვის გააჰეხოს!
ვისი გინდა უშენოსა პირი მემზოს, ტანი მეხოს,
მაშა მაშინ რაგვარ დავრჩე, რა ლახვარი გულსა მეხოს?“

ეს კი ქეშმარიტების დამადასტურებელი ისეთი სიტყვებია, რომლებმაც მოალბეს ნესტან-დარეჯანი, გაუფანტეს ყოველგვარი ექვი და სიმშვიდე დაუბრუნეს მას: „მოლმობიერდა, მომიტება გამწყრალი, გამქისებული“.

აი, რა ძლიერი მხატვრულობით ჰყავს წარმოდგენილი დიდ პოეტს უბედურებაში დარწმუნებული ადამიანი და, მეორე მხრივ, როგორი მტკიცე მსჯელობითაა ექვი გაქარწყლებული.

ღიახ, თქვენც ასეთი ფიცი დაგპირდებათ ზოგჯერ განწირული ავადმყოფის სასთუმალთან, მაგრამ ცრუ და ამასთან ტაქტიანი ფიცი, რომელიც თქვენ, როგორც მკურნალ ექიმს, მოგეტეებათ.

ამის შემდეგ ნება მომეცით შეუდგე საფაკულტეტო ქირურგიის იმ თავების განხილვას, რომლებიც გამიზნულია თქვენი კურსისათვის. დავიწყოთ ყველაზე ხშირი დაავადებით, რომელსაც ყოველ-

დლიურად შეხვდებით კლინიკაში თუ მის გარეთ. ეს არის თქვენთვის ცნობილი დაავადება **თიაქარო, грыжа, hernial**

აქვე მოგაგონებთ, რომ დაავადებათა სახელწოდებები კარგად უნდა იცოდეთ როგორც ქართულ, ისე რუსულ და ლათინურ ენებზე, კიდევ უკეთესი, თუ ამიერკავკასიაში მომუშავეებს გეცოდინებათ აზერბაიჯანული, სომხური სახელწოდებებიც, რადგან ხშირად გექნებათ საქმე მოძმე რესპუბლიკების ხალხთან. კარგად უნდა იცოდეთ დიაგნოზების მართლწერაც. როგორც მოგეხსენებათ, საწარმოო პრაქტიკის დროს მოგიხდებათ ავადმყოფების მიღება, მათი ისტორიებისა და საოპერაციო ოქმების გაფორმება, რაც მოითხოვს სათანადო ცოდნას.

მაშ, რა არის თიაქარი? მუცლის ღრუდან რომელიმე ორგანოს ანქვევში გამოსვლას თიაქარი ეწოდება, ევენტერაციისაგან (eventeratio) განსხვავებით, როდესაც მუცლის ღრუს ორგანოები გარეთ გამოდის მუცლის კედლის კრილობებისა და გაგლეჯის დროს. არსებობს შიგნითა ორგანოების გარეთ გამოსვლის მესამე სახეც. მაგალითად, დიზენტერიით დაავადებულ პატარა ბავშვებსა და მოხუცებულებს სფინქტერის მოღუნების გამო ხშირად უვარდებათ გარეთ სწორი ნაწლავი. შეიძლება ქალებს მრავალი მშობიარობის ან შორისის ჩახევის შედეგად გამოუვარდეთ საშვილოსნო, მაგრამ ჩვენ ამ დროს ვერ ვხედავთ ამა თუ იმ ორგანოს მფარავ სეროზულ გარსს, ე. ი. პერიტონეუმს, ორგანო გადმობრუნებულია და მოჩანს მისი შიგნითა ლორწოვანი გარსი. ორგანოთა ასეთნაირ გარეთ გამოსვლას პროლაფსუსი (prolapsus) ეწოდება.

ამრიგად, არსებობს ამა თუ იმ ღრუდან ორგანოების გარეთ გამოსვლის სამი სახე: თიაქარი, ევენტერაცია და პროლაფსუსი (hernia, eventeratio, prolapsus). ჩვენ უნდა ვიცოდეთ მათი ერთმანეთისაგან განსხვავება, რადგან ამას დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს. თუ სწორი ნაწლავისა და საშვილოსნოს გარეთ გამოვარდნისას ავადმყოფს არავითარი ხიფათი არ მოეცის და ის მხოლოდ უხერხულობას უქმნის ადამიანს, რადგან საჭიროებს სისტემატურ ჩასწორებას, პირიქით, გარეთ გამოვარდნილი ნაწლავები დაუყოვნებლივ ქირურგიულ ჩარევას მოითხოვს, ვინაიდან სასწრაფო ოპერაციის გარეშე განვითარდება პერიტონიტი და ავადმყოფი დაიღუპება.

სად ვითარდება თიაქარი?

ყველაზე ხშირად საქმე გვაქვს მუცლის თიაქართან, მაგრამ მუცელს აქვს გარკვეული არეები, სადაც არჩევითად ვითარდება ეს პათოლოგია. სიწმირის მხრივ პირველ ადგილზეა საზარდულის თიაქარი, მეორე ადგილზე — კიპისა და თეთრი ხაზის, შემდეგ კი —

ბარძაყის თიაქრები. არსებობს იშვიათი ლოკალიზაციის თიაქრებიც, მაგალითად, *hernia ischiadica*, რომელიც საჯდომ ხერხეღში გამოდის, წელის არის თიაქარი, რომელიც ფრანგი ავტორის პტის (Petit, 1802) მიერ იყო აღწერილი, მუცლის გვერდითი თიაქარი, რომელიც უმეტესად სპიგელის ხაზზე მდებარეობს და ამიტომ იგი ძირითადად ამ სახელითაა ცნობილი, შორისის არის თიაქარი და სხვ. ზემოხსენებული არეები ანატომიურად ის სუსტი ადგილებია, სადაც ხელსაყრელი პირობებია გარეთა თიაქრების განვითარებისათვის. მაგრამ შეიძლება განვითარდეს შიგნითა თიაქრებიც — ეს მოხდება მაშინ, როდესაც ერთი ღრუდან მეორეში გადაინაცვლებს ორგანო. მაგალითად, მუცლის ღრუდან კუჭი ან ნაწლავები შეიძლება გადაადგილდეს გულმკერდში, თავის ტვინი შეიძლება გამოვიდეს ცხვირის ფუძესთან ან ზურგის ტვინი — წელის არეში და სხვ. ამ სახის თიაქრები ძალიან იშვიათია. პრაქტიკულად გაცილებით დიდი მნიშვნელობისაა მუცლის თიაქრები, კერძოდ საზარდულის თიაქრები და ამიტომაც თიაქრების შესწავლას ჩვენ აქედან დავიწყებთ. მაგრამ, რომ გაიგოთ თიაქრის არსი, კარგად უნდა იცოდეთ ანატომია, რადგან მის გარეშე არ არსებობს ქირურგია.

ჩვენ ანატომიას მოგაგონებთ სხვა ასპექტში, სხვა თვალთახედვით, რათა იგი დაუკავშიროთ პრაქტიკულ საქმიანობას, რაც მეტად განამტკიცებს თქვენს ცოდნას ანატომიაში.

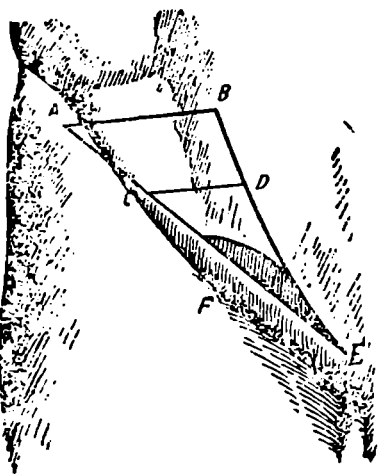
საზარდულის ანატომიიდან პირველ რიგში უნდა გავიხსენოთ საზარდულის არე, ანუ საზარდულის სამკუთხედი, რომელიც სწორკუთხა მოყვანილობისაა; მისი ქვემო საზღვარია *spina iliaca anterior superior*-სა და ბოქვენის ძელის შორის გაქიმული პუპარტის იოგი, მედიალური — სწორი კუნთის გარეთა კიდე, ხოლო ზემო — *spina iliaca anterior superior*-თა შემაერთებელი ხაზი. თუ პუპარტის იოგს სამ თანაბარ ნაწილად გავყოფთ, ხოლო შუა და ქვემო მესამედის საზღვრიდან *linea alba*-ს მიმართულებით ხაზს გავავლებთ, მივიღებთ მეორე, უფრო მცირე ზომის სამკუთხედს, ანუ საზარდულის არხის სამკუთხედს (*trigonum canalis inguinalis*, სურ. 1), რომლის არსიც გვანტერესებს, რადგან აქ ვითარდება თიაქარი. რითაა განპირობებული ამ არეში თიაქრის ხშირი წარმოქმნა? თქვენ იცით, რომ მუცლის წინა კედელში ოთხი კუნთია: მუცლის კედლის თათოეულ ნახევარში სამ-სამი ბრტყელი კუნთი — გარეთა და შიგნითა ირიბი და განივი კუნთები (*m. m. obliquus externus et internus, m. transversus*) და სწორი კუნთი, რომელიც იცავს მუცლის კედლის წონასწორობას, მის გამძლეობას მუცლის შიგნითა წნევისადმი.

თიაქრების განვითარებაში ზემოდასახელებულ სამ კუნთს აქვს

მნიშვნელობა. მაგალითად, m. obliquus abdominis externus გარკვეულ არეში მძლავრი კუნთოვანი ქსოვილია, შემდეგ იგი კარგავს კუნთოვან ბოქკოებს და აპონევროზში გადადის; ეს აპონევროზული ნაწილიც არ არის სრულყოფილი, რადგან იგი საბოლოოდ ორ ფეხად — მედიალურ და ლატერალურ ფეხებად იყოფა და მათ შორის რჩება დეფექტი, რომელშიც გაივლის ფრიალ მნიშვნელოვანი წარმონაქმნები. რა წარმონაქმნებია ისინი?

გთხოვთ ზოგჯერ მიკარნახოთ, უფრო სწორად, მიპასუხოთ ჩემს შეკითხვებზე.

მამაკაცებში ეს არის სათესლე ბაგირაკი, ხოლო ქალებში — საშვილოსნოს მრგვალი იოვი. ამრიგად, ამ პატარა სამკუთხედში, გარეთა ირიბი კუნთის ნაცვლად, განვითარდება აპონევროზი და ისიც არასრულყოფილი, რადგან იგი გაიყოფა და წარმოიქმნება დეფექტი. მაშასადამე, აპონევროზი არასრულფასოვანი გახდება.



სურ. 1. საზარდულის სამკუთხედი.

მუცლის შიგნითა ირიბი კუნთი მუცლის წინა კედლის კუნთთა შორის ყველაზე განვითარებულია, მაგრამ საზარდულის სამკუთხედის არეში იგი აღარ არსებობს, იქ არ არის აგრეთვე მუცლის განივი კუნთი. ამრიგად, რჩება გარკვეული არე, სადაც კუნთოვანი ქსოვილი არ არის, არის მხოლოდ გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზი

და ისიც დეფექტით. ეს ნიშნავს, რომ იქ ანატომიურად სუსტი ადგილია, რომელიც წინააღმდეგობას ვერ გაუწევს მუცლის ღრუს შიგნითა წნევის მომატებას, მაგალითად, დახველების, სიმძიმის აწევის, ორსულობის, ქრონიკული ყაბზობის შედეგად, მუცლის ღრუდან მოწოლილი რომელიმე ორგანო გამოვა გარეთ და განვითარდება თიაქარი.

მართლაც, ხშირად ავადმყოფები ასეც მოგვითხრობენ: „ძლიერ დაეხველე“, „სიმძიმე აეწიე“, „ვირბინე“.

მაგრამ არსებობს მეორე მხარეც, რომელიც ხელშემწყობია თიაქრის წარმოქმნისათვის; თუ მუცლის წინა კედელს უქნიდან შეეხედავთ, დავინახავთ, რომ ჰიპსა და შარდის ბუშტს შორის გაციმუ-

ლია ზონარი (ნაოქი), თქვენ, ალბათ, იცით, თუ რამ წარმოშვა ეს ზონარი, რისი ნაშთია ის? მე მაინც მოგაგონებთ.

ემბრიონულ პერიოდში ნაყოფის კვება, ნივთიერებათა ცვლა ხდება კიბლარის საშუალებით, შარდის ბუშტსა და კიბლარს შორის არსებული სადინრით — ურახუსით კი შარდი გამოიყოფა. როცა ბავშვი დაიბადება და ნორმალური გზით დაიწყება ნივთიერებათა ცვლა, კიბლარი გადაისკვნება, ხოლო უსარგებლო ურახუსი ობლიტერაციას განიცდის. ობლიტერირებული ურახუსია სწორედ *plica vesico-umbilicalis medialis*; შეიძლება ამ წარმონაქმნს ანატომიის შესწავლის დროს ჯეროვან ყურადღებას არ აქცევდით, მაგრამ ქირურგიაში მისი არცოდნა დანაშაულია. შეიძლება თქვენი მოღვაწეობის პერიოდში შეხვდეთ ბავშვს, რომელიც კიბიდან შარდავს, ბავშვის მშობლები სასოწარკვეთილი არიან და ზოგჯერ არც ექიმადღებთ კარგ განწყობაზე, თუ მან არ იცის, რა პათოლოგიასთან აქვს საქმე. რატომ მოხდა, რომ ბავშვი კიბიდან შარდავს? იმიტომ, რომ ურახუსი არ დაიხურა და, როცა ბუშტი შეიკუმშება, შარდი გადმოდის კიბიდან. თუ გეცოდინებათ ამ პათოლოგიას არსი, მოიგონებთ, რომ არსებობს ასეთი ემბრიონული განვითარების მანკი და საქმეს მარტივად უშველით. სიმფიზის ზემოთ გაკვეთათ კუნთებს, ზონახავთ შეუხორცებელ ურახუსს, ამოკვეთათ და შარდის დენაც შეწყდება — პატარა ოპერაციით უშველით ავადმყოფს.

შეიძლება შეუხორცებელი ურახუსიდან სხვა სახის პათოლოგიაც განვითარდეს: დასაშვებია მან ნაწილობრივ განიცადოს ობლიტერაცია და მისი შუა ნაწილი შეუხორცებელი დარჩეს. რაკი მისი შიგნითა შრე ამოფენილია ენდოთელიუმით, ეს უქანასკნელი კი, სადაც არ უნდა დარჩეს იგი, სითხის პროდუქციას იძლევა, თანდათან დაგროვდება სითხე და რამდენიმე წელიწადში მოზრდილი სიმსივნე განვითარდება. როცა სიმსივნე ძალიან დიდ ზომას მიაღწევს და მუცელი გადიდება, ავადმყოფი იძულებული გახდება მიმართოს ექიმს. ექიმი გასინჯავს ავადმყოფს და დაადგენს, რომ საქმე ეხება მკირე მენჯიდან გამომდინარე სიმსივნეს, ხოლო რა სიმსივნეა იგი, ვერ განსაზღვრავს. რომელი ექიმი ვერ გაერკვევა ამაში? ის, ვინც ღღევანდელ ლექციას არ ესწრება.

მინდა მოვიგონო ერთი ჩემი პაციენტი, 15 წლის გოგონა, რომელსაც მოზრდილი სიმსივნე განუვითარდა მუცლის ღრუში. შეშინებულმა დედამ გოგონა მიიყვანა ექიმთან, რომელმაც გულდასმით გასინჯა ავადმყოფი და ორსულობის დიაგნოზი დაუდგინა. მოგეხსენებათ, თუ რაოდენ დიდი ტრავმა იქნებოდა ეს დიდისა და თვით ბავშვისთვისაც. ისინი ჩამოვიდნენ თბილისში. ბავშვი ვინახულეთ აველამ და დავრწმუნდით, რომ საქმე შეეხებოდა შეუხორცებელა

ურახუსის ნიადაგზე წარმოქმნილ ცისტას, ანუ ურახოცისტომას. შემდეგში, ჩვენი პრაქტიკული მეცადინეობისა თუ ლექციების დროს გაჩვენებთ სხვადასხვა ორგანოში განვითარებულ ცისტომებს (საკვერცხის, ღვიძლის, პანკრეასის და სხვ.). ცისტომის ზემოაღნიშნული სახე შედარებით იშვიათია და იგი ურახუსის ნაწილობრივი ობლიტერაციის შედეგია.

ამრიგად, ჩვენ გავიხსენეთ, თუ რა არის მუცლის პრესის უკანა კედელზე არსებული *plica vesico-umbilicalis medialis*. მაგრამ, გარდა ამისა, არსებობს კიდევ ორი ნაოქი: *plica vesico-umbilicalis lateralis*, რომელიც აგრეთვე ემბრიონული პერიოდის ნაშთია. მოგვხსენებათ, რომ ნაყოფი იკვებება ჰიპის არტერიების საშუალებით (*arteria umbilicalis*), რომლებიც ჰიპთან ერთდებიან. ნაყოფის დაბადების შემდეგ პლაცენტური სისხლის მიმოქცევა, ისევე როგორც გულის პარკუჭთა შორის კავშირი, ანუ ოვალური ხვრელი, აღარ არის საჭირო. ამიტომ ეს არტერიები ობლიტერაციას განიცდის, სტოვებს რა თავის კვალს *plica vesico-umbilicalis lateralis*-ის სახით *plica vesico-umbilicalis medialis*-ის ორივე მხარეს, როგორც მარჯვნივ, ისე მარცხნივ. ძალიან მნიშვნელოვანია მესამე ნაოქიც, ასევე ორი. სისხლძარღვების ანატომია, ალბათ, კარგად გაქვთ შესწავლილი. უნდა მოგახსენოთ, რომ ზოგიერთ სისხლძარღვს ჩვენ, ჭირურგები, განსაკუთრებით გამოვეყოფთ მისი პრაქტიკული მნიშვნელობის გამო. პუპარტის იოგის ქვემოთ თქმოს გარეთა არტერიას გამოვეყოფა *arteria epigastrica inferior*. ეს არტერია საკმაოდ მნიშვნელოვანია. აღნიშნული სისხლძარღვი მიემართება ზევით და ანასტომოზს ქმნის *arteria epigastrica superior*-თან, რომელიც ბუძუს შიგნითა არტერიის ტოტია, უკანასკნელი კი — *truncus thyreocervicalis*-იდან გამომდინარეობს. როგორც ხედავთ, *arteria epigastrica inferior*-ის მეშვეობით სხეულის ქვემო სარტყელი ზემო სარტყელს უკავშირდება და, თუ ამ არტერიას დიდი სიფრთხილით არ მოვექცევით, ე. ი. თუ ოპერაციის დროს მას დავაზიანებთ, გადავკვეთავთ, დაიწყება ძლიერი სისხლის დენა ორივე არტერიიდან, ერთი მხრივ, *truncus thyreocervicalis*-ის, ხოლო, მეორე მხრივ, ბარძაყის არტერიიდან, რომელიც თქმოს გარეთა არტერიის უშუალო გაგრძელებაა. ამრიგად, აღნიშნული არტერია არ უნდა დააზიანოთ, მაგრამ თუ მაინც-დამაინც ეს გარდაუვალი აღმოჩნდა, სისხლძარღვის ორივე ბოლო უნდა გადაკეანდოთ.

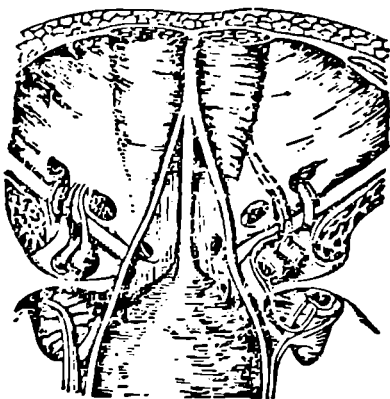
მაშასადამე, ის მესამე ნაოქი, რომელიც მუცლის წინა კედლის უკანა მხარესაა, გახვეულია ფაშარ შემაერთებელ ქსოვილში და დაფარულია პერიტონეუმით, *arteria epigastrica inferior*-ის გამოსახულებაა. ჩამოვთვალთ ყველა ნაოქი: 1) *plica vesico-umbilicalis*

media (ვენტი), რომელიც ურახუსის ნაშთია, 2) plica vesico-umbilicalis lateralis (წყვილი — მარჯვნივ და მარცხნივ), კიპის არტერიის ნაშთი და 3) plica epigastricae (წყვილი — მარჯვნივ და მარცხნივ) — arteria epigastrica inferior-ის გამოსახულება. მუცლის წინა კედლის უკანა მხარეზე სამ შემადლებას შორის ორივე მხარეს იქმნება ორმოები, ანუ ფოსოები (სურ. 2).

1) საზარდულის გარეთა ფოსო (fossa inguinalis lateralis), 2) საზარდულის მედიალური ფოსო (fossa inguinalis medialis) და

3) საზარდულის ინტერმედიალური, ანუ სუპრავეზიკალური ფოსო (fossa intermedialis s. supravesicalis)

ის სუსტი ადგილებია, საიდანაც მუცლის შიგნითა წნევის მომატებისას ესა თუ ის ორგანო იოლ გამოსავალს ნახულობს მუცლის ღრუდან გარეთ — კანქვეშ. ყოველივე ზემოხსენებული ანატომიური ბაზისია, რომელიც საფუძვლად უდევს საზარდულის არის თიაქრების წარმოქმნას. მაგრამ ანატომიურ



სურ. 2. ნაოქები და ფოსოები მუცლამ უკანა კედელზე.

თავისებურებებთან ერთად, როგორც აღენიშნე, მნიშვნელობა აქვს მეორე ფაქტორს — მუცლის ღრუში წნევის მომატებას ძლიერი ფიზიკურა-

დატვირთვის, სხვადასხვა ფიზიოლოგიური (ხშირი ორსულობა) და პათოლოგიური მდგომარეობის შედეგად, რომელთაც მოსდევს მუცლის წინა კედლის გამძლეობის შესუსტება და სხვ.

თიაქარი შეიძლება იყოს თანდაყოლილი და შექმნილი. მათი ლათინური სახელწოდებებია: hernia congenita — თანდაყოლილი, hernia acquisita — შექმნილი თიაქარი. თითქოს რთული არ უნდა იყოს ამ ორი სახეობის თიაქარის ერთიმეორისაგან განსხვავება; თანდაყოლილი ნიშნავს, როცა ბავშვი დაიბადება თიაქარიანი, თუმცა გამონაკლისიც არსებობს: ბავშვს თიაქარი განუვითარდება დაბადებიდან 1—2 ან 5—8 თვის შემდეგ და ის მაინც თანდაყოლილია. თქვენ უნდა იცოდეთ, რაშია საქმე, რომ შეგეძლოთ ასეთი თიაქრების განსხვავება. ზოგჯერ სტუდენტები მათ ვერ არჩევენ. დღეს, მაგალითად, გამოცდას აბარებდა თქვენი ერთი კოლეგა, რომელმაც

თანდაყოლილი და შეძენილი თიაქარი ვერ განასხვავა, თუმცა ჩემს შეკითხვაზე, შეუძლია თუ არა განასხვავოს ეს თიაქარები, თამამად მიპასუხა: „თუ ბავშვი დაიბადა და მას თან დაჰყვა თიაქარი, ეს იქნება თანდაყოლილი თიაქარი“. რა თქმა უნდა, ეს არ არის სწორი. ამ საკითხში რომ კარგად გავერკვეთ, საჭიროა შორი გზიდან მოვლა, ემბრიოლოგიის მოგონებაც; მე დაგისახელეთ გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზული ნაწილის ორი ფეხი — *crus medialis* — საზარდულის არხის გარეთა რგოლის ზემო საზღვარი და *crus lateralis* — საზარდულის გარეთა რგოლის ქვემო საზღვარი. ამ რგოლს ლატერალურად ფეხთაშუა ძაფები — *fibrae intercruralis* საზღვრავს, ხოლო მედიალურად შებრუნებული იოგი — *lig. reflexum collesi*. ამ რგოლში გაივლის სათესლე ბაგირაკი თავისი ოთხი მნიშვნელოვანი წარმონაქმნით: *arteria et vena spermatici, nervus spermaticus* და *ductus deferens*. იმავე გზას გადის სათესლე ჭირკვეალიც, რომელიც მიატოვებს მუცლის ღრუს და ჩავა სათესლე პარკში. მართლაც, უცნაურად „მოგზაურობს“ ეს ორგანო. თქვენ გახსოვთ, რომ როგორც სათესლე ჭირკვეალი, ისე საკვერცხე წარმოიქმნება წელის პირველი და მეორე მალის დონეზე არსებული ვოლფის სხეულებიდან. სათესლე ჭირკვეალი წამოვა ზემოდან ქვემოთ, გაივლის ზემოაღნიშნულ გზას და დაბინავდება სათესლე პარკში. ასევე საკვერცხეც დასტოვებს მუცლის ღრუს და დაბინავდება მცირე მენჯის ღრუში. ეს ორი ორგანო საზარდულის შიგნითა რგოლამდე ერთად მიდის, შემდეგ ერთი თავსდება მცირე მენჯში, ხოლო მეორე — სათესლე პარკში. საინტერესოა რატომ ხდება ასე? იმიტომ, რომ სათესლე ჭირკვეალს ესაჭიროება მყუდრო ადგილი, რათა სათუთად იყოს შენახული, არ განიცადოს ტრავმირება.

თქვენ შეიძლება იფიქროთ, ფეხთა შორის მოქცეული სათესლე ჭირკვეალი განა არ ტრავმირდება? მაგრამ, თუ დავუყვირდებით, ეს მოვლენა ფიზიოლოგიურად სრულიად გამართლებულია, რადგან სათესლე ჭირკვეალს თავისი კარგი ფუნქციონირებისათვის ასეთი მსუბუქი „ტრავმა“ და მასაჟი ესაჭიროება. ასევე საკვერცხე, რომელშიც მიმდინარეობს ოვულაციის მეტად რთული და საინტერესო ციკლი (ამას თქვენ მუანობაში შეგასწავლიან), მოთავსებულია მცირე მენჯის ღრუში, რომელშიც იგი აგრეთვე საიმედოდაა დაცული ყოველი მხრივ ძელოვანი ქსოვილით.

ზოგჯერ შეიძლება როგორც სათესლე ჭირკვეალმა, ისე საკვერცხემ არ მიაღწიოს თავის დანიშნულ ადგილს, ე. ი. მათ „გზა აებნეს“, მაგალითად, სათესლე ჭირკვეალი გაჩერდეს თქვენთვის უკვე ცნობილი გზის რომელიმე მონაკვეთში ან, როგორც ქალებს ემართებათ, საკვერცხე მოთავსდეს მცირე მენჯში. ასეთ შემთხვევაში მა-

შაკაცია არ არის სრულყოფილი, გარდა ამისა, „გზააბნეული“ ჭირკვალში შეიძლება ავთვისებიანადაც გადაგვარდეს. როგორც პედიატრები აღნიშნავენ, სამი ბავშვიდან ერთს შეიძლება სიმსივნე განუვითარდეს ისეთი ჭირკვლიდან, რომელიც მუცლის ღრუში იქნება გაჩერებული, რადგანაც იქ არის არანორმალური პირობები, რომლებიც განაპირობებენ ჭირკვლის გადაგვარებას და სემინომის წარმოქმნას.

რაკი ვიცი ამ პათოლოგიის არსი, ამიტომ, როდესაც სათესლე ჭირკვალი არ არის თავის ადგილას, ე. ი. აღინიშნება *retentio testis* ან *cryptorchismus*, ჩვენ იგი უნდა ჩამოვიტანოთ თავის ადგილას— პარკში. შესაძლოა იგივე დაემართოს გოგონებსაც, ე. ი. საკვერცხე შცირე მენჯის ღრუში კი არ ჩავიდეს, არამედ საზარდულის არხით გამოვიდეს გარეთ და გაჩერდეს დიდ სასირცხო ბაგეებთან. პატარა გოგონებს ეს არ შეემჩნევთ, მაგრამ როდესაც საკვერცხე დაიწყებს ზრდას, ე. ი. სქესობრივი მომწიფების პერიოდში სიმსივნე შესამჩნევი ხდება: იგი აღწევს კაკლის ოდენობას. იწყება მშობლების წვრიულობა, ექიმებთან სიარული. ექიმი გასინჯავს ბავშვს და, თუ იგი უცოდინარია, შეიძლება დაადგინოს სიმსივნის დიაგნოზი და ანოკვეთოს კიდეც იგი. თუ ეს სიმსივნე ორივე მხარეზეა და ექიმმა ორივე სიმსივნე ამოკვეთა, მოგეხსენებათ, რომ ქალი უბედური დარჩება, რადგან უფიცი ექიმი მას გაუკეთებს კასტრაციას. ასე მოიქცევა ექიმი, რომელიც სტუდენტობის დროს არ ესწრებოდა ლექციებს, არ კითხულობდა წიგნს და, ამრიგად, გამორჩა ეს მნიშვნელოვანი საკითხი. შეიძლება წიგნში, რომელიც თქვენ გაქვთ, ამის შესახებ არც იყოს აღნიშნული, მრავალი წიგნის წაკითხვის დრო კი არა გაქვთ, ამიტომ გირჩევთ ლექციებზე სიარულს.

მაშასადამე, მსგავსი სიმსივნის წარმოქმნამ ასეთ ასაკში უნდა გაცუიქრებინოთ საკვერცხის რეტენციაზე; ქირურგიული წესით უნდა გამოყოთ იგი, გახსნათ მუცლის ღრუ და საკვერცხე ჩაუშვათ თავის ადგილზე.

საინტერესოა აგრეთვე საკითხი, თუ რა ძალას ჩამოაქვს ზევიდან ქვევით სათესლე ჭირკვალი თუ საკვერცხე? წიგნებში სხვადასხვა ახსნას შეხვდებით. ძირითადი მნიშვნელობა ჰორმონულ ფაქტორებს უნდა ჰქონდეს. ჰორმონები ის ნივთიერებებია, რომლებიც განაგებენ ამა თუ იმ ორგანოს მოქმედებას. ჰორმონთა მოქმედებას თქვენ გრძნობთ, თუმცა მათ ვერ სცნობთ. მინდა მოვიყვანო ჰორმონთა მოქმედების მაგალითები. ახალგაზრდა ქალები ცდილობენ ისეთი გარეგანი ფორმა მიიღონ, რითაც თავს მოაწონებენ მოპირდაპირე მხარეს, ასევე ვაჟებიც, ეს ყოველივე კეთდება საკვერცხისა და სათესლე ჭირკვლის ჰორმონების მოქმედებით. წვერ-ულვაშისა და თმების განვითარება მკერდსა თუ ბო-

ქვენის არეში, სარძევე ჯირკვლების ზრდა ჰორმონების მოქმედებითაა გამოწვეული და იმავე ჰორმონის მოქმედებას ჩამოყავს საკვერცხე თუ სათესლე ჯირკვალი თავის ადგილას იმ ანატომიურ წარმონაქმნებთან ერთად, რომლებზეც მე მოგახსენეთ.

სათესლე ჯირკვალი, რომელიც მიადგება პერიტონეუმის ბუდებრივ მორჩის (processus vaginalis peritonei), შევა მასში და საზარდულის არხის გავლით ჩაეშვება სათესლე პარკში. ამრიგად, სათესლე ჯირკვალი, გარდა იმისა, რომ პერიტონეუმის ვისცერული ფურცლითაა დაფარული, სათესლე პარკისაგან გადანაცვლების დროს თან ითრევს პერიტონეუმის პარიეტულ ფურცელს, რის შედეგადაც შეიქმნება სათესლე ჯირკვლის სეროზული ე. წ. საკუთარი ბუდებრივი გარსი — tunica vaginalis propria testis, რომელიც processus vaginalis peritonei-ს საშუალებით კავშირში რჩება პერიტონეუმის საერთო ღრუსთან. ამრიგად, ნორმალურ პირობებში პერიტონეუმის მცირე და დიდ ღრუებს შორის კავშირია. როგორც კი სათესლე ჯირკვალი დაამთავრებს თავისი განვითარების გზას, ბუდებრივი მორჩი ობლიტერაციას განიცდის, ე. ი. processus vaginalis peritonei შეხორცდება. ამრიგად, პერიტონეუმის დიდოდა მცირე ღრუები ერთმანეთს გაეთიშება, მაგრამ შეიძლება ეს გზა არ დაიხუროს, გახსნილი დარჩეს. ამ გზას გამოჰყვება მუცლის ღრუდან რომელიმე ორგანო და მოთავსდება სათესლე ჯირკვალთან ერთად, ე. ი. სათესლე ჯირკვალი და ნაწლავი ერთ ღრუში იქნება მოთავსებული: ეს თანდაყოლილი თიაქარია. თუკი ამ გზამ განიცადა ობლიტერაცია და მუცლის ღრუდან ჩამოსული ორგანო მოთავსდა სათესლე ჯირკვლის მეზობლად, მაგრამ ცალკე ღრუში, ეს იქნება შეძენილი თიაქარი.

თუ თიაქრის პარკი გახსენით და მასში ერთად ნახეთ ნაწლავი (ან სხვა ორგანო) და სათესლე ჯირკვალი, ეს თანდაყოლილი თიაქარია, ხოლო, თუ სათესლე ჯირკვალი არ არის სათესლე პარკში, თიაქარი შეძენილია. მაშასადამე, თუ ვინმე იტყვის, რომ მან წინასწარ ამოიცნო შეძენილი ან თანდაყოლილი თიაქარი, ასპროცენტიანი უფიცილობა იქნება, რადგანაც ამის დადგენა შეიძლება მხოლოდ ოპერაციის გზით. გიმეორებთ, დასაშვებია, რომ ბავშვს დაბადების პირველსავე თვეებში განუვითარდეს თიაქარი და ის იყოს შეძენილი ან დაბადებიდან 2—5 თვის შემდეგ შენიშნოთ თიაქარი და ის იყოს თანდაყოლილი. ამრიგად, როგორც ხედავთ, დროს კი არა აქვს მნიშვნელობა, არამედ თიაქრის შიგთავსსა და სათესლე ჯირკვალს შორის ტოპოგრაფიულ-ანატომიურ ურთიერთობას.

ამრიგად, შევაჯამოთ ყოველივე, რაც დღეს ვთქვით თიაქრების შესახებ. ჩვენ გავიგეთ, რომ მუცლის კედლის გარკვეულ არეებში კუნთოვანი სისტემა იმდენად არასრულფასოვანია, რომ იგი ვერ

უძლებს მუცლის შიგნითა წნევას და ადვილად ვითარდება თიაქარი. კერძოდ, საზარდულის არე, სადაც არც ერთი კუნთი არ არის, მხოლოდ გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზია, ისიც ორ ტოტად გაყოფილი. ამასთან არსებობს მუცლის პრესის სხვა შემსუსტებელი ფაქტორები — მისი წინა კედლის უკანა ზედაპირის ფოსოები, რომლებშიც ვარდება ნაწლავები და წნევის მომატების დროს გამოდის გარეთ. ამ ფოსოებიდან მნიშვნელოვანია ლატერალური ფოსო, რომელსაც საზარდულის შიგნითა რგოლი შეესაბამება. ამ ფოსოს გზით მუცლის ღრუს ორგანო საზარდულის შიგნითა რგოლში შეიჭრება, გაივლის საზარდულის არხს და საზარდულის გარეთა რგოლით გამოვა გარეთ.

აქვე მინდა ერთ გარემოებაზე გავამახვილო თქვენი ყურადღება: ლატერალურ ფოსოს მეორე სახელიც აქვს — გარეთა ფოსო (*Nssa externa*). მინდა იცოდეთ მისი არსი, თუ რატომ ეწოდება გარეთა: იმიტომ, რომ იგი *arteria epigastrica inferior*-ის გარეთაა, ხოლო თვით ფოსო — არტერიის შიგნით. როცა ქირურგები ლაპარაკობენ გარეთა თუ შიგნითა თიაქრის შესახებ, ამ ნათქვამს ასოციაციით უნდა დაუკავშიროთ *arteria epigastrica inferior*-ის ძღებარეობა და, აი, რატომ: მოგეხსენებათ, რომ თიაქრის ერთ-ერთი გართულება თიაქრის ჩაქვდვაა, ე. ი. როდესაც მუცლის შიგნითა წნევა მოიმატებს, თიაქრის რგოლი გაფართოვდება, მასში ჩავა ნაწლავი ან ბადექონი, რომელსაც შემოუჭერს რგოლი და, თუ დროული ოპერაცია არა, ეს ორგანოები კვდება. ასე რომ არ მოხდეს და ჩაქვდილი ორგანოები გათავისუფლდეს, საჭიროა გავკვეთოთ თიაქრის რგოლი. მე მოგახსენეთ, რომ *art. epigastrica inferior*, გამოეყო რა *art. iliaca externa*-ს, ზეითეკენ წარიმართა, მუცლის პრესის უკანა მხარეს, პერიტონეუმის ქვეშ. როცა თქვენ გაკვეთავთ თიაქრის რგოლს, არტერიას ვერ დაინახავთ და შეიძლება ის გადაკვეთოთ, ეს კი გამოიწვევს სისხლის დენას, რის გამოც მოსალოდნელია ავადმყოფი დაიღუპოს. ამრიგად, *art. epigastrica inferior*-ის გადაკვეთით ორივე ბოლოდან დაიწყება სისხლის დენა. აქედან სათანადოდ დასკვნა: გარეთა თიაქრის შემთხვევაში დანის შიგნით შეტანა არ შეიძლება. თუ თიაქარი გარეთაა, თიაქრის რგოლს ვკვეთავთ გარეთ, შიგნითა თიაქრას შემთხვევაში კი — შიგნით, რათა თავიდან ავიცილინოთ აღნიშნული სისხლჩარღვის დაზიანება. ქირურგს, რომელმაც კარგად იცის ამ არის ტომოგრაფია, შეუძლია უშიშრად გააკეთოს ოპერაცია, მაგრამ ბრმად ამ რგოლის გადაკვეთა არ შეიძლება. როცა თიაქარკვეთის ოპერაციული ტექნიკა არ იყო სათანადოდ განვითარებული და ქირურგები როგორც გაურთულებელ, ისე ჩაქვდვის შემთხვევებში თიაქარკვეთის ერთსა და იმავე მეთოდს იყენებ-

დნენ, სიკვდილიანობა დიდი იყო სისხლის ღენის გამო, ამიტომაც იმ დროის ქირურგებმა საზარდულის არის სისხლძარღვებს სიკვდილის გვირგვინი დაარქვეს, რაც, რა თქმა უნდა, არ იყო სწორი.

ამრიგად, როცა გვითხავთ, რას ნიშნავს *hernia externa* და *hernia interna*, უნდა მიპასუხოთ, რომ ეს ნიშნავს თიაქრის დამოკიდებულებას სისხლძარღვთან, კერძოდ *arteria epigastrica inferior*-თან.

შედარებით იშვიათად თიაქარი განვითარებას იწყებს შუამდებარე ფოსოდან; მუცლის ღრუს ორგანოები ჩაზნექს ამ ფოსოს, გავლის მუცლის კედელს, საზარდულის არხის გავლის გარეშე, გამოვა საზარდულის გარეთა რგოლში და ქმნის საზარდულის სწორ, თიაქარს. ამ თიაქრების გასავლელი გზა მოკლე და პირდაპირია, ამიტომაც ეწოდება მათ საზარდულის სწორი თიაქარი — *hernia inguinalis directa*.

დღევანდელი ჩვენი სალექციო დრო ამოიწურა. ზეგ კვლავ შევხვდებით ერთმანეთს. ვთხოვ კურსის ხელმძღვანელს გაითვალისწინოს, რომ სტუდენტთა მცირე ნაწილი (238-დან 21) დღევანდელ ლექციას არ დაესწრო. ჩემი სურვილია, რომ ლექციებზე დასწრების შესახებ აღარ დამპირდეს გაფრთხილება.

მომავალ შეხვედრამდე!

მეორე ლექცია

წინა ლექციაზე განვიხილეთ თიაქრის წარმოშობის მიზეზები, გავიხსენეთ საზარდულის არის ის ანატომიური აგებულება და თავისებურებები, რომლებიც აპირობადებენ თიაქრის წარმოქმნას. აღვნიშნეთ ისიც, რომ თიაქარი შეიძლება იყოს გარეთა და შიგნითა. განსაკუთრებული ყურადღებით განვიხილეთ ყველაზე ხშირი ლოკალიზაციის საზარდულის თიაქრები. კერძოდ სისხლძარღვთა მიმართ გავამახვილე თქვენი ყურადღება და მოგახსენეთ, რომ პუპარტის იოგთან თედოს გარეთა არტერიას გამოეყოფა *arteria epigastrica inferior*, აღვნიშნე, რომ ლატერალურ ფოსოში განვითარებული თიაქრის პარკი დასახელებული სისხლძარღვის გარეთაა. შემდეგ იგი თანდათან საზარდულის არხში ეშვება, მიჰყვება მთელ სიგრძეზე სათესლე ბაგირაკს, შეეზრდება კიდევ მას, გაივლის საზარდულის არხის გარეთა ხვრელს და სათესლე ჭირკვლის პარკში ჩადის. ასეთ თიაქარს, მისი სისხლძარღვთან დამოკიდებულების მიხედვით, გარეთა ირიბი თიაქარი — *hernia inguinalis externa obliqua* ეწოდება.

რა არის თვით საზარდელის არხი? ის მოთავსებულია საზარდელის სამკუთხედში, რომელსაც აქვს ირიბი მიმართულება უკნიდან წინ, ზემოდან ქვევით და გარედან შიგნით. სათესლე ბაგირაკი მნიშვნელოვანი ორგანოა თავისი შინაარსით, თუმცა ოდენობით მასში გამავალი არც ერთი ორგანო არ არის დიდი. სათესლე ბაგირაკში თავს იყრის *arteria spermatica, v. v. spermaticae, n. spermaticus* და *ductus deferens*. არტერია ძალიან წვრილია და, თუ დიდი სიფრთხილე არა, ის შეიძლება იოლად დააზიანოთ. ასევე ვენები და ნერვიც ძალიან წვრილია, დაფისებრი. ამრიგად, როდესაც ვაშბობთ ირიბი თიაქარი, ეს ნიშნავს, რომ ოპერაციის დროს საქმე გვექნება ამ წარმონაქმნებთან და რომ არ დავაზიანოთ ისინი, სათანადო სიფრთხილით უნდა მოვექცეთ ბაგირაკს.

რას ნიშნავს სათესლე ბაგირაკის დაზიანება? დავეუშვათ, დაგიზიანდათ *arteria spermatica*, ზედმეტად მიმაჩნია იმის მტკიცება, თუ რა მნიშვნელობის ორგანოა სათესლე ჭირკვალი, რომ ის ემსახურება შთამომავლობის შექმნასა და გამრავლებას, შინაგან სეკრეციას, ისევე როგორც ქალის ორგანიზმში — საკვერცხე. ცხადია, ზემოაღნიშნული არტერიის დაზიანების დროს სათესლე ჭირკვალი სხვა გზით საკვებს ვერ მიიღებს, რადგან მას სხვა სისხლძარღვი არა აქვს, და იგი კვდება.

არც ერთ ასაკში ეს არ არის სასურველი. ეს ცოდვა შეიძლება გეპატიოთ მაშინ, როდესაც მოხუცებულს შეეხება საქმე. თუმცა ამ შემთხვევაშიც ორგანიზმი დაბეჩავდება, რადგან მოისპობა სათესლე ჭირკვლის, როგორც შინაგანი სეკრეციის ორგანოს, ფუნქცია. მაგრამ თუ თქვენ ახალგაზრდა ავადმყოფს დაუზიანებთ სათესლე ჭირკვლის მკვებავ არტერიას, ამას შეიძლება დიდი ტრაგედია მოჰყვეს.

ლიტერატურული წყაროების მიხედვით ირკვევა, თუ რა კონფლიქტი განვითარებულა ახალგაზრდა პაციენტსა და იმ მკურნალს შორის, რომელმაც ადამიანი დატოვა შთამომავლობის გარეშე. ეს მით უფრო სავალალოა, თუ ასეთი შეცდომა ქირურგმა ორივე მხარეზე დაუშვა. ამრიგად, თუ თქვენ ოპერაციის დროს დააზიანებთ სისხლძარღვები, აუცილებელი გახდება დანეკროზებული სათესლე ჭირკვლების ამოკვეთა, ე. ი. კარგი საქმის ნაცვლად ავადმყოფს გამოუსწორებელ უბედურებას შეჰყრით.

მოგეხსენებათ, რომ ვენები აქ წნულის სახითაა წარმოდგენილი და მას *plexus pampiniformis* ეწოდება. ეს წნული ზოგჯერ გაგანიერებულია, განსაკუთრებით მარცხნივ. ზოგჯერ ახალგაზრდა პაციენტი შენიშნავს ორი სათესლე ჭირკვლის ნაცვლად რაღაც მესამე წარმონაქმნის განვითარებას. მოგეხსენებათ, რომ სხეუ-

ლის ზოგიერთ ადგილას ვენები ფართოვდება, მაგალითად, უკანა ტანის არეში, ქვემო კიდურებზე და სათესლე ჭირკვლის არეში — მარცხნივ. მე განსაკუთრებით გავუსვი ხაზი, რომ მარცხენა სათესლე ჭირკვლის ვენების გაგანიერებას ვხვდებით და, რაკი მეორედ ამას აღარ დავუბრუნდებით, განვიმარტავთ, თუ რატომ ხდება ვენების გაფართოება ასე არჩევით ადგილას. თქვენ გახსოვთ, ალბათ, რომ სათესლე ჭირკვალის წარმოქმნება წელის არეში და შემდეგ იქიდან ეშვება ქვევით. ეს იმითაც მტკიცდება, რომ არტერია და მისი შესატყვისის ვენაც იქიდან მიჰყვება სათესლე ჭირკვალს. მაგრამ ჩვენ გვინტერესებს ვენის გაგანიერების საკითხი: ცნობილია, რომ მარჯვენა სათესლე ვენა ქვემო ღრუ ვენას ერთვის ჩვეულებრივ: ე. ი. მახვილი კუთხით, მაშინ, როდესაც მარცხენა სათესლე ჭირკვლის ვენა მარცხენა თირკმლის ვენას უერთდება სწორი კუთხით. ამრიგად, მარცხენა სათესლე ჭირკვლისა და მარცხენა თირკმლის ვენა ურთიერთპერპენდიკულარულ დამოკიდებულებაშია. თუ გავიხსენებთ, რომ მდინარესთან შენაკადის პერპენდიკულარულად შეერთებისას იწყება ტალღათა აღრევა — წარმოიქმნება მორევი, რაც იწვევს წყლის შეგუბებას, და ასეთ პარალელს გავავლებთ მარცხენა v. spermatica-სა და v. renalis-ს შორის, გასაგები გახდება, რომ სათესლე ჭირკვლის ვენებში სისხლის მიმოქცევა გართულდება, სისხლი შეგუბდება და ვენები გაფართოვდება, რაც სიმსივნის ან ზოგჯერ „მესამე“ სათესლე ჭირკვლის შთაბეჭდილებას სტოვებს. ასეთი სიმსივნე აწუხებს ახალგაზრდას. ზოგჯერ მას ამ ნიადაგზე სქესობრივი უძლურება და ფსიქოზი უვითარდება. აღნიშნულ პათოლოგიას ეწოდება varicocele. თუ ეს ვენები ოპერაციის დროს შემთხვევით გადაიკვანძა, ვენური სტაზი განვითარდება: შესივდება სათესლე ჭირკვალი და ავადმყოფს ცუდ პირობებში ჩააყენებს.

სათესლე ბაგირაკის ნერვის — nervus spermaticus-ის დაზიანებასაც ცუდი შედეგი მოსდევს. მაგრამ ქირურგის საბედნიეროდ ავადმყოფმა შეიძლება ეს ადრე ვერ გაიგოს. ცნობილია თქვენთვის, რომ ეს ნერვი შერეული ტიპისაა — იგი როგორც მამოძრავებელი, ისე სეკრეტორული ფუნქციის განმგებელია, ე. ი. შეიმუშავებს თესლს და ახდენს მის ტრანსპორტირებას. გარდა ამისა, მისი მამოძრავებელი ტოტები გაბნეულია m. cremaster-ის სისქეში. აღნიშნული კუნთი სწორედ ნერვის მეშვეობით მოძრაობს, ზოგჯერ m. cremaster-ი ჩამოშვებულია, ზოგჯერ კი — აწეული. ამის შესახებ იციან ნევროპათოლოგებმა, ქირურგებმა, რადგან მას ერთგვარი სადიანოზო მნიშვნელობაც აქვს. მაგალითად, პერიტონიტის შემთხვევაში გამოცდილი ქირურგი თუ შეხედავს ზემოთ აწეულ m. cremaster-ს, მუცელი რომც არ ჰქონდეს გასინჯული, შეიძლება ეკვი

პიიტანოს პერიტონიტის არსებობაზე. ამრიგად, ამ ნერვის დაზიანება გამოიწვევს აღნიშნული კუნთების მოძრაობის მოშლას და დათრგუნავს მის სეკრეტორულ უნარს. თქვენ, ალბათ, მოგეხსენებათ ბიოლოგიური კანონი, რომ, როდესაც ორგანო მუშაობს, ის ტონუსშია, იქნება ეს ტვინი, კუნთი, ნერვი თუ სხვ. მაშასადამე, მუშაობა და მოქმედება ორგანოს აცოცხლებს, ხოლო, როცა ის არ მუშაობს. ატროფირდება, პატარავდება და თანდათან ქრება. ასეა ის დენერვირებული სათესლე ჭირკვეალიც, რომელიც თანდათან პატარავდება. აღამიანს უკვირს, რა მოხდა, რატომ დაუპატარავდა ეს ორგანო, ის კი არ იცის, რომ ოპერატორმა გადაუკვეთა მანერვირებელი ორგანო — სათესლე ჭირკველის ნერვი.

ამრიგად, დაზიანებთ არტერიას, ვენას თუ ნერვს. სამივე შემთხვევაში ცუდ შედეგს ღებულობთ.

თუ დაზიანდა მეოთხე მნიშვნელოვანი წარმონაქმნი — თესლის გამომტანი მილი — *ductus deferens*, ამასაც თავისი შედეგი მოსდევს: თესლი აღარ წამოვა. სათესლე ჭირკვეალი, როგორც შინაგანი სეკრეციის ორგანო, გაძლიერდება, ტონუსი მოემატება, მაგრამ თავმოწონების ელემენტები, რაც ახალგაზრდას აქვს — ხუმრობა, საუბარი, მოხდენილობა, რითაც მოპირდაპირე სქესის ყურადღებას იქცევს, გაქრება. თუ ეს მოუტეებულს დაემართა, შეიძლება ფიზიოლოგიურ მოვლენად მიიჩნიონ და ექიმსაც დანაშაულად არაეინ ჩაუთვალოს. დასაშვებია, ერთ მხარეზე გადაკვეთთ *ductus deferens*-ი, მაშინ ექიმის ცოდვა შესაწყნარებელია, რადგან ავადმყოფს მეორე *ductus deferens*-ი დარჩება. მაგრამ თუ ეს ხიფათი ორივე მხარეს მოხდა, ავადმყოფი სრულიად უნაყოფო დარჩება. მოყვანილი მაგალითები, ვფიქრობ, თქვენთვის ნათელს ხდის, თუ როგორი სიფრთხილით უნდა მოვექცეთ სათესლე ბაგირაკს, რომელიც ფაშარ შემაერთებელ ქსოვილშია გახვეული და შეიცავს ზემოხსენებულ დიდი მნიშვნელობის წარმონაქმნებს. მაშასადამე, როცა ვამბობთ ირიბი თიაქარი, ეს ნიშნავს, რომ თიაქარის პარკი მჭიდრო კავშირშია სათესლე ბაგირაკთან და თიაქარის გამოყოფის დროს უნდა გაითვალისწინოთ ყველაფერი, რაც მოგახსენეთ.

თიაქარის ოპერაცია მარტივ ოპერაციადაა მიჩნეული. დამწყებ ქირურგებს, როდესაც ისინი ქირურგიის აუცილებელ ელემენტებს შეისწავლიან, ვაკეთებინებთ მარტივ ოპერაციებს: ბუასილს, შემდეგ კი თიაქარს, მაგრამ მათ კარგად უნდა იცოდნენ ანატომია, ფიზიოლოგია, ისიც, თუ რა ხასიათის მარცხს რა მოსდევს, საჭიროა გაითვალისწინონ საქმის როგორც მორალური, ისე იურიდიული მხარე.

ჩვენ დეტალურად განვიხილეთ ყველაზე ხშირი — საზარდულის გარეთა ირიბი თიაქარი, ანუ არასწორი თიაქარი. მეორე აღ-

ვილზეა შიგნითა თიაქარი, რომელიც art. epigastrica inferior-ის შიგნითაა, რის გამოც მას ეწოდება hernia inguinalis interna.

მინდა კიდევ ერთ გარემოებაზე გავამახვილო თქვენი ყურადღება, რომ ყველაფერი გასაგები გახდეს. წარმოიდგინეთ ის სამი ფოსო, რომლებიც მუცლის წინა კედლის უკანა ზედაპირზეა. რომელი ფოსოდანაც არ უნდა წამოვიდეს თიაქარი, გარეთ გამოსავალი სამივე თიაქარისათვის ერთია. ეს არის საზარდულის არხის გარეთა. ანუ კანქვეშა რგოლი — annulus externus canalis inguinalis seu subcutaneus. შუა ფოსოდან გამოსული თიაქარი სწორია, მას სათესლე ბაგირაკთან კავშირი არა აქვს, რადგან იგი საზარდულის არხს არ შისდევს და იშვიათად ჩადის სათესლე პარკშიც. გარეთა და შიგნითა ფოსოებიდან გამოსული თიაქარები კი ირიბი თიაქარებია. არსებობს კიდევ შარდის ბუშტის წინა ფოსო — fovea supravesicalis და, თუ აქ ნაწლავი ჩავიდა, ის გარეთ არ გამოვა, მაგრამ მკვიდროდ დაუკავშირდება შარდის ბუშტს, ამიტომ მას ეწოდება პრევეზიკალური თიაქარი — hernia prevesicalis. ამ თიაქარს ასეთი განსაკუთრებული სახელი შეარქვეს ქირურგებმა, რასაც შემდეგში ანატომებიც დაეთანხმნენ. ასეთი თიაქარის პარკის გამოყოფის მომენტში ქირურგმა დიდი ყურადღება უნდა გაამახვილოს შარდის ბუშტზე.

პრაქტიკულად განსაკუთრებით საინტერესოა ანატომიიდან თქვენთვის უკვე ცნობილი ის გარემოება, რომ შარდის ბუშტი პერიტონეუმით თავისებურადაა დაფარული: მისი უკანა კედელი — მთლიანად, ხოლო წინა კედელს განსაზღვრულ ნაწილამდე მიჰყვება პერიტონეუმის ფურცელი, ის ფარავს ბუშტის ერთ ნაწილს, მეორე კი — თავისუფალია. ეს არე ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილითაა დაფარული. იგი აღწერა რეციუსმა და ამიტომ რეციუსის სივრცის სახელწოდებითაა ცნობილი. ქირურგისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს, თუ რომელ არეში დაზიანდება შარდის ბუშტი, რადგან პერიტონეუმით დაფარული ადგილისა და მის გარეთ არსებული კედლის დაზიანებისას შედეგი სრულიად სხვადასხვაა; თუ შარდის ბუშტი დაზიანდა იმ ნაწილში, სადაც ის პერიტონეუმითაა დაფარული, განვითარდება პერიტონიტი და შეიძლება ავადმყოფი დაიღუპოს. თუ დაზიანდება შარდის ბუშტის პერიტონეუმით დაუფარავი არე, მართალია, პერიტონიტი არ იქნება, მაგრამ იქ მდებარე ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილი გაიჟღინთება შარდით, ე. ი. განვითარდება შარდოვანი ინფილტრაცია, თავისებური კლინიკური სურათით. ავადმყოფს შეაპცივნებს, ექნება მაღალი სიცხე, ენა გაუშრება, მაჭა აუჩქარდება, ე. ი. განვითარდება სექტიკური მდგომარეობა და, თუ დროულად არ მივეხმარეთ ავადმყოფს, იგი დაიღუპება, თუმც ისე.

სწრაფად არა, როგორც პერიტონიტის დროს. ასეთი ავადმყოფების შევლა გამოიხატება იმაში, რომ თქვენ იგი უნდა დასეროთ მრავალი განაკვეთით: შორისის არეში, ორივე პუპარტის იოგის პარალელურად, ექსტრაპერიტონეულად, ე. ი. პერიტონეუმის გაუხსნელად, უნდა შეაღწიოთ ფაშარ შემაერთებელ ქსოვილში და ორივე მხარეს გაატაროთ განაკვეთები, გამოიყენოთ მძლავრად მოქმედი ანტიბიოტიკები, ზოგადგამამაგრებელი საშუალებები. ამრიგად, პრევეზიკალური თიაქრის შემთხვევაში მოსალოდნელია შარდის ბუშტის დაზიანება, რომელსაც ძალიან უნდა ერიდოს ქირურგი, მაგრამ თუ ამას გვერდი ვერ აუარა, დროულად უნდა აღადგინოს მისი მთლიანობა.

მე ზოგადად უკვე მოგახსენეთ, თუ რა კლინიკური ნიშნები აქვს თიაქარს, მაგრამ გაგიმეორებთ, რომ ეს ნიშნები იმდენად მარტივია და თვალსაჩინოა, რომ თვითონ ავადმყოფები აღგენენ დიაგნოზს. თუმცა ყოველთვის ასე არ ხდება. როგორც ვთქვით, თიაქრის სალოკალიზაციო არეში წარმოიქმნება სიმსივნე. ამაში, რა თქმა უნდა, ჩვენ ქეშმარიტ სიმსივნეს კი არ ვგულისხმობთ, არამედ არამუდმივ გამობერილობას, რომელიც ფეხზე დგომისას, დახველებისას ჩნდება, ხელის დაჭერისას, დაწოლისას კი—ჭრება. ამრიგად, წარმოიქმნება არამუდმივი სიმსივნე. მაგრამ ის, როგორც გითხარით, შეიძლება მუდმივიც იყოს, არ სწორდებოდეს მის ირგვლივ განვითარებული შეხორცებების გამო. მაშინ გვექნება შეუსწორებელი თიაქარი.

თიაქარს ახასიათებს პერკუტორული ხმიანობის სხვადასხვაობა. მაგალითად, როდესაც სკროტუმში ჩამოსული სიმსივნის პერკუსიით ტიმპანიტს მივიღებთ, დავადგენთ თიაქრის დიაგნოზს და ვიტყვით იმასაც, რომ მისი შიგთავსია ნაწლავი. თუ მოყრუებაა, მაშინ ვფიქრობთ, რომ ან თიაქარი არ არის ანდა შიგთავსი ისეთი ორგანოა, რომელიც ჰაერს არ შეიცავს, ე. ი. ბაღეჭონი. თიაქრის პარკში ყოველთვისაა მისი შიგთავსი, უმეტესად ბაღეჭონი და ნაწლავი, რადგანაც როგორც ერთი, ისე მეორე მოძრავი ორგანოებია, რომლებიც ადვილად ხედებიან თიაქრის პარკში. თუმცა, როგორც ლიტერატურული წყაროები და ჩვენი გამოცდილება მოწმობს, არ არის დარჩენილი არც ერთი ორგანო. თვით პანკრეასიც კი, რომ არ ყოფილიყოს ნანახი თიაქრის პარკში, მაგრამ ეს იშვიათი შემთხვევაა. როგორც წესი, 95% შემთხვევაში თიაქრის შიგთავსი ნაწლავი ან ბაღეჭონია, მერე — საკვერცხე, საშეილოსნო და ა.შ.

თვით თიაქრის პარკშიც განარჩევენ სხვადასხვა ნაწილს: თიაქრის ფუძეს, სხეულსა და ყელს, რომელთაც დიდი მნიშვნელობა აქვთ გართულებების წარმოქმნისათვის. ამ მხრივ განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია თიაქრის ყელის დიამეტრი.

როგორც ხედავთ, თიაქრის კლინიკა რთული არ არის, რაც შე-

ეხება თიაქრის გართულებებს, პრაქტიკული თვალსაზრისით ისინი. უფრო მრავალმხრივ საინტერესო და ძნელია, ამის შესახებ მომავალ ლექციაზე გვექნება ლაპარაკი.

მაგრამ თიაქრების დაყოფა ამით როდი ამოიწურება. თიაქრები იყოფა აგრეთვე გარეთა და შიგნითა თიაქრებად. გარეთა თიაქარი გამოდის გარეთ და იგი თვალთ ჩანს, ვხედავთ ყველა იმ ნიშანს, რომლებიც მას ახასიათებს.

შიგნითა თიაქრები თვალთ არა ჩანს, მაგრამ ზოგიერთი ნიშნით შეიძლება ექვის მიტანა მათზე.

რა არის შიგნითა თიაქარი? ამის გასაგებად ისევ ანატომიის გახსენებაა საჭირო; თქვენ ისწავლეთ, რომ მუცლის ღრუში არის ჯიბეები, ხვრელები, ფოსოები, რომლებშიც შეიძლება ჩაიჭედოს ესა თუ ის ორგანო და შიგნითა თიაქარი განვითარდეს. სად არის ეს ადგილები? მოგეხსენებათ, რომ არსებობს პერიტონეუმის დიდი ღრუ, რომელიც ხვრელის საშუალებით უერთდება კუჭის უკან პერიტონეუმის მცირე ღრუს, ანუ აბგას. ამ ღრუში შედის ერთი ხვრელი, რომელსაც ვინსლოვის ხვრელი ეწოდება. იგი შემოსაზღვრულია წინიდან თორმეტგოჯა ნაწლავისა და ღვიძლის კარს შორის გაჭიმული ღვიძლ-თორმეტგოჯას იოგით, ზემოდან — ღვიძლით, ქვემოდან — თორმეტგოჯა ნაწლავით, ხოლო უკნიდან — მუცლის უკანა კედლით. აღნიშნული ხვრელი პრაქტიკული თვალსაზრისით მნიშვნელოვანია, რადგანაც მასში შეიძლება გავიდეს ნაწლავის მარყუჟი, შევიდეს მცირე აბგაში, ანუ პერიტონეუმის მცირე ღრუში, რის შედეგად განვითარდება შიგნითა თიაქარი.

ღვიძლ-თორმეტგოჯა ნაწლავის იოგი ფრიალ დიდი მნიშვნელობის წარმონაქმნია, რადგან მასში გაივლის ნალვლის საერთო სადინარი (ductus choledochus), კარის ვენა (vena porta) და ღვიძლის არტერია (arteria hepatica). ამ წარმონაქმნებთან ხშირად აქვს ქირურგს საქმე, განსაკუთრებით კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის სხვადასხვა დაავადების, ნალვლის ბუშტის, სანალვლე გზების ქრონიკული თუ მწვავე ანთებითი დაავადებების დროს. ასეთ პირობებში დასახელებულ ორგანოთა ის ნორმალური ანატომია, რომელიც თქვენ იცით, როდღია არსებობს; იგი იცვლება პათოლოგიური პროცესით, რომელიც ზოგჯერ წლობით და ათეული წლობით მიმდინარეობს. ამ დროს გმართებთ დიდი სიფრთხილე, გჭირდებათ დიდი პრაქტიკული გამოცდილება, რათა ამ წარმონაქმნთა დაზიანებისას შეძლოთ სათანადო დახმარების აღმოჩენა. პათოლოგიური პროცესით ორგანოთა ტოპოგრაფიის შეცვლის გარდა, არსებობს ვარიოზილური ანატომიაც. ამიტომაც ამიერიდან, იმ ნორმალური ანატომიის გარდა, რომელიც თქვენ დღემდე იცოდით, უნდა იცოდეთ ვა-

რიაბილური ანატომია. თუნდაც თქვენს შორის, 238 სტუდენტს შორის, იშვიათად რომ ორს ანატომიურად ერთნაირი აღმოვაჩნდეთ, მაგალითად, სისხლძარღვთა სისტემა. ამიტომ საჭიროა ანატომიური ვარიანტების ცოდნაც. მაგრამ ყველაფერთან ერთად ქირურგმა უნდა იცოდეს უმთავრესი — რომელი წარმონაქმნის დაზიანებას რა მოჰყვება. უნდა იცოდეს, რომ კარის ვენის დაზიანება სიცოცხლესთან შეუთავსებელია, რომ მას ავადმყოფის სიკვდილი მოჰყვება, ღვიძლის არტერიის დაზიანებას ღვიძლის ნეკროზი მოსდევს და ავადმყოფი იღუპება. თუ დააზიანეთ ღვიძლის სადინარი ან ნაღვლის საერთო სადინარი და დროულად ვერ შენიშნეთ ეს, ავადმყოფი დაიღუპება.

ამრიგად, თქვენ ხედავთ, ზემოდასახელებულ არეში სიცოცხლისათვის დიდი მნიშვნელობის რამდენა ორგანოა, რომელთაც ანატომიის შესწავლის დროს სათანადო ყურადღებას არ აქცევდით. ჩვენ აღნიშნულ თემას კიდევ დაუბრუნდებით სანალღე გზების პათოლოგიის შესწავლისას. აქ მე მხოლოდ ზოგადად მოგახსენებთ ღვიძლ-თორმეტგოჯა ნაწლავის იოგის, როგორც ვინსლოვის ხერხლის მოსაზღვრე ორგანოს, ანატომიისა და მასთან დაკავშირებულ ზოგიერთი სახიფათო გართულების შესახებ.

როგორც აღვნიშნე, ვინსლოვის ხერხელში გასული ნაწლავი შეიძლება ჩაიქედოს, ღანეკროზდეს, მოხდეს მისი პერფორაცია და ავადმყოფი დაიღუპოს, ამიტომ, თუკი ექვი დაგებადებათ ნაწლავის ჩაქედვაზე (შიგნითა თიაქარზე), უნდა გააკეთოთ სასწრაფო ოპერაცია. მუცლის ღრუში შესვლის შემდეგ თქვენ, ცხადია, ვინსლოვის ხერხელს ვერ დაინახავთ, რადგან იგი წინიდან და გვერდებიდან დაფარულია და, რაკი პათოლოგიას ვერ აღმოაჩენთ, დახურავთ მუცლის ღრუს. ავადმყოფი დაგელუპებათ და მხოლოდ გაკვეთისას დაადგენთ, თუ რა შეცდომა მოგივიდათ. ამიტომ, როცა ნაწლავის ჩაქედვის ეჭვით ოპერაციას აკეთებთ, უსათუოდ უნდა დაათვალიეროთ ვინსლოვის ხერხელი, ხომ არ არის ჩაქედილი იქ ნაწლავი და, საერთოდ, არც ერთი უბანი არ უნდა დატოვოთ გაუკონტროლებელი.

მუცლის ღრუში მეორე ადგილი, სადაც შეიძლება მოხდეს ნაწლავის ჩაქედვა, ეს არის მღივ ნაწლავში თორმეტგოჯა ნაწლავის ქვემო პორიზონტალური ტოტის გადასვლის არე. ამ უბანში თორმეტგოჯას უძრავი ნაწილი გადადის მოძრავ მღივ ნაწლავში. ამ ნაკეცს, ანუ ჯიბეს ეწოდება *plica seu recessus duodeno-jejunalis Treizi*. ტრეიცი გახლავთ ავტორი, რომელმაც აღწერა მღივ ნაწლავში თორმეტგოჯას გადასვლის ზემოაღნიშნული ჯიბე.

შიგნითა თიაქარის განვითარების მესამე ადგილია ილეოცეკალური კუთხე. აქ, პირიქით, მოძრავი თეძოს ნაწლავი გადადის

მსხვილ ნაწლავსა, ანუ ბრმა ნაწლავში. თქვენ იცით, რომ ცეკუმსა და ასწვრივ კოლინჯს ჯორჯალი არა აქვს. ისინი მხოლოდ წინიდან და გვერდებიდანაა დაფარული პერიტონეუმით, ხოლო უკანა კედელი ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილით ფიქსირებულია მუცლის უკანა კედელთან. როგორც გამონაკლისი (18%), შეიძლება მსხვილი ნაწლავის ამ მონაკვეთსაც ჰქონდეს ჯორჯალი, მაგრამ ძირითადად იგი ფიქსირებულია, ხოლო თედოს ნაწლავი — მოძრავი, ამიტომ მათი შეერთების ადგილასაც იქმნება ჯიბე — recessus ileo-coecalis. აქ რამდენიმე ჯიბეა: მედიალური, ლატერალური, ზევითა და ქვევითა, მაგრამ ასეთ დეტალებს თქვენთვის ექნება მნიშვნელობა, როცა უკვე დახელოვნებული ქირურგები იქნებით.

ამ მხრივ საყურადღებოა აგრეთვე სიგმური კოლინჯის ადგილას არსებული ჯიბე — recessus sigmoidalis. თქვენ, ალბათ, გაგიგონიათ კიდევ ერთი არე, რომელზეც შეიძლება ნორმალური ანატომიის შესწავლის დროს არ გაგიმახვილებიათ სათანადოდ ყურადღება. ეს არის თედოს ნაწლავის ტერმინალური ნაწილი, სადაც მისი ჯორჯალი ძალიან გათხელებულია, სიფრიფანა და მასში ზოგჯერ ფანჯარაც კი არის. ამ სივრცეში შეიძლება ნაწლავი გაძვრეს და განვითარდეს თიაქარი. ეს არე შეისწავლა ტრევერსმა და ამიტომ მას უწოდებენ ტრევერსის სივრცეს. აქაც შეიძლება განვითარდეს თიაქარი.

გარდა ამისა, მოგეხსენებათ, რომ მუცლის ღრუ გულმკერდისაგან გამოყოფილია დიაფრაგმის საშუალებით, რომელშიც რამდენიმე ხვრელია აორტის, საყლაპავისა და ნერვებისათვის. შეიძლება დიაფრაგმაში იყოს აგრეთვე თანდაყოლილი და შექმნილი ხვრელებიც, რომელთა საშუალებით ერთი ღრუდან მეორეში გადაინაცვლებს ორგანოები, კერძოდ, მუცლის ღრუდან გულმკერდში და არა პირიქით, რადგანაც არსებული კანონზომიერების მიხედვით დადებით-წნევიანი ღრუდან ორგანო მიილტვის უარყოფითწნევიან ღრუში. დასაშვებია ასე გადანაცვლებული ორგანო ჩაიჭედოს რომელიმე დასახელებულ ხვრელში და განვითარდეს დიაფრაგმული თიაქარი, რომელიც ასევე შიგნითა თიაქარია. აი, ყველა ის ხვრელი, ჯიბე და ნაოქი, სადაც შეიძლება რომელიმე ორგანო ჩაიჭედოს და თიაქარი განვითარდეს. მართალია, წინასწარ იმის თქმა, თუ სად მოხდა ჩაჭედეა, რომელ ჯიბეში, ხვრელსა თუ ნაოქში, ქირურგს, მით უფრო ახალგაზრდას, არ ძალუძს, მაგრამ თუ ავადმყოფს აქვს შიგნითა თიაქარის ჩაჭედვის მონაცემები, ქირურგს დაეხმება ეკვი ამ პათოლოგიაზე და გააკეთებს სასწრაფო ოპერაციას. მან უნდა დაათვალიეროს ზემოჩამოთვლილი ანატომიური ადგილები, ნახოს, თუ სადაა ჩაჭედილი ნაწლავი და დროულად გაკეთებული ოპერაციით იხსნას ავადმყოფი.

რა ნიშნები ექნება ასეთ ავადმყოფს? როდესაც ნაწლავი ვა-

ძერება ხერელში, მისი სანათური დაიხშობა, მასში შიგთავსი ვერ გავა, ე. ი. განვითარდება გაუვალობა — ileus. ილეუსი შეიძლება მრავალმა მიზეზმა გამოიწვიოს — სიმსივნემ, ანთებითმა პროცესმა, შეხორცებებმა, ჩაქვდვამ და სხვ. თუ რა მიზეზით იქნება გამოწვეული გაუვალობა, ამის ამოცნობას თქვენ არავინ მოგთხოვთ. მთავარია დაადგინოთ მწვავე გაუვალობის დიაგნოზი, რომელიც იმის საკმარისი საბუთი იქნება, რომ ოპერაცია გააკეთოთ, ხოლო მიზეზს შემდეგ დაადგენთ. ამრიგად, სავალდებულოა საგანგაშო მდგომარეობის — გაუვალობის ამოცნობა. თუ თქვენ, ძველი ავტორებს მსგავსად, უცადეთ დიაგნოზის დაზუსტებას, ე. ი. გაუვალობის მიზეზის დადგენას, იცადეთ იქამდე, ვიდრე ავადმყოფი განავალს არ აღებინებს, მაშინ თქვენი დიაგნოზი არავის დასჭირდება, რადგან იგი უკვე უსარგებლო იქნება ავადმყოფისა და თქვენთვისაც. სამწუხაროდ, შეიძლება ახლაც შეგხვდეთ ზოგიერთ სახელმძღვანელოში, რომ გაუვალობის ერთ-ერთი ნიშანი განავალიანი პირღებინებაა. ასეთ დიაგნოზს, დაიხსომეთ, არავითარი პრაქტიკული ღირებულება აღარ აქვს, რადგან, როცა განავალი პირიდან ამოვა, თვით ავადმყოფმაც იცის, რომ განწირულია. მაშასადამე, შიგნითა ჩაქვდვის ნიშანია გაუვალობა, რომლის მრავალ მიზეზსა და კლინიკური მიმდინარეობის სხვადასხვაობას მომავალში შეისწავლით.

შემდეგ ლექციაზე დემონსტრირებული იქნება ავადმყოფი, რომელსაც თქვენ გასინჯავთ და დაუდგენთ დიაგნოზს. დიაგნოზის დასადგენად უსათუოდ შევაწუხებ რომელიმე თქვენთაგანს, მაგალითად დ-ს, რომელიც დღევანდელ ლექციას არ ესწრება და, საინტერესოა, მომავალში იქნება თუ არა? თუ იგი კიდევ არ დაესწრება ლექციას, ორ გაცდენად ჩაეთვლება. მაგრამ მე ხომ მარტო მას არ გამოუეძახებ. სხვადასხვა დროს სხვადასხვა სტუდენტს გამოეძახებ და, თუ რომელიმე თქვენთაგანს დაუგროვდება საში გაცდენა, რაც ჩემი რწმენით, გაცილებით მეტი იქნება, იმ სტუდენტს მოუწევს გაცდენილი ლექციების აღდგენა. წლის ბოლოს, ერთი თვის განმავლობაში, როცა თქვენ სესიებით იქნებით დაკავებული, დაგვმატებათ ჩენს კლინიკაში სიარული გაცდენილი საათების აღსადგენად. ამიტომ, გთხოვთ, თანაც გაფრთხილებთ, სერიოზულად მოეკიდოთ თქვენს მოვალეობას.

მომავალ შეხვედრამდე!

მესამე ლექცია

ჩვენ განვიხილეთ საზარდულის გარეთა და შიგნითა ირიბი თიაქრები. აღვნიშნეთ აგრეთვე, რომ თიაქრები იყოფა გარეთა და შიგნითა თიაქრებად, რომ უკანასკნელნი ძირითადად გაუვალობის კლი-

ნიკური სიმპტომებით გამოვლინდებიან და საჭიროებენ გადაუღებელ ოპერაციულ ჩარევას.

იმის შესახებ, თუ რა ნაწილებისაგან შედგება თიაქარი, ჩემი თანამშრომლები გესაუბრებიან, მაგრამ არ შემიძლია არ შევჩერდე თიაქარის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ნაწილზე, კერძოდ თიაქარის ყელზე, რომელთანაც დაკავშირებულია თიაქარის მძიმე გართულება --- ჩაქედვა. ამ გართულების განვითარებაში მნიშვნელობა აქვს თიაქარის ყელის დიაფტრს, ყელის ქსოვილის თავისებურებას — ელასტიკურია იგი თუ არა. თუ თიაქარს ვიწრო ყელი აქვს და ამასთან ელასტიკურია, იგი ჩაქედვის ხელსაყრელ პირობებს ქმნის.

თიაქარის ჩაქედვა საკმაოდ ხშირი და ამასთან მძიმე გართულებაა. არსებობს მრავალი სახის ჩაქედვა, რომელთა სათითაოდ განხილვა აუცილებელია. ჩაქედვას ლათინურად *incarceratio* ეწოდება, თიაქარის ჩაქედვას — *incarceratio herniae*. თქვენ, ალბათ, იცით რომ კარცერი საკანია, რომელშიც დამნაშავეებს ამწყვდევენ, ისეთი პატარა ადგილი, სადაც ჯდომა, მით უფრო დაწოლა არ შეიძლება, ამიტომ იქ მოხვედრილი ადამიანი იძულებულია ფეხზე იდგეს. მასასადამე, *incarceratio herniae* კარცერში მომწყვდეულ ნაწლავს ნიშნავს და, თუ ის დროულად არ გაათავისუფლეთ, მოკვდება.

როგორ ვითარდება ჩაქედვა? თიაქარის შემთხვევაში, მუცლის ღრუში წნევის უეცარი მომატების (დახველების, ცხვირის დაცემინების, სიმძიმის აწევის დროს და სხვ.) გამო, მუცლის ღრუს თავისუფლად მოძრავი ესა თუ ის ორგანო სწრაფად გადაინაცვლებს თიაქარის პარკში, იქ ჩასულ ორგანოს ჩამქედი რგოლი შემოუჭერს და განვითარდება ჩაქედვა. რა ორგანო შეიძლება ჩაიჭედოს? ნაწლავი, ბადექონი, საკვერცხე, საშვილოსნო, შარდის ბუშტი, კუჭი, ე. ი. მუცლის ღრუში არსებული ყველა ორგანო. მაგრამ ყველაზე ხშირად რა თქმა უნდა, იქედება მოძრავი ორგანოები; წვირილი ნაწლავი, ის ნაწლავი, რომელსაც ჯორჯალი აქვს, ბადექონი და ამიტომ გასაგებია, რომ ჩაქედილი თიაქარების ოპერაციის დროს ყველაზე ხშირად თიაქარის პარკში ამ ორგანოებს ვნახულობთ.

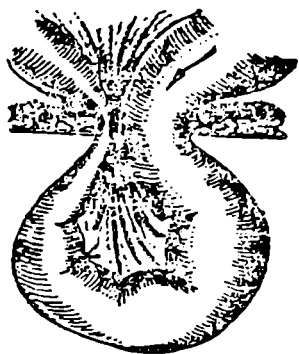
ჩაქედვის ყველაზე ხშირი სახე ელასტიკური ჩაქედვაა, როდესაც თიაქარის ყელი ვიწროა და ელასტიკური. ელასტიკურობის გამო სწრაფად გაგანიერებული რგოლი გაატარებს ნაწლავთა მარყუეებს და ასევე სწრაფადვე შეიკუმშება, შემოუჭერს რა ნაწლავს. მკვებავი სისხლძარღვების დახშობის შედეგად შეწყდება სისხლის მიმოქცევა და განვითარდება ჩაქედილი ნაწლავის ნეკროზი.

მაგრამ ნაწლავი შეიძლება ჩაიჭედოს სხვა მექანიზმითაც: თუ თიაქარი დიდი, ე. ი. თუ ავადმყოფს ის ხანგრძლივად აქვს და სკროტუმში ჩამოსულია ნაწლავის მარყუე, მუცლის ღრუში მყოფი ნაწ-

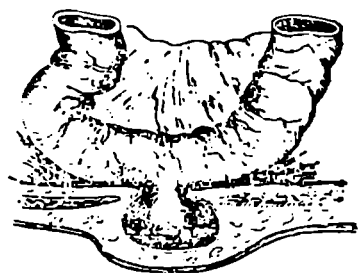
ლავეებიდან შიგთავსმა უნდა მოახდინოს „არაჩვეულებრივი მოგზაურობა“ — მუცლის ღრუდან გადავადეს სკროტუმში მდებარე ნაწლავში, იქიდან კი ისევ დაბრუნდეს ზევით. გასაგებია, რაკი ნაწლავთსავეთ არაჩვეულებრივ ადგილასაა, მას უკირს პერისტალტიკა და ბუნებრივია, რომ ავადმყოფს არ ექნება ნაწლავთა ნორმალური მოქმედება — უმეტესად ყაბზობა უვითარდება. დავუშვათ, სკროტუმში ჩასულია მსხვილი ნაწლავი, კერძოდ სიგმური კოლინჯი, სადაც 7—10 დღის განმავლობაში გროვდება განავალი, რომელიც მკვირვდება, ზოგჯერ განავალოვან ქვად იქცევა (koprolython). განავალოვანი მასით გამოვსებული ნაწლავის მარყუქი დააწევა თავისუფალ ნაწლავს და განავითარებს გაუვალობას. მართალია, იქ თიაქრის რგოლი არ უკერს ნაწლავს, მაგრამ, სამაგიეროდ, განავლით გადავსებული ნაწლავის მარყუქი დააწევა მის მეზობელ მარყუქს და გამოიწვევს გაუვალობას. ამიტომაც ამ სახის ჩაქედვას განავალოვანს ჩაქედვა ეწოდება (სურ. 3).

როგორც ხედავთ, ამ ორი ჩაქედვის მიზეზი სხვადსხვაა, ამიტომ, ცხადია, რომ სხვადსხვა იქნება მათი კლინიკური სურათიც, რასაც შემდეგ მოგახსენებთ.

შესაძლებელია ჩაიჭედოს არა მთელი ნაწლავის სანათური, არამედ მისი კედელი იმგვარად, რომ მისი სანათური გამავალი დარჩეს. ეს ჩაქედვა გაუვალობის სურათს არაქმნის, როგორც პირველ ორ შემთხვევაში. ჩაქედვის აღნიშნული სახე



სურ. 3. განავალოვანი ჩაქედვა.



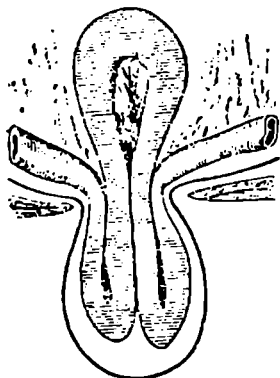
სურ. 4. რიხტერის ჩაქედვა.

აღწერა რიხტერმა და იგი რიხტერის თქაქრადა ცნობილი (სურ. 4).

დასაშვებია, თიაქრის პარკში ჩამოვიდეს ნაწლავის ორი მარყუქი, ხოლო მათი შემაერთებელი, შუა მარყუქი მუცლის ღრუში იყოს ჩაქედნილი. მუცლის ღრუში იქმნება ხელსაყრელი პირობები შუამდებარე ნაწლავის შემოტრიალებსათვის, რაც იწვევს მის განგრე-

ნას და წარმოშობს მეორად ცვლილებებს თიაქრის პარკში ჩამოსულ ნაწლავთა მარჯუენის მხრივაც; აღნიშნული რეტროგრადული ჩაქედვის სახელწოდებითაა ცნობილი (სურ. 5).

თქვენ მოგეხსენებათ, რომ მღივი ნაწლავის და თემოს ნაწლავის საზღვარზე არის ერთგვარი წარმონაქმნი, მეკელის დივერტიკულად წოდებული, რომელიც აღამიანებში 2% სიხშირით გვხვდება. აღნიშნულს ქირურგიაში გარკვეული პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს, რადგან იგი სხვადასხვა პათოლოგიური პროცესის მიზეზი შეიძლება გახდეს, რაზეც ჩვენ გზადაგზა გვექნება საუბარი. შეიძლება თიაქრის პარკში ჩაიქედოს ზემოაღნიშნული დივერტიკული, რომელიც აღწერა ლიტრემ და მის საპატიესაცემოდ მისივე სახელითაა ცნობილი.



სურ. 5. რეტროგრადული ჩაქედვა.

ამგვარად, არსებობს (ხუთი) სახის ჩაქედვა: ელასტიკური, განავალოვანი, რიხტერის, რეტროგრადული და ლიტრეს ჩაქედვა.

ახლა განვიხილოთ თითოეული დეტალურად.

ელასტიკური ჩაქედვა სახიფათოა და, რომ გავიგოთ რასთანაა დაკავშირებული ეს ხიფათი, საჭიროა მოვიგონოთ ზოგიერთი რამ. მაგალითად, მოგეხსენებათ, რომ თვით ნაწლავის სანათურის დახშობის არ გვეშინია, თუნდაც ეს 24 საათი გრძელდებოდეს, რადგან ამას ხიფათი არ მოსდევს, მაგრამ თუ მისი ჯორჯალი დაეახშეთ 1—2 საათით, სახიფათოა, რადგან რგოლის გადაქერის ადგილას სისხლის მიმოქცევა მოიშლება შემდგომში სისხლძარღვის დათრომბებით.

თუ თქვენ დროულად გაათავისუფლებთ ნაწლავის ჯორჯალს მომჭერი რგოლისაგან, მანამდე, ვიდრე სისხლის მიმოქცევა მოიშლებოდეს, ნახავთ, რომ ნაწლავს ცხოველმყოფელობა დაუბრუნდება. ამიტომ გამოცდილი ქირურგი ჯორჯალს გულმოდგინედ შეამოწმებს, ხომ არ არის წარმოქმნილი თრომბი. უნდა იცოდეთ, რომ თრომბის შემთხვევაში ნაწლავს სიცოცხლე არ დაუბრუნდება. როგორც ხედავთ, თიაქრის რგოლის გადაქერის სიძლიერესა და დროზე ბევრი რამ არის დამოკიდებული: თუ ის მკიდროდაა გადაქერილი, ნაწლავი ჟანგბადს არ ღებულობს, კლინიკურადაც მძიმე სურათი ვითარდება. ავადმყოფს აქვს აუტანელი ტკივილი, რასაც ის შოკურ

მდგომარეობამდე მიჰყავს. თიაქრის ზომა მატულობს, რადგანაც ჰემორაგიული სითხე გამოყოფნავს. ამ სითხეს ჩაქედლილი თიაქრის სითხეს ვუწოდებთ. მოგვიანებით ავადმყოფს ეწყება პირღებინება და, რაც მთავარია, უვითარდება გაუფალობა.

როდესაც განავალოვანი ჩაქედვავა, მწვავე კლინიკური სურათი არ ვითარდება. ეს გასაგებიცაა, რადგან სკროტუმში ჩასული ნაწლავის მარყუჟი შიგთავსით რომ გადაივსოს, დღეებია საჭირო (3—4—5). ამ დროს ავადმყოფს აქვს ყაბზობა, აირების ზომიერი შეკავება, თიაქრის ჩაბრუნება გაძნელებულია. ეს მოვლენები უვითარდებათ უფრო მოხუცებს.

თუ საქმე შეეხება ნაწლავის კედლის ჩაქედვას, ანუ რიხტერის თიაქარს, ე. ი. როდესაც ნაწლავის სანათური გამავალია და მისი ჯორჯლის სისხლძარღვები არ არის დაზუსული, ამას თითქოს არ უნდა მოჰყვეს მძიმე კლინიკური სურათი, მაგრამ გახსოვდეთ, რომ ამ სახის ჩაქედლილი თიაქარი სახიფათოა. რიხტერის ტიპის ჩაქედვის დროს ავადმყოფს აქვს მსუბუქი ტკივილი, პირღებინება შეიძლება იყოს რეფლექსური და ავადმყოფმა ექიმსაც კი არ მიმართოს ან მივიდეს ექიმთან, მან კი ვერ დაუდგინოს თიაქრის ჩაქედვის დიაგნოზი. დიახ, ასეც ხდება! ამის მაგალითს ქვემოთ მოგახსენებთ. გაივლის ერთი, ორი, ზოგჯერ ხუთი დღე და მოხდება კატასტროფა: რაკი ჩაქედლილია ნაწლავის კედლის ნაწილი, ეს არე საკვებს ვერ მიიღებს და განიცდის ნეკროზს, დანეკროზებული უბანი გაიხსნება და უეცრად განვითარდება ძლიერი პერიტონიტი. მოგახსენებათ, რომ ყველა პერიტონიტი ერთნაირი არ არის და მათი ერთმანეთისაგან განსხვავება უნდა იცოდეთ. როცა განავალი ჩაიქცევა მუცლის ღრუში, ეს ნიშნავს, რომ მუცლის ღრუში მოხვდა *bact. colli communis*, შეიძლება ვანავალი ანაერობულ მიკრობებსაც შეიცავდეს და, ამრიგად, განვითარდეს სასიკვდილო ვანავალოვანი პერიტონიტი.

მაგრამ შეიძლება სხვაგვარი გამოსავალიც: თუ ჩაქედლილი ნაწლავის ირგვლივ ასეპტიკური ანთება განვითარდა, ფიბრინი გამოყოფნავს და ნაწლავის ჩაქედლილი ნაწილი მიეწყება პარიეტულ პერიტონეუმს, ამგვარად, პათოლოგიური კერა შემოიფარგლება. თუ ასეთ ვითარებაში მოხდა ნაწლავის პერფორაცია, ვანავალი მუცლის ღრუში კი არ ჩაიქცევა, არამედ თიაქრის პარკში. ექიმი, თუკი ის თვალყურს ადევნებდა ავადმყოფის მდგომარეობას, დაინახავს, რომ პათოლოგიურ უბანში განვითარდა ანთების დამახასიათებელი ყველა ნიშანი — შესივება, შეწითლება, ტემპერატურის მომატება, ტკივილი და, რა თქმა უნდა, ფუნქციის მოშლაც. ავადმყოფს უჭირს მოძრაობა. ექიმი იფიქრებს, რომ ამ არეში საიდანაც ინფექცია მოხვდა, წარმოიქმნა ჩირკი. რადგან ფლუქტუაციას შეიგრძნობს,

იგი გაკვეთავს ამ არეს და განცვიფრდება, როცა ჩირქთან ერთად განავალი გამოვა. განავლის ასეთი შეუფერებელი ადგილიდან დენას ეწოდება განავალოვანი ფისტულა — fistula stercoralis. განავალი ფისტულიდან იდენს მანამ, ვიდრე ამ ხერეღმილს ოპერაციულად არ დახურავთ. ამრიგად, თუ პირველი გართულება სასიკვდილოა, უკანასკნელ შემთხვევაში, მართალია, ავადმყოფი სიკვდილს გადარჩება, მაგრამ დასპირდება განმეორებითი ოპერაცია. როგორც ხედავთ, ეს მცირე მასშტაბის ჩაქედვა ფარულად, შენიღბულად მიმდინარეობს და ატყუებს ავადმყოფსაც და ექიმსაც. მაგრამ როგორ ექიმს ატყუებს? უცოდინარს! თუ ექიმი გამოცდილია, ფრთხილი ან გულდასმით მოუსმენია ლექცია და დასწრებია პრაქტიკულ მეცადინეობას, უნახავს ასეთი თიაქარი, იცის ის არეები, სადაც შეიძლება ჩაქედვა მოხდეს, ამ თიაქრის ამოცნობა რთული საქმე არ არის. რა ჰქვია ისეთ ადამიანს, რომელიც ფარულად, მოულოდნელად გაგიკეთებთ ცულს? ვერაგი! დიახ, ამ თიაქარსაც ქირურგებმა ვერაგული ჩაქედვა შევარჩვით.

ამასთან დაკავშირებით ვთხოვ ექიმ მარგარიტა შაქარიშვილს მოგვახსენოს ჩვენი ერთი ავადმყოფის შესახებ.

ექიმი მ. შ ა ქ ა რ ი შ ვ ი ლ ი: 1970 წლის 25/VIII ჩვენზე სავადმყოფოს თერაპიული განყოფილებიდან სასწრაფოდ გადმოიყვანეს ავადმყოფი ქალი ი. ა., 66 წლის (ისტ. № 1213/516), ძლიერა ზოგადი სისუსტით, განავალოვანი პირღებინებით. ავადმყოფს ჰქონდა მტკივნეული და შებერილი მუცელი, მშრალი ენა, აჩქარებული მაჯა, ტემპერატურა — 37,8°—38°.

15 წელია ავადმყოფი ავად იყო დიაბეტით, რის გამოც სისტემატურად მკურნალობდა სხვადასხვა სამკურნალო დაწესებულებაში; იყო ენდოკრინოლოგთა მეთვალყურეობის ქვეშ; ამჟერადაც ჩვენი სავადმყოფოს თერაპიულ განყოფილებაში აღნიშნული დაავადების სამკურნალოდ მოიყვანეს. ხუთი დღის წინ მას დაეწყო ყრუ ხასიათის ტკივილი მუცლის ქვემო ნახევარში. ლოკალურად ის მტკივნეულ ადგილს არ მიუთითებდა. ტკივილი განსაკუთრებით გაძლიერდა მეხუთე დღეს, გავრცელდა მუცლის ზემო ნახევარში. ავადმყოფს ჰქონდა პირღებინება. იგი კამაზე უარს აცხადებდა ტკივილისა და პირღებინების შიშით. საღამოსათვის მას მუცელი შეებერა, მგრძნობიარე გაუხდა, ენა გაუშრა, მაჩისცემა ჰქონდა 100—110 წუთში, გაზოგნა ბლუმბერგ-შჩოტკინის სიმპტომი; მეექვსე დღეს აღნიშნული სიმპტომები გაუინტენსიურდა, დილის 5 საათიდან გამოუვლინდა განავალოვანი პირღებინება, გაუხშირდა მაჩისცემა, ენა გაუშრა და თეთრად შეეღესა. ავადმყოფი გადმოიყვანეს ქირურგიულ სტაციონარში მწვავე მუცლის დიაგნოზით; გადმოყვანისთანავე ჩაუტარეს

სისხლის, შარდის გამოკვლევები. აღმოჩნდა მკვეთრი ლეიკოციტოზი — 22.600, მარცხნივ გადახრით, ანეოზინოფილია; შაქარი — სისხლში 320 მგ%, შარდში — 8,6%. ავადმყოფს მუცელი შებერილი, დაქიმული ჰქონდა, ბლუმბერგ-შროტინის სიმპტომი — მკვეთრად დადებითი, ენა — შშრალი, თეთრად შეღესილი, მაჯისცემა — 120—130 წუთში, სუსტი ავსების. მარცხენა ბარძაყის არეში, პუპარტის იოგის ქვემოთ აღინიშნებოდა კაკლისოდენა გამობერილობა, რომელიც მუცლის ღრუში არ სწორდებოდა. სიმსივნე ავადმყოფს წარსულში არ შეუმჩნევია, ამაზე არც საავადმყოფოში დაწოლის დროს გაუმახვილებიან ყურადღება და არც მკურნალ ექიმს აღუნიშნავს ისტორიაში, რომ ავადმყოფს დიაბეტთან ერთად ჰქონდა ბარძაყის თიაქარიც.

ამგვარად, ქირურგიულ კლინიკაში ავადმყოფის გადმოყვანის შემდეგ დადგინდა, რომ საქმე შეეხებოდა ბარძაყის ჩაქვდილ თიაქარს, კერძოდ რიხტერის ტიპის ჩაქვდას. სასწრაფო ოპერაციის დროს აღმოჩნდა, რომ თიაქრის რგოლში ჩაქვდილი იყო წვრილი ნაწლავის კედელი. თვით თიაქრის პარკი განიცდიდა მეორად ცვლილებებს: იგი შეშუპებული იყო და, როგორც მისი გაკვეთის შემდეგ გამოირკვა, შეიცავდა მღვრიე ჰემორაგიულ სითხეს, ნაწლავის მარჯვნივ მუქი ციანოზური იყო, ალაგ-ალაგ აღინიშნებოდა დანეკროზებული უბნები. გადაკვეთით თიაქრის რგოლი, გავაკეთეთ წვრილი ნაწლავის დანეკროზებული 8—10 სმ სიგრძის უბნის რეზექცია სალი ნაწლავის საზღვარზე. ნაწლავთა მთლიანობა აღდგა პირისპირი შერთულით. მუცლის ღრუში როგორც ძირითადი, ისე დამატებითი განაკვეთებიდან ჩავდეთ დრენაჟები ანტიბიოტიკების ჩასასხმელად. ზოგადგამამაგრებელ საშუალებებთან ერთად ავადმყოფს ვუტარებდით დიაბეტის საწინააღმდეგო მკურნალობას, მაგრამ ავადმყოფის ხსნა პერიტონიტისაგან შეუძლებელი გახდა.

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: ვინ არის დამნაშავე? უსათუოდ ის ექიმი. რომელიც მოექცა დიაბეტის ტყვეობაში და ვერ ამოიციო თანაარსებული პათოლოგია ბარძაყის თიაქრის სახით. მას რომ სცოდნოდა ბარძაყის თიაქრის შესახებ, რა თქმა უნდა, გართულებასაც, ალბათ, დროულად ამოიცნობდა. აღნიშნული მაგალითი იმაზე მეტყველებს, რომ, როდესაც ავადმყოფი მოხვდება კლინიკაში, მკურნალმა ექიმმა ავადმყოფი ყოველმხრივ უნდა შეისწავლოს და გულდასმით გაუსინჯოს სხეულის ყველა არე. ჩვენს ავადმყოფს ბარძაყის პატარა თიაქარი თმით ჰქონდა დაფარული და, რა თქმა უნდა, თუ ექიმი ბოქვენის თმიან ნაწილსაც არ გასინჯავს, ასევე შეიძლება გამოეპაროს პატარა თიაქარი, რომელიც ზოგჯერ დიდ საფრთხეს ქმნის.

მე მოგახსენეთ, რომ რიხტერის ჩაქედვა ვერაგული ჩაქედვაა. მართლაც, როგორც გადმოგვცა მკურნალმა ექიმმა, ზუთი დღის განმავლობაში ავადმყოფს უმნიშვნელო ჩივილი ჰქონდა. მიუხედავად იმისა, რომ ნაწლავის კედელი უკვე ჩაქედილი იყო, გართულების ამოცნობა მხოლოდ მაშინ გახდა შესაძლებელი, როცა პერიტონიტი განვითარდა.

ჩაქედილი თიაქრების ოპერაციული მკურნალობის დროს არის ისეთი საყურადღებო მომენტები, რომლებიც განსაკუთრებულ სიფრთხილეს და მდგომარეობის სათანადო აწონ-დაწონას საჭიროებენ. მაგალითად, როდესაც ჩაქედილი თიაქრის ოპერაციას ვაკეთებთ და გავხსნით მომჭერ რგოლს, თვალნათლივ დავინახავთ, რომ ციანოზური ნაწლავი ნორმალურ ფერს მიიღებს, მას პერისტალტიკის უნარი დაუბრუნდება. ასეთ ნაწლავს შევებრუნებთ მუცლის ღრუში. თუ საქმე გვაქვს რეტროგრადულ ჩაქედვასთან, თიაქრის პარკში ვნახავთ ორ მარყუქს, რომელთაც ნორმალური ფერი და ნორმალურივე პერისტალტიკა აქვთ. ბუნებრივია, ასეთ ნაწლავსაც მუცლის ღრუში შევებრუნებთ. მაგრამ გახსოვდეთ, რომ ეს დიდი შეცდომა იქნება. კარგია, თუ თქვენი ავადმყოფი განკურნებული გაეწერება, მაგრამ შეიძლება ის პერიტონიტმა იმსხვერპლოს. როდის მოხდება ეს? მაშინ, როდესაც ამ ორი მარყუქის შემაერთებელი ნაწლავი, რომელიც მუცლის ღრუშია, დანეკროზდება და პერიტონიტს განავითარებს, ამიტომ ამ დროსაა თქვენი ყურადღება საჭირო. თქვენ არა გავტოვებ უფლება არ ნახოთ ნაწლავი, რომელიც ჩაქედვაში მონაწილეობს. აქედან დასკვნა: ნაწლავის ის მარყუქი, რომელიც მუცლის ღრუშია, ე. ი. რომელიც პარკში არსებულ ორ მარყუქს აერთებს, უნდა ჩამოიტანოთ, დაათვალიეროთ და მოიქცეთ მდგომარეობის შესაფერისად: ან ჩააბრუნოთ მუცლის ღრუში ან გააკეთოთ მისი რეზექცია. ამგვარად, რეტროგრადული ჩაქედვის დროს თიაქრის პარკში ჩამოსული ორი მარყუქი გავალდებულებთ, რომ ისინი აქციოთ ერთ მარყუქად.

როგორი უნდა იყოს ექიმის ტაქტიკა ჩაქედილი თიაქრის შემთხვევაში?

როგორც წესი, ჩაქედილი თიაქარი მოითხოვს ოპერაციულ მკურნალობას, გადაუდებელ ოპერაციას, რატომ, თქვენ უკვე იცით. ექიმმა, რა სპეციალობისაც არ იყოს ის, უნდა შეძლოს მწვავე მუცლის ამოცნობა. დასაშვებია, მას არ შეეძლოს შესაფერისი დახმარების აღმოჩენა, მაგრამ ასეთ ავადმყოფს უნდა მისცეს საჭირო განმარტება და რაც შეიძლება სწრაფად გაგზავნოს ქირურგიულ განყოფილებაში. ჩვენს ქვეყანაში უკვე შექმნილია ამის პირობები. კერძოდ, საქართველოში არ არის დარჩენილი რაიონი, სადაც არ

იყოს სასწრაფოდ დახმარების მანქანა, საექიმო პუნქტი, საიდანაც ხდება ავადმყოფის ტრანსპორტირება ქირურგიულ განყოფილებაში. საქმე მხოლოდ იმაშია, რომ პუნქტის ექიმს ჰქონდეს სათანადო ცოდნა. მაშასადამე, თქვენ გვეალებათ დიდი, საპასუხისმგებლო საქმე — საგანგაშო მდგომარეობის ამოცნობა. დასაწყისში, ალბათ, დაგნიშნავენ პუნქტის ექიმად, გექნებათ ტელეფონი; მოგიყვანენ მწვავე მუცლით ავადმყოფს, გასინჯავთ მას, დაადგენთ დიაგნოზს და სასწრაფოდ დაურეკავთ რაიონის ქირურგს, რომ უგზავნით ავადმყოფს, ვთქვათ, ჩაქედილი თიაქრით. დანიშნულ ადგილას ავადმყოფის მიყვანის დროს ქირურგი მას ხედებს მზადყოფნის მდგომარეობაში. უნდა მოგახსენოთ, რომ ძველი ქირურგები მწვავე მუცლის ოპერაციული ჩარევის ვადების შესახებ ასე ამბობდნენ: „თუ მზე ამოსულია, მზის ჩასვლას ნუ უცდით, ხოლო თუ მზე ჩასულია, მზის ამოსვლას ნუ დაელოდებით“. ეს, მოგეხსენებათ, ახლა აღარავის აკმაყოფილებს. ზაფხულში მზის ამოსვლიდან ჩასვლამდე დიდი დროა, მწვავე მუცლის შემთხვევაში კი საათები წყვეტს ადამიანის ბედობას. ძველი ქირურგების ეს გამოთქმა ძალაში რჩება იმდენად, რამდენადაც იგი მწვავე მუცლის შემთხვევაში ოპერაციული ჩარევის აუცილებლობაზე მეტყველებს.

დაუბრუნდეთ ისევ ჩაქედილი თიაქარკვეთის ოპერაციული ტექტიკის ნიუანსებს: როდესაც გახსნით თიაქრის პარკს, ნახავთ შავ პემორაგიულ, ანუ თიაქრის სითხეს, გალურჯებულ ნაწლავის მარყუქებს, შემუშებულ ჭორჭალს. საკმარისია გაკვეთოთ თიაქრის რგოლი, რომ ჭორჭალი გათავისუფლდეს — ვენური სისხლი გაივლის, არტერიული — ნაწლავებისაკენ წამოვა და ნაწლავს თავისი ფერი დაუბრუნდება, პერისტალტიკა აღდგება. ზოგჯერ ხდება ისე, რომ ნაწლავი ძალიან ნელა იცვლის ფერს, პერისტალტიკა კი მოდუნებულია. ამ დროს სხვადასხვა საშუალებას მივმართავთ: ნაწლავს შემოვავენთ თბილ ფიზიოლოგიურ ხსნარში დასველებულ დოლბანდებს, ხელით „მივუალერსებთ“, თუ „ალერსი არ მოუხდა“, „გავუჯავრდებით“ — ხელს შემოვარტყამთ და შევამჩნევთ, თუ თანდათან როგორ დაუბრუნდება სიცოცხლე. ასეთი ნაწლავი უფლებას გვაძლევს ჩავაბრუნოთ იგი მუცლის ღრუში და ოპერაცია დავამთავროთ დეფექტის დახურვით, ე. ი. გავაკეთებთ herniotomia-სა და hernioraphia-ს. ამრიგად, ეს ოპერაცია გულისხმობს ორ მომენტს. მაგრამ თუ ავადმყოფი საოპერაციოდ მოვა დაგვიანებით, როცა გამოხატულია ჭორჭლის სისხლძარღვთა თრომბოზი, მიღებული ზომებით აღარ ხერხდება ნაწლავის ცხოველყოფილობის აღდგენა. ე. ი. ორგანოში განვითარებულია შეუქცევადი მოვლენები. ასეთი ნაწლავის მუცლის ღრუში ჩაბრუნება არ შეიძლება. ამ დროს სტრან-

გულაციურ რგოლს გადავკვეთათ, ნაწლავს გამოვწვეთ საღ ნაწილამდე, მოვკვეთათ დანეკროზებულ უბანს, მომტან და წამლებ ბოლოებს შორის დაეადებთ პირისპირ ანასტომოზს. ოპერაციის აღნიშნული მომენტი გაცილებით რთულია; იგი მოითხოვს უფრო გამოცდილ და დახელოვნებულ ქირურგს, რადგან ნაწლავის რეზექციის დროს ერთი წვეთი შიგთავსიც კი რომ მოხვდეს მუცლის ღრუში, განავალოვანი პერიტონიტის განვითარებაა მოსალოდნელი, რასაც შეიძლება ცუდი შედეგი მოჰყვეს.

ზოგჯერ ავადმყოფს თიაქარი ჩაეჭედება, მაგრამ ის ექიმს არ მიმართავს, რადგან მახლობლები აიძულებენ, ურჩევენ სხვადასხვა შინაურ სამკურნალო საშუალებას, რომელიც თითქოსდა „სიმსივნეს მოურჩენს“. ავადმყოფის მდგომარეობა კი უარესდება და, როცა იგი საოპერაციო მაგიდაზე აღმოჩნდება, ნახავთ, რომ ნაწლავის მთლიანობა დარღვეულია, მისი შიგთავსი კი თიაქრის პარკშია ჩაღვრილი. რა იქნება ჩაღვრილი თიაქრის პარკში? განავალი! ახლა როგორიღა უნდა იყოს ქირურგის ტაქტიკა? რა თქმა უნდა, მკედარი ნაწლავი უნდა მოვკვეთოთ, მაგრამ შემდეგ რა ვქნათ? მუცლის ღრუში ჩავაბრუნოთ ის ნაწლავი, რომელიც მიკრობებში ცურავდა?! არა! რაც არ უნდა რეცხოთ, რამდენი ანტიბიოტიკიც არ უნდა ასხუროთ, ანასტომოზის დადების შემდეგ ნაწლავის ამ მონაკვეთის მუცლის ღრუში ჩაბრუნება არ შეიძლება, რადგან განვითარდება პერიტონიტი. თქვენ მსგავს შემთხვევებში საღი ნაწილი უნდა გამოსწოთ და მიაკეროთ მუცლის წინა კედელს, რომ იგი უკან არ წავიდეს. ამრიგად, თქვენ ნაწლავის როგორც მომტანი, ისე წამლები ბოლოები გამოტანილი გაქვთ გარეთ, ე. ი. აუცილებელი გახდა არაბუნებრივი უკანა ტანის დადება, რომლითაც განავალი გამოვა. მართალია, ამით ავადმყოფს გადაარჩენთ განავალოვანი პერიტონიტით სიკვდილს, მაგრამ ეს არ არის იდეალი. ავადმყოფი უსათუოდ უკმაყოფილოა, რადგან მას მოელის მეორე, ტექნიკურად უფრო რთული ოპერაცია. აღნიშნული ამ ეტაპზე თქვენთვის არ არის საინტერესო. მაშასადამე, ასეთ ვითარებაში ექიმის მიერ დაშვებული შეცდომა შეიძლება საბედისწერო გახდეს ავადმყოფისათვის.

ზემოაღწერილ შემთხვევაში ექიმის ტაქტიკა ზუსტად უნდა განისაზღვროს, რადგან ამ დროს შეცდომის დაშვება არა მარტო პორალის, სასამართლო საქმეცაა.

თუ რაოდენ რთულდება ავადმყოფის მდგომარეობა თიაქრის ჩაჭედვის ზემოაღნიშნული ფორმისას, ამის დადასტურება იქნება ექიმ კლარა ხოქოლავას მიერ თქვენს წინაშე წარმოდგენილი ავადმყოფი. მაგრამ ვიდრე ავადმყოფს ნახავდეთ, ექიმ ხოქოლავას ეთხოვ მოგვახსენოს ავადმყოფობის ისტორია.

ექ. კ. ხოკოლავე: ავადმყოფი ქალი ბ. მ., 62 წლის (ისტ. № 1996/146), სასწრაფოდ მოიყვანეს კლინიკაში დიაგნოზით: ვენტრალური ჩაქედილი თიაქრის შემდგომი მდგომარეობა, განავალვანი ფისტულა.

ავადმყოფი გადმოგვეცემს, რომ 6 თვეა, რაც ავადაა; 6 თვის წინ განუვითარდა ტკივილი მთელი მუცლის არეში, ჰქონდა გულისრევა და პირღებინება; ეპიგასტრიუმის არეში თეთრი ხაზიდან უფრო მარცხნივ აღენიშნებოდა მამაკაცის მუშტისოდენა სიმსივნე, რომელიც ხელის დაქერით მუცლის ღრუში არ ბრუნდებოდა. ამ პერიოდში ავადმყოფი იმყოფებოდა რაჭაში, ხმარობდა სათბურებსა და სხვადასხვა საშუალებას, მაგრამ მდგომარეობის გაუარესების გამო წამოიყვანეს თბილისში. სამი დღის შემდეგ, ქირურგის კონსულტაციის საფუძველზე, იგი გამოგზავნეს ჩვენს კლინიკაში. ამრიგად. ავადმყოფი კლინიკაში მოხვდა დაავადების დაწყებიდან 14 დღის შემდეგ. კლინიკაში მოყვანისას ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა საშუალო სიმძიმის იყო, გაუვალობის მოვლენები არ აღენიშნებოდა, ეპიგასტრიუმის არეში მარცხნივ ჰქონდა მამაკაცის მუშტისოდენა მკვრივი კონსტისტენციის უძრავი სიმსივნე, რომლის საფარი კანი ჰიპერემიული და მტკივნეული იყო; მუცელი რბილი ჰქონდა, სუნთქვაში მონაწილე, ბლუმბერგ-შჩოტკინის სიმპტომი — უარყოფითი. გამოთქვეს აზრი, რომ ავადმყოფს აქვს ჩაქედილი თიაქარი, რომლის შიგთავსი ბადეჭონია.

სისხლის ანალიზი: ჰემოგლობინი — 72, ერითროციტები — 4.510.000, ფერადობის მაჩვენებელი — 0,8, ედრ — 40 მმ/სთ, ლეიკოციტები — 14.550, ჩხირბირთვისებრნი — 1, სეგმენტისებრნი — 81, ეოზინოფილები — 0, ბაზოფილები — 0, ლიმფოციტები — 10, მონოციტები — 8. შარდის მხრივ ცვლილებები არ აღინიშნებოდა; მაჯისცემა — 90 წუთში, საშუალო ავსებისა და დაჭიმულობის, რიტმული, ენა — სველი, თეთრი ნადებით, მუცელი — ასიმეტრიული, მარცხენა პარარექტალურ ხაზზე აღინიშნებოდა ახალშობილი ბავშვის თავისოდენა სიმსივნური წარმონაქმნი, კანი — მოწითალო, ციანოზური ელფერით. შუა ხაზზე ნაოპერაციოვი ნაწიბური იყო. წარსულში ავადმყოფს გაკეთებული ჰქონდა პლასტიკური ოპერაცია — საშვილოსნოს დაწვევის, ხოლო შემდეგ — აპენდექტომია — მწვავე აპენდიციტის გამო.

ჩაქედილი თიაქრის დიაგნოზით გადავწყვიტეთ სასწრაფო ოპერაციის გაკეთება.

მორფიუმისა და საგულე საშუალებების გაკეთების შემდეგ ავადმყოფი გავიყვანეთ საოპერაციოში და გავუკეთეთ ინტუბაციაური ნარკოზი. მუცლის ღრუ გაეხსენით თეთრ ხაზზე ჰიპიდან ბო-

ქვენამდე. მუცლის ღრუში მცირე გამონაჟონი აღმოჩნდა. თიაქრის პარკის პროექციაზე იყო ანთებადი ინფილტრაცია ძლიერი შეხორცებებით. მუცლის ღრუ გავმიჯნეთ ანთებადი კერისაგან დოლბანდებით და აპონევროზის გახსნის შემდეგ თითი შევიტანეთ თიაქრის პარკში, საიდანაც გამოვიდა დიდი რაოდენობით იქოროზული ჩირქი; თიაქრის პარკი გულმოდგინედ ამოვასუფთავეთ. გაიკვია, რომ მისი შიგთავსი ნაწლავის კედელი იყო. რაკი აღნიშნული არე ძლიერი შეხორცებებით იყო გამიჯნული მუცლის ღრუდან, ის დავატამპონეთ და მუცლის ღრუ შრეების მიხედვით ასექტიკურად გავკერეთ მასში ანტიბიოტიკების შეყვანის შემდეგ.

თიაქრის პროექციაზე გავატარეთ 5—6 სმ სიგრძის მეორე განაკვეთი, გავხსენით თიაქრის პარკი, საიდანაც გამოვიდა დიდი რაოდენობით ჩირქი და განავალი, აღნიშნული არე ამოვასუფთავეთ და ჩავდეთ ტამპონები. ავადმყოფს შემდეგში ვმკურნალობდით შეხვევებით, ანტიბიოტიკებითა და ზოგადგამამაგრებელი საშუალებებით.

განავალოვანი ფისტულიდან ნაწლავის შიგთავსის გამოყოფა შემცირდა. ავადმყოფი გავწერეთ კლინიკიდან დროებით, ოპერაციიდან ორნახევარი თვის შემდეგ, სათანადო რჩევით, რომ იგი განმეორებით მოვიღოდა განავალოვანი ფისტულის დასახურავად. განმეორებითი ოპერაცია ავადმყოფს გავუკეთეთ სამი თვის შემდეგ ინტუბაციური ნარკოზის პირობებში.

განაკვეთი გავატარეთ შუა ხაზზე ჰიპის მარცხნივ შემოვლით სიმფიზამდე. რადგანაც მუცლის წინა კედელთან შეხორცებული იყო წვრილი ნაწლავის მარყუქები, მუცლის ღრუს გახსნა გაძნელდა. გავათავისუფლეთ შეხორცებული ნაწლავები. გამოიკვია, რომ თიაქრის პარკში შესულიყო სიგმური კოლინჯი და მის შუა მესამედში ქმნიდა განავალოვან ფისტულას (როგორც ირკვევა, რიხტერის ტიპის ჩაჭედვა იყო). სიგმური კოლინჯი გამოვეყავით, მასზე არსებული დეფექტი გავკერეთ ორსართულიანი ნაკერით და პერიტონიზაციის შემდეგ ჩავაბრუნეთ მუცლის ღრუში. ამ უკანასკნელში ჩავასხით ანტიბიოტიკები და იგი დავხურეთ ყრუდ. თიაქრის პარკი ამოვკვეთეთ. კანქვეშ დავტოვეთ დრენაჟი და გავკერეთ ყრუდ. ოპერაციის შემდგომმა პერიოდმა გაურთულებლად ჩაიარა.

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: ამრიგად, დაავადების ისტორიის გაცნობით ირკვევა, რომ ჩაჭედილი თიაქრის მკურნალობას დაჰქირდა ექვს თვეზე მეტი, მაშინ როდესაც გართულების დროული ამოცნობისას ოპერაციული მკურნალობა საშუალოდ 14—15 დღეს მოითხოვს. ავადმყოფს გართულება განუვითარდა ქალაქიდან მოშორებით, რაკის ერთ-ერთ სოფელში, რაიონული საავადმყოფოს ქირურგის გამოძახება კი ზედმეტად მიიჩნიეს და მკურნალობა სცადეს შინაური

საშუალებებით. რაკი ამან შედეგი არ გამოიღო, ავადმყოფი წამოიყვანეს თბილისში და აქაც სამი დღე დააყოვნეს სახლში. ავადმყოფს არ ჰქონდა გაუვალობის მოვლენები, რადგან, როგორც მკურნალმა ექიმმა მოგითხროთ, მას რინტერის ტიპის ჩაქედვა აღმოაჩნდა, რომლის დროსაც ნაწლავის სანათური გამავალი რჩება. მაგრამ ადგილობრივი ტკივილი, სიმსივნის ადგილზე კანის გაწითლება, ლეიკოციტების მომატება უთუოდ მოითხოვდა მდგომარეობის სათანადოდ შეფასებას, მით უფრო, რომ საავადმყოფოში შემოსვლამდე ავადმყოფს ჰქონია გულისრევა და პირღებინება. ამასთან, მოგახსენეთ, რომ სწორედ ამ ტიპის ჩაქედვას სჩვევია ასე შემპარავად მდგომარეობის დამძიმება, რაც ყოველთვის უნდა გახსოვდეთ.

მართალია, ავადმყოფი მოვარჩინეთ და იგი მადლიერი წავიდა ჩვენგან, მაგრამ რაღა მადლია, თუ მას თითქმის ექვსი თვე განავალი სდიოდა ფისტულიდან, რის გამოც დასჭირდა გაცილებით რთული ოპერაცია — ნაწლავის მთლიანობის აღდგენა.

ამიტომ, გთხოვთ, დაიმახსოვროთ თიაქრის ეს გართულებები და მათთან დაკავშირებული მოსალოდნელი საშიშროებანი.

დღევანდელი ლექცია ამით დავამთავროთ.

კარგად ბრძანდებოდეთ!

მეოთხეა ლექცია

ჩვენ განვიხილეთ თიაქრის ჩაქედვის მექანიზმი, ჩაქედილი თიაქრის სახეები და ქირურგის ტაქტიკა ამა თუ იმ ჩაქედვის დროს. ამასთან გავიგეთ, რომ ზოგჯერ აღნიშნული გართულებისას საჭიროა მარტივი, ზოგჯერ საშუალო სიმძიმის, ხან კი შედარებით რთული ოპერაცია.

საჭიროა იცოდეთ, რომ არსებობს შეუსწორებელი თიაქარიც, რომლის შესწორება მუცლის ღრუში არ ხერხდება, იგი უნდა განასხვაოთ ჩაქედილი თიაქრისაგან. შეუსწორებელი თიაქარი ჩვეულებრივ დიდია. ამ დროს ნაწლავის დიდი ნაწილი, რომელსაც მოჰყვება ბადექონიცი, ჩასულია სკროტუმში და, რაც არ უნდა ეცადოთ, მას ვერ შეასწორებთ. რა ხელშემწყობი პირობები არსებობს შეუსწორებელი თიაქრის განვითარებისათვის? გასაგებია ის გარემოება, რომ როცა ორგანოების დიდი ნაწილი — წვრილი ნაწლავები, ბადექონი ჩავა სკროტუმში, ეს არე მათთვის ჩვეულ ადგილად იქცევა. თავის მხრივ, მუცლის ღრუც გადაეჩვევა ამ ორგანოებს — იგი დაპატარავდება, შეეგუება შემცირებულ მოცულობას. ავადმყოფს წლობით აქვს დიდი ზომის თიაქარი. იგი წვალობს, სისტემატურად ცდილობს

შეისწოროს სათესლე პარკში ჩასული ორგანოები, მაგრამ შესწორების უმალ ისინი კვლავ ტოვებენ მუცლის ღრუს და უბრუნდებიან სკროტუმს. აღნიშნულის გამო ავადმყოფი იძულებული ხდება ატაროს ბანდაჟი, რათა შეიმსუბუქოს მდგომარეობა. ამგვარად, როგორც ხედავთ, ორგანოებსა და თიაქრის პარკს შორის მუდმივი ხახუნი და ზეწოლა ვითარდება, რასაც მოსდევს ასეპტიკური ანთების განვითარება, წარმოიქმნება შეხორცებები თიაქრის პარკსა და მის შიგთავსს შორის. ამ მიზეზების გამო თიაქარი შეუსწორებელი, ანუ შეუბრუნებელი ხდება. თიაქარს, რომელიც მუცლის ღრუში ბრუნდება, ეწოდება *hernia reponibilis*, ხოლო, რომელიც არ ბრუნდება, — *hernia irreponibilis*.

გთხოვთ, შემომიყვანოთ ავადმყოფი!

ვთხოვ სტუდენტ 3-ს გასინჯოს ავადმყოფი და როცა გაარკვევს, თუ რა დაავადება აქვს მას, მოახსენოს აუდიტორიას!

ს ტ უ დ ე ნ ტ ი: ავადმყოფს აქვს საზარდულის შეუსწორებელი თიაქარი.

რა ნიშნების მიხედვით ბრძანებთ ამას?

ს ტ უ დ ე ნ ტ ი: 16 წელია, რაც ავადმყოფს თიაქარი აქვს. დასაწყისში თიაქარი თავისუფლად სწორდებოდა ხელის დაქვრით, დაწოლისას, ხოლო ბოლო 6 წელია, იგი აღარ სწორდება მუცლის ღრუში. ავადმყოფი ატარებდა ბანდაჟს. უნდა ვიფიქროთ, რომ თიაქრის პარკსა და მის შიგთავსს შორის წარმოქმნილი შეხორცებების გამო თიაქარი შეუსწორებელი გახდა.

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: მიბრძანებთ ამ თიაქრის სრული ლათინური დასახელება.

ს ტ უ დ ე ნ ტ ი: *hernia inguinalis obliqua irreponibilis*.

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: დიახ. ლათინურად *ir* უარყოფითი ნაწილაკია, ე. ი. *irreponibilis* ნიშნავს არათავისუფალს. თავისუფალ თიაქარს *hernia libera*-ც ეწოდება, ე. ი. როცა იგი მდგომარეობის მიხედვით ხან გარეთ გამოდის, ეშვება სკროტუმში, ხან კი მუცლის ღრუში ბრუნდება, ხოლო *hernia nonlibera* ნიშნავს, რომ თიაქარს თავისუფალი მოძრაობის საშუალება არა აქვს, იგი გამომწყვდეულია თიაქრის პარკში და მუცლის ღრუში ვეღარ შედის.

არსებობს კიდევ თიაქრის ერთი საინტერესო სახეობა, რომელიც თქვენს განსაკუთრებულ ყურადღებას მოითხოვს. ჩვეულებრივ, ვიცით, რომ თიაქარს აქვს პარკი და შიგთავსი. როცა ორგანო ჩამოდის ქვევით, მას მოჰყვება მასზე შემოხვეული თიაქრის პარკი, მაგრამ ზოგი ორგანო ისე ჩამოვა, რომ მასზე პერიტონეუმი არ იქნება. მაგალითად, ცნობილია, რომ ბრმა ნაწლავის გარკვეული ნაწილი. კერძოდ, მისი უკანა კედელი, პერიტონეუმით კი არ არის და-

ფარული, არამედ ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილითაა შეერთებული მუცლის უკანა კედელთან. თუ ბრმა ნაწლავი ჩამოვიდა თიაქრის პარკში, მაშინ ეს ორგანო იქნება თიაქრის პარკის ერთ-ერთი კედელი, ე. ი. შიგთავსიცა და კედელიც. ეს კი ხდება იმიტომ, რომ ბრმა ნაწლავი ჩამოცურდება, რის გამოც მას დაცურებული თიაქარი ეწოდება. ამგვარად, დაცურებული თიაქარი ისეთი თიაქარია, რომლის პარკის შემადგენლობაში თვითონ ორგანოს კედელი მონაწილეობს. ასეთი თიაქარი იშვიათად გვხვდება; უითარღება მაშინ, როცა თიაქარში ჩამოვა ისეთი ორგანო, რომელიც მთლიანად არ იქნება პერიტონეუმით დაფარული, მაგალითად, ბრმა ნაწლავი და შარდის ბუშტი.

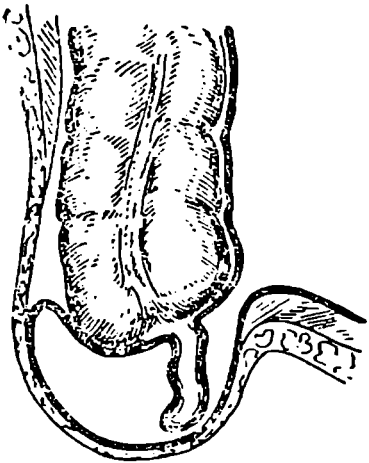
შარდსაწვეთები, თირკმლები, საშვილოსნო და მისი დანამატები შეიძლება დაცურდეს და გამოვიდეს მუცლის წინ კედლის სუსტ ადგილებში — ძირითადად საზარდულის, იშვიათად ბარძაყის არხის გზით.

რატომ გამოვყოფთ დაცურებულ თიაქრებს სხვა თიაქრებისაგან? იმიტომ, რომ დაცურებული თიაქრების ოპერაციის დროს განსაკუთრებული სიფრთხილე გემართებას, რათა არ დავაზიანოთ დაცურებული ორგანო — ბრმა ნაწლავი და მისი მკვებავი სისხლძარღვები ან შარდის ბუშტი. ოპერაციის დროს თუ ვერ მივხვდით, რა თიაქართან გვაქვს საქმე, შეიძლება დავაზიანოთ ნაწლავი, ვერ შევინიშნოთ და ჩავაბრუნოთ ის მუცლის ღრუში; მოკლე დროში ავადმყოფი დაიღუპება პერიტონიტით. ამიტომ, როცა დაცურებულ თიაქართან გვაქვს საქმე, ნაწლავი თავისუფლად არ ბრუნდება უკან, გავხსნით პარკის თავისუფალ მხარეს და შევისწავლით, თუ რა დამოკიდებულებაშია ორგანო თიაქრის პარკთან. თუ დავადგენთ, რომ საქმე დაცურებულ თიაქარს ეხება, მაშინ მას მთლიანად შევაბრუნებთ და დავხურავთ მუცლის ღრუს. თუ როგორ დახურავთ თიაქრის რგოლს, რა სახის პლასტიკას გააკეთებთ, ეს ამჟღავნებს თქვენთვის არ არის საჭირო. თიაქარკვეთის ამ მომენტს უურადლებას მიაქცევთ მაშინ, როცა მომწიფდებით. ამჟღავნებს კი საჭიროა იცოდეთ დაცურებული თიაქრის რაობა.

აქვე მინდა მოგახსენოთ იმ მძიმე მდგომარეობის შესახებ, როდესაც შემთხვევით დაზიანდება შარდის ბუშტი, თუ ეს ორგანო თიაქრის პარკში აღმოჩნდება დაცურებული. აღნიშნული განავითარება ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობას შარდით ვრცელ ინფილტრაციასთან დაკავშირებით. თუ რა ღონისძიებებს მივმართავთ ამ დროს, წინა ლექციაზე ვილაპარაკეთ.

ზემოაღნიშნული ხიფათის თავიდან აცდენისათვის ეჭიმმა წინასწარ უნდა ივარაუდოს დაცურებული თიაქარი, მაგრამ რა მონა-

ცემების მიხედვით? თუ თიაქარი შეუსწორებელია და პერკუსიით გაძლევს ტიმპანიტს, ამასთან თუ ის მარჯვნივ მდებარეობს, მიიტანთ ექვს ბრმა ნაწლავის დაცურებულ თიაქარზე. ხოლო თუ თიაქარი მედიალურადაა, პერკუსიით ვლებულობთ მოყრუებას, ეს თიაქარის პარკში შარდით გადავსებულ ბუშტზე მიუთითებს. თიაქარის პარკში შარდის ბუშტის არსებობის დადგენაში დაგეხმარებათ რენტგენური გამოკვლევა — ბუშტში შეტანილი კათეტერი გამოჩნდება რენტგენზე. ამ გამოკვლევას გამოიყენებთ მხოლოდ მაშინ, როცა ივარაუდებთ დაცურებულ თიაქარს, თუ არა და აღმოჩნდებით მოულოდნელობის წინაშე, რაც გაიძულებთ გამოიჩინოთ დიდი სიფრთხილე ოპერაციის დროს. დაცურებულ თიაქარს ფრანგული სახელწოდება აქვს—Hernie par glissement (სურ. 6). არსებობს აგრეთვე თიაქარის



სურ. 6. დაცურებული თიაქარი.

სხვადასხვა სახე—თეთრი ხაზის, სპიველის ხაზის, პტისა და ოპერაციის შემდგომი სხვადასხვა არის თიაქარები, რომელთაც შეისწავლით თანდათანობით, კურაციების დროს, ოპერაციებზე, ამიტომ მე მხოლოდ თიაქარის ძირითად სახეებზე შეეჩერდი.

ახლა კი მინდა მოგახსენოთ, თუ როგორ უნდა უმკურნალოთ თიაქარს. არსებობს თიაქარკეთის მრავალი მეთოდი. რა თქმა უნდა, ყველა ოპერაციის შესწავლას და ცოდნას არ მოგთხოვთ. მაგრამ მათ შორის რაც აუცილებელია, უნდა იცოდეთ მტკიცედ. თქვენ ის-

მენტ ლექციებს, კურაციას, ოპერაციებში მიიღებთ მონაწილეობას. ვ. ი. უყურებთ, თუ როგორ კეთდება თიაქარკეთა. ეს ყოველივე გაძლევთ საშუალებას იცოდეთ ის, რაც აუცილებელია. მაგალითად. ზოგიერთ კლასიკურ წესს ყველაზე ხშირად ვიყენებთ საზარდულის თიაქარის დროს. საკმაოდ ნაცადი, სანდოა და იშვიათ შემთხვევაში იძლევა რეციდივის იტალიელი ავტორის ბასინის წესით გაკეთებული ოპერაცია.

რაში გამოიხატება ეს წესი? განაკვეთს გავატარებთ პუპარტის იოგის ზემო და შუა მესამედის საზღვრიდან, ბოქვენის ბორცვამდე, თქვენ იცით, რომ განაკვეთის სიგრძეს სანტიმეტრით არ ვზომავთ.

მაგრამ ქირურგმა თვალით უნდა გაზომოს სათანადოდ და გაკვეთოს. გაჭრით კანს, კანქვეშა შემაერთებელ ქსოვილს, ზერელე ფასციას fascia superficialis abdominis, აღნიშნულ ქსოვილებს გადასწევთ და გამოჩნდება გარეთა ირიბი კუნთის კრიალა აპონევროზი. ამ კუნთს იცნობთ; ის მედიალურად ორ ტოტად იყოფა. ამ ფეხთა შორის გამოდის სათესლე ბაგირაკი, მასთან ერთად კი — თიაქარიც. აღნიშნული რგოლიდან გაჭრით გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზს და გამოჩნდება შიგნითა ირიბი კუნთი, განივი კუნთის ქვემო კიდე და თიაქრის პარკი სათესლე ბაგირაკთან ერთად (თუ ეს გარეთა ირიბი თიაქარია). ამგვარად, მიაღვეებით თიაქრის პარკს და ბაგირაკს.

ვთხოვ სტუდენტ ო-ს მოგვიხსროს, როგორ მივალწევთ კანიდან თიაქრის პარკამდე.

სტუდენტი პასუხობს.

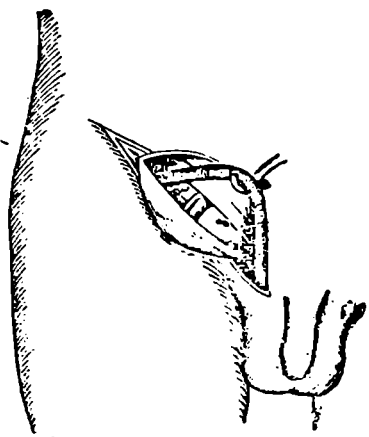
პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: თიაქრის პარკთან რა იქნება კიდევე?

ს ტ უ დ ე ნ ტ ი: თიაქრის პარკთან იქნება სათესლე ბაგირაკიც.

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: მაშ, როგორი თიაქარი ყოფილა?

ს ტ უ დ ე ნ ტ ი: გარეთა ირიბი თიაქარი.

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: დიახ! მე თქვენთან მქონდა ლაპარაკი, რომ სათესლე ბაგირაკი მქიდროდა დაკავშირებული თიაქრის პარკთან და მას ძალიან სათუთად უნდა მოვეპყრათ. გამოვყოფთ ფრთხილად ბაგირაკს თიაქრის პარკისაგან და უკანასკნელს გავკვეთავთ ფუძესთან. ჩავიხედავთ და დავინახავთ შიგთავსს, რომელსაც ჩავაბრუნებთ მუცლის ღრუში, ამით მოვსპობთ თიაქარს. მაგრამ ის პირობა, რომ თიაქარი არ განვითარდეს მეორედ, ოპერაციის მეორე ნახევარია. მაშასადამე, ოპერაციის პირველი ნახევარია herniotomia, მეორე — hernioplastica. გაკვეთილ ყელთან გავუყრით ნემსს, ყელს გადაესკვნით, მოვკვეთავთ, აქას შემდეგ რჩება დეფექტი. შიგნითა ირიბ და განივი კუნთს მივაკერებთ პუპარტის-იოგს. ამით კუნთებს მოვზიდავთ იმ ადგილას, სადაც ისინი არ იყო, და ჩავაკერებთ იქ;



სურ. 7. თიაქარკვეთა ბასინის წესით.

ე. ი. კუნთს ვუტყლით თავის ადგილს — ცარიელ ადგილს ვავსებთ აუნთოვანი ქსოვილით. სათესლე ბაგირაკს (სურ. 7), რომელიც წინას-

წარ დოლბანდზე გვაქვს აღებული, მოვათავსებთ კუნთების ზევით და გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზის მთლიანობას აღვადგენთ. ამრიგად, სათესლე ბაგირაკი მოთავსდება ორ კედელს შორის, ამით მთავრდება ოპერაციის მეორე მომენტი.

ამ ოპერაციას აქვს თავისი დადებითი და უარყოფითი მხარეც. მუცლის კედელში სუსტ მხარეს გავამაგრებთ კუნთების მიკერებით პუპარტის იოგთან. მართალია, დროთა განმავლობაში შეიძლება ეს კუნთები ნაწიბუროვნად გადაგვარდეს, მაგრამ კედელი მაინც ვა- მაგრებული რჩება. რა უარყოფითი მხარე აქვს ამ წესს? ის, რომ ჩვენ სათესლე ბაგირაკს ტოპოგრაფია შევუცვალეთ — ამოვწყით და მოვათავსეთ მუცლის წინა კედელთან ახლოს კანისა და გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზის ქვეშ. ამით შეიქმნა სათესლე ბაგირაკის ადვილად ტრავმირების — სისხლჩაქცევების პირობები. ამრიგად, მართალია, საშიშროება შეექმნა სათესლე ბაგირაკს, მაგრამ. სამაგიეროდ, გავამაგრეთ მუცლის კედელი და ავიცდინეთ თიაქრის რეციდივის საშიშროება, ამიტომ ეს წესი თიაქარკვეთის კლასიკურ წესადაა მიჩნეული.

თიაქარკვეთის მეორე წესი შეიმუშავა ჟირარდმა. ამ მეთოდის



სურ. 8. თიაქარკვეთა ჟირარდის წესით.

გამოყენებისას პირველ ნახევარში ყველაფერი ისევე მეორდება, როგორც ბასინის წესით თიაქარკვეთის დროს. სხვაობა მხოლოდ თიაქრის პლასტიკაშია. აღნიშნული ავტორი თიაქრის პლასტიკას ასე აკეთებდა: სათესლე ბაგირაკს თავის ადგილას ტოვებდა, ე. ი. მას ტოპოგრაფიას არ უცვლიდა, შიგნითა ირიბ და განივ კუნთებს აკერებდა პუპარტის იოგს, გარეთა ირიბი კუნთის მედიალურ კიდეზე ზემოხსენებული

კუნთების წინ, პუპარტის ლარში ჩააკერებდა, შემდეგ გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზულ ნაწილს გადააფარებდა ამავე კუნთის მედიალურ ნაწილს და მიაკერებდა მას. ამრიგად, გარეთა ირიბი კუნთისა და მისი აპონევროზული ნაწილისაგან იქმნება კედლის დუბლიკატურა (სურ. 8).

სანელმძღვანელოებში შეხვდებით რუსი ავტორის სპასოკუკოცის წესსაც. ამ ავტორს, ალბათ, იცნობთ, როგორც რუსული ჭი-

ჩურგის თვალსაჩინო წარმომადგენელს, იცნობთ ხელების დაბანის წესსაც, რომელიც მას ეკუთვნის. სპასოკუყოცკომ თიაქრის პლასტიკის შემდგომი წესი შეიმუშავა: შიგნითა ირიბი, განივი და გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზს ერთად ვაკერებთ პუპარტის იოგს, შემდეგ გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზს, ე. ი. პუპარტის იოგის გაგრძელებას გადავიტანთ შიგნით და იქ მივაკერებთ ირიბ კუნთს. როგორც ხედავთ, ამ ორ წესს შორის დიდი სხვაობა არ არის.

როგორც მოგახსენეთ, თიაქარკვეთის მრავალი წესი არსებობს. მაგრამ მე მოგთხოვთ ორს: ბასინისა და ჟირარდის წესს; მათ უცოდინარობას ვერ მოგიტყვებთ.

ახლა ნება მიბოძეთ გადავიდეთ ერთ-ერთ მნიშვნელოვან და რთულ თიაქარზე — ეს გახლავთ ბარძაყის არის თიაქარი. დავიწყობთ ამ არის ანატომიითა და ტოპოგრაფიით. თქვენ იცით, რომ ბოქვენი ჯვლის სიმფიზსა და თედოს წინა ზედა წვეტს შორის გაჭიმულია პუპარტის იოგი, რომლის ქვემოთ მოთავსებულია ბარძაყის არხი — *canalis femoralis*. ეს ის არეა, სადაც ვითარდება ხოლმე თიაქარი. ქირურგებისათვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ბარძაყის არხი. იგი გამოდის სკარპას სამკუთხედში, რომელიც ზემოდან პუპარტის იოგითაა შემოსაზღვრული, გარედან — თედო-სუქის კუნთით და შიგნიდან — ქედის კუნთით. ეს სამკუთხედი თავისი შინაარსით დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობისაა, რაზეც ჩვენ გზადაგზა გვექნება საუბარი. ამ სამკუთხედში განიერი ფასცია თავისი აგებულების გამო ქირურგისათვის მეტად გამოსადეგია, რადგან მას ხშირად იყენებენ პლასტიკურ ქირურგიაშიც. მაგალითად, თუ რომელიმე სახსრის, თუნდაც მუხლის სახსრის, ანკილოზია, ისეთი ქსოვილი უნდა გამოვიყენოთ, რომელიც ძვალს შეხორცების საშუალებას არ მისცემს. ასეთი ქსოვილია განიერი ფასცია. თუ თავის ქალაზე ტრავმის შედეგად დარჩენილია მაგარი გარსის დიდი დეფექტი, აქაც შეიძლება განიერი ფასციის გადანერგვა და სხვ. ამრიგად, პლასტიკური ქირურგია საჭიროებს განიერი ფასციის გამოყენებას, მაგრამ უნდა მოგახსენოთ, რომ განიერი ფასცია თავის მედიალურ მხარეზე არასრულყოფილია, რადგან იგი დაცხრილულია, რის გამოც მას დაცხრილულ ფირფიტას — *lamina cribrosa*-ს უწოდებენ. ე. ი. იგი გარკვეულ არეში განიერია, სრულყოფილი, ხოლო ერთ ადგილას — დაცხრილული. რატომ დაცხრილია იგი, რისთვის იყო ეს საჭირო? ამ არეში ფასცია დაცხრილია სისხლძარღვებმა. რომელმა სისხლძარღვებმა? დავიწყობთ დიდი საჩინო ვენით — *vena saphena magna*, რომელიც ტერფის მედიალური გოჯიდან იწყება, შემოუვლის როკს, გაჰყვება თერძის კუნთს, გახვრიტავს განიერ ფასციას და შეუერთდება *vena femoralis*-ს. აღნიშნული ვენა ქირურგისათვის საყურადღებოა.

ჩადგან ხშირად გექნებათ საქმე ამ ვენასთან, მისი მიმართულება კარგად უნდა იცოდეთ. დიდი საჩინო ვენა უერთდება ბარძაყის ვენას პუპარტის იოგის 3—5 სმ-ით ქვემოთ, ე. ი. ცვალებადობა მხოლოდ 2—5 სმ-შია და არ მოტყუვდებათ. ეს ხდება სკარპას სამკუთხედში.

წინა ლექციაზე გვექონდა საუბარი თედოს გარეთა ვენისა და ქვემო ეპიგასტრული ვენის შესახებ, მაგრამ უნდა ვიცოდეთ, რომ აქვე არსებობს სისხლძარღვებისა და ნერვების მთელი წნული, რომლებიც ხერტენ განიერი ფასციის მედიალურ ნაწილს, რის გამოც იგი დაცხრილულ სახეს ღებულობს.

მაგრამ არსებობს ფასციის მკიდრო და მკვრივი ლატერალური ნაწილი, რომელიც უფრო გამძლეა. ამგვარად, დაცხრილული ფირფიტა ბარძაყის არხის არის ყველაზე სუსტი ადგილია. როგორც აღვნიშნეთ, სკარპას სამკუთხედში გამოდის ბარძაყის არხი — *canalis femoralis*, რომლითაც ეს არე უერთდება მუცლის ღრუს. თვით ეს არხი, როგორც სივრცე, არ არსებობს — იგი ამოვსებულია შემაერთებული ქსოვილით, რომელიც ძალიან პასიურია ინფექციის მიმართ. ამ ქსოვილის ძალიან ეშინიათ ქირურგებს, რადგან მას სრულიად არა აქვს ინფექციის წინააღმდეგ ბრძოლის უნარი — ადვილად ჩირქდება. ამიტომაც, რომ ამ ქსოვილისადმი განსაკუთრებულ სიფრთხილეს ვიჩინებ. რაკი აღნიშნული შემაერთებული ქსოვილი წინააღმდეგობას ვერ უძლებს, მუცლის ღრუდან ბარძაყის არხში ადვილად ჩადის ორგანოები და ასე ვითარდება ბარძაყის თიაქარი, ე. ი. მუცლის ღრუდან თიაქარი გამოდის ბარძაყის წინა ზედაპირზე, მაგრამ როგორ არეში? იქ, სადაც არ არის არც ერთი კუნთი, განიერი ფასცია კი დაცხრილულია. თიაქარი გამოდის მუცლის ღრუდან და სად აღმოჩნდება? კანქვეშ. ეს რას ნიშნავს? ეს ნიშნავს, რომ ოპერაციის დროს ქირურგი გაკვეთავს კანს, კანქვეშა ქსოვილს, ფასციას და, თუ სიფრთხილე აკლია, ვერ მოზომავს ძალას — დააწვება სკალპელს, ნაწლავს დააზიანებს, დიახ, გაჭრის ნაწლავს. ამრიგად, უნდა იცოდეთ ბარძაყის თიაქარის ანატომიური თავისებურება, რომ იგი უშუალოდ კანქვეშა მოთავსებული და მას განსაკუთრებული სიფრთხილით მოეპყრათ. თქვენ, ალბათ გახსოვთ, რომ ამ არეში როზენმიულერის ლიმფური ჯირკვალაია. ეს ჯირკვალის განსაკუთრებულია, რადგან მასში ქვემო კიდურიდან გროვდება ლიმფა, რომლის ბლოკადა იწვევს კიდურის შეშუპებას, ელეთანტიანს: ასე რომ, ამ ჯირკვალთან ბევრჯერ გექნებათ საქმე. იგი ხურავს ბარძაყის არხს, მაგრამ თუ მას მუცლის ღრუდან მიაწვა ნაწლავი, ჯირკვალი განზე გადაიწევს და შეიქმნება ხელშემწყობი პირობა თიაქარის განვითარებისათვის. ყველაფერთან ერთად უნდა იცოდეთ ბარ-

ძაყის არხის, ისევე როგორც საზარდულის არხის საზღვრები. ბარძაყის არხი მდებარეობს სხეულის პარალელურად, აქვს სამკუთხედის ფორმა, წინიდან შემოსაზღვრულია პუპარტის იოგითა და fascia lata-თი, უკნიდან და შიგნით — ქედის ფასციით, ხოლო გარედან — ბარძაყის ვენით. გახსოვდეთ ეს მნიშვნელოვანი წარმონაქმნი — ბარძაყის ვენა. ბარძაყის ჩაქვილი თიაქართანაც გექნებათ საქმე, ისევე როგორც საზარდულის ჩაქვილი თიაქრებთან. ბარძაყის ჩაქვილი თიაქრის სასწრაფო ოპერაციის დროს საჭიროა გახსოვდეთ, რომ მის გარეთაა ბარძაყის ვენა, წინ კი — პუპარტის იოგი, რომლის უკან გადის ბარძაყის არტერიაც. ამიტომ უნდა გაკვეთოთ თიაქრის რგოლის მხოლოდ შიგნითა ნაწილი. გარკვეულ შემთხვევებში (1,6--6,3%) დასაშვებია სახურავი არტერიის პრაქტიკულად მნიშვნელოვან ვარიანტთან გვექონდეს საქმე. თავისუფალი ან ჩაქვილი თიაქრის ოპერაციის დროს შეიძლება ეს სისხლძარღვი დააზიანოთ. დაზიანებული არტერია ლანგებუკის ცხიმოვან კაფსულში თავისუფლად იკუმშება, სიღრმისკენ მიდის, იფარება ქსოვილებით და ძნელად შესამჩნევ სისხლის დენას იწვევს. ძველ დროს ასეთი სისხლის დენა თითქმის ყოველთვის სიკვდილით თავდებოდა და ამიტომ ამ სისხლძარღვსაც corona mortis შეარქვეს. ამრიგად, ხედავთ, თუ რა სხვადასხვა სახიფათო მომენტთან გექნებათ საქმე. ნუ გაიკვირებთ, ნურც იწყენთ, თუ ბარძაყის არხის საზღვრების უცოდინარობას არ გაპატიებთ. ეს თეორიულად და მით უფრო პრაქტიკულად დაუშვებელია. ამ შეცდომამ შეიძლება გამოიწვიოს ავადმყოფის კიდურის მოკვეთა.

ლექციის დრო ამოიწურა. მომავალ შეხვედრამდე!

მეხუთე ლექცია

წინა ლექციაზე საუბარი გვექონდა ბარძაყის თიაქარზე, მოგავონეთ ბარძაყის არხის აგებულების თავისებურება და ისიც, რომ ბარძაყის თიაქრის ოპერაციის ძირითადი საშიშროება დაკავშირებულია თიაქრის ყელისა და ბარძაყის ვენის ურთიერთსიახლოვესთან. საერთოდ, ბარძაყის არხი ძლიერ ვიწროა, მის ქვემოთაა ბოქვენის ძელის პორიზონტალური ტოტი, ზემოთ — პუპარტის იოგი, გარეთ — ვენა, შიგნით კი — ჯიმბერნატის იოგი. ამ ვიწრო ხვრელში გამოდის თიაქრის პარკი. აქ გამოსული თიაქარი უშუალოდ კანქვეშა მოთავსებული, რადგან ის განიერი ფასცია, რომელიც სკარპას სამკუთხედშია, დაცხრილულია იმის გამო, რომ მასში გადის ვენები, არტერიები და ნერვები. თიაქრის შემთხვევაში ფასციის გათხელე-

ბული ნაწილი გადაიწევა და თიაქარი უშუალოდ კანქვეშ მოექცევა. რაც თიაქრის პარკის შიგთავსის დაზიანების პირობებს ქმნის. ეს გარემოება გათვალისწინებული უნდა იყოს ოპერაციის დროს. საჭიროა იცოდეთ, რომ ბარძაყის თიაქარი იშვიათი პათოლოგიაა, იგი შედარებით მეტად გვხვდება ქალებში, ვიდრე მამაკაცებში. ეს აიხსნება ქალის მენჯის ფიზიოლოგიური თავისებურებით — ფართო და დახრილი მენჯით, რომელსაც გარკვეული დანიშნულება აქვს, მაგრამ, მეორე მხრივ, ხშირად ის ხელს უწყობს ბარძაყის თიაქრის განვითარებას.

არსებობს ბარძაყის თიაქარკვეთის მრავალი წესი. ყველა წესის ცოდნას არ მოგთხოვთ, რადგანაც ბევრ მათგანს ქირურგიულ პრაქტიკაში არ მივმართავთ. მაგრამ არის წესები, რომელთაც თითქმის ყველა ქვეყანაში იყენებენ და მათი ცოდნა თითოეული თქვენგანისათვის სავალდებულოა. გარდა იმისა, რომ ამ წესების ცოდნას მოგთხოვთ წლის ბოლოს, თქვენ თავიდანვე უნდა იცოდეთ ისინი, ვინაიდან კურაციის დროს შეიძლება მიიღოთ მონაწილეობა ოპერაციებში, დაეხმაროთ, ე. ი. ასისტენტობა გაუწიოთ გამოცდილ ქირურგებს, ხოლო, თუ თქვენ მუყაითობას გამოიჩინოთ, თეორიულად მომზადებული იქნებით და ამასთან შევამჩნევთ, რომ რომელიმე თქვენგანს უკვე შეუძლია ოპერაციის გაკეთება, წლის ბოლოსათვის გავაკეთებინებთ მას უფროსი ამხანაგების დახმარებით. თქვენ გააკეთებთ თიაქრის, აპენდიციტის ან ბუასილის ოპერაციებს. მაგრამ გიმეორებთ, ეს დამოკიდებული იქნება იმაზე, თუ რამდენად მუყაითი, მომზადებული და გათვითცნობიერებული იქნებით.

დავუბრუნდეთ ბარძაყის თიაქრის ოპერაციებს. ყველაზე ხშირად ვიყენებთ იტალიელი ქირურგის ბასინის წესს. განაკვეთს გავატარებთ არა პუპარტის იოგის ზევით, არამედ მის ქვემოთ, ირიბად გავკვეთავთ კანს, თვით თიაქრის პარკზე გავლით, გამოვყოფთ თიაქრის პარკს ისევე, როგორც საზარდულის თიაქარკვეთის დროს. გავკვეთავთ პარკს, ჩავასწორებთ შიგთავსს, თიაქრის პარკს გადავკვანძავთ ყელთან და მოვკვეთავთ, ამის შემდეგ გავაკეთებთ პლასტიკას; პუპარტის იოგს მივაკერებთ მენჯის ძვლის ჰორიზონტალური ტოტის პერიოსტეუმს. ორი-სამი ნაკერი საემარისია, რომ თიაქრის შიგნითა რგოლი დაიხუროს. რგოლის შევიწროების დროს საჭიროა ერთგვარი ზომიერების დაცვა, რათა ნაკერმა არ შეავიწროოს ვენის სანათური. შემდეგ ვხურავთ ქრილობას შრეების მიხედვით.

ბარძაყის თიაქარკვეთის მეორე წესიც იტალიელმა ავტორმა რუჯიმ (Rougi) შეიმუშავა. აღნიშნული წესით განაკვეთს გავატარებთ პუპარტის იოგის პარალელურად, ერთი თითით ზემოთ, ე. ი. ბარძაყის თიაქარს მიუვლდებით საზარდულის არის მხრიდან. სათა-

ნადო შრეებს — წიგნითა ირიბ და განივ კუნთებს ჩლუნგად გავთი-
შავთ პუპარტის იოგისაგან, განივ ფასციას გაეკვეთავთ და ლანგე-
ბეის ცხიმოვანი შრით თიაქრის პარკამდე მივადწევთ. შიგთავსისა-
გან თავისუფალი თიაქრის პარკი ბარძაყის არხიდან გადმოგვაქვს
საზარდულის არხში და აქ ვსპობთ პარკს. ტაყეს მუცლის ღრუში
ჩავაბრუნებთ. თიაქრის ღეფექტის პლასტიკას ვაკეთებთ ბასინის
წესით.

დანარჩენი ლოკალიზაციის თიაქრებზე აღარ შეეჩერდებით. რო-
გორც მოვასხენეთ, დეტალურად სხვა თიაქრებზე ჩემი თანამშრომ-
ლები გესაუბრებიან კურაციებზე.

დღეს დავიწყებთ მეორე, ძალიან ხშირი დაავადების განხილ-
ვას, რომელსაც ყველგან და ყველა საოპერაციო დღეს შევხვდებით.
ეს არის ჭიანჭლის ანთება — appendicitis. მოგეხსენებათ, რომ
აპენდიქსი, ჭიანჭლავი — ბრმა ნაწლავის წანაზარდი, ანუ მორჩი
იწყება იმ ადგილას, სადაც თავს იყრის მსხვილი ნაწლავის ზონრები
და მისი გაგრძელებაა. ჭიანჭლავს აქვს იგივე შრეები, რაც მსხვილ
ნაწლავს, ე. ი. ლორწოვანი, კუნთოვანი და სეროზული გარსები,
რომლებიც ისეთივე აგებულებისაა, როგორისაც მსხვილი ნაწლავის
კედელი. ეს მორჩი ყრუდ თავდება და, ამრიგად, იგი ნაწლავთა
ტრაქტის ერთგვარი ჩიხია, რასაც გარკვეული მნიშვნელობა აქვს მი-
სი პათოლოგიის განვითარებაში. ამ პატარა მორჩს — აპენდიქსს
აქვს თავისი არტერიული და ვენური სისხლძარღვები, ლიმფური და
ნერვული სისტემაც. მისი მდებარეობა ვარიაბილურია. ის ანატო-
მიურად მიემართება ქვემოთ და შიგნით, მაგრამ ზოგჯერ დიდ უც-
ნაურობას იჩენს — მეტად სხვადასხვაგვარი მდებარეობით გვხვდე-
ბა; შესაძლებელია თქმოს ნაწლავის პარალელურად იყოს, ზოგჯერ
მის უკან ან რეტროცეკალურად. დასაშვებია მისი რეტროპერიტონე-
ული მდებარეობა — როცა იგი მოთავსდება მუცლის ღრუს გარეთ
მდებარე ფაშარ შემაერთებელ ქსოვილში. შესაძლებელია ჭიანჭლავი
მიემართებოდეს ზევით და უახლოვდებოდეს ჭორჭლის ფუძეს ან
იმდენად მაღალი მდებარეობა ჰქონდეს, რომ მიახლოებული იყოს
ნაღლის ბუშტთან ან ღვიძლთან. ზოგჯერ ჭიანჭლავი შეუხორცდე-
ბა შარდის ბუშტს, მოხდება მისი პერფორაცია ბუშტში და ამ უკა-
ნასკნელიდან დაიწყება ჩირქის დენა. ამრიგად, აპენდიქსის მდებარეობის
ვარიანტები შეიძლება შევადაროთ საათის ისარს, რომელიც
ციფერბლატზე წუთისა და საათის ყველა მიმართულებას გვიჩვენ-
ებს. აპენდიქსის მდებარეობის ესოდენ ცვალებადი ვარიანტები და
მისი დამოკიდებულება სხვადასხვა ორგანოსთან ქირურგს გათვა-
ლისწინებული უნდა ჰქონდეს ამ დაავადების დიაგნოზის დადგენისა
და ოპერაციის დროს.

თქვენ ანატომიის შესწავლისას, ალბათ, მაინცადამაინც არ გა-
გიმახვილებიათ ყურადღება ჰიანაწლავის სისხლძარღვებზე, რადგან
იფიქრებდით: „რა არის ეს პაწაწინა ორგანო ან მისი სისხლძარღვე-
ბი, განსაკუთრებით კი მისი ვენა!“ მაგრამ, აბა, გავყვეთ საქმის ჭეშ-
მარტ ვითარებას, სადამდე მიგვიყვანს იგი.

მოგეხსენებათ, რომ ჰიანაწლავს კვებავს art. appendicularis,
რომელიც art. ileocaecalis-ის ტოტია, ხოლო მისი ვენა უერთდება
ჯერ vena mesenterica superior-ს, შემდეგ კი — vena porta-ს,
რომელიც საბოლოოდ ღვიძლში შედის. აპენდიქსის პათოლოგიის
დროს ამ ვენას დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა ენიჭება და, აი,
რატომ: ზოგჯერ ინფექცია ვრცელდება ვენებისა და ლიმფური სის-
ტემის საშუალებით, ამიტომ აპენდიციტის დროს ინფექცია ვენური
სისტემის გზით შეიძლება მოხვდეს ღვიძლში და იქ წარმოქმნას
მრავლობითი ჩირქგროვები, რაც სასიკვდილო ავადმყოფობაა. აქე-
დან გამომდინარე, შეიძლება ვთქვათ: მიუხედავად იმისა, რომ თვით
აპენდიციტი არ არის მძიმე ავადმყოფობა, ზოგჯერ იგი საბედისწერო
გართულებებს იწვევს. ყველა თქვენგანი იცნობს დაავადებას, რო-
მელსაც ვენების ანთება, ანუ თ რ ო მ ბ ო ფ ლ ე ბ ი ტ ი ეწოდება.
თქვენ ასეთი ავადმყოფები, ალბათ, გინახავთ. ის უმეტესად ქვე-
მო კიდურების დაავადებაა. თრომბოფლებიტი შეიძლება განვი-
თარდეს არა მარტო ქვემო კიდურებზე, არამედ შინაგან ორგანოებ-
შიც. ვენების ანთება შეიძლება გავრცელდეს vena appendicula-
ris-იდან მთელ ვენურ სისტემაზე vena porta-ს ჩართვით და
აქედან გადავიდეს ღვიძლის წვრილ ვენებზე. გთხოვთ, ყურად-
ღება მიაქციოთ vena porta-ს, რომელიც განსაკუთრებული აგე-
ბულებისა და ფუნქციისაა, ამიტომაც მას მრავალჯერ დაუვებრუნდე-
ბით. იგი დასაწყისს ღებულობს საქმლის მომწელებელი სისტემის
კაპილარებიდან, თანდათან მსხვილდება სხვადასხვა შენაკადის
ხარჯზე, შედის ღვიძლში vena porta-ს სახით და იქ იგი კვლავ კა-
პილარებად ნაწილდება. ეს ის ერთადერთი ვენაა, რომელიც წვრი-
ლი კაპილარებით დაიწყო და კვლავ უწვრილესი კაპილარებით დამ-
თავრდა, გადავიდა მეორე ვენურ სისტემაში vena hepatica-ში, რო-
მელიც ღვიძლიდან გამოსვლისთანავე ქვემო ღრუ ვენას ერთვის და
მისი საშუალებით მარჯვენა წინა გულში ჩადის. ამრიგად, სისხლი,
რომელიც წამოვა კუჭ-ნაწლავის სისტემიდან, შევა ღვიძლში, იქ გა-
უნაწილდება ყველა უჯრედს და განიცდის მრავალი სახის ცვლილე-
ბებს, რომლებიც თქვენ ნაწილობრივ უკვე იცით. ღვიძლის თი-
თოეულ უჯრედში მისული სისხლი, ბიოქიმიური ცვლებადობის შე-
დეგ, გადავა vena hepatica-ში, იქიდან კი — გულში. ამის გამო
ინფექცია, რომელიც შევა ღვიძლში კარის ვენის გზით. გაუნაწილ-

დება მთელ ღვიძლს, მის ურიცხვ კაპილარებს. ამრიგად, თუ კიანაწ-
ლავის ანთების შედეგად განვითარდა თრომბოფლებიტი, ეს პრო-
ცესი გავრცელდება კარის ვენასა და ღვიძლის შიგნითა სადინარებზე
და წარმოიქმნება უმძიმესი დაავადება, რომლის განკურნებაში უძ-
ლურნი ვართ. ეს დაავადება — ღვიძლის შიგნითა ვენური სისტემის
ანთება, ანუ თრომბოფლებიტი პილფლემბიტის სახელითაა
ცნობილი. მას ძალიან მძიმე კლინიკური სურათი ახასიათებს; ავად-
მყოფს დღეში რამდენიმეჯერ შეამცივებს, მისცემს სიცხეს 40°-მდე,
უვითარდება სიყვითლე, ღვიძლის მოცულობა მატულობს, სისხლის
სურათი იცვლება მკვეთრი ლეოკოციტოზისა და ნეიტროფილოზის
ხარჯზე. ასეთ ავადმყოფს ვეღარ ვშველით. მართლაც, თუ წარმოვი-
დგენთ ღვიძლის შიგნითა მთელ ვენურ ქსელს მასში განვითარებულა
თრომბოფლებიტური პროცესით, უსათუოდ გასაგები იქნება, რომ
ასეთი ავადმყოფის ხსნა სიკვდილისაგან ძალიან ძნელია, თითქმის
წარმოუდგენელი.

თუ გამოცდილი კლინიკისტი დროულად დაადგენს დიაგნოზს,
შეიძლება მან vena iliaca ან vena mesenterica გადაკეანძოს და
ამით ღვიძლისკენ მიმავალი გზა გაღუკეტოს ინფექციას, ანტიბიო-
ტიკების მეშვეობით შეებრძოლოს ამ მძიმე დაავადებას. მაგრამ
სიკვდილიანობის პროცენტი, როგორც მოგახსენეთ, ძალიან დიდია.
ამრიგად, თქვენ დარწმუნდით თუ რა მნიშვნელობა აქვს ქირურ-
გიულ კლინიკაში ამ ვენას, რომელსაც ანატომიაში ყურადღების
ღირსად არც კი სცნობდით.

ამრიგად, კიანაწლავის ანატომიაზე მეტს აღარ შევჩერდები,
რადგან თქვენ ამის შესახებ იცით, მოგახსენებთ მხოლოდ იმას, რაც
ქირურგიული თვალთახედვით თქვენთვის აუცილებელია.

საინტერესოა, რა დანიშნულებას ასრულებს კიანაწლავი ადა-
მიანის ორგანიზმში და საერთოდ საჭიროა იგი თუ არა? მიუხედა-
ვად იმისა, რომ სადღეისოდ ადამიანის სხვადასხვა ორგანოსა და
ქსოვილის ბევრი საიდუმლოებებია ამოხსნილი, კიანაწლავის, ამ პაწა-
წინა ორგანოს დანიშნულება კარგად არ ვიცით. თქვენ, ალბათ,
ისწავლეთ, რომ აპენდიქსი რუდიმენტული ორგანოა, რომელიც
ორგანიზმის განვითარების პროცესში სრულიად არ ვითარდება, ე. ი.
დაბალ საფეხურზე მდგომ ცხოველებს ის უნდა ჰქონდეს, მაღალ სა-
ფეხურზე მდგომთ კი — არა. სინამდვილეში კი პირიქითაა. აპენ-
დიქსი ადამიანებსა და ადამიანის მსგავს მაიმუნებს — ანთროპოი-
დებს კარგად აქვთ გამოხატული. არსებობს მოსაზრება, რომ მათში
აპენდიქსი ფილოგენეზურად ახალი წარმონაქმნია. აპენდიქსის
მსგავსი ორგანო აქვთ ბაქიებს, ხოლო დაბალი განვითარების მაიმუ-
ნებს კიანაწლავი სრულიად არა აქვთ.

უნდა მოგახსენოთ, რომ ჰიანაწლავის ფუნქციისა და განსაკუთრებით მისი როლის შესახებ ცოტა რამ ვიცით, მაგრამ ეს მცირე თქვენც გვეალებათ, რომ იცოდეთ. მაშასადამე, არც ისეა საქმე, თითქოს აპენდიქსი ბუნებამ მისცა ადამიანს მხოლოდ იმისათვის, რომ ვნება მოუტანოს მას. თქვენს შორის, არ შეეცდები თუ ვიტყვი, 10%-ს მაინც ექნება ამოკვეთილი აპენდიქსი. ხშირად პაციენტი თვითონ მიდის ქირურგთან და უცხადებს, რომ მას აპენდიქსი აწუხებს. ქირურგიც ადასტურებს ავადმყოფის ნათქვამს და, საჭიროა თუ არა, ამოკვეთს ჰიანაწლავს.

თუ გადახედვით რაიონებში მომუშავე ქირურგების საოპერაციო ოქმებს, დარწმუნდებით, რომ ოპერაციების უმრავლესობა გაკეთებულია აპენდიციტის გამო. როგორც დაინახავთ მომავალში, ჩვენს კლინიკაშიაც კეთავენ ხოლმე „უდანაშაულო“ აპენდიქსის მიუხედავად იმისა, რომ მე ვებრძვი ამას. სადიაგნოზოდ ჰიანაწლავის ქრონიკული ანთება არ არის ადვილი, მაშინ როდესაც ჩვენ გაცილებით იოლად ამოვიცნობთ კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვან დაავადებას, ლეიძლის აბსცესს, საშარდე თუ სანაღვლე გზების კენჭოვან დაავადებას.

ამგვარად, ჰიანაწლავი თუ ზოგჯერ „უდანაშაულოდ“ იკვეთება, „დამნაშავეც“ ხშირადაა და მის პათოლოგიას სიხშირით მუცლის ღრუს დაავადებათა შორის პირველი ადგილი უკავია. რომ აიღოთ კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია, ნაღვლის ბუშტის თუ ნაწლაგებისა და აპენდიქსის პერფორაცია, გაუვალლობა, საშვილოსნოს პერფორაცია თუ საკვერცხეების მწვავე ჩირქოვანი ანთება, ე. ი. ყველა ის მწვავე დაავადება, რომელნიც იქლევიან მწვავე მუცლის — პერიტონიტის კლინიკურ სურათს, პირველ ადგილს დაიკავენ ჰიანაწლაგის მწვავე ანთება. მწვავე მუცლის განვითარებაში ყველაზე ხშირად „დამნაშავეა“ ჰიანაწლავი და სიკვდილიანობა ამის გამო არც ისე იშვიათია. მიუხედავად იმისა, რომ თანამედროვე პირობებში საშუალება გვაქვს ავადმყოფს პირველსავე საათებში გაუუკეთოთ ოპერაცია, სადაც არ უნდა იყოს ეს — ქალაქისა თუ რაიონის საავადმყოფოში, აპენდიციტის ზოგიერთი ფორმის შემთხვევაში (დესტრუქციული აპენდიციტი) სიკვდილიანობის გარკვეული პროცენტი მაინც არის. რაკი აპენდიქსს ასეთი უბედურება მოსდევდა და თან მისი მნიშვნელობაც არ იყო ცნობილი, დასევა კითხვა — რატომ შექმნა ის ბუნებამ? ზოგიერთ ქვეყანაში დაიწყეს აპენდიქსის „პროფილაქტიკური“ ამოკვეთა ახალშობილებში. ორგანიზმში არავითარი შესამჩნევი ცვლილება არ მოხდა. თუკი აპენდიქსს რაიმე ფუნქცია აკისრია, ეს უთუოდ უნდა გამოვლინებულიყო. აბა, ამოკვეთეთ მთლიანად ფარისებრი ჯირკვალი, ადამიანი

მოკვდება, რადგან მის გარეშე ორგანიზმის არსებობა არ შეიძლება. ორივე თირკმლის ამოკვეთის შემთხვევაშიც ასე მოხდება, აპენდიქსის ამოკვეთას კი არავითარი ხიფათი არ მოსდევს.

მიუხედავად ამისა, უნდა დავეუშვათ, რომ აპენდიქსს აქვს გარკვეული ფიზიოლოგიური დანიშნულება და, ამასთან, ამ ორგანოს ამოკვეთას თუნდაც არ მოჰყვეს ორგანიზმის ფუნქციების თვალსაჩინო ცვლილებები, არავითარ შემთხვევაში არ ივარგებს იმის მტკიცება, რომ ეს ორგანო არ არის საჭირო, რომ იგი რუდიმენტია და ამიტომ საჭიროა მისი ამოკვეთა.

ჩვენ ვიცით, რომ თუ ზოგიერთი ორგანოს, მაგალითად, კუჭის დვიძლის, ნაღვლის ბუშტის, პანკრეასის და სხვ. ფუნქციის გამოვლინება ადვილია, აპენდიქსის ფუნქციის შესწავლა თითქმის შეუძლებელია, ამიტომ, რასაც მე მოგახსენებთ აპენდიქსის ფიზიოლოგიური დანიშნულების შესახებ, ეს იქნება არა კემპარიტება, არამედ სხვადასხვა მონაცემზე დამყარებული მოსაზრება.

კერძოდ, კიანაწლავი გარკვეულ როლს უნდა ასრულებდეს საჭმლის მომნელებელ სისტემაში. ეს რომ გასაგები გახდეს, შორიდან დავიწყით. გავიხსენოთ საკვების მექანიკურ დამუშავებაში კბილების, ყბაყურა, ენისქვეშა და ყბისქვეშა ჯირკვლების დანიშნულება. ამ ჯირკვლების სადინრები პირის ღრუში იხსნება, გამოყოფს სეკრეტს, რომელიც თავისებურად მოქმედებს საკვებზე, რომ კუჭში გამოყოფილი მარილმჟავა, პეფსინი და ლორწო თავის დანიშნულებას ასრულებდეს. თორმეტგოჯა ნაწლავი საჭმლის მონელების ყველაზე რთული არეა, სადაც ხდება ნაღვლის, პანკრეასის წვენის გამოყოფა და მისი ფერმენტები (ლიპაზა, ტრიფსინი, ამილაზა) საკვებში შემავალი ცილების, ცხიმებისა და ნახშირწყლების მრავალმხრივ გადამუშავებას განაგებს; ამის შემდეგ გადამუშავებული საკვები მიემართება წვრილი ნაწლავის ტრაქტისაკენ შესაწოვად. ეს თქვენ, ალბათ, კარგად იცით ფიზიოლოგიიდან, მე მხოლოდ შეგახსენეთ. საკვების გადამუშავებისა და შეწოვის პროცესი მიმდინარეობს პირის ღრუდან ილეოცეკალურ კუთხემდე, შემდეგ კი მსხვილი ნაწლავია. რას აკეთებს მსხვილი ნაწლავი? გამოყოფს იგი რაიმე სეკრეტს?

ს ტ უ დ ე ნ ტ ე ბ ი: არა!

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: მამასადამე, ბრმა ნაწლავი, ასწვრივი კოლინჯი, გარდიგარდმო და დასწვრივი კოლინჯი, სიგმა მხოლოდ ერთგვარი რეზერვუარია, მათ ფიზიოლოგიურ როლთან ერთად ევალებათ უვარგისი ნაწილის გამოყოფა. მოგეხსენებათ, რომ ზოგიერთი სითხე შეიწოვება მსხვილ ნაწლავშიც, განსაკუთრებით მის მარჯვენა ნახევარში — ბრმა ნაწლავის ასწვრივ. გარდიგარდმო კო-

ლინჯის ნახევარს დიდი მნიშვნელობა აქვს შეწოვისათვის. მაგრამ თუ ზემო სართულში გამოიყოფა ფერმენტები, რომლებიც გარდაქმნიან საკვებს და აადვილებენ მის შეწოვას, რა ხდება მსხვილ ნაწლავში? იქ მიმდინარეობს სრულიად სხვა პროცესი, რომელსაც წარმართავენ ცოცხალი ორგანიზმები — მიკრობები. მსხვილ ნაწლავში ურიცხვი სხვადასხვა სახის მიკრობია, რომლებიც წარმოშობენ სხვადასხვა აიროვან და არააიროვან ქიმიურ პროდუქტს — ეს ნივთიერებები საკვებ მასაზე მიკრობთა ცხოველმყოფელური მოქმედების შედეგია.

მოვიყვან სრულიად მარტივ მაგალითს. თქვენ ყველამ იცით, რომ ხორცის ან რაიმე სხვა პროდუქტის ლპობის შედეგად წარმოიქმნება ცუდი სუნი. რა წარმოქმნის მას? ბაქტერიების ცხოველმყოფელური გავლენა პროდუქტებზე, ე. ი. მიკრობს შეუძლია შესცვალოს, ქიმიურად გარდაქმნას საკვები, შეუძლია ადამიანის ორგანიზმში, კერძოდ მსხვილ ნაწლავში, გარდაქმნას საკვები ორგანიზმის სასარგებლოდ, რაც ვარგისია, იმას შეიწოვს ნაწლავის ეს მონაკვეთი, ხოლო უვარგისი გამოიყოფა. რა თქმა უნდა, ამ დროს მიკრობი აკეთებს თავისთვის სასარგებლო საქმესაც.

რამდენადაც ვიცი, თქვენ მიკრობიოლოგიაში საკმარისად გათვითცნობიერებული ბრძანდებით, მიუხედავად ამისა, მე მაინც მოგაგონებთ მიკრობების ზოგიერთ თვისებას. სხვადასხვა სახის მიკრობები, რომლებიც ადამიანის კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში მშვიდობიანად ბინადრობენ, გარკვეულ ვითარებაში ადამიანის მტრებად გადაიქცევიან. არ იფიქროთ, რომ ადვილი იყოს მათთვის ადამიანის ორგანიზმში ცხოვრება — მათ სჭირდებათ საკვების მოპოვება და, რომ სახე არ დაეკარგოთ, ბიოლოგიური გამრავლების უნარიც აქვთ. ამასთან მიკრობის ერთი სახე კი არა, მრავალი სახეა, რომლებიც ათასეული წლების განმავლობაში გადაეცემიან შთამომავლობიდან შთამომავლობას, მართალია, ზოგჯერ იბრძვიან კიდევ, მაგრამ ერთმანეთს არ ანადგურებენ. თუ მოხდა ისე, რომ ერთმა ჯგუფმა მოსპო მეორე, მაშინ გამარჯვებულ მიკრობთა ჯგუფი გაბატონდება. გაძლიერდება მისი ვირულენტობა და შეიძლება მაკროორგანიზმი, ე. ი. ადამიანიც წააქციოს. აღნიშნული გარემოება თვალსაჩინო გახდა ანტიბიოტიკების ეპოქაში. მოგეხსენებათ, რომ სტრეპტომიცინმა, პენიცილინმა, ტეტრაციკლინმა და სხვადასხვა ანტიბიოტიკმა ფართო გამოყენება ჰპოვა, ზოგჯერ მათ ხმარობდნენ არასათანადო ჩვენებითა და დოზირებით. გამოირკვა, რომ აღნიშნული მედიკამენტები გარკვეული ჯგუფის მიკროორგანიზმს სპობს, ხოლო მეორე ჯგუფის მიკრობი რჩება, ძლიერდება მისი ცხოველმყოფელობა. ე. ი. წარმოიქმნება მიკრობთა ვირულენტო-

ზის დისოციაცია, ანუ დისბაქტერიოზი — ირღვევა მიკრობთა შორის ის წონასწორობა, რომელიც სუფევდა ანტიბიოტიკების მიღებამდე. აღნიშნულ ფონზე გაბატონებულმა მიკრობებმა შესაძლოა ისეთი პირობები შექმნას ადამიანის ორგანიზმში, რომ ვერაფრით ვეღარ ვუშველოთ მას.

რამდენიმე ასეთი შემთხვევა მახსოვს, მაგრამ მოვიყვან ერთ მაგალითს.

ჩემი ახალგაზრდობის პერიოდიდან მეხსიერებაში შემომრჩა ერთი მეტად ტკბილი ოჯახი, სადაც, უფროსების გარდა, სამი და და ერთი ძმა იყო. მე ძალიან დიდი მეგობრობა მქონდა ძმასთან, თუმცა ჩვენ სხვადასხვა გიმნაზიის მოსწავლეები ვიყავით. ეს ოჯახი ყოველთვის ჩემს მეორე ოჯახად მეგულებოდა, ვგრძნობდი რა მისი წევრებისაგან დიდ სითბოსა და სიყვარულს. მოხდა ისე, რომ ჩემი მეგობარი დაიღუპა, რაც მშობლებთან და დებთან ერთად მეც ძალიან განვიცადე. გავიდა წლები და, აი, 1947 წ. კლინიკაში მესტუმრა ორი გაქაღარავეებული მანდილოსანი, ერთი კი შედარებით ახალგაზრდა ქალი (ისინი გახლდნენ ჩემი დაღუპული მეგობრის დები) მეუღლითურთ. როგორც გამოირკვა, ამ კაცს ჰქონდა თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული, რომლის გამო წოლილიყო რაიონის საავადმყოფოში, სადაც სხვადასხვა მედიკამენტთან ერთად უკეთებდნენ პენიცილინსაც დიდი დოზებით. რაკი ჩვენ მოგვმართა საოპერაციოდ, იგი დავაწვინეთ, შევისწავლეთ და სათანადოდ მომზადების შემდეგ გავუკეთეთ ოპერაცია — კუჭის რეზექცია. მე, ჩვეულებრივ, ყოველ საღამოს სახლში მორიგე ექიმისაგან ვლებულობდი ცნობებს ავადმყოფების მდგომარეობის შესახებ. ერთ საღამოსაც დამირეკეს და მაცნობეს, რომ დღეს ნაოპერაციევი ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა არ არის კარგით. მაშინვე წამოვედი კლინიკაში და ვნახე, რომ ავადმყოფი მართლაც ცუდად იყო: შფოთავდა, ცივ ოფლში ცურავდა, მაჯა ძლივს ესინჯებოდა, მისი სიხშირე წუთში 140-ს აღწევდა, ტემპერატურა — 39°-ს. ავადმყოფი პერიოდულად ბოდავდა და ყველაზე საყურადღებო ის იყო, რომ შეუჩერებელი, პროფუზული ფაღარათი ჰქონდა. აღნიშნული სიმპტომები მანამდე ჩვენთვის ცნობილ არც ერთ ოპერაციის შემდგომ გართულებას არ ჰგავდა და ამიტომ უფრო დაგვაფიქრა ავადმყოფის მდგომარეობამ. მიღებულმა ზომეებმა ავადმყოფი აღნიშნული მდგომარეობიდან ვერ გამოიყვანა, იგი მეორე დილას გარდაიცვალა.

წარმოიდგინეთ განცდა ქირურგისა, რომელმაც წინა დღეს ოპერაცია გააკეთა და მეორე დილას ავადმყოფი დაეღუპა. თქვენ ჯერ ახალგაზრდები ხართ, ავადმყოფის სიკვდილთან დაკავშირებული განცდა არ გქონიათ და ამდენად ვერ შეაფასებთ სათანადოდ ქი-

რურგის მდგომარეობას. მაგრამ მე მინდა იცოდეთ, თუ რას ამბობდა წარსული დროის ერთი სახელმძღვანელო ქირურგი დიტერიხსი, რომელმაც დაწერა შესანიშნავი წიგნი „ქირურგის სული“. იგი ამბობს, რომ „თითოეული ავადმყოფის სიკვდილის დროს ქირურგის სხეულის ნაწილიც კვდება“. მე მწამს, რომ ეს ჭეშმარიტებაა! თუ რომელიმე თქვენგანი მომავალში ქირურგის მძიმე პროფესიას დაეუფლება, ის უსათუოდ გამოსცდის ამას. თქვენ შეიძლება ზოგჯერ უცრემლოდაც კი იტყვიოთ. მოგხსენებათ, ეს უფრო დიდი განცდაა — უცრემლოდ ტირილი. ცრემლი ხომ ჰქონს ანელებს, როგორც ჩვენმა დიდებულმა წინაპარმა გვამცნო: „შევიშრობ ცრემლსა ჰირთმანელებელს“. გიმეორებთ, არ ვარგა ის ქირურგი, რომელიც არ განიცდის თავისი პაციენტის ბედ-იღბალს. მე ძალიან განვიცადე ჩემი ავადმყოფის ასეთი ელვისებური სიკვდილი; დავესწარი მის გაკვეთას და გაცეცხული დავრჩი აქამდე არნახულით: მთელი წვრილი ნაწლავი, დაწყებული ტრეიციის იოგიდან მსხვილ ნაწლავში ჩართვამდე, გაშავებული იყო, ხოლო განაკვეთზე აღინიშნებოდა სხვადასხვა ზომის ნეკროზული უბნები. პათომორფოლოგის მიერ ეს დაავადება კლასიფიცირებული იყო კრუპოზულ-ნეკროზულ ენტერიტად, რომელსაც ახლა ფსევდომემბრანულ ენტერიტსაც უწოდებენ.

შემდეგში ჩვენთვის ნათელი გახდა ყველაფერი, კერძოდ ის, რომ მიღებული ანტიბიოტიკების შედეგად განვითარდა დისბაქტერიოზი. როგორც ხედავთ, ანტიბიოტიკებს, მართალია, ზოგჯერ შეუძლია სარგებლობის მოტანა, ხოლო ზოგჯერ მიკრობთა გარკვეული ჯგუფის დაღუპვას მოსდევს მეორე ჯგუფის მიკრობთა გამრავლება, ვირულენტობის გაძლიერება, ტოქსიკურობის მომატებას კი მოჰყვება ნეკროზული ენტერიტის, ანუ დიფთერიული ენტეროკოლიტის განვითარება.

ამრიგად, როგორც ვხედავთ, საუკუნეების მანძილზე მრავალი სახის მიკრობთა შორის „მტრობა“ და „მეგობრობა“ ისეა ურთიერთგადაჯაჭვული, რომ მათ დამოკიდებულებას ადამიანისათვის არავითარი პათოლოგიური გამოვლინება არ მოაქვს, ე. ი. ადამიანის ორგანიზმის რომელიღაც ნაწილს აქვს ძალა, რომლის შემწეობითაც ის მიკრობთა ურთიერთდამოკიდებულებას აწონასწორებს. თუ რომელიმე მიკრობთა ჯგუფი გაძლიერდა და დააპირა წინ აღუდგეს მეორეს, ორგანიზმში არსებული გამაწონასწორებელი ძალა მას შეაჩერებს. ფიქრობენ, რომ სწორედ ჰიანაწლავი შეიცავს ისეთ უჯრედებს, რომელთა ცხოველყოფილობას წესრიგში მოჰყავს წონასწორობიდან გამოსულ მიკრობთა მოქმედება. ვამბობ, რომ ფიქრობენ, რადგან ეს ჯერ არ არის მეცნიერულად დადასტურებული.

რა უჯრედები არიან ისინი? გაეიხსენოთ, რომ ქიანაწლავის სუბ-მუკოზურ შრეში უხვადაა ლიმფოიდური ფოლიკულები, რომელთა რიცხვი ძალიან ცვალებადობს ადამიანის ასაკთან და საერთოდ მისი ლიმფური აპარატის მდგომარეობასთან დაკავშირებით. ლიმფოიდური ფოლიკულები, როგორც ცნობილია, ადამიანის დაბადების პირველ წელიწადს წარმოიქმნება; ისინი ძალიან იშვიათად აქვთ ახალშობილებს. მოზრდილებში ფოლიკულთა რიცხვი ქიანაწლავის 1 სმ²-ზე 70—80-მდეა, ხოლო მთელ ქიანაწლავეში—1200—1500-მდე აღწევს. მათი რიცხვი თანდათან კლებულობს ხანდაზმულებსა და მოხუცებში. ფიქრობენ, რომ ამ ლიმფოიდურ ფოლიკულთა უჯრედები ზეგავლენას ახდენს მიკრობებზე, იცავს მათ ჰარმონიულ ურთიერთობას.

ქიანაწლავის ანთების სხვადასხვა ფორმის კლინიკური მიმდინარეობისათვის უსათუოდ მნიშვნელობა აქვს აპენდიქსის ჰისტოლოგიურ ავებულებას. ქიანაწლავის ლორწოვანი, კუნთოვანი და სეროზული გარსი ისეთივე შრეებია, რომელთაგანაც შედგება წერილი და მსხვილი ნაწლავეების კედელი. აღნიშნულ, ე. ი. სეროზულ და კუნთოვან გარსთა შორის არის შემაერთებელქსოვილოვანი, ე. წ. სუბსეროზული შრე, ხოლო ლორწოვანსა და კუნთოვანს შორის — სუბმუკოზური შრე. სუბსეროზულად და სუბმუკოზურად არსებულ შემაერთებელქსოვილოვან შრეებში სისხლძარღვოვანი და ლიმფური სისტემაა, აგრეთვე ის ლიმფოიდური უჯრედოვანი სისტემა, რომლის შესახებაც მოგახსენეთ.

უნდა იცოდეთ, რომ ამ ქსოვილთა, ანუ შრეების გამძლეობა არ არის ერთნაირი. პირის ღრუდან მოყოლებული უკანა ტანის გასავლამდე კუჭ-ნაწლავის ტრაქტი ამოფენილია ეპითელიუმით — ლორწოვანი გარსით. ეს გარსი ძალიან გამძლეა, მიკრობებს არ ატარებს და იცავს ორგანიზმს მიკრობების ღრმად შეჭრისაგან, რა თქმა უნდა, როცა მისი მთლიანობა არ არის დარღვეული. ხოლო თუ იგი გამავალი გახდა მიკრობისათვის და უკანასკნელმა ფაშარ შემაერთებელ ქსოვილში შეაღწია, ეს არასასურველი იქნება, რადგან ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილი ინფექციასთან ბრძოლაში მაინცდამაინც არ არის გამძლე და ინფექცია ადვილად გავრცელდება კუნთოვანი შრის მიმართულებით, იქიდან კვლავ გადავა სუსტი წინააღმდეგობის ფაშარ შემაერთებელქსოვილოვან შრეში, ხოლო შემდეგ მიუახლოვდება ძალიან მედეგ უკანასკნელ ბარიერს — პერიტონეუმს, რომლის გარღვევას მოჰყვება ინფექციის გასვლა მუცლის ღრუში, ე. ი. განვითარდება პერიტონიტი. ამას მოგახსენებთ იმის გამო, რომ ავადმყოფის გასინჯვით, კლინიკური მონაცემებით, რომლებიც ავადმყოფს ექნება გამოხატული, შეძლოთ იმის თქმა,

თუ აპენდიქსის რომელ შრეშია პათოლოგანატომიური ცვლილებები. თქვენ ეს უნდა ამოიკითხოთ ავადმყოფის სახეზე. აი, ეს არის დაავადების კლინიკის, მისი მიმდინარეობის ამოცნობის ხელოვნება. კარგი კლინიკისტი ზოგჯერ იტყვის, რომ ამა თუ იმ შემთხვევაში არის აპენდიციტის კატარული, ფლეგმონური თუ პერფორაციული ფორმა.

მაგრამ დავიწყით თავიდან, თუ როგორ შეიძლება ჰიანაწლაეში ინფექცია და როგორ განვითარდება მისი ანთება — აპენდიციტი, ესოდენ ხშირი დაავადება.

თითქმის ყველა სახელმძღვანელოში ამ კითხვაზე ამოიკითხავთ ორ პასუხს: აპენდიციტი, ე. ი. ჰიანაწლაეის ანთება შეიძლება განვითარდეს ენტეროგენული ან ჰემატოგენური გზით შექრილი ინფექციის ნიადაგზე.

ჰემატოგენური აპენდიციტი შედარებით იშვიათი მოვლენაა. მაგალითად, ანგინის დროს, როდესაც ავადმყოფს აქვს ნუშისებრი ჭირკვლების ჩირქოვანი ანთება და მიკრობები, რომლებიც ანგინურ ფოკუსშია, შედის ჰიანაწლაეში სისხლის გზით, ვითარდება აპენდიციტი, მაგრამ მოგახსენებთ, რომ ეს შედარებით იშვიათი მოვლენაა. ფაქტურად შემთხვევათა 98%-ში აღინიშნება ენტეროგენული გზით განვითარებული აპენდიციტი.

აქვე მინდა დავისვით კითხვა? რატომ არ ვითარდება ასეთი ხშირი ანთებები კუჭში, მლივ თუ თედოს ნაწლაეში, სადაც დიდი შესაძლებლობაა ინფექციის შეჭრისა და ანთების განვითარებისათვის, მით უფრო, რომ ამ ორგანოების კედლის აგებულებაც ერთნაირია?

აღნიშნული იმითაა გამოწვეული, რომ აპენდიქსში შეტანილი მიკრობი განსაკუთრებულ პირობებში ხვდება. პირის ღრუში არსებული „A“ მიკრობი ამ გარემოსთან შეთვისებულია, კუჭში მასზე იმოქმედებს მარილმჟავა და პეფსინი, ე. ი. აქ იგი ვერ გაძლებს, გადავა თორმეტგოჯაში, სადაც აგრეთვე ვერ გაუძლებს სხვადასხვა ფერმენტის გავლენას, წერილ ნაწლაეშიც ვერ მოიკიდებს ფეხს, ვერ ჰპოვებს მყუდროებას და, ბოლოს, შეიძლება პერისტალტიკის საშუალებით სრულიად გამოძევდეს ორგანიზმიდან. მაგრამ ზოგჯერ იგი მოხვდება appendix-ში, ე. ი. ჩიხში, საიდანაც ადვილად ვერ გამოვა, მოკლე ხანში მოიპოვებს საკვებს, მოლონიერდება და გარავლების სურვილიც დაებადება.

ამრიგად, აპენდიქსში არსებობს ისეთი ანატომიური და ფიზიოლოგიური ბაზისი, რომ აქ მოხვდეს მიკრობი და, ბოლოს, თავიან „სიავეც გამოიჩინოს“, ე. ი. განავითაროს ანთება.

როდესაც თქვენ უფროს ამხანაგებს ოპერაციაზე მოეხმარე-

ბით, ამოკვეთილი ჭიანჭველი დაათვალიერეთ; მის განაკვეთზე ზშირად ნახათ სხვადასხვა ზომის განავალოვან მასებს, რომლებიც სხვადასხვა სიმკვრივის არიან — ზოგი რბილი, ზოგიც ძალიან მკვრივი. ესენია განავალოვანი კენჭები, რომლებმაც შეიძლება დაახშონ ჭიანჭველის სანათური. მოგეხსენებათ, რომ თუკი რომელიმე მკვრივი ნივთიერება ხანგრძლივად ეხება ან აწევა ცოცხალ ქსოვილს, იქ კვება მოიშლება და განვითარდება ნაწოლი, ანუ decubitus. განავალოვანი კენჭის გარდა, ასეთივე ტრავმის მიყენება შეუძლია კბილის ჭაგრისის ღერს, რომელიც ჭიანჭველაში მოხვედრისას იოლად ჩაესობა ლორწოვან გარსში, პატარა კიებს, სოლიტერის პროგლოდიტას, ყურძნის წიპწას, თევზის ფხას და სხვ. საქმე ზოგჯერ შეიძლება იქამდეც მივიდეს, რომ ლორწოვანი გარსი დაწყულდეს. ამ დროს უსათუოდ მიკრობები ამ არეს შემოესევა, რადგან შეიქმნება მათთვის სასურველი ნიადაგი — ნეკროზული კერა, სადაც ჩაქცეულია სისხლი, ლიმფა. მიკრობი იკვებება, ძლიერდება, მრავლდება და მას უჩნდება გარეთ, ქსოვილებისაკენ წინსვლის სურვილი.

ამგვარად, აპენდიქსში არის გარკვეული ანატომიურ-ფიზიოლოგიური პირობები, რომლებიც, ერთი მხრივ, ხელს უწყობენ მიკრობების შეჩერებას, მათ ზრდა-განვითარებას, ვირულენტობის გაძლიერებას, მეორე მხრივ კი, აპენდიქსის ლორწოვანი გარსის მთლიანობის დარღვევას იქ მოხვედრილი სხვადასხვა ნივთიერებებით თუ საკვებით.

ვინაიდან სალექციო დრო ამოიწურა, დღევანდელი საუბარი ამით დავამთავროთ.

ქარგად ბრძანდებოდეთ!

შეჯამება ლექცია

წინა ლექციაზე აღვნიშნეთ, რომ ჭიანჭველაში ინფექცია უმთავრესად შედგება ნაწლავის სანათურიდან, ისიც, რომ ანთების განვითარებისათვის ჭიანჭველაში განსაკუთრებული პირობებია, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის სხვა მონაკვეთებთან შედარებით.

საინტერესოა, თუ რა ცვლილებები მოსდევს ინფექციის შექრას აპენდიქსის კედელში, ე. ი. როგორი სახის პათოლოგანატომიური სურათი ვითარდება და, ამასთან დაკავშირებით, როგორ იცვლება კლინიკური მიმდინარეობა ჭიანჭველის სხვადასხვა სახის ანთების დროს. განვლილი მასალის საფუძველზე — ზოგადი ქირურგიისა და თერაპიის კურსიდან — ნაწილობრივ იცით, რომ და-

ავადების კლინიკური მიმდინარეობა ამა თუ იმ ორგანოსა თუ სისტემაში განვითარებული პათოლოგანატომიური ცვლილებების ანარეკლია. დაავადების ისეთი კლასიფიკაცია, როდესაც ორგანოში მომხდარ პათოლოგანატომიურ ცვლილებებს პარალელურად მოჰყვება სათანადო კლინიკური სურათი, გასაგებს ხდის პათოლოგიის არსს, ამიტომ შევეცდები მოგაწოდოთ აპენდიციტის ისეთი პათოლოგანატომიური კლასიფიკაცია, რომლის დაპირისპირებით კლინიკურ მონაცემებთან (ტკივილი, ტემპერატურა, მაჯის ცვალებადობა, მუცლის ფარის მდგომარეობა და სისხლის სურათი) შეძლებთ დაადგინოთ დიაგნოზი, თუ აპენდიციტის რომელ ფორმასთან გაქვთ საქმე ამა თუ იმ შემთხვევაში. ამით მინდა გაგახსენოთ წინა ლექციაზე ნათქვამიც, რომ ავადმყოფის სახეზე უნდა ამოიკითხოთ, თუ რა ხდება მის მუცლის ღრუში, ხომ არ არის კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის, ნაღვლის ბუშტისა თუ ჭიანწლავის პერფორაცია, ნაწლავი გაიკვანდა თუ მისი ინვაზიაცია მოხდა. თუ ამას წინასწარ ამოიცნობთ, ხოლო ოპერაციაზე შესაფერის პათოლოგანატომიურ სურათს აღმოაჩენთ, ეს იქნება უთუოდ თქვენი, როგორც კლინიკისტი, გამარჯვება. მაგრამ ასეთ კლინიკურ გამოცდილებას ერთბაშად როდი შეიძენთ. გამოცდილება ექიმს ყოველდღიურად ემატება, ახალგაზრდობიდან ღრმა სიბერემდე, ე. ი. სიკვდილამდე. მაგრამ ვიდრე სათანადო გამოცდილება დაგიგროვდებათ, უნდა იცოდეთ ის, რაც დღემდე, ჩვენამდე მოღწეულა, არსებულს დაუმატოთ თქვენი თვალით ნახული და წაკითხული, მაშინ გახდებით კარგი კლინიკისტი და, იშვიათი შემთხვევის გარდა, ქეშმარიტება არ გამოგეპარებათ.

პათოლოგიური ანატომიიდან იცით, რომ არსებობს ანთების სხვადასხვა სახე, კერძოდ, ექსუდაციური, პროლიფერაციული და ალტერაციული ანთება. ყველაზე ხშირად ვხვდებით ექსუდაციურ ანთებას და აპენდიციტის გარჩევასაც ამ ფორმით დავიწყებთ. წარმოიდგინეთ ჭიანწლავის კედლის სამი შრე — ლორწოვანი, კუნთოვანი და სეროზული. ლორწოვან გარსში ანთება რომ დაიწყოს, უპირველესად საჭიროა ამ გარსის ტრავმირება იქ მოხვედრილი უცხო სხეულებით, რაზეც უკვე გვექონდა საუბარი. დაწყულელებული, ანუ დაზიანებული არისაკენ მიისწრაფიან მიკრობები, რადგან იქ არის დანეკროზებული ქსოვილი, ჩაქცეული სისხლი, ლიმფა, რომელიც საჭიროა მიკრობთა კვებისათვის. მოგეხსენებათ, ყოველი ცოცხალი არსება — იქნება ის ადამიანი, მიკრობი თუ ქვეწარმავალი, მიისწრაფის იქით, სადაც საკვებია. დავუშვათ, რომ ლორწოვან გარსში პაწაწინა დეფექტია. მიკრობები შეიჭრებიან ამ დეფექტის არეში და გამოიწვევენ ანთებისათვის დამახასიათებელ პროცესს: კაპილარები სისხლით გადაივსება, გაგანიერდება, ე. ი.

ვითარდება სიწითლე — rubor. აღნიშნული არე სისხლსავესებობის გამო შეშუბდება, შესივდება, ე. ი. გამოიხატება სიმსივნე — tumor. თქვენ უთუოდ ყველას გექნებათ ნახული კანის ზედაპირული ანთებადი პროცესი და დააკვირდებოდით, თუ როგორ შესივდება ხოლმე პათოლოგიური არე, ე. ი. წარმოიქმნება ანთებადი სიმსივნე. ეს არე, სხვა ადგილებთან შედარებით, უფრო თბილია, ზოგჯერ ცხელიც, ე. ი. აღინიშნება ტემპერატურის მომატება — calor. აღნიშნული არე უთუოდ მტკივნეული იქნება. მაშასადამე, გამოიხატება ანთების ნიშანიც — dolor და, ცხადია, ასეთი ავადმყოფი თავისუფლად ვერ იმოძრაებს იმის გამო, რომ ფუნქცია მოეშლება — functio lessa. ასეთი აპენდიქსი რომ გაკვეთოთ, ნორმალური ლორწოვანი გარსის ნაცვლად, ნახავთ შეშუპებულ და გაწითლებულ ანთებად ლორწოვან გარსს. რა სახის ანთება იქნება ეს? ქიანაწლავის კატარული ანთება — appendicitis catarrhalis! — ანთების ყველაზე მსუბუქი ფორმა, რომელიც შემოისაზღვრება მხოლოდ ლორწოვანი გარსით. მაგრამ თუ ლორწოვანი გარსის მთლიანობა დარღვეულია, იქ წყლულია წარმოქმნილი, მაშინ ინფექცია, იქნება ეს სტაფილოკოკი, სტრეპტოკოკი, ნაწლავის ჩხირი თუ სხვა მიკრობი, გააღწევს ლორწოვან გარსში, შევა ლორწოვანქვეშა ფაშარ შემაერთებელ ქსოვილში, რომელიც მდიდარია სისხლისა და ლიმფური ძარღვებით, ნერვებით. ამასთან, მოგახსენებთ, რომ რამდენადაც გამძლე და გაუვალია მიკრობთათვის ლორწოვანი გარსი, იმდენად არაგამძლეა ფაშარი შემაერთებელქსოვილოვანი შრე და ამიტომ იგი ვერც აღუდგება წინ იქ მოხვედრილ ინფექციას. უკანასკნელს ექნება ფართო გასაქანი, განვითარდება გავრცელებული ანთება, რაც ბევრად გაართულებს მდგომარეობას. ლორწოვანი გარსიდან ინფექცია გავრცელდება ლორწოვანქვეშა შემაერთებელ ქსოვილზე, ე. ი. წარმოიქმნება ჩირქი. ამას რაღა ჰქვია?

ს ტ უ დ ე ნ ტ ე ბ ი: Suppuratio!

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: არა! უფრო სწორად, ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილის ჩირქოვან ანთებას ფ ლ ე გ მ ო ნ ა ეწოდება, ე. ი. ჩვენ გვექნება საქმე ფ ლ ე გ მ ო ნ უ რ აპენდიციტთან — appendicitis phlegmonosa seu purulenta. ფლეგმონური და ჩირქოვანი აპენდიციტი ერთი და იგივეა.

არის მწვავე აპენდიციტის მესამე ფორმაც. ის როგორღა ვითარდება? განავალოვანი კენჭი, რომლის შესახებ მოგახსენეთ, ლორწოვან გარსზე ზეწოლის გამო დაწყლულებას იწვევს, აზიანებს კუნთოვან და სეროზულ გარსს, ე. ი. გახვრეტავს აპენდიქსის კედლის ყველა შრეს და განვითარდება პერფორაცია, ქსოვილები დაიშლება, რასაც დ ე ს ტ რ უ ქ ი ა ს ეუწოდებთ. ამრიგად, პერ-

ფორაცია ეკუთვნის აპენდიციტის დესტრუქციულ ფორმას — *appendicitis destructiva*, აქვე შედის დესტრუქციის მეორე ფორმაც. უნდა იცოდეთ, რომ, როდესაც ლორწოვანი გარსი დაწყულულდება, იქ არსებული პატარა და საშუალო კალიბრის სისხლძარღვები ანთებად პროცესში ჩაირთვება, აღნიშნული გამოიწვევს მათ სანათურში თრომბის განვითარებას. ამ დროს სისხლძარღვის შიგნითა შრე — ინტიმა შეიცვლება, სისხლის მიმოქცევა მოიშლება.

შეიძლება სისხლის მიმოქცევა მოიშალოს თვით აპენდიქსის არტერიაშიც და აქაც წარმოიქმნას თრომბი. თქვენ იცით, რომ როდესაც სისხლძარღვში თრომბი წარმოიქმნება, უბანი, რომელსაც ის კვებავს, გაშავდება. ამგვარად, განვითარდება განგრენა, დაიშლება ორგანოს, ამ შემთხვევაში აპენდიქსის კედელი, ე. ი. განვითარდება აპენდიციტის დესტრუქციული ფორმა.

აპენდიციტის აღნიშნული სამი ფორმა უნდა გახსოვდეთ ყოველგვარ მდგომარეობაში, — ძილშიც და ცხადშიაც! მაგრამ არა მარტო ზეპირად, ჩამოთვლით, არამედ ნათლად უნდა გესმოდეთ მათი შინაარსიც. ვთხოვ სტუდენტ ქ-ს ჩამოგვიწეროს დაფაზე აპენდიციტის დასახელებული ფორმები.

სტუდენტი წერს:

1. კატარული აპენდიციტი — *appendicitis catarrhalis*,
2. ფლეგმონური აპენდიციტი — *appendicitis phlegmonosa*,
3. დესტრუქციული აპენდიციტი — *appendicitis destructiva*.

კატარულ აპენდიციტს არა აქვს ქვეფორმები, რაც შეეხება ფლეგმონურ, ანუ ჩირქოვან აპენდიციტს, ამ დროს შეიძლება შევხედეთ ლორწოვანი გარსის დაწყულულებას. ასეთ შემთხვევებში ვიტყვით, რომ განვითარებულია ფლეგმონური-წყულულოვანი აპენდიციტი — *appendicitis ulcerosa phlegmonosa*. ანდა, თუ აპენდიქსის ყელი დიბზო უცხო სხეულით, ანთებადი შეხორცებით ან ნაწიბუროვანი ქსოვილით, აპენდიქსს გამოსავალი აღარ ექნება, სანათური ამოივსება ჩირქით, რასაც ეწოდება ემპიენაწლავის ემპიემა — *empyema appendix*, ანუ *empyema appendicularis*.

მინდა მოგახსენოთ მწვავე აპენდიციტის კიდევ ერთი ფორმის შესახებ, რომელიც ყველაზე სშირად დაერთვის ფლეგმონურ, ანუ ჩირქოვან აპენდიციტს, თუმცა იგი შეიძლება დესტრუქციული აპენდიციტის შედეგადაც განვითარდეს. ავადმყოფი მოდის კლინიკაში აპენდიციტის ტიპური ანამნეზით, მაგრამ მას გასინჯავთ და ნახავთ, რომ ილეოცეკალურ არეში სიმსივნეა. დიახ, სიმსივნე, რომელიც სხვადასხვა ოდენობის შეიძლება იყოს — კვერცხის-

მუშტის-, ახალშობილი ბავშვის თავისოდენა. ასეთ ავადმყოფს აქვს ტკივილი, აწეული ტემპერატურა. ეს რაღა იქნება?! გთხოვთ განსაკუთრებული ყურადღებით მომისმინოთ, რათა კარგად გაიგოთ ზემოაღნიშნული პათოლოგიის არსი. ამასთან დაკავშირებით გეტყვით იმასაც, რომ სტუდენტების ორმოცდაათი პროცენტი მცდარად პასუხობენ, რადგან არ ესმით, აპენდიციტის რა ფორმასთან აქვთ საქმე, როდესაც ილეოცეკალურ არეში სიმსივნეს გასინჯავენ. ამ სიმსივნეს ეწოდება ანთებადი ინფილტრატი, აპენდიციტი არ ული ინფილტრატი! ეს ქეშმარიტი სიმსივნე კი არა, ანთების ნიადაგზე წარმოქმნილი სიმსივნეა, მაგრამ ამავე არეში შეიძლება განვითარდეს ქეშმარიტი სიმსივნეც — კიბო. თქვენ ეს ორი პათოლოგია ერთმანეთისაგან უნდა გაარჩიოთ, მაგრამ, რომ გაარჩიოთ, საჭიროა მათი არსი იცოდეთ.

სწავლის პერიოდში ორგანიზმის ზოგიერთ საიდუმლოებას თანდათან გაიგებთ, რაც უსათუოდ დაგეხმარებათ დაავადების ამოცნობასა და მისი მკურნალობის სწორად წარმართვაში.

მოგეხსენებათ, რომ ანთება ორგანიზმის კანონზომიერი საპასუხო რეაქციაა გარემოდან მოქმედ სხვადასხვა მავნე აგენტზე და ამდენად იგი ორგანიზმისათვის ვითომდა სასარგებლო მოვლენაა, თუმცა იმავე დროს მავნებელიცაა. ამას დეტალურად გაივლიდით პათოლოგიური ანატომიის შესწავლის დროს.

მინდა გაგახსენოთ ანთების სასარგებლო მნიშვნელობა: ეს მავნე აგენტის განადგურებაა, დანეკროზებული უჯრედების დაშლა, შეწოვა და მათ ადგილას ახალი უჯრედებისა და ქსოვილების წარმოქმნა.

გავყევით ამ ქეშმარიტებას, სადამდე მიგვიყვანს იგი: კიანაწლავის ლორწოვან გარსში შეკრილმა ინფექციამ გამოიწვია დაჩირქება, რომელიც გავრცელდა ქვეშეშებარე ქსოვილებში, მიალწია სეროზულ გარსამდე და, თუ უკანასკნელი ბარიერიც გაარღვია, ჩირქი გადავა პერიტონეუმის ღრუში, ე. ი. განვითარდება პერიტონიტი. ამ მოვლენას ორგანიზმი ინდიფერენტულად როდი ხვდება. იგი ცდილობს გაამაგროს ის სუსტი ადგილი, რომელიც მიჯნავს პათოლოგიურ უბანს თავისუფალი მუცლის ღრუსაგან. ეს სუსტი ადგილია პერიტონეუმის თხელი ფურცელი, ანუ ვისცერული პერიტონეუმი, იგივე სეროზული გარსი, საიდანაც დაიწყება ექსუდაცია მუცლის ღრუს მიმართულებით. როგორი ექსუდატი გამოიყოფა აქ? სეროზული, რომელიც შეიცავს ძლიერ მცირე რაოდენობით უჯრედოვან ელემენტებს (ლეიკოციტებს, ნეიტროფილებს, ლიმფოციტებს, დაზიანებულ და ჩამოფტკენილ უჯრედებს). მაგრამ ამ დროს საჭიროა ორგანიზმმა გამოიმუშაოს ისეთი ნივთიერება.

რომელიც დაუადებობს უბანში შექმნის მყარ ბარიერს და ამით დაიცავს ორგანიზმს ანთებადი პროცესის გავრცელებისაგან. ამიტომაც, ექსუდაციური ანთების გარდა, ვითარდება ფიბრინული ანთებაც, რომლის დროს სისხლძარღვებიდან გამოყოფილი ექსუდატი შედგება ფიბრინის გამოყოფის გამო. მოგეხსენებათ, ალბათ, რომ ამ შედეგების მიზეზია დანეკროზებული უჯრედებისაგან გათავისუფლებული ფერმენტის ზეგავლენა ექსუდატის თხიერ ცილებზე. ამგვარად წარმოქმნილი ფიბრინი, რომელიც სქელი ფირფიტების სახითაა, მიეფარება აპენდიქსის დაზიანებულ არეს და შექმნის ისეთ ბარიერს, რომელშიც მიკრობები ვერ გაატანს. როგორც ხედავთ, სეროზულ-ფიბრინული ანთება კეთილ სამსახურს უწევს ორგანიზმს. მაგრამ ფიბრინი, ამის გარდა, სხვა დანიშნულებასაც ასრულებს: მას აქვს შეწებების უნარი, რომლის მეშვეობით იგი შეიწებებს ნაწლავთა მარყუევებს და უფრო საიმედოდ დახურავს ინფექციის კიშკარს. თუ ოპერაციას დასწრებიხართ, თქვენი უფროსები გაჩვენებდნენ და გეტყობდნენ, თუ რა დანიშნულებას ასრულებს მუცლის ღრუში არსებული ერთი მეტად მნიშვნელოვანი ორგანო—ბადექონი, რომელიც წინსაფარითაა ჩამოკიდებული. მისი ფუძე ფიქსირებულია, ხოლო დანარჩენი ნაწილი—მოძრავი, ამასთან ერთად „ბრძენიც“. ბადექონი დიდ დახმარებას უწევს ავადმყოფს, ქირურგს, გინეკოლოგს. თუ მუცლის ღრუში სადმე ანთებადი პროცესი იჩენს თავს ან ადამიანი შემთხვევით დაქრილია, ბადექონი მაშინვე იქ გაჩნდება, როგორც პირველი დამხმარე საშუალება. ამიტომ მწვავე მუცლის ოპერაციის დროს ქირურგი, გახსნის თუ არა მუცლის ღრუს, ბადექონის მდგომარეობას აქცევს ყურადღებას, რადგან ეს ორგანო იქით იქნება წასული, სადაც კატასტროფაა. „ხანძარი“. ქირურგი წინასწარ შემოთვარავს იმ ადგილს, სადაც ბადექონია მისული, რადგან მის ქვეშ შეიძლება ჩირქიც იყოს ჩაპარკებული. მაშასადამე, რაკი ბადექონი ასეთი „ბრძნული“ თვისებებითაა აღჭურვილი, კიანაწლავის მწვავე ანთების დროს იგი უსათუოდ ილეოცეკალურ კუთხესაც მიაშურებს დასახმარებლად და მიეკვრის ამ არეს. რა თქმა უნდა, ბადექონის მოქმედებას ცენტრალური ნერვული სისტემა მართავს სხვადასხვა დაცვითი რეფლექსით. მართალია, ამაზე ორგანიზმი იძლევა საპასუხო რეაქციას სეროზულ-ფიბრინული ანთების სახით, რასაც ცენტრალური ნერვული სისტემა საკმარისად არა სცნობს და პათოლოგიურ კერასთან „მოავლენს“ ბადექონს, წვრილ ნაწლავებს, არა უბრალოდ, არამედ ამ ორგანოთა ანთებად პროცესში ჩართვით. ანთებად პროცესში მონაწილე ორგანოები თავის ნორმალურ აგებულებას კარგავს, ისინი შეშუპდებიან, მათი კედელი სქელდება, იფარება ფიბ-

რინით. მოგვიანებით აღნიშნულ კერაში სხვა ელემენტებიც წარმოიქმნება: შემაერთებული ქსოვილის პროლიფერაციის შედეგად — გრანულაციური ქსოვილი, ანუ ახალგაზრდა შემაერთებული ქსოვილი, რომელიც შედგება მრგვალი, ემბრიონული ტიპის უჯრედების, ეპითელიოიდური უჯრედების, ფიბრობლასტების, ლიმფოციტური ტიპის, ეოზინოფილური, პლაზმური და პოხიერი უჯრედებისაგან. აღნიშნული ქსოვილი ჯერ ახალგაზრდაა, ბოლოს კი გარდაიქმნება შქვრივ ბოქვოვან, შემაერთებულ ქსოვილად. ეს როგორი ანთებაა?

ს ტ უ დ ე ნ ტ ე ბ ი: პროლიფერაციული!

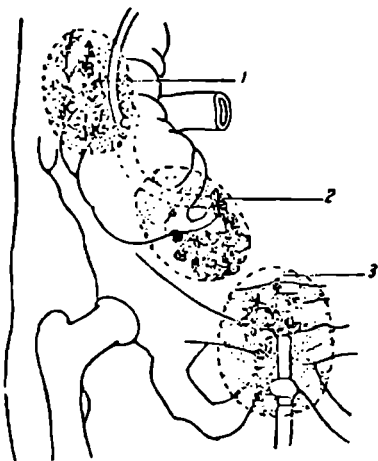
პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: დიახ, პროლიფერაციული ანთება, რომელიც ამ შემთხვევაში ექსუდაციურ-ფიბრინული ანთების პარალელურად მიმდინარეობს. აღნიშნული სახის ანთება ქმნის სწორედ იმ ანთებად დიდ კონგლომერატს, რომელსაც აპენდიკულარული ინფილტრატი ეწოდება.

როგორც ხედავთ, აპენდიკულარული ინფილტრატის არსს, მისი წარმოშობის მექანიზმს თუ არ ჩაწვდით, გიმეორებთ, ვერ გაიგებთ და არ გეცოდინებათ მისი შინაარსი. გამოცდილებამ დამანახა, რომ ხშირად სტუდენტს თავიდან ბოლომდე სწორად ვერ მიჰყავს ინფილტრატის განვითარების ხაზი, სადაც უწყდება ის. ამგვარად, ინფილტრატის შემადგენლობაში, იქ არსებული ბრმანაწლავის, კიანაწლავისა და თეძოს ნაწლავის დისტალური ნაწილის გარდა, მოექცა წვრილი ნაწლავის მარჯულები, ბადექონი და წარმოიქმნა დიდი ანთებადი სიმსივნე, რასაც დრო სჭირდება — არა ნაკლებ 24, 40, 45 და 50 საათისა. ასე რომ, აპენდიციტის ახალი შეტევის მომენტში ინფილტრატს ვერ აღმოაჩენთ. მას მოსინჯავთ მხოლოდ მეორე ან მესამე დღეს, როცა მისი მოცულობა მოიმატებს.

რაკი ინფილტრატის წარმოქმნას სჭირდება დრო, მოგახსენებთ ხაზგასმით, რომ სწორედ ამიტომაც იგი ფლეგმონურ ანთებას დაერთვის უფრო ხშირად და არა დესტრუქციულს. ისე არ გამიგოთ. თითქოს აპენდიციტის დესტრუქციული ფორმების შემთხვევაში არ ვხვდებოდეთ ინფილტრატის განვითარებას, ვხვდებით, მაგრამ გაცილებით ნაკლები პროცენტით. რატომ ხდება ასე? ფლეგმონური აპენდიციტის პათოლოგანატომიური სურათის აღწერისას აღვნიშნეთ, რომ ინფექცია, რომელიც მოხდება ლორწოვან გარსში, ჯერ იწვევს მის ანთებას, შემდეგ გადადის ლორწოვანქვეშა შემაერთებულქსოვილოვან შრეში, იქიდან გადაეცემა კუნთოვან გარსს და მის ქვეშედებარე სეროზულ გარსს, ე. ი. ანთებადი პროცესი თანდათან პროგრესირებს, რის პარალელურად ორგანიზმიც ასწრებს ანთების საპასუხო რეაქციის სახით ანთებადი ინფილტრატის

წარმოქმნას. რაც შეეხება პერფორაციას, იგი დესტრუქციული პროცესია, ვითარდება სწრაფად და ამდენად პათოლოგიური კერის ირგვლივ დაცვითი ბარიერის ორგანიზება ვერ ესწრება.

რა ბედი შეიძლება ეწვიოს ინფილტრატს? ამაზე ვრცლად ჭვემით გვექნება საუბარი. უმეტეს შემთხვევაში ანთებადი ინფილტრატი შეიწოვება. ის დიდი, ახალშობილი ბაბუშის თავისოდენა სიმსივნე, რომელსაც მოუსინჯავთ ავადმყოფს და რომელსაც უკავია მუცლის მთელი მარჯვენა ნახევარი, დროის განმავლობაში დაპატარავდება, განილევს და სულ გაქრება. მის გაქრობას დასკირდება თვე ან თვენახევარი, ზოგჯერ უფრო მეტიც. იმ პერიოდში, როდესაც დაახლოებით თქვენი ასაკის ვიყავი, ანთებადი ინ-



სურ. 9. პერიაპენდიკულარული ჩირქროვები.

ფილტრატი 85% შემთხვევაში შეიწოვებოდა, ხოლო 15%-ში აღინიშნებოდა ხოლმე მეორე გამოსავალი — მისი დაჩირქება, რომელსაც პერიაპენდიკულარი, ანუ პერიციკლური აბსცესი ეწოდება (სურ. 9); ამრიგად, ინფილტრატი ორი გამოსავალი ჰქონია. უმეტეს შემთხვევაში იგი შეიწოვება, ზოგჯერ კი — ჩირქდება. მაგრამ თანამედროვე პირობებში, როცა მძლავრი ანტიბიოტიკები — პენიცილინი და სტრეპტომიცინი, სიგამაიცინი და აურომიცინი გვაქვს, ინფილტრატის დაჩირქების პრო-

ცენტმა იკლო. თუ მანამდე, როგორც მოგახსენეთ, იგი ავადმყოფთა 15%-ს უვითარდებოდა, ახლა მხოლოდ 3—5%-მდე შემთხვევაშია მოსალოდნელი. ამრიგად, თქვენი მოღვაწეობის პერიოდში აპენდიკულარული ინფილტრატი ანტიბიოტიკების გამოყენებით, იშვიათი გამონაკლისის გარდა, უნდა შეიწოვოს.

დღეს ერთ სადემონსტრაციო მაგალითს წარმოგიდგენთ. მოზრდილი ინფილტრატი ანტიბიოტიკებისა და სხვა კონსერვატიული ღონისძიებების გამოყენების შედეგად შეიწოვა. ავადმყოფი გავწერეთ, ხოლო მოგვიანებით გავუკეთეთ ოპერაცია. იგი განიკურნა.

ვთხოვ ექიმ ლ. გძელიშვილს მოგვახსენოს ავადმყოფობის ისტორია.

ექ. ლ. გძელიშვილი: ავადმყოფი ჯ. მ., 36 წლის (ავადმყოფობის ისტორია № 7876), მოიყვანეს კლინიკაში სასწრაფოდ. მას ჰქონდა ილეოცეკალურ არეში სიმსივნური წარმონაქმნი, მწვევე ტკივილი და სიმძიმის შეგრძნება. ტემპერატურა 39°. როგორც ავადმყოფი გადმოგვცემდა, მას 6 წლის წინ დაწყებია ტკივილი ილეოცეკალურ არეში, მეორე დღეს ტკივილი გაინტენსიურებულა, დაწყებია სიცხიანობა, გულისრევა, პირღებინება. ექიმების რჩევის მიუხედავად, ავადმყოფმა არჩია სახლში მკურნალობა; ავადმყოფობის დაწყებიდან 48 საათის შემდეგ ილეოცეკალურ არეში შენიშნა სიმსივნური წარმონაქმნი, რომელმაც თანდათან მოიმატა, ზოგადი მდგომარეობა გაუარესდა. ავადმყოფი იძულებული გახდა კლინიკაში წამოსულიყო; მაჯისცემა აჩქარებული ჰქონდა. ილეოცეკალურ არეში ისინჯებოდა ახალშობილი ბავშვის თავისოდენა სიმსივნე — ანთებადი ინფილტრატი.

სისხლის ანალიზი: ჰემოგლობინი — 78, ერითროციტები — 4.220.000, ფერ. მაჩ. — 0,93, ედრ — 62, თრომბოც. — 270.080, ლეიკ. — 20.900, ახალგ. ფორმ. — 2, ჩხირ. — 4, სეგმ. — 60, ეოზინ. — 4, ლიმფოც. — 24. მონოც. — 6.

შარდის ანალიზი: პათოლოგიური ცვლილებების გარეშე. ავადმყოფს დაუენიშნეთ ანტიბიოტიკები: პენიცილინი და სტრეპტომიცინი, საგულე საშუალებები, კომპრესები ილეოცეკალურ არეში.

კონსერვატიული მკურნალობის შედეგად, რომელიც გაგრძელდა ორთვენახევარი, ინფილტრატის მოკულობა თანდათან შემცირდა, ტემპერატურა დაეცა, გაუმჯობესდა სისხლის სურათი. ავადმყოფმა დაიწყო სიარული და გაეწერა დროებით, სათანადო რჩევა-დარიგებით.

ავადმყოფი განმეორებით მოვიდა კლინიკაში ყრუ ხასიათის ტკივილით ილეოცეკალურ არეში. სათანადო მომზადების შემდეგ სპინური ანესთეზიის პირობებში (Sol. Novocaini 6%—2,0) ლენანდერის განაკვეთით გავუკეთეთ ოპერაცია. აღმოჩნდა, რომ ბადექონი ძვიდროდ იყო შეხორცებული ბრმა ნაწლავთან. ბადექონის შოცილების შემდეგ მოვნახეთ ცეკუმი თავისი დანამატით, რომელიც აღმოჩნდა ქალიან დეფორმირებული და შექმუხნილი. ქიანაწლავის ჯორჯალი ერთი ლიგატურით გადაეკვანძეთ და მოვკვეთეთ. ქიანაწლავი გავკულიტეთ ფუძესთან, გადაეკვანძეთ და ამოვკერეთ. ტაკვი დავამუშავეთ იოდით და ჩაეაბრუნეთ ქისისებურ ნაკერში, დავადეთ Z-ისებრი ნაკერი და პერიტონიზაცია გავაკეთეთ ქიანაწ-

ლავის ჯორჯლით. მუცლის ღრუ კონტროლის შემდეგ დავხურეთ შრეების მიხედვით კვანძოვანი ნაკერებით.

პრეპარატის დათვალეირებით აღმოჩნდა, რომ ჭიანჭლავე ძალიან დეფორმირებული იყო და გასქელებული კედელი ჰქონდა. განაკვეთზე ჭიანჭლავეის სანათურში აღინიშნებოდა განავალოვანი ქვები, ლორწოვანი გარსის ჰიპერემია.

ავადმყოფი კლინიკიდან განკურნებული გაეწერა.

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: როგორც რწმუნდებით, მოყვანილ შემთხვევაში ინფილტრატი განვითარდა შეტევის დაწყებიდან 48 საათის შემდეგ, იგი თანდათან გაიზარდა და, როგორც მკურნალმა ექიმმა მოგახსენათ, ახალშობილი ბავშვის თავისოდენა გახდა. ინფილტრატის შეწოვას დასჭირდა ორნახევარი თვე კონსერვატიული მკურნალობა, ხოლო, ყრუ ხასიათის ნარჩენი ტკივილის გამო, რომელიც ზოგჯერ მწვავედებოდა კიდევ, ავადმყოფი იძულებული გახდა საოპერაციოდ მოსულიყო. მას რომ დროულად მიემართა გამოცდილი ექიმისათვის, დაუდგენდნენ სწორ დიაგნოზს, გაუკეთებდნენ ოპერაციას და დროულადვე განკურნავდნენ.

წლის განმავლობაში კლინიკაში გაეცნობით ბევრ ავადმყოფს, რომელთაც ექნეათ მწვავე აპენდიციტის ყველა ფორმა — კატარული, ფლეგმონური, დესტრუქციული, ანუ პერფორაციული და განგრენული. ნახავთ ინფილტრატიან ავადმყოფებსაც. როდესაც მწვავე აპენდიციტის კლინიკურ სურათზე გვექნება მსჯელობა, შევეცდები წარმოვიდგინოთ ასეთი ავადმყოფებიც. აღნიშნული გარემოება გავალბებთ კარგად აითვისოთ ეს დაავადება. მე მოგახსენებთ, რომ ავადმყოფს სახეზე რომ შეხედავთ, უნდა ამოიცნოთ, თუ როგორი პათოლოგანატომიური ფორმის აპენდიციტი აქვს მას. ვთქვათ, ავადმყოფს აქვს აპენდიციტის კატარული ფორმა. თქვენ უნდა იცოდეთ, აპენდიქსის რომელ შრეშია ანთება და როგორი ხასიათისაა იგი. მართალია, ამ დროს ძირითადად ანთებადღაცვლილებები გამოხატული იქნება ლორწოვან გარსში, მაგრამ ეს ისე არ უნდა გაიგოთ, თითქოს სხვა შრეები მთლად ინტაქტური დარჩეს, რომ ლორწოვანი გარსის ქვეშედებარე შრემ სრულიად „არ გაიზიაროს“ ის „მწუსარება“, რაც მის მეზობელს ხვდა წილად. შეიძლება ლორწოვანქვეშა შრეში ისე არ გავრცელდეს ანთება, მაგრამ მეტნაკლებად ის ამ პათოლოგიური პროცესის მონაწილე მაინც გახდება. თუ აპენდიქსის ლორწოვანი გარსი არ არის მდიდარი ნერვული რეცეპტორებით, სამაგიეროდ ლორწოვანქვეშა შემაერთებული ქსოვილი მდიდარია მგრძნობიარე ნერვული დაბოლოებებით, რის გამოც ავადმყოფს ილეოცეკალურ არეში ტკივილი ექნება. როგორი იქნება ეს ტკივილი?

როდესაც ანთებადი პროცესი აპენდიქსის ყველა შრეზე ვრცელდება, ჩირქოვანი ექსუდატი პერიტონეუმის ღრუს აღწევს ან აპენდიქსის პერფორაცია ხდება და პერიტონეუმში ჩაიჭყევა ჩირქი, ავადმყოფს საშინელი ტკივილი ეწყება. ამ დროს ავადმყოფი კი არ კნენის, თავგანწირვით ყვირის, შველას ითხოვს. კატარული აპენდიციტის დროს ავადმყოფს ზომიერი ტკივილი ექნება, შეიძლება უეცრად დაეწყოს დამით და გამთლადიძონ. რაკი ექსუდატი, რომელიც აპენდიქსის სანათურში გამოყოფავს, ნაწილობრივ შეიწოვება ლიმფურ სისტემაში, ცხადია, ექსუდატთან ერთად შეიწოვება ტოქსინებიც, რაც გააღიზიანებს სხეულის ტემპერატურის მარეგულირებელ ცენტრს და ავადმყოფს აწევა სიცხე. სიცხე არ იქნება მაღალი — $37,4^{\circ}$, $37,5^{\circ}$, ე. ი. 38° -ზე ქვემოთ. იმის მიხედვით, თუ ანთებადი პროცესი რა სიფართოთ ჩაითრევს ქსოვილებს, რა ასაკისაა ავადმყოფი და როგორი ნერვული სისტემა აქვს მას, სხვადასხვა სიმძიმით გამოვლინდება აპენდიციტი. მაგალითად, მოხუცებულობაში დიდი რეაქცია არ იქნება. ქალის აპენდიციტუ ლფრო მშვიდად მიმდინარეობს, რადგან მისი პერიტონეუმის ღრუ საშვილოსნოსა და საშოს საშუალებით გარემოსთანაა დაკავშირებული და ამდენად გარე გაღიზიანებების მიმართ ადაპტირებულია. მაშასადამე პერიტონეუმის ღრუ კი პერმეტულადაა დახშული და ამიტომ იქ განვითარებული ანთება გაცილებით მძიმედ მიმდინარეობს. ეს ყველაფერი საყურადღებოა როგორც დიაგნოზის, ისე პროგნოზის მხრივ.

ანთებადი პროცესის პროგრესულობის შემთხვევაში, თუკი პროცესი გადალახავს ლორწოვანას, კუნთოვან შრეებს და მიუახლოვდება სეროზულ გარსს, ე. ი. უკანასკნელ ბარიერს, ამის შესახებ ორგანიზმი უმალ აუწყებს ცენტრალურ ნერვულ სისტემას, მაგრამ ეს იქნება საგანგაშო ცნობა, რასაც მოჰყვება პირღებინება. მაშასადამე, თუ ტკივილს დაერთო პირღებინება, ეს იმის ნიშანია, რომ ინფექცია მიუახლოვდა პერიტონეუმს. ამრიგად, აქედან სათანადო დასკვნა უნდა გამოიტანოთ. მაგრამ, რამდენად ხშირია ეს კატარული აპენდიციტის დროს? შემთხვევათა მხოლოდ 10—15%—ში, ე. ი. კატარულაპენდიციტიანი 100 ავადმყოფიდან ეს სიმპტომი გამოხატული ექნება 10 ან 15 ავადმყოფს. მაშ, რა ახასიათებს კატარულ აპენდიციტს? ზომიერი ტკივილი, ზომიერი ტემპერატურა და იშვიათი პირღებინება.

მაგრამ თქვენ იცით, რომ კლინიკისტები, კლინიკური მონაცემების გარდა, დიაგნოზის დადგენისათვის ვსარგებლობთ ლაბორატორიული ტესტებითაც, ისიც იცით, რომ ყოველგვარი ანთებადი პროცესის დროს სისხლის გარკვეული ელემენტები იცვლება რო-

ვორც რაოდენობით, ისე თვისებით, მატულობს ლეიკოციტების რიცხვი. მაგრამ ქე მინდა თქვენ ეს მექანიკურად კი არ დაიმახსოვროთ, არამედ ჩაწვდეთ არსს.

ლეიკოციტოზი ვითარდება სხვადასხვა ინფექციური, სეპტიკური, ჩირქოვან-ანთებადი და ტოქსიკური პროცესების დროს. ლეიკოციტოზის სიძლიერე, ერთი მხრივ, დამოკიდებულია ანთებადი პროცესის გამომწვევი მიკრობის ვირულენტობაზე და, მეორე მხრივ, ორგანიზმის ზოგადი მდგომარეობის, განსაკუთრებით კი მისი სისხლმბადა სისტემის ინდივიდუალურ რეაქციაზე. ახალგაზრდა ასაკში ეს რეაქცია, როგორც წესი, უფრო მკვეთრადაა გამოხატული. თქვენ შეხვდებით შემთხვევას, როცა ლეიკოციტების რიცხვი 40.000—50.000-ს აღწევს. ამასთან, სხვადასხვა პათოლოგიური პროცესის დიფერენცირებისას ყურადღება უნდა მიაქციოთ ლეიკოციტების რაოდენობასა და მორფოლოგიურ თავისებურებებს. ლეიკოციტების რიცხვის სწრაფი და მნიშვნელოვანი ზრდა მიუთითებს, ერთი მხრივ, დაავადების სიმძიმეზე — პროცესის ანთებად — ჩირქოვან ხასიათზე, ხოლო, მეორე მხრივ, სისხლმბადი ორგანოების მეტ რეაქციულ უნარიანობაზე.

ამის გარდა, გვევლება იცოდეთ, რომ ლეიკოციტების რაოდენობრივი ცვლილებები იშვიათია ერთდროულად ყველა სახის ლეიკოციტების ხარჯზე. უმეტესად იცვლება ერთი ან რამდენიმე სახის ლეიკოციტების რაოდენობა — მხოლოდ ნეიტროფილების ან მხოლოდ ლიმფოციტების. ამისდა მიხედვით ვხვდებით ნეიტროფილოზს, როცა მომატებულია ნეიტროფილების რაოდენობა, და ლიმფოციტოზს, ე. ი. ლიმფოციტების მომატებას. ამ შემთხვევაში დანტერესებული ვართ ლეიკოციტოგრამის პირველი ფორმით, ე. ი. ნეიტროფილურ-ეოზინოპენიური ტიპით. ამას ვხვდებით ჩირქოვან-სეპტიკური ინფექციების დროს — მწვავე აპენდიციტის დესტრუქციული ფორმების, სხვადასხვა წარმოშობის პერიტონიტის შემთხვევაში. ამ დაავადებისას სისხლს ახასიათებს ჰიპერლეიკოციტოზი, ნეიტროფილოზი, ბირთვოვანი ფორმულის მარცხნივ გადახრა, ლიმფოპენია, მონოციტოპენია და ეოზინოპენია, ანუ ანეოზინოფილია.

უმნიშვნელოდ გამოხატული ნეიტროფილია მცირე გადახრით მარცხნივ, ჩვეულებრივ, მიუთითებს ჩირქოვან-ანთებადი პროცესის იოლ მიმდინარეობაზე.

კატარული აპენდიციტისათვის დამახასიათებელია ზომიერი ლეიკოციტოზი.

ამგვარად, კატარული აპენდიციტის კლინიკური ნიშნებია: უმნიშვნელო ტყვილი და მტკივნეულობა (ეს ორი ცნება უნდა გა-

ნახვავით ერთმეორისაგან: ტკივილს ავადმყოფი თვითონ გრძნობს, ხოლო მტკივნეულობას ჩვენ ვიწვევთ მისი გასინჯვით), ტემპერატურის მომატება 38°-მდე, გულისრევა, იშვიათად პირღებინება და, როგორც აღენიშნეთ, ზომიერი ლეიკოციტოზი.

— რომ უკეთ დაიმახსოვროთ აპენდიციტის კატარული ფორმა, წარმოგიდგინთ ავადმყოფს და ვთხოვ ექიმ გ. ტაბატაძეს მოგვახსენოს ავადმყოფობის ისტორიის მონაცემები.

ექ. გ. ტაბატაძე: ავადმყოფი ქალი, ე. უ., 22 წლის (ისტ. № 2192), პროფესიით მკერავი, სასწრაფოდ მოიყვანეს კლინიკაში დილის 10 საათზე.

მას მწვავე ტკივილი განუვითარდა კლინიკაში მოსვლამდე 24 საათის წინ, რის გამოც იგი იძულებული იყო წოლილიყო, მიეღო ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები, მაგრამ ტკივილმა არ გაუარა, პირიქით, გაუინტენსიურდა, დაერთო გულისრევა და მოემატა ტემპერატურა, რის გამოც გამოიძახეს სასწრაფო დახმარების მანქანა.

მოყვანისას ავადმყოფი უჩიოდა ტკივილს ილეოცეკალურ არეში, ჰქონდა გულასრევა, ტემპერატურა — 37,5, მაჯისცემა — 98, რიტმული, ლოკალურად აღენიშნებოდა ძლიერი მტკივნეულობა ბრმა ნაწლავის არეში.

სისხლის ანალიზით აღმოჩნდა, რომ წითელი სისხლის მხრივ ცვლილებები არ იყო; ლეიკოც. — 12.500, ჩხირ. — 1, სეგმენტ. — 80, ეოზინოფ. — 1, ბაზოფ. — 0, ლიმფოც. — 10, მონოც. — 8.

კლინიკაში დავადგინეთ მწვავე კატარული აპენდიციტის დიაგნოზი და ავადმყოფი მოვამზადეთ საოპერაციოდ; გავუკეთეთ საგულე და ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები.

ადგილობრივი ანესთეზია გავაკეთეთ 200,0 1/4%-ანი ნოვოკაინით. მაკბურნეის 7—8 სმ სიგრძის განაკვეთით სათანადო შრეების გაკვეთის შემდეგ გავხსენით მუცლის ღრუ და ადვილად მოვინახეთ ბრმა ნაწლავი თავისი დანამატით, რომელიც ანთებად შეხორცებებში იყო. ქიანაწლავი გამოკვავით შეხორცებებისაგან, გავათავისუფლეთ თავისი ჯორჯლიდან ორი ლიგატურით, გავკვლიტეთ ფუძესთან და მოვკვეთეთ. ტაკვი დავამუშავეთ იოდით, ჩავაბრუნეთ ქისისებრ ნაკერში და მას დავაკერეთ მეზოაპენდიქსი. მუცლის ღრუში ჩავასხით ანტიბიოტიკება და დავხურეთ ყრუდ შრეების მიხედვით კვანძოვანი ნაკერებით.

წარმოდგენილია პრეპარატი: აპენდიქსი მთლიანად ჰიპერემიულია, სეროზულ გარსზე მოჩანს სისხლსავე სისხლძარღვები. კედელი ჩვეულებრივზე სქელია. განაკვეთზე აღინიშნება ლორწოვანი გარსის ჰიპერემია სეროზული გამონაყოფით, წერტილოვანი სისხლ-

ჩაქცევები და განავალოვანი ორი კენჭი. ერთ ადგილას განვითარებულია პურის მაჩვენებლის ოდენა დაწყულულებული კერა. პრეპარატი გადაგზავნილია ჰისტომორფოლოგიური შესწავლისათვის.

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: ამრიგად, ხედავთ, რომ მოყვანილ შემთხვევაში კატარული აპენდიციტის ტიპურ ფორმასთან გვაქვს საქმე, როცა მორფოლოგიურ ცვლილებებს მთლიანად შეესაბამება ავადების კლინიკური მიმდინარეობაც.

სრულიად სხვაგვარი კლინიკური სურათი გვექნება ფლეგმონური, ანუ ჩირქოვანი აპენდიციტის შემთხვევაში. ჩვენ უკვე ვიცით, რომ ამ დროს ანთებადი პროცესი ლორწოვანი გარსიდან გადასულია ლორწოვანქვეშა შრეზე, რომელიც ფაშარი შემაერთებული ქსოვილისაგან შედგება. იგი მდიდარია ლიმფური უჯრედებით, ლიმფური სისტემით, სადაც ხდება ტოქსინების უხვად შეწოვა, ამიტომაც ძლიერ ტკივილთან ერთად, რომელიც უფრო დიდ ფართობზე იქნება გამოხატული, აღინიშნება მალალი ტემპერატურა — 38,5°—39°-მდე.

როდესაც ჩირქოვან-ანთებადი პროცესი მიუახლოვდება უკანასკნელ შრეს — სეროზულ გარსს, ორგანიზმი მეტ რეაქციას იძლევა — გამოვლინდება პირღებინებაც, რომელიც ავადმყოფთა 60—70—80%—ს აქვს. მართალია, ასეთ ვითარებაში ორგანიზმი ერთგვარ თავდაცვით უნარს იჩენს — შემოფარგლავს პათოლოგიურ კერას, მაგრამ მას მეორე გამოსავალიც აქვს: იმ არეში, სადაც ჩირქი წარმოიქმნა, მივა ნაწლავის მარყუქვი, ბადექონიც, მაგრამ, შეიძლება ნაწლავის მარყუქვი ამ არეს მოსცილდეს და ჩირქი გადაიტანოს სხვა ადგილას. ხომ აქვს ნაწლავს ამის უფლება? უსათუოდ აქვს! მაგრამ ორგანიზმმა ამის ნება არ უნდა მისცეს. თუ ფიბრინი არ აღმოჩნდა ისეთი მტკიცე და ეს ადგილი ვერ გაამაგრა, სამაგიეროდ, ორგანიზმს აქვს სხვა დამცველი ძალა — მუცლის კუნთები, რომლებიც შეიკუმშებიან, გამაგრდებიან ფიცარივით. თქვენ იცით ფიზიოლოგიიდან, რომ გაღიზიანებული კუნთი იკუმშება, მოკლდება და მაგრდება. ამრიგად ილეოცეკალურ არეში კონტრაქტურაში მყოფი კუნთი იქნება და, როცა ხელს შეახებთ მას, მაშინვე გაიფიქრებთ. რომ ეს ჩვეულებრივი რამ არ არის. ვითარდება კუნთების დეფანსი—*défense musculaire*, რაც ისევე ორგანიზმის „ბრძნული“ საქციელია; ნაწლავები რომ არ წავიდ-წამოვიდეს და არ გააერცელოს ინფექცია, კუნთები მათ აკავენს ერთ ადგილზე. აი, რამდენად გონივრულია ორგანიზმი. ამის ცოდნა აუცილებელია. თუ თქვენ შეამჩნევთ კუნთების ამგვარ დაჭიმულობას ავადმყოფს, რომელსაც აპენდიციტის შეტევა ჰქონდა, უმაღ უნდა

გაფიქროთ, რომ წარმოიქმნა ფიბრინი. ამ არეში მივიდა ბადექონი და შეეწება მას, იქვე მივიდა წვრილი ნაწლავის მარყულებიც, ხოლო როცა ეს ორგანოები ერთმანეთს დაუკავშირდა, საჭირო გახდა მათი ერთ ადგილას ფიქსაცია, რასაც კუნთები აკეთებს. კუნთების ამ თვისებით ჩვენც ვსარგებლობთ. როდესაც დეფანსია გამოხატული ფიქრობთ, რომ უფრო სერიოზულადაა საქმე, ვიდრე კატარული აპენდიციტის დროს, ე. ი. ფლეგმონური ანთებაა. თუ სისხლს გასინჯავთ, აღმოაჩენთ მაღალ ლეიკოციტოზს ნეიტროფილოზით. თუ ავადმყოფს დაეწყო პერიტონიტი, აღინიშნება ორგანიზმის ძლიერი ინტოქსიკაცია — ეოზინოფილების რაოდენობა დაიკლებს ან სრულიად გაქრება. რას ნიშნავს ეს? კარგია ეოზინოფილების გაქრება სისხლში?

ს ტ უ დ ე ნ ტ ე ბ ი: არა!

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: დიახ, ეს ცუდის მაჩვენებელია. როდესაც სისხლში გამოჩნდება ნეიტროფილოზი და ანეოზინოფილია, ჩვენ ეს გვაშფოთებს. და, პირიქით, როდესაც მძიმე ავადმყოფს სისხლში ეოზინოფილი გამოუჩნდება, იმედი გვეძლევა, რომ ავადმყოფი გამობრუნდება. სისხლში ერთი ეოზინოფილის გამოჩენაც კი კლინიკურ გაუმჯობესებასთან ერთად სიკეთის მაჩვენებელია. სისხლის სურათის საიდუმლოებას ერთად არ მოგახსენებთ, ამჯერად დამიხსოვრეთ მხოლოდ, რომ, როდესაც ნეიტროფილები მატულობს და ეოზინოფილები ქრება, ეს მძიმე ჩირქოვანი პროცესის დამადასტურებელი ფაქტია. ფლეგმონური აპენდიციტის ტიპური კლინიკური მიმდინარეობით ჩვენთან დამის 3 საათზე მოიყვანეს ავადმყოფი, რომელსაც სასწრაფოდ გაუკეთა ოპერაცია მორიგე ექიმმა დოცენტმა ალექსი ქურციკიძემ, ამიტომ მასვე ვთხოვ მოკლედ მოგვახსენის ამ ავადმყოფის ისტორია.

დოც. ა. ქ უ რ ც ი კ ი ძ ე: ავადმყოფი ქალი შ. ა., 57 წლის (ისტ. № 9866), პენსიონერი; მოიყვანეს კლინიკაში სასწრაფო დახმარების მანქანით. მას ჰქონდა ძლიერი ტკივილი მთელი მუცლის არეში, უპირატესად მარჯვენა ნახევარში. გულისრევა, პირღებინება, ტემპერატურა — 39°.

როგორც გამოირკვა, ავადმყოფს სამი დღის წინ დაწყებია ძლიერი ტკივილი ილეოცეკალურ არეში. ამის გამო იგი შინაურების რჩევით საბლში მკურნალობდა სხვადასხვა მედიკამენტით. ტკივილს დაერთო გულის რევა, ტემპერატურის მომატება და პირსაქმება, რამაც ავადმყოფი აიძულა მიემართა ექიმისათვის.

მოყვანისას ავადმყოფის მდგომარეობა საშუალო სიმძიმის იყო: ჰქონდა ძლიერი ტკივილი მთელ მუცელში, სახე — შეწუხე-

ბული, ენა — შშრალი, შელესილი, ტემპერატურა — 39°, მაჯის-
ცემა — 110, საშუალო ავსებისა და დაქიმულობის, რიტმული,
მოძრაობა უჭირდა. გასინჯვით აღინიშნებოდა მტკივნეულობა მთე-
ლი მუცლის არეში. მარჯვენა ნახევარში გამოხატული იყო კუნ-
თების დაქიმულობა, მკვეთრად დადებითი ჰქონდა ბლუმბერგ-შჩეტ-
კინის სიმპტომი.

თეთრი სისხლის მხრივ აღინიშნებოდა: ლეიკოც. — 16.200,
ჩხირ. — 2, სეგმენტ. — 88, ეოზინ. — 0, ლიმფოც. — 2, მო-
ნოც. — 8. ამრიგად, გამოხატული იყო ლეიკოციტოზი ნეიტრო-
ფილოზითა და ანეოზინოფილიით. დავადგინეთ მწვავე აპენდიცი-
ტის დიაგნოზი და ავადმყოფი მოვამზადეთ საოპერაციოდ. დავამუ-
შავეთ საოპერაციო ველი, ავადმყოფს გავუკეთეთ საგულე და სა-
ნარკოზე საშუალებები. ადგილობრივი ანესთეზიისათვის გამოვი-
ყენეთ ნოვოკაინის 200.0 1/4 %-ანი ხსნარი. მუცლის ღრუ გავხსე-
ნით ლენანდერის განაკვეთით; აღმოჩნდა საშუალო რაოდენობით
მღვრიე ექსუდატი. ილეოცეკალური კუთხე მთლიანად დაფარული
იყო ჰიპერემიული და ფიბრინის სქელნადებებიანი ბადექონით,
რომლის მოცილების შემდეგ ნათელი გახდა, რომ საქმე გვექონდა
ფლეგმონურ აპენდიციტთან. აპენდიქსის მწვერვალის ირგვლივ პე-
რიაპენდიკულარული ჩირქგროვა შემოფარგლული იყო თქძოს ფო-
სოს გვერდითი და უკანა ზედაპირით. მუცლის ღრუ გავმიჯნეთ ტამ-
პონებით პათოლოგიური კერისაგან. მიზანშეწონილად ვცანით აპენ-
დიქსის რეტროგრადული გამოყოფა. ჭიანჭყლაფის აპიკალური ნაწი-
ლის ამოღების შემდეგ გავხსენით ჩირქგროვა და ამოვწმინდეთ.
ჩირქგროვის ღრუში ჩავასხით ანტიბიოტიკები, გავაკეთეთ აპენ-
დექტომია. აპენდიქსის ტაკვი დავამუშავეთ იოდით და ჩავაბრუნეთ.
ქისისებრ ნაქერში. პერიტონიზაცია გავაკეთეთ მეზოაპენდიქსით.
ჩირქგროვის ადგილას ჩავდეთ ღრენაჟი ანტიბიოტიკების ჩასასხმე-
ლად, მუცლის ღრუ გავკერეთ შრეების მიხედვით კვანძოვანი ნა-
ქერებით.

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: როგორც მოისმინეთ, ადგილობრივად საკ-
მალ მძიმე პათომორფოლოგიური ცვლილებები იყო გამოხატუ-
ლი, რამაც განაპირობა შესაფერისი კლინიკური სურათიც.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდზე მოგახსენებთ რამდენიმე დღის
მერე.

რაკი დღევანდელი სალექციო დრო ამოიწურა, ამაზე დავამ-
თავროთ საუბარი.

მომავალ შეხვედრამდე!

წინა ლექციაზე ზოგადად გვექონდა საუბარი აპენდიციტის ფლეგმონურ ფორმებზე და ამის შესაბამისი კლინიკური მასალაც ავადმყოფებისა და პრეპარატების სახით თქვენს წინაშე იყო წარმოდგენილი. ჩვენ ვთქვით, რომ ფლეგმონური აპენდიციტის დროს ჩირქი წარმოიქმნება აპენდიქსის სუბმუკოზურ და სუბსეროზულ შრეში. ამ დროს თავს იჩენს პერიტონეუმის ანთებად პროცესში ჩათრევის კლინიკური სურათი, ამ გარემოებას კი ორგანიზმი ძლიერი ინტენსიური ტკივილით პასუხობს, რომელიც დაიწყება სწრაფად და მას უმეტეს შემთხვევაში თან სდევს პირღებინება. მოგახსენებთ, რომ პირღებინება საგანგაშო სიგნალია, რითაც ორგანიზმი გაუწყებთ, რომ მუცლის ღრუში „ხანძარია“. ეს სიმპტომი ფლეგმონური აპენდიციტის შემთხვევათა 70%-შია გამოხატული, ჰიანაწლავის კატარულ ანთებას კი — 10—15%-ში სდევს თან.

კუნთების რიგიდობა, რომელიც ფლეგმონურ აპენდიციტს ახასიათებს, ექიმმა უნდა შეაფასოს მეტისმეტი სიფრთხილით, თითების ფაქიზი მოძრაობით, ისევე, როგორც ვირტუოზი-პიანისტი აკეთებს ამა თუ იმ ლირიკული ნაწარმოების შესრულებისას. ჭირურგიც პიანისტივით უნდა გრძნობდეს, თუ რა ძალა შეიძლება განავითაროს მან, რომ ამოიციოს კუნთების რიგიდობა. რა თქმა უნდა, თქვენ წლების პანძილზე ჩამოგიყალიბდებათ იმის სათანადო გამოცდილება, თუ როგორ შეაფასოთ დაავადების მორფოლოგიური ცვლილებები და მათი გაანალიზებით — კლინიკური მიმდინარეობა. უნდა ნახოთ ბევრი ავადმყოფი, შეისწავლოთ გულდასმით ყველა კლინიკური ნიშანი, ლაბორატორიული მონაცემები და შემდეგ, საბოლოოდ, საოპერაციო მაგიდაზე აღმოჩენილი მაკროსკოპული სურათი, ყველა მონაცემი დაუპირისპიროთ ერთმანეთს და გააკეთოთ სათანადო დასკვნა — სად შეცდით და სად იყავით სწორი. აი, ასე ჩამოყალიბდება ნამდვილი კლინიკისტი.

ჩემი თანამშრომლები გზადაგზა შეგასწავლიან, თუ როგორ უნდა გამოკითხოთ, როგორ გასინჯოთ ავადმყოფი. მაგალითად, მუცლის პალპაციას არასოდეს არ ვიწყებთ იმ არიდან, სადაც მოველით კუნთების დაქიმულობას: მისი საწინააღმდეგო მხრიდან ვაკეთებთ პალპაციას თანაბარი ზეწოლით და შევიგრძნობთ, რომ პათოლოგიის კერაში კუნთები დაქიმულია.

მაშასადამე, როგორც ვთქვით, ფლეგმონური აპენდიციტის შემთხვევაში, ტკივილისა და პირღებინების გარდა, გამოხატულია მესამე ნიშანი — დეფანსი. თუ რა მანძილზე იქნება გავრცელებული მუცლის ღრუში ანთებადი გამონაყოფი, ამის შესაბამისად აღი-

ნიშნება კუნთებს დაქიმულობაც. ცხადია, ანთებადი ექსუდატის შეწოვაზე ორგანიზმის რეაქციის გამო ტემპერატურა მიაღწევს 38,5—39°-ს, ხოლო სისხლში აღმოჩნდება მაღალი ლეიკოციტოზი, ზოგჯერ 30.000-მდე.

იმის მიხედვით, თუ რა ასაკისაა ავადმყოფი, მოხუცია თუ ახალგაზრდა; ქალია თუ კაცი, წარსულში ანთება გადატანილი აქვს თუ არა, გამოხატული იქნება ანთებად პროცესზე ორგანიზმის რეაქციაც. აღნიშნულ დეტალებს დიდი მნიშვნელობა აქვს.

კვლავ მოგაგონებთ, რომ ეოზინოფილებს განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ვაქლევთ. ნორმალურად ისინი 2—4% -ს შეადგენენ. ზოგიერთი პათოლოგიის დროს ეოზინოფილების რაოდენობა 20—40—80% -ს აღწევს, მაგალითად, პარაზიტული დაავადებისას, ზოგჯერ კი კლებულობს ან სრულიად ქრება. უკანასკნელ გარემოებას არა მარტო სადიაგნოზო, არამედ პროგნოზული მნიშვნელობაც აქვს. ეოზინოფილების გაქრობა სისხლში ნიშნავს, რომ ორგანიზმს ბრძოლის უნარი მნიშვნელოვნად აქვს დაქვეითებული. ამრიგად, როცა თქვენს პაციენტს ანეოზინოფილიას აღმოუჩინებთ, ხოლო შემდეგ სისხლის ანალიზში ეოზინოფილი გამოჩნდება, ეს გაგახარებთ. თუ შეაჯამებთ ყველა მონაცემს, ღლეოცეკალურ არეში ტკივილის მწვავედ დაწყებას, მტკივნეულობას, პირღებინებას, ტემპერატურის მომატებას, კუნთების კონტრაქტურას, სისხლში ლეიკოციტოზს და ფორმულის მარცხნივ გადახრას — ფლეგმონური აპენდიციტის დიაგნოზის დადგენა არ გაგიძნელებათ.

მწვავე აპენდიციტის დესტრუქციულ ფორმებს მიეკუთვნება პერფორაციული და განგრენული აპენდიციტი — ყველაზე საშიში, ყველა ფორმაზე მძიმე და, ამრიგად, ყველაზე საპასუხისმგებლო.

მოგეხსენებათ, რომ მწვავე მუცლის ქირურგიაში საათები წყვეტს ავადმყოფის ბედ-იღბალს. თქვენთვის რომ ეს ნათელი გახდეს, უფრო ზუსტად მოგახსენებთ: პირველი 6 საათის განმავლობაში ყველა პირობის დაცვით შესრულებულმა ოპერაციამ, თუნდაც იგი გაკეთებული იყოს პერფორაციული აპენდიციტის გამო, ხიკვდილიანობა არ უნდა გამოიწვიოს.

12 საათის განმავლობაში სიკვდილიანობა 1—2% -ს უდრის. 18 საათის განმავლობაში ეს პროცენტი რამდენადმე იზრდება, 24 საათში 10—12% -ს უტოლდება, ამაზე გვიან კი შეიძლება 100% -ს მიაღწიოს. აქედან გამომდინარე, რაც ადრე დავადგენთ დესტრუქციული აპენდიციტის დიაგნოზს და რაც ადრე გავაკეთებთ ოპერაციას, მით უკეთესია მკურნალობის შედეგი. მე მოგახსენებთ უკვე, რომ წარსულში არსებობდა ასეთი თქმა: „მწვავე მუცლის შემთხვევებში მზის ჩასვლას ნუ დაუცდით და, თუ მზე ჩასულია, მის

ამოსვლას ნუ დაელოდებით“, ე. ი. თუ ღამით დაადგენს ექიმი მწვავე მუცლის დიაგნოზს, ოპერაცია უნდა გააკეთოს ღამე, თუ დღე — ნუ დააღამებს. ეს გამოთქმა ჩვენი სინამდვილისათვის შეუფერებელია. გიმეორებთ, რომ დღე-ღამეს კი არა, ამ დროს საათებს აქვს მნიშვნელობა. ჩვენ გვაქვს საშუალება, სადაც არ უნდა იყოს, ხევსურეთსა თუ სვანეთში, ავადმყოფს დროულად აღმოუჩინოთ დახმარება. ყველგან არის ექიმი, რომელმაც ეს საქმე იცის, და სათანადო ტრანსპორტიც, რომლითაც ავადმყოფს დროულად გადაიყვანენ დანიშნულ ადგილას.

რა ნიშნებია დესტრუქციული, კერძოდ პერფორაციული აპენდიციტის შემთხვევაში? გასაგებია, რომ ამ დროს ინფექციამ უკვე პერიტონეუმის ღრუში გააღწია, რადგან აპენდიქსის კედლის მთლიანობა დარღვეულია, ამიტომ ავადმყოფს დაეწყება უეცარი ტკივილი. თქვენ გაგიგონიათ, ასეთ ტკივილს ხანჯლის ჩაცემით გამოწვეულ ტკივილს ადარებენ. ამის თქმით იმის დადასტურებაა საჭირო, რომ ეს აუტანელი ტკივილია, რომელსაც უმაღლეს მოპყვება პირღებინება, მუცლის პრესის დაჭიმვა არა მარტო ილეოცეკალურ არეში, არამედ მთლიანად. მაგრამ თუ თქვენ ძალიან გამოცდილი ხელი და თითები გაქვთ, მიხვდებით, დეფანსი სადაა მეტი ინტენსივობით გამოხატული — ზემო თუ ქვემო სართულში, მარჯვნივ თუ მარცხნივ, რითაც მიიტანთ ექვს კუჭის, თორმეტგოჯას, ნაღვლის ბუშტის ან აპენდიქსის პერფორაციაზე? ე. ი. „გამოცდილი თითი“ მუცლის პრესის დაჭიმულობის ფონზე შეძლებს განსაზღვროს, რომელი ორგანოს პერფორაცია მოხდა, რადგან ზოგადი დეფანსის ფონზე, პათოლოგიური კერის შესაბამის ადგილას, კუნთების დაჭიმულობა უფრო მკვეთრად იქნება გამოხატული. დიაგნოსტიკაში დიდ როლს ასრულებს ავადმყოფის სახის გამომეტყველება — ჰაბიტუსი. ხშირად გამოცდილი ექიმი შეხედავს ავადმყოფს სანეზე და ამოიცნობს, რომ ეს პიროვნება დაავადებულია ავთვისებიანი სიმსივნით — კიბოთი, რადგან ასეთ ავადმყოფებს სპეციფიკური ფერი გადაჰკრავთ, ასევე ადვილად ამოიცნობს პერიტონიტიან ავადმყოფსაც. მოგეხსენებათ, ამ ავადმყოფთა სახე თითქოს ორ სართულადაა გაყოფილი — ჩავარდნილი და შეწუხებული თვალები; წაწვეტებული ცხვირი, უსიამო ღიმილი — ე. წ. პიპოკრატეს მიერ აღწერილი სახე — facies hypocratica. გარდა ამისა, ყურადღებას იქცევს ხოლმე ავადმყოფის მდებარეობა საწოლში; ზოგიერთი დაავადების დროს ავადმყოფი ტრიალებს საწოლში — ერთ ადგილას ვერ ჩერდება, ზოგჯერ, კონკრეტულად პერიტონიტის შემთხვევაში, ზურგზე წევს, ფეხები მოხრილი აქვს და ცდილობს არ გაინძრეს.

ამგვარად, რომ დავაკონკრეტოთ პერფორაციული აპენდიციტის

კლინიკური ნიშნები, უნდა აღინიშნებოდეს საწოლში იძულებითი მდებარეობა, ჰაპოკრატეს სახე, ძლიერი ტკივილი, გავრცელებული დეფანსი, პირღებინება, ლეიკოციტოზი ნეიტროფილოზით, ანეოზინოფილია. როგორც ხედავთ, აღნიშნული კლინიკური სურათით შეგვიძლია განვასხვაოთ დესტრუქციული აპენდიციტი კატარული და ფლემონური აპენდიციტისაგან.

პერფორაციული აპენდიციტის დაგვიანებული შემთხვევის შესახებ მოგახსენებთ დოც. რ. ქუმსიაშვილი, რომელმაც მიიღო ასეთი ავადმყოფი და ოპერაციაც გაუკეთა.

დოც. რ. ქუმსიაშვილი: დამის 11 საათზე სასწრაფო დახმარების მანქანით მოიყვანეს 75 წლის ავადმყოფი ქალი ს. ბ. მწვავე მუცლის დიაგნოზით. (ისტ. № 618/26). მახლობლების გამოკითხვით გამოიჩინა, რომ კლინიკაში მოყვანამდე ხუთი დღის წინ ავადმყოფს დაწყებია ტკივილი მუცლის მარჯვენა ნახევარში. შინაურებს ტკივილი აუხსნიათ ნაწლავთა უმოქმედობით — ყაბზობით, რის გამოც ორჯერ გაუკეთებიათ ოყნა. მართალია, ნაწლავთა მოქმედება გამოუწვევიათ, მაგრამ მალე ავადმყოფს დაწყებია მთელი მუცლის უეცარი ძლიერი ტკივილი, გულისრევა და პირღებინება, ტემპერატურა ასწევია 39°-მდე. ზოგადი მდგომარეობის მკვეთრად გაუარესების შემდეგ დაავადების მეხუთე დღეს ავადმყოფი მოიყვანეს ჩვენს კლინიკაში.

მოყვანისას ავადმყოფი მძიმე მდგომარეობაში იყო, ჰქონდა პირღებინება, ტემპერატურა 39,8°, მუცელი — დიფუზურად შებერილი, აღენიშნებოდა კუნთების მკვეთრი კონტრაქტურა, ბლუმბერგ-შროტკინის დადებითი სიმპტომი; სისხლში ლეიკოციტოზი — 25.000, ნეიტროფილოზი — 98%, ანეოზინოფილია.

დავადგინეთ პერფორაციული აპენდიციტის დიაგნოზი გართულებული ზოგადი პერიტონიტით. ავადმყოფი მოვამზადეთ საოპერაციოდ და ზოგადი ინტუბაციური ნარკოზის პირობებში გავხსენით მუცლის ღრუ. აღმოჩნდა დიდი რაოდენობით ჩირქი — ნაწლავის ჩხირისათვის დამახასიათებელი სუნით, სქელი ფიბრინის ნადებები, ელექტროსაქაჩით ჩირქოვანი სითხის ამოქაჩვის შემდეგ დავათვალიერეთ მუცლის ღრუ. გამოიჩინა, რომ პათოლოგიური პროცესი, როგორც წინასწარ ვვარაუდობდით, კონცენტრირებული იყო ილევოცეკალურ არეში, ბრმა ნაწლავი და თემოს ნაწლავის დისტალური ნაწილი — შეშუპებული, აპენდიქსი — ძალიან გამსხვილებული, მისი ჯორჯალი — ანთებითად შეშუპებული, ფიბრინის ნადებებით დაფარული. მის ფუძესთან. ე. ი. მსხვილ ნაწლავთან შეერთების ადგილას აღინიშნებოდა პერფორირებული ხვრელი, რომელიც დახშული იყო სიმინდის მარცვლისოდენა განავალოვანი კენჭით. პა-

თოლოგიური კერა შემოვფარგლეთ, აპენდიქსი გამოვყავით ჭორჭ-
ლისაგან სამი ლიგატურით. აპენდიქსის შერჩენილი კედელი მოვ-
კვეთეთ და ტაკვი პერფორირებულ ზერელთან ერთად ჩაეაბრუნეთ
წინასწარ დადებულ ქისისებრ ნაკერში. ბრმა ნაწლავს დავადეთ
დამატებითი სერო-სეროზული ნაკერები, გავაკეთეთ პერიტონიზა-
ცია მეზოაპენდიქსით. მუცლის ღრუ კვლავ გავაკონტროლეთ, ჩა-
ვასხით ანტიბიოტიკები, ღრენაეების ჩატოვების შემდეგ მუცლის
ღრუ დავხურეთ ყრუდ, ორივე საზარდულის არეში ჩავდეთ ღრენ-
აეები ანტიბიოტიკების შესაყვანად, ოპერაციის მსვლელობისას
და მის შემდეგ ავადმყოფს გადავუსხით სისხლი, პოლიგლუკინი,
დავუნიშნეთ საგულე საშუალებები, სიგამაციანი.

ზემოაღნიშნული ნათლად ადასტურებს თუ რაოდენ მძიმე,
მორფოლოგიურად შეუქცევადი ცვლილებები ვითარდება დეს-
ტრუქციული აპენდიციტის დაგვიანებულ შემთხვევებში. ვინ არის
დამნაშავე? უთუოდ ავადმყოფის ოჯახის წევრები, რომელთაც
დროულად არ მიმართეს ექიმს და ავადმყოფს თვითონ დაუწყეს
მკურნალობა. უნდა ვიფიქროთ, რომ 75 წლის ქალს მწვავე აპენ-
დიციტი ჰქონდა, ორჯერ გაკეთებულმა ოყნამ ხელი შეუწყო პერ-
ფორაციის განვითარებას, რასაც შემდეგში მოჰყვა დიფუზური პე-
რიტონიტი. ამ დილისათვის ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა
უკეთესია. მიუხედავად ამისა, წინასწარ შეგვიძლია ვივარაუდოთ,
რომ ავადმყოფი განწირულია, დიფუზური ჩირქოვანი პერიტონი-
ტი, მისი ასაკის ფონზე, სიცოცხლესთან შეუთავსებელია. ყოველ
შემთხვევაში მკურნალმა ექიმმა ავადმყოფს ყურადღება არ უნდა
მოაკლოს და, ჩირქოვან ინფექციასთან ბრძოლის გარდა, აქტიური
ღონისძიებები მიიღოს გულ-სისხლძარღვთა და სასუნთქი ორგა-
ნოების გართულებათა პროფილაქტიკისათვის.

ამრიგად, თუ ყველაფერი, რაც მოვახსენეთ, თეორიულად და
პრაქტიკულად კარგად აითვისეთ, თუ ერთხელ მაინც ნახეთ პერ-
ფორაციულაპენდიციტიანი ავადმყოფი, გულდასმით მოუსმინეთ
დაავადების დასაწყისს, გაუხინჯეთ ავადმყოფს მუცელი, დააკვირ-
დით მის სახეს, საწოლში მდებარეობას, სათანადოდ შეაფასეთ
სისხლის სურათი, ეს ისე აღიბეჭდება თქვენს მეხსიერებაში, რომ
მეორედ თუ შეგხვდებით ასეთი ავადმყოფი, ადვილად დაუდგენთ
დიაგნოზს.

რა თქმა უნდა, დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა შეიძლება არ
ჰქონდეს იმის დადგენას, აპენდიქსის პერფორაციასა თუ განგრე-
ნასთან გეგნებათ საქმე, რადგან ორივე შემთხვევაში სეროზული
გარსი ინფექციისათვის გამავალი იქნება — ერთ შემთხვევაში ინ-
ფექციისათვის კონკრეტული საერთოდ ღიაა, ხოლო მეორე შემთხვევაში

კედელი ისეა შეცვლილი განგრენული პროცესით, რომ ინფექცია თავისუფლად გააღწევს პერიტონეუმში. მაგრამ მაინც ისმის კითხვა — შეიძლება თუ არა ამ ორი ფორმის ერთმანეთისაგან გარჩევა? უნდა მოგახსენოთ, რომ არსებობს მეტად ფაქიზი ნიშნები, რომელთა მიხედვით კლინიკურ ქირურგიაში დაოსტატებულ ექიმში იტყვის — საქმე ეხება პერფორაციულ, თუ განგრენულ აპენდიციტს. მიუხედავად იმისა, რომ ორივე შემთხვევაში ყველა ნიშანი: ტკივილი, პირღებინება, მუცლის კუნთების დაკიმულობა, ტემპერატურა, სისხლის ცვლილებები ერთნაირადაა გამოხატული, განგრენული აპენდიციტის დროს დამატებით იწყება შემცივნება. შემცივნება ხდება იმის გამო, რომ ორგანიზმში შეიწოვება დაშლილი ქსოვილის პროდუქტები. მოგეხსენებათ, განგრენულ პროცესს თან სდევს დანეკროზებული, დაშლილი ქსოვილის შეწოვა, რაც იწვევს შემცივნებას, ამას კი მოსდევს ტემპერატურის მომატება. მაშასადამე, დესტრუქციული აპენდიციტის დროს, თუ ყველა სიმპტომთან ერთად შემცივნებაცაა გამოხატული, ეს იმის ნიშანია, რომ განგრენული აპენდიციტია. ამის გარდა, პერფორაცია უფრო სწრაფად იწყება, ელვისებურად, ხოლო განგრენული აპენდიციტის განვითარებისათვის გარკვეულმა დრომ უნდა გაიაროს. ამგვარად, თუ გექნებათ ავადმყოფზე დაკვირვების დრო და დინამიკაში აღევნებთ თვალყურს დაავადების განვითარებას, უსათუოდ შეძლებთ დესტრუქციული აპენდიციტის ფორმების ერთმანეთისაგან განსხვავებას. როგორ უნდა უმკურნალოთ მწვავე აპენდიციტს? სხვადასხვა პერიოდში აღნიშნული საკითხი სხვადასხვაგვარად იდგა. პირველ ხანებში რეკომენდებული იყო დაცვა შეტევის დაწყებიდან 24—48 საათამდე, შემდეგში აღნიშნული ვადა შემცირდა 12—24 საათამდე, ამჟამად კი მწვავე აპენდიციტის დროს არც ერთ წუთს აღარ ვიცდით. ყველა შემთხვევაში, გავლილი დროის მიუხედავად, ვაკეთებთ ოპერაციას, ერთი გამონაკლისის — აპენდიკულარული ინფილტრატის გარდა.

ამის შემდეგ მინდა გესაუბროთ აპენდიციტის შორეულ გართულებებზე, რადგან, ადგილობრივად განვითარებული ინფილტრატისა და პერიაპენდიკულარული ჩირქგროვის გარდა, შეიძლება შეეზღდეთ მწვავე აპენდიციტის შორეულ გართულებებსაც — იმავე ჩირქგროვების სახით, მაგრამ აპენდიქსიდან მოშორებულ უბნებში. ამასთან ეს ჩირქგროვები შეიძლება აპენდიციტს პირველ ხანებშივე დაერთოს ან ოპერაციის შემდეგ წარმოიქმნას.

პირველ რიგში მინდა თქვენი ყურადღება მივაქციო ღუგლასის ორმოს ჩირქგროვას. უსათუოდ გეცოდინებათ, თუ სად მდებარეობს

რეობს ეს ორმო ან რა ორგანოთა შორისაა ის მოთავსებული ქა-
ლებსა და მამაკაცებში?

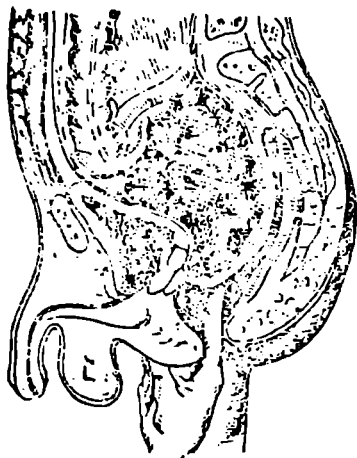
ს ტ უ დ ე ნ ტ ე ბ ი: ქალს ღუგლასის ორმო აქვს სწორ ნაწ-
ლავსა და საშვილოსნოს შორის, ხოლო მამაკაცს — შარდის ბუშტ-
სა და სწორ ნაწლავს შორის.

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: მართალია, აღნიშნულ ორმოში შესაძლებე-
ლია სიმძიმის ძალით ჩააღწიოს ანთებადმა ექსუდატმა, რომელიც
დაჩირქდება და გამოიწვევს ჩირქისათვის დამახასიათებელ კლი-
ნიკურ სურათს.

თქვენ კარგად იცით დიაგნოსტიკიდან ტემპერატურის სახეები.
მაგრამ გზადაგზა ნასწავლის გახსენება და გამეორება მიგაჩვევთ
სწრაფ აზროვნებას კლინიკურ ქირურგიაში. ჩირქისათვის დამახა-
სიათებელი სიცხე-ჰექტიური ხასიათისაა. რას ნიშნავს ჰექტიური
სიცხე? ეს ნიშნავს, რომ დილას სიცხე ნორმალურია, შემდეგ თან-
დათან მატულობს და მალე ციფრებს აღწევს. ეს ჩირქოვანი ტემ-
პერატურაა და არა მარტო ჩირქოვანი, არამედ ზოგიერთი სხვა
პათოლოგიის დამახასიათებელიც, რაზეც შემდეგ მოგახსენებთ.
საყურადღებოა, რომ სიცხის მომატებას წინ უსწრებს შემცივნება.
შემცივნება მეტად ფაქიზი სიმპტომია და ექიმმა გულდასმით უნდა
გამოკითხოს ავადმყოფს ამის შესახებ. ზოგიერთ ავადმყოფს ისე
ძლიერ შეამცივნებს, რომ ვერავითარი საშუალებით ვერ გათ-
ბება: შემოიწყობს სათბურებს, დაიხურავს რაძდენიმე საბანს, მაგ-
რამ ამაოდ. ზოგს კი ხელ-ფეხი გაუცივდება, მსუბუქი ქრუანტელი
დაუვლის. ამრიგად, შემცივნება სხვადასხვა დონით გამოვლინდება,
რაც ექიმმა სათანადოდ უნდა შეაფასოს. მაშასადამე, შემცივნებას,
როგორც აღნიშნეთ, მოჰყვება ჰექტიური ტემპერატურა, ხოლო
ტემპერატურის დაწვევის შემდეგ ავადმყოფს ეწყება ძლიერი ოფლი-
ანობა. ასე რომ, როდესაც აპენდიციტიან ავადმყოფს ოპერაციის
შემდეგ დასჩემდება სიცხიანობა, უნდა იფიქროთ, რომ სადღაც
ჩირქგროვა განვითარდა, უმეტესად ღუგლასის ორმოში. შორეული
ჩირქგროვებიდან სიხშირის მხრივ ღუგლასის ორმოს ჩირქგროვას
პირველი ადგილი უკავია, ამიტომ პირველ რიგში ამ ლოკალიზაციის
ჩირქგროვაზე უნდა მიიტანოთ ეჭვი. თუმცა აქვე უნდა მოგახსენოთ,
რომ ასეთივე კლინიკურ სურათს ქმნის ნაწლავთაშორისი აბსცე-
სიც, ლეიქისა და სუბდიაფრაგმული არის ჩირქგროვაც. მაშ, რო-
გორ ამოვიცნოთ, თუ სადაა დაგროვილი ჩირქი? რა დამატებითი
ნიშნები შეიძლება ჰქონდეს ავადმყოფს ღუგლასის ორმოში ჩირქ-
გროვის შემთხვევაში?

რაკი ვიცით, რომ ღუგლასის ორმო მამაკაცს შარდის ბუშტსა
და სწორ ნაწლავს შორის აქვს, ხოლო ქალს — საშვილოსნოსა და

სწორ ნაწლავს შორის, შეუძლებელია, რომ ამ ორგანოების მხრივ რაიმე ცვლილებებმა არ იჩინოს თავი აღნიშნულ არეში ჩირქის დაგროვების დროს, წაგალითად, შარდვის გახშირებამ — დიზურეულმა მოვლენებმა. პოგეხსენებათ, რომ ნორმალურად ადამიანი დღეში ორ-სამჯერ შარდავს, ამ შემთხვევაში კი იწყებს ხშირად შარდავს, ამასთან ცოტა წვაც ექნება. ყურადღებას მიიქცევს სწორი ნაწლავის ფუნქციის მოშლა, რადგან მის ლორწოვან გარსს გალიზიანებს მეზობლად მიმდინარე ჩირქოვანი პროცესი. აღნიშნება ტენეზმები, ხშირად გარეთ გასვლა ლორწონარევი განავლით. ქალებს ექნებათ საშვილოსნოდან გამონადენი, რომელიც იქამდე არ ჰქონიათ. აღნიშნული მოვლენები უსათუოდ გაფიქრებინებთ დუგლასის ორმოს



სურ. 10. დუგლასის ორმოს ჩირქგროვა.

ჩირქგროვაზე, მაგრამ ამ ექვს განმტკიცება დასჭირდება. ამისათვის ასეთი ავადმყოფი სწორი ნაწლავიდან უნდა გასინჯოთ ხელთათმანიანი თითით; ამ დროს შეიგრძნობთ სითხის ტალღას—ფლუქტუაციას, ე. ი. თქვენი თითი „დაადგენს“ დუგლასის ორმოს ჩირქგროვის დიაგნოზს (სურ. 10). რაკი ჩირქი აწვება სწორ ნაწლავს, ამიტომ მისი კედელი გამოიბერება და შეხებით ეს ადგილი მტკივნეულიც იქნება. ავადმყოფ ქალს საშოდან გასინჯავთ და უკანა თაღში შეიგრძნობთ გამობერილობას, ნტკივნეულობასა და ფლუქტუაციას, რაც განამტკიცებს თქვენს ექვს დუგლასის ჩირქგროვის არსებობაზე.

ამრიგად, ავადმყოფობის დაწყებისა და ოპერაციის შემდგომი პერიოდის მიმდინარეობის სათანადო ანალიზით ამ გართულების დიაგნოზი ყველა ჩამოთვლილი ნიშნის მიხედვით უნდა დაადგინოთ. მაგრამ საეხებით რომ დარწმუნდეთ ამ გართულების კეშმარიტებაში, საჭიროა ჩირქის აღმოჩენა. ამიტომ გრძელ და მსხვილ სტერილურ ნემსს, თითის მიყოლებით, შეიტანთ სწორ ნაწლავში, უჩხვლელტ ჩირქგროვის ადგილას, გამოწვეთ დგუშს და მიიღებთ ჩირქოვან მასას. დათესავთ მას და დაადგენთ, თუ რომელმა მიკრობმა გამოიწვია დაავადება და მისი გართულება. მართალია, ზოგ-

ვერ დაუთესავადაც ძალგვიძს დავასახელოთ მიკრობის სახე. ქირურგი გრძნობის თითქმის ყველა ორგანოს იყენებს, მათ შორის ყნოსვისასაც, რაც 95%-ში გვიდასტურებს ნაწლავის ჩხირის არსებობას, რომელსაც მეტად მყრალი სუნის აირების გამოყოფა ახასიათებს.

რაც შეეხება ღუგლასის ორმოს ჩირქგროვის მკურნალობას. ამაზე ერთი აზრია: ჩირქი უნდა გამოვუშვათ ოპერაციული გზით, ე. ი. გაკვეთით. ზოგიერთი ჩირქგროვისას, მაგალითად, სარძევე ჭირკვლის ჩირქგროვის დროს (მასტიტი) შეგვიძლია ჩავატაროთ მკურნალობა დაზურული წესით — პუნქციით, გამოვუშვათ ჩირქი და შევიყვანოთ პენიცილინი, რითაც დავზოგავთ ღედასა და ბავშვსაც, რადგან ის არ მოწყდება ძუძუს. ღუგლასის ორმოს ჩირქგროვა უთუოდ საოპერაციოა, მაგრამ, როგორ? ყოვლად დაუშვებელია ის წინიდან, მუტლანამხრივი მიდგომით გაკვეთით იმიტომ, რომ თუ ის შემოფარგლული ადგილი, სადაც ჩირქია, წინიდან გაქვრით, ჩირქს გაავრცელებთ მუცლის ღრუში. მართალია, ღუგლასის ჩირქგროვაც პერიტონიტია, მაგრამ, როგორი?

ს ტ უ დ ე ნ ტ ე ბ ი: ადგილობრივი!

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: დიახ, ადგილობრივი, შემოსაზღვრული, რომელიც თქვენი არასწორი მოქმედებით ზოგადად არ უნდა გადააქციოთ — ეს იქნება უხეში შეცდომა. მაშასადამე, ჩირქს გამოსავალი უნდა მივცეთ ქვემოდან, თუ მამაკაცია — სწორ ნაწლავს გავაფართოებთ, შევიტანთ ნემსს, ვუჩხვლეტთ და მივიღებთ ჩირქს, ნემსს უკან არ გამოვიღებთ, ეს ქირურგის მოუთმენლობა და დაუშვებელი საქციელი იქნება. თითს გავაყოლებთ სკალპელს და, სადაც ნემსია, იქვე გავკვეთავთ ჩირქგროვას. გადმოვა მყრალსუნნიანი სქელი კონსისტენციის ჩირქი. განაკვეთში უკეთესია მსხვილი რეზინის დრენაჟის დატოვება, რათა კრილობამ მალე არ შეიკრას პირი. ტამპონის ჩატოვებას არ გიორჩევთ, რადგან იგი დაახშობს კრილობას და ჩირქი კვლავ დაგროვდება.

ვფიქრობ, თქვენი ყურადღება მიიპყრო იმ გარემოებამ, რომ ჩვენ ვკვეთავთ სწორი ნაწლავის კედელს, ე. ი. ისეთ ორგანოს, რომელიც შეიცავს განავალს, ის კი შეიძლება შევიდეს ღუგლასის ორმოში და გავრცელდეს ზევითაც. ამიტომ ვცდილობთ, რომ კრილობაში ჩავდგათ მისი თანაზომიერი დრენაჟი. მაგრამ ამის გამოზომვა, კრილობისა და დრენაჟის სიდიდის ურთიერთშეფარდება მხოლოდ გამოცდილ ხელსა და ტვინს ძალუძს. თუ ეს გართულება ქალს აქვს, უკეთესია და ტექნიკურადაც მოსახერხებელი გავკვეთოთ უკანა თალი. ყველა თქვენგანს შეუძლია ამის გაკეთება საშვილოსნოს ყელზე მაშების დადებით, როგორც გინახავთ ბევრჯერ გინეკოლო-

გიაში აბორტის დროს; გამოჩნდება ჩამოწეული თაღი, გაკვეთავთ მას და წამოვა ჩირქი. მაგრამ ასე ვაკეთებთ მაშინ, როცა ქალი გათხოვილია, ე. ი. როცა საქალწულე აკი დარღვეულია. მაგრამ თუ საქალწულე აკი მთელია, ამას ერიდება პაციენტიცა და ექიმიც. მაშასადამე, ამ ვზით ჩირქგროვის გახსნა საფიქრებელი საკითხია. თუ ეს გარდუვალია და სიკვდილ-სიცოცხლის საკითხი დგას, საქალწულე აკი უნდა შესწიროთ და საქმის კურსში ჩააყენოთ პაციენტი, მისი მშობლები, მახლობლები, შემდეგში კი დაგვირდებით სათანადო ცნობის გაცემა. თანამედროვე პირობებში შეიძლება საქალწულე აკის აღდგენა. ჩვენც გვეჩინია ასეთი შემთხვევები, როცა ოპერაციის დროს იძულებული გავხდით დაგვერღვია საქალწულე აკი და კვლავ აღგვედგინა მისი მთლიანობა ქირურგიული წესით.

ასეთია დუგლასის ორმოს ჩირქგროვის კლინიკური მიმდინარეობა, მისი მკურნალობა და მკურნალობასთან დაკავშირებული ზოგიერთი იურიდიული მხარე.

მეორე ადგილი, სადაც შეიძლება ჩირქგროვა განვითარდეს, სუბდიაფრაგმული სივრცეა. თუ დუგლასის ჩირქგროვის დიაგნოზის დადგენა, როგორც დაინახეთ, სათანადო გამოცდილების მქონე კლინიკისტიისათვის არ არის ძნელი და ამდენად მისი ამოცნობა არ უნდა გაუჭირდეს, სუბდიაფრაგმული აბსცესის ამოცნობა გაცილებით ძნელაა.

მაგრამ, როდესაც შესაფერისი კლინიკური სურათი გექნებათ და დუგლასის ორმოს სათანადო შემოწმება მის ჩირქგროვას გამოირიცხავს, მაშინ უნდა ივარაუდოთ სუბდიაფრაგმული სივრცის აბსცესი. ვფიქრობ, ამ სივრცეს ანატომიის შესწავლისას მაინცდამაინც დიდ ყურადღებას არ აქცევდით.

მოგეხსენებათ, რომ დიაფრაგმასა და ღვიძლს შორის არის სივრცე, რომელსაც სუბდიაფრაგმული სივრცე ეწოდება. ანატომები ამ არეს შედარებით განსაზღვრულად წარმოგიდგენენ — ღვიძლსა და დიაფრაგმას შორის მარჯვენა მხარეზე, კუქსა და დიაფრაგმას შორის მარცხენა მხარეზე, კლინიკისტები კი — ცოტა ფართო მასშტაბით იღებენ, რაც იქნებ ანატომიური თვალსაზრისით არ იყოს მაინცდამაინც სწორი, მაგრამ კლინიკური თვალთახედვით მართებულად მიგვაჩნია. ქირურგები სუბდიაფრაგმულ სივრცედ მიიჩნევენ დიაფრაგმასა და განივ კოლინჯს შორის არეს. ამ უბანზე, მოგეხსენებათ, ბევრი სივრცე და ჯიბეა, სადაც შეიძლება წარმოიქმნას ჩირქგროვა, რომლის ლოკალიზაციის დადგენა ერთგვარად რთულია.

პედაგოგიურმა გამოცდილებამ დამარწმუნა, რომ ყველა ამ კამერის ჩამოთვლა გაბნეულ, ამიტომ მხოლოდ ზოგიერთის შესახებ მოგახსენებთ: ზემოაღნიშნული სივრცე დიაფრაგმასა და კოლინჯს შორის მარჯვნივ — ღვიძლით, ხოლო მარცხნივ კუჭითაა გამიჯნული და, ამრიგად, წარმოქმნილია ზემო და ქვემო სუბდიაფრაგმული სივრცეები. დიაფრაგმასა და ღვიძლს შორის ზემო, ანუ კეშმარიტი სუბდიაფრაგმული სივრცეა, ქვემოთ კი, ღვიძლსა და განივ კოლინჯს შორის — ქვემო სუბდიაფრაგმული სივრცე. ამასთან, თუ მოიგონებთ, რომ ღვიძლსა და დიაფრაგმას შორის არსებობს ღვიძლის საკიდი იოჯი, იგი ზემო სუბდიაფრაგმულ სივრცეს გაყოფს ორ ნაწილად: წარმოიქმნება კიდევ ზემო მარჯვენა და მარცხენა სუბდიაფრაგმული სივრცეები. ასევე იქმნება მარცხნივ — კუქსა და დიაფრაგმას შორის მარცხენა ზემო სუბდიაფრაგმული სივრცე, ხოლო კუქსა და კოლინჯს შორის — მარცხენა ქვემო სუბდიაფრაგმული სივრცე. ამრიგად, თითოეულ მხარეს ოთხ-ოთხი სივრცეა. ახლა წარმოიდგინეთ, ქირურგისათვის რაოდენ ძნელია იმის დადგენა, თუ რომელ სივრცეშია ჩირქი, რადგან თითოეული არე თავისებურ მიდგომას მოითხოვს. უფრო მეტიც, ზემო მარჯვენა სუბდიაფრაგმულ ჩირქგროვას ვყოფთ კიდევ რამდენიმე კამერად — ღვიძლის ქედით ზემო სუბდიაფრაგმული არე გაიყოფა ზემო მარჯვენა და უკანა, ზემო მარჯვენა და წინა სუბდიაფრაგმულ კამერებად და ა. შ. ამასთან, მოგეხსენებათ, რომ ღვიძლის განსაზღვრული ნაწილი არ არის დაფარული პერიტონეუმით. მისი დიდი ნაწილი წინიდან დაფარულია პერიტონეუმით, უკანა ნაწილი კი — არა, ამასთან დაკავშირებით ჩირქგროვა შეიძლება წარმოიქმნას ექსტრაპერიტონეულად ან ინტრაპერიტონეულად. აი, ასე რთულია სუბდიაფრაგმული სივრცის აგებულება. რა თქმა უნდა, მე დავკმაყოფილდები, თუ სტუდენტს ეცოდინება შედარებით მარტივი სქემა, კერძოდ, საკმარისი იქნება იცოდეთ, რომ არსებობს ზემო და ქვემო, მარჯვენა და მარცხენა სუბდიაფრაგმული სივრცეები. გასათვალისწინებელია ის გარემოებაც, რომ ქვემო სუბდიაფრაგმული სივრციდან ვინსლოვის ხვრელით ჩირქი შეიძლება გავიდეს მცირე ბადექონის უკან, ე. ი. მცირე აბგაში, რომელთანაც ახლოსაა ღვიძლ-თორმეტგოჯას იოჯი, სადაც გადის ღვიძლის არტერია და ვენა, ნაღვლის სადინარი. აღნიშნული არე ჩირქის ლიკვიდაციისათვის კარგად უნდა იყოს დრენირებული.

თქვენთვის უთუოდ საინტერესოა, თუ რა მექანიზმით შეიძლება დაგროვდეს ამ კამერაში ჩირქი, მაშინ როდესაც პათოლოგიური პროცესი ძალიან შორსაა — ილეოცეკალურ არეში.

თუ ავადმყოფს პქონდა დესტრუქციული აპენდიციტი და ამის

გამო მუცლის ღრუში მღვრიე ექსუდატმა გამოჟონა, მას გავუჟეთებთ ოპერაციას და, ცხადია, იგი გარკვეული დროის განმავლობაში უნდა იწვევს. როდესაც ავადმყოფი მწოლიარეა, ილეოცეკალურ არეში გამოჟონილი სითხე ასწვრივ კოლინჯსა და მუცლის კედელს შორის დაჩენილ პერიტონეულ ნაპარალს აპყვება ზევით, რასაც ხელს შეუწყობს აგრეთვე გულმკერდის ღრუში არსებული უარყოფითი წნევა. მოგეხსენებათ, რომ სუნთქვის მექანიზმი გულმკერდში უარყოფით, ხოლო მუცლის ღრუში — დადებით წნევაზეა დამყარებული. ამრიგად, ამოსუნთქვა-ჩასუნთქვის დროს დიაფრაგმა ხან აიწვევს, ხან დაიწვევს. როდესაც დიაფრაგმის აწვევისას დიაფრაგმასა და პერიტონეუმის სივრცეს შორის შეიქმნება უარყოფითი წნევა, იქ, სადაც წინააღმდეგობა ნაკლები იქნება, ანთებადი ექსუდატი გადაადგილდება ამ მიმართულებით, ე. ი. დიაფრაგმის სუნთქვითი მოძრაობა ხელს უწყობს სითხის გადაადგილებას, რასაც ეხმარება აგრეთვე ავადმყოფის მწოლიარე მდგომარეობაში ყოფნაც. თუკი მოხდება ისე, რომ სუბდიაფრაგმულ სივრცეში ჩირქოვანი სითხე შეაღწევს, იგი გააღიზიანებს პერიტონეუმის პარიეტულ ფურცელს, გამოჟონავს ფიბრინი და ლვიძლის ზედაპირი შეეწებება დიაფრაგმის კედელს — აქ ჩაიპარკება ჩირქოვანი სითხე და შემოფარგლულ სივრცეში განვითარდება სუბდიაფრაგმული ჩირქგროვისათვის დამახასიათებელი კლინიკური სურათი. აღნიშნული კლინიკური მიმდინარეობა ჩვენთვის უკვე ცნობილია და ჩირქოვანი პროცესის კლინიკური მიმდინარეობისაგან არ განსხვავდება, მაგრამ მას ზოგიერთი თავისებურება აქვს, რომელთა ამოცნობა დიდი გამოცდილების მქონე კლანიცისტს ძალუძს. ამიტომაც უმეტესად სუბდიაფრაგმული აბსცესის დიაგნოზის დადასტურება გვიანდება. ამასთან დაკავშირებით მინდა მოგახსენოთ, რომ მთელი მსოფლიოს სტატისტიკური ცნობები შეკრიბა ორმა ამერიკელმა ქირურგმა ოქსნერმა და მისმა მოწაფემ დებეკიმ. უკანასკნელმა მთელ მსოფლიოში გაითქვა სასელი სისხლძარღვებზე ჩატარებული პლასტიკური ოპერაციებით. იგი წამოვიდა ახალი ორლეანიდან ტეხასში და მიიღო კათედრა, სადაც ამჟამად მუშაობს. ოქსნერმა და დებეკიმ დიდი მასალის საფუძველზე ცხადყვეს, რომ სუბდიაფრაგმული აბსცესების დიაგნოზი არც ერთ ქვეყანაში დროულად არ დგინდებოდა და დიდი სიკვდილიანობაც ამასთან იყო დაკავშირებული. თუ, მაგალითად, ექიმი მთლად უვეცი არ არის და დროულად ამოიცნო დუგლასის ორმოში ჩირქგროვა, მას არც ერთი ავადმყოფი არ უნდა მოუყვდეს ამ გართულებით. სუბდიაფრაგმული ჩირქგროვის დროს სიკვდილიანობა ერთ ხანს მაღალ ციფრებს აღწევდა, ამჟამად კი შემცირდა 3—4%-მდე.

რა თქმა უნდა, ქირურგიის განვითარების თანამედროვე ეტაპზე ასეთი სიკვდილიანობის პროცენტი შეუწყნარებელია. დღევანდელ პირობებში, როდესაც მძლავრმოქმედი ანტიბიოტიკები გვაქვს, კარგი ქირურგიული ტექნიკის მქონე ქირურგებსაც კი, როგორც ხედავთ, ლეტალობის პროცენტი მაინც დიდი აქვთ. აღნიშნული დაკავშირებულია იმ გარემოებასთან, რომ ყველა სამკურნალო დაწესებულებაში დროულად ვერ ხდება აღნიშნული გართულების ამოცნობა — წწვავე ჩირქოვანი პროცესი პროგრესულობს და ორგანიზმში ვითარდება შეუქცევადი ცვლილებები. ვიმედოვნებ, რომ, როდესაც ექიმები გახდებით, გექნებათ სათანადო თეორიული და პრაქტიკული ცოდნა, მინიმუმამდე დაიყვანთ სუბლიაფრაგმულაბსცესიან ავადმყოფთა სიკვდილიანობის პროცენტს.

როგორი კლინიკური მიმდინარეობა ახასიათებს სუბლიაფრაგმულ აბსცესს? ავადმყოფმა, რომელსაც ოპერაციას გაუკეთებენ მწვავე აპენდიციტის გამო, ჩვეულებრივ უკეთესად უნდა იგრძნოს თავი ნაკერების მოხსნის შემდეგ და დაიწყოს სიარული. მაგრამ მას მეთუ, მეთერთმეტე დღეს ისე ძლიერ შეამცივნებს, რომ ვერაფერი ვერ გაათბობს; შემცივნების შემდეგ დაეწყება ჰექტიური სიცხე — 39°—40°-მდე, ხოლო სიცხის დაცემას მოჰყვება ძლიერი ოფლიანობა. ამ მოვლენებთან ერთად ავადმყოფს ექნება უმადობა, უძილობა, ანემიური ფერი. თუ ასეთ ავადმყოფს დუგლასის ორმოში პათოლოგიას ვერ აღმოუჩენთ, მაშინ უნდა იფიქროთ სუბლიაფრაგმულ ჩირქოვანზე. რაკი ექვს მიიტანთ ამ ლოკალიზაციის აბსცესზე, იგი ან უნდა გამორიცხოთ ანდა დაადასტუროთ. საჭიროა პერკუსია და მოსმენა — აუსკულტაცია. თუ ჩირქოვანა ლვიძლსა და დიაფრაგმას შორისაა, ლვიძლი ჩამოიწვეს, ხოლო დიაფრაგმა ზემოთ აიწვეს. ლვიძლის პალპაციას ძალიან კრიტიკულად უნდა მიუდგეთ, რადგანაც ლვიძლი ჩამოწეული შეიძლება იყოს მძიმე ფიზიკური შრომის ან მრავალჯერადი მშობიარობის შედეგად. ზოგჯერ ლვიძლი ჩამოწეულია და კიბის დონეს აღწევს. ექიმი გვიწერს, რომ ლვიძლი გადიდებულია, რაც, რა თქმა უნდა, არ არის სწორი და ერთგვარ აღრევას იწვევს დიაგნოზის ქეშმარიტების დადგენაში. საჭიროა დაადგინოთ ლვიძლის ზემო საზღვარიც, რომელიც დიაგნოსტიკიდან კარგად იცით. თუ დაადგენთ, რომ მოყრუება იწყება ზემოთ და არა იქ, სადაც ეს ფიზიოლოგიურადაა, ე. ი. დიაფრაგმას აუწევია ზევით, ამის გამო ფილტვის ხმიანობაც აღარ არის თავის ადგილზე, რადგან ფილტი გააძევა დიაფრაგმამ. დიაფრაგმის ექსკურსია შეზღუდულია, რადგან იგი ფიქსირებულია ანთებადი პროცესით. ეს მონაცემები ბადებს თქვენში ექვს, რომ ცვლილებები გაპირობებული უნდა იყოს სუბლიაფრაგმული ჩირქოვანის განვი-

თარებით. ასეთ ავადმყოფს შეისწავლით რენტგენოლოგიურად და ნახავთ, რომ დიაფრაგმა ჩვეულებრივზე მაღლაა აწეული, ავადმყოფი სუნთქავს და დიაფრაგმა სუნთქვაში არ მონაწილეობს. ამ მონაცემებმა კიდევ მეტად უნდა დაგაეჭვოთ, რომ განვითარებულია სუბდიაფრაგმული არის პათოლოგია. ეს შეიძლება განაპირობოს აგრეთვე ექინოკოკმა, ავთვისებიანმა სიმსივნემ — სარკომამ, კიბომ. სიფილისის გუმოზურმა სტადიამ; ყველა ეს დაავადება გაადიდებს ღვიძლს, დიაფრაგმას ზევით ასწევს. აღნიშნული პათოლოგიის დიფერენცირება სუბდიაფრაგმული ჩირქგროვისაგან რენტგენური გამოკვლევით არ შეიძლება, მაგრამ დაგეხმარებათ დაავადების კლინიკური სურათი. მიემართოთ ფიზიკალურ მონაცემებს. მოგეხსენებათ, რომ ნორმალურ პირობებში პერკუსიით ზევიდან ქვევით თუ გავეყვებით, ჭერ ვისმენტ ფილტვის ნათელ ხმას, შემდეგ მოყრუებას — ღვიძლის არეში და, ბოლოს, ტიმპანიტს. მაგრამ თუ პლევრის ღრუში განვითარებულია პათოლოგიური პროცესი, ამ დროს პერკუსიით ფილტვის ნათელ ხმას კი არ მივიღებთ, არამედ ტიმპანიტს, რადგანაც აქ საიდანღაც მოხვდა ჰაერი. ჰაერი მართლაც პლევრის ღრუში რომ იყოს, ტიმპანიტი ზევით უნდა მიგველო, ე. ი. ჰაერი პლევრის ღრუში კი არ არის, მაღლა აწეული დიაფრაგმის ქვეშაა. მაშასადამე, პერკუსია მოგვცემს ჭერ ფილტვის ხშიანობას, შემდეგ ტიმპანიტს და, ბოლოს, მოყრუებას—ამით უკვე ნათელი გახდება, რომ დიაფრაგმასა და ღვიძლს შორის წარმოიქმნა ჰაერი. გავაშუქებთ ავადმყოფს და დავინახავთ, რომ პლევრის ღრუ თავისუფალია, დიაფრაგმა მაღლა დგას და მის ქვეშ მოჩანს სიფილისის პორიზონტალური დონე, რომელიც ავადმყოფის მოძრაობისას გადაადგილდება — ეს არის სუბდიაფრაგმული აბსცესის ასპროცენტრირებული ნიშანი. ამრიგად, სუბდიაფრაგმული ჩირქგროვის დიაგნოზის დადგენა ადვილია, როცა ჩირქთან ერთად არის ჰაერიც. საიდან წარმოიქმნება ეს ჰაერი? მოგეხსენებათ, რომ, როდესაც რომელიმე ორგანოს პერფორაცია ხდება, იქნება ეს ნაწლავი თუ კუჭი, ყოველთვის ამ ორგანოებიდან გამოსული ჰაერი დაგროვდება სუბდიაფრაგმულ სივრცეში. მაგრამ ჰაერის წარმოქმნის წყარო მართლაც ეს კი არ არის, არამედ მიკრობებიც, რომლებიც გადმოვლენ ნაწლავიდან, კერძოდ, ნაწლავის ჩხირი. თქვენ გახსოვთ მიკრობიოლოგიიდან, რომ არსებობს ანაერობთა ოთხი ჯგუფი, რომლებიც აირს წარმოქმნიან. მათი ძალიან უნდა გეშინოდეთ, რადგან ისინი ანაერობული, ანუ აიროვანი განვითარების გამოძწვევი არიან. თქვენ ეს განვითარება არ გინახავთ, არც გისურვებთ, რომ ნახოთ, მაგრამ მისი გამოცნობა უნდა შეგეძლოს. რაც შეეხება ნაწლავის ჩხირს, ის ძალიან ირასანდო მიკრობია, რადგან ზოგჯერ იჩენს ანა-

ერობული ინფექციის თვისებას, ე. ი. იგი ანაერობული მიკრობის საზღვარზეა, და მყარალი სუნი, რომელზეც მოგახსენეთ, როცა დუგლასის ორმოს ჩირქგროვის ქირურგიულ მკურნალობაზე ვლაპარაკობდი, გამოწვეულია ამ მიკრობის მიერ წარმოქმნილი აირებით. ამრიგად, ეს ნაწლავის ჩხირი მიაღწევს სუბდიაფრაგმულ სივრცეს, სადაც წარმოქმნის ჩირქთან ერთად აირს. ამგვარად, როცა აღმოვაჩინეთ ჩირქგროვასა და ჰაერს, ეს იქნება არა მარტო სუბდიაფრაგმული აბცესის დიაგნოზი, არამედ ბაქტერიოლოგიური დიაგნოზიც. ასეთი ჩირქგროვა რომ გავხსნათ, მივიღებთ ძალიან ცუდი სუნის ჩირქს, მაგრამ არა ყოველთვის. ოქსენერისა და დებეკის ცნობით, ეს აღინიშნება შემთხვევათა 24%-ში, ე. ი. ოთხიდან ერთ ავადმყოფს ექნება. გამოდის, რომ ამ დიაგნოზს მხოლოდ 20—24%-ში დაადგენთ რენტგენის გარეშეც კი. მაშ, როგორ მოვიქცეთ დანარჩენ შემთხვევებში? მართალია, ავადმყოფს ტემპერატურა აქვს და ამციენებს, ოფლიანობს, დიაფრაგმაც აწეული აქვს, მაგრამ თქვენ 100%-ით მაინც არ იცით ეს ჩირქის გამოა თუ არა. ზოგჯერ ასეთ ავადმყოფს ექიმი მოუსმენს და თვალეზი გაუბრწყინდება, რომ მოისმინა პლევრის ხახუნი, მშრალი პლევრიტი აღმოაჩინა. იგი დაიწყებს პლევრიტის მკურნალობას. მალე ექსუდატიც წარმოიქმნება და შეიძლება ავადმყოფი დაიღუპოს. სექციაზე რას ნახავთ? პლევრაში სითხე აღმოჩნდება, მის ქვემო სართულში კი — ჩირქიც. ამიტომ, გთხოვთ, პლევრიტის დიაგნოზმა არ შეგაცდინოთ. მართალია, რეაქტიულა ანთების შედეგად განვითარდა ჯერ მშრალი და შემდეგ სველი პლევრიტი, მაგრამ თუ ასეთ პლევრიტს წინ უძღვის ყველა ის მოვლენა, რომელთა შესახებ უკვე მესამე ლექციაა ვსაუბრობთ, ეს, რა თქმა უნდა, ყოფილა არა პირველადი პლევრიტი, არამედ მეორადი, ანუ ე. წ. სიმპათიური პლევრიტი. მოგეხსენებათ, მეზობლის გასაჰირს, მის მწუხარებას უთუოდ გაიზიარებთ. აქაც ასევე ხდება. რადგან სუბდიაფრაგმულ სივრცეში მოხდა დიდი „უბედურება“, დაგროვდა ჩირქი, პლევრამ რა ქნა? უპასუხა ამ გარემოებას რეაქციით, რაც თავის ღრუში სითხის დაგროვებით გამოხატა.

მაინც ყველა მონაცემის აწონ-დაწონითა და გართულების წინამორბედი ნიშნების გათვალისწინებით თქვენ 100%-ან დიაგნოზს ვერ დაადგენთ. ამას შეიძლება მხოლოდ მაშინ, როდესაც ჩირქგროვის ღრუს პუნქციით ჩირქს მიიღებთ.

სალექციო დრო მიიწურა, ამიტომ მკურნალობის საკითხს დავუთმობ მომავალი ლექციის მცირე მონაკვეთს.

კარგად ბრძანდებოდეთ!

გასულ ლეჩინაზე აღენიშნეთ, რომ სუბდიაფრაგმული ჩირქგროვის ლოკალიზაციის ყველაზე ხშირი ადგილია სუბდიაფრაგმული სივრცის ზემო-უკანა მარჯვენა კამერა. მოგახსენეთ ისიც, თუ რა ხელშემწყობი პირობები არსებობს ჩირქის გადანაცვლებისათვის მუცლის ქვემო სართულიდან ზემო სართულში.

აღენიშნეთ, რომ სუბდიაფრაგმულ აბსცესს ახასიათებს: შემცივნება, მაღალი სიცხე, ოფლიანობა, ლეიკოციტოზი მარცხნივ გადახრით, ზოგჯერ ანეოზინოფილია. სამაგიეროდ, ადგილობრივი გამონატულება ძალიან მკრთალია. ლოკალური ტკივილი თითქმის არ არის გამოხატული, ვიდრე ანთებად პროცესში არ ჩაერთვის პლევრა, სადაც, როგორც მოგახსენეთ, ვითარდება სიმპათიური პლევრიტი, რომელიც თავიდან მშრალია, შემდეგ კი ექსუდაციური. ამან შეიძლება შეცდომაში შეიყვანოს ექიმი. თუ ძირითადი დაავადება არ იყო ამოცნობილი, ხოლო პლევრიტის განვითარების შემდეგ ექიმმა დასვა ამის დიაგნოზი, შეიძლება მან დაავადების მიმდინარეობა მიაწეროს პლევრიტს და, ამრიგად, პლევრიტით შეინიღებება ისეთი მძიმე გართულება, როგორც სუბდიაფრაგმული აბსცესია.

უნდა მოგახსენოთ ერთი საინტერესო გარემოებაც. პერიტონეუმის ფურცელს სხვადასხვა ადგილას შეწოვის სხვადასხვაგვარი უნარი ახასიათებს. მაგალითად, ქვემო სართულში განვითარებული ჩირქგროვა არ იძლევა ისეთ მძიმე გამოვლინებას, როგორსაც ზემო სართულის პერიტონიტი, ე. ი. დიაფრაგმის მფარავი პერიტონეუმის ფურცლის შეწოვის უნარი გაცილებით მეტია, ვიდრე მენჯის ღრუს პერიტონეუმისა და ამიტომაც სუბდიაფრაგმული ჩირქგროვის განვითარება იწვევს ძლიერ მძიმე ტოქსიკურ სურათს. ეს ისეთი დეტალებია, რომელთაც თქვენ დამოუკიდებელი პრაქტიკული მოღვაწეობის პერიოდში თანდათანობით გაეცნობით. მოგახსენებთ, რომ ზოგჯერ ვითარდება ისეთი მდგომარეობა, რომლის მიხედვით სუბდიაფრაგმული ჩირქგროვის დიაგნოზს ადვილად დაადგენთ. ეს მაშინ, როდესაც ჩირქთან ერთად აირიცაა. ამის გამოცნობა პერკუსიითაც შესაძლებელია. იმასაც მოგახსენებთ, რომ თუ ფილტვის მწვერვალიდან დაიწყებთ პერკუსიას, ჯერ მოისმენთ ფილტვის ნათელ ხმას, შემდეგ ღვიძლის მოყრუების ნაცვლად ტიმპანიტს, მერე კი ისევ მოყრუებას, დიაგნოზი ნათელი უნდა იყოს. როგორც აღენიშნეთ, ეს სიმპტომი ავალმყოფთა 24 %-ს აქვს გამოხატული. სხვა შემთხვევებში ჰაერი არ არის და დიაგნოზის დადგენა ძნელდება. მაშინ ჩვენ ესარგებლობთ ანამნეზით. წინამორბედი დაავადებებიდან პირველი

ადგილი უჭირავს აპენდიციტს, მეორე — კუჭისა და თორმეტგოჯი ნაწლავის წყლულოვან დაავადებას, მესამე — სანაღვლე გზების ანთებას — აი, ეს სამი უმთავრესი წყარო, რომლებიც შეიძლება სუბდიაფრაგმული აბსცესის მიზეზი გახდეს. მეოთხე ადგილზეა ყველა ის ანთებადი პროცესი, რომლებიც შეიძლება განვითარდნენ მუცლის ღრუს სხვა ორგანოებში: საკვერცხეებში, საშვილოსნოში, ნაწლავებში და სხვ. ამრიგად, სუბდიაფრაგმული აბსცესი პირველადი კი არ არის, სხვა დაავადების შედეგადაა განვითარებული და, თუ თქვენ იცით მისი წინამორბედი დაავადების ზოგადი ნიშნები, რომლებიც არაერთხელ გაგიმეორეთ, უნდა იფიქროთ ამ პათოლოგიის წარმოქმნაზე. მის დიაგნოზს კეშმარიტად დაადგენთ მაშინ, როცა გააკეთებთ პუნქციას და მიიღებთ ჩირქს. პუნქციის გაკეთება იოლია პლევრისა და სხეულის სხვადასხვა არეში პათოლოგიის დროს სადიაგნოზოდ და სამკურნალოდ, სუბდიაფრაგმული ჩირქგროვის პუნქცია კი ერთგვარად სახიფათოა, რადგან შეიძლება გამოიწვიოს მრავალი სახის გართულება. ჩხვლეტა საჭიროა გვერდიდან. პლევრის ღრუს და დიაფრაგმის გავლით ნემსს შეიტანთ ჩირქოვან ღრუში და ჩირქს ამოიღებთ. ასეთი ჩხვლეტით, ბუნებრივია, ხვრელს შექმნით დიაფრაგმაში, რომელიც დაკიმულია ანთებადი პროცესის გამო და, როგორც კი ნემსს ამოიღებთ, დაკიმული ღრუდან ჩირქი გადმოვა პლევრაში. ამრიგად განვითარდება ჩირქოვანი პლევრიტი. სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით, პლევრის ღრუს ინფიცირება ორჯერ ზრდის სიკვდილიანობას. თუ საერთოდ სუბდიაფრაგმული ჩირქგროვით ავადმყოფთა 10—12% კვდება, პლევრის ღრუს ინფიცირების დროს ეს პროცენტი 20—24%-ს აღწევს.

გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ პლევრის ინფიცირების საშიშროების გამო პუნქციას უნდა ავარიდოთ თავი, მაგრამ აუცილებლობის შემთხვევაში ჩირქგროვის ჩხვლეტა მაინც საჭიროა.

რადგანაც დიაფრაგმა აწეულია, ზოგჯერ იგი მე-3—4 ნეკნის დონეზეა, ეხება პლევრას, უხორცდება მას, ისპობა პლევრული სინუსი და ამ არეში ნემსით შესვლა დიდად საშიში აღარ არის. მაგრამ საჭიროა ამ ვითარების დადგენა. რენტგენოლოგი სათანადოდ გამოცდილი უნდა იყოს არა მარტო თავის საქმეში, არამედ კლინიკურ საკითხებშიც, რათა ესმოდეს ამ პათოლოგიის — შეხორცების წარმოქმნის მექანიზმი. ავადმყოფის გაშუქებას უნდა ესწრებოდეთ თქვენ თვითონ, ავადმყოფის ბედ-იღბლით დაინტერესებული ექიმი. თუკი დაადგინეთ, რომ შეხორცება არის და სინუსი ობლიტირებულია, თავისუფლად შეგიძლიათ ამ არის ჩირქგროვის პუნქცია.

მართალია, ჩვენ დიდ დროს ვერ მოვანდომებთ სუბდიაფრაგმული აბსცესის მკურნალობის საკითხს, მაგრამ მინდა ზოგიერთი

რამ მაინც მოგახსენოთ. აღნიშნულ არეში ჩირქგროვა მიუდგომელ ან ძნელად მისადგომ ადგილასაა განვითარებული. ჩირქის გამოსაშვებად ზოგჯერ საჭირო ხდება ტრანსტორაკალური მიდგომა, ნექნების რეზექციით, რათა გაიარო პლევრის ღრუ, გაკვეთო ღიაფრაგმა და ისე გამოუშვა ჩირქი. ამრიგად, თქვენ ხედავთ, რომ ჩირქოვანი პლევრიტის განვითარების რეალური საშიშროებაა. გარდა ამისა, დაძაბუნებულ ავადმყოფს, რომელიც ცუდად ჰკამს, არ ძინავს, დაემატება ცალმხრივი პნევმოთორაქსიტი. მაგრამ მარტო პნევმოთორაქსის განვითარებაში როდია საქმე; გულ-სისხლძარღვთა სისტემამ პნევმოთორაქსის განვითარებას უნდა შეუფარდოს თავისი მუშაობა და, თუკი საქმე შეეხება ხანდაზმულ ავადმყოფს, შეიძლება ასეთი ოპერაცია კატასტროფითაც კი დამთავრდეს. პნევმოთორაქსის თავიდან ასაცდენად არსებობს თავისებური წესი. ნექნების ამოკვეთის შემდეგ მივადგებით პლევრას, მაგრამ მას კი არ გავხსნივთ, არამედ დავაწვებით და კეტგუტის განუწყვეტელი ნაკერით შემოვაკერებთ ღიაფრაგმას. აღნიშნული ოპერაცია მოითხოვს პედანტურ მუშაობას, რათა ჰაერი არ შევიდეს პლევრის ღრუში, რადგან ნემსით მუშაობისას პლევრის ღრუ იჩხვლიტება. ამ ნაჩხვლეტებზე ვაფარებთ სველ დოლბანდს, რომ ჰაერი არ შეიპაროს პლევრაში.

გერმანელ ქირურგს ზაუერბრუხსა და მის სკოლას დიდი დეაწლი მიუძღვით ამ საქმეში. როდესაც პლევრული სინუსი არ იყო შეხორცებული, ზაუერბრუხი პლევრასთან ათავსებდა ღრუბელს, აღნიშნულის ზეწოლის გამო პლევრა უახლოვდებოდა ღიაფრაგმას, ვითარდებოდა შეხორცებები მათ შორის და ერთი კვირის შემდეგ, როცა უკვე საიმედო შეხორცებები განვითარდებოდა, კვეთავდა ჩირქგროვას შესატყვის არეში. თქვენ ხედავთ, რომ ზაუერბრუხის მიერ შემუშავებული ბეენი ძალიან გონივრულია, მაგრამ მძიმე სექტიკურ ავადმყოფს რომ შეხორცებების განვითარებამდე ვაცდევინოთ ერთი კვირა, ეს აღარ ივარგებს, რაც მეთოდის უარყოფითი მხარეა. თქვენ ზოგიერთი ქირურგის გვარი უნდა დაიმახსოვროთ. ზაუერბრუხი, მოგეხსენებათ, იყო ჰიტლერის არმიის მთავარი ქირურგი. როგორც საბჭოთა კავშირში გახლდათ ბურდენკო.

მეცნიერული და პრაქტიკული კვლევა-ძიების შედეგად შემოაღნიშნული წესები უარყოფილია. იშვიათი გამონაკლისის გარდა, მათ თითქმის აღარ ვიყენებთ.

ჩვენ ვიცით, რომ პლევრას, როდესაც იგი მეთორმეტე ნექნს მოუხვევს, ქვემოდან ემიჯნება პერიტონეუმის ფურცელი, მათ შორის კი რჩება ადგილი, სადაც არც პლევრაა და აღარც პერიტო-

ნეუმი. ჩირქგროვასთან მისადგომად სწორედ ეს ადგილია მიზან-
შეწონილი. ეს საკითხი მრავალმა მეცნიერმა დაამუშავა. ის შეის-
წავლეს ანატომებმა, ხოლო შემდეგ ქირურგებმა, კერძოდ მელნი-
კოვმა. აღნიშნული საკითხის დამუშავებაში დიდი ღვაწლი მიუძღვის
აგრეთვე ჩვენს თანამემამულეს პროფ. შალვა თოიძეს, რომელიც
ტოპოგრაფიულ ანატომიას გიკითხავთ წელს. ფრანგმა ქირურგმა
კლერმონტმაც თავისი წვლილი შეიტანა ამ საქმეში. თუ წარ-
სულში ზემოაღნიშნული მეთოდებით მკურნალობა სიკვდილიან-
ობის 30%-ს იძლეოდა, ამჟამად, დასახელებულ ავტორთა მიერ
შემუშავებული წესის მეოხებით, შემცირებულია 10%-მდე, ეს კი
კაცობრიობისათვის დიდი სამსახურის გაწევაა. ოპერაციას შემდეგ-
ნაირად გააკეთებთ: წელის პირველი მალის წვეტიანი მორჩიდან გა-
ატარებთ განივ განაკვეთს, ამოკვეთავთ მე-12 ნეკს და დაიწყებთ
პლევრის სინუსის მობილიზაციას, ჩლუნგად ასწევთ ზევით და სიე-
რცეს გააფართოებთ.

ექსტრასეროზულად გაკვეთავთ დიაფრაგმას, ე. ი. არც პერი-
ტონეუმის ღრუს გახსნით და არც პლევრის ღრუს. მოგეხსენებათ,
ეს იდეალია, რადგან არც ერთ სეროზულ ღრუში ჩირქი არ მოხვ-
დება და მიზანსაც მიაღწევთ. ამრიგად, პათოლოგიის კერას მიუღ-
დებით ექსტრასეროზულად. ასეთი ოპერაციით სიკვდილიანობის
პროცენტის მინიმუმამდე დაყვანა შეიძლება. მაშასადამე, თქვენ
სკალპელი ისე „პრძულად“ უნდა მოქმედებდეს, რომ პლევრისა და
პერიტონეუმის დაუზიანებლად მიუდგეთ ჩირქგროვას და გახსნათ
იგი. აი, ასეთია ამ მძიმე გართულების კლინიკა და მკურნა-
ლობა.

აღნიშნულის შემდეგ შევეუდგები კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწ-
ლავის დაავადებათა განხილვას. როგორც მომავალში დაინახავთ, ამ
ორგანოთა პათოლოგია ხშირია და ქიანაწლავის ანთების შემდეგ
თითქმის მეორე ადგილი უკავია.

გაიგებთ იმასაც, თუ რაოდენ დიდია ამ პათოლოგიის ხვედ-
რითი წონა თერაპიულ თუ ქირურგიულ კლინიკებში. ამასთან ამ
ორგანოთა დაავადების ნაწილი შედის თერაპევტების, ნაწილი კი —
ქირურგთა კომპეტენციაში. იმ შემთხვევებზე, რომლებიც თერა-
პევტთა კონპეტენციაში შედის, ისინი გესაუბრებიან, მე კი შევეხე-
ბი ამ ორგანოთა პათოლოგიის ისეთ მხარეებს, რომლებიც ქირურ-
გიული კლინიკების საქმეა. უნდა მოგახსენოთ, რომ ქირურგებს
მხოლოდ გართულებულ შემთხვევებთან აქვთ საქმე, ხოლო ის
ავადმყოფები, რომელთა განკურნება შეიძლება მედიკამენტებით,
კურორტული, დიეტური თუ სტაციონარული მკურნალობით, თერა-
პიულ კლინიკებში ხვდებიან. მაგრამ არსებობს დაავადებანი, რო-

მელთა მკურნალობა მხოლოდ და მხოლოდ ქირურგიული საშუალებით შეიძლება, თერაპიული მკურნალობა ვერაფერს გახდება. ასეთია კუჭის ზოგიერთი უცხო სხეული. ალბათ, ყველა თქვენგანს გაუგონია, რომ ადამიანმა გადაყლაპა, მაგალითად, ფული, ბეჭედი, ნემსი, გასაღები, ჩანგალი, დანა და სხვ. ამ საკითხთან დაკავშირებით ძალიან ბევრ უცნაურობას შეხვდებით თქვენი საექიმო მოღვაწეობის დროს.

ისმის კითხვა, რატომ ან როგორ ხვდება კუჭში უცხო სხეული? ზოგჯერ შემთხვევით, ზოგჯერ განგებ, ხან კი სხვადასხვა დაავადების დროს. ძირითადად ამას ვხვდებით სულით დაავადებულთა შორის. უცხო სხეულს შემთხვევით ყლაპავენ ხოლმე ბავშვები, რადგანაც მათ აქვთ ჩვევა ხშირად პირისაკენ წაიღონ უცხო სხეულები — ფული, ქინძისთავი და სხვ. მკერავ ქალებს სჩვევიათ ნემსის პირში ჩადება — ამ დროს მოსალოდნელია მისი გადაყლაპვა. ზოგჯერ პატიმრები ყლაპავენ სხვადასხვა საგანს, რათა საავადმყოფოში მოხვდნენ. სულით ავადმყოფები ასობით და ათასობით ნემსსა და ლურსმანს ყლაპავენ ხოლმე. შეიძლება ადამიანმა ამა თუ იმ მიზეზით დაკარგოს სულიერი წონასწორობა და ისტერიის მდგომარეობაში გადაყლაპოს უცხო სხეული. ლოთები უკიდურესი სიმთვრალის დროს ყლაპავენ დანას, ჩანგალს. ჩვენ გვქონდა შემთხვევა, როდესაც ლოთს გავუკეთეთ ოპერაცია და კუჭიდან დანა ამოვაცალეთ. მეორეს კი — ჩანგალი. ეს უცხო სხეულები წარმოდგენილია ექვენს წინაშე, გთხოვთ დაათვალიეროთ! (სურ. 11).

უნდა მოგახსენოთ, რომ ზოგ ადამიანს აქვს საკვირველი ჩვეულება — შეჭამოს კიჭა ისევე, როგორც გემრიელი საჭმელი. მე, ჯერ კიდევ გიმნაზიის მოსწავლეს, თვითონ მინახავს, ლოთმა მეზღვაურმა როგორ დაკენიტა კიჭა და გადაყლაპა. გამახსენდება და ახლაც გაცოცხლებული ვრჩები. წარმოიდგინეთ, როგორ გაუძლებს საყლაპავი აილის თუ კუჭის კედელი ამგვარ ტრავმას. რა თქმა უნდა, დასახელებული უცხო სხეულები სხვადასხვა სახის გართულებებს გამოიწვევს. მათ შეიძლება მთლიანად გაარღვიონ ორგანოს კედელი და განავითარონ პერიტონიტი ან ძლიერი სისხლის დენა, ამიტომაც ასეთი პაციენტები განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებენ. მაშინაც კი, როცა გვაქვს იმედი, რომ კუჭში მოხვედრილი უცხო სხეულები — ღილი, ბეჭედი, ფულა — გამოვა ბუნებრივი გზით, ე. ი. ოპერაციულა ჩარევის გარეშე, ავადმყოფებს მაინც ვათავსებთ კლინიკის პირობებში სათანადო დაკვირვებისათვის. მათ ვაძლევთ შესაფერის საკვებს — კარტოფილ ის ზეთრეს, რომელიც შემოეხვევა უცხო სხეულს და ორგანოების ტრავმირების გარეშე ხელს შეუწყობს მის გარეთ გამოძევებას. დანარჩენ შემთხვევებში ლითონ-

ნის დიდი უცხო სხეულების კუჭში მოხვედრისას ვაკეთებთ ოპერაციას — გასტროტომიას.

უცხო სხეულების მეორე ჯგუფს, მართალია, საკვები შეადგენს, მაგრამ გარკვეულ პირობებში ის მაინც ზეგავლენას ახდენს ორგანიზმზე. თქვენ იცით, ალბათ, რომ ჩვენში, განსაკუთრებით დასავლეთ საქართველოში, ხშირია კავკასიური ხურმის ქვების ე. წ.

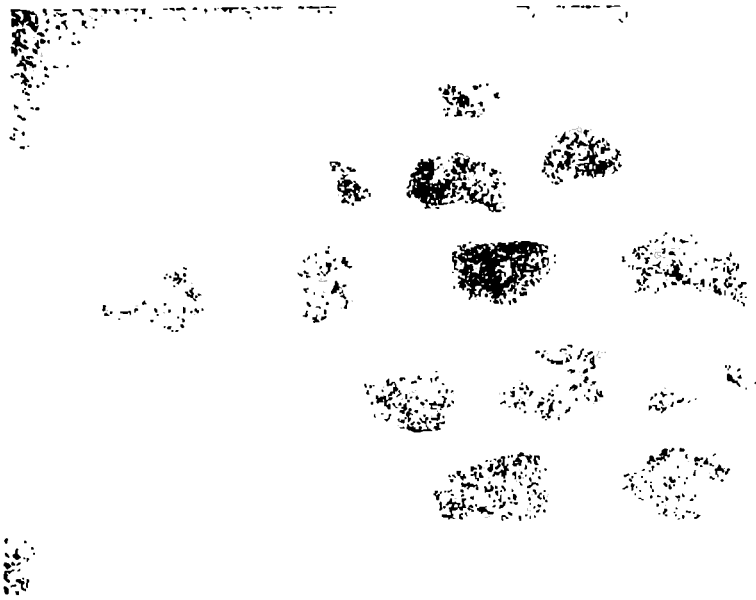


სურ. 11. კუჭიდან ამოღებული უცხო სხეულები.

ფიტობეზოარების შემთხვევები. იაპონური ხურმა შედარებით მსსვილია: შე ხშირად მონაწილეა — ახალგაზრდები ქუჩაში მოდიან და კავკასიურ ხურმას ჭამენ. უნდა გაგაფრთხილოთ, რომ საერთოდ ქუჩაში ჭამა არ არის კარგი ჩვევა, მაგრამ, სამწუხაროდ, ამას ვხვდებით. ფიტობეზოარების შემთხვევები ხშირია შემოდგომაზე, როცა ხურმის სეზონია. ამ დროს მომრავლდებიან ხოლმე ასეთი ავადმყოფები ქირურგიულ კლინიკებში.

ავადმყოფს ვუკეთებთ ოპერაციას და კუჭიდან ამოვუღებთ ასეთ უცხო სხეულს. როგორც თქვენს წინაშეა წარმოდგენილი (სურ. 12). ყველა ეს ბეზოარი ხურმისგან შედგება. თქვენ იცით, ალბათ, რომ ფიტობეზოარი — phitobezoar — მცენარეული წარმოშობის ბეზოარს ნიშნავს.

არსებობს სხვა ბეზოარებიც. მოგეხსენებათ, ხალხში გავრცელებულია შეხედულება, თითქოს ზოგიერთ დაავადებას შველის ქო-



სურ. 12. კუქის ფიტობეზოარები.

ნი, განსაკუთრებით გამდნარი თხის ქონი. ექიმბაშების რჩევით მას ხშირად ასმევენ სასუნთქი სისტემის დაავადების შემთხვევაში, მაგალითად ფილტვების ტუბერკულოზით დაავადებულ ბავშვებს. თხის ქონი შეიკვრება კუქში და წარმოიქმნება სებობეზოარი — sebobezoar. გიჩვენებთ სებობეზოარის რამდენიმე პრეპარატს (სურ. 13). შეიძლება ბეზოარი განვითარდეს ლელვისაგან — ჩვენ ამის შემთხვევაც გქონდა. ამგვარად, საქმე შეიხება არა ლითონის, არამედ ორგანული ნივთიერებებისაგან წარმოქმნილ უცხო სხეულებს, რომლებიც კუქის წველის ზეგავლენით შეიწებებიან ერთმანეთს. მაგალითად, ხურძის კურკები ნაყოფის ზრდის გარკვეულ სტადიაში შეიცავენ ბევრ მწებავ ნივთიერებას, რომლის მოქმედებით წარმოიქმნება სხვადასხვა ზომის უცხო სხეულები, მაშასადამე, ერთი შეხედვით ეს თითქოს უბრალო ამბავია, მაგრამ მას შეუძლია გამოიწვიოს სერიოზული დაავადება — თითქმის მუშტისოდენა ფიტობეზოარი, რომელიც არც პილორუსში გაეტევა და არც საყლაპავ მილში გადავა, ავადმყოფს კი აქვს ხშირი გულისრევა და განუხორციელებელი სურვილი გაითავისუფლოს კუქი ამ უცხო სხეულისაგან. თქვენ იცით. ალბათ, რომ კუქს აქვს თვისება — რაც მას არ გამოადგება, რაც არ სჭირდება, უკუაქციოს ან

მეზობელ თორმეტგოჯა ნაწლავს გადაუგზავნოს. დიდი ზომის ფიტობეზოარის მოცილება მას არ ძალუძს, წარმოიქმნება კუჭის ტეტანური შეკუმშვები — ანტი- და იზოპერისტალტიკა. ავადმყოფს აქვს ტკივილი, გულისრევა, ზიდილი, მაგრამ უშედეგოდ. ვითარდება კუჭის ლორწოვანი გარსის ანთება. უცხო სხეული კი, რომელიც მოძრაობს, იწვევს მუდმივ ხახუნს ანთებად ლორწოვან გარსზე და საბოლოოდ აზიანებს მას. დაზიანებულ ლორწოვან გარსზე მოქმედებს კუჭის წვენი და ავადმყოფს უვითარდება თითქმის ისეთივე სასიათის ტკივილი, როგორც წყლულოვანი დაავადების დროს. ზოგჯერ მკვირივი ფიტობეზოარი სანგრძლივად აწეება კუჭის კედელს და იწვევს ნაწილების — დეკუბიტუსებს, ე. ი. წყლულის განვითარებას.

როგორც წესი, რაკი ავადმყოფთა უმრავლესობას ხანგრძლივად აქვთ ბეზოარი კუჭში, წინასწარ ვიცით, რომ პრეპილორულ არეში ექნებათ წყლული. ჩვენ გვქონდა



სურ. 13. სეზობეზოარები.

შემთხვევა, როცა ბეზოარი, რომელმაც წყლულის პერფორაცია გამოიწვია, გაჩხერილი იყო პერფორაციულ ხერხელში. ძნელია ყველა იმ საკვების ჩამოთვლა, რომელიც ბეზოარს წარმოქმნის, მაგალითად, ზოგიერთ ქვეყანაში—აფრიკაში, კერძოდ, კონგოში, კალიას ამწნილებენ და ჭამენ. გარდა ამისა, არის სხვა ქვეყნებიც, სადაც იკვებებიან ჩვენთვის მიუღებელი საკმლით. მაგალითად, ჩინეთში დელიკატესადაა მიჩნეული გველი, საფრანგეთსა და იტალიაში—ბაყაყი, ამერიკაში—კუსაგან დამზადებული წვნიანი კერძი, ლოკოინას კი თითქმის ყველა ქვეყანაში ჭამენ. ამერიკაში ყოფნისას მომართვენ კუსაგან დამზადებული წვნიანი საკმელი. ცხადია, ამის შესახებ წინასწარ ვიცოდით, ეს ხორციც მეცნო და ვერ ვჭამე, მხოლოდ ვუყურებდი სხვებს, როგორი სიამოვნებით მიირთმევდნენ მას. რა თქმა უნდა, ეს შეჩვევაზეა დამოკიდებული. კონგოს მცხოვრებლები კალიებს კასრებში ყრიან და ამწნილებენ, დამეავების პროცესში კალიები

ერთმანეთს ეკვრიან და, როგორც ირკვევა, ამანაც შეიძლება გამოიწვიოს ბეზოარი. ასე რომ, თუ რომელიმე თქვენგანი მოხვდება აფრიკაში სამუშაოდ, შეიძლება წააწყდეს კალიის ბეზოარს.

თერაპიიდან, ალბათ, იცით, რომ არსებობს წყლულის წარმოქმნის მრავალი თეორია: კორტიკულ-ვისცერული, სისხლძარღვთა მიმოქცევის მოშლის (იშემიური), ანთების, მეჯავობის, მექანიკური გაღიზიანების და სხვ. თქვენ მრავალ მიზეზს ჩამოგითვლიან თერაპევტები თუ ქირურგები, მაგრამ გთხოვთ მომისმინოთ და თვითონ მიხვალთ ლოგიკურ დასკვნამდე, თუ რა იწვევს საბოლოოდ წყლულს. დღეს წარმოგიდგინეთ ბეზოარების მთელი სერია და მოგახსენეთ, რომ ისინი კუჭის ლორწოვანი გარსის მექანიკურად გამაღიზიანებელი ფაქტორებია. გთხოვთ, ეს ერთ-ერთი ფაქტორი დაიმახსოვროთ, რადგან სათანადო აღვილას აღვნიშნავთ წყლულის წარმოქმნაში მისი მოქმედების მექანიზმის შესახებ. როგორი უნდა იყოს ფიტობეზოარის მკურნალობა? არსებობს ორგვარი წესი. პირველად ვცდილობთ ბეზოარის დაშლას. ამ მიზნით ავადმყოფს ვაძლევთ 10%-ან სოდის ხსნარს, ბორჯომის წყალს, კუჭის არეში ვუკეთებთ მსუბუქ მასაჟს. აღნიშნული ღონისძიებების გამოყენებით ზოგჯერ ვაღწევთ ბეზოარის დაშლას და მისი ნაწილები შეიძლება გამოვიდეს ნაწლავთა ტრაქტიდან.

ზემოაღნიშნული რომ უფრო დასამახსოვრებელი გახდეს, ექიმო ა. ჩოჩია მოგახსენებთ ავადმყოფობის ისტორიას, რომელიც ცხადყოფს ფიტობეზოარის მოცილებას კონსერვატიული მკურნალობით.

ექ. ა. ჩოჩია: 47 წლის მამაკაცს შ. ა. (ისტ. № 10546) ნოემბერში უზმონზე შეუქამია 150.0 დაუმწიფებელი ხურმა, ერთი საათის შემდეგ მას დაწყებია ყრუ ხასიათის ტკივილი, გულსრევა, პირღებინება, ნერწყვის გაძლიერებული დენა და უგრძენია სიმძიმე კუჭის არეში, შესამე დღეს კი ამ არეში შეუმჩნევია ქათმის კვერცხისოდენა სიმსივნე. პოლიკლინიკის ექიმებს აღნიშნული მოვლენები მიუჩნევიათ ჭიების ინვაზიის შედეგად და ავადმყოფისათვის დაუნიშნავთ ჭიების საწინააღმდეგო მკურნალობა, რა თქმა უნდა, უშედეგოდ; ერთი თვის შემდეგ ავადმყოფი გაუშუქებით და გამოუთქვამთ ეჭვი კუჭის ფიტობეზოარზე. დიაგნოზის დასადასტურებლად ავადმყოფი გამოგზავნეს ჩვენი საავადმყოფოს რენტგენოლოგიურ განყოფილებაში, სადაც განმეორებითი გაშუქებით დაუდგინეს ფიტობეზოარი. ავადმყოფი მოათავსეს ჩვენს განყოფილებაში სამკურნალოდ. კუჭის არეში ისინჯებოდა ქათმის კვერცხის სიდიდის, მკვრივი კონსისტენციის, თავისუფლად მოძრავი სიმსივნე. ფიტობეზოარის მკურნალობა დავიწყეთ კონსერვატიული წესე-

ბით. ავადმყოფს ეძლევიდით 10%-ან სოდის ხსნარსა და ბორჯომის წყალს. მკურნალობის დაწყებიდან 3 დღის შემდეგ სიმსივნე გაქრა. ფეკალურ მასებთან ერთად, ავადმყოფმა გამოჰყო ხურმის კურკები, გაშუქებისას კუჭში ავსების დეფექტი აღარ გამოისახა.

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: თქვენ ხედავთ, თუ რაოდენ სწრაფად განვითარდა ფიტობეზოარი — ხურმის მიღებიდან მესამე დღეს და იმაშიც დარწმუნდით, რომ, რადგან ბეზოარი შედარებით მცირე ზომის იყო და ამასთან მკურნალობაც დროზე დაიწყეს, კონსერვატიულმა ღონისძიებებმა სათანადო ეფექტი გამოიღო. ავადმყოფი გაეწერა სრულიად ჯანმრთელი. მაგრამ უნდა მოგახსენოთ. რომ ეს არ არის მთლიანად უხიფათო მეთოდი. დაშლილი ბეზოარი შესაძლოა კუჭმა გაატაროს, გამოვიდეს თორმეტგოჯა ნაწლავიდანაც, მაგრამ გაიჩხიროს წვრილი ნაწლავის სანათურში და გაუვალობა განვითარდეს. ჩვენ გვქონდა მსგავსი შემთხვევები. რამდენიმე ავადმყოფს სასწრაფოდ გავუკეთეთ ოპერაცია გაუვალობის გამო და მათ აღმოაჩნდათ ბეზოარით გამოწვეული ნაწლავთა გაუვალობა.

თუკი კუჭში არსებული ბეზოარის გამო ჩატარებულმა კონსერვატიულმა მკურნალობამ სასურველი შედეგი არ გამოიღო, მაშინ იძულებულა ვხდებით მივმართოთ ოპერაციას, ვიდრე კუჭის ლორწოვანი გარსი დაზიანდება და განვითარდება გასტრიტი, შემდეგ კი წყლული, რომელიც თავისთავად უფრო მძიმე გართულებებს გამოიწვევს. ამ პათოლოგიის სამკურნალოდ შემუშავებული ოპერაცია — გასტროტომია ძალიან მსუბუქი ჩარევაა. თეთრი ხაზის განაკვეთით გავხსნით მუცლის ღრუს და კრილობაში ამოვწევთ კუჭს, რომლის წინა კედელს გავკვეთავთ განვიად მცირე და დიდი სიმრუდის შუა ადგილას და ამოვიღებთ უცხო სხეულს სათანადო ასეპტიკა-ანტისეპტიკის დაცვით. ეს ოპერაცია შეიძლება გააკეთოს ყველა თქვენგანმა.

მოვიყვანთ კიდევ ერთ მაგალითს ჩვენი კლინიკის პრაქტიკიდან. 23 წლის მამაკაცმა (ისტ. № 12628) 1952 წლის დეკემბერში უზმოზე 1 კილოგრამი კავკასიური ხურმა შეჭამა კურკებიანად. 2 საათის შემდეგ მას დაეწყო ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში და პირღებინება. 4 დღის შემდეგ მან შეამჩნია სიმსივნე, მიმართა პოლიკლინიკის ექიმებს, რომელთაც დიაგნოზი ვერ დაადგინეს. ავადმყოფი ხურმის ჰამიდან 29-ე დღეს მოხვდა ჩვენს კლინიკაში.

ავადმყოფს ეპიგასტრიუმის არეში პალპაციით ესინჯებოდა მამაკაცის მუშტისოდენა ხორკლიანი, მოძრავი, მკვრივი სიმსივნე. კუჭის გაშუქებით მოჩანდა ავსების დეფექტი კუჭის ქვემო ნაწილში მცირე და დიდ სიმრუდეს შორის. უცხო სხეული ნაკლებ მოძრავი იყო ბეზოარის სადიდის გამო, ამიტომ ლორწოვანი გარსის რელიე-

ფის გამოკვლევა არ ხერხდებოდა. კლინიკურად და რენტგენით დავადინეთ კუჭის ფიტობეზოარი. ავადმყოფს გავუკეთეთ ოპერაცია — გასტროტომია. ამოვიღეთ უცხო სხეული — 400.0 წონის ფიტობეზოარი, რომელიც შედგებოდა ხურმის რბილი ნაწილისა და კურკებისაგან. კუჭის ლორწოვან გარსში აღინიშნებოდა ჰიპერემია და ალაგ-ალაგ წერტილოვანი სისხლჩაქცევები, რომლებიც, როგორც ჩანს, ფიტობეზოარით — ამ მექანიკური ფაქტორით — გაღიზიანების შედეგი იყო. ცხადია, თუ დროული ოპერაცია არა, უნდა ვიფიქროთ, რომ აქ განვითარდებოდა ნაწოლი და, ბოლოს, ჩამოყალიბდებოდა კუჭის წყლულის მორფოლოგიური სურათიც, მით უფრო, რომ ავადმყოფს აღენიშნებოდა კუჭის წვეწავის მალალი მკაფობა.

ამრიგად, ასეთი მარტივი ჩარევით შეიძლება განკურნოთ ავადმყოფი, მაგრამ, საუბედუროდ, ბეზოარიანი ავადმყოფები თავიდანვე ქირურგთან როდი ხვდებიან. ისანი მოვილიან მრავალ პოლიკლინიკას, სხვადასხვა ექიმს. ზოგიერთი ექიმი ასეთ ავადმყოფს გასინჯავს, აღმოუჩენს, რომ კუჭში სიმსივნე აქვს და დასვამს კუჭის კიბოს დიაგნოზს, მით უფრო რომ გაშუქებითაც გამოისახება ავსების ღეფექტი. ამრიგად, თუ ავადმყოფს ანამნეზი არ გამოკითხა, უცოდინარი ექიმი უთუოდ შეცდება. ავადმყოფს უნდა კითხოთ, ჰქამა თუ არა მან ხურმა. ზოგჯერ წააწყდებით უცნაურ ამბებს: ზოგიერთი ავადმყოფი რაღაც გაურკვეველი მიზეზის გამო მალავს ხურმის ჰქამას — არც ერთი არ შემიჭამიაო, გაკვირვებული გეტყვით და, როდესაც კუჭიდან ამოულვებთ და აჩვენებთ, მაშინაც კი ცდილობს დამალოს სინამდვილე. ახლაც მახსოვს ჩვენმა ერთმა პაციენტმა როგორ დაგვიმალა, რომ მას კავკასიური ხურმა ექამა, როცა ვუჩვენე ოპერაციის შემდეგ კუჭიდან ამოღებული უცხო სხეული, მართო მანამდე გამოტყდა: მაყრად ვიყავი, ქორწილიდან დილით აღრე წამოვედი ცხენით, ხურმის ხეები შემხვდა, მოვტეხე ტოტი და ძალიან ცოტა ვჭამეო. რა თქმა უნდა, ცოტა არ იყო, მისი ფიტობეზოარი 600.0-ს იწონიდა.

ანამნეზის გარდა, დიაგნოსტიკაში დიდ დახმარებას გაგიწევთ რენტგენით გამოკვლევა, მაგრამ უნდა იცოდეთ, რომ ფიტობეზოარისათვის დამახასიათებელი ავსების ღეფექტი ასეთია: უცხო სხეულს საკონტრასტო ნივთიერება ირგვლივ შემოუვლის და, ამასთან, ისეთი გამოსახულება იქნება, თითქოს უცხო სხეულზე თოვლი იყოს მიყრილი — ავსების ღეფექტის ფონზე აქა-იქ შავი ჩრდილები ისახება. ასე რომ, ქირურგიც და რენტგენოლოგიც, თუკი ერთხელ მაინც ნახეს მათ ფიტობეზოარის რენტგენოლოგიური სურათი, დიაგნოზში არ უნდა შეცდნენ.

კუქის დაავადებები მრავალგვარია. კუქის მსუბუქი დაავადებების ჭკუფი აერთიანებს სხვადასხვა სახის გასტრიტებს; ამის შესახებ თერაპიულ კლინიკაში გექნებათ მსჯელობა, ხოლო რაც შეეხება წყლულოვან დაავადებას, მას გასწავლით თერაპევტიკა და ქირურგიკა. განმეორება რომ არ დაგვეჩერდეს, წყლულოვანი დაავადების თეორიებზე არ შევიჩერდები, ამაზე თერაპიულ კლინიკაში დაწვრილებით გეტყვიან, არ შევიჩერდები აგრეთვე მსუბუქ, ზერელე წყლულებზე, რომლებიც თერაპიულ მკურნალობას ექვემდებარებიან და შეიძლება ავადმყოფი მათგან სრულიადაც განიკურნოს. თქვენ უურადლებას გავამახვილებ ძირითადად იმ კატეგორიის წყლულოვან ავადმყოფებზე, რომელნიც უოპერაციოდ ვერ განიკურნებიან, დაავადების ამა თუ იმ პერიოდში, ხანგრძლივი თერაპიული მკურნალობის შემდეგაც კი მაინც საოპერაციონი ხდებიან. მაგრამ დასაწყისში მინდა გავახსენოთ ზოგადად კუქის ანატომია, ფიზიოლოგია და გთხოვთ, დღეს სახლში რომ დაბრუნდებით, სათანადო სახელმძღვანელოებში გადაავლოთ თვალი ანატომიას — განსაკუთრებით სისხლძარღვებს, ნერვებს, გაიხსენოთ კუქის ლორწოვანი გარსისა და საერთოდ მისი კედლის ჰისტოლოგიური აგებულება. ნაწილს კი დღეს მე მოგაგონებთ. უნდა გამოგიტყდეთ, რომ მაინცდამაინც მხატვრობას ვერ დავეიკეხნი, მიუხედავად იმისა, რომ ამ ნიკით დაჯილდოებული გახლდათ ჩემი მასწავლებელ ნიკოლოზ კახიანა. მაგრამ მაინც სქემატური მონახაზებით შევძლებ გავახსენოთ კუქის მოყვანილობა. მას აქვს კაუქის ფორმა, დიდი და მცირე სიმრუდე, კარდია, ფუნდუსი, კუქის სხეულის და პილორუსის ნაწილი. იგი საკმაოდ კარგად მარაგდება სისხლით. ამ სისხლძარღვთაგან ზოგიერთი მეტად მნიშვნელოვანია არა მარტო ოპერაციული ტექნიკის თვალსაზრისით, რომელიც ქირურგმა ზედმიწევნით კარგად უნდა იცოდეს, არამედ იმ მძიმე გართულების დასადგენადაც, რომელაც პროფუზული ან მასიური სისხლის დენის სახელწოდებითაა ცნობილი. თქვენ უთუოდ მოკრავდით ყურს, რომ ამ მოკლე ხანში დაგველუპა ერთი ავადმყოფი სისხლის დენით. ოპერაციის გაკეთება შეუძლებელი იყო. ამის შესახებ მოგიტხრობთ სათანადო ადგილას. ამჟამადაც გვიწევს ასეთივე მძიმე ავადმყოფი, რომელსაც ჰემოვლობინის მაჩვენებელი 12%-მდე ჰქონდა დაწეული, თუმცა ახლა მისი მდგომარეობა უკვე გამოსწორებულია და, ვფიქრობთ, მალე ოპერაციასაც გავუკეთებთ.

როდესაც საქმე გაქვთ პროფუზულ სისხლის დენასთან, უნდა იცოდეთ, თუ როპელი სისხლძარღვი იწვევს ამას. რაც შეეხება კუქის ინერჯაციას, მასვაგუსი და სიმპათიკუსი განაგებს. განსაკუთრებით დაგვირდებათ კუქის ფიზიოლოგიის, ჰისტოლოგიის, იმ ჭირ-

კვლების შემადგენელი უჯრედოვანი ელემენტების ცოდნა, რომლებიც გამოყოფენ ძარილმჟავას, პეფსინსა და ლორწოს. კიდევ გთხოვთ ყველაფერი ეს გაიმეოროთ თქვენ თვითონ, რათა შემდეგში გასაგები გასდეს. თუ როგორ ანატომიურ-ფიზიოლოგიურ და ჰისტოლოგიურ ზნისზე წარმოიქმნება ესა თუ ის დაავადება და ამის შესაბამისად, ოპერაციული მკურნალობის მეთოდებთან დაკავშირებით. როგორ შეიცვლება იგი.

წყლულოვანი დაავადება ხშირი ქირურგიული დაავადებაა. თავიდაპვე მინდა მოგახსენოთ, რომ არაექიმები და ზოგჯერ ექიმებიც კი ამ დაავადებას კუჭის წყლულის სახელით იხსენიებენ. მიუხედავად იმისა, რომ სწორედ კუჭში ეს პათოლოგია ძალიან იშვიათად ვითარდება. დიდი კლინიკების მასალის მიხედვით, თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული შეადგენს შემთხვევათა 80%-ს. ხოლო კუჭის წყლული — 20%-ს, ე. ი. ხუთი ავადმყოფიდან ოთხს თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული აქვს, ხოლო ერთს — კუჭის წყლული. თორმეტგოჯას წყლული მისი დასაწყისიდან ფატერის დვრილამდე აღინიშნება შემთხვევათა 80%-ში. წყლული შეიძლება განვითარდეს კუჭის ყველა მონაკვეთში: მაგალითად. პილორუსში — შემთხვევათა 15%-ში, მცირე სიმრუდეზე და კარდიაში — 5%-ში. ამგვარად, ძირითადად ვითარდება ორი ზონის წყლულები: პილორუსსა და თორმეტგოჯა ნაწლავში. საინტერესოა, რატომაა ასე? ეს კანონზომიერი მოვლენაა თუ შემთხვევითი? წყლულის წარმოშობაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს მარილმჟავასა და პეფსინს. უფრო მარილმჟავას, რადგანაც ის თვითმომწებლად მოქმედებს ლორწოვან გარსზე — აი. ეს არის მთავარი მიზეზი. ვიმეორებთ, მთავარი და არა ერთადერთი. ახლა წარმოვიდგინოთ, ერთი მხრივ, კუჭის ლორწოვანი გარსი და, მეორე მხრივ, კუჭის მჟავობა. ე. ი. მოქმედი და დამხვედრი ძალა. თუ კუჭის ლორწოვანი გარსი ძლიერია, მდგრადი, სათანადო სიმტკიცის და ამ თვისებების გამო არ დაექვემდებარება კუჭის წვენის მოქმედებას, მაშინ წყლული არ წარმოიქმნება. მაგრამ თუ კუჭის ლორწოვანი გარსი არ არის გამძლე, ხოლო კუჭის წვენის მჟავობა მაღალია, წყლულის წარმოქმნა მოსალოდნელია. გავიხსენოთ კუჭის ლორწოვანი გარსის შემსუსტებელი ფაქტორები თუნდაც იმ უცხო სხეულების სახით, რომელთა შესახებ გვქონდა უკვე საუბარი. ფიტობეზოარი კუჭის ლორწოვან გარსზე ხანგრძლივი მოქმედების შედეგად იწვევს მის ტრავმირებას და, რადგან ამ არეზე მოქმედებს კუჭის წვენი, წარმოიქმნება წყლული. როცა ქიმიას გადიოდით, ისწავლეთ მარილმჟავა, თვისებები — კონცენტრირებული მარილმჟავას დასხმა კანზე იწ-

ვევს მის სიღამწერეს. ანალოგიური მოვლენა იქმნება კუქის ლორწოვანაზე მარილმკვავას მოქმედებით.

მეტი თვალსაჩინოებისათვის მოგიტხრობთ ჩვენი ერთი შემთხვევის შესახებ. 42 წლის მამაკაცს (ისტ. № 31) ნოემბერში უზმოზე უქამია დაუმწიფებელი კავკასიური ხურმა. მას დაეწყო ტკივილი, ხოლო 3 დღის შემდეგ განუვითარდა სიმსივნე; მოვიდა ჩვენს კლინიკაში სამი თვის უშედეგო მკურნალობის გამო. ავადმყოფი უჩიოდა სიმსივნესა და ძლიერ ტკივილს ეპიგასტრიუმის არეში, პერიოდულ პირღებინებასა და ყაბზობას, რომელიც ბოლო ხანს შეიცვალა ფაღარათობით, დაეწყო წელის ტკივილიც.

კლინიკაში შემოსვლისას ეპიგასტრიუმის არეში ისინჯებოდა მამაკაცის მუშტისოდენა მოძრავი, მკვრივი კონსისტენციის სიმსივნე. კუქის წვენის საერთო მკვავობა იყო 94, თავისუფალი—63, შეერთებულ—26.

კუქის რენტგენოსკოპიით დადგინდა კუქის ფიტობეზოარი.

ავადმყოფს გავუკეთეთ ოპერაცია. მუცლის ღრუს გახსნისა და კუქის დათვლიერების შემდეგ აღმოჩნდა წყლული მის მცირე სიმრუდეზე (სურ. 14), ხოლო კუქის სანათურში თავისუფლად მოძრავი უცხო სხეული — ბეზოარი, გავაკეთეთ კუქის რეზექცია, მუცლის ღრუ დავხურეთ ყრუდ.

წყლულის მიკრომორფოლოგიური შესწავლით დადგინდა ქრონიკული ანთება.

როგორც ხედავთ, ამ შემთხვევაში წყლულის განვითარება უდავოდ დაკავშირებულია ფიტობეზოართან. აღნიშნულის დადასტურება შეიძლება იმითაც, რომ ავადმყოფს კავკასიური ხურმის ქამამდე წყლულოვანი დაავადებისათვის დამახასიათებელი ნიშნები სრულიად არ ჰქონდა. ამგვარად, ცხადი ხდება, რომ მექანიკურმა ფაქტორმა კუქას ლორწოვანი გარსის გამძლეობა შეასუსტა ხან-



სურ. 14. კუქის მცირე სიმრუდის წყლული.

გრძლივად მასზე მოქმედების გამო, ხოლო კუქის წვენი მაღალი მჟავობის მონელებითმა ფაქტორმა, თავის მხრივ, ხელი შეუწყო წყლულის ჩამოყალიბებას.

ლორწოვანი გარსის რა შემასუსტებელი ფაქტორები არსებობს კიდევ? უხეში, დაუღეპავი საკმელი. ზოგიერთ ადამიანს აქვს ჩვევა — ერთი-ორჯერ გაღეკოს საკმელი და ისე გადაყლაპოს, ზოგი კი ძლიერი შიმშილის დროს ჩქარა ჭამს, რის გამოც ვერ ასწრებთ საკვების სათანადოდ დაღეკვას, ამრიგად, მექანიკურად გადაუმუშავებელი საკვების დამუშავება უხდება კუქს. უწესრიგო კვებაც კუქის კედლის გამძლეობის დაქვეითების მნიშვნელოვანი ფაქტორია. მოგახსენებათ, რომ კუქის წყლულის მთელი თერაპიული მკურნალობა დაჰყარებულია წესიერ კვებაზე. გარკვეული დროის მონაკვეთში კუქს ისეთი საკვები უნდა მივაწოდოთ, რომელიც არ გააღიზიანებს ლორწოვანას და არც კუქის წვენი გამოიყოფა უხვად. საკვების ხასიათის გარდა, როგორც მოგახსენეთ, კვების რეჟიმს აქვს დიდი მნიშვნელობა. ფიზიოლოგიიდან იცით, რომ საკვები კუქში რჩება გარკვეული დროის განმავლობაში, მერე ის გადაეგზავნება თორმეტგოჯა ნაწლავს, რისთვისაც საჭიროა 2—3 საათი, ამის შემდეგ საკვები კუქში აღარ უნდა იყოს. ამ პერიოდის გავლის მერე კვლავ ვითარდება შიმშილის გრძნობა, ღამის გარდა. სინამდვილეშიც ასე ხდება — ადამიანი იკვებება დღეში 3—4-ჯერ. მაგრამ ზოგი პროტესტის ადამიანები სადილს არ ჭამენ მოუცლელობის გამო და ღამით, შინ დაბრუნებისას, შეიძლება ითქვას, გაშმაგებით ეცემიან საკმელს, ვერც კი ახერხებენ მის ხეირიან დაღეკვას. ეს კი, მოგახსენებათ, არ ვარგა, რადგან კუქი გადაიტვირთება და მით უფრო მეტად, რაც მეტის მქამელია ადამიანი. სწორედ ასეთ უწესრიგო კვებას აქვს მნიშვნელობა წყლულის წარმოქმნის მექანიზმში. გარდა ამისა, მხედველობაში უნდა მივიღოთ თავისუფალი მარილმჟავა, რომელიც მთელი დღის განმავლობაში გამოიყოფა მშიერ კუქში და იმდენად მეტად, რამდენჯერაც გემრიელ საკმელს მოიგონებს ადამიანი ანდა მის სუნს შეიგრძნობს. კუქში რომ საკვები იყოს, ბუნებრივია, გამოყოფილი სეკრეტი მოხმარდებოდა მის გადამუშავებას, მაგრამ, რაკი კუქი თავისუფალია, ამ მონელების გავლენის ქვეშ ექცევა კუქის ლორწოვანი გარსი. ამრიგად, საკვების მიღების პერიოდებს გარკვეული მნიშვნელობა აქვს, რათა კუქის წვენი მჟავობას ლორწოვან გარსზე მოქმედების საშუალება არ ჰქონდეს.

მინდა მოგახსენოთ, რომ წყლულოვანი დაავადების წარმოშობაში შთამომავლობასაც ენიჭება გარკვეული მნიშვნელობა: თუმცა ერთხანს ამას უარყოფდნენ. მე პირადად ამის მნიშვნელობას არა-

სოდეს ვუგულებელვყოფდი. გენები არსებობს — ეს უდავოა! თუკი შვილი მშობლებს დაემსგავსება გარეგნობით — სახით, ლაპარაკით, სიარულით, — განა შეიძლება ამათ იმ დაავადების შთამომავლობით გადაცემის უარყოფა? თუკი შვილს შეიძლება გადაეცეს მშობელთა კარგი თვისებები, სამწუხაროდ, დასაშვებია დაავადებისადმი მიდრეკილების გადაცემაც. ჩვენ გვყავს წყლულოვანი დაავადებიანი ავადმყოფები, რომელთა მამა-პაპასაც ჰქონიათ წყლული.

მახსოვს ჩემი პაციენტები — ოთხი ძმა, რომელთაც წყლული ჰქონდათ, ე. ი. შთამომავლობას უთუოდ აქვს მნიშვნელობა. უეკველია, რომ დიდი როლი ენიჭება ნერვულ სისტემას: ადვილად აგზნებადი ნერვული სისტემის მქონე ადამიანები ხშირად ავადდებიან წყლულით. მათ კუჭის წვენს ახასიათებს მალალი კონცენტრაციის მარილმჟეავის შემცველობა.

ბოლო ხანს ძალიან დიდ როლს ანიჭებენ ჰორმონული წარმოშობის, კერძოდ პანკრეასის ადენომების ჰორმონის გავლენით წარმოქმნილ წყლულებს, რომლებიც მეტად თავისებური კლინიკური სურათით მიმდინარეობენ და განსხვავდებიან ჩვეულებრივი წყლულოვანი დაავადებისაგან მძიმე დასაწყისით, გართულებების სიხშირითა და მკურნალობის სირთულით.

ამრიგად, დღეს შევეუდქით კუჭის პათოლოგიის განხილვას, რომელსაც გავაგრძელებთ მომავალ ლექციაზეც. მანამდე კი თქვენი მოვალეობა იქნება გაიმეოროთ კუჭის ანატომია, ფიზიოლოგია, პისტოლოგია. მე შევეცდები გზადაგზა გამოვარკვიო, თუ რამდენად შეასრულეთ ჩემი დავალება.

მომავალ შეხვედრამდე!

მეცხრე ლექცია

ვიდრე ცალ-ცალკე შევეუდგებოდე წყლულოვანი დაავადების გართულებების განხილვას, მინდა წარმოვიდგინოთ რამდენიმე ავადმყოფი, რომელთაც ერთი კვირის განმავლობაში მოიყარეს თავი ჩვენს კლინიკაში. ამასთან, გთხოვთ დაიმახსოვროთ ეს ავადმყოფები, რათა ისინი გაიხსენოთ წყლულოვანი დაავადების სათანადო გართულებების განხილვისას, თუმცა მსგავსი მაგალითები წლის განმავლობაში ბევრი იქნება. სულ ათი წუთია, რაც ერთი მათგანი ამოიყვანეს საავადმყოფოს მიძღვნილ განყოფილებიდან სასწრაფოდ — მას აქვს მწვავე მუცელი და, ვიდრე საოპერაციო ბლო-

კი მოემზადება, გთხოვთ შეკრიბოთ დაავადების ანამნეზი, გასინჯოთ ავადმყოფი და გამოიტანოთ სათანადო დასკვნა.

ს ტ უ დ ე ნ ტ ი გ. კრებს დაავადების ანამნეზს.

ავადმყოფი: მე თქვენი ტოლი შვილი მყავს და ამიტომ მოგმართავთ, როგორც შვილებს. ხუთი წელიწადია, რაც მაწუხებს კუჭის არეში ტკივილი, მიშლის ჰემას, ტკივილი ღამითაც მადვილებს. დავლევდი ხოლმე სოდიან წყალს და მარტო ეს იყო ჩემი წამალი. ექიმებმა გამაშუქეს რენტგენზე, მითხრეს, რომ წყლული მქონდა და მირჩიეს ოპერაციის გაკეთება, მაგრამ გულახდილად გეტყვით, ოპერაციის შემეშინდა — სიცოცხლე, ხომ იცით, ყველას სწყურია და მეც წამლებით მკურნალობა ვარჩიე. მაგრამ გუშინ დილის ცხრა საათზე ისეთი ტკივილი ვიგრძენი, თითქოს „ხანჯალი ჩამცეს“ მუცელში. დავკარგე მოსვენება, ხან სათბურები დავიდე, ხან ისევ სოდიანი წყალი დავლიე და ასე ტანჯვით დავაღამე და გავათენე. ექიმს დღეს 12 საათზე გამოვუძახეთ და, აი, წამომიყვანა თქვენ საავადმყოფოში. ახლა თქვენზე ვარ მონდობილი.

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: გთხოვთ ყველამ ნახოთ ავადმყოფი, განსაკუთრებული ყურადღებით გაუსინჯეთ მუცელი, შეამოწმეთ ღვიძლის მოყრუება, დაიმახსოვრეთ სახის გამომეტყველება, საწოლში მდებარეობა. დათვალეთ მაჯის სისწორე. ახლა გთხოვთ ავადმყოფი გაიყვანოთ, ჩაუტაროთ პრემედიკაცია და შეიყვანოთ საოპერაციო ოთახში.

როგორც მოისმინეთ, ავადმყოფმა ბევრი ილაპარაკა. ამდენი საუბრის დრო ყოველთვის არ გექნებათ, მაგრამ ზოგჯერ ავადმყოფს უნდა დაუთმოთ დრო, მოუსმინოთ გულდასმით.

როგორც ხედავთ, ავადმყოფს ოპერაციის ეშინოდა და თავისი დაუდევრობის გამო კლინიკაში მოიყვანეს პერფორაციის განვითარებიდან 24 საათის შემდეგ. თქვენ ლმობიერი დამოკიდებულებით მას უნდა გაუფანტოთ შიში.

მაშ, რა სიმპტომები აქვს გამოხატული ჩვენს ავადმყოფს: ფიციანივით დაჭიმული მუცელი, ბლუმბერგ-შროტკინის მკვეთრად დადებითი სიმპტომი გართულების უეცარი დასაწყისის ფონზე. ღვიძლის მოყრუების ნაცვლად ნათლად მოისმინეთ ტიმპანიტი. სისხლში ლეიკოციტოზია -- 12.000 მარცხნივ გადახრით.

ღიაგნოზი?

ს ტ უ დ ე ნ ტ ე ბ ი: წყლულის პერფორაცია! მწვავე მუცელი!

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: მეორე ავადმყოფი 69 წლის მამაკაცი გახლავთ. იგი კახეჭიურია, მშრალი კანი აქვს, ტურგორი — მკვეთრად დაქვეითებული, მუცელი დახედვით — ასიმეტრიული. ნათლად ისახება მცარე მენჯის ღრუში დაშვებული და გადიდებული

კუჭი, პალპაციით აღინიშნება პათოლოგიური პერისტალტიკა, შერბევით — შხეფის ხმა. განსაკუთრებით საყურადღებოა ორივე ხელის მტევანზე გამოხატული „მეანის ხელი“.

22 წელიწადია, რაც იგი ავადაა თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულით, ორი წელიწადია პერიოდულად აქვს პირღებინება, რომელიც ბოლო ერთი თვეა გაუხშირდა, სისტემატური ხასიათის გახდა; პირსაქმებას იწვევს ხელოვნურად თითით, ზოგჯერ კი კუჭის ზონდის მეშვეობით; უკანასკნელი ერთი კვირაა შენიშნა კრუნჩხვების განვითარება, რის გამოც მოვიდა კლინიკაში სამკურნალოდ.

ამავე კატეგორიის გართულებას მიეკუთვნება მესამე შემთხვევა. 17 წლის გოგონა, რომელიც, როგორც ხედავთ, თავისი ასაკის განვითარებას ბევრად ჩამორჩება, 9—10 წლისას უფრო ჰგავს; კახექსიურია და დისტროფიული; ავადაა წყლულოვანი დაავადებით ორი წლის ასაკიდან, ამჟამად აქვს მბერავი ხასიათის ტკივილი და პროფუზული პირღებინება, ყაბზობა, უმადობა, საერთო სისუსტე, დაკარგული აქვს სწავლის უნარი.

როგორც ხედავთ, 69 წლის მამაკაცსა და 17 წლის გოგონას ხანგრძლივი წყლულოვანი დაავადების ფონზე გამოხატული აქვთ ერთნაირი სიმპტომები, რომლებიც წყლულოვანი წარმოშობის სტენოზით გართულებას ახასიათებს. ამათ გარდა, ხედავთ წელში ორად მოხრილ 55 წლის მამაკაცს გატანჯული სახით. მას დღე და ღამე მოსვენება არა აქვს აუტანელი მუდმივი ტკივილის გამო. ტკივილი წელისაკენ გადაეცემა და ავადმყოფს ისეთი შეგრძნება აქვს, თითქოს წელს „უხერხავენ“, საწოლშიც ორადაა მოხრილი; მუცელზე მუდმივად სათბურების ხმარებით მკვეთრად გამოხატული პიგმენტაცია აღენიშნება. ამას ჩვენ „ვეფხის ტყაის“ სიმპტომს ვეძახით. ავადმყოფი დაეინებით მოითხოვს მძლავრ მოქმედ ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებს, რომელთაც ჩვენ, გასაგები მიზეზის გამო, ვუზღუდავთ.

ამ ავადმყოფს პანკრეასში პენეტრირებული წყლულის დიაგნოზი დაეუდგინეთ და ვამზადებთ საოპერაციოდ.

დაბოლოს, ხედავთ 73 წლის ქალს თითქმის ნახევარსაუკუნოვანი წყლულოვანი ანამნეზით. ავადმყოფს რენტგენოლოგიურად დადგენილი ჰქონდა მცირე სიმრუდის წყლული. რამდენიმე თვეა, რაც დაავადებამ იცვალა თავისი ჩვეული მიმდინარეობა: ავადმყოფმა დაიწყო პროგრესული გახდომა, შეიძულა საკვები, დაკარგა შრომის უნარი ჯა ცხოვრებისადმი ინტერესი.

გთხოვთ ავადმყოფები გაიყვანოთ აუდიტორიიდან. თქვენ, ალბათ, მიმისვლით, განგებ არ დავასრულე აზრი ავადმყოფების თანდასწრებით, რადგან ჩვენ ძალიან ვუფრთხილდებით მათ ფსიქიკას,

არ გვინდა ისინი დავუმორჩილოთ სულიერ განცდებს, მაშინ მკურნალობას არავითარი ღირებულება აღარ ექნება.

ღიახ, ერთ-ერთ ავადმყოფს გამოხატული აქვს ანემიაც, თუ დააკვირდით, გადაკრავს სპეციფიკური — მიწის ფერი. ყოველივე ამის გამო ვფიქრობთ, რომ წყლული, რომელიც მას ხუთი ათეული წლის მანძილზე აქვს, გადაგვარებულია კიბოდ.

ს ტ უ დ ე ნ ტ ი: შეიძლება წყლულის კიბოდ გადაგვარება?

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: შეიძლება კი არა, თითქმის აუცილებელია წყლულის გარკვეული ლოკალიზაციისა და ხასიათის შემთხვევაში. ეს კუჭის კალოზური წყლულია.

ამგვარად, სადავო არ არის, რომ წყლულის პერფორაციით გართულების, წყლულის კიბოდ გადაგვარებისა და სტენოზის განვითარების შემთხვევებში ოპერაცია აბსოლუტურად ნაჩვენებია. ამ თვალსაზრისით ააკამათოა პროფუზული სისხლის დენა. ამ გართულების დროს არა მარტო შინაგან დაავადებათა სპეციალისტებსა და ქირურგთა შორის, არამედ თვით ქირურგებს შორისაც არ არის ერთსულოვანი შეხედულება კონსერვატიული და ქირურგიული მკურნალობის საკითხებზე. ამიტომ სათანადო ცოდნისა და გამოცდილების მიღებას შემდეგ, სხვადასხვა საიდუმლოების გაცნობის საფუძველზე, თვითონ უნდა გადაკრათ ეს საკითხი ამა თუ იმ ავადმყოფისადმი ინდივიდუალური მიდგომით.

ოპერაციული მკურნალობის შედარებით ჩვენებად მიჩნეულია წყლულოვანი დაავადების ის გართულება, რომელიც ავადმყოფსა და მის ოჯახის წევრებსაც ნორმალური ცხოვრების ფერხულიდან გამოიყვანს. წარპოიდგინეთ ავადმყოფი, რომელიც არა მარტო ერთეული, არამედ ათეული წლების მანძილზე მკურნალობს. მას არ დარჩენია არც ერთი კურორტი, საავადმყოფო ან ამ საქმეში გამოცდილი თერაპევტი და ქირურგი, რომლისთვისაც არ მიემართოს. ამ ავადმყოფებს დაკარგული აქვთ ძილი და მოსვენება, უხალისონი ხდებიან ცხოვრებისა და საზოგადოების მიმართ. ასეთები გახლავთ პენეტრირებულწყლულიანი ავადმყოფები, რომელნიც აბსოლუტურ ქირურგიულ ჩვენებაში არ ერთიანდებიან. მაგრამ ისმის კითხვა — განა ასეთი მდგომარეობა ქირურგიული მკურნალობის ჩვენება არ არის? თუ დააკვირდებით პენეტრირებული წყლულის კლინიკურ მიმდინარეობას, დაესწრებით ოპერაციას და დაინახავთ, თუ რაოდენ რთული ვითარებაა შექმნილი წყლულის პენეტრაციით გართულების დროს, მით უფრო თუ პენეტრაციაში ჩათრეულია რამდენიმე ორგანო, რომელთა ნორმალური ფუნქცია უსათუოდ მეტ-ნაკლებად ითარგუნება, დარწმუნდებით, რომ ამ გართულების დროსაც ოპერაცია აუცილებელია.

ასეთი ზოგადი განმარტების შემდეგ ნება მომეცით შევუღებ წყლულოვანი დაავადების გართულების ცალ-ცალკე განხილვას და დავიწყო პერფორაციით. პერფორაცია კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის კედლის გახვრეტას ნიშნავს. შედიცინის სხვადასხვა დარგის წარმომადგენლებს სხვადასხვაგვარად გვესმის პერფორაცია. ქირურგებისათვის პერფორაცია ნიშნავს კუჭის, ნაწლავის, ნაღვლის ბუშტის გახვრეტას, შიგთავსის ჩაქცევას თავისუფალ მუცლის ღრუში, რასაც, სათანადო დახმარების გარეშე, ავადმყოფის სიკვდილი მოსდევს. პათოლოგანატომთა თვალსაზრისით, პენეტრაცია იგივე პერფორაციაა, მაგრამ პენეტრაციის შემთხვევაში წყლული წინასწარ ჩაზრდილია მეზობელ ორგანოში. ამგვარად, პერფორაცია და პენეტრაცია, მართალია, ერთი და იგივე პროცესია, რადგან ორივე შემთხვევაში გახვრეტილია კუჭისა თუ თორმეტგოჯა ნაწლავის კედელი, მაგრამ კლინიკურად ისინი სხვადასხვაგვარად გამოვლანდებიან. თუ პერფორაციის დროს უეცრად დიფუზური პერიტონიტი ვითარდება, რაც თქვენ ნახეთ დღეს აქ წარმოდგენილ ავადმყოფზე, პენეტრაციისას ანთებადი პროცესი ქრონიკულად მიმდინარეობს, იგი მოსაზღვრედ მდებარე ორგანოზეც ვრცელდება. დესტრუქციული პროცესის პროგრესულობის გამო პერფორირდება თორმეტგოჯას ან კუჭის კედელი, მაგრამ მას დაუხვდება წყლულოვან ზონასთან წინასწარ შეზრდილი პანკრეასი, ნაღვლის ბუშტი ან რომელიმე სხვა ორგანო.

ჩვენი კლინიკის ექიმმა ვენერა დუგლაძემ დეტალურად დაამუშავა წყლულის პენეტრაციით გართულების საკითხი. აღნიშნული მისი საკანდიდატო დისერტაციაა. მან დაადგინა, რომ ჩვენს კლინიკურ მასალაში წყლულის პენეტრაციის სიხშირე 34%-ს უდრის, ხოლო ამ გართულებებს არჩევითი ადგილი პანკრეასია.

ვთხოვ ექიმ. ვ. დუგლაძეს მოგვახსენოს იმ ავადმყოფის შესახებ, რომელსაც რამდენიმე დღის წინ გაუუკეთეთ ოპერაცია თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პანკრეასში პენეტრაციის გამო.

ექ. ვ. დუგლაძე: 47 წლის მამაკაცი გ. ი., მუშა (ისტ. № 774), კლინიკაში მოვიდა მწვავე ტკივილით ეპიგასტრიუმისა და მარჯვენა ფერდქვეშა არეში, წელისაკენ ირადიაციით, დისპეფსიური მოვლენებით. დაავადება დაწყებია 14 წლის წინათ, ტკივილი დაკავშირებული იყო საჭმლის მიღებასთან; ბოლო ერთი წელია, რაც ჰქონია მუდმივი ტკივილი წელისაკენ ირადიაციით; კონსერვატიული მკურნალობა აღარ შეელოდა; ჭამას თავს არიდებდა ტკივილის გამწვავების შიშით; ჰქონია რამდენიმეჯერ პროფუზული სისხლის დენა. რენტგენოლოგიურად დადგინდა: თორმეტგოჯას წყლულოვანი სტენოზი. ოპერაციის დროს აღმოჩნდა თორმეტგოჯა

ნაწლავის უკანა ზედაპირის დიდი კალოზური წყლული პენეტრაციით პანკრეასის თავში; დიდ კრატერში — აროზირებული პანკრეას-თორმეტგოჯას ზედა არტერია თრომბით. თორმეტგოჯა ნაწლავი წყლულის პენეტრაციის კრატერისაგან გამოფყავით. ტაკვი დავამუშავეთ სამსართულიანი ნაკერით ატიპურად. დავამუშავეთ აგრეთვე პენეტრაციის კრატერი პენიცილინის ფხვნილით. გავაკეთეთ კუჭის 2/3-ის რეზექცია. ტაკვის არეში მოვათავსეთ ღრენაჟი. ოპერაციის შემდგომმა ხანამ კარგად ჩაიარა.

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: როგორც ხედავთ, პენეტრაციას ახასიათებს მუდმივი ძლიერი, მაირადირებული ტკივილი, რაც ოპერაციის ჩვენებაა. პანკრეასში წყლულის პენეტრაციის დროს მოსალოდნელია პანკრეატიტის განვითარება, რომელიც თავისთავად მშიმე პათოლოგიაა და სიკვდილიანობის დიდ პროცენტს იძლევა. გარდა ამისა, წყლულის პანკრეასში პენეტრაციის შედეგად შეიძლება დაირღვეს პანკრეას-თორმეტგოჯას არტერია და განვითარდეს პროფუზული, ანუ მასიური სისხლის დენა, რომლისგანაც ავადმყოფის ხსნა დიდ სიძნელეებთანაა დაკავშირებული.

თუ წყლულმა შეაღწია ღვიძლ-თორმეტგოჯა იოჯში, ნაღვლის ბუშტში შეიძლება განვითარდეს შიგნითა ფისტულა დაწყულულბულ ორგანოსა და სანაღვლე გზებს შორის. პათოლოგიური ხვრელმილით გადასულმა აღმავალმა ინფექციამ კი დასაშვებია ხელი შეუწყოს ქოლეცისტიტის, ქოლანგიტისა და სუბდიაფრაგმული ჩირქგროვების განვითარებას.

ჩვენს კლინიკას დღემდე ჰქონდა შიგნითა ფისტულების სამოცზე მეტი შემთხვევა, რომელნიც წყლულოვანი თუ ნაღვლკენკოვანი დაავადების შედეგად იყვნენ განვითარებული. ეს საკითხიც როგორც თეორიულად, ისე პრაქტიკულად მეტად საინტერესოა და საკანდიდატო დისერტაციად მინდობილი აქვს ექიმ დიმიტრი ასათიანს, რომელიც დღეს წარმოგიდგენს ერთ სადემონსტრაციო შემთხვევას.

ექ. დ. ასათიანი: 55 წლის მამაკაცი ბ. შ. (ისტ. № 94581) 12 წლის წყლულოვანი ანამნეზით; 1968 წელს მკურნალობდა ბოტკინის დაავადების დიაგნოზით. ავადმყოფი დაქვეითებული კვებისაა, ეპიგასტრიუმის არეში აქვს მუდმივი ტკივილი, რომელსაც ხელოვნური პირღებინებით ან სოდის მიღებით იმშვიდებს; პერიოდულად აღენიშნება შემცივნება და ტემპერატურის მომატება; ჰქონდა ორჯერ სიყვითლე, რამაც მალევე გაუარა. რენტგენოლოგიურად აღინიშნა თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული. ოპერაციის დროს აღმოჩნდა თორმეტგოჯა ნაწლავის ძლიერი შეხორცებები ნაღვლის ბუშტთან და პანკრეასთან. მისი წინა და უკანა ზედაპირის

წყლულები მკიდროდ იყო დაკავშირებული ძლიერი შეხორცებებით მეზობელ ორგანოებთან. ნაღვლის ბუშტი შექმუხნილი იყო, მისი ფუძე — ფაქსირებული. თორმეტგოჯა ნაწლავსა და ნაღვლის ბუშტს შორის წარმოქმნილი იყო ფისტულა. თორმეტგოჯა ნაწლავი გადაკვეთეთ წყლულის პენეტრაციისა და ფისტულის ქვემოთ. ტაკვი დავამუშავეთ ქისით. ნაღვლის ბუშტი გამოვყავით ყელამდე, გადავაკვანძეთ და ამოვკვეთეთ. კრილობაში მოვათავსეთ ღრენაჟი და ტამპონი. გავაკეთეთ კუჭის 2/3-ის რეზექცია, შერთული — ბილროტ II ჰოფმეისტერ — ფინსტერერის წესით. ავადმყოფი გავწერეთ კარგ მდგომარეობაში ოპერაციიდან ერთი თვის შემდეგ.

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: სანაღვლე გზების გარდა, წყლულის სხვა ორგანოებში, მაგალითად, განივ კოლინჯში, შელწევის გამო, შეიძლება წარმოიქმნას კუჭ-კოლინჯის ფისტულა, რომელიც ისევე მძიმე მდგომარეობაში ჩააგდებს ავადმყოფს, რადგანაც კოლინჯიდან კუჭში გადავა ფეკალური მასა, ხოლო კუჭიდან განივ კოლინჯში მოხვედრილი საკვები მოუნელებელი გამოვა გარეთ, რაც ავადმყოფს დისტროფიულ მოშლილობამდე მიიყვანს.

ყოველივე ზემოთქმულის ანალიზის საფუძველზე თქვენ არკვევთ, რომ პენეტრაცია, რომელიც თითქოსდა ქირურგიული მკურნალობის აბსოლუტური ჩვენებაა, გარკვეულ პროცენტში იწვევს ისეთ მძიმე მეორად გართულებებს, რომ ავადმყოფთა ნორმალური არსებობა წარმოუდგენელი ხდება.

ამრიგად, უნდა დავიმახსოვროთ, რომ პენეტრაცია პერფორაციის ერთ-ერთი სახეა და წყლულის მეზობელ ორგანოში გახსნას ნიშნავს.

წყლულის პერფორაცია დასაშვებია მოხდეს არა ორგანოში, არამედ ანთებად პროცესით წინასწარ შემოფარგლულ სივრცეში, სადაც ჩამოყალიბდება ჩირქგროვა, ეს კი იქნება პერფორაცია შემოფარგლულ სივრცეში. ამ სახის გართულებაც, მიუხედავად იმისა, რომ იგი შემოფარგლულ ღრუშია, მანც ერთგვარ ხიფათს უქადის ავადმყოფს და მისი მკურნალობაც ოპერაციულია.

გარდა ამისა, არსებობს ე. წ. მიფარებული პერფორაცია. თავისუფალ მუცლის ღრუში განვითარდება პერფორაციის კლინიკური სურათი, ავადმყოფსა და საოპერაციო ბლოკს მოვამზადებთ საოპერაციოდ, ავადმყოფს კი ყველა სიმპტომი გაუქრება — ტკივილი აღარ აწუხებს, ზოგადი მდგომარეობა უმჯობესდება. რა მოხდა? გაკვირვებული რჩებით მისი მკურნალი ექიმი. მოხდა ის, რომ პერფორირებულ ხერვლს მიეფარა ორგანო ან გაიჩხირა საკვების ნაწილი. ჩვენს ერთ ავადმყოფს — ლობიოს მარცვლით, ხოლო მეო-

რეს — ჩურჩხლის წვერით ჰქონდა პერფორირებული წყლული და-
ხშული.

უნდა მოგანახნოთ, რომ მიფარებული პერფორაცია ვერაგუ-
ლია. უეცრად ვითარდება მწვავე მუცელი, თქვენ ემზადებით საოპე-
რაციოდ, მწვავე მუცლის მოვლენები კი ქრება. მშვიდდება ავად-
მყოფი, თქვენც მშვიდდებით და ასეთი სიმშვიდის ფონზე კვლავ ვი-
თარდება პერფორაციის სურათი. ამიტომ ქირურგის ტაქტიკა ასეთი
უნდა იყოს: საჭიროა სასწრაფო ოპერაცია დასაწყისშივე, ხოლო, თუ
ავადმყოფი ასაკოვანია, თანაც მსუქანი და პერფორაციულ ხერელს
მიეფარა რომელამე ორგანო, მოცდით ტაქტიკას ვარჩევთ, მაგრამ
შეიარაღებული ვიმყოფებით. ამრიგად, ასეთი ვითარება მოითხოვს
„შეიარაღებული სეიტრალიტეტის“ მდგომარეობას.

პერფორაცია ძირითადად კუჭის არანორმალურ გადავსებას
მოჰყვება ხოლმე. თუმცა არ არის გამორიცხული ამ გართულების
განვითარება მშიერ კუჭზეც.

თქვენ უსათუოდ უნდა იცოდეთ, რომ ამ ორ მდგომარეობას —
იქნება საესე თუ ცარიელი კუჭი, დიდი მნიშვნელობა აქვს გართუ-
ლების გამოსავლისათვის. მაძლარ კუჭში, სადაც დიდი რაოდენობით
საკვებია, კუჭის წვენი მთლიანად ხმარდება მას და კუჭის მყავე
წვენის ბაქტერიოციდული თვისება გამოირიცხება. ასეთ ვითარე-
ბაში მუცლის ღრუში მოხდება დიდი რაოდენობით ინფიცირებუ-
ლი საკვები. ამასთან, რაკი კუჭი გადავსებულიცაა, მისი კედელი
დაჭიმულია და გასაგებია, რომ პერფორაციული ხერელიც უფრო
დიდი იქნება. აღნიშნული მდგომარეობა ქმნის პირობებს პერიტო-
ნიტის მძიმე მიმდინარეობისათვის.

საკვებისაგან თავისუფალ კუჭში მყავე წვენი დიდი რაოდენო-
ბითაა, ამიტომ მისი ბაქტერიოციდული თვისება მეტია. რაკი კუჭი
ცარიელია, პატარა, კედელიც არ არის დაჭიმული, თვით პერფორა-
ციული ხერელიც მცირე ზომისაა. ასეთ ვითარებაში პერფორირე-
ბულ წყლულს ადვილად შეიძლება მიეფაროს რომელიმე ორგანო
და ხერელი დაიხშოს, ამიტომაც ასეთი პერფორაციის გამოსავალი
უფრო საიმედოა.

პერფორაციისათვის დამახასიათებელია აუტანელი ტკივილი,
რომელიც მუცლას ღრუს არც ერთ სხვა პათოლოგიას არ ახასია-
თებს. მუცლის ღრუში ჩაქცეული შიგთავსი, კერძოდ მყავე კუჭის
წვენი, ნერეული რეცეპტორების ძლიერი გამღიზიანებელია, რის
გამოც ავადმყოფები შემადრწუნებელ ტკივილს გრძნობენ.

მეორე დამახასიათებელი სიმპტომია მუცლის პრესის დაჭიმუ-
ლობა. შეიძლება ითქვას, რომ არც ერთი ორგანოს პერფორაცია არ
მწვევს კუნთების ისეთ რიგიდობას, როგორსაც წყლულის პერფო-

რაცია. ჩვენ სათანადო ადგილას ვთქვით, თუ რატომ ვითარდება ე. წ. დეფანსი — რათა ორგანიზმმა დაიცვას თავი ინფექციის გავრცელებისაგან. იგი კუნთების რიგიდობის საშუალებით „უმოკმედოს“ ხლის მუცლის ღრუს ორგანოებს.

მეტად თვალსაჩინო სიმპტომია აგრეთვე ღვიძლის მოყრუების გაქრობა, რაც იმის შედეგად ხდება, რომ პერფორაციული ხერხედიდან გამოსული ჰაერი დაიკავებს ღვიძლის არეს და აღნიშნული ზონის პერკუსიის დროს მოყრუების ნაცვლად მივიღებთ ტიმპანიტს. თავისუფალი ჰაერის აღმოჩენისათვის შეიძლება მივმართოთ რენტგენით გამოკვლევასაც.

მხედველობაშია მისაღები ის გარემოებაც, რომ წყლულის პერფორაციას წინ უსწრებს წყლულოვანი დაავადების ამა თუ იმ ხანდაზმულობის ანაწილი, თუკი საქმე არ შეეხება ე. წ. „მუნჯად“ მიზღინარე წყლულოვან დაავადებას, ასეთი კი შედარებით იშვიათია.

მეგობრებო, უნდა მოგახსენოთ, რომ თქვენი შესვენების დროს სასწრაფო დახმარების მანქანით კიდევ წყლულის პერფორაციანი ერთი ავადმყოფი მოიყვანეს. მოგეხსენებათ, რამდენადაც, გასაგები მიზეზის გამო, ჩვენი კლინიკა მდიდარია წყლულოვანი დაავადების ქრონიკული ფორმებით, იმდენად ნაკლებად ხვდებიან აქ პერფორაციანი ავადმყოფები. დღეს კი, ალბათ, თქვენდა სასარგებლოდ, მეორე ავადმყოფი შემოგვემატა, მეც მინდა ვისარგებლო შემთხვევით და წარმოვიდგინოთ იგი.

ვთხოვ ასისტენტ დ. ხაზარაძეს, რომელმაც მიიღო ავადმყოფი და დაუდგინა კიდევ თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის დიაგნოზი, მოგვახსენოს ისტორია.

ასისტ. დ. ხაზარაძე: ავადმყოფი პ., 36 წლის (ისტ. № 671), მოიყვანეს სასწრაფოდ ათი წუთის წინ. ავადაა წყლულით 14 წლის ასაკიდან, იტარებდა სისტემატურ კურორტულ და სტაციონარულ მკურნალობას მკირედი გაუმჯობესებით; დღეს, დილის 5 საათზე, დაეწყო უეცარი აუტანელი ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში. დილის 12 საათამდე ავადმყოფმა რამდენიმეჯერ ზიილო ტკივალგამაყუჩებელი მედიკამენტები, პერიოდულად, 2—3 საათით გრძნობდა მდგომარეობის გაუმჯობესებას; ტკივილის გაინტენსიურების მიზეზით იძულებული გახდა გამოეძახებინა სასწრაფო დახმარების მანქანა და, ამრიგად, მოხვდა ჩვენთან.

ავადმყოფი საწოლში იძულებით მდგომარეობაშია, ორად მოხრილი, მკრთალი სახე დაფარული აქვს ცივი ოფლით, მუცელი — ფიცარივით დაჭიმული, ბლუმბერგ-შროტკინის სიმპტომი მთელ მუცელზე — მკვეთრად დადებითი, ღვიძლის მოყრუება გამჭრალა

და ამ არეში პერკუსიით გამოხატულია ტიმპანიტი. რენტგენით გაშუქებისას სუბდიაფრაგმულ სივრცეში ჰაერის დიდი ბუშტია შემჩნეული.

პერიფერიული სისხლის ანალიზი ასეთია: ჰემოგლობინი — 78 ერთ., ერითროციტები — 4.200.000, ფერადობის მაჩვენებელი — 0,93, ტრომბოციტები — 252.000, ლეიკოციტები — 17.000, ჩხირბირთვიანნი — 6,5, სეგმენტისებრნი — 81, ლიმფოციტები — 10,5, მონოციტები — 2, ეოზინოფილები — 0, ადგილობრივი ლეიკოციტოზი — 22.000.

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: დაავადების ანამნეზი, კლინიკური და ლაბორატორიული მონაცემები ექვს არ იწვევს, რომ საქმე ეხება წყლულის პერფორაციით გართულებას. ახლა გთხოვთ, ვისაც გსურთ, ნახოთ ეს ავადმყოფი, დაიმახსოვროთ მისი სახის გამომეტყველება და მუცლის პრესის მდგომარეობა.

უნდა მოგახსენოთ, რომ პერფორაციით გართულებული ორი ავადმყოფის ასე მოკლე დროის განმავლობაში მიღება იშვიათია. მათ უფრო სასწრაფო დახმარების დიდ საავადმყოფოებში შეხვდებით.

ავადმყოფს სასწრაფო ოპერაციას გავუკეთებთ და მომავალ ლექციაზე მოგახსენებთ ოპერაციის შედეგებს, წარმოგიდგინებ რეზექტირებული კუჭის პრეპარატებს.

მადლობა მოვასხენოთ ასისტენტ დ. ხაზარაძეს და ავადმყოფს ვუსურვოთ გაჯანსაღება.

მოყვანილი შემთხვევა საინტერესოა იმ მხრივაც, რომ გართულების პროცესში ავადმყოფმა რამდენიმეჯერ იგრძნო მდგომარეობის გაუმჯობესება. ეს ნათელი პერიოდები გრძელდებოდა 2—3 საათის განმავლობაში, შემდეგ კი კვლავ იწყებოდა ძლიერი ტკივილი. უნდა ვიფიქროთ, რომ დასაწყისში პერფორირებულ წყლულს დროებით ეფარებოდა რომელიმე ორგანო — ბადექონი, წვრილი ნაწლავი ან საკვების ნაწილი ახშობდა წყლულს, ხოლო, როდესაც ეს „დროებითი საფარველი“ მოსცილდა, განვითარდა დიფუზური პერიტონიტის სურათი, რამაც აიძულა ავადმყოფი მოემართა კლინიკისათვის.

ისმის კითხვა — როგორ ვუმკურნალოთ ავადმყოფს, რომელსაც წყლულის პერფორაცია განუვითარდება?

ბუნებრივია, რაკი პერფორაციის დროს წარმოიქმნება ორგანოს — კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის დეფექტი, იგი უნდა გავკუროთ. წყლულის გაკერვა — ულცერორაცია ტექნიკურად რთული არ არის. მარტივი ჩარევით ავადმყოფს ვიხსნით სიკვდილისაგან, მაგრამ უნდა იცოდეთ, რომ ასეთი ავადმყოფი, თუ პირველსავე წე-

ლიწადს არა, ორი-სამი წლის შემდეგ კვლავ დაგიბრუნდებათ სა-
ოპერაციოდ იმის გამო, რომ იგი წყლულოვანი დაავადებისაგან ვერ
განკურნეთ. მაშასადამე, უნდა იცოდეთ, რომ პერფორირებული
წყლულის გაკერვით ავადმყოფი იხსენით პერიტონიტისა და არა
წყლულოვანი დაავადებისაგან. უნდა მოგახსენოთ, რომ რაკი წყლუ-
ლის უზშირესი ლოკალიზაცია თორმეტგოჯა ნაწლავი და პილო-
რუს-დუოდენური არეა, პერფორაციაც უმეტესად ამ წყლუ-
ლებზე მოდის. წარსული პერიოდის ქირურგები ფიქრობდნენ, რომ
ამ ლოკალიზაციის პერფორირებული წყლულის გაკერვას შეიძლე-
ბა მოპყლოდა თორმეტგოჯას ან პილორუსის შევიწროება და გაუ-
ვალობის პროფალაქტიკის მიზნით ირჩევდნენ ულცერორაფიას-
თან ერთად დამატებით გაეკეთებინათ გასტროენტეროანასტომოზი.
მართლაც, ეს ოპერაცია, როგორც მადრენირებელი საშუალება, თი-
თქოს ლოგიკური დამატებაა, რაც დაგროვილი გამოცდილების
ანალიზმა არ გაამართლა. თუკი პილორუსის ან თორმეტგოჯა
ნაწლავის პერფორირებულ წყლულს გაკერავთ ოპერაციის სათა-
ნადო ტექნიკის დაცვით, დროთა მსვლელობაში დაცხრება აქ მიმ-
დინარე ანთებადი პროცესი: ამრიგად, აღნიშნულ არეში სტენოზის
განვითარების შიში უსაფუძვლოა. ამრიგად, გასტროენტეროანასტო-
მოზის დამატება ზედმეტია. მაგრამ საქმე მართლ ამაში როდია: თვით
კუქ-ნაწლავის შერთული, მაღალი მკეავობის ფონზე მიმდინარე წყლუ-
ლოვანი დაავადების დროს, წარმოქმნის ისეთ მძიმე დაავადებას,
რომელიც მლივი ნაწლავის პეპტიკური წყლულის სახელითაა ცნო-
ბილი. დასახელებულ პათოლოგიას რთული კლინიკური მიმდინა-
რეობა ახასიათებს, იწვევს მძიმე გართულებებს, რომელთა მკურ-
ნალობა მოითხოვს თეორიულ და პრაქტიკულ გამოცდილებას. ამის
გამო გასტროენტეროანასტომოზმა თითქმის მთლიანად დაკარგა
თავისი მნიშვნელობა წყლულოვანი დაავადების ქირურგიულ მკურ-
ნალობაში.

მაშ, როგორ მოვიქცეთ პერფორაციის დროს? ამ საკითხის გა-
დაწყვეტისას მხედველობაშია მისაღები როგორც პერფორაცი-
იდან გასული დრო და ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა, ისე
თქვენნი, ექიმების, თეორიული და პრაქტიკული გამოცდილების
დონე.

კუქის ქირურგიის თანამედროვე ეტაპზე ჩვენი მიზანია ავად-
მყოფი გადაეარჩინოთ პერიტონიტისაგან და ამასთან გავათავისუფ-
ლოთ წყლულოვანი დაავადებისაგანაც. აღნიშნულის გარანტიას
გვაძლევს რადიკალური ოპერაცია — კუქის რეზექცია. ამგვარად,
თუ პერფორაციის განვითარებიდან ავადმყოფის კლინიკაში მოყვა-
ნამდე გასულია მცირე დრო, პაციენტი ახალგაზრდაა და მისი ზოგა-

დი მდგომარეობა კარგია. გარდა ამისა, ქირურგს სათანადოდ აქვს ათვისებული კუჭის რეზექციის ტექნიკა, რადიკალური ოპერაცია უნდა ირჩიონ. თუ ასეთი პირობები არ არის, პერფორირებული წყლული უნდა გაკერონ და ავადმყოფს ურჩიონ წყლულოვანი დაავადებას სიმპტომების გამოვლინებისთანავე კვლიფიციურ საავადმყოფოში დაწოლა სათანადო მკურნალობისათვის.

როგორც ხედავთ, წყლულის პერფორაციით გართულების შემთხვევაში დღესაც დასახელებულ ორ მეთოდს — ულცერორაფიასა და კუჭის რეზექციას იყენებენ, რომელთა სათანადოდ შერჩევა თითოეულ შემთხვევაში ექიმს ევალება.

დღევანდელ სალექციო დრო ამოიწურა.

კარგად ბრძანდებოდეთ!

მეათე ლექცია

შეპირების თანახმად, დღეს მოგახსენებთ, თუ როგორ წარმოიქმნა იმ ავადმყოფთა ბედ-იღბალი, რომლებიც წარმოგიდგინეთ წინა ლექციაზე. ალბათ გასსოვთ ის ორი ავადმყოფი, წყლულის პერფორაციით გამოწვეული მწვავე მუცლით რომ მოხვდნენ ჩვენთან. ასისტენტი გ. მაკავარიანი მოგახსენებთ ერთ-ერთი ოპერაციის ოქმს.

ასისტ. გ. მაკავარიანი: ოპერაციისათვის გამოვიყენეთ ინტუბაციური ნარკოზი. თეთრ ხაზზე მახვილისებრი მორჩიდან ჰიპამდე განაკვეთათ მუცლის ღრუს გახსნის შემდეგ აღმოჩნდა უღვრიე სითხე და ფიბრინის ნადებები წვრილ და მსხვილ ნაწლავთა მარჯვენაზე. ელექტროსაქაჩით ამოეჭაჩეთ მუცლის ღრუში ჩაქცეული დიდი რაოდენობით კუჭის შიგთავსი. დოლბანდით შემოვფარგლეთ ჰათოლოგიური არე. დათვალეირებით თორმეტგოჯა ნაწლავის წინა ზედაპირზე აღმოჩნდა 2×2 სმ დიამეტრის პერფორირებული წყლული (სურ. 15). რომელშიც გაჩნერილიყო ვაშლის ნაწილი (ავადმყოფს ძილის წინ ექამა ვაშლი). თორმეტგოჯა ნაწლავის უკანა კედელზე იყო მეორე წყლული ვრცელი პენეტრაციით პანკრეასის თავში. კუჭი დიდი ზომის იყო — ერთისამად გადიდებული. თორმეტგოჯა ნაწლავი გადაკვეთეთ წყლულების ქვემოთ. პენეტრაციის ადგილი პანკრეასში დავამუშავეთ იოდით, თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვი დავსურეთ სამსართულიანი ნაკერი. გადაკვეთეთ კუჭის $2/3$ -ის რეზექცია B II ჰოფმეისტერ-ფინსტერერის წესით. ოპერაციიდან გავიდა ექვსი დღე, ავადმყოფი თავს გრძნობს დამაკმაყოფილებლად.

პროფესორი: აქვე წარმოდგენილია რეზექტირებული კუჭის პრეპარატი. როგორც ხედავთ, პერფორაცია განუცდია თორმეტგოჯა ნაწლავის წინა კედლის წყლულს. უკვე მოგახსენეთ, რომ თავისუფალ სუცლის ღრუში სწორედ წინა კედლის წყლულები განიცდის პერფორაციას, რადგან უკანა კედლის წყლულებთან უშუალოდ დაკავშირებულია პანკრეასი, უმეტესად ამ ორგანოში ხდება წყლულის ჩაზრდა და მუცლის თავისუფალ ღრუში მისი გასსნა ძლიერ იშვიათია.

ოპერატორმა მოგახსენა, რომ ავადმყოფს მეორე წყლულიც აღმოაჩნდა თორმეტგოჯა ნაწლავის უკანა კედელზე. ამრიგად, თქვენთვის ნათელი ხდება, რომ ორი ან მეტი წყლულის შემთხვევაში მოსალოდნელია კომბინირებული გართულებები. როგორც დღეს ვნახეთ, ავადმყოფს განუვითარდა პერფორაცია და ამავე დროს აღენიშნებოდა თორმეტგოჯა ნაწლავის უკანა წყლულის პესეტრაცია პანკრეასში. უნდა მოგახსენოთ, რომ ასეთ ვითარებაში იჭმნება სიცოცხლისათვის უფრო სახიფათო გართულებებს. კერძოდ.

ნეტრირებული წყლულიდან პროფუზული სისხლის დენის შესაძლებლობა. ამ საკითხზე დღეს გვექნება საუბარი, მაგრამ ვიდრე წყლულოვანი დაავადების ამ მიმართულებების დეტალურ განხილვაზე გადავიდოდეთ. მინდა მოგახსენოთ, რომ თუკი ქირურგი წყლულის პერფორაციის დროს აღმოაჩენს მეორე წყლულსაც, ეს გაზრდის რადიკალური ოპერაციის ჩვენებას, მით უფრო, თუ მეორე წყლული შედრწეული აღმოჩნდა პანკრეასში, რაც სისხლის დენის საშიშროებას ქმნის. ჩვენ ასეთ შემთხვევებზეც გვექნება საუბარი მომავალში.



სურ. 15. თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორირებული წყლული.

ლიტერატურაში გამოქვეყნებული დიდი მასალა და ჩვენი საკუთარი მრავალწლიანი გამოცდილება ნებას გვაძლევს აღვნიშნოთ, რომ პერფორირებული წყლულის გაკერვიდან გავლილი დროის პარალელურად მატულობს დაავადების რეციდივი და ავადმყოფთა დიდი ნაწილი განმეორებით საოპერაციო ხდება. ჩვენს კლინიკაში დღესდღეობით ულცერორაფიაგადატანილი 600-ზე მეტი ავადმყოფია განქორებით ნაოპერაციევი. მათ, ძველი, გაკერილი წყლულის რეციდივის გარდა, სხვა ადგილასაც აღმოაჩნდათ წყლული, უმეტესად თორმეტგოჯა ნაწლავის უკანა კედელზე. გარდა ამისა, ისიც უნდა მოგახსენოთ, რომ ასეთ ავადმყოფებში გაცილებით მეტი სიხშირითაა დადგენილი გართულებები — პენეტრაცია, სისხლის დენა, სტენოზი. აღნიშნულის გამო, თუკი პერფორაციის დროს რადიკალური ოპერაციის უქუჩვენება არ არის, ვცდილობთ გვერდა ავუხვიოთ პალიატიურ ოპერაციას — პერფორირებული წყლულის გაკერვას.

ახლა კი ნება მომეცით გადავიდეთ წყლულოვანი დაავადების კიდევ ერთი მძიმე გართულების — პროფუზული სისხლის დენის განხილვაზე. პროფუზული სისხლის დენა მრავალმხრივ საინტერესო და მეტად რთული საკითხია. იგი სიცოცხლისათვის მეტად სახიფათო გართულებაა მით უფრო, რომ ჯერაც არ არსებობს ერთიანი შეხედულება იმაზე, თუ როგორი უნდა იყოს ექიმის ტაქტიკა ამ შემთხვევაში. პროფუზული სისხლის დენის მკურნალობის საკითხზე ვერ შეთანხმებულან არა მარტო თერაპევტები და ქირურგები, არამედ თვით ქირურგთა შორისაც კი დღემდე კამათია, მკურნალობის რა გზა აირჩიონ — სასწრაფო ოპერაციული თუ კონსერვატიული. მაგრამ, ვიდრე აღნიშნულ საკითხს განვიხილავდეთ და მივიღოდეთ იმ დასკვნამდე, თუ თქვენი საექიმო ასპარეზზე გამოსვლის დროს როგორი ტაქტიკა გაატაროთ, უნდა გავარკვიოთ, როგორი სისხლის დენაა მიჩნეული პროფუზულ სისხლის დენად. ზოგჯერ ესა თუ ის კლინიკისტი, თერაპევტი თუ ქირურგი ჩვეულებრივ, უბრალო სისხლის დენას პროფუზულ სისხლის დენას უწოდებს, რაც არ არის სწორი. ამიტომაცაა, რომ ლიტერატურაში პროფუზული სისხლის დენით სიკვდილიანობის სიხშირის შესახებ მეტად სხვადასხვაგვარ პროცენტულ მონაცემებს ვხვდებით. ავტორების ერთი წყება აღიარებს, რომ ამ გართულებით სიკვდილიანობა 1,5—2%-მდეა, ზოგიერთის მონაცემებით, 10—30%-მდე სიხშირის, ავტორების ნაწილი კი ამ გართულების დროს სიკვდილიანობას სულ არ აღნიშნავს. ასეთი სხვადასხვაობის მიზეზია ის, რომ პროფუზული სისხლის დენის არსი არ არის ერთნაირად შეფასებული. როგორც ხედავთ, აღნიშნული საკითხის და-

დგენისათვის დიდი სიფრთხილე და სიზუსტეა საჭირო: არავითარ შემთხვევაში არ არის სანდო თვით ავადმყოფის ან მისი მახლობლების გადმოცემაზე დაყრდნობით დასკვნის გამოტანა. ავადმყოფისაგან ხშირად გაიგონებთ, რომ მან ერთი ტაშტი სისხლი დაკარგა. რა თქმა უნდა, ეს არ არის სარწმუნო, რადგან სისხლთან ერთად ავადმყოფი კარგავს კუჭის წვესსა და მიღებულ თხიერ საკვებს, ხოლო, თუ მცირე რაოდენობით სისხლი ამოაღებინა და მისი მდგომარეობა მკვეთრად შეიცვალა, უნდა ვიფიქროთ, რომ დიდი რაოდენობით სისხლი გადავიდა ნაწლავებში, რაც შედარებით გვიან გამოვლინდება შელენას სახით. ამრიგად, დაკარგული სისხლის რაოდენობის გაზომვა ზოგჯერ შეუძლებელი ხდება. მაშ, როგორ უნდა დავადგინოთ პროფუზული სისხლის დენის დიაგნოზი?

ამ კითხვაზე იქნებ სტუდენტმა ბ-მ მიპასუხოს?

ს ტ უ დ ე ნ ტ ი: ავადმყოფი ფერმკრთალი იქნება.

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: მე მინდა უფრო უტყუარი საზომი, იქნებ სტუდენტმა ჩ-მ მიპასუხოს?

ს ტ უ დ ე ნ ტ ი: პულისის შესუსტება და წნევის დაცემა!

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: პროფუზული სისხლის დენის დროს უდავოდ აქვს მნიშვნელობა ავადმყოფის ზოგად მდგომარეობას, მაგრამ ჩვენ ისეთი საზომი უნდა გამოენახოთ, რომელიც უტყუარი იქნება. იმ გართულებაზე არ შეიძლება მსჯელობა ერთი სიმპტომით, თუნდაც სისხლიანი პირღებინებით; მხედველობაშია მისაღები სიმპტომთა ჯამი.

სისხლის წნევა, მოგეხსენებათ, ნორმალურად ვერცხლისწყლის სვეტის 120 და 70 მმ-ია. თუ მაქსიმალური წნევა დაეცა და იგი სისხლის წნევის მინიმალურ მაჩვენებელს გაუთანაბრდა, ეს პროფუზული სისხლის დენის მაჩვენებელი იქნება.

მაგრამ მოგეხსენებათ, რომ სისხლის წნევის დაცემა სხვა მიზეზითაც შეიძლება იყოს განპირობებული. მაგალითად, შოკით, ე. ი. სისხლის დენის დადგენისათვის აუცილებელია, რომ სისხლის წნევის დაცემასთან ერთად იყოს სხვა მაჩვენებელიც. ეს არის ჰემოგლობინის რაოდენობის შემცირება. თუკი წნევის დაცემასთან ერთად დაიწია ჰემოგლობინის მაჩვენებელმაც 50 ერთეულზე ქვევით, ეს იქნება იმის კრიტერიუმი, რომ პროფუზული სისხლის დენაა. მაშასადამე, თუ მაქსიმალური სისხლის წნევა დაეცა მინიმუმამდე და ჰემოგლობინმაც მკვეთრად დაიწია, პროფუზული სისხლის დენის დიაგნოზი უტყუარია.

აღნიშნულ კარდინალურ სიმპტომებთან ერთად გამოხატული იქნება კანისა და ლორწოვანი გარსების სიფერმკრთალე, მაჯისცემის აჩქარება და სუსტი ავსება, თავბრუსხვევა, ზოგჯერ გონების

დაკარგვა, წყურველის გაძლიერება. ამიტომ ყველა ეს სიმპტომი უნდა იყოს სათანადოდ აწონ-დაწონილი, მხოლოდ მაშინ ექნება თქვენს დიაგნოზს ღირებულება. წნევისა და ჰემოგლობინის გაზომვის გარეშე პროფუზული სისხლის დენის დიაგნოზს არავენ არ დაგიჭერებთ.

პროფუზული სისხლის დენის დროს მთავარი საკითხია, თუ როგორ ვუმკურნალოთ ასეთ ავადმყოფებს, რადგან ეს გართულება შემამაჩრუნებელია. მოგახსენეთ, რომ თვით ქირურგებიც ამ საკითხში ორ ბანაკად არიან გაყოფილი. საბოლოო დასკვნის გამოტანისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ციფრობრივ მონაცემებს, ე. ი. ამა თუ იმ მეთოდით მკურნალობის შედეგებს. ფინსტერერი სისხლის დენის დონეზე სასწრაფო ოპერაციის გაკეთების მომხრე იყო. იგი ამ მეთოდით მკურნალობის დროს სიკვდილიანობას შემთხვევათა 12%-ში აღნიშნავს, პროფ. ი. ჯანელიძე—25%-ში, სკლიფოსოვსკის ინსტიტუტის მასალის მიხედვით კი სხვადასხვა წელს გადაუღებელი ოპერაციული მკურნალობით სიკვდილიანობა 16%-დან 18%-მდე ცვალებადობდა. რა თქმა უნდა მნიშვნელობა აქვს როგორც ქირურგის ტაქტიკას, ისე სხვა დამხმარე საშუალებებს, მაგრამ თუკი უოპერაციოდ სისხლმდენ ავადმყოფთა სიკვდილიანობა 10%-ია, გამოდის, რომ უპირატესობა კონსერვატიული გზა-წესებით მკურნალობას უნდა მივანიჭოთ. მაგრამ ხშირად იქმნება ორკოფული მდგომარეობა: თუ ოპერაციის გარეშე ავადმყოფი დაიღუპა, ქირურგი განიცდის, იქნებ ოპერაციით გადამერჩინაო, ხოლო თუ სისხლის დენის დროს ავადმყოფს ოპერაციას გაუტყუებებს და ის დაიღუპება, მაშინ, პირიქით, იფიქრებს, იქნებ კონსერვატიული მკურნალობით მეხსნა ავადმყოფის სიცოცხლეო.

მე მაინც უნდა მოგახსენოთ, რომ დღეს მსოფლიოს ქირურგთა უმრავლესობა პროფუზული სისხლის დენის დროს კონსერვატიული მეთოდებით მკურნალობის გზას ადგას, მაგრამ მარტო იმიტომ კი არა, რომ სიკვდილიანობის პროცენტი ნაკლებია, არა! აქ უფრო მნიშვნელოვან გარემოებასთან გვაქვს საქმე, კერძოდ კი სისხლის დენის წყაროს დადგენის სიძნელეებთან. წარმოიდგინეთ პროფუზული სისხლისდენიანი ავადმყოფის მძიმე ზოგადი მდგომარეობა. გადაწყვიტეთ ოპერაცია, გახსენით მუცლის ღრუ. დაათვალიერეთ კუჭი და იგი საღი აღმოჩნდა. ამრიგად, სისხლისაგან დაცლილ ავადმყოფს მიაყენებთ ტრავმას და თქვენც უსათუოდ ცუდ მდგომარეობაში აღმოჩნდებით.

აქვე მოგიყვანთ ზოგიერთი ავტორის მონაცემებს ასეთ მცდარ დიაგნოზთა შესახებ.

ბალფურის მიხედვით, დიაგნოზი მცდარია შემთხვევათა 13%-ში, გორდონ—ტილორის მიხედვით — 18%-ში, ხოლო სკლიფოსოვსკის ინსტიტუტის მონაცემებით — 33%-ში. აი, რა ხშირად არ არის იმის რწმენა, რომ სისხლის ღენა წყლულოვანი წარმოშობისაა.

მოგიყვანთ რამდენიმე მაგალითს ჩემი გაზოცდილებიდანაც. ჯერ კიდევ ახალგაზრდა ქირურგი ვიყავი. ღამის სამი საათი იქნებოდა, რომ მორიგე ეტლი გამომიგზავნა — იმ პერიოდში მანქანებით არ იყო ჯერ უზრუნველყოფილი საექიმო დაწესებულებები. მივედი საავადმყოფოში და ვინახულე ავადმყოფი, რომელიც სასწრაფო დახმარების მანქანით სადგურიდან მოეყვანათ. იგი აღმოჩნდა მინსკიდან მომავალი ჩნეინერი; გავსინჯე, წნევა და ჰემოგლობინი დაცემული ჰქონდა, მაჯა — სუსტი ავსების, ძალიან აჩქარებული. მართალია, საოპერაციოდ მოვემზადე, მაგრამ ვმერყეობდი, გამეკეთებინა თუ არა ოპერაცია. რაკი მიღებული ზომებით ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა გაუმჯობესდა, დილისათვის ჩემი პაციენტი უკვე იმდენად დამაკმაყოფილებლად გრძნობდა თავს, რომ ოპერაციისაგან თავი შევიკავე. საღამოს შვიდი საათისათვის კი მასიური სისხლის ღენა განმეორდა, ვიღრე კლინიკაში მივიდოდი, ავადმყოფი გარდაიცვალა. სექციაზე აღმოჩნდა აორტის ანევრიზმა, რომელიც გახსნილი იყო საყლაპავ მილში. ავადმყოფი უზომოდ შემებრალა, თავი იმითლა დავიმშვიდე, რომ არ ჩავერიე და ამით არ დაეამძიმე მისი მდგომარეობა.

მაგონდება კიდევ ერთი ჩემი პაციენტი, რომელსაც კალკულოზური ქოლეცისტიტისა და ქოლედოქოლითიზის გამო გავუკეთე ოპერაცია. საოპერაციოდან ცუდ გუნებაზე გამოვედი, რადგან ღვიძლი ძალიან დაპატარავებული იყო, თითქმის მუშტისოდენა. ჩემთვის ცხადი ვახდა, რომ ავადმყოფს ხანდაზმული ობტურაციული სიყვითლის გამო განვითარებოდა ბილიარული ციროზი. რა თქმა უნდა, ამ პათოლოგიას ოპერაციულ ტრავმასთან დაკავშირებით შეეძლო გამოეწვია სისხლის ღენა და ემსხვერპლა ავადმყოფი, მაშინ, განა დააქრებდით ავადმყოფის მახლობლებს, რომ ამაში თვითონ მიუძღოდათ ბრალი და არა ქირურგს? მაგრამ კარგია, რომ ამჯერად ავადმყოფი განკურნებული გაეწერა საავადმყოფოდან. ერთი წლის შემდეგ იგი სასწრაფოდ დააწვინეს ქალაქის ერთ-ერთ სამკურნალო დაწესებულებაში პროფუზული სისხლის ღენით. ექვი მიიტანეს წყლულოვან სისხლის ღენაზე, ავადმყოფი მოამზადეს საოპერაციოდ, მაგრამ მე ოპერაცია არ ვურჩიე, რადგან ჩემთვის ნათელი გახდა, რომ სისხლის ღენა დაკავშირებული იყო ღვიძლის ცი-

როზთან და ამ ნიადაგზე განვითარებულ საყლაპავი მილის ვენების გაგანიერებასთან.

სანაღვლე გზების კენჭოვან დაავადებასთან. კერძოდ ხანდაზმულ ობტურაციულ სიყვითლესთან დაკავშირებით ვითარდება ზოლმე სისხლის დენა, რომელმაც ზოგჯერ ავადმყოფი შეიძლება იმსხვერპლოს კიდევ. მოგეხსენებათ, რომ, როდესაც ნაღვლის საერთო სადინარი დახშულია, ნაღველი ნაწლავებში კი არ გადადის, არამედ სისხლში, ვითარდება ქოლემია, რისაც ქირურგებს ძალიან გვეშინია. ასეთ ავადმყოფებს ოპერაციას მაინც ვუკეთებთ — ქოლედოქუსიდან კენჭებს ვიღებთ, მაგრამ ღამე აღარ გვიძინავს, რადგან ქოლემიური სისხლის დენაა მოსალოდნელი. ამ დროს სისხლი ისე მოქონავს კრილობიდან, როგორც წყლით გაელენთილი ღრუბლიდან. თქვენთვის რომ ნათელი გახდეს ასეთი სისხლის დენის მექანიზმი, მოკლედ შეგახსენებთ ზოგიერთ ცნობას: მოგეხსენებათ ღვიძლის მნიშვნელობა სისხლის შემდეგდებელ სისტემაში, რადგან სწორედ მასში სინთეზდება პროთრომბინი, ანტიპროთრომბინი და ფიბრინოგენი. პროთრომბინი წარმოიქმნება ღვიძლში K ვიტამინის გავლენით. K ვიტამინის ნაკლებობის, საკვების სახით შისი არასაკმარისი მიღების ან მისი ნაწლავში შეწოვის მოშლის და ნაღვლის არარსებობის გამო, ცხადია, დაირღვევა სისხლის შედედების ფაქტორი, რაც ქოლემიური სისხლის დენის წყარო და საბოლოოდ ავადმყოფის დაღუპვის მიზეზი ხდება.

მინდა მოგითხროთ სისხლის დენის სხვა მიზეზების შესახებაც. კვლავ მოვიყვან ზოგიერთ მაგალითს.

თქვენ არ ვინახავთ ჩვენი დიდი თანამემამულე პროფესორი იუსტინე ჯანელიძე, ბრწყინვალე და მრავალმხრივ დაჯილდოებული ქირურგი. იგი აღნიშნავს, რომ ოპერაცია გაუკეთა პროფუზული სისხლისდენიან ავადმყოფს, რადგან დარწმუნებული იყო, რომ სისხლის დენა აღისიშნებოდა წყლულიდან: გააკეთა გასტროტომია, დაათვალიერა კუჭი, მაგრამ წყლული ვერ აღმოაჩინა. როდესაც შეისწავლა ავადმყოფის სისხლი, ნახა, რომ განვითარებული იყო მკვეთრი თრომბოპენია. ამრიგად, ვის მოუვიდა შეცდომა?

ს ტ უ დ ე ნ ტ ე ბ ი: ჯანელიძეს!

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: დიახ. თუ ეს დაემართა ჯანელიძეს, ესოდენ დიდად განსწავლულ დასტაქარს. მით უფრო მოსალოდნელია შეცდეს რიგითი ექიმი, მაგრამ უკანასკნელი თავის შეცდომებს როდი აღიარებს. ჯანელიძისა და საერთოდ დიდი მეცნიერის მიერ შეცდომის აღიარება სასარგებლოა. ეს გვიწინასწარმეტყველა რუსეთის ქირურგიის ფუძემდებელმა პიროვნებამ. იგი ამბობდა: „მე მიზნად დავისახე არაფერი არ დამეფარა ჩემი მოსწავლეებისაგან, და, თუ

მაშინვე არა, შემდეგში მელიარებინა მათ წინაშე ჩემს მიერ დაშვებული შეცდომა დიაგნოზსა თუ დაავადების მკურნალობაში“. ეს კემპარიტებაა, რადგან ასეთ მაგალითებზე იწრთენება ახალგაზრდა ექიმი, სწავლობს, ეცდება მომავალში არ გაიმეოროს მსგავსი შეცდომა, რამაც ზოგჯერ ავადმყოფის სიცოცხლაც შეიძლება შეიწიროს.

მე კიდევ მოვიყვან ერთ მაგალითს, რომელიც მართლაც დაუვიწყარია ჩვენი კლინიკის თანამშრომლებისათვის. გიმეორებთ, რომ ასეთ მაგალითებს დიდი პედაგოგიური მნიშვნელობა აქვს ზოგიერთი ფაქტის დამანსოვრებისათვის.

ჩვენს ერთ ავადმყოფს ოპერაცია გაუქეთეთ თორმეტგოჯა ნაწლავის პანკრეასში პენეტრირებული წყლულის გამო. ოპერაციის მეორე დღიდან სამი კვირის განმავლობაში მას ჰქონდა მასიური სისხლის დენა. წნევის მკვეთრ დაცემასთან ერთად ჰემოგლობინმა დაიკლო 12—20%-მდე. მისი მკურნალი ექიმის სასახელოდ უნდა მოგახსენოთ, რომ იგი არ მოსცილებია ავადმყოფის საწოლს, „დაბინავდა“ მის პალატაში. ავადმყოფს განუწყვეტლივ უსხამდნენ სისხლსა და სისხლის შემცვლელებს. ღამეების განმავლობაში სისტემატურად ვლებულობდი ცნობებს ავადმყოფის მდგომარეობის შესახებ და უნდა მოგახსენოთ, რომ ამ დროის მანძილზე ჩვენი იმედი ბევრჯერ შეიცვალა უიმედობით. ერთ ღამეს კი დამირეკა მკურნალმა ექიმმა, ავადმყოფი გარდაიცვალაო. მაგრამ მოხდა უცნაური რამ — არ გაველო ათ წუთს, რომ მან კვლავ დამირეკა, ავადმყოფი „გაცოცხლდაო.“ როგორც ჩანს, მასიურ სისხლის დენას დაერთო ავადმყოფის კლინიკური სიკვდილი და ენერგიული ზომებით მოხერხდა მისი გადაჩენა. მოხდა საოცრება — ავადმყოფი გაეწერეთ განკურნებული. რა პათოლოგიასთან გვქონდა საქმე? განვითარებული იყო თრომბოპენია, რომელსაც მკურნალმა ექიმმა ოპერაციამდე არ მიაქცია სათანადო ყურადღება და იგი გახდა მრავალჯერადი პროფუზული სისხლის დენის მიზეზი. აი, რაოდენ დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის სრულყოფილ შესწავლას, კერძოდ სისხლის შემდეგდებელი სისტემის შესწავლას.

მოგაგონებთ ერთ ისტორიულ ფაქტს. ალბათ, თქვენ იცით, თუ არ იცით, უნდა იცოდეთ, რომ რუსეთის უკანასკნელ იმპერატორს ნიკოლოზ მეორეს ჰყავდა ექვსი ქალი და ერთი ვაჟი ალექსი, რომელსაც აო ეღირსა სამეფო ტახტზე ასვლა, რითაც უბედურება ეწვია რომანოვთა დინასტიას. ალექსის ყოველი უმნიშვნელო ტრავმის შედეგადაც კი სხვადასხვა ადგილას უვითარდებოდა სისხლჩაქცევები. რომანოვების ლეიბქირურგმა გამოთქვა აზრი, რომ ეს იყო დაავადება ჰემოფილია, რომელიც დედის გვარიდან გადაეცე-

მოდა ვაჟიშვილენს. ამისათვის ლეიბჰირურგს სასჯელი მიუზღეს. აღნიშნული გარემოებით ისარგებლა რასპუტინმა, რომელმაც სცადა სხვადასხვა შელოცვით ბავშვის განკურნება. რაჟი ბავშვის მდგომარეობა ერთხანს გაუმჯობესდა, რასპუტინმა, ცხადია, მოიგო დედოფლის გული, ამრიგად, ამ ყოველად უცოდინარმა გლეხმა სახელმწიფოს მართვაც კი დაიწყო და ცნობილი პირი გახდა. ამ ფაქტით მინდა დაგამახსოვროთ იმ სისხლის დენის მიზეზი, რომელიც დედის ზანით გადადის ვაჟებზე. იმ დროს, ცხადია, აღნიშნული პათოლოგიის მიზეზი არ იყო ცნობილი. დღეს კი უკვე ვიცით, რომ იგი გამოწვეულია ანტიჰემოფილური გლობულინის (VIII) არარსებობით.

როგორც ხედავთ, პროფუზული სისხლის დენის გამოწვევა მრავალ მიზეზს შეუძლია, როგორც კუქში განვითარებულ პათოლოგიას — გასტრიტს, წყლულს, პოლიას, კიბოს, ისე მის გარეშე პროცესებს — სისხლის დაავადებებს, ელენთისა და ღვიძლის პათოლოგიას და სხვ. ამიტომაც, როდესაც წყვეტთ პროფუზული სისხლის დენის მკურნალობის საკითხს, პირველ რიგში მტკიცედ უნდა იცოდეთ, თუ საიდანაა სისხლის დენა. ვის შეუძლია ამის დადგენა?

ს ტ უ დ ე ნ ტ ე ბ ი: გამოცდილ კლინიკისტს!

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: დიახ, გამოცდილს, ბევრის მნახველსა და წამკითხველს. უნდა მოგახსენოთ, რომ სისხლის დენის მიზეზების სიმრავლე და მათი უტყუარი დადასტურების სიძნელე ხშირად ხდება იმის მიზეზი, რომ ქირურგები ოპერაციისაგან თავს იკავებენ და ავადმყოფის მკურნალობას კონსერვატიული გზა-წესებით იწყებენ. მაშასადამე, ოპერაციაზე თავის შეკავების ერთი მიზეზია ის, რომ არა ხართ დარწმუნებული პროფუზული სისხლის დენა წყლულითაა გამოწვეული თუ არა.

მეორე გარემოება სტატისტიკური მონაცემების ანალიზია. როდესაც მეცნიერულად შეისწავლეს წყლულიდან სისხლის დენის კონსერვატიული თუ ოპერაციული წესით მკურნალობის შედეგები, სიკვდილიანობის პროცენტი ან თითქმის ერთნაირი იყო, ან ოპერაციული მკურნალობის შემდგომი სიკვდილიანობის პროცენტი ჭარბობდა. დაისვა საკითხი — მაშ, რაღა მიზანი აქვს ოპერაციულ ჩარევას ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობისას, თუკი ის უკეთეს შედეგს არ იძლევა? აქედან გამომდინარე, სასწორი ისევ კონსერვატიული მკურნალობის სასარგებლოდ გადაიხარა. მაგრამ ისიც უნდა მოგახსენოთ, რომ თვით ამ კონსერვატიულმა მკურნალობამაც ერთგვარი ევოლუცია განიცადა. თქვენ უნდა იცოდეთ, რომ რამდენიმე ათეული წლის წინათ უკიდურესად კონსერვატიულ მკურნალობას მიმართავდნენ. ავადმყოფს აშიმშილებდნენ, ე. ი. კუქს უქმნიდნენ აბსოლუტურად მოსვენებულ მდგომარეობას, რომლის მე-

შვეობით თითქოს სისხლმდენ სისხლძარღვში წარმოქმნილი თრომბო დაახშობდა მას და შეწყდებოდა სისხლის დენა. ავადმყოფს მუცელზე ადებდნენ ყინულს, თითქოსდა სიცივე შეკუმშავდა, შეავიწროებდა სისხლძარღვებს. დღეს ეს ყოველად მიუღებელ ტაქტიკადაა მიჩნეული, რადგან მოგეხსენებათ, რომ ხანგრძლივი შიმშილი ანემიას აძლიერებს. ტროპიკულ დაავადებათა ან თერაპიულ კლინიკებში, ალბათ, გინახავთ ანკილოსტომიდოზიანი ავადმყოფები, რომელთა ჰემოგლობინი ქრონიკულად ეცემა და 12—16—18 ერთეულამდე ჩამოდის. ასეთი ავადმყოფები ანემიას ეჩვევიან. სულ სხვაა, როდესაც ავადმყოფს, რომელსაც ჰემოგლობინის ნორმალური მაჩვენებელი აქვს, განუვითარდება პროფუზული სისხლის დენა და ჰემოგლობინი 20-მდე ჩამოიწვეს. ასეთი ვითარება იწვევს ორგანიზმში — ღვიძლში, ტვინში ძლიერ მნიშვნელოვან ძვრებს, რომლებიც თანდათან ღრმავდებიან და ადამიანის ხსნა შეუძლებელი ხდება. ასეთი ავადმყოფის შიმშილი ყოველად დაუშვებელია. ამასთან უნდა მოგახსენოთ, რომ შიმშილით კუჭის „მყუდროებას“ მაინც ვერ ვაღწევთ, უკიდურესი კონსერვატიზმი დასუსტებული ავადმყოფის კუჭში გაძლიერებულ სეკრეციას იწვევს — ყოველი საკვების სუნი აღაგზნებს კუჭის სეკრეტორულ აპარატს, აძლიერებს ცარიელი კუჭის მოტორულ ფუნქციასაც. მოგეხსენებათ, უხვად გამოყოფილ კუჭის წვენი სწრაფად დაწლის სისხლძარღვში განვითარებულ თრომბს და კვლავ სისხლის დენა განვითარდება. მიუხედავად იმისა, რომ ათეული წლების მანძილზე სისხლისდენიანი ავადმყოფებს შიმშილით მკურნალობდნენ და ამ მეთოდს ბევრი მომხრეც ჰყავდა, 1955—1956 წლებში ამ მხრივ, შეიძლება ითქვას, რევოლუცია მოახდინა თერაპევტმა.

დანის დედაქალაქ კოპენჰაგენის თერაპევტმა მეულენგრაბტმა თითქოს „ყუმბარა ისროლა“ — მან პროფუზული სისხლის დენის სამკურნალოდ შიმშილის ნაცვლად ავადმყოფთა კვება შემოიღო დღეში 4—5-ჯერ. აღნიშნული მეთოდი მან გამოცადა თავის 251 ავადმყოფზე. რომელთაგან გარდაიცვალა მხოლოდ 3 (1,2%). ასეთი მონაცემები იმ პერიოდისათვის იყო სასწაულებრივი შედეგი, რომელიც მანამდე არავის არ ჰქონია. აღნიშნულმა სიახლემ მსოფლიოს ყველა კუთხეში სათანადო გამოსმაურება კპოვა. თერაპევტები და ქირურგები ამ წამოწყებას დიდი აურზაურით შეხვდნენ. ზოგის აზრით, მეულენგრაბტის მიერ მიღებული კარგი შედეგები სარწმუნო არ იყო. ბოლოს კი ყველამ დაიწყო ამ წესით სისხლმდენ ავადმყოფთა მკურნალობა და დარწმუნდნენ ახალი მეთოდის სამკურნალო ეფექტის ქემპარიტებაში.

უნდა მოგახსენოთ, რომ ამ გონივრულ მეთოდს მეტად დიდი

მეცნიერული საფუძველი აქვს: ბუნებრივია, რომ მშვიერი ავადმყოფი, რაკი ის არ არის ინფექციური დაავადებით შეპყრობილი, საკვებს მოითხოვს. შიმშილის დროს კუჭის სეკრეცია რეფლექსურად — საკვების შეხედვის ან სუნის შეგრძნების გამო — ძლიერდება, პერმანენტულად ხდება კუჭის მაღალი მქაეობის წვენის გამოყოფა. რომელიც საკვების მონელებისთვისაა გამიზნული. წინააღმდეგ შემთხვევაში იგი თრომბოზ-მოგლეჯს და განახლდება სისხლის დენა. როგორც ამჩნევთ, შიმშილი დამლუპველი ყოფილა ავადმყოფისათვის.

მეულენგრახტის დიეტური საკვებით კი, კუჭის წვენის განეიტრალების გარდა, ჯალწვეთ კუჭის კედლის პერისტალტიკის შესუსტებას, რადგან, თუ კუჭის წვენის მაღალი მქაეობა აძლიერებს პერისტალტიკას, ნახი და მაღალკალორაჟიანი საკვებში პერისტალტიკურ ტალღებს ანელებს, რაც შეეხება საკვების ხასიათს, ის, ცხადია, სხვადასხვა იქნება სხვადასხვა ქვეყანაში მცხოვრებთათვის. იმას, რაც დანიელისათვის მისაღები და კარგია, ქართველი ადამიანი ვერ შექამს. მაგალითად, შემწვარი ან მოხარშული ბაყაყი ჩვენთვის შემზარავია, დანიელთათვის კი — დელიკატესი. ამგვარად, სისხლისდენიან ავამყოფს სასწრაფო დახმარების აღმოჩენის შემდეგ (სისხლისა და სისხლის შემცვლელების გადასხმა) ვუნიშნავთ საკვებს — მეულენგრახტის დიეტას, რომელიც გულისხმობს დღის განმავლობაში 4—5-ჯერ ქამას. რათა კუჭი ცარიელი არ იყოს (4—5 საათის შემდეგ კუჭი საკვებისაგან იცლება). კვების რაციონში შედის: ცოცხალი თევზი (უმჯობესია კალმახი), ბულიონი, ცოცხალი ხილის წვენი, ახლად შედგებული მაწონი (უმჯობესია კამეჩის), თეთრაპური, უმარილო ყველი და ა. შ. დაძაბუნებული ორგანიზმი ასეთი კვებით ტონუსს აღიდგენს, ჰემოგლობინი მოიმატებს და ავადმყოფის მდგომარეობა თანდათან გამოსწორდება.

ძალიან საინტერესო იყო საკითხი იმ მხრივაც, თუ რომელი ლოკალიზაციისა და რა ხასიათის წყლული იწვევდა პროფუზულ სისხლის დენას? ამ მიმართულებითაც ყველა კლინიკაში იყო წარმართული კვლევა-ძიება. კუჭის პათოლოგიის შესწავლის საქმეში ერთ-ერთი დიდი დაწესებულება იყო ძმების მეიოების კლინიკა მანჩესტერში (მანესოტას შტატი). კლინიკა დიდი პოპულარობით სარგებლობდა. ყველა ქირურგის მისწრაფება იყო ენახა დიდი ტრადიციების მქონე ეს სამკურნალო კომბინატი. აქ ისეთივე ინტერესით მიისწრაფოდნენ ქირურგები, როგორც ერთ დროს მაჰმადიანები მექაში. ამ ქირურგიული კლინიკის მასალის მიხედვით, პათოლოგანატომმა და ქირურგმა-კლინიკისტმა მაკ-კერტიმ დაადგინა, რომ პროფუზულ სისხლის დენას უმეტესად იწვევდა თორმეტგოჯა

ნაწლავის უკანა კედელზე განვითარებული და პანკრეასში პენეტრირებული წყლული, რომლის წიაღშიც გაივლის პანკრეას-თორმეტგოჯას არტერია. ამ არიდან სისხლის დენის შეჩერება ძალიან ძნელი საქმეა, რადგან თვით წყლულის კალოზური ხასიათის გამო მის ფსკერზე არსებულ სისხლძარღვს დაკარგული აქვს ელასტიკურობა და იგი ვერ იკუმშება. ასეთი ავადმყოფი განწირულია — მას, რა თქმა უნდა, ვერავითარი დიეტა ვერ იხსნის, ასეთ ვითარებაში სისხლის გადასხმაც უეფექტო რჩება და ერთადერთი გამოსავალი სასწრაფო ოპერაციულ ჩარევაში უნდა ეძიოთ: მაგრამ ეს გადაწყვეტილება რომ მიიღოთ, საჭიროა დიაგნოზის ზუსტად დადგენა. ექვს გარეშე უნდა იცოდეთ, რომ საქმე გაქვთ თორმეტგოჯა ნაწლავის უკანა კედლის წყლულთან, რომელიც პენეტრირებულია პანკრეასის თავში. ეს, მართალია, გარკვეულ სიძნელეს ქმნის, მაგრამ მაინც შესაძლებელია. უნდა იცოდეთ, რომ ასეთ წყლულებს ახასიათებს მუდმივი და მტანჯავი ტკივილი, რომელიც ირადიაციას იძლევა წელისაკენ. ხშირად ავადმყოფი გეუბნებათ: „თითქოს წელს მიხერხავენი“. მას ღამეები არ ძინავს აუტანელი ტკივილის გამო, ხშირად ხმარობს სათბურებს, სოდას და. ბოლოს, მძლავრ ნარკოტიკულ საშუალებებსაც კი. ჩვენს კლინიკაში მსგავს ავადმყოფებს ბევრს ნახავთ, დაესწრებით მათ ოპერაციას და დაინახავთ მათი ტანჯვის მიზეზს — დიდ კალოზურ წყლულს პანკრეასში პენეტრაციით. მაშასადამე, თუ სისხლის დენა მიღებული ზომებით შეჩერების ტენდენციას არ იჩენს, იძულებული ვართ მივმართოთ ოპერაციულ ჩარევას სისხლის გადასხმის პირობებში.

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი (მიმართავს სტუდენტს): გთხოვთ მომიტანოთ ფურცელი, რომელიც ხელთ გაქვთ.

ს ტ უ დ ე ნ ტ ი: მე შეკითხვას გიგზავნიდით.

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: ე. ი. წერილი პირდაპირი დანიშნულების ყოფილა. თქვენ შეკითხვებით: რა წარმოშობის სისხლის დენა ჰქონდა იმ ავადმყოფს, რომელიც დღეს დაიღუპა? თქვენი შესვენების წუთებში გახლდით ჩვენს პათოლოგანატომიურ განყოფილებაში და დავესწარი გაკვეთას. ამ შემთხვევაში საქმე ეხებოდა არა წყლულიდან სისხლის დენას. არამედ საყლაპავი მილის ვენების გაგანიერებას, რაც ღვიძლის ციროზით იყო გაპირობებული.

ამრიგად, გასტროდუოდენური სისხლის დენის დროს ექიმის მთავარი ამოცანაა დაადგინოს სისხლის დენის წყარო, ე. ი. ამ გართულების მიზეზი. თუკი ექიმში დარწმუნებულია, რომ ავადმყოფს პროფუზული სისხლის დენა განვითარებული აქვს წყლულიდან. მკურნალობას იწყებს აქტიური კონსერვატიული მეთოდებით, ხო-

ლო აღნიშნულის უეფექტობის დროს ნაჩვენებია ოპერაციული ხარევა — კუქის რეზექცია.

ოპერაციის აუცილებლობის საკითხი დგება მით უფრო მწვავედ, როდესაც ვიცით, რომ სისხლის დენა პანკრეასში პენეტრირებული წყლულიდანაა, რომ მისი შეჩერება კონსერვატიული მეთოდით თითქმის შეუძლებელია. ასეთ ვითარებაში სისხლის დენის შეჩერებისა და ავადმყოფის ხსნის ერთადერთი გზა ოპერაციული მკურნალობაა.

წყლულოვანი დაავადების გართულებებზე მომავალ ლექციებზეც გვექნება საუბარი.

დღეს კი ამით დავამთავროთ. ნახვამდის!

მეთერთმეტე ლექცია

ჩვენ გვქონდა საუბარი წყლულოვანი დაავადების ზოგიერთ გართულებაზე — პენეტრაციასა, პერფორაციასა და პროფუზულ სისხლის დენაზე. ამასთან, მე შეგპირდით, რომ დღეს მოგახსენებდით რამდენიმე საინტერესო შემთხვევის, კერძოდ, წყლულის პერფორაციისა და სისხლის დენის ერთდროული გართულების შესახებ. ასეთი თანდამთხვევებიც ხდება და წარმოიდგინეთ ავადმყოფის მდგომარეობა, რომელსაც პერფორაციით განპირობებული დიფუზური პერიტონიტის ფონზე — პროფუზული სისხლის დენა ან, პირიქით, სისხლის დენისაგან დაუძღურებულს — წყლულის პერფორაცია განუვითარდება. ასეთ ვითარებაში არცთუ ნაკლებ საგონებელში ვარდება ქირურგი, რადგან ძალაუწიებურად სასწრაფო ოპერაციული ჩარევის საკითხი ისმის, რომლის გამოსავალი, ავადმყოფის ზოგადი მძიმე მდგომარეობის გამო, ექვის ქვეშ აყენებს მის სიცოცხლეს. რომ ნათლად დასამახსოვრებელი გახდეს ჩემი ნათქვამი, ვთხოვ ექიმ გ. სურგულაძეს მოგახსენოს იმ ავადმყოფის ისტორია, რომელსაც ჩვენთან გაუკეთეს ოპერაცია სიცოცხლისათვის სახიფათო ამ ორი გართულების ერთდროულად განვითარებისას.

ექ. გ. სურგულაძე: ავადმყოფი მამაკაცი, 45 წლის (ისტ. № 3642), კლინიკაში მოიყვანეს თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულიდან სისხლის დენის გამო; ავად იყო წყლულით 8 წლის განმავლობაში; უჩიოდა საკვების მიღებასთან დაკავშირებით ტკივილის გაძლიერებას ეპიგასტრიუმის არეში, ღამის ტკივილს. ტკივილი გადაეცემოდა წელის მიმართულებით; ავადმყოფი ღებულობდა სიდას და სხვა ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებს.

კუქის წვენის ანალიზი: საერთო მჟავობა — 98, თავისუფალი — 80; სისხლი და შარდი არსებითი ცვლილებების გარეშე.

კლინიკაში შემოსვლის მეორე დღესვე ავადმყოფს დაეწყო პროფუზული სისხლის დენა — სისხლიანი პირღებინება და მოგვიანებით გამოუვლანდა კუპრისფერი განავალიც; არტერიული წნევა კქონდა 60/20, ჰემოგლობინის მაჩვენებელი — 12 ერთეული, მაჯისცემა — აჩქარებული (130), ძალიან სუსტი ავსების. ავადმყოფს გადაუსხეს სისხლა და სისხლის შემცვლელები, დაუნიშნეს მეულენგრახტის დიეტა. იგი სისტემატურად იმყოფებოდა მორიგე პერსონალის მეთვალყურეობის ქვეშ. სისხლის დენის განვითარებიდან ერთი კვირის შეპდეგ, მრავალჯერადი სისხლის გადასხმის შედეგად, ჰემოგლობინმა პოიმატა 20 ერთეულამდე, გაუმჯობესდა წნევა და ზოგადი მდგომარეობა, ხოლო მეცხრე დღეს ავადმყოფს კვლავ განუეითარდა პროფუზული სისხლის დენის კლინიკური სურათი — დაეცა ჰემოგლობინი და წნევა, გაუარესდა მაჯა. კვლავ საკირო განდა სათანადო ზომების მიღება, სისხლისა და სისხლის შემცვლელების მასიური გადასხმა. ავადმყოფი ის-ის იყო გამოვიდა მწვავე სისხლნაკლებობის მდგომარეობიდან, რომ მოულოდნელად დაეწყო აუტანელი ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში, გამოეხატა ბლუმბერგ-შჩოტკინის სიმპტომი, ღვიძლის მოყრუების ნაცვლად — ტიმპანიტი და, ამგვარად, ნათელი გახდა, რომ ჩვენს პაციენტს პროფუზული სისხლის დენის ფონზე განუეითარდა პერფორაცია, რამაც აუცილებელყო სასწრაფო ოპერაციული ჩარევა. ინტუბაციური ნარკოზით მუცლის ღრუს გახსნისთანავე გამოვიდა პაერი და კუქის შიგთავსი. მუცლის ღრუ ამოვასუფთავეთ შეძლებისდაგვარად. დავათვალიერეთ კუქი და თორმეტგოჯა ნაწლავი. თორმეტგოჯა ნაწლავის წინა ზედაპირზე აღმოჩნდა 2×1,5 სმ დიამეტრის პერფორირებული წყლული. წყლული კალოზური ხასიათის იყო და, ერთი მხრივ, პენეტრაციას განიცდიდა ღვიძლ-თორმეტგოჯას იოგში, ხოლო, მეორე მხრივ, პანკრეასში, რომლის კრატერში სისხლმდენი სისხლძარღვი იყო. დესტრუქციული პროცესით თორმეტგოჯა ნაწლავის კედელი თითქმის მთლიანად დაშლილიყო. ვცადეთ პერფორირებული წყლულის გაკერვა და სისხლმდენი სისხლძარღვის შემოკერვა, მაგრამ ეს შეუძლებელი გახდა ანთებადი პროცესით ქსოვილების შეცვლის გამო. ავადმყოფის უკიდურესად მძიმე მდგომარეობის მიუხედავად, ერთადერთი გამოსავალი იყო კუქის რადიკალური ოპერაცია. გავაკეთეთ კუქის 2/3-ის რეზექცია. თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვი ძალიან ძნელად დაეხურეთ ატიპურად. კუქ-ნაწლავის შერთული დავადეთ B-II ჰოფმეისტერ-ფინსტერერის წესით. მუცლის ღრუში ჩაეასხით ანტიბიოტიკები და დავ-

ხურეთ ყრუდ. ოპერაცია მიმდინარეობდა სისხლისა და სისხლის შემცველების გადასხმის პირობებში. დღეს ოპერაციიდან ექვსი დღეა გასული, ჩვენი ავადმყოფი თავს დამაკმაყოფილებლად გრძნობს.

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: თქვენ მოისმინეთ საინტერესო და ამასთან მძიმე ავადმყოფას ისტორია. მიუხედავად იმისა, რომ ამ ავადმყოფის მდგომარეობა მართლაც საგანგაშო იყო და ყველა თავისებურად აგვადელევა, ოპერაციამ კარგი შედეგი მოუტანა მას. გთხოვთ შესვენების პერიოდში ინახულოთ ეს ავადმყოფი. მართალია, პროფუზული სისხლის დენის ფონზე პერფორაციის განვითარება შედარებით იშვიათია, მაგრამ ასეთ შემთხვევას თქვენი საექიმო მოღვაწეობის პერიოდში შეიძლება მაინც შეხვდეთ. ამიტომ უნდა გქონდეთ სათანადო ცოდნა, რათა შეძლოთ დიაგნოზის დადგენა და დახმარების აღმოჩენაც. ჩვენს კლინიკაში კი მსგავსი მაგალითები წარსულშიც გვქონია. უმეტესად ავადმყოფი რომელიმე ერთ გართულებას გადაიჩანს, ხოლო გარკვეული პერიოდის შემდეგ თავს იჩენს ხოლმე მეორე სახის გართულება. ასეთ პირობებში ავადმყოფის გადარჩევა, ჩვეულებრივ, არ არის რთული საქმე, მაგრამ როდესაც სისხლას დენა და პერფორაცია ერთსა და იმავე მომენტში განვითარდება, ორკეცდება ხიფათი და მკურნალი ექიმის პასუხისმგებლობა გაცილებით იზრდება.

როგორც ავადმყოფის მკურნალმა ექიმმა გადმოგვით, ოპერაცია ჩატარდა სისხლის გადასხმის პირობებში, გარდა ამისა, მუდმივი კონტროლის ქვეშ იყო გულ-სისხლძარღვთა და სასუნთქი სისტემა. ოპერაცია თავისთავად ტექნიკურად რთული აღმოჩნდა, კერძოდ, გაძნელდა თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის დახურვა მისი კედლების ანთებად შეცვლის გამო. რა თქმა უნდა, თუ არა ასეთი წინააღმდეგობა, ე. ი. თორმეტგოჯა ნაწლავს სრულფასოვანი კედლები რომ ჰქონებოდა, ავადმყოფის ზოგადი მძიმე მდგომარეობის გამო, ვარჩევდით პერფორირებული წყლულის გაკერვას. მაგრამ აღინიშნებოდა მეორე სახის წინააღმდეგობა — პანკრეასის სისხლმდენი სისხლძარღვი პროფუზული სისხლის დენის წყარო იყო და ამდენად პალიატიური ოპერაციის უკუჩვენებაც.

ამრიგად, ხედავთ, თუ ზოგჯერ როგორი ძნელად გადასაწყვეტი ამოცანის წინაშე აღმოჩნდებით და რაოდენ დიდი ცოდნა და ყურადღება დაგჭირდებათ ასეთი კატეგორიის ავადმყოფთა სამკურნალოდ.

დღეს განვიხილავთ წყლულოვანი დაავადების კიდევ ერთ გართულებას — **ს ტ ე ნ ო ზ ს**, რომელსაც ზოგჯერ ასევე უკიდურესად მძიმე მდგომარეობამდე მიჰყავს ავადმყოფი.

წინა ლექციაზე, სხვა ავადმყოფთა შორის, წარმოგიდგინეთ ერთი ქალი, როქელსაც „მეანის ხელი“ ჰქონდა გამოხატული. აღნიშნული კრუნჩხვები მოჰყვა ხანგრძლივ პირღებინებას. ავადმყოფი სასწრაფოდ მოიყვანეს ჩვენს კლინიკაში. მე გთხოვეთ დაგემახსოვრებინათ ეს შემთხვევა, რადგან სათანადო ადგილას ამის შესახებ გვექნებოდა საუბარი.

ამჟამადაც ვყავს სხვა სტენოზიანი ავადმყოფები, წარმოგიდგინთ მათ, მაგრამ ჯერ მოგაწვდით ზოგად ცნობებს წყლულოვანი დაავადების ამ საკმაოდ ხშირი გართულების შესახებ.

უნდა იცოდეთ, რომ წყლულოვანი დაავადების დროს გასაღების შევიწროების, ანუ სტენოზის მიზეზი შეიძლება იყოს თვით წყლულის დანაწიბურება, წყლულის მეზობელ ორგანოში პენეტრაცია ან პერიგასტრიტი და პერიდუოდენიტი განპირობებული დეფორმაცია. ყველა ამ პათომორფოლოგიურ მდგომარეობას შეიძლება მოჰყვეს პილორუსის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის შევიწროება, რაც პათოლოგიური პროცესის პროგრესულობის პროცესში სხვადასხვა სიძლიერით დააბრკოლებს კუჭის შიგთავსის გადაადგილებას ნაწლავში და შექმნის შესაბამის კლინიკურ სურათს. ამგვარად, სტენოზი კლინიკური გამოვლინების მიხედვით სამ ჯგუფად იყოფა: 1. კომპენსირებულ, 2. სუბკომპენსირებულ და 3. დეკომპენსირებულ სტენოზად.

აქვე უნდა მოგახსენოთ, რომ კომპენსირებულ-დეკომპენსირებული სტენოზების გარჩევა საკირთა როგორც ადგილობრივი ნიშნების, ისე ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის მიხედვით, რადგანაც პილორუსის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის სანათურის შევიწროების დონე და კუჭის შიგთავსის ევაკუაციის ხანგრძლივობა ყოველთვის არ განსაზღვრავს სტენოზის კომპენსაცია-დეკომპენსაციის სტადიას. სტენოზის აღნიშნულ ორ სტადიას შორის, თავისი კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით, არის სუბკომპენსირებული სტენოზი. რა არის დამახასიათებელი სტენოზის თითოეული ფორმისათვის?

სტენოზის კომპენსირებული ფორმა ამ გართულების დასაწყისი სტადიაა, როდესაც კუჭის კედელი თავისი კუნთოვანი შრის კომპენსაციური ჰიპერტროფიის შედეგად, პილორუსის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის სანათურის შევიწროების მიუხედავად, ახერხებს შიგთავსის დროულ ევაკუაციას. სტენოზის ზემოაღნიშნული ფორმის დამახასიათებელია პირღებინება, რომელიც, წყლულის დროს არსებულ პირღებინებისაგან განსხვავებით, დაკავშირებულია არა მარტო ტკივილთან, არამედ ეპიგასტრიუმის არეში სიმძიმისა და სისავესის შეგრძნებასთანაც. ყურადღებას იქცევს პირღებინების სიხშირე

და ამონაღები მასის ხასიათი: იგი ძირითადად კუჭის წვეს შეიცავს. თვით ავადმყოფიც ამჩნევს და აღნიშნავს, რომ წარსულში პირღებინების მასა ასეთი დიდი რაოდენობით არ შეიცავდა კუჭის წვეს. კომპენსირებული სტენოზის დროს დამახასიათებელია თავისთავადი, იშვიათად კი ხელოვნურად გამოწვეული პირღებინება.

სტენოზს ახასიათებს ტკივილიც ეპიგასტრიუმის არეში, მაგრამ შესამჩნევი ხდება ერთი გარემოება: თუ წარსულში ავადმყოფები ტკივილს იუფრებდნენ სოდით, კომპენსირებული სტენოზის სტადიაში იგი აღარ მოქმედებს გამაყუჩებლად.

რენტგენოლოგიურად ზოგჯერ აღინიშნება კუჭში სითხის მომატება უზმოზე, რაც ჰიპერსეკრეციის მაჩვენებელია, შესამჩნევია პერისტალტიკური ტალღების გახანგრძლივებაც, ამასთან პერისტალტიკური ტალღების მოძრაობა არ არის ისე სწრაფი, როგორც სტენოზით გაურთულებელი წყლულების შემთხვევაში.

ამრიგად, კომპენსირებული სტენოზის კლინიკური სიმპტომები არ არის მდიდარი და ავადმყოფზე დიდი დაკვირვების შედეგად შეგვიძლია დავადგინოთ მისთვის დამახასიათებელი სიმპტომები, კერძოდ, პირღებინება კუჭის წვესის დიდი რაოდენობით, ტკივილის გაზშირება და გაძლიერება, სიმძიმისა და სისავისის შეგრძნება, გულისწვა. სიმპტომთა ასეთი სიღარიბის გამო სტენოზის კომპენსირებული სტადიის დადგენა ძნელდება და ზოგჯერ შეუძლებელიცაა, ამიტომ ხშირად სტენოზის ამ სახეს აღმოვაჩინოთ საოპერაციო მაგიდაზე მხოლოდ მორფოლოგიური ცვლილებების: გასქელებული კუჭის კედლის, ლორწოვანი გარსის ნაოჭების ჰიპერტროფიისა და გასავლის შევიწროების სახით.

განსხვავებული კლინიკური სურათი ვითარდება სტენოზის სუბკომპენსაციურ სტადიაში, როდესაც ზოგად მოვლენებთან ერთად თავს იჩენს ადგილობრივად გამოხატული პათოლოგიური ნიშნები.

ადგილობრივი ნიშნებიდან მეტად საყურადღებო მონაცემებს ვვაძლევს კუჭის არის დათვალიერება. ეპიგასტრიუმის არეში გამოხატულია პათოლოგიური პერისტალტიკური და ანტიპერისტალტიკური ტალღები არა მარტო საჭმლის მონელების პროცესში, არამედ მის გარეშეც. პერისტალტიკური ტალღების გამოწვევა შეიძლება პალპაციით — კუჭის შერხევით. უნდა მოგახსენოთ, რომ კუჭის პერისტალტიკური ტალღები იმდენად დრამაა, რომ ზოგჯერ მუცელი ასიმეტრიულ ფორმას ღებულობს. დღეს გაჩენებთ ავადმყოფს, რომელსაც ზემოაღნიშნული სიმპტომები მკვეთრად აქვს გამოხატული. გთხოვთ საკაცით შემოიყვანოთ ავადმყოფი. სტუ-

დენტებს კი ვთხოვ დააკვირდნენ, თუ რაოდენ კლასიკურადაა გამოხატული პერისტალტიკური ტალღები.

რომ უფრო მკვეთრად გამოიხატოს ეს, შეგიძლიათ შერხევითო პალპაციის ჩატარება. საჭიროა ამ სიმპტომს დააკვირდეთ კარგად, ეს დაგამახსოვრდებათ და, როცა ასეთ ავადმყოფს ნახავთ, არ გოცდებით, შეკრებთ ანამნეზს და ნათელი გახდება, რომ მას წყლულის ნიადაგზე განუვითარდა სტენოზი: კუჭის კედლის მოტორული ფუნქცია გაძლიერდა, მაგრამ, მოტორიკის გაძლიერების მიუხედავად, კუჭის ევაკუაცია ჩამორჩა, ე. ი. დაირღვა მოტორულ და ევაკუაციურ ფუნქციებს შორის შეთანხმებული მუშაობა და ამ ნიადაგზე წარმოიქმნა პათოლოგიური გამოვლინება, რომელსაც პათოლოგიურ პერისტალტიკას ვუწოდებთ.

ჩაკი ავადმყოფს ეს სიმპტომი შეამჩნიეთ, ახლა გთხოვთ ყურითაც მოისმინოთ კიდევ ერთი დამახასიათებელი სიმპტომი ე. წ. “შხეფის ხმა”; შეარხიეთ ხელით კუჭის არე და უსათუოდ მოისმინეთ “შხეფის ხმას”, რაც კუჭში დიდი რაოდენობით სეკრეტის დაგროვებითა და მიღებული სითხის შეგუბებითაა გამოწვეული.

ავადმყოფის გაყვანა შეიძლება.

სუბკომპენსირებული სტენოზის დამახასიათებელია გულისწვა და შეავე ხასიათის ბოყინი, პირღებინება, რაც უმთავრესად ხელოვნურად (თითით ან რაიმე საგნით) ხდება. ჩვენ გვეოლია ავადმყოფები, რომლებიც ჯიბით ატარებდნენ კუჭის ზონდს, ინდაურის გრძელ ფრთას, ნაფოტს, რომლითაც ილიზიანებდნენ სასას და იწვევდნენ ლებინებას. ამონაღები მასა შეიცავს დიდი რაოდენობით კუჭის წვენს, საკვებს. პირღებინება სუბკომპენსირებული სტენოზისათვის იმდენად დამახასიათებელია, რომ შეიძლება ითქვას — არ არსებობს სუბკომპენსირებული სტენოზი პირღებინების გარეშე.

ახლა ვთხოვთ ექ. ჰაქიაშვილს მოახსენოს აუდიტორიას ავადმყოფობის ისტორია და თან ჩაატაროს იმ ავადმყოფის დემონსტრირება, რომელიც სტენოზის გამო ნაოპერაციევია და ხვალ ეწერება კლინიკიდან განკურნებული.

ლ. ჰ ა ჰ ი ა შ ვ ი ლ ი: ავადმყოფი მ., 50 წლის (ისტ. № 2822), კლინიკაში მოიყვანეს 26 დღის წინ 18 წლის წყლულოვანი ანამნეზით, რომელიც გართულებული იყო სტენოზით.

ავადმყოფს ანამნეზში აღენიშნებოდა მწვავე ტკივილი საკვების მიღებიდან 2—3 საათის შემდეგ, ჰქონდა ხანგამოშვებით პირღებინება; ტკივილის გაყუჩების მიზნით ღებულობდა დიდი რაოდენობით სოდას. ავადმყოფის გადმოცემით, უკანასკნელი ორი თვეა აქვს პირღებინება კუჭის წვენით და წინა დღეს მიღებული სა-

კვებით კლინიკაში მოსვლამდე 10 დღით ადრე ავადმყოფს ჰქონდა ტეტანური კრუნჩხვები.

ზოგადად აღსანიშნავი იყო სიგამხდრე, კანისა და ხილული ლორწოვანი გარსების სიმკრთალე, კანის სიმშრალე და ტურგორის დაქვეითება.

კუჭის წვენის საერთო მჟავობა — 30, თავისუფალი — 8, შეერთებული — 19, ორგანული მჟავები — 3; სისხლის მხრივ — მსუბუქი ლეიკოციტოზი (8.200), ჰემოგლობინი — 89%, ერიტროციტები — 5.095.000, ლეიკოციტური ფორმულა თვალსაჩინოდ არ იყო შეცვლილი. სისხლში აღმოჩნდა NaCl 297 mg% (450—550 mg%-ის ნაცვლად), ნარჩენი აზოტი — 57,3 mg% (40 mg%-ის ნაცვლად), Ca — 6 mg% (12 mg%-ის ნაცვლად). შარდის ანალიზი: სადღეღამისო რაოდენობა 900 მლ. ხვედრითი წონა — 1020. ცილა და შაქარი არ აღინიშნებოდა. ნალექი პათოლოგიური ელემენტების გარეშე იყო.

კლინიკაში შემოსვლიდან მეორე დღეს ავადმყოფს ზემო კიდურებისა და სახის კუნთების არეში დაეწყო კრუნჩხვები, რაც შემდეგ გავრცელდა ქვემო კიდურებზეც. კრუნჩხვები გრძელდებოდა 7—8 წუთის განმავლობაში.

კლინიკური დიაგნოზი — თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება, გართულებული დეკომპენსირებული სტენოზით (გასტრიული ტეტანია).

ავადმყოფს ყოველდღიურად ვურეცხავდით კუჭს თბილ წყლით, ინტრავენურად ვუკეთებდით 10%-ან ქლორიანი კალციუმის ხსნარს. კანქვეშ უესხამდით ქლორიანი ნატრიუმის ფიზიოლოგიურ ხსნარს 40%-ან გლუკოზასთან ერთად. იგივე ხსნარი შეგვყავდა სწორ ნაწლავში.

მიღებული ზომების მიუხედავად (კუჭის გამორეცხვა, ფიზიოლოგიური ხსნარი. ქლორიანი კალციუმი), ავადმყოფს პერიოდულად მაინც ჰქონდა ზემო კიდურებისა და სახის კუნთების არეში მსუბუქი ფორმის კრუნჩხვითი მოვლენები, რაც 2 კვირის მკურნალობის შედეგად შეწყდა. აღნიშნულის შემდეგ გადაწყვიტეთ ოპერაციის გაკეთება. ოპერაციაზე აღმოჩნდა თორმეტგოჯას მკვეთრი სტენოზი, რომელიც განვითარებული იყო წყლულის დანაწიბურების შედეგად. შევიწროებული არე ატარებდა მხოლოდ წვრილი ზონდის წვერს. კუჭი ძალიან გაგანიერებული და ატონიური იყო. კუჭის რეზექციის გაკეთების შემდეგ ავადმყოფი განიკურნა.

როგორც ამ ავადმყოფის ისტორიიდან ირკვევა, დაავადების მიმდინარეობაში შემოიჭრა რაღაც უცნობი სიმპტომი, რომელიც აქამდე არ გვისხენებია. არც გვინახავს. თუ ნახეთ?

სტუდენტები: სწორედ ამ ავადმყოფს კრუნჩხვები ჰქონდა ჩვენი პრაქტიკული მეცადინეობის დროს.

პროფესორი: თუ ნახეთ, ძალიან კარგი! უნდა ვიფიქროთ, რომ ეს აღარ დაგავიწყდებათ.

მაშ, ეს სტენოზის რომელია სტადია ყოფილა? ეს არის დეკომპენსაციის სტადია, საბოლოო სტადია, რომელიც თუ დროულად ვერ გამოიციანთ, ვერ დაადგინეთ მისი არსებობით გამოწვეული ტეტანური კრუნჩხვები (სურ. 16), ანუ კუჭის ტეტანია



სურ. 16. დეკომპენსირებული სტენოზი. ტეტანური კრუნჩხვები.

(telania gastrica), რაც საბოლოოდ კუჭის კომაში (coma gastrica) გადადის, ავადმყოფი უსათუოდ დაიღუპება კომის მდგომარეობაში. ასეთი ავადმყოფის შველა დროული და სათანადო ზომების მიღებით შეიძლება.

სტენოზის დეკომპენსირებული ფორმისათვის დამახასიათებელია მეტად მძიმე ადგილობრივი და ზოგადი ცვლილებები. ამ დროს კუჭის კედელი სრულიად კარგავს პერისტალტიკის უნარს, ავადმყოფი ცდილობს, მაგრამ პირღებინებას ვერ იწვევს, რადგან კუჭის კედელს დაკარგული აქვს კუმშვადობის უნარი.

გადიდებული, ატონიური და მენჯის ღრუში ჩაშვებული კუჭის დაცლა სტენოზის დეკომპენსირებული ფორმის შემთხვევაში ადვილად არ ხერხდება. ასეთი ავადმყოფი წვალობს, მას აწუხებს სიმძიმის, ბერვისა და კუჭის სისავის შეგრძნება. კუჭის შიგთავსი შეიცავს რამდენიმე დღის, ერთი კვირისა და ერთი თვის წინ მიღებულ

საკვებად. ჩვენ გვყოლია ავადმყოფები, რომელთა კუჭში ოპერაციის დროს აღმოგვიჩენია ლობიოს მთელი მარცვლები, მოუნელებელი კარტოფილის, კიტრის ნარჩენები, მიუხედავად იმისა, რომ ოპერაციის წინ ასეთ ავადმყოფებს სისტემატურად ვურეცხავდით კუჭს. ცხადია, ზონდით ასეთი საკვები არ ამოვიდოდა, ამ დროს კუჭის წვენი და საერთოდ თხიერი მასა ძლიერ მცირეა და მას ყოველთვის ჰარბობს გახრწნილი, სქელი კონსისტენციის შიგთავსი, რომელსაც ლაყე კვერცხის სუნი აქვს.

საერთოდ უნდა მოგახსენოთ, რომ ამ კატეგორიის ავადმყოფთა კუჭის წვენის მჟავობა მოკლებულია ბაქტერიოციდულ თვისებას, რადგან იგი ჩვეულებრივ დაბალია. ჩვენ უკვე ვიცით, რომ მაღალი მჟავობა დიდ როლს ასრულებს წყლულის წარმოქმნაში, მაგრამ წყლულიან ავადმყოფთა შესწავლის დროს ზოგჯერ ეს არ მართლდება. თქვენ შეიძლება გაიკვიროთ კიდევ, როდესაც მაღალ მჟავობას აღმოუჩენთ წყლულოვან ავადმყოფთა 50%-ს, ხოლო მეორე ნახევარს მჟავობის მაჩვენებლები ან ნორმალური ექნება ან დაქვეითებული.

მაშ, რაშია საქმე? კუჭის წვენში მომატებულ მჟავობას აღმოაჩენთ წყლულოვანი დაავადების დასაწყისში, ხოლო ხანგრძლივი წყლულოვანი დაავადების ან მისი სტენოზით გართულების შემთხვევებში მჟავობა დაქვეითებული იქნება. კერძოდ სტენოზების შემთხვევაში კუჭში დაგუბებული, ნარჩენი საკვები იხრწნება, რაც, თავის მხრივ, აქვეითებს მჟავობას. აღნიშნული მიზეზებითვე ზოგჯერ კუჭის წვენში შეიძლება აღმოვაჩინოთ რძის მჟავაც, მიკროზორფოლოგიური გამოკვლევით კი — კუჭის ლორწოვანი გარსის ჰიპერპლაზიის ელემენტების ატროფია, მათი დეგენერაციული ცვლილებები.

ამიტომაც კუჭის მჟავობის შესახებ სტატისტიკური ცნობების შედგენისას მხედველობაში უნდა მივიღოთ წყლულოვანი დაავადების ხანგრძლივობა და გართულების ხასიათი.

მაშასადამე, როგორც აღვნიშნეთ, პირღებინება დეკომპენსირებული სტენოზის დროს რამდენადმე ცვალებადობს. თუ სტენოზის კომპენსაციისა და სუბკომპენსაციის სტადიაში პირღებინება ავადმყოფს მდგომარეობას უმსუბუქებს, დეკომპენსირებული სტენოზის დროს, მიუხედავად იმისა, რომ ავადმყოფი სისტემატურად ცდილობს სხვადასხვა საშუალებით კუჭის გათავისუფლებას (კუჭის ზონდით, დიდი რაოდენობით სოდიანი წყლით), იგი შვებას მაინც ვერ გრძნობს. ასეთი ტანჯვით ავადმყოფი რამდენიმეჯერ იწვევს კუჭის ხელოვნურად დაცლას, მაგრამ გადიდებულ და ატონიურ კუჭში, რომელიც მცირე მენჯის ღრუმდე აღწევს, გახრწნილი სა-

კვების ნაწილი მაინც რჩება და მუდმივი სიმძიმის შეგრძნება აწუხებს ავადმყოფს. დეკომპენსირებული სტენოზის დროს ხელოვნურად კუჭის დაკლა ხდება იმ ღრმა ბიოქიმიური ძვრების განვითარების მიზეზი, რომლებიც მკავე-ტუტოვანი წონასწორობის მოშლით ვლინდებიან.

მოგეხსენებათ, რომ ყველა ორგანიზმის ნორმალური მდგომარეობისათვის აუცილებელი პირობაა მკავე-ტუტოვანი წონასწორობა. მართალია, თუ ეს წონასწორობა ნაწილობრივ დაირღვა, ორგანიზმი მას აღადგენს სათანადო ღონისძიებების მეშვეობით, მაგრამ, თუ ავადმყოფი კვირებისა და თვის განმავლობაში კარგავს სითესს და არა მარტო მიღებულ სითესს, არამედ კუჭის ფუნქციურ ჯირკვალთა ელემენტების მიერ გამოშვებულ მარილმკავესაც (ე. ი. იკარგება დიდი რაოდენობით ქლორიდები, ეს ცვლის სისხლის მკავე-ტუტოვანობის წონასწორობას ალკალოზისაკენ გადასრით. ალკალოზის განვითარებას, თავის მხრივ, მოსდევს ცვლილებები ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში, პარათირეოიდულ ჯირკვლებში, ვითარდება ტონური და კლონური კრუნჩხვები, რაც გასტრიული ტეტანიის სახელითაა ცნობილი.

ზოგი ავტორის აზრით, კუჭში ლპობითი პროცესების შედეგად წარმოქმნილი ტოქსინების შეწოვა იწვევს პარათირეოიდულ ჯირკვლების ფუნქციის დაქვეითებას და ტეტანიის განვითარებას.

როგორც აღვნიშნეთ, ეს გართულება ცნობილია კუჭის ტეტანიის სახელით, რომელსაც, სამწუხაროდ, ექიმთა უმეტესობა სათანადოდ არ იცნობს.

მინდა მოგახსენოთ, რომ რამდენიმე დღის წინ გამოძახებული ვიყავი ერთ ავადმყოფთან, რომელიც ვინახულე მძიმე ტეტანიის მდგომარეობაში: ძალიან კახექსიური, კრიკაშეკრული, ორივე ზემოკიდური — „მეანის ხელის“ მდგომარეობაში, კანის ტურგორი — დაქვეითებული, ნაღვლიანი გამომეტყველება, ჩავარდნილი თვალები, გაბერილი და მკირე მენჯში ჩასული კუჭი, მაგრამ ამ ფონზე მაინც განსაკუთრებულ ყურადღებას იპყრობდა კრუნჩხვები. მეუღლის გადმოცემით, ავადმყოფს ჰქონდა გამუდმებული პირღებინება, დაუკმაყოფილებელი წყურვილი, ძლიერი ტკივილის გამო ავადმყოფი სვამდა დიდი რაოდენობით სოდას. მინდა აქვე მოგაგონოთ, რომ სოდა ალკალოზის ფონზე მეტად აღრმავებს ამ მდგომარეობას. ანამნეზური ცნობების მიღების შემდეგ ჩემთვის ნათელი გახდა, თუ რა პათოლოგიასთან მქონდა საქმე. ცხადია, ოჯახს მივეცი წინადადება ავადმყოფი დაუყოვნებლივ კლინიკაში მოეთავსებინათ, რამაც დიდი უკმაყოფილება გამოიწვია. კლინიკაში დაწოლაზე უარი განაცხადეს. მეორე ღამით კვლავ გამაღვიძეს და მთხოვეს,

რომ ისევ მენახა ავადმყოფი. იგი გავსინჯე და კვლავ ვურჩიე სა-
ავადმყოფოში დაწოლა.

როგორც გამოირკვა, ჩემს შემდეგ კიდევ გამოუძახიათ ექი-
მები, ზოგს ურჩევია საავადმყოფოში დაწოლა, ზოგი საერთოდ ვერ
გარკვეულა, რა პათოლოგიასთან ჰქონდათ საქმე, ერთ ექიმს კი,
რაკი კრუნჩხვები დაუნახავს, დაავადება ტეტანუსად მიუჩნევია-

მესამე დღეს ავადმყოფი მაინც ჩვენს კლინიკაში მოათავსეს
თითქმის უგონოდ — იგი კომისწინა მდგომარეობაში იყო და ძა-
ლიან აქტიური ზომების მიღება დაგვიკირდა, რომ მოგვეხსნა კრუნ-
ჩხვები, ავადმყოფი გამოგვეყვანა უმძიმესი მდგომარეობიდან და
ამის შემდეგ გავვეკეთებინა ოპერაცია, რომელიც მან კარგად გა-
დაიტანა და განკურნებული გავეწერეთ.

მეორე ავადმყოფს კრიკა ჰქონდა შეკრული, აღენიშნებოდა ზე-
მო და ქვემო კიდურების კრუნჩხვები, ტრიზმი, ოპისტოტონუსი.
ამის გარდა, ავადმყოფს ჰქონდა ტემპერატურა და ოფლიანობაც.
ასეთი სიმპტომების თანაარსებობისას ექიმები ზოგჯერ ტეტანუსის
დიაგნოზსაც სვამენ, თუკი არ ეცოდინებათ ის გარემოება, რომ
კუჭის გასავლის ნაწიბუროვანი თუ წყლულოვანი სტენოზის დე-
კომპენსირებულ ფორმას შეიძლება მოჰყვეს გასტრიული ტეტა-
ნიის განვითარება.

მაშასადამე, წყლულოვანი დაავადების აღნიშნული გართულე-
ბა როგორც თეორიულად, ისე პრაქტიკული თვალსაზრისით მე-
ტად საინტერესო პათოლოგიაა, მის ტერმინალურ სტადიაში ვი-
თარდება გასტრიული კომა — *coma gastrica*, რომელიც, თქვენ-
თვის ცნობილი კომის მდგომარეობების — *coma hepatica*, *coma*
malarica, *coma diabetica* და ურემიული კომის მსგავსად, ავად-
მყოფის სიკვდილით თავდება. ამიტომ უნდა ეცადოთ ავადმყოფი-
არ მივიდეს ამ მდგომარეობამდე.

წარსულში გასტრიული ტეტანიით თითქმის ყველა ავადმყოფი
იღუპებოდა, დღეს კი, თუ ავადმყოფი კომამდე არ არის მისული, სა-
თანადო ღონისძიებებით იგი უნდა განიკურნოს.

რაში მდგომარეობს ასეთ ავადმყოფთა მკურნალობა? უპირ-
ველესად ყოვლისა საჭიროა ორგანიზმში სითხისა და მარილების,
კერძოდ, ქლორიდებისა და კალციუმის ნაკლებობის შევსება. აუცი-
ლებელია დღე-ღამის განმავლობაში ფიზიოლოგიური ხსნარის
უხვად შეყვანა — პარენტერულად, ინტრავენურად თუ კანქვეშ —
3—5 ლიტრის რაოდენობით 50,0—100,0 40%-იან გლუკოზასთან
ერთად, გარდა ამისა, ქლორიანი კალციუმის შეყვანა (10%-ანი,
10,20 მლ), აღნიშნულთან ერთად მსხვილი ზონდის საშუა-
ლებით ავადმყოფის კუჭის განთავისუფლება შიგთავისისაგან და

ამის შემდეგ კუქის საფუძვლიანი გამორეცხვა თბილი წყლით. აღნიშნული ღონისძიება არა მარტო ათავისუფლებს კუქს მავნე შიგთავისისაგან, არამედ აუმჯობესებს მის მოტორულ-ევაკუაციურ და სეკრეციულ ფუნქციას. ამიტომ კუქის გამორეცხვა საჭიროა დიდი გულმოდგინებით. უნდა ვაღიაროთ, რომ ექიმები ბევრჯერ მიწვალეზია: ასეთ ავადმყოფს ექიმი 1—2 საათით არ უნდა მოსცილდეს და კუქი ამოურეცხოს მანამდე, სანამ სუფთა კრიალა წყალს არ მიიღებს. გულმოდგინე მომზადებით კუქის კედლის ტონუსი დროის ზანმავლობაში თანდათან აღდგება, გამოჩნდება მისი პერისტალტიკა, ავადმყოფი მოიკეთებს, დაიწყებს ჭამას და თვალნათლივ შენიშნავთ, თუ რა ეფექტს გამოიღებს თქვენს მიერ ჩატარებული მკურნალობა.

ერთგვარ დახმარებას გაუწევთ ღვიძლსაც, რომლისთვისაც უმთავრესია ნახშირწყლების მიწოდება. ავადმყოფს შეუყვანთ ვიტამინიზებულ გლუკოზას ინსულინის საჭირო დოზასთან ერთად, რათა ჰიპერგლიკემია არ განვითარდეს, ე. ი. ჯერ შეუყვანთ ინსულინს, ხოლო 10—15 წუთის შემდეგ — გლუკოზას. მაშასადამე, ექიმის ყურადღება მიქცეული უნდა იყოს იმ მიმართულებით, რომ მოისპოს აზოტემია, ჰიპოკალცემია, დეჰიდრატაცია, ჰიპოკლორემია და განწირული ავადმყოფი მომაგრდეს, რათა მან შეძლოს მკურნალობის მეორე ეტაპის — ოპერაციის გადატანა. ეს ისეთი საშუალებებია, რომლებიც ყველა თქვენგანისათვის ხელმისაწვდომი და როლად შესასრულებელია.

ამრიგად, თუ გაიგებთ გასტრიული ტეტანიის პათოგენეზსა და ბიოქიმიურ ძვრებს, რაც მკევა-ტუტნიანობის დარღვევით გამოიხატება, მაშინ სათანადო ზომებს მიიღებთ და ავადმყოფს განოცყვანთ ამ მდგომარეობიდან. ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის გაუმჯობესების შემდეგ კი საშუალება მოგეცემათ დასვათ ჭირურგიული მკურნალობის საკითხი. ოპერაციის გარეშე ავადმყოფს არ ვასწერთ, რადგან მოსალოდნელია კვლავ დაეწყოს იგივე მოვლენები.

ოპერაცია გამოიხატება კუქის რეზექციაში, მაგრამ უნდა მოგახსენოთ, რომ თუ ძალიან ხანდაზმულ სუბიექტთან გაქვთ საქმე ანდა არა ფლობთ სათანადო ტექნიკას, გააკეთებთ გასტროენტეროანასტომოზს¹. მოგეხსენებათ, რომ 70—80 წლის ავადმყოფისათვის, რომელსაც დეკომპენსირებული სტენოზი აქვს, გეა პეპტიკური წყლულისათვის საშიში აღარ არის და, ამრიგად, ასეთ ვითარებაში ამ პალიატიური ოპერაციის გაკეთება გამართლებულიცაა.

¹ შემდგომ ყველგან — გეა.

ახლა მოკლედ მინდა მოგახსენოთ იმ ქირურგიული მკურნალობის ძირითად მეთოდებზე, რომელთაც სადღეისოდ იყენებენ მთელ მსოფლიოში. თქვენ უკვე იცით ტოპოგრაფიული ანატომიიდან და ოპერაციული ქირურგიიდან, რომ ძირითადი მეთოდებია გასტროენტეროანასტომოზი და კუჭის რეზექცია. ორივეს აქვს სხვადასხვა მოდიფიკაცია, ამაზე აღარ შევჩერდები, მხოლოდ მოგახსენებთ, რომ გვა მარტივი შესასრულებელი პალიატიური ოპერაციაა. კუჭის ქირურგიის განვითარების დასაწყისში მას ფართოდ იყენებდნენ ყველგან, სიკვდილიანობის პროცენტიც დაბალი იყო ან სულ აო აღინიშნებოდა. მაგრამ ამ ოპერაციას დიდი ნაკლი აქვს. მის შირეული შედეგების შესწავლამ გამოავლინა, რომ ხშირად პეპტიკური წყლული წარმოიქმნება მლივ ნაწლაზე (სურ. 17). მლივი

ნაწლავი, რომელიც მიეკერება კუჭს, მის წინა თუ უკანა კედელზე. ექვემდებარება კუჭის აქტიური წვენის გავლენას და ადვილად წყლულდება. ე. ი. ვითარდება პეპტიკური წყლული, რომელიც თავისი კლინიკური მიმდინარეობით გაცილებით მძიმეა. მას ასახიათებს იგივე გარ-



სურ. 17. გეას პირობებში განვითარებული მლივი ნაწლავის პეპტიკური წყლული.

თულებები, რაც ჩვეულებრივ წყლულოვან დაავადებას.

ამასთან უნდა იცოდეთ, რომ მლივი ნაწლავის რაც უფრო გრძელ მარყუქს ავიღებთ, ე. ი. რაც მეტად დავცილდებით ტრეიცის იოგს, მით უფრო მიუჩვეველ ნაწლავის კედელს დავუქვემდებარებთ კუჭის წვენის გავლენას და მით უფრო სწრაფად წარმოიქმნება პეპტიკური წყლული.

პეპტიკურწყლულიანი ავადმყოფი, როგორც მოგახსენეთ, გაცილებით მძიმე მდგომარეობაში იმყოფება, რადგანაც ასეთი წყლულები ძალიან ხშირად რთულდება პენეტრაციით, ანთებად პროცესში ჩაერთვება განივი კოლინჯის ჭორჭალი, მისი სისხლძარღვები, თვით განივი კოლინჯი. ზოგ შემთხვევაში შეუხორცებელი რჩება ის წყლულიც, რომლის მიზეზითაც გააკეთებენ გეას, ამრიგად ვითარდება მრავლობითი წყლულები. ასეთი გავრცელებული ანთებადი პროცესი ინტერორეცეპტორების ძლიერ გამღიზიანებელი წყაროა და ლოგიკურია, რომ აუტანელ ტკივილს აყენებს ავადმყოფს.

აღნიშნულის გამო ავადმყოფი იძულებული ხდება განმეორებით გაიკეთოს ოპერაცია, რადგან ნაოპერაციევ კუჭში განვითარებული წყლული კონსერვატიულ მკურნალობას თითქმის არ ექვემდებარება. ჩვენ ასობით ავადმყოფი გვყავს ამ პათოლოგიის გამო ნაოპერაციევი.

ამჯერადაც გვიწევს ერთი ახალგაზრდა მამაკაცი, 27 წლის, რომელსაც 2 წლის წინ რაიონულ საავადმყოფოში პერფორაციის გამო წყლული ამოუკერეს და დამატებით დაადეს კუჭ-ნაწლავის შერთულიც.

ვთხოვ ექიმ ო. მირიანაშვილს მოგვახსენოს ამ ავადმყოფის ისტორია.

ექ. ო. მირიანაშვილი: ავადმყოფი მამაკაცი, 27 წლის, (ისტ. № 3036), შემოვიდა კლინიკაში ძლიერი ტკივილით ეპიგასტრიუმის არეში, პერიოდული პირღებინებით; ოთხჯერ ჰქონდა კუპრისებრი განავალი. ორი წლის წინ ავადმყოფისათვის გაუკეთებიათ სასწრაფო ოპერაცია — თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორირებული წყლულის გაკერვა და დამატებით გეა. ოპერაციის შემდეგ 1 წლის მანძილზე ავადმყოფი თავს შედარებით კარგად გრძნობდა, შემდეგ კი ეპიგასტრიუმის არეში დაეწყო ტკივილი, რომელიც გაცილებით ძლიერი იყო, ვიდრე პირველ ოპერაციამდე. ავადმყოფი იძულებული გახდა ეხმარა ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები (სოდა, სათბურები და ზოგჯერ ძლიერ მოქმედი ნარკოტიკებიც). იგი აღნიშნავდა სისტემატურად გულძმარვას, ყაბზობას, ბოლო თვეებში ოთხჯერ კუპრისებრ განავალს, რასაც ერთვოდა საერთო სისუსტე, თავბრუსხვევა და გონების დაკარგვა. ავადმყოფი მოუთავსებიათ ქალაქის ერთ-ერთ საავადმყოფოში, სადაც დაუდგენიათ წყლულიდან პროფუზული სისხლის დენა. სათანადო კონსერვატიული მკურნალობის შემდეგ ავადმყოფი გამოწერეს საავადმყოფოდან რჩევადარიგებით.

კუჭის წვენის ანალიზი: საერთო მჟავობა — 70, თავისუფალი — 42. რენტგენოლოგიური გამოკვლევით დადგინდა მღვივი ნაწლავის პეპტიკური წყლული. სისხლისა და შარდის მხრივ პათოლოგიური ცვლილებები არ აღინიშნებოდა.

სათანადო მომზადების შემდეგ ავადმყოფს გაუკეთეთ ოპერაცია ინტუბაციური ნარკოზის პირობებში. აღმოჩნდა, რომ წარსულში გაეკერათ პერფორირებული წყლული და გაეკეთებინათ უკანა გეა, რომლის წამლებ ტოტში განვითარებულიყო მოზრდილი, 2X3 სმ დიამეტრის პეპტიკური წყლული. წყლულოვან პროცესში ჩართული აღმოჩნდა განივი კოლინჯის ჯორჯალი და თვით ნაწლავის კედელიც. პენეტრაციის ადგილი გამოვყავით. განივი კოლინჯის

კედელი, სადაც პრეფისტულური მდგრ მარეობა იყო, დავამუშავეთ და გავაკეთეთ პერიტონიზაცია.

ძველი შეუხორცებელი წყლულის გარდა, იყო თორმეტგოჯა ნაწლავის უკანა კედლის წყლული, რომელიც პანკრეასში პენეტრაციას განიცდიდა. ამ არეშიც პენეტრაციის ადგილი გამოვყავით და დავამუშავეთ წყლულოვანი კრატერია. თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვი დავხურეთ სამსართულიანი ნაკერით, დავადეთ კუჭ-ნაწლავის ახალი შერთული B 11 ჰოფმეისტერ-ფინსტერერის წესით. ოპერაციის შემდგომმა პერიოდმა ჩაიარა გართულებების გარეშე. ოპერაციიდან გასულია 9 დღე. ავადმყოფს ნაკერები მოვხსენით. კრილობა შეხორცებულია პირველადი დჰიმვით.

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: ამგვარად, მეგობრებო, თქვენთვის გასაგები უნდა იყოს, რომ ოპერაცია გვა-მ წყლულოვანი დაავადების გასკურნებაში რაიმე არსებითი არ შეიტანა, თუ არ ჩავთვლით იმ ხანმოკლე ნათელ პერიოდს, რომელიც ავადმყოფს ჰქონდა ოპერაციის შემდეგ. დამატებითი შერთულის მეშვეობით კუჭი ნაწილობრივ განიტვირთა საკვებისაგან, ძველ წყლულს შეექმნა შედარებით მოსვენებული მდგომარეობა და ამან გამოიწვია მცირე ხნით გაუმჯობესება. მაგრამ შემდეგ, გარდა იმისა, რომ პროგრესულობა განაგრძო გაკერილმა წყლულმა, თორმეტგოჯას უკანა კედელზე წარმოიქმნა ახალი წყლულიც, მან განიცადა პენეტრაცია პანკრეასში, რასაც, ალბათ, დაერთო სისხლის დენაც. მოგხსენებთ, აქ არის *ar. pancreatico-duodenalis*, რომელზეც ანთებადი პროცესის გავრცელებას სშირად მოსდევს პროფუზული სისხლის დენა. ამის შესახებ უკვე გვქონდა წინა ლექციებზე საუბარი და თქვენ ეს კარგად იცით. გარდა ამისა. მოყვანილ შემთხვევაში გაკეთებული იყო წყლულის გაკერვა, მაგრამ წყლული შეუხორცებელი დარჩა. მართლაც, რა უნდა მოგვეს პერფორირებული წყლულის უბრალო გაკერვამ? კიდევ გიმეორებთ. რომ ის მხოლოდ იხსნის ავადმყოფს პერიტონიტით სიკვდილისაგან. დიდი მასალის შესწავლით ჩვენც და სხვა კლინიკისტებიც დავრწმუნდით, რომ გაკერვა წყლულს ვერ ახორციებს. ამაში თქვენც რწმუნდებით მოყვანილი მაგალითით, დარწმუნდებით შემდეგაც. როცა პირად გამოცდილებას მიიღებთ. მაგრამ ისეთ შემთხვევებში, როცა კუჭის რადიკალური ოპერაციის გაკეთება სხვადასხვა მიზეზით შეუძლებელია. იძულებული ხდებით, ავადმყოფის ინტერესებისაგან გამომდინარე, დაიხიოთ უკან. ე. ი. თავი შეიკავოთ რადიკალური ოპერაციისაგან და დაკმაყოფილდეთ მარტივი ჩარევით, პერფორირებული წყლულის ამოკერვით. ჩემი რჩევა იქნება, ასეთ ვითარებაში გვა აღარ გამოიყენოთ და, აი, რატომ.

ჩვენ ვიცით, რომ თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია ძირითადად ახალგაზრდა სუბიექტების ხვედრია, რომელთაც კუჭის წვენის მაღალი მქაეობის ფონზე უვითარდებათ ჭერ წყლული, შემდეგ კი მისი პერფორაცია. ჩვენს ავადმყოფს, როგორც გამოიჩვენა, საერთო მქაეობა პირველ ოპერაციამდე ჰქონდა 96, ხოლო თავისუფალი მარილმქაევა 78. როგორ ფიქრობთ, შეიძლება ასეთი მქაეობის მიმართ ურეაქციო დარჩენილიყო მლივი ნაწლავის კედელი?

ს ტ უ დ ე ნ ტ ე ბ ი: არა!

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: დიან, არა! თუ მლივი ნაწლავში ოპერაციამდე ხვდება მხოლოდ განეიტრალებული კუჭის წვენი, ოპერაციის შემდეგ ჩვენ ესოდენ ფაქიზი, თხელკედლიანი მლივი ნაწლავი დავუქვემდებარეთ კუჭის წვენის მაღალ მქაეობას, ე. ი. ხელოვნურად შევქმენით პირობა ახალი წყლულის წარმოქმნისათვის. პეპტიკურმა წყლულმა მალევე გამოიწვია პენეტრაცია მეზობელ ორგანოებში, კერძოდ განივ კოლინჯსა და მის ჯორჯალში.

ძნელია იმის თქმა, თუ რომელი წყლული იწვევს ამ დროს სისხლის დენას — თორმეტგოჯას წყლული. რომელიც პანკრეასში პენეტრირდება, თუ მლივი ნაწლავის პეპტიკური წყლული, რომელმაც ჯორჯლის სისხლძარღვებში შეაღწია. მაგრამ თქვენთვის ცხადი ხდება, თუ რამდენად რთული ვითარება იქმნება ნაოპერაციევ კუჭში მრავლობითი წყლულებისა და ახლად წარმოქმნილი წყლულის ერთდროული არსებობისას.

ოპერაციის ოქმის მოსმენის დროს. ალბათ. ყურადღებას მიაქცევდით, რომ პეპტიკური წყლული პენეტრაციას განიცდიდა განივ კოლინჯშიც პრეფსტულის წარმოქმნით. რა არის ეს პრეფსტული და რა შეიძლება მოჰყვეს მას? პრეფსტულის შემთხვევაში წყლულოვანი პროცესი არღვევს ნაწლავის სეროზულ, კუნთოვან შრეს და მიაღწევს ლორწოვან გარსს. თუკი ლორწოვან გარსსაც დაზიანებდა პათოლოგიური პროცესი, რა მოხდებოდა?

ს ტ უ დ ე ნ ტ ე ბ ი: ჩამოყალიბდებოდა ფისტულა.

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: მართალია! ჩამოყალიბდებოდა შიგნითა ფისტულა, მეტად მძიმე პათოლოგია, რომლის დროს ავადმყოფი პორალურადაც იტანჯება, მას პირში განავალოვანი სუნი აქვს და ეწყება განავალოვანი პირღებინება, რადგან განივ კოლინჯსა და კუჭს შორის მყარდება უშუალო კავშირი. გარდა ამისა, კუჭიდან მიღებული საკვები პირდაპირ გადადის განივ კოლინჯში და მოუნელებლად გამოდის გარეთ.

ჩვენ გვეოლია ამ უმძიმესი პათოლოგიით შეპყრობილი ბევრი ავადმყოფი. ისინი უბედურნი, ფიზიკურად და მორალურად განა-

დღურებულნი არიან და მათი ხსნა ესოდენ მძიმე მდგომარეობიდან ექიმს ღიდ პასუხისმგებლობას აკისრებს. მათი განკურნება კი, მთგეხსენებათ, როგორც პაციენტის, ისე ექიმისათვის უდიდესი კმაყოფილების, სიხარულის მომტანია. ასეთ ვითარებაში ოპერაციის გაკეთება რთულია, ბევრჯერ უიმედო და უშედეგო, რადგან ორგანიზმის შიმშილს მოსდევს დისტროფიული ცვლილებები პარენქიმულ ორგანოებში, გულის კუნთში, კიდურთა შეშუპებები, ასციტი. ასეთ ავადმყოფს ოპერაციამდე და მის შემდეგ ძალიან გულდასმით მკურნალობა ესაჭიროება. თვით ოპერაცია კი, რომელიც ზოგჯერ, კუჭისა და მღივი ნაწლავის გარდა, განივი კოლინჯის რეზექციასაც მოითხოვს, პრაქტიკულად რთულია, საპასუხისმგებლო, საჭიროებს ტექნიკურად და თეორიულად დიდად გამოცდილ ქირურგს.

რაც შეეხება გეა-ს ფონზე განვითარებულ სხვა პათოლოგიურ პროცესებს, როგორიცაა ანასტომოზის ფუნქციური თუ ორგანული ხასიათის მოშლა, წყლულის შეუხორცებლობა და სხვ., შედარებით იშვიათად ვხვდებით, თუმცა მათ არანაკლები ტანჯვა მოაქვთ ავადმყოფისათვის და უსათუოდ საჭიროებენ რეკონსტრუქციულ ოპერაციებს, რაც რადიკალური ოპერაციის გაკეთებასა, შერთულის მოხსნასა ან მის კორექციაში მდგომარეობს.

ყოველივე ამის შემდეგ მინდა მოგასსენოთ, რომ გეა-ს სათანადო ჩვენებების შემთხვევაში შეუძლია სარგებლობის მოტანა ავადმყოფისათვის და ამდენად დასახელებული ოპერაცია შემორჩება ქირურგიას. მისი გამოყენებაა საჭირო, როცა რადიკალურ ოპერაციას უკუჩვენებების გამო ვერ აკეთებთ, ასე. მაგალითად, როდესაც მოხუც ავადმყოფს პილორუსის თუ თორმეტგოჯას წყლული ან სიმსივნე აქვს, ის მძიმე მდგომარეობაშია და შიმშილით დაღუპვა ელის. ამრიგად, გეა-ს გამოყენებას აქვს სათანადო ჩვენება.

ნება მიბოძეთ დროის ამოწურვის გამო დღევანდელი ლექცია ამით დავამთავროთ, შემდეგში მოგახსენებთ მხოლოდ კუჭის რეზექციის ზოგიერთი ნაკლოვანი მხარის შესახებ.

კარგად ზრძანდებოდეთ!

მეთორმეტე ლექცია

წინა ლექციაზე საუბარი გვქონდა ნაოპერაციევი კუჭის დაფადლებებზე, რომელნიც სხვადასხვა პოლიატიურ ოპერაციას დაერთვიან. შედარებით ვრცლად შევეხეთ გეა-ს შემდეგ განვითარებულ პეპტიური წყლულების არსს და მათ მკურნალობას. დღეს მან-

და შევხვრდე კუქის რეზექციის ზოგიერთ ჩრდილოეთ მხარეზე. თქვენ. ალბათ. მოგეხსენებათ. რომ კუქის რეზექციის უპირატესობა წყლულოვანი დაავადების მკურნალობაში სადღეისოდ საყოველთაოდ აღიარებულია. ეს გასაგებია. რადგან თუ წყლულოვანი დაავადების წარმოქმნის მექანიზმში წამყვანი როლი კუქის წინა მომატებულ მეაზობას მიეკუთვნება, ცხადია. რაც მეტად იქნება გამორიცხული ეს ფაქტორი, მით მეტად ვიქნებით უზრუნველყოფილი წყლულის რეციდივისაგან. აღნიშნულს ვაღწევთ კუქის პილორულ-ანტრალური ზონის, ე. ი. ქიმიური ფაზის ამგზნები და სეკრეციული ზონების მოცილებით. მაგრამ უნდა მოვახსენოთ ისიც, რომ ხანგრძლივი უროის მანძილზე დაგროვილი მასალის შორეულა შედეგების შესწავლამ, მართალია, ძლიერ მცირე შემთხვევებში, მაგრამ მაინც, ნათელყოფს ამ ოპერაციის ზოგიერთი ნაკლოვანი მხარე გამოავლინა დაავადებები, რომელნიც დღეს სამართლიანად სახურებენ ექიმთა ყურადღებას. კუქის რეზექციის ერთ-ერთ უარყოფილ მხარედ ძლიერი ნაწლავის პეპტიკური წყლულის (სურ. 18) წარმოქმნა მიჩნეულია: მაგრამ უნდა იცოდეთ, რომ თუ ამას გეას-ს პირობებში 20—25%-ით ვხვდებით, ზოგიერთი ტიპის გეას-ს შემდეგ (გრძელ მარჯუნივ დაღებული გეა)



სურ. 18. რეზექციის პირობებში განვითარებული პეპტიკური წყლული.

კი — შემთხვევათა 75%-ში, სრულყოფილად შესრულებული კუქის რეზექციის დროს პეპტიკური წყლულის სიხშირე 0,5%—1%-ის ფარგლებში ცვალებადობს. თქვენ უკვე ამჩნევთ რეზექციის უპირატესობას გეასთან შედარებით.

საინტერესოა კუქის რეზექციის პირობებში პეპტიკური წყლულის წარმოქმნის მიზეზები. მე ავლნიშნე, რომ სრულყოფილი რე-

ზექციის შემდეგ პეპტიკური წყლული იშვიათად ვითარდება. მაშ, რაში მდგომარეობს რეზექციის არასრულყოფილობა, რომელსაც მეტი სიხშირით დაერთვის ეს პათოლოგია. ეს არის კუჭის ეკონომიური რეზექცია, როდესაც ჩვენ ვტოვებთ კუჭის სეკრეტორული ზონის დიდ ნაწილსა და კუჭის პილორულ, ანუ რეფლექსოგენურ არეს. თქვენ მოგეხსენებათ პილორუსის. უფრო სწორად პილორული ჯირკვლების — კუჭის სეკრეტორული აპარატის ამგზნები ზონის როლი. ამ ზონაში გამოიყოფა ჰისტამინი. რომლის მეშვეობით გამოიშვავდება ეჩავობა, რაც წყლულის რეციდივის განვითარებას უდევს საფუძვლად. თუ რეზექციის დროს არ ამოკვეთავთ რეფლექსოგენურ და სეკრეტორულ ზონებს, ეს ნიშნავს, რომ ოპერაციის უახლოეს პერიოდში ავადმყოფი დაგვიბრუნდება უკან მლივი ნაწლავის პეპტიკური წყლულით. ჩვენ ასამდე ავადმყოფს გავუკეთეთ კუჭის რეზექციის პირობებში განვითარებული პეპტიკური წყლულის გამო განმეორებითი ოპერაცია და, იშვიათი გამონაკლისის გარდა (გთხოვთ დაიმახსოვროთ ეს იშვიათი გამონაკლისებიც), აღმოვაჩინეთ. რომ გაკეთებული იყო ეკონომიური რეზექცია, ე. ი. კუჭზე დატოვებული იყო სეკრეტორული ზონის დიდი ნაწილი. თუ პილორუსი არ ამოკვეთა ქირურგმა, მაშინაც ვითარდება პეპტიკური წყლული, მაგრამ აქ მინდა თქვენი ყურადღება გავამახვილო ერთ გარემოებაზე. სშირად თორმეტგოჯა ნაწლავში დაბალი წყლულები ისეთ რთულ პათომორფოლოგიურ ცვლილებებს იწვევს, რომ წყლულის ამოკვეთა ვერ ხერხდება ანთებადი პროცესის სადინრებთან აიახლოვის გამო. თქვენ მოგეხსენებათ თუ რა მნიშვნელოვანი წარმონაქმნებია აქ.

ს ტ უ დ ე ნ ტ ე ბ ი : აქ არის ფატერის დვრილი. სადაც იხსნება პანკრეასისა და ნაღვლის საერთო სადინარი.

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი : ამიტომაც ქირურგი, მით უფრო თუ ის არულყოფილად არ არის დაუფლებული კუჭის რეზექციის ყველა მომენტის სათანადოდ შესრულებას, გაუბრძის ამ არის მობილიზაციას იმ თვალსაზრისით, რომ აიცილნოს სადინრების დაზიანების აშიშროება და ძალაუნებურად სტოვებს პილორუსის ზონასაც. მე თქვენც გირჩევდით პირველ ხანებში მაინცდამაინც არ გადადგათ გაბედული ნაბიჯი და გვერდი აუხვიოთ ოპერაციის ამ მომენტში რადიკალიზმს, დაკმაყოფილდეთ რეზექციით წყლულის გამოთიშვით, ვიდრე დააზიანოთ სადინრები, რადგან სადინრების მთლიანობის აღდგენა ან მათი ჩანერგვა თორმეტგოჯა ნაწლავში დიდ დახელოვნებას მოითხოვს. მაგრამ ოპერაციის ამ მომენტისათვის აუცილებელია დემუკოზაცია, ე. ი. პილორუსის არეს უნდა მოაცილოთ ლორწოვანი გარსი, მოსპოთ ჰუმორული ფაქტორის გავლენა

კუქის დარჩენილი ტაკვის სეკრეტორულ აპარატზე, რითაც თავიდან აიცილებს მკვავობის გამომუშავებას და წყლულის წარმოქმნას. მინდა იცოდეთ, რომ ზოგ შემთხვევაში ჩვენც, საკმაოდ გამოცდილი ქირურგები, თორმეტგოჯა ნაწლავის დაბლა მდებარე დიდი წყლულების შემთხვევაში ზოგჯერ მივმართავთ კუქის რეზექციას წყლულის გამოთიშვით, სწორედ იმ მიზნით, რომ არ დავაზიანოთ მნიშვნელოვანი წარმონაქმნები, მაგრამ უსათუოდ ვაკეთებთ დემუკოზაციას. ეს ოპერაცია, ე. წ. კუქის რეზექცია წყლულის გამოთიშვით, რომელიც სათანადო შემთხვევებში კარგ სამსახურს გვიწევს, შეიმუშავა ავსტრიელმა ქირურგმა ფინსტერერმა. მართალია, მსოფლიო ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევები, როცა დატოვებულია წყლულმა გამოიწვია სისხლის დენა, პერფორაცია, ამის მაგალითები ჩვენც გვქონია, მაგრამ ეს იშვიათი გამონაკლისია და ამის გამო ამ ოპერაციის ჩვენებისას უკან დახევა არა ღირს. რეზექციის პირობებში განვითარებული პეპტიკური წყლული კლინიკურად ბევრად მძიმედ მიმდინარეობს. მაკრო-მორფოლოგიურად რეზექციის შემდგომი პეპტიკური წყლულებისათვის დამახასიათებელია: წყლულის სიდიდე — ზოგჯერ ის ხელისგულისოდნაა, მრავლობითი პენტრაციები მეზობელ ორგანოებში, რაც მუდმივად და აუტანელი ტკივილის წყარო ხდება. ასეთი ავადმყოფები დამეებს თითქმის უძილოდ ატარებენ. ძალიან იოლად თანხმდებიან და ზოგჯერ დაჟინებითაც მოითხოვენ განმეორებითი ოპერაციის გაკეთებას.

ზევით საგანგებოდ გთხოვთ დაგემასსოვრებინათ რეციდიული პეპტიკური წყლულის იშვიათი გამონაკლისები და, აი, რატომ. მართალია, ძალიან იშვიათად ვხვდებით ისეთ ავადმყოფებსაც, რომელთაც კუქის რეზექციის ყველა მომენტი ტექნიკურად სწორად აქვთ გაკეთებული, მაგრამ მათ კვლავ უუოთარდებთ პეპტიკური წყლული. გააკეთებთ განმეორებით ოპერაციას და რამდენიმე თვეში (1—2—3) ავადმყოფი კვლავ მოგაკითხავთ საოპერაციოდ ისევ პეპტიკური წყლულით და ა. შ. ზოგიერთი პაციენტი ექვემდებარება მრავლობით ოპერაციებს. ჩვენ გვყავდა ავადმყოფი, რომელსაც 7-ჯერ დასჭირდა რეზექცია.

იბადება კითხვა — აქ რალაშია საქმე?

ვიდრე ამ იშვიათ პათოლოგიას შევხებოდეთ, მოვისმინოთ იმ ავადმყოფის შესახებ, რომელიც ჩვენს მიერ ნაოპერაციევია ოთხჯერ. ვთხოვოთ მის მკურნალ ექიმს დოც. რ. ქუმსიაშვილს მოგვახსენოს ისტორიის მოკლე მონაცემები.

დოც. რ. ქუმსიაშვილი: ავადმყოფი მ. ა., 45 წლის მამაკაცი (ისტ. № 6547). 5 წლის წყლულოვანი ანამნეზით. პირველ

ოპერაცია გავუკეთეთ: 1967 წ. ჩვენს კლინიკაში თორატოგოჯა პან-
ლავის წყლულის გამო (კუჭის რეზექცია B II წესით). 4 თვის ნა-
თელი პერიოდის შემდეგ განვითარდა დაავადების რეციდივი და
ავადმყოფი იძულებული გახდა მოემართა ისევ ჩვენი კლინიკის
თვის. სათანადო შეაწავლით დავადვინეთ მლივი ნაწლავის პეპტიკუ-
რი წყლულის დიაგნოზი, ავადმყოფი მოვამზადეთ და გავუკეთეთ
ვანხორებითი ოპერაცია პირველი ოპერაციიდან 2 წლის შემ-
დეგ. აღმოჩნდა მლივი ნაწლავის გიგანტური პეპტიკური წყლუ-
ლი განივ კოლინჯში პენეტრაციით და პრეფისტულის წარმოქმნი-
ლავადმყოფი კუჭისა და ანასტომოზში შემავალი წვრილი ნაწლავის რე-
ზექცია B II წესით. ერთი წლის ნათელი პერიოდის შემდეგ ავად-
მყოფს კვლავ განუვითარდა დაავადების რეციდივი: მწვავე მუდმი-
ვი ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში ირადიაციით წელის მიმართუ-
ლებით. დასის ტკივილი, რის გამოც ავადმყოფს დაკარგული ჰქონდ-
ებოდა. აღნიშნული სიმპტომების გამოვლინებიდან სამი თვის შემ-
დეგ ავადმყოფმა შეამჩნია განავალოვანი ბოყინი, რასაც ვანა-
ლოვანი პირღებინებაც მოჰყვა. განვითარდა ფაღარათი, რომელიც
არავითარ კონსერვატიულ ღონისძიებებს არ დაექვემდებარა. ავად-
მყოფი დაძაბუნდა. მოიკლო 20 კგ.

კუჭის წვენი 30, 16, 10. რენტგენით დადგინდა კუჭის რე-
ზექცია შემდგომი ღვთაარება. კუჭ-ნაწლავ-კოლინჯის ფისტუ-
ლა ნაეტარეთ ფერადი ოყნის სინჯი: ავადმყოფს მეთილენის ლი-
ლით შეღებილი ერთი ლიტრი სითხე შევეუყვანეთ სწორ ნაწლავში.
კუჭის ზონდით მივიღეთ ლურჯად შეფერილი სითხე, რამაც განამ-
ტკიცა ფისტულის დიაგნოზი.

ავადმყოფი მოვამზადეთ და ზოგადი ინტუბაციური ნარკოზის
პირობებში გავუკეთეთ მესამე ოპერაცია. მუცლის ღრუს გახსნა
გამწელდა ძველი და ახალი ვრცელი შეხორცებების გამო; შეხორ-
ცებების გათიშვის შემდეგ აღმოჩნდა, რომ ანასტომოზის არეში
ყო სიმსივნური კონგლომერატი, რომლის შემადგენლობაში შე-
დიოდა კუჭის მცირე ტაკვი, წვრილი ნაწლავი, განივი კოლინჯი და
მისი ჯორჯალი. პანკრეასი. განივ კოლინჯსა და ანასტომოზს შორის
აღმოჩნდა ფისტულა, რომელშიც გადიოდა ორი თითი. გავაკეთეთ
კუჭის ტაკვის, წვრილი ნაწლავის და ფისტულაში შემავალი განივი
კოლინჯის რეზექცია „en bloc“. წვრილი და მსხვილი ნაწლავების
მთლიანობა აღდგა პირისპირი შერთულით. კუჭ-ნაწლავის ახალი
შერთული დავადეთ B II წესით; ავადმყოფი ამჯერადაც კლინიკიდან
განკურნებული გაეწერა, მაგრამ ოპერაციიდან ერთი თვის შემდეგ
მას დაეწყო ისევ აუტანელი ტკივილი. რომელსაც მხოლოდ ნარკო-
ტიკული საშუალებებით (მორფიუმი, პანტოპონი) იმშვიდებდა; მოკ-

ლე დროში გამოუვლინდა განავალოვანი სუნი პირიდან, განავალოვანი პირღებინება და ფადარათობა, რის განაოც მან ისევე მომართა ჩვენს კლინიკას. ავადმყოფის შესწავლითა და კლინიკური გამოკვლევებით ცხადი გახდა, რომ საქმე შეესებო წყლულოვანი დაავადების რეციდივს და ამ ნიადაგზე მეორედ განვითარებულ კუჭ-ნაწლავ-კოლინჯის ფისტულას.

ავადმყოფი მოვამზადეთ საოპერაციოდ და ინტენსიური ნარკოზის პირობებში გავუკეთეთ მეოთხე ოპერაცია. ოპერაციაზე აღმოჩნდა, რომ წვრილი ნაწლავის გამტან მარჯვენა განვითარებულ იყო დიდი პეპტიკური წყლული, რომელიც განიცდიდა პენეტრაციას მუცლის უკანა კედელში. პანკრეასში, მუცლის ორტასა

განივი კოლინჯის კუთხეში.

სადაც წარმოქმნილი იყო

2—3 სმ დიამეტრის შიგნითა

ფისტულა. ფისტულის

ხვრელი გამოვყავით და განივი

კოლინჯის მთლიანობა აღვადგინეთ

ორსართულიანი ნაკერით. გავაკეთეთ

იკუქის მცირე ტაკვისა

პლივი ნაწლავის რეზექცია

დავადეთ კუჭ-ნაწლავის შიგნითა

შერთული გრძელ მარჯვენა

წყრულება და მუცელს

კრულ. ოპერაციის შემდგომი

ჩანა დამაკმაყოფილებელი

იყო. მეხუთე დღიდან აღინიშნებოდა

ტკივილი მარცხენა

ბეჭის არეში, პერიოდულად

პულსუს გახშირება. შეექცე

დღეს ავადმყოფმა ამოაღებინა

მცირე რაოდენობით სისხლი, და

უეცრად ვარდაიცვალა.

გაკვეთით დადგინდა: საყლაპავი მილის

დისტალური ნაწილის

პეპტიკური წყლული აორტაში

პენეტრაციით (სურ. 19). მასიური

სისხლჩაქცევა მარცხენა

პლევრის ღრუში.

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: თქვენ მოისმინეთ

როგორც თეორიულად, ისე

პრაქტიკული თვალსაზრისით ძალიან

საინტერესო, მე ვიტყვით, უნიკალური ავადმყოფობის ისტორია.



სურ. 19. აორტაში განვითარებული საყლაპავი მილის დისტალური ნაწილის წყლული.

რაში მსგავს მკვლევარს შეიძლება ერთეული შემთხვევის სახით შე-
 ხედეთ. ამიტომ მოვეციტ საშუალება გაცნობოდით ისტორიის მო-
 ნაცემებს. გთხოვთ დაათვალიეროთ სექციაზე ამოკვეთილი პრეპა-
 რატიც. ვფიქრობ, ასეთი გამონაკლისების ცოდნაც საჭიროა, რად-
 გან კუჭის ქირურგიის თანამედროვე ეტაპზე, კერძოდ წყლულო-
 ვან დაავადებათა სფეროში, ბოლო ხანს განსაკუთრებულ ყურადღე-
 პას იმსახურებენ მსგავსი კატეგორიის ავადმყოფები. წყლულის
 მრავალჯერადი და სწრაფი რეციდივები, მრავლობითი პენეტრაცი-
 ები, პრეფისტულეზისა და ფისტულეზის წარმოქმნით განსაკუთრე-
 ზით ისეთ ორგანოში, როგორც აორტაა, თითქმის ყოველთვის სა-
 სიკვდილოა. ჩვენს კლინიკაში ზემოაღნიშნული ორ ავადმყოფს გა-
 ნუვითარდა, რასაც ელვისებრი სიკვდილი მოჰყვა. მე ვგრძნობ, რომ
 თქვენ დაგაინტერესათ საკითხმა, თუ რა ფაქტორმა განაპირობა
 წყლულის ესოდენ ხშირი რეციდივები და საერთოდ ცნობილია თუ
 არა ამის მიზეზი? უნდა მოგახსენოთ, რომ ჩვენ და, არა მარტო
 ჩვენ. სხვა კლინიკისტებსაც წარსულში ვერ აგვეხსნა მდგრადად
 მორეციდივე წყლულების მიზეზი. მართალია, ასეთი ავადმყოფები
 ააბედნიეროდ ცოტანი არიან. მაგრამ მათი უმწეო ბედი იმდენად
 აწუხებს კლინიკისტებს, რომ დიდი ძიება მიმდინარეობდა, რათა
 აღმოეჩინათ წყლულის ხშირი რეციდივის მიზეზი. როგორც გა-
 მოიჩკვა, ეს აღმოჩენა მიეკუთვნება ორ ქირურგს ცოლინგერსა და
 ელისონს. წყლულის უსასრულო რეციდივების განვითარებაში ბრა-
 ლი მიუძღვის პანკრეასის არაინსულინურ ადენომებს, რომელნიც
 სისხლში გამოყოფენ გასტრინის მსგავს ნივთიერებას. უკანასკნე-
 ლი იწვევს კუჭის ტაკეში არსებული სეკრეტორული აპარატის
 ძლიერ აგზნებას და კუჭის მეავე წვენი გაძლიერებულ სეკრეციას.
 ამასთან, ასეთი კუჭის წვენი შეიცავს ძალიან მაღალი კონცენტრა-
 ციის მეავეს, რომელიც წყლულების სწრაფი წარმოქმნის მიზეზი
 ხდება. უნდა მოგახსენოთ, რომ ასეთი ავადმყოფები ძირითადად
 განწირული არიან, რადგან ისინი ხშირად ხელახლად წარმოქმნი-
 ლი წყლულის პერფორაციის ან სისხლის დენის, ანდა პერმამენ-
 ტული ოპერაციების ფონზე რომელიღაც გართულების, უმეტესად
 ნაკერების უკმარისობით გამოწვეული პერიტონიტის მსხვერპლნი
 ხდებიან. აღნიშნულის მიზეზი ისევე მაღალი მეავობით განპირობე-
 ბული შერთულის ნაკერების დაშლაა. ასეთი ავადმყოფების მეურ-
 ნალობაც მეტად რთული პრობლემაა. რადგან ადენომების სხვადა-
 სხვა ადგილას არსებობა (მათ არა აქვთ კანონზომიერი ლოკალიზა-
 ცია). მათი სიმრავლე ქირურგიული წესით ლიკვიდაციის საშუალე-
 ბას არ გვაძლევს, ხოლო გასტრექტომია — კუჭის მთლიანი ამო-

კვეთა — ამ კატეგორიის ავადმყოფთა წინასწარი გამოვლინების შემდეგ შეიძლება, რაც ჭერჭერობით ძნელია.

რაც შეეხება კუჭის რეზექციის ფონზე განვითარებულ სხვა გართულებებს — დარჩენილ კუჭის ტაკვში ახალი წყლულის წარმოქმნას — ეს ძალიან იშვიათი მოვლენაა. უფრო ხშირად მცირე სიმრუდის კალოზური წყლულის გამო ნაოპერაციევ ავადმყოფებს უვითარდებათ კუჭის ტაკვის კიბო, რაც მიუთითებს იმაზე, რომ კალოზურ წყლულში, რომლის გამო გაკეთებულია ოპერაცია. უკვე იყო გაკიბობების ელემენტები, რომელთაც ოპერაციის შემდეგ გამოიწვიეს ავთვისებიანი ზრდა. სამაგიეროდ, კლინიკისტა ყურადღების ცენტრშია რეზექციის შემდგომი სხვადასხვა სახის ფუნქციური მოშლილობები, რომელთაგან განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს ე. წ. დემპინგ-სინდრომი. თქვენ, ალბათ, გაგიგონიათ ეს დიაგნოზი. ეს სიტყვა ინგლისურია და ნიშნავს დაცემას. კრახს — ეკონომიკაში. დემპინგ-სინდრომი, მიუხედავად იმისა, რომ მას თანაბარი ინტერესით სწავლობენ როგორც თერაპევტები, ისე ჭირურგები, ჭერ კიდევ არასაკმარისად ამოცნობილი პათოფიზიოლოგიური გამოვლინებაა. ამ პათოლოგიას რეზექტირებული კუჭიდან წვრილ ნაწლავში საკვების ელვისებრივ გადასროლას მიაწერენ. შეიძლება დავუშვათ, რომ ადვილად აგზნებადი ნერვული სისტემის მქონე ზოგიერთ სუბიექტში საკვების უეცარმა გადანაცვლებამ წვრილ ნაწლავში გამოიწვიოს არაადეკვატური რეაქცია, რაც ჰიპერ- და ჰიპოგლიკემიით ვლინდება და ფრიალ უსიამოვნო შეგრძნებას იწვევს. მაგრამ ასე, ჩემი ღრმა რწმენით, ძალიან იშვიათად ხდება. დემპინგ-სინდრომი არ ვითარდება, თუკი კუჭის რეზექციის ჩვენება ზუსტად იქნება დადგენილი თითოეული ავადმყოფის მიმართ, მაგალითად, გართულებული წყლულის მიზეზით ნაოპერაციევ ავადმყოფებს ფუნქციური მოშლილობები თითქმის არა აქვთ.

მინდა დღეს ამით დავამთავრო წყლულოვან დაავადებაზე საუბარი და შევეუდგე ახალი თავის განხილვას, კერძოდ ღვიძლის პათოლოგიას და დავიწყო ღვიძლის ჩირქოვანი პროცესის გარჩევით. ეს არის ღვიძლის ჩირქოვანობა — აბსცესი, რომელიც აგრეთვე რთულ პათოლოგიათა რიცხვს მიეკუთვნება, რთულს ვამბობ იმიტომ, რომ ღვიძლას ჩირქოვანობის ზოგიერთი ფორმა 100%-ში სიკვდილს იწვევს. ღვიძლის ჩირქოვანობის საკითხი დიდი ხნის განმავლობაში არც კი იყო ცნობილი და სათანადოდ შესწავლილი, რადგან არ იყო აღმოჩენილი ამ ლოკალიზაციის ჩირქოვანობის გამომწვევი აგენტი. ცხადია, თქვენთვის ცნობილია, რომ ჩირქოვანობას იწვევს სტაფილოკოკი, სტრეპტოკოკი, ნაწლავის ჩხირი და სხვ., მაგრამ არსებობს ისეთი აბსცესი, რომელიც არჩევითად ღვიძლში ვითარდება, ძალიან

იწვიათად -- ასი ავადმყოფიდან ერთს -- შეიძლება განუვითარდეს სხვა ორგანოშიც. აღნიშნული ფაქტი წარსულში არ იყო ცნობილი, ამჟამად კი, როცა თქვენ გიხდებათ საექიმო მოღვაწეობა, ღვიძლის ამ პათოლოგიის არსი დადგენილია. უნდა მოგახსენოთ, რომ ღვიძლის აბსცესს საუკუნის მანძილზე სწავლობდნენ გამოჩენილი მეცნიერები. სახელმწიფოებიც ხარჯავდნენ დიდ თანხას ღვიძლის ჩირქგროვის საკითხის შესწავლისათვის. ამასთან დაკავშირებით ზოგიერთი რამ რომ მოგაგონოთ, ერთგვარ ექსკურსს გავაქეთებ ისტორიაში. როდესაც ინგლისმა ინდოეთი თავის კოლონიად გაიხადა. ინგლისელებმა უპირველესად ტროპიკულ ზონას მიაშუოეს, ბომბეისა და კალკუტაში დასახლდნენ. მაგრამ მალე ნათელი გახდა, რომ თეთრკანიანები დაიხოცნენ სხვადასხვა ტროპიკული დაავადებით: მალარიით, დიზენტერიით, ქოლერით. ინდოეთიდან ინგლისელებს გაქონდათ ოქრო. მაგრამ რად ღირდა სიმდიდრე. თუკი ის სიცოცხლეს შეიწირავდა. სიმდიდრეს მაშინ აქვს ფასი, თუ იგი ცხოვრებას, ცოდნის შეძენასა და მეცნიერებას გამოადგება. ამიტომაც ინგლისელებმა დათმეს სიმდიდრე, ტროპიკული ზონიდან მაღალ, მთიან ზონაში იწყეს გადასახლება და დელი გაიხადეს საცხოვრებელ ადგილად.

ტროპიკულ დაავადებათა შესწავლისა და მათ წინააღმდეგ ბრძოლის მიზნით წლების მანძილზე უძლიერესი მეცნიერებისაგან შემდგარი ხუთი თუ ექვსი ექსპედიცია მოეწყო ინდოეთში, რამაც სათანადო შედეგი გამოიღო.

ისტორიიდან. ალბათ, კარგად გახსოვთ ნაპოლეონ ბონაპარტე. იგი უდავოდ ძლიერი პიროვნება გახლდათ და შემთხვევითი როდია, რომ კორსიკელმა საფრანგეთში მოიკიდა ფეხი, გახდა გენერალი, შემდეგ კი იმპერატორი. ნაპოლეონს შესწევდა ძალა განეხორციელებინა თავისი ჩანაფიქრი. მან თითქმის მთელი ევროპა დაიპყრო, იქამდე კი მისი ყურადღება აფრიკისაკენ იყო მიმართული.

ისტორიიდან ისიც გვეცოდინებათ, რომ ევროპის ყველა ქვეყანა იყო დაინტერესებული აფრიკით. ნაპოლეონმა დაიპყრო ეგვიპტე, შემდეგ კი — ალჟირის ნაწილი, მაგრამ მოხდა უცნაური რამ: ნაპოლეონის ჯარი იქ ამოიხოცა. დიდი მსხვერპლის შესახებ საფრანგეთში მყოფი იმპერატორი ყოველდღიურ ცნობებს ღებულობდა. ამ დროს მას გვერდით ჰყავდა ერთგული ექიმი — ლარეი — უნიჭიერესი პიროვნება. მან დაწერა შესანიშნავი მემუარები სამხედრო-საველე ჯარურების შესახებ. ეს წიგნი ამჟამადაც სანიმუშოაა მიჩნეული. ნაპოლეონმა გამოჰყო საექიმო კომისია ლარეის თანმჯლომარეობით, რათა შეესწავლათ ეგვიპტეში ჯარის განადგურების მიზეზი. მოხსენებით ბარათში, რომელიც ახლაც ინახება საფრანგეთის

ერთ-ერთ მუზეუმში, ნათქვამია, რომ ჭარისკაცები იხოცებიან დი-
რეისაგან, ე. ი. სისხლიანი ფალარათისაგან, რომელსაც თან ერთვის
ღვიძლში ჩირქგროვის განვითარება. თვით ლარეიმ გაკვეთა ჭარის-
კაცთა გვამები და ნახა, რომ იმ პირებს, რომლებიც დაიხოცნენ სისხ-
ლიანი ფალარათით, აღმოაჩნდათ ღვიძლში ჩირქგროვებიც.

გერმანია საუკუნენახევარი იბრძოდა გასაძლიერებლად. მას ყო-
ველთვის სწამდა, რომ მხოლოდ თვითონ იყო ღირსი ჰქონოდა ძლი-
ერი ბაზარი. ამიტომ ლამობდა ეგვიპტის დაპყრობას. საქმის ვითა-
რების შესასწავლად ჯერ კიდევ ბისმარკის დროს გაგზავნეს საექი-
ძო კომისიები ეგვიპტეში. ერთ-ერთ ასეთ კომისიას ხელმძღვანე-
ლობდა გერმანიის სამედიცინო აზროვნების საუკეთესო წარმომადგე-
ნელი რობერტ კოხი, რომელმაც დაადასტურა ლარეის აღმოჩენა, რომ
სისხლიან ფალარათსა და ღვიძლის ჩირქგროვას შორის კავშირია.

როგორც ხედავთ, ევროპის დიდი სახელმწიფოები იყვნენ და-
ინტერესებული ამ პათოლოგიის არსით. სათანადო ღონისძიებების
გატარება საჭიროებდა დიდ დანახარჯებს. რა თქმა უნდა, აღნაშნუ-
ლი პათოლოგიის შესწავლის მიზანი არ იყო ადგილობრივი მოსახ-
ლეობის დახმარება. ევროპის ქვეყნები ძირითადად საკუთარი ინ-
ტერესებიდან გამოდიოდნენ, მაგრამ ძალაუვნებურად კოლონიაში
მცხოვრებთათვისაც მოჰქონდათ სარგებლობა.

თქვენ, ალბათ, ისიც იცით, რომ, როცა რუსეთი შეიჭრა შუა
აზიაში, სადაც ხშირი იყო ტროპიკული და სუბტროპიკული დაავა-
ლებები, დაიწყეს ამ დაავადებათა შესწავლა.

ამიერკავკასიაშიც აგზავნიდნენ შესაფერის საექიმო კომისიებს,
რათა შეესწავლათ მალარიისა და დიზენტერიის საკითხი. განსაკუთ-
რებით დიდი ყურადღებით სწავლობდნენ აზერბაიჯანს, ბაქოს
პილამოებს, მით უფრო მას შემდეგ, რაც იქ ნავთი აღმოაჩინეს. აქ
მომუშავეთაგანაც ბევრი დაიხოცა სისხლიანი ფალარათით, ანუ დი-
ზენტერიით.

რომელი დიზენტერია იყო ეს? მოგეხსენებათ, რომ ტროპიკულ
და სუბტროპიკულ ზონებში განსაკუთრებით მძვინვარებს ამებური
დიზენტერია.

მე-18 საუკუნის დასასრულსა და მე-19 საუკუნის დასაწყისში
ამ დიზენტერიის მიზეზი ჯერ კიდევ ამოუცნობი იყო. მისი აღმოჩენა
წილად ხედა სანკტ-პეტერბურგელ პროფესორს ლეშს (1872 წელი),
ხოლო, როგორც მოგახსენეთ, კავშირი ამებურ დიზენტერიასა და
ღვიძლის ჩირქგროვას შორის დაადგინა ლარეიმ მე-19 საუკუნის
დასაწყისში. ამგვარად, სუბტროპიკულ ქვეყნებში ერთობ საშიშ და-
ავადებას — ღვიძლის ჩირქგროვას იწვევდა ამებური დიზენტერია,
გართულებული ღვიძლის ჩირქგროვით, რამაც იმ დროის მედიკოს-

თა დიდი ინტერესი გამოიწვია. როგორც ვხედავთ, დამპყრობი ქვეყნების აგრესიული მიზნების შესრულებისას აუცილებელი გახდა დიდი სიკვდილიანობის გამომწვევე დაავადებათა მიზეზის დადგენა, ამან კი ხელი შეუწყო მეცნიერების, კერძოდ მედიცინის წინსვლას. მეცნიერებაში ხდება ხოლმე ასე. ავიღოთ თუნდაც ტექნიკური მეცნიერებანი. მეორე მსოფლიო ომმა, რომელმაც, ოფიციალური ცნობით, ოცდაათი მილიონი ადამიანი იმსხვერპლა, განაპირობა ძირითადად ატომური ბომბის დამზადების აუცილებლობა, ატომური ენერჯიის საფუძვლიანი შესწავლა. ადამიანი ჩაწვდა ამ ენერჯიის საიდუმლოებას და იგი მშვიდობიანი მიზნებითაც გამოიყენა.

ამრიგად, ლეიძლის ჩირქგროვის ერთ-ერთი მიზეზი ყოფილა ამება, რომელიც ძალიან ხშირია ტროპიკულ და სუბტროპიკულ ქვეყნებში. სუბტროპიკული ქვეყნებია საქართველო, აზერბაიჯანი, შუა აზიის ქვეყნები, ირანი, თურქეთი, ინდოეთი, პაკისტანი, ვიეტნამი და სხვ.

ამებური ჩირქგროვის გარდა, ლეიძლში შეიძლება განვითარდეს მეორე სახის ჩირქგროვა — ე. წ. პიოგენური ჩირქგროვა, რომლის გამომწვევია სხვადასხვა პიოგენური მიკროორგანიზმი. როგორც ვხედავთ, არ არის ძნელი დასამახსოვრებელი ორი სახის ჩირქგროვა — ამებური და პიოგენური. მათი დავიწყება და ერთმანეთში არევა არ მოგეტყვებათ, რადგან, გარდა იმისა, რომ მათ სხვადასხვა გამომწვევი ჰყავთ, მკურნალობის თვალსაზრისითაც სხვადასხვანია. არიან. თუ ამებურ ჩირქგროვას დროზე ამოვიცნობთ და შესაფერის მკურნალობას ჩავატარებთ, მან სიკვდილი არ უნდა გამოიწვიოს. წარსულში საქართველოში შეისწავლეს ამებური ჩირქგროვის დროს სიკვდილიანობის სიხშირე და დაადგინეს, რომ იგი 47%-ს აღწევდა, ე. ი. ამ დაავადებით შეპყრობილი 100 კაციდან თითქმის ნახევარი კვდებოდა. ამჟამად კი, როცა ამებური ჩირქგროვის მკურნალობა ვიციით და, ჩემო პატივცემულო მსმენელებო და მეგობრებო, თქვენ დროულად დაადგინთ მის დიაგნოზს, დროულად ჩაატარებთ მკურნალობას, არც ერთი ავადმყოფი არ უნდა მოგიკვდეთ. ასეთი ავადმყოფის ბედი თქვენზეა დამოკიდებული. ეს არ არის პატარა საქმე. რაც შეეხება ლეიძლის პიოგენურ ჩირქგროვას, უნდა გამოვტყდეთ, რომ ამ მხრივ უარესი მდგომარეობაა. მართალია, არის ერთგვარი მიღწევა, მაგრამ ეს არ გვაკმაყოფილებს, რადგან სიკვდილიანობა დიდია და ეს საკითხი კვლავ პრობლემად რჩება. გამოდის, რომ თუ ამებური ჩირქგროვა 100 კაცს აქვს, ასივე უნდა მორჩეს, პიოგენური ჩირქგროვა კი დიდ სიკვდილიანობას იწვევს.

რაშია საქმე? უდიდესი მნიშვნელობა აქვს, თუ რა გზით შეიქრება ლეიძლში ინფექცია. თუ ნაღვლის ბუშტი დაიშალა ანთებადი

პროცესით, რომელსაც შეიძლება ეწვევიდეთ ერთვოდეს, ჩირქი ადვილად შეიქრება ღვიძლში და წარმოიქმნება ჩირქგროვა. ღვიძლის ჩირქგროვის განვითარების ეს თავისებური გზაა per continuitatem, ე. ი. ჩირქოვანი პროცესი ერთი ორგანოდან მეორეზე გადაინაცვლებს. ასეთ მდგომარეობაში ორგანიზმი ასწრებს შემაერთებელქსოვილოვანი ბარიერის წარმოქმნას, რის გამოც ჩირქი კი არ გავრცელდება მუცლის თავისუფალ ღრუში, არამედ გადაინაცვლებს ამა თუ იმ ორგანოში. შესაძლოა თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის შემთხვევაში მოხდეს მისი პენეტრაცია ღვიძლში, სადაც ჩირქგროვა წარმოიქმნება. როგორი იქნება ასეთი ავადმყოფის ბედი? თუ ასეთ ავადმყოფს გონიერი ექიმი შეხვდა, ის არ უნდა დაიღუპოს. ამ დროს ექიმის მოვალეობაა ისე გამოუშვას ჩირქი, რომ ის მუცლის ღრუში არ გავრცელდეს; ჩირქოვან კერაში ჩადებენ ტამპონებსა და დრენაჟს, ე. ი. per continuitatem ღვიძლში განვითარებულ ჩირქგროვა მოსარჩენია.

ახლა დავბრუნდეთ უკან და გავიხსენოთ, რაც ვიცით. ცნობილია, რომ ჭიანჭლის ანთების დროს შესაძლებელია განვითარდეს კარის ვენების თრომბოფლებიტი. რა ჰქვია ამას? დარბაზში სიჩუმეა! აბსოლუტური სიჩუმე!

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: ამას არ მოველოდი, ხომ ხედავთ მოულოდნელობისაგან ხელი აღმართული დამრჩა! ამას ჰქვია პილფლებიტი — ღვიძლის კარის თრომბოფლებიტი. ღვიძლი სწრაფად დიდდება, ავადმყოფს ამციენებს, უწევს სიცხე. ავადმყოფი ყვითლდება და კვდება. დიახ, თქვენ მას ვერ გადაარჩენთ. ამრიგად, როგორი ავადმყოფობა ყოფილა პილფლებიტი? სასიკვდილო! როგორც ხედავთ, თუ per continuitatem შეიქრა ინფექცია, ყველა ავადმყოფი უნდა გადაარჩეს, ხოლო თუ პილფლებიტი განვითარდა, ყველა ავადმყოფი კვდება. აი, იმის თვალსაჩინო მაგალითი, თუ რაოდენ დიდი მნიშვნელობა აქვს, რა გზით შეიქრება ინფექცია ღვიძლში და ორგანოს რა ფართობს დაიკავებს ის.

დაეუშვათ, მრგვალი ჭია შეიქრა ღვიძლის საერთო სადინარში. ის დაახშობს სადინარს და შეაგუბებს ნაღველს, უსათუოდ შეიტანს თან განავალოვან მასას და გამოიწვევს ღვიძლის პარენქიმაში ჩირქგროვის წარმოქმნას. თუ დროულად შეეძელით ჭიის მოცილება, ავადმყოფს განეკურნაეთ, თუ არა და განვითარდება ჩირქგროვა, ამრიგად, ავადმყოფის ხსნა გაძნელებდა.

სეფსისის დროს ავადმყოფის მორჩენა უნდა შეეძლოს, მაგრამ თუ art. hepatica-ს გზით შეიქრა ღვიძლში ინფექცია და სისხლის გზით სხვადასხვა მიმართულებით გავრცელდა ჩირქი, მაშინ მეტად სახიფათო ვითარება იქმნება — განვითარდება პიოგენური მრავლო-

ბითი ჩირქვროვები. აქ განვითარებული მრავლობითი ჩირქვროვები სულ პაწაწინა ოდენობისა ც რომ იყოს, რომელ ქირურგს ძალუძა სათითაოდ მონახოს ისინი და გაკვეთოს. არამცთუ ცოცხალ ორგანიზმში, სასექციო მაგიდაზე ამოტანილ ღვიძლშიც კი ძნელია ყველა ჩირქვროვის აღმოჩენა, ამიტომაც, რომ ღვიძლის მრავლობითი ჩირქვროვით დაავადებული იკურნება ძალიან ძნელად ან თითქმის არ იკურნება.

დავუშვათ ფატერის ღვრილი დაახშო დიდმა კენკმა, ამ დროს ნაღვლის მთავარი სადინარიც დაიხშობა და ნაღვლის გამოსვლა შეწყდება. მაგრამ რა სდევს ამ მომენტს კიდევ თან? ანთება. როდესაც ჩირქვი, ანუ ინფიცირებული ნაღველი გარეთ არ გამოდის, რა ხდება? ჯერ ნაღვლის ბუშტი გაივსება, შემდეგ ქოლედოქუსი გაგანიერდება. ამას მოჰყვება ღვიძლის სადინრების გაგანიერება, ავადმყოფი გაყვითლდება.

გამოხატული იქნება ანთების შესატყვისი სიმპტომები: შემცივნება დღეში 2—3-ჯერ, ტემპერატურა 40°—41°, უხვი ოფლიანობა, ე. ი. მძიმე სექტიკური სურათი დამახასიათებელი გამოვლინებით სისხლის მხრივაც. რა ჰქვია ასეთ მდგომარეობას? ჩ ი რ ქ ვ ა ნ ი, ანუ ს ე პ ტ ი კ უ რ ი ქ ო ლ ა ნ გ ი ტ ი. ქოლანგიტი ბერძნული წარმოშობის სიტყვაა (chole—ნაღველი) და ღვიძლის შიგნითა სადინრების ჩირქოვან ანთებას ნიშნავს. როგორც ხედავთ, ასეთ ვითარებაში ღვიძლის შიგნითა სადინრებზე ჩირქვი ვრცელდება სანაღველ გზებიდან. შეიძლება თუ არა ასეთი ავადმყოფის გადარჩენა? თუ ექიმში მკოდნეა და გონივრულად მიუდგება ავადმყოფს, ორგანიზმსაც შერჩენილი აქვს მცირეოდენი ბრძოლის უნარი მაინც, ასეთი ავადმყოფი უნდა მორჩეს. ამ დროს საჭიროება მოითხოვს გავხსნათ ნაღვლის საერთო სადინარი, ამოვიღოთ კენჭი და ამ გზით ნაღველსა თუ ჩირქს გავუხსნათ გზა თორმეტგოჯა ნაწლავისაკენ. ამის გარდა, საერთო სადინარში ჩავდებთ კერის მიერ შემუშავებულ დრენაჟს. კერი გერმანელი ქირურგი გახლავთ. სანაღველ გზებისა და ბუშტის დაავადების შესახებ მსჯელობის დროს რამდენჯერ ვახსენებ ამ გვარს. თქვენ უნდა დაიმახსოვროთ იგი. მან თითქოსდა უბრალო რამ შეიმუშავა, მაგრამ სინამდვილეში დიდად სასარგებლო ავადმყოფებისათვის. ამ დრენაჟით გამოვა ნაღველი გარეთ, მისი მეშვეობით პერიოულად გამოვრეცხავთ კიდევ სანაღველ გზებს და, თუ ღვიძლის შიგნითა სადინრებს არა აქვს დაკარგული ელასტიკურობა, მათ კიდევ შესწევთ უნარი შეიკუმშონ და გამოდევნონ ჩირქოვანი ნაღველი, ავადმყოფი უსათუოდ მორჩება. ამიტომ, როცა ზემოაღნიშნული სახის ოპერაციას ვაქუთებთ. დრენაჟის გზით გამოყოფილ ნაღველს, რომელიც გამჟვინავ-

ლე ბოთლში ჩადის. დიდი მღელვარებით ვაკვირდებით, თუ რა რაოდენობითაა ის. თუ არაფერი გამოიყო, ეს ნიშნავს, რომ ავადმყოფი დაგვეღუპება, რადგან ექიმი შეცდა და ავადმყოფი დროზე არ გამოგზავნა ქირურგიულ სტაციონარში. სიყვითლიანი ავადმყოფის ხანგრძლივად გაჩერებამ დათრგუნა სადინრების ელასტიკურობა, დააკარგვინა მათ შეკუმშვის უნარი. აქედან გამომდინარე, ვფიქრობ, რომ უნდა გესმოდეთ. თუ რა დიდი მნიშვნელობა აქვს დროულ ოპერაციას.

ამგვარად, ხედავთ, რომ იმის მიხედვით, თუ რა გზით შეიქრება ღვიძლში ინფექცია და დაავადების რა ეტაპზე გამოცხადდება ავადმყოფი თქვენთან, მას მოარჩინთ ან ვერა, რაც შეეხება ამებური დიზენტერიის შედეგად განვითარებულ ჩირქგროვას, საქმის ვითარება ასეთია: მოგეხსენებათ, რომ ამებურა დიზენტერიის არჩევითი ადგილია მსხვილი ნაწლავი, მაშინ როდესაც ბაცილური ინფექცია წვრილ ნაწლავში ლოკალიზდება.

რა გზით ხვდება ამება მსხვილი ნაწლავიდან ღვიძლში? იგი იწვევს ნაწლავის ლორწოვანი გარსის დაწყლულებას. დაწყლულებული ლორწოვანი გარსის კაპილარის კედელში შეიქრება ამება და კარის ვენის გზით შეაღწევს ღვიძლში, გადაეა წვრილ სისხლძარღვებში. თქვენ, ალბათ, იცით, რომ ღვიძლის კაპილარებში ამება, ვერ გაეტევა, გაიჩხირება რომელიმე მათგანში, მით უფრო, რომ ამებების მთელი გროვა „მოგზაურობს“, ანშობს სისხლძარღვს და ამრიგად, აღნიშნულ უბანში სისხლის მიმოქცევის მოშლას იწვევს რაკი ღვიძლი იკვებება არტერიული და პორტალური სისტემის გზით, იმის მიხედვით, თუ რომელი გზა გამოითიშება, იმ უბანში განვითარდება ნეკრობიოზული პროცესი. კვებამოშლილი ღვიძლის ქსოვილი დაიწყებს დაშლას, განადგურებას, დაშლის პროდუქტი სისხლსა და ნაღვლის ნარევეში გახსნილი ღვიძლის პარენქიმაა, რომელიც წარმოქმნის ღვიძლის ამებური აბსცესისათვის დამახასიათებელ თავისებურ ჩირქგროვას. ჩირქი დაახლოებით ისეთი ფერისაა, როგორისაც შავი ღვინის მაქრის დანალექი, საქართველოს გლეხობა თხლეს რომ ეძახის. მაგრამ, ვინაიდან ეს პათოლოგია პირველად ინგლისელებმა შეისწავლეს, მათ ჩირქის ფერი ღვინის თხლეს როდი მიუსადაგეს. მიუხედავად იმისა, რომ მათ ღვინო აქვთ, ისინი ღვინის დაყენების ტექნიკას არ იცნობენ, სამაგიეროდ კარგად იციან შოკოლადი და ამის გამოც ამებურ ჩირქგროვას წყალში გახსნილი შოკოლადი, ანუ შოკოლადის სოუსი შეუსაბამეს. ამრიგად, ამებური წარმოშობის ჩირქი შოკოლადის ფერისაა.

რატომ მოგაგონეთ, მეგობრებო, ღვინის დაწურვის ტექნიკა. რატომ დამპირდა მეხსენებინა თხლე ან წყალში გახსნილი შოკო-

ლადი? მხოლოდ იმისათვის, რომ კარგად დაიმახსოვროთ ამებური ჩირქის ფერი — იგი მართლაც მეტად თავისებურია და ძალიან გვეხმარება დიაგნოზის დადგენაში. თუ ასეთ ჩირქს მიიღებთ ღვიძლის პუნქციით, უნდა მიხვდეთ, რატომ აქვს ამ ჩირქს შოკოლადის სოუსის ფერი, მიხვდეთ, რომ საქმე გაქვთ ამებურ ჩირქგროვასთან და ავადმყოფი უნდა მოარჩინოთ. ამებური ჩირქგროვის ირგვლივ შეიქმნება პიოგენური გარსი, რომელიც მით უფრო მძლავრია, რაც მეტი ღრო იქნება გასული ჩირქგროვის წარმოქმნიდან. ჩირქგროვის კედელზე გროვდება ჩირქისა და ღვიძლის ქსოვილის უფრო სქელი მასა, ხოლო ცენტრში იქნება უფრო გამჭვირვალე ჩირქი. როგორ უნდა დავადგინოთ ის ან შეიძლება თუ არა ღვიძლის პუნქციამდე, ასეთი დამახასიათებელი ჩირქის მიღებამდე, ამებური ჩირქგროვის დიაგნოზის დადგენა? ასეთ ავადმყოფს ანამნეზში უნდა აღენიშნებოდეს სისხლიანი ფაღარათი, ღიარის გადატანიდან 2—3 თვის შემდეგ კი ჩირქგროვა იწყებს განვითარებას. ამგვარად, საგულისხმოა, რომ თქვენ დაადგინოთ, ავადმყოფმა გადაიტანა თუ არა დიზენტერია, აგრეთვე საჭიროა ნაწლავის შიგთავსის, განავლის გასინჯვა გულდასმით, მაგრამ უნდა გაგაფრთხილოთ, რომ ამების ნახვა განავალში ადვილი საქმე არ არის. ახალ შემთხვევებში, თუ მოხერხდება და წყლულის არიდან აიღებთ ანაფხეკს, აღმოაჩინოთ ამებას, მაგრამ ჩვეულებრივი გამოკვლევით ვერ ნახავთ. ამების აღმოჩენას სჭირდება 3—5-ჯერ გამოკვლევა. მოგეხსენებათ, რომ ვინც ეძიებს, ის ჰპოვებს კიდევც.

აი, ამის დამადასტურებელი მაგალითები. ერთჯერადად გამოკვლეულ განავალში 100 ავადმყოფიდან 5%-ს შეიძლება აღმოუჩინოთ ამება, ხოლო თუ სამჯერ მეტი სისშირით გამოიკვლევთ განავალს, — 15%-ს. ეს უბრალოდ მოყვანილი ციფრები არ გეგონოთ. როდესაც ვიეტნამი საფრანგეთის კოლონია იყო, მის დედაქალაქ ჰანოიში მუშაობდნენ ფრანგი მეცნიერები მათ მიერ დაარსებულ საავადმყოფოში. იმ ხანად ცნობილმა ქირურგებმა ჰუარდმა (Houard) და მეიერ-მაიმ (Maer—May) შექმნეს კაპიტალური მონოგრაფია ამებურ აბსცესზე. ისინი აღნიშნავენ, რომ განავლის ერთჯერადი გამოკვლევა ამების აღმოსაჩენად უიმედოა. თუ განავალს გავსინჯავთ 2—3-ჯერ, მაშინ შეიძლება ამება აღმოვაჩინოთ შემთხვევათა 10—20%-ში, მით უფრო, თუ ჩვენ რექტოსკოპის მეშვეობით მოვახერხებთ წყლულიდან ანაფხეკის აღებას, რომელშიც ამებას თითქმის ყოველთვის ვნახულობთ. ამრიგად, ამების აღმოუჩენლობა განავალში სრულიად არ ნიშნავს, რომ ავადმყოფს ამებური დიზენტერია არ ჰქონია. უნდა მოგახსენოთ, რომ არამცთუ განავალში, არამედ ღვიძლის ჩირქგროვიდან პუნქციით მიღებულ

ჩირქშიც ვერ ნახავთ ამებას. მაგრამ თუ აიღებთ ჩირქგროვის კედლის ანაფხეკს და მას გამოიკვლევთ, ამებას ყოველთვის აღმოაჩენთ. რატომ ხდება ასე? რატომაა ამება ასე დაკავშირებული ღვიძლის კედელთან? იმიტომ, რომ სწორედ აქ პოულობს ის საკვებს. თქვენ კი მოგეხსენებათ, რომ საკვებისაკენ იწეეს ყველა ცოცხალი არსება — ამებიდან დაწყებული ადამიანამდე. ამებები ღვიძლის კედელთან არიან მისეული, რადგან აქ ხდება ღვიძლის პარენქიმის დაშლა. აქაა დანეკროზებული ქსოვილი და სისხლი.

თუ ამება გინახავთ, უთუოდ გეხსომებათ, რომ მას აქვს ფსევდოპოდები, ხოლო ცენტრში უფრო მუქი ყავისფერი წერტილი. ეს ჰემოგლობინია, რომელიც ფსევდოპოდის მოძრაობით ხედება ამების სხეულში.

ღიახ, ამებას ჰემოგლობინი უყვარს და ამისათვის გადახდა მას დიდი ბრძოლა: შეიქრა ნაწლავის ლორწოვანასა და სისხლძარღვში, მივიდა ღვიძლის პარენქიმაში, განლია, დაშალა ღვიძლი და ეს იმიტომ მოიძოქმედა, რომ თავისი საკვები — ჰემოგლობინი მიეღო. ჰემოგლობინი კი, მოგეხსენებათ, იქაა, სადაც სისხლია. ამიტომაც ამებას ღვიძლის ჩირქგროვის კედელში ნახავთ და არა ჩირქში თავისუფლად მცურავს.

ახლა ცოტა წინ წავალ და იმ საიდუმლოებასაც გეტყვი, თუ რა გავუჩიოთ ჰემოგლობინს, რომ ამება მოვკლათ და ავადმყოფი გავანთავისუფლოთ მისგან? ერთადერთი გზაა ჰემოგლობინში — ამების საყვარელ საკვებში შხამის გარევა.

თუ თქვენ გიცდიათ თევზის დაჭერა, შეამჩნევდით, რომ როგორც კი თევზი დაინახავს ანკესზე წამოცმულ საკვებს, მაშინვე ეცემა მას და ემსხვერპლება კიდევ. ასევეა ამებაც. ამიტომ ჩვენ ისეთ ნივთიერებას შევუჩრევთ ჰემოგლობინს (სისხლს), რომელიც მოშხამავს მას. ასეთი ნივთიერებაა ემეტინი. ეს ალკალიდი უერთდება ჰემოგლობინს, ამების საყვარელ საკვებს. ზოგიერთი ფიქრობს, რომ ღვიძლის ამებურ ჩირქგროვაში ემეტინის შეყვანით უმკურნალოს ჩირქგროვას, მაგრამ ეს შედეგს არ იძლევა, რადგან, როგორც ვთქვით, ამება ჩირქში არ ცურავს.

ამასთან საჭიროა იცოდეთ, რომ ბევრი რაოდენობით ემეტინი, რომელსაც კუმულაციის თვისება აქვს და რომელიც ალკალიდია, შხამი, ავადმყოფზეც უარყოფითად მოქმედებს — შეიძლება ამება ვერ მოვკლათ, ავადმყოფი კი დავღუპოთ. მაშასადამე, დაიმახსოვრეთ, რომ ემეტინის ჩირქგროვის ღრუში შეყვანა დიდი უგუნურებაა, ამიტომ შეგვყავს კანკევეშ, რათა იგი სისხლმა მიიტანოს ჩირქგროვის კერასთან და ჰემოგლობინთან შეერთებულმა მიაღწიოს ამებას.

ამრიგად, ღვილის აბსცესის ხასიათის დასადგენად გვემბარება ანამნეზი, ე. ი. ახლო თუ შორეულ წარსულში გადატანილი ღიზენტერია, განავალში ამებების აღმოჩენა და იმჟამად ავადმყოფის საცხოვრებელი ადგილიც. აი, რატომ აღვნიშნავ ამას.

ბაქოს ნავთის წარმოებაზე კაპიტალისტები ამუშავებდნენ ბევრ მუშას, რომელთა შორის იყვნენ აზერბაიჯანელები, სომხები. თურქები, შუაზიელები, რუსები და შედარებით მცირე რაოდენობით ქართველებიც. იმ პერიოდში ბაქოში მცხოვრებმა ცნობილმა ქირურგმა ოკინშევიძმა შეამჩნია, რომ ღვიძლის ჩირქგროვით ავადდებოდნენ და იხოცებოდნენ უფრო რუსები, ადგილობრივი მცხოვრებლები კი იმდენად არა. როგორ ფიქრობთ, არის ეს საყურადღებო ფაქტი თუ არა? უსათუოდ საყურადღებოა!

ამ თვალსაზრისით ძალიან საინტერესო ფაქტია აგრეთვე სუეცის არხის გაყვანის ისტორია. იქ მუშაობდნენ თეთრკანიანებიცა და შავკანიანებიც. შეამჩნიეს, რომ ამებური ღიზენტერიით თეთრკანიანები იხოცებოდნენ, შავკანიანები კი — არა. ზოგმა მეცნიერმა, რომელიც შორს იდგა მარქსისტული მოძღვრებიდან, ამ ფაქტს რასისტული თეორია დაუდო საფუძვლად. ისინი ამტკიცებდნენ, რომ თეთრკანიანები თავისი თვისებებითა და ჯანმრთელობით უფრო ფაქიზნი არიან და ა. შ., რაც არ იყო სწორი. ცხადია, ამაში დიდ როლს ასრულებდა ადგილობრივ საცხოვრებელ პირობებთან შეგუებულობის ფაქტორი.

მაინტერესებს თქვენში თუ არის ვინმე სვანი? არავინ!

ჩემი ბავშვობის დროს სვანეთი კარჩაკეტილი იყო. არსებობდა ერთადერთი გზა, რომელიც ჩემ სოფელზე გადიოდა და, თუ მოხდებოდა სვანებთან რაიმე უთანხმოება, მათ უკეტავდნენ ამ გზას. ჭვარზე გავლით ჩამოდიოდა სვანი ბარად და აქედან ეზიდებოდა საჭირო პროდუქტს. სვანისათვის ჭვარი იყო ხიდი, სიცოცხლის ძაფი, რომელიც მას „ქვეყნიერებასთან“ აკავშირებდა. დიახ, საბედისწერო ბილიკებით, 120 კილომეტრ მანძილზე ეზიდებოდა სვანი თხის ტყავით — ლაგუჯით ორ ფუთამდე მარილს, ტანსაცმელს, ქალის სამკაულებსა და სხვა საგნებს. ბუნებრივი რესურსებით ესოდენ მდიდარი ხალხი ზოგიერთი აუცილებელი ნივთისა და პროდუქტის, განსაკუთრებით მარილის, მწვავე ნაკლებობას განიცდიდა. სვანები ხშირად სამუშაოდ მიიწვედნენ სამეგრელოში, გურიაში. აფხაზეთში, ქვემო იმერეთში. ზამთრობით ყოველთვის ნახავდით 5—8 კაცს, რომელთაც იარაღი ჰქონდათ მხარზე გადებული და სამუშაოს ეძებდნენ. ისინი ვაზისათვის მიწის დამუშავების, ქვის ღობის, ე. წ. ყორის აშენების ჩინებული ოსტატები იყვნენ. აღებული ფულით სვანები იმარაგებდნენ მარილსა და სხვა საჭირო ნი-

თებს და, გაძოზაფხულდებოდა თუ არა, მიილტვოდნენ სევანეთისაკენ. სამაგიეროდ ზაფხულში ვერც ერთ მათგანს ვერ ნახავდით ბარისაკენ გადმოსულს. რატომ? რა აშინებდათ მათ? მალარია. გასაოცარია, დაემართებოდა თუ არა სევანს მალარია, იგი რამდენიმე შეტევის შემდეგ კვდებოდა, მაშინ როდესაც მეგრელს გააციებდა, მისცემდა სიცხეს, დაწყებოდა ოფლისდენა და ჩათავდებოდა კიდევ შეტევა. იგი ადგებოდა საწოლიდან და იმავე დღეს თოხნას იწყებდა. ასევე იყო გურული, იმერელი, აფხაზი. გაქრა მალარია და ახლა სევანს წელიწადის ყოველ დროს ნახავთ საქართველოს დაბლობ რაიონებში.

რაშია საქმე? მეგრელის მამა-პაპასა და პაპისპაპას წინაპრებიდან გენებით გადმოეცა მალარიისადმი გამძლეობა. ასევეა დიზენტერიაც. აზერბაიჯანელის მამას, პაპასა თუ პაპისპაპას ასეთივე გენებით გამოჰყვა ამებიზისადმი გამძლეობის უნარი. ამიტომ მათ იშვიათად ემართებათ დიზენტერია, ღვიძლის ამებური აბსცესი, ხოლო, თუ შეხვდათ, შედარებით ადვილადაც გადაიტანენ. ქართველებს ზოგჯერ თვეობითა და წლობით აქვთ ღვიძლის ჩირქგროვა და უძლებენ მას. როგორც ჩანს, შთამომავლობიდან რაღაც იმუნიტეტის მსგავსი გადაეცემა მომდევნო თაობას, რაც იცავს მას ამ დაავადებისაგან. მე ეს თავის დროზე წერილობით აღვნიშნე, თუმცა ამის რაიმე დამასაბუთებელი მასალა არ მომიყვანია. ჩემს შემდეგ ერთ-ერთმა აზერბაიჯანელმა გამოაქვეყნა ამავე თემაზე მონოგრაფია და ჩემი ზემოაღნიშნული მოსაზრება მოიყვანა.

აქვე მინდა მოგახსენოთ, რომ მსოფლიოში არც ერთ მეცნიერს დიზენტერიისადმი იმუნიტეტი არ გამოუვლენებია იმ მოსაზრებით, როგორც, ვთქვათ, ყვავილისადმი. დიზენტერიისადმი გამძლე ხალხს იმუნიტეტი არა აქვს, მაგრამ, უდავოა, მასში არის რაღაც საწინააღმდეგო ფაქტორები, რომლებიც იცავენ ამ დაავადებისაგან.

ამით დავასრულებ დღევანდელ ლექციას.

კარგად ბრძანდებოდეთ!

წესამეტა ლექცია

ღვიძლის ჩირქგროვის მკურნალობისათვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს მის კლასიფიკაციას. თუ ამებური ჩირქგროვისას ავადმყოფს ოპერაცია არ სჭირდება, გამონაკლისი შემთხვევების გარდა, პიოგენური აბსცესის დროს, რომელი მიკრობითაც არ უნდა იყოს ის წარმოქმნილი, ოპერაცია აუცილებელია. რომაელებს ეკუთვის ამ გამონათქვამი: „Ubi pus ibi evaquo“ — „თუ სადმე ჩირქია,

უნდა გამოვეშვათ". მაგრამ ჩვენ ყველა ჩირქგროვას ამ კანონს რო-
დი ვუქვემდებარებთ. მაგალითად, ტუბერკულოზურ ჩირქგროვას არ
კვებთავთ, რადგან მეორადი ინფექციის შექრის გვეშინია — თუ
სპეციფიკურ ჩირქგროვას დამატა მეორადი ინფექცია, ავადმყოფის
მდგომარეობა სწრაფად უარესდება: დაეწყება შემცივნება,
ჰექტიური სიცხე, ოფლიანობა და იგი შეიძლება დაიღუპოს. ასე-
ვე ხდება ამებური ჩირქგროვის დროსაც.

ამებური ჩირქი სტერილურია, ხოლო, თუ ჩირქგროვას გაკვე-
თავთ, შეიძლება შეიტანოთ სტრეპტოკოკული ან სტაფილოკოკური
ინფექცია, ამით დაამძიმოთ ავადმყოფის მდგომარეობა და დაღუ-
პოთ კიდევ ის. მაგრამ თუ პიოგენურ აბსცესთან გაქვთ საქმე და
ის არ გაკვეთეთ, ავადმყოფი მოგიკვდებათ. აქედან გამომდინარე,
აღნიშნული გარემოება გვავალდებულებს, რომ ზუსტად იყოს ამო-
ცნობილი აბსცესის ხასიათი.

რა ნიშნები აქვს ღვიძლის ჩირქგროვას? როგორ დავადგინოთ
ამის დიაგნოზი და რა საშუალებებით გავარჩიოთ ამებური ჩირქ-
გროვა პიოგენურისაგან? აი, ის ძირითადი ამოცანა, რომლის გადა-
წყვეტა მოგიხდებათ ღვიძლის ამ პათოლოგიის დროს.

უპირველესად უნდა იცოდეთ, რომ ღვიძლის ჩირქგროვის დია-
გნოზის დადგენა ადვილი საქმე არ არის გამოცდილი კლინიკისტი-
თვისაც კი, რადგანაც ჩირქგროვის დასაწყის სტადიაში, ვიდრე არ
დამძიმდება ავადმყოფის მდგომარეობა, აბსცესის დამახასიათებ-
ელი ნიშნები მკვეთრად არ არის გამოხატული. ხოლო, როცა ეს ნიშ-
ნები გამოიხატება, როცა ანთებად პროცესში მეზობელი ორგანო-
ები ჩაირთვება, აბსცესის დამახასიათებელ ნიშნებს ნათლად დაად-
გენთ, მაგრამ ავადმყოფის მდგომარეობა უკვე გართულებული იქ-
ნება.

ჩირქგროვის განვითარების დასაწყის სტადიაში აღინიშნება
ჩირქგროვის დამახასიათებელი ზოგადი ნიშნები, შემცივნება, ჰექ-
ტიური ტემპერატურა, ხოლო სიცხის დაცემის წინ ოფლიანობა. ეს
ნიშნები ყოველთვის დამაფიქრებელია და ამიტომ კლინიკისტმა
მათ განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიაქციოს. უნდა იცოდეთ,
რომ შემცივნება სხედასხვა სიძლიერისაა: ზოგჯერ შეიძლება იმ-
დენად უმნიშვნელო იყოს, რომ ამას არც ავადმყოფმა და არც მახ-
ლობლებმა არ მიაქციონ ყურადღება. ზოგჯერ კი ავადმყოფი თვი-
თონ მოგითხრობთ, რომ მას ორი-სამი საბანი, შემოწყობილი სათ-
ბურებიც კი ვერ შეეღის. თუ ავადმყოფი ივლისსა და აგვისტოში
ორ-სამ საბანს დაიხურავს და სიცხეს ვერ იგრძნობს, ეს იგივე შემ-
ცივნებაა, ან თუ შემოგჩივლებთ: „ხელ-ფეხში მაჟრჟოლებს“ ან
„ხელ-ფეხი ოდნავ შემცივდა“. თუ აბსცესის ირგვლივ მძლავრი

შემაერთებელქსოვილოვანი გარსია შექმნილი, ტოქსინების შეწოვა ასე უხვად არ ხდება და კლინიკური გამოვლინებაც ნაკლები იქნება. თუ ახალი ჩირქგროვია, როცა ორგანიზმი ვერ ასწრებს შემაერთებელქსოვილოვანი კაფსულის გაკეთებას, მაშინ ყველა სიმპტომი ინტენსიურად გამოვლინდება. ამრიგად, ჩირქგროვის წარმოქმნიდან ავადმყოფის გამოკვლევამდე განვლილ დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს. საკმაოდ მნიშვნელოვანია აგრეთვე, თუ რა სიმძიმის პათოლოგიური ცვლილებებია ამ დროს ღვიძლის პარენქიმაში, ან როგორ შეძლო ორგანიზმმა დაეცვა თავი, შეექმნა ზღუდე ჩირქოვანი პროცესის შემოსაფარგლავად. ცხადია, რომ თუ ისეთ მნიშვნელოვან ორგანოში, როგორც ღვიძლია, სადაც მიმდინარეობს მეტამორფოზული პროცესები, წარმოიქმნება ჩირქი, ეს მთელი ორგანიზმის ცვლილებებს გამოიწვევს და ავადმყოფს, ზემოჩამოთვლილი კლინიკური სიმპტომების გარდა, გამოეხატება ღრმა ცვლილებები სისხლში, არა მარტო თეთრი ბურთულების, არამედ, წითელი ბურთულების მხრივაც — ვითარდება მეორადი ანემია, თანდათან კლებულობს ჰემოგლობინი. თუ საქმე გექნებათ ისეთ ავადმყოფთან, რომელიც დასუსტებულია, მაღადაქარგული, ფერმიხდილი, ამცივნებს, მაღალი ტემპერატურა აქვს და იმდენად ძლიერ ოფლიანობს, რომ ღღეში რამდენიმეჯერ საცვლების გამოცვლას საჭიროებს, უსათუოდ იფიქრებთ, რომ მას სადღაც ჩირქი აქვს. რომელ ორგანოშია ჩირქი, ეს დასადგენი იქნება. თავდაპირველად უნდა იფიქროთ, რომ განვითარებულია ღვიძლის პათოლოგია, მაგრამ ამის მონაცემებიცაა საჭირო. ყოველგვარი ჩირქოვანი პროცესის წარმოქმნას ღვიძლში, იქნება ეს ამებური თუ პიოგენური, წინ უძღვის ორგანიზმში ინფექციის არსებობა. მაგალითად, პიოგენური ჩირქგროვის დროს ჩირქოვანი კერა უნდა იყოს აპენდიქსში ან კუჭსა და თორმეტგოჯა ნაწლავში, სანაღვლე გზებსა ან სწორი ნაწლავის არეში. კარგად მოგეხსენებათ, რომ სწორ ნაწლავს ანატომიური კავშირი აქვს ღვიძლთან ჰემოროიდული ვენური სისტემით, რომელიც შედგება სამი ვენისაგან: ზემო, შუა და ქვემო ჰემოროიდული ვენებისაგან. თუ შუა და ქვემო ვენები ქვემო ღრუ ვენის სისტემაში შედის, ზემო ჰემოროიდული ვენები კარის ვენას ერთვის, ე. ი. უშუალოდ მიემართება ღვიძლისაკენ და, ბუნებრივია, რომ სწორ ნაწლავში განვითარებული ჩირქოვანი პროცესი გავრცელდება ღვიძლზე, მაგალითად, მაღალი პარაპროქტიტის შემთხვევაში. ასეთი ავადმყოფი ჩვენ ამჟამად გვიწევს და მის შესახებ სათანადო ადგილას იქნება მოხსენებული.

შესაძლოა ღვიძლის აბსცესი დაერთოს საშვილოსნოს ირგვლივ შემაერთებელქსოვილოვან ინფექციას და სხვ.

რაც შეეხება ამებურ ჩირქგროვას, ჩვენ უკვე ვიცით, რომ იგი სისხლიანი ღიარების შედეგია. ამ დროს მსხვილ ნაწლავში სხვადასხვა ოდენობისა და სიღრმის წყლულებია, საიდანაც ამებები გადაიდევნება ღვიძლში. მაშასადამე, ესა თუ ის წინამორბედი პათოლოგიური პროცესი გვკარნახობს ღვიძლის ჩირქგროვის ხასიათს. როცა ღვიძლის აბსცესის წინა პათოლოგიური პროცესის რაობას დავადგენთ, მივაქცევთ ყურადღებას იმ ადგილობრივ ცვლილებებს. რომლებიც შეიძლება იყოს ღვიძლში. ღვიძლი, მოგვხსენებათ, კარგად ვერ ისინჯება მისი ანატომიური მდებარეობის გამო — იგი ნეკნებითაა დაფარული.

უნდა გაუწყოთ ისიც, რომ მარტო ღვიძლის ქვემო კილის გასინჯვით ღვიძლის მდგომარეობის დადგენა ძნელია, რადგან ღვიძლი თავისთავად დაწეული შეიძლება იყოს კიპამდეც და მის ქვემოთაც. ექიმმა კი ისტორიაში ჩაწეროს: „ღვიძლი გადიდებულია“, მაშინ როცა ღვიძლი სინამდვილეში დაშვებულია. მსუქან, პიკნიკურ ტიპებს ღვიძლი, პირიქით, ზემოთ ექნებათ ასული და ა. შ.

ამავე თვალსაზრისით მნიშვნელობა აქვს მშობიარობას, მით უფრო თუ ქალი ასაკოვანია — ასეთ ვითარებაში ღვიძლი დაწეული იქნება და ეს არ უნდა მივიღოთ პათოლოგიად.

ამიტომ ძირითად მნიშვნელობას ვანიჭებთ ფიზიკალურ ნიშნებსა და რენტგენურ მონაცემებს, რომელთა საშუალებით დავადგენთ ღვიძლის ზემო საზღვარს. ღვიძლის ქვემარტ გადიდებას ვივარაუდებთ მაშინ, როცა მისი ზემო საზღვარი იქნება მომატებული.

ყველა სახის ანთების დროს აღინიშნება ღვიძლის გადიდება, ანუ ჰეპატომეგალია, ტკივილი და მტკივნეულობა. მაგრამ თუ ჩირქი ღვიძლის სისქეშია, მაშინ ავადმყოფს ტკივილი შეიძლება არ ჰქონდეს მანამ, ვიდრე ჩირქგროვა არ მიაღწევს ღვიძლის ზედაპირს და გლისონის კაფსულს არ ჩაითრევს. როდესაც ანთებად პროცესში ჩაერთვება გლისონის კაფსული, მაშინ ავადმყოფს დაეწყება ტკივილიც.

განსაკუთრებით საგულისხმოა ღვიძლის სისხლძარღვების არქიტექტონიკა, ე. ი. პორტული სისხლძარღვების აგებულება — ღვიძლის მარჯვენა წილში შემაველი პორტული სისხლძარღვის ტოტი უფრო მასიურია და ამიტომაც ჩირქგროვათა 80% ლოკალიზდება ღვიძლის მარჯვენა წილში, 20% კი — ღვიძლის მარცხენა და კვადრანტულ წილში. ამრიგად, არსებითად საქმე გვაქვს ხოლმე ღვიძლის მარჯვენა წილის ჩირქგროვასთან, უფრო მისი ზემო წილის არეში. ამიტომაც გულმკერდისკენა მზარესაა ხოლმე ღვიძლი უფრო გადიდებული და მტკივნეული. ამის შესაბამისად მტკივნეულია ნეკნთაშორისი სივრცეც. უკანასკნელს „გამოცდილი“ თითი ადვილად

აღმოაჩინეს — ნეკნთა რკალის შუა სივრცის მტკივნეულობას დაავადების დიაგნოზისა და მკურნალობისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს. აღნიშნული იმაზე მიუთითებს, რომ ჩირქგროვა საღდაც ახლოს, ზედაპირულადაა. ამითვე ვსარგებლობთ პუნქციისა და ოპერაციის დროს. თუ უპირატესად ღვიძლის მარჯვენა ზემო წილში ვითარდება ჩირქგროვა, ე. ი. პლევრის ახლოს და თქვენ მისი ამოცნობა დაგივვიანდათ, სხვადასხვა მიზეზის გამო, პროცესში ჩაერთვება დიაფრაგმა, პლევრა და ავადმყოფის ისედაც მძიმე მდგომარეობას დაემატება მოვლენები პლევრის მხრივ. ექიმი მოისმენს პლევრის მშრალ ხახუნს, შემდეგ ხახუნი თანდათან გაქრება ან შესუსტდება და, ბოლოს, საერთოდ ვეღარაფერს ვერ მოისმენს. რა მოხდა? სუნთქვა არ ტარდება, fremitus pectoralis შესუსტებულია, ჰოერუებაა, ე. ი. განვითარდა ექსუდაციური პლევრიტისათვის დამახასიათებელი ტრიადა. ამან შეიძლება მცდარ გზაზეც კი დაგაყენოთ. რაკი ამდენი ხნის განმავლობაში ავადმყოფს სიცხე ჰქონდა, ამცივნებდა, ოფლიანობდა და ეს ვერ ამოიცანით, საბოლოოდ შეიძლება გამოავლინოთ პლევრიტი და გაიხაროთ, რომ აღმოაჩინეთ დაავადების მიზეზი. შეიძლება დაიწყოთ კიდევ პლევრიტის მკურნალობა, მაგრამ ავადმყოფის მდგომარეობა ოდნავადაც კი არ შეიცვალოს უკეთესობისაკენ. იმიტომ, რომ მთავარი მიზეზი, ღვიძლის ჩირქგროვის სახით, ამოუცნობია და თქვენ მის მეორად გართულებას, ანუ ე. წ. სიმპათიურ ანთებას მკურნალობთ. რას ნიშნავს სიმპათიური ანთება, თქვენ იცით. როდესაც მეზობელი ორგანოსადმი სიმპათიის გამო „შეწუხდება“ მეორე ორგანო, ანთებად პროცესში ჩაერთვება პლევრა. თუ არ გეცოდინებათ, რომ არსებობს სიმპათიური პლევრიტი და რომ მას არ შეუძლია ისეთი მძიმე კლინიკური სურათის შექმნა, როგორც თქვენს ავადმყოფს აქვს, თქვენ შეცდებით. იმიტომ უნდა იცოდეთ, რომ ღვიძლის ჩირქგროვას შემთხვევათა 32%-ში თან სდევს სიმპათიური პლევრიტი. მაგრამ, როგორც ხედავთ. ეს არ არის კანონი. რაზეა ეს დამოკიდებული? ღვიძლის აბსცესის დროულ ამოცნობაზე. თუ ეს დაავადება დროულად ამოიცანით, მაშინ არც ერთ პროცენტში არ მიიღებთ პლევრიტს, თუ გვიან ამოიცნობთ, მაშინ ხშირად შეხვდებით ამ სახის გართულებას.

ღვიძლის ჩირქგროვების დროს სუბდიაფრაგმული ჩირქგროვისა და პლევრიტების სიხშირე, მსოფლიო სტატისტიკური მასალის მიხედვით, შეისწავლა ორმა ცნობილმა ამერიკელმა ქირურგმა ოქსნერიმ და დებეკამ. ისინი მუშაობდნენ მექსიკის ყურესთან მდებარე ქალაქ ახალ ორლენაში. დებეკი იყო ოქსნერის კათედრის პროფესორი. შემდეგში დებეკიმ ტეხასში მიიღო კათედრა და ცნობილი

განდა მთელ მსოფლიოში, როგორც სისხლძარღვთა პათოლოგიის ქირურგიის ოსტატი. მე მას შეეხვდი მეხიკოში, სადაც გააკეთა მეტად საინტერესო მოხსენება სისხლძარღვთა პლასტიკის შესახებ. ჩემზე პირადად კარგი შთაბეჭდილება დასტოვა მისმა მოხსენებამ. დებეკის ეტყობოდა დიდი ნიჭი და გამოცდილება. მასთან ერთად იყო ჩამოსული მისი ორი პროფესორიც. ჩემი ყურადღება მიიქცია უმცროსთა დამოკიდებულებამ უფროსისადმი, რაც უბრალო ურთიერთობაშიც კი გამოსკვიოდა — უმცროსები დებეკის გვერდით კი არ დგებოდნენ ხოლმე, არამედ მისგან ორ ნაბიჯზე. ეს უფროსისადმი პატივისცემის ნიშანია.

ახალგაზრდებს, ვფიქრობ, ასეთი დამოკიდებულების ათვისება დაკვირვებათ და გამოვადგებათ ცხოვრებაში. უფროსისადმი პატივისცემა და მოკრძალება თქვენ არ დაგამცირებთ, პირიქით, ავამაღლებთ.

ოქსნერმა და დებეკმ შეისწავლეს მთელი მსოფლიოს ნაკრები სტატისტიკა (ინდოეთი, ჩინეთი, აფრიკა, საბჭოთა კავშირი, ავსტრალია, მთელი ევროპა) და 32%-ის სიხშირით დაადგინეს ღვიძლის ჩირქგროვის გართულება პლევრიტით. დასაშვებია, რომ ერთ ქვეყანაში ეს გართულება გამოვლინდეს 60%-ით, სხვაგან — 3%-ით, მაგრამ საშუალოდ 32%-ს აღწევს.

ღვიძლის აბსცესი შეიძლება გაიხსნას სხვადასხვა ადგილას. მაგალითად, ჩვენი კლინიკის პრაქტიკაში გვქონდა შემთხვევა, როდესაც ღვიძლისაბსცესიან ავადმყოფს ჯერ განუვითარდა შეხორცებითი პროცესი დიაფრაგმასთან, ანთებამ გააღწია ამ ორგანოში, გავიდა ფილტვში, დააზიანა ბრონქი და ავადმყოფმა ამოახველა ჩირქოვანი მასა. ექიმებმა დაადგინეს ფილტვის ტუბერკულოზის დიაგნოზი და ავადმყოფი გააგზავნეს აბასთუმანში. ამ შემთხვევაში ექიმს ყურადღება უნდა მიექცია იმ მნიშვნელოვანი სიმპტომისათვის, რომ ჩირქში დროდადრო შერეული იყო ნალექი, მაშინ ნათელი გახდებოდა, რომ გართულება დაკავშირებული იყო ღვიძლის პათოლოგიასთან.

ჩვენ გვყავდა ერთი ავადმყოფი, რომელსაც ჩირქგროვა გაეხსნა მუცლის ღრუში. შესაძლოა ჩირქგროვა გაიხსნას პერიკარდიუმში. ნათელია, თუ რაოდენ მძიმე მდგომარეობასთან გვექნება საქმე, როცა ამებური ჩირქგროვა გაიხსნება პლევრის ღრუში, პერიტონეუმსა და პერიკარდიუმის ღრუში. თუ ჩირქგროვა პერიტონეუმში გაიხსნა, ვიცით, რომ განვითარდება პერიტონიტი, ასევე — ჩირქოვანი პლევრიტი და პერიკარდიტიც. ასე ხდება დაავადების დაგვიანებული ფორმების შემთხვევაში.

როგორც ყველა ჩირქოვანი პროცესისათვის, ღვიძლის ჩირქ-

გროვისთვისაც დამახასიათებელია ცვლილებები სისხლის მხრივ — ლეიკოციტოზი და ნეიტროფილური ლეიკოციტოზი ახალგაზრდა ფორმებით. მრავალჯერ გითხარით და კვლავ მინდა შეგახსენოთ, რომ ცალ-ცალკე კლინიკურ და ლაბორატორიულ მონაცემებს არ შეიძლება დაეყრდნოთ, ეს მონაცემები ერთმანეთს უნდა დაუკავშიროთ, რათა ამოხსნათ დაავადების კვლამარტი არსი. ზოგჯერ ხდება ისე, რომ ექიმი ავადმყოფს არ აკვირდება სათანადოდ და ძირითადად ლაბორატორიული მონაცემებით მსჯელობს, ზოგი, პირიქით, ავადმყოფის კლინიკურ მონაცემებს დიდ ყურადღებას მიაქცევს, ლაბორატორიული კი — არა სწამს. ასეთი ექიმი არ ვარგა: უნდა მოგახსენოთ, რომ მთავარი მაინც ავადმყოფია. დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის ჰაბიტუსს. მის გამომეტყველებას, სახის ყოველ ნაოკს, გამოხედვას, კანისა და ლორწოვანი გარსების ფერს, ავადმყოფის საქციელს, თუ როგორ წევს და რა პოზიციაშია იგი. ხშირად საჭიროა ავადმყოფის სასათუშალთან საათობით ჯდომა, მალ-მალე ნახვა და დაკვირვება, რათა დავადგინოთ, თუ როგორ იცვლება მისი მდგომარეობა დინამიკაში, ყოველივე ამას გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს დიაგნოზის დადგენისათვის. აღნიშნულს უსათუოდ უნდა დაუუკავშიროთ ლაბორატორიული გამოკვლევის პასუხიც. როგორც ვთქვით, ღვიძლის აბსცესისათვის დამახასიათებელია ლეიკოციტოზი და ნეიტროფილოზი. ლეიკოციტურ ფორმულაში რომელ ფორმიან ელემენტებს ენიჭება დიდი მნიშვნელობა? ამის შესახებ წინა ლექციაზე კარგახანს გვქონდა საუბარი.

ს ტ უ დ ე ნ ტ ე ბ ი : ეოზინოფილებს!

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი : დიახ! როდესაც მძიმე ავადმყოფი გყავთ, ყურადღება უნდა მიაქციოთ ეოზინოფილებს, მათ რაოდენობრივ ცვლილებას. თუ ეოზინოფილები გაქრა, ეს ცუდი ნიშანია, ე. ი. ორგანიზმი ვერ იბრძვის. ახლა მოვიგონოთ ის ფაქტიც, რომ ეოზინოფილები ექინოკოკური დაავადების დროს მრავლდება, ეს კი ნიშნავს, რომ ორგანიზმი და პარაზიტი თანაბარი სიძლიერით იბრძვის და ასეთი ჭიდილის საფუძველზე ეოზინოფილები მატულობს, მაგრამ, როდესაც ერთ-ერთი მხარე დაძაბუნებულია, მაგალითად, ავადმყოფის ორგანიზმი, მაშინ ეოზინოფილები ქრება. ეს ფაქტი დიდ მნიშვნელოვანია. თუ თქვენს ავადმყოფს, რომელსაც ჩირქოვანი პროცესი აქვს, ერთ დღეს ორი ეოზინოფილი ჰქონდა, მეორე დღეს — ერთი, შემდეგ მხედველობის არეში — 0,5, ხოლო, ბოლოს, სულ გაქრა, ეს მდგომარეობის დამძიმებას ნიშნავს და, პირიქით, თუ ავადმყოფს ეოზინოფილი არ ჰქონდა სისხლში, შემდეგ კი გამოჩნდა, ეს იმის მომასწავებელია, რომ მდგომარეობა უმჯობესდება. როგორც ხედავთ, ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა და

სისხლის სურათის ცვლილებები ურთიერთკავშირშია — ისინი ერთმანეთს ავსებენ, რის საფუძველზეც ვმსჯელობთ როგორც დიაგნოზის დადგენის, ისე ავადმყოფის მდგომარეობის შესაფასებლად.

ამის შემდეგ მინდა მოგახსენოთ აბსცესის ღრუს პუნქციის, ჩხვლეტის შესახებ. პუნქციას ვაკეთებთ ფრთხილად. წინიდან, ე. ი. მუცლის მხრიდან ჩხვლეტა აკრძალულია, ამ არეში შეიძლება იყოს ღრუ ორგანო და ის გაეჩხვლიტოთ, მაშინ განვითარდება პერიტონიტი. ჩხვლეტა საჭიროა გვერდიდან. გავივლით ნეკნთაშუა სივრცეს, პლევრას, დიაფრაგმას, შევალთ ღვიძლის ჩირქგროვაში და გამოვიღებთ ჩირქს. ამიტომ დიაფრაგმის დგომა წინასწარ უნდა შევისწავლოთ, გავერკვეთ, რა დამოკიდებულება აქვს პლევრასთან, დიაფრაგმა აწეულია თუ არა, შეხორცებულია თუ არა სინუსი. თუ სინუსი შეხორცებულია, გვეშინია პლევრის ღრუში ჩირქის გადატანის. თუ სინუსი არ არის შეხორცებული, მაშინ იმის საშიშროებაა, რომ პლევრის ღრუ მოითესება ჩირქით და განვითარდება ჩირქოვანი პლევრიტი. ასეთ ვითარებაში სიკვდილიანობა ორჯერ მაღალი იქნება. ამიტომ ჩირქგროვის პუნქციის გაკეთება საჭიროა აღნიშნული არის დეტალური შესწავლის შემდეგ როგორც ფიზიკალურად, ისე რენტგენოლოგიურად. გარდა ამისა, როდესაც ვაკეთებთ ჩხვლეტას, წინასწარ არ ვიცით, რა ვითარებაა ამ არეში, ე. ი. განვითარებულია თუ არა შეხორცებები. ამიტომ ასეთი მანიპულაციის შესრულებისას ზედმიწევნით დიდი სიფრთხილეა საჭირო. რაში გამოცხატება სიფრთხილე? ჩხვლეტის შემდეგ თუ ასპირაციით მივიღეთ ჩირქი, არავითარ შემთხვევაში ნემსი უკან არ უნდა გამოვიღოთ, ვიდრე მთლად არ დავცლით ჩირქგროვის ღრუს. უნდა გესმოდეთ, თუ რატომაა საჭირო ასე მოქცევა. ჩირქგროვის ღრუ დაქიმულია, წნევა — მომატებული და ნაჩხვლეტიდან ჩირქი წნევის ქვეშ გამოდის, ხოლო თუ ამ ღრუს დავცლით, იგი ჩაიფუშება და ნემსის გამოღების შემდეგ ჩირქის დენა შეწყდება. ამრიგად, საჭიროა მოთმინება, რომ ჩირქგროვა დაცალოთ. ზოგიერთ ქირურგს გაეხარდება, როდესაც ჩირქს მიიღებს და უცაბედად გამოიღებს ნემსს. ეს ნაჩქარევი მოქმედება ცუდ შედეგს მოგიტანთ. ასეთი მკურნალი არ ვარგა! ზოგჯერ ნემსი არც უნდა გამოიღოთ უკან. მაგალითად, თუკი მიიღებთ პიოგენური ხასიათის ჩირქს, ნემსი უნდა დატოვოთ და გააკეთოთ ოპერაცია — გაჰყვეთ ამ ნემსის გზას, რადგან ის მიგიყვანთ ჩირქგროვის კერასთან. მაგრამ თუ ჩირქი ამებური ხასიათისაა, მაშინ მოახდენთ ჩირქოვანი ღრუს ასპირაციას და გამოიღებთ ნემსს — ეს არ არის საშიში. მაშასადამე, გიმეორებთ, როდესაც დაადგენთ, რომ ჩირქი შოკოლადისფერია, განავალში აღმოაჩენთ ამებებს, ხოლო ყოველივე ამას წინ უძღვის ფა-

ღარათი, ე. ი. ამებური ღიარეა. ცხადია, რომ საქმე გქონდათ ამებურ ინფექციასთან, რომელმაც გამოიწვია გართულება ღვიძლის ამებური ჩირქგროვის სახით. ამ დაავადების მკურნალობა შედარებით იოლია; მისი მიზანია: ჩირქგროვის ლიკვიდაცია და შემდეგ დაავადების გამომწვევი მიზეზის მოსპობა. დაავადების მიზეზი კი ამებაა. რით ვებრძვით ამებას? ემეტინით, რომელიც უნდა შევიყვინოთ არა ჩირქგროვის ღრუში (მე უკვე მოგახსენეთ ამის შესახებ), არამედ კანქვეშ. რატომ? იმიტომ, რომ ემეტინი უერთდება ჰემოგლობინს — ამების საარსებო წყაროს და, ამრიგად, ემეტინით დატვირთულ ჰემოგლობინს ემსხვერპლება ამება.

მაშასადამე, ჩირქგროვის ღრუდან ჩირქის ამოქაჩვის შემდეგ კანქვეშ შეგვყავს 3%-ანი Emetinum hydrochloricum 1.0-ის რაოდენობით, დილა-სალამოს, 4—5 დღის განმავლობაში. დავაზღვენებთ ავადმყოფს 10—12 დღე და კვლავ შეიძლება ამ პროცედურის გამეორება 3—5 დღის განმავლობაში. რა გვიშლის ხელს, რატომ არ შეიძლება მეტი დოზით ემეტინის გაკეთება შესვენების გარეშე? უთუოდ მოგეხსენებათ ფარმაკოლოგიიდან, რომ ემეტინი ალკალოიდია, რომელსაც აქვს კუმულაციის თვისება, ისევე როგორც დიგიტალისს — სათითურას. ამიტომ მისი ხანგრძლივად ხმარება უკუნაჩვენებია, მით უმეტეს, რომ ძალიან უარყოფითად მოქმედებს გულის კუნთზეც — იწვევს მის დისტროფიას. ასე რომ, ემეტინის დოზის ზუსტი განსაზღვრა აუცილებელია. ბოლო ხანს ხმარობენ ემეტინის შემცვლელებს, რომელთაც არა აქვთ ის უარყოფითი თვისება, რაც ემეტინს. საჭიროა აღვნიშნოთ, რომ თუკი ემეტინს ექიმი გონივრულად გამოიყენებს, იგი ზედმიწევნით კარგ ეფექტს გვაძლევს. უნდა იცოდეთ, რომ ემეტინის გამოყენებით სასწაულის მოხდენა შეგიძლიათ: ავადმყოფი, რომელიც მძიმე მდგომარეობაშია, ყოველდღე ამცივენებს, აძლევს სიცხეს, ოფლიანობს, არაფერს არ ჭამს, თქვენი მკურნალობით, შეიძლება ვთქვათ, „მკვდრეთით აღსდგება“ — შემცივნება მოეხსნება. სიცხე დაუწვევს, ოფლიანობა გაუვლის. საჭმელს მოითხოვს და ბოლოს და ბოლოს საწოლიდან წამოდგება, სიარულს დაიწყებს. ისიც უნდა მოგახსენოთ, რომ ჩვენ, ქირურგებს, სხვა პათოლოგიის სამკურნალოდ არა გვაქვს ისეთი საშუალება, რომ მძიმე ავადმყოფს ვუმკურნალოთ და 2—3 დღეში ფეხზე წამოვაყენოთ. ღვიძლის ამებური ჩირქგროვის დროს კი ამას ვალწევთ ჩირქის ასპირაციითა და ემეტინით. წარმოიდგინეთ ავადმყოფისა და მისი პატრონების სიხარული, როცა, თქვენ, სათანადო ცოდნით აღჭურვილი ექიმი, ასეთ „სასწაულს“ მოახდენთ. ამით მოიპოვებთ დიდ სახელს.

ამის შემდეგ მინდა გადავიდე პრაქტიკულად და თეორიულად

მეტად საინტერესო და მნიშვნელოვანი პათოლოგიის განხილვაზე. ეს არის სანაღვლე გზების პათოლოგია. ამ დაავადებასთან დაკავშირებით თითქმის ყველა საკითხი კარგადაა შესწავლილი. თავიდანვე უნდა მოგახსენოთ, რომ ეს პათოლოგია ქალების ხვედრია. დიახ, ბუნებამ ისე დაჩაგრა ქალთა სქესი, რომ შეიძინა ავადმყოფიდან ექვსი ქალი ხდება ავად და ერთი მამაკაცი, მაშინ, როდესაც ღვიძლის დაავადებანი, რომლებიც უკვე განვიხილეთ, ძირითადად მამაკაცებში გვხვდება — ხუთ მამაკაცზე შეიძლება მოდიოდეს ერთი ქალი.

რატომ გაანაწილა ასე სხვადასხვაგვარად ბუნებამ ეს დაავადებანი სქესთა შორის, ვერ გიპასუხებთ, რადგან სინამდვილე ჭერჯერობით არაფერ არ იცის. არსებობს სხვადასხვა მოსაზრება. მათ შორის ზოგი დასაჩერებელია, ზოგი კი ნაკლებ სარწმუნო. მე ვიტყვოდი, რომ ჭერჯერობით არ არსებობს დასაბუთება, რომელიც ამ მხრივ გვაკმაყოფილებდეს. მოგახსენებთ ზოგიერთ მოსაზრებას, რომელთაც გარკვეული მნიშვნელობა შეიძლება ჰქონდეთ. დაკვირვება გვიჩვენებს, რომ ხშირია კენჭოვანი დაავადება ან ამ დაავადების გამწვავება ორსულობის დროს, ე. ი. იმ პერიოდში, როცა ორგანიზმში ნივთიერებათა ცვლა მოშლილია. ამ პერიოდში ქალის ორგანიზმი გადატვირთულია და უთუოდ გაუკუღმართებულია ნივთიერებათა ცვლა. შემჩნეულია, რომ გაუთხოვარ ქალებს სანაღვლე გზების დაავადება ნაკლებად უვითარდებათ, ხოლო ორსულობასთან, ე. ი. ჰორმონულ ცვლილებებთან დაკავშირებით ერთიორად მატულობს. ორსულობის გარდა, ზოგიერთ მექანიკურ ფაქტორსაც შეიძლება ჰქონდეს მნიშვნელობა სანაღვლე გზების პათოლოგიის განვითარებაში. ორსულობის დროს, როდესაც საშვილოსნო გადიდება, ასცდება მცირე მენჯის ღრუს, მიაწვება ნაწლავებს, კუჭისა და ნაღვლის ბუშტის მდებარეობაც შეიძლება შეიცვალოს. ამ დროს მოსალოდნელია ნაღვლის ბუშტის მოტორული ფუნქციის დათრგუნვა, შეფერხება, აღნიშნული კი თავისთავად ხელშემწყობად იმოქმედებს მარილების ცვლაზე და კენჭის ჩამოყალიბებაზე. უსათუოდ მნიშვნელობა აქვს ვიწრო კორსეტების ტარებას. მოგეხსენებათ მე-18, მე-19 საუკუნეებში და მე-20 საუკუნის დასაწყისშიაც ქალები ატარებდნენ კორსეტებს და, რაკი ეს სილამაზეს ემსახურებოდა, არ ზოგავდნენ თავს. მრავალი მეცნიერი აღნიშნავს კორსეტების სისტემატური ტარების შედეგად სანაღვლე გზებში შეგუბებას, რაც კენჭოვანი დაავადების ხელშემწყობი ფაქტორი ხდებოდა. გარკვეული მნიშვნელობა აქვს კვებას ქოლესტერინით მდიდარი საკვებით. მე მრავალჯერ ვახსენე აწ განსვენებული გერმანელი ქირურგი კერი, რომელსაც დიდი დამსახურება მიუძღვის სანაღვლე გზების პათოლოგიის შესწავლაში, რასაც მონო-

გრაფიებიც მიუძღვნა. სწორედ კერი აღნიშნავდა, რომ 5—6 გერმანელი ქალიდან ერთს მანაც აქვს სანაღვლე გზების კენჭოვანი დაავადება. ამას ვერ ვიტყვი ქართველ ქალებზე. მათ ასეთი სიხშირით როდი ემართებათ კენჭოვანი დაავადება, შეიძლება 100—150 ქალიდან მხოლოდ ერთს განუვითარდეს. რა თქმა უნდა, ამ პათოლოგიის სიხშირეს რასობრივ თეორიას ვერ მივუყენებთ. მნიშვნელობა აქვს კვების თავისებურებას. გერმანელებს, საზოგადოდ, ძალიან უყვართ ღორის ქონი: ზაფხულ-ზამთარ, რა დროსაც არ უნდა ჩაბრძანდეთ გერმანიაში, უსათუოდ გაგიმასპინძლებიან ღორის ქონით, ასევე უყვართ კვერცხიც. აღნიშნული ნივთიერებები აუკუღმართებს ქოლესტერინის ცვლას, რაც მომავალში კენჭოვანი დაავადების განვითარებას უწყობს ხელს. ჩვენში, საქართველოში, მოგეხსენებათ, ძალიან უყვართ და ყოველდღიურ რაციონში შედის ვიტამინები: სხვადასხვა სახის მწვანელი, ბოლოკი, ფიტონციდები — ხახვი, ნიორი და სხვა მცენარეული ცხიმები, რომლებიც ან სრულიად არ შეიცავენ ქოლესტერინს ანდა ძლიერ მცირე რაოდენობით შეიცავენ. გარდა ამისა, ჩვენს ქვეყანაში ბლომადაა მრავალნაირი ხილი, ნახშირწყლებით მდიდარი საკვები კი ღვიძლისათვის საუკეთესოა. ასეთი სახის საკვები უთუოდ კეთილ გავლენას ახდენს სანაღვლე გზების ფუნქციაზე და ხელს უშლის კენჭოვანი დაავადების განვითარებას. მაგრამ კვლავ იბადება კითხვა — ამ საკვებს ხომ მამაკაცებიც ღებულობენ? მაშასადამე, ორ სქესში არის რაღაც განმასხვავებელი ნივთიერება, რომელიც გარკვეულ როლს ასრულებს. ქალებში სანაღვლე გზების დაავადების მეტი სიხშირით განვითარებას განაპირობებს შინაგანი სეკრეციის ჰორმონი, რითაც განსხვავდება ქალი მამაკაცისაგან. ეს ის ჰორმონია, რომელიც ქალსა და კაცს როგორც გარეგნული იერით, ისე შინაგანადაც განასხვავებს საკვერცხეებისა და სათესლე ჯირკვლის განვითარების პროცესში. მანამდე კი ბავშვებს, როგორც ვიცით, კენჭოვანი დაავადება არ უვითარდებათ. მაშასადამე, სქესობრივი ჰორმონის ხარჯზე ხდება მამაკაცისა და ქალის სხვადასხვაგვარად ფორმირება და მასვე აქვს მნიშვნელობა შინაგანი სეკრეციის სხვა ჯირკვალთა კორელაციაში. ჩვენც ამაში, ე. ი. ჰარბ, დაქვეითებულ ან გაუკუღმართებულ ჰორმონულ მდგომარეობაში უნდა ვეძიოთ სხვადასხვა სქესში კენჭოვანი დაავადების სიხშირის მიზეზი.

წინა ლექციებზე მოგახსენეთ, რომ ზოგიერთ ადამიანს, განსაკუთრებით ქალებს, ნევროპათიულ პიროვნებებს აქვთ ჩვევა ჰამონ მიწა, ნახშირი, ცარცი, გაჯი. ამ ნივთიერებების ჰამონ ასეთი ქალი განსაკუთრებით ორსულობის პერიოდში იწევს. აღნიშნულიც მიუთითებს ჰორმონთა მნიშვნელობაზე, რომელთა რეგულატორი ცენტ-

რალური ნერვული სისტემაა. ყოველ შემთხვევაში ფაქტი ფაქტად რჩება — ღვიძლის დაავადება უმეტესად მამაკაცებში იჩენს თავს, ხოლო სანაღვლე გზების პათოლოგია — ქალებში, თუ რატომ ხდება ასე, უფრო დამაჯერებლად მომავალში იქნება შეფასებული.

სანაღვლე გზების პათოლოგიას შინაგან მედიცინაშიც წაგიკითხავენ. ამავე თემაზე გვექნება საუბარი ლექციების გარეშეც. პრაქტიკული მეცადინეობის დროს. ამრიგად, ამ პათოლოგიას მკურნალობენ როგორც თერაპევტები, ისე ქირურგები, მაგრამ მათი მკურნალობის მეთოდები სხვადასხვაა. თერაპევტები მკურნალობენ სხვადასხვა წამლით, დიეტით, მინერალური წყლებით, ჩვენ კი შედარებით სასტიკი საშუალებით — დანით! თერაპევტებს არ ვამტყუნებთ, არის შემთხვევები, როდესაც ზემოხსენებული თერაპიული საშუალებები ავად-



სურ. 20. ნაღვლის ბუშტის კენჭები.

მყოფს შევლის, მაგრამ ზოგჯერ კონსერვატიული მკურნალობა უძლურია და, ქირურგიული ჩარევის გარდა, სხვა გამოსავალი არ არის. თქვენ უკვე მომწიფებული ხალხი ბრძანდებით და მინდა გამოგიტყდეთ, რომ ჩვენ თუ დავა გვაქვს, ძმებსა და მეგობრებს—თერაპევტებსა და ქირურგებს, — რომლებიც ყოველთვის ვცდილობთ შეთანხმებით და მეგობრულად ვიმუშაოთ, ეს დავა სწორედ სანაღვლე გზების პათოლოგიის, კერძოდ კენ-

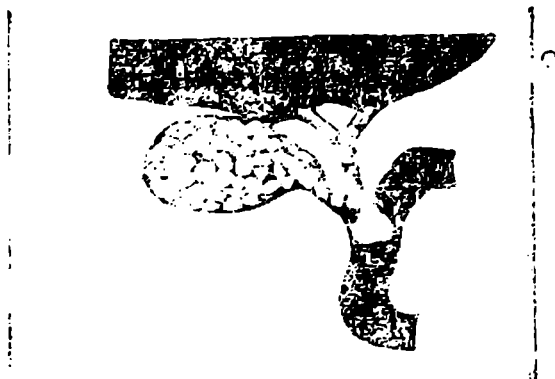
ჭოვანი დაავადების მკურნალობასთანაა დაკავშირებული. თქვენ გზადაგზა დარწმუნდებით საქმის ვითარებაში და, ალბათ, შეძლებთ განსაჯოთ. თუ ვის მხარეზეა სიმართლე.

დააკვირდით თქვენს წინაშე წარმოდგენილ სქემატურ სურათებს. ეს კენჭები ჩვენს მიერ ნაოპერაციევ ავადმყოფთა სანაღვლე გზებიდანაა ამოღებული. ავიღოთ თუნდაც ის მაგალითი, როდესაც ნაღვლის ბუშტი მთლიანად ამოვსებულია კენჭებით (სურ. 20). ამ კენჭებს, ყველას ერთად, თუნდაც ასობით იყოს ისინი, ისეთი მნიშვნელობა არა აქვს, როგორც იმ ერთადერთ კენჭს, რომელიც გაეჩხირება ქოლედოქუსსა ანდა ფატერის დერილში. რას იწვევს და რა შედეგი მოსდევს ამ ორ ადგილას კენჭის არსებობას. თუ მან

დაახშო საღინარო, ე. ი. უკანასკნელი გაუვალი გახდა ნაღვლისათვის (სურ. 21), ნაღველი აღარ ჩადის თორმეტგოჯა ნაწლავში და ავადმყოფი ყვითლდება, ასეთ შემთხვევაში ქირურგები ვამბობთ, რომ ავადმყოფს დაუყოვნებლივ უნდა გაუკეთონ ოპერაცია. რა ოპერაცია?

ს ტ უ ლ ე ნ ტ ე ბ ი (ერთხმად): კენკის ამოღება!

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: დიახ, რომ ეს აუცილებელია, დამტკიცებულია პრაქტიკულად და მეცნიერულად, ე. ი. არა მარტო სიტყვით, არამედ საქმითაც. მოგეხსენებათ, რომ თორმეტგოჯა ნაწლავში ნაღ-



სურ. 21. ნაღვლის ბუმბისა და ნაღვლის საერთო საღინარის კენჭები.

ლის მოხვედრა აუცილებელია, რადგანაც ნაღველი პანკრეასის წვენის, კერძოდ მისი ფერმენტ ლიპაზას გამააქტივებელია. მის გარეშე ცხიმის მონელება და შეწოვა მოიშლება, მაშასადამე, მოიშლება ადამიანის კვება. გარდა ამისა, კუჭ-ნაწლავის სისტემაში ნაღველის ელემენტია, რომლის გარეშე ზოგიერთი ვიტამინის კერძოდ K ვიტამინის შეწოვა არ ხდება, ე. ი. თუ ნაღველი ნაწლავში არ მოხვდა, K ვიტამინი არ შეიწოვება. ეს ვიტამინი კი, მოგეხსენებათ, სისხლის შედედებას უწყობს ხელს და, თუ ის არ შეიწოვება, სისხლის შედედება არ მოხდება. ასეთ ადამიანს აქვს მიღრეკილება ქოლემიური ან აქოლიური სისხლის დენისადმი. ამ დროს ნაწლავის შიგთავსი თიხისფერია, რადგან მას ნაღველი არ ურევია და, თუ სისხლის დენა განვითარდა, შეიძლება ავადმყოფისათვის საბედისწერო გახდეს. სისხლის დენა იწყება ხოლმე ცხვირიდან, კუჭ-ნაწლავიდან, საშვილოსნოდან.

ზოგჯერ ავადმყოფი გაყვითლებულია 2—3 თვე. ხანგრძლივი კონსერვატიული მკურნალობის მიუხედავად, სიყვითლე მაინც რჩე-

ბა. ექიმს ისლა აქვს სანუგეშოდ, რომ იქნებ როგორმე ავადმყოფმა კენჭი „დაბადოს“. გახსოვდეთ, რომ ეს იშვიათი გამონაკლისია — ასი შემთხვევიდან შეიძლება მოხდეს ორჯერ, ე. ი. 98%-ში კენჭი არ გამოვა. ზოგი ექიმი, წახალისებული ერთეული შემთხვევით, სხვა ავადმყოფებსაც არწმუნებს, რომ უოპერაციოდ უშველის მათ. რა თქმა უნდა. არც ავადმყოფია მაინცადამაინც მოწადინებული, რომ ოპერაცია გაიკეთოს და, ამრიგად, იკარგება ძვირფასი დრო — ავადმყოფი გაყვითლებულია; აქვს აქოლიური განავალი, ქავილი, სიცხიანობს, ძაბუნდება და, ბოლოს, მისი განკურნება ძნელდება.

როგორ ფიქრობთ, ასეთ შემთხვევაში დანაშაულია თუ არა კონსერვატიული მკურნალობა? ძალიან დიდი დანაშაულია, ქირურგი იძულებული ხდება ასეთ ავადმყოფს გაუკეთოს ოპერაცია, განათავისუფლოს სადინრები კენჭებისაგან, მისცეს ნალველს გზა. მაგრამ თუ ოპერაციის შემდეგ პირველ დღეებში ავადმყოფს არა უშავს რა, მესამე ან მეოთხე დღეს, როცა ქირურგს სძინავს მშვიდად, შუალამისას ურეკავენ, რომ ავადმყოფს დაეწყო სისხლის დენა. კრილობა მთლიანად იყვინთება სისხლით. არც ერთი სისხლმდენი სისხლძარღვი არა ჩანს. სისხლი მოჟინავს, როგორც წყლით გაყვინთილი ღრუბლიდან, მაჯა თანდათან უარესდება და ავადმყოფი შეიძლება დაიღუპოს.

ეს არის ავიტამინური, K ვიტამინის ნაკლებობით გამოწვეული, ანუ ქოლემიური სისხლის დენა. ამიტომ ქირურგი, რომელიც ოპერაციას უკეთებს ხანგრძლივსიყვითლიან ავადმყოფს, ყოველთვის ღელავს, რომ ოპერაციის დროს ან შემდეგ არ განვითარდეს ქოლემიური სისხლის დენა და ავადმყოფი არ დაიღუპოს. მინდა ამასთან დაკავშირებით მოვიყვანო შემთხვევა ჩემი პრაქტიკული მოღვაწეობიდან.

ომის პერიოდში ერთ მომღერალ ქალს, ბუნებით ყოველმხრივ შეძკულს, განუვითარდა სიყვითლე. მას ჰქონდა როგორც ნალვლის ბუშტის. ისე ნალვლის საერთო სადინრის კენჭოვანი დაავადება, ერთი კენჭი გაჩხერილი იყო ფატერის დვრილში. სიყვითლე თანდათან გაინტენსიურდა და, რადგანაც ავადმყოფს სანალვლე გზების ჩირქოვანი ანთების — ქოლანგიტის მოვლენებიც ჰქონდა, დაერთო პექტიური სიცხე. ასეთ მძიმე მდგომარეობაში მყოფს რამდენიმე თვის განმავლობაში მკურნალობდნენ კონსერვატიულად. რაკი ავადმყოფს შემცივნებები და მაღალი სიცხე აღენიშნებოდა, ერთხანს დაავადება მალარიადაც მიიჩნიეს, გაუკეთეს ქინაჟინიც, მით უფრო, რომ ავადმყოფის საცხოვრებელ ადგილას მკვინვარებდა მალარია. ამრიგად, ის მოვიდა საოპერაციოდ დაავადების მესამე თვის ბოლოს. საუბედუროდ, მე მხვდა წილად ოპერაციის გაკეთება. იმ

დროს ჩვენს კლინიკაშიც ჰოსპიტალი იყო, ამიტომ ოპერაციის გაკეთება მომიხდა სხვა კლინიკაში. ოპერაციაზე აღმოჩნდა განგრენული, კენჭებითა და ჩირქით სავსე ნაღვლის ბუშტი. ნაღვლის ბუშტი ამოკვეთე. საერთო სადინრიდან და ღვიძლის სადინრიდან ამოვიღე კენჭები. სადინრების კონტროლის მიზნით ოდნავ რომ მოვწიე ღვიძლის სადინარი, ის მოწყდა და შემრჩა ხელში. ეს დიდი უბედურებაა როგორც ქირურგისათვის, ისე ავადმყოფისათვისაც. გაჭირვებით შეეძელი ღვიძლის მარჯვენა სადინრის ნაწილის ჩაკერება ღვიძლის პარენქიმაში, ე. ი. სადინრის მთლიანობის აღდგენა ღრენაეის ჩადგმით, რათა ამ არეში შემაერთებელი ქსოვილი არ განვითარებულიყო, რაც გამოიწვევდა მის დახშობას. მოგეხსენებათ, რომ ოპერაციის ეს მომენტი ქირურგისაგან მოითხოვს დიდ გამძლეობასა და ნებისყოფას; იმ დროისათვის მე არც ერთი ამ თვისებათაგანი არ მაკლდა, მაგრამ მაინც ძალიან დაღლილი გამოვედი საოპერაციოდან. ავადმყოფი კარგად დავტოვე, მაჯა სრულიად დამაკმაყოფილებელი ჰქონდა, საღამოს ვინახულე და იმედიანად წამოვედი. მეორე დღეს, ღამის სამ საათზე, დამირეკეს, ავადმყოფი ცუდად არის, მაჯა დაეკარგა და კრილობიდან სისხლის დენა განუვითარდაო. რაზე უნდა მეფიქრა?

ს ტ უ დ ე ნ ტ ე ბ ი: ქოლემიურ სისხლის დენაზე!

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: დიახ, ქოლემიურ სისხლის დენაზე, რომელიც თავიდანვე მოსვენებას არ მაძლევდა. სწრაფად გაეჩნდი ავადმყოფთან. მას მაჯა თითქმის არ ჰქონდა. გადაუუსხნი სისხლი, გამოეუცვალე ტამპონები და დილაზე მის სასთუმალთან ვიჯექი. მაჯა თანდათან აღუდგა. მე რომ გავემხნეებინე, ავადმყოფმა ღიმილით მითხრა, კარგად ვარ, შეგიძლიათ დამტოვოთო. ამის თქმა მისი კულტურის დადასტურება იყო. ის მაინც ცუდად გრძნობდა თავს. საჭირო იყო ენერგიული ზომების მიღება. დრო გავიდა და ჩემი პაციენტის მდგომარეობა თანდათან გამოსწორდა. ამრიგად, იგი ქოლემიური სისხლის დენისაგან გადავარჩინეთ, ოცდამეორე დღეს დავაპირე ამომელო რეზინის ღრენაეი, რომელიც ჩავდგი ღვიძლის სადინარში, მაგრამ ხელში შემრჩა ღრენაეის კუდი, თავი კი კრილობაში დარჩა. მინდა აქვე მოგახსენოთ, რომ ამ წლებში არ გვქონდა სრულყოფილი T-სებრი ღრენაეები და ამ შემთხვევაში თვითნაკეთმა ღრენაემაც გვიღალატა. ამრიგად, ერთ უბედურებას გადავარჩინეთ და მეორე წამოგვეწია. მიუხედავად დიდი ცდისა, ღრენაეის ნაწილის ამოღება ვერ მოვახერხე. უნდა იცოდეთ, თუ რაოდენ სახიფათო არესთან გაქვთ ამ დროს საქმე. აქ ხომ ისეთი მნიშვნელოვანი წარმონაქმნებია, როგორც ღვიძლის არტერია და კარის ვენაა, ქოლემ-

დოქუსი, თითოეულის დაზიანება კი სიკვდილს უდრის, ე. ი. ყოველ სანტიმეტრზე სიკვდილია ჩასაფრებული. ამრიგად, აღნიშნულ არეში ძალიან ფრთხილი და სკრუპულოზური მუშაობაა საჭირო. როგორც მოგახსენეთ, დრენაჟის ნაწილი დავტოვე კრილობაში იმ მოსაზრებით, რომ მოგვიანებით გაეაყეთებდი ოპერაციას და ამოვიღებდი მას.

საოპერაციოდ გამოვედი თუ არა, კარებშივე დამხვდა ავადმყოფის მეუღლე, რომელიც შეშფოთებული იყო. მე პირდაპირ ვაღიარე მომხდარი ამბავი და თან ავეხსენი: რაკი ავადმყოფს ძლიერ პატარა ფისტულა ჰქონდა, ერთი თვის შემდეგ მოსულიყვნენ. ისინი მოვიდნენ ოთხი თვის შემდეგ, როცა ჩემი შევებულების დრო იყო უკვე დამდგარი და ამიტომ სექტემბრისათვის გადავდეთ ოპერაცია. რაკი ჰოსპიტალი, სადაც ვმუშაობდი, კვლავ დაქრილებით იყო სავსე, ავადმყოფი ისევ ჩემი მეგობრის კლინიკაში დავაწვინე და ოპერაციაც დაენიშნე, ამოვიღე დრენაჟი. ავადმყოფი გაეწერე განკურნებული. რამდენიმე წლის შემდეგ მას პერიოდულად დაეწყო სიყვითლე, შემცივნებები და ტემპერატურის მატება. ჩემთვის ნათელი გახდა, რომ ავადმყოფს აღნიშნული მოვლენები განუვითარდა ქოლედოქუსის ნაწიბუროვანი შევიწროების გამო. ამჯერად მისმა მეუღლემ მისი ლენინგრადში წაყვანა ირჩია, სადაც ოპერაცია გაუკეთეს. სამწუხარო იყო იმ ამბის გაგება, რომ ჩემი ყოფილი პაციენტი დაღუპულიყო.

აღნიშნული იმის მაგალითია, რომ ხანგრძლივი ობტურაციული სიყვითლით დათრგუნვილი ღვიძლი წლების მანძილზე თავის ფუნქციას მაინც ვერ აწესრიგებს, რაც ცუდი შედეგის მიზეზი ხდება.

ამით ვამთავრებთ დღევანდელ ლექციას.

მომავალ შეხვედრამდე!

• მეტოტხმეტე ლექცია

წინა ლექციაზე მოგახსენეთ, რომ ნალვლის საერთო საღინჯის დაზიანება იწვევს ორგანიზმში სხვადასხვა ცვლილებას, კერძოდ ხელს უწყობს ქოლემიური სისხლის დენის განვითარებას, რომელიც ხშირად ავადმყოფის სიკვდილით თავდება. გარდა ამისა, ხაზი უნდა გაუუსვათ იმასაც, რომ სიყვითლის დროს ნალვლის პიგმენტების ქსოვილებში განლაგება ნერვული რეცეპტორების ძლიერ გაღიზიანებას იწვევს, რაც კლინიკურად მეტად შემაწუხებელი ქავილით ვლინდება. ზოგჯერ ქავილი იმდენად ინტენსიურია, რომ ავადმყოფს

არ აძინებს, ჩვენ კი ამ დროს დახმარების აღმოჩენის ეფექტური საშუალება არა გვაქვს.

მოგახსენეთ ისიც, რომ საერთო სადინრის დახშობის დროს, როდესაც ნაღველი ვერ ხვდება თორმეტგოჯა ნაწლავში, ცხიმი და K ვიტამინი არ შეიწოვება. რა ცვლილებები მოჰყვება ამას, თქვენ უკვე იცით.

მინდა არა მარტო გაიგოთ, არამედ ზედმიწევნით კარგად ჩაწვდეთ იმ გარემოებას, რომ თუკი ნაღველს გამოსავალი გზა არა აქვს, ის დაგროვდება და პირველ რიგში გაგანიერდება ქოლედოქუსი, მაქსიმალურად დაიჭიმება ნაღვლის ბუშტი, შემდეგ ღვიძლის სადინრები. ამრიგად, მთელი ნაღვლის გამომყოფი და გამომტანი სისტემა გადავსებული იქნება ნაღვლით და, რაკი ნაღველს ვეღარ იტევს ზემოაღნიშნული ორგანოები, იგი დაიწყებს ქსოვილებში, სისხლში გადასვლას, რის გამოც ავადმყოფი გაყვითლდება. თუ ნაღვლის შეგუბებას თან სდევს ინფექცია, ე. ი. შეგუბებულია ჩირქნარევი ნაღველი, რითაც გაუღენთილი იქნება ღვიძლის სადინრები, წარმოიქმნება სეპტიკური ქოლანგიტი.

მინდა შეგახსენოთ თვით ღვიძლეს, ამ მეტად მნიშვნელოვანი ორგანოს აგებულება. თქვენ გახსოვთ, ალბათ, რომ ღვიძლი წილაკოვანი აგებულებისაა. წილაკებს შორის შემაერთებელქსოვილოვანი ხარისხებია. ამ შემაერთებელ ქსოვილში გაივლის სისხლძარღვები: ვენური, არტერიული, ლიმფური სისტემა და სანაღველე გზები. ღვიძლის თითოეული უჯრედი — კუბურის უჯრედი — გაცხოველებულ მუშაობაშია ჩაბმული და განაგებს ბარიერულ, გლიკოგენურ ფუნქციას, შარდოვანასა და ნაღვლის გამოყოფას. დღეს ჩვენ ნაღვლის გამოყოფის ფუნქციით ვართ დაინტერესებული. მიკროსკოპში რომ ღვიძლის უჯრედები ნახოთ, შეამჩნევთ, თითქოს ისინი ერთმანეთში გადადიან, ისე მკვიდროდ არიან ურთიერთდაკავშირებული. შეიძლება დაფიქრდეთ კიდევ, თუ რითი გამოყოფს ნაღველს უჯრედი. მაგრამ უნდა იცოდეთ, რომ აქ ჩამოყალიბებულ სადინარს ვერ ნახავთ, ისე როგორც ეს სისხლძარღვის კედელშია. თუკი ელექტრონულ მიკროსკოპში შეისწავლით ღვიძლის ქსოვილს, ნახავთ, რომ უჯრედთა შორის სივრცეებია, რომლებშიც ნაღველი გამოიყოფა. ნაღველი გროვდება ამ ნაპრალებში, წნევა მატულობს და იწყებს დენას წერილ კაპილარებში, რომელნიც ბოლოს ერთმანეთს ერთვიან. თანდათანობით სადინარი მსხვილდება და ჩამოყალიბდება ღვიძლის მარჯვენა და მარცხენა სადინრებად, რომლებიც ჯერ ღვიძლის საერთო სადინარს წარმოქმნიან, ხოლო ნაღვლის ბუშტის სადინრის — ductus cysticus-ის ჩართვის შემდეგ ductus chole-
dochus-ად გარდაიქმნებიან. ამრიგად, თუ ამ სადინარში წარმოიქმნა

კენჭი ან ის გადმოვიდა სხვა ადგილიდან და დაახშო ქოლედოქუსი, იწყება სიყვითლე, რომელზეც უკვე მოგახსენეთ. მაგრამ თვით ღვიძლის ქსოვილზე როგორ მოქმედებს მის პარენქიმაში დაგროვილი ნალველი? უჯრედთაშორის სივრცეებში ნალვლის შეგუბება იწვევს უჯრედებზე ზეწოლას, სივრცეთა გაფართოების ხარჯზე მცირდება ღვიძლის უჯრედების მოცულობა, ე. ი. ვითარდება მათი ატროფია. ფუნქციურ ცვლილებებს მოჰყვება ანატომიური ცვლილებებიც და, რაც მეტ ხანს იქნება სიყვითლე, მეტ ხანს არ აღდგება ნალვლის სადინრის გამავლობა, მით მკვეთრად გამოვლინდება ღვიძლის ატროფია. ასეთი ღვიძლი შეიძლება მოსინჯოთ და ნახოთ, რომ ის გადიდებულია, მაგრამ უნდა მიხვდეთ, რომ ეს ხდება ნალვლის დაგროვების ხარჯზე, ღვიძლის თითოეული უჯრედი კი დათრგუნვილია. ამიტომ ქირურგები ვალიარებთ, რომ სიყვითლიანი ავადმყოფის 12—14 დღეზე მეტ ხანს გაჩერება არ შეიძლება. თუ გავიდა მეტი დრო, ვიცით, რომ ასეთ ღვიძლში ღრმა მორფოლოგიური ცვლილებები ვითარდება. ქირურგები ხმამაღლა ვამბობთ: როცა გაყვითლებულ ავადმყოფს, რომელსაც აქოლიური განავალი აქვს, ე. ი. ნალველს არა აქვს გამოსავალი თორმეტგოჯა ნაწლავში, ექიმი აჩერებს კვირაობით, ეს დიდი დანაშაულია. ასეთ ექიმს „სამოთხის კარი უნდა დაეკეტოს“.

მინდა თქვენი გონება კარგად ჩაწვდეს ერთ გარემოებასაც. თუნდაც ოპერაცია გააკეთოთ მოგვიანებით, საჭიროა იცოდეთ: მიუხედავად იმისა, რომ თქვენ ნალველს გზა მიეცით კენჭის ამოღებით, ნალველმა დაიწყო დენა, ღვიძლის უჯრედები მაინც დაქვეითებული ფუნქციის რჩება, რადგან ნალვლის ხანგრძლივმა შეგუბებამ მათი ფუნქცია გააუკუღმართა, რასაც უკუდი შედეგი მოსდევს. რატომ? იმიტომ, რომ გაფართოებულ უჯრედთა შორის ნაპრალებში ნალვლისაგან გათავისუფლების შემდეგ წარმოიქმნება შემაერთებული ქსოვილი, რომელიც ამ სივრცეებს ამოავსებს და, ამრიგად, განვითარდება ციროზული ცვლილებები ღვიძლის პარენქიმაში, ე. წ. ბილიარული ციროზი. რა მოჰყვება ციროზს? პორტული ჰიპერტენზია. გაფართოვდება v. asigos, hemiasigos, v. superf. Haleri, გამოიხატება caput meduse, განვითარდება ასციტი, ე. ი. ყოველივე ის, რაც სხვა წარმოშობის ციროზებს მოსდევს, ასეთი ავადმყოფი განწირულია, მას ვეღარ ვმკურნალობთ, თუ ვმკურნალობთ, პალიატიურად, რაც ხშირად უშედეგოა — ვუშვებთ სითხეს, რომელიც კვლავ გროვდება. ასეთ სტადიაში ერთნაირად უძლურნი ვართ თერაპევტებიცა და ქირურგებიც.

მაშ. როგორ ვუშველოთ ავადმყოფს?

ს ტ უ დ ე ნ ტ ე ბ ი (ერთხმად): დროული ოპერაციული ჩარე-
ვით!

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: დიას! ქირურგიული დახმარება მაშინ მოგე-
ცემს ეფექტს, როცა ავადმყოფი მძიმე მდგომარეობამდე არ არის
მისული.

მაგრამ მარტო ციროზით ან ქოლემიური სისხლის დენით რო-
დი იღუპებიან ასეთი ავადმყოფები სისხლის დენა შეიძლება გან-
ვითარდეს იმ გაფართოებული ვენებიდანაც, რომელნიც პორტულ
სისტემაში შედიან: v. breves, v. asigos, v. hemiasigos და სა-
ყლაპავი მილის ვენებიდან. მაგალითად, საყლაპავი მილის გაგანიე-
რებული ვენა შეიძლება დაზიანდეს უხეში საკვების მოხვედრის შე-
დეგად და პროფუზულ სისხლის დენას ემსხვერპლოს ავადმყოფი.
მაშასადამე, ხედავთ, რომ სანაღლე გზების პათოლოგიის დროს,
კერძოდ, კენქოვანი დაავადებისას, ავადმყოფის დაუდევრობა და
ზოგჯერ ექიმის უყურადღებობა აუცილებლად გამოაშკარავდება
რამდენიმე თვის და ზოგჯერ წლების განმავლობაშიც.

ავადმყოფისთვის, რომელსაც რამდენიმეჯერ ჰქონდა სიყვით-
ლე, გიმეორებთ, ოპერაციის გაკეთება აუცილებელია. ასეთი ავად-
მყოფის ბედი გვაწუხებს იმიტომ, რომ ღვიძლის ფუნქცია ითრგუ-
ნება, სიყვითლის გავლის შემდეგაც კი ის მთლიანად ვერ აღდგება,
დათრგუნვილი რჩება, მით უფრო მრავალჯერადი ან ხანგრძ-
ლივი სიყვითლის გამო. ზოგჯერ ოპერაციის დროს გაკვირვებუ-
ლიც რჩებით, ისეთ დაპატარავებულ, ატროფიულ ღვიძლს ნა-
ხულობთ, რომელსაც ალაგ-ალაგ პატარა ზომის შემაერთებელქსო-
ვილოვანი ხორკლებიც აქვს. გიკვირთ, თუ როგორ ცხოვრობდა ასე-
თი ავადმყოფი. ამავე ავადმყოფს მოსალოდნელია ბრწყინვალედ ჩა-
ტარებული ოპერაციის შემდეგ დაეწყოს სისხლის დენა საყლაპავი
მილის გაფართოებული სისხლძარღვებიდან და ატყდეს განგაში —
გაუკეთეს ოპერაცია და ავადმყოფი დაიღუპაო! თქვენ კი იცით საქ-
მის ქეშმარიტება, მაგრამ რომელ ჭირისუფალს განუმარტავთ და
შეასმენთ, რომ ავადმყოფი ოპერაციამ კი არ მოკლა, არამედ ღვიძლ-
ში განვითარებულმა მეორადმა შეუქცევადმა ცვლილებებმა!

მაშასადამე, დაიმახსოვრეთ, რომ ნაღვლკენქოვანი დაავადე-
ბის დროს ოპერაციას ვაკეთებთ არა მარტო იმიტომ, რომ ავად-
მყოფს სიყვითლე განუვითარდება და ის შეაწუხებს, არამედ იმ
დრმა ცვლილებების გამო, რომლებიც მოსალოდნელია განვითარ-
დნენ ღვიძლში.

მახსოვს ერთი ინჟინერი, რომელსაც წარსულში რამდენიმეჯერ
ჰქონდა სიყვითლე, ბოლოს 3 თვის განმავლობაში კი ისე გაყვით-
ლებულიყო, რომ წამლებმა ვერ უშველა და საოპერაციოდ მოიყ-

ვანეს. რა თქმა უნდა, ოპერაცია გადაუდებელი იყო. ამოკვეთე სხვადასხვა ზომის კენჭებით ამოვსებული ნალვლის ბუშტი და ერთი მსხვილი კენჭი, რომელიც გაჩხირული იყო ფატერის დვრილში, სადინარში კერის ღრენაზე ჩავდე. ეს ყველაფერი ჩვეულებრივ ამბად მივიჩნე, მაგრამ, როდესაც მალა, თითქმის დიაფრაგმაზე მიკრული პაწაწინა ღვიძლი დავინახე, არ მესიამოვნა, იმიტომაც, რომ ასე შეეცვლილ ღვიძლს ზედმეტ ტვირთად დააწვა ოპერაციის ტრავმა, ნარკოზი. შემეშინდა მოსალოდნელი სისხლის დენის. საოპერაციოდან ცუდ ხასიათზე გამოვედი. ამოკვეთილი პრეპარატები — კენჭებით გავსებული ბუშტი და დიდი კენჭი, რომელიც ქოლედოქუსიდან ამოვიღე, ვუჩვენე ავადმყოფის მახლობლებს. მისი ქალიშვილი ძალიან გახარებული მეცა და უნდოდა ხელები დაეკოცნა ჩემთვის — არც ეს მესიამოვნა, რადგანაც არ ვიყავი დარწმუნებული, რომ მომდევნო დღეებში ავადმყოფს არ დაეწყებოდა სისხლის დენა. არ ვიცი, რამ მიხსნა, ბედმა თუ ღმერთმა (აუდიტორიაში სიცილია!), ავადმყოფმა შესანიშნავად იგრძნო თავი, ნაკერები მოვხსენით, გავწერეთ სახლში. მალე მის ოჯახშიც მიმიპატიყეს. ავადმყოფი ვნახე. მისი ღვიძლის მდგომარეობამ კვლავ საგონებელში ჩამაგდო.

თქვენ საკმაოდ გათვითცნობიერებული ბრძანდებით ზემონათქვამში და ხედებით ჩემი წუხილის მიზეზს. გაიარა ერთმა წელმა და, აი, ღამის სამ საათზე (თქვენ უკვე მიაქციეთ ყურადღება, გასაჭირი ავადმყოფსა და ქირურგს ღამით დაატყდებათ ზოლმე თავს!) საავადმყოფოდან მირეკავენ, რომ მოყვანილია თქვენს მიერ ნაოპერაციევი ავადმყოფი პროფუზული სისხლის დენით, საჭიროა თქვენი მობრძანება. მე მაშინვე მივხვდი, თუ რა ხასიათის სისხლის დენა შეიძლებოდა ყოფილიყო. ალბათ, თქვენც მიხვდით, არა?

მივედი საავადმყოფოში და ჩემი „განკურნებული“ პაციენტი დამიხედა უმაჯისცემოდ, ფერმკრთალი, წნევადაცემული. დილამდე ავადმყოფთან დავყავი, გადაეუსხით სისხლი და სისხლის შემცვლელი; მაჯა გამოუსწორდა, გაიღიმა კიდევ, ხასიათზე მოვიდა. მაგრამ ეს ცუდი ნიშანი იყო. ამ დროს ქირურგი უძღურია, რადგან მაქსიმალურად დაძაბუნებული ავადმყოფისათვის მძიმე ოპერაციის გაკეთება—საყლაპავის ან კუჭის ნაწილის ამოკვეთა ანდა მათი ვენების გადაკვანძვა საშიშია. რაკი ავადმყოფის მდგომარეობა ცოტათი გაუმჯობესდა, წამოვედი, მეორე დღესაც ვინახულე იგი — კარგად იყო. მესამე ღამეს, იმავე დროს, მესმის ტელეფონის ზარის ხმა. თქვენი პრაქტიკული მოღვაწეობა დაგარწმუნებთ, რომ პათოლოგიური სისხლის დენა რატომღაც ღამით იწყება. უკვე რამდენიმე მაგალითი მოვიყვანეთ, არ ვიცი რატომ, მაგრამ ასეა! მივედი კლინიკაში

ავადმყოფი ისევ უმაჯისცემოდ დამხვდა. მას დაეკარგა დიდი რაოდენობით სისხლი; ხუთ წუთში გარდაიცვალა.

როგორც ხედავთ, ქოლემიური სისხლის დენა შეიძლება მაშინვე დაერთოს ოპერაციას ანდა მოსალოდნელია მოგვიანებით დაიწყოს ღვიძლის ციროზის შედეგად, როგორც ეს ჩვენს ავადმყოფს ჰქონდა. ახლა შევეკითხოთ ჩვენს სინდისს: შეიძლებოდა თუ არა ამ ავადმყოფის გადარჩენა? რა თქმა უნდა, შეიძლებოდა, მხოლოდ დროული ოპერაციით, მანამ, სანამ ღვიძლში განვითარდებოდა ღრმა, შეუქცევადი ცვლილებები. მაშასადამე, სიყვითლიან ავადმყოფებს ღვიძლის ფუნქცია ძალიან დაქვეითებული აქვთ, პერიფერიული ნერვული სისტემა — გაღიზიანებული, რის გამოც მათ დაკარგული აქვთ მოსვენება, ძილი და ყოველდღე სისხლის დენის საფრთხის წინაშე არიან; გარდა ამისა, მათ ფსიქიკასაც გაუქუღმართება ეტყობა: ზოგი ძალიან მწუხარება, ზოგი კი — მხიარული. მოგეხსენებათ, არც ერთი არ ვარგა! კლინიციისტი დაკვირვებული თვალი და გონიერება ავადმყოფის საქციელს და სახის თითოეულ ნაოქს სათანადოდ უნდა აფასებდეს. მოგახსენეთ, რომ ობტურაციული სიყვითლის დროს ტვინის უჯრედები სათანადოდ რეაგირებს.

თხუთმეტოდე წლის წინ ჩვენში ატეხილი იყო კამათი იმის შესახებ, რომ ცენტრალური ნერვული სისტემის ჩაურევლად ორგანიზმში არც ერთი პათოლოგია არ ვითარდებოდა. ეს მოსაზრება დიდი ფიზიოლოგის პავლოვის მოძღვრებას ემყარებოდა და ორი აკადემიის ყრილობის შემდეგ დოკმად იყო მიჩნეული. მედიცინის ყველა დისციპლინის წარმომადგენლები ცდილობდნენ ნებისმიერი პათოლოგიის განვითარება აეხსნათ ცენტრალური ნერვული სისტემის მარეგულირებელი აპარატის — თავის ტვინის ქერქის დისფუნქციით.

მე ვალიარებ პავლოვის უდიდეს დამსახურებასა და ღირსებას, მაგრამ რომ, მაგალითად, აპენდიციტის განვითარება ცენტრალური ნერვული სისტემის მოშლასთან დამეკავშირებინოს, არ მიცდია. მწამს ტვინის წამყვანი როლი ადამიანის მთელი ორგანიზმის მოქმედებაში, მისი და გარემოს ურთიერთკავშირში, მწამს, რომ ტვინის გარეშე საერთოდ არაფერი არ ხდება, მას აკისრია უდიდესი პასუხისმგებლობა. რაკი ასეა, ტვინი განსაკუთრებულ პირობებშიც უნდა იყოს — ეს ბუნების მიერაა დაკანონებული. ტვინი ისევე იკვებება სისხლით, როგორც ორგანიზმის ყველა ნაწილი — უჯრედი თუ ქსოვილი, მაგრამ მას აქვს დამატებით უფრო სათუთი საკვები, რომელიც მიეწოდება ცერებრო-სპინური სითხით. მოგეხსენებათ, რომ თავის ტვინს სამი გარსი აქვს. ერთი მათგანი მჭიდროდაა დაკავშირებული ტვინის თითოეულ ხვეულთან და ჩასდევს მას ნაო-

კვებშიც — ეს არის *pia mater!* მეორე გარსი ალაგ-ალაგ ღალატობს ტვინს — ის ყველგან არ „ახლავს“ მას, გადადის ხვეულიდან ხვეულზე და, ამრიგად, *pia mater*-სა და არაქნოიდულ გარსს შორის სივრცეები რჩება — სწორედ ეს სივრცეებია ამოვსებული ცერებრო-სპინური სითხით. უნდა გაგახსენოთ ისიც, რომ ზურგისა და თავის ტვინის *pia mater*-სა და არაქნოიდულ გარსს შორის სხვადასხვაგვარი დამოკიდებულებაა. თუ ზურგის ტვინში დასახლებული გარსები ერთმანეთისაგან დაშორებულია, თავის ტვინში ისინი ალაგ-ალაგ მკიდროდ არიან დაკავშირებული.

ამრიგად, ცერებრო-სპინური სითხე ტვინის დამატებითი საკვებია. აქ ხდება ნივთიერებათა ცვლა ტვინსა და გარემოს შორის. ასე რომ, ამ სითხეს უალრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს.

თქვენ გაგონილი გექნებათ ცნობილი ფიზიოლოგი ქალის ლინა შტერნის შესახებ, რომელიც რევოლუციამდე ცხოვრობდა შვეიცარიაში, ხოლო შემდეგ საბჭოთა კავშირში გადმოვიდა და საკავშირო ექსპერიმენტულ ინსტიტუტში მოღვაწეობდა. მან მთელი სიცოცხლე ფიზიოლოგიას, კერძოდ ტვინის ბარიერული ფუნქციის შესწავლას შესწირა. მისი მეცნიერული კვლევის შედეგად ცნობილი გახდა, რომ ტვინი ისეა დაცული, რომ ზოგიერთ ნივთიერებას არ ატარებს, სწორედ ეს ცერებრო-სპინური სითხე არ იკარებს მომშხამავ ნივთიერებებს. მაგრამ ობტურაციული სიყვითლის დროს ამ სითხის სისუფთავე ილახება, ტვინი გაწმენდილი ცერებრო-სპინური სითხის ნაცვლად ნაღველშერეულ სითხეს ღებულობს, ე. ი. ირღვევა ტვინის ქსოვილის ნივთიერებათა ცვლა, ამიტომაც ვლინდება ცვლილებები ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრივაც. მაშასადამე, სიყვითლის დროს, პერიფერიის გარდა, რაც რეცეპტორების გაღიზიანებასა და შემაწუხებელ ქაივლს იწვევს, იწყება მოვლენები ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრივაც. ამასთან დაკავშირებით ავადმყოფი და მისი მახლობლებიც, რომელთაც დაკარგული ჰქონდათ ძილი და მოსვენება, შეიძლება ერთ დღეს დაგიხვდნენ მეტად დამშვიდებული და გადმოგცენ, რომ ავადმყოფს წუხელ ეძინა, დღესაც სძინავს, ზოგჯერ გავალვიძებთ, რომ ვაკამოთ და კვლავ იძინებს. როგორ ფიქრობთ, ეს კარგი ნიშანია?

ეს უცოდინრობით გამოწვეული სიხარულია! ექიმისთვის კი, ვინც ერკვევა ამ საქმეში, მეტად არასასიამოვნო და ამაღელვებელი, რადგან ასეთი ძილი თანდათან გადავა სიკვდილში. ასეთი ხასიათის ძილი ღვიძლის კომის განვითარების პირველი საფეხურია. ისიც უნდა მოგახსენოთ, რომ ავადმყოფთა გამოყვანა კომიდან ძალიან მძიმე საქმეა. თქვენ ხედავთ, რომ თუკი ყველაფერს შევაჯამებთ, სიყვითლეს მსუბუქად არ უნდა ვუყუროთ, იოლ საქმედ არ უნდა

მივიჩნით. ძალაუნებურად ისმის კითხვა — თუკი ამაში ექიმსაც მიუძღვის ბრალი, ეს დიდი დანაშაულია თუ არა? ჩემი აზრით, უსათუოდ დიდი დანაშაულია! ამიტომ მინდა ყველა თქვენთაგანმა კარგად დაიმანსოვროს, რომ გაყვითლებული ავადმყოფი, რა მიზეზითაც არ უნდა იყოს ეს გამოწვეული, არ გააჩეროს 10—12 დღეზე მეტი. თუ თერაპევტი ბრძანდებით, ქირურგს უნდა გადასცეთ ასეთი ავადმყოფი, რადგან ამ შემთხვევაში მათ უკეთ იციან, როგორ მოუპარონ მას.

თუკი სიყვითლე განვითარებულია პანკრეასის თავის კიბოს ნიადაგზე, მაშინ ნალველს გზა მიეცემა ნალვლის ბუშტისა და ნაწლავის შერთულით. თუ იგი კენჭითაა გაპირობებული, კენჭს უნდა ამოღება, ხოლო, თუ ბოტკინის დაავადებასთან გვაქვს საქმე, ამ დროს ნალველი ნაწილობრივ მაინც მოხვედება ნაწლავებში და მკურნალობაც სხვაგვარად წარიმართება. ერთი ცხადია, კენჭოვანი დაავადების შედეგად სიყვითლიანი ავადმყოფი ოპერაციის გარეშე არ შეიძლება დიდხანს გააჩეროთ — ამას მრავალჯერ გიმეორებთ განგებ! მე მოგახსენეთ, რომ ჩვენ, ქირურგებს, შინაგანი მედიცინის წარმომადგენლებთან ხშირად გვაქვს კამათი. მართალია, დიდი მეგობრობაც გვაქვს, მაგრამ, როდესაც ისინი გვიან გადმოგვცემენ ავადმყოფს, გაბედულად ვეუბნებით, რომ მართალნი არ არიან! მე ყველაფერი გულახდილად მოგახსენეთ და ახლა თქვენ იმჯელეთ, ვის მხარეზეა სიმართლე. თუმცა ამას ცხოვრება გიჩვენებთ და მაშინ დაინახავთ, რომ მართლაც დიდი დანაშაულია ობტურაციულ-სიყვითლიანი ავადმყოფის ოპერაციის გარეშე მკურნალობა.

მაშ, რა ეწოდება ავადმყოფთა ასეთ მდგომარეობას? მას ეწოდება ქოლემიური მდგომარეობა, რომელიც მოიცავს ცენტრალური და პერიფერიული ნერვული სისტემის მოშლას, ლეიქლის ანატომიურ და ფუნქციურ მოშლილობას, საქმლის მონელების დარღვევას, ძილად მივარდნას. ამ ტერმინში უნდა გვესმოდეს ის უმძიმესი ძვრები, რაც ორგანიზმში ვითარდება.

მაგრამ ერთი გარემოებაც უნდა მოგახსენოთ. მას შემდეგ, რაც მედიცინის დარგი — ქირურგია შეიქმნა, მისდამი ადამიანებს ძლიერი შიში აქვთ. ეს შიში ახლაც ვერ განელდა, როდესაც ქირურგია ასე წინ წავიდა, განვითარდა. მართლაც, უგუნური უნდა იყოს ადამიანი, რომ ოპერაციის არ ეშინოდეს, რადგანაც არც ერთი ოპერაცია, უმარტივესიც კი, არ არის ისეთი, რომ სავსებით აზღვევდეს ადამიანს სიკვდილისაგან; ყველა ოპერაცია მოიცავს საშიშროებას ინფექციის, შოკის, ემბოლიის და სხვა მხრივაც. მოგეხსენებათ, ზოგჯერ ავადმყოფი მორჩენილია, გაწერილი, სახლში მიდის, მაგრამ უეცრად უვითარდება ემბოლია და კვდება. მე პირადად არასოდეს

დამავიწყდება ერთი შემთხვევა. მაშინ სანაპირო ქუჩაზე (ახლა უშანგი ჩხეიძის) მდებარე პედიატრიული და სანიტარულ-ჰიგიენური ფაკულტეტების ჰოსპიტალური ქირურგიის კათედრის გამგე გახლდით. ერთ კეთილშობილ მოხუც კაცს მსხვილი ნაწლავის კიბოს გამო გავუყეთეთ ჰემიკოლექტომია. მას სამი ქალიშვილი სამაგალითოდ უვლიდა. ოპერაცია ავადმყოფმა კარგად გადაიტანა და მე-13 თუ მე-14 დღეს გავწერეთ სახლში. მოხუცს ჩააცვეს, ორივე მხარეს ამოუდგნენ ქალიშვილები და ხელკავით გაიყვანეს, მესამე ქალიშვილი უკან მოჰყვებოდა. ყველა მოლიმარი სახით ჩემი კაბინეტის კარებთან გამოჩნდა დასამშვიდობებლად, მადლობის სათქმელად. ლექციაზე მივიჩქაროდი და სასწრაფოდ დავემშვიდობე. აუდიტორიაში ვერ მოვასწარი შესვლა, რომ კივილი შემომესმა. რა მოხდა? კიბეზე ჩასვლისას ავადმყოფი წაიქცა და გარდაიცვალა. გაკეთისას ვნახეთ, რომ ფილტვის არტერიაზე განვითარებულიყო მხედარი თრომბი!

ერთ ახალგაზრდა ქალს გავუყეთე ოპერაცია, რომელიც კარგად გადაიტანა. მე-8 დღეს, ჩვეულებრივ, მივედი კლინიკაში და ვიგრძენი, რომ ხალხი რაღაც უცნაურად მიდი-მოდიოდა, დეღავდა. შევედი ავადმყოფის პალატაში. ავადმყოფი იწვა გაფითრებული, ოფლიანი, მაჯა ძაფისებრი ჰქონდა, თითქმის არ ითვლებოდა. დავიწყეთ გაფართოებული კონსილიუმების მოწვევა, სჯა-ბაასი. მე ვიჩქეი ავადმყოფის სასთუმალთან. ჩემთვის ნათელი იყო, რომ ემბოლიამ განაპირობა ფილტვის ინფარქტი. ეს უმძიმესი გართულება მოჰყვა ისეთ მარტივ ოპერაციას, როგორიც აპენდექტომიაა. სხვადასხვა პროფესორის აზრი არ ემთხვეოდა ჩემს აზრს: ზოგი ამბობდა, რომ თითქოს ნაოპერაციევი არის ინფიცირებასთან გვექონდა საქმე და ა. შ. მე-2—3 დღეს მოიყვანეს ცნობილი პროფესორი აწ განსვენებული მიხეილ წინამძღვრიშვილი, რომელიც გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ჩინებული სპეციალისტი იყო. ის დაეთანხმა ჩემს დიაგნოზს. პაციენტს ჩაუუტარეთ სათანადო მკურნალობა ანტიკოაგულანტებით. იგი იწვა 1,5 თვის მანძილზე, ბოლოს განუვითარდა ქვემო კიდურების თრომბოფლებიტი, რომლისგანაც განიკურნა. ზომ შეიძლებოდა ეს პაციენტი გამხდარიყო გართულების მსხვერპლი! ეს მე იმიტომ მოგიყევით, რომ ქირურგები არასოდეს არა ვართ დაზღვეული ოპერაციის შემდეგი გართულებებისაგან. შეიძლება ოპერაციამ იდეალურად ჩაიაროს, მაგრამ მას მაინც მოჰყვეს სერიოზული გართულება. რა თქმა უნდა, დიდი მნიშვნელობა აქვს ორგანიზმის თავისებურებებს, ასაკს, გულ-სისხლძარღვთა სისტემას, სისხლის შემდედებელ სისტემას და ა. შ.

თვით ნაღვლის ბუშტის პათოლოგიაზე ვერცლად არ შევჩერდე-

ბი, რადგან ეს შედარებით მარტივი პათოლოგიაა. მოგითხრობთ მხოლოდ, თუ როგორი უნდა იყოს ამ დროს ქირურგის ტაქტიკა?

ჯერჯერობით მთელ მსოფლიოში არ არსებობს საშუალება, რომელიც ნაღვლის ბუშტის კენჭებს დაშლიდეს, თუმცა ამ მიმართულებით კარგა ხანია მიმდინარეობს კვლევა-ძიება. მართალია, უცხოეთში უკანასკნელ ხანებში მოპოვებულია მრავალი საშუალება, რომლებიც თითქოს კენჭებს შლიან, მაგრამ მე პირადად ეს სათუოდ მეჩვენება. ვიცი თორმეტიოდე ავადმყოფიც, რომელთაც ამერიკიდან, საფრანგეთიდან მიიღეს წამალი, გაიკეთეს კიდეც, მაგრამ ნაღვლის ბუშტში კენჭები დარჩათ; მართალია, თითქოს კენჭისმაგვარი რაღაც გამოეყოთ, მაგრამ ეს იყო ნაღველი, რომელიც ამ წამალმა შეაღებდა, ან მცირედი საგოზავის მსგავსი ნაერთი, რომელიც გამოვიდა გარეთ განავალთან ერთად. არიან ექიმბაშებიც, რომლებიც სხვადასხვა სოფლური წამლით ატარებენ მკურნალობას, ჯიბით დააქვთ კენჭები ავადმყოფთა დასაიმედებლად, რომ, აი, მათმა მკურნალობამ ასეთი ეფექტი გამოიღო. ეს დაუჯერებელია! ასეთი ცდა, როგორც მერე გამომიტყუნენ, ჩემმა რამდენიმე პაციენტმაც ჩაატარა, მაგრამ უშედეგოდ. ამიტომ, მინდა დამიჯეროთ, რომ ჯერჯერობით კენჭების დამშლელი საშუალება არ არსებობს. მაგრამ საქმე მარტო კენჭის დაშლასა და მის გამოყოფაში როდია. თუ კენჭმა ნაღვლის ბუშტის კედელში ღრმა მორფოლოგიური ცვლილებები გამოიწვია, შეკუმხნა, ნაწიბუროვნად გადააგვარა და მოშალა ის, როგორც ორგანო, ავადმყოფი მაინც ექიმის ყურადღების ცენტრში უნდა იყოს. თუ ეს ცვლილება შექცევადია, ე. ი. მსუბუქი ანთებაა, ამას ეშველება კონსერვატიული მკურნალობით, მაგრამ თუ შეუქცევადი ცვლილებებია ნაღვლის ბუშტში, ასეთ ავადმყოფს ოპერაცია მაინც დასჭირდება.

მინდა მოგახსენოთ, რომ კენჭის დაშლას მიაღწიეს მისი ეთერში მოთავსებით და ამიტომ ქირურგებმა კენჭის არეში ღრენაჟის გზით ეთერის შეყვანაც სცადეს.

კერის გარდა, ბერლინის უნივერსიტეტში იყო კიდეც ერთი ცნობილი ქირურგი პრიბრამი, რომელიც გაემგზავრა ლონდონში და მეფის ქირურგიული საზოგადოების სხდომაზე გააკეთა მოხსენება ეთერის საშუალებით ნაღვლის კენჭების დაშლის შესახებ. იმხანად, თუ რომელიმე მეცნიერი ერთი სახელმწიფოდან მეორეში გაემგზავრებოდა და თავის მეცნიერულ აღმოჩენას გაიტანდა, ექსპორტს გაუკეთებდა, ეს რაღაც დიდმნიშვნელოვანი უნდა ყოფილიყო. ამაში კი რა იყო დიდმნიშვნელოვანი? ფატერის დერილში კენჭის გაკედვის შემთხვევაში პრიბრამს შეყავდა ღრენაჟი ქოლედოქუსში და კენჭის დაშლის მიზნით ღრენაჟიდან ეთერს ასხამდა. მაგრამ ისმის

კითხვა: თუ ოპერაცია გააკეთეთ და ღრენაჟი ჩადგით, რაღა საპი-
როა ეთერის ჩასხმა, განა არ სჯობია ამოიღოთ კენჭი და გაათავი-
სუფლოთ ავადმყოფი? ამ წამოწყებამ ფეხი ვერ მოიკიდა და იგი
უარყვეს, მით უფრო, რომ ეთერის ხსნარი თვითონ იწვევს ცვლი-
ლებებს სადინარში — ლორწოვან გარსს აღიზიანებს, შლის, ამას
შემდეგ მოჰყვება დანაწიბურება და სხვ. ზოგმა მეცნიერმა სცადა
ეთერის სხვაგვარად გამოყენებაც, მაგალითად, კუნთებში შეყვანა,
მაგრამ ეს იწვევს ქსოვილთა ნეკროზს და ამიტომ ისიც უარყოფი-
ლია. თუმცა ზემოაღნიშნულით ქირურგიაში ერთი ნაბიჯი წინ გადა-
იდგა. ამის საფუძველზე, ნეკროზის თავიდან აცდენის მიზნით,
სცადეს ზეთში გახსნილი ეთერის კანქვეშ შეყვანა. მართალია, მან
კენჭი კვლავ ვერ დაშალა, მაგრამ ავადმყოფი დააძინა. ამან მისცა
ბიძგი ტოპჩიბაშევის პირველს გამოყენებინა ეთერ-ზეთის ნარკოზი.
მუსტაფა-ბეკ ტოპჩიბაშევი გახლავთ ჩვენი მოძმე რესპუბლიკას —
აზერბაიჯანის ცნობილი ქირურგი, ჩვენი დიდი მეგობარი, კარგი
მეცნიერი.

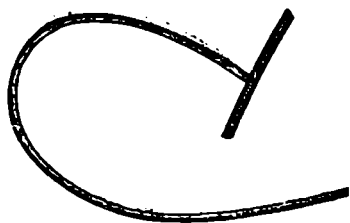
როგორც ხედავთ, მრავალი ცდაა ჩატარებული კენჭის დასა-
შლელად და ოპერაციის ასაცდენად. ახლაც ამერიკული ეურნალე-
ბის თავფურცლებზე ნახავთ რეკლამებს, რომლებზეც გამოსახულია
კენჭებიცა და მედიკამენტებიც. თითქმის ყველა ახლად გამოსული
წამალია ხელმისაწვდომი ჩვენი პაციენტებისათვის, მაგრამ უშედე-
გოდ. შესაძლებელია, როდესაც თქვენ გაქალაქავდებით, შემოიღონ
ისეთი წამალი, რომელსაც შეუშხაპუნებთ ავადმყოფს და გაუდ-
ნობთ კენჭებს. ჭერჭერობით კი ასეთი ბედნიერი დღე არ დამდგარა.

მაშ, როგორ ტაქტიკას დავადგეთ? თუკი კენჭები მხოლოდ
ნაღვლის ბუშტში იქნება, მარტო ბუშტს ამოვკვეთავთ, ე. ი. ქოლე-
ცისტექტომიას გავაკეთებთ. მაგრამ ისმის კითხვა, რატომ არ შე-
იძლება ნაღვლის ბუშტიდან ამოვიღოთ მარტო კენჭები და თვით
ბუშტი დავტოვოთ, როგორც ამას ვაკეთებთ შარდის ბუშტის კენ-
ჭების შემთხვევაში — კენჭებს ვიღებთ, ხოლო შარდის ბუშტს ვკე-
რავთ და ვტოვებთ. საქმე იმაშია, რომ ნაღვლის ბუშტი კენჭოვანი
დაავადების დროს იმდენად დეფორმირებულია, შეკუმხნილი და
გადაგვარებული, რომ მას მხოლოდ ზიანის მოტანა შეუძლია ავად-
მყოფისათვის. იგი თავის ფუნქციას ვეღარ ასრულებს, პირიქით, მან
შეიძლება მრავალი სახის დაავადება გამოიწვიოს. თქვენ სშირად შე-
გეკითხებიან — შეიძლება არსებობა ნაღვლის ბუშტის გარეშე?
შეიძლება. არსებობენ ცხოველები, რომელთაც ნაღვლის ბუშტი სა-
ერთოდ არა აქვთ, მაგალითად, აქლემი. დაავადებული ნაღვლის ბუშ-
ტი ზოგჯერ მთლიანად გამოთიშულია, მასში ნაღვლის არც ერთი
წვეთი არ შედის, რადგან მთელი ღრუ ამოვსებულია კენჭებით.

ასეთ ბუშტს მხოლოდ ტანჯვის მოტანა შეუძლია ადამიანისათვის. იყო დრო, როდესაც ნაღვლის ბუშტს გაკვეთდნენ, ამოიღებდნენ კენჭებს და ბუშტს ისევ გაკერავდნენ. ამას იდეალურ ქოლეცისტო-ტომიას უწოდებენ, მაგრამ ის იდეალური კი არა, ყოველად უვარ-გისი ოპერაცია გამოდგა. დღესდღეობით ყველაზე მიღებული ოპე-რაცია ქოლეცისტექტომიაა. მაგრამ, როგორ მოვიქცეთ მაშინ, რო-ცა სადინარშიცაა კენჭი? ეს შედარებით რთული ამბავია. მე მოგახ-სენეთ, რომ თუ ნაღვლის სადინარებში ჩირქია, რომლითაც გა-ელენთილია ღვიძლი და მისი შიგნითა სადინარები, ავადმყოფი ძა-ლიან მძიმე მდგომარეობაშია, გაყვითლებული, დეპრესიული, ყო-ველდღე რამდენიმეჯერ ამცივენებს, ოფლიანობს, ტემპერატურა 40°-ს აღწევს, ე. ი. ვითარდება სეფსისისათვის დამახასიათებელი სურათი და ჩვენც ამ დროს სიმშვილე გვეკარგება, რადგანაც ასეთი ავადმყოფი, ყოველგვარი ზომების მიღების მიუხედავად, შეიძლება არც გადარჩეს.

იბადება კითხვა — რომელი ავადმყოფი გადარჩება და რომელი ვერა? უნდა მოგახსენოთ, რომ თუმცა ქირურგიასთანაა დაკავშირე-ბული შიში, ჩემი რწმენით, ყველა სხვა საჭირო თვისებასთან ერ-თად, ქირურგს უაღრესად ფაქიზი გრძნობებიც აქვს. წარმოიდგინ-ეთ, ზოგჯერ გადმოგვეცემენ უმძიმეს ავადმყოფს, რომელსაც 3—4 თვის განმავლობაში აქვს სიყვითლე, მდგომარეობა უიპედლო, მაგ-რამ ქირურგი მაინც ცდილობს

ავადმყოფის გადარჩენას. მიუ-ხედავად იმისა, რომ ამ ჯგუ-ფის ასი ავადმყოფიდან შეიძ-ლება მხოლოდ რამდენიმე გადარჩეს, ასეთ რისკზე მაინც მიდის ქირურგი და ოპერაციას აკეთებს: ამოკვეთავს ნაღვლის ბუშტს, გაკვეთავს ქოლედო-ქუსს, დვრილიდან ამოიღებს კენჭს და ჩადებს კერის დრე-ნაჟს (სურ. 22), რათა მისცეს



სურ. 22. კერის დრენაჟი.

გზა ჩირქიან ნაღველს, რეზინის გარეთა ბოლოს ათავსებს ბოთლში და უკანასკნელს ამაგრებს საწოლთან; პერიოდულად კერის დრენაჟის გზით შეყავს ანტიბიოტი-კები, რათა ამით იმოქმედოს ინფექციაზე. როდის გაქვთ იმედი, რომ ავადმყოფი მორჩება? მოგახსენებთ, რომ ღვიძლის შიგნითა სადინარებს ახასიათებს გარკვეული ელასტიკურობა, ტონუსი, რომ-ლის ძალით სადინარები გამოდევნის ნაღველს, მაგრამ, თუ პროცე-სი იმდენად შორს წასულია, რომ მათ დაკარგეს კუმშვადობის უნა-

-რი, ასეთ შემთხვევაში, რაც არ უნდა ფართო გზა მისცეთ ნაღველს. იგი არ გამოიყოფა. ამიტომ, როცა ღრენაყის იმ ბოლოდან, რომელიც ჩადგმულია ბოთლში, 1, 2, 3 ღღეს ნაღველი არ გამოიყოფა, თქვენ შიში გიპყრობთ, ფიქრობთ, რომ ნაღველის გზებმა დაკარგა ნაღველის გამოძევების უნარი. ხოლო, თუ გამოიყო ნაღველი, ეს კარგის მომასწავებელია — ასეთი ავადმყოფის მდგომარეობა თანდათან გაუმჯობესდება და იგი შეიძლება განიკურნოს. ამიტომაც ვამბობთ, რომ ოპერაციის დაგვიანება არ ვარგა სწორედ იმის გამო, რომ სადინრებმა არ დაკარგონ ნაღველისა და ჩირქის გამოძევების უნარი. ამასთან ერთად ვცდილობთ შევამციროთ ქოლემიური სისხლის დენის საშიშროებაც. რითი? უნდა გავაუმჯობესოთ ღვიძლის ფუნქცია, X ვიტამინის შეწოვა — ოპერაციის წინ ავადმყოფს ვაძლევთ ცხოველის ახალ ნაღველს, რომელიც 1 ლიტრის რაოდენობით შეგვყავს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში ნაზოგასტრიული ზონდით. რა თქმა უნდა, ეს არ არის მარტივი საქმე. ვერც ერთი თქვენგანი ვერ დაღვეს ნაღველს. ოდესმე გიგემიათ უხეირო დიასახლისის მიერ შემწვარი წიწილა, რომელსაც ნაღველი გადაესხა? ავადმყოფს ნაღველი უნდა შეუყვანოთ წვრილი ზონდით, რომელსაც ჩარეცხავთ რაიმე გემრიელი სითხით და ისე ამოუღებთ, რომ ნაღველის გემო არ შეიგრძნობს. ამასთან, ავადმყოფმა არც კი უნდა დაინახოს, რომ თქვენ მას ნაღველს უსხამთ; შეხედვაც კი საკმარისია, რომ ამოაღებინოს, რადგან ასეთი ავადმყოფს ისედაც აქვს მიდრეკილება ღებინებისადმი. ამ პროცედურის გამეორება საჭიროა რამდენიმე ღღე. ნაღველი, გარდა იმისა, რომ ლიპაზის აქტივატორია, ნაწლავის პერისტალტიკასაც უწყობს ხელს, აუმჯობესებს ღვიძლის ფუნქციას. ავადმყოფს ვუტარებთ აგრეთვე გლუკოზინსულინთერაპიას შესაფერისი პროპორციით; შეგვყავს კალციუმი, ვუსხამთ სისხლს და მომჯობინების შემდეგ ვაკეთებთ ოპერაციას.

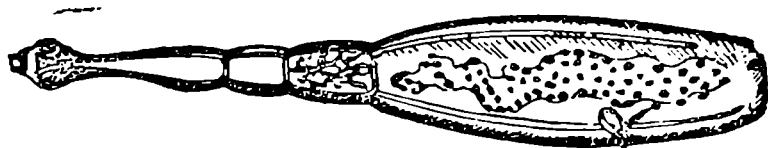
ამრიგად, თქვენთვის უკვე გასაგებია სანაღველე გზების ყველაზე ხშირი პათოლოგიის, კერძოდ კენჭოვანი დაავადების არსი და ამ დაავადებასთან დაკავშირებული სხვადასხვა სახის გართულებები. ვფიქრობ, თქვენ კარგად გაიგეთ ნაღველის შეგუბებასთან დაკავშირებული საშიშროებანი და მინდა დავიჯერო, რომ ჩემს ნათქვამსა და მრავალგზის გამეორებულს თქვენი პრაქტიკული მოღვაწეობის პერიოდში სათანადოდ გამოიყენებთ.

მომავალ შეხვედრამდე!

მეგობრებო! დღეს განზრახული მაქვს განვიხილოთ ღვიძლის კიდევე ერთი არანაკლებ მნიშვნელოვანი პათოლოგია — ექინოკოკი. დარწმუნებული ვარ, რომ ამ ქიას უკვე იცნობთ პარაზიტოლოგიიდან, მაგრამ შეიძლება მას ისეთ ყურადღებას არ აქცევდით, როგორც საქმის ვითარება მოითხოვს, ხოლო, როდესაც გაეკვევით ამ პარაზიტით გამოწვეულ პათოლოგიაში, მიხედვით, თუ რაოდენ დიდმნიშვნელოვანი ყოფილა იგი.

ექინოკოკის ქია — *tenia echinococcus*, რომელიც ზიბოლდმა აღწერა, ექინოკოკოზს იწვევს. იგი მიეკუთვნება ბრტყელ ქიათა ჯგუფს; ძალიან პატარაა, 3—5 მმ სიგრძის, შედგება თავისა და სამი პროგლოტიდისაგან, თავზე მომწოვი ხორთუმებითა და კაეებით (სურ. 23).

ექინოკოკის ქიას ჰყავს მუდმივი და დროებითი პატრონი. თქვენ კარგად უნდა დაიმახსოვროთ, თუ რომელი ცხოველია ამ



სურ. 23. ექინოკოკის ქია.

ქიის მუდმივი და რომელი დროებითი პატრონი, რადგან ქიის განვითარებისათვის ამას გარკვეული მნიშვნელობა აქვს. მუდმივ პატრონში ექინოკოკი ქიის სახითაა, დროებით პატრონში კი ფინის, ანუ ბუშტის სახით. ექინოკოკის ქიის მუდმივი პატრონია ძალი და მისი მონათესავე გარეული ცხოველები: მგელი, მელა, ტურა, აფთარი, ვეფხვი, ჭიჭი და სხვ., დროებითი პატრონი კი — ადამიანი და შინაური ცხოველები — ძროხა, კამეჩი, ცხვარი, ღორი, ცხენი, ვირი, ჯორი, აქლემი და სხვ. გთხოვთ არასოდეს არ აურიოთ ერთმანეთში ამ პარაზიტის მუდმივი და დროებითი პატრონები — ამის მნიშვნელობაში შემდგომ უფრო დარწმუნდებით.

თქვენ წინაშე, ნაოპერაციევი ავადმყოფის გარდა, რომლის ისტორიასაც მოისმენთ, წარმოდგენილია ექინოკოკის ბუშტი თავისი შეილუული ბუშტუკებით, მეორე პრეპარატი კი ამოკვეთილი, უკვე განლუული ელენთაა ექინოკოკითურთ (სურ. 24), მაგრამ უნდა მო-

უახსენოთ, რომ ამოკვეთილი ექინოკოკის პრეპარატი კარგავს თავის პირვანდელ შესახედაობას. მომავალში, ალბათ, ნახავთ ექინოკოკის ოპერაციის მსვლელობის დროს ამ პარაზიტის ბუშტს, სხვადასხვა ზომის შვილეულ ბუშტებს — ისინი საოცარი შეხედულების არიან, ზოგი „მარგალიტით“ დაცურავს კრიალა სითხეში, ზოგჯერ, თუ ექინოკოკი „მკვდარია“, იგი ერთგვაროვანი საგოზავი მასის



სურ 24. ელენთის ექინოკოკი.

სახითაა და ცალკეულ ბუშტს ვერც კი ნახავთ. გთხოვთ პრეპარატები კარგად დაათვალიეროთ შესვენების დროს.

ექინოკოკი ორი სახისაა: პირველი—ერთკამერიანი და მეორე მრავალკამერიანი, ანუ ალვეოლური ექინოკოკი — *Echinococcus alveolaris*. ისინი მაკროსკოპულად სრულიად განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან. ერთკამერიანი ექინოკოკი ადვილი ამოსაცნობია, მაშინ როდესაც ალვეოლური ექინოკოკი

შეიძლება მაკროსკოპულად ვერც კი ამოიცნოთ და სიმსივნედ მიიჩნიოთ. წარსულში მართლაც სიმსივნედ მიაჩნდათ იგი. თქვენ ექინოკოკის ეს ორი სახე უნდა გაარჩიოთ. საქირთა იცოდეთ, რომ უფრო გავრცელებულია ერთკამერიანი ექინოკოკი, ხოლო მრავალკამერიანი — საქართველოში ძალიან იშვიათად გვხვდება.

რამდენად გავრცელებული დაავადებაა ექინოკოკი? უნდა მოგახსენოთ, რომ ამჟამად საგრძნობლად იკლო ამ დაავადებამ, მაგრამ იყო დრო, როდესაც ეს პათოლოგია კატასტროფულ ციფრებს აღწევდა. არც ისე შორეულ წარსულში, 30—35 წლის წინ. შეისწავლეს ამ პარაზიტის გავრცელება მოსტიალზე ძაღლებში და აღმოჩნდა, რომ იგი 42%-ს უდრიდა. ე. ი. 100-დან 42 ძაღლი დაავადებული იყო ექინოკოკით. რასაკვირველია, ძალიან ძნელია ჰელმინთააზის სიხშირის დადგენა ძაღლებში, მით უფრო მგლებში. ამისათვის დაკავშირებული უნდა იყოს მონადირეებთან, რათა მათ

ჭიერ მოკლულ მგლებში შეისწავლოთ ექინოკოკოზის სიხშირე. ასეთი შემოწმების შედეგად აღმოჩნდა, რომ მგლების 30% ექინოკოკის ქიის მტარებელია.

საქართველოსა და ჩვენს მოძმე რესპუბლიკებშიც — სომხეთსა და აზერბაიჯანში შესწავლილია ექინოკოკოზის გავრცელება ძაღლებსა და მგლებში.

მაგალითად, მ. ა. პობოვი წლების მანძილზე სწავლობდა ექინოკოკის გავრცელებას აზერბაიჯანის, კერძოდ კიროვობადის ტერიტორიაზე მოხეტიალე ძაღლებში და დაადგინა, რომ ამ ქიის სიხშირე 40-45%-ს შორის ცვალებადობდა. ამავე პერიოდში სომხეთში მოხეტიალე ძაღლებს შორის ექინოკოკოზის გავრცელება, კალანტაროვას მონაცემებით, უფრო მაღალ პროცენტს აღწევდა.

უნდა მოგახსენოთ, რომ თითქმის ორი ათეული წლის შემდეგ აღნიშნული საკითხი ხელმეორედ შეისწავლეს და აღმოჩნდა, რომ მოხეტიალე ძაღლებში ექინოკოკოზი 22%-მდე შემცირდა, ბოლო გამოკვლევებით — 11%-ს აღწევს. უნდა ვიფიქროთ, რომ სათანადო ღონისძიებების მიღების საფუძველზე აღნიშნული პათოლოგია სადღეისოდ კიდევ უფრო ნაკლებია. აქედან გამომდინარე, რაც ნაკლები იქნება ექინოკოკოზის ინვაზია ძაღლებში. მით ნაკლებად დაავადდება ადამიანი და შინაური ცხოველებიც.

პროფ. ნ. ი. ნაპალკოვმა ჩრდილოეთ კავკასიის შინაურ ცხოველებში შეისწავლა ექინოკოკოზის სიხშირე და გამოარკვია, რომ კაცრებში ექინოკოკი 75%-ით გვხვდება, ე. ი. 100 ცხვირიდან 75 დაავადებულია ექინოკოკით.

ასეთი გამოკვლევები ჩატარეს ჩვენშიც, საქართველოში; გამოირკვა, რომ რჭიანი საქონლის 42—50% ექინოკოკის მტარებელი იყო. თქვენ, ალბათ, ჰიგიენის შესწავლის დროს ნახავდით თანამედროვე ტექნიკით აღჭურვილ, კეთილმოწყობილ სასაკლაოებს, სადაც დღე-ღამის განმავლობაში ათასობით საქონელი იკვლება. თავის დროზე მიიღიწებული ზეჟაღა ექიმების ბრიგადა აღნიშნული საკითხის შესასწავლად. ყურადღება იყო გამახვილებული იმაზე, თუ რომელი რაიონიდან ღებულობდნენ სასაკლაოზე საქონელს. მოკვსენებათ, რომ ექინოკოკოზი უმეტესად აღმოსავლეთ საქართველოშია გავრცელებული, რადგან მესაქონლეობას უფრო აქაური მოსახლეობა მისდევს. აღმოსავლეთ საქართველოში ექინოკოკის გავრცელების სიხშირის მხრივ გამოირჩევა წითელი წყარო, თიანეთი, დუშეთი, მარნეული, გარდაბანი, დასავლეთ საქართველოდან — ხულოს რაიონი, აფხაზეთი, რაჭა, აგრეთვე სამხრეთ ოსეთი და ჩრდილოეთ კავკასიასთან დაკავშირებული რაიონები. აკად. ვ. მუხამძემ და პროფ. მ. ჩაჩავამ დაადგინეს, რომ ექინოკოკით და-

ავადებულ ადამიანთა 90% სწორედ აღმოსავლეთ საქართველოს მოსახლეობაზე მოდიოდა, ხოლო 10% — დასავლეთ საქართველოს მცხოვრებლებზე.

ამ ბოლო ხანებში ჩვენს კლინიკაში რამდენიმე ავადმყოფს გავუკეთეთ ოპერაცია ექინოკოკის გამო — ისინი აღმოსავლეთ საქართველოდან იყვნენ. ამ გარემოებაზე თქვენი ყურადღება იმიტომ შევაჩერე, რომ ექინოკოკის დიაგნოზის დადგენისათვის ასეთ ფაქტორს გარკვეული მნიშვნელობა აქვს.

ექინოკოკის გავრცელებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს საყოფაცხოვრებო პირობებს, განსაკუთრებით კი მოსახლეობის მომარაგებას სასმელი და სახმარი წყლით. მოგახსენებათ, რომ ათეული წლების წინ სასმელი წყალი არ იყო დაცული, იგი ადვილად ბინძურდებოდა, არც ბაღ-ბოსტნები იყო შემორაგული. ამჟამად თითქმის ყველა სოფელი უზრუნველყოფილია წყლის დახურული სისტემით, ბაღ-ბოსტნები კი შემოღობილია — დაცულია გაბინძურებისაგან. ეს ყოველივე მნიშვნელოვანი ფაქტორებია ექინოკოკის პროფილაქტიკისათვის. როგორც მოსახლეობაში, ისე მეცხოველეობაში ამ დაავადების პროფილაქტიკას დიდი სახელმწიფოებრივი და ეკონომიური მნიშვნელობა ენიჭება. ექინოკოკოზის ლიკვიდაციისათვის იბრძვის კაცობრიობა, რადგან იგი მთელ მსოფლიოშია გავრცელებული. აქვე უნდა მოგახსენოთ, რომ მაღალი კულტურის ქვეყნებში, სადაც სათანადოდაა დაცული ჰიგიენური პირობები, ამ დაავადების შემთხვევები ნაკლებია.

ჩემი საექიმო მოღვაწეობის პერიოდში ჩვენს ქვეყანაში ამ დაავადებამ საგრძნობლად იკლო, ამის მიზეზია ჩვენი მთავრობის მიერ განხორციელებული ღონისძიებები.

მე მოგახსენეთ, რომ ექინოკოკით დაავადებას სახელმწიფოსათვის ეკონომიური ზარალი მოაქვს და, აი, რატომ: იყო დრო, როდესაც საქონლის 70—75% დაავადებული იყო ექინოკოკით და, რაკი ექინოკოკი საქონლის ღვიძლსა და ფილტვებში იყო დაბუდებული, წარმოიდგინეთ, რამდენი ხორცი იქნებოდა უყარგისი. კარგმა დიასახლისმა დაახლოებით იცის, თუ რას იწონის ძროხის, ცხვრის, ღორის ღვიძლი და ფილტივი. სასაკლავოზე შემოდგომის თვეებში ათეული ათასობით საქონელი იკვლება და, თუ 70—75% საქონელი დაავადებული იქნება ამ პარაზიტით, ადვილი წარმოსადგენია შედეგი. ისიც უნდა მიიღოთ მხედველობაში, რომ ამ სნეულებით დაავადებული საქონლის ხორცი დაბალი ხარისხისაა — იგი მე-2 ან მე-3 კატეგორიას მიეკუთვნება. აქედან გამომდინარე, შეგიძლიათ განსაჯოთ, თუ რაოდენ დიდ ეკონომიურ ზარალს ნახულობს სახელმწიფო ამ დაავადების გამო. ეს რომ ფულად ანგარიშზე გადავიტანოთ,

მილონობით მანეთს მივიღებთ. აქვე მინდა ერთ გარემოებას მიაქციოთ ყურადღება: თუ ადამიანი ღვიძლის ექინოკოკით ავადდება 70% შემთხვევაში, ხოლო 25% ფილტვსა და 5% სხვა ორგანოებზე მოდის, ექინოკოკით საქონელს ღვიძლი და ფილტვი/ერთნაირი შეფარდებით უავადდება. ეს უნდა ავხსნათ იმით, რომ ბალახის ძოვის პროცესში შესუნთქულ ჰაერს ადვილად შეჰყვება ჰიის კვერცხები, რომლებიც დაიბუდებენ საქონლის ფილტვებში. როგორც ხედავთ, საქონლის ფილტვში ექინოკოკის მოხვედრის ორი გზა არსებობს.

ახლა განვიხილოთ თუ როგორ ავადდებიან მგლები ექინოკოკით. მგელს შეიძლება შეხვდეს ექინოკოკით დაავადებული მკვდარი ცხვარი ან თვითონ მოიტაცოს იგი. ექინოკოკოზის გამო დაუძლეურებული და დასუსტებული ცხვარი ზოგჯერ შეიძლება ჩამორჩეს ფარას, დარჩეს გზაში ან გაიჩხიროს ბუჩქებში და მგელმა ან ტურამ შეჭამოს იგი. ასეთ შემთხვევაში მგელი და ტურა ექინოკოკის ჰიის მუდმივი მტარებლები გახდებიან. მე მინდა ეს კარგად დაიმახსოვროთ. ამას დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს, რადგან, თუ შევძელით იმ ჯაჭვის გაწყვეტა, რომელიც გაბმულია ექინოკოკის მუდმივ და დროებით მტარებლებს შორის, ეს დაავადება მოისპობა.

როგორ ვრცელდება ექინოკოკი? გთხოვთ ყურადღებით მოისმინოთ ექინოკოკის განვითარების ეტაპები და კარგად გაერკვეთ მის ევოლუციაში.

ძალის ნაწლავთა ტრაქტში დაბუდებული ექინოკოკის ჰიას მომწიფების სტადიაში მოწყდება მესამე პროგლოტიდა, რომელშიც 3000-მდე კვერცხია. წარმოიდგინეთ ექინოკოკის პაწაწინა ჰია, მისი პროგლოტიდა სამი ათასი კვერცხით და ერთი კვერცხის სიდიდე — ღვი თვალთ კი არა, შეიძლება მიკროსკოპითაც ძლივს დაინახოთ. ეს კვერცხი უნდა მოხვდეს დროებითი პატრონის კუჭ-ნაწლავსა ან სასუნთქ ორგანოებში. გასაგებია, თუ ჩვენ მივალწევთ იმას, რომ კვერცხი არ მოხვდება დასახლებულ ორგანოებში, მაშინ ადამიანიცა და შინაური ცხოველებიც დაზღვეული იქნებიან ექინოკოკისაგან.

ამრიგად, ექინოკოკის ჰიის კვერცხი საკმელთან, ბოსტნეულთან ან ძალთან კონტაქტით შეიძლება მოხვდეს ადამიანის კუჭ-ნაწლავში. ვინ შეგობრობს უმეტესად ძალთან! მონადირე და მწყემსი! ამიტომაც მწყემსებსა და მონადირეებს შორის უფრო ხშირია ექინოკოკით დაავადება. თქვენ იცით, თუ რაოდენ ერთგული შეგობრობა იცის ძალმა — ზოგჯერ ის თავისი პატრონის სიკვდილის მსხვერპლიც კი ხდება. თქვენ ეს წაგიკითხავთ მხატვრულ ლიტერატურაში. ხშირად ოჯახშიც შეხვდებით სხვადასხვა ჯიშის ე. წ. ოთახის ძალს, რომელსაც ვალერსებთან, ხელით აქმევენ, დაჰყავთ

ხელში აყვანილი და ზოგიერთი ისე ანებივრებს, რომ თავის საწოლ-შიც კი აწვენს. ცხადია, ასეთი ძალი ეჩვევა პატრონს და დიდ სიყვარულს სიყვარულოთვე პასუხობს — არ სცილდება მას, დასდევს, ზოგჯერ ხელებს, სახეს ულოკავს და, თუ ეს ძალი დაავადებულია ექინოკოკით, ამ პარაზიტის კვერცხები უთუოდ მის ბეწვზე იქნება გაბნეული, ადვილად აპყვება ადამიანის ხელს და, მოგეხსენებათ, რაოდენ იოლად შეიძლება მოხვდეს ადამიანის კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში.

ადამიანის კუჭში მოხვედრილ ჰიის კვერცხებზე კუჭის წვენი ზემოქმედებს. უნდა იცოდეთ, რომ როგორც ყოველგვარ კვერცხს, ისე ამ პარაზიტის კვერცხსაც აქვს გარსი, მაგრამ იგი მეტად ნაზია და კუჭის წვენის ზემოქმედებით ადვილად იშლება. გარსშემოცლილი ონკოსფერო მიეწებება კუჭის ან ნაწლავების ლორწოვან გარსს, იქიდან კი მოხვდება კარის ვენის სისტემაში. ალბათ, სისხლძარღვების ანატომიიდან გახსოვთ, რომ კარის ვენის სისტემა კუჭ-ნაწლავიდან კაპილარებით იწყება და ღვიძლში კვლავ კაპილარებად ნაწილდება, ამავე კაპილარებით იწყება ღვიძლის ვენა. ეს ორი კაპილარული სისტემა ზოგჯერ პირდაპირ გადადის ერთმანეთში. თუ ონკოსფერო ამ კაპილარით გადავა ღვიძლის ვენაში, აქედან იგი მოხვდება ქვემო ღრუ ვენაში, შემდეგ მარჯვენა წინაგულში, იქიდან მარჯვენა პარაკუქსა და ფილტვებში. უმეტესად ონკოსფერო ვერ გადის ღვიძლის კაპილარში, იჩხირება მის სანათურში და იქ იწყებს განვითარებას. ამრიგად, ღვიძლი პირველი ფილტრია, სადაც უმეტესად რჩება ექინოკოკის ონკოსფერო და იწყება მისი პარაზიტული ცხოვრება. ასე ხდება შემთხვევათა 70%-ში. რაც შეეხება იმ ონკოსფეროს, რომელიც გაივლის პირველ ფილტრს — ღვიძლს, მოხვდება ქვემო ღრუ ვენაში, აქედან მარჯვენა გულში და შემდეგ ფილტვის არტერიაში, რომელსაც ფაქტიურად ვენური სისხლი შეაქვს ფილტვებში, შეიძლება დარჩეს ფილტვის არტერიის საბოლოო კაპილარებში და იქ დაიწყოს განვითარება. ამრიგად, ფილტვი მეორე ფილტრია, სადაც შეიძლება განვითარდეს ექინოკოკი. ამ ლოკალიზაციის ექინოკოკს სიხშირით მეორე ადგილი უკავია და მას შემთხვევათა 20—25%-ში ვხვდებით. სხვა ორგანოებში — ტვინში, გულში, საშვილოსნოში, ძვალში, ელენთასა და თირკმელში — აღნიშნული დავადება შემთხვევათა 5%-ში გვხვდება.

ფილტვის ექინოკოკის განვითარების მესამე გზაც არსებობს — ეს არის ლიმფური გზა: ამ დროს ონკოსფერო სისხლძარღვის ნაცვლად ლიმფური მილების გზით მოხვდება ductus thoracicus-ში, რომელიც მარჯვენა vena subclavia-ს შეუერთდება იქ, სადაც ლავიწქვეშა ვენა და შიგნითა ~~ხეობა~~ ვენა ერთვის ერთმანეთს. შემდეგ-

ში ონკოსფერო შეიძლება მოხვდეს ზემო ღრუ ვენაში და ამავე გზით — ფილტვში. როგორც ხედავთ, ექინოკოკის ფილტვში მოხვედრისათვის არსებობს სამი გზა: ასპირაციული, სისხლისა და მესამე — ლიმფური, ხოლო ღვიძლის ექინოკოკის განვითარებისათვის მხოლოდ პორტალური გზაა. მიუხედავად ამისა, ღვიძლში მაინც გაცილებით ხშირად ვხვდებით ექინოკოკს, რადგან ეს ორგანო პირველი ბარიერია, სადაც კუჭ-ნაწლავიდან სისხლს მიაქვს იქ მოხვედრილი ჭიის კვერცხი.

გთხოვთ ერთ გარემოებას მიაქციოთ განსაკუთრებული ყურადღება: ეს არის მთავარი ბიოლოგიური კანონი — გამრავლების ინსტინქტი. მოგეხსენებათ, რომ ამ კანონს ყველა ცოცხალი არსება ემორჩილება, ადამიანი თუ ცხოველი, მიკრობი თუ პარაზიტი. გამრავლების წამახალისებელი ბევრი გარემოება არსებობს, ზოგს იგი პრიმიტიულად აქვს გამოხატული, ზოგს კი — მაღალი ფორმებით. მაგალითად, ადამიანში ამას სიყვარული უღვევს საფუძვლად, ცხოველსა თუ პარაზიტში კი — გამრავლების ინსტინქტი.

ექინოკოკის ჭია, რომელიც თავისი მუდმივი პატრონის კუჭ-ნაწლავშია დაბუდებული, შთამომავლობის გაგრძელებისათვის უსათუოდ დროებით პატრონში უნდა მოხვდეს, მაგრამ ეს იოლი საქმე როდია: ძაღლის კუჭ-ნაწლავიდან გამოსული ჭიის კვერცხი ხომ შეიძლება მდინარეში მოხვდეს და საბოლოოდ ზღვაში გავიდეს ან ნიადაგში ჩაიმარხოს, მცხუნვარე მზეზე დაიწვას და სხვ. მაგრამ ჩვენ ვიცით უკვე, რომ ის პროგლოტიდა, რომელმაც დატოვა თავისი მუდმივი პატრონი. მართო ერთ კვერცხს კი არ შეიცავს, არამედ სამ-ხუთი ათასს! და ძნელია დავიჯეროთ, რომ მათგან ერთი მაინც არ მოხვდეს ადამიანის ან რომელიმე სხვა დროებითი მტარებლის კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში, თუმცა ესეც არ იქნება გამრავლების საბოლოო გამარჯვება. დროებითი პატრონის კუჭ-ნაწლავში მოხვედრილი კვერცხიდან მაშინვე ჭია კი არ წარმოიშვება, არამედ ფინაბუშტი! აი, ის რაც თქვენს წინაშეა წარმოდგენილი — თეთრი, სხვადასხვა ზომის ბუშტები (სურ. 25). პარაზიტს კი სურს წარმოშოს თავისივე მსგავსი შთამომავლობა, ე. ი. ისევ პარაზიტი — ჭია!

მაშ, ვინ იტყვის, როგორ უნდა წარმოიშვას ექინოკოკის ჭია ექინოკოკის ფინის ფორმიდან?

ს ტ უ დ ე ნ ტ ი: ექინოკოკის ბუშტი უნდა მოხვდეს მუდმივი პატრონის კუჭ-ნაწლავში!

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: სრული ჭეშმარიტებაა! და თუ ჩვენ მოვახერხებთ იმას, რომ ექინოკოკის ბუშტი, ანუ ფინა არ მოხვდება მუდმივი მტარებლის კუჭ-ნაწლავში, ე. ი. გავწყვეტთ პარაზიტის

გამრავლების ჩაქვს, ეს იმის საწინდარი გახდება, რომ მოვსპობთ ექინოკოკოზით დაავადებას.

როგორც ხედავთ, თქვენ, ახალგაზრდა ექიმებს, მომავალში დაგვეისრებათ სათანადო მუშაობის ჩატარება ამ მხრივაც. განსაკუთრებული ყურადღება იქნება საჭირო იქ, სადაც მესაქონლეობაა განვითარებული. აუცილებელია მოსახლეობაში სანიტარულ-საგანმანათლებლო მუშაობის ჩატარება — იმის განმარტება, თუ როგორ ვრცელდება ექინოკოკი. საჭიროა აგრეთვე სასაქალოების კეთილმოწყობა. სპეციალური ღუმელების დაკომპლექტება, სადაც დაიწ-



სურ. 25. ექინოკოკის ბუშტები და ქიტინის გარსი.

ვება ექინოკოკით დაავადებული საქონლის ღვიძლი. ფილტვები და სხვა ორგანოები. ასეთ პირობებში ძაღლები, რომლებიც სასაქალოს გარს ეხვევიან, ექინოკოკით დაავადებულ სორცს ველარ შექამენ. მიუხედავად ამისა, რომ დღეს ყველა რაიონულ ცენტრს აქვს სასაქალო, ჭერჭერობით მაინც ვერ ხერხდება ყველა საქონლის იქ დაკვლა. ცენტრიდან დაშორებულ სოფლებში მცხოვრებლები, კოლმეურნეები ადგილობრივ კლავენ თავის საქონელს და,

ამრიგად, სწორედ ამ მოსახლეობას უნდა განუემართოთ, თუ როგორ მოიქცნენ, როცა საქონელს ექინოკოკი აღმოაჩნდება. მაშინ უნდა აუფხსნათ, რომ საჭიროა ამ საქონლის ხორცის დაწვა ან მიწაში ღრმად ჩამარხვა. რატომ ჩამარხვა? იმიტომ, რომ ძაღლმა ან რომელიმე ვარეულმა მტაცებელმა არ მიაგნოს მას, არ ამოთხაროს და არ შექამოს. მინდა კარგად გაიგოთ სანიტარულ-საგანმანათლებლო მუშაობის მიზანი და აუცილებლობა, რათა შეძლოთ მომავალში ამ დაავადების გავრცელების შესაძლებლობის მოსპობა როგორც დროებით, ისე მუდმივ მტარებელში. დიახ, ეს საქვეყნო საქმეა და წუ გეწყინებათ თუ არც ერთ თქვენგანს არ ვაპატიებ ექინოკოკის განვითარების გზებისა და პროფილაქტიკის უცოდინარობას.

ახლა კი დაუბრუნდეთ ჭიის გამრავლებას. როგორც ვთქვით, მუდმივი პატრონი კუკ-ნაწლავის ტრაქტიდან გამოსული კვერცხი თუ გადაურჩა წყალს, მცხუნვარე მზეს, ხოლო ადამიანის ორგანი-

ზმში მოხვედრის შემდეგ კუჭის წვენის მკავობის გავლენას, იგი დაიბუღებს დროებითი პატრონის რომელიმე ორგანოში. ციკლის შემდეგი განვითარებისათვის კი პარაზიტმა უნდა გაანადგუროს, მოკლას დროებითი პატრონი, რათა მისი ფინა, ანუ ექინოკოკის ბუშტი კვლავ მოხვედეს მუდმივი პატრონის კუჭ-ნაწლავში და წარმოშვას ისევ კია და ასე შემდეგ... თქვენ ხედავთ თუ რამდენი ბოროტებაა ამ პატარა კიაში — იგი კლავს დროებით პატრონს იმის გამო, რომ წარმოშვას თავისივე მსგავსი კია და ეს ხდება სხვის ხარჯზე. ამიტომაც ჰქვია მას პარაზიტი!

მამასადამე, კიის ლეიქლში მოხვედრა ნიშნავს იმას, რომ ლეიქლში შეიჭრა საშიში მტერი, რომელსაც განზრახული აქვს ადამიანის მოკლა. ასეთ მტერს ორგანიზმიც მტრულად პასუხობს და ამ ბრძოლაში იშლება კლინიკური ნიშნები. ონკოსფეროს ლეიქლში შეჭრისთანავე ცენტრალური ნერვული სისტემა „ღებულობს ცნობას“, რომ ლეიქლში ვერაგი მტერი შეიჭრა, ხოლო უმაღლესი მარეგულირებელი ცენტრი „გაცემს ბრძანებას“, რათა ლეიკოციტების არმია შეეშველოს ლეიქლს საბრძოლველად. სისხლის საშუალებით მოსული ლეიკოციტები პარაზიტის ირგვლივ განლაგდება და იწყება ლეიკოციტების. ე. ი. ადამიანის ორგანიზმსა და პარაზიტს შორის ბრძოლა. ბრძოლის პროცესში პარაზიტის ირგვლივ წარმოიქმნება შემაერთებული ქსოვილი, რომელიც დროის განმავლობაში მომწიფდება, ჩამოყალიბდება შემაერთებელქსოვილოვანი ხარისები და. ამრიგად, შეიქმნება გარსი, ე. ი. პარაზიტი მოემწყვდევა ციხეში, სადაც მას შიმშილით სიკვდილი მოელის.

თქვენ კარგად მოგეხსენებათ ქართველი ერის ისტორია — იცით, საუკუნეების მანძილზე როგორ გმირულად უმკლავდებოდა იგი რიცხობრივად გაცილებით მეტ მტრის ჯარს. ჩვენი ხალხი თავდაცვის მიზნით აგებდა ციხე-კოშკებს. ვინ არ მოხიბლულა საქართველოს ტერიტორიაზე გაფანტული ურიცხვი ციხე-კოშკებით და, თუ დაკვირვებუხართ, ეს სიმაგრეები გაშენებულია მალღობებზე. სადაც წყაროებიცაა. მათ ქვეშ გაყვანილია ფარული გვირაბები, რათა ალყაშემორტყმულათვის სანოვავე მიეწოდებინათ.

მტრის ჯარი, რაკი სხვაგვარად ვერაფერს ხდებოდა, ზოგჯერ ალყას შემოარტყამდა ამ სიმაგრეებს იმ მიზნით, რომ შიგ მომწყვდეული ხალხი შიმშილის გამო დანებებოდა მას. ამ მაგალითის მსგავსად ორგანიზმი შემოარტყამს ალყას პარაზიტს — შექმნის ფიბროზულ გარსს და იქ მომწყვდეულ პარაზიტს შიმშილით სიკვდილს ემუქრება.

რა თქმა უნდა, პარაზიტი, თავის მხრივ. იბრძვის სიცოცხლის შენარჩუნებისა და გამრავლებისათვის, ე. ი., როგორც მოგახსენეთ,

პარაზიტსა და ორგანიზმს შორის მუდმივი დაუნდობელი ბრძოლაა. რა საბრძოლო იარაღი აქვთ ამ ურთიერთმებრძოლთ? ორგანიზმს — ლეიკოციტების არმია, რუმელიტების შემაერთებელქსოვილოვანი ბარიერს, იმუნოლოგების მანძილზე მკვრივდება კალციუმის მარილების დაგროვების გამო, ხოლო პარაზიტს — ქიტინის გარსი, თეთრია და კრიალა, რომელიც თქვენს წინაშეა წარმოდგენილი. მის შიგნით სხვადასხვა ზომის, ერთი შეხედვით, თითქოს მარგალიტის მსგავსი ლამაზი ბუშტუკებია — ისინი შეიღეული ბუშტუკები გახლავთ. შეიღეული ბუშტუკების გამოსაკვებად პარაზიტს საკვები სჭირდება. სად შოულობს იგი ამ საკვებს? ცხადია, ადამიანის ორგანიზმიდან! ამისათვის პარაზიტმა უნდა გაარღვიოს ის ფიბროზული გარსი, რომელიც ორგანიზმმა შექმნა. ფიბროზული გარსის დაშლას მოსდევს სისხლის ჩაქცევა, ლიმფის გამოყოფა, წარმოიქმნება ნეკროზული ქსოვილი, რითაც იკვებება შეიღეული ბუშტუკები. ამ საკვებს სისტემატურად წარმოშობს და შეიწოვს ქიტინის გარსის გარეთა შრე. თქვენ ხედავთ, რომ ყველა ცოცხალი არსება იბრძვის თავისი შთამომავლობის შენარჩუნებისა და გამრავლებისათვის. ხომ გინახავთ, კრუხი როგორ დატრიალებს თავს თავის წიწილებს, როცა ქორი წამოერევა მათ. დედა შეებრძოლება მტაცებელ ფრინველს და შეიძლება შეეწიროს კიდევ მას. დიახ, ეს ბიოლოგიური კანონია, რომელიც შთამომავლობიდან შთამომავლობას გადაეცემა. ასევე იცავს ადამიანის ორგანიზმში მოხვედრილი პარაზიტი თავის შეიღეულ ბუშტუკებს, ზრუნავს მათი გამოკვებისათვის, რისთვისაც შლის ფიბროზულ გარსს. საინტერესოა, რითი არღვევს იგი ამ გარსს? ქიტინის გარსი გამოყოფს სითხეს, რომელიც, კონცენტრირებული მჟავას მსგავსად, შლის ფიბროზულ გარსს და, დამარცხებული ჭარის მსგავსად, ღვიძლის ქსოვილიც იხევს უკან, წარმოქმნის ახალ შემაერთებელქსოვილოვან ბარიერს. ამ პროცესში პარაზიტი იპყრობს ღვიძლის სულ ახალ-ახალ ტერიტორიას და ბატონდება მის პარენქიმაში. თუ ფიბროზული გარსი მაგარია, ორგანიზმი კი — კარგი მებრძოლი, შეიძლება პარაზიტი ვერც მოერიოს მას, ვერ დაარღვიოს ფიბროზული გარსი, ე. ი. ვერ იშოვოს საკვები და შიმშილით მოკვდეს. ამრიგად, ორგანიზმსა და პარაზიტს შორის ბრძოლაში იმარჯვებს ის, ვინც ძლიერია. ექინოკოკის ოპერაციის დროს გვინახავს მკვდარი პარაზიტი — ის ზოგჯერ ჩაკირულია, ზოგჯერ კი საგოზავისებრ ერთგვაროვანი მასაა.

რაკი თქვენ უკვე გაერკვიეთ პარაზიტის განვითარების გზებსა და ადამიანისა და პარაზიტის ურთიერთბრძოლის საშუალებებში, ახლა საჭიროა იცოდეთ ექინოკოკის დიაგნოზის დადგენა.

ღვიძლის ექინოკოკის შემთხვევაში, რუ ის ზედაპირულადაა,

გლისონის კატესულის დაქიმვის გამო, ავადმყოფს დაეწყება ტკივილი, დროის განმავლობაში, როცა პარაზიტი მიაღწევს დიდ ოდენობას, მოისინჯება სიმსივნე. რა თქმა უნდა, პარაზიტის ცენტრალური მდებარეობის დროს როგორც ტკივილი, ისე სიმსივნე გამოვლინდება გვიან. დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის საცხოვრებელ ადგილს, თუ საიდანაა ის ჩამოსული.

ამას წინათ ერთ აზერბაიჯანელ გოგონას გავუყეთეთ ოპერაცია — მას აღმოაჩნდა ორი ორგანოს — ღვიძლისა და ელენთის ექინოკოკი. ორივე პარაზიტი ამოვკვეთეთ, ოპერაციის შემდეგ ბავშვის სოფელში გავაგზავნეთ ექიმი, შევისწავლეთ ავადმყოფის საცხოვრებელი ადგილი, დავადგინეთ, რომ მის ეზოში ექინოკოკის მტარებელი ძაღლები იყვნენ, რომლებიც დაუყოვნებლივ მოვასპობინეთ. ვიყავით თუ არა მართალი? რა თქმა უნდა, სიმართლე ჩვენს მხარეზე იყო, მოვსპეო ექინოკოკის გავრცელების კერა.

სხვა კლინიკური ხიშნებიდან აღსანიშნავია სისხლის ფორმიან ელემენტების, ეოზინოფილების მომატება 8—10—20%-ის ფარგლებში. სხვა პარაზიტული დაავადებების, მაგალითად, ტრიქინოზისა და ღვიძლის ფასციოლის შემთხვევებში ეოზინოფილები 80-მდე აღწევს. შეიძლება თქვენი ავადმყოფი ექინოკოკის მტარებელი იყოს, მაგრამ მას ეოზინოფილების ნორმალური რაოდენობა ან, პირიქით, ანეოზინოფილია ჰქონდეს გამოხატული. ეს დამოკიდებულია იმ ბრძოლის ინტენსივობაზე, რომელიც ადამიანის ორგანიზმსა და პარაზიტს შორის მიმდინარეობს. თუ ორგანიზმი ძლიერია, ბრძოლისუნარიანი, მაშინ სისხლში ეოზინოფილები მატულობს, ხოლო თუ ადამიანი დაუძლურებულია, ეოზინოფილია არ აღინიშნება. თუ პარაზიტი სუსტია, იგი ტოქსინს ვერ გამოყოფს, ორგანიზმს ვერ აღიზიანებს და ეოზინოფილიაც არ იქნება — ეს კი მოხდება მაშინ, როცა ექინოკოკი მოკვდება ან დაჩირქდება. ასეთივე სურათი იქმნება მაშინაც, როცა ექინოკოკი მოერევა ისეთ მრავალმნიშვნელოვან ორგანოს, როგორც ღვიძლია, და ავადმყოფს დააუძლურებს.

სხვა სადიავნოზო საშუალებებიდან აღსანიშნავია დადებითი ვაინბერგის რეაქცია, ისევე, როგორც ლუესის დროს ვასერმანის რეაქცია და, ბოლოს, კასონის ალერგიული რეაქცია.

ჩემი ახალგაზრდობის დროს ვმუშაობდი ცენტრალური კლინიკური საავადმყოფოს ჰოსპიტალური ქირურგიის კათედრაზე. ერთხელ ექიმებმა გამომიძახეს ავადმყოფის საკონსულტაციოდ. ვნახე ახალგაზრდა ქალი, რომელიც ძალიან მძიმე მდგომარეობაში იყო, თითქმის უმაჯოდ, გაფითრებული. როგორც გადმომცეს, ავადმყოფს მიეღო ტრავმა — გადმოვარდნილიყო ტრამვაიდან და იგი მძიმე ზოგად

მდგომარეობაში მოეყვანათ საავადმყოფოში. ცხადია, ექიმებმა იფიქრეს, რომ აღნიშნული ტრავმის შედეგად ავადმყოფს დაუზიანდა ელენთა ან ღვიძლი და განვითარდა შინაგანი სისხლის დენა. ავადმყოფს დაეხედუ თუ არა, დამებადა აზრი, რომ საქმე გვექონდა ექინოკოკის გასკდომასთან. რის საფუძველზე შევძელი ერთი შეხედვით ამ დიაგნოზის დადგენა? იმის მიხედვით, რომ ავადმყოფს მთელ სხეულზე აღენიშნებოდა წითლად დაფოთილი ლაქები, ე. ი. ალერგიული, ანუ ანაფილაქსიური გამონაყარი. ანალოგიურ შემთხვევაში ყველა თქვენგანმა უნდა შეძლოს ექინოკოკის დიაგნოზის დადგენა. ავადმყოფს გავუკეთე ოპერაცია — აღმოაჩნდა ღვიძლის დიდი ზომის გახეთქილი ექინოკოკი. მუცელში ჩაღვრილი სითხე და ურიცხვი შეიღებული ბუშტუკები იყო. მუცლის ღრუ ამოვასუფთავეთ, გავაკეთეთ ექინოკოკექტომია. ავადმყოფი გადარჩა, მაგრამ რამდენიმე წლის შემდეგ მას განუვითარდა მუცლის ღრუს მრავლობითი ექინოკოკოზი.

მახსოვს ერთხელ, ესეც ჩემს ახალგაზრდობაში, ავადმყოფის საკონსულტაციოდ გამომიძახეს შინაგან სნეულებათა განყოფილებაში. რაკი ავადმყოფის გასინჯვით — გულმკერდის პერკუსიით მიიღეს მოყრუება, მოსმენით სუნთქვა არ ტარდებოდა, ხოლო გულმკერდის ბგერითი ხმიანობა შესუსტებული აღმოჩნდა, ამ კლასიკური ტრადის საფუძველზე, რომელიც ახასიათებს ექსუდაციურ პლევრიტს, დაადგინეს ამ დაავადების დიაგნოზი. დაიმახსოვრეთ, რომ ეს ტიპური ნიშნები შეიძლება ჰქონდეს ავადმყოფს, რომელსაც ფილტვის დიდი ექინოკოკი აქვს. ხოლო თუ ექიმი აღნიშნულ პათოლოგიაზე ეჭვს არ მიიტანს, გააკეთებს პუნქციას, მიიღებს კრიალა სითხეს და ექინოკოკის გაჩხვლეთილი ბუშტიდან სითხე პლევრის ღრუში ჩაიქცევა, რა მოვლენები დაიწყება: ავადმყოფს წაუვა გული — დაეკარგება მაჭა, კანზე განუვითარდება წითელი ფერის ლაქები, ე. ი. გამომჟღავნდება ალერგიული რეაქცია. მაშასადამე, ექინოკოკის სითხის შეწოვის შედეგად ვითარდება ზემოაღნიშნული ძლიერი რეაქცია. წარსულში ამ რეაქციას არ იცნობდნენ. ექინოკოკის ქირურგიული მკურნალობის დროს ავადმყოფებს თითქმის ყოველთვის უვითარდებოდათ ანაფილაქსიური შოკი, რის გამოც იღუპებოდნენ. ეს მოვლენა შეისწავლა იტალიელმა მეცნიერმა კასონიმ (Cazoni) და შეიმუშავა სპეციფიკური რეაქცია, რომელიც დღეს მისი სახელითაა ცნობილი. აღნიშნული ინტარდერმული რეაქციაა: მცირე (0,3—0,5 მმ) რაოდენობით ექინოკოკის სითხე კანის სისქეში უნდა შევიყვანოთ ისე, რომ წარმოიშვას პატარა, ლიმონის ქერქის მსგავსი დილაკი. თუ ავადმყოფს ექინოკოკი აქვს, სითხის შეყვანის ადგილას კანი გაწითლდება, შემალღდება. მივი-

ლებთ სურათს, რომელიც კინკრით დასუსხვას მოგვავაგონებს. ეს რეაქცია მეტად საიმედო სადიაგნოზო საშუალებაა; ის ექინოკოკით დაავადებულთა შორის დადებითია 90—95%-ში.

ამგვარად, გეოგრაფიული მონაცემები, პროფესია, ლეიძლის გაღიდება, ეოზინოფილია, ვაინბერგისა და კასონის რეაქციები, რენტგენი ის სადიაგნოზო საშუალებებია, რომლებიც ექინოკოკის ამოცნობაში გვეხმარებიან.

რაც შეეხება ექინოკოკის მკურნალობას, იგი მხოლოდ ქირურგიულია; მისი მიზანია პარაზიტის მოცილება ისე, რომ ბუშტის შიგთავსი (ექინოკოკის სითხე, შეილუული ბუშტუკები, კავეები) არ მოხვდეს მუცლის ღრუსა ან ჰრილობაში. რა თქმა უნდა, ამ მხრივ უკეთეს ოპერაციად ჩაითვლებოდა ბუშტის ამოკვეთა ფიბროზულ-გარსიანად, მაგრამ ეს ყოველთვის არ ხერხდება. ამიტომ უმეტესად ამოკვეთავთ ხოლმე ყველაფერს, რაც პარაზიტს ეკუთვნის, ქიტინის გარსიანად და ექინოკოკის ღრუს დავამუშავებთ 2%-ანი ფორმალინის ხსნარით. შესაძლებლობის ფარგლებში ამოკვეთავთ ფიბროზულ გარსს, რის შედეგადაც პარაზიტის ღრუ დაპატარავდება, ფიბროზულ გარსს შიგნით ჩავაბრუნებთ და ნაკერებს დავადებთ. ზოგიერთ შემთხვევაში, როცა საქმე შეეხება დაჩირქებულ ან ძლიერ დიდი ზომის ექინოკოკს, მისი გახსნისა და ელემენტების ამოცლის შემდეგ, იძულებული ვართ ფიბროზული გარსი ჰრილობას ამოვაკეროთ და ჩავატაროთ ექინოკოკის ღრუს ღრენირება.

მეთექვსმეტე ლექცია

ჩვენი დღევანდელი ლექციის თემაა ნაწლავთა გაუვალობა — Ileus. ამ პათოლოგიას მწვავე მუცლის სხვა დაავადებათა შორის მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია. თავიდანვე უნდა მოგახსენოთ, რომ თუ მწვავე მუცლის სხვა მიზეზების გამო (მწვავე აპენდიციტი, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაცია, ნაღვლის ბუშტის მწვავე ანთება, საშვილოსნოსგარე ორსულობა და სხვ.) სიკვდილიანობის პროცენტი დაბალია, გაუვალობის შემთხვევებში ჭერჯერობით ასეთი მიღწევები არა გვაქვს. როგორც მწვავე მუცლის სხვა დაავადებისას, ამ შემთხვევაშიც გადამწყვეტი მნიშვნელობა ღროულ დიაგნოსტიკას ენიჭება. ამიტომ დღეს მოგახსენებთ თუ რა სახის გაუვალობები გვხვდება, იმ კლინიკური ნიშნების შესახებ, რომლებიც მწვავე გაუვალობას ახასიათებს, და იმ ღონისძიებებზეც, რომლებითაც ვცდილობთ შევამციროთ სიკვდილიანობის პროცენტი ამ პათოლოგიის დროს. მაშ, რა და რა სახის გაუვალობებს ვხვდებით?

არსებობს ნაწლავთა გაუვალობის ორი დიდი ჯგუფი — დინამიკური და შექანიკური. როგორც თვით სახელწოდება გვიჩვენებს, დინამიკურ გაუვალობას საფუძვლად უდევს დინამიკის. მოძრაობის მოშლა. ე. ი ნაწლავთა პერისტალტიკის გაუკუმძრავება. როდის ვითარდება ამ სახის გაუვალობა?

თქვენ. ალბათ, გინახავთ ავადმყოფები მუცლის ფარის ანთებით — პერიტონიტით. მოგეხსენებათ. რომ ამ ვითარებაში აღინიშნება ნაწლავის კედლის ნერვ-კუნთოვანი სისტემის დამბლა, რაც ძლიერი ინტოქსიკაციის შედეგად ხდება. ასეთ ავადმყოფს ალებინებს, პირიდან გადმოსდის კუჭისა და ნაწლავების შიგთავსი ისე, როგორც ფართოყელიანი პურკლიდან. ეს პირღებინება არა ჰგავს ე. წ. რეფლექსურ პირღებინებას, რომელსაც გულისრევა უძღვის წინ. ასე რომ, პირღებინების სასიათის მიხედვით თქვენ უნდა შეგძლოთ პერიტონიტის დიაგნოზის დადგენა.

მეორე სახის დინამიკური გაუვალობის დროს დამბლის ნაცვლად აღინიშნება ნაწლავის ნერვ-კუნთოვანი აპარატის ძლიერი, ანუ ზეზღურბლოვანი გაღიზიანება. ამ დროს იმდენად ღიზიანდება ნაწლავის კედელი. რომ იწყება მისი ძლიერი სპაზმი. ისშობა სანათური. ჭირურგებს ხშირად გვინახავს ოპერაციის დროს ნაწლავების სპაზმი: ნაწლავის კედელი შეიკუმშება, გამაგრდება და სანათური იხშობა, ამრიგად, აქაც გაუვალობა განვითარდება. მაგრამ არა დამბლის მიზეზით, არამედ ძლიერი გაღიზიანების გამო. როდის ხდება ეს? ასეთი მდგომარეობა ვითარდება რაიმე შხამით. მაგალითად, ტყვიით ორგანიზმის მოწამვლის დროს. ცენტრალური ნერვული სისტემის ძლიერი გაღიზიანება, რომელიც ტყვიით მოწამვლის შედეგია. საფუძვლად უდევს ამ სახის გაუვალობის განვითარებას. ვის განუვითარდება სპაზმური გაუვალობა? ადამიანს, რომელსაც საქმე აქვს ტყვიის წარმოებასთან, თუნდაც სტამბაში მომუშავეებს.

გამოდის, რომ პარალიზური გაუვალობის დროს, მართალია, ნაწლავის სანათური თავისუფალია, მაგრამ პერისტალტიკის არარსებობის გამო შიგთავსის გადაადგილება არ ხდება, ხოლო სპაზმური გაუვალობის დროს სანათური ისეა შევიწროებული, რომ შიგთავსი ვერ გადადის. ამრიგად პარალიზური, ე. დამბლითი და სპაზმური გაუვალობა დინამიკური გაუვალობის სახეებია, რომელთა მკურნალობა მიმართული უნდა იყოს ძირითადი მიზეზის მოსპობისაკენ.

პირველ შემთხვევაში ვუმკურნალებთ პერიტონიტს და ეს იქნება პარალიზური გაუვალობის მკურნალობაც. რაც შეეხება მომშამამე ნივთიერებით — ტყვიით გაპირობებული მოწამვლით გამოწვეულ სპაზმურ გაუვალობას, რომელიც ცენტრალური ნერვული სისტემის გაღიზიანებას მოსდევს. მას ვმკურნალობთ ნოვოკაინ-

ნის ბლოკადით, ე. წ. პარანეტრული არის ბლოკადით. აღნიშნულა წყვეტს ცენტრალური ნერვული სისტემიდან მომდინარე პათოლოგიურ რეფლექსს და ხსნის სპაზმს. თუკი ავადმყოფის ასეთი გაუვალობა პროფესიულ საქმიანობას უკავშირდება, რა თქმა უნდა, საკირო იქნება მისი ამ საწარმოდან გათავისუფლება, სხვა სამუშაოზე გადაყვანა.

გაუვალობის მეორე ჯგუფია მექანიკური გაუვალობა. როგორც სახელწოდება გვიჩვენებს, ამ გაუვალობის მიზეზი ხდება სხვადასხვა მექანიკური ფაქტორი.

თქვენს წინაშე წარმოდგენილია ნალელის ბუმტიდან თორმეტგოჯა ნაწლავში გადმონაცვლებული დიდი კენჭი (სურ. 26). მოგეხ-



სურ 26. ნალელის კენჭი წერილი ნაწლავის სანათურში.

სენებათ. რომ ასეთი მოცულობის კენჭი ნალელის ბუმტსა და თორმეტგოჯა ნაწლავს შორის ანთების შედეგად წარმოქმნილი შიგნითა ფისტულის გზით მოხვდება ნაწლავში და იგი გაუვალობის მიზეზიც შეიძლება გახდეს.

ნაწლავის სანათურის დახშობა, განსაკუთრებით ბავშვებში, შეიძლება გამოიწვიოს მრგვალი კიების გროვამ, რომლებიც გამრავ-

ლების პროცესში წარმოშობენ ურთიერთგადახლართულ მასას. ნაწლავთა გაუვალობის მიზეზი შეიძლება გახდეს აგრეთვე სხვადასხვა წარმოშობის ბეზოარები — ფიტობეზოარი, რომელიც კავკასიური დაუმწიფებელი ხურმის ქამის შედეგად წარმოიქმნება ადამიანის კუჭში, სებობეზოარი — თხის ქონისაგან წარმოქმნილი ბეზოარი. განავალოვანი კენკები — კოპროლითონიც ხომ ძალიან ხშირად იწვევს გაუვალობას. არ გავა თვე, რომ ჩვენს კლინიკაში 2—3 ავადმყოფი არ მოხედეს კოპროსტაზით განპირობებული გაუვალობით. აღნიშნული უმეტესად ქრონიკული ყაბზობით შეპყრობილ ავადმყოფთა ხედრია. ნაწლავთა გაუვალობა დაერთვის აგრეთვე არასაკვებ ნივთიერებათა გამოყენებას. მოგეხსენებათ, ლენინგრადის ბლოკადის დროს მოსახლეობა შიმშილობდა, ზოგიერთი საქონლის საკვებს — კობტონს ჰამდა, აღნიშნულის შედეგად კი ხშირად უვითარდებოდათ გაუვალობა.

თქვენ, ალბათ, იცით და მეც მოგახსენეთ წინა ლექციებზე, რომ ზოგიერთ ქვეყანაში, მაგალითად, აფრიკაში, კერძოდ, კონგოში იკვებებიან კალიებით. კალიებს ბაღურით ან სხვადასხვა ხერხით იჭერენ და ამწნილებენ დაახლოებით ისე, როგორც ჩვენში კეჟერა მხალს. ამბობენ, რომ დამწნილებული კალია ძალიან გემრიელი საქმელია და მე მჭერა ეს. მჭერა იმიტომ, რომ კალია რჩეული საკვებით იკვებება, მაგალითად, ახალი ჯეჯილით, სხვადასხვა მცენარეულის ყლორტით. კალიები მწებავ ნივთიერებებს შეიცავენ, რითაც ისინი ერთმანეთს ეწებებიან და, ალბათ, ამ თვისების გამო ადამიანის კუჭში მოხვედრის შედეგად წარმოქმნიან ბეზოარს. ასევეა ჩინეთშიც. სადაც ბევრ ისეთ საკვებს ჰამენ, რომელიც ჩვენთვის ყოვლად მიუღებელია. ადრეც აღვნიშნეთ, რომ ზოგიერთ ქვეყანაში ბაყაყი დელიკატესადაა აღიარებული, ის წიწილაზე ძვირი ღირს. ზოგიერთ კულტურულ ქვეყანაში კარგ სტუმარს ბაყაყით უმასპინძლდებიან. ძვირფას საკვებადაა აღიარებული კუ. მე უკვე მოგიყვებით თუ როგორ გაგვიმასპინძლდნენ კუს სუპით, ამას იმიტომ მოგახსენებთ, რომ ასეთი საკვები, რომელსაც ზოგი ადამიანი სრულიად მიუჩვეველია, შეიძლება გაუვალობის მიზეზი გახდეს.

ზემოაღნიშნულის გარდა, გაუვალობის მიზეზი შეიძლება გახდეს ნაწლავის კედლიდან გამომდინარე სიმსივნე, კეთილთვისებიანი თუ ავთვისებიანი, რომელიც შეძლებს ნაწლავის სანათურის ამოვსებას. ასეთ სიმსივნეებს მიეკუთვნება პოლიპი, კიბო, ფიბრომა, ლიპომა და სხვ. როგორც ხედავთ, ზემოჩამოთვლილი უცხო სხეულები თუ პარაზიტები ნაწლავის კედელთან არ არის დაკავშირებული. ისინი ან საკვების გამო განვითარებული ანდა ნაღვლის ბუშტიდან გადმონაცვლებული სხეულებია, რომელნიც ნაწლავის ობ-

ტურაციას, ანუ დახშობას გამოიწვევენ, ხოლო მეორე ჯგუფი — სხვადასხვა სახის სიმსივნეები — თვით ნაწლავის კედელში წარმოიქმნება (სურ. 27). ამავ ჯგუფში ერთიანდება ნაწლავის სანათურის შევიწროება ამებური დიზენტერიის შედეგად განვითარებულ იწყულის, ტუბერკულოზური თუ სხვა წარმოშობის წყლულების დანაწიბურების შედეგად. არცთუ იშვიათად გაუვალობის მოვლენებს იწვევს ე. წ. ტერმინალური ილეიტი, რომელიც კრონმა აღწერა პირველად. ამ პათოლოგიას ასასიათებს მეტად ხრიგინალური მაკრომორფოლოგიური სურათი — თეძოს ნაწლავის ტერმინალურ ნაწილში რამდენიმე ადგილას სიმეტრიული, რგოლისებრი შევიწროებები. ჩვენ რამდენიმე ავადმყოფს გავუეთეთ აღნიშნული პათოლოგიის გამო ოპერაცია; ერთ-ერთი პრეპარატი, როგორც უნიკალური, დღესაც პათოლოგიური ანატომიის კათედრაზე ინახება.



სურ. 27. ძხვილი ნაწლავის კიბო.

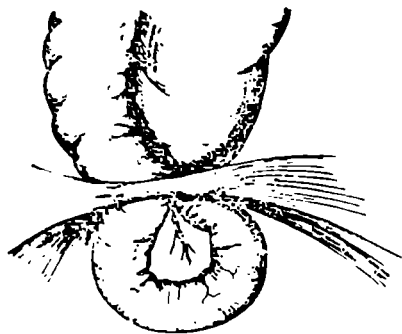
დაბოლოს, მიზეზების მესამე ჯგუფია ის სიმსივნეები, რომლებიც მუცლის ღრუში წარმოიქმნებიან, მიაღწევენ დიდ ოდენობას და მეორადად მეზობლად მდებარე ნაწლავზე ზეწოლით გამოიწვევენ მისი გამავლობის დაბრკოლებას. მაგალითად, მცირე მენჯის ღრუში განვი-

თარებული სიმსივნეები — ფიბრომა, ფიბრომიომა, ცისტომები, განსაკუთრებით იოგთაშორისი ცისტომა, ჩაიკედება მცირე მენჯის ღრუში და გამოიწვევს ნაწლავებზე ზეწოლას, ობტურაციას.

ამგვარად, არსებობს სამი ჯგუფის მიზეზები, რომელთაც შეუძლიათ ობტურაციული გაუვალობის გამოწვევა. როგორც ვთქვით, ესენია: ნაწლავთა სანათურში მოხვედრილი უცხო სხეულები, სიმსივნეები და ნაწიბურები, რომელნიც ნაწლავის სანათურში განვითარდებიან, და ნაწლავს გარეშე წარმოქმნილი სიმსივნეები, რომ-

ლებიც ვარედან ზეწოლით გამოიწვევენ გაუვალობას. ყველა ეკუთვნის მექანიკური გაუვალობის ჯგუფს.

გაუვალობის მეორე დიდი ჯგუფია სტრანგულაციური გაუვალობა. მეტად საგანგაშო და საპასუხისმგებლო ფორმა. როდის განვითარდება გაუვალობის ეს ფორმა? მაშინ, როდესაც წვრილი ან მსხვილი ნაწლავის მოძრავი ნაწილი შემოტრიალდება თავისი ღერძის ირგვლივ; ამ დროს, მართალია, ნაწლავის სანათური გამავალია, რადგან იქ დაბრკოლება არ არის, მაგრამ მოხდება უარესი —



სურ 28 შეხორცებითი ზონრით გამოწვეული გაუვალობა.

ნაწლავის მკვებავი სისხლძარღვი დაიხშობა, ამიტომ ნაწლავის კედელი ვეღარ ღებულობს საკვებს, იგი „უარს ამბობს“ მუშაობაზე. კვების მოშლის გამო ვითარდება ნეკროზი. მაშ, სტრანგულაციური გაუვალობის ერთ-ერთი სახე, რომელსაც საფუძვლად უდევს კვების მოშლა, ჯორჯლის შემოტრიალებაა—volvulus.

გარდა ამისა, ნაწლავსა და მის ჯორჯალს შეიძლება გა-

დაეპიროს შეხორცებითი ზონარი (სურ. 28). რომელიც ზოგჯერ სხვადასხვა ანთებადი პროცესის ან ოპერაციის შედეგად წარმოიქმნება. ცხადია, ამ დროსაც წამყვანი მნიშვნელობა ექნება სისხლძარღვთა დახშობას, რადგან შეიძლება ნაწლავის სანათური დაიხშოს და რამდენიმე ხანს კლინიკური მოვლენები არც კი გამოისახოს. მაგრამ საკმარისია სისხლძარღვი დაიხშოს, რომ შეწყდეს ნაწლავის კვება, იგი მოკვდეს, რასაც დაერთვის ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობა.

დასაშვებია ადამიანს განუვითარდეს ნაწლავის ჯორჯლითურთ ჩაქედვა სხვადასხვა ხერხსა და ჯიბეებში, მაგალითად, ვინსლოვისა და დიაფრაგმის ხერხელში, თორენტეოჯა მლივი ნაწლავის ნაკეცში, სოგმოიდური კოლინჯის, ილეოცეკალურ ჯიბეებში და სხვ. ამ დროსაც გაუვალობა განვითარდება.

გაუვალობის შედარებით იშვიათი ფორმაა nodulus — ნაწლავის გადაკვანძვა, ანუ კვანძის წარმოქმნა (სურ. 29).

გაუვალობის ყველა აღნიშნული ფორმის შემთხვევაში პათოლოგიური პროცესი ჯორჯალში ვითარდება.

მაშ, რა პრინციპული სხვაობა ყოფილა ჩვენს მიერ აღწერილ ობტურაციულ და სტრანგულაციურ გაუვალობებს შორის?

სტრანგულაციური, ანუ მოხრჩობითი გაუვალობის დროს, როგორც ვთქვით, ნაწლავის კედელს აღარ გადაეცემა სისხლი, ე. ი. აღარც ქანგბადი და ის ჩრჩობა უქანგბადოდ. ობტურაციული გაუვალობის დროს კი, როცა ნაწლავის სანათური დახშულია რაიმე უცხო სხეულით, პროცესი მიმდინარეობს შედარებით ნელა და ამიტომ არც ისეთი საგანგაშო მდგომარეობა იქმნება, როგორც სტრანგულაციის დროს, როდესაც ავადმყოფი უძძიმეს, შოკურ მდგომარეობაში ვარდება, შვებას ვერ პოულობს, მაჯისცემა უუარესდება და სასწრაფო დახმარებას საჭიროებს.

რა თქმა უნდა, თუ სათანადო კლინიკური მონაცემებია, თქვენ იფიქრებთ, რა დროს რა სახის გაუვალობასთან გაქვთ საქმე — სტრანგულაციასთან თუ ობტურაციასთან, მაგრამ, რამ განაპირობა ილევსი — უცხო სხეულმა, — სიმსივნემ, ნაწლავის ჩაქვდვამ, შემოტრიალებამ თუ სხვა მიზეზმა, თქვენთვის ამის დადგენა სავალდებულო არ არის. როგორც ხედავთ. ილევსი არ ყოფილა დაავადების ნოზოლოგიური ერთეული. რადგან მის განვითარებას მრავალი მიზეზი



სურ. 29. ნაწლავთა კენძი.

უდევს საფუძვლად. ამიტომ წინასწარ იმის თქმას, თუ რამ გამოიწვია გაუვალობა, თქვენ არავენ მოგთხოვთ. ავადმყოფის გადასარჩენად აუცილებელი იქნება დადგინოთ გაუვალობის დიაგნოზი, ეს საგანგაშო მდგომარეობა, რომ დროული დახმარება აღმოუჩინოთ მას. მაგრამ ეს როდი ნიშნავს, რომ თქვენ გეკრძალებოდეთ გაუვალობის მიზეზის დასახელება. დაუშვათ, საქმე გვაქვს პატარა ბავშვთან. რომელსაც გაუვალობის მოვლენები აქვს, ღებინება, პირ-პონაღებში კი ჭიები. ცხადია, თქვენ იტყვით, რომ ამ ბავშვს შეიძლება ჰქონდეს ვერმინოზული გაუვალობა ანდა ხანგრძლივი კენჭოვანი დაავადება — კალკულოზური ქოლეცისტიტი, რის გამოც მას დაეწყო გაუვალობის მოვლენები. ეს გაძლევეთ საბაბს გამოთქვით ექვი ნაღვლის ქვებით გამოწვეულ გაუვალობაზე.

თუ მოგიყვანეს ავადმყოფი, რომელსაც წარსულში გაკეთებული აქვს ოპერაცია რომელიმე ანთებადი პროცესის გამო და ამჟამად გაუვალობა აქვს, შეიძლება იფიქროთ, რომ აღნიშნული განაპირობა შეხორცებით ზონარში ნაწლავისა და მისი ჯორჯლის ჩაქვდვამ, ე. ი. განვითარდა სტრანგულაცია.

ახლა დავუშვათ ისიც, რომ თქვენთან გამოცხადდა მოხუცებული და დაუძღვრებული ავადმყოფი, რომელიც მოგიტხრობთ, რომ დიდი ხანია აწუხებს მბერავი ხასიათის ტკივილი, აქვს ყაბზობა, ე. ი. უქირს გარეთ გასვლა და ხშირად ხმარობს ოყნას, ბოლო ხანს დასჩემდა აირების დაგროვება, დაჯარგა მადა და შრომის უნარი, გახდა. თქვენ უკვე იფიქრებთ, რომ გაუვალობის მოვლენები ავადმყოფს თანდათან განუფითარდა და, ბოლოს, საქმე მივიდა სრულ გაუვალობამდე. რას იფიქრებთ, რა დაავადებაზე შეგეპარებათ ექვი?

ს ტ უ დ ე ნ ტ ე ბ ი: ნაწლავის ავთვისებიან სიმსივნეზე — კიბოზე!

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: მართალია! ასეთ შემთხვევაში თქვენ იფიქრებთ, რომ ავადმყოფს აქვს კიბო, რომელმაც თანდათან დაახშო ნაწლავის სანათური და გამოიწვია სრული გაუვალობა.

ჩვენ ამჟამად გვიწევს 80 წელს გადაცილებული ავადმყოფი, რომელსაც მსხვილი ნაწლავის კიბო აქვს. იგი დასუსტებულია, სიცხიანობს, გამოხატული აქვს ნაწილობრივი გაუვალობის მოვლენები. რადიკალური ოპერაციის გაკეთება დაგვიანებულია, პალიატიურის კი — შემოვლითი ანასტომოზის დადების სახით — სარისყო, რადგან შეიძლება ვერც ამ მინიმალურ ჩარევას გაუძლოს ავადმყოფმა. ავადმყოფის შვილები ექიმები არიან, გვთხოვენ, რომ გავუკეთოთ ოპერაცია, რათა იგი არ ემსხვერპლოს სრულ გაუვალობას. სჯობდა მათ არ დაეგვიანებინათ ავადმყოფის ქირურგიულ სტაციონარში მოთავსება. ამჟამად კი სიმსივნე ძალიან დიდია, ავადმყოფი უმძიმეს მდგომარეობაშია.

ამიტომ მინდა გირჩიოთ, რომ გაუვალობა დროულად ამოიცინოთ და, თუ ისეთი დაკვირვებული ექიმები გახდებით, რომ გაუვალობის მიზეზსაც დაადგენთ, ეს იქნება თქვენი დიდი მიღწევა, რაც დიდ სახელსა და პატივს მოგიხვევთ.

მინდა გაგაცნოთ გაუვალობის კიდევ ერთი სახე, რომელიც შეიცავს როგორც სტრანგულაციის, ისე ობტურაციის ელემენტებს. ეს ხდება მაშინ, როცა ერთი ნაწლავი მეორეში ჩაინერგება.

თქვენს წინაშე წარმოდგენილ სქემატურ სურათებზე კარგად მოჩანს, თუ როგორაა ჩანერგილი ერთი ნაწლავი მეორე ნაწლავის მარყუქში (სურ. 30). აღნიშნული სახის გაუვალობა — ინვაგინაცია შემთხვევათა 80%-ში ძუძუმწოვარი ბავშვების ზვედრია. ინვაგინაცია უმეტესად ბრმა ნაწლავის სანათურში თქმოს ნაწლავის ჩანერგვით ვითარდება. ბავშვი, რომელსაც ინვაგინაცია განუფითარდება, მძიმე მდგომარეობაშია — აქვს აუტანელი ხასიათის, შეტევიით

ტკივილი, ციანოზი, იგი ტირის, რამდენიმე წუთის შემდეგ მშვიდდება და ასე მეორდება, ვიდრე ინვაგინაცია არ მოისპობა.

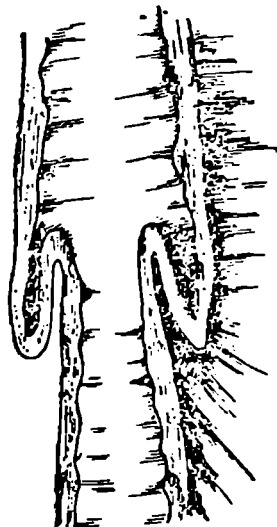
ცნობილი ფრანგი ქირურგის მონდორის დიდებული სახელმძღვანელო გადაუდებელი ქირურგიის შესახებ მრავალ ენაზეა თარგმნილი, მათ შორის რუსულადაც. ავტორი ამ წიგნში ინვაგინაციის დროს სამ დამახასიათებელ ნიშანს — ტრიადას ასახელებს: უკანა ტანის გასინჯვით თითის (ნეკის) წვერზე სისხლს, მუცლის გასინჯვით — ძეხვისებრ სიმსივნეს და პერიოდულ მოვლით ტკივილს, რასაც თან ერთვის ბავშვის ტირილი და დედის ცრემლები. სასოწარკვეთილება, რომელიც ხშირად იცვლება იმედით.

როგორც მოგახსენეთ, ინვაგინაცია უმეტესად ბავშვების ზვედრია და იგი ძირითადად 5—9 თვემდე ვლინდება. ეს ის პერიოდია, როდესაც ბავშვს, დედის რძის გარდა, აძლევენ დამატებით საკვებს, რომელსაც მისი ნაწლავების ტრაქტი მიუჩვევლია. უჩვეულო საკვების საპასუხოდ იწყება ნაწლავთა გაძლიერებული პერისტალტიკა, რაც ხელს უწყობს ნაწლავის მეორე ნაწლავში ჩანერგვას, ანუ ინვაგინაციას.

გარდა ამისა, ბავშვთა ასაკის შედარებითი ანატომიიდან იცით, რომ პატარების ბრმა ნაწლავი მობილურია, ესეც ერთ-ერთი ხელშემწყობი პირობაა ინვაგინაციის განვითარებისათვის. რატომ ვითარდება ძეხვისებრი სიმსივნე?

ძეხვისებრ სიმსივნეს წარმოშობს ნაწლავის მარჯუენის მეორე ნაწლავის სანათურში შეკრა, უკანასკნელი, მართლაც, ისეა ხოლმე გამოტენილი, როგორც ძეხვი შიგთავსით. რაც შეეხება უკანა ტანიდან სისხლიან გამონაყოფს, რომელსაც დედები ხშირად აღნიშნავენ, იგი ნაწლავთან ერთად ჯორჯლის ჩაქედვითა და მის სისხლძარღვებში სისხლის მიმოქცევის მოშლითაა განპირობებული. სისხლძარღვთა სტაზს მოჰყვება სისხლის გამოყოფა ნაწლავის სანათურში და შემდეგ მისი გამოყოფა უკანა ტანიდან.

პერიოდული ტკივილი ჩაქედილი ნაწლავის გაძლიერებული პე-



სურ. 30. ინვაგინაცია.

რისტალტიკის გამო ვითარდება. იგი ცდილობს როგორმე თავი და-
აღწიოს ჩაქედვას, ხდება კი პირიქით: თანდათან ნაწლავის ეს მო-
ნაკვეთი — ინვაგინატი უფრო ღრმად ჩადის მსხვილი ნაწლავის სა-
ნათურში. პერისტალტიკით დაქანცული ნაწლავი პერიოდულად
ჩერდება, ხოლო რამდენიმე წუთში კვლავ მოიკრეფს ძალას — მომ-
ტანი ნაწლავი ისევ იწყებს ბრძოლას, რათა გადალახოს წინააღმდე-
გობა და ასე გრძელდება პერიოდულად. სწორედ ამ გაძლიერებულ
პერისტალტიკას უკავშირდება შეტევითი ტკივილი და ბავშვისა და
დედის ცრემლები, ნერვიულობა. მართლაც, ამ მომენტში ბავშვი,
რომელსაც არ ძალუძს თავისი ტანჯვის გადმოცემა, უსუსურია, სა-
ბრალო — ლურჯდება, ოფლიანდება, ყვირის, მაგრამ, როგორც კი
ნაწლავი მოიქანცება და შეაჩერებს დაბრკოლების გადასალახავ
ბრძოლას, ბავშვიც მშვიდდება, გუნება-განწყობა ეცვლება, ზოგჯერ
ძუძუს წოვასაც კი იწყებს და ა. შ. თუ დასაწყისში შეტევითი ტკი-
ვილი ხშირად მეორდება, როცა ნაწლავი მოიქანცება, შეიძლება ნა-
თელი პერიოდები გახანგრძლივდეს.

ამრიგად, თუ სამი ნიშანი — სისხლის გამოყოფა უკანა ტანი-
დან, ძეხვისებრი სიმსივნე და პერიოდული ტკივილი — გამოხატუ-
ლი აქვს 5—9 თვის ბავშვს, ნაწლავის ინვაგინაციის დიაგნოსტიკა
არ უნდა გაგიძნელებდეთ.

მოგეხსენებათ, გაუვალობასთან დაკავშირებულია ხშირი პირ-
ღებინება, ზოგჯერ განუწყვეტელი, მით უფრო, თუ საქმე ეხება
სტრანგულაციურ გაუვალობას. თუმცა მოგვიანებით პერიოდში იგა-
ობტურაციული გაუვალობის დროსაც იქნება გამოხატული.

ძველ სახელმძღვანელოებში შეხვდებით, რომ გაუვალობის
კარდინალური ნიშანია განავალოვანი პირღებინება, მაგრამ თუ გა-
ნავალოვან პირღებინებას დაველოდებით და მხოლოდ მაშინ დავა-
დგენთ გაუვალობის დიაგნოზს, ეს დიაგნოზი, თუმცაღა ურყევი და
ქეშმარიტი, არაეისთვის აღარ იქნება საჭირო. ასეთ ვითარებაში
თვით ავადმყოფიც გრძნობს, რომ მისი საქმე ცუდადაა.

სხვა ნიშნებიდან დამახასიათებელი იქნება ძლიერი ან ზომიერი
ტკივილი, შებერილობა, აირებსა და განავალზე გაუვალობა, ნაწ-
ლავში არსებულ დაბრკოლებამდე ნაწლავთა პერისტალტიკის გა-
ძლიერება — ვალის სიმპტომი. მოგეხსენებათ, რომ ავადმყოფი პირ-
ღებინების დროს კარგავს დიდი რაოდენობით სითხეს, მასთან ერ-
თად კი — ქლორიდებსა და სხვა ელექტროლიტებს, რის ნიადაგზეც
განვითარდება ჰიპოქლორემია, ჰიპოკალემია, ჰიპოკალცემია, ე. ი.
მოიშლება სითხისა და ელექტროლიტების ნორმული ბალანსი, რაც
ესოდენ საჭიროა ორგანოთა ნორმალური ფუნქციისათვის. ამიტო-
მაც დაჭირდებით აღნიშნული დანაკლისის შეესება, დროული კო-

რექტივის შეტანა, რათა ორგანიზმმა აღიდგინოს გაუვალობასთან დაკავშირებით განვითარებული დეფიციტი.

რაც შეეხება მკურნალობასა და მის შედეგებს, ძირითადად საქმეს წყვეტს ავადმყოფის დროული ჰოსპიტალიზაცია. ოპერაციული მკურნალობისათვის, თვით გაუვალობის მრავალსახეობის გამო. ცხადია, ერთი წესი არ გამოდგება. თუ საქმე ეხება ნაწლავის შემოტრიალებას — volvulus, ის უნდა უკან შემოვაბრუნოთ და დავაკვირდეთ ნაწლავის მარჯუეს, ცოცხალია თუ არა, ხომ არ წარმოიქმნა მის სისხლძარღვებში თრომბები და სხვ. თუ ნაწლავის ამ შონაკვეთს გასწორების შემდეგ ნორმალური ფერი დაუბრუნდა, პერიტონალი ადგა, ასეთი ნაწლავი შეიძლება დაეტოვოს. მაგრამ თუ ნაწლავს სიცოცხლის ნიშნები არა აქვს ან ის ექვს იწვევს, მაშინ მისი ნაწილი უნდა ამოკვეთოთ.

როცა საქმე ეხება ობტურაციულ გაუვალობას, დავუშვათ მსხვილი ნაწლავის კიბოს ნიადაგზე განვითარებულ გაუვალობას, მაშინ ოპერაციის მასშტაბი უნდა განისაზღვროს ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის, ადგილობრივი ცვლილებებისა და ექიმის ტექნიკური შესაძლებლობის მიხედვით. ამ დროს, რა თქმა უნდა, იდეალური იქნება, რომ სიმსივნე (კიბო) მთლიანად მოვაცილოთ. მაგრამ ეს ყოველთვის არ ხერხდება, მით უფრო თუ ამ ნიადაგზე უკვე გაუვალობაა განვითარებული. ამ დროს თქვენი უპირველესი ამოცანაა ავადმყოფის გამოყვანა მწვავე მუცლის მდგომარეობიდან, ე. ი. შექმნით ნაწლავთა შერთულს სიმსივნის შემოვლით ან დაადებთ ხელოვნურ უკანა ტანს, ხოლო, როცა ავადმყოფი გამოვა მძიმე მდგომარეობიდან, აღდგება ის ბიოქიმიური ძვრები, რომლებიც განავითარა ორგანიზმში გაუვალობამ. მეორე მომენტად გააკეთებთ რადიკალურ ოპერაციას.

თუკი ავადმყოფის მდგომარეობა და ქირურგის გამოცდილება საშუალებას იძლევა, ცხადია, სჯობია ერთმომენტიანი ოპერაციის გაკეთება სიმსივნის ამოკვეთითა და ნაწლავების მთლიანობის აღდგენით.

როდესაც აღმოჩნდება ნაღვლის კენჭით ან ჭიებით გამოწვეული გაუვალობა, მაშინ ოპერაცია შეიძლება სრულიად მინიმალური ჩარევით განისაზღვროს — ნაწლავის გაკვეთით და იმ მიზეზის ლიკვიდაციით, რაც განაპირობებს გაუვალობას. ჭიების შემთხვევაში. რათა თავიდან ავიცილინოთ მომავალში ამ სახის გაუვალობის რეციდივი, საჭირო იქნება დამატებით დეპლემენტიზაციის ჩატარება.

თუკი თქვენთან მოიყვანენ პაციენტს იზვავინაციით და მოახერხებთ პირველ საათებში ამ დიაგნოზის დადგენას, შეგიძლიათ მკურნალობა დაიწყოთ კონსერვატიული წესებით: უკანა ტანიდან

შეიყვანთ ჰაერს ან სითხეს, რომ ჩაქედლი ნაწლავზე განავითაროთ წნევა და გაასწოროთ იგი, ე. ი. მოახდინეთ დეზინვაგინაციას. დამახსოვრეთ, რომ ამის გაკეთება შეიძლება მხოლოდ პირველ საათებში, როცა ნაწლავის კედელი შეცვლილი არ არის, ე. ი. ნეკროზი არ დაწყებულა. ხოლო თუ ინვაგინაციის განვითარებიდან თქვენთან მოხვედრამდე დიდმა დრომ გაიარა, მაშინ ჩაატარებთ ოპერაციულ მკურნალობას — დეზინვაგინაციას. როცა ნაწლავის კედელი შეცვლილია, საჭიროა მისი რეზექცია. რადიკალურ ოპერაციას ჩვილი ბავშვები ძალიან ცუდად იტანენ, სიკვდილიანობის პროცენტი დიდია, ამიტომაც დროული დიაგნოსტიკა და კონსერვატიული ღონისძიებებით მკურნალობა უფრო საიმედოა. ამრიგად, ძველი ექიმების გამონათქვამი, რომ როგორც სხვა მწვავე მუცლის, ისე გაუვალლობის დროს „არ უნდა უცადოთ მზის ჩასვლა-ამოსვლას“, დღეს აღარ გამოგვადგება, ადამიანის სიცოცხლის შენარჩუნებას ამ დროს საათები წყვეტს. თქვენი ღირსება იქნება, სადაც არ უნდა მოხვდეთ სამუშაოდ, დროულად დაადგინოთ გაუვალობის დიაგნოზი და, თუ არ შეგწევთ უნარი სათანადო დახმარების აღმოსაჩენად, ავადმყოფს მისცეთ შესაფერისი მიმართულება.

სამწუხაროდ, გაუვალობის დიაგნოსტიკაში დღესაც კი ჩამოვრჩებით. სწორედ ამით აიხსნება ის გარემოება, რომ სიკვდილიანობის პროცენტი ამ ეტიოლოგიის მწვავე მუცლის შემთხვევაში კვლავ მაღალი რჩება. მე მწამს, რომ თქვენ, სათანადო ცოდნით შეიარაღებულნი, შეძლებთ დროულად დაადგინოთ გაუვალობის დიაგნოზი და დროულადვე აღმოუჩინოთ დახმარება ავადმყოფს.

დღევანდელ ლექციას ამით დავამთავრებთ, მომავალში კი შევუდგებით სწორი ნაწლავის პათოლოგიის განხილვას.

კარგად ბრძანდებოდეთ!

მიჩვილმება ლექცია

დღეიდან შევუდგებით სწორი ნაწლავის პათოლოგიის განხილვას. შეიძლება ითქვას, რომ ქირურგიულ დაავადებებს შორის სწორი ნაწლავის დაავადებებს თავისი სიხშირით ერთ-ერთი პირველი ადგილი უკავია. მათ შორის ზოგიერთი მსუბუქი პათოლოგიაა, ზოგი კი — მძიმე. ამჟამად ჩვენს კლინიკაში არიან ავადმყოფები ორივე სახის პათოლოგიით, რაც საშუალებას გვაძლევს სათანადოდ გავაცნოთ სწორი ნაწლავის თითქმის ყველა დაავადება.

უმეტესად სწორი ნაწლავის ვენების გაგანიერებას, ანუ ბუასილს ვხვდებით. ბუასილს ლათინურად ეწოდება varices hae-

phoroidalis, რუსულად — геморрой, ხოლო უკრაინულად — პოჩეხუი.

რა არის ბუასილი და რამდენად ხშირად გვხვდება ის? ბუასილის მსუბუქი, საშუალო თუ მძიმე ფორმით, შეიძლება ითქვას, დაავადებულია კაცობრიობის ერთი მეოთხედი, ე. ი. თითქმის ერთ მილიარდამდე ადამიანი. რომ გასაგები გახდეს ამ პათოლოგიის არსი, აუცილებელია მოვიგონოთ სწორი ნაწლავის ანატომია, მაგრამ ეს დაგვეკვირდება არა მარტო ბუასილის, არამედ სხვა პათოლოგიის, მაგალითად, სწორი ნაწლავის ანთების — პროქტიტის, პარაპროქტიტის, ფისტულების, კიბოსა და სხვ. არსის გასაგებადაც.

მინდა მოვაგონოთ აგრეთვე ის ტოპოგრაფიული ურთიერთობაც, რომელიც არსებობს სწორ ნაწლავსა და მის მეზობლად მდებარე ორგანოებს შორის, რადგან ქირურგიის თვალსაზრისით ამას დიდი მნიშვნელობა აქვს.

მაგალითად, მამაკაცის სწორი ნაწლავის წინ მდებარეობს შარდის ბუშტი, ქალის სწორ ნაწლავსა და შარდის ბუშტს შორის კი საშვილოსნოა თავისი დანამატებით. პერიტონეუმი, რომელიც ფარავს სიგმურ კოლინჯს, გადადის სწორი ნაწლავის წინა ზედაპირზე, შემდეგ, სქესის მიხედვით, შარდის ბუშტსა ან საშვილოსნოზე. სწორი ნაწლავის უკანა ზედაპირი დიდ მანძილზე მოკლებულია სეროზულ გარსს, ე. ი. სწორი ნაწლავის წინა და გვერდითი ზედაპირები დაფარულია პერიტონეუმით, ხოლო უკანა — შემაერთებული ქსოვილით დაკავშირებულია კუდუსუნთან და გავის ძვალთან. ამრიგად, პრომონტორიუმიდან დაწყებული სწორი ნაწლავი მოკლებულია სეროზულ გარსს, ამას კი, როგორც შემდეგ დაინახავთ, კლინიციისტი-სათვის გარკვეული მნიშვნელობა აქვს. ერთგვარი თავისებურება ახასიათებს აგრეთვე სწორი ნაწლავის მკვებავ სისხლძარღვოვან სისტემას — როგორც არტერიულს, ისე ვენურს. განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ვენებს, მათ შორის ზემო, შუა და ქვემო ჰემოროიდულ ვენებს. თქვენ გახსოვთ, ალბათ, რომ vena haemorrhoidalis inferior და vena haemorrhoidalis media ჩაერთვის ქვემო ღრუ ვენას, ხოლო, რაც შეეხება vena haemorrhoidalis superior-ს, იგი კარის ვენაში ჩადის, გაივლის ღვიძლის პარენქიმას და მიემართება გულსაკენ. როგორც ხედავთ, სწორი ნაწლავის ვენური სისტემები ერთმანეთისაგან განსხვავდება და ამა თუ იმ არიდან გადატანილი მეტასტაზი თუ ჩირქი სხვადასხვაგვარ გამოვლინებას იძლევა. პირველ შემთხვევაში შუა და ქვემო ვენებით გადატანილი კიბოს მეტასტაზი უფრო ხშირად ფალტკეში მოხვდება, ზემო ჰემოროიდული ვენური სისტემით გადატანილი მეტასტაზი კი ღვიძლში

ლოკალიზდება. ასევე იქნება სწორი ნაწლავის ჩირქოვანი პროცესების, ე. ი. პარაპროქტიტების შემთხვევაშიც. ასე რომ, ვენური სისტემის ანატომიას ამა თუ იმ დაავადების გავრცელებაში გარკვეული მნიშვნელობა აქვს.

ახლა განვიხილოთ, თუ რა ფაქტორები უდევს საფუძვლად სწორი ნაწლავის ვენების გაგანიერებას, ანუ ბუასილს. თუ ჰემოროიდული ვენების ქსელს ანატომიურად შევისწავლით, დავრწმუნდებით, რომ ეს ვენები ურთიერთპერპენდიკულარულადაა განლაგებული. საერთოდ კი, მოგეხსენებათ, რათა გაადვილდეს სისხლის მიმოქცევა, მცირე კალიბრის სისხლძარღვოვანი ტოტები მთავარ მაგისტრალს მახვილი კუთხით ერთვის. ამ მხრივ გამონაკლისია მარცხენა თირკმლისა და მარცხენა სათესლე ჯირკვლის ვენები, რომლებიც ერთმანეთს სწორი კუთხით ერთვიან. ასეთი გარემოება ერთგვარ წინააღმდეგობას ქმნის სისხლის მიმოქცევისათვის, ე. ი. აბრკოლებს მას და მარცხენა სათესლე ჯირკვლის ვენების გაგანიერების ხელშემწყობი პირობები ვითარდება. სწორი ნაწლავის ვენების ერთმანეთთან პერპენდიკულარული განლაგება, გასაგებია, რომ სისხლის მიმოქცევას დააბრკოლებს, ვენები გაგანიერდება და წარმოიქმნება ვენური კვანძები. აი, ის ძირითადი მიზეზი. რომელიც წამყვან როლს ასრულებს ვენების გაგანიერებაში. თუმცა თქვენ ზოგ სახელმძღვანელოში ამოიკითხავთ, რომ ვენები უგანიერდებათ განსაკუთრებული პროფესიის ხალხს: პარიკმახერებს. მძღოლებს, ფეხსაცმლის მკერავეებსა და სხვ., რადგან ისინი სისტემატურად ერთ მდგომარეობაში — მჯდომარე ან ფეხზე მდგომნი მუშაობენ, მაგრამ, რა თქმა უნდა, საქმე მარტო ამაში არ არის. შეიძლება ადამიანი დღე და ღამე ფეხზე იდგეს, მაგრამ ვენების გაგანიერება არ ჰქონდეს. აქვე მინდა გაგანდოთ საიდუმლოება იმის შესახებ, რომ ყველა ადამიანს ყველა ორგანო ან სისხლძარღვთა სისტემა ანატომიურად ერთნაირი აგებულების არა აქვს, ე. ი. ნორმალური ანატომია ამიერიდან თქვენთვის აღარ არსებობს. ამას თავიდან არ გეტყოდნენ: თქვენ მეორე კურსზე სწავლობთ ნორმალურ ანატომიას, ე. ი. ადამიანის ისეთ აგებულებას, რომელსაც უმეტესად ვხვდებით. ნუ იფიქრებთ, რომ ყველა ადამიანს ყველა ორგანოს ერთნაირი ანატომიური ვარიანტი ჰქონდეს. არის უკიდურესობანიც, როდესაც სრულიად სხვადასხვაგვარ ანატომიურ აგებულებას ვხვდებით, ორ უკიდურეს ტიპს შორის კი ანატომიურად ნორმალური აგებულების ადამიანებია არიან. ამის გამო ადამიანთა ერთ ნაწილს განუვითარდება ბუასილი, მეორეს კი — არა. ვენების გაგანიერების ხელშემწყობი პირობაა თუნდაც იგივე პროფესია. ზოგჯერ ქალებს ორსულობის დროს გამოუვლინდებათ ბუასილი,

რადგანაც საშვილოსნო, რომელიც მცირე მენჯის ღრუს ამოაყვება და გაცდება მას, უთუოდ დააბრკოლებს ვენური სისხლის მიმოქცევას და ორსულობის პერიოდს დაემთხვევა ბუასილის წარმოქმნა. საშვილოსნოს ფიბრომა თუ საკვერცხის ცისტომა, როდესაც დიდ ოდენობას მიაღწევს, უსათუოდ ხელს შეუწყობს ვენურ სტაზს და ვენური სისხლძარღვების გაფართოებას. როგორი მექანიზმით მოხდება ეს? გავიხსენოთ თეძოს გარეთა ვენის მდებარეობა, რომელსაც ეჭვარედინება სიგმური კოლინჯი. თუ ადამიანს აქვს ყაბზობა და სიგმური კოლინჯი ფეკალური მასებით გადაეცსო, ცხადია, გაბერილი სიგმა დააწეება ვენას და დააბრკოლებს ვენური სისხლის მიმოქცევას. ამიტომაც შემდგომში დარწმუნდებით, რომ უმეტესად, ვისაც ბუასილი აქვს, მას აწუხებს ყაბზობა. დაავადების შემთხვევათა თითქმის 80%-ში ბუასილი და ყაბზობა ერთდროულად მიმდინარეობს. ამიტომ ბუასილიანი ავადმყოფის მკურნალობის დროს ეს უნდა გაითვალისწინოთ.

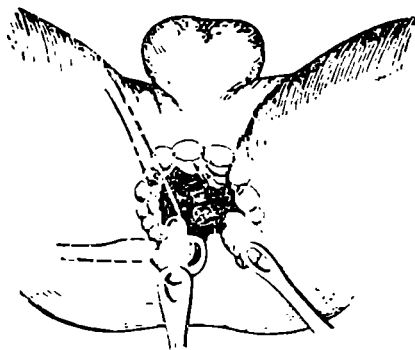
ამრიგად, დავიმახსოვროთ, რომ ბუასილის განვითარებისათვის მნიშვნელობა აქვს ვენური ქსელის იმ ანატომიურ თავისებურებას, რომელიც ახასიათებს *v. haemorrhoidalis inferior* და *media*-ს სისტემას, ხოლო დაავადების განვითარების ხელშემწყობია ის დამატებითი ფაქტორები, რომლებიც ამ სისტემაში ვენურ სისხლის მიმოქცევას შეაფერხებენ.

რა კლინიკური ნიშნები აქვს ბუასილს? ბუასილის დიაგნოზის დადგენა, მისი ამოცნობა ძნელი არ არის. ზოგჯერ ეს დაავადება იმდენად ტიპურია, რომ თვით ავადმყოფი მოგმართავთ მზა დიაგნოზით. ბუასილს ხშირად ახასიათებს სისხლის დენა დეფეკაციასთან დაკავშირებით. თუკი სწორი ნაწლავის გამოსავალში გაფართოებული ვენური კვანძებია, ხოლო ასეთ ავადმყოფს აქვს ყაბზობა, რომლის დროს ფეკალური მასები გამკვრივებულია, ცხადია, დეფეკაციის დროს გამკვრივებული მასა ადვილად დააზიანებს სისხლძარღვის კედელს და დაიწყება სისხლის დენა.

ბუასილის დროს ანალურ ხერეღში, გარეთ ან შიგნით გადიდებული ჰემოროიდული კვანძებია (სურ. 31), რომელთაც ავადმყოფი გრძნობს, ამასთან ერთად მას აქვს უკანა ტანის ქაველი, რადგანაც იქ ვენური სტაზია, რომელიც ანალური არის ნერვულ რეცეპტორებს აღიზიანებს. ამგვარად, ეს სამი ნიშანი—ჰემოროიდული კვანძები, ქაველი და სისხლის დენა ბუასილის ძირითადი ნიშნებია.

როგორც ხედავთ, ბუასილის კლინიკა და დიაგნოზი არ არის რთული საქმე, მაგრამ ეს როდი ნიშნავს, რომ თქვენ ავადმყოფი არ გასინჯოთ. ავადმყოფი უნდა გასინჯოთ გულდასმით, რადგანაც მას შეიძლება ბუასილი განუვითარდეს სხვა დაავადების, თუნდაც კი-

ბოს ნიადაგზე, თუ სწორი ნაწლავის ზემო ნაწილში კიბოა, ის აფერხებს ნაწლავის მოქმედებას და ხელს უწყობს ბუასილის განვითარებას. ხდება ისეც, რომ ასეთ ავადმყოფს გაუკეთებთ ბუასილის ოპერაციას, გასწერთ მას კლინიკიდან და ძირითადი დაავადება გამოგეპარებათ. ეს მართო დიდი სირცხვილი როდი იქნება, ეს იქნება თქვენი დიდი დანაშაულიც. ყველაზე სანდო გამოკვლევის მეთოდია დიგიტალური, ე. ი. თითით გასინჯვა, მაგრამ არა შიშველი თითით, როგორც ზოგიერთი უყურადღებო სტუდენტი ფიქრობს, არამედ შეიარაღებული თითით, ხელთათმანით ან რეზინის სათითურით. თითზე წაისვამთ ვაზელინს და ასე გასინჯავთ ავადმყოფს. ამგვარი გასინჯვით შეიძლება რაიმე დამატებითი პათოლოგიაც აღმოაჩინოთ: სტრიქტურა, ე. ი. სწორი ნაწლავის შევიწროება, პოლიპი, კიბო და ა. შ. მართალია, დიგიტალური გასინჯვა საიმედოა, მაგრამ გვაქვს სხვა საშუალებებიც: რექტალური სარკე, რომელიც შესაძლებელს ხდის გარკვეულ მანძილზე დავათვალიეროთ ლორწოვანი გარსი, რექტოსკოპი, რომლის ბოლოში ნათურაა მოთავსებული; რექტოსკოპით შეგვიძლია მთელ სიგრძეზე დავათვალიეროთ სწორი ნაწლავი. უფრო მეტიც, სიგმურ კოლინჯამდე ავიდეთ, ბალონით გავბეროთ ნაწლავი, ჩავრთოთ ელექტროდენი და რექტოსკოპის ბოლოში არსებული ნათურით გავანათოთ ნაწლავი, ეს საშუალებას მოგვცემს დეტალურად დავათვალიეროთ ლორწოვანი გარსი. ამავე მომენტში შესაძლებელია ბიოფსიური მასალის აღება და მისი მიკროსკოპულად შესწავლა. აღნიშნული მეთოდი საშუალებას გვაძლევს დავადგინოთ, თუ რა პათოლოგიასთან გვაქვს საქმე — ათვისებიან სიმსივნესთან, ტუბერკულოზთან, ლეუსთან თუ აქტინომიკოზთან. გარდა ამისა, სწორი ნაწლავის საიმედო გამოკვლევა შეიძლება რენტგენით, ირიგოსკოპიით. უკანასკნელის დროს საკონტრასტო ნივთიერება შეგვყავს სწორი ნაწლავიდან და ტროქოსკოპზე დაწოლილ ავადმყოფს ვაკვირდებით, ვადგენთ არის თუ არა სადმე შევიწროება, ისახება თუ არა სადმე ავსების დეფექტი, წყლულოვანი ნიშა და ა. შ.

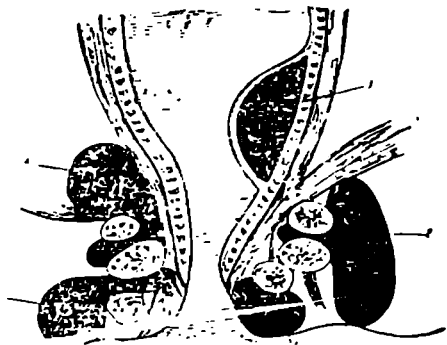


სურ. 31. ჰემოროიდული კვანძები.

თურით. თითზე წაისვამთ ვაზელინს და ასე გასინჯავთ ავადმყოფს. ამგვარი გასინჯვით შეიძლება რაიმე დამატებითი პათოლოგიაც აღმოაჩინოთ: სტრიქტურა, ე. ი. სწორი ნაწლავის შევიწროება, პოლიპი, კიბო და ა. შ. მართალია, დიგიტალური გასინჯვა საიმედოა, მაგრამ გვაქვს სხვა საშუალებებიც: რექტალური სარკე, რომელიც შესაძლებელს ხდის გარკვეულ მანძილზე დავათვალიეროთ ლორწო-

ვანი გარსი, რექტოსკოპი, რომლის ბოლოში ნათურაა მოთავსებული; რექტოსკოპით შეგვიძლია მთელ სიგრძეზე დავათვალიეროთ სწორი ნაწლავი. უფრო მეტიც, სიგმურ კოლინჯამდე ავიდეთ, ბალონით გავბეროთ ნაწლავი, ჩავრთოთ ელექტროდენი და რექტოსკოპის ბოლოში არსებული ნათურით გავანათოთ ნაწლავი, ეს საშუალებას მოგვცემს დეტალურად დავათვალიეროთ ლორწოვანი გარსი. ამავე მომენტში შესაძლებელია ბიოფსიური მასალის აღება და მისი მიკროსკოპულად შესწავლა. აღნიშნული მეთოდი საშუალებას გვაძლევს დავადგინოთ, თუ რა პათოლოგიასთან გვაქვს საქმე — ათვისებიან სიმსივნესთან, ტუბერკულოზთან, ლეუსთან თუ აქტინომიკოზთან. გარდა ამისა, სწორი ნაწლავის საიმედო გამოკვლევა შეიძლება რენტგენით, ირიგოსკოპიით. უკანასკნელის დროს საკონტრასტო ნივთიერება შეგვყავს სწორი ნაწლავიდან და ტროქოსკოპზე დაწოლილ ავადმყოფს ვაკვირდებით, ვადგენთ არის თუ არა სადმე შევიწროება, ისახება თუ არა სადმე ავსების დეფექტი, წყლულოვანი ნიშა და ა. შ.

თქვენთვის ცნობილია, რომ სწორ ნაწლავში ლორწოვანი გარსის დაზიანების მრავალი ფაქტორია: სწორ ნაწლავში არსებულ კრიპტებში შეიკრება სხვადასხვა სახის მიკრობი, აღნიშნული ქმნის პარარექტალურ არეში ინფექციის შექრის პირობას. მე მოგახსენეთ იმ გარემოების შესახებაც, რომ სწორი ნაწლავის დისტალურ მონაკვეთში სეროზული გარსი არ არის, მისი უკანა კედელი დიდ მანძილზე გაშიშვლებულია და, როდესაც ლორწოვანი გარსი დაზიანდება, ინფექცია იოლად გააღწევს ამ გარსს, გადავა კუნთოვან შრეზე, ხოლო იქიდან მოხვდება ფაშარ შემაერთებელ ქსოვილში, რომელიც, როგორც უკვე ზამდენიმეჯერ ვითხარით, პასიური ქსოვილია -- მას არა აქვს ინფექციის წინააღმდეგ ბრძოლის უნარი. მიკროორგანიზმი დაიწყებს ამ ქსოვილში გაღვივებას, მოიცავს მთლიანად პარარექტალურ არეს და წარმოიქმნება ჩირქი. მაშასადამე, განვითარდება სწორი ნაწლავის ირგვლივ მდებარე ფაშარი



სურ. 32. პარარექტალური ჩირქოვანობის სქემა.

შემაერთებელი ქსოვილის ჩირქოვანი ანთება, ანუ ფლევგმონა (სურ. 32), რომელსაც ჩვენ პარარექტიტი ვუწოდებთ. აღნიშნული ხშირი დაავადებაა. არ გაივლის, არც ერთი დღე, რომ ჩვენს კლინიკაში პარარექტიტიანი რამდენიმე ავადმყოფი არ შემოვიდეს.

ვთხოვ ექიმ ტაბატაძეს შესვენების დამთავრების შემდეგ ლექციაზე წარმოგვიდგინოს პარარექტიტიანი ავადმყოფები.

მაშასადამე, მე მოგახსენეთ, რომ კლინიკაში ბევრი ასეთი ავადმყოფია, მაგრამ გაცილებით მეტნი არიან ასეთები სახლებში. რატომ სახლში? უცნაური გარემოების გამო, შეიძლება ნაწილობრივ ეს უკულტურობას მივაწეროთ, თუმცა მე მინახავს მაღალი კულტურის ადამიანიც. რომელიც გაურბის ექიმს, რადგან ზოგიერთი არის ჩვენება მას სირცხვილად მიაჩნია. მაგალითად, სწორი ნაწლავის, სასქესო ორგანოების. ავადმყოფები. განსაკუთრებით კი ქალები. აღნიშნული არის პათოლოგიას მაღავენ მანამ, ვიდრე დაავადება არ გართულდება და ავადმყოფს უკიდურესობამდე არ მიიყვანს. ხშირად ისინი, ექიმის ნაცვლად, მიმართავენ სხვადასხვა სა-

შუალეხას, ექიმბაშებს ან შინაურების რჩევით წამლობენ სელით. ხახვით, ნივრით, სათბურებით, ცდილობენ ანთებადი არე დაამწიფონ და გამოპირონ. რა თქმა უნდა, ეს არ არის სწორი. თქვენი პრაქტიკული მოღვაწეობის დროს ამ მხრივ სათანადო აგიტაცია დაგვირდებათ; ავადმყოფებს უნდა განუმარტოთ, რომ არც ერთი ორგანოს პათოლოგია ექიმს არ დაუმალონ.

თუ პარაპროქტიტი განვითარდა უკანა ტანის გაგანიერებული ვენების მთლიანობის დარღვევის ან ლორწოვანი გარსის დაზიანებული ადგილიდან, ფაშარ შემაერთებულ ქსოვილში ინფექციის შეკრის გამო, ეს არე შესივდება, გაწითლდება, ავადმყოფს ექნება აუტანელი ტკივილი, რომლის გამო იგი მოსვენებას კარგავს, ეწყება შემცივნება, მაღალი სიცხე. ასეთი ავადმყოფის განკურნების ერთადერთი გზაა ჩირქის გამოშვება ოპერაციული გზით. მაგრამ არც თბილი სელი, ხახვი ან ნიორია მთლად უაზრო საშუალებები. ხახვი და ნიორი შეიცავს ფიტონციდებს, ხოლო თბილი სელის დადება ჰიპერემიას იწვევს, ამწიფებს ჩირქგროვის ადგილს და გახეთქვამდე მიიყვანს მას — იგი სამედიცინო კომპრესივით მოქმედებს ანთებად უბანზე. მაგრამ ყველა ამ საშუალებას ესაპიროება დიდი დრო — 4—5—6 დღე, ამ ხნის განმავლობაში კი მოსალოდნელია სეფსისის განვითარება, ე. ი. ამ გზით ავადმყოფის განკურნების ცდა არ ყოფილა გონივრული. ამას სჯობია ჩირქგროვის დროული გახსნა ადგილობრივი გაყინვით, რომელსაც ქლორ-ეთილით ვაღწევთ, ან, თუ ავადმყოფი ნევროპათიული პიროვნებაა, — ეთერ-რაუშის მიცემა და სკალპელის ერთი დასმით ჩირქის გამოშვება, დრუს გაფართოება, მისი ტამპონადა. ამრიგად, თქვენ ყოველთვის უნდა დაარწმუნოთ ავადმყოფი ოპერაციული ჩარევის უპირატესობაში, აუხსნათ, რომ ოპერაცია შეიძლება გაკეთდეს უმტკივნეულოდ, რომ საპიროა დროული ჩარევა, რათა არ განვითარდეს უფრო მძიმე მდგომარეობა. ამასთან ისიც უნდა აუხსნათ ავადმყოფს, რომ, როდესაც ჩირქგროვა თვითონ გასკდება, ჩირქი მთლიანად შეიძლება არ გამოვიდეს, რადგან პაწაწინა ხვრელი, რომელიც კანის ზედაპირზე განვითარდება, არ იქნება საკმარისი ჩირქის ევაკუაციისათვის. როცა მას ქირურგიულად უმკურნალებთ, რაკი დასტაქარი ცდილობს კრილობა იყოს ფართო, დროულად მოხდება ჩირქის ლიკვიდაცია. თქვენთვის ახლა ნათელია, რომ ასეთი ჩირქგროვა შეიძლება გასკდეს კანის მთლიანობის დარღვევით, მაგრამ მან შეიძლება გაიკაფოს გზა სწორი ნაწლავის მიმართულებითაც და იქიდან გამოვიდეს ჩირქი. სადაც არ უნდა გაიხსნას ჩირქგროვა — კანზე თუ ნაწლავში — ავადმყოფს ტკივილი შეუშუბუქდება, სიცხე დაეცემა და რამდენიმე დღეში ხვრელი შეიძლება დაიხუროს კიდეც, მაგრამ მალე ჩირქ-

გროვა კვლავ განვითარდება, ავადმყოფის მდგომარეობა ისევ გაუ-
რესდება და მეორდება ასე დაუსრულებლად, ვიდრე რადიკალურ
ოპერაციას არ გადაკეთებთ.

ამრიგად, როგორც ხედავთ, პარაპროქტიტს თან სდევს პატარა
ხერელი სწორ ნაწლავთან ახლოს, რომელსაც ეწოდება ფისტულა.
იმის მიხედვით, თუ რასთანაა დაკავშირებული ეს ხერელმილი, მას
ეწოდება ანუსის ან სწორი ნაწლავის ფისტულა. Fistula ani ეწო-
დება ფისტულას, თუ ის ანალურ ხერელს უკავშირდება, ხოლო
fistula recti ისეთი ფისტულაა, რომელიც ზევით მდებარეობს და
სწორ ნაწლავს ერთვის. ამას ადვილად დაადგენთ ლითონის გრძელი
ზონდით. როგორც გაირკვა, ფისტულა ყოფილა პარაპროქტიტის
ნაშთი. ამიტომ, როცა პარაპროქტიტიან ავადმყოფს ოპერაციას
გაუკეთებთ, იგი უსათუოდ უნდა გააფრთხილოთ, რომ, მართალია,
მას ამ ეტაპზე მოარჩენთ, შეიძლება ეს კრილობა შეუხორცდეს კრ-
დეც უკვალოდ, მაგრამ ზოგჯერ რჩება ფისტულა, რომელიც საჭი-
როებს მეორე ოპერაციას. ავადმყოფი შეიძლება სასოწარკვეთი-
ლებას მიეცეს და იფიქროს: როგორ შეიძლება ასეთი მარტივი და-
ავადების გამო დასჭირდეს ერთი და ორი ოპერაცია, მაგრამ თქვენ
მას ყოველივე სათანადოდ უნდა განუმარტოთ, როგორც ახლა მე
გინმარტავთ. ყოველ შემთხვევაში ავადმყოფს მისი ინტელექტის შე-
საბამისად უნდა აუხსნათ საქმის ვითარება, ზოგჯერ ხდება, რომ
ავადმყოფს ექიმი დააიმედებს: ეს მარტივი ოპერაციაა, გაგიკეთებ,
რაც საჭიროა, და მოგარჩენ. მე ამის თქმას არ გირჩევთ, რადგან პა-
რაპროქტიტი ხშირად სტოვებს ფისტულას, ავადმყოფი კი, რომელ-
საც ეს არ ეცოდინება, მიგატოვებთ, მივა სხვა ექიმთან, ხოლო თუ
ამ უკანასკნელს არ აღმოაჩნდა სათანადო ეთიკა, შეიძლება ავად-
მყოფთან ერთად იმანაც გაგამტყუნოთ, რათა დასცეს თქვენი ავტო-
რიტეტი. ამიტომ გირჩევთ იყოთ ავადმყოფთან გულაზდილი და, რაც
მთავარია, არაეითარ შემთხვევაში თქვენი კოლეგის სახელი არ შეუ-
რაცხყოთ.

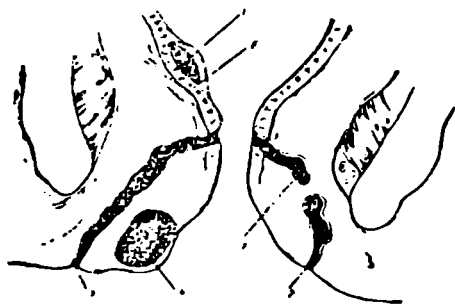
ფისტულების შესახებ ვისაუბრებთ დასვენების შემდეგ.

ექიმმა ტაბატაძემ წარმოგიდგინათ შვიდი ავადმყოფი, მათ შო-
რის ერთი ახალი შემოსულია ეწვევე პარაპროქტიტით; მას ახლავე
უნდა გავუკეთოთ ოპერაცია. ექვს ავადმყოფს აქვს ქრონიკული პა-
რაპროქტიტი და მის ფონზე განვითარებული სხვადასხვა ფორმის
ფისტულები. გთხოვთ გასინჯოთ ეს ავადმყოფები.

მე მოგახსენეთ, რომ პარაპროქტიტი ძირითადად ბუასილის
კვანძიდან ინფექციის შეჭრას დაერთვის, ეს მთავარი მიზეზია, მაგ-
რამ არსებობს სხვა მიზეზებიც. მაგალითად, ქათმის ძვალმა შეიძ-
ლება გამოიწვიოს სწორი ნაწლავის ლორწოვანი გარსის მთლიანო-

შის დარღვევა და წარმოქმნას ფაშარ შემაერთებელ ქსოვილში ინფექციის შექრის კიშკარი. მე მყავდა ერთი პაციენტი, პროფესორი, რომელმაც შემთხვევით ქათმის ძვალი გადაყლაპა, ძვალი გაეჩხირა სწორ ნაწლავში და დააზიანა მისი ლორწოვანი გარსი. აღნიშნულის ნიადაგზე განვითარდა პარაპროქტიტი. ასევე სახიფათოა თევზის ძვალი ან ფხა და სხვა რომელიმე მკვრივი ნივთიერება. ზოგჯერ განავლოვანი მასა — კოპროლითი — იწვევს ლორწოვანი გარსის მთლიანობის დარღვევას და პარაპროქტიტს. მაგრამ ყველაზე ხშირად ამ პათოლოგიის მიზეზი ბუასილია. გამოდის, რომ ბუასილი იწვევს პარაპროქტიტს, ხოლო პარაპროქტიტი — ფისტულას, ე. ი. თუ ფისტულის გენეალოგიას მიჰყვებით, მიხვდებით, რომ ფისტულა ყოფილა ბუასილის „შვილიშვილი“.

თუ ჩირქგროვა გაიხსნება სწორ ნაწლავში, ე. ი. შიგნით დაიწყებს ჩირქი ღენას, წარმოიქმნება შიგნითა ფისტულა, ხოლო თუ



სურ. 33. სწორი ნაწლავის ფისტულების სქემა.

ის გარეთ გაიხსნება, კანზე, — გარეთა ფისტულა. *fistula interna* და *fistula externa* არასრულია და მათ ეწოდება *fistula incompleta*. შესაძლებელია ფისტულა იხსნებოდეს როგორც შიგნით, ისე გარეთ, ე. ი. სწორ ნაწლავშიც და კანზეც (სურ. 33). ეს არის შეერთებული, ანუ სრული ფისტუ-

ლა — *fistula completa*. ზოგიერთი ფისტულა დატოტიანებულია, ზოგი — მრავლობითი. საერთოდ უკანა ტანის ფისტულა ძალიან შემაწუხებელი დაავადებაა. ზოგიერთ ავადმყოფს ის ათეული წლების განმავლობაში აქვს და უცდის, რომ თავისით მოუჩხება. იცოდეთ, ასი წელი რომ იცხოვროს ასეთმა ავადმყოფმა, ფისტულა მაინც არ მოუჩხება. მართალია, ის პერიოდულად პირს იკრავს და ავადმყოფიც კარგ გუნებაზე ღვება — ჰგონია, რომ განიკურნა, მაგრამ, რაკი ფისტულაში ლატენტური ინფექციაა, მით უფრო თუ ფისტულა სწორ ნაწლავშია გახსნილი, საიდანაც ინფექცია მუდმივად ხვდება ფისტულის არეში, ის მუდმივად არსებობს და პერიოდულად ახსენებს თავს ავადმყოფს. ამიტომ მისი მკურნალობის ერთადერთი სწორი გზაა ოპერაციული

მკურნალობა, რაც ფისტულის მთლიან ამოკვეთაში მდგომარეობსა და თქმა უნდა, პარაპროქტიტებისა და ფისტულების კლინიკური სურათი მარტო ამით არ ამოიწურება. თუ პარაპროქტიტი ხანგრძლივად აწუხებს ავადმყოფს, შეიძლება ჩირქმა გზა გაიკაფოს გავის ძელის მიმართულებით ან სწორი ნაწლავიდან გავის ძელისაკენ გავრცელდეს, მაშინ იქმნება ძალიან მძიმე კლინიკური სურათი: შეიძლება ავადმყოფი ძლიერ ტკივილს არ უჩიოდეს, მაგრამ ჰქონდეს შემცივნება, ჰექტიური ტემპერატურა და, ვიდრე ჩირქგროვა არ გამოიბერება სწორ ნაწლავში, დიაგნოზის დადგენა არ მოხერხდება. ეს სახიფათოა იმ მხრივაც, რომ მოსალოდნელია მალალმა პარაპროქტიტმა გამოიწვიოს ღვიძლის ჩირქგროვა — სასიკვდილო გართულება.

აღნიშნულის ფაქტიური დადასტურებაა ჩვენი ერთი შემთხვევა, რომლის შესახებ ვთხოვ მოგვახსენოს ექიმმა ტაბატაძემ.

ექ. გ. ტაბატაძე: ავადმყოფი მ. რ., 26 წლის (ისტ. № 10406), შემოვიდა კლინიკაში დიაგნოზით — მწუავე, მალალი (პელვიო-რექტალური) პარაპროქტიტი. ავადაა 21 დღე. დაავადება განუვითარდა მივლინებაში ყოფნის დროს. დასაწყისში აღენიშნებოდა შემცივნება, მალალი ტემპერატურა — $39-40^{\circ}$, ოფლიანობა, მალალი ლეიკოციტოზი, მარცხნივ გადახრით; კლინიკაში მალე დაეწყო ტკივილი სწორი ნაწლავის მარჯვნივ, შედარებით მალა. ამ არის პალპაციით ნათელი გახდა, რომ განვითარებული იყო მალალი ჩირქოვანი პარაპროქტიტი, რის გამოც ადგილობრივი ანესთეზიის პირობებში გავუკეთეთ ოპერაცია — რკალოვანი განაკვეთი ანუსიდან 4 სმ დაშორებით მარჯვნივ. გამოვიდა ძლიერ ცუდი სუნის იქოროზული ჩირქი. ამ არის ქსოვილები დანეკროზებული იყო. კრილობის სიღრმე იშორეექტალურ ფოსოს სცილდებოდა, რაც მიუთითებს იმაზე, რომ საქმე ეხებოდა პელვიო-რექტალურ პარაპროქტიტს. კრილობაში ჩავდეთ ტამპონები. ოპერაციიდან პირველი 2—3 დღეს ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა გაუმჯობესდა, შემდეგ კი დაეწყო შემცივნება, მალალი სიცხიანობა, ლეიკოციტოზმა კვლავ მოიმატა, ფორმულაში გაქრა ეოზინოფილები. ჩვენი ყურადღებამ მიიქცია ღვიძლის არეში ზომიერმა ტკივილმა, ღვიძლის გადიდება და სიყვითლემ. რაკი ექვი მივიტანეთ ღვიძლის ჩირქგროვის განვითარებაზე, გავაკეთეთ პუნქცია, რომლითაც ჩირქი ვერ მივიღეთ. ენერგიული ზომების მიღების მიუხედავად, ავადმყოფი გარდაიცვალა უმძიმეს სექტიკურ მდგომარეობაში. გაკვეთამ დაადგინა ღვიძლის უკანა ზედაპირის მრავლობითი აბსცესები.

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: ამგვარად. თქვენთვის ნათელია. რაოდენ მძიმე გართულებას იწვევს თითქოსდა მარტივი დაავადება—პარაპროქტიტი

ტიტი. ამის შესახებ ექიმმა უნდა იცოდეს, თუმცა ეს სასიკვდილო გართულება ძალიან იშვიათია.

ფისტულის მაღალი მდებარეობის დროს საჭირო ხდება მისი მთლიანი ამოკვეთა, ე. ი. როგორც გარეთა, ისე შიგნითა სფინქტერის გაკვეთა. თუ საქმე ახალგაზრდა პაციენტს შეეხება, ეს არ არის სახიფათო, რადგან შეკავების უნარი მას მალე აღუდგება. მაგრამ თუ საქმე ხანდაზმულ სუბიექტთან გვაქვს, შეიძლება მას განუვითარდეს განავლის, აირების შეუკავებლობა და ავადმყოფი ძალიან ცუდ მდგომარეობაში ჩავარდეს. მაშასადამე, მაღალი ან დატოტიანებული ფისტულების მკურნალობა ძნელია. გარდა ამისა, თუ თქვენ ოპერაციის დროს ფისტულის სულ პატარა უბანი მაინც დაგრჩათ, უთუოდ მიიღებთ დაავადების რეციდივს. ფისტულის ოპერაცია ამიტომაც არ არის იოლი. არ არის სწორი ისიც, რომ უმეტესად ფისტულის ოპერაციას დამწყებ ქირურგებს ვანდობთ, რადგან ხშირია ფისტულის რეციდივები, რაც მოითხოვს მრავლობით ოპერაციას, ავადმყოფი კი წლობით იტანჯება ორი—სამი—ოთხი ქირურგიული ჩარევის გამო. ფისტულის ოპერაცია თავიდანვე უნდა გააკეთოს გამოცდილმა ქირურგმა: ამოკვეთოს მთლიანად ფისტულა და მეორადი დაქიმვით შეახორცოს კრილობა, მაგრამ ზოგჯერ შეიძლება ყრუდაც გაეკროს იგი — თუ ლატენტური ინფექციაა და ორგანიზმი შეგუებულია ამას. როგორც ხედავთ, საჭიროა ინდივიდუალური მიდგომა.

ბუასილის სხვა გართულებებიდან აღსანიშნავია ჰემოროიდული კვანძების გამოვარდნა; ანუ ჩაქედვა. გამოვარდება 2—3—4 კვანძი და მათ შემოეკირება გაღიზიანებული სფინქტერი. კვანძში კვება შეფერხდება, ის გასივდება — მოიმატებს მისი ზომა, განვითარდება ანთებადი პროცესი. ბუასილის აღნიშნული გართულება ძალიან შემაწუხებელია. ძლიერი ტკივილის გამო ავადმყოფს სიარული არ შეუძლია, საწოლშიც ვერ ისვენებს, ტკივილს ვერაფრით ვერ იმსუბუქებს. ბუასილის ჩაქედვის დროს ავადმყოფს უვითარდება ყაბზობა — ნაწლავების მოქმედება არა აქვს 3—4 და შეიძლება 10 დღის განმავლობაშიც. საზოგადოდ უნდა იცოდეთ, რომ ბუასილს თან სდევს ყაბზობა, მით უფრო, როცა კვანძები ჩაიქედება. ამ დროს გაღიზიანების კერიდან ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში მიდის რეფლექსური იმპულსები, ხოლო თავის ტვინის ქერქი აკავებს სიგმური კოლინჯისა და სწორი ნაწლავის მოქმედებას. ორგანიზმი ცდილობს, რომ გამკვრივებულმა განავალმა არ გააღიზიანოს გაქედილი ბუასილის ადგილი, რადგან ეს შოკამდე მიიყვანს ავადმყოფს, შეიძლება სიკვდილითაც კი დამთავრდეს ასეთი შოკური მდგომარეობა. მაგრამ ბოლოს და ბოლოს ხომ უნდა იმოქმედოს ნაწლავმა,

რადგანაც, რაც უფრო მეტი შიგთავსი დაგროვდება სიგმურ-კო-ლინჯში, ის მეტად დააწვება სწორ ნაწლავს და უფრო მოიმატებს ჰემოროიდული კვანძების შეშუპება. რამდენადაც მეტად შეფერხ-დება ვენური სისხლის მიმოქცევა, იმდენად გაფართოვდება ჩაქე-დილი ვენური კვანძები და უფრო დიდ ხანს გაგრძელდება ნაწლავის უმოქმედობა. როგორც ხედავთ, ამ დროს საქმე გვაქვს *perpetuum mobile*-სთან. ბუასილის ჩაქედვა რეფლექსურად იწვევს ნაწლავში პერისტალტიკის შეჩერებას, ხოლო პერისტალტიკის შეჩერება ამ-ძიმებს ჩაჭედილი კვანძების მდგომარეობას, ამწვავებს ტკივილს და მოსვენებას უკარგავს ავადმყოფს. როგორ მოვიქცეთ ასეთ შემთხვე-ვაში? მე ყოველთვის ასეთ საკითხს ვუსვამ სტუდენტებს ლექციის დროს.

რას იტყვის სტუდენტი თ-ე?

ს ტ უ დ ე ნ ტ ი თ-ე: რაკი ასეთ ავადმყოფს ძლიერი ტკივილი აქვს, გავუკეთებთ ტკივილგამაყუჩებელს.

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: რას გაუკეთებს ასეთ ავადმყოფს სტუდენტი მ-ე?

ს ტ უ დ ე ნ ტ ი მ-ე: ნოვოკაინს შევიყვან გადიღებული კვანძე-ბის ირგვლივ და შემდეგ მათ შევაბრუნებ უკან.

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: იქნებ სტუდენტმა ლ-მა ბრძანოს რაიმე ახა-ლი, უფრო მისაღები?

ს ტ უ დ ე ნ ტ ი ლ-ი: გადიღებულ კვანძებს თერმოკაუტერით მოვწვავ.

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: საკმარისია! გადიღებულ კვანძებზე შემოკე-რილი სფინქტერი ძლიერ ტკივილს იწვევს და ამიტომ სწორი არიან ის ამხანაგები, რომლებიც ამბობენ, რომ ავადმყოფს გაუკეთებენ ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებას. მაგრამ ნარკოტიკის გაკეთება სა-ჭიროა ძლიერ დიდი სიფრთხილით, რათა ავადმყოფი ნარკომანი არ გახდეს. რაც შეეხება შეშუპებულ კვანძებში ნოვოკაინის შეყვა-ნას, თქვენ ამით მეტად გააძლიერებთ ტკივილს და თან კვანძებში წარმოქმნილი თრომბის მოგლეჯის საფრთხეს შექმნით, მით უფრო თუ ეცდებით ხელით შეაბრუნოთ ისინი სწორ ნაწლავში. თქვენ რომ ხელი დააქიროთ დათრომბებულ და ჩაქედილ კვანძს, შეიძლება მოგლიჯოთ თრომბი, რომელიც წავა გულში, ფილტვში, ტვინში და ავადმყოფი სწრაფად მოგიკვდებათ. ამრიგად, ავადმყოფის მკვლელი ექიმი იქნებით.

რაც შეეხება მესამე სტუდენტის პასუხს, რომ ის თერმოკაუ-ტერით მოწვავს ჩაქედილ კვანძებს, ეს ნიშნავს ცეცხლზე ნავთის დასხმას. ამგვარად, არც ერთი პასუხი ჩვენს ამოცანას არა სწყვეტს. კიდევ კარგი, რომ ბუნება ზოგჯერ უგუნურ ექიმზე ჰკვიანია, ბრძე-

ნია იგი! ავადმყოფი არც ერთი ამ პროცედურის გაკეთების უფლებას არ დაგრთავთ, არც მიგიშვებთ, ე. ი. ხელს არ მიგაკარებინებთ გადიღებულ და ჩაქედილ კვანძებზე, მათზე ხელის დაქერასა და ჩაბრუნებაზე ლაპარაკი ხომ ზედმეტია. ესეც რეფლექსური თავდაცვაა, ე. ი. თუ თქვენ გესმით, რა პათოლოგიასთან გაქვთ საქმე, არც ერთ ზემონათქვამ საშუალებას არ გამოიყენებთ. თუ პირველ ხანებშივე, ვიდრე თრომბი არ არის განვითარებული, მოაღუნეთ სფინქტერი და შეაბრუნეთ კვანძები, კარგი იქნება, ხოლო მოგვიანებით ეს აღარ შეიძლება. უნდა ეცადოთ, რომ ხელი შეუწყოთ ანთებადი პროცესის ჩაცხრომას, კვანძების ნეკროზს და მათ მოვარდნას. ამისათვის საჭიროა სფინქტერის მომღუნებელი საშუალებები, ცივი საფენები, კარგია მალამოწაცხებული საფენებიც, რომ დოლბანდი ანთებად კვანძებს არ შეახმეს და ტკივილი არ გამოიწვიოს გამოცვლის დროს. კარგ შედეგს გვაძლევს წურბელებით ჩატარებული მკურნალობა. თუ როგორ მოვუაროთ შეკრულობას, როგორ გამოვიწვიოთ ნაწლავთა მოქმედება, ამის შესახებ გვეტყვის სტუდენტი ფ-ა!

ს ტ ე დ ე ნ ტ ი ფ-ა: ავადმყოფს მივცემთ საფაღარათოს!

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: მაინტერესებს, რას გააკეთებს, როგორ დახმარებას აღმოუჩენს ასეთ ავადმყოფს ქ-ი?

ს ტ უ დ ე ნ ტ ი ქ-ი: ვეცდები ოყნით გამოვიწვიო ნაწლავთა მოქმედება.

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: მოგახსენებთ, რომ არც ერთი არ ბრძანდებით სწორი! რატომ, ამის შესახებ ვიმსჯელებ მომავალ ლექციაზე. გთხოვთ მანამდე თქვენც იფიქროთ, რატომ არ იქნება თქვენი მოქმედება მართებული.

კარგად ბრძანდებოდეთ!

მეთვრამეტე ლექცია

მეგობრებო! წინა ლექციაზე საუბარი გვექონდა სწორი ნაწლავის დაავადებებზე — ბუასილზე და მის გართულებებზე — პარაპროქტიტსა და ფისტულებზე. ვისაუბრეთ ბუასილის კვანძების ჩაქედვაზე და აღვნიშნეთ, რომ ჩაქედილი კვანძების შებრუნება, თუ ეს არ მოხდა პირველსავე საათებში, შემდეგ შეუძლებელია და სახიფათო, რადგან ამ მანიპულაციამ შეიძლება გამოიწვიოს ბუასილის კვანძში წარმოქმნილი თრომბის მოვლეჭა და ავადმყოფის სიკვდილი. ასეთ ვითარებაში არც ქირურგიული ჩარევაა გამართლებული, ამიტომ მკურნალობა უნდა წარიმართოს კონსერვატიული მიმართულებით, ე. ი. სხვადასხვა გზით ხელს შევეუწყობთ კვანძის ნეკროზს,

მის მოვარდნას ან დაცხრომას, რათა მოგვიანებით გავაკეთოთ ოპერაცია. აღვნიშნეთ იმის შესახებაც, რომ, რაკი სფინქტერი გაღიზიანებულია ანთებადი პროცესის გამო, წყდება სიგმური კოლინჯის მოქმედება, ე. ი. ავადმყოფს აქვს ყაბზობა. მე დავსვი კითხვა, თუ როგორ გამოვიწვიოთ ასეთი ავადმყოფის ნაწლავთა მოქმედება და სწორი პასუხი ვერ მივიღე: ერთმა ოყნის გაკეთება ირჩია. მეორემ კი საფალარათოს მიცემა. არც ერთი არ ბრძანდებოდა სწორი. ასეთი ავადმყოფის ნაწლავთა მოქმედება რომ გამოვიწვიოთ, რა მოხდება? ნაწლავში გამკვრივებული განავალოვანი მასა მოაწვება ისედაც გაღიზიანებულ სფინქტერს, რომელიც შემოკჭერილია გადიდებულ და ანთებად კვანძებზე, და ავადმყოფი შოკში ჩავარდება. ამიტომ უმჯობესია ბუასილიან ავადმყოფს ყოველთვის ჰქონდეს ნაწლავთა მოქმედება და არ დავუშვათ, რომ განუვითარდეს შეკრულობა. მაგრამ თუ მოხდა ისე, რომ ჩაქვიდილი ბუასილი განუვითარდა და ავადმყოფს დღეების განმავლობაში ნაწლავთა მოქმედება არა აქვს, მაშინ თქვენი მოვალეობაა ისეთი საშუალებები გამოიყენოთ, რომლებიც გამოიწვევენ შედარებით უმტკივნეულო მოქმედებას. რა საშუალებებია ასეთი? სწორ ნაწლავში სხვადასხვა ზეთოვანი ნივთიერების შეყვანა. ერთი ჩაის კიქის რაოდენობით oleum olivarum-ს შევიყვანთ სწორ ნაწლავში სიგმურ კოლინჯამდე წინასწარ შეტანილი წერილი რეზინის მილის საშუალებით. ზეთი შიგთავსს ნაწილობრივ დაარბილებს, მის ზედაპირს შემოეხვევა, მოალობს და ამგვარად გამოწვეული დეფეკაცია შედარებით უმტკივნეულო იქნება.

შემდეგი დაავადება, რომლის შესახებაც მინდა გესაუბროთ, მეოთხე ვენერული, ანუ ნიკოლა-ფავრის დაავადებაა. მოგეხსენებათ, რომ მოსალოდნელია სწორი ნაწლავის სხვა ვენერული დაავადებებიც — გონორეა, რბილი შანკრი გაუკუღმართებული სქესობრივი კავშირის ან საშოდან ინფექციის გავრცელების გამო. შეიძლება შევხვდეთ სიფილისის ყველა სტადიას, მათ შორის გუმურ სტადიასაც, რომელსაც ახასიათებს ზრდისა და დაშლითი პროცესის ერთდროული გამოვლინება. გუმური პროცესისათვის დამახასიათებელი და განმასხვავებელია ის, რომ ტკივილი არ აღინიშნება. როცა გუმას დაერთვის სწორ ნაწლავში არსებული ინფექცია, ის დაიშლება; ამ დროს გუმა თავისი მჭკრომორფოლოგიური აგებულებით ძალიან წააგავს კიბოს. რადგან მას ანთებაც დაერთვის, წარმოიქმნება ინფილტრატი, ზომიერი ტკივილი, ის ადვილად შეიძლება აგვერიოს კიბოში. თუმცა გამოცდილი კლინიკისტიკისათვის ამ ორი პათოლოგიის დიფერენციაცია რთული არ არის: გუმა რბილი კონსისტენციისაა, კიბოს დროს კი წყლულის კიდეები შემალ-

ლებულია და მკვრივი. თუ დიაგნოზი გაძნელდა, შეიძლება ბიოფსიის გაკეთება და ქეშმარიტი დიაგნოზის დადგენა. რაც შეეხება რბილ შანკრს, ამ დროს ლიმფური აპარატია პროცესში ჩათრეული. აღინიშნება საზარდულის ჭირკვლების გადიდება და დაჩირქება. მას ხუბი inguinalis-ს უწოდებენ, რადგან ამ შემთხვევაში ლიმფური სისტემის ბლოკადა ხდება, შესაძლებელია განვითარდეს სწორი ნაწლავისა და სფინქტერის ბლოკადაც. სწორ ნაწლავში შეიძლება წარმოიქმნეს კონდილომებიც, როგორც გონორეას, რბილ შანკრსა და სიფილისს სიხვევია. ამ პათოლოგიის დროს უკანა ტარის არეში სხვადასხვა ზომისა და ფორმის კომბოსტოსებური წანაზარდებია. კონდილომები სხვადასხვაგვარია, მაგრამ განსოვდეთ, რომ ისინი ხშირად ერთიან ვენერულ დაავადებებს.

რაც შეეხება მეოთხე ვენერულ დაავადებას, იგი სწორი ნაწლავის სპეციფიკური დაავადებაა. აღნიშნული პათოლოგია ნავსადგურების დაავადების სახელწოდებითაცაა ცნობილი, რადგანაც იგი ზღვისპირა ქვეყნებიდან გავრცელდა. მაგრამ უნდა მოგახსენოთ, რომ ცნობილია ზემოხსენებულ ვენერულ დაავადებათა გამომწვევი მიზეზები, ხოლო, რა იწვევს მეოთხე ვენერულ დაავადებას, ზუსტად არ ვიცით. ფიქრობენ, რომ მისი გამომწვევია ვირუსული ინფექცია, რომელიც სქესობრივი გზით ვრცელდება. თუ გონორეა გამოვლინდება ჩირქის დენით, ლუესი — ლუესური წყლულებით. მეოთხე ვენერული დაავადების დროს პირველადი ელემენტი არა ჩანს. თანდათანობით იწყება როგორც რეგიონული, ისე შორეული უბნების ლიმფური ჭირკვლების — პარარექტალური, ინგვინალური, საშვილოსნოს არესთან არსებული ჭირკვლების გადიდება. გამკვრივება. ხდება ამ ჭირკვლების ბლოკადა და იშლება ლიმფის მიმოქცევა. აღინიშნება ლიმფოსტაზი. მამაკაცებს უვითარდებათ სკროტუმის, სასქესო ასოს, განსაკუთრებით მისი თავის არის შეშუპება. ქალს შეუშუპდება დიდი და მცირე სასირცხო ბაგეები, როგორც ეს ელემენტიაზის დროს ხდება. ორგანოთა შეშუპებასა და გამსხვილებას მოსდევს შემაერთებელი ქსოვილის განვითარება. რომელიც ბოლოს დანაწიბურდება. დანაწიბურების შედეგად ვიწროვდება საშვი, სწორი ნაწლავი. დანაწიბურება შეიძლება ისეთი იყოს, რომ ორივე ორგანოს სანათური გაუვალი გახდეს, ზონდის გატარებაც კი ვერ მოხერხდეს. ასეთია ძირითადად ის მორფოლოგიური ცვლილებები, რომლებიც თან სდევნენ მეოთხე ვენერულ დაავადებას. კლინიკურად მას მძიმე მდგომარეობა ახასიათებს. თუ ავადმყოფი კლინიკაში გამოცხადდება დროულად, მაშინ შევიწროებულ სწორ ნაწლავს ჰეგარის ჩხირებით გავაგანიერებთ. ჩვენ გვყავდა რამდენიმე ავადმყოფი, რომელთაც სისტემატურად ეუვა-

ნიერებლით სწორ ნაწლავს ჰეგარის ჩხირებით. თქვეხ, ალბათ, გინახავთ ჰეგარის მიერ შემუშავებული ლითონის ჩხირები. თუ არ გინახავთ, ლექციის დასასრულს შეგიძლიათ დაათვალიეროთ აქაგვაქეს ისინი წარმოდგენილი. ამასთან ერთად სწორი ნაწლავის ირგვლივ მდებარე პათოლოგიურად შეცვლილ ქსოვილში შეგყავთ ნოვოკაინის ხსნარში გახსნილი ანტიბიოტიკები ან სულფამიდები, რომლებიც მოქმედებენ დაავადების გამომწვევ ვირუსზე და ამით ერთგვარ გაუმჯობესებას აღწევთ. აღნიშნულ მკურნალობას იმეორებით ყოველ 4—5 თვეში, იმის მიხედვით, თუ როგორი ინტენსივობით მიმდინარეობს პროცესი. ზოგჯერ კი, როგორც ზეით მოგახსენეთ, კონსერვატიული წესით მკურნალობა შედეგს არ გაძლევთ და იძულებული ხდებით ავადმყოფს გაუკეთოთ ხელოვნური უკანა ტანი — ეს მაშინ, როცა სწორი ნაწლავი დაიხშობა და ავადმყოფს გაუვალობა განუვითარდება. ხდება ისეც, რომ პროცესში საშოსა და საშვილოსნოს ყელიც ჩაერთვის. მოგეხსენებათ, თუ ეს ახალგაზრდა ქალს ემართება, მენსტრუაციის ციკლი მოიშლება — სისხლი დაგროვდება საშვილოსნოში, ავადმყოფს ეწყება ძლიერი ტკივილი და იძულებული ხდებით გააკეთოთ პლასტიკური ოპერაცია გზა გაუკაფოთ დაგროვილ სისხლს.

მინდა შეგახსენოთ, რომ ზოგჯერ ვენერული დაავადება, მაგალითად, სიფილისი იწვევს ცელილებებს სხვადასხვა ორგანოს პარენქიმული, ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრივ, რაც მძიმე ფსიქიკური მოშლილობებით ვლენდება, ე. წ. ლუესი ფსიქიკური ავადმყოფობის, ჰუის სისუსტის, მოძრაობათა მოშლის საფუძველი ხდება. სამწუხაროდ, ეს დაავადება შთამომავლობაზეც გადადის, რასაც *lues hereditaria tarda* ეწოდება. ამრიგად, აღნიშნული პათოლოგია მძიმეა არა მარტო იმისთვის, ვინც თვითონ ავადდება, არამედ მთელი შთამომავლობისთვისაც. მეოთხე ვენერული ავადმყოფობაც ზოგიერთ შემთხვევაში იწვევს მსგავს ცვლილებებს. რომლებიც შეუთავსებელია სიცოცხლესთან.

სწორი ნაწლავის დაავადებებიდან ყველაზე მძიმეა კიბო. არ სებობს სწორი ნაწლავის სხვადასხვა სიმსივნე, რომელთაგან საკმაოდ ხშირია პოლიპი. პოლიპი ლორწოვანი გარსით დაფარული შემაერთებელქსოვილოვანი სიმსივნური წარმონაქმნია, რომელიც დაკავშირებულია სწორი ნაწლავის ლორწოვან გარსთან ფართო ან ვიწრო ფეხით. მართალია, პოლიპი, სადაც არ უნდა იყოს ის, მსხვილ თუ წვრილ ნაწლავში, კუჭში, სასუნთქ გზებში თუ მბგერავ იოგებზე — კეთილთვისებიანი სიმსივნეა, მაგრამ საშიშია იმის გამო, რომ იგი კიბოსწინარე დაავადებაა — მის ნიადაგზე არცთუ იშვიათად ვითარდება კიბო. ამიტომაც პოტენციურად პოლიპი კიბოს ხელ-

შემწყობი კეთილთვისებიანი წარმონაქმნია. პოლიპოზი სწორ ნაწლავში უფრო ხშირად ბავშვებს უვითარდებათ; პოლიპები ფეხზე არიან დაკიდებული და ახასიათებთ სისხლის დენა. ამიტომ თუ მოგიყვანენ ბავშვს, რომელსაც სწორი ნაწლავიდან სისხლის დენა ექნება, უნდა იფიქროთ, რომ მას შეიძლება აქვს პოლიპი. თუ ასეთი პოლიპი გრძელ ფეხზეა, ზოგჯერ ის გამოვარდება გარეთ. ასეთი სახის პოლიპის მკურნალობა არ არის რთული — გადაკვანძავთ ფუძესთან და მოკვეთავთ. ხოლო თუ ის ფართო ფეხზეა, საქმე გართულდება, რადგანაც ასეთ შემთხვევაში საქირო იქნება პოლიპის მთლიანი ამოკვეთა ან თერმობაჰიოტერით მოწვა, შემდეგ კი — დეფექტის პლასტიკა.

ჩვენ ორიოდ დღის წინ გვეწვა ბავშვი, რომელსაც ჰქონდა სწორი ნაწლავის სისხლმდენი პოლიპი. საქირო იყო მისი ამოკვეთა. მშობლებს შევთავაზეთ ოპერაცია, მაგრამ უარი განაცხადეს, თითქოს ამჯერად ოჯახური პირობები არ აძლევდა მათ ამის საშუალებას. სინამდვილეში კი გავიგეთ, რომ ბავშვი წაიყვანეს ექიმბაშთან სამკურნალოდ. სწორია ეს მოქმედება?

ს ტ უ დ ე ნ ტ ე ბ ი: არა!

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: დიახ, არა, რადგან ექიმბაში ამ სიმსივნეს ვერ მოარჩენს, ხოლო მომავალში შეიძლება პოლიპი გადაგვარდეს კიბოდ და ბავშვი დაიღუპოს.

დღეს თქვენს წინაშე უხვადაა წარმოდგენილი სხვადასხვა სიდიდის პოლიპები, რომლებიც ამოვაკერით ჩვენს კლინიკაში ნაოპერაციეუ ავადმყოფებს. გთხოვთ დაათვალიეროთ და დაიმახსოვროთ ისინი. არის მრავლობითი პოლიპებიც, გრძელ თუ მოკლე, ვიწრო თუ ფართო ფეხზე და სხვ. ასეთი პოლიპებიანი სამი ავადმყოფიდან, ჩვენი დაკვირვებით, ერთს კიბო უვითარდება. ამიტომ ავადმყოფს ყოველთვის ვურჩევთ ოპერაციას.

როგორც ზემოთ მოგახსენეთ, სწორი ნაწლავის კიბოს ყველაზე ხშირად ვხვდებით. ჩვენ ამჟამადაც გვიწევს ოთხი ავადმყოფი ამ პათოლოგიით. მათ გარდა, ერთი პაციენტი გუშინ გაეწერა უოპერაციოდ კლინიკიდან. რატომ წავიდა იგი, ვერ ვეტყვი. ეს მით უფრო საკვირველია, რომ იგი ექიმის მეუღლეა და თანაც კარგა ხანია დადის სხვადასხვა სამკურნალო დაწესებულებაში. ჩვენ მას ბევრი ვესაუბრეთ, აუხსენით მისი მდგომარეობა, რა თქმა უნდა, არ გვითქვამს, რომ მას კიბო აქვს, მაგრამ ოპერაცია რომ საქირო იყო, ეს განუუმარტეთ, მაგრამ არაფერმა არ გაქრა. როგორც ჩანს, არც მას და არც მის მეუღლეს კარგად არ ესმოდათ არსებული დაავადების საშიშროება, ისინი მოითხოვდნენ ავადმყოფისათვის გაგვექვთებინა ისეთი ოპერაცია, რომ შერჩენოდა სფინქტერი, ე. ი.

ისინი ხელოვნური უკანა ტანის კატეგორიული წინააღმდეგი იყვნენ. მაგრამ, როგორც შემდეგ დარწმუნდებით, ზოგიერთ შემთხვევაში სფინქტერის შენარჩუნებით ოპერაციის გაკეთება არ ხერხდება და აუცილებელი ხდება ხელოვნური უკანა ტანის დადება. უნდა მოგახსენოთ, რომ არაბუნებრივი უკანა ტანის შექმნა ადამიანისათვის მეტად ტრაგიკულია, მიუხედავად იმისა, რომ მედიცინის განვითარების დღევანდელ ეტაპზე გვაქვს მოწყობილობები ნაწლავის შიგთავსის სხვადასხვა მიმღების სახით, რომელთა მეოხებით ავადმყოფი თავს კარგად უვლის და, ამრიგად, მისი ცხოვრება ოჯახსა თუ საზოგადოებაში არ იზღუდება. სამწუხაროდ, ჩვენს ავადმყოფს ეს ვერ შეეასმინეთ. მან ამოიჩემა მაინცდამაინც სფინქტერის შენარჩუნება, ეს კი შეუძლებელი იყო დაავადების ლოკალიზაციისა და გაერყელების გამო. ის წავიდა კლინიკიდან და, ჩანს, ეძებს ისეთ ქირურგს, რომელიც მას შეუენარჩუნებს ბუნებრივ უკანა ტანს, მაგრამ ასეთი ქირურგი არ აღმოჩნდება. არც ერთი კეთილსინდისიერი დასტაქარი მას არ გაუკეთებს ასეთ ოპერაციას.

ამრიგად, სწორი ნაწლავის კიბო მძიმე და ხშირი დაავადებაა. აღნიშნული დაავადება მისი ლოკალიზაციისა და ხასიათის მიხედვით სხვადასხვაგვარია. ამის გასაგებად კვლავ უნდა მოვიშველიოთ სწორი ნაწლავის ანატომია. თქვენთვის ცნობილია, რომ სწორი ნაწლავი შედგება სამი ნაწილისაგან: ანალური, ე. ი. ქვემო ნაწილის, ამპულური ნაწილის, სადაც ის გაგანიერებულია, და სუპრაამპულური ნაწილისაგან. ზემოდან, promontorium-იდან რომ დავიწყოთ, ასეთი თანამიმდევრობაა: სუპრაამპულური, ამპულური და მესამე — თვით ანალური არე. სამივე ადგილას შეიძლება განვითარდეს კიბო, მაგრამ ყველაზე ხშირად მას ვხვდებით ამპულურ ნაწილში. ამას თავისი გამართლება აქვს: ამპულურ ნაწილში განავალი ხანგრძლივად ჩერდება, ე. ი. აღნიშნული არე მეტად ექვემდებარება ქრონიკულ გალიზიანებას. კიბოს განვითარების სიხშირის მხრივ მეორე ადგილი უკავია სწორი ნაწლავის ანალურ ნაწილს, ბოლო ადგილზეა სუპრაამპულური არე.

რამდენად ხშირია სწორი ნაწლავის კიბო? ადამიანის ორგანიზმში, ქალი იქნება ის თუ მამაკაცი, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ავთვისებიანი სიმსივნეებიდან პირველი ადგილი უჭირავს კუჭის კიბოს, რომელზეც მოდის 40%. უკანასკნელ დროს გამოირკვა, რომ საყლაპავი მილის კიბოს სიხშირემ მეორე ადგილზე გადაინაცვლა, ხოლო მესამე ადგილზე — სწორი ნაწლავის კიბოა, მაშინ როდესაც წარსული პერიოდის სტატისტიკის მიხედვით პირიქით იყო. რით აიხსნება ეს გარემოება? იმით, რომ საყლაპავი მილის კიბოს არ ჰქონდა სათანადო ყურადღება დათმობილი, მას კარგად არ ვიც-

ხობდით კლინიკაებში. გარდა ამისა, თუ სწორი ნაწლავის კიბოს ქირურგიულ მკურნალობას დიდი ხნის ისტორია აქვს, საყლაპავი მილის ქირურგიაზე ეს არ ითქმის. საყლაპავი მილის კიბოთი დაავადებული ავადმყოფების დიდი ნაწილი ან პალიატიურ ოპერაციას უკვე ედებარებოდა, ანდა საერთოდ არ ხდებოდა მათი აღრიცხვა, რადგან თვით ქირურგებიც გაუბრუნდნენ ასეთ ავადმყოფებს. ამჟამად კი, როცა საყლაპავი მილის ქირურგიამ წინ წაიწია, განშირდა რადიკალური ოპერაციების კეთება, ავადმყოფთა დროული დისპანსერიზაცია და ამ პათოლოგიის გამოვლინება სათანადო დონეზე ავიდა, გამოირკვა, რომ ის წშირი დაავადება ყოფილა და, რომ კუჭის კიბოს შემდეგ, სიხშირის მხრივ, საყლაპავი მილის კიბოს მეორე ადგილი უკავია, ხოლო მესამე ადგილზე სწორი ნაწლავის კიბოა.

ამრიგად, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის კიბოთი დაავადებულ ავადმყოფთაგან სწორი ნაწლავის კიბოზე მოდის დაახლოებით 15—17%: როგორც ხედავთ, ეს დაავადება საკმაოდ ხშირია.

მე მოგახსენეთ, რომ კიბოს განვითარებისათვის, ფეკალური მასების ამპულურ ნაწილში დიდი ხნით შეჩერების გარდა, რაც ნაწლავის ლორწოვან გარსს ქრონიკულად აღიზიანებს, მით უფრო ქრონიკული ყაბზობის შემთხვევაში, მნიშვნელობა აქვს კიბოსწინარე დაავადებებს — პოლიპოზს, ფიბრომას, წყლულოვან პროცესებს და სხვ. ანალური არის კიბოს წარმოქმნაში მრავალ მიზეზს ასახელებენ: ბუასილს, კონდილომებს, სხვადასხვა ნივთიერების გამოყენებას სწორი ნაწლავის გასუფთავების მიზნით და სხვ.

როგორია სწორი ნაწლავის კიბოს კლინიკური სურათი? იმის მიხედვით, თუ სწორი ნაწლავის რომელ არეში განვითარდება კიბო — ანალურში, ამპულურსა თუ სუპრაამპულურში, გვექნება სხვადასხვაგვარი კლინიკური ნიშნები. თუ სიმსივნეს ცირკულარული ზრდა ახასიათებს და ის იკავებს ანალურ ნაწილს, რომელიც ისეც შევიწროებულია, ცხადია, სხვაგვარი სიმპტომები იქნება. ვიდრე ამპულურ ნაწილში წარმოქმნილი კიბოს შემთხვევაში. აღნიშნული არე საერთოდ გაფართოებულია და სიმსივნის კლინიკური გამოვლინებისათვის მან საკმაოდ დიდ ოდენობას უნდა მიაღწიოს, ისევე, როგორც კუჭის სიმსივნის შემთხვევაში. მოგეხსენებათ, რომ პილორუსსა და კუჭის სხეულის არეში კიბო სხვადასხვაგვარი კლინიკური სურათით წარიმართება.

ამრიგად, კიბოს ლოკალიზაციას ის მნიშვნელობა აქვს, რომ ერთ შემთხვევაში სიმსივნე გამოიწვევს სწრაფ შევიწროებას და ამით გამოვლინდება კიბო, რადგან უფრო მალე და მეტად შეაწუხებს ავადმყოფს, ხოლო ამპულაში წარმოქმნილი კიბო უფრო გვიან გამოემჟღავნდება. თქვენ იცით, რომ კიბო ვითარდება ლორწოვანი

გარსიდან. ლორწოვანი გარსის გარკვეულ უბანში მოიშლება კვება ე. ი. ის დაწყულდება. რაკი ამ არეში, მოგეხსენებათ, ბლომადაა ინფექცია, იგი შეიქრება ღია ქიშკარში, მამსადამე, სიმსივნურ პროცესს თან დაერთვის ანთებადი პროცესი ყველა თავისი დამახასიათებელი ნიშნით: შეშუპებით, შეწითლებით, ტუივილით, ფუნქციის მოშლით, ტემპერატურის მომატებით. ვიდრე ანთების ნიშნები არ დაემატება კიბოს, ის თითქმის არავითარ მოვლენებს არ გვაძლევს. ეს კი ის პერიოდია, რომელიც საჭიროა ქირურგიული ჩარევისათვის. თქვენ, მეგობრებო, ალბათ მამჩნევთ, რომ არ ვჩქარობ: ვცდილობ თითოეულ მომენტზე მოგითხროთ რამდენიმეჯერ, ეს იმის გამო, რათა ყოველივეს კარგად დაუკვირდეთ. სწორი ნაწლავის კიბო სერიოზული დაავადებაა და, თუ თქვენ მასზე წაკითხულ ლექციას ყურადღებით მოისმენთ, შეიძენთ სათანადო ცოდნას, კიბოს დროულად აღმოაჩენთ და ავადმყოფს დროულადვე უშველით. მაგრამ თუ არ გეცოდინებათ ყველა ის ნიშანი, რომლებიც ახასიათებს სწორი ნაწლავის ამა თუ იმ ლოკალიზაციის კიბოს, დაიგვიანებთ და ვეღარ შეძლებთ ავადმყოფის ხსნას. მოგახსენეთ, რომ როცა სიმსივნის დაწყულებას დაერთვის ანთება, კლინიკური სიმპტომები გამრავლდება. რა სიმპტომები იქნება ეს? თუ დაწყულდება, გამოიყოფა მცირე რაოდენობით სისხლი, რაკი დაწყულებული სიმსივნის ფონზე განვითარებულია ანთება, გამოიყოფა ექსუდატი, მაგრამ როგორი?

ს ტ უ დ ე ნ ტ ე ბ ი: ჩირქოვანი!

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: დიახ, ჩირქოვანი ექსუდატი, რომელშიც გარეულია სისხლი. ეს არ დაივიწყოთ! სისხლნარევი ჩირქოვანი ექსუდატი! როდესაც თქვენთან მოვა ავადმყოფი და გეტყვით, რომ მას უკანა ტანიდან გამოეყო ჩირქისმაგვარი ლორწო ან სისხლნარევი ჩირქი, თქვენ პირველ რიგში უნდა იფიქროთ, იგი სწორი ნაწლავის კიბოთი ხომ არ არის დაავადებული, მით უფრო, თუ საქმე შეეხება ხანში შესულ, მოხუც ადამიანს. ეს არ ნიშნავს, რომ ახალგაზრდას არ შეიძლება დაემართოს კიბო. შეიძლება, მაგრამ ეს უფრო იშვიათია. აღნიშნული პათოლოგია უფრო ხანდაზმულ ადამიანთა ხვედრია. თქვენ უნდა იცოდეთ ისიც, რომ ჩირქოვან-ლორწოვანი გამონადენი შეიძლება ჰქონდეს გონორეით ან ლუესით დაავადებულ ავადმყოფსაც. თუ თქვენს პაციენტს სჭირს მეოთხე ვენერული, ანუ ნიკოლა-ფავრის დაავადება, შეიძლება ჩირქში შერეული იყოს სისხლიც, ამიტომ დაგვირდებით სათანადო დიფერენციალურ კიბოსა და ზემოაღნიშნულ დაავადებათა შორის.

მე მოგახსენეთ, რომ ყველაზე სანდო და საიმედოა სწორი ნაწლავის გამოკვლევა შეიარაღებული თითით, ე. ი. დიგიტალური გა-

მოკვლევა და, თუ თქვენ თითოთ მიწედით სიმსივნეს, ეს ნიშნავს, რომ იგი მდებარეობს დაახლოებით 8—10 სმ სიმაღლეზე. რა თქმა უნდა, თითის სიგრძესაც აქვს მნიშვნელობა, ვის როგორი სიგრძის თითი აქვს. გარდა ამისა, ავადმყოფი შეიძლება „დასვათ თითზე“. ამ დროს სწორი ნაწლავი დაბლა ჩამოიწევს და, ამრიგად, უფრო გაადვილდება სიმსივნის აღმოჩენა, ანდა ავადმყოფს მიაღებინებთ à la vache მდგომარეობას. ასეთ პირობებში თითით ავადმყოფის გასინჯვისას შეიგრძნობთ ხორკლიან, უსწორმასწოროზედაპირიან, ცენტრში დაწყულულულ სიმსივნეს. თქვენმა თითმა თუ ერთხელ კარგად მოსინჯა მსგავსი სიმსივნე, ეს ნიშნავს, რომ არასოდეს არ დაგავიწყდებათ ის. აღნიშნული სახის გამოკვლევა თითქმის 100% ნიუტყუარი დიაგნოზის დადგენის საშუალებას გვაძლევს. თითით გამოკვლევის გარდა, სწორი ნაწლავი უნდა გასინჯოთ სარკით, რექტოსკოპით, მით უფრო თუ ექვობთ, რომ პათოლოგია ლოკალიზდება ამპულურ ნაწილში ან უფრო ზევით, სადაც თითი ვერ მიგიწვდებათ. ასეთ ვითარებაში უნდა გამოიყენოთ რენტგენოლოგიური, ანუ ირიგოსკოპიული გამოკვლევა, რომელიც საშუალებას მოგცემთ დაადგინოთ სიმსივნისათვის დამახასიათებელი ცვლილებები, რომელთაც სხვა დაავადება არ იწვევს. დიდ დახმარებას გაგიწევთ ბიოფსიური მასალის აღება და მისი ჰისტომორფოლოგიური გამოკვლევა. ყოველივე აღნიშნული იმას მოწმობს, რომ სწორი ნაწლავის კიბოს დიაგნოზის დადგენა, გარკვეული ანატომიური მდებარეობის გამო, არ არის ძნელი საქმე, თუკი ამას გონივრულად მიუდგებით.

როგორ უნდა წარიმართოს სწორი ნაწლავის კიბოს მკურნალობა? თქვენ განათლებული ხალხი ბრძანდებით და იცით, ალბათ, თუ რაოდენ რთული საქმეა კიბოს მკურნალობა და რა დიდი პრობლემაა ის მეცნიერებისათვის. მოგეხსენებათ ისიც, რომ ამჟამად სიკვდილიანობის მთავარი მიზეზი ორი დაავადებაა: კიბო და ჰიპერტონიული დაავადება. ეს ორი დაავადება მთელ მსოფლიოში პირველ პრობლემადაა აღიარებული, ისე, როგორც წარსულში იყო სხვადასხვაგვარი ინფექციური დაავადებები — ტიფი, შავი ქირი, ქოლერა, ყვავილი, დიფთერია, ქუნთრუშა და სხვ. დღესდღეობით ყველა ამ დაავადების მკურნალობის საკითხი დაძლეულია, საპრობლემო საკითხებად გვრჩება ზემოაღნიშნული ორი დაავადების მკურნალობა. მოგეხსენებათ, რომ არ არის დარჩენილი არც ერთი ქვეყანა, სადაც გაცხოველებული კვლევა-ძიება არ მიმდინარეობდეს და არ იხარჯებოდეს დიდი თანხა კიბოს მკურნალობის დაძლევისათვის. მართალია, კიბოსთან დაკავშირებული ბევრი საკითხი კარგადაა შესწავლილი, მაგალითად, მისი ბიოქიმია, ჰისტოპათომორფოლოგია, მეტასტაზირების კანონზომიერებანი და მკურნალობის ზო-

გიერთი მხარე, მაგრამ უკანასკნელი მთლიანად დაძლეული არ არის. იგი მომავალ თაობათაგან ელის გადაწყვეტას. ამისათვის საჭირო იქნება არა მარტო ბიოლოგიისა და ჩედიცინის, არამედ მოსაზღვრე დისციპლინების — ქიმიის, ფარმაცოლოგიის, ფიზიკის შემდგომი განვითარება. მართალია, დასახელებული დისციპლინები ამჟამად გიგანტური ნაბიჯებით მიიწევენ წინ, მაგრამ კიდევ მეტის გაკეთებაა საჭირო, რომ კიბოს ბუნება საბოლოოდ იყოს ამოცნობილი. თქვენ იცით, რომ არსებობს მოსაზრება თითქოს მრავალ ვირუსს შორის არსებობს კიბოს გამომწვევი ვირუსიც, რომლის აღმოჩენა ვერ შეძლო ელექტრონულმა მიკროსკოპმა, მაგრამ შეიძლება მომავალში შექმნან ისეთი სახის მიკროსკოპი, რომელიც აღმოაჩენს კიბოს ვირუსს და ჩვენთვის ამჟამად უჩინარი, მომავალი თაობისათვის ხილული გახდება. მე ვერ ვიწინასწარმეტყველებ ამას, შეიძლება შეეცადე და მოხდეს ისე, რომ თქვენც გაქალაქავდეთ, კიბოს პრობლემა კი კვლავ პრობლემად დარჩეს.

ამჟამად კი ყველა ორგანოს კიბოთი დაავადების დროს ერთადერთი საშუალებაა სკალპელი, ე. ი. ოპერაციული მკურნალობა.

ახლა მინდა ზოგიერთი საიდუმლოც გაგანდოთ. დაახლოებით 10—15 წლის წინ ზოგი მეცნიერი ამტკიცებდა, რომ კიბოს უჭრედები მარტო იქ კი არ არის, სადაც ძირითადი კერა ვითარდება, ვთქვათ, თირკმელში, სარძევე ჯირკვალში, საშვილოსნოში და სხვ., არამედ სისხლშიაც, ე. ი. გამოდის, რომ თქვენ სიმსივნურ სარძევე ჯირკვალს ან საშვილოსნოს ამოიღებთ, კიბოს უჭრედები კი სისხლში ცურავენ? ამ გარემოებამ ერთგვარი პესიმიზმი გამოიწვია. ჩვენ, ქირურგები, კი ვფიქრობთ, რომ თუ დროულად მოესპობთ ძირითად კერას, ავადმყოფი იკურნება, და სინამდვილეშიც ასე ხდება. მე შემიძლია დავასახელო ავადმყოფები, რომელთაც სარძევე ჯირკვალა მოვკვეთე და ისინი ამის შემდეგ ცხოვრობენ 15—20—25 წელს. ასეთ შემთხვევაში პრაქტიკულად მეტასტაზსა და რეციდივზე ლაპარაკი არც შეიძლება.

მინდა მოვიგონო ერთი ექიმი, რომელსაც გაუუკეთე ოპერაცია კუჭის კიბოს გამო 1945 წელს. იგი გარდაიცვალა ოპერაციიდან 23 წლის შემდეგ და ისიც სულ სხვა დაავადებით — ფილტვების ანთებით. ამ ექიმის ოპერაციას ესწრებოდა ორი პროფესორი, ერთი მათგანი ქირურგი გახლდათ. როდესაც გაეხსენი მუცლის ღრუ, კუჭში აღმოჩნდა მოზრდილი სიმსივნე. ავწიე განივი კოლინჯი და მეზოკოლონშიც მტრედის კვერცხისოდენა მეტასტაზი ვნახე. ჩემმა კოლეგამ მიჩიია დამეხურა მუცლის ღრუ, რადგან დაგვიანებული შემთხვევა იყო. მე გავაგრძელე მუცლის ღრუს დათვალიერება — ღვიძლში, პანკრეასში მეტასტაზები არ იყო. მეტასტაზები აღინიშ-

ნებოდა მცირე სიმრუდის გასწვრივ, ე. ი. ისეთ ლიმფურ ჯირკვლებში, რომელთა ამოღებაც შეიძლებოდა. ჩვენ ხშირად გვაქვს კონსილიუმები და კოლეგები ერთმანეთის რჩევას ანგარიშს ვუწევთ, ამ შემთხვევაში კი მე გახლდით ოპერატორი და მოგესხენებათ, რომ გადამწყვეტი სიტყვა ყოველთვის ოპერატორს ეკუთვნის, რადგან მას აქვს მინდობილი ავადმყოფის სიცოცხლე. ჩემს კოლეგას აეუხსენი, რომ ამა და ამ მოსაზრების გამო ოპერაციის გაკეთება მართებულად მიმაჩნდა. ამოვიღე ყველა მეტასტაზური ჯირკვალი მეზოკოლონიდან, გავაკეთე კუჭის რადიკალური ოპერაცია დიდ და მცირე ბადექონის რეზექციით. მართალი გითხრათ, მეც არ ვიყავი დარწმუნებული მთლიანად, რომ მეტასტაზი არ იქნებოდა სადმე დარეციდივი არ განვითარდებოდა, მაგრამ წარმოიდგინეთ, რომ იმედი გამიმართლდა — ავადმყოფი გადარჩა და იცხოვრა დიდხანს. რატომ უნდა, მისთვის არ გვიუწყებია, რომ კიბო ჰქონდა. ეს ხომ სისასტიკე იქნებოდა, მას ვუთხარი, რომ ჰქონდა კუჭის წყლული, რომელიც ამოვკვეთეთ. ჩემი პაციენტი ყოველთვის სიხარულით მხვდებოდა ქუჩაში, მაღლობის ნიშნად ორივე ხელით ქუდს იხდიდა და ცხოვრობდა ასე უზრუნველად.

სარძევე ჯირკვლის კიბოს გამო ნაოპერაციევი ავადმყოფები ცხოვრობენ ათეული წლები და ბუნებრივი სიკვდილით კვდებიან. მაშ, ამას როგორ შევუთავსოთ იმ მეცნიერების მოსაზრება, რომელნიც ამბობენ, რომ კიბოს ძირითადი კერის მოცილების შემდეგ კიბოს უჯრედები ორგანიზმში, სისხლში რჩება და კიბო კვლავ ვითარდება. როდესაც ასე დაისვა საკითხი, შეიქმნა ამ გარემოების ამხსნელი მიმდინარეობაც: რომ ორგანიზმში არის ისეთი ფაქტორები, რომლებითაც ის ებრძვის კიბოს უჯრედებს, თრგუნავს მათ, რის გამოც ისინი ვეღარ ვითარდებიან. მართალია, ორგანიზმის ბრძოლის უნარი ჩვენთვის ცნობილია და ამაზე საუბარი შორს წაგვიყვანს, მაგრამ მოკლედ მაინც ვიტყვი, რომ ორგანიზმს უნდა ჰქონდეს ისეთი ძალა, ისეთი პოტენცია, რომელიც მასში შერჩენილ სიმსივნურ უჯრედებს ეწინააღმდეგება, არ აძლევს მათ განვითარების საშუალებას.

მინდა მოგახსენოთ იმის შესახებაც, რომ კიბოს უჯრედს განსაკუთრებით ზოგიერთი ორგანოსადმი აქვს მიდრეკილება, იგი „უკუღმართადაა შეყვარებული“ ზოგიერთ ორგანოზე. ასეთებია: კუჭი, სარძევე ჯირკვალი, საშვილოსნო, სწორი ნაწლავი, ფილტვები, ღვიძლი. ეს დაედო საფუძვლად იმის მეცნიერულ ძიებას, თუ რატომ იკიდებს ფეხს კიბო ასე ხშირად სახელოდობრ ამ ორგანოებში?

აი, თქვენ ხედავთ, თუ რაოდენ მრავალფეროვანი საკითხებია წამოჭრილი მეცნიერების წინაშე: ადგილობრივი, ზოგადბიოლოგი-

ური, ინდივიდუალური, გენეტიკურ-შთამომავლობითი. თქვენ იცით, რომ შთამომავლობითი, ანუ მემკვიდრეობითი ფაქტორის მნიშვნელობა ერთ დროს უარყოფილი იყო, მაგრამ მე მას არასოდეს აკვარაყოფდი. მაინც ვუხსნიდი ჩემს სტუდენტებს, რაც მწამდა და მწამს, რომ, როდესაც დედას და მამას ან პაპას და ბებიას ჰქონდა კიბო, ზოგი მათი შვილი თუ შვილიშვილიც დაავადდა კიბოთი. ამას თქვენი პრაქტიკული მოღვაწეობაც დაგანახებთ.

ახლა დავუბრუნდეთ ჩვენს ძირითად საკითხს: თუ თქვენ კიბოთი დაავადებულ ავადმყოფს ძირითად კერას მოაცილებთ, ე. ი. იმ კერას, სადაც კიბოს უჭრედები იბადება და საიდანაც ვრცელდება მთელ ორგანიზმში, ამასთან თუ ხელს შეუწყობთ ორგანიზმის ბრძოლის უნარს, სხვადასხვა საშუალებით გააძლიერებთ მას, მაშინ დარჩენილ უჭრედებს ორგანიზმი მოერევა და ავადმყოფი განიკურნება. დღეს ამ პრინციპზეა აგებული კიბოს ოპერაციული მკურნალობის საკითხი.

რა ოპერაციებს ვაკეთებთ სწორი ნაწლავის კიბოს დროს? ქირურგის ამ მონაკვეთის განვითარებას დასჭირდა 120 წელი, ე. ი. საუკუნეზე მეტი. მიუხედავად ამისა, ეს საკითხი შეიძლება დღესაც არ იყოს სრულყოფილად შესწავლილი. მე არ შევეუდგები ამ საკითხის ისტორიულ ასპექტში განხილვას — თუ რა და რა ოპერაციები იყო შემუშავებული. ეს თქვენთვის მოსაწყენი იქნება, ხოლო ვინც ქირურგი გახდება, ის მომავალში შეისწავლის ამას. მოგახსენებთ იმ ოპერაციების შესახებ, რომლებსაც ამჟამად ვიყენებთ სწორი ნაწლავის კიბოს სამკურნალოდ. ეს ოპერაციები თქვენ კარგად უნდა იცოდეთ, მათ ვაკეთებთ პირველ ხანებში ვერ შეძლებთ, რადგან ამას სჭირდება დრო, რათა ტექნიკურად დახელოვნდეთ, ხოლო მომავალში, თეორიული ცოდნით შეიარაღებულნი, პრაქტიკულადაც განახორციელებთ მათ.

სწორი ნაწლავის კიბოს დროს ვაკეთებთ სამი ტიპის ოპერაციას: 1) extirpatio recti, 2) resectio recti და 3) amputatio recti. სამივე სახელწოდება სხვადასხვა ჩარევას გულისხმობს, რის შესახებაც მომავალ ლექციაზე გვექნება საუბარი.

კარგად ბრძანდებოდეთ!

მეცხრამეტა ლექცია

წინა ლექციაზე საუბარი შევაჩერეთ სწორი ნაწლავის კიბოს ოპერაციულ მკურნალობაზე და აღვნიშნეთ, რომ ამ პათოლოგიის დროს ძირითადად სამი ტიპის ოპერაციას ვაკეთებთ — სწორი ნაწ-

ლავის ექსტირპაციას, რეზექციასა და ამპუტაციას. გთხოვთ მოინახულოთ და თითოეულის განმარტება დაიმასხოვროთ.

Extirpatio recti გულისხმობს მთლიანად სწორი ნაწლავის ამოკვეთას სამივე სფინქტერიითურთ და ხელოვნური უკანა ტანის დადებას. უნდა მოგახსენოთ, რომ დასახელებული ოპერაცია ყველაზე პოპულარულია სწორი ნაწლავის კიბოს შემთხვევაში გამოყენებულ რადიკალურ ოპერაციათა შორის. ოპერაცია ორი მომენტი-საგან შედგება — აბდომინალურისა და პერინეალურისაგან. ოპერაციის პირველი მომენტი საშუალებას გვაძლევს კარგად დავათვალიეროთ მუცლისა და მცირე მენჯის არე მეტასტაზების გამოვლინების მიზნით, საიმედოდ გამოვყოთ სწორი ნაწლავი სისხლძარღვებისა და მცირე მენჯის ღრუდან — იქ მდებარე ორგანოებისაგან. მეორე მომენტით კი ხელსაყრელი ხდება სწორი ნაწლავის რადიკალურად გამოყოფა იშორექტალური ქსოვილითა და ყითას ამწევი კუნთითურთ. ოპერაციის პირველ მომენტში მუცლის პრესის შუა განაკვეთით გამოვყოფთ დაავადებულ სწორ ნაწლავს, ე. ი. გავათავისუფლებთ მკვებავი სისხლძარღვებისაგან და გადავკვეთავთ სიმსივნის ზემოთ. პერიფერიულ ნაწილს დავხურავთ ყრუდ და წინასწარ გახსნილი მენჯის დიაფრაგმის გზით ჩავძირავთ ჩლუნგად გათიშულ ფაშარ შემაერთებელ ქსოვილში, რაც შეიძლება ანალურ ხერელთან მიახლოებით. მცირე მენჯის პერიტონიზაციის შემდეგ ნაწლავის ცენტრალურ ნაწილს — მომავალ ხელოვნურ უკანა ტანს — გამოვიტანთ მარცხენა თეძოს ფოსოში გატარებული ირიბი განაკვეთით, ამით მთავრდება ოპერაციის აბდომინალური ნაწილი. ოპერაციის მეორე, ანუ პერინეალურ მომენტში წინასწარ ყრუდ გაკერილი ანალური ხერელის ირგვლივ გატარებული ცირკულარული განაკვეთით ჩლუნგად გამოვყოფთ და მთლიანად ამოვკვეთავთ სწორ ნაწლავს. მის ადგილას დარჩენილ დიდ ღრუში მოვათავსებთ მიკულიჩის ტამპონს.

ახლა გავერკვეთ იმაში, თუ რა არის *Resectio recti*. ამ ოპერაციის დროს ყველაფერს ისევე ვაკეთებთ, როგორც სწორი ნაწლავის ექსტირპაციის დროს, მაგრამ ხელშეუხებელს ვტოვებთ სფინქტერს. სიგმურ კოლინჯს ვუკეთებთ მობილიზაციას ისე, რომ კვება არ მოიშალოს, ჩამოვიტანთ ქვევით და მივაკერებთ დარჩენილ სფინქტერს. სიგმა, რომელსაც სწორი ნაწლავის მაგივრობა უნდა დაეკისროს, ამყარებს კავშირს ირგვლივ მდებარე ქსოვილებთან, აღდგება სფინქტერის მოქმედება და პასაჟი ნორმალიზდება. ამაშია სწორედ ამ ოპერაციის უპირატესობა. ერთი შეხედვით ეს ოპერაცია სრულყოფილია და მისაღები, რადგან ავადმყოფს ავადდენთ დადებული ხელოვნური უკანა ტანით მიყენებულ უხერხულობას.

თუმცა მინდა მოგახსენოთ, რომ თანამედროვე პირობებში შექმნილია ფეკალური მასის მიმღები მოწყობილობები: ლითონის, რეზინის, ნეილონის, ცელოფანის და სხვ., რომელთაც ავადმყოფები ბოლოს და ბოლოს ეჩვევიან. ამასთან, თვით არაბუნებრივი უკანა ტანის მოქმედებაც წესრიგდება და დროის მანძილზე თითქმის ექვემდებარება კიდევ ავადმყოფის სურვილს. ამრიგად, არაბუნებრივი უკანა ტანის დადება ახლა აღარ უნდა იყოს ავადმყოფთათვის ფსიქიკური განცდის მიზეზი, მით უფრო, რომ სწორედ მის ხარჯზე კეთდება სწორ ნაწლაზე რადიკალური ოპერაცია, რომლის დროსაც განკურნების გაცილებით მეტი შანსია, ვიდრე სწორი ნაწლაის რეზექციისას სფინქტერის შენარჩუნებით. დასახელებულ ოპერაცია-საც აქვს თავისი ნაკლი და მინდა იცოდეთ, რაში მდგომარეობს ის.

სწორი ნაწლაის ადგილას ჩამოტანილ სიგმურ კოლინჯსა და იქ არსებულ ნერვულ სისტემას შორის უნდა დამყარდეს კავშირი, რათა ნორმალურად შეასრულოს სფინქტერმა თავისი მოვალეობა. ამას ხაზი გავუსვი იმის გამო, რომ, სამწუხაროდ, ეს ფუნქცია ვერ აღდგება ისე, როგორც საჭიროა. ყოველ შემთხვევაში ოპერაციის პირველ თვეებში ეს ვერ სრულდება და 5—8 თვის შემდეგაც კი არ არის სფინქტერი სრულფასოვანი. მეორე სირთულეა ის, რომ კიბოს შორწასულ შემთხვევებში რადიკალიზმი და სფინქტერის შენარჩუნება ერთდროულად ვერ მოხერხდება, რადგანაც საჭიროა რადიკალურად ამოვკვეთოთ ყველაფერი, სწორი ნაწლაის ირგვლივ ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილიც კი და, ცხადია, ასეთ ვითარებაში სფინქტერის ნერვული კავშირების შენარჩუნებაზე ლაპარაკი ზედმეტია.

სწორი ნაწლაის რეზექციას ვაკეთებთ მაშინ, როცა სიმსივნე დიდი არ არის, аиუს-იდან 7—14 სმ სიმაღლეზეა — ეს ოპერაცია აბდომინალურ-პერინეალური რეზექციაა, ე. ი. როდესაც მუცლის ღრუდან გამოყოფილ სიგმურ კოლინჯს ქვევით ჩამოვიტანთ და შემდეგ გავაკეთებთ რეზექციას. მეორე სახის რეზექციას ვაკეთებთ, როდესაც სიმსივნე მოთავსებულია სუპრაამპულურად. ავადმყოფს მივალბინებთ ტრენდლენბურგის მდებარეობას, გავაკეთებთ პათოლოგიურად შეცვლილი ნაწლაის მობილიზაციას სალი ქსოვილების დონეზე, ამოვკვეთავთ სიმსივნურად შეცვლილ ნაწლავს, პერიფერიულ და ცენტრალურ ბოლოებს შორის დავადებთ პირისპირ შერთულს, ეს იქნება სწორი ნაწლაის ინტრააბდომინალური რეზექცია. ამრიგად, ორივე რეზექციაა, მაგრამ მათ შორის არაებითი განსხვავება მაინც არსებობს.

სწორი ნაწლაის ამპუტაცია ნიშნავს, რომ სწორ ნაწლავს მივუღებთ უკანა ტანის მხრივ. შესაძლებელია კუდუსუნიდან

-ბიღგომა ამ ძელის ამოკვეთის შემდეგ. თუკი კიბო ლოკალიზდება სწორი ნაწლავის დისტალურ ნაწილში, ჩამოვწევთ მას და ამოვკვეთავთ. არც ეს არის სახარბიელო ოპერაცია, რადგან საექვო ხდება სფინქტერის შენარჩუნება. თუ კუდუსუნის ადგილას გამოვიტანთ ნაწლავის ცენტრალურ ბოლოს, ეს ავადმყოფისათვის ძნელი მოსაველეია. ამრიგად, თქვენ უკვე გრძნობთ, რომ რადიკალიზმს (რაც მე ამ ოპერაციის ძირითად მიზნად მიმაჩნია) ვალწვეთ მხოლოდ სწორი ნაწლავის აბდომინალურ-პერინეალური ექსტირპაციით.

ამით ამოვწურეთ სწორი ნაწლავის პათოლოგიაზე საუბარი. ვიდრე გადავიდოდეთ სხვა საკითხზე, ვთხოვ ექიმ ქუთელიას მოგვახსენოს იმ ავადმყოფის ისტორია, რომელსაც თხუთმეტი დღის წინ გავუკეთეთ ოპერაცია სწორი ნაწლავის კიბოს გამო.

ექ. ა. ქუთელია: ავადმყოფი ა. ტ., 63 წლის (ისტ. № 7602), შემოვიდა კლინიკაში ზოგადი სისუსტით, მუცლის არეში მბერავი ხასიათის ტკივილით, უჩიოდა პერიოდულად შეკრულობას და ასილშერეულ ლორწოვან-ჩირქოვან გამონადენს უკანა ტანიდან, ამავე არის ტკივილს დეფეკაციის დროს. ავადმყოფი აღნიშნავდა, რომ 10 თვეა ავადაა; დაავადების დასაწყისში შეუმჩნევია მუცლის ბერვა, განავალსა და აირებზე გასვლის გაძნელება, ნაწლავთა მოქმედებას იწვევდა კვირაში ერთხელ ოყნის საშუალებით. აღნიშნულ მოვლენებთან ერთად ავადმყოფმა შენიშნა, რომ დაკარგა მადა, მოიკლო წონა. დროის მანძილზე შესამჩნევი გახდა განავალთან ერთად ლორწოვანი და სისხლნარევი ჩირქის გამოყოფა, რის გამოც ავადმყოფი კოლიტის დიაგნოზით მოათავსეს ინფექციურ დაავადებათა საავადმყოფოში, ხოლო იქიდან გადმოიყვანეს ჩვენთან სათანადო მკურნალობისათვის. სისხლის მხრივ ყურადღებას იქცევდა ჰემოგლობინის დაბალი მაჩვენებელი — 54%, ედრ — 36 მმ/საათში და მსუბუქი ლეიკოციტოზი — 10.800.

ირიგოსკოპია: სწორ ნაწლავში შეყვანილი საკონტრასტო ნივთიერება ავსებდა ნაწლავს მთელ სიგრძეზე, მის დისტალურ ნაწილში აღინიშნებოდა ავსების დეფექტი, რომელსაც არასწორი კონტურები ჰქონდა. ამ არეში ლორწოვანი გარსის რელიეფი წაშლილი იყო. დიაგნოზი — Cancer recti.

ლოკალურად სწორი ნაწლავის თითოთ გასინჯვისას, მის მარჯვენა მხარეზე, ანუსიდან 7—8 სმ დაშორებით, ისინჯებოდა დიდი ზომის, მკვრივი კონსისტენციის, ცენტრში კრატერისებურად ჩაღრმავებული სიმსივნური წარმონაქმნი.

ავადმყოფს სათანადო მომზადების შემდეგ გავუკეთეთ ოპერაცია ენდოტრაქეალური ნარკოზის პირობებში. განაკეთი გავატარეთ თეთრ ხაზზე ჰიპიდან ბოქვენამდე. დათვალიერებისას აღმოჩნდა,

რომ სწორი ნაწლავის ამბულურ ნაწილში იყო ქათმის კვერცხის-
ოდენა სიმსივნე — კიბო, რომელიც ნაწილობრივ ჩაზრდილი იყო
ირგვლივმდებარე ქსოვილებში. სიმსივნე ჩლუნგად გამოვეყავით.

მეზოსიგმისა და ორივე მხარეზე მენჯის დიაფრაგმის გაკვეთის
შემდეგ ტუფერის საშუალებით დაიწყო სწორი ნაწლავის გამო-
ყოფა ჩლუნგად შემაერთებელი ქსოვილებისა და გავის ძვლის პე-
რიოსტეუმიდან. ნაწლავი გათავისუფლდა სისხლძარღვებისაგან
ჯორჯლის ქვემო და სიგმოიდური კოლინჯის არტერიებისაგან. გა-
დაკვეთეთ სიგმური კოლინჯის დისტალური სეგმენტი, მისი პე-
რიფერიული ბოლო დაეხურეთ ყრუდ და ჩაეძირეთ მცირე მენჯის
ღრუში. აღდგა მენჯის დიაფრაგმის მთლიანობა. მუცლის ღრუ დავ-
ხურეთ შრეების მიხედვით ყრუდ. სიგმური კოლინჯის ცენტრალური
ნაწილი დამატებითი განაკვეთით გამოვიტანეთ და ჩაეაკერეთ მარ-
ცხენა თეძოს ფოსოში.

ოპერაციის მეორე მომენტში პერინეალური გზით ანალური
ხვრელის ირგვლივ გატარებული განაკვეთით ამოვიღეთ სწორი ნაწ-
ლავი სიმსივნითურთ. პერილობაში ჩაედეთ მიკულიჩის ტამპონი. ოპე-
რაცია მიმდინარეობდა სისხლისა და სისხლის შემცველების გა-
დასხმის პირობებში.

ოპერაციიდან ორი კვირაა გასული. ავადმყოფი კარგად
გრძნობს თავს.

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: შეგიძლიათ ლექციის ბოლოს ავადმყოფი
ინახულოთ. სადღეისოდ მისი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია.
ეფექტობთ, რადიკალურმა ოპერაციამ მას სასურველი შედეგი უნ-
და მოუტანოს.

ახლა კი ნება მიბოძეთ, გადავიღე საყლაპავი მილის პათოლო-
გიაზე.

საყლაპავი მილი, მოგეხსენებათ, მეტად მნიშვნელოვანი ორგა-
ნოა, იგი პირის ღრუდან უჭამდე საკვების გამტარი მილია. თქვენ
იცით, რომ ყოველი ცოცხალი ორგანიზმის უმთავრესი და უმნიშ-
ვნელოვანესი ფუნქცია კვებაა, ეს არის სიცოცხლის დასაწყისიც.
მის გარეშე სიცოცხლე მთავრდება. თუ ეს ფუნქცია — კვება არ
არის, ცოცხალი არსებისათვის ფუნქცია სხვა ყველაფერი — სიზარუ-
ლიც, სიყვარულიც, სიძულვილიცა და მწუხარებაც, ასე რომ, მშვი-
რი ადამიანისათვის არაფერი არ არსებობს.

თუ საყლაპავი მილი გაუვალი გახდა, ადამიანმა ვერ ჭამა,
ვერ დალია წყალი, ვეფექტობ, ამაზე დიდი ტრაგედია წარმოუ-
დგენელია. მაგრამ ახლა გაითვალისწინეთ, რა ბედნიერებას მიანი-

ქებთ ასეთ მშვიდ ავადმყოფს, თუ საყლაპავი მილის პათოლოგიას მოუსპობთ. ავადმყოფი ვერ ყლაპავდა, შიმშილითა და წყურვილით სასიკვდილოდ იყო განწირული და თქვენ დაუბრუნეთ საშუალება, რომ ნორმალურად იკვებოს! ეს ბედნიერებაა ავადმყოფისათვის და უდიდესი ღირსება თქვენთვის — ექიმისათვის.

საყლაპავი მილის გაუვალობა ბევრმა მიზეზმა შეიძლება განაპირობოს. აი, ამ სურათებზე აღბეჭდილი არიან ახალგაზრდა ქალი და პატარა ბიჭი. თქვენ ხედავთ მათ ნაღვლიან გამომეტყველებას, აი, იგივე პაციენტები ოპერაციის შემდეგ, რა კარგი გუნებ-განწყობა აქვთ, ხელთ უპყრიათ ჭიქები და წყალს მიირთმევენ. ამ ორივე პაციენტს საყლაპავი მილის დამწვრობის ნიადაგზე განუვითარდათ მისი გაუვალობა. რითი უვითარდება ადამიანს საყლაპავი მილის დამწვრობა? უმეტესად მკვებით ან ტუტით! მაგრამ რატომ ლებულობს ის ამ ნივთიერებებს, ამ საწამლავს?

ს ტ უ დ ე ნ ტ ე ბ ი: სიყვარულის გამო!

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: დიახ, სხვა მიზეზთა შორის პირველი ადგილი, მართლაც ამ გრძნობას უკავია, სიყვარულს, მაგრამ როგორს, რა თქმა უნდა, უიმედოს. აქ მსხდომ ბევრ თქვენთაგანს გამოუცდია სიყვარული — ის სხვადასხვანაირია. ზოგი ერთხელ გამოცდის მის ძალას, ზოგი — რამდენიმეჯერ, ზოგი — საერთოდ არა. ეს გარკვეულ პერიოდში ხდება, როდესაც ჰორმონების გამოყოფა ჭარბობს. ზოგჯერ ვითარდება ისეთი მდგომარეობა, რომ ამბობქრებულ გრძნობას ვერ იკავებს ადამიანი, გამოსავალს ვერ პოულობს, ფიქრობს, რომ რაკი მას არ თანაუგრძნობენ, სიცოცხლეც არა ღირს, და, აი, ამ დროს პოულობს ხსნას იმაში, რომ თავს იწამლავს — სვამს ტუტეს, მკვავს და სხვ. მაგრამ, როგორც კი დაღვეს ამ საწამლავს, რამდენიმე წუთში იმძლავრებს სიცოცხლის წყურვილი, მას კვლავ სურს სიცოცხლე და გრძნობს, რომ რაღაც უბედურმა მომენტმა დაუჩრდილა, დაუბინდა გონება. როგორც ხედავთ, მეგობრობა, სიყვარულის გრძნობა ერთი მხარეა, მაგრამ არსებობს მეორე მხარეც — გონება, ჭკუა, რათა ადამიანმა ყველაფერი განსაზღვროს და უცაბედი, ძნელად გამოსასწორებელი ნაბიჯი არ გადადგას. მაგრამ გარკვეულ ასაკში, უმეტესად ქალებს, ეს მაინც ემართებათ, უფრო 16—19 წლამდე გოგონებს. ამიტომაც ვამბობთ, რომ ეს საბედისწერო ასაკია. თქვენ ეს ასაკი უკვე გავლილი გაქვთ! ჩვენი მასალითა და სხვების სტატისტიკური მონაცემებითაც, შემთხვევათა 85%-ში სწორედ ამ ასაკის ხალხი სვამს თვითმკვლელობის მიზნით მომწამვლელ ნივთიერებებს, 15% კი მოდის ხანში შესულ ადამიანებზე. მართალია დიდი პოეტი პუშკინი, რომ ამბობს: „Любви все возрасты покорны“. აი, ამის მაგალითიც: ამ სურათზე

ხედავთ შუახანს გადაცილებულ მანდილოსანს, რომელიც კუჭში ჩადგმული რეზინით იკვებება. მან საწამლავი დალია იმის გამო, რომ უიმედოდ შეუყვარდა ცოლიანი მამაკაცი. ეს ქალი ბაქოდან ჩამოვიდა და ოპერაცია აქ გაიკეთა. ჩავუდგით ხელოვნური საყლაპავი მილი და იგი განკურნებული წავიდა ჩვენგან.

როდესაც საყლაპავ მილში მოხვდება კონცენტრირებული მარილმჟავა თუ ტუტე, ეს ნივთიერება ლორწოვან გარსს დაშლის. წარმოიდგინეთ, ამ ნივთიერებათა სულ მცირე ულუფის გადაყლაპვაც კი საკმარისია, რომ განვითარდეს ძლიერი მოწამლვა, საყლაპავი მილის კედლის ნეკროზი, მისი დანაწიბურება და გაუვალობა. ამის გამო მე-18—19 საუკუნეების ექიმები იძულებული იყვნენ ავადმყოფისათვის კუჭში ჩაედგათ რეზინის მილი, რომლის მეშვეობით ის იკვებებოდა. ასეთი ავადმყოფები მთელი სიცოცხლე ატარებდნენ ამ მსხვილ ზონდს, რათა შიმშილით არ დაღუპულიყვნენ. რა თქმა უნდა, ასეთი ავადმყოფები არა თუ საზოგადოებაში, ოჯახის წევრებთანაც კი შეზღუდულად გრძნობენ თავს. ზედმეტია ლაპარაკი იმაზე, რომ ასეთმა ახალგაზრდამ, ქალი იქნება ის თუ კაცი, ოჯახი შექმნას; ასეთი განწირული ადამიანი მარტო დედისათვის შეიძლება იყოს ასატანი.

საყლაპავის დამწვრობის სიხშირის მხრივ მეორე ადგილი პატარა ბავშვებს ეკუთვნით. ამაში ძირითადი ბრალი მიუძღვით ახალგაზრდა დედებს, ზოგჯერ ბებიებსაც. რა დანაშაულია ეს? მომწამლავი ნივთიერება, კაუსტიკური სოდა იქნება თუ მჟავა, არ უნდა შეინახონ ბავშვებისათვის ხელმისაწვდომ ადგილას. საჭიროა მისი დამალვა ისე, რომ ბავშვმა არ მოკიდოს ხელი, რადგან თამაშით დაღლილი ბავშვი შეიძლება მოწყურებული შემოვარდეს სახლში, აიღოს საწამლავიანი ბოთლი და დალიოს. ამრიგად, ბავშვი დაუდევრობის და უყურადღებობის მსხვერპლი ხდება, იტანჯება ტყვილის, შიმშილისა და წყურვილის გამო. მასთან ერთად იტანჯება მთელი ოჯახი.

მესამე ადგილზე არიან ლოთები. ახლაც მაგონდება ჩვენი ერთი ზეინკალი. იგი მთვრალი მივიდა სახლში, თვალი მოკრა ბოთლს რაღაც სითხით, ის ალკოჰოლურ სასმელად მიიჩნია და დალია, ამრიგად, განუვითარდა დამწვრობა.

მახსოვს, ჩვენთან იწვა ტყიბულელი მუშა, რომელსაც მე გავუყეთე ხელოვნური საყლაპავი მილი. ეს მუშა, ხელფასს მიიღებდა თუ არა, დათვრებოდა და თითქმის უგონო მიყავდათ სახლში. ბოლოს ცოლმა მიაღწია იმას, რომ მეუღლის ჯამაგირს თვითონ ღებულობდა. რადგან ამ კაცს ფული აღარ ჰქონდა ხოლმე, მას სახლიდან გაქონდა ნივთები, ყიდდა და მანც ახერხებდა სმას. ერთ ღამეს იგი

მივიდა სახლში. სიკვამლე დამალულ ბოთლს, რომელშიც კაუსტიკური სოდა იყო, და დალია. ცხადია, მას განუვითარდა დამწვრობა.

ამრიგად, საყლაპავი მილის დამწვრობა შეიძლება აღამიანნა მიიღოს ან განგებ, შეგნებულად ანდა შემთხვევით. როგორც ხედავთ, უმეტესად ეს ახალგაზრდა გოგონების. პატარა ბავშვებისა და ლოთების სვედრია. არცთუ იშვიათად საყლაპავის დამწვრობას ვხვდებით სულით ავადმყოფებს შორისაც.

ახლა გავეცნოთ, თუ რა ცვლილებები ხდება საყლაპავ მილში ზირველ რიგში მთელი ლორწოვანი გარსი ჩამოიფუტკნება, რასაც



იურ. 34. საყლაპავი მილის დამწვრობა რენტგენოგრაფია.

მოჰყვება მისი შეორადი დანაწიბურება, ეს კი გამოიწვევს საყლაპავი მილის სანათურის შევიწროებას და, ბოლოს, მია მთლიან ობლიტერაციას. თუ შეხედავთ რენტგენოგრაფებს. ნათლად დაინახავთ, რომ გარკვეულ დონემდე საკონტრასტო ნივთიერება თითქმის თანაბრად ავსებს საყლაპავ მილს, შემდეგ ის თანდათან ვიწროვდება. ბოლოს კი სულ წყდება მისი გამავლობა, ე. ი. ამ არეში საყლაპავი მილი აღარათერს აღარ ატარებს (სურ. 34). შეიძლება ზოგჯერ საყლაპავი მილის ნაწილობრივი დამწვრობა განვითარდეს, მაშინ იგი მხოლოდ შევიწროვდე-

ასეთ ვითარებაში, ვკლილობთ მის გაგანიერებას სხვადასხვა ზომის ლითონზე წამოცხული ოლივებით. ასეთი გაგანიერება საჭიროა 3—4 თვეში ერთხელ, მთელი კურსის ჩატარებით, წლის განმავლობაში ხუთჯერ თუ არა, სამკერ მაინც, რათა არ მივეციო საყლაპავ მილს შევიწროების საშიშროება. მაგრამ უნდა იცოდეთ, რომ ეს მანიპულაცია უხედავად არ არის, რადგანაც, როცა საყლაპავი მილის კედელი შეცვლილია, გამაგანიერებლის გატარებას კი გარკვეული ძალის დატანება ესაჭიროება, შეიძლება დააზიანოთ ლორწოვანი გარსი და გახეთქოთ მისი დანარჩენი შრეებიც; ვახვალთ შუასაყარში, სადაც გადავა ინფექცია, და განვითარდება უსასტიკისი გართუ-

ლება — მედიასტინიტი. ეს სასიკვდილო პათოლოგია! ამიტომაც საყლაპავი მილის გაფართოება უნდა ჩაატაროს გამოცდილება ექიმმა. ამგვარად, ამ საქმეს სჭირდება სიფრთხილეცა და გამოცდილებაც, უნდა იცოდეთ, რა შეიძლება მოჰყვეს ბუეირებას. მე ახლაც მყავს რბილისში ორი-სამი ავადმყოფი, რომელთაც 3—4 წლის განმავლობაში ვუტარებთ საყლაპავი მილის ბუეირებას. ერთი მათგანი, როცა თავი მოიწამლა, 17 წლის გახლდათ, ახლა კი ბებიაა. სიყვარულმა, რომლის გამოც მან თავი გასწირა, უკვე გაუარა, მეორე შეიყვარა და გათხოვდა კიდევ, შვილიც ჰყავს და შვილიშვილებიც. შეიძლება ვას ახლაც უპირს ზოგჯერ დიდი ლუკმის გადაყლაპვა, მაგრამ თუ საქმელს კარგად დაღეჟავს, ყლაპვა არ უძნელდება. ეს იმას მოწმობს. რომ კონსერვატიული წესით შეიძლება ავადმყოფების მკურნალობა, მაგრამ ეს მაშინ, როცა ნაწილობრივად და საყლაპავი მილი შევიწროებული. თუკი საყლაპავი მილი მთლიანადაა დანაწიბურებული, მისი გამავლობა აღარ არის, როგორც ამ რენტგენოგრაფებზეა აღეჭვდილი, მაშინ საყლაპავი მილის გაგანიერებით ვერაფერს ვერ მიალწევთ და ერთადერთი გამოსავალია პლასტიკური ოპერაციის — ეზოფაგოპლასტიკის გაკეთება. ეს ძალიან საინტერესო ოპერაციაა და ამასთან ერთად, თუ კარგად დამთავრდა, ე. ი. გართულების გარეშე, შედეგია ისიც. ცხადია, როგორც ყველა ოპერაციის დროს, ამ შემთხვევაშიც მოსალოდნელია გამარჯვება და მარცხიც. რაც ქირურგის განცდებთანაა დაკავშირებული.

ვის შემოიღო ეს ოპერაცია, ვის მიუძღვის ესოდენ დიდი დანახებება? თქვენ ვავიგონიათ შვეიცარიელი ქირურგი რუ (Roux). მას დიდი ღვაწლი მიუძღვის ქირურგიაში, განსაკუთრებით ნაწლავანდასტომოზების შექმნაში. პირველად ექსპერიმენტით, შემდეგ კი კლინიკაში რუმ ალადგინა საყლაპავი მილი წვრილი ნაწლავის შენაცვლებით. ამ ავტორს წვრილი ნაწლავი ამოჰქონდა კისერთან და უერთებდა საყლაპავ მილს. პირველი ოპერაციები უშედეგოდ დამთავრდა — ავადმყოფები დაიღუპნენ. ამ ოპერაციის შედეგია ნანსორციელება წილად ხვდა მის მოწადეს გერცენს.

მე ვიცი, რომ თქვენ განათლებული ხალხი ბრძანდებით და გვაბი ვერცენი გაგანილი გაქვთ. ალექსანდრე ევანეს ძე გერცენი გახლდათ რუსეთის თვითმპყრობელობის წინააღმდეგ მებრძოლი, მწერალი და მოაზროვნე. მართალია, გერცენი არ იყო რუსი. მაგრამ რუსეთში აღიზარდა. ყველა მისი ვაჟიშვილი პროფესორი გახდა. ერთი მათგანი ალექსანდრე ალექსანდრეს ძე ფიზიოლოგი იყო; მან იმოღვაწა შვეიცარიაში, ლოზანს უნივერსიტეტში. სწორედ მისი ვაჟი პეტრე ალექსანდრეს ძე იყო მოსკოვის უნივერსიტეტის პროფესორი. ჯერ ზოგადი ქირურგიის, ხოლო შემდეგ პოსპიტა-

ლური ქირურგიის კათედრის გამგე. იგი დიდი ხანი არ არის, რაც გარდაიცვალა. მან 1909 წელს განახორციელა ოპერაცია ეზოფაგოპლასტიკა და დემონსტრაციაც გაუკეთა მის მიერ ნაოპერაციევ ავადმყოფს, რომელიც განიკურნა.

მაშ, ამ ოპერაციას, როგორ ფიქრობთ, ვისი სახელი დაერქვა?

რუ-გერცენის! უსათუოდ! რადგან ოპერაციის იდეა შეიმუშავა რუმ. მართალია, ის დამარცხდა, მაგრამ რა ვუყოთ, დამარცხდა ღირსეულად. მისმა მოწაფემ კი, როდესაც ამ ოპერაციის მეთოდი წარადგინა, თავის მასწავლებლის სახელი წაუმძღვარა წინ და სწორადაც მოიქცა. საზოგადოებამ, მეცნიერებამ რუს მიუმატა გერცენის სახელი და სრულიად დამსახურებულადაც. ამ ოპერაციის ისტორია რომ დავასრულოთ, უსათუოდ უნდა მივეუმატოთ ერთი გვარიც — იუდინი! ს. ს. იუდინი ცნობილი საბჭოთა ქირურგია, მე ვიტყვოდი, ბრწყინვალე ქირურგი. ის გახლდათ მოსკოვის სკლიფოსოვსკის სახელობის სასწრაფო დახმარების ინსტიტუტის მთავარი ქირურგი. თქვენ იცით, რომ ამ დიდ დაწესებულებაში ხვდება მთელი მოსკოვის სასწრაფო შემთხვევები, მათ შორის საყლაპავი მილის დამწვრობიანი ავადმყოფებიც, რამაც საშუალება მისცა იუდინს ბრწყინვალედ განეეითარებინა ეზოფაგოპლასტიკა. მან ასობით ავადმყოფს გაუკეთა ეს ოპერაცია და შეიტანა ზოგიერთი ცვლილება ოპერაციის მსვლელობაში. რაკი იუდინმა ფართოდ დანერგა და პოპულარობა მოუპოვა ამ ოპერაციას, იგი რუ-გერცენ-იუდინის ოპერაციის სახელწოდებით გახდა ცნობილი.

რაში მდგომარეობს ოპერაციის შინაარსი? ძირითადია წვრილი ნაწლავის მობილიზაცია (სურ. 35), მისი კანქვეშ გატანა და კისრის არეში საყლაპავ მილთან შერთულის დამყარება. მაგრამ წვრილი ნაწლავის მობილიზაცია საჭიროა ისე, რომ სისხლძარღვებისაგან გამოყოფის დროს მისი კვება არ მოიშალოს, ე. ი. ნაწლავის კვება საკმარისი უნდა იყოს მისი ცხოველყოფელობისათვის. მოგეხსენებათ, წვრილი ნაწლავის სისხლძარღვები თავისებური ანატომიური აგებულებისაა, რის გამოც ქირურგს მათ მიმართ განსაკუთრებული დამოკიდებულება მართებს. ზოგჯერ წვრილი ნაწლავის ნახევარზე მეტის მობილიზაციაა საჭირო და ამის გამო აუცილებელი ხდება ჭორჭლის 4 ან 5 სისხლძარღვოვანი რკალის გადაკვანძვა ისე, რომ ძირითად არტერიულ მაგისტრალში სისხლის მიმოქცევა არ შეფერხდეს, ე. ი. ნაწლავის სიცოცხლე, რომ იტყვიან, ბეწვზე ჰკილია და თქვენ კარგად უნდა გახსოვდეთ, რაში მდგომარეობს ოპერაციის ხიფათი. ამიტომ როცა სისხლძარღვებს ვკვანძავთ, თვალს ვადევნებთ ნაწლავის „საქიელს“. თუ კვება მოაკლდა, ის გალურჯდება, თუ პირველ ხანებში არსებული პერისტალტიკა შენელდა, ქირურგი

კოტას დაიციდის, ვიდრე სისხლი პერიფერიამდე მივა და ამას დაერთვის პერისტალტიკის გამოცოცხლება. ასევე მოიქცევიტ მომდევნო სისხლძარღვის რკალის გადაკვანძვისას. ხოლო, როდესაც სულ ბოლო ტოტის გადაკვანძვაზე მიდგება საქმე, შეიძლება უსიამოვნებას წააწყდეთ: გათავისუფლებულ ნაწლავს აღარ ეყოფა კვე-



სურ. 25. წერილი ნაწლავის მობილიზაცია.

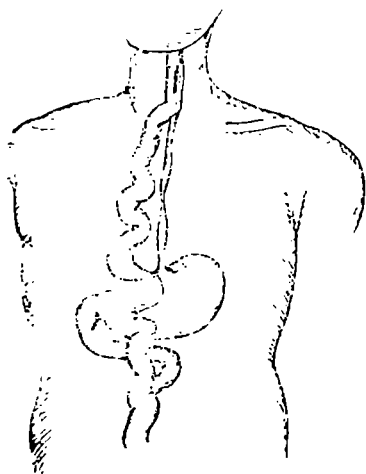
ბა — გალურჯდება, ე. ი. მოკვდება და საჭირო გახდება მისი მოკვეთა. ეს რომ არ მოხდეს, წინასწარ გამოვცდით, თუ რა მოუვა ნაწლავის მარყუჯს მისი სისხლძარღვების ორ თითს შორის გადაქერის შემდეგ. ე. ი. დროებით დაეხშობთ ვადსაკვანძ სისხლძარღვს თუ მობილიზებულმა ნაწლავმა (სურ. 36) ფერი არ იცვალა და პერისტალტიკაც შერჩა, ეს იმას ნიშნავს, რომ ნაწლავის მონაკვეთი იცოცხლებს და განვავრძობთ ოპერაციას. განივად გადაკვეთილი წერილი ნაწლავის გამტან ბოლოს დაეხურავთ ყრულ, მომტანი მარყუჯის სანათურს გვერდითი შერთულით დავეუკავშირებთ წერილი ნაწლავის მობილიზებული სეგმენტის დისტალურ ნაწილს თორმეტგოჯა მლივი ნაწლავის ნაკეიციდან 15—20 სმ დაშორებით, რითაც აღდგება ნაწლავის გამავლობა. შემდეგ ეტაპზე მუცლის ქრილობის ზედა კუთხიდან კისრის შუა ნაწილამდე შევქმნით კანქვეშა გვირაბს, რომელშიც გავატარებთ მობილური ნაწლავის მარყუჯს და კისერ-



სურ. 36. წვრილი ნაწლავის მობილიზებული სეგმენტი.

ზე, კანქვეშ დავაფიქსირებთ, ხოლო მეორე მომენტად, 6—7 ღღის შემდეგ, შევქმნით გვერდით ანასტომოზს საყლაპავ მილსა და

წვრილ ნაწლავს ძირის (სურ. 27). გიმეორებთ: ოპერაცია რთულია და სასიფათო, რადგანაც რამდენიმე სისხლძარღვის ფუნქცია დაეკისრება ერთს და, თუ ამ ერთმაც გვიღალატა, მარცხს განვიცდით. ამიტომაც ნაწლავის ზემოთ ატანის დროს იგი არ უნდა დავკიმოთ, რაც სისხლის მიმოქცევას შეაფერხებს, ამასთან ნაწლავი არ უნდა შემოვებრუნოთ კანქვეშა გვირაბში გატანის დროს, ესეც უთუოდ დააზრკოლებს სისხლის მიმოქცევას. უნდა ვამოგიტყდეთ, რომ კანქვეშა გვირაბის შექმნა, სადაც ვათავსებთ წვრილი ნაწ-



სურ. 37. ეზოფაგოპლასტიკა რუგერ-ენ-იუდინის წესით

ლავის მობილურ ნაწილს, ცოტა ბარბაროსული ჩარევის შთაბეჭდილებას სტოვებს, რადგან ქირურგი ბარის მსგავსი იარაღით შედის კანქვეშ და მას აცილებს გულმკერდს. მართლაც, ქირურგი ამ დროს შეიძლება რაღაც უგულო ადამიანად გეჩვენოთ, მაგრამ, თუ გავითვალისწინებთ, რომ აღნიშნული ჩარევის მიზანი უკეთილშობილესია, რომლითაც თქვენ ადამიანს ააცდენთ შიმშილით სიკვდილს, რა თქმა უნდა, გაგეფანტებათ მიღებული შთაბეჭდილება. როგორც ხედავთ, ოპერაციის გამოსავალი დამოკიდებულია ნაწლავის სისხლით მომარაგებაზე, რასაც ერთადერთი სისხლძარღვი ასრულებს და ქირურგსაც ამის გამო მშვიდი ძილი ეკარგება. კანქვეშ გადანაცვლებულმა ნაწლავმა რომ განგრენა განიცადოს, იქიდან გამოსული ინფექცია მუცლის ღრუში მოხვდება და ავადმყოფი პერიტონიტით დაიღუპება. ამიტომ დღე და ღამ სადარაჯოზე დგომაა საჭირო, რომ ეს არ მოხდეს. თუ ნაწლავი მოკვდა, კანი უნდა გავკვეთოთ. დანეკროზებული ნაწლავი ამოვიღოთ, რათა ავადმყოფი როგორმე ვიხსნათ.

რა საშუალობებია კანქვეშ გატანილ ნაწლავზე თვალყურის დევნებისათვის? პერისტალტიკური მოძრაობები, კანის ფერი; რაკი ნაწლავი ამ დროს უშუალოდ კანქვეშა მოთავსებული, ის ფაქიზად უნდა შეეარხიოთ და დავაკვირდეთ. თუ პერისტალტიკური მოძრაობები შევნიშნეთ. გვიხარია, მაგრამ თუ ნაწლავი „გაჩუმებულია“, ე. ი. მან შეწყვიტა მოძრაობა. ეს ცუდის მომასწავებელია.

მახსოვს ერთი ჩემი პაციენტი — მელორე, ცოტა უინტელექტო კაცი. მან არყის მაგიერ შემთხვევით ტუტე დალია, განუვითარდა დამწვრობა და საოპერაციო გახდა. მიუხედავად მრავალჯერადი გაფრთხილებისა, რომ სათუთად მოქცეოდა გადანერგილ ნაწლავს, არ დასწოლოდა მას, ცოტა მოხრილი წოლილიყო ლოგინში, მან ვერც ერთი ეს პირობა ვერ შეასრულა და ერთ დღეს, როცა ვამოწმებდი ნაწლავის პერისტალტიკას, ის მოძრაობაში ვერ მოვიყვანე. ნაწლავი მოკვდა, ე. ი. განგრენა განვითარდა. იძულებული გავხდი ამომეკვეთა იგი.

ამიტომ გახსოვდეთ, რომ თუ მობილურ ნაწლავს კვება არ ეყო, გარკვეულ შემთხვევებში მარცხი მოსალოდნელია. სკლიფოსოვსკის ინსტიტუტის მასალის მიხედვით, ასეთი უარყოფითი შედეგი 5—6%—თაა აღნიშნული, ე. ი. 20-დან 1 ავადმყოფს შეიძლება განუვითარდეს წვრილი ნაწლავის ნეკროზი.

მინდა მოვიგონო ჩემი ყოფილი პაციენტი ქალი. იგი მხიარული იყო, ზოგჯერ მამაკაცებთან ქეიფიც უყვარდა და ამ ბოქემური ცხოვრების ამყოს დამწვრობა განუვითარდა. მე გაუუკეთე ოპერაცია. გვირაბში გატანილი ნაწლავის მარყუქი მე-2—3 დღეს პერისტალტიკას იძლეოდა, ასევე მე-5—6 დღესაც. მიხაროდა, რომ

ყველაფერი კარგად იყო. და, აი, მე-7 დღეს ღამით მირეკავენ, რომ ავადმყოფს მუცლის არეში დაეწყო ძლიერი ტკივილი. მას პერიტონიტი დაემართა. რა თქმა უნდა, პირველ რიგში ექვი დამებადა ნაწლავის ხეკროზზე, რომ იქიდან გამონაჟონი ექსუდატი მოხვდა მუცლის ღრუში. გავაკეთე ოპერაცია. მუცლის ზემო ნაწილში ექვს არაფერი იწვევდა, ქვემოთ კი, მცირე მენჯის ღრუში, ჩირქი შევნიშნე. ექვი არ იყო, რომ საქმე პელვიოპერიტონიტს ეხებოდა. გამიკვირდა, ვერ გავერკვიე, რა მოხდა. ბოლოს გამოირკვა, რომ იმ ღამეს ჩვენს პაციენტს თურმე თავისმა გულისტოლმა მოაკითხა, ჩავიდა სარდაფში და მთელი ღამე იქ გაათია. როგორც ჩანს, კლინიკის მორიგე პერსონალი არ იდგა თავის სიმძლევზე, რისთვისაც მათ სათანადო სასჯელიც მიეზღოთ. ავადმყოფს კი უხეიროდ გატარებული დროებისათვის ზედმეტი ტანჯვა ხვდა წილად. ძირითად დაავადებას დაემატა პელვიოპერიტონიტი, რომელიც სასქესო ორგანოებიდან განვითარდა. ავადმყოფი ამ დაავადებიდანაც განვკურნეთ. როდესაც მისი დემონსტრაცია დაჰქირდებოდა ლექციაზე, მოუუხმობდი და ისიც უმალ აქ გაჩნდებოდა ხოლმე. იგი ოთხი წლის წინ გარდაიცვალა — კვლავ თავისი ბოჰემური ცხოვრების მსხვერპლი გახდა.

ზოგჯერ გამოყოფილი ნაწლავის ნეკროზში თვით ნაწლავისა და მისი ჯორჯლის ანატომიური თავისებურებაა „დამნაშავე“. მაგალითად, თუ ნაწლავის ჯორჯალში განვითარებულია მეზენტერიტი, ამ დროს ჯორჯალი შექმუხნილია და სათანადო სიგრძის ნაწლავის გამოყოფა სისხლით კვების უკმარისობის ხიფათს ქმნის. ამიტომ მინდა ვაღიარო, რომ ამ ოპერაციასთან დაკავშირებული საშიშროების გამო თითოეული ჩემი ავადმყოფის ოპერაცია განსაკუთრებულ განცდებთან ყოფილა დაკავშირებული და ამიტომ ისინი კარგად მახსოვნან. ბევრი უძილო და მღელვარე ღამე გამიტარებია, თუმცა ამის გარეშე ქირურგი არ ვარგა. თუ ქირურგს მშვიდად უნდა გაატაროს თავისი ცხოვრება, ასეთ ოპერაციას ხელი არ უნდა მოკიდოს, მაგრამ გიმეორებთ, ქირურგი, რომელიც მღელვარებას გაუბობის, არა მწამს.

საყლაპავი მილის სხვა პათოლოგიათა განხილვა შემდეგი ლექციისათვის გადავდოთ. ნახვამდის!

მეოცე ლექცია

წინა ლექციაზე საუბარი გვექონდა საყლაპავი მილის დამწვრობის შესახებ. აღვნიშნეთ, თუ რა ხელშემწყობი პირობებია ამ პათოლოგიის განვითარებისათვის, რა მორფოლოგიური ცვლილებები ვი-

თარდება საყლაპავში ამ დროს, რა და რა ხარისხის შეიძლება იყოს დამწვრობა. მის მკურნალობაზე კი მოგახსენეთ, რომ დღევანდელ პირობებში იდეალური წესია მლივი ნაწლავისაგან ხელოვნურა საყლაპავი მილის შექმნა და მისი გულმკერდზე, კანქვეშ, გატარება, ოპერაციის მეორე მომენტში -- წერილ ნაწლავსა და საყლაპავს შორის შერთულის დადება პირველი ოპერაციიდან 7- 8 დღის შემდეგ. გიჩვენეთ ავადმყოფები როგორც ოპერაციამდე, ისე ოპერაციის შემდგომ და მოგახსენეთ ისიც, რომ გარკვეულ შემთხვევებში ვმარცხდებით. რაში გამოიხატება დამარცხება? იმაში, რომ წერილი ნაწლავის ტრანსპლანტატი შეიძლება მოკვდეს განგრენა განიცადოს სისსლძარღვის დაზოზობის, ნაწლავის დაქიშვის, გადაგრენის ან სისსლის მიწოდების ნაკლებობის გამო. თუ ნაოპერაციევ ავადმყოფს მუდმივად ვადვენებთ თვალს, მაშინ დროულად შეიძლება შევნიშნოთ, რომ ნაწლავი „უიმედო“ მდგომარეობაშია. უშედეგობას პროცენტით, მოგახსენეთ, რომ 5 6-მდეა, ე. ი. 20-დან ! შემთხვევაში შეიძლება მიზანს ვერ მივაღწიოთ, მაგრამ თუ ოპერაციამ იმედი გაგვიმართლა, მასი შორეული შედეგი მართლაც ბრწყინვალეა, რადგან ავადმყოფი, რომელიც შიმშილობდა, ამ ტანჯვას აღარ განიცდის. დღე-ბუღლონს ყოველგვარ საკვებ და მისი ცხოვრება წარმართება ისე, როგორც უნდა წარმართულიყო. მე მოვიგონე შემთხვევა ჩემი გამოცდილებიდან. როცა ასეთმა ავადმყოფმა ოჯახიც კი შექმნა, ბებიაც გახდა. მაგრამ ერთი უხერხული მდგომარეობა თან სდევს ამ ოპერაციას, კერძოდ ის, რომ კანქვეშ მოთავსებული ნაწლავი შესამჩნევია (სურ. 38), ხოლო, რაკი დამწვრობა უმეტესად ახალგაზრდა ქალების ხვედრია, ესთეტიკური თვალსაზრისით, ისინი უხერხულად გრძნობენ თავს. თუმცა ცხოვრებას თავისი გააქვს:



სურ. 38. ანტეოტორაკლური ეზოფაგო-პლასტიკა.

სურ. 38) მოთავსებული ნაწლავი შესამჩნევია (სურ. 38), ხოლო, რაკი დამწვრობა უმეტესად ახალგაზრდა ქალების ხვედრია, ესთეტიკური თვალსაზრისით, ისინი უხერხულად გრძნობენ თავს. თუმცა ცხოვრებას თავისი გააქვს:

ბოლოს და ბოლოს ამ მდგომარეობას ეჩვევიან და, როგორც მოგახსენეთ, ოჯახს ქვნიან. მაგრამ თქვენ მომწიფებული ხალხი ხართ და უნდა იცოდეთ, რომ თუ ასეთ ქალს მეუღლე სულით მაღალი არ გამოადგა, დროდადრო იქნებ საყვედურიც უთხრას, გაახსენოს წარსული. თუ ამას დავეუმატებთ, რომ ჯამის დროს ნაწლავის პერიტონეალტიკა მოჩანს, ეს გარემოება თვითონ ავადმყოფსაც თითქოს ყოველთვის ახსენებს ცხოვრების ყველაზე უსიამოვნო მომენტს, რამაც სამუდამო დაღი დაასვა მას. ამიტომაც, რა თქმა უნდა, სჯობია, რომ საყლაპავი მილი აღდგეს ისე, რომ არ ჩანდეს. ამაზე ბევრი იფიქრეს ქირურგებმა და ბოლოს მიაღწიეს იმას, რომ ხელოვნური საყლაპავი გაატარეს მკერდის უკან, შუასაყარში პლევრის დაუზიანებლად, ე. ი. გააკეთეს რეტროსტერნალური ეზოფაგოპლასტიკა. ის კი, რაზეც ჩვენ უკვე ვისაუბრეთ, ანტეთორაკალური, ანუ ანტესტერნალური ეზოფაგოპლასტიკაა. უნდა მოგახსენოთ, რომ რეტროსტერნალური ეზოფაგოპლასტიკის კეთებაც სკლიფოსოვსკის ინსტიტუტის ხელმძღვანელმა ქირურგებმა დაიწყეს. მაგრამ დადებითთან ერთად ამ ოპერაციას თან სდევს ჩრდილოვანი მხარეც. კერძოდ რა? თუ ანტეთორაკალური ეზოფაგოპლასტიკის დროს გულმკერდში გადანერგილი ნაწლავი დანეკროზდება, ადვილად შეამჩნევთ პერიტონეალტიკის გაქრობასა და კანის ფერის შეცვლას, რითაც ავადმყოფს დროულად გაუწევთ დახმარებას, მაგრამ თუკი მკერდის უკან გატანილი ნაწლავი დანეკროზდა, ვინაიდან ის არა ჩანს, შეიძლება განვითარდეს მედიასტინიტი, პერიტონიტი და ავადმყოფი დაგეღუპოთ. ასეთ ვითარებაში კი გასაგებია, რომ სიკვდილიანობის გაცილებით მეტი პროცენტი იქნება.

აღნიშნული ოპერაციების გარდა, საყლაპავი მილის აღდგენისათვის ნაცადი იყო აგრეთვე ტრასპლევრულად, ე. ი. პლევრის ღრუში წვრილი ნაწლავის გატარება. უდავოა, რომ ამ დროს ნაწლავისა და ფილტვის ანატომიურად ერთმანეთთან მოთავსება არღვევდა როგორც ფილტვის, ე. ი. სუნთქვის ფუნქციას, ისე ყლაპვას. ამასთან, ნაწლავი უჩინარი ხდებოდა ქირურგისათვის და მისი განგრენა შეუძმნევლად ვითარდებოდა, რასაც მოსდევდა სასიკვდილო გართულებების განვითარება.

საყლაპავი მილის დამწვრობის მკურნალობის ისტორიის მთელი გზა რომ იცოდეთ, მოკლედ მაინც მოგახსენებთ იმ ცდებზე, რომლებსაც ქირურგიის ამ დარგის განვითარების დასაწყისში ატარებდნენ. ვიდრე ქირურგები წვრილი ნაწლავით საყლაპავი მილის პლასტიკაზე გადავიდოდნენ, ხელოვნურ საყლაპავს ქმნიდნენ კანის საშუალებით. ამისათვის გულმკერდის შუა ხაზზე ორი პარალელური, სიგრძივი განაკვეთით კანს ათავისუფლებდნენ ქვეშმდე-

ბარე ქსოვილებისაგან, ე. ი. აკეთებდნენ მის მობილიზაციას და კანის ორი თავისუფალი კიდის ერთმანეთთან მიკერებით ქმნიდნენ გრძელ გვირაბს, რომელსაც კრილობის გაკერვის შემდეგ ათავსებდნენ კანქვეშ. თუკი აღნიშნული ჩაივლიდა დაჩიჩქების გარეშე, მეორე მომენტად კანისაგან შექმნილი მილის ზედა ნაწილს საყლაპავ მილს უერთებდნენ. ამ ოპერაციის შესამე მომენტი იყო კანისაგან შექმნილ საყლაპავ მილსა და კუქს შორის ანასტომოზის დადება. ამრიგად, კუქსა და ბუნებრივი საყლაპავი მილის საღ ნაწილს შორის კავშირი მყარდებოდა კანისაგან წარმოქმნილი ხელოვნური მილით. აღნიშნული წესი შეიმუშავა გერმანელმა ქირურგმა ბირხერმა, რომლის საპატივსაცემოდ ოპერაცია მისი სახელითაა ცნობილი.

ახლა ამ ოპერაციის ნაკლოვანი მხარეების შესახებ: კუქთან კანისაგან შექმნილი საყლაპავი მილის მიკერების შემდეგ კუქის წვეწვანის გავლენით იშლება ნაკერები, რასაც მოსდევს ფისტულების წარმოქმნა. ასევე საყლაპავ მილთან არსებული შერთული ნერწყვის გავლენით შეიძლება დაიშალოს და იქაც განვითარდეს გარეთა ფისტულები. უკეთეს შემთხვევებში, თუკი არც ერთმა ანასტომოზმა არ გვიღალატა, ოპერაციის ყველა ეტაპის შესრულებას სჭირდება დიდი დრო — ერთი წელიწადი და ზოგჯერ მეტიც. ამასთან, თუ ავადმყოფი ქალია, ამ ოპერაციის შესრულება იოლია იმიტომ, რომ კანის მობილიზაციის მეტი საშუალებაა; რადგან ქალს სარძევე ჯირკვლები აქვს, კანქვეშა ცხიმი შედარებით უხვადაა განვითარებული და კანი უფრო მობილურია. მამაკაცებს ეს უპირატესობები არა აქვთ. მათ ზოგჯერ კანი პირდაპირ მკერდის ძვალსა და ნეკნებზე აქვთ გადაჭიმული, რაც ძალიან ართულებს კანის მობილიზაციას, ამასთან ამ არის თმისაგან არახელსაყრელია — კანის გვირაბის შექმნის შემდეგ თმის კანი შიგნით მოთავსდება, საკმელს შეეხება, აეხვევა მას და ა. შ. ამ მხრივაც ეს ოპერაცია არასრულყოფილია. ამრიგად, ოპერაციის ხანგრძლივობა, ტექნიკური სირთულე და ზოგჯერ, ფისტულების განვითარების შემთხვევებში, მრავლობითი ჩახვევები — 12—15 ოპერაციული ჩარევა — მომქანცველია როგორც ავადმყოფისათვის, ასევე ქირურგისთვისაც. მაგრამ, მიუხედავად ამისა, როცა გამოუვალა მდგომარეობა, ამ ოპერაციას მაინც მივმართავთ. მაგალითად, თუკი ჩვენს მიერ გადანერგილი ნაწლავი დანეკროზდა, ან ნაწლავს კვება არ ეყო და ეს ოპერაციის დროს დავადგინეთ, იძულებული ვხდებით მას კანისაგან შექმნილი გვირაბი „დავაშენოთ“, ე. ი. კომბინირებული წესით გავაკეთოთ ეზოფაგოპლასტიკა. აი, ასეთია მოკლედ ეზოფაგოპლასტიკის თანამედროვე მდგომარეობა. გიმეორებთ, რომ ქირურგის ეს თავი მეტად კეთილშობი-

ლურია, სასიხარულო და ბედნიერების მომტანი. გასაგებია, რაოდენ დიდი სულიერი ჯილდოა ქირურგისათვის ასეთი ოპერაციის წარმატებით დაგვირგვინება.

საყლაპავი მილის ყველაზე მძიმე პათოლოგიაა და ქირურგიული მკურნალობის თვალთახედვითაც რთული ამ ორგანოს კიბო. შეიძლება ადამიანს ჰქონდეს რომელიმე სხვა ორგანოს კიბო და ის შედარებით მშვიდად მოკვდეს, ისე, რომ უკანასკნელ წუთამდე მორჩენის იმედი არ დაკარგოს. ეს, ერთი მხრივ, კარგია, და თქვენც, მკურნალმა ექიმმა, ასეთ ავადმყოფს მორჩენის იმედი უნდა განუმტკიცოთ. კიბოიანი ავადმყოფი თვალეზში შეცქერის ექიმს, აკვირდება მისდამი დამოკიდებულებას და თქვენ არც ქცევასა და არც თვალეზში არ უნდა შეგამჩნიოთ უიმედო განწყობილება. ისე არ გამოვით, რომ ტყუილს გასწავლით. არა! ამის შესახებ შესავალ ლექციაზეც გქონდა საუბარი. ექიმს ყოველთვის მიეტევენა კეთილშობილური ტყუილი, რომელიც ავადმყოფის სანუგეშებლად იქნება ნათქვამი. ეს განსაკუთრებით კიბოიან ავადმყოფებს ეხება. სწორედ ასეთ შემთხვევებში ვართ ვალდებულნი ავადმყოფთან ვიცროთ, მაგრამ ისეთი ტაქტით, რომ ეს დამაჯერებელი იყოს.

მოგიყვებით დღევანდელ მაგალითს: დღეს დილით ექიმმა ქალმა დამირეკა, შემდეგ კი ძალიან შემფოთებულმა მოირბინა კლინიკაში: „ბატონო, მიშველეთ, სარძევე ჯირკვალში სიმსივნე მაქვს! ვიღრე თქვენთან მოვიდოდი, ვეჩვენე ჩემს მახლობელ ექიმს, რომელმაც გამსინჯა და მითხრა, რომ კიბო მაქვს, მირჩია დღესვე დაეწვე და ხვალ ოპერაციას გამიკეთებენ, ქმარ-შვილი აცრემლებული დავტოვე სახლში, ოჯახი მელუბება, მიხსენით“. ავადმყოფს ჯერ მოვეუსმინე, შემდეგ ვთხოვე გაეხადა. გავსინჯე მშვიდად, თუმცა გაუსინჯავადაც ჩანდა, რომ მარჯვენა სარძევე ჯირკვლის მოცულობა კარბობდა მარცხენას, დვრილი ჩაწეული იყო, კანი — სიმსივნესთან შეზრდილი, ილღის ფოსოში — მეტასტაზები. ამ არის გასინჯვა რომ დავამთავრე, მაშინვე ვუთხარი, რომ ილღის ფოსოში არაფერი არ ისინჯებოდა, მიუხედავად იმისა, რომ იქ მრავალი ჯირკვალის იყო. შევეკითხე: სტკიოდა თუ არა სარძევე ჯირკვალის გასინჯვით. მან მიპასუხა, რომ სტკიოდა. ძირითადი სიმსივნე მეორედ გავსინჯე და, მიუხედავად იმისა, რომ თავიდანვე ვიყავი დარწმუნებული სიმსივნის ავთვისებიანობაში, ავადმყოფს კატეგორიულად ვუთხარი, რომ ეს იყო ანთებადი სიმსივნე. შევთავაზე საავადმყოფოში დაწოლა, გამორკვევა, პუნქტატის აღება, თან დავუმატე, რომ, მართალია, სიმსივნე ანთებადია, მაგრამ თუკი პუნქტატის ციტოლოგიური შესწავლით ერთი ატიპური უჯრედი მაინც აღმოჩნდებოდა, რომელიც ქირურგებს არ გვიყვარს, უმჯობესი იქნებოდა რადიკალური

ოპერაციის გაკეთება. ავადმყოფს გაეღიმა და მიპასუხა: „ოღონდ-
კიბო ნუ იქნება, ბატონო, და ორივე სარქვევე ჭირკვალს მოვიჭრი“. ავადმყოფი დამშვიდებული წავიდა, ხოლო წასვლისას მთხოვა, მე
გამეკეთებინა ოპერაცია. მაგრამ ამ დროსაც ტაქტიკა საჭირო: რად-
გან ის სხვა სამკურნალო დაწესებულებაში იყო გამოკვლეული,
უხერხული იქნებოდა ჩემს კლინიკაში მოთავსება და ასედაც ვურ-
ჩიე: იქ, სადაც თქვენ მიხვედით, კარგი ქირურგები არიან, იციან
ეს საქმე და უმჯობესია იქვე გაიკეთოთ ოპერაცია-მეთქი.

ამგვარად, კეთილშობილური ტყუილი. მიმართული ავადმყოფის-
საკეთილდღეოდ, უთუოდ გეპატიებათ. ასევე საყლაპავი მილის კი-
ბოს შემთხვევებშიც იძულებული ვხდებით ავადმყოფი ტყუილით
დავამშვიდოთ, მით უფრო, როცა შორწასული ფორმაა. მას უნდა
ვუთხრაო, რომ საყლაპავ მილში პატარა წყლული აქვს. ზოგჯერ
ავადმყოფი ამას თვითონვე მოუნახავს მიზეზს: დიახ, ცხელი საქმე-
ლი ვქამე და იმან გამოიწვია, ალბათ, დაწყულულებაო. მამაკაცები
გეტყვიან — არაყი დავლიე და იმის გამო გამიჩნდა წყლულიო და
სხვ. რაკი ავადმყოფიც გვეხმარება და თვითდამშვიდებას იწყებს,
ჩვენც ვუხსნით: რაკი წყლულია, რომ ის არ გაიზარდოს და, პირი-
ქით, შეხორცდეს, საჭიროა მას ავადმყოფთ გაღიზიანების ფაქტორი
და ვურჩევთ, რომ დროებით, საყლაპავის განტვირთვის მიზნით,
კუჭში ჩაუდგათ მილი, საიდანაც იკვებება, მოიკეთებს, საყლაპავი
მილის წყლულიც შეხორცდება და მილს ისევ ამოვუღებთ, კუჭის
ჭრილობას კი დავხურავთ. როდესაც ავადმყოფს ყოველივეს განუ-
მარტავთ სათანადოდ, უსათუოდ დაგთანხმდებათ ოპერაციაზე —
გასტროსტომიაზე. თქვენ ამის შესახებ უკვე იცით—ავადმყოფს კუჭ-
ში ჩაუდგამთ მილს, საიდანაც იგი იკვებება. იგი დადის იმედიანი და
ასე იმედით ნელ-ნელა კედება. დიახ, ავადმყოფთან ნელ-ნელა მო-
დის სიკვდილი, რომლისაც მას არ სჯერა და არცა აქვს ამის შიში.
საერთოდ უნდა იცოდეთ, რომ ჩვენ არც ერთს არა გვაქვს სიკვდი-
ლის შიში და არც გვჯერა, რომ მოვკვდებით ოდესმე. მაგრამ ცხოვ-
რება გვიდასტურებს, რომ უკვდავი არავინ არ არის! დღესდღეობით
არსებული ოთხი მილიარდი ადამიანიდან 100 წლის შემდეგ არც
ერთი არ იქნება — ახალი თაობა მოვა, მოსახლეობა განახლდება.
მეექვება, როდესაც წერენ, რომ აფხაზეთში არიან 140—150
წლის ადამიანები. მე მგონია, აფხაზები უფრო თავიანთ თავს აჯერე-
ბენ, წვერ-ულვაშს იმშვენებენ, ჭამარ-ხანჯალს ისხამენ, ცოლს იცე-
ლიან და სხვ. თუმცა ერთეულ შემთხვევებში შეიძლება 100 წლამ-
დე იცოცხლოს ვინმემ ან ცოტა გადააჭარბოს ამ ასაკს. ჩიმი მშობ-
ლიური კუთხიდან მახსოვს ორი მოხუცი, რომელთაც 120 წელიწადს
მიღწიეს, მაგრამ ისინი იმდენად გონებადასუსტებულნი და უილა-

ჯონი იყენენ, რომ მათ სიცოცხლეს სიკვდილი სჯობდა. ამრიგად, რაკი ჩვენ ყველას თავი ხანდაზმულ მცხოვრებლებად ან უკვდავებად წარმოგვიდგენია, ეს, რა თქმა უნდა, კარგია და დაე, იმ კიბოიან ავადმყოფსაც ნუ დაეკარგება სიცოცხლის იმედი.

ქირურგია ვერ ურიგდებოდა იმ ამბავს, რომ საყლაპავი მილის კიბოს მკურნალობის გზა არ ეძებნა, რომ ასეთი განწირული ავადმყოფებისათვის არ ეშველა.

კიბოს ქირურგიული მკურნალობის ცდები ჯერ კიდევ მე-19 საუკუნეში დაიწყო.

თქვენ რომ აღიდგინოთ საყლაპავი მილის ტობოგრაფია, ახლავე სქემატურად დაგიხაზავთ დაფაზე: ფილტვები, შუაში, ოღნავ მარცხნივ — გული, საყლაპავი მილი, აორტა. საყლაპავი მოთავსებულია უცნაურ ადგილას — შუასაყარში, რომელსაც უკნიდან ხერხემალი ფარავს, წინიდან გულია მასზე მოთავსებული თავისი მაგისტრალური სისხლძარღვებით, ხოლო მარჯვნივ და მარცხნივ — ფილტვის კარი. მამასაღამე, საყლაპავთან მიდგომის გზა თითქმის არ არსებობს. წარსულში, როცა ოპერაციას ინტრაპლევრული წესით ვაკეთებდით, თუ ერთ მხარეზე იხსნებოდა პლევრა პნევმოთორაქსის გამო, ფილტი ჩაიფუშებოდა. თუ კიბოიან, ნაშიმშილარ, ხანდაზმულ ავადმყოფს, რომლის გულ-სისხლძარღვთა სისტემაში ასაკობრივი ცვლილებებია, ხოლო ფილტვები ემფიზემურ ცვლილებებს განიცდის, ოპერაციული ჩარევით გამოვუთიშავთ ფილტვს, გადავუწევთ გულს, ე. ი. კარდიოვასკულარულ სისტემაში მოვახდენთ გადაჯგუფებას, ამას შეიძლება ძოპყვეს სიკვდილი. თუ ახალგაზრდა სუბიექტია, მან შეიძლება ორმხრივი პნევმოთორაქსიც აიტანოს, მაგრამ მოხუცისათვის, ისიც კიბოს ინტოქსიკაციის ფონზე, პნევმოთორაქსი საბედისწერო ხდება. ამიტომ ეს გზა უარყოფილია. იყო ცდა, რომ საყლაპავი მილი ამოეკვეთათ ექსტრაპლევრულად — ნეკროზის გადაკვეთით მათი ხერხემალთან შეერთების ადგილას. გადაწვედნენ პლევრას და შუასაყარში მდებარე საყლაპავი მილიდან ამოკვეთდნენ სიმსივნეს — კიბოს. ასეთი ოპერაციაც თითქმის ყოველთვის სიკვდილით თავდებოდა. ამიტომაც საყლაპავი მილის ქირურგიამ მე-19 საუკუნეში სრულიად ვერ წაიწია წინ და წარმოიდგინეთ, რომ მე-20 საუკუნეც ამ მხრივ წარუმატებლად დაიწყო.

აღნიშნული საკითხის შესწავლაში დიდი როლი შეასრულა შოკური ზონების აღმოჩენამ და მათზე ზემოქმედებამ. თქვენ, ალბათ, ზოგადი ქირურგიიდან კარგად იცით შოკის არსი. მოგეხსენებათ, რომ შოკი ზეზღურბლოვანი გაღიზიანების შედეგია, ე. ი. ზე-

ზღურბლოვანი შეკავება. შოკის განვითარება ყველა არის გაღიზიანების შედეგად ერთნაირად როდი ხდება — ზოგი არიდან ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში მიდის ისეთი სიძლიერის გაღიზიანება, რომელიც სიკვდილით შეიძლება დამთავრდეს. მოგეხსენებათ, ექსპერიმენტში კარგადაა შესწავლილი, თუ რომელი არიდან რა სიძლიერის შოკი შეიძლება განვითარდეს — ეს შესწავლილია კარგად მსოფლიოს ყველა ქვეყანაში. ამიტომ ცხადი გახდა, რომ ფილტვის კართან, სადაც მაგისტრალურა სისხლძარღვებია, შოკი შეიძლება ძალიან ადვილად განვითარდეს და ის ძალიან სახიფათო იყოს. ამიტომაც დიწყო გულმკერდის არის შოკური ზონების ინტენსიური შესწავლა. თითოეული შოკური ზონის მნიშვნელობა უნდა დაედასტურებინა ყველა სახელმწიფოს წარმომადგენელს — მეცნიერს, ამას არ ყოფნიდა 1—2 და ათი წელიც კი. თითქმის საუკუნე დასჭირდა გულმკერდში მოთავსებული ყველა შოკური ზონის მეტ-ნაკლებად შესწავლას. ახლა უკვე ვიცით, თუ რომელი ადგილის შეხება სახიფათო ტკივილის გაუყუჩებლად. აღნიშნულის გარდა, მეცნიერებამ ფართოდ აითვისა პნევმოთორაქსისა და ინფექციასთან ბრძოლის საკითხები. რის საფუძველზეც ფართოდ გაიშალა საყლაპავი მილის კიბოს ქირურგიული მკურნალობა. განსაკუთრებით ომის შემდეგ.

ამრიგად, დღეს უკვე ვიცით შოკური ზონები, რომელ ადგილას არიან ისინი და როგორ მოვექცეთ მათ. გვაქვს ინფექციასთან ბრძოლის დიდი არსენალი — მრავალი სახის ანტიბიოტიკები, აღარ გვეშინია პნევმოთორაქსის, რადგან ჩვენში სწრაფად განვითარდა ინტუბაციური ნარკოზი, რომლის დროს ხელოვნურად ვაღწევთ ფილტვის გაშლასა და შეკუმშვას. შეგვიძლია გამოვთიშოთ სუნთქვის ცენტრი. ეს იმას ნიშნავს, რომ სუნთქვა გაჩერებულია და ავადმყოფს ხელოვნურად ვასუნთქებთ. მართვითი სუნთქვის ჩატარება შეგვიძლია საათობით ჩვენი ნებისა და საჭიროების მიხედვით. ასეთი ნარკოზის პირობებში პნევმოთორაქსი არ განვითარდება და, თუ განვითარდა, არამც თუ ერთი, ორივე პლევრის ღრუც რომ გახსნათ, ავადმყოფი არ მოგიკვდებათ, მაშინ როცა წარსულში ცალმხრივი პლევრის ღრუს გახსნაც კი აშინებდა მკურნალს, ორივე პლევრის გახსნა ხომ უკვე სასიკვდილო იყო, რადგან ორივე ფალტი სუნთქვიდან გამოითიშებოდა; ამას დაუყოვნებლივ მოსდევდა სიკვდილი — მაგიდაზე დარჩებოდა ავადმყოფი. რატომ ხდებოდა ეს? რატომ უნდა, იმიტომ არა, რომ ჩვენი წინაპრები უცოდინარნი ან ცუდი ხელოვანნი იყვნენ, არა! იმიტომ, რომ არ იყო ნარკოზი, ან-

ტიბიოტიკები და სხვ., რომლებიც მეცნიერების განვითარების შედეგად შეიქმნა.

ღიახ, ბევრი რამ საოცარი ხდება ჩვენს ქვეყანაში, რაც უწინდელ ხანაში წარმოუდგენელი იყო. ვინ იფიქრებდა მთვარეზე ასვლას — ეს კაცობრიობის ოცნება იყო და სინამდვილედ იქცა. თქვენ ეიულ ვერნი წაგიკითხავთ?

ს ტ უ დ ე ნ ტ ე ბ ი: ღიახ!

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: მას მოთხრობილი აქვს მრავალი ფანტასტიკური ამბავი. იმ პერიოდისათვის ზღვის ფსკერზე სიარული წარმოუდგენელი იყო, ქვეშეთში ცურვა — ფანტაზია, ახლა კი სხვადასხვა დანიშნულების წყალქვეშა გემები არსებობს.

თქვენ იცით ერთი გახმაურებული რომანი „Голоса прощесгора Дюжоя“, რომელშიც მოთხრობილია ამბავი იმის შესახებ, რომ შეიძლება კაცს თავი მოკვეთოთ და სხვა თავი დაადგათ, რაც ჭერჭერობით მიუღწეველია. რატომ? მიუღწეველია იმდენად, რამდენადაც არ შეგვიძლია ზურგის ტვინის მთლიანობის აღდგენა და ბიოლოგიური შეთავსების საკითხის გადაჭრა — რანაირ თავს აღვამ? უკეთესს თუ უარესს.

ჭერჭერობით შეგვიძლია ტრაქეის, საყლაპავის, სისხლძარღვების — არტერიების ან ვენების შენაცვლება ქირურგიული ტექნიკის უმაღლეს დონეზე.

ამრიგად, ნერვული სისტემის რეგენერაციის პრობლემა თანამედროვე ბიოლოგიის აქტუალური საკითხია.

ვიდრე საყლაპავი მილის კიბოს ქირურგიულ მკურნალობაზე გადავიდოდე, მინდა მოგახსენოთ ორიოდე სიტყვით, თუ როგორი კლინიკური სურათი აქვს ამ პათოლოგიას.

საყლაპავი მილის კიბოს კლინიკურ სურათს ოთხ სხვადასხვა პერიოდად ვყოფთ; შეიძლება ეს ერთგვარი ხელოვნურობა იყოს, მაგრამ პრაქტიკულად მაინც გამოსადეგია.

პირველ პერიოდში ავადმყოფს გადაყლაპული საკვები „გულზე აღგება“. ზოგჯერ ავადმყოფი ამას იმით ხსნის, რომ მან საკმელო კარგად ვერ დალეკა ან ისეთი რამ ჭამა, რაც არ უყვარს. საქართველოში მცხოვრებ სტუდენტობას გეცოდინებათ, რომ კომში ყოველთვის „გულზე აღგება“ აღამიანს. სიმეავე, რომელსაც კომში გამოყოფს, აღიზიანებს პერიფერიულ ნერვებს, იწვევს საყლაპავი მილის სპაზმს, მაგრამ ეს დროებითია. ამ დროს ზოგჯერ პატარებს ურჩევენ მალა აიხედონ, „ნათლიას შეხედო“; ამაშიც ერთგვარი სიბრძნეა, მალა ახედვისას საყლაპავი დაიკიმება და ყლაპვაც გაადვილდება. ზოგჯერ საკვების „გულზე დადგომისას“ ზურგზე დარტყმას მიაშველებენ და სხვ. მაგრამ ჩვენ საკვების ასეთ შეჩერებაზე არა

გვაქვს საუბარი. ჩვენ ვლაპარაკობთ საყლაპავი მილის კიბოს დასაწყის სტადიანზე, როცა ყოველგვარი ხასიათის საკვების მიღების დროს ავადმყოფს უჭირს ყლაპვა, იძულებულია გადაიხაროს, გაიკიშოს. მაგრამ დროის მანძილზე ყლაპვის გაძნელება თანდათან ინტენსიური ხდება, ავადმყოფი ცდილობს საქმელი დიდხანს ლექოს და ამით გაიადვილოს ყლაპვის პროცესი. ეს მოვლენები გრძელდება 1—2—3 თვე; ამას ეწოდება დისფაგია, რომელიც საყლაპავი მილის კიბოს პირველ სტადიას ასახავს. ამის შემდეგ ავადმყოფი ცდილობს საქმლის გადაყლაპვა გაიადვილოს სხვადასხვა სითხის — წყლის, რძის, ლუდის, ღვინის დაყოლებით: ეს მეორე სტადიაა, როდესაც საყლაპავი მილი გამაველია, მაგრამ რაღაც ძალის დატანება, საჭირო, რომ გაადვილდეს ყლაპვის პროცესი.

მესამე სტადიაში ავადმყოფი უკვე ცდილობს ქამოს შერჩეულ საქმელი, რომლის ყლაპვაც შედარებით იოლად შეუძლია, მაგალითად, ნახევრად თხიერი — ფაფა. არაყანი, ნაღები ანდა დილის წყალი, ჩაი, რძე, ყავა და სხვ.

საყლაპავი მილის კიბოს მეოთხე. ანუ ტერმინალურ სტადიაში უკვე არც ერთი საკვები აღარ გადადის საყლაპავი და ავადმყოფი ხვდება, რომ უბედურება ეწვია, სესტდება. დღესვე ვერ დგება და ხელ-ნელა იღუპება.

ვთხოვ ექიმ ნ. ჯოგლიძეს მოგვახსენოს მოკლედ იმ ავადმყოფის შესახებ, რომელსაც სამი კვირის წინ გავუყეთეთ ოპერაცია საყლაპავი მილის კიბოს გამო.

ექ. ნ. ჯოგლიძე: ავადმყოფი მამაკაცი. 49 წლის (ისტ. № 6704), შემოვიდა კლინიკაში ჩივილით ურე ხასიათის ტკივილზე მკერდის ძვლის უკან, ყლაპვის გაძნელებაზე, უძაღობაზე და წონაში მკვეთრ დაკლებაზე; 4 თვეა, რაც ავად იყო; დაავადების დასაწყისში მან შეამჩნია საქმლის „გულზე დადგომა“, რაც დროის მანძილზე თანდათან გაინტენსიურდა და, ბოლოს. იძულებული იყო ლუქა. წყლის დაყოლებით გადაეყლაპა. უკანასკნელი ერთი თვეა, ავადმყოფი გადავიდა ნახევრად თხიერ და, ბოლოს, სულ თხიერ საკვებზე. არცთუ იშვიათად მას საკვები უკან ამოქონდა, მოიკლო 8 კგ, დაკარგა შრომის უნარი; პოლიკლინიკის პირობებში ჩაუტარეს მკურნალობა ანტისპაზმური საშუალებებით, მაგრამ უშედეგოდ. იძულებული გახდა მოსულიყო ჩვენს კლინიკაში სათანადო მკურნალობისათვის. სისხლის მხრივ აღსანიშნავი იყო ზომიერი ანემიკემოგლობინი 58 ერთ., ერითროციტები --- 3.200.000. ედრ --- 38 მმ საათში. რენტგენოლოგიურად --- საყლაპავი მილის შუა მესამედის სიმსივნე --- კიბო. ავადმყოფი მოვამზადეთ საოპერაციოდ (გულ-სისხლძარღვთა და ზოგადგამამაგრებელი საშუალებები, სისხლის

გადასხმა). ოპერაცია მარცხენამხრივი წინა, გვერდითი თორაკო-ტომია მე-7 ექვთაშუა სივრცეში გავაკეთეთ ინტუბაციური ნარკოზის პირობებში. საყლაპავი მილის შუა და ქვემო მესამედის საზღვარ-

ზე აღმოჩნდა სიმსივნე — კიბო (სურ. 39). მეტასტაზური ჭირკვლები არ ჩანდა. საღი ქსოვილების ფარგლებში, სიმსივნიდან 3-4 სმ დაშორებით, გავაკეთეთ საყლაპავი მილის რეზექცია და შერთული დავადეთ საყლაპავსა და გულმკერდის ირუში გადანაცვლებულ კუქს შორის ორსართულიანი ნაკერით. ოპერაციის შემდგომი მიმდინარეობა პირველ დღეებში საშუალო სიმძიმის იყო. სითხე მივეციტ მე-3 დღეს, თხიერი საკვები — მე-6 დღეს, ხოლო საერთო მაგიდაზე გადავიყვანეთ მე-14 დღეს. ავადმყოფი ამჟამად ჭამს ყოველგვარ საქმელს და ემ-



სურ. 39. საყლაპავი მილის კიბო.

ზადება გასაწერად (სურ. 40).

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: გთხოვთ შემოიყვანოთ ავადმყოფი აუდიტორიაში. გასინჯოთ, შეგიძლიათ გამოკითხოთ, როგორ გრძნობს იგი ამჟამად თავს, მაგრამ საუბრისას იყავით ფრთხილი, რათა ავადმყოფი საგონებელში არ ჩავარდეს, მით უფრო, რომ მან თავის დაავადების ქეშმარიტი არსი არ იცის (მიმდინარეობს ავადმყოფის დეინსტრაცია).

როგორც ხედავთ, ავადმყოფი კარგად გრძნობს თავს, კმაყოფილია ოპერაციის შედეგით და დარწმუნებულია, რომ ქირურგიულმა მკურნალობამ მას სამუდამოდ დაუბრუნა ჯანმრთელობა. ამ მხრივ ჩვენი მიზანი მიღწეულია.

რაც შეეხება კარდიოსპაზმს. ეს კუქის კარდიული ნაწილის შევიწროებაა, რომელიც ადამიანს უვითარდება ძლიერი ფსიქიკური ტრავმის შედეგად. ძლიერი განცდის პერიოდში.

მოგიყვებით რამდენიმე მაგალითს: ერთ ზაფხულის დღეს კაკლის ხის ძირას სადილობდა ოჯახი. მოვიდა ელვა ღებეშა, რომ ამ ოჯახის წევრი — ერთ-ერთი შვილი დაიღუპა. ოჯახის დიასახლისს, რომელმაც ეს ცნობა წაიკითხა, მაშინვე ლუკმა „დაადგა გულზე“. ველარ გადაყლაპა ის.

მეორე შემთხვევა — ბავშვი, რომელიც ხეზე იყო ასული ბალის საკრეფად, სირს ჩამოვარდა. დედა იქვე იჯდა, ისიც ბალს ქაძდა, მაგრამ უცბად იგრძნო, რომ ბალი „გულზე დაადგა“ ამრიგად, ორივე შემთხვევაში

განვითარდა კარდიოსპაზმი. ასეთი ავადმყოფი უმაღალ მიაკითხავს ექიმს, უამბობს, რომ ვერ ულაპავს და ისიც დაუდგენს სპაზმის დიაგნოზს, გამოუწერს ანტისპაზმურ საშუალებას: ატროპინის წვეთებსა თუ ამპულებს. ავადმყოფი სვამს წვეთებს, მდგომარეობა კი არ უუმჯობესდება. რამდენად ხშირია ეს დაავადება? საყლაპავი მილის დაავადებათა შორის კიბოზე 95% მოდის. საყლაპავის სხვადასხვა პათოლოგიაზე—5%. მაგრამ საკვირველია ის, რომ როგორც ექიმები, ისე ავადმყოფები 5%-ში ვარაუდობენ კიბოს, 95%-ში კი—სხვადასხვა დაავადებას. მე კი გირჩევთ ის 5% საერთოდ დაივიწყოთ და იფიქროთ



სურ. 40. ავადმყოფი რადიკალური ოპერაციის შემდეგ.

იმ უპრავლესობაზე, რომელთაც კიბო უვითარდებათ, მით უფრო, თუ საქმე ეხება მოსუც ადამიანს. კარდიოსპაზმზე ვიფიქრებთ მაშინ. როცა საქმე შეეხება ახალგაზრდა სუბიექტს. ამგვარად, გირჩევთ თავიდანვე ექვი მიიტანოთ საყლაპავი მილის ავთვისებიან სიმსივნეზე და გამოორიცხოთ იგი, ვიდრე ავადმყოფს ჩაუტაროთ თვეობით ანტისპაზმური მკურნალობა და თქვენი შეცდომის მსხვერპლი გახ-

დოთ იგი. აი. ეს დარჩება მისდა გავატანოთ ახალგაზრდობას მზითვად!

რას უნდა მიაქციოთ ყურადღება და რა საშუალება გაქვთ ასეთი ავადმყოფების შესწავლისათვის? პირველ რიგში კლინიკური გამოკვლევა, ავადმყოფის ასაკი, ნერვული სისტემა, ქონდა თუ არ მას რაიმე ფსიქიკური ვანცდა, რომელთან დაკავშირებითაც განუვითარდა ყლაპვის გაძნელება. ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის რენტგენოლოგიურ შესწავლას. კიბოსა და კარდოსპაზმის დროს ერთმანეთის საწინააღმდეგო რენტგენოლოგიური მონაცემები აღინიშნება. თუ კარდოსპაზმისათვის დამახასიათებელი



სურ. 41. კარდოსპაზმი. რენტგენოგრამა.

ლია საყლაპავი მილის თანდათანობითი, „თაგვი“ კუდივით“ შევიწროების გამოსახულება (სურ. 41), რომლის ზევით საყლაპავი გაფართოებულია, კიბოს შემთხვევაში ბარიუმი შეჩერდება შევიწროებულ არის ზევით, მაგრამ სიმსივნის დონეზე იჭნება უსწორმასწოროკიდებებიანი აგებების დეფექტი.

საყლაპავი მილის გამოკვლევა შეიძლება ეზოფაგოსკოპით, რომელიც შეგვეყავს საყლაპავ მილში და ვათვალიერებთ მას. ეზოფაგოსკოპის საკენეტის საშუალებით შეგვიძლია ავიღოთ ბიოფსიური მასალა და ის ჰისტო-

მორფოლოგიურად შევისწავლოთ. როგორც ხედავთ, საყლაპავი მილის ამა თუ იმ პათოლოგიის დადგენა, თუ სწორად წარმართაეო გამოკვლევას, არ არის ძნელი. კარდოსპაზმის მკურნალობა დასაწყისში ანტისპაზმური, ანტიჰისტამინური და განგლიოლითური ნივთიერებების გამოყენებით შეიძლება დავიწყოთ; მათ შორისაა ატროპინი, პიპოლფენი და სხვ., ნოვოკაინის ბლოკადა, როგორც პარავერტებრალური, ისე ეაგოსიმპათიკური, ზოგადგამამაგრებელი საშუალებები და ა. შ.

კონსერვატიულ ღონისძიებათა უშედეგობის შემთხვევაში კი, როდესაც უკვე პათოლოგიურ კერაში განვითარდება უხეში და შეუქცევადი ცვლილებები, გარდაუვალი ხდება ოპერაციული მკურნალობა.

დღეს კარდიოსპაზმის სამკურნალოდ ძირითადად ორ საოპერაციო მეთოდს ვიყენებთ. პელერმა შეიმუშავა ეზოფაგოკარდიოპლასტიკის ხელსაყრელი მოდიფიკაცია: ამ ოპერაციის დროს კარდიული ნაწილის შევიწროებულ ადგილას ვკვეთავთ კუნთოვან ქსოვილს 0--8 სმ-ზე სიგრძივად ლორწოვან გარსამდე. ბ. ვ. პეტროვსკი გვიჩვენებს გაშიშვლებულ ლორწოვან გარსზე გადავიტანოთ დიაფრაგმის ნაფლეთი, რომელსაც ჩავეკრებთ საყლაპავი მილის სიგრძეზე გავვითარებთ კუნთოვან შრეს. ამ მეთოდით რანდენიმე ათეულ ავადმყოფს გავუყუეთთ ოპერაცია და კარგი შედეგი მივიღეთ.

მეორე გავრცელებული ოპერაცია პეტროვსკის მიერ შემუშავებული ეზოფაგოგასტროსტომია, რომელიც საყლაპავი მილის გავართობებულ ნაწილსა და კუჭის ფუნდალურ ნაწილს შორის, ე. ი. შევიწროებულ არის შემოვლით ანასტომოზის დადებაში მდგომარეობს. აღნიშნული ოპერაცია რანდენიმე ავადმყოფს გავუყუეთთ. მათგან ერთ-ერთი სამი დღის წინ არის ნაოპერაციევი. მის მოკლე ისტორიას მოგიხსრობთ ექიმი მ. შაქარიშვილი.

ექ. მ. შაქარიშვილი: ავადმყოფი ქალი ა. მ., 25 წლის (ისტ. № 1317), შემოვიდა კლინიკაში ჩივილით: ყლაპვის გაძნელებაზე. საერთო სისუსტეზე, წონაში დაკლებაზე. ავადმყოფი პერიოდულად საკმელს უკან იღებდა. 13 წელიწადია (თორმეტი წლის ასაკიდან). რაც ავად იყო; დაავადებას უკავშირებდა ფსიქიკურ ტრავმას (შიშს); საღამო ჟამს დაუნახავს მგლისნიღბიანი ამხანაგი, რომელიც მისკენ გამორბოდა. ბავშვი მაშინვე ცუდად გამხდარა და მეორე დღიდანვე შეუნიშნავს ყლაპვის გაძნელება -- ლუქმა უჩერებოდა მახვილისებრი მორჩის ოდნავ მაღლა; თანდათანობით ყლაპვა გაუძნელდა; არამცთუ მკვრივი საკმელი, ნახევრად თხიერი და თხიერი საკვებიც კი ვეღარ გადასდიოდა კუჭში და იძულებულიყო უკან ამოეღო. ავადმყოფი გახდა, შრომის უნარი დაკარგა, რის გამოც მომართა ჩვენს კლინიკას სათანადო დახმარებათვის.

რენტგენოლოგიურად აღინიშნა საყლაპავი მილის დისტალური ნაწილის კონუსისმაგვარი შევიწროება 4--5 სმ მანძილზე მკაფიო კონტურებით. საყლაპავი მილის შევიწროების ზემო ნაწილი გავართობებული იყო მთელ სიგრძეზე. საკონტრასტო მასა ძლიერ წერტილი ნაკადის სახით გადადიოდა კუჭში (კარდიოსპაზმი).

ავადმყოფს სათანადო მომზადების შემდეგ გავუყუეთთ ენდო

ტრაქეული ნაოკოსი და ოპერაცია — მარცხენამხრივი თორაქოტომია მე-7 რეკნთაშუა დონეზე. გულმკერდის გახსნის შემდეგ გავკვეთეთ შუასაყრის პლევრა, დიაფრაგმა. საყლაპავი მილის დიაფრაგმული ხვრელის არეში საყლაპავი მკვეთრად შევიწროებული და გამკვრივებული იყო. აღინიშნებოდა შეხორცებები. შეხორცებები ვავთიმეთ. გავკვეთეთ შერთული საყლაპავი მილის გაგანიერებულ ნაწილსა და კუჭის ფუნდუსს შორის ჰეიროვსკის მეთოდით. ანასტომოზის ქვემოთ კუჭი



დავაფიქსირეთ დიაფრაგმაში. კრილობა გავკერეთ ყრულ, შრეების მიხედვით.

ოპერაციის შემდეგ გავიდა სამი დღე. ავადმყოფი თავს კარგად გრძნობს.

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: ლექციის შემდეგ შეგიძლიათ ავადმყოფი ინახულოთ!

საკმაოდ საიმედოა უახლოესი და შორეული შედეგები (სურ. 42). იშვიათად ამ ოპერაციის შემდეგ მოსალოდნელია პეპტიკური წყლულის განვითარება საყლაპავ მილში კუჭის მკავე წვენის უკუქცევის გამო. დღევანდელ ლექციას ამით დავამთავრებ. მომავალში შევეუდგებით ფარისებრი ჭირკვლის პათოლოგიის განხილვას.

სურ. ავადმყოფი ეზოფაგოფუნდოსტომიის შემდეგ

კარგად ბრძანდებოდეთ!

ოცდამეერთე ლექცია

დღეს შევეუდგებით ჩვენი ქვეყნისათვის დიდმნიშვნელოვანი დაავადების განხილვას. კერძოდ, ფარისებრი ჭირკვლის ისეთ პათოლოგიას, რომელიც მთელ კავკასიაში გვხვდება.

ფარისებრი ჭირკვალის ძალიან მნიშვნელოვანი ორგანოა, ეს თქვენ უსათუოდ იცით. მას სხვა შინაგანი სეკრეციის ორგანოებთან ერთად მრავალი ფუნქცია აქვს დაკისრებული და ამიტომ გთხოვთ სათანადო გულისყურით მოუსმინეთ ამ ლექციას. ფარისებრი ჭირკვალის შინაგანი სეკრეციის ორგანოა, რომელიც კისრის წინა ზედაპირზე მდებარეობს, ორი ნაწილისაგან შედგება და ტრაქეას აკრავს ორივე მხრიდან. ამ ნაწილაკთა შორის არის ფარისებრი ჭირკვლის ყელი, ანუ *isthmus*. რაკი ფარისებრი ჭირკვალის მნიშვნელოვანი ორგანოა, იგი უხვდაც იკვებება სისხლით, მიუხედავად იმისა, რომ მოცულობით დიდი არ არის. მას აქვს ოთხი მოზრდილი არტერია: *art. thyreoidea inferior* (ჭირკვლის ორივე მხარეს) და ასევე წყვილი *art. thyreoidea superior*. თქვენ იცით ანატომიიდან, რომ ფარისებრი ჭირკვლის ზედა არტერია გამოდის გარეთა საძილე არტერიიდან, ხოლო ფარისებრი ჭირკვლის ქვემო არტერია — *truncus thyrocervicalis*-იდან, რომელიც *art. subclavia*-ს ტოტია. ზოგჯერ შეიძლება შევხვდეთ ფარისებრი ჭირკვალში მეხუთე სისხლძარღვსაც, რომელიც უშუალოდ გამოდის აორტიდან — ეს არის უსახელო არტერია, ანუ *art. ima*. როგორც ხედავთ, არცთუ ისე დიდი ოდენობის ჭირკვალის უხვად იკვებება სისხლით. რომლის მომარაგებას ემსახურება ოთხი, ზოგჯერ ხუთი სისხლძარღვიც. აღნიშნული ტოტები ისეთი მძლავრი სისხლძარღვებისაა, როგორცაა საძილე და ლავიწქევეს არტერიები. საგულისხმოა ის გარემოებაც, რომ ფარისებრი ჭირკვალში სისხლის მიმოქცევა სწრაფად ხდება, 10—15-ჯერ უფრო სწრაფად, ვიდრე სხვა ორგანოებში. ეს მიუთითებს იმაზე, რომ ფარისებრი ჭირკვალის მთელ ორგანიზმს ამარაგებს მნიშვნელოვანი ნივთიერებით. ამაზე ქვემოთ ვილაპარაკებთ. რაც შეეხება ფარისებრი ჭირკვლის ინერვაციას, მას განაგებს როგორც ვაგუსის, ისე სიმპათიკუსის ნერვული ტოტები. ფარისებრი ჭირკვალის ეპითელიური აგებულების ჭირკვლოვანი ორგანოა, მაგრამ საინტერესოა, საიდან ვითარდება აქ ეპითელიური ქსოვილი. როცა ის მოწყვეტილია ეპითელიური საბადოს. მე, ალბათ, გეტყვით. რომ ემბრიონულ პერიოდში მთელი კუჭ-ნაწლავის სისტემა ერთი მთლიანი მილითაა წარმოდგენილი, რომლიდანაც შემდეგში წარმოიქმნება ყბისქვეშა, ენისქვეშა ჭირკვლები. მათ კავშირი აქვთ პირის ღრუსთან სადინრების საშუალებით. ასევეა ღვიძლი და პანკრეასი: ისინიც ამავე მილიდანაა წარმოქმნილი. ორივე ეს ორგანო დაკავშირებულია ნაწლავთან, ე. ი. თავის წარმომშობ სისტემასთან, მათ კავშირი აქვთ დამყარებული სადინრების საშუალებით.

რაც შეეხება ფარისებრი ჭირკვალს, მას სადინარი არა აქვს. ე. ი. ის არ არის გარეგანი სეკრეციის ორგანო. ფარისებრი ჭირკვა-

ლი ავტონომიურია, იზოლირებული, მოწყვეტილია იმ ეპითელიურ ზაზისს, საიდანაც ის წარმოიქმნება. ამიტომ იგი შინაგანი სეკრეციის ორგანოა, თუმცა ჩვენ ვიცით, რომ ემბრიონულ პერიოდში ფარისებრი ჭირკვლის ეპითელიური უჯრედები წარმოიქმნება იმავე მილიდან, საიდანაც ყველა სხვა ორგანო. ემბრიონულ პერიოდში იას აქვს სადინარიც, რომელიც, მოგეხსენებათ, ენის ძირში არსებული ბრმა ხერხლის — foramen caecum-ის გზით ჩაიზრდება კისრის არეში ეპითელიუმით ამოფენილი სადინრით — ductus thyreo-

glosus-ით. აი, ეს სადინარი ჰქონდა ფარისებრ ჭირკვალსაც, მაგრამ მან დროის მანძილზე ობლიტერაცია განიცადა, დაიხშო და, ამრიგად, გაწყდა კავშირი ფარისებრ ჭირკვალსა და პირის ღრუს შორის. დასახელებული სადინარი შეიძლება ნახოთ, როდესაც განვითარების პანკთან გაქვთ საქმე; ასეთ შემთხვევაში ფარისებრი ჭირკვალი იქნება როგორც გარეგანი, ისე შინაგანი სეკრეციის ორგანო. თუმცა არავითარი საკიროება არ არის, რომ მისი პროდუქტი გადავიდეს პირის ღრუში; იგი უნდა გადადიოდეს სისხლში, იქიდან კი ყველა ორგანოში, განსაკუთრებით ისეე შინაგანი სეკრეციის ორგანოებში: თირკმელზედა ჭირკვალში, ჰიპოფიზში, საკვერცხეებსა და სათესლე ჭირკვლებში, რომელთა შორის, როგორც შემდეგ დაინახავთ. დიდი ფუნქციური კავშირია. თუკი აღნიშნული სადინარი, ე. ი. ductus thyreoglosus არ შეხორცდა, ანდა, როგორც უმეტესად ხდება, დარჩა ღია მისი მცირე მონაკვეთი, რომელიც, ცხადია, ენდოთელიუმით იქნება ამოფენილი, ენდოთელიუმი დაიწყებს წვეთწვეთობით სითხის გამოყოფას, რომელიც კისრის წინა ნაწილში დაგროვდება, გამოიბერება და წარმოიქმნება ცისტური სიმსივნე, ესთეტიკურად ესოდენ უსიამო, განსაკუთრებით გოგონებისათვის.

13—14 წლის გოგონას, რომელიც ძალიან ხშირად იყურება სარკეში, კოხტაობს, ცდილობს მოაწონოს თავი სხვებს, განუვითარდება სითხის შემცველი სიმსივნური წარმონაქმნი. დაიწყება მშობლების წრიალი, ექიმების რჩევა, ბოლოს და ბოლოს ექიმი, რომელიც ბავშვს გასინჯავს, იტყვის, რომ ეს არაფერია, რომ ეს წარმონაქმნი კანქვეშაა, უბრალო. ზოგი გამოუცდელი ექიმი ნემსს უჩხვლევს სიმსივნეს, საიდანაც გამოვა გამჟვირვალე სითხე და სიმსივნე გაქრება. გოგონა და დედა გახარებული არიან, რა თქმა უნდა, ექიმსაც თავი მოსწონს, რადგან ერთი ნემსის ჩხვლეტით ბავშვი პოარჩინა.

რომელი ექიმი გააკეთებს ამას? ის, ვინც დღევანდელ ლექციას არ ესწრება! მას არ ეცოდინება ცისტის წარმოქმნის საფუძველი. რომ ეს არის ემბრიონული წარმოშობის პათოლოგია და მი-

სი უბრალო ჩხვლეტით მორჩენა არ შეიძლება. რამდენიმე ხანში დაიწყება ენდოთელიური ქსოვილის სეკრეტის გამოყოფა და სიმ სივრე კვლავ განვითარდება. შეიძლება პაციენტი ისევ იმ უცოდინარ ექიმთან მივიდეს, მან კიდევ ნემსი უჩხვლიტოს და კვლავ გამოუდინოს სითხე ან გაქრას წარმონაქმნი. გაქრის და გოგონას კისერი დაიწყებს „მუდმივ ტირილს“, რადგან იქიდან სისტემატურად იდენს სუფთა წვეთები; ე. ი. კისრის არეში წარმოიქმნება ფისტულა, რომელიც არასოდეს არ მორჩება. გამონაჟონი სითხე აღიზიანებს კანს, რომელიც გაწითლდება, აიქერცლება, ზოგჯერ დანაწიბურდება და ბავშვს კისერი დაუუშნოვდება. ექიმი, რომელიც შეამჩნევს ზემოაღნიშნულის მსგავს წარმონაქმნს, თუ მისი სწორი მკურნალობა იცის, ავადმყოფს უსათუოდ მოარჩენს. ხოლო უცოდინარი ექიმი მოიქცევა ისე, როგორც ზემოთ მოგახსენეთ, ეს მას სახელს გაუტეხს, გოგონას კი დიდ უსიამოვნებას მიაყენებს.

რა პათოლოგიაა ეს?

მას ეუწოდებთ კისრის შუა ცისტომას — *cystoma colli media*, მაგრამ როგორი ცისტაა ეს? თანდაყოლილი, ე. ი. *cystoma colli media congenita*, რადგანაც ის განვითარდება იმ სადინრიდან, რომელიც ჰქონდა ფარისებრ ჯირკვალს. თუ გვინდა განვკუროთ ბავშვი, ეს ფისტულა მთლიანად უნდა ამოვიღოთ. ზოგჯერ ფისტულური ზონარი მიდის ენის ძირამდე, ამიტომ უნდა მიეყუვთ ფისტულას და მთლად ამოვიღოთ, რადგანაც, თუ მისი მცირე ნაწილი მაინც დარჩა, მივიღებთ ცისტომის რეციდივს.

ფისტულიანი ავადმყოფის დიაგნოზი იქნება კისრის თანდაყოლილი შუა ფისტულა — *fistula colli media congenita*, მიუხედავად იმისა, რომ ფისტულა ხელოვნურადაა შექმნილი. ამრიგად, ეს სახელწოდება, ეტიოლოგიის გარდა, მიგვითითებს ამ დაავადებასთან დაკავშირებულ მომენტებზეც.

ვინაიდან მეორედ ფისტულებს აღარ დაუბრუნდებით, ახლავე გეტყვი, რომ კისრის არეში შეიძლება იყოს სხვა ცისტებიც. მოგეხსენებათ, რომ ემბრიონულ პერიოდში არსებობს მკერდუკანა ჯირკვალი, რომელსაც აქვს აგრეთვე სადინრები — *ductus thyropharyngeus*. თუ აღნიშნულმა სადინარმა დროულად არ განიცადა ობლიტერაცია და მისი მცირე ნაწილი მაინც დარჩა შეუხორცებელი, მაშინაც კისრის გვერდით ზედაპირზე განვითარდება ცისტომა *m. sternocleidomastoidicus*-ის გასწვრივ, რომელსაც *cystoma colli lateralis congenita* ეწოდება. ამრიგად, ახლა თქვენ იცით, რომ არსებობს ორი სახის ცისტომები: მედიალური და ლატერალური. ორივე თანდაყოლილია. ერთი დაკავშირებულია *ductus thyreo-*

glosus, ხოლო მეორე — duct. thymopharyngeus-ის შეუხორცებლობასთან.

უნდა მოგახსენოთ, რომ თიმუსი რატომღაც არ სარგებლობს „დიდი პატივისცემით“ ექიმებს შორის, მიუხედავად იმისა, რომ ის ძალიან მნიშვნელოვანი და ზოგჯერ დიდი უბედურების მომტანი ორგანოა. თქვენ იცით, რომ ეს ჭირკვალი გარკვეული პერიოდის შემდეგ უნდა განილიოს და შემაერთებელ ქსოვილად იქცეს, ე. ი. აღარ უნდა არსებობდეს, როგორც ჭირკვალი. მაგრამ ის შეიძლება ზოგიერთ შემთხვევაში დარჩეს, როგორც განვითარების მანკი (thymus persistens). ასეთი ინდივიდუუმები სრულფასოვანნი არ არიან. ისინი ყველაფერს ცუდად იტანენ: ინფექციურ დაავადებებს. ტრავმას, ნარკოზს. ასეთ ავადმყოფს რომ სანარკოზო ნივთიერება მისცეთ, შეიძლება უეცრად დაიღუპოს. მაგალითად, შეიყვანეთ ბავშვი საოპერაციოში, დაუწყეთ ნარკოზის კეთება და მან დაძინებაც ვერ მოასწრო, ისე დაგელუპათ. აღნიშნულს თან სდევს მკერდუკანა ჭირკვლის უკუგანუვითარებლობა, ცვლილებები ლიმფურ სისტემაში. ეს მდგომარეობა status thymicolymphaticus-ის სახელითაა ცნობილი.

ზოგჯერ ასეთი თიმუსიდან ვითარდება სიმსივნე თიმომა, რომელსაც შეიძლება დაერთოს miastenia gravis კუნთების უკიდურესი სისუსტე. აღნიშნული დაავადება უმეტესად სიკვდილით თავდება. როგორც ხედავთ, მკერდუკანა ჭირკვლის მდგომარეობას ქირურგიაში დიდი მნიშვნელობა აქვს და მას თქვენ დიდი ყურადღებით უნდა მოექცეთ. მისი ერთ-ერთი გამოვლინება კი შეიძლება იყოს ცისტომის ან ფისტულის განვითარება.

თქვენი ყურადღება მინდა გავამახვილო იმ გარემოებაზე, რომ ენის ფუძიდან წასული ეპითელიური უჯრედების ნაწილი შეიძლება გზაში ჩამორჩეს ისევე, როგორც ეს ხდება ხოლმე ფრინველების გადაფრენის, ცხოველთა ან ქიანკველების მიგრაციის დროს. ენის ფუძიდან ფარისებრ ჭირკვლამდე საკმაო მანძილია, ამა თუ იმ მონაკვეთში უჯრედმა შეიძლება წინსვლის უნარი დაკარგოს, გაჩერდეს და იქ დაიწყოს ზრდა. მაშინ ფარისებრი ჭირკვალი იქაც განვითარდება და შეიძლება გამოიწვიოს იგივე პათოლოგია, რაც დამახასიათებელია ამ ჭირკვლისათვის. მოგახსენებთ, რომ ფარისებრი ჭირკვლის უხშირესი დაავადება ჩიყვია, რომელიც შეიძლება განვითარდეს იმ გზაზე, რომელსაც გაივლის ფარისებრი ჭირკვალის ემბრიონულ ფაზაში.

ამასთან დაკავშირებით მინდა გავიხსენო ჩემი მასწავლებლის აწ განსვენებული ნიკოლოზ კახიანის მიერ გაკეთებული ოპერაცია, რომელზეც თითქმის ყოველთვის მოუუთხრობ ხოლმე სტუდენტებს.

ავადმყოფს კვერცხისოდენა struma abberans ჰქონდა განვითარებული უცნაურ ადგილას — პირის ღრუში. აღნიშნული განვითარების მანკი უშლიდა მას სუნთქვას, ჰემას. დაადგინეს საკომის დიაგნოზი, რაც საუკეო იყო, რადგან ამ შემთხვევაში სიმსივნე გაცილებით სწრაფად უნდა გაზრდილიყო. ნიკოლოზ კახიანმა კი დაადგინა ჩიყვის დიაგნოზი.

უნდა მოგახსენოთ, რომ ნიკოლოზ კახიანი გახლდათ საუკეთესო კლინიცისტი და დიაგნოსტიკი, უბადლო მორფოლოგი, ანატომი. იგი ცნობილ ანატომ ბატუევთან (ოღესა) დიდხანს იყო ნამუშევარი და კარგად ფლობდა ფარისებრი ჭირკვლის განვითარების მანკებს. მან გამოთქვა აზრი, რომ აღნიშნულ შემთხვევაში საქმე შეეხებოდა დამატებით ჩიყვს. პაციენტი იყო 18—19 წლის ქალიშვილი. მისი ოჯახის წევრებს სიმშვიდე ჰქონდათ დაკარგული, საღ წაეყვანათ, ვინ გამოეძებნათ, რომ მისთვის ენდოთ ავადმყოფის ბედი. ოპერაციის გაკეთება ნიკოლოზ კახიანს ხედა წილად.

საფიქრებელი ბევრი იყო: როგორ მიდგომოდა სიმსივნეს; ენის მხრიდან, ე. ი. პირის ღრუდან მიდგომა ძლიერ სისხლის დენასთან იყო დაკავშირებული. სხვა ჭირურგების რჩევით, უნდა გაეკვეთა ორივე ლოყა ბაგეების კუთხის გაგრძელებით — ეს საშინელება იქნებოდა კოსმეტიკური თვალსაზრისით, მით უფრო, რომ საქმე ახალგაზრდა ქალს ეხებოდა. ნიკოლოზ კახიანის დიდმა ნიჭმა და ბრწყინვალე ტექნიკურმა აღღომ სულ სხვა, ორიგინალური მიდგომა იჩინა. მან კისრის წინა ზედაპირზე განივი ნაოქის მიმართულებით გაატარა განაკვეთი, გათიშა კუნთები, გამოიტანა გარეთ ენა და მისი ფუძიდან ამოკვეთა სიმსივნე, ენა ისევ შეაბრუნა, გააჩერა სისხლის დენა და ძლიერ გაკერა კრილობა. ოპერაცია იმდენად ეფექტურად იყო გაკეთებული, რომ დღესაც ყველას გვახსოვს. პაციენტს ნაკერს მაშინ შეამჩნევდით, თუ კისერს გადაუწევდით. საინტერესო შემთხვევის გარდა, ამ ნაამბობით მინდა გადმოგცეთ ჩვენი დიდებული წინაპრების დამსახურება. მომავალი თაობა უთუოდ უნდა იცნობდეს მათ და პატივისცემით ეპყრობოდეს მათ სახელებს.

ფარისებრი ჭირკვლის ლოკალიზაციის ესოდენ დიდი თავისებურება, მისი კვება და ფუნქცია უაღრესად მნიშვნელოვანია სხვადასხვა პათოლოგიური პროცესის გაგებისათვის.

ფარისებრ ჭირკვალში სხვადასხვა დაავადება ვითარდება, მაგრამ მათ შორის ყველაზე ხშირია ჩიყვი. ჩიყვი უცნაური დაავადებაა. რამდენი სვანია კურსზე, ასწიონ ხელი! სამი!

ლეჩხუმელი რამდენია? ოთხი!

რატომ ვკითხულობ ამას? მე მოგახსენეთ, რომ ჩიყვი მეტად უცნაური დაავადებაა, დღემდე გამოუცნობი. თუმცა თქვენს წიგ-

სუბსა და სხვა ლიტერატურულ წყაროებში ნახავთ ამის შესახებ გარკვეულ მოსაზრებებს. თქვენთან საიდუმლო არაფერი მაქვს, ისევე როგორც თქვენ ჩემთან და ამიტომ გეუბნებით, ნამდვილად რა იწვევს ჩიყვს, არ ვიცი, რადგან ეს მეცნიერულად საბოლოოდ არ არის დადგენილი.

ჩვენ ვიცი, რა იწვევს მალარიას, ტიფს, ლუესს, გონორეას. ტუბერკულოზს და ა. შ., მაგრამ ჩიყვის განვითარებაზე ზუსტი ცნობა არ მოგვეპოვება.

მაგრამ ეს არ ნიშნავს, რომ ჩვენ ჩიყვის ეტიოპათოგენეზის შესახებ საერთოდ არაფერი ვიცი. რაც ვიცი, მოგახსენებთ. რატომ ხდება, რომ საქართველოს ულამაზეს კუთხეებში: სვანეთში, ლეჩხუმში, სადაც წარმტაცი ბუნებაა, წყაროები, შერეული ტყეები, მთები, დიდებული საძოვრები, ლამაზი გარეგნობის ახოვანი სალხი, ძალიან ხშირია ჩიყვის შემთხვევები. ავიღოთ მსოფლიოს ულამაზეს კუთხედ ცნობილი ქვეყანა შვეიცარია, იქაც ხომ ბევრი ავადდება ჩიყვით.

მე სვანეთის უახლოეს სოფელ ჭვარში გავატარე ბავშვობა და მახსოვს, რომ ამბობდნენ თითქოს არსებობს რაღაც წყალი, რომლის დალევა ჩიყვს იწვევს. რა იყო ამ წყალში? მიკრობები? ვირუსები? ამბობდნენ იმასაც, რომ ჩიყვს რაღაც ვირუსი იწვევდა. მაგრამ მე არ მინდა თქვენი ყურადღება თეორიებით გადავღალო. უფრო მართებულია ვიფიქროთ, რომ მოსახლეობის დაჩიყვიანებას ხელს უწყობს თვით წყლის შედგენილობის რაღაც თვისება ან იმ ნიადაგის გეოლოგიური თავისებურება, საიდანაც წყალი გაძოდის. საბოლოოდ ყველაზე გონივრული ახსნა აღმოჩნდა და უმრავლეს მეცნიერთა აზრით იყო, რომ იმ რაიონის წყალში, სადაც ჩიყვიანობა გავრცელებული, ნაკლები რაოდენობითაა ზოგიერთი ნივთიერება, კერძოდ, იოდი, მაგრამ, მეორე მხრივ, ჩიყვით დაავადებულებს ვხვდებით ისეთ ადგილებშიც, სადაც წყალი შეიცავს იოდს, მაგალითად ზღვისპირეთში, თუმცა ისე მასიურად არა, როგორც მთიან რაიონებში. როცა აღნიშნული მიმართულება, ე. ი. იოდის ნაკლებობის თეორია (ფარისებრი ჭირკვლის ნორმალური ფუნქციონირებისათვის ორგანიზმში უნდა იყოს 0,00004 რაოდენობით იოდი, თუ ამაზე ნაკლებია, შეიძლება ეს ავადმყოფობის მიზეზი გახდეს) შეიქმნა. შვეიცარიაში დაიწყეს მოსახლეობის იოდით მომარაგება. საქართველოშიც ჩაატარა მსგავსი ღონისძიება აწ განსვენებულმა იოსებ ასლანიშვილმა, რომელიც იყო შესანიშნავი მოქალაქე, ბრწყინვალე ადამიანი, დიდებული ალპინისტი. ალბათ, ბევრი თქვენგანი იცნობს ალპინიზმის ისტორიას, მის ფუძემდებელს გიორგი ნიკოლაძეს, რომელიც გახლდათ დიდი ნიკო ნიკოლაძის შვი-

ლი. სწორედ გუშინ იყო ფოთში მისი ძეგლის გახსნა, რომელსაც დავესწარი, დღეს დილით ჩამოვედი. ნიკო ნიკოლაძე იყო დიდი პუბლიცისტი, მწერალი და საზოგადო მოღვაწე. მისმა შვილმა გიორგიმ ი. ასლანიშვილთან და ა. ჯაფარიძესთან ერთად ჩაუყარეს საფუძველი ქართულ ალპინიზმს, რომელიც ახლა ერთ-ერთი მოწინავეა მსოფლიოში. გარდა ამისა, იოსებ ასლანიშვილმა დიდი დრო და ენერგია მონადრომ სვანეთის გაჯანსაღების საქმეს. სხვას რომ თავი დაეანებოთ, მარტო ამ სამსახურისათვის ეკუთვნის ი. ასლანიშვილს უკვდავების ძეგლი. თუ ჩიყვიანობა სვანეთში მოისპო და დღეს მხოლოდ ერთეულ ავადმყოფებს შეხვდებით, ეს ი. ასლანიშვილის დამსახურებაა.

რა მუშაობა ჩაატარა მან ამისათვის?

რაკი თვით მოსახლეობამ იცოდა, რომ წყალი, რომელსაც სვამდა, არ ვარგოდა, ასლანიშვილმა სხვა წყლები გამოაყვანინა. მარილს, რომელიც სვანეთში მიდიოდა, დაუმატეს იოდი, ამასთან დაკავშირებით კი მინიმუმამდე დავიდა ჩიყვიანობის პროცენტი. ი. ასლანიშვილს არ დარჩენია არც ერთი ოჯახი არც ზემო, არც ქვემო სვანეთში, მან თითქმის 20—25.000 ადამიანი გამოიკვლია, შეისწავლა მათი კვებისა და ცხოვრების პირობები. რა თქმა უნდა, დიდი მნიშვნელობა ჰქონდა ცხოვრების პირობების გაუმჯობესებას. წარსულში სვანები ცხოვრობდნენ იმავე სადგომში, სადაც ჰყავდათ ძროხა, ცხვარი, თხა, ცხენი. ახლა კი მათ ორ-ორსართულიანი სახლები აქვთ, იცავენ ცხოვრების სანიტარულ პირობებს. როგორც ჩანს, ყოველივე ამას მნიშვნელობა ჰქონდა ჩიყვის განვითარებისათვის, მაგრამ წამყვანი მიზეზი, რამდენადაც ვიცი, წყალში იოდის ნაკლებობა იყო. გარდა ამისა, უნდა აღვნიშნოთ, რომ სვანეთს აკლდა ვიტამინებით მდიდარი მცენარეული, ხილი. იქ ნაკლებად იყო ვაშლი, მსხალი, ყურძენი, ლეღვი, კომში. ბოლო ათეული წლების განმავლობაში სვანებმა დაიწყეს ხეხილის გაშენება, მოჰყავთ ბოსტნეულიც: პამიდორი, წიწმატი, ბოლოკი, ნიორი, ხახვი. წარმოიღვინეთ, ვაზიც კი შეიქრა ენგურის ხეობაში. ასე რომ, საცხოვრებელი და კვების პირობების გაუმჯობესებასთან ერთად მოიკლო ჩიყვით დაავადებამ. როგორც ჩანს, ვიტამინებს და მათ შორის, ალბათ, იოდსაც შეიცავს ის ხილ-ბოსტნეული, რომელიც წარსულში სვანეთს არ ჰქონდა. რა თქმა უნდა, ეს მომავალში კვლავ მოითხოვს შესწავლასა და სათანადო დასკვნების გამოტანას. ცხადია, რომ ჩიყვის წარმოშობაში მხოლოდ ერთი მიზეზი არ უნდა ასრულებდეს როლს.

რაც შეეხება ჩიყვის კლინიკას, ჰინდა ეს გადმოგეთ სხვა მიდგომით. მის ტიპურ კლინიკურ ნიშნებს, თუ მორფოლოგიური თვალ-

საზრისით ჩიყვის როგორი სახეები არსებობს და თითოეულს როგორი კლინიკური სურათი ახასიათებს, ყველა სახელმძღვანელოში შეხვდებით. მინდა დღეს შევეხო ფარისებრი ჭირკვლის ჰორმონულ როლს, რომელიც ესოდენ მნიშვნელოვანია ადამიანის ორგანიზმისათვის. საკმარისია ფარისებრი ჭირკვალი ამოუკვეთოთ ადამიანს, რომ ის ვერ გაძლებს — მოკვდება, სხვადასხვა ცვლილების განვითარების ფონზე. ეს პატარა ჭირკვალი ისეთი თვისებებისაა, რომელთა გარეშეც ორგანიზმი უსათუოდ მოკვდება, ვერ იარსებებს! ადამიანი კარგავს ადამიანურ თვისებებს — ყველაზე ძვირფასს — ინტელექტს, რომლითაც ის ცხოველისაგან განსხვავდება. თქვენ იცით, რომ ტვინის შიგნითა შრე თეთრია, ხოლო ზემოთა — რუხი. ჰისტოლოგიიდან გახსოვთ, ალბათ, რომ რუხ ნივთიერებაში არსებობს ე. წ. პირამიდული უჯრედები, რომლებიც ყველა ცხოველს ერთნაირად არა აქვს გამოხატული. გახსოვთ ეს პირამიდული უჯრედები და მათი მნიშვნელობა? ფიქრობენ, რომ პირამიდული უჯრედები ადამიანის ტვინში უხვადაა, ხოლო დაბალი საფეხურის ცხოველების ტვინში — მცირედ. პირამიდული უჯრედები განპირობებს აზროვნების, ნიჭის სხვადასხვაობას — ზოგი ორატორია, ზოგი — პოეტი, მხატვარი, პიანისტი, მომღერალი და ა. შ., ე. ი. ადამიანები სხვადასხვა ნიჭით არიან დაჯილდოებულნი და ეს თავისებურებანი მათ პირამიდულ უჯრედებშია ჩაქსოვილი. მთელ ორგანიზმზე ტვინის ბატონობის თვისებაც ტვინის ქერქშია ჩამარხული. მაგრამ მთელ სამყაროში არაფერია ისეთი, რომ დამოუკიდებელი და ყოველისშემძლე იყოს და ამიტომ არც ტვინია დამოუკიდებელი: ის დაბეჩადება, არარად იქცევა, თუ მას არ მიუვიდა ჰორმონი, რომელსაც ფარისებრი ჭირკვალი გამოყოფს, თუ ის იქ არ მიიტანა ცერებრო-სპინურმა სითხემ, რომელშიც ტვინი ცურავს. თუ ჰორმონი ნორმალურად წვდება ტვინს, მაშინ იგი ხალისიანად მოქმედებს. თქვენ ისე არ გამიგოთ, რომ ტვინზე აწ დასახელებული ჰორმონი ახდენდეს გავლენას, არა, მასზე მოქმედებს სხვადასხვა შინაგანი სეკრეციის ჰორმონები — კერძოდ საკვერცხის, სათესლე ჭირკვლის და სხვ. ქალი თუ ვაჟი გარკვეულ პერიოდში კონტაობს, ცდილობს სხვადასხვა საქციელით მოაწონოს თავი მოპირდაპირე სქესს, ზოგი ამას აღწევს ლამაზი გამოხედვით, ზოგი — ჭკვიანი მუსაიფით, ზოგი — ზომიერი სიცილით, ცეკვით, მიხერა-მოხვრით, საქმიანობით — ამას მარტო ტვინი კი არ აკეთებს, არამედ სასქესო ჭირკვლებიც და მათთან ერთად ფარისებრი ჭირკვლის ჰორმონიც.

მაგალითად, თუ ბავშვს აქვს განუვითარებელი, ე. ი. აპლაზიური ფარისებრი ჭირკვალი, უკანასკნელი ორგანიზმს ვერ მიაწვდის საჭირო რაოდენობით ჰორმონს, რასაც მოჰყვება გადახრები: რად-

გან ფარისებრი ჭირკვალე განაგებს ძვლოვანი სისტემის ზრდას, ჭირკვლის აპლაზიის დროს ორგანიზმი ჩამორჩენილი იქნება ზრდაში. ამასთან ის პაწაწინა სხეულაქები, რომლებიც დაკავშირებული არიან ფარისებრ ჭირკვალთან, ე. წ. პარათირეოიდული ჭირკვლები — *gl. parathyreoides* განაგებს კალციუმის ცვლას, კალციუმის მარილით ორგანიზმის მომარაგებას. ბუნებამ ეს ორი ჭირკვალი დააკავშირა ერთიმეორეს, რათა ერთ საერთო საქმეს ემსახურონ ისინი. თუ ფარისებრი ჭირკვალი ზრდას განაგებს, საამისო მასალას — კალციუმის მარილს მას აწვდის პარათირეოიდული ჭირკვალი. ამგვარად, ამ ორგანოთა განუვითარებლობის დროს ადამიანი რჩება პატარა — ჯუჯა ტანის. გარდა ამისა, ფარისებრი ჭირკვალი განაგებს კანის მდგომარეობას. სიმპათიკური ნერვული სისტემის მეოხებით ის ემსახურება კანის ელემენტის — თმის ზრდას. მაგრამ თქვენ ისიც იცით, რომ თმის ზრდა ემთხვევა სქესობრივ მომწიფებას, სქესობრივი ჭირკვლების მომწიფების პერიოდს. აქედან დასკვნა, რომ სქესობრივ მომწიფებასა და ფარისებრი ჭირკვლის მდგომარეობას შორის გარკვეული პარამონიაა. სქესობრივ მომწიფებასთან ერთად თმით იფარება გარკვეული არეები — ილიის ფოსო, ბოქვენის არე. მამაკაცებს გულმკერდზე ეზრდებათ თმა. ზოგჯერ ქალებსაც ამოსდით თმა წინამხრებზე, ეზრდებათ ულვაშები, წვერი. თვითონ კანს, თმიანობის გარდა, ახასიათებს ელასტიკურობა, სიბზილე, რადგან მასზე გამოიყოფა ცხიმის ჭირკვლების პროდუქტი, რომელიც თმის ბუდესთან ერთად არსებობს. ცხიმთან ერთად მის გასახსნელად გამოიყოფა ოფლი, ე. ი. თმის ზრდას, ცხიმისა და ოფლის გამოყოფას განაგებს ფარისებრი ჭირკვალი. თუ ადამიანს ამ ჭირკვლის აპლაზია აქვს, ის იქნება უთმო 20—25 წლის ასაკშიც, არც ილიის ფოსოსა და არც ბოქვენის არეში თმა არ ამოუვა. ცხადია, უსიამოა, როცა ქალი წვერ-ულვაშიანი ან გულმკერდზე აქვს თმები, ასევე არ ვარგა, როცა მამაკაცს არ ამოსდის წვერი, როცა იგი ქოსაა.

ახლა წარმოვიდგინოთ ძალიან დაბალი, ჯუჯა ტანის ადამიანი, რომელსაც არსად არც ერთი ღერი თმა არა აქვს. ეს ადამიანი პატარაა, რადგან მას ძვლოვანი ქსოვილი არ გაეზარდა, მაგრამ კანი განუვითარდა და, რაკი სათანადო სიდიდის სხეული არა აქვს, კანის ზედაპირი ნაოჭდება, ამავე დროს იგი ელასტიკურობას მოკლებულია, მშრალია და გასქელებული, უთმო, აქერცლილი. ასეთ კანს რომ შეეხოთ, არ გესიამოვნებათ, კამეჩის ტყავს მოგაგონებთ. აი, ასეთი ფიზიკური აგებულების გახლავთ ადამიანი ფარისებრი ჭირკვლის განუვითარებლობის დროს.

მაგრამ, როგორია მათი გონება და სულიერი სამყარო? ამ

მხრივ უარესა მდგომარეობაა. რაკი ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონის ნაკლებობას ტვინი განიცდის, ასეთ ადამიანს აზროვნება არ ძალუძს, ის მხოლოდ ელემენტარულ მოვლენებზე ავლენს რეაქციას — თუ მოშივდა, შექვამს, თუ საკმელი არ არის, დამწუხრებულ მოელის, ვიდრე ვინმე მიაწვდის. თუ ასეთ ადამიანს დაასაქმებთ, დავალებას ვერ შეგისრულებთ. იგი ხელით უნდა მიიყვანოთ და უკარნახოთ, რომ ესა თუ ეს საგანი აიღოს და გადაიტანოს მეორე ადგილას; შეიძლება მსგავსი მარტივი დავალება ორ-სამჯერ გააკეთოს, შემდეგ კი დაავიწყდება და უნდა მოაგონოთ. ასეთ ადამიანს შემოქმედებითი უნარი არა აქვს, იგი პრიმიტიულია; თუ დააძინეთ, შეუძლია 24 საათი იძინოს. თუ აამუშავეთ, მალე დაიღლებს. გარემოზე ნაკლებ რეაქციას ახდენს, ზოგჯერ საქმლით თუ დაინტერესდება. თუ მამაკაცია, ლამაზი ქალი არ ახალისებს, საერთოდ ყოველგვარ გასართობზე ლაპარაკი ზედმეტია, არცთუ შეურაცხყოფად მიიღებს რამეს — გინდ ჯოხი დაარტყით, ცოტას დაიყვირებს, სამაგიეროს არ მოგიზღავეთ. მას არცთუ რაიმე სასიხარულოთი ასამოვნებთ მაინცდამაინც.

რა ჰქვია ასეთ, ფიზიკურად და გონებრივად დაჩლუნგებულ ადამიანს? — კრეტინი! ასეთი ადამიანი ფიზიკურად და გონებრივად ცხოველს უახლოვდება და უნდა იცოდეთ, რომ, სადაც ჩიყვინობაა, ჩიყვი ენდემურადაა გავრცელებული, იმ ადგილებში გარკვეული პროცენტით კრეტინიზმსაც ვხვდებით. მაგალითად, სვანეთში, როცა ჩიყვი თითქმის ეპიდემიასავით იყო გავრცელებული, შემთხვევათა 10%-ს კრეტინები შეადგენდნენ, ასევე იყო შვეიცარიაში — კრეტინიზმი 12—13%-ს აღწევდა.

ახლა ვიმსჯელოთ, რა ხდება ორგანიზმში, თუკი ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონი იმაზე მეტი გამოიყოფა, ვიდრე საჭიროა. თუ ეს პატარა ბავშვს ეხება, ძვლის მეტაფიზი ჰარბ ზრდას დაიწყებს და ასეთი ადამიანი მაღალი და გამხდარი იქნება. ამ შემთხვევაში კანი გათხელებულია, გამკვირვალე და სხეულზე ისეა გადაჭიმული, რომ სისხლძარღვები მოჩანს, თვალები წამოწეულია. თქვენ თვალების სილამაზე სხვაგვარად გესმით ალბათ. მსოფლიოში ორი ფერის თვალებია აღიარებული: შავი და ლურჯი, მაგრამ შავ თვალებს ბადალი არ გააჩნია. მარტო ფერით როდი ამოიწურება თვალების სილამაზე: თუ თვალები ჩავარდნილია და სიღრმოდან გამოიყურება, ისინი რა ფერისაც არ უნდა იყოს. ფასი არა აქვთ შენზარავია; თუ ძალიან წინწამოწეულია, არც ასეთ თვალებს გინდათ უყუროთ. მაგრამ თუ თვალები ოდნავ გამოწეულია, მზიარული, თქვენ გრჩებთ შთაბეჭდილება, რომ ეს თვალები გიცინიან და ამით იპყრობენ თქვენს ყურადღებას. ამრიგად, თვალის ფერის გარდა,

მნიშვნელობა აქვს იმას, თუ როგორ ზის იგი თვალბუდეში, რადგან ეს გარკვეულ გამომეტყველებას აძლევს სახეს. თვალი ყველაფრის მეტყველია. თქვენ მოწმე ხართ, რომ მსოფლიოში არ დარჩენილა არც ერთი რანგის პოეტი, რომელსაც თვალბუდისთვის არ ემღეროს! თუნდაც ჩვენს დიდ პოეტებს — რუსთაველს, ბარათაშვილს, ვალაკტიონს — მათი ციტირება შორს წაგვიყვანდა, თქვენ, ალბათ, ეს ყველაფერი ზეპირად იცით.

არსებობს ფარისებრი ჭირკვლის დაავადება — ბაზედოვის დაავადება, რომლის დროს, ზოგიერთ შემთხვევაში, თვალი თითქოს გადმოვარდნაზეა, ე. ი. თუ ფარისებრი ჭირკვლის ჰორმონი მომატებულია, თვალის კაკალი მეტ-ნაკლებად გამოწეულია, თუ ის დაქვეითებულია (კრეტინები), თვალი იმდენად ჩავარდნილია სიღრმეში, წასულია შორს, რომ ძლივს ამჩნევთ, რადგან მას დანაოქვბული კანი ფარავს.

მაშ, დაეუბრუნდეთ ფარისებრი ჭირკვლის ჰიპერფუნქციიან ადამიანებს. ისინი მალაღნი და ტანაღნი არიან, კანი მოელვარე, გამჭვირვალე, ელასტიკური, სასიამოვნო შესახედი აქვთ. მაგრამ როგორია ამ ადამიანების სულიერი სამყარო? როგორ მუშაობს მათი ტვინი? აჩქარებულად, ელვისებრივ! ასეთ ადამიანს რომ დაავალოთ რაიმე, თუკი ნივთები ექნება ხელთ, შეიძლება დამეტერეს, სუფრას ძალიან სწრაფად გაშლის, მაგრამ სისწრაფეს ზოგჯერ არაადეკვატური მოძრაობები მოსდევს. პროცენტულად ასეთ ადამიანებს სისწრაფის გამო მეტჯერ ემართებათ მარცხი. მათი ტვინი, ფარისებრი ჭირკვლის ჰორმონის სიჭარბის გამო, გაცხოველებით მუშაობს. თუ პოეტია, ლექსს სწრაფად წერს, სწრაფად სწავლობს, წაკითხულს მაშინვე მოგითხრობთ, ე. ი. ნიჭიერია! უსათუოდ ნიჭიერი! თუ ეს ზომიერადაა გამოხატული, ბედნიერებაა: ასეთი ადამიანი ბრწყინვალე მოცეკვავეა, მომღერალი, დამკვრელი ან მხატვარი, მხიარული და მეგობრული საზოგადოებაში. თუ ქალია, თავისი საქციელით ხიბლავს მამაკაცებს, შესანიშნავი მოუბარია, თუ სუფრაზე თქვენს გვერდით მოხედა, მასთან საუბარს არაფერი სჯობს, მაგრამ, როგორც გითხარით, როცა ეს ნორმალურ ფარგლებში ხდება. ხოლო თუ ყოველივე გადაჭარბებულია, თუ გვერდზე მჯდომმა იმდენი ილაპარაკა, რომ ჭამის საშუალება არ მოგცათ, ეს მოსაბეზრებელია. ასეთ ადამიანს ვერ გააჩერებ ერთი წუთითაც კი. მისი ტვინი სისტემატურად მზადყოფნის მდგომარეობაშია, რათა ყველაფერზე მოახდინოს სწრაფი რეაქცია. ასეთ ადამიანს ძალუძს ბევრი ლაპარაკი, ბევრი მოძრაობა, ბევრი ცეკვა. რა ხდება აქ დროს? ტვინის გაცხოველებულ მუშაობას ცეცხლს უნთებს ფარისებრი ჭირკვლის ჰორმონი. ტვინი ზედმეტს მუშაობს, იგა-

ადვილად აგზნებადია, ე. ი. ზედმეტი სისხლი სჭირდება მას. ზედმეტი სისხლის მიწოდებისათვის კი გულმა უნდა იმუშაოს გადაჭარბებით, სწრაფად. ამიტომ ასეთი ავადმყოფების მაჯისცემა აჩქარებულია — 72—76-ის ნაცვლად წუთში 140. ორგანიზმში ცეცხლი გიზგიზებს, ასეთი ადამიანი არა თუ რაიმე გამაღიზიანებელზე იძლევა რეაქციას, არამედ შეიძლება ირგვლივ სიმშვიდე სუფევდეს, მისი სხეული კი მაინც თრთოდეს, მოძრაობდეს. სასიამოვნო ამბის გაგონებაზე იგი უსაზღვრო სიცილს მოჰყვება, ხოლო, თუ ცოტა უსიამოვნო ამბავს მოკრა ყური, სიცილი სწრაფად გადავა ტირილში, ე. ი. ერთი მდგომარეობიდან სწრაფად გადადის საპირისპირო მდგომარეობაში; ძლიერ მტირალი შეიძლება ადვილად გააცინოთ და პირიქით. ამრიგად, ფარისებრი ჭირკვლის ჰორმონის სიჭარბის დროს ადამიანის ნებისყოფა ძალიან მერყევია. ასეთ სუბიექტს, რაც გინდა, ის შეიძლება გააკეთებინო — ადამიანს მოაკვლევინებ, მდინარეში გადაავდებ. მას კონტროლის საშუალება არა აქვს, იმდენადაა მისი ტვინი გაღიზიანებული და მომწიფებული მსგავსი საქციელისათვის.

ასეთ ადამიანს არც ძილი აქვს მშვიდი. ფანტასტიკური სიზმრები იცის, გაწამებულია: ხან ცაში დაფრინავს, ხან კი უფსკრულში ვარდება ან ზღვაში იხრჩობა, ძილში იცინის ან ტირის, აი, ასეთ საწინააღმდეგო პიროვნებებს ვხვდებით ფარისებრი ჭირკვლის ფუნქციის დაქვეითებისა და მომატების დროს.

ამით დავამთავროთ დღევანდელი ლექცია!
 მომავალ შეხვედრამდე!

ოცდამეორე ლექცია

დღევანდელი ჩვენი ლექცია მიეძღვნება მაგისტრალური სისხლძარღვების პათოლოგიასა და მის მკურნალობას. ამ დაავადებათაგან ქირურგისათვის განსაკუთრებული მნიშვნელობისაა ანევრიზმა, რომელსაც თქვენ იცნობთ პათოლოგიური ანატომიიდან. ანევრიზმა — სისხლძარღვის გაგანიერება ორი სახით გვხვდება — ნამდვილი და ყალბი, ანუ ცრუ ანევრიზმა. ამ ორი სახის ანევრიზმის განსხვავება კარგად უნდა იცოდეთ. ნამდვილი ანევრიზმის დროს სისხლძარღვის კედლები შენარჩუნებულია, ე. ი. მისი სამივე შრე — *intima*, *media* და *adventitia* — არსებობს. მართალია, ხანდაზმული, ნამდვილია

ანევრიზმის დროს შესაძლებელია intima-ს ელასტიკური ბოქკოების განლევა და მათ ნაცვლად შემაერთებელი ქსოვილის ბოქკოების განვითარება, მაგრამ სისხლძარღვის კედელი, თუმცა პათოლოგიურად შეცვლილი, მაინც არსებობს. რაც შეეხება ცრუ, ანუ ყალბ ანევრიზმას, ამ დროს სისხლძარღვის კედლის მთლიანობა ამა თუ იმ მიზეზით, უმეტესად ჭრილობის შედეგად დარღვეულია. ამის გამო ყალბ ანევრიზმას მეორენაირად ტრავმულ ანევრიზმასაც უწოდებენ, რომელსაც განსაკუთრებული სიხშირით ვხვდებით ომიანობის პერიოდში. მაგალითად, სამამულო ომის დროს მასიურად იყო ტრავმული ანევრიზმის შემთხვევები. რა თქმა უნდა, ცრუ ანევრიზმის განვითარება იშვიათადაა მოსალოდნელი მშვიდობიანობის პერიოდშიც, შემთხვევით მიყენებული ჭრილობის ან რაიმე ტრავმის გამო.

რა იწვევს ნამდვილი ანევრიზმის განვითარებას? რატომ კარგავს სისხლძარღვთა კედელი სიმტკიცეს, ელასტიკურობას, რის შედეგადაც ის ერთ ადგილას გამოიბერება თითისტარისებრ ან ჩანთისმაგვარად. ნამდვილი ანევრიზმის განვითარების – არტერიის კედლის პათოლოგიურად შეცვლის მიზეზი შემთხვევათა 60%-ში სიფილისია. განსაკუთრებით ეს პროცესი ლოკალიზდება ისეთ მაკრისტრალურ სისხლძარღვებში, როგორიცაა გულმკერდის ან მუცლის ღრუს აორტა. თუ ეს ახალგაზრდა ორგანიზმში ვითარდება, უთუოდ ლუესურ ანევრიზმასთან გვაქვს საქმე. სიხშირის მხრივ მეორე ადგილზეა სკლეროზის ნიადაგზე განვითარებული ნამდვილი ანევრიზმა, რომელიც 40%-ში გვხვდება და მოხუცებულობის ასაკში ვლინდება. ამიტომაც ცხადია, რომ ამ ორ ეტიოლოგიურ მომენტთან დაკავშირებით მკურნალობაც სათანადო უნდა იყოს. მაგალითად, ლუესური ანევრიზმის დროს საჭიროა ანტილუესური მკურნალობის ჩატარება. მართალია, ასეთი მკურნალობით უკვე მორფოლოგიურად ჩამოყალიბებულ ანევრიზმას ვეღარ მოვსპობთ, მაგრამ შევაჩერებთ პროცესის პროგრესულობას. სისხლძარღვის ანევრიზმულად შეცვლილი, გაფართოებული კედელი ზოგჯერ არღვევს რბილ ქსოვილებს; არ არის გამორიცხული მაგარი ქსოვილების დაშლაც, ანევრიზმის გასკდომა და ავადმყოფის უეცარი სიკვდილი. ამიტომ ანევრიზმის მკურნალობა ქირურგიულია, რაც სხვადასხვა პლასტიკური ოპერაციის გამოყენებაში გამოიხატება — საჭიროა პლასტიკური მასალით სისხლძარღვის ანევრიზმული კედლის გამაგრება. სკლეროზის ნიადაგზე განვითარებული ნამდვილი ანევრიზმის შემთხვევაში გაკვეთავენ სისხლძარღვის კედელს და შიგნით

გარსს — intima-ს მოაცილებენ ან სისხლძარღვის ამ მონაკვეთს შენააცვლებენ; ამ მხრივ, როგორც ადრე გითხარით, დიდი ღვაწლი მიუძღვის გამოჩენილ ქირურგს დებეკის, რომელსაც ასობით ასეთი ოპერაცია აქვს გაკეთებული. მაგრამ მოგეხსენებათ, რომ ათეროსკლეროზი ისეთი პროცესია, რომლის ნაწილობრივი შეჩერება შეიძლება სხვადასხვა საშუალებით, ხოლო მისი საბოლოო განკურნება შეუძლებელია, რადგან ის ხანდაზმულობის თანამგზავრია, უკანასკნელი კი ბუნების გარდუვალი მოვლენაა.

ქირურგიული თვალსაზრისით უფრო საინტერესოა ყალბი ანევრიზმა, ე. ი. როდესაც სისხლძარღვი დაზიანებულია — მისი კედლის დეფექტია განვითარებული. კრილობები შეიძლება გამოწვეული იყოს დანით, ნალმის ნამსხვრევით, ტყვიით. სამამულო ომის პერიოდში ერთ-ერთ ევაკოჰოსპიტალში კონცენტრირებული იყო შემთხვევები სისხლძარღვთა დაზიანებით, რამაც საშუალება მოგვცა ასობით ავადმყოფისათვის გვემკურნალა. სტატისტიკური მონაცემებით დადგინდა, რომ ბოლო ომის პერიოდში გაცილებით მეტი იყო ნალმით მიყენებული კრილობების რიცხვი, მაშინ როდესაც წინა ომებში ქარბობდა ტყვიით მიყენებული კრილობები. ნამსხვრევით მიყენებულ კრილობათა სიმრავლე იმაზე მეტყველებს, რომ ყუმბარები ფართოდ იყო გამოყენებული. აღნიშნულ გარემოებას გარკვეული მნიშვნელობა აქვს ანევრიზმის ხასიათისათვის, რითაა მიყენებული კრილობა — ტყვიით, ყუმბარის ნამსხვრევით თუ დანით.

წინანდელ ომებში, თუნდაც ყირიმის ომში, მე-19 საუკუნის დასაწყისსა და შუა პერიოდში იყენებდნენ სხვადასხვა სახის საომარ იარაღს: ზარბაზნებს, ერთვაზნიან თოფებს — ბერდანას, რომელსაც მსხვილი ტყვია ჰქონდა. მაშინდელი ტყვიები არ იყო დაფარული ალუმინით. თანამედროვე ავტომატი, რომელიც ერთი წამის განმავლობაში 60, 80, 100 ტყვიას ისვრის, უფრო „ჰუმანური“ იარაღადაა მიჩნეული, რადგან მას აქვს ალუმინის გარსით დაფარული წვრილი ტყვია. ის უფრო „ნაზ“ კრილობას იწვევს, ვიდრე ბერდანას ტყვია, რომელიც სკდებოდა და ფლეთავდა, არღვევდა ყველა ორგანოს. თუმც ერთი ტყვიის ნაცვლად 60—80 ტყვიის დაშენაში მე ჰუმანურობას ვერ ვხედავ, ეს აბსურდია! ერთი კი უნდა აღვნიშნო, რომ მცირე მოცულობის ტყვია, მართლაც, შედარებით „ნაზ“ კრილობას განავითარებს პატარა ხვრელის სახით, მართალია, მწყობრიდან გამოიყვანს მებრძოლს, მაგრამ შეიძლება ისეთი დიდი ზიანი არ მიაყენოს, როგორც ძველმა ბერდანამ. რაც შეეხება ნალმის ნამსხვრევით მიყენებულ კრილობას, ეს მის სიდიდესა და

ზედაპირზეა დამოკიდებული. თუ ნამსხვრევი პატარა ზომისაა და სადაზედაპირიანი, შეიძლება იოლი კრილობით განისაზღვროს საქმე, ხოლო თუ ის დიდი და თანაც უსწოროზედაპირიანი, მაშინ, ცხადია, კრილობაც დიდი და ღრმა იქნება. თანამედროვე სტატისტიკური ცნობების თანახმად, ნამსხვრევით მიყენებული კრილობების შემთხვევაში მეტია ანევრიზმები, ვიდრე ტყვიით დაქრილთა შორის.

არსებობს არტერიული და არტერიულ-ვენური ანევრიზმა. დაეუშვათ, რომ ტყვიამ ან ნამსხვრევმა დააზიანა არტერიული სისხლძარღვის ერთ-ერთი კედელი. დაზიანების ადგილიდან გამოსული სისხლი ჩაიქცევა ირგვლივმდებარე ქსოვილებში და საბოლოოდ განვითარდება ანევრიზმული პარკი, რაც წარმოქმნის არტერიულ ანევრიზმას. მაგრამ რაკი ყველგან არტერია და ვენა ერთადაა, ზოგჯერ დაზიანდება ერთიცა და მეორეც, თუ მათ თან მოსდევს ნერვიც, შეიძლება ეს სამივე წარმონაქმნი დაზიანდეს ერთდროულად. ამგვარად, ვხვდებით სამგვარი სახის დაზიანებას: არტერიის, არტერიისა და ვენის, არტერიის, ვენისა და ნერვის დაზიანებებს. ზოგიერთი არის კრილობის შემთხვევაში, როგორც წესი, ასეთ კომპლექსურ დაზიანებებთან გვაქვს საქმე. როგორც შემდეგში დავინახავთ, ამას გარკვეული მნიშვნელობა აქვს.

რა არის არტერიულ-ვენური ანევრიზმა? თუ ტყვიამ არტერიისა და ვენის ერთდროული დაზიანება გამოიწვია, მათ შორის ჩაიქცევა სისხლი, დროთა მსვლელობაში არტერია და ვენა შეიძლება ერთმანეთს შეუერთდეს მილით ან პარკით.

თქვენ კარგად უნდა იცოდეთ არტერიული და არტერიულ-ვენური ანევრიზმის ერთმანეთისაგან გარჩევა, რადგან ამ ანევრიზმების დროს კლინიკური სურათი და მკურნალობა განსხვავებულია.

მე მინდა ცოტა ხნით გადავუხვიო თემას.

თქვენ იცით, რომ, რაც კაცობრიობა გაჩნდა, საუბედუროდ, პერიოდულად ომები მიმდინარეობს. იყო ომები, როდესაც ცეცხლსასროლ იარაღს არ იყენებდნენ, ამ იარაღის შემოღებამ კი მეტი დაზიანებები განაპირობა. მაგალითად, რუსეთ-თურქეთის, რუსეთ-გერმანიის, რუსეთ-იაპონიის ომების პერიოდში, როდესაც არ არსებობდა ე. წ. „ჰუმანური ტყვია“, ანევრიზმას ქირურგები ნაკლები სიხშირით ხვდებოდნენ, მიუხედავად იმისა, რომ ბერდანის ტყვია სიდიდის გამო უფრო ფართოდ ანადგურებდა ქსოვილებს. ბოლო ომის გამოცდილებამ გვიჩვენა, რომ ანევრიზმების რიცხვი გახშირდა. რაშია საქმე? მეგობრებო, კარგად უნდა იცოდეთ, რომ დაქრილების დიდი ნაწილი, მით უფრო ის მეზობლები, რომელ-

თაც მსხვილი სისხლძარღვები დაუზიანდებათ, ბრძოლის ველზე რჩებიან; მხოლოდ მცირე ნაწილი შეიძლება გადარჩეს სისხლძარღვის „ბედნიერი“ კრილობით. დავუშვათ, თუნდაც აორტის კრილობა. რიგორ გადაარჩინთ ბრძოლის ველზე ასეთ ავადმყოფს? ვინ მიუხსრებს მას? ზოგჯერ ბრძოლის ველზე შეიძლება დარჩეს ისიც, ვისაც *art. femoralis* ან *art. carotis* დაუზიანდება. ომის პირობებში გულმკერდისა და მუცლის აორტის დაზიანების დროს დაჭრილი ჩვენამდე ვერ აღწევს. ბარძაყის, ზოგჯერ საძილე არტერიის, ლავიწქევა და მხრის არტერიის დაზიანების შემთხვევებში კი ანევრიზმიანი ავადმყოფები ხშირად ხედებიან ქირურგთან.

სტატისტიკური ცნობები რომ ავიღოთ, სისშირის მხრივ პირველი ადგილი *art. femoralis*-ის ანევრიზმას უკავია, შემდეგი — *art. brachialis*-ისა და *art. poplitea*-ს ანევრიზმებს, ბოლო ადგილზეა *art. carotis*-ის ანევრიზმა. მე მოგახსენეთ, რატომ ხდება ეს. გარდა ამისა, სხეულის გარკვეულ არეებში ანატომიურად ხელსაყრელი პირობებია ანევრიზმის წარმოქმნისათვის, ზოგან კი, სისხლძარღვის ტოპოგრაფიულად ზერელე მდებარეობის გამო, ვითარდება შეუჩერებელი სისხლის დენა, რის გამოც დაჭრილი ცეცხლის ხაზზე იღუპება.

ავიღოთ ბარძაყის არტერია — *art. femoralis*, რომელიც ირგვლივ დაფარულია მძლავრი კუნთოვანი აპარატით, ე. ი. ის ჩაფლულია კუნთებში, ასევეა ლავიწქევა არტერია — იგი გულმკერდის დიდი და მცირე კუნთებითაა დაფარული, საძილე არტერიას *m. sternocleidomastoideus* და კიბისებრი კუნთები ფარავს. როდესაც ტყვია გაივლის ისეთ არეს, სადაც კუნთები არ არის, კრილობის ხაზი ღია დარჩება, სისხლი შადრევანივით იდენს და ავადმყოფი დაიღუპება. თუ დაზიანდა აორტა, რომელიც არაფრით არ არის დაფარული, სისხლი იფეთქებს და ავადმყოფი სწრაფად დაიღუპება. ხოლო თუ ნატყვიარი კრილობა განვითარდება კუნთოვანი ქსოვილით მდიდარ არეებში, დაჭრილი უთუოდ შეიცვლის მდგომარეობას ან იყვირებს; ეს საკმარისია, რომ კუნთები შეიკუმშოს და კრილობის ხერელი დაიხუროს. მართალია, სისხლი ჩაიქცევა, მაგრამ ძლიერი სისხლის დენა არ განვითარდება. კუნთის ზეწოლის გამო სისხლის დენა შენელებს, თრომბი წარმოიქმნება. როგორც ხედავთ, სისხლძარღვის ტოპოგრაფიულ-ანატომიური ურთიერთობა ირგვლივ მდებარე ქსოვილებთან — ძვლოვან და განსაკუთრებით კუნთოვან ქსოვილებთან აპირობადებს იმ გარემოებას, რომ სასიკვდილო სისხლის დენა არ განვითარდეს. ამას უნდა დავუმატოთ „ჰუმანური“ ტყვიის თვისებაც, რომ ის პატარაა და დაფარუ-

ლია ალუმინის გარსით, რის გამოც სისხლძარღვის ირგვლივმდებარე ქსოვილები უხეშად არ ზიანდება.

მაშასადამე, განვითარდება სისხლძარღვის დაზიანება, ირგვლივ სისხლი ჩაიქცევა და წარმოიქმნება ჰემატომა, რომელიც ქსოვილებითაა შემოფარგლული. აღნიშნული სახის ჰემატომა თავისთავად სისხლის დენას შეანელებს. ჰემატომის ირგვლივ დაიწყება შემაერთებელი ქსოვილის განვითარება, რომელიც საბოლოოდ გარსს — ე. წ. ანევრიზმულ პარკს შექმნის, ე. ი. შემაერთებელ-ქსოვილოვანი ანევრიზმული პარკი რეაქციული პროცესის პროდუქტია, რომელიც სისხლის კოლტების ირგვლივ ვითარდება. დროთა განმავლობაში სისხლძარღვის კედელთან პარკის შიგნითა შრეში ჩაიზრდება ინტიმა და, როცა ანევრიზმულ პარკს გახსნით, დაინახავთ, რომ გარკვეულ მანძილზე ის ამოფენილია ენდოთელიური ქსოვილით, ისევე როგორც სისხლძარღვი.

დასაწყისში კი, როდესაც ქრილობის შედეგად სისხლი ჩაიქცევა, ანევრიზმა არ ვითარდება, რადგან ჯერ არ არის ანევრიზმული პარკი. მაშ, რა არის ანევრიზმის წინა საფეხური? მფეთქავი, ანუ მაპულსირებელი ჰემატომა.

ახლა მოგახსენებთ, რა ნიშნები აქვს არტერიულ ანევრიზმას; პირველი — სხვადასხვა ზომის სიმსივნე, რომელიც დროის განმავლობაში იზრდება. გარეგნულად ეს სიმსივნე სხვადასხვა ფორმის შეიძლება იყოს. მართალია, ჩვენ მას სიმსივნეს ვუწოდებთ, მაგრამ ხელი რომ დავადოთ, პულსაციას შევიგრძნობთ, მოვისმენთ შუილს ან კატის კრუტუნის მსგავს ბგერებს. უსათუოდ მოვისმენთ სისტოლურ შუილს გულის შეკუმშვასთან დაკავშირებით სისტოლის დროს ანევრიზმის ფართო ღრუში ვიწრო ხერხლით სისხლის ნაკადის შესვლის გამო. როგორც ხედავთ, ამოსაცნობად ეს არ არის ძნელი. ჩამოვყალიბოთ ყოველივე, რაც ვთქვით. ადამიანი დაიჭრა სისხლძარღვის პროექციაზე, განვითარდა მფეთქავი სიმსივნე, სადაც „კატის კრუტუნი“ და სისტოლური შუილიც გვესმის, აქ უსათუოდ არტერიული ანევრიზმა განვითარდება. არტერიული ანევრიზმის დროს შუილს აქვს გარკვეული მნიშვნელობა. Art. femoralis-ის ანევრიზმის შემთხვევაში შუილი ისმის იქ, საითაც მიდის სისხლი, ე. ი. პერიფერიისაკენ. ამ შუილს დასახელებული ანევრიზმის დროს მოვისმენთ ჰუნტერის არხსა ან მუხლქვეშა ფოსოში, ხოლო art. carotis-ის ანევრიზმის შემთხვევაში თავის ტვინის არეში. მაშასადამე, მტკიცედ უნდა დამახსოვროთ აღწერილი ნიშნები. მე, მართალია, გითხარით, რომ ამ ნიშნების დამახსოვრება ადვილია, მაგრამ გაგიზიარებთ იმ აზრსაც, რომ ზოგჯერ გამოცდილი ქირურგიც კი დიდ უხერხულობაში ჩავარდნილა საბედისწერო შეცდომის

გამო. შემდეგ მოგახსენებთ იმ არაკარდინალური ნიშნების შესახებაც, რომლებიც საერთოა არტერიული და არტერიულ-ვენური ანევრიზმებისათვის.

არტერიულ-ვენური ანევრიზმის დროს დაზიანებულია როგორც არტერია, ისე ვენა და ამ ორი სისხლძარღვის სისხლი ერთმანეთს ერევა. ვენური სისხლი იშვიათად მოხვდება არტერიულში, რადგანაც არტერიაში სისხლის წნევა ყოველთვის მეტია, ვიდრე ვენაში, ამიტომაც არტერიული სისხლი გადადის ვენურში.

რა კლინიკური ნიშნები ექნება ამ ანევრიზმას? სიმსივნის არარსებობა, რადგანაც არტერიული სისხლი შეუჩერებლად გადადის ვენურში. ზოგჯერ (მინდა იცოდეთ ეს გამონაკლისებიც) იმ ხიდაკში, რომელიც შეიძლება განვითარდეს ამ ორ სისხლძარღვს შორის, დაკროვდება სისხლი და საწინააღმდეგო მხარეზე წარმოიქმნება მცირე ზომის სიმსივნე, რომელიც თავისი სიდიდით არასოდეს არ მიაღწევს არტერიული ანევრიზმის ოდენობას. ეს ერთ-ერთი განმასხვავებელი ნიშანია.

საინტერესოა, როგორი ხასიათის შუილი ვითარდება არტერიულ-ვენური ანევრიზმის დროს? სისტოლური თუ დიასტოლური? მე ვიცი, რომ თქვენ შუილს უკვე კარგად ცნობთ თერაპიიდან და ახლა მინდა ეს ცოდნა განამტკიცოთ!

ამ სახის ანევრიზმის დროს არ იქნება არც სისტოლური და არც დიასტოლური შუილი; შუილი განუწყვეტელია, ზოგჯერ შეიძლება ქარბობდეს სისტოლური შუილი, ქარის ქროლის მსგავსი. ამრიგად, არტერიულ და არტერიულ-ვენურ ანევრიზმებს განასხვავებს ორი კარდინალური სიმპტომი; არტერიულ-ვენურ ანევრიზმას ახასიათებს სიმსივნის არარსებობა და მუდმივი შუილი, რომელიც ვრცელდება ორივე მიმართულებით. რატომ ხდება ასე? იმის გამო, რომ, რაკი არტერიული სისხლის ნაკადი გადავა ვენაში, რომელსაც სისხლი მიაქვს პერიფერიიდან ცენტრის მიმართულებით, შუილიც ისმის როგორც პერიფერიულად, ისე ცენტრალურად. მე მოგახსენეთ, რომ არსებობს დამატებითი ნიშნებიც: არტერიული ანევრიზმის დროს პერიფერიულ არტერიაზე პულსაცია შენელებულია, რადგან სისხლი მთელი ნაკადით კი არ მიედინება პერიფერიისაკენ, არამედ, ხვდება რა დაბრკოლებას ანევრიზმული პარკის სახით, შედის მის ღრუშიც.

არტერიულ-ვენური ანევრიზმის დროს, როცა ძლიერი ნაკადის არტერიული სისხლი შეერევა ვენურს, არ მისცემს მას თავისუფალ გზას ცენტრისაკენ, პერიფერიაზე იწყება ვენური შეგუბება, ვენების გაგანიერება, კიდურის შეშუპება, ამას კი მოსდევს ტროფიკული ცვლილებები: კანის ფერის შეცვლა, ციანოზი, სისხლჩაქცევები,

ქავილი, ეგზემები და წყლულები, ე. ი. ამ მხრივ არტერიულ-ვენური ანევრიზმა უარესია, რადგან ირღვევა ვენური სისხლის მიმოქცევა. სად წავა არტერიული სისხლი ვენურთან ერთად? მარჯვენა წინაგულში. თუ დავეშვებით, რომ მარჯვენა წინაგულში სისხლი შედიოდა x რაოდენობით, ხოლო არტერიულ-ვენური ანევრიზმის შემდეგ მას მიემატა y რაოდენობაც, მარჯვენა წინაგული მიიღებს გაცილებით მეტ სისხლს, ის გადაიტვირთება, გადაუგზავნის მარჯვენა პარკუქს ქარბი რაოდენობით სისხლს და მარჯვენა პარკუქიც გადაიტვირთება. მარჯვენა პარკუქმა, თავის მხრივ, მეტი რაოდენობით სისხლი უნდა გაგზავნოს ფილტვში, თანაც ისეთი სისხლი, რომელიც არ ესაქიროება მას. აღნიშნულის ნიადაგზე ზღედა მარჯვენა პარკუქის ჰიპერტროფია მეორადი დილატაციით და გულის დეკომპენსაცია. რაც ახლოსაა ასეთი სახის ანევრიზმა გულთან, მით უფრო ადრე დაავადდება გული და ამასთან, რაც დიდია ვენისა თუ არტერიის კალიბრი, მაგალითად, *art. carotis*-ისა და *vena jugularis*-ის ანევრიზმა, იმდენად სახიფათოა გულისათვის. მე მინდა ეს სახიფათო მომენტი გაიგოთ კარგად და გაითვალისწინოთ თქვენს პრაქტიკულ ცხოვრებაში.

ამგვარად, მიუხედავად იმისა, რომ არტერიულ-ვენური ანევრიზმის დროს, ამ სისხლძარღვთა ურთიერთკავშირის გამო, სიმსივნე არ არსებობს, იგი მაინც სახიფათო ანევრიზმაა იმის გამო, რაც ზემოთ მოგახსენეთ. თუმცა, თუ ავადმყოფს სათანადო დახმარებას არ აღმოუჩენთ, არტერიული ანევრიზმაც გაანადგურებს ირგვლივ მდებარე ქსოვილებს. ანევრიზმა შეიძლება გასკდეს და ავადმყოფი სწრაფად დაიღუპოს.

არტერიული ანევრიზმის მესამე უმძიმესი გართულებაა ემბოლია. ემბოლია შეიძლება დაერთოს არტერიულ-ვენურ ანევრიზმასაც: თუ ანევრიზმულ ღრუში შეიქმნა თრომბი, ის მოწყდება, გაჰყვება ვენას, მივა მარჯვენა წინაგულში, მარჯვენა პარკუქში, იქიდან ფილტვში და განვითარდება *art. pulmonalis*-ის თრომბოზი, მხედარი თრომბი. მოგეხსენებათ, რომ ეს სასიკვდილო გართულებაა, თუ გამოცდილმა ქირურგმა დროულად არ მოუსწრო ავადმყოფს და არ გააკეთა ოპერაცია — ფილტვის არტერიიდან თრომბის ამოღება — *trombectomy*. პრაქტიკულად ეს ოპერაცია ძნელია და იშვიათადაც აკეთებენ.

მინდა მოგახსენოთ კიდევ ერთი გართულების შესახებ, რომელიც განგებ შემოვიხაზე — ეს ანევრიზმის დაჩირქებაა. თქვენ უკვე იცით, რომ არტერიულ ანევრიზმას ახასიათებს სისტოლური შუილი, რომელსაც ისმენთ 1—2—3 დღე. ვთქვათ, მეოთხე დღეს ეს შუილი გაქრა. რა მოხდა? სისხლი, რომელიც ანევრიზმულ პარკუქში

იყო, შედეგად, წარმოიქმნა კოლტი და სისხლი აღარ გადის. გაიარა 10 დღემ და შუილი განვითარდა. რატომ? იმის გამო, რომ სისხლის ტალღამ, რომელიც მოედინება აქეთ, გაიკაფა გზა პერიფერიისაკენ, გაღრმავდა კოლტი, ამრიგად, ისევე აღსდგა გამავლობა და შუილი განვითარდა. ამიტომ ვახსოვდეთ, რომ არტერიული ანევრიზმის კარდინალური ნიშანი—სისტოლური შუილი ზოგჯერ შეიძლება არც იყოს ან ხან იყოს და ხან არა. რაკი ომიანობის პერიოდში ეს ქრილობები ხშირია, ამ არეში მოსალოდნელია იყოს მთვლემარე ინფექცია და არსებული ჰემატომის დაჩირქებაც და, თუ ის დაჩირქდა, სისხლიც შედეგად დგება. ასეთ ავადმყოფს გამოხატული ექნება ჩირქგროვის ყველა ნიშანი: ტკივილი, სიწითლე, შესივება, ტემპერატურის მომატება, ლეიკოციტოზი. ქირურგი დაადგენს ჩირქგროვის დიაგნოზს და გაკვეთავს მას, გამოვა ჩირქი და მასთან ერთად უეცრად იმდენი სისხლი, რომ შეიძლება ავადმყოფი დაიღუპოს. ეს იქნება გამოუსწორებელი შეცდომა. სამამულო ომის დროს თბილისში რამდენიმე ასეთი შემთხვევა მოხდა. ამიტომაც უნდა იცოდეთ ამის შესახებ და განსაკუთრებული ყურადღებით მიუდგეთ ჰემატომებსა და ანევრიზმებს.

ოპერაციების დროს ყურადღება უნდა მიაქციოთ იმას, თუ რომელ სისხლძარღვს ეკუთვნის ანევრიზმა. ზოგჯერ სისხლძარღვები ერთმანეთზეა განლაგებული. ავილოთ თუნდაც *art. femoralis*, რომელსაც პუპარტის იოგიდან 5—6 სმ დაცილებით გამოეყოფა *art. profunda femoris*. ამ არეში ჯერ შევხვდებით ბარძაყის არტერიას, შემდეგ კი — ბარძაყის ღრმა არტერიას. ასეთ ტოპოგრაფიულ-ანატომიურ ურთიერთობაში, რომელიც იცვლება ქრილობის გამო, ძნელი ხდება იმის დადგენა, თუ რომელ სისხლძარღვს ეკუთვნის ანევრიზმა. ასევე კისრის არეში *art. carolis*-ის უკანაა ძალიან არახელსაყრელ გარემოში *art. vertebralis*, რადგან აქ მალეების განივი მორჩების ხვრელებია, სადაც ეს სისხლძარღვი გაივლის. ამიტომ ძნელია გარჩევა ანევრიზმა ეკუთვნის *art. caroli*-ს თუ *art. vertebralis*-ს. რაკი თანამედროვე პირობებში არის არტერიოგრაფიის ჩატარების საშუალება, ამის წინასწარ გაკეთება მიზანშეწონილია ანევრიზმის ლოკალიზაციის დადგენისათვის.

ამრიგად, ანამნეზისა და ყველა იმ კლინიკური ნიშნის მიხედვით, რაც ახასიათებს ორივე ტიპის ანევრიზმას, აგრეთვე არტერიოგრაფიით შეძლებთ დაადგინოთ, თუ რომელ სისხლძარღვს ეკუთვნის ანევრიზმა.

ვიდრე ოპერაციის სახეებს განვიხილავდეთ, მინდა მოგახსენოთ, რომ ანევრიზმა საჭიროებს მაღალი რანგის ქირურგს, დახელოვნებულს სისხლძარღვთა ქირურგიაში.

რა ოპერაციები არსებობს ანევრიზმის სამკურნალოდ. მინდა გითხრათ, რომ ომიანობის წლებშიც იყო და ახლაც არსებობს ზოგიერთი სადავო საკითხი. ბევრი მათ შორის დღეს უკვე გადაწყვეტილია. ვის შეუძლია თქვას, რომ ოპერაციის იდეალური მეოღი არ არის ანევრიზმის ამოკვეთა და სისხლძარღვის მთლიანობის აღდგენა? მაგრამ უნდა იცოდეთ, რომ სისხლძარღვის მთლიანობის აღდგენა რთულია, ზოგჯერ შეუძლებელიც. ამოკვეთავთ ანევრიზმულ პარკს, გადაკვანძავთ კოლატერალებს, მაგრამ სისხლძარღვის პროქსიმალური და პერიფერიული ბოლოების ერთმანეთთან მიტანა და გაკერვა შეუძლებელი ხდება მათ შორის არსებული დიდი მანძილის გამო. თუ სისხლძარღვზე გვერდითი ნაკერის დადება მოგიხდათ, ეს იოლია. მაგრამ პათოლოგიურად შეცვლილი მონაკვეთის ამოღების შემდეგ ცირკულარული ნაკერის დადება ზოგჯერ ძნელდება. ომიანობის პერიოდში არც ჩვენთან და არც უცხოეთში ეს საქმე არ იდგა ისეთ სიმალეზე, როგორც დღეს. ოცი წლის განმავლობაში სისხლძარღვთა ქირურგიამ გიგანტური ნაბიჯებით წაიწია წინ. ომის წლებში იყო დავა იმაზე, რომ ცირკულარული ნაკერის ნაცვლად, რაც ავადმყოფის სიცოცხლეს ხიფათს უქმნიდა, ამოგვეკვეთა ანევრიზმა და სისხლძარღვი გადაგვეკვანძა.

მინდა კიდევ გადაუხვიო ძირითად საკითხს და მოგახსენოთ, რომ სისხლძარღვთა დაზიანების პარალელურად ხშირად ეხვებოდით პერიფერიული ნერვების პირველად და მეორად დაზიანებასაც.

პირველად დაზიანებად მიჩნეული იყო ისეთი დაზიანება, როდესაც ნაღმის ნამსხვრევი ან ტყვია არტერიასთან ერთად ნერვსაც დაზიანებს, მეორადად — როდესაც ანევრიზმა თავისი ზრდის პროცესში გამოიწვევს ნერვის ცვლილებებს. ახლაც მახსოვს სამამულო ომში დაკრილი ჩემი პაციენტი, რომელსაც ჰქონდა art. subclavia-ს ანევრიზმა, აგრეთვე ლავიწის ძვლის მოტეხილობა ოსტეომიელიტური პროცესის განვითარებით. ეს ავადმყოფი მაჩვენებს ერთ-ერთ სამეანო-გინეკოლოგიურ საავადმყოფოში. მაშინ იქაც ჰოსპიტალი იყო. ავადმყოფი უკიდურესად მძიმე მდგომარეობაში დამხვდა — არც თვითონ ეძინა და არც სხვას აძინებდა. მოგეხსენებათ, ალბათ, რომ სხვადასხვა არეში art. subclavia სხვადასხვა ტოპოგრაფიულ დამოკიდებულებაშია plexus brachialis-ში შემავალ ნერვებთან: n. medianus, n. radialis. n. ulnaris. n. axillaris, n. antibrachii lateralis et medialis სამივე სამკუთხედში. როცა art. subclavia ზიანდება, ამ ნერვების დაზიანებაც აუცილებელია. ამიტომაც ამ ლოკალიზაციის ანევრიზმის დროს კომპლექსური დაზიანებებია ხოლმე. როცა ჩვენი ავადმყოფის ანევრიზმამ დიდ ოდენობას მიაღ-

წია, გამოიწვია ნერვებზე ზეწოლა, მათი დაზიანება და განვითარდა იმდენად ძლიერი ტკივილი, რომ ავადმყოფი დაბეჭითებით მთხოვდა მომეკვითა ხელი. ოპერაცია აუცილებელი იყო, მაგრამ, რაკი კრილობიდან ჩირქის დენა აღინიშნებოდა და ავადმყოფს, როგორც მოგახსენეთ, ლავიწის ძვლის ოსტეომიელიტიც ჰქონდა, პირველ ეტაპად ძვლოვანი სეკვესტრი ამოვიღე და ვურჩიე რამდენიმე ხანს მოეცადა. 12 დღის შემდეგ გახარებულმა ექიმებმა მითხრეს, ავადმყოფს ყოველგვარმა ტკივილმა გაუარაო. რა მოხდა? ანევრიზმის ზეწოლის გამო ნერვის ყველა ბოქკო განილია და განვითარდა კიდურის დამბლა. ექიმს კი უხარია! გადმოვიყვანე ავადმყოფი ჩემს კლინიკაში, გავუკეთე ოპერაცია — მომიხდა ყველა ნერვის მთლიანობის აღდგენა, ანევრიზმული პარკის ამოკვეთა და, საბედნიეროდ, სისხლძარღვების ერთმანეთთან სიახლოვის გამო სისხლძარღვზე მოხერხდა ცირკულარული ნაკერის დადება. ოპერაცია კარგად დამთავრდა. სისხლის მიმოქცევა აღდგა. მაგრამ ნუ იფიქრებთ, რომ ასევე მალე აღდგა ნერვებიც! არა, მეგობრებო, ეს ძნელი საქმეა! პერიფერიულ ნერვებზე გაკეთებული მაქვს ათასამდე ოპერაცია და ჩემმა გამოცდილებამ მასწავლა, თუ რომელი ნერვა როგორ და როდის აღდგება! *N. radialis* და *n. ulnaris* აღდგება კარგად, *n. medianus* — ნაწილობრივ, მისი დაზიანების შემდეგ რჩება ზოგიერთი ტროფიკული მოშლილობა. ჩემს პაციენტსაც ყველა ნერვი აღუდგა, დარჩა მხოლოდ მცირედი ტროფიკული ცვლილებები *n. medianus*-ის საინერვაციო ზონაში. საბოლოოდ ავადმყოფი განიკურნა. იგი იმდენ ხანს იწვა ჩვენს ჰოსპიტალში, რომ ერთი ექთანის, გამოცდილი სპეციალისტის და კარგი შესახედაობის ქალი შეუყვარდა და ცოლად შეირთო.

ამრიგად, თუ ასეთ კომბინირებულ დაზიანებასთან გვაქვს საქმე, უმჯობესია ადრე ჩარევა. რაც მეტი ხანი გავა ნერვის დაზიანებიდან, მით მოგვიანებით აღდგება მისი ფუნქცია. მახსოვს, ერთერთი პროფესორის ძმას, ომიდან დაბრუნებულს, რვა თვის შემდეგ გავუკერე გადაწყვეტილი სხივის ნერვი, რომელიც აღდგა. ასეთივე აღდგენითი უნარი ახასიათებს *n. ulnaris*-საც. მაგრამ საერთოდ ნერვის ზრდა ძალიან ნელა ხდება — 6 თვიდან 1 წლამდე, დაზიანების მანძილის მიხედვით.

მინდა კიდევ ერთი მაგალითი მოვიყვანო: 2—3 წლის წინ ოპერაციას ვუკეთებდი ერთ გამოჩენილ პიროვნებას ილლიის ფოსოს სიმსივნის გამო. პაციენტი ჩემი კარგი მეგობარია. როცა ოპერაციაზე დავადგინე, რომ სხივის ნერვი სიმსივნეში გადიოდა, ძალიან შეეწუხნდი. პედანტურად ვაკეთებდი ოპერაციას, რომ ნერვის დაზიანებისათვის გვერდი ამეხვია. ასედაც მოხდა. სიმსივნე ამოვკვეთე. რო-

ცა ოპერაციას ვამთავრებდი, სისხლის დენის შეჩერებისას სისხლ-
ძარღვის გვერდით გამავალი ნერვიც მოჰყვა პეანში და გაიქცლიტა-
ოპერაციის შემდეგ ვნახეთ, რომ ავადმყოფს ხელის მტვევანი ჩამო-
ეკიდა. ნერვი არ გადაგვიკვეთია, თუმცა შეიძლება ესეც მომხდარი-
ყო, მხოლოდ გაიქცლიტა მისი ბოჭკოები, ამიტომ დარწმუნებული
ვიყავი, რომ ნერვი აღდგებოდა. საქმე ეხებოდა ისეთი პიროვნების
მარჯვენა ხელს, რომელიც განუწყვეტლივ მუშაობს, წერს, ახლა კი
არა თუ წერა, ხელის აწვევაც აღარ შეეძლო. დარჩევისა და
დაიმედების მიუხედავად, ჩემი პაციენტი მაინც დაქვეებული იყო;
შემოიარა მოსკოვი, ლენინგრადი, ზოგმა გული გაუხეთქა — ნერვი
გადაუკვეთიათო. ეს ხმები ჩემამდეც აღწევდა, თუმცა თვითონ არა-
ფერს მეუბნებოდა. ავადმყოფი სისტემატურად იყო ჩვენი ნერვო-
პათოლოგიების მეთვალყურეობის ქვეშ, ვაკვირდებოდით, როდის
აღუდგებოდა ნერვს ფუნქცია. ექვს თვეში ყველაფერმა გაიარა.
ახლა ჩემი პაციენტი წერს კიდევ და მთელი დატვირთვითაც მუ-
შაობს. მაგრამ წარმოიდგინეთ ექვსი თვის განმავლობაში იმ მითქმა-
მოთქმის გაძლება, რაც მომხლარმა ამბავმა გამოიწვია. ამრიგად,
საქმე ეხებოდა n. ulnaris-ის დაზიანებას.

ახლა ვთხოვ კათედრის პროფესორს ა. თელიას გაჩვენოთ კი-
ნოფილმი, რომელიც შეეხება სისხლძარღვთა პროთეზირების სა-
კითხს. ფილმში დემონსტრირებულია ოპერაციები, რომლებიც ჩვენი
კლინიკის ავადმყოფებს გაუუკეთეთ, აგრეთვე ძაღლებზე ჩატარებუ-
ლი ექსპერიმენტები. ნახავთ, თუ როგორ შეიძლება სხვადასხვა
კალიბრის სისხლძარღვის გადანერგვა, თვით უმსხვილესი სისხლ-
ძარღვის აორტის ჩათვლით. ოპერაციის შემდეგ პაციენტები კარგად
გრძნობენ თავს, დადიან. მათ არავითარი ფუნქციური მოშლილობე-
ბი არ რჩებათ. ასევე არიან ცხოველებიც. სისხლძარღვის შესანაცვ-
ლებლად გამოყენებულია სხვადასხვა მასალის პროთეზები, ზოგი
მათგანი თაფლშია დაკონსერვებული; ესეც ჩვენს მიერ შემუშავე-
ბული მეთოდია.

ამით დავამთავრებ ლექციას. პროფ. ა. თელია კინოფილმის ჩეე-
ნების პარალელურად მოგცემთ სათანადო ახსნა-განმარტებებს.

კარგად ბრძანდებოდეთ!

ოცდამესამე ლექცია

წინა ლექციაზე გავარჩიეთ ცრუ და ნამდვილი ანევრიზმები.
ცრუ, ანუ ტრავმული ანევრიზმის სახეები, მათი საერთო და განმა-
სხვავებელი ნიშნები და ვისაუბრეთ იმ სახიფათო მომენტებზე,
რომლებიც შეიძლება განუვითარდეს ანევრიზმიან ავადმყოფს. აღვ-
ნიშნეთ ისიც, რომ როგორც არტერიული, ისე ვენური ანევრიზმა

სახიფათოა ემბოლიის განვითარების მხრივ და გულის დეკომპენსაციის ჩამოყალიბების თვალსაზრისით; არტერიული ანევრიზმის დროს ანევრიზმის გახეთქვის საშიშროებაა. გარდა ამისა, თქვენი ყურადღება მივაქციე იმ გარემოებასაც, რომ სისხლძარღვებისა და ნერვების ანატომიური დამოკიდებულების გამო შეიძლება განვითარდეს ნერვების პირველადი ან მეორადი დაზიანება. მოვიყვანეთ იმის მაგალითიც, თუ რაოდენ ძლიერი ნევრალგიური ტკივილი შეიძლება განუვითარდეს ავადმყოფს ნერვულ ლეროზე ანევრიზმის ზეწოლის გამო. დღეს მინდა მოგახსენოთ, რომ არსებობს ე. წ. კაუზალგიური მოვლენებიც. ალბათ, ნევროპათოლოგიიდან იცით, რომ კაუზალგია მეტად მტანჯავი დაავადებაა, მას „სველი ჩერის“ სიმპტომი ახასიათებს, რადგანაც ავადმყოფს დაზიანებულ კიდურზე მუდმივად აქვს შემოხვეული სველი ტილო, რომლის გარეშეც ის ვერ ისვენებს, ან წყალში აქვს კიდური ჩაყოფილი. ასეთი ავადმყოფები გაწამებულნი არიან, მოსვენება არა აქვთ და ფსიქიკურ აშლილობამდეც კი მიდიან. ეს მოვლენები შეიძლება ერთვოდეს ანევრიზმას, განსაკუთრებით art. subclavia-ს ანევრიზმას, რადგანაც სისხლძარღვი ანატომიურად ახლოსაა მხრის წნულთან. ასეთი ავადმყოფები დღე და ღამ არ ისვენებენ და არც ოქახის წვერებს ასვენებენ, უბრალო მიზეზითაც კი ღიზიანდებიან და მომბებზრებელნი ხდებიან.

ერთმანეთისაგან უნდა გავარჩიოთ ნევრალგიური და კაუზალგიური ტკივილი. კაუზალგიური ტკივილი მაშინაა, როცა ნერვი მცირედდა ტრავმირებული, თუ დიდი ტრავმაა, დიდი ჰრილობა, კაუზალგია იშვიათია. ამ დროს უფრო ნევრალგიური ტკივილი იწყება. როგორც ერთი, ისე მეორე ექიმისაგან მოითხოვს დიდ ყურადღებას, ავადმყოფების მიმართ განსაკუთრებულ გულისხმიერებას. რაც შეეხება თვით ანევრიზმის ოპერაციულ მკურნალობას, როგორც წინა ლექციაზე მოგახსენეთ, ყველაზე ლოგიკურია ანევრიზმის ამოკვეთის შემდეგ სისხლძარღვის მთლიანობის აღდგენა ცირკულარული ნაკერით, მაგრამ ისიც გითხარით, რომ ამის მიღწევა ყოველთვის არ არის ადვილი. ბოლო წლებში ქირურგთა უმრავლესობა სწორედ ამ ოპერაციას აკეთებს, მაგრამ ამის მისაღწევად საჭირო გახდა საუკუნენახევარი. ამ ხნის განმავლობაში მიძღინარეობდა გაცხოველებული მუშაობა, რათა მიეღწიათ დღევანდელ დონემდე. რა დონეა ეს? გვაქვს შესაფერისი საკერავი მასალა სისხლძარღვის გასაკერავად, პროთეზები, რომელთაც გადავწერავთ ამოკვეთილი სისხლძარღვის ადგილას, ე. ი. შევანაცვლებთ მაგისტრალურ სისხლძარღვს პროთეზით. უნდა მოგახსენოთ, რომ ყოველივე ეს ომის წლების მონაპოვარია. ქირურგები ვდაობდივთ გაგვეკერა სისხლძარღვი თუ

გადაგვეკანძა; ომის წლებში ქირურგთა დიდი ნაწილი უკანასკნელის მომხრე იყო. რა თქმა უნდა, ეს პრინციპში არ იყო სწორი. მართალია, ჩვენ ახლაც ზოგჯერ იძულებული ვხდებით, თუკი სისხლძარღვის ცირკულარული ნაკერით აღდგენა ვერ ხერხდება, გადავკვანძოთ ის, მაგრამ პრინციპულად, რა თქმა უნდა, მისი მთლიანობის აღდგენა სჯობს. ვკვანძავთ სისხლძარღვის როგორც ცენტრალურ, ისე პერიფერიულ ბოლოებს, რადგანაც თქვენ იცით, რომ ცენტრალურ და პერიფერიულ ნაწილებს შორის ანასტომოზები და, თუ დატოვებთ სისხლძარღვს გადაუკვანძვად, სისხლის დენა დაიწყება. თუ ნახავთ, რომ პერიფერიული სისხლძარღვიდანაა სისხლის დენა, ეს მოწმობს, რომ კოლატერალური სისხლის მიმოქცევა კარგია და კიდურს განგრენის საფრთხე არ მოეღის. ამიტომ გამოცდილი ქირურგი ამ მომენტს სათანადოდ აფასებს. გარდა ამისა, შეიძლება ანევრიზმის ირგვლივ შეიქმნას ხოლმე დამატებითი კოლატერალებიც. ვინაიდან ამ არეში სისხლი ბრკოლდება, ეს ხელს უწყობს წნევის მომატებას როგორც ანევრიზმაში, ისე იმ პატარა კოლატერალებში, რომლებიც სისხლძარღვის ცენტრალური ბოლოდან გამოდიან. აღნიშნული კოლატერალები ფართოვდება და ზოგჯერ მსხვილი სისხლძარღვის სახესაც ღებულობს, ამიტომ ოპერაციის დროს შეიძლება შეხვდეთ ახლად ჩამოყალიბებულ სისხლძარღვს, რომელიც ანატომიურად არ არსებობდა — ესეც გასათვალისწინებელი ფაქტია. ქირურგი შეიძლება ზოგჯერ ძალიან კარგად იყოს გათვითცნობიერებული ანევრიზმის მკურნალობის საკითხში, მის სხვადასხვა ვარიანტში, მაგრამ ახლად განვითარებული სისხლძარღვი, რომელიც კომპენსატორულად შეიქმნება, გამორჩეხ და იგი სისხლის დენის წყარო გახდება. ამიტომ, როდესაც ანევრიზმულ პარკს გახსნივთ, გადაკვანძავთ მასში შემავალ და გამომავალ მაგისტრალურ სისხლძარღვს და ნახავთ, რომ მაინც ძლიერი სისხლის დენაა, უნდა იცოდეთ, რომ ეს კოლატერალების ხარჯზე ხდება. ეს მომენტიც მოითხოვს სათანადო ტაქტიკას, რომ აუადმყოფი არ დაგელუპოთ სისხლის ცენსიგან.

ამრიგად, ანევრიზმის ოპერაციის დროს თუ გამიზნული ვაქვთ სისხლძარღვების გადაკვანძვა, როგორც ცენტრალური, ისე პერიფერიული ბოლოები საიმედოდ უნდა გადაკვანძოთ. თქვენ სახელმძღვანელოში ამოიკითხავთ, რომ არტერიასთან ერთად საკიროა ვენის გადაკვანძვაც, რათა ამით კიდურის კვება გაუმჯობესდეს. აღნიშნული საკითხი — რედუცირებული სისხლის მიმოქცევა — კარგად დაამუშავა ცნობილმა რუსმა ქირურგმა ოპელმა. ალბათ, ეს თქვენ ნეიროქირურგიიდან იცით. ამას საფუძვლად უდევს ის მოსაზრება, რომ ცენტრიდან პერიფერიაზე მისული სისხლი ამ არეში

ხანგრძლივად შეჩერდეს. მაგრამ უნდა მოგახსენოთ, რომ შაბლონურად ვენის გადაკვანძვა არ არის მიზანშეწონილი, რადგან განგრენათუ ტროფიკული ცვლილებები—კიდურის შეშუპება, ციანოზი, ელფანტიაზი მეტ შემთხვევაში გამოვლინდა. ვენის გადაკვანძვისათვის განსაკუთრებული ჩვენებებია: თუ არტერიის პერიფერიული ნაწილიდან სისხლის დენა არ არის, ვენის გადაკვანძვა დასაშვებია და, პირიქით, თუ პერიფერიული არტერიიდან სისხლის დენაა რეტროგრადული ნაკადით, მაშინ ვენის გადაკვანძვა არ არის მიზანშეწონილი. უნდა ვიცოდეთ, რომ არც ყველა არტერიის გადაკვანძვა შეიძლება. მაგისტრალური სისხლძარღვის, მაგალითად, art. femoralis-ის გადაკვანძვამ შეიძლება გამოიწვიოს კიდურის განგრენა. ამ სისხლძარღვის გადაკვანძვა უშუალოდ პუპარტის იოგის ქვემოთ შემთხვევათა 18—20% -ში იწვევს განგრენის განვითარებას, მით უფრო თუ მისი გადაკვანძვა გიხდებათ სასწრაფოდ, როცა კიდური ჯერ არ არის მომზადებული ამისათვის. რას ნიშნავს კიდურის მომზადება? მე მოგახსენეთ, რომ როდესაც ანევრიზმაა განვითარებული, არსებული დაბრკოლება ავითარებს წნევას ადგილობრივი სისხლის მიმოქცევის ქსელში და ვითარდება კოლატერალები, ე. ი. წარმოიქმნება ისეთი სისხლძარღვები, რომლებიც ნორმალურად აქ არ იყვნენ ან იყვნენ წვრილი არტერიოლების სახით. ამიტომაც არ გვირჩევენ ანევრიზმის ნაადრევ ოპერაციას, თუ ამას აუცილებლობა არ მოითხოვს. ანასტომოზების განვითარებას ესაქიროება 3—4—5 თვე. ამასთან, საჭიროა არტერიის პერიოდულად ხელით დახშობაც, რაც აგრეთვე ხელშემწყობია კოლატერალური სისტემის განვითარებისათვის. ამიტომაც მნიშვნელოვანია, თუ სისხლძარღვის დაზიანების რომელ მომენტში გადაკვანძავთ მას. ამასთან დაკავშირებით განგრენის განვითარებაც სხვადასხვა სიხშირითაა გამოხატული. მისი სიხშირე ნახევრად მცირდება, როცა ანევრიზმის ირგვლივ კოლატერალებია განვითარებული.

მე მოგახსენეთ, რომ სისხლძარღვის მთლიანობის აღდგენათანამედროვე ქირურგიის მიღწევაა. მართალია, მე-19 საუკუნის შუა ნახევარში სცადეს ამგვარი ოპერაციების ჩატარება, მაგრამ ეს მარცხით დამთავრდა, რადგან ანევრიზმის ამოკვეთის შემდეგ ყოველთვის არ ხერხდებოდა ცენტრალური და პერიფერიული ბოლოების ერთმანეთთან მიტანა და ცირკულარული ნაკერის დადება. სისხლძარღვთა პლასტიკისა და გადანერგვისათვის კი იმ ეპოქის ქირურგები არ იყვნენ მზად.

უნდა მოგახსენოთ, რომ განგრენას უმეტესად იწვევს სისხლძარღვთა გადაკვანძვა მუხლქვეშა არტერიის ანევრიზმის დროს, რადგანაც იქ სისხლძარღვთა თავისებური ანასტომოზებია. თქვენ.

იცი, რომ art. polpitea-ს როგორც ზევით, ისე ქვევით — ორივე მხარეს — გამოეყოფა ორ-ორი, ე. ი. სულ ოთხი არტერია. თუკი მოგვიხდა მათ შორის art. polpitea-ს გადაკვანძვა, მაშინ კვება არ მოიშლება და ავადმყოფს კიდურს შეევუნარჩუნებთ, რადგან art. suprema genu superior-სა და art. suprema genu inferior-ს შორის სისხლის მიმოქცევაა. მაგრამ, თუ ის ქვემო ნაწილში გადაკვანძვით, სადაც კოლატერალები არ არის და მარტო art. polpitea-ა (ასეთი არე 1,5—2 სმ სიგრძეზე ვრცელდება), მაშინ შემთხვევათა 34%-ში ვითარდება კიდურის განგრენა, ე. ი. სამი ავადმყოფიდან ერთს უსათუოდ უვითარდება ის. ამიტომ, თუ ამ სისხლძარღვთან გექნებათ საქმე, სათანადო სიფრთხილე უნდა გამოიჩინოთ.

რაც შეეხება art. carotis-ს, მოგეხსენებათ, რომ მარჯვენა და მარცხენა საძილე არტერიები ტვინში ქმნის ანასტომოზებს. ამასთან მარჯვენა საძილე არტერია კვებავს ტვინის მარჯვენა მხარეს, მარცხენა — მარცხენას. თუ თქვენ სათანადო მომზადების გარეშე, ე. ი. ვიდრე კოლატერალური სისტემა განვითარდება, გადაკვანძვით საძილე არტერიას რომელიმე მხარეზე, შესატყვის მხარეზე უთუოდ დაიწყება ტვინის გარბილება, ჰემიპარეზები და სხვ. ხოლო, თუ გარკვეული პერიოდის განმავლობაში ხელის დაქერით ქმნით წნევის მომატების პირობებს, კოლატერალები თანდათან წარმოიქმნება. იქ არსებული სისხლძარღვები გაგანიერდება, კვება გაუმჯობესდება და ოპერაციის წარმატებით დაგვირგვინების საშუალება მოგეცემათ. მით უფრო სავალდებულოა ეს, თუ თქვენი პაციენტი ხანდაზმულია — 60—70 წლის ზევით, რასაც შეიძლება მოჰყვეს ჰემიპარეზი, ტვინის გარბილება და სიკვდილი. ამ მიზეზების გამო ასე ფართოდ სისხლძარღვის გადაკვანძვა არ შეიძლება.

ახლა რაც შეეხება სისხლძარღვის მთლიანობის აღდგენის საკითხს: თუ ანევრიზმული პარკის ამოკვეთის შემდეგ პერიფერიულ და ცენტრალურ ბოლოებს შორის მანძილი ისე მცირეა, რომ ცირკულარული ნაკერის დადების მერე სისხლძარღვი არ დაიკიმება, მაშინ ვკერავთ სისხლძარღვს. მაგრამ წარსულში არსებობდა ნაკერის არეში თრომბის წარმოქმნის საშიშროება — ეს ხომ იგივეა, რაც სისხლძარღვის გადაკვანძვა. თუ გაკერეთ და სისხლის მიმოქცევა არ აღდგა, ამას რა ფასი აქვს.

რატომ ვითარდებოდა თრომბი? იმის გამო, რომ არც წარსულში და არც სამამულო ომის დროს არ გვექონდა ანტიკოაგულანტები, ის შესაძლებლობანი, რაც ახლა გვაქვს. მაგალითად ჰეპარინი ომის შემდგომი პერიოდის მონაპოვარია. მართალია, აფრიკის ზოგიერთ ექსპერიმენტულ ლაბორატორიაში იხსენიებოდა ჰეპარინი, მაგრამ

მისი გამოყენება არსად არ იყო დანერგული. ახლა კი ყველა თქვენგანს აქვს საშუალება საქიროების დროს იხმაროს ჰეპარინი. გვექონდა მარტო ლიმონმჟავა ნატრიუმი, რომელსაც ვხმარობდით. არც ის შესანიშნავი საკერავი მასალა გვექონდა, რომელიც ახლა გვაქვს. ლექციის შემდეგ დაათვალიერეთ ატრავმული ნემსი და ძაფი, რომლებიც ერთადაა დანზადებული. როგორც ნემსი, ისე ძაფი ძალიან ნაზია, წმინდა, მაგრამ მეტისმეტად მტკიცე, მაგარი. მსხვილი ძაფის გამოყენება საშიშია იმის გამო, რომ მასზე ილექება სისხლის ელემენტები და თრომბის განვითარებას უწყობს ხელს. ამრიგად, მთავარია, რომ დღევანდელი საკერავი მასალა უხეში არ არის. გვაქვს ანტიკოაგულანტებიც. მნიშვნელოვანია ერთი გარემოებაც — სისხლის შემდგომელი სისტემის წინასწარ შესწავლა (კოაგულოგრამა), რაც წარსულში არ ხდებოდა. და რადგან ყოველივე ეს არ გვექონდა, ცხადია, გარკვეულ შემთხვევებში სისხლძარღვის გაკერვის ადგილზე ვითარდებოდა თრომბი და ამ ქირურგიული ჩარევის მოწინააღმდეგეებს აძლევდა საბაბს გამოეთქვათ აზრი, რომ ეს ოპერაცია უვარგისი იყო. ამჟამად კი, როცა ზემოხსენებული პირობები შეიქმნა, გვაქვს სხვადასხვაგვარი ანტიკოაგულანტები, რომელთაც ადგილობრივად ვხმარობთ სისხლძარღვის გაკერვის დროს, თუ ოპერაციის პირველ საათებშივე არ განვითარდა თრომბი, შემდეგში ის უმეტესად არ ვითარდება. მინდა მოგახსენოთ, რომ როდესაც სისხლძარღვის სკლეროზული ცვლილებების დროს აკეთებდნენ მის რეზექციას სხვადასხვა პროთეზის (ნეილონის, დაკრონისა და სხვა ქსოვილის) ჩადგმით, ეს ჩანერგილი „სისხლძარღვი“, მართალია, პირველ ხანებში კარგად ასრულებდა თავის დანიშნულებას, მაგრამ მოგვიანებით მის სანათურში თრომბი იქმნებოდა. ამასთან დაკავშირებით ისევ მინდა ვახსენო ცნობილი ქირურგი დებეკი, რომელსაც დიდი გამოცდილება აქვს სისხლძარღვთა ტრანსპლანტაციის საკითხში. მისი გამოცდილება რამდენიმე ათასი შემთხვევით განისაზღვრება, მანვე გამოსცა მონოგრაფია, რომელიც 5—10 წლის დაკვირვებას ემყარება. ავტორი აღნიშნავს, რომ სამი ნაოპერაციევი ავადმყოფიდან ერთს უვითარდება თრომბი. მე კი მწამს, რომ თუ მომავალში საპროტეზო ქსოვილებს გააუმჯობესებენ, რაც საფეიქრო მრეწველობასთანაა დაკავშირებული, გართულებები თრომბის წარმოქმნის სახით შემცირდება. როგორც ხედავთ, ქირურგიის განვითარება წარმოუდგენელია ისე, თუ არ განვითარდა ფიზიკა, ქიმია, ფარმაკოლოგია და საფეიქრო მრეწველობაც კი.

როდესაც ანევრიზმის ამოკვეთის შემდეგ რჩება დიდი მანძილი სისხლძარღვების მონაკვეთებს შორის და შეუძლებელი ხდება მათი ბოლოების ერთმანეთთან მიტანა, როგორ უნდა მოვიქცეთ? ძალა-

უნებურად სისხლძარღვის გადანერგვის საკითხი დგება. არტერიის ადგილას ვენის გადანერგვა პირველად სცადა ჰალერმა, რაც ახლა აღიარებული მეთოდია. ახლად აღებულ ან სხვადასხვა სითხეში დაკონსერვებულ ვენას აკერებენ დეფექტში. თქვენ იცით, რომ საერთოდ სისხლძარღვები იკვებება *vasa vasorum*-ით, ხოლო ვენა, რომელსაც თქვენ გადანერგავთ, არ იკვებება, მაგრამ იმ კონსერვატის იმედი გაქვთ, რომელშიც ის იხახებოდა. გადანერგვის შემდეგ შეიძლება მასში კაბლარები ჩაიზარდოს. ჩვენს კლინიკაში მე და პროფ. ა. თელიას სისხლძარღვთა საკონსერვაციოდ გამოყენებული გვაქვს თაფლის ხსნარი. მოგეხსენებათ, რომ თაფლი არ იხრწნება. წლების მანძილზე შეიძლება შეინახოთ და ის არ შეიცვლის თვისებას, რადგანაც მასში მიკრობები არ ხარობს. მიუხედავად იმისა, რომ თაფლი ტკბილია, როგორც ჩანს, მასში არის რაღაც ელემენტი, რაც მიკრობებს გამრავლების საშუალებას არ აძლევს. მოვიგონოთ ზოგი რამ ისტორიიდან. ალბათ, ყველა თქვენგანმა იცის ალექსანდრე მაკედონელის შესახებ, რომელიც თავისი ეპოქის გენიალური მხედართმთავარი იყო. დღეს თვითმფრინავით შეიძლება რამდენიმე საათში აღმოჩნდეთ პარიზსა, ლონდონსა და თუნდაც ნიუ-იორკში. იმ დროს კი, მოგეხსენებათ, ასეთი დიდი მანძილის გავლას ხანგრძლივი დრო სჭირდებოდა. თამარ მეფის დროს ურმითაც კი არ შეიძლებოდა მოგზაურობა, მარტო ფეხით ან ცხენით. აი, რატომ აღვნიშნავ ამას. ალექსანდრე მაკედონელმა ძალიან დიდი ტერიტორია დაიპყრო, აღმოსავლეთამდე მივიდა, იქ კი ბედმა უმტყუნა და გარდაიცვალა. მისი გვამი თაფლში შეინახეს, რომ არ გაფუჭებულიყო, და ისე გაგზავნეს თავის ქვეყანაში. ამრიგად, თაფლში არის ისეთი სხეულები, რომლებიც მიკრობებს სპობენ.

ჩვენ თაფლში დავაკონსერვებთ სისხლძარღვები, რომლებიც შემდეგ გამოვიყენებთ გადასანერგად. მოგეხსენებათ, რომ საჭიროა სხვადასხვა სიგრძისა და კალიბრის სისხლძარღვები. რა თქმა უნდა, საუკეთესოა აუტო- ან ჰომოპლასტიკა, რადგან ბიოლოგიურ შეთავსებას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს. თქვენ იცით, რომ დღეს მთელი მსოფლიოა დაინტერესებული ბიოლოგიური შეთავსების საკითხით. ბიოლოგიური შეგუების საიდუმლოების ამოსახსნელად გაცხოველებული მუშაობა მიმდინარეობს როგორც ჩვენში, ისე უცხოეთში. ორგანიზმმა, გადანერგილი ორგანო იქნება ეს თუ ქსოვილი, უნდა შეითვისოს, დაიმორჩილოს და შეასრულებინოს ის ფუნქცია, რა მიზნითაცაა ის გადანერგილი. ორგანიზმი ზოგჯერ ცდილობს მოიცილოს ნაწილი, რომელიც მასთან ნათესაურ კავშირში არ არის. ამ ნათესაობის შესწავლისათვის იხარჩება დიდძალი თანხა და შრომა, პრაქტიკული თუ მეცნიერული. მე დარწმუნებული ვარ, რომ დად-

გება დრო და ქსოვილთა ურთიერთშეთავსება ისევე იქნება ამოხსნილი, როგორც სისხლის ჭკუფობრიობა. ხომ იყო პერიოდი, როცა სისხლის ჭკუფობრიობა კაცობრიობამ არ იცოდა, ისე ხდებოდა სისხლის გადასხმა, ამას კი მოსდევდა დიდი მსხვერპლი. მეცნიერება წინ მიდის და ზემოაღნიშნული პრობლემაც კაცობრიობის სასარგებლოდ გადაწყდება, მომავალში შესაძლებელი გახდება არა მარტო გულის, თირკმლისა და ფილტვის გადანერგვა, არამედ თავის ტვინისაც. რა თქმა უნდა, ეს შორეული მომავლის ამბავია, მაგრამ მიუღწეველი არ უნდა იყოს. ზოგიერთი რამ წარსულშიც ხომ ეჩვენებოდა ადამიანს ფანტასტიკურად.

სისხლძარღვთა სხვა პათოლოგიიდან ყველაზე ხშირია ვენების გაგანიერება. ამ მხრივ პირველ ადგილზეა სწორი ნაწლავის ვენების გაგანიერება, რაზეც საკმაოდ ვრცლად ვისაუბრეთ. მეორე ადგილზეა ქვემო კიდურის, ხოლო მესამეზე — მამაკაცის მარცხენა საოესლე ჭირკვლის ვენების გაგანიერება. ვენების გაგანიერებას ამ სამ ადგილზე ვხვდებით. განსაკუთრებით პრაქტიკული მნიშვნელობისაა ჰემოროიდული და ქვემო კიდურის ვენების გაგანიერება. ქვემო კიდურების ვენების გაგანიერება, ანუ *varices venarum cruris* დაკავშირებულია *v. saphena magna*-ს და უფრო იშვიათად *v. saphena parva*-სთან. მოგეხსენებათ, რომ დიდი საჩინო ვენა იწყება ტერფიდან — მისი მედიალური გოჯიდან, მიემართება ზევით, გაჰყვება თერძის კუნთს და სკარპას სამკუთხედში შეუერთდება ბარძაყის ვენას — ეს კანქვეშა ზერელე ვენაა. რაც შეეხება ~~მცირე ვენას~~ ^{ქვემო კიდურის} ვენას, იგი იწყება აქილევის მყესის არეში, მიდის შუა ხაზზე და გადადის მუხლქვეშა ვენაში. როგორც აღვნიშნეთ, ძირითადად დიდი საჩინო ვენის გაგანიერებაა მოსალოდნელი. აღნიშნული შემაწუხებელი პათოლოგიაა. აი, თქვენს წინაშე წარმოდგენილ ავადმყოფს აქვს დიდი წყლული, ეგზემურად შეცვლილი ანი, რომელიც წლების მანძილზე მკურნალობას არ ექვემდებარება. უნდა მოგახსენოთ ისიც, რომ ამ პათოლოგიის განვითარებაში გარკვეული მნიშვნელობა აქვს შთამომავლობას, პროფესიას — ფიზიკურად დასუსტებულ ხშირად აქვთ ვენების გაგანიერება. გარდა ამისა, მნიშვნელობა აქვს ყველა იმ ფაქტორს, რაც ხელს უშლის, ე. ი. აბრკოლებს ვენური სისხლის მიმოქცევას (მცირე მენჯის სხვადასხვა ხასიათის სიმსივნეები, ფეხმძიმობა). გარკვეული როლი ენიჭება ანატომიურ თავისებურებასაც. გულის გარდა, სისხლის მიმოქცევაში ხელშემწყობია ვენების ირგვლივ მდებარე კუნთების შეკუმშვა. თუ ვენა კუნთებშია მოქცეული, იქ მის გაგანიერებას თითქმის არ ვხვდებით, ხოლო თუ ვენები ზერელედაა, მაგალითად, ის ვენები, რომლებიც დაგისახელებთ, კუნთები მათ არ ფარავს და სის-

ხლის მიმოქცევაც ფერხდება. გარკვეულ არეში ზოგიერთი ვენა თავისებური აგებულებისაა, მათ აქვთ სარქველები, რომლებიც პერიოდულად ხურავენ მათ და სისხლი უკან ვერ ბრუნდება. ამ გარემოებასთანაა დაკავშირებული გარკვეული სახიფათო მომენტები: მაგალითად, *v. jugulari*-ს სარქველი არა აქვს, მისი გადაკვეთის გვეშინია, რადგანაც, რაკი ის უსარქველოა, შეიძლება ჰაერი შეიწივოს და განვითარდეს ჰაეროვანი ემბოლია, რასაც მოჰყვება ავადმყოფის უეცარი სიკვდილი. ამიტომ, როდესაც ზემოაღნიშნულ ვენაზე რაიმე მანიპულაციას ვაკეთებთ, ვიდრე გადავკვეთავთ, მას წინასწარ გადავკვანძავთ. რაც შეეხება დიდ სჩინო ვენას, მას სარქველები აქვს, ხოლო ამ სარქველების უკმარისობის განვითარება ხელს უწყობს ვენების გაგანიერებას, რადგან ვენური სისხლი უკან მოდის. სარქველების უკმარისობა ზოგჯერ შეიძლება თანდაყოლილ იყოს — ასეთი ვენების მცირედი გაგანიერების შემთხვევაშიც კი სარქველი მათ ვეღარ დახურავს, რაც ხელს შეუწყობს ვენების გაგანიერებას.

ამ პათოლოგიის დიაგნოსტიკა ძნელი არ არის, რადგან თვით ავადმყოფიც ხედავს, რომ მას კიდურებზე აქვს გაფართოებული, დაკლაკნილი ან სხვადასხვა სიდიდის ლურჯი კვანძები, ხოლო წარმოუდგენელია ექიმი, რომელიც ვერ ამოიცნობს ამ დაავადებას. ამის გარდა, არის სხვა ამოსაცნობი ნიშნებიც. ჩვენ უნდა გამოვიკვლიოთ, არის თუ არა სარქველების უკმარისობა. ალბათ, ამის შესახებ პრაქტიკული მეცადინეობის დროს გესაუბრნენ ჩემი თანამშრომლები. ტრენდლენბურგის სიმპტომი ამჟამად ტროიანოვ-ტრენდლენბურგის ან ტრენდლენბურგ-ტროიანოვის სახელწოდებითაა ცნობილი. სამართლიანობა მოითხოვს, რომ პირველად მაინც ტრენდლენბურგი ვახსენოთ. რა სიმპტომია ეს? ფეხზე მდგარ ავადმყოფს ვენები გაგანიერებული აქვს, მას დააწვენთ, კიდურს აუწვეთ ზევით და ხელის მოძრაობით ქვემოდან ზევით შეეცდებით, რომ ვენები დაიცალოს სისხლისაგან. დაცლილი ვენები დაიკარგება, მათ ვეღარ ხედავთ. სკარპას სამკუთხედში დაჰკერთ ხელს, ე. ი. დაახშობთ ვენას და ავადმყოფს დააყენებთ ფეხზე. ხელს რომ აუშვებთ, რაკი ვენის სარქველების ნაკლოვანებაა, სისხლი უკან ჩამოვა და ვენები ისევ გაივსება. ეს სიმპტომები ვენური სარქველების ნაკლოვანების დამადასტურებელია. მე ცოტა წინ წაველ და მოვახსენებთ, რომ ოპერაცია, რომელიც იგივე ტრენდლენბურგმა შეიმუშავა, სწორედ ამ პრინციპზეა აგებული: სკარპას სამკუთხედში *v. saphena magna*-ს გადაკვანძვა. გამოცდილებამ გვიჩვენა, რომ ვენის გადაკვანძვა არ არის საკმარისი, მაგრამ, როგორც ოპერაციული მკურნალობის ერთ-ერთი მომენტი, იგი მნიშვნელოვანია.

ამ სიმპტომის გარდა, არსებობს კიდევ ე. წ. ხველის სიმპტომი. ავადმყოფს ხელს დააჭერთ სკარპას სამკუთხედში და მისცემთ წინადადებას, რომ დაახველოს — თქვენი ხელი შეიგრძნობს უკან მომავალ ტალღას. ესეც სარქვლების მდგომარეობის დასადგენი სიმპტომია.

ზოგჯერ აღინიშნება არა მარტო ზერელე, არამედ ღრმა ვენების სისტემის მოშლაც, ე. ი. განიერდება ღრმა ვენების სისტემაც.

ვაგანიერობული ვენები იწვევს ზეწოლას კანის რეცეპტორებზე და ავადმყოფს არასასიანოვნო შეგრძნებასთან ერთად ეწყება ქავილიც. ქავილის ღრის ადვილად ვითარდება კანის განაკაწრები, ირღვევა ეპითელიუმის მთლიანობა და ინფექციის კარი იღება. ზოგიერთი ავადმყოფი ხელით ვერც კი იოკებს ქავილის სურვილს, ამიტომ სიმიდის ქეჩჩით იფხანს, რის გამო ვითარდება სისხლჩაქცევები და კანი ღებულობს მუქ ციანოზურ ელფერს.



სურ. 43. ვაგანიერობული ქავილი.

თქვენ ნახეთ ავადმყოფი, რომელსაც ორივე კიდურზე ჰქონდა გამოხატული ტროფიკული მოშლილობები: ციანოზი, ეგზემა, სხვადასხვა ზომის სისხლმდენი წყლულები — ვარიკოზული წყლულები. ქრონიკული ვარიკოზული წყლელი (სურ. 43), რომელიც წლობით არსებობს, შეიძლება გადაგვარდეს აეთვისებიან სიმსივნედ — კიბოდ. რაკი ინფექციის შეჭრის გზა არსებობს, ხშირია თრომბოფლებიტებისა და ფლემბიტების განვითარებაც.

ზოგჯერ ემბოლიაც კი მოსალოდნელია.

როგორც გაკვრით უკვე მოგახსენეთ, ვენების ვაგანიერების მკურნალობა ოპერაციულია, რაც გაფართოებული ვენის მთლიანად ამოკვეთაში მდგომარეობს. არსებობს ვენების ამოკვეთის რამდენიმე წესი. რომლებიც თქვენს სახელმძღვანელოებში

კარგადაა აღწერილი. ვიმეორებთ, ოპერაციის პრინციპია ვენის ამოკვეთა. კონსერვატიული მკურნალობა უნდა ჩავატაროთ მაშინ, როდესაც ოპერაციის უკუჩვენებაა — ხანდაზმული ასაკი, ორსულობის პერიოდი. ამ დროს გამოვიყენებთ სპეციალურ წინდებს, ბანდის დახვევას და სხვ. გაგანიერებულ ვენურ კვანძებში შეიძლება ნემსის საშუალებით მასკლეროზებული ნივთიერებების — 40%-ანი გლუკოზის ხსნარის, ვარიკოციდისა და სხვ. შეყვანა. ამ მკურნალობის პრინციპია გაგანიერებულ ვენაში თრომბის წარმოქმნა; აღნიშნულ მეთოდს იყენებენ, მაგრამ, ჩემი აზრით, მას არ შეიძლება უპირატესობა მივანიჭოთ.

ამით დავამთავროთ დღევანდელი ლექცია.

კარგად ბრძანდებოდეთ!

ოცდაგეოთხე ლექცია

დღევანდელი ლექციის თემაა გულის ქირურგიული დაავადებანი და მათი მკურნალობა. ზოგეხსენებათ, რომ დიდი დრო არ გასულა მას შემდეგ, რაც გულის ქირურგიამ მოიკიდა ფეხი, მაგრამ იგი ისე სწრაფი ნაბიჯით განვითარდა, რომ გულის გადანერგვაც კი ჩატარდა.

ნაწილობრივ თქვენთვის ცნობილია, თუ რატომ ჩამორჩა გულის ქირურგია სხვა ორგანოთა ოპერაციულ მკურნალობას. მას სხვადასხვა გარემოება უშლიდა ხელს: გულთან მისადგომად საჭირო იყო მოსაზღვრე ორგანოთა ფუნქციის გამოთიშვა — გულს რომ საოპერაციოდ მიუდგე, უნდა გამოითავოს სუნთქვა, ე. ი. ფილტვები უმოქმედო გახდეს. თუ ცალმხრივ პნევმოთორაქსს ახალგაზრდა ავადმყოფი იტანს, ხანში შესული, მით უფრო ხანდაზმული, როცა გულის პათოლოგიის გამო ჰემოდინამიკური ცვლილებები აქვს განვითარებული, ფილტვის გამოთიშვას ვეღარ ეგუება და იღუპება. გულმკერდის ქირურგიის განვითარებას აყოვნებდა ისიც, რომ არ იყო დადგენილი გულსა და მაგისტრალურ სისხლძარღვებთან ახლომდებარე შოკური ზონები, რომელთა შეხების შედეგად ვითარდებოდა შოკი და ჩერდებოდა გული. არ იყო სათანადო სანარკოზო საშუალებები, რომლებიც შესაძლებელს გახდიდნენ ავადმყოფის ცენტრალური ნერვული სისტემის გამოთიშვასთან ერთად შენარჩუნებული ყოფილიყო სუნთქვისა და გულის მუშაობისათვის აუცილებელი ფუნქციები. გარდა ამისა, მოსალოდნელი იყო პლევრისა და პერიკარდიუმის ინფიცირება. დღეს შოკური ზონების აღარ გვეშინია, რადგანაც კარგად ვიცით ეს ადგილები. სახიფათო არეებთან შეხებას აღარ ვერიდებით, თუკი გაუტკივარება მოხდება ზოგადი

ნარკოზითა და ადგილობრივი ანესთეზიის დამატებით. არც პნევ-
მოთორაქსის გვეშინია, რადგან ამჟამად გვაქვს სანარკოზო ხელსაწ-
ყო, რომლის საშუალებითაც შეგვიძლია ფილტვები ვასუნთქოთ
პნევმოთორაქსის დროსაც კი, აგრეთვე დროებით სრულიად დავა-
დამბლაოთ სუნთქვის ცენტრი და ასეთ ვითარებაში ვასუნთქოთ
ფილტვი, ე. ი. ჩავატაროთ მართვითი სუნთქვა. ინფექციის საწინა-
აღმდეგოდ გვაქვს მრავალი სახის ანტიბიოტიკები. ამგვარად, ფარ-
მაკოლოგიის და საერთოდ ქიმიის, ბიოლოგიისა და ტექნიკის გან-
ვითარებამ საშუალება მისცა ქირურგებს ჩაატარონ ოპერაციები
გულმკერდის ორგანოებზე, კერძოდ გულზე. თუმცა ამ მიღწევებამ-
დეც ზოგჯერ აუცილებელი ხდებოდა გულზე ოპერაციის გაკე-
თება, რადგან ერთადერთი ხსნა მხოლოდ ამაში იყო, მაგალითად,
გულის ქრილობის დროს. გულზე პირველი ოპერაციების ჩა-
ტარება სწორედ მისი ქრილობების დროს გახდა აუცილებელი,
რადგან ამის გარეშე სიკვდილი გარდაუვალი იყო, მცირე ზომის
ქრილობის შემთხვევათა გარდა, როცა ვითარდება გულის ტამპო-
ნადა. თქვენც, თუნდაც ამ წელს, როცა საწარმოო პრაქტიკა მოგე-
ლით, შეიძლება შეხედეთ ავადმყოფს გულის ქრილობით და უნდა
შეძლოთ ამ დახმარების აღმოჩენა — გულის ქრილობის გაკერვა.
ამ წელს ასე თუ ისე შეეჩვიეთ ოპერაციებს, ზოგი მონაწილეობდით
ოპერაციაში, ზოგიც აკეთებდით. ამიტომ მთავარია შეძლოთ იმის
დადგენა, რომ საქმე გაქვთ გულის ქრილობასთან, უნდა იცოდეთ
მისი დამახასიათებელი ნიშნები, სადიაგნოზო საშუალებანი, რო-
მელთაც ჩვენ ვიყენებთ კლინიკაში. ქრილობა უმეტესად გულის
საპროექციო არეშია, იქნება ის ცეცხლნასროლი თუ დანით მიყენ-
ბული. მაგრამ შეიძლება ქრილობა იყოს არა უშუალოდ გულთან,
არამედ მოშორებით და მიემართებოდეს გულისაკენ. მაშინ თქვენ
ანგარიშს გაუწევთ სხვა ნიშნებს, იმას, რაც სისხლის დაკარგვასთან
იქნება დაკავშირებული — მწვავე ანემიას. თუ გულის პარკუჭი და-
ზიანდება ან განვითარდება სხვა არის ქრილობა, ცხადია, სისხლის
დენა უხვი იქნება, რასაც მოჰყვება მწვავე ანემიის მოვლენები. ამის
შესატყვისად გაუარესდება მაჯა, გაძნელება სუნთქვა და ზოგჯერ
გამოიხატება ციანოზიც.

მაჯა იქნება სუსტი ავსების, თითქმის გამჭრალი.

გულს აქვს თავისი პერანგი — პერიკარდიუმი და, რაკი ქრი-
ლობიდან იქნება სისხლის დენა, ვიდრე ის გარეთ გამოვა, ჯერ და-
გროვდება პერიკარდიუმის ღრუში, პერიკარდიუმი მაქსიმალურად
გაიწვეს და გაივსება სისხლით. პერკუსიით შეიძლება ასეთი გულის
საზღვრების მომატების დადგენა. გულის მოსასმენ ადგილებში ტო-
ნებს ვერ მოისმენთ, რადგან თქვენს სასმენ ორგანოს და გულს შო-

რის ჩამდგარია სისხლი. ეს ყველაფერი გულის კრილობის უტყუარი ნიშნებია. გარდა ამისა, გულის სისტოლა და დიასტოლა ველარ მიმდინარეობს გარედან სისხლის ზეწოლის გამო, გულს არა აქვს საშუალება გაიშალოს — ამ მდგომარეობას ეწოდება გულის ტამპონადა. აღნიშნული გულის კრილობის ყველაზე უტყუარი ნიშანია, ე. ი. თუ ტონები არ ისმის ან მოყრუებულია და მაჯა შესუსტებული, ეს ნიშნავს გულის ტამპონადას. თუ ეს ასეა, მაშინ საჭიროა ოპერაციის სასწრაფოდ გაკეთება. ოპერაციის ტექნიკა თავისთავად არ არის ძნელი; უნდა გავხსნათ გულმკერდის ღრუ. ზოგადი ინტუბაციური ნარკოზის საშუალება არ გექნებათ, ოპერაციას გააკეთებთ ადგილობრივი ანესთეზიით. განაკეთს გაატარებთ მეოთხე ნეკნთა შუა სივრცეში, ხრტილები ადვილად გადაიკვეთება. გააგანიერებთ გულმკერდის ღრუს და გული თქვენს ხელთ აღმოჩნდება, გადმოიღვრება სისხლი, პერიკარდიუმი გათავისუფლდება, ბლოკადა მოიხსნება, მაგრამ სისხლის დენა ვაგრძელდება. ამიტომ მთავარი ამოცანაა გული აიღოთ ხელში და კრილობას ცერით ან საჩვენებელი თითით დააწვეთ. შეაჩერებთ სისხლის დენას და სწრაფად შეუდგებით კრილობის გაკერვას. სისხლის დენა გაჩერდება. ამრიგად, ეს არ არის ისე რთული საქმე, როგორც გგონიათ. თუმცა სათქმელად უფრო იოლია, ვიდრე გასაკეთებლად. გული, რომელიც მუდამ მოძრაობს, ასეთ უხვ სისხლის დენას იწვევს, საჭიროებს მტკიცე ნერვული სისტემის მქონე ქირურგს, რომელიც არ დაიბნევა, არ შეშინდება. გულის კრილობის შემთხვევაში საჭიროა ექიმის სწრაფი ორიენტაცია, დროული ოპერაციული ჩარევა და ამასთან ერთად კონსერვატიული საშუალებებიც — სისხლის გადასხმის სახით. ამის მაგალითს წარმოგიდგენთ ჩვენი კლინიკის შედარებით ახალგაზრდა ასისტენტი დავით ხაზარაძე. ავადმყოფი მან მიიღო, მანვე დაუდგინა დიაგნოზი და ოპერატორიც ის გახლავთ. გთხოვთ მოგვახსენოთ ავადმყოფობის მოკლე ისტორია.

ექ. დ. ხაზარაძე: ავადმყოფი ფ. ფ., 25 წლის, მოიყვანეს სასწრაფო დახმარების მანქანით ორი კვირის წინ გულმკერდის არეში დანით კრილობის გამო, რომელიც ქუჩაში მიუყენებია უცხო პირს. ავადმყოფის მდგომარეობა მძიმე იყო: გამოხატული ჰქონდა მკვეთრი ანემია, მაჯა არ ესინჯებოდა, არც წნევის გასინჯვა მოხერხდა. გულმკერდის მარცხენა ნახევარში — მარცხენა პარასტერნალურ ხაზზე, მე-4 ნეკნთაშუა სივრცეში — ნეკნის კიდის პარალელურად აღინიშნებოდა ნაკვეთი — 4—5 სმ-ანი ძლიერ სისხლმდენი კრილობა. გულის ტონები არ ისმოდა. პერკუსიით გულის ყველა საზღვარი მომატებული იყო 1—1,5 სმ-ით, დეადგინეთ გულის კრილობა, გულის ტამპონადა.

ავადმყოფი სასწრაფოდ დავაწვინეთ საოპერაციო მაგიდაზე; ენდოტრაქეული ნარკოზისა და სისხლის მასიური გადასხმის პირობებში გავუკეთეთ ოპერაცია. ფართო განაკვეთი გავატარეთ მე-4 ნეკნთაშუა სივრცეში. გავსენით გულმკერდის ღრუ და გავაგანიერეთ იგი. აღმოჩნდა, რომ პერიკარდიუმი გადაესებული იყო სისხლითა და სისხლის კოლტებით, განვითარებულიყო გულის ტამპონადა. პერიკარდიუმის ღრუ გავათავისუფლეთ სისხლისაგან. მოვწახეთ გულის ჰრილობა მარჯვენა პარკუჭის წინა კედელზე, საიდანაც აღინიშნებოდა ძლიერი სისხლის დენა, გული დაევიჭირეთ მარცხენა ხელით და ცერის დაწოლით დავახშეთ ჰრილობა. გულის კუნთზე დავადეთ კვანძოვანი ნაკერები და გავკერეთ პერიკარდიუმიც. გულის მუშაობა აღდგა. ჰრილობა ყრუდ გავკერეთ შრეების მიხედვით. ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფს აღუდგა მაჯა და წნევა. ნაკერები მოეხსენით მე-12 დღეს. ავადმყოფი თქვენს წინაშეა.

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი: როგორც ხედავთ, დროული დახმარების დროს კარგი შედეგი ყოველთვის მოსალოდნელია და თქვენც, თუ პრაქტიკული მოღვაწეობის დროს ასეთ შემთხვევას შეხვდებით, უნდა შეძლოთ დაზიანების ამოცნობა და სასწრაფო დახმარების აღმოჩენაც.

იმის შიშმა, რომ ჰრილობა ეხება გულს, სიცოცხლის ამ ყველაზე მნიშვნელოვან ორგანოს, არ უნდა შეგაშინოთ. სასოწარკვეთილების ნაცვლად უნდა გამოიჩინოთ სისწრაფე როგორც აზროვნებაში, ისე პრაქტიკულ მოქმედებაში, კარგი შედეგის მიღწევა მხოლოდ ასეა შესაძლებელი.

გულის მეორე ქირურგიული დაავადება, რომლის ოპერაციამაც ბოლო წლებში მოიკიდა ფეხი, შეხორცებითი პერიკარდიტი და მასთან დაკავშირებული ჯავშნიანი გულაა. ეს ძალიან რთული პათოლოგიაა, მით უფრო, როცა პერიკარდიუმში დაღეჭილი მარილები გაძვალდება და შებორკავს გულის მუშაობას. ერთადერთი საშუალება, რომელიც იხსნის ავადმყოფს, ეს არის „ჯავშანშემოხვეული“ გულის გათავისუფლება ოპერაციული გზით.

ვფიქრობ, თქვენ ისწავლიდით პერიკარდიტებს. მათგან სიხშირით პირველ ადგილზეა ტუბერკულოზური პერიკარდიტი, მეორეზე — რევმატიული ინფექცია, ე. ი. შემთხვევათა 50%-ში ტუბერკულოზი, 30%-ში რევმატიზმი, ხოლო დანარჩენ შემთხვევებში სხვა სეპტიკური პროცესი შეიძლება გახდეს პერიკარდიტის მიზეზი. ანთებად ექსუდატს პერიკარდიუმი თანდათან შეიწოვს, მასზე დაილექება მარილები და ეს არე გაძვალდება. ალბათ, გინახავთ თერაპიულ კლინიკებში ჯავშნიანგულიანი ავადმყოფები. ჩვენს კლინიკაშიც გვყავდა რამდენიმე ასეთი ავადმყოფი,

რომლებზეც შემდეგ მოგახსენებთ. ამ დაავადების დროს თვით გული დაპატარავებულია. ცხადია, როდესაც გულს გარს ახვევია 1 სმ სისქის გაძელებული პერიკარდიუმი, მას მუშაობა არ შეუძლია — იგი ვერ ახდენს სისტოლა-დიასტოლას, რასაც მოჰყვება დეკომპენსაციის მოვლენები. უპირველეს ყოვლისა, მარჯვენა წინაგული ვერ შეიწოვს სისხლს ქვემო და ზემო ღრუ ვენებიდან, განსაკუთრებით კი ქვემო ღრუ ვენიდან, ამას მოჰყვება ღვიძლის შეგუბება, გადიდება. ღვიძლის შეგუბებას მოსდევს სითხის დაგროვება, ღვიძლის ციროზის განვითარება. ვისი ციროზია ეს? ავტორი!

ს ტ უ დ ე ნ ტ ე ბ ი : პ ი კ ი ს ც ი რ ო ზ ი !

პ რ ო ფ ე ს ო რ ი : დ ი ა ხ , პ ი კ ი ს ც ი რ ო ზ ი , რომელსაც მეორადად მოჰყვება მუცლის ღრუში სითხის დაგროვება — ასციტი და, როგორც წესი, ეს მოვლენები თავდება სიკვდილით. მაშასადამე, ვერავითარი საგულე საშუალებებით ასეთი გულის მუშაობას ვერ გააუმჯობესებთ. მიზეზს, რომელიც წინ უძღვის ყველა ზემოაღნიშნულ მოვლენას, ქირურგიული ჩარევის გარდა, ვერაფერი მოხსნის. რაში უნდა გამოიხატოს ქირურგიული ჩარევა? გულის განთავისუფლებაში, ე. ი. პერიკარდექტომიაში. გულს უნდა შემოვაცალოთ ჭავშანი — ძელოვანი ქსოვილი.

თქვენ შეგიძლიათ ლექციის ბოლოს უფრო ახლოს დაათვალიეროთ ძელები, რომლებიც ამოვკვეთეთ ავადმყოფ ქალს. იმავე ავადმყოფის რენტგენოგრაფიაზე კარგად ხედავთ ძელოვან წარმონაქმნებს, რომლებითაც გარშემორტყმულია ვული. უნდა მოგახსენოთ, რომ ავადმყოფები ამ პათოლოგიით საოპერაციოდ მოდიან გვიან, როდესაც მათ უკვე დეკომპენსაციის მოვლენები ეწყებათ, ღვიძლში შეუქცევადი ცვლილებები ვითარდება, მუცლის ღრუშიც სითხეა. ცხადია, ასეთი ავადმყოფის ოპერაცია — გულმეკერდის გახსნა და ძელოვანი ქსოვილის ამოკვეთა არ არის იოლი საქმე. ამის გაკეთება ადვილია, ვიდრე გამოვლინდებოდეს დეკომპენსაციის მოვლენები. ჩვენს ავადმყოფ ქალს ოპერაცია ადგილობრივი ანესთეზიის პირობებში გაეუკეთეთ, რადგან მაშინ ზოგადი ინტუბაციური ნარკოზი არ არსებობდა. მიუხედავად ამისა, მან ოპერაცია კარგად გადაიტანა, დღესაც ცოცხალია და ემსახურება თავის საქმეს; მუცლის ღრუში სითხე აღარა აქვს, ღვიძლი დაუპატარავდა, კომპენსაცია აღუდგა. ამრიგად, ასეთმა ოპერაციამ შეიძლება სასწაულიც მოახდინოს, ავადმყოფს სიცოცხლე და შრომის უნარი დაუბრუნოს. სასურველია, რომ ოპერაციის დროს არ გავხსნათ პლევრის ღრუ, რადგანაც, როცა გული ასეთნაირად შებოჭილია, თუ პლევრის ღრუ გაიხსნა და ფილტვი გამოითიშა სუნთქვის აქტიდან, გულის მუშაობა გაუარესდება, მით უფრო თუ ოპერაციას ადგილობრივი

ანესთეზიით ვაკეთებთ. ახლა კი, როცა გვაქვს საშუალება ავადმყოფი ვამყოფოთ მართვით სუნთქვაზე, აღარ გვეშინია პლევრის გახსნის, ამასთან შეგვიძლია გავაკეთოთ არა მარტო ნაწილობრივი პერიკარდექტომია, გულს ჯავშანი შემოვაცალოთ არა მარტო წინა, არამედ უკანა ზედაპირიდანაც. ზოგჯერ გაძვალემა ღრუ ვენაზეც გადადის და, თუ ასეთი ძვლოვანი ქსოვილი გულს შემოვაცილებთ, ვენაზე კი — დავტოვეთ, სისხლის მიმოქცევა მაინც არ გაუმჯობესდება, რადგან ეს ძვლოვანი ქსოვილი უჭერს ვენას. ამგვარად, თუ ენაც არ გავათავისუფლებთ, ოპერაცია რადიკალური არ გამოვა, გაძვალებული ქსოვილიდან სისხლძარღვის გამოყოფის დროს შეიძლება ის დაგიზიანდეთ და სასიკვდილო სისხლის დენაც განვითარდეს, ამის თავიდან აცილება გმართებთ პედანტური მუშაობით. მახსოვს ცუდად დამთავრებული ერთი შემთხვევა. წინა მიღწევებით გათამამებულმა, გაუუკეთე ოპერაცია ახალგაზრდა კაცს, ძალიან მძიმე ავადმყოფს. მას აღენიშნებოდა სიცხიანობა, გადიღებული ღვიძლი, გაძნელებული სუნთქვა, ციანოზური ელფერი. არავითარი საშუალება მდგომარეობას არ უმსუბუქებდა. მისი მშობლები ოპერაციას მოითხოვდნენ, ავადმყოფიც მოუთმენლად მოელოდა ამას, რათა შვებით ამოესუნთქა. ჩვენც, ავადმყოფის განკურნების თვალსაზრისით, ოპერაციის გარდა სხვა გამოსავალს ვერ ვხედავდით. როცა ძვლოვანი ქსოვილის მოცილება დავიწყე მარცხენა პარკუტის არიდან, ძალიან ვფრთხილობდი, რომ არ დამეზიანებინა გვირგვინოვანი სისხლძარღვები და ანასტომოზები, ამოვწიე ძვლოვანი ფირფიტა, კრილობა სისხლით აივსო. აღმოჩნდა, რომ ამ არეში კუნთი მთელ სისქეზე გაძვალებული იყო გაოცებული დავრჩი—როგორ არსებობდა ავადმყოფი. თითოთ ვაჩერებდი სისხლის დენას. მაგრამ როდემდე? კუნთის დიდი დეფექტის აღდგენა შეუძლებელი გახდა და ავადმყოფი დაიღუპა. საჭიროა გაითვალისწინოთ ასეთი შემთხვევებიც, როცა ძლიერი მორფოლოგიური ცვლილებებია და ძვლოვანი ქსოვილის მოცილების შემდეგ რჩება ძნელად დასახური დეფექტი. მართალია, ასეთი ავადმყოფები ხანგრძლივად ვერ ცოცხლობენ — მათი სიცოცხლე თვეობით განისაზღვრება, ისიც მწოლიარე მდგომარეობაში, მაგრამ მაინც ძნელია, როდესაც ავადმყოფი საოპერაცია მაგიდაზე გრჩებათ. მხოლოდ ქირურგისათვისაა ცნობილი, თუ რა ცვლილებები იყო ავადმყოფის გულის კუნთში, რომ მას ასეთი გულით არსებობა არ შეეძლო, გარეშე ხალხი კი ამას ვერ გაიგებს. იტყვიან „ოპერაცია გაუკეთეს და მოკლესო“, დიას. ასე იტყვიან „მოკლესო“. ამით მინდა გითხრათ, რომ ეს ოპერაცია ყოველთვის კეთილად არ მთავრდება, გარკვეულ შემთხვევებში სიკვდილიანობა სდევს თან. უოპერაციოდ კი ყველა ავადმყოფ-

ფი სასიკვდილოდაა განწირული. ავადმყოფის გადარჩენის რა მცირე იმედიც უნდა იყოს, აუცილებელია ქირურგიული ჩარევა.

გულის ქირურგიული დაავადებების შემდეგი ჯგუფია სხვადასხვა მანკი. გულის მანკებს თერაპიიდან იცნობთ და კარგად უნდა იცოდეთ შექნილი და თანდაყოლილი მანკები. მოგეხსენებათ, რომ, რაც კაცობრიობა არსებობს, გულის მანკს მხოლოდ თერაპიულად მკურნალობდნენ. ამასთან, ისიც იცით, რომ ვერც ერთი თერაპიული საშუალება გულის მანკს ვერ არჩენს! არსებობს მხოლოდ სიმპტომური მკურნალობა და, თუ გულს რაიმე ძალა აქვს შერჩენილი, რომ კომპენსაცია მოახდინოს მკურნალობის ფონზე, ეს აუმჯობესებს ავადმყოფის მდგომარეობას. საბოლოოდ ავადმყოფები იღუპებიან. ჩვენი მეგობრების — თერაპევტების დასახმარებლად ამ საქმეშიც შევიქვერით ქირურგები. ახლა არ არის გულის არც ერთი მანკი, არც თანდაყოლილი, არც შექნილი, რომ ქირურგიულ ჩარევას არ ექვემდებარებოდეს.

ამ თვალსაზრისით ძალიან საინტერესოა და ყველაზე რთული ე. წ. თანდაყოლილი მანკები. შექნილი მანკებიდან თქვენ იცნობთ მანკებს, რომლებიც აერთიანებენ სტენოზსა და ორკარიანი, სამკარიანი სარქველების უკმარისობას. მრავალგვარია თანდაყოლილი მანკებიც, რომელთა უკეთ გაგებისათვის საჭიროა მათი ანატომიური კლასიფიკაცია; 1) თვით გულის თანდაყოლილი მანკები, 2) მაგისტრალური სისხლძარღვების თანდაყოლილი მანკები და 3) შერეული მანკები, ე. ი. გულისა და მაგისტრალური სისხლძარღვების მანკები.

წარმოვიდგინოთ გულის ოთხი კამერა — ორი წინაგული და ორი პარკუჭი, მარცხენა გული და მარჯვენა გული, მარტივად ოთხი ოთახი, ოთხი კამერა, რომელთა შორის კავშირია. როდესაც მარჯვენა წინაგულში შემოდის სისხლი, იქ დაკიდული კარები იღება და სისხლი შედის მარჯვენა პარკუჭში. ეს ვენური სისხლია. ვენური სისხლი art. pulmonalis-ის საშუალებით წავა ფილტვებში, იქ ჟანგბადს აითვისებს და მოუბრუნდება მარცხენა წინაგულს, იქიდან — მარცხენა პარკუჭს, შემდეგ კი აორტის საშუალებით. გავრცელდება მთელ ორგანიზმში. ისეთი რა თანდაყოლილი ნაკლი შეიძლება იყოს გულში, რომელიც დაარღვევს სისხლის ნორმალურ განაწილებას? ერთია იმ ტიხრის (ძგიდის) ნაკლოვანება, რომელიც არსებობს წინაგულთა, ე. ი. მარჯვენა და მარცხენა წინაგულთა შორის. ამ ტიხრში შეიძლება იყოს დეფექტი, ხვრელი ანდა ტიხრი სრულიად არ არსებობდეს. თუ ძგიდეში ხვრელი ან დეფექტია, იცით, რომ ამას ეწოდება foramen ovale aperta, ხოლო თუ წინაგულს შორის ძგიდე სულ არ არის, ოთხკამერიანის ნაცვლად

გული სამკაპერიაანია, ე. ი. წინაგულები ერთი მთლიანობაა. ამ დროს შერეული სისხლი გადმოდის მარჯვენა, ნაწილობრივ კი — მარცხენა პარკუჭში, რის გამოც ავადმყოფს ექნება შესაფერისი კლინიკური მოვლენები, მაგალითად, გალურჯებული სახე. ამიტომ ეწოდება ამ ავადმყოფობას „ლურჯი მანკი“.

მეორე თანდაყოლილი მანკია პარკუჭთაშორისი დეფექტი. ამ შემთხვევაშიც არტერიული და ვენური სისხლი ირევა; ან დეფექტია ანდა სულ არ არის ტიხრი და პარკუჭები გაერთიანებულია. ამ დროსაც გული სამკაპერიაანია და სისხლი ნორმალურად არ ნაწილდება. კლინიკურ სურათზე დაწვრილებით არ შევჩერდები, რადგან ეს თქვენ იცით თერაპიის კურსიდან.

მაგისტრალური სისხლძარღვების თანდაყოლილი მანკები სხვადასხვა ვარიანტით გვხვდება. თქვენ იცით, რომ ემბრიონულ პერიოდში ნაყოფის სისხლის მიმოქცევა სხვანაირია. ამ დროს არტერიული და ვენური სისხლი ერთმანეთს ერევა, რაც ბოტალის სადინარის მეოხებით ხორციელდება. ბოტალის სადინარი, მოგეხსენებათ, art. pulmonalis-სა და აორტას აერთებს ერთმანეთთან, ხოლო დაბადების შემდეგ ეს კავშირი ისპობა, ამ ორი სისხლძარღვის შემადგერთებელი ბოტალის სადინარი კი ობლიტერირდება და იოგად გარდაიქმნება. როგორც განვითარების მანკი, აღნიშნული სადინარი შეიძლება შეუხორცებელი დარჩეს და, ამრიგად, არსებობდეს კავშირი ფილტვის არტერიასა და აორტას შორის. თუ ემბრიონულ პერიოდში ეს ფიზიოლოგიური მოვლენაა, დაბადების შემდეგ — პათოლოგიაა და მაგისტრალური სისხლძარღვების მანკის ერთ-ერთი სახე. რა მოხდება ასეთ პირობებში? რაკი არტერიაში გაცილებით მეტი წნევაა, ვიდრე ვენაში, არტერიული სისხლი გადავა ვენურში, გულის მუშაობა დაბრკოლდება, განვითარდება გულის მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია. ბავშვი მეტად მძიმე მდგომარეობაში ვარდება, ზოგი თავიდანვე იღუპება. თუ ბავშვი ცოცხალი დარჩა, უკირს სიარული აღმართზე, კიბეზე, აწუხებს გულის უკმარისობის მოვლენები, უვითარდება დეკომპენსაცია, რაც, ქირურგიული მკურნალობის გარეშე, სიკვდილით თავდება. აღნიშნული პათოლოგია ბავშვობისავე ასაკში აშკარავდება. თუ ხვრელი, რომელიც აერთებს არტერიასა და ვენას, ვიწროა, მაშინ შეიძლება აღაპიანმა იცოცხლოს ზოგჯერ სიბერემდე, თუკი ამას არ მოჰყვა სექტიკური ენდოკარდიტი, რომელიც გახდება სიკვდილის მიზეზი. ასეთი მანკის დროს, როგორც მოგახსენეთ, არტერიული სისხლი აკლდება აორტას, ე. ი. მთელ ორგანიზმს, დაწყებული ტვინიდან ფრჩხილებამდე. მაშასადამე, არტერიული სისხლი ვერ მიდის სხეულის ქსოვილებსა და ორგანოებში ისეთი რაოდენობით, რამდენიც

საქირაოა. შერეული სისხლი შედის ფილტვებში, ე. ი. ფილტვები გადაიტვირთება. როგორც ხედავთ, სისხლის მიმოქცევის დინამიკა მკვეთრად ირღვევა, რომლის გამოსწორება შეიძლება მხოლოდ და მხოლოდ ოპერაციული გზით. მაშასადამე, ის, რაც ბუნებამ ვერ გააკეთა, ქირურგმა უნდა შეძლოს, არტერია გადაკვანძოს ორი ლიგატურის შორის, ე. ი. მოსპოს დარჩენილი გზა. ზოგჯერ ლიგატურით გადაკვანძვას ამკობინებენ გაკერვას, რადგან გადაკვანძვას შეიძლება მოჰყვეს რეკანალიზაცია, სისხლის დენა, რადგან ეს სისხლძარღვი არ არის ჩვეულებრივი, ის შედარებით ფხვიერია და ლიგატურისათვის ნაკლებ საიმედოა.

მაგისტრალურ სისხლძარღვთა მანკებიდან აღსანიშნავია აორტის შევიწროება, ე. წ. აორტის კოარქტაცია. ეს შევიწროება ძირითადად ხდება სამივე სისხლძარღვის art. carotis-ის, anonima-ს და subclavia-ს გამოყოფის ქვევით. Coarctatio aortae მძიმე მანკია, რომელიც თითქოს ორად ჰყოფს ადამიანის სხეულს. მაშინ, როდესაც ზემო სართული — თავის ტვინი, კისერი ჰიპერტონიის მდგომარეობაშია, ქვემო სართული: კიდურები, მუცლის ღრუ — სისხლნაკლებობას განიცდის. ზემო სართულში წნევა ვერცხისწყლის სვეტის 200—250—300-ს უდრის, სხეულის ქვემო ნაწილში კი — 20—30-ს არ აღემატება. ავადმყოფს აქვს თავის ძლიერი ტკივილი და მაღალი წნევა, რაც სიცოცხლეს საფრთხეს უქმნის. თუ განვითარდა შემოვლითი სისხლძარღვები, რომელთა საშუალებითაც ქვემო სართული იკვებება, მაშინ შესაძლებელია სხეულის ქვემო სართულმაც ასე თუ ისე იარსებოს. ამ პათოლოგიის დროსაც ავადმყოფის შველა შეიძლება მხოლოდ ქირურგიული გზით, რათა არტიულ სისხლს მიეცეთ საშუალება მთელი მოცულობით გადავიდეს დასწვრივ აორტაში შემოვლითი ანასტომოზების შექმნით.

თუკი აორტის კოარქტაცია 1—2 სმ-ს არ აღემატება, შეიძლება ეს შევიწროებული ადგილი ამოვკვეთოთ და ნორმალურ ბოლოებს შორის შევქმნათ ანასტომოზი. აღნიშნული ოპერაცია პირველად გააკეთა ქირურგმა კრეფორდმა, რომელსაც სტოკჰოლმში აქვს თავისი ინსტიტუტი. მასთან თანაშემწედ მუშაობს ცნობილი ქირურგი ბიუკი. უნდა მოგახსენოთ, რომ მე ამ ორივე ქირურგის ოპერაციას დავესწარი. დავათვალიერე მათი შესანიშნავი ინსტიტუტი, რომელიც ტექნიკის უკანასკნელი სიტყვითაა მოწყობილი. ქირურგებიც შესანიშნავნი არიან. ოპერაცია, რომელიც მე ვნახე, თუმცა ტექნიკურად ბრწყინვალედ იყო შესრულებული, ცუდად დამთავრდა — ავადმყოფი მოკვდა. დიახ, ქირურგმა კრეფორდმა პირველმა გააკეთა აორტის შევიწროებული ნაწილის რეზექცია და პერიფერიულსა და ცენტრალურ ბოლოებს შორის შექმნა ანასტომოზი. უნდა მოგახ-

სენოთ, რომ, როცა ამ ოპერაციის გაკეთებისათვის არის ჩვენებები, ის ეფექტურია.

ბოლო დროს ფეხი მოიკიდა სისხლძარღვთა პროთეზირებამ¹ აუტოპლასტიკის ან სხვადასხვა ტრანსპლანტატის გამოყენებით. ამრიგად, აორტის კოარქტაციის დროს ქირურგიული ჩარევის სამი გზაა: 1) თუ შევიწროება დიდ მანძილზე არ ვრცელდება, შეიძლება მისი ამოკვეთა და შერთულის დადება ცენტრალურ და პერიფერიულ ბოლოებს შორის; 2) art. subclavia-ს გადაკვეთავეთ truncus thyreocervicalis-ის პროქსიმალურად და აორტასთან შევქმნით ანასტომოზს შევიწროების შემოვლით და 3) ტრანსპლანტატების გამოყენება. თანამედროვე ეტაპზე მთელ მსოფლიოში მიმდინარეობს გაცხოველებული მუშაობა ამ მიმართულებით. პროთეზირების დროს საჭიროა დაცული იყოს ბიოლოგიური ნათესაობა დონორსა და რეციპიენტს შორის. რა თქმა უნდა, ადამიანისათვის სჯობია გამოვიყენოთ ისევე ადამიანის სისხლძარღვი ან სათანადოდ კონსერვირებული პროთეზები. მე უკვე მოგახსენეთ, რომ ჭერჭერობით გარკვეულ შემთხვევებში გადაწერგილ სისხლძარღვებში თრომბები წარმოიქმნება სისხლძარღვთა ობლიტერაციის მომდევნო შედეგებით.

მესამე მანკია ფილტვის არტერიის შევიწროება; ის თავის დასაწყისშივე შეიძლება შევიწროვდეს. ამ დროს მარჯვენა პარკუჭიდან ვენური სისხლი არ გადავა ფილტვში, რასაც მოჰყვება ფილტვის მეორადი სკლეროზი, სუნთქვის უკმარისობა. ასეთი პათოლოგიის დროს, მოგეხსენებათ, რომ კონსერვატიული მკურნალობა არაფრის მომტანია, ამიტომ ქირურგებმა ამ საკითხშიც სათანადო კორექტივი შეიტანეს art. subclavia-ს გადაკვეთითა და მისი art. pulmonalis-ში ჩაყერებით. აღნიშნული გზით არტერიული სისხლი გადავა და ფილტვს მიეწოდება. როგორც ხედავთ, ეს ოპერაცია არ არის სრულფასოვანი. ჩვენი მიზანია, რომ ფილტვებში მიდიოდეს ვენური სისხლი, იქ დაიჟანგოს, იქიდან კი უკან დაბრუნდეს არტერიული სისხლი. რაკი ამ შემთხვევებში არა გვაქვს საშუალება ფილტვს ვენური სისხლი მივაწოდოთ, ვაწვდით არტერიულ სისხლს, რათა არ განვითარდეს ფილტვის ქსოვილის სკლეროზი.

ამრიგად, ხედავთ, რომ როგორც გულის, ისე მაგისტრალური სისხლძარღვების მანკები მძიმე პათოლოგიაა და მათი მკურნალობაც არცთუ ისე იოლია.

მაგრამ არის მესამე ტიპის მანკები, ე. წ. შერეული მანკები, რომელთაც უფრო ხშირად ვხვდებით, ე. წ. იზოლირებულად. გულის ან სისხლძარღვების თანდაყოლილი მანკები შედარებით იშვიათია. შერეულ მანკთა შორის პირველ რიგში უნდა დავასახელოთ

ფალოს ტეტრადა — tetrada Faloo. ამ დროს აღინიშნება პარკუტ-
თაშორისი დეფექტი, ე. ი. გულის თანდაყოლილი მანკი, რომელსაც
ემატება მაგისტრალური სისხლძარღვის მანკიც — საერთო პარ-
კუტიდან იწყება აორტა. გარდა ამისა, ამ მანკთან კომბინაციაშივე
გვხვდება მესამე მანკიც — ფილტვის არტერიის შევიწროება და
მასვე ემატება, როგორც დასკენითი ნაწილი, გულის მარჯვენა პარ-
კუტის ჰიპერტროფია მეორადი დილატაციით. აი, ამ ოთხი პათო-
ლოგიის ჯამია tetrada Faloo. როგორც წინ დასახელებული მანკე-
ბის დროს, ამ შემთხვევაშიც ავადმყოფის გადარჩენა შეიძლება მხო-
ლოდ ქირურგიული გზით: საჭიროა პარკუტთაშორისი დეფექტის
მთლიანობის აღდგენა გაყერვით ან პლასტიკური ნივთიერების ჩა-
ყერებით და სისხლძარღვების სათანადო ოპერაცია.

არსებობს კიდევ ე. წ. ეიზენმენგერის ტრიადა, რაც იგივეა,
რაც ფალოს ტეტრადა, მაგრამ ერთ-ერთი მანკის, კერძოდ art.
pulmonalis-ის შევიწროების გამოკლებით.

ყველა დასახელებულ ოპერაციას დიდი წარმატებით იყენებენ
მთელ მსოფლიოში, ჩვენში — მოსკოვში, ლენინგრადში, კიევში,
ნოვოსიბირსკში, თბილისში და საერთოდ თითქმის ყველა დიდი ქა-
ლაქის ცენტრალურ კლინიკებში.

განსაკუთრებით რთული ოპერაციაა პარკუტთა ან წინაგულთა
შორის ძგიდის შექმნა. რითი უნდა შევქმნათ ეს ძგიდე? თუკი პა-
ტარა ხერელია, შეიძლება საკმარისი იყოს დეფექტის გაყერვა, ხო-
ლო თუ ეს ვერ ხერხდება, საჭიროა რომელიმე ნივთიერების,
პლასტმასის ტრანსპლანტატის ჩაყერვა. მაგრამ აღნიშნულის მიღ-
წევა შეუძლებელია ჩვეულებრივ პირობებში, სისხლმდენ და მუდამ
მოძრავ გულზე. როგორც მასიური სისხლის დენა, ისე გულის შე-
კუმშვა და გაშლა ხელშემშლელი იქნება მისი დეფექტის დახურე-
სათვის. ამის გამოც ლოგიკურად დაისვა საკითხი სისხლის მიმოქ-
ცევიდან გულის გამოთიშვის შესახებ, ე. ი. უნდა გადაკეტილიყო
ყველა სისხლძარღვი, რომელთაც სასხლი შეაქვთ გულში. მაშასა-
დამე, ოპერაციის გაკეთება აუცილებელია მშრალ გულზე. აღნიშ-
ნული პრობლემის გადაწყვეტას დასჭირდა რამდენიმე ათეული წლის
ინტენსიური მუშაობა და, გარდა ამისა, დიდი რესურსებიც. მშრალ
გულზე მუშაობისათვის საჭიროა ხელოვნური აპარატი, რომელიც
შეასრულებს გულისა და ფილტვების მაგივრობას და რომელშიც
გაივლის დონორის 4—5 ლიტრი სისხლი, რამდენიმე ექიმში, რომ-
ლებიც თვალყურს ადევნებენ ჟანგვით პროცესებს, სისხლის შემად-
გენლობის ცვალებადობასა და სხვ., გამოცდილი კარდიოპარკუ-
ტი, რომელიც გააკეთებს გულზე ოპერაციას. როგორც ხედავთ, ეს
არ არის იოლი საქმე, მაგრამ აღნიშნულმა როგორც მსოფლიოს სხვა

ქვეყნებში, ისე ჩვენშიაც მოიკიდა ფეხი და წარმატებით ხორციელდება.

1957 წ. ამერიკაში მიმდინარეობდა მსოფლიოს ქირურგთა კონგრესი. საბჭოთა კავშირიდან ამ დელეგაციაში იყვნენ აკადემიკოსები ბ. ვ. პეტროვსკი და ა. ა. ვიშნევსკი, საქართველოდან მეც გახლდით. დავესწარით მშრალ გულზე ოპერაციას. იმხანად საბჭოთა კავშირში ამ ოპერაციას არ აკეთებდნენ. გარკვეული დროის განმავლობაში აღნიშნული ოპერაციის ასათვისებლად ამერიკაში დარჩა აკად. ვიშნევსკი და დობრუნების შემდეგ ჩვენს ქვეყანაში მშრალ გულზე პირველი ოპერაციის ავტორიც იგი გახდა. ამის შემდეგ გულზე ოპერაციებმა საბჭოთა კავშირშიც მოიკიდა ფეხი და დღემას დიდი წარმატებით აკეთებენ. ასეთივე წარმატება ხვდა წილად თბილისში გაკეთებულ ოპერაციებს მშრალ გულზე (პროფ. კ. ფიფია).

შინდა მოგახსენოთ იმ გარემოების შესახებ, რომ, როდესაც ორკარიანი თუ სამკარიანი სარქველებია მანკიანი და ისინი თავის ფუნქციას ვერ ასრულებენ, შეიძლება მათი შენაცვლება ხელოვნურად შექმნილი სარქველებით. ქირურგიამ ამაშიც სასწაულს მიადწია. შექმნილია ლითონის, პლასტმასის სარქველები, ასეთი მანკის გამო ნაოპერაციევი ავადმყოფები ცოცხლობენ წლობით. მართალია, ეს ოპერაცია ჯერ არ არის საბოლოოდ სრულყოფილი, ქირურგები კვლავ ძიებაში არიან, მაგრამ რაც გაკეთდა, ესეც დიდი მიღწევაა. საერთოდ, გულის ქირურგიულ მკურნალობაში მიღწევა რომ გვაქვს, თქვენ ამის მოწმენი ბრძანდებით — ქირურგმა გადანერგა გული, ავადმყოფმა რამდენიმე წელიწადი იცოცხლა სხვისი გულით! უკანასკნელი ლიტერატურული მონაცემებით, მთელ მსოფლიოში ვულის გადანერგვის ასობით ოპერაციაა გაკეთებული. საბჭოთა კავშირში გულის გადანერგვა ორჯერ გააქეთა აკად. ვიშნევსკიმ. მართალია, ოპერაციები მარცხით დამთავრდა, მაგრამ, მოგეხსენებათ, დიდი საქმე მარცხის გარეშე არ კეთდება ხოლმე. ვიმედოვნებდეთ, რომ ჩვენს ქვეყანაში ეს საქმე წარმატებით დაგვირგვინდება.

მეგობრებო! ამით ვამთავრებთ საფაკულტეტო ქირურგიული ლექციების კურსს. როგორც თავიდანვე მოგახსენეთ, საფაკულტეტო ქირურგიის მიზანია გაეცნოთ ყველაზე ხშირ ქირურგიულ დაავადებებს, რომელთაც თქვენი პრაქტიკული მოღვაწეობის დროს შეხვდებით. მიღებულ ცოდნას მომავალში უფრო გააღრმავებთ — მე-5—6 კურსებზე და მეშვიდე წელსაც, როცა პრაქტიკულ მუშაობას შეუდგებით.

თუ რამდენად შევძელით ჩვენ. თქვენმა მასწავლებლებმა, და

თქვენ, ჩვენმა სტუდენტებმა, დაკისრებული მოვალეობის შესრულება, ამას დაგვანახვებს მომავალი.

მე მინდოდა, უფრო მყარ საფუძველზე მდგარიყავით და ბუმრობით არ გითხარიო, რომ გულზე ოპერაციაც გაგეკეთებინოთ. ვიმედოვნებ, თქვენი ზოგიერთი ამხანაგი ამას შეძლებს. ვფიქრობ, ძირითადი ქირურგიული დაავადებები შეისწავლეთ და მგონია, რომ მომავალ კურსზე არ შეგვარცხვენთ, ხოლო, რაც მთავარია, არ შეგვარცხვენთ მაშინ, როცა ცხოვრების დამოუკიდებელ ასპარეზზე გამოხვალთ, მოემსახურებით კეთილშობილურ საქმეს, რომელსაც ექიმობა ეწოდება. როცა თქვენ დამოუკიდებელ საქმიანობას შეუდგებით, ალბათ, მეც და ჩემს თანამემწეებსაც ხშირად მოგვიგონებთ, ზოგიერთი ინანებთ: რატომ უკეთ არ ვუსმენდით ლექციას, რატომ გულისყურით არ ვსინჯავდით, არ ვაკვირდებოდით ავადმყოფებსო და სხვ. მაგრამ ამ დანაკლისის შევსების საშუალება უსათუოდ გექნებათ. რაც აქ შეიძინეთ, ჩემი აზრით, დიდი განძია, რაშიც სულ ცოტა ხანში დავრწმუნდები, როცა ჩემთან საპასუხოდ მობრძანდებით. ვფიქრობ და მწამს, რომ თქვენ ღირსეულად შეასრულებთ ამ ამოცანას, რადგან ამ მხრივ დაინტერესება არც ერთ მხარეს არ გვაკლდა. მომავალში მოგიხდებათ ერთი დეფიციტის შევსება — წიგნის უფრო მეტად შეყვარება, რამდენადაც ამას ცხოვრება მოითხოვს. ეცადეთ ეს ნაკლი შეავსოთ და დადგეთ ღირსეული მოქალაქენი.

მემამყება, რომ წლის განმავლობაში ჩვენს შორის არ ყოფილა გაუგებრობა, რომელსაც ურთიერთსიყვარული და პატივისცემა ოდნავ მაინც გაეზაროს. გისურვებთ მომავალშიც ასე წაგემართოთ თქვენი სტუდენტური ცხოვრება. ამ მხრივ ამ კურსით გულნაკლული არა ვარ. შეიძლება მომიხნა ზოგიერთი სტუდენტის წყენინება. მაგრამ, დარწმუნებული იყავით, რომ ეს მხოლოდ თქვენი ინტერესებისათვის იყო საქირო. ვიმედოვნებ, რომ ის დიდი სიყვარული და პატივისცემა, რომელიც უნდა იყოს მოსწავლესა და მასწავლებელს შორის, დარჩება, გაგრძელდება და ჩემი დიდი სიხარული იქნება, როდესაც გავიგებ, რომ თქვენ ბრწყინვალედ წარმართეთ თქვენი საექიმო მოღვაწეობა, სასახლოდ ემსახურებით ჩვენი ხალხის ჯანმრთელობის საქმეს — ამით ასახელებთ თქვენს მასწავლებლებს. თქვენს ქვეყანას.

გისურვებთ ჯანმრთელობა ს, გისურვებთ, რომ თქვენი მომავალი მოღვაწეობა ყოფილიყოს ნაყოფიერი და სახელოვანი, მუდამ გამარჯვებულთ გველოთ!

კ უ რ ს ი ს ხ ე ლ მ ძ ღ ვ ა ნ ე ლ ი ს ტ უ დ ე ნ ტ ი ს.: დღევანდელი ლექცია ჩვენთვის სიხარულის მომტანიცაა და სამწუხარ-

როც. სამწუხარო იმიტომ, რომ ეს არის ჩვენი უკანასკნელი ლექცია საფაკულტეტო ქირურგიაში და გული გვტკივა, რომ აკად. ე. ფიფია ჩვენთან ამთავრებს ლექციების კითხვას. თქვენი ლექციები. ჩვენო ძვირფასო პროფესორო, გვანიჰებდნენ დიდ ესთეტიკურ სიამოვნებას. თქვენი სახით ჩვენ ვხედავთ კემშარიტ მკურნალს, ვხვდებით, თუ როგორი უნდა იყოს ექიმი, რათა მან ავადმყოფის ნდობა და ხალხის აღიარება დაიმსახუროს. ჩვენ ვეცადეთ აგვეთვისებინა დარგი, რომელსაც ესოდენ დიდი ინტერესით გადმოგვცემდით. ვეცდებით არა მარტო თქვენს წინაშე წარმოვდგეთ პირნათლად წლის ბოლოს, გამოცდაზე, არამედ ასეთივენი ვიყოთ მთელი ჩვენი საექიმო მოღვაწეობის პერიოდში. მადლობას მოგახსენებთ მთელი კურსის სახელით.

ასევე დიდი მადლობა გვინდა გადაუხადოთ კლინიკის კოლექტივს, რომელიც მთელი ენერჯითა და მონდომებით ცდილობდა ავადმყოფის საწოლთან ჩვენს გათვითცნობიერებას, რათა ადამიანის ყველა პათოლოგიის საიდუმლოებას ჩაეწვდომოდით. ვფიქრობ, ჩვენი მთელი კურსი, როგორც ერთი, დააფასებს საფაკულტეტო ქირურგიის კლინიკის პროფესორ-მასწავლებელთა ამაგს იმით, რომ შევეცდებით სასახელო ადამიანები გავხდეთ.

შინაარსი

პირველი ლექცია	5
მეორე ლექცია	18
მესამე ლექცია	27
მეოთხე ლექცია	39
მეხუთე ლექცია	47
მეექვსე ლექცია	59
მეშვიდე ლექცია	75
მერვე ლექცია	90
მეცხრე ლექცია	105
მეათე ლექცია	116
მეთერთმეტე ლექცია	128
მეთორმეტე ლექცია	144
მეტამეტე ლექცია	161
მეთოთხმეტე ლექცია	176
მეთხუთმეტე ლექცია	189
მეთექვსმეტე ლექცია	201
მეჩვიდმეტე ლექცია	212
მეთერამეტე ლექცია	224
მეცხრამეტე ლექცია	235
მეოცე ლექცია	248
ოცდამეერთე ლექცია	262
ოცდამეორე ლექცია	274
ოცდამესამე ლექცია	285
ოცდამეოთხე ლექცია	295

წარმოადგინა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის სამკურნალო
ფაკულტეტის საფაკულტეტო ქირურგიის კათედრამ

რეცენზენტები: | მეცნიერების დამსახურებული მოღვაწე პროფ. შ. ჩაჩავა.
| პროფ. ი. მგალობლიშვილი

რედაქტორი მედ.ციხიშვილი ს. დოქტორი ბ. ქუშსიაძე
გამომცემლობის რედაქტორი ვ. კობიაშვილი
მხატვრული რედაქტორი ს. ბოტკოველი
ტექნოლოგიური რედაქტორი ნ. კუციბე
ორიგინალი ნ. დგებუაძე
გამომცემი ნ. დოგუჯანიძე

გადაეცა წარმოებას 30/III-72 წ. ხელმოწერილია დასაბეჭდად 8/1-73 წ.
საბეჭდი ქაღალდი № 1. ქაღალდის ზომა 60X90. ნაბეჭდი თაბახი 19,5.
სააღრიცხვო-საგამომცემლო თაბახი 17,92.
ტირაჟი 2.000. შეკვეთა № 768.

ფასი 1 მან. 4 კაპ.

გამომცემლობა „განათლება“. თბილისი, ძარჯანიშვილის ქ. № 4
Издательство «Ганатлеба», Тбилиси, ул. Марджанишвили,
1973

საქართველოს სსრ მინისტრთა საბჭოს გამომცემლობათა, პოლიგრაფიისა
წიგნით ვაჭრობის კომიტეტის თბილისის სტამბა № 4.
Тбилисская типография № 4 Государственного комитета Советов
Министров Грузинской ССР по делам издательства, полиграфии
и книжной торговли.