მ. კომახიძე

ჰოსპიტალური ქირურგია

(კლინიკური ლექციები)

I

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

გამომცემლობა „განათლება"
თბილისი — 1969

„ჰოსპიტალური ქირურგია" შედგენილია პროგრამის შესაბამისად. იგი განკუთვნილია სახელმძღვანელოდ სამედიცინო ინსტიტუტის უფროსი კურსის სტუდენტებისა და ახალგაზრდა ქირურგებისათვის.

წიგნში მოცემულია მნიშვნელოვან ქირურგიულ დაავადებათა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საკითხები. ავტორი დაწვრილებით განიხილავს როგორც საკუთარ მასალას, ისე ლიტერატურულ მონაცემებს. ხაზს უსვამს, თუ როგორი უნდა იყოს ახალგაზრდა საბჭოთა ექიმის მორალური სახე.

ასეთი სახელმძღვანელოს გამოცემა ქართულ ენაზე პირველი ცდაა. ყველა შენიშვნას ავტორი გათვალისწინებს ყოველდღიურ მუშაობაში და ამ შრომის შემდგომი გამოცემის დროს.

Мамиа Эседович Комахидзе

Госпитальная хирургия

(На грузинском языке)

რედაქტორი ნ. ჯავახიშვილი
გამომცემლობის რედაქტორი ალ. გაბესკირი
მხატვრული რედაქტორი ს. ბოტკოველი
ტექრედაქტორი გ. ჯოხაძე
კორექტორი ე. ნევეროვსკაია

ხელმოწერილია დასაბეჭდად 7/XII-69 წ., ქაღალდის ზომა 60×90 1/16. ნაბეჭდი თაბახი 26.5. სააღრიცხვო-საგამომცემლო თაბახი 25,48.
ტირაჟი 2.000. შეკვ. № 942

ფასი 1 მან. 30 კაპ.

გამომცემლობა „განათლება", თბილისი, კამოს ქ. № 18
Издательство «Ганатлеба», Тбилиси, ул. Камо, 18.
1969

საქართველოს სსრ მინისტრთა საბჭოს ბეჭდვითი სიტყვის სახელმწიფო კომიტეტის მთავარპოლიგრაფმრეწველობის ბეჭდვითი სიტყვის კომბინატი თბილისი, მარჯანიშვილის ქ. № 5

Комбинат печати Главполиграфпрома Государственного комитета Совета Министров Грузинской ССР по печати. Тбилиси, ул. Марджанишвили № 5.

ლექცია პირველი

შესავალი

1840 წელს ახალგაზრდა ნ. პიროგოვი მიიწვიეს პეტერბურგის მედიკო-ქირურგიულ აკადემიაში კათედრის ხელმძღვანელად, რომელსაც მანამდე ი. ბუში განაგებდა. გაეცნო რა მუშაობის გეგმასა და პროგრამას, ნ. პიროგოვმა აკადემიის ხელმძღვანელობას კათედრის მუშაობის შემდგომი გაუმჯობესების მიზნით წარუდგინა თავისი პროექტი. იგი წერდა: „ჩემს პროექტში მე მივუთითე აკადემიაში ახალი კათედრის—ჰოსპიტალური ქირურგიის კათედრის დაარსების აუცილებლობაზე... ახალგაზრდა ექიმებს თითქმის სრულებით არა აქვთ პრაქტიკული სამედიცინო განათლება, რადგან ჩვენს კლინიკებს ევალება მისცეს მათ მხოლოდ მთავარი, ძირითადი წარმოდგენა დაავადების მიმდინარეობისა, გამოცნობისა და მკურნალობის შესახებ. ამის გამო ჩვენი ახალგაზრდა ექიმები სამსახურისა და დამოუკიდებელი მუშაობის დაწყებისას ავადმყოფის საწოლთან, საავადმყოფოში, ლაზარეთში, კერძო პრაქტიკის დროს დიდ გასაჭირში არიან, ვერ მოაქვთ ის სარგებლობა, რომელსაც მათგან მოელიან, ვერ აღწევენ დასახულ მიზანს. მქონდა რა მხედველობაში თავიდან აგვეცილებინა ჩვენს სასწავლო სამედიცინო დაწესებულებებში არსებული ნაკლოვანებანი., გარდა არსებული კლინიკებისა, მე მოვითხოვე ჰოსპიტალურის შექმნაც“.

მედიკო-ქირურგიულ აკადემიაში ჰოსპიტალური ქირურგიისა და ჰოსპიტალური თერაპიის ახალი კათედრების დაარსების პროექტი კომისიამ მიიღო და საკალდებულო გახადა იგი რუსეთის ყველა უნივერსიტეტისათვის.

ამრიგად, ნ. პიროგოვის პრინციპებიდან გამომდინარე, ჰოსპიტალური ქირურგიისა და თერაპიის კლინიკებში ყალიბდება მომავალი ექიმის დამოუკიდებელი კლინიკური აზროვნება. აქ სტუდენტები ეცნობიან ამა თუ იმ დაავადებას მისი თავისებურებების გათვალისწინებით, მასთან ერთად ეცნობიან ყველა თანმხლებ დაავადებას, ყველა სახის გადახრის გათვალისწინებით. ჰოსპიტალურ კლინიკაში ხდება უკანასკნელი კურსების სტუდენტის კლინიკური აზროვნების ჩამოყალიბება. ამ კლინიკის მთავარი მიზანია სტუდენტს ასწავლოს ექიმობა, პრაქტიკულ საქმიანობაში დაუახლოოს იგი ავადმყოფს, შეასწავლოს მას ყველა

დამხმარე საშუალების გამოყენება. გააცნოს ყველა სახის თანამედროვე აპარატურა.

ლექციაზე უნდა იყოს წარმოდგენილი მდიდარი კლინიკური მასალა სხვადასხვა ვარიანტში; კლინიკური მაგალითები უნდა გაშუქდეს არა სქემატურად, არამედ ნამდვილი ცხოვრებისეული ჭეშმარიტებით. საჭიროა შეირჩეს მრავალი ტიპური ნიმუში.

რასაკვირველია, ავადმყოფთა დემონსტრაცია შევსებული უნდა იყოს პრეპარატებით, სქემებით, დიაგრამებით, სტატისტიკური მასალით, რითაც უფრო სრულად განხორციელდება ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის ამოცანა. მაგრამ სწორი არ იქნება, რომ ავადმყოფთა დემონსტრაცია ხდებოდეს გარკვეული გეგმის გარეშე, ზომიერების დაუცველად. სტუდენტმა, მრავალი მაგალითის საფუძველზე, უნდა აითვისოს დაავადების არსი, მისი თეორიული და პრაქტიკული მხარე.

როდესაც საკითხი ეხება კლინიკური მასალის მეცნიერულ დამუშავებასა და გადაცემას. მხედველობაშია მისაღები აუდიტორია. ერთია, სტუდენტების სასწავლო აუდიტორია, მეორეა, ციკლი ლექციებისა ექიმთა კვალიფიკაციის ამაღლების მიზნით; სულ სხვაა სპეციალური მოხსენება სამეცნიერო კონფერენციასა, სიმპოზიუმსა და ყრილობებზე, ან, ვთქვათ, სამეცნიერო-პოპულარული ხასიათის ლექცია. სამეცნიერო კონფერენციასა თუ ყრილობაზე საჭიროა ცალკე აღებული კონკრეტული საკითხის განხილვა, ის წარმოდგენილი უნდა იყოს რელიეფურად, საკუთარ მონაცემებზე დაყრდნობით, დამაჯერებელი რეზუმეთი. ასეთი მოხსენების დროს, კვალიფიციური აუდიტორიის წინაშე, არ არის საჭირო იმ განცდების გადაცემა, რასაც ადგილი აქვს ქირურგის მუშაობის პროცესში, როგორიცაა, მაგალითად, დიაგნოზის დაზუსტების მექანიზმი, ოპერაციის ჩვენების დასაბუთება, ოპერაციული ჩარევის მეთოდის შერჩევა, ოპერაციის ტექნიკა. კვალიფიციურ აუდიტორიას ეს ისედაც განცდილი აქვს. ამ შემთხვევაში საჭიროა ზომიერების დაცვა, თავდაჭერილობა, ფაქტიური მასალის სწორი ანალიზი, საკითხის ღრმად ცოდნა.

ლექციაში დიდი ყურადღება ეთმობა თვალსაჩინოებას, მაგალითს პრაქტიკიდან, განსაკუთრებით, როცა მაგალითი არის არაჩვეულებრივი და მას აღმზრდელობითი მნიშვნელობა აქვს მომავალი ექიმისათვის. ლექციაზე არ უნდა ვერიდოთ ლეტალური შემთხვევის განხილვასა და გარჩევას, თუნდაც იგი იყოს შედეგი დიაგნოსტიკური შეცდომ-სა ან დაგვიანებული ოპერაციული ჩარევისა. ამგვარი გულწრფელობა ამახვილებს მსმენელთა ყურადღებას. მხოლოდ კარგი შედეგებით დამთავრებული შემთხვევების აღწერა ქმნის თვითკმაყოფილებისა და თავშო-

წონების შთაბეჭდილებას, რაც ხშირად უარყოფით რეაქციას იწვევს მსმენელებში.

სასწავლო-აღმზრდელობით პროცესში ერთ-ერთი დიდი მნიშვნელობის რგოლია კლინიკის გამგის, პროფესორის, დოცენტისა და ასისტენტის შემოვლა და სუბორდინატორების თანდასწრებით ავადმყოფის გარჩევა. ჰოსპიტალური ქირურგიის კლინიკაში მოდიან სტუდენტები, რომლებმაც უკვე მოისმინეს სისტემატური კურსი როგორც ზოგადი, ისე კერძო ქირურგიისა. ამდენად, ჰოსპიტალური ქირურგიის შესწავლისას დიდი ყურადღება ექცევა ავადმყოფთა კონტიგენტის შერჩევას, რომ შეიძლებოდეს საინტერესო შემთხვევების ჩვენება ტრავმატოლოგიის, გულმკერდის ქირურგიის, ასევე ჩირქოკანი და პლასტიკური ქირურგიის დარგებიდან. ყურადღება უნდა იქნეს გამახვილებული ანამედროვე გამოკვლევის მეთოდებზე, ავადმყოფის ოპერაციის წინა მომზადებისა და ოპერაციის შემდგომი მოვლის მნიშვნელობაზე. მეხუთე და მეექვსე კურსის სტუდენტები ჰოსპიტალური ქირურგიის კლინიკაში ეცნობიან ყველა დიდმნიშვნელოვან მიღწევებს საერთოდ მედიცინასა და, კერძოდ, ქირურგიაში.

ამრიგად, ჰოსპიტალური კლინიკის პირობებში, პირველყოვლისა, სტუდენტის ყურადღება გამახვილებულია ერთი და იგივე დაავადების სხვადასხვა გამოვლინებაზე, რასაც ვაღწევთ მრავალი ავადმყოფის დემონსტრაციით. განსაკუთრებული ყურადღება ესაჭიროება იმ ნოზოლოგიათა განხილვას, რომელთა დროს ხშირია დიაგნოსტიკური შეცდომები. მაგალითად, ონკოლოგია, ჩირქოვანი ქირურგია, გადაუდებელი ქირურგია. გასათვალისწინებელია აგრეთვე პოლიკლინიკური მუშაობა და სხვ. ერთი სიტყვით, ჰოსპიტალური ქირურგიის კლინიკაში კარგად უნდა იყოს ორგანიზებული სასწრაფო-გადაუდებელი ქირურგიული დახმარება, ონკოლოგიური განყოფილება და სხვ. ჰოსპიტალური ქირურგიის კურსი არის დაგვირგვინება ქირურგიის სისტემატური კურსისა, რომელიც უკვე წინა წლებში იყო მოსმენილი. მთავარია მომზადდეს ექიმი ისე, რომ მან შეძლოს დამოუკიდებელი მუშაობა.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამედიცინო ფაკულტეტის, ხოლო შემდეგ სამედიცინო ინსტიტუტის ჰოსპიტალური ქირურგიის კათედრის დამაარსებელი იყო გ. მუხაძე.

პირველი მსოფლიო ომის შემდგომ პერიოდში გ. მუხაძე, ს. ვირსალაძესთან და ი. თიკანაძესთან ერთად, სათავეში ჩაუდგა თბილისის უნივერსიტეტში სამკურნალო ფაკულტეტის ორგანიზაციის საქმეს. არ არსებობდა სამეცნიერო და პრაქტიკული მედიცინის არც ერთი დარგი, პედაგოგიური მუშაობის არც ერთი უბანი, რომელშიაც გ. მუხაძეს არ მიეღო მონაწილეობა. იგი მთელი სიცოცხლის მანძილზე ეწეოდა უაღ-

რესად ნაყოფიერ მოღვაწეობას როგორც ექიმი, ექსპერიმენტატორი, ნოვატორი, გულისხმიერი პედაგოგი. გ. ბუხაძე არის საქართველოს მეცნიერული ქირურგიის ფუძემდებელი, დიდი ქირურგიული სკოლის შემქმნელი და საქართველოში უმაღლესი სამედიცინო განათლების ერთ-ერთი ორგანიზატორი. მან, თავისი მრავალმხრივი მეცნიერული და პრაქტიკული მოღვაწეობით წარუშლელი კვალი დატოვა არა მარტო საქართველოს, არამედ საბჭოთა მედიცინის ისტორიაშიც.

1917 წელს, ოქტომბრის რევოლუციის გამარჯვების პირველ დღეებში, ივანე ჯავახიშვილმა პეტერბურგში კატეგორიულად დააყენა ქართული უნივერსიტეტის გახსნის საკითხი. 1917 წლის 1 ოქტომბერს მოწვეულ იქნა საზოგადოების კრება, რომლის საპატიო თავმჯდომარედ აირჩიეს პეტრე მელიქიშვილი. აღნიშნულ კრებაზე არჩეულ კომისიაში შედიოდნენ: პ. მელიქიშვილი, ი. ჯავახიშვილი, ი. ყიფშიძე, ა. ჯავახიშვილი, ს. ვირსალაძე, ფ. გოგიჩაიშვილი და სხვ. გადაწყდა უნივერსიტეტის დაარსება კერძო დაწესებულების სახით, რადგან სხვა გამოსავალი არ იყო.

ქართული კულტურისათვის უდიდესი მნიშვნელობის მოვლენაა 1918 წლის თებერვალში თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის დაარსება. ქართული უნივერსიტეტის შექმნის საფუძველი ჯერ კიდევ შორეულ წარსულში იყო ჩაყრილი. ჩვენში ძველთაგანვე არსებობდა უმაღლესი სამეცნიერო და სასწავლო ცენტრები, რომელთაც საერთო აღიარება ჰქონდათ მოპოვებული. ასეთი იყო გელათისა და იყალთოს აკადემიები და სხვ. განვითარების მხრივ კულტურისა და მეცნიერების სხვა დარგებს არც მედიცინა ჩამორჩებოდა. ჩვენში IX—X საუკუნეებში გამოქვეყნებული ანატომიური და ფიზიოლოგიური ტრაქტატები შეიძლება სანიმუშოდ ჩაითვალოს იმდროინდელი სამედიცინო მეცნიერებისათვის. XIII საუკუნის დასაწყისს ეკუთვნის „წიგნი სააქიმოჰოჯა ყოფილისა; ყვავილის აცრის მეთოდი საქართველოში ჯენერამდე ბევრად უფრო ადრე იყო ცნობილი.

თბილისის უნივერსიტეტმა ჩვენი ქვეყნის კულტურულ ცხოვრებაში დიდი როლი შეასრულა, მის საფუძველზე აღმოცენდა მრავალი უმაღლესი სასწავლებელი, სამეცნიერო-კვლევითი დაწესებულება, დაარსდა საქართველოს სსრ მეცნიერებათა აკადემია.

თბილისის უნივერსიტეტში პირველად დაარსდა სიბრძნის მეტყველების ფაკულტეტი, შემდეგ კი, იმავე წლის შემოდგომაზე, ჩამოყალიბდა საბუნებისმეტყველო, მათემატიკისა და სამკურნალო ფაკულტეტები.

სამკურნალო ფაკულტეტის შექმნა თბილისის უნივერსიტეტში ერთბაშად არ მომხდარა. სამკურნალო ფაკულტეტის შესაქმნელად

ორგანიზაციულ ღონისძიებებს ახორციელებდნენ ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოების აქტიური წევრები.

სამკურნალო ფაკულტეტის შექმნას წინ უსწრებდა მოსამზადებელი პერიოდი. მოსამზადებელი პერიოდის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მოვლენა იყო 1914 წელს ოდესაში მყოფ ქართველ მეცნიერთა და სტუდენტთა მიერ სამეცნიერო კრებულის — „ცხოვრება და მეცნიერება“ — გამოცემა ქართულ ენაზე. კრებულის რედაქციაში შედიოდნენ: პ. ქავთარაძე, ქ. რაჭველიშვილი, მ. ცეცხლაძე, ი. ასლანიშვილი. კრებულის მიზანი იყო თავის გარშემო შემოეკრიბა რუსეთსა და საზღვარგარეთ მყოფი ქართველი მეცნიერები.

იმპერიალისტური ომის დაწყებასთან დაკავშირებით შეწყდა კრებულის გამოცემა. რამდენიმე წლის შემდეგ გადაწყდა სამეცნიერო ჟურნალ „ექიმის“ გამოცემა. ჟურნალის გამოცემა იკისრა ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოებამ და გამოყო სარედაქციო კოლეგია შემდეგი შემადგენლობით: ს. ვირსალაძე, ვ. მოსეშვილი, გ. მუხაძე, ა. ნათიშვილი, შ. მიქელაძე. ჟურნალის პასუხისმგებელ რედაქტორებად არჩეულ იქნენ ს. ვირსალაძე და შ. მიქელაძე, რედაქციის შდივნად — ზ. მაისურაძე.

გ. მუხაძის უშუალო ინიციატივით, ს. ვირსალაძის, ი. თიკანაძის, მ. წინამძღვრიშვილის მონაწილეობით, 1915 წელს საქართველოში დაარსდა ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოება, რომელიც ნელ-ლეგში შეიკესო ისეთი ცნობილი ქართველი ექიმებითა და ბუნებისმეტყველებით. როგორიც იყვნენ: ა. წულუკიძე, მ. კილასონიძე, შ. მიქელაძე, პ. მელიქიშვილი, ვ. მუსხელიშვილი, დ. ახვლედიანი, ნ. ორლოესკი, ი. ელიაშვილი, გ. მგალობლიშვილი, ნ. მელიქიშვილი, ს. კანდელაკი, ა. ჯავახიშვილი, ვ. ღამბაშიძე, ი. გომართელი, ს. გოგიტიძე, ნ. გამრეკელი, ნ. ყიფშიძე, თ. ციციშვილი, ე. ზედგინიძე, მ. უგრელიძე, ა. ხარაძე, ზ. მაისურაძე, ვ. მახვილაძე და სხვ.

გ. მუხაძემ სამკურნალო ფაკულტეტის შექმნის საკითხი ჯერ წამოაყენა ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოების წინაშე, ხოლო შემდეგ, როცა საზოგადოებამ სათანადო დადგენილება მიიღო, თხოვნით მიმართა უნივერსიტეტის საბჭოს ამ ფაკულტეტის ჩამოყალიბების შესახებ. საზოგადოების მიერ არჩეულმა კომისიამ პ. მელიქიშვილმა, ა. ჯავახიშვილმა, ა. ხარაძემ, დ. ახვლედიანმა, ს. ვირსალაძემ, ვ. ღამბაშიძემ, ნ. მელიქიშვილმა, გ. მუხაძემ, ი. თიკანაძემ, მ. წინამძღვრიშვილმა, ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოების გამგეობის მონაწილეობით, შეადგინეს პროექტი და ხარჯთაღრიცხვა საბუნებისმეტყველო და სამკურნალო ფაკულტეტებისა.

1918 წლის შემოდგომაზე თბილისის უნივერსიტეტში გაიხსნა საბუნებისმეტყველო და სამკურნალო ფაკულტეტები. პირველად ორთავე

ფაკულტეტის დეკანი იყო უნივერსიტეტის რექტორი, დამსახურებული პროფესორი პ. მელიქიშვილი. 1918 წლის 24 ოქტომბერს დეკანად არჩეულ იქნა პროფ. ვ. მოსეშვილი. შემდგომში სამკურნალო ფაკულტეტს გამოეყო საბუნებისმეტყველო ფაკულტეტი. 1919 წლის 29 აპრილს სამკურნალო ფაკულტეტის დეკანად არჩეულ იქნა პროფ. ა. ნათიშვილი.

სამკურნალო ფაკულტეტზე პირველად შეიქმნა ადამიანის ნორმალური ანატომიის კათედრა; ხელმძღვანელობა დაეკისრა პროფ. ა. ნათიშვილს.

შესავალი ლექცია პროფ. ა. ნათიშვილმა წაიკითხა 1918 წლის 15 ნოემბერს. ეს იყო პირველი ლექცია თბილისის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტზე.

ზოგადი ქირურგიის კათერდა პროპედევტიკული კლინიკით დაარსდა 1919 წელს. კათედრის გამგედ აირჩიეს გ. მუხაძე.

გ. მუხაძის შემდეგ, ზოგადი ქირურგიის კათედრის გამგედ არჩეული იყო პროფ. ნ. კახიანი, კათედრის ასისტენტებად — ე. ზაქარაია, კ. ერისთავი.

1921 წელს გ. მუხაძეს ირჩევენ ჰოსპიტალური ქირურგიის კლინიკის გამგედ. სადაც ის მუშაობდა მთელი სიცოცხლის მანძილზე. გ. მუხაძემ შეიმუშავა ჰოსპიტალური ქირურგიის ლექციების საკუთარი, ორიგინალური გეგმა, რომლის მიხედვით მან საგრძნობლად გააადვილა ლექციაზე ავადმყოფთა კლინიკური გარჩევა. გ. მუხაძე დიდ მოთხოვნებს უყენებდა თავის მოწაფეებს, ამ პრინციპით ზრდიდა იგი ახალგაზრდობას დამოუკიდებელი მუშაობისათვის ქირურგიაში.

ჰოსპიტალური ქირურგიის კლინიკას ჰქონდა ყველაზე დიდი ბაზა— 120 საწოლი. კლინიკაში პრივატ-დოცენტი ა. წულუკიძე კითხულობდა კერძო კურსს — „თირკმლის ქირურგიული დაავადებანი“. 1921 წლიდან კლინიკის ასისტენტი იყო მ. ცხაკაია.

საქართველოში ქირურგიის განვითარებაში, როგორც აღვნიშნეთ, განსაკუთრებული ადგილი უკავია გამოჩენილ დასტაქარს, საქართველოში მეცნიერული ქირურგიის ფუძემდებელს, დიდ პედაგოგს, უბადლო ორგანიზატორს და საზოგადო მოღვაწეს აკადემიკოს გ. მუხაძეს.

გ. მუხაძის სახელთან დაკავშირებულია პრაქტიკული ქირურგიის ისეთი საკვანძო პრობლემების განვითარება, როგორიცაა: გაუტკივარება, კუჭისა და ნაწლავების ქირურგია, უროლოგია, ყბა-სახის ქირურგია, ონკოლოგია, ძვალსახსრის ტუბერკულოზი, გულისა და სისხლის ძარღვების ქირურგია, სისხლის გადასხმა და სხვ.

გ. მუხაძე თავმჯდომარეობდა ჯერ თბილისის ექიმთა საზოგადოების ქირურგიულ სექციას, ხოლო შემდეგ — საქართველოს ქირურგიულ საზოგადოებას.

გ. მუხაძე იყო მეცნიერების პირველი დოქტორი ქართველ ქირურგთა შორის, იგი იყო სსრ კავშირის სამედიცინო მეცნიერებათა აკადემიისა და საქართველოს სსრ მეცნიერებათა აკადემიის ნამდვილი წევრი.

გ. მუხაძის გარდაცვალების შემდეგ, სამკურნალო ფაკულტეტის ჰოსპიტალური ქირურგიის კათედრის გამგედ აირჩიეს გ. მუხაძის თანამედროვე, საქართველოში მეცნიერული ქირურგიის განვითარებაში მისი თანამებრძოლი, სოციალისტური შრომის გმირი, საქართველოს სსრ მეცნიერებათა აკადემიის აკადემიკოსი კონსტანტინე ერისთავი, რომელიც კათედრას ხელმძღვანელობდა 1960 წლამდე.

ტრადიციის მიხედვით, აღნიშნულ კლინიკაში ფართოდ არის გაშლილი სამეცნიერო-კვლევითი მუშაობა. კლინიკის თანამშრომლები სწავლობენ ისეთ აქტუალურ საკითხებს, როგორიცაა კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის ქირურგიული დაავადებანი, ღვიძლის, ელენთის. პანკრეასის ქირურგიული დაავადებანი და მათი მკურნალობა, ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებანი, ქირურგიული ენდოკრინოლოგია, მაგისტრალურ სისხლძარღვთა ქირურგია, საყლაპავი მილის პლასტიკური ოპერაციები, თერმულ დაზიანებათა მკურნალობა, მოტეხილობათა მკურნალობის თანამედროვე პრინციპები და სხვა.

კლინიკასთან ჩამოყალიბდა ტეტანუსისა და დამწვრობის ცენტრი, ანესთეზიოლოგიისა და რეანიმატოლოგიის საპრობლემო ლაბორატორია.

კლინიკას მჭიდრო შემოქმედებითი კავშირი აქვს საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის ა. ნათიშვილის სახელობის ექსპერიმენტული მორფოლოგიის ინსტიტუტთან, სადაც კლინიკის თანამშრომლები ეწევიან ექსპერიმენტულ-კვლევით მუშაობას.

ჰოსპიტალური ქირურგიის კურსის გავლისას საჭიროდ მიგვაჩნია მოვიყვანოთ ცნობები არა მარტო ქირურგიის დარგიდან, არამედ, შეძლებისდაგვარად, შევეხოთ სამედიცინო მეცნიერების თეორიის საკითხებსაც, გავაშუქოთ მეცნიერების უახლესი მიღწევები, აღვძრათ მეცნიერული კვლევა-ძიების სურვილი.

უკანასკნელი წლების მანძილზე ბიოლოგიაში, ფართო გაგებით, წამოიჭრა საკამათო საკითხები, რომელთა გადაჭრა დიდ როლს შეასრულებს მეცნიერების განვითარებაში. ამათგან პირველ რიგში უნდა დავასახელოთ ცოცხალი არსების პრობლემა.

მეცნიერების განვითარების დღევანდელ საფეხურზე ცოცხალი არსების აღნაგობის საფუძველს უჯრედი წარმოადგენს. ჩვენ არ გვინდა აღრეული იყოს ცნება უჯრედსა და უჯრედოვან თეორიას შორის, რასაც სამწუხაროდ, არაიშვიათად აქვს ადგილი სპეციალისტების მხრივაც კი. უჯრედოვანი შენების თეორია იყო და არის უდიდესი აღ-

შოჩენა, რომელსაც ემყარება ბიოლოგია ყველა თავისი განშტოებით და რომლის საფუძველზეც ნაყოფიერი მუშაობაა გაჩაღებული.

უჯრედოვანი თეორიის ჩამოყალიბების მომენტიდან არსებობს ბრძოლა ამ თეორიის ვიტალისტურ, მექანისტურ და მატერიალისტურ-დიალექტიკურ გაგებას შორის.

უჯრედოვანი თეორიის მატერიალისტურ-დიალექტიკური გაგების სისწორის მიუხედავად, ეს თეორია საბოლოოდ ჯერ კიდევ ვერ სწყვეტს საკითხს იმის შესახებ—არის თუ არა უჯრედი ერთადერთი და ყველაზე შესაფერისი ფორმა ცოცხალი ორგანიზმის არსებობისა, თუ უჯრედოვანი შენება ჯერ კიდევ არა სავსებით მყარი მდგომარეობაა და, განვითარების პროცესში, დღესაც ადგილი აქვს უჯრედების ახლად წარმოშობას. უჯრედის წარმოშობის პრობლემა ერთ-ერთი კვანძოვანი საკითხთაგანია.

ორგანიზმის უჯრედოვანი შენების არსის გაგების საქმეში პირველხარისხოვანი მნიშვნელობა აქვს საკითხს იმის შესახებ, თუ როდის წარმოიშვა უჯრედი, ხანგრძლივი ევოლუციის შედეგად, თუ იგი შედარებით პლასტიკური სტრუქტურაა და ადვილად შეიძლება შეიქმნას მაღალგანვითარებულ ცხოველთა წარმოშობის შემდეგაც.

ასი წლის წინ ცელულარული თეორიის ფუძემდებლები შვანი, შლეიდენი იზიარებდნენ უჯრედის წარმოქმნის შესაძლებლობას არაუჯრედოვან ნივთიერებებიდან. უფრო მოგვიანებით, უჯრედის ექსტრაცელულარულ წარმოშობას ადასტურებენ ლავდოვსკი, მიშუტკინი, უხოვი. შაგრამ მათმა მოწინააღმდეგეებმა მდიდარი ფაქტობრივი მასალებით უარყვეს არაუჯრედოვან ნივთიერებიდან უჯრედის წარმოქმნის შესაძლებლობა.

უჯრედის შესახებ სწავლებასთან გადაჯაჭვულია ცნება მემკვიდრეობითობის შესახებ, რომელიც ასევე გაცხოველებული კამათის საგანს შეადგენს.

ამ საკითხების გარკვევა დიდად შეუწყობს ხელს ადამიანის ორგანიზმში ნორმალურ თუ პათოლოგიურ პირობებში მიმდინარე აღდგენითი პროცესების არსის გაგებას; აღდგენითი პროცესების წარმართვა და გაძლიერება კი სამკურნალო მედიცინის გადაუდებელი ამოცანაა.

ბიოლოგიური მეცნიერების განვითარება, ამ დარგის მიღწევათა ბოსახლეობაში პროპაგანდა ანთავისუფლებს ადამიანს ცრურწმენისაგან, აიარაღებს მას იმისათვის, რომ ბუნების კანონები წარმართოს ხალხის საკეთილდღეოდ.

ცნობილია, რომ ავადდება მხოლოდ ცოცხალი ორგანიზმი, თვით ავადებაც სიცოცხლის გამოვლინებაა გარკვეულ ფორმებში და მისი შესწავლა მედიცინის ძირითადი მიზანია.

მედიცინა ჩაისახა იმ დროიდან, როდესაც ადამიანმა გადადგა პირველი შეგნებული ნაბიჯები. ჯერ კიდევ ადრეულ პერიოდში იყვნენ პიროვნებანი, რომლებიც დაუფლებული იყვნენ ექიმობის ხელოვნებას და უკვე მოეპოვებოდათ სასარგებლო ცნობები დაავადებული ადამიანის სამკურნალოდ. ამის შემდეგ, თანდათან, მედიცინა დადგა მეცნიერულ საფუძვლებზე.

პავლოვი ამბობდა: „მხოლოდ ექსპერიმენტების ცეცხლის ქვეშ გაელით შეიძლება გახდეს მედიცინა ის, რაც უნდა იყოს, ე. ი. მუდმივ და სავსებით მიზანშეწონილად მოქმედ მეცნიერებად“.

როგორც კლინიცისტისათვის, ისე პრაქტიკოსი ექიმისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს თეორიულ მომზადებას. ავადმყოფის საწოლთან საჭიროა ამ ცოდნის ნაყოფიერი გამოყენება. უნდა გვახსოვდეს, რომ მედიცინა ყოველ საკითხში ვერ შეგვაიარაღებს ზუსტი ცოდნით, ყოველთვის არ ხერხდება დაავადების ზუსტი ამოცნობა. დაავადებათა სიმრავლე ყოველთვის არ ეტევა ტიპურობის ფარგლებში. ხშირად ექიმს არ მოეპოვება მკურნალობის რადიკალური საშუალებანი, რომ შეუმსუბუქოს ავადმყოფს ტანჯვა; ამიტომ, თეორიული ცოდნის გარდა საჭიროა დიდი პრაქტიკული გამოცდილებაც. რა თქმა უნდა, ამასთან ერთად ექიმი უნდა ხელმძღვანელობდეს ობიექტური გამოკვლევის მონაცემებით.

როდესაც კლინიცისტს შეუძლია დასვას დიაგნოზი, ერთი შეხედვით, ეს ლაპარაკობს მის ერუდიციაზე, მაგრამ ერუდიციას უნდა საფუძვლად დაედოს ობიექტური გამოკვლევის მონაცემები. პირველი შთაბეჭდილების მიხედვით საბოლოო დასკვნის გამოტანა მოკლებულია მეცნიერულ საფუძვლებს. პრაქტიკული მედიცინის მიღწევები უნდა ემყარებოდეს მეცნიერულ საფუძვლებს, მხოლოდ ამ შემთხვევაში იქნება დასკვნები სარწმუნო და სასარგებლო.

ავადმყოფის შესწავლისას არ უნდა გამოვტოვოთ არც ერთი სავალდებულო გამოკვლევა, წინააღმდეგ შემთხვევაში შეიძლება შეცდომა დავუშვათ დიაგნოზის დასმისა და მკურნალობის დროსაც. პირველ რიგში ყურადღება უნდა მიექცეს არსებულ მდგომარეობას, რომლის სწორი შეფასებისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ექიმის გამოცდილებას, მაგრამ, როგორც უკვე იყო ნათქვამი, პირველი შთაბეჭდილება არ არის საკმარისი საბოლოო დასკვნის გამოსატანად. საჭიროა გულდასმით, აუჩქარებლად, მაგრამ დროის დაკარგვის გარეშე, ფაქტიური მასალის დაგროვება და მისი მეცნიერული ანალიზის შემდეგ დიაგნოზის დასმა. ხშირად ავადმყოფის მდგომარეობა არ ითმენს და საჭირო ხდება გადაუდებელი დახმარების აღმოჩენა. ასეთ შემთხვევაში ექიმი ვალდებულია არსებული მონაცემების მიხედვით, მოკლე დროში შეკრიბოს სათანადო მასალა და გამოიტანოს საჭირო დასკვნა დახმარების აღმოჩენის შესახებ. ექიმს ევალება გამოდიოდეს ავადმყოფის ინტერესები-

დან. კარგად ჰქონდეს შეგნებული თავისი მოვალეობა და მის შესრულებისას მოქმედებდეს მეცნიერების თანამედროვე მიღწევების საფუძველზე. ამავე დროს, ექიმს უნდა შესწევდეს უნარი ყოველგვარ პირობებში დაიცვას სულიერი წონასწორობა, იგი ყოველთვის უნდა ემსახურებოდეს სიმართლეს, კეთილსინდისიერებას.

დღეს მეცნიერულად დასაბუთებულია ჰიპოკრატეს პრინციპი: „უნდა ვუმკურნალოდ არა სნეულებას, არამედ ავადმყოფ ადამიანს". ჰიპოკრატეს სახელთან დაკავშირებულია სამედიცინო მეცნიერების სათავეები.

ჰიპოკრატემ თავისი მრავალმხრივი, ენციკლოპედიური ცოდნის საფუძველზე „მედიცინა გადაიტანა ფილოსოფიაში და ფილოსოფია მედიცინაში". მან თავისი მოძღვრება ჩამოაყალიბა 59 თხზულებაში, რომელთაგან ქირურგისათვის მეტად მნიშვნელოვანია „მოტეხილობები". „ნაღრძობთა ჩასწორება", „თავის ჭრილობები".

ჰიპოკრატე ადამიანის ორგანიზმს განიხილავს ერთ მთლიანობაში, გარემოსთან მჭიდრო კავშირში. იგი წერს „მე მტკიცედ მწამს, რომ ექიმი ვალდებულია შეისწავლოს ადამიანის ბუნება, პირნათლად შეასრულოს თავისი მოვალეობა, გულმოდგინედ გამოიკვლიოს ადამიანის დამოკიდებულება მის საკვებთან, სასმელთან, ცხოვრების პირობებთან, თვალყური ადევნოს გარემო პირობების გავლენას ადამიანზე".

ჰიპოკრატეს დროს ექიმები დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის წარმატებას ამყარებდნენ ავადმყოფის გულდასმით გასინჯვასა და კლინიკურ დაკვირვებაზე. ამ მხრივ ერთ-ერთ საუკეთესო მაგალითად შეიძლება ჩაითვალოს ჰიპოკრატეს მიერ პერიტონიტის სიმპტომოკომპლექსის აღწერა, რომელიც ცნობილია სახელწოდებით „ჰიპოკრატეს სახე".

ჰიპოკრატე დიდ მნიშვნელობას ანიჭებდა ავადმყოფზე ექიმის დაკვირვებას საწოლთან, იგი აღნიშნავდა: „ეს იმდენად დიდი მნიშვნელობისაა, რომ ერთისათვის შეიძლება დაავადების ნამდვილი სახე შეუმჩნეველი დარჩეს, ხოლო მეორისათვის, რომელიც სისტემატურ დაკვირვებას აწარმოებს, დაავადების ბუნება სავსებით გასაგები გახდეს". ჰიპოკრატე ავადმყოფის საწოლთან აკეთებდა უშეცდომო დასკვნებს მხოლოდ და მხოლოდ თავისი გენიალური საზრიანობით. საერთოდ უნდა აღინიშნოს, რომ ჰიპოკრატეს „ქირურგიული გამონათქვამები გვაოცებენ გამჭრიახობით და იმ შორეული დროისათვის წარმოუდგენელი გამომგონებლობით, ქირურგიული მეთოდების მიზანდასახულობით" (ს. იუდინი).

ექიმს, პირველ რიგში, ესაჭიროება ჰუმანურობა, გულისხმიერება. ნათქვამია: თითოეული ავადმყოფი ავადაა თავისი სნეულებითა და, გარდა ამისა, შიშით; ამიტომ საჭიროა ვუმკურნალოდ როგორც დაავადებულ ორგანოს, აგრეთვე დაავადებულ ფსიქიკასაც.

იმისათვის, რომ პირნათლად ემსახუროს თავის საქმეს, ახალგაზრდა ექიმმა კარგად უნდა აითვისოს ავადმყოფის შესწავლის კლინიკური მეთოდები, რაც მისი წინსვლის საწინდარია. ქირურგის მოღვაწეობა დაკავშირებულია სიძნელეებთან, ზოგჯერ — ხიფათთანაც, მაგრამ გაცილებით მეტია სასიამოვნო განცდები, რაც ჩატარებული ღონისძიებების ეფექტურობას მოსდევს. ექიმი უნდა ზნეობრივად და მორალურად იყოს სრულყოფილი, უანგარო, თავაზიანი, ალერსიანი, თავმდაბალი. ყოველთვის მზადყოფნაში, რათა ავადმყოფს გაუწიოს დახმარება. მკურნალი ყოველმხრივ ახლოს უნდა იყოს ავადმყოფთან.

კარგად შეკრებილი ანამნეზი მკურნალობის წარმატების საწინდარია. შეცდომისაგან არავინაა დაზღვეული, ამიტომ შესაძლოა ექიმიც შეცდეს, მაგრამ სწორად უნდა შეაფასოს შეცდომის მიზეზი, უნდა ისწავლოს შეცდომაზე.

სხვადასხვა სპეციალობის წარმომადგენელს და, მათ შორის, ექიმსაც, ეთიკის თავისებური გარკვეული ნორმები აქვს. ეთიკის თვალსაზრისით დაუშვებელია ვუთხრათ ავადმყოფს, რომ იგი განწირულია. რაც არ უნდა საეალალო იყოს პროგნოზი, ექიმს არა აქვს მორალური უფლება განუცხადოს ავადმყოფს მისი მდგომარეობის უიმედობის შესახებ.

დეონტოლოგია არის მოძღვრება იმის შესახებ, თუ რა პირობები უნდა ჰქონდეს ავადმყოფს სამკურნალო დაწესებულებაში და როგორ უნდა ექცეოდეს მას ექიმი.

ცნობილია, რომ ექიმის სიტყვამ შეიძლება იქონიოს უარყოფითი გავლენა ავადმყოფზე. ცუდია, როდესაც სპეციალისტი ავადმყოფის საწოლთან ეცნობა მისი ავადმყოფობის ობიექტურ მონაცემებს, და თვით ავადმყოფს ნაკლებ ყურადღებას აქცევს. ზოგჯერ ავადმყოფმა არც კი იცის ვინ გაუკეთა მას ოპერაცია, რადგან ექიმმა ოპერაციის შემდეგ არც კი ინახულა. ზოგჯერ ექიმი ავადმყოფის თანდასწრებით ატარებს მეცადინეობას, ხსნის ყველაფერს გარკვეეით, მაგრამ ავიწყდება, რომ მისი ყველაზე უფრო დაინტერესებული მსმენელი თვით ავადმყოფია, რომელსაც ეხება ეს საუბარი. დაუკვირვებელ ნათქვამს შეუძლია ავადმყოფი ადამიანის ფსიქიკის ტრავმირება. მაგალითად, ავადმყოფის გასაგონად, არ უნდა ვთქვათ „საჭიროა ოპერაცია. სხვა გამოსავალი არა გვაქვს, რისკზე უნდა წავიდეთ“. ან „ყოჩაღია, ძალიან გამძლე ავადმყოფია, მიუხედავად მძიმე მდგომარეობისა, კიდევ ცოცხლობს“. პალატაში, სადაც ავადმყოფები საოპერაციოდ ემზადებიან ექიმმა არ უნდა დააშინოს ავადმყოფი სიტყვებით: „მსუქნები ოპერაციას ცუდად იტანენ, გამხდრები კი კარგად“. ექიმის გასვლის შემდეგ, გამხდრები კმაყოფილებას გრძნობენ, მსუქნები კი ნერვიულობენ.

ბეხტერევი წერდა: „თუ ავადმყოფმა ექიმის გასინჯვისა და საუბრის შემდეგ შვება არ იგრძნო, იგი ექიმად არ ჩაითვლებაო“.

საბჭოთა ექიმი, პირველ რიგში, საბჭოთა მოქალაქეა, იგი სახელმწიფო მოღვაწეა, ხალხის მსახურია. ყოველივე ეს განსაზღვრავს მის დამოკიდებულებას იმ დიდ საქმესთან, რასაც ადამიანთა ჯანმრთელობის დაცვა ეწოდება.

მხოლოდ თეორიული საფუძვლების შესწავლით არ შეიძლება კლინიცისტის აღზრდა, ავადმყოფის საწოლთან მიღებულ გამოცდილებას დიდი მნიშვნელობა აქვს მკურნალობის საქმეში. მხოლოდ ავადმყოფის საწოლთან ექიმი შეიმუშავებს ისეთ ჩვევებს, რომლითაც თავს დააღწევს გულქვაობას და დაიმსახურებს ავადმყოფის სიყვარულს. ქირურგმა არასოდეს არ უნდა დაივიწყოს ავადმყოფის ინტერესები. თუ ქირურგი იტყვის — „ოპერაცია კარგად ჩატარდა, მაგრამ ავადმყოფი დაიღუპაო“,—იგი მკურნალი არ არის, იგი მხოლოდ ქირურგიული ტექნიკით გატაცებული პიროვნებაა.

ჩვენ ხშირად ვიგონებთ გამოჩენილი მოღვაწეების ცხოვრებას, მათი მაგალითი აღზრდის საუკეთესო ფორმაა. მე, როგორც დასტაქარმა, არ შემიძლია არ დავასახელო ზოგიერთი საინტერესო ფაქტი ნ. პიროგოვის ცხოვრებიდან.

27 წლის პიროგოვი, როგორც დამსახურებული მეცნიერი, არჩეული იყო დერპტის უნივერსიტეტის პროფესორად. მიუხედავად ამისა, იგი წერდა: „მე არ შემეძლო არ დამენახა და არ მეგრძნო რა ბევრი ცოდნა, გამოცდილება და ნებისყოფა მაკლია იმისათვის, რომ ვიყო ნამდვილი მოძღვარი ქირურგიისა; მე არ ვიყავი იმდენად უპატიოსნო, რომ არ გამეგო, თუ რა დიდ პასუხისმგებლობას კისრულობს საზოგადოებისა და საკუთარი თავის წინაშე ის, ვინც, ექიმის დიპლომის მიღებასთან ერთად, ღებულობს გარკვეულ უფლებებს სხვის სიცოცხლესა და სიკვდილზე, და, ამასთან ერთად, მოვალეობას — ეს უფლებები გადასცეს სხვას. მე ეგრძნობდი ჩემს ნაკლს, მაგრამ არ შემეძლო ეს ძეგრძნო ისე, როგორც ახლა, როდესაც განვიცადე იგი და ყველა მისი შედეგი. ახლა კი, როდესაც ვაკეთებ ანალიზს, ვრწმუნდები რა ძნელი გადასაწყვეტია ამა თუ იმ შემთხვევაში რა იყო მთავარი მოტივი ჩემი მოქმედებისა — პატივმოყვარეობა, თუ ჭეშმარიტი სურვილი—ვუშველო და შევამსუბუქო ადამიანის ტკივილი... შემეძლო თუ არა მე, ახალგაზრდას, მცირე გამოცდილების მქონე ადამიანს, ვყოფილიყავი ნამდვილი მასწავლებელი ქირურგიისა? რასაკვირველია, არა. ძე ვგრძნობდი ამას, მაგრამ ბედის მიერ ერთხელ განწესებულს ამ თანამდებობაზე, რა შემეძლო გამეკეთებინა? უარი მეთქვა? მე ძალიან ახალგაზრდა ვიყავი, ძალიან თავმოყვარე და ძალიან დიდი

წარმოდგენისა საკუთარ ძალებზე. მე სხვა გზა ვირჩიე, რომ რამდენადაც შესაძლებელი იყო მივახლოვებოდი იმ იდეალს, რომელიც მე შევქმენი ჩემს წარმოდგენაში ქირურგიის პროფესორის მოვალეობის შესახებ; პირველად კათედრაზე ასვლისთანავე მე ჩემთვის დავაკანონე—არაფერი დამემალა ჩემი მოწაფეებისათვის, დაუყოვნებლივ მეღიარებინა შეცდომა, — შეეხებოდა იგი დიაგნოზს თუ მკურნალობას".

პიროგოვი თავის ერთ-ერთი შრომის წინასიტყვაობაში წერდა: „მე მინდა დავწერო არა უბრალო სტატია, არა თხრობა ზოგიერთი საინტერესო ავადმყოფის ისტორიისა, არამედ განვახორციელო ჩემი სანუკვარი ფიქრები, საკუთარი შეცდომების სწორი და დაუფარავი აღიარების გზით და რთული მექანიზმის გახსნის საშუალებით ვიხსნა ჩემი მოწაფეები და დამწყები ექიმები ამგვარი შეცდომების განმეორებისაგან".

ყოველი შეცდომა, რომლისგანაც, სამწუხაროდ, არ არის დაზღვეული არც ერთი ქირურგი კლინიცისტი, მისთვის უნდა იყოს დიდი გაკვეთილი; ყოველი მიღწევა არა მხოლოდ გამარჯვებაა, იგი ექიმი კლინიცისტის შემდგომი განვითარების საფუძველიცაა. ჩვენს სპეციალობაში დამამცირებელია კომპრომისები და არასასიამოვნო ფაქტების მიჩქმალვა, ქირურგი თავის მიმართ ყველაზე უფრო მკაცრი მსაჯული უნდა იყოს.

ექიმი ემსახურება ყველაზე უფრო ძვირფასს — ადამიანის ჯანმრთელობას, ე. ი. ხალხს; იგი უნდა იყოს თავისი მოვალეობის იდეალური შემსრულებელი და ერთგული მსახური.

პიროგოვის მიზანი იყო გადაექცია უნივერსიტეტი ჭეშმარიტი პროგრესის, მეცნიერებისა და მეცნიერული ცოდნის დანერგვის საშუალებად, მეცნიერთა ახალი კადრების აღზრდის კერად; იგი წერდა: „უნივერსიტეტში არ შეიძლება გამოვყოთ სასწავლო მეცნიერულისაგან, მეცნიერება სწავლის გარეშე მაინც ანათებს, და ათბობს, ხოლო სასწავლო, მეცნიერების გარეშე, როგორი მომხიბლავიც არ უნდა იყოს, მხოლოდ ბზინავს".

აღნიშნული დებულების ძირითადი აზრი ის არის, რომ უმაღლესი სასწავლებლის პედაგოგის, ექიმის საუკეთესო თვისება უნდა იყოს მეცნიერული კვლევა-ძიების შედეგების გამოყენება.

პიროგოვის აზრით მეცნიერული ცოდნის გავრცელება უნდა ხდებოდეს არა მარტო უნივერსიტეტის კედლებში და არა მარტო სტუდენტებისათვის, არამედ აგრეთვე ფართო საზოგადოებაში მეცნიერული ცოდნის გატანის გზითაც.

ჩვენი აზრით, ინტერესს მოკლებული არ იქნება მოვიყვანოთ ერთ-ერთი ინციდენტი პიროგოვის ცხოვრებიდან. ერთხელ კიევში გენერალ-გუბერნატორმა პიროგოვი დაითანხმა მისულიყო მასთან სტუმ-

რად, რადგან მის მეუღლეს სურდა მიეღო ცნობილი პროფესორისა და პედაგოგის — პიროგოვის რჩევა-დარიგება.

გუბერნატორის მეუღლე შეეკითხა პიროგოვს:

„თქვენ დასწერეთ „ცხოვრების საკითხები", იქ ლაპარაკობთ აღზრდაზე, მაგრამ ეს მრავალთათვისაა, მე კი მინდა აღვზარდო ჩემი ვაჟი ისე, რომ მან ღირსეულად ატაროს თავად ვასილჩუკების სახელი". ამაზე პიროგოვმა მოკლედ უპასუხა — „ბავშვის აღზრდისა და სწავლების საქმეში არ უნდა არსებობდეს პრივილეგიებიო". ამ პასუხით განრისხებულმა გუბერნატორმა მეფეს სთხოვა პიროგოვი მოეშორებინათ კიევიდან.

საინტერესოა პიროგოვის გამოთხოვება ახალგაზრდობასთან.

„ჩვენ ერთგულად ვემსახურეთ იდეას, რომელსაც ჩვენი რწმენით მივყავდით ცხოვრებისა და მეცნიერების გზით ჭეშმარიტებისაკენ, შეიძლება იმედი ვიქონიოთ, რომ დროის ვითარება არ წალეკავს მას ჩვენთან ერთად.

მე ვეკუთვნი იმ ბედნიერ ადამიანებს, რომელთაც კარგად ახსოვთ თავიანთი ახალგაზრდობა. მე კიდევ იმითაც ვარ ბედნიერი, რომ მას ჩემთვის ტყუილუბრალოდ არ ჩაუვლია. ...მე არ დამიკარგავს უნარი გავიგო და მიყვარდეს სხვისი ახალგაზრდობა და რაც მთავარია პატივი ვცე მას.

ჩვენ გვასწავლიან „პატივი ვცეთ უფროსებს"... ჩვენ გვყავს მოხუცი მამები და პაპები და ყოველი ჩვენგანი დავალებულია მათგან, ჩვენ ეს ყველამ კარგად ვიცით, მაგრამ ყველამ როდი იცის, რომ ახალგაზრდობაც პატივსაცემია.

ვისაც არ დავიწყებია თავისი ახალგაზრდობა და შეუსწავლია სხვისი, არ შეიძლება არ შეეცნო ახალგაზრდული გატაცების მაღალი და კეთილშობილი მისწრაფებანი. არ შეეძლო არ დაენახა მასში ნიშნები მედგარი ბრძოლისა, რომელიც ადამიანის აზროვნების ხვედრია მისთვის ძვირფას მისწრაფებაში ჭეშმარიტებისა და სრულყოფისაკენ.

ამრიგად, გეთხოვებით... ერთგულად ემსახურეთ მეცნიერებასა და სიმართლეს და ისე იცხოვრეთ, რომ თქვენც მოხუცებულობაში შეგეძლოთ უმწიკვლოდ მოიგონოთ თქვენი ახალგაზრდობა და პატივი სცეთ სხვის ახალგაზრდობას".

ამის შემდეგ პიროგოვმა კიევის სტუდენტებს აჩუქა თავისი სურათი წარწერით: „მიყვარს და პატივს ვცემ ახალგაზრდობას, რადგან მახსოვს ჩემი".

ნ. პიროგოვი 1861 წ. 13 აპრილი, კიევი.

პიროგოვის აზრით, ზნეობრივი სრულყოფის შენარჩუნება მეცნიერისათვის, ექიმისათვის, ფულით შეუძლებელია, ვერავითარი უდიდესი ხელფასი ვერ ააღებინებს ხელს ექიმს მომგებიან პრაქტიკაზე და მეც-

ნიერულ ჩამორჩენილობაზე, თუ მას არა აქვს წისწრაფება მეცნიერებისაკენ.

მომგებიანი ადგილის მაძიებელი როგორადაც არ უნდა იყოს უზრუნველყოფილი, მაინც ეძებს ზედმეტ მოგებას ისე, როგორც დაკმაყოფილებული მოხელე ჩაიდენს ბოროტმოქმედებას ფულისათვის, თუ კი ის არ შეაკავა ზნეობრივმა შეხედულებებმა საკუთარ თავზე და საზოგადოებაზე.

ახალგაზრდობის მეცნიერულად აღზრდა ათბობს და შუქს ფენს ცხოვრებას, ეს კი მოითხოვს დაუღალავ შრომას. ვინც მეცნიერებით არ სარგებლობს, იგი ხელიდან უშვებს ცხოვრებაში დიდი ტკბილეულობის აწევის შესაძლებლობას.

ზოგჯერ პათოლოგიური პროცესი იმდენად რთულია, რომ საჭირო ხდება სხვა დარგის სპეციალისტებთან აზრის გაზიარება, მაგრამ ოპერაციული მკურნალობის შესახებ საბოლოო გადაწყვეტილება თვით ქირურგს გამოაქვს და პასუხისმგებლობაც მას ეკისრება.

ავადმყოფის მკურნალობის პროცესში ქირურგს, არც ისე იშვიათად, აქვს შიშის გრძნობა. ეს არის შიში გამომდინარე ღრმა პასუხისმგებლობის შეგნებიდან. ეს არის შიში შეგნებული, შექმნილი ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობით. ეს შიში ამახვილებს ქირურგის ყურადღებას შესაძლებელი გართულების წინააღმდეგ; ქირურგი ავადმყოფის ბედით უნდა დაინტერესდეს ოპერაციის დროს, მის შემდეგ. უფრო მეტიც. მან უნდა შეიტყოს მკურნალობის კატამნეზიც, ე. ი. შედეგი.

ყველა ეს მომენტი უნდა იყოს შეხამებული სიახლის ათვისებასთან. მკურნალი თავისი ცოდნით უნდა იმსახურებდეს ავადმყოფის ნდობას. გ. მუხაძე ამბობდა, — ავადმყოფის ნდობის დამსახურება ექიმის დიდი ღირსებაა და მისი მოპოვება შეიძლება მხოლოდ ავადმყოფის დასახმარებლად მუდმივი მზადყოფნით, მაგრამ თუ ეს თვისება ექიმმა ხელიდან გაუშვა, შეიძლება იგი ადვილად ვეღარ დაიბრუნოს. ავადმყოფი მკურნალს იმიტომ მიმართავს, რომ მასში არის რწმენა იმისა, რომ იგი საუკეთესო მკურნალია, მასში ეჭვს არ იწვევს მისი დახელოვნება.

ქირურგის ამოცანა იმაში მდგომარეობს, რომ მისი ყოველდღიური კვლევა-ძიება, საქმიანობა მიმართული იყოს დაავადებული ადამიანის მკურნალობისა და ჯანმრთელობის აღდგენისაკენ.

ქირურგის საქმიანობაში მთავარი მომენტია ავადმყოფის მკურნალობა საერთოდ, განსაკუთრებით კი — ოპერაციის გზით. ამ ღონისძიების ძირითად რგოლს წარმოადგენს ოპერაციის წინა მოსამზადებელი პერიოდი და ოპერაციის შემდგომი მოვლა. ოპერაციის ნაყოფიერად ჩატარებისათვის არის კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორი, მხედველობაში გვაქვს შემოქმედებითი მეცნიერულ-კვლევითი მუშაობა

როდესაც საკითხი წყდება ოპერაციული ჩარევის შესახებ, ექიმმა უაღრესად კეთილშობილურად უნდა გამოიყენოს თავისი ცოდნა და გამოცდილება. ამ დროს წამოიჭრება მთელი რიგი საკითხები:

1. არის თუ არა საჭირო ოპერაცია საერთოდ? 2. როგორი შედეგი ექნება მას და გადაიტანს თუ არა ავადმყოფი ოპერაციას? 3. კონკრეტულ შემთხვევაში როგორი ოპერაცია უნდა გაკეთდეს და როდის? 4. ოპერაციის გაუკეთებლობის შემთხვევაში მოსალოდნელია თუ არა გართულებები?

ზემოაღნიშნული მომენტების გათვალისწინების შემდეგ მიღებული უნდა იყოს ყოველგვარი ზომა მოსალოდნელი ხიფათის თავიდან ასაცილებლად. ამას კი შეიძლება მივაღწიოთ მხოლოდ ცოდნითა და გამოცდილებით. ცოდნასა და გამოცდილებას კი ექიმი იძენს კლინიკაში, ავადმყოფის საწოლთან, საოპერაციოში, ლაბორატორიაში და ექსპერიმენტების დროს მორფოლოგიური, ფიზიოლოგიური გამოკვლევების ჩატარების, სათანადო ლიტერატურის გაცნობისა და ანალიზის საფუძველზე. ამავე დროს ქირურგის მოვალეობაა, პრაქტიკული მუშაობის პარალელურად, იყოს ქირურგიის მიღწევების პროპაგანდისტი.

1968 წელს ქ. ვენაში ჩატარდა ქირურგთა საერთაშორისო ყრილობა. ყრილობის პრეზიდენტმა სენდბლომმა წარმოსთქვა საინტერესო სიტყვა; მან აღნიშნა, რომ დიდია ქირურგის პასუხისმგებლობა საზოგადოების წინაშე. ამიტომ ქირურგს აქვს უფლება ჩათვალოს თავი ბედნიერ ადამიანად.

ქირურგი ყოველდღიური შრომით ადამიანს ჯანმრთელობას უბრუნებს; ხშირად მხოლოდ ქირურგის შრომით ხდება სიცოცხლის შენარჩუნება, რადგან სხვა გზა ადამიანის ხსნისა არ მოიპოვება, გარდა ოპერაციული მკურნალობისა. ამიტომ უდავო ჭეშმარიტებად უნდა ჩაითვალოს ის, რომ ქირურგის შრომა საწინდარია სიცოცხლის შენარჩუნების, ტანჯვის შემსუბუქების. აქედან გამომდინარე, შეიძლება ვაღიაროთ, რომ ქირურგი ნამდვილად ეწევა უაღრესად კეთილშობილ და ჰუმანურ შრომას. ყოველივე ამის გამო ბუნებრივია, რომ ქირურგის წინაშე ავადმყოფი, საზოგადოება აყენებს დიდ საპასუხისმგებლო ამოცანას. თანამედროვე ქირურგიის მიღწევები დიდია, ავადმყოფები ენდობიან ქირურგს, იმათ სჯერათ ქირურგიის. მოთხოვნილება, რომელიც უნდა წავუყენოთ ქირურგს, განუსაზღვრელია. სწორედ ეს არის იმისი მიზეზი, როცა ქირურგი გრძნობს და აწუხებს ის, რომ შეიძლება მას დანაშაული მიუძღვის ავადმყოფის წინაშე, რომ მის მიერ დაშვებულია შეცდომა, რომლის გამოსწორება ზოგჯერ შეუძლებელი ხდება.

ქირურგს, პირველ რიგში, მოეთხოვება დასვას სწორი დიაგნოზი და სწორად უმკურნალოს. ეს არ არის უბრალო საქმე. ამისათვის საჭი-

რია საფუძვლიანი ცოდნა არა მარტო ქირურგიისა, არამედ სხვა მონათესავე დისციპლინებისა, როგორიცაა ანატომია, ფიზიოლოგია, ქიმია და სხვ. ვისაც სურს რაიმე სიახლის შეტანა ქირურგიაში, იმათთვის გასაგები უნდა იყოს, რომ საჭიროა სისტემატური შრომა, მეცნიერული თვალსაზრისით საჭირბოროტო საკითხების ექსპერიმენტული შესწავლა. ქირურგისათვის სავალდებულოა ფეხდაფეხ მიყვეს მეცნიერების მიღწევებს, გამოიყენოს მკურნალობის ახალი შეთოდები, ახალი აპარატურა. ქირურგია მოითხოვს მრავალი წლის კლინიკურ პრაქტიკას და გამოცდილებას, ოპერაციული ტექნიკის ღრმად დაუფლებას.

ცნობილია, რომ მედიცინის სხვა დარგის მუშაკი, როცა იგი მიიღებს უმაღლეს განათლებას, შეიძლება ჩაითვალოს მომზადებულად დამოუკიდებელი მუშაობისათვის. ქირურგმა კი უნდა გააგრძელოს სწავლა, როგორც სუბორდინატორმა, უფრო გამოცდილი ქირურგის ხელმძღვანელობითა და მეთვალყურეობით. სწავლა არასოდეს არ მთავრდება, მას არა აქვს საზღვარი. ქირურგი, როცა აღწევს გარკვეულ ასაკს და მოპოვებული აქვს მაღალი კვალიფიკაცია, ირკვევა, რომ მას ისევ უხდება სწავლა, ამჯერად უკვე არა უფროსი ამხანაგებისაგან, არამედ ახალგაზრდებისაგან, რომლებიც უკეთ იცნობენ მეცნიერების უკანასკნელ მიღწევებს. მაგალითად, ავიღოთ ქირურგის შემოვლა ავადმყოფების სანახავად, ამ დროს ხდება გამოცდილებისა და ცოდნის გაზიარება, ერთი მხრივ, უფროს ამხანაგებსა და, მეორე მხრივ, ახალგაზრდათა კოლექტივს შორის. ავიღოთ სხვა მაგალითები, როგორიცაა კონგრესები, სიმპოზიუმები, კონფერენციები, რასაც დიდი სარგებლობა მოაქვს ყველასათვის, მათ შორის, ქირურგებისათვისაც. ისიც კარგად არის ცნობილი, რომ მარტო ცოდნა და გამოცდილება მედიცინაში არ არის ქირურგისათვის საკმარისი; დიდი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ქირურგიული ტექნიკის კარგად დაუფლებას. ამიტომ ქირურგიას ხელოვნებას ადარებენ. ბუნებრივმა ნიჭმა, ხანგრძლივმა შრომამ, სწავლამ, ქირურგის ხელები გადააქცია მოქნილ იარაღად, რომელიც ფრთხილად, ეფექტურად, ნაზად ახორციელებს ოპერაციას. ქირურგისათვის სავალდებულოა ეთიკის დაცვა. ქირურგს მოეთხოვება განსაკუთრებული ზრუნვა დაავადებული ადამიანის მიმართ; იგი არ შეიძლება დაიჩრდილოს არც მეცნიერული, არც ადმინისტრაციული საქმიანობით, არც ზრუნვით თავისიანებისადმი, არც ოჯახური ინტერესებით. არავის არა აქვს ისეთი მოუსვენარი ცხოვრება, როგორც ქირურგს. ნამდვილი ექიმი ქირურგი, რომელსაც უდროო დროს გააღვიძებენ ავადმყოფის სახიფათო მდგომარეობის გამო, მყისვე ტოვებს თავის საწოლს, ის ვერ ისვენებს, მიეშურება ავადმყოფისაკენ.

ქირურგს ყოველდღიურ მუშაობაში ძნელი საკითხების გარკვევა და გადაწყვეტა უხდება. შეიძლება მოვიყვანოთ მრავალი მაგალითი, თუ

ქირურგს როგორ მცირე დროში სჭირდება გადაწყვეტილების მიღება სასწრაფო ღონისძიებების ჩასატარებლად. ქირურგის ძირითადი ეთიკური მოთხოვნილებაა ყველაფერი გააკეთოს ავადმყოფისათვის და არ დაუკავშიროს მას პირადი ანგარება. ეს უდავო ჭეშმარიტებაა და მასზე ლაპარაკი უხერხულიც კია, მაგრამ ცხოვრების მაგალითები გვიჩვენებენ, რომ საჭიროა ამ გარემოებას ხაზი გაესვას.

ქირურგს უნდა ახასიათებდეს საუკეთესო თვისებები. იგი უნდა იყოს ნამდვილი ინტელიგენტი სრული ამ სიტყვის მნიშვნელობით, ენერგიული, ამტანი, ნიჭიერი, კარგი ხასიათის. ახალგაზრდა ქირურგის შერჩევისას ყველაფერი ეს გასათვალისწინებელია. ქირურგად უნდა შეირჩეს საუკეთესო კანდიდატურა; მისი აღზრდაც ამ თვალთახედვით უნდა წარიმართოს. ვინც ამას ანგარიშს არ გაუწევს, იგი ადრე თუ გვიან გაიგებს თავის შეცდომას, როცა მოუხდება გადაუდებელი ქირურგიული დახმარების აღმოჩენა.

დიდ აღშფოთებას იწვევს, როცა ქირურგიული დახმარება არ დგას სათანადო სიმაღლეზე, რის შედეგადაც, ზოგჯერ, ადგილი აქვს მძიმე გართულებას. ეს მით უფრო სავალალოა, როცა ქირურგი სათანადოდ არ აფასებს თავის მისიას და კარგავს თვითკრიტიკის უნარს. ეს მდგომარეობა კიდევ უფრო სავალალოა თუ ქირურგის მიერ ოპერაცია ჩატარებულია არასწორად.

არა სათანადოდ კვალიფიციური ქირურგის ოპერაციის შედეგი შეიძლება სამწუხარო იყოს, მაგრამ ავადმყოფმა ამის შესახებ დასაწყისში არაფერი იცის. ხოლო ადრე თუ გვიან ასეთ ქირურგზე შეიქმნება საზოგადოებრივი აზრი და საზოგადოება მას არ აპატიებს უცოდინარობას. იგი დამნაშავის როლში გამოდის, მიუხედავად იმისა, რომ მან ყველაფერი გააკეთა თავისი ცოდნის ფარგლებში. ამ შემთხვევაში საზოგადოების წინაშე ისიც დამნაშავეა, ვინც აღზარდა ასეთი ქირურგი, ვინც იცის ელემენტარული მოთხოვნები, ის დარწმუნებული უნდა იყოს იმაში, რომ ეს პროფესია მისაღებია მხოლოდ იმათთვის, რომლებიც მზად არიან შეასრულონ ქირურგისადმი წაყენებული ყველა მოთხოვნა. დიდია სიხარული და კმაყოფილება, როცა რწმუნდები, რომ ღირსეულად დაიმსახურე ხალხის ნდობა, როგორც ქირურგმა.

რაც შეეხება ქირურგის სამეცნიერო მუშაობას, აქ მთავარია პასუხისმგებლობა. როცა კვლევითი მუშაობა არაობიექტურია, ზერელეა, იგი მოკლებულია მეცნიერულ ღირებულებას. ჭეშმარიტი კლინიკური დაკვირვება, ამავე დროს არის მკურნალობის საშუალებაც.

ქირურგიული შემოქმედებისათვის საჭიროა ხელით მოქმედება და მეცნიერული აზროვნება, ერთიც და მეორეც მთლიანობაში უნდა იყოს ძოცემული.

ჩვენი მიზანია შეეისწავლოთ, დავეუფლოთ საგანს გარკვეული გეგმისა და პროგრამის მიხედვით. მეცნიერება იმიტომ ვითარდება, რომ მისი მონაპოვარი თაობიდან თაობაზე გადადის სწავლების გზით. სწავლების ერთ-ერთი საშუალებაა წიგნის გამოყენება, რომელიც გარკვეულ ცოდნას აძლევს მოსწავლეს. სტუდენტს საშუალება ეძლევა სახელმძღვანელოს დახმარებით ყოველი საკითხი სათანადოდ დაამუშაოს და აითვისოს. თუ წიგნზე მუშაობის შედეგად სტუდენტს შეუძლია სთქვას — მე ვიცი,—პრაქტიკამ შეიძლება ათქმევინოს — მე შემიძლია. პრაქტიკა უშუალოდ სასარგებლო შრომასთან არის დაკავშირებული. პრაქტიკით ვეუფლებით საჭირო ჩვეევებს, ვიცენთ გამოცდილებას, ამავე დროს პრაქტიკა არის მუშაობა სწავლისათვის, აღზრდისათვის. სწავლა მუშაობაშია. კლინიკური ლექცია, კერძოდ, ჰოსპიტალურ ქირურგიაში, გულისხმობს ყველა აღნიშნულ მომენტს. აქ ხდება ავადმყოფთა შესწავლა, გარჩევა მრავალი მაგალითის გათვალისწინებით. აქ ლექტორი სტუდენტს უზიარებს თავის გამოცდილებას. ლექცია არის ზეპირი სწავლა პრაქტიკასთან დაკავშირებით.

ცნობილია, რომ სანამ წიგნების ბეჭდვას დაიწყებდნენ, ლექცია იყო სწავლების ერთადერთი ხერხი. ამჟამად ცოდნის ყველა დარგში მოიპოვება სახელმძღვანელო, მონოგრაფიები. წიგნი გახდა ყველასათვის მისაწვდომი.

მიუხედავად ამისა, ლექციის დანიშნულება მეტად დიდია. ცოცხალი სიტყვა უფრო მისაწვდომია სტუდენტისათვის, ვიდრე წიგნი, მაგრამ ლექცია არ უნდა დაუპირისპირო სახელმძღვანელოს, იგი წიგნს არ ცვლის. ლექცია აშუქებს საგნის გარკვეულ მონაკვეთს ლექტორის პედაგოგიური გამოცდილებისა და უნარის მიხედვით, მოუთხრობს ბეშმარიტებას; ლექტორი მსმენელებისაგან მოითხოვს თანაგრძნობას, მხარის დაჭერას, იგი ცდილობს მიიზიდოს მსმენელები არა როგორც მხოლოდ მოსწავლეები, არამედ როგორც თანამოაზროვნენი. ამავე დროს, ისეთი დისციპლინის სწავლების დროს, როგორიც ჰოსპიტალური ქირურგიაა, შეიძლება ფართოდ იყოს გამოყენებული საკუთარი კლინიკური გამოცდილება, გადაცემა მრავალი საინტერესო მაგალითისა ავადმყოფთა სათანადო დემონსტრაციით. ამ დროს, თუ ლექტორმა შეძლო გარკვეული გავლენის მოხდენა მსმენელებზე, შეიძლება ბევრი რამ წარუშლელი დარჩეს მოსწავლის მეხსიერებაში.

მასწავლებელმა მოსწავლეს უნდა შეაყვაროს საგანი, მეცნიერება. ლექცია ლექტორისაგან მოითხოვს დიდ პასუხისმგებლობას სტუდენტების წინაშე, მასალის მიწოდებას მოფიქრებულად და გეგმიანად. ამავე დროს გათვალისწინებული უნდა იყოს, რომ ლექცია, პრაქტიკული მეცადინეობა სავალდებულოა სტუდენტისათვის, ამიტომ საჭიროა ჩატარდეს სრული აღრიცხვა და ამის მიხედვით მოხდეს სტუდენტების

სათანადო შეფასება, რომ ადგილი არ ექნეს ლექციებისა და პრაქტიკუმების გაცდენას, ის რაც ლექციისა და პრაქტიკუმის გაცდენით დაკარგა, შეიძლება ვერც აღადგინოს სტუდენტმა. რადგან ეს ასეა, მასწავლებლის წინაშე ისმის საკითხი მისი უფლება-მოვალეობის გამოყენებია შესახებ. მასწავლებელს აქვს უფლება არ ჩაუთვალოს საგანი სტუდენტს, რომელიც არ ესწრება ლექციას და პრაქტიკულ მეცადინეობას. ეს არის ლექტორის უფლება. ამასთან ერთად, ლექტორი ვალდებულია არ დაივიწყოს თავისი მოვალეობა, რომ მისი ლექცია იყოს საინტერესო და ნაყოფიერი.

უდავოა, ყველაზე უფრო მადლიერი იმისი უნდა ვიყოთ, ვინც გვასწავლა ცხოვრების ძვირფასი საშუალება — შრომისმოყვარეობა. ადამიანს ცხოვრება არ შეუძლია შრომის გარეშე; როცა ის ისვენებს ეს იმას ნიშნავს, რომ შრომისათვის ემზადება. ცხოვრების ქვაკუთხედია შრომა და ვინც შეეცდება გვერდი აუაროს მას, დაარღვიოს ცხოვრების ეს კანონი, ასეთ ადამიანს თვით ცხოვრება დასჯის.

ვისაც სურს გახდეს ქირურგი და შეიყვაროს ქირურგია, იმან კაგად უნდა იცოდეს, რომ ქირურგის შრომა მძიმეა. საპასუხისმგებლოა; შრომა შეიქმნება კოლექტივში და კოლექტივის დახმარებით. ამ პროცესში კოლექტივი დღენიადაგ მოუცლელია, იგი ეწევა მიზანდასახულ შრომას ადამიანის ჯანმრთელობის დაცვის, მისი სიცოცხლის გახანგრძლივებასათვის.

ლექცია მეორე

კუჭის კიბო

ავადმყოფის დემონსტრაცია. კუჭ-ნაწლავის უცხო სხეულები. „მუნჯი“ წყლულის პერფორაცია. ყბაყურა ჯირკვლის სიმსივნეები

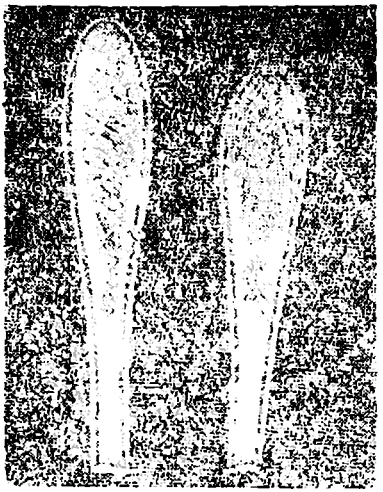
კლინიკური მასალების უკეთ შესწავლისა და გაანალიზების მიზნით, საჭიროდ მიგვაჩნია ჩვენი მეორე ლექცია დავიწყოთ ავადმყოფების დემონსტრაციით.

გავარჩიოთ ავადმყოფი, რომლის კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში მოხვედრილია უცხო სხეული. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში უცხო სხეული შეიძლება მოხვდეს ორი გზით: პირიდან—შემთხვევით ან წინასწარ განზრახვით გადაყლაპვის შედეგად, აგრეთვე სწორი ნაწლავიდან. უცხო სხეულის გადაყლაპვა ზოგჯერ დაკავშირებულია ფსიქიკურ დაავადებასთან; არის შემთხვევები, როდესაც ადამიანი უცხო სხეულს გადაყლაპავს თავის გამოჩენის მიზნითაც. ჩვენ გვყავდა ერთი ავადმყოფი, რომელსაც საახალწლო წვეულებაზე განუცხადებია: „აი რას გიჩვენებთო“, — აუღია ჩანგალი და გადაუყლაპავს. ავადმყოფი მოიყვანეს კლინიკაში, სასწრაფოდ გაუკეთეს ოპერაცია და კუჭიდან ამოუღეს ჩანგალი. მეორე შემთხვევა: საპატიმროში მამაკაცმა გადაყლაპა სუფრის კოვზი, რომელიც იქვე ამოუღეს. ოპერაციიდან დაახლოებით ერთი თვის შემდეგ დაეწყო ტკივილი მუცელში. მოიყვანეს კლინიკაში. ავადმყოფს, მეორედ გადაუყლაპავს სუფრის კოვზი. რენტგენოლოგიური გამოკვლევისას კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში უცხო სხეული არ აღმოჩენილა; მაშინ ავადმყოფმა განაცხადა — რაკი არ გჯერათ, კიდევ გადავყლაპავ კოვზსო და პალატაში ჩვენ თვალწინ მოულოდნელად გადაყლაპა სუფრის კოვზი. ოპერაცია გაუკეთეს და კუჭიდან ორი სუფრის კოვზი ამოუღეს.

პირველ შემთხვევაში ავადმყოფმა გადაყლაპა ალუმინის კოვზი, რაც რენტგენოლოგიური გამოკვლევით არ დადასტურდა.

სადემონსტრაციოდ შევეხებით კიდევ ერთი ავადმყოფის შემთხვევას. 34 წლის მამაკაცი, ე. შ., სასწრაფოდ მოიყვანეს კლინიკაში. ავადმყოფს წინა დღეს პირში გადასცდენია ლურსმანი; აძავე დროს იგი დაავადებულია ეპილეფსიით. პროფესიით დურგალია. მუშაობის დროს მას პირში გაჩრილი ჰქონდა ორი ცალი ლურსმანი; ამ დროს მოსვლია ეპილეფსიური გულყრა და ორივე ლურსმანი გადაუყლაპავს.

საავადმყოფოში მოყვანისას მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. ენა სველი აქვს, უნადებო, მუცელი რბილი, როგორც ზერელე, ისე ღრმა პალპაციით უმტკივნეულო. რენტგენოსკოპიის დროს ნაწლავში ჩანს ორი ცალი უცხო სხეული (ლურსმანი).



სურ. 1. კუჭიდან ამოღებული ორი კოვზის ტარი.

მწვავე მუცლის სურათი არ აღინიშნება, რაც მოწმობს კუჭ-ნაწლავის დაუზიანებლობას. ავადმყოფი მეთვალყურეობის ქვეშ იმყოფება; დაენიშნა სათანადო დიეტა — კარტოფილის პიურე და საერთოდ ფაფეულობა. კლინიკაში მოთავსებიდან მეექვსე დღეს დაეწყო მოვლითი ხასიათის ტკივილი. მუცელი ოდნავ შეებერა. ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია. მუცლის ღრუს გახსნის შემდეგ აღმოაჩნდა ზომიერად გაბერილი ნაწლავები. ლურსმნები აღმოაჩნდა განივ კოლინჯში — ერთი მეორისაგან დაშორებით. ლურსმნების ერთიმეორესთან მიტანა არ მოხერხდა და ამიტომ განივი კოლინჯი გაიკვეთა ორ ადგილას 0.5 სმ-ზე — ორივე ლურსმნის ცალ-ცალკე ამოღების მიზნით. წვრილი ნაწლავის ერთ-ერთ მარყუჟში ხელის შეხებით შეიგრძნობოდა უცხო სხეული. ავადმყოფს ნაწლავის მარყუჟის გაკვეთის შემდეგ ამოუღეს ერთმანეთთან შეერთებული ქათმის სამი ძვალი.

თუ ადამიანს გადაყლაპული აქვს უცხო სხეული (ლურსმანი, ნემსი, ლითონის ფული, ძვალი და სხვ.), აუცილებელია მისი ჰოსპიტალიზაცია. ყოველი დეფეკაციის შემდეგ საჭიროა განავლის დათვალიერება უცხო სხეულის აღმოსაჩენად. მცირე ზომის უცხო სხეული ნაწლავის ერთი სეგმენტიდან მეორე სეგმენტში გადაინაცვლებს იმ მდგომარეობაში, რომელშიაც იგი მოხვდა ნაწლავის სანათურში. გადაყლაპული უცხო სხეულის მღებარეობა ხშირად ნაწლავის თანსწვრივია და ამიტომ მას თითქმის სრულიად უვნებლად შეუძლია კუჭ-ნაწლავში გავლა და ორგანიზმის დატოვება. უცხო სხეული იშვიათად მოძრაობს ნაწლავში გარდიგარდმო მდებარეობით, იშვიათად გაეჩხირება და იშვიათად იწვევს მისი კედლის დაზიანებას — პერფორაციას. ამიტომაც ავადმყოფი, რომელიც სტაციონარში მოთავსებულია კუჭ-ნაწლავში უცხო

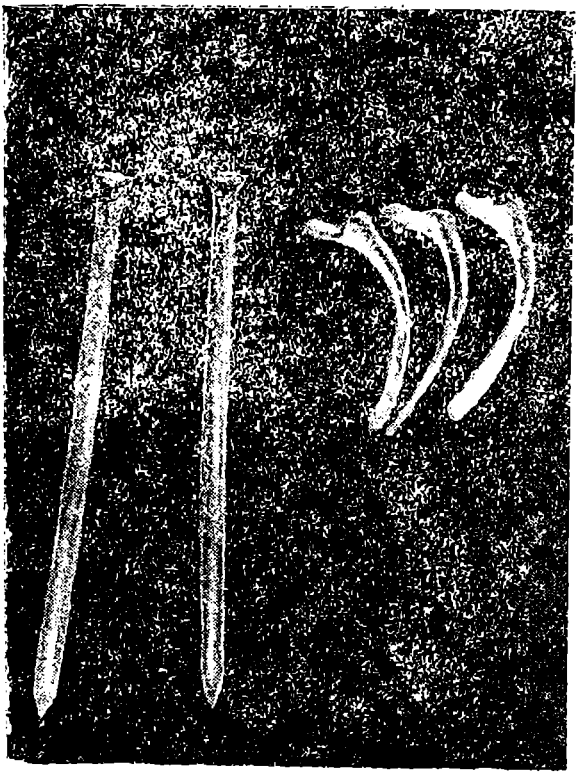
სურ. რენტგენოგრამა. ნაწლავში ჩანს ორი უცხო სხეული (ლურჯამანა)

სხეულით, იმყოფება დაკვირვების ქვეშ და თუ მოულოდნელად შეეცვლება მდგომარეობა, ე. ი. დაეწყება ტკივილი მუცელში, — უნდა გაუკეთდეს სასწრაფო ოპერაცია

ამ შემთხვევაში ნაწლავის პერფორაციას არ ჰქონდა ადგილი. ძლიერი ტკივილი გამოწვეული იყო ლურსმნის გაღაადგილებით.

ზოგჯერ კუჭ-ნაწლავში მოხვედრილმა უცხო სხეულმა შეიძლება გაიაროს მთელი ტრაქტი და გაეჩხიროს სწორ ნაწლავში, დააზიანოს მისი კედელი და, პარარექტალური სივრცის ინფიცირების გამო, გამოიწვიოს მწყავე ჩირქოვანი პარაპროქტიტი. ამის საილუსტრაციოდ მოვიყვანთ ერთ შემთხვევას. კლინიკაში მოიყვანეს 56 წლის მამაკაცი უკანა ტანის მიდამოში ძლიერი ტკივილის, შესიების, დეფეკაციის გაძნელებისა და მაღალი ტემპერატურის გამო. ობიექტური გასინჯვით ავადმყოფს ჰქონდა კარგად გამოხატული ჩირქოვანი პარაპროქტიტი. გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია. ჩირქგროვის გახსნის შემდეგ თითით მიგნებულია სწორ ნაწლავში გაჩხერილი თევზის ძვალი, რომელიც ამოუღია. ავადმყოფი გაეწერა განკურნებული.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია წყლულოვანი დაავადების უმძიმესი გართულებაა. პერფორაციით რთულდება წყლულოვანი დაავადების 1 — 5%. პერფორაცია შეიძლება განიცადოს



სურ. 3. ნაწლავიდან ამოღებული ორი ლურსმანი და ქათმის ძვლები.

როგორც ქრონიკულად მიმდინარე, ისე მწვავე წყლულმა. ცნობილია, რომ პერფორაცია შეიძლება განიცადოს მანამდე უსიმპტომოდ მიმდინარე ე. წ. „მუნჯმა“ წყლულმაც. ასეთ შემთხვევაში წყლულოვანი დაავადების კლინიკური გამოვლენა სწორედ პერფორაციით იწყება. ხათქვამის სადემონსტრაციოდ მოვიყვანთ ერთ-ერთ შემთხვევას: 32 წლის მამაკაცი ლ. ჯ. მოიყვანეს კლინიკაში, მუცელში ძლიერი ტკივილის გამო; ტკივილი მოულოდნელად დაეწყო მატარებელში. შემოსვლისას ავადმყოფს ასეთი ნიშნები ჰქონდა: ენა მშრალი, უნადებო, მუცელი ზომიერად შებერილი, პალპატორულად მტკივნეული და დაჭიმული, ბლუმბერგის სიმპტომი დადებითი. პულსი 88', რიტმული, საშუალო ავსებითა და დაჭიმულობით. ტემპერატურა 37.6°, ლეიკოციტები — 13.000.

თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის დიაგნოზით გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია პერფორაციიდან 11 საათის შემდეგ. განაკვეთი — მუცლის შუა ხაზზე. მუცლის ღრუს გახსნის შემდეგ გადმოვიდა საკმაო რაოდენობის მღვრიე შიგთავსი; მუცლის ღრუ ამომშრალდა. აღმოჩნდა თორმეტგოჯა ნაწლავის წინა კედლის წყლულის პერფორაცია, რომელიც ამოიკერა. მუცლის ღრუში შეყვანილია ნოვოკაინის 0. 25%-იან ხსნარში გახსნილი 500.000 ერთეული სტრეპტომიცინი და 300.000 ერთეული პენიცილინი; ჩადებულია მიკროირიგატორი. ოპერაციის შემდეგ დაენიშნა სტრეპტომიცინი, პენიცილინი — კუნთებსა და მიკროირიგატორში შეყვანით. ფიზიოლოგიური ხსნარი, საგულე საშუალებანი. ვინაიდან ავადმყოფს არ ჰქონდა წყლულოვანი ანამნეზი, უნდა ეფიქროთ, რომ პერფორაცია განიცადა მწვავე, ან ე წ. „მუნჯმა" წყლულმა.

პერფორაციის შემთხვევაში საერთოდ წყლულოვანი ანამნეზის გამოვლენა შეიძლება ავადმყოფთა 80%-ში. ს. იუდინის მონაცემებით, პერფორაციის დროს, ოპერაციამდე ავადმყოფთა 10 — 12%-ს არ ჰქონდა წყლულოვანი ანამნეზი. გაჯანსაღების შემდეგ, განმეორებით გამოკითხვისას, მხოლოდ 2 — 3%-ს არ ჰქონდა წყლულოვანი ანამნეზი.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაციას უფრო ხშირად 20 — 25 წლის ასაკში ვხვდებით (80%).

ქალებს შორის წყლულის პერფორაცია იშვიათია და არ აღემატება 1—3%-ს. თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია უფრო ხშირია, ვიდრე კუჭის წყლულისა. წყლულის პერფორაციის კლინიკურ სურათს დამახასიათებელი მიმდინარეობა აქვს და მიღებულია მისი დაყოფა სამ პერიოდად: 1. შოკის პერიოდი, 2. მდგომარეობის დროებითი, მოჩვენებითი გაუმჯობესების პერიოდი, 3. პერიტონიტის განვითარების პერიოდი.

წყლულის პერფორაციის გამოსავალი დამოკიდებულია მხოლოდ გადაუდებელ ოპერაციაზე. წყლულის პერფორაციის ქირურგიულ მკურნალობაში დღეს ორი ოპერაციული მეთოდია: პალიატიური ოპერაცია — წყლულის ამოკერვა და რადიკალური ოპერაცია — კუჭის რეზექცია. კუჭის პირველადი რეზექციის თვალსაჩინო უპირატესობის მიუხედავად, წყლულის ამოკერვასთან შედარებით, ჩვენ ვამართლებულად არ მიგვაჩნია ამ ორი ოპერაციული მეთოდის ერთმანეთთან დაპირისპირება. როდესაც ოპერაციული ჩარევა დაგვიანებით კეთდება მძიმე, შორსწასული პერიტონიტის პირობებში, განსაკუთრებით ხანში შესულებსა და მოხუცებში,—მთელი რიგი თანმხლები დაავადების ფონზე, მიზანშეწონილია პალიატიური ოპერაციის გაკეთება — რამდენიმე ქვანცოვანი ნაკერით ხვრელის ამოკერვა. პირველადი რეზექციის ჩვენებას

ძირითადად ორი მომენტი განსაზღვრავს: ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა და ადგილობრივი პათოლოგიური პროცესის გამოვლენის ხარისხი. ადგილობრივი პათოლოგიური პროცესის გამოვლენის ხარისხი დამოკიდებულია პერფორაციიდან ოპერაციამდე გასულ დროზე, პერფორაციული ხვრელის ოდენობაზე, მის ლოკალიზაციაზე. პერფორაცი-

სურ. 4. მარჯვენა ყბაყურა ჯირკვლის შერეული რეციდივული სიმსივნე.

სურ. 5. იგივე სურათი გვერდიდან.

ის მომენტში კუჭის ავსებაზე, მის სეკრეციულ ფუნქციაზე, ორგანიზმის რეაქტიულობაზე. ზემოთ მოყვანილ შემთხვევაში ავადმყოფს ოპერაცია გაუკეთდა პერფორაციიდან 11 საათის შემდეგ, როცა უკვე განვითარებული იყო დიფუზური პერიტონიტი. ამიტომ გაუკეთდა პალიატური ოპერაცია — წყლულის ამოკერვა.

წყლულის პერფორაციის დროს კუჭის რეზექციას უდავოდ აქვს უპირატესობა ამოკერვასთან და გამოყენებული უნდა იყოს აათანადო ჩვენებების დროს. რეზექციის საწინააღმდეგო ჩვენების შემთხვევაში წყლულის ამოკერვა უნდა გაკეთდეს როგორც იძულებითი ოპერაცია. ამ უკანასკნელ შემთხვევაში ავადმყოფების დიდი ნაწილი არ განიკურნება წყლულოვანი დაავადებისაგან და ხშირად საჭიროებს განმეორებით ოპერაციულ ჩარევას.

45 წლის ქალი, ა. ქ., მიღებულია კლინიკაში მარჯვენა ყურის მიდამოში სიმსივნის გამო. როგორც ავადმყოფი აღნიშნავს, 5 წლის წინ მარჯვენა ზედაყბის მიდამოში, ყურთან ახლოს, შეამჩნია თხილისოდენა სიმსივნე, რომელმაც უკანასკნელი ორი თვის განმავლობაში დაიწყო სწრაფი ზრდა. შემოსვლისას: მარჯვენა ყურის ბიბილოს წინა არეში აღინიშნება ქათმის კვერცხისოდენა მკვრივი კონსისტენციის, შეხებით მტკივნეული, წინა ხედაპირზე დაწყლულებული სიმსივნე.

ავადმყოფს მარჯვენა ყბაყურა ჯირკვლის შერეული სიმსივნის გამო ორი თვის წინათ გაუკეთდა ოპერაცია. სიმსივნე ამოუღეს.

პრეპარატის ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევით დასტურდება, რომ ავადმყოფს აქვს შერეული სიმსივნე. ამჟამად განუვითარდა რეციდივი, ის არის ფიქსირებული, უძრავი, დაწყლულებული.

რეციდივული სიმსივნე უფრო დიდია, ვიდრე თავდაპირველი. ისმის კითხვა — რა ვურჩიოთ ავადმყოფს? იგი აღელვებულია და თხოულობს დახმარებას. საჭიროდ მიგვაჩნია განმეორებითი ოპერაცია. ამავე დროს ავადმყოფი უნდა გავაფრთხილოთ, რომ საჭიროა გარეთა საბილე არტერიის გადაკვანძვა სისხლის დენის საშიშროების გამო. უნდა განუმარტოთ ყველა აქედან გამომდინარე შედეგები, უნდა ავუხსნათ, რომ სიმსივნე დაკავშირებულია ნერვთან. ოპერაციის დროს სიმსივნის-ამოღებასთან ერთად შეიძლება დაზიანდეს სახის ნერვიც, რის გამო განუვითარდება სახის ასიმეტრია და რომ ოპერაციის შემდეგ საჭირო იქნება რენტგენოთერაპიის ჩატარება. ამრიგად, საქმე გვაქვს ყბაყურა ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნის რეციდივთან, რომელიც გასხვითარდა ოპერაციიდან ორი თვის შემდეგ და სწრაფად იზრდება.

რამდენადაც ჩვენ ვეხებით სანერწყვე ჯირკვლების სიმსივნეებს, საჭიროა გავიხსენოთ, რომ ადამიანს აქვს სამი წყვილი სანერწყვე ჯირკვალი. ამათგან ყბაყურა ჯირკვალი ყველაზე დიდია. ამ ჯირკვლის ერთი ნაწილი მოთავსებულია საღეჭ კუნთზე — გარეთა სასმენი მილის შესავლის წინ და ქვევით; მისი დანარჩენი ნაწილი მოთავსებულია ქვედაყბის უკანა ფოსოში, მისი სადინარი ხვრეტს ლოყის კუნთსა და იხსნება პირის კარიპჭეში.

ოდენობით მეორე ადგილი უჭირავს ყბისქვეშა ჯირკვალს. ყბისქვეშა ჯირკვალი ხელის შეხებით ადვილად ისინჯება კანის ქვემ ქვედაყბის კუთხის წინ და შიგნით. ამ ჯირკვლის ყბისქვეშა სადინარი იხსნება პირის ღრუში ენის ლაგამის ვერდზე.

ყველაზე მცირე ოდენობისაა ენისქვეშა ჯირკვალი. იგი მოთავსებულია პირის ღრუს ძირის ლორწოვანი გარსის ქვეშ — ყბა-ენის კუნთზე. მას აქვს ენისქვეშა სადინარი, რომელიც ენისქვეშა კორძის ხვრელში იხსნება.

როგორც სახელწოდება გვიჩვენებს, სანერწყვე ჯირკვალი გამო-

ყოფს ნერწყვს, რასაც დიდი მნიშვნელობა აქვს საჭმლის მონელებისათვის. საჭმლის მომნელებელი მილის დასაწყისს წარმოადგენს პირის ღრუ, სადაც მიღებული საკვები ერთი მხრივ განიცდის მექანიკურ გადამუშავებას, ქუცმაცდება კბილებით, სველდება ნერწყვით; მეორე მხრივ საკვები ნივთიერება განიცდის ქიმიურ გარდაქმნას ნერწყვში არსებული ფერმენტების ზეგავლენით. ადამიანი დღე-ღამეში გამოყოფს საშუალოდ 1200 — 1400 მლ. ნერწყვს. ნერწყვის შედგენილობაში შედის როგორც ორგანული, ისე არაორგანული ნივთიერებანი. ნერწყვში არის ფერმენტები—ფტიალინი და მუცინი. არაორგანული შენაერთებიდან აღსანიშნავია როდონოვანი ნაერთები. სანერწყვე ჯირკვლების ამა თუ იმ დაავადებების დროს ადგილი აქვს როგორც ნერწყვის სეკრეციის, ისე მისი თვისებების შეცვლას, რაც, ცხადია, გავლენას ახდენს საჭმლის მონელების პროცესზე.

სანერწყვე ჯირკვლებში ხშირად ვითარდება ე. წ. შერეული სიმსივნე. სანერწყვე ჯირკვლების შერეული სიმსივნეების 80% გვხვდება ყბა-ყურა ჯირკვლებში; 9%—ყბისქვეშა ჯირკვალში და მხოლოდ 1%—ენისქვეშა ჯირკვალში. სანერწყვე ჯირკვლების შერეულ სიმსივნეს ციმბალი ეპითელურ კისტას უწოდებს. სანერწყვე ჯირკვლის შერეული სიმსივნე პოტენციურად ავთვისებიანად უნდა ჩაითვალოს. ჩვენ არ შევეხებით საერთოდ სანერწყვე ჯირკვლების პათოლოგიას, განვმარტავთ მხოლოდ ზოგ რამეს ჩვენს ავადმყოფთან დაკავშირებით. ავადმყოფს ჰქონდა ყბაყურა ჯირკვლის სიმსივნე, რომელიც ამოღებულ. ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევით დადასტურდა კიბო; ოპერაციიდან ორ თვეში განვითარდა რეციდივი; ცნობილია ისიც, რომ რაც უფრო ახალგაზრდაა ავადმყოფი, მით უფრო სწრაფად იზრდება ავთვისებიანი სიმსივნე. ამ შემთხვევაში უახლოეს დროში მოსალოდნელია მეტასტაზების განვითარება. ამრიგად, ისმის საკითხი განმეორებითი ოპერაციის შესახებ; ცნობილია ისიც, რომ კიბოს რეციდივის დროს რადიკალიზმი ნაკლებ შესაძლებელია, მით უმეტეს, რომ ჩვენ შემთხვევაში სიმსივნე ღრმადაა ჩაზრდილი ირგვლივ მდებარე ქსოვილებში. ამრიგად, წამოყენებულია ალტერნატივა—გაკეთდეს თუ არა ოპერაცია? თუ ოპერაცია არ გაუკეთდა, ავადმყოფი 100%-ით განწირულია, ხოლო ოპერაციის შემთხვევაში დადებითი შედეგის სრული გარანტია არა გვაქვს. ამავე დროს ოპერაცია მეტად ტრავმულია. ოპერაციის დროს შეიძლება განვითარდეს ძლიერი სისხლის დენა, ამიტომ წინასწარ უნდა ვადაიკვანძოს გარეთა საძილე არტერია; კიდევ მეტი, ოპერაციის მსვლელობაში შესაძლოა საჭირო გახდეს შიგნითა საძილე არტერიის გადაკვანძვა და გამორიცხული არ არის საერთო საძილე არტერიის გადაკვანძვის საჭიროებაც. ასევე არავითარი იმედი არაა, რომ ადგილი არ ექნეს საპის ნერვის სრულ დაზიანებას,

და ბოლოს არა ვართ დარწმუნებული, რომ ოპერაციის შედეგად შევძლებთ რადიკალურად ამოვიღოთ სიმსივნე. ამიტომაც ოპერაციის შემდეგ უნდა ჩატარდეს რენტგენოთერაპია. აღნიშნულ გარემოებათა გათვალისწინებით, კონკრეტულ შემთხვევაში, ძნელია ოპერაციული ჩარევის სარგებლობის დასაბუთება. ამით არის განპირობებული, რომ ერთმა ქირურგმა შეიძლება ხელი აიღოს ამ ოპერაციაზე, მეორემ კი — არა. მსგავს შემთხვევაში მნიშვნელობა აქვს თვით ქირურგის ხასიათსა და ასაკს. ცნობილია, რომ ახლგაზრდა ქირურგი არ გაურბის ოპერაციას და ყველა სახის სარისკო ოპერაციაზე მიდის, ხოლო რაც უფრო მეტად შედის ქირურგი ასაკში, მით უფრო კრიტიკულად უდგება ამა თუ იმ ოპერაციის ჩვენებების დასაბუთებას; უფრო მეტად ითვალისწინებს ოპერაციის დროსა და ოპერაციის შემდგომ მოსალოდნელ გართულებებს.

ამ მხრივ ინტერესმოკლებული არ არის ბილროტის დამოკიდებულება აღნიშნული საკითხისადმი. 1880 წელს რუსეთის მოწინავე საზოგადოებამ აღნიშნა პიროგოვის დაბადების 70 წლისთავი; პიროგოვი აირჩიეს მოსკოვის საპატიო მოქალაქედ. იუბილედან რამდენიმე თვის შემდეგ პიროგოვმა ზედაყბის მიდამოში შეამჩნია წყლული, მიმართა იმდროინდელ ცნობილ ქირურგს — სკლიფასოვსკის, რომელმაც ურჩია სასწრაფოდ ოპერაციის გაკეთება. პიროგოვი თავის მეუღლის დაჟინებითი მოთხოვნით, მასთან ერთად წავიდა ვენაში ბილროტთან საკონსულტაციოდ. ბილროტმა დიდი პატივისცემით მიიღო პიროგოვი, გულდასმით გასინჯა და დამაჯერებელი მონაცემებით დაარწმუნა, რომ მას ზედა ყბის მიდამოში არავითარი სიმსივნე არა აქვს, არის მხოლოდ წყლული, რომელიც ოპერაციას არ საჭიროებს, არამედ სასურველია კონსერვატული მკურნალობის ჩატარება. ვენიდან პიროგოვი დაბრუნდა სრულიად დარწმუნებული იმაში, რომ მას არა აქვს არავითარი ავთვისებიანი სიმსივნე; დაბრუნებისთანავე ახალი ენერგიითა და ენთუზიაზმით შეუდგა თავის ცნობილი მემუარული ხასიათის შრომის „ძველი ექიმის ჩანაწერები“-ს წერას. მაგრამ, სამწუხაროდ, პიროგოვს ჰქონდა ზედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნე და დაავადება ვითარდებოდა. პიროგოვის მდგომარეობა დღითი დღე უარესდებოდა. საბოლოოდ მისთვისაც ნათელი გახდა დაავადების არსი. როდესაც აღწერა პეტერბურგში თავისი მოღვაწეობის პერიოდი, პიროგოვმა მადლობით მოიხსენია ბილროტი და აღნიშნა, რომ მან საშუალება მისცა დაეწერა „ძველი ექიმის ჩანაწერები“. სრულიად დაუძლურებული პიროგოვი ოცნებობდა დაწყებული შრომის დამთავრებაზე. სამწუხაროდ, ბილროტთან შეხვედრიდან რამდენიმე თვის შემდეგ რუსული ქირურგიის კორიფე გარდაიცვალა. პიროგოვის სიკვდილის შემდეგ ზოგიერთები ამბობდნენ, რომ პიროგოვი დაიღუპა ბოლრიტის მიერ დაშვებული

დიაგნოსტიკური შეცდომის შედეგად, რომ სკლიფასოვსკიმ დროულად გამოიცნო ავთვისებიანი სიმსივნე და ურჩია კიდეც ოპერაციაო. ბილროტი კი ოპერაციის წინააღმდეგ წავიდა, რადგან ვერ გამოიცნო ავთვისებიანი სიმსივნეო. ასეთი მითქმა-მოთქმა ბილროტისათვის ცნობილი გახდა. მაშინ ბილროტმა რუსეთის ქირურგთა საზოგადოებას მოსწერა წერილი; იგი წერდა: — „კოლეგებო, მე ოპერაცია ოპერაციისათვის არა მწამს; ამავე დროს იმ ასაკის ქირურგი ვარ, რომელიც ოპერაციის ჩვენების დასაბუთების დროს ფრთხილობს. ჩემთან იყო 70 წლის ავადმყოფი ზედა ყბის შორსწასული კიბოთი, შემთხვევა იყო ინოპერაბელური, ყოველგვარ ოპერაციულ ჩარევაზე ფიქრიც კი ზედმეტი იყო, — ამიტომ შევეცადე ,ავადმყოფისათვის მიმენიჭებინა სულიერი და მორალური სიმშვიდე, რასაც ნაწილობრივ მივაღწიე“.

ბილროტის ტაქტიკა სრულიად გამართლებულად უნდა ჩაითვალოს. რომ ოპერაცია გაეკეთებინათ პიროგოვისათვის, გამორიცხული არ არის, რომ იგი საოპერაციო მაგიდაზე დარჩებოდა. ან უახლოეს დროში მაინც დაიღუპებოდა რეციდივისაგან, სიცოცხლის ბოლო თვეების გატარება მოუხდებოდა ტანჯვასა და დიდ სულიერ განცდებში. თავის შესანიშნავ შრომასაც ვერ დაასრულებდა.

ოპერაციული ჩვენების დასაბუთებაზე ქირურგის ასაკის გავლენის შესახებ მოვიყვან კიდევ ერთ მაგალითს პირადი გამოცდილებიდან. ამ 15 წლის წინათ კლინიკაში მოიყვანეს 42 წლის მამაკაცი მარცხენა ყბა-ყურა ჯირკვლის შერეული სიმსივნით. გაუკეთდა ოპერაცია. ოპერაციის მსვლელობაში საჭირო გახდა გარეთა და შიგნითა საძილე არტერიის გადაკვანძვა. სისხლძარღვთა გადაკვანძვისთანავე ავადმყოფს განუვითარდა ტვინის იშემიის მოვლენები, მოეშალა მეტყველება და ჩამოყალიბდა მარჯვენამხრივი დამბლა. დაზიანდა სახის ნერვი. ავადმყოფმა ოპერაცია გადაიტანა, მაგრამ დარჩა სახის ასიმეტრია, მარჯვენამხრივი დამბლის ნარჩენი მოვლენები. ლაპარაკობს ლუღლუღით. ამჟამად, ოპერაციიდან 15 წლის შემდეგ, ცოცხალია, ერთ-ერთ რაიონში მუშაობს ფოსტალიონად. ვინც შეეკითხება, თუ რა მოუვიდა, ეუბნება, რომ კომახიძემ გაუკეთა ოპერაცია და მას შემდეგ ასეა. მართალია, დღეს ის ინვალიდია, მაგრამ ჰყავს ოჯახი, ცოლშვილი, მუშაობს, ემსახურება ოჯახსა და საზოგადოებას. შეეგუა თავის ფიზიკურ ნაკლს.

კიდევ ერთი ავადმყოფი—8 წლის ყმაწვილი. მოიყვანეს კლინიკაში მარჯვენა ქვედაყბის კუთხეში სიმსივნური წარმონაქმნით. ობიექტურად მარჯვენა ქვედაყბის მიდამოში ისინჯება 4×2 სმ ზომის, მოძრავი, შეხებით უმტკივნეულო სიმსივნე. ისმის კითხვა — რა შეიძლება იყოს ეს? — სიმსივნე მდებარეობს მარჯვენა ქვედაყბის არეში. შეიძლება ეს იყოს ყბისქვეშა ჯირკვლის სიმსივნე, აქვეა ლიმფური კვანძებიც. ამიტომ შესაძლებელია საქმე გვქონდეს სპეციფიკურ პროცესთან. დაგვება-

და ეპეი — სიმსივნე ძვალთან ხომ არ არის დაკავშირებული? მაგრამ რენტგენოლოგიურად სახის ძვლების პათოლოგიური ცვლილებები არ გამოაშკარავდა.

ასეა თუ ისე. საქმე გვაქვს მოძრავ სიმსივნესთან და მიზანშეწონილია მისი ამოღება. რომ ყოფილიყო რამდენიმე კვანძი, მაშინ ავადმყოფს ჩაუტარდებოდა ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო კონსერვატული მკურნალობა, რადგან უფრო მეტი მონაცემები გვექნებოდა გვეფიქრა ყბისქვეშა ლიმფური კვანძების სპეციფიკურ ანთებაზე.

ავადმყოფი თ. ბ., ქალი, 55 წლის, მიღებულია კლინიკაში ულაპვის გაძნელებით, გულისრევით, პირღებინებით, მკერდის ძვლის მიდამოში ტკივილით, რაც უძლიერდება საკვების მიღებასთან დაკავშირებით. ავადმყოფი აღნიშნავს, რომ ავადაა 8 თვეა. დაავადება დაეწყო თანდათანობით, ყრუ ხასიათის ტკივილით, ულაპვასთან დაკავშირებით. შემდგომ ულაპვა გაუძნელდა და იძულებული იყო საკვები მიეღო წყალთან ერთად. ბოლო დროს ღებულობს მხოლოდ თხიერ საკვებს, აქვს გულისრევა და პირღებინება, წონაში 9 კგ დაიკლო. რენტგენოლოგიური გამოკვლევის დასკვნა: საყლაპავი მილი გაფართოებულია, კარდიალურ ნაწილში კი გაწვეტიანებული. საჭიროა ატროპინიზაცია და განმეორებით გაშუქება.

ატროპინიზაციის შემდეგ რენტგენოლოგიური გამოკვლევის დასკვნა: საყლაპავი მილი გაფართოებულია, კარდიალურ ნაწილში მოჩანს ავსების დეფექტი უსწორმასწორო კიდეებით.

ანამნეზური მონაცემებისა და რენტგენოლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე უნდა ვივარაუდოთ, რომ ამ შემთხვევაში საქმე გვაქვს საყლაპავი მილის კიბოსთან. საყლაპავი მილის კიბო უფრო ხშირია მამაკაცებში, ვიდრე ქალებში; ჩვენი ავადმყოფი ამ მხრივაც საინტერესოა.

ამ შემთხვევაში ავადმყოფს აქვს საყლაპავი მილის კიბოსათვის დამახასიათებელი ანამნეზი. საყლაპავი მილის კიბოს თან ახლავს დისფაგიის მოვლენები. დაავადების დასაწყისში, ულაპვისას, ავადმყოფი უჩივის ზეწოლის შეგრძნებას. შემდეგ თანდათანობით უძნელდება ულაპვა და იძულებულია საკვებს დააყოლოს წყალი, ღებულობს ფაფას და ბოლოს მხოლოდ თხიერ საკვებს. ამ შემთხვევაში ყველა დასახელებული მომენტი წარმოდგენილია ავადმყოფის ანამნეზში. ულაპვის დროს ზოგჯერ ავადმყოფი გრძნობს ტკივილს გულის მიდამოში, რამაც შეიძლება სტენოკარდიული შეტევის შთაბეჭდილება დასტოვოს. საყლაპავი მილის კიბოთი დაავადებულთ საკვების ძილებისთანავე ეწყებათ პირღებინება, რითაც ეს სიმპტომი გამორიცხავს ლუჭის, თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულს, ან კიბოს.

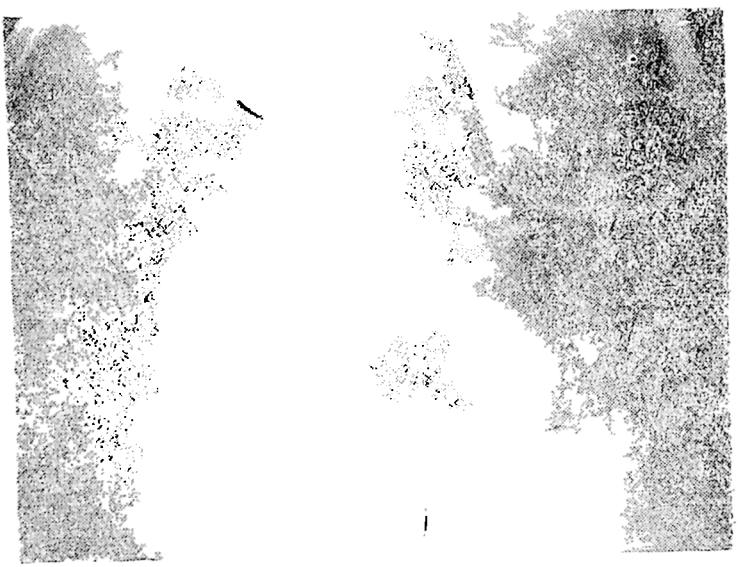
თუ სიმსივნე დააწვა ბრონქის შებრუნებულ ნერვს, მაშინ ავადმყოფს ხმა ეცვლება, ხოლო თუ სიმსივნე ჩაიზარდა ტრაქეაში, აღინიშნება სუნთქვის გაძნელება.

საყლაპავი მილის კიბოს დიაგნოსტიკაში კლინიკურ მონაცემებთან ერთად დიდი მნიშვნელობა აქვს რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას.

ზოგიერთ შემთხვევაში საჭირო ხდება დიფერენციული დიაგნოზის გატარება საყლაპავი მილის კიბოსა და კარდიოსპაზმს შორის. ამ დროს დაბმარებას გვიწევს ატროპინიზაცია. ატროპინიზაციის ჩატარების შემდეგ განმეორებით რენტგენოლოგიური გამოკვლევა გვიჩვენებს — რამ გამოიწვია დაბრკოლება — სპაზმმა, თუ საყლაპავ მილში ორგანიულმა ცვლილებებმა. რენტგენოგრამაზე ჩანს ავსების დეფექტი უსწორმასწორო კიდეებით, რაც პატოგნომიურია კიბოსათვის.

საყლაპავი მილის კიბოს მკურნალობა მხოლოდ და მხოლოდ ოპერაციულია. ავადმყოფს ვამზადებთ ოპერაციისათვის.

ავადმყოფი ლ. გ., მამაკაცი, 35 წლის. მიღებული იყო კლინიკაში ყრუ ხასიათის ტკივილით ეპიგასტრიუმის მიდამოში, რომელიც დაკავშირებული არ არის საკვების მიღებასთან. ტკივილი ვრცელდება წელისაკენ, უჩივის უმადობას, პირში ცუდ გემოს, გულძმარვას, გულისრევას, სიმძიმის გრძნობას, სამი თვეა მუცლის ტკივილს გრძნობს. წონაში 7 კგ დაიკლო. შემოსვლისას კანი და ხილული ლორწოვანი გარსები ანემიურია, კანის ტურგორი დაქვეითებულია. ეპიგასტრიუმის მიდამოში ისინჯება ნაკლებად მოძრავი, შეხებით მტკივნეული სიმსივნე-



სურ. 6. კუჭის კიბოს რენტგენოგრამა. მოჩანს ავსების დეფექტი.

სისხლის საერთო ანალიზიდან აღსანიშნავია ჰემოგლობინი 60%, ედრი 18 მმ/საათში.

რეაქცია განავალში ფარული სისხლის დენაზე ღადებითია. კუჭის წვენის ამოღება ვერ მოხერხდა.

რენტგენოლოგიური გამოკვლევის დასკვნა: კუჭი ასახულია ჰიპოტონიურად, გადაწეულია მარცხნივ. როგორც დიდ, ისე მცირე სიმრუდეზე აღინიშნება ავსების დეფექტი.

გასაგებია, რომ ამ შემთხვევაში საქმე გვაქვს კუჭის კიბოსთან, რასაც ადასტურებს დამატებითებელი ანამნეზი: უმადობა, გულძმარვა. გულისრევა. სიმძიმის გრძნობა მუცელში. ხოლო, რაც შეეხება იმას, რომ ავადმყოფი ეპიგასტრიუმის მიდამოში ყრუ ტკივილს უჩივის, როცელიც დაკავშირებული არ არის საკვების მიღებასთან, მეტყველება დაავადების გავრცელებაზე და მზისწნულის ჩათრევაზე პროცესში. დიაგნოზის დამადასტურებელია ისიც, რომ უკანასკნელი საძი თვის განმავლობაში ძალიან დაიკლო წონაში.

დიაგნოზი დადასტურებულია ობიექტური მონაცემებით — სიმსივნე, რომელიც ფიქსირდება ეპიგასტრიუმის მიდამოში, ფარული სისხლის დენის ნიშნები განავალში. და რაც მთავარია და გადამწყვეტი, რენტგენოლოგიური გამოკვლევის შედეგი — ავსების დეფექტი კუჭის ორივე სიმრუდეზე.

სურ. 7 კუჭის კიბოს რენტგენოგრამა. მოჩანს ავსების დეფექტი.

ავადმყოფს უკანასკნელი ორი დღეა მაღალი ტემპერატურა აქვს. რით უნდა იყოს გამოწვეული ტემპერატურის მომატება? — არ არის გამორიცხული, რომ ტემპერატურის მომატების მიზეზი იყოს სწორედ კუჭის კიბო, რომელმაც განიცადა დაწყლულება და მის ირგვლივ ანთებითი პროცესი განვითარდა.

კიდევ ერთი ავადმყოფი — კ. მ., მამაკაცი 48 წლის, მიღებულია ელინიკაში ყრუ ხასიათის ტკივილით ეპიგასტრიუმის მიდამოში. უჩივის ბოყინს, გულძმარვას, ზოგჯერ პირღებინებას, წონაში დაკლებას. ავადაა 2,5 თვეა. შემოსვლისას კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი სუსტად აქვს განვითარებული. კანის ტურგორი დაქვეითებულია. ეპიგასტრიუმის მიდამოში ისინჯება მოძრავი, შეხებით უმტკივნეულო სიმსივნე. ჰემოგლობინი 55%, ედრი — 22 მმ/საათში. კუჭის წვენის ანალიზი: საერთო მჟავიანობა 20, თავისუფალი მარილმჟავა — 0.

რეაქცია განავალში ფარულ სისხლის დენაზე დადებითია. რენტგენოლოგიურად დიდ და მცირე სიმრუდეზე აღინიშნება ავსების დეფექტი.

ამ შემთხვევაშიაც საქმე გვაქვს კუჭის კიბოსთან. ჩივილები და ობიექტური მონაცემები თითქმის ისეთივეა, როგორც წინა შემთხვევაში. ავადმყოფი საოპერაციოდ უნდა მომზადდეს.

ავადმყოფი ბ. შ., ქალი, 49 წლისა. ოთხი თვის წინათ კუჭის კიბოს გამო გაუკეთდა რადიკალური ოპერაცია—კუჭის რეზექცია; უკანასკნელი თვეა, რაც ნაოპერაციებ მიდამოში სიმსივნე შეამჩნია. შემოსვლისას კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი სუსტად აქვს განვითარებული, კანის ტურგორი დაქვეითებული. შუა ხაზზე აღინიშნება ოპერაციის შემდგომი ნაწიბური, იქვე ისინჯება ჭკვრიანი კონსისტენციის უძრავი სიმსივნე.

სისხლის საერთო ანალიზიდან: ჰემოგლობინი 70%, ედრი — 10 მმ/საათში.

კუჭის წვენის ანალიზი: საერთო მჟავიანობა — 10, თავისუფალი მარილმჟავა — 0.

რეაქცია განავალში ფარულ სისხლდენაზე დადებითია.

კუჭისა და ნაწლავების რენტგენოლოგიური გამოკვლევის შედეგი: კუჭი — რეზექციის შემდეგ ბილროტ II-ეორეთი, ძაბრის ფორმის. ანასტომოზის ფუნქცია კარგი, გადასვლა დიდი ულუფებით. 24 საათის შემდეგ ავსებულია მსხვილი ნაწლავი. ამ უკანასკნელში პათოლოგია არ აღინიშნება.

ავადმყოფს 4 თვის წინათ გაუკეთებია რადიკალური ოპერაცია კუჭის კიბოს გამო. ამჟამად ნაოპერაციებ მიდამოში ისინჯება სიმსივნე; უნდა ვიფიქროთ, რომ საქმე გვაქვს კუჭის კიბოს რეციდივთან. სავარაუდოა, რომ რეციდივს ადგილი აქვს დიდ ბადექონში. მიუხედავად იმისა, რომ საქმე გვაქვს რეციდივთან, ვფიქრობთ, ოპერაციის გაკეთებას.

ახლა შეეხოთ ერთ-ერთ მეტად მძიმე, რთულ და გავრცელებულ დაავადებას — კუჭის კიბოს.

თანამედროვე მედიცინისა და საერთოდ ბიოლოგიის მიერ ჯერ კიდევ არ არის გადაწყვეტილი ავთვისებიანი ზრდის პრობლემა. ადამიანის ორგანიზმში არ მოიპოვება ისეთი უჯრედი და ქსოვილი, რომ ავთვისებიანი სიმსივნე არ ვითარდებოდეს; თუმცა სხვადასხვა ქსოვილისა და უჯრედისაგან ავთვისებიანი სიმსივნე ერთნაირი სიხშირით არ ვითარდება. მაგალითად, რამდენადაც ხშირია კუჭის კიბო, იმდენად იშვიათია ელენთის კიბო.

ავთვისებიან სიმსივნეთა პრობლემას უდიდესი თეორიული და პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს. ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეულ სიკვდილიანობას თანამედროვე განვითარებულ ქვეყნებში მეორე ადგილი უკავია—გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებით გამოწვეული სიკვდილიანობის შემდეგ. კიბოსაგან ადამიანები ძირითადად იმ ასაკში იღუპებიან, როდესაც ისინი მეტად სასარგებლონი არიან, როგორც ოჯახისათვის, ისე საზოგადოებისათვის. ამიტომ კიბოს პრობლემა არა მარტო ბიოლოგიური, არამედ უდიდესი სოციალური პრობლემაა.

მიუხედავად იმისა, რომ ავთვისებიანი სიმსივნეები კაცობრიობისათვის უძველესი დროიდანაა ცნობილი, მისი გამომწვევი მიზეზი ჯერ კიდევ არ ვიცით. შემუშავებულია მრავალი თეორია და არსებობს მრავალი ჰიპოთეზა, მაგრამ საკითხი მაინც საბოლოოდ გადაწყვეტილი არაა. როგორც საბჭოთა ონკოლოგიის ფუძემდებელი ნ. პეტროვი აღნიშნავს, ავთვისებიან სიმსივნეთა წარმოშობაში მნიშვნელობა აქვს პოლიეტიოლოგიურ ფაქტორებს.

ავთვისებიანი სიმსივნეები საერთოდ, და კერძოდ კუჭის კიბო, მეტად მძიმე დაავადებაა. სხვა ორგანოების ავთვისებიან სიმსივნეებთან შედარებით, კუჭის კიბო უფრო ხშირად გვხვდება. კუჭის კიბოთი დაავადებულთა რაოდენობა ავთვისებიანი სიმსივნეების დაავადებულთა 1/3-ს შეადგენს. მკვლევართა მონაცემებით, სიხშირის მიხედვით კუჭის კიბოს პირველი ადგილი უკავია. ადამიანის ორგანიზმის ორგანოთა შორის — კიბოთი კუჭი უფრო ხშირად ავადდება, სიკვდილსაც უფრო ხშირად იწვევს: საკმარისია ითქვას, რომ ყოველწლიურად ჩვენს პლანეტაზე კიბოთი კვდება დაახლოებით ორი მილიონი ადამიანი, ამათგან 40%, ე. ი. თითქმის ნახევარი, კუჭის კიბოსაგან.

საერთოდ ყველა მოზრდილი ადამიანის 4% კუჭის კიბოთი კვდება. ფაილის დაკვირვებით, 30 წელზე უფრო ასაკოვანი მოსახლეობის სიკვდილის მიზეზი (6,2%) კუჭის კიბოა. კუჭის კიბოთი უფრო მეტი ადამიანი კვდება ვიდრე ენის, ხორხისა და ქალის სასქესო ორგანოების კიბოთი ერთად აღებული. მემონისა და ჰამერის მონაცემებით, 1938 წლის განმავლობაში, ამერიკის შეერთებულ შტატებში რეგისტრირებული

იყო კიბოთი გამოწვეული სიკვდილის 150.000 შემთხვევა, რომელთა 18%-ს შეადგენდა კუჭის კიბო. ჩიკაგოს უნივერსიტეტის სპეციალისტ მეცნიერთა დაკვირვებით კიბო უკანასკნელი ათი წლის განმავლობაში გაჯერდა.

ამ სტატისტიკური მონაცემებიდან ნათელი ხდება, რომ კუჭის კიბოს მკურნალობა კიბოს წინააღმდეგ ბრძოლის პრობლემის ერთ-ერთი კვანძოვანი საკითხია. მიუხედავად ზემოაღნიშნულისა, მეცნიერულად დასაბუთებულია, რომ კუჭის კიბოსაგან ადამიანის განკურნება შეიძლება. მაშასადამე, კუჭის კიბოს წინააღმდეგ ბრძოლა რთული და საპატიო ამოცანაა ექიმისათვის, რაც პრაქტიკულად იმას ნიშნავს, რომ ექიმი, უპირველეს ყოვლისა, კარგად უნდა ერკვეოდეს ავთვისებიანი სიმსავნეების სიმპტომატოლოგიაში.

კუჭის კიბოთი ხშირი სიკვდილი პირველ რიგში გამოწვეულია იმით, რომ ძნელია მისი დროულად გამოცნობა. სხვა ორგანოების კიბოსთან შედარებით კუჭის კიბოს გამოცნობა უფრო რთულია და ექიმები დიაგნოზსაც უფრო გვიან სვამენ. როგორც რატნერი აღნიშნავს, საერთოდ მედიცინის ისტორიამ არ იცის სხვა დაავადება, რომლის დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში დაშვებული იყოს იმდენი შეცდომა, რამდენიც კუჭის კიბოს შემთხვევაში. კუჭის კიბოს ნაადრევ სტადიაში დიაგნოსტიკური შეცდომები არაიშვიათია. ამის მიზეზი მრავალია, და მათ შორის მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს სამედიცინო აზროვნების არასწორად წარმართვას. ჭეშმარიტების შეცნობის საქმეში შეცდომები მოსალოდნელია, მაგრამ უნდა ვეცადოთ, რომ ის საბედისწერო არ გახდეს ავადმყოფისათვის. ექიმი ვალდებულია კრიტიკულად მიუდგეს თავის შეცდომებს; ის, ვინც მალავს შეცდომებს, იგი კვლავაც გაიმეორებს მას.

კაპიტალისტურ ქვეყნებში ექიმი შემოსავლის გადიდების მიზნით აღიარებს სხვის შეცდომას, თავისას კი მალავს. ასეთი პრაქტიკა დაკავშირებულია პირად ინტერესებთან.

თანამედროვე მეცნიერება ჯერჯერობით კუჭის კიბოს მკურნალობის მხოლოდ ოპერაციულ წესს იცნობს. კუჭის კიბო შეიძლება განიკურნოს რადიკალური ოპერაციით, რაც კუჭის ამოკვეთას ნიშნავს. კიბოთი დაავადებული კუჭის ამოკვეთა შეიძლება მხოლოდ დაავადების ადრეულ სტადიაში. კუჭის კიბოს მკურნალობის წესი დიდი ხანია ცნობილია და მან ახალ-ახალი მეცნიერული მონაცემების ზეგავლენით ბევრი ცვლილება განიცადა. კუჭის კიბოს გამო პირველი რეზექცია გააკეთეს 1879 წელს პეანმა და რიღიგერმა, უფრო მოგვიანებით, 1881 წელს ბილროტმა. ამის შემდეგ პრინციპულად გადაწყდა საკითხი კუჭის კიბოს დროს რადიკალური ოპერაციის გაკეთების შესახებ. რენტგენო-და რადიუმთერაპიას, მიუხედავად იმისა, რომ ონკოლოგიაში შესანიშნავი მიღწევები

აქვს სხვა მიდამოების (კანის, ტუჩის, ენის და სხვ.) კიბოს მკურნალობის საქმეში, კუჭის კიბოს დროს ამ წესით მკურნალობის მნიშვნელოვანი შედეგები ჯერჯერობით მიღებული არ არის. როგორც უკვე ითქვა, კუჭის კიბოს განკურნება შესაძლებელია მხოლოდ ოპერაციული ჩარევით. მაგრამ ქირურგიული მკურნალობის შედეგები ჯერჯერობით მაინც არ არის საესებით დამაკმაყოფილებელი. აღნიშნულის საილუსტრაციოდ შეიძლება მოვიყვანოთ ფედოროვის მონაცემები; იგი ემყარება ლენინგრადის ზოგიერთი ონკოლოგიური დაწესებულების 10 წლის გამოცდილებას (1927—1937 წწ.). აღნიშნული წლების განმავლობაში ლენინგრადის სხვადასხვა ონკოლოგიურ დაწესებულებას მიმართა კუჭის კიბოთი დაავადებულმა 4.161 ავადმყოფმა. იმათგან ქირურგიულ სტაციონარში მოთავსებული იყო მხოლოდ 1816 ავადმყოფი. დანარჩენი ავადმყოფები იმყოფებოდნენ ინოპერაბილურ და ინკურაბილურ სტადიაში. მათთვის რაიმე ქირურგიული დახმარების აღმოჩენა აღარ შეიძლებოდა. სტაციონარში მოთავსებული ავადმყოფების კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევების შედეგად გამოირკვა, რომ 1816 ავადმყოფიდან ოპერაცია შეიძლება გაუკეთდეს მხოლოდ 1492 ავადმყოფს. როდესაც აღნიშნულ 1.492 ავადმყოფს გაუკეთდა ოპერაცია, ე. ი. გაიხსნა მუცლის ღრუ, გამოირკვა, რომ 1076 ავადმყოფი დაავადების ისეთ სტადიაშია, როცა რადიკალური ოპერაციის გაკეთება უკვე შეუძლებელია. ამრიგად, კუჭის რეზექცია, რადიკალური ოპერაცია, გაუკეთდა მხოლოდ 414 ავადმყოფს, იმ ავადმყოფებია 10.8%, რომელმაც მიმართა კლინიკას, ე. ი. მხოლოდ ყოველ მეათეს. კუჭის რეზექცია აიტანა 197ავადმყოფმა. იმათგან ვინც აიტანა კუჭის რეზექცია, პირველი სამი წლის განმავლობაში დაიღუპა 60%, ხილო 5 წლის შემდეგ იცოცხლა ნაოპერაციები ავადმყოფების 1,2%.

საერთოდ ცნობილია, რომ კუჭის კიბოთი დაავადებული ს

წელზე მეტი — 10,4%. ეს მონაცემები ამერიკის შეერთებული შტატების მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა, კუჭის კიბოთი დაავადების საერთო სურათს არ გამოხატავს. მეიოს კლინიკა მოსახლეობის პრივილეგიურ ფენას ემსახურება; მათ აქვთ როგორც მკურნალობის ღრო, ისე მატერიალური საშუალებებიც. მაგრამ თვით ფაქტი საინტერესოა, — კუჭის კიბოსაგან შეიძლება ხანგრძლივი დროით განკურნება.

სავიცკის მონაცემებით, რადიკალური რეზექციის განხორციელების შედეგად 5 წლის განმავლობაში განკურნებულია ნაოპერაციებ ავადმყოფთა 46,5%. როცა ოპერაცია კეთდება რეგიონალური მეტასტაზების დროს, ე. ი. მიდამოებრივ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნური უჯრედების გავრცელების შემდეგ, 5 წლის განმავლობაში განკურნებულია ნაოპერაციები ავადმყოფების მხოლოდ 17%; ამჟამად ცნობილია, რომ კუჭის კიბოს ოპერაციული მკურნალობის საერთო დადებითი შედეგი — განკურნება, მსოფლიოს გამოჩენილი ქირურგიული კლინიკების მიხედვით, არ აღემატება, სამწუხაროდ, მცირე რიცხვს —3,5%-ს. აღნიშნულ მდგომარეობასთან შერიგება ძნელია მაგრამ გვაქვს მონაცემები იმისა, რომ ყოველწლიურად იზრდება დროზე დასმული დიაგნოზის რაოდენობა, რაც კუჭის კიბოს რადიკალური ოპერაციის გაკეთების შესაძლებლობას იძლევა, წლითიწლობით უმჯობესდება ოპერაციის ტექნიკა; ეს დადებით გავლენას ახდენს რადიკალიზმზე, ოპერაციის უშუალო შედეგებზე. ოპერაციის შედეგებისათვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ტკიანილდადუმების წესების გაუმჯობესებას, ავადმყოფის ოპერაციის წინა მომზადებასა და ოპერაციის შემდეგ მოვლას, მოსალოდნელი გართულებების წინააღმდეგ წინასწარი ზომების მიღებას. წარსულში გაკეთებული რადიკალური ოპერაციის შემდეგ გამოჩენილი ქირურგების ხელშიც კი ლეტალობა 30%-ს შეადგენდა. ახლა ოპერაციის შემდგომი ლეტალობა 2,5—4% შეადგენს (ხოლდინი). ფაქტები მეტყველებენ იმის შესახებ, რომ კუჭის კიბოს ნაადრევი ქირურგიული მკურნალობა კარგ შედეგს იძლევა.

კუჭის კიბოს მკურნალობის საქმეში დიდი მნიშვნელობა აქვს ოპერაციის წესის არჩევას და მისი ტექნიკის სრულყოფას. მიუხედავად იმისა, რომ ამჟამად უკვე კარგად არის დამუშავებული კუჭის კიბოს რადიკალური ოპერაციის ტექნიკა და იგი დღითი დღე კიდევ უფრო უმჯობესდება, ზოგიერთები ჯერ კიდევ მიმართავენ კუჭის კიბოს დროს კუჭის რეზექციას ბილრიტ პირველის წესით, რაც გაუმართლებელია და რასაც ადგილი არ უნდა ჰქონდეს.

რადიკალიზმის ფარგლების გადიდების თვალსაზრისით მნიშვნელოვანი მიღწევებია კუჭის შესავლის კიბოს ოპერაციულ მკურნალობაში, რომელიც არც ისე შორეულ წარსულში განუკურნებელ ფორმად ითვლებოდა. კუჭის შესავლის კიბოს მკურნალობის ოპერაციული წესი

საბჭოთა კავშირში დაამუშავა სავინიხმა. მან გამოაქვეყნა დაკვირვება მის მიერ ნაოპერაციები 148 ავადმყოფის შესახებ, რომელთაგან განიკურნა 88. წარსულთან შედარებით ეს უდიდეს მიღწევად უნდა ჩაითვალოს. ამასთან ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ სავინიხის მიერ შემუშავებული ოპერაციის წესი ტექნიკურად ძნელი შესასრულებელია, მოითხოვს განსაკუთრებულ ტექნიკურ პირობებსა და ქირურგის დიდ დახელოვნებას. სავინიხის წესი სხვა ქირურგებს ეფექტს არ აძლევს, ამიტომ მისი წესი ფართოდ არ დანერგილა.

როდესაც ისმის კითხვა კუჭის კიბოს გამო გაკეთებული ოპერაციის შედეგების შესახებ, საგულისხმოა როგორც უშუალო შედეგი, ე. ი. სიკვდილიანობა ოპერაციის გამო, აგრეთვე შორეული შედეგი: არც ერთი არ არის საბოლოოდ გადაწყვეტილი და ორივე საკითხი ამჟამად შესწავლის პროცესშია. ცნობილ ქირურგიულ კლინიკებშიაც კი ჯერჯერობით კუჭის კიბოს შემთხვევაში ჩატარებული რეზექციის გამო იღუპება ავადმყოფთა 25—35% და მეტიც, არის ზოგიერთი ისეთი კლინიკა, სადაც ოპერაციის შემდეგ სიკვდილი გაცილებით უფრო მცირეა (10 — 15%). კუჭის კიბოს მკურნალობის მიღწევების სადემონსტრაციოდ მივმართოთ ლენინგრადის ონკოლოგიის ინსტიტუტს. ინსტიტუტის არსებობის პირველი ათი წლის განმავლობაში კუჭის კიბოს გამო ნაწარმოებ 401 რეზექციის შემდეგ გარდაიცვალა ავადმყოფების 32,4%, უკანასკნელი 10 წლის განმავლობაში 516 კუჭის რეზექციის შემდეგ გარდაიცვალა ავადმყოფთა 12%. შაკის მონაცემებით მის მიერ წარსულში გაკეთებული 100 რეზექციის შემდეგ მოკვდა 33 ავადმყოფი, ხოლო უკანასკნელი 67 ავადმყოფიდან კი, რომელთაც გაუკეთდათ კიბოს გამო კუჭის რეზექცია, მოკვდა 6—9%. ეს ფაქტი არ აიხსნება მხოლოდ ოპერაციული ტექნიკის გაუმჯობესებით. მნიშვნელოვან გაელენას ოპერაციის შედეგებზე ახდენს მასალის შერჩევაც, ოპერაციის გაკეთება უფრო ადრეულ სტადიაში. გარდა უშუალო შედეგისა, საგულისხმოა და პრაქტიკულად უაღრესად მნიშვნელოვანია კუჭის კიბოს მკურნალობის შორეული შედეგი. შემჩნეულია, რომ არაიშვიათად კუჭის ამოკვეთის შემდეგ, ავადმყოფობა მეორდება, ე. ი. ადგილი აქვს რეციდივს.

ოპერაციული მკურნალობის შორეული შედეგები სხვადასხვა სამკურნალო დაწესებულების მონაცემებით განსხვავებულია ერთიმეორისაგან. ლენინგრადის ონკოლოგიის ინსტიტუტის მასალით კუჭის კიბოს გამო გაკეთებული რეზექციის შემდეგ 3 წელზე მეტი ხნის განმავლობაში კლინიკურად ჯანმრთელად შეიძლება ჩაითვალოს ავადმყოფთა 20 — 40%. საპოჟკოვის მონაცემებით რადიკალური ოპერაციიდან 8, 12, 18 თვის შემოგვ დაავადება მეორდება (ადგილი აქვს რეციდივს) შემთხვევათა 50%-ში. რეციდივის ძირითადი მიზეზია კუჭის არასაკმარის ფარგლებში ამოკვეთა, ე. ი. რადიკალიზმის შეზღუდვა, კუჭის ამოკვეთა

სიმსივნესთან ახლოს, ან რეგიონალურ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნის დარჩენა, რაც თავის მხრივ დამოკიდებულია დაავადების გავრცელების ფარგლებსა და დაავადების სტადიაზე. დაავადების დაგვიანებით გამოცნობის გამო, სამწუხაროდ, ნაადრევი ოპერაცია ყოველთვის აო კეთდება, ეს მოვლენა არ შეიძლება მიეწეროს ექიმების უყურადღებობას, იგი შედეგია კუჭის კიბოს ნაადრევი საეჭვო ნიშნებისადმი ანგარიშის გაუწეველობისა, ან უცოდინარობისა. მაგალითისათვის შეიძლება დავასახელოთ ალვერტის საინტერესო გამოკვლევა. ალვერტმა დაკვირვება ჩაატარა 41 ექიმ გასტრო-ენტეროლოგზე, რომლებიც დაავადებულნი იყვნენ კუჭის კიბოთი. აღმოჩნდა, რომ აღნიშნულმა ექიმებმა კოლეგებს მიმართეს დახმარებისათვის დაგვიანებით, როცა უკვე კარგად ისინჯებოდა სიმსივნე, კარგად იყო გამოხატული კიბოს ნიადაგზე განვითარებული კახექსია (სიგამხდრე), ზოგიერთ მათგანს კი უკვე ასციტიც ჰქონდა (მუცლის წყალმანკი), მეტასტაზები და სხვ. ამ სტადიაში კი რადიკალური ოპერაციის გაკეთება უკვე აღარ შეიძლებოდა. მსგავსი დაკვირვება ჩაატარა რეინბერგმა, რომელიც ანალოგიურ მოვლენას აღნიშნავს. აქედან გამომდინარე, რეინბერგი ასკვნის, რომ ექიმი ნაკლებ ყურადღებას აქცევს თავის თავს და კუჭის კიბოზე საეჭვო ნიშნებს და გაკვირვებას არ იწვევს, რომ იგივე გაიმეოროს ავადმყოფის მიმართაც. საბჭოთა კავშირში, ამ ოცი წლის წინათ, რეინბერგმა ერთ-ერთმა პირველმა გამოაქვეყნა მონოგრაფიული ხასიათის შრომა კუჭის კიბოს ნაადრევი დიაგნოსტიკის შესახებ და ფართო პროპაგანდას ეწეოდა. რეინბერგი ამ ცოტა ხნის წინათ გარდაიცვალა კუჭის კიბოთი. მას გაუკეთეს ოპერაცია. გაიხსნა მუცლის ღრუ; აღმოჩნდა ინოპერაბილური კუჭის კიბო. ეს ფაქტი ბევრის მეტყველია. რეინბერგმა კუჭის კიბოს შესახებ საკმარისად იცოდა, მაგრამ მისი ფსიქოლოგია ისეთივე დარჩა, როგორც ყველა ავადმყოფისა, რაც მისთვის საბედისწერო აღმოჩნდა.

სწორედ აღნიშნული „უყურადღებობის" მიზეზია, რომ კუჭის კიბოს დიაგნოზის დასმისათვის ანგარიში ეწევა აღნიშნული დაავადებისათვის დამახასიათებელ „დიდ ნიშნებს".

მართალია, „დიდი ნიშნების" მიხედვით შეიძლება ზუსტი დიაგნოზის დასმა, მაგრამ, როდესაც განვითარდება ეს „დიდი ნიშნები", რადიკალური ოპერაციის გაკეთების დრო უკვე გასულია და დიაგნოზის დაზუსტებას ეწირება ავადმყოფის სიცოცხლე. ამრიგად, კუჭის კიბოს შემთხვევაში მაღალი ლეტალობის ერთ-ერთი ძირითადი მიზეზია — დაგვიანებული დიაგნოზი.

კუჭის კიბოს მკვეთრი დამახასიათებელი ნიშნები აქვს. მაგრამ ნაადრევ სტადიაში კლინიკური ნიშნები, რომლის მიხედვითაც შეიძლება დიაგნოზის დასმა, ნაკლებად არის გამოხატული, არაზუსტია, მრავალ-

რიცხოვანი და მრავალფეროვანია, ამიტომაც ძნელდება დაავადების ნაადრევი გამოცნობა.

კუჭის კიბოს დასაწყისი ფორმები არ იძლევა ტლანქ ანატომიურ ცვლილებებს; პირველ ხანებში ფუნქციური მოშლილობაც (ორგანოს ფუნქციონირება) ძლიერად გამოხატული არ არის. ამიტომ კუჭის კიბოს გამოსაცნობად ექიმების ფართო მასა სარგებლობს რიგ ცნობილ სახელმძღვანელოებში აღწერილი უდავო ნიშნებით, რომლებიც თავს იჩენენ არა დაავადების ნაადრევ პერიოდში, არამედ უმთავრესად შორსწასულ შემთხვევაში. ამ უდავო ნიშნების მიხედვით შეიძლება კუჭის კიბოს დიაგნოზის დასმა შეუცდომლად, კიბოს ლოკალიზაციის (ადგილმდებარეობის) დადგენაც კი, ძაგრამ ეს სიზუსტე შინაარსს მოკლებულია, ავადმყოფი უკვე განუკურნავ სტადიაში იმყოფება, ოპერაციული მკურნალობა სათანადო ეფექტს ვეღარ მოგვცემს. დაავადების ამ სტადიაში უკვე აღარ შეიძლება ერთადერთი რადიკალური მკურნალობის ჩატარება — კუჭის რეზექციის გაკეთება. ასეთ შემთხვევაში ექიმები მიმართავენ მკურნალობის პალიატიურ წესებს, ეს წესები ავადმყოფს არ არჩენს, მხოლოდ დროებით შეღავათს აძლევს.

მაშასადამე, კუჭის კიბოს რადიკალური და რაციონალური მკურნალობა მოითხოვს დაავადების ნაადრევი ფორმების გამოვლენას, როდესაც შესაძლებელია ავადმყოფის ნაძდვილად განკურნება ამ მძიმე სნეულებისაგან ოპერაციის საშუალებით.

კუჭის კიბოს ნაადრევი გამოცნობისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფების გარკვეული კონტიგენტის პროფილაქტიკურ გამოკვლევას. რასაკვირველია, დიდ უმრავლესობას ამ პროფილაქტიკური შესწავლისას არ ექნებათ კუჭის კიბო, მაგრამ იმათ, ვისაც იგი აქვს, ჯერ კიდევ დასაწყის სტადიაში და გამომჟღავნებული იქნება ასეთი სათადარიგო ზომებით, მათ შეეუნარჩუნებთ სიცოცხლეს.

ლ ე ქ ც ი ა მ ე ს ა მ ე

,ᲙᲣᲭᲘᲡ ᲙᲘᲑᲝ (ᲒᲐᲒᲠᲫᲔᲚᲔᲑᲐ)

ავადმყოფთა დემონსტრაცია: პოლიდაქტილია. სინდაქტილია. კურდღლის ტუჩი. პლევრის ემპიემა. ელექტროტრავმა. ჩაჰედილი თიაქარი. სტრანგულაციური გაუვალობა.

ავადმყოფი გ. მ., 6 წლის გოგონა ორთავე ტერფზე აქვს 6-6 თითი.

ავადმყოფი ა. ი., 12 წლის გოგონა — ორთავე ტერფზე აქვს 7-7 თითი.

ურ. 8. ორთავე ტერფზე 6-6 თითი (ოლტგენოგრამა).

სურ. 9. ორთავე ტერფზე 7-7 თითი (ოლტგენოგრამა)

ორივე შემთხვევაში საქმე გვაქვს პოლიდაქტილიასთან — მრავალთითიანობასთან. პირველ ავადმყოფს აქვს ხელის მტევნის მრავალთითიანობა. მეორეს კი, როგორც ხელის მტევნის, ისე ტერფისა. ეს სიმახინჯე დაკავშირებულია განვითარების მახკთან. პოლიდაქტილია ხშირად მემკვიდრეობითია. ჩვენი ავადმყოფები დები არიან. დედასაც ჰქონდა პოლიდაქტილია, დედის მამასაც ორთავე ხელის მტევანზე ჰქონია 6-6 თითი. მრავალთითიანობის შემთხვევაში უფრო ხშირია ექვსი თითი, ერთი ხელის მტევანზე. ან ერთდროულად ორივეზე. თითების უფრო მეტი რიცხვი იშვიათია; ა. ბრეოზევსკი აღნიშნავს, რომ თითების რიცხვმა შეიძლება 12 მიაღწიოს; ზედმეტი მეექვსე თითი ჩვეულებრივ ცერის ან ნეკის მხარეზეა.

მრავალთითიანობის მკურნალობა ოპერაციულია, ე. ი. ზედმეტი თითი უნდა მოვაცილოთ. ყურადღება უნდა მიექცეს მტევნის ფუნქციის შენარჩუნებას.

ჩვენი უკანასკნელი შემთხვევა იმითაცაა საინტერესო, რომ ჯერ ერთი, ორთავე ტერფზე აქვს 7-7 თითი, მეორეც, მტევნის მრავალთითიანობასთან ერთად ავადმყოფს აქვს სინდაქტილია, ანუ თითების შეერთება. ხელის მტევნის თითების განვითარების სიმახინჯეებიდან

ერთ-ერთი ხშირი სახეობაა სინდაქტილია. ე. წიკოფორავის მასალით ზემო კიდურების დაავადების 3518 შემთხვევიდან თანდაყოლილი დაავადება იყო 268, აქედან 150 შემთხვევაში დიდი ადგილი აქვს ხელის ტეევნის თითების სინდაქტილიას. თითები ერთმანეთთან შეერთებული შეიძლება იყოს მაღლად კანით, ზოგჯერ კი ადგილი აქვს ძვლების შეერთებასაც. სინდაქტილიის მკურნალობა ხხოლოდ და მხოლოდ ოპერაციულია. რომელიც დროსაც განსაკუთრებული ყურადღებაა საჭირო, რომ არ დაირღვეს ხელის მტევნის ფუნქცია.

ავადმყოფი ს. ძ., გოგონა, 4 წლის, მიღებულია კლინიკაში ზემო ტუჩის დეფექტის გამო. ზემო ტუჩის მარცვენა და მარცხენა ნახევარში ორი ნაპრალი აქვს. ტუჩის დეფექტია პარალელურად აღინიშნება ალვეოლური მორჩის დეფექტი. რბილი და მაგარი სასა ნორმალურია.

სურ. 10. კურდღლის ტუჩი.

ზემო ტუჩის თანდაყოლილი ნაპრალი უმრავლეს შემთხვევაში ცალმხრივია. საინტერესოა აღინიშნოს, რომ ცალმხრივი ნაპრალი უფრო ხშირად გვხვდება მარცხნივ, ვიდრე მარჯვნივ. ზემო ტუჩის ნაპრალი შეიძლება იყოს ორი. ეს უკანასკნელი კი შედარებით იშვიათია. ტერნოვსკის მასალიწ მიხედვით ტუჩის ნაპრალის 879 შემთხვევიდან მარცხენამხრივი იყო 445, მარჯვენამხრივი — 230, ხოლო ორმხრივი კი — 204. ტუჩის ნაპრალი ვაჟებში ორჯერ უფრო ხშირია, ვიდრე ქალებში. ტუჩის ნაპრალი შეიძლება იყოს მარტივი და რთული, ანუ სრული. ზემო ტუჩის მარტივი ნაპრალის დროს ადგილი აქვს მხოლოდ რბილ ქსოვილების შეუხორცებლობას. რთული, ანუ სრული ნაპრალის შემთხვევაში განვითარების დეფექტი ჰყოფს როგორც რბილ, ისე ძვლოვან ქსოვილებს, ზოგჯერ გაყოფილია რბილი და მაგარი სასაც და საქმე გვაქვს ე. წ. „მგლის ხახასთან“.

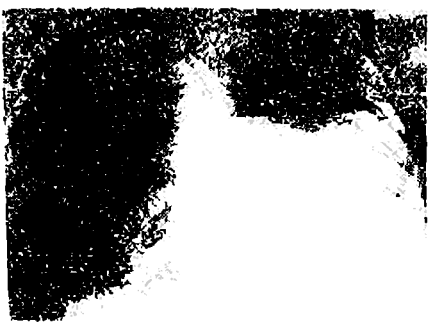
ტუჩისა და სასის ნაპრალი მიეკუთვნება განვითარების მანკს, და, როგორც შვარცი აღნიშნავს, ეს სიმახინჯე შემთხვევათა 20—25%-ში მემკვიდრეობითია.

ზემო ტუჩის ნაპრალი მოსახლეობაში ცნობილია „კურდღლის ტუჩის“, სასის ნაპრალი კი — „მგლის ხახის“ სახელწოდებით. როგორც პირველი, ისე მეორე ტერმინი შემოღებულია დიდი ხნის წინათ; ამჟამად კი მიღებულია სახელწოდება — ტუჩის ან სასის ნაპრალი.

ტუჩისა და სასის ნაპრალის ოპერაციულ მკურნალობას დიდი ხნის ისტორია აქვს. მოწოდებულია მრავალი მეთოდი. ეს ოპერაცია პლასტიკური ხასიათისაა.

აღნიშნული სიმახინჯის გამოსწორებას არა მარტო კოსმეტიკური მნიშვნელობა აქვს, არამედ პრაქტიკულიც; ზემო ტუჩის ნაპრალის დროს ახალშობილი ძუძუს სრულყოფილად ვერ წოვს, ვინაიდან პირის ღრუ ჰერმეტულად ვერ იხურება.

ავადმყოფი ჰ. ფ. მამაკაცი, 25 წლისა, მიღებულია კლინიკაში, როგორც სასწრაფო შემთხვევა, გულმკერდის მარცხენა ნახევარში დანით მიყენებული აქვს მრავალი ჭრილობა, ერთ-ერთი მათგანი იყო შემავალი, რომელიც აქსილარულ ხაზზე მდებარეობდა — მე-8 ნეკნის დონეზე. ჭრილობაში გამოსული იყო ბადექონი. სასწრაფოდ გაუკეთდა ლაპარატომია. აღმოჩნდა დიაფრაგმის მარცხენა ნახევრის დაზიანება, რომელიც გაიკერა. ოპერაციიდან 1, 5 თვის შემდეგ განუვითარდა მარცხენა პლევრის ემპიემა. თითქმის 3 თვის განმავლობაში წარმოებდა სითხის ჩოღება (600 —800 მლ) მარცხენა პლევრის ღრუდან — დღეგამოშვებით, მაგრამ მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა, რის გამოც გაუკეთდა ოპერაცია — თორაკოტომია. ავადმყოფის მკურნალობა გრძელდება. დემოსტრაციის ინტერესი მდგომარეობს იმაში, რომ ჯერ ერთი ადგილი ჰქონდა თორაკო-აბდომინალურ ჭრილობას, როცა დაზიანდა მხოლოდ და მხოლოდ დიაფრაგმა, მეორე ოპერაციის შემდეგ განუვითარდა პლევრის ღრუს ემპიემია, რომელიც არ დაემორჩილა კონსერვატულ მკურნალობას და საჭირო გახდა თორაკოტომია — ნეკნების რეზექციით.



სურ. 11. პლევრის ემპიემა (რენტგენოგრამა).

ცნობილია, რომ ჩირქოვანი პლევრიტი უმეტეს შემთხვევაში მეორადი დაავადებაა და ვითარდება ფილტვში სხვადასხვა ანთებითი პროცესის შედეგად. ამ შემთხვევაში კი ის განვითარდა გულმკერდის შემავალი ჭრილობის ნიადაგზე.

მკურნალობა ასეთია: ჩირქის ასპირაცია და პლევრის ღრუში პენიცილინისა და სტრეპტომიცინის შეყვანა. ვინაიდან ჩვენი ავადმყოფი ასპირაციითა და ანტიბიოტიკოთერაპიით ვერ განიკურნა, გაუკეთდა ოპერაცია.

ავადმყოფი ო. მ., ვაჟი, 11 წლისა, მიღებულია კლინიკაში ელექ-

ტროდენით დაზიანების გამო; როგორც იგი აღნიშნავს, რამდენიმე დღის წინათ შემთხვევით შეეხო მაღალი ძაბვის დენს. მოათავსეს რაისაავადმყოფოში. საიდანაც გადმოგზავნეს კლინიკამი. ᲛᲨობლების გადმოცემით, ელექტროტრავმის პირველ დღეებში ბავშვი უგონოდ იყო.

შემოსვლისას: შუბლისა და სახის მარცხენა ნახევარზე, მარცხენა ბარძაყისა და ორთაკე მუხლის სახსრის არეში აღინიშნება II და III ხარისხის დამწვრობა. მარჯვენა წინა მხრის დისტალური ნაწილი კი დანახშირებულია. ეს შემთხვევა მიეკუთვნება თერმულ დაზიანებათა ჯგუფს. თერმული დაზიანება შეიძლება გამოწვეული იყოს მაღალი ან დაბალი ტემპერატურის ზემოქმედებით. პირველ შემთხვევაში კითარდება დამწვრობა, მეორეში კი — მოკვნივა.

დამწვრობის მიზეზი შეიძლება იყოს ცეცხლი, ადუღებული წყალი, გამდნარი ლითონი, კუპრი და სხვა მსგავსი ნივთიერებანი. დამწვრობას ელექტროდენიც იწვევს.

მოწოდებულია დამწვრობის კლასიფიკაცია 3,5 და 6 ხარისხად. ჩვენს კლინიკაში მიღებულია დამწვრობის პირველი და მეორე ხარისხის ერთნაირი განსაზღვრა. დამწვრობის სიმძიმე დამოკიდებულია არა მარტო დამწვრობის ხარისხზე, არამედ დამწვარი ფართობის სიდიდეზეც. თუ სხეულის მთელი ზედაპირი დამწვარია, პირველი ხარისხის დამწვრობაც კი მძიმედ მიმდინარეობს. ასეთი დამწვრობა ადამიანმა შეიძლება ზღვის სანაპიროზე მიიღოს — მზის სხივების ზემოქმედებით.

მოწოდებულია დამწვრობის მკურნალობის მრავალი ძეთოდი, როგორც ღია, ისე დახურული, სხვადასხვა მალამოს გამოყენება. მკურნალობის კომპლექსში მნიშვნელოვანია ინფექციასა და დეჰიდრატაციასთან ბრძოლა.

დამწვრობის მკურნალობისას ყველა ძეთოდის გამოყენება შეიძლება, მაგრამ როცა საქმე გვაქვს მესაძე ხარისხის დამწვრობასთან, ერცელი ლეფექტებით, მაშინ საჭიროა კანის გადანერგვა. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ დამწვრობის შემთხვევაში კანის გადანერგვასთან დაკავშირებით ზოგჯერ სენსაციურ ცნობებს აქვეყნებდნენ, რომ თითქოს ავადმყოფს მისმა ახლობელმა საკუთარი კანი მისცა გადასანერგად. ასეთი განცხადებები ყოველგვარ მეცნიერულ საფუძველს ბოკლებულია.

დამწვრობის დროს კანის Ჰომოტრანსპლანტაცია, ვისგანაც არ უნდა იყოს აღებული კანი, გამართლებული არ არის. მსგავს შემთხვევაში გადანერგილი კანი ცხოველმყოფელობას ინარჩუნებს მხოლოდ 10—15 დღეს, შემდეგ კი როგორც უცხო სხეული, სცილდება. ეფექტურია მხოლოდ და მხოლოდ კანის აუტოტრანსპლანტაცია. ე. ი. ოცა ხდება საკუთარი კანის გადანერგვა სხეულის ერთი მიდამოდან

მეორეზე. კანის გადანერგვის მრავალი მეთოდია მოწოდებული: მათ შორის, ჩვენების მიხედვით, უპირატესობა ეძლევა თავისუფალ გადანერგვას, რისთვისაც უკანასკნელ ხანებში წარმატებით გამოიყენება დერმატომი. დეფექტის სიდიდის გამო საშიშროებაა, რომ გადასანერგი კანი ვერ დაფარავს არსებულ დეფექტს, ასეთი შემთხვევისათვის მოწოდებულია სულ ახალი მეთოდი, რომელიც ახლახან გამოქვეყნდა და რომლის მიხედვით აღებული კანის ფართობის გაზრდა შეიძლება ერთი საამად. ამ მეთოდის პრინციპი შემდეგში მდგომარეობს. აღებულ კანს მოათავსებენ სპეციალურ ხელსაწყოზე, რომელიც მოახდენს მის პერფორაციას და, ამრიგად, შეიქმნება ბადისებრი ქსელი; იგი დაიჭიმება და სამჯერ უფრო მეტი ფართობისა გახდება. ასეთ დაცხრილულ კანს დაამაგრებენ დეფექტის მიდამოში. დროთა განმავლობაში არსებული ხვრელები ამოივსება ისე, რომ მისგან კვალიც კი ალარ დარჩება. ეს მეთოდი სრულიად ახალია, და როგორც მეთოდი, ისე ხელსაწყო, ერთ-ერთ ამერიკელ მკვლევარს ეკუთვნის. თუმცა აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ხშირად მედიცინაში რაც არ უნდა ახალი ითქვას, მას წინაპარი ყოველთვის ყავს. ჯერ კიდევ ჯანელიძემ შეიმუშავა გადასანერგი კანის დასერვის მეთოდი; ამ მეთოდის გამოყენების ერთ-ერთი მიზანი იყო გადასანერგი კანის ფართობის გადიდება.

კარგად უნდა გვახსოვდეს და პრაქტიკულ მუშაობაში გამოვიყენოთ, თუ დამწვრობასთან გვექნება საქმე, რომ მესამე ხარისხის დამწვრობისას მედიცინის განვითარების დღევანდელ ეტაპზე მკურნალობის არჩევით მეთოდად აღიარებულია კანის გადანერგვა, ხოლო სხვადასხვა სახის მალამოს გამოყენებას ამ შემთხვევაში არავითარი მნიშვნელობა არა აქვს. არის შემთხვევები, როცა კლინიკაში მოყავთ ავადმყოფი მესამე ხარისხის დამწვრობით და ახლობლები თხოულობენ მაშინვე დავიწყოთ მკურნალობა თურმანიძის მალამოთი. ამ აზრს ზოგჯერ ექიმებიც იზიარებენ. თურმანიძის მალამოს სამასი წლის ისტორია აქვს, მაგრამ ახლა უკვე სხვა ახალი და უკეთესი საშუალებებია. მედიცინაში არის მოსაზრება, რომ ყოველგვარი ჭეშმარიტება დროებითია და რომ ერთი ჭეშმარიტება, ისტორიულად მოკლე დროში მეორე ჭეშმარიტებით იცვლება. საილუსტრაციოდ მოვიყვანთ რამდენიმე მაგალითს. კუბისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების ქირურგიული მკურნალობის 80 წლის ისტორიამ დაასაბუთა ოპერაციული ჩარევის მრავალი მეთოდის უარყოფითი მხარე: ახლა მათ მხოლოდ ისტორიული მნიშვნელობა აქვს. ოპერაციული ჩარევის თითოეული მეთოდი თაკის დროზე მნიშვნელოვანი პროგრესული ნაბიჯი იყო წყლულოვანი დაავადების ქირურგიულ მკურნალობაში. ამ მხრივ შეიძლება დავასახელოთ გასტროენტეროანასტომოზი. პილორუსის სიმსივნით გამოწვეული სტენოზის გამო ოპერაცია პირვე-

ლად ვოლფრელმა გააკეთა 1881 წელს ბილროტის კლინიკაში, ხოლო პირველი ოპერაცია — გასტროენტეროანასტომოზი—წყლულოვანი დაავადების დროს, პილორუსის წყლულოვანი სტენოზის გამო, 1882 წელს მონასტირსკიმ გააკეთა. ამ სახის ოპერაციამ თანდათანობით მოიკიდა ფეხი. როგორც ს. იუდინი აღნიშნავდა, გასტროენტეროანასტომოზი 1900—1925 წწ კუჭის ოპერაციათა შორის ყველაზე მეტად იყო გავრცელებული. ჩვენს კლინიკაში 1937 წლამდე ფართოდ ვიყენებდით გასტროენტეროანასტომოზს. გასტროენტეროანასტომოზი ახალი გზის შექმნით მოსვენებულ მდგომარეობაში აყენებდა წყლულს, კუჭის შიგთავსის ევაკუაციის აჩქარების გამო ამოკლებდა კუჭის სეკრეციის მეორე ფაზას და თორმეტგოჯა ნაწლავის ტუტე წვენების კუჭში გადასვლით აქვეითებდა კუჭის შიგთავსის მჟავობას. ყოველივე ეს ჭეშმარიტება იყო და სწორედ ამიტომაც ფართოდ გავრცელდა აღნიშნული ოპერაცია. მაგრამ შემდგომი დაკვირვებებით გამოვლინდა გასტროენტეროანასტომოზის უარყოფითი მხარეები და იგი თანდათანობით მივიწყებას მიეცა. ჩვენ ამჟამად მას მეტად იშვიათად ვიყენებთ. ახლა წყლულოვანი დაავადების ქირურგიული მკურნალობის არჩევით მეთოდს კუჭის რეზექცია წარმოადგენს. ამრიგად, ერთი ჭეშმარიტება შეიცვალა მეორით. აი კიდევ ერთი მაგალითი — ჩვენი საუკუნის 40-იან წლებში, სამკურნალო პრაქტიკაში დაინერგა და ფართოდ გავრცელდა სულფამიდური პრეპარატები, მაგრამ სულ მოკლე დროში თანდათანობით განიდევნა და იგი შეიცვალა, მთელი რიგი დაავადების მკურნალობის კომპლექსში, ანტიბიოტიკებით. უნდა ითქვას; რომ ანტიბიოტიკური პრეპარატების შექმნა და მისი სამკურნალო პრაქტიკაში დანერგვა ჩვენი საუკუნის უდიდესი მიღწევაა. ახლა სამკურნალოდ რამდენიმე ათეულ სხვადასხვა ანტიბიოტიკს იყენებენ. ამჟამად საყოველთაოდ აღიარებულია ანტიბიოტიკების დიდი მნიშვნელობა საერთოდ მედიცინასა და კერძოდ, ქირურგიულ ინფექციასთან ბრძოლის საქმეში, მაგრამ კლინიკური და ექსპერიმენტული დაკვირვებებით გამოვლინდა ანტიბიოტიკების ზოგიერთი უარყოფითი მხარე. მრავალი ავტორი აღნიშნავს, რომ ანტიბიოტიკებისადმი გამძლე მიკრობთა რიცხვი წლითიწლობით იზრდება, რაც მისაღებია მხედველობაში. ამავე დროს ანტიბიოტიკების გამოყენებამ დაგვარწმუნა, რომ მისი ზემოქმედებით იღუპება და ქრება მიკრობთა ერთი ჯგუფი, ხოლო ჩნდებიან ან პათოგენური ხდებიან სხვა მიკრობები. ანტიბიოტიკების გამოყენება მკაცრად უნდა დასაბუთდეს. ანტიბიოტიკებით მკურნალობის დროს განსაკუთრებული ყურადღებაა საჭირო და თუ გამოვლინდა რაიმე უარყოფითი რეაქცია, მათი გამოყენება მაშინვე უნდა შეწყდეს, წინაალმდეგ შემთხვევაში ეს მკურნალობა შეიძლება საბედისწერო გახდეს ავადმყოფისათვის. .იყო ასეთი შემთხვევა — 30

წლის მამაკაცი გადმოიყვანეს ტუბსაავადმყოფოდან, სადაც მკურნალობას უტარებდნენ ფილტვის ტუბერკულოზის გამო; სხვა სამკურნალო საშუალებებთან ერთად უტარდებოდა სტრეპტომიცინოთერაპიაც. გადმოყვანამდე 12 საათით ადრე დაეწყო ძლიერი ტკივილი მუცელში, თან დაერთო გულისრევა და პირღებინება. ჩვენთან ავადმყოფს პერფორაციული პერიტონიტის დიაგნოზით გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია. მუცლის ღრუს გახსნისას გადმოვიდა მღვრიე ჩირქოვანი გამონადენი— ნაწლავის შიგთავსთან ერთად. მუცლის ღრუს დათვალიერებისას მლივი ნაწლავის აბორალურ ნაწილში აღინიშნებოდა რამდენიმე პერფორირებული ხვრელი. გაკეთდა წვრილი ნაწლავის რეზექცია. გამოითქვა აზრი, რომ საქმე უნდა გვქონდეს ნაწლავის ტუბერკულოზური წყლულის პერფორაციასთან. მუცლის ღრუში შეიყვანეს 500.000 ერთეული პენიცილინი, 1.000.000 ერთეული სტრეპტომიცინი გახსნილი ნოვოკაინის 0,25%-იანი ხსნარის 100 მლ. ჩაიდო ორი მიკროირიგატორი. ოპერაციის შემდეგ დაენიშნა პენიცილინი და სტრეპტომიცინი სხვა საშუალებებთან ერთად. ოპერაციიდან მესამე დღეს ავადმყოფი გარდაიცვალა. სასექციო მაგიდაზე ავადმყოფს აღმოაჩნდა წვრილი ნაწლავის კანდინომიკოზი, პერფორაცია, დიფუზური პერიტონიტი, ფილტვის ფიბროკავერნული ტუბერკულოზი. ამრიგად, ტუბერკულოზის საწინააღმდეგოდ უტარდებოდა მკურნალობა ანტიბიოტიკით; როგორც ჩანს, ტუბსაწინააღმდეგო მკურნალობამ განაპირობა დისბაქტერიოზი, რაც გამოიხატება ნაწლავის კანდინომიკოზში. აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ ავადმყოფს უტარდებოდა ენერგიული ანტიბიოტიკოთერაპია, რამაც კიდევ უფრო გააძლიერა კანდინომიკოზის მოვლენები.

ეს მაგალითი ნათელჰყოფს, თუ როგორი სიფრთხილეა საჭირო ანტიბიოტიკების დანიშვნის დროს, მაშინაც კი, როცა ამის პირდაპირი ჩვენება არსებობს. უნდა გვახსოვდეს, რომ ანტიბიოტიკების არარაციონალური, ხანგრძლივი და მასიური დოზებით დანიშვნა, საზიანოა ავადმყოფისათვის. ამავე დროს გაურკვეველი ეტიოლოგიის ცხელების შემთხვევაში, სანამ არ დავადგენთ ტემპერატურის მომატების მიზეზს. არ უნდა დავუნიშნოთ ანტიბიოტიკები. როდესაც ანტიბიოტიკების დანიშვნა ნაჩვენებია, სასურველია ის მიეცეს ავადმყოფს მიკრობთა გამძლეობის განსაზღვრის შემდეგ. ასევე ავადმყოფს ანტიბიოტიკებთან ერთად უნდა მიეცეს ნისტატინი, ლეორინი, ვიტამინები. თუ ანტიბიოტიკების მიცემიდან პირველ დღეებში არ მოხდა გარდატეხა დაავადების მიმდინარეობაში, მაშინვე უნდა დაისვას საკითხი ანტიბიოტიკის მოხსნის შესახებ, რაც, სამწუხაროდ, ყოველთვის არ ხდება. ზოგიერთ შემთხვევაში, ამა თუ იმ დაავადების დროს, ავადმყოფი ღებულობს ანტიბიოტიკს; მიუხედავად ამისა, დაავადება მიმდინარეობს მაღალი ტემპერატურის ფონზე. საკმარისია ანტიბიოტიკის მიცემის

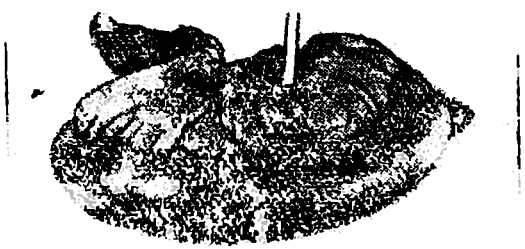
შეწყვეტა, რომ ტემპერატურის ნორმალიზაცია მოხდეს. ამას კი ექიმი ყოველთვის არ აკეთებს. აღნიშნულის საუკეთესო დადასტურებაა ერთ-ერთი ავადმყოფი, რომელიც ჩვენთან იწვა და მკურნალობდა. მამაკაცი დაავადებული იყო დიაბეტით, ამავე დროს გავა-კუდუსუნის მიდამოში ჰქონდა ნაწოლი, ვრცელი ნეკროზით. მდგომარეობა სეპტიკური იყო. თვეზე მეტი ხნის განმავლობაში დიდი რაოდენობით ეძლეოდა პენიცილინი, სტრეპტომიცინი, აურეომიცინი. მიუხედავად ამისა, ტემპერატურა მაღალი ჰქონდა, პირის ღრუში კი საფუარი სოკოები აღმოაჩნდა. სეფსისის კერა აღმოაჩინეს და უპირველეს ყოვლისა, საჭირო გახდა მისი ლიკვიდაცია. ავადმყოფს მოვუსვენით ანტიბიოტიკები. ავადმყოფის ძმა ექიმია, მიუხედავად იმისა, რომ მივეცით სათანადო ახსნა-განმარტება, დღეში რამდენიმეჯერ გვეკითხებოდა ხომ არ აჯობებს, რომ დაკუნიშნოთ ესა თუ ის ანტიბიოტიკი? — რა თქმა უნდა, ჩვენ უარს ვეუბნებოდით.

1942 წელს პარიზის დაბომბვის დროს დაღუპული ცნობილი ფრანგი მეცნიერი ბოა, ამბობდა, რომ „მედიცინაში დოგმატიზმი უფრო ხანგრძლივია, ვიდრე ჭეშმარიტება", და მართლაც, მედიცინა ვითარდება, დღითი დღე, წინ მიდის და მდიდრდება ახალ-ახალი მონაცემებით, მაგრამ მედიცინაში ზოგიერთ სიახლეს წინ ეღობება დოგმატიზმი, როგორც ექიმების, ისე მოსახლეობის მხრიდან. ავიღოთ, მაგალითად, იქტიოლის მალამოს ხმარება. დამტკიცებულია, რომ მას არავითარი ანტისეპტიკური და სხვა სამკურნალო თვისებები არ გააჩნია, მისი გამოყენება არაა სასურველი, სახელმძღვანელოებში მის შესახებ აღარ წერენ. მიუხედავად ამისა, ზოგიერთი ექიმი იქტიოლს, როგორც სამკურნალო საშუალებას, კვლავაც იყენებს. იყო შემთხვევა, როცა მასტიტით დაავადებულ ქალს ძუძუ დაფარული ჰქონდა იქტიოლის მალამოთი, იქტიოლის მალამო დიდი ხნის წინათ იყო მოწოდებული; მან ვერ გაამართლა იმედი და ის ახლა უარყოფილია. ახლა ჩვენს ხელთ არის მთელი რიგი ძლიერი ანტისეპტიკური საშუალებანი და მალამოები, — ეს გაცილებით უკეთესი საშუალებანია! მაშ, რით უნდა აიხსნას იქტიოლის ხმარება თუ არა დოგმატიზმით!

ასევე შეიძლება ითქვას 10%-იანი ქლორკალციუმის შესახებ. საკმარისია, რომ ავადმყოფმა ექიმს შესჩივლოს უმადობა, ზოგადი სისუსტე, — ექიმი მას უნიშნავს ქლორკალციუმის ინტრავენურ ინექციას. ავადმყოფი კმაყოფილია იმით, რომ ყოველი ინექციის შემდეგ მთელ სხეულში გრძნობს შეხურებას და აღნიშნავს სუბიექტურ გაუმჯობესებას; ექიმიც კმაყოფილდება ამით. ქლორკალციუმის გამოყენების წინააღმდეგი არა ვართ, მაგრამ იგი უნდა დავუნიშნოთ ავადმყოფს ჩვენების მიხედვით; სასურველ შედეგსაც იძლევა, მაგრამ ეს არ უნდა ვაქციოთ შაბლონად, დოგმატიზმის პოზიციებიდან არ უნდა განვსაზღვრთ მისი ჩვენება.

ახლა კი გავარჩიოთ ოპერაციის გზით ამოღებული რამდენიმე პრეპარატი.

ავადმყოფი მ. ო. 28 წლის მამაკაცი, ღამის საათებში მოიყვანეს კლინიკაში, სასწრაფო ოპერაციისათვის. აქვს მარჯვენა საზარდულის ჩაჭედილი თიაქარი. ჩაჭედვიდან 5 საათის შემდეგ გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია. ჩაჭედილი ჰქონდა წვრილი ნაწლავის მარყუჟი. ჩაჭედილი ნაწლავი ციანოზური იყო. ალაგ-ალაგ აღინიშნებოდა სისხლნაჟღენთები. ჩაჭედილ ნაწლავის მარყუჟს დავადევით თბილ ფიზიოლოგიურ ხსნარში დასველებული საფენები. ნაწლავის ფერი და პერისტალტიკა არ აღდგენილა. გაკეთდა წვრილი ნაწლავის 40 სმ რეზექცია საღი ქსოვილების ფარგლებში. გარედან მაკროსკოპულად ნათელია, თუ რა ტლანქ ცვლილებებს აქვს ადგილი. გახსნისა და დათვალიერების შემდეგ აღმოჩნდა ლორწოვანი გარსის ნეკროზი.



სურ. 12. ჩაჭედილი თიაქრის გამო რეზეცირებული წვრილი ნაწლავის მარყუჟი.

ჩაჭედილი თიაქარი უკანასკნელ დროს შესამჩნევად შემცირდა, ამის ერთ-ერთი მიზეზი ისაა, რომ ამჟამად ყველა რაიონულ საავადმყოფოში არის იმის საშუალება, რომ ავადმყოფს თიაქრის ოპერაცია „ცივ პერიოდში" გაუკეთდეს.

შეიძლება ჩაიჭედოს ბადექონი, ნაწლავის მარყუჟით. ამ შემთხვევაში ფაქტიურად საქმე გვექნება ნაწლავთა გაუვალობასთან და რაც უფრო დაგვიანებით გაკეთდება ოპერაცია, მით უფრო ცუდია პროგნოზი. ჩაჭედვა შეიძლება განიცადოს ანთებითად შეცვლილმა ჭიანაწლავმა. ჩვენ გვყავდა ავადმყოფი, მამაკაცი, მარჯვენა საზარდულის ჩაჭედილი თიაქრით. თიაქრის პარკში აღმოჩნდა ბრმა ნაწლავი, ჭიანაწლავი კი განგრენოზული იყო.

როდესაც ჩაჭედილია ნაწლავის მარყუჟი, მისი რეზექციის საკითხი არ უნდა გადაწყდეს ჩაჭედვიდან გასული დროის მიხედვით. უნდა გავითვალისწინოთ ნაწლავის კედელში განვითარებული ცვლილებები. ამავე დროს საჭიროა გვახსოვდეს, რომ ნაწლავის ნეკროზი იწყება ლორწოვანი გარსიდან, და მაშასადამე, ნაწლავის გარეგანი შეჰედულება ნაკლებად მძიმეა, ვიდრე ამას სინამდვილეში აქვს ადგილი. როგორც წარმოდგენილი პრეპარატი გვიჩვენებს, მიუხედავად იმისა, რომ ჩა-

ჰედვიდან ოპერაციამდე გავიდა 5 საათი, ლორწოვან გარსში განვითარდა ნეკროზული ცვლილებები.

ავადმყოფი ჯ. კ., მამაკაცი, 24 წლის, სასწრაფოდ მოიყვანეს კლინიკაში ნაწლავთა სრული გაუვალობით — დაავადების დაწყებიდან 18 საათის შემდეგ. გაუკეთდა ოპერაცია. მუცლის ღრუში აღმოაჩნდა მღვრიე ჰემორაგიული გამონადენი, რომელიც ამომშრალდა. წვრილი ნაწლავის ერთ-ერთ მარყუჟს უჭერდა სტრანგულაციური ზონარი. ნაწლავის მარყუჟმა განიცადა ნეკროზი, გაუკეთდა წვრილი ნაწლავის რეზექცია, დაედო საკვები ენტეროსტომული მილი. პრეპარატზე ჩანს, რომ რეზეცირებული ნაწლავი მთლიანად ნეკროზულია.

უნდა ითქვას, რომ სტრანგულაციური გაუვალობის ნაადრევი დიაგნოსტიკა, სხვა სახის მექანიკურ გაუვალობებთან შედარებით, უფრო ძნელია. დაავადება იწყება მუცელში მოვლითი ხასიათის ტკივილით, აირებისა და განავლის გამოყოფის გაძნელებით. დასაწყისში ტკივილი მუდმივი ხასიათის არაა; კონსერვატული ღონისძიებების შემდეგ, გაუკეთდა სიფონისა და ჰიპერტონიული ხსნარის ოყნა, ჩაუტარდა კუჭის ამორეცხვა, აღინიშნა მდგომარეობის დროებითი გაუმჯობესება.

ავადმყოფი მამაკაცი, 35 წლის, რომელიც ზემოთ მოვიხსენიეთ, დაავადებულია კუჭის კიბოთი, შესაძლებელია ყოფილიყო ინოპერაბილური. მას გაუკეთდა ოპერაცია—აღმოაჩნდა დიდი სიმსივნე, რომლითაც მთლიანად დაფარული იყო კუჭი. სიმსივნე ჩაზრდილი იყო განივ კოლინჯში.

გაუკეთდა კუჭის სუბტოტალური რეზექცია. ვინაიდან სიმსივნე ჩაზრდილი იყო განივ კოლინჯში და მისი გამოყოფა გაძნელდა; გაკეთდა განივი კოლინჯის რეზექციაც.

აღვნიშნავდით, რომ ავადმყოფს ანემია ჰქონდა; ჩვენი აზრით ეს გამოწვეული იყო იმით, რომ ავადმყოფი სისხლს კარგავდა კიბოს დაწყლულების გამო; ასე ჩანს პრეპარატზე. სიმსივნე რომ ყოფილიყო კუჭის კარდიალურ ან პილორულ ნაწილში, მაშინ ავადმყოფი უფრო ადრე მოვიდოდა კლინიკაში, ვინაიდან განვითარდებოდა სტენოზი და გაუვალობის მოვლენები.

მსგავს შემთხვევებში ოპერაციის უშუალო შედეგი მძიმეა; მოსალოდნელია ყოველგვარი გართულება, ხოლო უახლოეს დროში შესაძლებელია რეციდივის განვითარებაც.

ყველა წამყვანი სამკურნალო დაწესებულების მონაცემების გაანალიზების შედეგად, ოპერაბილობის დაბალი მაჩვენებლის ერთ-ერთი ძირითადი მიზეზი ისაა, რომ სანამ ავადმყოფი მიმართავდეს საავადმყოფოს კუჭის კიბოსათვის დამახასიათებელი ჩივილებით, ეს მოვლენები მას უკვე რამდენიმე ხნის წინათ ჰქონდა, მაგრამ არ მი-

უქცევია ყურადღება, ან დამშვიდებულა ზოგიერთი ექიმის რჩევა-დარიგებით, არ ჩაუტარებია სპეციალური გამოკვლევები. ამიტომ ჯერ კიდევ დიდი სამედიცინო-საგანმანათლებლო მუშაობაა ჩასატარებელი მოსახლეობის ფართო მასებში, რომ ყველამ იცოდეს კუჭის კიბოს ნაადრევი ნიშნები და დროულად მიმართონ სათანადო სამკურნალო დაწესებულებას; ასეთ დაწესებულებათა ქსელი ფართოდ არის გაშლილი ჩვენს ქვეყანაში. ექიმებმა დიდი სიფრთხილე უნდა გამოიჩინონ და ყოველგვარი კონსერვატიზმი უკუგდებული უნდა იქნეს.

სურ. 13. კუჭის კიბოს გამო გაკეთებული სუბტოტალური რეზექცია განივ კოლინჯთან ერთად (პრეპარატი).

ამჟამად საკითხი ისეა დასმული, რომ საჭიროა კუჭის კიბოს ნაადრევი გამოცნობა, რათა მკურნალობა იყოს ეფექტური, შესაძლებელი გახდეს დროულად რადიკალური ოპერაციის გაკეთება; ძველთაგანვე ნათქვამია — ვინც კარგად ერკვევა დიაგნოზში, ის კარგადაც მკურნალობს. ეს უდავო ჭეშმარიტებაა დღესაც. ზუსტი და დროული დიაგნოზი უზრუნველყოფს სიცოცხლეს. სამწუხაროდ, ჯერ კიდევ უმრავლეს შემთხვევაში კუჭის კიბოს სწორი დიაგნოზი ვლინდება კიბოს საბოლოო სტადიაში, როცა ქირურგიული მკურნალობა უკვე უშედეგოა. ავადმყოფების დიდი უმრავლესობა კლინიკაში მოდის მაშინ, როდესაც რადიკალური ოპერაციის გაკეთება უკვე აღარ შეიძლება და ავადმყოფთა 80—85%-ის მიმართ მედიცინა უძლურია.

განმეორებით უნდა აღვნიშნოთ, რომ კუჭის კიბოს თანამედროვე მკურნალობა და ამ მკურნალობის შედეგები დამოკიდებულია მხოლოდ ნაადრევ დიაგნოზზე და ავადმყოფთა დროულ ჰოსპიტალიზაციაზე.

საამისოდ გადადგმულია პრაქტიკული ნაბიჯები და ონკოლოგიური და ქირურგიული დაწესებულებები დღითი დღე აუმჯობესებენ თავიანთ მუშაობას. კუჭის კიბოს მკურნალობის საქმეში ახლა უკვე მნიშვნელოვანი მიღწევები გვაქვს. უახლოესი მონაცემების მიხედვით კუჭის კიბოს დროს რადიკალური ოპერაცია უკვე დაავადებულთა 30—35%-ს უკეთდება. ნაადრევი დიაგნოსტიკის თვალსაზრისით დიდი მიღწევები გვაქვს ძუძუს, ტუჩის, კანის კიბოს გამოცნობის საქმეში. გავრცელებულია აზრი, რომ საერთოდ კიბოთი და კერძოდ კი კუჭის კიბოთი ხანშესულები ავადდებიან. ეს სწორი არ არის. ახლა უკვე

ცნობილია კუჭის კიბოთი დაავადების მრავალი შემთხვევა ახალგაზრდა ასაკში, და ბავშვებს შორისაც კი. კუჭის კიბო ხშირია 35 — 50 წლის ასაკში, ხოლ 60 — 70 წლიანებში შედარებით იშვიათია. გერცენის სახელობის ონკოლოგიური ინსტიტუტის მონაცემებით, უკანასკნელი სამი წლის განმავლობაში, კუჭის კიბოს გამო რადიკალური ოპერაცია გაუკეთდა საშუალო ასაკის (46 წლის) ავადმყოფებს. ამავე ინსტიტუტის მონაცემებით ირკვევა, რომ ავადმყოფთა დიდი რაოდენობა 40 წელზე ახალგაზრდაა. რეინბერგის დაკვირვებით კუჭის კიბო ყველაზე ხშირად გვხვდება 35—45 წლის ასაკში, დაახლოებით შემთხვევათა 25—30%-ში. ნ. ქარჩველიშვილის მონაცემებით კუჭის კიბოს ყველაზე უფრო ხშირად ვხვდებით 40—60 წლის ასაკში(70,8%).

ჩვენი მასალით, კუჭის კიბოს 353 შემთხვევიდან 40—60 წლის ასაკზე მოდის 225 (64%) შემთხვევა, 20-დან 40 წლამდე კი — 47 (13%). ყველაზე ახალგაზრდა იყო ორი—20 წლის, ერთი კი 23 წლისა, ყველაზე ხნიერი —77 წლისა.

ეს გვავალებს, მიუხედავად ასაკისა, ყურადღება გავამახვილოთ კუჭის კიბოს ნაადრევ ნიშნებზე. ნაადრევი დიაგნოზის კლინიკური ნიშნების ცოდნა ყოველი საბჭოთა ექიმისათვის სავალდებულოა. საბჭოთა ექიმს ევალება მეტად მტკიცედ იდგეს მეცნიერული ჰეშმარიტების პოზიციაზე და არა ხანგრძლივი და გაბატონებული დოგმების პრინციპზე.

უნდა გავითვალისწინოთ ის გარემოებაც, რომ კუჭის კიბო მამაკაცებში უფრო ხშირად გვხვდება, ვიდრე ქალებში. დაახლოებით კუჭის კიბოთი დაავადებულ სამ მამაკაცზე ერთი ქალი მოდის. ჩვენი მასალით, კუჭის კიბოთი დაავადებული 353 ავადმყოფიდან მამაკაცია 264 (76%), ქალი კი — 89 (24%).

ერთ-ერთი გარემოება, რომელიც შეიძლება გახდეს შეცდომის მიზეზი კუჭის კიბოს გამოცნობაში, ეს ავადმყოფის ანამნეზის ხანგრძლივობაა, ან მისი არა სათანადოდ შეფასება და არასწორი ანალიზი. ცნობილია, რომ კუჭის კიბოს ახასიათებს ხანმოკლე ანამნეზი. მაგალითად, ავადმყოფს, რომელიც თავს კარგად გრძნობდა, ეწყება ჩივილები კუჭის მხრივ და მდგომარეობის ძნიშვნელოვანი გაუარესება ხანმოკლე დროის განმავლობაში. ამგვარი მიმდინარეობა გვხვდება შემთხვევათა 25—30%-ში. ზოგიერთი ექიმი აღნიშნულ სურათს სავალდებულოდ თვლის, მაგრამ სინამდვილეში კუჭის კიბო ყოველთვის ასე არ ვითარდება. არაიშვიათად კუჭის კიბოთი დაავადებულს ხანგრძლივი ანამნეზი აქვს, 5, 10, 15, 25 წლის განმავლობაში უჩივის კუჭის ძოლვებს. ნათქვამი ისე არ უნდა გავიგოთ, თითქოს კუჭის კიბოთი მართლაც 25 წელი შეიძლება ცოცხლობდეს ადამიანი; სანამ კიბო განვითარდებოდა. ადამიანს ჰქონდა სხვა წინამორბედი დაავადებანი, რომლის ნიადაგზე საკმარისად ხშირად ვითარდება კუჭის კიბო. ასეთი ანამნეზის მქონე

ავადმყოფები ჩვეულებრივ ხანგრძლივი დროის განმავლობაში მკურნალობდნენ სხვადასხვა საშუალებებით; ზოგჯერ მკურნალობა კარგ შედეგს იძლევა, მაგრამ ზოგიერთ შემთხვევაში მაინც შეიძლება განვითარდეს კუჭის კიბო.

ქრონიკულ (ხანგრძლივ) დაავადებებს, რომლის შედეგადაც შეიძლება განვითარდეს კუჭის კიბო, ეკუთვნის კუჭის პოლიპი და პოლიპოზი, კუჭის წყლული, გასტრიტი.

კუჭის კიბოს გამოცნობაში ანგარიში უნდა გავუწიოთ ტკივილსაც. ჩვეულებრივ, კუჭის კიბოს ტკივილი არ ახასიათებს. ეს ნიშანი—ტკივილი, მიჩნეულია განმასხვავებელ ნიშნად კუჭის კიბოსა და სხვა დაავადებებს შორის.

შეიძლება კუჭის კიბო უმტკივნეულოდ მიმდინარეობდეს, მაგრამ დებულების განზოგადება დიდი შეცდომა იქნებოდა. არაიშვიათად კუჭის კიბოს დროს შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ამა თუ იმ ხასიათის ტკივილს. ტკივილი კუჭის კიბოს დროს განსხვავდება იმ ტკივილისაგან, რომელიც ახასიათებს კუჭის წყლულს. კუჭის კიბოს დროს ადგილი აქვს შუდმივ, ყრუ ტკივილს. ავადმყოფს აქვს ზედაწოლის, კუჭის გაბერვის გრძნობა. ავადმყოფი უჩივის რაღაც გაურკვეველ, შემაწუხებელ გრძნობას კუჭის არეში, ტკივილი მატულობს საჭმლის მიღებასთან დაკავშირებით. ამიტომ არ არის სწორი შეხედულება, რომ თუ ავადმყოფს აქვს ტკივილი, მას არ უნდა ჰქონდეს კუჭის კიბო. ჩვენი ავადმყოფებიდან, მუცელში სხვადასხვა ინტენსივობით გამოხატულ ტკივილს უჩიოდა 25,2%.

კუჭის კიბოს ნაადრევად გამოცნობისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ლაბორატორიულ გამოკვლევებს. უდავო ფაქტია, რომ კუჭის კიბოს ახასიათებს კუჭის წვენის დაბალი მჟავიანობა, მაგრამ ამასთან ერთად არ უნდა დავივიწყოთ, რომ კუჭის კიბოთი დაავადებულთა 15—25%, დაავადების დასაწყისში კუჭის წვენის მჟავიანობა, ნორმალური ან მომატებულიც კი აქვს. არის კუჭის კიბოთი დაავადების ცალკეული შემთხვევები, როდესაც მჟავიანობა მომატებულია შორს წასულ სტადიაშიც. მომატებული შეიძლება იყოს, როგორც კუჭის წვენის საერთო მჟავიანობა, ისე თავისუფალი მარილმჟავას რაოდენობაც.

სისხლნაკლებობა არ არის კუჭის კიბოს აუცილებელი დამახასიათებელი ნიშანი. არაიშვიათად კუჭის კიბოთი დაავადებულთა სისხლის სურათი ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ნორმასთან ახლოსაა.

პალპაციით სიმსივნის გასინჯვა კუჭის კიბოს უდავო ნიშანია, მაგრამ ამ ნიშნის ძებნა და ცდა, თუ როდის შევიგრძნობთ ხელით სიმსივნეს, შეიძლება შეცდომისა და საბედისწერო დაგვიანების მიზეზი გახდეს. მაშინ, როდესაც სიმსივნეს ხელით გავსინჯავთ, უმრავლეს

შემთხვევაში, რადიკალური ოპერაციის გაკეთება უკვე აღარ შეიძ-ლება. ექიმი არ უნდა უცდიდეს კუჭის კიბოს დიაგნოზის დასადგენად სიმსივნის გასინჯვას. ჩვენი მასალით სხვადასხვა სიდიდის სიმსივნე ხე-ლით ისინჯებოდა 295 შემთხვევაში, რაც 63%-ს შეადგენს. იმ შემ-თხვევაში, როდესაც სიმსივნე ისინჯებოდა. სხვა მონაცემებიც ადასტუ-რებდა კუჭის კიბოს არსებობას. ამ ჯგუფის ავადმყოფებიდან რადიკა-ლური ოპერაცია გაუკეთდა 52 (14%).

სწორი დიაგნოზის დასმაში შეიძლება ხელი შეგვიშალოს აქამდე გაბატონებულმა აზრმა, თითქოს კუჭის კიბოს შემთხვევაში ავადმყო-ფის ზოგადი მდგომარეობა პროგრესულად უარესდება. სისამდვილეში ეს ასე არ არის. კუჭის კიბოს დროს ხშირად ადგილი აქვს დაავადების მიმდინარეობაში ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის დროებით გაუმ-ჯობესებას. უხშირესად, პირველ ხანებში, კუჭის კიბოს დროს ავად-მყოფებს სხვადასხვა არასწორი დიაგნოზის მიხედვით მკურნალობენ კონსერვატული წესებით და აღწევენ კიდეც ერთგვარ დროებით გაუმ-ჯობესებას. ამან კი შეიძლება მოადუნოს ექიმის სიფხიზლე და აქედან გამომდინარე, ადგილი ექნეს შეცდომას.

ცნობილია, რომ კუჭის კიბოთი დაავადებული თანდათანობით კლებულობს წონაში, უვითარდება სიგამხრდე. არაიშვიათად, დაავა-დების დასაწყისში, სხვადასხვა კონსერვატული საშუალებებით, მკურ-ნალობის შემდეგ, დროებით გაუმჯობესების პერიოდში, ავადმყოფმა შეიძლება მოიმატოს კიდეც წონაში. მოიმატებს ჰემოგლობინის რა-ოდენობაც, შეუმცირდება ტკივილი და საერთოდ კარგად იგრძნობს თავს. ყოველივე ეს კი შეიძლება გამოყენებული იქნეს კუჭის კიბოს უარსაყოფად, მაგრამ ნაადრევი დიაგნოსტიკის თვალსაზრისით, ასეთი შეხედულება მცდარია.

რეალური სარგებლობის მოტანის მიხედვით კუჭის კიბოს სიმპტო-მატოლოგია (ნიშნების შეფასება) სხვა გზით უნდა წარიმართოს.

განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ნაადრევი ნიშნების ანალიზს. არსებობს აზრი, რომ კუჭის კიბოს უპირველესი ნიშანია მა-დის დაკარგვა, უხალისობა და ე. წ. დისკომფორტის მოვლენები. უხერ-ხულობის შეგრძნობა, რაც მდგომარეობს იმაში, რომ ავადმყოფი გრძნობს უხერხულობას, რაღაც ახალს, რომელიც არღვევს მასში კმა-ყოფილების, ჯანმრთელობის შეგრძნებას. ამ გრძნობის კონკრეტულად ახსნა ავადმყოფსაც კი არ შეუძლია, ის მხოლოდ აღნიშნავს, რომ ახ-ლა გრძნობს კუჭს, რომელსაც იგი აქამდე ყურადღებას არ აქცევდა.

შემდგომ განვითარებას იწყებს დისპეპსიის მოვლენები, რაც მდგო-მარეობს საჭმლის მოუნელებლობაში. ავადმყოფი გრძნობს პირში უსი-ამოვნო ლითონის გემოს, სიმძიმეს კუჭის არეში, განსაკუთრებით ჭამის შემდეგ, მას აწუხებს კუჭის გავსების გრძნობა, კუჭის წვა, ბო-

ყინი და სხვა მსგავსი მოვლენები. უფრო ‹ოგვიანებით ვითარდება. გაძლიერებული ნერწყვის დენა, გულისრევა და პირღებინება, ზოგჯერ სისხლიანი. პირღებინება არ არის მუდმივი. ავადმყოფს შეიძლება იგი ჰქონდეს და შემდეგ გაუაროს, აღარ გაუმეორდეს. ამ ხასიათის პირღებინება სწორედ კუჭის კიბოსათვის არის დამახასიათებელი ნაადრევ პერიოდში. იმ შემთხვევაში, როდესაც კუჭის კიბო ვითარდება ხანგრძლივად მიმდინარე კუჭის წყლულის ფონზე, დიდი დიაგნოსტური მნიშვნელობა აქვს დაავადების ‹იმდინარეობის ხასიათის შეცვლას. ავადმყოფი, რომელსაც ჰქონდა კუჭის წყლულისათვის დამახასიათებელი ნათელი სურათი, გარკვეული დროის შემდეგ აღნიშნავს ტკივილის შემცირებას, იგი კმაყოფილია იმით, რომ თავი დააღწია აუტანელ ტკივილს, მაგრამ მდგომარეობის ეს მოჩვენებითი შემსუბუქება საყვირის ხმაა, რომელიც მოასწავებს კიბოს განვითარების შესაძლებლობას, კუჭის წყლულის ნიადაგზე.

კუჭის წყლულისაგან კიბოს განვითარების მომასწავებელია კუჭის წვენის მჟავიანობის დაქვეითება.

ამ დაავადების ყველაზე მძიმე სახეა კუჭის კიბოს კახექსიური (გამხდრობითი, განლევითი) ფორმა. ამ ფორმას ახასიათებს პროგრესიული სიგამხდრე, ღონის შემცირება, შრომისუნარიანობისა და ხალისის დაკარგვა. კუჭის კიბოს კახექსიური ფორმის შემთხვევაში უმთავრესად გამოხატულია მძიმე, ზოგადი ხასიათის მოვლენები, ყოველგვარი ადგილობრივი ნიშნების გარეშე.

კუჭის კიბოს მეორე მძიმე ფორმაა ანემიური (სისხლნაკლებობითი) ფორმა. ამ ფორმისათვის პირველ რიგში დამახასიათებელია ცვლილებები სისხლისწარმომშობ ორგანოებში. ნათლად არის გამოხატული სისხლნაკლებობის ნიშნები: კანი და ლორწოვანი გარსები ფერმკრთალი ხდება, შეიძლება სიყვითლეც კი გადაჰკრავდეს.

კუჭის კიბოს დროს ადგილი აქვს სისხლდენას. თუ სისხლის დენა თვალსაჩინოა, განავალი კუპრისფერი ხდება. ფარული სისხლის დენის აღმოჩენა შეიძლება სათანადო რეაქციებით. კუჭის კიბოთი დაავადებულს სისხლნაკლებობა შეიძლება გამოუვლინდეს გულსისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციის დარღვევით. ანემიური ფორმის დროს ეს სიმპტომი ყველაზე ადრე გამოვლინდება და კუჭის კიბოთი დაავადებულმა შეიძლება გულით ავადამყოფის შთაბეჭდილება მოახდინოს.

კუჭის კიბოს დასაწყის სტადიაში უფრო გამოხატულია მეორადი ნიშნები და არა ძირითადი. მეორადი ნიშნების ფონზე ვითარდება ძირითადი დაავადების გართულებანი, როგორიცაა კიბოს დაწყლულება. მექანიკური დაბრკოლება საჭმლის მომნელებელ სისტემაში; მეორადი ნიშნების ფონზე ვითარდება ძირითადი დაავადების გართულებანი,

როგორიცაა კიბოს დაწყლულება, მექანიკური დაბრკოლება საჭმლის მომნელებელ სისტემაში, მეორადი ანთებითი პროცესი და სხვ.

ყოველივე ამის შემდეგ თუ ანალიზს გავუკეთებთ კუჭის კიბოს დამახასიათებელ ნიშნებს, შევამჩნევთ, რომ ნაადრევ სტადიაში თითქმის არ არის ისეთი ნიშანი, რომელიც მხოლოდ ამ დაავადებისათვის იყოს დამახასიათებელი. კუჭის კიბოს ნაადრევ ნიშნებზე ახლა უკვე გამოქვეყნებულია მრავალი შრომა, მაგრამ საკითხის სირთულის გამო არა გვაქვს კონკრეტული მონაცემები, რომელთაც შეიძლება უშუალოდ დავეყრდნოთ.

ყველა მკვლევარი, რომელსაც კი შეუსწავლია კუჭის კიბო, ნაადრევ სტადიაში, აღნიშნავს, რომ არ არსებობს მხოლოდ კუჭის კიბოსათვის დამახასიათებელი ნიშნები. გარკვეულ ასაკში, როდესაც შედარებით ხშირია კიბოთი დაავადება, ყოველგვარ გადახრას ნორმიდან კუჭის მხრივ, განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს. სულ უმნიშვნელო ჩივილიც კი შეიძლება კუჭის კიბოს პირველი ნიშანი იყოს. ეს დებულება ისე არ უნდა გავიგოთ, რომ კუჭის კიბოსათვის დამახასიათებელ ასაკში, ვისაც კი კუჭი ატკივდება, ყველა კიბოთია დაავადებული.

სავიცკი საკმარისად დიდი გამოცდილების საფუძველზე აღნიშნავს, რომ კუჭის კიბოს კლინიკური სურათის დახასიათებისათვის საჭირო არ არის ცალკეული ნიშნების გამოყოფა, არამედ უნდა გამოიყოს საეჭვო სიმპტომების ჯგუფი, ან საექიმო ენით, რომ ვთქვათ, განსაზღვრული კლინიკური სინდრომი. ვინაიდან თითოეული ნიშანი მხოლოდ ეჭვს ბადებს, ამიტომ სიმპტომების ამ ჯგუფს „მცირე ნიშნების სინდრომს“ უწოდებენ.

„მცირე ნიშნების სინდრომი“ უნდა დაუპირისპირდეს საყოველთაოდ ცნობილ სიმპტომებს, რომლებიც ჯერჯერობით გამეფებულია მედიცინაში და კუჭის კიბოს შორს წასული შემთხვევებისათვის არის დამახასიათებელი.

„მცირე ნიშნებიდან“ მთავარია არა მხოლოდ მოვლენები კუჭის მხრივ, რომლებიც ხშირად მიიქცევს როგორც ავადმყოფის, ისე ექიმის ყურადღებას, არამედ ზოგადი ხასიათის მოშლილობანი, რომელსაც ჩვეულებრივ ჯერჯერობით არ ექცევა სათანადო ყურადღება.

„მცირე ნიშნების სინდრომი“ კუჭის კიბოთი დაავადებულთა 80%-ს ახასიათებს. სავიცკის მცირე ნიშნების სინდრომი ჩამოაყალიბა ცალკე მუხლების სახით:

1. დამახასიათებელია თვითგრძნობის (გუნება-განწყობის) შეცვლა, რაც თავს იჩენს რამდენიმე კვირით ადრე, ვიდრე ავადმყოფი ექიმს მიმართავდეს. ავადმყოფი უჩივის უმიზეზო სისუსტეს, შრომის უნარის დაქვეითებას, ადვილად და სწრაფად დაღლას.

2. ძალიან დაქვითებულია ჭამის მადა. უმადობა კი არავითარ თვალსაჩინო მიზეზთან არ არის დაკავშირებული. მადის დაქვეითება შეიძლება იმდენად ძლიერი იყოს, რომ ავადმყოფს ყოველგვარი საჭმელი შეძულდეს.

3. „დისკომფორტის“ მოვლენები, ფიზიოლოგიური (ბუნებრივი) კმაყოფილების გრძნობის დაკარგვაა. ავადმყოფი აღარ გრძნობს ფიზიოლოგიურ კმაყოფილებას ჭამის შემდეგ, პირიქით, ჭამის შემდეგ ადგილი აქვს უსიამოვნო შეგრძნებას, კუჭის ძლიერი გავსების გრძნობას, სიმძიმის გრძნობას კუჭის არეში (ზოგჯერ ტკივილიც), იშვიათად გულისრევასა და პირღებინებას. „დისკომფორტი“ მიეკუთვნება შედარებით უფრო მოგვიანებულ ნიშნებს, რადგან ეს მოვლენების მთელი რიგი განპირობებულია პროცესის გადასვლით კუჭთან ახლოს მდებარე ორგანოებზე. „დისკომფორტი“ უფრო გამოხატულია კუჭის უკანა კედელზე მდებარე კიბოს დროს.

4. უმიზეზო, პროგრესული გაუდომა, რომელსაც ამჩნევს როგორც ავადმყოფი, ისე მისი ახლობლები; კანისა და ლორწოვანი გარსის მკრთალი ფერი და სისხლნაკლებობის სხვა ნიშნები.

5. დეპრესია, გუნებ-განწყობის დაქვეითება. ავადმყოფი კარგავს ხალისს, ინტერესს გარემოსადმი, შრომისადმი, ხდება აპატიური, განყენებული. აღნიშნული ფსიქიკური მოვლენები ადრე იჩენს თავს.

ზემოჩამოთვლილი „მცირე ნიშნების“ ჯგუფი ზოგჯერ ერთბაშად იჩენს თავს მანამდე სრულიად ჯანმრთელი ადამიანის ცხოვრებაში. ასეთმა ავადმყოფმა უნდა მიმართოს ექიმს, ხოლო ექიმმა კი გულდასმით შეისწავლოს ჯერ მისი ჩივილები, შემდეგ ჩაატაროს სათანადო გამოკვლევები და დროულად დასვას კუჭის კიბოს დიაგნოზი.

ზოგჯერ „მცირე ნიშნების“ ჯგუფი მეღავნდება ხანგრძლივად მიმდინარე კუჭის სხვა დაავადებების ფონზე, როგორიცაა, მაგალითად, ქრონიკული გასტრიტი, კუჭის წყლული, პოლიპოზი. ასეთ შემთხვევაში დიაგნოსტიკა საგრძნობლად რთულდება და ძნელდება. იმის გამორკვევა, თუ რას ეკუთვნის ესა თუ ის მცირე ნიშანი ან მათი კომპლექსი— წინათ არსებულ დაავადებას, თუ ახლადგანვითარებულ კუჭის კიბოს. დაავადების ასეთი რთული მიმდინარეობის შემთხვევაში ყურადღება უნდა მიექცეს ამა თუ იმ დაავადებისათვის დამახასიათებელ სიმპტომოკომპლექსს — ხომ არ დაერთო რამე ახალი ნიშანი.

„მცირე ნიშნების სინდრომის“ ანუ ჯგუფის გამორკვევის საქმეში დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის მიერ ფაქტების სწორად გადმოცემას თავისი მდგომარეობის შესახებ. ექიმმა ავადმყოფს დაწვრილებით და მოხერხებულად უნდა გამოჰკითხოს, თუ რა აწუხებს მას, როგორ დაეწყო და როგორ მიმდინარეობს მისი დაავადება. ანამნეზის სწორად შეკრებას დიდი მნიშვნელობა აქვს. ექიმი, რომელიც ანამ-

ნეზის ღრმა ანალიზის გარეშე იწყებს ავადმყოფის შესწავლას, ამა თუ იმ მეთოდით (კლინიკური, ლაბორატორიული, რენტგენოლოგიური) უშვებს დიდ შეცდომას. ლაბორატორიულ და რენტგენოლოგიურ გამოკვლევებს კუჭის კიბოს დიაგნოზის დასახუსტებლად ძხოლოდ იმის შემდეგ აქვს აზრი, როდესაც ექიმმა წინასწარ გაითვალისწინა, თუ რა აწუხებს ავადმყოფს. კუჭის კიბოს გამოცხობისათვის აუცილებელია ავადმყოფის ყოვემხრივი შესწავლა.

აღნიშნული „მცირე ნიშნების" სინდრომი თავისთავად არ სწყვეტს კუჭის კიბოს საკითხს. ეს ნიშნები მხოლოდ ამახვილებს ექიმის ყურადღებას, სანამ ჯერ კიდევ არ არის გამომეღავნებული კუჭის კიბოს დამახასიათებელი, მაგრამ ხშირად უკვე დაგვიანებული პერიოდის „დიდი ნიშნები". „მცირე ნიშნები" ეუვს უნდა ბადებდნენ კუჭის კიბოზე და ყოველი საეჭვო ავადმყოფი განსაკუთრებული ყურადღებით უნდა იქნეს შესწავლილი — ყველა არსებული მეთოდის გამოყენებით.

კუჭის კიბოს ნაადრევი სტადიისათვის დამახასიათებელი „მცირე ნიშნების" განხილვისას ექიმმა მხედველობაში უნდა მიიღოს სამი შესაძლებლობა, რომლის დროსაც ყალიბდება ამ დაავადების კლინიკური სურათი და ამის მიხედვით მიიტანოს ეუვი, დაიწყოს გამოკვლევა და დროულად დაადასტუროს დიაგნოზი, თუ კი საქმე ნამდვილად კუჭის კიბოსთან აქვს.

კუჭის კიბო შეიძლება განვითარდეს ძირითადად სამი სხვადასხვა მდგომარეობის დროს: იგი უვითარდება ჯანსაღ ადამიანს რაიმე წინასწარი დაავადების ყოველგვარი სიმპტომების გარეშე, აგრეთვე წყლულის, გასტრიტისა და პოლიპოზის ნიადაგზე.

პირველ შემთხვევაში, დანარჩენი ორისაგან განსხვავებით, დაავადება ხასიათდება ხანმოკლე ანამნეზით. ამ ჯგუფის ავადმყოფების ანამნეზის ხანგრძლივობა მათი კლინიკაში შემოსვლამდე და ოპერაციამდე 3—6 თვეს უდრის. მეორე და მესამე შემთხვევაში კი დაავადების ისტორია გაცილებით უფრო ხანგრძლივია.

გერცენის სახელობის ონკოლოგიის ინსტიტუტის მასალების მიხედვით საინტერესოა აღნიშნავს, რომ პირველი ჯგუფის ავადმყოფებს ვხვდებით 29%-ში, მეორე ჯგუფისას — 11%-ში, მესამე ჯგუფის ავადმყოფების სიხშირე ყველაზე მეტია და მათი რაოდენობა მთელი მასალის 60%-ს უდრის. გარდა იმ სიძნელეებისა, რომლებიც აღინიშნება კუჭის კიბოს ნაადრევ გამოცნობაში, ხაზი უნდა გაესვას კიდევ ერთ გარემოებას. არსებობს ე. წ. „მუნჯი", „უსიმპტომო" კუჭის კიბო, როდესაც მიუხედავად რეალურად არსებული დაავადებისა, ადამიანს გარკვეულ დრომდე არაფერი არ აწუხებს და არა აქვს კუჭის კიბოს არავითარი ნიშანი. ავადმყოფობის ასეთ სახეს შეიძლება ვუწოდოთ ფარულად

მიმდინარე კუჭის კიბო, როდესაც დაავადება შეუცნობელია, არ აღწევს ავადმყოფის შეგრძნებამდე.

მედიცინაში ცნობილია ფაქტები, როდესაც სასამართლო-ექსპერტს უბედური შემთხვევის მსხვერპლთა შორის დაუდგენია კუჭის კიბო. რასაც დაზარალებული სიცოცხლეში არ უჩიოდა. ყოფილა შემთხვევები, როდესაც სხვადასხვა დაავადების გამო გარდაცვლილთა გაკვეთის დროს სრულიად მოულოდნელად უნახავთ კუჭის კიბო, რომელიც სიცოცხლის განმავლობაში არავითარ სიმპტომებს არ იძლეოდა. ამ მხრივ საინტერესოა ერთი ჩვენი შემთხვევა.

ავადმყოფი ბ. დ., მამაკაცი, 59 წლის, სასწრაფოდ მოიყვანეს კლინიკაში; აწუხებდა ნაწლავთა სრული გაუვალობა. გაუკეთდა ოპერაცია. აღმოაჩნდა სტრანგულაციური ზონარი, რომელიც გადაიკვეთა. მუცლის ღრუ დაიხურა ყრუდ. ოპერაციიდან 24 საათის შემდეგ გარდაიცვალა დიფუზური პერიტონიტისაგან. გაკვეთის შედეგად აღმოჩნდა კუჭის კიბო — მეტასტაზებით ღვიძლში.

კუჭის კიბოს „ფარული ფორმა" შემთხვევით აღმოუჩენიათ რენტგენოლოგებს, სხვა მიზეზით ავადმყოფის გაშუქების დროს.

ხოლდინის დაკვირვებით „მუნჯი", „უსიმპტომო", „ფარულად" მიმდინარე კუჭის კიბოს შემთხვევები 2,2%-ს შეადგენს; რეინბერგის გამოკვლევებით კი 8—10%-ს აღწევს.

ამრიგად, უხდა აღინიშნოს, რომ მთელი რიგი ობიექტური მიზეზები ხელს უშლის კუჭის კიბოს გამოცნობას ნაადრევ სტადიაში.

კუჭის კიბოს გამოცნობა იმ სტადიაში, როდესაც იგი შემოსაზღვრულია და არ შორდება დაავადებული ორგანოს ფარგლებს, ექიმისაგან მოითხოვს ავადმყოფის კომპლექსურ შესწავლას, თანამედროვე მეთოდების ზუსტი გამოყენებითა და ყოველი ცალკეული მონაცემის კრიტიკული შეფასებით.

პალპაცია კუჭის კიბოს გამოცნობის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი საშუალებაა. ამ მეთოდით მიღებული მონაცემების არასწორი შეფასება და არასწორი ანალიზი შეიძლება გამოუსწორებელი შეცდომის მიზეზი გახდეს და დახმარების ნაცვლად ხელი შეუშალოს კიბოს ნაადრევ გამოცნობას, არა მარტო დაავადების ნაადრევ სტადიაში, არამედ შორს წასულ შემთხვევაშიც კი. კუჭის კიბო შეიძლება ვერ შევიცნოთ ხელით გასინჯვისას, თუ სიმსივნეს ახასიათებს გავრცელებული, ინფილტრირებული ზრდა, ან იგი მდებარეობს კუჭის შესავალში (კარდიალურად). მეორეს მხრივ აღწერილია შემთხვევები, როდესაც პალპაციით გამოუმჟღავნებიათ კუჭთან დაკავშირებული მცირე ან საკმარისად მოზრდილი სიმსივნე. უფრო ადრე, ვიდრე თავს იჩენს სხვა რომელიმე კუჭის კიბოსათვის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნები, — ეს ე. წ. „უსიმპტომო" „მუნჯი" კიბოს შემთხვევებში.

ცნობილია ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც საკუთარი თავის მიმართ დაკვირვებულ ავადმყოფს სიმსივნე თვითონ აღმოუჩენია მუცლის კედლის ხელით გასინჯვის დროს.

მუცლის კედლის პალპაცია ექიმმა მეთოდურად უნდა აწარმოოს. გასინჯვის პროცესში ავადმყოფს რამდენიმეჯერ უნდა შეუცვალოთ მდგომარეობა, გადავაბრუნოთ მარჯვნივ, მარცხნივ. მცირე სიმრუდის მაღლა მდებარე სიმსივნეები უფრო კარგად ისინჯება ავადმყოფის ფეხზე დგომის დროს. პალპაცია შეიძლება ვაწარმოოთ კუჭის გაბერვის შემდეგაც. ამისათვის ავადმყოფს წინასწარ გადააყლაპებენ ზონდს, რომლის საშუალებითაც ჰაერის შეყვანით გაბერავენ კუჭს და შემდეგ უკვე აწარმოებენ პალპაციას.

პალპაციის წარმოებისათვის ექიმმა წინასწარ უნდა იცოდეს ადგილები, სადაც კუჭის კიბოს შემთხვევაში უფრო ხშირად ისინჯება მეტასტაზები. ასეთი სანიშნე ადგილებია:

1. მარცხენა ლავიწქვეშა ფოსო (ვირსოვის ჯირკვალი);

2. დუგლასის ფოსო (შნიდლერის მეტასტაზი). ამ მეტასტაზის გასინჯვა შეიძლება სწორი ნაწლავიდან.

3. საკვერცხის სიმსივნე (კრუკენბერგის მეტასტაზი), თუ კუჭის კიბოთი დაავადებულია ქალი.

ზემოთჩამოთვლილ მიდამოებში სიმსივნის შეგრძნება ადასტურებს კუჭის კიბოს არსებობას იმ შემთხვევაშიაც კი, როდესაც ძირითადი სიმსივნე კუჭის არეში არ ისინჯება.

კუჭის კიბოს დამადასტურებელი ლაბორატორიული გამოკვლევებიდან უნდა აღინიშნოს: კუჭის წვენის შესწავლა და რეაქციები განავალში ფარული სისხლის დენის აღმოსაჩენად. აქვე უნდა ითქვას, რომ ლაბორატორიული გამოკვლევების მონაცემების შეფასების დროს დიდი სიფრთხილე გვმართებს.

კუჭის კიბოს დროს წვენში თავისუფალი მარილმჟავა არ არის, მაგრამ ამ მოვლენას ყოველთვის არა აქვს ადგილი. ამ გარემოებას ზოგიერთი ექიმი არ უწევს სათანადო ანგარიშს და ამით აგვიანებს კუჭის კიბოს დიაგნოზს. კუჭის კიბოს დროს შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ორი სახის სეკრეციას. ერთ შემთხვევაში კუჭის წვენში სრულიად არ არის თავისუფალი მარილმჟავა, ხოლო საერთო მჟავიანობა შედარებით მაღალ დონეზეა. ასეთი ტიპის სეკრეცია უფრო ხშირად გვხვდება, იგი საყოველთაოდ ცნობილია და დამახასიათებლად ითვლება კუჭის კიბოსათვის. მეორე შემთხვევაში კუჭის წვენი თავისუფალი მარილმჟავის ჩვეულებრივ რაოდენობას შეიცავს ან თავისუფალი მარილმჟავას რაოდენობა მომატებულიც კი არის, მაგრამ დარღვეულია შეფარდება თავისუფალ მარილმჟავას რაოდენობასა და საერთო მჟავიანობას შორის.

პირველი სახის კუჭის სეკრეცია ახასიათებს გასტრიტული ტიპის კუჭის კიბოს, რომელიც ვითარდება ატროფიული გასტრიტის ნიადაგზე, მეორე — დამახასიათებელია იმათთვის, რომელთაც კუჭის წყლულის ნიადაგზე უვითარდება კუჭის კიბო. ამ გარემოებათა ცოდნას სრულიად გარკვეული პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს ლაბორატორიული გამოკვლევის მონაცემებისათვის და მათი მიხედვით კუჭის კიბოს გამოცნობისათვის დაავადების ადრეულ სტადიაში.

კუჭის კიბოს გამოცნობისათვის მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე თავისუფალ მარილმჟავას რაოდენობის თანდათანობით შემცირებას (ტიტრის დაკლებას, ე. ი. განზავების გადიდებას). ამისათვის კი საჭიროა კუჭის წვენის გასინჯვა რამდენიმეჯერ.

ყურადღება უნდა მიექცეს აგრეთვე რძის მჟავას კუჭის შიგთავსში. რძის მჟავა მთელ რიგ სახელმძღვანელოებში აღიარებულია კუჭის კიბოს დამახასიათებელ ნიშნად. რძის მჟავას არსებობას ხსნიან კუჭში დუღილის პროცესებით. დუღილს კი ადგილი აქვს თავისუფალ მარილმჟავას ნაკლებობის ან სრული უარსებობის დროს. ამჟამად უკვე გარკვეულია, რომ რძის მჟავა წარმოიქმნება კუჭში საკვების შეჩერების შემთხვევაში, კუჭის გასავლის შეეიწროების შემდეგ, რითაც არ უნდა იყოს გამოწვეული ეს შეეიწროება. მექანიკური დაბრკოლება, კეთილთვისებიანი აქილია, ანაციდური გასტრიტი და აგრეთვე კუჭის კიბო, პირობებს ქმნის რძის მჟავას წარმოქმნისათვის კუჭში, მეორეს მხრივ კუჭის კიბოს დროს არაიშვიათად კუჭის წვენში არის თავისუფალი მარილმჟავა და არ არის რძის მჟავას წარმოქმნის პირობები.

კუჭის კიბოს გამოცნობისათვის მნიშველობა აქვს კუჭის შიგთავსის ფორმული ელემენტების მიკროსკოპით შესწავლას. კიბოს ახასიათებს დაწყლულება, დაშლა, ამის გამო სიმსივნური უჯრედები ერევა საჭმლის მასას.

კუჭის კიბოს გამოცნობისათვის საჭიროა და აუცილებელი განავლის გამოკვლევა ფარულ სისხლდენაზე. საჭმლის მომნელებელი მილის ყველა ნაწილის კიბოს და მათ შორის კუჭის კიბოსაც ახასიათებს დაწყლულება, დაშლა, რის შედეგადაც ადგილი აქვს ამა თუ იმ ხარისხის სისხლდენას; ზოგჯერ ძალიან მცირეს, ე. წ. სისხლდენას, რომლის აღმოჩენა შეიძლება მხოლოდ სპეციალური რეაქციით. კუჭის კიბოს დროს რეაქცია ფარულ სისხლდენაზე შემთხვევათა 90-ში დადებითია. უარყოფითი პასუხის შემთხვევაში საჭიროა განმეორებით გამოკვლევა. ერთ-ერთი ანალიზის დადებით პასუხს სისხლდენაზე დიაგნოსტური მნიშვნელობა აქვს.

მნიშვნელოვანია სისხლის სურათის შესწავლა. კუჭის კიბოს დროს შორსწასულ შემთხვევაში: როგორც წესი, ვითარდება მძიმე სისხლნა-

კლებობის სურათი, ე. წ. ჰიპოქრომული ანემია. ანემია განსაკუთრებით სწრაფად ვითარდება კუჭის კიბოს ისეთი ფორმების შემთხვევაში, რომლის დროსაც ადგილი აქვს ფარულ ან თვალსაჩინო სისხლდენას. კუჭის კიბოს დაშლითი პროცესისათვის დამახასიათებელია ზომიერი ლეიკოციტოზი და ერითროციტების დალექვის რეაქციის აჩქარება. კიბოთი გამოწვეული სისხლნაკლებობის დროს აღინიშნება თრომბოციტოზი. თრომბოციტების მომატება არც ერთ სხვა სახის ანემიას არ ახასიათებს (მაგალითად, პერნიციოზული, ესენციური ანემია და სხვ.). კუჭის კიბოს დროს სისხლის პლაზმაში ცილების რაოდენობა შემცირებულია. ადგილი აქვს ქლორიდების დაკლებას. ზოგიერთი მკვლევარი აღნიშნავს ვიტამინ K-ს და წყალში ხსნადი ვიტამინ B-ს რაოდენობის შემცირებას, კუჭის კიბოთი დაავადებულთა სისხლში.

მიუხედავად იმისა, რომ ანემია კუჭის კიბოს ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი სიმპტომთაგანია, იგი არაიშვიათად შეცდომის მიზეზიც ხდება, რადგან სისხლნაკლებობა უპირველესად თავს იჩენს კიბოს დაგვიანებულ სტადიაში. ამავე დროს არის შემთხვევები, როდესაც სიმსივნე საკმარისად ჩამოყალიბებულია, მაგრამ სისხლნაკლებობის ნიშნები ავადმყოფს არა აქვს ან სუსტად აქვს გამოხატული.

კუჭის კიბოს ნაადრევ სტადიაში გამოსაცნობ მეთოდებს შორის პირველი ადგილი რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას უჭირავს. გამოკვლევის სხვა მეთოდებთან შედარებით რენტგენოლოგიური გამოკვლევა ყველაზე უფრო საიმედოა. ცნობილია, რომ სათანადოდ ორგანიზებული და კვალიფიციური კარდებით უზრუნველყოფილ რენტგენოლოგიურ დაწესებულებებში, შემთხვევათა 95—99%-ში სწორად ისმის კუჭის კიბოს დიაგნოზი. ეს ფაქტი დიდი მიღწევაა კუჭის კიბოს გამოცნობის საქმეში.

სრულიად საფუძვლიანია აზრი, რომ კუჭის კიბოს რენტგენოდიაგნოსტიკა ისეთივე ადვილია, როგორც ძვლების მოტეხილობის გამოცნობა რენტგენის საშუალებით. რენტგენოლოგიური გამოკვლევის თანამედროვე ტექნიკა კუჭის კიბოს ნაადრევი დიაგნოსტიკის მიზნით გულისხმობს კუჭის კედელში მინიმალური, დასაწყისი ცვლილებების გამოვლენას, ლორწოვანი გარსისა და ლორწქვეშა ქსოვილის უმნიშვნელო ოდენობის ინფილტრაციის დანახვას. ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს ლორწქვეშა გარსის ცვლილებების გამოვლენას კუჭის კიბოს ინფილტრაციული ფორმის შემთხვევაში, როდესაც სიმსივნე ვითარდება უმთავრესად ლორწქვეშა გარსში და გარკვეული დროის განმავლობაში არ ცვლის ლორწოვანი გარსის რელიეფს.

კუჭის კიბოს ძირითად რენტგენოდიაგნოსტიკურ ნიშნად ითვლება ავსების დეფექტი. მაგრამ ავსების დეფექტიც შეიძლება სხვადასხვა სახის იყოს. ნაადრევი დიაგნოსტიკის თვალსაზრისით საჭიროა არა დი-

დი, მასიური დეფექტის გამოვლენა, არამედ ძალიან მცირე ავსების დეფექტების დანახვა, რომელიც კვალიფიციურმა რენტგენოლოგმა პალპაციის ხელოვნების მოხერხებული გამოყენებით უნდა გამოააშკარაოს. დიდი ავსების დეფექტი დამახასიათებელია კუჭის კიბოს დაგვიანებული შემთხვევისათვის. მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე კუჭის რელიეფის შესწავლას და კიბოსათვის დამახასიათებელი რენტგენოლოგის მიერ „ავთვისებიან რელიეფად" წოდებული სურათის გამოვლენას. თანამედროვე ექიმი ფართოდ უნდა იყენებდეს რენტგენოლოგიური გამოკვლევის მონაცემებს კუჭის კიბოს ნაადრევად გამოცნობისათვის. იგი ახალი მიდგომით უნდა შეუდგეს ავადმყოფის შესწავლას, ამისათვის მან უნდა გამოიცვალოს „დიაგნოსტიკური ფსიქოლოგია". ავადმყოფი, რომელსაც აქვს რაიმე თუგინდ უმნიშვნელო ხასიათის ჩივილები და მოვლენები კუჭის მხრივ, გადაუდებლად გამოკვლეული უნდა იყოს ყოველმხრივ და განსაკუთრებით რენტგენოლოგიურად; ამას მოითხოვს საქმის ინტერესი, ავადმყოფის ინტერესი; ის, რომელიც კუჭის დაავადებას უჩივის, ჩვეულებრივ სამკურნალოდ იგზავნება სხვადასხვა კურორტზე მაშინ, როდესაც საჭიროა მათი დაუყოვნებლივ გულმოდგინე გამოკვლევა რენტგენით. რასაკვირველია, ასეთი მკაცრი მოთხოვნები უმეტეს შემთხვევაში შეიძლება გადაჭარბებული იყოს და ავადმყოფი ტყუილად გადავტვირთოთ გამოკვლევებით. მაგრამ ეს მათ ზიანს არ მიაყენებს, ხოლო არც ისე იშვიათად ამგვარმა ბეჯითობამ შეიძლება აღმოაჩინოს კუჭის კიბო ნაადრევ სტადიაში; თანამედროვე მოსახლეობამ უკვე კარგად იცის რენტგენის დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა, არაიშვიათად ავადმყოფი თვითონ თხოულობს ექიმისაგან რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას, რაც სრულიად სამართლიან მოთხოვნილებად უნდა ჩაითვალოს.

რენტგენოლოგიური გამოკვლევა კუჭის კიბოს გამოცნობის თვალსაზრისით ყველაზე უფრო. ობიექტური მეთოდია. ისმის კითხვა, თუ რამდენად ჭეშმარიტია რენტგენოლოგიური გამოკვლევის შედეგი ან კიდევ რენტგენის მონაცემები კუჭის კიბოს შესახებ, მართლდება თუ არა ყოველთვის? ამის პასუხი ასეთია: იშვიათად, მაგრამ ჯერჯერობით მაინც ადგილი აქვს ე. წ. ჰიპერდიაგნოსტიკას და, პირიქით, ზოგიერთ შემთხვევაში რენტგენოლოგიური გამოკვლევა ვერ გამოავლენს კუჭის კიბოს.

ჩვენი ავადმყოფებიდან რენტგენოლოგიური გამოკვლევა ჩაუტარდა 325-ს. კიბოს დიაგნოზი დასმული იყო რენტგენოლოგიური მონაცემების მიხედვით 304 შემთხვევაში (93,8%), 21 შემთხვევაში კი დასმული იყო კუჭის წყლულის დიაგნოზი და მხოლოდ ოპერაციის შემდეგ დადგინდა კუჭის კიბო; ერთ შემთხვევაში რენტგენოლოგიურად დიაგნოსტირებული იყო კუჭის კიბო, ოპერაციის დროს კი კუჭის წყლული აღმოჩნდა. დანარჩენი ავადმყოფები რენტგენოლოგიურად არ გამოგვიკვლევია მათი მძიმე მდგომარეობის გამო. 9 შემთხვევაში

ჩვენს მასალაზე კუჭის კიბო გართულდა პერფორაციით და გაკეთდა სასწრაფო ოპერაცია.

შედარებით ძნელი ამოსაცნობია რენტგენოლოგიურად დასაწყის პერიოდში კუჭის შესავლის — კარდიალური ნაწილის კიბო, ე. წ. კუჭის მაღალი კიბო.

მეთოდური თვალსაზრისით რენტგენოლოგიურად ძნელი გამოსაცნობია არა მარტო კარდიალური და სუბკარდიალური, არამედ კუჭის დიდი სიმრუდის კიბოც. რენტგენოლოგიურად ძნელია კუჭის კიბის განსხვავება კუჭის სიფილისისაგან (ათაშანგი). კუჭის კიბოს რენტგენოდიაგნოსტიკა განსაკუთრებით ძნელია ნაადრევ სტადიაში. არის ასეთი მოხდენილი გამოთქმაც, რომ კუჭი წარმოადგენს ყველაზე მატყუარა ორგანოს მუცლის ღრუში. ნაადრევი პათოლოგია (დაავადება) ანუ „მცირე" პათოლოგია საერთოდ ძნელი გამოსაცნობია, ხოლო დაავადების საბოლოო სტადია, როდესაც ნათლადაა გამოხატული დაავადების დამახასიათებელი ნიშნები, დიაგნოზი ყველა ექიმისათვის ისედაც ნათელია.

კუჭის კიბოს დიაგნოსტიკურ მეთოდებს შორის უნდა აღინიშნოს ერთი ახალი მეთოდი, რომელიც ჯერ ფართოდ არ გავრცელებულა და ჯერ კიდევ ყველა კლინიკაში არ არის გამოყენებული — ეს არის გასტროსკოპია. ზოგიერთი კუჭის კიბოს ნაადრევი გამოცნობისათვის გასტროსკოპიას ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს. გასტროსკოპის საშუალებით შეიძლება შედარებით მცირე ოდენობის სიმსივნის აღმოჩენა. აღწერილია შემთხვევები, როდესაც სიმსივნე არ იყო აღმოჩენილი რენტგენით, ხოლო გასტროსკოპით კი მოხერხდა მისი დანახვა. გასტროსკოპით შეიძლება დიფერენცირება ქრონიკულ ანტრალურ ჰიპერტროფიული გასტრიტისა კუჭის ინფილტრირებული კიბოსაგან, ან წყლულისა კიბოსაგან და სხვა.

არის ისეთი რთული შემთხვევები, როდესაც დიაგნოზის დაზუსტება ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი წესებით შეუძლებელია, ხოლო ეჭვი მიტანილია კუჭის კიბოზე; მაშინ შეიძლება საკითხი დავაყენოთ ლაპარატომიაზე დიაგნოზის დასასმელად. უნდა აღინიშნოს, რომ სადიაგნოზო ლაპარატომია პრინციპულად განსხვავდება საცდელი ლაპარატომიისაგან (ვ. ოპელი). საცდელ ლაპარატომიას მივმართავთ იმ შემთხვევაში, როცა დიაგნოზი ნათელია და გვინდა დავადგინოთ შეიძლება თუ არა რადიკალური ოპერაციის გაკეთება. სადიაგნოზო ლაპარატომიას მივმართავთ მაშინ, როცა ავადმყოფის კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევით ვერ მოხერხდა დიაგნოზის დაზუსტება; სადიაგნოზო ლაპარატომია საბოლოო აქტია დიაგნოზის დაზუსტებაში. სადიაგნოზო ლაპარატომია კეთდება იმ შემთხვევაში, როდესაც არსებობს რიგი მონაცემები, რომლებიც კუჭის კიბოს სასარგებლოდ ლაპარაკობს, მაგრამ გადაჭრით ჯერ არ არის დასმული დიაგნოზი. სხვადასხვა

გამოკვლევის საფუძველზე კუჭის კიბოზე მიტანილი ეჭვი შეიძლება ლაპარატომიის დროს არ დადასტურდეს და ოპერაციაც ზედმეტად აღმოჩნდეს გაკეთებული; ასეთი შეცდომა სასურველი არ არის, მაგრამ სადიაგნოზო ლაპარატომია არ არის ოპერაცია და იგი გაცილებით უფრო ნაკლებ ზიანს მიაყენებს ავადმყოფს, ვიდრე თავის დროზე გამოუცნობი კუჭის კიბო. ლაპარატომია აგვირგვინებს ყველა გამოკვლევის დიაგნოსტიკურ მონაცემებს. ოპელის თქმით „ლაპარატომიის პირველი ეტაპი დიაგნოსტიკის უკანასკნელი ეტაპია“: მაგრამ აქაც არის გამონაკლისი, ძალიან იშვიათ შემთხვევებში დიაგნოზი შეიძლება ვერც ლაპარატომიამ დააზუსტოს.

საცდელი ლაპარატომია, როგორც გამოკვლევის მეთოდი, ძალაში რჩება მაშინაც, როდესაც რენტგენოლოგიურად და კლინიკურად დადგენილია კუჭის კიბოს დაგვიანებული სტადია და ავადმყოფის მდგომარეობა უიმედოა. არის გამონაკლისი, როცა, მაგალითად, ყველა გამოკვლევა დაავადების შორსწასული შემთხვევის საარგებლოდ მეტყველებს, ლაპარატომიის დროს კი ირკვევა, რომ შესაძლებელია გაკეთდეს რადიკალური ოპერაცია. არის ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც წინასწარი, როგორც კლინიკური, ისე რენტგენოლოგიური გამოკვლევები დაავადების ადრეულ სტადიას ადასტურებენ, ლაპარატომიისას რადიკალური ოპერაციის გაკეთება არ შეიძლება როცა ადგილი აქვს სიმსივნის მეტასტაზებს ღვიძლში, მუცლის ღრუს სხვადასხვა ორგანოში, ლიმფური და სხვ.

ამრიგად, ყოველივე ზემოაღნიშნულის საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ, რომ კიბოსთან ბრძოლის თანამედროვე პრინციპი მოითხოვს მის ნაადრევ სტადიაში გამოვლენას, რომ შესაძლებელია იყოს ჯერჯერობით ერთადერთი სამკურნალო საშუალების — რადიკალური ოპერაციის დროული განხორციელება. საკითხის ასე მკვეთრად დაყენების დროს მხედველობაში უნდა მივიღოთ ავადმყოფის სულიერი მდგომარეობა, ეჭვიანობა, — ავადმყოფი შეპყრობილია კანცეროფობიით (შიში კიბოს მიმართ). შეძლებისდაგვარად უნდა ვერიდოთ ავადმყოფი არ შევაშინოთ. მაგრამ, როგორც ონკოლოგები ამბობენ, ჯერ კანცეროფობიით არავინ დაღუპულა. ექიმმა არ უნდა გადატვირთოს ავადმყოფი ზედმეტი და განმეორებითი გამოკვლევებით.

ავთვისებიან სიმსივნეებთან, კიბოსთან და კერძოდ კუჭის კიბოსთან ბრძოლის საქმე არ განისაზღვრება მხოლოდ მისი დროული გამოცნობითა და რადიკალური ოპერაციის გაკეთებით. ამ შემთხვევაში უდიდესი მნიშვნელობა აქვს კიბოს წინამორბედი დაავადებების დროულად გამოცნობას და მათ წინააღმდეგ სათანადო ზომების მიღებას, რომ ავადმყოფს თავიდან ავაცდინოთ კიბოს განვითარების შესაძლებლობა.

კუჭის კიბოს წინამორბედი დაავადებანი ეწოდება ისეთ დაავადე-

ბებს, რომლებიც დროთა განმავლობაში შეიძლება კიბოდ გარდაიქმნეს, კუჭის ასეთი დაავადებებიდან პირველ რიგში უნდა დავასახელოთ: კუჭის ქრონიკული ანთება, ე. წ. ქრონიკული გასტრიტი, კუჭის პოლიპი და პოლიპოზი, კუჭის კეთილთვისებიანი სიმსივნე, ხანგრძლივად არსებული კუჭის წყლული, განსაკუთრებით კი ე. წ. კუჭის კალოზური წყლული.

კუჭის ქრონიკული ანთების — გასტრიტის ნიადაგზე კუჭის კიბოს განვითარება დადასტურებულია მრავალი მეცნიერის გამოკვლევით. ამჟამად კუჭის კიბოს განვითარება სქემატურად ასე შეიძლება წარმოვიდგინოთ. ჯერ ავადმყოფს აქვს კუჭის უბრალო ანთება — გასტრიტი, შემდეგ ვითარდება პოლიპოზური გასტრიტი, ე. ი. პოლიპოზის ანთება და ბოლოს პოლიპები გადაიქცევიან კუჭის კიბოდ.

ზოგიერთი მეცნიერი ამტკიცებს, რომ კუჭის ჩვეულებრივი, ნორმალური ლორწოვანი გარსიდან, როგორც წესი, კიბო არ ვითარდება. კიბო შეიძლება განვითარდეს მხოლოდ გასტრიტით (ანთებით) დაავადებულ კუჭში. ეს საკითხი ჯერჯერობით არ შეიძლება ჩაითვალოს გადაჭრილად, თუმცა არსებობს მრავალი საინტერესო გამოკვლევა, როგორც ამ აზრის საწინააღმდეგო, ისე მისი დამადასტურებელი. გასტრიტიანი ავადმყოფები უნდა იყვნენ ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ. ცნობილია, რომ 25—30 წლის ხანგრძლივობის მქონე გასტრიტიან ავადმყოფს შეიძლება განუვითარდეს ახალი დაავადება — კუჭის კიბო.

გასტროსკოპიის საშუალებით კუჭის ლორწოიანი გარსის შესწავლით დასტურდება, რომ ქრონიკული გასტრიტის ნიადაგზე კიბოს წარმოშობის საკითხი შემდეგნაირად უნდა იყოს განხილული. ქრონიკული გასტრიტის ორი სახე არსებობს: ერთი ჰიპერტროფიული გასტრიტი, რომელიც მიმდინარეობს კუჭის კედლის გადიდებითა და გასქელებით, მეორე კი ქრონიკული, ატროფიული გასტრიტი, რომლის დროსაც ადგილი აქვს კუჭის გათხელებასა და გადაგვარებას. ამ ორში, პირველი, ე. ი. ჰიპერტროფიული გასტრიტი, სრულიად კეთილთვისებიანი მიმდინარეობის მქონე დაავადებაა, მეორე — ატროფიული გასტრიტი კი კიბოს წინამორბედი დაავადებაა. კანნის დაკვირვებით ქრონიკულად მიმდინარე ატროფიული გასტრიტით დაავადებულთა 13%-ს უვითარდება კუჭის კიბო. ურლანდის მონაცემებით კი ამ დაავადების ნიადაგზე კიბოს განვითარება 15%-ში აღინიშნება.

სამედიცინო ლიტერატურაში არსებობს ისეთი აზრიც, რომ ატროფიულ გასტრიტსა და კუჭის კიბოს შორის პირდაპირი მიზეზობრივი დამოკიდებულება არ არის.

ქრონიკული ატროფიული გასტრიტი კუჭის კიბოს გაჩენის შემდეგ ძლიერდება, ანდა კუჭის კიბომ შეიძლება გამოიწვიოს, როგორც შემდგომი გართულება, ატროფიული გასტრიტი. ეს საკითხი ამჟამად შეს-

წავლის პროცესშია. ამისათვის რენტგენოლოგიურად უნდა იყოს შესწავლილი ყველა ავადმყოფი, რომელსაც აქვს ანემია, მიუხედავად იმისა, აქვს თუ არა კუჭის მხრივ მოვლენები.

არის მითითება კუჭის კიბოს განვითარებაზე ადისონ-ბირმერის ანემიის დროს. ადისონ-ბირმერის დაავადება ამჟამად უკვე ფაქტიურად ინკურნება, სპეციფიკური ღვიძლის ანტიანემიური პრეპარატებით და სხვა სამკურნალო საშუალებებით. მაშასადამე, არსებობს რეალური საშუალება თავიდან ავიცდინოთ კუჭის კიბოს განვითარება, რომელიც წინათ ავთვისებიანი სისხლნაკლებობის (არც ისე იშვიათად) გართულებას წარმოადგენდა.

კუჭის კიბოსა და პერნიციოზულ ანემიას შორის აღნიშნულია ერთგვარი გენეზური კავშირიც კი, რომელიც დღემდე ჯერ კიდევ სათანადოდ არ არის შესწავლილი. უნდა აღინიშნოს, რომ წინათ პერნიციოზული ანემიის დროს კუჭის კიბო იშვიათად ვითარდებოდა, დღეს კი უფრო ხშირად გვხვდება. ეს გარემოება იმით უნდა იყოს ახსნილი, რომ წინათ ავადმყოფები ძალიან მალე კვდებოდნენ აღნიშნული სისხლნაკლებობის გამო. ახლა პერნიციოზული ანემიის მკურნალობის უკეთესი საშუალებებია. ავადმყოფები არ იღუპებიან, მაგრამ უნდა გვახსოვდეს, რომ პერნიციოზული ანემიის შემდეგ შეიძლება განვითარდეს კუჭის კიბო, რომლის დროულ გამოვლენას უაღრესად დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს. ამიტომ აუცილებელია ყველა პერნიციოზული ანემიით დაავადების დისპანსერიზაცია და რენტგენოლოგიური შესწავლა. დიდი კლინიკური მასალით ეჭვგარეშე დადასტურებულია კუჭის ქრონიკულად მიმდინარე წყლულის, განსაკუთრებით კალოზური წყლულის მნიშვნელობა კიბოს განვითარებისათვის. სადავოა მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ რა სიხშირით გადადის ერთი დაავადება მეორეში. თვით ფაქტი კი, დიდი ხნის განმავლობაში არსებული წყლულის ან პოლიპის ნიადაგზე კიბოს განვითარება, ზუსტად როგორც კლინიცისტებმა, ისე პათოლოგანატომებმა.

პრაქტიკულად მნიშვნელოვანია დაზუსტდეს კუჭის წყლულის კიბოდ გადაგვარების ნაადრევი კლინიკური ნიშნები, რომ ექიმს არ გამოეპაროს მომენტი; როდესაც იცვლება ხანგრძლივად მიმდინარე კუჭის წყლულის დაავადების ხასიათი, თავს იჩენს სიმპტომები, რომლებიც ჩვეულებრივ არ ახასიათებს წყლულოვან პროცესს. სამწუხაროდ, ზოგჯერ მიუხედავად დაავადების სიმპტომების შეცვლისა, მაინც განაგრძობენ ავადმყოფის მკურნალობას კონსერვატული წესით, როგორც წყლულით დაავადებულისა; წყლულის კიბოდ გარდაქმნის დიაგნოსტიკა გვიანდება და საოპერაციო მაგიდაზე გამოაშკარავდება კიბოს დაგვიანებული პერიოდი, ან კუჭის კიბოს დიაგნოზი ისმის პათოლოგანატომიურად, ამოკვეთილი კუჭის პრეპარატზე. ახლა საკმარისი მო-

ნაცემები მოგვეპოვება, რომლის მიხედვით შეიძლება დროულად ვამოითქვას აზრი კუჭის წყლულის კიბოდ გადაგვარების შესახებ. ამისათვის პირველ რიგში საჭიროა ანამნეზის დაავადების დინამიკის გულდასმით შესწავლა, გათვალისწინება წყლულის ლოკალიზაციისა, ავადმყოფის ასაკისა, ლაბორატორიული და რენტგენოლოგიური მონაცემებისა.

უფრო ხშირად კიბო ვითარდება კუჭის მცირე სიმრუდის წყლულის ნიადაგზე. კიბოდ გარდაქმნა იწყება წყლულის აბორალური ნაწილიდან. კუჭის წყლული, რომელიც გარკვეული დროის განმავლობაში ორგანიკურნება კონსერვატული წესებით და რომლისათვისაც დამახასიათებელია ამ ავადმყოფის თანამგზავრი გართულებანი, წარმოადგენს კიბოს პოტენციალს და სახიფათოა კიბოდ გარდაქმნის თვალსაზრისით. მიუხედავად იმისა, რომ ზოგიერთ მეცნიერს დღესაც არ ძიაჩნია სწორად გამოთქმა „წყლულის კიბოდ გარდაქმნა", ანდა „კიბოში გადასვლა", ან კიდევ „წყლულის მალიგნიზაცია", ამას პრაქტიკული მნიშვნელობა არა აქვს. ფაქტიურად ავადმყოფს, რომელსაც აქვს კუჭის ქრონიკული წყლული და რომელიც ხანგრძლივი დროის განმავლობაში არ იკურნება, შეიძლება განუვითარდეს კუჭის კიბო. ამიტომაც კუჭის წყლულის მალიგნიზაცია შეიძლება თავიდან ავიცდინოთ მხოლოდ რადიკალური ოპერაციით. შეუხორცებელი, ქრონიკული წყლულის მკურნალობის რაციონალური მეთოდი კუჭის რეზექციაა.

კუჭის კიბოს ერთ-ერთი წინამორბედი დაავადებაა წყლულოვანი გასტრიტი და წყლულთან ერთად იგი კუჭის პოლიპი და პოლიპოზია. ცნობილი პათოლოგანატომი ი. დავიდოვსკი აღნიშნავს, რომ საერთოდ ხანშესულ პირებში კუჭის პოლიპოზი ავთვისებიანად გადაგვარებულ დაავადებად უნდა ჩაითვალოს. ეს გარემოება მით უფრო საგულისხმოა, რომ კუჭის პოლიპოზისა და კიბოს შორის ბევრი საერთო კლინიკური ნიშნებია. მეორე ცნობილი მეცნიერი აბრიკოსოვი აღნიშნავს, რომ კიბო შეიძლება განვითარდეს ერთობ მცირე ოდენობის ადენომატოზურ პოლიპიდან, რომელიც კუჭის შესავალსა ან გასავალში მდებარეობს.

როგორც ნადეინი აღნიშნავს, ნაკრები სტატისტიკის მიხედვით კუჭის პოლიპების ავთვისებიან სიმსივნედ გარდაქმნას ადგილი აქვს 12 — 25%-ში.

კუჭის კიბოს განვითარების შესაძლებლობის თვალსაზრისით შესწავლილი უნდა იყოს ყველა ავადმყოფი, რომელსაც აქვს აქილია ცნობილია, რომ კუჭის კიბოს არა მარტო ახასიათებს კუჭის წვენში მჟავიანობის შემცირება, არამედ კიბო უფრო ხშირად უვითარდებათ მათ, ვისაც დაქვეითებული აქვს მჟავიანობა, ვიდრე ნორმალური მჟავიანობის მქონე პირებს. შემჩნეულია, რომ ადამიანს, რომელსაც 10—20 წლის განმავლობაში აქვს აქილია, შეიძლება განუვითარდეს

კუჭის კიბო. ამისათვის საჭიროა ასეთი ავადმყოფების რენტგენოლოგიური კონტროლი.

კუჭის კეთილთვისებიანი სიმსივნე კიბოს წინამორბედი დაავადებაა; ის, რაც დღეს კეთილთვისებიანია, ხვალ შეიძლება კიბოდ გარდაიქმნას და დროთა განმავლობაში, მართლაც, გადაიქცევა კიბოდ. კუჭის ადენომა შემთხვევათა 60%-ში აუცილებლად განიცდის მალიგანიზაციას და მის ნაცვლად ადენოკარცინომა წარმოიშობა. არავის შეუძლია დადგენა, თუ როდის მოხდება კეთილთვისებიანი სიმსივნის ავთვისებიან სიმსივნედ გარდაქმნა, მაგრამ ეს პროცესი აუცილებლად ხდება. ამიტომ ყოველგვარი სახის კეთილთვისებიანი სიმსივნის შემთხვევაში საჭიროა ოპერაციის გაკეთება.

ჩვენ გვაქვს საკმარისი მაგალითები და გამოცდილება იმისა, რომ ავადმყოფები, რომლებსაც დროულად გაუკეთდათ ოპერაცია კუჭის კიბოს ნაადრევ პერიოდში, ან კეთილთვისებიანი სიმსივნის გამო და 10 წელზე მეტი ხნის განმავლობაში იმყოფებიან ჩვენი დაკვირვების ქვეშ, კლინიკურად ჯანმრთელი არიან და ეწევიან ნაყოფიერ მუშაობას.

გადაჭრით შეიძლება ითქვას, რომ ამ ავადმყოფებს თავის დროზე არ გაეკეთებინათ ოპერაცია, დღეს არც ერთი მათგანი არ იქნებოდა ცოცხალი.

ეს არის თანამედროვე მედიცინის რეალური მიღწევა. გარდა ზემოაღნიშნული, წინამორბედი დაავადებების მქონე პირებისა, რომელთაც უნდა მიექცეთ განსაკუთრებული ყურადღება კუჭის კიბოს პროფილაქტიკის მიზნით, რეინბერგი, დაწყებულ 30 — 40 წლის ასაკიდან, საჭიროდ ცნობს ყველა ჯანმრთელი მოქალაქის რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს მამაკაცებს, რადგან ისინი უფრო მეტად ავადდებიან კუჭის კიბოთი, ვიდრე ქალები, ამ მოთხოვნას რეინბერგი ასაბუთებს იმ გარემოებით, რომ კუჭის კიბოს არაიშვიათად შეიძლება ჰქონდეს ლატენტური მიმდინარეობა, ყოველგვარი გამოვლინების გარეშე.

ყოველივე ამის შემდეგ თუ გავიხსენებთ ზემოთ ნათქვამს იმის შესახებ, თუ რა მნიშვნელობა აქვს კუჭის კიბოს პროგნოზისა და მკურნალობისათვის დაავადების ნაადრევად გამოცნობას, გასაგები გახდება ზუსტი დაკვირვებისა და განსაკუთრებული ყურადღების საჭიროება.

კუჭის კიბო მძიმე და საშიში დაავადებაა. მის წინააღმდეგ ბრძოლა საჭიროა გეგმიანად და სისტემატურად. კუჭის კიბოს წინააღმდეგ ბრძოლაში მონაწილეობა უნდა მიიღოს ჯანდაცვის დარგის ყველა მუშაკმა და რომ ეს ბრძოლა იყოს ეფექტიანი, საჭიროა სანიტარული განათლების მასობრივად დანერგვა. სწორი არ იქნება ვუცადოთ მეცნიერების იმ დიდ გამარჯვებას, როდესაც სიმსივნეების ეტიოლოგისა

და პათოგენეზის პრობლემა საერთოდ იქნება გადაწყვეტილი. ეტიოპათოგენეზის შესწავლა და გამოცნობა, მიუხედავად მისი უდიდესი მნიშვნელობისა, ჯერ კიდევ არ ნიშნავს დაავადების მკურნალობის პრობლემის რადიკალურ გადაწყვეტას.

კუჭის კიბოს უნდა შეეებრძოლოთ ყველა იმ მონაცემების გამოყენებით, რომელიც დღეს გააჩნია სამედიცინო მეცნიერებას. ერთხელ კიდევ ხაზგასმით აღვნიშნავთ, რომ, მართალია, კუჭის კიბოთი დაავადება დიდი უბედურებაა ადამიანისათვის, მაგრამ მისგან განკურნება შეიძლება, მკურნალობის მხოლოდ ოპერაციული წესით—კუჭის რადიკალური რეზექციით, რომელიც უნდა გაკეთდეს დაავადების მხოლოდ ნაადრევ სტადიაში.

კუჭის კიბოს მკურნალობის ეფექტურობისათვის აუცილებელია მისი გამოცნობა დაავადების დასაწყისშივე.

კუჭის კიბოს აქვს ლოკალიზაციის დამახასიათებელი ადგილები, ე. ი. მიდამოები, სადაც იგი ძალიან ხშირად გვხვდება. უფრო ხშირად კუჭის კიბო ვითარდება მცირე სიმრუდეზე, განსაკუთრებით კუჭის გასავლის მახლობლად, არაიშვიათად კუჭის კიბო შეიძლება შესავლის ნაწილშიაც მდებარეობდეს, საყლაპავი მილისა და კუჭის საზღვარზე. ეს უკანასკნელი მდებარეობა — კარდიალური ლოკალიზაცია — დაავადების მიმდინარეობისა და ოპერაციული ტექნიკის სირთულის გამო კუჭის კიბოს ცალკე ფორმად არის გაბოყოფილი.

კუჭის მცირე სიმრუდის კიბოს ახასიათებს ზრდა კუჭის წინა და უკანა ზედაპირის მიმართულებით. ზოგჯერ კიბო გავრცელდება კუჭის ერთ-ერთ ზედაპირზე მთლიანად და სიმსივნე ჩაეზრდება ახლომდებარე ორგანოებში. შედარებით იშვიათია კუჭის კიბო დიდ სიმრუდეზე. ხოლო კუჭის ძირის მიდამოში კიდევ უფრო იშვიათია.

თანამედროვე გამოკვლევების საფუძველზე გამორკვეულია, რომ შემთხვევათა 75%-ში კუჭის კიბოს ლოკალიზაცია ისეთია, რომ შესაძლებელია რადიკალური ოპერაციის გაკეთება, თუ დიაგნოზი დროზე არის დასმული და დაავადება არ არის შორსწასული.

მიკროსკოპიული შენების მიხედვით არჩევენ კუჭის კიბოს შემდეგ სახეებს: 1. ედენოკარცინომას ანუ ავთვისებიან ადენომას, 2. ალვეოლარულ ანუ სოლიდურ კიბოს, 3. კოლოიდურ კიბოს, 4. დიფუზურს, პოლიმორფულუჯრედოვან კიბოს.

ეპითელური ქსოვილისა და შემაერთებელი ქსოვილის ურთიერთობის მიხედვით შეიძლება გავარჩიოთ ორი სახის კუჭის კიბო: 1. ტვინოვანი კიბო, რომელიც შეიცავს შემაერთებელი ქსოვილის მცირე რაოდენობას, და 2. მკვრივ კიბოს ანუ სკირს, რომელიც შეიცავს ბოჭკოვან-

შემაერთებელი ქსოვილის დიდ რაოდენობას. მკვრივი კიბოს დროს კუჭი გარდაიქმნება მკვრივ კედლიან მილად.

ჩვენი კლინიკური მასალიდან (353 შემთხვევა) ინოპერაბიულ მდგომარეობაში იყო 258 ავადმყოფი — 78%-ე. ი. უკვე აღარ შეიძლებოდა რადიკალური ოპერაციის გაკეთება. რადიკალური ოპერაცია კუჭის რეზექციის სახით გაუკეთდა 95 ავადმყოფს, რაც ავადმყოფთა საერთო რიცხვის 22%-ს უდრის.

კუჭის კიბოს ყველაზე უფრო ნაადრევი ფორმა გამოამკარავებული იყო იმ ავადმყოფებში, რომლებიც კლინიკაში მიღებული იყვნენ კუჭის წყლულის დიაგნოზით, ლაპარატომიის შემდეგ კი დადასტურებული იყო კუჭის კიბო, ან ამოკვეთილი კალოზური წყლულის ჰისტოპათოლოგიური შესწავლით, დადასტურდა კუჭის კიბო.

ერთეულ შემთხვევაში ავადმყოფებს ოპერაცია გაუკეთდათ კუჭის წყლულის დიაგნოზით და მუცლის ღრუს გახსნისას კი აღმოჩნდა კიბო ინოპერაბილურ მდგომარეობაში. 17 შემთხვევაში რენტგენოლოგიურად დასმული იყო კუჭის წყლულის დიაგნოზი, მუცლის ღრუს გახსნისას კი აღმოჩნდა კუჭის კიბო; მათ შორის 3 ავადმყოფი დაავადების ტერმინალურ სტადიაში იმყოფებოდა და ოპერაცია განისაზღვრა მხოლოდ ლაპარატომიით.

ჩვენი მასალა ადასტურებს, რომ ჩვეულებრივ კუჭის კიბოთი დაავადებულს ხანმოკლე ანამნეზი აქვს. ანამნეზის ხანგრძლივობა არ აღემატებოდა ერთ წელს შემთხვევათა 75%-ში, ორ წლამდე ანამნეზი ჰქონდა ავადმყოფების 15%-ს. შედარებით იშვიათად, სამ წელზე უფრო ხანგრძლივი არიან ავადმყოფები, რომლებიც კუჭის მხრივ მოვლენებს აღნიშნავდნენ 10—15 წლის განმავლობაში და უფრო მეტიც—20 წლამდე. ჩვენი მასალის მიხედვით ასეთი იყო 22 ავადმყოფი. ანამნეზის შეფასებისას მხედველობაში უნდა გვქონდეს ის გარემოება, რომ ჯერ ერთი ექიმის მიერ ყოველთვის არ მეღავნდება დაავადების ნამდვილი ისტორია, რადგან ხშირად არც ექიმი და არც ავადმყოფი არ აქცევენ ყურადღებას იმ „მცირე ნიშნებს", რომელთაც ადგილი აქვს დაავადების ნაადრევ სტადიაში. ვარდა, ამისა, როცა კუჭის დაავადების მოვლენა ხანგრძლივად მიმდინარეობს, როგორც ეს ზემოთ იყო აღნიშნული 22 ავადმყოფის მიმართ, ცხადია, ამ შემთხვევაში ავთვისებიან პროცესს — კუჭის კიბოს, უსათუოდ წინ უძღოდა კუჭის ქრონიკული დაავადებანი, როგორიცაა: გასტრიტი, კუჭის წყლული, პოლიპოზი, რომელიც გადაგვარდა კიბოდ. აღნიშნული 22 ავადმყოფი დიდი ხნის განმავლობაში მკურნალობდა, როგორც კუჭის წყლულით დაავადებული; ამათგან 15 შემთხვევაში კუჭის კიბო განვითარებული იყო კალოზური წყლულის ნიადაგზე.

ჩვენი მასალის მიხედვით 20 ავადმყოფს რაიმე ჩიყილი კუჭის

მხრივ არ ჰქონდა და მათ შემთხვევით შეამჩნიეს სიმსივნე ეპიგასტრიუმის მიდამოში, რის გამოც მიმართეს ექიმს. კუჭის კიბოს ასეთი ფორმა უნდა მიეკუთვნოს „ფარულს“.

ჩვენი მასალით სხვადასხვა სიდიდის სიმსივნე ხელით ისინჯებოდა 295 შემთხვევაში, რაც მთელი მასალის 85%-ს შეადგენს, როდესაც სიმსივნე ისინჯებოდა და სხვა მონაცემიც ადასტურებდა კუჭის კიბოს, ძალიან ხშირად რადიკალური ოპერაციის გაკეთება შეუძლებელი იყო. ამ ჯგუფის ავადმყოფებიდან რადიკალური ოპერაცია გაუკეთდა 52-ს, რაც 14%-ს შეადგენს.

27 ავადმყოფს პალპატორულად სიმსივნე არ ესინჯებოდა, ოპერაციისას დადასტურდა კუჭის კიბო და მოხერხდა კუჭის რეზექციის გაკეთება.

აღსანიშნავია, რომ ჩვენი ავადმყოფების 87% უჩიოდა მოელეხებს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მხრივ. 13%-ს რაიმე ჩივილები საჭმლის მოძნელებელი სისტემის მხრივ არ ჰქონდა. ყველაზე ხშირად ავადმყოფები უჩიოდნენ ტკივილს ეპიგასტრიუმის მიდამოში (25%), პირღებინებას (18%) მწვავე ტკივილს მუცლის მიდამოში აღნიშნავდა ავადმყოფთა 8,5%.

სისხლის მხრივ აღინიშნებოდა ჰემოგლობინის შემცირება და ადგილი ჰქონდა სხვადასხვა ინტენსივობით გამოხატულ ანემიას. ჰემოგლობინი 30-დან 60% იყო 148 (142.2%) შემთხვევაში. დიდ უმრავლესობას ჰქონდა კუჭის წვენში მჟავიანობის მკვეთრი დაქვეითება. რძის მჟავა აღინიშნება 35 შემთხვევაში.

ჩვენი მასალით კუჭის კიბოს გამო რეზექცია გაუკეთდა 95 ავადმყოფს, ამათგან ერთ ავადმყოფს გაუკეთდა კუჭის ტოტალური რეზექცია, 4 ავადმყოფს კი სუბტოტალური რეზექცია.

უკანასკნელ პერიოდში კუჭის კიბოს გამო ძალიან ხშირად კეთდება ფართო რეზექცია დიდ ბადექონთან ერთად, როგორც წესი, ზოგიერთი იშვიათი გამონაკლისის გარდა ოპერაცია მთავრდება ბილროტ მეორით.

კუჭის რეზექციის 95 შემთხვევიდან ხუთჯერ ოპერაცია შესრულებული იყო ბილროტ პირველის წესით. ინოპერაბილური მდგომარეობის გამო 142 ავადმყოფს დაედო გასტროენტეროანასტომოზი, უკანა ან წინა, როგორც პალიატიური ღონისძიება.

116 ავადმყოფს გაუკეთდა მხოლოდ ლაპარატომია. სამ შემთხვევაში კუჭის რეზექციასთან ერთად ამოუკვეთეს განივი კოლინჯიც.

კუჭის კიბოს გამო გაფართოებული რეზექციის შემდეგ ექვსი თვიდან ორ წლამდე კლინიკაში დაბრუნდა ხუთი ავადმყოფი რეციდივით, ინოპერაბილურ მდგომარეობაში ერთი ავადმყოფი, რომელსაც კუჭის რეზექციასთან ერთად გაუკეთდა განივი კოლინჯის რეზექცია — განივ

ოლინჯში სიმსივნის ჩაზრდის გამო. რეციდივის გამო კლინიკაში განმეორებით შემოვიდა ორი თვის შემდეგ.

იმ 95 ავადმყოფიდან, რომელთაც გაუკეთდათ ოპერაცია — კუჭის რეზექცია, კიბო უმთავრესად მდებარეობდა პილორუსის მიდამოში. მცირე სიმრუდეზე, უფრო იშვიათად კუჭის სხეულზე, დიდ სიმრუდეზე და კარდიის მიდამოში.

95 ავადმყოფიდან, რომელთაც გაუკეთდათ კიბოს გამო კუჭის რეზექცია, ოპერაციის შემდეგ გარდაიცვალა 12 ავადმყოფი, რაც შეადგენს 11,9%-ს გასტროენტეროანასტომოზი გაუკეთდა 142 ავადმყოფს, ამათგან გარდაიცვალა 16—11%.

უოპერაციოდ კუჭის გამო ხუთი ავადმყოფი გარდაიცვალა.

ჩვენს მასალაზე, ერთ შემთხვევაში კუჭის ინოპერაბილური კიბოს გამო ნაწარმოები იყო ალკოჰოლიზაცია. აღნიშნული წესი ეკუთვნის ნ. პეტროვს, რომელიც მან მოგვაწოდა 1933 წ. გარკვეული ჩვენების დროს.

ადამოვი და პერელმანი გვირჩევენ ინოპერაბილური კუჭის კიბოს დროს ტკივილის შესამცირებლად სპლანქიკუსის ანესთეზიას.

ამგვარად, კუჭის კიბოსთან ბრძოლის საქმეში პირველი საკითხია ნაადრევი დიაგნოსტიკა, მეორე—კიბოს წინარე დაავადებების გამოვლენა და მკურნალობა. ყოველივე ამ ღონისძიებას თუ გავატარებთ, მაშინ ჩვენი სტატისტიკა კუჭის კიბოს მკურნალობის შედეგების შესახებ, შეიცვლება.

კუჭის კიბოსათვის დამახასიათებელი სიმპტომი — კომპლექსი, გაბნილული უნდა იქნეს კრიტიკულად. გავრცელებული აზრი იმის შესახებ, რომ კუჭის კიბო გვხვდება მოხუცთა შორის, სწორი არ არის. კუჭის კიბოს სიხშირე პროგრესიულად მატულობს 35 წლიდან 50 წლის ასაკამდე. ასევე სიმსივნის პალპატორულად გასინჯვა, კახექსია, ანემია, აქილია დამახასიათებელია კუჭის კიბოსათვის, მაგრამ ეს ნაადრევ სტადიაში, არამედ შორსწასული ფორმის დროს, როდესაც უმეტეს შემთხვევაში რადიკალური ოპერაციის გაკეთება შეუძლებელია. უნდა შეიქმნას ისეთი პირობები, რომ კუჭის კიბო გამოცნობილი იყოს ადრეულ სტადიაში. ამისათვის კი საჭიროა ყურადღების გამახვილება კუჭის ნაადრევი სიმპტომატოლოგიის ე. წ. „მცირე ნიშნების“ დროულ გამოვლენაზე იმისათვის, რომ დროულად გამოვიცნოთ კუჭის კიბო, საჭიროა „ონკოლოგიური სიფხიზლე“. სავიცკი „ონკოლოგიური სიფხიზლის“ ქვეშ გულისხმობს: 1. ეჭვს კიბოს არსებობაზე, 2. ანამნეზის გულდასმით შეკრებას და ანალიზს, 3. გამოკვლევის სპეციალური მეთოდების გამოყენებას.

როცა ავადმყოფს კუჭის მბრეე აქვს ჩივილები, რა თქმა უნდა, ყვე-

ლა შემთხვევაში არ დავსვამთ კუჭის კიბოს დიაგნოზს, მაგრამ უნდა ვიფიქროთ მასზე და შემდგომი გამოკვლევებით დავადგინოთ ან გამოვრიცხოთ ის.

კუჭის კიბოს პრობლემაში წამყვანია აგრეთვე ყველა პრეკანცერული დაავადების დროულად გამოცნობა.

პრეკანცერია კუჭის მცირე სიმრუდის კალოზური წყლულია, მისგან კიბო ვითარდება დაახლოებით 13%-ში და თუ ავადმყოფს, რომელსაც მცირე სიმრუდის წყლული აქვს, დროულად გაუკეთდა ოპერაცია, კუჭის კიბოს შემთხვევები 13%-ით შემცირდება. მართალია, თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული არ გადაიცდის მალიგნიზაციას, მაგრამ შესაძლებელია თორმეტგოჯა ნაწლავის დროს, როგორც წყლულის დროს, როგორც წყლულოვანი დაავადების შედეგი, განვითარდეს მეორე წყლული, მცირე სიმრუდეზე, რომელმაც შეიძლება მალიგნიზაცია განიცადოს. ამიტომ შეუხორცებელი, ქრონიკულად მიმდინარე თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის შემთხვევაში ოპერაციული ჩვენების დასასაბუთებლად ეს მომენტიც უნდა იქნეს მიღებული მხედველობაში.

ასევე კუჭის პოლიპისა და პოლიპოზის, კეთილთვისებიანი სიმსივნეების დროს, დროულად უნდა გაკეთდეს ოპერაცია.

ანაციდური გასტრიტის, პერნიციოზული ანემიის (ადისონ-ბირმერის დაავადების) ფონზე შეიძლება განვითარდეს კუჭის კიბო. მალიგნიზაციის პროგრესის დროულად გამოვლენისათვის საჭიროა ასეთი ავადმყოფების დისპანსერიზაცია. სწორედ აქ არის საჭირო „ონკოლოგიური სიფხიზლე". აი ესაა კუჭის კიბოს პროფილაქტიკის ერთ-ერთი რეალური საშუალება.

ახლა შევეხოთ ამ დაავადების ეტიოპათოგენეზსა და სხვა საკითხებს.

კიბო კაცობრიობის უდიდესი უბედურებაა. დაახლოებით მოსახლეობის 4% იღუპება კიბოსაგან. არის ახრი (შეიძლება არაზუსტი) ადამიანები კიბოთი რომ არ ავადდებოდნენ, მაშინ მათი სიცოცხლის ხანგრძლივობის საშუალო მაჩვენებელი 18 წლით გაიზრდებოდა. ამიტომაც მწვავედ დგას კიბოს წინააღმდეგ ბრძოლის საკითხი.

ონკოლოგიაში ცენტრალური ადგილი უჭირავს კუჭის კიბოს; ცნობილია, რომ კიბოსაგან დაღუპულთა 40%-ი კუჭის კიბოზე მოდის.

კუჭის კიბოს მკურნალობა მხოლოდ და მხოლოდ რადიკალური ოპერაციაა. ამავე დროს ოპერაბილური შემთხვევები ჯერ კიდევ მცირერიცხოვანია. ამ მძიმე მდგომარეობიდან გამოსავალი არის კუჭის კიბოს დროული დიაგნოსტიკა.

ძუძუს კიბო. ავადმყოფთა დეგენერაცია. კისრის დამაგებითი ნეკნი. კუჭდღლის ფუჩი.

ავადმყოფი ს. მ., ქალი, 48 წლის, მიღებულია კლინიკაში ორთავე სარძევე ჯირკვალში სიმსივნის დიაგნოზით. როგორც ავადმყოფი აღნიშნავს, დაახლოებით ერთი წლის წინათ მარჯვენა ძუძუს მიდამოში შეამჩნია სიმსივნის მსგავსი წარმონაქმნი, რომელიც თანდათანობით მატულობდა. ხუთი თვის წინათ კი სიმსივნე გაუჩნდა მარცხენა ძუძუში.

შემოსვლისას ავადმყოფის მარჯვენა ძუძუ მთლიანად დაკავებულია სიმსივნით, მარცხენა ძუძუს გარეთა ზედა კვადრანტში ისინჯება სიმსივნური წარმონაქმნი, მოძრავი, მკვრივი კონსისტენციის, ზომით 3 × 6 სმ.

ავადმყოფი კ. ა., ქალი 64 წლის, მიღებულია კლინიკაში სიმსივნური წარმონაქმნით მარჯვენა სარძევე ჯირკვალში. როგორც ავადმყოფი აღნიშნავს, ორი წელია, რაც შეამჩნია სიმსივნე მარჯვენა ძუძუს არეში.

შემოსვლისას მარჯვენა სარძევე ჯირკვლის შიგნითა ზედა კვადრანტში ისინჯება სიმსივნური წარმონაქმნი, დაწყლულებული ზედაპირით, მკვრივი, ფიქსირებული ნეკნებთან, ზომით 10×9 სმ. მარჯვენა იღლიის ფოსოში ისინჯება გადიდებული ლიმფური კვანძი, მკვრივი კონსისტენციის, ფიქსირებული. რენტგენოლოგიურად მეოთხე ნეკნი განიცდის დაშლას და მოტეხილია.

ამრიგად, ამ შემთხვევაში საქმე გვაქვს მარჯვენა ძუძუს კიბოსთან (ძეტასტაზებით დაავადების მეოთხე სტადიასთან). ვინაიდან მარჯვენა ძუძუს ზედა კვადრანტში არსებული სიმსივნე დაწყლულებულია, ავადმყოფს აქვს ჭარბი რაოდენობა სუნიანი გამონადენისა. გადაწყდა გაკეთდეს პოლიტიური ოპერაცია — დაწყლულებული სიმსივნის ამოკვეთა. გაუკეთდა სექტორალური რეზექცია, შემდეგ ქიმიოთერაპია.

ავადმყოფი ბ. მ., ქალი, 52 წლის, მიღებულია კლინიკაში ტკივილით წელის არეში და სიმსივნით მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში. როგორც ავადმყოფი აღნიშნავს, 10 თვის წინათ მარჯვენა ძუძუს სიმსივნის გამო გაუკეთდა რადიკალური ოპერაცია. ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევით დადგინდა ძუძუს კიბო. დაახლოებით ორი თვეა დაეწყო ტკი-

სურ. 14. მარჯვენა ძუძუს კიბო.

ვილი წელის არეში, ამავე დროს შეამჩნია სიმსივნე მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში. შემოსვლისას აღნიშნავს ძლიერ ტკივილს წელის არეში. პალპაციით ისინჯება გადიდებული ღეიძლი, რომელიც მკვრივია, შეხებით კი მტკივნეული. რენტგენოლოგიურად წელის მესამე მალის სხეულში მარცხნივ აღინიშნება ძელოვანი სტრუქტურის გაფხვიერება, კონტური დაკბილულია.

ამრიგად, ავადმყოფს 10 თვის წინათ მარჯვენა ძუძუს კიბოს გამო გაუკეთდა რადიკალური ოპერაცია. ამჟამად კი გავრცელებულია მეტასტაზი წელის მესამე მალასა და ღვიძლში.

ავადმყოფი გ. მ., ქალი, 42 წლის, მიღებულია კლინიკაში მარცხენა ძუძუში სიმსივნით, რომელიც მან ორი თვის წინათ შეამჩნია. 15

წლის წინ კი დაავადებული იყო ბასტიტით. ამჟამად მარცხენა ძუძუს ქვემო გარეთა კვადრანტში ისინჯება მოძრავი, შეხებით უმტკივნეულო სიმსივნე. უნდა იყოს ადენომა. საჭიროა გაკეთდეს ოპერაცია — ამოვიღოთ სიმსივნე. ჰისტოპათოლოგიურად თუ აღმოჩნდა კიბო, მაშინ მეორე მომენტად გაკეთდება რადიკალური ოპერაცია.

სანამ შევეხებოდეთ ძუძუს კიბოს კლინიკას, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საკითხებს, საჭიროა გავეცნოთ ძუძუს ფიზიოლოგიასა და ანატომიას.

ძუძუ, სარძევე ჯირკვალი, განიცდის მრავალგვარ ფიზიოლოგიურ ცვლილებებს მენსტრუაციის, ორსულობისა და ლაქტაციის პერიოდში. მენოპაუზის დროს მასში ხდება ატროფიული ცვლილებები. ამასთან დაკავშირებით ძუძუში მრავლად ხდება როგორც მაკრო, ისე ჰიკროსკოპიული ცვლილებები. ისინი უნდა განვასხვავოთ პათოლოგიური ცვლილებებისაგან. ძალიან იშვიათად მამაკაცის ძუძუც განიცდის დაავადებას.

სარძეო ჯირკვლების პათოლოგიის შემთხვევაში ზუსტი დიაგნოზის დასმა არც ისე ადვილია. მიუხედავად იმისა, რომ ხელით გასასინჯად იგი ადვილად მისაწვდომია, დიაგნოზის დაზუსტებისათვის ხშირად საჭირო ხდება ბიოფსიის გაკეთება.

ძუძუ მეზოდერმული და ექტოდერმულ წარმოშობის ორგანოა. იგი სათესლე ჯირკვლის ანალოგიურად წარმოიქმნება სარძევე ხაზის გაყოლებით. ეს ხაზი (გრეის მიხედვით) დაწყებული კეფიდან, ლავიწის შუა ხაზის გაყოლებით, ბოქვენის ძვლებამდე გრძელდება. ორთავე ხაზზე აღინიშნება რამდენიმე დვრილი, მაგრამ დაბადების შემდეგ აღნიშნული დვრილებიდან რჩება მხოლოდ ერთი წყვილი. იგი მდებარეობს მე-5 ნეკნთა შორის სივრცეში, ლავიწის შუა მიდამოში გატარებულ ხაზზე. ზოგჯერ დამატებით დვრილი რუდიმენტის სახით რჩება დაბადების შემდეგაც და ნორმალური ლაქტაციის დროს გამოყოფს კიდეც რძეს მცირე რაოდენობით. არის შემთხვევები, როდესაც ასეთი რუდიმენტური ძუძუ ავთვისებიანი სიმსივნის კერად გადაიქცევა.

ძუძუ ჯირკვლოვანი ორგანოა. მისი სადინარები მიმართულია დვრილიდან პერიფერიაზე. ისინი რადიალურად იყოფიან პირველად, მეორად და მესამედ სადინარებად.

ჯირკვლოვანი ქსოვილი უფრო მჭიდროა ცენტრში და თხელდება პერიფერიისაკენ. ძუძუს ზემო ნაწილი აღწევს იღლიის ფოსოს ნაჭდევს და გადაწეულია ლატერალურად.

ძუძუს ჯირკვლოვანი ნაწილი დაყოფილია წილებად, წილები კი იყოფა წილაკებად და გახვეულია ცხიმოვან ქსოვილში. ამ წილაკებს შორის გაივლის მრავალი ფიბროზული ზონარი, რომლებიც ცნობილია კუპერის იოგების სახელწოდებით.

ეს იოგები ძუძუს საფიქსაციო აპარატია და მიემართება ვერტიკალურად, ღრმა ფასციიდან — კანისაკენ.

ძუძუ ცვალებადობს ფიზიოლოგიურ მდგომარეობასთან დაკავშირებით. ნორმალურად ქალის ძუძუს ალვეოლები მცირე ოდენობისაა და ამოვსებულია ჯირკვლოვანი უჯრედებით. ორსულობის დროს უჯრედები სწრაფად მრავლდებიან. ტერმინალურ ნაწილში ისინი განიცდიან ცხიმოვან გადაგვარებას და გამოიყოფიან რძესთან ერთად, ხსენის სხეულაკების სახით. ფიბროზული ქსოვილი მთლიანად აკრავს გარშემო ძუძუს.

ძუძუს კანის ინერვაცია სეგმენტურია. ჩვეულებრივ მასტექტომიის მნიშვნელობისაა ორი ნერვი:

1. გულმკერდის გრძელი ნერვი, რომელიც ძძასთანავე ანერვებს წინდაკბილულ კუნთს, შეიცავს კისრის მე-5—6—7 ნერვების ბოჭკოებს, მიემართება ქვემოთ და აღწევს დაკბილულ კუნთს.

2. თორაკო-დორზალური ნერვი; იგი გამოეყოფა მხრის წნულს, უკანა ზედაპირზე შეიცავს კისრის მე-5—6—7 ნერვების ბოჭკოებს. აღწევს უგანიერესი კუნთის წინა კედელს. ოპერაციის დროს შეძლებისდაგვარად უნდა ვერიდოთ აღნიშნული ნერვების გადაჭრას, რომ არ განვითარდეს სათანადო კუნთების დამბლა.

ძუძუს დვრილი პერფორირებულია მრავალი წვრილი ხვრელით, რომლებიც წარმოადგენენ სარძეო სადინარების დაბოლოებას. მათი საშუალებით ხდება ძუძუს სხვადასხვა სეგმენტის დრენირება. დვრილის გარშემო მდებარე პიგმენტირებული არე ცნობილია არეოლის სახელწოდებით. ეასზე განლაგებულია 12—15 რადიალური შემაღლება. ისინი შეესატყვისებიან მონტგომორის ცხიმოვან ჯირკვლებს. ორსულობისას ამ ჯირკვლებში ხდება ცხიმის აქტიური სეკრეცია.

ძუძუს ანთებადი დაავადებანი

ქრონიკული ცისტური მასტიტი ქალის ძუძუს ხშირი დაავადებაა და ცნობილია შიმელბუშის დაავადების, ან ქრონიკული ინტერსტიციული მასტიტის სახელწოდებით; იგი უნდა განვასხვაოთ ძუძუს ინფექციებისაგან, რომელთა მაგალითს წარმოადგენს ჩირქოვანი მასტიტი.

ჰისტოლოგიური გამოკვლევებით შესაძლებელია ქრონიკული ცისტური მასტიტის ადენომისაგან გარჩევა. პირველ შემთხვევაში სარძევე სადინარები გაგანიერებულია ჰიპერსეკრეციის გამო, მათი დაცობა დიდი და მცირე ცისტების განვითარების მიზეზია. ხშირად აღინიშნე-

ბა პერიდუქტალური და ინტერდუქტალური ფიბროზი. დაავადებია აქტიურ სტადიაში შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს მრგვალ უჯრედოვან ინფილტრაციას. ზოგჯერ მიკროსკოპიულად ნახულობენ ქოლესტერინის კრისტალებს. ეს ცვლილებები ვითარდება ხანგრძლივი დაავადების შედეგად. ჩვეულებრივად ავადდებიან 25—45 წლის ქალები. საერთოდ ძუძუს ატროფიის შემდეგ სადინარის უჯრედოვანი ელემენტები განიცდის უკუგანვითარებას, ისე როგორც ფიბროზული ჰიპერპლაზია. ზოგჯერ კი ჰიპერპლაზიის ნიშნები მთელი სიცოცხლის განმავლობაში რჩება.

ქრონიკული ცისტური მასტიტის ეთიოლოგია ცნობილი არ არის. მკვლევართა უმრავლესობის აზრით იგი დაკავშირებულია ესტროგენულ ციკლთან და წარმოიშობა მენსტრუაციისა და ორსულობის შემდეგ ნორმალური ინვოლუციის გაუკულმართების შედეგად, რის გამოც ჰიპერპლაზიური ფაზა ხანგრძლივდება.

სიმპტომები: ავადმყოფი უმთავრესად ტკივილს უჩივის უსწორმასწორო ზედაპირის მქონე კვანძის არეში; ზოგჯერ მთელი ძუძუ მტკივნეულია. ტკივილი ჩვეულებრივად ხანგამოშვებით მიმდინარეობს, უფრო ხშირად მისი ინტენსივობა ცვალებადია — მენსტრუაციასთან დაკავშირებით. ზოგჯერ ტკივილი ემთხვევა ოვულაციას. შემთხვევათა 10%-ში ადგილი აქვს ძუძუს დვრილიდან გამონადენის სპონტანურ გამოყოფას. გამონადენის ფერი შეიძლება იყოს მომწვანო, ყვითელი ან უფერო მუქ-ყავისფრამდე. ზოგჯერ იგი შეიცავს სისხლს. სუბარიეოლარულ მიდამოში და დვრილზე ხელის დაჭერისას გამოიყოფა სეკრეტი — მცირე რაოდენობით.

თუ გამონადენი სისხლიანია, იგი ხშირად მიუთითებს ინტრადუქტალურ პაპილომაზე, ზოგჯერ კი ინტრადუქტალურ კარცინომაზე. პაპანიკოლაუს მონაცემებით ასეთი გამონაყოფის შესწავლით 20%-ში ნახული იყო კიბოს უჯრედები.

არის თუ არა ქრონიკული მასტიტი კიბოს წინარე დაავადება? — ამას ცალკე განვიხილავთ.

ობიექტურად, ჩვეულებრივ, ძუძუ მკვრივი, კვანძოვანია, უსწორმასწორო ზედაპირით. ძუძუს კუთხე ხშირად ემსგავსება მახვილს. საჭიროა ამ დაავადების დიფერენცირება კიბოსაგან. ქრონიკული ცისტური მასტიტის დროს ძუძუდან მოყვითალო სითხის გამოყოფა არ გამორიცხავს კიბოს, მაგრამ კიბოს დიაგნოზისათვის საჭიროა კიდევ სხვა მონაცემებიც.

ქრონიკული ცისტური მასტიტის მკურნალობის ეფექტური საშუალება არ არსებობს. საჭიროა ავადმყოფს მივცეთ დასაწყნარებელი საშუალებანი. ოპერაცია იმ შემთხვევაში უნდა გაკეთდეს, როცა დიფერენციული დიაგნოზისათვის საჭიროა ბიოფსიის გაკეთება. ზოგ-

ჯერ შეიძლება საჭირო გახდეს სუბტოტალური მასტექტომია. ასეთი ავადმყოფები წლის განმავლობაში რამდენიმეჯერ უნდა გავსინჯოთ, მით უმეტეს ხანშიშესულნი, რადგან 50 წლის შემდეგ ძუძუს კიბო უფრო ხშირია.

მასტოდონია—მტკივნეული ძუძუ. ჩვეულებრივ მასტოდონია დაკავშირებულია ქრონიკულ ცისტურ მასტიტთან, მაგრამ ძუძუს მტკივნეულობას შეიძლება ადგილი ჰქონდეს აშკარა პათოლოგიის გარეშეც. მაგალითად, დიდი ჩამოკიდებული ძუძუს შემთხვევაში, ერთ ან ორივე მხარეზე.

ცალმხრივი მასტოდონიის დროს შესაძლებელია ვიფიქროთ, რომ ადგილი აქვს ძუძუს აბსცესს ან ცისტის ჰემორაგიას. ამ შემთხვევაში საჭიროა ცისტის ამოკვეთა ან დრენირება. უნილატერალური მასტოდონია შეიძლება გამოწვეული იყოს სოლარული ფიბროადენომით. ფიბროადენომა, ჩვეულებრივ, გვხვდება ახალგაზრდა ასაკში 35 წლამდე.

სამკურნალოდ მიმართავენ ანალგეზიურ საშუალებებს. იმ შემთხვევაში, თუ ისინჯება ძუძუს სიმსივნე დიფერენციული დიაგნოზისათვის, ყველაზე უფრო საიმედოა ბიოფსიის გაკეთება.

მწვავე მასტიტი, მწვავე, ბაქტერიულ-სტაფილოკოკური ინფექციაა. მასტიტით ქალი ავადდება ორსულობის ბოლო პერიოდში და ლაქტაციის დროს. დაავადების მიზეზი ჩვეულებრივ დვრილისა და არეოლარულ არეში კანის დაზიანებაა, საიდანაც შეჭრილი ინფექცია რეტოგრადულად, სადინარების გზით, ძუძუს სიღრმეში აღწევს და წარმოიქმნება აბსცესი. აღსანიშნავია ლოკალურად ტემპერატურის მომატება, ტკივილი, გამკვრივება და სხეულის ტემპერატურის მომატებაც.

მკურნალობა: ანტიბიოტიკები, სითბო; ანალგეტიკა, პროცესის შემოსაზღვრის შემდეგ საჭიროა ჩირქგროვის გაკეთა და დრენირება. თუ ანთება განვითარდება ლაქტაციის პერიოდში, ბავშვის ძუძუთი კვება უნდა შეწყდეს და ავადმყოფს დაენიშნოს ტილბესტროლი—ლაქტაციის შესაწყვეტად.

ღრმად მდებარე აბსცესის დროს ზოგჯერ საჭირო ხდება ჩირქის ასპირაცია ან კონტრაპერტურის გაკეთება.

ტუბერკულოზური მასტიტი—შედარებით იშვიათი დაავადებაა. ტუბერკულოზური ქონდრიტის დროს შეიძლება პროცესი გავრცელდეს ძუძუზე და განვითარდეს ტუბერკულოზური მასტიტი. ზოგჯერ ტუბერკულოზური მასტიტი დაკავშირებულია საქონლის ტუბერკულოზთან, კერძოდ ის განპირობებულია ცუდად პასტერიზებული რძის მიღებით. ტუბერკულოზური აბსცესი შეიძლება გაიხსნას სპონტანურად და განვითარდეს ფისტულა. საჭიროა აბსცესის ამოკვეთა, თავის

გარსებთან ერთად. ამასთან ერთად საჭიროა ზოგადი მკურნალობის ჩატარება ფიზიკურ, პასკით, სტრეპტომიცინით.

ძუძუს კიბო

კავკასიელი ქალები ხშირად ავადდებიან ძუძუს კიბოთი. ამ დაავადებას სიხშირის მიხედვით მეორე ადგილი უჭირავს საშვილოსნოს კიბოს შემდეგ; ნიოსკის მასალის მიხედვით კი — პირველი. ძუძუს კიბოს ნაადრევ დიაგნოსტიკას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს დროული მკურნალობის დაწყებისათვის. ავადმყოფის პირველი გასინჯვისთანავე უნდა გამოვარკვიოთ დაავადების სტადია, ქალის ენდოკრინული აქტივობა, ავადმყოფის ისტორია, სიმსივნის ოდენობა, მისი ლოკალიზაცია, მეტასტაზები, ავადმყოფის ასაკი. მნიშვნელობა აქვს გეოგრაფიულ ფაქტორს, ე. ი. ძუძუს კიბო სხვადასხვა ქვეყანაში ერთნაირი სიხშირით არ გვხვდება. ნაწილობრივ ეს მოვლენა დამოკიდებულია იმაზე, თუ როგორ არის დაყენებული ამა თუ იმ ქვეყანაში სამედიცინო დახმარება. მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ქალის ზოგად მდგომარეობას: ორსულობას, ლაქტაციას, მენოპაუზას და პოსტმენოპაუზას. ყოველ პერიოდში დაავადების გამოსავალი სხვადასხვაა. ამ ბოლო ხანებში შემჩნეულია, რომ, სტატისტიკური მონაცემებით, შეერთებულ შტატებში კიბოს სიხშირემ იმატა; ასევე აღინიშნება კიბოს გახშირება სხვა ქვეყნებშიც. არის რამდენიმე ფაქტორი, რომელიც ამტკიცებს კიბოს სიხშირის მატებას; პირველი ის, რომ სიცოცხლის ხანგრძლივობამ მოიმატა. კიბო არის დაავადება, რომლის სიხშირე პროგრესულად მატულობს სიცოცხლის ყოველ შემდგომ დეკადაში.

ბავშვთა ასაკის სიკვდილიანობის მნიშვნელოვანი შემცირება და სიცოცხლის გახანგრძლივება ქმნის იმის პირობას, რომ უფრო ხშირად გამოვლინდეს კიბო. ამჟამად შეერთებულ შტატებში ყველა ფორმის კიბოს გამო მოსახლეობის სიკვდილიანობა შეადგენს 10%-ს. ყველა სახის ავთვისებიანი სიმსივნის გამო შეერთებულ შტატებში ყოველწლიურად კვდება 220.000 კაცი. დაახლოებით 25.000 ქალი იღუპება ძუძუს კიბოთი.

სინამდვილეში ძუძუს კიბო გაცილებით უფრო ხშირია; ხშირად იგი არ ხდება ავადმყოფის სიკვდილის მიზეზი, ე. ი. ძუძუს კიბო საბოლოოდ ინკურნება და ავადმყოფი, რომელსაც წარსულში ჰქონდა ძუძუს კიბო, შეიძლება დაიღუპოს სხვა დაავადებით.

ყოველ 100.000 ქალზე, რომელიც კვდება სხვადასხვა დაავადების გამო, 1000 იღუპება ძუძუს კიბოთი.

შეერთებულ შტატებში ყოველწლიურად 500. 000-მდე კიბოს

დიაგნოზია დასმული. აქედან ძუძუს კიბოზე მოდის — 55.000. როგორც ზემოთ ვთქვით, ძუძუს კიბო ქალებში გაცილებით უფრო ხშირად გვხვდება, ვიდრე მამაკაცებში; შეფარდება ასეთია: 120 : 2-ზე. ქალებში საერთოდ კიბოთი დაავადების 70% შეადგენს ძუძუს, სასქესო ორგანოებისა და საჭმლის მომნელებელი სისტემის კიბო. კიბოთი დაავადებული ყოველი 100 ქალიდან 20—26-ს აქვს ძუძუს კიბო.

აღნიშნულია, რომ ძუძუს კიბოთი დაავადება შედარებით იშვიათად გვხვდება ჩინელ და იაპონელ ქალებში. მთელი რიგი ავტორები ამტკიცებენ, რომ ძუძუს კიბოთი დაავადება უფრო ხშირია იმ ქვეყნებში, სადაც შობადობა დაბალია და ბავშვების ძუძუთი კვების შეზღუდვაა. ეს მდგომარეობა დაკავშირებულია ენდოკრინულ დარღვევებთან, რაც ხელს უწყობს კიბოს განვითარებას.

ამასთანავე უნდა აღინიშნოს, რომ ძუძუს და საშვილოსნოს კიბო გვხვდება იმ ასაკში, როდესაც ქალებში საერთოდ ყველაზე ხშირია კიბოთი დაავადება. ის ავადმყოფები, რომლებიც ძუძუს კიბოს საწინააღმდეგო მკურნალობას იტარებენ—5 წლის განმავლობაში ცოცხლობენ. ძალიან იშვიათია, ბავშვის ძუძუს კიბო. 15 წლამდე იგი თითქმის უნიკალურია. ლიტერატურაში აღწერილია ძუძუს კიბოს ორი შემთხვევა ერთ წლამდე, 6 შემთხვევა 5—-14 წლამდე; როატმა აღწერა ძუძუს კიბოს ერთი შემთხვევა, რომელიც შეეხებოდა 6 წლის ვაჟს მეტასტაზებით ფილტვებში.

ძუძუს კიბო შედარებით იშვიათად ვითარდება ორსულობისა და ლაქტაციის პერიოდში. ეს დაკლება ჭეშმარიტია და არა პირობითი. შემჩნეულია, რომ ქალთა მშობიარობა მკვეთრად ეცემა 30 წლის შემდეგ; ამ ასაკის შემდეგ მატულობს ძუძუს კიბოს სიხშირეც. ტაინერის გამოკვლევით ძუძუს კარცინომის სიხშირე ლაქტაციისა და ორსულობის დროს, ნაკლები უნდა იყოს, რადგან ძუძუს ბიოლოგიური ფუნქცია არ შეიძლება ჩაითვალოს ორგანოს ისეთ დატვირთვად, რომელიც ხელს შეუწყობს კიბოს განვითარებას. ორსულობისა და ლაქტაციის პერიოდში განვითარებული ძუძუს კიბოს დროს პროგნოზი ცუდია. ამ დროს ძუძუს ჰიპერტროფია და ჰიპერემია ხელს უშლის ნაადრევი დიაგნოზის დასმას. ამასთან ერთად ძუძუს ჰიპერემია ხელს უწყობს კიბოს გავრცელებას სისხლის გზით.

ორმხრივი ძუძუს კიბო იშვიათია ქალებში, თუმცა შესაძლებელია, რომ ქალს, რომელსაც აქვს ძუძუს კიბო ცალ მხარეზე, იგი განუვითარდეს მეორე მხარეზეც. ორმხრივი ძუძუს კიბო შეიძლება განვითარდეს მეტასტაზების გადაჯვარედინების შედეგად. შესაძლოა სიმსივნე განვითარდეს მეორე ძუძუში დამოუკიდებლად.

ძუძუს კიბოს პათოგენეზის შესახებ მრავალი გამოკვლევაა. მაგრამ ყველა ისინი საბოლოოდ მაინც ვერ არკვევენ ამ დაავადების გამოსა-

ვალის, პროფილაქტიკისა და მკურნალობის საკითხებს. ძუძუს კიბო ერთ-ერთი ისეთი დაავადებაა, რომელსაც ბევრი სწავლობს, როგორც კლინიკურად, ისე ექსპერიმენტულად. ძუძუს კიბო ჰორმონალური წარმოშობის სიმსივნეა. არსებობს აგრეთვე გარკვეული მიდრეკილება კიბოსადმი. მნიშვნელობა აქვს ძუძუს ქრონიკულ ანთებას და კერძოდ ქრონიკულ ცისტურ მასტიტს. ამ მოსაზრების დასადასტურებლად შეიძლება მოვიყვანოთ ის ფაქტი, რომ სქესობრივ მომწიფებამდე კიბო არ ვითარდება და პირიქით ძუძუს კიბო ხშირია იმ ქალებში, რომლებსაც არასოდეს არ უმშობიარებიათ და აგრეთვე იმათ შორის, ვისაც ძუძუთი არ უკვებიათ ბავშვი.

ქრონიკული მასტიტი ითვლება კიბოსწინარე დაავადებად. მაგრამ ეს იმას არ ნიშნავს, რომ თუ ავადმყოფს ორმხრივი ცისტური მასტიტი აქვს, პროფილაქტიკურად გავუკეთოთ ორმხრივი მასტექტომია.

ყველაზე ხშირად სიმსივნე ლოკალიზდება ძუძუს გარეთა ზემო კვადრანტში. კიბო შეიძლება განვითარდეს ექტოპიურ ძუძუში. შემჩნეულია, რომ ძუძუს კიბოს გადადება შეიძლება დაავადებული ძუძუთი ბავშვის კვების გზით. კიბოს გავრცელება შეიძლება სისხლის გზით და სქესობრივი კავშირით. კიბოს ვირუსი ინფექციური ხასიათისა უნდა იყოს. ადამიანის კიბოს გავრცელება დამოკიდებულია ვირუსულ აგენტზე.

სტიუარტის მიერ მოწოდებული ძუძუს კიბოს კლასიფიკაცია ჰისტოლოგიური სურათის მიხედვით ემყარება უმთავრესად მიტოზების რაოდენობას. უჯრედის შეცვლის — ანაპლაზიის — ხარისხს პროგნოსტული მნიშვნელობა აქვს. ბოჭკოვანი შემაერთებელი ქსოვილის რეაქცია ნაკლებად არის გამოხატული. პროგნოსტიკური თვალსაზრისით მნიშვნელოვანია ზოგადი ჰისტოლოგიური სურათი—სიმსივნის ლოკალიზაცია—ინფილტრაციის შესაძლებლობის მიხედვით. მნიშვნელოვანია აგრეთვე სტრომის რეაქცია. ჩათრეულია თუ არა პროცესში ლიმფური და ვენური ძარღვები, შეჭრილია თუ არა მათში სიმსივნე, არის თუ არა სიმსივნე გავრცელებული მისი კაფსულის ფარგლებს გარეთ. ჰისტოლოგიური გრადაციები, რომლებიც განსაზღვრავს მედულარულ შენებას ან ადენომატოზს, მაშინაა მნიშვნელოვანი, როცა მონაცემებთან ერთად გამოვლენილია სხვა ფაქტორებიც: კლინიკური მიმდინარეობა, ლოკალიზაცია, ასაკი და სხვა. დაკვირვების შედეგად დადგინდა, რომ ძუძუს კიბოს განვითარებას შეიძლება ხელი შეუწყოს ტრავმამ, მაგრამ ჰისტოლოგიურად ტრავმის როლი სიმსივნის განვითარებაში დასაბუთებული არ არის. სტიუარტი აღნიშნავს, რომ ძუძუში შეიძლება ნახული იყოს უმნიშვნელო ცვლილებები, რომლებიც წარმოადგენს გარდამავალ საფეხურს კიბოს გაჩენამდე; მაგრამ ისმის

საკითხი როდის და სად. ფუტი და სტიუარტი თვლიან, რომ საერთოდ ქალის ძუძუ პრეკრაციანოზულ ორგანოდ უნდა ჩაითვალოს. ძუძუს კიბო შეიძლება განვითარდეს სქესობრივად მომწიფებულ ქალში, ნორმალური ცხოვრების დროს, აგრეთვე ორსულობისა და ლაქტაციის პერიოდში, აგრეთვე ატროფიულ ძუძუში და ქრონიკული ფიბროზული ცისტიტის დროს. საერთოდ არ არსებობს ისეთი ბარიერი, რომლის საშუალებითაც შეიძლებოდეს დავიცვათ ძუძუ კიბოს განვითარებისაგან.

პეჯეტის დაავადება აღწერა ჯემს პეჯეტიმ 1874 წელს, ორი წლით ადრე, ვიდრე იგი აღწერდა ძვლების დაავადებას, რომელიც ასევე მის სახელს ატარებს. იგი ხასიათდება ერითრემით, ძუძუს დვრილის ან არეოლარულ არეში. ამ დაავადების დროს ადგილი აქვს დვრილის ან არეოლის დაწყლულებას. პეჯეტის დაავადება შეიძლება იყოს ორმხრივი. პეჯეტის დაავადება მაჩვენებელია იმისა, რომ ძუძუში არსებობს კიბო. ჩვეულებრივად ეს არის მილაკების კიბო. შეიძლება სხვა ფორმის ძუძუს კიბომაც გამოიწვიოს ძუძუს დვრილის გაღიზიანება. ძუძუს დვრილის დაწყლულება ამ შემთხვევაში არის ძუძუს კიბოს განვითარების შემდეგი ეტაპი, რაც მოასწავებს კიბოს შედეგად კანის დაზიანებას. არსებობს მოსაზრება, რომ პეჯეტის დაავადება იწყება ძუძუს მილაკებში, რომლებიც ძუძუს დვრილთან ახლოსაა. პეჯეტის დაავადება უნდა იყოს დიფერენცირებული ლუესისა და ტუბერკულოზისაგან. ხშირად ძუძუს დვრილი გადიდებულია, ანთებადი, დაწყლულებული, მოგვიანებით შეიძლება იგი დაირღვეს კიდეც. მიკროსკოპით შეიძლება ვნახოთ ტიპური პეჯეტის უჯრედები, დიდი, მრგვალი, რომლებიც თავისი გარეგანი ფორმით მოგვაგონებენ ქვაფენილს. ამ დროს ზოგჯერ აღინიშნება ანთებადი რეაქცია.

პეჯეტის უჯრედები უხვად არის კანის მალპიგიის შრეში, მაგრამ მათი გავრცელება შეიძლება მის ზედაპირზეც. ზოგჯერ სიმსივნე არ ისინჯება ძუძუში, მაგრამ პეჯეტის უჯრედი ყოველთვის არსებობს. ამ დაავადების დროს აუცილებელია გაკეთდეს რადიკალური მასტექტომია, მიუხედავად იმისა, ისინჯება თუ არა ძუძუში სიმსივნე. ამ დაავადების დროს იღლიაში შეიძლება ვნახოთ გადიდებული ლიმფური კვანძები. ძუძუს სექციების გულმოდგინე შემოწმებით შესაძლოა აღმოჩნდეს მილაკების კიბო, ხშირად უმნიშვნელო ოდენობის ინფილტრაციული ზრდით. ხშირად მილაკების შიგნით შეიმჩნევა ადენოზი, ეპითელიუმის პროლიფერაცია, უჯრედების შეჯგუფების სახით. თუ არის ცვლილებები მეორე ძუძუშიც, შეიძლება ვაწარმოოთ კანის გამოკვლევა, რომელიც მილაკების დამახასიათებელი სურათის დადგენის საშუალებას მოგვცემს. პეჯეტის დაავადების პროგნოზი ჩვეულებრივად კარგია, თუ დროულად დაისვა დიაგნოზი და ექიმი არ უცდის ძუძუში სიმსივნის ხელით შეგრძნებას.

ძუძუს მილაკების კიბო. მილაკების არაინფილტრირებული სიმსივნე ანუ პაპილარული კარცინომა წარმოადგენს სიმსივნეს, რომელმაც გაიარა ყველა გრადაცია კეთილთვისებიანიდან ავთვისებიანამდე. ადენოზის ნიშნები და მილაკების უჯრედების შეჯგუფება შეიძლება აღმოჩნდეს მიკროსკოპის საშუალებით. მილაკების სანათური ჩვეულებრივ ვიწროვდება ანდა განიცდის სრულ ობლიტერაციას; უჯრედების დიფერენცირება არ ირღვევა, მიტოზური ფიგურები არაა დიდი რაოდენობით. ამ კატეგორიის კარცინომა არ შორდება ძირითად კერას, ამიტომ კლინიკურად მისი დიაგნოზის დასმა ძნელია. ამფისტი ასეთი დაავადების დროს ძუძუს ამპუტაციას გვირჩევს. მილაკების შიგნითა ჰიპერპლაზიას ეპითელის უჯრედების შეჯგუფებით, შეიძლება ხშირად შევხვდეთ მეორე ძუძუშიც. ამ შემთხვევაში უნდა გაკეთდეს მეორე ძუძუს შეზღუდული მასტექტომია. მილაკების შიგნითა კიბო თუ ადრე იქნა აღმოჩენილი და ავადმყოფს გაუკეთდა რადიკალური მასტექტომია, პროგნოზი ყველაზე კარგია, მაგრამ თუ ოპერაცია დაგვიანდა მკვეთრი ნიშნების გამოჩენამდე, ოპერაციის შედეგი ცუდია.

ფიბროზული კარცინომა ანუ სკირი არის ძუძუს კიბოს ჰისტოლოგიური ვარიაცია. ეს ტერმინი მოწოდებულია სიმსივნის შენების ჰისტოლოგიური ხასიათის მიხედვით და არ განმარტავს იმას, თუ რომელი ადგილიდანაა სიმსივნე წარმოქმნილი ძუძუში. ამ დაავადებას ახასიათებს ძუძუში შემოსაზღვრული, მკვრივი სიმსივნის გაჩენა; განაკვეთზე მისი ზედაპირი წილაკოვანია და შეკრულია ფიბროზული ქსოვილით. სიმსივნის გაკვეთისას შეიგრძნობა სიმკვრივე. მიკროსკოპიულად კიბოს უჯრედები ჩალაგებულია ფიბროზულ ქსოვილში ჯგუფურად. შესაძლოა ზოგჯერ კიბოს უჯრედი ვერც კი მოინახოს.

მედულარული კიბო ლიმფოიდური ინფილტრაციით (შემოსაზღვრული) ფიბროზული კიბოს ანუ სკირის საწინააღმდეგოდ წარმოქმნის დიდ სიმსივნეს, რომელიც ხელით ადვილად შეიგრძნობა, იგი ნაკლებად მკვრივია და აქვს ტენდენცია შემოისაზღვროს, თუმცა იგი არ არის მოსაზღვრული კაფსულით. განაკვეთზე ნაცრისფერია — სადათისებრი. ხშირად შეიცავს ჰემორაგულ და ნეკროზულ არეებს. მედულარული კარცინომა შედარებით თავისუფლად მოძრაობს, მეტასტაზებს უფრო გვიან იძლევა, ვიდრე სკირი. მედულარულ კარცინომას, სკირისაგან განსხვავებით, ტენდენცია აქვს გადავიდეს ნორმალურ ძუძუს ქსოვილში, კანქვეშა ცხიმში, კანსა და ფასციაში. მედულარული კიბო შედგება დიდი, მრგვალი უჯრედებისაგან, ბაზოფილური, პიკნოზური ციტოპლაზმით და დიდი ვეზიკულებით. ცენტრალური და პერიფერიული კვანძების ლიმფოიდურ რეაქციას ზოგიერთი ავტორი

ხსნის, როგორც სიმსივნის მანიფესტაციას. ძუძუს კიბოს ეს ფორმა ხშირად იძლევა უკეთეს პროგნოზს, ვიდრე სკიროზული და ფიბროზული.

ინფილტრაციული ლობულარული კარცინომა

ამ შემთხვევაში სიმსივნესა და ნორმალურ ქსოვილს შორის დემარკაცია ნაკლებად არის გამოხატული. სიმსივნე ნაკლებად მოძრავია და ხშირად ზოლიანია. მიკროსკოპის ქვეშ ჩანს, რომ იგი წარმოიქმნა ძუძუს წილაკებს შორის. ყოველთვის ნათელი არაა სიმსივნის ინფილტრაციული ბუნება. ინფილტრაციის დროს აღინიშნება ზონრები, რომლებიც ვრცელდება ფიბროზული ქსოვილის მიმართულებით. მილაკებს შიგნითა ინფილტრაციულ კარცინომას აქვს ნაადრევი მეტასტაზირების ტენდენცია. სტიუარტი აღნიშნავს, რომ ეს მეტასტაზები ზოგჯერ შეიძლება მიღებული იყოს ლიმფოსარკომად.

შედარებით იშვიათი ფორმის კარცინომებს ეკუთვნის: საოფლე ჯირკვლების კიბო, კისტის შიგნითა კარცინომა, ადენოიდური კისტური კარცინომა, ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა, კარცინომა ძვლისა და ხრტილოვანი მეტაპლაზიის შედეგად.

საოფლე ჯირკვლების კიბოს დროს პროცესი ლოკალიზებულია მილაკებში და სიმსივნე გავრცელდება მილაკების შიგნით ჰიპერპლაზიით. ამ დროს შეიძლება იყოს ან არ იყოს გამოხატული ინფილტრაცია. სიმსივნეს უჯრედოვანი აგებულება აქვს — აპოკრინული ეპითელიუმის მსგავსი. მაგრამ დამაჯერებელი არ არის, რომ კიბოს წარმოქმნის ადგილი საოფლე ჯირკვლები იყოს. ძუძუ ემბრიონულ პერიოდში საოფლე ჯირკვლად ითვლება, ეს ფაქტი ხსნის სიმსივნის სურათის შეცვლას. ასეთი კიბო ნელა იზრდება და მეტასტაზებსაც მოგვიანებით იძლევა.

კისტის შიგნითა კარცინომაც იშვიათია, რადგან კისტის ეპითელიუმი უმეტეს შემთხვევაში დარღვეულია. ამ სახის სიმსივნე წარმოიქმნება ძუძუში განვითარებული კისტიდან. ეს კისტები იზრდება გარკვეულ მოცულობამდე, შეიძლება მიაღწიოს დიდ ოდენობას. ხანდახან კისტა შეიცავს 30—50 მილიმეტრამდე მოყვითალო ფერის სითხეს, რომელიც მდიდარია ქოლესტერინით; ხშირად სითხე სისხლსაც შეიცავს. კისტის კედელში კიბო იშვიათია, მისი სიხშირე არ აღემატება 1%-ს. ამიტომ პრაქტიკულად მიღებულია კისტიდან სითხის ამოქაჩვა. ზოგიერთ შემთხვევაში შეიძლება აღმოჩნდეს კარცინომა და თუ მას დროულად არ მიექცა ყურადღება, შესაძლებელია მეტასტაზები განვითარდეს. ცისტური სითხის სპეციალური შესწავლის შედეგად. ზოგჯერ შეიძლება კიბოს საეჭვო უჯრედებიც იქნეს აღმოჩენილი.

ადენოიდური კისტური კარცინომა ძალიან იშვიათია. მას ახასიათებს ნელი ზრდა და ადრეული მეტასტაზები. ჰისტოლოგიურად მისი გარჩევა ადენოიდური კისტური სარკომისაგან ძნელია.

ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა წარმოიქმნება თვით ძუძუსაგან და არა კანისაგან, როგორც ამას ტერმინიც გამოხატავს. სინამდვილეში ეს არის მილაკების ინფილტრირებული კარცინომა, ბრტყელი უჯრედების მეტაპლაზმით. მისი ჰისტოლოგიური აგებულება ძირითადად ისეთივეა, როგორც ბრტყელუჯრედოვანი კიბოსი.

თითისტარა უჯრედებიანი კიბო ადვილად შეიძლება შეგვერიოს შემაერთებელი ქსოვილიდან განვითარებულ სარკომასთან. იგი იშვიათად გვხვდება, იძლევა მეტასტაზებს კანქვეშ; სარკომას ეს არ ახასიათებს.

ძვლისა და ხრტილის მეტაპლაზმის შედეგად განვითარებულ კარცინომას ჰისტოლოგიურად მრავალი სახის მეტალაზმური უჯრედების არსებობა ახასიათებს. ასეთი აბრეცია შეიძლება წარმოდგენილი იყოს სიმსივნის სახით ან მრავალი მილაკშიდა ინფილტრაციით. ზოგ ადგილებში ხრტილოვანი და ძვლოვანი ქსოვილი მეტად არის გამოხატული.

ცისტო-სარკომა აღწევს დიდ რაოდენობას და შეიძლება გასკდეს კიდეც. ჩვეულებრივ იგი კეთილთვისებიანად მიმდინარეობს, მაგრამ შესაძლოა ავთვისებიანი ვარიანტიც შეგვხვდეს. იშვიათად გვხვდება ძალიან დიდი ოდენობისა. ცისტო-სარკომა ვითარდება ფიბროდენომისაგან, მაგალითად, სადინარებისაგან. მისი ავთვისებიანობა გამოწვეულია შემაერთებელი ქსოვილის გადაგვარებით. ვრცელდება სისხლის ძარღვების საშუალებით, ამიტომ მეტასტაზები უფრო ადრე ვითარდება ფილტვებში, ვიდრე რეგიონალურ ლიმფურ კვანძებში. ხშირად ასეთი სიმსივნე კეთილთვისებიანია; საჭიროა რადიკალური ჭრა.

სარკომა, რომელიც ვითარდება ცხიმოვანი ქსოვილიდან, სისხლის ძარღვებიდან და ლიმფური მილებიდან, ფიბროსარკომა, ოსტეოგენური სარკომა — ძალიან იშვიათია, კარცინომა შეიძლება აგრეთვე წარმოიქმნას ძუძუს კანიდან.

ძუძუს კიბოს მეტასტაზები ყველა ორგანოში იძლევა მეტასტაზებს. არის შემთხვევები, როცა პირველად გამოაშკარავებულა კიბოს ერთ-ერთი მეტასტაზი, როცა პირველადი კერა ჯერ კიდევ არ იყო ნახული.

კიბოს მეტასტაზური კერის ჰისტოლოგიური შესწავლით ძნელია ჰქმა, თუ რომელ ორგანოშია კიბო. ჩვეულებრივ ძუძუს კიბოს დროს მეტასტაზებს ნახულობენ იღლიისა და ლავიწქვეშა არეში. ზოგჯერ ამავე მიდამოებში — მეორე მხარეზეც. ძუძუს კიბოს დროს არც ისე იშვიათია მეტასტაზი ძვლებში. უფრო ხშირად მეტასტაზები ვითარდე-

ბა: წელის მალებში, მენჯის ძვლებსა და ბარძაყის ძვლის პროქსიმალურ ნაწილში. საერთოდ კი, როგორც ვთქვით, მეტასტაზირება შეიძლება მოხდეს ყველა ძუალში. ზოგჯერ კიბოს ფარული მეტასტაზი შეიძლება აღმოჩნდეს შემთხვევით ძვლის ტვინის გამოკვლევისას, როცა კლინიცისტი ეძებს აუხსნელი ანემიის მიზეზს.

თირკმელზედა ჯირკვალი ძუძუს კიბოს მეტასტაზის ერთ-ერთი ხშირი კერაა, რომლის მექანიზმი ჩვენთვის აუხსნელია. ახლა ყველაზე უფრო ხშირია ფილტვების, ტვინისა და ღვიძლის მეტასტაზები. მეტასტაზირებას უფრო ხშირად ადგილი აქვს ძუძუს კიბოს პროგრესულობის შემთხვევაში, სათანადო მხარეზე პარიეტალურ პლეურაში. ფილტვებსა და ღვიძლში მეტასტაზები ჩვეულებრივ ვრცელდება ლიმფური სისტემის საშუალებით, ან სისხლის გზით. ლიმფური სისტემის საშუალებითვე ხდება მეტასტაზების გავრცელება გულმკერდის კანში სათანადო მხარეზე ფართოდ, ამას ძუძუს მაგარი კიბო ეწოდება.

კანის მეტასტაზი ლიმფური გზით შეიძლება გავრცელდეს სხვა ორგანოებშიც. ძუძუს კიბოს მეტასტაზი კი — ტვინში, მაგრამ, ჩვეულებრივ, ტვინში კიბოს მეტასტაზი მოხვდება ფილტვებიდან ან ფარისებრი ჯირკვლიდან. საერთოდ ყველა ორგანოსა და კერძოდ ძუძუს კიბოს მეტასტაზების გავრცელების გზები და აგებულება მრავალგვარია. გარკვეული არაა თუ რა ფაქტორები ახდენენ გავლენას მეტასტაზების გავრცელების ინტენსივობაზე.

ძუძუს კიბოს კლინიკური სურათი. არანამკურნალებ ძუძუს კიბოს გამოსავალი ყოველთვის ფატალურია, თუ რაიმე შემთხვევითი მიზეზის გამო ავადმყოფი ნაადრევად მოკვდა.

ძუძუს კიბოს დროს ძირითადი კერა იშვიათადაა სიკვდილის უშუალო მიზეზი. ჩვეულებრივ, ავადმყოფი კვდება სიცოცხლისათვის მნიშვნელოვან ორგანოს ფუნქციის დარღვევის შედეგად, მასში განვითარებული მეტასტაზის გამო.

ავადმყოფის ანამნეზში ჩვეულებრივ არ არსებობს არც ერთი ფაქტორი, რომელსაც დაავადების კლინიკისათვის მნიშვნელობა ჰქონდეს, თუ მზედველობაში არ მივიღებთ მეორე ძუძუში აღრინდელ კიბოს. თუმცა ყურადღება უნდა მიექცეს ზოგიერთ მომენტს, როგორიცაა მაგალითად, გენიტალურ სფეროს დარღვევები. მაგრამ ყველა ამ ფაქტორის გავლენა არაა საკმარისად დამაჯერებელი და დასაბუთებული: ამიტომ ისინი ვერ ჩაითვლებიან კიბოს წარმოქმნის მიზეზად. ხშირად ავადმყოფები აღნიშნავენ ძუძუს ტრავმას, რომელიც წინ უსწრებდა ძუძუს კიბოს განვითარებას, მაგრამ უფრო სარწმუნოა, რომ ტრავმის გამო ავადმყოფი თვითონ სინჯავს ხელით ძუძუს და სწორედ მაშინ ამჩნევს პირველად სიმსივნეს. საკუთარ დაკვირვებაზე ხშირად რამდენიმე თვე გადის, სანამ ავადმყოფი მიმართავდეს ექიმს. საჭიროა და-

ვარწმუნოთ ქალები, რომ რითაც არ უნდა იყოს გამოწვეული სიმსივნე ძუძუში, უმჯობესია არ დაკარგოს ძვირფასი დრო და დროულად მიმართოს ექიმს მკურნალობისათვის, ძუძუს დვრილიდან სისხლიანი გამონაყონი აშინებს ავადმყოფს; ამის ხშირი მიზეზია მილაკების შიგნით პაპილომა, მაგრამ ამავე დროს უნდა გვახსოვდეს, რომ მილაკების შიგნით არსებულმა კიბომაც შეიძლება გამოიწვიოს ასეთი გამონაყოფი.

კითისა და ჰონრის აზრით ძუძუდან გამონაყოფი ახასიათებს მაგარ კიბოს. ყვითელი ან მუქი მწვანე გამონაყოფი დამახასიათებელი არაა კიბოსათვის; იგი ძალიან ხშირად დაკავშირებულია ძუძუს კეთილთვისებიან კისტომურ დაავადებასთან. გამონაყოფის შესწავლას დიდი მნიშვნელობა აქვს ძუძუს კიბოს ნაადრევი დიაგნოსტიკისათვის. პაპანიკოლაუმ ასეთ გამონაყოფში ნახა კიბოს უჯრედები.

ძუძუს ტკივილი შეიძლება მრავალი მიზეზით იყოს გამოწვეული, მაგრამ ერთ-ერთი ხშირი მიზეზი ძუძუს კიბოა. ტკივილი უფრო მეტად არის ყურადღების ღირსი, თუ იგი ცალმხრივია, მაშინ, როცა ძუძუს ორმხრივი ტკივილი, მასტოდინია; იგი შეიმჩნევა მენსტრუაციის წინ, მის დასაწყის პერიოდში და გამოწვეულია ძუძუს ჰიპერემიით; ხშირად ძუძუს ტკივილს ადგილი აქვს ორსულობის დროს, განსაკუთრებით პირველ და უკანასკნელ პერიოდში. ორივე ძუძუს ტკივილი ხშირად აღინიშნება ძუძუების ძლიერი დაშვების დროსაც, ასეთი ტკივილები შეიძლება გავრცელდეს ძუძუების მელიადურ ზედაპირზედაც. ორივე ძუძუს ტკივილი დამახასიათებელია ორმხრივი ქრონიკული ცისტური მასტიტისათვის. ამ დაავადების დროს ტკივილი შესაძლოა ცალ მხარეს უფრო ძლიერი იყოს. ქრონიკული ცისტური მასტიტის დროს ტკივილი ხანგრძლივია და გრძელდება მენოპაუზის განვითარებამდე, რომლის შემდეგ ტკივილები ჩვეულებრივ სრულიად გაქრება.

ლოკალიზებული და მოკლე ისტორიის მქონე ტკივილი დამახასიათებელია ძუძუს კიბოსათვის. ეს ნიშანი გამოხატული აქვს ძუძუს კიბოთი დაავადებულ ავადმყოფთა 15—20%-ს.

ტკივილები ძუძუს კიბოს დროს უფრო ხშირად აღინიშნება პოსტმენოპაუზურ პერიოდში. ძუძუს კიბოს დასადგენად ძუძუში ტკივილი საკმარისი არაა. საჭიროა სხვა მონაცემებიც. უფრო ხშირად 30 წლამდე ასაკში ძუძუში ლოკალური ტკივილის მიზეზი შეიძლება იყოს ფიბროადენომა. ძუძუს მწვავე ან ქრონიკული ანთება შეიძლება არა სწორად იქნეს დიაგნოსცირებული ფიბროადენომად. ზოგჯერ ძუძუს ცელილებები შეიძლება ცხიმოვანი ფიბროზით იყოს ვამოწვეული. მწვავედ დაწყებული, შეტევითი ტკივილები ხშირად განპირობებულია სისხლის ჩაქცევით ადრე არსებულ კისტაში. ჰემორაგიული კისტა იშვიათი დაავადებაა, მაგრამ მისი არსებობის შემთხვევაში კარცინომის გამორიცხვა ძნელია.

ტკივილების მიზეზი შეიძლება იყოს კეთილთვისებიანი კისტის გადიდება, რადგან მასში სწრაფად გროვდება სითხე და ეს იწვევს ტკივილებს. ამრიგად, ძუძუს ტკივილი შესაძლოა გამოწვეული იყოს სხვადასხვა დაავადებით და მთავარი მიზეზის დადგენას აქვს დიდი მნიშვნელობა. ისიც უნდა ითქვას, რომ ტკივილი არ გამორიცხავს ძუძუს კიბოთი დაავადებას.

კვანძის ან კვანძების არსებობა ძუძუში ხშირია და აღნიშნული ჩივილით ავადმყოფი ხშირად მიმართავს ექიმს. მათი აღმოჩენა ხდება შემთხვევით, ბანაობის ტრავმის დროს. აგრეთვე ძუძუში მცირე ტკივილი შეიძლება გახდეს სიმსივნის აღმოჩენის მიზეზი. ზოგჯერ გაკვირვებასაც იწვევს ავადმყოფის მიერ ძალიან მცირე კვანძის აღმოჩენა. მეორეს მხრივ არც ისე იშვიათია, როცა საკმარისად მოზრდილი სიმსივნე რჩება ავადმყოფის ყურადღების გარეშე. მსუქანი ქალების სიმსივნურ კვანძებს დისკოსებრი ან ბრტყელი ფორმა აქვს. ზოგჯერ სიმსივნე მრგვალი ან მოგრძოა; იგი გავლენას ახდენს ძუძუს ფორმაზე და ძალაუნებურად იპყრობს ავადმყოფის ყურადღებას.

ძუძუს გასინჯვა. ძუძუს აგებულება ცვალებადია ასაკთან დაკავშირებით. სხვადასხვა დაავადება, როგორიცაა ქრონიკული ცისტოზური მასტიტი, ძუძუს დაჩირქება და ნეკროზი, ძუძუს ფორმის შეცვლას იწვევენ. მეორე მხრივ ამ დაავადებებმა ზოგჯერ შეიძლება გამოიწვიოს ეჭვი ძუძუში ავთვისებიანი სიმსივნის არსებობაზე. თუ ძუძუ დიდია, მისი გასინჯვა ჩვეულებრივ ძნელია და ძუძუში არსებული სიმსივნე შეიძლება შეუმჩნეველი დარჩეს. ორივე ძუძუ ოდენობით დაახლოებით ერთნაირი უნდა იყოს — დვრილი იზომეტრიული მიმართულებისა და გამოზნექილი. ძუძუს რომელიმე მიდამოს ზედმეტ გამოზნექილობას უნდა მიექცეს ყურადღება. დვრილები და არეოლარული ნაწილი გულდასმით უნდა დავათვალიეროთ, რომ არ გამოგვრჩეს მისი ჩაწევა, აქერცლა, დაწყლულება ან ასიმეტრიულობა. ძუძუს კანის შეჭმუხვნა, გამოზნექვა, დანაოჭება ან სიმსივნე კარგად შეიმჩნევა, როდესაც ავადმყოფს ორთავე ხელებს კეფაზე დავადებინებთ; ამ დროს კანისა და კუპერის იოგების დაჭიმვის გამო არსებული ცვლილებები უფრო მკვეთრი ხდება და ამ მოვლენებს ადგილი აქვს მაშინ, როცა სიმსივნე გავრცელდება ლიმფურ სისტემაში და ძუძუს კიბოს დაგვიანებულ შემთხვევასთან გვაქვს საქმე. ამ პერიოდში კანი მოგვაგონებს ფორთოხლის ან ღორის კანს. კანის ასეთი შესახედაობა იქმნება განვითარებული ლიმფოსტაზის შედეგად. რაც გამოწვეულია ერთიმეორისაგან ინტრადერმალური ფორების დაშორებით. ხშირად ფორთოხლის კანს ჰგვანან ინტრადერმული მეტასტაზები. ფორთოხლის კანი ცუდი პროგნოზის მაჩვენებელია. ძუძუს კარცინომა ან მაგარი

კიბო კლასიკური მაგალითია ფართოდ გავრცელებული ინტრადერმული გაფანტული კიბოსი. ძუძუს ლიმფური ძარღვების საშუალებით შეიძლება პროცესში ჩართული იყოს მხრისა და მუცლის ზოგიერთი ნაწილის კანი; როცა ის წითლდება, ე. ი. ანთებადია, მას ანთებადი კიბო ეწოდება. მდგომარეობა უიმედოა.

პალპაცია. ძუძუს პალპაციით ზოგჯერ შეიგრძნობა მეტ-ნაკლები სიდიდის კვანძები. სიმსივნე შეიძლება იყოს მოქნილი, უფრო ხშირად იგი მკვრივია და ფიქსირებული ირგვლივმდებარე ქსოვილებთან და კანთან. თუ სიმსივნე დაკავშირებულია ფასციასთან, მაშინ იგი კანთან არაა შეზრდილი. აღნიშნული გარემოება განსაზღვრულია სიმსივნის ღრმად მდებარეობით და ნაწილობრივ კუპერის იოგების დამოკლებით. ძუძუს პროგრესულად მზარდი კიბო შეიძლება ძუძუს ყველა მიდამოში ვნახოთ. თუ სიმსივნე კანთან ახლოს მდებარეობს, მისი აღმოჩენა უფრო ადრე შეიძლება.

ზოგჯერ სიმსივნე შედარებით რბილია, იკავებს ფართო ადგილს და იძლევა კიბოსათვის ნაკლებად დამახასიათებელ სურათს. პალპაცია უნდა ვაწარმოოთ ფრთხილად, რომ არ გამოვიწვიოთ სიმსივნის გავრცელება.

იღლიის მიდამოს გამოკვლევა. იღლიის ფოსოს გასინჯვა მოსახერხებელია თუ ავადმყოფი წინამხრით ანდა იდაყვით დაეყრდნობა ექიმის ხელს. მეორე ხელით ექიმი ფრთხილად სინჯავს იღლიას, მისი ფუძიდან მკერდის დიდი კუნთის მიმართულებით არ შეიძლება ვნახოთ საეჭვო კვანძი, რომელიც მოძრაობს თითებ ქვეშ. კვანძის აღმოჩენისას უნდა მიექცეს ყურადღება მის სიდიდეს, მოძრაობისა და ფიქსაციის ხარისხს. შეიძლება ხელით გაისინჯოს ნორმალური ლიმფური კვანძი. თუ კვანძი ნორმალურია, მისი მსგავსი უნდა ისინჯებოდეს მეორე მხარესაც, მაგრამ როცა იღლიაში არ ისინჯება ლიმფური კვანძები, შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ ჯერ არ არის შორეული მეტასტაზები. ზოგჯერ კიბოს მეტასტაზი ლიმფური კვანძის გადანაცვლებას იწვევს. იგი შეიძლება სხვადასხვა ოდენობის იყოს. იღლიის ფოსოს ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზების აღმოჩენა არც ისე ადვილია გამოცდილი კლინიცისტისათვისაც კი.

ლავიწზედა მიდამო მდებარეობს კისრის ქვემო ნაწილში — ორივე მხარეზე. მისი დათვალიერება და გასინჯვა ფრთხილად უნდა მოხდეს. აუცილებლად უნდა გაისინჯოს ორივე ძუძუ. შემთხვევათა 3—9%-ში კიბოს მეორე ძუძუშიაც ნახულობენ. სიმსივნე ორივე ძუძუში შეიძლება განვითარდეს ერთ და იმავე დროს, ერთი ან ორი წლის შემდეგ. არის შემთხვევები, როცა ძუძუს კიბო მრავლობითია.

ავადმყოფის გასინჯვით მიღებული მონაცემები ყოველთვის არ იძლევა სწორი დიაგნოზის დასმის საშუალებას. აუცილებელია ანგარიში გაეწიოს ასაკს, სიმსივნის კეთილ თუ ავთვისებიანობას. ძუძუს კიბო შედარებით იშვიათია 30 წლის ასაკამდე. 20 წლამდე იგი სრულიად არ გვხვდება, თუ მხედველობაში არ იქნება მიღებული კაზუისტური შემთხვევები. კიბოზე ეჭვმიტანილი ავადმყოფი სისტემატურად უნდა იყოს ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ. თუ ძუძუს კიბოს დიაგნოზი ისმის ნაადრევ პერიოდში, იგი მოითხოვს განსაკუთრებულ შემოწმებას. მაგრამ ექიმს არც ნაადრევ სტადიაში მოცდის უფლება აქვს, ე. ი. მაშინ, როცა სიმსივნის ავთვისებიანობაში სავსებით არ არის დარწმუნებული. არ უნდა ველოდოთ კლასიკური ნიშნების გამოვლენას: სიმსივნის არეში კანის შეჭმუხვნას, ფორეოხლის მსგავსი კანის განვითარებას, რაც უკვე დაავადების დაგვიანებულ სტადიაში იჩენს თავს. გამოცდილი ქირურგი დიაგნოზის დასმისას უფრო მეტ სიფრთხილეს იჩენს ავადმყოფის სასარგებლოდ. იმ შემთხვევაში, როცა ქირურგი სავსებით არ არის დარწმუნებული სიმსივნის კეთილთვისებიანობაში, აუცილებელია ბიოფსიის გაკეთება, რაც შეიძლება ადრე. მისი გადადება, ერთი კვირითაც კი, შეიძლება ავადმყოფისათვის საბედისწერო გახდეს. ხშირად ავადმყოფი წინააღმდეგია ბიოფსიის გაკეთების, მიუხედავად ექიმის მიერ ჩატარებული ახსნა-განმარტებისა; ამიტომ ასეთი ავადმყოფი ექიმმა უყურადღებოდ არ უნდა დატოვოს.

იმ შემთხვევაშიც კი, თუ ძუძუს სიმსივნე ეჭვს არ იწვევს ავთვისებიანობაზე, მაინც საჭიროა ავადმყოფი 5 წლის განმავლობაში პერიოდულად იყოს ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ. გარდა ამისა, თვით ავადმყოფს უნდა მიეცეს სათანადო ახსნა-განმარტება, რათა დააკვირდეს თავის ძუძუს.

ბიოფსიის ტექნიკა. არსებობს სამი წესი. ერთი მათგანი უფრო მისაღებია ავადმყოფთა უმრავლესობისათვის. ესაა ბიოფსია ჩხვლეტის საშუალებით. იგი არ უნდა გაკეთდეს მაშინ, როცა სიმსივნე მოძრავია, კარგად ისინჯება და ავადმყოფი ჯერ კიდევ 35 წლისაა. არ უნდა იყოს გამოკვლეული ჩხვლეტის საშუალებით დიდი სიმსივნეც, რათა აღნიშნულმა მანიპულაციამ არ გამოიწვიოს სიმსივნის დისემინაცია.

ბიოფსია სიმსივნის ამოჭრის საშუალებით ფრთხილად უნდა გაკეთდეს. როცა ძუძუს სიმსივნე ძალიან დიდია, იშვიათ შემთხვევაში სიმსივნის ამოღებასთან ერთად კეთდება უბრალო მასტექტომია. რბილი და დიდი სიმსივნეების დროს, რომელთა კლინიკური ბუნება ჯერ კიდევ გაურკვეველია, ბიოფსია საჭიროა და შედეგიანიც. პატარა

ნაჭრის ამოკვეთა მაშინ კეთდება, როცა მასთან ერთად ისმის საკითხები რადიკალური მასტექტომის გაკეთებაზე. სიმსივნიდან ნაჭრის ამოჭრის შემდეგ ჭრილობა იკერება სრულიად ჰერმეტულად. გაყინვის წესით დამზადებული პრეპარატის მიხედვით 90%-ში შეიძლება სწორი დიაგნოზის დასმა.

თუ გაყინვის წესით დამზადებულ პრეპარატზე ვერ განისაზღვრა სიმსივნის ხასიათი, ოპერაცია უნდა შევწყვიტოთ და პრეპარატი გამოკვლეული იქნეს სხვა, უფრო ზუსტი მეთოდით.

რადიკალური მასტექტომია უნდა გაკეთდეს მხოლოდ მას შემდეგ როცა ჰისტოლოგიურად დადასტურდება კიბოს არსებობა, იმისათვის, რომ ბიოფსიის დროს თავიდან ავიცილოთ სიმსივნური უჯრედების იმპლანტაცია სისხლის ძარღვებში, ქირურგმა უნდა გამოიცვალოს ხელთათმანები, იარაღები იხმაროს ფრთხილად და კანის ფართო განაკვეთი გააკეთოს.

სიმსივნის გამოკვლევის მესამე სახეა სიმსივნის სასწრაფო შესწავლა მისი ამოკვეთისთანავე. ამას ყველაზე უფრო ხშირად მიმართავენ. მის დროს ხდება სიმსივნის სრული ამოღება ფართო განაკვეთით საღი ქსოვილების ფარგლებში, რაც სპობს სიმსივნური უჯრედების იმპლანტაციის შესაძლებლობას, ჭრილობა ჰერმეტულად გაიკერება. შემდეგ სიმსივნის ჰისტოლოგიური შესწავლით თუ დადგინდა კიბოს არსებობა, დაუყოვნებლივ კეთდება რადიკალური მასტექტომია.

საჭიროა გვახსოვდეს, რომ ბიოფსია არ უნდა კეთდებოდეს ადგილობრივი ანესთეზიით, პოლიკლინიკის პირობებში. წინასწარ ავადმყოფთან შეთანხმების შემდეგ ბიოფსია ყოველთვის უნდა გავაკეთოთ ზოგადი ნარკოზის ქვეშ.

ძუძუს კიბოს ოპერაციული მკურნალობა რადიკალური მასტექტომიაა. კლინიკური ტერმინი „ოპერაბილური ძუძუს კიბო“ ნიშნავს იმას, რომ ძუძუს კიბო შეიძლება მორჩეს ამ დაავადების დროს. ავადმყოფის განკურნებაც პირობითი კლინიკური მცნებაა, რაც იმას ნიშნავს, რომ ამ ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფმა შეიძლება ხუთი წელი იცხოვროს. არის შემთხვევები, როცა რადიკალური მასტექტომიის შემდეგ ავადმყოფები ცხოვრობენ 25 წელს და უფრო მეტიც. თუმცა უფრო გვიანაც არაა გამორიცხული მეტასტაზების ინტენსიური ზრდა.

ამიტომ ძუძუს კიბოს ყველა შემთხვევაში საჭიროა გაკეთდეს რადიკალური მასტექტომია, მაშინაც კი, თუ რეგიონალური იღლიის ლიმფურ კვანძებში არის მეტასტაზები.

უბრალო მასტექტომია, როგორც პალიატიური ღონისძიება, საჭიროა გაკეთდეს იმ შემთხვევაში, როცა ავადმყოფს აქვს შორეული მეტასტაზები, ხოლო ძუძუს კიბო განიცდის დაწყლულებას.

ძუძუს ლიმფური ძარღვები: ძუძუს ლიმფური ძარღვების გათვა-

ლისწინებას მნიშვნელობა აქვს ძუძუს კიბოს ქირურგიული მკურნალობის დროს. ამ მხრივ საინტერესოა ახალი გამოკვლევები ლიმფური სისტემის შესწავლის საქმეში. ასეთია ჰანდლის შრომა. მისი მთავარი დებულება შემდეგში მდგომარეობს: ძუძუს კანის ლიმფური ძარღვები განსხვავდება სხვა მიდამოს ლიმფური ძარღვებისაგან. ნორმალურად ძუძუს კანი შეიცავს ოთხ ლიმფურ ქსელს. ძუძუ მღებარეობს ორ ლიმფურ ქსელს შორის — ღრმა დერმალურ ლიმფურ ქსელსა და ღრმა ფასციალურ ქსელს შორის. ამ ქსელებს შორის კომუნიკაციებია, რაც იძლევა ძუძუს კიბოს მეტასტაზირების საშუალებას ორივე მხარეზე. ჰანდლის აზრით, საპეის მიერ წინათ აღწერილი სუბარეოლარული ლიმფური ქსელი, მეტასტაზირების თვალსაზრისით, ნაკლებად მნიშვნელოვანია. გრანდი, ტაბახი და ადერი სხვა აზრისა არიან.

იღლიის ფოსოს ლიმფურ კვანძებს აქვს ფართო კავშირი კისრის მხრისა და მხრის სარტყელის ლიმფურ სისტემასთან და აგრეთვე თვით ძუძუს ლიმფურ ძარღვებთან. სუბსკაპულარული კვანძები დაკავშირებულია გულმკერდის წინა ზედაპირთან და ზურგის უგანიერეს კუნთთან. დიდი, მრგვალი და ბეჭქვეშა კუნთების ლიმფური სისტემა დაკავშირებულია სუბსკაპულარულ ლიმფურ ძარღვებთან. კავშირი არსებობს მკერდის დიდ და მცირე კუნთების ლიმფურ სისტემას შორის. ყველაზე ვრცელია იღლიის ცენტრალური ლიმფური კვანძები, რომლებიც მდებარეობენ იღლიის ვენის ქვეშ. აღნიშნული კვანძები გახვეულია ჯხიმში.

ძუძუს კიბოს დროს აღნიშნული კვანძები ხშირად დიდდება, მათ კავშირი აქვთ ძუძუს თითქმის ყველა მიდამოს ლიმფურ ძარღვებთან: თვით იღლიის კვანძებს კავშირი აქვს აპიკალურ და ლავიწის ლიმფურ ძარღვებთან.

ლიმფური ძარღვების ღრმა ქსელი, რომელიც ჯერ კიდევ 200 წლის წინათ იყო აღწერილი ანატომების მიერ, უკანასკნელ პერიოდამდე ნაკლებად იქცევდა ქირურგების ყურადღებას. ამ ქსელს კავშირი აქვს წინა პერიკარდიულ ლიმფურ კვანძებთან, გულმკერდის შიგნითა არტერიის უკანა ზედაპირთან და ნეკნების ხრტილოვან ბოლოებთან. ღრმა ლიმფური ქსელი დაკავშირებულია აგრეთვე პარიეტულ პლეურასთან და მკერდის დიდ კუნთთან. აღნიშნული ლიმფური ძარღვები კავშირშია ახლომდებარე ვენების სანათურთან. კომუნიკაციები გულმკერდის მარჯვენა და მარცხენა ნახევრის ლიმფურ ძარღვებს შორის სუსტად არის განვითარებული. ამის გამო არსებობს მოსაზრება, რომ თუ კიბო განვითარდა მეორე ძუძუში, იგი შეიძლება იყოს პირველადი და არა მეტასტაზური. ზოგიერთი ქირურგი მეტი რადიკალობისათვის ოპერაციის დროს ამუშავებს ლიმფურ ძარღვებს გულმკერდის შიგნითა არტერიის არეში. თუმცა ასეთი ჩარევა ახლა მოითხოვს შემდეგ დასა-

ბუთებას. ჰანდლის მონაცემებით, ღრმა ლიმფური სისტემა დაკავშირებულია მუცლის ლიმფურ სისტემასთან, კერძოდ, ღვიძლის მრგვალ იოგთან. ამ გზით შესაძლოა მეტასტაზის გავრცელება ღვიძლში. ძუძუს ქვემო ნახევრის კიბო შედარებით იშვიათია, მაგრამ ასეთი ლოკალიზაციის დროს აუცილებელია მხედველობაში იქნეს მიღებული დასახელებული ლიმფური გზები, ამიტომ ოპერაციის დროს საჭიროა გაიხსნას სწორი კუნთის ბუდე და დამუშავდეს ღვიძლის მრგვალი იოგის არე. მეტასტაზირების თვალსაზრისით ყველაზე მნიშვნელოვანია კანისა და ფასციის ლიმფური სისტემა. ისიც არ უნდა დაგვავიწყდეს, რომ ამ სისტემებს კავშირი აქვს სხვა მიდამოების ლიმფურ სისტემებთან.

რადიკალური მასტექტომიის დროს აუცილებლად უნდა მივიღოთ მხედველობაში ძუძუს სიმსივნის ლოკალიზაცია და მისი გავრცელების შესაძლებელი გზები. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს იმ მიდამოებს და გზებს, რომლითაც მეტასტაზების გავრცელების მეტი შესაძლებლობაა. საერთოდ კი რადიკალური მასტექტომიის დროს, როგორც წესი, უნდა ამოიკვეთოს ცენტრალური, სუბსკაპულარული, პექტორალური და აპიკალური ლიმფური კვანძები.

რადიკალური მასტექტომია პირველ რიგში გულისხმობს ძუძუს ამოკვეთას და იღლიის ფოსოს ლიმფური კვანძების ამოღებას ისე, რომ სრულიად არ დარჩეს სიმსივნის ელემენტები. არსებობს მრავალგვარი განაკვეთები, რომლებიც უნდა გამოვიყენოთ სათანადო ჩვენების დროს. კარგია დეკერის განაკვეთი, იგი მეიერის განაკვეთის მოდიფიკაციაა. აგრეთვე მიმართავენ სტიუარტის ან ორის განაკვეთს, თუ სიმსივნე მოთავსებულია ძუძუში მედიალურად. სიმსიუნის მიდამოში ტარდება მომრგვალებული განაკვეთი, კანი უნდა გაიკვეთოს საღ ქსოვილების ფარგლებში, სიმსივნიდან დაახლოებით ორი სმ-ს დაშორებით. კანიდან განთავისუფლების შემდეგ იკვეთება კანქვეშა ქსოვილი. თუ კანი ფართოდაა ჩათრეული პროცესში და ოპერაციის შემდეგ რჩება დიდი დეფექტი, იგი უნდა დაიხუროს კანის თავისუფალი გადანერგვის საშუალებით.

პირველ რიგში თავისუფლდება კანის ზემო ნაწილი ისე, რომ მკერდის დიდი კუნთი გამონთავისუფლდეს მყესამდე. თუ კიბო მდებარეობს ძუძუს ზემო კვადრანტში, შეიძლება მკერდის დიდი კუნთის ლავიწის ნაწილი დაუტოვოთ. მკერდის დიდი კუნთის ამოკვეთის შემდეგ კარგად იხსნება იღლიის ფოსო, კარგად მოჩანს მკერდის მცირე კუნთი, მისი მყესი, რომელიც უმაგრდება ბეჭის ნისკარტისებრ მორჩს. მისი გადაკვეთის შემდეგ ძვალთან ახლოს ვითარდება უმნიშვნელო სისხლის დენა. ამის შემდეგ კიდევ უფრო კარგად გამოჩნდება იღლიის ფოსოს ცხიმოვანი ქსოვილი, მხრის წნული, იღლიის არტერია, ვენა

და ლიმფური კვანძები. ნეიროვასკულარული კონა გახვეულია ფასციაში. ფასცია უნდა გადაიკვეთოს ზემო ნაწილში. განაკვეთი მიემართება გვერდით, ზემოდან ქვემოთ. შემდეგ იწყება იღლიის ლიმფური კვანძების დამუშავება. იღლიის არტერია და ვენა ისე, როგორც ლიმფური სისტემა, მოითხოვს სპეციალურ შესწავლას და დამუშავებას. იღლიის არტერია და ვენა იყოფა სამ მიდამოდ: მედიალურ, შუა და ქვემო მიდამოდ. მედიალური ნაწილი ლავიწქვეშა არტერიის უშუალო გაგრძელებაა, იწყება პირველი ნეკნის გარეთა ნაპირიდან და მიდის მკერდის მცირე კუნთის მედიალურ ნაპირამდე. სწორედ ამ მიდამოშია განლაგებული ლიმფური კვანძების აპიკალური ჯგუფი. აქ უნდა გამოიყოს ტოტი იღლიის არტერიის — გულმკერდის წინა არტერია და გადაიკვანძოს. იღლიის არტერიის მეორე ანუ შუა ნაწილი მკერდის მცირე კუნთის უკან მდებარეობს. ამ სეგმენტში მნიშვნელოვანია თორაკოაკრომიალური არტერია და ვენა, მათ გვერდით კი გულმკერდის გვერდითი არტერია და ვენა. იღლიის სისხლის ძარღვების მესამე მონაკვეთი იწყება მკერდის მცირე კუნთის გარეთა ზედაპირიდან და აღწევს მხრის ძვლის ქირურგიულ ყელს. ამ სეგმენტში სამი არტერიული ტოტი გამოდის. მათში ყველაზე დიდია ბეჭქვეშა არტერია, შემდეგ მხრის შემომხვევი წინა და უკანა არტერია. ამ მიდამოშიაც არის ლიმფური მილები და კვანძები. განსაკუთრებით უნდა ამოიწმინდოს სუბსკაპულარული მიდამო და გადაიკვანძოს თანამოსახელე არტერია. შევარდნის ვენა უნდა იყოს დატოვებული, იგი მდებარეობს დელტოპექტორალურ ღარში. აღნიშნული ვენა საჭიროა კოლატერალური სისხლის მიმოქცევისათვის. ამრიგად, საჭიროა იღლიის არტერიის ხუთი ტოტისა და სათანადო ვენების გადაკვანძვა, რის შემდეგ იღლიის ფოსო ამოიწმინდება ცხიმოვანი ქსოვილისაგან. ოპერაციის მსვლელობაში გაიკვეთება წინა დაკბილული კუნთის ფასცია, უნდა მოვერიდოთ გულმკერდის გრძელი და თორაკოდორზალური ნერვის დაზიანებას. იღლიის ფოსო გაიწმინდება როგორც ზემოთ, ისე ქვემოთ.

თუ სიმსივნე დაკავშირებულია იღლიის ვენასთან, იგი უნდა განთავისუფლდეს და ამოიკვეთოს მისი სათანადო სეგმენტი, რამაც შემდეგში შეიძლება განაპირობოს ვალერის ედემა (შეშუპება).

მკერდის დიდი კუნთი მთელ სიგრძეზე ამოიკვეთება, მისი მედიალური ნაპირი გულმკერდის წინა ზედაპირზე დაკავშირებულია პირველი შვიდი წყვილი ნეკნის ხრტილოვან ნაწილებთან. გადაიკვეთება მკერდის დიდი კუნთის ქვემო ნაწილიც, რომელიც გადადის მუცლის სწორი კუნთის ბუდეში. შემდეგ ქსოვილები, რომლებიც მდებარეობენ ანტერო-ლატერალურად, მთლიანად ამოიკვეთება ზურგის უგანიერეს კუნთამდე. საბოლოოდ უნდა შემოწმდეს ნაოპერაციები არე, განსა-

კუთრებით იღლიის ფოსო და რეტროკლავიკულარული მიდამო. იღლიის ფოსოში, დამატებითი განაკვეთის საშუალებით, საჭიროა რბილი რეზინის მილის ჩადება. ჭრილობა უნდა გაიკეროს დაუჭიმავად.

ამ ოპერაციის დროს სიკვდილიანობა არ უნდა იყოს იმაზე მეტი, რაც შეიძლება მოგვცეს ანესთეზიის გამოყენებამ. თუ აღნიშნული ოპერაცია რადიკალურად არასაკმარისად არის ჩატარებული, მოსალოდნელია ამა თუ იმ სახის პათოლოგიის ნაადრევი განვითარება. თუ კანი გაკერვის დროს დაჭიმულია, შეიძლება დანეკროზდეს. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა კანის დროულად გადანერგვა.

ძუძუს კიბოს ქირურგიული მკურნალობისათვის უბრალო მასტექტომია არ არის, შესაფერისი ოპერაცია. მას მიმართავენ ძუძუს სხვა დაავადების დროს, მაგრამ იგი შეიძლება ჩავატაროთ როგორც პალიატიური ოპერაცია, დაწყლულებული კიბოს დროს შორეული მეტასტაზებით, რათა ავადმყოფს შეეუმსუბუქოთ ცუდი სუნით გამოწვეული უსიამოვნო განცდები. თუ ავადმყოფს აქვს ძუძუს შიგნითა მილაკების ადენომა, მეორე ძუძუზე შეიძლება გაკეთდეს უბრალო მასტექტომია პროფილაქტიკური მიზნით. უბრალო მასტექტომია ზოგჯერ კარგ შედეგს იძლევა ძუძუს ტუბერკულოზისა და ინფექციის დროს. მისი გამოყენება შეიძლება ზოგიერთი კეთილთვისებიანი სიმსივნის დროს. მასტოდონიის შემთხვევაში მას მიმართავენ, როგორც უკანასკნელ საშუალებას.

პოსტოპერაციული რადიაცია. წარსულში მრავალ მეთოდს იყენებდნენ პოსტოპერაციული რადიაციისათვის. ცუდი შედეგი აღინიშნებოდა იმ შემთხვევაში, როცა ავადმყოფს რადიაციული თერაპია მცირე დოზით ჰქონდა გატარებული (2000 ან ნაკლები), როცა მეტი ინტენსივობის რადიაცია იყო გამოყენებული (5500-6000), შედეგი უკეთესი იყო. რადიაცია უნდა გატარდეს მცირე ინტერვალებით, 8-დან 12 კვირის განმავლობაში; ეს იძლევა კანის დაზიანების თავიდან აცილების საშუალებას. ოპერაციის შემდგომი რადიაცია იწყება იმ მომენტიდან, როცა ჭრილობა შეხორცდება. ზოგიერთი ქირურგი იმ შემთხვევაში მიმართავს ოპერაციის შემდეგ დასხივებას, თუ იღლიის ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზი მორფოლოგიურად დადგენილია. ახლა მიღებულია, რომ ოპერაციის შემდეგ ყველას ჩაუტარდეს რადიუმთერაპია, რადგან არც ერთი ავადმყოფი არ არის გარანტირებული მეტასტაზებისაგან. თუ მეტასტაზები არის ძვლებში, რენტგენოთერაპია იძლევა ერთგვარ შეღავათს.

ოპერაციის წინარადიაციის საჭიროებას ძუძუს კიბოს დროს მრავალი სპეციალისტი აღიარებს. ამ მეთოდის მიმართ ინტერესი ცვალებადობს, მას ხან ჰყავს მომხრეები, ხან არა; ვინაიდან ოპერაციის წინარადიაციის დოზა მეტად მცირეა, იგი არასაიმედოა. დიდი დოზების გამოყენება კი ქირურგიულ მკურნალობას უშლის ხელს. ამის გამო

მკურნალობის აღნიშნული მეთოდი დღესაც უერ პოულობს საკმარის დასაბუთებას, როგორც ჩვენში, ისე საზღვარგარეთ. ეკბოელ ავტორთა უმრავლესობა წინააღმდეგია ოპერაციის წინარადიუმთერაპიისა.

ზეროკიდურის ლიმფოდება რადიკალური მასტექტომიის ერთ-ერთი მძიმე გართულებაა და შედეგია იღლიის ფოსოს ფართო დამუშავებისა. შესაძლოა ლიმფოდების განვითარებას ხელი შეუწყოს ინფექციამ, იღლიის ვენის ამოკვეთამ და სხვა.

ედემის პროგრესულად განვითარების მიზეზი შეიძლება იყოს კიბოს გავრცელება ლიმფურ სისტემასა და იღლიის ვენაში. ამ დროს ვითარდება ძლიერი ტკივილები, რის გამოც კიდური კარგავს ფუნქციას. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში პირველი დღეებიდანვე უნდა იყოს გამოყენებული კიდურის შეზღუდული ვარჯიში, რომ შენარჩუნებული იქნეს კიდურის ფუნქცია.

პალიატიური მკურნალობა ძუძუს კიბოს მეტასტაზების დროს. მეტასტაზური ძუძუს კიბოს დროს შეიძლება გამოყენებული იყოს ჰორმონალური პრეპარატები, როგორც ქალებში, ისე მამაკაცებში. ავადმყოფს ვაძლევთ კორტიკოიდულ ჰორმონებს, შეიძლება ჩავატაროთ ადრენალექტომია და ჰიპოფიზექტომია. მკურნალობის ეს მეთოდები ემყარება იმ კონცეფციას, რომ ძუძუს კიბოს ზოგიერთი ფორმების განვითარება დამოუკიდებელია ჰორმონალურ დარღვევაზე; თუმცა ეს საკითხი ჯერ ზუსტად არაა შესწავლილი. მკურნალობის ასეთი პალიატიური მეთოდები სხვადასხვაგვარია, ზოგჯერ შედეგი თვალსაჩინოა, — ლოგინად ჩავარდნილ ავადმყოფს უბრუნდება შრომის უნარი რამდენიმე წლითაც კი. აღნიშნული მეთოდით რამდენიმე თვის განმავლობაში მკურნალობის შემდეგ შეიძლება მივიღოთ რამდენიმე წლიანი დადებითი შედეგი, მაგრამ ხშირია ისეთი შემთხვევაც, როცა მკურნალობის ასეთი მეთოდი არ იძლევა შედეგს.

ოოფორექტომია. ჯერ კიდევ 1896 წელს ბეცენმა მოახდინა ოოფორექტომიის დადებითი შედეგის დემონსტრაცია. საქმე შეეხებოდა 33 წლის ავადმყოფს, რომელსაც გაკეთებული ჰქონდა ოპერაცია ძუძუს კიბოს გამო. ოოფორექტომიის შედეგად მიღებული გაუმჯობესება დროებითი ხასიათის გამოდგა. ბეცენი თავის დროზე სასტიკად გააკრიტიკეს. მიუხედავად ამისა, ოოფორექტომიას პერიოდულად მიმართავდნენ სხვადასხვა სამკურნალო დაწესებულებაში და 20 %-ში ადგილი ჰქონდა ავადმყოფის მდგომარეობის გაუმჯობესებას.

ძუძუს კიბოს დროს საკვერცხეების ფუნქციის აბლაცია რენტგენის სხივებით პირველად ჩაატარა კურმილომ 1905 წ. რენტგენოკასტრაცია კარგ შედეგს იძლეოდა იმ ქალებში, რომლებიც მენაპაუზის პერიოდში იმყოფებოდნენ. აღნიშნული მეთოდი ძვალში არსებულ

მეტასტაზებზე შედარებით უფრო კარგ გავლენას ახდენს, ვიდრე რბილი ქსოვილების მეტასტაზებზე.

ესტროგენული თერაპია. მკურნალობის აღნიშნულმა მეთოდმა შეიძლება გამოიწვიოს ძუძუს კიბოსა და მისი მეტასტაზების რეგრესია. შედარებით კარგი შედეგები მიიღება ესტროგენული თერაპიით ჰოსტმენოპაუზის პერიოდში; ახალგაზრდა ასაკში იგი ნაკლებ ეფექტურია. ტესტოსტერონით მკურნალობას მიმართავენ 1939 წლიდან.

ორმხრივი ადრენალექტომია პირველად დადებითი შედეგებით გამოყენებული იყო ჰანსენისა და სკოტის მიერ 1945 წელს. ეს არის პალიატიური საშუალება, ძუძუს კიბოს პროგრესულად გავრცელების შემთხვევაში.

ჰიპოფიზექტომია პირველად გამოყენებული იყო 1951 წელს ჰეროლტის მიერ. ამ ოპერაციით ისპობა პიტუიტრინის გამოყოფა, რასაც მოჰყვება სხვა ორგანოების ჰორმონალური ფუნქციის შემცირება.

საერთოდ უნდა ითქვას, რომ ენდოკრინული თერაპიის შედეგები ჯერ კიდევ ბუნდოვანია, მაგრამ მასში უნდა იყოს რაციონალური მარცვალი, რმდენადაც ძუძუს კიბო, ყოველ შემთხვევაში მისი ზოგიერთი ფორმა, განეკუთვნება ჰორმონალური სიმსივნეების ჯგუფს.

ქირურგიას დღეს უფრო ძლიერი საშუალება აქვს ძუძუს კიბოს მკურნალობის საქმეში, დროული ოპერაციის სახით. ამით შეიძლება ავადმყოფს ავაცილოთ ძუძუს კიბოს პროგრესული გავრცელება.

ჰორმონალური თერაპია, ენდოკრინული ამპუტაცია, ტექნიკურად კარგად ჩატარებული სხივური თერაპია,—ყველა ეს მეთოდი სასარგებლოა, მაგრამ ორა ძირითადია ძუძუს კიბოს მკურნალობის საქმეში.

გინეკომასტია და ფიზიოლოგიური ჰიპერტროფია. სქესობრივი მომწიფების პერიოდში ვაჟებში შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ძუძუს მოცულობაში მომატებას ცალ მხარეზე ან ორივე მხარეზე.

15—20 წლის ასაკში ძუძუს ასეთი გადიდება იმდენად ხშირია, რომ იგი შეიძლება ნორმალურ მოვლენად ჩაითვალოს. ეს მცირე სუბაჩეოლარული ფოლაქები 20 წლამდე ქრება. ტერმინი გინეკომასტია გამოხატავს ისეთ მდგომარეობას, როდესაც ძუძუს გადიდება არ მცირდება სქესობრივი მომწიფების პერიოდში. ხშირად ასეთი მდგომარეობა არის ერთ მხარეზე. იგი უნდა იყოს დიფერენცირებული ფიბრომისა, ლიპომისა და დერმოიდული კისტისაგან. ამ დროს ძუძუ შეიძლება იყოს მტკივნეული, ყოველგვარი ტრავმა ხელს უწყობს მის გამკვრივებას. აღნიშნული პათოლოგია წარმოადგენს კიბოსწინარე დაავადებას. ეზიოლოგიურად იგი განპირობებულია ჰორმონალური სისტემის ცვლილებებით, პირველ რიგში სქესობრივი მომწიფებით. ხშირად ორმხრივ გინეკომასტია ვითარდება 18—20 წლის შემდეგ. ტესტიკულურ ატროფიას შეიძლება მოყვეს ძუძუს ორმხრივი ჰიპერპლაზია.

პროსტატის კიბოს შემთხვევაში სილნესტროლის მიღების შემდეგ ვითარდება გინეკომასტია, მას ავადმყოფი უნდა შეეგუოს, ვინაიდან ამ შემთხვევაში მთავარია კიბოს მკურნალობა.

მამაკაცის ძუძუს კიბო

ძუძუს კიბო ასჯერ უფრო ხშირია ქალებში, ვიდრე მამაკაცებში. ძუძუს კიბო საშუალო ასაკის მამაკაცებში გვხვდება. დაავადების სიმპტომები ყოველთვის ერთნაირი არაა. დამახასიათებელია ტკივილი და სისხლის გამოყოფა დვრილიდან. ხშირად ავადმყოფი მხოლოდ მაშინ მიმართავს ექიმს, როცა ძუძუს არეში კანი დაუწყლულდება. ავადმყოფები ხშირად აღნიშნავენ უმტკივნეულო სიმსივნეს ძუძუში, რომელიც ხელით ადვილად ისინჯება. უფრო ხშირად სიმსივნე დვრილთან ახლოსაა, კანქვეშ. დამახასიათებელია აგრეთვე დვრილის შეჭმუხვნა, შეკუმშვა ლიმფურ კვანძში. თუ მამაკაცს კუნთები კარგად აქვს განვითარებული, მეტასტაზი შეიძლება ვერ ვნახოთ.

ძუძუს კიბოს დროს ჰისტოლოგიური სურათი ერთნაირია როგორც ქალებში, ისე მამაკაცებში. მისი მკურნალობა მამაკაცებშიც რადიკალური მასტექტომიაა; ჭრილობის დასახურავად მამაკაცებში უფრო ხშირადაა საჭირო კანის გადანერგვა. მამაკაცის ძუძუს კიბოს პროგნოზი ცუდია, ვიდრე ქალებისა.

ძუძუს კიბოს ოპერაბილობა და განკურნება

ძუძუს კიბოს ოპერაბილობა ჯერ კიდევ არ ნიშნავს ავადმყოფის განკურნებას. დაწყლულებული და მეტასტაზირებულ კიბოს დროს ოპერაცია ნაჩვენებია მხოლოდ იმისათვის, რომ ავადმყოფს შეეუმსუბუქოთ მდგომარეობა. ტვინში არსებული მეტასტაზების დროს ყოველგვარი ოპერაციული ჩარევა უშედეგოა. ფილტვისა და ძვლების მეტასტაზების დროს შეღავათის მომცემია ენდოკრინული მეთოდებით მკურნალობა. ყველაზე მეტად გარანტირებულია შორეული შედეგების მხრივ ნაადრევად დიაგნოსტირებული კიბო, დროულად ჩატარებული სათანადო მკურნალობით.

როცა დაავადება უკვე გავრცელებულია და რადიკალური მასტექტომიის გაკეთება შეუძლებელია, კეთდება ეგრეთ წოდებული სუპერრადიკალური ოპერაცია. ძუძუს მედიალურ კვადრანტებში ლოკალიზე-

ბული სიმსივნეები უფრო ადრე იძლევა მეტასტაზებს გულმკერდის ღრუში, პლევრასა და შუასაყარში. სუპერრადიკალური ოპერაცია გულისხმობს იღლიის ფოსოს ამოწმენდას და მეტასტაზების გზების ამოკვეთას. პარასტენალურ კვანძებში მეტასტაზების არსებობის დროს საჭიროა გაიხსნას გულმკერდის ღრუ ნეკნთა ხრტილოვანი ბოლოების ამოკვეთით, მეორედან მეხუთე ნეკნამდე. საერთოდ უნდა ითქვას, რომ ამა თუ იმ ლოკალიზაციის კიბოს დროს ოპერაბილობის დადგენისა და რადიკალური ოპერაციის შესაძლებლობის შესახებ ერთიანი აზრი არ არსებობს, თუ სიმსივნე ჩაზრდილი იყო ირგვლივმდებარე ორგანოებში. ცნობილი ქირურგი ს. იუდინი კუჭის კიბოს შემთხვევაში რადიკალურ ოპერაციას არ აკეთებდა, ხოლო მეორე ცნობილი ქირურგი ბერიოზოვი, კუჭის კიბოს დროს თუ ღვიძლში მეტასტაზი არ იყო, ხოლო ადგილი ჰქონდა სიმსივნის ჩაზრდას პანკრეასში, განივ კოლინჯში, ელენთაში და სხვა ორგანოებში, მიმართავდა გაფართოებულ რადიკალურ ოპერაციას. კუჭთან ერთად კვეთდა პანკრეასს, ან აწარმოებდა განივი კოლინჯის რეზექციას, თუ სიმსივნე ჩაზრდილი იყო ელენთაში — სპლენექტომიას და ა. შ.

რადიკალური ოპერაციის გაფართოების თვალსაზრისით ზოგიერთი კიდევ უფრო შორს მიდის. ამ მხრივ საინტერესოა მეტესის შრომა, რომელიც გამოქვეყნდა 1960 წელს სათაურით „ლუმბალური ამპუტაცია ანუ ჰემიკორპორექტომია". როგორც ავტორი აღნიშნავს, 74 წლის მამაკაცს, 1969 წლის 3 ივლისს, სწორი ნაწლავის ადენოკარცინომის გამო გაუკეთდა სწორი ნაწლავის აბდომინო-პერინეალური ამპუტაცია. 20 დღის შემდეგ იმავე ავადმყოფს ადენომის გამო გაუკეთდა პროსტატექტომია. გაეწერა კარგ მდგომარეობაში. 5 თვის შემდეგ განმეორებით დაუბრუნდა სტაციონარს. აღმოჩნდა სიმსივნის რეციდივი მცირე მენჯის ღრუში, რომელიც დაკავშირებული იყო ხელოვნურ უკანა ტანსა, შარდის ბუშტსა და შორისის მიდამოსთან, სადაც იგი ფისტულით იყო გახსნილი. ფისტულიდან გადმოდიოდა მყრალი ჩირქი.

პიელოგრამით დადგინდა ორმხრივი ურეთრო-ჰიდრონეფროზი. ავადმყოფს ჰქონდა შარდის შეკავება. მენჯის ზემოთ კი კიბოს ან მისი მეტასტაზის არავითარი ნიშანი არ იყო.

შედგა კონსილიუმი. პირველყოვლისა ავადმყოფს განუმარტეს დაავადების არსი; აუხსნეს, რომ სხივურ და ქიმოთერაპიას შეუძლია მხოლოდ შედარებითი დროებითი გაუმჯობესება, უთხრეს აგრეთვე, რომ ადგილობრივი ჩარევა, ე. ი. ყოველგვარი პალიატური ოპერაცია განუხორციელებელია. ავადმყოფმა განაცხადა, რომ მას აღარ შეუძლია აიტანოს შარდვის გაძნელება და ფისტულიდან გამონადენის გამოყოფა, იგი თანახმაა ყოველგვარ ჩარევაზე, რომელიც მას გაანთავისუფლებს კიბოსგან. ამიტომ დაისვა საკითხი ჰემიკორპორექტომიის შესახებ. გადა-

წყდა ჯერ გაკეთდეს საცდელი ლაპარატომია და თუ განივი კონიჯის ქვემოთ და ღვიძლში არ იქნება მეტასტაზი, გაკეთდეს ჰემიკორპორექტომია. აღნიშნული ჩარევის მასშტაბი ხელახლა აუხსნეს ავადმყოფს და იგი დათანხმდა ოპერაციაზე. გაუკეთდა ოპერაცია. განაკვეთი გატარდა ჭიპის ქვემოთ, განივად. ღვიძლსა და სხვა ორგანოებში მაკროსკოპულად მეტასტაზები არ აღინიშნება. გაკეთდა კოლექტომია და ამოიკვეთა ხელოვნური უკანა ტანი. მარცხნივ გამოტანილ იქნა თეძოს ნაწლავი ახალი ხელოვნური ანუსის სახით. შარდსაწვეთები გადაიკვეთა და ჩაინერგა წვრილი ნაწლავის იზოლირებულ მარყუჟში, რომელიც გაიხსნა და მიეკერა კანზე მარჯვნივ. ამის შემდეგ გადაიკვანძა ქვემო ღრუ-ვენა და თეძოს საერთო არტერია. გადაიკვეთა წელის კუნთები, მოხდა სხეულის დეზარტიკულაცია წელის მესამე და მეოთხე მალას შორის. დაედო ლიგატურა ზურგის ტვინის მაგარ გარსს, რომ არ დარღვეულიყო თავ-ზურგ-ტვინის სითხე.

ჭრილობა დაიხურა მუცლის კედლისა და წელის მიდამოს სათანადო ქსოვილების გაკერვით.

ოპერაცია და ანესთეზია გრძელდებოდა 12 საათს. ოპერაციასთან დაკავშირებულ რაიმე გართულებას ადგილი არ ჰქონია. ოპერაციის მსვლელობაში გადაესხა 1 ლ გლუკოზის 5%-იანი ხსნარი, 3.500 მლ სისხლი.

როგორც ავტორი აღნიშნავს, მოკვეთილი იყო ყველაფერი წელის მესამე მალის ქვემოთ, რითაც, მისი აზრით, გამორიცხულია რეციდივის შესაძლებლობა.

ოპერაციის შემდეგ დარჩენილი სხეულის ზემო ნახევარი შემდეგნაირად არის აღწერილი: დამშვიდებული, მხიარული, იმედიანი, იმის თავიც კი აქვს, რომ დაამშვიდოს მკურნალი ექიმები და გაუზიაროს მათ თავისი ენთუზიაზმი.

ოპერაციიდან მე-10 დღეს გადაესხა 250 მლ სისხლი, რის შემდეგ განუვითარდა ფილტვების მწვავე შეშუპება და ავადმყოფი გარდაიცვალა.

საჭირო არ არის გავაკეთოთ ამ დაკვირვების კომენტარი, მაგრამ უნდა ითქვას — არ იცი რას უფრო სცე პატივი, რით უფრო აღფრთოვანდე, ავადმყოფის ასეთი უჩვეულო გადაწყვეტილებითა და გამბედაობით, თუ ქირურგების მიერ ოპერაციის ტექნიკური შესრულებით. როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, პირველად ჰემიკორპოროექტომია გაკეთდა 1960 წელს; ახლა უკვე აღწერილია მსგავსი ოპერაციის 4 შემთხვევა. ტექნიკური თვალსაზრისით ასეთი ოპერაციული ჩარევა თანამედროვე ქირურგიის უდიდეს მიღწევად უნდა ჩაითვალოს; სხვა მხრივ რაიმე დასკვნის გამოტანა ჯერჯერობით ნაადრევია.

ამრიგად, როგორც ვხედავთ, კიბოს დროს გაფართოებული რადიკალური ჩარევის საზღვარი თავის მაქსიმუმს აღწევს.

ირკვევა, რომ მაშინ, როცა ერთ ქვეყანაში ხშირია ძუძუს კიბო, მეორეში ის იშვიათობას წარმოადგენს. სწორედ ამ საკითხებს სწავლობს გეოგრაფიული მედიცინა, რომელიც ამ ბოლო წლებში წარმოიშვა. ის არკვევს ამა თუ იმ დაავადების სიხშირეს გეოგრაფიულ ასპექტში, და როცა აღმოჩნდება, რომ ესა თუ ის დაავადება დედამიწის ამა თუ იმ კუთხეში ხშირია, შემდეგ აყენებს საკითხს — რატომ? იწყება მიზეზის გამორკვევა, რომ დროულად იქნეს მიღებული ზომები. აქედან გამომდინარე გეოგრაფიულ მედიცინას დიდი გამოყენებითი მნიშვნელობაც აქვს.

გამოირკვა, რომ ძუძუს კიბო ყველგან ერთნაირი სიხშირით არ გვხვდება. საბჭოთა კავშირში ის შედარებით ხშირია ამიერკავკასიის რესპუბლიკებში, ხოლო იშვიათია შუა აზიის რესპუბლიკებში. ხშირია ძუძუს კიბო აშშ, იშვიათია იაპონიასა და ჩინეთში. სეგიმ 1956—1957 წლების განმავლობაში შეისწავლა ძუძუს კიბოს გამო სიკვდილიანობა 24 ქვეყანაში. ავტორის მონაცემებით, ძუძუს კიბოს გამო ლეტალობა ყველაზე მაღალია დანიაში, ხოლო დაბალი — იაპონიაში; სეგი აძას იმით ხსნის, რომ იაპონიაში ადრე თხოვდებიან, მრავალშვილდებიან და ხანგრძლივად (2 წლამდე) კვებავენ ბავშვს ძუძუთი. საერთოდ ბავშვის კვება ძუძუთი უნდა გრძელდებოდეს არა ნაკლებ 11—12 თვისა. მეცნიერულად დასაბუთებულია, რომ ლაქტაციის პერიოდში თუ ძუძუ ნორმალურად ფუნქციონირებს, იქმნება ხელსაყრელი პირობები ძუძუს დაცვისა მთელი რიგი დაავადებებისაგან და, პირველყოვლისა, ძუძუს კიბოსაგან. თუ ლაქტაციის პერიოდი დამახინჯებულია, უფრო ხშირია ძუძუს კიბო. დიდი პროფილაქტიკური მნიშვნელობა აქვს 35 წლამდე ძუძუს პერიოდულ ფუნქციურ დატვირთვას. მნიშვნელობა აქვს დროულ გათხოვებას, პირველი მშობიარობა არ უნდა იქნეს ხელოვნურად შეწყვეტილი. მაკლინის მონაცემებით ძუძუს კიბო უფრო ხშირია ქალებში, რომლებსაც არ უმშობიარებიათ, ხოლო ქალებმა, რომლებმაც შობეს 9 და მეტი ბავშვი, მათში ძუძუს კიბო აღინიშნებოდა შემთხვევათა 2,4%-ში.

ბავშვის ხელოვნურ კვებაზე ნაადრევი გადაყვანით, დედა, პირველყოვლისა, ზიანს აყენებს თავისთავს. ამ დროს ირღვევა ძუძუს ნორმალური ფუნქცია, რაც ერთ-ერთი ფაქტორია ძუძუს კიბოს განვითარებისათვის. ძუძუს ფიზიოლოგიის დაცვას დიდი მნიშვნელობა აქვს ძუძუს კიბოს პროფილაქტიკაში. ნორმალურ პირობებში ძუძუს ფუნქცია დაკავშირებულია შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების ჰორმონალურ მოქმედებასთან, როგორიცაა: საკვერცხეები, ჰიპოფიზი, თირკმელზედა

ჯირკვალი, ფარისებრი ჯირკვალი, რომელთა ფუნქციას არეგულირებს ცენტრალური ნერვული სისტემა.

არის მოსაზრება, რომ ძუძუს კიბოს განვითარებაში მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს მემკვიდრეობით მიდრეკილებას. შემჩნეულია, რომ ძუძუს კიბო შედარებით ხშირად უვითარდებათ ახლო ნათესავებს. პ. დევიზმა გამოიკვლია 290 ქალი, რომელთა დედები დაიღუპნენ ძუძუს კიბოსაგან და მათაც 4,8%-ში აღმოაჩნდათ ძუძუს კიბო. ლიტერატურაში ცნობილია ე. წ. „კიბოიანთა ოჯახები", რომლებშიც სხვადასხვა ეთნიკის ქალები ხშირად ავადდებიან ძუძუს კიბოთი.

ძუძუს კიბო 20 წლამდე მეტად იშვიათია, ხოლო ძუძუს კიბოს სიხშირე მაქსიმუმს აღწევს 40 — 50 წლის ასაკში. ავადმყოფის ასაკთან დაკავშირებით, ძუძუს კიბოს ავთვისებიანობის ხასიათი იცვლება, და რაც უფრო ახალგაზრდაა ავადმყოფი, მით უფრო ავთვისებიანი მიმდინარეობა აქვს ძუძუს კიბოს ასევე ორსულობის, ლაქტაციისა და მენსტრუაციის პერიოდში. 60—70 წლის ასაკის ქალს ძუძუს კიბო შეიძლება ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ჰქონდეს და არ გავრცელდეს მეტასტაზი.

ძუძუს კიბოს კლინიკურ მიმდინარეობაში გამოყოფილია ოთხი სტადია: პირველი, როცა სიმსივნე ზომით არ აღემატება 2 სმ-ს და პროცესი ძუძუს ფარგლებს არ სცილდება. მეორე — სიმსივნის ოდენობა აღწევს 5 სმ-ს, ამასთან ერთად მესამე სტადიაში სიმსივნეს უკავია ძუძუს უმეტესი ნაწილი, ხოლო იღლიის ფოსოში მრავლობითი მეტასტაზური კვანძია. მეოთხე სტადიისას მეტასტაზები დაშორებულ ორგანოებშია.

მრავალი დაკვირვებით დადასტურდა, რომ დაავადების პირველი სტადიით ექიმს მიმართავს ავადმყოფთა მხოლოდ 25—30%-ი. დანარჩენები ექიმს მიმართავენ უფრო დაგვიანებით. ძუძუს კიბოს მკურნალობის შორეული შედეგები კი დამოკიდებულია დაავადების სტადიაზე. სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით, თუ პირველ სტადიაში გაკეთდება ოპერაცია, ავადმყოფთა 80—88% ხუთი წლისა და მეტი ხნის განმავლობაში თავს კარგად გრძნობს. კიბოს მკურნალობის შორეული შედეგების შეფასება ხუთი წლის ვადით საერთოდ მიღებულია ონკოლოგიაში. იგი ემყარება მრავალ კლინიკურ დაკვირვებას, რომელიც მოწმობს, რომ რეციდივი და მეტასტაზი ჩვეულებრივ ვითარდება მკურნალობიდან პირველი 2—3 წლის განმავლობაში.

ძუძუს კიბოს დიაგნოსტიკა შედარებით ადვილია და მის გამოვლენაში დიდი მნიშვნელობა აქვს თვით ავადმყოფს, მის სიფხიზლეს. დამახასიათებელია ქალის ანამნეზი, როცა ტანსაცმლის გახდის, ბანაობის ან სხვა მსგავს შემთხვევაში მან შემთხვევით შეამჩნია ძუძუში სიმსივნე. ასევე შემთხვევით შეიძლება შეამჩნიოს დაავადების დასაწ-

ყისში ძუძუდან სისხლნარევი გამონადენი, დვრილის ან თვით ძუძუს ფორმის შეცვლა. ზოგჯერ ქალი აღნიშნულ მოვლენებს არ აქცევს ყურადღებას და უყურადღებობის შედეგად ექიმს მიმართავს დაგვიანებით. კიდევ მეტი, ზოგჯერ ავადმყოფი ექიმთან მიდის ძუძუს კიბოს შედეგად განვითარებულ ამა თუ იმ გართულების გამო. ამ მხრივ საინტერესოა ჩვენი ერთ-ერთი ავადმყოფი — გ. ნ. ქალი, 42 წლის. მიღებულია კლინიკაში როგორც სასწრაფო შემთხვევა, ტკივილით მარჯვენა ბარძაყის მიდამოში. კიდურის როგორც აქტიური, ისე პასიური მოძრაობის შეზღუდვით, მარჯვენა ბარძაყის დეფორმაციით.

როგორც ავადმყოფი აღნიშნავს, ორი თვის წინ დაეწყო ტკივილი მარჯვენა ბარძაყის მიდამოში; მიმართა ექიმს, რომელმაც დაუნიშნა აბაზანები. კლინიკაში შემოსვლამდე რამდენიმე საათით ადრე მარჯვენა ბარძაყის მიდამოში მიიღო უმნიშვნელო მექანიკური ტრავმა. რასაც დაერთო ძლიერი ტკივილი. გაუკეთდა მარჯვენა ბარძაყის ძვლის რენტგენოგრამა.

რენტგენოლოგის დასკვნა: მარჯვენა ბარძაყის ზედა მესამედის პათოლოგიური მოტეხილობა.

შემდგომი გამოკვლევით აღმოჩნდა: მარჯვენა ძუძუს კიბო მეოთხე სტადიაში, რომლის შესახებ თვით ავადმყოფმა არაფერი იცოდა და ამდენად დაავადების ხანგრძლივობის დადგენა ვერ მოხერხდა. თუმცა უნდა ვივარაუდოთ, რომ როცა ორი თვის წინათ მარჯვენა ბარძაყის მიდამოში დაეწყო ტკივილი, მაშინ იქ უკვე იყო ძუძუს კიბოს მეტასტაზი.

ავადმყოფს გაუკეთდა ძუძუს ამპუტაცია, შემდეგ ოსტეოსინთეზი. ბარძაყის ძვლის მოტეხილ ფრაგმენტებზე იყო სიმსივნე, რომელიც ამოიკვეთა საღი ქსოვილის ფარგლებში; შემდეგ კი გაკეთდა ოსტეოსინთეზი.

ოსტეოსინთეზიდან ორი თვის შემდეგ მოტეხილ ფრაგმენტებს შორის აღინიშნება ნაზი კორძი.

ისმის კითხვა — მსგავს შემთხვევაში, რამდენად მიზანშეწონილია ოსტეოსინთეზის გაკეთება? ოსტეოსინთეზი გაკეთდა ჯერ ერთი იმიტომ, რომ მოტეხილი ფრაგმენტების ბოლოებზე იყო მეტასტაზური სიმსივნე, მისი მოცილება აუცილებელი იყო. მეორე — რომ არაფერი ვთქვათ კიდურის ფუნქციის დარღვევაზე, ავადმყოფს აწუხებდა ძლიერი ტკივილი, რომელიც კიდევ უფრო უძლიერდებოდა საწოლში ყოველგვარი მოძრაობის დროს, ამიტომ საჭირო იყო მოტეხილი ფრაგმენტების ფიქსაცია.

ჩვენს კლინიკაში სარძევე ჯირკვლის კიბოს გამო სულ გატარებულია 447 ავადმყოფი. ასაკის მიხედვით ჩვენი მასალა შემდეგნაირად ნაწილდება. 21—30 წლის ასაკზე მოდის შემთხვევათა — 10,0%; 31 —

40 წლის ასაკზე — 30.1%; 41 — 50 წლის ასაკზე — 26,7%; 51 — 60 წლის ასაკზე — 20,3%; 61 წლის ზევით კი — 10%;

ყველაზე ახალგაზრდა ავადმყოფი იყო 21 წლისა, ყველაზე ხნიერი კი 92 წლის.

რაც შეეხება სქესს, მართალია, სარძევე ჯირკვლის კიბო უმეტესად ქალებში გვხვდება, მაგრამ აღწერილია ძუძუს კიბოს შემთხვევები მამაკაცებშიც და არც თუ ისე იშვიათად. პროფ. კ. ვეფხვაძის (1937) მონაცემებით ძუძუს კიბოიან 195 ავადმყოფიდან მამაკაცი იყო 8, რაც შეადგენს 7,5%-ს. თ. კაჭკაჭიშვილის მონაცემებით 1919 — 1955 წლების განმავლობაში სარძევე ჯირკვლის კიბოთ გატარებულ ავადმყოფთა შორის 16 მამაკაცი იყო, რაც შეადგენს 3,6%. აღსანიშნავია, რომ მამაკაცის სარძევე ჯირკვლის კიბოს კლინიკურად მეტად ავთვისებიანი მიმდინარეობა ახასიათებს, რაზედაც მიუთითებენ პ. გერცენი, ი. რუფანოვი და სხვ. ამის მიზეზად თვლიან იმას, რომ მამაკაცის სარძევე ჯირკვალში ალვეოლები და მათ შორის შემაერთებელი ქსოვილოვანი ხიდაკები არ არის, რაც ქმნის სიმსივნის ინფილტრაციული ზრდის უკეთეს შესაძლებლობას. ამავე დროს ორგანო პატარაა და ცხიმოვანი ქსოვილით ღარიბი. სიმსივნე უშუალოდ გულმკერდის ზედაპირულ ფასციაზე დევს, ამიტომ ის ადვილად გადადის ფასციაზე და მასში მდებარე ლიმფურ გზებში, რის შედეგადაც ხშირია ნაადრევი მეტასტაზები, რეგიონალურ და შორეულ ლიმფურ კვანძებში.

მამაკაცის ძუძუს კიბოს მკურნალობა ისეთივეა, როგორც ქალის ძუძუს კიბოსი.

ახლა განვიხილოთ ავადმყოფი კისრის დამატებითი ნეკნით.

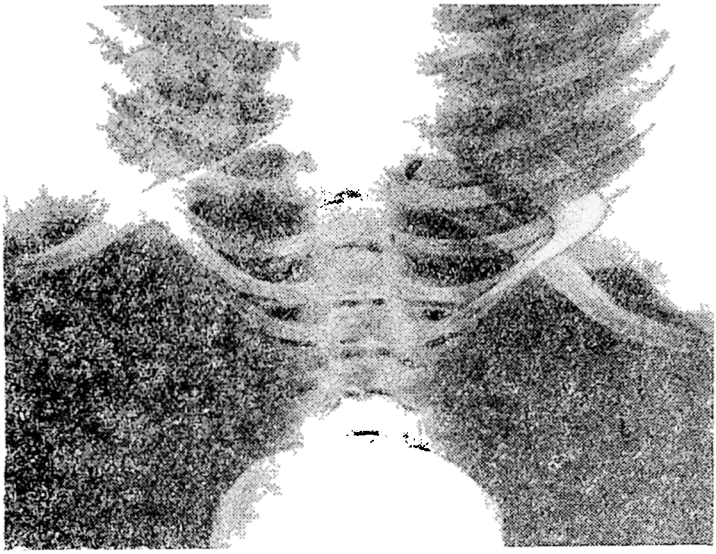
ავადმყოფი გ. ქ., ქალი, 40 წლის, მიღებულია კლინიკაში ჩივილებით: თავის ტკივილი, თავბრუხვევა, გულისფრიალი და ოფლიანობა, მარცხენა ზემო კიდურის ტკივილი, დაბუქება და მგრძნობელობის დაქვეითება. ერთი წელია უკადია. ავადმყოფი რაისაავადმყოფოდან გამოგზავნილია ნევრასტენიის დიაგნოზით. მიღებისას გამოითქვა აზრი, რომ შესაძლოა საქმე გვქონდეს ჰიპერთირეოზთან.

ექიმ-ნევროპათოლოგის დასკვნა: შეიძლება საქმე გვქონდეს მარცხენა მხრის წნულის ანთებასთან.

ექიმ-თერაპევტის დასკვნა: ავადმყოფს უნდა ჰქონდეს ჰიპერთირეოზი და პრეკლიმაქსური მდგომარეობა.

ყურადღება მიიპყრო იმ გარემოებამ, რომ მარცხენა სხივის არტერიაზე პულსაცია შესამჩნევად შესუსტებულია, მარჯვენასთან შედარებით. გამოითქვა აზრი, რომ შესაძლოა საქმე გვქონდეს დამატებით ნეკნთან. გაკეთდა კისრის მალების რენტგენოგრამა. აღმოჩნდა კისრის მე-7 მალის სანეკნე მორჩიდან გამომდინარე დამატებითი ნეკნი, მარცხნივ.

კისრის ნეკნები მიეკუთვნება განვითარების ანომალიებს. ეს არის



სურ. 15. კისრის დამატებითი ნეკნი (რენტგენოგრამა).

თანდაყოლილი, ემბრიონული განვითარების ვარიანტი, გამოწვეული ჩონჩხის არანორმალური სეგმენტაციით. დამატებითი ნეკნი ვითარდება კისრის უკანასკნელი მალების სანეკნე მორჩიდან. ჩვეულებრივ კისრის მეშვიდე, იშვიათად კი მეექვსე, მეხუთე ან მეოთხე მალების სანეკნე მორჩიდან.

დამატებითი ნეკნი უძველესი დროიდანაა ცნობილი. მის არსებობაზე ჯერ კიდევ გალენი მიუთითებდა. დამატებითი ნეკნის პირველი აღწერა 1740 წელს ეკუთვნის ფრანგ ანატომ ხუნაულდის. აღნიშნული საკითხი ვრცლად იყო გაშუქებული ცნობილი რუსი ანატომის, პეტერბურგის სამხედრო-სამედიცინო აკადემიის პროფესორის გრუბერის მიერ 1869 წელს გამოქვეყნებულ მონოგრაფიაში დამატებითი ნეკნების შესახებ. გრუბერმა სექციურ მასალაზე შეაგროვა დამატებითი ნეკნის 76 შემთხვევა და მოგვცა მათი აღწერილობა.

კისრის დამატებითი ნეკნებისათვის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნები და სიმპტომოკომპლექსი შეისწავლა და კარგად გააშუქა სტრაისლერმა. მან 1913 წლისათვის შეაგროვა დამატებითი ნეკნის 200 შემთხვევა, რომელთაგან 87 ავადმყოფი ნაოპერაციები იყო.

შრაიბერმა 1936 წელს შეაგროვა ნაკრები სტატისტიკა (დამატებითი ნეკნის 446 შემთხვევა). ამათგან ქალები — 73,7%, მამაკაცები — 26,3%; განვითარების ეს ანომალია უფრო ხშირია ქალებში. დამატებითი ნეკნი შეიძლება იყოს ცალმხრივი. უფრო ხშირად კი სიმეტრიულია

და კისრის ორივე მხარეზე შემთხვევა ვითარდება, შრაიბერის მონაცემით, 84,7%-ში.

სამკურნალო ფაკულტეტის ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში კისრის დამატებითი ნეკნით სულ გატარებულია 14 ავადმყოფი, ამათგან ქალია — 8, მამაკაცი — 6. დამატებითი ნეკნი ერთ მხარეზე ჰქონდა 8 ავადმყოფს, ორივე მხარეზე კი — 6. საერთოდ უნდა ითქვას, რომ კისრის დამატებითი ნეკნები ხშირი არ არის.

დამატებით ნეკნებს გარკვეული კლინიკური ნიშნები აქვს. ცნობილია, რომ დამატებითი ნეკნი 5+—10%-ში იძლევა ამა თუ იმ მოვლენებს, რადგან კისრის დამატებითი ნეკნი ცვლის სათანადო მიდამოს ჩვეულებრივ ტოპოგრაფიას და იწვევს მთელ რიგ დარღვევებს სისხლძარღვებისა და ნერვების მხრივ. კისრის დამატებითი ნეკნი ზოგჯერ იძლევა გამობერილობას სათანადო მხრებზე და შეიძლება განვითარდეს სკოლიოზის სურათი. დამატებითი ნეკნის სიმპტომოკომპლექსისათვის დამახასიათებელია სათანადო კიდურის პარესთეზია, ნევრალგიური სასიათის ტკივილი. კუნთების სისუსტე და ადვილად დაღლა. ზოგჯერ კუნთების ატროფია, პულსის შესუსტება და სრული გაქრობაც კი, რაც გამოწვეულია დამატებითი ნეკნის ზეწოლით მხრის წნულსა და ლავიწქვეშა არტერიაზე.

განსაკუთრებით ხაზი უნდა გაესვას ცვლილებებს იდაყვის, სხივისა და საშუალო ნერვის მხრივ. იშვიათად, მაგრამ მაინც აღინიშნება სიმპათიკურ წნულზე ზეწოლით გამოწვეული მოვლენები, როგორიცაა: მიოზი, ეგზოფტალმუსი, ჰორნერის სიმტომოკომპლექსი და სხვ.

ხშირად კლინიკური სურათის მანიფესტაცია დაკავშირებულია ტრავმასთან (კისრის მიდამოში დარტყმა, ტლანქი მოძრაობა, მძიმე ტვირთის აწევა და სხვ.); ამ მხრივ საინტერესოა ერთ-ერთი ჩვენი შემთხვევა.

ავადმყოფი ლ. ე., ქალი 22 წლის, მიღებულია კლინიკაში ტკივილით კისრის მარცხენა ნახევარში, რომელიც დაეწყო ერთი თვის წინ. მოარტყეს ჯოხი კისრის მარცხენა ნახევარში, რის შემდეგ დაეწყო ტკივილი. მაშინვე შეამჩნია სიმსივნე. შემოსვლისას: მარცხენა ზემო კიდურის როგორც აქტიურ, ისე პასიურ მოძრაობასთან დაკავშირებით აღნიშნავს ტკივილის გაძლიერებას; პულსაცია მარცხენა სხივის არტერიაზე, მარჯვენასთან შედარებით, შესამჩნევად შესუსტებულია.

ნევროპათოლოგის დასკვნა: ავადმყოფს აქვს მარცხნივ მხრის წნულის გაღიზიანება.

კისრის მალების რენტგენოლოგიური გამოკვლევა: მარცხნივ აღინიშნება დამატებითი ნეკნი, რომელიც ესაზღვრება კისრის მეშვიდე მალის ნეკნგანივ მორჩს. ამასთან ერთად დამატებითი ნეკნი წინა ბოლოთი შესახსრებულია ჩვეულებრივ პირველ ნეკნთან.

სურ. 16. კისრის დამატებითი ნეკნი (რენტგენოგრამა).

გაუკეთდა ოპერაცია. განაკვეთი მარცხნივ ლავიწზედა ფოსოს მიდამოში, მკერდლავიწ დვრილისებრი კუნთიდან ტრაპეციულ კუნთამდე. მხრის წნული, ლავიწზედა არტერია და ვენა გადაიწია მედიალურად. გამოიყო 2—3 სიგრძის დამატებითი ნეკნი კისრის მეშვიდე მალის ნეკნგანივ მორჩამდე და ამოიკვეთა პერიოსტეუმთან ერთად. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი — გართულების გარეშე. ავადმყოფი გაეწერა გაჯანსაღებული.

არის შემთხვევები, როდესაც ნათლად გამოხატულია დამატებითი ნეკნის დამახასიათებელი სიმპათოკომპლექსი, ავადმყოფს კი მკურნალობა უტარდება მაობლიტირებული ენდარტერიტის გამო. აღნიშნულის საუკეთესო მაგალითია ერთ-ერთი შემთხვევა ჩვენი მასალიდან.

ავადმყოფი ჯ. გ., მამაკაცი, 35 წლის, შემოვიდა კლინიკაში ძლიერი ტკივილით მარჯვენა ზემო კიდურში, მტევნის III და IV თითის ფრჩხილის ჟალანგის მიდამოში ნეკროზული კერებით ავადაა რამდენიმე წელია. დაავადება დაწყებია ტკივილით მარჯვენა ზემო კიდურში, რომელიც უძლიერდებოდა კიდურის ფიზიკური დატვირთვის დროს. უკანასკნელ დროს ძლიერი, აუტანელი ტკივილი აწუხებს. კიდურის კანმა დაკარგა ჩვეულებრივი ფერი, დაეცა ტემპერატურა. ავადმყოფმა შიმართა რაისაავადმყოფოს ექიმს, რომელმაც მარჯვენა ზემო კიდურის

ბაობლიტერებული ენდარტერიტის დიაგნოზით გადმოვიყვანეს კლინიკაში. ამავე დიაგნოზით მითავსებულია კლინიკაში.

შემოსვლ[illegible] მარჯვენა ზემო [illegible] გასაკეთებლ[illegible] ბი. ცივი და ფერმკრთალი. იღაყვისა და სხეულის არტერიაზე პულსაცია არ ისინჯება. მარცხენასთან შედარებით. ძალა მარჯვენა ზემო კიდურში მკვეთრად დაქვეითებულია, კუნთები ოდნავ ატროფირებული. III და IV თითის დისტალური ფალანგა ცოტა მიდამოში ადინებნება [illegible] ლება. ალავ-ალავ ნეკროზული უბნები. მარჯვენა ლავიწზედა მიდამოში ისინჯება მკვრივი სიმსივნე, რომლის პროექციალურად შეიგრძნობა გაძლიერებული პულსაცია. ანესთეზიოლოგიურ ვისმენთ მუილს.

კისრის მალების რენტგენოგრამაზე ჩანს ორივე მხარეზე მეშკიდე მალიდან გამომდინარე დამატებითი ნეკნი.

გაუკეთდა ოპერაცია. მარჯვნივ ამოკვეთეს 4 სმ სიგრძის დამატე-

სურ. 17. კისრის დამატებითი ნეკნი ორივე მხარეს (რენტგენოგრამა).

ბითი ნეკნი. პერიოსტეუმთან ერთად. ოპერაციის შემდეგ მდგომარეობა თანდათანობით გაუმჯობესდა. აუტანელი ტკივილი, რომელიც ავადმყოფს არ აძლევდა მოსვენებას და ძილს, გაქრა. დაწყლულებული არეები გაუსუფთავდა და შეხორცდა. გაეწერა კარგ მდგომარეობაში.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, დამატებითი ნეკნის სიმპტომოკომპ-

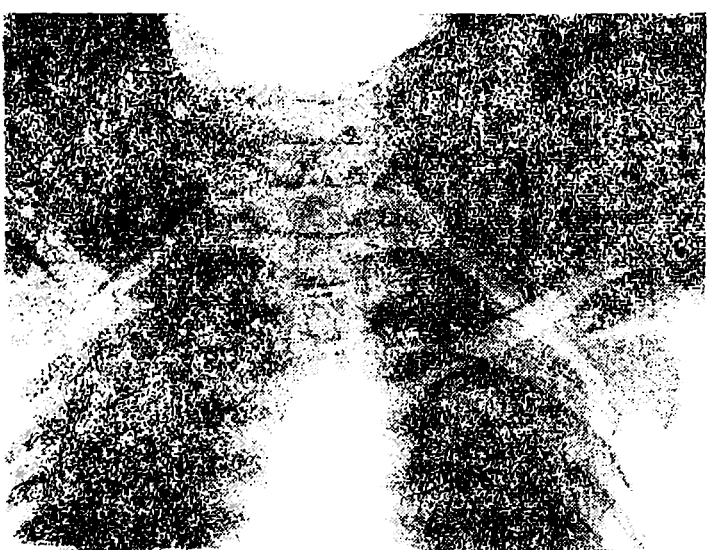
ლექსში ზოგჯერ პირველ ადგილზეა ცვლილებები ნერვული სისტემის მხრივ. ამ მხრივ საინტერესოა ჩვენი კიდევ ერთი შემთხვევა.

ავადმყოფი გ. გ., ქალი, 30 წლის, მიღებულია კლინიკაში ტკივილით მარცხენა ზემო კიდურში. ავად არის 6 თვეა.

შემოსვლისას: ორთავე მხარეზე ლავიწზედა მიდამოში პალპაციით ისინჯება მკვრივი სიმსივნე. მარცხენა სხივის არტერიაზე პულსაცია არ არის.

ნევროპათოლოგის დასკვნა: ავადმყოფს აქვს მარცხენა ზემო კიდურის ტკივილი მხრის წნულისა და პერიფერიული ნერვების გასწვრივ. მარცხენა ზემო კიდურის კუნთთა რელიეფი ოდნავ წაშლილია. ძვალთა რეფლექსები მოსპობილია. მყესთა რეფლექსები დაქვეითებულია. ხელისგულის კანი ოდნავ გათხელებულია. სხივის არტერიაზე პულსაცია არ ისინჯება. აქვს კლოდ-ჟერნარ-ჰორნერი მარცხნივ, იოლ-ეგზოფტალმი და მიოზი. ზემოთ აღნიშნული მოვლენები გამოწვეულია ნერვ-სისხლძარღვთა კანის კომპრესიით — დამატებითი ნეკნის მხრივ. კისრის მალების რენტგენოგრამაზე ჩანს მეშვიდე მალიდან გამომდინარე დამატებითი ნეკნი, ორთავე მხარეზე.

გაუკეთდა ოპერაცია. განაკვეთი კისრის მარცხენა მხარეზე ლავიწის პარალელურად, 3 სმ ზევით, სიგრძით 8 სმ. მკერდლავიწდვრილისებრი კუნთის ლატერალურ კიდიდან ტრაპეციული კუნთის მედიალურ



სურ. 18. კისრის დამატებითი ნეკნი ორთავე მხარეს (რენტგენოგრამა).

კიდემდე. სათანადო შრეების გაკვეთის შემდეგ მხრის წნული. ლავიწ-ქვეშა არტერია და ვენა გადაიწია მედიალურად. წლუნგად გამოიყო დამატებითი ნეკნი, რომელიც გადაიკვეთა; მისი პერიფერიული ბოლო შეზრდილია პირველ ნეკნთან. ამოიკვეთა 2 სმ სიგრძის დამატებითი ნეკნი — პერიფერიული ბოლოს დატოვებით.

ოპერაციის შემდგომი პერიოდი გართულების გარეშე. გაეწერა კარგ მდგომარეობაში.

დამატებითი ნეკნი წარმოადგენს განვითარების მანკს. ამავე დროს დამატებითი ნეკნი თანდაყოლილი სიმახინჯეა და განვითარებული მანკების შორის. მანკის ყველაზე „ლამაზი" ფორმაა.

მიუხედავად იმისა, რომ დამატებითი ნეკნი თანდაყოლილია, ავადმყოფს მის შესახებ ხანგრძლივი დროის განმავლობაში არ განუცხადებია. საკმარისია ითქვას, რომ ჩვენი ავადმყოფების ასაკი 17—40 წლის ფარგლებშია. ზოგჯერ დამატებითი ნეკნი აღმოჩენილი ყოფილა შემთხვევით, სხვა მიზნით. გულმკერდის რენტგენოგრაფიის დროს; ზოგჯერ დამატებით ნეკნს ნახულობენ გვამის გაკვეთის დროს, ისე რომ სიცოცხლეში დამატებითი ნეკნისათვის დამახასიათებელ არავითარ კლინიკურ ნიშნებს ადგილი არ ჰქონია. სწორედ ამითაა განპირობებული დამატებითი ნეკნის ყველა შემთხვევაში ოპერაციის გაუკეთებლობა; მაგალითად, სტაისერის მიერ შეგროვილი 200 შემთხვევიდან ოპერირებული იყო 87 ავადმყოფი, რომელთაგან 85,3% ოპერაციით სავსებით განიკურნა; 6.7%-ს აღენიშნებოდა გაუმჯობესება; 7,1% გაეწერა უცვლელ მდგომარეობაში, ორი ავადმყოფი კი გარდაიცვალა. შრაიბერის მონაცემებით 446 ავადმყოფიდან ოპერაცია გაუკეთდა 237 ავადმყოფს.

ჩვენი მასალით 14 ავადმყოფიდან ოპერაცია გაუკეთდა 10-ს. ოპერაციის შემდეგ ყველა ავადმყოფი გაეწერა კლინიკურად გაჯანსაღებული.

დამატებითი ნეკნის გამო ოპერაცია ტექნიკურად რთული და ამავე დროს სახიფათოა, რადგანაც დამატებითი ნეკნი მჭიდროდ არის დაკავშირებული მხრის წნულთან. ლავიწქვეშა არტერიასა და ვენასთან, ფილტვის მწვერვალსა და პლევრასთან. ამ მნიშვნელოვან წარმოქმნებს შორის „გაჩხირულია" კისრის დამატებითი ნეკნი. რომლის გამოყოფის დროს შეიძლება დაზიანდეს რომელიმე მათგანი და გამოიწვიოს მძიმე გართულებები. დამატებითი ნეკნის გამოყოფის პროცესში დიდი სიფრთხილეა საჭირო.

რეციდივის თავიდან აცილების მიზნით საჭიროა დამატებითი ნეკნის ამოკვეთა ძვლის საზრდელასთან ერთად.

ამრიგად. კისრის დამატებითი ნეკნი განვითარების ანომალიებს ეკუთვნის და კისრის უკანასკნელი მალების სანეკნე მორჩიდან ვითარდე-

კისრის დამატებითი ნეკნის არსებობამ შეიძლება გამოიწვიოს ნევროლგიური ხასიათის ტკივილი, რომელიც ზოგჯერ იმდენად ძლიერია, რომ ავადმყოფს მოსვენებას არ აძლევს და შეიძლება ნარკომანიამდეც კი მიიყვანოს. რასაც ჩვენს ერთ შემთხვევაში ჰქონდა ადგილი. ავადმყოფი ქალი. 30 წლის, აღნიშნავდა ძლიერ ტკივილს მარცხენა ზემო კიდურში. ჯერ პლექსიტის, ხოლო შემდეგ რენოს დაავადების დიაგნოზით ჩაუტარეს კონსერვატული მკურნალობა, მაგრამ მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა. დაიწყო ტკივილდამაყუჩებელი წამლების მიცემა. რომლის დოზას დღითი დღე უმატებდა. ბოლოს გამოირკვა, რომ ავადმყოფს ჰქონდა დამატებითი ნეკნი, რომელიც ამოიკვეთა, რის შედეგად ყოველგვარი ტკივილი მოეხსნა.

ასეთი ძლიერი ტკივილის განვითარების მიზეზია დამატებითი ნეკნის ზეწოლა მხრის წნულზე.

თუ დამატებითი ნეკნი აწვება სისხლძარღვებს, მაშინ სათანადო კიდურში ადგილი აქვს სისხლის მიმოქცევის შეფერხებას; ზოგჯერ თრომბის სრულ შეწყვეტასაც კი, რასაც ბოყვეპა ფალანგების ნეკროზი. მსგავს მოვლენას ჩვენს მასალაზე ადგილი ჰქონდა სამ შემთხვევაში. სამივე ავადმყოფი კლინიკაში შემოვიდა ზემო კიდურის მაობლიტირებული ენდარტეოიტის დიაგნოზით. რენტგენოლოგიური გამოკვლევით კი გამოირკვა, რომ საქმე გვქონდა კისრის დამატებით ნეკნთან. გაუკეთდათ ოპერაცია და გაეწერნენ განკურნებული.

დასასრულ უნდა აღინიშნოს, რომ დამატებითი ნეკნის გამოცნობა ძნელი არ არის. საკმარისია კისრისა და გულმკერდის მალების გადაღება, რომ მივიღოთ სწორი პასუხი.

ძვლის კეთილი და ავთვისებიანი სიმსივნეები. ავადმყოფის დემონსტრაცია. მარჯვენა საზარღვლის მიღებოს საკომა

ახლა შევეხოთ ძვლების კეთილ და ავთვისებიან სიმსივნეებს. გავარჩიოთ რამდენიმე ავადმყოფი.

ავადმყოფი კ. ლ., გოგონა, 13 წლის, მიღებულია კლინიკაში ტკივილით მარცხენა წინამხრის მიდამოში. იქვე აქვს სიმსივნე და დეფორმაცია. რენტგენოლოგიურად მარცხენა იდაყვის ძვლის პროქსიმალურ ნაწილში აღენიშნება ძვლოვანი წანაზარდი — ეგზოსტოზი. ასეთივე ეგზოსტოზი აქვს წვივის ძვალში.

ავადმყოფი დ. ლ., ქალი, 16 წლის, უჩივის ტკივილს მარჯვენა წვივის მიდამოში და იქვე აღენიშნება დეფორმაცია.

რენტგენოლოგიურად დიდი წვივის როგორც პროქსიმალურ, ისე დისტალურ ბოლოზე აქვს ეგზოსტოზი.

ეგზოსტოზი ძვლის წანაზარდია. ეგზოსტოზი უფრო ხშირად ერთ რომელიმე ძვალზეა, იშვიათად კი მრავლობითია. ეგზოსტოზი უფრო ხშირია გრძელ ძვლებში. ცნობილია, რომ ძვლის ზრდის ხანაში დიაფიზსა და ეპიფიზს შორის ხრტილოვანი ფირფიტაა, რომელსაც ეპიფიზური ხრტილი ეწოდება. ამ უკანასკნელს დიდი მნიშვნელობა აქვს ძვლის სიგრძეში ზრდისათვის. სანამ არსებობს ეპიფიზური ხრტილი, ძვალი იზრდება სიგრძეზე, ხოლო როცა მოხდება ეპიფიზური ხრტილის გაძვალება, ძვლის ზრდა სიგრძეზე ჩერდება.

ეგზოსტოზები ვითარდება ეპიფიზური ხრტილისაგან და როცა ეპიფიზური ხრტილი გაძვალდება, ეგზოსტოზის ზრდაც შეწყდება.

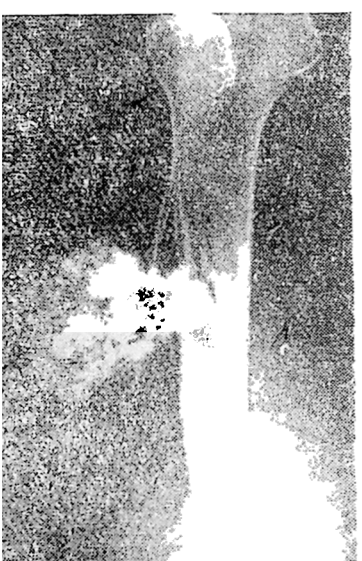
ჩვენს ავადმყოფს აქვთ ძვლოვანი და ხრტილოვანი ეგზოსტოზები, რაც, შედარებით, იშვიათია. ამ შემთხვევაში პროგნოზი კარგია. თუ სიმსივნის ზრდის სტაბილიზაცია მოხდა, ვფიქრობთ, სიმსივნის ზრდა შეწყდება, რადგან ის დაკავშირებულია ეპიფიზურ ხრტილთან. ეპიფიზური ხრტილი კი ასაკის მიხედვით გაძვალდება. თუმცა გამორიცხული არაა სიმსივნის ზრდა და ოსტეოსარკომის განვითარებაც კი. წარმოდგენილ ავადმყოფში ამის მონაცემები ჯერჯერობით არ არის.

ეგზოსტოზი შეიძლება იყოს ვიწრო ან განიერ ფეხზე. ზოგიერთ შემთხვევაში ეგზოსტოზი არავითარ კლინიკურ გამოვლენას არ იძლევა

და მისი აღმოჩენა შემთხვევითი ხდება; რენტგენოლოგიური გამოკვლევის დროს სხვა მიზეზის გამო, ან თვით ავადმყოფი შენიშნავს ამა თუ იმ ძვლის მიდამოში სიმსივნეს. ზოგჯერ ეგზოსტოზი მტკივნეულია. შეიძლება აუტანელიც კი იყოს; იგი განპირობებულია ნერვებსა და სისხლძარღვებზე ზეწოლით. ეგზოსტოზმა შეიძლება გამოიწვიოს დეფორმაცია. ასეთ შემთხვევებში ნაჩვენებია ოპერაცია. ეგზოსტოზის დიაგნოზის საბოლოო დაზუსტება ხდება რენტგენოლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე. აძავე დროს, თუ რენტგენოლოგიურად ერთ ადგილში ნახულია ეგზოსტოზი, საჭიროა სხვა ძვლების გადაღებაც, რომ ათ ეამოგვეპაროს მრავლობითი ეგზოსტოზები.

ავადმყოფი ს. გ., ქალი, 27 წლის, მიღებულია კლინიკაში სიმსივნური კარბინაქმნით მარცხენა ბარძაყის მიდამოში. ავადმყოფობა რამდენიმე წელია. რენტგენოლოგიურად მარცხენა ბარძაყის ქვედა მესამედში აღინიშნება სიმსივნე, რომელიც თითქმის მთლიანად რბილ ქსოვილებშია.

ავადმყოფი ჩ. ჩ., მამაკაცი, მიღებულია კლინიკაში სიმსივნის გამო მარჯვენა მტევნის — II თითის მიდამოში. რენტგენოლოგიურად აღინიშნება დიდი ზომის სიმსვნე, რომელიც გამოდის მტევნის II თითიდან.



სურ. 19. ბარძაყის ძვლის ოსტეოქონდრომა.

სურ. 20. მარჯვენა მტევნის II თითის ოსტეოქონდრომა.

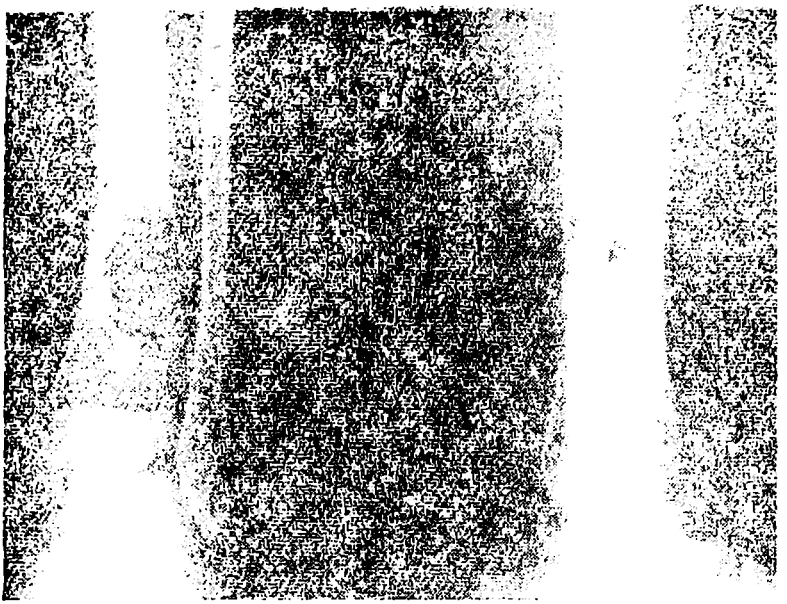
ავადმყოფი გ. დ., მიღებულია კლინიკაში ტკივილისა და სიმსივნის გამო მარცხენა მხარის მიდამოში. ავადაა რამდენიმე წელია. რენტგენოლოგიურად მხარის ძვლის შუა მესამედში აღინიშნება სწორკიდეებიანი სიმსივნური წარმონაქმნი.

სურ. 21. მხრის ძვლის ოსტეოქონდრომა.

სამივე შემთხვევაში საქმე გვაქვს ოსტეოქონდრომასთან. ოსტეოქონდრომა შეადგენს ძვლის კეთილთვისებიან სიმსივნეთა 35 — 40%-ს. უფრო ხშირია 15 — 30 წლის ასაკში. გვხვდება როგორც გრძელ, ისე ბრტყელ ძვლებში. ოსტეოქონდრომა წარმოადგენს ეგზოსტოზს, რომელიც შედგება ხრტილოვანი ქსოვილისგან. შეიძლება იყოს როგორც ერთეული, ისე მრავალობითი: ხოგჯერ ხრტილოვანი ეგზოსტოზის მიდამოში ვითარდება ლოროწოვანი პარკი exostosis bursita. როცა ძვლის ზრდის პროცესი მთავრდება, მაშინ ოსტეოქონდრომაც ამთავრებს ზრდას. როდესაც ოსტეოქონდრომა ინტენსიურად იზრდება და ამავე დროს აწვება ირგვლივ მყოფ ქსოვლებს, იგი გამოიწვევს ტკივილსა და დეფორმაციას. ასეთ შემთხვევაში ნაჩვენებია ოპერაციული ჩარევა.

ავადმყოფი რ.ზ., ოგონა, 13 წლის, უჩივის ტკივილს მარჯვენა წვივის არეში. რენტგენოლოგიურად დიდი წვივის ქვემო მესამედში აღინიშნება კისტოზური წარმოაქმნი.

ამ შემთხვევაში საქმე გვაქვს დიდი წვივის ძვლის კისტასთან. ძვლის კისტა osteitis fibrosa jstica localisata ძირითადად ბავშვებში გვხვდება. ისე როგორც სხვა სახის ოსტეოდისტროფიების დროს, ამ შემთხვევაშიაც ადგილი აქვს ძვლის ქსოვილის შეცვლას ბოჭკოვანი — ფიბროზული შემაერთებელი ქსოვილით, რის შემდეგ კერა შემოისაზღვრება და ვითარდება კისტა. ჩვეულებრივ ასეთი კისტოზური სიმსივნეები ვითარდება გრძელ ლულისებრ ძვლების მეტაფიზებში. ეპიფიზი, როგორც წესი, პროცესში ჩათრეული არ არის. ამით ძვლის კისტა განსხვავდება გიგანტური უჯრედოვანი სიმსივნისაგან. დაავადე-



სურ. 22. დიდი წვივის ძვლის კისტოზური სიმსივნე.

ბას ახასიათებს ნელი მიმდინარეობა, უმტკივნეულოდ. ხშირად დაავადება გამოვლინდება უმნიშვნელო მექანიკური ტრავმის შედეგად განეთარებული პათოლოგიური მოტეხილობით. აღწერილია შემთხვევები ძვლის კისტოზური სიმსივნის თვითგანკურნებისა. დაავადების გამოცნობაში დიდი მნიშვნელობა აქვს რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას. რენტგენოლოგიური სურათი მოგვაგონებს გიგანტურ უჯრედოვან სიმსივნეს. მაგრამ დიფერენცირებისათვის მნიშვნელობა აქვს იმ გარემოებას, რომ კისტა არ სცილდება ეპიფიზურ ხაზს, არ აღწევს ძვლის კორტიკალურ შრეს, მხოლოდ იწვევს მის გათხელებას. ძვლის კისტის მკურნალობა ოპერაციულია და მდგომარეობს მის გამოფხეკაში, შემდეგ კი ღრუს ამოვსებაში ძვლის მასით, რომლის აღება შეიძლება იქვე ახლოს.

ზოგჯერ ადგილი აქვს მრავლობითი ფიბროზული კისტების არსებობას. პროცესის გენერალიზაციას, ე. წ. ფიბროზულ ოსტეოდისტროფიას, რომელიც აღწერილი იყო რეკლინჰაუზენის მიერ და ეწოდება Ostitis fibrosa generalisata. ანუ რეკლინჰაუზენის დაავადება.

ლიტერატურაში არის მითითება ეთიოლოგიური კავშირის არსებობაზე რეკლინჰაუზენის დაავადებასა და პარათირეოიდული ჯირკვლების დისფუნქციას შორის.

ფარისებრახლო ანუ პარათირეოიდული ჯირკვლები, ანუ სანდშტრომის სხეულაკები. მცირე ოდენობის. დაახლოებით ოვალური ფორმის სხეულებია. მოთავსებულია ფარისებრი ჯირკვლის გვერდითი ნაწილების უკან და მასთან არის დაკავშირებული. ჩვეულებრივად ოთხი ჯირკვალია — ზემო და ქვემო წყვილი. თუმცა აღწერილია 8, 16, 32 ცალიც კი.

ფარისებრი ჯირკვლის ქვემო ნაწილში პარათირეოიდული ჯირკვალი ახლოსაა ფარისებრ არტერიასთან. ზემო კი უფრო მჭიდროდაა დაკავშირებული ფარისებრ ჯირკვალთან.

ფარისებრახლო ჯირკვლის ფუნქციას მეტად დიდი მნიშვნელობა აქვს ორგანიზმისათვის. მისი დაზიანება ან ოპერაცია ღრმა, სპეციფიკურ ცვლილებებს იწვევს მთელს ორგანიზმში. ცნობილია, რომ ფარისებრახლო ჯირკვლის ჰორმონი ორგანიზმში განაგებს კალციუმის მარილების ცვლას და ახლოს დგას. რაქიტის საწინააღმდეგო ვიტამინთან. სათანადო გამოკვლევებით დამტკიცებულია, რომ ფარისებრახლო ჯირკვლის ამოკვეთა ორგანიზმში იწვევს ძვლის ბრტყლის შეჩერებას. ნერვული სისტემის აგზნებას. კრუნჩხვებსა და ბოლოს სიკვდილს.

ფარისებრახლო ჯირკვლის ანუ სანდშტრეზის სხეულაკების ჰორმონის ჭარბად გამოყოფის შედეგად ორგანიზმში ვითარდება მთელი რიგი ცვლილებები. პირველყოვლისა იცვლება სისხლის ქიმიური შედგენილობა, ადგილი აქვს ჰიპერკალცემიას, ჰიპერფოსფორემიას; ჰიპერფოსფატურიას, დემინერალიზაციას. ძვლებში ვითარდება დისტროფიული ცვლილებები. კალციუმი დიდი რაოდენობით გადადის სისხლში და გამოიყოფა შარდთან ერთად. გარდა ამისა, მისი დაგროვება ძლიერდება შინაგან ორგანოებში— ფილტვებში. კუჭის ლორწოვან გარსში, სისხლძარღვების კედელში და სხვ. ამ დროს ადგილი აქვს პარათირეოიდული ჯირკვლის ჰიპერპლაზიას და შეიძლება განვითარდეს ადენომა, იშვიათად კი — კიბო.

პარათირეოიდული ჯირკვლის დისფუნქციის კლინიკური გამოვლენა სხვადასხვაგვარია. ერთ შემთხვევაში, უმთავრესად, აგილი აქვს ცვლილებებს ძვალში, მეორე შემთხვევაში თირკმლებსა და სხვა შინაგან ორგანოებში. დაავადება ვითარდება როგორც ქალებში, ისე მამაკაცებში, მაგრამ ქალებში ის ორჯერ უფრო მეტად გვხვდება. დაავადებას უფრო ხშირად ადგილი აქვს 20—25 წლის ასაკში. ძვლების ცვლილებების შედეგად ვითარდება დეფორმაცია და მოტეხილობა. დეფორმაციას, პირველყოვლისა, განიცდიან ის ძვლები, რომელთაც უფრო მეტი დატვირთვა აქვთ. რენტგენოლოგიურად მკაფიოდ გამოვლინდება ძვლის დეკალცინაცია. ლაბორატორიული გამოკვლევებით ირკვევა, რომ ადგილი აქვს ჰიპერკალცემიას. სისხლში კალციუმის რაოდენობა აღწევს 17 — 18 მგ%-ს შარდში კი 600 მგ%-ს.

ალნიშნული დაავადების დროს კონსერვატული მკურნალობა ნაკლებად ეფექტურია. ქირურგიული მკურნალობა ხშირად კარგ ეფექტს იძლევა. საჭიროა გაკეთდეს პარათირეოიდექტომია.

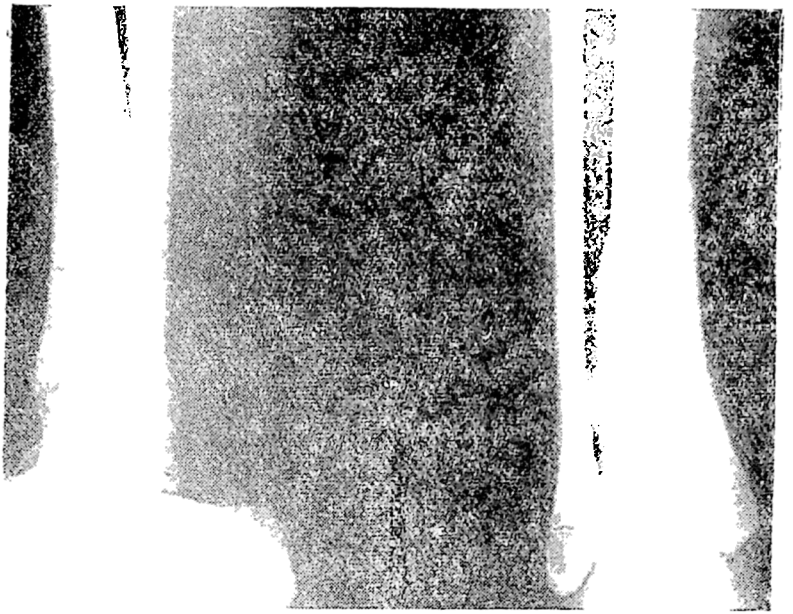
ავადმყოფი ჩ. ი., ვაჟი, 7 წლის, უჩივის სიმსივნეს მარცხენა ბარძაყის მიღამოში. რენტგენოლოგიურად — მარცხენა ბარძაყის ძვლის ქვემო მესამედში სიმსიუნური წარმონაქმნია.

ავადმყოფი ზ. რ., გოგონა, 15 წლის, უჩივის ტკივილსა და სიმსივნეს მარჯვენა წვივის მიდამოში. რენტგენოლოგიურად — დიდი წვივის ქვემო მესამედში სიმსივნეა.

სურ. 23. მარცხენა ბარიაყის ძვლის ქონდრომა.

ორთავე შემთხვევაში საქმე გვაქვს ქონდრომასთან. ქონდრომა შედგება ხრტილოვანი ქსოვილისაგან. იზრდება ძვლის სიღრმეში. მისი განვითარება დაკავშირებულია ემბრიონული ქსოვილის კუნძულაკებთან. ქონდრომა შეადგენს ძვლის კეთილთვისებიანი სიმსივნეების 10 15%-ს. უფრო ხშირია ჭაბუკებსა და ახალგაზრდებში. თუ ქონდრომა ძვლის ცენტრალურადაა ლოკალიზებული. მაშინ მას ეწოდება ენქონდრომა, რასაც ჩვენს შემთხვევაში აქვს ადგილი; თუ ზედაპირულადაა, მაშინ მას ეკქონდრომა ეწოდება.

ქონდრომა უმეტეს შემთხვევაში მრავლობითია, უფრო ხშირად ვითარდება მოკლე ძვლებში, კერძოდ მტევნისა და ტერფის თითების ფალანგებში. ძალიან ხშირად კლინიკურად ქონდრომა უსიმპტომოდ



სურ. 24. დიდი წვრილი ძვლის ქონდრომა.

მიმდინარეობს. ზოგჯერ ქონდრომა, თუ ის ლოკალიზებულია მტევნის ძვლებში, თვალსაჩინო დეფორმაციას იძლევა. საჭიროა ქონდრომის დიფერენცირება ძვლის ტუბერკულოზისაგან.

ქონდრომის დიაგნოსტიკისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას.

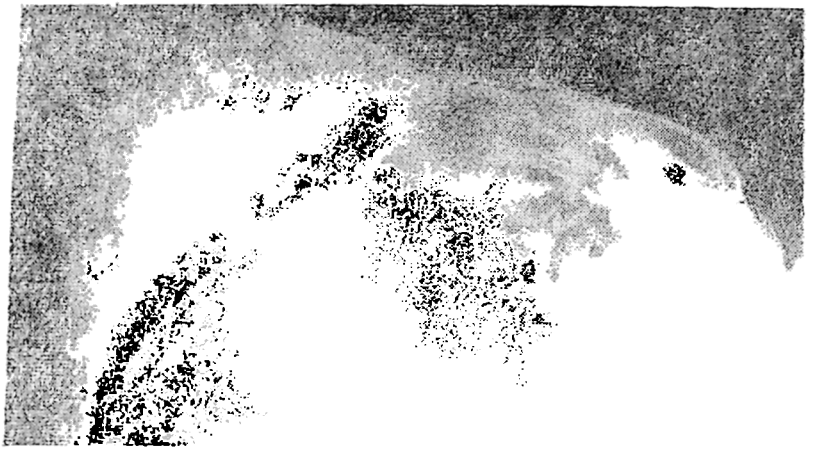
მკურნალობა ოპერატიულია.

ავადმყოფი უ. ვ., მამაკაცი, 44 წლის, მიღებულია თხემის არეში სიმსივნური წარმონაქმნის გამო. რენტგენოლოგიურად — აღინიშნება თხემის ძვლიდან გამომდინარე სიმსივნე.

ავადმყოფი დ. გ., მამაკაცი, 46 წლის. უჩივის სიმსივნეს კეფის არეში.

რენტგენოლოგიურად — აღნიშნულია კეფის ძვლიდან გამომდინარე სიმსივნე. ორივე შემთხვევაში საქმე გვაქვს ქალას ძვლების ოსტეომასთან.

ოსტეომა მკვრივი, ნელა მზარდი, ძვლიდან გამომდინარე კეთილთვისებიანი სიმსივნეა, რომელიც ჩვეულებრივ ფართო ფეხზეა და აქვს ბურთის ან კვერცხის ფორმა. ოსტეომა ხშირად ვითარდება ქალას ბრტყელ ძვლებზე. თუ ოსტეომა ეგზოფიზიკურად გაიზრდება, შეიძ-



სურ. 25. თხემის ძვლის ოსტეომა.

სურ. 26. კეფის ძვლის ოსტეომა.

სურ. 27. წვივის ძვლის გაკეთებული რენტგენული სიმსივნე.

ლება მიაღწიოს დიდ ოდენობას; არავითარი კლინიკური ნიშნები არ ექნება, რომ ყურადღება მიიპყროს მხოლოდ კოსმეტიკური თვალსაზრისით. ოსტეომა, რომელიც ქალას შიგნით (ენდოთელიტურად) იზრდება, გამოვლინდება ქალასშიგნითა სიმსივნის სიმპტომებითა და ლოკალიზაციის მიხედვით, გამოვლენს ამა თუ იმ კერძოან ნიშნებს. ოსტეომის დიაგნოსტიკაში მნიშვნელობა აქვს რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას. მკურნალობა ოპერაციულია.

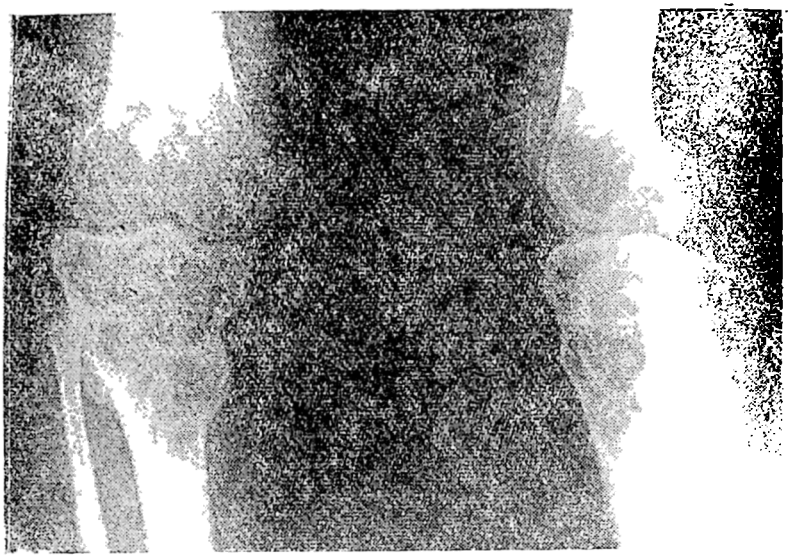
ავადმყოფი გ. თ., ქალი, 37 წლის, მიღებულია კლინიკაში მარცხენა წვივის მიდამოში სიმსივნური წარმონაქმნით. ავადაა რამდენიმე თვეა.

რენტგენოლოგიურად — დიდი წვივის ზემო მესამედი დაშლილია, აღინიშნება ფიზისებრი სურათი. ძვლის კონტური შენარჩუნებულია. შუა და ქვემო მესამედში ცვლილებები არ არის.

ავადმყოფი შ. მ., ქალი, 25 წლის, უჩივის სიმსივნეს მარჯვენა წვივის მიდამოში.

რენტგენოლოგიურად — მარჯვენა დიდი წვივის ძვლის ზემო მესამედში ძვლის ქსოვილი დაშლილია, აღინიშნება ფიზისებრი შენება. ძვლის კონტური შენარჩუნებულია.

ავადმყოფი მ. მ., ქალი, 40 წლის, მიღებულია კლინიკაში სიმსივნით მენჯის მარჯვენა ნახევარში.



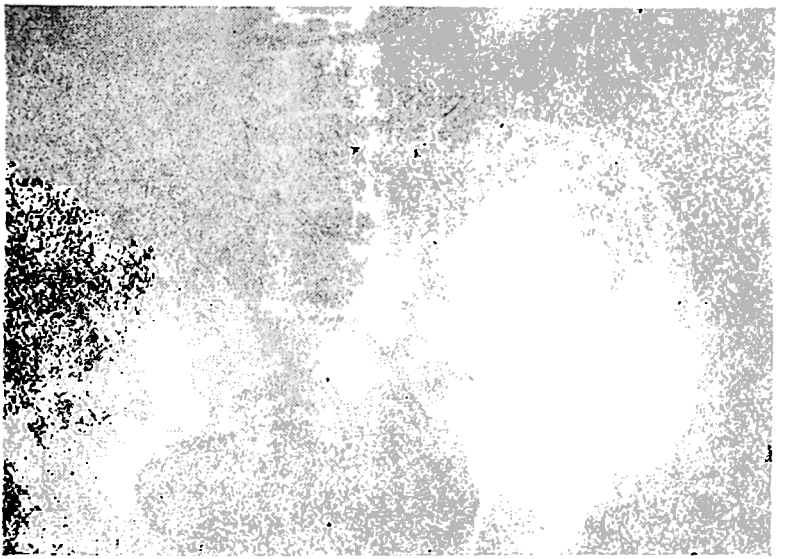
სურ. 23. წვიების ძვლის გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნე

რენტგენოლოგიურად — მენჯის მარჯვენა ძვალში აღინიშნება სიმსივნური წარმონაქმნი, რომელსაც აქვს ფიჭისებრი შენება; ალაგ-ალაგ დიდი ღრუებით; ძვლის კონტური შენარჩუნებულია.

სამთავე შემთხვევაში საქმე გვაქვს ძვლის გიგანტურუჯრედოვან სიმსივნესთან.

გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნე შეადგენს ძვლის კეთილთვისებიანი სიმსივნეების 15 — 20%. უფრო ხშირად ვითარდება 20 — 40 წლის ასაკში. თავისი შენებით მიეკუთვნება ფიბროზულ ოსტეოდისტროფიას, მაგრამ ახასიათებს დიდი რაოდენობით [illegible] გიგანტური უჯრედები, რომლებიც ვითარდება ოსტეოკლასტებიდან. ამის გამო ზოგიერთი მეცნიერი მას ოსტეოკლასტომას უწოდებს. შენიშნულია გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნის ავთვისებიანად გადაგვარება. სიმსივნე უხვად შეიცავს სისხლძარღვებსა და ლიმფურ ძარღვებს. გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნე უფრო ხშირად [illegible] ძვლის დისტალურ და დიდი წვიების ძვლის პროქსიმალურ ნაწილში. სიმსივნე ზრდას იწყებს მეტაფიზიდან და ვრცელდება ეპიფიზში. მუხლის სახსარში სიმსივნე თითქმის არ გადადის. სიმსივნე ზრდის შედეგად თანდათანობით ვრცელდება ირგვლივ მდებარე რბილ ქსოვილებში, კუნთებში, ძვლის საზარდულში, ფასციასა და სხვ.

გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნის კლინიკურ მიმდინარეობაში,



სურ. 29. მენჯის ძვლის გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნე.

მსგავსად ძვლის კისტისა, შეიძლება განვითარდეს პათოლოგიური მოტეხილობა, რომელიც ძნელად შეხორცდება. რაც ამძიმებს დაავადების მიმდინარეობასა და გამოსავალს.

კლინიკურ სურათში გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნის დამახასიათებელია ყრუ ხასიათის, არამუდმივი ტკივილი, შემსივნება და ახლომდებარე სახსარში მოძრაობის შეზღუდვა. კიდურის ფუნქციის დარღვევასთან დაკავშირებით შეიძლება კუნთების ატროფია განვითარდეს.

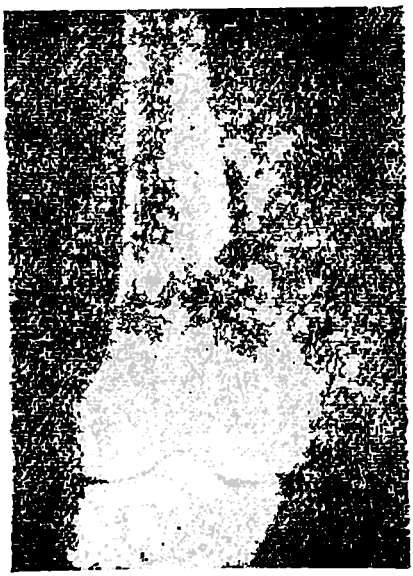
გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნის დიაგნოსტიკაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს დაავადების კლინიკურ გამოვლინებასა და რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას, მაგრამ დიაგნოზის დაზუსტება ზოგ შემთხვევაში მთელ რიგ სიძნელეებთანაა დაკავშირებული. დამახასიათებელია რენტგენოლოგიური სურათი: ძვლის მეტა-ეპიფიზურ არეში აღინიშნება მკვეთრად შემოსაზღვრული ცისტოზური ღრუები. პერიოსტალური რეაქცია გამოხატული არ არის, თვით სიმსივნეს აქვს ხარისხოვანი, ფიზისებრი შენება. ზოგჯერ იძლევა ჰომოგენურ ჩრდილს.

გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნის მკურნალობაში გამოიყენება როგორც ქირურგიული ჩარევა, ისე რენტგენოთერაპია. ქირურგიული მეთოდებიდან მიმართავენ სიმსივნის ამოფხეკას, როცა ის პატარა ზომისაა და შემდეგ ღრუს ამოავსებენ ძვლის მასით, რომელიც იქვე შეიძლება იქნეს აღებული. თუ სიმსივნე დიდი ხნისაა, მაშინ საჭიროა

ძვლის რეზექცია. რენტგენოთერაპიით ხდება სიმსივნის ზრდის შეჩერება.

გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნე მეტასტაზს არ იძლევა, მაგრამ შეიძლება ადგილი ექვეს რეციდივს.

დეფორმიული ოსტეოდისტროფია Ostitis deformons ანუ პეჯეტის დაავადება უფრო ხშირად 40 წლის შემდეგ გვხვდება ხშირად ერთ-ერთ ძვალში — კიდურების, მენჯის ძვლებში. მალებში, ხშირად თავის ქალას ძვლებში. კლინიკურად ხანგრძლივად მიმდინარეობს. დაავადების დასაწყისში ადგილი აქვს სხვადასხვა ინტენსივობით გაპოხატულ ტკივილს — პერიოდული გამწვავებებით. დაავადებისოვის დამახასიათებელია ძვლების გამახვილება, დეფორმაცია. პათოლოგიური პროცესი ვრცელდება მთელ ძვალზე ეპიფიზის ჩართვით. ადგილი აქვს ძვლის ტვინის არხის შევიწროებას; აღინიშნება ძვლის კორტიკალური შრის გასქელება.



სურ. 30. მარჯვენა ბარძაყის ოსტეოსარკომა.

მკურნალობა სიმპტომატურია: ვიტამინები, ჰორმონოთერაპია და ხვ. ციუთითებენ რენტგენოთერაპიის დადებით შედეგზე.

ავადმყოფი ქ. თ., მამაკაცი, მიღებულია კლინიკაში ტკივილითა და სიმსივნით მარჯვენა ბარძაყის მიდამოში.

რენტგენოლოგიურად — მარჯვენა ბარძაყის ქვემო მესამედში აღინიშნება უსწორმასწორო კიდეების მქონე სიმსივნე.

ავადმყოფი ვ. გ., ქალი, 23 წლის, უჩივის ტკივილსა და სიმსივნეს მარჯვენა მხარის მიდამოში. რენტგენოლოგიურად—ძვლის შუა მესამედში აღინიშნება სიმსივნე, რომლის კონტური დარღვეულია.

ავადმყოფი ა. გ., მამაკაცი, უჩივის ტკივილსა და სიმსივნეს მარცხენა წვივის არეში. რენტგენოლოგიურად — მარცხენა დიდი წვივის შუა მესამედში აღინიშნება უსწორმასწორო კიდეების მქონე სიმსივნე.

ავადმყოფი დ. გ., მამაკაცი, უჩივის ტკივილსა და სიმსივნეს მარ-

ჯენა წვივის არეში. რენტგენოლოგიურად მარჯვენა დიდი წვივის შუა ბესამედში აღინიშნება სიმსივნური წარმონაქმნი, რომლის კონტური ფარღვეულია.

ამ შემთხვევაში საქმე გვაქვს ძვლის ოსტეობლასტურ სარკომასთან.

ავადმყოფი ბ. ნ., მამაკაცი, უჩივის ტკივილსა და სიმსივნეს მარჯვენა ბარძაყის მიდამოში.

სურ. 31. მხრის ძვლის ოსტეოლასტური სა-

რენტგენოლოგიურად ბარძაყის ძვლის ზემო მესამედში აღინიშნება სიმსივნური წარმონაქმნი. თვით ძვალი კი დაშლილია.

ავადმყოფი ე. ი., ქალი, უჩივის ტკივილსა და სიმსივნეს მარცხენა წინამხრის მიდამოში. რენტგენოლოგიურად ბარძაყის ძვლის ზემო მესამედში დიდი ზომის სიმსივნეა, ულორძასფერი კიდეებით.

სურ. 32. დიდი წვივის ძვლის ოსტეობლასტური სარკომა.

ორივე უკანასკნელ შემთხვევაში საქმე გვაქვს ოსტეოკლასტური ფორმის სარკომასთან.

როგორც ოსტეობლასტური, ისე ოსტეოკლასტური ფორმის სარკომა შეიძლება მეტასტაზური იყოს. ამ მხრივ საინტერესოა შემდეგი ავადმყოფი.

ავადმყოფი ნ. ვ., მამაკაცი, 69 წლისა. რენტგენოლოგიურად მენჯის ძვლებში აღინიშნება ოსტეობლასტური სარკომის მეტასტაზი.

ავადმყოფი გ. ი., მამაკაცი 77 წლისა. რენტგენოლოგიურად მენჯის ძვლებში აღინიშნება ოსტეობლასტური სარკომის მეტასტაზი.

სურ. 33. წვივის ძვლის ოსტეობლასტური სარკომა.

ავადმყოფი ც. ნ., გოგონა, 16 წლის, აღნიშნავს უმნიშვნელო ხასიათის ტკივილს წვივის მიდამოში.

რენტგენოლოგიურად — დიდი წვივის ზემო მესამედში არია საეჭვო უბანი სიმსივნეზე.

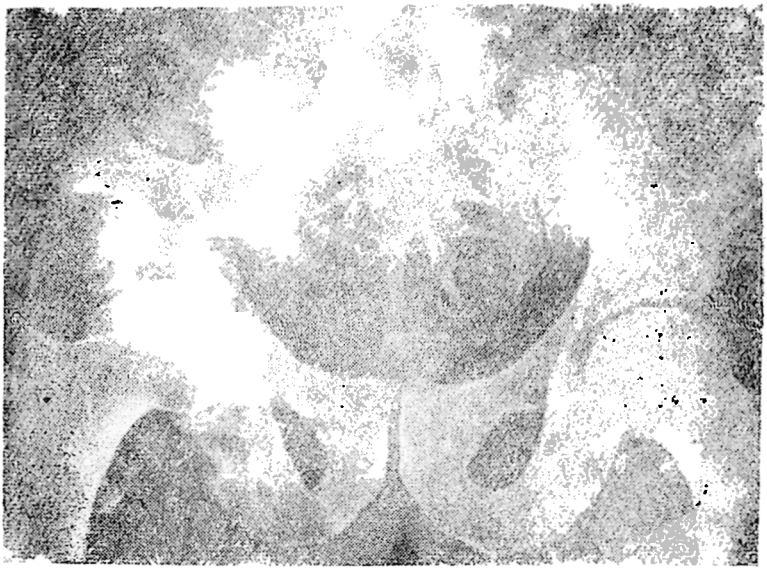
ავადმყოფს დაენიშნა განმეორებითი რენტგენოლოგიური გამოკვლევა; 15 დღის შემდეგ რენტგენოგრამაზე უკვე ჩანს დიდი წვივის ზემო მესამედში სიმსივნისათვის დამახასიათებელი უტყუარი სურათი. ავადმყოფის მშობლებს განეუმარტეთ, რომ არ არის გამორიცხული სარკომა და აუცილებელია მისი სტაციონარში მოთავსება, მაგრამ მათ უარი განაცხადეს.

ერთნახევარი თვის შემდეგ ისევ მიმართეს კლინიკას. რენტგენოლოგიურად — დიდი წვივის ზემო მესამედში ოსტეოგენური სარკომის არსებობა ეჭვს აღარ იწვევს. მიეცათ წინადადება ქვემო კიდურის ამპუტაციაზე, მაგრამ მიუხედავად სათანადო ახსნა-განმარტებისა, მშობლებმა კატეგორიული უარი განაცხადეს.

ვინაიდან ავადმყოფის მდგომარეობა დღითი დღე უარესდებოდა, ორთვენახევრის შემდეგ ისევ მიმართა კლინიკას. რენტგენოლოგიუ-

სურ. 34. ბარძაყის ძვლის ოსტეოკლასტური სარკომა.

სურ. 35. იდაყვის ძვლის ოსტეოკლასტური სარკომა.



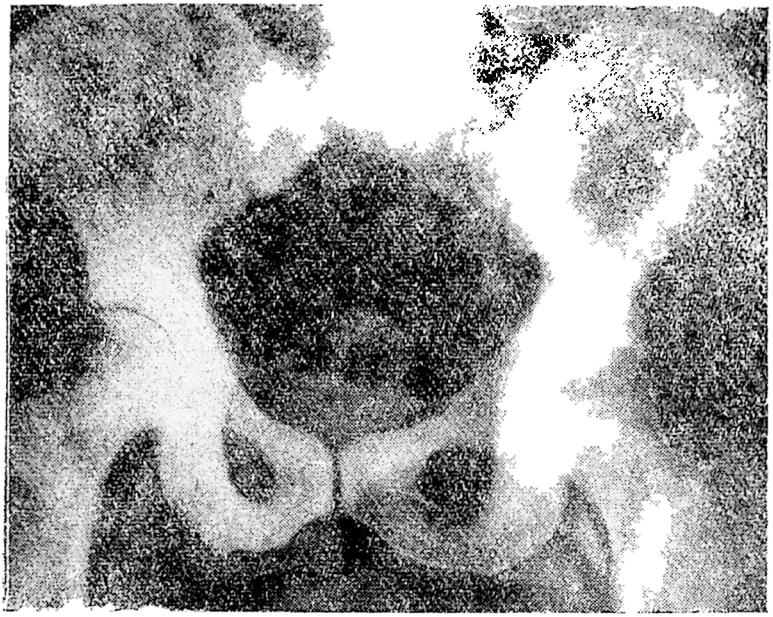
სურ. 36. მენჯის ძვლის ოსტეობლასტური სარკომა.

რად — დიდი წვივის ზემო მესამედში უსწორმასწორო კიდეების მქონე დიდი ზომის სიმსივნეა. ძვალი დაშლილია ფილტვში მეტასტაზებია. უკვე რაიმე რადიკალური მკურნალობის ჩატარებაზეც ფიქრიც კი ზედმეტია.

შვიდი თვის შემდეგ განმეორებითი რენტგენოლოგიური გამოკვლევისას დიდი წვივის ზემო და შუა მესამედზე მთლიანად სიმსივნეა, რომლის კონტურები დაშლილია. ფილტვებში მეტასტაზებია.

სარკომა შემაერთებელქსოვილოვანი შენების ავთვისებიანი სიმსივნეა. ხშირია ძვლის, ლიმფური სისტემისა და კანის სარკომა. შედარებით იშვიათად გვხვდება სხვა ლოკალიზაციის სარკომა. სარკომა უფრო იშვიათად გვხვდება ვიდრე კიბო; ამავე დროს ვითარდება შედარებით ახალგაზრდა ასაკში და ბავშვებშიც კი.

ოსტეოგენური სარკომისათვის დმახასიათებელია სიმსივნის ქსოვილში სისხლძარღვების განვითარება, რის შედეგადაც ადვილად ხდება სისხლჩაქცევები. ოსტეოგენური სარკომა უფრო ხშირია მამაკაცებში, 10—30 წლის ასაკში, ხშირად ვითარდება ლულოვან ძვლებში, კერძოდ ბარძაყის ძვალში, რომელზედაც მოდის ოსტეოგენურ სარკომათა დაახლოებით 50%. ასევე ხშირია სარკომა დიდი წვივის, მხარის



სურ. 37 მენჯის ძვლის ოსტეოკლასტური სარკომა.

ოდაყვისა და მცირე წვივის ძვალში. პირველადი კერა ლოკალიზდება ძვლის მეტაფიზში. სიმსივნე ინტენსიურად მატულობა, ჩაეზრდება ირგვლივმდებარე რბილ ქსოვილებს, ზოგჯერ დიდ ოდენობას აღწევს.

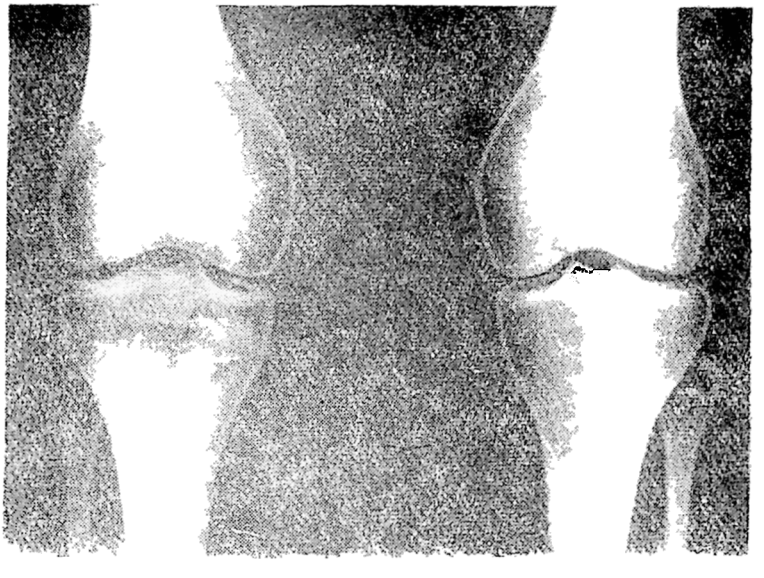
გამოყოფენ ოსტეოსარკომის ორ ფორმას — ოსტეობლასტურს და ოსტეოკლასტურს.

ოსტეოსარკომის ერთ-ერთი დამახასიათებელი ნიშანია ტკივილი, რომელიც დაავადების განვითარებასთან ერთად ძლიერდება. ასევე ხშირად ადგილი აქვს კიდურის ფუნქციის დარღვევას. დაავადების მიმდინარეობაში შეიძლება განვითარდეს პათოლოგიური მოტეხილობა, რაც შემთხვევათა 5 10% გვხვდება.

კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით ოსტეოსარკომის ორ ფორმას გამოყოფენ: დაავადებია სწრაფი მიმდინარეობით და ხანმოკლე ანამნეზით და შედარებით ნელი მიმდინარეობით. 5 — 8 თვის ანამნეზით.

ოსტეოსარკომისათვის დამახასიათებელია მეტასტაზების განვითარება ფილტვებში, ჰემატოგენური გზით.

ოსტეოსარკომის ამოცნობა მის დასაწყის სტადიაში ძნელია. ამ-



სურ. 38. დიდი წვივის ხემო ნასაკედში საგნეო უბანი სარკომა.

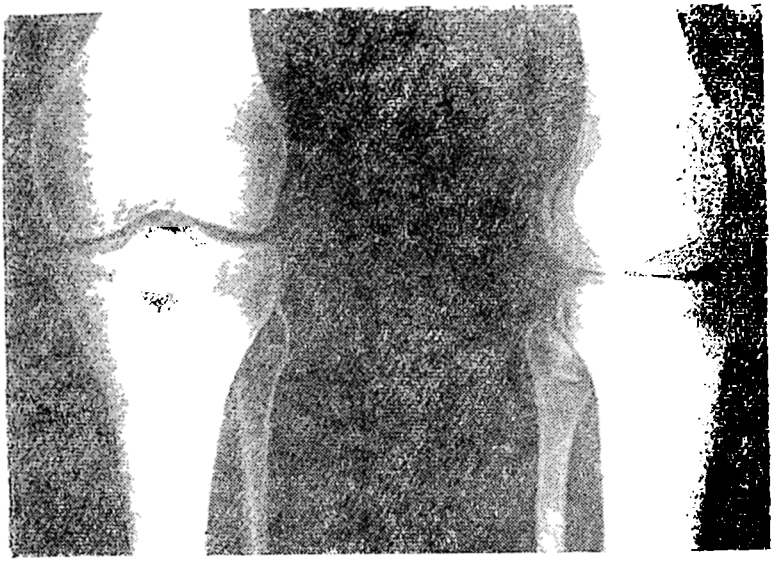
ტომაც პროგნოზი ცუდია. მკურნალობა მხოლოდ ქირურგიულია, თუმცა უკანასკნელ წლებში მიუთითებენ მკურნალობის კომბინირებული მეთოდის გამოყენებაზე (რენტგენოთერაპია და ოპერაცია).

იუნგის სარკომა. იუნგის სარკომა შეადგენს ძვლის პირველადი ავთვისებიანი სიმსივნეების 1—3%-ს. უფრო ხშირად ვითარდება 10—16 წლის ასაკში, ხშირია მამაკაცებში. შეიძლება განვითარდეს ყველა ძვალში, მაგრამ უფრო ხშირად გვხვდება გრძელ ლულისებრ ძვლებში, მათ დიაფიზებში. იუნგის სარკომა ოსტეოგენური სარკომისაგან განსხვავებით ვითარდება ენდოთელური უჯრედებისაგან, ამიტომ ზოგი მას ენდოთელიომას უწოდებს.

ამ დაავადების ერთ-ერთი პირველი ნიშანია — ყრუ ხასიათის ტკივილი. აგრეთვე სხეულის ტემპერატურის მომატება. მაღალი ლეიკოციტოზი, ედრ-ის აჩქარება. ადგილობრივ აღინიშნება კანის ჰიპერემია და ჰიპერესთეზია.

ძვლების სხვა სიმსივნისაგან განსხვავებით იუნგის სარკომის დროს მეტასტაზები ვითარდება რეგიონალურ ლიმფურ კვანძებში. მისი მეორე თავისებურებაა მეტასტაზი სხვა ძვლებში. ასევე ხშირია მეტასტაზები ღვიძლში. ფილტვებსა და სხვა შიხაგან ორგანოებში.

იუნგის სარკომა მგრძნობიარეა სხივური თერაპიისა და სარკოლიზინისადმი. იუნგის სარკომის შემთხვევაში პროგნოზი ცუდია.



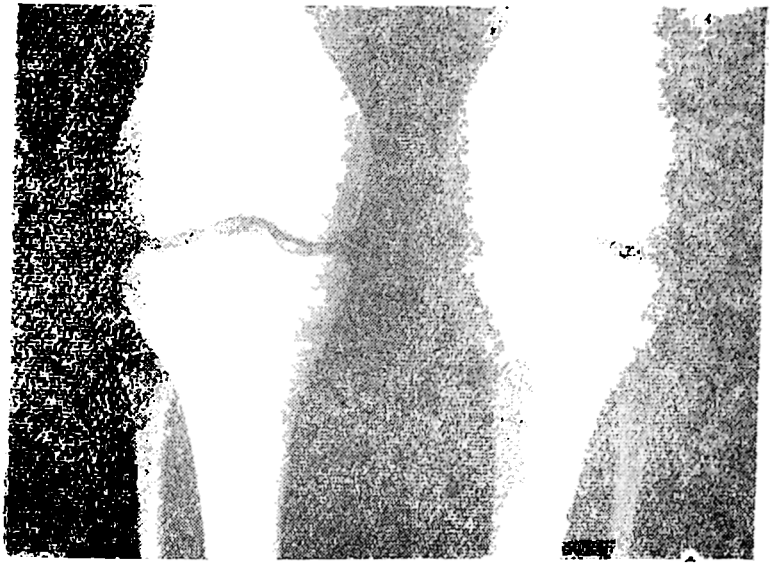
სურ. 39. იგივე ავადმყოფი. დიდი წვივის ზემო მესამედის სიმსივნე.

ამრიგად, გავარჩიეთ რამდენიმე ავადმყოფი ძვლის კეთილ და ავთვისებიანი სიმსივნეებით და მოვიყვანეთ ზოგიერთი ცნობები ძვლის სიმსივნეთა შესახებ.

ძვლები მიეკუთვნება საყრდენ და პასიურ სამოძრაო აპარატს, რომელთა რიცხვი ადამიანის ორგანიზმში 200-ზე მეტია. ცალკეული ძვლები ურთიერთშორის დაკავშირებულია სახსრებით და იოგებით და შეიქმნება ჩონჩხი, რომლის გარშემო ჯგუფდება და მაგრდება სხვადასხვა ქსოვილი და კუნთები. ჩონჩხი არა მარტო სამოძრაო აპარატია. არამედ მას სხვა ფუნქციაც აქვს. კერძოდ, ის საიმედო საყრდენია ორგანიზმისათვის. მონაწილეობს ერითროპოეზში და სხვ. ჩონჩხის შედგენილობაში შემავალი ძვლების უმრავლესობა წყვილია, შედარებით ნაკლებია კენტი ძვლები.

ფორმის მიხედვით არჩევენ: გრძელ ანუ ლულისებრ ძვლებს, მოკლე ძვლებს, განიერ ანუ ბრტყელ და შერეულ ძვლებს. ყოველი ძვალი გარედან დაფარულია ძვლისსაზრდელათი. თვით ძვალი განაკვეთზე შედგება ორი ერთიმეორისაგან განსხვავებული ნივთიერებისაგან: გარეთა, მკვრივი — კომპაქტური ნივთიერებაა. შიგნითა კი — ლრუბლისებრი ნივთიერებაა.

ძვალში ვითარდება როგორც კეთილი, ისე ავთვისებიანი სიმსივნეები. ძვლების სიმსივნეები ყველა სიმსივნის 1.5 — 5% შეადგენს. სიმ-



სურ. 40. იგივე ავადმყოფი, დიდი წვივის სიმსივნე.

სივნეები უფრო ხშირად ვითარდება გრძელ ლულისებრ და მენჯის ძვლებში. ძვლის სიმსივნეები ხშირია ბავშვებსა და ახალგაზრდებში.

არსებობს ძვლის სიმსივნეების მრავალი კლასიფიკაცია; მათ შორის აღსანიშნავია ლ. გოლდშტეინის, მ. კორიცკის, მ. გლაზუნოვის, კოლოდინის, გეშიკტერის, კოუპლენდის, იუნგის, მეიერდინგისა და სხვების. კლასიფიკაციათა ეს ბრავალრიცხოვნობა იმის მაჩვენებელია, რომ არც ერთი მათგანი სრულყოფილი არ არის. კლასიფიკაციის საკითხი მოითხოვს შემდგომ შესწავლას.

ძვლის პირველადი სიმსივნეები შეიძლება დაკავშირებული იყოს ოსტეოგენეზთან, ძვლის რეგენერაციასთან; ასეთებია: ეგზოსტეზები, როგორც ძვლოვანი, ისე ხრტილოვანი. ოსტეომა, ოსტეოქონდრომა, ქონდრომა, მიქსოქონდრომა, ძვლის კისტა და ფიბროზული ოსტიტების სხვა ფორმები, გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნე, სხვადასხვა სახის ოსტეოგენური სარკომა.

ძვალში გეხვდება პირველადი სიმსივნეები, რომლებიც დაკავშირებული არ არის ოსტეოგენეზთან: ასეთებია: იუნგიის სარკომა, ბელომა, ქლორომა, ჰემანგიომა, რაბდომიოსარკომა, ნერვოგენური სარკომა.

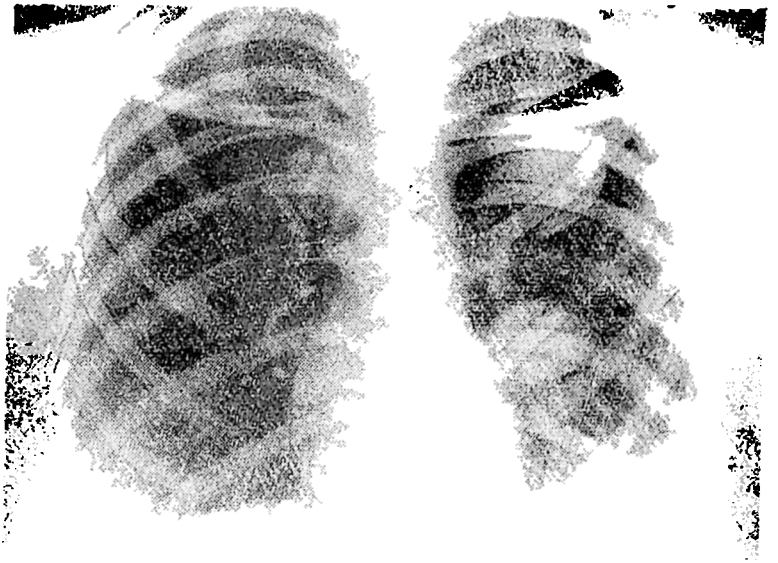
ძვლის სიმსივნეების დიაგნოსტიკის საქმეში დიდ დახმარებას გვიწევს კარგი რენტგენოგრამა — დინამიკაში სერიული გადაღებებით. საერთოდ ძვლის პათოლოგიაში საჭიროა ძალიან სერიოზული გარკვევა

სურ. 41. იგივე ავადმყოფი. დიდი წვივის სიმსივნე.

სურ. 42. იგივე ავადმყოფი. დიდი წვივის ოსტეოგენური სარკომის მეტასტაზი ფილტვში.

და ყოველი სახის მონაცემის გულდასმით შესწავლა. უნდა აღინიშნოს, რომ ჩვენ მოგვეპოვება დიდძალი მასალა და მათ შორის უნიკალური შემთხვევებიც ძვლის პათოლოგიიდან, რომლის ერთ-ერთი მიზეზია რესპუბლიკური საავადმყოფოს ბაზაზე რენტგენოლოგიისა და რადიოლოგიის კათედრის არსებობა.

ძვალში სიმსივნის არსებობის დადგენისას, ისმის კითხვა — ძვლის რომელი სიმსივნეა — კეთილი თუ ავთვისებიანი? კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით ზოგჯერ არც თუ ისე ადვილია მათი დიფერენცირება. რადგან, როგორც უკვე ვთქვით, თვით ოსტეოსარკომასაც ზოგიერთ შემთხვევაში ნელი მიმდინარეობა ახასიათებს. ასევე დასაშვებია, რომ კეთილთვისებიანმა სიმსივნემ, რომელიც ნელი მატებით სასიათდებოდა, შეიძლება სწრაფი ზრდა დაიწყოს; ამის მიზეზია მალიგნიზაციის პროცესის დაწყება. ამრიგად, ძვლის სიმსივნე, რომელიც ნელა მატულობს და არ იწვევს ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის მკვეთრ გაუარესებას, არ ივითარებს მეტასტაზებს, ჯერ კიდევ არ გამორიცხავს ავთვისებიანი სიმსივნის არსებობას. საბოლოო პასუხს ჰისტოლოგიური გამოკვლევა იძლევა. თუმცა აქაც აზრთა სხვადასხვაობაა. ასე. მაგალითად, ფიბროზული ოსტიტი ქრონიკული დაავადებაა. მას მიაკუთვნებენ ანთებად პროცესებს. მაგრამ ამავე დროს არ შეიძლება. რომ იგი სიმსივნურ პროცესს არ მიეკუთვნოს. ამრიგად, ძნელია იმის თქმა — ეა დაავადება ანთებითი პროცესია, თუ სიმსივნური. ზოგჯერ იმის თქმაც უძნელდებათ — კეთილთვისებიანია, თუ უკვე ავთვისებიან ხასიათს ატარებს ესა თუ ის სიმსივნე. ამ მხრივ სიმსივნის ჭეშმარიტ ბუნებას დაავადების კლინიკური მიმდინარეობა და განმეორებითი რენტგენოლოგიური გამოკვლევა არკვევს. კლინიკური დაკვირვებისა და



სურ. 43. იგივე ავადმყოფი, ოსტეოგენური სარკომის მეტასტაზი ფილტვში.

განმეორებითი რენტგენოლოგიური გამოკვლევის დიდი ხნით გადადება არ შეიძლება, რადგანაც ავთვისებიანი სიმსივნის შემთხვევაში ყოველი დაკარგული დღე აუარესებს პროგნოზს. აღნიშნულის გათვალისწინებით საინტერესოა ერთ-ერთი ავადმყოფის დემონსტრაცია. ავადმყოფი უჩიოდა სუსტად გამოხატულ ტკივილს წვივის მიდამოში. რენტგენოგრამაზე დიდი წვივის ზემო მესამედში აღინიშნებოდა მცირე ზომის პათოლოგიური კერა. სხვა რაიმე კლინიკურ გამოვლინებას ადგილი არ ჰქონდა. ამრიგად, შეიძლება გვეფიქრა ბროდეს აბსცესზე. მაგრამ არ იყო ტიპური სურათი. საერთოდ ქრონიკული ან მწვავე სიმსივნე მოითხოვს განსაკუთრებულ სიფრთხილეს, რომ არ გამოგვეპაროს ოსტეოსარკომის დასაწყისი. ეს კი მოითხოვს სასწრაფოდ გაკეთდეს ქვემო კიდურის ამპუტაცია. აღნიშნულის გათვალისწინებით ავადმყოფს დაენიშნა განმეორებითი რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, ორი კვირის შემდეგ უკვე სიმსივნის არსებობა ეჭვს არ ბადებდა. ამასთან ერთად რენტგენოლოგრამის საფუძველზე გამოითქვა აზრი, რომ საქმე გვაქვს სარკომასთან. წინადადება მიეცა კიდურის ამპუტაციაზე. მაგრამ ავადმყოფის მშობლებმა კატეგორიული უარი განაცხადეს. დაიკადება სწრაფად მიმდინარეობდა, ბალე განვითარდა მეტასტაზი ფილტვებში და ავადმყოფი დაიღუპა.

სტუდენტი დაინტერესდება და შეგვეკითხება — რატომ პირველი რენტგენოგრამის მიხედვით არ ვუთხარით ავადმყოფს, რომ საქმე ეხებოდა ოსტეოსარკომას? ჩვენ ხომ ვეჭვობდით სარკომაზე?

მართალია შემკითხველი — ყოველ საეჭვო შემთხვევაში საკითხი უნდა გადაწყდეს ავთვისებიანი სიმსივნის სასარგებლოდ, მაგრამ წარმოიდგინეთ ავადმყოფი გოგონა, 16 წლის, გაუკეთდეს ქვემო კიდურის ამპუტაცია და არ აღმოაჩნდეს ავთვისებიანი სიმსივნე! ამიტომაც ავადმყოფს ორი კვირის შემდეგ დავუნიშნეთ განმეორებითი რენტგენოლოგიური გამოკვლევა. ავადმყოფისათვის ოპერაციის ორი კვირით გადადება საზიანო არ იყო, ვინაიდან საქმე ეხებოდა სარკომის საწყის ფორმას.

ავადმყოფის ზოგიერთი პატრონი კმაყოფილია, როცა ექიმი პირველ გასინჯვისთანავე სვამს დიაგნოზს. ეს არაა სწორი. არავითარ შემთხვევაში ავდმყოფის ერთი გასინჯვით არ უნდა გამოვიტანოთ საბოლოო გადაწყვეტილება.

არის ზოგიერთი დაავადება, რომელთა გამოცნობა ერთი შეხედვით შეიძლება. ამ მხრივ ინტერესს მოკლებული არ არის დიდი რუსი მწერლისა და ექიმის ა. ჩეხოვის (1860—1904) მოთხრობის ერთ-ერთი გმირის ისტორია, რომელსაც დაეწყო ტკივილი წვივის მიდამოში. დახმარებისათვის მიმართა რამდენიმე ექიმს; გამოითქვა აზრი, რომ ავადმყოფს აქვს მაობლიტირებელი ენდარტერიტი და დაუნიშნეს მკურნალობა, მაგრამ მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა. მისმა მეგობარმა მისცა ერთ-ერთი მოხუცი ექიმის მისამართი და ურჩია მიმართოს მას, რომ ის აუცილებლად გამოიცნობს დაავადებას და განკურნავსო. როდესაც ავადმყოფმა ექიმს აუხსნა თავისი მდგომარეობა, ექიმმა მოსთხოვა, რომ ფეხზე გაეხადა. გახდისთანავე წინადადება მისცა, რომ ჩაეცვა და უთხრა, რომ მას აქვს ბრტყელი ტერფი, რითაც განპირობებულია ტკივილი. მსგავსი შემთხვევები აღწერილია სამედიცინო ლიტერატურაში, როდესაც ბრტყელი ტერფის შემთხვევაში ავადმყოფს მკურნალობა უტარდებოდა მაობლიტერებელი ენდარტერიტის დიაგნოზით. გვაგონდება რამდენიმე შემთხვევა პირადი პრაქტიკიდან. ერთ-ერთი ნაცნობი სამეცნიერო მივლინებაში უნდა წასულიყო საზღვარგარეთ. ამ დროს დაეწყო ტკივილი ქვემო კიდურში. მიმართა ექიმს. უთხრეს, რომ აქვს მაობლიტირებელი ენდარტერიტის საწყისი ფორმა, რომ მივლინება უნდა გადაიდოს და ახლავე შეუდგეს მკურნალობას. ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ენდარტერიტის საწინააღმდეგო მკურნალობას დადებითი შედეგი არ ჰქონია. შემდეგ კი გამოირკვა, რომ ჰქონდა ბრტყელი ტერფი, რითაც განპირობებული იყო ტკივილი. საინტერესოა ჩვენი მეორე შემთხვევა — ერთ-ერთი ცნობილი ქართველი მოჭიდავე, უკვე 60 წლის ასაკში, რამდენიმე წლის განმავლობაში მკურნალობდა ქვემო კიდურის მაობლიტირებელი ენდარტერიტის დიაგნოზით. შემდეგ ჩვენთან მოუხდა მოსვლა. ავადმყოფს მაობლიტირებელი ენდარტერიტის არავითარი ნიშანი არ ჰქონდა. აღმოაჩნდა

ბრტყელი ტერფი. ამ უკანასკნელ შემთხვევაში ბრტყელი ტერფის განვითარებას პროფესიული ხასიათი აქვს, რის ხელშემწყობი ფაქტორია ის, რომ სისტემატურად უხდებოდა ფეხზე დგომა და სიმძიმის აწევა.

ამრიგად, ირკვევა, რომ არის დაავადება, რომლის გამოცნობა ერთი შეხედვით შეიძლება, მაგრამ საბოლოო გადაწყვეტილება მაინც არ უნდა იქნეს გამოტანილი ავადმყოფის კლინიკური შესწავლის გარეშე. ხომ შეიძლება ბრტყელ ტერფთან ერთად ავადმყოფს ჰქონდეს მობილიტირებელი ენდარტერიტიც. არის ასეთი დაავადება — მორის-ბეჩტერევ-შტრუმპელის; როცა ავადმყოფი ძლიერ მოხრილია წელში, მისი მიზეზია კალცუმის მარილების ცვლის დარღვევა, ხერხემლის გაძვალება მოხრილ მდგომარეობაში. მსგავსი ავადმყოფი ქუჩაშიაც რომ შეგხვდეთ, მას მაშინვე გამოიცნობს თითოეული თქვენთავანი. მაგრამ ხომ შეიძლება ეს მოხრა გამოწვეული იყოს სპეციფიკური სპონდილიტით; ამიტომ აქაც საჭიროა კლინიკური გამოკვლევა.

ეს მაგალითები უნდა გაითვალისწინონ მომავალმა ექიმებმა და საბოლოო გადაწყვეტილება ამა თუ იმ დაავადების შესახებ არ უნდა გამოიტანონ ავადმყოფის ყოველგვარი კლინიკური შესწავლის გარეშე.

ძვლები, განვითარების მიხედვით, ეკუთვნის შემაერთებელ ქსოვილს და რაკი ძვალი შემაერთებელი ქსოვილია, მასში განვითარებული ავთვისებიანი სიმსივნეც — სარკომაა; ხოლო თუ ძვლის კიბოსთან გვაქვს საქმე, ის ყოველთვის მეორადია, მეტასტაზური,—თუმცა შეიძლება ძვლის სარკომაც იყოს მეორადი — მეტასტაზური. დასასრულ უნდა აღინიშნოს, რომ სარკომა საერთოდ მეტად ავთვისებიანად მიმდინარეობს. ოსტეოგენური სარკომა სხვადასხვა ლოკალიზაციის სარკომათა დაახლოებით 30% შეადგენს; ის ძალიან ხშირად ვითარდება გრძელ ლულისებრ ძვლებში და ხშირად ვრცელდება მეტასტაზები ფილტვებში.

შევეხოთ კიდევ ერთ საინტერესო შემთხვევას.

ავადმყოფი ვ. ს., მამაკაცი, 57 წლის, მიღებულია კლინიკაში სიმსივნით მარჯვენა საზარდულის მიდამოში. როგორც ავადმყოფი აღნიშნავს, ორი წლის წინათ მარჯვენა საზარდულის მიდამოში შეამჩნია სიმსივნე, რომელიც სწრაფად იზრდებოდა და მიაღწია ბავშვის თავის ოდენობას. მოათავსეს ერთ-ერთ კლინიკაში. ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე დადგინდა სარკომის დიაგნოზი. დაენიშნა ქიმიოთერაპია (სარკოლიზინი, ტიოტეფი), ვინაიდან სიმსივნე შეეცავდა სითხეს, პერიოდულად ხდებოდა სითხის ასპირაცია (300—400 მლ) და ადგილობრივ ტიოტეფის შეყვანა. ჩაუტარდა რენტგენოთერაპიის კურსი.

მდგომარეობა არ გაუმჯობესებულა. სიმსივნე დაწყლულდა. ჩირქმა დაიწყო დენა.

ავადმყოფი თავისი მოთხოვნით გაიგზავნა ლენინგრადის ონკოლო-

გის ინსტიტუტში, სადაც, რა თქმა უნდა, დადასტურდა სარკომის დიაგნოზი. ჩაუტარდა კონსერვატული მკურნალობა და გამოეწერა. განმეორებით გაიგზავნა მოსკოვის ერთ-ერთ ონკოლოგიურ დაწესებულებაში, სადაც ჩაუტარეს სიმპტომატური მკურნალობა და გამოწერეს.

ვინაიდან სიმსივნემ მოცულობაში არ მოიკლო, ხოლო გამონადენის გამოყოფამ მოიმატა, მიმართა ჩვენს კლინიკას. შემოსვლისას მარჯვენა საზარდულის მიდამოში აქვს ბავშვის თავის ოდენა სიმსივნე, რომელიც დაშლილი და დაწყლულებულია, დიდი რაოდენობით გამოიყოფა ჩირქი.

სურ. 44. მარჯვენა საზარდულის მიდამოს დაწყლულებული სარკომა.

აღინიშნება ერითროპენია (ერითროციტები 2.600 000), ანემია (ჰემოგლობინი — 42%). ედრ-ის აჩქარება (60 მს). სიმსივნე მოდის სიღრმიდან, რადიკალური ოპერაციის გაკეთება შეუძლებელია. ყურადღებას იქცევს ის გარემოება, რომ ავადმყოფს სარკომა აქვს ორი წელია და მეტასტაზებს არ იძლევა. ეს არის გამონაკლისი შემთხვევა. ს. პეტროვმა თავის ხანგრძლივი მოღაწეობის განმავლობაში შეკრიბა 30-მდე შემთხვევა, სხვადასხვა ლოკალიზაციის კიბოსი და სარკომისა, რომლებიც იყო ინოპერაბილური. ავადმყოფებმა კი იცოცხლეს რამდენიმე წელი, ზოგმა ათეულიც კი. შეიძლება ჩვენი ავადმყოფიც ამ კატეგორიას ეკუთვნოდეს. შეიძლება ზოგიერთმა ექიმმა გამოიყენოს ასეთი შემთხვევა და თქვას — ავადმყოფს აქვს სარკომა, ჩავუტარე მკურნალობა, მეტასტაზები არ განვითარდა. სიმსივნე დაიშალა და შემცირდა. მაგრამ ეს ხომ არ იქნება მართალი.

ჩვენი აზრით ავადმყოფს უნდა გაუკეთდეს ოპერაცია, რაც გამოიხატება მენჯის არტერიის გადაკვანძვაში. ამ ოპერაციის მიზანია ჯერ ერთი კვების შემცირების ნიადაგზე სიმსივნის ზრდის შენელება, მეორეც — სიმსივნის დაშლა. გამორიცხული არ არის, რომ ის ჩაზრდილია სისხლძარღვში. შეიძლება მოყვეს სასიკვდილო სისხლისდენა. მენჯის არტერიის გადაკვანძვით სისხლდენას ნაწილობრივ თავიდან ავიცილებთ.

ელენთის დაავადებანი

ელენთა, როგორც ორგანო. მრავალრიცხოვან გამოკვლევათა საგანია. ჯერ კიდევ შორეულ წარსულში ექცეოდა ის ყურადღებას შედარებით დიდი ოდენობით და თითქოს უმნიშვნელო ფუნქციით, რადგან ასეთი პარადოქსალური მოვლენა ეწინააღმდეგებოდა ფუნქციისა და ფორმის ერთიანობის პრინციპს.

შეხედულებებმა ელენთის ფუნქციური დანიშნულების შესახებ მრავალი ცვლილება განიცადა და განვითარების მრავალფეროვანი გზა განვლო.

უძველეს დროში ელენთაზე ზღაპრულ-მისტიკური წარმოდგენა ჰქონდათ. შემდეგში, როდესაც განვითარდა მედიცინის თეორიული საფუძვლები, ანატომია და ფიზიოლოგია, გამოითქვა მრავალი ჰიპოთეზა, რომელიც ჯერ კიდევ ძალიან შორს იყო საკითხის გარკვევისაგან.

ექსპერიმენტის ფართოდ დანერგვამ მედიცინაში მნიშვნელოვანი როლი ითამაშა ელენთის არსის ახსნის საქმეში, მაგრამ, მიუხედავად მრავალი გამოკვლევისა, ელენთის მნიშვნელობა და კავშირი მთელ ორგანიზმთან, როგორც ფიზიოლოგიურ, ისე პათოლოგიურ პირობებში, ჯერ კიდევ სავსებით გარკვეული არ არის.

ელენთის შეცავალა ჯერ კიდევ ანტიკურ ეპოქაში სცადეს. ჰიპოკრატე, არისტოტელე, პლატონი, პლინიუსი საინტერესო მონაცემებს იძლევიან ორგანოს ანატომიისა და დანიშნულების შესახებ. მაგალითად, ჯერ კიდევ ჩვენს წელთაღრიცხვამდე იყო ცნობილი, რომ უელენთოთ შეიძლება ცხოვრება. ჩვენს დრომდე მოაღწია ლეგენდამ, რომ სწრაფად მოსიარულეთა და მორბენალთათვის საჭიროდ სცნობდნენ ელენთის ამოკვეთას, რადგან მათი აზრით სირბილის დროს თითქოს ელენთა ზიანდებაო.

არისტოტელე ელენთას მეორე ღვიძლს უწოდებდა და ისიც იცოდა, რომ ელენთა ღვიძლთან კარის ვენის საშუალებით არის დაკავშირებული, თუმცა მისი შეხედულებით ელენთა სიცოხლისათვის აუცილებელ საჭირო ორგანოთა რიცხვს არ ეკუთვნის. ერაზისტრატე კი უფრო აღრმავებდა ამ აზრს და ამბობდა, რომ ბუნებას არაფერი შეუქმნია ზედმეტი — ელენთის გარდაო. პარაცელსიუსის დაკვირვებით უელენ-

ოდ ცხოვრება უფრო ადვილია, რადგან იგი მთელი რიგი დაავადებების დროს დაჩირქებასა და ცხელებას იწვევსო.

გალენი ელენთას თვლიდა საიდუმლოებით მოცულ ორგანოდ და ეიქრობდა, რომ ელენთა შავ ნაღველს იზიდავს; არტეუსი წერდა, რომ ელენთა, ღრუბლოვანი ორგანოა, რომელიც მონაწილეობს ნაღვლის დამუშავებაში.

ელენთის შენებისა და დანიშნულების შესახებ მრავალი ცნობა ეოიპოვება ქართული მედიცინის ძველ წყაროებშიც. ცნობილია ამ ორგანოს რამდენიმე ქართული სახელწოდება: „ტყირპი", „ტყიობი", „ფაწალი", „ელეთან". „უსწორო კარაბადინში" (მე-11 საუკუნე) ელენთა განიხილება როგორც „დამწვარი და უდნობი სისხლის შეყრის ადგილი"; ცალკე თავად არის გამოყოფილი „კარი ტყირპისა ტკივილისა". მე-13 საუკუნის ძეგლში („ბუნებისათვის კაცისა") ელენთის შესახებ ვკითხულობთ, „მისი ადგილი მარცხვნით, კერვო გუერდთა ქუეშეთ იქმნების, და გრძელი და ბრტყელი არს, ვითა ძროხის ენა".

საინტერესოა იმდროინდელი წარმოდგენებიც ელენთის ფუნქციის შესახებ: კერძოდ, მისი კავშირი ღვიძლთან: „ტყირპიცა არა მცირედ შეეწევის მონდობისა — თუ ის, რამეთუ მჟავე ვიდრე მე არს და მომხავ ბუნებით, რამეთუ განავლსა და ნამეტნავსა და შავისა ბალღაძისასა მუცლად შთააბნევს და დაჰხურავს მას, და ძალსცემს და მონდობისა — მიმართ აღძრავს: ამასვე თანა გასწმენდს და ღუიძლსაც. რომლისათუისაცა და ესე იჭუნეულების სისხლისა აუისვე ქმნად" „წიგნი სააქიმოი" ელენთას შავი ნაღვლის, ანუ სევდის ადგილსამყოფელად გვიხატავს — სევდისა სახლი არს".

ნათქვამია ელენთის მნიშვნელობაზე საჭმლის მონელების პროცესისათვის „ერთითა პირით შევდას ჩამოზიდავს სტომაქით და მეორეთა პირითა სევდასა სტომაქისა პირისა შიგან ჩაასხავს, ოდეს სტომაქი საჭმლისაგან დაიცადოს და სტომაქსა მოანებებს საჭამადსა და კაცი მით დაიწყებს ჭამასა".

„სამკურნალო წიგნი" (მე-15 საუკ.) ელენთის შესახებ მოგვითხრობს: „საქმენი მისნი — ადგილი ტყირპისა არის მკერდსა შუეშე მარცხნით. პირის-პირ ღვიძლისა. ელენთა და ღვიძლი მსგავსი აგებულებისაა... აგებულება ტყირპისა სისხლისა თხელისაგან გაყინულისა... და თქირპისა ორი საქმენი აქაუნ თანა: ერთი, რომე შემოკრებს სისხლსა ღვიძლისაგან მუიესა, რომელ ჩადის მისკენ და იზრდების მისგან, და დაასუმბუქებს სიმღუიესა და სიმძიმესა სისხლისასა".

საგულისხმოა, რომ შორეულ წარსულშიც კი არსებობდა წარმოდგენა ღვიძლისა და ელენთის ერთიანობის შესახებ.

„უსწორო კარაბადინში“ ვკითხულობთ: „რაჟამს დაუსუსტრდეს ღვიძლი სიგრლითა და ტყირპი შეიკვრიან მათი სავალნი და ძარღვნი და მერე სისხლი დაუშავდების“.

იმდროინდელი წარმოდგენები ჰეპატო-ლიენალური სისტემის დაავადების შესახებ საკმაოდ ვრცელია, რასაც მოწმობს აქვე მოყვანილი ასციტის კლასიფიკაცია. მაშასადამე, ცნობილი იყო, რომ იგი სხვადასხვა მიზეზით შეიძლება იყოს გამოწვეული: „იცოღეთ წყლით მაკეობა ბუთი გვარის ეარის“. საინტერესოა აგრეთვე ასციტის გამოხატულების აღწერილობაც: „თითები გაუწურილდეს, მკლავნი და იდაყვნი, ბარკალნი და მკერდნი გამხმარნი იყუნე, ასე რომე ძვლები და სახსრები ჩნდეს, და მუცელი დიდისა ორსულობისაგან უფროსი იყოს და მუცელზედა ძარღვები სიმსივნისაგან გაშვებულნი“.

„წიგნი სააქიმოის“ სარჩევში ერთად განიხილება ღვიძლისა და ელენთის დაავადება — „ღვიძლისა და ტყირპისა და ჭირისა ხსენებაი“. აქვე სპეციალურ თავში გვხვდება ცნობა სპლენომეგალიის შესახებ: „ტყირპისავე გასიებით სიგრილისაგან იყოს და თუ სიმხურვალესაგან“.

„იადიგარ დაუდში“ მოყვანილია ელენთის გამოკვლევის წესის აღწერილობა: „ღვიძლისა სიმსივნისა, სტომაქისა და ტყირპის სიმსივნისა პოვნისა საქმე. ეს ეარის, რომ ესე ავადმყოფი კაცი გულაღმა დააწვინონ და ორივე მუხლის თავი მკერდთან მოიტანოს, მერემ მუცელსა და სტომაქზედა ხელთა მონახონ. ასე უნდა კაცმან ტყირპზედა ხელი დაუსვას და მერე მთლიანად ხელი დააჩიროს“. როგორც ჩანს, ჩვენი წინაპრები იყენებდნენ ზერელე დე შემდეგ ღრმა პალპაციის მეთოდს. ცნობილი იყო ფლუქტუაციის ფენომენიც როგორც ასციტის გამოსაცნობი ნიშანი: — ასციტის სნეულებაში, ზემო ნიშნების გარდა მუცელი იქნება გაბერილი, ერთ მხარეს რომ შემოჰკრამ ხელის გულს, მეორე მხარეს ჭაჭყალს დაიწყებს“.

მალპიგიმ (1659) პირველმა შეისწავლა ელენთა მიკროსკოპის ქვეშ. მან აღწერა ელენთის კაფსულა, ტრაბეკულები, ლიმფური ფოლიკულები, რომლებიც ეკუთვნის სისხლის მიმოქცევის სისტემას. მალპიგისა და ჰარვეის მოწაფეები მე-17 საუკუნიდან აწარმოებდნენ ცდებს ძაღლებზე. მიუხედავად ამისა, ამ ორგანოს ფუნქციის საკითხი ამოსაცნობ პრობლემად დარჩა. აღნიშნულის საილუსტრაციოდ შეიძლება დაკასახელოთ დიუბუა რაიმონდი, რომელიც თავის ლექციებს ელენთის ფუნქციის შესახებ შემდეგი სიტყვებით იწყებდა: „ახლა გადავდივართ ელენთაზე, რომლის შესახებაც ჩვენ არაფერი ვიცით“.

საინტერესოა და დამახასიათებელია ამ საკითხის შესახებ ერთი აკადემიური ანეგდოტიც, შედარებით ახლო წარსულიდან. სამხედრო

ალექიმო აკადემიის პროფესორმა როკიტანსკიმ გამოცდის დროს ჰკითხა სტუდენტს ელენთის ფუნქციის შესახებ, სტუდენტმა უპასუხა: „მაპატიეთ, პროფესორო, ვიცოდი, მაგრამ დამავიწყდაო".

„ვაი ჩვენი ბრალი, თქვენს მეტმა არავინ არაფერი არ იცოდა ელენთის შესახებ და თქვენც დაგვიწყებიათო", — შესძახა თურმე პროფესორმა.

ძნელია დავასახელოთ სხვა ორგანო, რომელიც ასე მრავალმხრივ ყოფილიყო განხილული ანატომიურად და ექსპერიმენტულად, რომლის შესახებ იმდენი მოსაზრება და თეორია იყოს გამოთქმული, რამდენიც ელენთია შესახებ. მიუხედავად ამისა, ელენთა დროთა განმავლობაში შეუსწავლელი იყო, ხოლო ის მცირეოდენიც კი, რაც ცნობილი გახდა, მოითხოვდა საფუძვლიან შემოწმებას. ეკერტს თავის დროზე აინტერესებდა შეძლებს თუ არა მეცნიერება ელენთის არსის ამოხსნას 70 წლის შემდეგ მაინც. „გავიდა საუკუნეები, მაგრამ ელენთის ფუნქციას და მასთან დაკავშირებულ მრავალ დაავადებას გაურკვევლობის დაღი ჯერ კიდევ არ მოშორებია" (შაკი).

მიუხედავად ხანგრძლივი და უამრავი მორფოლოგიური, ექსპერიმენტული და კლინიკური დაკვირვებებისა, ელენთის მნიშვნელობა ორგანიზმისათვის დღესაც გაცხოველებული კვლევა-ძიების საგნად რჩება. ეს, რასაკვირველია, აიხსნება ელენთის სტრუქტურის თავისებური სირთულით, სისხლძარღვთა სისტემის მრავალფეროვანი და განსხვავებული შენებით სხვადასხვა ცხოველში და სიხლის მიმოქცევის მექანიზმის გაურკვევლობით.

ასეთ უცნაურ მდგომარეობაში იყო ელენთის საკითხი უკანასკნელ დრომდე. ვინაიდან ელენთა განიხილებოდა შიგნეულობის სისტემაში, ცალკე, როგორც განსაზღვრული თავისებურებისა და დანიშნულების ორგანო. მაგრამ უაღრესად უხვი მორფოლოგიური, ექსპერიმენტული და პათოლოგიური ხასიათის მასალების ანალიზი უკვე არკვევს ამ საკითხის ერთ უაღრესად მნიშვნელოვან მხარეს, კერძოდ, რომ ელენთა არის ერთ-ერთი რგოლი განსაკუთრებული სისტემისა; ის გაშლილია მთელი სხეულის მეზენქიმაში, განუწყვეტელი, უაღრესად მგრძნობიარე, ყოველ გაღიზიანებაზე პასუხის გამცემი ქსოვილის სახით, რომელსაც რეტიკულოენდოთელური სისტემა ეწოდება. ამ სისტემის აგებულება და მნიშვნელობა ახლა საკმაოდ გარკვეულია; ამდენად ამ ასპექტში სავსებით გახსნილია ელენთის, როგორც აღნიშნული სისტემის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი წარმონაქმნის გზა საბოლოო შესწავლისაკენ.

საფუძვლიანია, როდესაც მრავალი ავტორი ელენთას მიაკუთვნებს ლიმფურ სისტემას, მისი პარენქიმის სტრუქტურის მიხედვით. საფუძ-

ლიანია აზრი იმ ავტორებისაც, რომლებიც ელენთას მიაკუთვნებენ სისხლთძარღვთა სისტემას, ვინაიდან ეს ორგანო დიდი წრის გზაზე დგას და თავის სინუსებში სისხლს აბრუნებს. საფუძვლიანია, როცა ელენთას თვლიან შინაგანი სეკრეციის ერთ-ერთ ორგანოდ, როგორც უსადინარო ჯირკვალს, რომელსაც უახლოესი კავშირი აქვს რკინის ცვლასთან. საინტერესოა ისიც, რომ ეს ორგანო ღვიძლთან ერთად, ე. წ. ჰეპატო-ლიენალური სისტემის სახით არის გამოყოფილი, თავისი კავშირით საჭმლის მონელების ფუნქციასთან და სხვადასხვა დაავადების დროს თავისი განსაკუთრებული რეაქტიული ურთიერთობით ამ ორგანოთა შორის. სწორედ ამ მრავალფეროვანი კავშირით აიხსნება ელენთის სტრუქტურის რთული და გაურკვეველი თავისებურება და ამასთან დაკავშირებით მისი ფუნქციური მრავალფეროვნება. ელენთა მორფოლოგიურად და ფუნქციურად არის შიგნეულობის თითქმის უნივერსალური ჯირკვალი, რომელიც უაღრესად საჭიროა ორგანიზმისათვის, მაგრამ მიუხედავად ამისა, უელენთობა არ არის საბედისწერო.

ასეთი ფუნქციური მრავალფეროვნების გამოა სწორედ საჭირო ელენთის ცალკეული მორფოლოგიური კომპონენტების დაწვრილებით შესწავლა, მისი როლის გარკვევა სხვადასხვა სასიცოცხლო პროცესში, რათა შესაძლებლობა გვექნეს ავხსნათ ურთულესი პათოლოგიური მდგომარეობის არსი, რომელშიც ელენთა წამყვანი, ან მნიშვნელოვანი რგოლია.

ზემონათქვამიდან გამომდინარე, ელენთასთან დაკავშირებული დაავადებებისა და მათი მკურნალობის წესებისა და შედეგების განხილვამდე საჭიროდ მიგვაჩნია ხაზი გავუსვათ ელენთის ოდენობისა და მდებარეობის ვარიანტებს, მისი მიკროსტრუქტურის თავისებურებას და განსაკუთრებით ელენთის ინტრაორგანული სისხლძარღვების შენებას, აგრეთვე ამ ორგანოს განვითარებას ონტოგენეზში და მის შედარებით ანატომიას. ელენთის ასაკობრივი და ფილოგენეზური თავისებურებანი, ერთი მხრივ, გვიჩვენებს ამ ორგანოს ფორმირების გზებს, მეორე მხრივ, გვიხსნის მთელი რიგი პათოლოგიური მოვლენების არსს, რომლებიც მის განვითარებასთანაა დაკავშირებული. ამათგან პირველ რიგში ხაზი უნდა გაესვას ისეთ ფენომენს, როგორიცაა მრავლობითი ელენთები და სპლენოზი. მათ დიფერენცირებას კი თეორიული ინტერესის გარდა უაღრესად დიდი გამოყენებითი მნიშვნელობაც აქვს. არ შეიძლება ასაკობრივი ფაქტორის გარეშე იყოს განხილული ელენთის როლი და მნიშვნელობა სისხლის წარმოშობის პროცესში. ელენთის ოიგოვანი აპარატის განვითარების გარეშე არ შეიძლება ისეთი დაავადებების განხილვა, როგორიცაა მოძრავი და ცთომილი ელენთა, მისი

გართულება ფეხზე შემობრუნებით, რაც უაღრესად მძიმე მდგომარეობაში აყენებს ავადმყოფს, ხოლო მკურნალისაგან მოითხოვს სწრაფი და გადამჭრელი ზომების მიღებას. თუმცა ზემოაღნიშნული მდგომარეობის განვითარებაში უაღრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს დაავადებისა და ტრავმის ფაქტორსაც.

ელენთის შენების თავისებურებათა გარეშე არ შეიძლება აიხსნას ამ ორგანოს დაზიანების სხვადასხვა სახე, როგორიცაა, მაგალითად, პირველადი, და განსაკუთრებით, მეორადი გასკდომა, მისი დაჩირქება, კისტების განვითარება და სხვ., ისევე როგორც არ შეიძლება მკურნალობის ტაქტიკისა და წესების შემუშავება.

ელენთა თავისი ფილტრაციული და ფაგოციტური ფუნქციის მეშვეობით არსებით როლს თამაშობს ინფექციურ და პარაზიტულ სნეულებათა მიმდინარეობაში, და სწორედ ამ თავდაცვითი უნარის გამო, დაავადებასთან ორგანიზმის ბრძოლის შედეგად, მნიშვნელოვან და დამახასიათებელ ცვლილებებს განიცდის. ელენთა პარაზიტული კისტების არჩევითი ლოკალიზაციის ერთ-ერთი ადგილია. განსაკუთრებით თავისებურია ელენთის ცვლილებები ტროპიკულ სნეულებათა დროს.

ცალკეა დაავადებათა ჯგუფი რომლის დროსაც ადგილი აქვს ელენთის ფუნქციის გაუკუღმართებას, მისი გაძლიერების ან, პირიქით, დაქვეითების სახით: ბანტის, ვერლჰოფის, გოშეს დაავადებები, ჰემოლიზური ანემიებისა და სიყვითლის სხვადასხვა სახე და სხვ. ამ პათოლოგიურ სიმპტომოკომპლექსთა მიმდინარეობაში ელენთა უკანასკნელ როლს როდი თამაშობს და დროული ქირურგიული ჩარევა განკურნების ერთად ერთი საშუალებაა.

ხაზი უნდა გავუსვათ უკანასკნელ დროს წამოჭრილ საკითხებს, რომლებიც დაკავშირებულია ელენთის სისხლძარღვების პათოლოგიასთან, კერძოდ, სპლენოთრომბოზთან, და საერთოდ ელენთის მდგომარეობასა და რეაქციას პორტალურ სისტემაში წნევის მომატებაზე.

პორტალურ ჰიპერტენზიის შემთხვევაში ელენთის დაინტერესება ბევრად არის დამოკიდებული დაავადების სახეობაზე, ე. ი. იმაზე, თუ სად არის დაბრკოლება, რომელიც განაპირობებს წნევის მომატებას კარის ვენის სისტემაში: სუპრა-, ინტრა- თუ სუბჰეპატურად. საკითხი განსაკუთრებით მწვავდება კუჭ-საყლაპავი მილის ვარიკოზული ვენებიდან პროფოზული სისხლდენის დროს, როდესაც კონკრეტულად უნდა გადაწყდეს საკითხი ქირურგიული ჩარევის შესახებ. აღნიშნულიდან გამომდინარე, გავეცნოთ ზოგიერთ ცნობებს ელენთის შესახებ. ჩვენს კლინიკაში დღიდან მისი დაარსებისა გატარებულია 102 ავადმყოფი ელენთის დაავადებით. აქედან 27 შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა ელენთის ტრავმას, 22 ავადმყოფს ჰქონდა კანქვეშა დაზიანება, მათ-

გან 21-ს გაუკეთდა სპლენექტომია, ხოლო 1 შემთხვევაში შესაძლებელი გახდა ელენთის გაკერვა. 5 შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა ელენთის ჭრილობას (2 შემთხვევაში — დანით მიყენებულს, 3 შემთხვევაში — ცეცხლმსროლი იარაღით გამოწვეულს). როგორც ელენთის დახურული დაზიანების, ისე ჭრილობის დროს ზოგჯერ ადგილი ჰქონდა სხვა ორგანოების დაზიანებასაც და ამიტომ დახმარებაც ამის მიხედვით იყო აღმოჩენილი.

ორი ავადმყოფი გატარდა ელენთის აბსცესით, ერთს აღმოაჩნდა დაჩირქებული ექინოკოკი. აბსცესი ორივე შემთხვევაში გახსნილი იყო.

ელენთის ექინოკოკით დაავადებული იყო 10 ავადმყოფი, 6 გაუკეთდა სპლენექტომია, სამს — ოპერაცია პასადა-ბობროვის წესით, ხოლო ერთს — გაკვეთა და შემდგომი ტამპონადა.

მოძრაკი ელენთით გვყავდა შვიდი ავადმყოფი (უმეტესობა მალარიის ნიადაგზე გადიდებული ელენთები იყო), მათგან სამ ავადმყოფს ფეხზე შემობრუნებული ელენთა ჰქონდა. შვიდივეს სპლენექტომია გაუკეთდა.

სპლენომეგალიით გატარებულია 33 ავადმყოფი, ძირითადად აქაც ელენთა გადიდებული იყო მალარიის ან ბანტის დაავადების ნიადაგზე (პირველ და მეორე სტადიაში). ამ ჯგუფის ავადმყოფებიდან 27-ს გაუკეთდა სპლენექტომია, ხოლო 6-ს კი გადაეკვანძა ელენთის არტერია.

სპლენოთრომბოზული სპლენომეგალიით 12 ავადმყოფიდან 11-ს ელენთა ამოუკვეთეს, ერთს ელენთის არტერია გადაუკვანძეს.

ელენთის არტერიის გადაკვანძვა კეთდებოდა იმ შემთხვევაში, როდესაც შეუძლებელი იყო სპლენექტომიის გაკეთება, უფრო ხშირად ტექნიკური მიზეზების გამო (ელენთის განსაკუთრებით დიდი ოდენობა, შეხორცებები).

ჰემოლიზური ანემიითა და სიყვითლით დაავადებულ ორ ავადმყოფს და ვერლჰოფის დაავადებით შეპყრობილ შვიდ ავადმყოფს სპლენექტომია გაუკეთდა.

ორ ავადმყოფს ჰქონდა ელენთის კისტომა. ერთს ამოუკვეთეს, მეორეს კი კისტის გასკდომის გამო სასწრაფოდ გაუკეთდა ოპერაცია, მას მხოლოდ ნაწილობრივ ამოუკვეთეს კისტა და დაადვეს სტომა.

სპლენომეგალიის მკურნალობის ძირითადი მეთოდი ამჟამად სპლენექტომიაა. ოპერაციის ეს წესი ჯერ კიდევ მე-16 საუკუნეში იყო ცნობილი. პირველი სპლენექტომია ელენთის ხიმსივნის გამო გაუკეთებია ცაკარელოს 1549 წ. (ფიოროვანტის წინადადებით). მაგრამ გამოთქმულია აზრი, რომ ცაკარელოს, ელენთის ნაცვლად, საკვერცხის კისტა ამოუღია. 1582 წ. ვიარდმა სპლენექტომია გააკეთა მუცლის

ღრუდან ელენთის გამოვარდნის გამო. მე-16 საუკუნის ბოლოს მატისმა, ხოლო შემდეგ ბარბეტმა სპლენექტომია აწარმოვა ადამიანზე. შემდეგში უკვე ამ მეთოდს პოპულარიზაცია გაუკეთა სპენსერ უელსმა.

კლინიკაში სპლენექტომიის ფართოდ გამოყენებამ და მრავალრიცხოვანმა ექსპერიმენტებმა ხელი შეუწყო ელენთის ბუნების გარკვევას. კერძოდ, ახლა დადასტურებულად უნდა ჩაითვალოს, რომ მიუხედავად რეტიკულოენდოთელური სისტემის ფართო გავრცელებისა და ამ სისტემის სხვადასხვა ორგანოთა შორის მჭიდრო კავშირია, ელენთას მაინც გარკვეული როლი და მნიშვნელობა აქვს ადამიანის ორგანიზმის სასიცოცხლო პროცესებისათვის. დაავადებული და გადაგვარებული ელენთის მოშორებაც კი ორგანიზმისათვის შეუმჩნეველად არ ჩაივლის. ამასთან, სპლენექტომია თავისთავად მეტად ტრავმული და სახიფათო ჩარევაა და მთელ რიგ შემთხვევებში განუხორციელებელია ელენთის დიდი ოდენობისა და შეხორცებების გამო. აქედან გამომდინარე, საჭირო გახდა გადიდებული ელენთის მკურნალობის ახალი, უფრო დამზოგველი და არანაკლებ ეფექტური მეთოდის შემუშავება.

ერთ-ერთი ასეთი წესია ელენთის არტერიის გაკვანძვა.

ელენთის არტერიის გადაკვანძვის მეთოდის ისტორია იწყება 1882 წლის 24 მარტიდან, როცა ლისტერიის თავმჯდომარეობით ლონდონის კლინიკური საზოგადოების სხდომაზე ვარინგტონ ჰოუარდის ინფორმაციასთან დაკავშირებით (სპლენექტომიის შემთხვევა) გამართულ კამათში ლუკასმა გამოთქვა აზრი, რომ ინოპერაბილური სპლენომეგალიის დროს ელენთის არტერიის გადაკვანძვას შეიძლება გამოეწვია ელენთის მოცულობის შემცირება, სხვა ორგანოების მსგავსად. მარშანდის ცნობით კი ლუკასის გამოსვლამდე ელენთის არტერია კიუსტერის მიერ იყო გადაკვანძული 1881 წ. ჰერფარტის აზრით კი ეს პირველი შემთხვევა ეკუთვნის არა მარტო კიუსტერს, არამედ მალესაც. ელენთის გადაკვანძვის საკითხზე ცხოველი კამათი გაიმართა ლუკასსა და ლანგენბუხს შორის, მაგრამ პრაქტიკულად ოპერაცია არც ერთს არ განუხორციელებია.

ელენთის არტერიის გადაკვანძვას მრავალი მკვლევარი ეწინააღმდეგებოდა, რადგან ამ სისხლძარღვს ტერმინალური ტიპის არტერიად თვლიდნენ და, მაშასადამე, ლიგატურას უსათუოდ უნდა მოჰყოლოდა შედეგად ორგანოს ნეკროზი. ცხოვრებამ ეს დებულება უარყო და ელენთის არტერიის გადაკვანძვა უკვე არაერთხელაა ჩატარებული როგორც ექსპერიმენტულად, ისე კლინიკის პირობებში.

საერთოდ კი, როდესაც სპლენექტომიის გაკეთება ტექნიკურად შეუძლებელია, არტერიის გადაკვანძვა ელენთის ქირურგიული მკურნალობის ერთადერთი საშუალებაა.

ელენთის აგებულება და ფუნქცია. ელენთა მოთავსებულია მუც-

ლის ღრუში, მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში, დიაფრაგმის სათანადო გუმბათის ქვეშ, კუჭის უკან და გარეთ. გარეშე ზეგაკულენისაგან იგი დაცულია მე-9, მე-10, მე-11 ნეკნით ნეკნთაშუა რბილი ქსოვილებითა და პლევრის ნეკნშუასაძგიდის სინუსით. მისი გასწვრივი ღერძი შეესაბამება აღნიშნული ნეკნების მიმართულებას. ჩვეულებრივ, ელენთა არ სცილდება მარცხენა მკერდ-ლავიწის ხახსარსა და მე-11 ნეკნს შორის გატარებულ ხაზს.

ელენთის ოდენობა ადამიანის მუშტს უდრის (ვეინერტი). მოყვანილობით იგი ყავის მარცვალს წააგავს (ჰირტლი), მისი საშუალო მოცულობაა 221,5 სმ³, სიგრძე 12-14 სმ, სიგანე 8-9 სმ, სისქე 3-4 სმ. წონა — 150—250 გ. ელენთას სამი ზედაპირი აქვს: გარეთა ანუ დიაფრაგმული, წინა-შიგნითა, ანუ კუჭისმხრივი და უკანა-შიგნითა, ანუ ღვიძლისმხრივი. შეიძლება აღინიშნოს აგრეთვე ბაზალური ზედაპირი, რომელიც კოლინჯს ეხება.

არის შემთხვევები, როდესაც ელენთა სრულებით არ ვითარდება, მაგრამ ეს რაიმე საგრძნობ გავლენას არ ახდენს ორგანიზმის ზრდა-განვითარებაზე და სასიცოცხლო ფუნქციებზე. მთელი რიგი ავტორები აღწერენ ელენთის სრულ უქონლობას ადამიანებში, რომლებმაც მოხუცებამდე იცოცხლეს.

დამატებითი ელენთების არსებობა უაღრესად საინტერესო ფაქტია და იგი დიდი ხანია ცნობილია მედიცინაში.

უკანასკნელი 20 — 30 წლის განმავლობაში ექსპერიმენტულმა და კლინიკურმა დაკვირვებამ საკმაოდ გაამდიდრა ჩვენი ცოდნა ელენთის ფუნქციის შესახებ, თუმცა ჯერ კიდევ მრავალი საკითხია გაურკვეველი. ერთიმეორის საწინააღმდეგო მოსაზრებანია გამოთქმული ელენთის დანიშნულების შესახებ (გრავიტცი, 1911).

სხვადასხვა ცხოველში ელენთას სხვადასხვა ფუნქციური დანიშნულება აქვს; ფილო- და ონტოგენეზში ელენთას სხვადასხვა სპეციფიკური ფუნქცია ეკისრება, რაც უდავოდ დიდი მნიშვნელობისაა ორგანიზმის ცხოველმოქმედებისათვის.

დიდი ხანია ელენთას ერითროციტების საფლავს უწოდებენ.

1847 წ. ეკერმა და კოელიკერმა ელენთაში აღმოაჩინეს უჯრედები, რომლებშიც სისხლის წითელი ბურთულები იყო, შემდეგ ასეთი უჯრედები აღმოაჩინეს ბანტიმ, გაბლიმ, ეპინგერმა, შოფარდმა, მაგერმა, ქვინკემ, მალინინმა, კრიუკოვმა, ჯილბერტმა, ფაერმანმა. მალინმა, აგრეთვე პრეიერმა მიკროსკოპის საშუალებით ერითროფაგიის პროცესი აღმოაჩინეს.

ზოგიერთ მკვლევარის აზრით, ელენთაში ერითროციტების დაღუპვა სისხლძარღვების თავისებური განლაგებით აიხსნება, ზოგი კი ფიქ-

რობს, რომ ელენთა აქტიურად უწყობს ხელს ერითროციტების დაშლას.

ელენთა გამოიმუშავებს ერითროტოქსიკურ ინკრეტს, რომელსაც დიდი მნიშვნელობა აქვს ელენთის პათოლოგიაში.

ამჟამად ცნობილია, რომ ელენთის არტერიის სისხლი უფრო მეტ ერითროციტს შეიცავს, ვიდრე სათანადო ვენის სისხლი; გარდა ამისა, ელენთის არტერიის ერითროციტებს უფრო დიდი რეზისტენტობა ახასიათებთ, ვიდრე ელენთის ვენისას.

ნორმალურად სისხლი ელენთაში გავლისას კარგავს თავისი ერითროციტების ნახევარ რაოდენობას. ამრიგად, ელენთა ორგანოა, რომელიც ათავისუფლებს სისხლს გაცვეთილი ერითროციტების, ლეიკოციტებისა და თრომბოციტებისაგან.

იმდენად, რამდენადაც ელენთას სისხლის გაცვეთილი ელემენტების შერჩევის უნარი აქვს, ის წარმოადგენს აქტიურ ფილტრს. იგი სისხლის ნაკადიდან იშერს არა მარტო დაზიანებულ ერითროციტებს, თრომბოციტებს და ლეიკოციტებს, არამედ სისხლისათვის უცხო ელემენტებსაც, როგორიცაა საღებავი ნივთიერებები, ბაქტერიები, უცხო ერითროციტები და სხვ. ფილტრაცია ელენთაში წარმოებს სისხლის ღია დინებით, პულპაში სისხლის ნაკადის სისწრაფის შემცირებით და პულპის ბიოლოგიური აქტივობით.

დამტკიცებულია ელენთის როლი ჰემოპოეზსა და ჰემოლოზსში (ლეიტესი, ფრენკელი).

ელენთა მისი ერითროლიზური უნარის გამო ჰემოგლობინის, ჰემოსიდერინისა და ბილირუბინის დეპოს წარმოადგენს.

პათოლოგიურ პირობებში ერითროციტების დაშლა 40-ჯერ უფრო ინტენსიურია, რაც განპირობებულია ელენთის ერითროლიზური ფუნქციის გაძლიერებით.

ერითროციტებთან ერთად ელენთაში იღუპება სხვა ფორმიანი ელემენტებიც: ლეიკოციტები, თრომბოციტები. ეს მოვლენა თავს იჩენს მხოლოდ პათოლოგიურ შემთხვევებში.

ელენთის ერითროციტების დაშლის ფუნქციის გაძლიერება ყოველთვის არ იწვევს სწრაფ ანემიას, რადგან ერთდროულად ძვლის ტვინიც აწარმოებს ერითროციტების გაძლიერებულ წარმოქმნას.

პროცესის გახანგრძლივების შეთხვევაში ძვლის ტვინი დროთა განმავლობაში თავის ფუნქციას ამცირებს და, ამრიგად, ირღვევა წონასწორობა, რასაც შედეგად მოჰყვება ანემია.

ყოველ შემთხვევაში, საინტერესოა ფაქტობრივი მონაცემები, რომელსაც მრავალი ავტორი იძლევა იმის შესახებ, რომ სპლენექტომიის შემდეგ ვითარდება ლეიკოციტოზი, რაც დამახასიათებლად უნდა ჩაითვალოს ამ ჩარევისათვის. მაგალითისათვის შეიძლება მოვიყვანოთ

ფაერმანის დაკვირვებები. იმ შემთხვევებში, როდესაც ფაერმანი მხოლოდ გახსნიდა სპლენომეგალიით დაავადებული ადამიანის მუცლის ღრუს და სხვადასხვა მიზეზის გამო ელენთის ამოკვეთას არ აწარმოებდა, ე. ი. ჩარევა ლაპარატომიით ამოიწურებოდა, ანდა კეთდებოდა ტალმას ოპერაცია, ოპერაციის შემდეგ არ ვითარდებოდა ლეიკოციტოზი ისეთი სახით, როგორც ამას, ჩვეულებრივ, ადგილი აქვს სპლენექტომიის შემდეგ. სპლენექტომიისათვის დამახასიათებელია ლიმფოციტოზი, რომელიც, ჩვეულებრივ, ოპერაციიდან დაახლოებით ერთი კვირის შემდეგ ვითარდება და გრძელდება ერთი წლის, ზოგჯერ კი უფრო მეტი ხნის განმავლობაში, სანამ ლიმფური ქსოვილის ძლიერი კომპენსატორული მოქმედება იჩენდეს თავს. აღწერილია შემთხვევები, როდესაც სპლენექტომიის შემდეგ ადგილი ჰქონდა ლიმფური კვანძების გადიდებას. სპლენექტომიისათვის განსაკუთრებით დამახასიათებელია ჯორჯლის ლიმფური კვანძების ჰიპერპლაზია.

დასასრულ, ერთხელ კიდევ შეიძლება გავიმეოროთ, რომ ელენთის ზემოჩამოთვლილი მრავალი ფუნქცია და დამოკიდებულება სხვადასხვა ორგანოებთან თუმცა არ არის მკვეთრად შემოსაზღვრული და სპეციფიკური, მაგრამ ელენთას მაინც გარკვეული მნიშვნელობა და როლი აქვს მთლიანი ორგანიზმის სიცოცხლის რთულ პროცესში.

ნორმალური ელენთის განსაზღვრა ადვილი არ არის, ელენთის კლინიკური შესწავლისათვის გამოიყენება სხვადასხვა მეთოდი.

პ ე რ კ უ ს ი ა. ავადმყოფი უნდა იწვეს მარჯვენა გვერდზე და ვაწარმოოთ ღრმა პერკუსია გულმკერდის მარცხენა მხარეზე, ზემოდან ქვემოთ, იღლიის ხაზის მიმართულებით. ამ წესით მე-9 — 10 ნეკნების მიდამოში შესაძლებელია დაზუსტდეს მოყრუების არე, სიგრძით დაახლოებით 4—5 სმ, სიგანით 2—3 სმ. აღნიშნული მოყრუება არ ასახავს მთელ ელენთას; ნორმალურად ელენთის სიგრძე უდრის 12 სმ, სიგანე — 8 სმ, სისქე — 4 სმ. მხედველობაშია მისაღები, რომ ზოგჯერ ელენთის მოცულობა გარკვეულ ფუნქციურ მდგომარეობაში შესაძლოა გაცილებით მეტიც იყოს. ელენთის მოყრუების აღმოჩენას ხელს უშლის კუჭის, კოლინჯის მარცხენა ნაკეცისა და ფილტვის გაძლიერებული ხმიანობა.

ნორმალური ელენთის ოდენობის განსაზღვრა უფრო ადვილია ამოსუნთქვის ფაზაში. არის შემთხვევები, როცა ნორმალური ელენთის აღმოჩენა პერკუსიით არ ხერხდება.

პ ა ლ პ ა ც ი ა. ავადმყოფს უნდა მივუდგეთ მარჯვენა მხრიდან და ელენთას შევიგრძნობთ პალპაციით, მარცხენა ნეკნთა რკალის ქვემოთ, ღრმად ჩასუნთქვისას. სასურველია ავადმყოფი ზურგზე იწვეს. ზოგი გვირჩევს ავადმყოფს მარცხენა წინამხარი მოთავსებული ჰქონდეს უკანასკნელი ნეკნის ქვეშ. ორივე ან ერთი ხელით ვაწვებით მუცლის

კედელს, ავადმყოფს ვაძლევთ წინადადებას ისუნთქოს ღრმად, პაუზებით, სუნთქვის შეკავებით.

ავადმყოფს სუნთქვას ვურჩევთ იმისათვის, რომ სუნთქვისას ელენთის მოძრაობის მასშტაბი მატულობს. ყველა ზემოაღნიშნული საშუალებით შესაძლებელია ელენთის ქვემო პოლუსის შეგრძნება. ელენთის ექტოპიის შემთხვევაში (რომელსაც ახასიათებს ძლიერ მოძრავი ელენთა). იგი არ მდებარეობს თავის ადგილზე; პერკუსიით მისი აღმოჩენა შეუძლებელია, პალპაციით კი იგი შეიძლება შევიგრძნოთ სიმსივნის სახით მუცლის ღრუს სხვადასხვა მიდამოში. ელენთის შეგრძნება მუცლის ღრუში შეუძლებელია აგრეთვე ელენთის მოხუცებულობითი ატროფიისა და ალიენიის შემთხვევებში.

გარდა ობიექტური მონაცემებისა, დიდი მნიშვნელობა აქვს კარგად შეკრებილ ანამნეზს. რთულ შემთხვევებში ფაერმანი გვირჩევს ელენთის რენტგენოლოგიურ შესწავლას, ისე როგორც თირკმლის შემთხვევაში, აირის შეყვანით. ელენთის ირგვლივ შეჰყავთ ჟანგბადი ან ნახშირჟანგი, მსხვილი ნაწლავები იბერება აირით და კეთდება რენტგენოგრამა ისე, რომ მხედველობის არეში მოხვდეს ფილტვები, შუასაძგიდი და თირკმლები. აღნიშნული მეთოდით ელენთის კონტურები მკაფიოდ შემოისაზღვრება. ფაერმანის აზრით, აღნიშნული მეთოდი ნაკლებ სახიფათოა, ვიდრე პერიტონეუმის ღრუში ჰაერის შეყვანა. გარდა ზემოთქმულისა, კარგ შედეგს იძლევა მსხვილი ნაწლავის გაბერვა თირკმლისა და ელენთის სიმსივნის გამორკვევის მიზნით. თუ გაბერილი მსხვილი ნაწლავი წინიდან არ ეფარება სიმსივნეს, შეიძლება ვიფიქროთ ელენთაზე, წინააღმდეგ შემთხვევაში კი თირკმელზე. საგულისხმოა, რომ გადიდებული ელენთა სხვა ორგანოებიდან წარმოშობილ სიმსივნეებთან შედარებით ადვილად თავსდება მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში.

სპლენომეგალიის აღმოჩენისთანავე ისმის საკითხი — რა იწვევს ელენთის გადიდებას? — იზოლირებული დაავადება, თუ სისტემური პათოლოგია? აღნიშნული საკითხის სირთულის გამო საჭიროა დამატებითი გამოკვლევების ჩატარება, რასაც გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს მკურნალობისათვის.

ელენთის დაავადების დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს სისხლის სურათის შესწავლას. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ელენთისა და ძვლის ტვინის პუნქტატს. ელენთის პუნქციის გაკეთებას გვირჩევენ რიგი ავტორები: კერდელი, კემპბელი, ჰირშფელდი, ჰაიშივა, პროპინგი, ფაერმანი და სხვ.

უკანასკნელ წლებში ჩვენ ოც შემთხვევაში გავაკეთეთ ელენთის პუნქცია; რაიმე გართულებას ადგილი არ ჰქონია.

ელენთიდან მიღებულ მასას ახასიათებს უჯრედოვანი ელემენტების

სიმრავლე; დიდი რაოდენობით აღინიშნება ლიმფოციტები — ელენთის უჯრედები: სისხლძარღვიდან აღებულ პუნქტატს ახასიათებს პერიფერიული სისხლის სურათი.

პორტალური სისხლის მიმოქცევის დარღვევის ტოპიკური დიაგნოზისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს სისხლძარღვების შესწავლას კონტრასტული ვაზოგრაფიის მეთოდით.

პორტალური სისხლძარღვების რენტგენოგრაფია საკონტრასტო ნივთიერების გამოყენებით შეიძლება განხორციელდეს გარეგანი და შინაგანი მიდგომით.

შინაგანი მიდგომის მეთოდი გულისხმობს ლაპარატომიის გაკეთებას—შემდეგ საკონტრასტო ნივთიერების შეყვანას კარის ვენაში, ან ერთ-ერთ მასთან დაკავშირებულ სისხლძარღვში, რასაც პორტალური ვენოგრაფია ეწოდება.

გარეგანი მიდგომის მეთოდი კი გულისხმობს ტრანსპარიეტულ სპლენოპორტოგრაფიას. ამ დროს საკონტრასტო ნივთიერების შეყვანა ხდება ელენთაში კანის ჩხვლეტის გზით. პორტალურ ვენოგრაფიასთან შედარებით სპლენოპორტოგრაფიის უპირატესობა იმაში მდგომარეობს, რომ ის არ საჭიროებს ლაპარატომიას. საერთოდ უნდა აღინიშნოს, რომ რენტგენოლოგიური შესწავლა პორტალური სისტემის საკონტრასტო ნივთიერების გამოყენებით, უფრო ახალი და ფრიად საჭირო მეთოდია.

პორტალური ვენოგრაფიის კლინიკაში დანერგვამდე, ჩარლსი ექსპერიმენტის პირობებში აწარმოებდა ჯორჯლის ვენაში 40,0—35% დიოტრასტის შეყვანას და შემდეგ კი იგივე მეთოდი ავადმყოფზე გამოიყენა; ელენთის გზით პორტოგრაფიას ექსპერიმენტის პირობებში აბეატიჩი და კაშპი აწარმოებდნენ. მათ 3—4 წუთის განმავლობაში ძაღლის ელენთაში 9 მილიგრამი 70%-იანი იუდორინის ხსნარი შეყვანდათ და აწარმოებდნენ 5—6 სურათის გადაღებას. აღნიშნული მეთოდის გამოყენებით კარგად გამოავლინეს პორტალური სისხლის მიმოქცევა; ელენთის მხრივ რაიმე დარღვევას ადგილი არ ჰქონია.

უკანასკნელ ხანებში ლაპარატომიის გაუკეთებლად შემოღებულია ელენთის ინექციის საშუალებით პორტალური ვენოგრაფია საკონტრასტო ნივთიერების შეყვანა, რასაც ტრანსპარიეტული სპლენოგრაფია ან სპლენოპორტოგრაფია ეწოდება. სპლენომეგალიების დროს ამ მეთოდს 1959 წლიდან ჩვენც ვიყენებთ კლინიკის პირობებში.

გარდა ამისა, ექსპერიმენტის პირობებში სპლენოპორტოგრაფიას ვაკეთებთ ძაღლებზე — ელენთაში ტოროტრასტის შეყვანით.

როგორც ლიტერატურული მონაცემებით (ვალკერი, მილემისი, ვენსონი — 1953), ისე ჩვენი დაკვირვებით დასტურდება, რომ სპლე-

ნოპორტოგრაფია კარგი მეთოდია პორტალური სისხლის მიმოქცევის შესწავლისათვის.

სპლენოპორტოგრაფიის წარმოებისათვის საჭიროდ მიგვაჩნია აღვნიშნოთ ზოგიერთი მომენტი: საკონტრასტო ნივთიერება ელენთაში სწრაფად უნდა შევიყვანოთ, რათა პორტალურ სისხლძარღვებს შევუნარჩუნოთ შეყვანილი მასის საჭირო რაოდენობა. ამისათვის 20 — 30 მილიგრამი 50—70% კარდიოტრასტი ელენთის ქსოვილში შეგვყავს 3—4 წუთის განმავლობაში. პირველი სურათი ინექციის დამთავრებისთანავე უნდა გადავიღოთ, ყოველი სურათის გადაღებათა შორის ინტერვალები 1—2 წუთს უდრის; საკმარისია 5—10 სურათის გადაღება. სხეულის წონის 1 კგ-ზე საკონტრასტო მასა უნდა განისაზღვროს 0,25—0,35 მშრალი ნივთიერების რაოდენობით. სპლენოპორტოგრაფიისათვის საჭიროა ავადმყოფის სპეციალური მომზადება. მხედველობაში უნდა მივიღოთ, რომ შესაძლებელია საკონტრასტო ნივთიერების შეყვანამ მძიმე რეაქცია გამოიწვიოს. ამიტომ წინასწარ უნდა შემოწმდეს იოდისადმი აწეული მგრძნობელობა. ამისათვის კეთდება ე. წ. ვენაში შეყვანის ცდა — ძირითად გამოკვლევამდე 2—3 წუთით ადრე, 2—3 მილიგრამის საკონტრასტო ნივთიერება — 40% სერგოზინი, ან 70% კარდიოტრასტი — შეგვყავს იდაყვის ვენაში. თუ ავადმყოფი ამაზე არ იძლევა რეაქციას (შეწითლებას, ტემპერატურის მომატებას, ტკივილს), შესაძლებელია პორტოგრაფიის გაკეთება; ასციტიან ავადმყოფს სითხე წინადღით უნდა გამოვუშვათ.

ავადმყოფმა წინადღით უნდა მიიღოს თხიერი საკვები—ბულიონი, კისელი, ჩაი და ხილეული, საღამოს და დილით უნდა გაუკეთდეს ოყნა. გამოკვლევის 10—15 წუთის წინ ავადმყოფს პალატაში უკეთდება 1.0 პანტაპონის 2% ხსნარი, ან 2,0-1% მორფიუმის ხსნარი.

ვაზოგრაფიისათვის უნდა ვიხმაროთ ჩვეულებრივი რეკორდის შპრიცი. მორგებული ნემსის სიგრძე 10—12 სმ უნდა უდრიდეს. წინასწარ საკონტრასტო მასის შეყვანამდე ნოვოკაინის ხსნარით კანის ანესთეზია კეთდება.

გამოკვლევა ტარდება საოპერაციო ოთახში ან რენტგენის კაბინეტში. ავადმყოფი თავსდება მაგიდაზე, რენტგენის აპარატის ქვეშ, დახრილ მდგომარეობაში, 15-20° მუცლისაკენ. მარცხენა ბეჭის ქვეშ ბალიში უნდა ამოუდოთ. წინასწარ კეთდება საკონტროლო სურათი იმ არისა, სადაც შეყვანილი უნდა იქნეს საკონტრასტო ნივთიერება. სასურველია რენტგენის 30×40 ზომის ფირფიტების გამოყენება. ელენთაში ნემსის შეყვანისას ავადმყოფს ურჩევენ სუნთქვის შეჩერებას. ნემსში სისხლის გამოჩენა იმის მაჩვენებელია, რომ იგი ელენთაშია. ამის შემდეგ ელენთაში 3—4 წუთის განმავლობაში შეგვყავს 25—30 მილიგრამი საკონტრასტო ნივთიერების თბილი ხსნარი. გამოკვლევის

დამთავრების შემდეგ ნემსი ამოიღება, კანზე წაესმება იოდი, მაგრამ ავადმყოფი 10—15 წუთი განმავლობაში კიდევ მაგიდაზე რჩება, შემდეგ კი საწოლით გადაიყვანება პალატაში. პირველ დღეს ავადმყოფი წოლით რეჟიმშია.

როცა პორტალური სისხლმიმოქცევა დარღვეული არ არის, სპლენოპორტოგრამზე მკაფიოდ გამოჩნდება ელენთის ვენა, კარის ვენა და მათი ტოტები, როგორც ელენთაში, ისე ღვიძლში. ღვიძლის შიგნითა ვენები განსაკუთრებით კარგად ჩანს მარჯვენა წილში. შემჩნეულია, რომ ინექციიდან 7 — 8 წამის შემდეგ ღვიძლის ვენური სისტემა სრულიად თავისუფლდება საკონტრასტო ნივთიერებისაგან, ხოლო ელენთაში კი იგი შეიძლება შერჩეს კიდევ რამდენიმე წამის განმავლობაში.

თუ ადგილი აქვს პორტალური სისხლმიმოქცევის დარღვევას, მაგალითად, თვით ღვიძლის შიგნით ბლოკირების შედეგად და კარისა და ელენთის ვენის დიამეტრი მკვეთრად გაგანიერებულია, ღვიძლის ინტრაორგანული ვენების გამოხატულება მკვეთრად დაქვეითებულია, როცა ღვიძლის ორგანოს შიდა ვენების სანათური ძალიან შევიწროებულია, მაგალითად, ღვიძლის ციროზის დროს, როგორც წესი, კარგად ჩანს სისხლის მიმოქცევის კოლატერალური გზები. როდესაც ადგილი აქვს საკონტრასტო ნივთიერების ხანგრძლივად შეჩერებას პორტალურ სისტემაში, 10—15 წამით, ამის შემდეგ ხდება ჯორჯლის ვენების რეტროგრადიული ინიცირება. ასეთი სურათი დამახასიათებელია პორტალური ჰიპერტენზიისათვის, რომლის მიზეზიც ღვიძლია.

ახლა შევჩერდეთ ელენთის ქირურგიულ დაავადებაზე. პირველ რიგში უნდა ითქვას ელენთის ტრავმულ დაზიანებაზე. ელენთის ტრავმული დაზიანებანი შეიძლება გაიყოს ორ დიდ ჯგუფად: ღია დაზიანებანი და დახურული, ანუ კანქვეშა დაზიანებანი. პირველს, ანუ ღია დაზიანებას, შეადგენს ცეცხლმსროლი ან ცივი იარაღით მიყენებული ჭრილობები, ხოლო დახურულ, ანუ კანქვეშ დაზიანებებს კი — ელენთის გასკდომა. როგორც ღია, ისე დახურული დაზიანებანი შეიძლება იყოს იზოლირებული, ე. ი. დაზიანებული იყოს მხოლოდ ელენთა, ანდა კომბინირებული, ე. ი. ელენთასთან ერთად დაზიანებული იყოს სხვა ორგანოც.

მშვიდობიან პირობებში ელენთის ღია დაზიანებანი ბევრად უფრო იშვიათია, ვიდრე დახურული დაზიანებანი.

ელენთის ღია დაზიანება ცივი, განსაკუთრებით კი ცეცხლმსროლი იარაღით, უფრო ხშირად კომბინირებული ხასიათისაა და ელენთასთან ერთად ზიანდება მუცლისა და გულმკერდის ღრუს ესა თუ ის ორგანოც.

ელენთის იზოლირებული დაზიანების შემთხვევაში ძირითადად ვითარდება მწვავე ანემიის კლინიკური სურათი, რომელიც განპირო-

ბებულია შინაგანი სისხლდენით. მაგრამ რამდენადაც ელენთის დაზიანებასთან ერთად უხშირესად ადგილი აქვს სხვა ორგანოების დაზიანებასაც, კლინიკური სურათიც მრავალფეროვანია და ამ დროს ყურადღებას იპყრობს მოვლენები პერიტონეუმის მხრივ.

ელენთის დაზიანებას ახასიათებს ძლიერი სისხლდენა, რაც განპირობებულია იმით, რომ ელენთა უხვად შეიცავს სისხლის ძარღვებს და მისი ქსოვილი ნაკლებად ელასტიკურია.

ომის დროს ელენთის ცეცხლნასროლი ჭრილობები საშუალოდ შეადგენს მუცლის ღრუს სხვა ორგანოების დაზიანების 3%-ს. ზოგიერთი მკვლევარი ელენთის ცეცხლნასროლ ჭრილობებს უფრო მეტი სიხშირით აღნიშნავს. მაგალითად, გრონბერგის მასალით, ის გვხვდება შემთხვევათა 4%-ში, ფინკელშტეინით — 5,8%-ში, სამამულო ომის მასალაზე ელენთის ცეცხლნასროლი ჭრილობები მუცლის ყველა ჭრილობის მხოლოდ 0,75%-ს შეადგენდა (კაპლანი).

ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის მასალაზე, სადაც 1919 წლიდან დღემდე გატარებულია 29 ავადმყოფი ელენთის ტრავმული დაზიანებით, ელენთის ჭრილობა აღინიშნებოდა ხუთ შემთხვევაში. ამათგან სამი იყო მიყენებული ცეცხლმსროლი იარაღით. ოთხ შემთხვევაში ელენთასთან ერთად დაზიანებული იყო მუცლის ღრუს სხვა ორგანოებიც: ღვიძლი, კუჭი, პანკრეასი და მხოლოდ ერთ შემთხვევაში ცივი იარაღით მიყენებული ჭრილობის დროს აღინიშნებოდა ელენთის იზოლირებული დაზიანება. ამ უკანასკნელ შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა ნაწლავებისა და ბადექონის პროლაპსუსს.

ელენთის იზოლირებული დაზიანების გარდა, როდესაც ელენთა გაიკერა, ყველა დანარჩენ ავადმყოფს გაუკეთდა სპლენექტომია და სამიანადო ჩარევა სხვა დაზიანებულ ორგანოზე.

ელენთის ცეცხლნასროლი ჭრილობებიდან იზოლირებული დაზიანება მხოლოდ 2—6%-ში გვხვდება. ეს იმას ნიშნავს, რომ ცეცხლნასროლი ჭრილობის დროს ქირურგს უნდა ახსოვდეს, რომ ელენთის იზოლირებული დაზიანება იშვიათია და საჭიროა ელენთაზე ოპერაციის გაკეთების დროს სხვა ორგანოების დათვალიერებაც.

ელენთის დაზიანებასთან დაკავშირებით საგულისხმოა ამ ორგანოს გამოვარდნა მუცლის ღრუდან, თუმცა უნდა ითქვას, რომ ელენთის გამოვარდნა მუცლის ჭრილობის დროს იშვიათია. 1902 წლამდე ბერგერმა შეაგროვა ლიტერატურაში გამოქვეყნებული 42 შემთხვევა ელენთის გამოვარდნისა. ბერეზნიგოვსკის (1909) მოყავს 54 შემთხვევა.

ელენთის ცეცხლნასროლი ჭრილობები იძლევა უფრო მაღალ სიკვდილიანობას, ვიდრე ნაჩხვლეტი ან გაკვეთილი ჭრილობები, რადგან ცეცხლნასროლი ჭრილობა უფრო ფართოა და უფრო ხშირად ადგილი აქვს სხვა ორგანოების დაზიანებასაც. სხვადასხვა ავტორის მიხედ-

ვით სიკვდილიანობა ელენთის ცეცხნასროლი ჭრილობის შედეგად მერყეობს 85—90%-ს შორის. არაცეცხლნასროლი ჭრილობის დროს კი — 78,6%-ს შეადგენს.

ბ. პეტროვის მონაცემებით ცეცხლნასროლი ჭრილობების ოპერაციული მკურნალობა სიკვდილიანობას იძლევა შემთხვევათა 58%-ში, გაკვეთილი და ნაჩხვლეტი ჭრილობებისა კი — 19%-ში.

ელენთის ყოველი სახის ტრავმის დროს ქირურგიული მკურნალობა ჯერ კიდევ არც ისე შორეულ წარსულში, იძლეოდა სიკვდილიანობას 15-დან 63%-ში. ახლა შედეგები გაცილებით უკეთესია.

ახლა ელენთის დაზიანების შემთხვევაში რადიკალურ ოპერაციას წარმოადგენს სპლენექტომია. იგი იძლევა საიმედო ჰემოსტაზს. ტექნიკურად არ არის ძნელი, ეფექტი სწრაფი და თვალსაჩინოა.

ორგანოს შენარჩუნების მიზნით მოწოდებული სხვა მეთოდები ძალიან იშვიათად გამოიყენება, რადგან გამორიცხული არ არის მეორადი სისხლის დენის შესაძლებლობა და ამიტომ ნაკლებად საიმედოა.

ამჟამად სპლენექტომია ელენთის დაზიანების დროს მკურნალობის არჩევით მეთოდად ითვლება. ელენთის ამოკვეთა სისხლის დენის შეჩერების ყველაზე უფრო საიმედო საშუალებაა, რის გამოც იგი ფართოდ არის გავრცელებული ქირურგიაში. მაგრამ იმ შემთხვევაში, როცა ელენთა ძლიერ შეხორცებულია მუცლის ღრუს ორგანოებთან და შეხორცების მიზეზი არა მარტო დაავადებული ელენთაა, არამედ მეზობელი ორგანოებიც, საკითხი ისმის სპლენექტომიის შეცვლაზე მკურნალობის სხვა, მაგრამ ამავე დროს საიმედო მეთოდით. ამ მეთოდებიდან პირველ რიგში უნდა დავასახელოთ ელენთის არტერიის გადაკვანძვა.

ელენთის დახურული, ანუ კანქვეშა დაზიანებანი მშვიდობიან პირობებშიც არ არის იშვიათი, განსაკუთრებით ისეთ ქვეყნებში, სადაც ელენთის გადიდება და შემაერთებელქსოვილოვანი გადაგვარება სამხარეო პათოლოგიას წარმოადგენს.

გამომწვევი მიზეზის თვალსაზრისით ელენთის კანქვეშა დაზიანებანი პირობითად შეიძლება გავყოთ ორ ჯგუფად: ტრავმული დაზიანებანი და პათოლოგიური დაზიანებანი. ტრავმულ დაზიანებებს მიეკუთვნება ელენთის მთლიანობის დარღვევის ყველა ის შემთხვევა, რომელიც გამოწვეულია ძლიერი ან მნიშვნელოვანი ძალის ზემოქმედებით ორგანიზმზე: ბლაგვი: საგნის (მუშტის ან მანქანის) დაჯახება მუცლის არეზე ან მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოზე და მუცლის მარცხენა მხარეზე.

ტრავმის ზემოქმედებით ელენთა მუცლის ღრუს სხვა ორგანოებთან შედარებით უფრო ხშირად ზიანდება. ამის ერთ-ერთ მიზეზს მისი კონსისტენცია წარმოადგენს. როგორც სისხლის დეპო ორგანო, ელენ-

თა ტრავმის მიღების მომენტში შეიძლება ძალიან სისხლსავსე იყოს და ამიტომ უფრო ადვილად გასკდეს.

ტრავმის შემთხვევაში მხედველობაში უნდა მივიღოთ ორი გარემოება. შეიძლება დაზიანდეს სრულიად ნორმალური ან წინასწარ პათოლოგიურად შეცვლილი ელენთა.

ელენთის დახურული ტრავმული დაზიანება მამაკაცებში უფრო ხშირია, ვიდრე ქალებში და უფრო ხშირად გვხვდება მოზრდილებში, განსაკუთრებით ახალგაზრდებში, ვიდრე ხნიერებში. რაც აგრეთვე აიხსნება ახალგაზრდა მამაკაცების უფრო ინტენსიური ფიზიკური დატვირთვით და ტრავმის მიღების მეტი შესაძლებლობით.

მართალია, ელენთის გახეთქვის მიზეზი, ჩვეულებრივ, ტრავმაა, მაგრამ გვხვდება ელენთის, ე. წ. სპონტანური გახეთქვაც.

ელენთის პათოლოგიური დაზიანების ჯგუფს მიეკუთვნება ისეთი დახურული დაზიანებანი, როდესაც ორგანოს გახეთქვის მიზეზი დაკავშირებული არ არის მნიშვნელოვანი ძალის ზემოქმედებასთან, ანდა ტრავმა საერთოდ შეუმჩნეველია.

პათოლოგიურად შეცვლილი და გადიდებული ელენთა შეიძლება გასკდეს უმნიშვნელო ტრავმის შედეგად — ცხვირის დაცემინების, დახველების, პირღებინების, გაჭინთვის, მუცლის კუნთების ძლიერი შეკუმშვის, სხეულის მკვეთრი შემობრუნების, მუცლის ღრუში წნევის მომატების გამო.

ტრავმის ძალის სიმცირის გამო წინათ ელენთის პათოლოგიურ დაზიანებას „სპონტანურ გასკდომას“ უწოდებდნენ, რადგანაც გასკდომის უშუალო გამომწვევი მიზეზი ზოგჯერ ავადმყოფისათვისაც კი შეუმჩნეველი რჩებოდა და ისეთი შთაბეჭდილება იქმნებოდა, თითქოს ელენთა „თავისთავად“ გასკდა. ეს ტერმინი „სპონტანური გასკდომა“ ამჟამადაც იხმარება, ხშირად გვხვდება ლიტერატურაშიც, მაგრამ მას უფრო ისტორიული მნიშვნელობა აქვს და იგი სრულებითაც არ გამოხატავს მოვლენის შინაარსს, რამდენადაც არ არსებობს ელენთის თვითნებური, უმიზეზო გასკდომა, ისე როგორც მცირე ტრავმამ არ შეიძლება გამოიწვიოს ნორმალური ელენთის გასკდომა.

დახურული დაზიანების შემთხვევაში ელენთა უფრო ადვილად სკდება შიგნით ზედაპირის მხრიდან, რასაც ზოგიერთი მკვლევარი ხსნის გარეთა ზედაპირის ნეკნებზე მიბჯენით.

ნორმალური ელენთის გაგლეჯა შეიძლება გამოიწვიოს მხოლოდ დიდი ძალის (როგორც პირდაპირის, ისე გვერდითის) ზემოქმედებამ მაშინ, როცა პათოლოგიურად შეცვლილი ელენთა უმნიშვნელო ძალის ზემოქმედებითაც ზიანდება, რადგან მოცულობის მომატების გამო ელენთის მოძრაობა კიდევ უფრო შეზღუდულია. ელენთის პარენქიმა ადვილად „მტეხადია“, კაფსულა დაჭიმულია და მისი ელასტიკურობაც

დაქვეითებულია, მომატებულია ორგანოს შიგნითა წნევა. პათოლოგიურად შეცვლილი ელენთა უფრო ხშირად სცილდება ნეკნთა რკალს და ამის გამო კიდევ უფრო ადვილად მისაწვდომია ტრავმისათვის. რამდენადაც უფრო შეცვლილია ელენთა, მით უფრო მცირე ძალის ზემოქმედებაა საკმარისი მისი გასკდომისათვის.

დაზიანების ლოკალიზაციის მიხედვით არჩევენ ელენთის მხოლობით და მრავლობით დაზიანებებს; ეს უკანასკნელი უფრო ხშირად გვხვდება. ელენთის მხოლობითი დაზიანება შეიძლება საკმაოდ ძლიერი და ღრმა იყოს და ერცელდებოდეს ერთი ბოლოდან მეორემდე. მრავლობითი დაზიანებანი შეიძლება ლოკალიზებული იყოს ერთი ან ორივე ზედაპირზე.

ელენთის გახეთქვის მიმართულება უფრო ხშირად განივია, იშვიათად გასწვრივი, შეიძლება ჰქონდეს ვარსკვლავისებრი ფორმაც. მთავარი დაზიანების ადგილის გარდა, შეიძლება იყოს მცირე, ზედაპირულად მდებარე განახეთქები, რომლებიც მხოლოდ კაფსულის დეფექტებით არის წარმოდგენილი, ანდა კაფსულთან ერთად დაზიანებულია პარენქიმაც, ზოგჯერ ადგილი აქვს ელენთის ქვემო სეგმენტის მოგლეჯას. ამ დროს, ჩვეულებრივ კაფსულა მთლიანად არ იგლიჯება და პარენქიმის მოწყვეტილი ნაწილი შემაერთებელი ქსოვილითაა დამაგრებული ელენთის მასასთან.

ელენთის მთლიანი დაზიანება თავის მხრივ შეიძლება იყოს პირველადი, ე. ი. განვითარდეს ერთ მომენტად, ძლიერი ან მცირე ტრავმის მიღების შემდეგ, და მეორადი ანუ ორმომენტიანი. ორმომენტიანი დაზიანების შემთხვევაში თავდაპირველად ადგილი აქვს ელენთის სუბკაფსულურ გასკდომას. ტრავმის ზეგავლენით ჯერ იგლიჯება მხოლოდ ორგანოს პარენქიმა, რის შედეგადაც ვითარდება სუბკაფსულური ჰემატომა და მწვავე სისხლნაკლებობის ნიშნები, რომლებიც შედარებით სუსტადაა გამოხატული. ელენთის პარენქიმიის იზოლირებული დაზიანების დროს შეიძლება ადგილი ჰქონდეს როგორც სუბკაფსულურ, ისე სუბსეროზულ ჰემატომას.

შემდეგ — მეორე მომენტად ადგილი აქვს სუბკაფსულური ჰემატომის კედლის, ე. ი. ელენთის კაფსულის გასკდომას, რის გამოც ვითარდება ძლიერი, სასიკვდილო სისხლდენა პერიტონეუმის ღრუში. ელენთის ასეთ დაზიანებას მეორადი, ანუ გვიანი გაგლეჯა ეწოდება.

ცნობილია, რომ ელენთის ორმომენტიანი გასკდომის შემთხვევაში პირველ და მეორე მომენტს შორის პერიოდის (ე. წ. ლატენტური პერიოდის) ხანგრძლივობა შეიძლება უდრიდეს რამდენიმე საათს, ანდა რამდენიმე თვესაც კი. საშუალოდ ელენთის პირველადსა და მეორად გასკდომას შორის 10 დღის შუალედი აღინიშნება.

ელენთის კანქვეშა დაზიანების სიმპტომები მრავალია და განპი-

რობებულია ორი ძირითადი ფაქტორით: მუცლის ღრუში შინაგანი სისხლდენითა და პერიტონეუმის გაღიზიანებით.

ელენთის დაზიანების ყველა სიმპტომი შეიძლება დავყოთ ორ დიდ ჯგუფად: 1) მუცლის ღრუს პარენქიმული და ზოგიერთი ღრუ ორგანოების დაზიანებისათვის დამახასიათებელი საერთო ნიშნები; 2) ელენთის დაზიანებისათვის დამახასიათებელი ნიშნები.

საერთოდ დამახასიათებელი ნიშნებიდან პირველ რიგში უნდა აღინიშნოს შოკი, რომელიც თან სდევს ელენთის კანქვეშა დაზიანებას და შეიძლება სხვადასხვა სიძლიერით იყოს გამოხატული. შეიძლება შოკის სიმულაცია მოგვცეს ძლიერმა მწვავე სისხლნაკლებობამაც. ჩვეულებრივ, ელენთის დაზიანების ნიადაგზე განვითარებული შოკი გაივლის ტრავმის მიღებიდან 1—2 საათის შემდეგ და უფრო მოგვიანებით პერიოდში არ აღინიშნება. მონდორის აზრით, შოკი შეიძლება არც იყოს საკმაოდ გამოხატული, მაგრამ მისი სრული არარსებობაც არ შეიძლება.

დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს ელენთის დაზიანების შემთხვევაში გულის წასვლას, რაც ტრავმის მიღებისთანავე ვითარდება. გულის წასვლა შეიძლება რამდენიმე წუთს, ან რამდენიმე საათსაც კი გრძელდებოდეს. კენიუ განსაკუთრებულ მნიშვნელობას აძლევს გულის წასვლას, რომელიც ვითარდება არა უშუალოდ ტრავმის მიღების მომენტში, არამედ რამდენიმე საათისა და დღის შემდეგაც კ. კენიუს აზრით, ეს მეორადი გულის წასვლა ითვლება ჩვენებად გადაუდებელი ოპერაციის გაკეთებისათვის და სიმპტომატურია ელენთის ორმომენტიანი გასკდომისათვის.

ელენთის გახეთქვის კლინიკური სურათი უფრო ხშირად ნათელია: აღინიშნება ძლიერი ტკივილი მუცლის არეში. კნოპისა და ჰარკინის მონაცემებით შემთხვევათა 30%-ში ტკივილი უფრო ძლიერია მარცხენა ფერდქვეშ მიდამოში და გამოხატულია კერის სიმპტომი, ე. ი. ტკივილის გადაცემა მარცხენა ბეჭის არეში. აბდომინალური რიგიდობა აღინიშნება შემთხვევათა 15%-ში, შოკი—70%-ში, პერკუტორულად მუცლის არეში შეიძლება მოყრუების დადგენა, ხშირად ადგილი აქვს გულისრევას და პირღებინებას.

ელენთის დაზიანების ძირითადი მკურნალობა ოპერაციულია. საჭიროა გაკეთდეს სასწრაფო სპლენექტომია ერთდროული სისხლის გადასხმით.

ელენთის მძიმე დაზიანების დროს ავადმყოფი დიდი რაოდენობით კარგავს სისხლს და ამიტომ მხოლოდ სისხლის გადასხმას არ შეუძლია მწვავე ანემიის კომპენსაცია და შოკური მდგომარეობიდან გამოყვანა. ასეთ შემთხვევაში განკურნების ერთადერთი საწინდარია სასწრაფო ოპერაცია — სპლენექტომია.

დაზიანებული ელენთის ამოღების შემდეგ საჭიროა გაგრძელდეს სისხლის გადასხმა, სანამ ავადმყოფი არ გამოვა მძიმე ანემიის მდგომარეობიდან. ოპერაციის დროს ყურადღება უნდა მიექცეს სხვა ორგანოებსაც, რათა არ გამოგვრჩეს ერთდროული დაზიანების შესაძლებლობა.

ფართოდ უნდა იქნეს გამოყენებული ანტიბიოტიკები, რადგან ტრავმის არეში მოსალოდნელია დაჩირქება.

დაზიანებული ელენთის გაკერვა არასაიმედოა, ჯერ ეს ერთი ნაკერი არ იჭერს ელენთის ჭრილობას და, გარდა ამისა, თვით ნაკერის არედან შეიძლება განვითარდეს სისხლდენა.

ელენთის ჩირქგროვა. ელენთის აბსცესი, ანუ ჩირქგროვა, როგორც დამოუკიდებელი დაავადება, ძალიან იშვიათია. ელენთის აბსცესი უფრო ხშირად ვითარდება სხვა ორგანოების ინფიცირებისა და დაავადების დროს. მისი გამოცნობა არცთუ ისე ადვილია და საბოლოო დიაგნოზი დგინდება საოპერაციო მაგიდაზე, ანუ უფრო ხშირად აუტოფსიის დროს.

ელენთის ჩირქგროვა ვითარდება სეფსისური დაავადების შედეგად ინფექცია ელენთაში შეიძლება შეიჭრას სისხლის გზით, ჭრილობის საშუალებით, ახლომდებარე ჩირქოვანი კერიდან.

ელენთის პირველადი ჩირქგროვა შედარებით იშვიათად გვხვდება. ფინკელშტეინი განიხილავს 12 საკუთარ და 55 სხვა ავტორთა მიერ აღწერილ შემთხვევას. ერთი შემთხვევა საქართველოში აღწერა პროფ. ვ. სიმონგულოვმა.

ელენთის აბსცესი შეიძლება განვითარდეს აგრეთვე ტრავმის, ელენთის ექინოკოკის, ინფარქტისა და სხვა დაავადებათა დროსაც.

აღწერილია ელენთის აბსცესი, როგორც გართულება შებრუნებითი ტიფისა.

ელენთის გავრცელებული ჩირქგროვა მძიმე დაავადებაა; იძლევა სეფსისს, და მიუხედავად ოპერაციული მკურნალობისა, რომელიც აუცილებელია ამ დაავადების დროს, სიკვდილიანობა 20—25% აღწევს.

ელენთის ჩირქგროვების შედეგად ადგილი აქვს რიგ გართულებებს, როგორიცაა ჩირქოვანი პლევრიტი, სუბდიაფრაგმული აბსცესი, შეხორცებების განვითარება მარცხენა თირკმელთან, კუჭთან, ბადექონთან.

შეიძლება ელენთის ჩირქგროვა სპონტანურად გასკდეს, რასაც თან დაერთვება დიფუზური პერიტონიტი. ამ მხრივ საინტერესოა ჩვენი ერთ-ერთი შემთხვევა.

ავადმყოფი გ. ე., მამაკაცი, 60 წლის, მიღებულია კლინიკაში, როგორც სასწრაფო შემთხვევა ძლიერი ტკივილით მუცელში, გულისრევითა და პირღებინებით. გაზებსა და განავალს ვერ გამოყოფს. შემოსვლისას მდგომარეობა მძიმე, პულსი 190′, სუსტი ავსებისა და დაჭი-

მულობის, t—38,8°, ენა მშრალი, ნადებებით, მუცელი შებერილი, პალპაციით მტკივნეული, ბლუმბერგის სიმპტომი დადებითი. გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია (ეთერის ნარკოზი). განაკვეთი შუა ხაზზე — მახვილისებრი მორჩიდან ჭიპამდის. გაიხსნა მუცლის ღრუ, დიდი რაოდენობით გადმოდინდა ჩირქი, რომელიც ამომშრალდა; ნაწლავები გადაბერილია, დაფარულია ჩირქოვან-ფიბრინოზული ნადებებით, ელენთა გადიდებულია. ავადმყოფის მდგომარეობა საოპერაციო მაგიდაზე ძეტად მძიმეა: მუცლის ღრუში შეუყვანეს ანტიბიოტიკები, ჩაუდეს მიკროდრიგატორი, ტამპონები. ოპერაციიდან რამდენიმე საათის შემდეგ გარდაიცვალა. სექციაზე აღმოჩნდა ელენთის აბსცესი, რომელიც გამსკდარი იყო და ამის გამო განუვითარდა დიფუზური ჩირქოვანი პერიტონიტი.

ელენთის არტერიის ანევრიზმა ძალიან იშვიათი დაავადებაა და ლიტერატურაში სულ რამდენიმე შემთხვევაა აღწერილი (ფაერმანის, შროდერის, ზელტენის. ვინკლერის, უილალდის, მულეის, ვენდელის მიერ). ელენთის ანევრიზმა შეიძლება არსებობდეს სპლენომეგალიის დროს.

ელენთის არტერიის ანევრიზმის გამოცნობა მხოლოდ კლინიკური მონაცემებით შეუძლებელია; იგი შეიძლება დადასტურდეს ოპერაციის ან აუტოპიის საშუალებით.

ელენთის კავერნული ანგიომა იშვიათი დაავადებაა. დოუდმა 1913 წლამდე ლიტერატურაში შეაგროვა ელენთის ანგიომის 30 აღწერილობა. ელენთის ანგიომის ცალკეული შემთხვევები გამოქვეყნებულია ვინოგრადოვისა და პროტასაფეუის მიერ. ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევა, როცა ელენთის ანგიომის სპონტანური გასკდომის გამო გაუკეთებიათ ოპერაცია კუჭის პერფორაციის დიაგნოზით.

ელენთის დაავადებანი (გაგრძელება)

მუცლის ღრუს პათოლოგიაში ელენთის დაავადებებს საკმაოდ დიდი ადგილი უკავია. მრავალ მათგანს ახასიათებს ელენთის ოდენობის მომატება და სწორედ ამ ნიშნის მატარებელი დაავადებანი წარმოადგენენ გარკვეულ ინტერესს ქირურგიული თვალსაზრისით.

რა მიზეზითაც არ უნდა იყოს გამოწვეული ელენთის გადიდება, მწვავე იქნება ის, თუ ქრონიკული, ეს ელენთის პათოლოგიური მდგომარეობის შედეგია და ყველა ასეთი შემთხვევა გაერთიანებულია ერთი ზოგადი ცნებით — სპლენომეგალია (Splenomegalia).

სპლენომეგალიის მიზეზი შეიძლება იყოს ელენთის სისხლმიმოქცევის დარღვევა, პიგმენტის დაგროვება, ელენთის ჰიპერტროფია . ან ჰიპერპლაზია, ელენთის პარაზიტული დაავადება, როგორიცაა. მაგალითად, ექინოკოკი, ელენთის ჩირქგროვა, წყალბუშტი, სიმსივნე და ორგანიზმის მრავალი სხვა პათოლოგიური მდგომარეობა, რომელთა მიმართ ელენთა საპასუხო რეაქციას იძლევა გადიდების სახით.

ელენთა ისეთ მდგომარეობაში, როდესაც იგი გადაჭარბებული ოდენობის, ანდა ღრმა დეგენერაციული ცვლილებების გამო ორგანიზმისათვის საჭირო აღარ არის და ზოგჯერ სახიფათოც ხდება, მოსაცილებელ. ჰოსაშორებელ ორგანოდ ითვლება. ელენთის ყველა დაავადება, თუ ის გარკვეული პერიოდის განმავლობაში კონსერვატული წესით მკურნალობის შემდეგ გაუმჯობესებას არ იძლევა, ქირურგიის ობიექტია და ჩვეულებრივ ასეთ შემთხვევაში ელენთის ამოკვეთას მიმართავენ.

ქირურგიული წესით მკურნალობის თვალსაზრისით კორჩიკი სპლენომეგალიებს ორ ჯგუფად ჰყოფს: იზოლირებული ანუ სოლიატარული სპლენომეგალიებად და სისტემური რიგის სპლენომეგალიებად.

პირველს, ე. ი. სოლიტარული სპლენომეგალიების ჯგუფს, იგი მიაკუთვნებს ელენთის გადიდების ისეთ ფორმებს, როდესაც პათოლოგიური პროცესი უმთავრესად ელენთას ეხება; რასაკვირველია, იმდენად. რამდენადაც შესაძლებელია რომელიმე ორგანოს განცალკევებული დაავადება, მთლიანი ორგანიზმის სხვა სასიცოცხლო ფუნქციების დაუზიანებლად ასეთ შემთხვევებში სისხლის სურათი უცვლელია. სიყვითლე და პურპურა არ აღინიშნება. ელენთის ამ სახის გადიდებას ეკუთვნის:

1) ტრავმული დაზიანების შედეგად გადიდებული ელენთა; მიზეზი

შეიძლება იყოს მისი კაფსულისქვეშა გახეთქვა, ე. ი. ელენთის დახურული ან ღია დაზიანება ცეცხლმსროლი იარაღით ან ნაჩხულეტი ჭრილობა;

2) გადიდებული, ზოგჯერ ნორმალური, ექტოპირებული ელენთა;

3) ფეხზე შემობრუნებული ელენთა, მწვავე და რეციდივული ხასიათისა;

4) ელენთის სიმსივნეები და წყალბუშტი;

5) ელენთის ექინოკოკი;

6) ელენთის ინფარქტი, სწრაფი და ტორპიდული მიმდინარეობით;

7) ელენთის ჩირქგროვა;

8) ელენთის ტუბერკულოზი;

9) შეგუბებითი ელენთა;

10) ელენთის ვენის პირველადი თრომბოზი;

11) ელენთის არტერიის ანევრიზმა.

სისტემური რიგის სპლენომეგალიებისათვის, გარდა ელენთის გადიდებისა, დამახასიათებელია სისხლმბადი აპარატის დაზიანება, რის შედეგადაც ასეთი სპლენომეგალიების დროს აღინიშნება სისხლნაკლებობა, სიყვითლე, პურპურა და სხვ. ასეთ სპლენომეგალიებს კორჩიცი მიაკუთვნებს:

1) ელენთის ლიმფოგრანულომატოზს;

2) გენერალიზებულ ლეიშმანიოზს;

3) ჰემოლიზური სიყვითლისა და ჰემოლიზური ანემიის თანმხლებ სპლენომეგალიას;

4) ესენციური თრომბოპენიის დროს გადიდებულ ელენთას (ვერლჰოფის დაავადება);

5) ბანტის დაავადების გამო გადიდებულ ელენთას;

6) გოშეს ავადმყოფობის დროს გადიდებულ ელენთას;

7) ღვიძლის ციროზის გამო გადიდებულ ელენთას;

8) პერნიციოზული ანემიის დროს გადიდებულ ელენთას;

9) ლეიკემიის დროს გადიდებულ ელენთას.

კორჩიცის მსგავსად ფაერმანიც სპლენომეგალიებს ორ ჯგუფად პყოფს: პირველი ჯგუფის სპლენომეგალიებში ის აერთიანებს ელენთის ისეთი ხასიათის გადიდებას, როდესაც შედარებით მცირე, მაკრომორფოლოგიურ ცვლილებებთან ერთად, ყურადღებას იქცევს ელენთის რეტიკულო-ენდოთელიუმის ჰიპერპლაზია და ძვლის ტვინის ფუნქციური გადახრა. პერიფერიული სისხლის სურათი რეგენერაციულ ანემიას მოგვაგონებს, ღვიძლი შესამჩნევად გადიდებულია, მაგრამ არავითარ ციროზულ მოვლენებს მასში ადგილი არა აქვს. შეიძლება აღინიშნებოდეს ასციტიც, რაც ღვიძლის ძლიერი ფუნქციური დატვირთვისა და ელენთის გადიდების შედეგია.

მეორე ჯგუფის სპლენომეგალიებს მიეკუთვნება ელენთის ისეთი ხასიათის გადიდება, როდესაც ადგილი აქვს ორგანოს ამა თუ იმ ხარისხის სკლეროზს. ასციტი შეიძლება აღინიშნებოდეს ღვიძლის ციროზის დასაწყის პერიოდში ანდა შეგვხვდეს დაავადების გვიან სტადიაში, როდესაც ღვიძლის ღრმა დეგენერაციული ცვლილებები (როგორც მაკრო, — ისე მიკროსკოპული) სრულიად ნათელია. საერთოდ კი უნდა ითქვას, რომ ასციტის ხარისხსა და ღვიძლის ციროზულ ცვლილებათა შორის პარალელიზმი არ არსებობს.

იზოლირებული სპლენომეგალიები შეიძლება გამოწვეული იყოს პარაზიტული დაავადებებით, ამათგან პირველ რიგში უნდა დავასახელოთ მალარიული სპლენომეგალია. მალარიის შედეგად შესაძლებელია ელენთის ძლიერი გადიდება. პირველ ხანებში გადიდებული ელენთა რბილი კონსისტენციისაა, შემდეგ კი მკვრივდება, შემაერთებელი ქსოვილის უხვად განვითარების გამო.

მალარიული სპლენომეგალიის მკურნალობა კონსერვატულია და მიმართულია ძირითადი მიზეზის წინააღმდეგ. მაგრამ გვხვდება ისეთი ფორმის მალარიული სპლენომეგალია, როდესაც ენერგიული კონსერვატული მკურნალობა უშედეგოა. გადიდებული მკვრივი ელენთა იწვევს მთელ რიგ გართულებებს ახლომდებარე ორგანოებზე ზეწოლის გამო, მაგალითად, ტკივილს, საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის მოქმედების შეფერხებას, გულის მუშაობის გაძნელებას, — მისი მდებარეობის გადანაცვლების გამო. ამ მოვლენების თავიდან ასაცილებლად, თუ არ არის განვითარებული მალარიული კახექსია, ანდა ადგილი არა აქვს მკვეთრ სიყვითლეს, ნაჩვენებია ქირურგიული ჩარევა, რომლის ძირითადი მეთოდი სპლენექტომიაა.

სპლენექტომია ხშირად ტექნიკურად ძალიან რთულდება ირგვლივ მყოფ ქსოვილებთან გადიდებული ელენთის შეხორცების გამო. ეს გარემოება და თვით ოპერაციული ჩარევა სიკვდილიანობის მაღალ პროცენტს იძლევა (30—50%). თუმცა ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ უკანასკნელ ხანებში მალარიული სპლენომეგალიის ქირურგიული მკურნალობის ჩვენებებისა და წინააღმდეგჩვენებების დაზუსტების შემდეგ სიკვდილიანობა დაყვანილია 10 — 20%-მდე (თოფჩიბაშიევი, მეიო).

მალარია საერთოდ იწვევს ელენთის გადიდებას. დროული, მალარიის საწინააღმდეგო მკურნალობით გადიდებული ელენთა მცირდება. აღწერილია შემთხვევები მალარიის შედეგად ელენთის ძლიერი გადიდების გამო მისი სპონტანური გახეთქვისა. ამიტომ თუ ელენთა ძალზე გადიდებულია და არ მცირდება კონსერვატული მკურნალობით, სპლენექტომია უდავოდ ნაჩვენებია.

დროთა განმავლობაში მალარიული სპლენომეგალიის ქირურგიული მკურნალობა თანდათან გაუმჯობესდა, ძირითადად სპლენექტომიის ჩვენებისა და წინააღმდეგჩვენების დაზუსტების გამო.

მალარიული სპლენომეგალიები ქირურგიული ჩარევის თვალსაზრისით ორ ჯგუფად იყოფა: ცთომილ და ფიქსირებულ სპლენომეგალიებად. მოძრავი, ანუ ცთომილი სპლენომეგალიები ქალებში უფრო ხშირად გვხვდება.

მალარიული სპლენომეგალიის ქირურგიული მკურნალობისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის ყოველმხრივ შესწავლას და ოპერაციისათვის სათანადოდ მომზადებას: სისხლის მრავალჯერად გადასხმას, გულის საშუალებებსა და სხვა სიმპტომატურ მკურნალობას. ოპერაცია უკეთესია გაკეთდეს ადგილობრივი ანესთეზიით, ეოლიანი გვირჩევს ადგილობრივ ანესთეზიას, თოფჩიბაშიევი — ზურგის ტვინის ანესთეზიას, ფაერმანი — ეთერის ნარკოზს. ჩვენ უპირატესობას ვაძლევთ ადგილობრივ ანესთეზიას.

მუცლის ღრუს გახსნისას, ელენთის დათვალიერების შემდეგ უნდა გადაწყდეს საკითხი იმის შესახებ, შესაძლებელია თუ არა ტექნიკურად სპლენექტომიის გაკეთება. ეოლიანი აღნიშნავს, რომ როდესაც ელენთა ჩაფლულია ძლიერ შეხორცებებში, უმჯობესია მას ხელი არ ვახლოთ; ჩვენი აზრით კი ამ დროს ნაჩვენებია ერთადერთი ქირურგიული ჩარევა, რომელიც გამოგვიყვანს მძიმე მდგომარეობიდან — ელენთის არტერიის გადაკვანძვა. ზოგიერთი ქირურგი ძლიერი შეხორცებების დროსაც ცდილობს სპლენექტომიის გაკეთებას, რაც მეტად სახიფათოა და სიკვდილიანობის მაღალ პროცენტს იძლევა.

ელენთის პარაზიტულ დაავადებათა შორის ექინოკოკს დიდი ხვედრითი წონა აქვს. სიხშირის მიხედვით ელენთის ექინოკოკს მესამე ადგილი უკავია ღვიძლისა და ფილტვის ექინოკოკის შემდეგ. ელენთის ექინოკოკური კისტა შეიძლება იზოლირებული იყოს (მხოლოდ ელენთაში) და მრავლობითი, ანუ კომბინირებული, როდესაც ექინოკოკი ბუდობს სხვა ორგანოებშიც. ელენთის ექინოკოკი სხვა ორგანოების ექინოკოკურ დაავადებასთან შეფარდებით შეადგენს, ტრინკლერის მონაცემებით — 3,2%, ტეიხმანით — 4,69%, მილსით—2%, ე. ფიფიას მონაცემებით 1,88%, შონიას დაკვირვებით — 6,6%, ფინკელშტეინით — 3,5%. ჩვენი კლინიკის მასალაზე 1,65%. ელენთის ექინოკოკის ერთი შემთხვევა აღწერა მ. წინამძღვრიშვილმა.

ელენთის ინფიცირება ექინოკოკით უმთავრესად ხდება ჰემატოგენური გზით. ჩვეულებრივ ელენთაში ვითარდება ერთი ან მრავალკამერიანი კისტური ექინოკოკი — მრავლობითი ბუშტუკებით. ექინოკოკური კისტა უფრო ხშირად ელენთის შუა ნაწილში ბუდობს. იგი უაღრესად ნელი ტემპით იზრდება და დიდი ხნის შემდეგ შეიძლება

მიაღწიოს უზარმაზარ ოდენობას და მთელი მუცლის ღრუ დაიკავოს.

ექინოკოკური კისტა პალპაციით მოქნილია, მკაფიოდ შემოსაზღვრულია ნაპირებით. ახასიათებს ტკივილი, რომელიც პერიოდულად ძლიერდება. რენტგენოლოგიურად აღინიშნება ისეთი სურათი, თითქოს ელენთას მომრგვალებული ქედი ადევს (ბენამუ), ელენთა კი გადაწეულია მარჯვნივ. ექინოკოკის ზრდის გამო დიაფრაგმის გუმბათი ზეაოთ იწევს ნეკნთა რკალთან ერთად. ადრენალინის სინჯი არკვევს ელენთის რეზერვუარის ფუნქციის გამოვარდნას. მიუხედავად იმისა, რომ ელენთაში, გარდა კისტური კერებისა, არის საღი ქსოვილიც. მას აღარც შეკუმშვის უნარი აქვს და აღარც პერიფერიულ სისხლში ერითროციტებისა და თრომბოციტების გადასროლის უნარი.

ელენთის ექინოკოკის კლინიკური ნიშნების გამომჟღავნება ხდება სიმსივნის შესამჩნევად გაზრდის შემდეგ. გადიდებული ექინოკოკის ზედაპირი პერისპლენიტის გამო ყოველთვის არ არის სადა და მოძრავი. სიმსივნის არეში შეიგრძნობა ფლუქტუაცია და ზოგჯერ ჰიდატიდების შრიალიც.

ადგილი აქვს ეზოზინოფილიას. დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს კასონისა და ვეინბერგის რეაქციას. როგორც ლიტერატურული მონაცემებით, ისე ჩვენი კლინიკის მასალის მიხედვითაც კასონის ინტრადერმული სინჯი უფრო საიმედო დიაგნოსტიკური საშუალებაა, ვიდრე ვეინბერგის რეაქცია. ე. ფიფიას მონაცემებით, ექინოკოკის დროს კასონის რეაქცია დადებითია შემთხვევათა 94,7%-ში, უარყოფითი კი — 5,3%-ში. კასონის რეაქცია შეიძლება დადებითი იყოს სხვა დაავადების დროსაც. რაც შეეხება ვეინბერგის რეაქციას, ის არ არის სპეციფიკური, რადგან დადებითია სხვა დაავადებების დროსაც (ქოთაო, ათაშანგი და სხვ.).

ექინოკოკის გამოცნობისათვის, ობიექტური მონაცემების გარდა, მნიშვნელობა აქვს კარგად შეკრებილ ანამნეზს. საჭიროა აგრეთვე ყურადღება მიექცეს საცხოვრებელ ადგილს, — საიდან არის ავადმყოფი? მაგალითად, ექინოკოკი საქართველოში ყველაზე უფრო ხშირად გვხვდება სიღნაღის რაიონში. შედარებით ხშირია აზერბაიჯანში, სომხეთში; უცხო ქვეყნებიდან ამ მხრივ აღსანიშნავია ირლანდია, არგენტინა და სხვ.

დაუშვებელია ელენთის ექინოკოკის პუნქცია, დიაგნოსტიკის მიზნით, რადგან მოსალოდნელია მთელი რიგი გართულებები, მაგალითად, ანაფილაქსიური შოკი, პარაზიტის დისემინაცია და სხვ.

ელენთის ექინოკოკის ზოგჯერ სასიკვდილოა (შეიდლი, სალომინი).

ელენთის ექინოკოკის ყველაზე უფრო მძიმე გართულებაა კისტის გასკდომა და დაჩირქება. ელენთის ექინოკოკის დაჩირქების დროს ვი-

თარდება ელენთის ჩირქგროვისათვის დამახასიათებელი სიმპტომოკომპლექსი.

ექინოკოკის მკურნალობა მხოლოდ ქირურგიულია. მკურნალობის საუკეთესო წესს წარმოადგენს პარაზიტის ამოღება, ფიბროზულ გარსთან ერთად, მაგრამ ამის განხორციელება ყოველთვის არ არის მოსახერხებელი, ზოგჯერ შესაძლოა მხოლოდ კისტის გაკვეთა, ფიბროზული გარსის დამუშავება და ყრუდ გაკერვა. დაჩირქების შემთხვევაში კი შეიძლება მხოლოდ გაკვეთა და ტამპონადა. ყველაზე უფრო რადიკალურია სპლენექტომია.

ელენთის ექინოკოკის ქირურგიული მკურნალობის გარდა დიდი მნიშვნელობა აქვს პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს ექინოკოკით დაავადების თავიდან ასაცილებლად.

გარდა პარაზიტული კისტის — ექინოკოკისა, ელენთაში შეიძლება განვითარდეს არაპარაზიტული კისტებიც.

ელენთის არაპარაზიტული კისტები შეიძლება დაიყოს ნამდვილ და ყალბ კისტებად.

ელენთის ნამდვილი, ანუ ჭეშმარიტი კისტები, ემბრიონული ცხოვრების პერიოდში წარმოიშობა და დაბადების შემდეგ შეიძლება ძალიან დიდ ოდენობას მიაღწიოს; ელენთის ჭეშმარიტი კისტები ძალიან იშვიათია, ელენთის ყალბი კისტები, ჩვეულებრივ სისხლის ჩაქცევის ნიადაგზე ვითარდება, შეიძლება იყოს მხოლობითი ან მრავლობითი. ყალბი კისტის კედელი შედგება შეჭმუხვნილი კუბური უჯრედებისაგან, ყალბისა კი — ფიბროზული ქსოვილისაგან.

ფოულერის კლასიფიკაციით ეტიოლოგიური მომენტების მიხედვით ელენთის არაპარაზიტული კისტები ასეა დაყოფილი:

1) ტრავმული (მხოლობითი ან მრავლობითი);

2) ანთებითი (მალარიის, ტუბერკულოზის, ლეიშმანიის ნიადაგზე განვითარებული);

3) დეგენერაციული (წარმოშობილი მეორადად, სისხლის მიმოქცევის მოშლის შედეგად, მაგალითად ინფარქტი, ემბოლია);

4) დილატაციური (სინუსების გაგანიერება) და

5) სიმსივნური წარმოშობის კისტები.

სიმსივნურ კისტად შეიძლება გადაგვარდეს ლიმფანგიომა, ჰემანგიომა.

კუმარისმა აღწერა ელენთის დერმოიდული კისტა, რაც უაღრესად იშვიათია და პრაქტიკული თვალსაზრისით ნაკლებად საინტერესო. ელენთის არაპარაზიტული კისტების ეტიოლოგიაში წამყვანი ადგილი უკავია ტრავმას, რაც შემთხვევათა 50%-ში გვხვდება. კისტების წარმოშობის ასახსნელად მრავალი თეორიაა მოწოდებული (რენგლი, სინკი, რამდორი და სხვ.).

ელენთის კისტების ოდენობა ძალზე განსხვავებულია, შეიძლება იყოს კაკლის ოდენობის ან ძალიან დიდი; ჩვეულებრივ პატარა კისტები მხოლოდ სექციის დროს გამოიცნობა, დიდი კისტები კი შეიძლება კლინიკურად იყოს დიაგნოსტირებული.

ფინკელშტეინის მონაცემებით, 1906 წლამდე ლიტერატურაში სულ აღწერილია ელენთის არაპარაზიტული კისტის 66 შემთხვევა. 1911 წ. გ. მუხაძემ აღწერა ელენთის არაპარაზიტული კისტის საინტერესო შემთხვევა; ეს კისტა 17 წლის ქალს ეკუთვნოდა. მუცლის ღრუში ისინჯებოდა ელასტიკური კონსისტენციის დიდი კისტური სიმსივნე, რომელიც იძლეოდა ფლუქტუაციას და მოძრაობდა სუნთქვის დროს. ავადმყოფს ოპერაცია გაუკეთდა ჰედონალის ინტრავენური ნარკოზით. აღმოჩნდა ელენთის კისტა; იგი 10,5 გირვანქას იწონიდა და 3.600 მლ სითხეს შეიცავდა, ავადმყოფი განიკურნა.

ელენთის არაპარაზიტული კისტები უფრო ხშირად გვხვდება ქალებში.

მცირე მოცულობის კისტების გამოცნობა ძნელია. დაავადების ამოცნობა შესაძლებელია კისტის გადიდებისა და სათანადო კლინიკური ნიშნების განვითარების შემდეგ. ელენთის კისტას კლინიკურად ახასიათებს: ტკივილი მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში, ელასტიკური კონსისტენცია, მკვეთრად შემოსაზღვრული კონტურები. რენტგენოლოგიურად — დიაფრაგმის მარცხენა გუმბათის გამოზნექა. სისხლის მხრივ ზომიერი ლეიკოციტები. პუნქციით მიიღება სეროზული ან ჰემორაგიული სითხე — მდიდარი ცილებითა და ქოლესტერინით. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ელენთის კისტური სიმსივნის პუნქცია დიაგნოსტიკის მიზნით სახიფათოა მოსალოდნელი სისხლდენის გამო.

ელენთის კისტის გამოცნობის დროს საჭიროა დიფერენციული დიაგნოსტიკა მარცხენა თირკმლის ჰიდრონეფროზთან, პანკრეასის, საკვერცხის კისტასთან და ელენთის პარაზიტულ კისტებთან.

ელენთის არაპარაზიტული კისტების რადიკალური მკურნალობა მხოლოდ ქირურგიულია. არსებობს სხვადასხვა წესი: პუნქცია, მარსეპიალიზაცია, ელენთის სუბკაფსულარული ამოკვეთა. კისტა შეიძლება გაიხსნას ერთ ან ორ მომენტად, ამოიკვეთოს ელენთის შენარჩუნებით ანდა ელენთასთან ერთად და სხვ., მაგრამ, ძირითადი მაინც სპლენექტომიაა.

ელენთის იზოლირებული დაავადება ტუბერკულოზით იშვიათია. ტუბერკულოზური პროცესი ელენთაში იწვევს ამ ორგანოს ოდენობის ნელ და თანდათანობით ზრდას, ტემპერატურის მომატებას და ზოგადი მდგომარეობის გაუარესებას. თუ მხედველობაში მივიღებთ იმ გარემოებას, რომ ელენთის ტუბერკულოზი ძალიან იშვიათია და მას

არა აქვს მხოლოდ მისთვის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნები, გასაგები გახდება დიაგნოზის დასმის სიძნელე.

ჰენშენი (1926) აღწერს ელენთის ტუბერკულოზის 29 შემთხვევას, რომელიც გამოცნობილი იყო მხოლოდ ტემპერატურის მომატების მიხედვით. ამ ავადმყოფიდან 20 განიკურნა, 9 გარდაიცვალა.

ელენთის ტუბერკულოზისათვის დამახასიათებელია წონაში დაკლება, ზოგადი მდგომარეობის გაუარესება; ზოგჯერ ადგილი აქვს ტკივილს მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში. ანამნეზში შეიძლება აღინიშნოს ფილტვის ან ძვლის ტუბერკულოზი. ელენთა ზომიერადაა გადიდებული, მოძრავია, ზედაპირი ხორკლიანია. სისხლში აღინიშნება უმნიშვნელო ლეიკოციტოზი, არაიშვიათია ლეიკოპენიაც. ერითროციტების რიცხვი შემცირებულია. ელენთის, როგორც სისხლის რეზერვუარის ფუნქცია, გამოვარდნილია; ყველა ზემოაღნიშნული სიმპტომის გათვალისწინებით შეიძლება დაისვას ელენთის ტუბერკულოზის დიაგნოზი.

ელენთის ტუბერკულოზის დროს სპლენექტომია იშვიათადაა საჭირო, რადგან უფრო ეფექტურია ტუბერკულოზის ზოგადი მკურნალობა; ტუბერკულოზით დაავადებულ ელენთაში ზოგჯერ შეიძლება ცივი ჩირქგროვის ნახვა.

ათაშანგის მოგვიანებულ სტადიაში შეიძლება განვითარდეს გუმური სპლენომეგალია. ელენთა გადიდებული და მკვრივია, ელენთასთან ერთად გადიდებულია ღვიძლიც. აღინიშნება ანემიის მოვლენები. ვასერმანის რეაქცია დადებითია. თუ სპეციფიკური მკურნალობის შემდეგ მდგომარეობა გაუმჯობესდა, ეს ლაპარაკობს ელენთის ათაშანგის დიაგნოზის სასარგებლოდ.

ზოგჯერ სპეციფიკური მკურნალობა არ შველის ლეუსურ სპლენომეგალიას. გადიდებული ელენთა აწუხებს ავადმყოფს; ასეთ შემთხვევაში მიმართავენ სპლენექტომიას. გიფინი აღწერს ელენთის ათაშანგით დაავადების ათ შემთხვევას, როდესაც ავადმყოფთ ჩაუტარდათ სპლენექტომია კარგი შედეგით.

ელენთა ძალიან დიდდება მწვავე ინფექციური დაავადების დროს (მუცლის ტიფი. შებრუნებითი ტიფი და სხ.).

კაუფმანი მწვავე ინფექციური დაავადებების დროს არჩევს ელენთის გადიდების ჰიპერემიულ და ჰიპერპლაზიურ ფორმებს. შესაძლებელია ორივე ეს პროცესი ერთდროულად აღინიშნებოდეს.

ელენთის გადიდებას ზოგჯერ თან ერთვის ინფარქტის განვითარება, რომელიც შეიძლება აბსცესის ჩამოყალიბებით გართულდეს (ე.წ. სეკვესტრირებული აბსცესი). ძალიან იშვიათად ელენთის გადიდებასა და მის სტრუქტურულ ცვლილებას შეიძლება მოჰყვეს მისი გახეთქვა, რაც ელენთის სპონტანური გახეთქვის სახელწოდებითაა ცნობილი.

ელენთის გახეთქვას კლინიკურად ახასიათებს ძლიერი ანემია, მუცლის შებერვა, ტკივილი, სითხე მუცლის ღრუში. ამ დროს ნაჩვენებია სასწრაფო ოპერაცია,—სპლენექტომია, რომელიც ასეთ შემთხვევაში სიკვდილიანობის მაღალ პროცენტს იძლევა.

ელენთის ავთვისებიანი სიმსივნე უფრო ხშირად ზოგადი მდგომარეობის გაუარესების პერიოდში გამომჟღავნდება. ელენთის პირველადი ავთვისებიანი სიმსივნეები ძალიან იშვიათია. კურტიმ 40.000 ქირურგიული ავადმყოფიდან მხოლოდ ორს უნახა ელენთის პირველადი ავთვისებიანი სიმსივნე—სარკომა. ფორენიმ მსოფლიო ლიტერატურაში ელენთის ავთვისებიანი სიმსივნის სულ 100-მდე შემთხვევა შეკრიბა. ელენთაში უმთავრესად გვხვდება ავთვისებიანი სიმსივნის — სარკომის ესა თუ ის სახე. ელენთაში კიბო ძალიან იშვიათია, ისიც მხოლოდ მეტასტაზური ხასიათისა. ელენთის პირველადი კიბო საერთოდ არ არის აღწერილი (ორთი).

ელენთის ავთვისებიან სიმსივნეს კლინიკურად ახასიათებს ტკივილი და უხერხულობის შეგრძნება მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში, ავადმყოფის კანი მიწისფერია. ხანგამოშვებით აღინიშნება ტემპერატურის აწევა. ზოგჯერ ელენთა გადიდებული არ არის, მაგრამ გადიდების შემთხვევაში ძისი ზედაპირი ხორკლიანია.

სისხლის სურათის მხრივ აღსანიშნავია ლეიკოციტოზი, პოლინუკლეოზის სიჭარბით. ელენთის შეკუმშვადობის უნარი, რაც დრო გადის, მით უფრო ქვეითდება. ელენთის რეზერვუარული ფუნქციის შემოწმება შეიძლება ადრენალინის ცდით, რენტგენოსკოპიულად. სიმსივნე (სარკომა) თანდათანობით ზლის ელენთის ქსოვილს და სპობს მის რეზერვუარულ ფუნქციას. ელენთის სარკომა ზოგჯერ იწვევს სითხის დაგროვებას მარცხენა პლევრის ღრუში. დაავადება ნელა მიმდინარეობს. ბენამუს აღწერილი აქვს შემთხვევა, როდესაც ავადმყოფი 12 წელს ცოცხლობდა ელენთის სარკომით. ზოგიერთი სარკომა, პირიქით, სწრაფად ვითარდება. აღწერილია ელენთის სარკომის დროს მეტასტაზი ტვინში.

ელენთის პირველადი ავთვისებიანი სიმსივნის რადიკალური მკურნალობა დროული სპლენექტომიაა, რაც თავის მხრივ ადრეულ დიაგნოსტიკასთან არის დაკავშირებული. ეს უკანასკნელი კი გარკვეულ სიძნელეს წარმოადგენს.

ელენთაში ავთვისებიანი სიმსივნის მეტასტაზები თითქმის არ გვხვდება, თუმცა ექსპერიმენტულად სიმსივნის აცრა ელენთაში ისევე ადვილია, როგორც ყველა სხვა ორგანოში. ეს ამტკიცებს, რომ ელენთაში სიმსივნური უჯრედები არ ისპობა, მაგრამ რატომღაც ჩვეულებრივ პირობებში არ ხდება სიმსივნური უჯრედების მოხვედ-

რა ელენთაში და მეტასტაზის განვითარება, სხვა ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნის შემთხვევაში.

ელენთაში ინფარქტი ვითარდება ელენთის არტერიის ერთი ტოტის დახშობის შედეგად, ემბოლიით ანდა თრომბით.

რაც უფრო მსხვილ ტოტში გაჩერდება ემბოლი, მით უფრო დიდი ოდენობის ინფარქტი ვითარდება. შემჩნეულია, რომ ინფარქტის ყველა შემთხვევაში როდი ვითარდება მწვავე კლინიკური სურათი და ამიტომ ელენთის ინფარქტი ზოგჯერ შეუმჩნეველი რჩება და თანდათანობით დანაწიბურებას განიცდის.

ჩვეულებრივ ინფრაქტს ახასიათებს: გადიდებული ელენთის არეში სწრაფად განვითარებული ტკივილი, მუცლის კუნთების დეფანსი, არაიშვიათია შოკური მდგომარეობის განვითარება.

ასეთ შემთხვევაში საჭიროა აღნიშნული დაავადების დიფერენცირება ელენთის სპონტანურ გაგლეჯასთან. თუ ემბოლი ინფიცირებულია, ინფარქტის კერა განიცდის დაჩირქებას და განვითარდება ელენთის ჩირქგროვისათვის დამახასიათებელი კლინიკური სურათი. ასეთ შემთხვევაში ანტიბიოტიკების მიცემასთან ერთად საჭიროა ჩირქგროვის გაკვეთა.

ცთომილი ელენთა შეიძლება იყოს თანდაყოლილი და შეძენილი. ძალიან ხშირად ცთომას განიცდის დაავადებული ელენთა. მაგალითად, მალარიული ელენთა, ან სპეციფიკური პროცესების შედეგად შეცვლილი ანდა იშემიური ელენთა. გამონაკლისის სახით შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ნორმალური ელენთის ცდომას. ხელშემწყობ ფაქტორად ითვლება ტრავმა (სიმონი, მაიზერი).

ელენთის ცთომა ქალებში უფრო ხშირად გვხვდება, ვიდრე მამაკაცებში, რასაც ხელს უნდა უწყობდეს ხშირი ორსულობა. ელენთის ძლიერი გადიდების შემდეგ დაავადების ძირითადი დამახასიათებელი ნიშანი — მოძრაობა — ისპობა. ასეთ შემთხვევაში მისი ფეხზე შემობრუნება არ ხდება. ელენთის ფეხზე შემობრუნებას ადგილი აქვს მცირე გადიდების დროს. ლიფინგის მასალაზე, ცთომილი ელენთების 40%-ს მალარიის შედეგად გადიდებული ელენთები შეადგენს.

პუტცუს სტატისტიკის მიხედვით, ცთომილი ელენთები შემთხვევათა 80%-ში ქალებში გვხვდება, 20%-ში მამაკაცებში. ცხადია, რომ ელენთის ცთომა ერთი რომელიმე ფაქტორით არ არის განპირობებული. ცთომისათვის მნიშვნელობა აქვს ელენთის გადიდებას, მალარიის ან სხვა დაავადების შედეგად, იოგოვანი აპარატის სისუსტეს, მუცლის პრესის ზოდუნებას, მუცლის ღრუში მოთავსებული ორგანოების ნორმალური ურთიერთობის დარღვევას და სხვ.

აღწერილია არა ერთი შემთხვევა, როდესაც ცთომილი ელენთა მოუცნობი იყო და შემთხვევით უნახავთ ოპერაციის დროს. მაგალი-

თად, შევჩენკომ ოპერაცია გააკეთა საშეილოსნოსგარეშე ორსულობის დიაგნოზით, საოპერაციო მაგიდაზე კი აღმოჩნდა ცთომილი ელენთა, შეზრდილი მარჯვენა საკვერცხესთან.

პაშინმა გააკეთა ოპერაცია საკვერცხის ფეხზე შემოგრეხის დიაგნოზით. მუცლის ღრუს გახსნისას კი აღმოჩნდა ფეხზე შემობრუნებული მოძრავი ელენთა. შომფერმა სასწრაფო ოპერაციის დროს, რომელიც კეთდებოდა თირკმლის კანქვეშა დაზიანების დიაგნოზით, აღმოაჩინა ფეხზე შემობრუნებული მოძრავი ელენთა. ასეთი მაგალითების მოყვანა ბლომად შეიძლება (ბლიმენტერი, ლიტენი, მერტინი).

ცთომილი ელენთა ხშირად ხდება კატასტროფის მიზეზი. არის შემთხვევები, როდესაც ცთომილი ელენთა მიეზრდება მუცლის ღრუს ამა თუ იმ ორგანოს და იწვევს ტკივილს. ელენთის ცთომა ზოგ შემთხვევაში თვალსაჩინო კლინიკურ სურათს არ იძლევა, მაგრამ, მიუხედავად ამისა, მისთვის დამახასიათებელია ტკივილი და სიმძიმის შეგრძნება მუცლის არეში, და იმის მიხედვით, თუ რომელ მიდამოში განიცდის ელენთა ცთომას, იწვევს სათანადო ორგანოს ფუნქციის დარღვევას. ისევე, როგორც ცთომილი თირკმელი, მოძრავი და ცთომილი ელენთა იწვევს საჭმლის მომნელებელი სისტემის ფუნქციის მოშლას, ტკივილს.

პალპაციით ისინჯება მოძრავი სიმსივნე, ხშირად ელენთისათვის დამახასიათებელი ფორმისა, ხოლო მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში ელენთის პალპაციით შეგრძნება არ ხერხდება.

ცთომილი და მოძრავი ელენთის მძიმე გართულებაა ფეხზე შემობრუნება. თუ ფეხზე შემობრუნება თანდათანობით ხდება, შესაძლებელია განვითარდეს ელენთის კოლიკვაციური ნეკროზი; ელენთის კოლიკვაციური ნეკროზი ფაერმანს დაავადების ცალკე სახედ აქვს გამოყოფილი. ამ დროს ელენთაში პათოლოგიური პროცესი თანდათანობით ვითარდება ანთებითი მოვლენების გარეშე, სისხლის მიმოქცევის დარღვევის გამო, მოძრავი ელენთის ფეხზე შემობრუნების ან ძლიერი შეხორცებების შედეგად.

ასეთი ელენთა მუცლის ღრუს უცხო სხეულია. ბლაინმა (1918) ბანტის დაავადების მკურნალობის მიზნით გადაკვანძა ელენთის არტერია. ავადმყოფი განიკურნა, მაგრამ რამდენიმე ხნის შემდეგ კვლავ დაბრუნდა კლინიკაში მუცლის სიმსივნური წარმონაქმნითა და ფლუქტუაციით. მუცლის ღრუს გახსნის შემდეგ აღმოჩნდა სრულიად დანეკროზებული ელენთა. მსგავსი შემთხვევა აღწერილია ფაერმანის, ვატსონის, სტევარტისა და სხვათა მიერ.

ერთი ასეთი ავადმყოფი ჩუენც გვყავდა. დანეკროზებული ელენთა ოპერაციული გზით ამოვიღეთ.

ცთომილი ელენთის ფეხზე შემობრუნებას თან სდევს მწვავე მოვ-

ლენები, როგორიცაა ძლიერი ტკივილი მუცლის არეში, პირღებინება, მუცლის პრესის დაჭიმვა, გაუვალობისათვის დამახასიათებელი ნიშნები და სხვ.

ცთომილი ელენთის მკურნალობა ძირითადად ქირურგიულია და მდგომარეობს სპლენექტომიაში.

ცთომილი ელენთის ისეთი მძიმე გართულება, როგორიცაა მისი ფეხზე შემობრუნება, მოითხოვს გადაუდებელ სპლენექტომიას, რაც, სამწუხაროდ, სიკვდილიანობის მაღალ პროცენტს იძლევა; ამიტომ მიზანშეწონილია გადიდებული და მოძრავი ელენთის დროული ამოკვეთა, მანამ ის ფეხზე შემოიგრიხებოდეს.

ელენთის ფეხზე შემობრუნებას შესაძლოა მოჰყვეს მისი გახეთქვა, რასაც თან სდევს მწვავე სისხლდენა, ანემიის მოვლენები, ძლიერი ფერმკრთალობა, ქოშინი, მუცლის კუნთების შეკუმშვა და ძლიერი ტკივილი მუცლის მარცხენა მხარეზე.

ელენთის გადიდება აღინიშნება სისხლისა და სისხლმბადი ორგანოების მრავალი დაავადების დროს, მაგრამ სისტემური სპლენომეგალიების მხოლოდ გარკვეულ შემთხვევაში გამოიყენება მკურნალობის ქირურგიული მეთოდები.

სიმპტომების თავისებურებათა მიხედვით ყველა ამ დაავადებისათვის, გარდა სპლენონეგალიისა, დამახასიათებელია სისხლნაკლებობაც. მთელ რიგ შემთხვევაში ანემია ერითროციტების გაძლიერებული დაშლის შედეგია, ზოგჯერ კი სისტემატური სისხლდენითაა განპირობებული. აღნიშნულის მიხედვით სისტემურ სპლენომეგალიებად გაერთიანებული დაავადებანი შეიძლება გავყოთ ჰემოლიზური და ჰემორაგიული ხასიათის დაავადებად. პირველს — ჰემოლიზური ანემიით გართულებულ სპლენომეგალიებს — მიეკუთვნება სპლენიური ანემია, თანდაყოლილი ჰემოლიზური ანემია, ბანტის დაავადება, ჰემოლიზური სიყვითლე, ნამგლისებრი უჯრედების ანემია, ფელტის სინდრომი, ფსევდოლეიკემიური საყმაწვილო ანემია, გოშეს ტიპის სპლენომეგალია. ყველა ამ დაავადების განვითარებაში გარკვეულ როლს თამაშობს მალარია. კალააზარი, ათაშანგი, რევმატიზმი, რაქიტი.

ჰემორაგიული ჯგუფის სისტემური სპლენომეგალიები ხასიათდება მეტ-ნაკლები სისხლდენით, კანქვეშ, ლორწოვან გარსებში, კუნთებში, რაც თრომბოციტების დაქვეითების ფონზე ვითარდება. დაავადებათა ამ ჯგუფს ეკუთვნის ჰემორაგიული დიათეზები, სპლენიური პურპურა, მათრომბირებელი სპლენომეგალია.

თანდაყოლილი ჰემოლიზური ანემია პირველად აღწერა 1885 წ. მორჩისონმა. ორი წლით უფრო გვიან მინკოვსკიმ დაადგინა, რომ იგი, შთამომავლობით ხასიათს ატარებს, მაგრამ ჰემოფილიისგან განსხვავებით, თანდაყოლილი ჰემოლიზური ანემია განსაზღვრული არ არის

სქესით. დაავადება ყოველთვის არ გადადის მემკვიდრეობით—მშობლებიდან შვილებზე.

1907 წ. შოფარდმა გამოარკვია, რომ თანდაყოლილი ჰემოლიზური ანემიის დროს ელენთის ერითროციტების დაზიანების უნარი აწეულია, რაც მათ შეცვლილ ფორმაზეა დამოკიდებული. ამ დროს ერითროციტები ბურთის ფორმისაა და არა დისკოსმაგვარი, როგორც ჩვეულებრივ. ნორმალურად ერითროციტები 3—4 თვეს ცოცხლობენ, ამ დაავადების დროს კი მხოლოდ რამდენიმე კვირას, ან რამდენიმე დღეს.

ჩვეულებრივ სისხლის პლაზმაში რკინა ბეტა-გლობულინის სახით არსებობს. ნორმალურად პლაზმაში რკინა 0,1%-ს შეადგენს. ჰემოლიზის შედეგად გამოყოფილი რკინა ძალიან სწრაფად აღდგება, ხოლო ჰემოლიზური ანემიისა და ნამდვილი პოლიციტემიის დროს რკინა სწრაფად გამოიყოფა პლაზმიდან.

თანდაყოლილი ჰემოლიზური ანემიის შემთხვევაში ძვლის ტვინი ჰიპერპლასტიკურ მდგომარეობაშია, რაც განაპირობებს ერითროციტების გაძლიერებულ წარმოშობას (ან თვით არის ამით განსაზღვრული).

კლინიკურად აღინიშნება სუსტი სიყვითლე (ანემიით ან უანემიოდ), ელენთის ნელი ზრდა. ზოგჯერ აღინიშნება ბილირუბინატული ნაღვლის ქვები. სიყვითლე შეიძლება იყოს დაბადებიდანვე, ანდა განვითარდეს დაბადების შემდეგ. ამ დაავადებას ქავილი და ბრადიკარდია არ ახასიათებს.

აღნიშნულია გარკვეული ურთიერთდამოკიდებულება ანემიის ხარისხისა, პლაზმაში ბილირუბინის რაოდენობასა და ნაღვლის ქვებს შორის.

დაავადების მიმდინარეობაში ადგილი აქვს რემისიებს და გამწვავებას, როცა ანემია უფრო ინტენსიური ხდება. სპონტანური განკურნება არ არის აღწერილი.

ქვემო კიდურებზე ხშირად ჩნდება ქრონიკული წყლულები.

თანდაყოლილი ჰემოლიზური ანემიისათვის გამწვავების პერიოდში დამახასიათებელია: ძლიერი ტკივილი მუცელში, პირღებინება, ქოშინი, სწრაფად ვითარდება ძლიერი ანემია.

ერითროციტების დაშლის კლასიკურ სიმპტომად ითვლება ანემია, ბილირუბინის მომატება პლაზმაში, ურიბილინოგენის გაძლიერებული გამოყოფა შარდითა და განავლით, სიყვითლე და პიგმენტირებული ნაღვლის ქვები.

ამასთან ერთად ოურენი აღნიშნავს ბილირუბინის დაკლებას, ურობილინემიას, რეტიკულოციტოზს და ძვლის ტვინის მწვავე აპლაზისს, რის გამოც მცირდება ერითროციტების წარმოშობა. გამწვავების დროს, ჩვეულებრივ, ადგილი აქვს ლეიკოპენიას და თრომბოციტოპენიას.

გამწვავების, ანუ შეტევის ფაზაში, ავადმყოფი საშიშ მდგომარეო-

ბაშია. როდესაც დაავადება ბავშვობაში ვითარდება, ეს იწვევს ზრდის დარღვევას და ენდოკრინული ხასიათის მოშლილობებს. ამ დაავადების პათოგენეზი არაა დადგენილი. ავადმყოფების 40—70% აქვს ნაღვლის ქვები. ეს ქვები იწვევს კენჭოვანი ქოლეცისტიტისათვის დამახასიათებელ შეტევებს.

ვიცლე (1954) აღნიშნავს, რომ ბურთისმაგვარი ერითროციტების გავლა წვრილ სისხლძარღვებში ნორმალურთან შედარებით გაძნელებულია, რის გამოც ელენთაში ხდება სფეროციტების შეჩერება და დაშლა. ექსპერიმენტულად დამტკიცებულია, რომ ნორმალური ერითროციტები უსწრებს ბურთისებურს სისხლის ძარღვში გავლისას.

ერითროციტების გაძლიერებული დაშლის შედეგად შეიძლება ორგანიზმში დაგროვდეს ჰემოსიდერინი. ჰემოსიდერინი გროვდება წვრილი არტერიების ადვენტიციაში, ანდა სხვა ქსოვილებში. შეიძლება განვითარდეს გულის ცხიმოვანი გადაგვარება. ძვლის ტვინი წითელი ფერისაა (ისეთი, როგორც ხარის სისხლი).

პირველ ხანებში ერითროციტების გაძლიერებული დაშლის კომპენსაცია ხდება მათი გაძლიერებული გამომუშავებით ძვლის ტვინში, მაგრამ გარკვეული დროის გავლის შემდეგ ეს კომპენსატორული რეგულაცია ირღვევა.

ყველა ზემოთ აღნიშნული სიმპტომის მიხედვით თანდაყოლილი ჰემოლიზური ანემიის გამოცნობა ძნელი არ არის.

თანდაყოლილი ჰემოლიზური ანემიის მკურნალობა ძირითადად ოპერაციულია.

პირველი სპლენექტომია ამ დაავადების გამო გააკეთა სპენსერ უელსმა (1887). შემთხვევა შეეხებოდა ახალგაზრდა ქალს, რომელსაც ჰქონდა შეტევითი ხასიათის სიყვითლე; სპლენექტომიის 40 წლის შემდეგ ამ ავადმყოფის ერთ-ერთ შვილს 14 წლის ასაკში გამოაჩნდა იგივე ავადმყოფობა ყველა დამახასიათებელი ნიშნებით. ამ დროისათვის თანდაყოლილი ჰემოლიზური ანემია უკვე კარგად იყო ცნობილი და სპლენექტომიის საშუალებით ვაჟი განიკურნა.

თანდაყოლილი ჰემოლიზური ანემიის დროს სპლენექტომია კარგ შედეგს იძლევა. ის შემთხვევები, როდესაც ოპერაცია უშედეგოა, ეს უნდა ავხსნათ არაჯანმრთელად დასაბუთებული დიაგნოზით.

ოპერაცია უნდა გაკეთდეს არამწვავე პერიოდში. ამ დაავადების მიმდინარეობაში სისხლის გადასხმისაგან უკეთესია თავი შევიკავოთ, სანამ ელენთა არ იქნება ამოკვეთილი.

ახალგაზრდებს სპლენექტომია უნდა გაუკეთდეთ დიაგნოზის დასმისთანავე, ასაკოვნებს — ნაღვლის კენჭების დროს.

პროგნოზი ჩვეულებრივ კარგია. სპლენექტომიის შემდგომი სიკვ-

დილიანობა დაბალია, აღწერილია შემთხვევები, როდესაც სპლენექ-ტომიის შემდეგ ერითროციტების ფორმა შეცვლილა და ნორმას დაბ-რუნებია.

1883 წელს ბანტმა აღწერა ე. წ. „ელენთის ანემია", ხოლო 1894 წელს მის მიერვე აღწერილი იყო ცალკე ნოზოლოგიური ფორმა — ჰეპატო-ელენალური სინდრომი, რომელიც ახლა ბანტის დაავადე-ბის სახელწოდებითაა ცნობილი. კლინიკური მიმდინარეობია მიხედვით არჩევენ ამ ავადმყოფობის სამ პერიოდს.

პირველი პერიოდი ხასიათდება სპლენომეგალიით და ანემიით, მა-თი განვითარება ხდება თანდათანობით, 3—5 წლის განმავლობაში. და-საწყისში ელენთის გადიდება შეუმჩნეველია, ხოლო შემდეგში, როდე-საც ელენთა გარკვეულ ოდენობას მიაღწევს, ავადმყოფს, მუცლის მარცხენა ნახევარში სიმძიმის შეგრძნება აწუხებს. ელენთა მკვრივი კონსისტენციისა და სადაზედაპირიანია. მისი წონა 1—3 კგ აღწევს. პირველი სტადიისათვის ღვიძლისა და ლიმფური კვანძებია გადიდება დამახასიათებელი არაა. ამ პერიოდში აღინიშნება აგრეთვე სისხლდე-ნა ცხვირიდან.

ანემიის ხარისხის მხრივ ბანტი არჩევდა სამ ჯგუფს:

1) ანემია თანდათან ძლიერდება, ჰემოგლობინი კლებულობს 30%-მდე;

2) ანემია არ არის მკვეთრად გამოხატული, ჰემოგლობინი 60%-მდე;

3) ანემია არ ვითარდება და ზოგჯერ ჰემოგლობინის ნორმალური რაოდენობის შემთხვევაში ერითროციტების რიცხვმა შეიძლება მოი-მატოს კიდეც. წითელი სისხლის მხრივ აღინიშნება ანიზო-და პოიკი-ლოციტოზი. კარგ შედეგს იძლევა მკურნალობა დარიშხანის პრეპარა-ტებით და სპლენექტომია.

მეორე პერიოდი — გარდამავალი — გრძელდება 12 — 18 თვეს. ხასიათდება ღვიძლის სწრაფი გადიდებით. ღვიძლი მკვრივი კონსისტენ-ციისაა და ნეკნთა რკალს სცილდება 3—4 სმ-ით. ანემია აწრაფად მატუ-ლობს. სკლერები და კანი სუბიექტურია. საჭმლის მომნელებელი სის-ტემის მხრივ აღინიშნება ჰემორაგიები, შარდის რაოდენობა მკვეთ-რად კლებულობს, შარდი მუქი ფერისაა. მომატებულია ურატების რაოდენობა და ადგილი აქვს ურობილინურიას.

მესამე პერიოდი — ასციტური სტადია — ზოგჯერ სწრაფად ვი-თარდება. ზოგჯერ კი ნელი ტემპით. ხასიათდება ღვიძლის მკვეთრი დაპატარავებით. კანისა და სკლერების სიყვითლე მატულობს. ურობი-ლინურია მატულობს. ელენთა გადიდებულია და აღინიშნება ტკივილი მის საპროექციო არეში. შარდოვანის რაოდენობა შარდში კლებულობს. ანემია მატულობს. იწყება სისხლდენა ღრძილებიდან. სისხლიანი ფა-ღარათი, სისხლის დენა საყლაპავი მილისა და კუჭის ვარიკოზულად

გაფართოებული ვენებიდან. თეთრი სისხლის მხრივ აღინიშნება ლეიკოპენია. თრომბოციტები ხან დაკლებულია ხან კი მომატებული, რაც ხელს უწყობს თრომბოზის განვითარებას. ეს ტერმინალური სტადია გრძელდება 6 — 12 თვეს. ამ ხნის განმავლობაში ვითარდება კახექსია. ანემია და თირკმლების ფუნქციური უკმარისობა, რასაც ავადმყოფი სიკვდილამდე მიჰყავს.

იქიდან გამომდინარე, რომ აღნიშნული პათოლოგიური პროცესის მთავარ გამომწვევ მიზეზს ელენთა წარმოადგენს, თვით ბანტიმ მოგვაწოდა ოპერაცია — სპლენექტომია. ელენთის ამოკვეთის შემდეგ ბანტის ავადმყოფები გამოჯანმრთელდნენ.

ჩვენი დაკვირვებაც ადასტურებს, რომ აღნიშნული დაავადების დროს სპლენექტომია კარგ შედეგს იძლევა. ანემია სწრაფად ქრება. ჰემოგლობინის რაოდენობა მატულობს. სპლენექტომიის გარეშე კი დაავადება მიდის ღვიძლის ციროზის განვითარებისა და საჰმლის მომნელებელ ტრაქტში სისხლდენის გაძლიერებისაკენ.

ბანტის დაავადების დროს ელენთის რეზერვუარული ფუნქცია გაშოვარდნილია.

ბანტის დაავადება თანდათან ვითარდება და პროცესი ელენთიდან გადადის ღვიძლზე. ანემია ვითარდება სუსტი ერითროლიზის შედეგად, ლეიკოპენია კი შეიძლება გამოწვეული იყოს ელენთის რეტიკულოენდოთელური ქსოვილის ლეიკოციტური ფუნქციის დაქვეითებით.

ბანტის სინდრომი უნდა წარმოადგენდეს სპლენიური ანემიის ერთ-ერთ სახეს. სპლენექტომია კარგ შედეგს იძლევა ციროზის განვითარებამდე.

მესამე, ანუ ყველაზე მძიმე პერიოდში ელენთა პატარავდება. მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში პალპატორულად მისი შეგრძნება შეუძლებელია. შარდის რაოდენობა კლებულობს, ურობილინი მატულობს. საღამოობით აღინიშნება ტემპერატურის მცირე მომატება. ამ სტადიამდე მისული ავადმყოფები ყოველგვარი მკურნალობის მიუხედავად იღუპებიან 10—12 თვის განმავლობაში. სისხლის სურათის მხრივ, გარდა ანემიისა და ლეიკოპენიისა, სხვა რაიმე მკვეთრი გადახრა არ აღინიშნება.

მორფოლოგიურად ყველაზე ღრმა ცვლილებებს განიცდის ღვიძლი და ელენთა.

ელენთაში ფოლიკულები მცირდება და ვითარდება ფიბროადენია, რომელიც ფოლიკულებამდე შეიძლება არ აღწევდეს, ანდა შეიძლება ადგილი ჰქონდეს გრანულომური კერების გაჩენას. ღვიძლის ტვინში ანემიის ნიშნებია.

დაავადების პირველ სტადიაში ელენთის კაფსულა და ტრაბეკულები ყოველთვის გასქელებულია. მეზობელ ორგანოებთან ელენთის შე-

ხორცება ყოველთვის არ ხდება. მალპიგის სხეულაკები მნიშნელოვან ცვლილებებს არ განიცდიან. ცენტრალური არტერიის გარშემო მალპიგის სხეულაკებში ადგილი აქვს ფიბროზული ქსოვილის განვითარებას. ახლად შექმნილი ფიბროზული ქსოვილი ჰიალინური სტრუქტურისაა, რასაც ბანტი „ფიბროდენიას" უწოდებს. ფიბროზული ქსოვილის ზონრებს შორის მოთავსებულია უჯრედები, რომელთაც ბანტი ქრომობლასტებს უწოდებს. რაც უფრო შორსაა წასული პროცესი, მით უფრო მეტადაა ფოლიკულები შემოვლებული ფიბროდენიით. პირველი სტადიის დროს, ჩვეულებრივ არ აღინიშნება ფოლიკულების ობლიტერაცია. აღსანიშნავია, რომ ჩანასახოვანი ცენტრი ფოლიკულებში აღარ არსებობს, მის მაგიერ შეიძლება იყოს ნეკროზული კერა. შეუმჩნეველია ფოლიკულებში სისხლძარღვების თრომბოზი.

პულპის რეტიკულური ქსოვილი განიცდის არათანაბარ გასქელებას და ჰიალინურ გადაგვარებას. რეტიკულურ ქსოვილშიც ფიბროდენია აღინიშნება. ადგილი აქვს ელენთის ვენის კედლის გასქელებას, რომელიც ქრონიკული ფლებიტის ხასიათს ატარებს და კარის ვენის მიმართულებით ვრცელდება.

ღვიძლისათვის დამახასიათებელია პორტალური ციროზის სურათი. პირველი სტადიის დროს ღვიძლში შესამჩნევი ცვლილებები არაა, მეორე სტადიის დროს კი თავს იჩენს მთელი რიგი მოვლენები: ღვიძლის ზედაპირი ხორკლიანია. წილაკთა შორის შემაერთებელი ქსოვილი მრავლდება. ნაღვლის გზებში ცვლილებები არ არის. მესამე სტადიაში ღვიძლის ოდენობა კლებულობს და იძლევა ატროფიული ციროზის სურათს. ვითარდება შეხორცებები მეზობელ ორგანოებთან. ჰისტოლოგიური სურათი შეესაბამება ატროფიულ ციროზს. ადგილი აქვს შემაერთებელი ქსოვილის მრავალუჯრედოვან ინფილტრაციას. ნაღვლის გზები განიცდის პროლიფერაციას ისე, როგორც ციროზის დროს; კარის ვენის მრავალი ტოტი ფლებიტის მდგომარეობაშია, მის სრულ დახშობამდე. ღვიძლის უჯრედები განიცდიან ცხიმოვან გადაგვარებას. სიდეროზი არ აღინიშნება.

ბანტი ამ დაავადების ეტიოლოგიურ მომენტად თვლიდა ინფექციურ აგენტს, კერძოდ მალარიას, რომელიც პირველ რიგში აზიანებს ელენთის რეტიკულურ ქსოვილს და იწვევს დამახასიათებელი ფიბროდენის განვითარებას. ელენთაში ინფექციის შეჭრის გზად ითვლება ელენთის არტერია და ამით აიხსნება პირველი ჰისტოლოგიური ცვლილებები, რომლებიც მალპიგის სხეულაკების ცენტრალურ არტერიაში ვითარდება. ბანტის აზრით, ძვლის ტვინის ასტენია გამოწვეული უნდა იყოს ელენთის უშუალო ზემოქმედებით, ანდა ინფექციური აგენტის ზეგავლენით.

ამჟამად მიღებულია აზრი, რომ ჰეპატო-ლიენალური სინდრომი ვითარდება სხვადასხვა ეტიოლოგიის ღვიძლის ციროზის დროს; მაშასადამე, ის პოლიეტიოლოგიური ხასიათისაა, ბანტის დაავადება კი, როგორც ნოზოლოგიური ერთეული, არ არსებობს, ე. ი. ზოგიერთი საკმაოდ თვლის ამ დაავადების ცალკე გამოყოფას, რომლის დროსაც მრავლდება ელენთის შემაერთებელი ქსოვილი, იზრდება მისი მოცულობა, აღინიშნება სისხლნაკლებობა, და ამასთან ერთად ადგილი აქვს ღვიძლის ციროზის ნიადაგზე განვითარებულ წყალმანკს.

ამ სიმპტოკომპლექსისათვის ბანტი ყველაზე დამახასიათებლად თვლიდა ელენთის ძლიერ გადიდებას, მისი ლიმფური კვანძების არტერიების ფიბროადენიის გამო.

ლუბარშიც გაძოკვლევებით ელენთის სინუსის ჰიპერპლაზია და შემაერთებელი ქსოვილის ჩაზრდა კვანძებში დამახასიათებელია მხოლოდ ბანტის დაავადებისათვის.

ნიშიკავას აზრით, ბანტის დაავადების დროს ელენთა განსხვავდება ღვიძლის ციროზის გამო შეცვლილი ელენთისაგან: სინუსის სისქეში არსებული პალპარული მარყუჟების ფასქელებით, პერიარტერიული შემაერთებელი ქსოვილისა და ელასტიკური ბოჭკოების გაძლიერებული ზრდით, რკინის პიგმენტის დაგროვების მუდმივობით, ფიბროზით, გამკვრივებით, ლიმფური კვანძების ატროფიითა და სრული მოსპობით. აღნიშნული ცვლილებები ბანტის დაავადების დროს უფრო მკვეთრადაა გამოხატული.

დიური ზემოაღნიშნულ ცვლილებებთან ერთად ფიბროადენიასაც აღნიშნავს, მაგრამ ყველა ამას ბანტის დაავადებისათვის სპეციფიკურად არ თვლის. მისი აზრით, ასეთივე მოვლენები ვითარდება ელენთაში ღვიძლის ციროზის დროსაც. განსხვავება მხოლოდ შემაერთებელი ქსოვილის გამრავლების ხარისხსა და განაწილებაშია. ბანტის დაავადების დროს შემაერთებელი ქსოვილის ჩაზრდა პერიფოლიკულურ და ფოლიკულურ მონაკვეთშია გამოხატული.

როზენთალი სისხლის სურათის თავისებურების მიხედვით არჩევს ბანტის დაავადების ორ სახეს, ავტორის აზრით, ბანტის დაავადების დიაგნოსტიკა ძნელია და არაზუსტი. ამიტომ ძალიან ხშირია შეცდომები.

იმის გამო, რომ ბანტის დაავადების დროს ძირითადი ცვლილებები ელენთიდან ვითარდება, მკურნალობის მიზნით თვით ბანტის მიერ იქნა მოწოდებული სპლენექტომია.

არსებობს აგრეთვე ბანტის დაავადების ე. წ. „სპლენიური ანემიის ფორმაც", რომელიც პირველად გრიზინგერმა აღწერა. ამ ფორმას მან სრულასაკოვანთა ელენთის ანემია უწოდა. დაავადებას ახასიათებს ელენთის სწრაფი და პროგრესული ზრდა. ელენთა ძალიან დიდ ოდენობას აღწევს. დამახასიათებელია ანემია, რომელიც 5 — 8 წლის გან-

ბავლობაში ვითარდება. ამის შემდეგ გამოვლინდება ჰემორაგიული დიათეზი და ანემია უფრო მწვავდება. ვითარდება პოიკილოციტოზი, რომელიც პირველ ხანებში არ აღინიშნება. ადგილი აქვს ლეიკოპენიას. ღვიძლის მხრივ მხოლოდ ცხიმოვანი გადაგვარება აღინიშნება.

ნაწლავთა პარაზიტებსაც შეუძლია გამოიწვიოს შეძენილი ჰემოლიზური სიყვითლე; ამიტომ საჭიროა აღნიშნული სიმპტომოკომპლექსის დროს რამდენჯერმე გაკეთდეს განავლის ანალიზი. პარაზიტების (ასკარიდების, ანკილოსტომიდების, ტრიქოცეფალუსის) აღმოჩენის შემთხვევაში მიღებულ უნდა იქნეს ზომები ორგანიზმიდან პარაზიტების გამოსადევნად.

ინტოქსიკაციის შედეგად, როგორიცაა ქლოროფორმი, სოკო და სხვ., განვითარებული ჰემოლიზური სიყვითლის დროს ერითროციტების ადვილად იშლება, რაც ელენთის დაზიანებით არ უნდა იყოს განპირობებული.

მკურნალობა ძირითადად მიმართულია მთავარი დაავადების წინააღმდეგ.

კრიპტოგენური შეძენილი ჰემოლიზური სიყვითლე აღწერილია ვიდალის, აბრამისა და ბრიულეს მიერ. ასეთ ავადმყოფს კანის ფერმკრთალობა უფრო მეტად აქვს გამოხატული, ვიდრე სიყვითლე. ფერმკრთალობა ხანგამოშვებით კლებულობს ან მატულობს. ელენთა გადიდებულია. აღინიშნება შარდში ურობილინი და განავალში სტერკობილინის მომატება. სისხლის სურათის მიხედვით ვლინდება ანემია. მორფოლოგიურად ადგილი აქვს ანიზოციტოზს, პოიკოლოციტოზს, პოლიქრომატოფილიას, ერითროციტების ოსმოსური რეზისტენტობის დაქვეითებას და აუტოაგლუტინაციას. ერითროციტების სურათი წააგავს ბირმერის ანემიას.

ყურადღებას იქცევს ღვიძლის კენჭოვანი დაავადების მსგავსი შეტევითი ხასიათის ტკივილი. აღწერილია შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფს ოპერაციაც კი გაუკეთეს კუჭის ამოღების მიზნით.

მკურნალობის მხრივ კარგ შედეგებს იძლევა რკინის პრეპარატები (დიდი დოზებით), მაგრამ გაუმჯობესებას ხშირად რეციდივი მოჰყვება ხოლმე. კრიპტოგენური ჰემოლიზური სიყვითლის განვითარებაში ელენთა გარკვეულ როლს თამაშობს, მაგრამ მის უშუალო მიზეზს არ წარმოადგენს.

სხვა სახის სიმპტომატურ მკურნალობასთან ერთად კარგ შედეგს იძლევა სპლენექტომია.

ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში გატარებულია ერთი ავადმყოფი ჰემოლიზური სიყვითლით.

შემთხვევა ეხება 33 წლის ქალს, მოსამსახურეს, სპეციალობით ექ-

თან, რომელიც მიღებული იყო კლინიკაში, როგორც სასწრაფო შემთხვევა. მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში შეტევითი ხასიათის ტკივილის, ზოგადი სისუსტისა და ტემპერატურის გამო.

ავად არის ექვსი წელია, დაავადება დაწყებია თანდათანობით ყრუ ხასიათის პერიოდული ტკივილით მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში. ორი თვის წინ ავადმყოფს კვლავ დაწყებია უფრო ინტენსიური ხასიათის ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა არეში. ტკივილის გარდა ავადმყოფს შეუმჩნევია სიყვითლე სკლერაზე. კლინიკაში მოთავსებამდე, ერთი კვირით ადრე, ავადმყოფს კვლავ დაწყებია ტკივილი, მიუცია მაღალი სიცხე და ჰქონია პირღებინება.

ობიექტურად — კანი და ხილული ლორწოვანი გარსები მკრთალი ფერის, სკლერაზე სუსტად გამოხატული სიყვითლე, მუცელი ოვალური ფორმის, პალპაციით რბილი, ღვიძლი ოდნავ გადიდებული, ნაღვლის ბუშტის საპროექციო არე მტკივნეული. პერიფერიულ სისხლში: ჰემოგლ. —46%, ერითრ. — 2,400,000, ფერ. მაჩვ. — 0,95, ლეიკოც. — 5.000, ჩხირ. — 2%, სეგმენ. — 76%, ლიმფ. — 19%, მონოც. — 2%, ეოზინ. — 1%, ედრ. — 40 მმ;

შარდი: ხვ. წონა — 1030, ცილა — 0,099%.

სისხლის წნევა — 115/50 მმ სს.

მიუხედავად ჩატარებული მკურნალობისა (ანტიბიოტიკები, გლუკოზა, გულის საშუალებანი), ავადმყოფის მდგომარეობა დღითი დღე უარესდებოდა, ჰემოგლობინი პროგრესულად ეცემოდა, ჰქონდა მაღალი სიცხე, რის გამოც ავადმყოფი გადაყვანილ იქნა სისხლის გადასხმის ინსტიტუტის სტაციონარში შემდგომი მკურნალობისათვის.

ავადმყოფს უტარდებოდა კომპლექსური ანტიანემიური მკურნალობა: ანტიანემინი, კამპალონი, რკინა, ღვიძლის ექსტრაქტი, ფოლის მჟავა, ასკორბინის მჟავას 5% ხსნარი, პენიცილინი და ერითროციტული მასის სისტემატური გადასხმა. სულ გადაესხა 1.600 მლ.

მკურნალობის პერიოდში ჩამოყალიბდა მიკროსფეროციტოზი და ერითროციტების ოსმოსური რეზისტენტობის დაქვეითება. ამრიგად, მთლიანად ჩამოყალიბდა ჰემოლიზური სიყვითლისათვის დამახასიათებელი ნიშნები, რის გამოც ავადმყოფი გადაყვანილ იქნა ისევ ქირურგიულ განყოფილებაში სპლენექტომიისათვის.

ამ დროისათვის ავადმყოფს ჰქონდა ჰემოგლობინი 22%.

ჰემოლიზი კვლავ გაძლიერებულია, რის გამოც ჰემოგლობინი დაქვეითდა 11%-მდე. ავადმყოფი მძიმე მდგომარეობაშია. უტარდებოდა ანემიის საწინააღმდეგო მკურნალობა. სისტემატურად გადაესხმებოდა ერითროციტების მასის ემულსია. ჰემოგლობინი ავიდა 18%-მდე.

მიუხედავად ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობისა, გადაწყდა ოპერა-

ციის გაკეთება. ადგილობრივი ანესთეზიითა და ეთერის ნარკოზის დამატებით გაუკეთდა ლაპარატომია. განაკვეთი მარცხენა ნეკნთან რკალის პარალელურად—10 სმ სიგრძის; მუცლის ღრუს გახსნისას აღმოჩნდა: ელენთა ორჯერ გადიდებული, მედიალურად და ზედა პოლუსზე შეხორცებები. შეხორცებებიდან განთავისუფლდა ელენთის არტერია, რომელსაც დაედო სამი ლიგატურა. ელენთა განთავისუფლდა მცირე შეხორცებებისაგან და ამოიკვეთა. აგრეთვე ამოიკვეთა ჯორჯლის სისქეში მოთავსებული დამატებითი ელენთა (კაკლის ოდენობისა).

მუცლის ღრუში პენიცილინი ჩავასხით 500.000 ერთეული, ჭრილობა დაიხურა ყრუდ, გადაესხა 2 ამპულა 0 (1) ჯგუფის სისხლი.

ელენთის ოდენობა: სიგრძე 19 სმ, სიგანე 14 სმ, სისქე 5 სმ, წონა 800. 0. ოპერაციის შემდგომ პირველ დღეებში ავადმყოფის მდგომარეობა მძიმე იყო; შემდეგ თანდათან გაუმჯობესდა. ოპერაციის მესამე დღეს ჰემოგლობინი ავიდა 40%-მდე, შემდეგ ჰემოგლობინის ოდენობა პროგრესულად მატულობდა.

აქოლიური სიყვითლე აღწერა მინკოვსკიმ (1900). იგი ამ დაავადებას შეხვდა ერთი ოჯახის რვა წევრში, სამი თაობის მანძილზე. ყველა შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა ელენთის გადიდებას, კანისა და ლორწოვანების სიყვითლე; განავალი მოშავო ფერისა იყო, შარდში აღინიშნებოდა ურობილინი; ნაღვლის პიგმენტები არ იყო, ჰემოგლობინი კლებულობდა 60%-მდე, ერითროციტები — 3 მილიონამდე. ერითროციტებისა და ჰემოგლობინის დაკლება პარალელურად მიმდინარეობდა. პოლიქრომატოფილია უფრო დამახასიათებელია. ვიდრე ანიზოციტოზი. სიყვითლე გამოწვეულია სისხლის დაშლით. დამახასიათებელია მიკროციტოზი. მიკროციტებს უფრო სფერული ფორმა აქვთ, ვიდრე ნორმალურ ერითროციტებს, რაც განპირობებული უნდა იყოს ერითროპოზური სისტემის დარღვევით. ერითროციტების რეზისტენტობის დაქვეითება ამ დაავადების ტიპიური ნიშანია.

ლეიკოციტები ჩვეულებრივ, ნორმის ფარგლებშია. მაგრამ ცალკეულ შემთხვევებში შეიძლება აღინიშნებოდეს ლეიკოპენია ან ლეიკოციტოზი. თეთრი სისხლის მხრივ ზოგიერთ შემთხვევაში აღსანიშნავია მონოციტოზი და მიელოციების გამოჩენა პერიფერიულ სისხლში. მატულობს ბილირუბინი, შარდში კი — ურობილინი. განავალი მიღებულია ინტენსიურად, ჭარბად შეიცავს ურობილინს და ურობილინოგენს. ამრიგად, ხდება სისხლის აქტიური ჰემოლიზი.

ამ დაავადებისათვის სპლენომეგალია აუცილებელი დამახასიათებელი ნიშანია. თუმცა ეს შეიძლება შეუმჩნეველიც დარჩეს. ელენთა განსაკუთრებით დიდდება ინტენსიური ჰემოლიზის დროს, მაგრამ არის

შემთხვევები, როდესაც ელენთის მოცულობა არ იცვლება. მთელი დაავადების მანძილზე.

გადიდებული ელენთის კაფსულა დაჭიმულია, მაგრამ არ არის გასქელებული და არ განიცდის შეხორცებებს ახლომდებარე ორგანოებთან.

უფრო იშვიათად კაფსულა გასქელებულია და შეხორცებულია მეზობელ ორგანოებთან.

მიკროსკოპულად დამახასიათებელია პულპის სისხლძარღვების გამრავლება. პულპაში ვითარდება ახალი სისხლძარღვები. მალპიგის სხეულაკები მრავალკუთხოვანია და განიცდის უმნიშვნელო ატროფიას და ფიბროზს. ფიბროზულ გადაგვარებას, ზოგიერთის დაკვირვებით, ბანტის დაავადების მსგავსად, ფიბროადენიის სახით აქვს ადგილი.

ღვიძლში მნიშვნელოვანი ცვლილებები არაა. აღინიშნება უმნიშვნელო ცხიმოვანი გადაგვარება.

არაიშვიათად დიდი ხნის ავადმყოფს აღენიშნება ნაღვლის კენჭები, რაც უნდა აიხსნას ნაღვლის დალექვით. შარდმჟავას მომატების გამო ადგილი აქვს პადაგრულ მოვლენებს.

აღნიშნული დაავადება ხშირად გამოუცნობი რჩება. ავადმყოფები დიდხანს ცოცხლობენ. დაავადება პერიოდულად მწვავდება, ანემიისა და სიყვითლის გაძლიერებით, ერითროციტებისა და ჰემოგლობინის დაკლებით, ე. ი. ვითარდება ჰემოლიზური კრიზი, რასაც შეიძლება ფსიქიკის აშლილობა მოჰყვეს.

მკურნალობის ერთადერთ ეფექტურ მეთოდს სპლენექტომია წარმოადგენს. ოპერაცია იძლევა სრულ კლინიკურ განკარგულებას. სპლენექტომიის შემდეგ პოლიქრომატოფილია ქრება, მიკროციტოზი კლებულობს, ერითროციტების საშუალო ზომა მატულობს, ერითროციტების რეზისტენტობა იზრდება. მაგრამ აღსანიშნავია, რომ ნორმას მაინც ვერ აღწევს. ლეიკოციტოზი, რომელიც თან სდევს როგორც თვით დაავადებას. ისე სპლენექტომიას, რამდენიმე თვის აგნმავლობაში გრძელდება, უმთავრესად ნეიტროფილების ხარჯზე. მომატებულია აგრეთვე ეოზინოფილები. სპლენექტომიის შემდეგ სწრაფად ქრება სიყვითლე.

მიუხედავად იმისა, რომ დაავადების დიაგნოსტიკა შედარებით ადვილია, დაავადების არსი დღესაც არაა გარკვეული. სიყვითლე, რომელიც ამ დაავადებას ახასიათებს, მეორადი მოვლენაა. სადავოა საკითხი იმის შესახებ, თუ სად ხდება მთავარი ცვლილებები ამ დაავადების დროს — ელენთაში თუ ერითროციტებში. გაძლიერებული ჰემოლიზი რომ უმთავრესად ელენთაში ხდება, ამას ამტკიცებს ის გარემოება, რომ სპლენექტომიის შემდეგ ჰემოლიზი წყდება. აქედან გამომდინარე, ისმება კითხვა — ელენთა ახდენს ჰემოლიზურ მოქმედებას ნორმალურ ერითროციტებზე, თუ ელენთაში ხდება არანორმალური ერით-

როციტების ადვილად დაშლა? ამის შესახებ ლიტერატურაში აზრთა ხვაობაა. დამტკიცებულად უნდა ჩაითვალოს, რომ ელენთა შლის გაცვეთილ ერითროციტებს. არის გამოკვლევები. რომლითაც დასტურდება, რომ ელენთის ვენაში მყოფი ერითროციტები ნაკლებ რეზისტენტულია, ვიდრე ელენთის არტერიაში. ძვლის ტვინის გაძლიერებული მოქმედება ამ დაავადების დროს უნდა იყოს მეორადი მოვლენა, რომელიც გამოწვეულია დაშლილი ერითროციტების ზეგავლენით.

მიელოიდური ქსოვილის ჰიპერპლაზია შეიძლება განვითარდეს სისხლის გაძლიერებული დაშლის საპასუხოდ.

მეორე მხრივ — თუ დაავადების ერთადერთი მიზეზი ელენთის გაუკუღმართებული მოქმედებაა, მაშინ სპლენექტომიის შემდეგ უნდა მოისპოს ერითროციტების ყოველგვარი ანომალია, მაგრამ ამას სინამდვილეში ადგილი არა აქვს.

როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, ამ დაავადებისათვის დამახასიათებელია ოჯახური ხასიათი. გენსლენი აღნიშნავს, რომ აქოლიური სიყვითლის მქონე ავადმყოფებს ხშირად ახასიათებთ სხვადასხვა თანდაყოლილი ანომალიები, მაგალითად, ოქსიცეფალია, ეგზოფთალმუსი. სტრაბონიზმი, არასწორად განლაგებული კბილები, პოლიდაქტილია.

აქოლიური სიყვითლე, გარდა უცნობი თანდაყოლილი მიზეზისა. შეიძლება იყოს გამოწვეული ცნობილი ეტიოლოგიური მომენტით — მალარიით, ათაშანგით.

ნამგლისებრი უჯრედის ანემია შეისწავლა ჯემს ჰერიკმა (1910). ამ დროს ჰემოლიზური ანემია კომბინირებულია ძვლის ტვინის ჰიპერპლაზიასთან.

კლინიკური სიმპტომებიდან აღსანიშნავია ქრონიკული წყლულები ქვემო კიდურებზე, მწვავე, შეტევითი ხასიათის ტკივილი მუცლის არეში. ოსტეოართრიტი, ჰემორაგიები, რემისიებითა და გამწვავებით. დაავადების პროგნოზი სხვადასხვაგვარია. თუ აღნიშნული სნეულებით დაავადებულია ბავშვი, იგი არ აღწევს 30 წლის ასაკამდე. ავადმყოფი ჩვეულებრივ კვდება გულის კოლაფსის, თრომბოზის, ჰემორაგიის, შოკის შედეგად, ანდა უერ იტანს შედარებით მსუბუქ ინფექციას.

ამ დაავადების დროს ბავშვებში ელენთა ადვილად ისინჯება, სრულასაკოვნებში კი შეიძლება ვერ მოხერხდეს ელენთის გასინჯვა პალპაციით.

ნამგლისებრი უჯრედების ანემიის დროს ადგილი აქვს ელენთის ფიბროზს და შემდეგ მის შეკმუხვნას, რის გამოც ის, ჩვეულებრივ არ იზრდება.

მიუთითებენ მემკვიდრეობის მნიშვნელობაზე, რადგან ერთ ოჯახში შეიძლება რამდენიმე წევრი დაავადდეს. ამ დაავადების დროს სისხლში პატულობს ბირთვოვანი ერითროციტები, საერთო ანემიის

ფონზე. ნამგლისებრი უჯრედების ანემიას გამწვავების ფაზაში ახასიათებს მწვავე მუცლის მოვლენები, რომელიც იძლევა გაუკალობის სიმულაციას. ავადმყოფს შეიძლება ჰქონდეს სიყვითლე, ძვლებისა და სახსრების ტკივილი, რამაც ზოგჯერ შეიძლება გვაფიქრებინოს ოსტეომიელიტზე. რენტგენოლოგიურად შეიძლება აღმოჩნდეს ძვლის ასეპტიკური ნეკროზი. დამახასიათებელია წყლულები კიდურებზე, ქრონიკული ერექცია, პრიაპიზმი, ჰემატურია და თორკმლის კენჭის კლინიკის ყალბი სურათი, მოვლენები თავის ტკივილის მხრივ.

მკურნალობა სიმპტომატურია. სპლენექტომია არ იძლევა კარგ შედეგს. საყურადღებოა, რომ ამ დაავადების აბდომინალური გამოვლენის დროს ნაწლავის პერისტალტიკა ყოველთვის შენარჩუნებულია. ამ მნიშვნელოვანი მომენტის დავიწყებამ შეიძლება განაპირობოს დაუსაბუთებელი ოპერაციის გაკეთება

ლექცია მერვე

ელენთის დაავადებანი (გაგრძელება). დემონსტრაცია: მწვავე ქოლეცისტიტი. ბარძაყის სარკომა

გავარჩიოთ ავადმყოფი ს. ნ., ქალი, 44 წლის, კლინიკაში მიღებული როგორც სასწრაფო შემთხვევა მწვავე შეტევითი ხასიათის ტკივილით მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, გულისრევით. ავადმყოფის გადმოცემით რამდენიმე თვეა მას ყრუ ხასიათის ტკივილი აქვს მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში—პერიოდული გამწვავებით. სამი დღის წინ კი დაეწყო ძლიერი ტკივილი, რასაც დაერთო გულისრევა. ობიექტურად: ენა მომშრალო, უნადებო, მუცელი ოვალური, სუნთქვაში ჩამორჩება მარჯვენა ნახევარი. როგორც პერკუსიით, ისე ზერელე პალპაციით მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამო მტკივნეულია; აქვე ისინჯება რბილი კონსისტენციის, მტკივნეული სიმსივნური წარმონაქმნი. ვფიქრობთ, ამ შემთხვევაში საქმე გვაქვს მწვავე ქოლეცისტიტთან. ავადმყოფს ოპერაცია უკეთდება მწვავე ქოლეცისტიტის დიაგნოზით. ეს არის ჩვენი წინასწარი დიაგნოზი, მაგრამ აბსოლუტურად არ ვართ დარწმუნებული, რომ აღმოჩნდება მწვავე ქოლეცისტიტი. შეიძლება აღმოჩნდეს ისეთი რამ, რაზედაც საერთოდ არც კი ვფიქრობთ. გვაგონდება ფრანგების გამოთქმა: „მუცელი სიურპრიზების ყუთს წარმოადგენს". საინტერესოა ჩვენი ერთ-ერთი შემთხვევა.

ავადმყოფი გ. ნ., მამაკაცი, 23 წლის, მიღებული იყო კლინიკაში როგორც სასწრაფო შემთხვევა მწვავე მუცლის მოვლენებით. ავადმყოფობა დაეწყო მოულოდნელად, ძლიერი ტკივილით მუცელში, ჰქონდა გულისრევა და პირღებინება. შემოსვლისას: პულსი 90′, რითმული. საშუალო ავსებისა და დაჭიმულობის, ტემპერატურა—38°, ენა სველი, თეთრად შელესილი, მუცელი აბერილი, სუნთქვაში არ მონაწილეობს. ზერელე პალპაციით დაჭიმული და მტკივნეული, ბლუმბერგის სიმპტომი დადებითი, ლეიკოციტები — 12.000.

გამოითქვა აზრი, რომ შესაძლოა საქმე გვქონდეს კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციასთან ან კიდევ მწვავე აპენდიციტთან. გადაწყდა სასწრაფო ოპერაციის გაკეთება. იმდენად, რამდენადაც ვერ გატარდა დიფერენციული დიაგნოზი, აღნიშნულ ორ პათოლოგიას შორის, მუცლის ღრუ გაიხსნა ლენანდერის განაკვეთით, რის შემდეგ დადასტურდა, რომ საქმე გვაქვს მწვავე დიფუზურ ჩირ-

ქოვან პერიტონიტთან. მაგრამ ჭიანაწლავის ცვლილებების მიხედვით გადაწყდა, რომ პერიტონიტი არაა აპენდიკულარული წარმოშობის. კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის დათვალიერების შედეგად პერფორაცია არ აღმოჩნდა. პერიტონიტის მიზეზის დასადგენად ჩატარდა მუცლის ღრუს ორგანოთა რევიზია და დიდ ბადექონზე ვნახეთ მამაკაცა მუშტისოდენა სიმსივნის მსგავსი კისტოზური წარმონაქმნი, მუცლის ღრუში თავისუფლად მოძრავი განივ კოლინჯთან დაკავშირებული. ეს წარმონაქმნი ალაგ-ალაგ დაწიბურებულია, ერთ ადგილას კი აღინიშნება პერფორაცია. გაკეთდა სიმსივნის ექსტირპაცია. მუცლის ღრუ დამუშავდა და დაიხურა. ამოკვეთილი პრეპარატის შესწავლით დადასტურდა. რომ იგი შეიცავს ჩირქს დიდი რაოდენობით და 4 სმ სიგრძის თევზის ძვალს. ისმის კითხვა — ამ შემთხვევაში შეიძლებოდა თუ არა დაავადების ჭეშმარიტი ბუნების გამოცნობა და სწორი დიაგნოზის დასმა ოპერაციამდე? რა თქმა უნდა, არა. მსგავსი შემთხვევები ხომ კაზუისტურია. ასევე, წარმოდგენილი ავადმყოფის შემთხვევაში, ვფიქრობთ. მწვავე ქოლეცისტიტზე, მაგრამ შეიძლება სულ სხვა ხასიათის მწვავე დაავადება აღმოჩნდეს. ფაქტია, რომ საქმე გვაქვს „მწვავე მუცელთან", რომელიც მოითხოვს გადაუდებელ ოპერაციულ ჩარევას.

ავადმყოფი კ. ნ., გოგონა, 13 წლის, კლინიკაში მიღებულია ტკივილითა და სიმსივნის გამო მარჯვენა ბარძაყის მიდამოში. ავადაა სამი თვეა. დაავადების დაწყებას უკავშირებს მარჯვენა ბარძაყის მიდამოში მიღებულ მექანიკურ ტრამვას.

ღრმა ფლეგმონის დიაგნოზით 10 დღის წინ ბარძაყის მიდამოში რაისაავადმყოფოში სიმსივნის მიდამო გაუკვეთეს, მაგრამ ჩირქოვანი გამონადენი არ მიუღიათ და ავადმყოფი გადმოგზავნეს კლინიკაში. შემოსვლისას მარჯვენა ბარძაყის მიდამოში ისინჯება დიდი ზომის მკვრივი კონსისტენციის სიმსივნე.

რენტგენოლოგიურად — ბარძაყის ძვლის უკანა ზედაპირზე, ქვემო მესამედში, აღინიშნება ტლანქი პერიოსტალური ნადებები. შუა მესამედში ძვლის დეფორმაცია. წინა ზედაპირზე რბილ ქსოვილებში მოჩანს დიდი ზომის ინტენსიური დაჩრდილვა, რაც სიმსივნის გამოსახულებაა. ფილტვებში რენტგენოგრამაზე მეტასტაზების ჩრდილი არ ჩანს. გაუკეთდა ძვალშიდა ფლებოგრაფია. ქუსლის ძვალში შევუყვანეთ საკონტრასტო ნივთიერება; დიადონის 70%-იანი ხსნარის 30,0, გადაღებული სურათები მოწმობს, რომ საკონტრასტო ნივთიერება კარგად ავსებს ვენურ სისხლძარღვებს. რამდენიმე ადგილას კარგად ჩანს სისხლძარღვების „ამპუტაცია", რაც მიუთითებს სისხლძარღვების სანათურის დაცობაზე.

აღინიშნება საკონტრასტო ნივთიერების სხვადასხვა ზომის ლაქები. საკონტრასტო ნივთიერების ლაქების არსებობა დამახასიათებელია

სურ. 45. მარჯვენ ბარძაყის ოსტეოსარკომა.

ავთვისებიანი სიმსივნისათვის. ამ შემთხვევაში საქმე გვაქვს ბარძაყის ძვლის ოსტეოსარკომასთან.

ავადმყოფი დაავადების დაწყებას უკავშირებს ბარძაყის მიდამოში მიყენებულ მექანიკურ ტრავმას. რის შემდეგ სიმსივნემ დაიწყო ზრდა. მიმართა ექიმს. ექიმმა ანამნეზში ტრავმა და ობიექტურად კი სიმსივნის არსებობა საკმარისად ჩათვალა იმისათვის, რომ ეფიქრა ღრმა ფლეგმონაზე და გაკვეთა იგი. რა თქმა უნდა. დაშვებულია შეცდომა, ვინაიდან ავადმყოფს ფლეგმონიისათვის დამახასიათებელი არავითარი ნიშანი არ ჰქონდა. ამიტომ ყოველთვის უნდა ვიყოთ ფრთხილად, კრიტიკულად შევაფასოთ ჩვენი ყოველი მოქმედება. მაშინ არ მოხდება ის, რომ სარკომის შემთხვევაში დავსვათ ფლეგმონის დიაგნოზი და გავკვეთოთ ის.

ახლა ისევ დავუბრუნდეთ ელენთის დაავადებას.

ჰემორაგიული დიათეზების სახელწოდების ქვეშ იგულისხმება მთელი რიგი ავადმყოფური მდგომარეობანი, რომელთაც აქვთ ერთი საერთო თვისება — სისხლდენა. სისხლდენა შეიძლება იყოს ლაქების ან ექსტრავაზატების სახით. ანდა უფრო მასიური. ჩვეულებრივი სისხლდენის სახით. ეს დაავადება აღწერილია სხვადასხვა სახელწოდებით.

ქრონიკული ჰემორაგიული პურპურა, ანუ დაავადება, რომელიც ამ. ლა ვერლჰოფის (werlhoff) სიმპტოკომპლექსის სახელითაა ცნობილი. ეკუთვნის ჰემორაგიული დიათეზების ისეთ სახეს, როდესაც პათოლოგიური პროცესი განპირობებულია ცელილებებით სისხლმბად სისტე-

მაში. გარდა სისხლმბადი ორგანოების ცვლილებებისა, ადგილი აქვს აგრეთვე სისხლძარღვების კედლების შეცვლას.

ქრონიკულ ჰემორაგიულ პურპურას აკუთვნებენ კონსტიტუციურ დაავადებებს.

პირველად დაავადება აღწერილი იყო 1735 წ. ვერლჰოფის მიერ. რომელმაც მას „Morbus maculosis haemorrhagicus" უწოდა. ახალგაზრდა ქალს ყოველგვარი თვალსაჩინო მიზეზის გარეშე დაეწყო სისხლდენა ცხვირიდან. სისხლი წითელი ფერისა იყო, ამავე დროს ავადმყოფს ჰქონდა სისხლიანი პირღებინება; პირნაღები მასები მოსჭრ. მოშავო ფერისა იყო. კისერზე და კიდურებზე გაუჩნდა ლაქოვანი სისხლჩაქცევები (პურპურა). მაშინ სისხლის შემადგენელი ნაწილების შესახებ ნათელი წარმოდგენა არ ჰქონდათ.

უფრო მოგვიანებით (1883) ბრომმა აღწერა თრომბოციტოპენია. ხოლო შემდეგ რაიტმა დაამტკიცა, რომ მეგაკარიოციტის დაშლის შედეგად წარმოიშვება ფირფიტები, რომლებიც სისხლში ჩოიპოვება. ბიოვერომ (1882)გამოთქვა აზრი იმ ფირფიტების მნიშვნელობის შესახებ სისხლის შედედებისათვის; ფირფიტების გარეშე კი ვითარდება ჰემორაგია.

გამოირკვა, რომ თუ ეს ფირფიტები ისპობა, ვითარდება დაავადება თრომბოციტოპენია. მსგავსი მოვლენა შეიძლება განვითარდეს სისხლის გადასხმის შედეგად, ანდა ის შეიძლება გამოწვეული იყოს კიბოს შხამით. ვითარდება პათოლოგიური მდგომარეობა კოაგულაციის დარღვევითა და ჰემორაგიებით, ე. ი. თრომბოციტოპენია, რომელშიც ელენთა პირველადად არ მონაწილეობს.

ზოგჯერ ფირფიტები დიდი რაოდენობით გროვდება აორტის შიგნითა ზედაპირზე, სადაც ათერომატოზული წყლულებია. ფირფიტების ნორმალური რაოდენობის არსებობა სისხლში ეწინააღმდეგება ჰემორაგიების განვითარებას; ფირფიტების მკვეთრი დაკლება იწვევს პურპურას.

ვერლჰოფის დაავადების გავრცელებული სინონიმებია: თრომბოციტოპენიური პურპურა, თანდაყოლილი თრომბასთენია, პირველადი იდიოპათიური თრომბოციტოპენია, ანუ ესენციური თრომბოპენია (ფრანკი), თანდაყოლილი ჰემორაგიული თრომბოპენია (კაცნელსონი). თრომბოპენიური პურპურა (შულცი), ჰემოგენია (ვიალი), ჰემოგენიური სინდრომი (როსკამი) და სხვ. მაგრამ უნდა ითქვას, რომ არცერთი ამ სახელწოდებათაგანი არ არის შესატყვისი და არ გამოხატავს დაავადების არსს.

ვერლჰოფის დაავადების დროს ელენთის ფუნქცია გაძლიერებულია, ადგილი აქვს თრომბოციტოპენიას, ნეიტროპენიას, ანემიას; სის-

ხლის ფორმიანი ელემენტების სხვადასხვა კომბინაციით ვითარდება ე. წ. ჰიპერსპლენიური დარღვევა.

ჰიპერსპლენიზმის ცნება ეპინგერმა განსაზღვრა (1922).

არსებობს თრომბოციტოპენიის ორი სახე — პირველადი და მეორადი. პირველადი თრომბოციტოპენია ვერლჰოფის დაავადებაა, მეორადი კი ეწოდება ასეთსავე სიმპტომოკომპლექსს, მაგრამ ამ შემთხვევაში ელენთის ფუნქციის დარღვევა სხვა დაავადების გამო ხდება, მაგალითად, აშა თუ იმ სახის სპლენომეგალიის ან პორტალური ჰიპერტენზიის შედეგად.

სისხლის შედედების მექანიზმი ცნობილია, მაგრამ ანომალიური ჰემორაგიის მექანიზმი კი გაუგებარია. თრომბოციტოპენიის ასახსნელად ორი თეორიაა მოწოდებული: 1) ელენთური ანუ თრომბოციტოლიზური თეორია კაცნელსონისა და 2) ძვლის ტვინის თეორია ფრანკისა. ელენთის თეორიის მომხრენი (კაცნელსონი, ეპინგერი) თვლიან, რომ თრომბოციტოპენია ელენთის გაზრდილი აქტივობის შედეგია, რის გამო ხდება გაძლიერებული თრომბოციტოლიზი. აღნიშნულ თეორიას საკმაოდ სარწმუნოდ ხდის ის ფაქტი, რომ ამ დაავადების ერთ-ერთ მძლავრ სამკურნალო საშუალებას სპლენექტომია წარმოადგენს.

ძვლის ტვინის თეორიის მომხრენი დაავადებას ხსნიან ძვლის ტვინში თრომბოციტების წარმოქმნის დაქვეითებით. ფრანკის აზრით, თრომბოციტოპენია გამოწვეულია ძვლის ტვინზე ელენთის დამაკანონებელი მოქმედებით. ადვილი შესაძლებელია, რომ როგორც ერთი, ისე მეორე თეორიის მომხრენი სხვადასხვა დაავადების მექანიზმს ხსნიან. ამასვე ადასტურებს ქვემომოყვანილი აზრთა სხვადასხვაობა.

ალექსეევის შეხედულებით თრომბოციტოპენია გამოწვეულია ძვლის ტვინში მეგაკარიოციტების ფუნქციური ცვლილებებით, რაც გამოიხატება ამ უჯრედების მომწიფების დაგვიანებასა და მომწიფებული მეგაკარიოციტებიდან ფირფიტების მოცილების პროცესის დარღვევაში.

სტეფანოვი აღნიშნავს, რომ ვერლჰოფის დაავადების დროს ადგილი აქვს კონსტიტუციური ენდოკრინული და ნერვული აპარატის ლაბილობას, რომლის გამოვლენაც ხდება ენდო- და ეგზოგენიური ფაქტორების ზეგავლენით.

წამყვან როლს დაავადების ჩამოყალიბებაში ასრულებს ნერვული სისტემა, ენდოკრინული აპარატი და მეზენქიმია (რეტიკულოენდოთელური აპარატი), რომელთა შორის სამი სახის კორელაციას აქვს ადგილი: ნერვულს, ქიმიურს და მექანიკურს. ამრიგად, ვერლჰოფის დაავადებას არა აქვს ერთი ეტიოლოგია — იგი პოლიეტიოლოგიურია.

ლიტერატურული მონაცემებისა და საკუთარი დაკვირვებების მიხედვით სტეფანოვი დასკვნის, რომ ვერლჰოფის დაავადება, როგორც

ნოზოლოგიური ერთეული, არ არსებობს; არსებობს ვერლჰოფის სიმპტოკომპლექსი, რომელიც ვითარდება სხვადასხვა დაავადებისა და ინტოქსიკაციის დროს.

ვერლჰოფის სიმპტოკომპლექსის ძირითადი ნიშანი — სისხლდენა გენოტიპად არ უნდა ჩაითვალოს, რადგან ყოველთვის არაა გამოხატული.

მეუმჩნეველია, რომ ამ დაავადებით ხშირად ერთი ოჯახის რამდენიმე წევრი ხდება ავად.

დაავადების გამომეღავნებისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ხელოვნდოკრინულ დისპოზიციას. ეტიოლოგიურ მომენტად შეიძლება ჩაითვალოს ცუდი კვება, ინფექცია, კბილის ამოღება, ტრავმა. ხშირი აბორტი; ეს დაავადება უფრო ხშირად გვხვდება 20 — 25 წლის ასაკის ადამიანებში. სტეფანოვი ვერლჰოფის დაავადებას არ თვლის სისხლის წარმომქმნელი აპარატის დაავადებად; იგი მიზეზს ეძებს სისხლძარღვების, კერძოდ კაპილარების კედლის მდგომარეობაში. თრომბოციტოპენიის დროს ჰემორაგიის განვითარებაში მნიშვნელოვან როლს დიაპედეზი ასრულებს. დიაპედეზს ხელს უწყობს მაღალი ვენური წნევა. გაძლიერებული დიაპედეზით წარმოშობა პეტექიები, რომელთა შეერთება ექკიმოზურ კერებს ქმნის.

ვერლჰოფის დაავადებას კლინიკურად ახასიათებს პეტექიები და ჰემატომები კანზე და ლორწოვანზე, რაც გამოწვეულია უმნიშვნელო ტრამვით, ანდა სპონტანურად ვითარდება.

დიდი ხნის კანქვეშა სისხლჩაქცევების გამო, განსაკუთრებით ქვემო კიდურებზე, კანი ჩალურჯებულია.

შეიძლება ადგილი ჰქონდეს სისხლდენას ღრძილებიდან, ნაწლავებიდან, საშვილოსნოდან, ფილტვებიდან, კუჭიდან, უფრო იშვიათად თირკმლებიდან.

შეგუბების ხელოვნურად გამოწვევის შედეგად ადვილად ვითარდება პეტექიები. რუმპელ-ლიდეს სიმპტომი.

სისხლდენა ძლიერდება სქესობრივი მომწიფების ასაკში. ქალებს მენსტრუაციის დროს მეტრორაგიების სახით გამოუაშკარავდებათ ხოლმე.

სტეფანოვის დაკვირვებით სისხლდენა ძლიერდება გაზაფხულსა და შემოდგომაზე. ზამთარში კი კლებულობს. სისხლდენა უფრო ხშირად ღამით აღინიშნება. ქალებს მენსტრუალურ და პრემენსტრუალურ ხანაში სისხლდენა უძლიერდებათ.

სისხლის სურათისათვის დამახასიათებელია: სისხლის შედედების უნარის დაქვეითება, სისხლდენის გახანგრძლივება (დიუკე), სისხლის კოლტის რეტაქციის დარღვევა. ედრ–ის დაქვეითება, ერითროციტების

რეზისტენტობის შემცირება. ყველა ეს მოვლენა დაკავშირებულია თრომბოციტოპენიასთან.

ადგილი აქვს ჰიპოქრომულ ანემიას, ანიზო- და პოიკილოციტოზს.

თეთრი სისხლის მხრივ დამახასიათებელია ლეიკოციტოზი, ნეიტროდა ლიმფოციტოზით. შარდში ბილირუბინი მომატებულია. აღინიშნება ჰიპოქლორემია, ჰიპოქლორურია, ჰიპეოლიკენია, ჰიპოქლოესტერენემია.

ძვლის ტვინი ნორმალურია ანდა ჰიპერპლასტიკური.

პრაქტიკულად მნიშვნელოვანია გამოირიცხოს ტიპური ლეიკემიური დაავადება და ავთვისებიანი სიმსივნე. ამისათვის საჭიროა გამოირკვეს, თუ რითაა გამოწვეული თრომბოციტოპენია? ელენთის გაძლიერებული ფუნქციით, ე. ი. ერითროციტების გაძლიერებული დაშლით თუ ძვლის ტვინის ბლოკირებით.

ვერლჰოფის დაავადების მიმდინარეობაში აღინიშნება სპონტანური რემისიები.

თრომბოციტების რიცხვის მნიშვნელოვანი დაქვეითების დროს ვითარდება სისხლდენა შინაგანი ორგანოებიდან, ყოველგვარი ტრამვის გარეშე.

დაავადების მიმდინარეობაში შეიძლება განვითარდეს ძლიერი სისხლდენა კუჭიდან, მელენა, ჰემატურია, ეპისტაქსისი და სისხლჩაქცევა ტვინში, რაც უეცარ სიკვდილს იწვევს. მსუბუქ შემთხვევაში ადგილი აქვს მნიშვნელოვან სისხლჩაქცევებს მხოლოდ ქვემო კიდურებში, რასაც ავადმყოფი ზოგჯერ არც კი აქცევს ყურადღებას.

თრომბოციტოპენიის, ანუ ვერლჰოფის დაავადების პროგნოზი დამოკიდებულია ფირფიტების დეპრესიის ხარისხზე. ჭეშმარიტი თრომბოციტოპენია ძალიან იშვიათია. 30 წელზე მეტი ხნის ასაკში ის ქალებში 5-ჯერ უფრო ხშირად გვხვდება, ვიდრე მამაკაცებში. უფრო ხშირად დაავადების გამოვლენა ემთხვევა თვიურს.

არსებობს საინტერესო დაკვირვება. თუ, მაგალითად, ძაღლს 10 დღის განმავლობაში მივცემთ ესტროგენს და შემდეგ სწრაფად შევუწყვეტთ ჰორმონის მიცემას, თრომბოციტოპენიის სურათი განუვითარდება.

თრომბოციტოპენიის დიაგნოზი იოლია გამოცდილი ჰემატოლოგიის დახმარებით. აუცილებელია თრომბოციტოპენიის სახის დადგენა. ძვლის ტვინის მდგომარეობის გამოკვლევა პუნქციის საშუალებით.

ზუსტი დიაგნოზი სპლენექტომიის ეფექტურობის საწინდარია.

ნორმალურად ძვლის ტვინში ბევრია მეგაკრიოციტები და ცოტაა ფირფიტები. საჭიროა ზუსტად იქნეს გამორკვეული, არის თუ არა ძვლის ტვინში დისპლაზიის მოვლენები. თუ ადგილი აქვს ძვლის ჰიპოპლაზიას, სპლენექტომია წინააღმდეგნაჩვენებია. ამ დაავადების

დროს გამოკვლევის ჩვეულებრივმა მეთოდმა შეიძლება გვიჩვენოს ნორმალური შედეგება. ამიტომ საჭიროა სპეციალური შესწავლით სისხლის შედეგების შენელების დადგენა.

ვერლჰოფის დაავადებისათვის უფრო დამახასიათებელია სისხ-ლის შედეგების შენელების დადგენა.

ვერლჰოფის დაავადებისათვის უფრო დამახასიათებელია სისხ-ლის შედეგების რეტრაქციის ძლიერი დარღვევა, ანდა მოსპობა.

ავადმყოფის ფიზიკური შესწავლა თითქმის არაფერს იძლევა, რადგან ელენთა არ ისიხჯება, სხვა დაავადებების დროსაც, რომლებიც იწვევს თრომბოციტოპენიას; სპლენომეგალიის გარეშე სპლენექტო-მია წინააღმდეგნაჩვენებია. ასეთი დაავადებებია: ალერგიული პურ-პურა, (იგი შეიძლება გამოიწვიოს ზოგიერთმა წამალმა ანდა დასხი-ებამ) ახალშობილთა თრომბოპენია. ალენი (1949) აღწერს ფრიად სა-ინტერესო მოვლენას. ვერლჰოფის სნეულებით დაავადებული დედები-საგან შობილ ბავშვებს ჰქონდათ თრომბოციტოპენია, მაგრამ დაბადე-ბიდან რამდენიმე ხნის შემდეგ ახალშობილების სისხლი ნორმა-ლური ხდებოდა. ეს გარემოება იმით უნდა იყოს გამოწვეული, რომ ნაყოფის თრომბოციტები იღუპება მომყოლის გზით დედისაგან მი-ღებული მავნე ნივთიერებებით. დაბადების შემდეგ ისპობა ინტოქ-სიკაციის წყარო და თრომბოპენიაც გაივლის.

ჰარინგტონმა (1961) ვერლჰოფით დაავადებული პირების პლაზ-მა ჯანსაღ ადამიანებს გადაუსხა და თრომბოპენიის ნამდვილი სურა-თი მიიღო. პლაზმის გადასხმის შეწყვეტიდან გარკვეული დროის შემ-დეგ თრომბოციტოპენიის ყოველგვარი მოვლენები ისპობოდა. თუმ-ცა ამგვარი ექსპერიმენტი პრინციპულად დაუშვებელია, მიღებული ფაქტი ადასტურებს აუტარანტის სხეულების არსებობას.

ვერლჰოფის დაავადების მკურნალობის მრავალი წესი არსებობს. მაგრამ ჯერჯერობით ყველაზე ეფექტური სპლენექტომიაა.

პირველი სპლენექტომია ვერლჰოფის დაავადების დროს გაკეთებუ-ლი იყო 1816 წ. პრაღაში, ცნობილი პროფესორის შლეფერის მიერ, კაცნელსონის რჩევით. საინტერესოა, რომ კაცნელსონი მაშინ სტუ-დენტი იყო და ურჩია შლეფერს ეწარმოებინა სპლენექტომია ვერლ-ჰოფის დაავადების დროს იმ მოსაზრებიდან გამომდინარე, რომ ელენთა ერითროციტების ინტენსიური დაშლის მიზეზია. ოპერაცია გაუკეთდა 36 წლის ქალს — კარგი მედეგით.

დაავადების სიმძიმის მიხედვით მკურნალობის წესი განსხვავებუ-ლია. მსუბუქი ფორმის დროს ხშირად საკმარისი ხდება მედიკამენ-ტური მკურნალობა. განსაკუთრებით კარგ შედეგს იძლევა კორტი-ზონი. მაგრამ მსუბუქი ფორმის დროსაც გამორიცხული არ არის ტვინში სისხლჩაქცევის შესაძლებლობა.

იხმარება სხვადასხვა სიმპტომატური საშუალებები, სისხლის გადასხმა, რომელიც აღადგენს თრომბოციტების კონცენტრაციას. მწვავე სისხლდენის დროს კარგ შედეგს იძლევა ატროპინი, მიმართავენ აგრეთვე თრომბოციტების გადასხმას, რომელთა დასამზადებლად საჭიროა სისხლის დიდი რაოდენობა. მკურნალობის ეს წესი ფართოდ არ გავრცელებულა. ყველაზე საიმედო მაინც სპლენექტომია ნაჩვენებად უნდა ჩაითვალოს, რადგან კარგ შედეგს იძლევა.

დაავადების გამწვავების პერიოდში სპლენექტომიის გაკეთება უფრო სახიფათოა.

ოპერაციის შედეგი სწრაფად იჩენს თავს და ძალიან ეფექტურია ჰემორაგიების შეწყვეტის თვალსაზრისით, თუმცა სისხლის სურათის აღდგენა ბალე არ ხდება.

ხაზი უნდა გაესვას იმ გარემოებას, რომ თრომბოციტოპენიის შემთხვევაში სპლენექტომიის შედეგი პირველ რიგში სწორ დიაგნოზზე არის დამოკიდებული, ე. ი. იმაზე, თუ რამდენად მიზანშეწონილი იყო ელენთის ამოკვეთა და რამდენად იყო დამოკიდებული დაავადება ელენთაზე.

მილერისა და ჰაგდორის მონაცემებით (1951) 47 ავადმყოფიდან, რომლებსაც გაუკეთდათ სპლენექტომია ვერლჰოფის დაავადების გამო, ხუთი წლის განმავლობაში 32 კაცმა იცოცხლა. ამათგან მხოლოდ 4 ავადმყოფს ჰქონდა მწვავე ეპიზოდი: სისხლდენა ცხვირიდან და კუჭიდან. აღნიშნული ავტორების მონაცემებით ერთი ავადმყოფი ვარდაიცვალა საოპერაციო მაგიდაზე, ორი ავადმყოფის სიკვდილის მიზეზი კი დიაგნოსტიკური შეცდომის შედეგი იყო. კოლემ (1949) გამოაქვეყნა ვერლჰოფის დაავადების გამო ნაწარმოები სპლენექტომიის 26 შემთხვევის ანალიზი: შედეგი კარგი იყო. ვალტერი და ჩეფინი (1955) განიხილავენ ვერლჰოფის დაავადების მსუბუქი ფორმის კონსერვატული მკურნალობის 41 შემთხვევას; 31 ავადმყოფი განიკურნა, 5 გარდაიცვალა. მძიმე მდგომარეობაში სპლენექტომია გაუკეთდა ხუთ ავადმყოფს. ხუთივე განიკურნა.

ზემოთქმულის სადემონსტრაციოდ მოგვაყვს ორი ავადმყოფის ისტორია ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის მასალიდან.

ერთი შემთხვევა ეხება 20 წლის ქალს, რომელიც გადმოყვანილი იყო კლინიკაში სისხლის გადასხმის ინსტიტუტის სტაციონარიდან, როგორც სასწრაფო შემთხვევა ცხვირიდან შეუჩერებელი სისხლის დენის, ძლიერი საერთო სისუსტისა და ტანზე ლურჯი ლაქების არსებობის გამო. დაავადება დაეწყო ცხვირიდან სისხლდენით და ტანზე ლურჯი ლაქების გაჩენით. ავადმყოფი მკურნალობდა თერაპიულ განყოფილებაში, რის შემდეგ მდგომარეობა გაუმჯობესდა. შემდგომში პერიოდულად აღნიშნავდა ცხვირიდან ძლიერი ხასიათის სისხლდენას.

კვლავ დაიწყო იგივე მოვლენები, საერთო სისუსტე პროგრესულობდა, რისთვისაც მოთავსდა სისხლის გადასხმის ინსტიტუტის სტაციონარში.

ობიექტურად აღენიშნებოდა: ზოგადი მდგომარეობა ძალზე მძიმე, ხილული ლორწოვანი გარსები უფერო, ავადმყოფი მივარდნილი, მაჯა სუსტი ავსების, წუთში 90, გულის ტონები მოყრუებული, გულის მწვერვალზე ნაზი სისტოლური შუილი, სისხლის წნევა 80/50 მმ. სს. ღვიძლი და ელენთა არ ისინჯება.

სისხლის შეჩერების მიზნით ერთი კვირის წინ ცხვირში გაკეთებული აქვს ღრმა უკანა ტამპონადა.

შარდსა და განავალში პათოლოგია არ არის.

სისხლის სურათი:

ჰემოგლ. — 40%, ერითრ. — 3,140,000, ფერ. მაჩვ. — 0,67, ლეიკოც. — 6,000, თრომბოციტ. — 3% რეტიკულ. — 35%, სისხლის შედედება — 30 წ., სისხლდენის ხანგრძლივობა 7 წ., ლახტის ცდა დადებითია, კოლტების რეტრაქცია არ არის.

ვინაიდან სისხლის დენა ცხვირიდან გრძელდებოდა, ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა პროგრესულად უარესდებოდა; გადაწყდა ოპერაციის გაკეთება. ავადმყოფის სათანადო მომზადების შემდეგ. წვეთოვანი სისხლის გადასხმის ქვეშ, ადგილობრივი ანესთეზიით (ნოვოკაინის ხსნარი — 1/2% — 300,0) გაკეთდა ოპერაცია: განაკვეთი მარცხნივ, ფერდქვეშა მიდამოში, რკალოვანი და დამატებითი განაკვეთი ზემოთ. მუცლის ღრუს გახსნისას აღმოჩნდა ოდნავ გადიდებული ელენთა, რბილი. ოპერაციის დროს მუცლის პრესის დაჭიმულობის გამო საჭირო გახდა ნარკოზის მიცემა, რის გამოც ცხვირში ჩადებული ორივე ტამპონი ამოღებული იქნა: ამის შემდეგ განახლდა ცხვირიდან სისხლდენა. ამიტომ ნარკოზი არ მიგვიცია. გაკეთდა ელენთის ამოკვეთა. ელენთის არტერიის გადაკვანძისთანავე შეწყდა სისხლის დენა. მუცლის ღრუში სრული ჰემოსტაზის შემდეგ შეყვანილ იქნა პენიცილინი 300.000 ერთ. ჩაიდო ტამპონი, დრენაჟი და ჭრილობა შრეების მიხედვით გაიკერა.

ოპერაციის შემდგომ გართულებას ადგილი არ ჰქონია; ჭრილობა შეხორცდა პირველადი დაჭიმვით.

ელენთის წონა 375 გ, სიგრძე — 31 სმ, სიგანე - 17 სმ.

ოპერაციის მე-2 დღეს სისხლის სურათი: ჰემოგლ. — 55%, ერითრ. 4.000.000, ფერ. მაჩვ. 10,6, ლეიკოციტ. — 8.000. თრომბოციტები — 42%, ოპერაციამდე — 3%.

მე-5 დღეს: ჰემოგლ. — 56%, ერითრ. - 4.000.000, ფერ. მაჩვ. — 0,6; ლეიკოც. — 5.000, — თრომბ. — 47%.

გაწერის დღეს, ე. მე-16 დღეს: ჰემოგლ. — 56%, ერითრ. —

4.000.000, ფერ. მაჩვ.—0,6, ლეიკოციტ.—6.100, ედრ—50, თრომბ. — 100%.

ოპერაციიდან 6 თვის შემდეგ: ჰემოგლ. — 62%, ერითრ. — 4.680.000, ფერ. მაჩვ. — 0,66, ლეიკოციტ. — 7.400. ედრ — 6, თრომბ. — 74%.

მეორე ავადმყოფი. ქალი, 43 წლის. მიღებული იყო სასწრაფოდ მძიმე ანემიურ მდგომარეობაში. მიღებისას აღენიშნებოდა კანქვეშ სისხლჩაქცევები ზემო და ქვემო კიდურებზე, სისხლის დენა სწორი ნაწლავიდან, ღრძილებიდან, გულისრევა. პირღებინება. თერაპიულ კლინიკაში დადგინდა დაავადების დიაგნოზი. გადაყვანილ იქნა ქირურგიულ კლინიკაში საოპერაციოდ.

3 წელია ავად არის; ამ ხნის განმავლობაში ჰქონდა რამდენჯერმე ზემოაღნიშნული მოვლენები. წოლილა სისხლის გადასხმის ინსტიტუტის სტაციონარში. გადმოყვანისას სისხლის ანალიზი იყო: ჰემოგლ. — 27%, ერითრ. — 1.870.000, ფერ. მაჩვ. — 0,8, ლეიკოციტ. — 3.300, ედრ — 22 მმ, თრომბოციტები ერთეული პრეპარატში. რეტიკულოც. — 71%.

ავადმყოფს ჩაუტარდა კონსერვატული მკურნალობა, რამდენჯერმე გადაესხა სისხლი. სისხლდენა შეჩერდა; მდგომარეობა გაუმჯობესდა.

ოპერაციის წინ — სისხლის ანალიზი: ჰემოგლ. — 40%, ერითრ. — 2.010.000, ფერ. მაჩვ. — 1,0, ლეიკოც. — 3.500, ედრ. — 30 მმ, სისხლის დენის ხანგრძლიობა 7 წ., შედედება 2 წ., თრომბოციტი 20%.

გაუკეთდა ოპერაცია — ელენთის ამოკვეთა.

ოპერაციის დღესვე ავადმყოფს განუვითარდა მძიმე ანემიის კლინიკური ნიშნები. გაკეთდა რელაპარატომია — აღმოჩნდა სისხლი დიდი რაოდენობით მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში, რომელიც ამომშრალდა და ჩაიდო დიდი ტამპონები ჰემოსტაზის მიზნით; პოსტოპერაციული პერიოდი მძიმე, მე-5 დღეს ტამპონები ამოვიღეთ. ჭრილობა თანდათან შეხორცდა. ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა კარგია. სისხლის სურათი: ჰემოგლ. — 65%, ერითრ. — 4.500.000, ფერ. მაჩვ. — 0,7, ლეიკოც. — 6.000, თრომბოციტები — 1.000.000.

გაეწერა განკურნებული.

ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის მასალაზე ვერლჰოფის დაავადებით გატარებულია რვა ავადმყოფი; ამათგან ორი ქრონიკულ პერიოდში, ექვსი კი — მწვავე პერიოდში, ორი ავადმყოფი მიღებული იყო უმძიმეს მდგომარეობაში. მიღებიდან 12 საათის შემდეგ მათ დაკარგეს ცნობიერება და 24 საათის შემდეგ დაიღუპნენ. — სექციაზე აღინიშნებოდა ვრცელი სისხლჩაქცევები თავის ტვინში. ექვს

ავადმყოფს გაუკეთდა სპლენექტომია. სამ შემთხვევაში სისხლდენის პერიოდში ნაოპერაციები ავადმყოფიდან ხუთი განიკურნა, ერთი გარდაიცვალა; მას ჰქონდა ცერებრალური მოვლენები.

ბენამუ აღნიშნავს, რომ ვერლჰოფის დაავადების დროს სპლენექტომიის შედეგი შეიძლება სამი სახისა იყოს:

1) სპლენექტომიის შედეგად სწრაფად მატულობს თრომბოციტების რაოდენობა და ნორმამდე აღწევს, ანდა ნორმაზე მეტიც ხდება. ადგილი აქვს თუ სრულ განკურნებას არა, გაუმჯობესებას მაინც;

2) სპლენექტომიის შემდეგ თრომბოციტების რაოდენობა ნორმაზე ზევით იწევს, მაგრამ შემდეგ ეცემა კრიტიკულ მდგომარეობამდე. სპლენექტომიის შემდეგ ადგილი აქვს დროებით გაუმჯობესებას;

3) სპლენექტომია არ იძლევა თრომბოციტების მჩრიკ შესამჩნევ ცვლილებებს, ე. ი. უშედეგოა; ჩვეულებრივ, ეს ხდება მაშინ, როდესაც დაავადება ელენთით გამოწვეული არ არის. ასეთ შემთხვევაში შეიძლება დავუშვათ, რომ ვერლჰოფის დაავადების დიაგნოზი სწორად არ იყო დასმული.

ვერლჰოფის დაავადების დროს სპლენექტომიის ნაცვლად ელენთის არტერიის გადაკვანძის შემდეგ კარგი შედეგი მიიღო გოიდზენჰოფენმა.

მერრად თრომბოციტოპენიას ანუ სპლენომეგალურ პურპურას ახასიათებს ვერლჰოფის დაავადებასთან შედარებით უფრო მკვეთრად გამოხატული სპლენომეგალია.

სპლენომეგალიის მიზეზი ამ შემთხვევაში პორტალური ჰიპერტენზიის ესა თუ ის ფორმაა. ანდა სხვა დაავადება: ელენთის კისტა, სიმსივნე, შეძენილი ჰემოლიზური ანემია, ელენთის ტუბერკულოზი, ჰისტოპლაზმოზი, ლეიშმანიოზი, ექინოკოკი, ფილარიოზი, მალარია, სხვადასხვა სახის ლეიკემიები, ბოტკინის დაავადება, გოშეს დაავადება, ხანგრძლივი პასიური სისხლის შეგუბება ელენთაში და სხვა დაავადებები, რომლებიც იწვევს სპლენომეგალიას.

პურპურისათვის დამახასიათებელია პეტექიები, კანქვეშა სისხლჩაქცევები, სისხლჩაქცევები ლორწოვანსა და ნაწლავებში. თუ სპლენომეგალიური პურპურა გამოწვეულია პორტალური ჰიპერტენზიით შეიძლება პროფუზული სისხლდენა განვითარდეს კუჭ-ნაწლავიდან.

დიაგნოზის გარკვევისათვის მნიშვნელობა აქვს ერითროციტების რიცხვს. ერითროციტების დათვლა უნდა ხდებოდეს დილით ადრე, უზმოდ.

ბენამუ არჩევს პურპურის სხვადასხვა კლინიკურ ფორმას; მწვავესა და ქვემწვავეს, ქრონიკულს, ზოგადსა და ქრონიკულს (ადგილობრივს).

მწვავე და ქვემწვავე ფორმა შეიძლება იყოს სიმპტომატური და კრიპტოგენური. სიმპტომატური ფორმის დროს მიზეზი შეიძლება იყოს ინფექცია, ინტოქსიკაცია, ნაწლავების, ღვიძლის, თირკმლების, გულის ან სისხლის დაავადება.

ინფექციური ფორმის დროს, რომელსაც ადგილი აქვს უმთავრესად ბავშვებში, დაავადება იწყება ერთბაშად. ზოგადი მძიმე მდგომარეობით, მაღალი სიცხით, გამონაყარით; პეტექიები გაფანტულია მთელი სხეულის ზედაპირზე. აღინიშნება ლორწოვანების ჰემორაგიები. მელანა, ჰემატურია, ცენტრალური ნერვული სისტემის მოქმედების მოშლის სიმპტომები, ძილიანობა, მოუსვენრობა, კეფის რიგიდობა (კერნინგის სიმპტომი).

აღწერილია პნევმოკოკური და სტრეპტოკოკური ინფექციით გამოწვეული პურპურა. სრულასაკოვნებში შეიძლება პურპურის მიზეზი გახდეს ჰონოკოკები, რომელთაც შეუძლიათ მძიმე სეპტიცემიის კლინიკური სურათის გამოწვევა. ქუნთრუშით, ყვავილით დაავადების დროს აღწერილია პურპურის განვითარება, რომელსაც იწვევდა სასიკვდილო სისხლიანი პირღებინება, ჰემატურია — კანზე ფართო სისხლჩაქცევების წარმოშობით. პურპურის დროს ლეიკოციტების რაოდენობამ შეიძლება 80.000 მიაღწიოს. პოლინუკლეარების რაოდენობა კი 88%-ს შეადგენს. სულ არ არის ეოზინოფილები. ასეთია პურპურის მწვავე მიმდინარეობა.

აღნიშნულ დაავადებას საფუძვლად უდებენ ცვლილებებს წვრილ სისხლძარღვებში, რაც სისხლჩაქცევებს იწვევს; ამასთან ერთად მიელოტოქსემია აქვეითებს თრომბოციტების აქტივობას და ხელს უწყობს სისხლდენის განვითარებას. ელენთა არ ითვლება დაავადების უშუალო გამომწვევ მიზეზად.

ელენთის გაძლიერებული ფუნქციით გამოწვეული დაავადების ე. წ. ჰიპერსპლენიური დარღვევის ერთი სახე შეიძლება გადაიზარდოს მეორეში, მაგრამ ამ ჯგუფში გამონაკლისს წარმოადგენს ვერლჰოფის დაავადება, რომელიც ცალკე ნოზოლოგიური ერთეულია.

მის სადიფერენციაციოდ სხვა სახის ჰიპერსპლენიური დაავადებისაგან უნდა გვახსოვდეს, რომ პირველადი თრომბოციტოპენია, ანუ ვერლჰოფის დაავადება, გვხვდება ახალგაზრდა ასაკში, მეორადი თრომბოციტოპენია კი შეიძლება ყველა ასაკში განვითარდეს. მეორადი თრომბოციტოპენიის დროს ელენთა, როგორც წესი, ყოველთვის გადიდებულია. ადგილი აქვს მკვეთრად გამოხატულ სპლენომეგალიას. პირველადი თრობოციტოპენიისაგან განსხვავებით ძვლის ტვინი ყველა სახის სპლენომეგალიის დროს, ჩვეულებრივ, ნორმალური. ანდა ჰიპერპლასტიკურია. ძვლის ტვინის ჰიპოპლაზიის, ან აპლაზიის განვითარება საკმარისი სიცხადით მეტყველებს იმის შესახებ, რომ

ოპერაციის (სპლენექტომიის) გაკეთება უკვე წინააღმდეგ ნაჩვენებია. ჰიპერსპლენიური დაავადების გარკვევისათვის მნიშვნელობა აქვს ავთვისებიანი უჯრედების დადგენას ძვლის ტვინში. აუტოანტისხეულების აღმოჩენა ჯერჯერობით შესაძლებელი არ არის.

ამჟამად სპლენექტომია მკურნალობის საუკეთესო საშუალებად ითვლება ვერლჰოფის დაავადების მძიმე ფორმის, მძიმე ჰიპერსპლენიური ნეიტროპენიური დაავადებისა და მძიმე ჰიპერსპლენიური ანემიის დროს. დაავადების მძიმე ფორმას განსაკუთრებით იმიტომ ვუსვამთ ხაზს, რომ თუ ავადმყოფის მდგომარეობა მძიმე არ არის, პირველ ხანებში შეიძლება ვცადოთ კორტიზონი და სხვა საშუალებები. მაგრამ თუ მედიკამენტური მკურნალობა შედეგს არ იძლევა, საჭიროა დროულად გაკეთდეს სპლენექტომია; ზოგჯერ საჭიროა ელენთის გადაუდებელი სასწრაფო ამოკვეთა.

ერთხელ კიდევ უნდა აღვნიშნოთ, რომ დაავადების სწორი დიაგნოზი საწინდარია სპლენექტომიის კარგი შედეგისა, არა როგორც გამონაკლისი, არამედ როგორც წესი.

ახლა შევეხოთ პორტალურ ჰიპერტენზიას და მის ქირურგიულ მკურნალობას. პორტალური ჰიპერტენზია გულისხმობს ჰემოდინამიკურ ცვლილებებს პორტალურ სისტემაში, რომელიც გამოვლინდება სისხლის წნევის აწევით, სპლენომეგალიით, ასციტით და კუჭ-ნაწლავიდან სისხლდენით. პორტალური ჰიპერტენზია დამოუკიდებელი დაავადება არ არის. მისი გამოწვევა შეიძლება მთელი რიგი პათოლოგიური პროცესებით როგორც ღვიძლში, ისე მის გარეთ. პათოლოგიის კერის ლოკალიზაციის მიხედვით ვითარდება ზოგადი ან სეგმენტური პორტალური ჰიპერტენზია, ე. ი. ვენური წნევა მყარად მატულობს მთელ პორტალურ სისტემაში, ან მხოლოდ მის რომელიმე მონაკვეთში.

პორტალური ჰიპერტენზიის ეტიოპათოგენეზსა და განსაკუთრებით მკურნალობის საკითხს ამჟამად დიდი ყურადღება ექცევა. ამ საკითხს მრავალი შრომა მიეძღვნა და ამ მიმართულებით კვლევა-ძიება ახლაც გრძელდება.

საინტერესოა აღინიშნოს, რომ ჯერ კიდევ 1919 წ. ქართული ქირურგიის ფუძემდებელი და მოამაგე გრ. მუხაძე ექსპერიმენტულად სწავლობდა კარის ვენის გადაკვანძის გავლენას სისხლის ზოგად წნევაზე. მან იმთავითვე ყურადღება მიაქცია ღვიძლის ციროზის დროს კარის ვენის მდგომარეობას და ამასთან ექსპერიმენტით შეამოწმა. თუ რამდენ ხანს შეიძლება კარის ვენის სანათურის დახშობა ისე რომ მისი განთავისუფლების შემდეგ გულმა არ დაკარგოს მუშაობის უნარი. ამ დიდი მეცნიერის მიერ ჯერ კიდევ ნახევარი საუკუნის წინათ დასმული. ეს საკითხი დღესაც პრობლემატურია და დიდი თეორიული და პრაქტიკული მნიშვნელობისაა,

უკანასკნელ ხანებში განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა ღვიძლის, ელენთისა და მათ სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების შესწავლას.

ბანტის დაავადებას, ღვიძლის სპლენოგენურ ციროზს, თრომბოფლებიტურ სპლენომეგალიას და მთელ რიგ სხვა დაავადებებს აერთიანებს სიმპტომი — პორტალური ჰიპერტენზია.

პორტალური ჰიპერტენზიის დროს ადგილი აქვს ჰემოდინამიკურ ცვლილებებს კარის ვენის სისტემაში, რასაც შეიძლება მოჰყვეს სპლენომეგალია, კუჭისა და საყლაპავი მილის ვენების ვარიკოზი, სისხლდენა აღნიშნული სისხლძარღვებიდან და ასციტი. პორტალური ჰიპერტენზია შედეგია სისხლის გადასვლის შეფერხებისა კარის ვენის სისტემიდან ღვიძლში და შეიძლება გამოწვეული იყოს სხვადასხვა პათოლოგიური პროცესით. შეფერხებას შეიძლება ადგილი ჰქონდეს როგორც ღვიძლში, ისე მის გარეშე. როცა პორტალური ჰიპერტენზიის მიზეზი თვით ღვიძლშია, მას ღვიძლის შიგნითა ბლოკი ეწოდება. მას იწვევს ღვიძლის ციროზი, კეთილი და ავთვისებიანი სიმსივნეები, ექინოკოკი და სხვა. ღვიძლგარეშე პორტალური ჰიპერტენზიის მიზეზი შეიძლებ: სხვადასხვა იყოს, მაგალითად: კარის ვენის ობლიტერაცია. კუჭისა და პანკრეასის ავთვისებიანი სიმსივნე, თრომბოფლებიტი, ელენთის დაავადება და სხვა. პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაციის მიხედვით ვითარდება ზოგადი ან სეგმენტური პორტალური ჰიპერტენზია. ე. ი. ვენური წნევა მყარად მატულობს ან მთელ პორტალურ სისტემაში, ან მის რომელიმე მონაკვეთში.

შემთხვევათა 20%-ში პორტალური ჰიპერტენზია ღვიძლის დაავადებით კი არ არის გამოწვეული, არამედ კარის ვენის ან ელენთის ვენის დაცობის შედეგია. პორტალური ჰიპერტენზია შეიძლება გამოიწვიოს ღვიძლის ვენების დაცობამ. პორტალური ჰიპერტენზიის შემთხვევაში საჭიროა ზუსტად განისაზღვროს სისხლძარღვის დახშობის ადგილი, ე. ი. რომელ სისხლძარღვშია დაბრკოლება: ელენთის, კარის ვენის, თუ ღვიძლის ვენებში.

რუსელოს (1949) ღვიძლშიგნითა და ღვიძლქვეშა ბლოკის შემდეგ კლასიფიკაცია ასეთია:

I. ღ ვ ი ძ ლ შ ი გ ნ ი თ ა ო ბ ს ტ რ უ ქ ც ი ა:

ა) ღვიძლის ციროზი;

1 ლაენეკის ციროზი;

2. შიზოსტომიაზი;

3. ბილიარული ციროზი;

4. ინფექციური ჰეპატიტი.

II. ღ ვ ი ძ ლ გ ა რ ე შ ე ო ბ ს ტ რ უ ქ ც ი ა:

ა) კარის ვენისა და მისი განტოტიანების სტენოზი.

1. თანდაყოლილი;
2. შეძენილი (ფლებოსკლეროზი);

ბ) ზეწოლა კარის ვენაზე და მის განტოტებაზე:

1. ანთებითი (მაგ., პანკრეატიტის დროს);
2. პანკრეასის ცისტა;
3. სიმსივნე;
4. ელენთის არტერიის ანევრიზმა.

გ) კარის ვენისა და მისი განტოტიანების თრომბოზი:

1. ანთებითი;
2. ტრავმული;

დ) კარის ვენის კავერნული ტრანსფორმაცია.

ალენი (1957) პორტალური ჰიპერტენზიის სამ სახეს არჩევს: სუპრაჰეპატურს, ინტრაჰეპატურსა და სუბჰეპატურს.

სუპრაჰეპატური პორტალური ჰიპერტენზია შეიძლება განვითარდეს გულის ფუნქციური უკმარისობის, ფილტვების, ფიბროზის ან ღვიძლის ვენების დაცობის შედეგად, როდესაც ადგილი აქვს სისხლის მიმოქცევის დისოციაციას გულის მარჯვენა და მარცხენა ნახევარს შორის, ვენური წნევის მომატებას, რაც ვრცელდება ყველა ვენაზე და ღვიძლის ვენებზეც.

არის ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც სისხლის გადასვლა ღვიძლის ვენებიდან ღრუ ვენაში დაბრკოლებულია, ან სრულებით არ ხდება, ძათი დაცობის გამო. ვენების დაცობის მიზეზი შეიძლება იყოს თრომბი ან სიმსივნე. ეს ძალიან იშვიათი, მაგრამ უაღრესად მძიმე დაავადებაა. ძას ეწოდება ბოდ-კიარის სინდრომი. იგი აღწერილი ყოფილა კიარის მიერ 1899 წელს. კლინიკურად დამტკიცებულია, რომ ამ სისხლძარღვების ბლოკის შედეგად პორტალური ჰიპერტენზია ვითარდება. ასეთ ავადმყოფებს სწრაფად უვითარდებათ ასციტი, საყლაპავი მილისა და კუჭის ვენების ვარიკოზი. ამ ფორმის ჰიპერტენზიის დროს პორტალურ სისტემაში წნევა მაქსიმუმამდე არის აწეული, ამ შემთხვევაში ღვიძლის ცვლილებები ისეთია რომგორც გულის დაავადებით გამოწვეული ციროზის დროს. ჩვეულებრივ, პორტალური ჰიპერტენზიის დროს ვენურ სისტემაში წნევა არაა მომატებული — ნორმალურია, ჰიპერტენზია მხოლოდ კარის ვენას ეხება, კარდიოციროზის დროს კი წნევა საერთოდ ყველა ვენაში მომატებულია.

ბოდ-კიარის სინდრომის დროს პროგნოზი ძალიან ცუდია, რადგან თრომბოზი ხშირად სწრაფად ვრცელდება კარის ვენის სისტემაზეც და პორტაკავალური ანასტომოზი შედეგს არ იძლევა. ბოდ-კიარის დაავადების ერთეული შემთხვევებია გამოქვეყნებული. აღნიშნული დაავადების სწორი დიაგნოზი უფრო მეტად გაკვეთის დროს ისმება.

პორტალური ჰიპერტენზიის სხვადასხვა სახეებს შორის ინტერჰეპატიური ფორმა ყველაზე უფრო ხშირად (შემთხვევათა 80%-ში) გვხვდება. ამ დროს წნევა თანდათანობით მატულობს და ბოლოს ვითარდება საყლაპავი მილისა და კუჭის ვენების ვარიკოზი, რაც შეიძლება პერფუზული სისხლდენით გართულდეს. ამ ფორმის მიზეზი ჩვეულებრივ ღვიძლის ციროზია იმის მიხედვით, თუ სად არის ლოკალიზებული პათოლოგიური პროცესი, შეიძლება იყოს შემდეგი სახის ციროზი: პორტალური, პერიპორტალური, პიგმენტური, პოსტჰეპატური, ანდა ნაღვლის გზების დაცობით განპირობებული. ამ ფორმის ჰიპერტენზიის დროს ასციტი მოგვიანებით ვითარდება.

ასეთი ფორმის ციროზები შეიძლება შეგვხვდეს ბავშვებში. გარდა ამისა, ბავშვებში ისეთი ფორმის ციროზებიც გვხვდება, რომლებიც სრულასაკოვნებში არ აღინიშნება. ასეთია, მაგალითად, ღვიძლის ატროფია, ე. წ. კრიუველიე-ბაუმგარტენის სინდრომი და სხვა.

როდესაც არსებობს თანდაყოლილი ღია კავშირი კარის ვენასა და ღრუ ვენების სისტემას შორის, ჭიპლარის ვენის გზით, პორტალური სისხლი არ გაივლის ღვიძლს და ამიტომ ვითარდება ღვიძლის ატროფია. ალენის აზრით ასეთ შემთხვევაში ჯერ კიდევ ინტრაუტერინალურ პერიოდში ადგილი აქვს ღვიძლის ატროფიას. ყოველივე ამის გამო ბავშვი იბადება პორტალური ჰიპერტენზიით და ჭიპის ვენა არ განიცდის ჩვეულებრივ ფიბროზს. ვენური კოლატერალური სისხლმიმოქცევა ჯერ კიდევ ჩანასახოვან პერიოდში ვითარდება, როდესაც არსებობს კავშირი კანის ვენასა და ჭიპის ვენას შორის. ამ დროს დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს ჭიპის ვენის არეში შუილის მოსმენას.

ზრდასრულ ასაკში განვითარებული პორტალური ჰიპერტენზიის დროს ზოგჯერ ადგილი აქვს ჭიპის ვენის რეკანალიზაციას.

ღვიძლისა და ელენთის დაავადების ერთდროულობა და გარკვეული პარალელიზმი განსაკუთრებულ ყურადღებას იქცევს მას შემდეგ, რაც ეპინგერმა ჰეპატოლიენალური დაავადებანი ცალკე გამოყო. ჯერ კიდევ 1887 წ. ორთის მიერ აღწერილი იყო „შეგუბებითი ელენთა", ღვიძლის ციროზის დროს. შემდეგ იგივე მოვლენა დადასტურებულ იქნა ბირხის ჰირშფელდის, ცაიგლერის და სხვათა მიერაც. ეპინგერის გამოკვლევებით, რომელმაც პირველად შეისწავლა ამ დაავადებათა დროს ოპერაციულად ამოკვეთილი ელენთები, ჩანს, რომ ელენთის ცვლილებები გარკვეულ დამოკიდებულებას იჩენს ღვიძლთან და ამ ცვლილებების დაჯგუფება და შეფარდება ღვიძლის ციროზთან იმიტომაცაა უფრო ძნელი, რომ ღვიძლის ციროზის მრავალი სახე არსებობს.

ელენთის ცვლილებები ამ დროს მისი პულპის ატროფიული და ჰიპერტროფიული ციროზით გამოიხატება. ელენთის ოდენობა ძალზე

ცვალებადია, თუმცა, ეპინგერის დაკვირვებებით, ღვიძლის ციროზის დროს ნორმალური ოდენობის ელენთასაც შეიძლება შეეხვდეთ. ფრიად განსხვავებულია სხვადასხვა ავტორის მონაცემები ელენთის წონისა (350.0 — 1.350 გ-მდე) და მაკრომორფოლოგიური ცვლილებების შესახებ.

სუბჰეპატიური ჰიპერტენზიის დროს, თუ მხოლოდ კარის ვენაა დახშული, ღვიძლი შეიძლება ნორმალური იყოს. ზოგჯერ სუბჰეპატური პორტალური ჰიპერტენზიის მიზეზი მხოლოდ ელენთის ვენის დახშობაა. კარის ვენა და ჯორჯლის ზემო ვენა კი შეიძლება თავისუფალი იყოს. ასეთ შემთხვევაში სპლენექტომია, როგორც წესი, კარგ შედეგს იძლევა. სპლენოთრომბოზი შეიძლება განვითარდეს სხვადასხვა სახის სპლენომეგალიის, მაგალითად, ბანტის დაავადების ან ლუესური სპლენომეგალიის დროს.

ნოჰვილის დაკვირვებით კარის ვენის სკლეროზული დაავადება იძლევა ბანტის ავადმყოფობის მსგავს კლინიკურ სურათს, მით უმეტეს, რომ პორტალური სკლეროზის ეტიოლოგიისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს კარის ვენის აუზში ათაშანგურ, ტრამვულ ან ანთებითი ხასიათის დაავადებას.

არსებობს აზრი, რომ ინფექცია კარის ვენაში შეიძლება გავრცელდეს ჭიპის ვენის გზით, ანდა ფლებიტი შესაძლოა განვითარდეს მუცლის ღრუში არსებული ანთებითი პროცესის შედეგად. გარდა ამისა, სუბჰეპატური ჰიპერტენზია შეიძლება გამოიწვიოს კარის ვენაზე ზეწოლამ (სიმსივნე, კერძოდ ჰიპერნეფრომა, კუჭის პანკრეასის ან ნაღვლის გზების კიბო, მეტასტაზები და სხვა); ზოგჯერ კარის ვენას აწვება აბდომინალური ლიმფომა, ბოტკინის დაავადების შედეგად გადიდებული ლიმფური კვანძები. ასეთ შემთხვევებში პორტალური ჰიპერტენზია ზომიერია.

სიმსივნის ზეწოლის შემთხვევაში საყლაპავი მილისა და კუჭის ვარიკოზული ვენებიდან სისხლდენა იშვიათია. აღნიშნული გარემოება იმით აიხსნება, რომ ავთვისებიანი სიმსივნე უფრო ადრე იწვევს ავადმყოფის სიკვდილს, ვიდრე განვითარდებოდეს ვარიკოზი და სისხლდენა.

უნდა აღინიშნოს, რომ პროფუზული სისხლდენა საყლაპავი მილისა და კუჭის ფარდიალური ნაწილის ვარიკოზულად გაგანიერებული ვენებიდან პორტალური ჰიპერტენზიის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი და ამასთან მეტად სახიფათო გართულებაა. ღვიძლის ამა თუ იმ სახის ციროზის დროს იგი ხშირად ავადმყოფის სიკვდილის მიზეზი ხდება. პროფოზული სისხლდენის შეჩერება, პორტალური ჰიპერტენზიის დროს, ხშირად კონსერვატული საშუალებებით არ ხერხდება. ამის მიზეზია: 1. მაღალი წნევა ვარიკოზულად გაგანიერებულ ფენებში (400—

600 მმ. წყლის სვეტისა), 2. ღვიძლის ფუნქციის დაძლეევა და 3. ჰიპერსპლენიზმი, რომელსაც მწვავე თრომბოციტოპენია შოჰყვება.

ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის მასალებით პროფოზული გასტროდუოდენალური სისხლდენა პორტალური ჰიპერტენზიის დროს 18 ავადმყოფს აღენიშნებოდა, რომელთაგან შვიდი გარდაიცვალა (38,7). საყურადღებოა ის გარემოება, რომ განსაკუთრებით მძიმეა სისხლდენის ის შემთხვევები, რომლებსაც ადგილი აქვს ღვიძლშიგნითა ბლოკის, სახელდობრ ღვიძლის ციროზების დროს. კლინიკაში ციროზის დიაგნოზით გატარებული 71 ავადმყოფიდან პროფოზული გასტროდუოდენალური სისხლდენა რვა ავადმყოფს აღენიშნებოდა; აქედან ხუთ შემთხვევაში სისხლდენის შეჩერება შეუძლებელი შეიქნა და ავადმყოფები დაიღუპნენ.

სისხლდენა პორტალური ჰიპერტენზიის დროს დიდი სიძნელეების წინაშე აყენებს კლინიცისტს, სწორი დიაგნოზის დადგენის თვალსაზრისით, ლიტერატურაში საკმაო რაოდენობითაა აღწერილი შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფებს კუჭის სისხლმდენი წყლულის დიაგნოზით რეზექცია უკეთდებათ და განმეორებითი, პროფოზული სისხლდენა ამჟღავნებს ამა თუ იმ სახის პორტალური ჰიპერტენზიის სურათს.

პორტალური ჰიპერტენზიის დროს რენტგენოლოგიურად შეიძლება გამოვლინებულ იქნეს საყლაპავი მილისა და კუჭის ვენების ვარიკოზი. დაავადების დაწყებით პერიოდში ვარიკოზი არაა იმდენად გამოხატული, რომ იგი რენტგენით გამოვლინდეს. ამიტომ ადრეული დიაგნოსტიკისათვის რენტგენოსკოპია და რენტგენოგრაფია საიმედო არაა. მაგრამ თუ ავადმყოფის გაშუქება სისტემატურად ხდება, დაავადებების დაწყების სამი თვიდან ორ წლამდე, რენტგენით გამოჩნდება. თუ როგორ თანდათანობით ფართოვდება ვენები. ოპერაციის შემდეგ ვარიკოზი ქრება და რენტგენზე აღარ ჩანს. რენტგენს იყენებენ იმისათვის, რომ დადგენილ იქნეს, თუ პორტალური სისტემის რომელ სისხლძარღვშია დაბრკოლება. ამ მხრივ რენტგენი ძალიან მნიშვნელოვანი დიაგნოსტიკური საშუალებაა. სპლენოპორტოგრაფია ოპერაციამდე უნდა გაკეთდეს.

ავადმყოფის გასინჯვისას სუპრაჰეპატური ჰიპერტენზიის დროს ყურადღება უნდა მიექცეს სამ ნიშანს: ღვიძლის გადიდებას, ელენთის გადიდებას და მუცლის წყალმანკს. ასციტი იმდენად დამახასიათებელია სუპრაჰეპატური ჰიპერტენზიისათვის, რომ მისი უარსებობა გამორიცხავს პორტალური ჰიპერტენზიის ამ სახეს. ადგილი აქვს აგრეთვე ჰიპერპროთეინემიას და ჰიპოალბუმინემიას, რაც თავისთავად ასციტის გაწვითარების ერთ-ერთი მიზეზია.

თუ ჰიპერტენზია ინტრაჰეპატური ფორმისაა, თითქმის ყოველთვის

ადგილი აქვს ელენთის გადიდებას; ასციტის არსებობა არ არის სავალ-დებულო, მაგრამ თუ ასციტი განვითარდება, ეს იმას ნიშნავს, რომ დაავადება უკვე შორსწასულია.

თუ ასციტი განვითარებულია გულის, თირკმლების დაავადების ან შიმშილის შედეგად, მაშინ უნდა ვიფიქროთ ღვიძლის დაავადებაზე და ბოდკიარის სინდრომზე. ასციტის სწრაფმა განვითარებამ შეიძლება გამოიწვიოს დეჰიდრატაცია და ჰიპოპროთეინემია. კანის ტურგორი ქვეითდება, კუნთები კარგავს ტონუსს, ავადმყოფს სახე გამხდარი აქვს, პერიფერიული შეშუპება არ აღენიშნება. პერიფერიულ შეშუპებას ადგილი აქვს იმ შემთხვევაში, როდესაც ასციტთან ერთად ჰიპოპროთეინემიაც აღინიშნება. ღვიძლის ციროზს ახასიათებს ნატრიუმის შეკავება: ჰიპოალბუმენემია, მაღალი მუცელშიდა წნევა (წყალმანკის გამო). ყველა ზემოჩამოთვლილი მოვლენის კომბინაციის შედეგად შეიძლება მწოლიარე ავადმყოფს შეშუპება განუვითარდეს. შეშუპება ვრცელდება ზურგზე, გავაზე და ქვემო კიდურებზე. საერთოდ პორტალური ჰიპერტენზიის დროს სპლენომეგალია თითქმის ყოველთვისაა გამოხატული, მაგრამ უნდა გვახსოვდეს, რომ ელენთის ოდენობამ 2—3-ჯერ უნდა მოიმატოს, რომ იგი ხელით შესაგრძნობი გახდეს; ელენთა პირველ რიგში იზრდება სიღრმეში. ამ დროს კი მისი გასინჯვა შეუძლებელია. თუ მუცელი ძალიან გადიდებულია და დაჭიმულია ასციტური სითხით, ელენთის გადიდების ამოცნობა მით უფრო ძნელდება. ელენთის გადიდების დადგენა პერკუსიითაც მცირე მონაცემებს იძლევა.

პორტალური სისხლმიმოქცევა ყველა სხვა მიდამოს ვენური სისხლმიმოქცევისაგან განსხვავდება ოთხი ძირითადი ნიშნით:

1) ნორმალურ პირობებში მასში სისხლის წნევა შედარებით მაღალია; კარის ვენაში იგი, ჩვეულებრივ, უდრის სინდიყის სვეტის 12—13 მმ, იმ დროს, როდესაც ღრუ ვენაში 1 — 3 მმ-ია;

2) გასტრო-ინტენსტინალური ტრაქტის ვენური სისხლი გაერთიანებულია ერთ სისხლძარღვში, კარის ვენის სახით; სანამ ღვიძლის ვენებით ქვემო ღრუ ვენაში გადავა, გაივლის ღვიძლის სინუსოიდებსა და კაპილარებს. სისხლის მიმოქცევის ასეთი თავისებურება საჭიროებს მაღალ წნევას კარის ვენაში;

3) კარის ვენას, ისე როგორც ქვემო ღრუ ვენას, არ გააჩნია სარქველები;

4) ვენური დრენაჟი, საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის სპლანქნიკურ ლიმფურ სისტემასთან ერთად, წარმოადგენს. მიღებული საკვების გადაცემის ერთადერთ გზას.

უნდა აღინიშნოს, რომ დიაგნოსტიკურ მეთოდთა შორის ამჟამად

ყველაზე მეტად გავრცელებულია სპლენომანომეტრია და სპლენოპორტოგრაფია. მრავალი დიაგნოსტიკური საშუალების მიუხედავად, გარკვეულ შემთხვევებში, პორტალური ჰიპერტენზიის დიაგნოზი დაუზუსტებელი რჩება.

როგორც უკვე ნათქვამი იყო, პორტალური ჰიპერტენზია, გარკვეულ შემთხვევებში, ოპერაციულ მკურნალობას საჭიროებს.

პორტალური ჰიპერტენზიის შემთხვევაში ოპერაციულ ჩარევას ორი მომენტი განაპირობებს: ვარიკოზული სისხლდენა და თვით პორტალური ჰიპერტენზიის სურათი.

საერთოდ უნდა აღინიშნოს, რომ პორტალური ჰიპერტენზიის მკურნალობა მძიმე და ჯერ კიდევ გადაუჭრელი პრობლემაა.

ძირითადი ოპერაციული მეთოდები პორტალური ჰიპერტენზიის დროს შესაძლებელია შემდეგნაირად იქნეს სისტემატიზებული:

1) ასციტური სითხის მოშორება (პარაცენტეზი); 2) დრენაჟური სისტემის შექმნა, რაც ითვალისწინებს ასციტური სითხის სისტემატურ გადასვლას მუცლის ღრუდან სხვა ღრუებში, ან ორგანოებში, მაგალითად, მუცლის ღრუს შეერთება პლევრის ღრუსთან, შარდის ბუშტთან და სხვ., 3) ორგანოებთან სისხლის მიტანის შეზღუდვა მათი სისხლავსების შემცირების გზით (მაგალითად, ელენთის ან ღვიძლის არტერიის გადაკვანძვა); 4) გაგანიერებული ვენების გამოთიშვა კუჭიდან და საყლაპავი მილიდან სისხლდენის შეწყვეტის მიზნით; 5) პორტაკავალური ანასტომოზები; 6) სპლენექტომია, ზოგიერთი ვენის გადაკვანძვით; 7) სპლენექტომია პორტაკავალურ ანასტომოზთან ერთად: 8) კუჭის რეზექცია; 9) კუჭისა და საყლაპავი მილის რეზექცია, და მრავალი სხვ.

უნდა აღინიშნოს, რომ, ზოგიერთი დასახელებული მეთოდთაგანი დიდი ხანია მივიწყებულია ქირურგიულ პრაქტიკაში და მათ ამჟამად აღარ იყენებენ.

პორტალური სისხლის პირდაპირი გადანაცვლება ღვიძლის შემოვლით, პირველად ეკმა (1877) ჩაატარა; მან გვერდითი ანასტომოზი დაადო ქვემო ღრუ ვენასა და კარის ვენას შორის. ანასტომოზის განხორციელების შემდეგ კარის ვენა გადაიკვანძა ღვიძლთან ახლოს, ისე, რომ პორტალური სისხლი მთლიანად გადავიდა ქვემო ღრუ ვენაში და ასცდა ღვიძლს. მართალია, ეს ოპერაცია სასარგებლო აღმოჩნდა. მაგრამ, მიუხედავად ამისა, 1945 წლამდე, იგი არ იყო სათანადოდ გავრცელებული.

პორტალური ჰიპერტენზიის დროს შეიძლება გაკეთდეს სპლენექტომია; ვინაიდან ამ დროს ელენთა ხშირად გადიდებულია, ადგილი აქვს ციროზს. სპლენექტომია კარგ შედეგს იძლევა იმ შემთხვევაში, თუ პორტალური ჰიპერტენზია გამოწვეულია ელენთის გადიდებით.

ანდა ელენთის ვენის გაუვალობით. ელენთის ამოკვეთა ხშირად კარგ შედეგს იძლევა პორტალური ჰიპერტენზიის დროს. მაგრამ, ამასთან, საჭიროა გაკეთდეს სპლენორენალური ან პორტაკავალური ანასტომოზი. დაგვიანებულ შემთხვევაში მისი განხორციელება შეუძლებელია. როდესაც პორტალური ჰიპერტენზიის მიზეზი უშუალოდ ელენთა და ელენთის ვენის დახშობაა, სპლენექტომია არჩევით ოპერაციად ითელება. ჩვენი აზრით, ამ დროს პორტაკავალური, ანდა პორტარენალური ანასტომოზი უკვე საჭირო აღარ არის.

როგორც ზემოთ მოყვანილი მასალები ნათელყოფს, პორტალური ჰიპერტენზიის სამკურნალოდ მრავალი მეთოდია მოწოდებული, მაგრამ, მიუხედავად ამისა, მისგან რადიკალურად განკურნების საკითხი ჯერჯერობით პრობლემატურია.

მნიშვნელოვანი ფაქტორია დიაგნოსტიკის კიდევ უფრო გაუმჯობესება. ოპერაციის ზუსტი ჩვენებების ჩამოყალიბება, მაღალი ოპერაციული ტექნიკა, სათანადო გაუტკივარების გამოყენება და სხვ. ყოველივე ზემოთ აღნიშნული კიდევ უფრო აუმჯობესებს ამ ესოდენ მძიმე და ამავე დროს რთული პათოლოგიის მკურნალობას.

საერთოდ შეიძლება ითქვას, რომ პორტალური ჰიპერტენზიის როგორც დიაგნოსტიკის, ისე მკურნალობის საკითხები საკმაოდ რთულია, რის გამოც საჭიროა შემდგომი კვლევა-ძიება.

ახლა კი გავარჩიოთ ავადმყოფი ელენთის პათოლოგიით.

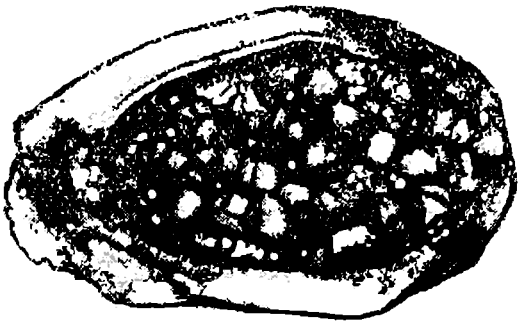
ავადმყოფი რ. ტ., ქალი, 38 წლის, მიღებულია კლინიკაში სიმსივნის გამო მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში, პერიოდულად ცხვირიდან სისხლდენით. ორი თვეა, რაც მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში შეამჩნია სიმსივნე.

როგორც ვხედავთ, მუცლის მარცხენა ნახევარი თეძოს ძვლის ფრთის ზემო წვეტამდე მთლიანად დაკავებული აქვს მომკვრივო კონსისტენციის შეხებით უმტკივნეულო სიმსივნეს.

ლაბორატორიული გამოკვლევიდან სისხლის ანალიზი ასეთ სურათს იძლევა: ერითროციტები — 4.500.000, ჰემოგლობინი — 60%; ფერადობის მაჩვენებელი — 0,6, ლეიკოციტები — 6.000, ჩხირბირთვიანები 6%, სეგმენტბირთვიანები — 52%, ლიმფოციტები — 22%, მონოციტები — 16%, ეოზინოფილები — 4%, ედრ — 20 მმ/საათ. ანიზოციტოზი ერთეული მიკროციტებისა და მაკროციტოზის ხარჯზე.

გაუკეთდა ელენთის პუნქცია. პუნქტატის გამოკვლევის დასკვნაა — მიღებული მასალა პერიფერიული სისხლია.

სპლენოპორტოგრაფია: მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში გადიდებული ელენთის საპროექციო არეში გაკეთდა ნემსით ჩხვლეტა ელენთის პუნქცია. ნემსში სისხლის წვეთის გამოჩენისას აღებულია სისხლი ციტოლოგიური გამოკვლევისათვის.



სურ. 46. ნაღვლის ბუშტი კენჭებით.

გაიზომა ელენთის შიდა წნევა, რაც უდრის 32 მმ წყლის სვეტისას.

ელენთაში შეყვანილია საკონტრასტო ნივთიერება დიადონის 70%-იანი ხსნარი, 30.0 8 წამ-ს განმავლობაში და გადაღებულია რენტგენოგრამა.

რენტგენოგრამაზე: საკონტრასტო ნივოიერება ელენთაა ავსებს მთლიანად. კონტრასტი გადადია ელენთის ვენებში. პორტალურ სისტემაში კონტრასტი არ გადადის, რაც მეტყველებს ელენთის ვენების თრომბოზზე.

დასაწყისში შეეეხეთ ავადმყოფ ქალს და აღვნიშნეთ, რომ ვფიქრობდით მწვავე ქოლესცისტიტზე, რომელიც მოითხოვს სასწრაფო ოპერაციას. ავადმყოფს გაუკეთდა ოპერაცია და აღმოჩნდა მწვავე კენჭოვანი ქოლეცისტიტი.

ნაღვლის ბუშტში სხვადასხვა ზომის 21 კენჭია, თვით კედელი კი განიცდის ფლეგმონოზურ ცვლილებას.

თრომბოემბოლიური დაავადება

ავადმყოფი ვ. ვ., მამაკაცი, 32 წლის, მიღებულია კლინიკაში როგორც სასწრაფო შემთხვევა, ტკივილით მარჯვენა ქვემო კიდურში.

როგორც ავადმყოფი აღნიშნავს, რამდენიმე წელია დაავადებულია ენდოკარდიტით. უკანასკნელი სამი წლის განმავლობაში ორჯერ აქვს გადატანილი გულის ინფარქტი. შემოსვლამდე ორი დღით ადრე მარჯვენა ქვემო კიდურში იგრძნო ძლიერი ტკივილი; როგორც აღნიშნავს, კიდური გაფერმკრთალდა. შემოსვლისას ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა მძიმეა, პულსი 76′, საშუალო ავსებისა და დაჭიმულობის. მარჯვენა ქვემო კიდური ციანოზურია, შეშუპებულია, ტერფისა და წვივის მიდამოში, ალაგ-ალაგ აღინიშნება ლაქები. პულსაცია ტერფ-ზურგის, წვივის უკანა და მუხლქვეშა ფოსოში არ შეიგრძნობა; მარჯვენა ბარძაყის არტერიაზე პულსაცია, მარცხენასთან შედარებით, გაძლიერებულია. პროთრომბინის ინდექსი — 81%.

ელექტროკარდიოგრამა: რითმი სინუსური, 70[1], აღინიშნება ქრონიკული კორონალური უკმარისობა. გულის კუნთის უკანა კედელზე—ნაწიბური.

მიღებისას გაუკეთდა ორმხრივი პარანეფრული ბლოკადა, დაენიშნა ანტიკოაგულანტები და ანტიბიოტიკები. მიღებიდან მე-5 დღეს გაუკეთდა მარჯვენა ქვემო კიდურის ამპუტაცია ბარძაყის შუა მესამედში. ავადმყოფს განუვითარდა სისხლის მიმოქცევის უკმარისობა მარცხენა ქვემო კიდურში; ჩანს ტერფის მეოთხე თითი განგრენოზულია.

ავადმყოფი ს. ს., მამაკაცი, 29 წლის, მიღებულია კლინიკაში როგორც სასწრაფო შემთხვევა, ტკივილით მარჯვენაქვემო კიდურში და შემსივნებით. როგორც ავადმყოფი გადმოგვცემს, რამდენიმე წლის წინათ დაავადებული იყო რევმატიზმით, შემდეგ განუვითარდა ენდოკარდიტი და ბოლოს გულის კომბინირებული მანკი. სხვადასხვა სამკურნალო დაწესებულებაში ჩატარებული აქვს კონსერვატული მკურნალობა. ოთხი თვის წინათ განუვითარდა მარცხენამხრივი ჰემოპარეზი. შემოსვლამდე სამი დღით ადრე მარჯვენა ქვემო კიდურში იგრძნო ძლიერი ტკივილი, კიდურმა ჩვეულებრივი ფერი დაკარგა.

შემოსვლისას: მდგომარეობა მძიმე, პულსი 86[1], საშუალო ავსებისა და დაჭიმულობის, მარჯვენა ქვემო კიდური ციანოზური, შეშუპებული, შეხებით ცივი. პულსაცია ტერფ-ზურგის, წვივის უკანა და მუხლ-

ქვეშა არტერიაზე არ ისინჯება. მარჯვენა ბარძაყის არტერიაზე მარცხენასთან შედარებით გაძლიერებულია. პროთრომბინის ინდექსი 70%. ელექტროკარდიოგრამაზე აღინიშნება კორონალური უკმარსობა.

ექიმ-ნევროპათოლოგის კონსულტაცია: თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლის ნიშნები (ემბოლური წარმოშობის), აქვს მარცხენა-მხრივი ჰემიპარეზი.

მსოფლიოში პირველად 1894 წელს საბანეევმა დასვა ბარძაყის არტერიის ემბოლის დიაგნოზი და ავადმყოფს გაუკეთა ოპერაცია. ემბოლი ვერ იპოვა და სისხლის ძარღვი გაკერა. ავადმყოფი ოპერაციის შემდეგ მოკვდა და გაკვეთაზეც არ აღმოჩენილა ემბოლი; ამრიგად, უნდა ვიფიქროთ, რომ საქმე ეხებოდა არტერიის სპაზმს, მაგრამ ემბოლიის შემთხვევაში ემბოლექტომიის იდეა ეკუთვნის საბანევს. მას შემდეგ მსხვილი სისხლის ძარღვების თრომბოემბოლიური დაავადების ოპერაციული მკურნალობა მრავალმა გამოჩენილმა დასტაქარმა სცადა (ქარელი, მერფი, ლერიში, სკიასი, პრუ, ლეჟარი და სხვ.), მაგრამ არადამაკმაყოფილებელი შედეგით.

მოინახენმა 1897 წელს პირველმა ამოიღო ემბოლი მუხლქვეშა არტერიიდან, თუმცა ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფი დაიღუპა.

იმავე წელს ვრედენიც შეეცადა ემბოლის ამოღებას მუცლის აორტის გაორკაპებიდან, ესეც უშედეგოდ.

დობერ რაუერმა და სტიუარტმა 1907 წელს გააკეთეს ემბოლექტომია. ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფს განუვითარდა მეორადი თრომბოზი.

1907 წელს ტრენდელენბურგმა ფილტვის არტერიის ემბოლიის დროს ჩაატარა ემბოლექტომია. ამ ოპერაციას მისი სახელი დაერქვა, მაგრამ ფილტვის არტერიიდან ემბოლის ამოღება დადებითი შედეგით მხოლოდ კირშნერმა შესძლო. ამჟამად ცნობილია ფილტვის არტერიის ემბოლექტომიის ათზე მეტი შემთხვევა კარგი შედეგით.

1911 წელს ლაშეიმ ამოიღო ბარძაყის არტერიიდან ემბოლი, დაავადების დაწყებიდან 6 საათის შემდეგ.

ბაუერმა ემბოლექტომია ჩაატარა აორტის გაორკაპებიდან კარგი შედეგით.

1926 წელს კეიმ შეაგროვა ემბოლექტომიის 45 შემთხვევა, რომელთაგან 30%-ში ოპერაციის შედეგი დადებითი იყო, 10 შემთხვევა თვითონ კეის ეკუთვნოდა.

1928 წლისათვის სკანდინავური ქვეყნების ქირურგებს უკვე გაკეთებული ჰქონდათ ემბოლექტომია კარგი შედეგით 150 ავადმყოფზე. ამის შემდეგ ემბოლექტომიის რაოდენობა სწრაფად გაიზარდა. შორეულ შედეგებზე დაკვირვებებმა ცხადყო, რომ ხუთი წლის განმავლობაში ცოცხლობს ნაოპერაციები ავადმყოფების 25%.

საბჭოთა პერიოდულ ლიტერატურაში გამოქვეყნებულია ემბოლექ-

ტომიის ცალკეული შემთხვევები. ეს ოპერაცია მრავალმა გამოჩენილმა საბჭოთა ქირურგმა გააკეთა, მაგრამ ოპერაციის შემდეგ ცირკულაცია არ აღდგა, რადგან ოპერაციები კეთდებოდა დაგვიანებით (ვრედენი, ჯანელიძე, რუბაშევი, ბაკულევი, დავიდოვი, ბლინოვი, უბერი, ჩაჩავა და სხვ.). აგლობინამ ამ საკითხს მიუძღვნა თავისი მონოგრაფია.

ხაიმოვიჩის 330 შემთხვევიდან დაიღუპა ავადმყოფთა მხოლოდ 25%. მიუხედავად ამისა, ემბოლექტომია არის სისხლის მიმოქცევის აღდგენის ერთადერთი საშუალება, რომლის გარეშეც კიდური ჩვეულებრივ იღუპება.

პრეტმა 1950 — 1954 წწ. განმავლობაში გააკეთა 52 ემბოლექტომია, რის შედეგადაც კიდურში სისხლის მიმოქცევა აღდგა 60%-ში. დანარჩენ შემთხვევაში საჭირო შეიქნა კიდურის ამპუტაცია.

ანერეს ემბოლექტომიის 10 შემთხვევიდან შვიდი ავადმყოფი დაიღუპა, სამს განუვითარდა კიდურის განგრენა.

თრომბოემბოლიის პრობლემა მჭიდროდაა დაკავშირებული სისხლის ქიმიზმის შეცვლასა და სისხლის მიმოქცევის დარღვევასთან. დიდი მნიშვნელობა აქვს გულის დაავადებებს. თრომბოემბოლიის განვითარებას პირველ რიგში ხელს უწყობს ენდოკარდიტი, სისხლის ნაკადის შენელება, სისხლის თვისობრივი შეცვლა, ინტიმის დაზიანება.

თრომბოემბოლიური დაავადების ეტიოპათოგენეზში დიდი ხვედრითი წონა აქვს ინფექციას. ხშირად ამ პროცესს წინ უძღვის ინფექციური დაავადებები: ტიფები, წითელა, ხუნაგი, ფილტვების ანთება, წითელი ქარი, მშობიარობის შემდგომი სეფსისი და სხვ.

მწვავე არტერიული გაუვალობა უფრო ხშირად გვხვდება ქვემო კიდურებზე, ვიდრე ზემოთ; შედარებით უფრო ხშირია ბარძაყის, თეძოს, მუხლქვეშა არტერიებში და აორტის გაორკაპების დონეზე. თრომბოზი ხშირად ვითარდება ვენურ სისტემაში.

ლუბარშის მომაცემებით ყველა თრომბოზის 80% ვენებზე მოდის. თრომბოზი შეიძლება მეორადი იყოს და განვითარდეს ემბოლის ნიადაგზე. თრომბი შეიძლება წარმოიშვას: 1) აორტის ზემო მონაკვეთში, 2) გულის მარცხენა ნახევარში, 3) ფილტვის ვენებში, 4) გულის მარჯვენა ნახევარში, 5) სისხლის მიმოქცევის დიდი წრის ვენებში. ამ უკანასკნელში თრომბის წარმოშობის შედეგად ემბოლი შეიძლება ოვალური ხვრელის საშუალებით მარჯვენა გულიდან გადავიდეს მარცხენა გულში, რასაც პარადოქსულ ან ჯვარედინ ემბოლს უწოდებენ. კონჰეიმმა 1877 წელს პირველად აღწერა პარადოქსული ემბოლია. ემბოლი უხშირესად გულის მარცხენა ნახევრის თრომბის შედეგად წარმოიშობა. შემთხვევათა 96%-ში გულის მარცხენა ნახევრის რევმატული დაავადება ემბოლიას იძლევა. გულის დაავადებით დაღუპულ ავადმყოფთა 25%-ს აღენიშნება ემბოლი. ემბოლის წარმოშობისა და გამოვლენის

ხელშემწყობ ფაქტორად შეიძლება გახდეს ესა თუ ის ოპერაცია, მშობიარობა, აორტის ძლიერი სკლეროზი, გვირგვინოვანი არტერიების გაუვალობა, აურიკულარული ფიბრილაცია და სხვა. გულის ყურზე და პარკუჭზე ლოკალიზებული ემბოლი გულის ძლიერი შეკუმშვის შედეგად შეიძლება მოწყდეს და პერიფერიული სისხლის ძარღვში მოხვდეს.

სისხლის ნაკადში მოხვედრილი ემბოლი ჩერდება სისხლის ძარღვების გაყოფის მიდამოში. შემთხვევათა თითქმის 50%-ში ემბოლი ლოკალიზდება იქ, სადაც ბარძაყის არტერიას გამოეყოფა ბარძაყის ღრმა არტერია, უფრო იშვიათად — მუხლქვეშა არტერიის გაყოფის ადგილზე. ემბოლია ძალიან იშვიათია ზემო კიდურის სისხლის ძარღვებში.

ემბოლის შეჩერებისთანავე ვითარდება არა მარტო იმ სისხლძარღვის სპაზმი, რომელშიც იგი ლოკალიზდება, არამედ კოლატერალურ სისხლძარღვების სპაზმიც; თუმცა ეს მოვლენა ორგანიზმის დაცვითი რეაქციის გამოვლენაა და ხელს უშლის ემბოლის პერიფერიულად თრომბოზის გავრცელებას, სპაზმი თავისთავად აღრმავებს დაავადების სიმძიმეს.

მსხვილი სისხლძარღვების მწვავე გაუვალობის კლინიკური ნიშნების გამოვლენაში დიდ როლს ასრულებს პროცესის სწრაფად განვითარება. ამ შემთხვევაში მნიშვნელოვანია არა მარტო სისხლძარღვის სანათურის დახშობა, არამედ სისხლძარღვების სპაზმიც.

ემბოლის ზევით სისხლის ძარღვი განიერდება, პულსაცია ძლიერდება, ქვემოთ კი, პირიქით, სისხლძარღვი ვიწროვდება. სიმეტრიული არტერიებიდან ერთ-ერთის ემბოლია იწვევს მოპირდაპირე, თანამოსახელე არტერიის სპაზმს. სპაზმური მოვლენები უფრო გამოხატულია სათანადო მაგისტრალის კოლატერალურ სისტემაში.

პრაქტიკული თვალსაზრისით ფრიად საინტერესოა ის გარემოება, რომ ვენების თრომბოზის დროს ადგილი აქვს თანამგზავრ არტერიის ძლიერ სპაზმს.

ემბოლიის კლინიკა უფრო ხშირად ფრიად დამახასიათებელ სურათს იძლევა: დაავადება მწვავედ იწყება, უეცარი ძლიერი ტკივილით კიდურში; ავადმყოფი ითხოვს შველას და მისი დაწყნარება რჩევა-დარიგებით შეუძლებელია. ტკივილები იმდენად ძლიერია, რომ შეიძლება შოკი გამოიწვიოს. ტკივილები ლოკალიზდება ემბოლის არეში, უფრო ხშირად კი მის დისტალურად. ტკივილების ხარისხი და შოკური მდგომარეობის სიმძლავრე დამოკიდებულია უმთავრესად იმაზე, თუ რომელ სისხლის ძარღვში მოხდა ემბოლი. აორტის გაორკაპების ემბოლიის შემთხვევაში ტკივილები შეიძლება იმდენად ძლიერი იყოს, რომ შოკის შედეგად სიკვდილი გამოიწვიოს.

ობიექტურად აღსანიშნავია კიდურის კანის ფერის შეცვლა, როგორც ამბობენ, კანის მარმარილოსებრი სითეთრე, ტემპერატურის ადგილობრივი დაკლება, კანის მგრძნობელობის დაქვეითება ან სრული მოსპობა. მოძრაობის შეზღუდვა, პულსაციის გაქრობა. ემბოლირებული არის ქვემოთ, ზოგჯერ არტერიის მიმართულებით შეიგრძნობა მომკვრივო ზონარი, რომელიც პულსაციას არ იძლევა. იქ, სადაც პულსაცია ქრება, მის ქვემოთ მდებარეობს ემბოლი. ემბოლის დროს შეიძლება ადგილი ჰქონდეს კიდურის კრუნჩხვას. დამბლა ვითარდება ემბოლის დისტალურად, ავადმყოფი კიდურს ვეღარ ამოძრავებს, რეფლექსები ისპობა.

აორტის გაორკაპების ემბოლიის დროს ძლიერი ტკივილები და დაბუქების შეგრძნება აღინიშნება ორივე ქვემო კიდურში, ორთავეში ქრება პულსაცია. თეძოს საერთო არტერიის ემბოლიის დროს კი ეს მოვლენები მხოლოდ ერთ მხარეზეა გამოხატული. ბარძაყის არტერიის ემბოლიის დროს იგივე მოვლენები აღინიშნება სათანადო მხარეზე. ამ შემთხვევაში გაძლიერებული პულსაცია შეიგრძნობა. ემბოლის ზემოთ, თეძოს არტერიაზე. იშემია თავს იჩენს ტერფისა და წვივის მიდამოში.

ემბოლიის დიფერენცირება თრომბოზისგან შეიძლება დაავადების მიმდინარეობის მიხედვით. თრომბოზი თანდათანობით ვითარდება, ემბოლია კი უაღრესად მწვავედ იწყება და გარკვეული დროის გავლის შემდეგ გადადის თრომბოზში.

ემბოლიის გამოცნობა უფრო ხშირად ადვილია; მნიშვნელობა აქვს დაავადების დაწყების სწორ ანალიზს. ყურადღება უნდა მიექცეს ხუთ წამყვან სიმპტომს: ტკივილს, კიდურის დამბლას, კანის ფერმკრთალობას, პულსის გაქრობას და ტემპერატურის დაქვეითებას.

ზოგჯერ თრომბოფლებიტური პროცესი იძლევა ემბოლიის სიმულაციას. ამიტომ საჭიროა დიფერენციული დიაგნოზის გატარება თრომბოფლებიტსა, ემბოლიასა და პირველად თრომბოზს შორის.

თრომბოზი შეიძლება განვითარდეს ტრავმის შედეგად; ამ შემთხვევაში გულის დაავადებას შეიძლება არ ჰქონდეს ადგილი, მაგრამ დიდი მნიშვნელობა აქვს არტერიოსკლეროზს.

აღსანიშნავია, რომ თრომბოფლებიტის დროს ზოგჯერ ვითარდება თანამოსახელე არტერიის სპაზმიც, რაც ძალიან ჰგავს ემბოლიას, მაგრამ უკანასკნელისაგან განსხვავებით აქ ადგილი აქვს კიდურის შეშუპებას; კიდურის ტემპერატურის დაკლება პირველ ხანებში არ აღინიშნება: კანის სიმკრთალის ნაცვლად შეიძლება გამოხატული იყოს ციანოზი. ასეთი მოვლენები აღწერილია ლიტერატურაში, აგრეთვე ჩვენ ორ ავადმყოფსაც ჰქონდა.

საჭიროა ყურადღების გამახვილება იმაზე, თუ რითი არის გამოწვეული მწვავე არტერიული გაუვალობა — სისხლძარღვთა სანათურის დახშობით, თუ სპაზმით. დინამიურმა გაუვალობამ, თუ დროულად არ იქნება მიღებული. ზომები, შეიძლება გამოიწვიოს სისხლძარღვის კედლის მეორადი ცვლილებები და თრომბის განვითარება. ამიტომ დაავადების დასაწყის ფაზაში დიდი მნიშვნელობა აქვს დინამიკური გაუვალობის გარჩევას მექანიკურისაგან. დროულად უნდა იქნეს გამოყენებული ანტისპაზმური საშუალებები სანარკოზო ნივთიერებები, ნოვოკაინის ბლოკადა.

ამ მედიკამენტების ხმარებას ორგვარი მნიშვნელობა აქვს: არტერიების სპაზმის დროს ისინი ეფექტური სამკურნალო საშუალებებია, მექანიკური დახშვის დროს კი არ იძლევა შედეგს და, მაშასადამე, კარგი სადიაგნოზო საშუალებაა.

როგორც ზემოთ უკვე იყო ნათქვამი, ვენების თრომბოზი ზოგჯერ იძლევა სათანადო არტერიების ძლიერ სპაზმს და ემბოლიით გამოწვეული მწვავე არტერიული გაუვალობის მსგავს კლინიკურ სურათს (ლერიში, აგლობლინა და სხვ.).

პალინმა 1929 წელს აღწერა შემთხვევა, როცა ორივე თეძოს არტერიის მწვავე არტერიული გაუვალობის ტიპური მოვლენების დროს, საოპერაციო მაგიდაზე აღმოჩნდა ორივე თეძოს ვენის თრომბოზი—სათანადო არტერიების ძლიერი სპაზმით. მეორე შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა ბარძაყის არტერიის მწვავე გაუვალობის კლინიკურ სურათს, ოპერაციის დროს კი აღმოჩნდა ბარძაყის ვენების თრომბოზი — სათანადო არტერიების ძლიერი სპაზმით (1935 წ.).

მერკეს (1935) შემთხვევაში ავადმყოფს მუცლის ტიფის შემდეგ განუვითარდა მწვავე არტერიული გაუვალობის კლინიკური სურათი: დაისვა მარცხენა თეძოს არტერიის მწვავე გაუვალობის დიაგნოზი და გაკეთდა ოპერაცია, რომლის დროსაც აღმოჩნდა საზარდულის მიდამოს ლიმფადენიტი, რაც იწვევდა არტერიულ გაუვალობას. არტერიის გამოყოფის შემდეგ პულსაცია აღსდგა.

საკუთარი გამოცდილების საფუძველზე მოგვყავს რამდენიმე შემთხვევა, რომელიც ინტერესს არაა მოკლებული როგორც დიაგნოსტიკის, ისე მკურნალობის თვალსაზრისითაც.

ავადმყოფი ვ. ნ., 32 წლის ქალი, შემოვიდა კლინიკაში როგორც სასწრაფო შემთხვევა, მარცხენა ქვემო კიდურის განგრენის დიაგნოზით, ავადმყოფს ჰქონია ნორმალური მშობიარობა, მშობიარობის შემდგომი პერიოდი—სადა; ავადმყოფს დაემართა ფილტვების ანთება, რის გამოც იწვა რაიონის საავადმყოფოში. დაავადების მე-10 დღეს, დილის 10 საათზე ავადმყოფი პირველად ადგა ლოგინიდან და წავიდა საპირფარეშო-

ში. რამდენიმე მეტრის გავლის შემდეგ იგრძნო ძლიერი, უეცარი ტკივილი მარცხენა თეძოს ფოსოს მიდამოში, რომელიც გაგრძელდა მარცხენა ქვემო კიდურის მთელ სიგრძეზე. ტკივილებს მოჰყვა კიდურის კანის ფერის შეცვლა, ციანოზი და გაცივება, კიდური შეუსივდა; ავადმყოფი იმავე დღეს მოათავსეს რაიონის საავადმყოფოში, საიდანაც გამოგზავნეს კლინიკაში კიდურის განგრენის დიაგნოზით.

მოყვანისას მაჯა სუსტი ავსების, წუთში 130, სუნთქვა 20[1], ტემპერატურა 36,8°, გულის საზღვრები გადიდებული, ტონები სუფთა. ფილტვებში აუსკულტაციით წვრილბუშტუკოვანი ხიხინი. მარცხენა ქვემო კიდური მთელ სიგრძეზე შეშუპებულია, ციანოზური, ცივი, მარცხენა ბარძაყის გარშემოწერილობა მარჯვენასთან შედარებით 11 სმ მეტია, ხოლო წვივის გარშემოწერილობა 6 სმ. ტერფის, მუხლქვეშა, ბარძაყის არტერიებზე პულსაცია არ ისინჯება. ავადმყოფს აქვს კიდურის ძლიერი ტკივილი; გაუკეთდა ბლოკადა ნოვოკაინის ხსნარით, მაგრამ უშედეგოდ; დაისვა ბარძაყის არტერიის ემბოლიის დიაგნოზი, რის გამოც გაკეთდა სასწრაფო ოპერაცია ადგილობრივი გაუტკივარებით. განაკვეთი გატარებულია ბარძაყის წინა მედიალურ ზედაპირზე, ბარძაყის არტერიის საპროექციო არეში, სიგრძით 25 სმ, გამოიყო სისხლძარღვთა კონა (არტერია და ვენა). მთელ სიგრძეზე არტერია და ვენა შეზრდილია ირგვლივ მყოფ ქსოვილთან და ერთიმეორესთან; არტერია წარმოადგენს ზონარს, რომელიც მთელ სიგრძეზე არ იძლევა პულსაციას, ჭრილობა გაფართოვდა ზემო მიმართულებით. პუპარტის იოგის ზემოთ თეძოს გარეთ არტერიაზე ნათლად ჩანს პულსაცია. არტერია აღებული იყო პროვიზორულ ლიგატურაზე და დაიწყო მისი განცალკევება შეზრდილი ვენისაგან, პერიფერიული ბოლოდან ჰუნტერის არხამდე. გამოყოფისთანავე არტერიაზე გაჩნდა პულსაცია. არტერიის განთავისუფლებასთან ერთად პულსაცია გავრცელდა პერიფერიულადაც. ამის შემდეგ მთელს სიგრძეზე გამოიყო ვენა, რომელიც მკვეთრად გაგანიერებული და თრომბირებულია. ვენა გადაიკვანძა ორ ლიგატურას შორის და ამოიკვეთა. ჭრილობა გამოირეცხა ნოვოკაინის თბილი ხსნარით. ჭრილობა გაიკერა შრეების მიხედვით. ავადმყოფს დაენიშნა პენიცილინი და სტრეპტომიცინი, კუნთებში.

შემდეგ დღეებში ავადმყოფის მდგომარეობა თანდათან გაუმჯობესდა, შესიება გაქრა, პულსაცია აღდგა. კიდურში მოძრაობა თავისუფალია. ავადმყოფი გაეწერა კლინიკურად განკურნებული.

ავადმყოფი ბ. გ., ქალი, 70 წლის, მიღებულია კლინიკაში, როგორც სასწრაფო შემთხვევა — მარცხენა ქვემო კიდურის ტკივილის, გაცივების, სილურჯის, მოძრაობის შეზღუდვისა და მგრძნობელობის დაქვეითების გამო. ერთი თვის წინ ავად იყო ფილტვების ანთებით, რის შემდეგ კარგად გრძნობდა თავს. ავადმყოფმა უეცრად იგრძნო ძლიერი

ტკივილი მარჯვენა ქვემო კიდურში. ტკივილი დაეწყო წელიდან და გაგრძელდა ქვემო კიდურისაკენ. ტკივილს მოჰყვა მარცხენა ქვემო კიდურის ძლიერი გაცივება. სიცივის შეგრძნება ისეთი იყო, თითქოს მას კიდურზე ყინული ედო; კიდურის გაცივებას მოჰყვა კანის ფერის შეცვლა, ციანოზი; ციანოზი დაეწყო თითებიდან და სწრაფად გავრცელდა პროქსიმალურად. კიდური შეუსივდა, მოძრაობა მოესპო.

კლინიკაში შემოსვლისას მარცხენა ქვემო კიდური მთელ სიგრძეზე გალურჯებულია და ცივი. პერიფერიულ არტერიებზე: ტერფის, მუხლქვეშა და ბარძაყის არტერიაზე. პულსაცია არ ისინჯება. მარცხენა ბარძაყის, მუხლის სახსრისა და წვივის გარშემოწერილობა შუა მესამედში 2 სმ-ით მეტია მარჯვენაზე. ავადმყოფს გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია ადგილობრივი გაუტკივარებით; ავადმყოფის მოყვანიდან ერთი საათისა და დაავადების დაწყებიდან 9 საათის შემდეგ განაკვეთი — მარცხენა სკაპრეს სამკუთხედში, ბარძაყის სისხლის ძარღვების გასწვრივ, საზარდულის იოგიდან ბარძაყის შუა მესამედამდე. ქსოვილები გაიკვეთა შრეების მიხედვით, აღმოჩენილი იყო ბარძაყის არტერია და ვენა. აღინიშნება ბარძაყის ვენის ანთება. ვენა მთელ სიგრძეზე შეხორცებულია ირგვლივ მყოფ ქსოვილებთან და ბარძაყის არტერიასთან. პალპაციით არტერიაზე პულსაცია შეიგრძნობა საზარდულის იოგის ზემოთ, ქვემოთ პულსაცია არ არის. ბარძაყის არტერია გამოყოფილი იყო ვენისაგან — 8—10 სმ-ით, რის შემდეგაც არტერიის სპაზმი გაქრა: პულსაცია აღდგა. ბარძაყის ვენაზე პალპატორულად შეიგრძნობა თრომბული მასა; ვენის გახსნის შემდეგ ამოღებული იყო თრომბი, ვენა გადაიკვანძა ორი აბრეშუმის ძაფის დიგატურით და ამოიკვეთა. ჭრილობაში შეყვანილი იყო პენიცილინი; ჭრილობა გაიკერა შრე-შრე. საოპერაციო მაგიდაზე კიდურის კანი გავარდისფერდა, ციანოზი გაქრა, კიდური შესამჩნევად გათბა. ოპერაციის მერვე დღეს ნაკერები მოეხსნა, შეხორცება პირველადი დაჭიმვით. პულსაცია მუხლქვეშა და ბარძაყის არტერიაზე ისინჯება, მაგრამ ჯანმრთელ კიდურთან შედარებით სუსტია; ტერფის არტერიაზე პულსაცია ისინჯება. შემდეგ დღეებში ავადმყოფის მდგომარეობა თანდათან გამოკეთდა, კიდურში ტკივილები გაქრა, მოძრაობა თავისუფალია. ავადმყოფი გაეწერა კლინიკურად განკურნებული.

არტერიული სისხლძარღვების მწვავე გაუვალობა შეიძლება იყოს დინამიკური და მექანიკური. ხაზი უნდა გაესვას იმ გარემოებას, რომ მექანიკური გაუვალობის დროსაც ადგილი აქვს როგორც ძირითადი. ისე კოლატერალური სისხლძარღვების სპაზმს; ამიტომაა, რომ მექანიკური გაუვალობის შემთხვევაში ნოვოკაინის ბლოკადა, მართალია, არ იძლევა სისხლის მიმოქცევის აღდგენას, მაგრამ ნაწილობრივ გაუმჯობე-

სებას მაინც აქვს ადგილი. სათანადო არტერიის ძლიერი სპაზმი ვენების თრომბოზის დროსაც შეიძლება განვითარდეს. არტერიის სპაზმი თუ დროულად არ იქნება მოხსნილი, შეიძლება გადაიზარდოს არტერიის ობლიტერაციად.

სპაზმური მოვლენები აღინიშნება არა მარტო დაჭშული სისხლის ძარღვში, არამედ კოლატერალებშიც. რეფლექსური სპაზმი შეიძლება განვითარდეს მეორე თანამოსახელე არტერიაშიც. ამიტომ ანტისპაზმური საშუალებები მეტად მნიშვნელოვანია როგორც დიაგნოსტიკური, ისე სამკურნალო თვალსაზრისით. მწვავე არტერიული გაუვალობის შემთხვევაში, ანტისპაზმური ნივთიერებები მხოლოდ დამხმარე საშუალებას წარმოადგენენ და მათი გამოყენება არავითარ შემთხვევაში არ უნდა აგვიანებდეს ოპერაციის გაკეთებას, არ უნდა გახდეს დროის დაკარგვის მიზეზი. ანტისპაზმური საშუალებანი რაციონალურად უნდა იქნეს გამოყენებული, ოპერაციის წინ დიაგნოსტიკური მიზნით და ოპერაციის შემდეგ — როგორც სამკურნალო, დამხმარე საშუალება. ქვემო კიდურის მწვავე არტერიული გაუვალობის დროს ნოვოკაინის ბლოკადა კეთდება პარანეფრალურად და ცირკულარულად. ზემო კიდურის არტერიული გაუვალობის დროს კი ვარსკვლავისებური კვანძის, ვაგოსიმპათიკური და ცირკულარული ბლოკადის სახით.

ბლოკადის დიაგნოსტიკური ეფექტისა და სამკურნალო მნიშვნელობის სადემონსტრაციოდ მაგალითი შეიძლება მოვიყვანოთ ჩვენი მასალიდან.

ავადმყოფი მამაკაცი, 30 წლის, კლინიკაში მიღებული იყო, როგორც სასწრაფო შემთხვევა — მარჯვენა ზემო კიდურის ძლიერი ტკივილის გამო.

ერთბაშად დაწყებია ძლიერი ტკივილი მარცხენა ზემო კიდურში, რომელსაც თან დაერთო გულისრევა, პირღებინება, მაღალი სიცხე. კიდურში განვითარდა იშემიური მოვლენები. ყოველივე ამის გამო ზოგადი ნარკოზით გაუკეთდა მარცხენა მხრის ამპუტაცია მის შუა მესამედში; ჭრილობა შეხორცდა, ავადმყოფი საავადმყოფოდან გაეწერა განკურნებული. ისევ დაეწყო ძლიერი აუტანელი ხასიათის ტკივილები მარჯვენა ზემო კიდურში, ავადმყოფის გადმოცემით, ისეთივე ხასიათისა, როგორიც ჰქონდა პირველი ოპერაციის წინ, რის შედეგადაც მან დაკარგა მარცხენა ზემო კიდური.

ავადმყოფი ძლიერ შფოთავს, ოფლიანია, ითხოვს შველას, აწუხებს აუტანელი ტკივილები ხელის მტევნის, წინამხრისა და მხრის მიდამოში, კიდური სუსტად ციანოზურია, სხივის არტერიაზე მაჯისცემა არ ისინჯება, ხელის მტევნისა და წინამხრის ტემპერატურა დაქვეითებულია, შგრძნობელობა დაცულია. გამოითქვა მოსაზრება იღლიის არტერიის უმბოლიის შესახებ, მაგრამ გამორიცხული არ იყო აღნიშნული არტე-

რიის სპაზმი; დაენიშნა ვაგოსიმპათიკური ბლოკადა. ბლოკადის გაკეთებისთანავე ავადმყოფს მოეხსნა ტკივილები, ციანოზი გაქრა, სხივის არტერიის პულსაცია აღდგა. სიმპტომატიკური მკურნალობის შემდეგ ავადმყოფი კლინიკიდან გაეწერა კარგ მდგომარეობაში. ავადმყოფი ამჟამადაც იმყოფება ჩვენი დაკვირვების ქვეშ, მაგრამ რაიმე გართულებას ადგილი არა აქვს.

თრომბოემბოლიური დაავადების დროს, გარდა ანტისპაზმური საშუალებებისა, დიდი მნიშვნელობა აქვს ანტიკოაგულანტების: დიკუმარინის, ჰემარინის, ჰირუდინისა და სხვათა რაციონალურ გამოყენებას.

თრომბოფლებიტური დაავადების შემთხვევაში, როცა საქმე გვაქვს მწვავე არტერიულ გაუვალობასთან, მკურნალობის ეფექტი ბევრად არის დამოკიდებული დროულ ტოპიურ დიაგნოზსა და ნაადრევ ოპერაციაზე, ვინაიდან მხოლოდ ასეთ პირობებშია მოსალოდნელი კარგი, შედეგიანი ემბოლექტომია, სისხლძარღვის გამავლობის სტაბილური აღდგენით. წინააღმდეგ შემთხვევაში იძულებული ვართ გავაკეთოთ არტერიექტომია და როგორც წესი, სისხლძარღვის გამავლობის აღდგენა აღნიშნული მძიმე პათოლოგიური პროცესის შემთხვევაში არ ხერხდება.

მწვავე არტერიული გაუვალობის დროს ემბოლექტომიის საკითხს სწყვეტს არა დღეები, არამედ საათები, ზოგჯერ მნიშვნელოვანია წუთებიც კი. ლიტერატურის მონაცემები მოწმობენ, რომ ემბოლექტომიის შემდეგ სისხლძარღვის მთლიანობის შენარჩუნება შესაძლებელია 10 საათის განმავლობაში დაავადების დაწყებიდან.

უფრო გვიან ჩატარებული ემბოლექტომიის შედეგები უხშირესად მეტად ცუდია. აქედან გამომდინარე, ცხადია, თუ რა დიდი პასუხისმგებლობა ეკისრება ექიმს ავადმყოფის წინაშე, უეცრად დაწყებული მწვავე არტერიული გაუვალობის დროს. ავადმყოფის ბედი მთლიანად დამოკიდებულია დროულ და სწორად მიღებულ ზომებზე. ახლა სამკურნალო ქსელის ზრდა, სასწრაფო დახმარების ორგანიზაცია, ექიმთა სპეციალური დახელოვნება, თანამედროვე ქირურგიული ტექნიკის განვითარება, მოსახლეობისათვის დროული ოპერაციის მნიშვნელობის ახსნა-განმარტება, საშუალებას იძლევა თავიდან ავიცდინოთ არასწორი მკურნალობის არასასურველი შედეგები.

ავადმყოფი ქალი, 78 წლის, სამი კვირის განმავლობაში ავად არის გრიპით, საერთოდ გულით ავადმყოფია. აქვს მოციმციმე არითმია, რის გამოც ღებულობდა სათითურას პრეპარატებსა და ქინიდინს.

ავადმყოფს მოულოდნელად დაეწყო აუტანელი ტკივილები მარჯვენა ზემო კიდურში. ტკივილები იმდენად ძლიერი იყო, რომ ავადმყოფი მოკლე ხნის განმავლობაში უგრძნობ მდგომარეობაში იმყოფებოდა. დაავადებულ კიდურში გაქრა პულსაცია, კიდური გაცივდა, გალურჯდა, დაქვეითდა მგრძნობელობა, რამდენიმე ხნის შემდეგ კიდურის კანის

ფერი აღდგა, თუმცა მეორე კიდურთან შედარებით კვლავ ფერმკრთალი, ციანოზური და ცივი იყო.

შინ გამოძახებული ექიმების მიერ (ორი თერაპევტი, ორი ქირურგი) მიღებული ზომები (ტკივილ-დამაყუჩებელი საშუალებანი, თბილი პროცედურები) უშედეგო აღმოჩნდა. ავადმყოფის მდგომარეობა არ გაუმჯობესებულა. დროდადრო ტკივილები აუტანელი ხდებოდა, განსაკუთრებით თითების მიდამოში.

დავადებიდან რვა საათის შემდეგ ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა მძიმეა, იგი გაურბის ყოველგვარ მოძრაობას, უჩივის ძლიერ ტკივილს მარჯვენა ზემო კიდურში, განსაკუთრებით მტევნის მიდამოში. მარჯვენა ზემო კიდური მარცხენასთან შედარებით ფერმკრთალია, სუსტად გამოხატული ციანოზური ელფერით; ტემპერატურა და მგრძნობელობა დაქვეითებულია, სხივის, იდაყვისა და მხრის მარჯვენა არტერიაზე მაჯის ცემა არ ისინჯება.

ემბოლიური წარმოშობის მარჯვენა მხრის არტერიის მწვავე გაუვალობის დიაგნოზით ავადმყოფი დაუყოვნებლივ იყო მოთავსებული ჰოსპიტალური ქირურგიის კლინიკაში, სადაც სასწრაფოდ გაუკეთდა ოპერაცია, ადგილობრივი გაუტკივარებით. იღლიის არტერია, რომელიც დაბრკოლების ზემოთ ზომიერად გაფართოებული იყო, კარგად პულსირებდა. მხრის არტერიაზე პულსი არ ისინჯებოდა. ნოვოკაინის ბლოკადის შემდეგ მხრის არტერიაზე პულსი არ აღდგა. მაშინ არტერია დაბრკოლების ზევითა და ქვევითა ზონარებზე იქნა აღებული. პულსაციის მიდამოში არტერიას დაედო მომჭერი. დაბრკოლების ადგილას, მხრის წინა და უკანა შემომხვევი არტერიის გამოსვლის დონის ოდნავ ქვემოთ, არტერიის წინა კედელი განივად გაიკვეთა და ამოღებულ იქნა ემბოლი, სიგრძით 2 სმ, ფორმით შაშხანის ტყვიის მსგავსი. სისხლის ძარღვი გაიკერა ატრავმატული ნემსით. დაედო ორი П-ს მაგვარი ნაკერი, რომელსაც დაემატა კვანძოვანი ნაკერი. მომჭერის მოხსნის შემდეგ კიდურში უმალ აღდგა სისხლის მიმოქცევა. მაჯისცემა აღდგა სავსებით, კიდური გათბა და ავადმყოფს გაუქრა ტკივილი. ჭრილობა ანტიბიოტიკების შეყვანის შემდეგ გაიკერა.

ოპერაციის შემდეგ, პროთრომბინის სისტემატური კონტროლის ქვეშ ავადმყოფს გაუკეთდა პირველ დღეს 50. 000 ერთეული ჰეპარინი. შემდეგ დროდადრო პელენტანი, მცირე დოზებით, გარდა ამისა, უკეთდებოდა სტრეპტომიცინი და გულის საშუალებანი. მე-8 დღეს ნაკერები მოეხსნა. ჭრილობა შეხორცდა პირველადი დაჭიმვით. ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა კარგია, კიდურს ხმარობს თავისუფლად, მაჯისცემა ორივე კიდურზე ერთნაირია.

ოპერაციიდან მეცამეტე დღეს, როდესაც ავადმყოფს გასაწერად ამზადებდნენ, კვლავ დაეწყო ტკივილები იმავე კიდურში, პულსი გაქრა.

გასინჯვისას იგივე სურათია, რაც დაავადების პირველ დღეს. მაჯისცემა არ ისინჯებოდა, სხივის, იდაყვის, მხრის არტერიებზე, ოპერაციული ნაწიბურის ზემოთ კი იღლიის არტერიაზე პულსი კარგად ისინჯებოდა. ეჭვი იქნა მიტანილი სპაზმზე ან მეორად თრომბოზზე. აღგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ გახსნილი იყო ოპერაციული ნაწიბური, მხრის არტერიის მობილიზაციის შემდეგ მასზე პულსი აღდგა. გარკვეული დროის განმავლობაში ვაკვირდებოდით მაჯის ცემას. ჭრილობაში ანტიბიოტიკების შეყვანის შემდეგ ჭრილობა კვლავ გაიკერა.

ოპერაციის შემდეგ, პროთრომბინის რაოდენობის მიხედვით ეძლეოდა პელენტანი. მერვე დღეს ნაკერები მოეხსნა. ჭრილობა შეხორცდა პირველადად. ავადმყოფი მალე განიკურნა და დაიწყო სიარული, გაეწერა. კარგ მდგომარეობაში. პულსი ორივე კიდურზე ერთნაირია.

ავადმყოფი, ქალი, 50 წლის, უჩივის ტკივილს გულის მიდამოში, ჰაერის უკმარობას, ქოშინს. ამის გამო მკურნალობდა კარდიოლოგიურ ინსტიტუტში. დადგინდა დიაგნოზი: ათეროსკლეროზული არტერიოსკლეროზი, გულის მანკი ბრონქული ასთმა.

ავადმყოფს დაეწყო ტკივილი მარჯვენა ქვემო კიდურში. მკურნალმა ექიმმა ურჩია სათბური, მაგრამ უშედეგოდ.

ავადმყოფის მდგომარეობა გაუარესდა. ტკივილები აუტანელია, კიდური გაცივდა.

ბარძაყის არტერიის მწვავე გაუვალობის დიაგნოზით ავადმყოფი სასწრაფოდ გადაყვანილ იქნა ჰოსპიტალური ქირურგიის კლინიკაში. ავადმყოფი უჩიოდა აუტანელ ტკივილებს წვივისა და ტერფის მიდამოში. კიდური ცივია, ფერმკრთალი, ზედაპირი მარმარილოს მსგავსი. პულსაცია მარჯვენა ქვემო კიდურის არც ერთ არტერიაზე არ ისინჯება.

გაუკეთდა ოპერაცია ადგილობრივი ანესთეზიით, განაკვეთი საზარდულის იოგის ქვეშ. გამოჩენილი იყო ბარძაყის არტერია, პულსაციას არ იძლეოდა. არტერიის ზონარზე აღების შემდეგ გაიკვეთა მისი წინა კედელი, გასწვრივი განაკვეთით გაკვეთილი სისხლის ძარღვის დისტალურ ბოლოდან მცირედი სისხლის დენა.

ცენტრალური მიმართულებით სისხლის ძარღვში შეყვანილ იქნა 12+14 სმ სიგრძის მრგვალი ზონდი, რის შემდეგ სისხლის დენა საგრძნობლად გაძლიერდა, განსაკუთრებით თრომბის გამოყოფისა და ჰეპარინის შეყვანის შემდეგ. სისხლძარღვის კედელი გაიკერა ატრავმატული ნემსით П-ს მაგვარი ნაკერით.

პულსაცია სისხლძარღვის ცენტრალურ ნაწილში აღინიშნებოდა, პერიფერიაზე კი ოდნავ შესამჩნევი იყო. ანტიბიოტიკების შეყვანის შემდეგ ჭრილობა გაიკერა. ავადმყოფს ოპერაციის შემდგომ პერიოდში პროთრომბინის კონტროლის ქვეშ ეძლეოდა ჰეპარინი და პელენტანი. შეხორცება მეორადი დაჭიმვით. კიდური შენარჩუნებულია. ამჟამად

ავადმყოფს აქვს გულის ნაკლოვანება მეორე ხარისხის ასციტით, პულსი ისინჯება ყველა არტერიაზე. მკურნალობს როგორც გულით ავადმყოფი.

ემბოლექტომიის კარგი შედეგი აიხსნება იმით, რომ ოპერაცია შესრულებულია პირველ 10 საათში. დიდი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ატრავმატული ნემსის, ანტიკოაგულანტებისა და ანტიბიოტიკების გამოყენებას.

1959 წლამდე თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის ჰოსპიტალურ ქირურგიის კლინიკაში თრომბოემბოლური დაავადებით გატარებულია შვიდი ავადმყოფი — სამი მამაკაცი, ოთხი ქალი, რომელთაც გაუკეთდათ ოპერაცია. უფრო ხშირად ავადმყოფთა ასაკი 50 წელს აღემატებოდა. მაგრამ როგორც ჩვენი მასალის, ისე ლიტერატურის მიხედვით ირკვევა, რომ თრომბოემბოლური დაავადება ახალგაზრდა ასაკშიაც არ არის იშვიათი. ჩვენი ავადმყოფებიდან ყველაზე ახალგაზრდა 22 წლისა იყო, ყველაზე ხნიერი კი 80 წლისა.

თრომბოემბოლიით დაავადებულნი კლინიკაში უფრო ხშირად მიიღება როგორც სასწრაფო შემთხვევა მწვავედ დაწყებული დაავადების გამო, მაგრამ არის შემთხვევები, როცა ეს ავადმყოფები მოდიან დაგნებით, თუ თრომბოემბოლია რაიმე სხვა დაავადების გართულებას წარმოადგენს. გარდა თრომბოემბოლიით დაავადებული შვიდი ავადმყოფისა კლინიკაში გატარებულია სამი ავადმყოფი ორი—ბარძაყის არტერიისა და ერთი — მხრის არტერიის სპაზმით.

ავადმყოფი 22 წლის, ქალი, კლინიკაში შემოვიდა როგორც სასწრაფო შემთხვევა მარჯვენა ქვემო კიდურში ძლიერი ტკივილის გამო. როგორც ანამნეზიდან ირკვევა, თვენახევრის წინათ, ორსულობის ტოქსიკოზის გამო, გაუკეთდა აბორტი ორსულობის მეექვსე თვეზე. საავადმყოფოდან გაწერილია ოპერაციის მე-10 დღეს გაუმჯობესებულ მდგომარეობაში, მაგრამ აღენიშნებოდა ორთავე კიდურის შეშუპება, ტკივილი და სუბფებრილური ტემპერატურა.

აბორტის შემდეგ მე-20 დღეს ეზოში ყოფნის დროს უგრძნია უეცარი ძლიერი ტკივილი, დარტყმის შეგრძნება მარჯვენა მუხლის არეში, ტერფისა და თითების დაბუჟება. ტერფისა და თითების კანის ფერი ალაგ-ალაგ შეეცვალა და ეს მოვლენა თანდათან მატულობდა. საერთო მდგომარეობის გაუარესებისა და ტკივილის გაძლიერების გამო დაავადებიდან ხუთი დღის შემდეგ მოიყვანეს ჰოსპიტალური ქირურგიის კლინიკაში.

ზოგადი მდგომარეობა მძიმე, ტემპერატურა 38—39°, მაჯა — 100′—120′; ორთავე ქვემო კიდური შეშუპებულია, უფრო მეტად მარცხენა; მარჯვენა კიდური ციანოზურია; მარცხენა ნორმალური ფერისა. მარჯვენა ტერფისა და წვივის ქვემო მესამედი ციანოზურია, მარცხენა

— ნორმალური ფერისა. მარჯვენა ტერფისა და წვივის ქვემო შესამედ-ში აღინიშნება სხვადასხვა ზომისა და ფორმის ლაქები და მოვარდისფერო სითხით ავსებული ბუშტუკები. მარჯვენა წვივისა და ტერფის ლატერალურ მხარეზე კარგად არის გამოხატული მგრძნობელობის ლოკალური მოშლა, მარჯვნივ ბარძაყის არტერიის პულსაცია არ ისინჯება. მარცხნივ კი გამოხატულია. მარჯვენა კიდური ცივია და მოძრაობა მკვეთრად შეზღუდული. დაისვა ორთავე ქვემო კიდურის თრომბოფლებიტისა და მარჯვენა ბარძაყის არტერიის ემბოლიის დიაგნოზი. ავადმყოფი კლინიკაში მიღებულია ემბოლიის მე-5 დღეს, როდესაც უკვე განვითარდა სათანადო სისხლძარღვის თრომბოზი.

გაკეთდა პარანეფრალური ბლოკადა — უშედეგოდ. შემდეგ ადგილობრივი ანესთეზიით მარჯვნივ, სკარპეს სამკუთხედის არეში გატარდა განაკვეთი; სათანადო შრეების გაკვეთის შემდეგ გამოყოფილი იყო ბარძაყის არტერია და ვენა. ბარძაყის არტერიაზე პულსაცია არ აღინიშნებოდა. ჭრილობა გაგანიერდა საზარდულის იოგის ზემოთ და გამოიყო თეძოს გარეთ არტერია, რომელზედაც აღინიშნებოდა გაძლიერებული პულსაცია.

არტერიის ცენტრალური ნაწილი აღებული იყო პროვიზორულ ლიგატურაზე, შემდეგ ბარძაყის მთელ სიგრძეზე გამოეყო ვენა, აღინიშნებოდა ბარძაყის არტერიის შევიწროება და სიმკვრივე; ვენა კი გაგანიერებულია და მკვრივი. ბარძაყის ღრმა არტერიის გამოსვლის 2 სმ ქვემოთ გაიკვეთა ბარძაყის არტერია, რომლიდანაც ამოღებული იყო 8 სმ სიგრძისა და 2,5 — 3 მმ დიამეტრის თრომბი, ხოლო ბარძაყის ღრმა არტერიიდან ამოღებული იყო 4 სმ სიგრძის თრომბი. სისხლძარღვის კედელი გაიკერა ლეიბისებრი ნაკერით. სისხლის ძარღვის მთლიანობის აღდგენის შემდეგ პულსაცია აღდგა, მცირე ხნით და შემდეგ სრულიად შეწყდა.

სისხლძარღვის სანათური კვლავ გაიხსნა, ამოღებული იყო ახლად განვითარებული თრომბი. სისხლის ნაკადი კვლავ აღდგა და სისხლის ძარღვი ხელმეორედ გაიკერა, მაგრამ მცირე დროის გავლის შემდეგ პულსაცია ისევ შეწყდა. გადაწყდა შეცვლილი არტერიის ამოკვეთა მთელ სიგრძეზე (დაახლოებით 10 სმ) და მის ნაცვლად თანამოსახელე ვენის გადანერგვა. გუდოვის აპარატით, მაგრამ აღნიშნული ვენების თრომბოფლებიტის გამო ეს მანიპულაცია ვერ გაკეთდა.

გაუკეთდა ამავე კიდურის ამპუტაცია წვივის მიდამოში — დემარკაციის არეში. ავადმყოფი კლინიკიდან გაეწერა სათანადო რჩევა-დარიგებით.

ავადმყოფი გ. ფ., მამაკაცი, 25 წლისა, შემოვიდა კლინიკაში მარცხენა ბარძაყის არტერიის ემბოლიის დიაგნოზით; როგორც ანამნეზიდან ირკვევა, ავადმყოფმა ათი დღის წინ იგრძნო ძლიერი ტკივილი წე-

ლის არეში, რის გამოც მოათავსეს რაიონის საავადმყოფოში მარცხენა თირკმლის ჭვალის დიაგნოზით და უტარდებოდა კონსერვატული მკურნალობა. ავადმყოფმა იგრძნო ძლიერი ტკივილები ორივე ქვემო კიდურში. ტკივილებმა მარჯვენა კიდურში სწრაფად გაუარა, მარცხენაში კი გაგრძელდა და გაძლიერდა. ორი დღის შემდეგ მარცხენა კიდური ძალზე გაცივდა, ციანოზური გახდა, მოძრაობა და მგრძნობელობა დაკარგა. ანამნეზში აღინიშნება გულის დაავადება, რის გამოც ორჯერ იწვა საავადმყოფოში.

ავადმყოფის მდგომარეობა მძიმეა, მაჯა სუსტი ავსების, აჩქარებული, არითმული, წუთში 88, გულის საზღვრები გადიდებული, ტონები მოყრუებული. მარცხენა ქვემო კიდური დახედვით ჭრელი, ბარძაყის შუა მესამედამდე კანი ლურჯი ფერის, ალაგ-ალაგ ნეკროზი, თითები გაშავებული და შეშმუხნილი. კიდური ცივია, განსაკუთრებით მუხლის ქვემოთ. სისხლის ძარღვების პულსაცია ბარძაყის არტერიაზე და ქვემოთ არ აღინიშნება. კიდურის აქტიური მოძრაობა მოსპობილია. სისხლის ანალიზი: ჰემოგ. — 65%, ერით. — 4.500.000, ლეიკ.—8.300, სეგმენტ. — 69%, ლიმფოც.—19%, მონოც.—8%, ეოზინ.—არ არის, ფერ. მაჩვ. — 0,7, ედრ. — 30 მმ; სისხლის დენის ხანგრძლივობა — 1 წ, შედედება — 8 წ, წებოვნება — 6.

მდგომარეობა მძიმეა. მაჯა სუსტი ავსების, არითმიული, წუთში — 720 ქოშინი, შიშის შეგრძნება, კიდური მთელ სიგრძეზე ცივი და ციანოზურია, თითები გაშავებული, ციანოზი და კანის ნეკროზი თანდათან მატულობს, მიაღწია ბარძაყის ზემო მესამედს. პერიფერიულ არტერიებზე პულსაცია არსად არ აღინიშნება.

ავადმყოფი დათანხმდა ოპერაციაზე, ადგილობრივი გაუტკივარებით გაუკეთდა ამპუტაცია —ბარძაყის ზემო და შუა მესამედის საზღვარზე. მსხვილი სისხლის ძარღვები, კოლატერალები და კანქვეშა ზედაპირული სისხლის ძარღვები მთლიანად თრომბირებულია. ოპერაციის დროს სისხლის დენას ადგილი არ ჰქონია. ჭრილობაში შეყვანილია პენიცილინი და დატოვებულია ღიად. ავადმყოფს დაენიშნა გულის საშუალებანი, სულფამიდები და პენიცილინი.

ოპერაციის შემდგომ დღეებში ავადმყოფის მდგომარეობა თანდათან გამოკეთდა, აწუხებს მხოლოდ გულის მიდამოში ტკივილი და ქოშინი.

ავადმყოფს აწუხებს ტკივილები წელისა და მუცლის მიდამოში. ტკივილები დაეწყო აგრეთვე მარჯვენა გვერდში, რომელსაც მოჰყვა სისხლიანი ხველა, აქვს გულის ფრიალი. თერაპევტის კონსულტაციით დადგენილია გულის მძიმე დაავადება — ენდოკარდიტი და მარჯვენა ფილტვის ინფარქტი. შემდეგში ავადმყოფის მდგომარეობა თანდათანობით ისევ გამოკეთდა; მაგრამ, კვლავ მძიმე

მდგომარეობაშია. აღინიშნება გულის ფრიალი, ტკივილი გულმკერდსა და მუცელში, სისხლიანი ნახველი. მუცელი ღრმა პალპაციით მტკივნეულია.

მძიმე მდგომარეობა ისევ გრძელდება. საღამოს 8 საათზე ავადმყოფმა იგრძნო უეცარი ძლიერი ტკივილი მარჯვენა ქვემო კიდურში, რასაც მოჰყვა კიდურის გაცივება და კანის თეთრი, ცვილისმაგვარი გაფერმკრთალება, ტერფის მოძრაობა შეზღუდული, კანი შეხებით ცივი, მგრძნობელობა მოსპობილი. ბარძაყის მუხლქვეშა, ტერფის დორზალური და წვივის უკანა არტერიის პულსაცია არ აღინიშნება. დაისვა ბარძაყის არტერიის ემბოლიის დიაგნოზი, რის გამოც გადაწყდა სასწრაფო ოპერაციის გაკეთება. ადგილობრივი გაუტკივარებით გაუკეთდა ოპერაცია. განაკვეთი მარჯვენა საზარდულის იოგის ქვემოთ, სკაპრეს სამკუთხედში, ბარძაყის არტერიის გასწვრივ, სიგრძით 12 სმ, სათანადო შრეების გაკვეთის შემდეგ ბარძაყის არტერია გამოიყო დაახლოებით 12 სმ სიგრძეზე. არტერიის ცენტრალური ბოლო საზარდულის იოგის ქვეშ იძლევა პულსაციას, შემდეგ პულსაცია აღარ ადის და სისხლის ძარღვი 4—5 სმ მანძილზე შევიწროებულია. ბარძაყის არტერიის ცენტრალური მონაკვეთი აღებული იყო ჰეფნერის მომჭერზე. რის შემდეგ სისხლის ძარღვი გაიკვეთა გასწვრივად და ამოღებულ იქნა ემბოლი. სისხლის ძარღვის პერიფერიული ბოლოდან ბარძაყის ღრმა არტერიის დონეზე დაიწყო სისხლის დენა, მაგრამ იგი შეჩერებულ იქნა. სისხლის ძარღვი გაიკერა. სისხლის ჰიმოქცევა აღდგა. მაგრამ მომჭერების მოშვების რამდენიმე წუთის შემდეგ არტერიის პერიფერიულმა ბოლომ სისხლი არ გაატარა — პულსაცია არ აღდგა, რის გამოც გაკეთდა არტერიოქტომია ამოღებული ემბოლის დონეზე. ჭრილობაში ჩაისხა პენიცილინი. ჭრილობა გაიკერა შრეების მიხედვით. ამრიგად, ჯერ გაკეთდა ემბოლექტომია, მაგრამ მოკლე დროში განვითარდა მეორადი თრომბოზი, რის გამოც გაკეთდა არტერიექტომია.

მდგომარეობა ძალიან მძიმეა, მაჯა სუსტი ავსების, მარჯვენა ქვემო კიდურმა ბარძაყის შუა მესამედამდე განიცადა განგრენა.

შვიდიენ ავადმყოფს გაუკეთდა ემბოლექტომია. ორ შემთხვევაში, როდესაც ემბოლექტომია ნაწარმოები იყო დაავადების დაწყების პირველ საათებში, ოპერაციის შედეგი დადებითი იყო. დანარჩენ ხუთ შემთხვევაში ემბოლექტომიის შემდეგ სისხლის მიმოქცევა დროებით აღდგა, მაგრამ სისხლის ძარღვის სანათური მალე დაიხშო დაზიანებული ინტიმის არეში, მეორადი თრომბოზის განვითარების გამო. ამან გვაიძულა ჯერ გაგვეკეთებინა დაზიანებული არტერიის ამოკვეთა, ხოლო შემდეგ კი კიდურის ამპუტაცია დემარკაციის ფარგლებში. მეორადი თრომბოზის მიზეზი დაგვიანებული ემბოლექტომია იყო.

მეორადი თრომბოზი შეიძლება განვითარდეს დროული ოპერაციის

შემთხვევაშიც. ამის მიზეზი არა მარტო ოპერაციული ტექნიკის ნაკლოვანებაა, არამედ სხვა ფაქტორებიც; მნიშვნელოვანია ავადმყოფის ასაკი, სისხლის ძარღვების ელასტიკურობა, გულის მდგომარეობა და სხვა. ღრმა მოხუცებში დროული ემბოლექტომია შეიძლება გართულდეს მეორადი თრომბით.

დიდი მნიშვნელობა აქვს ოპერაციულ ტექნიკასაც. ცნობილია, რომ თუ სისხლძარღვზე ნაკერი არ არის სათანადოდ დადებული, იგი იწვევს სისხლის ძარღვის სანათურის შეცვლას. სისხლის ძარღვის ნაკერში ინტიმის ზედაპირები ერთმანეთს მჭიდროდ უნდა ეხებოდეს. სისხლძარღვი არ უნდა გაიკვეთოს ტოტების გამოყოფის ადგილზე. იმ შემთხვევაში, როცა ემბოლექტომიის შემდეგ ვითარდება მეორადი თრომბოზი, მიზანშეწონილია გადაკვანძვის ნაცვლად არტერიის ამოკვეთა, კოლატერალური სისხლის მიმოქცევისათვის უკეთესი პირობების შექმნის თვალსაზრისით.

უახლესი ლიტერატურის მიხედვით მწვავე არტერიული გაუვალობის შემთხვევაში სრულიად გარკვეულია დროული დიაგნოზის მნიშვნელობისა და მკურნალობის ძირითადი პრინციპი: სისხლძარღვის გამავლობის აღდგენა. მაგრამ ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ უფრო ხშირად ოპერაციული ჩარევის შედეგები არ არის კარგი. დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს მწვავე არტერიული გაუვალობის პროფილაქტიკას. ამ მხრივ ყურადღება უნდა მიექცეს ფლებოთრომბოზებს.

რაც უფრო ადრე გაკეთდება ემბოლექტომია, მით უფრო კარგია პროგნოზი. მაგალითად, პემანიმ ოპერაცია გააკეთა ემბოლიისათვის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნების დაწყებიდან ერთი საათის შემდეგ, შედეგი დადებითი იყო.

ზოგჯერ არასწორად უპირისპირებენ ერთიმეორეს მკურნალობის კონსერვატულ და ოპერაციულ საშუალებებს. ჩვენებების მიხედვით საჭიროა ორივეს რაციონალურად გამოყენება. თუ ავადმყოფი გულის დეკომპენსაციის მდგომარეობაშია (მძიმე ზოგადი მდგომარეობით), მიუხედავად ემბოლიის დროული გამოცნობისა, ოპერაციაზე ლაპარაკიც კი ზედმეტია. თუ საქმე ეხება ახალგაზრდა, მაგრამ გულით დაავადებულ პიროვნებას, კომპენსაციის ფაზაში, რომელსაც განუვითარდა ემბოლია, დროული ოპერაცია — ემბოლექტომია — აბსოლუტურად ნაჩვენებია.

პრეტი აღნიშნავს, რომ ემბოლიის დიაგნოზის დასმისთანავე პრინციპულად უნდა კეთდებოდეს ემბოლექტომია. ოპერაციის უარყოფითი შედეგის ძირითადი მიზეზი უნდა ვეძებოთ დაგვიანებაში, რაც შეიძლება გამოწვეული იყოს დიაგნოსტიკის სისუსტით, ან აიადმყოფისა და მისი მახლობლების უარით ოპერაციულ მკურნალობაზე.

ვინაიდან ძალიან ხშირად ასეთი ავადმყოფები გულით არიან დაავა-

დებულნი, მიზანშეწონილია ოპერაციის ჩატარება ადგილობრივი ანესთეზიით. ყველა ჩვენს შემთხვევაში ემბოლექტომია ჩავატარეთ ადგილობრივი ანესთეზიით. ნოვოკაინი თავისთავად ხსნის ტკივილს და ძალიან ამშვიდებს ავადმყოფს. ემბოლექტომია უნდა ჩატარდეს სისხლძარღვის დაზოგვით. სისხლის ძარღვი იკვეთება პულსაციის გაქრობის საზღვარზე; ემბოლი, მკვრივი მასის სახით, თითითაც შეიგრძნობა, იგი გადადის სპაზმირებულ სისხლძარღვის ზონარში.

ამ ბოლო ხანებში გამოქვეყნებული შრომების მიხედვით გვირჩევენ რეტროგრადულ ემბოლექტომიას (პრეტი).

ემბოლის ამოღების შემდეგ არტერიიდან სისხლი ნაკადად მოედინება. სასურველია სისხლის გარკვეული რაოდენობით გამოშვება. შემდეგ იკერება სისხლძარღვი. არტერია უნდა გამოირეცხოს ჰეპარინის ხსნარით, საკმარისია დაახლოებით 800 ერთეული. გარდა ამისა, გვირჩევენ ჰეპარინის შეყვანას ნაოპერაციებ არეში, დრენაჟის საშუალებით, სამი დღის განმავლობაში. ჰეპარინის კანქვეშ შეყვანა უნდა შეწყდეს პროთრომბინის ძლიერი დაქვეითების შემდეგ.

არტერიოტომიის შემდეგ ემბოლი ადვილად ამოიღება პინცეტით. ემბოლის სიგრძე შეიძლება 3—4 სმ არ აღემატებოდეს, მაგრამ სისხლის ძარღვი კი თრომბირებული იყოს ბევრად უფრო დიდ მანძილზე, რასაც უფრო ხშირად ადგილი აქვს დაავადების ხანდაზმულობის შემთხვევაში.

დროული ემბოლექტომია უაღრესად ეფექტური და სახალისო ოპერაციაა. ძალიან სასიხარულოა, როდესაც არტერიის გაკვეთის, ემბოლის ამოღებისა და სისხლძარღვის გულმოდგინედ გაკერვის შემდეგ აღდგება ნორმალური სისხლის მიმოქცევა. მაგრამ სიხარული მალე ქრება თუ მოკლე დროში სისხლძარღვის კედელი კვლავ პასიური ხდება და პულსაციაც ქრება. შეცვლილი სისხლის ძარღვში ადვილად ვითარდება მეორადი თრომბოზი, ამის შედეგად იძულებული ვხვდებით ამოვკვეთოთ დაზიანებული არტერია.

აქედან გამომდინარე, ემბოლიის ნაადრევ დიაგნოზს და სასწრაფო ოპერაციას უაღრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს თრომბოემბოლიის მკურნალობისათვის.

ტექნიკურად საუკეთესოდ ჩატარებული, მაგრამ დაგვიანებული ოპერაცია, კარგავს თავის მნიშვნელობას. ამით იყო გამოწვეული ლეჟარის პესიმიზმი, რომელსაც კარგად ესმოდა ემბოლექტომიის მნიშვნელობა. მან ბარძაყის არტერიიდან ამოიღო თრომბი, მაგრამ მაინც დაჭირდა კიდურის ამპუტაციის გაკეთება; იგი წერდა — „ძალიან მცირე იმედია იმისა, რომ ოპერაციის გზით მივაღწიოთ სისხლძარღვის სრულ და საიმედო აღდგენას, რომელიც აიცილებს მექანიკურ დაბრკოლებას და არ გამოიწვევს შემდგომ თრომბოზს“.

ემბოლექტომია თანამედროვე ქირურგიაში შედარებით ახალი საკითხია; თუ ნაადრევი დიაგნოსტიკა და დროული ოპერაცია კარგად არის დაყენებული, — შედეგებიც კარგია. მაგალითისათვის შეგვიძლია დავასახელოთ შვედი ქირურგების მიღწევები თრომბოემბოლიების ქირურგიულ მკურნალობაში. თვალსაჩინო დამსახურება მიუძღვის კეის. რომელმაც დიდი ორგანიზაციული მუშაობა ჩაატარა შვედ ქირურგებსა და თერაპევტებს შორის, მწვავე არტერიული გაუვალობის ნაადრევი დიაგნოსტიკისა და დროული ოპერაციის პოპულარიზაციისათვის.

ჯერჯერობით ჩვენში საკმაოდ არ არის დანერგილი მწვავე არტერიული გაუვალობის ნაადრევი დიაგნოსტიკა და აქედან გამომდინარე დროული ოპერაცია.

მწვავე არტერიული გაუვალობის კლინიკა ძალიან ხშირად ნათელია. მისი ნაადრევი დიაგნოსტიკა დიდ სიძნელეს არ წარმოადგენს და არ მოითხოვს განსაკუთრებულ სადიაგნოზო ხერხებს: სათანადო ოპერაციული მკურნალობის განსახორციელებლად საჭიროა ექიმმა იცოდეს ამ შედარებით იშვიათი დაავადების გამოცნობა. უნდა გვახსოვდეს, რომ დროული ემბოლექტომია არა მარტო იხსნის ავადმყოფს სიკვდილისაგან, არამედ საშუალებას მოგვცემს შევინარჩუნოთ კიდური.

უკანასკნელი 10—15 წლის განმავლობაში სისხლის ძარღვთა ქირურგიაში დიდი პროგრესია. ახლა სისხლის ძარღვზე ქირურგიული ჩარევა არ განისაზღვრება მხოლოდ ლიგატურის დადებით, ანდა სისხლის ძარღვის კედლის მთლიანობის აღდგენით ნაკერის საშუალებით. უფრო დიდი მასშტაბის საკითხებთან გვაქვს საქმე. სისხლის ძარღვების ქირურგია — პლასტიკური ქირურგიაა: იგი მოითხოვს დიდ მანძილზე გამოთიშული სისხლის ძარღვის მთლიანობის აღდგენას მის ყველა მონაკვეთში. ამისათვის საჭიროა განხორციელებული იქნეს სისხლძარღვის პროთეზირება და რეკანალიზაცია. ოპერატიული მეთოდების ეს მიღწევები უმთავრესად ანტიკოაგულანტების რაციონალურ გამოყენებას ემყარება.

კიდურის სისხლის ძარღვების არტერიული გაუვალობა შეიძლება განვითარდეს ერთბაშად ან თანდათანობით.

ემბოლია ვითარდება ჩვეულებრივ გაორკაპების მიდამოებში, ასეთია, მაგალითად, აორტის დისტალური ნაწილი, სადაც ბარძაყის არტერიას გამოეყოფა ბარძაყის ღრმა არტერია და მუხლქვეშა არტერიის გაყოფის ადგილი. თრომბი კი ვითარდება იმ ადგილას, სადაც ადგილი აქვს მექანიკურ წინააღმდეგობას. ეს შეიძლება განვითარდეს არტერიის ყველა სეგმენტში. ხელის შემწყობ ფაქტორად ითვლება ტრამვა. სწრაფად განვითარებული მსხვილი არტერიის გაუვალობას თან სდევს ჰემოდინამიკური ცვლილებები. სისხლის ძარღვის სანათურში ემბოლიის ქვემოთ წნევა ეცემა: ყველა არტერიისათვის არსებობს მინიმალური წნევა, რომლის დაცემა კოლაპსს იძლევა, მაგრამ კოლატერალებზე

ზემოქმედებით შეიძლება წნევის დაცემის დაძლევა. ამისათვის მიმართავენ პარავერტებრალურ ბლოკადას. მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული ის, რომ თუ ავადმყოფს ეძლევა ანტიკოაგულანტები, პარავერტებრალური ბლოკადა საშიშია. რადგან შეიძლება განვითარდეს რეტროპლევრალური და რეტროპერიტონეალური მასიური ჰემატომა.

ცნობილია, რომ ემბოლია ან თრომბი დასაწყისში მცირე სიდიდისაა, არაუმეტეს ერთი — ორი დიუმისა. შემდეგ კი ემბოლი. როგორც დისტალური, ისე პროქსიმალური მიმართულებით იზრდება; ამის მიზეზია ნაწილობრივ მექანიკური ფაქტორები, ნაწილობრივ კი სისხლის სათანადო რეაქცია. თრომბისა და ემბოლის გავრცელება მნიშვნელოვანი ფაქტორია კიდურის ვარსკულარიზაციის საქმეში. ამიტომ დროულად უნდა იქნეს დაწყებული ავადმყოფის ჰეპარინიზაცია და შემდგომ ოპერაცია. არის შემთხვევები, როცა წვივის უკანა არტერიაში მცირე სიდიდის ემბოლია ან თრომბი, ბარძაყის არტერიის მწვავე გაუვალობის კლინიკურ სურათს იძლევა, რაც შეიძლება მეორადი სპაზმით აიხსნას, ამ დროს ბარძაყის არტერიაზე ოპერაცია შედეგს არ იძლევა. ვინაიდან მისი გახსნისას არტერიის სანათური ცარიელია. ასეთ შემთხვევაში ეფექტურია პარავერტებრალური ბლოკადა, რაც კიდურში სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესებას იწვევს. ავადმყოფების ისტორიის შესწავლით შემჩნეულია, რომ მიტრალური სტენოზის დროს, ფიბრილაციით, ხშირია მწვავე არტერიული გაუვალობის შემთხვევები. რამდენიმე ხნის შემდეგ იგი სპონტანურად გაივლის და შეიძლება დარჩეს წვივის წინა და უკანა არტერიის დაზიანების უმნიშვნელო მოვლენები. აქედან გამომდინარე მწვავე არტერიული გაუვალობის შემთხვევაში პირველ რიგში უნდა ვცადოთ კონსერვატული ღონისძიებანი, კერძოდ ბლოკადა. თუ ბარძაყის არტერიაში პულსაცია ისინჯება, შეიძლება მასში პაპავერინის, ჰეპარინის შეყვანა, მაგრამ ეს ღონისძიება ტარდება პირველი ორი საათის განმავლობაში. ეფექტის მიუღებლობების შემთხვევაში უნდა გაკეთდეს ოპერაცია — თრომბოექტომია ან ემბოლექტომია. ემბოლექტომიისაგან კარგი შედეგის მიღება შეიძლება პირველი 24 საათის განმავლობაში, მაგრამ ეს იმას როდი ნიშნავს, რომ დაგვიანებულ შემთხვევებში ოპერაციისაგან თავი შევიკავოთ.

მწვავე არტერიული თრომბოზი ვითარდება მაშინ, როცა სისხლის ძარღვი წინასწარ დაავადებულია თრომბანგიინტით ან ათერომატოზით, რაც სისხლის ძარღვის სანათურის დახშობას იწვევს. ასეთ შემთხვევაში თრომბი, სისხლის ძარღვის კედელზე ფიქსირებულია და იგი მასთან ორგანულადაა დაკავშირებული.

თანამედროვე ქირურგიის განვითარების პირობებში ელვისებურად განვითარებული მწვავე არტერიული გაუვალობის დროს არტერი-

ექტომია ან ემბოლის ამოღება და შემდგომ სისხლის ძარღვის გაკერვა საავადმყოფოს პირობებში დიდ სიძნელეს არ წარმოადგენს.

ლუმბალურული სიმპათიკური ბლოკადა პროკაინით არ არის რთული მანიპულაცია და დიდი სადიფერენციო საშუალებაა იმ მხრივ, რომ თუ დაავადება გამოწვეულია მაგისტრალური სისხლის ძარღვების სპაზმით, სპაზმის მოვლენები იხსნება და კიდურში სისხლის მიმოქცევა აღდგება. უნდა აღინიშნოს, რომ ზოგჯერ ვენის თრომბოზი არტერიის სპაზმს იწვევს — კიდურის ძლიერი შეშუპებით. ამ დროს ბლოკადა ფრიად ეფექტური ღონისძიებაა, მაგრამ თუ სისხლის ძარღვის კედელი ანთებად პროცესშია ჩათრეული, ბლოკადით სასურველ შედეგს ვერ მივაღწევთ.

რაციონალურად გატარებული ჰეპარინიზაცია მწვავე არტერიული გაუვალობის დროს საუკეთესო საშუალებაა. იგი ასეთ შემთხვევაში დიდი დოზებით იხმარება. ჰეპარინი მცირე დოზით ნაკლებ ეფექტურია. რამდენიმე დღის შემდეგ განვითარებული ეოზინოფილია და გაძლიერებული დიურეზი ჰეპარინის მიცემის შეწყვეტის აუცილებლობაზე მიგვითითებს. წინააღმდეგ შემთხვევაში შეიძლება განვითარდეს სისხლის დენა.

მწვავე არტერიული გაუვალობის დროს აუცილებელია: 1. ავადმყოფის დროული ჰოსპიტალიზაცია, 2. მწვავე არტერიული გაუვალობის მიზეზების დადგენა; უნდა გაირკვეს რით არის გამოწვეული დაავადება — ემბოლით თუ თრომბით, 3. სისხლძარღვების დაცობის ლოკალიზაციის დადგენა, 4. ემბოლიის ან თრომბის ლოკალიზაციის დადგენისთანავე ოპერაციის სწრაფად გაკეთება. უნდა გვახსოვდეს, რომ ზემო აღნიშნულ შემთხვევაში 24 საათის შემდეგ გაკეთებული ოპერაცია არადამაკმაყოფილებელი შედეგით მთავრდება.

როცა საქმე გვაქვს კიდურის დაავადებასთან, როგორი ხასიათისაც არ უნდა იყოს იგი, პირველ რიგში ისმის საკითხი კიდურის ფუნქციის, მისი ანატომიური მთლიანობის შენარჩუნებაზე, ავადმყოფის ჯანმრთელობის შესახებ საერთოდ და უკიდურეს შემთხვევაში სიცოცხლის შენარჩუნებაზე. ზოგჯერ, ავადმყოფის სიცოცხლის შესანარჩუნებლად საჭირო ხდება კიდურის ნაწილის ან მისი სრული მოკვეთა, მაგრამ ეს, რასაკვირველია, ქირურგიის სისუსტეზე ლაპარაკობს. კიდურის დაავადების დროს ქირურგი თავის მოქმედებაში უნდა ხელმძღვანელობდეს ზემოაღნიშნული თანმიმდევრობით, სახელდობრ: უპირველესად იზრუნოს კიდურის ფუნქციის, მისი ანატომიური მთლიანობის აღდგენაზე, შემდეგ, ავადმყოფის ჯანმრთელობისა და ბოლოს სიცოცხლის შენარჩუნებაზე. გარდა ამ ძირითადი მოთხოვნებისა, მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული ავადმყოფის ასაკი.

თრომბო-ემბოლიური დაავადების განსაკუთრებით მძიმე სახეა მე-

ზენტერელური სისხლძარღვების გაუვალობა. მეზენტერიალური სისხლ-ძარღვების თრომბო-ემბოლიური დაავადების შედეგად განვითარებული გაუვალობა ნოზოლოგიის იშვიათ კატეგორიათა რიცხვს ეკუთვნის. ნაწლავთა დაავადების ეს სახე ეტიო-პათოგენეზური თვალსაზრისით თრომბო-ემბოლიური პათოლოგიის ერთ-ერთი ურთულესი, მძიმე და მეტად აქტუალური თავია. მართალია, აღნიშნული დაავადება არც თუ ისე ხშირია, მაგრამ, როგორც ლიტერატურული მონაცემებით ირკვევა და ჩვენი საკუთარი დაკვირვებითაც დასტურდება, უკანასკნელ წლებში არის ტენდენცია ამ პათოლოგიის გახშირებისაკენ. ასე მაგალითად, ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის არსებობის პირველი ოცი წლის (1920 — 1940) განმავლობაში გატარებულია მეზენტერიალური გაუვალობის სამი შემთხვევა; ამავე კლინიკის მეორე ოცი წლის პერიოდში (1940 — 1960) გატარებულია აღნიშნული პათოლოგიის 13 შემთხვევა. თითქმის ასეთივეა სხვა კლინიკების მონაცემებიც, კერძოდ: ზალატარიოვის ცნობით 75.000 ავადმყოფზე (1911 წლის მასალით) მეზენტერიალური სისხლძარღვთა თრომბოზის მხოლოდ ოთხი შემთხვევა აღინიშნებოდა, სტერნინის მონაცემებით კი (1955 წლის მასალა) 48.241 ავადმყოფზე აღინიშნებოდა ამ პათოლოგიის 16 შემთხვევა.

უნდა ვიფიქროთ, რომ აღნიშნული პათოლოგიის გახშირების არსი ძირითადად მჭიდროდ უნდა იყოს დაკავშირებული უკანასკნელ წლებში სისხლძარღვთა სხვა პათოლოგიის გახშირებასთან, ან შესაძლოა დიაგნოსტიკური მეთოდების გაუმჯობესებასთან.

მეზენტერიალური სისხლის ძარღვების თრომბოზის შედეგად განვითარებულ ნაწლავთა მწვავე გაუვალობა, გაუვალობის სხვა სახესთან შედარებით, ყველაზე მცირე პროცენტში გვხვდება. სკლიფოსოვსკის სახელობის ინსტიტუტის ქირურგიულ მასალაზე ნაწლავის გაუვალობის 717 შემთხვევიდან მეზენტერიალურ გაუვალობას ადგილი ჰქონდა 15 შემთხვევაში (2,1%).

პერელმანმა შეისწავლა ნაწლავის გაუვალობის 664 შემთხვევა, აღნიშნულ გაუვალობას ადგილი ჰქონდა ექვს შემთხვევაში (1,0%).

ჯანელიძის მონაცემებით მეზენტერიალურ სისხლძარღვთა თრომბოზის შეფარდება გაუვალობის სხვა სახესთან უდრის 9 : 360 (1,5%). ჩვენი კლინიკის მონაცემებით სხვადასხვა სახის გაუვალობის 895 შემთხვევაზე მეზენტერიალური გაუვალობა შეადგენს 23 შემთხვევას ანუ 2,6%-ს.

სქესის მიხედვით აღნიშნული პათოლოგია რაიმე გარკვეულ უპირატესობას არ იძლევა; მაგალითად, გერკეს მონაცემებით 60 შემთხვევიდან 30 ქალი და 30 მამაკაცი იყო, სტერნინის მონაცემებით — 10 მამაკაცი და 6 ქალი. ჩვენი მასალით — 9 ქალი და 14 მამაკაცი.

როგორც ჩვენი, ისე სხვისი მონაცემებითაც, ცხადია, საშუალოზე

მეტი ასაკის უფრო ხშირი დაავადება ამ სნის პათოლოგიით. სახელდობრ 20—30 წლამდე ასაკისა სტერნის ჰყავდა ერთი ავადმყოფი: 31—40 წლის — ორი; 41—50 — სამი; 51—60 — ექვსი და 60 წლის ზემოთ — სამი ავადმყოფი. სტერნის ერთი ავადმყოფი მეზენტერიალური სისხლის ძარღვების თრომბოემბოლიით იყო 5 წლისა. ჩვენი მასალა იძლევა ასეთ სურათს: 21 — 30 წელი — ხუთი; 31—40 წელი— ორი; 41 — 50 წელი—ოთხი; 51—60 წელი—შვიდი; 61 — 70 წელი ოთხი, 71—80 წელი — ერთი.

მიუხედავად ამისა, ავტორთა გარკვეული ნაწილი არც ასაკს აძლევს რაიმე უპირატესობას ამ პათოლოგიის მიმდინარეობაში (პედენკო, პატრიკი, გერკე).

გაუვალობის აღნიშნული სახე ანუ როგორც ამას კიდევ ჰემოსტაზურ გაუვალობას უწოდებენ, შედეგია სისხლის ფუნქციის სტაბილური დარღვევისა — ეს კი განპირობებულია არა იზოლირებულად სისხლძარღვთა სისტემით,—არამედ მასში მონაწილეობს სხვადასხვა ორგანო: ღვიძლი, ელენთა, ფილტვები, გული და ორგანიზმი მთლიანად, რაშიც წამყვანი მნიშვნელობა ნერვულ რეგულაციას ენიჭება (ტარეევი). ვითარდება რა ნაწლავის კედელში სისხლის მიმოქცევის ადგილობრივი მოშლა. კერძოდ სისხლის ცირკულაციის შეწყვეტა, იგი უპირატესად შედეგია ჯორჯლის სისხლის ძარღვების თრომბოზის, ემბოლიის ან უკიდურეს შემთხვევაში სპაზმისა.

ჩამოთვლილი მიზეზებიდან წამყვანია და უფრო ხშირია სისხლძარღვთა თრომბოზი. თ. დეკანოსიძის მონაცემებით ქ. თბილისის 1923 1946 წწ. სექციურ მასალაზე ნახული ნაწლავის ჰემოსტაზური გაუვალობა განვითარებული იყო შვიდი შემთხვევა — ჯორჯლის არტერიის თრომბოზით, ერთი შემთხვევა ჯორჯლის არტერიის ემბოლიით.

ნაწლავის სისხლძარღვთა თრომბოემბოლიური დაავადების განვითა-

ეტიოლოგია	ავადმყოფთა რაოდენობა	სქესი		ასაკი	
		მამაკაც.	ქალი	წლილან	წლამდე
1. ათეროსკლეროზი	38	20	18	34	84
2. გულის მანკი	6	2	4	29	56
3. ენდოკარდიტი	5	—	5	30	49
4. მაობლიტერირებელი თრომბანშინი	4	3	1	38	49
5. სეფსისი (სეპტიკოპიემია)	2	1	1	29	30
6. სხვადასხვა ეტიოლოგია	5	4	1	29	50

რება არ ხდება დამოუკიდებლად — იზოლირებულად. იგი ძირითადში შედეგი და გამოვლენაა ორგანიზმში არსებულ ამა თუ იმ დაავადებისა.

გერკეს მონაცემებით ამ პათოლოგიის პათოგენეზში წამყვანი ნოზოლოგიური ერთეულები მოცემულია ცხრილში.

როგორც ცხრილიდან ჩანს, ათეროსკლეროზული დაავადება ამ პათოლოგიის ძირითადი და უხშირესი მიზეზია. ასეთივეა სხვა ავტორთა მონაცემებიც, კერძოდ ი. დეკანოსიძის ცნობით გაუვალობის შვიდი შემთხვევიდან ხუთი განვითარებული იყო ზოგადი მძიმე ათეროსკლეროზის ნიადაგზე; ნეჩაევას მასალაზე 14 შემთხვევიდან ცხრაში ადგილი ჰქონდა აორტისა და მისი ტოტების ათეროსკლეროზს, სტერნინის 16 ავადმყოფობიდან ექვს შემთხვევაში საქმე ეხებოდა აორტის ან ჯორჯლის სისხლძარღვების ათეროსკლეროზს, ან ჰიპერტონიულ დაავადებას. მეორე ჯგუფში — ორ ავადმყოფში განვითარებული იყო თრომბოზი სიმსივნის თუ სხვა ინტოქსიკაციის შედეგად. ამ ავტორის მონაცემებით მესამე ჯგუფში გაერთიანებულია ყველაზე საინტერესო ავადმყოფები (ოთხი ავადმყოფი), როდესაც თრომბოზი განვითარდა ტკივილების გამოვლინების ფონზე, რასაც თან ერთვოდა სისხლის წნევის მომატება. სექციაზე კი რაიმე თრომბის განვითარების პათომორფოლოგიური საფუძველი შემჩნეული არ ყოფილა. სტერნინი ადარებს რა ამ ავადმყოფთა კლინიკურ სურათს პათომორფოლოგიურ მონაცემებს, დიდი დამაჯერებლობით ადასტურებს, რომ ამ შემთხვევებში თრომბოზის მიზეზი იყო ჯორჯლის სისხლის ძარღვების სპაზმი.

ჩვენი მასალის (23 ავადმყოფი) ეტიოლოგიური ფაქტორებიდან აღსანიშნავია: რვა შემთხვევაში — ათეროსკლეროზი, სამ შემთხვევაში გულის მანკი, ენდოკარდიტი შვიდ შემთხვევაში — მძიმე ოპერაციული ტრამვა; სხვა შემთხვევაში ნაწლავთა სისხლის ძარღვების თრომბოემბოლიის კავშირი რაიმე ფაქტორთან აღნიშნული არ არის. ამრიგად, მეზენტერიულ სისხლძარღვთა გაუვალობა შეიძლება განვითარდეს ზოგადი ათეროსკლეროზის ფონზე, რასაც ჩვენი მასალის მიხედვით რვა შემთხვევაში ჰქონდა ადგილი. საილუსტრაციოდ მოგვყავს ამონაწერი ერთ-ერთი ავადმყოფის ისტორიიდან: ავადმყოფი გ. ა., მამაკაცი, მიღებულია კლინიკაში როგორც სასწრაფო შემთხვევა, ტკივილით მუცელში, გულისრევითა და პირღებინებით, ნაწლავთა სრული გაუვალობით. ავადაა სამი დღეა. როგორც აღნიშნავს, მოულოდნელად იგრძნო ძლიერი ტკივილი მუცელში, რასაც დაერთო გულისრევა და პირღებინება, შემდეგ კი ნაწლავთა სრული გაუვალობა. შემოსვლისას ზოგადი მდგომარეობა მძიმე, ენა მშრალი, ნადებით, მუცელი შებერილი, სუნთქვაში არ მონაწილეობს, ზერელე პალპაციით მტკივნეული და დაჭიმული. ბლუმბერგის სიმპტომი დადებითი, გაზებსა და განავალს ვერ გამოყოფს.

ლეიკოციტები—8.500, პროთრომბინის ინდექსი — 80%. მიღებისთანავე გაუკეთდა სიფონისა და ჰიპერტონული ხსნარის ოყნა, ვენაში შეუყვანეს ჰიპერტონიული ხსნარი. გამოვიდა მცირე რაოდენობით გაზეში, რასაც ავადმყოფის მდგომარეობის გაუმჯობესება არ მოყოლია. გამოითქვა აზრი, რომ საქმე გვაქვს ნაწლავთა გაუვალობასთან, დიფუზური პერიტონიტით, რაც განპირობებული უნდა იყოს მეზენტერიული სისხლძარღვების გაუვალობით. გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია ენდოტრაქეალური ნარკოზის ქვეშ. განაკვეთი შუა ხაზზე, გაიხსნა მუცლის ღრუ, გადმოვიდა მღვრიე, ჰემორაგიული გამონადენი საკმაო რაოდენობით, მუცლის ღრუ ამომშრალდა. დათვალიერებისას აღმოჩნდა მეზენტერიულ სისხლძარღვთა თრომბოზი; თეძოს ნაწლავი 30 — 40 სმ სიგრძეზე განიცდიდა ნეკროზს; გაკეთდა ჯორჯლის ბლოკადა და მასში შეიყვანეს 12.00 მ ერთეული ჰეპარინი, ასევე 8.000 ერთეული ჰეპარინი შეყვანილ იქნა ვენაში.

ბუძინსკაია-სოკოლოვას მონაცემებით ჯორჯლის სისხლის ძარღვებიდან 53%-ში თრომბოზს განიცდიან არტერიები, შემთხვევათა 41-%ში ვენები, ხოლო 6%-ში არტერიები და ვენები ერთდროულად. პროცესი (თრომბოზი) ყველაზე ხშირად ლოკალიზდება ჯორჯლის ზემო არტერიაში; ეს გარემოება განპირობებულია შემდეგი მიზეზებით: ჯერ ერთი, რომ აღნიშნულ არტერიაში შედარებით ხშირი და ინტენსიურია ათეროსკლეროზული ცვლილებები, ჯორჯლის ზემო არტერია გამოდის აორტიდან 45° კუთხის ქვეშ, მისი სანათური საკმაოდ დიდია; ეს ყველაფერი აადვილებს მასში ემბოლის მოხვედრას და თრომბის განვითარებას.

მუცლის ღრუში შეყვანილი იქნა 1.000.000 ერთეული სტრეპტომიცინი, 500.000 ერთეული პენიცილინი გახსნილი ნოვოკაინის 25%-იან ხსნარში. ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფს დაენიშნა სტრეპტომიცინი. პენიცილინი, აურეომიცინი, ჰეპარინი, პელენტანი, ფიზიოლოგიური ხსნარი.

ოპერაციის მესამე დღეს ავადმყოფი გარდაიცვალა, სექციაზე დადასტურდა ჯორჯლის ზემო სისხლძარღვთა თრომბოზი — წვრილი ნაწლავის განგრენით, ათეროსკლეროზი, კარდიოსკლეროზი.

ჯორჯლის სისხლძარღვთა გაუვალობა შეიძლება განვითარდეს გულის ორგანული დაავადების ფონზე (ენდოკარდი და სხვ.), რასაც ჩვენს მასალაზე ადგილი ჰქონდა სამ შემთხვევაში, მოგვყავს ერთ-ერთი მაგალითი:

ავადმყოფი გ. ე., ქალი, 60 წლისა, როგორც სასწრაფო შემთხვევა გადმოყვანილია კარდიოლოგიის ინსტიტუტიდან, სადაც ავადმყოფი მკურნალობდა გულის ნაკლოვანების გამო. გადმოყვანამდე რამდენი-

მე საათით ადრე დაეწყო ძლიერი ტკივილი მუცელში, რასაც დაერთო გულისრევა და პირღებინება, გაზებისა და განავალის შეკავება.

შემოსვლისას ზოგადი მდგომარეობა მეტად მძიმეა, ავადმყოფი ციანოზურია, პულსი პერიფერიულ სისხლძარღვებზე თითქმის არ ისინჯება. მუცელი შებერილი, სუნთქვაში არ მონაწილეობს, ზერელე პალპაციით მტკივნეული და დაჭიმული, ბლუმბერგის სიმპტომი დადებითი.

ლეიკოციტები—21.000, პროთრომბინის ინდექსი — 115%. შემოსვლისთანავე გაუკეთდა სიფონისა და ჰიპერტონიული ხსნარის ოყნა, ორმხრივ პარანეფრალური ბლოკადა, გამოვიდა მცირე რაოდენობით სისხლნარევი განავალი, მიეცა პელენტანი. შემოსვლიდან ორ საათში გარდაიცვალა. გაკვეთისას დადასტურდა მეზენტერიულ სისხლძარღვთა ემბოლია წვრილი ნაწლავის განგრენით, შებრუნებითი ენდოკარდიტი. ორკარიანი სარქვლის ნაკლოვანება, მარცხენა წინაგულ-პარკუჭთა ხვრელის სტენოზი, ათეროსკლეროზი უპირატესად მუცლის აორტისა და თეძოს საერთო არტერიისა.

მეზენტერიულ სისხლძარღვთა გაუვალობა შეიძლება განვითარდეს მუცლის ღრუს ორგანოებზე წარმოებული ამა თუ იმ ოპერაციის შემდეგ, რასაც ჩვენი მასალის მიხედვით ადგილი ჰქონდა შვიდ შემთხვევაში; აქედან ორ ავადმყოფს მეზენტერიულ სისხლძარღვთა თრომბოზი განუვითარდა სპლენექტომიის შემდეგ, ორ ავადმყოფს კი აპენდექტომიის შემდეგ, თითო შემთხვევაში კუჭის რეზექციის, ქოლეცისტექტომიისა და ნაწლავთა შემოგრეხის შემდეგ. მოგვყავს ამონაწერი ერთერთი ავადმყოფის ისტორიიდან.

ავადმყოფი ლ. ა., ქალი, 22 წლის, მიღებულია კლინიკაში როგორც სასწრაფო შემთხვევა, ტკივილით ილეოცეკალურ მიდამოში, გულისრევით. დაავადების დაწყებიდან რვა საათის შემდეგ მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზით გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია (ადგილობრივი ანესთეზია). ჭია-ნაწლავი განიცდიდა კატარულ ცვლილებებს. გაკეთდა აპენდექტომია. მუცლის ღრუში შეუყვანეს 500.000 ერთეული სტრეპტომიცინი, 300.000 ერთეული პენიცილინი გახსნილი ნოვოკაინის 0,25% ხსნარში. ოპერაციიდან ორი საათის შემდეგ ავადმყოფი ჩავარდა კოლაფსში, სისხლის არტერიული წნევა და პულსაცია პერიფერიულ სისხლძარღვებზე არ ისინჯება. გამოითქვა აზრი, რომ საქმე უნდა გვქონდეს შინაგან სისხლის დენასთან; სასწრაფოდ გაუკეთდა რელაპარატომია. მუცლის ღრუშია ჰემორაგიული გამონადენი. წვრილი ნაწლავი ციანოზური — მოშავო ელფერით. ცხადი გახდა, რომ საქმე ეხება მეზენტერიულ სისხლძარღვთა თრომბოზს.

ოპერაციის შემდგომ დაენიშნა სტრეპტომიცინი, პენიცილინი, ჰეპარინი, პელენტანი.

დაეწყო სისხლიანი ფაღარათობა და ოპერაციიდან რამდენიმე სა-

ათის შემდეგ გარდაიცვალა. სექციაზი დადასტურდა მეზენტერიულ სისხლძარღვთა თრომბოზი, მლივი ნაწლავის განგრენა.

რეიხის მონაცემებით შეფარდება ჯოჯლის ზეძო და ქვემო არტერიების თრომბირებას შორის უდრის 15 : 1.

გერკეს მონაცემებით 60 შემთხვევიდან 36-ში იყო ჯორჯლის ზემო არტერიისა და მისი ტოტების თრომბოზი. 10 შემთხვევაში ჯორჯლის ქვემო არტერიის თრომბოზი, 14 შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა ერთდროულ დაზიანებას როგორც ზემო, ისე ქვემო არტერიებისა, ასევე ვენებისა.

დიაგნოსტიკური თვალსაზრისით აღნიშნული პათოლოგია რთულ შემთხვევათა კომპლექსში განიხილება. მიუხედავად იმისა, რომ ამ დაავადების კლინიკა არც თუ ისე ღარიბია სიმპტომატიკით, მაგრამ სადღეისოდ კი სიცოცხლეში ან ოპერაციამდე დასმულ დიაგნოზთა რიცხვი, როგორც ამას ერთხმად აღნიშნავენ, არ არის ხშირი. სტერნინის გამოთქმით, სიცოცხლეში დასმული ჯორჯლის სისხლძარღვთა თრომბოზის დიაგნოზი წინათ ერთეულ ექიმთა საბედნიერო ხვედრი იყო.

უკანასკნელ ხანებში ამ დაავადების დიაგნოსტიკა შედარებით გაუმჯობესდა. სტერნინის მიერ შვიდი წლის განმავლობაში (1949—1955) გატარებულ 16 ავადმყოფიდან, ჯორჯლის სისხლის ძარღვების თრომბოზით სამს სწორი დიაგნოზი დაესვა სიცოცხლეში.

ჩვენი მასალის მიხედვით ოპერაციამდე სწორი დიაგნოზი დასმული იყო ცხრა შემთხვევაში, ოპერაციაზე დადგინდა აღნიშნული დიაგნოზი 12 შემთხვევაში; ორ შემთხვევაში სექციაზე დაზუსტდა დიაგნოზი.

კლინიკურ სიპტომთა შორის ამ დაავადების მიმდინარეობაში წამყვანი მნიშვნელობა ენიჭება მუცლის არეში შეტევითი ხასიათის ტკივილს. საინტერესოა სკობუნოვასა და კარპენკოს მოსაზრებანი ამ დაავადების დროს ფუნქციურ და ანატომიურ ცვლილებათა განვითარებაზე. მათი აზრით თრომბოემბოლიურ პროცესებზე გავლენას ახდენს შემდეგი ფაქტორები: 1. რა ყალიბის სისხლის ძარღვშია პროცესი (მაგისტრალურში თუ მის ტოტში), 2. სისხლძარღვის სანათურის დახშობის სისწრაფე, 3. დაბრკოლების ლოკალიზაცია სისხლძარღვთა განშტოებასთან დაკავშირებით, 4. სისხლძარღვის დაცობის ხანგრძლივობა, 5. რომელი სისხლის ძარღვია დახშული — არტერია თუ ვენა, 6. კოლატერალების პოტენციური შესაძლებლობა. წვრილი ნაწლავი, ტრეიცის იოგიდან დაწყებული, ილეოცეკალურ კუთხემდე, სისხლს ღებულობს ჯორჯლის ზემო არტერიიდან, საშუალოდ 14—15 ინტენსინალური არტერიის საშუალებით, ხოლო მლივი ნაწლავის დასაწყისი სისხლს ღებულობს პანკრეას-თორმეტგოჯა ქვემო არტერიიდან, რომელიც ანასტომოზს ჰქმნის პანკრეას-თორმეტგოჯას ზემო არტერიასთან. ამიტომ ჯორჯლის ზემო არტერიის ემბოლიის ან თრომბოზის დროს, მლივი ნაწ-

ლავის დასაწყისი ნაწილი, დაახლოებით 8—10 სმ მანძილზე არ განიცდის ნეკროზს. ნაწლავის კოლატერალურ სისხლის მიმოქცევის მექანიზმი სხვადასხვა პირობებში მეტად რთული და მრავალფეროვანია. ამ საკითხზე მრავალრიცხოვანი და მრავალმხრივი გამოკვლევებია. ჩვენ სპეციალურად შევისწავლეთ გვამურ მასალაზე ნაწლავის სისხლის ძარღვები, რაც არა მარტო თეორიული, არამედ პრაქტიკული თვალსაზრისითაც საინტერესოა. პირველ რიგში შევისწავლეთ ჯორჯლის ზემო არტერია. განსაკუთრებული ყურადღება მივაქციეთ ინტენსტინალური არტერიების რიცხვს, მათ განლაგებას ჯორჯლში, დაყოფის ფორმებსა და რკალების რაოდენობას, რადგან არტერიული რკალები წარმოადგენენ ინტენსტინალური არტერიების ბუნებრივ, უხვ ანასტომოზებს და უდიდესი მნიშვნელობა აქვთ კოლატერალური სისხლის მიმოქცევის განვითარებაში.

არსებობს შეხედულება, რომლის მიხედვით ნაწლავის სისხლძარღვის დახშობისას სისხლის დინების შეჩერების გამო ვითარდება თრომბი; ეს უკანასკნელი კი კოლატერალების განვითარებას უშლის ხელს და ამის გამო ვითარდება ნაწლავის ნეკროზი. ჩვენ მიერ ძაღლებზე ჩატარებული ექსპერიმენტები კი საწინააღმდეგო მონაცემებს იძლევა. ასე. მაგალითად, ძაღლის ნაწლავის სისხლძარღვს დაედო ლიგატურა, რომელიც მოხსნილი იქნა ორი საათის შემდეგ და სისხლძარღვში სისხლის მიმოქცევა აღდგა, ძაღლი გადარჩა.

ჩატარებული ექსპერიმენტული გამოკვლევა და მიღებული მასალა იმის საბუთს იძლევა, რომ ნაწლავის სისხლძარღვის თრომბოზი განვითარებული არტერიის დახშობის შედეგად არის არა პირველადი, არამედ მეორადი და შედეგია დანეკროზებული ნაწლავიდან ჯორჯალზე გადასული ინფექციისა.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ნაწლავის არტერიის გადაკვანძვის შედეგების შეფასებისათვის მნიშვნელობა აქვს არა მარტო გადაკვანძული სისხლძარღვების რიცხვს, არამედ მათ კალიბრსაც. წვრილი ნაწლავის მონაკვეთსა და გამოთიშული ნაწლავის სიგრძეს. ექსპერიმენტული დაკვირვება მოწმობს, რომ ჯორჯლის ზემო არტერიისა და მისი ტოტების თრომბოემბოლიური დაავადება დასაწყისში განისაზღვრება ცირკულაციის გამოთიშვით წვრილი ნაწლავის მოკლე მონაკვეთში და თუ დროულად იქნება ეს კერა ლიკვიდირებული, შეიძლება თავიდან ავიცილოთ წვრილი ნაწლავის ტოტალური ნეკროზი. ჩვენ ვთვლით, რომ მეზენტერიული სისხლძარღვების მწვავე გაუვალობის განხილვა ნაწლავთა გაუვალობის თავში მიზანშეწონილი არ არის და გამოცნობა არ შეიძლება მხოლოდ ილეუსისათვის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნების საფუძველზე. საქმე იმაშია, რომ ამ დროს გვაქვს მწვავე არტერიული ან ვენური გაუვალობა და მკურნალობის ეფექტი ბევრად არის დამოკიდებუ-

ლი დროულ ტიპურ დიაგნოზსა და ნაადრევ ოპერაციაზე, როგორიცაა ემბოლექტომია ან თრომბირებული სეგმენტის რეზექცია, ნაწლავთან ერთად. წინააღმდეგშემთხვევაში სისხლის ძარღვის თრომბოზი ვრცელდება და როგორც წესი, აღნიშნულ მძიმე პათოლოგიურ პროცესს ეწირება მთელი ნაწლავი და ადამიანის სიცოცხლე.

მწვავე არტერიული გაუვალობის დროს, მიუხედავად იმისა, რომელ სისხლძარღვშია დაბრკოლება — მაგისტრალურში თუ მეზენტერიალურში, პირველი დახმარების ეფექტურობის საკითხს სწყვეტს არა დღეები, არამედ საათები, ზოგჯერ მნიშვნელობა აქვს წუთებსაც კი.

მეზენტერიულ სისხლძარღვთა ემბოლი და მწვავედ განვითარებული თრომბოზის კლინიკა ძალიან ხშირად ფრიად დამახასიათებელ სურათს იძლევა. დაავადება იწყება მწვავედ, მოულოდნელად, ძლიერი ტკივილით მუცელში, რომელიც ირადიაციას იძლევა წელის მიმართულებით. ავადმყოფი ითხოვს შველას და მისი დაწყნარება რჩევა-დარიგებით შეუძლებელია. ტკივილი იმდენად ძლიერია, რომ შეიძლება შოკში ჩაადგოს ავადმყოფი. აი ზოგიერთი ცნობები თრომბოემბოლიური დაავადების შესახებ. მხედველობაში გვაქვს არტერიული სისტემის ემბოლი და თრომბოზი.

საინტერესოა ემბოლის განვითარების მექანიზმი. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ემბოლი უმეტეს შემთხვევაში ვითარდება ენდოკარდიტის ფონზე, როცა გულის ღრუში ადგილი აქვს თრომბოზულ კერებს. ამ კერებს შეიძლება მოწყდეს მცირე ზომის ემბოლი და გადავიდეს სისხლის მიმოქცევის დიდ წრეში. ცნობილია, რომ ადამიანის ოთხკამერიან გულს აქვს სიგრძეზე ორი ნახევარი — მარჯვენა და მარცხენა გული. ყოველი ნახევრის შედგენილობაში შედის სათანადო წინაგული და პარკუჭი. მარჯვენა გული ვენურია; მარცხენა — არტერიული. მარცხენა პარკუჭიდან გამოდის აორტა და თავის ტოტებით ვრცელდება მთელ სხეულში. ასწვრივი აორტის დასაწყისშია აორტის ბოლქვი, რომელშიაც მოთავსებულია აორტის წიაღები, საიდანაც გამოდის მარჯვენა და მარცხენა გვირგვინოვანი არტერიები; მათ დიდი მნიშვნელობა აქვთ თვით გულის კვებისათვის. ემბოლი შეიძლება მოხდეს გვირგვინოვან არტერიაში, მაგრამ ისიც უნდა ითქვას, რომ გვირგვინოვანი არტერიის ემბოლია ძალზე იშვიათია.

აორტის რკალიდან გამოდის სამი არტერია: მარცხენა, საერთო საძილე და მარცხენა ლავიწქვეშა არტერია. აღნიშნული სამი არტერიის შემდგომი ტოტები ვრცელდება კისრის, თავის, ზემო კიდურების მიდამოებში, გულმკერდის კედლებში, მის ღრუსა და მასში მოთავსებულ ორგანოებში და კვებავენ როგორც ძვლებს, ისე ხბილ ნაწილებს; ამრიგად, თუ ემბოლი გადავიდა საერთო საძილე არტერიაში, მას მოყვება თავის ტვინის სისხლძარღვების ემბოლია და მოპირდაპირე მხრებზე

სხვა კლინიკურ ნიშნებთან ერთად ჰემიპარეზის განვითარება, რასაც ჩვენი ავადმყოფის შემთხვევაში ჰქონდა ადგილი. თუმცა ეს იშვიათია. ემბოლი სიმძიმის კანონის მიხედვით მიყვება სისხლის ნაკადს, გადავა გულმკერდის აორტაში, შემდეგ კი მუცლის აორტაში, სადაც შეიძლება მოხდეს ფაშვის, ჯორჯლის ზემო, ან ჯორჯლის ქვემო არტერიაში. ამას კი შედარებით იშვიათად აქვს ადგილი. მუცლის აორტა წელს მე-4 მალის დონეზე იყოფა მარჯვენა და მარცხენა თეძოს საერთო არტერიებად. თეძოს საერთო არტერია თავის მხრივ იყოფა თეძოს შიგნითა და თეძოს გარეთა არტერიებად. თეძოს გარეთა არტერია საზარდულის იოგის ქვეშ გაივლის სისხლძარღვთა შუალედს და გადადის ბარძაყზე. აქ მას უკვე ბარძაყის არტერია ეწოდება. ყველაზე ხშირად ემბოლი შეჩერდება იქ, სადაც ბარძაყის არტერიას გამოეყოფა ბარძაყის ღრმა არტერია.

დიაფრაგმის თიაქარი და რეტროსპექტივა. ავადმყოფთა დემონსტრაცია. გულმკერდის მიდამოს ძველი დამწვრობა და ე. წ. „ღამურას ფრთა"

ავადმყოფი ლ. ლ., ქალი, 56 წლის, მიღებულია კლინიკაში ტკივილით გულმკერდის მარცხენა ნახევარში, სუნთქვის გაძნელებით, ჰაერის უკმარისობით; აღნიშნავს ოფლიანობას, ადვილ აგზნებადობასა და დაღლას—მცირე ფიზიკური დატვირთვისას. ავად არის ორი წელია.

რენტგენოლოგიურად: მარცხნივ დიაფრაგმის გუმბათი მდებარეობს მე-3 ნეკნის დონეზე. კუჭი მდებარეობს მარცხენა გუმბათის ქვეშ. აწეულია მაღლა.

ავადმყოფს მიეცა საკონტრასტო ნივთიერება. როგორც რენტგენოგრამაზე ჩანს, კუჭი დიაფრაგმასთან ერთად აწეულია მარცხნივ, ზემოთ, მე-3 ნეკნამდე.

ისმის კითხვა—რას შეუძლია გამოიწვიოს დიაფრაგმის გუმბათის აწევა? არის დაავადება. ე. წ. დიაფრაგმის რელაქსაცია — შუასაძგიდის კუნთის მოდუნება. რომლის დროსაც დიაფრაგმა იწევს ზემოთ. მასთან ერთად ზემოთ იწევს მუცლის ღრუს ესა თუ ის ორგანო. უფრო ხშირად კუჭი. ამ შემთხვევაში სწორედ საქმე გვაქვს დიაფრაგმის რელაქსაციასთან; ამავე დროს ავადმყოფს აქვს თირეოტოქსიკოზი. ადვილი აქვს მკვეთრად გამოხატულ ტაქიკარდიას. გაძლიერებულია ძირითადი ცვლა —48.

ავადმყოფი ა. ჯ., მამაკაცი. 37 წლის, შემოვიდა კლინიკაში ყრუ ხასიათის ტკივილით გულმკერდის მარცხენა ნახევარში. სუნთქვის გაძნელებით, საკვების მიღების შემდეგ სიმძიმის გრძნობით. ავად არის ერთი წელია.

რენტგენოლოგიურად: მარცხნივ ფილტვის არე მთლიანად ინტენსიურად დაჩრდილულია. ოდნავ განათებულია მარცხენა ფილტვის მწვერვალი. მოჩანს ჰაეროვანი ბუშტუკი, კუჭი მე-4 ნეკნის დონეზეა.

მიეცა საკონსტრასტო ნივთიერება, რომელიც ავსებს კუჭს; მისი კარდიალური ნაწილი მე-4 ნეკნის დონეზეა.

მიეცა საკონსტრასტო ნივთიერება და რენტგენოლოგიურად გამოკვლეულ იქნა ტრენდელენბურგის მდებარეობაში. კუჭი ავსებულია საკონსტრასტო ნივთიერებით და მისი ფუნდალური ნაწილი გადასულია მარცხნივ გულმკერდის ღრუში.

პნევმოპერიტონეუმის შემდეგ რენტგენოგრამაზე (პირდაპირი გა-

დაღება) აღინიშნება ორთავე გუმბათის ქვეშ ჰაერი, ამავე დროს მარცხენა გუმბათი გაცილებით უფრო მაღლა დგას, ვიდრე მარჯვენა.

ასევე პნევმოპერიტონიუმის შემდეგ გვერდით რენტგენოგრამაზე დიაფრაგმის ორთავე გუმბათის ქვეშ აღინიშნება ჰაერი.

დემონსტრირებული ავადმყოფის შემთხვევაში საქმე გვაქვს დიაფრაგმის თიაქართან. ამრიგად, ორთავე ავადმყოფს აქვს დიაფრაგმის პათოლოგია.

შუასაძგიდი ანუ დიაფრაგმა წარმოადგენს მყეს-კუნთოვან ფირფიტას, რომელსაც ყოფს გულმკერდის და მუცლის ღრუ. დაწყებისა და მიმაგრების მიხედვით დიაფრაგმა იყოფა სამ ნაწილად: მკერდის ნაწილი, ნეკნების ნაწილი, წელის ნაწილი. მკერდის ნაწილი იწყება პახვილისებრი მორჩის უკანა ზედაპირიდან, ნეკნების ნაწილი იწყება ქვემო ექვსი ნეკნიდან, წელის ნაწილი იწყება ხერხემლიდან სამი წყვილი ფეხით.

დიაფრაგმაში არჩევენ შემდეგ ხვრელებს: აორტის ხვრელს, რომელშიც გადის დასწვრივი აორტა და გულმკერდის ლიმფური სადინარი, საყლაპავი მილის ხვრელი, საყლაპავი მილისა და ცთომილი ნერვებისათვის ოთხკუთხიანი ხვრელი, რომელშიც გაივლის ქვემო ღრუ ვენა.

დიაფრაგმის ნამდვილი და ცრუ თიაქრის განვითარებისათვის მნიშვნელობა აქვს დიაფრაგმაში არსებულ სუსტ ადგილებს, თანდაყოლილ დეფექტებსა და ნაპრალებს; ასეთებია: დიაფრაგმის განვითარების დეფექტი, რომელიც პირველად აღწერა მარგანიუსმა და ეწოდება მორგანიუსის ხვრელი: შუასაყარ გულის პერანგის წინა ხვრელი, შუასაყარ გულის პერანგის უკანა ხვრელი, მკერდ-ნეკნის სივრცე, პლევრო-პერიტონეალური სივრცე, საყლაპავი მილის ხვრელთან არსებული დეფექტი.

დიაფრაგმის ანთებადი ნეკროზის განვითარება შეიძლება შემდეგნაირად წარმოვიდგინოთ; მაგალითად, ავადმყოფს გაუკეთდა სპლენექტომია და მუცლის ღრუში ჩაიდო რამდენიმე ტამპონი, რომელიც ებჯინება დიაფრაგმას. თუ იქ მოხდა დაჩირქება და ზეწოლა დიაფრაგმაზე, მაშინ განვითარდება ანთებადი ნეკროზი, რასაც მოყვება დეფექტის გაჩენა დიაფრაგმაში და ის შეიძლება გახდეს დიაფრაგმის მიზეზი.

დიაფრაგმის ნამდვილი თიაქარი ვითარდება მუცლის ღრუს რომელიმე ორგანოს გადასვლით გულმკერდის ღრუში, პერიტონეუმის სათანადო პარიეტული ფურცლით, რომელიც მისთვის წარმოადგენს თიაქრის პარკს.

დიაფრაგმის ნამდვილი თიაქრები ძალიან იშვიათია; შედარებით უფრო ხშირია დიფრაგმის რომელიმე ნაპრალის საშუალებით ორგანოს გადასვლა მუცლის ღრუდან გულმკერდის ღრუში, ისე, რომ ეს ორგა-

ნო არ არის დაფარული პერიტონეუმის პარიეტული ფურცლით. ასეთ მოვლენას დიაფრაგმის ცრუ თიაქარი ეწოდება.

იმ შემთხვევაში, როდესაც დეფექტს აქვს ადგილი ,ე. ი. მუცლის ღრუ უშუალოდ არის დაკავშირებული გულმკერდის ღრუსთან, მაშინ ყველა პირობაა ცრუ თიაქრის განვითარებისათვის.

როდესაც დიაფრაგმის კუნთოვან ან მყესოვან ნაწილში ადგილი აქვს განვითარების დეფექტს, გულმკერდის ღრუ განსაზღვრულია მუცლის ღრუსგან თხელი სეროზული ფურცლებით (პლევრისა და პერიტონეუმის). ასეთ შემთხვევებში შეიძლება ნამდვილი დიაფრაგმული თიაქრის განვითარება.

დიაფრაგმის განვითარების ანომალიებს ეკუთვნის აგრეთვე დიაფრაგმის რელაქსაცია. ამ დროს ადგილი აქვს დიაფრაგმის გუმბათის მოდუნებას, გათხელებას. დიაფრაგმის ყველა სამივე შრე შენახულია, მაგრამ კუნთოვანი ქსოვილი გადაგვარებას განიცდის, მოდუნებული დიაფრაგმა აწეულია ზევით, გულმკერდის მეორე-მესამე ნეკნის დონემდე. ფილტვი შეკუმშულია, მუცლის ღრუს ორგანოები კი — კუჭი, განივი კოლინჯი, მაღლა მდებარეობენ მეორე-მესამე ნეკნის დონეზე.

რელაქსაცია დიაფრაგმის თიაქრისაგან განსხვავდება იმით, რომ რენტგენოლოგიურად დიაფრაგმული თიაქრის დროს გულმკერდის ღრუში გადასული ორგანოს (მაგალითად, კუჭის) ჩრდილი დიაფრაგმის ზემოთ ჩანს, რელაქსაციის დროს კი, პირიქით, ზემო საზღვარი წარმოდგენილია დიაფრაგმის ჩრდილით და მის ქვემოთ კი მოთავსებულია კუჭი.

დიაფრაგმის რელაქსაცია იწვევს მთელ რიგ მოვლენებს: ტკივილს კუჭის არეში ჭამის შემდეგ, არაიშვიათად პირღებინებას, პერკუსიით აღინიშნება მოყრუება გულმკერდის ღრუს ქვემო ნაწილში, მის ზემოთ ტიმპანიტია; მოყრუების ზონაში აღინიშნება სუნთქვის შესუსტება. ამ ნიშნების ცვალებადობა უშუალოდ დაკავშირებულია საჭმლის მიღებასთან. განსაკუთრებით კარგად არის გამოხატული კუჭის ცვალებადობა კონტრასტული მასის მიღების შემდეგ.

დიაფრაგმის რელაქსაციის დიფერენცირება დიაფრაგმული თიაქრისაგან შეიძლება მხოლოდ რენტგენოსკოპიით. კარგ დიაგნოსტიკულ საშუალებად ითვლება აგრეთვე პნევმო-პერიტონეუმი.

დიაფრაგმის დაავადების ზემოთ აღნიშნული ფორმები არ არის ხშირი. შედარებით უფრო ხშირად გვხვდება დიაფრაგმის ტრავმული თიაქრები.

დიაფრაგმის ტრავმული თიაქარი ჩვეულებრივ ცრუ თიაქარია და იგი უხშირესად ვითარდება გულმკერდისა და მუცლის ღრუს კომბინირებული ჭრილობების შედეგად.

ძველი ლიტერატურული წყაროების მიხედვით დიაფრაგმის თიაქა-

რი ითვლებოდა იშვიათ დაავადებად. ახალი გამოკვლევების საფუ-ძველზე ირკვევა, რომ დიაფრაგმის დაზიანება არ არის იშვიათი ისევე, როგორც მის შედეგად განვითარებული თიაქარი. სოზონ-იაროშევიჩის, ოსტროგორსკისა და სხვათა მონაცემებით გულმკერდის ღრუს დაზიანების შემთხვევაში კომბინირებული ჭრილობების რაოდენობა შეადგენს 10%-ს, მუცლის ღრუს დაზიანებისას კი 5%-ს. გულმკერდისა და მუცლის ღრუს კომბინირებული ჭრილობები მძიმე დაზიანებად ითვლება და დიდ სიკვდილიანობას იწვევს. აღნიშნული დაზიანების ერთ-ერთ გართულებას წარმოადგენს დიაფრაგმის ტრავმული თიაქარი. დიაფრაგმის დეფექტის გზით გულმკერდის ღრუში შეიძლება გადავიდეს მუცლის ღრუს ორგანოები და განვითარდეს დიაფრაგმის ტრავმული თიაქარი, რომელიც მოითხოვს სპეციალურ ქირურგიულ მკურნალობას. გულმკერდისა და მუცლის კომბინირებული ჭრილობები მოითხოვს გადაუდებელ ქირურგიულ ჩარევას. სათანადოდ უნდა დამუშავდეს დაზიანებული ორგანოები და გაიკეროს დაზიანებული დიაფრაგმა, რომ შემდეგში არ განვითარდეს თიაქარი. დიაფრაგმის იზოლირებული დაზიანება ფრიად იშვიათია; უსაზღვროდ დიაფრაგმის დაზიანებასთან ერთად ზიანდება გულმკერდისა და მუცლის ღრუს ორგანოებიც. მიუხედავად ამისა, ლიტერატურის მიხედვით ირკვევა, რომ დაზიანებული დიაფრაგმის გაკერვა ყოველთვის არ ხდება. სოზონ-იაროშევიჩის მასალის მიხედვით 46 შემთხვევიდან, როდესაც გაკეთებული იყო სასწრაფო ოპერაცია, დაზიანებული დიაფრაგმის მთლიანობის აღდგენა მოხდა მხოლოდ 24-ჯერ; 17 შემთხვევაში მუცლის ღრუს გაკვეთით და შვიდჯერ გულმკერდის ღრუს გახსნის საშუალებით. დანარჩენ შემთხვევებში დიაფრაგმა არ გაკერილა. რასაკვირველია, იმ ავადმყოფებს, რომელთაც დიაფრაგმა არ ჰქონდათ გაკერილი და გადაიტანეს ოპერაცია, აქვთ იმის პირობა, რომ შემდეგ განვითარდეს თიაქარი.

დიაფრაგმის თიაქრის დიაგნოსტიკა ადვილი არ არის. დაავადება და სიკვდილის მიზეზი არაიშვიათად მხოლოდ სასექციო მაგიდაზე გაირკვევა. კლინიკური მეთოდებით, რეტგენის გამოყენებამდე, დიაფრაგმული თიაქრის გამოცნობა ცოცხალზე ერთეულ შემთხვევაში ხდებოდა.

უკანასკნელ ხანებში დროულად დიაგნოსტირებული დიაფრაგმული თიაქრების შემთხვევები უკვე იშვიათი არ არის, რასაც ხელს უწყობს ამ დაავადების ეთიოლოგიის პათოგენეზისა და დამახასიათებელი კლინიკური სურათის შესწავლა და, რაც მთავარია, რენტგენოლოგიური გამოკვლევა. მთელი რიგი ავტორები აღნიშნავენ, რომ მათ მიერ დიაფრაგმის თიაქარი ამოცნობილი იყო შემთხვევით, რენტგენოსკოპიის დროს, ყოველგვარი კლინიკური დაკვირვების გარეშე. გერმანის სტატისტიკით 17.000 რენტგენოსკოპის შედეგად 17 შემთხვევაში განოვ-

ლინდა დიაფრაგმის თიაქარი. მიუხედავად რენტგენოლოგიური შესწავლის დიდი მნიშვნელობისა, არის შემთხვევები, როდესაც დიაფრაგმული თიაქრის დიაგნოზი ისმის არა რენტგენოსკოპიის საფუძველზე. აღნიშნულის საილუსტრაციოდ საინტერესო მონაცემებს იძლევა ჰედბლომი. 378 დიაფრაგმის თიაქრიდან დაავადება რენტგენოლოგიური შესწავლით დადგენილი იყო 28,3%-ში, კლინიკური და რენტგენოლოგიური შესწავლით 13,5%-ში, მხოლოდ კლინიკური შესწავლით 17,7%-ში, ოპერაციის დროს—30%-ში და სიკვდილის შემდეგ—6,3%-ში.

დიაფრაგმის ტრავმული თიაქრის დიაგნოსტიკისათვის მხედველობაში უნდა მივიღოთ დაზიანების პროექცია. სამწუხაროდ, ამ დაავადების კლინიკური სურათი ფრიად მრავალფეროვანია და დამოკიდებულია თიაქრის ოდენობაზე და იმაზე, თუ რომელი ორგანოა გადასული გულმკერდის ღრუში (კუჭი, ნაწლავები, ბადექონი, ელენთა). ამისდა მიხედვით ადგილი ექნება ამა თუ იმ ორგანოს ფუნქციის დარღვევას და სათანადო მოვლენებს. ერთნაირი არ არის აგრეთვე გულმკერდის ღრუს ორგანოების კომპრესიის შედეგად განვითარებული მოვლენებიც, რომელიც მდგომარეობს სასუნთქავი და სისხლის მიმოქცევის ორგანოების ამა თუ იმ სახის დარღვევაში.

დიაფრაგმის თიაქრის ამოცნობა ყოველთვის არ ხერხდება, არა მარტო კლინიკური შესწავლით, არამედ რენტგენოლოგიურად და საოპერაციო მაგიდაზედაც კი. ლევიტი აღწერს შემთხვევას, როდესაც ავადმყოფს ორჯერ გაუკეთდა ლაპარატომია და თიაქარი არ აღმოჩენილა; სინამდვილეში ავადმყოფს ჰქონდა დიაფრაგმის თიაქარი, რაც მას განუვითარდა ხიშტით მიყენებული ჭრილობის გამო.

მიუხედავად იმისა, რომ დიაფრაგმის თიაქრის გამოცნობისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს კლინიკური ნიშნების გულდასმით ანალიზს, ავადმყოფის რენტგენოლოგიური შესწავლა წამყვანად ითვლება; განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მისი გამოყენების მეთოდური მხარე, მაგალითად: რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, უზმოდ, ავადმყოფის სხვადასხვა მდგომარეობაში — მწოლიარე, ფეხზე მდგომი და სხვადასხვა მიმართულებით, კონტრასტული მასის გამოყენებით.

1910 წლამდე სოლომნის ნაკრები სტატისტიკის მიხედვით ლიტერატურაში ცნობილი იყო 1000 შემთხვევა დიაფრაგმული თიაქრებისა; აქედან მხოლოდ 50 ავადმყოფს გაუკეთდა ოპერაცია, დანარჩენი კი დიაგნოსტირებული იყო სასექციო მაგიდაზე. უფრო ახალი მონაცემების მიხედვით გამოქვეყნებულია დიაფრაგმის თიაქრის 2500-მდე შემთხვევა, მაგრამ ოპერაციული ჩარევის პროცენტი საკმარისად დაბალია. ჰედბლომმა 1930 წელს ნაოპერაციები დიაფრაგმული თიაქრების 378 შემთხვევა შეაგროვა. საბჭოთა კავშირში დიაფრაგმის თიაქრის ოპერაციის საკითხზე მუშაობდნენ ვინოგრადოვა, სტოიანოვი, ტიხოვი, გუ-

რევიჩი, დიტერიხსი, ტატარინოვი, ოპელი, გოგენტორნი, პოლიკარპოვი, ლევიტი, ილზედორფი, სოკოლოვსკი, პეტროვი, პეტროვსკი, წულუკიძე, ოთხმეზური, დვალი და სხვები.

ეპინგერის ნაკრები სტატისტიკით 1911 წლამდე შეგროვილი იყო დიაფრაგმის თიაქრების 635 შემთხვევა, აქედან 313 თიაქარი ტრავმული წარმოშობისაა.

სამამულო ომის მასალის მიხედვით დიაფრაგმის ტრავმული თიაქრების რიცხვი საკმარისად დიდია და საბჭოთა მედიცინის წარმომადგენლებს მაღალი მიღწევები აქვთ ამ დაავადების კლინიკისა და ქირურგიული მკურნალობის გაუმჯობესების საქმეში.

უკანასკნელი წლების განმავლობაში გამოქვეყნებულია ცალკეული შემთხვევები ტრიუმფოვას, შაკის, ლავროვის, სამარინის, ტეპლიცის, როზოვის, სმირნოვის, ოდინოვის და სხვათა მიერ, მიუხედავად ამისა, უნდა აღინიშნოს, რომ დიდი სამამულო ომის დროს ოპერირებული დიაფრაგმის ტრავმული თიაქრები ჯერ კიდევ საბოლოოდ არ არის შეჯამებული.

ჩვენ მიერ ევაკო-ჰოსპიტლის ბაზაზე სამამულო ომის დროს დიაგნოსტირებული და ოპერირებული იყო სამი ავადმყოფი დიაფრაგმის ტრავმული თიაქრით. აქედან ორ შემთხვევაში თორაკალური მიდგომით და ერთ შემთხვევაში თორაკოაბდომინალური გზით. სამთავე განიკურნა.

ჩვენს კლინიკაში გატარებულია ავადმყოფები დიაფრაგმის ტრავმული თიაქრით, მათ შორის განსაკუთრებით საინტერესოა დიაფრაგმის იზოლირებული ტრავმული თიაქრის შემთხვევა.

ავადმყოფი გ. ნ., ქალი, 58 წლის, კლინიკაში შემოვიდა ეპიგასტრიუმისა და მუცლის მარცხენა ნახევარში ტკივილის გამო. როგორც ანამნეზიდან ირკვევა, დაავადებას უკავშირებს ხიდან ჩამოვარდნას. ხიდან ჩამოვარდნილა წელიწადნახევრის წინათ. მაშინვე უგრძვნია მწვავე ტკივილი მუცლის არეში. მოუთავსებიათ სიღნაღის საავადმყოფოში, სადაც ჩაუტარებიათ სიმპტომატიკური მკურნალობა. პირველი 10 დღის განმავლობაში მაღალი სიცხე ჰქონია და ექვსი თვის განმავლობაში ყოფილა მწოლიარე ავადმყოფი. ამ ხნის განმავლობაში ავადმყოფს აწუხებდა ტკივილი მუცლის მარცხენა ნახევარში, რაც ხშირად უმწვავდებოდა.

ავადმყოფი დასუსტებულია, მაჯა რითმული, კარგი ავსების — წუთში 82′, გულის ტონები მოყრუებული, საზღვრები ოდნავ მარჯვნივაა გადაწეული. ფილტვების მხრივ რაიმე ცვლილებები არ აღინიშნება.

დახედვით მუცლის წინა კედელზე ცვლილებები არ არის, ღრმა პალპაციით მუცლის მარცხენა მხარეს აღენიშნება ტკივილები. გულმკერდის მარცხენა მხარეს, მის ქვემო ნაწილში, პერკუტორულად ტიმპანიატია. ავადმყოფს გაუკეთდა გულმკერდის მარცხენა ნახევრის

რენტგენოსკოპია და რენტგენოგრაფია — ნაწლავში კონტრასტული ნივთიერების შეყვანით. აღინიშნება მსხვილი ნაწლავის მარყუჟების გადასვლა გულმკერდის ღრუში მარცხნივ, რომლებიც აღწევენ მეხუთე-მეექვსე ნეკნების დონეს. ამ მონაცემების საფუძველზე დაისვა დიაფრაგმის თიაქრის დიაგნოზი.

ავადმყოფს, წინასწარი მომზადების შემდეგ გაუკეთდა ოპერაცია. ვაგოსიმპათიკური ბლოკადა მარცხენა მხარეზე, პარავერტებრალური ანესთეზია მარცხნივ, მესამედან მარცხნივ ნეკნამდე. ინფილტრაციული ანესთეზია მეშვიდე ნეკნთაშუა სივრცეში, განაკვეთის მიმართულებით. გადაიკვეთა მეექვსე, მეშვიდე და მერვე ნეკნები ყელის მიდამოში. გაიხსნა გულმკერდის ღრუ, რომელშიც აღმოჩნდა მოთავსებული კუჭის ორი მესამედი, განივი კოლინჯი და ბადექონი. გამოიყო თიაქრის ხვრელი, ე. ი. გაგლეჯილი დიაფრაგმა. ორგანოები ჩაბრუნდა მუცლის ღრუში, გულმკერდის ღრუში არსებული შეხორცებებისაგან განთავისუფლების შემდეგ. დიაფრაგმის დეფექტი გაიკერა ოცკვანძოვანი ნაკერით. ჭრილობა დაიხურა ყრუდ, შრეების მიხედვით. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი — პირველი კვირა მძიმე; რამდენიმეჯერ პუნქციით გამოუღეს ჰემორაგიული სითხე პლევრის ღრუდან. სამი კვირის შემდეგ ავადმყოფი კლინიკიდან განკურნებული გაეწერა.

საინტერესოა მეორე მსგავსი შემთხვევა დიაფრაგმის იზოლირებული ტრავმული თიაქრისა.

ავადმყოფი რ. ვ., მამაკაცი, 20 წლის, მიღებულია კლინიკაში ჩივილებით — გრძნობს სიმძიმეს გულმკერდის მარცხენა ნახევარში, რომელიც უძლიერდება საკვების მიღებისა და უმნიშვნელო ფიზიკური დატვირთვის შემდეგ. როგორც ავადმყოფი გადმოგვცემს შვიდი წლის წინათ ჩამოვარდა სიმაღლიდან. დავარდა სხეულის მარცხენა ნახევრით. მოათავსეს ერთ-ერთ საავადმყოფოში. რადგან უჩიოდა ტკივილს გულმკერდის მარცხენა ნახევარში, გაუკეთდა პუნქცია, მაგრამ გამონადენი არ მიუღიათ. რენტგენოლოგიური გამოკვლევა არ ჩაუტარებიათ. ავადმყოფი გაწერეს. კლინიკაში შემოსვლამდე ერთი თვით ადრე გაიარა სამხედრო-სამედიცინო შემოწმება, როგორც წვევამდელმა. რენტგენოლოგიური გამოკვლევის შედეგად გამოითქვა აზრი, რომ შესაძლებელია საქმე გვქონდეს დიაფრაგმის მარცხენა გუმბათის რელაქსაციასთან და დიაგნოზის დასაზუსტებლად გამოგზავნეს კლინიკაში. შემოსვლისას ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. გულმკერდი დეფორმაციის გარეშე. მარცხნივ მესამე ნეკნამდე პერკუტორულად აღინიშნება ტიმპანტი, აუსკულტაციით შესუსტებული ვეზიკულური სუნთქვა, გულმკერდის შენჯღრევისას ისმის ჭანჭყარის ხმა. გულმკერდის რენტგენოსკოპიით აღინიშნება დიაფრაგმის მარცხენა გუმბათის მაღალი დგომა მეოთხე ნეკნამდე, რომლის მოძრაობა შეზღუ-

დულია. მიეცა საკონტრასტო ნივთიერება; ამის შემდეგ რენტგენოლოგიურად გამოირკვა, რომ კუჭი მთლიანად გადასულია მარცხნივ, გულმკერდის ღრუში და ის მდებარეობს მეორე-მესამე ნეკნის დონეზე. შეუყვანეს საკონტრასტო ნივთიერება, რის შემდეგ ავადმყოფის რენტგენოგამოკვლევა ჩატარდა ტრენდელენბურგის მდგომარეობაში. აღმოჩნდა, რომ განივი კოლინჯი გადასულია გულმკერდის ღრუში. აღნიშნული მონაცემების საფუძველზე გამოითქვა აზრი, რომ საქმე უნდა გვქონდეს დიაფრაგმის ტრავმულ თიაქართან, რის გამოც გაუკეთდა ოპერაცია (ენდოტრაქეალური ნარკოზი)—განაკვეთი მარცხნივ მეშვიდე ნეკნთან შუა სივრცეში გადაიკვეთა მეშვიდე და მერვე ნეკნის ხრტილოვანი ნაწილი. დათვალიერებისას მუცლის ღრუდან გულმკერდის ღრუში გადასული აღმოჩნდა: კუჭი მთლიანად, განივი კოლინჯი, ელენთა, დიდი ბადექონი და მარცხენა თირკმელის ზემო პოლუსი, რომლებიც გულმკერდის ღრუში ვრცლად იყო შეხორცებული. შეხორცებების გათიშვის შემდეგ კუჭი და განივი კოლინჯი თავისუფლად ჩაბრუნდა მუცლის ღრუში. ელენთის ჩაბრუნება ვრცელი შეხორცებების გამო არ მოხერხდა, ელენთა ამოიკვეთა.

დიაფრაგმის მარცხენა ნახევარში იყო დეფექტი ზომით 15×5 სმ. დეფექტი გაიკერა, მაგრამ ადგილი ჰქონდა დაჭიმვას, რის გამოც რეციდივის თავიდან აცილების მიზნით გაკეთდა ალოპლასტიკა კაპრონის ფირფიტით. ოპერაციის შემდეგ გართულება არა ჰქონია, გაეწერა კლინიკურად გაჯანსაღებული.

ევაკოჰოსპიტლის მასალების მიხედვით გატარებული ავადმყოფებიდან უნდა შეეჩერდეთ დიაფრაგმის ჩაჭედილი ტრავმული თიაქრის ერთ შემთხვევაზე. დიაფრაგმის თიაქარი განვითარებული იყო ცეცხლნასროლი ჭრილობის შედეგად და პირველ ხანებში კლინიკურად ადგილი ჰქონდა თავისუფალი დიაფრაგმული თიაქრის ზოგიერთ ნიშნებს. შემდეგ მოულოდნელად და სწრაფად განვითარდა შინაგანი ჩაჭედვის მოვლენები გულმკერდის ღრუში გადასული კუჭის ფეხზე შემობრუნებისას და დიაფრაგმის დეფექტში ჩაჭედვის გამო. შემთხვევა საინტერესოა იმითაც, რომ ზოგიერთი ტიპური ნიშნის მიხედვით დროულად იყო დასმული სწორი დიაგნოზი და გაკეთდა ოპერაცია.

32 წლის მამაკაცი ტყვიით დაჭრეს გულმკერდის მარცხენა ნახევარში. ავადმყოფი პირველ ხანებში მძიმე მდგომარეობაში ყოფილა. პირველი რვა დღის განმავლობაში ჰქონდა სისხლიანი პირღებინება. ოპერაცია არ გაუკეთებიათ და რამდენიმე სამკურნალო დაწესებულების გავლის შემდეგ მიიღეს თბილისის ოფიცერთა ჰოსპიტალში შემდეგი მდგომარეობით: ავადმყოფი სუსტი კვების, საერთო მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი, უჩივის ტკივილს მახვილისებურ მორჩის არეში, სიარულის დროს გრძნობს სიმძიმეს მარცხენა მხარეში — გულმკერ-

დის ქვემო ნაწილში. გულმკერდის მარცხენა მხარეზე ქვემოთ აღენიშნებოდა: სუნთქვის შესუსტება, პერკუტორულად მოყრუება. მეთერთემეტე ნეკნის დონეზე მარცხნივ პარავერტებრალურ ხაზზე არის შემავალი ჭრილობის ნაწიბური 2×1 სმ. გამავალი ხვრელის ნაწიბური მეოთხე ნეკნის დონეზეა,მარცხენა მხარეზე, გულმკერდის წინა ზედაპირზე, იღლიის წინა ხაზზე, ზომით 2×2 სმ. სხვა რაიმე მოვლენები ავადმყოფს არ აღენიშნებოდა. პირველ საათზე ავადმყოფს დაეწყო ძლიერი ტკივილი მახვილისებური მორჩის არეში, განუწყვეტელი პირღებინებით, აღენიშნებოდა ქოშინი, მაჯა აჩქარებული, პერიოდული გამოვარდნებით და ციანოზი, მუცელი რბილი, უმტკივნეულო, ხოლო მახვილისებრი მორჩის არეში უმნიშვნელო დაჭიმულობა, ტკივილი პალპაციით ძლიერდება, ტემპერატურა 36.6°, მაჯა 110 წუთში.

მეორე დღეს ტემპერატურა 37.7°, მაჯა 120[1], პირღებინება შეწყდა, მაგრამ ავადმყოფს აწუხებს ძლიერი გულისრევა, სლოკინი და ძლიერი ტკივილი. პალპაციით მუცელი რბილი, ხოლო მახვილისებრი მორჩის არეში მცირე ტკივილი და რიგიდობა. პერკუსიით მარცხენა მხარეს, მესამე ნეკნის დონეზე, აღენიშნებოდა ტიმანიტი, ავადმყოფის შენჯღრევისას ისმის ჭანჭყარი.

ავადმყოფი გააშუქეს რენტგენით და გადაუღეს სურათი. რენტგენოლოგიის დასკვნა:

მარცხენა მხარეში დიაფრაგმა აწეულია მესამე ნეკნამდე, რომლის ქვემოთ აღინიშნება ჰაერის დიდი ბუშტი, სითხის ჰორიზონტალური დონით, გული მკვეთრად გადაწეულია მარჯვნივ. ავადმყოფს კონტრასტული მასის მიღება არ შეუძლია, მიღებისთანავე ამოაღებინა. საერთოდ ღებინება ავადმყოფს აღარა აქვს, იგი შოკის მდგომარეობაშია, სუნთქვა უძნელდება. ბოლოს განვითარდა კოლაფსი. ავადმყოფი ფერმკრთალია, ციანოზური, მაჯა ძლივს ისინჯება — ძაფისებრია, მწვავე მოვლენების დაწყებიდან 23 საათის შემდეგ ავადმყოფს გაუკეთდა ოპერაცია, დიაფრაგმის ჩაჭედილი თიაქრის დიაგნოზით. ადგილობრივი ანესთეზია გაუკეთდა ¼% ნოვოკაინის ხსნარით. შუა ხაზზე და ორივე მხარეს ნეკნთა რკალის მიმართულებით ნეკნთა შუა ნერვების ბლოკირების მიზნით.

განაკვეთი შუახაზზე, სიგრძით 15 სმ. მუცლის ღრუს გახსნისას კუჭის პილორული ნაწილი მიფარებულია დიაფრაგმის დეფექტზე, დანარჩენი ნაწილები კუჭისა, დიდ ბადექონთან ერთად, გადასულია გულმკერდის ღრუში. კუჭის კარდიალური და პილორული ნაწილი მჭიდროდ არის დაკავშირებული ერთიმეორესთან და გადაგრეხილია. ვცადეთ მუცლის ღრუს მხრიდან კუჭის გასწორება და ჩამოტანა, მაგრამ ყოველივე ცდა უშედეგოდ დამთავრდა. ამიტომ მე-7 და მე-8 ნეკნთა შორის არეში ფართოდ გაიხსნა გულმკერდის ღრუ. ნახეს კუჭი, რომელიც

თავისი ფორმით ჰგავს ბავშვის თავისოდენა ბურთს და მოძრაობს გულის ბიძგის ზეგავლენით. კუჭი მთლიანად შემობრუნებულია თავისი ფრონტალური ღერძის გარშემო, ისე რომ გულმკერდის ღრუში კუჭის დიდი სიმრუდე მიქცეული იყო წინ და ზემოთ, მცირე სიმრუდე კი — უკან და ქვემოთ. დიაფრაგმა გაიკვეთა—თიაქრის ხერელიდან ნეკნთა რკალის მიმართულებით. ამრიგად, გაერთიანდა გულმკერდის ღრუ მუცლის ღრუსთან და კუჭი მუცლის ღრუს განაკვეთიდან გამოტანილ იქნა გარეთ, რის შემდეგ მწვავედ გაგანიერებული კუჭიდან ამოიქაჩა მოშავო ფერის სუნიანი სითხე, დაახლოებით ხუთი ლიტრის რაოდენობით, კუჭი ჩაბრუნდა მუცლის ღრუში. დიაფრაგმის დეფექტი გაიკერა გულმკერდის ღრუდან, თავისუფლად, ორსართულიანი კვანძოვანი ნაკერით.

შემდეგ გულმკერდის ღრუ გამოირეცხა ფიზიოლოგიური ხსნარით, ჩაიყარა სულფიდინი და დაიხურა ყრუდ, შრეების მიხედვით, კვანძოვანი ნაკერით. ასევე გაიკერა მუცლის კედელი, შრეების მიხედვით ოპერაციის დროს ავადმყოფს გადაესხა 300 კუბ. სმ სისხლი, გაუკეთდა ფიზიოლოგიური ხსნარი და გულის გასამაგრებელი საშუალებანი. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში აღინიშნებოდა ტემპერატურა 37,5° — 38,5°, ქოშინი, მცირე ციანოზი, სლოკინი, გულისრევა. ეძლეოდა გულის გასამაგრებელი საშუალებები, დიდი რაოდენობით ფიზიოლოგიური ხსნარი, ნაწლავის გზით, სულფიდინი, პირველი ხუთი დღის განმავლობაში, სამჯერ მარცხენა პლევრის ღრუდან შპრიცით გამოღებული იყო ჰემორაგიული სითხე. ჭრილობები შეხორცდა პირველი დაჭიმვით. ავადმყოფი სრულიად განიკურნა, თავს კარგად გრძნობს ამჟამადაც.

კუჭის მწვავე შემობრუნების ხელშემწყობ ფაქტორად ითვლება: 1. გასტროპტოზი, რასაც მოყვება კუჭის იოგოვანი აპარატის მოდუნება, 2. სიდის საათის მაგვარი მდებარეობა გამოწვეული კუჭის მცირე სიმრუდის კალოზური წყლულით, 3. კუჭის სიმსივნე, როდესაც ადგილი აქვს გაძლიერებულ პერისტალტიკას, 4. კუჭის ძლიერი გავსება საჭმლითა და აირებით, 5. ანტიპერისტალტიკის გაძლიერება ღებინების დროს, 6. მოძრავი ელენთა, რომელიც შეიძლება ჩაითვალოს ხელშემწყობ ფაქტორად, 7. ნაწლავის გავსება გაზებით, განსაკუთრებით განივი კოლინჯისა. გარდა ზემოთ აღნიშნულისა, კუჭის მწვავე შემობრუნებისათვის მნიშვნელობა აქვს დიაფრაგმის თიაქრის არსებობას.

ლიტერატურაში აღწერილია კუჭის მწვავე შემობრუნების შემთხვევები სინიშინის, ტიუ-ჯგის, კრიმჰოლცის, ტეპლიცის, გავიალოვის, ედანოვიჩის, ბალის, ოდეს მიერ.

კუჭის მწვავე შემობრუნება ძალზე იშვიათი გართულებაა, იგი პირველად აღწერილი იყო 1866 წელს, ბერტის მიერ. 1927 წელს ბრეიტკოფს მსოფლიო ლიტერატურის მიხედვით კუჭის მწვავე შემობრუ-

ნების სულ 27 შემთხვევა მოყავს. 1937 წელს ოდეს მოყავს დამატებით 13 შემთხვევა, ჰაბერერს აღწერილი აქვს კუჭის მწვავე შემობრუნების 10 შემთხვევა, როდესაც დიაგნოზი დასმული იყო მხოლოდ პათოლოგ-ანატომურად. 15 შემთხვევაში ჰაბერერის მონაცემებით კუჭის მწვავე შემობრუნების გამო გაკეთდა ოპერაცია, აქედან ოთხი ავადმყოფი დაიღუპა ოპერაციის პირველ საათებში, დანარჩენებმა კი გადაიტანეს ოპერაცია (11 ავადმყოფი).

ჩვენს შემთხვევაში ავადმყოფს დიაფრაგმის ხვრელში კუჭის ჩაჭედვა და შემობრუნება ერთდროულად განუვითარდა, ავადმყოფს დაეწყო ძლიერი ტკივილები, პირღებინება, გულისრევა და სლოკინი. ავადმყოფს ყლაპვა არ შეეძლო, გულმკერდის არეში მარცხნივ გამოხატული იყო ტიმპანიტი, რომელიც აღწევდა მესამე ნეკნის დონემდე. ამავე არეში მოსმენით — ჭანჭყარი. ყველა აღნიშნულის მიხედვით ოპერაციამდე დასმული იყო ჩაჭედილი თიაქრის დიაგნოზი და ოპერაციის დროს კი დადასტურდა კუჭის ჩაჭედვა და მისი შემობრუნება. გულმკერდის ღრუში დიაფრაგმის თიაქრის გზით ლიტერატურაში აღწერილია კუჭის გადასვლა სეგადის, ტარნაპოლსკის, ავგაროვის, იანიშევისა და სხვათა მიერ. კუჭის მწვავე შემობრუნების მსგავსი შემთხვევა დიაფრაგმის რელაქსაციის შედეგად აღწერილი აქვს ბეკერს.

საინტერესოა დიაფრაგმის ჩაჭედილი ტრავმული თიაქრის შემთხვევაც, რომლის გამოც ამ რამდენიმე წლის წინათ კლინიკაში ოპერაცია გაუკეთდა ავადმყოფს.

ავადმყოფი მამაკაცი, 30 წლის, შემოვიდა კლინიკაში როგორც სასწრაფო შემთხვევა, მთელს მუცელში ტკივილების ჩივილით; ტკივილები პერიოდულად უძლიერდებოდა; როგორც ანამნეზიდან ირკვევა, ავად არის 4 დღეა. ავადმყოფობა დაწყებია გულისრევით, პირღებინებითა და მუცლის არეში ტკივილით. ამ ხნის განმავლობაში არ ჰქონია კუჭის მოქმედება.

გულმკერდის მიდამოში დანით მიყენებული ჭრილობის შედეგად თბილისის ერთ-ერთ საავადმყოფოში ღია პნევმოთორაქსის გამო გაუკეთდა ოპერაცია — დაზიანებული პლევრისა და სათანადო ქსოვილების გაკერვა.

საავადმყოფოდან გაეწერა კლინიკურად გაჯანსაღებული. შემდეგ მუცლის არეში ტკივილისა და პერიოდული პირღებინების გამო წოლილა რაისაავადმყოფში, საიდანაც გაუწერიათ როგორც ფსიქოპატიური პიროვნება.

კლინიკაში შემოსვლისას ავადმყოფს აღენიშნება მუცლის შებერილობა და მტკივნეულობა პალპაციის დროს, უფრო მეტად მუცლის ზემო მარცხენა ნახევარში; აქვე კარგად გამოხატული იყო კუნთთა

კონტრაქტურა — დეფანსი. ამასთანავე აღსანიშნავი იყო გაუვალობა, როგორც აირებზე, ისე განავალზე.

ყურადღებას იპყრობს აგრეთვე ის გარემოება, რომ ავადმყოფს ჰქონდა გაძლიერებული წყურვილის გრძნობა, წყლის მიღებისთანავე უძლიერდებოდა პირღებინება, მკაფიოდ გამოხატული იყო რეგულგიტაციის სიმპტომი.

მაჯა 106′, რითმული, საშუალო ავსებისა და დაჭიმულობის; სისხლში აღინიშნებოდა ლეიკოციტოზი — მარცხნივ გადახრით. რენტგენოსკოპიით აღინიშნებოდა დიაფრაგმის მარცხენა გუმბათის მაღალი მდებარეობა, მარცხენა პლევრის ღრუში სითხე.

ვინაიდან ავადმყოფს გაუვალობის მოვლენები ჰქონდა, მიღებული იყო კონსერვატული ზომები — გაუკეთდა ორმხრივი პარანეფრალური ბლოკადა, სიფონის ოყნა და სხვა, რაც უშედეგო აღმოჩნდა.

ავადმყოფის ძველი ჭრილობის ლოკალიზაცია, პერიოდული შეტევები, მკვეთრად გამოხატული რეგულგიტაციის სიმპტომი და გაუვალობის კლინიკური ნიშნები იძლეოდა იმის საფუძველს, რომ გვეფიქრა დიაფრაგმის ჩაჭედილი თიაქრის შესახებ, რის გამოც გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია.

ოპერაცია ჩატარდა ინტრატრაქეალური ნარკოზით. მუცლის ღრუს გახსნისას აღმოჩნდა ძალზე გაბერილი წვრილი ნაწლავი, სიგმოიდური კოლინჯი კი სრულიად დაცლილი იყო. მსხვილი ნაწლავის მარცხენა კუთხის დათვალიერების დროს აღმოჩნდა, რომ განივი კოლინჯის მარცხენა ნახევარი ბადექონთან ერთად ჩაჭედილია დიაფრაგმის მარცხენა გუმბათის უკანა კუნთოვან ნაწილის დეფექტში. 8—10 სმ დეფექტის ჩლუნგად, თითით გაგანიერების შემდეგ, შესაძლო გახდა ჩაჭედილი ნაწლავისა და ბადექონის მუცლის ღრუში გამოტანა. ნაწლავი ნეკროზულ ცვლილებებს არ განიცდიდა. გულმკერდიდან ჩაჭედილი ნაწლავის მუცლის ღრუში გამოტანის შემდეგ, გადმოდინდა დიდი რაოდენობით სეროზული გამონადენი. ამ უკანასკნელის ამოძრობის შემდეგ დიაფრაგმა გაიკერა. მიუხედავად იმისა, რომ დიაფრაგმის დეფექტი მაღლა და უკან მდებარეობდა, ინტრატრაქეალურმა ნარკოზმა განაპირობა კუნთების სრული რელაქსაცია, რამაც საშუალება მოგვცა თავისუფლად გაგვეკერა დიაფრაგმა. მუცლის ღრუდან დაედო რვაკვანძოვანი ნაკერი. ოპერაციის მსვლელობაში გადაესხა 275,0 (1) ჯგ. სისხლი და 1,5 ლიტრი ფიზიოლოგიური ხსნარი. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი დამაკმაყოფილებლად მიმდინარეობდა. უკეთდებოდა ანტიბიოტიკები, ფიზიოლოგიური ხსნარი კუნთებში, გულის საშუალებანი.

გაეწერა ოპერაციიდან მეცხრამეტე დღეს განკურნებული. წარმოდგენილი შემთხვევა საინტერესოა, როგორც იშვიათი, თავისებური და-

მახასიათებელი კლინიკური მიმდინარეობით და ბოლოს იმითაც, რომ ჩაჭედვას განიცდიდა განივი კოლინჯის მარცხენა კუთხე.

ციმბალის სტატისტიკით დიაფრაგმის თიაქარი 141 შემთხვევიდან 44 შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა სხვადასხვა ორგანოების ჩაჭედვას, ჰედბლომის მონაცემებით კი 378 ავადმყოფიდან, რომელთაც გაუკეთდა ოპერაცია დიაფრაგმის თიაქრის გამო, 126 შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა გართულებას ჩაჭედვის სახით. ამასთანავე აღნიშნული მასალის მიხედვით ირკვევა, რომ 194 შემთხვევაში პლევრის ღრუში იყო კუჭი, 162-ჯერ ბადექონი, 158-ჯერ კოლინჯი, 56-ჯერ წვრილი ნაწლავი, 34-ჯერ ელენთა; აქედან გამომდინარე, შეიძლება აღინიშნოს, რომ დიაფრაგმის ხვრელში ერთდროულად შეიძლება გაძვრეს რამდენიმე ორგანო. ჩვენი მასალის მიხედვით აღნიშნულია კუჭის, ბადექონისა და მსხვილი ნაწლავის გადასვლა გულმკერდის ღრუში.

დიაფრაგმის ჩაჭედილი თიაქარი ითვლება მძიმე და საშიშ გართულებად. ლიახერის მონაცემებით 115 ავადმყოფიდან, რომელთაც ჰქონდათ დიაფრაგმის თიაქარი — ჩაჭედვის გამო დაიღუპა 60 ავადმყოფი. ფრეი აღწერს დიაფრაგმის თიაქრის 33 შემთხვევას, აქედან 22 ავადმყოფი დაიღუპა ჩაჭედვის გამო.

ჰედბლომი თავის მონაცემებში აღნიშნავს, რომ სიკვდილიანობა დიაფრაგმის ჩაჭედილ თიაქრის გამო ოპერაციის შემდეგ 126 შემთხვევაში უდრიდა 53,1%-ს, იმ დროს, როცა დიაფრაგმის არა ჩაჭედილი, თავისუფალი თიაქრის შემთხვევაში, სიკვდილიანობა აღწევდა 23,3%-ს; აბდომინალური გზით ჩატარებული 1031 ოპერაციიდან და თორაკალური გზით ნაწარმოები 96 ოპერაციიდან სიკვდილიანობის შემთხვევამ 19,8%-ს მიაღწია; თორაკოაბდომინალური გზით ნაოპერაციები 53 ავადმყოფიდან დაიღუპა 33,9%.

უდავოა, რომ დიაგნოსტირებული დიაფრაგმის თიაქრის მკურნალობა მხოლოდ ოპერაციულია; რაც შეეხება დიაფრაგმის არათავისუფალ, ჩაჭედილ თიაქრებს, მათი მკურნალობის ეფექტი დამოკიდებულია დროულ დიაგნოზზე და ოპერაციული ჩარევის სისწრაფეზე.

დიაფრაგმის თიაქრის საოპერაციოდ არსებობს ოპერაციული მიდგომის სამი გზა: 1. აბდომინალური, 2. თორაკალური, 3. კომბინირებული, თორაკო- აბდომინალური.

ოპერაციული ჩარევისა და მიდგომის გზას დიდი მნიშვნელობა აქვს. ამის შესახებ ლიტერატურაში უკვე არსებობს გარკვეული მოსაზრება. შუმახერი, ჰელსი, ზაუზდეენი, ოპელი, გაზენტორნი, სოკოლოვსკი, ვოზნესენსკი, კაზანსი, ბაკულევი და სხვები გვირჩევენ თორაკალურ გზას, რადგან გულმკერდის ღრუს გზით ადვილია მიდგომა თიაქართან, შესაძლებელი ხდება მისი გამოყენება შეხორცებებიდან და დიაფრაგმის გა-

კერვა ადვილად ხერხდება, რასაც დიდი მნიშვნელობა აქვს ოპერაციის შემდეგ რეციდივის ასაცილებლად.

პეტროვი, ლევიტი, კრიმოვი, კიუტერი, ფინსტერერი, პეტრაშევსკაია, ნორმანი და სხვები მომხრენი არიან აბდომინალური მიდგომისა.

ზოგი ავტორი, კომბინირებულ მიდგომას გვირჩევს, განსაკუთრებით დიაფრაგმის ჩაჭედილი თიაქრის დროს. მათი აზრით ჯერ საჭიროა მუცლის ღრუს გახსნა. დანეკროზებულ ორგანოს რეზექციის საჭიროების შემთხვევაში, აბდომინალურ წესს მთელი რიგი უპირატესობა აქვს. თუ არ ხერხდება თიაქრის გამოყოფა და დიაფრაგმის გაკერვა, მაშინ ემატება თორაკალური გზა. აღნიშნულის გამო ჩვენ ავირჩიეთ ჯერ ლაპარატომია და შემდეგ იძულებული ვიყავით მიგვემართა თორაკოტომიისათვის. დიაფრაგმის თავისუფალი, დიდი თიაქრის დროს, მით უმეტეს თუ ადგილი აქვს შეხორცებებს, უფრო საიმედოა თორაკალური მიდგომა, გულმკერდის ღრუში გადასული ორგანოს განთავისუფლებისა და დიაფრაგმის გაკერვის შესაძლებლობის თვალსაზრისით.

დიაფრაგმის განვითარების ანომალიებს ეკუთვნის აგრეთვე დიაფრაგმის რელაქსაცია, რომლის დროსაც ადგილი აქვს დიაფრაგმის გუმბათის მოდუნებას, გათხელებას — დიაფრაგმის კუნთოვანი ქსოვილის გადაგვარების გამო. ამიტომ ადგილი აქვს მუცლის ღრუს ორგანოების ცთომას გულმკერდის ღრუსაკენ.

დიაფრაგმის რელაქსაციის მკურნალობა ოპერაციულია, ამავე დროს ოპერაცია ტექნიკურად რთულია და ტრავმული. ამიტომ ოპერაციის ჩვენების დასაბუთების დროს გათვალისწინებული უნდა იყოს ის ცვლილებები, რაც განვითარებულია დიაფრაგმის რელაქსაციის შედეგად და ავადმყოფის ასაკი. ჩვენი ავადმყოფი (ქალი) 56 წლისაა, მაგრამ გამოიყურება როგორც 70 წლისა. ამავე დროს დიაფრაგმის რელაქსაციისათვის დამახასიათებელი ნიშნები აქვს ორი წელია, მასთან ერთად დაავადებულია თირეოტოქსიკოზით. ამდენად ამ შემთხვევაში ოპერაციული ჩარევა მიზანშეწონილი არ არის. ავადმყოფს ჩაუტარდა თირეოტოქსიკოზის საწინააღმდეგო კონსერვატული მკურნალობა. მსგავსი შემთხვევა წარსულშიაც გვქონდა.

ავადმყოფი დ. ნ., მამაკაცი, 57 წლის, მიღებულია კლინიკაში ტკივილით ეპიგასტრიუმისა და გულმკერდის მარცხენა ნახევარში. ტკივილი უძლიერდება საკვების მიღებასა და ფიზიკურ დატვირთვასთან დაკავშირებით. 9 წელია ავად არის. ავადმყოფი გამოკვლეული იყო რენტგენოლოგიურად. საკონტრასტო ნივთიერება მივეცით როგორც per os, ისე per rectum. დადგინდა, რომ დიაფრაგმის მარცხენა გუმბათი ძალიან აწეულია. დიაფრაგმის ქვეშ აღინიშნება ნაწლავების

მარყუჟები, ჰაერითა და კონტრასტული მასით სავსე. გამოირკვა, რომ ადგილი აქვს დიაფრაგმის რელაქსაციას. ვინაიდან ავადმყოფი ხანში შესულია, ხოლო დიაფრაგმის რელაქსაციასთან დაკავშირებული სხვა რაიმე გართულება არ აღენიშნება, გაწერილი იყო კლინიკიდან რჩევა-დარიგებით.

თუ ავადმყოფი ახალგაზრდაა, აქვს დიაფრაგმის რელაქსაცია, რომელიც იწვევს ღრმა ცვლილებებს შინაგანი ორგანოების მხრივ, მაშინ მიზანშეწონილია დიაფრაგმის რელაქსაციის გამო ოპერაციის გაკეთება. ამ მხრივ საინტერესოა ჩვენი ერთ-ერთი ავადმყოფი.

ავადმყოფი მ. გ., მამაკაცი, 23 წლის, შემოვიდა კლინიკაში მარცხენა მხრივ ექსუდაციური პლევრიტის დიაგნოზით. შემოსვლისას უჩიოდა ყრუ ხასიათის ტკივილს გულმკერდის მარცხენა ნახევარში, საერთო სისუსტეს, თავის ტკივილს, ქოშინს, სიმძიმის შეგრძნობას მკერდის ძვლის უკან, მცირეოდენი ფიზიკური დატვირთვისას ქოშინის გაძლიერებას, პირღებინებას თხიერი საკვების მიღების შემდეგ, ზემო კიდურების, განსაკუთრებით თითების, შეშუპებას. ავად არის რამდენიმე წელია. 4 თვის წინ ავადმყოფს დაწყებია შემცივნება, თავის ტკივილი, აღენიშნებოდა ტემპერატურის მომატება 38—39°-მდე. აწუხებდა ტკივილი გულმკერდის მარცხენა ნახევარში. ამ ჩივილების გამო ავადმყოფი მოთავსდა ერთ-ერთ საავადმყოფოში. დიაგნოსტირებულია მარცხენამხრივი ექსუდაციური პლევრიტი, რის გამოც დაენიშნა ანტიბიოტიკები და რამდენიმეჯერ პლევრის პუნქცია; ვინაიდან მკურნალობამ შედეგი არ გამოიღო, ავადმყოფი გაიგზავნა რესპუბლიკის ცენტრალურ კლინიკურ საავადმყოფოში. ტრავმას ანამნეზში უარყოფს. მაჯისცემა რიტმული, კარგი ავსების, წუთში 84′, გული გადანაცვლებულია მარჯვნივ, მარჯვენა მამილარულ ხაზამდე. სისხლის არტერიული წნევა 120/90 მმ სს.

გულმკერდი ნორმალური კონფიგურაციისაა. პერკუსიით აღენიშნება ფილტვის ნათელი ხმიანობა. მარცხნივ გულმკერდის ქვემო ნახევარში — გაძლიერებული ტიმპანიტი, ზემოთ ფილტვის შესუსტებული ხმიანობა. აუსკულტაციით მარჯვნივ ვეზიკულური სუნთქვა, მარცხნივ შესუსტებული. გულმკერდის შერყევით მარცხენა ნახევარში ისმის ჭანჭყარი. ელექტროკარდიოგრაფიული გამოკვლევით დადგინდა დიფუზური ცვლილებები მიოკარდიუმში.

გულმკერდისა და კუჭნაწლავის გაშუქებით აღინიშნება: მარცხნივ ფილტვის შეჭმუხვნა, დიაფრაგმის გუმბათის აწევა III-3 ნეკნამდე; მის ქვემოთ ნაწლავების ჰაუსტრაცია და კუჭის ჰაეროვანი ბუშტი. საკონტრასტო მასის მიცემის შემდეგ რენტგენოსკოპიით ავადმყოფის ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში გადაყვანით დადგინდა, რომ აწეული დიაფრაგმის გუმბათის ქვემოთ მოთავსებულია ჰაეროვანი ბუშ-

ტი. 24 სათის შემდეგ საკონტრასტო ნივთიერება ავსებს მსხვილ ნაწლავს, განივი კოლინჯი და ელენთის კუთხე აწეულია ზემოთ, მე-3 ნეკნამდე და მოთავსებულია დიაფრაგმის გუმბათის ქვემოთ. გულმკერდის მარჯვენა ნახევარი პათოლოგიის გარეშე გული განიცდის ცთომას მარჯვნივ. დიაფრაგმის ფუნქციისა და მისი ტონუსის დადგენისათვის ავადმყოფს გაუკეთდა ფიმოხილვის რენტგენოკიმოგრაფია. სუნთქვა ორივე მხარეს სიმეტრიული, სინქრონული, მარჯვნივ თითო ნაპრალში 1,5 კბილანაა; როგორც დიაფრაგმის, ისე ნეკნების კბილები მახვილი ფორმისაა. გუმბათის ყველა ფონაკვეთში ამპლიტუდა 25 მმ, სუნთქვა დიაფრაგმული მექანიზმის. მარცხნივ დიაფრაგმის გუმბათი მე-3 ნეკნის დონეზე დგას, თითო ნაპრალში 1,5 კბილანაა. დიაფრაგმის გუმბათის კბილანები დეფორმულია, კბილანების ამპლიტუდა უდრის 5 მმ. რენტგენოკიმოგრაფიული მონაცემების მიხედვით შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ მარცხენა დიაფრაგმის კუნთოვანი ნაწილი განლეულია, ატონიურია და სუნთქვაში არ მონაწილეობს.

ავადმყოფს გაუკეთდა პნევმოპერიტონიუმოგრაფია. მუცლის ღრუში შეყვანილი 400,0 ჰაერი ფოთავსდა დიაფრაგმის ქვემოთ. გუმბათი ისახება ვიწრო რკალოვანი ზოლის სახით. დიაფრაგმის გუმბათი აღწევს მესამე ნეკნის დონეს. გული გადაწეულია მარჯვნივ.

კლინიკური და რენტგენოლოგიური გაძოკვლევების მედეგად დიაგნოსტირებულია მარცხენამხრივი დიაფრაგმის ტოტალური რელაქსაცია. ინტრატრაქეალური ნარკოზის ქვეშ, მარცხნივ მე-6 ნეკნთა შუა მიდამოში გატარებული განაკვეთით გაიხსნა პლევრის ღრუ; აღმოჩნდა, რომ დიაფრაგმის მარცხენა გუმბათი საგრძნობლად გათხელებულია, მოდუნებულია, მისი კუნთოვანი ნაწილი ატროფიულია, მოგვაგონებს თიაქრის პარკს, რომლის გამოყოფა მუცლის ღრუს ორგანოებიდან თავისუფლად ხდება. სისხლის ძარღვები ფის ზედაპირზე მკვეთრად არის გამოხატული. დიაფრაგმის ნერვი წვრილ ზონრებად ისახება. გუმბათის უმეტესი ნაწილი წარმოდგენილია თხელი ფურცლის სახით, რომელიც შექმნილია პლევრითა და პერიტონეუმით; დიაფრაგმის პერიფერიულ ნაწილში აღინიშნება მცირეოდენი კუნთოვანი ქსოვილი.

დიაფრაგმა გაიკვეთა საყლაპავი მილიდან — სინუსამდე. შეიქმნა ორი ფართო ფურცელი, რომლებიც გაიკერა ლეიბისებრი ნაკერით, მთელ სიგრძეზე, ისე რომ დიაფრაგმის წინა და უკანა ნაწილზე დარჩა ფართო თავისუფალი კიდეები. დიაფრაგმის ახლად შექმნილ გუმბათს დააფარეს ორფენიანი კაპრონის ფირფიტა, რომლის უკანა კიდე მიეკერა დიაფრაგმას ლეიბისებრი ნაკერის გასწვრივ, ხოლო წინა კიდე, დიაფრაგმის თავისუფალ ორ ფურცელთან ერთად, მიეკერა დიაფრაგმას — წინა სინუსის არეში. ამრიგად, გუმბათის არეში შეიქმნა ხუთი

ფურცელი შემდეგი თანმიმდევრობით: ქვემოდან დიაფრაგმის წინა ფურცელი, მასზე კაპრონის ორი ფენა და შემდეგ მასზე გადაფარებული დიაფრაგმის ორი თავისუფალი ფურცელი.

პლევრის ღრუში დატოვებულია რეზინის დრენაჟი. ჩაისხა ანტიბიოტიკები. ჭრილობა შრეების მიხედვით გაიკერა. ყრუდ ამოკვეთილი დიაფრაგმის ნაჭრის ჰისტოლოგიური გამოკვლევით აღინიშნება სკლეროზული და ლიპომატოზური გადაგვარება, დიაფრაგმის კუნთოვანი ბოჭკოების ატროფია. ოპერაციის შემდგომმა პერიოდმა ჩაიარა დამაკმაყოფილებლად. ფილტვები გაიშალა, პლევრის ღრუში გამონადენი არ აღინიშნება. ოპერაციიდან მესამე დღეს პლევრის ღრუდან ამოღებულია დრენაჟი.

ჭრილობა შეხორცდა პირველადი დაჭიმვით. ოპერაციის შემდეგ პერიოდში ავადმყოფს ჩაუტარდა რენტგენოლოგიური გამოკვლევები. მიმოხილვით რენტგენოგრამაზე აღინიშნება: მარცხნივ დიაფრაგმის გუმბათის მდებარეობა მე-6 ნეკნთაშუა სივრცის დონეზე. მის ქვემოთ მოჩანს კუჭის ჰაეროვანი ბუშტი. გუმბათის ექსკურსია შეზღუდულია. გული ცთომის გარეშეა. ფილტვი გაშლილია მთლიანად.

კუჭის გაშუქებით დადგინდა, რომ იგი მდებარეობს გუმბათის ქვემოთ მე-6 ნეკნთაშუა სივრცის მიდამოში.

ოპერაციის შემდგომ რენტგენოკიმოგრამაზე ორივე მხარეს აღინიშნება სინქრონული და სიმეტრიული სუნთქვა. მარცხნივ დიაფრაგმის გუმბათი დგას მე-6 ნეკნის დონეზე. თითო ნაპრალში 2,5 კბილანაა. დიაფრაგმის გუმბათის კბილანები ბლაგვია, დეფორმულია, სუნთქვაში სუსტად მონაწილეობს. გულის ცთომა არ აღინიშნება.

ალოპლასტიკური ოპერაციები დიაფრაგმის რელაქსაციის დროს პირველად ჩატარებულია კოფორდის მიერ 1953 წელს. მან საპროთეზო მასალად გამოიყენა ტანტალის ფირფიტა. საბჭოთა კავშირში 1957 წელს ბ. პეტროვსკიმ გამოაქვეყნა ალოპლასტიკის შემთხვევა დიაფრაგმის რელაქსაციის დროს. რელაქსაციების დროს ალოპლასტიკით სარგებლობენ დოლეცკი, ნიკოლაევი და სხვა.

ჩვენ მიერ დიაფრაგმის პლასტიკისათვის კაპრონის საპროთეზო მასალა გამოყენებულია ორ შემთხვევაში. ტრავმული დიაფრაგმული თიაქრისა და რელაქსაციის დროს. ამრიგად, დიაფრაგმის რელაქსაციის ოპერაციულ მკურნალობაში ალოპლასტიკა თანდათანობით იკიდებს ფეხს. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ყველა სახის ქსოვილებისა და ორგანოების მიმართ პლასტიკურმა ქირურგიამ თავდაპირველად საკითხი დასვა ჰეტერო, ჰომო-და ავტოპლასტიკის ასპექტში. ჰომო-და მით უმეტეს ჰეტეროპლასტიკას წინ უდგას ძალიან დიდი მნიშვნელობის, ჯერ კიდევ დაუძლეველი ფაქტორი, როგორიცაა ბიოლოგიური შეუთავსებლობა. ჩატარებულია მრავალი ცდა, რიგ შემთხვევაში გა-

მამხნევებელი შედეგებით. ქსოვილების ინდიფერენტირებაა. მათი ბიოლოგიური სპეციფიკურობის დაკარგვის მიზეზით. მაგრამ გამშრალი და გაყინული ქსოვილების სიცოცხლისუნარიანობა იმდენად ქვეითდება, რომ ისინი მხოლოდ დროის გარკვეულ მონაკვეთზე წარმოადგენენ ამა თუ იმ ორგანოს შემცვლელს, რომელიც პოლოს და ბოლოს უნდა შეიცვალოს რეციპიენტის ქსოვილებით. ჩვეულებრივი შემაერთებელი ქსოვილით (ბენჩიბი, ბელინაზო, კრაკოსკი, ფილატოვი და სხვა.).

ტრანსპლანტანტის მიღებისა და შენახვის სიძნელემ, აგრეთვე ჩანერგილი ტრანსპლანტანტის შემდგომმა ბედმა, რომელიც ბევრ შემთხვევაში არასახარბიელოა, დიდი პოპულარობა მოუპოვა ხელოვნურ შემცვლელებს. სწორედ ამიტომ უკანასკნელი წლების მანძილზე სულ უფრო იზრდება მისწრაფება პლასტიკურ ქირურგიაში ხელოვნური შემცვლელების გამოყენების სასარგებლოდ. ექსპერიმენტსა თუ კლინიკაში მრავალი სინთეზური ქსოვილია გამოყენებული. საყრდენი ქსოვილების შეცვლის საქმეში ალოპლასტიკური მასალის გამოყენების სრულიად გარკვეულმა და დამაჯერებელმა მიღწევებმა, მრავალ მკვლევარს გააბედვინა პროთეზების გამოყენება სხვადასხვა ჩვენებების დროს. აზრთა სხვაობაა იმის შესახებ, თუ რომელი საპროთეზო მასალა სჯობია, ფოროვანი თუ არაფოროვანი. რბილი ქსოვილების ალოპლასტიკას ამჟამად ფართოდ მიმართავენ კლინიკაში, როგორიცაა სისხლძარღვთა პროთეზირება, მუცლის წინა კედლის დეფექტის აღდგენა და სხვა.

საბჭოთა კავშირში პოლოვინილალკოჰოლის ფირფიტა დიაფრაგმის რელაქსაციის დროს პლასტიკის მიზნით ორ შემთხვევაში გამოიყენა პეტროვსკიმ (1957). ამავე მიზნით მის მიერ აღნიშნული მასალა გამოყენებული იყო მუცლის წინა კედლისა და დიდი ზომის ტრავმული დიაფრაგმის თიაქრების შემთხვევაში.

საპროთეზო მასალა უნდა აკმაყოფილებდეს მთელ რიგ მოთხოვნებს: იგი ქსოვილების მიმართ შედარებით ინერტული უნდა იყოს; ადვილად უნდა ხდებოდეს მისი გასტერილება, უნდა იყოს პლასტიკური, სადა ზედაპირის მქონე და სხვ. ყოველივე აღნიშნულის გათვალისწინებით დიდი მუშაობაა ჩატარებული ალოპლასტიკური მასალის შეფასებისათვის როგორც ექსპერიმენტში, ისე კლინიკის პირობებში (ლ. დვალი). ექსპერიმენტული მორფოლოგიის ინსტიტუტში ჩვენ მიერაც არის ჩატარებული სპეციალური ექსპერიმენტული გამოკვლევა სხვადასხვა სახის საპროტეზო მასალის შედარებით შეფასებისათვის.

როგორც აღვნიშნეთ, დიაფრაგმის თიაქარი და რელაქსაცია შედარებით იშვიათი დაავადებაა. ყველა თიაქარი შეიძლება იყოს თანდაყოლილი და შეძენილი. ასევეა დიაფრაგმის თიაქარიც. დიაფრაგმას აქვს

სუსტი ადგილები ისევე, როგორც, მაგალითად, საზარდულის მიდამოშია, ჯიპის არეში, თეთრ ხაზზე, სადაც ხშირად ვითარდება თიაქარი.

მეორე მსოფლიო ომამდე დიაფრაგმის თიაქრის ოპერაცია თითქმის არ კეთდებოდა. წინათ დიაფრაგმის თიაქარს ჩვეულებრივ სექციაზე აღმოაჩენდნენ. ჩვენს კლინიკაში დიაფრაგმის თიაქრით პირველი ავადმყოფი 1921 წელს გატარებულა.

ავადმყოფი ზ. ნ., მამაკაცი, 46 წლის, მიიღეს კლინიკაში როგორც სასწრაფო შემთხვევა, ნაწლავთა სრული გაუვალობით, დაავადების დაწყებიდან მეხუთე დღეს — მეტად მძიმე მდგომარეობით. გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია — ლაპარატომია. აღმოჩნდა დიაფრაგმის თიაქარი, რომელშიც გაჭედილი იყო წვრილი ნაწლავის მარყუჟი, იგი ნეკროზს განიცდიდა. გაკეთდა ნაწლავის რეზექცია და დიაფრაგმის დეფექტი გაიკერა. ოპერაცია გააკეთა და შემთხვევა აღწერა იმ დროს კლინიკის უფროსმა ასისტენტმა ა. წულუკიძემ.

მეორე შემთხვევა იყო 1929 წელს, ეს ავადმყოფიც შემოვიდა კლინიკაში ნაწლავთა გაუვალობის გამო.

ავადმყოფი ფ. ს., მამაკაცი 50 წლის, მიღებულია კლინიკაში როგორც სასწრაფო შემთხვევა, ნაწლავთა სრული გაუვალობით, დაავადების დაწყებიდან მეოთხე დღეს — მეტად მძიმე მდგომარეობაში. გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია (ეთერის ნარკოზი). გაიხსნა მუცლის ღრუ. აღმოჩნდა დიაფრაგმის თიაქარი, რომელშიც ჩაჭედილი იყო წვრილი ნაწლავის მარყუჟი, დაახლოებით 40 სმ სიგრძისა. ნაწლავი გულმკერდის ღრუდან ჩამოტანილი იქნა მუცლის ღრუში. გაუკეთდა ნაწლავის ჩაჭედილი მარყუჟის რეზექცია. დიაფრაგმის დეფექტი გაიკერა. ოპერაციიდან რამდენიმე საათის შემდეგ ავადმყოფი გარდაიცვალა.

მესამე ავადმყოფი გატარდა 1939 წელს. ისე როგორც წინა ორი. ეს ავადმყოფიც მიღებულია ნაწლავთა გაუვალობის გამო.

ავადმყოფი ქ. ვ., მამაკაცი, 54 წლისაა, მიღებულია კლინიკაში, როგორც სასწრაფო შემთხვევა, ნაწლავთა სრული გაუვალობით, დაავადების დაწყებიდან მერვე დღეს. გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია (ეთერის ნარკოზი). გაიხსნა მუცლის ღრუ, აღმოჩნდა დიაფრაგმის თიაქარი, რომელშიაც გაჭედილი იყო განივი კოლინჯი და განიცდიდა ნეკროზს. განივი კოლინჯი ჩამოიწია მუცლის ღრუში და ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობის გამო მისი ორალური ბოლო გამოტანილ იქნა ჭრილობაში. ოპერაციიდან რამდენიმე საათის შემდეგ ავადმყოფი გარდაიცვალა.

როგორც ვხედავთ, სამივე შემთხვევაში დიაფრაგმის თიაქარი გამოცნობილი იყო ოპერაციის დროს, რომელიც გაკეთდა მისი გართულების — ჩაჭედვის ნიადაგზე განვითარებული გაუვალობის გამო. უკა-

ნასკნელ წლებში დიაფრაგმის თიაქრის დიაგნოსტიკა გაუმჯობესდა, ოპერაციები კი გახშირდა.

ომიანობის დროს და ომის შემდგომ პერიოდში ხშირია დიაფრაგმის ტრავმული თიაქრები. დიაფრაგმის ტრავმული თიაქარი უხშირესად ცრუ თიაქარია. დიაფრაგმის ტრავმული თიაქარი ვითარდება კომბინირებული ჭრილობის ნიადაგზე თორაკოაბდომინალური, ან აბდომინოთორაკალური ჭრილობის გამო, რომლის დროსაც თითქმის ყოველთვის ადგილი აქვს დიაფრაგმის დაზიანებასაც. მსგავს შემთხვევაში თუ არ მოხდა დიაფრაგმის ჭრილობის გაკერვა და დარჩა დეფექტი, განვითარდება დიაფრაგმის თიაქარი, რასაც ადგილი ჰქონდა ჩვენი ერთ-ერთი ავადმყოფის შემთხვევაში. ამ რამდენიმე წლის წინათ კლინიკაში სასწრაფოდ მოიყვანეს 23 წლის ქალი მარცხენა ბეჭის კუთხეში დანით მიყენებული ჭრილობის გამო. ავადმყოფს ჰქონდა ჰემოპნეუმოთორაქსი. ჩაუტარდა სათანადო მკურნალობა და გაჯანსაღდა. ეჭვი გვქონდა დიაფრაგმის დაზიანებაზე, მაგრამ რენტგენოლოგიურად ის ვერ ვნახეთ და არც შეიძლება გვენახა, რადგანაც თუ დეფექტში, რომელიმე ორგანო არ არის გასული, ისე არსებულ დეფექტს რენტგენოლოგიურად ვერ გამოვავლენთ. ავადმყოფის კლინიკიდან გაწერის 7—8 თვის შემდეგ, იგი ნაწლავთა გაუვალობის გამო სასწრაფოდ მოათავსეს ქალაქის ერთ-ერთ საავადმყოფოში და რამდენიმე საათში გარდაიცვალა უოპერაციოდ. სექციაზე აღმოჩნდა დიაფრაგმის ტრავმული თიაქარი, რომელშიც გაჭედილი იყო წვრილი ნაწლავის მარყუჟი; ეს უკანასკნელი განიცდიდა ნეკროზს.

ამ შემთხვევაში ჩვენ დავუშვით ტაქტიკური შეცდომა. ეჭვი გვქონდა დიაფრაგმის დაზიანებაზე, საჭირო იყო ავადმყოფის გაფრთხილება, რომ თუ რაიმე მოვლენები განუვითარდება მუცლის მხრივ, მოემართა ჩვენთვის. კფიქრობდით დიაფრაგმის დაზიანებას და ავადმყოფის გამოკვლევას ამ მიმართულებით წარვმართავდით.

ამ შემთხვევებიდან ნათელია, თუ რა დიდი მნიშვნელობა აქვს ყოველ საეჭვო შემთხვევაში დიაფრაგმის დათვალიერებას და მისი ჭრილობის გაკერვას. ამ მხრივ საინტერესოა ერთ-ერთი ჩვენი შემთხვევა.

ავადმყოფი კ. ი., მამაკაცი, 36 წლის, მიღებულია კლინიკაში როგორც სასწრაფო შემთხვევა გულმკერდის მარცხენა ნახევარში ცეცხლმსროლი იარაღით მიყენებული ჭრილობით. შემოსვლისას მარცხნივ აკაპულარულ ხაზზე მერვე — მეცხრე ნეკნის დონეზე არის შემავალი ჭრილობა; იქმნება შთაბეჭდილება, რომ ჭრილობა გადის მუცლის ღრუში. ამასთან, გამოხატულია შინაგანი სისხლდენის კლინიკური ნიშნები. გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია: გაიხსნა მუცლის ღრუ. დათვალიერებისას წვრილი ნაწლავის ჯორჯალი რამდენიმე ადგილას აღმოჩნდა დაზიანებული, იგი გაიკერა. ელენთა გაგლეჯილი იყო და ამო-

იკვეთა. გაიკერა დიაფრაგმის მარცხენა გუმბათის მიდამოში არსებული ჭრილობაც. ამრიგად, კომბინირებული ჭრილობის დროს—(თორაკოაბდომინალური თუ აბდომინო-თორაკალური) ყოველთვის უნდა გვახსოვდეს დიაფრაგმის ჭრილობის შესაძლებლობის შესახებ და ოპერაციის შემთხვევაში გულდასმით უნდა იქნეს დათვალიერებული დიაფრაგმა მისი ჭრილობის გამოვლენისათვის. ეს დიაფრაგმის ტრავმული თიაქრია პროფილაქტიკის საუკეთესო საშუალებაა.

დიაფრაგმის რელაქსაცია კიდევ უფრო იშვიათი დაავადებაა, ვიდრე დიაფრაგმის თიაქარი.

რელაქსაცია თიაქარი არ არის; იგი აკადემიური თვალსაზრისით თიაქარს არც უნდა მივაკუთვნოთ, მაგრამ თავისი ეთიოპათოგენეზისა და დაავადების ხასიათის მიხედვით ის მიეკუთვნება დიაფრაგმის თიაქრის ჯგუფს.

რელაქსაციას ძირითადად ადგილი აქვს დიაფრაგმის მარცხენა ნახევარში; ამ დროს დიაფრაგმის ნაწილი გარკვეულ მონაკვეთზე მოდუნებულია, როგორც ჩვარი და მუცლის ღრუ, ესა თუ ის ორგანო ან რამდენიმე ორგანო ერთდროულად, გადადის გულმკერდის ღრუში დიაფრაგმასთან ერთად. რელაქსაცია უფრო ხშირად თახდაყოლილია. ამავე დროს რელაქსაციის მკურნალობა უფრო რთული და ძნელია, ვიდრე დიაფრაგმის თიაქრისა.

შეიძლება თუ არა დიაფრაგმის ჭრილობა თავისით შეხორცდეს? დიაფრაგმის ჭრილობა თავისით ძნელად შეხორცდება, რადგანაც დიაფრაგმა წარმოადგენს სუნთქვის ძირითად კუნთს, ის განუწყვეტლივ მოძრაობს სუნთქვის აქტთან დაკავშირებით. ასევე მნიშვნელობა აქვს ჭრილობის ოდენობას; რაც უფრო მცირე ზომისაა ჭრილობა, მით მეტი შესაძლებლობაა, რომ ის თავისით შეხორცდება, და პირიქით. ეს ექსპერიმენტით დაამტკიცა ლ. დვალმა.

ახლა, საჭიროა ვიცოდეთ კომბინირებული ჭრილობის ყველა შემთხვევაში აუცილებელია თუ არა დიაფრაგმის დათვალიერება?

თუ კომბინირებულ ჭრილობასთან გვაქვს საქმე და ამავე დროს გვაქვს ეჭვი, რომ დიაფრაგმა დაზიანებულია, რა თქმა უნდა, ეჭვი დაადასტურებული უნდა იყოს; ამისათვის საჭიროა დიაფრაგმის დეტალური დათვალიერება და მისი ჭრილობის გაკერვა.

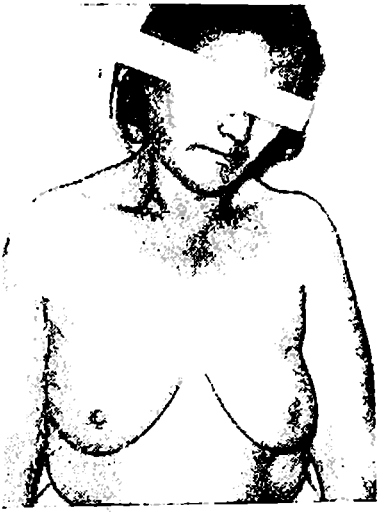
დიაფრაგმის თიაქარი შეიძლება იყოს თანდაყოლილი და შეძენილი?

დიაფრაგმის როგორი თიაქრები გვხვდება?

დიაფრაგმის თიაქარი არის ნამდვილი და ცრუ. რას წარმოადგენს დიაფრაგმის რელაქსაცია და დაავადების რომელ ჯგუფს მიეკუთვნება?

რელაქსაციის დროს ადგილი აქვს დიაფრაგმის გარკვეული მონაკვეთის მოდუნებას; ის როგორც ჩვარი ისე დევს, ყოველგვარი

სურ. 47. გულმკერდის მარჯვენა ნახევრის ძველი დამწვრობა და ე. წ. „ღობურას ფრთა".



სურ. 48. მარჯვენა ძეძეს ლიბო.

ფუნქცია დაკარგული აქვს. და იმის გამო, რომ გულმკერდის ღრუში უარყოფითი წნეაა, ეს მუცლის ღრუს ორგანოებთან ერთად გადაინაცვლებს გულმკერდის ღრუში. დიაფრაგმის რელაქსაცია თიაქარი არ არის, მაგრამ დაავადების ხასიათის მიხედვით მიზანშეწონილია მისი განხილვა თიაქრების ჯგუფში.

საჭიროდ მიგვაჩნია კიდევ განვიხილოთ რამდენიმე ავადმყოფი.

ავადმყოფი ა. დ., ქალი, 18 წლის, შემოვიდა კლინიკაში დამწვრობის შემდგომ განვითარებული ვრცელი ნაწიბურით და კანის დეფექტით გულმკერდის მარჯვენა ნახევარში. როგორც ავადმყოფი აღნიშნავს, ხუთი წლის ასაკში მიიღო დამწვრობა გულმკერდის მარჯვენა ნახევარში ცეცხლისა ალით, რის შემდეგ მოთავსეს საავადმყოფოში. ჩაუტარდა მკურნალობა და გაეწერა. ავადმყოფს თანდათანობით განუვითარდა ნაწიბური. ამავე დროს ალაგ-ალაგ გაჩნდა წყლულები, წარმოიშვა კანის დეფექტი. მარჯვენა ნაწიბურია იღლიის ფოსოში—ე. წ. „ღობურას ფრთა", რის გამოც მარჯვენა ზემო კიდურის მოძრაობა შეზღუდულია. მარჯვენა სარძევე ჯირკვალი ატროფიულია, ძუძუს დვრილიც არ არის.

რამდენადაც დამწვრობის მიღებიდან გასულია თითქმის 13 წელი, ამავე დროს ვიცით რა, რომ დამწვრობის შემდგომ განვითარებულმა ნაწიბურებმა შეიძლება განიცადონ მალიგნიზაცია—ნაწიბურის ყველაზე

უფრო საეჭვო ადგილიდან ავიღეთ მასალა ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევისათვის. პრეპარატის ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევისას ვფიქრობთ კანის გადანერგვას.

ავადმყოფი ნ. გ., ქალი, 50 წლის, მიღებულია კლინიკაში სიმსივნური წარმონაქმნით მარჯვენა სარძევე ჯირკვალში. როგორც ავადმყოფი გადმოგვცემს, ცხრა თვის წინ მარჯვენა ძუძუში შეამჩნია სიმსივნე, რომელიც ზომაში თანდათანობით მატულობდა. ბოლო ორი თვის განმავლობაში კი სიმსივნემ დაიწყო ინტენსიური ზრდა. როგორც ვხედავთ მარჯვენა ძუძუს უმეტესი ნაწილი უჭირავს სიმსივნეს, ძუძუს დვრილი ჩადრეკილია. ამ შემთხვევაში საქმე გვაქვს ძუძუს ბლასტომასთან მესამე სტადიაში. ავადმყოფს ჩაუტარდა რენტგენოთერაპია, შემდეგ გაუკეთდა ოპერაცია. ოპერაციის შემდეგ კი ისევ ჩაუტარდა რენტგენოთერაპია.

სისხლძარღვთა დაზიანების ქირურგიული მკურნალობა

ბრძოლა სისხლძარღვთა დაზიანების გამო განვითარებულ პროფოზულ სისხლის დენასთან უაღრესად აქტუალური საკითხია და იგი დღესაც იპყრობს ქვეყნის ქირურგების ყურადღებას. მას განსაკუთრებული ყურადღება ექცეოდა ომის დროს. ყოველთვის დიდ ინტერესს იწვევდა ისეთი საკითხები, როგორიცაა არტერიაზე ნაკერის დადების ტექნიკა, კოლატერალური სისხლის მიმოქცევის განვითარების შესაძლებლობანი, ნერვული სისტემის მნიშვნელობა და გავლენა ამ პროცესზე, მსხვილ სისხლძარღვთა დაზიანების დიაგნოსტიკა, მკურნალობის ქირურგიული მეთოდების შემუშავება, ჩვენებების დაზუსტება ოპერაციული ჩარევისათვის და სხვა.

უძველესი დროიდან ცნობილია, რომ ჭრილობას ახასიათებს სისხლის დენა. ჯერ კიდევ მესოპოტამიელი ებრაელები განასხვავებდნენ დღისა და ღამის სისხლს, რაც პრიმიტიული გაგებით არტერიულ და ვენური სისხლის დენას ნიშნავს. სისხლძარღვთა დაზიანების შესახებ ცნობები მოიპოვება ჩვენს წელთაღრიცხვამდე XV და VII საუკუნის პაპირუსებში. ინდოეთში ცნობილი იყო, 1400—1000 ჩ. წ. ა. სისხლის დენის შეჩერების მეთოდი—ჭრილობაზე გაცხელებული ერბოს დასხმით. კორნელი ცელზის მონაცემებით სისხლის ძარღვების ლიგატურა საკმაოდ გავრცელებული იყო ალექსანდრიის სკოლის ექიმებს შორის. ასე მაგალითად: ერაზისტრატი 330 — 250 წ. ჩ. წ. ა. გვირჩევდა ნერვის გამოყოფას სისხლის ძარღვისაგან, ამ უკანასკნელის გადაკვანძვამდე; ისინი აწარმოებდნენ დაზიანებული არტერიის ცენტრალური და პერიფერიული ბოლოების გადაკვანძვასა და მათ ლიგატურებს შორის გადაკვეთას.

რუფუსი I—II ს-ს აწარმოებდა სისხლის ძარღვის გადაგრეხას, სისხლის დენის შეჩერების მიზნით. მის მიერვე იყო მოწოდებული ვენის ლიგატურა და აღწერილი ტრავმული ანევრიზმა.

გალენს 130 — 210 წ. აქვს სპეციალური ნაშრომები სისხლის ძარღვების შესახებ, იგი როგორც ექიმი გლადიატორებს ემსახურებოდა და სისხლის ძარღვების დაზიანების დროს კვანძავდა არტერიის ცენტრალურ ნაწილს. III—IV ს-ს ანოელიუსმა და თილარგიუსმა შეიმუშავეს ანევრიზმის მკურნალობის მეთოდი. ეს ღირსშესანიშნავი მეთოდები შემდგომში დავიწყებას მიეცა, მედიცინის რეგრესის შედეგად, განსა-

კუთრებით საშუალო საუკუნეებში, როცა ანატომიის შესწავლა და ექსპერიმენტი დაგმობილი იყო რელიგიის მიერ.

XV—XVI სს სისხლძარღვთა ქირურგიაში კვლავ იწყება განახლების პერიოდი. 1460 წ. ლეონარდო ბარტოლინიმ აღწერა სისხლმდენი ჭრილობის ამოკერვის მეთოდი. 1570 წ. აბრუაზ პარემ ხელმეორედ შეიმუშავა სისხლის ძარღვების გადაკვანძვის მეთოდი ამპუტაციის დროს, ხოლო XIII საუკუნიდან ქირურგები მიმართავდნენ არტერიის იზოლირებულ გადაკვანძვას, მაგ.; ჰეისტერმა 1719 წ., დეშამპმა 1793 წ. შემოიღეს თავისი კონსტრუქციის იარაღი არტერიის იზოლირებულად გადაკვანძვისათვის.

1710 წ. ანელმა შემოიღო არტერიის ცენტრალური მონაკვეთის გადაკვანძვა ანევრიზმის ახლოს. შემდეგ 1785 წ. ჰუნტერმა შეიმუშავა არტერიის ცენტრალური მონაკვეთის გადაკვანძვის წესი ანევრიზმის პარკის დაშორებით, იმ შემთხვევაში, როცა შეუძლებელი იყო არტერიის ცენტრალური მონაკვეთის გადაკვანძვა, ანევრიზმის მახლობლად.

უორდროპმა და ბრაზდორმა (1825 წ.) შემოიღეს მთავარი არტერიის გადაკვანძვა ანევრიზმის პარკის პერიფერიულად, იმ ვარაუდით, რომ გამოეწვიათ თრომბოზი და ანევრიზმის პარკის ობლიტერაცია.

ყირიმისა და კავკასიის ომების გამოცდილების საფუძველზე პიროგოვს მნიშვნელოვანი გამოკვლევები აქვს სისხლძარღვთა დაზიანების პათოლოგანატომიური სურათის, დიაგნოსტიკის, პირველადი და მეორადი სისხლის დენისა და სისხლძარღვთა ლიგატურის საკითხებზე. სისხლძარღვთა ქირურგიის განვითარებისათვის მნიშვნელოვანი იყო ჰარვეის მიერ სისხლის მიმოქცევის აღმოჩენა, ჰალერის მიერ კოლატერალური სისხლის მიმოქცევის ფაქტის დადგენა და მალპიგის მიერ კაპილარების აღმოჩენა.

ხელლოუელმა 1759 წ. დაზიანების გამო პირველმა გაკერა ადამიანის მხრის არტერია და კარგი შედეგი მიიღო. ლამბერტმა 1762 წ. გამოთქვა აზრი არტერიის დაზიანების დროს გვერდითი ნაკერის დადების მნიშვნელობის შესახებ.

ასმანი (1772) აღწერს ცხოველებში სისხლის ძარღვის გაკერვის ოთხ შემთხვევას, ცუდი შედეგით. ნიკეზი (1859) ექსპერიმენტის პიროგებში აწარმოებდა არტერიის გაკერვას. ცდების ცუდი შედეგების გამო იგი წერდა: „ასეთ ოპერაციაზე ოცნებაც კი უშედეგოაო". ასევე ბრიუკე (1857), კონჰეიმი (1882) და სხვები აღნიშნავდნენ, რომ სისხლის ძარღვის ტრავმირება ნაკერის დადებით აუცილებლად თრომბოზით დამთავრდება.

პიროგოვი (1865) აღნიშნავდა, რომ არის დაზიანებული არტერიის შეხორცების შემთხვევები, ისე რომ მისი სანათური გამავალია.

შულცმა (1877) ექსპერიმენტებით დაამტკიცა, რომ სისხლის ძარ-

ღვის ნაჩვლეტი ჭრილობა შეხორცდება თრომბის წარმოშობის გარეშე, ასეთივე შედეგები მიიღო ლიუკმა.

ძალიან საინტერესოა იასინოვსკის (1889) ექსპერიმენტული გამოკვლევები; იგი აღნიშნავს, რომ სისხლის ძარღვის კედლის თრომბი, რომელიც ნაკერის არეში ვითარდება, სისხლის ძარღვის ინტიმით იფარება. ეკმა (1877) მოგვაწოდა ოპერაცია: ანასტომოზი ქვემო ღრუ ვენასა და კარის ვენას შორის, რაც დიდ ნაბიჯს წარმოადგენდა სისხლძარღვთა ქირურგიის განვითარებაში. შემდეგ მანვე (1882) დაადო გვერდითი ნაკერი ადამიანის ვენას. ტიხოვმა (1894) ექსპერიმენტის პირობებში დაამტკიცა, რომ ძაღლების გაკერილი ვენები ხორცდება გართულების გარეშე. დიდი მნიშვნელობისა იყო სისხლძარღვთა ქირურგიის განვითარების საქმეში საბანიევის (1896) მიერ ნაცადი ემბოლექტომია, რომლის გამო მან სისხლის ძარღვის მთლიანობა აღადგინა ნაკერის დადებით. მატისმა (1888) მოგვაწოდა სისხლის ძარღვის გაკერვის საინტერესო მეთოდი. მის მიერ დამუშავებული იყო ანევრიზმის პარკის სანათურიდან არტერიაზე გვერდითი ნაკერის დადების წესი, მერფიმ (1897) ცირკულარული ნაკერი დაადო სისხლის ძარღვს. პაირის (1900) მიერ მოწოდებული იყო მილები სისხლის ძარღვის საპროთეზო, რომელიც მას შეჰყავდა სისხლის ძარღვის ცენტრალურ და პერიფერიულ ბოლოებში და ამრიგად, აღადგენდა დაზიანებული სისხლის ძარღვის მთლიანობას; გარკვეული დროის გავლის შემდეგ პროთეზი იწოვებოდა. შემდეგ ასეთი მილების მრავალი მოდიფიკაცია შემუშავებულია აგორის, უნგერისა და სხვების მიერ. სისხლძარღვის ცირკულარული ნაკერის ტექნიკა შესანიშნავად დაამუშავა კარიელმ (1902). მან ექსპერიმენტით დაამტკიცა, რომ ცირკულარული ნაკერი სისხლძარღვის სანათურის დაზიანების აღსადგენად სრულფასოვანი და საიმედოა. კარელმა შესძლო თირკმლის გადანერგვა კისრის სისხლის ძარღვებზე, ცირკულარული ნაკერის საშუალებით, რაც იმ დროისათვის დიდი მნიშვნელობის მოვლენა იყო. დღეს კი, თანამედროვე ტექნიკის განვითარების შედეგად, ასეთი ოპერაცია შედარებით ადვილად ხორციელდება.

ჩვენ კარგი შედეგით ჩავატარეთ თირკმლის გადანერგვა ძაღლებზე კისრის მიდამოში, სისხლის ძარღვებზე ცირკულარული ნაკერის დადებით. ამისათვის გამოვიყენეთ გუდოვის აპარატი.

მიუხედავად იმისა, რომ სისხლის ძარღვის გაკერვა იდეალურ ოპერაციად ითვლებოდა, პრაქტიკულად მისი დანერგვა კლინიკაში ძნელდებოდა. ოპოკინმა 1903 წელს ლიტერატურის მიხედვით სულ სამი შემთხვევა შეაგროვა ადამიანზე არტერიის გაკერვისა — კარგი შედეგით.

სოფოტეროვმა 1910 წელს შეაგროვა სისხლის ძარღვის ცირკულარული ნაკერის 444 შემთხვევა, უმეტესად კარგი შედეგით.

გერცენმა 1911 წელს გამოაქვეყნა მონოგრაფია სისხლის ძარღვების დაზიანების ქირურგიული მკურნალობის შესახებ.

სისხლის ძარღვის ნაკერის შესახებ შესანიშნავი ექსპერიმენტული ნაშრომები აქვთ მოროზოვს (1909), სოფოტაროვს (1910); ამ შრომებში გაშუქებულია სისხლის ძარღვის ნაკერის მნიშვნელობა, მისი შეხორცების მექანიზმი და გართულების მიზეზები.

კოროტკოვმა 1910 წელს დაწერა დისერტაცია, რომელშიაც იგი აღწერდა ანევრიზმის პარკის შიგნით არტერიის გადაკვანძვის მეთოდს, შან შეისწავლა კოლატერალური სისხლის მიმოქცევის მნიშვნელობა სისხლის ძარღვზე ლიგატურის დადების დროს. მანვე დაამუშავა ორიგინალური მეთოდი კლინიკურად კოლატერალების ძალის განსასაზღვრავად, რომელიც იმთავითვე ფართოდ დაინერგა და დღესაც არ დაუკარგავს პრაქტიკული მნიშვნელობა ავადმყოფის კლინიკურად შესწავლის საქმეში. 1910—1914 წლებში ოპელიმ და მისი სკოლის მიმდევრებმა გამოაქვეყნეს მრავალი შრომა კოლატერალური სისხლის მიმოქცევის შესახებ; მათგან აღსანიშნავია ფეოდოროვიჩის, მუხაძის, გემელინისა და ტაუბესის მონოგრაფიული ხასიათის შრომები.

მსხვილი სისხლის ძარღვების დაზიანების შესახებ პირველი მონოგრაფია რუსულ ენაზე 1817 წელს პელიკანმა გამოაქვეყნა. შემდეგ კი ბუიალსკიმ (1823 წელს) ანევრიზმების შესახებ. სოლომონი ბუიალსკის შესახებ წერდა: — „მე რომ დამჭირდეს ანევრიზმის გამო ოპერაციის გაკეთება, მთელ მსოფლიოში ვენდობი მხოლოდ ორ პიროვნებას — ინგლისში — ესტლი კუპერს და რუსეთში — ბუიალსკის“. აღსანიშნავია, რომ სოლომონმა პირველად ჩაატარა რუსეთში თეძოს საერთო და თეძოს გარეთა არტერიის გადაკვანძვა — კარგი შედეგით. შემდეგში მრავალი საინტერესო შრომა გამოქვეყნდა, როგორც ექსპერიმენტული, ისე კლინიკური ხასიათისა, მსხვილი სისხლის ძარღვების დაზიანების შესახებ. ამ მხრივ აღსანიშნავია პიროგოვის ცნობილი გამოკვლევა აორტის გადაკვანძვის შესახებ ოპელისა და მისი მოწაფეების შრომები რედუცირებული სისხლის მიმოქცევის შესახებ; კოროტკოვის გამოკვლევა კოლატერალური სისხლის მიმოქცევის შესახებ, სისხლის ძარღვის გაკერვის ტექნიკის საკითხზე გამოქვეყნებულია იასნოვსკის, ტიხოვის, საპეჟკოს, სოფოტეროვას, დობროვოლსკის, ნაპალკოვის, ბოგორაზის, ჯანელიძის, ლევიტის, ბრაიცევის, მოროზოვისა და სხვ. შრომები.

პირველი მსოფლიო ომის დროს საინტერესო შრომები გამოქვეყნდა არტერიებზე და ვენებზე ოპერაციების წარმოების შესახებ. ამ პერიოდში უმთავრესად აწარმოებენ სისხლის ძარღვის გადაკვანძვას

ანევრიზმის დროს. ძირითადად გავრცელებული იყო ფილარგიუსის მეთოდი, ან აწარმოებდნენ სისხლის ძარღვის ამოკერვას პარკის შიგნით. გერმანელი ქირურგები შედარებით ხშირად მიმართავდნენ სისხლის ძარღვზე ნაკერის დადებას. ბირი წერდა: „მსხვილი სისხლის ძარღვის ყოველი ლიგატურა დასაბუთებული და გამართული უნდა იყოს".

კიუტნერი კი აღნიშნავდა: „ანევრიზმის ოპერაციას ყველა ქირურგი არ უნდა აკეთებდეს; ოპერატორი კარგად უნდა ეუფლებოდეს სისხლის ძარღვზე ნაკერის დადების ტექნიკას". რუსეთის ქირურგების XIV ყრილობაზე (1916) საპეკო აღნიშნავდა: თუ მივიღებთ მხედველობაში მთავარი სისხლის ძარღვის მნიშვნელობას კიდურის კვების საქმეში, თანამედროვე ქირურგმა ყოველმხრივ ძალა უნდა დაატანოს თავის თავს, რომ არ გადაკვანძოს სისხლის ძარღვი მცირე დაზიანების გამო, მაგრამ სინამდვილეში ჩვენ უფრო ხშირად იძულებული ვხდებით დავადოთ ლიგატურა სისხლის მსხვილ ძარღვს შესაძლებელი გართულების მიუხედავად და... მე მრცხვენია ჩვენი ხელოვნების უსუსურობისა". ამავე ყრილობას შმალცევმა და ბერეზნეგოვსკიმ მოახსენეს მსხვილი სისხლის ძარღვის დაზიანების გამო ნაკერის დადების კარგი შედეგები.

ყრილობის თავმჯდომარემ ველიამინოვმა შეაჯამა ყრილობის მუშაობა და აღნიშნა: — „სჯობია დაიღუპოს ერთი ავადმყოფი, რომლის გადარჩენა შეიძლება ნაკერის დადებით, ვიდრე 10.000 იღუპებოდეს იმით, რომ მათ დროულად არ აღმოეჩინა დახმარება, იმის გამო, რომ დაიხარჯა დიდი დრო რთულ ოპერაციაზე სისხლის ძარღვზე ნაკერის დადებით".

ამავე პერიოდში ბრაიცევმა სცადა ვენის თავისუფალი გადანერგვა არტერიის დეფექტის შევსების მიზნით, რომელიც ჯერ კიდევ 1905 წელს კარელის მიერ იყო მოწოდებული.

ლერიშისა და მისი მიმდევრების მიერ მრავალი შრომა გამოქვეყნდა იმის დასამტკიცებლად, რომ არტერიის ლიგატურის შემდეგ, კოლატერალური სისხლის მიმოქცევის განვითარებისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს სისხლძარღვთა ნერვებს. ამ მიზნით მოწოდებული იყო სიმპატექტომია, არტერექტომია, ბლოკადა ნოვოკაინის ხსნარით და სხვა, რომ აცილებული ყოფილიყო თავიდან ტროფიკული დარკვევები. ღიდი მნიშვნელობის ექსპერიმენტული გამოკვლევები ჩატარებული იყო პირველი მსოფლიო ომის შემდგომ კოლატერალური სისხლის მიმოქცევის შესასწავლად შეევეკუნენკოს და ტონკოვის სკოლებში.

სისხლძარღვთა ქირურგიამ დიდი პროგრესი ვანიცადა. უკანასკნელ პერიოდში ფართოდ იყო გაშუქებული მრავალი საკითხი: ექსპერიმენტულად და კლინიკურად იყო დასაბუთებული, რომ სისხლძარღვთა ნაკერის დადება შეიძლება მხოლოდ ასეპტიკურად მიმდინარე

ჭრილობებში, კარგად იყო შესწავლილი სისხლის ძარღვის სისტემის დაზიანების დიაგნოსტიკა და გართულებების კლინიკა. დამუშავებული იყო მიდგომის წესები მსხვილ სისხლძარღვებზე. ამ საკითხების დამუშავებაში განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს საბჭოთა ქირურგები: ბერდენკო, ჯანელიძე, ახუტინი, ბანაიტისი, კუპრიანოვი, ბოგორაზი, ვიშნევსკი, რატნერი, არუთინოვი, პეტროვსკი და სხვები. დიდი გამოცდილება შეიძინა სისხლის ძარღვების ქირურგიამ მეორე მსოფლიო ომის დროს.

არტერიების ტრავმული დაზიანება გულისხმობს არტერიის კედლის ნაკვეთს, გაგლეჯილ, ნაჩხვლეტ და დაქექილ ჭრილობას. არტერიის კედლის არასრული დაზიანების დროს შეიძლება არტერიის კედელი ერთ ადგილას გამოიბეროს, მისი სანათურის გაუხსნელად, დაზიანებული კედლის რეტრაქციის გამო. თუ არტერიის კედელი მთლიანად არის დაზიანებული, გადაჭრილი, მაშინ იგი შეიკუმშება და ჩაიმალება გარშემო ქსოვილებში. არტერიის სრული დაზიანების დროს ჭრილობის გამოსავალი უფრო რთულია, ვიდრე არასრული დაზიანების შემთხვევაში.

არტერიის გახვრეტას ადგილი აქვს მჩხვლეტავი იარაღის ან ნაღმის მცირე ნამსხვრევით დაზიანების დროს. ასეთ შემთხვევაში, ირგვლივ მდებარე ქსოვილები დაზიანებულია მინიმალურად. არტერიის ნაჩხვლეტი ჭრილობის დროს სისხლის დენა შეიძლება არ იყოს ძლიერი, მაგრამ ამ შემთხვევაში ხშირად ვითარდება ჰემატომა — პულსაციით. ასეთი ჭრილობების დროს არაიშვიათად ვითარდება არტერიო-ვენური ფისტულა.

არტერიის დაქექილი ჭრილობა შეიძლება ნაღმის ნამსხვრევებით, ასევე მოტეხილი ძვლით, რომელიც აწვება არტერიას. არტერიის დაქექილი ჭრილობა შეიძლება განვითარდეს სისხლის ძარღვის პროექციაზე ბლაგვი იარაღის დარტყმის შედეგად, ისე რომ აღნიშნულ მიდამოში კანის მთლიანობა დარღვეული არ იყოს. არტერიის დაქექილი დაზიანების შედეგად შეიძლება განვითარდეს ინტრამურული ჰემატომა სისხლძარღვის კედლის შრეებს შორის სისხლჩაქცევის ნიადაგზე. რაც უფრო მატულობს ჰემატომა, მით უფრო ვიწროვდება სისხლის ძარღვის სანათური და მათში ადვილად შეიძლება განვითარდეს თრომბი. დაზიანებული სისხლის ძარღვიდან სისხლი შეიძლება ქსოვილებში, ღრუ ორგანოებში ჩაიღვაროს. თუ არტერიის გარდა ვენაც დაზიანებულია, სისხლი შეიძლება არტერიიდან ვენაში გადავიდეს. სისხლის ძარღვის დაქექვის დროს, როცა სისხლი იღვრება, სისხლის ძარღვის კედლის შრეებს შორის შეიძლება სისხლის დენას ადგილი არ ჰქონდეს. ამიტომ არტერიის დაზიანების დროს მნიშვნელოვანი ჰემორაგია ყოველთვის სავალდებულო არ არის. თუ ტრავმის შემდეგ ადგი-

ლი აქვს პულსაციას. ეს იმას ნიშნავს, რომ სისხლი ჩაღვარა შემოფარგლულ სივრცეში და განვითარდა ჰემატომა, რომელიც პულსაციას იძლევა. თუ არტერია და ვენა ერთდროულად არის დაზიანებული, მე. იძლება არტერიოვენური ფისტულა განვითარდეს, დაზიანებისთანავე ან მოგვიანებით მაშინ, როდესაც მათ შორის არსებული თრომბის ალაგება მოხდება.

არტერიო-ვენური ფისტულის დამახასიათებელ ნიშნად ითვლება განუწყვეტელი შუილი, რომლის მოსმენა შეიძლება სტეტასკოპით. ინტრამურული ჰემატომა პირველ სანებში რაიმე მოვლენებს არ იძლევა, მაგრამ ამას შეიძლება მოჰყვეს არტერიის სანათურის სრული დაცობა. ასეთ შემთხვევაში სათანადო მიდამოებში ვითარდება იშემიური ხასიათის ტკივილი, მაგრამ ტკივილები შეიძლება გამოწვეული იყოს სხვა მიზეზებითაც, ამიტომ ტკივილი ძირითად სადიაგნოზო სიმპტომად არ ჩაითვლება. მსხვილი სისხლის ძარღვის მწვავე გაუვალობის შემთხვევაში კიდური სწრაფად ფერმკრთალდება, შემდეგ ვითარდება დამბლა და ანესთეზია. ეს ნიშნები სათანადო სისხლის ძარღვში პულსის გაქრობასთან ერთად, არტერიის დაზიანების სასარგებლოდ ლაპარაკობს. თუ ადგილი აქვს ინტრამურულ ჰემატომას, ვითარდება არტერიის სპაზმი, იგი შეიძლება იყოს მწვავე და ინტენსიური. სპაზმს შეიძლება ადგილი ჰქონდეს არტერიის კედლის დაუზიანებლადაც. იგი განპირობებულია სიმპათიკური სისტემის გაღიზიანებით. მაგრამ ასეთი რეფლექსი მყარი არ არის. თუ სპაზმს მოჰყვება კიდურის იშემია და დამბლა, ეს უკვე სისხლის ძარღვის კედლის დაზიანების სასარგებლოდ ლაპარაკობს. სპაზმის შედეგად დისტალურად შეიძლება პულსი დროებით არ ისინჯებოდეს. ასეთ შემთხვევაში კარგ სადიფერენციაციო საშუალებას წარმოადგენს ბლოკადა პროკაინის ხსნარით. საჭიროა სპაზმის დიფერენცირება დაზიანების შედეგად განვითარებული დახშვისაგან. საეჭვო შემთხვევაში არტერიის სანათურში, პროქსიმალურად შეგვყავს დიოტრასტი, რაც გვაძლევს რენტგენოლოგიურად არტერიის სანათურის ზუსტი სურათის გამოვლენის საშუალებას. არტერიული და ვენური ჰემორაგიის დიფერენცირება ადვილია სისხლის ფერის მიხედვით. გარდა ამისა, ვენური სისხლის დენის დროს საკმარისია დაზიანებულ ადგილზე მცირე ზეწოლა, რომ სისხლის დენა შეწყდეს, არტერიული სისხლის დენის შემთხვევაში კი, იგი შეჩერებული უნდა იქნეს ქირურგიული წესით.

სისხლის ძარღვების დაზიანების მკურნალობა იყოფა სამ ეტაპად. პირველ რიგში შეჩერებული უნდა იქნეს სისხლდენა. თუ დაზიანების შედეგად სისხლი იღვრება საზარდულის არეში, იღლიის ფოსოში, კისრის მიდამოში, გულმკერდის ან მუცლის ღრუში(ვინაიდან აღნიშნულ მიდამოებში სისხლის დენის შეჩერების ხელშემწყობი პი-

რობები არ არსებობს) ვითარდება ღრმა ანემია და შოკი, რის შედეგადაც ავადმყოფი შეიძლება დაიღუპოს. ასეთ შემთხვევაში აუცილებელია სასწრაფოდ სისხლის გადასხმა და ოპერაციის გაკეთება.

მკურნალობის მეორე ეტაპი გულისხმობს სისხლის გადასხმას, რაც უნდა გრძელდებოდეს მანამ, სანამ ავადმყოფს არ აღუდგება ნორმალური სისხლის წნევა. სისხლის შეცვლა შეიძლება პლაზმით, ჟელატინით, აგრეთვე დასაშვებია ელექტროლიტების ხსნარის გამოყენება.

მკურნალობის მესამე ანუ საბოლოო ეტაპზე აღდგენილი უნდა იქნეს სისხლის ძარღვის ნორმალური ფუნქცია. ამისათვის საჭიროა ავადმყოფის საავადმყოფოში მოთავსება. ოპერაცია წინასწარ ზუსტად უნდა დაიგეგმოს. კარგად უნდა მომზადდეს კანი, ინფიცირების შემთხვევაში მოსალოდნელია სისხლის ძარღვის ნაკერის მეორადი გახსნა. უნდა ვეცადოთ, რომ ოპერაციის დროს ლახტი არ იყოს დადებული; პირველ რიგში საჭიროა სისხლის ძარღვის ექსპოზიცია — დაზიანებული ადგილის პროქსიმალურად.

ამრიგად, შეიძლება ძარღვის ზემოთ ამოწევა და მისი სანათურის დაბზობა თითის დაჭერით ან მომჭერის საშუალებით. ასევე აიყვანება ლიგატურაზე დაზიანებული სისხლის ძარღვის დისტალური ბოლო. არტერიის განთავისუფლება ხდება დაზიანებული ადგილის დათვალიერების შემდეგ. არტერიის დაზიანებული კედლის აღდგენა უბრალო ნაკერით შეიძლება, ხოლო მისი მთლიანობის სრული დარღვევის დროს პირითპირში კეთდება ანასტომოზი. მსხვილი არტერიის დაზიანების შემთხვევაში ძლიერი სისხლის დენის დროს ყურადღება უნდა მიექცეს ინტიმას. ამ უკანასკნელის დაზიანება ზოგჯერ უფრო ვრცელია, ვიდრე შეიძლება გვეგონოს. ასეთ შემთხვევაში საჭირო ხდება სისხლის ძარღვის დაზიანების ადგილის ამოჭრა და შემდეგ ანასტომოზის გაკეთება პირითპირში.

ანასტომოზი ისე უნდა გაკეთდეს, რომ ნაკერის მიდამოში სისხლის ძარღვების ინტიმა მჭიდროდ იყოს მიდებული ერთიმეორეზე. ეს ხორციელდება ლეიბისებრი ნაკერით და სისხლის ძარღვების კედლის გადმობრუნებით. თუ არტერიის დეფექტი ვრცელია, შეიძლება მისი მთლიანობის აღდგენა ტრანსპლანტაციით. გადასანერგ მასალად სხვადასხვა ქსოვილს იყენებენ; ყველაზე კარგია წინასწარ მომზადებული სათანადო არტერია. აგრეთვე შეიძლება გამოვიყენოთ თვით ავადმყოფიდან აღებული სათანადო სიგრძის ვენა. ვენის ამოღება ავადმყოფისათვის საზიანო არაა და ამავე დროს ვენის კედელს შეუძლია არტერიის დეფექტის შევსება. ვენის იმპლანტაციის დროს იგი ჩაკერებული უნდა იყოს შებრუნებით, რომ მისმა სარქველებმა ხელი არ შეუშალოს სისხლის მიმოქცევას.

უკანასკნელ ხანებში არტერიის დეფექტის შესავსებად მოწოდებულია სხვადასხვაგვარი პროთეზი. მათ პრაქტიკულ დანერგვას დიდი მნიშვნელობა აქვს სისხლძარღვთა ქირურგიის განვითარებაში.

მფეთქავი ჰემატომა ვითარდება სისხლის ძარღვის კედლის პერფორაციის დროს. მფეთქავ ჰემატომის არეში სისხლის წნევა ისეთია, როგორც დაზიანებული არტერიის სანათურში. სისტოლის დროს დაზიანებული არტერიის ხვრელიდან სისხლის ნაწილი გადადის ირგვლივ მდებარე ქსოვილებში (ჰემატომის არეში), ხოლო დიასტოლის დროს სისხლის ნაწილი კვლავ ბრუნდება არტერიის სანათურში. ამგვარად, ჰემატომა იძლევა პულსაციას; მისი არსებობა ასატანია ხანგრძლივი დროის განმავლობაში. შემდეგ ჰემატომის გარშემო ვითარდება ფიბროზული გარსი, რომლის შიგნით კედელი დროთა განმავლობაში იფარება ენდოთელიუმით, ე. ი. ენდოთელიზაციას განიცდის. მფეთქავი მოპულსირე ჰემატომა შეიძლება განვითარდეს სისხლის ძარღვის ჭრილობის გარეშე, მაგალითად, დაცემის დროს, სისხლის ძარღვის გადაჭიმვის შედეგად და სხვა. ასეთი ჰემატომები შედარებით ხშირად გვხვდება ბარძაყისა და მუხლქვეშა არტერიაზე, მაგრამ ასეთ დაზიანებას ჩვეულებრივ ადგილი აქვს არტერიოსკლეროზულად შეცვლილ სისხლძარღვებში. როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, მფეთქავი ჰემატომის კლინიკური სიმპტომებიდან პირველ რიგში უნდა დავასახელოთ პულსაცია ჰემატომის არეში, რომელიც ხელით შეიგრძნობა. აგრეთვე შუილები, რომელიც წყვეტილი ხასიათისაა და დისტოლის ფაზის დამთავრებამდე წყდება. ამ სიმპტომს მნიშვნელობა აქვს დიფერენციული დიაგნოზისათვის, რადგან არტერიო-ვენური ფისტულის დროს შუილები განუწყვეტელი ხასიათისაა. დაზიანების ზუსტი ლოკალიზაციისა და ოდენობის განსაზღვრა ხდება არტერიოგრამის საშუალებით.

მფეთქავი ჰემატომის ქირურგიული მკურნალობა უნდა დაიწყოთ დიაგნოზის დასმისთანავე. ძველად ქირურგიულ მკურნალობას გადადებდნენ რამდენიმე თვით, რომ ყალბი ანევრიზმის განვითარებისა და ჩამოყალიბების პროცესში განვითარებულიყო კოლატერალური სისხლის მიმოქცევა.

წინათ ანევრიზმის ოპერაციული მკურნალობა ანევრიზმის ლიკვიდაციასთან ერთად განისაზღვრებოდა სისხლის ძარღვის ლიგატურით, რასაც ამჟამად იშვიათად მიმართავენ. ქირურგი მთელი მონდომებით ცდილობს გაკეროს დაზიანებული სისხლის ძარღვი, გააკეთოს ანასტომოზი პირითპირში, ან შეავსოს დეფექტი სისხლის ძარღვის გადანერგვით.

მფეთქავი ჰემატომის ოპერაციული მკურნალობის გადადების საშიშროება იმაშია, რომ ჰემატომის არეში კანის გასკდომისა და ანთების გამო შეიქმნება ხელშემწყობი პირობები კანის მთლიანობის დარღვე-

ვისა და მეორადი ძლიერი სისხლის დენის განვითარებისათვის, რაც ხშირად ავადმყოფის სიკვდილით მთავრდება. გარდა ამისა, მფეთქავი ჰემატომა აწვება ნერვებს, იწვევს ძლიერ შეხორცებას და ტკივილს. შეიძლება ჰემატომამ გამოიწვიოს ძირითადი არტერიული მაგისტრალისა და კოლატერალების შევიწროება და დახშობაც, რასაც მოჰყვება სათანადო მიდამოს იშემია. აღნიშნული მიზეზის გამო ოპერაცია დროზე უნდა გაკეთდეს ჭრილობის მიღებიდან მერვე — მეცხრე დღეს. დაგვიანებულ შემთხვევაში ოპერაცია დაზიანებული სისხლის ძარღვებზე ნაკლებ ეფექტურია. თუ ოპერაცია კეთდება არა სისხლის ძარღვის დაზიანებისთანავე, არამედ რამდენიმე დღის, თვის ან წლის შემდეგ, ოპერაციული ტექნიკა იცვლება იმის მიხედვით, თუ როგორი სახის დაზიანებას აქვს ადგილი. მცირე ყალიბის არტერიის დაზიანების შემთხვევაში ლიგატურა უნდა დაედოს დაზიანებული სისხლის ძარღვის პროქსიმალურ და დისტალურ ბოლოებს. დაზიანებული ნაწილი ამოიკვეთება და ჰემატომა შეძლებისდაგვარად ამოიწმინდება.

მსხვილი სისხლის ძარღვის დაზიანების შემთხვევაში დაზიანებული სეგმენტი ამოღებული უნდა იქნეს და შემდეგ გაკეთდეს ანასტომოზი: თუ ეს არ მოხერხდა, სისხლის ძარღვის მთლიანობა აღდგენილი უნდა იყოს ტრანსპლანტაციით, მით უმეტეს, თუ ოპერაცია კეთდება ანევრიზმის გამო; როდესაც ოპერაცია კეთდება დაზიანების მიღების ბევრი ხნის შემდეგ ანასტომოზის დადებისათვის აუცილებელია დაზიანებული სისხლის ძარღვის დანაწიბურებული ნაწილის ამოკვეთა. ამ მხრივ საინტერესოა ჩვენი ერთ-ერთი შემთხვევა.

ავადმყოფი ს. გ., მამაკაცი, 21 წლის, მიღებულია კლინიკაში ტკივილით მარცხენა ქვემო კიდურში. ავადმყოფის გადმოცემით კლინიკაში შემოსვლამდე დაახლოებით 1,5 თვით ადრე დაჭრეს მარცხენა ბარძაყის მიდამოში ცეცხლმსროლი იარაღით, რის შემდეგ მოათავსეს ქალაქის ერთ-ერთ საავადმყოფოში. ჭრილობა დაუმუშავეს და გაეწერა ვანკურნებული. ვინაიდან მარცხენა ქვემო კიდურში ფიზიკური დატვირთვის დროს ტკივილი უძლიერდებოდა, მიმართა კლინიკას.

შემოსვლისას: მარცხენა ქვემო კიდური მოხრილია მუხლის სახსარში. ბარძაყის ქვემო მესამედში, მედიალურ ზედაპირზე ჭრილობის შემდგომში ნაწიბურია. პალპატორულად ბარძაყის არტერიის საპროექციო მიდამოში შეიგრძნობა „კატის ღრუტუნი"; აუსკულტაციით ისმის სისტოლური შუილი.

კაპილაროსკოპია: მარცხენა ტერფის პირველ თითზე მარჯვენასთან შედარებით აღენიშნება მკრთალი ფონი, ვენური მუხლის რამდენადმე გაგანიერება, მკვეთრი დაკლაკნა: მეორე და მესამე რიგის კაპილარები წერტილოვანი მონაკვეთების სახით ჩანს მოლურჯო ფერის ფონზე,

რაც შეგუბების დამახასიათებელია ვენურ სისტემაში განტვირთვისათვის.

კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევის საფუძველზე დაისვა მარცხენა ბარძაყის არტერიო-ვენური ანევრიზმის დიაგნოზი. სათანადო მომზადების შემდეგ გაუკეთდა ოპერაცია (ადგილობრივი ანესთეზია). განაკვეთი მარცხენა ბარძაყის მედიალურ ზედაპირზე. გამოიყო და ლიგატურაზე აყვანილ იქნა ბარძაყის არტერიისა და ვენის პროქსიმალური ნაწილი. ჰუნტერის არხის მიდამოში გამოიყო ბარძაყის არტერიისა და ვენის დისტალური ნაწილი. დადგინდა, რომ არტერიო-ვენური ანევრიზმა ლოკალიზებულია ბარძაყის ქვემო მესამედში. არტერიისა და ვენის დისტალური ნაწილის ლიგატურაზე აღება ვერ მოხერხდა. ანევრიზმის პარკის გამოყოფის დროს გამოირკვა, რომ ადგილი აქვს ერცელ შეხორცებებს და ნაწიბურებს. გაიხსნა თვით ანევრიზმის პარკი. დაიწყო ძლიერი სისხლდენა, რომელიც შეჩერებულ იქნა. შემდეგ გადაიკვანძა ბარძაყის ვენა, ამოიკერა ანევრიზმის პარკი, არტერიისა და ვენის ფისტულის მიდამოში არსებული ხვრელიც გაიკერა. გამოირკვა, რომ ნაკერის მიდამოში არტერია გაუვალია და დისტალურ მონაკვეთში პულსაცია არ არის. ამის შემდეგ ამოიკვეთა არტერია სიგრძით 3 სმ, ხოლო პროქსიმალური და დისტალური ბოლოები მიეკერა ერთმანეთს პირისპირ. არტერია გამავალია.

ავადმყოფი გაეწერა კლინიკურად გაჯანსაღებული.

არტერიო-ვენური ფისტულა ჩნდება თანამოსახელე არტერიისა და ვენის ერთდროული დაზიანების შემთხვევაში. ჩვეულებრივად ასეთი ხასიათის ფისტულები ვითარდება ჭრილობის შედეგად, მაგრამ, როგორც გამონაკლისი, არტერიოსკლეროზით გამოწვეული ანევრიზმა შეიძლება მიეზარდოს ვენის კედელს, მეორადად გაიხსნას ვენის სანათურში და განვითარდეს არტერიო-ვენური ფისტულა.

მოგვყავს არტერიო-ვენური ფისტულის შემთხვევა ჩვენი მასალიდან.

ავადმყოფი ც. ზ., მამაკაცი, 25 წლის, მიღებულია კლინიკაში ტკივილით მარცხენა ბარძაყის ქიდამოში, პერიოდული გულის ფრიალით. ავადმყოფის გადმოცემით სამი თვის წინათ დაიჭრა მარცხენა ბარძაყის ზემო მესამედში ცეცხლმსროლი იარაღით, ბარძაყის არტერია დაზიანდა. არტერია გაიკერა, ჭრილობა დამუშავდა და გაიკერა.

ამჟამად უჩივის ტკივილსა და სიმძიმის გრძნობას მარცხენა ქვემო კიდურში, რაც უძლიერდება სიარულის დროს.

მარცხენა ბარძაყი და წვივი ოდნავ შეშუპებულია, მარცხენა წვივის კანქვეშა ვენები, მარჯვენასთან შედარებით, უფროა გამოხატული. პალპატორულად მარცხენა ბარძაყის ზედა მესამედში აღინიშნება

„კატის ღრუტუნი“, აუსკულტაციით განუწყვეტელი სისტოლური და დიასტოლური შუილი.

გულის მწვერვალზე ისმის მოკლე სისტოლური შუილი.

სათანადო მომზადების შემდეგ გაუკეთდა ოპერაცია (ენდოტრაქეალური ნარკოზი); განაკვეთი გატარდა ბარძაყის წინა ზედაპირზე. გამოიყო ბარძაყის არტერია და ვენა, როგორც პროქსიმალური, ისე დისტალური ბოლო აღებულია ლიგატურაზე. ზემოდან და ქვემოდან ანევრიზმის მიმართულებით გამოიყო არტერია და ვენა. ლიგატურაზე აღებულ იქნა ბარძაყის ღრმა არტერია. აღმოჩნდა არტერიო-ვენური ფისტულა ბარძაყის ღრმა არტერიის გამოსვლის 2 სმ პერიფერიულად. ვენა მკვეთრად გაფართოებულია. არტერია ნაწიბურებშია. არტერიის პროქსიმალური ბოლოს დახშობის შემდეგ შუილები ქრება. ფისტულის მიდამო გადაიხსნა, არტერიის დეფექტი გაიკერა ატრავმული ნემსით, არტერიის სპაზმის მოხსნის შემდეგ პულსაცია მთლიანად აღდგა.

ოპერაციის შემდგომ გართულებას ადგილი არ ჰქონია, გაეწერა კლინიკურად გაჯანსაღებული.

ავადმყოფი თ. გ. , მამაკაცი, 20 წლის, მიღებულია კლინიკაში სიმსივნით მარჯვენა მუხლქვეშა ფოსოში და ტკივილით მარჯვენა ქვემო კიდურში, რაც უძლიერდება ფიზიკური დატვირთვისას. რამდენიმე თვის წინათ დაიჭრა მარჯვენა მუხლქვეშა ფოსოში.

შემოსვლისას მარჯვენა მუხლქვეშა ფოსოში ძველი ნაწიბურია, იქვე პალპატორულად შეიგრძნობა „კატის ღრუტუნი“, აუსკულტაციით შუილი ვრცელდება პერიფერიულად. მარჯვნივ ტერფზურგის არტერიაზე პულსაცია შენელებულია, კაპილაროსკოპიისა და თერმომეტრის მონაცემები ორთავე ქვემო კიდურზე თანაბარია.

მუხლქვეშა არტერიო-ვენური ანევრიზმის დიაგნოზით მომზადდა საოპერაციოდ, კოლატერალების მომზადების მიზნით ბარძაყის არტერია იხშობოდა ზეწოლით 8—10 წ. განმავლობაში დღეში რამდენიმეჯერ.

გაუკეთდა ოპერაცია (ადგილობრივი ანესთეზია). განაკვეთი მარჯვენა მუხლქვეშა ფოსოში გასწვრივი. აღმოჩნდა მუხლქვეშა არტერიო-ვენური ანევრიზმა. პარკის პროქსიმალურად და დისტალურად მუხლქვეშა არტერიისა და ვენის ლიგატურაზე აღების შემდეგ გაიხსნა ანევრიზმის პარკი, ფისტულის ადგილი, ანევრიზმის პარკი ამოიკვეთა. ფისტულის მიდამო გაიკერა კვანძოვანი ნაკერით.

გარდა ამისა, წვივის უკანა არტერიის დასაწყის ნაწილში აღინიშნებოდა პატარა ოდენობის არტერიული ანევრიზმა. მისი გახსნის შემდეგ ანევრიზმის ხვრელი გაიკერა.

ავადმყოფი გაეწერა კლინიკურად გაჯანსაღებული.

ავადმყოფი ქ. ს., მამაკაცი, 35 წლის, შემოვიდა კლინიკაში საერთო

სისუსტის, მარცხენა ზედა კიდურის შესივების, მოძრაობის შეზღუდვისა და ტკივილების გამო.

ავადმყოფის გადმოცემით ომში 1942 წ. ტყვეით დაჭრილა. ჭრილობის შესავალი ხვრელი მოთავსებული იყო მარცხენა მხრის ზემო მესამედის მედიალურ ზედაპირზე, გამოსავალი ხვრელი კი ზურგზე, მარცხენა ბეჭის ქვემო კუთხის არეში. დაახლოებით ერთი თვის შემდეგ ჭრილობის მიდამოში შეუგრძვნია ღრუტუნი.

პირველი წლების მანძილზე ავადმყოფი თავს კარგად გრძნობდა, კიდური არ აწუხებდა. ბოლო წლებში განსაკუთრებით კი უკანასკნელი წლის განმავლობაში, იგრძნო საერთო სისუსტე; მალე იღლება, კიდური ოანდათან შეუსივდა, მკვეთრად დააკლდა ღონე, მოძრაობა შეეზღუდა.

შემოსვლისას ობიექტურად — მარცხენა ზემო კიდური მარჯვენასთან შედარებით შესივებულია, გარშემოწერილობა დაავადებული კიდურისა საღთან შედარებით მეტია მხრის ზემო მესამედში 4,5 სმ-ით, შუა მესამედში — 5,5 სმ-ით, ქვემო მესამედში —2,5 სმ-ით, მარცხენა მტევანი შესივებულია და ციანოზურია. კანქვეშა ვენები მკვეთრად დაბერილია, განსაკუთრებით მხრის არეში და აღინიშნება მათი პულსაცია. მხრის ზემო მესამედში, ნაწილობრივ დელტისებრი კუნთის ქვეშ, ორთავა კუნთის მედიალურ ღარში, შეხებით შეიგრძნობა ღრუტუნი, რომელიც ვრცელდება წინა მხარეზე. მოსმენით აღენიშნება ორმაგი შუილი — ქვემოთ ვრცელდება სხივის არტერიაზე, ზემოთ კი — მარცხენა საერთო საძილე არტერიამდე.

პულსაცია სხივის არტერიაზე მარცხნივ, მარჯვენასთან შედარებით, შესუსტებულია.

კანის ტემპერატურა მტევანზე მარცხნივ 33,1°, მარჯვნივ 30,2°, მხრის ზემო მესამედში მარცხნივ 35,1°, მარჯვნივ 32,2°, სისხლის წნევა მარჯვნივ ზემო კიდურზე 110/70 მმ სს. წნევა მარცხენა ზემო კიდურზე 90/75 მმ სს. ვენური წნევა მარჯვენა იდაყვის ვენაში 155 მმ წყლის სვეტის, ვენური წნევა მარცხენა იდაყვის ვენაში 270 მმ-ზე მაღალი.

ნიკოლადონი-ბრუნხემ-დობროვოლსკაიას სიმპტომი დადებითი (ანევრიზმის ცენტრალურად არტერიის გადაჭერით გულისცემა იშვიათდება. 12[1] დარტყმით, 58-დან 46-მდე).

გულის საზღვრები ნორმის ფარგლებში, ტონები მოყრუებული, მაჯა არითმიული, აღინიშნება გამოვარდნა 5—8 დარტყმის შემდეგ. ელექტრო-კარდიოგრაფიულად აღინიშნება სინუსური არითმია.

შინაგანი ორგანოებისა, სისხლისა და შარდის მხრივ სხვა შესამჩნევი გადახრა არ აღინიშნება.

მხრის არტერიო-ვენური ანევრიზმის დიაგნოზით ავადმყოფი მომზადდა საოპერაციოდ. მომზადება გამოიხატებოდა ანევრიზმის ცენტრალურად არტერიის დაბშვაში ღღეში სამჯერ — 10—15 წუთით. ოპე-

რაციის წინ კოლატერალების განვითარების ხარისხი შემოწმებული იყო მოსკოვიჩის მეთოდით.

ავადმყოფს გაუკეთდა ოპერაცია (ანესთეზია ადგილობრივი), განაკვეთი მარცხენა ლავიწის სამხრივ ბოლოდან ორთავა კუნთის მედიალური ღარის გასწვრივ, სიგრძით 18 სმ მკერდის დიდი კუნთის ლატერალური კიდე გადაიკვეთა; მკერდის მცირე კუნთის გარეთა კიდესთან ილლიიის არტერია და ვენა აღებულია ჰეფნერის მომჭერებზე და ვიწრო ტამპონებზე. ვენა მკვეთრად გაგანიერებულია. შემდეგ ანევრიზმის პერიფერიულად ამავე წესით აღებულ იქნა მხრის არტერია და ვენა. თანდათანობით ორივე მხრიდან გამოყოფილი იყო მხრის არტერია — არტერიო-ვენურ ფისტულამდე. ფისტულა გადაიკვეთა და არტერიის გვერდით დეფექტი აღდგენილ იქნა სამი ლეიბისებრი კვანძით და რამდენიმე ჩვეულებრივი კვანძოვანი ნაკერით. ანევრიზმის პარკი, რომელიც ვენის ხარჯზე იყო შექმნილი, გამოიყო მასთან შეზრდილი ნერვული ღეროებისაგან და თანდათანობით ამოიკვეთა. მხრის ერთი ვენა დაიკვანძა, მეორე ვენის მთლიანობა შენარჩუნებულ იქნა. არტერიის პულსაცია ნაკერის პერიფერიულად დამაკმაყოფილებელი იყო. ჰემოსტაზის შემდეგ ჭრილობაში შეყვანილ იქნა პენიცილინი, დაუტოვეს რეზინის დრენაჟი და ჭრილობა გაიკერა ყრუდ.

ოპერაციის შემდეგ პერიოდში გართულებას ადგილი არ ჰქონია. ნაოპერაციებ კიდურზე სხივის არტერიის პულსაცია სუსტია. არიომია აღარ აღინიშნება. ვენური წნევა მარჯვნივ ჩამოვიდა 135 მმ-ზე სს მარცხნივ 170-მდე. არტერიული წნევა 125—70 მმ სს (მარჯვნივ). ელექტროკარდიოგრამა ცვლილებებს არ ააშკარავებს. ზოგჯერ ასეთი ფისტულა შეიძლება განვითარდეს ქირურგიული ჩარევის შედეგად, იმ შემთხვევაში, როცა არტერიასა და ვენას ერთდოულად ედება ლიგატურა; ლიგატურის ჩაჭრის შედეგად გაიხსნება არტერიისა და ვენის კედელი და ვითარდება აღნიშნული სისხლის ძარღვების არტერიო-ვენური ფისტულა.

არტერიო-ვენური ფისტულა ჭრილობის შედეგად შეიძლება განვითარდეს სისხლის ძარღვების დაზიანებისთანავე ან მოგვიანებით, გარკვეული დროის გავლის შემდეგ. არტერიო-ვენური ფისტულის დიაგნოზი ისმის განუწყვეტელი შუილის მიხედვით, რომელიც ძრავას ხმაურს მოგვაგონებს. სისხლი არტერიიდან ყოველთვის ვენაში გადადის. ზოგჯერ შეიძლება არტერიო-ვენური ფისტულის შეგრძნება ხელით. არტერიო-ვენური ფისტულის დროს ზოგჯერ ადგილი აქვს ჰიფერტროფიულ ჰემატომის განვითარებას. დაზიანებული არტერიისა და ვენის ერთმანეთთან შეხების ადგილზე ვითარდება ფისტულა, ხოლო საწინააღმდეგო მხარეს კი ადგილი აქვს არტერიის ანევრიზმის განვითარებას. ასეთი დაზიანების ზუსტი სურათის დადგენა არტერიოგრაფიის

საშუალებით ხდება. გარდა ამისა, არტერიო-ვენური ფისტულის დიაგნოზისათვის დამახასიათებელია ზოგიერთი ფუნქციის დარღვევა: ფისტულის დროს აწეულია ვენური სისხლის მოწოლა გულისაკენ — მარჯვენა წინაგულში უფრო მეტი რაოდენობით და სისწრაფით მოდის. პულსი ხშირდება. იმ შემთხვევაში, როცა ვაწვებით ფისტულის არეს, პულსი ნელდება, რასაც გარკვეული მნიშვნელობა აქვს არტერიო-ვენური ფისტულის დიაგნოზის დასადგენად. ვენურ სისტემაში წნევის აწევა იწვევს ვენების გაგანიერებას. ფისტულის ზემოთ კანი შედარებით უფრო თბილია, ვიდრე მის ქვემოთ. არტერიო-ვენური ფისტულის დროს გარკვეული დროის გავლის შემდეგ სისტოლური წნევა აღდგება, ხოლო დიასტოლური წნევა კი ისევ ნორმაზე დაბალი რჩება. გულის გადაღლის შედეგად ვითარდება მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია.

არტერიო-ვენური ფისტულის მკურნალობა მხოლოდ ოპერაციულია, თუ გულის მდგომარეობა გვაძლევს ამის საშუალებას. გულის დაავადების შემთხვევაში საჭიროა ყოველგვარი ზომის მიღება, რომ შეძლებისდაგვარად გამოსწორებული იქნეს ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა. თეორიულად შეიძლება არტერიისა და ვენის დროული გადაკვანძვა ფისტულის ლიკვიდაციისათვის, მაგრამ ფაქტიურად მხოლოდ ასეთი ჩარევის შემდეგ მოსალოდნელია ფისტულის რეციდივი. აქედან გამომდინარე, გარდა იმისა, რომ უნდა იკვანძებოდეს ორთავე სისხლის ძარღვი, ფისტულის პროქსიმალურად და დისტალურად, — საჭიროა ფისტულის ამოკვეთა. თუ ოპერაცია გაკეთდება ფისტულის ჩამოყალიბების სამი თვის შემდეგ, კოლატერალები უკვე განვითარებულია, მაგრამ დაგვიანებული ოპერაციული მკურნალობის შედეგად თუ განგრენა არ განვითარდა, კიდურის ფუნქცია მაინც დაქვეითებული რჩება.

ნამდვილი ანევრიზმა არის სისხლის ძარღვის კედლის დაავადების შედეგად განვითარებული არტერიის კედლის ელასტიკურობის დაკარგვა. სისხლის ძარღვის ელასტიკურობის დაკარგვის გამო ყოველი სისტოლური ტალღის შედეგად, სისხლძარღვის კედელი განივრდება, მაგრამ აღარ უბრუნდება საწყის მდგომარეობას.

ანატომიურად არჩევენ თითისტარისებრ და საკულარულ ანევრიზმას. პირველ შემთხვევაში გაგანიერება არის დიფუზური. საკულარული ანევრიზმის დროს ადგილი აქვს სისხლის ძარღვის კედლის პარკისებრ გამობერილობას დაზიანების ადგილზე.

ანევრიზმის ეთიოლოგიურ ფაქტორად ითვლება ლუესი, არტერიოსკლეროზი, პიოგენური ინფექცია. თეორიულად შეიძლება დავუშვათ სხვა მიზეზებიც, მაგრამ ისინი ჯერჯერობით შეუსწავლელია. მას მიეკუთვნება სისხლის ძარღვის ტრავმა და სისხლის ძარღვის კედლის ელასტიკურობის თანდაყოლილი ლოკალური სისუსტე. ლუესური ანევრიზმა შეიძლება იყოს საკულარული და თითისტარისებრი. არის

შემთხვევები, როცა გულმკერდის აორტის ინფექცია ვრცელდება აორტის კედლის შრეებზე და იწვევს შუა და გარეთა შრის ელასტიკური ფირფიტების დარღვევას; მათი შენაცვლება კი ხდება არაელასტიკური ფიბროზული ქსოვილით. ანევრიზმა ათაშანგის ხშირი გართულებაა. კლინიკური სიმპტომები დამოკიდებულია ანევრიზმის ურთიერთობაზე მეზობელ წარმოქმნებთან.

დიაგნოზი ისმის სათანადო მიდამოს პალპაციით. ამ შემთხვევაში კიდურები ჩვეულებრივად ერთნაირი არ არის. უხშირესად ადგილი აქვს მარცხენა მბგერავი იოგის დამბლას, ტრაქეის გადაწევას, ჰორნერის სინდრომს; ზემო სიმფათიკური კვანძის დაზიანების შედეგად შუასაყრის სიმსივნისაგან სადიფერენციაციოდ გვეხმარება რენტგენი; აორტის კედელი მისი ლუესური დაზიანების შემთხვევაში აორტის პულსაცია ნორმასთან შედარებით ნაკლებადაა გამოხატული.

მკურნალობა პირველ რიგში ანტილუესურია; პალიატიური მეთოდი გულისხმობს მკერდის ძვლის გაკვეთას, რაც უმეტესად უშედეგოა, ვინაიდან ანევრიზმა იზრდება და იგი კვლავ აწვება მეზობელ ორგანოებს. დახვეული მავთულის შეყვანა ანევრიზმის პარკში ძალიან ხშირად უშედეგოა. აორტის ჩამოყალიბებული ანევრიზმის მკურნალობა მდგომარეობს მის რეზექციასა და სისხლის ძარღვის მთლიანობის აღდგენაში, მაგრამ ეს ოპერაცია ჯერ კიდევ მაღალ სიკვდილიანობას იწვევს. აორტის ლუესური ანევრიზმის დროს კეთდება ორი სახის ოპერაცია: 1. ლატერალური ანევრიზმექტომია, რის შემდეგ აორტას ედება ვერდითი ნაკერი და 2. ანევრიზმის რეზექცია და დეფექტის აღდგენა ტრანსპლანტატის ჩანერგვით. პირველ შემთხვევაში აორტას ედება ცირკულარული ნაკერი, განუწყვეტელი, ლეიბისებრი, ნაპირები გარეთაა გადმობრუნებული.

არტერიოსკლეროზული ანევრიზმა შეიძლება იყოს ელენთის, ჯორჯლის, თირკმლის, ღვიძლის, საძილე მხრის, ბარძაყისა და მუხლქვეშა არტერიების. პერიფერიული სისხლის ძარღვებიდან ყველაზე უფრო ხშირად გვხვდება მუხლქვეშა არტერიის ანევრიზმა. შინაგანი არტერიოსკლეროზული ანევრიზმა ჩვეულებრივ გვხვდება აორტის გაორკაპების მიდამოში. ასეთ შემთხვევაში მუცლის ღრუში შეიგრძნობა სიმსივნე, რომელიც პულსაციას იძლევა. არტერიოსკლეროზული ანევრიზმის სიმპტომები დამოკიდებულია მის ლოკალიზაციაზე; მუხლქვეშა არტერიის არტერიოსკლეროზული ანევრიზმის დროს ავადმყოფი ამჩნევს, რომ მუხლქვეშა არეში შეიგრძნობა სიმსივნე, რომელიც პულსაციას იძლევა. მას უძნელდება ფეხის ფეხზე გადადება. ამ ანევრიზმის დროს ხშირად ადგილი აქვს გარდამავალ სიკოჭლეს. რაც უფრო იზრდება ანევრიზმა, მით უფრო მატულობს ტკივილი და კიდურების შეშუპება (ვენაზე ზეწოლის შედეგად), ავადმყოფს უძნელდება სიარული. მუხლ-

ქვეშა არტერიოსკლეროზულ ანევრიზმას ახასიათებს მძიმე გართულებანი, მაგალითად მწვავე თრომბოზის განვითარება, ან ანევრიზმის გახეთქვა. თრომბოზი კიდურის სწრაფ იშემიას და განგრენას იძლევა. ანევრიზმის გახეთქვის დროს, თუ დროზე არ იქნა მიღებული ზომები, ვითარდება დიდი კანქვეშა ჰემატომა, რის გამოც ვითარდება კიდურის სრული ანემია. მას შეიძლება მოჰყვეს კიდურის განგრენა, არტერიის გადაკვანძვა მომტან ნაწილში, ყოველთვის არ იძლევა განგრენას. მატასის მიერ მოწოდებული იყო ანევრიზმის გაკერვის შემდეგი მეთოდი. იგი ხსნიდა ანევრიზმის პარკს, ანთავისუფლებდა მას შედედებული სისხლისაგან და ჰკერავდა ანევრიზმის ხვრელს ანევრიზმის პარკის შიგნიდან. კაფსულის ნაწილს კვეთავდნენ. ეს მეთოდი ცნობილია ენდოანევრიზმორაფიის სახელწოდებით. გარდა ამისა, მატასს აქვს არტერიის მთლიანობის აღდგენის მეორე წესი, იგი უმატებს ლუმბალურ სიმპათექტომიას, რაც აძლიერებს კოლატერალური სისხლის მიმოქცევას. დეფექტის შემთხვევაში სისხლის მთლიანობის აღდგენა ხდება ტრანსპლანტანტის — ვენის საშუალებით, რაც ჯერ კიდევ 1913 წელს იყო გამოყენებული პრინგლის მიერ, მაგრამ ამ ოპერაციის განხორციელება მხოლოდ უკანასკნელ ხანებში გახდა შესაძლებელი.

მსხვილი სისხლის ძარღვის ჭრილობა პრინციპში მოითხოვს ოპერატიულ მკურნალობას. ლიტერატურაში აღწერილია დაზიანებული სისხლის ძარღვის თვითგანკურნების ერთეული შემთხვევები. მაგრამ ასეთ თვითგანკურნების ფაქტებს ვერ დავეყრდნობით, რადგან ტრავმული ანევრიზმების საბედისწერო გართულებები უფრო ხშირია, ვიდრე თვით განკურნება.

ცნობილია, რომ წვრილი და ზოგჯერ საშუალო კალიბრის სისხლის ძარღვების დაზიანების შემთხვევაში სანათური ვიწროვდება, ინტიმის სანათურისაკენ შებრუნების გამო და წარმოიშობა თრომბი. ამას ხელს უწყობს აქვე განვითარებული ჰემატომა და კუნთების შეკუმშვა. მსხვილი და ზოგჯერ საშუალო ყალიბრის სისხლის ძარღვების გამავალი და გვერდითი ჭრილობები იწვევს ძლიერი სისხლის დენას, შემდგომში მფეთქავ ჰემატომას და ბოლოს ანევრიზმას, მისთვის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნებით.

მსხვილი სისხლის ძარღვის ჭრილობის თვითგანკურნების ერთეულ შემთხვევებში, პირველადი სისხლის დენის შეწყვეტა ხდება თრომბის განვითარების გამო, რომელიც დროის განმავლობაში ნაწიბურად გადაიქცევა. აღწერილია აგრეთვე შემთხვევები მფეთქავი ჰემატომისა და ანევრიზმის პარკის უკუგანვითარებისა, გერცენის, კიუტნერის.

ფრანკის, ბურდენკოს, დობროვოლსკაიას, პეტროვსკის, პუნინის, ლექ-სერის და ჩვენ მიერ.

მიუხედავად იმისა, რომ მფეთქავ ჰემატომისა და ანევრიზმის დროს ნაჩვენებია ოპერაციული ჩარევა, ზოგიერთ შემთხვევაში შეიძლება თავი შევიკავოთ ოპერაციისაგან, თუ ჰემატომა ან ანევრიზმა ინფექციით არაა გართულებული. ზოგჯერ სასურველია მოცდა, მაქსიმალური ვადით, კოლატერალების განვითარებისათვის, შემდეგ კი ოპერაციის გაკეთება, თუ არა აქვს ადგილი იშვიათ გამოსავალს — დაზიანებული სისხლის ძარღვის თვითგანკურნება.

დაზიანებული სისხლის ძარღვის კონსერვატული მეთოდით მკურნალობა ცნობილი იყო ჯერ კიდევ XVIII—XIX საუკუნეებში; ვლასოვი უნიშნავდა ავადმყოფებს სუსტ კვებას, ყოველდღიურად დიდი რაოდენობით გამოუშვებდა სისხლს, რომ ხელოვნურად გამოეწვია სისხლის შედედება. ტიუფნელი 1857 წ. ანევრიზმის დროს ავადმყოფს უნიშნავდა მშრალ დიეტას, დიურეზის გაძლიერებას და მრავალი თვის განმავლობაში ლოგინად წოლას. დღეს ამ წესებს მხოლოდ ისტორიული მნიშვნელობა აქვთ. მათ პრაქტიკულად აღარ იყენებენ. 1785 წ. კვატინი და 1809 წ. სკარპი მუდმივი კომპრესიის გზით ანევრიზმის პარკზე კარგ შედეგს აღწევდნენ. უოლტერი და რეიდი 1875 წ. უპირატესობას აძლევდნენ ანევრიზმის პარკზე პირდაპირი ზეწოლის მეთოდს. ამ მეთოდთან შედარებით უპირატესობა უნდა ჰქონდეს ზედაწოლას ცენტრალურ არტერიაზე. როდელმა (1917) განავითარა მკურნალობის აღნიშნული წესი და მოგვაწოდა ანევრიზმაზე მუდმივი ზეწოლის მეთოდი რეზინის ღრუბლით, რომელიც კიდურზე მაგრდება დოლბანდით. ამასთან ერთად იგი აწარმოებდა ზეწოლას არტერიაზე ანევრიზმის პარკის ზემოთ. აღნიშნული მეთოდით როდელს განუკურნებია ხუთი ავადმყოფი. მკურნალობის შედეგიანობა დამოკიდებულია არტერიის ხვრელის ოდენობაზე და ზეწოლის ნაადრევად დაწყებაზე. ნეფმა (1911) ექსპერიმენტში ჩაატარა არტერიის ჭრილობის ზეწოლა სპეციალური აპარატით, რითაც მიიღო სისხლის ძარღვის ჭრილობის შეხორცება. დელზე ანევრიზმის პარკზე ზეწოლის მეთოდს უარყოფით შეფასებას აძლევს, რადგან ერთ შემთხვევაში ამ მეთოდით მკურნალობის დროს მიიღო ანევრიზმის გასკდომა და კიდურის განგრენა — თრომბის გადასვლის გამო სისხლის ძარღვში. ამჟამად პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს არტერიაზე ზეწოლას — ანევრიზმის პარკის ცენტრალურად. იგი წარმოადგენს დამხმარე საშუალებას ანევრიზმის მკურნალობის საქმეში კოლატერალების განვითარების მიზნით. რაც შეეხება ანევრიზმის პარკზე ზეწოლის მეთოდს, იგი მიუღებელია და მას პრაქტიკულად აღარ იყენებენ. ზოგიერთი მიმართავს ანევრიზმის პარკის

გარშემო და მის ღრუში სხვადასხვა ნივთიერების შეყვანას, მაგალითად კურტი (1910) აწარმოებდა ერთი თვის განმავლობაში ყოველდღიურად ადრენალინის შეყვანას ანევრიზმის პარკის გარშემო და კარგი შედეგი მიიღო. ზოგს შეყავს ჟელატინი. ასეთი მეთოდი არ არის დაზღვეული გართულებისაგან, — აღწერილია კიდურის განგრენის შემთხვევები.

შეიმუშავეს ანევრიზმის პარკში ვერცხლის მავთულის შეყვანა (ბორი 1864). ამჟამად ანევრიზმის მკურნალობის ასეთი მეთოდები არ არის მიღებული, მაგრამ მათ მაინც იყენებენ როგორც იძულებით ღონისძიებას, როცა ოპერაციის გაკეთება სხვადასხვა მიზეზის გამო შეუძლებელია.

მსხვილი სისხლძარღვების ჭრილობა, როგორც წესი, მოითხოვს ქირურგიულ მკურნალობას, დღიდან მისი დაზიანებისა.

ცაგეფონ-მანტეფელი მსხვილი სისხლის ძარღვის ჭრილობის მიმდინარეობის სამ პერიოდს არჩევს:

1. ახალ ჭრილობას, როცა ჯერ განვითარებული არ არის სისხლის ძარღვების სკლეროზი, ოპერაციის გაკეთება შედარებით ადვილია და შეიძლება ნაკერის დადება.

2. ინფიცირებულ ჰემატომას, პირველი კვირის ბოლოდან ერთ თვემდე, როცა ოპერაციული ჩარევისათვის ხელსაყრელი პირობები არ არის.

3. პერიოდს ანევრიზმის განვითარებიდან (ოთხი კვირის შემღეგ) სკლეროზის განვითარებამდე; პირობები ოპერაციის გაკეთებისათვის კარგია.

ლერიში (1922) მსხვილი სისხლის ძარღვების ჭრილობის ნაადრევი ოპერაციული მკურნალობის სასარგებლოდ გამოთქვამს შემდეგ მოსაზრებებს:

1. ჰემოსტაზი ჰქმნის პირობას, რომ არ განვითარდეს მფეთქავი ჰემატომა. ნაადრევ ოპერაციას აქვს პროფილაქტიკური მნიშვნელობა სისხლის დენისა და შოკის წინააღმდეგ.

მსხვილი სისხლის ძარღვის დროს ოპერაცია ნაჩვენებია პირველადი სისხლის დენის, მეორადი სისხლის დენის მფეთქავი ჰემატომისა და არტერიო-ვენური ანევრიზმის დროს.

როდესაც ძლიერი სისხლის დენის გამო კეთდება გადაუდებელი ოპერაცია, მაშინ ოპერაციის მოსამზადებელი პერიოდი ხანმოკლეა. ავადმყოფს უკეთებენ საგულე საშუალებებს, სათბურებს. ტკივილგასაყუჩებელს, სისხლის გადასხმას, საჭიროების შემთხვევაში ხელოვნურ სუნთქვას. სასწრაფო ოპერაციასთან ერთად, სისხლის დენის გაჩერების მიზნით, დიდი მნიშვნელობა აქვს მასიური დოზებით სისხლის გადასხმას. კლინიკური სიკვდილის დროს, პირველსავე წუთებში საჭი-

როა არტერიაში სისხლის გადასხმა. არტერიაში სისხლის გადასხმა, როგორც მკურნალობის მეთოდი, დიდი ხანია ცნობილია. ჯერ კიდევ გერცბერგი და კიუტერი (1869) უპირატესობას აძლევდნენ სისხლის გადასხმას სხივის არტერიაში. ასევე, კოლოსნინი აწარმოებდა სისხლის გადასხმას სხივის არტერიაში. ტელანკმა (1927) გულის ჭრილობის დროს სისხლის გადასხმა ჩაატარა უშუალოდ მარცხენა პარკუჭში, კარგი შედეგით, მაგრამ ეს საკითხი მაშინ ჯერ კიდევ არ იყო სათანადოდ დამუშავებული და დანერგილი პრაქტიკაში. არტერიაში სისხლის გადასხმას განსაკუთრებული ყურადღება მიექცა უკანასკნელ ხანებში. ამჟამად საინტერესო დაკვირვებებია, როგორც ექსპერიმენტული, ისე კლინიკური, რომლებიც ნათლად ადასტურებენ, რომ ადამიანის სიცოცხლის შენარჩუნებისათვის არტერიაში სისხლის გადასხმას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ძლიერი და სწრაფი ანემიის დროს.

სისხლს გადაასხამენ მხარის, ბარძაყისა და სხვა არტერიებში. პეტროვსკი ამტკიცებს, რომ უფრო ეფექტურია სისხლის გადასხმა საერთო საძილე არტერიაში შემდეგი წესით: გამოიყოფა საერთო საძილე არტერია, შემდეგ მასში სისხლის ნაკადის მიმართულებით შეყავთ ბირის ნემსი, სისხლი გადაისხმება სწრაფად 2—3 წუთში 200—300 სმ³. ჩვენ არ დაგვჭირებია არტერიაში სისხლის გადასხმა, თუმცა ანევრიზმის ყოველი ოპერაციის დროს მომზადებული ვიყავით არტერიაში სისხლის გადასასხმელად.

მფეთქავი ჰემატომისა და ანევრიზმის დროს, როცა ადგილი არა აქვს მწვავე, პროფუზულ სისხლის დენას, საჭიროა ავადმყოფის განსაკუთრებული მომზადება ოპერაციისათვის შემდეგი მიზეზების გამო: უპირველეს ყოვლისა, ოპერაცია შეიძლება იძულებით დავამთავროთ ძირითადი არტერიის ლიგატურით; სისხლის ძარღვის გაკერვის მიუხედავად, შეიძლება იგი დათრომბირდეს, ამიტომ წინასწარ უნდა შევამოწმოთ, თუ რამდენადაა განვითარებული კოლატერალები. კოლატერიალური სისხლის მიმოქცევის განვითარების ხარისხი პირველ რიგში დამოკიდებულია თვით სისხლის ძარღვის გატოტიანების ტიპით და კოლატერალური რკალების აგებულებით, მათი განვითარებით; მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე იმას, თუ რამდენადაა დაზიანებული კოლატერალები, მთავარი სისხლის ძარღვის ჭრილობის ან ოპერაციის დროს. კოლატერალური სისხლის მიმოქცევის განვითარებისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს კუნთების სისხლის ძარღვებს. მნიშვნელოვანია ადგილობრივი და ზოგადი ინფექცია. ჰემატომის ოდენობა, დაკარგული სისხლის რაოდენობა, ორგანიზმის ზოგადი ანემიზაციის ხარისხი და სხვ.

ოპერაციამდე კოლატერალების განვითარების ხარისხის დასადგენად არსებობს მოშკოვიჩისა და კოროტკოვის მეთოდი. მოშკოვიჩმა (1907) ამ მიზნით გამოიყენა ჰიპერემიის ფენომენი. ზემოთ აწეულ

კიდურს ედება ელასტიკური დოლბანდი — თოთებიდან დაწყებული ანევრიზმამდე ან ჭრილობამდე. ამის შემდეგ არტერიაზე ხელს ვაჭერთ სისხლის ძარღვს — ჭრილობის ზევით. დოლბანდი მოიხსნება, კიდურს დავუშვებთ ჰორიზონტალურ სიბრტყემდე. თუ კიდურში ჰიპერემია განვითარდება, მთელ მის სიგრძეზე, — ეს ითვლება კოლატერალების დამაკმაყოფილებელ განვითარების მაჩვენებლად, თუ ხუთი წუთის განმავლობაში კიდური ფერმკრთალი დარჩა, ეს იმის ნიშანია, რომ კოლატერალები სუსტადაა განვითარებული.

უფრო ზუსტია კოროტკოვის (1910) მეთოდი. კიდურს ასწევენ ზევით და შემდეგ გადაახვევენ ესმარხის ლახტს; ერთდროულად არტერიაზე, ანევრიზმის ზემოთ, თითს დააჭერენ, ანევრიზმის ქვემოთ — კიდურზე მოარგებენ რივაროჩის აპარატის მანჟეტს, რომელშიც შეჰყავთ ჰაერი; სინდიყის სვეტმა უნდა მიაღწიოს 120—200 მმ, ამის შემდეგ კიდურს დაუშვებენ ქვემოთ, მოხსნიან ლახტს და მანჟეტში წნევას თანდათანობით დაუკლებენ; არტერიაზე კი, ანევრიზმის ზემოთ, თითი დაჭერილი უნდა იყოს. პირველი დანაყოფი სინდიყის სვეტისა, რომელზედაც იწყება კიდურის ჰიპერემია, მაჩვენებელია კოლატერალური სისხლის მიმოქცევის განვითარების ხარისხისა.

კოროტკოვის ცდის მიხედვით თუ კოლატერალურ სისხლის ძარღვებში წნევა არის 35 მმ, ეს იმის მაჩვენებელია, რომ კოლატერალები არაა საკმარისად განვითარებული.

კოლატერალების განვითარების ხარისხის დასადგენად არის კიდევ ჰენლეს ცდა. ამ ცდის დროს ჩხვლეტას ორივე კიდურის თითში აწარმოებენ, თუ ორივე მხარეზე სისხლი ერთნაირად გამოდის, კოლატერალები საკმაოდ ყოფილა განვითარებული.

რასაკვირველია, არც ერთი ზემოთ აღწერილი ცდა არ არის ზუსტი; მათზე სრული დაყრდნობა შეუძლებელია.

ჩვენ, როგორც წესი, მფეთქავი ჰემატომისა და ანევრიზმის დროს კოლატერალების მომზადების მიზნით, ოპერაციებამდე ორი-სამი კვირის განმავლობაში ვაწარმოებთ მექანიკურ ზეწოლას არტერიაში — ანევრიზმის ზემოთ. აღნიშნულ წესს გვირჩევენ ცნობილი კლინიცისტები — გერცენი, ბოგორაზი, ბურდენკო, პეტროვსკი, მუხაძე და სხვები.

არტერიაზე ზეწოლა წარმოებს 10—15 წუთის განმავლობაში, დღეში 3—4 ჯერ; საექიმო პერსონალის გარდა თვით ავადმყოფიც ავარჯიშებს კოლატერალებს ამავე წესით. ჯანელიძემ (1944) მოგვაწოდა სპეციალური აპარატი, ე. წ. კომპრესორი. აპარატი მაგრდება თაბაშირის ნახვევზე და გამოიყენება არა მხოლოდ კიდურის სისხლის ძარღვების, არამედ ლავიწქვეშა, საძილე და თეძოს არტერიის დასახშობადაც. არტერიაზე ზეწოლის მეთოდი, კოლატერალების განვითარების მიზნით, სიფრთხილით უნდა იქნეს გამოყენებული — არტერიის დაჭრის

2—3 კვირის შემდეგ. შემჩნეულია, რომ წმინდა არტერიული მფეთქავი ჰემატომის დროს გართულებები უფრო ხშირია, ვიდრე არტერიო-ვენური ფისტულის დროს. ავადმყოფმა კარგად უნდა იცოდეს აღნიშნული ღონისძიების მნიშვნელობა და მოსალოდნელი გართულებებიც. ღონისძიებები კოლატერალების გასავითარებლად უნდა ტარდებოდეს ექიმის კონტროლის ქვეშ. არტერიაზე თითით დაწოლა, თუ იგი რაციონალურად არის გამოყენებული, ითვლება ყველაზე უფრო კარგ მეთოდად კოლატერალების განვითარებისათვის. ამ დროს არ ხდება ანევრიზმის პარკისა და მის ირგვლივ მდებარე ქსოვილების ტრავმირება და ამიტომ პარკის დაზიანების საშიშროებაც ნაკლებია.

კოლატერალების განვითარების ოპერაციულ მეთოდებს არ შევეხებით, რადგან მას, ჩვენი აზრით, არა აქვს პრაქტიკული მნიშვნელობა.

კოლატერალების ტრენიერების მიზნით, გარდა ტექნიკური და ფიზიოთერაპიული საშუალებებისა, იხმარება სხვადასხვა მედიკამენტი, როგორიცაა პაპავერინი; იგი სისხლის ძარღვების ტონუსს აქვეითებს და ხსნის სპაზმს.

კოლატერალების მომზადება უნდა წარმოებდეს დიდი სიფრთხილით, ჩვენს კლინიკაში ამ მხრივ რაიმე გართულებას ადგილი არ ჰქონია, მაგრამ ლიტერატურაში აღწერილია ანევრიზმის პარკის გასკდომა, საერთო საძილე არტერიის ანევრიზმის დროს ჰემიპარეზის განვითარება — ტვინის ემბოლის შედეგად და სხვ.

სისხლის ძარღვის ოპერაციის დროს ჩვენ ძალიან ხშირად მივმართავთ ადგილობრივ ანესთეზიას. ქვემო კიდურის უკვე ჩამოყალიბებულ ანევრიზმის დროს კი ზოგჯერ სპინალურ ანესთეზიასაც ვიყენებთ.

მსხვილ სისხლძარღვებზე ოპერაციისათვის, გარდა ქირურგის მაღალი კვალიფიკაციისა, საჭიროა საოპერაციოს სწორი ორგანიზაცია და განსაკუთრებული ყურადღება მკურნალობის კურსის ჩატარების დროს. აღნიშნული კონტიგენტის ავადმყოფების მკურნალობა რთულდება, როცა საჭირო ხდება სასწრაფო ოპერაციული ჩარევა. ამ დროს ავადმყოფი მძიმე მდგომარეობაშია, შეცვლილია ანატომიური წარმოქმნების ურთიერთობა ინფილტრაციისა, ვრცელი ჰემატომიისა და ინფექციის შედეგად; ღელავს არა მარტო ქირურგი, არამედ კლინიკის მთელი შტატი. ერთი მხრივ მოსალოდნელია სეპტიკური ძლიერი, სასიკვდილო სისხლის დენა, მეორე მხრივ ჰაეროვანი ემბოლია. აგრეთვე სისხლის დენა ოპერაციის დროს, რომლის შეჩერება დიდ სიძნელეებთან არის დაკავშირებული, ან კიდურის განგრენა, ცვლილებები ტვინის მხრივ. ასეთ კრიტიკულ მდგომარეობაში პირველ რიგში ისმის საკითხი სისხლის დენის შეჩერებაზე, რაც ერთადერთი საწინდარია ავადმყოფის სიკვდილისაგან გადარჩენისა. ამისათვის საჭიროა ფართო განაკვეთით მივუდგეთ დაზიანებული არტერიის მთავარ

ღეროს მომტან ნაწილს. ამ მიზნით ზოგჯერ საჭირო ხდება ლავიწის ან მკერდის ძვლის ამოკვეთა.

ოპერაციის ტექნიკური მხარის ზუსტად და რაციონალურად შესრულებაში დიდი მნიშვნელობის ფაქტორია სათანადო იარაღების მარაგი. იარაღები არ უნდა იყოს საძებარი მუშაობის პროცესში. მთავარი სისხლის ძარღვის გამოყოფაში ძირითადი და წამყვანი მაინც ქირურგის თითებია.

რაც შეეხება ლახტს, უნდა აღვნიშნოთ, რომ მფეთქავი ჰემატომისა და ანევრიზმის გამო გაკეთებული ოპერაციის დროს, ჩვენ არც ერთ შემთხვევაში ლახტი არ გამოგვიყენებია, მაგრამ ოპერაციის დროს ორ სტერილურ ლახტს პროფილაქტიკურად ყოველთვის ვადებთ კიდურზე, ანევრიზმის ცენტრალურად და პერიფერიულად; თუ ძირითადი არტერიის ცენტრალური და პერიფერიული ნაწილის გამოყოფის ან ლიგატურაზე აყვანის დროს დაზიანდა ანევრიზმის პარკი და განვითარდა მოულოდნელი სისხლის დენა, მაშინ დროის დაუკარგავად მოვუჭერთ ორივე ლახტს. ეს გართულება იმდენად მოსალოდნელია და სახიფათოა, რომ ყოველთვის მომზადებული ვართ ლახტის დასადებად.

მსხვილი სისხლის ძარღვების ჭრილობის ყველა შემთხვევაში, ყველაზე მნიშვნელოვანი მომენტია დაზიანებული სისხლის ძარღვის ცენტრალურ ნაწილზე მიდგომა, მისი იზოლირება და ლიგატურაზე აყვანა. ამის შემდეგ ქირურგი სიძნელისა და გართულების მთავარ ეტაპს გავლილად თვლის. შემდეგ აუჩქარებლად და ფრთხილად არტერიის პერიფერიული ნაწილიც აყვანილი უნდა იქნეს ლიგატურაზე; ეს მომენტი ითვლება ქირურგის გამარჯვებად, რის შემდეგ უკვე გაბედულად შეიძლება ვიმუშაოთ ანევრიზმის პარკისა და დაზიანების ადგილის უშუალო მობილიზაციისათვის. ცხადია, ეს ისე უნდა გაკეთდეს, რომ არ დაზიანდეს ირგვლივ მდებარე ქსოვილები და პირველ რიგში ნერვები და კოლატერალური სისხლის ძარღვები. ასეთივე სიფრთხილით უნდა გამოიყოს თანამოსახლე ვენა, მითუმეტეს, თუ ადგილი აქვს არტერიო-ვენურ ანევრიზმას და დაზიანებულია კისრის სისხლის ძარღვები. ქირურგი დიდ სიძნელეებს ხვდება საუღლე ვენის გამოყოფისას — მისი ანევრიზმის დროს. ამ შემთხვევაში საუღლე ვენა ძალზე გაგანიერებულია. როცა საქმე ეხება არტერიო-ვენურ ანევრიზმას, ვენის კედელი ვენურ სისხლის ძარღვს კი არ ჰგავს, არამედ წარმოადგენს ანევრიზმულ პარკს. მისი შემთხვევითი გახსნისას, შეიძლება განვითარდეს სისხლის დენა და საოპერაციო მაგიდაზევე მოსალოდნელია სასიკვდილო გართულება — ჰაეროვანი ემბოლია.

ვენის იზოლირება და ლიგატურაზე აყვანა სავალდებულოა განსაკუთრებით კისრისა და გულმკერდის მიდამოს ანევრიზმის დროს. წინასწარ ვენის იზოლირება აუცილებელია ჰაეროვანი ემბოლიის თავი-

დან აცილების მიზნით. აღნიშნული ღონისძიებების შესრულების შემდეგ, თუ შეიძლება ასე ითქვას, ქირურგს ოპერაციის გასაღები უკვე ხელთ აქვს. არტერიის გამოყოფა უნდა მოხდეს ფრთხილად, ისე რომ არ დაზიანდეს ადვენტიცია, არტერიის კედელს ძარღვთა დაზიანების შედეგად არ მოაკლდეს კვება. ანევრიზმის პარკის გამოყოფის ან თვით დაზიანებული არტერიის ადგილის მონახვის დროს საჭიროა, რაც შეიძლება დამზოგველი მანიპულაციები, რომ არტერიის დაზიანება არ გაღრმავდეს. ამ დროს მთავარი მიზანია ისე გამოიყოს არტერიის ჭრილობა, რომ მოხერხდეს სისხლის ძარღვებზე ნაკერის დადება, მათი მთლიანობის აღდგენა. მართალია, იშვიათად, მაგრამ ზოგჯერ არტერიის ჭრილობის ლოკალიზაციის დადგენა ძნელდება ქსოვილთა შეცვლილი ურთიერთობის გამო. მსხვილი არტერიების ერთმანეთთან სიახლოვისას (მაგალითად, საერთო საძილე არტერია და ხერხემლის არტერია, ბარძაყისა და ბარძაყის ღრმა არტერია და სხვა), ჩვენ გვქონდა შემთხვევა, როცა ავადმყოფს უკეთდებოდა ოპერაცია ბარძაყის არტერიის ანევრიზმის გამო. კლინიკურად დადგენილი იყო ბარძაყის არტერიის ანევრიზმა მის ზემო მესამედში. გამოიყო ბარძაყის არტერიის ანევრიზმის ჯერ ცენტრალურად და შემდეგ პერიფერიულად, მერე მათ შორის ბარძაყის მთელ სიგრძეზე, მაგრამ ბარძაყის არტერიის ანევრიზმა შეუმჩნეველი დარჩა. არტერიაზე ლიგატურის მოჭერის შემდეგ ანევრიზმისათვის დამახასიათებელი შუილი კვლავ ისმოდა. ამასთან შევამჩნიეთ, რომ ბარძაყის ღრმა არტერია ძალიან გაგანიერებული იყო, მისი გამოყოფისა და ლიგატურაზე აყვანის შემდეგ შუილი ბარძაყის არტერიაზე სრულიად შეწყდა. ამრიგად, თვით საოპერაციო მაგიდაზე დადგინდა, რომ საქმე ეხებოდა ბარძაყის ღრმა არტერიის ანევრიზმას.

საინტერესოა კიდევ ერთი შემთხვევა, როცა საოპერაციო მაგიდაზე დადგინდა, რომ ერთდროულად ბარძაყისა და ბარძაყის ღრმა არტერიის დაზიანების გამო განვითარდა ანევრიზმა.

ავადმყოფი ჯ. ა., მამაკაცი, 45 წლის, მიღებულია კლინიკაში ტკივილით მარჯვენა ბარძაყის მიდამოში, სიარულის გაძნელებით. ავადმყოფის გადმოცემით ერთი თვის წინ მარჯვენა ბარძაყის მიდამოში საფანტით დაიჭრა. შემოსვლისას მარჯვენა ბარძაყის ზემო მესამედში აღინიშნება შესიება, რომლის პალპაციით შეიგრძნობა „კატის ღრუტუნი“, აუსკულტაციით ისმის განუწყვეტელი სისტოლურ-დიასტოლური შუილი.

მოსმენით — გულის ტონები მოყრუებული, მწვერვალზე და განსაკუთრებით მეხუთე წერტილში, მოკლე სისტოლური შუილი.

ავადმყოფის კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევის საფუძველზე დადგინდა მარჯვენა ბარძაყის არტერიო-ვენური ანევრიზმა. გაუკეთდა ოპერაცია (ადგილობრივი ანესთეზია). განაკვეთი მარჯვენა ბარძაყის წინა პირზე, სიგრძით 20 სმ საზარდულის იოგის ქვემოთ გა-

მოიყო და ლიგატურაზე აღებულ იქნა ბარძაყის არტერია და ვენა, ისევე ჰუნტერის არხთან ლიგატურაზე ავიღეთ ბარძაყის არტერიისა და ვენის დისტალური მონაკვეთი. შემდეგ ჭრილობის ზემო კუთხიდან დაიწყო ბარძაყის არტერიისა და ვენის გამოყოფა. სისხლძარღვები ძლიერ შეხორცებებში იყო, ვენა ძალზე გაგანიერებულია. აღმოჩნდა ანევრიზმის პარკი, რომელიც ქათმის კვერცხისოდენაა. ანევრიზმის პარკი დაკავშირებულია ერთი მხრივ ბარძაყის არტერიასთან, მეორე მხრივ ვენასთან. ანევრიზმის პარკი ამოიკვეთა, არტერიაზე დარჩა დეფექტი, რომელიც გაიკერა ატრავმული ნემსით. ვენის კედელი ამოიკერა გვერდითი ნაკერით. მიუხედავად ამისა, ბარძაყის ვენაზე ისევ აღინიშნებოდა შუილი, თვალით ჩანდა არტერიული სისხლის რეტროგრადული შემოსვლა. ეჭვი მივიტანეთ მეორე არტერიო-ვენური ანევრიზმის არსებობაზე. მოიძებნა ბარძაყის ღრმა არტერიის დასაწყისი, რომელიც ძალიან მაღლა მდებარეობდა — საზარდულის იოგის ქვეშ, ბარძაყის ღრმა ვენა კი მდებარეობდა ნორმალურ დონეზე. დათვალიერებისას აღმოჩნდა, რომ არსებობს კავშირი ბარძაყის ღრმა არტერიასა და ვენას შორის. ბარძაყის ღრმა ვენაზე დავადევით ლიგატურა და ამოიკერა, შემდეგ ამოიკერა ბარძაყის ვენაც. შუილები გაქრა.

ოპერაციის შემდგომი პერიოდი — გართულების გარეშე. ავადმყოფი გაეწერა კლინიკურად გაჯანსაღებული.

დიდი სიფრთხილეა საჭირო არტერიო-ვენური ფისტულის გამოყოფის დროს; ამ დროს ჩვეულებრივად ნაკლებად არის განვითარებული ანევრიზმის პარკი. დაზიანებული კერის ცენტრალურად და პერიფერიულად როგორც არტერიის, ისე ვენის ლიგატურაზე აყვანის შემდეგ თანმიმდევრობით ვუახლოვდებით დაზიანების კერას. გამოყოფის პროცესში თუ მოუშვებთ ლიგატურას, ვენა არტერიის მსგავს პულსაციას იძლევა. თანდათანობით ვუახლოვდებით ფისტულას, პროეიზორული ლიგატურების გადატანით და ზუსტად მივადგებით ფისტულასა და ანევრიზმას, სადაც კარგად არის გამოხატული როგორც არტერიის, ისე ვენის პულსაცია. ამის შემდეგ ხდება ფისტულის გამოყოფა, ვენის მხრიდან ისე, რომ არტერიის კედელი, რაც შეიძლება ნაკლებად დაზიანდეს. ფისტულის გამოყოფისა და მასზე მომჭერის დადების შემდეგ პულსაცია და შუილები ვენაში წყდება. როცა არტერია იზოლირებულად არის დაზიანებული, ანევრიზმის გამოყოფის შემდეგ შეიძლება ერთხელ კიდევ შემოწმდეს კოლატერალების განვითარების ხარისხი. თუ დაზიანებული არტერიის პერიფერიული მონაკვეთიდან სისხლი ნაკადად მოდის, ეს მოწმობს, რომ კოლატერალები განვითარებულია კარგად. მიუხედავად ამისა, მსხვილი სისხლის ძარღვის ანევრიზმის ოპერაციის ძირითადი მიზანია ლიგირებული არ იყოს ძირითადი არტერია, არამედ აღდგენილი იყოს სისხლის ძარღვის მთლიანობა. ამ

მიზნით ყველა ღონისძიება უნდა გამოვიყენოთ. თუ ეს მაინც არ მოხერხდა, მაშინ იძულებული ვართ გადავკვანძოთ ძირითადი არტერია, ანევრიზმის პარკის სრული ან ნაწილობრივი ამოკვეთით.

ოპერაციის დროს საჭიროა დადგენილ იქნეს არტერიისა და ვენის დაზიანების მასშტაბი, რასაც პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს სისხლის ძარღვზე ოპერაციული მეთოდის შერჩევისათვის. შეიძლება იყოს არტერიისა და ვენის ან მხოლოდ არტერიის გვერდითი ჭრილობა, გამავალი ჭრილობა, არტერიის და ვენის, ან მხოლოდ არტერიის სრული გაგლეჯა, იშვიათად არტერიის კედელში შეიძლება იყოს უცხო სხეული.

ყველაზე უფრო ხშირად ვხვდებით სისხლის ძარღვების გვერდით ჭრილობას მათი არასრული დაზიანებით.

იმ მიზნით, რომ თავიდან ავიცდინოთ ლიგატურის მოვარდნა, დაზიანებულ არტერიას ცენტრალურად ედება ორი კვანძი ერთიმეორისაგან, დაახლოებით ერთი ან ნახევარი სანტიმეტრის დაშორებით. ჩვენ არ გექონია მეორადი სისხლის დენის შემთხვევა, ლიგატურის მოვარდნის გამო, ან დაზიანებული არტერიის პერიფერიული ნაწილიდან, გარდა ერთი შემთხვევისა.

ავადმყოფი ლ. ც., მამაკაცი, 41 წლის, შემოვიდა კლინიკაში სიმსივნით მარჯვენა ბარძაყის არეში, ტკივილით მარჯვენა ქვემო კიდურში, სიარულის გაძნელებითა და წყლულით მარჯვენა წვივის მიდამოში. ავადმყოფის გადმოცემით 25 წლის წინათ მიუღია ჭრილობა ცეცხლსროლი იარაღით მარჯვენა ბარძაყის მიდამოში. იმავე დღეს ჭრილობიდან ამოუღეს ტყვია. შემდეგ დროდადრო მარჯვენა ქვემო კიდური უსივდებოდა, სტკიოდა და უბუჟდებოდა, ბოლოს კი ბარძაყის წინა ზედაპირზე, მის ზემო მესამედში, შეამჩნია რბილი კონსისტენციის სიმსივნე, რომელიც იძლეოდა პულსაციას. შემოსვლისას მარჯვენა ქვემო კიდურზე აღენიშნება ვენების გაგანიერება, ბარძაყის ზემო მესამედიდან დაწყებული ტერფამდე აქვს კანის დეპიგენტაცია. კიდური მთლიანად, განსაკუთრებით კი წვივი და ტერფი, შესივებულია. წვივის წინა ზედაპირზე აქვს ტერფიკული წყლული. მარჯვენა ბარძაყის წინა ზედაპირზე, ზემო მესამედში არის გამობერილობა, რომლის პალპაციით შეიგრძნობა პულსაცია, აუსკულტაციით ისმის შუილი, რომელიც ვრცელდება პერიფერიულად. ანევრიზმის პროქსიმალურად, არტერიის მომტან ტოტზე ხელის დაჭერით პულსაცია და შუილი ქრება, ხოლო სიმსივნე მცირდება.

ავადმყოფის კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევის საფუძველზე დადგენილია მარჯვენა ბარძაყის არტერიო-ვენური ანევრიზმა. გაუკეთდა ოპერაცია (სპინალური ანესთეზია), განაკვეთი; მარჯვენა ბარძაყის წინა ზედაპირზე ჩლუნგად გაითიშა კუნთები, ლიგატურაზე ავიღეთ როგორც არტერია, ისე ვენის ცენტრალური და პერიფერიული

ბილოები. ამოკვეთილ იქნა 10 სმ სიგრძის არტერია და ვენა. ამოკვეთილი სისხლძარღვები დიფუზურად გაგანიერებულია.

ოპერაციიდან დაახლოებით 24 სათის შემდეგ ავადმყოფს მოულოდნელად დაეწყო ძლიერი ტკივილი ნაოპერაციებ არეში, მარჯვენა ბარძაყის ზემო მესამედში. მის წინა ზედაპირზე გაჩნდა გამობერილობა, ტერფი გახდა ციანოზური, ცივი. დადგინდა, რომ საქმე გვაქვს სისხლდენასთან. გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია. გატარდა ახალი განაკვეთი მარჯვენა თეძოს ფოსოს მიდამოში. ექსტრაპერიტონეალურად ლიგატურაზე აღებულ იქნა თეძოს გარეთა არტერია და ვენა. შემდეგ გაიხსნა ნაოპერაციები ჭრილობა, აღმოჩნდა სისხლის კოლტები, რომლებიც ამოუსუფთაკდა. ადგილი ჰქონდა სისხლდენას ვენიდან. თეძოს გარეთა ვენა გადაიკვანძა. სისხლდენა შეჩერდა.

ავადმყოფი გაეწერა კლინიკურად გაჯანსაღებული.

ანევრიზმისა და მფეთქავი ჰემატომის დროს ოპერაციული ტექნიკა ძალზე რთულდება იმ შემთხვევაში, თუ ავადმყოფი ანევრიზმას დიდი ხნის განმავლობაში ატარებს, ამ დროს ანევრიზმის პარკი მკვრივია. იგი მჭიდროდაა დაკავშირებული ირგვლივ მდებარე ქსოვილებთან და მისი გამოყოფა ვარკვეულ სიძნელეებთანაა დაკავშირებული.

არტერიის გადაკვანძვა ჰუნტერის ანდა ანელის წესით არ ჩაითვლება ანევრიზმის რადიკალურ მკურნალობად და ამავე დროს მოსალოდნელია გართულებები, მაგრამ ზოგჯერ, გარკვეულ შემთხვევაში, იძულებული ვართ გამოვიყენოთ აღნიშნული მეთოდი. მაგალითად, გარეთა და შიგნითა საძილე არტერიის ანევრიზმის, ხერხემლის არტერიის ანევრიზმის დროს, რომელიც მოთავსებულია თავის ქალას ფუძეზე. აღნიშნული მეთოდით გაკეთებული ოპერაციის შედეგად მოსალოდნელია რეციდივი — კოლატერალების განვითარების შედეგად. როცა იძულებული ვართ შემოვიფარგლოთ აღნიშნული მეთოდით, მაშინ მიზანშეწონილია ცენტრალური არტერია გადავკვანძოთ ანევრიზმის პარკთან, რაც შეიძლება ახლოს, ანელის წესით. ლოკალიზაციის ანევრიზმების შემთხვევაში ზოგჯერ შესაძლებელია არტერიის გაკერვა.

ავადმყოფი შ. შ., მამაკაცი, 16 წლის, მიღებულია კლინიკაში ტკივილით კისრის მარჯვენა ნახევარში და მარჯვენა ზემო კიდურში. როგორც ავადმყოფი გადმოგვცემს, ორი თვის წინათ დაჭრილა კისრის მიდამოში — ცეცხლმსროლი იარაღით.

შემოსვლისას კისრის მიდამოში სასულეს მარჯვნივ აღინიშნება შებერილობა, პალპაციით შეიგრძნობა პულსაცია, აუსკულტაციით კი — სისტოლური შუილი.

ავადმყოფის კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევის საფუძველზე დადგინდა მარჯვენა საერთო საძილე არტერიის ანევრიზმის დიაგნოზი. გაუკეთდა ოპერაცია (ადგილობრივი ანესთეზია) განაკვე-

თი — მარჯვენა მკერდლავიწდვრილისებრი კუნთის თანსწვრივად. სათანადო შრეების გაკვეთის შემდეგ გამოიყო ანევრიზმის პარკი. შემდეგ გამოიყო მხარ-კისრის ღერო. შემდეგ გამოიყო საერთო საძილე არტერია იქ, სადაც იგი იყოფა შიგნითა და გარეთა საძილე არტერიად და აღებულ იქნა ლიგატურაზე. ასევე ლიგატურაზე ავიღეთ საუღლე ვენა. ამის შემდეგ კი გამოიყო ანევრიზმის პარკი. აღმოჩნდა არტერიო-ვენური ფისტულა. ვენის კედელი გაგანიერებულია წაზრდილი პარკით. გაგანიერებული ვენური პარკი ცენტრალურად და პერიფერიულად გაგადაკვანძვის შემდეგ ამოვიღეთ მთლიანად. არტერიის კედელი გაიკერა. რის შემდეგ სისხლის მიმოქცევა აღდგა. ოპერაციის შემდგომ გართულებას ადგილი არ ჰქონია, ავადმყოფი კლინიკურად გაჯანსაღებული გაეწერა.

შედარებით ახალი ჭრილობების დროს, როცა არტერიის დაზიანებასთან ერცელი ჰემატომაა, რომლის ინფიცირება არ არის გამორიცხული, სისხლის ძარღვზე ნაკერის დადების საკითხი შეზღუდულია. ჩამოყალიბებული ანევრიზმის დროს კი, სისხლის ძარღვზე ნაკერის დადებას უპირატესობა ენიჭება და წინასწარ უნდა შევქმნათ ყოველგვარი პირობები მისი განხორციელებისათვის. თუმცა ისიც უნდა ითქვას, რომ უკვე კარგად ჩამოყალიბებული ანევრიზმის დროს, როცა ავადმყოფი წინასწარ კარგად არის მომზადებული ოპერაციისათვის და თვით ოპერაციის დროს ხდება კოლატერალების დაზოგვა, მსხვილი სისხლის ძარღვის ლიგატურა ხშირად არ იძლევა კიდურის განგრენას, კოლატერალების კარგად განვითარების გამო.

სისხლძარღვთა დაზიანების ქირურგიული მკურნალობა (გაგრძელება). დემონსტრაციები. სუბდიაფრაგმული აბსცესი

ანევრიზმა შეიძლება იყოს ჭეშმარიტი და ცრუ. ჭეშმარიტი ეწოდება ისეთ ანევრიზმას, რომლის შედგენილობაში შედის სისხლის ძარღვის კედლის ყველა შრე. ცრუ ანევრიზმის კედელი შედგება ფიბროზული ქსოვილისაგან. სისხლძარღვის მთლიანობის დარღვევისა და ჩაღვრილი სისხლის (ჰემატომის) ორგანიზაციის შედეგად არაიშვიათად ვითარდება ცრუ ანუ ტრავმული ანევრიზმა. ანევრიზმა წარმოადგენს ჰემატომის ორგანიზაციის შედეგად შექმნილ ღრუს, რომელიც დაკავშირებულია ხვრელით დაზიანებულ სისხლძარღვის სანათურთან. სისხლძარღვის დაზიანებისთანავე ჯერ ვითარდება მფეთქავი ჰემატომა. ჰემატომის არეში პალპატორულად და მოსმენით შეიგრძნობა სისტოლურ ტალღასთან დაკავშირებული პულსაცია. ანევრიზმული პარკი ვითარდება სისხლძარღვის დაზიანებიდან 7 — 8 კვირის შემდეგ და ჰემატომა, როგორც ასეთი, იხპობა.

ლიტერატურული მონაცემების მიხედვით ანევრიზმა ვითარდება მსხვილი სისხლძარღვების დაზიანების დაახლოებით შემთხვევათა 54%-ში.

სტატისტიკური მონაცემებით სხვადასხვა სისხლძარღვის დაზიანების შედეგად ანევრიზმები შემდეგი სიხშირით ვითარდება:

ბარძაყის არტერია	23%
მუხლქვეშა არტერია	10,0%
ლავიწქვეშა არტერია	10,8%
იღლიის არტერია	9,5%
მხრის არტერია	8%
წვივის არტერია	5,9%
საერთო საძილე არტერია	5,0%
თეძოს გარეთა არტერია	1,0%

მიუხედავად იმისა, რომ ხშირად გვხვდება ბარძაყის, მუხლქვეშა, მხრის, იდაყვის, წვივის, ლავიწქვეშა და საერთო საძილე არტერიის ანევრიზმა, ეს იმას როდი ნიშნავს, რომ სხვა სისხლძარღვებში ანევრიზმა არ ვითარდება. ამ მხრივ საინტერესოა ზოგიერთი იშვიათი ლოკალიზაციის ანევრიზმა ჩვენი კლინიკის მასალების მიხედვით. ჩვენ გვყავდა

ავადმყოფი სახის არტერიის არტერიო-ვენური ანევრიზმით; ავადმყოფი ქალი, 36 წლის, ჩივის, რომ მარჯვენა თვალის მხედველობა დაეკარგა, რომ განუწყვეტელი შუილები აქვს მარჯვენა ყურში და მარჯვენა თვალ-ბუდის მედიალურ მხარეზე აქვს სიმსივნე.

2 წელია ავად არის. ავტომობილის კატასტროფის შედეგად მიღებული ტრავმის შემდეგ ათი დღის განმავლობაში იმყოფებოდა უგონო მდგომარეობაში — ჰქონდა მძიმე კომოციო-და ნაფლეთოვანი ჭრილობა შუბლის მარჯვენა ნახევარში. მოვლენები განუვითარდა საავადმყოფოშივე. ტრავმის მიღების შემდეგ სამმა წელმა განვლო.

ობიექტურად აღენიშნება მსუბუქი მარჯვენამხრივი მფეთქავი ეგზოფთალმი. თვალის კაკლის ღერძის ცდომით ქვემოთ და შიგნით და მისი გარეთ მოძრაობის შეზღუდვით (გამზიდველი ნერვის ფუნქციის გამოვარდნა).

მარჯვენა თვალის მხედველობა — 0. იმავე თვალის ფსკერზე მოჩანს მხედველობის ნერვის დვრილის ღრმა გლაუკომატოზური ექსკავაცია — ატროფიით. მარჯვენა ორბიტის მედიალურ ნაწილში ისინჯება სიმსივნური წარმონაქმნი, რომელიც პულსირებს, ხელით შეხებისას შეიგრძნობა „კატის კრუტუნი", მოსმენით კი — მკვეთრად გამოხატული შუილი. წარმონაქმნის პულსაცია და შუილი წყდება მარჯვენა საძილე არტერიის კომპრესიის შემდეგ. ავადმყოფს აღენიშნება თვალშიდა წნევის მომატება, მაკლაკოვის მიხედვით წნევა მარჯვენა თვალში უდრის 26 მმ სს, მარცხენაში — 25 მმ სს. საყურადღებოა, რომ მარჯვენა საძილე არტერიის კომპრესიის შემდეგ წნევა მარჯვენა თვალში კლებულობს 6 მმ-ით.

ავადმყოფს ჩაუტარდა ანგიოგრაფია. 30,0 — 45%-ანი კარდიოტრასტი წნევის ქვეშ შეყვანილ იქნა წინასწარ ოპერაციულად გამოყოფილ მარჯვენა საერთო საძილე არტერიაში. გადაუღეს 16 რენტგენოგრამა, წამში ორი კადრის სისწრაფით.

ანგიოგრამაზე აღინიშნება სახის არტერიის ანევრიზმის პარკი, დაახლოებით იმ ადგილას, სადაც ის ქმნის ანასტომოზს თვალბუდის არტერიასთან. კაკლის ოდენობის ანევრიზმული პარკი მოთავსებულია ზედაყბისა და ცხვირის ძვლის სიღრმეში. თვალბუდის ზემო ნაწილში კარგად მოჩანს გაგანიერებული და დაკლაკნილი თვალბუდის ვენები, რომლებიც პულსირებენ, ისმის განუწყვეტელი შუილი.

ამგვარად, საქმე გვაქვს მარჯვენა თვალბუდის კუთხის სისხლძარღვების ტრავმულ არტერიოვენურ ანევრიზმასთან.

ამ ლოკალიზაციის არტერიო-ვენური ანევრიზმებისათვის დამახასიათებელი სიმპტომთა ტრიადა აღწერა მე-19 საუკუნის დასაწყისში დენდიმ. სიმპტომოკომპლექსში შედის: 1. ანევრიზმული შუილი, 2. ეგზოფტალმი, 3. თვალის კაკლის პულსაცია.

შემდეგ მკვლევარებმა აღწერეს თვალბუდის ანევრიზმისათვის მეტნაკლებად დამახასიათებელი სხვადასხვა სიმპტომი, რომელთა შორის უფრო მნიშვნელოვანია: თავის ტკივილი, ხმაური ყურებში, მეხსიერების დაქვეითება, კონიუქტივის ვენების გაგანიერება, ჰემოზი, ბადურის ვენების სტაზი, თვალშიდა წნევის მომატება, თვალის კაკლის მოძრაობის დარღვევა, სისხლის არტერიული წნევის ცვლილებები, მხედველობის დაქვეითება და სიბრმავე, სისხლის დენა თვალიდან, ცხვირიდან და სხვ.

თვალბუდის ანევრიზმა უფრო ხშირად ტრავმის შედეგად ვითარდება. იშვიათია სპონტანური ანევრიზმის განვითარება.

ლიტერატურაში აღწერილია თვალბუდის არტერიის ანევრიზმის დაახლოებით 2000 შემთხვევა, ამათგან დაახლოებით 100 შემთხვევა საბჭოთა ავტორებს ეკუთვნით.

აღნიშნული ლოკალიზაციის ანევრიზმების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საქმეში რუს დასტაქართა შორის დღემდე ყველაზე დიდ ავტორიტეტებად ითვლებიან ს. ს. გოლოვინი და არუთინოვი, უცხოელთა შორის — ზალტერი და ლოკი.

თვალბუდის ანევრიზმის ოპერაციული მკურნალობის პირველი წარმატებითი ცდა მიეკუთვნება 1813 წელს, როდესაც ინგლისელმა დასტაქარმა ტრავერსიმ ამ მიზნით გადაკვანძა საერთო საძილე არტერია. ეს მეთოდი მთელი მე-19 საუკუნის მანძილზე არჩევით მეთოდად ითვლებოდა. მე-19 საუკუნის დამლევს სხვადასხვა ავტორმა გამოაქვეყნა მრავალრიცხოვანი დაკვირვება თვალბუდის არტერიის ანევრიზმის მკურნალობის მიზნით საერთო საძილე არტერიის გადაკვანძვის შესახებ (ზალტერი (1880)—106 შემთხვევა, კელერი (1898)— 102 შემთხვევა, გინზბურგი (1913)—100 შემთხვევა, ლოკი — 558 შემთხვევა და სხვ.).

ამ დაკვირვებათა ანალიზის საფუძველზე ზოგიერთმა ავტორმა გამოთქვა აზრი, რომ უფრო საიმედოა შიგნითა საძილე არტერიის გადაკვანძვა, ვინაიდან საერთო საძილე არტერიის გადაკვანძვის შემდეგ შიგნითა საძილე არტერიაში ვითარდება რეტროგრადული სისხლის მიმოქცევა (ზემო ფარისებრ არტერიასა და ლავიწქვეშა არტერიას შორის ანასტომოზების, გარეთა საძილე არტერიებს შორის ანასტომოზებისა და სხვათა ხარჯზე).

უკანასკნელ პერიოდში კლინიკური და ექსპერიმენტული კვლევის საფუძველზე ს. ს. მიხაილოვმა გამოთქვა მოსაზრება, რომ თვალბუდის ანევრიზმის მკურნალობის მიზნით უმჯობესია გადაიკვანძოს საერთო საძილე არტერია და გარეთა საძილე არტერია, ერთდროულად. ეს ჩარევა სისხლმომარაგების შეფერხების თვალსაზრისით უტოლდება შიგნითა საძილე არტერიის გადაკვანძვას, მაგრამ გამორიცხულია შიგნითა საძილე არტერიის გარშემო არსებული ნერვული წნულების დაზიანე-

ბის საფრთხე და ამიტომ ამ მეთოდს ნაკლები ზიანი მოაქვს ტვინის სისხლის მიმოქცევისათვის.

ტრავმული ანევრიზმების ამ წესით მკურნალობის დროს სრულ განკურნებას აღგილი ჰქონდა შემთხვევათა 43%-ში (ზატლერი), ოპერაცია შედეგით 33%-ში (ს. ს. გოლოვინი), სიკვდილიანობა აღწევს 4,5%-ს (ცელერი, ზატლერი).

ბოლო დროს ბ. ეგოროვმა თვალბუდის არტერიო-ვენური ანევრიზმის სამკურნალოდ გამოიყენა შიგნითა საძილე არტერიის ინტრაკრანიალური კლაპირება და თვალბუდის არტერიის თერმოკოაგულაცია.

უნდა დავასახელოთ აგრეთვე ბრუქსის მიერ შემუშავებული მეთოდი — კუნთის ნაკუწის შეყვანა შიგნითა საძილე არტერიაში. ს. ს. მიხაილოვის მიხედვით სულ ლიტერატურაში გამოქვეყნებულია შვიდი შემთხვევა ბრუქსის მეთოდის გამოყენებისა (სამი საბჭოთა და ოთხი უცხოურ ავტორთა დაკვირვება); კარგი შედეგი აღინიშნა ექვს შემთხვევაში.

ოპერაციამდელ პერიოდში აუცილებელია ავადმყოფის ხანგრძლივი მომზადება, რაც გამოიხატება საერთო საძილე არტერიის პერიოდულ კომპრესიაში. ზოგიერთმა ავტორმა შემთხვევათა 11%-ში აღნიშნა განკურნება ამ კონსერვატული მეთოდითაც.

ს. ს. გოლოვინის (1897) მიერ მოწოდებული იყო თვალბუდის ზემო ვენის გადაკვანძვა, წარბსქვემო ან კრონლეინის განაკვეთიდან. ეს ოპერაცია შეიძლება გაკეთდეს, როგორც დამოუკიდებელი, ან როგორც მეორე მომენტი, საძილე არტერიის უშედეგო გადაკვანძვის შედეგად. თვალბუდის ზემო ვენის გადაკვანძვას მიმართავენ პაიერი, ზატლერი და სხვები.

რიგი ავტორების მონაცემებით კომბინირებული მეთოდით მკურნალობა განკურნებას იწვევს თითქმის შემთხვევათა 100%-ში (გოლოვინი ს. ს., შვალბახი).

ცელერმა (1911) ჩაატარა ანევრიზმის პარკის სრული ამოკვეთა. ავადმყოფი დაიღუპა სისხლდენით. ოპერაცია იმდენად დიდ ტექნიკურ სიძნელეებთან არის დაკავშირებული, რომ იგი არ დანერგილა. აღწერილია შემთხვევები, როდესაც ამ ოპერაციის დროს დაწყებული სისხლდენა ვერ შეუჩერებიათ ვერც შიგნითა საძილე არტერიის გადაკვანძვით და ვერც თვალის ენუკლაციით (შეფერი, მაგერუ და სხვ.).

თვალბუდის არტერიო-ვენოზური ანევრიზმის მოგვიანებითი გართულებებიდან აღსანიშნავია: სისხლდენები (თვალიდან და ცხვირიდან), ქალასშიდა სისხლჩაქცევები, ტვინის ვენების ვარიკოზი, ტვინის შეშუპება და სხვ.

იშვიათი ლოკალიზაციის ანევრიზმებიდან უნდა შევჩერდეთ ერთ ჩვენ ავადმყოფზე ღვიძლის არტერიის ანევრიზმით. ეს იმდენად იშვია-

თი შემთხვევაა და ამავე დროს დიაგნოსტიკური თვალსაზრისით იმდენად რთული, რომ საჭიროდ მიგვაჩნია შედარებით დაწვრილებით შეეხოთ ღვიძლის არტერიის ანევრიზმის საკითხს.

გასტრო-დუოდენალური პროფუზული სისხლის დენა ხშირად ქმნის დიაგნოსტიკურ სიძნელეებს. ზუსტ დიაგნოზს კი დიდი მნიშვნელობა აქვს ქირურგიული მკურნალობისათვის. ამ მხრივ ცალკე უნდა გამოიყოს კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის ნიადაგზე განვითარებული სისხლის დენა, როგორც უხშირესი მიზეზი კუჭნაწლავიდან სისხლის დენისა. იგი გვხვდება შემთხვევათა 75%-ში, უფრო ხშირად მამაკაცებში — 99%-ში, თუ არ მივიღებთ მხედველობაში ზოგიერთ გამონაკლისს; ჩვეულებრივად ხერხდება წყლულოვანი სისხლის დენის სწორი დიაგნოსტიკა, სათანადო ობიექტური და ანამნესტიკური მონაცემების საფუძველზე. უფრო დიდია დიაგნოსტიკური სიძნელეები, როცა ძლიერი სისხლის დენაა საყლაპავი მილის სისხლის ძარღვებიდან. ამის მიზეზი მრავალია, მაგრამ უფრო ხშირად მას ადგილი აქვს კარის ვენის სისტემაში შეგუბების შედეგად. ამ დროს ვითარდება სისხლის დენა საყლაპავი მილისა და კარდიის ვარიკოზულად გაგანიერებული ვენებიდან. უნდა აღინიშნოს, რომ პორტალური სისტემის სისხლის მიმოქცევის დარღვევის უხშირესი მიზეზი ღვიძლის ატროფიული და ჰიპერტროფიული ციროზია. უმეტესად დაავადების იმ ფაზაში, როცა ჯერ კიდევ ციროზისათვის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნები სათანადოდ არ არის გამოვლენილი.

ბულმერის სტატისტიკური მონაცემებით ღვიძლის ციროზის შედეგად საყლაპავი მილის ვენებიდან განვითარებულ სისხლის დენას უპირავს მეორე ადგილი წყლულოვანი სისხლის დენის შემდეგ. იგი გვხვდება 4,9%-ში. შემდეგ ადგილზეა, სიხშირის მიხედვით, სხვადასხვა ფორმის ჰემორაგიული დიათეზები, სპლენომეგალიით, როგორიცაა ვერლჰოფის, შენლაინ-გენოხის, ბანტის დაავადებები, ესენციური თრომბოპენია და სპლენომეგალიების სხვა სახეები. აღნიშნული დაავადებების შედეგად სისხლის დენის დიაგნოსტიკა დამყარებულია მათთვის დამახასიათებელ კლინიკურ სურათზე. არსებობს კიდევ უფრო იშვიათი მიზეზები გასტროდუოდენალური სისხლის დენისა, რომლებზედაც აქ არ შევჩერდებით, მხოლოდ აღვნიშნავთ, რომ როზანოვს თავის მონოგრაფიაში აღწერილი აქვს ბაბჯანოვის ერთი შემთხვევა, როცა ავადმყოფს გაუკეთდა ოპერაცია თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დიაგნოზით, კუჭის რეზექცია ბილროტის პირველი წესით. ავადმყოფი ოპერაციის მეოთხე დღეს დაიღუპა. აუტოპსიამ კი დაადგინა ჯორჯლის ზემო არტერიის ანევრიზმა, რომელიც პერფორირებული იყო თორმეტგოჯა ნაწლავში. რაც შეეხება გასტროდუოდენალურ სისხლის დენას, გა-

მოწვეულს ღვიძლის ანევრიზმით, იგი ზედმიწევნით საინტერესოა, როგორც დიაგნოსტიკის, ისე მკურნალობის თვალსაზრისით.

ღვიძლის არტერიის ქირურგიის ლიტერატურა მდიდარი არ არის. კერძოდ ღვიძლის არტერიის ანევრიზმა ზედმიწევნით იშვიათი დაავადებაა. ლიტერატურული მონაცემების მიხედვით დღემდე სულ აღწერილია ღვიძლის ანევრიზმის 93 შემთხვევა.

ამათგან ანევრიზმის დიაგნოზი დასმული ჰქონდა 25 ავადმყოფს.

აქედან შვიდ ავადმყოფს ოპერაციამდე სწორად ჰქონდა დიაგნოსტირებული ღვიძლის არტერიის ანევრიზმა. 18 ავადმყოფს ოპერაცია გაუკეთდა სხვადასხვა დიაგნოზით და მხოლოდ საოპერაციო მაგიდაზე იყო დადგენილი ღვიძლის არტერიის ანევრიზმა. დანარჩენ შემთხვევებში დიაგნოზი დასვეს გაკვეთის დროს. განიკურნა რვა ავადმყოფი, რომლებმაც გადაიტანეს ღვიძლის არტერიის ლიგატურა; დაიღუპა 14 ავადმყოფი ღვიძლის არტერიაზე ლიგატურის დადების გამო, ღვიძლის მთლიანი ან ნაწილობრივი ნეკროზით. სამი ავადმყოფი დაიღუპა ანევრიზმის პარკის გახსნით — ნაკერების დადებისა და ტამპონადის შედეგად. ამრიგად, თვით ღვიძლის არტერიის ლიგატურა საშიში ჩარევაა, რადგან იგი ხშირად ნეკროზს იწვევს. სწრაფად ვითარდება ღვიძლის ანოქსია, რის შედეგადაც ავადმყოფი იღუპება.

ღვიძლის არტერიის ანევრიზმა პირველად აღწერა ლიდიომ (1856). ამავე პერიოდში ანდრიანიმ აღწერა ღვიძლის ანევრიზმის ერთი შემთხვევა. 1868 წელს ულიამსმა ლეიპციგში დაიცვა დისერტაცია ღვიძლის არტერიის ანევრიზმის საკითხზე — ღვიძლის კარში ისინჯებოდა ბატის კვერცხისოდენა ანევრიზმა, რომელმაც განიცადა პერფორაცია და ავადმყოფი დაიღუპა.

1871 წელს კვინკემ გამოაქვეყნა ღვიძლის არტერიის ანევრიზმის ერთი შემთხვევა. ავადმყოფს აღენიშნებოდა შეტევითი ხასიათის ტკივილი, სისხლიანი პირღებინება და სისხლიანი განავალი, სიყვითლე, შეტევების დროს მაღალი ტემპერატურა. ავადმყოფი გარდაიცვალა, გაკვეთისას აღმოაჩნდა ღვიძლის არტერიის მარჯვენა ტოტის ანევრიზმა, რომელიც ინტრაორგანულად მდებარეობდა, ანევრიზმის პარკი გახსნილი იყო ნაღვლის მარჯვენა სადინარში.

1878 წელს ბორშერმა დაიცვა დისერტაცია ღვიძლის არტერიის ანევრიზმის საკითხზე. ავადმყოფს ისეთივე მოვლენები ჰქონდა, როგორც კვინკეს შემთხვევაში, ანევრიზმის პარკი გახსნილი იყო ნაღვლის სადინარში.

1878 წელს პირსონ ინვინმა ლონდონის პათოლოგთა საზოგადოებას მოახსენა ღვიძლის არტერიის ანევრიზმის შემთხვევა, რომელიც განვითარებული იყო აბსცესის ადგილზე. ანევრიზმა გაიხსნა კუჭში. ავადმყოფს აღენიშნებოდა სიმძიმის გრძნობა ეპიგასტრიუმის მიდამოში.

ჰქონდა პერიოდული შეტევები, რომლის დროსაც ტკივილები ძლიერდებოდა და აღინიშნებოდა სისხლის დენა კუჭ-ნაწლავიდან.

1880 წელს დრამემ აღწერა ღვიძლის არტერიის ანევრიზმის შემთხვევა. ავადმყოფს აღენიშნებოდა შეტევები, პერიოდული სისხლის დენა; ავადმყოფი დაიღუპა ანევრიზმის პარკის გასკდომის შედეგად.

1891 წელს შმიდტმა გამოაქვეყნა შემთხვევა ღვიძლის მარჯვენა არტერიის ანევრიზმისა, რომელიც გახსნილი იყო ნაღვლის ბუშტში, ხოლო ნაღვლის ბუშტი თავის მხრივ სამ ადგილას გახსნილი და შეზრდილი იყო თორმეტგოჯა ნაწლავთან.

1893 წელს არენსმა დაიცვა დისერტაცია ელენთისა და ღვიძლის არტერიის ანევრიზმების საკითხზე. მის ავადმყოფს ჰქონდა ორჯერ ძლიერი სისხლის დენა პირღებინებით, ვიდრე მეორე შეტევის დროს. ავადმყოფი გარდაიცვალა. გაკვეთისას აღმოჩნდა ქათმის კვერცხისოდენა ღვიძლის არტერიის მარჯვენა ტოტის ანევრიზმა.

1893 წელს გაუერტაიგმა აღწერა ღვიძლის არტერიის ანევრიზმის შემთხვევა. ავადმყოფს ჰქონდა რამდენიმე შეტევა მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში ტკივილით და კუჭნაწლავიდან სისხლის დენით, აღენიშნებოდა სიყვითლე. ერთ-ერთი შეტევის დროს ავადმყოფი დაიღუპა. გაკვეთისას აღმოჩნდა ღვიძლის არტერიის მარჯვენა ტოტის ანევრიზმა, რომელიც გახსნილი იყო ნაღვლის ბუშტში.

1894 წელს ნეივერტმა დაიცვა დისერტაცია ღვიძლის არტერიის ანევრიზმის ერთ შემთხვევაზე. პირველი შეტევის დროსვე ავადმყოფმა მიმართა ექიმს. მას გაუკეთეს ოპერაცია, რომელიც გართულდა ძლიერი სისხლის დენით. სისხლის დენის შეჩერება სცადეს ტამპონაციით. ავადმყოფი დაიღუპა. გაკვეთისას აღმოჩნდა არტერიის ანევრიზმა გახსნილი ნაღვლის ბუშტში, ნაღვლის საერთო სადინარში.

1895 წელს ბრუნო მესტერის მიერ გამოქვეყნებულია ღვიძლის არტერიის ანევრიზმის შემთხვევა, — მეეტლეს ცხენმა ჩაარტყა წიხლი. ამის ნიადაგზე განვითარდა მწვავე შეტევითი ხასიათის ტკივილი, სიყვითლე; სისხლი დიდი რაოდენობით დაეკარგა — განავლის გზით. შეტევები საკმარისად ხშირი — თვეში ორი-სამი. აღინიშნებოდა მუდმივი ხასიათის ტკივილი ღვიძლისა და კუჭის მიდამოში.

ბრუნო მესტერის ავადმყოფი კლინიკაში იწვა თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დიაგნოზით. შეტევებისა და სისხლის დენის გახშირების გამო გაუკეთდა ოპერაცია; ოპერატორი — მიკულიჩი. თუმცა კუჭსა და თორმეტგოჯაში არავითარი ცვლილებები არ აღინიშნებოდა, მიკულიჩმა მაინც დაადო გასტროენტეროანატომოზი; ავადმყოფი ერთი კვირის შემდეგ გარდაიცვალა; გაკვეთისას აღმოჩნდა ღვიძლის არტერიის მარჯვენა ტოტის ცრუ ანევრიზმა, რომელიც იხსნებოდა ნაწლავის სადინარში.

ბრუნო მეტერს მოჰყავს 19 შემთხვევა ღვიძლის არტერიის ანევრიზმისა, რომელიც მას შეხვედრია ლიტერატურაში; ამათგან უნდა აღინიშნოს შტოკის შემთხვევა სუბკაპსულარულად მდებარე ღვიძლის არტერიის მარჯვენა ტოტის ანევრიზმის, რომელიც აწვებოდა ნაღვლის ბუშტს, ნაღვლის სადინარს და კლინიკურად იძლეოდა ბრუნო მესტერის ავადმყოფის მსგავს მოვლენებს. ამავე შრომაში ციტირებულია ვალშანის შემთხვევა — ღვიძლის არტერიის ბავშვის თავისოდენა ანევრიზმისა. ავადმყოფი ტრავმას არ აღნიშნავს, სიმპტომები იგივეა, რაც წინა შემთხვევებში, მხოლოდ სისხლის დენის გარეშე.

ბაბინგტონი აღწერს შემთხვევას, როდესაც ავადმყოფი დიდი ხნის ვანმავლობაში უჩიოდა ტკივილს ეპიგასტრიუმის მიდამოში. უცბად განვითარდა ძლიერი სისხლის დენა კუჭ-ნაწლავის გზით. ავადმყოფი დაიღუპა. სიკვდილის მიზეზი აღმოჩნდა ღვიძლის არტერიის ანევრიზმა, რომელიც გახსნილი იყო თორმეტგოჯა ნაწლავში.

გარდნერმა აღწერა ღვიძლისა და ჯორჯლის ზემო არტერიის ანევრიზმის შემთხვევა, რომელიც კლინიკური მიმდინარეობით წააგავს ზემოთ აღწერილ შემთხვევებს.

ჰეშლიმ გაკვეთისას შემთხვევით აღმოაჩინა მტრედის კვერცხისოდენა ღვიძლის საკუთარი არტერიის ანევრიზმა.

შტანკჰარტნერის მიერ გაკვეთისას აღმოჩენილია ღვიძლის არტერიის მარჯვენა და მარცხენა ტოტის ანევრიზმები.

როსისმა და ოსლერმა აღწერეს კლინიკური შემთხვევა — შეტევითი ხასიათის ტკივილებით მუცლის მიდამოში. ეს ავადმყოფი დაიღუპა. გაკვეთისას აღმოჩნდა ღვიძლის მრავლობითი აბსცესები და ღვიძლის არტერიის კაკლისოდენა ანევრიზმა.

სესტიემ აღწერა ღვიძლის არტერიის ანევრიზმის შემთხვევა, გახსნილი ნაღვლის ბუშტში. ავადმყოფის ისტორია საკმარისად ხანგრძლივია. დიდი ხნის განმავლობაში უჩიოდა ტკივილს ეპიგასტრიუმის მიდამოში შეტევითი ხასიათის დროს.

1897 წელს ლანგენბუხმა ქირურგებს მოუწოდა ეწარმოებინათ ღვიძლის არტერიის გადაკვანძვა ანევრიზმის დროს, მიუხედავად გაბატონებული აზრისა და იმდროინდელი ფიზიოლოგების მტკიცებისა, რომ ღვიძლის არტერიის გადაკვანძვის შემთხვევაში სისხლის მიმოქცევა ვერ აღდგება კოლატერალების გზით. ლანგენბუხი იმ მოსაზრებებიდან გამომდინარეობდა, რომ ანევრიზმის ან სიმსივნის შემთხვევაში კოლატერალები უკვე საკმარისადაა განვითარებული და ოპერაცია ასატანია.

1903 წელს კერმა გამოაქვეყნა პირველი შემთხვევა ღვიძლის საკუთარი არტერიის გადაკვანძვისა, რომელიც ნაწარმოები იყო ანევრიზმის გამო და კარგად დამთავრდა. ქოლეცისტექტომიასთან და ქოლექოსტო-

ზიასთან ერთად კერმა ჩაატარა ჰეპატოპექსიაც. საინტერესოა, რომ ანევრიზმული პარკი გახსნილი იყო ნაღვლის ბუშტში. ბუშტი გადიდებული იყო და შეიცავდა სისხლს დიდი რაოდენობით. დაავადების მიმდინარეობაში აღინიშნებოდა შეტევითი ხასიათის ტკივილი, სიყვითლე და სისხლის დენა კუჭ-ნაწლავის გზით. ეს სიმპტომები დამახასიათებელია ღვიძლის არტერიის ანევრიზმისათვის. კერის შრომაში ციტირებულია ჰანსონი, რომელსაც 1891 წლისათვის შეუგროვებია ლიტერატურაში აღწერილი ღვიძლის არტერიის ანევრიზმის 22 შემთხვევა. მისი მონაცემებით სამჯერ გაკეთდა ოპერაცია, მაგრამ სამივე სიკვდილით ღამთავრდა.

1912 წ. ანევრიზმის მკურნალობის მიზნით ბერტრანნა გადაკვანძა ღვიძლის არტერიის მარცხენა ტოტის ინტერჰეპატური ანევრიზმა. ზოგვიანებით განვითარდა ღვიძლისმხრივი მოვლენები.

1913 წელს კადინგმა გამოაქვეყნა ღვიძლის არტერიის ანევრიზმის შემთხვევა. ანევრიზმა განვითარდა ღვიძლის ტყვიით მიყენებული ჭრილობის ნიადაგზე. დაჭრიდან ოთხი თვის შემდეგ გაკეთდა ოპერაცია, წინასწარ სწორად დასმული დიაგნოზის მიხედვით, ოპერაციის შედეგი კარგია.

1915 წელს ზუდეკმა გადაკვანძა ღვიძლის საერთო არტერია ღვიძლის არტერიის ტრავმული ანევრიზმის გამო, რომელიც განვითარებული იყო ტყვიის ჭრილობის შედეგად. ავადმყოფი განიკურნა.

1921 წელს კოლბერგმა ღვიძლის მარჯვენა არტერიის ინტრაჰეპატური ანევრიზმის გამო გადაკვანძა ღვიძლის საერთო არტერია. ავადმყოფი განიკურნა.

1921 წელს კოლმერსიმ გამოაქვეყნა ღვიძლის ინტრაჰეპატური ანევრიზმის შემთხვევა, რომელიც განვითარდა ღვიძლის დაზიანების ნიადაგზე. ბავშვი დაშავდა ქუჩაში ავარიის დროს, გაუსკდა ღვიძლის მარჯვენა წილი, სისხლის დენა შეუჩერეს ტამპონით; ოთხი კვირის შემდეგ განვითარდა მცირეოდენი სისხლის დენა და მოყვითალო ფერის გამონადენი ჭრილობიდან. სამი თვის შემდეგ ჭრილობიდან დაიწყო ძლიერი სისხლის დენა, რომელიც თავისთავად შეჩერდა. სისხლის დენა მეორდებოდა. ავადმყოფს ეწყებოდა შეტევითი ხასიათის ტკივილი, მაღალი სიცხე; განავალი კუპრის ფერისა ჰქონდა. ასეთი მოვლენები რამდენჯერმე განმეორდა; ყოველი შემდეგი შეტევის დროს განავალი თანდათანობით შავი გახდა. ამ სიმპტომებს დაერთო სიყვითლეც. დასმული იყო ინტრაჰეპატური ანევრიზმის დიაგნოზი. გადაიკვანძა ღვიძლის საერთო არტერია. ოპერაციის შემდეგ ერთხელ გამეორდა მსუბუქი ხასიათის შეტევა — ყველა ზემოთ აღნიშნული დამახასაიათებელი მოვლენებით. ავადმყოფი განიკურნა.

1928 წელს ფოლინისა და პოპერის მიერ გამოქვეყნებულია ღვიძ-

ლის არტერიის მარცხენა ტოტის ანევრიზმის შემთხვევა. კლინიკურად აღინიშნებოდა სიყვითლე და შეტევითი ხასიათის ტკივილი ეპიგასტრიუმის მარჯვენა ნახევარში. ავადმყოფს შეტევები შოკის მდგომარეობაშიც აყენებდა. შეტევები განმეორებით ხასიათს ატარებდა. შეტევის დროს აღინიშნებოდა მუცლის პრესის რიგიდობა და ძლიერი სისხლიანი პირღებინება. გაუკეთდა ოპერაცია — ქოლეცისტექტომია, რომლის დროსაც დიდი რაოდენობით იყო მოცილებული სისხლჩაქცევითი ნეკროზული მასები. ოპერაციის რამდენიმე დღის შემდეგ ავადმყოფს დაეწყო ძლიერი სისხლის დენა კუჭ-ნაწლავიდან, რომელმაც იგი ისევ შოკის მდგომარეობაში ჩააყენა. ავადმყოფი მძიმე მდგომარეობაში იყო რამდენიმე დღე, რის შემდეგაც დაიღუპა. გაკვეთისას აღმოჩნდა ღვიძლის არტერიის მარცხენა ტოტის ინტერჰეპატური ანევრიზმა

კადინგის მიერ ლიტერატურაში აღწერილია ღვიძლის არტერიის ანევრიზმის 46 შემთხვევა; ორჯერ გაკეთებულია გადაკვანძვა.

1943 წელს გორდონმა ამოჭრა ანევრიზმის პარკი და სისხლის ძარღვის კედელი გაკერა შრეების მიხედვით, იმ მოსაზრებით, რომ სისხლის ძარღვის სანათური გამტარი ყოფილიყო. ავადმყოფი გარდაიცვალა ოპერაციიდან 40 საათის შემდეგ.

1950 წლის ნოემბრის თვეში ამერიკულ ჟურნალში გემოქვეყნდა გრენდის, ფიტცისა და რაკლინგის ნაშრომი, ღვიძლის არტერიის ანევრიზმის შესახებ; ავტორები აღწერენ ღვიძლის არტერიის ანევრიზმის შემთხვევებს.

პირველად ავადმყოფს ოპერაცია გაუკეთდა კალკულისზმური ქოლეცისტიტის დიაგნოზით. მუცლის ღრუს გახსნისას სიმსივნე აღმოჩნდა იქ, სადაც ღვიძლის საერთო სადინარი იწყება. გაკვეთეს ნაღვლის პუშტი, მაგრამ ქვები არ აღმოჩენილა; მუცლის ღრუ დაიხურა.

ერთი წლის შემდეგ ავადმყოფი განმეორებით მოიყვანეს კლინიკაში მაღალი სიცხით — 39°, სიყვითლით, პალპაციით ისინჯებოდა გადიდებული მტკივნეული ღვიძლი.

უდიაგნოზოდ გაუკეთდა საცდელი ლაპარატომია. მუცლის ღრუს გახსნისას აღმოჩნდა ძალიან გაგანიერებული ღვიძლის საერთო სადინარი, რომლის ქვეშ იყო ფორთოხლისოდენა კისტოზური სიმსივნე, რომელიც იძლეოდა პულსაციას. გაკეთდა პუნქცია და მიღებულ იქნა არტერიული სისხლი; ამის მიხედვით დაისვა ანევრიზმის დიაგნოზი.

სისხლის ასპირაციის დროს გაიხსნა ანევრიზმის პარკი, განვითარდა ძლიერი სისხლის დენა, რომლის შეჩერება მოხერხდა მხოლოდ ანევრიზმის პარკის ამოკერვით, კვანძოვანი ნაკერებით. ღვიძლის საერთო სადინარში ჩაიდო ტესმაგვარი დრენაჟი. ხუთი დღის განმავლობაში აღნიშნულ დრენაჟიდან გამოდიოდა ნაღველი, მეექვსე დღეს ტკივილი გაძლიერდა, დაიწყო ძლიერი სისხლის დენა დრენაჟიდან, განვითარდა

შოკი. ავადმყოფს მესამედ გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია. მუცლის ღრუს გახსნისას აღმოჩნდა — პერიტონეუმის ღრუ სავსე ახალი სისხლით, ანევრიზმის პარკიდან, რომლის ხვრელში თავისუფლად შედიოდა თითი, გამოდიოდა სისხლი. ანევრიზმის დეფექტი კვლავ ამოიკერა კვანძოვანი ნაკერით. ოპერაციის დროს გადაესხა სამი ლიტრი სისხლი. ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფს უკეთდებოდა პენიცილინი, სტრეპტომიცინი. უკანასკნელი ოპერაციიდან 11 დღის შემდეგ სისხლის დენის გამო ავადმყოფი დაიღუპა.

გაკვეთისას აღმოჩნდა, რომ ღვიძლის საერთო სადინარი დაკავშირებული იყო ანევრიზმის პარკთან, რომელიც განიცდიდა პერფორაციას. ღვიძლში აღინიშნებოდა კეროვანი ნეკროზი.

მეორე ავადმყოფს გაუკეთდა ოპერაცია კალკულოზურ ქოლეცისტიტის გამო და ნაღვლის ბუშტიდან ამოუღეს ორასი ქვა. ორი წლის შემდეგ ავადმყოფი ისევ მოიყვანეს კლინიკაში, დასვეს დიაგნოზი — ნაღვლის ბუშტის წყალმანკი. ოპერაციის დროს აღმოჩნდა, რომ ბადექონი მიზრდილია ღვიძლთან, რომლის მოშორებისას მოულოდნელად დაეწყო ძლიერი სისხლის დენა ლიმონისოდენა სიმსივნიდან. სისხლის დენის შეჩერების მიზნით სიმსივნეს დაედო კვანძოვანი ნაკერი, მაგრამ სისხლის დენის შეჩერება ვერ მოხერხდა, რის გამოც ავადმყოფს ჩაუდვეს მჭიდრო ტამპონები. მეოთხე დღეს სისხლის დენა განმეორდა და ოპერაციის გაკეთებიდან მეცხრე დღეს ავადმყოფი დაიღუპა — მესამეჯერ სისხლის დენის განვითარების შედეგად. გაკვეთით დადგინდა, რომ ავადმყოფს ანევრიზმის პარკი ჰქონდა იქ, სადაც ღვიძლის არტერია გამოდის ფაშვის არტერიიდან. ამგვარად, ორთავე შემთხვევაში ღვიძლის არტერიის ანევრიზმის დიაგნოზი დაისვა საოპერაციო მაგიდაზე, მაგრამ ავტორებმა ვერ გამოიყენეს ოპერაციის ის მეთოდი, რომელიც ნაჩვენებია, — სახელდობრ მომტანი სისხლის ძარღვის გადაკვანძვა. ჩვენი ავადმყოფი, ქალი, 25 წლის, ჩვენს კლინიკაში მოიყვანეს 1950 წლის 15 ნოემბერს სისხლის გადასხმის ინსტიტუტის სტაციონარიდან — დიაგნოზით: საყლაპავი მილის ვარიკოზის შედეგად განვითარებული მწვავე ანემია.

ორსულობის მე-8 თვის ბოლოს, 1950 წლის 5 სექტემბერს, მარჯვენა ფეხი ჩაუვარდა ორმოში, დაეცა და მიარტყა მარჯვენა გვერდი; ამ ტრავმიდან ერთი თვის შემდეგ, მშობიარობამდე ერთი კვირით ადრე, დაეწყო ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, რასაც მოჰყვა ერთჯერადი სისხლიანი პირღებინება და შემდეგ ამავე პერიოდში აღენიშნებოდა კუპრისმაგვარი განავალი. იმშობიარა ნორმალურად, მაგრამ მშობიარობის შემდეგაც განუწყვეტლივ ჰქონდა შავი განავალი. ავადმყოფი თანდათან სუსტდებოდა და მშობიარობიდან ორი კვირის შემდეგ ჰემოგლობინი დავიდა 14%-მდე. ჰქონდა სუბფებრილური ტემპერატუ-

რა. ავადმყოფი იწვა პირველ სამშობიარო კლინიკაში, მიწვეულ იქნა საკონსულტაციოდ ლ. ანჯაფარიძე და მისი რჩევით ავადმყოფი გადაიყვანეს სისხლის გადასხმის ინსტიტუტის სტაციონარში. ჩაუტარდა სათანადო კონსერვატული მკურნალობა — სისხლის გადასხმა მცირე დოზებით, — ვიტამინი, რკინის პრეპარატები, პენიცილინი და სხვ. ავადმყოფის მდგომარეობა თანდათანობით გაუმჯობესდა და სისხლის დენის ნიშნები შეწყდა. ჰემოგლობინმა მიაღწია 58%-ს, ლეიკოციტები 5800, ერითროციტები — 370. 000, ედრ — 32 მმ, თრომბოციტები — 29, 4600, განავალში გრეგერსენის რეაქცია უარყოფითი, ტემპერატურა ნორმალური; ერთ დღეს მოულოდნელად დაეწყო ძლიერი შეტევითი ხასიათის ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, რომელიც გადაეცემოდა ეპიგასტრიუმს; მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში ისინჯებოდა სიმსივნე. აღნიშნული ტკივილი გრძელდებოდა 24 საათს და 14 ნოემბერს დაეწყო პირღებინება წმინდა სისხლით. ძლიერი პირღებინების შემდეგ ტკივილები დაუწყნარდა. სისხლის დენის შემდეგ ჰემოგლობინი იყო 33%, სისხლის წნევა 95—70 მმ სს, მაჯა — 130′. ამ მდგომარეობაში ავადმყოფი გადმოიყვანეს ჩვენს კლინიკაში ზემოთ აღნიშნული დიაგნოზით. ჩვენთან ჩაუტარდა კონსერვატული მკურნალობა: სისხლის გადასხმა მცირე დოზებით, კუნთებში ვიტამინი, რკინის პრეპარატები, ვენაში გლუკოზა და სხვა. 17 ნოემბერს ჰემოგლობინი 21%, ერითროციტები ერთი მილიონი, ტემპერატურა 37. 8°. განავალი კუპრის მსგავსი, პალპაციით მუცელი რბილი, ხოლო ნაღვლის ბუშტის არეში ისინჯება მამაკაცის მუშტისოდენა სიმსივნე ელასტიკური კონსისტენციის, ოდნავ მტკივნეული, გამოეყოფა ღვიძლის ნაპირს. 23 ნოემბერს დაეწყო შეტევითი ხასიათის ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, ირადიაციით გვერდში. ტკივილის დაწყებიდან 1 საათის შემდეგ დაეწყო სისხლიანი პირღებინება, ალისფერი კოლტებით. სისხლის დენის შემდეგ პალპაციით მუცლის კედელზე შემჩნეული იყო, სიმსივნის ოდენობის საგრძნობლად შემცირება. განავალი შავი ფერისა.

სისხლიანი ღებინების მეორე დღეს ჰემოგლობინი — 19%, ერითროციტები — 1, 410, 000, ფერადობის მაჩვენებელი — 0,6, ლეიკოციტები — 7.100, ედრ — 80 მმ. ლეიკოციტური ფორმულა: ჩხირბირთვიანი 1%, სეგმენტბირთვიანი 60%, ლიმფოციტი — 33%, მონოციტი — 6%, ეოზინოფილები არ არის. აღინიშნება ანიზოციტოზი, პოკილოციტოზი, საკონსულტაციოდ მოწვეულ იქნა ნ. ყიფშიძე და კ. ვირსალაძე. გადაწყდა, რომ ავადმყოფისათვის ჩაეტარებინათ კონსერვატული მკურნალობა, დიაგნოზი დაზუსტებული არ იყო.

ყველა კლინიკური მონაცემისა და ლიტერატურის შესწავლის მი-

ხედვით დაისვა დიაგნოზი — ღვიძლის არტერიის ტრავმული ანევრიზმისა, რის შესახებაც მოხსენდა ნ. ყიფშიძეს შემდეგი კონსულტაციის დროს. 25 ნოემბერს დილის კონფერენციაზე გაკეთდა სპეციალური მოხსენება ღვიძლის ტრავმული ანევრიზმის კლინიკური დასაბუთებით და ლიტერატურიდან მსგავსი შემთხვევების აღნიშვნით. სულ 43 შემთხვევა გაირჩა.

7 დეკემბერს ავადმყოფს კვლავ გაუმეორდა ხანმოკლე შეტევითი ხასიათის ტკივილი, რის შემდეგ დაეწყო ალისფერი სისხლიანი პირღებინება, ჰქონდა ციცი ოფლი, მაჯა ძაფისებრი. სისხლის წნევა 72—36 მმ სს, განავალი შავი, ჰემოგლობინი 10%. სიმსივნე აღარ ისინჯებოდა ნაღვლის ბუშტის არეში. ჩატარდა კონსერვატული მკურნალობა. ოპერაცია არ გაუკეთდა ავადმყოფს მძიმე მდგომარეობის გამო. ავადმყოფი მზადდებოდა საოპერაციოდ. — სისხლის გადასხმა, გულის საშუალებები, რკინის პრეპარატები, პენიცილინოთერაპია, გლუკოზა ვენაში და სხვა. მიუხედავად იმისა, რომ ავადმყოფის მდგომარეობა საგრძნობლად არ გაუმჯობესებულა, მაინც გადაწყდა ოპერაციის გაკეთება. სისხლის ანალიზი ოპერაციის წინ: ჰემოგლობინი 20%, ერითროციტები — 1.540.000, ფერადობის მაჩვენებელი — 0,66, ლეიკოციტი 5.500.

23 დეკემბერს ავადმყოფს გაუკეთდა ოპერაცია, ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ. განაკვეთი თეთრ ხაზზე, მახვილისებრი მორჩიდან ჭიპამდე და მის შუა ნაწილიდან განივად წინა აქსილარულ ხაზამდე. მუცლის ღრუს გახსნისას გაისინჯა კუჭი, პათოლოგია არ აღინიშნებოდა. როგორც მცირე სიმრუდე, ისე პილორული ნაწილი თავისუფალია.

ღვიძლის კარის არეში აღინიშნებოდა შეხორცებები. შეხორცებებშია ნაღვლის ბუშტი, კოლინჯის მარჯვენა კუთხე და 12-გოჯა ნაწლავი. მისი ზემო ჰორიზონტალური ნაწილი თავისუფალია. განივ კოლინჯის ჯორჯლის გაკვეთის შემდეგ დათვალიერდა 12-გოჯა ნაწლავის დასწვრივი ნაწილი. შემდეგ გაიკვეთა მცირე ბადექონი პილორუსის არეში. კუჭი ჩამოიწია ქვემოთ. გაიხსნა პერიტონეუმის პარიეტული ფურცელი, რომელიც წიხიდან ფარავდა პანკრეასს. ფაშარი ქსოვილის გათიშვის შემდეგ აღმოჩნდა ღვიძლის საერთო არტერიის წინა კედელი, რომელიც იძლეოდა ძლიერ პულსაციას და შუილს. თანდათანობით ღვიძლის არტერია გამოიყო. ლიგატურის დაჭიმვისას შუილები გაქრა, მოშკებით — შუილი ისევ გაჩნდა. შუილები აღინიშნება ღვიძლის კარის მიდამოში ჩაპარკებული კონგლომერატის არეში.

ამრიგად, დადგინდა ღვიძლის არტერიის ანევრიზმა, რომლის პარკი დაკავშირებულია ნაღვლის ბუშტთან.

ღვიძლის საერთო არტერია გადაიკვანძა ერთი ლიგატურით, რის შემდეგ შუილები სავსებით მოისპო. განივი კოლინჯის ჯორჯალში არ-

სებული ფანჯარა გადაიკერა. მუცლის ღრუში ჩაისხა პენიცილინი 300.000 ერთეული. ჭრილობა გაიკერა ყრუდ.

ოპერაციის მსვლელობაში გადაესხა 1(0) ჯგ. სისხლი 500 გრამი.

ოპერაციის შემდეგ პირველი ორი დღე ავადმყოფის მდგომარეობა მძიმე იყო; აწუხებდა საერთო სისუსტე, მაღალი სიცხე, ტკივილი ჭრილობის არეში. მუცლის შებერვა; მესამე დღიდან მდგომარეობა თანდათან გაუმჯობესდა. ტემპერატურა დაეცა, ოპერაციის მე-5 დღეს ჰემოგლობინის რაოდენობამ მიაღწია 27%-ს. ერითროციტების რიცხვმა მოიმატა 3. 500. 000-მდე. ოპერაციიდან მე-9 დღეს ავადმყოფს დაეწყო ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა არეში და მეორე დღეს ჰქონდა სისხლიანი პირღებინება ჰემოგლობინი დაეცა 14%-მდე. განავალი ოპერაციის შემდეგ მაკროსკოპულად სისხლს არ შეიცავდა. სისხლიანი პირღებინების შემდეგ კვლავ კუპრის მსგავსი გახდა. სისხლიანი პირღებინება მეორდებოდა პერიოდულად: 11 იანვარს, 17 იანვარს, 31 იანვარს, 5 თებერვალს, 17 თებერვალს, 20 თებერვალს. უტარდებოდა სისხლის გადასხმა მცირე დოზებით, პლაზმა კუნთებში და ვიტამინი.

ავადმყოფის მდგომარეობა თანდათანობით გაუარესდა. ჰემოგლობინის რაოდენობამ დაიწია 5%-მდე, ერითროციტების რაოდენობამ 700.000-მდე, დაეწყო ქვემო და ზემო კიდურების, სახისა და გულმკერდის შეშუპება. უკანასკნელი სისხლიანი პირღებინების შემდეგ, 21 თებერვალს ავადმყოფი დაიღუპა.

გაკვეთისას აღმოჩნდა ღვიძლის დამატებითი არტერიის ანევრიზმა, რომელიც ინტრაჰეპატურად მდებარეობდა — ღვიძლის კარის მახლობლად. ღვიძლის დამატებითი არტერია იწყებოდა ჯორჯლის ზემო არტერიიდან.

ცხადია, ღვიძლის ნორმალური არტერიის გადაკვანძვა ვერ განკურნავდა ავადმყოფს.

ზემოთ აღნიშნული შემთხვევის ანალიზის საფუძველზე ირკვევა, რომ, მართალია, ღვიძლის არტერიის ტრავმული ანევრიზმა ძალზე იშვიათი დაავადებაა, მაგრამ მისი კლინიკა, პათომორფოლოგია და პერიოდული სისხლის დენის მექანიზმი, კუჭისა და ნაწლავის გზით, კარგად არის შესწავლილი. აღნიშნულის მიხედვით შესაძლებელი ხდება ამ რთული და მძიმე დაავადების გამოცნობა. ღვიძლისა და ღვიძლის არის ტრავმა ანევრიზმის განვითარების შემთხვევაში აღნიშნულია 83%-ში. ტკივილი ღვიძლის არეში 85%-ში, სისხლის დენა გასტროდუოდენალური გზით — 75%-ში, სიყვითლე — 32%-ში. უფრო იშვიათად აღინიშნება ღვიძლის გადიდების შეგრძნობა ამ ნაღვლის ბუშტის არეში მტკივნეული სიმსივნე. აღწერილია ერთეული შემთხვევები, როდესაც სიმსივნის არედან მოისმის შუილები. დაავადებას ახასიათებს პერიოდული შეტევები, ტკივილის გაძლიერებით ღვიძლის არეში, ტემპერა-

ტურის მომატება, სისხლიანი პირღებინება, არტერიული სისხლის კოლ-ტებით, და რაც აღინიშნებოდა ჩვენ შემთხვევაში, სისხლის დენის პერიოდში სიმსივნის გაქრობა ღვიძლის არეში, რაც მშვიდ პერიოდში კვლავ მატულობს. ღვიძლის ანევრიზმა სამჯერ უფრო ხშირად გვხვდება მამაკაცებში, ვიდრე ქალებში. უფრო ხშირად ვითარდება ღვიძლის არტერიის მარჯვენა ტოტის ტრავმული ანევრიზმა.

ჩვეულებრივად ანევრიზმის პარკი დიდდება, სანამ იგი არ გასკდება ან ანევრიზმის პარკში არსებული სისხლი არ გაიკაფავს გზას ნაწლავების გზით. ანევრიზმის პარკი იხსნება ნაღვლის ბუშტში, ნაღვლის საერთო სადინარში ან უშუალოდ კუჭსა და თორმეტგოჯა ნაწლავში, რის შედეგადაც შეტევის დროს ვითარდება დამახასიათებელი სისხლიანი პირღებინება და მელენა. აღწერილია ერთეული შემთხვევები, როცა ანევრიზმის პარკი სრულიად შემთხვევით დაზიანებულა, ნაღვლის ბუშტზე ოპერაციის დროს, რომლის არსებობა ქირურგმა წინასწარ არ იცოდა. ირკვევა, რომ მხოლოდ სამჯერ უნახავთ დაუზიანებელი ანევრიზმის პარკი. ღვიძლის არტერიის ანევრიზმის დროს სიკვდილის ერთ-ერთი მიზეზი ჩვეულებრივ ხდება სისხლის დენა ანევრიზმიდან. მიუხედავად იმისა, რომ ღვიძლის არტერიის გადაკვანძვა თავისთავად ითვლება სახიფათო ჩარევად, ღვიძლის არტერიის ანევრიზმის სხვა მკურნალობა არ არსებობს და არჩევის წესად ითვლება ღვიძლის არტერიის მომტანი ნაწილის გადაკვანძვა; ყველაზე უფრო მიზანშეწონილად უნდა ჩაითვალოს ღვიძლის საერთო არტერიის გადაკვანძვა.

ძნელია ზუსტი დასკვნის გაკეთება. დადებითი შედეგების რიცხვში არის შემთხვევები, როდესაც გადაკვანძული იყო ღვიძლის საკუთარი არტერია: დაღუპულ ავადმყოფთა რიცხვში კი აღინიშნებიან ისეთებიც, რომლებმაც ღვიძლის არტერიის ერთ-ერთ ტოტზე დადებული ჰქონდათ ლიგატურა, მაგრამ ავტორთა უმრავლესობა მაინც იმ აზრისაა, რომ კუჭთორმეტგოჯა არტერიის შენარჩუნებას ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს ღვიძლის არტერიის სისტემაში კოლატერალური გზით სისხლის მიმოქცევის აღდგენისათვის. საგულისხმოა ის მოსაზრებაც, რომ უფრო ადვილი ასატანია ერთ-ერთი წილის არტერიული ტოტის გადაკვანძვა, ვიდრე ღვიძლის საკუთარი არტერიისა მთლიანად.

ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევები, როცა კუჭზე ან ღვიძლზე ოპერაციის დროს შემთხვევით ან იძულებით გადაუკვანძავთ ღვიძლის არტერია, მის სხვადასხვა ნაწილში. მაგალითად: სოტინმა (1883) გადაკვანძა ღვიძლის არტერია პილორუსის კიბოს დროს, ავადმყოფი დაიღუპა.

რანამიმ (1889) გააკეთა ღვიძლის არტერიისა და კარის ვენის სათანადო ტოტის გადაკვანძვა, ღვიძლის მარცხენა წილის ამოკვეთის მიზნით, გუმის გამო. ოპერაციის შედეგი დადებითია.

ბერეზნიგოვსკიმ (1906) გამოაქვეყნა ტიხოვის შემთხვევა ნაღვლის ბუშტის კიბოს გამო გაკეთებული ოპერაციის დროს ღვიძლის არტერიის მარჯვენა ტოტის გადაკვანძვისა. ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფი დაიღუპა ღვიძლის მარჯვენა წილის ნეკროზით.

ბიბენ და ჰერენსმოტმა (1907) გადაკვანძეს ღვიძლის არტერიის მარცხენა ტოტი. ავადმყოფი დაიღუპა.

ალე სანდრიმ (1908) ქოლეცისტექტომიის დროს გადაკვანძა ღვიძლის არტერიის მარჯვენა ტოტი. ავადმყოფი გადარჩა.

ნარატიმ (1909) გადაკვანძა ღვიძლის არტერიის მარცხენა ტოტ- ღვიძლის სათანადო წილის ნეკროზის გამო. ავადმყოფი დაიღუპა.

უილმს (1911) გამოქვეყნებული აქვს ღვიძლის არტერიის მარცხენა ტოტის გადაკვანძის ასეთივე შედეგი.

ვენდელმა (1911) გადაკვანძა ღვიძლის მარჯვენა არტერია. ავადმყოფი დაიღუპა ღვიძლის მარჯვენა წილისა და ნაღვლის ბუშტის ნეკროზის გამო. ასეთივე შემთხვევა აღწერა ტუფიემ.

ტენანიმ (1927) გადაკვანძა ღვიძლის საერთო არტერია, რის შედეგადაც განვითარდა ღვიძლის ნეკროზი.

მრავალი ასეთი მაგალითის მოყვანა შეიძლება. საკითხის გარკვევისათვის და ქირურგიული ჩარევის თეორიული დასაბუთებისათვის მნიშვნელოვანია როგორც ანატომიური გამოკვლევები ღვიძლის არტერიის მოწყობილობის შესახებ, ისე ცხოველებზე ჩატარებული ცდები.

ექსპერიმენტის პირობებში ღვიძლის არტერია მრავალმა მკვლევარმა გადაკვანძა სხვადასხვა მიზნით, სხვადასხვა ცხოველზე. თვით ოპერაციის წარმოების ხერხიც რიგ შემთხვევებში განსხვავებულია, ზოგჯერ კი არასაკმარისად გარკვეულია; ამის გამო გასაკვირველი არ არის, რომ ცდების შედეგებიც განსხვავებულია და მათი გარკვეულ დებულებაში ჩამოყალიბება ადვილი არ არის.

იშვიათი ლოკალიზაციის ანევრიზმებიდან ჩვენ კიდევ გვქონდა სამი შემთხვევა დუნდულოვანი არტერიის ანევრიზმისა. აი, ერთ-ერთი შემთხვევა.

ავადმყოფი ზ. ა., მამაკაცი, 43 წლის, უჩივის სიმსივნეს მარჯვენა დუნდულის მიდამოში, ტკივილს მარჯვენა ქვემო კიდურში, რაც უძლიერდება სიარულის დროს. როგორც ავადმყოფი აღნიშნავს, სამი წლის წინ, მარჯვენა დუნდულის მიდამოში მიიღო ტრავმა. ტრავმის მიღებიდან რამდენიმე დღის განმავლობაში ჰქონდა ტკივილი მარჯვენა დუნდულის მიდამოში, რამაც თანდათანობით გაუარა. ტრავმის მიღებიდან ორი წლის შემდეგ თეძოს უკანა ზედა წვეტის მიდამოში შეამჩნია სიმსივნე; იგი თანდათანობით მატულობდა ზომაში, სიმსივნის ზრდის პარალელურად უძლიერდებოდა ტკივილი მარჯვენა ქვემო კიდურში.

შემოსვლისას: მარჯვენა დუნდულის მიდამოში სიმსივნე ახალშობი-

სურ. 19. მარჯვენა დუნდულოვანი არტერიის ანევრიზმა.

ლი ბავშვის თავისოდენა. პალპატორულად სიმსივნე ელასტიკურია. უძრავი, სადა ზედაპირის, კანი სიმსივნეზე გადაჭიმულია, ციანოზური, შეხებით სიმსივნე მტკივნეულია, აღინიშნება ფლუქტუაცია. შუილი არ ესმის.

რენტგენოლოგიურად — მენჯის ძვლებში ცვლილებები არ აღინიშნება.

სწორი ნაწლავიდან ოითით გასინჯვისას პათოლოგიური ცვლილებები არ აღინიშნება.

გაუკეთდა სიმსივნის პუნქცია. მიღებულ იქნა 200 სმ³ სისხლი, რომელიც პირველად მუქი ფერისა იყო, შემდეგ კი წითელი და გამოდიოდა ნაკადის სახით. პუნქციის შემდეგ სიმსივნემ სწრაფად მიაღწია პირვანდელ ოდენობას. კლინიკურ-რენტგენოლოგიური გამოკვლევით დადგენილია ზემო დუნდულოვანი არტერიის ანევრიზმა.

იმის გამო, რომ მოსალოდნელი იყო ანევრიზმის პარკის გასკდომა, ასევე არ იყო გამორიცხული მისი დაჩირქება, გადაწყდა ოპერაციის გაკეთება.

ოპერაციის პირველ ეტაპზე გადაიკვანძა თეძოს მარჯვენა საერთო არტერია. თეძოს შიგნითა და გარეთა არტერიები მკვეთრად იყო გაგანიერებული, პალპატორულად შეიგრძნობოდა შუილი, რომელიც თეძოს საერთო არტერიაზე ზედაწოლის შემდეგ ქრებოდა.

ოპერაციის შემდეგ ანევრიზმის დაჭიმულობა მკვეთრად შემცირდა, ქვემო კიდურის შემაწუხებელი ტკივილი ჩაცხრა. პირველი ოპერაციიდან 10 დღის შემდეგ გაუკეთდა მეორე ოპერაცია. გაიხსნა ანევრიზმის პარკი, რომელიც სავსე იყო სისხლითა და კოლტებით. ანევრიზმის

კედელი იყო ძალიან სისხლმდენი, ადვილად იგლიჯებოდა. ზემო დუნდულოვანი არტერიის გამოსვლის ადგილზე აღმოჩნდა ძვლის ნამსხვრევი. იმის გამო, რომ პარკის ამოკერვით სისხლის დენის შეჩერება ვერ მოხერხდა, ღრუში ჩავდევით დამწოლი ტამპონი. ჭრილობა დაიხურა ნაწილობრივ. ტამპონები თანდათანობით ამოვიღეთ. ჭრილობა შეხორცდა მეორადი დაჭიმვით. გაეწერა გაჯანსაღებული.

სტატისტიკური მონაცემებით სხვადასხვა ლოკალიზაციის ანევრიზმებს შორის დუნდულოვანი არტერიის ანევრიზმა გვხვდება შემთხვევათა 1%-ში. ზემოდუნდულოვანი არტერიის ანევრიზმა ხუთჯერ უფრო ხშირია, ვიდრე ქვემოდუნდულოვანი არტერიისა. შჩუპიკის მონაცემებით მსოფლიო ლიტერატურაში 1939 წლისათვის სულ გამოქვეყნებული იყო დუნდულოვანი არტერიის ანევრიზმის 200 შემთხვევა.

იშვიათი ლოკალიზაციის ანევრიზმებიდან მიზანშეწონილად მიგვაჩნია კიდევ ერთი შემთხვევა. საქმე ეხება მხრის შემომხვევი უკანა არტერიის ანევრიზმს.

ავადმყოფი ა. ო., მამაკაცი, მიღებულია კლინიკაში მარცხენა მხრის სარტყლის მიდამოში, რომელიც გადაეცემა მთელ კიდურში და იძლევა ირიდაციას გულისაკენ. ავადმყოფის გადმოცემით დაახლოებით სამი წლის წინ ბასრი იარაღით დაჭრეს მარცხენა მხრის ზემო მესამედში. ჭრილობა დაუმუშავეს და დაედო კვანძოვანი ნაკერი. შეხორცდა მეორადი დაჭიმვით. 7 თვეა დაეწყო ტკივილი მარცხენა მხრის სარტყლის მიდამოში, რომელიც თანდათანობით ძლიერდება.

შემოსვლისას: მარცხენა მხრის ზემო მესამედში ტლანქი ნაწიბურია. მარცხენა იღლიის ფოსოში პალპაციით შეიგრძნობა „კატის ღრუტუნი", აქვე აუსკულტაციით ისმის განუწყვეტელი შუილი. შუილი ისმის ლავიწზედა და მორენჰეიმის ფოსოში.

ელექტროკარდიოგრამა: რითმი სწორი, სინუსური, გულის ელექტრული ღერძის მდებარეობა ნორმალური. ვილსონით გულის ნახევრად ვერტიკალური ელექტრული პოზიცია, წინ მწვერვალით. ეკგ განსაკუთრებული ცვლილებების გარეშე.

ვენური წნევა მარჯვნივ 70 მმ, მარცხნივ 80 მმ.

ჟანგბადით გაჯერების მაჩვენებელი მარჯვნივ — 75%, მარცხნივ — 79%.

ოსცილაციის მაჩვენებელი ორივე ზემო კიდურზე დაქვეითებულია. ნერვული სისტემის მხრივ მარცხენა ზემო კიდურზე აღინიშნება ვეგეტაციური მოვლენები, აკროციანოზი, ჰიპერჰიდროზი, სხვა ორგანული დაზიანების ნიშნები არა აქვს. გაუკეთდა ოპერაცია (ადგილობრივი ანესთეზია). განაკვეთი მარცხნივ ლავიწის სამკერდე ბოლოდან იღლიის ფოსოს წინა კიდის გასწვრივ მხარეზე გადასვლით. გამოიღო და ლიგატურაზე აღებული იქნა ლავიწქვეშა არტერია, მის გარეთა მესამედში.

ასევე ლიგატურაზე აღებული იქნა მკვეთრად გაგანიერებული იღლიის ვენა. არტერიის ლიგატურით დახშობისას შუილი აღარ მოისმის. შემდეგ გამოიყო და ლიგატურაზე აღებულ იქნა მხრის არტერია და — ვენა. პრეპარირების დამთავრების შემდეგ გამოირკვა, რომ საქმე ეხება მხრის შემომხვევი უკანა არტერიისა და თანამედროვე ვენის არტერიო-ვენურ ანევრიზმას. ვენა ვარიკოზულად გაგანიერებულია და დაკლაკნილია. მხრის შემომხვევი უკანა არტერია გადაიკვანძა სამი ლიგატურით. ლიგატურა დაედო ვენასაც და მათ შორის არსებული ხვრელ-მილი გადაიკვეთა. ვარიკოზულად გაგანიერებული ვენა გადაიკვანძა. ჭრილობა დაიხურა შრეების მიხედვით. ავადმყოფი გაეწერა კლინიკურად გაჯანსაღებული.

დასასრულ კიდევ ერთი მეტად საინტერესო შემთხვევა:

ავადმყოფი ნ. გ., ქალი, 27 წლის, მიღებულია კლინიკაში ჩივილით: სიმსივნურ წარმონაქმნზე მარცხენა იღლიის ფოსოში, მარცხენა ზემო კიდურისა და გულმკერდის მარცხენა ნახევრის ტკივილზე. ავადაა 8 თვეა. დაავადების დასაწყისში შეამჩნია სიმსივნური წარმონაქმნი მარცხენა იღლიის ფოსოში, რომელიც მისივე გადმოცემით პერიოდულად მატულობდა ოდენობაში, ზოგჯერ კი მცირდებოდა.

შემოსვლისას მარცხენა იღლიის ფოსოში ისინჯება რბილი კონსისტენციის ორი სიმსივნური წარმონაქმნი. ორთავე სიმსივნეზე აღინიშნება გაძლიერებული პულსაცია და შეიგრძნობა „კატის ღრუტუნი". პულსი მარცხენა სხივის არტერიაზე, მარჯვენასთან შედარებით, სუსტი ავსებისა და დაჭიმულობის, ამავე დროს წუთში 8—10 დარტყმით; შინაგანი ორგანოების მხრივ პათოლოგიური ცვლილებები არ აღინიშნება, ელექტროკარდიოგრამა ნორმის ფარგლებშია.

გამოითქვა აზრი, რომ საქმე უნდა გვქონდეს მარცხენა იღლიის არტერიის ანევრიზმასთან და ავადმყოფი მომზადდა საოპერაციოდ, ანევრიზმის პროქსიმალურად არტერიაზე ხელის დაჭერით, კოლატერალების განვითარების მიზნით, რის შემდეგაც გაუკეთდა ოპერაცია (ადგილობრივი ანესთეზია). განაკვეთი მარცხნივ მკერდის დიდი კუნთის წინა ზედაპირიდან იღლიის ფოსოში, მხრის მედიალურ ზედაპირზე გაგრძელებით. გამოიყო იღლიის არტერია. იღლიის არტერიასა და მხრის არტერიის საზღვარზე სისხლის ძარღვი გაგანიერებულია და ქმნის თხილის კაკლის ოდენობის ანევრიზმას, რომლისაგან 1,5 სმ დაცილებით შედარებით უფრო დიდი ზომის პარკია. სისხლძარღვი ანევრიზმის პარკების პროქსიმალურად და დისტალურად აღებულ იქნა ლიგატურაზე. გამოიყო ანევრიზმის პარკები, რომლებიც დაკავშირებულია მხოლოდ არტერიასთან. ორთავე პარკი ამოიკვეთა. სისხლძარღვი გაიკერა ატრავმატული ნემსით, რის შემდეგ სისხლის მიმოქცევა აღდგა. ამოკვეთილი ანევრიზმის მიკრომორფოლოგიური შესწავლით მის შედგენილობაში აღმოჩნდა არტერიის კედლის სამივე შრე.

შემთხვევა საინტერესოა ჯერ ერთი იმით, რომ მხრის ღრმა არტერიის ორკამერიანი ანევრიზმა ზედმიწევნით იშვიათია, მეორეც, ავადმყოფი არ აღნიშნავს რაიმე ტრავმას, რომელსაც შეეძლო გამოეწვია სისხლის ძარღვის დაზიანება. ჰისტოლოგიურად ანევრიზმის კედელი შედგება სამივე შრისაგან, რაც ადასტურებს, რომ საქმე გვაქვს ჭეშმარიტ ანევრიზმასთან.

ამგვარად, გავეცანით ზოგიერთ ცნობებს იშვიათი ლოკალიზაციის ანევრიზმების შესახებ. გავარჩიოთ კიდევ რამდენიმე ავადმყოფი.

ავადმყოფი ნ. მ., გოგონა, 10 წლის, მიღებულია კლინიკაში როგორც სასწრაფო შემთხვევა, მაღალი ტემპერატურით, შემცივნებით, ტკივილით გულმკერდისა და მუცლის მარცხენა ნახევარში. როგორც ავადმყოფი გადმოგვცემს, ავადაა 20 დღეა. დაავადება დაეწყო ტემპერატურის მომატებით და შემცივნებით. მოათავსეს რაისაავადმყოფოში და მარცხენამხრივი ექსუდაციური პლევრიტის დიაგნოზით, დაენიშნა კონსერვატული მკურნალობა. რამდენადაც ავადმყოფის მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა, გადმოგზავნეს კლინიკაში.

შემოსვლისას ავადმყოფის მდგომარეობა მძიმეა, პულსი 115′, რითმული, საშუალო ავსებისა და დაჭიმულობის, ტემპერატურა 38,9°, ენა მშრალი, უნაფებო, მუცელი ოვალური, სუნთქვისას ჩამორჩება მარცხენა ნახევარი. პალპატორულად მარცხენა ფერდქვეშა მიდამო მტკივნეულია, აქვე ისინჯება შემოსაზღვრული ინფილტრატი.

რენტგენოლოგიურად: მარცხნივ მესამე ნეკნის დონემდე აღინიშნება ინტენსიური დაჩრდილვა, გულის ცდომა მარჯვნივ. სისხლის ანალიზი: ერითროციტები —2.360.00, ჰემოგლობინი —36%; ფერადობის მაჩვენებელი 0,7; ლეიკოციტები —22.500; ლეიკოციტურ ფორმულაში ადგილი აქვს მარცხნივ გადახრას. ამ შემთხვევაში, ვფიქრობთ, რომ საქმე უნდა გვქონდეს მარცხენამხრივ სუბდიაფრაგმულ აბსცესთან.

სუბდიაფრაგმული აბსცესი ერთ-ერთი მძიმე ქირურგიული დაავადებაა. ამავე დროს სუბდიაფრაგმული აბსცესი დამოუკიდებელი დაავადება არ არის, ის რომელიმე დაავადების გართულების შედეგია. უფრო ხშირად მუცლის ღრუს ამა თუ იმ ორგანოს დაავადებისას დასაშვებია ინფექციის წყარო მუცლის ღრუს გარეთ იყოს. იგი მარჯვენამხრივი სუბდიაფრაგმული აბსცესია, ვიდრე მარცხენამხრივი. ჩვენს კლინიკაში სულ 125 შემთხვევა გვაქვს სუბდიაფრაგმული აბსცესისა, აქედან მარჯვენამხრივი —92, მარცხენამხრივი კი —38. სუბდიაფრაგმული აბსცესის მკურნალობა მხოლოდ და მხოლოდ ოპერაციულია. ჩვენი ავადმყოფის შემთხვევაში მარცხნივ პლევრის ღრუში აღინიშნება სითხე, რაც მიუთითებს ე. წ. სიმპათიკურ ნადებზე. ამრიგად, ავადმყოფის კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევის საფუძველზე, ვფიქრობთ, რომ საქმე გვაქვს მარცხენამხრივ სუბდიაფრაგმულ აბსცესთან, თუმცა რაიმე

დაავადებას მუცლის ღრუს ორგანოების მხრივ, რომელთა ნიადაგზე შეესაძლებელია სუბდიაფრაგმული აბსცესის განვითარება, ავადმყოფი არ აღნიშნავს.

ჩვენი დიაგნოზი ყველაზე უფრო ახლოა ჰეშმარიტებასთან და სასარგებლო ავადმყოფისათვის, მაგრამ იგი აბსოლუტური არ არის, დასაშვებია საქმე გექონდეს მუცლის ღრუს რომელიმე ორგანოს კეთილი ან ავთვისებიანი სიმსივნის დაჩირქებასთან. ასევე გამორიცხული არ არის რომელიმე ორგანოს ექინოკოკის დაჩირქება. ასეა თუ ისე, ავადმყოფი მოითხოვს სასწრაფო ოპერაციულ ჩარევას.

გავარჩიოთ ავადმყოფი, ვაჟი, 11 წლის, ელექტროდამწვრობის შედეგად ვრცელი დეფექტით სახეზე და შუბლის მარცხენა ნახევარში. აღვნიშნეთ, რომ ავადმყოფს ვამზადებთ კანის გადანერგვისათვის (აუტოტრანსპლანტაციით). სათანადო მომზადების შემდეგ კანი გადაინერგა (დერმატომით) და, როგორც ვხედავთ, არსებული დეფექტი მთლიანად დაიხურა.

ასევე გავარჩიეთ ავადმყოფი ქალი, 18 წლის, დამწვრობის შემდგომ განვითარებული ვრცელი ნაწიბურებითა და კანის დეფექტით გულმკერდის მარჯვენა ნახევარში, უხეში ნაწიბურით, მარჯვენა იღლიის ფოსოში ე. წ.— „ღამურას ფრთა"; აქაც კანი გადაინერგა დერმატომით და, როგორც ვხედავთ, გულმკერდის მარჯვენა ნახევარში არსებული კანის დეფექტი მთლიანად დაიხურა, ასევე ლიკვიდირებული იქნა მარჯვენა იღლიის ფოსოში „ღამურის ფრთა".

სისხლძარღვთა დაზიანების ქირურგიული მკურნალობა (გაგრძელება). ავადმყოფთა დეგონსტრაცია საყლაპავი მილის უსხო სხეულით; კოლექტომიის შემდგომი მდგომარეობით

ავადმყოფი დ. ჟ., მამაკაცი, 19 წლის, მიღებულია კლინიკაში ტკივილით მარცხენა ქვემო კიდურში, რომელიც უძლიერდება სიარულისა და ფიზიკური დატვირთვის დროს.

როგორც ავადმყოფი აღნიშნავს, დაახლოებით 3 თვის წინ მიიღო ჭრილობა ნამგლით მარცხენა წვივის ზემო მესამედში. მოათავსეს რაიონაავადმყოფოში. ჭრილობის ტუალეტის შემდეგ იგი გაიკერა. გაეწერა გაჯანსაღებული. გაწერიდან ორი თვის შემდეგ დაეწყო ტკივილი მარცხენა ქვემო კიდურში, წვივის მიდამოში შეხებისას შეამჩნია შუილი, იგრძნო ადვილად დაღლა.

შემოსვლისას: მარცხენა წვივის ზემო მესამედში, გარეთა ზედაპირზე ოპერაციის შემდგომი ნაწიბურია, სიგრძით 6—7 სმ. წვივის უკანა ზედაპირზე, ზემო მესამედში და მუხლქვეშა ფოსოში პალპატორულად შეიგრძნობა „კატის ღრუტუნი", აუსკულტაციით ისმის განუწყვეტელი სისტოლური შუილი. როგორც „კატის ღრუტუნი", ისე შუილი ქრება ბარძაყის არტერიაზე ზედაწოლით.

შუილი ისმის მარცხენა ბარძაყის არტერიაზეც, გულის მწვერვალზე ისმის სისტოლური შუილი.

ელექტროკარდიოგრამაზე: რითმი სინუსური, წუთში 75. გულის ელექტრული ღერძი ნორმალური მდებარეობისა. აღინიშნება წინაგულებისა და პარკუჭების აგზნებადობის ასინქრონიზმი.

ვენური წნევა, როგორც მარჯვნივ, ისე მარცხნივ თანაბარია და უდრის 100 მმ სს.

ნევროლოგიურად დიდი ან მცირე წვივის ნერვების დაზიანება არ აღინიშნება.

ოსცილოგრაფია: მარცხენა წვივის ზემო მესამედში ოსცილაცია მომატებულია. ოსცილაციის ინდექსი უდრის 22 მმ. მარჯვენა წვივის ზემო მესამედში ოსცილაცია ნორმის ფარგლებშია და უდრის 15 მმ. მარჯვენა წვივის ქვემო მესამედში ოსცილაცია შესუსტებულია. ოსცილაციის ინდექსი უდრის 1,5 მმ. მარცხენა წვივის ქვემო მესამედში ოსცილაცია არ აღინიშნება.

მოცემულ შემთხვევაში არტერიო-ვენური ანევრიზმის ტიპური კლინიკური სურათია. ისმის კითხვა — რომელი არტერიის? ჩვენ ვფიქ-

რობთ, რომ გვაქვს მუხლქვეშა არტერიის არტერიო-ვენური ანევრიზმა. მაგრამ არ არის გამორიცხული არტერიო-ვენური ფისტულის არსებობა იქ, სადაც მუხლქვეშა არტერია იყოფა დიდი წვივის უკანა და წინა არტერიებად, რაც კიდევ უფრო სახიფათოა კიდურისათვის, თუ ოპერაციის დროს იძულებული ვიქნებით გადავკვანძოთ არტერია.

ავადმყოფს ვამზადებთ ოპერაციისათვის. ამ შემთხვევაში ოპერაციული ჩარევის აბსოლუტური ჩვენებაა. თუ ოპერაცია არ გაკეთდა, უახლოეს დროში მოსალოდნელია გულის მანკის განვითარებაც კი, მსგავსად ბოტალის სადინარისა, რომელიც თავისი არსით არტერიო-ვენური ფისტულაა.

ამ შემთხვევაში, ისე როგორც საერთოდ ანევრიზმებზე ოპერაციის დროს, ანევრიზმის პარკის გახსნასთან დაკავშირებით ვდგავართ ძლიერი სისხლდენის საშიშროების წინაშე. ამიტომ თავიდანვე უნდა მივიღოთ ზომები სისხლის დენის წინააღმდეგ, რისთვისაც უნდა გამოვიყენოთ ლახტი კიდურზე წინასწარი დადებით. ჩვენ გაკეთებული გვაქვს სხვადასხვა ლოკალიზაციის ანევრიზმის 150-მდე ოპერაცია. არც ერთ შემთხვევაში ლახტის მოჭერა არ დაგვჭირვებია, თუმცა ყოველთვის მზად გვაქვს ორი სტერილური ლახტი.

როდესაც ანევრიზმის ოპერაციას ვიწყებთ, უპირველეს ყოვლისა, საჭიროა ანევრიზმის პროქსიმალურად გამოვყოთ და ლიგატურაზე ავიყვანოთ არტერია და ვენა, შემდეგ კი ანევრიზმის დისტალურად ასევე ლიგატურაზე ავიღოთ არტერია და ვენა, რომ არ განვითარდეს რეტროგრადული სისხლის დენა. ამის შემდეგ სისხლის დენის საშიშროება თითქმის აღარ არის და შეიძლება თავისუფლად ვიმუშაოთ.

ლახტის გამოყენებას სხვა უარყოფით მხარესთან ერთად კიდევ ის ნაკლიც აქვს, რომ ის კოლატერალებს აზიანებს.

არსებობს მსხვილი სისხლძარღვების დაზიანების შემდეგი ვარიანტები: არტერიის ან ვენის იზოლირებული დაზიანება, არტერიისა და თანამოსახელე ვენის ერთდროული დაზიანება.

სისხლძარღვის დაზიანებისას შეიძლება განვითარდეს მფეთქავი ჰემატომა. ძალიან ხშირად ასეთი მფეთქავი ჰემატომა მხრისა და ბარძაყის ზემო მესამედში ვითარდება. პალპატორულად ჰემატომის არეში ბზრიალი შეიგრძნობა, მოსმენით კი შუილი. ჰემატომა შეიძლება ინფიცირებული იქნეს და დაჩირქდეს. ასეთ შემთხვევაში დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს მის დიფერენციულ დიაგნოსტიკას აბსცესთან. ლიტერატურაში აღწერილია ამგვარი შეცდომები. ინფიცირებული ჰემატომა არა ერთხელ ყოფილა გაკვეთილი აბსცესის დიაგნოზით და ავადმყოფი მოულოდნელი, სასიკვდილო სისხლდენის მსხვერპლი გამხდარა. ამასთან დაკავშირებით შევეხებით ერთ შემთხვევას. პირველი იმპერიალისტური ომის წლებში გ. მუხაძე თბილისის ერთ-ერთი ჰოსპიტ-

ლის ქირურგიულ განყოფილებაში მუშაობდა და მასთან მოხვდა დაჭრილი, რომელსაც მარცხენა ბარძაყის ზემო მესამედში ჰქონდა ფლეგმონა, გ. მუხაძემ ეჭვი მიიტანა დაჩირქებულ ჰემატომაზე და საკონსულტაციოდ მოიწვია იმ დროს თბილისში მყოფი ცნობილი ქირურგი ვ. ოპელი; მან აღნიშნა ბარძაყის ფლეგმონა, ავადმყოფის სეპტიკური მდგომარეობა და საჭიროდ მიიჩნია ფლეგმონის სასწრაფოდ გაკვეთა. ეს ოპერაცია თვითონ ჩაატარა, მაგრამ გაკვეთისთანავე განვითარდა ძლიერი სისხლის დენა და, მიუხედავად მიღებული ზომებისა, ავადმყოფი დაიღუპა. გამოირკვა, რომ ადგილი ჰქონდა ჰემატომის დაჩირქებას.

მრავალი წლის განმავლობაში გვიხდებოდა გ. მუხაძესთან მუშაობა, მისი ლექციების მოსმენა, მაგრამ არც ერთხელ მისგან არ გვსმენია აღნიშნულის შესახებ. გავიდა წლები. დიდი სამამულო ომის შემდგომ პერიოდში ვაგროვებდით რა ლიტერატურას სისხლძარღვთა ტრავმული დაზიანების შესახებ, 1916 წლის ერთ-ერთ ჟურნალში წავიკითხე ვ. ოპელის სტატია, რომელშიაც იგი აღწერდა ამ შემთხვევას.

ჰემატომის სრული ორგანიზაციის ნიადაგზე დაბოლოს ჩამოყალიბდება ანევრიზმა.

არტერიულ ანევრიზმას ახასიათებს სათანადო სისხლძარღვზე ელასტიკური კონსისტენციის სიმსივნის გაჩენა, რომელიც ჩვეულებრივ უცვლელი კანით არის დაფარული და რომელზედაც ჭრილობის შედეგად განვითარებული ნაწიბური აღინიშნება. ანევრიზმის კლინიკური სურათი ფრიად მრავალმხრივი და მრავალფეროვანია, მაგრამ დიაგნოზის დასმასა და დაზუსტებაში წამყვანი მნიშვნელობა აუსკულტაციურ მონაცემებს აქვს: შუილს ანევრიზმული პარკის არეში; გულის არეში სისტოლური შუილი და პულსაცია იმდენად დამახასიათებელია, რომ ანევრიზმის დიაგნოზი ყოველგვარ ეჭვს გარეშე შეიძლება იყოს დასმული.

არტერიისა და ვენის ერთდროული დაზიანების შემთხვევაში ორივე სისხლძარღვის სანათურებს შორის მყარდება კავშირი, რის შედეგადაც წარმოიშვება არტერიო-ვენური ანევრიზმა. ამ შემთხვევაში ვენაში გადასული არტერიული სისხლი უშუალოდ გულისაკენ მიემართება და ირღვევა სისხლის მიმოქცევის ნორმალური პირობები.

არტერიო-ვენური ანევრიზმის დროს სისხლის მიმოქცევის დარღვევის ნიშნები უფრო მკვეთრადაა გამოხატული, ვიდრე არტერიული ანევრიზმის შემთხვევაში.

არტერიო-ვენური ანევრიზმების დროს ანევრიზმული პარკი შედარებით უმნიშვნელოდაა განვითარებული. უხშირესად კი არტერია და ვენა ერთიმეორეს მჭიდროდ ეკვრის და ფისტულითაა დაკავშირებული, ყოველგვარი პარკის გარეშე.

ანევრიზმის ქირურგიული მკურნალობის წესები შეიძლება ორ მთავარ ჯგუფად დაიყოს:

1. დაზიანებული სისხლის ძარღვის სანათურის მთლიანობის აღდგენა და 2. დაზიანებული სისხლის ძარღვის დახშობა.

სისხლძარღვთა ნაკერის უპირატესობა ლიგატურასთან შედარებით სრულიად უდავოა, მაგრამ არ შეიძლება ისიც არ აღინიშნოს, რომ სისხლძარღვის მთლიანობის აღდგენა ნაკერის დადებით ყოველთვის არ ხერხდება და ქირურგი იძულებულია ლიგატურას მიმართოს.

როგორც წესი, ანევრიზმის დროს, ოპერაციული ჩარევა კოლატერალური სისხლის მიმოქცევის განვითარებამდე უნდა იყოს გადიდებული, რათა მთავარი ძარღვის გამოთიშვის შემთხვევაში თავიდან ავიცილოთ კიდურის განგრენა.

სისხლის მიმოქცევის უკეთესი პირობების შენარჩუნების მიზნით, სადაც კი ეს შესაძლებელია, ანევრიზმიან კიდურზე ოპერაცია უნდა გაკეთდეს ლახტის დადების გარეშე.

მეორე მსოფლიო ომისდროინდელი გამოცდილების საფუძველზე გულსისხლძარღვთა ქირურგია სწრაფად განვითარდა. ის, რაც 15—20 წლის წინათ ოცნება იყო, ახლა რეალობად იქცა. მაგისტრალურ სისხლძარღვთა ქირურგიის განვითარებას ხელი შეუწყო მთელმა რიგმა მომენტებმა, მათ შორის გაუტკივარების, ორგანოთა და ქსოვილების კონსერვაციის, სისხლის ბიოქიმიისა და ფიზიოლოგიის შესწავლამ, სისხლძარღვებზე ნაკერის დადების ტექნიკის გაუმჯობესებამ და სხვ.

სისხლძარღვზე დიდი დეფექტის არსებობის შემთხვევაში შეუძლებელია სისხლის ძარღვის მთლიანობის აღდგენა ნაკერის დადებით. სწორედ ამიტომ დაისვა საკითხი დეფექტის პლასტიკის შესახებ.

სისხლძარღვთა პლასტიკა თავისუფალი ტრანსპლანტანტით ძირითადად დაკავშირებულია ქსოვილთა და ორგანოთა გადანერგვის პრობლემასთან. აღნიშნული პრობლემის გადაწყვეტის პროცესში ქირურგია წააწყდა დიდ დაბრკოლებასა და სიძნელეს, რომელთა შორის ძირითადია ქსოვილთა ბიოლოგიური შეუთავსებლობა. სწორედ ამიტომ დაისვა საკითხი ალოპლასტიკის შესახებ. უკანასკნელ წლებში გამოქვეყნებულია მრავალი კლინიკური დაკვირვება სისხლძარღვთა ალოპლასტიკის შესახებ. ალოპლასტიკისათვის გამოიყენება: კაპრონის, დაკრონის, ნეილონის, ვინიონის, ტირალენის, პოლიეთილენისა და სხვა მრავალი მასალისაგან დამზადებული პროთეზები.

სისხლძარღვთა პლასტიკაში დიდი მასალა და გამოცდილება აქვს ღე-ბეკის. ჩვენს კლინიკაში ქვემო კიდურის მაობლიტირებელი ენდარტერიტის დროს 12 ავადმყოფს გაუკეთდა ალოპლასტიკა, შემოვლითი ანასტომოზის სახით ბარძაყისა და მუხლქვეშა არტერიას შორის. ერთ შემთხვევაში კი ალოპლასტიკა გამოყენებული იყო მუხლქვეშა არტერიის ანევრიზმის დროს. მოგვყავს ამონაწერი ავადმყოფის ისტორიიდან

ავადმყოფი ა. გ., მამაკაცი, 59 წლის, მიღებულია კლინიკაში სიმსივნით მარჯვენა მუხლქვეშა ფოსოში, რომელიც მან შეამჩნია დაახლოებით ერთი თვით ადრე. სიმსივნეს თან დაერთო ტკივილი მარჯვენა ქვემო კიდურში და იშემიის მოვლენები. 10—12 წელია დაავადებულია ორივე ქვემო კიდურის მაობლიტირებელი ენდარტერიტით. ორივე ტერფ-ზურგის არტერიაზე პულსაცია არ ისინჯება.

მარჯვენა მუხლქვეშა ფოსოში აღინიშნება ქათმის კვერცხისოდენა ელასტიკური სიმსივნე, რომელიც იძლევა პულსაციას და სისტოლურ შუილს.

არტერიოგრამაზე აღინიშნება ბარძაყის არტერიის კონტრასტირება, მუხლქვეშა არტერიის პარკისებური გაგანიერება. მის ქვემოთ სისხლის ძარღვები არ ისახება.

კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევის საფუძველზე დადგინდა მუხლქვეშა არტერიის არტერიოსკლეროზული ანევრიზმა. კლინიკაში მოთავსებიდან რამდენიმე დღის შემდეგ ანევრიზმამ იწყო ზომაში მომატება და გავრცელდა თითქმის მთელ მუხლქვეშა ფოსოზე, ტკივილმა იმატა, იშემიის მოვლენები გაძლიერდა. გაუკეთდა ოპერაცია (ადგილობრივი ანესთეზია). წინასწარ, ჰუნტერის არხის ზემოთ, ლიგატურაზე აღებულ იქნა ბარძაყის არტერია და ვენა. წვივის ზემო მესამედზე დაედოლახტი. ანევრიზმის პარკი ვრცელ შეხორცებებშია, პარკი გაიხსნა. არტერიის კედელი შეცვლილია, დაყოფილია შრეებად და შრეებს შორის აღინიშნება ორგანიზებული კოლტების დიდი რაოდენობა. მუხლქვეშა არტერია დაზიანებულია ჰუნტერის არხიდან გაყოფამდე. ანევრიზმული პარკი დისტალურად გამოიყოფა და ლიგატურაზე აღებულ იქნა წვივის არტერია. მუხლქვეშა ვენის კედელი შეცვლილია მთელ სიგრძეზე და მიხორცებულია ანევრიზმის პარკთან. ანევრიზმის პარკი ამოიკვეთა არტერიის უკანა კედლის შენარჩუნებით. არტერია პარკთან ახლოს გადაიკვანძა და გაკეთდა შემოვლითი ანასტომოზი დაკრონის პროთეზით, ბოლო გვერდში, 20 სმ სიგრძეზე. პროთეზის დისტალური ბოლო მიეკერა წვივის უკანა არტერიას, მის დასაწყისში. ოპერაციის დასასრულს არტერიის პულსაცია დამაკმაყოფილებელია; ოპერაციის შემდეგ პირველ დღეებში კიდური თბილია. შემდეგ თანდათანობით გამოვლინდა მკვეთრი იშემიის მოვლენები, ნეკროზში გადასვლით, რის გამოც ოპერაციის 16 დღის შემდეგ გაუკეთდა ბარძაყის ამპუტაცია. შერთულის დათვალიერებით დადგინდა ბარძაყის არტერიის თრომბოზი პროთეზის პროქსიმალურად.

ამრიგად, გავეცანით ზოგიერთ ცნობებს ანევრიზმის კლინიკისა და მკურნალობის შესახებ. ამავე დროს მოვახდინეთ ზოგიერთი შემთხვევის რეტროსპექტული ანალიზი. აღნიშნული პათოლოგია საერთოდ იშვიათია და წლის განმავლობაში კლინიკაში ამ დიაგნოზით შეიძლება

ზოლოდ ერთი ან ორი ავადმყოფი გატარდეს. ამიტომ შესაძლებლობა არა გვაქვს შევეხოთ ავადმყოფებს სხვადასხვა ლოკალიზაციის ანევრიზმით.

ჩვენს კლინიკაში სულ სხვადასხვა ლოკალიზაციის ანევრიზმის გამო გაკეთებულია 55 ოპერაცია. 9 ქალია, მამაკაცი —46. ავადმყოფთა ასაკი: 11 წლიდან 70 წლამდე.

ცეცხლსროლი იარაღით მიყენებული ჭრილობის შედეგად ანევრიზმის განვითარებას ადგილი ჰქონდა —27 შემთხვევაში, ბასრი იარაღით მიყენებული ჭრილობის გამო — 17 შემთხვევაში; მექანიკური ტრავმით კი —8 ავადმყოფი.

ანევრიზმის ლოკალიზაციის მიხედვით ჩვენი მასალა შემდეგ სურათს იძლევა: ბარძაყის არტერია—18 ავადმყოფი; მხრის არტერია—7; მუხლქვეშა არტერია — 7; იღლიის არტერია—5; ლავიწქვეშა არტერია — 4; ღუნდულოვანი არტერია—3; საერთო საძილე არტერია—3; სხივის არტერია — 2; იდაყვის არტერია — 1; მხრის შემომხვევი არტერია — 1; თეძოს გარეთა არტერია—1; ღვიძლის არტერია—1; სახის არტერია—1.

ანევრიზმისათვის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნები შემდეგი სიხშირით გვხვდება: ტკივილს ანევრიზმის მიდამოში უჩიოდა 40 ავადმყოფი, შემსივნებას —31; ანევრიზმის არეში სისტოლურ შუილს ვისმენდით —39 შემთხვევაში. „კატის ღრუტუნს" —15 შემთხვევაში; გულზე სისტოლურ შუილს —7 შემთხვევაში.

ელექტროკარდიოგრაფია გაუკეთდა რვა ავადმყოფს, აქედან სამ შემთხვევაში ელექტროკარდიოგრაფიული მონაცემები იყო ნორმის ფარგლებში; ორ შემთხვევაში აღინიშნებოდა პარკუჭა აგზნებადობის ასინქრონიზმი, ერთ ავადმყოფს ჰქონდა პარკუჭა გამტარებლების შეფერხება; ერთ შემთხვევაში კი სინუსური ტაქიკარდია.

ოსცილოგრაფია გაუკეთდა ხუთ ავადმყოფს. ყველა შემთხვევაში დაავადებულ კიდურზე ოსცილაციის ინდექსი დაქვეითებული იყო.

ჭრილობის მიღებიდან ანევრიზმის განვითარებამდე გასული დრო შემდეგნაირად ნაწილდება: 2 თვემდე —19 შემთხვევა; 4 თვემდე —7; 6 თვემდე —4; 8 თვემდე —3; 10 თვემდე —2; 1 წელზე გვიან —17. ოპერირებული 55 ავადმყოფიდან გარდაიცვალა —6, აქედან ხუთი ავადმყოფი 1919—1938 წლების განმავლობაში. ერთი ავადმყოფი კი 1950 წელს, ღვიძლის არტერიის ანევრიზმით.

ამრიგად, ანევრიზმა შეიძლება იყოს ჭეშმარიტი და ცრუ, ანუ ყალბი. ცრუ ანევრიზმა ძირითადად ვითარდება სისხლძარღვთა ტრავმული დაზიანების შედეგად.

რა და რა სახის ანევრიზმები შეიძლება იყოს?

ანევრიზმა შეიძლება იყოს არტერიული და არტერიო-ვენური.

რით განსხვავდება ერთიმეორისაგან არტერიული და არტერიო-ვენური ანევრიზმა?

არტერიული ანევრიზმის დროს ვითარდება ანევრიზმის პარკი, ხოლო არტერიო-ვენური ანევრიზმის დროს ანევრიზმული პარკი ძალიან მცირეა.

ახლა კი გავარჩიოთ რამდენიმე ავადმყოფი.

ავადმყოფი მ. ნ., ვაჟი, 1 წლის, კლინიკაში მიღებულია როგორც სასწრაფო შემთხვევა. დედის გადმოცემით ხუთი დღის წინ შემთხვევით გადაყლაპა უცხო სხეული.

სურ. 50. საყლაპავ მილში უცხო სხეული (რენტგენოგრამა).

რენტგენოლოგიურად: საყლაპავი მილის მესამე შევიწროების მიდამოში აღინიშნება უცხო სხეული (ღილთონი), დაკბილული კიდეებით.

როგორც ვხედავთ საქმე შეეხება საყლაპავ მილში უცხო სხეულს, რომელიც ბავშვმა ვადაყლაპა ხუთი დღის წინ. უცხო სხეული დიდი ზომისაა, რის გამო ია გაჩხირულია საყლაპავ მილში, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ საყლაპავი მილის კედელზე უკვე განვითარებული იქნება წყლული. რა უნდა გაკეთდეს? პირველყოვლისა, უნდა ვეცადოთ უცხო სხეულის ამოღება, ეზოფაგოსკოპიით, დიდი სიფრთხილით და ძალდატანების გარეშე, რომ არ დაზიანდეს საყლაპავი მილი. თუ უცხო სხეულის ამოღება ეზოფაგოსკოპით არ მოხერხდა, მაშინ საჭიროა ოპერაციული გზით მისი ამოღება. ამ უკანასკნელ შემთხვევაში პირველ რიგში საკითხი დგას გაუტკივარების შესახებ. ვფიქრობთ, გამოვიყენოთ ენდოტრაქეალური ნარკოზი.

შემდეგი საკითხია — თუ რომელი მიდგომით იქნეს ამოღებული უცხო სხეული? ამ შემთხვევაში მიზანშეწონილია გაკეთდეს თორაკოტომია, გაიხსნას საყლაპავი მილი, ამოვიღოთ უცხო სხეული და საყლაპავი მილი გაიკერეს. ამ ოპერაციის შემთხვევაში უნდა გვახსოვდეს, რომ მოსალოდნელია მედიასტინიტის განვითარება, ამიტომ მის წინააღმდეგ თავიდანვე უნდა მივიღოთ პროფილაქტიკური ზომები.

ავადმყოფს გაუკეთდება ეზოფაგოსკოპია.

ავადმყოფი თ. ლ., გოგონა, 13 წლის, ავადმყოფს 4 წლის წინ ნაწლავთა გაუვალობის გამო რაისაავადმყოფოში გაუკეთდა ლაპარატომია. ორი თვის წინ კი გაკეთდა აპენდიქტომია. ოპერაციიდან მეცხრეთე დღეს განუვითარდა ნაწლავთა სრული გაუვალობა. გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია, გაიხსნა მუცლის ღრუ, აღმოჩნდა მსხვილი ნაწლავის მარჯვენა და მარცხენა კუთხის მიდამოში შემოგრეხა, მასთან ერთად შემოგრეხას განიცდიდა მთლიანად მსხვილი ნაწლავი.

კოლინჯი მთლიანად იყო ნეკროზული. ამის გამო გაკეთდა კოლექტომია. ხოლო წვრილი ნაწლავის აბორალური ნაწილი გამოტანილი იქნა მარცხნივ, დამატებით ჭრილობაში, ხელოვნური უკანა ტანის სახით.

წარმოდგენილი შემთხვევა შეეხება ნაწლავთა განვითარების იშვიათ ანომალიას. ეს რომ გასაგები გახდეს, შეეხოთ ზოგიერთ ცნობებს მსხვილი ნაწლავის ანატომიიდან.

მსხვილ ნაწლავში სამ ნაწილს არჩევენ: ბრმა ნაწლავს, კოლინჯსა და სწორ ნაწლავს. კოლინჯი ოთხ ნაწილად იყოფა: ასწვრივი კოლინჯი, განივი კოლინჯი, დასწვრივი კოლინჯი, სიგმოიდური კოლინჯი. ასწვრივი კოლინჯი ღვიძლის ქვემო ზედაპირთან უხვევს მარცხნივ და ქმნის კოლინჯის მარჯვენა ანუ ღვიძლის ნაკეცს, მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში, ელენთასთან განივი კოლინჯი ისევ ქვევით ბრუნდება და ქმნის კოლინჯის მარცხენა ანუ ელენთის ნაკეცს.

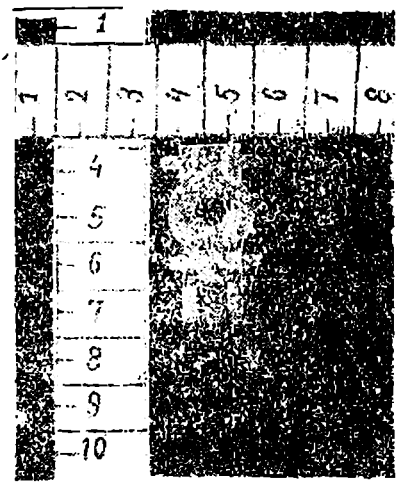
ბრმა ნაწლავი უმრავლეს შემთხვევაში ფიქსირებულია, მას არა აქვს ჯორჯალი. თუმცა იშვიათად გვხვდება ე. წ. მოძრავი ბრმა ნაწლავი, როდესაც ბრმა ნაწლავს აქვს ჯორჯალი. ამის გამო ის შეიძლება შეიგრიხოს, რასაც მოჰყვება ნაწლავთა გაუვალობა. სტატისტიკური მონაცემებით ნაწლავთა მექანიკური გაუვალობიდან ბრმა ნაწლავის შემოგრეხაზე მოდის 3—8%. ჩვენს კლინიკაში ბრმა ნაწლავის შემოგრეხით სულ გვყავდა 13 ავადმყოფი. როგორც ცნობილია, ასწვრივ კოლინჯს დიდ უმრავლეს შემთხვევაში ჯორჯალი. არა აქვს. თუმცა ასწვრივ კოლინჯსაც შეიძლება ჰქონდეს ჯორჯალი. მაგრამ, ის როგორც წესი, მოკლეა. განივ კოლინჯს აქვს საკუთარი ჯორჯალი და ის მსხვილი ნაწლავის მოძრავი ნაწილია. მაგრამ, რადგან განივი კოლინჯის მარჯვენა და მარცხენა კუთხე ფიქსირებულია, მისი შემოგრეხა ზედმიწევნით იშვიათია. ჩვენს კლინიკაში განივი კოლინჯის შემოგრეხის მხოლოდ ერთი შემთხვევა გვქონდა. დასწვრივ კოლინჯს, მსგავსად ასწვრივი კოლინჯისა, ჯორჯალი არა აქვს.

სიგმოიდურ კოლინჯს საკუთარი ჯორჯალი აქვს და ის მსხვილი ნაწლავის მოძრავი ნაწილია. მსხვილი ნაწლავის სხვა ნაწლავებს შორის სიგმოიდური კოლინჯი ყველაზე ხშირად იგრიხება. ჩვენს მასალაზე სიგმოიდური კოლინჯის შემოგრეხას ადგილი ჰქონდა 117 შემთხვევაში. ეს მასალა გაშუქებულია შ. ნემსიწვერიძის მონოგრაფიაში.

ამრიგად, მსხვილ ნაწლავს აქვს მოძრავი და უძრავი ნაწილები, რაც განპირობებულია ჯორჯლის არსებობით.

როგორც იშვიათი ანომალია, ზოგჯერ გვხვდება მსხვილი ნაწლავის საერთო ჯორჯალი, რასაც ადგილი აქვს შემთხვევათა 3—5%-ში. ასეთი ანომალიის დროს შეიძლება განვითარდეს მსხვილი ნაწლავის სრული შემოგრეხა, როგორც ეს ჰქონდა ჩვენს ავადმყოფს, რასაც მოჰყვა ნაწლავის განგრენა და გაუკეთდა კოლექტომია.

ისმის კითხვა — რამდენად ასატანია მსხვილი ნაწლავის სრული ამოკვეთა? ცნობილია, რომ მსხვილი ნაწლავის სრულ ამოკვეთას ორგანიზმი ეგუება. კიდევ მეტიც — ცნობილ მეცნიერს ი. მეჩნიკოვს მსხვილი ნაწლავი ორგანიზმისათვის უსარგებლო და ზიანის მომტანადაც კი მიაჩნდა. სიცოცხლის გახანგრძლივების მიზნით ი. მეჩნიკოვი ურჩევდა მის ამოკვეთას ჯანმრთელ ადამიანებსაც კი. რა თქმა უნდა, ამ მოსაზრებას ჩვენ ვერ გავიზიარებთ, მაგრამ ფაქტია, რომ სხვადასხვა მიზეზის გამო თუ მოხდა მსხვილი ნაწლავის სრული ამოკვეთა, ორგანიზმი ეგუება ამას. რაც არ ითქმის წვრილი ნაწლავის შესახებ, რომლის 2/3 მეტი ნაწილის ამოკვეთა უკვე საშიშროებას წარმოადგენს ორგანიზმისათვის.



სურ. 51. საყლაპავი მილიდან ამოღებული უცხო სხეული.

ამრიგად, ჩვენს ავადმყოფს მსხვილი ნაწლავის შემოგრეხისა და მის შედეგად განვითარებული განგრენის გამო გაუკეთდა კოლექტომია. დაედო ხელოვნური უკანა ტანი. ოპერაცია ავადმყოფმა გადაიტანა.

ბავშვს, რომელმაც გადაყლაპა უცხო სხეული, იგი უკვე ამოუღეს ეზოფაგოსკოპით. იგი წარმოადგენს ლითონის ფირფიტას (სურათი 51).

მსხვილი ნაწლავის კიბოს კლინიკა და მკურნალობა

ავადმყოფი ბ. დ., მამაკაცი, 58 წლის, მიღებულია კლინიკაში სიმსივნით მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, უჩივის უმადობას, წონაში დაკლებას, ბოყინს, გულძმარვას, ტემპერატურის მომატებას. ავადაა შვიდი თვეა.

შემოსვლისას: კანი და ხილული ლორწოვანი გარსები ანემიური, კანის ტურგორი დაქვეითებული. მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში ისინჯება მკვრივი კონსისტენციის, შეხებით მტკივნეული უძრავი სიმსივნე. სისხლის საერთო ანალიზი: ერითროციტები — 3.600.000, ჰემოგლობინი —62%, ფერადობის მაჩვენებელი —0,8, ლეიკოციტები — 3.900. ამრიგად, საქმე გვაქვს ზომიერად გამოხატულ ანემიასა და ლეიკოპენიასთან.

რეაქცია განავალში ფარულ სისხლდენაზე — დადებითია. სწორი ნაწლავიდან შეყვანილმა საკონტრასტო ნივთიერებამ მიაღწია ელენთის ნაკეცამდე, შემდეგ კი გადასულა.

საკონტრასტო ნივთიერება მივაწოდეთ პირიდანაც. კუჭი იშლება ჰიპოტონურად. მკვეთრად დეფორმირებულია გარედან ზეწოლის გამო.

წარმოდგენილ შემთხვევაში საქმე გვაქვს კოლინჯის ღვიძლის ნაკეცის კიბოსთან.

ავადმყოფი ა. ნ., ქალი 56 წლის, მიღებულია კლინიკაში სიმსივნური წარმონაქმნით ილეოცეკალურ მიდამოში, უჩივის წონაში დაკლებას, უმადობას. ავადაა 5 თვეა. დაავადება დაეწყო ყრუ ხასიათის ტკივილით ილეოცეკალურ მიდამოში, ქრონიკული აპენდიციტის დიაგნოზით გაუკეთდა ოპერაცია, მაგრამ მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა და მიმართა კლინიკას.

შემოსვლისას კანი და ხილული ლორწოვანი გარსები ანემიურია კანის ტურგორი მკვეთრად დაქვეითებული. ილეოცეკალურ მიდამოში აღინიშნება ოპერაციის შემდგომი ნაწიბური. იქვე ისინჯება მუშტისოდენა უძრავი. უმტკივნეულო სიმსივნე.

სისხლის ანალიზი: ერითროციტები 3.100.000. ჰემოგლობინი 54%. ფერადობის მაჩვენებელი 0,6. სწორი ნაწლავიდან შეყვანილმა საკონტრასტო ნივთიერებამ მთლიანად აავსო კოლინჯი, ხოლო ბრმა ნაწლავი არ გამოისახა.

ამ შემთხვევაში ვფიქრობთ, რომ საქმე გვაქვს ბრმა ნაწლავის სიმსივნესთან. ავადმყოფი მზადდება საოპერაციოდ.

ავადმყოფი ც. ხ. ძამაკაცი, 62 წლის, მიღებულია კლინიკაში როგორც სასწრაფო შემთხვევა ტკივილით ილეოცეკალურ მიდამოში. ტემპერატურის მომატებით. როგორც ავადმყოფი აღნიშნავს, ავად არის ორი თვეა. დაავადება დაეწყო ყრუ ხასიათის ტკივილით ილეოცეკალურ მიდამოში. ბოლო ერთი თვეა აქვს მაღალი სიცხე, პერიოდული შემცივნებები.

შემოსვლისას: აღნიშნავს ტკივილს ილეოცეკალურ მიდამოში, რომელიც ძლიერდება ღრმა სუნთქვისა და ჩახველების დროს; უჩივის ტკივილის ირიდაციას წელისაკენ. პალპატორულად ილეოცეკალურ მიდამოში ისინჯება მტკივნეული, უძრავი სიმსივნური წარმონაქმნი.

ავადმყოფი რაისაავადმყოფოდან გამოგზავნილია აპენდიკულარული ინფილტრატის დიაგნოზით და იმავე დიაგნოზით მოთავსდა კლინიკაში. ჩვენც პირველ დღეებში გვეგონა აპენდიკულარული ინფილტრატი, მაგრამ კლინიკური მონაცემების მიხედვით და იმის გათვალისწინებით, რომ ავადმყოფის მდგომარეობა დღითი დღე უარესდებოდა, მივედით დასკვნამდე, რომ საქმე გვაქვს ბრმა ნაწლავის სიმსივნესთან, რომელიც ინფიცირებულია; სიმსივნის ნიადაგზე განვითარდა პერიფოკალური ანთება, რაც აპენდიკულარული ინფილტრატის შთაბეჭდილებას სტოვებს.

ავადმყოფი მ. კ., მამაკაცი, 36 წლის, მიღებულია კლინიკაში, როგორც სასწრაფო შემთხვევა — ნაწლავთა გაუვალობით, დაავადების დაწყებიდან მესამე დღეს. მიღებისთანავე გაუკეთდა სიფონისა და ჰიპერტონიული ხსნარის ოყნა, ჰიპერტონიული ხსნარი ვენაში, ყველაფერი ამის შემდეგ გამოვიდა მცირე რაოდენობით გაზები და განავალი. ავადმყოფის მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა. სასწრაფოდ გაუკეთდა ოპერაცია. განაკვეთი შუა ხაზზე; გაიხსნა მუცლის ღრუ, გადმოვიდა მდვრიე ჰემორაგიული გამონადენი, საკმაო რაოდენობით, წვრილი ნაწლავები გადაბერილია. მუცლის ღრუს ორგანოები დათვალიერდა. რექტოსიგმოიდურ ნაწლავში აღინიშნება მკვრივი კონსისტენციის, ფიქსირებული სიმსივნური წარმონაქმნი. მეტასტაზები არ აღინიშნება. მარცხნივ, დამატებითი ჭრილობიდან გამოტანილი იქნა სიგმოიდური კოლინჯი, ხელოვნური უკანა ტანის სახით. რამდენადაც მუცლის ღრუს ორგანოებსა და ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზები არ არის, ავადმყოფს ვამზადებთ ოპერაციის მეორე მომენტისათვის.

საჭმლის მომნელებელი სისტემის კიბოს სიხშირით პირველი ადგილი უჭირავს. ავტორთა უმრავლესობის მონაცემებით და მათ შორის ჩვენი მასალითაც, ყველაზე ხშირად გვხვდება კუჭის კიბო, მეორე-მესა-

მე ადგილზეა ნაწლავთა ავთვისებიანი სიმსივნეები. ჩვენს კლინიკაში წვრილი ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნეებით გატარებულია მხოლოდ 26 ავადმყოფი.

მოკლედ გვინდა შევეხოთ მსხვილი ნაწლავის კიბოს ეტიოლოგიის საკითხს. რა თქმა უნდა, მსხვილი ნაწლავის კიბოს ეტიოლოგიის საკითხი მჭიდროდაა დაკავშირებული ავთვისებიან სიმსივნეთა ეტიოლოგიასთან. საერთოდ მიუხედავად იმისა, რომ ავთვისებიანი სიმსივნე ცნობილია უძველესი დროიდან, მისი გამომწვევი მიზეზი ჯერ კიდევ არ ვიცით. მოწოდებულია მრავალი თეორია და ჰიპოთეზა, მაგრამ ვერც ერთი მათგანი საკითხს საბოლოოდ ვერ სწყვეტს. ჯერჯერობით მსხვილი ნაწლავის კიბოს განვითარების მიზეზებიც არ არის ცნობილი. უშედეგოდ დამთავრდა მსხვილი ნაწლავის ექსპერიმენტული კიბოს მიღების ცდები.

ექსპერიმენტული და კლინიკური დაკვირვება მოწმობს, რომ კიბო არ ვითარდება უშუალოდ შეუცვლელი ქსოვილებიდან; კიბოს განვითარებას წინ უსწრებს რიგი პათოლოგიური ცვლილებები. კიბოსწინარე ცვლილებებს პრეკანცერული დაავადებები ეწოდება. ეს წელზე მეტი გავიდა მას შემდეგ, რაც წარმოიშვა მოძღვრება პრეკანცერის შესახებ. ტერმინი პრეკანცერომატოზი შემოიღო ორტმა.

პრეკანცერი კიბოს განვითარების სავალდებულო სტადიაა, თუმცა კიბო ყოველთვის პრეკანცერიდან არ ვითარდება. კიბოს პროფილაქტიკაში მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს ყველა იმ დაავადების დროულ ამოცნობასა და ლიკვიდაციას, რომლებიც პრეკანცერს წარმოადგენს.

ყველა ავტორი ერთხმად აღიარებს პოლიპისა და პოლიპოზის დიდ როლს მსხვილი ნაწლავის კიბოს განვითარებაში. გ. ბიხოვსკის სამართლიანი აღნიშვნით მსხვილი ნაწლავის პოლიპოზით დაავადებული ადამიანი კიბოთი დაავადების კანდიდატია. კაუდრის აღნიშვნით პოლიპოზის შემდეგ კიბო 40—45%-ში ვითარდება, თუ პოლიპოზით დაავადებული მიაღწევს შუახნის ასაკს.

ჩვენს მასალაზე სამი ავადმყოფის შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა მსხვილი ნაწლავის კიბოსა და პოლიპოზის ერთდროულ არსებობას. სამივე პოლიპოზით დაავადებული იყო კიბოს განვითარებამდე დიდი ხნით ადრე, რაც იმას მოწმობს, რომ კიბო განვითარდა პოლიპოზის ნიადაგზე. აღნიშნულის დამადასტურებელია ერთ-ერთი ჩვენი ავადმყოფი ქალი, ბ. ე., იგი მოიყვანეს კლინიკაში ყრუ ხასიათის ტკივილით მუცლის მარცხენა ნახევარში, ყაბზობით, კუპრისფერი განავლით. წონაში დაიკლო. როგორც გადმოგვცემს, ერთხელ განავალს გამოჰყვა მოწყვეტილი პოლიპი.

რექტორომანოსკოპიით ანუსიდან 20 სმ-ის მოშორებით ჩანს პოლიპი. ნაწლავის სანათური შევიწროებულია.

სწორი ნაწლავიდან შეყვანილმა საკონტრასტო ნივთიერებამ სიგმოიდური კოლინჯის მიდამოში გამოამჟღავნა ავსების დეფექტი. კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევის საფუძველზე დაისვა სიგმოიდური კოლინჯის კიბოს დიაგნოზი, რომელიც დადასტურდა საოპერაციო მაგიდაზე; გაუკეთდა სიგმოიდური კოლინჯის რეზექცია. გაეწერა კლინიკურად გაჯანსაღებული. ამ მაგალითის მიხედვით პოლიპოზის ნიადაგზე კიბოს განვითარება ეჭვს არ იწვევს.

ამჟამად საყოველთაოდ აღიარებულია, რომ ქრონიკული წყლულოვანი კოლიტის ნიადაგზე შეიძლება განვითარდეს მსხვილი ნაწლავის კიბო. აზრთა სხვადასხვაობაა მხოლოდ ქრონიკული წყლულოვანი კოლიტის ნიადაგზე კიბოს განვითარების სიხშირის შესახებ. სტატისტიკური მონაცემებით ქრონიკული წყლულოვანი კოლიტის საფუძველზე კიბო ვითარდება 0,5—14%-ში. საინტერესო ცნობებს იძლევა დაუსონი და პრეის-დევისი, რომლებიც 12 წლის განმავლობაში თვალყურს ადევნებდნენ 663 წყლულოვანი კოლიტით დაავადებულს; 19/2,9% მათგანს განუვითარდა კიბო.

როდესაც წყლულოვანი კოლიტის ნიადაგზე განვითარებას იწყებს კიბო, კოლიტის მოვლენები ქრება. ამ მოვლენას აქვს დიაგნოსტური მნიშვნელობა და მას სათანადო ყურადღება უნდა მიექცეს. ამიტომ წყლულოვანი კოლიტით დაავადებული ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ უნდა იმყოფებოდეს და პერიოდულად უტარდებოდეს კლინიკურ-რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, რომ არ გამოგვეპაროს მალიგნიზაციის დასაწყისი.

ჩვენი მასალის მიხედვით ოთხ შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა წყლულოვანი კოლიტის ნიადაგზე კოლინჯის კიბოს განვითარებას.

ავადმყოფი ფ. დ., მამაკაცი, 57 წლის, მიღებულია კლინიკაში სასწრაფოდ, ნაწლავთა სრული გაუვალობით. ავადმყოფის გადმოცემით 20 წელია დაავადებულია წყლულოვანი კოლიტით. რამდენჯერმე იწვა სხვადასხვა სამკურნალო დაწესებულებაში და ჩატარებული აქვს კოლიტის საწინააღმდეგო მკურნალობა. ორჯერ გადატანილი აქვს გულის ინფარქტი.

გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია — სიგმოიდური კოლინჯის კიბოსა და სრული ობტურაციული გაუვალობის დიაგნოზით. აღმოჩნდა სიგმოიდური კოლინჯის კიბო. სიმსივნე მთლიანად ახშობდა ნაწლავის სანათურს. გაუკეთდა ხელოვნური უკანა ტანი. ოპერაციიდან ოთხი საათის შემდეგ გარდაიცვალა გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მწვავე უკმარისობით.

მსხვილი ნაწლავის კიბო შეიძლება განვითარდეს დივერტიკულის

ნიადაგზე. დივერტიკულში გადადის ნაწლავის შიგთავსი, რის გამო ზოგჯერ ადგილი აქვს ანთებას — დივერტიკულიტს. დივერტიკულის მუდმივი გაღიზიანება ნაწლავის შიგთავსით ზოგჯერ დასაწყისს აძლევს მალიგნიზაციის პროცესს, ვილსონის დაკვირვებაში დივერტიკულის ოთხი შემთხვევიდან ერთი კიბოდ გარდაიქმნება.

რამდენადაც მსხვილი ნაწლავის დივერტიკულმა შეიძლება განიცადოს მალიგნიზაცია, ამიტომ დივერტიკულის დროული მკურნალობაც მსხვილი ნაწლავის კიბოს პროფილაქტიკაა. ჩვენ გვყავდა ავადმყოფი მსხვილი ნაწლავის დივერტიკულით. მიზანშეწონილად მიგვაჩნია განვიხილოთ მისი ავადმყოფობის ისტორია.

ავადმყოფი კ. ა., ქალი, 40 წლის, გადმოიყვანეს თერაპიული კლინიკიდან, ჩივილებით: პერიოდული ტკივილები მუცელში, შებერილობაზე, ტემპერატურის მომატებაზე, ქოშინზე და ქვემო კიდურების შეშუპებაზე. ავადაა 8 თვეა. დაავადება დაეწყო ქოშინით, სიარულის გაძნელებითა და ქვემო კიდურის შეშუპებით. მოათავსეს ერთ-ერთ საავადმყოფოში, გულის ნაკლოვანების დიაგნოზით. ჩაუტარდა კონსერვატული მკურნალობა და გაეწერა გაუმჯობესებულ მდგომარეობაში. ერთი თვის შემდეგ ისევ განუვითარდა აღნიშნული მოვლენები. განმეორებით მოათავსეს სტაციონარში. ჩაუტარდა კონსერვატული მკურნალობა ისევ გულის დაავადების გამო და გაეწერა გაუმჯობესებულ მდგომარეობაში. მესამედ იმავე ჩივილებით მოთავსდა რესპუბლიკის ცენტრალური კლინიკური საავადმყოფოს თერაპიულ განყოფილებაში.

ავადმყოფი გამოკვლეულია კლინიკურ-ლაბორატორიულად. სისხლი და შარდი ნორმის ფარგლებში, ელექტროკარდიოგრამა ნორმის ფარგლებში, კაპილაროსკოპია ცვლილებებს არ ამჟღავნებს, ქსოვილების ჰიდროფილობა ნორმალური. ავადმყოფის გამოკვლევა მიმართული იყო გულის პათოლოგიის გამოსამჟღავნებლად, მაგრამ ამ მხრივ შემჩნეული არ იყო ცვლილებები. გულის დაავადება გამოირიცხა.

ყურადღება მიიპყრო იმ გარემომ, რომ შეტევის პერიოდში ავადმყოფს აქვს იძულებითი მდგომარეობა — ფეხზე დგას, ან ზის, რაც უმსუბუქებს მდგომარეობას. ამავე დროს შეტევის დროს აქვს ნაწლავთა ნაწილობრივი გაუვალობის მოვლენები, მუცლის შებერილობა და ქოშინი. ჰაერის უკმარისობა და ქვემო კიდურების შეშუპება შეტევის პერიოდში დაკავშირებულია ნაწლავთა ნაწილობრივი გაუვალობისა და მუცლის შებერილობასთან. შესწავლილ იქნა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტი. პირველყოვლისა რენტგენოლოგიურად საკონტრასტო ნივთიერება მიეცა პირიდან; გაშუქებისას: ნაწლავები გადაბერილია გაზებით და მათი ზეწოლის გამო კუჭი გადაწეულია მარჯვნივ. კუჭის მხრივ რაიმე პათოლოგია არ გამოვლინდა. კუჭის საკონსტრასტო ნივთიერებისაგან

დაიცალა ორი საათის შემდეგ. წვრილი ნაწლავის მარყუჟები თანაბრად გაივსო. 24 საათის შემდეგ აიკსო მსხვილი ნაწლავი. წვრილი ნაწლავის ტერმინალურ ნაწილში საკონტრასტო ნივთიერება ჯერ კიდევ დარჩა. თეძოს ნაწლავის ბრმა ნაწლავთან შეერთებამდე ჩანს დამატებითი ჩრდილი, რომელიც შეერთებულია ასწვრივი კოლინჯის სანათურთან. აღნიშნული ჩრდილი დივერტიკულის გამოსახულებაა.

სურ. 52. ბრმანაწლავის დივერტიკული (რენტგენოგრამა).

გაუკეთდა ოპერაცია ბრმა ნაწლავის დივერტიკულის დიაგნოზით (ადგილობრივი ანესთეზია). გაიხსნა მუცლის ღრუ, დათვალიერდა ბრმა ნაწლავი, რომლის მედიალურ კედელზე აღმოჩნდა ქათმის კვერცხის ოდენობის დივერტიკული, მკვეთრად გამოხატული პერიდივერტიკულიტიითა და შესორცებებით. დივერტიკული ამოიკვეთა, ნაწლავის თლიანობა აღდგა.

ოპერაციის შემდგომ გართულებას ადგილი არ ჰქონია, გაეწერა კლინიკურად გაჯანსაღებული.

პრეპარატის ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევით აღმოჩნდა ნაწლავის კედლის ქრონიკული ანთებადი ცვლილებები.

ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფი კლინიკაში იმყოფებოდა დაკვირვებისათვის ერთი თვე, არავითარი ჩივილი არ ჰქონია. ასევე გაწერის შემდეგ რამდენჯერ შემოწმებული იყო და თავს კარგად გრძნობდა.

შემთხვევა მრავალმხრივაა საინტერესო. ავადმყოფს ჰქონდა ბრმანაწლავის დივერტიკული საკმაოდ დიდი ოდენობისა, რომელშიც გადადიოდა ნაწლავის შიგთავსი, ვითარდებოდა ანთება, რაც იწვევდა ნაწლავთა ნაწილობრივ გაუვალობას. გაბერილი ნაწლავები ერთის მხრივ აწვებოდა ქვემო ღრუ ვენას და ვითარდებოდა ქვემო კიდურების შეშუპება, მეორეს მხრივ დიაფრაგმა მაღლა იწევდა და აძნელებდა გულის მუშაობას, როგორც კი აღდგებოდა ნაწლავის განვლადობა, გულის მუშაობაც უმჯობესდებოდა, ჰქრებოდა ქვემო კიდურების შეშუპება. ეს მექანიზმი დადასტურდა ოპერაციის შემდგომი დაკვირვებებით.

მსხვილი ნაწლავის კიბოს განვითარებას ხელს უწყობს ყაბზობა და შეგუბებითი მოვლენები. მკვრივი ფეკალური მასა იწვევს ლორწოვანი

გარსის სუსტ, მაგრამ მუდმივ ტრავმირებას, ამას თან ერთვის ინდოლის, ფენოლის, სკატოლის ქიმიური ზემოქმედება. ინდოლს, სკატოლსა და ფენოლს კი აქვს კანცეროგენული თვისება. ამიტომ სრულიად სამართლიანია ნ. პეტროვის აღნიშვნა, რომ „ყაბზობის პროფილაქტიკა მსხვილი ნაწლავის კიბოს პროფილაქტიკაა“.

მსხვილი ნაწლავის კიბოს ფორმები შეიძლება გავყოთ ორ ძირითად ჯგუფად:

1. ეგზოფიტური ფორმა. იზრდება ნაწლავის სანათურში, ზის ფარ-

სურ .53. განივი კოლინჯის უბნო-ეგზოფიტური ფორმა.

თო ფუძეზე და ლოკალიზებულია ნაწლავის კედლის ერთ მხარეზე.

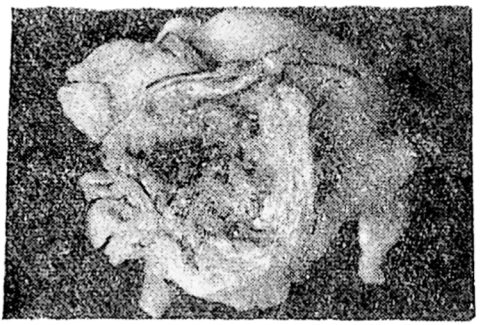
2. ენდოფიტური ფორმა იზრდება ნაწლავის კედლის სისქეში. დიფუზურად ასქელებს ნაწლავის კედელს და იწვევს სანათურის შევიწროებას.

თითქმის ყველა ავტორის დაკვირვებით უფრო ხშირად გვხვდება მსხვილი ნაწლავის ადენოკარცინომა.

მსხვილი ნაწლავის კიბოს ახასიათებს მრავლობითი მეტასტაზები. ფროვენი აღწერს შემთხვევას, როდესაც ბრმანაწლავის კიბოს დროს მეტასტაზები იყო სათესლე და წინამდებარე ჯირკვალში. შარდის ბუშტში, მარჯვენა შარდსაწვეთის კედელში, სწორ ნაწლავში, რეტროპერიტონეალურ სივრცეში. ამ მხრივ საინტერესოა ჩვენი ერთი ავადმყოფი ა. ი., მამაკაცი, 17 წლის, მიღებულია კლინიკაში ტკივილით მუცელში. ქვემო კიდურების შეშუპებითა და წონაში დაკლებით. ავადაა სამი თვეა, კლინიკაში მიღებიდან მესამე დღეს გარდაიცვალა. გაკვეთისას აღმოჩნდა სიგმოიდური კოლინჯის კიბო, მეტასტაზებით ღვიძლში, თირკმელში, ნაღვლის ბუშტის სადინარში, პანკრეასში, თავის ტვინის მაგარ გარსში, რეტროპერიტონეალურ სივრცეში.

მსხვილი ნაწლავის კიბოთი შეიძლება დაავადებული იყოს ყველა

ასაკის ადამიანი, მაგრამ უფრო ხშირად ის გვხვდება 40—60 წლის ასაკში, ჩვენი მასალით —56,1%-ში. ჩვენ ავადმყოფთა შორის ყველაზე ახალგაზრდა 15 წლისა იყო. ყველაზე ხნიერი კი 85 წლისა. როგორც ვხედავთ, ასაკის დიაპაზონი მეტად ფართოა. კიდევ მეტი. ლ. გოლდზანს ჰყავდა შვიდი თვის ბავშვი, რომელსაც ჰქონდა აიგმოიდური კოლინჯის სარკომა, ხოლო დედერერს აღწერილი აქვს მსხვილი ნაწლავის კიბო 92 წლის ასაკში.



სურ. 54 სიგმოიდური კოლინჯის ბოჭკოფიტური ფორმა

მსხვილი ნაწლავის სხვადასხვა ნაწილში კიბო ერთნაირი სიხშირით არ ვითარდება. ჩვენი 125 ავადმყოფობიდან მსხვილი ნაწლავის მარჯვენა ნახევრის კიბო იყო 49,1%: განივი კოლინჯის კიბო 13%, მარცხენა ნახევრის კიბო კი — 37,9%.

სურ. 55. ღვიძლის ნაკეცის კიბო-ბოჭკოვანი ფიტური ფორმა.

სურ. 56. იგივე პრეპარატი განივ განაკვეთზე.

ცალკეულ მიდამოში კიბოს ლოკალიზაციის სიხშირე შემდეგ სურათს იძლევა: ბრმა ნაწლავის კიბოთი გვყავდა 34 ავადმყოფი; ასწვრივი კოლინჯის —11, ღვიძლის ნაკეცის — 16, განივი კოლინჯის — 15; ელენთის ნაკეცის 8. დასწვრივი კოლინჯის—3; სიგმოიდური კოლინჯის —38.

ამრიგად, მსხვილი ნაწლავის მარჯვენა ნახევარში კიბო უფრო ხშირად ლოკალიზდება ბრმა ნაწლავში; მარცხენა ნახევარში კი — სიგმოიდურ კოლინჯში. საერთოდ მსხვილი ნაწლავის კიბოს დროს სიმსივნის ლოკალიზაციის სიხშირის მიხედვით ერთიმეორეს ეჯიბრება ბრმა ნაწლავი და სიგმოიდური კოლინჯი.

მსხვილი ნაწლავის ცალკეულ ნაწილში კიბოს ლოკალიზაციის სიხშირესთან ერთად უნდა განვიხილოთ პირველადი, მრავლობითი კიბოს შემთხვევები. მრავლობითი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნე პირველად 1847 წელს აღწერა რენომ. ხოლო პირველადი, მრავლობითი ავთვისებიანი სიმსივნე დაწვრილებით აღწერა ბილროტმა (1896); მანვე მოგვაწოდა სამი ძირითადი ნიშანი, რომლებიც ახასიათებს პირველად, მრავლობით კიბოს:

1. სიმსივნე სხვადასხვა ორგანოში.
2. სხვადასხვა შენების სიმსივნე.
3. ერთი სიმსივნე არ უნდა წარმოადგენდეს მეორის მეტასტაზს.

მსხვილი ნაწლავის პირველადი, მრავლობითი კიბოს შემთხვევა პირველად გამოაქვეყნა ფერგენომმა (1888): მის ავადმყოფს ერთდროულად ჰქონდა ასწვრივი კოლინჯისა და ელენთის ნაკეცის კიბო.

მსხვილი ნაწლავის მრავლობითი კიბო შეიძლება განვითარდეს ერთდროულად (სინქრონული) და სხვადასხვა დროს, ზოგჯერ რამდენიმე წლის შემდეგაც კი (მეტაქრონული).

კოლინჯის კიბოს გამო ნაწარმოები რადიკალური ოპერაციის შემდეგ განმეორებითი კიბო ყოველთვის არ უნდა მივაკუთვნოთ მეტასტაზს ან რეციდივს; მხედველობაში უნდა გვქონდეს კოლინჯის მრავლობითი (მეტაქრონული) კიბოს შესაძლებლობა. ამ თვალთახილვით მეორე კიბო ყოველთვის არ წარმოადგენს ინოპერაბილურს.

ჩვენი მასალის მიხედვით ორ შემთხვევაში გვქონდა მსხვილი ნაწლავის პირველადი, მრავლობითი კიბო. მოგვყავს ამონაწერი ერთ-ერთი ისტორიიდან. ავადმყოფი მ. ო., მამაკაცი, 36 წლის, მიღებული იყო კლინიკაში ტკივილით ილეოცეკალურ მიდამოში, გულისრევით, წონაში დაკლებით, პალპატორულად ილეოცეკალურ მიდამოში ისინჯებოდა მამაკაცის მუშტისოდენა, სადა ზედაპირის მოძრავი და უმტკივნეულო სიმსივნე.

რენტგენოლოგიურად ბრმა ნაწლავში აღინიშნებოდა ავსების დეფექტი, უსწორო კიდეებით.

გაუკეთდა ოპერაცია ბრმა ნაწლავის სიმსივნის დიაგნოზით. მუცლის ღრუს ორგანოებში მეტასტაზები არ იყო. გაკეთდა მარჯვენამხრივი ჰემოკოლექტომია. პრეპარატის ჰისტოპათოლოგიური დიაგნოზი: ადენოკარცინომა.

გაეწერა კლინიკურად გაჯანსაღებული. ოპერაციიდან ერთი წლის შემდეგ ავადმყოფი განმეორებით შემოვიდა კლინიკაში ტკივილით მუცლის მარცხენა ნახევარში, პერიოდული ყაბზობა-ფაღარათობით, ლორწოს დეფეკაციით და ჩირქის გამოყოფა. აღნიშნული მოვლენები დაწყებია ოთხი თვის წინ.

შემოსვლისას: უკანა ტანიდან თითით ისინჯებოდა ხორკლოვანი ზედაპირის მქონე სიმსივნე.

საკონტრასტო ნივთიერება შეყვანილია სწორ ნაწლავში. რენტგენოლოგიურად: სწორი ნაწლავის დასაწყის ნაწილში დიდი ზომის ავსების დეფექტი.

გაუკეთდა ოპერაცია. სწორი ნაწლავის ამპულარულ ნაწილში აღმოჩნდა კიბო. მუცლის ღრუს ორგანოებში მეტასტაზები არ იყო; გაუკეთდა სწორი ნაწლავის ერთმომენტიანი აბდომინოპერინეალური ამპუტაცია (კენიუს ოპერაცია). ოპერაციის შემდგომი პერიოდი გართულების გარეშე. გაეწერა კლინიკურად გაჯანსაღებული. პირველი ოპერაციის შემდეგ გავიდა 15 წელი. თავს კარგად გრძნობს, ჩივილები არა აქვს.

მსხვილი ნაწლავის კიბოს სიმპტომო-კომპლექსში პირველი ადგილი უკავია მუცლის მიდამოში სხვადასხვა ინტენსივობით გამოხატულ ტკივილს, რომელიც დაკავშირებული არ არის საკვების მიღებისა და კვების ხასიათთან.

მსხვილი ნაწლავის კიბოს ერთ-ერთ ადრეულ სიმპტომს წარმოადგენს „ნაწლავთა დისკომფორტის“ მოვლენები, რაც გულისხმობს უმადობას, სიმძიმის შეგრძნებას მუცელში, გულძმარვას, ბოყინს, ყურყურს, მუცლის შებერვას, დაუკმაყოფილებლობის შეგრძნებას საკვების მიღების შემდეგ, გულისრევას, ზოგჯერ პირღებინებას, ცუდ გემოს პირში. თუ ეს მოვლენები დიეტური რეჟიმის შემდეგაც რჩება, გვაფიქრებინებს მსხვილი ნაწლავის კიბოზე, თუმცა ისიც უნდა ითქვას, რომ „ნაწლავთა დისკომფორტის“ მოვლენები ვითარდება საჭმლის მომნელებელი სისტემის სხვა დაავადებების დროსაც, მაგალითად წყლულოვანი დაავადება, კუჭის კიბო, ქრონიკული აპენდიციტი და ქოლეცისტიტი. ყოველივე ეს კი აძნელებს დაავადების დროულად გამოცნობას. თუ მოგვმართავს ავადმყოფი, რომელიც თავს ჯანმრთელად გრძნობდა, მაგრამ უკანასკნელ ხანებში განუვითარდა „ნაწლავთა დისკომფორტის“ მოვლენები, სხვა დაავადებებთან ერთად უნდა ვიფიქროთ მსხვილი ნაწლავის კიბოზეც, შემდგომი გამოკვლევებით დავადგინოთ ან ვა-

მოვრიცხოთ იგი. დაავადების განვითარების პროცესში „ნაწლავთა დისკომფორტის“ მოვლენები თანდათანობით მცირდება და სუსტდება.

მსხვილი ნაწლავის კიბოს ადრეულ სიმპტომოკომპლექსში აღსანიშნავია ნაწლავთა ფუნქციური მოშლილობანი, როგორიცაა შეკრულობა, ფაღარათობა, შეკრულობა-ფაღარათობის მორიგეობა. კოლინჯის მარჯვენა ნახევრის კიბოს დროს უფრო ხშირად ადგილი აქვს ფაღარათობას; კოლინჯის მარჯვენა ნახევარში შიგთავსი თხიერი კონსისტენციისაა, მისი ძირითადი ფუნქცია — შეწოვაა, კიბოს დროს კი შეწოვის ფუნქცია ირღვევა (სუსტდება), ძლიერდება ნაწლავის პერისტალტიკა; ამავე დროს კოლინჯის მარჯვენა ნახევარში უფრო ხშირად ვითარდება ეგზოფიტური ფორმის კიბო, რომელიც არ აფერხებს შიგთავსის გადაადგილებას; ეს ყველაფერი კი ხელს უწყობს ფაღარათობას.

იმ შემთხვევაში, როცა კიბო მსხვილი ნაწლავის მარცხენა ნახევარშია ლოკალიზებული, უფრო ხშირად ადგილი აქვს შეკრულობასა და შეკრულობა-ფაღარათობის მორიგეობას. ამ დროს შეკრულობა იმით აიხსნება, რომ კოლინჯის მარცხენა ნაწილში შიგთავსი მკვრივი კონსისტენციისაა, ვითარდება ენდოფიტური ფორმის კიბო: იგი ავიწროებს ნაწლავის სანათურს, ხელს უშლის შიგთავსის გადაადგილებას.

შეკრულობა-ფაღარათობის მორიგეობას იწვევს ის გარემოება, რომ მკვრივი კონსისტენციის შიგთავსი ხვდება წინააღმდეგობას, შეჩერდება და იწვევს ლორწოვანი გარსის გაღიზიანებასა და ანთებას. ამას კი მოჰყვება სეკრეციის გაძლიერება და ლორწოს დიდი რაოდენობით გამოყოფა, რაც შიგთავსის გათხიერებას იწვევს. თხიერი შიგთავსი ადვილად გაივლის ნაწლავის შევიწროებულ სანათურში და იწყება ფაღარათი, შემდეგ ისევ განვითარდება შეკრულობა და ა. შ. სწორედ ამით აიხსნება ის, რომ შეკრულობა უფრო დიდხანს გრძელდება, ვიდრე ფაღარათობა.

მსხვილი ნაწლავის კიბოს დროს შეკრულობა და ფაღარათობა განსხვავდება ქრონიკული კოლიტისაგან. კოლიტის დროს შეკრულობა და ფაღარათობა ემორჩილება მედიკამენტურ და დიეტურ მკურნალობას, კიბოს დროს კი — არა; შეკრულობისა და ფაღარათობის მორიგეობა არარეგულარულია.

მსხვილი ნაწლავის კიბოზე ზოგჯერ მიუთითებს პალპაციით შეგრძნობილი სიმსივნე. სიმსივნის პალპაციით შეგრძნება დამოკიდებულია მის ლოკალიზაციაზე, ოდენობაზე, ნაწლავის მდგომარეობაზე, გამოკვლევის მომენტში, ავადმყოფის მდგომარეობაზე უფრო ადვილად ისინჯება ეგზოფიტური ფორმის კიბო, ვიდრე ენდოფიტური; ამავე დროს სიმსივნე პალპატორულად უფრო ადვილად ისინჯება ქალებში, ვიდრე მამაკაცებში, რაც დამოკიდებულია მუცლის პრესის ანატომიური თავისებურებებით. ზოგიერთ შემთხვევაში სიმსივნეს ამჩ-

ნევს ავადმყოფი. უნდა გვახსოვდეს, რომ სიმსივნის პალპაციით შეგრძნება არ არის დაავადების ადრეული ნიშანი.

მსხვილი ნაწლავის კიბოს სიმპტომოკომპლექსში ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია განავალში პათოლოგიურ ელემენტებს (სისხლი, ლორწო, ჩირქი და სიმსივნის უჯრედები).

კიბოს ლოკალიზაციის დროს, მსხვილი ნაწლავის აბორალურ ნაწილში სისხლი გამოიყოფა დეფეკაციის წინ, ხოლო ადორალური ნაწილის კიბოს დროს სისხლი შერეულია განავალთან. ეს მომენტი შეიძლება გამოვიყენოთ დიფერენციული დიაგნოსტიკისათვის.

ბუასილის დროს სისხლი გამოიყოფა დეფეკაციის ბოლოს. საერთოდ სისხლი განავალში საგანგაშო სიმპტომია. მით უმეტეს, თუ მას სისტემატური ხასიათი აქვს, ხშირად იგი ავთვისებიანი სიმსივნის მომასწავებელია.

მსხვილი ნაწლავის კიბო ზოგჯერ გამოვლინდება ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის გაუარესებით, ადვილად დაღლით, თავის ტკივილით, თავბრუს ხვევით, უმადობით, პროგრესიული სიგამხდრით. ფერმკრთალობით; ასეთ შემთხვევაში სისხლის ანალიზი გამოავლენს ჰიპოქრომულ ანემიას. ანემია მსხვილი ნაწლავის კიბოს ერთ-ერთი ხშირი თანამგზავრია. ამავე დროს ზოგჯერ ანემია არის კიბოს პირველი და გარკვეული დროის მანძილზე ერთადერთი ნიშანი. ანემია უფრო ხშირად ვითარდება მსხვილი ნაწლავის მარჯვენა ნახევრის, განსაკუთრებით კი ბრმა ნაწლავის კიბოს დროს. ანემიის მთავარი მიზეზია ორგანიზმის ინტოქსიკაცია დაწყლულებული სიმსივნის დაშლის პროდუქტებით. თუ რაში მდგომარეობს ეს ინტოქსიკაცია, როგორია მისი ბიოლოგიური და ქიმიური ბუნება, თუ რატომ ვითარდება ანემია უფრო ხშირად კუჭისა და ბრმა ნაწლავის კიბოს დროს, ხოლო საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის ყველა მიდამოს კიბოს შემთხვევაში, უფრო იშვიათად, — საბოლოოდ გადაწყვეტილი არ არის. ანემიის განვითარება არ აიხსნება ნაწლავიდან სისხლდენით; ჯერ ერთი ამ დაავადების დროს ანემიას უფრო ხშირად აქვს ადგილი, ვიდრე ნაწლავიდან სისხლდენას; მეორე — ანემია უფრო ხშირად ვითარდება მარჯვენამხრივი კიბოს დროს, ნაწლავიდან სისხლდენა კი მარცხენამხრივის დროს. ანემია ჯერ კიდევ არ მოწმობს კიბოს შორსწასულ ფორმას და არ წარმოადგენს რადიკალური ოპერაციის წინააღმდეგ ჩვენებას.

ნ. კოჟევნიკოვი აღწერს შემთხვევას, როდესაც ბრმა ნაწლავის კიბოს დროს ჰემოგლობინი 19% იყო. ავადმყოფს გაუკეთდა მარჯვენამხრივი ჰემოკოლექტომია, რის შემდეგ ჰემოგლობინმა პროგრესულად დაიწყო მომატება. ჩვენს ერთ-ერთ ავადმყოფს, რომელსაც ჰემოგლობინი 32% ჰქონდა, გაუკეთდა რადიკალური ოპერაცია; ჰემოგლობინმა დაიწყო მატება და ავადმყოფი გაეწერა კლინიკიდან გაჯანსაღებული.

ხდება პირიქითაც, თუ რადიკალური ოპერაცია არ გაკეთდა, ჰემოგლობინის რაოდენობა თანდათანობით კლებულობს. ჩვენს ერთ-ერთ ავადმყოფს, რომელსაც ბრმანაწლავის კიბო ჰქონდა, გაუკეთდა პალიატიური ოპერაცია (ილეოტრანსვერზოანასტომოზი). ოპერაციამდე ჰემოგლობინი იყო 45%, ოპერაციის შემდეგ თანდათანობით შემცირდა დადავიდა 18%-ზე, ავადმყოფი დაიღუპა.

ზოგიერთ შემთხვევაში მსხვილი ნაწლავის კიბო მიმდინარეობს მაღალი ტემპერატურით, რაც შეიძლება გახდეს დიაგნოზური შეცდომის მიზეზი. დ. აბდურასულოვი აღწერს ავადმყოფებს, რომლებიც დაავადებული იყვნენ მსხვილი ნაწლავის კიბოთი და ჰქონდათ მაღალი ტემპერატურა. მათ მკურნალობდნენ ენდოკარდიტის, მალარიისა და ბრუცელოზის დიაგნოზით. ჩვენს ერთ-ერთ ავადმყოფს, რომელიც დაავადების დაწყებას უკავშირებდა ტემპერატურის მომატებას, რაიონულ საავადმყოფოში მკურნალობდნენ ექსუდაციური პლევრიტის დიაგნოზით. მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა და ავადმყოფი გადმოგზავნეს თერაპიულ კლინიკაში. ავადმყოფის კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევით დადგინდა ბრმანაწლავის კიბოს დიაგნოზი, რაც საოპერაციო მაგიდაზეც დადასტურდა, მაგრამ ინოპერაბილური აღმოჩნდა.

ასეთი დიაგნოზური შეცდომები იმით არის გამოწვეული, რომ გაურკვეველი ეტიოლოგიის ცხელების დროს ექიმი ნაკლებად ფიქრობს კიბოზე მაშინ, როცა კიბოს დროს ტემპერატურის მომატებას არც ისე იშვიათად აქვს ადგილი; კლენტონის მონაცემებით მსხვილი ნაწლავის კიბოთი დაავადებულთა 70,3%-ს ოპერაციის წინა პერიოდში აღენიშნებოდა ტემპერატურის მომატება.

ჩვენი მასალით, დაავადების დასაწყისში სხვა სიმპტომებთან ერთად ტემპერატურის მომატებას ადგილი ჰქონდა 29,7%-ში.

მსხვილი ნაწლავის კიბოს სიმპტომოკომპლექსში, სიხშირისა და კლინიკური მიმდინარეობის სიმძიმის მიხედვით, ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია ობტურაციულ გაუვალობას. მსხვილი ნაწლავის კიბოს ნიადაგზე განვითარებულ გაუვალობას ზოგიერთი ავტორი მწვავე გაუვალობას უწოდებს. რაც სწორი არ არის, რადგან მწვავე გაუვალობა ვითარდება სტრანგულაციის, ნაწლავის მოტრიალება-შემოგრეხის, ნაწლავის ჩაჭედვის ნიადაგზე. სიმსივნით გამოწვეულმა გაუვალობამ შეიძლება შექმნას მწვავე გაუვალობის შთაბეჭდილება, მაგრამ თუ ავადმყოფს გულდასმით გამოკითხავთ, გამოირკვევა, რომ გაუვალობის მოვლენები დაეწყო რამდენიმე დღის წინ. ნაწლავის სანათური თანდათან ვიწროვდება და საბოლოოდ დაიხშობა, რასაც მოჰყვება სრული გაუვალობა. ამრიგად, სრული გაუვალობა ქრონიკული გაუვალობის საბოლოო ეტაპია.

გაუვალობა უფრო ხშირად ვითარდება კოლინჯის მარცხენა ნახევრის კიბოს დროს. რაც უფრო დისტალურად არის ლოკალიზებული კიბო, მით უფრო ხშირად ვითარდება გაუვალობა; ეს მოვლენა განპირობებულია იმითაც, რომ კოლინჯის მარცხენა ნახევრის სანათური უფრო ვიწროა, ვიდრე მარჯვენასი, მარცხენა ნახევარში ხშირად ვითარდება ენდოფიტური ფორმის კიბო, რომელიც იწვევს ნაწლავის კედლის გასქელებას დიფუზურად და მისი სანათურის შევიწროებას, კოლინჯის მარცხენა ნახევარში ჩამოყალიბდება ფეკალური მასა და შიგთავსი მკვრივი კონსისტენციისა ხდება.

გაუვალობა შეიძლება განვითარდეს ბრმა ნაწლავის კიბოს დროსაც, განსაკუთრებით თუ კიბო მდებარეობს ბაუგინის სარქველთან და იწვევს სანათურის შევიწროებას ან ილეოცეკალურ ინვაგინაციას. კოლინჯის მარჯვენა ნახევრის კიბოს დროს გაუვალობა შედარებით ხშირად ვითარდება, როდესაც სიმსივნე მდებარეობს ღვიძლის ნაკეცის მიდამოში. ღვიძლის ნაკეცთან ნაწლავი იდრიკება და მისი სანათური ვიწროვდება; თუ კიბო განვითარდა, განაპირობებს მისი სანათურის სწრაფად დახშობას.

ჩვენი მასალების მიხედვით მსხვილი ნაწლავის კიბოთი დაავადებული 125 ავადმყოფიდან გაუვალობის გამო კლინიკაში მოთავსებული იყო 56 (56,7%), რომელთაც დაავადება კლინიკურად პირველად გამოუვლინდათ ნაწლავთა გაუვალობით. ეს არ ნიშნავს, რომ ამ ავადმყოფებს გაუვალობის განვითარებამდე არ ჰქონდათ მსხვილი ნაწლავის კიბოს დამახასიათებელი მოვლენები კუჭ-ნაწლავის მხრივ, მაგრამ, ალბათ, კუჭ-ნაწლავის მოქმედების აშლილობას სათანადო ყურადღებას არ აქცევდნენ.

დასასრულ უნდა აღვნიშნოთ, რომ მსხვილი ნაწლავის კიბოს დაწყებითი სიმპტომები მეტად მრავალფეროვანია და მსგავსად საჭმლის მომნელებელი სისტემის სხვა დაავადებების სიმპტომებისა, დაავადება ზოგჯერ გამოვლინდა ერთი რომელიმე სიმპტომით, ან გართულებით. უფრო ხშირად კი დაავადებაზე მიუთითებს ზემოდ განხილული სიმპტომოკომპლექსი. მსხვილი ნაწლავის კიბოსთან დამახასიათებელი ამა თუ იმ სიმპტომის გამოჩენისთანავე ავადმყოფი არ მიმართავს ექიმს, ფიქრობს, რომ ესა თუ ის მოვლენა თავისით გაივლის, აღნიშნულის საილუსტრაციოდ შეიძლება მოვიყვანოთ ისეთი „საგანგაშო" სიმპტომი, როგორიცაა ავადმყოფის მიერ მუცლის მიდამოში სიმსივნის შეგრძნება. ავადმყოფებიდან სიმსივნური წარმონაქმნის არსებობაზე მიუთითებდა 30%, მაგრამ არც ერთ მათგანს სიმსივნის შეგრძნებისთანავე არ მიუმართავს ექიმისათვის.

ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ მსხვილი ნაწლავის კიბოს არ ახასიათებს უსიმპტომო დასაწყისი. დაავადების დაწყებისთანავე თავს იჩენს

როგორც ადგილობრივი, ისე ზოგადი ცვლილებები, რასაც ავადმყოფი და ზოგჯერ ექიმიც სათანადო ყურადღებას არ აქცევს. დაავადების დამახასიათებელი ე. წ. „მცირე სიმპტომების“ შეუფასებლობის შედეგია დაგვიანებული დიაგნოზი.

მსხვილი ნაწლავის კიბოს ახასიათებს ნელი მიმდინარეობა, იგი გვიან იძლევა მეტასტაზს. კლინიკური მიმდინარეობა დამოკიდებულია კიბოს ლოკალიზაციაზე, მსხვილი ნაწლავის მარჯვენა ნახევრის კიბოს ახასიათებს ზოგადი მდგომარეობის გაუარესება, რაც განპირობებულია ნაწლავის ამ მონაკვეთის ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებებით, მარცხენა ნახევრის კიბოს შემთხვევაში კი — ევაკუაციური ფუნქციის დარღვევა.

კოლინჯის კიბოზე ეჭვის შემთხვევაში ავადმყოფის გამოკვლევა უნდა დავიწყოთ ანამნეზის შეგროვებით. საერთოდ ანამნეზის შეკრება ავადმყოფის გამოკვლევის პირველი ეტაპია.

ჩივილებიდან ყურადღება უნდა მიექცეს დეფეკაციის სხვადასხვა სახის მოშლილობას. ავადმყოფს გულდასმით უნდა გამოვკითხოთ აქვს თუ არა მას შეკრულობა, ხმარობს თუ არა საფაღარათოს ან ოყნას. შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ფაღარათობას, ან ფაღარათობა ახლად განვითარებულია — მწვავე თუ ქრონიკული. ზოგჯერ ავადმყოფი უჩივის შეკრულობა-ფაღარათობის მორიგეობას; ასეთ შემთხვევაში უნდა გავარკვიოთ შეკრულობაა უფრო ხანგრძლივი, თუ ფაღარათობა. ავადმყოფს უნდა გამოვკითხოთ — შეიცავს თუ არა განავალი სისხლს, ლორწოს, ჩირქს. ანამნეზის შეკრებისას განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს საჭმლის მომნელებელი სისტემის მხრივ მოვლენებს: უმადობას, ცუდ გემოს პირში, გულძმარვას, ბოყინს, გულისრევას, ღებინებას, ყურყურს, შებერილობას, სიმძიმის შეგრძნობას მუცელში და სხვა. საერთოდ კარგად შეკრებილი ანამნეზის მიხედვით დაავადების დასაწყისშივე შეიძლება მივიტანოთ ეჭვი მსხვილი ნაწლავის კიბოზე.

მსხვილი ნაწლავის კიბოს დროს მნიშვნელობა აქვს სიმსივნის ვასინჯვას პალპაციით. ზოგჯერ სიმსივნე შეიძლება გაისინჯოს ბიმანუალური პალპაციით. მსხვილი ნაწლავის კიბოზე ეჭვის დროს სიმსივნის პალპაცია რამდენჯერმე უნდა ვაწარმოოთ, ავადმყოფის სხვადასხვა მდებარეობაში, ნაწლავების შიგთავსისაგან დაცლის შემდეგ, და თუ სიმსივნე მაინც ვერ შევიგრძენით, ეს ჯერ კიდევ არ გამორიცხავს კოლინჯის კიბოს. სიმსივნის ხელით შეგრძნების შემდეგ უნდა დავადგინოთ მისი ლოკალიზაცია, მოძრაობის ხარისხი, კონსისტენცია, ზედაპირის ფორმა — სადა ან ხორკლიანი, მტკივნეულობა, დამოკიდებულება ირგვლივ — ქსოვილებსა და ორგანოებთან, ოდენობა; თუმცა სიმსივნის ჭეშმარიტი ოდენობის განსაზღვრა პალპაციით ძნელია, რასაც ხელს უშლის ნაწლავის შიგთავსი და თანდართული ანთებითი პროცესით.

მსხვილი ნაწლავის კიბოზე ეჭვის შემთხვევაში აუცილებელია ავადმყოფის თითით გასინჯვა სწორი ნაწლავიდან — საშოდან. ეს მანიპულაცია შედარებით მარტივია, მაგრამ მოითხოვს ცოდნასა და გამოცდილებას. ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ გამოკვლევის არც ერთი მეთოდი არ გვაძლევს ისეთ სწრაფ პასუხს, როგორც სწორი ნაწლავიდან თითით გასინჯვა. თუმცა რანკინისა და გრეჰემის სამართლიანი აღნიშვნით გამოკვლევის არც ერთ მეთოდს არ არიდებს ექიმი ისე თავს, როგორც სწორი ნაწლავიდან თითით გასინჯვას. თითით გასინჯვით შეიძლება შევიგრძნოთ გადიდებული ლიმფური კვანძები, დავადგინოთ სიმსივნის ლოკალიზაცია, ოდენობა, კონსისტენცია, მისი ფიქსაციის ხარისხი, მისი დამოკიდებულება ირგვლივმდებარე ორგანოებსა და ქსოვილებთან, წინამდებარე ჯირკვლის მდგომარეობა და სხვა.

ავადმყოფის გამოკვლევის ობიექტურ მეთოდებს შორის მნიშვნელოვანია რექტოსიგმოიდოსკოპია: რექტოსკოპი საშუალებას იძლევა თვალით დავინახოთ სწორი ნაწლავისა და სიგმოიდური კოლინჯის ლორწოვანი გარსი, 30—35 სმ სიგრძეზე და შევამჩნიოთ ყველა ის ცვლილება, რომელსაც ნაწლავის აღნიშნულ მონაკვეთში ადგილი აქვს. მსხვილი ნაწლავის სიმსივნის დიაგნოსტიკაში ცენტრალური ადგილი უკავია რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას. მსხვილი ნაწლავის კიბოს დროს რენტგენოგრამაზე აღინიშნება ავსების დეფექტი, სანათურის შევიწროება, ლორწოვანი გარსის რელიეფის დარღვევა, ნაწლავის კედლის ინფილტრაცია.

მსხვილი ნაწლავის კიბოზე ეჭვმიტანილი ავადმყოფის გამოკვლევა არ იქნება სრულყოფილი, თუ ჩატარებული არ არის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, რომელიც სავალდებულოა არა მარტო კოლინჯის კიბოზე ეჭვის დროს, არამედ მაშინაც, როცა სიმსივნე ხელით ისინჯება და კარგად არის გამოხატული სხვა კლინიკური ნიშნებიც.

მსხვილი ნაწლავის კიბოზე ეჭვის დროს რენტგენოლოგიური გამოკვლევა უნდა დავიწყოთ ბარიუმის ფაფის შეყვანით სწორი ნაწლავიდან, რადგანაც პირიდან მიცემულმა საკონტრაციო ნივთიერებამ შეიძლება დაახშოს ნაწლავის შევიწროებული სანათური და გაუვალობის მიზეზი გახდეს. მხედველობაშია მისაღები ისიც. რომ მსხვილი ნაწლავის კიბო ზოგჯერ ადრეულ სტადიაში იწვევს ე. წ. „ანატომიურ სტენოზს", რომელიც ყოველთვის არ იძლევა სტენოზის კლინიკურ მოვლენებს. პირიდან მიცემული ბარიუმის ფაფა შედარებით გვიან გამოდის ნაწლავებიდან და უარყოფით გავლენას ახდენს ოპერაციისწინა მომზადებაზე. ღონისძიებები, რომლებსაც მიმართავენ ნაწლავის გაწმენდისათვის, იწვევს ორგანიზმის დეჰიდრატაციას, და კიდევ უფრო აუარესებს ავადმყოფის ზოგად მდგომარეობას. საკონტრასტო ნივთიერების სწორი ნაწლავიდან შეყვანის შემდეგ ავადმყოფს შეიძლება მივცეთ

საჭიროების მიხედვით პირიდანაც და დავაკვირდეთ მის ევაკუაციას 12, 24, 48 საათის და მეტი ხნის განმავლობაში. ჩვენ ერთ-ერთ შემთხვევაში საკონტრასტო ნივთიერების გადაადგილებაზე დაკვირვება 96 საათის განმავლობაში წარმოებდა.

როდესაც ეჭვი გვაქვს მსხვილი ნაწლავის კიბოზე, საჭიროა დიფერენციული დიაგნოზის გატარება როგორც კოლინჯის სხვა დაავადებების, ისე მუცლის ღრუს სხვა ორგანოების დაავადებების დროს. ახლა შევეხოთ ზოგიერთ დაავადებებს, რომლებიც უფრო ხშირად დიაგნოზური შეცდომის მიზეზია და რომელთა დიფერენციული დიაგნოზის გატარება უფრო ძნელია.

დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გატარდეს ბრმა ნაწლავის კიბოსა და სპენდიკულარულ ინფილტრატს შორის. როგორც ერთი, ისე მეორე დაავადების კლინიკური გამოხატულება ზოგჯერ იმდენად მსგავსია, რომ ძნელია მათი ერთიმეორისაგან განსხვავება, ცალკეულ შემთხვევებში კი — შეუძლებელიც. კონსერვატული მკურნალობის შემდეგ ავადმყოფის მდგომარეობა გაუმჯობესდება: სიმსივნის ოდენობა მცირდება, ტემპერატურა ნორმალური ხდება, მცირდება ლეიკოციტოზი; ყოველივე ამის საფუძველზე აპენდიკულარული ინფილტრატის დიაგნოზი დადასტურებულად ითვლება, ავადმყოფი გაეწერება გაუმჯობესებულ მდგომარეობაში, დაავადების ჭეშმარიტი ბუნება კი ამოუცნობელი რჩება. მართალია, ამ ორ დაავადებას ბევრი მსგავსი ნიშანი აქვს, მაგრამ კარგად თუ შეეკრებთ ანამნეზს, სათანადოდ შეეაფასებთ ობიექტურ მონაცემებს, შეიძლება გამოვიცნოთ დაავადების ნამდვილი ბუნება.

მსხვილი ნაწლავის მარჯვენა ნახევრის კიბოს დროს ერთ-ერთ უხშირეს მცდარ დიაგნოზს წარმოადგენს აპენდიციტი: ჩვენს მასალაზე 125 მსხვილი ნაწლავის კიბოთი დაავადებულიდან ქრონიკული აპენდიციტის დიაგნოზით აპენდექტომია გაუკეთდა 14 ავადმყოფს. არც ერთ შემთხვევაში ოპერაციის დროს ბრმა ნაწლავის კიბოს დიაგნოზი არ დადასტურებულა.

მსხვილი ნაწლავის კიბო დიფერენცირებული უნდა იქნეს დივერტიკულისაგან; ეს ორი დაავადებაც მსგავს კლინიკურ სურათს იძლევა. მათ შორის დიფერენციული დიაგნოზის გატარება მეტად ძნელია, ზოგჯერ კი შეუძლებელიც. მათი განსხვავებისათვის დიდ დახმარებას გვიწევს რენტგენოლოგიური გამოკვლევა.

გარკვეულ სიძნელესთან დაკავშირებულია ქრონიკული ქოლეცისტიტის დიფერენცირება მსხვილი ნაწლავის პროქსიმალური ნაწილის კიბოსაგან. ჩვენთან რამდენიმე ავადმყოფი იყო გამოგზავნილი სხვადასხვა სამკურნალო დაწესებულებიდან ქრონიკული ქოლეცისტიტის დიაგნოზით. კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევით დადგინდა

მსხვილი ნაწლავის კიბო, რაც დადასტურდა საოპერაციო მაგიდაზე. ერთ-ერთი ავადმყოფი (42 წლის ქალი) ქრონიკული ქოლეცისტიტის დიაგნოზით გაიგზავნა სანატორიუმში (ესენტუკი), სადაც კლინიკურ-რენტგენოლოგიური გამოკვლევით დადგინდა ბრმა ნაწლავის კიბო. ავადმყოფი სანატორიუმში არ მიიღეს. ჩვენს კლინიკაში დადასტურდა ბრმა ნაწლავის კიბოს დიაგნოზი. გაუკეთდა ოპერაცია. აქედან გამომდინარე, ნათელია თუ რა სიფრთხილით უნდა მოვეკიდოთ დიფერენციული დიაგნოზის საკითხს ნაღვლის ბუშტის დაავადებისა და კოლინჯის კიბოს შორის.

ისიც უნდა ითქვას, რომ თუ ერთ შემთხვევაში მსხვილი ნაწლავის კიბოს დროს შეცდომით დასვეს სხვა დაავადების დიაგნოზი, მეორე შემთხვევაში კოლინჯის კიბოს დიაგნოზს სვამენ მაშინ, როდესაც სინამდვილეში სხვა დაავადებასთან გვაქვს საქმე. ესეც მისაღებია მხედველობაში.

ჰიპერდიაგნოსტიკით გატაცებამ შეიძლება იქამდე მიგვიყვანოს, რომ ავადმყოფს გავუკეთოთ ყოვლად გაუმართლებელი ლაპარატომია და მივაყენოთ ოპერაციული ტრავმა. მსგავსი შემთხვევები აღწერილია ლიტერატურაში, ასეთი შემთხვევები ჩვენც გვქონდა.

მსხვილი ნაწლავის კიბოს კლინიკა და მკურნალობა (გაგრძელება). სწორი ნაწლავის კიბო მეფასაზით

ჩვენ განვიხილეთ მსხვილი ნაწლავის კიბოს კლინიკისა და დიაგნოსტიკის საკითხები. ახლა გავარჩიოთ ამ მძიმე დაავადების დაგვიანებითი გამოცნობის მიზეზები და მკურნალობა.

არც ერთი ავთვისებიანი სიმსივნის ლოკალიზაციის დროს არა აქვს ადგილი დიაგნოზის ისე დაგვიანებას, როგორც მსხვილი ნაწლავის კიბოს შემთხვევაში. სათანადო მონაცემებით მსხვილი ნაწლავის კიბოთი დაავადებულთა 40% ექიმს მიმართავს ნაწლავთა ნაწილობრივი, ან სრული გაუვალობის გამო, რომელთაგან 60—80% უკვე ინოპერაბილურ მდგომარეობაშია. საინტერესო მონაცემები მოჰყავს ნ. პოზოევს, რომლის მიხედვით 18.862 გაკვეთაზე ამოუცნობელი ფილტვის კიბო იყო 38%; თავის ტვინის კიბო — 24%; მსხვილი ნაწლავის კიბო 22,7%, როგორც ვხედავთ მსხვილი ნაწლავის კიბო დაიგნოსტიკური სიძნელის თვალსაზრისით მესამე ადგილზეა.

Ვრავალი ავტორის დაკვირვებით, მსხვილი ნაწლავის კიბოს დაწყებიდან დიაგნოზის დასმამდე, საშუალოდ გადის 1—1,5 წელი. ბ .Ბრონშტეინის მონაცემებით ლენინგრადის ონკოლოგიური ინსტიტუტის მასალით დაავადების პირველი სიმპტომების გამოვლენიდან ავადმყოფთა სტაციონარში მოთავსებამდე საშუალოდ გავიდა 13 თვე.

ჩვენი მასალების მიხედვით დაავადების დაწყებიდან ავადმყოფთა კლინიკაში მოთავსებამდე გასული დრო საშუალოდ 8,7 თვეს უდრიდა.

დაგვიანებული დიაგნოზის ერ-ერთი მიზეზი ის არის, რომ მსხვილი ნაწლავის კიბოს როგორც პრაქტიკული, ისე თეორიული თვალსაზრისით მხოლოდ ქირურგი და რენტგენოლოგი სწავლობს. თერაპევტები აღნიშნულ დაავადებას ნაკლებ ყურადღებას აქცევენ. ამავე დროს ავადმყოფთა უმრავლესობა პირველად ექიმ-თერაპევტს მიმართავს. საინტერესო ტესტი ჩაატარა ა. რუბინოვიჩმა; მან ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტის რენტგენოლოგიის კათედრაზე მუშაობის პერიოდში თერაპევტთა ჯგუფის ყველა მსმენელს ჰკითხა მათ პრაქტიკულ მუშაობაში თუ დაუსვამთ მსხვილი ნაწლავის კიბოს დიაგნოზი ან თუ უფიქრიათ მასზე? რამდენიმე ასეულმა ექიმმა-თერაპევტმა განაცხადა, რომ მსხვილი ნაწლავის კიბოზე არც კი უფიქრიათ, მათ ხელში კი გაია-

რა არა ერთმა ავადმყოფმა, რომელთაგან იყო მსხვილი ნაწლავის კიბოთი დაავადებულიც.

როდესაც ავადმყოფი მიმართავს პოლიკლინიკის ექიმს—ყრუ ხასიათის ტკივილით მუცელში, კუჭ-ნაწლავის აშლილობითა და დისპეპსიის მოვლენებით, მათ გზავნიან რენტგენოლოგიურ გამოკვლევაზე. რენტგენოლოგი მთავარ ყურადღებას აქცევს კუჭს, მსხვილი ნაწლავის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა კი შემოიფარგლება საკონტრასტო ნივთიერების დათვალიერებით 24 საათის შემდეგ. ამასთან ერთად რენტგენოლოგი საეალდებულოდ თელის დარწმუნდეს მსხვილი ნაწლავის რომელიმე ნაწილში ხომ არ არის პათოლოგიური ცვლილებები, რომელთა გადასამოწმებლად საჭიროა საკონსტრასტო ნივთიერების შეყვანა სწორი ნაწლავიდან. ასევე არ ხდება ავადმყოფის გამოკვლევა რექტოსკოპით, თითით გასინჯვა სწორი ნაწლავიდან ან საშოდან. ყველა ამის გამო მსხვილი ნაწლავის კიბოს დაგვიანებით გამოცნობა, ხშირად კი ამა თუ იმ გართულების განვითარების შედეგია. დ. ჩუხნიენკოს მონაცემებით მსხვილი ნაწლავის კიბოთი დაავადებულ 109 ავადმყოფიდან, რომლებიც კლინიკაში მოათავსეს ნაწლავთა გაუვალობის გამო, 102 ავადმყოფმა ექიმს გაუვალობის განვითარებამდე მიმართა. მაგრამ იმის გამო, რომ ავადმყოფები სათანადოდ არ გამოიკვლიეს, დაავადების ჭეშმარიტი ბუნება დადგინდა მხოლოდ გართულების (გაუვალობის) განვითარების შემდეგ. გაუვალობა არ შეიძლება იყოს დაავადების პირველი ნიშანი. წარმოუდგენელიცაა ნაწლავის ობტერაციამდე მივიდეს საქმე ისე, რომ მას წინ არ უსწრებდეს ესა თუ ის სიმპტომი.

მსხვილი ნაწლავის პირველი სიმპტომები დასაწყისში გამოხატულია სუსტად და ექიმი ზოგჯერ მათ სათანადო ყურადღებას არ აქცევს. ჩვენი ავადმყოფების 72,5%-მა კლინიკაში შემოსვლამდე მიმართა ექიმს, ამათგან ავადმყოფთა 66,4% მოთავსებული იყო სხვადასხვა სამკურნალო დაწესებულებაში და 9,6% გაუკეთდა ოპერაცია ქრონიკული აპენდიციტის დიაგნოზით. არც ერთ შემთხვევაში მსხვილი ნაწლავის კიბო არ ყოფილა გამოცნობილი.

ამრიგად, მსხვილი ნაწლავის კიბოს დაგვიანებითი გამოცნობის მიზეზი სხვებთან ერთად ისიც არის, რომ ადგილი აქვს ავადმყოფისა და ექიმის მიერ დამახასიათებელი სიმპტომების არასათანადო შეფასებას. სიმპტომების სუსტი გამოხატულება და შეუფერებლობა იმით აიხსნება, რომ კოლინჯის კიბო ნელა იზრდება, გვიან იძლევა მეტასტაზს, დასაწყისში ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. ყველაფერ ამას კი შეცდომაში შეყავს, როგორც ავადმყოფი, ისე ექიმი. სწორედ ამიტომ ზოგიერთი ავადმყოფი ექიმს მიმართავს მსხვილი ნაწლავის კიბოს ნიადაგზე განვითარებული რომელიმე გართულების

გამო. აღნიშნულის საილუსტრაციოდ მოვიყვანთ რამდენიმე მაგალითს ჩვენი კლინიკის მასალიდან.

მსხვილი ნაწლავის კიბოს ნიადაგზე შეიძლება განვითარდეს ნაწლავთა ინვაგინაცია. ი. რუფანოვის მონაცემებით ნაწლავთა ინვაგინაციის 101 შემთხვევიდან 22-ში ინვაგინაციის მიზეზი იყო კიბო. ე. ფეფია აღწერს ინვაგინაციის 40 შემთხვევას, რომელთაგან 5 (12,5%) გამოწვეული იყო სიმსივნით. ჩვენი კლინიკის (თ. კაჭკაჭიშვილი) მონაცემებით ნაწლავთა ინვაგინაციის 224 შემთხვევიდან 23-ში (10,2%) ინვაგინაციის მიზეზი იყო ნაწლავის სიმსივნე.

ბრიგსის, კარპათოსისა და ზოლინგერის მონაცემებით მსხვილი ნაწლავის ინვაგინაციის მიზეზი შემთხვევათა 40%-ში სიმსივნეა.

კლინიკაში მსხვილი ნაწლავის კიბოთი დაავადებულთა შორის ინვაგინაცია განვითარდა 3,4%-ში. მოგვყავს ამონაწერი ერთ-ერთი ავადმყოფის ისტორიიდან.

ავადმყოფი კ. ა., ქალი, 53 წლის, მიღებულია კლინიკაში, როგორც სასწრაფო შემთხვევა, ტკივილით მუცელში, გულისრევით, ნაწლავთა ნაწილობრივი გაუვალობით. შემოსვლისას: მუცელი ზომიერად შებერილი, პალპაციით მტკივნეული, უფრო მარჯვენა ნახევარში, ილეოცეკალურ მიდამოში ისინჯება სიმსივნე, სწორი ნაწლავიდან თითით ისინჯება სიმსივნე მარჯვენა მხარეზე.

ავადმყოფი საშოდან გასინჯა გინეკოლოგმა, რომელმაც მუცლის ქვემო ნახევარში მარჯვნივ შეიგრძნო მომკვრივე კონსისტენციის სიმსივნე, ნაწილობრივ ფიქსირებული. სიმსივნის ზეწოლის გამო საშვილოსნო გადაწეულია უკან. მიტანილია ეპვი მარჯვენა საკვერცხის კისტაზე.

სწორი ნაწლავიდან შეყვანილმა ბარიუმის ფაფამ მიაღწია ასწვრივი კოლინჯის ზემო მესამედს. ეს უკანასკნელი გაფართოებულია.

ილეოცეკალური ინვაგინაციის დიაგნოზით გაუკეთდა ოპერაცია (ადგილობრივი ანესთეზია). გაიხსნა მუცლის ღრუ, გამოირკვა, რომ ადგილი აქვს ილეოცეკალური კუთხის ინვაგინაციას. ბრმა ნაწლავის კედელში ისინჯება სიმსივნე, გაკეთდა მარჯვენამხრივი ჰემიკოლექტომია. ოპერაციის შემდგომ გართულებას ადგილი არ ჰქონია. ავადმყოფი კლინიკურად გაჯანსაღებული გაეწერა.

პრეპარატის ჰისტოპათოლოგიურმა გამოკვლევამ დაადგინა ადენოკარცინომა.

მსხვილი ნაწლავის კიბოს ერთ-ერთ მძიმე და საშიშ გართულებას წარმოადგენს სიმსივნის დაჩირქება. მსხვილი ნაწლავის სიმსივნის ირგვლივ თითქმის ყოველთვის ადგილი აქვს ანთებას; ეს კი ხელს უწყობს ნაწლავის სანათურიდან მიკრობების შეჭრას სიმსივნის დაწყლულებული ზედაპირის გზით, ამიტომ მსხვილი ნაწლავის კიბოს „Cancez

infecta-ს უწოდებენ. სიმსივნის დაჩირქების შემთხვევაში კი გამოვლინდება მწვავე ანთების კლინიკური სურათი, რაც დიაგნოსტიკური შეცდომის მიზეზი ხდება. ჩვენი მასალის მიხედვით შემთხვევათა 2,4%-ში ადგილი ჰქონდა სიმსივნის დაჩირქებას. მოგვყავს ამონაწერი ერთ-ერთი ავადმყოფის ისტორიიდან:

ავადმყოფი კ. ა., მამაკაცი, 34 წლისა, მიღებულია კლინიკაში ტკივილითა და ილეოცეკალურ მიდამოში სიმსივნური წარმონაქმნით. ავადმყოფს ჩაუტარდა კუჭ-ნაწლავის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა კონტრასტული ნივთიერების შეყვანით, როგორც პირიდან, ისე სწორი ნაწლავის გზით. რენტგენოლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე ეჭვი იქნა მიტანილი ბრმა ნაწლავის სიმსივნეზე. გაუკეთდა ოპერაცია (სპინალური ანესთეზია). გაიხსნა მუცლის ღრუ. ბრმა ნაწლავის მიდამოში აღმოჩნდა დაჩირქებული სიმსივნე, ლიმფურ კვანძებში აღინიშნება მეტასტაზები. სიმსივნის მიდამოში გაუკეთდა ტამპონი, მიკროირიგატორი, ბიოფსია. პრეპარატის ჰისტოპათოლოგიურმა გამოკვლევამ დაადგინა ადენოკარცინომა.

მსხვილი ნაწლავის კიბოს დროს ავადმყოფს შეიძლება დაეწყოს სისხლიანი ფაღარათობა. მსგავსი შემთხვევები აღწერილია ლიტერატურაში. ასეთი შემთხვევები ჩვენც გვქონდა. მოგვყავს ამონაწერი ავადმყოფის ისტორიიდან.

ავადმყოფი კ. ყ., მამაკაცი, 58 წლისა, მიღებულია კლინიკაში სისხლიანი ფაღარათით და ილეოცეკალურ მიდამოში სიმსივნით. როგორც ავადმყოფი აღნიშნავს, სამი კვირის წინ ილეოცეკალურ მიდამოში შეამჩნია სიმსივნე, ხოლო ბოლო 4—5 დღე სისხლიანი ფაღარათი აქვს. სწორი ნაწლავის გზით შეყვანილმა კონტრასტულმა ნივთიერებამ, გაავსო მსხვილი ნაწლავის ყველა ნაწილი, გარდა ბრმა ნაწლავისა, ამ უკანასკნელში აღინიშნება დიდი ზომის ავსების დეფექტი, შეჭმუხნული კიდეებით. ბრმა ნაწლავის კიბოს დიაგნოზით გაუკეთდა ოპერაცია (ადგილობრივი ანესთეზია). ბრმა ნაწლავში აღმოჩნდა სიმსივნე; მეტასტაზები არ აღინიშნება. გაუკეთდა მარჯვენამხრივი ჰემოკოლექტომია. კლინიკურად გაჯანსაღებული გაეწერა. ჰისტოპათოლოგიური დიაგნოზი: ადენოკარცინომია.

განვიხილეთ ზოგიერთი გართულება: ისინი განვითარებულია მსხვილი ნაწლავის კიბოს ნიადაგზე და ამის გამო ავადმყოფებმა მიმართეს ექიმს. ამ ჯგუფის ავადმყოფებმა ექიმს მიმართეს არა მსხვილი ნაწლავის კიბოს დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნებით, არამედ მის ნიადაგზე განვითარებული გართულებისათვის დამახასიათებელი ჩივილებით.

მსხვილი ნაწლავის კიბოს მკურნალობა მხოლოდ და მხოლოდ ოპერაციულია. მსხვილი ნაწლავის კიბოს გამო პირველი ოპერაცია 1833

წელს გააკეთა რეიბარდმა, რომელმაც სიგმოიდური კოლინჯის კიბოთი დაავადებულს ამოუკვეთა იგი. ავადმყოფი ოპერაციის ათი თვის შემდეგ გარდაიცვალა კიბოს რეციდივით. 1881 წ. ბილროტმა ბრმა ნაწლავის კიბოს დროს პირველმა გააკეთა მისი რეზექცია. ავადმყოფი დაიღუპა კიბოს რეციდივისაგან. რუსეთში მსხვილი ნაწლავის კიბოს გამო პირველი ოპერაცია გააკეთა ე. პავლოვმა (1887). მან ბრმა ნაწლავის კიბოთი დაავადებულს გაუკეთა მისი რეზექცია. მსხვილი ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნის პირველი რადიკალური ოპერაციების შემდეგ 130 წელზე მეტი გავიდა; მიუხედავად ამისა, ჯერ კიდევ არ არის ერთიანი აზრი მსხვილი ნაწლავის კიბოს ქირურგიული მკურნალობის ამა თუ იმ მეთოდის შესახებ. საკმარისია აღინიშნოს, რომ რუსეთის ქირურგთა XII ყრილობაზე (1912) წაკითხულ იქნა რამდენიმე მოხსენება კოლინჯის დაავადებათა ქირურგიული მკურნალობის შესახებ, ხოლო XIII ყრილობაზე (1914) იგი საპროგრამო საკითხად იყო დასმული. მსხვილი ნაწლავის კიბოს ქირურგიული მკურნალობის საკითხი განხილული იყო უკრაინის ქირურგთა I (1926) და III(1929) ყრილობებზე, ჩრდილო-კავკასიის ქირურგთა II ყრილობაზე (1927), ოსკოლოგთა I საკავშირო ყრილობაზე (1931), ამიერკავკასიის ქირურგთა III ყრილობაზე (1948), ქირურგთა, ტრავმატოლოგთა და ანესთეზიოლოგთა საკავშირო კონფერენციაზე (1958).

ასეთი გაცხოველებული ინტერესი მსხვილი ნაწლავის კიბოსადმი აიხსნება ოპერაბილობის დაბალი პროცენტითა და მაღალი ლეტალობით.

მსხვილი ნაწლავის კიბოთი დაავადებულებს უნდა გაუკეთდეს რადიკალური ან პალიატიური ოპერაცია.

როცა საქმე გვაქვს ინოპერაბილურ კიბოსთან და ავადმყოფს ნაწლავთა გაუვალობის მოვლენები აქვს, იძულებული ვართ დავკმაყოფილდეთ სხვადასხვა სახის პალიატური ოპერაციით. პალიატური ოპერაცია ავადმყოფს ყოველდღიურად გაუარესებულ მდგომარეობას შეუმსუბუქებს და გაუხანგრძლივებს სიცოცხლეს.

ოპერაციის შედეგისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ოპერაციისათვის ავადმყოფის სათანადო მომზადებას. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს კუჭ-ნაწლავის მოქმედებას. გაუვალობა შეიძლება კლინიკურად გამოხატული არ იყოს, მაგრამ ავადმყოფს მაინც ჰქონდეს ამა თუ იმ ხარისხის ობსტრუქცია. ამიტომ ოპერაციის წინ რამდენიმე დღის განმავლობაში ავადმყოფს უნდა მიეცეს სუსტი საფაღარათო. ავადმყოფთა რენტგენოლოგიური გამოკვლევა ხდება კონტრასტული ნივთიერების მიცემით, ამიტომ განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ნაწლავების განთავისუფლებას ბარიუმის ფაფისაგან.

ავადმყოფის ოპერაციისათვის მომზადების დროს განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს დარღვეულ ნივთიერებათა ცვლის გამოსწორებას. ავადმყოფს უნდა დაენიშნოს გლუკოზის 40%-იანი ხსნარი

ვენაში, მაღალკალორიული და ადვილად მოსანელებელი დიეტა, ვიტამინები, რძის დიეტა, სითხეები, რაც შეიძლება მეტი რაოდენობით. თუ ადგილი აქვს დეჰიდრატაციის მოვლენებს, ოპერაციამდე უკეთდება ფიზიოლოგიური ხსნარი კანქვეშ.

მსხვილი ნაწლავის კიბოს დროს ზოგჯერ ადგილი აქვს ამა თუ იმ ხარისხის ანემიას. ანემიის ლიკვიდაციისათვის საჭიროა სისხლის გადასხმა (ჩვენების მიხედვით).

მსხვილ ნაწლავში, განსაკუთრებით კი მის პროქსიმალურ ნაწილში მდიდარი მიკროფლორაა, ეს კი დიდ საშიშროებას ქმნის ოპერაციის დროს მუცლის ღრუს დაინფიცირების თვალსაზრისით. ოპერაციამდე უნდა გატარდეს ღონისძიებები, — ნაწლავის ფლორის ვირულენტობის დასაქვეითებლად, ამისათვის გამოიყენება სულფამიდური პრეპარატები და ანტიბიოტიკები. როგორც ერთი, ისე მეორე პრეპარატები ერთი მხრივ აქვეითებს მიკრობთა ვირულენტობას, მეორე მხრივ ამცირებს მათ რაოდენობას.

თუ ავადმყოფს აქვს შეკრულობა, სუსტი საფაღარათო ეძლევა, რამდენიმე დღეს ზედიზედ ვუნიშნავთ ოყნას.

როცა ავადმყოფს აქვს ნაწლავთა სრული გაუვალობა, მაშინ ამ ღონისძიებებს ვერ გამოვიყენებთ; ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფს უკეთდება სიფომისა და ჰიპერტონიული ხსნარის ოყნა, ორმხრივი პარანეფრალური ბლოკადა და ჩვენების მიხედვით, სასწრაფო ოპერაცია.

ოპერაციის დროს ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მომენტია გაუტკივარების შერჩევა; უნდა გავითვალისწინოთ ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა. ცვლილებები გულ-სისხლძარღვთა სისტემისა და სასუნთქი ორგანოების მხრივ, ღვიძლისა და თირკმლის ფუნქციური მდგომარეობა.

უკანასკნელ წლებში მსხვილი ნაწლავის კიბოს გამო გაკეთებული ოპერაციების დროს კლინიკაში უპირატესობას ვაძლევთ ენდოტრაქეალურ ნარკოზს, თუ არ არის წინააღმდეგ ჩვენება.

მრავალი ავტორი გვირჩევს მსხვილი მარჯვენა ნახევრის კიბოს დროს გატარდეს მარჯვენა პარარექტალური განაკვეთი, მარცხენა ნახევრის კიბოს დროს — მარცხენა პარარექტალური განაკვეთი, განივი კოლინჯის კიბოს შემთხვევაში კი — შუახაზის განაკვეთი. თუ კიბოს ლოკალიზაცია ზუსტად არ არის ცნობილი, ან საქმე გვაქვს ნაწლავთა გაუვალობასთან, მიზანშეწონილია განაკვეთის გატარება შუა ხაზზე.

განაკვეთის შერჩევისას, მხედველობაშია მისაღები ის გარემოება. რომ საჭიროა მუცლის ღრუს ორგანოების ფართო რევიზია, როგორც მსხვილი ნაწლავის კიბოს დროს; პირველ ყოვლისა, საჭიროა მთელ სიგრძეზე დავათვალიეროთ მსხვილი ნაწლავი, რომ არ გამოგვეპაროს

პირველადი — მრავლობითი (სინქრონული) კიბო. უნდა დავათვალიეროთ მცირე მენჯის ღრუ და საერთოდ მუცლის ღრუს ყველა ორგანო.

მუცლის ღრუს ორგანოების რევიზიისათვის და ფართო ოპერაციული მისადგომისათვის უკეთეს პირობებს ქმნის შუახაზის განაკვეთი. ოპერაციის მსვლელობაში თუ ამის საჭიროება შეიქმნება, იგი შეიძლება გავატაროთ მთელ სიგრძეზე მახვილისებრი მორჩიდან სიმფიზამდე.

მიუხედავად იმისა, რომ მსხვილი ნაწლავის კიბოს დიაგნოზი ისმის კლინიკურ-რენტგენოლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე, გამორიცხული არ არის დიაგნოსტიკური შეცდომის შესაძლებლობა. ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევები, როდესაც მუცლის ღრუს გახსნის შემდეგ კიბო არ აღმოჩენილა. მსგავსი მაგალითები გვქონდა ჩვენც. ამიტომ ქირურგი როგორადაც არ უნდა იყოს დარწმუნებული დიაგნოზში, მუცლის ღრუს გახსნის შემდეგ ამოწმებს მას, უნდა გაირკვეს: აქვს თუ არა ავადმყოფს კიბო, არის თუ არა მეტასტაზები მუცლის ღრუს ორგანოებში, რა მდგომარეობაშია მსხვილი ნაწლავი, როგორი სახის ოპერაციული ჩარევაა მიზანშეწონილი. თუ სიმსივნე ისინჯება, უნდა დავადგინოთ რა ხასიათისაა იგი. აქვე უნდა ითქვას, რომ სიმსივნის ბუნების დადგენა ოპერაციის დროს ყოველთვის არ ხერხდება და საკითხს საბოლოოდ სწყვეტს მიკროსკოპული გამოკვლევა. ასეთ შემთხვევაში საოპერაციო მაგიდაზე დიაგნოზი უნდა გადაწყდეს ავთვისებიანი სიმსივნის სასარგებლოდ.

გულდასმით უნდა გაისინჯოს ლიმფური კვანძები, რომ დავრწმუნდეთ არის თუ არა მეტასტაზები. საჭიროა ღვიძლის დათვალიერება, რადგან ხშირია მეტასტაზები ღვიძლში.

მართალია, მსხვილი ნაწლავი ანატომიურად ერთი მთლიანი ორგანოა, მაგრამ მისი ცალკეული ნაწილები მკვეთრად განსაზღვრულია, როგორც მდებარეობით, ისე ფიქსაციის, ფუნქციისა და ვასკულარიზაციის თვალსაზრისით; სწორედ ეს განაპირობებს ოპერაციის მრავალ ვარიანტს.

მსხვილი ნაწლავის კიბოს ქირურგიული მკურნალობა დაიწყო ერთმომენტიანი ოპერაციით, რადგან ოპერაციის შემდეგ ერთი მხრივ ადგილი ჰქონდა მაღალ ლეტალობას, მეორე მხრივ კი ხშირად ჰქონდა ადგილი ანასტომოზის მიდამოში ნაკერების გახსნას. შემდეგ წამოიჭრა მრავალმომენტიანი ოპერაციის იდეა, რომ ერთდროულად ნაკლები ოპერაციული ტრავმა მიეყენებინათ ავადმყოფისათვის. შეემცირებინათ ცალკეული ოპერაციების ხანგრძლივობა და რაც მთავარია, შეზღუდულიყო მსხვილ ნაწლავზე პირველადი ნაკერის დადება.

მეოცე საუკუნის დასაწყისში მრავალმომენტიანი ოპერაცია ფართოდ გავრცელდა. შეიმუშავეს მრავალი ვარიანტი, მაგრამ დაკვირვებამ ცხადჰყო, რომ მრავალმომენტიანი ოპერაციის შემდგომი ლეტალო-

ბა მცირედ განსხვავდება ერთმომენტიანი ოპერაციის შემდგომი ლეტალობისაგან. მაგალითად, მიკულიჩის მიერ შემუშავებული ორმომენტიანი ოპერაცია თვით ავტორის ხელში 18%-ში სიკვდილით მთავრდებოდა. 20-იან წლებში ისევ თავი იჩინა ერთმომენტიანი ოპერაციისადმი მიდრეკილებამ.

კოლინჯის კიბოს დროს ერთი თუ მრავალმომენტიანი ოპერაციის უპირატესობის საკითხი დიდი ხნის განმავლობაში იწვევდა კამათს და დღემდე გრძელდება. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ მკურნალობის მეთოდის შერჩევისას არ შეიძლება ერთი რომელიმე ოპერაციული წესის დადგენა, ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში საჭიროა ინდივიდუალური მიდგომა, არსებული პირობებისა და მდგომარეობის გათვალისწინებით. ა. სვირიდოვის ნაკრები სტატისტიკიდან ჩანს, რომ რუსეთის ქირურგები უფრო ხშირად მიმართავდნენ ერთმომენტიან ოპერაციას. მისივე მონაცემებით 231 რადიკალური ოპერაციიდან, 202 გაკეთებულია ერთმომენტად, მაგრამ საჭიროების შემთხვევაში მიმართავენ მრავალმომენტიანსაც. ამ მხრივ საინტერესოა, რაც ნ. პეტროვმა უკრაინის ქირურგთა პირველ ყრილობაზე აღნიშნა; მან გამოთქვა აზრი, რომ ორმომენტიანი ოპერაცია არ უნდა განვიხილოთ, როგორც ერთმომენტიანი ოპერაციის კონკურენტი. იგი რეზერვში უნდა გვქონდეს საჭიროების შემთხვევაში. რატომ უნდა ვთქვათ უარი ოპერაციის ერთმომენტად დამთავრებაზე, თუ შესაძლებელია მისი ბოლომდე მიყვანა. და წართლაც ყოველთვის უნდა ვეცადოთ ოპერაცია დავამთავროთ ერთმომენტად, რაც პირველყოვლისა, გამართლებულია ონკოლოგიური თვალსაზრისით, რადგან მსხვილი ნაწლავის კიბოთი დაავადებული უფრო ხშირად ისედაც დაგვიანებით მიმართავს ექიმს, მეორე, არ ვიცით სტადია, რომელშიც ოპერაბილური სიმსივნე გადადის ინოპერაბილურში, და ბოლოს თვით ოპერაციული ტრავმა ხელს უწყობს მეტასტაზების გავრცელებას.

როგორი უნდა იყოს ქირურგის ტაქტიკა კოლინჯის კიბოს ოპერაციული მკურნალობის მეთოდის შერჩევის დროს?

ცნობილია, რომ მსხვილი ნაწლავის კიბოთი დაავადებულთა ნაწილი სტაციონარში მოთავსდება სასწრაფოდ, ნაწლავთა გაუვალობის გამო; ამიტომ უფრო ხშირად კეთდება სასწრაფო ოპერაცია; მხოლოდ ავადმყოფთა ნაწილს უკეთდება ოპერაცია ცივ პერიოდში.

როდესაც მსხვილი ნაწლავის კიბოს ნიადაგზე ვითარდება გაუვალობა ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა მძიმეა; თუ იგი ხანში შესულია, საჭიროა ოპერაციის გაკეთება მრავალმომენტად. ამას აღიარებს ქირურგების უმრავლესობა. ამ შემთხვევაში ოპერაციის მრავალმომენტად გაკეთება, უპირველეს ყოვლისა, იმით არის გამართლებული. რომ გაუვალობა თავისთავად მძიმე დაავადებაა. საჭიროა გაუვალობისა და

მის ნიადაგზე განვითარებული ინტოქსიკაციის ლიკვიდაცია, ნაწლავის განთავისუფლება შიგთავსისაგან. დაბრკოლების წინ ნაწლავი გადაბერილია, კედელი გათხელებული, პათოლოგიურად შეცვლილ ნაწლავის კედელზე ნაკერის დადება კი გარკვეულ საშიშროებასთანაა დაკავშირებული.

მსხვილი ნაწლავის კიბოს ნიადაგზე განვითარებული გაუვალობის შემთხვევაში, თუ ავადმყოფის მდგომარეობა იძლევა საშუალებას, მიზანშეწონილია ოპერაცია გაკეთდეს ერთმომენტად. აღნიშნულის საილუსტრაციოდ მოგვყავს ამონაწერი ერთ-ერთი ავადმყოფის ისტორიიდან.

ავადმყოფი ა. კ. ქალი, 49 წლისა, მიღებულია როგორც სასწრაფო შემთხვევა ნაწლავთა სრული გაუვალობით, გულის რევით, პირღებინებით, მოვლითი ხასიათის ტკივილით მუცელში და შებერილობით. მიღებისთანავე გაუკეთდა სიფონისა და ჰიპერტონიული სსნარის ოყნა, ორმხრივი პარანეფრალური ბლოკადა, გამოვიდა აირები და განავალი მცირე რაოდენობით. მდგომარეობა არ გაუმჯობესებულა.

მსხვილი ნაწლავის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა: კონტრასტული ნივთიერება შეყვანილია სწორი ნაწლავიდან. ბარიუმის ფაფა თავისუფლად შევიდა სიგმოიდურ და დასწვრივ კოლინჯში. ფაფა არ გადავიდა. მსხვილი ნაწლავის მარჯვენა ნახევარში აღინიშნება კარგად გამოხატული კლოუბერის ორი ფიალა.

სწორი ნაწლავიდან და საშოდან თითით გასინჯვისას რაიმე პათოლოგია არ აღინიშნება.

კლინიკურ-რენტგენოლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე დაისვა ელენთის ნაკეცის სიმსივნის დიაგნოზი.

სრული ობტურაციული გაუვალობისა და ელენთის ნაკეცის სიმსივნის დიაგნოზით გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია (ადგილობრივი ანესთეზია). გაიხსნა მუცლის ღრუ, დათვალიერდა მსხვილი ნაწლავი, რომლის მარჯვენა ნახევარი ძალიან გაბერილია. ელენთის ნაკეცის მიდამოში სიმსივნეა, რომელიც ცირკულარულად უვლის ნაწლავსა და ახშობს სანათურს; მუცლის ღრუს სხვა ორგანოებსა და ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზები არ აღინიშნება. გაკეთდა ელენთის ნაკეცის რეზექცია, სიმსივნის პროქსიმალურად და დისტალურად —10—10 სმ დაცილებით. დაედო შერთული განივ და სიგმოიდურ კოლინჯს შორის. პრეპარატის ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევით დადგინდა ადენოკარცინომია

ავადმყოფი გაეწერა კლინიკურად გაჯანსაღებული. ოპერაციის შემდეგ გავიდა 16 წელი. ამჟამად თავს კარგად გრძნობს.

ისმის კითხვა — მსხვილი ნაწლავის კიბოს შემთხვევაში რა ფარგლებში გაკეთდეს ნაწლავის რეზექცია?

ბრმა ნაწლავის, ასწვრივი კოლინჯის, ღვიძლის ნაკეცის, ან განივი კოლინჯის მარჯვენა მესამედის კიბოს დროს უნდა გაკეთდეს მარჯვენა-ზრივი ჰემიკოლექტომია — ილეოტრანსვერტოსტომიით. მსხვილ ნაწლავთან ერთად უნდა ამოიკვეთოს თეძოს ნაწლავის რერმინალური ნაწილიც, 20—25 სმ სიგრძეზე.

კოლინჯის მარჯვენა ნახევრის კიბოს დროს მარჯვენამხრივი ჰემიკოლექტომია გამართლებულია ონკოლოგიური თვალსაზრისით, რადგანაც ბრმა ნაწლავის კიბოს დროს ილეოცეკალურ კუთხეში ვითარდება მეტასტაზები; ზოგჯერ მეტასტაზები ღვიძლის ნაკეცის მიდამოს ლიმფურ კვანძებშია. ხდება პირიქითაც; ღვიძლის ნაკეცის კიბოს დროა მეტასტაზები ილეოცეკალური მიდამოს ლიმფურ კვანძებშია და ბოლოს, როგორც ვ. ოპელი აღნიშნავს, ბრმა ნაწლავის ან ასწვრივი კოლინჯის კიბოს დროს მარჯვენამხრივი ჰემიკოლექტომია იმითაც არის გამართლებული, რომ ღვიძლის ნაკეცი გარკვეულ მექანიკურ წინააღმდეგობას უწევს შიგთავსის გადაადგილებას. შერთულის დისტალურად მექანიკური წინააღმდეგობა საშიშია ნაკერის გახსნის თვალსაზრისით. ღვიძლის ნაკეცის კიბოს შემთხვევაში მარჯვენამხრივი ჰემიკოლექტომია გამართლებულია იმიტომაც, რომ ბრმა ნაწლავში ყოველთვის ხდება შიგთავსის შეგუბება. ასეთ პირობებში კი შერთულის დადება ასწვრივ და განივ კოლინჯს შორის მიზანშეწონილი არ არის.

მარჯვენამხრივი ჰემიკოლექტომიის დროს ერთ-ერთი საპასუხისმგებლო მომენტია კოლინჯის მობილიზაცია. კოლინჯის ფიქსირებული ნაწილის განთავისუფლება იწყება ბრმა ნაწლავიდან; ამ დროს განსაკუთრებული სიფრთხილეა საჭირო, რომ არ დავაზიანოთ შარდსაწვეთი და მარჯვენა თირკმლის ქვემო პოლუსი.

მარჯვენამხრივი ჰემიკოლექტომის დროს შერთული ედება თეძოს ნაწლავსა და განივ კოლინჯს შორის.

თუ კიბო ლოკალიზებულია განივი კოლინჯის შუა მესამედში, მაშინ საჭიროა ნაწლავის რეზექცია საღი ქსოვილის ფარგლებში, სიმსივნიდან 5 სმ დაცილებით — ორივე მხარეზე. განივი კოლინჯის რეზექციის შემდეგ საჭიროა კოლინჯის დარჩენილი ბოლოები ერთიმეორესთან მივიტანოთ და შევაერთოთ. თუ ეს შეუძლებელია, უნდა მოვახდინოთ ღვიძლისა და ელენთის ნაკეცების მობილიზაცია. თუ რეზეცირებული ნაწლავის ბოლოები ამის შემდეგაც თავისუფლად არ მივა ერთმანეთთან და ადგილი აქვს დაჭიმვას, მაშინ შერთულის დადება საშიშია. შეიძლება ნაკერები გაიხსნას. ასეთ შემთხვევაში უმჯობესია გაკეთდეს მარჯვენამხრივი ჰემიკოლექტომია.

ელენთის ნაკეცის ან დასწვრივი კოლინჯის კიბოს დროს უნდა გაკეთდეს მარცხენამხრივი ჰემიკოლექტომია, ისე რომ შერთული დაედოს განივ და სიგმოიდურ კოლინჯს შორის.

სიგმოიდური კოლინჯის კიბოს დროს საჭიროა ნაწლავის რეზექცია სალი ქსოვილების ფარგლებში.

გ. ხომერიკის მასალების მიხედვით მსხვილი ნაწლავის კიბოთი დაავადებულ 125 ავადმყოფიდან რადიკალური ოპერაცია გაუკეთდა 56 (44,8%) ავადმყოფს. 56 რადიკალური ოპერაციიდან 53 გაკეთებულია ერთმომენტად, 3 კი — მრავალ მომენტად.

ნაწლავთა შორის შერთული სამი სახისაა: ბოლო — ბოლოთი, გვერდი — გვერდითი და ბოლო — გვერდითი. რა თქმა უნდა, იდეალურია შერთულის დადება ბოლო — ბოლოთი, იგი უფრო ფიზიოლოგიურია. მაგრამ ბოლო — ბოლოთი დადებულ ანასტომოზს ნაკლოვანი მხარეც აქვს. პირველ ყოვლისა დარწმუნებული უნდა ვიყოთ ანასტომოზის მიდამოს დამაკმაყოფილებელ ვასკულარიზაციაში; მომტანი და წამღები ნაწილის სანათური ერთი ზომისა უნდა იყოს, რადგან ჰოფრირება დაუშვებელია.

თუ კიბო ინოპერაბილურია, ხოლო ავადმყოფს ნაწლავთა გაუვალობის მოვლენები აქვს, უნდა გაკეთდეს პალიატიური ოპერაცია, რომლითაც ლიკვიდირებული იქნება ნაწლავთა გაუვალობა, ჩაცხრება ანთება, სიმსივნე ზომაში შემცირდება, ტემპერატურა ზოგიერთ შემთხვევაში ნორმაზე დავა, ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა გაუმჯობესდება.

მსხვილი ნაწლავის ინოპერაბილურ კიბოს შემთხვევაში პალიატიური ოპერაცია დამოკიდებულია კიბოს ლოკალიზაციასა და გაუვალობის ხარისხზე.

როგორც უკვე ვთქვით, მსხვილი ნაწლავის კიბოს დროს რადიკალური ოპერაციის შემდგომი ლეტალობა ჯერ კიდევ მაღალია, ე. ლიტვინოვის მონაცემებით ნაკრების სტატისტიკის საფუძველზე ირკვევა, რომ ერთი და იმავე ტიპის ოპერაციის შემდგომი სიკვდილიანობა მერყეობს 4,2% — 7,8 ფარგლებში.

ოპერაციის შემდგომი სიკვდილის ერთ-ერთი ხშირი მიზეზია პერიტონიტი. ჩვენი მასალების მიხედვით რადიკალური ოპერაციის შემდგომი ლეტალობა უდრის 26,5%-ს.

მსხვილი ნაწლავის კიბოს ქირურგიული მკურნალობის შორეული შედეგი, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის სხვა ლოკალიზაციის ავთვისებიან სიმსივნეებთან შედარებით, უფრო კარგია. ბ. პეტროვისა და ო. ვინოგრადოვის მასალით ავადმყოფთა 40% რადიკალური ოპერაციის შემდეგ ხუთი წლის განმავლობაში თავს კარგად გრძნობდა.

ჩვენი მასალით რადიკალური ოპერაციის შემდეგ ხუთი წლის განმავლობაში თავს კარგად გრძნობს ავადმყოფთა 34,5%; ხუთი წლის ზევით კი — 26,3%.

მსხვილი ნაწლავის კიბოს კლინიკის, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის შესახებ შეიძლება გავაკეთოთ შემდეგი დასკვნა:

მსხვილი ნაწლავის იმ დაავადებებიდან, რომლებსაც ესაჭიროება ქირურგიული მკურნალობა, სიხშირის მიხედვით პირველ ადგილზე დგას კიბო. მსხვილი ნაწლავის ამა თუ იმ სეგმენტში კიბო ერთნაირი სიხშირით არ ვითარდება, ამ მხრივ ერთიმეორეს კონკურენციას უწევს ბრმა ნაწლავი და სიგმოიდური კოლინჯი. ჩვენს მასალაზე ჭარბობს სიგმოიდური კოლინჯის კიბო — 25,8%, საერთოდ კი ბრმა ნაწლავისა და სიგმოიდური კოლინჯის კიბოზე მოდის შემთხვევათა — 54.3%. ავადმყოფთა ძირითადი კონტიგენტი 40—60 წლისაა, 50 წელზე ახალგაზრდა ავადმყოფები შეადგენენ 22,4%; 40—60 წლისა — 55,2%, 60 წელზე ხნიერები კი — 22,4%. ყველაზე ახალგაზრდა 15 წლისა იყო. ყველაზე ხნიერი კი — 85 წლის.

მსხვილი ნაწლავის კიბოს ახასიათებს ნელი მიმდინარეობა, იგი შედარებით გვიან იძლევა მეტასტაზებს.

დაავადების კლინიკური მიმდინარეობა დამოკიდებულია კიბოს ლოკალიზაციაზე მსხვილი ნაწლავის ამა თუ იმ ნაწილში. მარჯვენამხრივი კიბოს დროს, განსაკუთრებით კი ბრმა ნაწლავის კიბოს შემთხვევაში, უფრო გამოხატულია ინტოქსიკაციისა და ზოგადი მდგომარეობის გაუარესების მოვლენები. მარცხენამხრივი კიბოს დროს კი პირველ ადგილზე დგას ევაკუაციური ფუნქციის დარღვევა.

ზოგჯერ დაავადება გამოვლინდება რომელიმე გართულების სახით.

მსხვილი ნაწლავის კიბოს ერთ-ერთი ხშირი და მძიმე გართულებაა ნაწლავთა გაუვალობა. როდესაც ეჭვი გვაქვს მსხვილი ნაწლავის კიბოზე, გამოყენებული უნდა იქნეს გამოკვლევის შემდეგი მეთოდები: ანამნეზის შეგროვება, ინსპექცია, პალპაცია, თითით გასინჯვა სწორი ნაწლავიდან, საშოდან, რექტოსიგმოიდოსკოპია, რენტგენოლოგიური გამოკვლევა და ლაბორატორიული გამოკვლევები (სისხლის, შარდის. განავლის).

მსხვილი ნაწლავის კიბოს დიაგნოსტიკაში მნიშვნელოვანი ობიექტური მეთოდია რენტგენოლოგური გამოკვლევა, რომელიც უნდა დავიწყოთ კონტრასტული ნივთიერების ფართო შეყვანით სწორი ნაწლავიდან, შემდეგ კი საჭიროების მიხედვით, კონტრასტულ ნივთიერებას პირიდანაც ვაძლევთ. თუ ავადმყოფს აქვს ნაწლავთა გაუვალობის ნიშნები, კონტრასტული ნივთიერების მიცემა პირიდან დაუშვებელია.

მსხვილი ნაწლავის კიბოს მკურნალობა მხოლოდ და მხოლოდ ოპერაციულია. ამავე დროს მსხვილი ნაწლავის კიბოს ოპერაბილური შემთხვევების პროცენტი ჯერ კიდევ დაბალია, რომლის ძირითადი მიზეზი დაავადების დაგვიანებით გამოცნობაა.

ოპერაციის კარგი შედეგისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს. ავადმყოფის სათანადო მომზადებას, ოპერაციისათვის მოსამზადებელი პერიოდი სხვადასხვაა, იმის მიხედვით, თუ დაავადების რომელ კლინიკურ ფორმასთან გვაქვს საქმე.

მკურნალობის ოპერაციულ წესთა შორის საუკეთესოდ ითვლება სიმსივნის ამოღება ნაწლავის რეზექციასთან ერთად, ერთმომენტად, რაც ყოველთვის შესაძლებელი არ არის.

როცა შეუძლებელია რადიკალური ოპერაციის გაკეთება, ხოლო ავადმყოფს აქვს ნაწლავთა გაუვალობა, უნდა გაუკეთდეს პალიატიური ოპერაცია. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ პალიატიური ოპერაციის შემდეგ ზოგიერთ შემთხვევაში მეორე მომენტად შესაძლებელი ხდება რადიკალური ოპერაციის გაკეთება.

მსხვილი ნაწლავის კიბოს რადიკალური ოპერაციის შემდგომ შორეული შედეგები საჭმლის მომნელებელი სისტემის სხვა ლოკალიზაციის ავთვისებიან სიმსივნეებთან შედარებით უფრო კარგია.

ახლა ეუპასუხოთ კითხვებს: საჭმლის მომნელებელი სისტემის ავთვისებიან სიმსივნეებთან შედარებით რა სიხშირით გვხვდება მსხვილი ნაწლავის კიბო?

საჭმლის მომნელებელი სისტემის ავთვისებიან სიმსივნეებს შორის მსხვილი ნაწლავის კიბო სიხშირის მიხედვით მეორე-მესამე ადგილზეა.

რომელი დაავადებები ითვლება მსხვილი ნაწლავის კიბოს პრეკანცერად?

პრეპანცერია მსხვილი ნაწლავის პოლიპი და პოლიპოზი, დივერტიკული, ქრონიკულად მიმდინარე წყლულოვანი კოლიტი.

მსხვილი ნაწლავის კიბოს რომელი ანატომიური ფორმები ვიცით?

ანატომიური ფორმების მიხედვით მსხვილ ნაწლავში ვითარდება ეგზოფიტურად და ენდოფიტურად მზარდი კიბო.

უფრო ხშირად რომელ ასაკში გვხვდება მსხვილი ნაწლავის კიბო?

მსხვილი ნაწლავის კიბო უხშირესად გვხვდება 40—60 წლის ასაკში.

მსხვილი ნაწლავის რომელ ნაწილში ვითარდება უფრო ხშირად კიბო?

ხშირად კიბო ვითარდება სიგმოიდურ კოლინჯსა და ბრმა ნაწლავში.

რა ვიცით მსხვილი ნაწლავის რენტგენოლოგიურ გამოკვლევის შესახებ?

მსხვილი ნაწლავის კიბოზე ეჭვმიტანილი ავადმყოფის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა უნდა დავიწყოთ კონტრასტული ნივთიერების შეყვანით სწორი ნაწლავიდან, ხოლო შემდეგ ჩვენების მიხედვით შეიძლება კონტრასტული ნივთიერება მივცეთ პირიდანაც.

ახლა განვიხილოთ კიდევ ერთი მეტად საინტერესო ავადმყოფი.

ავადმყოფი ც. ი., მამაკაცი, 55 წლის, მიღებულია კლინიკაში სიმსივნით ანალურ და მარცხენა საზარდულის მიდამოში, დეფეკაციის გაძნელებით. 6—7 თვის წინ დაწყებია ყრუ ხასიათის ტკივილი და ქავილი ანუსის მიდამოში, რასაც დაერთო დეფეკაციის გაძნელება. შემდეგ იმავე ადგილზე შეამჩნია სიმსივნე. ერთი თვის წინ სიმსივნე შეამჩნია მარცხენა საზარდულის მიდამოშიც.

შეჭოსვლისას ავადმყოფი ანემიურია, კანის ტურგორი დაქვეითებული აქვს. ანალურ მიდამოში დაწყლულებული სიმსივნეა. შეხებით უმტკივნეულო.

სურ. 57. სწორი ნაწლავის კიბო.

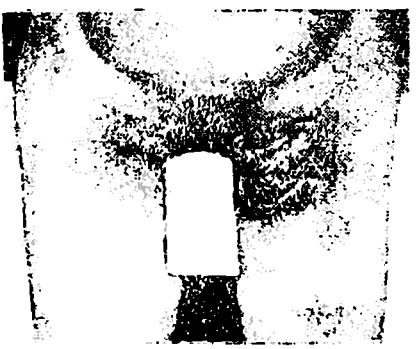
მარცხენა საზარდულის მიდამოში ასევე დაწყლულებული სიმსივნეა.

ექვი იყო მიტანილი აქტინომიკოზზე. როგორც ვიცით, აქტინომიკოზის უტყუარი ნიშანია გამონაღენში დრუზების დადგენა. ჩვენს შემთხვევაშიაც გამოვიკვლიეთ სიმსივნიდან მიღებული მასა. მაგრამ მასში დრუზები არ აღმოჩნდა. გაკეთდა სიმსივნის ბიოფსია.

ამრიგად, ამ შემთხვევაში საქმე გვაქვს სწორი ნაწლავის ავთვისებიან სიმსივნესთან. რომელიც მეტასტაზირებულია მარცხენა საზარდულის მიდამოში.

სწორი ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნეები იშვიათი არ არის. ყველა ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეებიდან სწორ ნაწლავზე მოდის 2—5%. ძალიან ხშირად სწორი ნაწლავის კიბო მის იმპუტარულ ნაწილში ბუდობს.

ი. დავიდოვსკის მონაცემებით, ქ. მოსკოვის სექციური მასალით, 1928 — 1932 წლებში 75.510 გაკვეთაზე ავთვისებიანი სიმსივნეები იყო 5720, აქედან სწორი ნაწლავის კიბო იყო 2,23% და სიხშირის მიხედვით მას მეთერთმეტე ადგილი ეჭირა.



სურ. 58. იგივე ავადმყოფი სწორი ნაწლავის კიბოს მეტასტაზი მარცხენა საზარდულის მიდამოში.

ს. ხოლდინის მონაცემებით ლენინგრადის ონკოლოგიის ინსტიტუტის მასალაზე 25 წლის განმავლობაში (1926 — 1951) ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულ 57.759 პირიდან 1.427 დაავადებული იყო სწორი ნაწლავის კიბოთი, რაც 2.5% შეადგენს. მისივე დაკვირვებით უკანასკნელ წლებში სწორი ნაწლავის კიბო 4%-ს შეადგენს. კლინიკის მასალაზე. 1947 წლამდე, სწორი ნაწლავის კიბოს ზოგიერთი

საკითხი დაამუშავეს მ. ჩაჩავამ და თ. კაჭკაჭიშვილმა. იმ დროისათვის სულ გატარებული იყო 72 ავადმყოფი. შემდეგი მასალა სწორი ნაწლავის კიბოს შესახებ დაამუშავა ჯ. კანდელაკმა (1953).

სწორი ნაწლავის კიბო უფრო ხშირად გვხვდება 40—60 წლის ასაკში. ს. ხოლდინის მონაცემებით სწორი ნაწლავის კიბოთი დაავადებულ 962 ავადმყოფიდან 6 (0.6%) იყო 20 წელზე ახალგაზრდა, 49 (5,1%) 30 წლამდე, ხოლო 202 (21%) 40 წლამდე. ყველაზე ახალგაზრდა ავადმყოფი იყო 17 წლისა.

ჩვენს მასალაშიც ყველაზე ახალგაზრდა იყო 17 წლისა. საილუსტრაციოდ მოგვყავს ამონაწერი ამ ავადმყოფის ისტორიიდან.

ავადმყოფი ბ. ყ. მამაკაცი, 17 წლისა, მიღებულია კლინიკაში ტკივილითა და სიმსივნით ანალურ მიდამოში, დეფეკაციის გაძნელებით. ავად არის 5 თვეა. სწორი ნაწლავიდან თითით ისინჯება მტკივნეული ხორკლიანი ზედაპირი, მკვრივი სიმსივნე. გაუკეთდა ოპერაცია (ეთერის ნარკოზი). გაისნა მუცლის ღრუ. სწორ ნაწლავში შეიგრძნობა სიმსივნე, რომელიც ფიქსირებულია. ლიმფურ კვანძებში აღინიშნება მეტასტაზები. ვინაიდან გაუვალობის მოვლენები აქვს, გაუკეთდა ცეკოსტომია. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი მძიმე აღმოჩნდა. მიუხედავად მიღებული ღონისძიებებისა, ავადმყოფი გარდაიცვალა. სექციაზე — სწორი ნაწლავის კიბო მეტასტაზებით.

სწორი ნაწლავის კიბოს განვითარებას ხელს უწყობს სწორი ნაწლავის ფისტულები, პოლიპი და პოლიპოზი და სხვა ქრონიკული დაავადებები.

სწორი ნაწლავის კიბოს გამოცნობაში დიდი მნიშვნელობა აქვს: სწორი ნაწლავიდან პათოლოგიური გამონადენის შესწავლას (სისხლი, ჩირქი, ლორწო), ფუნქციურ მოშლილობებს, როგორიცაა შეკრულობა, ჭინთვები, ტკივილი ანალურ მიდამოში და ქავილი. სწორი ნაწლავის კიბოს გამოცნობა შემთხვევათა 90—95% შეიძლება სწორი ნაწლავიდან თითით გასინჯვით. გამოკვლევის არც ერთი მეთოდი არ გვაძლევს ისე სწრაფ პასუხს, როგორც სწორი ნაწლავიდან თითით გასინჯვა.

სწორი ნაწლავის კიბოზე ეჭვის შემთხვევაში თითით გასინჯვის შემდეგ საჭიროა რექტოსკოპია, რომელიც აზუსტებს დიაგნოზსა და ბიოფსიის გაკეთების საშუალებას იძლევა.

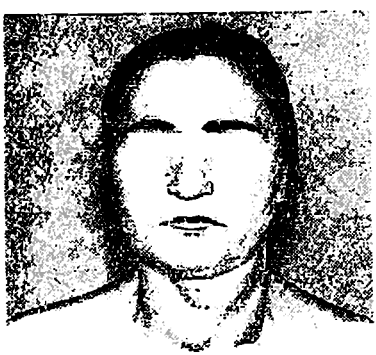
სწორი ნაწლავის კიბოს მკურნალობა მხოლოდ და მხოლოდ ოპერაციულია. ავადმყოფის ხსნის იმედი დროულ და რადიკალურ ოპერაციაშია. რადიკალური ოპერაციის მრავალი მეთოდია შემუშავებული. მაგრამ ამჟამად ავტორთა უმრავლესობა არჩევით მეთოდად აღიარებს სწორი ნაწლავის ერთმომენტიანი აბდომინო-პერინიალურ ექსტირპაციას კენიუს წესით: თუ შემთხვევა ინოპერაბილურია, ნაწლავთა გაუვალობის ლიკვიდაციის მიზნით უნდა გაკეთდეს ხელოვნური უკანა ტანი.

ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებანი

ავადმყოფი კ. ნ., ქალი 41 წლის, უჩივის გულის ფრიალს, ადვილად დაღლას, თავის ტკივილს, თავბრუს ხვევას, ოფლიანობას, ადვილად აგზნებადობას, უმიზეზოდ ტირილს.

პულსი წუთში 108. აღენიშნება ქუთუთოებისა და გაშლილი თითების ტრემორი. კისრის წინა ზედაპირზე აქვს გადიდებული ფარისებრი ჯირკვალი. ძირითადი ცვლა +20%.

ავადმყოფი ბ. ე., ქალი 38 წლის, ორი თვის წინ ფსიქიკური ტრავმის შემდეგ დაეწყო გულის ფრიალი, ოფლიანობა, უძილობა. წონაში დაიკლო, ადვილად იღლება, ადვილად აგზნებადია, შრომის უნარი დაუქვეითდა.



სურ. 59. თირეოტოქსიკოზი.

პულსი წუთში 126, აღენიშნება ქუთუთოებისა და გაშლილი თითების მკვეთრი ტრემორი, კისრის წინა ზედაპირზე ისინჯება დიფუზურად გადიდებული ფარისებრი ჯირკვალი. ძირითადი ცვლა + 39%.

ავადმყოფი მ. გ., მამაკაცი 36 წლის, უჩივის გულის ფრიალს, წონაში საგრძნობ დაკლებას, ოფლიანობას, უძილობას, ადვილად დაღლას, ადვილად აგზნებადობას, შრომის უნარის მკვეთრ დაქვეითებას. აღნიშნული მოვლენები დაეწყო ერთი წლის წინათ.

ყურადღებას იპყრობს თვალების ბრწყინვალება, თვალის ნაპრალის გაფართოება, მკვეთრი ტრემორი, პულსი წუთში 140. კისრის წინა ზედაპირზე ისინჯება დიფუზურად გადიდებული ფარისებრი ჯირკვალი. ძირითადი ცვლა +41%.

სამივე შემთხვევაში საქმე გვაქვს თირეოტოქსიკოზთან, რომელიც სხვადასხვა სიმძიმით არის გამოხატული.

ავადმყოფი ნ. ც., ქალი 47 წლის, უჩივის სიმსივნისმაგვარი წარმო-

ნაქმნის არსებობას კისრის წინა ზედაპირზე, რომელიც დაახლოებით ერთი წლის წინათ შეამჩნია.

კისრის წინა ზედაპირზე ისინჯება ქათმის კვერცხის ოდენობის უმტკივნეულო, სადა ზედაპირის მქონე წარმონაქმნი, რომელიც მოძრაობს ყლაპვის აქტთან დაკავშირებით. პულსი წუთში 78, ძირითადი ცვლა +14%.

ამ შემთხვევაში საქმე გვაქვს არატოქსიკურ კვანძოვან ჩიყვთან.

ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიით ამჟამად კლინიკაში 20-მდე ავადმყოფია. ზოგი ემზადება საოპერაციოდ; ზოგს უკვე გაუკეთდა ოპერაცია. ამ ოცი ავადმყოფიდან მხოლოდ ერთია მამაკაცი.

ვიდრე ამ დაავადებას ვრცლად შევეხებოდეთ, საჭიროა მოკლედ გავიხსენოთ ზოგიერთი მონაცემი ფარისებრი ჯირკვლის ანატომიისა და ფიზიოლოგიის შესახებ.

ფარისებრი ჯირკვალი სხვა ენდოკრინულ ჯირკვლებთან შედარებით უკეთ არის შესწავლილი. ამას მოწმობს თუნდაც ის ფაქტი, რომ აღნიშნული ჯირკვლის შესახებ ყოველწლიურად ძალიან ბევრი სამეცნიერო შრომა ქვეყნდება.

ბარი ვუდი მედიცინის განვითარებას ადარებს ბაქტერიების ზრდას. დასაწყისში ადგილი აქვს ბაქტერიების გამრავლების ერთგვარ შეფერხებას, შემდეგ კი ისინი ლოგარითმული სისწრაფით მრავლდებიან. ვუდი თელის, რომ თანამედროვე მედიცინამ მიაღწია ლოგარითმულ ფაზას. სწორედ ფარისებრი ჯირკვლების ასეთ ზრდასთან გვაქვს საქმე.

ფარისებრი ჯირკვლის მოკლე აღწერა ჯერ კიდევ გალენმა მოგვცა. ამ ჯირკვლის შესახებ უფრო დაწვრილებითი ცნობები ვეზალუსმა მოგვაწოდა 1543 წელს, ხოლო ვაროონმა 1656 წელს მას უწოდა ფარიქსი (ბერძნულად — ფარი). მაგრამ ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქცია კიდევ მრავალი ათეული წლის მანძილზე გაურკვეველი იყო და ჰიპოთეზურ ხასიათს ატარებდა.

ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის გარკვევაში დიდი როლი ითამაშა ამ ჯირკვალზე სხვადასხვა სახის ოპერაციულმა ჩარევამ, გახსაკუთრებით მიჩმა მთლიანმა ექსტირპაციამ, რასაც შედარებით ხშირად მიმართავდნენ მეცხრამეტე საუკუნეში. წამოიჭრა მთელი რიგი საკითხებისა, რომლებიც შემდეგში ექსპერიმენტულად იქნა შესწავლილი. პავლოვი (1899) ამბობდა, რომ მედიცინისათვის აუცილებელია ექსპერიმენტი. ფარისებრი ჯირკვლის ამოსაკვეთად დროულად ჩატარებული ექსპერიმენტები კარგი შედეგებით მთავრდება.

მეცხრამეტე საუკუნის დამლევს ბრაუნმა დაადგინა, რომ ორგანიზმში მოხვედრილი იოდი ძირითადად და სპეციფიკურად კონცენტრირდება ფარისებრ ჯირკვალში. თირეოიდული ჰორმონის ბუნება კი გაირკვა

მას შემდეგ, რაც 1915 წელს კენდალმა კრისტალური თიროქსინი მიიღო. საინტერესოა, რომ ამისათვის მკვლევარს დასჭირდა 3 ტონა ძირითადად ღორის ახლად ამოკვეთილი ფარისებრი ჯირკვლის გადამუშავება. 12 წლის შემდეგ ჰარინგტონმა და ბარგერმა შესძლეს თიროქსინის ქიმიური სტრუქტურის გარკვევა. 1950—1951 წლებში ფარისებრი ჯირკვლიდან და სისხლიდან გამოყოფილი იყო ახალი ჰორმონი — ტრიოდთირონინი, რომელიც თიროქსინზე გაცილებით აქტიური აღმოჩნდა.

ფარისებრი ჯირკვალი ვითარდება ხახის ვენტრალური კედლიდან— კენტი წანაზარდის სახით. განვითარების პროცესში იგი ეშვება ქვეშოთ — თავისი ჩვეულებრივი მდებარეობის ადგილისაკენ და ორ ნაწილად იყოფა; მათგან წარმოიშვება გვერდითი წილები. ფარისებრი ჯირკვლის სადინარი ისპობა, მაგრამ ენის ძირში რჩება მისი ნაშთი ბრმა ხვრელის სახით. თვით ფარისებრი ჯირკვალი კი ინკრეტორულ ორგანოდ იქცევა. იმ შემთხვევაში, თუ არ მოხდა სადინარის სრული ობლიტერაცია, შეიძლება განვითარდეს თანდაყოლილი დაავადება, რომელსაც კისრის მედიალური კისტა ეწოდება.

ფარისებრი ჯირკვალი მოთავსებულია კისრის წინა ზედაპირზე. გვერდებიდან იგი შემოფარგლულია მკერდ-ლავიწდვრილისებრი კუნთის შიგნითა ნაწილით, ზემოთ გადადის ქვედაყბის მიდამოში, ხოლო ქვემოთ კი — საუღლე ფოსოში.

ნორმალური ფარისებრი ჯირკვალი ორი გვერდითი წილისაგან შედგება, რომელიც ქვედა ნაწილში ერთმანეთს უკავშირდება ხიდაკით. შემთხვევათა ერთ მესამედში აღინიშნება პირამიდული მორჩი, რომელიც იწყება ხიდაკიდან ან ერთ-ერთი გვერდითი წილიდან. ხიდაკი მოთავსებულია სასულეს მე-2—4 ხრტილოვანი რგოლის დონეზე. მაგრამ იგი შეიძლება იყოს უფრო ზემოთ — ბეჭდისებრი ხრტილის დონეზე ან უფრო ქვემოთ — სასულეს მე-6 რგოლის დონეზე. ამ ვარიანტების შესაძლებლობა გათვალისწინებული უნდა იყოს ტრაქეოსტომიის დროს.

ფარისებრი ჯირკვლის გვერდითი წილები მოთავსებულია სასულეს გვერდებზე. მათი ზემო კიდე აღწევს ფარისებრი ხრტილის შუა მესამედს, ხოლო ქვემო კიდე — სასულეს მე-6 ხრტილოვან რგოლს. როგორც წესი, ფარისებრი ჯირკვლის მარჯვენა წილის ოდენობა ჭარბობს მარცხენას. გვერდითი და შუა იოგის საშუალებით ფარისებრი ჯირკვლის შიგნითა ზედაპირი დაკავშირებულია სასულეს ხრტილებთან და ბეჭდისებრ ხრტილებთან, რაც განაპირობებს მის მოძრაობას ყლაპვის დროს.

ფარისებრი ჯირკვლის ფორმა სხვადასხვაგვარი შეიძლება იყოს, ამიტომაც მას ადარებენ ნალს, ნახევარმთვარეს.

ფარისებრ ჯირკვალს ზოგჯერ შეიძლება აკლდეს რომელიმე, უფრო ხშირად მარცხენა წილი. ფარისებრი ჯირკვალი შეიძლება წარმოდგენილი იყოს სხვადასხვა ზომის ცალკეული კვანძების სახით და მოთავსებული იყოს ენის ძირიდან დაწყებული აორტის რკალამდე. ასეთი დამატებითი ანუ აბერანტული კვანძებიდან ჩიყვის განვითარების შემთხვევაში ჩვენ საქმე გვექნება ენისქვეშა, მკერდუკანა, რეტროეზოვაგალური ან სხვა მდებარეობის ჩიყვთან, რაც დიაგნოსტიკისათვის გარკვეულ სიძნელეებს ქმნის. აღწერილია სიმსივნეები ენის ძირის არეში, სასულის წინა ზედაპირზე, მის უკან, რომელთა მიკროსკოპულმა შესწავლამ ფარისებრი ჯირკვლის შენება დაადგინა.

ადამიანის ფარისებრი ჯირკვლის წონა 25—35 გრ შეადგენს. ჩიყვის დროს მისი წონა მკვეთრად მატულობს. ლიტერატურაში აღწერილია ენდემური ჩიყვის ოპერაციული მკურნალობის შემთხვევები. როდესაც ამოკვეთილი ფარისებრი ჯირკვლის წონა 5 კგ აჭარბებდა. ჩვენი მასალის მიხედვით ყველაზე დიდი ჩიყვის წონა 800 გრ შეადგენდა.

ფარისებრ ჯირკვალს სისხლმომარაგების მხრივ, ყველა სხვა ორგანოებთან შედარებით, პირველი ადგილი უჭირავს. ზემორინგის გამოკვლევებით ფარისებრი არტერიების საერთო ყალიბი რამდენიმეჯერ აღემატება ტვინის არტერიების საერთო ყალიბს. გამორკვეულია, რომ ფარისებრი ჯირკვლის 100 გრ ნივთიერებაში ერთ წუთში გაივლის 650 მლ სისხლი, მაშინ როდესაც ამავე მონაკვეთში ქვემო კიდურში გადის 5 მლ, ჩოჩნჩხის კუნთებში — 12 მლ, თავის მიდამოში — 20 მლ, თირკმლის ქსოვილში — 100 მლ. ადამიანის მთელი სისხლი გაივლის ფარისებრ ჯირკვალში ერთი საათის განმავლობაში.

ფარისებრი ჯირკვალი მეტად მდიდარია სისხლძარღვებით. მრავალრიცხოვანი ორგანოსშიდა კაპილარები გორგალის სახით გარს უვლიან ფოლიკულებს. სისხლძარღვთა რაოდენობა და მასთან ერთად ჯირკვლის სისხლმომარაგება მკვეთრად მატულობს თირეოტოქსიკური ჩიყვის დროს.

ფარისებრი ჯირკვლის ექსტრა და ინტრაორგანული სისხლძარღვები როგორც ექსპერიმენტის, ისე ნორმისა და პათოლოგიის პირობებში შეისწავლეს ღიბრაძემ, ახმეტელმა და სხვ.

ფარისებრი ჯირკვალი იკვებება ოთხი ძირითადი არტერიით — ზედა და ქვედა ფარისებრი წყვილი არტერიით. არაიშვიათია ფარისებრი კენტი არტერიისა და დამატებითი არტერიების არსებობაც.

ფარისებრი ზემო არტერია ჩვეულებრივ იწყება გარეთა საძილე არტერიიდან, მაგრამ იგი შეიძლება გამოეყოს საერთო საძილე არტერიას, უფრო იშვიათად კი შიგნითა საძილე არტერიას. შეიძლება არსე-

ბობდეს ამ არტერიის გამოყოფის უფრო იშვიათი ვარიანტი, მაგრამ ჩვენ მათ ახლა არ შევეხებით.

კიდევ უფრო მეტი ვარიანტებით ხასიათდება ფარისებრი ქვემო არტერიების გამოყოფა. ამ მხრივ საინტერესოა ტიხომიროვის მონაცემები. ფარისებრი ქვემო არტერიები შეიძლება გამოიყოს ფარ-კისრის ღეროდან, აორტის რკალიდან, უსახელო არტერიიდან, საერთო საძილე და შიგნითა საძილე არტერიიდან, ხერხემლისა და ძუძუს შიგნითა არტერიიდან. ფარისებრი ქვემო არტერია შეიძლება საერთოდ არ არსებობდეს და ასეთ შემთხვევაში მას ცვლის ფარისებრი კენტი არტერია.

თვით ფარისებრი კენტი არტერია ჩვეულებრივ უშუალოდ აორტის რკალიდან გამოდის, თუმცა შეიძლება გამოდიოდეს ფარ-კისრის ღეროდან, ძუძუს შიგნითა არტერიიდან, ლავიწქვეშა არტერიიდან.

ფარისებრი ჯირკვალი დამატებით არტერიებს იღებს ხორხის საყლაპავისა და კისრის ვენტრალური კუნთების არტერიებიდან.

პრაქტიკული თვალსაზრისით მხედველობაშია მისაღები ის გარემოება, რომ არსებობს უამრავი ანასტომოზები როგორც მოპირდაპირე ფარისებრ ზემო ანდა ქვემო არტერიებს შორის, ისე მარჯვენა და მარცხენა ზემო და ქვემო არტერიებს შორისაც. უხვი ანასტომოზური ქსელის წყალობით ოთხივე ფარისებრი არტერიის წინასწარი გადაკვანძვა არ იძლევა სისხლდენის შემცირებას ფარისებრ ჯირკვალზე ოპერაციული ჩარევის დროს.

ფარისებრი ჯირკვლის ვენები ძირითადად ბის წინა და გვერდით ზედაპირზე მდებარეობენ და ქმნიან ხშირ ვენურ წნულებს. ჯირკვლის უკანა ზედაპირზე ვენები თითქმის არ არის. ფარისებრი ვენები უხვადაა დაკავშირებული ერთმანეთთან. მათთვის დამახასიათებელი ისაა, რომ ისინი არ შეიცავენ სარქველებს და მათი დიამეტრი გაცილებით სჭარბობს შესაფერისი არტერიის დიამეტრს.

აღსანიშნავია და პრაქტიკული მნიშვნელობისაა ის ფაქტი, რომ ფარისებრი როგორც ზემო, ისე ქვემო არტერიები უფრო ხშირად იყოფიან უშუალოდ ჯირკვლის სიახლოვეს. არანაკლები მნიშვნელობისაა ურთიერთდამოკიდებულება ფარისებრ ქვემო არტერიასა და შებრუნებულ ნერვს შორის. ეს უკანასკნელი შეიძლება გადიოდეს არტერიის ტოტებს შორის, მის უკან ან მის წინ. იგი შეიძლება სპირალურად ეხვეოდეს არტერიას.

ყველა ამ ფაქტს ჩვენ აღვნიშნავთ იმისათვის, რომ ქირურგი, რომელიც აკეთებს ოპერაციას ფარისებრ ჯირკვალზე, მისი ამა თუ იმ დაავადების დროს, უნდა ითვალისწინებდეს ჯირკვლის როგორც ანატომიურ, ისე ფიზიოლოგიურ თავისებურებებს, მათი უცოდინარობა შეიძლება გახდეს მძიმე და გამოუსწორებელი შეცდომის მიზეზი.

მოკლედ შევეხოთ ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციას და მის მნიშვნელობას ორგანიზმისათვის.

ცნობილია, რომ ფარისებრი ჯირკვალი გამოყოფს იოდით მდიდარ ჰორმონს. ფარისებრი ჯირკვალი წარმოადგენს იოდის ძირითად მომხმარებელ ორგანოს. ადამიანის ორაგნიზმში იოდის კონცენტრაცია ფარისებრ ჯრიკვალში შეადგენს 40-დან 50%. ე. ი. ასჯერ მეტს, ვიდრე სხვა რომელიმე ორგანოში. ფარისებრ ჯირკვალში 10.000-ჯერ მეტი იოდია, ვიდრე სისხლში.

ორგანიზმში საკვები პროდუქტებითა და სასმელი წყლის გზით მოხვედრილი იოდი შეიწოვება კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში და აღწევს ფარისებრ ჯირკვალს. ჯირკვლის ფოლიკულებში არაორგანული იოდიდან წარმოიქმნება ორგანული იოდი. შემდეგ დიიოდთიროზინი და ბოლოს აქტიური ჰორმონი — თიროქსინი. თიროქსინის ბიოლოგიური აქტივობა მეღავნდება ერთ მილიარდზე განზავების დროსაც.

თიროქსინი ითვლება ფარისებრი ჯირკვლის ძირითად ჰორმონად. თუმცა, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ბოლო დროს გამოყოფილია აგრეთვე მეორე, თიროქსინზე უფრო აქტიური ჰორმონი — ტრიიოდთირანინი.

თირეოდული ჰორმონების მოქმედება ორგანიზმზე მეტად მრავალმხრივია, მაგრამ პირველ რიგში აღსანიშნავია ქსოვილების მიერ ჟანგბადის მოთხოვნილების გაზრდა და ყველა სახის ნივთიერებათა ცვლის — ცილოვანი, ცხიმოვანი, ნახშირწყლების, მინერალური, წყლის, ვიტამინების — სტიმულაცია.

ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების მოქმედებით მატულობს ქსოვილების მიერ ჟანგბადის მოხმარება, ძლიერდება შეტაბოლური პროცესები, მატულობს სითბოს პროდუქცია. ფარისებრი ჯირკვლის ამოკვეთა ამცირებს ჟანგბადის მოხმარებას, სითბოს პროდუქციას, აქვეითებს ტემპერატურას.

ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქცია იცვლება მისი დაავადების დროს. ერთ შემთხვევაში მისი ჰორმონალური ფუნქცია ქვეითდება და საქმე გვაქვს ჯირკვლის ჰიპოფუნქციასთან — ჰიპოთირეოზთან. მეორე შემთხვევაში ჯირკვლის ფუნქცია ძლიერდება, ვითარდება ჯირკვლის ჰიპერფუნქცია — ჰიპერთირეოზი. შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის გაუკუღმართებასაც, გამოხატული იყოს მისი დისფუნქცია — დისთირეოზი. თუმცა ამ უკანასკნელის არსებობის შესაძლებლობას ყველა ენდოკრინოლოგი არ იზიარებს.

ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონალური ფუნქციის რეგულაციის საკითხზე ამჟამად დაგროვდა დიდძალი ექსპერიმენტული მასალა. დადგენილია, რომ მისი რეგულაცია წარმოებს ნერვულ-ჰუმორალური გზით. ადენოჰიპოფიზის წინა ნაწილში გამოიყოფა თირეოტროპული

ჰორმონი, რომელიც უშუალო გავლენას ახდენს ფარისებრ ჯირკვალზე, იწვევს მის ჰიპერპლაზიას და ჰიპერფუნქციას. პირიქით, თირეოტროპული ჰორმონის ნაკლებობას მოჰყვება ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის დაქვეითება. მაგრამ თვით ადენოჰიპოფიზის მიერ თირეოტროპული ჰორმონის სინთეზი ჰიპოთალამუსის კონტროლით წარმოებს. ჰიპოთალამუსის მიერ გამომუშავებული ჰორმონი, რომელსაც თირეოტროპინის განთავისუფლების ფაქტორი ეწოდება, აძლიერებს თირეოტროპინის გამომუშავებას.

მეორე მხრივ ადენოჰიპოფიზის მიერ თირეოტროპული ჰორმონის გამომუშავებას არეგულირებს სისხლში თირეოიდული ჰორმონების დონე. თირეოიდული ჰორმონების დაბალი კონცენტრაცია სისხლში იწვევს თირეოტროპული ჰორმონის გამოყოფის გაძლიერებას, ხოლო თირეოიდული ჰორმონების მაღალი კონცენტრაცია სისხლში ამცირებს თირეოტროპული ჰორმონის ბიოსინთეზსა და მის გამოყოფას.

აქედან გასაგებია, რომ ჰიპოთალამუსისა და ადენოჰიპოფიზის გაძლიერებული ფუნქცია შესაძლებელია თირეოტოქსიკოზის განვითარების ერთ-ერთი მიზეზი გახდეს.

მრავალმა ავტორმა ექსპერიმენტებით დაასაბუთა, რომ კისრის სიმპატიკური ნერვის ქრონიკული გაღიზიანება იძლევა ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერფუნქციას და თირეოტოქსიკოზის კლინიკურ გამოვლენას. ამ მონაცემების საფუძველზე ზოგიერთი რუმინელი ქირურგი თირეოტოქსიკოზის დროს მიმართავდა ოპერაციულ ჩარევას სიმპატიკურ ნერვულ სისტემაზე.

ფარისებრი ჯირკვალი, როგორც ენდოკრინული სისტემის ერთ-ერთი ჯირკვალი, რთულ ურთიერთკავშირშია სხვა ენდოკრინულ ჯირკვლებთან.

ენდოკრინული ჯირკვლები ფუნქციური თვალსაზრისით განხილული უნდა იქნეს როგორც ერთიანი მთლიანი სისტემა. ერთი ჯირკვლის ფუნქციის ცვლილებას აუცილებლად მოჰყვება სხვა ჯირკვლების ფუნქციის შეცვლა. ამრიგად, ვითარდება ე. წ. პლურიგლანულარული დაავადება. რაც უფრო მკვეთრად არის გამოხატული დაავადების პლურიგლანდულარული ხასიათი, მით უფრო ძნელია დადებითი შედეგის მიღება ერთ რომელიმე ჯირკვალზე ოპერაციული ჩარევით.

თირეოტოქსიკოზის მძიმე და შორსწასული ფორმის დროს არაიშვიათია დაავადების პლურიგლანდულარული ხასიათი. ამ შემთხვევებში რადიკალური ჩარევა ფარისებრ ჯირკვალზე არ იძლევა სასურველ შედეგს ავადმყოფის სრული განკურნებით. ეს ლაპარაკობს დროული ოპერაციული ჩარევის აუცილებლობაზე.

როგორც კლინიკური, ისე ექსპერიმენტული დაკვირვებები ადასტურებენ, რომ ფარისებრი ჯირკვალი ადენოჰიპოფიზის გარდა მჭიდრო

კავშირშია თირკმელზედა ჯირკვალთან, საკვერცხეებთან, პანკრეასთან, თიმუსთან.

მაგალითად, თირეოდექტომიის შემდეგ ექსპერიმენტით დადგენილია მთელი ენდოკრინული აპარატის ფუნქციის დარღვევა — სასქესო ჯირკვლების განვითარების დათრგუნვა, თიმუსის ატროფიის განვითარება, ადენოჰიპოფიზის ნაწილისა და თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის გადიდება.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ ფარისებრი ჯირკვლის ფიზიოლოგიასა და პათოლოგიაზე, მის დაავადებათა კლინიკასა და მკურნალობაზე უამრავი ნაშრომია გამოქვეყნებული. ამ საკითხების დამუშავებაში დიდი წვლილი შეიტანეს საბჭოთა მკვლევარებმა. ამ საკითხებით დიდი ხანია დაინტერესებულნი იყვნენ აგრეთვე ქართველი მკვლევარებიც.

წარსულში საქართველოში ჩიყვის მძიმე ანდემიის კერები იყო სვანეთში. ჩიყვის არსებობის შესახებ ცნობებს გვაწვდის ვახუშტი ბატონიშვილი. ენდემიურ ჩიყვთან ბრძოლა ჩვენს რესპუბლიკაში სოციალური მნიშვნელობის პრობლემას წარმოადგენდა და ამ ბრძოლაში ერთ-ერთი პირველოაგანები, ჩიყვის საწინააღმდეგო ბრძოლის ენთუზიასტები იყვნენ — ა. მაჭავარიანი, გ. მუხაძე, მ. ასათიანი, ი. ასლანიშვილი, ა. ახვლედიანი. ენდემიურ ჩიყვთან ბრძოლის საქმეში დიდი მუშაობა ჩაატარა ჩიყვის საწინააღმდეგო დისპანსერის თანამშრომელთა კოლექტივმა, რომელსაც ი. ასლანიშვილი ხელმძღვანელობდა.

ჩიყვის საწინააღმდეგო ბრძოლის აქტიურ მონაწილეთა შორის უნდა აღინიშნონ ა. აბაშიძე, დ. ბერეჟიანი, გ. ვადაჭკორია, ვ. გელოვანი, თ. ღლონტი, ა. დიასამიძე, ვ. მაქაცარია, ო. მარგიანი, თ. მდივანი. შ. თოფურია, მ. უკლება, თ. ხუროძე, ვ. შაქარაშვილი, შ. ჩხენკელი და სხვები.

ენდემიური ჩიყვის კერების გამოვლინებასა და მასიური პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარებასთან ერთად ქართველი მკვლევარები დიდ მეცნიერულ მუშაობასაც ეწეოდნენ.

ჯერ კიდევ 1914 წელს ა. მაჭავარიანმა შეასრულა სადოქტორო დისერტაცია სისხლის შედედების ცვლილებების შესახებ ჩიყვის დროს. პირველი დისერტაციები საქართველოში ჩიყვთან დაკავშირებულ საკითხებზე შესრულებული იყო გ. მუხაძის, ა. მაჭავარიანისა და ვ. ყღენტის ხელმძღვანელობით შ. თოფურიას (1937) და გ. ფავლენიშვილის (1937) მიერ. შემდეგში მრავალი საკანდიდატო და სადოქტორო შრომები დაიწერა კ. ერისთავისა და ჩვენი კლინიკის ხელმძღვანელობით.

1950 წლის შემდეგ ქართველი მკვლევარების მიერ ფარისებრ ჯირკვალთან დაკავშირებულ საკითხებზე შესრულებულია 4 სადოქტორო და 20 საკანდიდატო დისერტაცია. ჩვენი კლინიკის მასალა საფუძვლად დაედო 13 საკანდიდატო და ერთ სადოქტორო დისერტაციას.

უკანასკნელი 10 წლის მანძილზე საქართველოში გამოქვეყნდა 10 მონოგრაფია, რომელიც ეხება ფარისებრ ჯირკვალს და მისი პათოლოგიის სხვადასხვა საკითხს, ესენია ღიბრაძის, უკლებას, ტრაპაიძის, თვალიაშვილის, დიასამიძის, სარალიძის, გიორგაძის, გაბუნიას და ახმეტელის მონოგრაფიები.

ძნელია ყველა იმ ქართველი მკვლევარის ჩამოთვლა, რომელთაც გამოუქვეყნებიათ შრომა ფარისებრი ჯირკვლისა და მისი პათოლოგიის სხვადასხვა საკითხის შესახებ. მათ შორის შეიძლება აღინიშნოს ქირურგები: გ. მუხაძე, ა. წულუკიძე, კ. ერისთავი, დ. ბერეჟიანი, მ. კომახიძე, მ. ჩაჩავა, გ. ხუნდაძე, ე. გიგოლოვი, ა. კუტუბიძე, ვ. გიორგაძე, გ. იოსელიანი, გ. ახალაძე, კ. ოთხმეზური და სხვანი.

ჩვენს კლინიკას ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიაში საკმაოდ დიდი გამოცდილება აქვს. საკმარისია ითქვას, რომ კლინიკაში, მისი არსებობის მანძილზე, ფარისებრი ჯირკვლის სხვადასხვა პათოლოგიით გატარებულია 5.000-მდე ავადმყოფი.

კლინიკის 1950—1965 წლების მასალა ყოველმხრივ განხილულია. თ. ახმეტელის ახლახან გამოქვეყნებულ მონოგრაფიაში „ჩიყვის კლინიკის, პათომორფოლოგიისა და ქირურგიული მკურნალობის საკითხები" მოყვანილია ნივთიერებათა ცვლის შესწავლის შედეგები, ზოგიერთი ორგანოს და სისტემის ცვლილებები ტოქსიკური და არატოქსიკური ჩიყვის დროს. მოცემულია კლინიკის ტაქტიკა ავადმყოფთა ოპერაციის მომზადების, ოპერაციული ტექნიკის, ოპერაციის შემდგომი მოვლის შესახებ. განხილულია ამ დაავადების თავისებური მიმდინარეობა ხანში შესულ და მოხუცთა შორის.

საერთოდ უნდა ითქვას, რომ ამ საკითხით დაინტერესებულ პირს აღნიშნული მონოგრაფია დიდ სარგებლობას მოუტანს.

ენდემური ჩიყვის წინააღმდეგ ბრძოლამ ჩვენს რესპუბლიკაში სასურველი შედეგი გამოიღო. როგორც გ. ვადაჭკორიას მონაცემებით ირკვევა საქართველოში ენდემური ჩიყვის სიმძიმემ მკვეთრად იკლო. მაგრამ ენდემური ჩიყვი ჯერ კიდევ არ არის ლიკვიდირებული.

როგორც ცნობილია, ენდემური ჩიყვი მთელს მსოფლიოშია გავრცელებული. მის გავრცელებას გარკვეული კანონზომიერება ახასიათებს. ენდემური ჩიყვი უფრო ხშირია მაღალმთიან რაიონში, კონტინენტის სიღრმეში. ზღვის სანაპიროზე ენდემური ჩიყვით დაავადებულთა რიცხვი მცირდება. მაღალმთიან რაიონებში ჩიყვს თან სდევს ჰიპოთირეოიდული გამოვლენა მაშინ, როდესაც დაბლობ რაიონებში ენდემური ჩიყვი მიმდინარეობს ჰიპერთირეოზის ფონზე.

ენდემური ჩიყვის გავრცელების საინტერესო მონაცემებს იძლევა კილი და სნიდენი. მათი მონაცემებით მსოფლიოში ენდემური ჩიყვით დაავადებულია 20 მილიონი ადამიანი. ფინეთში, წელიწადში ჩიყვის

გამო ოპერაცია უკეთდება3.000 ავადმყოფს. აქ ყოველ 1.000 მოსახლეზე 141 დაავადებულია ჩიყვით.

მექსიკის 10 მილიონი მოსახლიდან ჩიყვით დაავადებულია 2 მილიონი, ე. ი. მოსახლეობის მეხუთედი. იტალიაში მოსახლეობის 10% აქვს ჩიყვი.

ამრიგად, ენდემური ჩიყვით ავადდება იმ მოსახლეობის საგრძნობი ნაწილი, რომელიც ცხოვრობს გარკვეულ ბიოგეოქიმიურ პროვინციაში. ასეთ ბიოგეოქიმიურ პროვინციაში ჩიყვი გვხვდება არა მარტო მოზრდილთა შორის, არამედ ბავშვებშიც. ზოგჯერ კი ახალშობილებშიც და ცხოველებშიც. მაგალითად, აღმოსავლეთ ციმბირის ზოგიერთ რაიონში ჩიყვით დაავადებულნი არიან ცხენები, ღორები, ძროხები, ცხვრები, ძაღლები.

ენდემური ჩიყვი ცნობილი იყო ჩვენს წელთაღრიცხვამდე. ცნობებს ჩიყვის შესახებ ვხვდებით ძველი ინდოეთის, ჩინეთისა და საბერძნეთის მეცნიერთა შრომებში.

ენდემური ჩიყვის ეტიოლოგია და პათოგენეზი საკმარისად გარკვეულია. ცნობილია ჩიყვის წარმოშობის რამდენიმე ათეული თეორია, მაგრამ მათი დიდი ნაწილი დღეს მხოლოდ ისტორიული მნიშვნელობისაა.

იოდის ნაკლებობის თეორია, რომელიც დღეს საყოველთაოდ აღიარებულია, წამოყენებული იყო გასული საუკუნის ორმოცდაათიან წლებში ფრანგი მეცნიერების პრეკო და შატენის მიერ. დიდი გავრცელება ჰპოვა მაკ-კერსონის ინფექციურ-ტოქსიკურმა თეორიებმაც, რომლის მიხედვით ჩიყვის წარმოშობაში გარკვეულ როლს თამაშობს სანიტარული ფაქტორი, ნიადაგის გაბინძურება, ცხოვრების არახელსაყრელი სანიტარულ-ჰიგიენური პირობები.

იოდის ნაკლებობას ორგანიზმში მოჰყვება იოდის ცვლის დარღვევა და თირეოიდული ჰორმონების ბიოსინთეზის შემცირება. ეს უკანასნელი კი იწვევს ფარისებრი ჯირკვლის კომპენსატორულ ჰიპერპლაზიას. ამ ფონზე შესაძლებელია განვითარდეს ენდემური ჩიყვი. ენდემური ჩიყვის განვითარებაში იოდის ნაკლებობის გარდა მნიშვნელობა აქვს სხვა ეგზოგენურ და ენდოგენურ ფაქტორებსაც. აქ მნიშვნელობას აძლევენ ნიადაგში მიკროელემენტების თანაფარდობას, ცხოვრების სანიტარულ პირობებს, არასრულყოფილ კვებას, საკვებში ზოგიერთი ნივთიერებებისა და ვიტამინების ნაკლებობას, მოსახლეობის ზნე-ჩვეულებას, საკვები პროდუქტების კულინარული დამუშავების თავისებურებას და სხვა.

გამოირკვა, რომ საკვები პროდუქტების ხარშვამ შეიძლება შეაფციროს მასში იოდის რაოდენობა 14—65%-ით. აღნიშნულია საინტერესო ფაქტი, რომ წარსულში, როდესაც ჩრდილოეთ ციმბირის მოსახლე-

ობა საკვებად ხმარობდა უმ თევზს, უმ ხორცს, ირმის სისხლს — ჩიყვის შემთხვევები ნაკლები იყო, ვიდრე უკანასკნელ წლებში, როდესაც მოსახლეობის კვების თავისებურება შეიცვალა.

საინტერესოა, რომ ენდემურ კერებში ჩიყვით დაავადების სიხშირე ვაჟებსა და გოგონებში დიდად არ განსხვავდება ერთმანეთისაგან.

დაავადების სიხშირის სხვაობა ვლინდება სქესობრივი მომწიფების პერიოდში და უფრო მკაფიოდ მოზრდილ ასაკში. ცხადია, რომ მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული ურთიერთკავშირი საკვერცხეების ფუნქციასა და ფარისებრი ჯირკვლის მდგომარეობას შორის. პერიოდული ცვლილებები, რომელიც დაკავშირებულია ოვარიულ-მენსტრუალურ ციკლთან, ორსულობასთან, კლიმაქსთან და ქალის სასქესო ორგანოების ხშირ დაავადებებთან, იწვევს საკვერცხეების ჰორმონალური ფუნქციის დარღვევას. ეს უკანასკნელი კი გავლენას ახდენს ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციაზე და ნერვული სისტემის მდგომარეობაზე.

ცნობილია, რომ სქესობრივი მომწიფების პერიოდში, ორსულობის დროს ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქცია ძლიერდება, შეიძლება მასში კვანძებიც კი განვითარდეს. მსგავს მოვლენებს აქვს ადგილი კლიმაქსის დროსაც. ჩიყვით ქალები ბევრად უფრო ხშირად ავადდებიან, ვიდრე მამაკაცები, რაც აიხსნება საკვერცხეების ფუნქციის მოშლით.

არის აზრი, რომ ზოგიერთ საკვებს, რომელიც შეიცავს თიო-ციანატს, შეუძლიან ჩიყვის გამოწვევა. თუმცა ეს საბოლოოდ არ არის დამტკიცებული, მაგრამ შემჩნეულია, რომ კულტის მსახურები, რომლებიც 3 წლის განმავლობაში იკვებებოდნენ კომბოსტოთი — ჩიყვით ავადდებოდნენ.

ექსპერიმენტის პირობებში ჩიყვის მიღება შეიძლება მრავალგვარი, კერძოდ ქიმიური ფაქტორების ზემოქმედებით. ადენოჰიპოფიზის თირიოტროპული ფუნქციის გაძლიერებით ანდა ფარისებრ ჯირკვალში ჰორმონების სინთეზის შეფერხებით, ცხოველებში მიიღება ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერპლაზია. ასეთი მოქმედება აქვს თიოციანატს, თიოურაცილს, პასკს და სხვას. ექსპერიმენტის პირობებში ჯირკვლის ჰიპერპლაზიის გზით შეიძლება სხვადასხვა სახის სიმსივნის განვითარების გამოწვევა. ამისათვის თაგვებს კვებავენ თიოურაცილით რამდენიმე თვიდან ორ წლამდე. პროცესის დაჩქარება შეიძლება კონცეროგენის ზემოქმედებით. ზოგიერთი სიმსივნე მოგვაგონებს ჩანასახოვან სიმსივნეს, ზოგჯერ კი ტიპურ პაპილარულ სიმსივნეს.

ენდემური ჩიყვის კერებში ფარისებრი ჯირკვლის სიმსივნეები 20—30-ჯერ უფრო ხშირია, ვიდრე ენდემიისაგან თავისუფალ უბნებში.

ჩვენ უკვე აღვნიშნეთ, რომ იოდის ნაკლებობის დროს, რასაც ვხვდებით გარკვეულ ბიოგეოქიმიურ პროვინციებში, მცირდება თირე-

ოიდული ჰორმონების გამოყოფა და ადგილი აქვს ფარისებრი ჯირკვლის კომპენსატორულ ჰიპერპლაზიას.

ფიქრობენ, რომ ადამიანის ნორმალური ფარისებრი ჯირკვლის წონა არ აღემატება 35 გრ., მაგრამ ენდემური ჩიყვის კერებში მისი საშუალო წონა გაცილებით მეტია. მაგალითად, ნორმალური ფარისებრი ჯირკვლის წონა ხარკოვის მაცხოვრებლებში 19 გრამია, თბილისში — 32,ირკუტსკში — 53.შვეიცარიის ენდემური კერის მაცხოვრებლებში ნორმალური ფარისებრი ჯირკვლის წონა აღწევს 71 გრამს.

არჩევენ ენდემიური ჩიყვის ორ ძირითად პათოჰისტოლოგიურ ფორმას — დიფუზურსა და კვანძოვანს. თითოეული მათგანი შეიძლება იყოს პარენქიმული და კოლოიდური. სიმწიფის მიხედვით ამ უკანასკნელში არჩევენ მიკრო-და მაკროფოლიკულურ ფორმას.

მოზარდებში ენდმური ჩიყვი უფრო ხშირად დიფუზურია. მოზრდილებსა და ხანშესულ ასაკში ჭარბობს კვანძოვანი ჩიყვი. ენდემური ჩიყვი ზოგჯერ ერთკვანძოვანია, მაგრამ უფრო ხშირად მრავალი კვანძისაგან შედგება.

ჩიყვის კვანძებში ხშირია სხვადასხვა პათოჰისტოლოგიური ცვლილებები. პროლიფერაციასა და ჰიპერპლაზიასთან ერთად შეიძლება ვნახოთ ჰიპოპლაზიის მოვლენებიც, კეროვანი ანთება, დეგენერაცია და ნეკროზი, სისხლჩაქცევები, კალციუმის მარილების დაგროვება, ზოგჯერ გაძვალებით და სხვა.

კვანძოვან ჩიყვში ადვილად ვითარდება ბლასტომური პროცესები ატიპიური და ინფილტრაციული ზრდით — ადენომიის გადაზრდით ავთვისებიან სიმსივნეში. რაც უფრო მკვეთრია ჩიყვის ენდემია, მით უფრო ხშირია ანდემიურ კერაში ავთვისებიანი ჩიყვი. ამიტომ კვანძოვანი ჩიყვი უნდა განიხილებოდეს ონკოლოგიური პრობლემის ასპექტში. კვანძოვანი ჩიყვი პრინციპულად სიმსივნედ უნდა ჩაითვალოს და მისი მკურნალობა მხოლოდ ოპერაციული უნდა იყოს. კვანძოვანი ჩიყვის ხაგრძლივად არსებობის დროს მატულობს მისი კიბოდ გადაგვარების შესაძლებლობა.

ენდემიური ჩიყვის დიფუზური ფორმის დროს ჩვენ საქმე გვაქვს ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერპლაზიასთან. ხშირად მისი მარჯვენა წილი ჭარბობს მარცხენას. კვანძოვანი ჩიყვის დროს კვანძი შეიძლება გამომდინარეობდეს ხიდაკიდან ან ჯირკვლის რომელიმე წილიდან. კვანძოვანი ჩიყვი შეიძლება ორმხრივიც იყოს.

ზოგჯერ კვანძოვანი ჩიყვი მდებარეობს ფარისებრი ჯირკვლიდან მოცილებით. ეს ხდება მაშინ, როდესაც ჩიყვი ვითარდება დისტოპირებულ, დამატებით ფარისებრი ჯირკვლიდან.

ასეთი მდებარეობის ჩიყვს აბერანტული ჩიყვი ეწოდება და მას,

როგორც ყოველ ექტოპირებულ ქსოვილს, კიბოდ გადაგვარების განსაკუთრებული მიდრეკილება აქვს.

კვანძოვან ჩიყვში არჩევენ თავისებურ ფორმას, რომელსაც მამეტასტაზირებელი ოდენობა ეწოდება. მას მორფოლოგიურად ავთვისებიანობის ნიშნები არა აქვს. ეპითელის ზრდა არ არის ინფილტრაციული და მეტასტაზებსაც, რომლებსაც უფრო ხშირად ძვლებში ვხვდებით, ნორმალური ფარისებრი ჯირკვლის შენება აქვს.

ჩიყვის ოდენობა სხვადასხვაგვარია. ეფექტური პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარების შედეგად ღღეს იშვიათად ვხვდებით დიდი ოდენობის ჩიყვს. ჩიყვის კონსისტენცია შეიძლება იყოს რბილი, მომკვრივო, მკვრივი, ელასტიკური, ერთ შემთხვევაში ჩიყვი თავისუფლად მოძრავია, მეორეში შედარებით — უძრავი. მრავალკვანძოვანი ჩიყვის დროს კვანძები სხვადასხვა სიდიდისაა, რაც ჩიყვს სხვადასხვა კონფიგურაციას აძლევს და ცვლის კისრის ორგანოების ტოპოგრაფიულ ურთიერთდამოკიდებულებას.

ენდემური ჩიყვის დროს ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქცია უხშირესად არ იცვლება. ასეთ ჩიყვს ეუთირეოიდული ეწოდება. ენდემური ჩიყვის ზოგიერთ კერებში სჭარბობს ჰიპოთირეოიდული ჩიყვი — ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპოფუნქციით. შემთხვევათა ნაწილში ენდემიური ჩიყვი მიმდინარეობს ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის გაძლიერების ფონზე. ასეთ ჩიყვს ჰიპერთირეოიდულ ანუ ტოქსიკურ ჩიყვს უწოდებენ.

გ. ვადაჭკორიას მონაცემებით საქართველოში მკვეთრად შემცირდა ჩიყვის ენდემიის სიმძიმე, მაგრამ საგრძნობლად იმატა კვანძოვანი ჩიყვის ჰიპერთირეოიდულმა ფორმებმა.

ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერფუნქცია შეიძლება განვითარდეს ენდემიური ჩიყვის როგორც დიფუზური, ისე კვანძოვანი ფორმის დროს. პირველ შემთხვევაში ლაპარაკობენ დიფუზურ ჩიყვზე მეორადი ტოქსიკოზით. თუ ჰიპერფუნქციის მოვლენები დაერთო ერთკვანძოვან ჩიყვს, მას ტოქსიკურ ადენომას უწოდებენ. მრავალი კვანძის შემთხვევაში მას ტოქსიკური კვანძოვანი ჩიყვი ეწოდება.

როდესაც ჩიყვი ჰიპოთირეოიდიზმის მოვლენებით მიმდინარეობს. ბაზინ მორფოლოგიურად ფოლიკულების ოდენობა მატულობს, ეპითელი ბრტყელდება, კოლოიდი სქელდება, მცირდება ან ქრება კოლოიდის რეზორბციის ნიშნები — მისი ვაკუოლიზაცია. ჰიპერთირეოიდული ჩიყვის დროს ფოლიკულების ზომა მცირდება, მათი ფორმა იცვლება, ეპითელი მაღლდება და ცილინდრული ხდება, კოლოიდი თხელდება, სახეზეა კოლოიდის გაძლიერებული რეზორბციის ნიშნები. ძლიერდება ჯირკვლის სისხლმომარაგება.

ეუთირეოდიული ენდემური ჩიყვის კლინიკა მდიდარი არ არის.

მცირე ზომის დიფუზური ან კვანძოვანი ჩიყვის დროს ავადმყოფს ჩივილები შეიძლება არ ჰქონდეს. მეორე შემთხვევაში ეუთირეოიდულმა ჩიყვმა შეიძლება მოგვცეს კისრის ორგანოებზე ზეწოლის მოკლენები. ზოგჯერ ადგილი აქვს სუნთქვის გაძნელებას, რომელიც მეტად არის გამოხატული ავადმყოფის ჰორიზონტული მდგომარეობის დროს. ასეთ შემთხვევაში რენტენოლოგიურად შესაძლებელია ტრაქეის გაღუნვის დადგენა. ჩიყვმა შეიძლება გამოიწვიოს ყლაპვის გაძნელება ყაყლაპავ მილზე ზეწოლის გამო. ამას ადგილი აქვს ბეჭდისებრი ფორმის ჩიყვის დროს. მსხვილ სისხლძარღვებზე ზეწოლის შემთხვევაში ავადმყოფებს აწუხებს თავის ტკივილი. ჩიყვის დაბალი მდებარეობის შემთხვევაში შესაძლოა განვითარდეს ზემო ღრუ ვენის ზეწოლის ნიშნები — გულმკერდის ზემო ნახევარში კანქვეშა ვენების გაგანიერება, კისრის ვენების დაბერვა. ჰემოდინამიკის მოშლას შეიძლება მოჰყვეს მარჯვენა და შემდეგ მარცხენა გულის ჰიპერტროფია, ე. წ. „ჩიყვისმიერი გულის“ განვითარებით.

ზოგიერთი ავადმყოფი უჩივის ხმის შეცვლას, იშვიათად ატონიას, რაც ჩიყვის ნერვულ ღეროებზე ზეწოლის შედეგია. ზეწოლის სხვადასხვა ნიშანი უფრო ხშირია მკერდუკანა ჩიყვის დროს.

თუ ენდემური ჩიყვი ფუნქციის დაქვეითებით მიმდინარეობს, ავადმყოფს მეტ-ნაკლები სიძლიერით გამოხატული აქვს ჰიპოთირეოზის მოვლენები. ავადმყოფი აპათიურია, ადინამიკური, აქვს სიმსუქნისაკენ მიდრეკილება. სახე შეშუპებული აქვს, კანი გასქელებული, მშრალი, ტემპერატურა დაბალი, წნევა დაქვეითებული, პულსი გაიშვიათებული, ბირითადი ცვლა ნორმაზე დაბალია.

როგორც აღვნიშნეთ, შემთხვევათა ნაწილში ენდემური ჩიყვი მიმდინარეობს ჰიპერთირეოზის მოვლენებით. ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის გაძლიერებას ამ შემთხვევებში ხელს უწყობს სქესობრივი მომწიფების პერიოდი, კლიმაქსი, კლიმაქტერული ნეკროზი, ფსიქიკური ტრავმა, ქალის სასქესო ორგანოების ანთებადი დაავადებანი, აბორტი, ინფექციები, ინტოქსიკაციები, იოდის გადაჭარბებული მიღება და სხვა. ამ შემთხვევებში ავადმყოფს უვითარდება ყველა ის მოვლენა, რომლებიც დამახასიათებელია თირეოტოქსიკოზისათვის. ეს მოვლენები შეიძლება გამოხატული იყოს სხვადასხვა სიძლიერით. მაგრამ ტოქსიკოზის მძიმე ფორმები მაინც შედარებით იშვიათია.

ენდემური ჩიყვის ყველა ფორმის დროს საჭიროა მისი ფორმის, ზომების, კვანძების არსებობის, მოძრაობის, სიმკვრივის, სისხლავსების და სხვა დეტალების განსაზღვრა. ამისათვის საკმარისია ინსპექციის, პალპაციის, პერკუსიისა და აუსკულტაციის გამოყენება. ტრაქტის ცდომის დასადგენად საჭიროა კისრის მიდამოს რენტგენოგრაფია. რენტგენოგრაფიამ შესაძლოა გამოავლინოს ჩიყვის ქსოვილში არსებული გაკი-

სურ. 60. ფარისებრი ჯირკვლის პალპაციით გასინჯვა.

სურ. 61. ფარისებრი ჯირკვლის პალპაციით გასინჯვა.

რული უბნები. მკერდუკანა ჩიყვი, ჩიყვის ზუსტი ფორმისა და ზომის დასადგენად უკანასკნელ დროს მიმართავენ პნევმოთირეოგრაფიას — ჩიყვის ირგვლივ ღაშარ ქსოვილში პუნქციით ჟანგბადის შეყვანას. მკერდუკანა ჩიყვის დასადგენად მიმართავენ პნევმომედიასტენოგრაფიას.

სურ. 62. ფარისებრი ჯირკვლის პალპაციით გასინჯვა.

როგორც ენდემური, ისე თირეოტოქსიკური ჩიყვის დროს თირეოიდული ქსოვილის ფუნქციური მდგომარეობის დასადგენად, კლინიკური სურათის გათვალისწინების გარდა, საჭიროა დამატებით გამოკვლევების ჩატარება.

უნდა აღინიშნოს, რომ ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციური აქტივობის განსაზღვრისათვის ახლა უამრავ მეთოდებს იყენებენ; ისინი მეტნაკლები სიზუსტით ასახავენ თირეოიდული პარენქიმის ფუნქციურ მდგომარეობაში. ყველაზე ფართო გავრცელება ჰპოვა ძირითადი ცვლის განსაზღვრამ. რადგანაც ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების ძირითად ფიზიოლოგიურ მოქმედებას წარმოადგენს ქსოვილებში ჟანგვითი პროცესების გაძლიერება, ამიტომ ძირითადი ცვლის განსაზღვრით შესაძლებელია წარმოდგენა ვიქონიოთ ფარისებრ ჯირკვალში ჰორმონოპოეზის მდგო-

მარეობაზე. მომატებული ძირითადი ცვლა ფარისებრი ფუნქციის გაძლიერების მაჩვენებელია და პირიქით. მაგრამ მხედველობაშია მისაღები ძირითად ცვლაზე მოქმედი სხვა მიზეზების მოქმედება, რაც ამცირებს ან ზრდის მის დონეს.

ძირითადი ცვლის მომატება შეიძლება გამოიწვიოს ყველა წარმოშობის სუბფებრილიტეტმა, ჰიპერტონიულმა დაავადებამ, თირეოიდიტის ტუბერკულოზმა. ლეიკემიამ, პოლიციდემიამ, ფეოქრომოციტომამ, რეაქტიულმა სეკროზმა, შუა ტვინის დაავადებამ, ქორეამ, ნევრასტენიამ და სხვა. ძირითად ცვლას აქვეითებს შეწუპებები, ნევროზი. კვების დაქვეითება და სხვა. აუცილებელია გამოკვლევის წინ 2—3 დღე უცილო დიეტის დაცვა. თვით გამოკვლევა კი უნდა წარმოებდეს ცალკე თბილ ოთახში, სრულ სიწყნარეში. 1960 წლიდან ძირითად ცვლას ჩვენს კლინიკაში ვიკვლევთ დუგლას — ჰოლდენის მეთოდით.

ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციური მდგომარეობის განსაზღვრისათვის ამჟამად ფართოდ იყენებენ რადიოინდიკაციის სხვადასხვა წესს. საზღვრავენ ფარისებრი ჯირკვლის მიერ რადიაქტიური იოდის შთანთქმის ინტენსივობას, რადიაქტიურ იოდის შარდით გამოყოფილ რაოდენობას, ტრიიოდიდ-კლირენსს, კისრისა და ბარძაყის მიდამოს რადიოაქტივობის თანაფარდობას. კ. გიორგაძემ შეიმუშავა ღვიძლის არეში რადიოაქტივობის განსაზღვრის მეთოდი.

ამ მეთოდებიდან უხშირესად იხმარება რადიოაქტიური იოდის შთანთქმის ინტენსივობის განსაზღვრა. შთანთქმის ინტენსივობა ისაზღვრება რადიაქტიური იოდის მიღებიდან 2, 4, 6, 8 და 24 საათის შემდეგ. პროცენტული მაჩვენებლებიდან აგებული მრუდის მიხედვით მსჯელობენ ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციურ მდგომარეობაზე.

ნორმალური ფარისებრი ჯირკვლისათვის შთანთქმის მაქსიმუმი მოდის 24 საათზე გაძლიერებული აქტივობის დროს შთანთქმის მაქსიმუმი ინაცვლებს პირველ საათებზე.

აქ ყურადღება უნდა მიექცეს ერთ გარემოებას, რასაც მნიშვნელობა აქვს საქართველოს პირობებში ჩიყვის ენდემიურ კერებში. იოდის ნაკლებობის დროს. ფარისებრი ჯირკვალი განიცდის იოდის შიმშილს. ასეთ პირობებში ჯანმრთელები კომპენსატორულად ჰიპერპლაზირებული ფარისებრი ჯირკვალი ფუნქციური აქტივობის შეცვლის გარეშე მოვაცვლებს შთანთქმის ინტენსივობის მომატებულ მაჩვენებლებს. ამას მრავალი ავტორი მიუთითებს.

უკანასკნელ წლებში დამუშავებულ იქნა სისხლის პლაზმაში თირეოიდული ჰორმონების უშუალო განსაზღვრის ქიმიური და რადიოინდიკაციური წესები.

ცილასთან შეკავშირებული იოდისა და მისი თიროქსინული ფრაქციის ქიმიური განსაზღვრა თხოულობს სპეციალურ ლაბორატორიას

და რთულ გამოკვლევას წარმოადგენს; ამიტომ ჯერ ამ მეთოდს ჩვენში ფართოდ არ იყენებენ.

თირეოტოქსიკოზის ქირურგიულ მკურნალობასთან დაკავშირებით ცილასთან შეკავშირებული იოდი საქართველოში პირველად შეისწავლა ახმეტელმა თანაავტორებთან ერთად.

ჩვენ შევჩერდით ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციური აქტივობის გამოკვლევის მხოლოდ ზოგიერთ მეთოდზე. მაგრამ ეს მოკლე ექსკურსიაც ცხადჰყოფს იმ დიდ შესაძლებლობას, რომელიც ამჟამად არსებობს ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციური აქტივობის შესასწავლად.

საჭიროა მოკლედ შევჩერდეთ გამოკვლევის იმ ახალ წესზე, რომელსაც გარკვეული მნიშვნელობა აქვს კვანძოვანი ჩიყვის ოპერაციული მკურნალობისათვის.

როდესაც საქმე ეხება კვანძოვან ტოქსიკურ ჩიყვს, საჭიროა ვიცოდეთ რა არის ტოქსიკოზის მიზეზი — თვით კვანძი თუ კვანძის ირგვლივ არსებული თირეოიდული ქსოვილი. მრავალკვანძოვანი ჩიყვის დროს საჭიროა წინასწარ განისაზღვროს, რომელი კვანძია აქტიური ანუ „ცხელი", რომელია უმოქმედო — „ცივი". ამის განსაზღვრა შეიძლება ფარისებრი ჯირკვლის სკენირებით. სკენირებით შეიძლება ატიპური ლოკალიზაციის ჩიყვის გამოვლინება. მაგალითად, მკერდუკანა, აბერანტული ჩიყვის დროს.

თუ ტოქსიკური კვანძოვანი ჩიყვის დროს ტოქსიკოზის მიზეზია მხოლოდ კვანძი, ოპერაციული ჩარევა შეიძლება განისაზღვროს კვანძის ენუკლაციით ან მასთან ერთად ეკონომიური რეზექციით. თუ ტოქსიკოზის წყარო კვანძთან ერთად პარანსდულარული ქსოვილია, საჭიროა გაკეთდეს წილის სუბტოტალური რეზექცია.

ენდემიური ჩიყვის საწინააღმდეგო პროფილაქტიკური ღონისძიებები საბჭოთა კავშირში ყველა ენდემიურ კერაში ტარდება. მასიური პროფილაქტიკის მიზნით იყენებენ იოდირებულ მარილს. მისი ეფექტურობა დღეს საყოველთაოდ ცხადია. საინტერესოა, რომ XVII საუკუნეში ჩინეთის იმპერატორის კანონის ბრძანებით მუოდენის პროვინციის ყოველ მცხოვრებს ჩიყვის განვითარების საწინააღმდეგოდ ყოველწლიურად უნდა მიეღო 5 გირვანქა ზღვის კომბოსტო, რაც მოსახლეობის ჩვეულებად გადაიქცა. არის ცნობები, რომ ეს პროვინცია დღესაც თავისუფალია ჩიყვის ენდემიისაგან. შემდგომში დადგინდა, რომ ზღვის კომბოსტო შეიცავს იოდის დიდ რაოდენობას.

ზოგჯერ საჭიროა ინდივიდუალური პროფილაქტიკის ჩატარებაც. შემჩნეულია, რომ როდესაც ენდემიისაგან თავისუფალი ადგილიდან ადამიანი საცხოვრებლად ან სამუშაოდ გადადის ენდემიის კერაში, მას ხალე უჩნდება ჩიყვი. ზოგჯერ ამისათვის 2—4 კვირაა საკმარისი. ასეთ

შემთხვევაში საჭიროა ინდივიდუალური პროფილაქტიკის ჩატარება თეთრი იოდის პრეპარატით — ანტისტრუმინით.

ყურადღება უნდა მიექცეს კიდევ ერთ გარემოებასაც. როდესაც ავადმყოფს უკეთდება ოპერაცია ენდემიური ჩიყვის გამო და ის საცხოვრებლად ისევ ენდემიის კერაში რჩება, მას აუცილებლად უნდა დაენიშნოს იოდის პროფილაქტიკური დოზა ანტისტრუმონის ან თირეოიდინის სახით. წინააღმდეგ შემთხვევაში გამორიცხული არ არის ჩიყვის რეციდივის განვითარება.

ენდემიური ჩიყვის პროფილაქტიკა გეცილებით ადვილია, ვიდრე მისი მკურნალობა.

ჩვენ საჭიროდ მიგვაჩნია შევჩერდეთ ენდემიური ჩიყვის კონსერვატულ მკურნალობაზე, რადგან საქართველოს სხვადასხვა რაიონში ვხვდებით ჩიყვის ამ ფორმას.

ენდემიური ჩიყვის მკურნალობაში ფართოდ გამოიყენება იოდის პრეპარატები. მაგრამ ჩვენი გამოცდილებით ვრწმუნდებით, რომ იოდის პრეპარატები არ იხმარება საჭირო სიფრთხილით და ზოგჯერ ავადმყოფისათვის დასმარების ნაცვლად ვნება მოაქვს.

ჩვენი საუკუნის ოცდაათიან წლებში მეიოს კლინიკაში პლუმერმა თირეოტოქსიკოზის მქონე ავადმყოფთა წინა საოპერაციო მომზადებისათვის გამოიყენა ლუგოლის ხსნარი ძალიან კარგი შედეგით. შემდეგში ლუგოლის ხსნარის გამოყენება დაიწყეს ენდემიური ჩიყვის სამკურნალოდ.

მაგრამ ჯერ კიდევ კოხერმა აღწერა იოდ-ბაზედოვიზმი ანუ მეორადი თირეოტოქსიკოზის განვითარება ენდემიური ჩიყვის ეუთირეოიდული ფორმის იოდით მკურნალობის შედეგად. ზოგჯერ ვითარდება იოდიზმის მოვლენები თავისი კლინიკური გამოვლინებით — გახდომით, აგზნებადობით, თავის ტკივილით, საერთო სისუსტით, უმადობით, ფაღარათით და სხვა ნიშნებით. აღწერილია მიქსედოშიის განვითარების ზემთხვევებიც.

ამიტომ საღღეისოდ დადგენილია, რომ ეუთირეოიდული ჩიყვის სამკურნალოდ დაუშვებელია იოდის დიდი დოზების ხმარება. არ უნდა ვიხმაროთ ლუგოლის ხსნარი, დიიოდთირონინი, რადგანაც ისინი იოდის დიდ დოზებს შეიცავენ. ნიკოლაევი თვლის, რომ ეუთირეოიდული ჩიყვის სამკურნალოდ ლუგოლის ხსნარის დანიშვნა უნდა აიკრძალოს.

ეუთირეოიდული დიფუზური ჩიყვის სამკურნალოდ უნდა გამოვიყენოთ იოდის მიკროდოზები. ამისათვის საკმარისია ავადმყოფმა მიიღოს ანტისტრუმონის თითო ტაბლეტი კვირაში 1—2-ჯერ. ისიც უნდა ვიცოდეთ, რომ იოდის მიკროდოზები ეფექტურია ჩიყვის მხოლოდ ზოგიერთი ფორმის დროს. იგი ეფექტურია მცირე ზომის დიფუზური ჩიყვის დროს. თუ იგი ტოქსიკოზის მოვლენების გარეშე მიმდინარე-

ობს. კვანძოვანი ფორმის დროს ბევრი. იოდით მკურნალობის წინააღ-მდეგია, რადგან მათი აზრით იოდი არასოდეს არ იწვევს კვანძის უკუ-ვანვითარებას და ადვილად გადადის ტოქსიკურ ფორმაში.

იოდით მკურნალობის გარდა, რომელიც ეტიოლოგიურ მკურნალობად ითვლება, ხმარობენ აგრეთვე თირეოიდინს, თიროქსინს და ტრი-იოდთირონინს, რომლებიც მკურნალობის საშუალებებს წარმოადგენენ.

თირეოდინით მკურნალობა შეიძლება ეფექტური იყოს არა მარტო დიფუზური ეუთირეოიდული ჩიყვის დროს, არამედ მრავალკვანძოვანი რბილი კონსისტენციის ჩიყვის დროსაც. აქაც საჭიროა სიფრთხილე, რომ არ გამოვიწვიოთ ტოქსიკოზის განვითარება.

ენდემიური და სპორადიული ჩიყვის ქირურგიული მკურნალობის ჩვენებები დადგენილად შეიძლება ჩაითვალოს, თუმცა ზოგიერთ საკითხში აზრთა სხვაობა კიდევ არსებობს.

ყოველი კვანძოვანი ჩიყვი საჭიროებს ოპერაციულ მკურნალობას.

ოპერაციული მკურნალობა ნაჩვენებია დიფუზური ეუთირეოიდული ჩიყვის იმ შემთხვევებში, როდესაც იგი იწვევს ზეწოლას მეზობელ ორგანოებზე.

ოპერაციული მკურნალობა აუცილებელია ყოველი მკერდუკანა, ენისქვეშა და აბერანტული ჩიყვის დროს.

ლექცია მეჩვიდმეტე

ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებანი (გაგრძელება). შუბლის ძვლის ო.ლ.ჯერმა

უკვე გავეცანით თირეოტოქსიკური ჩიყვის მქონე რამდენიმე ავადმყოფს და შევეხეთ ფარისებრი ჯირკვლის ფიზიოლოგიისა და პათოლოგიის ზოგიერთ საკითხს. ახლა გავეცნობით კლინიკურ მონაცემებს.

ჩვენს კლინიკაში ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიით გატარებულია 5.000-ზე მეტი ავადმყოფი. მათგან 3.000-ზე მეტს ოპერაცია გაუკეთდა თირეოტოქსიკური ჩიყვის გამო.

თირეოტოქსიკოზი მთელი ორგანიზმის დაავადებაა; ორგანიზმი იწამლება ჩიყვის მიერ გამომუშავებული თირეოიდული ჰორმონების ჭარბი რაოდენობით. თირეოტოქსიკოზის ან თირეოტოქსიკური ჩიყვის ტერმინის ქვეშ ჩვენ ვგულისხმობთ დიფუზურ ჩიყვს პირველადი და მეორადი თირეოტოქსიკოზით, კვანძოვან ჩიყვს პირველადი და მეორადი თირეოტოქსიკოზით. თირეოტოქსიკოზის კლასიკურ ფორმას, წაშლილ ფორმას და სხვა, ე. ი. ყოველი სახის ჩიყვს, რომელიც თირეოიდული ქსოვილის ჰიპერფუნქციით მიმდინარეობს. უნდა ითქვას, რომ ალბათ არ არსებობს არც ერთი დაავადება, რომელსაც ასეთი მრავალი სახელი აქვს, როგორც თირეოტოქსიკოზს.

აი ზოგი მათგანი: ფლაიანის დაავადება, გრევსის დაავადება, ბაზედოვის დაავადება, ეგზოფთალმიური ჩიყვი, ეგზოფთალმიური კაქექსია. ნეიროთირეოზი, თირეონევროზი, თირეოიდიზმი, ბაზედოვიდი, დისთირეოზი, თირეოტოქსიკური კონსტიტუცია, პრებაზედოვი, ფსეიდობაზედოვი, ჭეშმარიტი ჰიპერთირეოზი, პარაბაზედოვი და სხვა.

ამ დაავადების ერთეული შემთხვევები ჯერ კიდევ მეთვრამეტე საუკუნის ოცდაათიან წლებში ივემ აღწერა. შემდეგში იგი აღწერეს ბორგანმა, ლუმ, ჟილბერმა, პერიმ, ფლაიანიმ, დემურიმ, ადელმანმა, ტრუსომ, გრევსიმ და ბაზედოვმა. შვეიცარიელმა ოკულისტმა ბაზედოვმა 1940 წელს მოგვცა ამ დაავადებისათვის დამახასიათებელი სიმპტომოკომპლექსის კლასიკური აღწერა და გამოჰყო მისი წამყვანი ნიშნები — ჩიყვი, ტოქსიკარდია და ეგზოფტალმი. 18 წლის შემდეგ გირშმა პირველმა უწოდა ამ დაავადებას ბაზედოვის დაავადება, ხოლო ბაზედოვის მიერ აღწერილ ტრიადას — მერზებურგის ტრიადა ეწოდა, იმ ქალაქის სახელწოდების მიხედვით, სადაც ბაზედოვი ცხოვრობდა.

საბჭოთა კავშირში ამჟამად ამ დაავადებას თირეოტოქსიკოზს უწოდებენ, გერმანიაში და ბევრ სხვა ქვეყანაში — ბაზედოვის დაავადებას, ინგლისში — გრევსის დაავადებას, იტალიაში — ფლაინის დაავადებას. როგორც ჩანს, ტერმინები თირეოტოქსიკოზი და თირეოტოქსიკური ჩიყვი სულ უფრო მეტად ვრცელდება.

თირეოტოქსიკური ჩიყვის ეტიოლოგიისა და პათოგენეზის საკითხები ბოლომდე არ არის გარკვეული, მაგრამ მის განვითარებაში, სხვა ფაქტორებთან ერთად, ფსიქიკური ტრავმის დიდი მნიშვნელობა უდავოა. ამ მხრივ საინტერესოა ესტნიეის მოხდენილი გამოთქმა: „ფსიქიკური ტრავმა ელექტროდენის ნაპერწკლის მსგავსია, რომელიც ააფეთქებს ტყვიის წამლის სარდაფს. ბაზედოვის დაავადება ამ აფეთქების შედეგია".

ბოტკინი ფავის ლექციებში, წარსული საუკუნის ოთხმოციან წლებში აღნიშნავდა თირეოტოქსიკოზის ცენტრალურ წარმოშობას; თირეოტოქსიკოზის განვითარებას იგი უკავშირებდა თავის ტვინს, კერძოდ ბოგრძო ტვინის დაავადებას. იგი მიუთითებდა დაავადების განვითარებისა და მიმდინარეობის კავშირზე, ფსიქიკის მდგომარეობაზე. მას მოჰყავდა მაგალითები, როდესაც დარდი, შიში ძალზე სწრაფად, ზოგჯერ რამდენიმე საათში იწვევდა ბაზედოვის დაავადებისათვის დანახასიათებელი და მძიმედ გამოხატული სიმპტომების განვითარებას.

ფსიქიკური ტრავმის როლი თირეოტოქსიკოზის განვითარებაში საკამათო არ არის. მნიშვნელობა აქვს როგორც მწვავე ფსიქიკურ ტრავმას, ისე ქრონიკულ უსიამოვნებებს, ფსიქიკის გადაძაბვას. ჩვეულებრივ ავადდებიან ისეთი პირები, რომლებსაც ხშირად უხდებათ ღელვება. თუმცა ისიც უნდა ითქვას, რომ ხშირი ღელვა ყოველთვის არ იწვევს ტოქსიკოზის განვითარებას. დიდი მნიშვნელობა აქვს ორგანიზმის ზოგად მდგომარეობას, ნერვული სისტემის ტიპს. შემჩნეულია ისიც, რომ არაიშვიათად თირეოტოქსიკოზით ავადდება ერთი ოჯახის რამდენიმე წევრი.

თირეოტოქსიკოზის განვითარებას ხელს უწყობს ადენობიპოფიზის დაზიანება და თირეოტროპული ჰორმონის გადაჭარბებული გამოყოფა. თირეოტოქსიკოზი არ ვითარდება თირეოტროპული ჰორმონის ნაკლოვანების დროს. ადენოჰიპოფიზის წინა ნაწილზე რენტგენის სხივების ზემოქმედებით შესაძლოა თირეოტოქსიკოზის განვითარების შეჩერება.

ექსპერიმენტში თირეოტოქსიკოზის გამოწვევა შესაძლებელია ადენოჰიპოფიზის ექსტრაქტის ზემოქმედებით.

პეტროვსკის მიხედვით ფსიქიკური ტრავმის შემდეგ თირეოტოქსიკოზის ერთ-ერთი ხშირი მიზეზია ქალის სასქესო ჯირკვლების ჰორმონალური ფუნქციის დარღვევა. თირეოტოქსიკოზის ეტიოლოგიაში მიუ-

თითებენ ინფექციის როლზეც, განსაკუთრებით კი გრიპოზულ ინფექ-ციასა და ანგინაზე .სოკოლოვის'დაკვირვებით ბავშვებში თირეოტოქსი-კოზის უხშირესი მიზეზია ინფექცია.

თირეოტოქსიკოზის კლასიფიკაცია მოწოდებულია მეზიუსის ველიამი-ნოვის, მარტინოვის, შერეშევსკის, მიკოლაევის, გორჩიკოვის, ბარა-ნოვის და სხვათა მიერ. კლასიფიკაციების ეს მრავალრიცხოვნობა იმაზე მიუთითებს, რომ არც ერთი მათგანი არ არის სრულყოფილი და აღნიშ-ნული საკითხი შემდგომ დამუშავებას მოითხოვს. ჩვენს კლინიკაში მიღებულია თ. ახმეტელის მიერ მოწოდებული კლასიფიკაცია.

I. ჩიყვის ფორმის მიხედვით:

1. დიფუზური თირეოტოქსიკური ჩიყვი.

2. კვანძოვანი თირეოტოქსიკური ჩიყვი:

ა. თირეოტოქსიკური ადენომა (ერთკვანძოვანი თირეოტოქსიკური ჩიყვი); ბ. მრავალკვანძოვანი თირეოტოქსიკური ჩიყვი.

II. ფარისებრი ჯირკვლის გადიდების ხარისხის მიხედვით:

I, II, III, IV, X.

III. დაავადების სტადიის მიხედვით:

1. ნეკროზული, 2. ნეიროჰორმონალური. 3. ვისცეროპათიური, 4. კაქექსიური (მარაზმული ანუ დისტროფიული).

IV. დაავადების სიმძიმის მიხედვით:

1. მსუბუქი ფორმა, 2. საშუალო სიმძიმის, 3. მძიმე ფორმა.

1950—1965 წლებში თირეოტოქსიკური ჩიყვის გამო კლინიკაში ოპერაციული მკურნალობა ჩაუტარდა 2255 ავადმყოფს.

თირეოტოქსიკოზი უფრო ხშირია ქალებში. ასეთივე სურათია ჩვენს მასალაზეც, სადაც ქალების შეფარდება მამაკაცებთან არის 11:1. ქალია 2158, მამაკაცი კი — 197.

დაავადება შეიძლება განვითარდეს ყველა ასაკში. მაგრამ ის უხში-რესად გვხვდება 20—50 წლის ასაკში. ჩვენი მასალა ასაკის მიხედვით შემდეგნაირად ნაწილდება: 10 წლამდე — 1 ავადმყოფი (0,04%), 10—19 წლამდე — 30 (3,5%), 20—29 წლამდე — 493 (21,86%), 30—39 წლამდე — 666 (30,42%), 40—49 წლამდე — 575 (25.49%), 50—59 წლამდე — 336 (14.90%), 60—69 წლამდე — 81 (3,59%), 70 წლის ზევით 3 ავადმყოფი (0.17%).

როგორც ვხედავთ, საკმარისად ბევრია თირეოტოქსიკური ჩიყვით სანში შესული და მოხუცი ასაკის ავადმყოფები — 420.

.1350 ავადმყოფს ჰქონდა დიფუზური ტოქსიკური ჩიყვი. 905-ს კი — კვანძოვანი. დიფუზური ტოქსიკური ჩიყვის შემთხვევებში ფარი-სებრი ჯირკვალი ზომიერად ჰქონდა გადიდებული ავადმყოფთა

69.3%-ს. საერთოდ უნდა ითქვას, რომ დაავადების სიმძიმე არ შეესაბამება ფარისებრი ჯირკვლის გადიდების ხარისხს. ფარისებრი ჯირკვლის უმნიშვნელო გადიდების დროსაც შეიძლება განვითარდეს თირეოტოქსიკოზის მძიმე მოვლენები. ჩვენ არა ერთი ავადმყოფი გვყოლია მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის თირეოტოქსიკოზით, რომელთაც ჰქონდათ დიდი ოდენობის ჩიყვი. ამ ავადმყოფთა კლინიკურ გამოვლინებაში თირეოტოქსიკოზთან ერთად არაიშვიათად აღინიშნებოდა ტრაქეაზე ზეწოლის მოვლენები. მეორე მხრივ, მრავალ ავადმყოფს ჰქონდა მძიმე ტოქსიკოზი, ფარისებრი ჯირკვლის უმნიშვნელო გადიდების ფონზე.

ამის დასადასტურებლად იხილეთ ფოტოსურათები.

დიფუზური ჩიყვის დროს ფარისებრი ჯირკვალი თითქმის თანაბრად არის გადიდებული. ზოგჯერ მარჯვენა წილი სჭარბობს მარცხენას. მისი კონსისტენცია უფრო რბილია, ვიდრე ენდემური ჩიყვის დროს. ფარისებრი ჯირკვალი ზოგ შემთხვევაში სწრაფად იზრდება, ხანკი ნელა. ჯირკვლის ძლიერი ვასკულარიზაციის დროს შესაძლებელია პულსაციის შემჩნევა და ზუილების მოსმენა.

ფარისებრი ჯირკვლის გადიდება ტოქსიკური ჩიყვის აუცილებელი ნიშანია, მაგრამ ხშირად იგი დაავადების პირველი ნიშანი არ არის. შემთხვევათა ნაწილში ჯირკვლის ჰიპერფუნქცია წინ უსწრებს მის ჰიპერპლაზიას. ეს მდგომარეობა საგრძნობლად ართულებს თირეოტოქსიკოზის დასაწყისი ფორმების დიაგნოსტიკას. არაიშვიათად ასეთი ავადმყოფები თვეების მანძილზე ნევროზის დიაგნოზით მკურნალობენ.

თირეოტოქსიკოზის კლინიკური სურათი სიმპტომთა სიუხვით ხასიათდება, ეს გარემოება იმით აიხსნება, რომ თირეოტოქსიკოზის დროს არ არსებობს არც ერთი ორგანო და სისტემა, რომლის ფუნქცია დარღვეული არ იყოს. სხვადასხვა ავადმყოფებში ამა თუ იმ ორგანოსა და სისტემის მოქმედების დარღვევა მეტ-ნაკლებად არის გამოხატული. რაც თავისებურ დაღს ასვამს კლინიკურ სურათს და განაპირობებს მის პალეიდოსკოპურ მრავალფეროვნებასა და სიმპტომთა ჰოლიმორფიზმს.

თირეოტოქსიკოზი შეიძლება გამოვლინდეს ტაქიკარდიით, ზოგადი სისუსტით, წონაში დაკლებით, ფსიქიკის შეცვლით, ნერვული სისტემის ლაბილობით, ვეგეტალური ცვლილებებით და ა. შ.

თირეოტოქსიკოზის კლასიკურ ტრიადას — ჩიყვს, ტაქიკარდიას და ეგზოფთალმს უნდა დავემატოს არანაკლები მნიშვნელობის ნიშნები — ტრემორი, ფსიქიკის შეცვლა, წონის დაკლება და კუნთების სისუსტე.

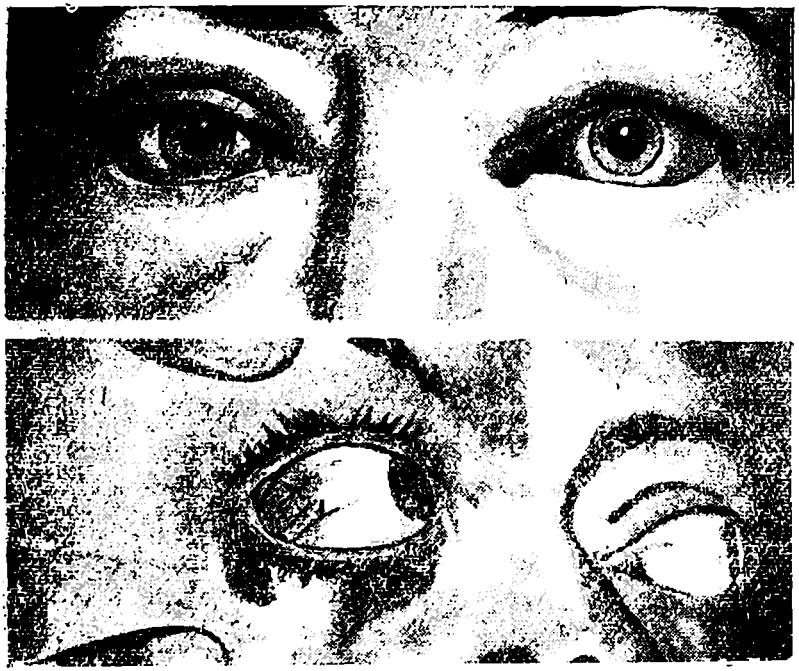
ტიპურ შემთხვევაში დამახასიათებელია ავადმყოფის გამომეტყველება. მისი სახე და ქცევა, რაც საშუალებას გვაძლევს ერთი შეხედვით განვსაზღვროთ თირეოტოქსიკოზის დიაგნოზი. ყურადღებას იპყრობს

სურ. 63.

ოვალები, რომელიც ზოგჯერ შეშინებულის შთაბეჭდილებას სტოვებს. ფართოდაა გაღებული, ან ნაღვლიანია, ზოგჯერ უმოძრაოა და მორს იცქირება. აღნიშნულის საუკეთესო დემონსტრაციაა რამდენიმე შემთხვევა ჩვენი მასალიდან.

თირეოტოქსიკოზის კლასიკური ტრიადიდან ყველაზე დემონსტრატიულია ეგზოფთალმი. ივი თირეოტოქსიკოზის დამახასიათებელ ნიშანს წარმოადგენს. მაგრამ მისი არსებობა აუცილებელი არ არის და არ ახახავს დაავადების სიმძიმეს. ეგზოთთალმით მიმდინარეობს ძალიან ხშირად დიფუზური ტოქსიკური ჩიყვი, რომელიც ფსიქიკური ტრავმის შემდეგ ვითარდება. კვანძოვანი ტოქსიკური ჩიყვის დროს ეგზოფთალმს ადგილი აქვს შემთხვევათა ერთ მესამედში. თირეოტოქსიკოზის დროს ეგზოფთალმი ორმხრივია, სიმეტრიული, არაიშვიათად არათანაბარი, როდესაც სჭარბობს მარჯვნივი ეგზოფთალმი.

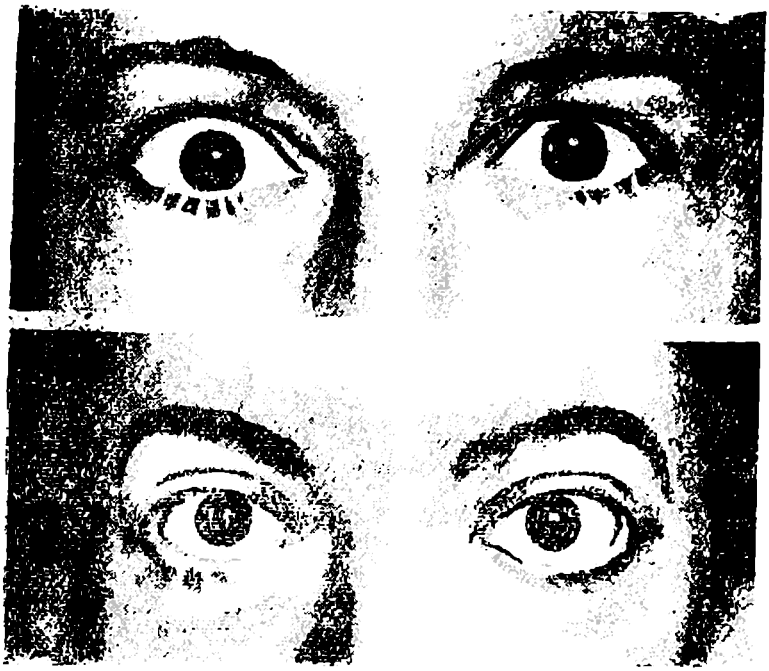
ჩვენ მასალაზე ეგზოფთალმი აღენიშნებოდა ავადმყოფთა 34,6%-ს. ლიტერატურული მონაცემებით მისი სიხშირე მერყეობს დიდ ფარგლებში, 10%-დან (ნეიმარკი) 89,3%-მდე (კოვალენკო).



სურ. 61.

მხედველობაში უნდა გვქონდეს ის გარემოება, რომ ეგზოფთალმი ყოველთვის არ არის თირეოტოქსიკოზის ნიშანი. იგი შეიძლება იყოს თავის ტვინის სხვადასხვა ლოკალიზაციისა და სხვადასხვა დაავადების შედეგი, როგორიცაა ენცეფალიტი, ტრავმა, სიმსივნე და სხვა. თირეოტოქსიკოზის დროს ეგზოფთალმს არ ახასიათებს მკვეთრი პროგრესირება, ზემოთ ცქერის დამბლა, ძლიერი წვა და ტკივილი. ჭარბი ცრემლიანობა, კერატიტის მოვლენები და პანოფთალმიტი. ეს ნიშნები დამახასიათებელია ავთვისებიანი გუზოფტალმისათვის. რომელიც ვითარდება შუა ტვინის დაზიანების დროს.

როდესაც თირეოტოქსიკოზი მიმდინარეობს, ავთვისებიანი ეგზოფთალმით, ავტორთა ნაწილი ოპერაციულ ჩარევას ფარისებრ ჯირკვალზე წინააღმდეგ ნაჩვენებად თვლის. ასეთ შემთხვევაში ოპერაციის შემდეგ ძლიერდება თვალის კაკლის პროტრუზია. თვალის სრულ ამოვარდნამდე თვალბუდიდან. ავტორთა მეორე ნაწილს შესაძლებლად მიაჩნია ოპერაცია ტვინის დიენცეფალური და მეზენცეფალური მიდამოს წინასწარი რენტგენოგადასხივებისა და ანტიბაქტერიული თერაპიის ჩატარების შემდეგ. ჩვენი კლინიკის გამოცდილება მოწმობს, რომ



სურ. 65. *

წინასწარი რენტგენოთერაპიისა და ანტიბიოტიკოთერაპიის ჩატარების შემდეგ ჩარევა ფარისებრ ჯირკვალზე ხსნის თირეოტოქსიკოზის მოვლენებს და არ იწვევს ეგზოფთალმის გაძლიერებას. პირიქით, შემთხვევათა ნაწილში ეგზოფთალმი მეორდება.

თირეოტოქსიკოზის დროს არაიშვიათია თვალისხმრიეი სხვა ნიშნებიც. ასეთებია დერლიმპლის სიმპტომი — თვალის ნაპრალის გაფართოება, პეტიუსის ნიშანი — კონვერგენციის შეზღუდვა, გრეფეს ნიშანი — ზემო ქუთუთოს მოძრაობის ჩამორჩენა ქვემოთ ცქერის დროს, შტელაგის ნიშანი — ქუთუთოს იშვიათი ხამხამი და სხვა; უნდა გვახსოვდეს, რომ ეს სიმპტომები არ არის პათოგნომიური თირეოტოქსიკოზისათვის, ყოველთვის ცერებრალური წარმოშობისაა და. ამდენად, შეიძლება შეგვხვდეს თავის ტვინის ინფექციურ-ანთებადი პროცესების დროსაც.

ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ ეგზოფთალმის არსებობის სუბიექტური შთაბეჭდილება ყოველთვის არ არის სარწმუნო. აუცილებელია ეგზოფთალმომეტრული გამოკვლევის წარმოება. თვალების გუგებისა

* სურ. 60 დან 65-ის ჩათვლით აღებულია ს. ვირნერის წიგნიდან, „ენდოკრინული ჯირკვლის ფიზიოლოგია და კლინიკა".

და ქუთუთუმის ცვლილებები თირეოტოქსიკოზის დროს კარგად ჩანს სურათებზე (მაკდეისა და დანინგტონის მიხედვით).

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, არაიშვიათად, პირველივე შეხვედრა ავადმყოფთან გამოავლენს ტოქსიკური ჩიყვისათვის დამახასიათებელ ნიშნებს: განსაკუთრებულ აგზნებადობას, მოუსვენრობას, გუნებგანწყობის სწრაფ ცვლას, მიმიკის სიმდიდრეს, თითების კანკალს.

ავადმყოფები უჩივიან თავის ტკივილს, მოუსვენარ ძილს, უძილობას ან, პირიქით, ძილად მიეარდნას, სიმხურვალის გრძნობას, გაძლიერებულ ოფლიანობას, კანის საფარველის სინოტივეს, ნაირგვარ ტროფიკულ მოშლილობას (თმების გაცვენას, ფრჩხილების ტეხვადობას, კანის აქერცვლას და სხვ.). ყველა ჩამოთვლილი ჩივილი ნერვულ-ვეგეტატიურ-ვაზომოტორული მოშლილობის შედეგია.

თითქმის ყველა ავადმყოფს აღენიშნება თითების ტრემორი. თირეოტოქსიკოზის დროს ტრემორი სიმეტრიულია, თანაბარი, რითმული, მცირე ამპლიტუდიანი, ხშირი. იგი ძლიერდება აღელვების, აგზნებულობისა და მცირე ფიზიკური დატვირთვის დროს. ძილში კანკალი ქრება. დაავადების მძიმე ფორმის დროს ადგილი აქვს მთელი სხეულის კანკალს. დაავადების მძიმე ფორმის დროს ტრემორი შეიძლება სუსტად იყოს გამოხატული. ჩვენს მასალაზე ტრემორი აღენიშნებოდა ავადმყოფთა 94%-ს.

დამახასიათებელია და ადრეული ნიშნებია ზოგადი სისუსტე, ადვილად დაღლა, კუნთთა სისუსტე, შრომის უნარის დაკარგვა.

კუნთების სისუსტე ითვლება თირეოტოქსიკოზის ერთ-ერთ მეტად დამახასიათებელ ნიშნად. დასაწყისში იგი ვრცელდება კიდურთა კუნთების პროქსიმალურ ჯგუფზე. ხშირია კუნთების ჰიპო და ატროფია. ბარძაყის კუნთების სისუსტის გამო ავადმყოფს ჩაჯდომის შემდეგ უჭირს წამოდგომა, უძნელდება სკამზე ასვლა და სხვა.

საერთო სისუსტე, მოთენთილობა და ზოგადი დამტვრეულობა არ მცირდება დასვენებისა და ღამის ძილის შემდეგაც. ჩვენი მასალების მიხედვით საერთო სისუსტე აღენიშნებოდა ავადმყოფთა 93,9%-ს.

არაიშვიათია თერმორეგულაციის მოშლა სუბფებრილიტეტით, რაც აღენიშნებოდა ავადმყოფთა ნახევარზე მეტს.

თირეოტოქსიკოზის დროს ერთ-ერთი ხშირი ჩივილია თავის ტკივილი. ეს თავის ტვინის ჟანგბადით მომარაგების შემცირების შედეგია. თირეოტოქსიკოზთან დაკავშირებული თავის ტკივილი მოწმობს იმას, რომ ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფთა აბსოლუტური უმრავლესობა თავის ტკივილს აღარ უჩივის.

თირეოტოქსიკოზის ყველაზე ხშირი და ამავე დროს მნიშვნელოვანი ნიშანია გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციური მოშლილობა. ავადმყოფები უჩივიან გულის ცემის შეგრძნებას, ქოშინს, ტკივილს გულის არეში.

კორდაკოვის მონაცემით თირეოტოქსიკოზის მქონე ყოველ მეორე ავადმყოფს აქვს მიოკარდიოდისტროფია, ყოველ მესამეს — სისხლის მიმოქცევის მოშლა, ყოველ მეათეს — მოციმციმე არითმია. შერეშევსკი ამბობდა: — არ უნდა დავივიწყოთ, რომ თირეოტოქსიკოზით დაავადებული პირველ რიგში გულით ავადმყოფია და ძირითადი ყურადღება გულს უნდა მიექცეს.

გულისცემის აჩქარება თირეოტოქსიკოზის ნაადრევი და მუდმივი ნიშანია. ზოგიერთი ავტორი თვლის, რომ ტოქსიკარდიის გარეშე თირეოტოქსიკოზი არ არსებობს. გულისცემის სიხშირემ შეიძლება მიაღწიოს წუთში 160 და მეტსაც; ტაქიკარდია უხშირესად სინუსურ ხასიათს ატარებს. ნორმალური სიხშირის პულსი გამონაკლისს წარმოადგენს და შეიძლება შევხვდეთ მსუბუქი თირეოტოქსიკოზის დროს.

ტაქიკარდია თირეოტოქსიკოზის დროს, ნეეროზისაგან განსხვავებით, ძილშიც არ მცირდება.

გულის საზღვრები გაფართოებულია, უფრო ხშირად მარცხნივ. მწვერვალზე ხშირია სისტოლური შუილი.

გულის კუნთის დისტროფიული ცვლილებების გაღრმავების პარალელურად ვითარდება მიოკარდის აგზნებადობისა და გამტარებლობის ღრმა მოშლა მოციმციმე არითმიის განვითარებით. არაიშვიათია სისხლის მიმოქცევის სხვადასხვა ხარისხით მოშლა.

ირღვევა ჰემოდინამიკა — მატულობს სისტოლური წნევა, პულსური წნევა, ეცემა დიასტოლური წნევა, რომელიც ნულამდე შეიძლება დავიდეს. ავადმყოფთა ნაწილს მომატებული აქვს ვენური წნევა, უმეტესობას მომატებული აქვს მიმოქცევის სისწრაფე, შუთმოცულობა და ცირკულაციაში არსებული სისხლის მასა.

გამოხატული თირეოტოქსიკოზის დროს დარღვეულია გარეგანი სუნთქვის ფუნქცია. ავადმყოფთა უმეტეს ნაწილს გამოხატული აქვს ქოშინი, სუნთქვის გახშირება, სუნთქვითი არითმია, ფილტვის წუთიერი მოცულობისა და ფილტვის ვენტილაციის მოცულობის მომატება.

თირეოტოქსიკოზის დროს აღინიშნება ნივთიერებათა ყველა სახის ცვლის მომატება. ჰიპერმეტაბოლიზმი წარმოადგენს კანონს. ცხიმისა და წყლის დიდი რაოდენობით დაკარგვას მოსდევს ავადმყოფთა გახდომა. წონის უმიზეზო დაკლება შეიძლება იყოს თირეოტოქსიკოზის ნაადრევი ნიშანი. ავადმყოფმა შეიძლება დაიკლოს წონის 50% და მეტიც, რასაც კაქექსიამდე მიყავს იგი. ჩვენი მასალის მიხედვით წონის დაკლება აღენიშნება ავადმყოფთა 68,3%. ზოგიერთმა მათგანმა მცირე დროის მანძილზე წონაში 40 კგ-მდე დაიკლო.

ავადმყოფთა ნაწილში შეიმჩნევა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მოშლის ნიშნები. ავადმყოფს აწუხებს უმადობა, გულისრევა, პირღებინება, ფაღარათი, ტკივილი მუცელში და სხვა. ზოგჯერ ყველა ეს მოვლენა იმ-

დენად მძიმედ მიმდინარეობს. რომ შეიძლება მწვავე მუცლის სიმულაცია გამოიწვიოს.

როგორც კლინიკური შესწავლის, ისე ექსპერიმენტის შედეგად დადგენილია კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის სეკრეციული, ექსკრეციული და ნოტორულ-ევაკუაციური ფუნქციის მოშლა.

გამოხატული თირეოტოქსიკოზის. განსაკუთრებით მისი მძიმე ფორმის დროს, არაიშვიათია ღვიძლის ფუნქციური და მორფოლოგიური ცვლილებები. საგრძნობლად იცვლება ღვიძლის ანტიტოქსიკური ფუნქცია, რომელიც ჩვენი კლინიკის მასალების მიხედვით შეისწავლა ექ. დ. ლომიძემ.

მძიმე თირეოტოქსიკოზის დროს არაიშვიათია ღვიძლის გადიდება, მისი მტკივნეულობა, სიყვითლე. თირეოტოქსიკოზის დროს შეიძლება დარღვეული იყოს ღვიძლის ყველა ფუნქცია — ცილოვანი, ნახშირწყლოვანი, ანტიტოქსიკური, ქოლესტერინისა და პროთრომბინის წარმომქმნელი; თირეოტოქსიკოზის დროს პიგმენტური ღვიძლის მორფოლოგიური ცვლილებების ტერმინალურ სტადიას წარმოადგენს ღვიძლის ციროზი. ზოგიერთი ავტორის აზრით თირეოტოქსიკოზის დროს სიკვდილის ერთ-ერთი მიზეზი შეიძლება იყოს ღვიძლის მძიმე დაზიანება.

საგრძნობლად ირღვევა შინაგანი სეკრეციის სხვა ორგანოების ფუნქცია. მათი მჭიდრო ფუნქციური ურთიერთკავშირის გამო ერთი ჯირკვლის ფუნქციის შეცვლა, როგორც წესი, იწვევს სხვა ჯირკვლების ფუნქციის ცვლილებებს.

მძიმე თირეოტოქსიკოზის დროს შეიძლება ადგილი ჰქონდეს თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის ნაკლოვანებას, რომელიც ვლინდება ადინამიით, კანის ჰიპერპიგმენტაციით, ლიმფური ჯირკვლების გადიდებით. ლიმფუსის გადიდებით, ლიმფოციტოზით. ასეთ შემთხვევებში კარგ შედეგს იძლევა თირკმელზედა ჯირკვლის ჰორმონების გამოყენება.

დარღვეულია პანკრეასის ფუნქცია, როგორც შიდა, ისე გარესეკრეციული.

საკვერცხეების ფუნქციის მოშლა ვლინდება ოვარიულ-მენსტრუალური ციკლის დარღვევით. ხშირია ჰიპო-და ოლიგომენორეა, უფრო იშვიათად — ამენორეა. ჩვენი მასალის მიხედვით მენსტრუალური ციკლის მოშლა აღენიშნებოდა ავადმყოფთა 12%. მძიმე თირეოტოქსიკოზის დროს ქალებში ვითარდება როგორც გარე, ისე შიდა სასქესო ორგანოების ჰიპოტროფია. მამაკაცებში სასქესო ჯირკვლების ფუნქციის დაქვეითება გამოიხატება სქესობრივი ლტოლვისა და პოტენციის დაქვეითებით.

წითელი სისხლის მხრივ აღინიშნება არამკვეთრი ჰიპოქრომული ანე-

მია, თეთრი სისხლის მხრივ დამახასიათებელია ლეიკოპენია, ნეიტროპენია და ლიმფოციტოზი.

თირეოტოქსიკოზის მიმდინარეობა შეიძლება იყოს ელვისებური მწვავე და ქრონიკული. ელვისებურ ფორმას რამდენიმე დღეში შეუძლია მიიყვანოს ავადმყოფი კომატოზურ მდგომარეობამდე. ქრონიკული ფორმა ვითარდება თანდათანობით, რემისიებითა და გამწვავებებით.

როგორც აღვნიშნეთ, მძიმე მდგომარეობის მიხედვით ავადმყოფები შეიძლება სამ ჯგუფად დაიყოს. ჩვენი მასალის მიხედვით დიფუზური ჩიყვის მქონე ავადმყოფებიდან დაავადების მსუბუქი ფორმა აღენიშნებოდა 489-ს (36,2%), საშუალო მდგომარეობა ჰქონდა 632-ს (46,8%) და მძიმე ფორმა 229-ს (17%). ნეიროენდოკრინული სტადია აღენიშნებოდა 261-ს (19,4%), ხოლო დანარჩენი 1089 (80,6%) ავადმყოფი დაავადების ვისცერალურ და დისტროფიულ სტადიაში იმყოფებოდა.

არაიშვიათად თირეოტოქსიკოზის მიმდინარეობაში ვხვდებით თანმხლებ დაავადებას, რომელიც გარკვეულ დაღს ასვამს როგორც ძირითად, ისე თანმხლებ დაავადების კლინიკურ სურათს და თხოულობს სათანადო მკურნალობასა და განსხვავებულ წინასაოპერაციო გამზადებას. თანმხლები დაავადებებიდან აღსანიშნავია დიაბეტი, ბრონქული ასთმა, ფილტვის ტუბერკულოზი, გულის ორგანული მანკი, ჰიპერტონიული დაავადება და სხვა. ერთკვანძოვანი და მრავალკვანძოვანი ჩიყვის დროს თირეოტოქსიკოზის დაავადება და სხვა.

ერთკვანძოვანი და მრავალკვანძოვანი ჩიყვის დროს თირეოტოქსიკოზის მოვლენები შეიძლება განვითარდეს ჩიყვთან ერთად ან არსებული ჩიყვის ფონზე. ამის მიხედვით არჩევენ კვანძოვან ჩიყვს პირველადი და მეორადი ტოქსიკოზით. დიფუზურ-ტოქსიკური ჩიყვისაგან განსხვავებით კვანძოვან ტოქსიკურ ჩიყვს არაიშვიათად ახასიათებს დაავადების არასრული კლინიკური სურათი, თუმცა კვანძოვანი ტოქსიკური ჩიყვიც შეიძლება ისეთივე მძიმე მოვლენებით მიმდინარეობდეს, როგორც დიფუზური ტოქსიკური ჩიყვი.

კვანძოვანი ტოქსიკური ჩიყვის დროს შედარებით იშვიათია ეგზოფთალმი. ჩვენს მასალაზე ავადმყოფთა ამ ჯგუფში ეგზოფთალმი ჰქონდა 16,8%-ს.

როგორც უკვე ვთქვით, არც თუ ისე იშვიათია თირეოტოქსიკოზი ხანში შესულ და მოხუცთა შორის. სწორედ ამითაა განპირობებული ის დიდი ყურადღება, რაც უკანასკნელ წლებში ექცეოდა ხანში შესულ და მოხუცთა შორის თირეოტოქსიკოზის მკურნალობის საკითხს.

ხანში შესულ და მოხუც ასაკში თირეოტოქსიკოზი გარკვეული თავისებურებებით ხასიათდება. ხშირად დაავადებას წაშლილი სურათი აქვს და ატიპურად ვლინდება, ოლიგოსიმპტომატიკა დამახასიათებელია ხანში შესული ასაკის ავადმყოფთათვის. ავადმყოფთა ამ ჯგუფში

სჭარბობს ჩიყვის კვანძოვანი ფორმა. ჩვენი მასალის მიხედვით კვანძოვანი ტოქსიკური ჩიყვი ამ ასაკის ავადმყოფთა 62,1% აღენიშნებოდა.

ხანში შესულ ასაკში უფრო მკვეთრად არის გამოხატული მოვლენები გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ. დამახასიათებელია წონის უფრო მკვეთრი დაკლება, მკვეთრი ტრემორი, კუნთების ძლიერი სისუსტე. გაცილებით ხშირია მოციმციმე არითმია. მაგალითად, ჩვენი კლინიკის მასალაზე მოციმციმე არითმია 40 წლის ასაკამდე ავადმყოფებში აღინიშნებოდა 1,4%-ში, ხოლო 50 წლის ზევით კი — 18%-ში.

ხანში შესულ და მოხუც ასაკში თირეოტოქსიკოზთან ერთად არაიშვიათია ათეროსკლეროზი, მიოკარდიოდისტროფია, მიოკარდიოსკლეროზი, რაც ხელს უწყობს მოციმციმე არითმიის განვითარებას. გულის ორგანული ცვლილებების გამო მოციმციმე არითმია ამ ასაკში ზოგჯერ შეუბრუნებელია და არ ქრება ოპერაციის შემდეგ.

ხშირია აგრეთვე ჰიპერტონული დაავადება. ჩვენი კლინიკის მასალაზე 40 წლამდე თირეოტოქსიკოზთან ერთად ჰიპერტონიულ დაავადებას ადგილი ჰქონდა ავადმყოფთა 1%-ში, მაშინ, როდესაც 50 წლის შემდეგ იგი აღინიშნებოდა შემთხვევათა 24,5%-ში. ამ ასაკში გაცილებით უფრო ხშირია სისხლის მიმოქცევის მოშლაც.

ხანში შესულ და მოხუც ასაკში თირეოტოქსიკოზისათვის დამახასიათებელია კლინიკური მოვლენებისა და შინაგანი ორგანოების ფუნქციის, პირველ რიგში კი გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციის დარღვევის სწრაფი პროგრესირება. ეს გარემოება მიუთითებს ამ ასაკში დროული ოპერაციული ჩარევის აუცილებლობაზე.

ჩვენ აღვწერეთ თირეოტოქსიკოზის გამოხატული ფორმის კლინიკური სურათი, სიმპტომატოლოგია და ის ცვლილებები, რომელიც ვითარდება სხვადასხვა ორგანოსა თუ სისტემაში ამ დაავადების დროს. მაგრამ მხედველობაში უნდა ვიქონიოთ ის გარემოებაც, რომ არაიშვიათია დაავადების არასრული, ატიპური და წაშლილი ფორმები, რაც დიაგნოსტიკურ სიძნელეებს ქმნის. ზოგჯერ რომელიმე ორგანოს ან სისტემის ფუნქციის დარღვევა იმდენად სჭარბობს დაავადების საერთო სურათში, რომ იგი შეიძლება მიღებული იყოს ძირითად დაავადებად და მკურნალობაც არასწორი მიმართულებით წარიმართოს.

თირეოტოქსიკოზის დროს არსებული ფსიქიკური მოვლენები შეიძლება მიჩნეული იყოს ძირითად დაავადებად. ჩვენი მასალის მიხედვით იყვნენ ისეთი ავადმყოფები, რომელთაც ხანგრძლივი დროის მანძილზე მკურნალობდნენ შიზოფრენიის დიაგნოზით. დიაგნოზისა და ფარისებრი ჯირკვლის სუბტოტალური რეზექციის შემდეგ ფსიქიკური მოვლენები ავადმყოფებს აღარ აღენიშნებოდათ.

კლინიკურ სურათში კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მოშლილობის სიჭარბის დროს ისმება ენტეროკოლიტის დიაგნოზი და მკურნალობა ამ მი-

მართულებით წარმოებს. დისმენორეისა და ამენორეის დროს მას არაიშვიათად მიაწერენ ქალის სასქესო ორგანოების დაავადებას.

მხედველობაში უნდა ვიქონიოთ ის გარემოებაც, რომ დაავადების დასაწყისში თირეოტოქსიკოზის ნიშნები წააგავს ნევრასთენიას, ფილტვების ტუბერკულოზის დასაწყის სტადიას, ენდოკარდიტს, პოსტკონტუზიურ სინდრომის ნარჩენ მოვლენებს, რაც დიაგნოსტიკური შეცდომების მიზეზი ხდება.

ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის გაძლიერებას, რაც დამახასიათებელია თირეოტოქსიკოზისათვის, როგორც წესი, მოყვება ჰიპერმეტაბოლიზმი. ამიტომ ძირითადი ცვლის გამოკვლევას ჩვენ დიდ მნიშვნელობას ვაწერთ. ყველა ის ფორმულები, რომლებიც მოწოდებულია ძირითადი ცვლის განსაზღვრისათვის, როგორიცაა ბრეიტმანის, რიდის, ჯელის, არ იძლევა სარწმუნო მონაცემებს. ჩვენს კლინიკაში 1960 წლიდან ძირითადი ცვლის შესწავლას ვაწარმოებთ დუგლას-ჰოლდენის მეთოდით.

ამ მეთოდით გამოკვლეულია 827 ავადმყოფი, თირეოტოქსიკოზით დაავადებულ 755 პირიდან ძირითადი ცვლა ნორმის ფარგლებში ჰქონდა 37. მათგან 25 ავადმყოფს ჰქონდა დაავადების მსუბუქი ფორმა, 11-ს კი — საშუალო სიმძიმის თირეოტოქსიკოზი.

მძიმე ფორმის თირეოტოქსიკოზის არც ერთ შემთხვევაში ძირითადი ცვლა ნორმალური არ იყო.

თირეოტოქსიკოზის მკურნალობის პრობლემა დღესაც ინარჩუნებს თავის აქტუალობას. არსებობს ამ დაავადების მკურნალობის 3 ძირითადი წესი; მედიკამენტოზური, რადიაქტიური, იოდით და ქირურგიული. ყოველ მათგანს აქვს თავისი ჩვენებები და წინააღმდეგჩვენებები.

ანტითირეოიდული პრეპარატების გამოყენებამდე თირეოტექსიკოზის მკურნალობისათვის იხმარებოდა იოდის პრეპარატები. 1943 წლიდან, როდესაც ასტვუდის მიერ მოწოდებული იყო თიოურაცილი, თირეოსტატიკური პრეპარატების გამოყენებამ ფართო გავრცელება ჰპოვა.

როგორც იოდი, ისე თირეოსტატიკური პრეპარატები უნდა იხმარებოდეს სხვა მედიკამენტოზურ საშუალებებთან კომპლექსში. ავადმყოფს ესაჭიროება აბსოლუტური ფსიქიკური სიმშვიდე. ლიკვიდირებული უნდა იყოს ყველა გამაღიზიანებელი მომენტი. ფართოდ იხმარება ბრომის პრეპარატები და ძილმომგვრელი საშუალებანი — ლუმინალი, ბრომურალი. მედინალი, ვიტამინების კომპლექსი. ეფექტურია ტრანკვილიზატორების რეზერპინის, ანდაქსინისა და ტრიოქსაზინის გამოყენება, უკანასკნელ წლებში ბელასპონს იყენებენ. მედიკამენტთა ამ კომპლექსში ძირითადი და წამყვანია იოდის პრეპარატები და თირეოსტატიკური საშუალებანი.

იოდი თრგუნავს თირეოტროპული ჰორმონის სეკრეციას და ახდენს მის ინაქტივაციას პერიფერიაზე, ამუხრუჭებს თირეოიდული ჰორმონების ბიოსინთეზს და ხელს უშლის მის გამოსვლას ფარისებრი ჯირკვლიდან.

იოდის ეფექტი სწრაფია, მაგრამ ხანმოკლე. გარდა ამისა, უმეტეს ავტორთა აზრით 2—4 კვირის მიღების შემდეგ ავადმყოფები რეზისტენტული ხდებიან იოდის მიმართ. ამიტომ იოდის გამოყენება გამართლებულია მაშინ, როდესაც საჭიროა ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის სწრაფი დაქვეითება, მაგალითად მწვავე თირეოტოქსიკოზის და თირეოტოქსიკური კრიზის დროს. იოდის მიღების დროს შემთხვევათა ნაწილში შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს იდიოსინკროზიას იოდის მიმართ ან გამოვლინდეს იოდიზმის მოვლენები. ასეთ შემთხვევაში იოდის მიცემა უნდა შეწყდეს. იოდის პრეპარატების გამოყენება წინააღმდეგ ნაჩვენებია ფილტვის ტუბერკულოზის, ნეფროზის, ნეფრიტის, ფურუნკულოზის, ქრონიკული პიოდერმიის, ჰემორაგიული დიათეზის ორსულობისა და სხვათა დროს.

კონსერვატული მკურნალობისათვის იოდის პრეპარატები — არაორგანული იოდი, ორგანული იოდის პრეპარატი — დიიოდთიროზიანი და მისი ჰომოლოგი ბეტაზინი ჩვეულებრივ იხმარება ანტითირეოიდულ პრეპარატებთან ერთად, მათი ეგრეთწოდებული „სტრუმოგენური“ ეფექტის მოსახსნელად.

ანტითირეოიდულ პრეპარატებიდან იხმარება თიოურაცილი, ხიმეთილთიოურაცილი, პროპილთიოურაცილი, მერკაზოლილი, კალიუმის პერქლორატი, ტაპაზოლი და სხვა. დასაწყისში იხმარება აღნიშნული პრეპარატების დიდი დოზები, ხოლო თირეოტოქსიკოზის მოვლენების შემცირების შემდეგ გადადიან უფრო მცირე დოზებზე.

ანტითირეოიდული პრეპარატები თრგუნავენ თირეოიდული ჰორმონების ბიოსინთეზს. ეს ეფექტი ვლინდება ზოგჯერ რამდენიმე კვირის შემდეგ. ამასთან ერთად იწყება თირეოტროპული ჰორმონის გამოყოფის გაძლიერება, რასაც მოჰყვება ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერპლაზია და ჯირკვლის სისხლით მომარაგების გაძლიერება. ამ ეფექტს უწოდებენ „სტრუმოგენურს“. ანტითირეოიდული პრეპარატების ამ გავლენის თავიდან აცილების მიზნით ერთდროულად გამოიყენება იოდის პრეპარატებიც. ეს უკანასკნელები თრგუნავენ თირეოტროპინის სეკრეციას, რითაც იხსნება ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერპლაზიის მიზეზი.

ანტითირეოიდული პრეპარატებით მკურნალობა ხანგრძლივია 1—2 წლის მანძილზე. მათი მიღების შეწყვეტის შემდეგ არაიშვიათია თირეოტოქსიკოზის მოვლენების განახლება. ისინი მოქმედებენ ჰემოპოეზზე, კერძოდ თრგუნავენ ლეიკოპოზს, ზოგჯერ აგრანულოციტოზის განვითარებამდე. ამიტომ ანტითირეოიდული პრეპარატების მიღების პერი-

ოდში აუცილებელია თეთრი სისხლის სურათის ყოველკვირეული კონ-ტროლი. ანტითირეოიდული პრეპარატების გამოყენება წინააღმდეგ ნაჩვენებია ორსულობისა და ლაქტაციის პერიოდში.

ღღეს თირეოტოქსიკოზის კონსერვალული მკურნალობისათვის ავადმყოფს უფრო ხშირად ერთდროულად უნიშნავენ მერკაზოლილს. დიიოდთიროზანს და რეზერპინს. მერკაზოლილი გაცილებით ნაკლებ ტოქსიკურია, ვიდრე მეთილთიოურაცილი და მასზე უფრო ეფექტურია. მისი გამოყენების დროს „სტრუმოგენური" ეფექტი არ აღინიშნება.

რა შემთხვევაში უნდა ჩაუტარდეს ავადმყოფს კონსერვატული მკურნალობა? კონსერვატული — მედიკამენტოზური. მკურნალობა შეიძლება ეფექტური იყოს მცირე ზომის დიფუზური ჩიყვის დროს, რომელსაც ტოქსიკოზის მოვლენები მსუბუქად ან საშუალო სიმძიმით არის გამოხატული. თუ აღნიშნული მკურნალობა საშუალო სიმძიმის თირეოტოქსიკოზის დროს პირველი რამდენიმე თვის მანძილზე არ იძლევა შედეგს, ავადმყოფს უნდა ვურჩიოთ მკურნალობის სხვა წესები, ძირითადად კი — ოპერაციული ჩარევა.

მედიკამენტოზური მკურნალობა ნაჩვენებია აგრეთვე იმ შემთხვევებში, როდესაც ავადმყოფი ოპერაციულ ჩარევაზე კატეგორიულ უარს აცხადებს ან თუ არსებობს ქირურგიული მკურნალობის აბსოლუტური წინააღმდეგჩვენება. მედიკამენტოზური მკურნალობა, როგორც წესი, არ უნდა იყოს ჩატარებული კვანძოვანი ტოქსიკური ჩიყვის არც ერთი ფორმის დროს.

1941 წლიდან თირეოტოქსიკოზის ქირურგიულ მკურნალობას, თუ შეიძლება ასე ითქვას, კონკურენციას უწევს რადიაქტიური იოდით მკურნალობის მეთოდი. მიღებული რადიაქტიური იოდი თითქმის მთლიანად გროვდება ფარისებრ ჯირკვალში და იწვევს მისი პარენქიმის დაშლას, რასაც მისი აქტივობის დაქვეითება მოსდევს. მაგრამ თუ ქირურგიული ჩარევით ეფექტს სწრაფად ვაღწევთ, რადიაქტიური იოდით მკურნალობას ესაჭიროება 3—4 თვე. მიუხედავად ამისა, ეს მეთოდი საიმედოა და ავადმყოფისათვის უფრო ადვილად ასატანი. მისი უარყოფითი მხარეებიდან უნდა აღინიშნოს დოზირების სირთულე. რის გამოც შემთხვევათა გარკვეულ პროცენტში ვითარდება ჰიპოთირეოზის მოვლენები. მაგრამ მისი ძირითადი უარყოფითი მხარეა ავთვისებიანი გადაგვარების შესაძლებლობა. კიბო შეიძლება განვითარდეს დასხივების 20 წლის შემდეგაც. თუ გამორიცხული იქნება ეს საშიშროება, რადიაქტიური იოდით მკურნალობის მეთოდი თირეოტოქსიკოზის მკურნალობის არჩევით მეთოდად იქცევა. ღღეს კი ამ საშიშროების არსებობის გამო მკურნალობის ეს მეთოდი არ იხმარება აბალგაზრდა ასაკში — 40—45 წლამდე. არ არის ნაჩვენები რადიოაქტიური იოდის გამოყენება მსუბუქი ფორმის თირეოტოქსიკოზის დროს. ნაკ-

ლებ ეფექტურია ეს მეთოდი და უნდა იხმარებოდეს როგორც გამონაკ-ლისი კვანძოვანი ტოქსიკური ჩიყვის დროს.

რადიაქტიური იოდით მკურნალობის პერდაპირ ჩვენებას წარმოადგენს დიფუზური თირეოტოქსიკური ჩიყვი საშუალო სიმძიმით და მძიმე ფორმით მიმდინარეობის დროს 40 წლის ასაკის ზევით, თირეოტოქსიკოზის რეციდივი ოპერაციის შემდეგ და ოპერაციული ჩარევის აბსოლუტური წინააღმდეგჩვენების შემთხვევებში.

ჩიყვის ქირურგიულ მკურნალობას მრავალსაუკუნოვანი ისტორია აქვს. ჯერ კიდევ ცელბიუსი აწარმოებდა კვანძოვანი ჩიყვის ამოკაკლას კანის გაკვეთით. VIII საუკუნეში როლანდი გახურებული მავთულით ამოწვავდა კვანძს.

მიუსმა 1629 წელს მოგვაწოდა ზემო ფარისებრი არტერიების გადაკვანძვა ჩიყვის მკურნალობის მიზნით.

რუსეთში ჩიყვის პირველი, ოპერაცია გააკეთა ე. მუხინმა 1802 წელს, შემდეგ პიროგოვმა — ვლადიკავკაზში 1847 წ. და მისლავსკიმ — ურალში 1852 წელს.

ჩიყვისა და თირეოტოქსიკოზის პირველი ოპერაციების შედეგი ძალზე ცუდი იყო. ოპერაციას დაერთო ისეთი მძიმე გართულებები, როგორიცაა ტეტანია, მიქსოდემა, შებრუნებული ნერვის დამბლა და სხვა. ოპერაციის შემდგომი სიკვდილიანობა ცნობილი ქირურგების ხელშიც კი (კოხერი, ბილროტი, ბრუნსი) 20—30%-ს აღწევდა.

1850 წელს საფრანგეთის სამედიცინო აკადემიამ უარყოფითი შეფასება მისცა ჩიყვის მკურნალობის ოპერაციულ მეთოდს და აკრძალა ეგი სპეციალური დადგენილებით. გროსე 1866 წელს წერდა — თუ რომელიმე ქირურგი იქნება იმდენად ავანტიურისტი და უტვინო, რომ მიმართოს ფარისებრი ჯირკვლის ამოკვეთას, — არ შემშურდება... არც ერთი პატიოსანი და გონიერი ქირურგი, ჩემის აზრით, არასოდეს არ მიმართავს მსგავს ოპერაციას.

ახლა კი ოპერაციები არატოქსიკური და ტოქსიკური ჩიყვის გამო ყველგან კეთდება. სიკვდილიანობა კი მძიმე ფორმის თირეოტოქსიკოზის დროსაც მინიმუმამდეა დაყვანილი.

ჩვენ აღვნიშნეთ, რომ ენდემიური ჩიყვის კვანძოვანი ფორმა და სპორადიული არატოქსიკური ჩიყვი ოპერაციულ მკურნალობას თხოულობს. ოპერაციის პირდაპირ ჩვენებას წარმოადგენს აგრეთვე კვანძოვანი ტოქსიკური ჩიყვიც. ენდემიური ჩიყვის დიფუზური ფორმის დროს, თუ ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერფუნქცია გამოხატული არ არის, ოპერაციული ჩარევა ნაჩვენებია მხოლოდ გამონაკლის შემთხვევაში, როდესაც ჩიყვი იწვევს კისრის ორგანოებზე ზეწოლის მოვლენებს. დიფუზური ტოქსიკური ჩიყვის დროს გამოიყენება მკურნალობის სამი წესი — მედიკამენტოზური, რადიაქტიური იოდით მკურნალობა

და ქირურგიული. მკურნალობის პირველი ორი წესის ჩვენებებს უკვე გავეცანით. ქირურგიული მკურნალობა დიფუზური ჩიყვის დროს ნაჩვენებია მისი მძიმე ფორმის ყველა შემთხვევაში, სადაც არ არის ოპერაციის აბსოლუტური წინააღმდეგჩვენება და საშუალო სიმძიმის იმ ავადმყოფებში, სადაც კონსერვატული მკურნალობა მყარ შედეგს არ იძლევა. ზოგიერთი ავტორის მონაცემით თირეოტოქსიკური ჩიყვის ძქონე ავადმყოფთა 55—65% ესაჭიროება ქირურგიული მკურნალობა, 25—30% — თერაპია რადიაქტიური იოდით და მხოლოდ 5%-ში მიზანშეწონილია ხანგრძლივი მედიკამენტური მკურნალობა.

თირეოტოქსიკოზის ვისცეროპათიულ სტადიაში მედიკამენტოზური მკურნალობა ანტითირეოიდული პრეპარატებით აუმჯობესებს ავადმყოფის მდგომარეობას, მკვეთრად ამცირებს ან ხსნის თირეოტოქსიკოზის მოვლენებს, მაგრამ მხოლოდ დროებით. მკურნალობის შეწყვეტის შემდეგ, უმრავლეს შემთხვევაში ვითარდება დაავადების რეციდივი. ამიტომ დაავადების ამ სტადიაში ანტითირეოიდული პრეპარატებით მიღებული რემისიით უნდა ვისარგებლოთ ოპერაციული ჩარევისათვის.

მძიმე თირეოტოქსიკოზი, ხანში შესული ასაკი და მთელი რიგი თანმხლები დაავადებებისა, არც თუ ისე დიდი ხნის წინ ოპერაციული ჩარევის აბსოლუტურ წინააღმდეგჩვენებას წარმოადგენდა. იშვიათი იყო ოპერაციული ჩარევა 50 წლის ასაკის ზევით და ისეთი თანმხლები დაავადებების დროს, როგორიც არის ფილტვების ტუბერკულოზი, ბრონქული ასთმა, შაქრიანი დიაბეტი, ფსიქიკური დაავადება, გულსისხლძარღვთა ნაკლოვანება, ჩირქოვანი ტონზილიტი, ნერვული სისტემის ორგანული დაზიანება და სხვა.

ამჟამად თირეოტოქსიკოზის ქირურგიული მკურნალობის წინააღმდეგჩვენებანი მინიმუმამდეა დაყვანილი, რაც მიღებულია ოპერაციის წინა სათანადო მომზადებით. გაუტკივარების მეთოდის შერჩევითა და ოპერაციის შემდგომი მოვლის გაუმჯობესებით. ჩვენი მასალა ამ მხრივაც საინტერესოა. მაგალითად, ფილტვის ტუბერკულოზით დაავადებულ 8 ავადმყოფს, რომელთაც თირეოტოქსიკოზი ჰქონდათ, გაუკეთდა ფარისებრი ჯირკვლის სუბტოტალური რეზექცია. ყველა ავადმყოფს ჰქონდა მკვეთრად გამოხატული თირეოტოქსიკოზის მოვლენები. ავადმყოფთა საოპერაციოდ მომზადება ხდება სტრეპტომიცინით, ფტივაზიდით, ანტითირეოიდული პრეპარატებით. თირეოტოქსიკოზთა და ბრონქული ასთმით დაავადებული იყო 12. ყველას გაუკეთდა ფარისებრი ჯირკვლის სუბტოტალური რეზექცია. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ბრონქული ასთმის შეტევები შესამჩნევად შემცირდა; ერთ ავადმყოფს კი სრულებით გაუქრა.

შაქრიანი დიაბეტის ფონზე თირეოტოქსიკოზის გამო ოპერაცია

გაუკეთდა ოთხ ავადმყოფს, — ყველა შემთხვევაში დადებითი შედეგით.

ხანში შესულ და მოხუცთა შორის თირეოტოქსიკოზის ქირურგიული მკურნალობის საკითხი გადასინჯვას მოითხოვს. ასაკი თავისთავად არ წარმოადგენს ქირურგიული მკურნალობის წინააღმდეგ ჩვენებას. მაგრამ ამ ასაკში მხედველობაში უნდა გვქონდეს სხვა თანდართული დაავადებები, რასაც განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ოპერაციის წინა მომზადების პერიოდში.

საერთოდ უნდა აღინიშნოს, რომ არატოქსიკური ჩიყვის მქონე ავადმყოფები არ შოითხოვენ სპეციფიკურ წინასაოპერაციო მომზადებას. ამ ავადმყოფთა მომზადება საოპერაციოდ წარმოებს ისევე, როგორც სხვა ოპერაციული ჩარევის წინ. რაც შეეხება ტოქსიკურ ჩიყვს აქ სათანადო წინასაოპერაციო მომზადების აუცილებლობა ამჟამად საყოველთაოდ არის აღიარებული და უმრავლეს შემთხვევაში განაპირობებს ოპერაციისშემდგომ გამოსავალს.

წინასაოპერაციო მომზადების დიდი მნიშვნელობის გამო ჩვენ მასზე შედარებით ფართოდ შევჩერდებით.

წინასაოპერაციო მომზადების მიზანია თირეოტოქსიკოზის მოვლენების მოხსნა, ნივთიერებათა ცვლის პროცესების ნორმალიზაცია, ორგანოთა და სისტემების ფუნქციური მდგომარეობის გაუმჯობესება და ორგანიზმის კომპენსატორული მექანიზმების გამოსწორება.

წინასაოპერაციო მომზადება უნდა იყოს პათოგენზურად დასაბუთებული, მისი ხასიათი და ხანგრძლივობა უნდა განისაზღვრებოდეს ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში კლინიკური სურათის თავისებურებით, დაავადების სტადიითა და შინაგან ორგანოებში არსებული ცვლილებების ხარისხით.

ყურადღება უნდა მიექცეს ავადმყოფის ფსიქიკურ მომზადებას. ავადმყოფი ნდობით უნდა იყოს გამსჭვალული ექიმისადმი და დარწმუნებული უნდა იყოს ოპერაციის კეთილ გამოსავალში.

მნიშვნელობა აქვს რაციონალურ დიეტოთერაპიას მაღალკალორიული და ვიტამინებით მდიდარი საკვებით.

ფართოდ გამოიყენება ბრომის პრეპარატები და ძილმომგვრელი საშუალებანი. საშუალო, და მძიმე ფორმის ტოქსიკური ჩიყვის დროს ავადმყოფს უკეთდება გლუკოზის ხსნარი წინასწარ ინსულინის 8—10 ერთეულის შეყვანით. გლუკოზა აუმჯობესებს ღვიძლის ფუნქციას და გულის კუნთის კვებას. მძიმე ფორმის თირეოტოქსიკოზის დროს და ხანში შესული ავადმყოფებისათვის უნდა ვიხმაროთ ოქსიგენოთერაპია. კარგ ეფექტს იძლევა სისხლის გადასხმა მცირე დოზებით. რადგანაც მძიმე თირეოტოქსიკოზის დროს არაიშვიათია თირკმელზედა ჯირკვლის ფუნქციის ნაკლოვანება — გამართლებულია კორტიკოსტეროიდების

ხმარება. კორტინი, კორტიზონი და ჰიდროკორტიზონი წინასაოპერაციო პერიოდში და ოპერაციის შემდეგ ჩვენ მიერ გამოყენებულია 106 ავადმყოფში და მისი დადებითი მოქმედება უდავო იყო.

ძირითად სპეციფიკურ საშუალებებს, რომელიც გამოიყენება თირეოტოქსიკოზის დროს წინასაოპერაციო მომზადების მიზნით, წარმოადგენს იოდი და ანტითირეოიდული პრეპარატები.

იოდის გამოყენება წინასაოპერაციო მომზადებისათვის შემოგვთავაზა პლუმერმა ჩვენი საუკუნის ოციან წლებში. იგი ხმარობდა ლუგელის ხსნარს. წინასაოპერაციო მომზადების ამ წესმა დიდი გარდატეხა შეიტანა ოპერაციისშემდგომ გამოსავალში. მკვეთრად შემცირდა ოპერაციისშემდგომი თირეოტოქსიკური კრიზის შემთხვევები და ოპერაციისშემდგომი სიკვდილიანობა.

იოდის პრეპარატებს დღესაც ფართოდ იყენებენ ტოქსიკური ჩიყვის მქონე ავადმყოფთა წინასაოპერაციო მომზადებისათვის. ავადმყოფები იოდს იღებენ ლუგელის ხსნარის, ბერეშევსკის პილულების, სინოეზური ორგანული პრეპარატის — დიიოდთიროზინისა და მისი ჰომოლოგის — ბეტაზინის სახით.

მაგრამ იოდის პრეპარატებს აქვს მთელი რიგი უარყოფითი მხარე. იგი მთლიანად ვერ ხსნის თირეოტოქსიკოზის მოვლენებს, კვანძოვანი ჩიყვის დროს ნაკლებ ეფექტურია, ხანგრძლივი მიღებისას შეიძლება გააძლიეროს ტოქსიკოზის მოვლენები. შემთხვევათა ნაწილში აღინიშნება ავადმყოფთა იდიოსინკროზია იოდის მიმართ. გარდა ამისა, იოდის მიღების წინააღმდეგჩვენებაა ფილტვების ტუბერკულოზი, ნევროზი. ნეფრიტი, ფურუნკულოზი, ქრონიკული პიოდერმია, ჰემორაგიული დიათეზი, ორსულობა და სხვა.

მხედველობაშია მისაღები ის გარემოებაც, რომ ავადმყოფთა საგრძნობი ნაწილი შეიძლება იყოს რეზისტენტული იოდის მიმართ. მათზე იოდის დადებითი მოქმედება არ მეღავნდება. ამიტომ ზოგიერთი ავტორის აზრით ოპერაციისწინა პერიოდში დანიშნული იოდი ერთი კვირის მანძილზე არ იძლევა შედეგს; ეს იოდრეზისტენტობის მაჩვენებელია და საჭიროა წინასაოპერაციო მომზადების სხვა წესებზე გადასვლა.

ბოლო წლებში იოდის პრეპარატებს მრავალი ავტორი იყენებს არა დამოუკიდებლად, არამედ ანტითირეოიდულ პრეპარატებთან კომპლექსში.

ავადმყოფთა წინასაოპერაციო მომზადების მიზნით ანტითირეოიდული პრეპარატების გამოყენების მიზანშეწონილობის შესახებ დღეს ლიტერატურაში ერთიანი აზრი არ არსებობს. ავტორთა ერთი ჯგუფი მას ფართოდ იყენებს, მეორე ჯგუფი კი მისი გამოყენების წინააღმდეგია ე. წ. „სტრუმოგენური“ მოქმედების გამო.

ანტითირეოიდული პრეპარატების „სტრუმოგენური“ მოქმედება

იმაში გამოიხატება, რომ შემთხვევათა ნაწილში ფარისებრი ჯირკვალი დიდდება მოცულობაში, მისი სისხლსავსეობა მატულობს, ოპერაციის დროს აღინიშნება სისხლდენის გაძლიერება. გამოირკვა ისიც, რომ ანტითირეოიდული ნივთიერების მიერ გამოწვეული სტრუმოგენური ეფექტის შემცირება შეიძლება იოდის პრეპარატების ერთდროული ხმარებით. ამიტომ ავტორთა ერთი ნაწილი ანტითირეოიდულ საშუალებებს იყენებს იოდის პრეპარატებთან ერთდროულად, ავტორთა მეორე ჯგუფი კი ანტითირეოიდულ ნივთიერებებს ხმარობს ავადმყოფთა წინასაოპერაციო მომზადების მხოლოდ პირველ ეტაპზე — თირეოტოქსიკოზის მოხსნის მიზნით, ხოლო ოპერაციის წინ 10—12 დღით ადრე ცვლის მას ლუგოლის ხსნარით.

ჩვენი კლინიკის თანამშრომელმა თ. ახმეტელმა ექსპერიმენტულად შეისწავლა 6 — მეთილიოურაცილს, მერკაზოლის, მერკაზოლილის და ლუგოლის ხსნარის ერთდროული მოქმედება ფარისებრი ჯირკვლის ორგანოსშიდა კაპილარულ ქსელზე; გამოირკვა, რომ ფარისებრი ჯირკვლის კაპილარების განსაკუთრებით მკვეთრი სტრუქტურული ცვლილებები ვითარდება 6-მეთილთიოურაცილის ზეგავლენით. შედარებით ნაკლებია ეს ცვლილებები მერკაზოლილის მოქმედებით, ხოლო მერკაზოლილსა და ლუგოლის ხსნარის ერთდროული ან თანმიმდევრული გამოყენება ძალზე უმნიშვნელო ცვლილებებს იძლევა.

როგორც თ. ახმეტელის ექსპერიმენტები, ისე ჩვენი კლინიკური გამოცდილება იმაზე მეტყველებს, რომ შიში ანტითირეოიდული პრეპარატების „სტრუმოგენური" მოქმედების მიმართ გადაჭარბებულია. მერკაზოლილს იოდის პრეპარატებთან კომბინაციაში ჩვენ ვხმარობთ 1960 წლიდან. ამ წესით წინასაოპერაციო მომზადება ჩაუტარდა 350-ზე მეტ ავადმყოფს და სისხლდენის მნიშვნელოვანი გაძლიერება ოპერაციის მსვლელობაში არ აღინიშნებოდა. ანტითირეოიდულ პრეპარატებს ვნიშნავდით ლუგოლის ხსნარსა ან დიიოდთიროზინთან ერთად.

მაგრამ ეს იმას არ ნიშნავს, რომ წინასაოპერაციო მომზადება ანტითირეოიდული ნივთიერებებით ესაჭიროება ტოქსიკური ჩიყვის მქონე ყველა ავადმყოფს. ანტითირეოიდული საშუალებანი გამოყენებული უნდა იყოს საშუალო სიმძიმისა და მძიმე თირეოტოქსიკოზის მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა საქმე გვაქვს იოდრეზისტენტობასთან და იოდის პრეპარატები შედეგს არ იძლევა. უნდ აგვახსოვდეს ისიც, რომ ანტითირეოიდულ ნივთიერებებს, უფრო მეტად მეთილთიოურაცილს და გაცილებით ნაკლებად მერკაზოლილს, ახასიათებს ტოქსიკური მოქმედება, რაც ვლინდება ლეიკოპენიით, გრანულოციტოპენიით, კანის ქავილით, არტრალგიით, კუჭ-ნაწლავის აშლილობით, კუნთების ტკივილით და სხვა. ამ ნიშნებისთანავე საჭიროა ანტითირეოიდული პრეპარატების შეწყვეტა თეთრი სისხლის სურათის სრულ ნორმალიზაციამდე. პრო-

ფილაქტიკური მიზნით ავადმყოფს უნდა დაენიშნოს ნუკლეინმჟავა კალიუმი, პენტოქსილი, თეზინი, B ვიტამინის კომპლექსი და სხვა. ანტითირეოიდული ნივთიერებები არ უნდა მივცეთ ავადმყოფებს სიყვითლის, თირკმლების დაავადებების, შაქრიანი დიაბეტის, ორსულობისა და ლაქტაციის დროს.

ბოლო წლებში ოპერაციისწინა პერიოდში ფართოდ იხმარება ტრინკვილიზატორი — რეზერპინი ანტითირეოიდულ და იოდის პრეპარატებთან კომპლექსში. იგი იძლევა წინასაოპერაციო პერიოდის ხანგრძლივობის შემცირებას, განსაკუთრებით ხანში შესულებსა და მოხუცებში. ოპერაციის მიმართ შიშის გრძნობის მოსახსნელად გამოიყენება ატარაქტიკები — ანდაქსინი და ტრიოქსაზინი.

ჩვენ აღარ შევჩერდებით სხვა საშუალებებზე, რომელიც აგრეთვე გამოიყენება თირეოტოქსიკოზის მქონე ავადმყოფთა წინასაოპერაციო მომზადებისათვის. ნათქვამიდან უკვე ჩანს, რომ დღეს ჩვენს ხელთაა როგორც სპეციფიკური, ისე სიმპტომური საშუალებების მთელი არსენალი, რაც ოპერაციისათვის ავადმყოფის სრულყოფილი მომზადების საშუალებას იძლევა.

დიდი მნიშვნელობა აქვს ოპერაციული ჩარევისათვის ხელსაყრელი მომენტის შერჩევას. როდის უნდა ჩაითვალოს ტოქსიკური ჩიყვის მქონე ავადმყოფი ოპერაციისათვის მომზადებულად? ზოგიერთი ავტორი აუცილებლად თვლის თირეოტოქსიკოზის სრულ მოხსნას და ეუთირეოიდული მდგომარეობის მიღწევას. მაგრამ ლიტერატურაში სამართლიანად არის მითითებული, რომ ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის სრული ნორმალიზაციის მიღწევა ყოველთვის არ ხერხდება. უმრავლესობის აზრით ავადმყოფის ოპერაციისათვის მზადყოფნაზე მიუთითებს ძირითადი ცვლის საგრძნობი შემცირება, ავადმყოფის წონის მომატება 2 — 3 კგ-ით, მაჯისცემის სიხშირის დაყვანა 80—90-ის ფარგლებში. რაც უფრო კარგად იქნება მომზადებული ავადმყოფი ოპერაციული ჩარევისათვის, რაც უფრო მეტად იქნება მოხსნილი ტოქსიკოზის მოვლენები, მით უფრო ნაკლებად არის მოსალოდნელი ისეთი უმძიმესი გართულების განვითარება, როგორიცაა თირეოტოქსიკური კრიზი.

უნდა იცოდეს თუ არა ავადმყოფმა ოპერაციული ჩარევის დღე? ჩვენ ვფიქრობთ, რომ უნდა იცოდეს. არ ვიზიარებთ იმ ავტორთა აზრს, რომელნიც არ უმხელენ ავადმყოფს ოპერაციის დღეს იმ მიზნით, რომ არ ააღელვონ ავადმყოფი და ამით არ გააძლიერონ ტოქსიკოზის მოვლენები. ჩვენი აზრით ავადმყოფს უნდა გამოეცხადოს ოპერაციის დღე. და თუ ამით დაირღვა წინასაოპერაციო მომზადებით მიღწეული კომპენსაცია, ეს იმას ნიშნავს, რომ ავადმყოფი არ არის მზად საოპერაციოდ და საჭიროა მომზადების გაგრძელება.

როდესაც ოპერაციულ ჩარევას ვეხებით, არ შეიძლება არ შევჩერ-

დეთ გაუტკივარების საკითხზე. რასაკვირველია, არ შეიძლება ყველა შემთხვევაში გაუტკივარების ერთი რომელიმე სახის გამოყენება, მაგრამ საბჭოთა ქირურგების უმრავლესობა ფარისებრ ჯირკვალზე ოპერაციული ჩარევის დროს არჩევით მეთოდად თვლის ადგილობრივ გაუტკივარებას.

ადგილობრივი ანესთეზიის მეთოდური გამოყენებით შესაძლებელია სრული გაუტკივარების მიღწევა. იგი მარტივი შესასრულებელია, უვნებელია, იძლევა ავადმყოფთან მუდმივი კონტაქტის შესაძლებლობას, აადვილებს ფარისებრი ჯირკვლის გამოყოფას, სწყვეტს პათოლოგიურ იმპულსაციას ფარისებრი ჯირკვლიდან ცენტრალურ ნერვულ სისტემისაკენ, ამცირებს თიროქსინის გადასვლას სისხლში. მის უარყოფით მხარედ ითვლება ავადმყოფის „დასწრება" თავის ოპერაციაზე, რაც გარკვეულ ფსიქიკურ ტრავმას წარმოადგენს და უარყოფითად მოქმედებს ემოციურად ლაბილურ ავადმყოფზე. ჩვენი აზრით ავადმყოფს სათანადო წინასაოპერაციო მომზადებით ადგილობრივი ანესთეზიის ეს ერთადერთი უარყოფითი მხარეც მინიმუმამდე შეიძლება იყოს დაყვანილი.

რამდენიმე ათეულ შემთხვევაში ჩვენ გამოვიყენეთ რეგიონული ანესთეზია, კისრის წნულის ანესთეზიის სახით, მაგრამ იგი ყოველთვის არ იძლევა სრულ გაუტკივარებას და საჭირო ხდება ადგილობრივი ინფილტრაციული ანესთეზიის დამატება.

გარკვეული ჩვენება აქვს თანამედროვე ინტუბაციურ ნარკოზსაც. მას მიმართავენ მოსალოდნელი ტექნიკური სიძნელეების, ავადმყოფის ძლიერი აგზნებადობის დროს და სხვ.

რამდენიმე წლის წინათ ფართოდ იხმარებოდა ადგილობრივი პოტენცირებული ანესთეზია ნეიროპლეგიკური ნივთიერებების გამოყენებით. შემდგომში გამოვლინდა მისი უარყოფითი მხარეები და ღღეს ღრმა ნეიროპლეგიას აღარ მიმართავენ.

ზოგიერთი ავტორი თირეოტოქსიკური ჩიყვის გამო წარმოებული ოპერაციის დროს იყენებდა ანესთეზიის რთულ სახეებს. მაგალითად, ნეიროპლეგიას ხელოვნურ ჰიპოთერმიასთან ერთად ნარკოზის პირობებში, ხელოვნურ ჰიპოტონიას არფონადით ადგილობრივი ან ზოგადი გაუტკივარების პირობებში და სხვა. რაც უფრო სრულყოფილად იქნება მომზადებული ავადმყოფი ოპერაციისათვის, ანესთეზიის ასეთი რთული და სახიფათო წესების გამოყენების ჩვენებები მით უფრო ნაკლები იქნება.

ფარისებურ ჯირკვალზე ოპერაციული ჩარევის რამდენიმე სახე არსებობს. ესენია კვანძის ენუკლეაცია, ფარისებრი ჯირკვლის წილის რეზექცია (ეკონომიური, ვრცელი, სუბტოტალური), ფარისებრი ჯირ-

კვლის ორმხრივი რეზექცია (ეკონომიური, ვრცელი, სუბტოტალური), ფარისებრი ჯირკვლის ექსტირპაცია.

ოპერაცია დიფუზური ტოქსიკური ჩიყვის დროს რამდენიმე პირობას უნდა აკმაყოფილებდეს: იგი უნდა იყოს მაქსიმალურად რადიკალური, ფარისებრი ჯირკვლის ქსოვილის დარჩენილი მინიმალური რაოდენობა ნორმალურად უნდა ფუნქციონირებდეს, ე. ი. უნდა ჰქონდეს ნორმალური კვება და ინერვაცია, ოპერაცია უნდა იყოს ნაკლებად ტრავმული, უნდა აცილებდეს შებრუნებული ნერვისა და სანშტრემის სხეულაკების დაზიანების შესაძლებლობას და სხვა. ამ პირობებს აკმაყოფილებს ფარისებრი ჯირკვლის ორმხრივი, სუბტოტალური, სუბფასციური რეზექცია, რომელიც დამუშავებული იყო ჩვენში ო. ნიკოლაიევის მიერ. ამჟამად საბჭოთა ქირურგთა უმრავლესობა ოპერაციის ამ წესს იყენებს.

ორმხრივი სუბტოტალური რეზექციის დროს დატოვებული უნდა იყოს ფარისებრი ჯირკვლის მინიმალური რაოდენობა, ფიზიოლოგიური შესაძლებლობის ფარგლებში. ამ პირობის დაცვა განაპირობებს თირეოტოქსიკოზის ქირურგიული მკურნალობის შედეგს.

განსაკუთრებით რთულია საკითხი ფარისებრი ჯირკვლის დასატოვებელი ქსოვილის ოდენობის შესახებ. ავტორთა უმრავლესობის აზრით ორივე წილიდან დატოვებული თირეოიდული ქსოვილის წონა არ უნდა აღემატებოდეს 6 გრ. ფიქრობენ, რომ უკეთესია ამოიკვეთოს მეტი, ვიდრე ნაკლები. რაც უფრო მძიმედ მიმდინარეობს თირეოტოქსიკოზი, მით ნაკლები უნდა იყოს დატოვებული ტაკვის ოდენობა. დიდი ტაკვის დატოვების შემთხვევაში მოსალოდნელია თირეოტოქსიკოზის რეციდივი.

საწინააღმდეგო შემთხვევაში — ძალზე მცირე ტაკვის დატოვების დროს ვითარდება ჰიპოთირეოზი.

მაგრამ, როგორც ჩანს, თირეოტოქსიკოზის რეციდივის ან, პირიქით, ჰიპოთირეოზის განვითარება დამოკიდებული არ არის მხოლოდ დატოვებული ტაკვის სიდიდეზე. მნიშვნელობა აქვს დარჩენილი ტაკვის კვებას. ოპერაციისშემდგომ განვითარებულ ნაწიბუროვან პროცესის ხასიათსა და სიძლიერეს, ორგანიზმის რეაქციულობას. საინტერესო მონაცემები აქვს მიღებული ივანჩენკოს. მან აღნიშნა, რომ თირეოტოქსიკოზის რეციდივის განვითარებაა იმ შემთხვევაში, როდესაც დატოვებული ტაკვის წონა არ აღემატებოდა 2—3 გრ, მაშინ როდესაც რეციდივი არ განვითარდა 13 გრ წონის ტაკვის დატოვების შემთხვევაში. მისივე მონაცემებით მიქსედემის განვითარება აღინიშნებოდა 3.7 გრ თირეოიდული ქსოვილის დატოვებისას, მაშინ როდესაც 0,3 გრ ქსოვილის დატოვების შემთხვევაში ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპოფუნქციის არავითარი ნიშანი არ ყოფილა.

ფარისებრი ჯირკვლის სუბფასციური რეზექციის დროს მისი სისხლის ძარღვები იკვანძება ფარისებრი ჯირკვლის კაპსულაში, ფასციის შიგნით. ამ მომენტს დიდი მნიშვნელობა აქვს, რადგან იცავს დაზიანებისაგან შებრუნებულ ნერვს და სანშტრემის სხეულაკებს. ფარისებრი ჯირკვლის კლასიკური წესები მკვებავი სისხლძარღვების წინასწარი გადაკვანძვით ჯირკვლის გარეშე დღეს აღარ იხმარება. სისხლძარღვთა ასეთი გადაკვანძვა გაცილებით უფრო ტრავმულია, ადიდებს ოპერაციული ჩარევის ველს, იძლევა მეტ გართულებებს. მძიმე ტოქსიკოზის დროს ერთ—ორი ათეული წლის წინ ხშირად მიმართავდნენ ორ ეტაპურ ჩარევას, როდესაც პირველ მომენტად აცილებდნენ ფარისებრი ჯირკვლის რომელიმე წილს, ხოლო მეორე ეტაპად, ავადმყოფის მდგომარეობის გაუმჯობესების შემდეგ, მეორე წილს. დღეს ასეთ ეტაპურ ოპერაციებს თითქმის აღარ მიმართავენ. ავადმყოფის სრულყოფილი მომზადების პირობებში ეტაპური ოპერაციის მიზანშეწონილობა საეჭვოა.

კვანძოვანი არატოქსიკური და ტოქსიკური ჩიყვის დროს ოპერაციული ჩარევის სიფართის საკითხი ჯერ კიდევ ვერ ჩაითვლება გადაწყვეტილად. როგორც ერთ, ისე მეორე შემთხვევაში კეთდება კვანძის ამოკარკვლა, ენუკლეაცია კვანძის ირგვლივ მდებარე თირეოიდული ქსოვილის რეზექციით, ფარისებრი ჯირკვლის წილის ვრცელი რეზექცია, წილის სუბტოტალური რეზექცია და, ბოლოს, ფარისებრი ჯირკვლის ორმხრივი სუბტოტალური რეზექცია. კვანძოვანი არატოქსიკური ჩიყვის დროს წარმოებული ენუკლეაციის შემდეგ ახალი კვანძის განვითარება იშვიათი არ არის. ამის მიზეზი ის არის, რომ ფარისებრი ჯირკვლის დარჩენილ ქსოვილში შეიძლება არსებობდეს მიკროადენომები, რომლიდანაც შემდეგ ვითარდება კვანძოვანი ჩიყვი. მაგრამ რეციდივის შიშით არატოქსიკური კვანძოვანი ჩიყვის დროს ყველა შემთხვევაში ორმხრივი სუბტოტალური რეზექციის წარმოება გამართლებული არ არის. ჩვენი აზრით გამართლებული არ არის ორმხრივი სუბტოტალური რეზექციის წარმოება ტოქსიკური ადენომის, ე. ი. ერთკვანძოვანი ტოქსიკური ჩიყვის დროს.

ჩვენი გამოცდილება გვარწმუნებს, რომ ერთკვანძოვანი არატოქსიკური ჩიყვის დროს მიზანშეწონილია ცალმხრივი ვრცელი რეზექცია. მრავალკვანძოვანი ფორმის დროს, თუ კვანძები ერთ წილშია, უნდა გაკეთდეს წილის სუბტოტალური რეზექცია, თუ ორივე წილშია — ორმხრივი სუბტოტალური რეზექცია.

ტოქსიკური კვანძოვანი ჩიყვის დროს სასურველია წინასწარ იყოს დადგენილი, თუ რა არის ტოქსიკოზის მიზეზი — მხოლოდ კვანძი, თუ კვანძთან ერთად ირგვლივ მდებარე თირეოიდული ქსოვილი. ოპერა-

ციული ჩარევის სიფართე ამ მონაცემების მიხედვით უნდა განისაზღვროს.

თუ ოპერაციული ჩარევა ტოქსიკური კვანძოვანი ჩიყვის დროს სკენირების გარეშე კეთდება, ტოქსიკური ადენომიისას ჩარევა უნდა განისაზღვროს იმ წილის სუბტოტალური რეზექციით, რომლიდანაც გაჩომდინარეობს ადენომა. მრავალკვანძოვანი ტოქსიკური ჩიყვის დროს კი კვანძების გავრცელების მიხედვით შეიძლება საჭირო იყოს ერთი ან ორივე წილის სუბტოტალური რეზექცია.

თუ ტოქსიკური კვანძოვანი ჩიყვის დროს ფარისებრი ჯირკვალი დიფუზურად არის გადიდებული, უნდა გაკეთდეს დიფუზურად გადიდებული წილის ან ფარისებრი ჯირკვლის სუბტოტალური რეზექცია.

მკურნალობის გამოსავალისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ოპერაციისშემდგომ მოვლას. ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფს ათავსებენ ცალკე ოთახში, რამდენიმე დღის განმავლობაში ეძლევა იოდის პრეპარატები, ვიკასოლი, ვიტამინები, გლუკოზის 40%-ანი ხსნარი ვენაში, ეძლევა ჟანგბადი. მძიმე თირეოტოქსიკოზის გამო წარმოებული ოპერაციის შემდეგ, როდესაც მოსალოდნელია ოპერაციისშემდგომი თირეოტოქსიკური კრიზის განვითარება, კიდურების მაგისტრალურ სისხლძარღვებზე ედება ყინულის ბუშტები, სხეულის ტემპერატურის მომატებისას 39°-მდე უკეთდება პირამიდონის ხსნარის ინექცია. გამოიყენება კორტიკოსტეროიდები — კორატინი, ჰიდროკორტიზონი. მკვეთრად გამოხატული ტაქიკარდიის დროს, მოციმციმე არითმიის ტაქიარითმიული ფორმის დროს კარგ შედეგს იძლევა ინტრავენურად გლუკოზასთან ერთად სტროფანტის შეყვანა. თუ ავადმყოფი წინასაოპერაციო პერიოდში იღებდა სათითურს, ოპერაციამდე 3 დღით ადრე მისი მიღება უნდა შეწყდეს, რომ ოპერაციისშემდგომ პერიოდში შესაძლებელი იყოს სტროფანტის გამოყენება.

ხანში შესულ და მოხუცთა მდგომარეობა ოპერაციისშემდგომ პერიოდში შედარებით მძიმეა. უფრო ხშირად ვითარდება გართულებები გულსისხლძარღვთა და სასუნთქი სისტემის მხრივ, რაც აუცილებლად უნდა გავითვალისწინოთ. ბოლო წლებში მძიმე თირეოტოქსიკოზის გამო წარმოებული ოპერაციის შემდეგ ვიყენებთ სამკურნალო ნარკოზს მალხენი აირით, რომელიც მოწოდებულია ბ. პეტროვსკისა და ს. ეფუნის მიერ. სამკურნალო ნარკოზი წარმოადგენს მძლავრ პროფილაქტიკურ საშუალებას თირეოტოქსიკური კრიზისა და გულსისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციის დარღვევის საწინააღმდეგოდ.

თირეოტოქსიკოზის გამო ნაწარმოები ოპერაციის უახლოესი შედეგები უკანასკნელ წლებში შესამჩნევად გაუმჯობესდა. ჩვენი კლინიკის მასალა შემდეგ სურათს იძლევა: თირეოტოქსიკური ჩიყვის გამო ნაოპერაციებ 2255 ავადმყოფიდან გარდაიცვალა 36, 1950—1960 წლებში

სიკვდილიანობა შეადგენდა 2,09% — 1961 წელს შემდეგ კი 0,82%-მდე შემცირდა. უკანასკნელი 3 წლის მანძილზე კი იგი 0,25%-მდე დავიდა.

ფარისებრ ჯირკვალზე წარმოებული ოპერაციული ჩარევის პროცესში და ოპერაციისშემდგომ პერიოდში მოსალოდნელია მთელი რიგი გართულებებისა.

ოპერაციის მსვლელობის დროს შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს სისხლდენას, ჰაეროვან ემბოლიას, ასფიქსიას და ტრაქეის დაზიანებას.

სისხლდენის მიზეზია ლიგატურის მოვარდნა არტერიულ სისხლძარღვიდან, მსხვილი სისხლძარღვების დაზიანება ოპერაციის დროს. ლიტერატურაში აღწერილია სისხლდენის შემთხვევები, რომელიც ავადმყოფის სიკვდილით დამთავრდა. ჰაეროვანი ემბოლია იშვიათი გართულებაა, ჰაერი შეიძლება მოხვდეს კისრის ვენების გზით. ჩვენს მასალაზე ერთი შემთხვევა იყო ჰაეროვანი ემბოლიისა, რომელიც ავადმყოფის გამოჯანმრთელებით დამთავრდა.

ოპერაციული ჩარევის პროცესში განვითარებული ასფიქსიის მიზეზი შეიძლება იყოს შებრუნებული ნერვის ორმხრივი დაზიანება, ლარინგოტრაქეოსპაზმი, ხორხის შეშუპება, ტრაქეის გადაღუნვა. შებრუნებული ნერვის ორმხრივი ადუქციური დამბლა იწვევს ასფიქსიის განვითარებას და ამ დროს ავადმყოფის ბედს სწყვეტს გადაუდებელი სტრაქეოსტომია. ლარინგოტრაქეოსპაზმი უხშირესად რეფლექსური ბუნებისაა და განპირობებულია ოპერაციული ჩარევის ველის თავისებურებით. ლარინგოტრაქეოსპაზმის პირველივე ნიშნების განვითარებისთანავე საჭიროა ატროპინის ვენაში შეყვანა, ანტიჰისტამინური საშუალებების გამოყენება, ჟანგბადის მუდმივი მიწოდება და ფილტვების არაპირდაპირი მასაჟის დაწყება. ამ ღონისძიებების უშედეგობის დროს კეთდება ტრაქეოსტომია.

ოპერაციისშემდგომ გართულებებს ბ. პეტროვსკი და ვ. სემიონოვი 3 ჯგუფად ყოფენ. პირველ ჯგუფში შედის გართულებები, რომლებიც სპეციფიკურია თირეოტოქსიკოზის გამო წარმოებული ოპერაციის შემდეგ. მეორე ჯგუფში გაერთიანებულია გართულებები, რომლებიც დამახასიათებელია საერთოდ კისერზე წარმოებული ოპერაციისათვის. მესამე ჯგუფის გართულებები საერთოა ყველა სახის ოპერაციისათვის.

ტოქსიკური ჩიყვისათვის სპეციფიკური ოპერაციისშემდგომი გართულებაა თირეოტოქსიკური კრიზი. როგორც ტოქსიკური, ისე არატოქსიკური ჩიყვის გამო წარმოებული ოპერაციის სპეციფიკურ გართულებებს წარმოადგენს პარათირეოიდული ტეტანია, ჰიპოთირეოზი და შებრუნებული ნერვის დაზიანება. კისერზე წარმოებული ოპერაციისათვის დამახასიათებელ გართულებას წარმოადგენს ასფიქსია და ბოლოს გართულებები.

ოპერაციისშემდგომ გარულებათა სიხშირე ბევრად არის დამოკიდებული ავადმყოფის სრულყოფილ წინასაოპერაციო მომზადებაზე, ოპერაციული ჩარევისათვის ხელსაყრელი მომენტის შერჩევაზე, სრულყოფილ გაუტკივარებაზე, ოპერაციული ჩარევის მეთოდზე, ოპერაციული ტექნიკის ყველა დეტალის ზუსტ და ფაქიზ შესრულებაზე, ავადმყოფის ოპერაციისშემდგომ მოვლაზე და პროფილაქტიკური ღონისძიებების დროულ ჩატარებაზე.

ჩამოთვლილი გართულებებიდან ყველაზე მძიმე გართულებას უდავოდ წარმოადგენს ოპერაციისშემდგომი თირეოტოქსიკური კრიზის.

თირეოტოქსიკური კრიზი არის ტოქსიკური ჩიყვის გამო წარმოებული ოპერაციისშემდგომი სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზი.

რაც უფრო სრულყოფილად არის ავადმყოფი მომზადებული ოპერაციისათვის, რაც უფრო სრულად არის მოხსნილი ტოქსიკოზის მოვლენები, მით უფრო ნაკლებად არის მოსალოდნელი ოპერაციისშემდგომი თირეოტოქსიკური კრიზის განვითარება. ჩვენი მასალების მიხედვით თირეოტოქსიკური კრიზი განუვითარდა ოპერირებულ ავადმყოფთა 1,6%. უკანასკნელ წლებში ამ გართულების სიხშირემ როგორც ლიტერატურული, ისე ჩვენი მონაცემებით, საგრძნობლად იკლო. თუ 1950—1960 წლებში ოირეოტოქსიკური კრიზის სიხშირე 2,64%-ს შეადგენდა 1961 წლის შემდეგ იგი დავიდა 0,51%-მდე.

არიან ავტორები, რომლებსაც ბოლო წლებში აღარ უნახავთ თირეოტოქსიკური კრიზის განვითარება. ამას ისინი ხსნიან იმ გარემოებით, რომ ოპერაციას აკეთებენ ტოქსიკოზის სრული მოხსნის შემდეგ, ფარისებრი ჯირკვლის ნორმალური ფუნქციის პირობებში. ეს მონაცემები კიდევ ერთხელ ადასტურებენ სრულყოფილი წინასაოპერაციო მომზადების დიდ მნიშვნელობას.

თირეოტოქსიკური კრიზის პათოგენეზი დღესაც არ არის გადაწყვეტილი. მოწოდებულია უამრავი თეორიები მის ასახსნელად. თირეოტოქსიკური კრიზის მიზეზებად თვლიან ჰიპერთიროქსიანემიას, ფირკმელზედა ჯირკვლის ფუნქციის მწვავე ნაკლოვანებას, ნერვული სისტემის რეაქტიულობის შეცვლას, სისხლძარღვთა განვლადობის დარღვევას, ჰიპოქინემიას, ღვიძლის ფუნქციის დარღვევას და სხვა.

უკანასკნელი მონაცემებით, რომლებიც ემყარება ცილასთან შეკავშირებულ იოდსა და მისი თიროქსინული ფრაქციის შესწავლას, საბუთდება ჰიპერთიროქსიანემიის წამყვანი მნიშვნელობა თირეოტოქსიკური კრიზის განვითარებაში. მსგავსი მონაცემები მიიღო თ. ახმეტელმა. რასაკვირველია, სხვა ზემოთ ჩამოთვლილი მიზეზების სრული უგულველყოფა არ შეიძლება, მაგრამ ისინი, როგორც ჩანს, მხოლოდ ხელშემწყობ ფაქტორებს წარმოადგენენ.

ოპერაციისშემდგომი თირეოტოქსიკური კრიზი ყოველთვის უმძიმეს,

სიცოცხლისათვის საშიშ გართულებას წარმოადგენს. მას აქვს დამახასიათებელი კლინიკური სურათი, რომლის მიხედვით წამყვანია ფსიქომოტორული აგზნებადობა, ჰიპერმეტაბოლური და ჰიპერთერმული სინდრომი. მოვლენები იწყება ოპერაციის დამთავრების უახლოეს საათებში ავადმყოფის ფსიქიკური და მოტორული აგზნებადობით. ტემპერატურა მკვეთრად მატულობს 39—40°-მდე, ავადმყოფები „იწვიან" სიცხისაგან, აღენიშნებათ პროფუზული ოფლიანობა, ძლიერდება ტრემარი. მაჯა ხშირდება წუთში 140—160 დარტყმამდე და მეტიც, სინუსური ტაქიკარდია იცვლება მოციმციმე არითმიით, განსაკუთრებით ხანში შესულ ავადმყოფებში. არტერიული წნევა ხანმოკლე მატების შემდეგ მკვეთრად ეცემა, ვითარდება ციანოზი. არაიშვიათია პირღებინება. ავადმყოფი ვარდება კომატოზურ მდგომარეობაში და იღუპება ოპერაციიდან 24—48 საათის შემდეგ. თირეოტოქსიკური კრიზისის დროს დარკვეულია ყველა სიცოცხლისათვის მნიშვნელოვანი ორგანოს ფუნქცია.— ვითარდება გულსისხლძარღვთა სასუნთქი, ღვიძლისა და თირკმელზედა ჯირკვლის ფუნქციის ნაკლოვანება.

თირეოტოქსიკური კრიზის მკურნალობა ხშირად უშედეგო რჩება, ამიტომ ძირითადი ღონისძიებები უნდა იყოს მიმართული მისი პროფილაქტიკისათვის. განვითარებული კრიზის დროს საჭიროა ფიზიოლოგიური ხსნარისა და გლუკოზის ხსნარის კანქვეშ შეყვანა, სისხლის გადასხმა, ანგიოდის მუდმივი მიწოდება, ფიზიკური ჰიპოთერმია (ყინულის ბუშტების დადება მაგისტრალურ სისხლძარღვებზე), პირამიდონის ხსნარის შეყვანა კუნთებში, გლუკოზა-სტრროფანტით, კორტიკოსტეროიდები, იოდის პრეპარატები, ბრომის პრეპარატები, ძილმომგვრელი საშუალებები, ქლორალჰიდრატის ოყნა და სხვა.

მძიმე სპეციფიკურ გართულებას წარმოადგენს აგრეთვე პართირეოიდული ტეტანია. სანშტრემის ამოკვეთის გარდა მისი დაზიანებისას შეიძლება ადგილი ექნეს სხეულაკების სისხლით მომარაგებისა და ინერვაციის მოშლას. მექანიკურ დაზიანებას, ანთებადი ინფილტრატით ზეწოლას, ნაწიბუროვან პროცესში ჩათრევას. ტეტანია შეიძლება გამომჟღავნდეს უშუალოდ ოპერაციის შემდეგ ან მოგვიანებით, რამდენიმე დღის შემდეგ ტეტანია შეიძლება იყოს დროებითი და მყარი. მყარი ტეტანიის მკურნალობა დიდ სიძნელეებთან არის დაკავშირებული. გარკვეულ შედეგს იძლევა ძვლის ქსოვილის გადანერგვა. კალციუმისა და პარათირეოკრონის მიღება.

შედარებით უფრო ხშირია შებრუნებული ნერვის დაზიანება. ცალმხრივი დაზიანება იწვევს ადუაქციურ პარეზს ან დამბლის განვითარებას, არ იძლევა კლინიკურ გამოვლინებას და მხოლოდ ლარინგოსკოპიით შეიძლება დადგინდეს. ცალმხრივი აბდუქციური პარეზი დამბლა ვლინდება ხმის შეცვლით. უხშირესად, 75 — 80%-ში მას გარდამავალი

ნასიათი აქვს. ზოგჯერ ხმის შეცვლა სწორდება ავადმყოფის გაწერის მომენტისათვის. განსაკუთრებით საშიშია შებრუნებული ნერვის ორმხრივი დაზიანება. ორმხრივი აბდუქციური დამბლის დროს აფონიის გარდა ავადმყოფები ვერ იღებენ სითხეს, მისი სასულეში გადაცდენის გამო, რასაც ხშირად ასპირაციული პნევმონიის განვითარება მოჰყვება. ორმხრივი ადუქციური დამბლის დროს, როგორც უკვე აღვნიშნეთ. აუცილებელია გადაუდებელი ტრაქეოსტომიის წარმოება, ჩვენს მასალაზე შებრუნებული ნერვის დაზიანებას ადგილი ჰქონდა 0,79%-ში. ორმხრივი ნერვის დაზიანება იყო მხოლოდ ერთ შემთხვევაში — ადუქციური — მარჯვნივ და აბდუქციური — მარცხნივ. მესამე დღეს ავადმყოფს გაუკეთდა სტრაქეოსტომია. ავადმყოფი განიკურნა.

ოპერაციის შემდეგ შეიძლება განვითარდეს ძლიერი სისხლდენა. სისხლდენის მიზეზი შეიძლება იყოს ლიგატურის მოვარდნა, სისხლძარღვის ჩაჭრა ლიგატურით, არასრული ჰემოსტაზი; თირეოტოქსიკოზის დროს მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს სისხლის შემადედებელი სისტემის ცვლილებებსაც. სისხლდენის განვითარების თავიდან აცილების მიზნით აუცილებელია სრული ჰემოსტაზის მიღწევა. ლიგატურის დადების დროს სისხლძარღვთან ერთად ძასში არ უნდა მოჰყვეს კუბთის ნაწილი, რომლის შეკუმშვა გამოიწვევს ლიგატურის მოვარდნას. ტოქსიკური ჩიყვის დროს ავადმყოფს ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ ეძლევა ვიკასოლი. ოპერაციისშემდგომ სისხლდენას შეიძლება მოჰყვეს ნახველის სისხლით გაჟღენთვა, თუ სისხლი გამოდის ჭრილობიდან ან ასფიქსიის განვითარებით, თუ ჰემატომა მატულობს და აწვება სასულეს.

ავადმყოფთა მცირე ნაწილს ოპერაციის შემდეგ შეიძლება განუვითარდეს ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის ნაკლებობა — ჰიპოთირეოზის მოვლენები. უხშირესად ეს მოვლენები დროთა განმავლობაში სუსტდება და ბოლოს გაივლის. შემთხვევათა ნაწილში კი ჰიპოთირეოზი შეიძლება მყარი იყოს და ასეთი ავადმყოფები იძულებულნი არიან მუდმივად მიიღონ თირეოდინი.

ჩვენ არ შევჩერდებით სხვა გართულებებზე, რადგან მათი კლინიკური სურათი და მკურნალობა ისეთივეა, როგორც სხვა ოპერაციული ნარევის შემდეგ.

ამით ვამთავრებთ საუბარს ტოქსიკური ჩიყვის მკურნალობის შესახებ. ახლა კი გავიხსენოთ ის ავადმყოფი, რომლის შესახებ აღვნიშნავდით, რომ მას ჰქონდა მუხლქვეშა არტერიის ანევრიზმა, თუმცა გამორიცხული არ იყო წვივის უკანა არტერიის ანევრიზმა. ავადმყოფს გაუკეთდა ოპერაცია და აღმოჩნდა წვივის უკანა არტერიის ანევრიზმა. იმ ადგილზე, სადაც მუხლქვეშა არტერია იყოფა წვივის წინა და უკანა არტერიად, აღმოჩნდა არტერიო-ვენური ანევრიზმა — ორი ფისტულით

არტერიასა და ვენას შორის. ფისტულები გაითიშა და გადაიკვეთა. ოპერაციის მსვლელობა სქემატურად მოცემულია სურათზე.

სურ. 66. შუბლის ძვლის ოსტეომა.

ოპერაციიდან მეხუთე დღეზე ავადმყოფის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი იყო.

ახლა შევეხოთ ავადმყოფს, რომელსაც აქვს ძვლის კეთილთვისებიანი სიმსივნე.

ავადმყოფი ბ. მ., ქალი, 38 წლის. მიღებულია კლინიკაში — სიმსივნით შუბლის მიდამოში.

როგორც ავადმყოფი აღნიშნავს, დაახლოებით ერთი წლის წინ, შეამჩნია შუბლის მიდამოში სიმსივნე, რომელიც მატულობს ოდენობაში. შუბლის მარცხენა ნახევარში აღენიშნება მკვრივი კონსისტენციის შეხებით უმტკივნეულო, უძრავი სიმსივნე.

რენტგენოლოგიურად შუბლის ძვლის არეში აღინიშნება მრავალი ფორმის სწორი კონტურიანი სიმსივნე.

ამ შემთხვევაში საქმე გვაქვს შუბლის ძვლის ოსტეომასთან.

ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებანი (გაგრძელება). შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლებს ქირურგიული დაავადებანი. დემონსტრაცია. მეფასეზიანი თიმომა

ახლა შევეხოთ ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიას. შევჩერდეთ ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიან სიმსივნეებზე, რომელიც არც თუ ისე ხშირია, მაგრამ მკურნალობის თვალსაზრისით დიდ სიძნელეებთანაა დაკავშირებული.

გავრცელების მიხედვით ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიან სიმსივნეებს ყველა სხვა ორგანოს ავთვისებიან სიმსივნეებს შორის ერთ-ერთი უკანასკნელი ადგილი უჭირავს და არ აღემატება 0.4 — 1%-ს. ამიტომ სპეციალიზებული დაწესებულებების გარეკლეეთ. ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეების მასალა წამყვან ქირურგიულ კლინიკებშიც კი არ აღემატება რამდენიმე ათეულ ავადმყოფს. ჩვენი კლინიკის დაკვირვების ქვეშ ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეებით იმყოფებოდა 48 ავადმყოფი, რაც ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიით გატარებულ ავადმყოფთა დაახლოებით 1%-ს შეადგენს.

ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეები ძირითადად მისი ეპითელისაგან ვითარდება და ეპითელურ უჯრედოვან სიმსივნეს — კიბოს წარმოადგენს. ფარისებრი ჯირკვლის შემაერთქსოვილოვანი სიმსივნე — სარკომა — ამ ორგანოს ავთვისებიანი სიმსივნის 1%-ს შეადგენს. ჩვენი მასალების მიხედვით სარკომა ერთ შემთხვევაში დავადგინეთ.

ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეების ეტიოლოგია უცნობია. მათ მიაკუთვნებენ დისჰორმონალურ სიმსივნეებს. შედარებით უკეთ არის შესწავლილი ურთიერთკავშირი ფარისებრ ჯირკვლის ავთვისებიან სიმსივნეებსა და ადენოჰიპოფიზის ჰიპერფუნქციას შორის. ექსპერიმენტულად ფარისებრი ჯირკვლის კიბო მივიღეთ რადიაქტიური იოდისა და კონცეროგენური ნივთიერებების ზემოქმედებით თიოურაცილის პრეპარატებთან ერთად. ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს განვითარების შესაძლებლობა ექსპერიმენტულად სხვა მკვლევართა შორის ჯ. გაბენიამაც შეისწავლა.

თირეოტროპული ჰორმონი განაპირობებს ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერპლაზიას, ფარისებრი ჯირკვლის ქსოვილის უბნობრივ პროლიფერაციას, ძმრდგ კი ადენომისა და ბოლოს — კიბოს განვითარებას. თირეოტროპული ჰორმონის გავლენას ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიან სიმსივნეების განვითარებაზე მოწმობს კლინიკური დაკვირვებებიც. ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს დროს თირეოდინის ზემოქმედებით შემთხვევაა ნაწილში აღინიშნებოდა სიმსივნის ინვოლუცია, რასაც ხსნიან თირეოდინის მიღების შედეგად თირეოტროპული ჰორმონის ბიოსინთეზის დათრგუნვით.

ექსპერიმენტატორთა უმრავლესობის აზრით ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს განვითარებას წინ უსწრებს ადენომის წარმოშობა. ეს დასტურდება კლინიკური დაკვირვებებითაც. ლიტერატურული მონაცემებით ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს 80 — 90% ვითარდება კვანძოვანი ჩიყვის ფონზე. ამრიგად, ავადმყოფთა უმეტესობას კიბოს განვითარებამდე ხანგრძლივად ჰქონდა კვანძოვანი ჩიყვი.

ერთკვანძოვანი არატოქსიკური ჩიყვის კიბოდ გადაგვარების სიხშირეზე უკვე გვქონდა საუბარი. ასეთი ჩიყვი ითვლება კიბოს წინარე დაავადებად. ზოგიერთი ავტორის მასალით ერთკვანძოვანი არატოქსიკური ჩიყვი 20—30%-ში განიცდის მალიგნიზაციას. უფრო ნაკლები სიხშირით ეხვდებით მალიგნიზაციას მრავალკვანძოვანი არატოქსიკური ჩიყვის შემთხვევაში.

დიფუზური ტოქსიკური ჩიყვის მქონე ავადმყოფებში ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნის განვითარება ძალიან იშვიათია.

დღესაც ზოგიერთი ავტორი უარყოფს გენეზურ კავშირს ფარისებრი ჯირკვლის კიბოსა და კვანძოვან ჩიყვს შორის. მაგრამ ის გარემოება, რომ ფარისებრი ჯირკვლის კიბოთი დაავადებულთა უმრავლესობას ანამნეზში აღენიშნებოდა კვანძოვანი ჩიყვი, ზოგჯერ 10 — 15 — 20 წლის ხანდაზმულობისა და ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს გაცილებით დიდი სიხშირე ენდემიური ჩიყვის კერებში, ასეთი კავშირის არსებობაზე მიუთითებს.

ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეებით ჩვენს კლინიკაში გატარებულ 48 ავადმყოფიდან 35-ს ანამნეზში აღენიშნებოდა კვანძოვანი ჩიყვის არსებობა.

ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეებისათვის დამახასიათებელია კლინიკური მიმდინარეობისა და მორფოლოგიური შენების მრავალფეროვნება. ამ სიმსივნეების ცალკეული სახისათვის დამახასიათებელია თავისებური კლინიკური სურათი, მეტასტაზირების თავისებური კანონზომიერება, განსხვავებული მგრძნობელობა სხივური მკურნალობის მიმართ. ამით არის განპირობებული ფარისებრი ჯირკვლის

ავთვისებიანი სიმსივნეების მრავალრიცხოვანი კლასიფიკაციის არსებობა.

უორენის კლასიფიკაციით ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეები სამ ჯგუფად იყოფა: მათი ავთვისებიანობის ხარისხის მიხედვით პირველ ჯგუფში გაერთიანებულია სიმსივნეები ავთვისებიანობის დაბალი ხარისხით. ამ ჯგუფში შედის ავთვსებიანი პაპილარული ცისტადენომა. და ავთვისებიანი ადენომა. ეს სიმსივნეები ნელა იზრდება, ზვიან იძლევა მეტასტაზებს. რეგიონულ ლიმფურ ჯირკვლებში მეტასტაზები ლიმფური გზით ვრცელდება. მეორე ჯგუფის სიმსივნეები შედარებით მეტი ავთვისებიანი მიმდინარეობით ხასიათდება. ამ ჯგუფში შედის პაპილარული ადენოკარცინომა, ალვეოლარული ადენოკარცინომა, ალვეოლარული ადენოკარცინომა და გიურტლის უჯრედებისაგან შემდგარი კიბო. ეს სიმსივნეები უფრო სწრაფად იზრდება და უფრო ადრე იძლევა მეტასტაზებს. მესამე ჯგუფის სიმსივნეებს ახასიათებს ავთვისებიანობის მაღალი ხარისხი. ამ ჯგუფში შედის სოლიდური კიბო, ანაპლაზიური კიბო, ეპიდერმოიდული კიბო; ფარისებრი ჯირკვლის სარკომა, ლიმფობა, ჰემანგიოენდოთელიომა.

კლინიკურად შეიძლება გავარჩიოთ ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეების რამდენიმე ფორმა: 1. პირველადი ავთვისებიანი ჩიყვი (ვითარდება მანამდე უცვლელ ჯირკვალში, მიმდინარეობს სწრაფად, აქვს ავთვისებიანობის მკვეთრად გამოხატული კლინიკური და მორფოლოგიური ნიშნები, მალე იძლევა მეტასტაზებს); 2. ჩიყვის საფუძველზე განვითარებული ავთვისებიანი ჩიყვი (ამ დროს ჩიყვის მალიგნიზაციის ნიშნებია — ზრდის ტემპის შეცვლა და თანდათანობითი ზრდის შემდეგ უეცარი პროგრესული და სწრაფი ზრდა, კვანძის გამაკრივება, მისი მოძრაობის შეზღუდვა); ამ ორი ძირითადი კლინიკური ფორმის გარდა არჩევენ — მამეტასტაზირებელ კეთილთვისებიან ადენომასა და დამატებით ფარისებრ ჯირკვალში განვითარებულ ავთვისებიან სიმსივნეს.

მკურნალობის ტაქტიკისა და პროგნოზის განსაზღვრისათვის გადაწყვეტი მნიშვნელობა აქვს დაავადების სტადიის დადგენას. ხოლდინი არჩევს ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნის ოთხ სტადიას. პირველი სტადიის დროს სიმსივნე ინკაფსულირებულია, მცირე ოდენობისაა, მეორე სტადიის დროს სიმსივნე ჩაზრდილია კაფსულაში. მაგრამ ჯერ გავრცელებული არ არის მეზობელ ორგანოებზე. აღინიშნება რეგიონული მეტასტაზები. მესამე სტადიის დროს სიმსივნე ჩაზრდილია ორგვლივმდებარე ორგანოებში (ტრაქეა, საყლაპავი მილი, ნერვ-სისხლძარღვთა კონა) — მრავლობითი რეგიონული მეტასტაზებით. მეოთხე სტადიაში სიმსივნე გავრცელებულია, აღინიშნება შორეული მეტასტაზები და კახექსია.

ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეებიდან ყველაზე ხშირია პაპილარული და ალვეოლარული ადენოკარცინომა. იგი უფრო ხშირია ქალებში და მასთან 40 წლის ასაკის ზევით. საერთოდ ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეები ქალებში უფრო ხშირია. ჩვენი მასალის მიხედვით ქალები ორჯერ სჭარბობენ მამაკაცებს. დაავადება მეტწილად 40 — 60 წლის ასაკში გვხვდება, მაგრამ შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს ბავშვებიც. ჩვენი დაკვირვების ქვეშ მყოფ ავადმყოფებიდან 6 იყო 20 წლამდე ასაკისა. აქედან ორი ავადმყოფი იყო 10 წელზე მცირე ასაკისა.

სურ. 67. ფარისებრი ჯირკვლის კიბო.

ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიან სიმსივნეებს ახასიათებს ზოგიერთი თავისებურება, რითაც ისინი განსხვავდებიან სხვა ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნეებისაგან. მაგალითად, საინტერესოა, რომ ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიან სიმსივნეს შეღარებით „კეთილთვისებიანი" მიმდინარეობა აქვს მაშინ, როდესაც იგი ახალგაზრდა ასაკში ჩნდება.

ზოგჯერ ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნის მეტასტაზების შენება და მიმდინარეობა უფრო კეთილთვისებიანია, კიდრე პირველადი კერა, რაც ონკოლოგიური თვალსაზრისით პარადოქსალურია. საერთოდ არჩევენ მეტასტაზების ორ ჯგუფს: 1. პაპულარულ კარცინომებს, გავრცელებულ ლიმფოგენურს და 2. არაპაპულარულ კარცინომებს, გავრცელებულ ჰემატოგენურს.

აღწერილია შემთხვევები, როდესაც ძირითადი სიმსივნე ფარისებრ ჯირკვალში მცირე ოდენობისაა, მიკროსკოპულიც კი, ხოლო მეტასტაზი ლიმფურ ჯირკვალში ან ძვლებში დიდი ოდენობისაა და დაავადების პირველი გამოვლენაა.

ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნის მეტასტაზი შეიძლება შეგვხვდეს ფილტვებში, ქალას ძვლებში, ხერხემლის სვეტში, მენჯისა და მკერდის ძვლებში, ნეკნებში. უფრო იშვიათია მეტასტაზები ღვიძლში, ტვინში, თირკმლებსა და სხვა ორგანოებში.

ზოგჯერ სხვა ორგანოების კიბო მეტასტაზს აჩენს ფარისებრ ჯირკვალში და დაავადება პირველად ფარისებრი ჯირკვლის კარცინომით ამოიცნობა. მეტასტაზები ფარისებრ ჯირკვალში უფრო ხშირად ვითარ-

დება კუჭისა და საჭმლის მომნელებელი სისტემის სხვა ორგანოების კიბოს დროს.

კვანძოვან ჩიყვის ფონზე განვითარებული ავთვისებიანი სიმსივნის კლინიკური სურათი შემდეგია. ფარისებრ ჯირკვალში არსებული კვანძი სწრაფ ზრდას იწყებს, მკვრივდება, ნაკლებად მოძრავი ხდება. განვითარების შემდეგ ეტაპზე სიმსივნე ჩაიზრდება ჯირკვლის კაფსულაში, ვრცელდება მეზობელ ორგანოებზე. ჩაიზრდება ტრაქეაში, საყლაპავ ბილში, კუნთებსა და ნერვ-სისხლძარღვოვან კონაში. ახშობს კისრის ვენებს, აწვება შებრუნებულ ნერვებს, სიმპატიკურ ღეროს. ავადმყოფებს აღენიშნება დისფაგია, ქოშინი, ხმის შეცვლა. ტკივილი, ტკივილი ირადიაციით კეფაში, ყურში, მხარში, ემჩნევა ჰორნერის ნიშანი.

შემთხვევათა ნაწილში სიმსივნე ნელა იზრდება თვეებისა და წლების განმავლობაში. შემთხვევათა მეორე ჯგუფში მას ახასიათებს სწრაფი ზრდა და რამდენიმე თვეში ინოპერაბილური ხდება.

ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნის ზუსტი ნაადრევი დიაგნოზი ძნელია და ზოგჯერ შეუძლებელიც. დაავადების განვითარების მეორე სტადიაში მისი ამოცნობა ძნელი არ არის, მესამე სტადიაში კი — საკვლევით მარტივია.

ინტრაკაფსულარული სიმსივნის დროს საჭიროა მისი დიფერენცირება არატოქსიკურ კვანძოვან ჩიყვთან. ჩიყვის სწრაფი ზრდა, მისი ციმკვრივე, რომელიც მალიგნიზაციაზე ეჭვის მიტანის საშუალებას იძლევა — პათოგნომიური არ არის. ავთვისებიანი ჩიყვიც შეიძლება იყოს შედარებით რბილი კონსისტენციისა. ზოგჯერ კისტოზური ადენომაც სწრაფად იზრდება. მაგრამ, მიუხედავად ამისა, თუკი ავადმყოფი აღნიშნავს ჩიყვის სწრაფ ზრდას და გამკვრივებას, — საჭიროა გადაუდებელი ოპერაცია.

დაავადების მეორე სტადიაში დიფერენცირების გატარება საჭიროა ქრონიკულ არასპეციფიკურ თირეოიდიტებთან — რიდელისა და ხაშიმოტოს ჩიყვთან.

რიდელის ჩიყვი, ანუ ქრონიკული ფიბროზული თირეოიდიტი ფარისებრი ჯირკვლის არასპეციფიკური ქრონიკული ანთებადი დაავადებაა, რომლის ეტიოლოგია დღესაც უცნობია. რიდელის ჩიყვის დროს წარმოებს ფარისებრი ჯირკვლის პარენქიმის შენაცვლება მკვრივი შემაერთები ქსოვილით. ჭარბობს ერთი რომელიმე წილის პროცესი. დააავადება აღწერა რიდელმა 1896 წ. დაავადება გვხვდება როგორც ქალებში, ისე მამაკაცებში. ზოგიერთის აზრით იგი ორჯერ უფრო ხშირია ქალებში.

ფიქრობენ, რომ დაავადება იწყება პერითირეოიდიტით, რასაც მოჰყვება ფარისებრი ჯირკვლის მკვებავი სისხლძარღვების შევიწროება

და ფარისებრი ჯირკვლის პარენქიმის იშემია, შემდგომი ფიბროზით. პროცესი ვრცელდება ირგვლივ მდებარე ქსოვილზე — კუნთებზე, ნერვ-სისხლძარღვთა კონაზე, ზეწოლის მოვლენებს იწვევს.

როდელის ქრონიკული თირეოიდიტის კლინიკა დასაწყისში არ განსხვავდება კვანძოვანი ჩიყვის კლინიკური სურათისაგან. ავადმყოფები ამჩნევენ მკვრივი კვანძის გაჩენას ფარისებრი ჯირკვლის ერთ-ერთ წილში. შემდეგში ვითარდება კისრის ორგანოებზე ზეწოლის მოვლენები — სუნთქვისა და ყლაპვის გაძნელება, ხმის შეცვლა. კვანძი მეტად მკვრივია, ქვის კონსისტენციისა, სადა ზედაპირისა, ნაკლებად მოძრაა, შეხორცებულია ირგვლივ მდებარე ქსოვილებთან. მაგრამ კანთან და კანქვეშა ქსოვილებთან შეხორცება არასოდეს არ აღინიშნება. რეგიონული ლიმფური ჯირკვლები გადიდებული არ არის. თუ პროცესი ცალმხრივია — ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქცია შენარჩუნებულია. თირეოიდიტის ორმხრივი გავრცელების შემთხვევაში, რაც უფრო იშვიათია, ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქცია ქვეითდება მიქსედემის ჩამოყალიბებით.

ხაშიმოტოს ჩიყვი ანუ ქრონიკული ლიმფოიდური თირეოიდიტი უხშირესად ქალების ხვედრია, მენოპაუზის პერიოდში. ამ დაავადების დროს ფარისებრი ჯირკვლის პარენქიმა განიცდის ლიმფოიდურ ინფილტრაციას, რასაც შემდეგში მოყვება შემაერთქსოვილის განვითარება.

აღნიშნული დაავადება აღწერა ხაშიმოტომ 1912 წელს. ამჟამად მის მიზეზად თვლიან ორგანიზმში მიმდინარე აუტოაგრესიულ პროცესებს. ლიმფოიდური ინფილტრაცია ვრცელდება ფარისებრი ჯირკვლის ორივე წილზე. პროცესი არასოდეს არ ვრცელდება ფარისებრი ჯირკვლის გარეთ. ჯირკვალი მკვრივია, მაგრამ ნაკლებად, ვიდრე რიდელის ჩიყვის დროს. ფარისებრი ჯირკვლის შემაერთი ქსოვილით შენაცვლება სწრაფად წარმოებს თვეების მანძილზე და იწვევს მიქსედემის განვითარებას. არაიშვიათია კისრის ორგანოებზე კომპრესიის მოვლენები. ავადმყოფებს უჭირთ სუნთქვა, უძნელდებათ ყლაპვა. არაიშვიათია სუბფებრილიტეტი, ლეიკოციტოზი, პროტეინოგრამის ცვლილებები — გლობულინების მომატებით და ალბუმინის შემცირებით. დასაწყისში შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ჰიპერთირეოზის მოვლენებს, რომელიც სწრაფად იცვლება ჰიპერთირეოზით.

როგორც რიდელის, ისე ხაშიმოტის ჩიყვი იშვიათი დაავადებაა. საბჭოთა ლიტერატურაში 100-მდე შემთხვევაა აღწერილი. დიდი ხანი ერაა მას შემდეგ, რაც სწორი დიაგნოზის დასმა ოპერაციამდე შეუძლებლად მიაჩნდათ. ამჟამადაც ოპერაციამდე ზუსტი დიაგნოზის პროცენტი გამოცდილ ქირურგ-ენდოკრინოლოგების თვალშიც არ აღემატება 50-ს რიდელის ჩიყვის დროს და 20-ს ხაშიმოტის ჩიყვის შემთხვე-

ვებში. ამ ავადმყოფებს ოპერაცია უკეთდებათ უფრო ხშირად ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს დიაგნოზით, ზოგჯერ კი კვანძოვანი ჩიყვის დიაგნოზით. შეცდომა შეიმჩნევა ჰისტოპათოლოგიური შესწავლის შედეგად.

რიდელის ჩიყვის დასაწყის სტადიაში, როდესაც პროცესი ფარისებრი ჯირკვლის ცვლილებებით განისაზღვრება, ოპერაციული ჩარევა კვანძოვანი ჩიყვის დიაგნოზით ტარდება, შემდეგ კი, როდესაც პროცესი ვრცელდება ფარისებრი ჯირკვლის გარეთ — კიბოს დიაგნოზით. აქ მხედველობაში უნდა მივიღოთ შემდეგი ნიშნები: ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს დროს კვანძი არასოდეს ისეთი მკვრივი არ არის, როგორც რიდელის ჩიყვის დროს. რიდელის ჩიყვის შორსწასულ შემთხვევაშიც არასოდეს არა გვაქვს შეხორცება კანთან და კანქვეშა ქსოვილებთან, რაც დამახასიათებელია კიბოსათვის. ავთვისებიანი სიმსივნისაგან განსხვავებით რიდელის ჩიყვის დროს რეგიონული ჯირკვლები გადიდებული არ არის.

რიდელისა და ხაშიმოტის ჩიყვის დროს ოპერაციული ჩარევა ნაჩვენებია მხოლოდ შემთხვევათა ნაწილში და ძირითადად მიმართულია კომპრესიის მოვლენების შესამცირებლად, მაგრამ ქრონიკული რჩევა გაცილებით ხშირად დიაგნოსტიკური შეცდომის გამო წარმოებს. სასწრაფოდ წარმოებული ბიოფსიაც კი ხშირად ვერ წყვეტს საკითხს და ავადმყოფებს უკეთდებათ ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს დროს შემუშავებული ვრცელი ოპერაციული ჩარევა.

თუ გამოხატული არ არის კომპრესიის მოვლენები როგორც რიდელს, ისე ხაშიმოტის ჩიყვის დროს, ნაჩვენებია კონსერვატული თერაპია. რიდელის ჩიყვის დროს ფარისებრი ჯირკვლის მშრალი ექსტრაქტით, ხაშიმოტის ჩიყვის დროს კი ფარისებრი ჯირკვლის ექსტრაქტთან ერთად იყენებენ კორტიკოსტეროიდებს, რაც გარკვეულ შედეგს იძლევა.

როგორც ზევით აღვნიშნეთ, ის ორი დაავადება საჭიროებს დიფერენციული დიაგნოზის გატარებას ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიან სიმსივნეზე ეჭვის მიტანისას. მაგრამ თუ დიაგნოზი წინასწარ ვერ დაზუსტდა, უმჯობესია გაკეთდეს ოპერაცია.

ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობისათვის გამოიყენება სამი მეთოდი — ქირურგიული, სხივური და ჰორმონოთერაპია. დღესაც არ არსებობს ერთიანი აზრი ქირურგიული ჩარევის შესახებ. ზოგიერთი, უმეტესად ამერიკელი და ინგლისელი ქირურგები. ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს ნებისმიერი ფორმისა და სტადიის დროს აწარმოებენ ფარისებრი ჯირკვლის სრულ ექსტირპაციას. კრაილის ცალმხრივი ან ორმხრივი ოპერაციის დამატებით. ასეთი ოპერაციული ჩარევის შემდეგ ავადმყოფთა 70% ცოცხლობდა 4—5 წელზე მეტს.

მაგრამ მათგან 34,1%-ს გამოხატული ჰქონდა ჰიპოპარათირეოზი, ხოლო 12,5%-ს — მუდმივი ტეტანია. ქირურგთა მეორე ჯგუფი აწარმოებს ნაკლებ რადიკალურ ოპერაციას. ცალმხრივი პროცესის დროს ჩარევა განისაზღვრება ფარისებრი ჯირკვლის ლობექტომიით, ხოლო ორმხრივი პროცესის დროს — ფარისებრი ჯირკვლის ექსტირპაციით. საჭიროა გადიდებული ლიმფური ჯირკვლების მოცილება.

თუ სიმსივნე ჩაზრდილია კაფსულაში, საჭირო ხდება არა მარტო ლიმფური ჯირკვლების მოცილება, არამედ მკერდლავიწდვრილისებრი კუნთისა და საუღლე ვენის რეზექციაც. არადიფერენციული კიბოს შემთხვევაში ოპერაციული ჩარევა მკურნალობის ერთადერთ ჩარევას წარმოადგენს, თუმცა ის მხოლოდ პალიატიურია და მიზნად ისახავს ზეწოლის მოვლენების შემცირებას. რადიაქტიური იოდი, ჰორმონოთერაპია, კიბოს ამ ფორმის დროს უშედეგოა. ოპერაციული ჩარევის დროს იკვეთება ფარისებრი ჯირკვლის ერთი წილი ხიდაკი და ედება ტრაქეოსტომია. ტრაქეოსტომია აუცილებელია, რადგან ოპერაციის შემდგომი დასხივება არაიშვიათად იძლევა ხორხის შეშუპებასა და შებრუნებული ნერვის ორმხრივ დაშლას ასფიქსიის განვითარებით.

ზოგიერთი ქირურგი მიმართავდა უფრო გაფართოებულ ჩარევას ტრაქეის, ხორხისა და საყლაპავი მილის ნაწილობრივი რეზექციით. მაგრამ ასეთი ოპერაციები, რომელიც ჩვეულებრივ კიბოს შორსწასული სტადიის დროს კეთდებოდა, უშედეგობის გამო ამჟამად შეიწყვეტულია.

რადიაქტიური იოდის გამოყენებამ ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს საგრძნობლად გაუმჯობესა ამ დაავადების პროგნოზი. მკურნალობის ეფექტი ვლინდება იმ შემთხვევებში, როდესაც სიმსივნე მგრძნობიარეა. რაც უფრო მეტ რადიაქტიურ იოდს შთანთქავს სიმსივნე — მით უკეთესია ეფექტი. ამ თვალსაზრისით რადიაქტიური იოდით მკურნალობისადმი მგრძნობიარეა ფოლიკულური და ალვეოლური კიბო, უფრო ნაკლებად — კაპილარული ადენოკარცინომა, ხოლო არადიფერენციული კიბოს დროს რადიაქტიური მკურნალობა, უმეტეს შემთხვევაში, უშედეგოა.

რადიაქტიური იოდის გამოყენებამ საგრძნობლად გააფართოვა ოპერაციული ჩარევის შესაძლებლობა. ოპერაციული ჩარევა შეიძლება ვაწარმოოთ კიბოს შორსწასული ფორმის დროს და შორეული მეტასტაზების არსებობისას. ოპერაციის შემდგომი რადიოთერაპია საგრძნობლად ახანგრძლივებს ამ ავადმყოფთა სიცოცხლეს. როდესაც შორსწასული ფორმის დროს დადგენილია სიმსივნის მაღალი მგრძნობელობა რადიაქტიური იოდისადმი. საჭიროა ფარისებრი ჯირკვლის მთლიანი ამოკვეთა, რომ შემდგომში რადიოთერაპიით რადიაქტიური იოდის უმეტესი ნაწილი მეტასტაზებში მოხვდეს. თუ ასეთ შემთხვე-

ვაში ფარისებრი ჯირკვლის მხოლოდ ნაწილი იქნება ამოკვეთილი, რადიაქტიური იოდის დიდი ნაწილი შთაინთქმება ფარისებრი ჯირკვლის დარჩენილი ნაწილის მიერ და მეტასტაზებზე არასრული იქნება მისი მოქმედება.

უკანასკნელ დროს, ოპერაციის შემდეგ, მიმართავენ ჰორმონოთერაპიასაც. თირეოიდული ჰორმონების ვამოყენებით ითრგუნება ადენოჰიპოფიზის მიერ თირეოტროპული ჰორმონის ბიოსინთეზი, რითაც მცირდება მისი მასტიმულირებელი მოქმედება როგორც ფარისებრი ჯირკვლის სიმსივნეზე, ისე რეგიონულ და შორეულ მეტასტაზებზე.

ოპერაციის შემდგომი რენტგენოთერაპია, რომელიც რადიაქტიური იოდის გამოყენებამდე ფართოდ იხმარებოდა, ამჟამად გამოიყენება მხოლოდ რადიაქტიური იოდით თერაპიის წინააღმდეგჩვენებების დროს. ასეთი კომბინირებულ იმკურნალობით ავადმყოფთა საგრძნობი ნაწილი ხანგრძლივად ცოცხლობს. ზოგიერთი ავტორის მონაცემით ხუთ წელზე მეტხანს ცოცხლობს ავადმყოფთა 60—70%, ხოლო 10 წელზე მეტს — 55%. შილკუ აღწერს ავადმყოფს, რომელიც ცოცხლობდა 19 წელი ფარისებრი ჯირკვლის ადენოკარცინომისა და ფილტვებში მეტასტაზების არსებობის მიუხედავად.

მოკლედ უნდა შევჩერდეთ მწვავე თირეოდიტზე და სტრუმიტზე. ეს დაავადებები უკანასკნელ ხანს უფრო იშვიათად გვხვდება, განსაკუთრებით მათი ჩირქოვანი ფორმა. მწვავე თირეოიდიტსა და სტრუმიტის სიხშირე ფარისებრი ჯირკვლის სხვადასხვა დაავადებათა 1%-ს არ აღემატება. ასეთივე მონაცემებს იძლევა ჩვენი მასალაც.

მწვავე თირეოიდიტზე მსჯელობენ იმ შემთხვევაში, როდესაც საქმე გვაქვს მანამდე ნორმალური ფარისებრი ჯირკვლის მწვავე ანთებასთან. თუ მწვავე ანთებას განიცდის ჩიყვი — მას სტრუმიტი ეწოდება. მწვავე თირეოიდიტი და სტრუმიტი ვითარდება გრიპის, ანგინის, ტიფისა და სხვა ინფექციური დაავადების შედეგად. უფრო ხშირია სტაფილოკოკური, სტრეპტოკოკური და პნევმოკოკური ინფექცია.

კლინიკური სურათი დამახასიათებელია. დაავადება იწყება მწვავედ. ავადმყოფები უჩივიან ტკივილს კისრის წინა ზედაპირზე, რომელიც მატულობს თავის მოძრაობისა და ყლაპვის დროს. კისრის წინა ზედაპირზე აღინიშნება მტკივნეული შესიება. სხეულის ტემპერატურა მომატებულია (39—40°). ავადმყოფი გრძნობს შემცივნებას. სისხლში აღინიშნება ლეიკოციტოზი, ედრ-ის მომატება.

ფარისებრი ჯირკვალი გადიდებულია, მომკვრივოა, შეხებით მტკივნეულია. გამოხატულია ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის გაძლიერების ნიშნები, ძირითადი ცვლა მომატებულია, ანთება ვრცელდება ფარისებრი ჯირკვლის ორივე წილზე. სტრუმიტის დროს ადგილი აქვს ჩიყვის

ლოკალურ ანთებას. ანთებით მოვლენებს თან ერთვის პროლიფერაციის პროცესი. თირეოიდიტის კლინიკა იდენტურია.

მძიმედ მიმდინარეობს დაავადება აბსცესის განვითარების შემთხვევაში. აბსცესი შეიძლება გაიხსნას შუასაყარში — მედიასტინიტის განვითარებით ან ტრაქეაში — ასპირაციული პნევმონიის განვითარებით. წარსულში დაჩირქებით რთულდებოდა მწვავე თირეოიდიტების და სტრუმიტების 75%. ამჟამად კი ანტიბიოტიკების დროული გამოყენების შემთხვევაში აბსცესის განვითარება იშვიათი გამონაკლისია. ფარისებრი ჯირკვლის აბსცესის განვითარების შემთხვევაში არ უნდა ველოდოთ აშკარა ფლუქტუაციის ჩამოყალიბებას. ჩირქგროვის გახსნა დაავადების ადგილობრივი და ზოგადი მოვლენებით უნდა განისაზღვროს.

შემთხვევათა ნაწილში თირეოიდიტს შეიძლება ხანგრძლივი მიმდინარეობა ჰქონდეს და ასეთ შემთხვევაში მისი გარჩევა დე-კერვენის არასპეციფიკურ ქვემწვავე თირეოიდიტისაგან ადვილი არ არის.

ამით ჩვენ ვამთავრებთ საუბარს ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიაზე და შევეხებით შინაგანი სეკრეციის სხვა ჯირკვლების დაავადებებს.

უძველესი დროიდან ცნობილია, რომ თიმუსი დიდი მნიშვნელობის ორგანოა ნაყოფისათვის. დაბადების შემდეგ იგი ჰკარგავს მნიშვნელობას და ატროფიას განიცდის. წინათ ეგონათ, რომ თუ ბავშვს კარგად აქვს განვითარებული თიმუსი, იგი საშიშია და შეიძლება ავთვისებიანად გადაგვარდეს. ცნობილი იყო, რომ თიმუსი შედგება ეპითელური უჯრედებისაგან და ლიმფური ქსოვილისაგან, მაგრამ მისი დანიშნულება არ იცოდნენ.

თიმუსი ვითარდება მესამე დაყუჩების ნაპრალიდან. ჩანასახოვანი ცხოვრების პერიოდში იგი კაუდალურად დაეშვება ფარისებრი ჯირკვლის ლატერალურად. შემდეგ კი ჩერდება წინა შუასაყარში. მისი თითოეული ნაწილი კისრის არეში ტოვებს წვრილ ზონარს, რომელიც გაჭიმულია ფარისებრი ჯირკვლის ქვემო პოლუსიდან და ფართოვდება უსახელო ვენების გვერდით გავლისას. ზონარებზე ზოგჯერ რჩება პატარა ნაწილაკები, ორივე ნაწილი გაერთიანდება ასწვრივ აირტისას წინ და ქმნის ერთ ორგანოს — თიმუსს. მარცხენა ნაწილი ჩვეულებრივად უფრო გრძელია და მაღლა დგას მარჯვენაზე. ზოგჯერ- თიმუსის შეერთება არაა სრული და წილებს შორის რჩება ნაპრალი. თიმუსი ჩვეულებრივად მდებარეობს მარცხენა უსახელო ვენის წინ, ზოგჯერ კი მის უკან. შედარებით იშვიათად ვენა გაივლის თიმუსის ნაწილებს შორის.

საბოლოოდ თიმუსი ეშვება ფილტვის ფესვამდე, ყოველი მისი ნაწილი ეკვრის პლევრას ასწვრივი აორტიდან პერიკარდიუმამდე. თიმუსი სისხლს ღებულობს მახლობლად მდებარე არტერიებიდან. ვენური

სისხლის უმეტესი ნაწილი ჩადის უსახელო ვენაში. თიმუსი შედგება ლიმფური ფოლიკულებისაგან და ცხიმისაგან, აგრეთვე მასში გაფანტულია ჰასსალის სხეულაკები.

პარათირეოიდული ჯირკვლები წარმოიშვება თიმუსთან ერთად და იმავე გზით ვრცელდება. ჩვეულებრივ ისინი მდებარეობენ ფარისებრი ჯირკვლის ქვემო პოლუსთან. 10%-ში პარათირეოიდული ჯირკვლები შეიძლება იყოს თიმუსის კაფსულაში. ეს კარგად უნდა გვახსოვდეს თიმუსის რეზექციის დროს.

თიმუსის ფუნქცია ჯერ კიდევ არ არის გარკვეული. მასში არ არის აღმოჩენილი სპეციფიკური ნივთიერება. არსებობს აზრი, რომ თიმუსი გარკვეულ როლს ასრულებს იმუნიტეტის შემუშავებაში. უდავოა, რომ მას გარკვეული კავშირი აქვს ლიმფურ სისტემასთან. ლიმფური სისტემის ჰიპერპლაზიის დროს თიმუსიც დიდდება. ლიმფური სისტემის ატროფიის შემთხვევაში კი თიმუსიც განიცდის გავლენას. თიმუსი დიდდება ბაზედოვის დაავადების დროსაც, როცა ადგილი აქვს ლიმფური ქსოვილის მომატებას; კორტიზონით მკურნალობის დროს თიმუსი ქრება. ექსპერიმენტული ჰიპოფიზექტომიის შემდეგ თიმუსი განიცდის ატროფიას.

ჯერჯერობით დაუზუსტებელია თიმუსზე პიტუიტარული და თირკმელზედა ჯირკვლის ზემოქმედება.

შემჩნეულია, რომ ოპერაციის შემდეგ უეცრად დაღუპულ ახალგაზრდებს ხშირად აქვთ გადიდებული თიმუსი. ასეთ პირებს ამავე დროს აღენიშნებათ ზოგადი ლიმფატიკური ადენოპათია. აქედან, გამომდინარე, როცა საკითხი იდგა ახალგაზრდისათვის ოპერაციის გაკეთების შესახებ, საჭიროდ თვლიდნენ რენტგენის საშუალებით დაედგინათ გადიდებული თიმუსის არსებობა, უფრო მეტიც — ავადმყოფს რენტგენით ასხივებდნენ თიმუსის დასაპატარავებლად.

ასეთი შეხედულებები ისტორიულ წარსულს ეკუთვნის. ახლა აღარავინ არ იზიარებს აზრს, რომ თიმუსი შეიძლება უეცარი სიკვდილის მიზეზი გახდეს.

თიმუსი არაერთგვაროვანი მიზეზი შეა საყარში კეთილი ან ავთვისებიანი სიმსივნის განვითარებისა. თიმუსის პირველად სიმსივნეს წარმოადგენს ლიმფომა, ეპითელური მეოპლაზმა და ტერატომა. დასაწყისში სიმსივნე არსებობს უსიმპტომოდ, ხოლო როდესაც ის გამოვლინდება, ჩვეულებრივ, პროცესი უკვე შორს არის წასული და ქირურგიული ჩარევა შეუძლებელია. თიმუსში უსიმპტომო სიმსივნე დიდ ოდენობას აღწევს, ვითარდება თიმომა. რაც საბოლოოდ სიკვდილის მიზეზი ხდება. ამ დროს რენტგენით დასხივება მაღალი ვოლტაჟით იძლევა დროებით გაუმჯობესებას. მკურნალობის ერთადერთი საშუალე-

ბაა დროული ოპერაცია — სიმსივნის ექსტირპაცია. ოპერაცია სასურველია ვაკეთდეს, რაც შეიძლება ადრე.

თიმუსის გადიდების საწინააღმდეგო მკურნალობის სამი მეთოდი არსებობს: რენტგენით, ოპერაციული ჩარევითა და ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონით. აღნიშნული მეთოდების გამოყენება შეიძლება ცალცალკე და კომბინირებულად. შედეგი სპორადიული ხასიათისაა და არამყარი. მიზეზობრივი კავშირი მიასტენიასა და თიმუსის გადიდებას შორის დღემდე გაურკვეველია.

1921 წელს დაიწყეს თიმუსის სიმსივნის მკურნალობა რენტგენით. 1936 წელს ბელიბოკმა ამოკვეთა თიმუსი — ავადმყოფი განიკურნა. აქედან დაიწყო თიმუსის სიმსივნის ქირურგიული მკურნალობის ახალი ერა, თუმცა ოპერაცია ყოველთვის არ იძლეოდა კარგ შედეგებს. ამჟამად თიმექტომიის დიდ თაყვანისმცემლად ითვლება კეინესი. მას მიაჩნია, რომ დროულად დადგენილი თიმუსის სიმსივნის ამოკვეთა ავადმყოფის გადარჩენის საშინდარია. თუმცა არსებობს საწინააღმდეგო აზრიც, რომ ნაადრევ სტადიაში ნაწარმოები თიმექტომიის შემდეგ შესაძლებელია რემისია.

ბოსტონის ჰოსპიტალში 1939 წლიდან დღემდე თიმექტომია გაუკეთდა 116 ავადმყოფს. კოპის შონაცემებით ზოგიერთ შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა რემიხიას და ავადმყოფის განკურნებას. ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფების 1/3 განიკურნა. 1/3-ის მდგომარეობა გაუმჯობესდა და 1/3-ისა კი — უცვლელი დარჩა. ოპერაციული მკურნალობის კარგ შედეგად ითვლება ერთი წლის განმავლობაში მიასტენიის ყველა სიმპტომის გაქრობა. კეინესი და შვაბი აღნიშნავენ, რომ ქირურგიულ მკურნალობას კარგად ემორჩილებიან ახალგაზრდა ქალები, დაავადების დასაწყის სტადიაში. ხანში შესულ ორივე სქესის პირებში ოპერაცია კარგ შედეგს არ იძლევა. ისინი აღწერენ 40 წლის მამაკაცის შემთხვევას, რომელსაც გაუკეთდა ოპერაცია თიმუსის გამო. მაგრამ ერთი წლის შემდეგ განუვითარდა რეციდივი.

ისმის კითხვა. როგორ ეუმკურნალოთ ასეთ ავადმყოფებს?

თიმუსის ამოკვეთა საჭიროა მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა უკვე დადგენილია მისი სიმსივნე და მკურნალობის სხვა მეთოდები უშედეგოა. ამ შემთხვევაში ოპერაციას მივმართავთ როგორც ერთადერთ სამკურნალო საშუალებას. ამ დაავადების დროს ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონი პირველად 1948 წ. ზოვფერმა გამოიყენა. მისი მოქმედების ეფექტურობის საკითხი საბოლოოდ გადაწყვეტილი არ არის. უდავოდ არსებობს შემთხვევები კარგი შედეგით, მაგრამ საჭიროა შემდგომი დაკვირვება. შეშჩნეულია, რომ ზოგჯერ განკურნებას წინ უსწრებს დაავადების დროებით გაუარესება.

თიმუსის ავთვისებიანი სიმსივნის დროს ჰორმონოთერაპია უშედე-

გოა. მიასტენიაგრავის ძმიმე შემთხვევებში საჭირო ხდება სასწრაფო ოპერაციული ჩარევა.

ჩიყვის ოპერაციის დროს წინათ ქირურგები განსაკუთრებით ფრთხილობდნენ, რომ არ ამოეკვეთათ პარათირეოიდული ჯირკვლები. პარათირეოიდული ჯირკვლის ფუნქციით დაინტერესდნენ ფიზიოლოგები და ბიოქიმიკოსები. მიუხედავად ამისა, დღესაც ეს საკითხი შეუწავლის სტადიაშია.

სურ. 68. თიმომა მეტასტაზით ფილტვში.

პარათირეოიდული ჯირკვლები აღმოაჩინა შვედმა ანატომმა სანდშტრენმა. 11 წლის შემდეგ ფრანგმა ფიზიოლოგმა გლეიმ დაამტკიცა, რომ მათ ამოკვეთას მოჰყვება ტეტანინის განვითარება. შემდეგ ნათელი გახდა, თუ რატომ ვითარდება ჩიყვის ოპერაციის შემდეგ — ტეტანია.

1908 წელს მაკვალუმმა ექსპერიმენტულად დაამტკიცა, რომ ტეტანიის განვითარება გამოწვეულია სისხლში კალციუმის რაოდენობის ცვლილებებით.

1891 წელს რეკლინგ ჰაუზენმა აღწერა დაავადება, რომელსაც დღესაც მისი სახელი ეწოდება. 1903 წელს ასკანაზიმ ამ დაავადების გამო დაღუპულის გაკვეთისას აღმოაჩინა პარათირეოიდული ჯირკვლის სიმსივნე. შემდეგ მსგავსი მოვლენა მრავალმა ავტორმა შეამჩნია. ამავე პერიოდში ერთჰაიმ აღმოაჩინა პარათირეოიდული ჯირკვლების გადიდება ოსტეომალაციისა და ორსულობის დროს. ავტორის აზრით პარათირეოიდული ჯირკვლების გადიდება ასეთ შემთხვევაში კომპენსატორული ხასიათისაა და გამოწვეულია ძვლების დაავადებით. შლაგენჰაუფერი (1918) პირიქით, თვლიდა, რომ პარათირეოიდული ჯირკვლების გადიდება იწვევს ძვლების დაავადებას. 10 წლის შემდეგ (1925) ავსტრიელმა ქირურგმა მანდლმა ძვლების დაავადების დროს ამოკვეთა

გადიდებული პარათირეოიდული ჯირკვალი და კარგი შედეგიც მიიღო. ამით დადასტურდა შლანგენჰაუფერის მოსაზრება.

1924 წელს ჰერსონმა და კოლიბიმ ერთიმეორისაგან დამოუკიდებლად მიიღეს პარათირეოიდული ჯირკვლის ჰორმონი. კოლიბი ძაღლებზე ჰორმონის ზემოქმედებით იწვევდა კალციუმის რაოდენობით გაღრმავებას სისხლში. ცხოველები იღუპებოდნენ სისხლის გასქელებით. ფოსფორის რაოდენობა სისხლში იკლებდა. კალციუმი გამოიყოფოდა შარდის გზით. ობმა მსგავსი სურათი აღწერა სინდიყით მოწამლულ ავადმყოფებზე. რომლებსაც პარათირეოიდული ჰორმონით ჭკურნალობის ზეგავლენით სინდიყი გამოეყოფოდათ ძვლებიდან. ამრიგად, ცხოველებზე და ადამიანებზე ჩატარებული ცდებით დამტკიცდა, რომ პარათირეოიდულ ჰორმონს დიდი მნიშვნელობა აქვს კალციუმისა და ფოსფორის მეტაბოლიზმის საქმეში. პარათირეოიდულ ჯირკვალზე პირველი ოპერაცია გაკეთდა 1926 წ. ამერიკაში.

ოლბრაიტმა შეამჩნია, რომ თირკმელში კენჭის გაჩენა გამოწვეულია პარათირეოიდული ჯირკვლების ჰიპერფუნქციით. ეს მოვლენა იმის შედეგია, რომ ამ დროს საშარდე გზებით დიდი რაოდენობით გამოიყოფა კალციუმი. აღნიშნული მოსაზრება შემდგომში დამტკიცდა კლინიკური დაკვირვებებით. პირველად თირკმლის კენჭით დააავადებულს პარათირეოიდული ჯირკვალი ამოუკვეთეს 1932 წელს. ავადმყოფის შემდგომმა შესწავლამ დაადასტურა, რომ ძვლებში ცვლილებებს არ ჰქონდა ადგილი. პარათირეოიდული ჯირკვლის ჰიპერფუნქციის დროს, ე. ი. რეკლინჰაუზენის დაავადების მძიმე ფორმის შემთხვევაში თირკმელში შეიძლება არსებობდეს კენჭი და აღინიშნებოდეს ცვლილებები ძვლებში. იოლი და ჩვეულებრივი ფორმის დროს თირკმელში არის კენჭი, ძვლებში კი არ აღინიშნება ცვლილებები. ორივე შემთხვევაში საქმე ეხება პარათირეოიდული ჯირკვლების დაავადებას.

უკანასკნელ ხანებში გამოირკვა, რომ პარათირეოიდული ჯირკვლების ჰიპერფუნქციის დროს შეიძლება ადგილი ჰქონდეს კიდევ ორი სახის გართულებას: პეპტიკურ წყლულსა და პანკრეატიტს.

ეს საკითხები შესწავლის პროცესშია. უკვე აღწერილია შემთხვევები პეპტიკური წყლულის განკურნებისა პარათირეოიდული ჯირკვლის ამოკვეთის შემდეგ.

ჰიპოპარათირეოიდიზმი შეიძლება იყოს სპონტანური და ექიმის მიერ გამოწვეული. პირველი ძალიან იშვიათია. პირველად სპონტანური ჰიპოპარათირეოიდიზმი აღწერეს 1927 წელს ობიმ და ბაუერმა. დაავადება გამოვლინდება ქრონიკული ტეტანიით, ხშირია კატარაქტა. გარდა ამისა, არსებობს ფსევდოჰიპოპარათირეოიდიზმი, რომლის დროსაც პარათირეოიდული ჯირკვლები, როგორც მაკროსკოპიულად, ისე მიკროსკოპიულად ნორმალურია. ავადმყოფს აქვს ხშირი კრუნჩხვები,

სახე დამრგვალებული და თითების ბოლოები გამსხვილებული. ოლბრაიტს მიაჩნია, რომ ასეთ ავადმყოფებს უნდა ჰქონდეთ იმუნიტეტი პარათირეოიდული ჰორმონის საწინააღმდეგოდ.

ჩიყვის ოპერაციის მსვლელობაში ქირურგმა შეიძლება ან დააზიანოს ან ამოიღოს პარათირეოიდული ჯირკვალი; თუ იგი ნაწილობრივ დაზიანდა, ჯირკვლების ფუნქცია შეიძლება აღდგეს. იმ შემთხვევაში, თუ ოთხი ჯირკვლიდან დარჩა თუნდაც ერთი, ტეტანიის მოვლენამ შეიძლება გაიაროს. ოთხივე ჯირკვლის ერთდროული დაზიანება ან ამოკვეთა ქრონიკულ ტეტანიას იწვევს. პარათირეოიდული ჯირკვლების ნაწილობრივი დაზიანების შემთხვევაში შესაძლოა მოხდეს დარჩენილი ნაწილის ჰიპერპლაზია, მაგრამ არა ყოველთვის. თუ დარჩენილი ქსოვილი საკმარისი არ არის ჰიპერპლაზიისათვის, ასეთ შემთხვევაშიც ტეტანია ქრონიკული ხდება.

ჰიპოპარათირეოიდიზმის დროს ტეტანიის მკურნალობის მიზნით კალციუმი შეყავთ ვენაში. ასეთი მკურნალობით მოიხსნება ხახის კუნთების სპაზმი. საუკეთესოდ მოქმედებს კალციუმქლორის შეყვანა ვენაში. თუ ტეტანია სუსტადაა გამოხატული, ავადმყოფს შეიძლება მივცეთ კალციუმი.

სასურველია კალციუმთან ერთად ავადმყოფს შეიცვალოს ვიტამინი, მაგრამ უნდა გვახსოვდეს, რომ კალციუმის გადაჭარბებულმა მიცემამ შესაძლოა გამოიწვიოს თირკმელში კენჭის განვითარება ჰიპერკალციუმიის ნიადაგზე. ჰიპერპარათირეოდიოდიზმი შედარებით ხშირად გვხვდება. უფრო ხშირად იგი გამოვლინდება ძვლებისა და თირკმლების მხრივ გართულებების სახით.

პარათირეოიდული ჯირკვლის ჰორმონი მოქმედებს ძვლებზე, თირკმელზე, მგრძნობიარე ნერვებზე და ექსკრეტორულ ფუნქციაზე. პარათირეოიდული ჯირკვალი აწარმოებს სისხლში კალციუმის რაოდენობის რეგულაციას. ამ ჯირკვლების ფუნქციის დაქვეითებას მოჰყვა კალციუმის რაოდენობის დაკლება სისხლში, ხოლო ჰიპერპლაზიას კი მომატება. არცერთ სხვა ენდოკრინულ ჯირკვალს არა აქვს მსგავსი ფუნქცია.

ჰიპერპარათირეოიდიზმის დროს ადგილი აქვს ცვლილებებს ძვლებსა და ზოგიერთ ჯირკვალში. პათოლოგიური კალციფიკაციის სახით ჰიპერპარათირეოიდიზმის დროს შეიძლება ადგილი ჰქონდეს პარათირეოიდული ჯირკვლების ჰიპერპლაზიასა და ნეოპლაზიას. ჰიპერპლაზიის დროს შეცვლილია ყველა პარათირეოიდული ჯირკვალი, ნეოპლაზიის დროს კი ერთ-ერთი მათგანი. ავთვისებიანი და კეთილთვისებიანი ნეოპლაზიის დროს ადგილი აქვს ჰიპერსეკრეციას.

პარათირეოიდული ჯირკვლის კეთილთვისებიანი ადენომის დროს ჰიპერფუნქცია ავადმყოფთა 9%-ში გვხვდება. 90%-დან დაავადებუ-

ლია ერთი პარათირეოიდული ჯირკვალი, 10%-დან შეიძლება დაავადებული იყოს ერთდროულად ორი ჯირკვალი. მათ შორის აღინიშნებოდა თვალსაჩინო განსხვავება ოდენობაში. პარათირეოიდული ჯირკვლის კარცინომა იშვიათია, სიმსივნე იზრდება ძალიან ნელა. მისი გავრცელება ხდება როგორც ლიმფური, ისე სისხლის ძარღვების გზით. სიმსივნის ამოღების შემდეგ შესაძლოა რეციდივი ან მეტასტაზირება ღვიძლში. თუ ოპერაციის დროს დაზიანდა ჯირკვლის კაფსულა, შესაძლოა სიმსივნური უჯრედების მოთესვა. ამის გამო ხშირია ადგილობრივი რეციდივები. პარათირეოიდული ჯირკვლის კეთილთვისებიანი ადენომა იშვიათად, მაგრამ მაინც შესაძლოა გადაგვარდეს ავთვისებიანად.

პარათირეოიდული ჯირკვლის ჰიპერპლაზია შეიძლება იყოს პირველადი ან მეორადი. ჰიპერპლაზიის დროს ადგილი აქვს უჯრედების გამრავლებას.

უჯრედები დალაგებულია კონცენტრულად. მათი ბირთვები მოთავსებულია ფუძესთან. ზოგჯერ ისინი მოვვაგონებენ ფარისებრი ჯირკვლის უჯრედებს იმ განსხვავებით, რომ პარათირეოიდული ჯირკვლის უჯრედები არ შეიცავენ კოლოიდს. მაკროსკოპიულად მათთვის დამახასიათებელია მოშავო შოკოლადის ფერი, არათანაბარი ზედაპირით. პარათირეოიდულ ჯირკვლის სიმსივნესთან შედარებით ჰიპერპლაზია უფრო ხშირად გვხვდება.

პარათირეოიდული ჯირკვლების ზემო წყვილი ჩვეულებრივად უფრო მსხვილია, ვიდრე ქვემო.

არსებობს პარათირეოიდული ჯირკვლების ჰიპერპლაზიის განსაკუთრებული ფორმა, რომელიც წააგავს ადენომას.

პარათირეოიდული ჯირკვლების დაავადება საერთოდ ნაკლებადაა წესწავლილი. არის შემთხვევები, როდესაც პარათირეოიდული ჯირკვლის ჰიპერფუნქციის შემთხვევაში ორი ან სამი ჯირკვლის ამოკვეთით ვერ აღწევენ სასურველ შედეგს. ზოგჯერ პარათირეოიდული ჯირკვალი შეიძლება მოთავსებული იყოს ფარისებრი ჯირკვლის მასაში. ასეთი ანომალიის შემთხვევაში ჩიყვის ოპერაციის შემდეგ კალციუმის რაოდენობა სისხლში ნორმაზე დაბალი ხდება.

პარათირეოიდული ჯირკვლების დაავადების დროს აღინიშნება თირკმელში კენჭები. თირკმლის ფუნქციის დარღვევა ოსტეოპოროზი და ოსტეომალაცია. პარათირეოიდული ჯირკვლების მეორად ჰიპერპლაზიას ადგილი აქვს ქრონიკულად მიმდინარე ნეფრიტის დროს, რაქიტისა და ოსტეომალაციის დროს.

პირველად ჰიპერპლაზიასთან შედარებით მეორადი ჰიპერპლაზიის დროს პარათირეოიდული ჯირკვლები ბევრად უფრო მცირე ოდენობისაა.

პარათირეოიდული ჰორმონის ზემოქმედებით კალციუმის რეზორ-

ბცია ძველებიდან შეიძლება იყოს ორი ტიპისა: უბრალო დეკალციფიკაციისა და რეკლინჰაუზენის დაავადების სახით.

უბრალო დეკალციფიკაცია დიფუზური ხასიათისაა. დაავადება არ არის მძიმე. მაგრამ ზოგიერთ შემთხვევაში განვითარდება პათოლოგიური მოტეხილობა, ან მასალების განივი მორჩების შეზრდა.

რეკლინჰაუზენის დაავადება იმდენად ტიპურია, რომ მისი გაცნობა ადვილია. ამ დროს ადგილი აქვს ყველა ძვლის დეგენერაციას. ძვლებში ვითარდება გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნე.

სიმსივნის მიკროსკოპული შესწავლა გვიჩვენებს, რომ ერთის მხრივ ადგილი აქვს დაშლას, მეორე მხრივ — რეგენერაციას.

გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნე შეიძლება გავრცელდეს 100-მდე ძვალში და თითოეული მათგანი საკმარისად მოზრდილი ოდენობისა იყოს. ჰიპერპარათირეოიდიზმის დროს ჩვეულებრივ არა აქვს ადგილი ძვლების სიმსივნურ გადაგვარებას. ახალგაზრდა ასაკში ძვლების გიგანტურ-უჯრედოვანი სიმსივნე ადვილად გადაგვარდება ავთვისებიანად. პარათირეოიდულ ჯირკვალზე ქირურგიული ჩარევის შედეგად უკვე პირველი კვირის განმავლობაში ისპობა ძვლის სიმსივნის ვასკულარიზაცია. ორი კვირის შემდეგ წარმოიშვება კალციფიკაციის მრავალრიცხოვანი კუნძულები. ორი წლის შემდეგ კი ძვლის გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნე სრულიად ისპობა. ძვლის ტვინი განიცდის ფიბრილიზაციას, რასაც შესაძლოა მოჰყვეს ანემია. პარათირეოიდული ჯირკვლის ჰიპერფუნქციის მოსპობით ანემია გამოსწორდება.

ჰიპერპარათირეოიდიზმის ნიადაგზე პათოლოგიური კალციფიკაციის შედეგად თირკმლებში ჩნდება კენჭები. წვრილი კენჭები გვხვდება აგრეთვე პროსტატასა და სანერწყვე ჯირკვლებში. პათოლოგიური კალციფიკაცია სხვა ქსოვილებშიც იწვევს კალციუმის მარილების დაგროვებას. მაგალითად, კუჭის ლორწოვან გარსში თვალის კაკლის შემაერთებელ ქსოვილსა და რქოვანაში, ეს უკანასკნელი არა ჰგავს კატარაქტას. აღწერილია შემთხვევა, როცა თვით პარათირეოიდული ჯირკვლის კაფსულის გარშემო განვითარებული იყო გაკირული ქერქი.

დიაგნოზი იშვიათად ისმის გართულებათა გამომჟღავნებამდე. კალციუმის ცვლის დარღვევა გავლენას ახდენს ნერვულ სისტემაზე, მაგრამ ეს მოვლენები იმდენად ჩვეულებრივია, რომ არ იპყრობს კლინიცისტის ყურადღებას. ავადმყოფი უჩივის დაღლილობას, კუნთების სისუსტეს, აგზნებადობას, წელის ტკივილს, უძნელდება სწორად დგომა, შარდსა და სისხლში დიდი რაოდენობითაა კალციუმი, თირკმელში კენჭებია. პარათირეოიდული ჯირკვლის ამოკვეთის შემდეგ ყველა ეს მოვლენა ქრება.

ჰიპერპარათირეოიდიზმისათვის დამახასიათებელია პოლიდიფსია და პოლიურია. ეს სიმპტომები გამოწვეული უნდა იყოს კალციუმის გაძ-

ლიერებული გამოყოფით. ზოგჯერ შეცდომით ისმება დიაგნოზი. ყველა შემთხვევაში, როცა დადგენილია თირკმელში კენჭები, ან წინამდებარე ჯირკვალში მარილების დაგროვება — უნდა გამოირკვეს ხომ არა აქვს ადგილი ჰიპერპარათირეოიდიზმს. თირკმლის კენჭოვანი დაავადების დროს 5—8%-მდე ადგილი აქვს პარათირეოიდული ჯირკვლების ფუნქციის გაძლიერებას. დიაგნოზის დაზუსტებისათვის საჭიროა სისხლის ქიმიური ანალიზი და ნივთიერებათა ცვლის გულდასმით შესწავლა.

ყველა ენდოკრინული ჯირკვლის დაავადებას ახასიათებს პერიოდული რემისიები. კალციუმის გამოყოფის შესწავლა უნდა მოხდეს სათანადო დიეტის ფონზე. იოლი ფორმის ჰიპერთირეოიდიზმის დროს ფოსფატების გამოყოფა შეიძლება ნორმალური იყოს. ყოველთვის უნდა იყოს შემოწმებული შარდში ცილები და გაირკვეს არა საერთოდ კენჭოვანი დაავადება, არამედ შესწავლილი უნდა იყოს კენჭების ქიმიური შედგენილობა; თუ კალციუმის მარილები არ არის, ეს ნიშნავს, რომ კენჭი არ არის განვითარებული ჰიპერპარათირეოიდიზმის შედეგად. თუ ადგილი აქვს დეკალციფიკაციას, დიფერენციული დიაგნოზისათვის დაგვეხმარება სისხლის შესწავლა. თუ ადგილი აქვს სისხლში კალციუმისა და ფოსფორის მომატებას, ეს ნიშნავს, რომ არ არის ფარისებრი ჯირკვლისა და თირკმელზედა ჯირკვლის დაავადება, ანუ კუშინგის დაავადება. ძვლების დაავადების კლასიკურ სურათს იძლევა რენტგენი. თანაბრად ძთელ ჩონჩხში გავრცელებული დეკალციფიკაცია ჰიპერპარათირეოიდიზმის სასარგებლოდ ლაპარაკობს. თუ ძვლების დეკალციფიკაცია არათანაბარზომიერია, უნდა ვიფიქროთ ფიბროზულ დისპლაზიაზე. არცერთი სხვა ენდოკრინული ჯირკვლის დაავადება დიფუზურ დეკალციფიკაციას არ იძლევა, კისტითა და გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნით. უნდა გადავიღოთ ყველა ძვალი, რათა დავრწმუნდეთ, რომ დაავადება გავრცელებული ხასიათისაა.

დიფუზურ ოსტეოპოროზს იძლევა აკრომეგალიაც, ამიტომ ესეც უნდა იყოს დიფერენცირებული პარათირეოდული ჯირკვლების დაავადებასთან.

ქალებს კლიმაქსის პერიოდში ემართებათ ძვლების დიფუზური ოსტეოპოროზი. ჰიპერპარათირეოიდიზმის დროს საჭიროა ყურადღება მიექცეს პეპტიკურ წყლულს და მწვავე პანკრეატიტს, და პირიქით, ამ დაავადების დროს საჭიროა სისხლსა და განავალში კალციუმის გამოკვლევა. მედიკამენტოზური მკურნალობა, რენტგენით დასხივებასთან ერთად დადებით შედეგს არ იძლევა. შედარებით შედეგიანია დიეტური მკურნალობა, მაგრამ ავადმყოფი საბოლოოდ იღუპება თირკმლის ფუნქციის მოშლით.

დღემდე არ არის მიღებული პარათირეოიდული ჯირკვლის გამონაწვლილი ისეთი, როგორც ფარისებრი ჯირკვლიდან.

პარათირეოიდული ჯირკვლის სიმსივნე რადიუმ-რეზისტენტულია. ამავე დროს პარათირეოიდული ჯირკვლები, რომელთა ზუსტი ლოკალიზაციის დადგენა ძნელია, ტექნიკურად ძნელი მისადგომია. ქირურგს უნდა ახსოვდეს, რომ არსებობს შვიდი ტიპის პარათირეოიდული ჯირკვალი. ტიპის დადგენა აადვილებს ავადმყოფის შესწავლას და დროულად სწყვეტს მისი რეზექციის საკითხს.

ჯირკვლის ფორმა და ოდენობა ვარიაბილურია; პარათირეოიდული ჯირკვალი რბილია, მისი ფერი იცვლება ასაკთან დაკავშირებით. ბავშვებსა და მოხუცებში იგი ნაკლებად შეიცავს ცხიმს და ამიტომ მოყავისფეროა. ახალგაზრდა და მოზრდილთა ასაკში იგი ყვითლდება ცხიმის დაგროვების გამო. ცხიმით მაქსიმალური ინფილტრაცია აღინიშნება 30—35 წლებში.

თუ ერთ-ერთი პარათირეოიდული ჯირკვალი დაავადებულია და ადგილი აქვს მის ადენომას, დანარჩენი ჯირკვალი ატროფიას განიცდის და ყვითლდება. ატროფია შეიძლება იმდენად ძლიერი იყოს, რომ მხოლოდ ვასკულარიზაციის მიხედვით მოხერხდეს ჯირკვლის მიგნება. ატროფირებული ჯირკვლის რეზექცია მიზანშეწონილი არ არის, პირველ რიგში საჭიროა ამოღება იმ ჯირკვლისა, რომელიც გადიდებულია ან სიმსივნურია.

ადენომატოზური პარათირეოიდული ჯირკვალი მაკროსკოპულად სადაა — მოწითალო-მოყავისფეროა, მდიდარია სისხლის ძარღვებით და არ შეიცავს ცხიმს. შემთხვევათა 10%-ში 2 ადენომა არსებობს.

ჰიპერპლაზია და ჰიპერტროფია ხდება გამჭვირვალე უჯრედებით, ამ შემთხვევაში ჯირკვლის ზედაპირი უსწორო, წინნაზარდებიანი შოკოლადის ფერისა. ჰიპერპლაზიურ-ჰიპერტროფიული ტიპის დროს საჭიროა ოთხივე ჯირკვლის გამოკვლევა და, საჭიროების შემთხვევაში, ამოკვეთა. ჩვეულებრივ ავადდება ორი ჯირკვალი. თუ დაავადებულია ყველა ჯირკვალი, მაშინ სამი უნდა მთლიანად ამოიკვეთოს, მეოთხე კი ნაწილობრივ. იმისათვის, რომ შენარჩუნებული იქნეს ნორმალური მეტაბოლიზმი, საკმარისია დავტოვოთ ჯირკვლის ქსოვილი — წონით 40—100 მილიგრამამდე. დასატოვებელი ჯირკვალი სხვებთან შედარებით ადვილად მისადგომი უნდა იყოს, რათა განმეორებითი ოპერაციის საჭიროების შემთხვევაში ძნელი არ იყოს მისი ამოღება. ჰიპერტროფიული ზემოწყვილი ჯირკვლები გაცილებით უფრო დიდია, ვიდრე ქვემო, ისინი შეიძლება ქვემოთ და უკან იყოს გადანაცვლებული; თუ ქვემო ჯირკვალი არ არის თავის ადგილზე, მისი ნახვა შეიძლება წინა მუცლაყარში.

თუ დაავადება გაურკვეველია, შეიძლება გაკეთდეს პარათირეოიდული ჯირკვლების ექსპლორაცია, როცა პირველად დაავადდება თირკმლები — ნეფრიტი, ხოლო პარათირეოიდიზმი მეორადია. ჯირკვლები

3—5-ჯერ უფრო ნაკლებადაა გადიდებული, ვიდრე პირველადი ჰიპერპლაზიის დროს. თუ ერთ-ერთი ჯირკვალი ძალიან დიდია, ქირურგმა ეჭვი უნდა მიიტანოს კარცინომაზე. დამახასიათებელია ფიბროზული კაპსულის გასქელება, ქრონიკული ანთებადი პროცესის შედეგად, რასაც ადგილი არა აქვს კეთილთვისებიანი სიმსივნის დროს. პარათირეოიდული ჯირკვლების მდებარეობა საერთოდ ძალიან ცვალებადია და ნორმალური ჯირკვლებიც შეიძლება შუასაყარში იყოს. ზემო წყვილი უფრო ხშირად ინარჩუნებს ჩვეულ მდებარეობას, ამიტომ ჯერ უნდა გაისინჯოს ზემო პარათირეოიდული ჯირკვლები. ემბრიონულ პერიოდში ზემო წყვილი ფარისებურ ჯირკვალთან ერთად მდებარეობს მეოთხე ლაყუჩების არეში. შემდგომში ისინი გადაინაცვლებენ და იკავებენ მათთვის ჩვეულ ადგილს. ზემო პარათირეოიდული ჯირკვლები მჭიდროდ ეკვრის ფარისებურ ჯირკვალს გარედან. საერთოდ ამ ჯირკვლების ცდომა განპირობებულია იმით, რომ ისინი ფიქსირებულია მხოლოდ სისხლის ძარღვებით და არა ფიბროზული ქსოვილით. როცა პარათირეოიდული ჯირკვლების ოდენობა მატულობს ყლაპვის აქტის ზეგავლენით, ფარისებური ჯირკვალი მათ სწევს ქვემოთ, ამავე დროს მათ იზიდავს ინტრათორაკალური უარყოფითი წნევაც. ჯირკვალთან ერთად იწევს სისხლის ძარღვიც. ზოგჯერ პარათირეოიდულ ჯირკვლების დაწევას ხელს უშლის შებრუნებული ნერვი, ან ქვემო ფარისებური არტერიის ტოტი. გადანაცვლებული ჯირკვალი შეიძლება მოთავსდეს უკანა შუასაყრის ზემო ნაწილშიც.

პარათირეოიდული ჯირკვლების ქვემო წყვილი თიმუსთან ერთად ვითარდება მესამე წყვილი ლაყუჩებიდან და ერთად ეშვება ქვემოთ. ჩვეულებრივ პარათირეოიდული ჯირკვლები ჩერდებიან ფარისებური ჯირკვლის ქვემო კიდესთან, ზოგჯერ კი თიმუსთან გადაინაცვლებენ წინა შუასაყრის ზემო ნაწილში. ასეთ მდგომარეობას ვხვდებით შემთხვევათა 10%-ში. ხშირად ერთ ან ორივე ქვემო პარათირეოიდული ჯირკვალი მოთავსებულია თიმუსის ნივთიერებაში. მისი მორჩები გადიდებულია, ქვემო პარათირეოიდული ჯირკვლები უფრო ხშირად წინა შუასაყარში ეშვებიან, რადგან ისინი ზემო პარათირეოიდულ ჯირკვლებზე უფრო წინ მდებარეობენ.

ჩვეულებრივ ქვემო პარათირეოიდული ჯირკვლები უსახელო ვენის წინ ან უკან მდებარეობენ. მათი უკიდურესად ქვემოთ მდებარეობის საზღვარი პერიკარდიუმია.

ნორმისი ქვემო პარათირეოიდულ ჯირკვლებს უწოდებს პარათიმოიდულ ჯირკვლებს.

პარათირეოიდული ჯირკვლის სიმსივნის ოდენობა, განსაკუთრებით ადენომების დროს, ჩვეულებრივ შეესატყვისება დაავადების ხარისხს. ძვლების დაავადების კლასიკური ფორმის დროს მათი დიამეტრი 2 სმ

ნაკლები არ არის, ხშირად კი უფრო მეტიც. როცა თირკმლებში ვითარდება კენჭები, ჯირკვლების ოდენობა არ აღემატება ნორმას. ჰიპერპლაზიის შემთხვევაში ჯირკვლები უფრო დიდდება, ვიდრე ადენომის ღროს. თუ ადენომა არ არის დიდი, დაავადების სიმპტომები კი მძიმეა, გამოკვლეული უნდა იქნეს ოთხივე პარათირეოიდული ჯირკვალი, სანამ აღმოჩნდებოდეს მეორე ადენომა.

ნორმალურად პარათირეოიდული ჯირკვლები ოთხია. ემბრიონული განვითარების საფუძველზე არ მიაჩნიათ შესაძლებლად პარათირეოიდული ჯირკვლების მეტი რაოდენობის არსებობა. ქირურგი არასოდეს არ უნდა დაკმაყოფილდეს 3 ჯირკვლის ნახვით, აუცილებელია მონახოს მეოთხეც. პარათირეოიდული ჯირკვლების რაოდენობა და მდებარეობა დადგენილი უნდა იქნეს პირველი ოპერაციის დროს, ვინაიდან განმეორებითი ოპერაციის საჭიროების შემთხვევაში ნაწიბურები აძნელებს მათ მონახვას. ოპერაციის ტექნიკა წინასწარ უნდა იყოს გავარჯიშებული გვამულ მასალაზე — პრეპარატის გზით.

შინაარსი

ლექცია პირველი. შესავალი . 3

ლექცია მეორე. კუჭის კიბო. ავადმყოფის დემონსტრაცია.
„მუნჯი" წყლულის პერფორაცია. ყბაყურა ჯირკვლის სიმსივნეები . 23

ლექცია მესამე. კუჭის კიბო (გაგრძელება). ავადმყოფთა დემონსტრაცია.
პოლიდაქტილია. სინდაქტილია. კურდღლის ტუჩი. პლევრის ემპიემა.
ელექტროტრავმა. ჩაუედილი თიაქარი. სტრანგულაციური გაუვალობა 44

ლექცია მეოთხე. ძუძუს კიბო. ავადმყოფთა დემონსტრაცია.
კისრის დამატებითი ნეკნი. კურდღლის ტუჩი . 78

ლექცია მეხუთე. ძვლის კეთილი და ავთვისებიანი სიმსივნეები.
ავადმყოფის დემონსტრაცია: მარჯვენა საზარდულის მიდამოს სარკომა 117

ლექცია მეექვსე. ელენთის დაავადებანი . 141

ლექცია მეშვიდე. ელენთის დაავადებანი (გაგრძელება) 163

ლექცია მერვე. ელენთის დაავადებანი (გაგრძელება)
დემონსტრაცია: მწვავე ქოლეცისტიტი. ბარძაყის სარკომა 187

ლექცია მეცხრე. თორმბოემბოლიური დაავადება 210

ლექცია მეათე. დიაფრაგმის თიაქარი და რელეაქსაცია.
ავადმყოფთა დემონსტრაცია: გულმკერდის მიდამოს ძველი დამწვრობა
და ე. წ. „ღამურის ფრთა" . 240

ლექცია მეთერთმეტე. სისხლძარღვთა დაზიანების ქირურგიული მკურ-
ნალობა . . . 263

ლექცია მეთორმეტე. სისხლძარღვთა დაზიანების ქირურგიული მკურ-
ნალობა (გაგრძელება). დემონსტრაცია: სუბდიაფრაგმული აბსცესი 291

ლექცია მეცამეტე. სისხლძარღვთა დაზიანების ქირურგიული მკურნა-
ლობა (გაგრძელება). ავადმყოფთა დემონსტრაცია: საყლაპავი მილის
უცხო სხეული: კოდექტომიის შემდეგი მდგომარეობა . 312

ლექცია მეთოთხმეტე. მსხვილი ნაწლავი კიბოს კლინიკა და მკურნა-
ლობა . . . 321

ლექცია მეთხუთმეტე. მსხვილი ნაწლავი კიბოს კლინიკა და მკურნა-
ლობა (გაგრძელება). სწორი ნაწლავის კიბო მეტასტაზით 339

ლექცია მეთექვსმეტე. ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებანი 354

ლექცია მეჩვიდმეტე. ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებანი (გაგრძელე-
ბა). შუბლის ძვლის ოსტეომა 373

ლექცია მეთვრამეტე. ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებანი (გაგრძელე-
ბა). შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების ქირურგიული დაავადებანი. მეტას-
ტაზიანი თიმომა 403