

ელენთის დახურული დაზიანების კლინიკა და გეურნალობა



მონოგრაფიაში გაშუქებულია პრაქტიკული ქირურგიის ერთ-ერთი აქტუალური საკითხი — ელენთის დაზურული, ანუ კანკვეშა დაზიანების კლინიკა და მკურნალობა. მასში დიდი კლინიკური მასალის შესწავლის საფუძველზე განხილულია ის სიმპტომები, რომლებსაც ხშირად აქვთ ადგილი ამ პათოლოგიის, დროს. ჭანამედროვე პოზიციებიდანაა გაშუქებული ოპერაციისა და შოკის ურთიერთდამოკიდებულების, გაუტყევაობის მეთოდის არჩევისა და სხვა მრავალი პრაქტიკული საკითხი.

წიგნი განუთენილია პრაქტიკულად მომუშავე ქირურგებისათვის.

ა მ ტ ო რ ი ს ა ბ ა ნ

ელენთის დახურული, ანუ კანქვეშა დაზიანება სასწრაფო, გადაუდებელი ქირურგიის ერთ-ერთი აქტუალური საკითხია. იგი საკმაოდ ხშირად გვხვდება მშვიდობიანობის პირობებშიც. ელენთის ხშირი დაზიანება გულმკერდის ან მუცლის ტრავმის დროს. მისი გამომწვევი მიზეზების გარდა, უნდა აიხსნას ამ ორგანოს თავისებურებებით, მისი ტოპოგრაფიული ანატომიით და სხვ.

შეიძლებაოდა გვეფიქრა, რომ ვინაიდან ქირურგებს ამ პათოლოგიასთან ხშირად აქვთ საქმე, ერთიანი აზრი უნდა არსებობდეს ისეთ ძირითად საკითხებზე, როგორიცაა ელენთის დაზიანების კლინიკა და მკურნალობა. სინამდვილეში კი, ლიტერატურის მონაცემების საფუძველზე, საწინააღმდეგო მოვლენასთან გვაქვს საქმე.

ელენთის დაზიანების დროს დაზოგვით ოპერაციებს გვირჩევენ ა. გ. სოსნოვსკი (1950), მ. ა. ხელიმსკი (1950) და ე. ვ. დიბიევი (1957), ა. ფ. ნეფედოვი (1959). ეს ოპერაცია ნაკლებ საიმედოდ მიაჩნიათ და ამ პათოლოგიის დროს სპლენექტომიას უპირატესობას ა. პ. ალექსანდროვიჩი (1949), მ. კომახიძე (1959) და სხვ. პირველნი იმ მოსაზრებით ხელმძღვანელობენ, რომ ელენთას დიდი მნიშვნელობა აქვს ორგანიზმისათვის. მეორენი, თუმცა აღიარებენ ელენთის მნიშვნელობას ორგანიზმისათვის, მაგრამ დაზიანებული ელენთის დატოვება უფრო საშიშად მიაჩნიათ, ვიდრე ამოკვეთა.

ლიტერატურაში აღწერილია ელენთის გახეთქვის შემდეგ მისი ქსოვილის მუცლის ღრუში ჩათესვის მრავალი შემთხვევა. ბუნებრივია, იბადება კითხვა: ჩათესილი ელენთის ქსოვილი ხომ არ ახდენს ამოკვეთილი ელენთის ფუნქციის კომპენსაციას

და თუ ეს ასეა, რამდენად შესაძლებელია დაზიანებული ელენ-
თის ამოკვეთის შემდეგ მუცლის ღრუში ელენთის ნაქრების
ჩათესვა და როგორი იქნება მათი შემდგომი ბედი.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, მიზნად დავისახეთ
შეგვესწავლა ელენთის კანქვეშა დაზიანების სიხშირე ჩვენი
რესპუბლიკის კლინიკებისა და ქირურგიული განყოფილებების
მიხედვით 30 წლის (1943—1962 წ.წ.) მანძილზე. ეს მით
უმეტეს საინტერესოდ მივიჩნიეთ, რომ გარდა ცალკეული
ავტორის მიერ (მ. ტყავაძე, ს. ქოიავა, 1937) გამოქვეყნებულ
ელენთის კანქვეშა დაზიანების შემთხვევებისა, ეს საკითხი
საქართველოს მასშტაბით არავის დაუმუშავებია, მაშინ, როდე-
საც არც ისე დიდი ხნის წინათ ელენთის დაავადებები (რაც
გულმკერდისა და მუცლის ტრავმის დროს ამ ორგანოს დაზი-
ანებებს ხელს უწყობს) სამხარეო პათოლოგიას წარმოადგენდა.

ჩვენს შრომას საფუძვლად დაედო კლინიკური შემთხვევე-
ბისა (ელენთის კანქვეშა დაზიანების მქონე 335 ავადმყოფი)
და ექსპერიმენტული მონაცემების (28 ექსპერიმენტი 2 სერიად
14 ძალღზე) ანალიზი, რამაც ლიტერატურის მონაცემებთან
ერთად უფლება მოგვცა ზოგიერთი თეორიული და პრაქტიკუ-
ლი დასკვნა გამოგვეტანა.

ლიტერატურის მიმოხილვა

400-ზე მეტმა წელმა განვლო მას შემდეგ, რაც 1549 წ. ნეაპოლელმა დალაქმა ცაკარელომ აწარმოვა პირველი სპლენექტომია. მაგრამ ძალიან დიდი დრო იყო საჭირო იმისათვის, რათა ამ ოპერაციას მოქალაქეობრივი უფლება მოეპოვებინა და პრაქტიკული ქირურგიის სხვა ოპერაციებს შორის სათანადო ადგილი დაეკავებინა, თუმცა ცალკეული ქირურგი იშვიათად, მაგრამ მაინც მიმართავდა მას ელენთის სხვადასხვა პათოლოგიის დროს.

1581 წელს ვიარდმა წარმატებით აწარმოვა სპლენექტომია ელენთის კრილობაში გამოვარდნის გამო.

შემდგომში სპლენექტომია გამოიყენეს კლარქსმა (1676), მატისმა (1678), გერბეიზმა (1700), ფერიუსმა (1711) და ვილსონმა (1743).

ელენთის ქირურგია მედიცინისათვის დიდი ხნის განმავლობაში მიუვალ ციხე-სიმაგრედ ითვლებოდა.

გალენის თქმით, ამის ძირითად მიზეზს ის წარმოადგენდა, რომ ელენთა მრავალი საუკუნის მანძილზე „ბინდით მოცული ორგანო იყო“ (ვეინერთი, 1927).

მრავალი სახის მცდარი ვერსია არსებობდა ელენთის დანიშნულებისა და როლის შესახებ.

ელენთა ისევე, როგორც ყველა სხვა ორგანო, იპყრობდა ძველი ბერძენი და რომაელი ექიმებისა და სწავლულების ყურადღებას, რომლებიც მას სხვადასხვა დანიშნულებას მიაწერდნენ, მაგრამ უმრავლესობას იგი უვარგის ორგანოდ მიაჩნდა.

ეგინა თვლიდა, რომ ელენთა ადამიანს ხელს უშლის სირბილის დროს, რის გამოც მიზანშეწონილად მიიჩნევდა ელენთის მიდამოში კანის გახურებული რკინით მოწვას (ვეინერთი).

პლინიუსი ამ მიზნით ელენთის ამოკვეთას ურჩევდა.

არისტოტელე ელენთას მეორე ღვიძლად თვლიდა. მან იცოდა, რომ ელენთა ღვიძლთან კავშირს ამყარებდა კარის ვენის საშუალებით.

ეროზისტრატეს მიხედვით, ბუნებას ელენთის გარდა ზედმეტი არაფერი არ შეუქმნია, პარაცელსიუსის აზრით კი, ელენთა მარტო იმისთვის არსებობს, რომ სხვა ორგანოების მიერ მოპოვებული სიკეთე მოსპოს. დემოკრატეს გამოთქმით, ელენთა ბუნების შეცდომაა.

არსებობდა სხვა შეხედულებებიც, რომლებიც, თუმცა არ უგულებელყოფდა ელენთას, როგორც ორგანოს, მაგრამ მას უმნიშვნელო როლს მიაწერდა.

ზოგიერთ მკვლევარს ელენთა გუნებ-განწყობის ორგანოდ მიაჩნდა.

აღსანიშნავია, რომ მაშინ, როდესაც მსოფლიო მედიცინაში ასეთი ბუნდოვანი წარმოდგენა არსებობდა ელენთაზე, ქართულ სამედიცინო წყაროებში არსებული ცნობები ელენთის ანატომია-ფიზიოლოგიისა და პათოლოგიის შესახებ იმ დროისათვის საკმაოდ მართებულიად უნდა ჩაითვალოს.

მეთერთმეტე საუკუნის ძეგლ „უსწორო კარაბადინში“ ელენთის დაავადება ცალკე თავად არის გამოყოფილი, ხოლო მეცამეტე საუკუნის ნაშრომში „ბუნებისათვის კაცისა“ ელენთის შესახებ ანატომიური ცნობებია მოცემული.

ელენთის დანიშნულების შესახებ მოგვითხრობს „სამკურნალო წიგნი“ (მე-15 საუკუნე): „საქმენი მისნი — ადგილი ტყირპისა არის მკერდსა ქუეშე მარცხნით, პირის-პირ ღვიძლისა. ელენთა და ღვიძლი მსგავსი აგებულებისა... აგებულება ტყირპისა სისხლისა თხელისაგან გაყინულისა... და ტყირპისა ორნი საქმენი აქუან თანა: ერთი რომე შემოკრებს სისხლსა ღვიძლისაგან მღუიესა, რომელ ჩადის მისკენ და იზარდების მისგან და დაასუბუქებს სიმღუიესა და სიმძიმესა სისხლისა“.

ელენთის შესწავლა-გამოკვლევის აღწერილობას ვხვდებით „იადიგარ-დაუდში“ და სხვ.

ასეთი ქაოსის მიუხედავად ზოგიერთი მეცნიერი მაინც განაგრძობდა ამ ორგანოს შესწავლას. ამ მხრივ დიდი ღვაწლი მიუძღვით მალპიგის და ჰარვეის. მალპიგიმ ელენთა შეისწავლა მიკროსკოპით

და ამტკიცებდა, რომ იგი სისხლმომოქცევის სისტემას ეკუთვნის. მიუხედავად ამისა, მრავალი პრობლემა ჯერ კიდევ შეუსწავლელი რჩებოდა.

1885 წელს პირველად ტ. როდიკიმ აწარმოვა სპლენექტომია ელენთის დაზიანების დროს.

შემდგომ წლებში გამოქვეყნდა მრავალი ავტორის მიერ ტრავმის დროს ჩატარებული სპლენექტომიის საკმაოდ ხშირი შემთხვევები, მაგალითად: 1890 წ. ლედერგოზემ აღწერა სპლენექტომიის 72 შემთხვევა; 1894 წ. ვულპიუსმა გამოაქვეყნა სპლენექტომიის 121 შემთხვევა; 1897 წ. კოსინსკიმ — 163 შემთხვევა, 1911 წ. ბერეზნეგოვსკიმ — სპლენექტომიის 1200 შემთხვევა.

XIX საუკუნის მიწურულში ქირურგები არ კმაყოფილდებიან სპლენექტომიით და აღწერენ ელენთის დაზიანებისას მისი გაკერვის პირველ ცდას (1896 წ. ლამარხია. მოყვანილია კომახიძით).

ლეოტას (1626) აზრით, პირველი ნაკერი ელენთის დაზიანების დროს გამოიყენა პარლავეიკისმა. 1910 წელს ბროგსიტერმა შეაგროვა ელენთის გაკერვის 10 შემთხვევა (მისი დაზიანების დროს).

პეტროვს (1906) ელენთაზე ნაკერი კარგი შედეგით გამოუყენებია 22 შემთხვევაში.

რუსეთში პირველი ლაპაროტომია ელენთის დაზიანების გამო შესრულებულია ა. ატროიანოვის მიერ 1896 წელს.

სამამულო ლიტერატურაში ელენთის შესახებ პირველი ნაშრომია მ. კრიუკოვის მიერ 1901 წელს დაცული დისერტაცია „ელენთის ტრავმული დაზიანების ოპერაციული მკურნალობის საკითხისათვის“.

XX საუკუნის დასაწყისში ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს ქირურგიული ჩარევის შემთხვევები გახშირდა. 1905 წ. ბ. კ. ფანკელშტეინმა გამოაქვეყნა ელენთის კანქვეშა დაზიანების 3 შემთხვევა.

თბილისის სამხედრო ჰოსპიტლის მასალაზე ელენთის კანქვეშა დაზიანების შემთხვევას აღწერს ვ. გ. ბოჟოვსკი (1909).

1911 წ. გ. მუხაძე აქვეყნებს შრომას ელენთის არაპარაზიტული ცისტების შესახებ.

20-იან წლებში ქვეყნდება მნიშვნელოვანი შრომები ელენთის

ქირურგიის შესახებ, რასაც ხელი შეუწყო ელენთის დაზიანების დროს ოპერაციული ჩარევის სიხშირემ. თუ 1900 წლამდე, 350 წლის განმავლობაში, გაკეთდა 200 ოპერაცია, მომდევნო 10 წელიწადში გაკეთდა 5-ჯერ მეტი—1000.

ბუნებრივია, ამ გარემოებამ გარკვეულად იმოქმედა ელენთის ფიზიოლოგიის შესწავლაზე. მართლაც, ამ პერიოდში როგორც ჩვენში, ისე უცხოეთში ბევრი ნაშრომი მიეძღვნა ელენთის ანატომიისა და ფიზიოლოგიის საკითხების დეტალურ შესწავლას. მაგალითად: ა. ფ. ბრანდტმა (1914) შეისწავლა პოლისპლენია ძაღლებში, ა. ს. ზოლოტუხინმა (1922) — ელენთის საფეისაციო აპარატი, ბერიოზოვმა (1921)—ელენთის ფუნქციები, ი. ი. ჯანელიძემ (1926), სახაროვმა და ზუბოვმა (1926)—ელენთის კავშირი ინკრეტორულ ორგანოებთან, ა. ა. გოლუბევმა (1927)—ელენთის სისხლძარღვები, გინზბურგმა (1926) — ელენთის ქსოვილის იმპლანტაციის უნარი, ნ. შ. კანტურიამ (1951) — ელენთის ფორმისა და მისი არტერიის ვარიაციებზე ახალშობილებში, სტორსტინმა, რიმაინმა (1953) და ვაისმა (1953) აღწერეს ელენთის ტრავმის შემდეგ სპლენოზის შემთხვევები.

ელენთის ქირურგიის აქტუალობის დამამტკიცებელი იყო ის ფაქტი, რომ 1926 წ. რომში ქირურგთა VII საერთაშორისო ყრილობაზე ელენთის ქირურგია საპროგრამო საკითხად იდგა.

ელენთის ქირურგიას მიუძღვნეს შრომები ვეინერთმა (1924), ა. ლადომ (1926), ლეოტამ (1926), პაპაიონუმ, პენშენმა (1926), ჰირშელდმა და მიუზამმა (1930) და სხვ.

მაღარიული სპლენომეგალიის ქირურგიული მკურნალობის ან მასთან დაკავშირებულ სხვა საკითხებზე გამოქვეყნებულია მთელი რიგი შრომები (მ. მ. გოლინკო, 1926; ა. კეიშვილი, 1930; ნ. ჯანდიერი, 1938 და სხვ.).

ელენთის თვითნებური გახეთქვის შემთხვევებს აღწერენ ტ. ს. აბაშიძე (1929), ვ. ი. ტელეგი, მ. ვ. კლიაჩკინი, ა. გაჭიევი (1932), ი. ს. ზასედატელოვა (1947), ვ. ა. პოკროვსკი (1948) და სხვ.

ელენთის ორმომენტიან გახეთქვას აღწერენ ბ. ტ. ფუქსი (1933), ვ. ი. ვასილკოვანი (1938) და მ. ა. სარქისოვი (1949).

ელენთანთან ერთად სხვა ორგანოების დაზიანების სიხშირეზე მიუთითებს მ. ლ. ბორუხინის (1935), ა. გ. მუსინის (1937), ნ. ი. მამფორიას (1959) და სხვათა შრომები.

ბავშვებში ელენთის დაზიანებას აღწერენ ტ. კ. ვალტერი (1935)—5 შემთხვევა. თ. ნერსესოვა (1956) — 1 შემთხვევა, კორნელიაჟი (1958) — მრავალი შემთხვევა.

ელენთის დაზიანების მექანიზმს ეხება ა. ნ. ტაიროვის (1940), ფიმიშინის (1954) და სხვათა შრომები.

ელენთის დაზიანების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საკითხებს მრავალმა ავტორმა მიუძღვნა თავისი შრომა. მათ შორის აღსანიშნავია ბელინ-ბელინოვიჩი (1925). კ. ი. სამგოროდსკი (1925), ტ. ს. გრიგორიევი (1925), რომლებიც ელენთის გახეთქვის დროს უპირატესობას სპლენექტომიას ანიჭებენ.

სოზონ-იაროშევიჩი (1925) კრიტიკულ ანალიზს უკეთებს ელენთაზე მისადგომ განაკვეთებს.

ს. კლუჩარევი (1926), ასახელებს რა სპლენექტომიის ჩვენებებს. მას უვნებელ ჩარევად მიიჩნევს.

ი. ფიშელსონი (1927) და ს. გეინაცი (1927) ორგანიზმისათვის სისხლის შენარჩუნების მიზნით გვირჩევენ მუცლის ღრუში ჩაღვრილი სისხლის ჩატოვებას. მ. ა. კარაპეტიანი (1930) აღწერს ელენთის ტრავმის დროს საჭირო მკურნალობის მეთოდებს. მ. დ. პონომარიოვი (1938) და მ. ე. კომახიძე (1959) გვირჩევენ ელენთის არტერიის გადაკვანძვას. ელენთის დაზიანების დროს ვ. ა. შერვაშიძემ (1939) მოგვაწოდა ელენთაზე მიდგომის ახალი განაკვეთი.

ვერშონ-კოენმა (1951). ჰერმელმა (1951), ბირნმა (1951) და ბრინპერსტმა (1951) ელენთის კანქვეშა დაზიანების დიაგნოსტიკის მიზნით 1951 წელს პირველად გამოიყენეს რენტგენის სხივები.

ელენთის ტრავმული დაზიანების მკურნალობის საკითხს ეხება ვირეიკოვსკაიას (1959) და პანოვის (1929) შრომები.

როგორც საკითხის მოკლე მიმოხილვიდან ჩანს, მრავალი წლის განმავლობაში არსებული ემპირიული შეხედულებები ელენთის დანიშნულების შესახებ თანდათანობით შეიცვალა მეცნიერულ წარმოდგენით, ცხადი გახდა ამ ორგანოს მნიშვნელობა ორგანიზმისათვის. ელენთაზე ექსპერიმენტების ჩატარებით შესაძლებელი შეიქნა მისი ერთ-ერთი პათოლოგიის — დაზიანებული დაზიანების დიაგნოსტიკის, ეტიოლოგიისა და პათოგენეზის, დაზიანების მექანიზმის, მკურნალობისა და სხვა საკითხების დაზუსტება.

მოკლე ცნობები ელენთის ანატომიის, ჰისტოლოგიისა და ფიზიოლოგიის შესახებ

ჩვეულებრივ ელენთა მოთავსებულია მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში და გარეშე ზეგავლენიანაგან დაცულია IX—XI ნეკნით.

თითოეული ადამიანის ელენთის ზომა მისივე მუშტის ტოლია, ბოლო ფორმით ყავის მარცვალს წააგავს. ელენთის საშუალო მოცულობა უდრის 221,5 სმ³. სიგრძე —12—14 სმ, სიგანე —8—9 სმ, სისქე—3—4 სმ, წონა—150—250 გ.

ელენთაზე განასხვავებენ სამ ზედაპირს: ერთი გარეთა. ანუ ღიაფრავმული და ორი შიგნითა — შინა შიგნითა, ანუ კუჭისძხრივი და უკანა შიგნითა, ანუ ღვიძლისძხრივი. ელენთის მდებარეობა დამოკიდებულია მეზობელი ორგანოების მდგომარეობაზე და მის საფეკსაციო აპარატზე, რომლის შექმნაშიც მონაწილეობს კუჭ-ელენთის, პანკრეას-ელენთის, შუასაძგიდ-ელენთის და შუასაძგიდ-კოლინჯის ჯოგები. ელენთის სისხლძარღვებს წარმოადგენს ელენთის არტერია და ელენთის ვენა, რომლებიც ელენთის კარში მის ფეხს ქმნიან. ელენთის სისხლმომოქცევის შესახებ მრავალი შეხედულება არსებობს, მაგრამ მათ აქ არ შეეხებოდა, ვინაიდან ელენთის მრავალ საკითხს შორის იგი ცალკე დიდ თავს წარმოადგენს. აღენიშნავთ მხოლოდ, რომ რიგი ავტორების აზრით, ელენთაში ადგილი აქვს დახურულ სისხლმომოქცევას, სხვების აზრით — ღიას, ზოგიერთი ავტორის აზრით კი — კომბინირებულ სისხლმომოქცევას.

ელენთა შედგება ორგვარი ქსოვილისაგან — სტრომისა და პარენქიმისაგან. სტრომა წარმოდგენილია ელენთის კაფსულით. მისგან წარზიდული ხარისხებითა და რეტიკულების მორჩებით, პარენქიმა კი შედგება თეთრი და წითელი პულპისაგან. თეთრი პულპა, ღიმფური კვანძები, ანუ მალპიგის სხეულაკები ფოლიკულური წარმოშობისაა, მის შემადგენლობაშია რეტიკულური ქსოვილი და უწყვილესი არტერიული ტოტებია რომელთაც ღიმფოციტების გროვები მიჰყვება ქარქაშის მუფტების სახით. წითელ პულპას წარმოადგენს არტერიული კაპილარები და მათ შორის მოთავსებული რეტიკულური საფუძველი, რომელიც, ჰელმანის მიხედვით, მრავალგვარ თავისუფალ უჯრედოვან ელემენტებს შეიცავს. ამ ორი ნივთიერების ურთიერთშეფარდება ელენთაში ასაკის მიხედვით იცვლება, კერძოდ, 1—15

წლამდე ლიმფური ქსოვილის რაოდენობა მატულობს, ხოლო შემდეგ თანდათანობით კლებულობს.

უკანასკნელ ზანებში საბჭოთა ლიტერატურაში გამოჩნდა მრავალი შრომა, რომლებიც მიეძღვნა ელენთის ნორმალური და პათოლოგიური ანატომიის, მისი ინერვაციის, სისხლძარღვების ტოპოგრაფიის, ქირურგიული ანატომიისა და სხვა საკითხთა შესწავლას (ნ. ბუნინი, 1927; ზოლოტუხინი, 1922; მ. კომახიძე, 1938; ა. ცაგარეიშვილი, 1941; ა. ელკინდი, 1957; დიბიევი, 1961; დრიერი, 1961).

განსაკუთრებით დიდია საბჭოთა ქირურგების როლი ელენთის სისხლძარღვების, კერძოდ, არტერიის დატოტიანებისა და ანასტოზოზების შესწავლის საქმეში. ამ მხრივ დიდი წვლილი მიუძღვის ჯერ კიდევ 1938—39 წ. მ. კომახიძეს და შემდეგ კი — პარმენკოვს.

პარმენკოვის დასკვნები პრაქტიკული მნიშვნელობისაა. მოვიყვანო ზოგიერთ მათგანს:

1) ელენთის არტერიის სისტემაში კარგად განვითარებული შიდა და გარეთა არტერიული ანასტოზოზები შემთხვევათა 93%-ში შეხედველი სახით გვხვდება: ა) ექსტრაორგანული. ბ) გარდამავალი. გ) ორგანოს შიდა, დ) პრეკაპილარული და ამ სახეთა მრავალი სახის კომბინირება.

2) ელენთის დაზიანების დროს ყველაზე უფრო საშიშ ზონად უნდა ჩაითვალოს შუამედიალური (მარჯვენა). რომლის კიდე ფართობით 20,6% შეადგენს (მთელი ორგანოს ოდენობასთან შედარებით), დანარჩენი უბნების დაზიანება ნაკლებად საშიშია.

ელენთის ტოპოგრაფიული ანატომიის შესწავლას ახალი შუქი მოჰფინა ამბროსოვსკის დისერტაციაში გამოქვეყნებულმა მონაცემებმა. ავტორმა შეისწავლა ელენთის ნაწილების დამოკიდებულება ნეკნებთან და ხერხემლის სვეტთან. მისი აზრით, ელენთის ორთოგონალური პროექციის ხუთი ვარიანტი არსებობს: ა) მაღალი მდებარეობა, ბ) დაბალი მდებარეობა, გ) მაღალი ლატერალური, დ) დაბალი მედიალური, ე) დაბალი ლატერალური.

3) ყველაზე ხშირი ვარიანტებია მაღალი ლატერალური და დაბალი მედიალური პროექცია;

4) არსებობს კორელაციური დამოკიდებულება ელენთის მდებარეობასა და დიაფრაგმის თალის მდებარეობას შორის: რაც უფრო

ბაღლა დგას დიაფრაგმა, მით უფრო მაღლა დგას ელენთის ზედა პოლუსი;

5) სკელეტოტოპურად ელენთა მოთავსებულია გულმკერდის მე-10 ნეკნის დონიდან წელის I მალის დონემდე და ხერხემალიდან დაშორებულია: ზედა პოლუსი — 2,8 სმ-ით, ჰილუსი — 3,8 სმ-ით და ქვედა პოლუსი—6,5 სმ-ით.

6) სკელეტოტოპურად ელენთის საზღვრები შეესაბამება: ზედა პოლუსი — მე-6 ნეკნთაშუა სივრცეს, ჰილუსი — მე-7 ნეკნის ქვედა მეზამედს და ქვედა პოლუსი—მე-9 ნეკნთაშუა სივრცეს.

ასეთია მოკლედ ახალი მონაცემები ელენთის ანატომიისა და ტოპოგრაფიული ანატომიის შესახებ. ჩვენი აზრით, მათი ცოდნა გაგვიადვილებს მრავალი საკითხის და, კერძოდ, ელენთის დახურული დახიანების მექანიზმის გარკვევას.

რამდენიმე სიტყვით გვინდა შევჩერდეთ ელენთის ფიზიოლოგიასა და მის ფუნქციებზე. უკანასკნელ ხანებში ხშირი ქირურგიული ჩარევებისა და ექსპერიმენტული გამოკვლევების საფუძველზე შესაძლებელი გახდა ელენთის მრავალი, მეცნიერებისათვის უცნობი ფუნქციის დადგენა, თუმცა ჯერ კიდევ ელენთის მრავალი ფუნქცია მოითხოვს დაზუსტებას.

დღესდღეობით ელენთას შემდეგ ფუნქციებს მიაწერენ:

1) იგი მონაწილეობს სისხლის წარმოქმნაში, კერძოდ, ლიმფოპოეზში.

ბერიოზოვი ჩატარებული ექსპერიმენტების საფუძველზე სპლენექტომიის შემდეგ განვითარებული ლეიკოციტოზის მექანიზმს შემდეგნაირად ხსნის: „სპლენექტომიის შედეგად განვითარებული ლეიკოციტოზის ძირითადი მიზეზია ავტონომიური ნერვული სისტემის ტონუსის მომატება, რაც გამოწვეულია ელენთის ჰორმონ-ვეგეტატიური ნერვული სისტემის პარალიზატორის გამოვარდნით“.

მ. კომახიძე ელენთას ჰემოპოეზურ ორგანოდ მიიჩნევს მხოლოდ ემბრიონულ პერიოდში, ფაერმანს კი ელენთის ეს ფუნქცია დასაშვებად მიაჩნია სხვა დროსაც.

2) ელენთის ჰემოლიზური ფუნქცია დადასტურდა ერათროფაგიის სახით. დღეისათვის ცნობილია, რომ ელენთის არტერიაში მეტი ერათროციტია და ამ ერათროციტების რეზისტენტობა უფრო მაღალია.

ვიდრე ელენთის ვენებში არსებული ერითროციტების რეზისტენტობა.

ელენთა ჰემოგლობინის, ჰემოსიდერინისა და ბილირუბინის დეჰოს წარმოადგენს.

პულპაში ერითროციტების დაზიანების მაჩვენებელია მათი რეზისტენტობის დაქვეითება ელენთის ვენაში (არტერიასთან შედარებით) და რეზისტენტობის მომატება პერიფერიულ სისხლში (ფაერმანი, ლ. ჩიქობავა).

3) ელენთას გარკვეული დამოკიდებულება აქვს ძვლის ტვინთან და ლიმფურ სისტემასთან. მრავალი ავტორის აზრით (ჰირშფელდი, ფრანკი, ვაინერტი და სხვ.), ელენთა აქვეითებს ძვლის ტვინის მოქმედებას. აშერისა და ზოლბერგერის მიხედვით, სპლენექტომიის შემდეგ ძვლის ტვინი უფრო აქტიური ხდება (ფაერმანით).

ფაერმანს მიაჩნია, რომ ძვლის ტვინის ერითრობლასტური პროცესი კი არ წყდება, არამედ ადგილი აქვს ფორმირებას ელემენტების სისხლის ნაკადში გადასვლას.

ხანმოკლე პოლიციტემიის მოვლენის ახსნას იძლევიან ბერიოზოვი და ნისნევიჩი, ხანგრძლივისას კი — სტრადომსკი.

4) აღსანიშნავია აგრეთვე ელენთის ფილტრაციული უნარი.

5) ელენთა მონაწილეობს ნივთიერებათა ცვლაში. განსაკუთრებით საყურადღებოა ელენთის როლი რკინის ცვლაში. ელენთაში ლაგდება და შემდეგ საჭიროების მიხედვით ორგანიზმს ხმარდება რკინა, რომელიც ერითროციტების დაშლის შედეგად წარმოიშვება.

6) ელენთა ურთიერთდამოკიდებულებაშია სხვა ენდოკრინულ ორგანოებთან.

7) ელენთა კავშირშია ღვიძლთან (ღვიძლის სპლენიზაცია სპლენექტომიის შემდეგ). იგი ღვიძლს გადასცემს მასალას ბილირუბინის სათვის.

8) სპლენექტომიის შემდეგ ელენთის ექსტრაქტი „სპლენინი“ და მისი სხვა ჰორმონები მოქმედებს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტზე პერისტალტიკისა და მადის მომატების სახით

9) აღსანიშნავია ელენთის როლი ავთვისებიანი სიმსივნეების წინააღმდეგ ბრძოლაში.

ელენთის დახურული, ანუ კანქვეშა დაზიანების სიხშირე

(ლიტერატურის მიმოხილვა და საკუთარი შემთხვევების ანალიზი)

ელენთის დახურული, ანუ კანქვეშა დაზიანება საკმაოდ ხშირია მუცლის ღრუს ორგანოთა დახურულ დაზიანებებს შორის.

ავტორთა უმრავლესობა ელენთის კანქვეშა დაზიანებას (ნაწლავების ან ღვიძლის კანქვეშა დაზიანების შემდეგ) მუცლის ღრუს ორგანოების დახურულ დაზიანებათა შორის მე-2 ადგილზე აყენებს.

პოსტნიკოვის მიხედვით. 1936 წლის ნაკრები სტატისტიკა მუცლის ღრუს ორგანოთა დახურული დაზიანების შესახებ შემდეგ სურათს იძლევა:

ღვიძლი	— 296	შემთხვევა შარდის ბუშტი	— 23	შემთხვევა
ელენთა	— 164	„ ჯორჯალი	— 7	„
თირკმლები	— 106	„ ბადექონი	— 6	„
ნაწლავები	— 55	ნაღვლის ბუშტი	— 6	„
კუჭი	— 37	„ კუჭუკანა ჯირკვალი	— 3	„

ა. ს. ოსტროვსკაიას და ო. ა. სტავროვსკაიას (1956) ღვიძლისა და ელენთის დახურული დაზიანების აღწერისას, რომელიც შეეხება სკლიფასოვსკის სახ. სასწრაფო დახმარების ინსტიტუტის 15 წლის (1938—1953 წწ.) მასალას, მოყავთ ელენთის კანქვეშა დაზიანების 114 და ღვიძლის ანალოგიური დაზიანების 83 შემთხვევა და გამოთქვამენ მოსაზრებას, რომ ელენთის დაზიანება უფრო ხშირია. ვიდრე ღვიძლის დაზიანება.

ა. ვ. კრავჩენკოს და ვ. გ. ვოლკოვის (1962) მონაცემებით, ღვიძლისა და ელენთის დახურული დაზიანების 43 შემთხვევიდან 22 შეეხება ღვიძლს, 21—ელენთას, რაც ორგანოების თანაბარი დაზიანების სიხშირეზე მიუთითებს.

ვ. ი. სერგას და ე. ნ. კნიშის (1961) მონაცემებით, მუცლის ღრუს ორგანოების დახურული ტრავმის დროს ელენთის ტრავმას ღვიძლისა და ნაწლავების დაზიანების შემდეგ მე-3 ადგილი უჭირავს (97 შემთხვევიდან კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაზიანება 22, ღვიძლის—21, ელენთის—13 შემთხვევაში).

ს. თბილისის სახ. სამედიცინო ინსტიტუტის სასამართლო მედიცინის კათედრის 10 წლის მონაცემებით (1947—1958 წწ. მათიაშვილი,

შანიძე. გვეტაძე, აბაშიძე), 6622 გვამის მასალის დამუშავების საფუძველზე დაზიანების ლოკალიზაციის მიხედვით აღმოჩნდა, რომ მუცლის ღრუს ორგანოების კომპლექსური დაზიანების შემთხვევათა 25% მოდის ელენთაზე; დაზიანების მხრივ იგი ღვიძლის შემდეგ მეორე ადგილზეა.

ც. ა. ლლონტი (1960) ელენთის დაზიანებას აღნიშნავს მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანების 16%-ში.

პოლის სტატისტიკით, ელენთის კანქვეშა დაზიანება მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანებათა 22—33%-ს შეადგენს. ვალკერის მიხედვით, იგი უდრის 30%-ს, ვასიკოვანეს მიხედვით — 34%-ს. დანარჩენი ავტორები შემდეგ მაჩვენებლებს იძლევიან: ბერკ-ზნეგოვსკი (1909) 20%-ს, ტ. დ. ბაკერნიკოვი (1937) — 40%-ს, ა. პ. ალექსანდროვიჩი — 50%-ს, ბ. იმნაიშვილი (1954) — 27.4%-ს, მ. გ. ჰუსეინოვი (1948) — 27%-ს, ი. ს. ლიპკინი (1936) — 30%-ს, დ. ი. კრივიცი (1960) — 18,5%-ს, ვ. ვ. დიბიევი (1957) — 40%-ს, ა. ნ. პოსტნიკოვი (1936) — 30%-ს. თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის პოსპიტალური ქირურგიის კათედრაზე, რომელსაც პროფ. მ. კომახიძე ხელმძღვანელობს, 1962 წლამდე გატარებულია ელენთის კანქვეშა დაზიანების მქონე 23 ავადმყოფი. ელენთის დაზიანებას სიხშირის მიხედვით ნაწლავებისა და ღვიძლის დაზიანების შემდეგ მე-3 ადგილი უჭირავს.

ამ მონაცემებს შორის სხვაობის მიუხედავად ყველა ავტორი ელენთის კანქვეშა, ანუ დაზიანების საკმაოდ მაღალ მაჩვენებელს იძლევა, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ ეს პათოლოგია როგორც ომის დროს, ისე მშვიდობიან პირობებში საკმაოდ ხშირად გვხვდება და პრაქტიკული ქირურგიის ერთ-ერთ აქტუალურ საკითხს წარმოადგენს. ელენთის კანქვეშა დაზიანებებთან დაკავშირებით ავტორთა მონაცემებს შორის სხვაობა გაპირობებული უნდა იყოს იმ გარემოებით, რომ სხვადასხვა ავტორი სხვადასხვა ქვეყნის მასალას გვაწვდის, ეს პათოლოგია კი ძირითადად გვხვდება იმ ქვეყნებში, სადაც ელენთის დაავადება, სპლენომეგალია, სამხარეო პათოლოგიას წარმოადგენს. ამის მაგალითს წარმოადგენს გრაუფთორდის სტატისტიკური მონაცემები ინდოეთის მასალაზე, რომელიც 477 შემთხვევას მოიცავს (კომახიძით), მაშინ როდესაც გაგენის მიხედვით. ნიურნბერგში 10 წლის განმავლობაში ელენთის დაზიანების

6 შემთხვევა იყო, რაც შეადგენს შინაგანი ორგანოების დაზიანების 1,3%-ს (მ. კ. კლიაჩინით, 1931). სკუდინას მონაცემებით, ჰილდენ-ბრანდმა 10 წელიწადში ელენთის დაზიანების 4 შემთხვევა შეაგროვა, კრეუტერმა 6 წელიწადში — 4 შემთხვევა, გერცენმა — 2 შემთხვევა.

ამ მხრივ, როგორც შესავალში აღვნიშნეთ, საინტერესოა ჩვენი რესპუბლიკის მონაცემები, ვინაიდან არც ისე დიდი ხნის წინათ საქართველოში საკმაოდ ძლიერ გავრცელებული იყო მალარია, რაც ელენთის პათოლოგიურ შეცვლას ყველაზე უფრო ხშირად იწვევს. იმ პირებს, რომლებსაც გადატანილი აქვთ ეს სნეულება, ბუნებრივია, ელენტა პათოლოგიურად შეცვლილი აქვთ. აქედან გამომდინარე, ჩვენ გვაინტერესებდა ელენტის კანქვეშა დაზიანების სიხშირე ჩვენს რესპუბლიკაში. ქ. თბილისის და საქართველოს დიდ ქალაქთა კლინიკების 30 წლის მასალის საფუძველზე (1933—1962 წწ.) შევაგროვეთ და ანალიზი გავუკეთეთ 335 შემთხვევას.

ელენტის დაზიანების სიხშირე ასაკის მიხედვით. ელენტის კანქვეშა დაზიანება შეიძლება მოხდეს ყველა ასაკში, ახალშობილობიდან დაწყებული (ნ. მ. ლორმანი, 1940; თ. ნერსესოვა, 1956; მ. ს. ტეტუშინა და კ. ი. ზავიალოვა, 1958) დამთავრებული მოხუცებულობის ასაკით (მ. ი. გერასიმოვი, 1929; რ. ი. ლევინი, 1935). ჩვენს შემთხვევაში 4 ავადმყოფი 80 წლამდე იყო მიღწეული (სპლენექტომიის შემდეგ ორი გაეწერა გაჯანსაღებული). მაგრამ ავტორთა უმრავლესობის მიხედვით, ელენტის კანქვეშა დაზიანება ხშირია 20—40 წლის ასაკში, ე. ი. როდესაც ადამიანი ფიზიკურად ძლიერია და აქტიურ საქმიანობას ეწევა. ამის გარდა, ჯერ კიდევ 1906 წ. ი. ბ. სტუძინსკიმ ადამიანთა შესწავლის საფუძველზე დაადგინა, რომ ელენტის ზომაში გადიდება სწორედ ამ ასაკში ხდება. ამავე ფაქტს ადასტურებს მრავალი ავტორის მონაცემები (პ. ოსტრინი, 1961; ი. ლიპკინი, 1936; ტ. ბაკერნიკოვი, 1937; ი. პევზნერი, 1941; ტ. გნილორიბოვი, 1948; მ. ჰუსეინოვი, 1948; მ. კოზმინი, 1949; ვ. შეპკოვა, 1958; ბ. იმნაიშვილი, 1954; ა. ალექსანდროვიჩი, 1948; მ. კომახიძე, 1959, მ. კრასნერი, 1959; ზ. დუბლიკი — 1961).

არც ისე იშვიათია ელენტის კანქვეშა დაზიანება ბავშვებში.

კრაუფორდის თანახმად. 15 წლამდე ასაკის ბავშვებზე ელენტის

კანქვეშა დაზიანების. შემთხვევათა 13% მოდის (ტ. კ. ვალტერი, 1935).

ამაზევე მიუთითებს ტ. კ. ვალტერის (1935), კორნელიაქის (1958), ბოლის, მაკ-კინონის და შვარცის (1960), ლ. კოვალენკოს (1956) მიერ აღწერილი ელენთის კანქვეშა დაზიანების შემთხვევები ბავშვებში.

გრაუფორდის მიხედვით, ელენთის კანქვეშა დაზიანება ქარბობდა 25—45 წლის ასაკში, ბერგერის თანახმად კი — 20—30 წლის ასაკში.

ჩვენი დაკვირვებით, ელენთის დაზიანებას ადგილი ჰქონდა უხშირესად 20—40 წლის ასაკში (335-დან 196).

იშვიათად ელენთის დაზიანებას ადგილი აქვს 70-დან 80 წლის ასაკში (ჩვენს მასალაზე 8 ავადმყოფი). ზოგჯერ ელენთის დაზიანებას იწვევს უმნიშვნელო ტრავმა და დაავადების კლინიკაც არაა ყოველთვის ტიპური.

მოგვეყავს ელენთის კანქვეშა დაზიანების ერთი შემთხვევა როგორც საინტერესო დიაგნოსტიკისა და გამოსავლის თვალსაზრისით.

ავადმყოფი კ. ი., 77 წლის (ავადმყოფობის ისტ. 725), შემოვიდა კლინიკაში 12/II-50 წ. ჩივილებით—აგრესია და განავალზე გაუსვლელობა და უმნიშვნელო გულისრევა. ავდაა 2 დღე. როგორც ანამნეზიდან ირკვევა, ოთხი დღის წინათ აუწევია მცირე წონის ტვირთი, რის შემდეგ უგრძნია ხანმოკლე ძლიერი ტკივილი მუცლის მარცხენა ნახევარში. ავადმყოფს აღნიშნული გარემოებისათვის ყურადღება არ მიუქცევია და აგრძელებდა ჩვეულებრივ საქმიანობას. ორი დღის წინათ კი კვლავ დასწყებია ტკივილი მუცელში, განსაკუთრებით ეპიგასტრიუმისა და მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში, ტემპერატურა მომატებია 37°-მდე. განავალა და აირებზე ვერ გადიოდა, რის გამოც მომართა კლინიკას. შემოსვლისას ობიექტურად: ავადმყოფი საშუალო ტანის, სწორი აგებულების, საწოლში მდებარეობა იძულებითი; წევს მარჯვენა გვერდზე. ენა მშრალი, თეთრი ნადებით, მუცელი ოვალური ფორმის, სუნთქვაში მონაწილეობს, პალპაციით ოდნავ დაქიმულია ეპიგასტრიუმისა და მარცხენა ფერდქვეშა მიდამო. ბლუმბერგის სიმპტომი უარყოფითი. პულსი სუსტი ავსების და დაქიმულობის, წუთში 82, Tens 100/60, 1. 37,7°. სისხლის ანალიზიდან აღსანიშნავია ლეიკოციტოზი — 12.000, Ib 72%.

ავადმყოფს ჩაუტარდა კონსერვატიული ღონისძიებები გაუვალბობის წინააღმდეგ (სითონი, პარანეტრალური ბლოკადა), რის შემდეგ აირებზე გავიდა, მაგრამ ტკივილმა მუცლის მარცხენა ნახევარში იპატა, ჩამოყალიბდა პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნები, რის გამოც 12/IV-50 წ. ეთერის ნარკოზით გაუკეთდა საცდელი ლაპაროტომია შუა ხაზზე. მუცლის ღრუს გახსნისას გადმოვიდა საშუალო რაოდენობის სისხლი, მუცლის ღრუში იმყოფებოდა სისხლის ძველი და ახალი კოატები, დათვლიერებისას აღმოჩნდა ელენთის პარენქიმისა და კაფსულის

გახეუქვა მის შიგნითა ზედაპირზე (2X3 სმ). გაკეთდა სპლენექტომია. ოპერაციის ღროს ავადმყოფს გადაეხსა 0(1) ჭკუდის სისხლი 500,0 მლ რაოდენობით. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში რაიმე გართულება არ აღენიშნებოდა. გაწერის წინ სისხლის ანალიზით აღსანიშნავია ლეიკოციტოზი 13.000. 28/IV-50 წ. ავადმყოფი კლინიკიდან გაწერა გაუმჯობესებულ მდგომარეობაში.

ელენთის კანქვეშა დაზიანების სიხშირე სქესის მიხედვით. ელენთის კანქვეშა დაზიანება უფრო ხშირად მამაკაცთა ხვედრია.

ავტორთა უმრავლესობის მონაცემები სქესის მიხედვით ელენთის კანქვეშა დაზიანების გავრცელების შესახებ მამაკაცების სასარგებლოდ ლაპარაკობს.

რესპუბლიკის ნაკრები მასალის თანახმად, ელენთის კანქვეშა დაზიანების მქონე 335 ავადმყოფიდან მამაკაცი იყო 236 (71,2%), ქალი — 99 (29,8%).

ანალოგიურ მაჩვენებლებს იძლევიან უცხოელი ავტორები ლარგერო და გიურია (1951).

არც ისე იშვიათია ელენთის კანქვეშა დაზიანება ქალებში მშობიარობის დროს. დაავადების ეტიოლოგიის განხილვისას უფრო დაწვრილებით შევჩერდებით ამ საკითხზე.

ელენთის კანქვეშა დაზიანების შემთხვევებს მშობიარე ქალებში აღწერენ ა. ივანჩენკო (1928), ი. დიკი (1948), ვ. ზუხერი (1956), ა. ბულავნიცევა და რ. ბლაგოდატევი (1958), ტ. ბაიბურინი (1960), ბარნეტი (1952). ამ უკანასკნელის აზრით, პირველად ელენთის კანქვეშა დაზიანება მშობიარე ქალებში აღწერა საქსლიუფმა 1803 წელს. ბარნეტმა მსოფლიო ლიტერატურაში აღწერილ 17 შემთხვევას მიუმატა თავისი მე-18 შემთხვევა.

ელენთის კანქვეშა დაზიანების სიხშირე გეოგრაფიული გარემოს მიხედვით. ელენთის კანქვეშა დაზიანება, როგორც ზემოთ აღენიშნეთ, უფრო მეტად იმ ქვეყნებში გვხვდება, სადაც ელენთის დაავადებები სამხარეო პათოლოგიას წარმოადგენს და სხვადასხვა ინფექციური სნეულების შედეგად ხშირად აქვს ადგილი სპლენომეგალიას, ელენთის პათოლოგიურ შეცვლას, რის გამოც მუცლის მიდამოს ტრავმის დროს ადვილად ხდება მისი დაზიანება. ამას ადასტურებს კრაუფორდის მიერ აღწერილი ელენთის კანქვეშა დაზიანების 477 შემთხვევა, რომლე-

ბიც ავტორმა ინდოეთში მცირე ხნის განმავლობაში შეაგროვა. მაკ-კრაკენმა შანხაიში 5 წლის განმავლობაში მალარიული ელენთის გახეთქვის 20 შემთხვევა შეაგროვა (მ. ი. კარტაშოვი, 1935).

იაპონიაში, როგორც წესი, სასამართლოს ხშირად გასამართლებელი განაჩენი გამოაქვს ბრალდებულისათვის იმ შემთხვევაში, როდესაც მის მიერ მიყენებულ ტრავმას მოპყვება მალარიით წინასწარ შეცვლილი ელენთის გახეთქვა (ფინკელშტეინი).

ა. პ. ალექსანდროვიჩის (1949) მიხედვით, სამხრეთ ტაჯიკეთში ელენთის გახეთქვა გაცილებით უფრო ხშირად გვხვდება, ვიდრე საბჭოთა კავშირის სხვა რესპუბლიკებში და მას პირველი ადგილი უჭირავს მუცლის ღრუს ორგანოების დაზურულ დაზიანებათა შორის. გულმკერდისა და მუცლის ღრუს მიდამოს ყოველი სახის ტრავმა საეჭვოა ელენთის გახეთქვის შესაძლებლობის მხრივ.

დასავლეთ ევროპაში ელენთის დაზურული დაზიანება შედარებით იშვიათია.

საქართველოში, განსაკუთრებით დასავლეთ საქართველოში, რომელიც წინათ მალარიის კერას წარმოადგენდა, ელენთის დაზიანება საკმაოდ ხშირი იყო. ქოიავას (1937) მიერ შეგროვილი მუცლის ღრუს ორგანოების კანქვეშა დაზიანების 127 შემთხვევიდან 87 ელენთის კანქვეშა დაზიანებაზე მოდიოდა.

ჩვენ შევაგროვეთ ელენთის კანქვეშა დაზიანების შემთხვევები უკანასკნელი 30 წლის (1933—62 წწ.) მასალაზე (335 შემთხვევა), ე. ი. იმ პერიოდის მასალაზე, როდესაც ჩვენს რესპუბლიკაში სპლენომეგალიისა და ელენთის პათოლოგიური შეცვლის გამომწვევი დაავადება — მალარია — უკვე ლიკვიდირებული იყო, რამაც, ბუნებრივია, მუცლისა და გულმკერდის ტრავმის დროს შეამცირა ელენთის კანქვეშა დაზიანების შესაძლებლობა.

ეტიოლოგიის საკითხის განხილვისას ერთხელ კიდევ დავუბრუნდებით ინფექციურ დაავადებებს, კერძოდ კი, მალარიის როლის გარკვევას ელენთის კანქვეშა დაზიანების საქმეში. ახლა კი მიზანშეწონილად მიგვაჩნია აღვნიშნოთ ის გარემოება, რომ ელენთის კანქვეშა დაზიანების 335 შემთხვევიდან სოხუმის, ბათუმის, ფოთის და სიღნაღის (მალარიის ყველაზე მეტად გავრცელებული რაიონები წინათ) საავადმყოფოების ქირურგიულ განყოფილებებზე მოდის ელენთის დაზიანების 57 შემთხვევა, რაც შეადგენს 17%. ამ შემ-

თხვევებშიც კი ძლიერი ტრავმის გამო ძირითადად დაზიანებულია ნორმალური ელენთა.

ელენთის დახურული დაზიანების კლასიფიკაცია

ელენთის დახურული დაზიანების მრავალი კლასიფიკაცია ძირითადად სამ დიდ ჯგუფად შეიძლება დაიყოს: I ჯგუფი — კლასიფიკაცია, რომელიც დამყარებულია დაზიანების ლოკალიზაციის განსაზღვრაზე, II ჯგუფი — კლასიფიკაცია დაზიანების ხარისხის მიხედვით და III — კლასიფიკაცია კლინიკური გამოვლინებების მიხედვით. პირველი ორი ჯგუფი ემყარება პათომორფოლოგიური ცვლილებების განსაზღვრას, მესამე კი — კლინიკურ მიმდინარეობას.

ლოკალიზაციის მიხედვით არჩევენ ელენთის ერთეულ და მრავლობით დაზიანებებს. დიდი კლინიკური მასალის შესწავლის საფუძველზე დადგენილია, რომ ელენთის მრავლობითი დაზიანება გაცილებით ხშირია, ვიდრე ერთეული. კრაუფორდის მიერ აღწერილია ელენთის კანქვეშა დაზიანების 477 შემთხვევიდან ელენთის მრავლობითი დაზიანება აღინიშნებოდა 328 შემთხვევაში, ერთეული — 149 (ა. ნ. პოსტნიკოვი, 1936). ვ. ნ. პეშკოვა (1958) ელენთის კანქვეშა დაზიანების 91 შემთხვევიდან მრავლობით დაზიანებას აღნიშნავს 80 შემთხვევაში.

ჩვენი კლინიკის მონაცემებით, ელენთის კანქვეშა დაზიანების 23 შემთხვევიდან მრავლობითი დაზიანება აღენიშნებოდა 16 ავადმყოფს. რესპუბლიკის ნაკრები მასალის მიხედვით ელენთის კანქვეშა დაზიანების 335 შემთხვევიდან მრავლობითი დაზიანება აღენიშნებოდა 248 ავადმყოფს, ერთეული — 87 ავადმყოფს. მრავლობითი დაზიანება, როგორც წესი, უფრო ღრმაა. იგი შეიძლება ლოკალიზდებოდეს ელენთის ერთ ან ორივე ზედაპირზე.

არ არსებობს ერთიანი აზრი ელენთის გარეთა და შიგნითა ზედაპირების დაზიანების სიხშირის შესახებ.

ელენთის კანქვეშა დაზიანებას უფრო ხშირად მის გარეთა ზედაპირზე აღნიშნავენ მ. კრიუკოვი (1901), ბ. ფინკელშტეინი (1905), ბილონი, კრაუფორდი (მ. კომახიძე, 1959) ტ. ვალტერი (1935), ვ. დიბიუევი (1957).

ბერგერისა და მ. კომახიძის (1959) აზრით, ელენთის შიგნითა ზედაპირი გარეთა ზედაპირზე ორჯერ უფრო მეტად ზიანდება. ამასვე აღნიშნავენ ვ. ანოფრიევა (1939) და ნ. კუზმინი.

ჩვენს შემთხვევებში ქარბობდა ელენთის გახეთქვა მის შიგნითა ზედაპირზე.

ელენთის დაზიანების მიმართულება შეიძლება იყოს განივი, გასწვრივი და ვარსკვლავისებრი.

ელენთის განივი გახეთქვა უფრო ხშირად გვხვდება (ა. პოსტნიკოვი, 1936; ა. ტაიროვი, 1940; მ. კომახიძე, 1959).

ჩვენი მასალით, ელენთა უხშირესად დაზიანებული იყო განივი მიმართულებით.

გაცილებით ადვილად შეიძლება დაზიანდეს ელენთის პარენქიმა, ვიდრე კაფსულა. ამით აიხსნება ის მდგომარეობა, რომ ელენთის პარენქიმის ძლიერი დაზიანების დროს შეიძლება კაფსულამ შეინარჩუნოს თავისი მთლიანობა. ასეთ შემთხვევაში წარმოიქმნება სუბკაფსულური ჰემატომა. ზოგჯერ, პირიქით, შესაძლებელია დაზიანდეს მხოლოდ კაფსულა და პარენქიმა კი დაუზიანებელი დარჩეს. ძლიერი ტრავმის დროს უფრო ხშირად პარენქიმაც ზიანდება და კაფსულაც, ანდა დაზიანება შეიძლება იმდენად ძლიერი იყოს, რომ მოწყდეს ელენთის ქვედა ან ზედა სეგმენტი, ან ელენთა გაიგლიჯოს შუაზე; ზოგჯერ შეიძლება ელენთას მოსწყდეს ფეხი. ეს უკანასკნელი ხშირია ბავშვებში (კორნელიაჟი, 1958).

ჩვენი შემთხვევების ანალიზი ადასტურებს ა. პოსტნიკოვის (1936) აზრს, რომ ქვედა პოლუსი უფრო ხშირად ზიანდება, ვიდრე ზედა, ვინაიდან იგი უფრო ნაკლებად არის დაცული გარე შეხებისაგან. ჩვენს შემთხვევაში ქვედა პოლუსი, ზედასთან შედარებით, 1,5-ჯერ უფრო ხშირად განიცდიდა დაზიანებას.

ელენთის კანქვეშა დაზიანების მრავალი კლასიფიკაციიდან დაზიანების ხარისხის მიხედვით აღსანიშნავია კონის კლასიფიკაცია, რომელიც ითვალისწინებს:

- 1) მხოლოდ ელენთის კაფსულის დაზიანებას;
- 2) პარენქიმისა და კაფსულის ერთდროულ დაზიანებას;
- 3) პარენქიმის გასკდომას კაფსულის მთლიანობის შენარჩუნებით;
- 4) პარენქიმისა და კაფსულის ძლიერ დაზიანებას ორგანოს ნა-

წილის მთლიანი მოგლეჯით ან გაგლეჯით, რაც იწვევს ელენტის კარის მიდამოში მსხვილი სისხლძარღვების დაზიანებას და ძლიერი სისხლდენით ხასიათდება.

პრაქტიკული ქირურგიისათვის საინტერესოა ამ კლასიფიკაციის მე-2 და მე-3 პუნქტი.

ყველაზე ხშირია პარენქიმისა და კაფსულის ერთდროული დაზიანება (ტ. ვალტერი, 1935; მ. სარქისოვი, 1949; მ. კომახიძე, 1959; ე. კუზანოვი, 1962).

ჩვენს ნაკრებ მასალაზე ელენტის კანქვეშა დაზიანების 335 შემთხვევიდან პარენქიმისა და კაფსულის ერთდროული დაზიანება აღენიშნებოდა 212 ავადმყოფს.

ცხრილი 1

ელენტის კანქვეშა გახეთქვის ხიხშირე დაზიანების ხარისხის მიხედვით (კონით)

დაზიანების ხარისხი	დაზიანების რიცხვი	პროცენტუალად
1) მხოლოდ ელენტის კაფსულის დაზიანება	60	18,9
2) პარენქიმისა და კაფსულის ერთდროული დაზიანება	212	63,2
3) პარენქიმის ვასკლომა კაფსულის მთლიანობის შენარჩუნებით	12	3,5
4) პარენქიმისა და კაფსულის ძლიერი დაზიანება ორგანოთა ნაწილობრივი ან მთლიანი გაგლეჯით ან მოგლეჯით	51	14,4
სულ	335	

გაცილებით იშვიათია ელენტის ნაწილის ან ფეხის მოგლეჯა. ვ. ვ. დიბიეცს (1957) 22 შემთხვევიდან ფეხის მოგლეჯა უნახავს 2 შემთხვევაში. ვ. ნ. მეშკოვას (1958) 94 შემთხვევიდან 5 შემთხვევაში უნახავს ნაწილის მოგლეჯა, ხოლო 4 შემთხვევაში — ფეხის მოგლეჯა.

ელენტის ფეხის ან ნაწილის მოგლეჯა, როგორც წესი, სასიკვ-

დილო სისხლდენას იწვევს, ისე, რომ ავადმყოფები ვერ ასწრებენ საოპერაციო მაგიდაზე ასვლას. იშვიათად, მიუხედავად ასეთი ძლიერი დაზიანებისა, ავადმყოფის მდგომარეობა შეიძლება შედარებით დამაკმაყოფილებელი ჩანდეს და საშიშროება გამოცდილი და მაღალკვალიფიციური ქირურგისთვისაც შეუძნეველი დარჩეს.

აღნიშნულის საილუსტრაციოდ გამოდგება გ. სიდორენკოს (1961) მიერ აღწერილი ტრავმის შედეგად გამოწვეული ელენტის ფეხის მოწყვეტის 24 დღის ხანგრძლიობის შემთხვევა. ამ დროს ელენტის სისხლძარღვების გადაგრეხამ ხელი შეუწყო მათ სანათურ-ში თრომბების გაჩენას, რამაც სისხლდენა შეაჩერა. ეს შემთხვევა ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფის გაჯანსაღებით დამთავრდა. ამ მხრივ აღსანიშნავია ჩვენი კლინიკის ერთი შემთხვევა, სადაც ადგილი ჰქონდა ელენტის შოგლეჯას და მის შუაზე გაგლეჯას, და მიუხედავად ამისა, ავადმყოფის მდგომარეობა დაავადების სიმძიმესთან შედარებით დამაკმაყოფილებელი იყო. მოგვყავს ერთი ჩვენი შემთხვევა.

ავადმყოფი გ. ი., მამაკაცი (ავადმყოფობის ისტ. 1172), 30 წლის. მოყვანილ იქნა კლინიკაში 7/11-59 წ. მესამე სართულიდან ჩამოვარდნის 5 საათის შემდეგ. საერთო მდგომარეობა საშუალო სიმძიმის, პულსი 80, საშუალო ავსების და დაკიშულობის, სისხლის არტერიული წნევა 110/70, მეუცელი რბილი, მარცხენა ფერდქევა მიდამო მგრძნობიარე. აქვე აღინიშნება ზომიერი მტკივნეულობა. ავადმყოფი იძულებით წევს ზურგზე. მეორე დღეს ავადმყოფის მდგომარეობა დამძიმდა. ჩამოყალიბდა პერიტონიტისა და შინაგანი სისხლდენის აშკარა ნიშნები, რის გამოც გაუკეთდა ოპერაცია — ლაპაროტომია. აღმოჩნდა ელენტის მოგლეჯა და შუაზე გასკდომა. სპლენექტომიის შემდეგ ავადმყოფი განიკურნა.

დიტერიხსი კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით ელენტის კანქვეშა დაზიანების შემდეგ კლასიფიკაციას იძლევა: 1. ელვისებრი, 2. ნელი და 3. გვიანი. პ. ი. ოსტრინით (1961): 1. ნელი, 2. სწრაფი, 3. ელვისებრი.

ელენტის კანქვეშა დაზიანების კლინიკურ მიმდინარეობას ემყარება კლუციეს და ზეპფელის (1958) მიერ მოწოდებული კლასიფიკაცია: 1) სწრაფი სისხლდენა ადრეული კოლაფსით, 2) ფარული სისხლდენა, 3) მეორადი სისხლდენა.

მოგვყავს პევზნერისა და აშმარინის პათანატომიური და კლინიკური კლასიფიკაცია (ა. ლ. პევზნერი, 1941).

პათანატომიური კლასიფიკაცია

იზოლირებული

კომბინირებული

1. სუბკაფსულური

სხვა ორგანოების დაზიანებასთან
ერთად

2. ზედაპირული, შემოფარგლული
მხოლოდ კაფსულით, პარენქიმის
უმნიშვნელო ჩათრევით

3. ღრმა, არაპილუსური, პილუსური,
შერეული

4. გახეთქვა ორგანოს მცირე
დაჭუტვამცებით

5. ორგანოს მოგლეჯა

პევზნერისა და აშმარინის კლინიკური კლასიფიკაცია

I. მწვავე შემთხვევები თავისუფალ მუცლის ღრუში მწვავე მასიური სისხლდენით.

II. ქვემწვავე შემთხვევები საშუალო სისხლდენით (კლინიკურად ძნელია დიაგნოზის დასმა):

1) სუბკაფსულური გახეთქვა სისხლდენით:

ა) ორ ეტაპად და ბ) გახანგრძლივებული სისხლდენით;

2) თვითტამპონადის შემთხვევები — სისხლის კოლტით, მრავალმომენტიანი სისხლდენით.

ჩვენი აზრით, უკანასკნელი ორი კლასიფიკაცია ზუსტად ასახავს როგორც ორგანოში განვითარებულ პათომორფოლოგიურ ცვლილებებს, ისე დაავადების კლინიკურ მიმდინარეობას და, ამგვარად, კონის კლასიფიკაციათან ერთად პრაქტიკულად ადვილად გამოსაყენებელ კლასიფიკაციას წარმოადგენს.

ელენთის დახურული დაზიანების ეტიოლოგია და პათოგენეზი

ელენთის კანქვეშა დაზიანების ეტიოლოგიური მომენტების განხილვისას უპირველეს ყოვლისა უნდა აღინიშნოს ტრავმა, რად-

განაც ტრავმის გარეშე ელენთის კანქვეშა დაზიანება არ არსებობს. ტრავმის შედეგად შეიძლება დაზიანდეს როგორც პათოლოგიურად "შეუცვლელი, ისე პათოლოგიურად შეცვლილი ელენთა. ამ დროს ძირითადია ტრავმა, ხოლო სხვადასხვა ინფექციური დაავადება, ორგანიზმის ფიზიოლოგიური (ორსულობა, მშობიარობა) და პათოლოგიური მოვლენები, რომლებიც მუცელშიდა წნევის აწევას და ელენთის ტრავმის დროს მის კანქვეშა დაზიანებას იწვევს, ხელშემწყობ ფაქტორებს წარმოადგენს. ჩვენი ნაკრები მასალით, ელენთის კანქვეშა დაზიანების 335 შემთხვევიდან ძლიერი ტრავმა აღენიშნებოდა 315 ავადმყოფს.

შეუცვლელი ელენთის დაზიანებისათვის საჭიროა დიდი ტრავმა, პათოლოგიურად შეცვლილი ელენთის დაზიანება კი შეიძლება გამოიწვიოს უმნიშვნელო ტრავმამ, რომელიც შეიძლება შეუმჩნეველი დარჩეს როგორც ავადმყოფის, ისე ექიმისთვისაც. ზოგჯერ პათოლოგიურად შეცვლილი ელენთის დაზიანების მიზეზი შეიძლება გახდეს უმნიშვნელო ფიზიკური დატვირთვა (ცხვირის დაცემინება. მუცლის პრესის მკვეთრი დაკიმვა. გაკინთვა, პალპაცია და სხვა), რომელსაც გრაუფორდი „ორგანიზმის საკუთარ ტრავმას“ უწოდებს.

ლიტერატურისა და ჩვენი მასალის ანალიზით შევეცადეთ განვეპარტა საწარმოო-სატრანსპორტო ტრავმისა და ინფექციური დაავადებების გავლენა ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს.

ს ა ტ რ ა ნ ს პ ო რ ტ ო ტ რ ა ვ მ ი ს გ ა ვ ლ ე ნ ა ე ლ ე ნ თ ი ს კ ა ნ ქ ვ ე შ ა დაზიანების სიხშირეზე. ცოტა უფრო ქვემოთ, ელენთის კანქვეშა დაზიანების მექანიზმის განხილვისას, როდესაც აღნიშნული დაზიანების გამომწვევ მიზეზებს შევხებით, დაწვრილებით შევჩერდებით ტრავმის ცალკეულ სახეზე, ახლა კი ყურადღებას გავამახვილებთ იმაზე, თუ რა დამოკიდებულება არსებობს სატრანსპორტო ტრავმასა და ელენთის კანქვეშა დაზიანების სიხშირეს შორის.

ავტორთა უმრავლესობა ერთხმად აღნიშნავს სატრანსპორტო ტრავმის წამყვან როლს ელენთის კანქვეშა დაზიანებაში.

ი. ლიპკინის (1936) მონაცემებით, ელენთის კანქვეშა დაზიანების 16 შემთხვევიდან 8 შემთხვევაში დაზიანების მიზეზს მანქანის ავარიით გამოწვეული ტრავმა წარმოადგენდა.

ანალოგიურ მონაცემებს იძლევიან ვ. მეშკოვა (1959), რომლის

მიხედვითაც, ელენთის კანქვეშა დაზიანების 94 შემთხვევიდან ტრანსპორტთან დაკავშირებული ტრავმის გამო ელენთა დაზიანდა 59 შემთხვევაში; კნოპისა (1954) და ჰარკინისის (1954), კლუციეს და ზეპფელის (1958) მონაცემებით, 43 ავადმყოფიდან 20 მოყოლილა იყო მანქანის კატასტროფაში; ტეგერტის (1955), ვილარის და კოხარდოს მიხედვით, ელენთის კანქვეშა დაზიანების 14 შემთხვევიდან 8 შემთხვევაში დაზიანების მიზეზი იყო ტრანსპორტით გამოწვეული ტრავმა; ტერის, სელფის ჰოვარდის (1956) თანახმად, ელენთის კანქვეშა დაზიანების 53 შემთხვევიდან 34 შემთხვევაში დაზიანების მიზეზი იყო სატრანსპორტო ტრავმა.

ჩვენი ნაკრები მასალით, 335 ავადმყოფიდან სატრანსპორტო ტრავმით გამოწვეული ელენთის კანქვეშა დაზიანება აღენიშნებოდა 185 ავადმყოფს (15 ავადმყოფს ტრავმა ანამნეზში არ აღენიშნებოდა), ეს კი შეადგენს 57,8%-ს.

ინფექციური და სხვა დაავადებათა როლი ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს. ავტორთა უმრავლესობა ერთხმად აღნიშნავს მალარიისა და სხვა ინფექციური დაავადების როლს ელენთის პათოლოგიურად შეცვლაში და ამის ნიადაგზე ელენთის დაზიანების მეტ შესაძლებლობას. ბერგერის მონაცემებით, ელენთის კანქვეშა დაზიანების 123 შემთხვევიდან 93 შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა მალარიული ელენთის გასკდომას. გრაუფორდის მიერ ინდოეთში შეკრებილი ელენთის კანქვეშა დაზიანების 477 შემთხვევიდან 387 ავადმყოფს ოპერაცია გაუკეთდა: მათგან ნორმალური ელენთა აღმოაჩნდა მხოლოდ 18 ავადმყოფს, ყველა დანარჩენ შემთხვევაში ელენთა პათოლოგიურად იყო შეცვლილი.

ლ. ალექსანდროვიჩის (1949) მიხედვით, მალარიით გამოწვეული ცვლილებები და შემაერთქსოვილოვანი გადაგვარება აღინიშნებოდა 87%-ში. გ. იმნაიშვილის თანახმად (1954), 39 ავადმყოფიდან 34 ავადმყოფის ელენთა პათოლოგიურ ცვლილებებს განიცდიდა. ი. სტუძინსკიმ (1906) მრავალი ავადმყოფი და ჯანმრთელი ადამიანის შესწავლის ხაფუძველზე აღნიშნა ინფექციური დაავადების როლი ელენთის გადიდებაში. მწვავე ინფექციური დაავადების შედეგად ავადმყოფებს ელენთის გადიდება აღენიშნებოდათ 65%-ში.

მწვავე და ქრონიკული მალარიის დროს ელენთის ქსოვილი დიდ

ცვლილებებს განიცდის, უპირველეს ყოვლისა ნატულობს ზომასა. ადგილი აქვს სპლენომეგალიას. გადიდებული ელენთა ნეკნთა რკალს სცილდება და, ამგვარად, ნაკლებად დაცულია გარე ზეგავლენისაგან, რაც მუცლისა და გულმკერდის მიდამოს ტრავმის დროს მისი დაზიანების მეტ შესაძლებლობას იძლევა. მალარია იწვევს ელენთის ელასტიკური ბოჭკოების გადაგვარებას და შემაერთესოვილოვანი ცვლილებების განვითარებას, შეგუბებით სოკოვანებას ელენთაში, რაც მის კონსისტენციას ცვლის. ელენთასა და ირგვლივ მდებარე ქსოვილებს შორის ვითარდება ვრცელი შეხორცებები, რაც მას ამაგრებს გარკვეულ მდებარეობაში და, ამგვარად, ზეწოლის მომენტში ცთომის საშუალებას უკარგავს. ამის გამო ელენთაზე ზეწოლა მთელი ძალით ხორციელდება, ეს კი, ბუნებრივია, აადვილებს მის დაზიანებას ტრავმის დროს.

ქრონიკული მალარიის დროს ელენთის ელასტიკური ბოჭკოების ცვლილებების აღწერას მიუძღვნეს თავიანთი შრომა ხეჩინაშვილმა (1926), ა. ოგანესოვამ (1928) და ა. გრიდნევემ (1931). მათ შეისწავლეს ელენთის პათომორფოლოგიური ცვლილებები.

მალარიული ელენთის შეხორცებები მეზობელ ორგანოებთან შემთხვევათა 80%-ში აღინიშნება (ა. გრიდნევი, 1931). ა. გრიდნევი მალარიით დაავადების 9 შემთხვევიდან ელენთის შეხორცებებზე მეზობელ ორგანოებთან უნახავს 8 შემთხვევაში.

ზემოაღნიშნული ცვლილებების გამო, რომლებიც ელენთაში ვითარდება მალარიის დროს, მუცლის ღრუს მიდამოების ტრავმისას ელენთის კანქვეშა დაზიანებისათვის ხელსაყრელი პირობები იქმნება.

ტ. ბაკერნიკოვი (1937) აღწერს ელენთის კანქვეშა დაზიანებას 25 შემთხვევაში 1923—35 წწ. მანძილზე, აქედან 5 შემთხვევა მოდიოდა პირველ 11 წელიწადზე, 20 კი — ბოლო 2 წელიწადზე, რასაც ავტორი ორენბურგის ოლქში მალარიის გაძლიერებით ხსნის (25 ავადმყოფიდან მხოლოდ 2 ავადმყოფს არ აღმოაჩნდა მალარია).

მალარიული ელენთის კანქვეშა დაზიანების შემთხვევებს აღწერენ ვ. ბოჟოვსკი (1909), ა. უბიურმინსკი (1907), მ. გოლინკო (1926), ა. ჭეიშვილი (1926), მ. კარაპეტიანი (1930), მ. კლიაჩკინი (1931), ა. გაჭიევი (1932), ა. პოსტნიკოვი (1934), მ. აბიევი და ნ. ალიევი.

მ. პეხმანი (1936), კ. ჯანდიერი (1938), ვ. ეასილკოვანი (1939), ვ. ანოფრიევი (1939).

ლიბკეროვი აღწერს 2 შემთხვევას, როდესაც ელენთა გასკდა მალარიის შეტევისას განვითარებული პირღებინების შედეგად. გორდინსკის და ტრამერის შემთხვევაში ელენთა გასკდა ავადმყოფის მიერ საწოლში გადაბრუნების გამო (ვ. ანოფრიევი, 1939).

მალარიის დროს ელენთის სისხლით ავსებასთან დაკავშირებით ძალზე დაქიპული ხდება მისი კაფსულა, რის გამოც აღვილია ელენთის დაზიანება. ავტორთა უმრავლესობის აზრით, მალარიის დროს ელენთა ზომაში დიდდება.

აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ მალარიული ელენთის კანქვეშა დაზიანებისათვის საჭიროა გაცილებით ნაკლები ძალის დახარჯვა, მცირე ტრამვა, ვიდრე ნორმალური ელენთის დაზიანებისათვის. ქვემოთ ე. წ. ელენთის „სპონტანური დაზიანების“ განხილვისას, შევეხებით იმ მიზეზებს, რომლებიც ელენთის კანქვეშა დაზიანებას იწვევს და იმდენად უმნიშვნელოა, რომ შეუმჩნეველი რჩება როგორც ავადმყოფისათვის, ისე ექიმისათვის. აქ გვინდა მხოლოდ აღვნიშნოთ, რომ ამ დროს უმრავლეს შემთხვევაში მალარიული ელენთა ზიანდება. სიმძიმის აწევა ამ შემთხვევაში დიდ ფიზიკურ დატვირთვად ითვლება და ადვილად შეიძლება მალარიული ელენთის დაზიანება გამოიწვიოს. მოგვყავს ჩვენი ერთი შემთხვევა.

ავადმყოფი ვ. ი., 60 წლის, მამაკაცი (ავადმყოფობის ისტ. 23857). კლინიკაში შემოვიდა 26/XII-56 წ. როგორც სასწრაფო შემთხვევა. აღენიშნება ტკივილი მუცელში. რაც დასწყევია 25/XII-15 საათზე. ჰქონია გულისრევა და პირღებინება, კუჭის მოქმედება 2 დღეა, არა აქვს, აირებზე გაღის ნაწილობრივ.

შემოსვლისას ობიექტურად: ავადმყოფი ძალზე შეწუხებულია, წვეს მარცხენა გვერდზე, თვალები ჩაყარდნილი, პულის საშუალო ავსების და დაქიმილობის. წუთში 112, Tens. 100/60, გულის ტონები მოყრუებული, სუნთქვა ზომიერი, წუთში 22, ენა მშრალი, მუცელი ოვალური ფორმის, სუნთქვაში არ მონაწილეობს; პალპაციით რბილი და მტკივნეულია მთელი მუცელი. ბლუმბერგის სიმპტომი — უარყოფითი, ჰანკუალი არ ისმის. პერისტალტიკა გამოხატული არ არის. წინასწარი დიაგნოზია გაუვალობა. როგორც გამოიკვია, 3 დღის წინათ აუწევია სიმძიმე, რის შემდეგ ჰქონია ტკივილი მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში. შემდეგ ამას გაუვლია და მხოლოდ მდგომარეობის გაუარესებამ აიძულა მიემართა კლინიკისათვის.

კლინიკაში შემოსვლიდან 3 დღის შემდეგ ავადმყოფის მდგომარეობის დამიიშების გამო (P—130, T—90 (50), ტკივილის მომატება) გაკეთდა ლაპარატო-

მია შუა ხაზზე ეთერის ნარკოზით. მეცლის ღრუში იმყოფებოდა სისხლის ძველი და ახალი კოლტები. დათვალიერებისას აღმოჩნდა ელენთის გახეთქვა მის შიგნითა ზედაპირზე. გაკეთდა დამატებითი განაკვეთი მარცხნივ (სპლენექტომია). ავადმყოფს ანამნეზში აღენიშნებოდა დიდი ხნის წინათ გადატანილი მალარია. სისხლში ჰქონდა პლანზმოიდები. ელენთა ძალზე გადიდებული იყო ზომამი. ავადმყოფი გაქანსაღებული გაეწერა კლინიკიდან.

აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს ნაწარმოები სპლენექტომია მალარიული შეტევების რეცედივს ვერ ხსნის.

მალარიული შეტევის არსებობას ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს ნაწარმოები სპლენექტომიის შემდეგ აღნიშნავენ ი. კულიკ (1938), ნ. ჯანდიერი (1938), მ. ჰუსეინოვი (1948). მალარიული ელენთის კანქვეშა დაზიანების 15 შემთხვევიდან მას აღნიშნავენ 3 შემთხვევაში. ა. ბესპალოვი (1950).

მალარიული ელენთის გახეთქვას ნორმალური ელენთის გახეთქვასთან შედარებით თავისი სპეციფიკური ნიშნები აქვს, რასაც შეეცხებით ელენთის კანქვეშა დაზიანების სხვადასხვა საკითხის განხილვისას. აქვე გვინდა აღვნიშნოთ, რომ ელენთის (მალარიული) კანქვეშა დაზიანების 67 შემთხვევიდან მალარიული შეტევა სპლენექტომიის შემდეგ აღენიშნებოდა ჩვენს 9 ავადმყოფს.

სხვა დაავადებები, მალარიის გარდა, რომლებიც ხელს უწყობს ელენთის კანქვეშა დაზიანებებს, მრავალია, მაგრამ მათ შორის მაინც შეიძლება გამოიყოს ისეთი დაავადებები, რომლებიც ყველაზე უფრო ხშირად უწყობს ხელს ელენთის კანქვეშა დაზიანებას. მუცლის ან გულმკერდის ტრავმის დროს. ფრონერი (1954) ყველა ამ დაავადებას, რომლებიც ხელს უწყობს ელენთის კანქვეშა დაზიანებას, ორ ჯგუფად ყოფს:

1) ადვილად დასადგენი — მალარია-სარკოიდოზი, მწვავე სეფსისი, გოშეს დაავადება, ტუბერკულოზი.

2) ძნელად დასადგენი — ინფექციური მონონუკლეოზი, ვირუსული ჰეპატიტი და თანდაყოლილი ჰემოლიზური სიყვითლე.

ავტორი აღწერს ორ შემთხვევას, რომელთაგან ერთი გამოწვეული იყო ლეიკემიით, ხოლო მეორე — თანდაყოლილი ჰემოლიზური სიყვითლით. ელენთის კანქვეშა გახეთქვამდე არც ერთმა ავადმყოფმა არ იცოდა თავისი დაავადების შესახებ.

ინფექციური დაავადებებიდან შებრუნებითი ტიფი ყველაზე უფრო ხშირად იწვევს ელენთის გადიდებას და, ამასთან, მალე უბრუნებს მას თავის პირვანდელ ზომას. დობროზრაკოვმა მსოფლიო ლიტერატურაში შეაგროვა შებრუნებითი ტიფის დროს ელენთის კანქვეშა დაზიანების 45 შემთხვევა, აქედან 26—რუსი ავტორების მასალაზე. 2 — საკუთარი. კამანინს 10405 შებრუნებითი ტიფის შემთხვევაზე არც ერთხელ არ უნახავს ელენთის გახეთქვა. იოჰანსონმა შებრუნებითი ტიფის 2341 შემთხვევაზე ელენთის კანქვეშა დაზიანება 1-ჯერ ნახა. პეტერსონმა, რომელმაც ბევრი იმუშავა ამ საკითხზე, აღწერა 15 შემთხვევა. იგი თვლის, რომ შემთხვევათა რიცხვი ეპიდემიის პირდაპირპროპორციულია (ვ. ტელეგი, 1929). ვ. ტელეგის მიერ აღწერილი შებრუნებითი ტიფის დროს ელენთის კანქვეშა დაზიანების შემთხვევა 46-ე იყო.

ი. ზასედატელოვამ (1947) მსოფლიო ლიტერატურაში აღწერილ ელენთის კანქვეშა დაზიანების 47 შემთხვევას დაუმატა თავისი 48-ე შემთხვევა. შებრუნებითი ტიფის დროს ელენთის კანქვეშა დაზიანების თითო-თითო შემთხვევა აღწერეს ტ. კულეევმა 1948 წელს და გრიგორიევმა 1950 წელს.

კიდევ უფრო იშვიათია ელენთის კანქვეშა დაზიანება მუცლის ტაფის დროს. ასეთი შემთხვევები აღწერეს ა. შჩერბაკოვმა (1907) და დ. ზაგიროვმა (1958). უკანასკნელ შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა ელენთის აბსცესის პერფორაციას ელენთის ინფარქტის ადგილას. რაც პერიტონიტის მიზეზი გახდა. ელენთის კანქვეშა დაზიანება ტოქსიკური გრიპის დროს აღწერა ი. ფეოდოროვმა (1961).

ელენთის კანქვეშა დაზიანებისას მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება ელენთაში არსებულ კეროვან ცვლილებებს (ინფარქტი, ემბოლიური პროცესი), რაც ხშირია სეფსისის დროს (ვ. აფაქიძე, 1959; ფაერმანი, 1934; დ. ზაგიროვი, 1958; ვ. ლევიტანი 1955). ორგანიზმის სეფსისური მდგომარეობისას მუცლის ან გულმკერდის მიდამოს ტრავმის შემთხვევაში ადვილად შესაძლებელია პათოლოგიურად შეცვლილი ელენთის დაზიანება.

აღწერილია ელენთის კანქვეშა დაზიანების შემთხვევები მუცლის ან გულმკერდის ღრუს მიდამოების უმნიშვნელო ტრავმის გამო სეპტიკური ენდოკარდიტის დროს ვ. პოკროვსკის (1947), მ. სკოვოროდკინის (1954), ვ. ლევიტანის (1955) მიერ; სეპტიკური პანკრეა-

ტიტის დროს — მ. კაცერის (1961). ბერდის და კაუჩას (1955) მიერ. ავტორთა აზრით, უკანასკნელი შემთხვევა უნიკალურია იმით, რომ პლევრის ღრუში გადავიდა სისხლი. პირველ შემთხვევაში ელენთის გახეთქვა მოხდა იშემიურ უბანში, ეინაიდან ჩირქოვანმა პროცესმა ემბოლიის სახით მიაღწია ელენთის არტერიამდე და დააცო იგი, რამაც გამოიწვია ელენთის იშემია და მისი გახეთქვა. მეორე შემთხვევაში კი პანკრეასის ანთების ხშირმა რეციდივებმა გამოიწვია დიდი შეზორცებები ელენთასთან, რამაც ტრავმის დროს ხელი შეუწყო ამ უკანასკნელის დაზიანებას.

აღწერილია ელენთის კანქვეშა დაზიანება ინფექციური მონონუკლეოზის დროს (ბერდუ, დუსო, ლომონიე, ჟუანო, 1955; მელეილი — 1955); ჩირქოვანი ოტიტის დროს — ე. ხუნენცის (1957) მიერ, პემოლიზური დაავადების დროს — მ. ტეტიუშინასა და კ. ზავილოვას (1958), ქრონიკული მიელოზის დროს — ა. ალექსეევის (1950), მწვავე ალექემიური მიელოზის დროს — მ. მასიკისა და ი. ძისის (1960), ლიმფანგიომის დროს — ს. გერმანის (1937) მიერ.

ბერგერი, იხილავს რა ელენთის კანქვეშა დაზიანების 132 შემთხვევას, ელენთის გახეთქვის ხელშემწყობ მიზეზებად ასახელებს მალარიას 92 შემთხვევაში, მუცლის ტიფს 5 შემთხვევაში, ლეიკემიას 3 შემთხვევაში. პარტახტიან ტიფს 1 შემთხვევაში, თანდაყოლილ ლუესს 1 შემთხვევაში. უფრო იშვიათად სპლენომეგალია (რაც მუცლისა და გულმკერდის ტრავმის დროს ელენთის დაზიანებისათვის ხელსაყრელ პირობებს ქმნის) შეიძლება ტუბერკულოზური წარმოშობისა იყოს.

1927 წლამდე გიბელსს სულ აღწერილი ჰქონდა ტუბერკულოზური სპლენომეგალიის 14 შემთხვევა, ხოლო ჟუხინს (1933) 15 წლის განმავლობაში ჩატარებულ 9218 გვამის სექციაზე ნანახა აქვს 1 ანალოგიური შემთხვევა. ამ დროს ელენთის ზომამ და წონა შეიძლება განსაკუთრებულ მაღალ მაჩვენებელს მიაღწიოს. ელენთაში შესაძლებელია განვითარდეს პირველადი სიმსივნე (ვ. პროხოროვი და ა. შუბა, 1958) და ელენთა სიმსივნის ადგილას გასკდეს, თუმცა ეს ძალიან იშვიათია. შესაძლებელია აგრეთვე ელენთის გასკდომა მეტასტაზის ადგილას (ჩერმენი — 1962). შესაძლოა გასკდომა განიცადოს პირველადი ამილოიდოზით შეცვლილმა ელენთამ (დრაპიევსკი. სტერლიბი და ჯონსი).

როგორც გ. იოსელიანის (1958) გამოკვლევებიდან ჩანს, ქვემო ღრუ ვენაში შეგუბება ელენთაში იწვევს კერობრივ ცვლილებებს (შეგუბებითი სპლენომეგალია), რამაც შესაძლებელია ელენთის ტრავმის დროს ხელსაყრელი პირობები შექმნას მისი დაზიანებისათვის.

აღწერილია პორტალური ჰიპერტენზიით გამოწვეული პათოლოგიურად შეცვლილი ელენთის კანქვეშა დაზიანება (ჰოჯი — 1959). პათოლოგიურად შეცვლილ ელენთაზე გამოკვლევა უნდა ჩატარდეს დიდი სიფრთხილით, ვინაიდან შესაძლებელია იგი მანიპულაციის დროს ადვილად დაზიანდეს. ამის საილუსტრაციოდ გამოდგება ელენთის გახეთქვა სპლენოპორტოგრაფიის შემდეგ (ფონტენი, ბოლაკი და ვოლფი, 1955). კიდევ უფრო დიდი სიფრთხილე მართებს ქირურგს მუცლის ღრუს ორგანოებზე ზოგიერთი ოპერაციის წარმოების დროს, რათა შემთხვევით არ დააზიანოს პათოლოგიურად შეცვლილი ელენთა. ჩვენს მაშალაზე კუჭზე ოპერაციის წარმოებისას 3 შემთხვევაში მოხდა ელენთის ისეთი დაზიანება, რამაც აუცილებელი გახდა სპლენექტომიის წარმოება. ყოველივე ის, რაც მუცელშიდა წნევის მატებას იწვევს, შეიძლება პათოლოგიურად შეცვლილი ელენთის დაზიანების ხელშემწყობ ფაქტორად ჩათვალოს. ამ მიზეზებიდან დავასახელებთ მხოლოდ ორსულობა-მშობიარობას. რომელთა შესახებაც ზევით გვქონდა საუბარი. დანარჩენ მიზეზებს შევეხებით ელენთის „სპონტანური“ გახეთქვის განხილვისას.

მე-2 ცხრილში მოცემულია ელენთის კანქვეშა დაზიანების ხელშემწყობი მიზეზების სიხშირე ჩვენს ავადმყოფებში.

ცხრილი 2

ელენთის კანქვეშა დაზიანების ხელშემწყობი მიზეზება
ჩვენი ნაკრები მასალის მიხედვით

პათოლოგიურად შეცვლილი ელენთის დაზიანება	შემთხვევათა რაოდენობა	ნორმალური ელენთის დაზიანება
მალარიის გამო	67	255 შემთხ.
ბრუცელაზის გამო	2	
ელენთის ინფარქტი	7	
ხვადასხვა სახის ტრავმის გამო	4	
სულ	80	

ლიტერატურის მონაცემებისა და საკუთარი შემთხვევების ანალიზზე დაყრდნობით შესაძლებელია გამოვიტანოთ დასკვნა, რომ ელენთის კანქვეშა დაზიანების ხელშემწყობი მომენტებიდან უპირველეს ყოვლისა აღსანიშნავია მაღარია, რაც რესპუბლიკის ნაკრები მასალით 20%-ს შეადგენს. სხვა ავტორები გაცილებით მეტ მაჩვენებელს იძლევიან. აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ მაღარიული ელენთის დაზიანება უპირატესად ხანშიშესულ პირებზე მოდის. ეს ფაქტი ერთხელ კიდევ იმაზე მიუთითებს, რომ მაღარია ჩვენს რესპუბლიკაში საბოლოოდ მოსპობილია.

ელენთის დახურული დაზიანების მექანიზმი

ელენთის კანქვეშა დაზიანების მექანიზმის გასაგებად მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული როგორც ტრავმის ხასიათი, ძალა და მიმართულება, ისე აღნიშნული ორგანოს ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებანი, მისი მდგომარეობა ტრავმის მიღების მომენტში, დამოკიდებულება მეზობელ ორგანოებთან და სხვადასხვა დაავადებით გამოწვეული ცვლილებები. ელენთის ანატომიურ-ფიზიოლოგიურ თავისებურებებზე ზემოთ გვქონდა საუბარი. იქვე იყო მითითებული მათი როლის შესახებ ელენთის კანქვეშა დაზიანებაში. ამდენად ამ საკითხის ვრცელი განხილვა ამ თავში მიზანშეწონილი არ არის. რაც შეეხება დანარჩენ ფაქტორებს, ისინი განხილული იქნებიან კლინიკური მონაცემების გათვალისწინებით. გარდა ამისა, ელენთის კანქვეშა დაზიანების 2 სახე, კერძოდ, „სპონტანური“ და ორმომენტიანი გახეთქვა, განხილული გვაქვს ელენთას კანქვეშა დაზიანების მექანიზმთან ერთად, რადგანაც ეს გააადვილებს დაზიანების ამ კატეგორიის როგორც ეტიოპათოგენეზის, ისე კლინიკური მიმდინარეობისა და გამოსავლის გარკვევას.

როგორც ცნობილია, ელენთის ტოპოგრაფიული ანატომიის თავისებურება მდგომარეობს დიაფრაგმასთან და გულმკერდის შარცხენა გვერდით კედელთან მის მჭიდრო კავშირში, მისი საფიქსაციო აპარატის სიმძლავრეში, რომელიც ზეწოლის შემთხვევაში ხელს უშლის ელენთის გადანაცვლებას. ფიგურალურად რომ ვთქვათ, ელენთას არ გააჩნია „ზურგი“, რომ „მტრის შემოჭრის დროს უკან დაიხიოს“.

პათოლოგიური ფაქტორებიდან, რომლებიც ხელს უწყობენ ელენთის კანქვეშა დაზიანებას მისი ტრავმის დროს, უპირველესად უოკლისა, უნდა აღინიშნოს ის ცვლილებები, რომლებიც ორგანოს ოდენობაში მომატებას იწვევენ, რაც თავის მხრივ, კიდევ უფრო ზღუდავს ელენთის მოძრაობის უნარს, იწვევს მისი პარენქიმის ტეხადობას, ჰიპავს ელენთის კაფსულას, უკარგავს მას მოქნილობას და ზრდის ინტრაკაფსულურ წნევას.

ამგვარად, შეცვლილი და გადიდებული ელენთა, გამოდის რანეტა რკალიდან, გარეშე ძალის მეოხებით ადვილად ზიანდება. როგორც აღვნიშნეთ, ასეთ ცვლილებებს ელენთაში ძირითადად იწვევს მალარია, შებრუნებითი და მუცლის ტიფი და სხვა.

ელენთის კანქვეშა დაზიანების მექანიზმის შესახებ არსებულ ავტორთა შეხედულებებს შორის აღსანიშნავია შონვერთის მოსაზრება. ამ ავტორის აზრით, ელენთის კანქვეშა დაზიანების მექანიზმი სხვადასხვაა მის ირგვლივ მდებარე ორგანოების მდგომარეობასთან დაკავშირებით, კერძოდ, იგი განსხვავებულია ცარიელი და სავსე კუჭის შემთხვევებში.

ცარიელი კუჭის დროს მუცლის არეში დარტყმა რეფლექსურად იწვევს ჩასუნთქვას, ელენთის ზემო პოლუსი ებჯინება დიაფრაგმას, რომელიც ჩასუნთქვისას დაბლა იწევს; ეს მოძრაობა გადაეცემა ქვემო პოლუსს, რომელიც თავის მხრივ ებჯინება შუასაძგიდ-კოლინჯის იოგს; ამ მოძრაობის შედეგად ელენთა გადაინაცვლებს ქვემოთ და მარჯვნივ; თუ ამავე დროს დარტყმის ძალა მოქმედებს მეათე ნეკნის მიდამოში, მარჯვნივ და ქვემოთ გადაინაცვლებული ელენთა შიგნით იზნიქება და საკუთარი კარის მიმართულებით გადასცემს მარჯვნიდან მიღებული დარტყმის ძალას; ამ დროს ელენთის ორივე პოლუსი უახლოვდება მის გარეთა ზედაპირს, რაც იწვევს ამ ორგანოს გასკდომას მედიალურ ზედაპირზე, სადაც კაფსულა საერთოდ ნაკლებად მკვრივია სისხლძარღვების შესვლისა და იოგების მიმაგრების გამო.

კუჭის გავსების შემთხვევაში ელენთას არ შეუძლია ქვემოთ და მარჯვნივ გადაინაცვლება და ამ დროს სკდება მისი გარეთა ზედაპირი. ელენთის მიდამოში პირდაპირი ტრავმის ზემოქმედებისას (დარტყმა, ზეწოლა) ორივე პოლუსი უახლოვდება ელენთის მედიალურ ზედაპირს, რის გამოც კაფსულა და პარენქიმა იჭიმება

გარეთა ზედაპირზე და ელენთაც ამ ადგილას სკდება. ჰენშენს მიაჩნია, რომ ელენთის მოძრაობის შეზღუდვაში დიდ როლს ასრულებს მისი იოგოვანი აპარატი, რომელიც ორგანოს ტრავმის მომენტში გარკვეულ ადგილს იკავებს და იწვევს ელენთის გასკდომას ძალის ზემოქმედებით.

ბერგერის აზრით, ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს მნიშვნელობა აქვს როგორც ტრავმას, ისე ელენთის კონსისტენციას და მეზობელ ორგანოებთან დამოკიდებულებას; ბერგერი ნორმალურ, სისხლით მდიდარ ელენთას ადარებს სითხით სავსე ბუშტს, რომელზედაც დარტყმის ძალა, პასკალის კანონის მიხედვით, ტალღისებურად ვრცელდება ერთი ადგილიდან ყველა მიმართულებით და იწვევს კაფსულის გასკდომას შედარებით სუსტ წერტილში.

ნ. ლეოტა (1926) ელენთის კანქვეშა დაზიანების მექანიზმს იმიტომ ხსნის, რომ არაპირდაპირი ტრავმა ელენთის დაზიანებას იწვევს მის იოგოვან აპარატზე ზემოქმედების გამო. ასეთი ზეწოლის გავლენით ელენთა უცბად და მკვეთრად გადაადგილდება, რაც იწვევს მის გასკდომას, ანდა მთლიან მოგლეჯას.

კლინიკური და ექსპერიმენტული მონაცემების საფუძველზე ა. ტაიროვი (1940) ელენთის კანქვეშა დაზიანების მექანიზმის ასახვას ნელად დიდ როლს ანიჭებს ტრავმის მიყენების ადგილს, მის ძალას და ელენთის მდებარეობას, რაც გაპირობებულია მეზობელი ორგანოების ავსებით. როგორც ადრე აღვნიშნეთ, ელენთა უფრო ხშირად უზიანდებათ ანთენურ ტიპებს, რომელთა ელენთა მდებარეობს ქვევით და მისი სიგრძივი ღერძის მიმართულება ვერტიკალურია. სავსე კუჭის შემთხვევაში, როდესაც გარდისგარეშო კოლინჯი ცარიელია, ელენთის გახეუქვა შესაძლებელია, თუ მისი საპროექციო არე შეესაბამება გულმკერდის გვერდით ან მუცლის წინა გვერდით ნაწილს. ელენთის ასეთი მდებარეობის დროს უმნიშვნელო ტრავმასაც კი შეუძლია გამოიწვიოს ელენთის დაზიანება. იმ შემთხვევაში, როდესაც ელენთა მდებარეობს ნეკნთა არის ქვედა ნაწილში, გახეუქვა უფრო ხშირად ხდება შიგნითა ზედაპირზე, ვინაიდან ელენთა ებჯინება ნეკნთა კედელს. როდესაც ელენთა მუცლის ზედა მარცხენა კვადრატში მდებარეობს, მისი გახეუქვა ხდება გარეთა ზედაპირზე. ელენთის ზედა და პერიზონტალური მდებარეობის დროს უფრო ხშირად ზიანდება მისი შიგნითა ზედაპირი. ყველაზე

ხშირად კი ზიანდება ვერტიკალურად მდებარე ელენთა (ა. ტაიროვი. 1940).

ნ. ეფიმიშინს (1953) მიაჩნია, რომ უეცარი ზეწოლის დროს ორგანოს ვენების გაგანიერება და სისხლის გამოსვლა პარენქიმიდან, რაც ფიზიოლოგიურ პირობებში ხორციელდება ტრაბეკულების გლუვი კუნთების საშუალებით, მკვეთრად ირღვევა; ეს კი თავის მხრივ ვენურ შეგუბებას წარმოშობს ელენთაში და ხელს უწყობს მის გახეთქვას.

ელენთის მნიშვნელოვანი სისხლსავესება (როგორც ნორმალურის, ისე პათოლოგიურად შეცვლილის) ტრავმის დროს ორგანოს გახეთქვის ხელშემწყობ პირობად ითვლება. ამ დროს ელენთის გახეთქვა შეიძლება გამოიწვიოს უმნიშვნელო ტრავმამ. გრაუფორდა მიაჩნია, რომ მუცლის კუნთების მკვეთრმა, რეფლექსურმა შეკუმშვამ შეიძლება გამოიწვიოს პათოლოგიურად შეცვლილი ელენთის გახეთქვა კუნთებსა და ნეკნებს შორის მისი გაჭედვის გამო.

ა. ზუბკოვი (1926) ელენთის კანქვეშა დაზიანების მექანიზმის ახსნაში დიდ მნიშვნელობას ანიჭებს ნეკნთა რკალის ქვედა კიდის მოძრაობას, რადგანაც ნეკნთა რკალის ეს ნაწილი მიაჩნია ყველაზე მოძრავ და თავისუფალ ნაწილად. ა. პოსტნიკოვის (1936) აზრით, ელენთის კანქვეშა დაზიანების მექანიზმის გარკვევისას ანგარიში უნდა გაეწიოს ტრავმის ძალას და ხასიათს, ლოკალიზაციას. მექანიკურ ფაქტორებს, ელენთის პათოლოგიურ და ფიზიოლოგიურ ცვლილებებს.

ბალი დაზიანების მექანიზმს ხსნის ორგანოს სისხლმომოქცევისა და შემაერთქსოვილოვანი ტრაბეკულების შეუფარდებლობით. ი. პევზნერი (1941) ელენთის კანქვეშა დაზიანების მექანიზმის გასაგებად მნიშვნელობას ანიჭებს ტრავმის ძალას, ტრავმის მიყენების ადგილს და თვით ორგანოს მდგომარეობას ამ მომენტში, მის საფეხაკიო აპარატს, შეხორცებებს, მის პათოლოგიურ შეცვლას და სხვა. ა. ივანჩენკო (1928) 9 თვის ორსულის ელენთის გახეთქვის მექანიზმს ხსნის იმ ცვლილებებით, რომლებიც ორსულობამ გამოიწვია ელენთაში, და მარცხენა ნეკნთა რკალსა და ხერხემალზე გადიდებული საშვილოსნოს გამო ელენთის ზეწოლით. ახალშობილში ელენთის გახეთქვას თ. ნერსესოვა (1956) ხსნის მუცლის ღრუში წნევის დიდი მერყეობით, რამაც სწრაფი მშობიარობის დროს იმოქმედა

ნაყოფის ტანის განთავისუფლებაზე, განსაკუთრებით ნეკნების მიდამოში, ეს კი ხელს უწყობს უკანასკნელი ნეკნის ანატომიურად შიგნით შედრეკას.

ვ. ლევიტანი ელენთის კანქვეშა დაზიანების მექანიზმის გარკვევისას ყურადღებას აქცევს შემდეგ გარემოებებს:

1) ელენთის კეროვან ცვლილებებს ინფარქტებისა და ემბოლიური პროცესების სახით, რომლებსაც სუბკაფსულური ლოკალიზაცია აქვთ;

2) გადიდებული ჰიპერპლაზიური პულვის მიერ კაფსულაზე წნევის განვითარებას;

3) კაფსულის დაჭიმვას (ადგილობრივ ინფარქტების დანაწიბურების გამო).

ელენთის კანქვეშა დაზიანების გამომწვევი მიზეზები

წინა თავებში ჩვენ არა ერთხელ აღვნიშნეთ, რომ ელენთის კანქვეშა დაზიანებას იწვევს ტრავმა. აქ უნდა დავმატოვოთ ის გარემოება, რომ ნორმალური ელენთის დაზიანებას იწვევს ძლიერი ტრავმა, პათოლოგიურად შეცვლილი ელენთის დაზიანებისათვის კი ტრავმის ძალას გადამწყვეტი მნიშვნელობა არა აქვს. ამის მიხედვით ზოგიერთი ავტორი (მ. კომახიძე, 1959) ელენთის კანქვეშა დაზიანებას პირობითად ორ ჯგუფად ჰყოფს: ტრავმული და პათოლოგიური. ტრავმულ დაზიანებას აკუთვნებენ ელენთის მთლიანობის ისეთ დარღვევას, რომელიც გამოწვეულია ორგანიზმზე ძლიერი ან მნიშვნელოვანი ძალის ზემოქმედებით; ელენთის პათოლოგიური დაზიანების ჯგუფს მიეკუთვნება ისეთი დაზიანებანი, როდესაც ორგანოს გახეთქვა არ არის დაკავშირებული მნიშვნელოვანი ძალის ზემოქმედებასთან, ანდა ტრავმა საერთოდ შეუმჩნეველია.

ელენთის კანქვეშა დაზიანებას ყველაზე ხშირად ტრანსპორტით გამოწვეული ტრავმა იწვევს. რასაც ერთხმად აღნიშნავენ ავტორთა უმრავლესობა (კნოპი და პარკინსი, 1954, მ. კომახიძე, 1959 და სხვ.).

ვ. მეშკოვას (1959) მონაცემებით, ელენთის კანქვეშა დაზიანების 94 შემთხვევიდან 49 შემთხვევაში ორგანოს დაზიანების მიზეზი იყო

ავტოტრანსპორტი, 13-ში—სიმაღლიდან ჩამოვარდნა, 10-ში—მიმავალი ტრანსპორტიდან ჩამოვარდნა, 10-ში — მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში დარტყმა, 8-ში — სიმძიმით მიკუყლეტა, 4-ში — საყოფაცხოვრებო ტრავმა. ანალოგიურ მონაცემებს იძლევიან ტ. გნილორიბოვი (1948), მ. კრასნერი (1959), ვილარი და კონარდო (1958), ტერი, სელფი და ჰოვარდი (1956).

საქართველოს კლინიკების ნაკრები მასალით, ელენთის კანქვეშა დაზიანების მქონე 335 ავადმყოფიდან 115 შემთხვევაში ტრავმის სახე არ არის აღნიშნული ავადმყოფობის ისტორიებში. ტრანსპორტით გამოწვეული ტრავმა აღენიშნებოდა 185 ავადმყოფს, რაც შეადგენს ყველა ტრავმის 57,8%-ს.

მე-3 ცხრილში მოცემულია ტრავმის სახეები, რომლებმაც ჩვენს ავადმყოფებში გამოიწვიეს ელენთის კანქვეშა დაზიანება.

ც ხ რ ი ლ ი ა

ელენთის კანქვეშა დაზიანების გამოწვევი ტრავმების
დასახელება

ტრავმის დასახელება	შემთხვევათა რიცხვი
ავტომანქანით გამოწვეული .	110
სიმაღლიდან ჩამოვარდნა .	45
სარკინიგზო .	45
სასოფლო-სამეურნეო .	27
ვაგონსა და საყრდენს შორის მოყოლა .	26
წაქცევა .	23
ტრამვაი-ტროლეიბუსის ქვეშ ჩავარდნა .	30
ბლაგვი საგნის დაჯახება მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში .	10
სიმძიმის აწევა .	2
უშნისშენელო ფიზიკური დატვირთვა .	2
არ არის აღნიშნული ავადმყოფობის ისტორიაში .	15
ს უ ლ .	335

საყურადღებოა ის გარემოება, რომ აღნიშნულ შემთხვევებში სიმაღლიდან ჩამოვარდნა ელენთის კანქვეშა დაზიანებას უმთავრესად ბავშვებში იწვევდა, ტრამვაი-ტროლეიბუსის ქვეშ ჩავარდნა — უმთავრესად მთვრალ მდგომარეობაში მყოფ ადამიანებში და ა. შ.

ელენთის დაზიანების ხარისხი პირდაპირპროპორციულია ორგანოზე მიყენებულ ტრავმის ძალისა, თუმცა. არც ისე იშვიათად, უმნიშვნელო ტრავმა იწვევს ელენთის ძლიერ დაზიანებას. ეს შეეხება პათოლოგიურად შეცვლილ ელენთას.

ელენთის ორმომენტიანი გახეთქვა. ელენთის კანქვეშა დაზიანების მექანიზმის სრული გარკვევისათვის მიზანშეწონილად ჩავთვალეთ, რათა აქვე ანალიზი გაგვეკეთებინა ელენთის ორმომენტიანი გახეთქვის შესახებ არსებული ლიტერატურის მონაცემებისა და საკუთარი შემთხვევებისათვის.

ელენთის კანქვეშა დაზიანების კლასიფიკაციის განხილვისას აღნიშნული იყო ელენთის პარენქიმის დაზიანება კაფსულის მთლიანობის შენარჩუნებით. სწორედ ელენთის დაზიანების ეს კატეგორია წარმოადგენს ელენთის ორმომენტიანი გახეთქვის საფუძველს: ელენთის ამ სახის კანქვეშა დაზიანების პათომორფოლოგიური ცვლილებები გამოიხატება პარენქიმიდან სისხლდენასა და კაფსულის ქვეშ მის დაგროვებაში. ამ დროს სისხლი არ იღვრება თავისუფალ მუცლის ღრუში და წარმოიქმნება სუბკაფსულური ჰემატომა. ეს არის ელენთის კანქვეშა დაზიანების პირველი მომენტი. გარკვეული დროის გავლის შემდეგ მეორადი ტრავმის, მცირე ფიზიკური დატვირთვის და ყოველივე იმის შედეგად, რაც მუცელშიდა წნევას ზრდის, ხდება სუბკაფსულური ჰემატომის გასვლა მუცლის ღრუში ძლიერი სისხლდენით. ეს იქნება მეორე მომენტი. ელენთის ორმომენტიანი კანქვეშა დაზიანების პირველსა და მეორე მომენტს შორის აღინიშნება ნათელი პერიოდი — ე. წ. „ლატენტური პერიოდი“ (ეს ტერმინი შემოღებულია ბოდეს მიერ), რომლის ხანგრძლიობა შეიძლება დროის სხვადასხვა მონაკვეთით განისაზღვრებოდეს.

საინტერესოა, ელენთის ორმომენტიანი დაზიანების დროს რა მიზეზით ხდება სისხლდენის შეჩერება ელენთიდან და გარკვეული პერიოდის შემდეგ რატომ ვითარდება მეორადი სისხლდენა. ამ საკითხზე მეცნიერული პასუხის გაცემა შესაძლებელი გახდა ვ. ბრაიცივის და ს. კოლესნიკოვის (1932) მიერ ჩატარებული დიდი ექსპერიმენტული მუშაობის შემდეგ. ავტორებმა ექსპერიმენტული მონაცემების საფუძველზე დაამტკიცეს, რომ სისხლდენის გამო, რაც სისხლის წნევის შემცირებას იწვევს, ელენთა ძლიერ კლებუ-

ლობს მოცულობაში მისი შეკუმშვისა და სარეზერვო სისხლის საერთო წრეში გადასვლასთან დაკავშირებით. ასეთი შეკუმშვა კი იწვევს სისხლძარღვების შევიწროებას, რომლებიც სისხლმდენია.

ამას მოჰყვება სისხლძარღვებში თრომბების გაჩენა და სისხლდენის შეჩერება. ამით მთავრდება ელენთის ორმომენტიანი გახეთქვის პირველი ეტაპი, რასაც ცვლის ლატენტური პერიოდი; ეს უკანასკნელი შეიძლება გართულდეს სუბკაფსულური ჰემატომის გახეთქვით. ძალზე დაჭიმული კაფსულა ვერ უძლებს ინტრაკაფსულური წნევის აწევას და სკდება. აღნიშნული მოვლენა შეიძლება გამოიწვიოს სრულიად უმნიშვნელო ტრავმამ, ანდა ფიზიკურმა დატვირთვამ.

ვ. ვასილკოვანი ელენთის ორმომენტიანი გახეთქვის დროს პირველ მომენტში სისხლდენის შეჩერების მიზეზად ასახელებს: 1) კაფსულის ძალას, რომელიც ეწიხააღმდეგება ჰემატომის გავრცელებას. როდესაც ჰემატომისა და დაზიანებული სისხლძარღვის წნევა ერთმანეთს უტოლდება, სისხლდენა წყდება; 2) ელენთის უნარს შეკუმშვით უკასუხოს (ე. ი. შემცირდეს ზომაში, რაც ხელს უწყობს სისხლძარღვთა შევიწროებას და მათში თრომბების წარმოშობას) სიახლის დაკარგვას და წნევის მცირე ცვლილებებს.

ის ფაქტი, რომ ელენთა წარმოადგენს სისხლის დეპოს, დადგენილი იყო ბანკროფტის მიერ, რამაც თავისი დადასტურება ჰპოვა ე. ბერიოზოვის (1925), ნ. გორიაევის (1931), ვ. ბრაიცევისა და ს. კოლესნიკოვის შრომებში. უნდა აღინიშნოს ის გარემოებაც, რომ ამ უკანასკნელმა ავტორებმა ამხილეს ბანკროფტის მცდარი შეხედულება ზოგიერთ პრინციპულ სასიათის საკითხზე, კერძოდ ის, რომ შოკის დროს ელენთა იკუმშება და მასში სისხლის დიდი რაოდენობა კი არ არის, როგორც ამას ბანკროფტი და ეპინგერი ფიქრობდნენ, არამედ სისხლი ამ დროს გადასულია პერიფერიაზე. ბანკროფტი პირველადი სისხლდენის შეჩერებას უკავშირებდა გულის მუშაობის შესუსტებას, რაც, ავტორთა უმრავლესობით, სინამდვილეს არ შეეფერება (ვ. ვასილკოვანი, 1938).

პირველადი სისხლდენა შეიძლება სხვადასხვა ხანგრძლიობის იყოს. იგი დამოკიდებულია დაზიანებული სისხლძარღვის ოდენობაზე. ელენთის მდგომარეობაზე, ლოკალიზაციაზე და სხვა.

ბ. ფუქსის (1933) აზრით, პირველად სისხლდენას აჩერებს

შოკის დროს სისხლის წნეგია დაემა. პერფარდის შემთხვევაში სისხლდენა შეაჩერა ძველმა შეხორცებებმა, რომლებშიც მოთავსდა გაგლეჯილი ელენთა. ნასტ-კოლბის შემთხვევაში სისხლდენა შეაჩერა ბადეკონმა. ჰარტმანს და აურიეს აღწერილი აქვთ ტრავმის შედეგად განვითარებული ელენთის ცისტები (ზ. ტუქსი, 1933). სუბკაფსულური პემატომის შედეგად განვითარებული ელენთის ცისტები აღწერილი აქვთ გ. მუხაძეს (1911). ნ. მაშტაკოვს (1940). რ. მურაზიანს (1958). ამ უკანასკნელის აზრით, ელენთის არაპარაზიტულ ცისტას შემთხვევათა 50%-ში იწვევს ადრე მიღებული ელენთის ტრავმა.

კიუტნერს აღწერილი ელენთის აბსცესის 116 შემთხვევაში ეტიოლოგიური მომენტი მხოლოდ ერთ შემთხვევაში დაუდგინია. იგი ხელშემწყობ მიზეზებად თვლია ინფექციურ დაავადებებს.

ელენთის ცისტამ შეიძლება განიცადოს ინფიცირება, რის შედეგადაც მოსალოდნელია ელენთის აბსცესის განვითარება. შესაძლოა აბსცესი გაიხსნას და ჩირქი გადავიდეს მუცლის ღრუში, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს პერიტონიტი (დ. ბაგიროვი, 1958, ვ. აფაქიძე, 1959).

მოკვყავს ტრავმის შემდეგ განვითარებული ელენთის აბსცესის ჩვენი შემთხვევა.

აუღმყოფი ა. მ., 10 წლის (ავადმყ. ისტ. 2100). მოყვანილ იქნა კლინიკაში როგორც სასწრაფო შემთხვევა 13/III—44 წ. ჩივილებით ძლიერ ტკივილსა და სიმსივნის არსებობაზე მუცლის შიდაშესი. აღნიშნული მოვლენები დასწევია, ორი დღის წინათ. ავად არის 2 წელია. ბავშვი სკოლაში ყოფნისას წაქცეულ ჯგერძენა ძლიერი ტკივილი. რაც რამდენიმე საათს გაგრძელებულა და გავლია ათი დღის შემდეგ კვლავ პქონია ძლიერი ტკივილი მუცლის მარცხენა ნახევარში. რის გამოც მიუშართავს კლინიკისათვის, საიდანაც 14 დღის შემდეგ გაწერილა გაუმჯობესებულ მდგომარეობაში. გადატანილი დაავადებებიდან აღნიშნავს მალარიას. აუღმყოფი თავის ისაკთან შედარებით კარგად განვითარებულია, კანი და ლორწოვანი — მკრთალი ვარდისფერი, ენა — სველი უნადებო. პულსი — 72, გულის ტონები — ოდნავ მოყრუებული. მუცელი ოვალური ფორმის, ძალზე შეზერილი. მტკივნეული. დაჭიმული, განსაკუთრებით მარცხნივ, ისინჯება გაღიღებული ელენთა. ზერელე და ღრმა პალპაციით მუცელი ძლიერ მტკივნეულია, მისი პალპაცია თითქმის შეუძლებელია. სასწრაფოდ გაისინჯა სისხლი ლეიკოციტებზე. აღმოჩნდა 13000. სასწრაფო ოპერაცია — ლაპაროტომია ეთერის ნარკოზით. განაკვეთი მარცხენა ფერდქეშა შიდაშესი ელენთის საპროექციოდ.

აღმოჩნდა ძალზე გადიდებული და დაქიმული კაფსულის მქონე ელენთა. მისი პუნქციით მიღებულ იქნა მუქი წითელი ფერის მღვრიე სუნიანი სითხე. ელენთის კაფსულა მიკერდა მუცლის კედელზე. რამდენიმე დღის შემდეგ ელენთის კაფსულა გაიკერა. 28/III ავადმყოფი გაეწერა განკურნებულად.

ელენთის ორმომენტიანი გახეთქვა ელენთის კანქვეშა დაზიანებათა შორის არც ისე იშვიათად გვხვდება.

რესპუბლიკის ცენტრალური კლინიკური საავადმყოფოს მასალით, ელენთის კანქვეშა დაზიანების 23 შემთხვევიდან ელენთის ორმომენტიანი, ანუ ორფაზიანი დაზიანების 2 შემთხვევა იყო. ორივე შემთხვევაში ზუსტი დიაგნოზი მხოლოდ საოპერაციო მაგიდაზე დაისვა. ორივე ავადმყოფი ოპერაციის შემდეგ გამოჯანმრთელდა.

ელენთის ორმომენტიან დაზიანებას ელენთის კანქვეშა დაზიანებათა 19%-ში აღნიშნავს ა. ალექსანდროვიჩი (1949) და 18%-ში — ბ. იმნაიშვილი.

ჩვენ მიერ საქართველოს ქირურგიული კლინიკებისა და განყოფილებების მასალაზე შეგროვილი ელენთის კანქვეშა დაზიანების 335 შემთხვევიდან, რომლებიც შეეხება უკანასკნელ 30 წელიწადს (1933—1962 წწ.), ელენთის ორმომენტიანი დაზიანება აღენიშნებოდა 6 ავადმყოფს. აქედან 4 მამაკაცი და 2 ქალი. ასაკი — 20—40 წელი. 5 ავადმყოფს ანამნეზში აღენიშნებოდა ძალადრია. 6-ს გაუკეთდა სპლენექტომია. გარდაიცვალა 1 ავადმყოფი, რომელიც კლინიკაში დაგვიანებით იქნა ჰოსპიტალიზებული.

ანალოგიური შემთხვევები აღწერილი აქვთ სხვა ავტორებსაც: ა. ზუბკოვს (1926), ბ. ფუქსს (1933), ბ. როზანოვს (1936), ვ. ვასილკოვანს (1938), მ. კრივონოვს (1939), ვ. ეგოროვს (1941), მ. სარქისოვს (1949), მ. კოზმინს (1949), ვ. პრონინს (1954), ნ. ვოსკრესენსკის (1955), გ. გრუნტკოვსკის (1956), ს. პავლუჩენკოს (1957), ფ. კარნაევას (1958), ნ. შაბაშოვას (1959), დ. გერმანს (1959), ვ. კუჩუკს (1960), ტ. ბაიბურიანს (1960), ვ. ზაბეგალსკაიძეს (1961), დ. მაზურს (1961), ბოლინგერს და ფოუველერს (1956), ტერს, სელფს და ჰოვარდს (1956), მ. კასილს, ე. აიგნერს (1954) და ბუნს (1953).

ჩვენი კლინიკის მონაცემებით, 23 ავადმყოფიდან ელენთის კანქვეშა დაზიანების გამო ორმომენტიანი კანქვეშა გახეთქვა აღენიშნებოდა 2 ავადმყოფს. ვ. ვასილკოვანი (1938) ელენთის დაზიანებათა

ნების პირველი მომენტისას გამოყოფს სამ ფორმას: 1) ელენთის შიდა ჰემატომა, 2) სუბკაფსულური ჰემატომა, 3) პერისპლენარული ჰემატომა. ამ ფორმების დროს სისხლი არ იღვრება თავისუფალ მუცლის ღრუში.

შემდგომში შესაძლებელია ჰემატომის სხვადასხვაგვარი გამო-სავალი: 1) შეწოვა ნაწიბურის განვითარებით, 2) ინციტირებული ჰემატომა სხვადასხვა შიგთავსით (არაპარაზიტული ცისტების დიდი ნაწილი, რაც შეადგენს ელენთის მთელი ცისტების 40%), 3) ლეჟარის დიდი სისხლიანი ცისტა, 4) აბსცესის განვითარება. თუ ჰემატომა არ შეიწოვა, მაშინ ელენთის მცირე ტრავმის შედეგად მოხდება მისი ჩადვრა თავისუფალ მუცლის ღრუში.

სუბკაფსულური და ინტრასპლენარული ჰემატომების შემდგო-მი მდგომარეობის შესასწავლად საინტერესო ექსპერიმენტები აქვთ ჩატარებული დევისს, ვებს და ჰოვარდს (1957). ავტორები ძალღებს უზიანებდნენ ელენთას, იწვევდნენ სუბკაფსულურ და ინტრასპლე-ნარულ ჰემატომებს და სწავლობდნენ სხვადასხვა პერიოდში. ერთი კვირის განმავლობაში ყველა ჰემატომა მატულობდა ზომაში. ბა-დექონი, კუჭი, ნაწლავები და მუცლის ლატერალური კედლები შე-ხორცებული იყო იმ ზედაპირთან, სადაც ჰემატომა იმყოფებოდა. სამი დიდი ჰემატომა თითქოს უმიზეზოდ გასკდა, თუმცა ამას თვალ-საჩინო კლინიკური სურათი არ მოუცია. იმ ძაღლების ელენთაში, რომლებიც მოკლეს 9 თვის შემდეგ, დაზიანების ადგილას ნახეს ნა-წიბური. მეორადი დაზიანებისათვის საჭირო იყო უმნიშვნელო ტრავმა.

სუბკაფსულური ჰემატომა ზომაში მატულობს განუსაზღვრელი დროის განმავლობაში და კაფსულის გასკდომა შეიძლება გამოიწ-ვიოს ნაწოლის შედეგად განვითარებულმა იშემიამ.

ზემოაღნიშნული ავტორების მიერ ექსპერიმენტულად დამტკი-ცებულ იქნა ელენთის სუბკაფსულური ჰემატომის შეწოვის ფაქტი. რითაც საბოლოოდ დადასტურდა ელენთის მცირე ზომის სუბკაფ-სულური ჰემატომის შეწოვის შესაძლებლობა.

ანალოგიური შემთხვევები აღწერილი აქვთ ფინკელშტეინს (1905), ლ. გარკინს (1940), ა. ალექსანდროვიჩს (1949). ბ. იმნაიშ-ვილს (1954), ვ. პომოსოვს (1947).

ჩვენი ერთი ავადმყოფი, რომელსაც ჰქონდა ელენთის კანქვეშა

დაზიანების შედეგად განვითარებული სუბკაფსულური ჰემატომა; კონსერვატული შეურნალობის შედეგად განიკურნა, სუბკაფსულური ჰემატომა შეიწოვა.

ავად. ი. ი., 9 წლის (ავადმყ. ისტ. 3973). შემოვიდა კლინიკაში 5/VII—43 წ. მუცლის მიდამოში ძლიერი ტკივილის გამო. როგორც ირკვევა, კლინიკაში შემოსვლამდე 5 დღის წინათ ცხენს წიხლი ჩაურტყამს მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში. ბავშვი წაქეულა, დაუქარავს გონება, გაფითრებულა. ამ მოვლენებს რამდენიმე ხანში გაუვლია. დარჩა მხოლოდ ტკივილი მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში. გულისრევა, პირღებინება და ტემპერატურის მომატება არ ჰქონია. გადატანილი დაავადებებიდან დედა არაფერს არ აღნიშნავს. ობიექტურად: მუცელი ჩვეულებრივი ფორმის, პალპაციით მტკივნეულია მარცხენა ფერდქვეშა მიდამო. ელენთა გადიდებულია და გამოდის ნეკნთა რკალიდან ორი თითის დადებით. ამ არეში აღინიშნება დეფანსი. სისხლის საერთო ანალიზიდან ყურადღებას იპყრობს ზომიერი ლეიკოციტოზი (12 000). სისხლში პლანზმოდიები არ აღმოჩნდა.

ავადმყოფი კლინიკაში იმყოფებოდა 10 დღე. უტარდებოდა კონსერვატული შეურნალობა, უკეთდებოდა კომპრესები, ეძლეოდა ქლორიანი კალკუმი. მდგომარეობა თანდათან გაუმჯობესდა. ელენთა აღარ ისინჯებოდა. ავადმყოფი გაეწერა განკურნებულ მდგომარეობაში. ორი თვის შემდეგ შემოწმებით იგი სრულიად ჯანმრთელი აღმოჩნდა.

ჩვენი აზრით, ამ შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა ელენთის მცირე ზომის სუბკაფსულური ჰემატომის შეწოვას.

როგორც აღწერილი შემთხვევიდან ჩანს, მიუხედავად იმისა, რომ ელენთის სუბკაფსულური ჰემატომა შესაძლოა შეიწოვოს, მაინც უმჯობესია ოპერაციის გაკეთება, ანდა უკიდურეს შემთხვევაში ავადმყოფის დიდი ხნით საავადმყოფოში ჰოსპიტალიზება, ვინაიდან „ლატენტური პერიოდი“ ელენთის ორმომენტიანი გახეთქვის დროს პირველსა და მეორე მომენტს შორის შეიძლება 1—2 აათიდან რამდენიმე დღე და თვე გრძელდებოდეს.

ვ. ვასილკოვი (1939) აღწერს ელენთის ორმომენტიანი გახეთქვის შემთხვევას, სადაც „ლატენტური“ პერიოდი 4 1/2 საათს უდრის. ავტორი არ ეთანხმება მაკ-ინდოს, რომელიც ელენთის ორმომენტიან გახეთქვად თვლის მხოლოდ ისეთ შემთხვევებს, სადაც ლატენტური პერიოდი 48 საათზე ნაკლები არ არის. ავტორის აზრით, დროის მცირე მონაკვეთშიც, „მშვიდ პერიოდშიც“ კი შესაძლებელია ელენთის დაზიანების სიმპტომკომპლექსის ამოცნობა.

ნ. ეოსკარესენსკით (1955) და ტ. ბაიბურიჩით (1960), ელენთის

ორმომენტიანი გახეთქვის დროს ლატენტური პერიოდი 5 დღეს უდრის, ლ. გარვინით (1940), ა. ალექსანდროვიჩით, ბ. იმნაიშვილით (1954)—3 დღეს, მ. იზრაილოვით (1940) და ვ. კუზანოვით (1962)—24 საათიდან 8 დღემდე, ვ. პრონინით (1954) და ვ. კუჩუკით (1960)—10 დღეს. მ. კასილის (1953) შემთხვევაში ელენთის ორმომენტიანი გახეთქვის დროს ლატენტური პერიოდი უდრიდა 14 თვეს. რესპუბლიკის ნაკრები მაასალით, 6 შემთხვევაში ელენთის ორმომენტიანი დაზიანებისას ლატენტური პერიოდი უდრიდა 8—10 დღეს.

ელენთის ორმომენტიანი კანქვეშა დაზიანების „ლატენტურა პერიოდის“ ამოცნობა დაკავშირებულია სიძნელებთან და მას გარკვეული სიმპტომკომპლექსი ახასიათებს.

ვ. ვასილკოვანი (1938) ელენთის ორმომენტიანი დაზიანების კლინიკური ნიშნების გამოვლინებას უფარდებს შესაბამის პათანატომიურ ფორმებს:

1) სისხლჩაქცევა მოხდა კაფსულის ქვეშ და აღარ მეორდება;

2) სისხლჩაქცევა მოხდა კაფსულის ქვეშ და პერიოდულად მეორდება, სისხლი არ გამოდის კაფსულიდან;

3) სუბკაფსულური ჰემატომის უეცარი გახეთქვა ძლიერი სისხლდენით მუცლის ღრუში;

4) სუბკაფსულური ჰემატომის გახეთქვა მცირე სისხლდენით, მისი სწრაფი შეჩერებით;

5) სუბკაფსულური ჰემატომის გახეთქვა პერიოდული სისხლდენით.

პირველადი სისხლდენის შეჩერებას ორგანიზმი უპასუხებს შემაერთქსოვილოვანი ინფილტრაციით კაფსულიდან და ტრაბეკულებიდან. ელენთა, რომელიც განიცდის ძლიერ წნევას ჰემატომის გამო, მისი სწრაფი მოცილების შემდეგ მეორადად ძლიერად სკდება. გახეთქვის ძალა მით უფრო ძლიერია, რაც უფრო დიდია ჰემატომა და რაც უფრო ღრმა პათოლოგიურ ცვლილებებს განიცდის ელენთა. ტრავმის ძალას ამ შემთხვევაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა არა აქვს.

მ. კოზმინის (1949) აზრით, შოკის და სისხლდენის დროს ელენთა მოცულობაში კლებულობს სისხლის წნევის დაცემასთან

ეროდ. იგი რეფლექსურად იკუმშება და სისხლდენა წყდება. რამდენიმე ხნის შემდეგ დგება გაფუების ხანა და სისხლძარღვთა აპარატის სფინქტერები დუნდება, რის შემდეგ იწყება ძლიერი სისხლდენა.

ელენთის კანქვეშა დაზიანების კლინიკასა და დიაგნოსტიკას ქვემოთ შევხებით. აღნიშნავთ მხოლოდ, რომ ორმომენტიანი დაზიანების დროს დიაგნოზის დასმა გაცილებით ძნელია, ვიდრე ერთმომენტიანი დაზიანებისას. ელენთის კანქვეშა დაზიანების მეორე მომენტი კლინიკურად უფრო მძაფრად მიმდინარეობს. ვიდრე ელენთის ერთმომენტიანი გახეთქვის კლინიკური სურათი, ვინაიდან მეორადად ელენტა უფრო ძლიერად სკდება, ვიდრე პირველად. აქედან, ცხადია, მეორე მომენტის დროს სიმპტომკომპლექსი უფრო ინტენსიურად არის გამოხატული, ვიდრე ელენთის ერთმომენტიანი გახეთქვისას. ამრიგად, ელენთის ორმომენტიანი გახეთქვა პროგნოზის თვალსაზრისით უფრო საგანგაშოა, ვიდრე ერთმომენტიანი. ელენთის ორმომენტიანი გახეთქვის დროს ქირურგის მეტად მნიშვნელოვანი ამოცანაა იმ „მშვიდობიანი პერიოდის“ ამოცნობა, რომელიც ცნობილია „ლატენტური პერიოდის“ სახელწოდებით, რათა თავიდანვე იქნეს მიღებული ზომები მეორე მომენტის თავიდან ასაცილებლად. თუკი ეს უკანასკნელი მაინც განვითარდა, დროულად უნდა იყოს მიღებული საჭირო ღონისძიებები. ელენთის ორმომენტიანი გახეთქვის „ლატენტური პერიოდის“ დასადგენად დიდ მნიშვნელობა ენიჭება ზუსტად შეკრებილ ანამნეზს.

ამ პათოლოგიის დროს ანამნეზის მნიშვნელობის შესახებ ვასალი შემდეგს აღნიშნავს: „ელენთის გახეთქვაზე ექვის არსებობისას უფრო მეტად უნდა ენდო ანამნეზს, მონაყოლს მომხდარი ამბის შესახებ, იმას, თუ ზუსტად რომელი სხეულით იქნა გამოწვეული დაზიანება, ზუსტად სხეულის რომელი მიდამო დაზიანდა, როგორ იქნა მიყენებული დარტყმა, ვიდრე კლასიკურ ნიშნებს“ (ვასილკოვანი).

თითქმის მთელი „ლატენტური პერიოდის“ განმავლობაში ყველაზე დამახასიათებელ ნიშნად ითვლება ტკივილი მუცლის მარცხენა ნახევარში, კერძოდ, მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში (მ. კოზმინი, 1949, ტ. ბაიბურიანი, 1960, ე. კუზანოვი, 1962). ერთ-ერთ აუცილებელ ნიშანს წარმოადგენს აგრეთვე მარცხენა ფერდქვეშა

მიდამოს მტკივნეულობა პალპაციის დროს, რაზედაც მიუთითებენ ვ. ვასილკოვანი (1938), მ. კრივონოზოვი (1939), მ. კოზმინი (1949), მ. სარქისოვი (1949), ნ. ვოსკრესენსკი (1955). ეს ნიშანი, რესპუბლიკის ნაკრები მასალით, ექვსავე ავადმყოფს აღენიშნებოდა.

მრავალი ავტორით, „ლატენტური პერიოდის“ დროს ზშირია ფიქსირებული მოყრუება ელენთის მიდამოში (პიტაი და ბალანსე, 1906). ეს სიმპტომი აღენიშნებოდა 2 ჩვენს ავადმყოფს (6-დან).

ვ. ვასილკოვანი (1938) აღნიშნავს კავშირს საკმლის მიღებასა და ტკივილის გაძწევებას შორის. ეს მოვლენა ვითარდება საკმლის მიღებიდან 30—60 წუთის შემდეგ, რასაც თან ერთვის თავბრუ. ავტორი იმწმებს შიფის, გერცენის, ჯოშეს და სხვათა მონაცემებს საკმლის მონელებაში ელენთის როლის შესახებ, მიუთითებს მის ზომაში გადიდებაზე ამ პროცესის დროს, რაც, ავტორის აზრით, ელენთის დაზიანების შემთხვევაში ტკივილის გაძლიერებას იწვევს. „ლატენტურ პერიოდში“ აღსანიშნავია ტემპერატურის მცირედ მომატება (37,5), რასაც ადგილი ჰქონდა ჩვენს ორ შემთხვევაში.

აიგნერს (1954) დეფანსი კლასიკურ ნიშნად მიაჩნია, ვ. ვასილკოვანი კი მას მნიშვნელობას არ ანიჭებს.

ჩვენი 6 ავადმყოფიდან სუსტად გამოხატული დეფანსი აღენიშნებოდა 4-ს.

დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სისხლის გასინჯვას დინამიკაში. ლეიკოციტოზა და ჰემოგლობინზე. მუცლის ტრავმის დროს შინაგანი ორგანოების დაზიანების გარეშე მხოლოდ პირველ ხანებში აქვს ადგილი ზომიერ ლეიკოციტოზს; თუ გავეორებით აღებულ სისხლში ლეიკოციტოზი აღარ იქნება, ეს იმაზე ლაპარაკობს, რომ შინაგანი ორგანოების დაზიანებას ადგილი არ უნდა ჰქონდეს, თუმცა მისი კატეგორიული გამორიცხვა არ შეიძლება.

სისხლის გასინჯვას დინამიკაში გვიჩვენებს მ. კოზმინი (1949), ვ. ვასილკოვანი (1938), ბოლინგერა და ფოუვლერი (1956). შესაძლებელია რენტგენის გამოყენებაც, რომელიც დიაფრაგმის მაღლა დგომას იძლევა (აიგნერი, ბუნი, ვ. ვასილკოვანი, 1938).

დასასრულ უნდა აღინიშნოს, რომ „ლატენტური პერიოდის“ დასადგენად გადაწყვეტი მნიშვნელობა არც ერთ სიმპტომს არ აქვს, რის გამოც ზოგიერთი ავტორი აღნიშნულ პერიოდს უსიმპტომოს უწოდებს (შტოლცი — ვასილკოვანით). ჩვენ ვერ დავეთან-

ხმებით საკითხის ამგვარ დაყენებას. ჩვენი აზრით, ელენთის ორმო-მენტიანი გახეთქვის „ლანტენტური პერიოდის“ გასარკვევად დიდი მნიშვნელობა ენიჭება არსებულ სიმპტომთა ერთობლიობას, მათ კრიტიკულ ანალიზს, კლინიკურ მეთვალყურეობას ავადმყოფზე, რომელიმე სიმპტომის დინამიკაში თანდათან გაძლიერებას, კარგად შეკრებილ ანამნეზთან და ლაბორატორიულ მონაცემებთან ერთად.

ელენთის სპონტანური გახეთქვა. ტრავმის ძალის ნაკლები მნიშვნელობის გამო პათოლოგიურად შეცვლილ ელენთის გასკდომა თვით ავადმყოფისთვისაც შეუმჩნეველი მიზეზით ხდება, რის გამოც ელენთის კანქვეშა დაზიანების ამ სახეს ელენთის „სპონტანური გასკდომა“ ეწოდება. ეს ქმნის ელენთის „თვითნებური გასკდომის“ შთაბეჭდილებას. ამ ტერმინს („სპონტანური გასკდომა“) ახლაც ხშირად ვხვდებით ლიტერატურაში. რაც, ჩვენი აზრით, მიზანშეწონილად არ შეიძლება ჩაითვალოს, რადგანაც იგი ვერ გამოხატავს მოვლენის შინაარსს (უმიზეზოდ არ შეიძლება რაიმე მოვლენის განვითარება).

ელენთის „სპონტანური გასკდომის“ შემთხვევები აღწერილი აქვთ ა. გოლინკოს (1926), ტ. ვინოგრადოვას (1928), მ. ზნენსკის (1928), ტ. აბაშიძეს (1929), ა. გატიევს (1932), ა. პოსტნიკოვს (1934), კ. რაფს (1937), ს. გერმანს (1937), ი. კულიკს (1938), ვ. ანოფრიევას (1939), ვ. გუკოვს (1940), კ. ტაგიბეკოვს (1940), ლურიეს (1945), ვოლფს (60 შემთხვევა 1945 წლამდე და შემდეგ კიდევ—47 შემთხვევა. მ. კომახიძით, 1959); ვ. პოკროვსკის (1947), ვ. პომოსოვს (1947), ტ. კულიევს (1948), ს. სიდოროვს (1948), მ. სარქისოვს (1949), ა. ბესპალოვს (1950), გრიგორიევას (1950), ბასტიენს (1953), კროსნიეს, ჟიროს, დარბოსა და პარვეის (1953), პერეზონას, პარტნეის და ზიმერმანს (1953), ვ. პრონიჩინს (1954), მ. სკოვოროდკინს (1954), ჰარისონს, ვოლნეის და მეიერს (1954), ბერგმანს (1955), მელვილის (1955), დრაპიევსკის, სტერნლიზს (1955), შედრუს, დუსოს, ეუანოს და ლამონიეს (1955), ა. ბულავინცევას და რ. ბლაგოდატოვს (1958), ნ. ხურამოვიჩს (1959), ბროდმენს და ბაუტისტას (1959), გ. ბახარევიჩს, მ. მასიკს და ი. ძისს (1960), ი. ფეოდოროვს (1961), ი. კაცერს (1961), ა. აქსელროდს (1962), ჯერმენს (1962).

ელენთის „სპონტანური გასკდომის“ დროს ტრავმის ძალას გადამწყვეტი მნიშვნელობა არა აქვს. ძირითადია ამ დროს ის დაავადება, რომელიც ელენთაში დიდ პათომორფოლოგიურ ცვლილებებს იწვევს, რის შედეგად უმნიშვნელო ფიზიკურ დატვირთვას, ანდა ყოველივე იმას, რაც შიდა წნევას ზრდის, შეუძლია პათოლოგიურად შეცვლილი ელენთის დაზიანება. როგორც ცნობილია, ამ სახის ტრავმებს „ორგანიზმის საკუთარი ტრავმები“ ეწოდება (გრაუფორდი).

ზემოთ უკვე გვქონდა საუბარი იმ დაავადებებზე, რომლებიც ხელს უწყობენ ელენთის კანქვეშა დაზიანებას, ამიტომ აქ მათ ჩამოთვლას არ შევუდგებით. აღსანიშნავია მხოლოდ ის გარემოება, რომ მთელი რიგი ავტორები, რომლებიც მოვიხსენიეთ პათოლოგიურად შეცვლილი ელენთის კანქვეშა დაზიანებისას, უპირატესად ელენთის „სპონტანურ გახეთქვას“ აღწერენ.

ყველა ავტორი „სპონტანური გასკდომის“ დროს ასახელებს სრულიად უმნიშვნელო ტრავმას, ანდა უმნიშვნელო ფიზიკურ დატვირთვას. აღწერილია ელენთის კანქვეშა დაზიანება ექიმის მიერ წარმოებულ პალპაციის შედეგად ა. ტაიროვის მიერ (1934), დეფეკაციის დროს — ტ. აბაშიძის (1929), ა. პოსტნიკოვის (1934), ძლიერი ხეელისას — ა. ს. შჩერბაკოვის (1907), საწოლში მკვეთრი მოძრაობის დროს — ვ. კუჩუკის (1960), ი. კაცერის (1961), მელვილის (1961), ა. აქსელროდის (1962), მანქანით მგზავრობით გამოწვეული რყევის გამო — მ. გოლონიკოს (1926), სამშობიარო ქინთვების გამო — ა. ბულავინცევას და რ. ბლაგოდატოვას (1958), სიმძიმის აწევის გამო — ბერგმანის (1958), მალარიული შეტევის დროს — ა. გაჯიევის (1932), პირღებინების გამო — ნ. ხურამოვიჩის (1959), ბევრი სიარულის გამო — კ. რაფის (1937), ცივი წყლის გადასხმის შედეგად განვითარებული მუცლის პრესის მკვეთრი შეკუმშვით — ს. სიდოროვის (1948) მიერ.

პათოლოგიურად შეცვლილი ელენთის დაზიანებას ხელს უწყობს ის მიზეზები, რომლებიც მუცელშიდა წნევის აწევას იწვევენ. ეს მიზეზები შეიძლება იყოს: 1) მექანიკური — ცხენით სიარული, საწოლში მოძრაობა, სიმძიმის აწევა, 2) ფიზიო-პათოლოგიური — კუჭის ავსება, შეგუბება — *portia*-ს სისტემასა და ელენთის სისხლძარღვებში, ორსულობა (კ. ტაგიბეკოვი, 1940).

გ. იოსელიანის გამოკვლევებით, ვენურ სისტემაში შეგუბების დროს ელენთაში ვითარდება გამოხატული ცვლილებები, ეს კი შეიძლება ხელშემწყობ პირობად ჩაითვალოს ელენთის დაზიანებისათვის.

ყველა აღწერილ შემთხვევაში ელენთა პათოლოგიურ ცვლილებებს განიცდიდა და ანამნეზში ავადმყოფებს მცირე ტრავმა ან ფიზიკური დატვირთვა აღენიშნებოდათ. ამის გარდა ლიტერატურაში გვხვდება ელენთის კანქვეშა დაზიანების ისეთი შემთხვევა, რომლის დროსაც არც ტრავმა და არც ორგანოს პათოლოგიური ცვლილებები აღწერილი არ ყოფილა.

ნორმალური ელენთის სპონტანური გახეთქვის შემთხვევებია აღწერს ლ. შაფირმა (1940), კ. ტაგიბეკოვა (1940) და ბერგმანმა (1955). ბროდმენსა და ბაუტისტას (1959) საკუთარ შემთხვევასთან ერთად ლიტერატურაში შეგროვილი ჰქონდათ სულ 41 შემთხვევა.

მ. კომახიძე (1959) და კ. ტაგიბეკოვი (1940) აკრიტიკებენ „ნორმალური ელენთის სპონტანური გასკდომის“ აღმწერ ავტორებს. მათ ასეთი „გასკდომა“ დიაგნოსტიკურ შეცდომად მიაჩნიათ. ის ავტორები, რომლებიც ნორმალური ელენთის სპონტანურ გასკდომას აღიარებენ, ცდიბან, რაც იმაში მდგომარეობს, რომ ყურადღებას არ აქცევენ უშუალოდ ელენთის გასკდომის ადგილს, რომელიც უსათუოდ შეცვლილია, ელენთა კი სწორედ ამ შეცვლილ ადგილას სკდება, მაშინ, როდესაც მისი დანარჩენი ნაწილები შეიძლება სრულიად საღი იყოს.

ჩვენ მიერ შეკრებილ მასალაზე 335 ავადმყოფიდან ელენთის ე. წ. „სპონტანური გახეთქვა“ აღენიშნებოდა ორ ავადმყოფს. მაგრამ ანამნეზის ზუსტად შეგროვებამ დაადგინა ორივე შემთხვევაში პათოლოგიურად შეცვლილი ელენთის გასკდომის მიზეზები. ერთ შემთხვევაში მალარიის გამო პათოლოგიურად შეცვლილი ელენთის გასკდომა გამოიწვია სიმძიმის აწევამ, მეორე შემთხვევაში კი — საწოლში მკევეთრმა მოძრაობამ.

ამ დროს დიაგნოზის დასმა განსაკუთრებით ძნელია. ამაზე მიუთითებენ ელენთის „სპონტანური გასკდომის“ აღმწერი ავტორები. ს. სამგოროდსკი (1925) აღწერს ელენთის „სპონტანური გასკდომის“ 4 შემთხვევას, რომლის დროსაც ზუსტი დიაგნოზი სიცოცხლეში არც ერთ შემთხვევაში არ ყოფილა. დასმული (ყველა ექსპლუსით და-

თავრდა). ა. აქსელროდს ელენთის „სპონტანური გასკდომის“ 7 შემთხვევიდან 1 შემთხვევაში დაუსვამს ჭჭორი დიაგნოზი.

ამ პათოლოგიის დროს კუჭის წყლულის პერფორაციის დიაგნოზი დაუსვამთ გ. ბახარეიჩის, მ. სარქისოვს (1949), კ. ტაგიბეკოვს (1940), ი. კაცერს (1961), აპენდიციტის — ვ. ანოფრიევას (1939), ჰარისონს, ვოლნეის და მეიერს (1954). ამ უკანასკნელის შემთხვევაში აღდილი ჰქონდა situs viscerum universalis და ელენთა მარჯვნივ მდებარეობდა. ამ პათოლოგიის დროს პერიტონიტის დიაგნოზი დასმული აქვთ ი. ფეოდოროვს (1961), ა. ბესპალოვს (1950), ა. აქსელროდს (1961).

ბერგმანის (1955) აზრით, აღნიშნული პათოლოგიის დროს დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გატარდეს კუჭის წყლულის პერფორაციასთან, პანკრეატიტთან, საშვილოსნოს გარე ორსულობასთან.

ჩვენ მიერ შეკრებილ მასალაზე 2 შემთხვევიდან ერთ შემთხვევაში ოპერაციამდე დასმული იყო გაუვალობის დიაგნოზი, მეორე შემთხვევაში კი — მწვავე მუცლის დიაგნოზი.

დასასრულ გვინდა აღვნიშნოთ, რომ ტერმინი ელენთის „სპონტანური გასკდომა“ ზუსტად ვერ გამოხატავს მოვლენის შინაარსს, რის გამოც ოგი არ უნდა იხმარებოდეს, მიუხედავად იმისა, რომ მას მტკიცედ აქვს მოკიდებული ფეხი სამედიცინო ტერმინოლოგიაში.

ელენთის დახურული დაზიანების კლინიკა

ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ო ლ ო გ ი ა

ელენთის კანქვეშა დაზიანების ამოცნობა, დიაგნოზის დასმა, პრაქტიკული ქირურგიის ერთ-ერთი რთული საკითხია. ელენთის კანქვეშა დაზიანების დიაგნოზის დასმას სხვადასხვა მოვლენა აძნელებს, რომლებიც იმდენად ძლიერადაა გამოხატული, რომ ამ პათოლოგიის დამახასიათებელ კლინიკურ სურათს ბურუსში ხვევს. ელენთის კანქვეშა დაზიანების კლინიკა შეიძლება სხვადასხვაგვარი იყოს. თუ ნორმალური ელენთის დაზიანებისათვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა ტრავმის ძალას ენიჭება, პათოლოგიურად შეცვლილი ელენთის დაზიანებისათვის მას მეორეხარისხოვანი მნიშვნელობა

აქვს. ამ დროს თვით ავადმყოფისთვისაც შეუმჩნეველმა უმნიშვნელო ფიზიკურმა დატვირთვამ შეიძლება გამოიწვიოს მისი დაზიანება. ბუნებრივია, დიაგნოზის დასმა ასეთ შემთხვევაში გაცილებით ძნელია. დიაგნოზის დასმას აძნელებს სიმპტომთა სიჭარბე ელენთის კანქვეშა დაზიანებისას, რაც კლინიკური სურათის მრავალფეროვნებას იძლევა. აღნიშნული გარემოება ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს გამოწვეულია ორი ძირითადი ფაქტორით: მუცლის ღრუში შინაგანი სისხლდენით და პერიტონეუმის გაღიზიანებით.

ელენთის კანქვეშა დაზიანების ყველა სიმპტომი იყოფა ორ ჯგუფად: 1) მუცლის ღრუს პარენქიმული და ზოგიერთი ღრუ ორგანოს დაზიანებისათვის დამახასიათებელი საერთო ნიშნები, 2) ელენთის დაზიანებისათვის დამახასიათებელი ადგილობრივი ნიშნები.

საერთო დამახასიათებელი ნიშნებიდან ყველაზე ხშირია შოკი. იგი გვხვდება ელენთის კანქვეშა დაზიანების პირველ 2—3 საათში, იშვიათად — მოგვიანებით. შოკი შეიძლება სხვადასხვა სიძლიერის იყოს. ხანდახან იგი ისე ძლიერად არის გამოხატული, რომ სავსებით ჩრდილავს ელენთის კანქვეშა დაზიანების კლინიკურ სურათს. მოგვყავს ერთი ჩვენი შემთხვევა, სადაც ელენთის კანქვეშა დაზიანების დიაგნოზი მხოლოდ შოკის გავლის შემდეგ დადგინდა.

ავად. პ. ი. მამაკაცი, 22 წ. (ავადმ. ისტ. 1260). კლინიკაში მოყვანილ იქნა, როგორც სასწრაფო შემთხვევა 6/VIII-60 წ., ტრავმის მიღებიდან ოთხსაათნახევრის შემდეგ (მოჰყვა ვაგონსა და სატვირთო მანქანას შორის). მოყვანილია მძიმე შოკის მდგომარეობაში; გონება დაბინდული, კანი და ლორწოვანი გარსები ძალზე მკრთალი, ასხამს ცივ ოფლს, გამომეტყველება ნაღვლიანი, მუცელი ოვალური ფორმის, სუნთქვაში მონაწილეობს. პალპაციით ოდნავ მტკივნეულია მარცხენა ღერძქვეშა მიდამო, $1 - 37,4$, სწორ ნაწლავში $1 - 38,2$, $P - 120$, $Tens. - 85/50$. რენტგენოგრაფიით გულმკერდის ქვემო და წელის მიდამოში პათოლოგიური ცვლილებები არ აღენიშნება. მიღებისთანავე ავადმყოფს ჩაუტარდა შოკის საწინააღმდეგო მკურნალობა, გაუკეთდა საგულე საშუალებანი, მიეცა ჩაი, გადაესხა 1 ჯგუფის სისხლი 250 მლ. $17^{\circ}00$ საათზე ავადმყოფის მდგომარეობა შედარებით უკეთესია, მასთან კონტაქტის დამყარება ხერხდება; იგი უჩივის ტკივილს მარცხენა ღერძქვეშა მიდამოში. მუცელი დაკიმული. ბლუმბერგის და პიტ-ბალანსის სიმპტომები დადებითი, $P-110$, $Tens. - 95/60$. ერთი საათის შემდეგ, პერიტონეალური ნიშნების მომატების გამო, გადაწყდა ოპერაციის გაკეთება ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ (ნოვოკაინის 1% ხსნარი $300,0$) — შუა ლაპაროტომია. მუცლის ღრუში სისხლის საკმაო რაოდენობა; დათვალიერებისას აღმოჩნდა ელენთის გა-

ზეთქვა მის შიგნითა ზედაპირზე, გაკეთდა დამატებითი განაკვეთი მარცხნივ, ნეკნთა რკალის მიმართულებით (სპლენექტომია). კრილობა შეხორცდა პირველად დაკვიპვით. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი — საღა; ავადმყოფი გააწერა გაჯანსაღებულად.

ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს შოკი ხშირ შემთხვევებში გვხვდება და მას არსებითი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა ენიჭება (ტ. ვალტერი, 1935; ლ. სტეფანენკო, 1935; ზ. კარტაშოვი, 1935; ა. პოსტნიკოვი, 1936; ი. ლიპინი, 1936; ტ. ბაკერნიკოვი, 1937; ნ. ჯანდიერი, 1938; ა. ალექსანდროვიჩი, 1949; ბ. იმნაიშვილი, 1954; ვ. მეშკოვა 1958; ნ. კუზმინი, 1959; ბოლრი, (1956).

ელენთის იზოლირებული დაზიანების დროს შოკი უფრო იშვიათად გვხვდება, ვიდრე კომბინირებული დაზიანებისას, თანაც იგი უფრო ნაკლები ხანგრძლიობისაა (ა. პერცოვსკი, 1927; ა. ტაროვი, 1934; ბ. როზანოვი, 1936; ს. ქოიავა, 1937; სოსნოვსკი, 1943; მ. კომახიძე). ჩვენი კლინიკის მონაცემებით, შოკი ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს გვხვდება შემთხვევათა 6%-ში.

ჩვენს ნაკრებ მასალაზე 335 ავადმყოფიდან შოკი აღენიშნებოდა 150 ავადმყოფს (44,4%) და ისიც უმთავრესად ელენთის კომბინირებული კანქვეშა დაზიანებისას. ელენთის იზოლირებული დაზიანების 203 შემთხვევიდან შოკი აღენიშნებოდა 33 ავადმყოფს, კომბინირებული დაზიანების 132 შემთხვევიდან კი — 95-ს. ძლიერმა მწვავე სისხლნაკლებობამ, რაც ხშირია ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს (იგი ჩვენს ნაკრებ მასალაზე აღენიშნებოდა 162 ავადმყოფს), შეიძლება მოგვეცეს შოკის სიმულაცია. ელენთის კანქვეშა დაზიანებით გამოწვეული შოკი ჩვეულებრივ დიდხანს არ გრძელდება და 1—2 საათში გაივლის.

გაგენ-ტორნი თვლის, რომ რაც უფრო მეტი ნერვული ბოჭკო ტრავმირდება, მით უფრო ძლიერად არის გამოხატული შოკი (ა. პოსტნიკოვი, 1936). ელენთის კანქვეშა დაზიანების საერთო ნიშნებიდან დიდი მნიშვნელობა აქვს გულისწასვლას, რაც ტრავმის ძილებისთანავე ვითარდება (მ. კომახიძე, 1959). გულისწასვლა ხანგრძლიობის მიხედვით სხვადასხვაგვარია. იგი შეიძლება წუთობით ან საათობით განისაზღვრებოდეს. ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს გულისწასვლას აღნიშნავენ ტ. ვალტერი (1935), ტ. ბაკერნიკოვი (1937), ა. ბესპალოვი (1950), ვ. ზუხერი (1956), შერლუ, ღუსო,

ეუანო, ლომონიე (1955). კენიუს აზრით, უფრო მნიშვნელოვანია ე. წ. „მეორადი გულისწასვლა“, რომელიც ვითარდება არა უშუალოდ ტრავმის მიღების მომენტში, არამედ ტრავმის მიღებიდან გარკვეული დროის შემდეგ. ეს უკანასკნელი შეიძლება საათობით ან დღეობით განისაზღვრებოდეს. კენიუს „მეორადი გულისწასვლა“ გადაუდებელი ოპერაციის ჩვენებად მიაჩნია.

გულისწასვლა ელენტის კანქვეშა დაზიანების დროს, ჩვენი ნაკრები მასალით, 18 ავადმყოფს აღენიშნებოდა. ამათგან საინტერესოა ერთი შემთხვევა, სადაც ავადმყოფს გულისწასვლა აღენიშნებოდა რამდენჯერმე და ადგილი ჰქონდა ელენტის ორმოცმეტიათი გახეთქვისას.

ავად. ჩ. ა., ქალი, 30 წ. (ავადმყ. ისტ., 1739), შემოვიდა კლინიკაში 7/11 1954 წ. ჩივილებით ტკივილზე მუცლის მარცხენა ნახევარში. რამდენიმე დღე წოლილა სახლში, შემდეგ გაუგრძელებია ჩვეულებრივი საქმიანობა, მაგრამ დარჩენია ყრუ ხასიათის ტკივილი მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში. 2/11 ავადმყოფი სამსახურში კვლავ ცუდად გამხდარა. გული წასვლია, მას შემდეგ იწვა სახლში. მუცლის მარცხენა ნახევრის მიდამოში ჰქონია ტკივილი. 7/11 ავადმყოფი რამდენჯერმე აღნიშნავს გულისწასვლას, ჰქონია სისხლიანი გამონადენი საშოდან.

კლინიკაში მოყვანისას ავადმყოფი მძიმე მდგომარეობაშია. შეკითხვაზე პასუხის გაცემა უძნელდება, პულსი არ ისინჯება, გასინჯულ იქნა per vaginam. საშვილოსნო — ნორმალური სიდიდის. უკანა თალი ოდნავ დაჰიმულია. გაუკეთდა უკანა თალის პუნქცია, რითაც მიღებულ იქნა სისხლი. ექვი მივიტანეთ საშვილოსნოსგარე ორსულობაზე. გაკეთდა სასწრაფო ოპერაცია შუა ლაპაროტომიით ეთერის ნარკოზის ქვეშ. მუცლის ღრუში — სისხლი. დათვალიერებისას აღმოჩნდა ელენტის რამდენიმე ადგილას გახეთქვა, ზედა პოლუსთან — სუბკაფსულური ჰემატომა. გაუკეთდა სპლენექტომია. ოპერაციამდე და ოპერაციის მსვლელობისას გადაეხსა 500 მლ სისხლი წვეთობრივად. ავადმყოფი 12 დღის შემდეგ გაეწერა გაჯანსაღებული.

ჩვენი შემთხვევების ანალიზისა და ლიტერატურის მონაცემების საფუძველზე შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ელენტის კანქვეშა დაზიანების დროს სხვა სიმპტომებთან ერთად გულისწასვლაც გვეხმარება დიაგნოზის დადგენაში.

ელენტის კანქვეშა დაზიანების დროს უმრავლეს შემთხვევაში კლინიკური სურათის ფონს წარმოადგენს მწვაველ განვითარებული სისხლნაკლებობა, მაგრამ ანემიის დამახასიათებელი ნიშნების გამოჩენას შეიძლება დიდი დრო დასჭირდეს. ჩვეულებრივ ანემიის და-

მახასიათებელი ნიშნები — მკვეთრი ფერმკრთალობა, ცნობიერების დაკარგვა, თავბრუ, ცივი ოფლი, ხშირი პულსი — ვითარდება არა უშუალოდ ტრავმის მიღების მომენტში, არამედ გარკვეული ხნის შემდეგ. თავისთავად ცხადია, მით უფრო ძლიერად იქნება გამოხატული მწვავე ანემიის ნიშნები, რაც უფრო ძლიერ დაზიანებას განიცდის ელენთა. განსაკუთრებით ძლიერადაა იგი გამოხატული ელენთის ფეხის მოწყვეტის დროს.

განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს პულსისა და არტერიული წნევის გასინჯვას. ჩვენი ავადმყოფებიდან პულსის აჩქარება ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს აღენიშნებოდა: 80-მდე—52-ს, 100-მდე—88-ს, 100-ის ზევით—102-ს, პულსი არ ეთვლებოდა—43-ს. პულსი არ ჰქონდა აჩქარებული 50-ს. წნევის დაცემა აღენიშნებოდა: 100—90/70—65 123 ავადმყოფს, 90—80/50—45—81-ს, 75—65/45—60-ს. არ ესინჯებოდა 38 ავადმყოფს.

დიდი დახმარების გაწევა შეუძლია ლაბორატორიულ მონაცემებს, სისხლში ჰემოგლობინისა და ლეიკოციტების განსაზღვრას; ამ დროს ხშირია სისხლში ჰემოგლობინის დაკლება და ზომიერი ლეიკოციტოზი, რომელიც, ეფიმიშინის მიხედვით, გამოწვეული უნდა იყოს მუცლის ღრუში სისხლის ჩაღვრის შედეგად პერიტონეუმის გაღიზიანებით.

ჩვენს ნაკრებ მასალაზე ავადმყოფობის ისტორიებში ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს ზომიერი ლეიკოციტოზი (12000—14 000) აღნიშნულია 85-ჯერ. აღსანიშნავია პულსის კანონზომიერი და პროგრესული შესუსტება.

ანემიის ნიშნებიდან საყურადღებოა აგრეთვე გულის ტონების მოყრეუბა, რომელიც არც ისე იშვიათად გვხვდება. ჩვენს ავადმყოფებში იგი აღნიშნულია 40-ჯერ.

ელენთის კანქვეშა დაზიანებისას ანემიის წამყვან როლზე მიუთითებენ ტ. ვალტერი (1935), ზ. კარტაშოვი (1935), ტ. ბაკერნიკოვი (1937), ა. ტაიროვი (1940), ი. პევზნერი (1941), მ. ჰუსეინოვი (1948), დ. ვასილენკო (1848), ა. ბესპალოვი (1950), შერდუ და თანაავტორები (1955), ვ. ზუხერი (1956), ნ. კუზმინი (1959), ვ. მეშკოვა (1959), მ. კრასნერი (1959), მ. კომახიძე, (1959), ა. აქსელროდი (1962) და კორნელიაკი (1958). ამ უკანასკნელის აზრით, ანემიის ნიშნები ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს ბავშვებში

თვალნათლივი ხდება მხოლოდ ტრავმული შოკის გავლიდან 12—24 საათის შემდეგ. ამასთან, ჰემოგრამა ძალიან ძუნწ მონაცემება იძლევა.

ელენთის კანქვეშა დაზიანების ადგილობრივი ნიშნებიდან, უპირველეს ყოვლისა, უნდა აღინიშნოს ტკივილი მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოსა და მუცლის მარცხენა ნახევარში. უფრო იშვიათად ტკივილი გამოხატულია ნეკნებსა და ხერხემალს შორის არსებულ სივრცეში.

ავტორთა უმრავლესობა (ტ. ვალტერი, 1935; ა. პოსტნიკოვი, 1936; ვ. ანოფრიევი, 1939; ა. ტაიროვი, 1940; მ. პევზნერი, 1941; ა. სოსნოვსკი, 1943; ბ. იმნაიშვილი, 1954; ნ. კუზმინი, 1959; განსფილდი, 1955; ზ. დუპლიკი, 1961) ტკივილს მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში, ანდა მუცლის მარცხენა ნახევარში ყველაზე არსებით სიმპტომად თვლის. ტკივილი შეიძლება ერთბაშად დაიწყოს ტრავმის მიღებისთანავე, ანდა განვითარდეს ავადმყოფის მოსვენებულ მდგომარეობაში ყოფნის დროს. ტკივილის ინტენსივობა შეიძლება სხვადასხვაგვარი იყოს. ავადმყოფის შოკურ მდგომარეობაში ყოფნისას ტკივილი ნაკლებად არის გამოხატული.

ზოგჯერ ტკივილი ამდენად ინტენსიურია, რომ ავადმყოფები იძულებით მდგომარეობას იკავებენ. ამ გარემოებამ ზოგიერთ ავტორს საშუალება მისცა აეწერა ავადმყოფის ეს იძულებითი მდგომარეობა სათანადო სახელწოდებით. დამახასიათებელია ბ. როზანოვის მიერ აღწერილი „ვანკა-ესტანკას“ სიმპტომი. ავადმყოფი ამ დროს წევს მარცხენა გვერდზე და მოხრილი ბარძაყები მუცელზე აქვს მიკრული. თუ ავადმყოფს ზურგზე ან მარჯვენა გვერდზე დაეწვენ, იგი იმავე წუთს უკან გადმობრუნდება და ისევ მარცხენა გვერდზე დაწება პირველ პოზაში. ამ სიმპტომს ელენთის კანქვეშა დაზიანების დიაგნოზის დადგენაში დადებითად აფასებს ზოგიერთი ავტორი (კ. რაფი, 1937; ი. პევზნერი, 1941; მ. იმნაიშვილი, 1954. ა. ოსტროვსკაია და ო. სტავროვსკაია, 1956). ამ ავტორებით, ელენთის კანქვეშა დაზიანების 114 შემთხვევიდან ეს სიმპტომი აღენიშნებოდა 20 ავადმყოფს. ვ. ოპანესიანს (1957) და მ. კრასნერს (1959) ელენთის კანქვეშა დაზიანების 19 შემთხვევიდან ეს სიმპტომი უნახავთ 7 შემთხვევაში. მ. კომახიძე (1959), ე. კუზნაოვი (1962), მ. სკოვოროდკინი (1954) ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს აღ-

წერენ ავადმყოფის იძულებით წოლას მარჯვენა გვერდზე. გ. ყულიშვიტს (1952) ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს წამყვან სიმპტომად მიაჩნია ტკივილი წელის მიდამოში; ზოგჯერ ავადმყოფს არც ერთ გვერდზე არ შეუძლია წოლა და იძულებით ზის საწოლში (გ. ბახარევიჩი).

კოკსი და ვილსი, აგრეთვე ი. პევზნერი (1941) აღნიშნავენ ტკივილის გაძლიერებას ავადმყოფის ზურგზე წოლისას. ტკივილი უმრავლეს შემთხვევაში ლოკალიზდება მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში, მაგრამ არც ისე იშვიათად ირადირდება მარცხენა ბეჭისა და მხრის არეში, რაც იმით აიხსნება, რომ დიაფრაგმის ქვეშ დაგროვილი სისხლით ხდება შუასაძგიდის ნერვის გაღიზიანება. შუასაძგიდის ნერვი გაღიზიანებას გადასცემს ცენტრს, ხოლო ცენტრიდან იგი მგრძნობიარე ნერვებით ვრცელდება მხრის წნულის საინერვაციო მიდამოზე (გურევიჩი, მ. კომახიძე, 1959). ფლექტორი და მეტკაფი ამ სიმპტომს ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს პათოგენურ სიმპტომად თვლიან. საზღვარგარეთ იგი ცნობილია კერის სიმპტომის სახელწოდებით.

აღნიშნულ სიმპტომს ელენთის კანქვეშა დაზიანებისას აღწერენ და ამ პათოლოგიის დროს განსაკუთრებულ როლს მიაწერენ ზ. კარტაშოვი (1935), ტ. ბაკერნიკოვი (1937), ი. პევზნერი (1941), მ. ჰუსეინოვი (1948) დ. ბახარევიჩი, ვ. მალკოვი (1954), ბოდრი (1956), ვილარი და კონარდო (1958), ტერი, სელფი და ჰოვარდი (1956).

ცხრილი 4

ტკივილის ლოკალიზაცია-ირადიაცია და იძულებითი მდგომარეობა ჩვენს ავადმყოფებში

ტკივილი მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში	143
ტკივილი მუცლის მარცხენა ნახევარში	90
ტკივილი მთელ მუცელში	52
ტკივილი ეპიგასტრიუმის მიდამოში	10
ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში	7
ტკივილი მუცლის მარჯვენა ნახევარში	3
ტკივილი გულმკერდის მარცხენა ნახევარში	5
ტკივილის ირადიაცია მარცხენა ბეჭში	42
„ენკა-ესტანკას“ სიმპტომი	20
კულენ-კამპის სიმპტომი	12

ტკივილი განსაკუთრებით ძლიერდება მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოს პალპაციის, ანდა მუცლის მარცხენა ნახევრის პალპაციის დროს; არც ისე იშვიათად ტკივილი გამოხატულია შთელ მუცელში, მის მარცხენა ნახევარში და, კერძოდ, მარცხენა ფოსოში, რაც ამ ადგილას ჩაღვრილი სისხლის დაგროვებით უნდა აიხსნას. ამასთან დაკავშირებით აღსანიშნავია 1923 წელს კულენკამპფის მიერ აღწერილი სიმპტომი, რომელიც გამოიხატება მუცლის ძლიერ მტკივნეულობასა და მუცლის კედლის მცირედ გამოხატულ დაჭიმულობას შორის შეუსაბამობაში. ეს სიმპტომი დადებითია მუცლის ღრუში სისხლდენის არსებობისას და არ აღინიშნება მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანებისა და ანთებითი პროცესების დროს (ბ. ბეიზმანი, 1935). ბეიზმანს იგი წარმატებით გამოუყენებია 8 შემთხვევაში, ლანგეს (1929) — 8 შემთხვევაში მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანების დროს (კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის გარეშე) და 36 შემთხვევაში ფალოპის მილების გახეთქვის ახალ შემთხვევაში. აღნიშნულ სიმპტომს ელენთის კანქვეშა დაზიანებისას აღნიშნავენ ვ. ვასილკოვანი (1939), ა. სოსნოვსკი (1943) და ბ. იმნაიშვილი (1954).

მე-4 ცხრილში მოცემულია ტკივილის ლოკალიზაცია-ირადიაცია და მის მიერ გამოწვეული იძულებითი მდგომარეობა ავადმყოფობის ისტორიების მიხედვით.

ტკივილი, განსაკუთრებით ძლიერი, განაპირობებს მუცლის კუნთების დაჭიმვას, რიგიდობას — დეფანსს. ამ უკანასკნელის ინტენსივობა, ისევე როგორც ტკივილის, შეიძლება სხვადასხვაგვარი იყოს. იგი შეიძლება სუსტად ან სულ არ იყოს გამოხატული შოკის დროს, ანდა ძლიერ იყოს გამოხატული ელენთის კომბინირებული კანქვეშა დაზიანებისას. მ. კომახიძე (1959) ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს დეფანსს ყოველთვის აღნიშნავს, მაგრამ არ თვლის სიმპტომატურად მხოლოდ ელენთის დაზიანებისათვის, რის გამოც ნაკლებ დიაგნოსტიკურ ღირებულებას მიაწერს; ე. კუზანოვს (1962) დეფანსი ელენთას კანქვეშა დაზიანების დროს საყურადღებო ნიშნად მიაჩნია, მაგრამ ყოველთვის არ აღნიშნავს.

ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს დეფანსს, როგორც ერთ-ერთ ხშირ სიმპტომს, აღნიშნავენ ლ. სტეფანენკო (1935), ზ. კარტაშოვი (1935), პოსტნიკოვი (1936), ი. ლოპკინი (1936). ელენთის კანქვეშა დაზიანების 16 შემთხვევიდან დეფანსი აღნიშნებოდა 11 ავად-

მყოფს (ტ. ბაკერნიკოვი, 1937; ვ. ანოფრიევა, 1939). დეფანსის ლოკალიზაციას უპირატესად მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში აღნიშნავენ ა. ტაიროვი (1940), ი. პევზნერი (1941), მ. ჰუსეინოვი (1948), მ. კრასნერი (1959). ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს დეფანსის კლასიკურ ნიშნად მიიჩნევენ ბოდრი (1956). დეფანსის 80%-ში აღნიშნავენ პ. ოსტრინი.

ჩვენი კლინიკის მასალით, დეფანსი ელენთის კანქვეშა დაზიანების 23 შემთხვევიდან აღენიშნებოდა 13 ავადმყოფს.

რესპუბლიკის ნაკრებ მასალაზე, ელენთის კანქვეშა დაზიანების მქონე 290 ავადმყოფიდან, რომლებსაც ოპერაცია გაუკეთდათ, დეფანსი უპირატესად მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში აღენიშნებოდა 210 ავადმყოფს, რაც შეადგენს 72,4%-ს. იმ შემთხვევაში, სადაც დეფანსი დიფუზურად იყო გამოხატული მთელ მუცელში, მისი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა შედარებით მცირე იყო და, პირიქით, დიდი მნიშვნელობა ენიჭებოდა ლოკალურად არსებობის დროს.

ელენთის კანქვეშა დაზიანების ადგილობრივი ნიშნებიდან აღსანიშნავია ჰეინიკეს და ლეჟარის სიმპტომი, რომელიც გამოიხატება ე. წ. „პირველად მეტეორიზმში“ და ვითარდება ტრავმის მიღებიდან პირველ ორ საათში. იგი გამოწვეულია რეტროპერიტონეალური ნერვული წნულის გაღიზიანებით პარენქიმული ორგანოების დაზიანების დროს. ზოგიერთი ავტორი ამ სიმპტომს უარყოფითად ეკიდება (მ. კლიაჩინი, 1931; ლ. სტეფანენკო, 1935; გ. სოსნოვსკი, 1943), სხვები კი მას დიაგნოსტიკურ მნიშვნელობას მიაწერენ (ა. პოსტნიკოვი, 1936; ბ. როზანოვი, 1936; ფ. ანოფრიევა, 1939; ვ. დიბიევი, 1954; მ. კომახიძე, 1959). ა. ტაიროვი (1940) მნიშვნელობას ანიჭებს „მეორად მეტეორიზმს“.

ჩვენი ნაკრები მონაცემების საფუძველზე აღენიშნავთ ამ სიმპტომის („პირველადი მეტეორიზმის“) მნიშვნელობას ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს. 335 ავადმყოფიდან ე. წ. „პირველადი მეტეორიზმი“ აღენიშნებოდა 115 ავადმყოფს. ეს რიცხვი კიდევ უფრო მეტი იქნებოდა, რომ დეფანსი არ უშლიდეს ხელს მის გამოჩენას.

ავტორთა უმრავლესობა ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს მოყრუებას აღნიშნავს მუცლის ქვემდებარე ნაწილებში, ანდა მუც-

ლის მარცხენა ნახევარში. ი. ლიპკინი (1936) ელენთის კანქვეშა დაზიანების 16 შემთხვევიდან მოყრუებას აღნიშნავს 10 შემთხვევაში, დ. ვასილენკო (1948) 18 შემთხვევიდან — 11 შემთხვევაში, მ. კრასნერი 19 შემთხვევიდან — 8 შემთხვევაში.

ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს მოყრუებას მუცლის ქვემდებარე ნაწილებში ან მუცლის მარცხენა ნახევარში აღნიშნავენ ა. ტაიროვი (1940), ი. პევზნერი (1941), მ. ჰუსეინოვი (1948), ა. ბენპალოვი (1950), პ. ოსტრინი, ვ. მეშკოვა (1959), ბორდი (1956). მოყრუება მუცლის ქვემდებარე ნაწილებში ან მუცლის მარცხენა ნახევარში დამოკიდებულია ჩაღვრილი სისხლის რაოდენობაზე, რაც უფრო მეტი სისხლია ჩაღვრილი მუცლის ღრუში, მით უფრო კარგად არის გამოხატული მოყრუება და პირიქით. ხანდახან მოყრუება არ არის გამოხატული ძლიერი მეტეორიზმის გამო, მაგრამ, რადგანაც ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს უფრო ხშირად გვხვდება ე. წ. პირველადი მეტეორიზმი, რომელიც მალე გაივლის, და ამასთან სისხლის რაოდენობა მუცლის ღრუში თანდათან მატულობს, ამიტომ მოყრუება უფრო გვიან იჩენს თავს. ჩვეულებრივ მოყრუება გამოხატულია მაშინ, თუ ჩაღვრილი სისხლის რაოდენობა მინიმუმ 500 მლ აღწევს, და უფრო ხშირად ელენთის კომბინირებული დაზიანების დროს გვხვდება (როცა ელენთასთან ერთად მუცლის ღრუს ორგანოები ზიანდება).

მოყრუება მუცლის მარცხენა ქვემდებარე ნაწილში აღნიშნულია 50 შემთხვევაში, ორივე ქვემდებარე ნაწილში — 61 შემთხვევაში. თუ სისხლის რაოდენობა მუცლის ღრუში ბევრია, მაშინ შესაძლებელია ჩაქცეული სისხლი მარცხენა ნახევრიდან მარჯვნივ გადავიდეს, ან, პირიქით, რამაც შეიძლება დიაგნოსტიკური შეცდომა გამოიწვიოს. მ. ბორუხინმა (1935) აღწერა ღვიძლისა და ელენთის კანქვეშა დაზიანების ორი შემთხვევა, სადაც ღვიძლის დაზიანება მიჩნეულ იქნა ელენთის დაზიანებად და გაკეთდა განაკვეთი მარცხნივ და პირიქით.

აღსანიშნავია აგრეთვე პიტისის და ბალანსის მიერ 1936 წ. აღწერილი სიმპტომი. სიმპტომის არსი იმაში მდგომარეობს, რომ აუადმყოფის მარჯვენა გვერდზე დაწვენიტ მოყრუება მარცხნივ ქრება, ხოლო მარცხენა გვერდზე დაწვენიტ — მარჯვნივ. ამ სიმპტომს

დადებითად აფასებენ ს. ქოიავა (1937), ვ. ვასილკოვანი (1939), ი. პევზნერი (1941), ვილარი და კონარდო (1958), ბოდრი (1956).

ეს სიმპტომი, ჩვენი ნაკრები მონაცემებით, 12 ავადმყოფობის ისტორიაშია აღნიშნული.

ზოგიერთი ავტორი ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს აღნიშნავს ტრენდელენბურგის სიმპტომს (სკროტუმის შექმუხნა), მაგალითად, ზ. კარტაშევი (1935), ლ. სტეფანენკო (1935), მ. კომახიძე (1959), და გრაფის სიმპტომს (სწორნაწლავში ტემპერატურის ნაადრევ მომატებას 38° -მდე) — ს. ქოიავა (1937), ლ. გარვინი (1940). ეს უკანასკნელი აღნიშნულ სიმპტომს დიდ მნიშვნელობას ანიჭებს ელენთის კანქვეშა დაზიანების დიაგნოზის დასმაში, თუმცა ტემპერატურის მომატება სწორ ნაწლავში შეიძლება მუცლის ღრუს ყოველი ორგანოს დაზიანებამ გამოიწვიოს. ა. სოსნოვსკი (1943), მ. კომახიძე (1959), ვილარი და კონარდო (1958), მ. კლიაჩკინი (1931) ტრენდელბურგის სიმპტომს მნიშვნელობას არ აძლევენ. ჩვენი ნაკრები სტატისტიკით, ავადმყოფობის ისტორიებში გრაფის სიმპტომი დადებითად აღნიშნულია 11 შემთხვევაში, ტრენდელბურგის სიმპტომი — 7 შემთხვევაში.

ზოგიერთი ავტორი (ა. პოსტნიკოვი, 1936; ა. ტაიროვი, 1940; ვ. მეშკოვა 1959; ბასტიენი, 1953) ელენთის კანქვეშა დაზიანებისას აღნიშნავს გულისრევას და პირღებინებას. რესპუბლიკის ნაკრები მასალით, ელენთის კანქვეშა დაზიანების მქონე 335 ავადმყოფიდან ტემპერატურის აწევა $37,5-37,7^{\circ}$ -მდე აღენიშნებოდა 72 ავადმყოფს. გულისრევა-პირღებინება — 45 ავადმყოფს. ერთ ჩვენს ავადმყოფს ჰქონდა სისხლიანი პირღებინება. ამის გარდა ჩვენ მიერ შესწავლილ მასალაზე ავადმყოფებს ბლუმბერგის სიმპტომი აღენიშნებოდათ 24 შემთხვევაში, კრუნჩხვები — 2 შემთხვევაში, პასტერნაკის სიმპტომი — 13 შემთხვევაში, სისხლიანი ფაღარათი — 1 შემთხვევაში.

ვაჯამებთ რა აღნიშნულს, მიზანშეწონილად მიგვაჩნია დავასკვნათ, რომ ელენთის კანქვეშა დაზიანების მრავალ სიმპტომს შორის არსებობს ისეთი სიმპტომები, რომელთა ერთობლიობა დადებითად წყვეტს ელენთის კანქვეშა დაზიანების დიაგნოზს. ასეთ სიმპტომებს ეკუთვნის: 1) ტკივილი მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში, 2) ანემია, 3) მოყრუების არსებობა მუცლის მარცხენა ნახევარში, 4) ჰეინიკეს და ლეჟარის „პირველადი მეტეორიზმი“.

ბევრ შემთხვევაში ელენთის კანქვეშა დაზიანების დიაგნოსტიკა დაკავშირებულია დიდ სიძნელეებთან. ელენთის კანქვეშა დაზიანების სიმპტომატოლოგიის განხილვისას აღნიშნული იყო, რომ ამ პათოლოგიის დროს სიმპტომები გაპირობებულია ორი ძირითადი ფაქტორით: მუცლის ღრუს შინაგანი სისხლდენით და პერიტონეუმის გაღიზიანებით. საკუთარი შემთხვევების ანალიზმა დაგვარწმუნა, რომ აღნიშნული პათოლოგიის დროს ყურადღება უნდა მიექცეს:

1. კარგად შეკრებილ ანამნეზს, წარსულში გადატანილი დაავადებების, სხეულზე ტრავმის მიყენების ადგილის ზუსტად დადგენას;
2. ტკივილს მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში;
3. ანემიის სურათს, სშირ და პროგრესულად გაუარესებულ პულსს;
4. მოყრუების არსებობას მუცლის მარცხენა ნახევარში;
5. პირველად მეტეორიზმს;
6. სისხლის გასინჯვას დინამიკაში.

დამატებითი ნიშნებიდან, რომლებიც შეიძლება დაგვეხმაროს ელენთის კანქვეშა დაზიანების დიაგნოსტიკაში, შეიძლება დავასახელოთ ტრავმის კვალი სხეულზე, განსაკუთრებით მუცელზე, თუმცა ზოგიერთი ავტორი მას მნიშვნელობას არ ანიჭებს (პ. ოსტრინი). ხ. ეფიმიშინი (1953) და ვ. ზუხერი (1956) ელენთის კანქვეშა დაზიანების დიაგნოსტიკაში დიდ მნიშვნელობას ანიჭებენ საშოს უკანა თაღის პუნქციით მიღებულ სისხლს. მ. პეხმანს (1936) უკანა თაღის პუნქციით სისხლი ვერ მიუღია, ოპერაციაზე კი დადგინდა ელენთის კანქვეშა დაზიანება. ჩვენს ავადმყოფობის ისტორიებში ის აღნიშნულია 3 შემთხვევაში. სამივე შემთხვევაში დადასტურდა ელენთის კანქვეშა დაზიანება. ა. ტაიროვი (1940) გვირჩევს სწორი ნაწლავის თითოთ გასინჯვას, ვინაიდან, მისი აზრით, ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს დაშვებული უნდა იყოს სწორი ნაწლავის წინა კედელი. მ. კრასნერი (1959) გვირჩევს ღუგლასის ფოსოს პუნქციას ამ პათოლოგიის დროს, ხოლო კაზილი ჯა კორიუსიკი (1953) — ღუგ-

ლასის ფოსოს გასინჯვას, რადგანაც ელენთის დაზიანების დროს იგრეტკიენეულია.

ბევრი ავტორი ელენთის კანქვეშა დაზიანების დიაგნოსტიკის საკითხში დიდ როლს ანიჭებს რენტგენდიაგნოსტიკას.

ჯერ კიდევ ა. პანოვმა (1929) რენტგენის საშუალებით ნათელი წარმოდგენა მოგვცა ელენთის მდგომარეობის შესახებ. ამის შემდეგ რენტგენი ელენთის კანქვეშა დაზიანების ამოცნობის მიზნით წარმატებით გამოიყენეს ბუნმა (1953), ბროდმენმა და ბაუტისტამ (1959), ვილარიმ და კონარდომ (1958), მ. ვირჟიკოვსკიამ (1959), ტაგერტმა (1955), გერშენ-კონმა, ჯერმელმა, ბირნმა და ბრინგჰერსტმა (1951), ნორელმა (1957).

რ. ბირნი (1956), სტრიკლერი, გარეინი და რაი (1958) პარენქი მული ორგანოების დაზიანების დიაგნოზის დასადგენად დიდ მნიშვნელობას მიაწერენ მუცლის ღრუს პუნქციას. ძნელია ელენთის კანქვეშა დაზიანების დიაგნოზის დასმა მისი კომბინირებული დაზიანების დროს. ვ. მაღკოვს (1954) ელენთის კანქვეშა დაზიანების 8 შემთხვევიდან 4 შემთხვევაში შეხვედრია ელენთის კომბინირებული დაზიანება, რომელიც ოპერაციამდე არ ყოფილა ამოცნობილი. ვ. ჟილინი (1949) აღწერს ელენთის კანქვეშა დაზიანების 6 შემთხვევას, რომელთა დროსაც ამბულატორიულად სწორი დიაგნოზი არც ერთ შემთხვევაში არ ყოფილა დადგენილი. ელენთის კანქვეშა დაზიანების ამოცნობა განსაკუთრებით ძნელია თავის ქალას ტრავმულ დაზიანებასთან კომბინაციის დროს (გ. დენისოვსკი, ს. კლიონსკი, ა. პლავინსკი).

ნეკნების მოტეხილობა ელენთის კომბინირებული დაზიანებისას არც ისე იშვიათად გვხვდება, რის გამოც მარცხენა IX—XI ნეკნების მოტეხილობის დროს ყოველთვის უნდა ვიფიქროთ ელენთის კანქვეშა დაზიანების შესაძლებლობაზე. ბოლინჯერის და ფოულერის (1956) მონაცემებით, მარცხენა ნეკნების მოტეხილობის 150 შემთხვევიდან ელენთის გახეთქვა აღინიშნებოდა 3,9%-ში, ხოლო კლუციეს და ზეპფელის მონაცემებით, მარცხენა ნეკნების მოტეხილობა 97 შემთხვევიდან 6-ჯერ ჰქონდა აღგილი ელენთის გახეთქვას. ჩვენი ნაკრები მასალით, ავადმყოფებს ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს ნეკნების მოტეხილობა ჰქონდათ 3-ჯერ.

ელენთის კანქვეშა დაზიანების დიაგნოზის დასმა საკმაოდ ძნელია. ბ. ფინკელშტეინს (1905) იგი ქირურგიის ერთ-ერთ რთულ საკითხად მიაჩნია. ლოტჩის აზრით კი, ელენთის კანქვეშა დაზიანების ამოცნობა შესაძლებელია ისეთივე სიზუსტით, როგორც საშვილოსნოსგარე ორსულობის. კენიუს, კრიუკოვს და გარვინს მიაჩნდათ, რომ ელენთის კანქვეშა დაზიანების ამოცნობა შესაძლებელია შემთხვევათა 28%-ში. ბერეზნეგოვსკის და კომახიძის აზრით, ელენთის კანქვეშა დაზიანების ამოცნობა უმრავლეს შემთხვევებში შესაძლებელია.

ბ. ოსტრინს ელენთის კანქვეშა დაზიანების 47 შემთხვევიდან ზუსტი დიაგნოზი დაუსვამს 37 შემთხვევაში, ი. ლიპკინს — (1936) 16 შემთხვევიდან 12 შემთხვევაში, ა. პოსტნიკოვს (1936) — 6 შემთხვევიდან 4 შემთხვევაში, ი. პევზნერს (1941) — 16 შემთხვევიდან 8 შემთხვევაში, ვ. მეშკოვას (1959) — 94 შემთხვევიდან 88 შემთხვევაში, ნ. კუზმინს (1959) — 6 შემთხვევიდან 4 შემთხვევაში. ტერის, სელფის და ჰოვარდს ზუსტი დიაგნოზი დაუსვამთ 25%-ში.

ელენთის კანქვეშა დაზიანების დიაგნოზის დასმა განსაკუთრებით დიდ სიძნელესთანაა დაკავშირებული მშობიარობის დროს, ეს უფრო მეტად რთული იყო დამატებითი სადიაგნოზო საშუალებების (ლაბორატორია, რენტგენი) გაუმჯობესებამდე. 1880 წლამდე ლიტერატურაში აღწერილი მშობიარობის დროს ელენთის კანქვეშა დაზიანების 8 შემთხვევიდან ავადმყოფის სიკვდილამდე ეს დაავადება არც ერთ შემთხვევაში ამოცნობილი არ ყოფილა (ბარნეტი, 1952).

ა. აქსელროდს (1962) ელენთის კანქვეშა თვითნებური დაზიანების 7 შემთხვევიდან ზუსტი დიაგნოზი ოპერაციამდე დაუდგენია მხოლოდ 1 შემთხვევაში, 2 შემთხვევაში დასმული ყოფილა კუჭის წყლულის პერფორაციის დიაგნოზი, 1 შემთხვევაში -- ორსული საშვილოსნოს გაეხტვის, 2 შემთხვევაში -- გაურკვეველი წარმოშობის პერიტონიტის, 1 შემთხვევაში -- გაუვალობის.

კ. ლლონტი (1962) ელენთის კანქვეშა დაზიანების 23 შემთხვევიდან ზუსტ დიაგნოზს აღნიშნავს 20 შემთხვევაში. ვ. პომოსოვის (1947) მიხედვით, ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს დიაგნოსტიკური შეცდომები შეადგენს 50—78%-ს. ჩვენი კლინიკის მონაცემებით, ელენთის კანქვეშა დაზიანების 23 შემთხვევიდან სწორი დიაგნოზი დაისვა 14 შემთხვევაში (63%).

რესპუბლიკის ნაქრები მასალით, ელენთის კანქვეშა დაზიანების 335 შემთხვევიდან ზუსტი დიაგნოზი დასმული იყო 220 შემთხვევაში, რაც შეადგენს 65%-ს. შინაგანი სისხლდენის გამო ოპერაცია გაუკეთდა 55 ავადმყოფს.

ცხრილი 5

ოპერაციამდელი დიაგნოზი ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს

	დიაგნოზის დასახელება	
1	ელენთის კანქვეშა დაზიანება .	220
2	სისხლდენა მუცლის ღრუში .	55
3	მუცლის დაჟეჟილობა . . .	12
4	თავის ტვინის შერყევა . . .	7
5	მთელი სხეულის დაჟეჟილობა .	6
6	მწვავე მუცელი	6
7	ნაწლავის გახეთქვა	2
8	კუჭის წყლულის პერფორაცია .	2
9	ღვიძლის დაზიანება	2
10	გაუჯალობა	3
11	თირკმლის კენკრვანი დაავადება .	1
12	პერიტონიტი	4
13	მუცლის ღრუს ორგანოთა დაზიანება .	6
14	ელენთის შემოგრება	12
15	მწვავე აპენდიციტი	2
16	დიაფრაგმის გაგლეჯა	2
17	ფილტვის გაგლეჯა	2
18	მუცლის სიმსივნე	1
19	პნევმოთორაქსი	1
	სულ	335

მე-5 ცხრილში მოცემულია დიაგნოზი, რომელიც აღნიშნული პათოლოგიის დროს ოპერაციამდე იყო დასმული. შესაძლებელია ელენთის კანქვეშა დაზიანებისას არსებული სიმპტომები მუცლის ღრუს სხვა ორგანოების დაზიანების დროსაც შეგვხვდეს, ამიტომ, არც ისე იშვიათად, ადგილი აქვს დიაგნოსტიკურ შეცდომებს. ამ პათოლოგიის დროს ყველაზე ხშირია კუჭის წყლულის პერფორაციის (ნ. ბელინ-ბელინოვიჩი, 1925; კ. ტაგიბეკოვი, 1940; ლ. გარვინი, 1940; ა. ლურიე, 1945; მ. ხარქისოვი, 1949; მ. სკოვოროდკინა,

1954: ი. კაცერი, 1961) და კუქიდან პროფუზული სისხლდენის დიაგნოზი (ნ. ხურამოვიჩი. 1959).

მიტჩელს, მედისონს და რიმაინს (1954) ოპერაცია გაუკეთებია პეპტიკური წყლულის დიაგნოზით. ოპერაციის დროს აღმოჩენილა ელენთის სუბკაფსულური ჰემატომა. აუგნერს (1954) მარჯვენა სუბდიაფრაგმული აბსცესის დიაგნოზით ოპერაცია გაუკეთებია ავადმყოფისათვის, რომელსაც ჰქონდა ელენთის დაზიანება.

ამ პათოლოგიის დროს მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზით ოპერაცია უწარმოებიათ ვ. ანოფრიევს (1931), ნ. შაბაშოვს (1959), პარისონს, ვოლნეის და მეიერს (1954), კობეკს, ვეისს და სტურმენს. ტიფით გამოწვეული ნაწლავის პერფორაციის დიაგნოზი ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს დაუსვამთ ა. გაჩიევს (1932); ტ. ყულაევს (1948); გაუვალობის დიაგნოზი — ა. ტაიროვს (1940), ბასტიენს (1953). ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს საშვილოსნოსგარე ორსულობის დიაგნოზით ავადმყოფებისათვის ოპერაცია გაუკეთებიათ მ. ბორუხინს (1935) და ა. ბესპალოვს (1950), გოშერონს, ბოურტიოს, მუსელონს და ლოაეკს (1952). აღნიშნული პათოლოგიის დროს დაუსვამთ საშვილოსნოს გახეთქვის, ანდა ცისტის შემოგრების დიაგნოზი ვ. გუკოვს (1940) და ი. ფეოდოროვს (1961), დიფუზური პერიტონიტის დიაგნოზი — მ. კლიაჩკინს (1931), მარცხენა-მხრივი პნევმონიისა და პანკრეასის ცისტის დიაგნოზი ბერდსა და კაუჩას.

მოგვყავს ერთი ჩვენი შემთხვევა, სადაც ელენთის კანქვეშა დაზიანების მაგივრად, პერიტონეუმის ძლიერი გაღიზიანების მოვლენების გამო, დასმულ იქნა გაუვალობის დიაგნოზი.

ავადმყოფი კ. ი. მამაკაცი, 30 წლის (ავადმყ. ისტ. 6885). მიღებულ იქნა კლინიკაში 23/IV-47 წ., როგორც სასწრაფო შემთხვევა, ჩივილებით ტკივილზე მთელი მუცლის არეში და მუცლის შებერილობაზე. ავად 2 დღეა, დაავადება დასწყება შეტევითი ხასიათის ტკივილით ეპიგასტრიუმის მიდამოში. აქვს განუწყვეტელი ტკივილი, რომელიც დაწოლის საშუალებას არ აძლევს. არჩევს ჯდომას მოხრილ მდგომარეობაში. ორი დღეა არ ჰქონია კუჭის მოქმედება, აირებზე არ გადის. გუშინ და დღეს ჰქონდა პირღებინება. მუცელი შებერილი და მტკივნეული. ბლუმბერგის სიმპტომი — დადებითი. პერისტალტიკა, შხეფის ხმანობა არ ისმის. პერკუსიით მუცლის ზედა ნახევარში — ტიმპანიტი, ქვევით — მოვრეება. პულსი კარგი ავსების და დაკმევლობის, წუთში — 82, ტემპერატურა — 37,3°, სისხლის არტერიული წნევა — 100/65, ტონები — ოდნავ მო-

ყრუებული. ჩაუტარდა კონსერვატული ღონისძიებები გაუვალობის მოსახსნელად (სიფონის ოყნა, პარანეფრალური ბლოკადა), მაგრამ მღვთმარეობა მცირედ გაუმჯობესდა, რის გამოც ეთერის ნარკოზით ვაკეთდა სასწრაფო ოპერაცია, ლამპროტომია. განაკვეთი — შუი ხაზზე. მუცლის ღრუში იმყოფებოდა დიდი რაოდენობით სისხლი და ძველი და ახალი კოლტები. დათვალიერებისას აღმოჩნდა ელენთის მრავლობითი გახეთქვა როგორც შიგნითა, ისე გარეთა ზედაპირზე. ელენთა გადიდებულია ზომის ფარგლებში. გატარდა დამატებითი განაკვეთი მარცხნივ. ელენთის საპროექციოდ ვაკეთდა სპლენექტომია. ავადმყოფი გაქანსაღებული გაეწერა.

დასასრულ გვინდა აღვნიშნოთ, რომ ელენთის კანქვეშა დაზიანების დიაგნოზის დასადგენად გამოყენებულ უნდა იქნეს კლინიკური, რენტგენოლოგიური და ლაბორატორიული მონაცემები. ვინაიდან ელენთის კანქვეშა დაზიანებისათვის დამახასიათებელი პათოგნომური სიმპტომი არ არსებობს, ამიტომ საჭიროა მთელი სიმპტომოკომპლექსის ანალიზი. ყურადღება უნდა მიექცეს რომელიმე სიმპტომის პროგრესულ გაძლიერებას, რამაც შეიძლება დიდი დაზიანება გაგვიწიოს ელენთის კანქვეშა დაზიანების ამოცნობაში.

ელენთის დაზიანებული დაზიანების მკურნალობა და გამოსავალი

ელენთის კანქვეშა დაზიანების მკურნალობის მეთოდი პრინციპულად გადაწყვეტილად შეიძლება ჩაითვალოს. თავისთავად ცხადია, რომ შინაგანი სისხლდენა გადაუდებელი ოპერაციის ჩვენებად ითვლება, ამდენად ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს ოპერაციული მკურნალობა ბუნებრივია. მაგრამ არც ისე დიდი ხნის წინათ ქირურგებს შორის არ არსებობდა ერთიანი აზრი ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს მკურნალობის მეთოდის არჩევაზე, რაც თითქმის XIX საუკუნის ბოლო წლებამდე გრძელდებოდა. ნუსხაუმი ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს გვირჩევდა მუცლის მკიდროდ შეხვევას და ზევიდან ელენთის საპროექციოდ 2 აგურის დადებას, მასეპი — სითხის დიდი რაოდენობით მიღებას და ამით მსხვილი ნაწლავების ავსებას, რაც გამოიწვევდა კომპრესიას დაზიანებულ ელენთაზე და ამით სისხლდენის შეჩერებას (ა. ზებრინი, 1938). გაუნშტეინს (1884) ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს

მისი შეხორცება დასაშვებად მიაჩნდა იმ შემთხვევაში, თუ დაზიანებას განიცდიდა ვარიკოზულად გაგანიერებული ელენთის კაფსულის ვენები, ხოლო პარენქიმა დაუზიანებელი იყო. იგი მეტეორიზმს განიხილავდა როგორც დადებით მოვლენას, რადგანაც გაბერილი ნაწლავი იწვევს სისხლძარღვზე ზეწოლას და სისხლდენის შეჩერებას. იგივე ავტორი გვირჩევდა გარედან ცივის დაღებას.

ბევრი ავტორი (სნეგიროვი, ივანოვი, პოლენდერი, აბრამოვიჩი, კაზაკოვი — ციტ. კომახიძით, კრიუკოვი) ცდილობდა ელენთიდან სისხლდენის შეჩერებას ფიზიკური აგენტების, ცხელი პაერის და ორთქლის გამოყენებით. კაზაკოვი ცდილობდა ელენთიდან სისხლდენის შეჩერებას ქიმიური საშუალებებით (ფეროპირინი, ანტიპირინი), მაგრამ უშედეგოდ. ი. ბრევდამ (1928) გამოიყენა ბიოლოგიური აგენტის სისხლის პლაზმა ელენთიდან სისხლდენის შეჩერების მიზნით, რამაც პრაქტიკაში ფეხი ვერ მოიკიდა.

ყოველგვარი კონსერვატული მკურნალობა სიკვდილობის მაღალ პროცენტს იძლეოდა. ბერგერის ნაკრები სტატისტიკით. ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს კონსერვატული მკურნალობა 93,3%-ში სიკვდილობას იწვევდა, კრიუკოვით — 86%-ში, ა. აბრამოვით (1924)—85—97%-ში კ. რაფით (1937)—86%-ში. ჩვენი ნაკრები მონაცემებით, 45-დან მოკვდა 36 ავადმყოფი მიუხედავად იმისა, რომ იშვიათ შემთხვევაში შესაძლებელია უმნიშვნელო სუბკაფსულური ჰემატომის შეწოვა (გარვინი, იმნაიშვილი, ალექსანდროვიჩი, ჩვენი შემთხვევა). ამჟამად ელენთის ყოველგვარი დაზიანების დროს ოპერაციული მკურნალობა საყოველთაოდ აღიარებულია.

შინაგანი სისხლდენისას ოპერაციული ჩარევა აუცილებელია. მთავარი სიძნელე ამ დროს იმაში მდგომარეობს, რომ ძლიერი ტრავმის შემთხვევაში არც ისე იშვიათად, შინაგანი სისხლდენისათვის დამახასიათებელი ნიშნები პირველ საათებში შეიძლება კარგად არ იყოს ჩამოყალიბებული — წაშლილი იყოს შოკის სურათით. კიდევ უფრო გვიან გამომჟღავნდება პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნები. განსაკუთრებით ძნელი ამოსაცნობი ხდება შინაგანი სისხლდენის ნიშნები ბავშვებში. კორნელიაკს მიაჩნია, რომ ბავშვებში შინაგანი სისხლდენა ელენთის დაზიანების დროს თვალწათლივი ხდება 12—24 საათის შემდეგ, როდესაც გაივლის ტრავ-

მული შოკი: კლინიკურ სურათს, ჰემოგრამულ სინდრომს ძალიან ძუნწი სიმპტომატოლოგია აქვს, რის გამოც პროგრესიული ანემიის დროს ყოველთვის საჭიროა საცდელი ლაპაროტომია. ფერმანის აზრით, ელენთის გახეთქვა ბავშვებში ძალიან „ვერაგულად“ მიმდინარეობს. მცირედ დაჭიმული მუცელი, ოდნავი სიყვითლე და კარგი მაჭა არავითარ ექვს არ ბადებს. ამ დროს კი ელენთა შეიძლება ძლიერ იყოს დაზიანებული.

ა. კოვალენკო (1956) აღწერს ელენთის კანქვეშა დაზიანების შემთხვევას ბავშვებში, სადაც ნაწლავის დაზიანების მიუხედავად შინაგანი სისხლდენისა და პერიტონიტის ნიშნები არ იყო გამოხატული.

კიდევ უფრო შეუმჩნევლად მიმდინარეობს ელენთის კანქვეშა დაზიანება მოხუცებში, რის საილუსტრაციოდ ჩვენ მიერ ზემოთ მოყვანილი მაგალითი გამოდგება, სადაც ელენთა 24 დღის განმავლობაში მოწყვეტილი იყო, მაგრამ არავითარ ექვს არ ბადებდა მუცლის ღრუს სერიოზულ პათოლოგიაზე.

ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს დიაგნოზის დასმის სიმკლესთან დაკავშირებით კონი აღნიშნავდა, რომ მძიმე ტრავმების დროს. რომელთა მიერ გამოწვეული კლინიკური სურათი გაურკვეველია, ყოველთვის უნდა ვიფიქროთ ელენთის დაზიანებაზე (ვ. ვასილკოვი, 1939). ბუნებრივია, ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს პროგნოზი დამოკიდებულია ნაადრევ ოპერაციულ ჩარევაზე, რის გამოც დაუშვებელია ლოდინი უფრო მკაფიო კლინიკური სურათის ჩამოყალიბების მიზნით. ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს ოპერაციული მკურნალობის მეთოდს რუსეთში პირველად მ. კრიუკოვმა (1910) დაუქირა მხარი. ამჟამად ავტორთა უმრავლესობა ელენთის კანქვეშა დაზიანების საექვო შემთხვევებში ნაადრევ საცდელ ლაპაროტომიას გვირჩევს (ბ. როზანოვი, 1936; ვ. ვასილკოვანი, 1938; ლ. გარგინი, 1940; ა. ალექსანდროვიჩი, 1949; ს. ხაფავა, 1946; ბ. იმნაიშვილი, 1954; მ. კომახიძე, 1959), ეინაიდან, მათი აზრით, ლაპაროტომიით მიყენებული ტრავმა გაცილებით ნაკლებ საშიშროებას წარმოადგენს ავადმყოფისათვის, ვიდრე ამოუცნობი დიაგნოზი.

ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს ოპერაციის საკითხის გადაჭრის შემდეგ დღის წესრიგშია შოკი. ზოგიერთ ავტორს

(ბ. როზანოვი, 1936; ა. სოსნოვსკი, 1943) დასაშვებად მიაჩნია ხანმოკლე ლოდინის ტაქტიკა შოკის გასაველელად, სხვებს კი (ლ. ალექსანდროვიჩი, 1949, მ. ჰუსეინოვი, 1949, მ. კომახიძე, 1959) ლოდინი დროის დაკარგვად მიაჩნიათ. მათი აზრით, შოკის წინააღმდეგ ბრძოლა უმთავრესად საოპერაციო მაგიდაზე და ოპერაციის შემდგომ პერიოდში უნდა წარიმართოს.

ჩვენს ნაკრებ მასალაზე ავადმყოფობის ისტორიების შესწავლამ დაგვარწმუნა, რომ განსაკუთრებით საეჭვო შემთხვევებში, როდესაც ჭერ კიდევ გარკვეული არ არის ელენთის დაზიანების დიაგნოზი, დასაშვებია ხანმოკლე ლოდინი, ვინაიდან საცდელ ლაპაროტომიას, არც ისე იშვიათად, ვაწარმოებთ მაშინ, როდესაც მის გარეშეც შეიძლებოდა მკურნალობის ჩატარება. ეს კი, მართალია, სჯობს ელენთის კანქვეშა დაზიანების დიაგნოზის მხედველობიდან გაშვებას, მაგრამ სავსებით ინდიფერენტული არ არის ავადმყოფისათვის (ჩვენ ვგულისხმობთ იმ შემთხვევებს, რომლებიც ჩვენს კლინიკურ მასალაში არ შედის, სადაც ელენთის კანქვეშა დაზიანების დიაგნოზით ავადმყოფებს გაუქეთდათ საცდელი ლაპაროტომია უმნიშვნელო რეტროპერიტონეალური ჰემატომის გამო და რამდენიმე შემთხვევა ლეტალურად დამთავრდა).

იმ შემთხვევაში კი, სადაც ელენთის კანქვეშა დაზიანების დიაგნოზი ეჭვს გარეშეა, მოცდა ავადმყოფის შოკიდან გამოსვლისათვის არავითარ შემთხვევაში არ შეიძლება მიზანშეწონილად ჩაითვალოს.

ადრეული ოპერაციის მნიშვნელობა

ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს ავადმყოფის ბედი ბევრად არის დამოკიდებული იმაზე, თუ რამდენად ადრე იქნება იგი პოსპიტალიზებული სამკურნალო დაწესებულებაში და რამდენად დროულად იქნება დიაგნოზი ამოცნობილი. ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფს დროულად ჩაუტარდება ოპერაციული მკურნალობა, რაც ამ დაავადების პროგნოზს გააუმჯობესებს. ი. პევზნერის (1941) პიერ აღწერილი 16 ავადმყოფიდან, რომლებსაც ელენთის კანქვეშა დაზიანება აღენიშნებოდათ, 6 საავადმყოფოში მიყვანილი ყოფილა ტრავმის მიღების პირველი 2—4 საათის განმავლობაში, ხოლო და-

ნარჩენი 10 პირველი 10 საათის განმავლობაში, რაც კარგ მაჩვენებლებად არ შეიძლება ჩაითვალოს.

ა. ალექსანდროვიჩის მონაცემების თანახმად ავადმყოფთა ჰოსპიტალიზაცია ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს ასევე დაავიანებული იყო ტაქიკეთის მაღალმთიან რაიონებში.

ავტორთა უმრავლესობა (ა. ალექსანდროვიჩი, 1949; მ. კომახიძე, 1959; ტერი, ზელფი და ჰოვარდი, 1956; ე. კუზანოვი, 1962) ერთხმად აღნიშნავს ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს ადრეული ჰოსპიტალიზაციის მნიშვნელობას. ჩვენი ნაკრები მასალის მიხედვით, 335 ავადმყოფიდან პირველ 2 საათში ჰოსპიტალიზებული იყო 250 (74,6%), რაც ჩვენს რესპუბლიკაში სასწრაფო დახმარების კარგ მუშაობაზე მიუთითებს.

მე-6 ცხრილში წარმოდგენილია ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს ავადმყოფთა ჰოსპიტალიზაცია გარკვეული დროის მონაკვეთში.

ცხადია, ავადმყოფის მხოლოდ ადრეული ჰოსპიტალიზაცია თავისთავად არათერს არ წყვეტს. მთავარია დიაგნოზის დროული დასმა და ოპერაციული მკურნალობის დროულად ჩატარება. ზ. დუპლიკის (1961) მიერ აღწერილი ელენთის კანქვეშა დაზიანების 13 შემთხვევიდან პირველ 3 საათში ოპერაცია გაუკეთებიათ 5 ავადმყოფისათვის, 6—12 საათში — 2, 12—24 საათში — 4, 28 საათში — 2 ავადმყოფისა და 22 დღის შემდეგ — 1 ავადმყოფისათვის. ავტორი გარკვეულ უპირატესობას ადრეულ ოპერაციას ვერ ანიჭებს.

ტ. ყულიევი (1952) ელენთის კანქვეშა დაზიანებისას დროულად ჩატარებულ ოპერაციას მიიჩნევს თავის ავადმყოფთა გაჯანმრთელების მთავარ ფაქტორად. ვ. ანოფრიევას მონაცემებით, 5 ავადმყოფიდან, რომელთაც ელენთის კანქვეშა დაზიანების გამო ოპერაცია პირველ 4 საათში გაუკეთდათ, ხუთივე გადარჩა. ა. პოსტნიკოვის (1936) თანახმად, ადრეული ოპერაცია შემთხვევათა 70—80%-ში ავადმყოფთა გაჯანსაღებას იძლევა.

ჩვენი ნაკრები მასალის მიხედვით, 335 ავადმყოფიდან ელენთის კანქვეშა დაზიანების გამო ოპერაცია გაუკეთდა 290 ავადმყოფს. აქედან პირველი 2—4 საათის განმავლობაში — 148 ავადმყოფს, ე. ი. ავადმყოფთა ნახევარზე მეტს. ჩვენი შემთხვევების

ანალიზმა ერთხელ კიდევ დაამტკიცა აღრეული ოპერაციის მნიშვნელობა ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს.

ცხრილი 6

ავადმყოფთა შიერ ტრავმის მიღებიდან საავადმყოფოში
მოთავსებამდე გასული დრო

	ტრავმიდან ჰოსპიტალიზაციამდე გასული დრო	ავადმყოფთა რაოდენობა
1	0— 1	132
2	0— 2	118
3	2— 6	46
4	6—12	12
5	12—24	15
6	24—48	7
7	5 დღე	5

ცხრილი 7

ელენთის კანქვეშა დაზიანების გამოსავლის დამოკიდებულება
ოპერაციის ჩატარებამდე გასულ დროსთან

ტრავმიდან ოპერაციამდე გასული დრო	ნაოპერაციევი ავადმყოფების რაოდენობა	გამოჯანმრთელება		სიკედილი	
		სულ	%	სულ	%
2—4 საათში .	148	121	88,5	17	11,5
4—8 " .	62	51	82,2	11	17,8
8—12 " .	40	31	77,5	9	22,5
12—24 " .	35	22	62,8	13	37,2
3 დღე	2	1	50	1	50
5 " .	2	1	100	—	—
13 " .	1	1	100	—	—

ჩვენს 3 შემთხვევაში მოგვიანებით პერიოდში გაკეთებული ოპერაციის დროს ზოგჯერ მიღებული სანუგეშო შედეგი გაპირობებულია ელენთის ორმომენტიანი დაზიანებით, სუბკაფსულური

ჰემატომის განვითარებას ბევრი დრო დაჰქირდა, მაგრამ მისი მეორედ გასკდომიდან ოპერაციამდე გასული დრო უმნიშვნელო იყო.

დამოკიდებულება სხვა ორგანოების დაზიანებასთან

ელენთის კანქვეშა დაზიანებისას მოვლენები ისე სწრაფად ვითარდება, რომ ყველაფერი დამოკიდებულია დროულ ოპერაციულ ჩარევაზე. რაც შეეხება კონსერვატულ მკურნალობას, რომლის შესახებაც ზემოთ გვქონდა საუბარი, იგი პრინციპულად მიუღებელია ქირურგიის განვითარების დღევანდელ ეტაპზე. მაგრამ ჩატარებული დროული ოპერაციაც კი დღესდღეობით სიკვდილობის საკმაოდ მაღალ პროცენტს იძლევა. ეს კი ძირითადად უპირობებულია იმ ფაქტით, რომ ელენთის კანქვეშა დაზიანება უმრავლეს შემთხვევაში კომბინირებულია სხვა ორგანოების დაზიანებასთან.

როგორც წესი, ხშირად ელენთასთან ერთად დაზიანებულია მუცლის ღრუს ორგანოები, თავის ტვინი, ნეკნები, ზედა და ქვედა კიდურები. მაინც, მიუხედავად ამისა, თუ გადავალებთ თვალს სხვადასხვა ავტორის მონაცემებს ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს ლეტალობის შესახებ, დავრწმუნდებით მის თანდათანობით, მაგრამ პროგრესულ შემცირებაში.

მ. კრიუკოვის (1901) მიხედვით, ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს ოპერაციის შემდგომი სიკვდილობა უდრიდა 46,3%, ბ. ფინკელშტეინის თანახმად (1905) — 39,8%, ბერეზნეგოვსკის (1911) — 34%-ს, ქოიავას (1937) — 19%-ს.

ჩვენი ნაკრები მასალის მიხედვით 335 ავადმყოფიდან ოპერაცია გაუქეთდა 290 ავადმყოფს, აქედან გარდაიცვალა 51, რაც შეადგენს 17,5%.

მართალია უახლოეს წლებში მრავალი ავტორი ელენთის კანქვეშა დაზიანების გამო ჩატარებული ოპერაციის შემდეგ სიკვდილობის მაღალ მაჩვენებელს (34,5%) იძლევა. (ე. კუზანოვი, 1962), მაგრამ ეს ძირითადად იმითაა გაპირობებული, რომ ელენთის დაზიანება ხშირად კომბინირებულ ხასიათს ატარებს. სიკვდილობის მაჩვენებელი უმრავლეს შემთხვევაში ელენთის კომბინირებულ დაზიანებაზე მოდის. აღნიშნულ ავტორს ელენთის იზოლირებული დაზიანების 28 შემთხვევაზე ჰქონია სიკვდილობის 1 შემთხვევა,

მაშინ როდესაც ელენთის კომბინირებული დაზიანების 27 შემთხვევაზე მოდიოდა სიკვდილობის 18 შემთხვევა.

ტ. გნილორიბოვის (1948) მონაცემებით, ელენთის იზოლირებული კანქვეშა დაზიანებისას სიკვდილობა უდრის 18,5%-ს, კომბინირებულის დროს — 77,7%. დ. კრივიცკის (1960) თანახმად, ელენთის კომბინირებული კანქვეშა დაზიანების 7 შემთხვევიდან 5 ავადმყოფის სიკვდილით დამთავრდა.

ზოგიერთი ავტორის მონაცემებით, ელენთის იზოლირებული დაზიანებისას სიკვდილობა უდრის 0%-ს, კომბინირებულის დროს კი—26,5%-ს (ვ. კრაფჩენკო და ვ. ვოლკოვი; 1962). ა. ოსტროვსკაია და სტრავეროვსკაია (1956) ელენთის კანქვეშა დაზიანების 114 შემთხვევიდან კომბინირებულ დაზიანებას აღნიშნავენ 27-ჯერ.

ვ. მაღკოვი (1954) ელენთის კანქვეშა დაზიანების 8 შემთხვევიდან კომბინირებულ დაზიანებას აღნიშნავს 4 შემთხვევაში. 2 შემთხვევაში ელენთასთან ერთად დაზიანებული იყო ღვიძლი, 1 შემთხვევაში — პანკრეასი, 1 შემთხვევაში აღინიშნებოდა ნეკროზის მოტეხილობა და ჰემოთორაქსი. ს. დოლეცკი (1953) აღწერს ელენთისა და ღიაფრაგმის ერთდროული დაზიანების შემთხვევას; ა. მუსინი (1937), ი. მაფუორია (1959), დარჯანი (1950), ბოლო, ტიშაღუ, ე. ლაბაბი (1956)—ელენთისა და მარცხენა თირკმლის ერთდროულ დაზიანების შემთხვევას. გ. ღენიხოვსკი, ს. კლოონსკი, ა. პლავინსკი (1961) აღწერენ ელენთის გახეთქვას თავის ტვინის მძიმე ტრავმასთან ერთად. ტერი, სელფი და ჰოვარდი (1956) ელენთის კანქვეშა დაზიანების 52 შემთხვევიდან 72%-ში კომბინირებულ დაზიანებას აღნიშნავენ.

ჩვენს ნაკრებ მაშალაზე ელენთის კანქვეშა დაზიანების 335 შემთხვევიდან ორგანოს იზოლირებული დაზიანება აღინიშნება 195 შემთხვევაში (58,2%), კომბინირებული დაზიანება — 140 შემთხვევაში (41,8%).

მე-8 ცხრილში მოცემულია ის ორგანოები, რომლებიც დაზიანებული იყო ელენთასთან ერთად.

როგორც ცხრილიდან ჩანს, 36 ავადმყოფს ელენთის კომბინირებული დაზიანებისას ოპერაცია არ გაუკეთდა, ვინაიდან ისინი ძლიერ მძიმე მდგომარეობაში იმყოფებოდნენ. ამ შემთხვევებში

ორგანოების დასახელება	შემთხვევათა რაოდენობა	ოპერ. გაუქმდა	ოპერ. არ გაუქმდა	გაჯან. რაც შედე- გად	სიკვლ. ოპერ. დროს	გაჯან. ოპერ. გარეშე	სიკვლ. ოპერ. გარეშე
ღვიძლი	22	14	8	9	5	—	8
ნაწლავები	14	11	3	8	3	—	3
პანკრეასი	7	5	2	3	2	—	2
კუჭი	4	3	—	8	—	—	—
მარცხენა თირკმელი	7	5	2	3	2	—	2
ნაღვლის ბუშტი	4	4	—	3	1	—	—
ფილტვი	5	—	5	—	—	—	5
მარდის ბუშტი	7	7	—	5	2	—	—
შარდსაწვეთი	7	7	—	7	—	—	—
ღიაფრაგმა	7	6	1	3	3	—	1
სიგმის შემოგრება	2	2	—	1	1	—	—
მენჯის ძვლის მოტეხილობა	15	14	1	9	5	—	1
თავის ქალა	19	5	14	1	4	—	14
ზედა კიდური	5	5	—	5	—	—	—
ქვედა კიდური	11	11	—	9	2	—	—
	140	104	36	74	30	—	36

დიაგნოზის დასმა დაკავშირებული იყო დიდ სიძნელეებთან და დიაგნოზის აღრეული ამოცნობა და ოპერაცია კი, ალბათ, ვერ შეცვლიდა პროგნოზს. ამ ავადმყოფებს აღენიშნებოდათ მძიმე ფორმის კომოციო, ქალას ფუძის მოტეხილობა (14 ავადმყოფი). ღვიძლის გახეთქვა (8 ავადმყოფი), ფილტვის გაგლეჯა (5 ავადმყოფი) და სხვა. ელენთის კანქვეშა კომბინირებული დაზიანების მქონე 104 ავადმყოფიდან, რომლებსაც ოპერაცია გაუკეთდათ, გაჯანსაღდა 74 და გარდაიცვალა 30, რაც შეადგენს 28,8%-ს.

ელენთის იზოლირებული კანქვეშა დაზიანების გამო ოპერაცია გაუკეთდა 186 ავადმყოფს (9 შემთხვევაში სუბკაფსულური ჰემატომის შეწოვა მოხდა); აქედან გაჯანმრთელდა 165 ავადმყოფი და გარდაიცვალა 21, რაც შეადგენს 11,2%-ს.

ამრიგად, ჩვენი შემთხვევების ანალიზი ერთხელ კიდევ ადასტურებს იმ ფაქტს, რომ ელენთის კომბინირებული დაზიანება დღეისათვისაც კი სიკვდილობის საკმაოდ მაღალ მაჩვენებელს იძლევა.

როგორც ლიტერატურის მონაცემების, ისე ლაბორატორიული შეკვრების ანალიზი გვიჩვენებს, რომ ელენთის კანქვეშა დაზიანებისას ავადმყოფები შოკურ მდგომარეობაში არიან, ანდა ძლიერი ანემია აქვთ. ეს გარემოება აიძულებს ქირურგს ებრძოლოს როგორც ერთ, ისე მეორე მდგომარეობას. ხან კარბობს შოკის მოვლენები, ხან კი შინაგანი სისხლდენა. ზოგჯერ ორივე კომპონენტი ძლიერად არის გამოხატული, რაც, თავისთავად ცხადია, ართულებს ავადმყოფის მდგომარეობას. ბრძოლა შოკისა და ანემიის წინააღმდეგ მიმდებარეობს უნდა იწყებოდეს, სადაც ღონისძიებები შეიძლება შემოიფარგლოს საგულე, ტკივილ-დამაყუჩებელი საშუალებებით, ჟანგბადის მიცემით, ავადმყოფის გათბობით და სხვ.

შოკისა და ანემიის წინააღმდეგ ბრძოლის შემდგომ ეტაპზე, რაც უკვე განყოფილებაში წარმოებს, დიდი მნიშვნელობა უნდა მიენიჭოს სისხლის გადასხმას, სითხის დიდი რაოდენობით მიცემას, ანტიშოკური სითხეების გადასხმას. თუ აღნიშნული ღონისძიებების შედეგად ავადმყოფის მდგომარეობა გაუმჯობესდა, მაშინვე უნდა დაიწყოთ სასწრაფო ოპერაცია თუ აღნიშნული მკურნალობა ეფექტს არ იძლევა, მაშინ საჭიროა უფრო რადიკალური ღონისძიებების გამოყენება, როგორცაა სისხლის ინტრაარტერიული გადასხმა და ხელოვნური სუნთქვა, ორმხრივი ან ცალმხრივი ვაგოსიმპათიკური ბლოკადის წარმოება და სხვა.

ავადმყოფის ტერმინალური სტადიიდან გამოყვანის მიზნით. თავის ქალას მძიმე ტრავმით გართულებული ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს შესაძლებელია ტრაქეოსტომიის გაკეთება ანოქსემიის თავიდან ააცილებლად, როგორც ამავე ტრიონგ-კონგტრუნგი გვიჩვენებს (ციტ. ე. კუზნოვიტ, 1962). განსაკუთრებით მძიმე შემთხვევებში გაკეთებულმა ორმხრივმა ან ცალმხრივმა ვაგოსიმპათიკურმა ბლოკადამ ჩვენს ნაკრებ მასალაზე 74 შემთხვევიდან დაავადების კლინიკური სურათის საკმაოდ თვალსაჩინო გაუმჯობესება მოგვცა 51 შემთხვევაში, რის საფუძველზე საჭიროდ მიგვაჩნია ამ მანიპულაციას დავუქიროთ მხარი ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს.

ელენთის კანქვეშა დაზიანებისას ოპერაციის მომზადების და-

საწყისში სისხლის გადასხმა და სხვა ღონისძიებების აქტიურად წარმართვა დაავადების კარგი გამოსავლის გარანტიას წარმოადგენს.

მკურნალობის საერთო კომპლექსის სწორ წარმართვაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება გაუტკივარების საკითხს. გაუტკივარება აზღოროს უნდა აკმაყოფილებდეს ორ პირობას:

1. არ ამძიმებდეს ავადმყოფის ისედაც მძიმე მდგომარეობას;

2. მუცლის ღრუში თავისუფალი მუშაობის საშუალებას იძლეოდეს.

ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს ავტორთა უმრავლესობა (ა. პოსტნიკოვი, 1936; ბ. როზანოვი, 1936; ა. ოსტროვსკაია, ო. სტავროვსკაია, 1956; ნ. კუზმინი, 1959; ვ. მეშკოვა, 1959; ც. ლონტი, 1961) გაუტკივარების სახეებიდან უპირატესობას ეთერის ნარკოზს ანიჭებს.

ვ. მეშკოვა^ა მონაცემებით, ელენთის კანქვეშა დაზიანების გამო 94 ავადმყოფიდან ეთერის ნარკოზით ოპერაცია გაუკეთდა 91-ს. 3 შემთხვევაში გამოუყენებიათ სპინალური ანესთეზია. ღიაგზოზი უოფილა კუჭის წყლულის პერფორაცია.

ბ. როზანოვს (1936) ელენთის კანქვეშა დაზიანების 6 შემთხვევაში გამოყენებული აქვს ჰექსენალის ინტრავენური ნარკოზი. ვ. ვასილკოვანს (1939), ე. ჟურავლეას (1949), გ. დენისოვსკის, ს. კლიონსკის და კ. პლავინსკის ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს მიუმართავთ ადგილობრივი ანესთეზიისათვის. თუმცა იძულებული გამხდარან დაემატებინათ ეთერის ნარკოზიც. ადგილობრივი ანესთეზიით ოპერაციის დამთავრება კანქვეშა დაზიანების დროს უმრავლეს შემთხვევაში შეუძლებელი ხდება, ვინაიდან იგი არ იძლევა მუცლის ღრუს რევიზიის და მასში თავისუფლად მუშაობის საშუალებას. ამიტომ საჭირო ხდება ნარკოზის მიცემა. ამასობაზე კი იკარგება ძვირფასი დრო და ავადმყოფის მდგომარეობა მძიმდება. ჩვენს მასალაზე ადგილობრივი ანესთეზიისათვის საჭირო გახდა ეთერის ნარკოზის დამატება 62 შემთხვევაში, რაც, რა თქმა უნდა, არასასურველია. 38 შემთხვევაში მოხერხდა ოპერაციის ადგილობრივი ანესთეზიით ჩატარება.

სპინალური ანესთეზია ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს, ავადმყოფთა დაბალი წნევის გამო, მიუღებლად უნდა ჩაითვალოს.

ჩვენ სავსებით ვეთანხმებით დ. კრივიცკის (1960) და ე. კუზა-
ნოვის (1962) მოსაზრებას იმის შესახებ, რომ ელენთის კანქვეშა
დაზიანების დროს გაუტკივარების სახეებიდან საუკეთესოდ უნდა
ჩაითვალოს ინტრატრაქეული ნარკოზი რელაქსანტების გამოყენე-
ბით, ვინაიდან ეს მეთოდი იწვევს სწრაფ ძილს (სანარკოზე საშუა-
ლებები უმნიშვნელო რაოდენობით იხარჯება) და მუცლის კუნთე-
ბის სრულ რელაქსაციას.

ცხრილი 9		
	გაუტკივარების სახეები	გაუტკივარების შემთხვევები
1	ადგილობრივი ანესთეზია	38
2	ეთერის ნარკოზი	170
3	კომბინირებული (ადგილობრივი + ნარკოზი)	62
4	სპინალური	4
5	ეთერ-ჟანგბადის	14
6	აზოტის ქვეჟანგის	1
7	პერიდურალური	1
სულ		290

მე-9 ცხრილში მოცემულია გაუტკივარების სახეები ელენთაზე
ჩატარებული ოპერაციების დროს.

როგორც აღნიშნული ცხრილიდან ჩანს, 290. ავადმყოფიდან
ეთერის ნარკოზით ოპერაცია გაუკეთდა 170, რაც შეადგენს 58,6%-ს.
სპინალური ანესთეზია გამოყენებულია კუჭის წყლულის პერფო-
რაციისა და გაუვალობის საექმო დიაგნოზის დროს.

ანესთეზიოლოგიის განვითარების თანამედროვე ეტაპზე ინტ-
რატრაქეული ნარკოზი რელაქსანტების გამოყენებით ელენთის კან-
ქვეშა დაზიანების დროს გაუტკივარების სახეებს შორის ყველაზე
მისაღებად უნდა ჩაითვალოს.

ოპერაციული მიდგომა

ოპერაციული მიდგომა, რაციონალური განაკვეთის მოძებნა
ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს ოპერაციული მკურნალობის
წარმატების საწინდარია.

ელენთის კანქვეშა დაზიანებისას ყველაფერი დამოკიდებულია იმაზე. თუ რამდენად სწრაფად იქნება შეჩერებული სისხლდენა, რაც ოპერაციის ძირითადი მიზანია; ეს კი ძირითადად გაპირობებულია კარგი ოპერაციული მიდგომით და რაციონალური განაკვეთის არჩევით. თავისთავად ცხადია, სასურველია მაქსიმალურად ნაკლებად ტრავმული განაკვეთის არჩევა, რომელიც ამავე დროს ორგანოზე მუშაობის საუკეთესო პირობებს შეგვიქმნის. ამ ორი პირობის უზრუნველყოფა დაკავშირებულია გარკვეულ სიძნელეებთან. სწორედ ამით უნდა აიხსნას ის გარემოება, რომ დღეისათვის მოწოდებულია 40-ზე მეტი განაკვეთი; ქირურგები დროთა განმავლობაში ცვლიდნენ და აუმჯობესებდნენ ელენთაზე ოპერაციული მიდგომის მეთოდს, განაკვეთებს, ცდილობდნენ განაკვეთი ნაკლებად ტრავმული და, ამასთანავე, რადიკალურიც ყოფილიყო, რაც ორგანოზე მუშაობის საუკეთესო პირობებს შექმნიდა. მაგრამ განაკვეთების რიცხვი და მოდიფიკაციები მატულობდა იმის გამო, რომ ქირურგებს რაიმე ობიექტური კრიტერიუმი განაკვეთის ტრავმირების ხარისხისა და მისი რადიკალურობისა არ გააჩნიათ.

ელენთაზე ყველა განაკვეთისა და ოპერაციული მიდგომის პირველი მეცნიერული დასაბუთება და მათი სისტემატიზაცია ეკუთვნის ა. სოზონ-იაროშევიჩს (1920). მან სისტემაში მოიყვანა ელენთაზე მიდგომის 29 განაკვეთი.

დიდი შრომა გასწია ამ საკითხის შესწავლაში მ. ამბროსოვსკიმ (1949). მან თავის შრომებში ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს ოპერაციული მიდგომების შესახებ მეცნიერულად, ობიექტური კრიტერიუმის გამოყენებით, სისტემატიზაცია გაუკეთა ყველა არსებულ განაკვეთს, დაასაბუთა მათი უარყოფითი და დადებითი მხარეები. განაკვეთების შესწავლისას იგი ხელმძღვანელობდა შემდეგი ობიექტური ნიშნებით: ოპერაციული მოქმედების ღერძი: კრილობის სიღრმე; ოპერაციული მოქმედების კუთხე. ავტორი მათ შემდეგნაირად განსაზღვრავს: კრილობის სიღრმე ეწოდება ყველაზე საჭირო ობიექტიდან კრილობის ზედაპირამდე არსებულ მანძილს, ოპერაციული მოქმედების კუთხე — ისეთ კუთხეს, რომლის საშუალებით შეიძლება ინსტრუმენტებისა და ქირურგის ხელების გადაადგილება კრილობაში, ოპერაციული მოქმედების ღერძი კი — ოპერატორის თვალსა და ორგანოს შორის გატარებულ ხაზს. ელენ-

თაზე მიდგომისას ყველა არსებული ოპერაციული განაკვეთი ავტორმა 10 ჯგუფად დაყო:

1. განაკვეთი შუა ხაზზე, მრავალი მოდიფიკაციით;
2. ნეკნთა რკალთან განაკვეთი, მრავალი მოდიფიკაციით;
3. პარამედიალური, მრავალი მოდიფიკაციით;
4. პარარექტალური, მრავალი მოდიფიკაციით;
5. დერილისებრი ხაზზე, მრავალი მოდიფიკაციით,
6. ირიბი განაკვეთები;
7. განივი განაკვეთები;
8. ტრანსპლევრული;
9. პარაპლევრული;
10. თორაკო-ლაპაროტომია ვარიაციებით.

ეს ჯგუფები ძირითადად სამად იყოფა: პირველი 7 ჯგუფი აბდომინალურია, მე-8 და მე-9 — თორაკალური, მე-10 კი — თორაკოაბდომინალური.

ამბროსოვსკის მიერ დადგენილ იქნა განაკვეთების ტრავმულობის ობიექტური მაჩვენებლები:

1. მუცლის კუნთების გადაჭრა არა ბოქკოების მიმართულე-ბით, რაც იწვევს დიდ ნაწიბურებს.

2. სისხლძარღვების გადაჭრა, რომლებიც მუცლის პრესს კვებავენ;

3. მუცლის კუნთების მამოძრავებელი ნერვების გადაჭრა.

ავტორი გვიჩვენებს ოპერაცია დავიწყოთ შუა ხაზიდან, შემდეგ მივეშვართ კოხერის კუთხითი განაკვეთი, შემდეგ — კუთხითი მე-9 ნეკნის ამოღებით და თუ ესეც არასაკმარისია, ვაწარმოთ თორაკოლაპაროტომია. იგი მაღალ შეფასებას აძლევს ვ. შერვაშიძის (1938) მიერ მოწოდებულ განაკვეთს ტექნიკურად განსაკუთრებით ძნელად შესასრულებელი სპლენექტომიის საწარმოებლად. ეს განაკვეთი შემდეგში მდგომარეობს: ოპერატორი დგას ავადმყოფის მარჯვნივ. ირიბი განაკვეთი ტარდება ნეკნთა რკალის კიდიდან მე-8 ნეკნთაშუა სივრცის ღონეზე ქვევით და მედიალურად, ქიპის მიმართულეებით. კეთდება ლაპაროტომია, ელენთის გარეთა კიდე კრილობაში გამოიყოფა, ელენთა გადაიწევა მარცხნივ, ლიგატურებს შორის გადაიკვეთება კუჭ-ელენთის იოგი, გადაიკვანძება (სისხლძარღვები) ჯერ არტერია, შემდეგ — ვენა. ამის შემდეგ ავად-

მყოფს გადააბრუნებენ მარჯვენა გვერდზე ე. წ. „თირკმლის მდგომარეობაში“, ელენთა ძირს იწევს, შორდება უკანასკნელი შეხორცებები დიაფრაგმასთან და კეთდება სპლენექტომია.

მეთოდს გააჩნია დიდი უპირატესობა ნაყლები ტრავმის გამო. ამ დროს ადგილი არა აქვს ნეკნთაშუა ნერვის გადაჭრას, ხოლო კუნთები გადაიჭრება ბოქვების მიმართულებით.

ვინაიდან ელენთის კანქვეშა დაზიანების ამოცნობა დიდ სიძნელებებთან არის დაკავშირებული და ყოველთვის შესაძლებელია მასთან ერთად მუცლის ღრუს სხვა ორგანოების დაზიანებაც, ამიტომ ქირურგთა უმრავლესობა განაკვეთს პირველად შუა ხაზზე ატარებს, შემდეგ კი საჭიროების მიხედვით ზრდის მარცხნივ (პ. ოსტრინი, გ. ტაგიბეკოვი, 1940; მ. ჰუსეინოვი, 1948; ტეგერტი, დ. ვასილენკო, 1948).

ელენთის კანქვეშა დაზიანების ზუსტი დიაგნოზის დროს ნ. ჯანდიერი (1938), ა. ალექსანდროვიჩი (1948) და ს. დოლეკი (1953) უპირატესობას ჩერნი-კერის მიერ მოწოდებულ მარცხენა ნეკნთა რკალის პარალელურად გატარებულ განაკვეთს ანიჭებენ. ი. პევზნერს (1941) საუკეთესოდ შუა-ირიბი განაკვეთი მიაჩნია. ზოგიერთი ავტორი უპირატესობას პარარექტალურ განაკვეთს ანიჭებს. ა. გაჩიევს (1932) ოპერაცია დაუწყია შუა ხაზზე და როდესაც დარწმუნებულია ელენთის კანქვეშა დაზიანების არსებობაში, განაკვეთი შუა ხაზზე დაუხურია და ოპერაცია პარარექტალური განაკვეთით გაუკეთებია. ამ განაკვეთით ოპერაციის მომხრეა მ. პეხმანი (1936).

ზოგიერთი ავტორი ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს წარმატებით იყენებს რიობრანკოს მახვილკუთხიან განაკვეთს (ნ. კუზმინი, 1959; ვ. კუჩუკი, 1960), ხოლო სხვები (მ. ოსტროვი, 1931, ნ. მალინოვსკი, 1934) უპირატესობას პარამედიალურ განაკვეთს ანიჭებენ. ზ. ზაბეგალსკაიას (1961) ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს გამოყენებული აქვს რუსული „T“ მსგავსი განაკვეთი. ცალკეული ქირურგი უპირატესობას სხვადასხვა განაკვეთს ანიჭებს.

ა. ოსტროვსკაიას და ო. სტავროვსკაიას (1956) მონაცემებით, ღვიძლის 83 და ელენთის კანქვეშა დაზიანების 114 შემთხვევიდან 76 შემთხვევაში გამოყენებული იყო ზემო შუა ლაპაროტომია, 47 შემთხვევაში — შუა, 57 შემთხვევაში — განივი და 17 შემთხვე-

ვაში—ბივენბრაიცივის ნეკნთა რკალის პარალელურად გატარებული განაკვეთები.

ც. ლონტის (1962) მონაცემებით, ელენთის კანქვეშა დაზიანების 1 შემთხვევაში გამოყენებული იყო განაკვეთი შუა ხაზზე, 1—პარარექტალური, 11-ში — კომბინირებული, 5—შერვაშიძის. 5-ში — ბივენ-ბრაიცივის. ჩვენი კლინიკის მონაცემებით, ოპერაცია უხშირესად შუა განაკვეთით კეთდებოდა.

საქართველოს ნაკრები მასალის თანახმად, ავადმყოფებს უპირატესად ოპერაცია გაკეთებული აქვთ კომბინირებული განაკვეთით. ოპერაცია იწყებოდა შუა ხაზზე განაკვეთით და შემდეგ ემატებოდა დამატებითი განაკვეთი მარცხნივ. კომბინირებული განაკვეთით ნაწარმოებია სულ 155 ოპერაცია (53,4%). დანარჩენი განაკვეთებიდან გამოყენებულია განაკვეთი შუა ხაზზე 70 შემთხვევაში, მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში, ნეკნთა რკალის პარალელურად, — 43, შერვაშიძის — 16, ბივენ-ბრაიცივის — 4 და პარარექტალური — 2 შემთხვევაში.

ავადმყოფების შესწავლისა და ლიტერატურის მონაცემების საფუძველზე ჩვენ უპირატესობას ვანიჭებთ კომბინირებულ განაკვეთს, ვინაიდან იგი ნაკლებად ტრავმულია და, ამასთან, ორგანოზე მუშაობის საშუალებას იძლევა.

ოპერაციული ჩარევის მეთოდები

თუ ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს ოპერაციული მკურნალობა სადავო არ არის, საშაგიეროდ ოპერაციული მეთოდის არჩევის საკითხი სადისკუსიოა.

ავტორთა ერთი ჯგუფი ელენთის კანქვეშა დაზიანებისას გვირჩევს ორგანოს შენარჩუნებას და დაზოგვითი ოპერაციების წარმოებას. მეორე ჯგუფის წარმომადგენლებს კი დაზოგვითი ოპერაციები არასაიმედოდ მიაჩნიათ და ორგანოს მოცილებას გვირჩევენ.

ჯერ კიდევ დიდი ხნის წინათ, როდესაც მედიცინამ ელენთის დანიშნულების შესახებ არაფერი იცოდა, ქირურგები ცდილობდნენ დაზიანებისას მის შენარჩუნებას, დაზოგვითი ოპერაციების წარმოებას. 1600 წ. კარსტენსი ელენთის დაზიანების დროს მიმართავდა ორგანოს ნაწილის რეზექციას. ამ ოპერაციამ ქირურ-

გებს შორის გავრცელება ვერ პოვა, თუმცა ვიანერტსა და ა. სოსნოვსკის დასაშვებად მიაჩნდათ მისი წარმოება ელენთის განივი დაზიანების კარიდან მოშორებით და იმ შემთხვევაში, თუ ოპერატორს დაზიანებულ მილიამოში თავისუფლად მუშაობის საშუალება აქვს. ასევე შორეულ წარსულს ეკუთვნის ელენთის დაზიანების დროს მისი გაკერვის პირველი ცდა (ტილანი, 1894 და ლამარკია, 1896), რომელიც შემდგომში ბევრმა ქირურგმა წარმატებით გამოიყენა. ხოლო მ. კრიუკოვა (1906) მას მოქალაქეობრივი უფლება მიანიჭა. ს. გირგოლაძე (1907) დაამტკიცა ბადექონის პლასტიკის მნიშვნელობა ელენთის დაზიანების დროს. დაზოგვითი ოპერაციების მოხერხებული ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს ხელმძღვანელობდნენ იმ მოსაზრებით, რომ სპლენექტომია ქირურგიის განვითარების ადრეულ ეტაპზე სიკვდილობის მაღალ მაჩვენებელს იძლეოდა.

ქირურგიის განვითარების თანამედროვე ეტაპზე, როდესაც ასეპტიკა-ანტისეპტიკა, შოკის საწინააღმდეგო საშუალებები, გაუტკივარება მაღალ დონეზეა, რითაც ელენთის დაზიანების გამო ქირურგიული ჩარევის დროს სიკვდილობის მაჩვენებელი გაცილებით შემცირდა, მრავალი ქირურგის ტენდენცია დაზოგვითი ოპერაციებისაკენ უნდა აიხსნას ელენთის ფუნქციის შესახებ მეცნიერული ცოდნის გამდიდრებით.

ამ ავტორთა აზრით (ა. სოსნოვსკი, 1953; მ. ბოგდანიუკი, 1950), სპლენექტომიის შემდეგ სხვა ორგანოების მიერ ელენთის ფუნქციის თავისთავზე აღება არ არის საკმარისი და ორგანიზმს დიდი დრო ესაჭიროება შეგუებისათვის. ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს ელენთის გაკერვა და პლასტიკა ბადექონით ოპერაციის არჩევით მეთოდად მიაჩნია ქირურგთა ერთ ჯგუფს (ა. სოსნოვსკი, 1943; მ. ხელიმსკი, 1950; მ. ბოგდანიუკი, 1950; ვ. ეფრემენკო, 1954; ა. ნეფედოვი, 1959; გ. ივანიკოვა, ლ. ზმეევა, ბ. კარლოვა და კ. ნენაშოვა, 1961). ზოგიერთი ქირურგი (ა. სოზონ-იაროშევიჩი, 1920; ა. გესლევჩი, 1956; მ. კრასნერი, 1959) მიმართავს ნაკერის დადგას ელენთაზე ერთეული არალრმა დაზიანების დროს.

ორგანოს შენარჩუნება, მისი ზედაპირული, უმნიშვნელო ნახეთქების არსებობისას, დასაშვებად მიაჩნიათ ლ. გარვინს (1940), ამბროსოვსკის (1949) და ა. სოსნოვსკის (1943). ვ. დიბიევის თანახმად (1955) ელენთის შენარჩუნება გაკერვით შესაძლებელია მისი

ღრმა და მრავლობითი დაზიანების დროს. მ. სობსტელმა (1953) ექსპერიმენტულად შეამოწმა ნაკერის მიზანშეწონილობა ელენთის დაზიანებისას და მივიდა იმ დასკვნამდე, რომ ნაკერის დადება შესაძლებელია მხოლოდ ზედაპირულად მდებარე და არა ღრმა ერთეული ჭრილობის დროს. განსაკუთრებით რთულ შემთხვევებში, როდესაც ელენთა მასიურ შეზორცებებშია, ავადმყოფის მდგომარეობა კი განსაკუთრებით მძიმეა და საჭიროა სასწრაფო ჰემოსტაზი. შესაძლებელია დოლბანდის ნაჭრით ტამპონადა.

ა. სოსნოვსკისა და ს. ავედისოვის (1944), აგრეთვე გაჭიევის (1959) აზრით, ელენთის დაზიანების დროს შესაძლებელია მისი არტერიის გადაკვანძვა. მ. კომახიძეს (1959) მიაჩნია, რომ ამ მეთოდის გამოყენება იშვიათ შემთხვევებში შეიძლება მხოლოდ იმ პირობით, თუ არტერიის გადაკვანძვასთან ერთად ელენთაზე დადებული იქნება ნაკერები. მ. კომახიძემ 60 ძალზე 7 სერიად მაკროდა მიკრომორფოლოგიურად შეისწავლა ელენთის არტერიების კოლატერალები და თვით ელენთა ამ უკანასკნელის არტერიისა და მისი ტოტების გადაკვანძვის შემდეგ. ექსპერიმენტებით დადგენილ იქნა ელენთის არტერიის გადაკვანძვის შემდეგ ფართო კოლატერალური ქსელის განვითარება და მოკლე დროში ელენთაში უმთავრესად დეგენერაციული ცვლილებებზე წარმოქმნა მრავლობითი სისხლჩაქცევებით, ფიბროზული შემადგენელი ქსოვილი კი უფრო გვიან ვითარდება.

მ. კომახიძე (1959) ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს რადიკალურ ოპერაციად სპლენექტომიას თვლის, ვინაიდან იგი საიმედოა ჰემოსტაზის თვალსაზრისით, ტექნიკურად რთული არ არის და ამასთან ეფექტი სწრაფი და თვალსაჩინოა.

ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს სპლენექტომიას ოპერაციის არჩევით მეთოდად თვლიან: ა. აბრამოვა (1924), ა. ივანჩენკო (1928), მ. კარაპეტიანი (1930), მ. კლიაჩინი (1931), ა. ბეკინი (1931), ტ. ვალტერი (1935), ლ. სტეფანენკო, ი. ლიპკინი (1936), ნ. ჯანდიერი (1938), ა. ტაიროვი (1940), ა. ლურიე (1945), დ. ვასილენკო (1948), ა. ბესპალოვი (1950), ბოდრი (1956), მენსფილდი (1955), ბარნეტი (1952), პ. ლარგერი და ფ. გიურია (1957), ვილარი და კონარდო (1958), ვ. ვარჯაშენია (1959), ვ. ზერგა და ე. კნიში, ვ. კრავჩენკო და ვ. ვოლკოვი (1962), დ. მაზური (1961), შარეტი (1962).

საქართველოს ნაკრები მასალის თანახმად, 290 ავადმყოფიდან, რომლებსაც ოპერაცია გაუკეთდათ, სპლენექტომია გამოყენებული იყო 250 შემთხვევაში. 22 შემთხვევაში გაკეთებული იყო სპლენეროფია, სპლენეროფია ბადექონის პლასტიკით — 14 შემთხვევაში, დოლბანდის ტამპონადა — 3 შემთხვევაში, ელენთის კაფსულის კრილობაზე მიკერება — 1 შემთხვევაში.

ჩვენ სავსებით ვეთანხმებით იმ ავტორებს, რომლებიც ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს სპლენექტომიას ოპერაციის არჩევით მეთოდად მიიჩნევენ. სპლენექტომიის სასარგებლოდ მიუთითებს ჩვენი ნაკრები მასალის ანალიზი. 250 ავადმყოფიდან, რომელთაც სპლენექტომია გაუკეთდათ, გარდაიცვალა 35 (14%), მაშინ, როდესაც დაზოგვითი ოპერაციის 40 შემთხვევიდან 16 (40%) ლეტალობით დამთავრდა. რა თქმა უნდა, დიდი მასალის მცირე მასალასთან შედარება ყოველთვის მიზანშეწონილი არ არის, მაგრამ ჩვენი შემთხვევების ანალიზი მაინც საგულისხმოა. ნაკერის დადება და ბადექონის პლასტიკა შესაძლებელია ელენთის ერთეული, ზედაპირული და კარიდან მოშორებით არსებული ნახეთქების დროს.

ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს მკურნალობის საერთო კომპლექსში დიდი მნიშვნელობა აქვს ორგანიზმისათვის სისხლის დროულ და საკმაო რაოდენობით მიწოდებას, ამასთან დაკავშირებით მრავალი ავტორი ელენთის დაზიანების დროს რეინფუზიას გვირჩევს. ზოგიერთი უფრო შორს მიდის და მუცლის ღრუში ჩაქცეული სისხლის ჩატოვებას გვირჩევს რეინფუზიის დროს ერითროციტების დაზიანებისა და სისხლის ბიოქიმიური აქტივობის დაქვეითების შიშით (ი. ფიშელსონი, 1927; ს. გეინაცი, 1927; ს. ტაიროვი, 1934). ს. გეინაცს, ზ. რობაქიძეს (1964) მიაჩნდათ, რომ რაც არ უნდა ბევრი სისხლი იყოს ჩაქცეული მუცლის ღრუში, იგი 24 საათის განმავლობაში შეიწოვება. სისხლის შეწოვა უფრო ჭწრაფად მიმდინარეობს, თუ ავადმყოფს ტრენდელენბურგის მდგომარეობას მივცემთ. ეს, რა თქმა უნდა, შეეხება ასეპტიკურ სისხლს, რომელიც არ არის დაინფიცირებული. დაინფიცირების შემთხვევაში აუცილებელია მისი ამოშრობა მუცლის ღრუდან. ვ. ბოგოლუბოვი (1927) და ბრეოზოვსკი (1926) ადამიანისათვის ზედმეტი სისხლის შენარჩუნების მიზნით სპლენექტომიის დროს წინასწარ ელენთის არტერიის გადაკედაძევას გვირჩევენ.

პირველი რეინფუზია ელენთის დაზიანების დროს აწარმოვა პეიზერმა 1917 წ. (ე. კუზანოვი). შემდგომ წლებში ელენთის კანქვეშა დაზიანებისას რეინფუზია წარმატებით გამოუყენებიათ ბ. როზანოვს (1936), ტ. ბაკერნიკოვს (1937), გ. გნილორიბოვს (1937), მ. კრივონოსოვს (1939), დ. ოსაღჩის (1939), ა. სოსნოვსკის (1943), ე. ჟურავლევის (1949). ნ. ხურამოვიჩის მონაცემებით, ლიტერატურაში აღწერილია ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს რეინფუზიის გამოყენება 73 შემთხვევაში ყოველგვარი გართულების გარეშე. ე. კუზანოვს (1962) მოყავს ელენთის კანქვეშა დაზიანებისას რეინფუზიის 7 შემთხვევა.

ჩვენი ნაყრები მასალის მიხედვით (ავადმყოფობის ისტორიები), რეინფუზია 7 შემთხვევაშია გამოყენებული. 5 შემთხვევაში, სადაც აღინიშნებოდა მთელი სხეულის მძიმე დაზიანება. ავადმყოფები დაიღუპნენ, რის გამოც ჩვენი შემთხვევების ანალიზი საშუალებას არ გვაძლევს ობიექტური შეფასება მივცეთ ამ მეთოდს.

გარკვეული ჩვენებების დროს ამ მეთოდს ყურადღება უნდა მიექცეს.

ოპერაციის შემდგომი პერიოდი

ელენთის დაზიანება საერთოდ და მისი კანქვეშა დაზიანება კერძოდ ძალზე სერიოზულ პათოლოგიას წარმოადგენს. ოპერაციული მკურნალობით ავადმყოფს ვაშორებთ სისხლდენით დაღუპვის საფრთხეს. მაგრამ, როგორც აღვნიშნეთ, ოპერაცია წარმოადგენს მთელი მკურნალობის კომპლექსიდან აღებულ ერთ-ერთ ძირითად რგოლს.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში საჭიროა აქტიური კლინიკური მკურნალობის ჩატარება, რათა თავიდან იქნეს აცილებული ის მძიმე გართულებები, რაც ამ პათოლოგიის დროს არც ისე იშვიათად ვითარდება. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი დროის მიხედვით მიზანშეწონილად მივიჩნიეთ ორ პერიოდად დაგვეყო:

1. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი, რომელიც იწყება უშუალოდ ოპერაციის დამთავრების შემდეგ და გრძელდება ავადმყოფის სამკურნალო დაწესებულებიდან გაწერამდე;

2. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი, რომელიც წლობით განისაზღვრება.

ელენთის კანქვეშა დაზიანების კლინიკური სურათი ძირითადად შოკის და მძიმე ანემიის ფონზე მიმდინარეობს, რის გამოც ჯერ კიდევ ოპერაციამდე დაწყებული დროული სისხლის გადასხმა უნდა გრძელდებოდეს როგორც ოპერაციის დროს, ისე ოპერაციის შემდგომ პერიოდში. ამასთან, მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული ის გარემოება, რომ ამ დროს დიდი რაოდენობით გადასხმულმა სისხლმა შეიძლება გულის მუშაობა ძალზე გადატვირთოს, ამიტომ ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობიდან გაშვების შემდეგ სისხლის გადასხმა წვეთოვანი მეთოდით უნდა წარმოებდეს. ენერგიული ღონისძიებების მიღების მიუხედავად ცალკეული ავტორის (დ. ვასილენკო, 1948; ტ. გნილორიბოვი, 1949; ტერი, სელფი და ჰოვარდი, 1956) მონაცემებით, ოპერაციის შემდგომი სიკვდილობის მიზეზებს შორის შოკი და სისხლდენა პირველ ადგილზეა. ამ მხრივ გამონაკლისს არც ჩვენი შემთხვევების ანალიზი იძლევა. ოპერაციის შემდეგ გარდაცვლილი 51 ავადმყოფიდან სიკვდილის მიზეზად 19 შემთხვევაში სისხლნაკლებობას მივიჩნევთ.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ხშირად აღინიშნება პერიტონიტის მოვლენებიც. ეს განსაკუთრებით შეეხება ელენთის კომბინირებულ დაზიანებას, როდესაც ელენთასთან ერთად კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიც ზიანდება, ანდა ელენთის დაზიანებიდან უკვე დიდი დროა გასული. აღნიშნულის სასარგებლოდ ლაპარაკობს მრავალი ავტორის მონაცემები (მ. ჰუსეინოვი, 1948; ტ. გნილორიბოვი, 1948; მ. ხელიმსკი, 1950, ვ. კუჩუკი, 1960).

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში განვითარებული პერიტონიტი 9 ავადმყოფის სიკვდილის მიზეზი გახდა. საერთოდ კი იგი ჩვენს ნაკრებ მასალაზე 22 ნაოპერაციევ ავადმყოფს აღენიშნებოდა.

ელენთის კანქვეშა დაზიანების პერიტონიტით გართულების შემთხვევები თვალსაჩინოდ შემცირდა ანტიბიოტიკების შემოღების შემდეგ. თუ 1943—1947 წლების განმავლობაში ოპერაციის შემდგომი პერიტონიტი აღენიშნებოდა ჩვენს 14 ავადმყოფს და აქედან გარდაიცვალა 7, შემდგომ 15 წელიწადში პერიტონიტით გართულება ჰქონდა 8 ავადმყოფს, რომელთაგან 2 გარდაიცვალა.

ზოგიერთი ქირურგის (ი. ლიპკინი, 1936; მანსფილდი) აზრით,

ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს მუცლის შებერვას და პარალიზური ილეუსის განვითარებას, რის გამოც ამ მოვლენის თავიდან ასაცილებლად კ. მიქელაძე (1958) გვირჩევს კუჭში წვრილი ზონდის დატოვებას 2—3 დღის განმავლობაში მისი შიგთავსის ამოქაჩვის მიზნით.

იშვიათად ელენთის კანქვეშა დაზიანება შეიძლება მარცხენა სუბდიაფრაგმული აბსცესით გართულდეს (შედრუ და თანაავტორები, 1955; ბერდი და კაუჩია, 1955).

ჩვენი ნაკრები მასალის თანახმად, ელენთის კანქვეშა დაზიანების მქონე ავადმყოფებიდან მარცხენა სუბდიაფრაგმული აბსცესი აღენიშნებოდა 7 ავადმყოფს, ამათგან 5 გამოჯანსაღდა.

მრავალი ავტორის მიერ აღწერილია მალარიული შეტევა ელენთის კანქვეშა დაზიანების გამო წარმოებული სპლენექტომიის დროს (ტ. ბაკერნიკოვი, 1937; ნ. ჯანდიერი, 1938; დ. ოსადჩი, 1939; ვ. ეგოროვი, 1941; ა. ბესპალოვი, 1950).

ელენთის კანქვეშა დაზიანებისას განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს პნევმონიის წინააღმდეგ ბრძოლას, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, თუ ავადმყოფი ხანშიშესულია და ტრავმა მიყენებული აქვს გულმკერდის მხრიდან. როგორც ცნობილია, ელენთასთან ერთად ხშირად ნეკნებიც ზიანდება, რაც ფილტვების ექსკურსიას აფერხებს და ხელსაყრელ პირობებს ქმნის ფილტვში შეგუბებისა და ინფექციის გავრცელებისათვის. ამიტომ აქტიური პროფილაქტიკური მკურნალობა უნდა ჩატარდეს პნევმონიის თავიდან ასაცილებლად, რაც დაავადების პროგნოზს უფრო საიმედოს ხდის.

ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს პნევმონიის სიხშირეზე მიუთითებს კ. რაფის (1937), ტ. გნილორიბოვის (1948) და ვ. მეშკოვას (1959) მონაცემები.

ჩვენს ნაკრებ მასალაზე 290 ნაოპერაციევი ავადმყოფიდან ოპერაციის შემდგომ პერიოდში პნევმონია აღენიშნებოდა 33 ავადმყოფს, აქედან 8 შემთხვევაში იგი ავადმყოფთა დაღუპვის მიზეზი გახდა. დანარჩენ შემთხვევებში აქტიური მკურნალობის შედეგად ავადმყოფები გამოჯანმრთელდნენ.

მე-10 ცხრილში მოცემულია ყველა ის გართულება, რომლებიც აღენიშნებოდათ ჩვენს ავადმყოფებს ოპერაციის შემდგომ პერიოდში.

ოპერაციის შემდგომი პერიოდის გართულებები და
მათი გამოწვევალი ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს

	გართულების სახეები	ავადმუ- რისცხვი	განი- კურნა	გარდა- იცვალა
1	შოკი-ანემია	63	44	19
2	პნევმონია	33	25	8
3	პერიტონიტი	22	13	9
4	სუბდიაფრაგმული აბსცესი	7	5	2
5	ოპერაციული კრილობის დაზიანება	8	8	—
6	პლევრის ემპიემა	1	—	1
7	გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობა	24	13	11
8	ტვინში სისხლჩაქცევა	2	1	1
9	სეფსისი	1	1	—
10	თრომბოზები	3	3	—
		114	113	51

გარდა აღნიშნულისა, შესაძლებელია ნაწლავთა შორის აბსცესის განვითარება (ვ. მეშკოვა, 1959), თირკმლების პოსტტრავმული უკმარისობა (რომელმაც, ტერის, სელფისა და ჰოვარდის მონაცემებით, სიკვდილობის 12% მოგვცა) და ნაკერების გახსნა (ა. გოხმანი, 1938).

შორეული გართულებები

სპლენექტომიის შემდგომი პერიოდი როგორც კლინიკურად, ისე ექსპერიმენტულად ამჟამად საკმაოდ კარგადაა შესწავლილი. ჩვენი აზრით, სპლენექტომიის შემდგომ პერიოდში აუცილებელია იმ ცვლილებების შესწავლა, რომლებიც აღინიშნება სისხლში და რეტოკულო-ენდოთელური აპარატის მხრივ. ვინაიდან ისინი სწორად აისახება სისხლისა და რეტოკულო-ენდოთელური სისტემის მიერ. ამის გარდა, ყურადღება უნდა მიაქცეს იმ ზოგად გართულებებს, რომლებსაც, მრავალი ავტორის მონაცემებით, ადგილი აქვს ორგანიზმში სპლენექტომიის შემდეგ. ელენთის ფუნქციის აღწერასას ჩვენ მოკლედ აღვნიშნეთ მისი როლი ორგანიზმისათვის. შევ-

ჩერდებით იმ ცვლილებებზე, რომლებიც, სხვადასხვა ავტორის მიხედვით, ორგანიზმში სპლენექტომიის შედეგად ვითარდება.

ამ საკითხზე ქირურგთა შორის აზრთა სხვადასხვაობაა. ა. გოვსეევს (1887), კლუჩარევს (1926) და ვ. მიშს (1940) სპლენექტომია სრულიად ინდიფერენტულ ოპერაციად მიაჩნდათ. ნ. ბოლიარსკის (1926) და პ. სიტკოვსკის (1929) აზრით, ორგანიზმის გამძლეობა ინფექციის მიმართ სპლენექტომიის შემდეგ შენარჩუნებულია, მაგრამ რა ხნით, გაურკვეველია. ის ავტორები, რომლებსაც სპლენექტომია ორგანიზმისათვის სრულიად უვნებელ ჩაიყვანა მიაჩნიათ, იშველიებენ ლოტშისა და ფინკელშტეინის მონაცემებს იმის შესახებ, რომ ელენთის არარსებობისას (ლოტშის 9 და ფინკელშტეინის 11 შემთხვევა) ადამიანი დიდხანს ცოცხლობს.

მ. გერასიმოვის (1939) აზრით, ადამიანის ორგანიზმში გაცილებით ადვილად იტანს ელენთის თანდაყოლილ არარსებობას, ვიდრე მის მოშორებას. ა. ივანჩენკოს (1928) თანახმად, სპლენექტომია არ მოქმედებს მშობიარობასა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდზე. ტ. ვალტერის (1935) მონაცემებით, ბავშვები სპლენექტომიას ძალიან კარგად იტანენ. მათი ორგანიზმის გამძლეობა არ ირღვევა, ხოლო სისხლის სურათზე დაკვირვება ჰემოპოეზური აპარატის კარგ რეაქციას გვიჩვენებს.

ლ. სტეფანენკო (1935) სპლენექტომიის ორგანიზმისათვის საზიანო ოპერაციად მიიჩნევდა შემდგომში ღვიძლში განვითარებული „სპლენიზაციის“ გამო, რომელიც აღწერილი იყო არხანგელსკაია-ლევიანას მიერ. ავტორის აზრით, ეს ცვლილებები ხელს უწყობს ღვიძლის ციროზის განვითარებას.

ი. პევზნერის (1941) მონაცემებით, სპლენექტომიის შემდეგ ავადმყოფებს აღენიშნებათ პულსის ლაბილობა მსუბუქი აგზნებით (90—110), ტემპერატურის აწევა, ბულიმია.

ტ. გნილორიბოვი (1948) ხანგრძლივად აკვირდებოდა (1-დან 8 წლამდე) სპლენექტომირებულ ავადმყოფებს. 24 ავადმყოფიდან სპლენექტომიის შემდეგ 7 კაცს აღენიშნებოდა თავის ტკივილი, 5-ს — საერთო სისუსტე, 2-ს გაუძლიერდა ოპერაციამდე არსებული გულის მანკი. სისხლის მონაცემებიდან აღსანიშნავი იყო ლიმფოციტოზი. შორეული შედეგებიდან ავტორი შემთხვევათა 33,3%-ში

აღნიშნავს კარგ მდგომარეობას, 58,3%-ში — დამაკმაყოფილებელს.

ა. ოსტროვსკაიას და ო. სტავროვსკაიას (1956) მიერ შორეული შედეგები შესწავლილია 28 სპლენექტომირებულ ავადმყოფზე. ამათგან 17-ს არავითარი ჩივილი არ ჰქონია, 11 ავადმყოფს აწუხებდა თავისა და მარცხენა ფერღქვეშა მიდამოს ტკივილი და მადის დაკარგვა. სისხლის მხრივ ცვლილებები არ აღენიშნებოდათ.

ი. მამფორიას (1959) 4 წლის განმავლობაში დაკვირვება უწარმოებია სპლენექტომირებულ ავადმყოფზე. ავადმყოფი ამ ხნის განმავლობაში თავს კარგად გრძნობდა.

მ. კომახიძის (1959) მონაცემებით, სპლენექტომია ადამიანზე რაიმე არსებით გავლენას არ ახდენს. პირიქით, ავადმყოფი ამ ოპერაციის შემდეგ მატულობს წონაში, ბავშვები აგრძელებენ ნორმალურ ზრდას, ორსულობა და მშობიარობა ნორმალურად მიმდინარეობს.

ბერიოზოვი სპლენექტომიის შემდგომ ლიმფოციტოზს კომპენსატორულ მოვლენად თვლიდა, პოლიციტემიას ჟოლის სხეულაკების გამოჩენით ელენთის ფუნქციის გამოვარდნას მიაწერდა. ავტორი იმავე მიზეზით ხსნიდა სპლენექტომირებულ ავადმყოფებში მადის მომატებას, საკმლის მომწვანებელი სისტემის გაძლიერებულ მოქმედებას, ნერვულ სისტემაზე ელენთის შემაკავებელი გავლენის მოხსნის გამო.

გოლუბევის (1927) მონაცემებით, სპლენექტომიის შემდეგ ადგილი აქვს მოტეხილი ძვლების კონსოლიდაციის უნარის დაქვეითებას.

აიგნერმა (1954) გერმანიისა და შვეიცარიის კლინიკების 200 ავადმყოფის გამოკითხვით, რომლებსაც სპლენექტომია გაუკეთდათ, შემდეგი შედეგები მიიღო: პირველი ორი თვის განმავლობაში შრომის უნარის დაქვეითება აღენიშნებოდა ავადმყოფთა 75%-ს, 5 თვის შემდეგ — 50%-ს, 9 თვის შემდეგ — 25%-ს, 2 წლის შემდეგ — 0%-ს.

შტუბერაუხის (1919) მონაცემებით, სპლენექტომიის შემდეგ ელენთის ფუნქციის გასაძლიერებლად ხდება ელენთის ქსოვილის დარჩენილი ნაწილის ჰიპერტროფია, ანდა მანამდე არსებული პატარა ელენთის გაზრდა. სპლენექტომიის შემდეგ ახალი ელენთის

წარმოშობა აღწერილი აქვთ: ფალტინს (1911), ვეისს (1953), ლ. გარვინს და სხვ.

ე. კუზანოვი სპლენექტომიის შემდეგ შორეული შედეგების სახით აღნიშნავს უმნიშვნელო ლეიკოციტოზს და ლიმფოციტოზს. ამასვე ადასტურებს მ. სარქისოვი (1949).

ჩვენ სპეციალური გამოკვლევა აღნიშნული საკითხის შესასწავლად არ ჩაგვიტარებია, მაგრამ სპლენექტომირებულ ავადმყოფთა ნაწილის ზოგადი კარგი მდგომარეობა ხანგრძლივი დროის განმავლობაში (5—7 წელი) საფუძველს გვაძლევს დავასკვნათ, რომ სპლენექტომია ორგანიზმზე რაიმე მავნე გავლენას არ ახდენს და მისი გამოყენება ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს უშიშრად შეიძლება, თუკი საამისო ჩვენება არსებობს.

ექსპერიმენტული ნაწილი

ლიტერატურის მიმოხილვა

ელენთის ქსოვილის რეგენერაციის უნარის დადგენა დიდი ხანია მკვლევართა ყურადღებას იპყრობს. დამატებითი ელენთების არსებობა ადამიანის ორგანიზმში აღწერილი აქვთ ჰირტლის, ე. პი-ვოვაროვას (1959), მ. შორს და ვ. ბლიუმსს (1960), რ. კუმარს (1962), მაგრამ ელენთის ქსოვილის რეგენერაციის უნარით მკვლევარები განსაკუთრებით დაინტერესდნენ XIX საუკუნის დასასრულს, როდესაც ალბრეხტმა გვამის სექციაზე ნახა 400 დამატებითი ელენთა. სიცოცხლეში ამ ავადმყოფს გადაუტანია ელენთის ტრავმული დაზიანება. ამ დროიდან მოყოლებული (1896) დღემდე ლიტერატურაში აღწერილია ელენთის დაზიანების დროს მუცლის ღრუში დამატებითი ელენთების წარმოშობის 38 შემთხვევა (36 შემთხვევა 1958 წლამდე შეგროვილი აქვთ კოტლერს და ცერაიზს). მათ უნდა დაემატოს არაპოვისა და ლ. გარვინის (1948) მიერ აღწერილი შემთხვევები.

ოპერაციის დიაგნოზის სირთულის პხრივ საინტერესოა სეგან, საბოს, მაკ-კენის, ვაისის, სტორსტინის და რიშენინის და სხვათა შემთხვევები.

რელაპაროტომიის დროს ახალი ელენთების განვითარება ელენთის ტრავმის შემდეგ დადასტურებულია ბენეკეს და ფალტინის, კოტლარის და ცერაიზის, ფოას და სხვ. მიერ.

ელენთის დაზიანების შემდეგ მუცლის ღრუში ახალი ელენთების წარმოშობის ფაქტებმა ნიადაგი მოამზადა ელენთის ქსოვილის რეგენერაციის უნარის შესასწავლად. ლიუდკემ ექსპერიმენტში აწარმოვა ელენთის ქსოვილის ტრანსპლანტაცია. მრავალი წლის შემდეგ ტრანსპლანტანტები არა მარტო ინარჩუნებდა სიცოცხლის

უნარს, არამედ ახალი წარმონაქმნების გაჩენის ტენდენციასაც იჩენდა (მ. კომახიძე). ამ მხრივ პირველი წარმატება ბენეკეს (1859) და ფოას ხვდათ წილად ვირთაგვებსა და ძაღლებზე ჩატარებულ ექსპერიმენტებში. ამ ავტორებმა ელენთის რეზექციის შემდეგ მიიღეს ელენთის რეგენერაცია.

ელენთის რეგენერაციის დიდი უნარი ცხოველებში დაადასტურეს ხარლოვამ, ლიოზნერმა და ლევიტანმა, ბერიოზოვმა.

დამატებითი ელენტები იყოფა ორ ჯგუფად: ექსტრალიენალური (აქცესორიული) და ელენთის შიდა (სუქცენტორული). წარმოშობის მიხედვით დამატებითი ელენტები შეიძლება იყოს დიზონტოგენური და რეგენერაციული (ა. სულევსკი).

უფრო ხშირად დამატებითი ელენტები წარმოიშვება ელენთის ტრავმული დაზიანების დროს, დამატებითი ქსოვილის იმპლანტაციის გზით. ფალტინის აზრით, დამატებითი ელენტები სპლენექტომიის შემდეგ კომპენსაციურად წარმოიშვება პერიტონეუმის უჯრედების ელემენტებისაგან.

კურტისი და მოვიცი გვაფრთხილებენ სპლენექტომიის დროს ელენთის ქსოვილის „დისიმინაციის“ საშიშროების შესახებ. მათი აზრით, ელენთიდან სისხლდენა ელენთის შეხორცებებიდან გამოყოფის დროს შეიძლება მისი ქსოვილის ჩათესვის მიზეზი გახდეს (კომახიძე).

აღნიშნული საკითხის გარკვევისათვის დიდი მნიშვნელობა ჰქონდა ბრანდსბურგის (1926) ექსპერიმენტებს.

ი. გინზბურგი (1926) შინაურ კურდღლებსა და ვირთაგვებში ახდენდა ელენთის ამოკვეთას და იზოლირებული ელენთის ან მისი ნაწილების ტრანსპლანტაციას ღვიძლში, კუნთებში და კანქვეშ. ავტორი ყოველთვის ღებულობდა ელენთის ქსოვილის განლევას და პროლიფერაციულ ცვლილებებს ამ ორგანოებში.

ელენთის რეგენერაცია თავველებში უნახავთ ე. მუნკინას და გ. სოლცს (1960). დაკვირვების ხანგრძლიობა უდრიდა 16—19 დღეს.

ელენთის ქსოვილის რეგენერაციის დიდ უნარზე მიუთითებენ კრეუტერის (1919), კუკოლევის (1957), ს. ბლიახერის, გ. ხარლოვას, ლ. ლიოზნერის და ბ. ლევიტანის შრომები (1960—61 წწ.).

ელენთის როლი ორგანიზმისათვის დღეს უკვე სადავო აღარ არის, ამიტომ უკანასკნელ ხანებში ქირურგთა შორის წარმოიშვა ტენდენცია ელენთაზე დაზოგვითი ოპერაციების წარმოებისაყენ.

თუმცა რიგი ქირურგების მიერ (სოსნოვსკი, დიბიუევი, ხელიმსკი, ნეფედოვი) ცალკეულ შემთხვევაში წარმატებით ჩატარდა დაზოგვითი ოპერაციები ელენთაზე, მაგრამ მაინც ამ ორგანოს დაზიანების დროს უმრავლეს შემთხვევაში სპლენექტომია არჩევით მეთოდად უნდა ჩაითვალოს.

აქედან გამომდინარე, ჩვენ მიზნად დავისახეთ შეგვემოწმებინა სხვადასხვა ავტორის მონაცემები ელენთის ქსოვილის რეგენერაციის უნარის შესახებ; ეს მით უმეტეს საინტერესოდ მივიჩნიეთ იმდენად, რამდენადაც ელენთის ქსოვილის რეგენერაციის უნარის შემთხვევაში, თუ ხდება ამოკვეთილი ელენთის ფუნქციის კომპენსაცია, შესაძლებელია დაისვას საკითხი სპლენექტომიის შემდეგ ელენთის ნაჭრების მუცლის ღრუში ჩათესვის შესახებ.

ამ მხრივ განვიზრახეთ შეგვესწავლა ის მორფოლოგიური ცვლილებები, რომლებსაც განიცდის ბადექონსა და პერიტონეუმში ჩათესილი ელენთის ქსოვილი, რაც, ჩვენი აზრით, ელენთის ქსოვილის რეგენერაციის შესწავლის პირველ საფეხურს უნდა წარმოადგენდეს.

აღნიშნული საკითხის გასარკვევად ჩვენ მიერ საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის ექსპერიმენტული მორფოლოგიის ინსტიტუტში ჩატარებულ იქნა ცდები 14 ძაღლზე ორ სერიად. დაკვირვების ხანგრძლიობა — 12-დან 70 დღემდე.

პირველ სერიაში ხდებოდა ელენთის რეზექცია და ელენთის ნაჭრების ჩათესვა ბადექონსა და პერიტონეუმში. მეორე სერიაში კეთდებოდა სპლენექტომია და ელენთის ნაჭრების ჩათესვა ბადექონსა და პერიტონეუმში. ჩათესილი ნაჭრების შემოწმების მიზნით იმავე ძაღლებს უკეთდებოდა რელაპარატომია მე-12, მე-14, მე-17, 32-ე, 43-ე, 47-ე და 70-ე დღეს. ოპერაციები კეთდებოდა ეთერის ნარკოზით, შუახაზის განაკვეთით, იზომებოდა რეზექციის შემდეგ დარჩენილი ელენთა. ყველა შემთხვევაში იზომებოდა აგრეთვე ჩათესილი ელენთის ნაჭრები. რელაპარატომიის დროს ხელმეორედ იზომებოდა ჩათესილი ელენთის ნაჭრები, რომლებიც პისტოლოგიურად შეისწავლებოდა. მასალა ფიქსირებული იყო ფორმალინის 10% ხსნარში და მატებად სპირტებში გატარების შემდეგ ყალიბდებოდა პარაფინში. 7—8 მიკრონის სისქის სერიული ანათომები იღებებოდა ჰემატოქსილინ-ეოზინით.

ამის გარდა შეისწავლებოდა პერიფერიული სისხლი ოპერაცი-
ამდე და ოპერაციის შემდეგ.

შესწავლილი მასალა გვიჩვენებს, რომ ელენთა ბადექონში ან
პერიტონეუმში ჩათესვის შემდეგ სხვადასხვა ვადაში განიცდის
გარკვეულ ცვლილებებს. მაგალითად, პირველ სერიაში, როდესაც
კეთდება ელენთის რეზექცია, ელენთის ბადექონში ჩათესვიდან 14
დღის შემდეგ აღინიშნება მისი პარენქიმის რეგრესიული ცვლილე-
ბები, სახელობრ, ელენთის კაფსულის დანაოჭება და გასქელება.
გასქელებულია ხარიხებიც. სისხლძარღვები გაგანიერებული და
სისხლსავსეა, ლიმფური ფოლიკულები — გაიშვიათებული. მათში
არ აღინიშნება ნათელი ცენტრი და მუქი პერიფერია, არც ცენტრა-
ლური არტერია; პულპაში ერითროციტების დიდი რაოდენობაა,
ლიმფოციტები კი შედარებით დაკლებულია. აღსანიშნავია ირგე-
ლივი შემაერთებელი ქსოვილის ჩაზრდა ელენთის პარენქიმაში.

ელენთის ბადექონში ჩათესვიდან 32 დღის შემდეგ მისი კაფ-
სულა კიდევ უფრო დანაოჭებულია. ყურადღებას იქცევს კაფსუ-
ლაში დიდი რაოდენობით სისხლსავსე სისხლძარღვების არსებობა,
ხარიხები ელენთის ნივთიერებაში გაუხეშებულია. ლიმფური ფო-
ლიკულები გაიშვიათებული და დაპატარავებულია, მათსა და პულ-
პას შორის საზღვარი წაშლილია, ნათელი ცენტრი და მუქი პერი-
ფერია არ შეიმჩნევა, ასევე შეუმჩნეველია ცენტრალური არტერია.
ლიმფური ფოლიკულები უმთავრესად განლაგებულია პერიფერია-
ზე, კაფსულის ქვეშ, პულპაში ერითროციტები არათანაბრადაა გან-
ლაგებული. მათ უმთავრესად ორგანოს პერიფერიაზე ვხვდებით.
სამაგიეროდ აქ აღინიშნება შემაერთებელქსოვილოვანი ბოჭკოების
საკმაო რაოდენობა.

ელენთის ბადექონში ჩათესვიდან 43 დღის შემდეგ ელენთის
კაფსულა ნაკლებადაა დანაოჭებული. კაფსულის ქვეშ აღინიშნება
გაგანიერებული სისხლსავსე სისხლძარღვები. კაფსულის ქვეშ პე-
რიფერიულად ლიმფური ფოლიკულები სხვადასხვა ოდენობის ლიმ-
ფური გროვების სახითაა წარმოდგენილი. ისინი არ არიან გამოყო-
ფილი პულპისაგან, პულპა პერიფერიაზე დიდი რაოდენობით შეი-
ცავს ერითროციტებს, ცენტრში კი — შემაერთებელქსოვილოვანი
ბოჭკოების საკმაო რაოდენობას. გარდა ამისა ვხვდებით რეტიკუ-
ლური ქსოვილის მომატებას.

ელენთის ბადექონში ჩათესვიდან 47 დღის შემდეგ კათსულა და ხარიხები უმნიშვნელოდაა მომატებული. აღინიშნება ლიმფური ქსოვილის ზრდა. მოჩანს პულპისაგან სუსტად გამოყოფილი ლიმფური გროვები. რომლებშიც აღინიშნება ყველა ზომის ლიმფოციტები (დიდი, საშუალო და მცირე). მონოციტები, მაკროფაგები და მიელოიდური ელემენტები.

პულპაში აღინიშნება აგრეთვე მისი ელემენტების ჰიპერპლაზია. მომატებულია რეტიკულური უჯრედების რაოდენობა. ამ უჯრედებს აქვთ მრგვალი ფორმა და მომრგვალო მსხვილი, ექსცენტრულად მდებარე ბირთვი, აგრეთვე კარგად გამოხატული. ოღნავ ბაზოფილური პროტოპლაზმა; ვხვდებით დიდი რაოდენობით ფაგოციტებს, ალავ აღინიშნება ნეიტროფილების დიდი რაოდენობით დაგროვება.

ბადექონში ჩათესვიდან 70 დღის შემდეგ ელენთის კათსულა თითქმის ნორმას უახლოვდება. ხარიხები შედარებით ნაზია. პოპკოვანობა კათსულასა და ხარიხებზე საკმაოდ კარგადაა გამოხატული, იგი. მართალია, გაიშვიათებულია ერთ-ორ ანათალში. მაგრამ მკვეთრადაა გამოყოფილი პულპისაგან და მათში უკეთესად გამოირჩევა ნათელი ცენტრი და მუქი პერიფერია. კარგად მოჩანს ცენტრალური არტერია. ლიმფური ფოლიკულები ჭერ კიდევ ლაგდება პერიფერიაზე. კათსულის ქვეშ პულპაში აღინიშნება კარგად გამოხატული ჰიპერპლაზია. მასში მატულობს ნეიტროფილების რიცხვი, ამის გარდა პულპაში ვხვდებით მაკროფაგებს, პლაზმურ უჯრედებს, მონოციტებს, ეოზინოფილებს და დიდი რაოდენობით რეტიკულურ უჯრედებს.

რაც შეეხება ცდების მეორე სერიას, როდესაც კეთდება სპლენექტომია, ბადექონსა და პერიტონეუმში ჩათესილი ელენთის ნაჭრებში ცვლილებები შედარებით ნაკლები ინტენსივობით მიმდინარეობს.

აღსანიშნავია ისიც, რომ ელენთის ჩათესვის უფრო მოგვიანებულ ვადებში მდგომარეობა უფრო ნორმას უახლოვდება, ვიდრე წინა სერიაში ელენთის რეზექციის დროს. ამის გარდა, უნდა აღინიშნოს, რომ ცვლილებები ელენთის ჩათესილ ნაჭრებში უფრო ძლიერადაა გამოხატული ბადექონში ჩათესვის შემთხვევაში, ვიდრე პერიტონეუმში.

ამგვარად, მიღებული შედეგები გვიჩვენებს, რომ ელენთის ქსოვილი მისი ბადექონში ან პერიტონეუმში ჩათესვისას 14-დან 70 დღემდე განიცდის უმთავრესად რეგრესიულ ცვლილებებს, რაც გამოიხატება ლიმფური ფოლიკულების რედუცირებაში, პულპის ჰიპერპლაზიაში, შემაერთებელი ქსოვილისა და რეტიკულური ქსოვილის მომატებაში.

ჩათესვიდან 47—70-ე დღეს შეინიშნება ელენთის ქსოვილის ცოტად თუ ბევრად ნორმასთან მიახლოება. ლიმფური ფოლიკულების რიცხვი მომატებულია, კარგად გამოიყოფა პულპისაგან, მათში ნათლად გამოირჩევა ნათელი ცენტრი და მუქი პერიფერია, ცენტრალური არტერია კარგად არის გამოხატული. ყველაფერი ეს, ჩვენი აზრით, უნდა მიუთითებდეს ელენთის ქსოვილში რეგენერაციული პროცესის არსებობაზე.

დასკვნები

1. ელენთის კანქვეშა დაზიანება საქართველოში არც ისე იშვიათად გვხვდება. ქ. თბილისის და საქართველოს დიდი ქალაქების ქირურგიულ განყოფილებათა 30 წლის (1933—1962 წწ.) მასალა მოიცავს 335 შემთხვევას.

დაზიანება უპირატესად აღინიშნება 20—40 წლის ასაკში — 176 აკადემოფი (51%) და უზშირესად მამაკაცების ხვედრია (236 მამაკაცი 335 აკადემოფიდან, ე. ი. 71,2%).

2. ელენთის კანქვეშა დაზიანების ყველაზე მეტი შემთხვევა (112) აღნიშნულია თბილისში, სოხუმის, ბათუმის, ფოთის და სიღნაღის (წინათ მალარიის ყველაზე უფრო გავრცელებული რაიონები) სააკადემოფოების ქირურგიულ განყოფილებებზე კი 57 შემთხვევა ზოდის (17%), ისიც ძირითადად, ძლიერი ტრავმის გამო, დაზიანებული იყო ნორმალური ელენთა;

3. ელენთის კანქვეშა დაზიანებას ყოველთვის იწვევს ტრავმა. თვალნათლივ ტრავმას ადგილი ჰქონდა 320 აკადემოფზე. ტრავმის სახეებიდან ჰარბობდა სატრანსპორტო ტრავმა (75,1%).

დაკვირვების 20 წლის განმავლობაში პირველ 10 წელთან შედარებით მეორე 10 წელში ელენთის კანქვეშა დაზიანებამ მოიმატა

4. ელენთის კანქვეშა დაზიანების ხელშეწყობი დაავადებებიდან აღსანიშნავია მალარია — 67 შემთხვევა (20%), ისიც ხანში შესულ პირებში;

5. ელენთის კანქვეშა დაზიანების დიაგნოზის დასმაში მთავარია:

ა) ანამნეზი, ბ) ტკივილი მარცხენა ფერღქვეშა მიდამოში, გ) ანემიის სურათის პროგრესული გაუარესება, დ) მოყრუების არსებობა მუკლის მარცხენა ნახევარში, ე) პირველადი მეტეორიზმი, ვ) სისხლის გამოკვლევა დინამიკაში.

ელენთის კანქვეშა დაზიანების ზუსტი დიაგნოზი დასმული იყო 220 შემთხვევაში (65,1%);

6. ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს ადრეულ ოპერაციას ძალიან დიდი მნიშვნელობა ენიჭება.

ჩვენს ნაკრებ მასალაზე დაზიანებიდან პირველ 8 საათში ოპერაცია გაუკეთდა 210 ავადმყოფს, რომელთაგან გარდაიცვალა 28 (13, 3%), მაშინ. როდესაც პირველ 24 საათში ოპერირებულ 75 ავადმყოფიდან გარდაიცვალა 22 (29,3%);

7. ელენთის კანქვეშა დაზიანების მქონე 335 ავადმყოფიდან გარდაიცვალა 87 (25,9%). ამ ავადმყოფებიდან 36-ს ოპერაცია არ გაუკეთდა. ვინაიდან ელენთის კანქვეშა დაზიანებასთან ერთად ალენიშნებოდნენ სხვა ორგანოების ძლიერი დაზიანებაც და უმძიმეს მდგომარეობაში იმყოფებოდნენ. ამ შემთხვევებში დიაგნოზი მხოლოდ სასექციო მაგიდაზე იყო დასმული. 290 ნაოპერაციევი ავადმყოფიდან გარდაიცვალა 51; კომბინირებული დაზიანების გამო ნაოპერაციევი 104 ავადმყოფიდან — 30 (28,8%) და იზოლირებული დაზიანების გამო ნაოპერაციევი 186 ავადმყოფიდან — 21 (11,2%).

ჩვენი მონაცემები კიდევ ერთხელ ადასტურებს, რომ ელენთის კომბინირებული დაზიანების დროს გაცილებით ხშირია სიკვდილის შემთხვევები:

8. ელენთის კანქვეშა დაზიანების დროს გამოსაყენებელი ოპერაციებიდან ჩვენ უპირატესობას ვანიჭებთ სპლენექტომიას (290 ავადმყოფიდან ეს ოპერაცია გაუკეთდა 240), კომბინირებულ განაკვეთს და ინტრატრაქეულ გაუტკივარებას;

9. ბადექონსა და პერიტონეუმში ჩათესილი ნაჭრების სპლენექტომიის შემთხვევაში მიკროსკოპულად მიმდინარეობს შედარებით ნაკლები ინტენსივობის ცვლილებები. ვიდრე ელენთის რეზექციის დროს;

10. პერიტონეუმში ჩათესილი ელენთის ნაჭრები მიკროსკოპულად განიცდის შედარებით ნაკლები ინტენსივობის ცვლილებებს, ვიდრე ბადექონში ჩათესვის დროს.

11. ბადექონსა და პერიტონეუმში ჩათესილი ელენთის ნაჭრების ზომა კლებულობს ჩათესვის უფრო მოკლე ვადაში (12—43 დღე) და, პირიქით, მატულობს ჩათესვის მოგვიანებულ ვადებში (47—70 დღე). მიკროსკოპულად ამ დროს აღინიშნება ელენთის ქსოვილის ჰიპერპლაზია.

შ ი ნ ა ა რ ს ი

საგან	3
ატურის მიმოხილვა	5
ცნობები ელენტის ანატომიის, ჰისტოლოგიისა და ფიზიოლოგიის შესახებ	10
ს დახურული ანუ კანქვეშა დაზიანების სიხშირე (ლიტერატურის იმოხილვა და საკუთარი შემთხვევების ანალიზი)	14
ს დახურული დაზიანების კლასიფიკაცია	20
ს დახურული დაზიანების ეტიოლოგია და პათოგენეზი	24
ს დახურული დაზიანების მექანიზმი	33
ს დახურული დაზიანების კლინიკა	51
მატოლოგია	52
სტრუქტურა	62
ს დახურული დაზიანების მკურნალობა და გამოსავალი	67
უმეტესი ნაწილი	
ლიტერატურის მიმოხილვა	93
ნ ბ ი	99
