მ. კოტახიძე, თ. სირია

ღვიძლის ქირურგია

სახელმწიფო გამომცემლობა
„საბჭოთა საქართველო"
თბილისი
1963

617. 03
611. 36—089+[016 . 3]
ჯ 711

ცნობილია, რომ ადამიანის ორგანიზმში ღვიძლი რთულ და მრავალფეროვან ფუნქციებს ასრულებს. ამიტომ მის შესწავლას დიდი თეორიული და პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს. ამაეე დროს აღსანიშნავია, რომ ღვიძლისა და სანაღვლე გზების უმრავლეს დაავადებათა დროს საჭიროა ქირურგიული დახმარება. სწორედ ამ საკითხისადმია მიძღვნილი წინამდებარე მონოგრაფია. მასში ლიტერატურის მიმოხილვასთან ერთად გარჩეულია თბილისის სახ. სამედიცინო ინსტიტუტის ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის მასალა და ზოგიერთი მნიშვნელოვანი ნოზოლოგიური დაავადება.

იგი გათვალისწინებულია პრაქტიკოსი ექიმებისა და სტუდენტებისათვის.

წინასიტყვაობა

როგორც ცნობილია, ღვიძლი მეტად რთული და დიდმნიშვნელოვანი ორგანოა, ამიტომ მის შესწავლას დიდი თეორიული და პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს. საყურადღებოა ის გარემოება, რომ სხვადასხვა ორგანოს დაავადებანი, როგორიცაა მაგალითად, ფარისებრი ჯირკვლის დაავადება თირეოტოქსიკოზის სახით, კუჭნაწლავის დაავადებანი, პანკრეასის, ელენთისა და სხვ. პათოლოგია, გარკვეულ დაღს ასვამს ღვიძლის ფუნქციას და ითრევს მას პათოლოგიურ პროცესში. მეორე მხრივ, თვით ღვიძლის პირველადი დაავადებანი რთულ ძვრებს იწვევს ადამიანის ორგანიზმში.

ამა თუ იმ პათოლოგიური მდგომარეობის დროს ღვიძლის ფუნქციური მდგომარეობის საკითხი სხვა ავტორთა გარდა შესწავლილია ქართველი ავტორების მიერაც (თ. ლომიძე, 1959; ნ. ლ. შენგელაია 1955; დიდებულიძე და გ. თვალავაძე, 1950; მ. კვირკველია. 1952; ა. მაკარიძე, 1955, ქ. ი. უზნაძე, ე. ფიფია და გ. იოსელიანი, 1956, დ. ანთელავა, 1949; ვ. კიკნაძე, 1957 და სხვ.).

მიუხედავად ამისა ჯერ კიდევ ბევრი რამ დასაზუსტებელია ღვიძლის მრავალფეროვანი ფუნქციების მხრივ.

აღსანიშნავია, რომ ღვიძლისა და სანაღვლე გზების უმრავლეს დაავადებათა დროს საჭიროა ქირურგიული დახმარება. წინამდებარე მონოგრაფიაც სწორედ ღვიძლისა და სანაღვლე გზების ქირურგიას შეეხება. მასში ლიტერატურის მიმოხილვასთან ერთად გარჩეული გვაქვს თბილისის სახ. სამედიცინო ინსტიტუტის ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის მასალა და ზოგიერთი მნიშვნელოვანი ნოზოლოგიური დაავადება.

ვფიქრობთ, ჩვენი ნაშრომი გარკვეულ დახმარებას გაუწევს როგორც სტუდენტებს, ისე პრაქტიკოს ექიმებს.

საქმიან შენიშვნებს როგორც მასალის გარჩევის მეთოდიკის, ისე ნაშრომში გამოთქმულ საკუთარ მოსაზრებათა შესახებ სიამოვნებით მივიღებთ და გავითვალისწინებთ მომავლისათვის.

შ ე ს ა ვ ა ლ ი

ღვიძლი ადამიანის ორგანიზმში მეტად რთულ და მრავალფეროვან ფუნქციებს ასრულებს, რომელთაგან მთავარი მაინც ნივთიერებათა ცვლაში მონაწილეობაა. მ. კ. კონჩალოვსკი მართებულად უწოდებდა მას (1925) „ჩვენი სხეულის მთავარ ქიმიურ ლაბორატორიას". ერთი მხრივ, ნაღველწარმომქმნელი ფუნქციით იგი მონაწილეობს საჭმლის მომნელებელ პროცესებში, მეორე მხრივ, კი მას შეუძლია შეაკავოს, გადაამუშაოს, გადაანაწილოს, შეითვისოს და დაშალოს ესა თუ ის ნივთიერება, რომლებიც მასში ხვდება ნაწლავებიდან, ელენთიდან და სხვა ორგანოებიდან და ამავე დროს მათგან წარმოქმნას ახალი ბიოქიმიური პროდუქტები, რომლებსაც დიდი მნიშვნელობა აქვთ ორგანიზმის ცხოველმყოფელობისათვის.

ამიტომაა, რომ ღვიძლის შესწავლა ყოველთვის იდგა მკვლევართა ყურადღების ცენტრში.

ფ. ფიშლერი (F. Fischler, 1925) ღვიძლის ფიზიოლოგიის შესწავლის ისტორიას სამ პერიოდად ყოფს. პირველი პერიოდი ხასიათდება მკვლევართა მიერ ღვიძლის როლის გადაჭარბებული შეფასებით. ამ პერიოდში (გალენი, ჰიპოკრატე და მათი მოწაფეები) ყოველგვარი დაავადების მიზეზს ღვიძლს მიაწერდნენ.

მეორე პერიოდი აღინიშნებოდა ორგანიზმის სასიცოცხლო პროცესებში ღვიძლის როლის შეუფასებლობით. შუა საუკუნეებში გამეფებული გალენის შეხედულებანი ორგანიზმში ღვიძლის მნიშვნელობის შესახებ წინააღმდეგობას ხვდება ანატომიური სკოლის სახით, რომელიც ცდილობდა გაებათილებია „მოძველებული" შეხედულება ღვიძლის მნიშვნელობის შესახებ და მისი როლი დაეყვანა ორგანიზმისათვის „გამოუყენებელი" სითხის—ნაღვლის — გამოყოფის ფუნქციამდე.

მესამე პერიოდში მეცნიერთა გარკვეული ჯგუფი შეეცადა სათანადოდ შეეფასებია ღვიძლის როლი ორგანიზმის სასიცოცხლო პროცესებში (ციტ. თ. ლომიძით).

ღვიძლი წარმოადგენს ექსკრეტორულ და ენდოკრინულ-ინკრეტორულ ორგანოს. ნაღვლის გამოყოფა ღვიძლის ერთ-ერთი დამახასიათებელი ფუნქციაა. ნაღველი კი, როგორც ცნობილია, დიდ როლს ასრულებს საჭმლის მონელების პროცესებში. იგი მასში არსებული მჟავების საშუალებით ხელს უწყობს ცხიმების დაშლას, ააქტივებს პანკრეასის მოქმედებას და ცხიმოვან მჟავებს გარდაქმნის ხსნად ნაერთებად. ამრიგად, ნაწლავებში გადასული ნაღველი ხელს უწყობს ცხიმების მონელებას უმთავრესად ნაღვლის მჟავების საშუალებით. ღვიძლი ყველაზე დიდმნიშვნელოვან როლს ასრულებს ნახშირწყლების ცვლაში.

კლოდ ბერნარმა დაამტკიცა, რომ ღვიძლში ნახშირწყლები გარდაიქმნება გლიკოგენად; იგი გლიკოგენიდან წარმოშობს შაქარს, გლიკოგენი ღვიძლში შეიძლება წარმოიქმნას არა მარტო ნახშირწყლებიდან, არამედ ცილებიდანაც; შაქარი ღვიძლში წარმოიქმნება საკვების შემადგენლობის მიუხედავად, შიმშილის დროსაც კი; შაქრის წარმოშობა ღვიძლის შინაგანი სეკრეციული ფუნქციაა, რომელიც რეგულირდება ცენტრალური ნერვული სისტემის მოქმედებით.

ღვიძლი დიდ როლს ასრულებს აგრეთვე ცილოვან-აზოტოვან ცვლაში. ამავე დროს ის არეგულირებს სისხლის შრატის ცილოვან ნივთიერებათა წონასწორობას, რდთაც განაპირობებს ოსმოსურ წნევას.

არც თუ ისე დიდი ხანია, რაც დადგინდა, რომ ღვიძლში ხდება აგრეთვე პროთრომბინის გამომუშავება. ამრიგად, ღვიძლი მნიშვნელოვან როლს ასრულებს სისხლის შედედების პროცესში. უნდა აღინიშნოს, რომ სისხლის შემადედებელი აგენტების (პროთრომბინი, ფიბრინოგენი) გარდა ღვიძლში წარმოიქმნება ისეთი ნივთიერებებიც, რომლებიც ანელებენ სისხლის შედედებას. ამ ნივთიერებებს ანტითრომბინი, ანუ ჰეპარინი ეწოდება.

მნიშვნელოვანი ფუნქცია აკისრია ღვიძლს, როგორც სისხლის გამანაწილებელ ორგანოს. იგი დიდ რეზერვუარს წარმოადგენს სისხლისათვის; შეუძლია დაიტიოს მთელი სისხლის 60%. ღვიძლი იწვევს სისხლის ცილების დეპონირებას და საჭირო შემთხვევაში მათ აწვდის სისხლის საერთო ნაკადს.

ღვიძლი მონაწილეობს ვიტამინების, წყლის, მინერალურ ნივთიერებათა ცვლაში და სხვ.

ღვიძლი ორგანიზმში ასრულებს ბარიერულ ფუნქციას, რომელიც ძირითადად გამოიხატება მავნე პროდუქტთა შეჩერებითა და გაუვნებლებით. ღვიძლს შეუძლია დაიცვას ორგანიზმი მომშხამავი ნივთიერებებისაგან მათი სწრაფი განეიტრალებით.

ბარიერული ფუნქცია მჟღავნდება ბაქტერიების მიმართაც, რომლებიც ორგანიზმში ხვდებიან სისხლის გზით. ა. მიასნიკოვს მოჰყავს მანუორინგისა და მისი თანამშრომლების დაკვირვებანი, რომლებიც სწავლობდნენ ცალკეული ორგანოების მიერ მიკრობების შეკავების უნარს. აღნიშნულ მკვლევართა მონაცემებით, სისხლის ცირკულაციაში მყოფ მიკრობთა 0,5% ფიქსირდება ტვინში, 6%— ფილტვებში, 80% კი — ღვიძლში.

ღვიძლი წამყვან როლს ასრულებს პიგმენტურ ცვლაში. ჯერ კიდევ 1874 წ. ცნობილმა ფიზიოლოგმა ი. თარხნიშვილმა თავისი ექსპერიმენტებით დაამტკიცა, რომ ბილირუბინი წარმოიქმნება ჰემოგლობინისაგან მისი ფიზიოლოგიური და პათოლოგიური ჰემოლიზის შედეგად. ბილირუბინის წარმოშობა ხდება აგრეთვე რეტიკულურ-ენდოთელურ სისტემაში და ამ მხრივ პირველი ადგილი უკავია კუპფერის უჯრედებს.

ამრიგად, ღვიძლი მეტად მნიშვნელოვანი, მრავალი სხვადასხვა ფუნქციის შემსრულებელი ორგანოა. ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ ის გარკვეულ კავშირში იმყოფება სხვა ორგანოებთანაც, სახელდობრ: კუჭ-ნაწლავთან, პანკრეასთან, თირკმლებთან, ელენთასთან, შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლებთან და სხვ.

ამიტომაა, რომ ღვიძლის პათოლოგიის შესწავლას განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება.

ღვიძლისა და ნაღვლის გზების ანატომია

ცნობები ღვიძლის შესახებ მეტად ძველია. სტიდამ (Stieda, 1900) ბაბილონის არქეოლოგიური გათხრების დროს აღმოაჩინა ადამიანის და ცხვრის ღვიძლის ანტიკური ილუსტრაცია. ვარაუდობენ, რომ იგი 4000—5000 წლისაა.

გალენის (Gallen) აღწერით, რომელიც, ალბათ, ცხოველებზე წარმოებულ დაკვირვებებს ეყრდნობა, ადამიანის ღვიძლი წილოვანი ორგანოა. ეს შეხედულება განამტკიცა ვეზალიუსმა (Vesalius), რომელმაც ძაღლის და მაიმუნის ღვიძლის შესწავლით მიღებული მონაცემები გადაიტანა ადამიანზე.

თანამედროვე ანატომიის სახელმძღვანელოებში მიღებულია ღვიძლის დანაწილება მარჯვენა და მარცხენა წილებად. წილებს შორის საზღვარი წარმოდგენილია ნაშდევით ღვიძლის ვენტროკაუდალურ კიდეზე და მარცხენა საგიტალური ღარით.

პირველი აღწერილობა ადამიანის ღვიძლის დანაწილებისა, რომელიც დღემდე შემორჩა ანატომიაში, მოცემულია ჰალერის (Haller, 1764) მიერ.

ჰალერი ღვიძლის ქვემო ზედაპირზე ორ საგიტალურ ფოსოს აღწერს, რომლებიც ერთმანეთთან შეერთებულია განივი ფოსოთი, ანუ ღვიძლის კარით. სახელწოდება „კარი" არისტოტელეს მიერ ყოფილა შემოღებული. მარცხენა საგიტალურ ფოსოში, ანუ ღარში, მოთავსებულია ჭიპის ვენა და არანცის ვენური სადინარი (დაბადების შემდეგ სათანადო იოგები), მარჯვენა საგიტალური ფოსოს, ანუ ღარის კრანიულ ნაწილში — ქვემო ღრუ ვენა.

ამრიგად, ჰალერი არჩევს ღვიძლის 4 წილს, გამოყოფილს ერთმანეთისაგან სამი ფოსოთი. სახელდობრ, მარჯვენა და მარცხენა საგიტალურ ფოსოებს შორის მოთავსებული შუა წილი განივი ფოსოთი იყოფა ორ წილად: წინა და უკანა. ამ უკანასკნელს ჰალერმა კუდიანი უწოდა. ღვიძლის მაკროსკოპული დანაწილება ჰალერის შემდეგ არ შეცვლილა, მრავალი სახეცვლილება განიცადა მხოლოდ კუდიანი წილის განსაზღვრამ და სახელწოდებამ.

უახლესი, პარიზის ნომენკლატურის (1955) მიხედვით, ღვიძლზე არჩევენ ორ ძირითად ზედაპირს—დიაფრაგმულს და ვისცერულს, რომლებიც წინიდან ერთიმეორისაგან გამოყოფილია ქვემო ნაპირით. ქვემო ნაპირზე მოთავსებულია მრგვალი იოგის ნაჭდევი. ღვიძლის ვისცერული ზედაპირი იყოფა ოთხ წილად: მარჯვენა წილი დანარჩენი მასისაგან გამოყოფილია ნაღვლის ბუშტის ფოსოთი და ქვემო ღრუ ვენის ღარით; მარცხენა გამოყოფილია მრგვალი იოგის და ვენური იოგის ნაპრალებით; კვადრატული — მრგვალი იოგის ნაპრალით, ნაღვლის ბუშტის ფოსოთი და ღვიძლის კარით; კუდიანი — ქვემო ღრუ ვენის ღარით, ვენური. იოგის ნაპრალით და ღვიძლის კარით.

ღვიძლის გარეგანი ფორმის სხვადასხვაობა ძუძუმწოვართა სხვადასხვა წარმომადგენლებში დიდ სიძნელეებს უქმნიდა მკვლევარებს. ჩატარებული იყო შედარებითი ანატომიური გამოკვლევა იმ მიზნით, რომ გამოენახათ ღვიძლის დაყოფის მოდელი, რომელიც შესაძლებელს გახდიდა ანალოგიის გატარებას ყველა ფორმის, როგორც დანაწილებულ, ისე დაუნაწილებელ ღვიძლს შორის.

დანაწილებულ ღვიძლში (ღორი, ძაღლი და მრავალი სხვა ძუძუმწოვარა ცხოველი) აღინიშნება მრავალი ღარი, რომლებიც რადიალურად მიემართება ორგანოს კარიდან, ანუ ვენტროკაუდალური კიდიდან ღვიძლის კარისაკენ. ეს ღარები ღვიძლს ყოფს მრავალ წილად, რომელთა რიცხვი ძუძუმწოვრებში განსხვავებულია.

რუჯემ (Ruge, 1909) და ბურლეტმა (Burlet, 1917) ერთმანეთისაგან დამოუკიდებლად ადამიანის ღვიძლზე აღწერეს რუდიმენტული ან შედარებით კარგად განვითარებული ნაპრალები, რომლებიც შეესაბამება ცხოველთა დანაწილებული ღვიძლის ნაპრალებს.

ამრიგად, დიუვერნუას, ფლოვერის, კანტლის, ჟირარის (Duvernoy, Flower, Cantlie, Girard) და სხვათა მიხედვით, ძუძუმწოვართა ღვიძლი იყოფა ორ ან სამ მთავარ ნაწილად, რომელთაგან თვითეული თავის მხრივ იყოფა რამდენიმე წილად — მარჯვენა, შუა, ანუ ცენტრალური და მარცხენა. შუა ნაწილი იყოფა ორ ან სამ წილად.

ღვიძლის შინაგანი დანაწილება

სტიდას აზრით, ანტიკური ეპოქის ქურუმები შეისწავლიდნენ არა მარტო ღვიძლის ზედაპირს, არამედ მის მასასაც გაკვეთის საშუალებით. რომაელი ქურუმების მიერ შექმნილ ღვიძლის ერთ-ერთ მოდელზე გამოსახული ხვრელები წარმოადგენს ვენების სანათურს, რომელიც, როგორც ვიცით, არ იხშობა ორგანოს გაკვეთისას.

ერთ-ერთი პირველი და ყველაზე მნიშვნელოვანი გამოკვლევა

ადამიანის ღვიძლის ანატომიაზე და მის ინტრაორგანულ სტრუქტურაზე ეკუთვნის გლისონს (Glisson, 1654). იგი ფართოდ განიხილავს კარის და ღვიძლის ვენების ინტრაორგანულ მსელელობას და მათ ურთიერთდამოკიდებულებას, იძლევა ღვიძლის სხვადასხვა წარმონაქმნების ურთიერთობის ახსნას. ამ მხრივ მისი შრომა ბევრად მაღლა დგას აღწერილობითი ხასიათის იმდროინდელ სხვა ანატომიურ შრომებზე და სავსებით სამართლიანად შეიძლება ჩაითვალოს ამოსავალ წერტილად ღვიძლის შესწავლის საქმეში.

არ არის ცნობილი, თუ რატომ დაუკავშირა ისტორიამ მხოლოდ გლისონის სახელს ღვიძლის კაფსულა. არსებობს მონაცემები, რომლებიც მოწმობს, რომ ეს წარმონაქმნი პირველად აღწერა ვალენსმა (Walens, ანუ Valoens, 1640). ღვიძლის კაფსულის ორიგინალურ აღწერას მიაწერენ ჟან პეკს (Jean Peequet) — სტუდენტ-მედიკოსს, რომელსაც პირველს აუწერია აგრეთვე გულმკერდის სადინარი.

სახელწოდება — „გლისონის კაფსულა“ — შემოიღო ფრენსის კირნანმა (Francis Kiernan, 1833). მან შემდეგნაირად აღწერა ღვიძლის ერთეული წილაკები: ღვიძლის სადინარი, კარის ვენის, ღვიძლის არტერიის ტოტები ნერვებთან ერთად შემაერთებელი ქსოვილის პარკშია გახვეული, რომელიც პირველად გლისონის მიერაა აღწერილი და მას „გლისონის კაფსულა“ ეწოდება. კირნანი ხაზს უსვამს იმ გარემოებას, რომ ღვიძლის შიგნით ნაღვლის სადინარის, არტერიის და კარის ვენის ტოტები მჭიდროდაა დაკავშირებული ერთმანეთთან. შემაერთქსოვილოვანი ბუდე — „გლისონის კაფსულა“—გარს ახვევია ყველა ამ წარმონაქმნს. ამიტომ ეს სამი წარმონაქმნი, შემავალი თუ გამომავალი ღვიძლის კარში, ერთ სისტემას ქმნის და მას გლისონის სისტემა ეწოდება, განსხვავებით მეორე სისტემისაგან, რომელიც ტოვებს ღვიძლს და ღვიძლის ვენების სისტემა ეწოდება. ამ ორი სისტემის მიმართულება ღვიძლის შიგნით სხვადასხვაა, როგორც ეს გლისონის ილუსტრაციებზე ჩანს.

შემდეგში მრავალი მკვლევარის მიერ იყო შესწავლილი გლისონის სისტემა.

რექსმა (Rex, 1888) ინექციის მეთოდით გვიჩვენა ერთმანეთისაგან იზოლირებული არეები, რომლებიც კარის ვენის ტოტების გავრცელების მიდამოებს წარმოადგენს, მაგრამ ავტორი არ აღწერს სისტემატურად ამ არეებს. ჰიორცსიომ (Hyortsjö, 1948) და სხვა თანამედროვე მკვლევარებმა უფრო ფართოდ შეისწავლეს ეს სისტემა.

ღვიძლის სხვადასხვა სისტემების ინექციის შემდეგ გამოჩნდება ღარი, რომელიც კარის ვენის, ღვიძლის არტერიების და ნაღვლის სადინარების დატოტიანების მიდამოს ორ ნაწილად ჰყოფს — მარჯ-

ვენა და მარცხენა (რექსი, Rex, 1888, კანტლი — Cantlie, 1898, მაკინდოკი—Mc. Indoc, კუნცელერი—Counceler, 1927; ჰიორცსიო. Hjortsjö — 1948, ელასი — Elias, პეტი — Petty, 1952; ჰიელი — Healey, 1953; კუინო — Couinaud, 1954). ღარის მდებარეობა არ შეესაბამება ღვიძლის გარეგან დანაწილებას. აღნიშნული ღარი გაივლის ნაღვლის ბუშტის ფოსოზე და ქვემო ღრუ ვენის მარცხენა კიდეზე. ქვემო ღრუ ვენაში ღვიძლის მარცხენა ვენის შესვლის ადგილზე კარში გატარებულ ჰორიზონტალურ სიბრტყესთან ეს ღარი ქმნის 60—70° კუთხეს, გაღებულს მარცხნივ. ღარი, ანუ შუა ნაპრალი მუდმივია, იძლევა მცირე ვარიაციებს და ნაღვლის ბუშტით იყოფა ორ თანაბარ ნაწილად — მარჯვენა და მარცხენა.

კარის ვენის ინექციის დროს ნაღვლის ბუშტის ვენის წინასწარი გადაკვანძვის შემთხვევაში ნაღვლის ბუშტის სუბსეროზული ვენები ივსება მასით, რაც მოწმობს ანასტომოზების არსებობას კარის ვენის ინტრაორგანულ ტოტებსა და ნაღვლის ბუშტის სუბსეროზულ ვენებს შორის.

კვადრატული და მარცხენა წილები შუა ღარის მარცხნივაა მოთავსებული და, ამრიგად, ღვიძლის მარცხენა ვასკულარულ წილს ეკუთვნის. აღნიშნული ღარი კუდიან წილს ჰყოფს ორ ნაწილად.

მანსს (1955) უწარმოებია ღვიძლის არტერიის და ღვიძლის სადინარის მარჯვენა და მარცხენა ტოტის იზოლირებული ინექცია ერთ-ერთის წინასწარი გადაკვანძვის შემდეგ და კოროზიულ პრეპარატებზე არც ერთ შემთხვევაში არ უნახავს ანასტომოზები შუა ღარის მიდამოში. მისი მონაცემები ადასტურებს შალმას (Schalma, 1952) გამოკვლევებს.

მარტენის (Marten, 1920) და სეგალის (Segall, 1923) მიერ კოროზიული მეთოდით ნაჩვენებია ანასტომოზების სამი ჯგუფი ღვიძლის არტერიის მარჯვენა და მარცხენა ვასკულურ წილებს შორის. ერთი ჯგუფი ანასტომოზებისა წარმოდგენილია ექსტრაჰეპათიკური კავშირებით კარის მიდამოში. განსს ისინი უნახავს შემთხვევათა 25%-ში. ამ ჯგუფის ანასტომოზები წარმოადგენს წვრილ ტოტებს, რომლებიც აკავშირებს ღვიძლის არტერიის მარჯვენა და მარცხენა ტოტებს. II ჯგუფი ანასტომოზებისა აკავშირებს V და VII რიგის ტოტებს. კუდიანი წილის დორზალურ ზედაპირზე ეს სისხლძარღვები შუა ღარში გაივლის. მაგრამ აღნიშნული სისხლძარღვების დაზიანება არ წარმოადგენს საშიშროებას ჰემორაგიის თვალსაზრისით მათი მცირე კალიბრის გამო. III ჯგუფი ანასტომოზებისა შედარებით იშვიათია, წარმოადგენს ინტრა-და სუბკაფსულარულად მდებარე ერთეულ ან მრავლობით კავშირებს, ჩვეულებრივ, ძალიან

წვრილ არტერიებს შორის. ამ ჯგუფის ანასტომოზები აგრეთვე შეიძლება მდებარეობდეს შუა ღარში. მხოლოდ ერთ პრეპარატზე შეხვედრია განსს ამ კატეგორიის ანასტომოზები შედარებით მსხვილი კალიბრისა. ამ გამოკვლევების საფუძველზე გლისონის სტრუქტურების დატოტიანების მიხედვით ღვიძლი წარმოადგენს წყვილ ორგანოს, რომელთაგან მარცხენა ვასკულური ნაწილი მარჯვენაზე უფრო პატარაა, ხოლო ღვიძლის მარცხენა წილზე ბევრად მეტია.

ავტორს ჰისტოლოგიურად შეუსწავლია შუა ღარის მიდამო. ღარის პერიპენდიკულარულად გატარებულ სერიულ ანათლებზე მოჩანს კარგად გამოხატული ღარი, რომელიც შეესატყვისება მაკროსკოპულ სურათს. ღარი ღვიძლის ქსოვილს ჰყოფს სინუსოიდების ცენტრში. ღარის ორივე მხარეზე მოჩანს პორტალური ტრიადები. რამდენადაც ნაღვლის ბუშტი ვითარდება როგორც წყვილი ორგანო და განვითარების პროცესში ინარჩუნებს ცენტრალურ მდებარეობას, ამიტომ არ არის გასაკვირი, რომ შუა ღარი ბუშტის ფოსოს ორ თანაბარ ნაწილად ჰყოფს, თუმცა შემთხვევათა 8—10%-ში ღარი შეიძლება ნაღვლის ბუშტის ფოსოს მარცხენა კიდის გასწვრივ მდებარეობდეს.

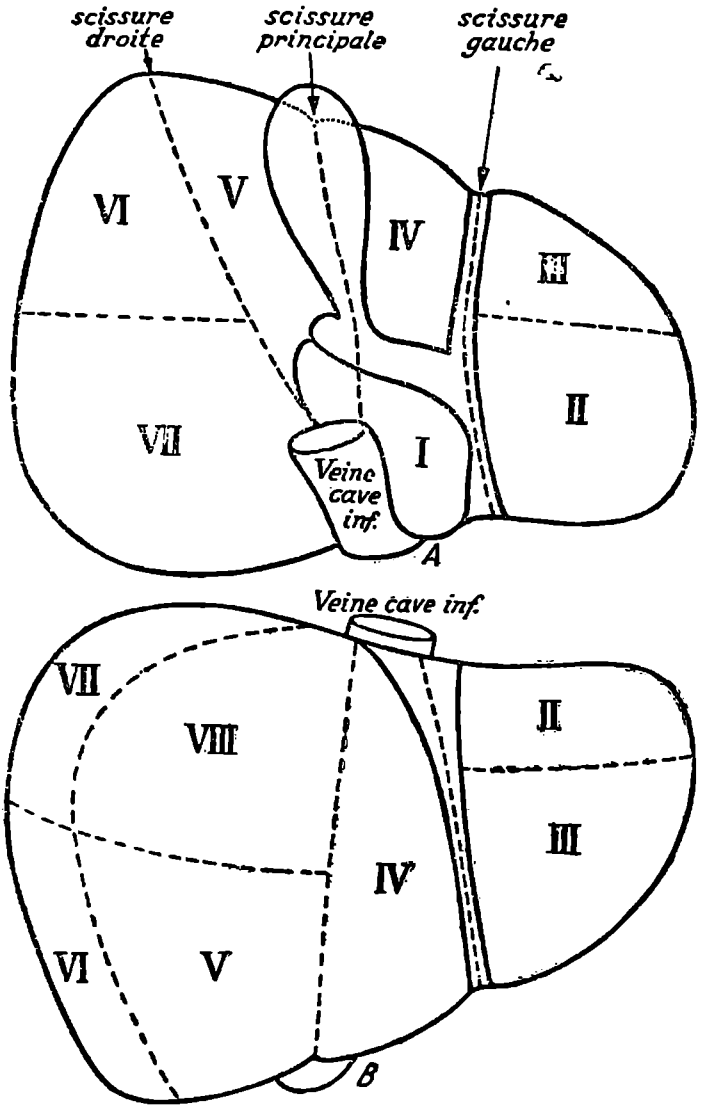
ღვიძლის თვითეულ ვასკულარულ ნახევარში აღინიშნება თითო ნაპრალი, რომლებიც ღვიძლს ოთხ ვასკულარულ წილად ჰყოფს. ეს ვასკულარული წილები შეესაბამება ცხოველთა, მაგალითად ღორის, ძაღლის დანაწილებული ღვიძლის წილებს (რექსი — Rex, 1888; ჰიორცსიო, Hjortsjö, 1948; ჰელი — Healey, 1953—54; კუინო — Couinaud, 1954; განსი — Gans, 1954).

ფრიად საინტერესოა გარკვევა შეფარდებისა, რომელიც არსებობს ღვიძლის გარეგან დანაწილებასა და მის შიგნით გლისონის სისტემის გარკვეულ წილებს შორის.

ღვიძლის ვასკულარული დანაწილების საკითხი მრავალგზის იყო შესწავლილი რუგეს (1911), ჰიელის (Healey, 1953), კუინოს (Couinaud, 1954), რექსის, ჰიორცსიოს (Hjortsjö, 1948) მიერ. აღნიშნული ავტორების მიერ მოწოდებული სქემების გასამარტივებლად და შესამოწმებლად ფართო გამოკვლევა ჩაატარა განსმა (Gans, 1955).

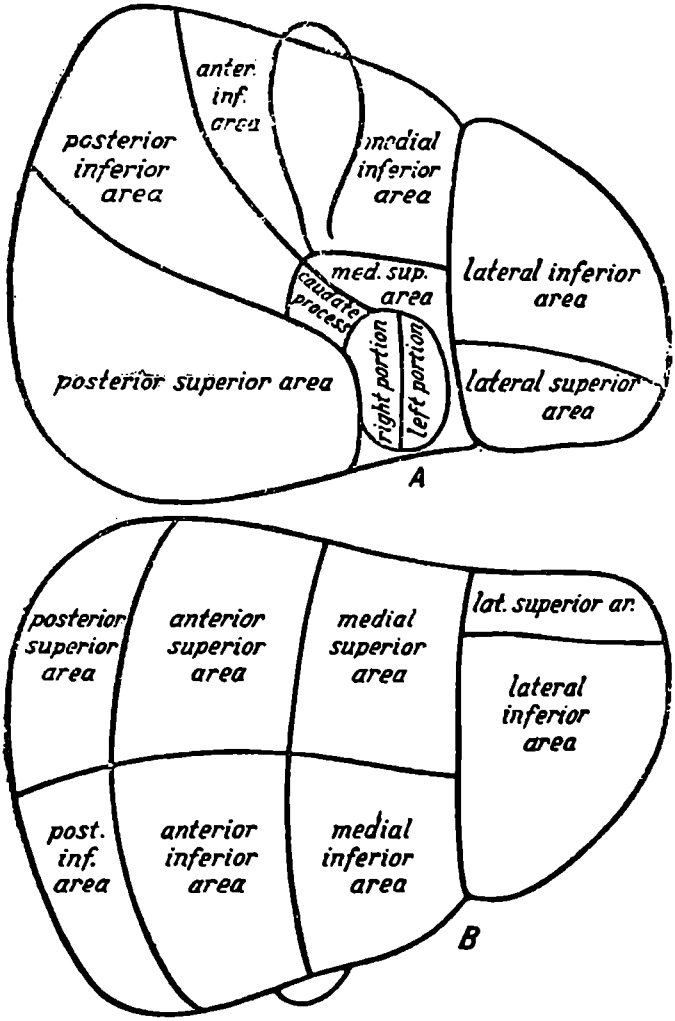
გარეგანი დანაწილების მიხედვით განსი ღვიძლში გამოყოფს ოთხ წილს: მარჯვენა, მარცხენა, კვადრატული და კუდიანი.

გლისონის სისტემის მოწყობილობის მიხედვით, ანუ შინაგანი დანაწილების საფუძველზე განსი ღვიძლს განიხილავს როგორც წყვილ ორგანოს.

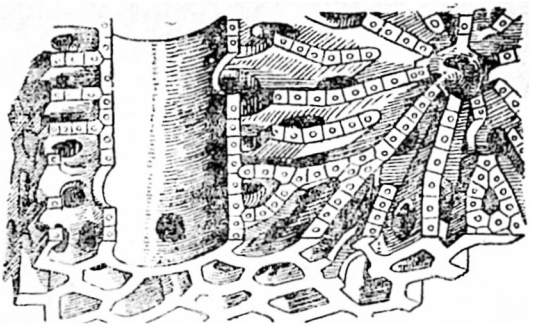


სურ. 1. გლისონის სისტემის დაყოფა კუინოთი: A — დორზალური მხარე; B — ვენტრალური მხარე (ჰ. განსის მიხედვით).

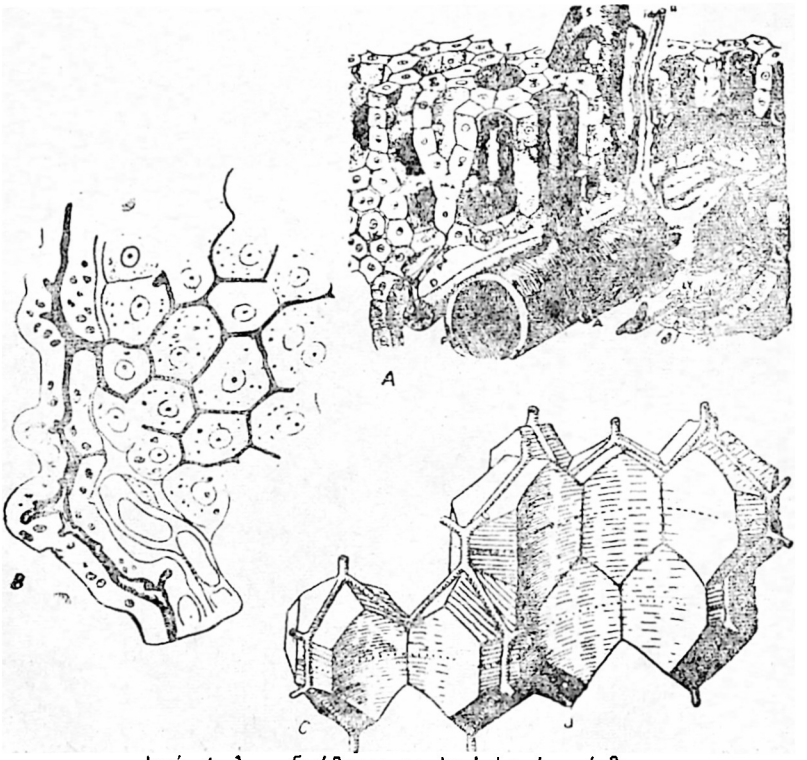
ამასთან, ინტრაორგანულად გლისონის სისტემაში ნაკადის მიხედვით ღვიძლი შეიძლება დაიყოს ოთხ ვენტრალურ და ორ დორზალურ წილად.



სურ. 2. ღვიძლშიდა ბილიარული სადინარისა და ღვიძლის არტერიის დაყოფა ჰილით და შროუთი (ჰ. განსის მიხედვით).



სურ. 3. ღვიძლის წილაკების სტერეოგრამა (ჯ. პოპერის და ფ. შაფნერის მიხედვით).



სურ. 4. A — ნორმული ღვიძლის სტერეოგრამა. B — ძაღლის ნაღვლის სადინარები ღვიძლის ტრაბეკულებში, დრენირებული ინტრალობულარულ სადინარში (ჯ. პოპერის და ფ. შაფნერის მიხედვით).

ვენტრალური წილებია: მარჯვენა, მარცხენა და ორი პარამედიალური წილები.

დორზალურად მოთავსებულია ორი პარამედიალური წილი. მხოლოდ დორზალური პარამედიალური წილების საზღვარი შეეფარდება გარეგან დანაწილებას.

ღვიძლის შუა ნაპრალის ორივე მხარეზე მოთავსებულია მარჯვენა და მარცხენა ვენტრალური პარამედიალური წილები (სურ. 1, 2, 3, 4).

ღვიძლის გარეგანი და შინაგანი დანაწილების ურთიერთშეფარდება

მარჯვენა წილთაშუა ნაპრალის მარჯვივ მდებარეობს მარჯვენა წილი, მარცხენა წილთაშუა ნაპრალის მარცხნივ — მარცხენა წილი. ვინაიდან ღვიძლის მარჯვენა წილი გარეგანი დაყოფით არ შეესაბამება განსის მიერ შინაგანი დაყოფით განსაზღვრულ მარჯვენა წილს, ამიტომ იგი მარჯვენა წილს უწოდებს ღვიძლის მარჯვენა ნაპრალს, ანუ ანატომიურ მარჯვენა წილს. კუდიანი წილი შუა ნაპრალით იყოფა მარჯვენა და მარცხენა დორზალურ პარამედიალურ წილებად.

ღვიძლის მარჯვენა და მარცხენა წილთაშუა ნაპრალები გაივლის ღვიძლის კუდიანი წილის ორივე მხარეზე. ამრიგად, ორივე დორზალური პარამედიალური წილები, ანუ კუდიანი წილი, მოთავსებულია მარჯვენა და მარცხენა წილთაშუა ნაპრალებს შორის. დორზალური პარამედიალური წილები განცალკევებულია ვენტრალური პარამედიალური წილებისაგან ფრონტალური ნაპრალით, რომელიც გაივლის განივ ღარზე, ანუ ღვიძლის კარზე.

განსის გამოკვლევით, ღვიძლის გლისონის სისტემის წილები ფილტვის მსგავსად იყოფა მრავალ სეგმენტად. ღვიძლი შეიძლება გაიყოს ორ მთავარ ნაწილად — მარჯვენა და მარცხენა წილებად. ეს ნაწილებიც თავის მხრივ იყოფა. ამ წილებს განსი უწოდებს სეგმენტებს.

ღვიძლის ემბრიოლოგია

ცნობილია, რომ ღვიძლის პარენქიმა ვითარდება წინა ნაწლავის ვენტრალური კედლის ენდოდერმიდან. ზოგიერთ ფრინველში და რეპტილიებში ღვიძლის პარენქიმის ჩანასახი დასაწყისში წყვილია. ტომფსონმა (Thompson, 1908) 2,5 მმ სიგრძის ნაყოფში ნახა მხოლოდ ერთი ჩანასახი. ფიქრობდნენ, რომ ადამიანის ემბრიონშიც ასე უნდა ყოფილიყო.

ღვიძლის ჩანასახი ჩნდება 2—2,5 მმ ემბრიონში (12—

17 დღის), უფრო ადრე, ვიდრე ფილტვის და პანკრეასის. ღვიძლის უჯრედები შეიჭრება Septum transversum-ში, რომელიც მოთავსებულია პერიკარდიუმის ღრუსა და ყვითრის პარკს შორის. ამ შეჭრას თან სდევს ძგიდის მეზოდერმული უჯრედების დაშლა. დასაწყისში ღვიძლის უჯრედები მოთავსებულია ძგიდის მეზოდერმულ უჯრედებს შორის. სწრაფი პროლიფერაციის შედეგად მათი სისქე ჩქარა მატულობს. ღვიძლის უჯრედები განლაგებულია სინუსოიდების ირგვლივ ღრუბლისებურ ხარისხებში, რომლებიც ამოფენილია მეზოთელური ბრტყელი უჯრედებით. ამ უჯრედებს შორის ნაწილდება ყვითრის და ჰიპის ვენებით მოტანილი სისხლი. სისხლით მდიდარი მომარაგება ხელს უწყობს ორგანოს სწრაფ ზრდას: პირველ ხანებში ლატერალური და დორზალური მიმართულებით (ღვიძლის როგორც მარჯვენა, ისე მარცხენა მასის), მალე ვენტრალური და კაუდალური მიმართულებით. პირველ სტადიებში ღვიძლის განვითარება უკუპროპორციულია ნაყოფის დანარჩენი ორგანოების ზრდისა.

განვითარების ძლიერ ადრეულ სტადიაში ღვიძლის ჩანასახი იყოფა კრანიალურ ნაწილად, საიდანაც პარენქიმა ვითარდება (Pars hepatica), და დორზო-კაუდალურ ნაწილად, საიდანაც ვითარდება ნაღვლის ბუშტი და ბუშტის სადინარი (Pars cystica).

Pars cystica დასაწყისში მდებარეობს ღვიძლის შიგნით (De Burlet; 1911) და იზრდება გარეთ, როგორც ნაღვლის ბუშტი და ბუშტის სადინარი. ღვიძლის განვითარების პროცესში ნაღვლის ბუშტი, ალბათ, ღებულობს ცენტრალურ მდებარეობას. ნაღვლის ბუშტის პირველდაწყებითი მდებარეობა შეეფარდება მედიალურ სიბრტყეს, მაგრამ რჩება თუ არა ის მთელი განვითარების პერიოდში, არ არის დამტკიცებული.

პარკი, რომელიც აკავშირებს Pars hepatica-ს თორმეტგოჯა ნაწლავთან, დიფერენცირდება ნაღვლის საერთო, ღვიძლის საერთო, ღვიძლის მარჯვენა და მარცხენა და ღვიძლის შიგნითა სადინარებად.

რაც შეეხება ღვიძლის ვენების სისტემის განვითარებას, ლატერალური მიმართულებით ზრდის პროცესში ღვიძლის ორივე მასის დორზოლატერალური ზედაპირები ხვდება ყვითრის ვენებს, რომლებიც მიემართება პრიმიტიული ალიმენტური ტრაქტის გასწვრივ. ეს ყვითრის ვენები იყოფა სინუსოიდებად, რომელთა შორის ლაგდება ღვიძლის უჯრედები. ღვიძლის გარეთ თვითეული ვენა დიფერენცირდება ერთმანეთისაგან დამოუკიდებელ დისტალურ, ანუ აფერენტულ და პროქსიმალურ, ანუ ეფერენტულ სტრუქტურად.

მალის (Mall, 1906) მსგავსად ჩვენც ვფიქრობთ, რომ ამ დროისათვის (მე-3 კვირის ბოლოს) წარმოიშვება ორი პირველადი წილა-

კი თვითეული თავისი საკუთარი აფერენტული და ეფერენტული ვენით. თუ ეს ასეა, მაშინ ცხადია, რომ თუმცა ღვიძლის პარენქიმის „Anlage" კენტია, მაგრამ მისი შინაგანი აგებულება უკვე დასაწყისში წყვილია ყვითრის ორი ვენის ირგვლივ. ჰიპის ვენები, რომლებიც მუცლის ლატერალურ კედელში მიემართება, Septum transversum-ში უერთდება ორივე ეფერენტულ ყვითრის ვენას და მათ სისხლს truncus vitello—umbilicalis-ის საშუალებით ანაწილებს სინუსოიდებში.

ორივე პირველადი წილაკი, გაჭიმული Septum transversum-ში, აღწევს ჰიპის ვენებს, რომლებიც გზადაგზა იყოფა სინუსოიდებად. ორი პირველადი წილაკიდან წარმოშობილი უჯრედები, ვფიქრობთ, ქმნის ორ ახალ წილაკს თავისი საკუთარი აფერენტული და ეფერენტული ვენებით. ამ 4 პირველადი წილაკის სტადიაზე სინუსოიდები ჯერ კიდევ წარმოადგენს არხების ფართო სისტემას, რომლებიც ერთმანეთთან ღიადაა დაკავშირებული. პირველადი წილაკები ძლიერ პატარაა: ორი თვის ბოლოს მათი დიამეტრი 0,5 მმ-ს უდრის, დაბადების მომენტისათვის — 1 მმ-ს და მოზარდებში — 1,5მმ-ს (მალი — Mall, 1906). ზოგადად ყველა ძუძუმწოვრის ღვიძლში აქვს ადგილი განვითარების ასეთ პროცესს.

ხორონსჰიტზიმ (Choronshitzky, 1900) დაამტკიცა, რომ ცხვრის ემბრიონის ღვიძლის მარჯვენა და მარცხენა ნახევარი მარაგდება სისხლით შესაბამისი მხრის როგორც ყვითრის, ისე ჰიპის ვენით. შ. ბრადლეიმ (Charnock Bradley, 1909) ღორში ნახა ჰიპის მარჯვენა და მარცხენა ვენები, განლაგებული ნაღვლის ბუშტის ორივე მხარეზე.

შემდგომში ბევრი ცვლილება ხდება როგორც ღვიძლის გარეთა ვენურ სისტემაში, ისე შიგნით. ჩამოყალიბდება ორი ინტრაჰეპათიკური სისტემა: აფერენტული — პორტოუმბილიკალური და ეფერენტული — ღვიძლის ვენების. ყვითრის წყვილი ვენების დისტალური, ანუ აფერენტული სეგმენტები შეერთებულია ერთმანეთთან სამი ანასტომოზით: კრანიალური და კაუდალური მოთავსებულია ალიმენტური ტრაქტის ვენტრალურად, ხოლო მედიალური — დორზალურად. შემდგომში ობლიტერირდება მარჯვენა ყვითრის ვენის ნაწილი, მოთავსებული კაუდალურ და მედიალურ ანასტომოზებს შორის, და მარცხენა ყვითრის ვენის ნაწილი, მოთავსებული კრანიალურ და მედიალურ ანასტომოზებს შორის. მხოლოდ მარჯვენა ყვითრის ვენას მიაქვს სისხლი ალიმენტური ტრაქტიდან ღვიძლში. ეს ვენა ღებულობს S-ის ფორმას, რომელიც, როგორც ჯორჯლის ზემო ვენა, ნაღვლის შემობრუნების შემდეგ აღმოჩნდება თორმეტგოჯა ნაწლავის

pars ihferior-ის ზემოთ, ხოლო, როგორც კარის ვენა, გადაუვლის ზემოდან პანკრეასის თავს და თორმეტგოჯა ნაწლავის pars superior-ს (ჰისი, His, 1885).

გარდა ამისა, ჰიპის მარჯვენა ვენის ღვიძლის გარეთა ნაწილი ობლიტერირდება 6 მმ ემბრიონში. მისი პროქსიმალური ნაწილი, მოთავსებული Septum transversum-ში, ჩაიზრდება ღვიძლის ქსოვილში, ხოლო როგორც ღვიძლის მარჯვენა ვენა—მარჯვენა და მარცხენა პარამედიალურ წილაკებს შორის.

ჰალერი (Haller, 1774), რომელმაც გამოიკვლია ცვლილებები დაბადების მომენტისათვის, აღნიშნავს, რომ პლაცენტიდან წამოსული სისხლი შედის ღვიძლში სისხლძარღვით, რომელიც ნაყოფში წარმოადგენს ჰიპის ვენის გვერდით ტოტს, ხოლო მოზარდში — კარის ვენის გვერდით ტოტს.

ბარკლეის (Barcley, 1952) მიხედვით, ალბათ, იგივეს აქვს ადგილი ორგანოს ადრეული განვითარების დროს, როდესაც ობლიტერირდება მარჯვენა დისტალური ჰიპის ვენა. 4 პრიმიტიული წილაკი, ავტორის აზრით, შეესაბამება გლისონის 4 ზემოთ აღწერილ ვენტრალურ წილს. მარცხენა ყვითრის ვენის პროქსიმალური ნაწილის ობლიტერაციის შემდეგ სისხლი ორივე პარამედიალურ წილში მიემართება მარჯვენა ყვითრის ვენის პროქსიმალური ნაწილით, რომელიც ამ ორ წილაკს შორის მთავრდება. მისი ღვიძლის გარეთა ნაწილი — ductus hepato-cardiacus გადაიქცევა ქვემო ღრუ ვენის პროქსიმალურ ნაწილად. შინაგანი გადანაწილების ეს პროცესი, რომელსაც ადგილი აქვს მე-5 კვირის ბოლოს, აღწერილია მალის (1906) მიერ, რომელიც აღნიშნავს, რომ ამ დროს „ღვიძლისა და პორტული ვენები შეჰმუხნულია, ისინი იწყებენ ერთმანეთთან მჭიდროდ მიახლოებას".

4 ვენტრალური წილის ნახვა შეიძლება ემბრიონში. დე ბურლეტმა (De Burlet) 32 მმ ემბრიონში ნახა კარგად გამოხატული ნაპრალები მიმართული ღვიძლის ქვემო კიდიდან ცენტრისაკენ. ეს ნაპრალები შეესაბამება მედიალურ და წილთაშუა ნაპრალებს მოზრდილ ღვიძლში. Lobuli paramediales dorsales caudati ვითარდება ცენტრალურზე უფრო გვიან. მალი ასე აღწერს ამ პროცესს: „ღვიძლის შუა და მარცხენა ვენების დაყოფასთან ერთად (თვითეულის გარად) 6 პირველადი წილაკი შეესაბამება 6 პირველად წილს. პირველადი წილაკები ვრცელდებიან და ერთმანეთს შორის შეიცავენ კარის ვენის ღეროს, თვითეული წილთაშუა ვენა ამ სტადიაზე გარდაიქმნება მთავარ ღეროდ".

ღვიძლის არტერია ვითარდება დასწვრივი აორტის რამდენიმე

კრანიალური ტოტის შეერთების შემდეგ ფაშვის არტერიასთან. ერთერთი მისი ტოტი ღვიძლისაკენ მიემართება.

დასაწყისში ღვიძლი იზრდება ლატერალურად, შემდეგ კი — ვენტრალურად და კაუდალური მიმართულებით, საიდანაც ორივე ყვითრის ვენა შედის ღვიძლში; იგი გადაინაცვლებს უფრო კრანიალურად. ამრიგად, Vena porta შედის ღვიძლში დორზალური ზედაპირიდან, ოდნავ კრანიალურად და ნაღვლის სადინარის დორზალურად. სრულასაკოვანის ღვიძლის კარში ვნახულობთ H-ის ფორმის კვალს. ვერტიკალური ღარები შეესაბამება მარჯვენა და მარცხენა ყვითრის ვენებს. ჰორიზონტალური — განივ ღარს (ჰალერი, Haller), რომელიც წარმოადგენს ანასტომოზს ყვითრის ვენებს შორის. მარჯვენა ღარი შეესაბამება კარის ვენის მთავარ ღეროს და მის მარჯვენა ტოტს. მარცხენა ყვითრის ვენა შეესაბამება მედიალურ მონაკვეთს, ხოლო მარცხენა ჭიპის ვენა — კარის ვენის მარცხენა ღეროს საგიტალური ნაწილის ლატერალურ მონაკვეთს, მარცხენა კრანიალური ღარი — ვენურ სადინარს (Arantii).

გლისონის სისტემა

სამკუთხიანი, გვირგვინოვანი და ნამგლისებური იოგები, მცირე ბადექონი, ღვიძლის კაფსულა, კარის და ღვიძლის შიგნითა შემაერთებელი ქსოვილი განუწყვეტლივ გადადიან ერთმანეთში. მათი ერთიანობა გაპირობებულია იმ გარემოებით, რომ ყველა ეს წარმონაქმნი განივი ძგიდის მეზოდერმიდან ვითარდება. ღვიძლის კაფსულა, შემდგომში გლისონის კაფსულად წოდებული, ორგანოში იჭრება კარიდან და როგორც ბუდე — ისე ეხვევა გარშემო კარის ვენის ტოტებს, თანმხლებ ღვიძლის არტერიის ტოტებს და ნაღვლის სადინარებს. ამიტომ განსი კარში მოთავსებულ მთელ შემაერთებელ ქსოვილს გლისონის კაფსულას უწოდებს.

სამი სტრუქტურა, რომლებიც ქმნის გლისონის სისტემას, ისე მჭიდროდ არის ერთმანეთში გადახლართული, რომ მათი განცალკევება ერთმანეთისაგან შეუძლებელია.

შემაერთებელი ქსოვილის მოცილების შემდეგ ღვიძლ-თორმეტგოჯაიოგის თავისუფალ ნაპირთან პირველად ჩანს ნაღვლის საერთო სადინარი და მის მედიალურად მდებარე ღვიძლის არტერია. ეს ორი სტრუქტურა ფარავს კარის ვენას. ღვიძლის არტერია იოგში იყოფა. მისი მარჯვენა ტოტი ჩვეულებრივ გაივლის ნაღვლის საერთო ან ღვიძლის საერთო სადინარის ქვეშ და იძლევა ნაღვლის ბუშტის არტერიას. ღვიძლის მარჯვენა არტერია ხშირად 2, იშვიათად 3, ზოგ-

ჯერ 4 ტოტადაც შეიძლება დაიყოს ღვიძლის კარში. ყველა ამ წარმონაქმნის ზემოთ ნაღვლის სადინარი მდებარეობს.

კარის ვენა შედის კარში, მისი მარჯვენა ნაპირის მახლობლად და იყოფა მარჯვენა და მარცხენა ღეროდ. კარის ვენის მარჯვენა ღერო ექსტრაორგანულად შეიძლება დაიყოს ორ მსხვილ ტოტად. პირველი ტოტი ჩვეულებრივ ვენტროკაუდალურად მიემართება, მეორე — ლატერალურად. განივი ღარის ძირში, კაუდალურად მდებარეობს ღვიძლის მარცხენა სადინარი. ღვიძლის კარში შემავერთებელი ქსოვილი ჩვეულებრივ საკმარისად ფაშარია, კუდიანი წილის ქვემო კიდესა და ღვიძლის სადინარების შეერთების ადგილზე იგი უფრო მკვრივია. ეს გარემოება აძნელებს გლისონის სისტემის წარმონაქმნების გამოცალკევებას. ღვიძლის კარში ღვიძლის მარცხენა არტერია ბევრად უფრო ზერელედ მდებარეობს, ვიდრე ღვიძლის მარცხენა სადინარი ან კარის ვენის მარცხენა ღერო. აქვე ჩანს სხვადასხვა სეგმენტური ტოტების პარენქიმაში შეჩრა: კარის ვენის ტოტებისა — კუდიან წილში, არტერიული ტოტებისა — კვადრატულ წილში და ორი ტოტისა — მარცხენა წილში.

კარის ვენის მარცხენა ღეროს განივი ნაწილი ქმნის 95—125°-იან კუთხეს და საგიტალურ ნაწილში გადადის, რომელიც ჰიპის ფოსოში იმყოფება. ეს ნაწილი ადვილად შეიძლება გამოიყოს ვისცერალური ზედაპირის მხრიდან შემაერთებელი ქსოვილის მოცილების შემდეგ. კარის ვენის მარცხენა ღეროს განივი ნაწილის საგიტალურში გადასვლის ადგილზე გამოდის მსხვილი ტოტი, შესაბამისი არტერიული ტოტისა და იშვიათად — ნაღვლის სადინარისა. კარის ვენის მარცხენა ღეროს საგიტალური ნაწილი ბრმად მთავრდება და მას პარკუჭი ეწოდება. პარკუჭიდან სისხლძარღვები იწყება: მედიალური კიდიდან გამოსული ტოტები მიემართებიან კვადრატულ წილში, ლატერალური კიდიდან გამოსული ტოტები — მარცხენა წილის კაუდალურ ნაწილში. კარის ვენის ყველა ტოტს შეესაბამება არტერიული და ნაღვლის სადინარი. იშვიათად პარკუჭი ღვიძლის ქსოვილით არის დაფარული. კარის ვენის მარცხენა ღეროს ტერიტორია მკვეთრად არის გამოყოფილი მარჯვენასაგან და მისი გავრცელება არ არის თანხვედრილი ღვიძლის მარცხენა წილისა.

ნაყოფში მარცხენა ღეროს განივი ნაწილის საგიტალურში გადასვლის ადგილზე, ნადრეკის მიდამოში, იწყება არანცის ვენური სადინარი, რომელიც ქვემო ღრუ ვენისაკენ მიემართება. ნადრეკის ზედაპირიდან გამოსული მსხვილი ტოტი მარცხენა წილის კრანიალური ვენის ლატეროკრანიალურად მიემართება. იგი გადაკვეთს მარცხენა წილის კრანიალურ ნაწილს და აღწევს დორზალურ ზედა-

პირს. მარცხენა ღეროს საგიტალური ნაწილის (პარკუჭის) მედიალური ზედაპირიდან იწყება კვადრატული წილის ტოტები — მარცხენა პარამედიალური კაუდალური ვენები. საგიტალური ნაწილის ლატერალური ზედაპირიდან გამოდის ან ერთი მსხვილი ტოტი, ან რამდენიმე ტოტი — შუამდებარე ვენები და მარცხენა წილის კაუდალური ვენა, რომლებიც ტოტიანდება მარცხენა წილის ვენტროკაუდალურ სეგმენტში. საგიტალური ნაწილის ვენტრალური ან ზოგჯერ მედიალური ზედაპირიდან ჩვეულებრივ ერთი ტოტი გამოდის—მარცხენა პარამედიალური კრანიალური ვენა, რომელიც სისხლით ამარაგებს მარცხენა პარამედიალური წილის კრანიალურ და ვენტრალურ ნაწილებს.

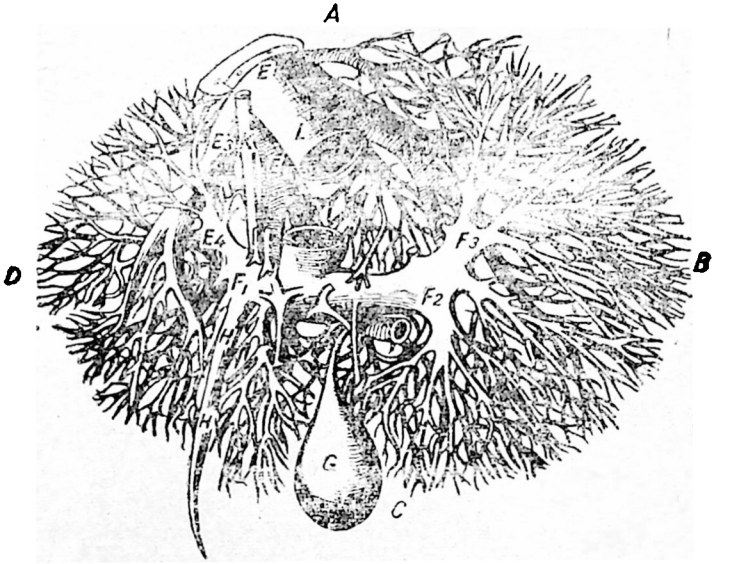
კარის ვენის მარჯვენა ღერო უფრო მეტ ვარიანტებს იძლევა, ვიდრე მარცხენა. იგი მიემართება განივად და იყოფა ორ ტოტად, რომლებიც მარჯვენა წილის ნივთიერებაში იკარგებიან. პირველი ტოტი — მარჯვენა პარამედიალური ვენა — მსხვილია და იმავე მიმართულებისაა, როგორც საერთო კარის ვენა. გლისონი ამ ტოტს მეხუთე წინა ტოტს უწოდებს, რექსი — ასწვრივ ტოტს. მას ნაღვლის ბუშტის ტოტის სახით სხვადასხვა ძუძუმწოვრებში ვარიაბილური დასაწყისი აქვს. აღნიშნული ვენა (იშვიათად რამდენიმე ვენის სახით) ვენტრო-კაუდალურად მიემართება და სისხლით ამარაგებს ორგანიზმს.

მარჯვენა პარამედიალური წილის ამ სისხლძარღვიდან გამოსული ტოტების ყალიბი, რაოდენობა და მიმართულება ცვალებადია, რაც გავლენას ახდენს სათანადო წილის ფორმასა და ოდენობაზე.

მარჯვენა ღეროს პარამედიალური ტოტის გამოსვლის შემდეგ მარჯვენა ვენა ეწოდება. ამ ვენის ქვემო ზედაპირიდან გამოდის ჩვეულებრივ ერთი, ზოგჯერ ორი ტოტი, რომლებიც კაუდალურად ნაღვლის ბუშტის ფოსოსკენ მიემართებიან. ამის შემდეგ მარჯვენა ტოტი ორად იყოფა — მარჯვენა წილის კრანიალურ და კაუდალურ ვენებად, რომლებიც მიდიან თანამოსახელე სეგმენტებისაკენ. მარჯვენა ტოტის ბიფურკაციის ახლოს ან ოდნავ დისტალურად იწყება მრავალი პატარა, ან ერთი გრძელი ტოტის — ღვიძლის მარჯვენა კიდის—ვენა. იგი, თავის მხრივ, იძლევა კიდევ რამდენიმე პატარა ტოტს, რომლებიც მიემართებიან მარჯვენა დორზალურ პარამედიალურ წილში. კარის ვენის სისტემა წარმოადგენს საყრდენს არტერიებისა და ნაღვლის სადინარებისათვის. ისინი მჭიდროდ არიან მასთან დაკავშირებული და ამიტომ მათი ტოტები იდენტური სახელწოდებისაა.

ღვიძლის არტერია კარის ვენის მედიალურად იმყოფება. ორ

(მარჯვენა და მარცხენა) ტოტად გაყოფის შემდეგ მარცხენა არტერია კარის ვენის კაუდალურად მიემართება. მისი პატარა ტოტები მდებარეობს კუდიან წილთან, ხოლო პარამედიალურ წილთან — ჩვეულებრივ ერთი, იშვიათად რამდენიმე ტოტი. ჰიპის ფოსოში მარცხენა არტერია იყოფა კრანიალურ (მარცხენა წილის კრანიო-დორზალური სეგმენტის) და კაუდალურ (მარცხენა წილის ვენტრო-კრანიალური სეგმენტის) ტოტებად. მარჯვენა არტერია იძლევა ნაღვლის ბუშტის არტერიას და ღვიძლში შესვლამდე ან კარის მარჯვენა კიდესთან ჩვეულებრივ იყოფა ორ ტოტად: მარჯვენა წილის არტერია, რომელიც მიემართება ლატერო-კრანიალურად, და მარჯვენა პარამედიალური არტერია, რომელიც ლატერო-კაუდალურად მიემართება (სურ. 5).

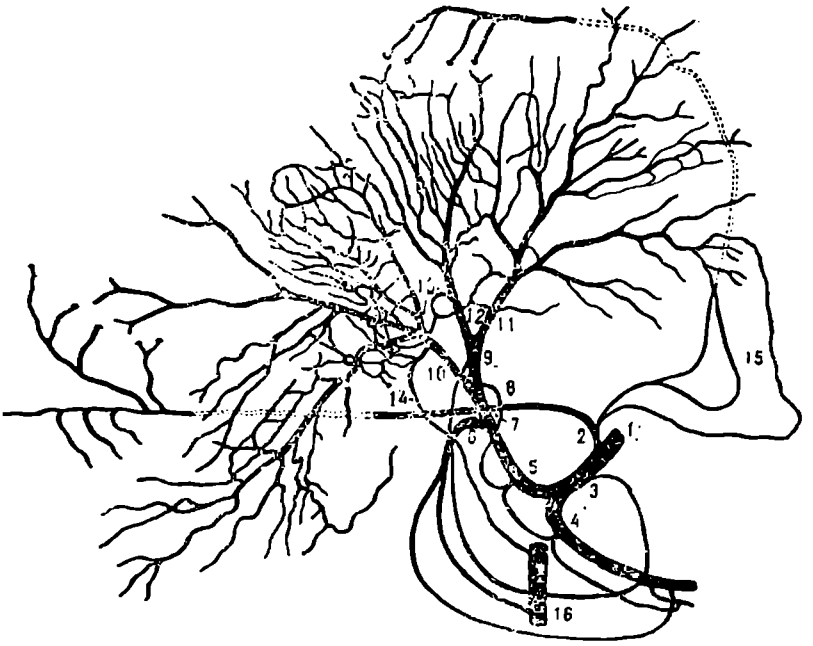


სურ. 5. პორტალური და ღვიძლის ვენის ურთიერთდამოკიდებულება (ჰ. განსის მიხედვით).

ნ. ა. ჯავახიშვილის გამოკვლევებით, ღვიძლის არტერიის დატოტიანება სამი სხვადასხვა სახით ხდება: ა) ღვიძლის საერთო არტერია იძლევა კუჭ-თორმეტგოჯა არტერიას და ღვიძლის საკუთარ არტერიას; ბ) ღვიძლის საერთო არტერია ერთდროულად იყოფა კუჭ-თორმეტგოჯა არტერიად და ღვიძლის საკუთარი არტერიის

ცალკეულ ტოტებად; გ) ღვიძლის საერთო არტერიას ჯერ ღვიძლის წილების ტოტები გამოეყოფა და შემდეგ კი მთავარი ღერო გრძელდება კუჭ-თორმეტგოჯა არტერიის სახით.

ღვიძლის საკუთარი არტერია უხშირესად ორ მთავარ ტოტად იყოფა, სახელდობრ მარჯვენა და მარცხენა ტოტად, რომლებიც შემ-



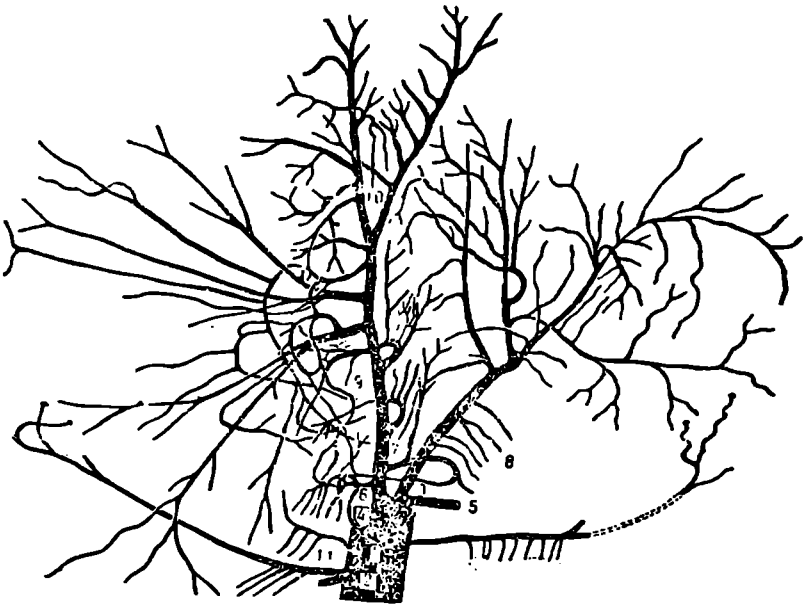
სურ. 6. 1. art. coeliaca, 2. tr. diafragm. inf., 3. art. gastr. sin., 4. art. lienalis, 5 art. hepatica, 6. art. gastro-duodenalis, 7. art hepat. propr., 8. ramus pancreaticus, 9 ramus sin. art. hepat., 10 ramus dex. art. hepat., 11. ramus ad lobus sin. hepat., 12. ramus ad lobus quadrat. hepat., 13. art. vesicae felleae, 15. ramus hepaticus art. mesenter. sup., 14. uam, hepatici art. diafragm. inf., 16. art. mesenter. sup.

თხვევათა 55%-ში კარის მიდამოში ერთიმეორესთან ანასტომოზური რკალით არიან დაკავშირებული (სურ. 6, 7).

შემთხვევათა ნაწილში ღვიძლის საკუთარი არტერია ერთდროულად იყოფა 3—4 ტოტად (სურ. 8).

უფრო იშვიათად ღვიძლის ნივთიერებაში შესვლის შემდეგ ღვიძლის საკუთარი არტერია წარმოადგენს მაგისტრალს, რომელსაც თანდათანობით მარცხნიდან მარჯვნივ გამოეყოფა ტოტები (სურ. 9).

ნაღვლის სადინარების განლაგება ზოგადად არტერიების დატოტიანების მსგავსია. მარცხენა სადინარი იქმნება მარცხენა წილის კრანიალური სადინარით, რომელიც იწყება მარცხენა წილის დორზო-კრანიალური სეგმენტიდან, იგი იერთებს მარცხენა წილის კაუ-



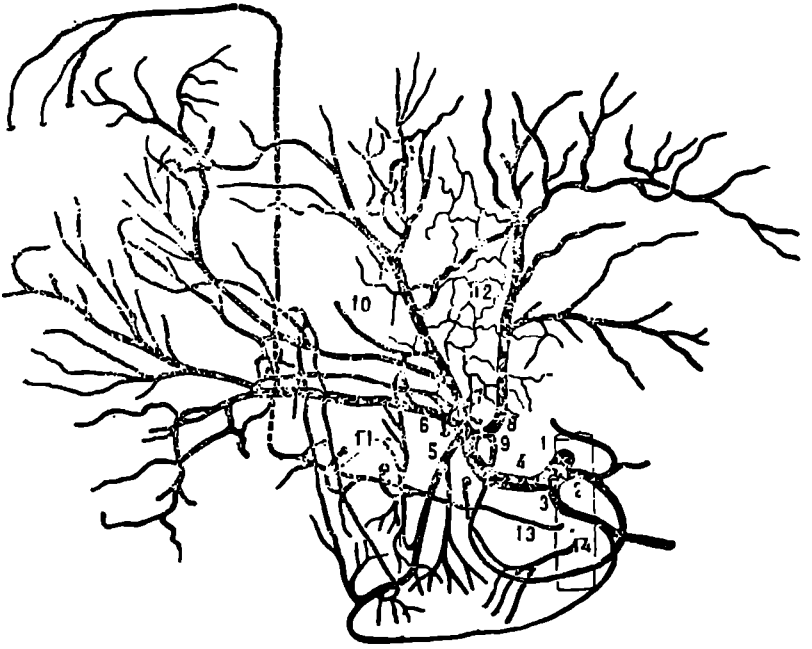
ნახ. 7. 1. art. coeliaca, 2. art. diafragm. inf sin. 3. tr. hepato-gastricus, 4. tr. hepato-lienalis, 5 árt. lienalis, 6. art. hepatica, 7. art. gastr. sin., 8. rami cardiaco-oesophagei, 9. plexus arteriosus duct. choledochi, 10. art. vesicae felleae, 11. art. suprarenalis·

დალურ სადინარს, კარის ვენის მარცხენა ღეროს ნადრეკის ვენტრალურად, მარცხენა პარამედიალური წილის სადინარს და 2—3 პატარა სადინარს კუდიანი წილიდან.

მარჯვენა სადინარი ჩვეულებრივ ორი სადინარის შეერთებით იქმნება: პირველი გამოდის მარჯვენა წილიდან და თავის მხრივ იქმნება მარჯვენა კრანიალური და მარჯვენა კაუდალური სადინარების შეერთებით, მეორე მარჯვენა პარამედიალური წილიდან გამოდის. ორივე ეს სადინარი კარის მარჯვენა ნაპირთან ერთდება, რის შემდეგ მარჯვენა სადინარი ღებულობს მრავალ პატარა ტოტს კუდიანი

წილიდან და მეორე უერთდება მარცხენა სადინარს. ღვიძლის საერთო სადინარი უერთდება ბუშტისას.

ნაღვლის საერთო სადინარი მოთავსებულია კარის ვენის ლატერალურად. განსის გამოკვლევით გლისონის სისტემის ორი ღერო,

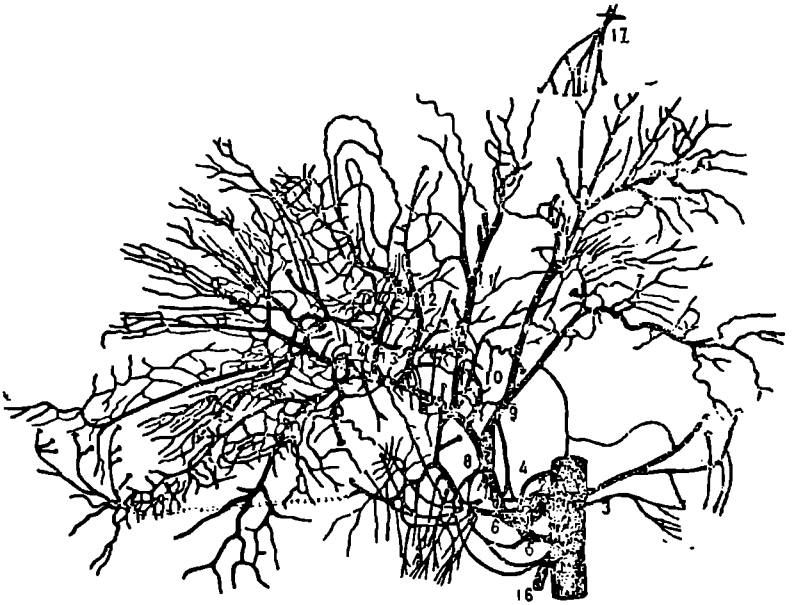


სურ. 8. 1. art. coeliaca. 2. art. gastr. sin., 3. art. lienalis. 4. art. hepatica. 5. art. gastro-duodenalis, 6. ramus dex. art. hepar. 7. ramus med. art, hepat., 8. ramus sin. art. hepat., 9. art. gastr. dex., 10. art. vesicae fellae, 11, plexus arteriosus duct. choledochi, 12. plexus perivascularis.

რომლებიც ღვიძლის კარის მარჯვენა მხარეზეა მოთავსებული, შეესატყვისება მარჯვენა პარამედიალურ და მარჯვენა წილებს.

გლისონის სისტემის ღერო, რომელიც ღვიძლის კარის მარცხენა მხარეზე და ჰიპის ფოსოშია მოთავსებული, შეესატყვისება სხვადასხვა სეგმენტურ სტრუქტურებს, რომლებიც უკვე იყო აღწერილი. ყველა სეგმენტი ან წილი შეიძლება ამოიკვეთოს ჰილუსის მარცხენა არეში და ჰიპის ფოსოში გარდა მარცხენა პარამედიალური წილის ვენტრო-კრანიალური ნაწილისა. გარდა ზემოაღწერილი ძირითადი განლაგებისა, გლისონის სისტემის სტრუქტურები მრავალ ვარიაციას ააშკარავებს.

ჩანასახოვანი სიცოცხლის მესამე კვირის ბოლოს თორმეტგოჯანაწლავის კედელზე აღინიშნება „ღვიძლის ველი“, რომლიდანაც შემ-



სურ. 9. 1. art. coeliaca, 2. art. diafragm. inf dex. 3. art. suprarenalis sin., 4. art. gastr. sin., 5. lienalis, 6. art. hepatica. 7. art. suprarenalis dex. 8. art. gastroduodenalis, 9. ramus sir. lobus art· hepat., 10. ramus ad lobus caudat. hapat. sin.. 11. ramus ad lobus quadrat. hepat., 12. art. vesicae felleae sin., 13. art. vesicae felleae dex. 14. ramus ad lobus caudat., hepat dex., 15. ramus ad lobusd ex. hepat., 16. art mesenter. sup.

დეგ ღვიძლი და ნაღვლის ბუშტი ვითარდება. „ღვიძლის ველი“ იმ მიდამოშია მოთავსებული, სადაც ყვითრის სადინარი გაივლის ადგილზე. აქვეა პანკრეასის ჩანასახის ადგილიც. ღვიძლი და პანკრეასი ვითარდება თორმეტგოჯანაწლავის შიგნითა ზედაპირზე, ჯორჯლის მიმაგრების ადგილას. ჯორჯლის ფურცლებს შორის გამოიზნიქება წარმონაქმნი, რომლიდანაც შემდგომში ღვიძლი ვითარდება. აღნიშნული წარმონაქმნი ორი ნაწილისაგან შედგება, წინას ღვიძლის ნაწილი ეწრდება, რადგან მისგან შემდგომში ღვიძლი ვითარდება, უკანას კი — ბუშტის ნაწილი. როგორც ღვიძლი, ისე ნაღვლის ბუშტი სადინარების საშუალებით დაკავშირებულია თორმეტგოჯანაწლავის სანათურთან. ჩანასახოვანი სიცოცხლის მეორე თვიდან ღვიძლი

სწრაფად ვითარდება და ღვიძლის ტრაბეკულები გარს ეხვევა ნაღვლის ბუშტს. ნაღვლისა და ნაღვლის ბუშტის განვითარების პროცესში შესაძლებელია ჩამოყალიბდეს მათი სხვადასხვა ფორმა, რასაც გარკვეული მნიშვნელობა აქვს ამ ორგანოებზე ქირურგიული ჩარევის დროს.

ნაღვლის ბუშტი ჩვეულებრივ მსხლისებრი ფორმისაა და ზედაპირულად მდებარეობს. ნაღვლის ბუშტის ფორმა და მდებარეობა იცვლება ასაკთან დაკავშირებით.

ნაღვლის ბუშტი ღრუ ორგანოა, მოთავსებულია ღვიძლის ვისცერულ ზედაპირზე, მარჯვენა გასწვრივ ღარში. იმ ადგილს, სადაც ნაღვლის ბუშტია მოთავსებული, ნაღვლის ბუშტის ფოსო ეწოდება. ნორმალურად ნაღვლის ბუშტი აღნიშნულ ფოსოში თავისუფლად მდებარეობს და ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილით არის ფიქსირებული. ანთების შემთხვევაში ძლიერ ნაწიბუროვანი ქსოვილის განვითარების შედეგად ნაღვლის ბუშტი შეიძლება იმდენად მჭიდროდ იყოს დაკავშირებული ღვიძლის ქსოვილთან, რომ მისმა მოცილებამ გამოიწვიოს ღვიძლის ქსოვილის დაზიანება.

ნაღვლის ბუშტს აქვს ძირი, სხეული, ყელი, სადინარი, რომელიც ღვიძლის სადინართან ერთად ნაღვლის საერთო სადინარს ქმნის.

ნაღვლის ბუშტი საშუალოდ 7—9 სმ სიგრძისა და 2—3 სმ დიამეტრისაა. ყელის ნაწილში იგი მკვეთრად ვიწროვდება. ბუშტის სადინარის სანათური 3 მმ უდრის. ნორმალურ პირობებში ნაღვლის ბუშტი დაახლოებით 40—70 მლ ნაღველს იტევს. პათოლოგიურ პირობებში კი მისი რაოდენობა ძალიან ცვალებადია. ნაღვლის ბუშტის ქვედა ზედაპირი შეიძლება ეხებოდეს კუჭის პილორულ ნაწილს, კოლინჯის მარჯვენა კუთხეს, ზოგჯერ წვრილი ნაწლავის მარყუჟებს. პტოზის შემთხვევაში ნაღვლის ბუშტი შეიძლება თეძოს ფოსოს აღწევდეს. ნაღვლის ბუშტის ლორწოვანი გარსი ქმნის პრავალრიცხოვან ნაოჭებს. ბუშტის სადინარის ლორწოვანი გარსი ქმნის სპირალურ ნაოჭს, რომელსაც ჰეისტერის სპირალური სარქველი ეწოდება. აღნიშნული ნაოჭის სისქეში გლუვკუნთოვანი ქსოვილია მოთავსებული.

ყელის მიდამოში ლორწოვანი გარსი ქმნის სფინქტერს, რომელიც ლიუტკენსის მიერ ყოფილა აღწერილი. აღნიშნული სფინქტერი აბრკოლებს ნაღვლის დაცლას.

ნაღვლის ბუშტი დაფარულია სეროზული გარსით გარდა იმ ზედაპირისა, რომლითაც იგი ღვიძლს უკავშირდება. ზოგიერთ შემთხვევაში ნაღვლის ბუშტი მთლიანად არის დაფარული სეროზული გარსით და შეიძლება მას საკუთარი ჯორჯალიც კი ჰქონდეს, რომლითაც

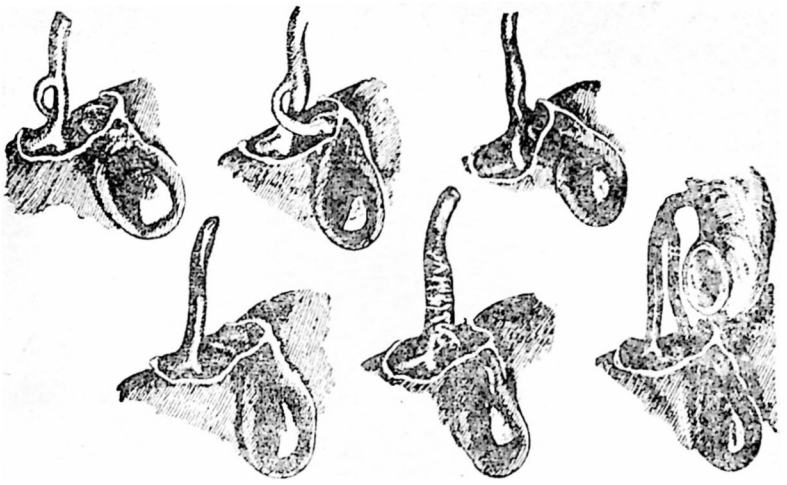
იგი ღვიძლზეა დაკიდებული. ჯორჯლიანი ნაღვლის ბუშტი შემთხვევათა 5%-ში გვხვდება და მას ჩამოკიდებული ბუშტი ეწოდება. არის შემთხვევები, როდესაც ნაღვლის ბუშტი თითქმის მთლიანად ღვიძლის ქსოვილშია მოთავსებული და პერიტონეუმი მის უმცირეს ნაწილს ფარავს. შეიძლება პერიტონეალური საფარველი მხოლოდ ყელს და სადინარს ჰქონდეს. ეს ვარიანტები შედარებით იშვიათია და გვხვდება შემთხვევათ 2%-ში. ნაღვლის ბუშტის ღვიძლში მდებარეობა უფრო ხშირია ბავშვებში. ნაღვლის ბუშტის ღვიძლში მდებარეობის შემთხვევაში მისი ამოკვეთა ტექნიკურად ძნელია.

ნაღვლის ბუშტის არარსებობა ზოგიერთი ცხოველისათვის ჩვეულებრივი მოვლენაა. ცხენს, სახედარს, სპილოს, ირემს, აქლემს ნაღვლის ბუშტი არ აქვთ. ადამიანში კი ეს ანომალია ფრიად იშვიათია (სურ. 10—11).

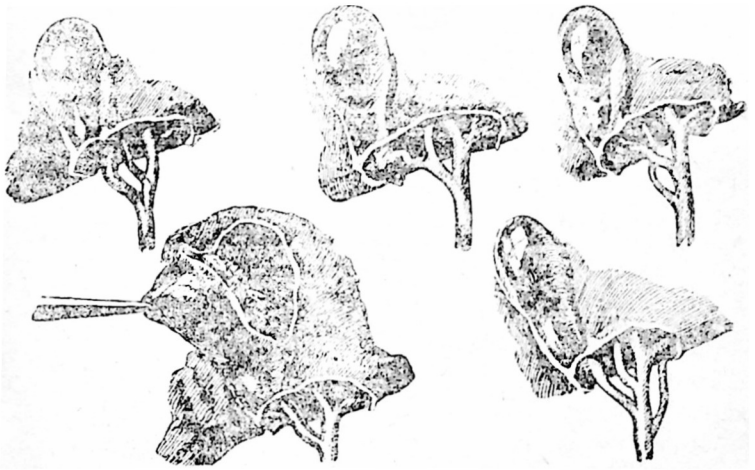
შეიძლება არსებობდეს ორმაგი, ანუ გაორებული ნაღვლის ბუშტი, რომელსაც უხშირესად დამოუკიდებელი სადინარები აქვს და თითოეული ცალ-ცალკე ერთვის ღვიძლის სადინარს. შეიძლება ორთავე ბუშტი ღვიძლის სადინარს ერთი სადინარით უერთდებოდეს

ნაღვლის ბუშტის სადინარი წარმოადგენს 3 მმ დიამეტრის ვიწრო მილს. ჩვეულებრივ ნაღვლის ბუშტის სადინარი ღვიძლის სადინარს უერთდება მახვილი კუთხის ქვეშ მარჯვენა მხრიდან, ზოგჯერ კი გარკვეულ მანძილზე პარალელურად მიჰყვება ღვიძლის სადინარს და შემდეგ უერთდება მას. ასეთ შემთხვევაში ბუშტის სადინარი შედარებით გრძელია, მისი სიგრძე შეიძლება 14 სმ აღწევდეს. ნაღვლის ბუშტის და ღვიძლის სადინარის შეერთების მრავალი ვარიანტი არსებობს.

ღვიძლის სადინარი წარმოადგენს ღვიძლიდან ნაღვლის მთავარ გამომტან მილს, ანუ ნაღვლის სადინარების საერთო კოლექტორს. ღვიძლის სადინარი იქმნება ღვიძლის კარში და ბუშტის სადინართან შეერთებამდე გრძელდება. ამის შემდეგ კი იწყება ნაღვლის საერთო სადინარი. უწვრილესი ნაღვლის გზები ეპითელურ უჯრედებს შორის სივრცეებში იწყება, შემდგომ ეს სივრცეები ერთდებიან და ქმნიან ნაღვლის პრეკაპილარებს .ნაღვლის პრეკაპილარები კუბური უჯრედებით არის ამოფენილი. პრეკაპილარების შეერთება ნაღვლის სადინარებს წარმოადგენს, რომელთა დიამეტრი 0,1 მმ არ აღემატება. უკანასკნელთა შეერთებით თანდათანობით იქმნება მსხვილი სადინარები, რომელთა თვალით დანახვა შესაძლებელია. ღვიძლის მარჯვენა მხარეზე არსებული სადინარების შეერთებით იქმნება ღვიძლის სადინარის მარჯვენა ტოტი, რომელსაც გამოაქვს ნაღველი ღვიძლის მარჯვენა ნაწილიდან. მარცხენა ტოტს ერთვის კვადრატუ-



სურ. 10.



სურ. 10, 11. ბუშტისა და ღვიძლის დამატებითი სადინარების ვარიაციები (ჯ. პოპერისა და ფ. შაფნერის მიხედვით).

ლი და კუდიანი წილის სადინარები. მარცხენა ტოტი მარჯვენაზე უფრო გრძელია. ღვიძლის განივ ღარში, ანუ კარში, მარჯვენა და მარცხენა ტოტი ერთმანეთს უერთდება და იქმნება ღვიძლის სადინარი. ღვიძლის სადინარის შექმნის მრავალი ვარიანტი არსებობს.

ღვიძლის სადინარი შეიძლება ღვიძლის ნივთიერებაში შეიქმნას და ღვიძლის კარში მხოლოდ ღვიძლის სადინარი გამოდიოდეს. ზოგჯერ ღვიძლის სადინარი იქმნება არა ორი, არამედ რამდენიმე ტოტის (3—4—5 და მეტის) შეერთებით. შესაძლებელია ღვიძლის სადინარი შეიქმნას ღვიძლის კარიდან დაშორებით, ორივე ტოტი შეერთდეს თორმეტგოჯანაწლავთან ახლოს. პრაქტიკულ ინტერესს არ არის მოკლებული ის ფაქტი, რომ ნაღვლის ბუშტის ფოსოში შემთხვევათა 42%-ში ნაღვლის სადინარები არ არსებობს, მაგრამ 58%-ში ნაღვლის ბუშტის ფოსოში არსებობს სხვადასხვა რაოდენობისა და ყალიბის ნაღვლის სადინარები. რაც უფრო მჭიდროდ არის ღვიძლზე მიკრული ნაღვლის ბუშტი, მით უფრო მეტია ამ მიდამოში ნაღვლის სადინარები.

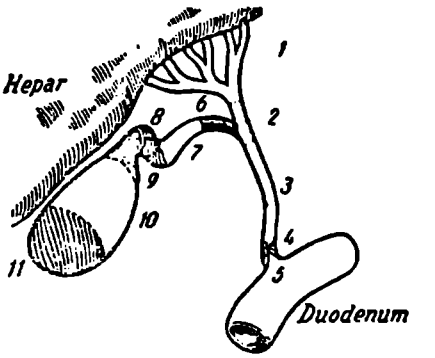
ნაღვლის საერთო სადინარი ღვიძლის სადინარის გაგრძელებას წარმოადგენს. იგი იწყება იმ ადგილიდან, სადაც მას ბუშტის სადინარი უერთდება. ნაღვლის საერთო სადინარი ღვიძლ-თორმეტგოჯა ოგის სისქეში მდებარეობს, მიემართება თორმეტგოჯანაწლავის ქვასწვრივი ნაწილის უკანა კედლისაკენ და ირიბად ხვრეტს მას. ნაღვლის საერთო სადინარი კონუსისებრი ფორმისაა. იგი განიერია ბუშტის სადინარის შეერთების ადგილზე, შემდეგ თანდათანობით ვიწროვდება და ყველაზე ვიწროა ბოლო ნაწილში. ნაღვლის საერთო სადინარის სიგრძე მეტად ცვალებადია, საშუალოდ იგი 6—8 სმ ფარგლებში მერყეობს. ნაღვლის საერთო სადინარის დასაწყისი დაახლოებით პირველი მალის ზემო კიდეს ეფარდება, დაბოლოება — წელის მე-3 მალთაშუა ხრტილის დონეს.

კენიუ ნაღვლის საერთო სადინარს სამ ნაწილად ყოფს: თორმეტგოჯას ზემო ნაწილი, თორმეტგოჯას უკანა ნაწილი და თორმეტგოჯას ქვემო ნაწილი. ნაღვლის საერთო სადინარის ასეთი დაყოფა პრაქტიკული თვალსაზრისით გამართლებულია.

ნაღვლის საერთო სადინარი, გაივლის რა ირიბად თორმეტგოჯანაწლავის სამივე შრეს, იხსნება ფატერის დვრილში, აქვე იხსნება პანკრეასის სადინარიც. ორივე სადინარს ფატერის დვრილის არეში ოდის სფინქტერი ეხვევა გარშემო. ხშირად ნაღვლის საერთო და პანკრეასის სადინარები დამოუკიდებლად იხსნებიან ფატერის დვრილის მწვერვალზე, თორმეტგოჯანაწლავის სანათურში, მაგრამ შესაძლებელია ეს ორი სადინარი დვრილის სისქეში შეერთდეს, აქ შექმნან გაგანიერება და თორმეტგოჯანაწლავში ერთი ვიწრო ხვრელით გაიხსნან. ნაღვლის გზების ექსტრაჰეპატური ნაწილის ყველაზე ვიწრო ადგილი ფატერის დვრილშია და მას პაპილარული ნაწილი ეწოდება. ხშირად ნაღვლის კენჭებიც აქ იჭედება, რასაც შეიძლება მოყვეს არა

მარტო ნაღვლის შეგუბება, არამედ აგრეთვე ვირზუნგის სადინარის შევიწროება ან მისი სრული დახშობა.

ღვიძლ-თორმეტგოჯაიოგი მეტად მნიშვნელოვანი წარმონაქმნია, რომლის სისქეში მოთავსებულია ნაღვლის მთავარი გზები და ღვიძლის კარის სისხლძარღვები. ღვიძლ-თორმეტგოჯაიოგი ღვიძლის კარსა და თორმეტგოჯანაწლავის ზემო ჰორიზონტალურ ტოტს შორის არის გაჭიმული და დაახლოებით 4—5 სმ სიგრძისაა. იგი წარმოადგენს პერიტონეუმის დუბლიკატურას. ღვიძლთორმეტგოჯაიოგის სისქეში მარჯვენა მხარეზე მოთავსებულია ღვიძლის სადინარი, ნაღვლის ბუშტის სადინარის ბოლო ნაწილი და ნაღვლის საერთო სადინარის პირველი ნაწილი. ამ წარმონაქმნებში მარცხნივ და მედიალურად მოთავსებულია ღვიძლის არტერია, უფრო უკან-კარის არტერია. აქვე მდებარეობენ ნერვები, ლიმფური სადინარები და კვანძები. ანთების შემთხვევაში ლიმფური კვანძები შეიძლება ისე გადიდდეს, რომ ზეწოლა გამოიწვიოს ნაღვლის საერთო სადინარზე.



სურ. 12. ექსტრაპეპატიკური ნაღვლის სადინარების სქემატური გამოსახულება: 1 — ღვიძლის სადინარი, 2 — ღვიძლის საერთო სადინარი, 3 — ნაღვლის საერთო სადინარი, 4 და 5 — ოღის სფინქტერი, 6 — ბუშტის სადინარის სწორი მონაკვეთი 7—ბუშტის სადინარის ვანუელარული მონაკვეთი, 8 — ყელი, 9 — ძაბრი, 10 — სხეული, 11 — ნაღვლის ბუშტის ფუძე (რ. გოლდჰანსის და გ. ჯორნსის მიხედვით).

ვინსლოვის ხვრელი წარმოადგენს ნაპრალს, რომელიც ღვიძლის აბგას ბადექონის აბგასთან აკავშირებს. ვინსლოვის ხვრელი წინიდან შემოსაზღვრულია ღვიძლ-თორმეტგოჯა იოგით, უკნიდან — ღვიძლ-თირკმლის იოგით და ქვემო ღრუ ვენით, ზემოდან — კუდიანი წილის ბორცვით, ქვემოდან — თორმეტგოჯა ნაწლავის ზემო ჰორიზონტალური ტოტით. ვინსლოვის ხვრელი შეიძლება 1 ან 2 თითს ატარებდეს. ანთებითი პროცესის შედეგად მოსალოდნელია მისი შევიწროება ან სრული დახშობა. აღნიშნული ხვრელიდან თითის შეტანით შეიძლება გასინჯულ იქნას ღვიძლთორმეტგოჯაიოგში მოთავსებული წარმონაქმნები.

ნაღვლის ზემადგენლობა და მისი გამოყოფის ფიზიოლოგია

ნაღვლის გამოყოფა ჩანასახოვანი სიცოცხლის მეექვსე თვეს იწყება და ცხოვრების მთელ მანძილზე გრძელდება. შიმშილის დროს ნაღვლის გამოყოფა მცირდება მის სრულ შეწყვეტამდე.

ადამიანის ღვიძლი დღე-ღამის განმავლობაში 800 — 1000 მლ ნაღველს გამოყოფს. როდესაც ოდის სფინქტერი დახურულია, ნაღვლის გზებში წნევა მატულობს და ნაღველი ნაღვლის ბუშტში გადადის. 1000 მლ ნაღველი შეიცავს 975,0 წყალს, დანარჩენი 25,0 კი მშრალი ნაშთია, რომელიც შესდგება მჟავებისაგან (12,0), ნაღვლის პიგმენტებისაგან (4—5,0), ქოლესტერინისაგან (1,5), მუცინისაგან და არაორგანული ნივთიერებებისაგან (ნატრიუმი, კალიუმი, მაგნიუმი და სხვა მარილები). ნაღვლის პიგმენტებიდან აღსანიშნავია ბილირუბინი და ბილივერდინი. სადინარებიდან ბუშტში გადასული ნაღველი წყლის შეწოვის შემდეგ სქელდება. ღვიძლის სადინარებში ნაღვლის ხვედრითი წონა უდრის 1010. ბუშტში კი იგი 1026 აღწევს.

ბილირუბინი ღვიძლში წარმოიშვება დაშლილი ერითროციტების ჰემოგლობინისაგან. ბილირუბინი შეიძლება წარმოიშვას ელენთაში, ლიმფურ კვანძებში და ძვლის ტვინში, მაგრამ ძირითადი კერა მისი წარმოშობისა არის ღვიძლი. ჩვეულებრივ პირობებში ბილირუბინი ღვიძლიდან ნაწლავებში გადადის, პათოლოგიურ მდგომარეობაში კი ბილირუბინი დიდი რაოდენობით გამოიყოფა თირკმლებით. ნაღვლის მჟავები ააქტივებს ლიპაზას და საერთოდ აძლიერებს ფერმენტების მოქმედებას. მათ აქვთ უნარი გახსნან ცხიმის მჟავები. ნაღველი კუჭიდან ნაწლავებში გადმოსულ მჟავას ანეიტრალებს. მას დიდი მნიშვნელობა აქვს ცხიმის პროდუქტების შეწოვის პროცესში. ნაღვლის მჟავები თავისთავად ხელს უწყობენ ზოგიერთი ვიტამინის შეწოვას. ნაღვლის სეკრეცია ღვიძლში განუწყვეტლივ წარმოებს, მაგრამ იგი ყოველთვის არ გადადის თორმეტგოჯანაწლავში. ნაღვლის გადასვლა კუჭიდან თორმეტგოჯანაწლავში დაკავშირებულია საკვების გადასვლასთან. როდესაც ნაწლავში საკვები არ არის, ნაღველი ნაღვლის სადინარის საშუალებით გროვდება ბუშტში და წყლის შეწოვის გამო სქელდება. ნაღვლის სეკრეცია და საჭიროების დროს მისი თორმეტგოჯანაწლავში გადასვლა ნერვული და ჰუმორალური მექანიზმით არის რეგულირებული.

ნაღვლის ბუშტში და სანაღვლე გზებში შეიძლება წარმოიშვას მრავალი სახის, სხვადასხვა ფორმისა და სიდიდის კენჭები. (მუხუდოს მარცვლის ოდენობიდან კაკლის ოდენობამდე). კენჭების რაოდენობა

შეიძლება 1-დან 1000-მდე მერყეობდეს. ნაღვლის ბუშტის კენჭები უხშირესად პირამიდული ან მრავალწახნაგოვანი ფორმისაა, თუმცა შეიძლება ჰქონდეთ სფერული, კვერცხისმაგვარი, კუბური და სხვა ფორმაც. უფრო ხშირად პირამიდული ან მრავალწახნაგოვანი ფორმისა არიან. კენჭების ფორმა განსაზღვრულია მათი რაოდენობით, ე. ი. ერთმანეთზე ზეწოლით. კენჭები შეიძლება იყოს მოთეთრო, მორუხო, ყავისფერი, ყვითელი, შავი და სხვა. ნაღვლის კენჭები რთული შენებისაა. მათ ცენტრში მოთავსებულია ქოლესტერინის— ცილოვანი ნივთიერების შემცველი ბირთვი, რომლის ირგვლივ კონცენტრულად დალაგებულია სხვადასხვა ნივთიერება. კენჭები შეიცავს ქოლესტერინს, კოლოიდური სტრუქტურის ცილოვან ნივთიერებას, კირის მარილებს, სხვადასხვა ლითონს: რკინა, სპილენძი, მაგნიუმი, გოგირდი და სხვ. ცნობილია, რომ სხვადასხვა მდგომარეობა (ორსულობა, მენსტრუალური ციკლი, ნივთიერებათა ცვლის მოშლა და სხვა) იწვევს სისხლში ქოლესტერინის მომატებას, ამას კი გარკვეული მნიშვნელობა აქვს კენჭების წარმოშობაში. კოლოიდური ცილის წარმოშობას ნაღვლის ბუშტის ჩამოფცქვნილი ეპითელიუმისგან ხელს უწყობს ანთებითი ექსუდატი, რაც მნიშვნელოვანი ფაქტორია კენჭის ბირთვის განვითარებაში.

სანაღვლე გზებში კენჭების არსებობა ყოველთვის არ იძლევა ავადმყოფურ გამოვლინებას. სანაღვლე გზებში და ნაღვლის ბუშტში კენჭები შეიძლება არსებობდეს ათეული წლების განმავლობაში, მაგრამ რაიმე კლინიკურ ნიშნებს არ იძლეოდეს. დაავადება მხოლოდ მაშინ გამოვლინდება, როდესაც ბუშტში მყოფ კენჭებს ინფექცია დაერთვის, რომელიც სანათურის დახშობის შედეგად იწვევს შეგუბებითი მოვლენების განვითარებას. ქოლელითიაზი არის „უსიმპტომო და მხოლოდ გართულებების მქონე დაავადება“, აღნიშნავენ შირე და პაველი. ქოლელითიაზს უფრო ხშირად ადგილი აქვს ქალებში.

როტის მონაცემებით 5403 გაკვეთაზე ნაღვლის კენჭები მამაკაცებში ნახული იყო შემთხვევათა 5,3%, ქალებში კი — 14,5%-ში.

კერტეს მონაცემებით, ნაღვლის კენჭოვანი დაავადებით ქალები ხუთჯერ უფრო ხშირად ავადდებიან, ვიდრე მამაკაცები.

ფეოდოროვის მასალის მიხედვით, ქოლელითიაზით დაავადებულ ერთ მამაკაცზე 6 ქალი მოდის.

ქურციკიძის მასალაზე 307 ავადმყოფიდან 217 ქალი იყო და 90 — მამაკაცი. ნაღვლის კენჭები უფრო ხშირად საშუალო და უფროსი ასაკის პირებს უჩნდებათ. ბავშვთა ასაკში კენჭოვანი დაავადება გამონაკლისის სახით არის აღწერილი. ასაკის მომატებას-

თან ერთად მატულობს ქოლელითიაზის სიხშირეც. კერის მონაცემებით, 70 წლის შემდეგ ნაღვლის კენჭები ყოველ მესამე პირს აღენიშნება. შემჩნეულია ისიც, რომ კენჭოვანი დაავადება უფრო ხშირად მსუქან ადამიანებში გვხვდება, რასაც უკავშირებენ ცხიმოვანი საკვების მეტი რაოდენობით მიღებას, ნაკლებ მოძრაობას და შედარებით მცირე ფიზიკურ შრომას. საერთოდ მსუქანი პირები უფრო მიდრეკილი არიან ქოლელითიაზისადმი. კვების ხასიათს უდავოდ აქვს მნიშვნელობა ნაღვლის კენჭების განვითარებისათვის. ქოლესტერინით მდიდარი საკვები (ტვინი, ფილტვები, თირკმლები. ღვიძლი, კარაქი, კვერცხი) ხელს უწყობს კენჭის გაჩენას. მიუხედავად ამისა ფეოდოროვი აღნიშნავს, რომ ეს დაავადება გვხვდება როგორც მსუქნებში, ისე გამხდრებში, როგორც სუსტებში, ისე ფიზიკურად ძლიერებში. ნაღვლის კენჭის განვითარებას ხელს უწყობს ზოგიერთი ინფექციური დაავადება. მაგალითად, მუცლის ტიფის გამომწვევი ებერტის ჩხირი შედის ნაღვლის ბუშტში, იწვევს მისი ლორწოვანი გარსის ქრონიკულ ანთებას, რაც ხელს უწყობს კენჭის განვითარებას. ასევეა დიზენტერია, ასკარიდოზი და სხვა დაავადებანი.

ნაღვლის კენჭის წარმოშობაში მნიშვნელობა აქვს შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლებს შორის კორელაციის დარღვევას, კერძოდ ფარისებრი ჯირკვლის და სანდშტრემის სხეულაკების ფუნქციის დარღვევას. მრავალი მოსაზრება არსებობს ნაღვლის კენჭების წარმოშობის შესახებ, რომლებიც დამყარებულია კლინიკურ დაკვირვებაზე, ექსპერიმენტზე და მორფოლოგიურ და ბიოქიმიურ გამოკვლევაზე. ძირითადად ყველა ეს მოსაზრება ნაღვლის კენჭების წარმოშობის შესახებ სამი თეორიის სახით შეიძლება ჩამოყალიბდეს: ინფექციური, შეგუბებითი და დისკინეზიური.

კენჭის განვითარებაში ინფექციის მნიშვნელობის შესახებ საინტერესო მონაცემებს იძლევა მეველ პემსბახი (1856). მისი აზრით, ნაღვლის ბუშტის უსიმპტომო კატარული ანთება იწვევს ექსუდატის დაგროვებას, შემდეგ კი ლორწოვანი გარსის შეშუპების გამო შეიძლება ბუშტის სადინარი დაახშოს, რასაც მოჰყვება ნაღვლის ბუშტში დაგროვილი ნაღვლის გასქელება და გახრწნა. გახრწნითი პროცესის ზეგავლენით ნაღვლის ტუტე რეაქცია მჟავე რეაქციით შეიცვლება. ქოლესტერინის და ნაღვლის პიგმენტების დალექვით წარმოიშობა უხსნადი ბელტები, რომელთა ირგვლივ ილექება ქოლესტერინი, ბილირუბინი და სხვადასხვა მარილი. ამრიგად, იქმნება ფენოვანი სტრუქტურის მქონე კენჭი.

ბოტკინის (1881) დაკვირვებით, არსებობს 5—6 სახის მიკრო-

ორგანიზმები, რომლებიც წარმოშობენ ქიმიურ ნაერთებს. მათ ნაღველში არსებული ხსნადი ნივთიერებები უხსნად მდგომარეობაში გადაყავთ და ამით ხელს უწყობენ ნაღვლის კენჭების განვითარებას.

ნაუნინის მოსაზრებით კენჭები უმთავრესად ნაღვლის ბუშტში წარმოიშვება. იგი არ უგულებელყოფს ინფექციის მნიშვნელობას კენჭების წარმოშობის საქმეში, მაგრამ შეგუბებით მოვლენებს მეტ მნიშვნელობას ანიჭებს.

იკონოკოვმა ექსპერიმენტის პირობებში მიიღო ნაღვლის კენჭები შეგუბებული ნაღვლის ინფიცირების შედეგად. ნაღვლის კენჭების განვითარებაში აშოფი განსაკუთრებულ როლს მიაწერს შეგუბებას. მისი აზრით, შეგუბების პირობებში შესაძლებელია კენჭების წარმოშობა ყოველგვარი ინფექციის გარეშე, მაგრამ შემდეგ ინფიცირების შემთხვევაში პროცესი მწვავდება, რაც სათანადო კლინიკური ნიშნებით გამოვლინდება. ამ საქმეში აშოფი დიდ მნიშვნელობას აძლევს ნაწლავის და ებერტის ჩხირს. გარკვეულ როლს თამაშობს, აშოფის დაკვირვებით, საკვების ხასიათი, ნივთიერებათა ცვლის მოშლა და სხვა.

არ არის ინტერესმოკლებული შოფარის (Chauffard) თეორია ჰიპერქოლესტერინემიის როლის შესახებ ნაღვლის კენჭების წარმოშობის საქმეში, რომელიც ნივთიერებათა ცვლის მოშლის შედეგად ვითარდება.

აღნიშნული მოსაზრებების დასამტკიცებლად ძაღლებს და შინაურ კურდღლებს აძლევდნენ ქოლესტერინს და ამით იწვევდნენ ჰიპერქოლესტერინემიას.

ნაღვლის კენჭების წარმოშობის პროცესში ბევრ ფაქტორს აქვს მნიშვნელობა: შეგუბებას, ინფექციას, ნაღვლის შემადგენლობის შეცვლას და სხვ.

ღვიძლის ქირურგია

ღვიძლის დაავადებები, რომლებიც მოითხოვს კლასიკურ ქირურგიულ ჩარევას, მრავალფეროვანია. მთელი რიგი დაავადებანი არ ემორჩილება თერაპიულ მკურნალობას და აუცილებლად საჭიროებს ოპერაციულ ჩარევას. ამ ბოლო ხანებში ისმის საკითხი ღვიძლზე ისეთივე რადიკალური ოპერაციის წარმოების შესახებ, როგორიცაა რადიკალური მასტექტომია, ფილტვის რეზექცია და სხვ. მაგრამ ასეთი რადიკალიზმი ჯერჯერობით ჩანასახოვან მდგომარეობაშია და შემდგომ შესწავლა-დაზუსტებას მოითხოვს.

ღვიძლის ჭირურგიის ძირითად, დღეისათვის უაღრესად აქტუალურ პრობლემას წარმოადგენს სისხლდენის საწინააღმდეგო ეფექტურ ღონისძიებათა შემუშავება.

ჯერ კიდევ ტინკერი (Tinker, 1905) მიუთითებდა, რომ ღვიძლის ჩვეულებრივი გაკვეთის დროს შეიძლება ადგილი ექნეს ძლიერ და მუდმივ სისხლდენას. ღვიძლის ქსოვილი ძლიერ ფაშარია, არ იჭერს ლიგატურებსა და ნაკერებს. ძნელდება დიდი ყალიბის სისხლძარღვების გამოყოფა ღვიძლის მასიდან. მართალია, მრავალი მეთოდი იქნა მოწოდებული სისხლდენის წინააღმდეგ, მაგრამ არც ერთი მათგანი არ აღმოჩნდა საიმედო. მაგალითად, დამაკმაყოფილებელ ეფექტს არ იძლევა ღვიძლის ქსოვილის გაკვეთა თერმოკაუტერით, რადგან მიმწვარი ქსოვილის დეკორტიკაციის შემდეგ მოსალოდნელია მეორადი სისხლდენა, რასაც ხელს უწყობს ღვიძლის კოაგულირებული ქსოვილის დაინფექტება. ამიტომ უარყო გარემ (Garre, 1907) მისი გამოყენება. რადიუმით გაკვეთა შედარებით ნაკლებ აზიანებს ქსოვილებს, ვიდრე თერმოკაუტერიზაცია, რადგან ამ დროს გაკვეთა უფრო სწრაფად ხდება, მაგრამ არც ეს მეთოდია საიმედო სისხლის შეჩერებისათვის.

ანშუტის აზრით (Anschutz, 1903), უპირატესობა უნდა მიეცეს ღვიძლის ნაწილის გამოყოფას ჩლუნგი წესით. სისხლდენის შეჩერების ერთ-ერთ ძველ მეთოდად ითვლება ღვიძლის მოკვეთილი ნაწილის გადაჭერა ელასტიკური ლიგატურით. ანშუტმა 1903 წ. მოგვაწოდა იოდოფორმიანი ტამპონადა ადრენალინთან ერთად, მაგრამ ახლა აღარც ამ წესს არ მიმართავენ.

შრედერი (Schroeder, 1906) ღვიძლის ნატყვიარი ჭრილობის შემთხვევაში რეზინის პარკს იყენებდა დაზიანებული ადგილის დასაფარავად. მეორე მსოფლიო ომის დროს გამოიყენებოდა ყველა სახის ჩანერგვა სისხლმდენ მიდამოში, როგორიცაა ბადექონი, მყესი, იოგი, ნაღვლის ბუშტი, ჟელატინის ღრუბელი, თრომბინში დასველებული ჟანგბადის ცელულოზა. ეს უკანასკნელი ამჟამად ყველაზე უფრო მიღებულ საშუალებად ითვლება (Scott, 1951). ზოგიერთნი ღვიძლზე რეზინის მომჭერებს ხმარობდნენ და კარგ საშუალებად მიაჩნდათ ისინი (Garre, 1907; Medill, 1912). პირველ ხანებში ასეთ მომჭერს 24—40 საათს აჩერებდნენ და ამიტომ ამ დროის განმავლობაში მუცლის ღრუს ღიად სტოვებდნენ (Clement, 1891; Kocher, 1902). ეს მეთოდი შემდგომში უარყოფილი იყო ინფექციის საშიშროების გამო.

სისხლდენის შესაჩერებლად სხვადასხვა სახის ნაკერებიც გამოიყენება, რომლებიც უმთავრესად 1896 წ. ყოფილა მოწოდებული

კუზნეცოვის და პენსკის მიერ. ნაკერები ედებოდა ორმაგი კეტგუტით. ნაკერების ჩაჭრის საწინააღმდეგოდ იყენებდნენ მაგნეზიუმის ფირფიტებს, რომლებიც შემოღებული იყო პეირისა და მარტინის მიერ (Payr et Martin, 1905). ვენდელმა (Wendel, 1911) კიბოს გამო ღვიძლის მარჯვენა წილის რეზექციის დროს გამოიყენა მასიური ლიგატურა, რომელიც რეზექციამდე ღვიძლის შიგნით იკვანძება. იგი აწარმოებდა ღვიძლის მარჯვენა არტერიის გადაკვანძვასაც. სისხლძარღვების წინასწარ გადაკვანძვას შემდგომში ვანგენსტინი და სხვებიც მიმართავდნენ (Wangensteen, 1951).

უნდა აღინიშნოს რომ ამ ბოლო ხანებში ღვიძლის რეზექციების დროს სისხლდენის შესაჩერებლად კარგი შედეგებით გამოიყენება ალოპლასტიკა.

ამ მხრივ საინტერესოა ბორნემისის (Bornemisz, 1962) ექსპერიმენტები. მან 20 ძაღლზე გააკეთა ღვიძლის მარცხენა წილის 1/3-ის რეზექცია. სისხლდენის შესაჩერებლად გაშიშვლებულ უბანს იგი ადებდა თრომბინში გაჟღენთილ სპონგოსტანს, დაფარულს ნეილონის ბადით. ამ უკანასკნელით სპონგოსტანი ღვიძლზე ფიქსირდებოდა კეტგუტის სამი კვანძით. სამი თვის შემდეგ ჰისტოპათომორფოლოგიური შესწავლისას ავტორმა სპონგოსტანის შეწოვასთან ერთად ნახა ახალი კაფსულის ინტენსიური შექმნა. შემჩნეულ იქნა კაფსულის განვითარება ღვიძლის პარენქიმისა და ნეილონის ბადის მხრიდან. სპონგოსტანის განწოვის შემდეგ ორივე კაფსულა შეერთებას განიცდის.

როგორც ლიტერატურის წყაროებიდან ჩანს, ყველაზე მეტი ყურადღება ღვიძლის ჭირურგიას 1910 წ. მიექცა. ღვიძლის ჭირურგიის ძირითად თანამედროვე პრინციპად უნდა ჩაითვალოს ორგანოს ანატომიის ზედმიწევნითი შესწავლა. პირველ ხანებში ეგონათ, რომ პრობლემა გადაწყდებოდა ტექნიკური საშუალებებით, ისე რომ შეიძლებოდა მხედველობაში არ ყოფილიყო მიღებული ღვიძლის შინაგანი სტრუქტურა. ამ მხრივ გამონაკლისს წარმოადგენენ კინი, ლანგენბუხი და ვენდელი (Keen, Langenbuch, wendel) რომლებიც ღვიძლის რეზექციის პიონერებად ითვლებიან ანატომიური მიდგომის თვალსაზრისით.

მარტინი (Martin, 1947) აღნიშნავდა, რომ ღვიძლის ვრცელი დაზიანების დროს პროგნოზი ცუდია, რადგან იგი ქმნის პირობებს მეორადი სისხლდენის განვითარებისათვის და გარდა ამისა ხელს უწყობს ქოლერაგიის განვითარებას, რომელიც მოსალოდნელია სეკვესტრაციის დროს. გარდა ამისა, შესაძლოა სხვა სახის გართულე-

ბებიც (ინფექცია — აბსცესის გახვითარება, ჰეპატორენალური სინდრომი და სხვ.).

ვენდელისა და მარტენსის მონაცემებით, ღვიძლის რეზექცია უნდა გაკეთდეს შედარებით ავასკულარულ მიდამოში, კერძოდ ნაღვლის ბუშტის ფოსოს ადგილიდან ქვემო ღრუ ვენის მიმართულებით. ამ დროს უნდა ხდებოდეს სისხლძარღვების სათანადო გადაკვანძვა ღვიძლის კარის მიდამოში. ასეთი მიდგომით ვენდელმა კარგ შედეგებს მიაღწია ღვიძლის რეზექციის დროს. 1911 წ. მან გააკეთა ოპერაცია ღვიძლის ადენომის დიაგნოზით. 9 წლის შემდეგ გამოირკვა, რომ ავადმყოფს ჰქონდა ჰეპატოცელულარული კარცინომა. როგორც ცნობილია, 1911-დან 1962 წლამდე ასეთი მიდგომით ოპერაცია აღარავის გაუკეთებია. აღნიშნულ მეთოდს შემდგომში კვლავ მიმართა სენეკმა (Seneque). მან ჩაატარა მარცხენა ჰემიჰეპატექტომია ჰიდატიდური ცისტის დროს.

რავენმა (Raven) 1949 წ. დაამუშავა ღვიძლის მარცხენა წილის რეზექციის მეთოდიკა. იგი ჰილუსის მიდამოში მიმართავდა კარის ვენის მარცხენა ტოტის, ღვიძლის მარცხენა არტერიისა და მარცხენა სადინარის გადაკვანძვას, რის შემდეგ აწარმოებდა ღვიძლის მარცხენა წილის რეზექციას თერმოკაუტერის საშუალებით. უნდა აღინიშნოს, რომ საკითხისადმი ასეთი მიდგომა დაახლოებით ფილტვის ქირურგიის ანალოგიურია, რადგან ფილტვის გარკვეული წილის რეზექციის დროსაც წინასწარ ჰილუსის მიდამოში სათანადო წარმონაქმნების გადაკვანძვა ხდება.

ქირურგიული თვალსაზრისით ჩატარებული ანატომიური გამოკვლევებისას, გარდა ღვიძლის კარის წარმონაქმნებისა, ყურადღებას იპყრობს ღვიძლის კრანიალური პოლუსი, საიდანაც გამოდის ღვიძლის ვენები. დადგენილ იქნა, რომ შეიძლება გარკვეულ მანძილზე ვენის ამოკვეთა. ღვიძლის განაკვეთი ტარდება ბლაგვი კუთხის ქვეშ და შეიძლება ისე გაკეთდეს ღვიძლის გარკვეული წილის რეზექცია, რომ ღვიძლის ვენები არ დაზიანდეს. ზოგჯერ ღვიძლის ამ დამატებითი არტერიების გადაკვანძვა, ისეთ შემთხვევაში, როდესაც ანასტომოზები არ არის განვითარებული, შეიძლება გახდეს ღვიძლის გარკვეული მიდამოს ნეკროზის მიზეზი, მით უმეტეს, თუ არ არის ჩატარებული ანტიბიოტიკებით მკურნალობა. აღნიშნული მიზეზის გამო ზოგჯერ შეიძლება ადგილი ექნეს სიკვდილის შემთხვევას, გამოწვეულს ღვიძლის ფუნქციის გამოთიშვით. თუმცა სეგალი (Segall) აღნიშნავს, რომ ინტრაჰეპატურად უხვად არსებობს არტერიებს შორის ანასტომოზები.

დღემდე არ მოიპოვება ისეთი ზუსტი დიაგნოსტიკური საშუა-

ლებები, რომელთა მიხედვითაც შეიძლებოდეს წინასწარ განისაზღვროს პროცესის ლოკალიზაცია და დისემინაცია. აღნიშნული მდგომარეობა გარკვეულ სიძნელეებს ქმნის და ზოგჯერ ქირურგს საშუალებას არ აძლევს ლაპაროტომიის გაკეთებამდე წინასწარი გეგმა დასახოს. უნდა აღინიშნოს, რომ დაავადების ლოკალიზაციის დადგენაში რამდენადმე გვეხმარება სპლენო-პორტოგრაფია. რაც შეეხება განაკვეთს, იგი თავისუფალი მიდგომის საშუალებას უნდა იძლეოდეს, ამავე დროს საჭიროების მიხედვით შესაძლებელი უნდა იყოს მისი შეცვლა. ღვიძლის მარჯვენა წილის რეზექციისათვის განაკვეთი ტარდება მუცლის მარჯვენა მხარეს ან სუბდიაფრაგმულ მიდამოსთან. ეს მიდამო ძნელია მისადგომად, მით უმეტეს, თუ ასთენიურ ავადმყოფთან გვაქვს საქმე. ასეთ შემთხვევაში საჭირო ხდება დიდი განაკვეთის გატარება, რათა დიაფრაგმის მარჯვენა გუმბათი ადვილად მისაწვდომი იყოს იქ, სადაც ღვიძლის მარჯვენა წილია მოთავსებული. განაკვეთის ტიპების შერჩევისას შეიძლება ვიხელმძღვანელოთ სუმერსის ცნობარით (Summeers, 1952), სადაც აღნიშნულია, რომ შემთხვევათა 38%-ში ქირურგები მიმართავენ მარჯვენა სუბკოსტალური ტიპის განაკვეთებს, 16,3%-ში — განივ განაკვეთებს, 13,1%-ში კი — განაკვეთებს მარჯვენამხრივი სწორი კუნთის მიმართულებით. განივი განაკვეთები უფრო მისაღებია პიკნიკურ სუბიექტებში. აღნიშნული განაკვეთები შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს ღვიძლის მარცხენა წილის რეზექციისათვისაც. შესაძლოა საჭირო გახდეს მკერდის მახვილისებრი მორჩის მოკვეთა, მკერდის ძვლის გაპობა, რა თქმა უნდა ისე, რომ პლევრა არ დაზიანდეს. თუ აღნიშნული განაკვეთი კარგადაა შესრულებული, საჭირო აღარ იქნება აბდომინალურ-თორაკალური მეთოდის გამოყენება, რომელსაც ზოგჯერ მიმართავენ ტოტალური გასტრექტომიების დროს. საერთოდ კი უნდა აღინიშნოს, რომ ჯერჯერობით არაა მოწოდებული ისეთი განაკვეთი, რომელიც ყველა მოთხოვნას აკმაყოფილებდეს.

ნაღვლის ბუშტის მწვავე და ქრონიკული ანთებანი

ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების ქირურგიას 75 წელზე მეტი ხნის ისტორია აქვს. სანაღვლე გზების პათოლოგიის შესწავლას დიდი ყურადღება ექცევა როგორც ჩვენში, ისე საზღვარგარეთ და ეს არცაა გასაკვირი. ამიტომ საჭიროდ ვცანით რამდენადმე ვრცლად შევხებოდით ამ საკითხს.

ლიტერატურაში მოიპოვება ცნობები იმის შესახებ, რომ ჯერ კიდევ 400 წელს ალექსანდერმა (Alexander) აღწერა ხარის ნაღვლის კენჭები.

ადამიანის ნაღვლის ბუშტის კენჭები 1314 წ. აუწერია სილვატიკუსს (Sylvaticus), შემდეგში კი (1320 წ.) — ბენივიენს (Benivien). ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების კენჭების შესახებ ცნობები XIV საუკუნიდან მოგვეპოვება. ამ მხრივ საინტერესოა რიშიერის (Richier, 1516), ტორლივოს (Torlivo, 1540), ვეზალის (Wesalis, 1542), კენტმანის (Kentman, 1565) და ფალოპის (Fallopie, 1581) შრომები.

იყო დრო, როდესაც ნაღვლის ბუშტზე ოპერაციები მხოლოდ ეპიზოდურ ხასიათს ატარებდა და ამიტომ ძველ ლიტერატურაში უაღრესად ძუნწი ცნობები მოიპოვება ამის შესახებ.

1618 წ. ფაბრის დე ჰილდენმა (Fabrice de Hilden) ჩაატარა შუცლის არეში ჩირქგროვის გაკვეთა, შემთხვევით გახსნა ნაღვლის ბუშტი და იქედან კენჭები ამოიღო.

ჟანლუი პტიმ (Petit, 1743) და ტეკორმა (Teckop, 1667) ნაღვლის ბუშტიდან კენჭები ამოიღეს.

რუსეთში 1884 წ. ე. კ. პავლოვმა პირველად ამოიღო ნაღვლის ბუშტიდან კენჭები. მაგრამ აღსანიშნავია, რომ ოპერაცია მხოლოდ ჩირქგროვის გახსნის მიზნით გაკეთდა და ამიტომ ნაღვლის ბუშტიდან კენჭის ამოღება შემთხვევით ხასიათს ატარებდა. პირველი ოპერაცია — ქოლეცისტექტომია 1867 წ. გაუკეთებია ამერიკელ ქირურგ ბობსის (Bobbs).

მარიონ სიმსმა (Marion Sims, 1878) ნაღვლის ბუშტს ფისტულა დაადო კენჭოვანი დაავადების დროს.

რუსეთში ნაღვლის ბუშტის ამოკვეთა პირველად გაუკეთებია კოპაცინსკის 1890 წ.

ვინივარტერმა (Winiwarter, 1880) შეგუბებითი სიყვითლის გამო ნაღვლის ბუშტსა და კოლინჯს შორის შერთული გააკეთა. საინტერესოა აღინიშნოს, რომ ოპერაცია კეთდებოდა 6 ეტაპად 2 წლის განმავლობაში.

იმავე წელს ნუსბაუმმა (Nussbaum) გამოთქვა აზრი ანასტომოზის დადების შესახებ ნაღვლის ბუშტსა და ნაწლავებს შორის.

ლანგენბუხმა (Langenbuch, 1882) გააკეთა პირველი ქოლეცისტექტომია მუცლის ღრუში ტამპონის ჩატოვებით, ხოლო კურვუაზიემ (Courvoisier, 1886) ამოკვეთა ნაღვლის ბუშტი მუცლის ღრუს ყრუდ გაკერვით. ამის შემდეგ ნაღვლის ბუშტის ამოკვეთას სხვა ქირურგებმაც მიმართეს, მაგრამ საერთოდ კი მაინც იშვიათად კეთდებოდა ეს ოპერაცია. ლანგენბუხის შემდეგ 1890 წლამდე, ე. ი. 8 წლის განმავლობაში, ლიტერატურის მიხედვით, სულ აღწერილია ქოლეცისტექტომიის 47 შემთხვევა. მერედითმა (Meredith) ნაღვლის ბუშტიდან ქვა ამოიღო და ბუშტი ყრუდ გაკერა. ამრიგად, მის მიერ იდეალური ქოლეცისტექტომიაა ჩატარებული.

კერმა 1890 წლიდან 1894 წლამდე გააკეთა 5 ქოლეცისტექტომია; მანვე შეკრიბა ქოლეცისტექტომიის 1111 შემთხვევა 1913 წლამდე.

რუსეთში ნაღვლის ბუშტის ამოკვეთის ჩვენებების საკითხზე თავიანთი მოსაზრებანი აქვთ გამოთქმული ცნობილ სპეციალისტებს: ბობროვს, დიაკონოვს, ვოლინცევს.

აღსანიშნავია ცნობილი რუსი თერაპევტის ბოტკინის მოსაზრება ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების კენჭოვანი დაავადების ოპერაციული მკურნალობის შესახებ. თავის ლექციებში („О желчной колике"), რომელიც 1883—1888 წწ. იქნა წაკითხული, მან ჩამოაყალიბა ოპერაციული მკურნალობის ფართო ჩვენებები; აღსანიშნავია, რომ იმ დროს რუსეთში სანაღვლე გზებზე ოპერაცია მხოლოდ თითო-ოროლა შემთხვევაში თუ იყო გაკეთებული. ბოტკინი წერდა: „როდესაც დიაგნოზი საეჭვო არაა, მძიმე შეტევების, ხშირი რეციდივებისას, ანდა როდესაც სიკვდილი ელის ავადმყოფს, ოპერაციული მკურნალობა შეიძლება თამამად იქნეს რეკომენდებული".

მონასტირსკიმ 1887 წ. პანკრეასის თავის კიბოს დროს განვი-

თარებული ნაღვლის შეგუბების გამო კარგი შედეგით გააკეთა ანასტომოზი ნაღვლის ბუშტსა და მლივ ნაწლავს შორის.

სკლიფასოვსკის, კუზმინის, ნასილოვის, პოლიაკოვის და სხვათა მიერ ჩატარებულია ნაღვლის ბუშტიდან კენჭის ამოღების ერთეული ოპერაციები ბუშტის ყრუდ გაკერვით. იმ დროისათვის ასეთი ოპერაციები ლიტერატურაში ცნობილი იყო როგორც „იდეალური" ქოლეცისტოტომია.

რუსეთში პირველი ქოლეცისტექტომია 1895 წ. იქნა გაკეთებული კაბლუკოვის მიერ.

სანაღვლე გზების ქირურგიის განვითარების საქმეში დიდი დამსახურება მიუძღვის დიაკონოვს.

1902 წ. გამოქვეყნდა ვოლონცევის დისერტაცია სანაღვლე გზების ქირურგიული მკურნალობის ჩვენებების შესახებ, რომელიც ემყარებოდა მორფოლოგიურ და კლინიკურ მონაცემებს. ამავე წელს გამოქვეყნდა ცეიდლერის შრომა ნაღვლის ბუშტის მწვავე ჩირქოვანი ანთების მკურნალობაზე. ყოველივე ამან მოამზადა ნიადაგი იმისათვის, რომ 1902 წ. რუსეთის ქირურგთა მე-3 ყრილობაზე დასმულიყო საკითხი სანაღვლე გზების დაავადებათა ქირურგიული მკურნალობის შესახებ. ყრილობაზე გერცენმა წარმოადგინა ქოლეცისტოენტეროსტომიის საკუთარი მოდიფიკაცია.

განსაკუთრებით დიდი დამსახურება მიუძღვის სანაღვლე გზების ქირურგიაში ს. პ. ფეოდოროვს. 1904 წ. მან სპეციალური ნაშრომი გამოაქვეყნა ქოლელითიაზის შესახებ. ამავე წელს იგი ქირურგთა მე-5 ყრილობაზე გამოვიდა მოხსენებით.

1909 წ. რუსეთის მე-9 ყრილობაზე ს. პ. ფეოდოროვი კვლავ გამოდის მოხსენებით სანაღვლე გზების ქირურგიული მკურნალობის შესახებ და იცავს ქოლეცისტოსტომიას როგორც ქირურგიული მკურნალობის კარგ მეთოდს. ამავე ყრილობაზე მარტინოვი და სპიჟარნი ქოლეცისტექტომიას აძლევენ უპირატესობას.

ამის შემდეგ ქვეყნდება ს. პ. ფეოდოროვის მოწაფის ბამფოცკის დისერტაცია ნაღვლის საერთო სადინარის ქრონიკული გაუვალობისა და მისი ოპერაციული მკურნალობის შესახებ.

ვოლკოვიჩმა გამოაქვეყნა საინტერესო ნაშრომი ნაღვლის ბუშტის კენჭოვანი დაავადების ქირურგიულ მკურნალობაზე და შეაჯამა რუსეთში გაკეთებული ოპერაციები 1885-დან 1906 წლამდე. ოპერაციათა რიცხვი 165-ს უდრიდა.

1918 წ. ს. პ. ფეოდოროვის მიერ ღირსშესანიშნავი მონოგრაფია იქნა გამოქვეყნებული სათაურით: „ნაღვლის კენჭები და სანაღვლე გზების ქირურგია".

სანაღვლე გზების ქირურგიის საქმეში დიდი დამსახურება მიუძღვის კერის, რომელმაც შეძლო მოკლე დროში დიდი მასალის დაგროვება და მისი მეცნიერული ანალიზი. 1905 წ. მან ფუნდამენტალური ნაშრომი გამოაქვეყნა სანაღვლე გზების ოპერაციული ტექნიკის თაობაზე.

1922 წ. მოწვეულ იქნა ქირურგთა მე-15 ყრილობა, სადაც სპეციალურად იყო განხილული საკითხი სანაღვლე გზების ქირურგიის შესახებ. ყრილობაზე მოხსენებებით გამოვიდნენ ოკინშევიჩი და ბუში. კამათში მონაწილეობა მიიღეს ა. ვ. მარტინოვმა, გრეკოვმა, სპასოკუკოცკიმ, ა. ვ. ვიშნევსკიმ, ფ. ა. პეტროვმა და სხვ.

1923 წ. გერმანიის ქირურგთა 47-ე კონგრესზე მოსმენილ იქნა ენდერლეინის და ჰოტცის (Enderlein, Hotz) მოხსენება. მათ წამოაყენეს შემდეგი დებულება: სანაღვლე გზებიდან ქვები (როდესაც ეს შეტევის სახით გამომჟღავნდება) ამოღებულ უნდა იქნეს ქირურგიული მეთოდით; ოპერაცია კი არ არის საშიში, არამედ მისი დაგვიანებით გაკეთება. იმისათვის რომ მივაღწიოთ კარგ შედეგს, საჭიროა ოპერაციული ჩარევა ახალგაზრდა ასაკში იქნეს წარმოებული.

1924 წ. მოწვეულ იქნა რუსეთის ქირურგთა მე-16 ყრილობა, რომელზედაც სპეციალურად იყო დასმული საკითხი მწვავე ქოლეცისტიტების დროს გადაუდებელი ოპერაციების შესახებ. მიუხედავად ამისა, ამ პერიოდში ჩვენში მაინც ნაკლები იყო ნაღვლის ბუშტის ანთების ქირურგიული მკურნალობის შემთხვევათა რიცხვი, ვიდრე ამერიკაში და ევროპაში.

ს. პ. ფეოდოროვის მიერ სულ 320 ოპერაციაა გაკეთებული, კ. ვ. მარტინოვის მიერ — 280, ოკინშევიჩის — 134, ბუშის — 102, ბ. კ. ფინკელშტეინის მიერ — 346. ევროპაში კი ამავე პერიოდში ათასობით ოპერაცია იყო გაკეთებული.

1929 წ. რუსეთის ქირურგთა 21-ე ყრილობაზე გრასმიკმა დააყენა საკითხი ქოლედოქოდუოდენოსტომიის უპირატესობის შესახებ ქოლედოქოენტეროსტომიასთან შედარებით. შემდეგ წლებში ბერიოზკინი (1930), ელანსკი, სოროკო, ტალმანი, კ. ფ. მარტინოვი, ი. გ. რუფანოვი, შახბაზიანი და სხვ. სისტემატურად აქვეყნებენ მრავალრიცხოვან დაკვირვებებზე დამყარებულ საინტერესო შრომებს.

1934 წ. მოწვეულ იქნა მოსკოვის ოლქის ექიმთა სპეციალური კონფერენცია, რომელიც მიეძღვნა ქოლეცისტიტის პრობლემას. ძირითადი მოხსენებით გამოვიდა პ. ა. გერცენი, რომელმაც მკაფიოდ დააყენა საკითხი კენჭოვანი ქოლეცისტიტის ოპერაციული მკურნა-

ლობის შესახებ. მაგრამ იგი მაინც მიუთითებდა: „მიუხედავად იმისა, რომ გამბედავ ქირურგად მიმაჩნია ჩემი თავი, ყოველთვის როდი მივმართავ ოპერაციულ ჩარევას მწვავე ქოლეცისტიტების დროს“. გერცენი მოხსენებაში აღნიშნავდა აგრეთვე ტამპონის გამოყენების აუცილებლობას ავადმყოფის ნაღვლევანი პერიტონიტისაგან დაცვის მიზნით.

1938 წ. ქირურგთა სრულიად საკავშირო 24-ე ყრილობაზე მოხსენებით გამოვიდა ტობჩიბაშევი.

აღსანიშნავია აღნიშნულ საკითხზე ი. გ. რუფანოვის და ბრაიცევის მონოგრაფიები.

1930—1935 წწ. ევროპისა და ამერიკის ცნობილმა ქირურგებმა — ფინსტერერმა (Finsterer), მეიომ (Mayo), კირშნერმა (Kirchner), ლერიშმა (Leriche), ვალტონმა (Walton), ჯედმა (Iudd), გლინომ (Gleen) და სხვ. გამოაქვეყნეს ფუნდამენტური ნაშრომები მწვავე ქოლეცისტიტის ქირურგიულ მკურნალობაზე.

როგორც საბჭოთა, ისე უცხოელ ქირურგთა უმრავლესობა ნაღვლის ბუშტის მწვავე ანთების დროს აქტიურ პოზიციას იცავს. ახლა ბევრი ფიქრობს, რომ მწვავე ქოლეცისტიტის ზოგიერთ შემთხვევაში ოპერაციის დაგვიანება საფრთხეს უქადის ავადმყოფს და ამიტომ დროულად უნდა მივმართოთ მას.

შემდგომში გამოქვეყნდა ვ. პეტროვის საინტერესო ნაშრომი (466 ოპერაციიდან პოსტოპერაციული სიკვდილობა შემთხვევათა 7,5%-ში). ავტორის მასალა იყოფა სამ ჯგუფად:

1. სასწრაფო ოპერაცია, რომელიც გაკეთებულია დაავადების დაწყებიდან პირველი 72 საათის განმავლობაში (სიკვდილობა — შემთხვევათა 2,8%-ში);

2. ადრეული ოპერაცია დაავადების დაწყებიდან 7—10 დღის შემდეგ, ე. ი. მაშინ, როდესაც ჩაცხრება ანთების მწვავე მოვლენები (სიკვდილობა შემთხვევათა 1,5%-ში);

3. იძულებითი ოპერაცია. ავადმყოფებს ხანგრძლივი კონსერვატული მკურნალობის შედეგად უვითარდებათ პერიტონიტი, ჭოლანგიტი და სხვა გართულებანი. ამ პერიოდში იძულებითი ოპერაციის მიზეზით სიკვდილობა შემთხვევათა 29,4%-ში აღინიშნება.

1953 წ. ამიერკავკასიის ქირურგთა მე-4 კონფერენციაზე მწვავე ქოლეცისტიტების მკურნალობა საპროგრამო საკითხად იდგა. მოხსენებით გამოვიდა კ. დ. ერისთავი, რომელმაც დააყენა საკითხი მწვავე ქოლეცისტიტის დროს ოპერაციული ჩარევის ფართოდ გამოყენების შემთხვევებში ერთგვარი საშიშროების არსებობაზე.

ამავე კონფერენციაზე ე. კ. ფიფიამ აღნიშნა მწვავე ქოლეცის-

ტიტების დროს ოპერაციული ჩარევის ფართოდ გამოყენების უპირატესობა. ამავე საკითხზე მოხსენებით გამოვიდნენ ლ. ცისკარიშვილი და მინასიანი.

1956 წ. ქირურგთა საკავშირო საზოგადოებამ მეექვსე პლენუმზე 22 მოხსენება მიუძღვნა ქოლეცისტიტების პრობლემას. კონფერენციაზე ბ. ა. პეტროვმა მწვავე ქოლეცისტიტის გამო 880 ოპერაციის ანალიზის საფუძველზე აღნიშნა, რომ ამ ოპერაციების დანერგვა უნდა ხდებოდეს კარგად მოწყობილ ქირურგიულ განყოფილებებში.

ამჟამად არც საბჭოთა და არც უცხოელ ქირურგთა შორის აღარ ითვლება საკამათოდ, რომ მწვავე ქოლეცისტიტების ქირურგიული მკურნალობა ერთ-ერთი ეფექტიანი საშუალებაა ავადმყოფთა გადარჩენისათვის. ასეთი ავადმყოფები აუცილებლად ქირურგიულ სტაციონარში უნდა თავსდებოდნენ, რათა დროულად იქნეს შერჩეული ოპერაციული ჩარევის ჩვენებანი, რითაც, ჯერ ერთი, თავიდან იქნება აცილებული მთელი რიგი არასასურველი და ზოგჯერ გამოუსწორებელი გართულებანი და, მეორე მხრივ, შემცირდება ე. წ. იძულებითი ოპერაციები, რომლებიც სიკვდილობის ესოდენ დიდ პროცენტს იძლევა.

მხედველობაში მისაღებია ისიც, რომ მწვავე ქოლეცისტიტის დიაგნოსტიკა და ქირურგიული მკურნალობა დიდ დაკვირვებას, სიფრთხილეს და ექიმის მაღალ სპეციალურ კვალიფიკაციას მოითხოვს.

უნდა აღინიშნოს, რომ ქართულ სამედიცინო ლიტერატურაში მრავალრიცხოვანი შრომები მოიპოვება, რომლებიც ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების პათოლოგიას შეეხება.

აღსანიშნავია, რომ 1924 წ. აბასთუმნის საავადმყოფოში ი. თიკანაძეს წარმატებით გაუკეთებია ქოლეცისტექტომია მწვავე კენჭოვანი ქოლეცისტიტის გამო. ავტორს გამოქვეყნებული აქვს შრომა „ნაღვლის ბუშტის კენჭების გამო ქირურგიული ჩარევისათვის“. მას მოჰყავს მასალა გ. მუხაძის კლინიკაში 1919—1924 წლებში მუცლის ღრუს 445 ოპერაციაზე კენჭოვანი ქოლეცისტიტის გამო გაკეთებული ქოლეცისტექტომიის 8 შემთხვევის შესახებ.

გარდა ამისა, აღსანიშნავია, რომ საქართველოში მთელი რიგი სპეციალური გამოკვლევებია ჩატარებული, რომლებსაც გარკვეული მნიშვნელობა აქვთ სანაღვლე გზების ქირურგიის განვითარებისათვის. ამ მხრივ საყურადღებოა ნ. ჯავახიშვილის შრომა ღვიძლის არტერიის კოლატერალური გზების შესახებ.

შ. ქევანიშვილის მიერ შესწავლილია ნაღვლის ბუშტის ფორმი-

სა და მდებარეობის ცვალებადობა. შ. თოიძემ შეისწავლა ღვიძლის ფორმისა და მდებარეობის ცვალებადობა.

ე. ფიფიას და ვ. გიორგაძის მიერ ექსპერიმენტის პირობებში შესწავლილია სხვადასხვა საკვების საპასუხოდ ნაღვლის გამოყოფის თავისებურებანი.

გ. კახიძემ შეისწავლა სანაღვლე გზების ობტურაციით გამოწვეული ღვიძლის მორფოლოგიური ცვლილებები.

როგორც ი. კ. მახათაძის გამოკვლევებიდან ჩანს, ნაღვლის ბუშტის ანთებითი ცვლილებები მძიმე ფუნქციურ ცვლილებებს იწვევს კარდიოვასკულარულ სისტემაში.

ცინცაძემ და ჭუმბურიძემ დაამტკიცეს ნაღვლის ბუშტის კენჭებით გამოწვეული რეფლექსოგენური მიოკარდიოდისტროფიის უკუქცევადობა.

ი. ტატიშვილმა და რ. კაპანაძემ შეისწავლეს გულის კუნთისა და მისი ნერვული წარმონაქმნების დისტროფიული ცვლილებები ნაღვლის ბუშტის ქრონიკული გაღიზიანების საპასუხოდ.

საინტერესო გამოკვლევები და შრომები აქვთ აგრეთვე ა. ქურციკიძეს, შ. ჩაჩავას, ნ. ჩიქვაიძეს, გ. მაისურაძეს, ი. კობიაშვილს, ე. ქურდიანს, თ. ახმეტელს, გ. ადამიას, ლეჟავას. ი. მეგრელიშვილს, შ. მ. ქათამაძეს, ა. ღვამიჩავას, რ. ქუმსიაშვილს, მ. აფაქიძეს, ვ. ბაბუხადიას და სხვ.

აღნიშნულ ავტორთა გამოკვლევები მრავალმხრივ აშუქებენ საერთოდ ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების პათოლოგიას.

უნდა აღინიშნოს, რომ ბილიარული ტრაქტის ქირურგია მოიცავს ნაღვლის ბუშტისა და ექსტრაჰეპატური სანაღვლე გზების პრობლემას.

ქირურგისათვის აუცილებელია იცოდეს ნაღვლის ბუშტის, ბუშტის სადინარის, ღვიძლის სადინარის, ნაღვლის საერთო სადინარის, პორტალური ვენის, ღვიძლის არტერიისა და მისი ტოტების ანატომიური ურთიერთობანი, მათი შესაძლო ვარიაციები და ის ანომალიები, რომელთაც ზოგჯერ შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს. ცნობილია, რომ სიკვდილის მიზეზი არაიშვიათად ოპერაციის შედეგად სწორედ აღნიშნული ანომალიების ან არცოდნა, ანდა მათი გაუთვალისწინებლობაა.

ქირურგმა კარგად უნდა იცოდეს მწვავე ქოლეცისტიტის კლინიკა, გადაუდებელი ოპერაციის ჩვენებანი და ისიც, თუ როდის უნდა გადაიდოს ოპერაცია გარკვეული დროის განმავლობაში. ქირურგმა უნდა გაარკვიოს, თუ როდის მიმართოს ნაღვლის ბუშტის ამოკვეთას, ნაღვლის ბუშტზე ფისტულის დადებას ან უბრალოდ ნაღვლის

ამოქაჩვას სანაღვლე გზებიდან. არამწვავე შემთხვევებში საჭიროა დიფერენცირება ჩვეულებრივი ნაღვლის ბუშტის ანთებისა ქოლელითიაზისაგან ისეთი დამხმარე სადიაგნოზო საშუალებების გამოყენებით, როგორიცაა ქოლეცისტოგრაფია, ნაღვლის წვენის ამოღება და სხვა ლაბორატორიული გამოკვლევანი. განსაკუთრებით გულმოდგინე შესწავლას საჭიროებენ ის ავადმყოფები, რომელთაც სიყვითლე აღენიშნებათ. ასეთ შემთხვევაში შედარებით ძნელია დიაგნოზის დასმა. გათვალისწინებულ უნდა იქნეს ყველა ის მიზეზი, რომელთაც შეუძლიათ სიყვითლის გამოწვევა. მეორე მხრივ, მხედველობაში მისაღებია ის გარემოება, რომ ასეთი ავადმყოფები ოპერაციისათვის განსაკუთრებულ მომზადებას საჭიროებენ.

სანაღვლე ტრაქტის დაავადება, განსაკუთრებით ისეთ შემთხვევაში, როდესაც ადგილი აქვს ნაღვლის საერთო სადინარის გაუვალობას, შესაძლოა მძიმედ გართულდეს ჰემორაგიით, ღვიძლის შოკით, პანკრეატული ასთენიით, ჰეპატორენალური სინდრომით და სხვ. არის შემთხვევები, როდესაც ქირურგს ორგვარი სპეციალური-სიძნელეების გადალახვა უხდება. ერთი მხრივ, ავადმყოფს ნაღვლის ბუშტის დაავადების გამო ოპერაციული ჩარევა ესაჭიროება, მეორე მხრივ, სიყვითლის არსებობის შემთხვევაში თავისთავად საჭიროა დიფერენცირებული ქირურგიული ჩარევა. ყოველივე ზემოთქმულის საფუძველზე ნათელია, რომ ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების ქირურგიის ცოდნას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს დროული და კვალიფიციური დახმარების აღმოჩენისათვის.

როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, საკითხი ნაღვლის ბუშტის დაავადებათა შესახებ წარსული საუკუნის ბოლოს დადგა დღის წესრიგში, მაგრამ დღესაც კი საინტერესო თავად ითვლება ქირურგიაში. ეს კი იმითაა გამოწვეული, რომ ნაღვლის ბუშტის ანთებას საკმაოდ დიდი ხვედრითი წონა აქვს ადამიანის პათოლოგიაში. კლინიცისტების მონაცემებით, ქოლეცისტიტები შეადგენს სტაციონარულ დაავადებათა 5%-ს (ვ. ი. სტრუჩკოვი).

მიუხედავად მრავალრიცხოვანი გამოკვლევებისა დღესაც ბევრი რამ არის სადავო და გაურკვეველი. ავტორთა შორის აზრთა სხვადასხვაობაა. საბოლოო სიტყვა ჯერ კიდევ არ თქმულა. პოლემიკა ძირითადად მწვავე ქოლეცისტიტების მკურნალობის ვადებს შეეხება. უნდა აღინიშნოს, რომ ეს საკითხი დავას იწვევს არა მარტო თერაპევტებსა და ქირურგებს შორის, არამედ თვით ქირურგებს შორისაც.

ქირურგთა VI საკავშირო პლენუმმა, რომელიც 1956 წლის ნოემბერში შედგა, მართალია, გამოიტანა დასკვნა მწვავე ქოლეცისტიტების დროს ადრეული ოპერაციული ჩარევის მიზანშეწონილობის

შესახებ, მაგრამ როგორც ამას უახლესი ლიტერატურა გვიჩვენებს, ერთიანი აზრი ამ საკითხზე დღემდე არ არსებობს. სწორედ ამ გარემოებამ გამოიწვია ჩვენი ინტერესიც შევხებოდით აღნიშნულ პათოლოგიას და როგორც ლიტერატურის, ისე საკუთარი მონაცემების საფუძველზე გაგვერჩია ეს საკითხი.

ნაღვლის ბუშტში ინფექციის შეჭრის უხშირესი გზა თორმეტგოჯანაწლავია. ჩვეულებრივ, ბაქტერიები თავმოყრილია როგორც თორმეტგოჯანაწლავში, ისე ნაღვლის საერთო სადინარის ტერმინალურ ნაწილში, მაგრამ როდესაც ნაღვლის ნორმალურ ევაკუაციას აქვს ადგილი, ინფექცია აღმავალი გზით არასოდეს არ ვრცელდება, ხოლო თუ სანაღვლე გზებში ამა თუ იმ მიზეზის გამო შეგუბებითი მოვლენები ვითარდება, ამას ადვილად მოყვება ინფექციის გავრცელება, რის შედეგადაც ვითარდება ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების ანთება.

შესაძლოა ნაღვლის ბუშტის ინფიცირება ჰემატოგენური გზითაც. ბაქტერიები შესაძლებელია მიტანილ იქნეს ღვიძლისა და შემდეგ ბუშტის არტერიის საშუალებით სისხლმიმოქცევის დიდი წრიდან, რასაც, ჩვეულებრივ ნაღვლის ბუშტის ანთება მოსდევს ხოლმე. შესაძლებელია ღვიძლის ინფიცირება აგრეთვე კარის ვენის საშუალებით, რის შედეგადაც ღვიძლიდან ინფიცირებული ნაღველი გამოიყოფა და ნაღვლის ბუშტის ანთება განვითარდება. ნაღვლის ბუშტის ინფიცირება მოსალოდნელია ლიმფოგენური გზითაც. ამ მხრივ მნიშვნელობას აძლევენ ჭიანაწლავის ანთებას, რომლის დროსაც შესაძლოა მოხდეს ლიმფური გზით ნაღვლის ბუშტის ინფიცირება. არც ისაა გამორიცხული, რომ ნაღვლის ბუშტზე ინფექცია უშუალოდ ახლომდებარე ორგანოებიდან გადავიდეს, მაგალითად, თორმეტგოჯანაწლავის ან კუჭის წყლულის ნაღვლის ბუშტში პენეტრაციის შემთხვევაში და სხვ. არის მოსაზრება, რომ შეგუბებულ ნაღველს მისი ტოქსინების შედეგად ბაქტერიების გარეშეც შეუძლია გამოიწვიოს ნაღვლის ბუშტის ანთება. ნაღვლის ტოქსიკურობისათვის მნიშვნელობას აძლევენ პანკრეასის ფერმენტების მოხვედრას ნაღვლის საერთო სადინარში. ამავე დროს ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ შეიძლება ნაღვლის ბუშტში და სანაღვლე გზებში ინფექციის არსებობის მიუხედავად ანთება არ განვითარდეს. ეს მოვლენა იმუნობიოლოგიურ გამძლეობაზეა დამოკიდებული. ამ დროს სხვა ფაქტორებთან ერთად დიდი მნიშვნელობა აქვს ნერვულ სისტემას. საერთოდ ნერვული სისტემა განსაკუთრებით დიდ როლს ასრულებს ნაღვლის სეკრეციის, მისი ქიმიური შემადგენლობისა და ევაკუაციის პროცესებში.

უნდა აღინიშნოს, რომ სხვადასხვა სახის პათოლოგიური პრო-

ცესის განვითარებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ბუშტის ყელში განვითარებულ დაზიანებებს. ჰისტოლოგიური გამოკვლევისას ყელის არხი შეიცავს შემაერთქსოვილოვან კედელს, ამოფენილს კუბურცილინდრული ეპითელიუმით, ჯირკვლოვანი ელემენტებით. კედელში არის ელასტიკური და კუნთოვანი ბოჭკოები. ყელის ბუშტის სადინართან შეერთების ადგილას ლოკალიზებულია ლიუტკეხსის სადინარი, რომელიც იქ არსებულ სარქველებთან ერთად იცავს ქოლედოხუსს ბუშტშიდა წნევის ძლიერ მომატების შემთხვევაში.

ა. ნანას, კ. ტოადერის და კ. ჩებიკას გამოკვლევებით, ზოგიერთი ანატომიური ცვლილება, მაგალითად კონსტიტუციური ანომალიები და აგრეთვე ფუნქციური დარღვევები ბუშტის ყელის მიდამოში, გავლენას ახდენს ნაღვლის გამოყოფაზე და განაპირობებს ფუნქციური და ზოგჯერ ორგანული დაავადებების განვითარებას. ცვლილებები ყელის მიდამოში არღვევს სფინქტერების სინერგიულ მუშაობას, რაც პათოლოგიური პროცესის განვითარებას უწყობს ხელს. ავტორების დაკვირვებებით, ცვლილებები ბუშტის ყელის მიდამოში წარმოდგენილია: ა) მექანიკური დარღვევით, რომელიც გამოიხატება სარქველების ჰიპერტროფიით, ჯირკვლოვანი, კუნთოვანი და ნერვული ელემენტების, ადენომატოზების, ადენომიომატოზების და ადენოფიბრომიომატოზების სახით; ბ) ფუნქციური დარღვევებით, რომლებიც ვითარდება რეფლექსურად სხვა ორგანოების დაავადების შემთხვევაში, რაც გამოიწვევს ლუტკენსის სფინქტერების სპაზმს; გ) პარიეტალური მიკროლითიაზით, დ) ლოკალური მინიმალური ანთებითი რეაქციებით, რომლებიც შეიძლება გახვითარდეს საჭმლის მომნელებელ ტრაქტში დარღვევების დროს (ყაბზობა, კოლიტი, ტიფლიტი). ეს რეაქციები რეფლექსურად იწვევს ნაღვლის ევაკუაციის ცვლილებებს, სტაზს და ანთებას.

ნაღვლის ბუშტის ანთების შემთხვევაში ნაღვლის ფლორა კარგადაა ადამიანებში შესწავლილი დუოდენალური ზონდით მიღებული წვენის საშუალებით. აგრეთვე გამოკვლეულია ოპერაციის ან აუტოფსიის დროს ამოკვეთილი ნაღვლის ბუშტის ფლორა. აღნიშნული გზით ნაღვლის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევებით ირკვევა, რომ ნაღვლის ბუშტში უმთავრესად გვხვდება ბაქტერიების გარკვეული სახეები, მაგალითად ნაწლავის ჩხირი, ტიფისა და პარატიფის ჯგუფის ჩხირი, სტრეპტოკოკები, სტაფილოკოკები, იშვიათად პნევმოკოკები, ანაერობული ბაქტერიები და სხვ. ფ. მ. ეფენდიევამ 25 შემთხვევაში შეისწავლა ნაღველი ნაღვლის ბუშტის ანთების დროს და მასში თეთრი სტრეპტოკოკი, Proteus vulgaris და Diplostreptococc აღმოაჩინა.

მრავალი დაკვირვება არსებობს იმის სასარგებლოდ, რომ არა თუ ნორმალურ ნაღვლის ბუშტში, არამედ დაავადებულ ბუშტშიაც კი ნაღველი შემთხვევათა 50%-ში შეიძლება სტერილური იყოს. ე. ო. ნემსაძის მიერ შესწავლილია გვამიდან აღებული 206 ნაღვლის ბუშტი, მათ შორის სტერილური აღმოჩნდა 83,5%, მიკრობები გაიზარდა 34 შემთხვევაში.

ა. ქურციკიძის მონაცემებით, ოპერაციის დროს იქნა ამოკვეთილი და შესწავლილი 128 ნაღვლის ბუშტი და მათი მიკროფლორა შემთხვევათა 51,5%-ში დათესვით სტერილური აღმოჩნდა. ავტორი დანარჩენ შემთხვევებში უხშირესად ნაწლავის ჩხირს ნახულობდა. აღსანიშნავია, რომ მიუხედავად ნაღვლის სტერილობისა, ხშირად ადგილი ჰქონდა ნაღვლის ბუშტის კედლის ღრმა ცვლილებებს, ზოგჯერ დესტრუქციასაც კი. უნდა აღინიშნოს, რომ კლინიცისტისათვის მნიშვნელობა აქვს როგორც დუოდენალური ზონდაჟის საშუალებით ამოღებული ნაღვლის ბაქტერიოლოგიურ, ისე ოპერაციის დროს ამოკვეთილი ნაღვლის ბუშტიდან მიღებული ნაღვლის ბაქტერიოლოგიურ შესწავლას, რადგან ამის მიხედვით სათანადო ანტიბიოტიკები და სხვა მედიკამენტური საშუალებები უნდა იქნეს შერჩეული.

ამის საილუსტრაციოდ შეიძლება მოყვანილ იქნეს ერთი შემთხვევა ჩვენი კლინიკიდან.

ავადმყოფი ი. გ. მამაკაცი, 69 წლის (ავადმყოფობის ისტორია № 4116). 1961 წ. 3 ივნისს შემოვიდა კლინიკაში დაავადების დაწყებიდან ოთხი დღის გაელის შემდეგ. მოყვანისას ავადმყოფი უჩიოდა ძლიერ ტკივილს მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში და პირღებინებას. ანამნეზიდან საყურადღებო იყო თირკმლის კენჭოვანი დაავადება. ობიექტურად ისინჯებოდა გადიდებული ნაღვლის ბუშტი, კარგად გამოხატული დეფანსით ამ მიდამოში. ლეიკოციტები — 17.600. მოყვანის დღესვე ავადმყოფს გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია. ნაღვლის ბუშტის კედელი განიცდის ფლეგმონურ ცვლილებებს. შიგთავსი კი წარმოადგენს მრავალობით კენჭებს. გაკეთდა ქოლეცისტექტომია. ნაღველი მიკროფლორაზე შესწავლით სტერილური აღმოჩნდა. ავადმყოფი განკურნებული გაუწერა კლინიკიდან.

როგორც ცნობილია, კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით ნაღვლის ბუშტის ანთება ორი სახისაა — ქრონიკული და მწვავე.

ისე, როგორც მწვავე ქოლეცისტიტი, ქრონიკული ქოლეცისტიტიც შეიძლება კენჭოვანი და არაკენჭოვანი იყოს. თუმცა ზოგიერთ ავტორს ზედმეტად მიაჩნია გამოყოფილ იქნეს კენჭოვანი ქოლეცისტიტი არაკენჭოვანი ქოლეცისტიტისაგან, რადგანაც ეს ორი პროცესი ერთმანეთის იდენტურად წარმოუდგენიათ. უნდა აღინიშნოს, რომ აუცილებელია მკურნალობის სწორი გზა-წესის შერ-

ჩევის მიზნით ამ ორი ნოზოლოგიის ერთმანეთისაგან გარჩევა. არაკალკულოზური ქრონიკული ქოლეცისტიტის ოპერაციული მკურნალობა მეტწილად არადამაკმაყოფილებელ შედეგს იძლევა. მრავალი კლინიცისტის გამოკვლევები გვიჩვენებს, რომ ქრონიკული არაკენჭოვანი ქოლეცისტიტით ავადმყოფები ოპერაციის შემდგომ პერიოდში უფრო მძიმე მდგომარეობაში ვარდებიან, ვიდრე ოპერაციამდე იყვნენ. ნ. ნ. ელანსკიმ, ა. ნ. ბაკულევმა, ა. ვ. სმირნოვმა და სხვ. ხელი აიღეს არაკენჭოვანი ქოლეცისტიტების ოპერაციულ მკურნალობაზე. ზოგიერთი ავტორი მომხრეა არაკენჭოვანი ქოლეცისტიტების დროს გაკეთებულ იქნას ოპერაცია. თავიანთ მოსაზრებებს ისინი იმით ასაბუთებენ, რომ არაკენჭოვანი ქოლეცისტიტების დროსაც მოსალოდნელია დესტრუქციული ფორმის განვითარება, რომელიც თავისთავად აუცილებლად საჭიროებს ოპერაციას.

გ. გ. კარავანოვისა და ფ. ა. სპექტორის მასალით, ქოლეცისტიტით 300 ავადმყოფიდან 19 არაკენჭოვანი ქოლეცისტიტით იყო დაავადებული, ამათგან 17-ს ფლეგმონური და დესტრუქციული ქოლეცისტიტი აღმოაჩნდა.

არსებობს სამი ძირითადი პრინციპი, რომელთა მიხედვითაც დგინდება ქოლეცისტიტის დიაგნოზი.

პირველია დაავადების ისტორია და ავადმყოფის ფიზიკური შესწავლა. მეტად ტიპიური შემთხვევები გვხვდება საშუალო ასაკის ქალებში და დაავადება უფრო ხ'შირად ისეთ პირებს უვითარდებათ, რომლებსაც სიმსუქნისადმი აქვთ მიდრეკილება. ავადმყოფებს აწუხებთ ხანგამოშვებითი ტკივილი მარჯვენა ფერდქვე'შა მიდამოში და საერთოდ მუცლის მარჯვენა ზემო კვადრატში. ტკივილი ხშირად საღამოობით იწყება და საერთოდ ირადიაციას მარჯვენა ბეჭის ან ორივე ბეჭის კუთხეებში იძლევა. ტკივილს ხშირად თან ახლავს გულისრევა და პირღებინება. ხშირად ასეთი ჩივილები ორსულობისას ან ზოგჯერ ორსულობის შემდეგაც ვლინდება. ავადმყოფის გამოკითხვით ყოველთვის უნდა იქნეს დადგენილი წარსული სიყვითლის არსებობა. ყველაფერი ეს საჭიროა იმის გამოსარკვევად, ჰქონდა თუ არა მას წინათ საერთო სადინარის გაუვალობის ნიშნები. პერიოდული სიყვითლე ტემპერატურის მომატებით და შემცივნებები აღწერილია შარკოტის (Charcot) მიერ და მას შარკოტის გარდამავალი ჰეპატიტური ტემპერატურა ეწოდება.

მაშინაც კი, როდესაც არ აღინიშნება ნაღვლის საერთო სადინარის გაუვალობის მოვლენები, ექიმმა შეიძლება აზრი გამოთქვას ქოლეცისტიტის სასარგებლოდ. თუ გარდამავალი მწვავე ტკივილი

მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოდან ბეჭის არეში იძლევა ირადიაციას და თუ ამავე დროს ხელითაც შეიგრძნობა გადიდებული ნაღვლის ბუშტი, დიაგნოზი საეჭვო აღარაა.

ამრიგად, აღნიშნული პათოლოგიის დროს უაღრესად დამახასიათებელია ტრიადა მარჯვენა ფერდქვეშა არეში ტიპიური ტკივილის, ბეჭის არეში ირადიაციისა და გადიდებული ნაღვლის ბუშტის შეგრძნების სახით. ასეთ შემთხვევაში 10 ავადმყოფიდან კენჭი ნაღვლის ბუშტში 9 ავადმყოფს შეიძლება აღმოაჩნდეს.

ბებკოკმა (Babcock, 1937) დაადგინა, რომ თუკი აღინიშნება ქოლეცისტიტის ტიპიური დაავადების ისტორია, შემთხვევათა 94%-ში ნაღვლის ბუშტი კენჭებს შეიცავს.

მაგრამ ნაღვლის ბუშტის დაავადება ხშირად ტიპიურად არ მიმდინარეობს. ზოგჯერ ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში უმნიშვნელოა. ასეთ შემთხვევაში გვეხმარება ლაბორატორიული და რენტგენოლოგიური გამოკვლევები. უბრალო მიმოხილვითი სურათის გადაღება შემთხვევათა 10—15%-ში კენჭების გამოსახულების სურათს იძლევა იმ ავადმყოფებში, რომლებიც კალკულოზური ქოლეცისტიტით არიან დაავადებული. რენტგენოგრამაზე ნაღვლის ბუშტში კენჭის გამოსახვისათვის მნიშვნელობა აქვს თვით კენჭში კალციუმის განაწილებას. ნაღვლის კენჭებში კალციუმის დიდი რაოდენობით არსებობა მისი რენტგენოლოგიური გამოვლინების უკეთეს საშუალებას იძლევა. ისეთ შემთხვევაში, როდესაც კალციუმი ნაღვლის კენჭის გარკვეულ ადგილზეა კონცენტრირებული, ანდა იგი ფოსფატს შეიცავს, რენტგენოგრამაზე კენჭები კარგად გამოისახება. ამრიგად, ქოლეცისტიტის სადიაგნოსტიკოდ დიდი მნიშვნელობა აქვს ქოლეცისტოგრაფიისა და დუოდენალური ზონდაჟის მონაცემებს.

ცნობილია, რომ ქრონიკული კენჭოვანი ქოლეცისტიტის დიაგნოზი ყოველთვის როდია ადვილი. ის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმი, რომელსაც ჩვენ ვემყარებით, აბსოლუტურად ზუსტად არ ჩაითვლება. ამის შედეგია ის, რომ ოპერაციის დროს ზოგჯერ არ ხერხდება რაიმე პათოლოგიის დადგენა ნაღვლის ბუშტში და ქირურგი საგონებელში ვარდება, არ იცის როგორ დაასრულოს ოპერაცია. საკითხის გადასაწყვეტად მნიშვნელობა აქვს ბუშტის კედლის გასქელებას ან შეხორცებას. ასეთი ნაღვლის ბუშტი, მიუხედავად მასში კენჭების არარსებობისა, ამოღებას საჭიროებს, რადგან ახლა ცნობილია, რომ წვრილი კენჭები შესაძლოა ნაღვლის ბუშტის სადინარის არეში იმყოფებოდეს, მაშინ როდესაც გასინჯვით ნაღვლის ბუშტი ნორმალურია.

ზოგიერთი ავტორი ასეთ საეჭვო შემთხვევაში დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით ქოლეცისტოსტომიაზე მიგვითითებს.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ამ თვალსაზრისით მწვავე ქოლეცისტიტი, რომელსაც შეუძლია „მწვავე მუცლის" კლინიკა და მრავალი გართულება გამოიწვიოს. ამიტომ მიზანშეწონილად მიგვაჩნია უფრო ვრცლად შევეხოთ ამ დაავადებას.

როგორც ცნობილია, ნაღვლის ბუშტი წარმოადგენს სანაღვლე გზის გამობერილობას, მის დივერტიკულს. ზოგჯერ ანთებითი პროცესი შეიძლება მხოლოდ ნაღვლის ბუშტს შეეხოს. არის შემთხვევები, როდესაც ანთებითი პროცესი ფართოდ ვრცელდება ბილიარულ ტრაქტზე.

მწვავე ქოლეცისტიტს ახასიათებს ჰიპერემია, შეშუპება და პოლიმორფონუკლეარულ-უჯრედოვანი ინფილტრაცია. ხშირად აღინიშნება კეროვანი ან ტოტალური ნეკროზის განვითარება ლორწოვან გარსში.

ბერკი (Berk, 1940—1946) ნაღვლის ბუშტის მწვავე ანთების დროს ბუშტის ყელის მიდამოში შემთხვევათა 92%-ში ნახულობდა კენჭებს.

მწვავე ქოლეცისტიტი ექსპერიმენტულადაც შეიძლება გამოწვეულ იქნეს ნაღვლის საერთო სადინარის გადაკვანძვით პანკრეასის სადინართან მისი შეერთების ადგილის ქვემოთ. ამ ოპერაციის შედეგად პანკრეასის ფერმენტები ნაღვლის ბუშტში გადადის და იქ ანთებით პროცესს განავითარებს. ასეთი ექსპერიმენტი თხებზე ბისგარდის (Bisgard) მიერაა ჩატარებული 1940 წ. ამრიგად, როგორც ირკვევა, პანკრეასის ფერმენტები ხელს უწყობს ნაღვლის ბუშტში ანთებითი პროცესის განვითარებას.

გაჩმა (Gatch, 1946) ძაღლებში ექსპერიმენტული ქოლეცისტიტი გამოიწვია კარის ვენაში ნაღვლის მარილების შეყვანით.

უნდა აღინიშნოს, რომ ექსპერიმენტულად გამოწვეული ნაღვლის ბუშტის ანთება განსხვავდება კლინიკური შემთხვევებისაგან. მართალია, ინფექცია დიდ როლს ასრულებს ნაღვლის ბუშტის მწვავე ანთების წარმოშობაში, მაგრამ არანაკლები მნიშვნელობა აქვს კენჭის გაჩენას აღნიშნული პათოლოგიის დროს.

როგორც ნაღვლის ბუშტში, ისე ღვიძლშიდა უჯრედებში კენჭის გაჩენას ზოგიერთი ავტორი ნივთიერებათა ცვლის დარღვევას, სისხლისა და ენდოკრინული ჯირკვლების დაავადებებს უკავშირებს, ზოგიერთი კი ცენტრალური ნერვული სისტემის გავლენას აძლევს ამ მხრივ მნიშვნელობას (დ. ალპერინი, ბ. ე. გაისინსკი, ლოკი და სხვ.).

კლინიკური მიმდინარეობისა და ქირურგიული მკურნალობის ჩვენებების მიხედვით მწვავე ქოლეცისტიტებს მ. ა. თოფჩიბაშევი 3 ჯგუფად ჰყოფს: 1. მწვავე მარტივი პირველადი ქოლეცისტიტი. 2. გამწვავებული რეციდივული ქოლეცისტიტი და 3. მწვავე გართულებული ქოლეცისტიტი.

დაავადება ხშირად მწვავე ხასიათის შეტევითი ტკივილით იწყება და ზოგიერთი ავტორი ამას ნაღვლის კენჭოვან კოლიკას უწოდებს. დაავადება უმეტესწილად საშუალო ასაკის ისეთ ქალებში გვხვდება, რომელთაც მიდრეკილება აქვთ სიმსუქნისადმი.

საერთოდ ინტენსიური ტკივილი ლოკალიზდება მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში ირადიაციით მარჯვენა ბეჭის კუთხისაკენ. ტკივილი ზოგჯერ მარცხენა ბეჭის კუთხისაკენაც გადაეცემა. არაიშვიათად ტკივილს მსუყე საკვების მიღებას უკავშირებენ. მნიშვნელობა აქვს ორსულობის, მშობიარობისშემდგომ პერიოდს და ზოგჯერ ფსიქიკურ აფექტსაც. ტკივილის გამო ავადმყოფები მოუსვენრობენ, შეელას მოითხოვენ და ცდილობენ ნაკლებ შემაწუხებელი პოზა მიიღონ საწოლში. ტკივილს ხშირად განმეორებითი პირღებინება ემატება, მაჯისცემა დასაწყისში შენელებულია, შემდგომ კი, ანთებით რეაქციასთან დაკავშირებით ჩქარდება და შესაძლოა 120-ს და მეტსაც მიაღწიოს. შეტევითი ხასიათის ტკივილი საშუალოდ 2—3 საათი გრძელდება, ზოგჯერ შეიძლება რამდენიმე დღე გასტანოს.

ასეთ შემთხვევებში მორფიუმის, სათბურებისა და ატროპინის გაკეთების შემდეგ ტკივილი, ჩვეულებრივ, ქრება და ავადმყოფები მშვიდდებიან. ნაცვლად მოუსვენარი მოძრაობებისა, ავადმყოფები ცდილობენ უძრავად იყვნენ და ამდენად ექიმს საშუალება ეძლევა უკეთ გამოიკვლიოს ისინი. ადვილდება აგრეთვე ანამნეზის შეკრება, გასინჯვა და სხვ.

ნაღვლის ბუშტის მწვავე ანთების დიაგნოზის დადგენა სიძნელეს არ წარმოადგენს, მაგრამ არატიპიურად მიმდინარე შემთხვევაში მოსალოდნელია შეცდომები. მოსალოდნელია მაგალითად, კუჭისა და თორმეტგოჯანაწლავის წყლულის პერფორაციის, მწვავე აპენდიციტის, მწვავე პანკრეატიტის, თირკმლის ჭვალის, პნევმონიის, პლევრიტის. ნაწლავთა გაუვალობის, ტაბესური კრიზის, ვერცხლისწყლით მოწამვლის, კუჭის ფლეგმონის და სხვათა მცდარი დიაგნოზები.

ასეთ შემთხვევაში სწორი დიაგნოზი ზოგჯერ საოპერაციო მაგიდაზე ვლინდება. დიაგნოსტიკის თვალსაზრისით გარკვეული მნიშვნელობა აქვს რენტგენოლოგიურ მონაცემებს.

დათვალიერებით მუცელი ზომიერად შებერილია, მისი მარჯვენა ნახევარი ნაკლებად დებულობს სუნთქვაში მონაწილეობას. პალ-

პაციით მარჯვენა ფერდქვეშა არეში დაჭიმულობა და ლოკალური ტკივილი აღინიშნება. დეფანსი და ტკივილი მისი გავრცელებისა და ინტენსივობის თვალსაზრისით სხვადასხვა სახისაა. განსაკუთრებით მტკივნეულია ნაღვლის ბუშტის საპროექციო არე, რაც კერის სიმპტომის სახელითაა ცნობილი. ლიტერატურაში აღწერილია აგრეთვე მურფის (Murphi) სიმპტომი, რომელიც ჩასუნთქვის ფაზაში ხელის დაჭერისას ნაღვლის ბუშტის მიდამოს ძლიერი მტკივნეულობით ვლინდება. მწვავე ქოლეცისტიტის დროს შეიძლება გამოხატული იყოს ორტნერის (Orthner) სიმპტომიც. ავადმყოფს არ შეუძლია ღრმად ჩასუნთქვა და აღენიშნება მტკივნეულობა მარჯვენა ნეკნთა რკალზე შემოკერის დროს. ხშირ შემთხვევაში გადიდებული, სადაზედაპირიანი ნაღვლის ბუშტი ისინჯება ნეკნთა რკალის ქვემოთ. ზოგიერთ შემთხვევაში შეუძლებელია ნაღვლის ბუშტის ვასინჯვა, რადგან მას გარს ეხვევა ბადექონი, ზოგჯერ კი ანთებითი ინფილტრატი ფარავს და სხვ. ზოგიერთი ავტორი შესაძლებლად თვლის ბუშტში არსებული კენჭების გასინჯვას და მათი ხრაშუნის მოსმენასაც კი, რასაც კერი საეჭვოდ მიიჩნევს.

უნდა აღინიშნოს, რომ როდესაც ნაღვლის ბუშტი გადიდებულია და თანაც კენჭებითაა ავსებული, შეიგრძნობა მკვრივი სიმსივნური წარმონაქმნი, რომლის დიფერენცირება სიმსივნურ დაავადებასთან გარკვეულ შემთხვევებში შესაძლებელია. აღნიშნულ მონაცემებს ავსებს ტემპერატურის მომატება 37,5—39°-მდე და უფრო მეტადაც. უფრო ხშირად ტკივილის გაქრობასთან ერთად ტემპერატურა რამდენიმე დღეში ნორმას უბრუნდება, შეტევის მომენტში ან მე-2—3 დღეს მოსალოდნელია სიყვითლის განვითარება. სიყვითლე ზოგჯერ უმნიშვნელოა, ზოგჯერ კი იგი ინტენსიურ ხასიათს ღებულობს. ამ დროს შარდი მუქი ლუდის ფერია, რაც ნაღვლის პიგმენტების მომატებაზეა დამოკიდებული. ამ სიმპტომს დიდი მნიშვნელობა აქვს, მით უმეტეს ისეთ შემთხვევაში, თუ აქოლიური განავალი აღინიშნება. სიყვითლე ნაღვლის საერთო სადინარის კენჭებით დახშობის შედეგია. უნდა ითქვას, რომ ამ მძიმე გართულების დროსაც კი შეიძლება კარგი პროგნოზის იმედი ვიქონიოთ, თუკი კენჭები მცირე ზომისაა და ნაღვლის საერთო სადინარიდან თორმეტგოჯა ნაწლავში გადადის. ზოგჯერ, როდესაც თორმეტგოჯანაწლავსა და განივ კოლინჯს შორის ფისტულა ყალიბდება, შესაძლოა მოზრდილი კენჭებიც გადავიდეს და ნაწლავის სანათურის დახშობაც კი გამოიწვიოს.

ცნობილია, რომ შეტევის დროს ძლიერი ტკივილის შედეგად გულის მხრივ მოვლენები აღინიშნება, როგორიცაა მაჯის ავსების შემცირება, რიტმის დარღვევა, ცვლილებები არტერიული წნევის

მხრივ და სხვა. აღნიშნული მოვლენები ქოლეცისტიტის დროს თავის დროზე ბოტკინის მიერ იყო შენიშნული. მისი აზრით (1867), სანაღვლე გზების კენჭოვანი დაავადება ხშირ შემთხვევაში სტენოკარდიული შეტევის მიზეზს წარმოადგენს.

როგორც ლიტერატურის წყაროები გვიჩვენებს, თვით ს. პ. ბოტკინი წლების მანძილზე ნაღვლის ბუშტის კენჭოვანი დაავადებით ყოფილა შეპყრობილი. სიცოცხლის უკანასკნელ წლებში მას შემაწუხებელი სტენოკარდიული მოვლენები დასწყებია და ამას იგი კენჭებით გამოწვეული პათოლოგიით ხსნიდა. გულის პათოლოგიური მდგომარეობის გამო ბოტკინის მკურნალმა ჭირურგმა ლაუსონ-ტეტმა (Lowson-Tait) ქლოროფორმის ნარკოზი ვერ გამოიყენა და ამრიგად ოპერაციულ ჩარევაზე უარი განაცხადა, თუმცა პაციენტი იმდენად შეწუხებული იყო, რომ ოპერაციის უანესთეზიოდ გაკეთებას მოითხოვდა. გაკვეთაზე ნაღვლის ბუშტში მრავლობითი კენჭები იქნა ნახული. გარდა ამისა, შესაფერისი ცვლილებები აღინიშნებოდა გულის კუნთშიც.

ი. მახათაძის აზრით, კარდიოვასკულარული სისტემის მწვავე უკმარისობას მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია ნაღვლის გზებზე ჩატარებული ოპერაციის შემდგომ პერიოდში სიკვდილის უშუალო მიზეზთა შორის. ავტორი თვლის, რომ გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციური დარღვევის ხარისხი დამოკიდებულია ქოლეცისტექტომიების დროს ნაღვლის ბუშტის პათოლოგიური ცვლილებების ხარისხზე.

ი. ტატიშვილისა და რ. კაპანაძის მიერ ექსპერიმენტული ქოლელითიაზის დროს გულში ნახულია სტრუქტურული ცვლილებები; ამასთან, რაც უფრო ძლიერი ცვლილებებია ნაღვლის ბუშტის კედელში, მით უფრო მეტია სტრუქტურული ცვლილებები გულში. აღნიშნული სტრუქტურული ცვლილებები დამოკიდებულია პათოლოგიური იმპულსის გავრცელებაზე ნერვულ-რეფლექსური გზით ნაღვლის ბუშტიდან გულისაკენ.

ვ. პ. ობრაზცოვის, ნ. დ. სტრაჟესკოს, გ. ფ. ლანგის, ნ. ა. ალბოვის, ვ. ნ. ჩერნიგოვსკის და სხვა მკვლევარების აზრით, გულ-სისხლძარღვთა სისტემა განსაკუთრებულ რეფლექსურ ზემოქმედებას განიცდის სხვა ორგანოების მხრივ. კლინიცისტებმა კარგად იციან, რომ სტენოკარდია და შემდგომ მიოკარდიუმის ინფარქტი ხშირ შემთხვევაში რაიმე ძლიერი დამატებითი გაღიზიანების შედეგად წარმოიშვება. ახლა უკვე ეჭვს აღარ იწვევს ეგრეთ წოდებული რეფლექსური სტენოკარდიის არსებობის შესაძლებლობა.

სანაღვლე გზებზე ოპერაციები მუცლის ღრუს სხვა ოპერაციებ-

თან შედარებით უფრო ხშირად იწვევს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის რეფლექსურ მოშლილობებს. ღვიძლისა და ნაღვლის ბუშტის დაავადებების დროს სტენოკარდიების ხშირი თანაარსებობა წარმოადგენს ამ მოსაზრების კლინიკურ დასაბუთებას. მხედველობაში მისაღებია ისიც, რომ ქირურგიული ჩარევა სანაღვლე გზებზე უფრო ხშირად ხანშესულ ასაკში ხდება.

თ. ს. გერასიმოვა აღწერს შემთხვევებს, როდესაც კორონარული უკმარისობა ვითარდებოდა მეორადად ღვიძლისა და ნაღვლის ბუშტის დაავადების ფონზე. ამიტომ დიდი მნიშვნელობა აქვს ოპერაციის წინ გულ-სისხლძარღვთა სისტემის შესწავლას და ოპერაციის-შემდგომ პერიოდში ამ მიმართულებით ავადმყოფებზე მეთვალყურეობას.

უნდა აღინიშნოს, რომ ჯერაც არაა კარგად შესწავლილი მწვავე ქოლეცისტიტის გავლენა კორონარულ სისტემასა და მიოკარდიუმზე. ასევე არ ექცევა ჯეროვანი ყურადღება ღვიძლის როლს გულის კუნთის დაზიანების პათოგენეზში.

არის შემთხვევები, როდესაც ნაღვლის ბუშტის მხრივ მოვლენები იმდენად შემაწუხებელია, რომ გულის მხრივ მოვლენები იჩრდილება. ამის მაგალითი ჩვენი კლინიკის მასალაზეც მოგვეპოვება.

მოგვყავს ეს შემთხვევა.

ავადმყოფი ჩ. მ. თ., 48 წლის (ავადმყოფობის ისტორია № 3723); შემოვიდა კლინიკაში, როგორც სასწრაფო შემთხვევა, მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში ძლიერი ტკივილის, პირღებინებისა და მაღალი ტემპერატურის გამო (დაავადების დაწყებიდან სამი დღის შემდეგ). დაავადება დაეწყო თანდათანობით მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში ტკივილით. მიღებისას ავადმყოფის მდგომარეობა საშუალო სიმძიმის, პალპაციით ისინჯება გადიდებული და ძლიერ დაჭიმული ნაღვლის ბუშტი. აღნიშნულ მიდამოში გამოხატულია დეფანსი. ყურადღებას იპყრობს მკვეთრად გამოხატული არიტმია. აუცილებლად იქნა მიჩნეული სასწრაფო ოპერაციული ჩარევა. ოპერაცია გაკეთდა ინტრატრაქეული ნარკოზის ქვეშ. აღმოჩნდა ფლეგმონური ნაღვლის ბუშტი, ამ უკანასკნელში ჩირქოვანი შიგთავსის არსებობით. წინასწარ გაკეთდა ნაღვლის ბუშტის პუნქცია. ამოღებულ იქნა სქელი კონსისტენციის ჩირქი 300,0 რაოდენობით. გაკეთდა ქოლეცისტექტომია. ბუშტის სადინარში იყო მოზრდილი კენჭი, მუცლის ღრუში ჩაიდო ტამპონები და დრენაჟი. ოპერაციის შემდგომ, დაახლოებით 10 საათის განმავლობაში საერთო მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი იყო, მაგრამ შემდეგში იგი ერთბაშად გაუარესდა, თავი იჩინა გულსისხლძარღვთა სისტემის მწვავე უკმარისობის მოვლენებმა. პულსი აღარ შეიგრძნობოდა. განვითარდა ციანოზი, ოპერაციიდან 20 საათის შემდეგ ავადმყოფი გარდაიცვალა. პათოლოგანატომიურ გაკვეთაზე ნახული იქნა გულის მარცხენა გვირგვინოვანი არტერიის თრომბოზი და მარცხენა პარკუჭის დიდი ინფარქტი.

ჩვენ ვფიქრობთ, რომ ნაღვლის ბუშტის ესოდენ მძიმე დაავა-

დება გახდა გულის ინფარქტის განვითარების მიზეზი. ასეთი შემთხვევები გვავალებს ყურადღებით მოვეპყროთ გულ-სისხლძარღვთა სისტემას ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების პათოლოგიების დროს.

მწვავე ქოლეცისტიტების დროს მნიშვნელოვან სიმპტომს წარმოადგენს აგრეთვე მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოს დეფანსი, რომელიც, ჩვეულებრივ, სამკუთხიანი ფორმითაა წარმოდგენილი; მისი ზედა კიდე შემოსაზღვრულია მარჯვენა ნეკნთა რკალით, შიგნითა მარჯვენა სწორი კუნთის გარეთა კიდეს ემთხვევა, გარეთა კი ირიბი ხაზია, რომელიც იწყება ნეკნთა რკალიდან, გასდევს მარჯვენა ლავიწქვეშა ხაზს და მიმართულია მუცლის სწორი კუნთის გარეთა კიდისაკენ, პიპის ზევით 2-3 თითის დადებით. ზოგჯერ მწვავე ქოლეცისტიტის დროს დეფანსი დიფუზური ხასიათისაა და ადგილი აქვს მთელი მუცლის დაჭიმულობას, რაც პროცესის გავრცელების მაჩვენებელია.

როგორც უკვე იყო აღნიშნული, სიყვითლე ნაღვლის ბუშტის ანთების დროს უმთავრესად ნაღვლის საერთო სადინარის კენჭით დახშვითაა გამოწვეული. ამ დროს ნაღველი გუბდება ღვიძლგარეშე და ღვიძლშიდა სადინარებში, რაც დიდ გავლენას ახდენს ღვიძლის პარენქიმულ უჯრედებზე, შეიძლება გამოიწვიოს უჯრედების გადაგვარება და ფიბროზული შემაერთქსოვილოვანი ხარისხების წარმოშობა. ასეთ პირობებში ნაღველი გადადის სისხლის საერთო ცირკულაციაში, ნაღვლის პიგმენტები ვრცელდება ორგანიზმის ყველა ქსოვილში, რაც ლორწოვანისა და კანის სიყვითლით ვლინდება. ნაღვლის საერთო სადინარის კენჭმა რომ სიყვითლე გამოიწვიოს, ამისათვის საჭიროა კენჭის სიდიდე ნაღვლის საერთო სადინარის სიდიდეს აღემატებოდეს, ანდა მცირე ზომის კენჭი უნდა მოხვდეს ნაღვლის საერთო სადინარის უწვრილეს ადგილას, როგორიცაა, მაგალითად, ფატერის დვრილი, სადაც ხშირად აქვს ადგილი კენჭის გაჩხერას. ნაღვლის საერთო სადინარის ამა თუ იმ არის დახშვის შედეგად ადგილი აქვს მის კომპენსაციურ გაგანიერებას, ზოგჯერ იგი მკვეთრად განიერდება და ნაწლავის სანათურის სიფართოვეს აღწევს. ასეთი გაგანიერებული ნაწილიდან შესაძლოა კენჭმა გადმოინაცვლოს, რის შედეგადაც ნაღვლის საერთო სადინარის გამავლობა აღდგება და სრულიად გაქრება ობტურაციის კლინიკური ნიშნები, სანამ კვლავ არ განვითარდება კენჭებით საერთო სადინარის დახშვა. აღნიშნული პათოლოგიის დროს სიყვითლის ასეთი პერიოდულობის შესახებ საკმაოდ ვრცლადაა ლიტერატურაში მითითებული.

რიდელი (Riedel) აღწერს შემთხვევას, როდესაც ავადმყოფს

ნაღვლის ბუშტის კენჭოვანი ქოლეცისტიტის გამო 17 წლის მანძილზე პერიოდულად აღენიშნებოდა სიყვითლე. ჩვენი კლინიკური მასალით ირკვევა, რომ ასეთ გარდამავალ სიყვითლეს იშვიათად ვხვდებით ნაღვლის ბუშტის კენჭოვანი დაავადებების დროს.

ამასთან, უნდა აღინიშნოს, რომ ნაღვლის საერთო სადინარის დახშვა გარდა კენჭისა შეიძლება გამოწვეული იყოს პანკრეასის თავისა და ფატერის დვრილის კიბოს არსებობით. ზოგჯერ ღვიძლის მეტასტაზურმა სიმსივნემ შესაძლოა მექანიკურად დაახშოს ღვიძლის საერთო სადინარი. სადინარის დახშვა შესაძლებელია გამოიწვიოს აგრეთვე ღვიძლის კარის მიდამოს ლიმფადენიტმა, ექინოკოკმა. გვხვდება ასკარიდოზით და უფრო იშვიათად კი უცხო სხეულებით სადინარის დახშვის შემთხვევები.. აღწერილია, მაგალითად, საერთო სადინარში ტყვიის არსებობა.

გარდა ზემოაღნიშნულისა, სიყვითლეს ადგილი აქვს ნაღვლის ბუშტის ანთების დროს, რომელიც უმთავრესად ქოლანგიტის შედეგად შეიძლება იყოს გამოწვეული, მაგრამ აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ შედარებით იშვიათია მხოლოდ ნაღვლის ბუშტის ანთების შედეგად განვითარებული ქოლანგიტი.

სიყვითლით ავადმყოფებს ყველაზე მეტად ქავილი აწუხებთ, მით უმეტეს, თუ იგი ხანგრძლივი და ინტენსიურია (თანაც სულ ერთია, რითაა ის გამოწვეული — ფატერის დვრილში ჩაჭედილი კენჭით თუ პანკრეასის თავის კიბოთი). ქავილი მოსვენებას არ აძლევს ავადმყოფს და იგი შველას მოითხოვს ექიმისაგან.

მოსალოდნელ გართულებას მწვავე ქოლეცისტიტების დროს წარმოადგენს ქოლემიური და ჰოლიური სისხლდენა. ეს მეტად სახიფათო გართულება წინათ სიკვდილობის მაღალ პროცენტს იძლეოდა. უნდა აღინიშნოს, რომ ასეთი გართულება ახლა ძალზე იშვიათია.

ა. ვ. მარტინოვი (1928) აღნიშნავდა, რომ ქოლემიური სისხლდენით დაახლოებით ავადმყოფების 75% იღუპებოდა. ეს ახლა პარადოქსულადაც კი გვეჩვენება. ზუსტად დამუშავებული ოპერაციული ტექნიკა, სისხლის გადასხმის გამოყენება, ვიკასოლისა და ქლორკალციუმის ხმარება უკეთეს პირობებს ქმნის გართულების თავიდან აცილებისათვის.

მწვავე ქოლეცისტიტისათვის დამახასიათებელმა ტიპიურმა კლინიკამ, როგორიცაა შეტევითი ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, პირღებინება, ტემპერატურის მომატება, ნაღვლის ბუშტის მიდამოს დეფანსი, სიყვითლის ხშირი განვითარება, შარდის მუქი ფერი და სხვ., შესაძლებელია რამდენიმე დღის განმავლობაში

გაიაროს, მაგრამ არაიშვიათად არის ისეთი ფაქტორებიც, როდესაც, მიუხედავად მიღებული ზომებისა (როგორიცაა ტკივილდამაყუჩებელი საშუალებები, ატროპინი, პარავერტებრალური ბლოკადები და სხვ.) ტკივილის ინტენსივობა კი კლებულობს, მაგრამ ზოგადი მდგომარეობა არ უმჯობესდება. დეფანსი ძლიერდება, შეიძლება გაისინჯოს ინფილტრატი, გადიდებული ღვიძლი, მაჯისცემა ჩქარდება და აღწევს 100-120-მდე, მატულობს ლეიკოციტოზი, აღინიშნება სისხლში მარცხნივ გადახრა, ტემპერატურა მატულობს, ზოგადი მდგომარეობა მძიმდება. ყოველივე ეს ნაღვლის ბუშტის ჩირქოვანი ანთების სასარგებლოდ ლაპარაკობს, ე. ი. ამ დროს უმეტეს წილად საქმე გვაქვს ნაღვლის ბუშტის ფლეგმონურ ანთებასთან. ასეთ შემთხვევაში ყოველგვარი გართულების თავიდან აცილების მიზნით მიზანშეწონილია ოპერაციული ჩარევა. მაგრამ ზოგიერთ შემთხვევაში კონსერვატული მკურნალობა (ანტიბიოტიკები, დიეტა, სითბო და სხვ.) კარგ თერაპიულ ეფექტს იძლევა, მაგრამ სრული განკურნება მაინც არ ხდება, რადგანაც ნაღვლის ბუშტში და სანაღვლე გზებში კენჭები რჩება. ინფიცირებული კერის არსებობის გამო ადგილი აქვს მეზობელ ორგანოებთან შეხორცებითი პროცესების განვითარებას. ყოველივე ამის გამო მოსალოდნელია პროცესის გამწვავება და რეციდივული ქოლეცისტიტის კლასიკური მიმდინარეობის სურათის ჩამოყალიბება. უნდა აღინიშნოს, რომ რაც მეტი დრო გადის, მით უფრო მეტი ცვლილებები ვითარდება როგორც ნაღვლის ბუშტში, ისე სანაღვლე გზებში, ღვიძლში, პანკრეასში, კარდიოვასკულარულ სისტემაში და სხვ.

ცნობილია, რომ ფლეგმონური ქოლეცისტიტი დაახლოებით შემთხვევათა 60%-ში ცხრება და ავადმყოფები მძიმე მდგომარეობიდან გამოდიან. გარკვეულ პროცენტში დაავადებას მთელი რიგი გართულებები ახასიათებს, როგორიცაა შემოსაზღვრული პერიტონიტი ნაღვლის ბუშტის არეში, რომელიც თავის მხრივ შესაძლოა გავრცელდეს და დიფუზური პერიტონიტი განავითაროს. ფლეგმონური ქოლეცისტიტის დროს მოსალოდნელია აგრეთვე ქოლანგიტი, რომელსაც ღვიძლის გადიდება, მტკივნეულობა, მაღალი ტემპერატურა, შემცივნებები, სიყვითლე, ლეიკოციტოზი და სისხლში მარცხნივ გადახრა ახასიათებს.

ჩირქოვანი ქოლანგიტის შედეგად ხშირად ვითარდება ღვიძლის მრავლობითი აბსცესი და ზოგადი სეფსისი, იშვიათად, მაგრამ მაინც მოსალოდნელია ნაღვლის ბუშტის პერფორაცია, რომელიც შეიძლება შემოისაზღვროს ჩირქგროვის სახით და ამ უკანასკნელმა კი გზა გაიკაფოს ღრუ ორგანოებში და ჩამოყალიბდეს ფისტულა.

ზოგჯერ ჩირქგროვა ღვიძლის პარენქიმისკენ იკაფავს გზას. მოსალოდნელია სუბდიაფრაგმული აბსცესის განვითარება, რომელიც შეიძლება გაიხსნას პლევრის ღრუში, ანდა რეტროპერიტონეალურ სივრცეში გავრცელდეს.

მეტად მძიმეა მწვავე ქოლეცისტიტის დესტრუქციული ფორმა, ე. წ. განგრენული ქოლეცისტიტი, რომელიც შეიძლება კეროვანი ან დიფუზური ხასიათისა იყოს. ამ დროს მოსალოდნელია ნაღვლის ბუშტის სეკვესტრაცია.

პ. ნ. ნაპალკოვი, სტავრაკი აღწერენ გრძელ ფეხზე შემოგრეხილი ნაღვლის ბუშტის ნეკროზის შემთხვევას. ასეთი მექანიზმით განგრენის განვითარება მეტად იშვიათია, რადგან იგი დაკავშირებულია ნაღვლის ბუშტის ჯორჯლის იშვიათ ანომალიასთან. კლინიკაში გატარებულ მასალაზე მსგავს შემთხვევას ორჯერ ჰქონდა ადგილი. მოგვყავს ერთი მათგანი.

ავადმყოფი კ. ი., მამაკაცი, 75 წლის (ავადმყოფობის ისტორია № 4248); 1959 წ. 7 ივნისს შემოვიდა კლინიკაში როგორც სასწრაფო შემთხვევა. ავადმყოფი უჩიოდა მწვავე შეტევითი ხასიათის ტკივილს ეპიგასტრიუმის არეში. კლინიკაში დაისვა კუჭის პერფორაციის დიაგნოზი და ავადმყოფს სასწრაფოდ გაუკეთდა ოპერაცია (ოპერატორი ა. ჩაჩანიძე). ოპერაციის დროს აღმოჩნდა თავის საკუთარ ჯორჯალზე 180°-ით შემოგრეხილი ნაღვლის ბუშტი, რომელიც განგრენულ ცვლილებებს განიცდიდა. გაკეთდა ქოლეცისტექტომია, ავადმყოფი განიკურნა.

პირველი ასეთი შემთხვევა 1936 წ. დემონსტრირებულია ე. ფიფიას მიერ საქართველოს ექიმთა საზოგადოების ქირურგიულ სექციაზე. მსგავსი შემთხვევა 1898 წ. აღუწერია ვენდელს (Wendel).

1953 წ. ბონმა და სიმონმა (Bean, Symon) ლიტერატურის წყაროებიდან შეკრიბეს ნაღვლის ბუშტის ფეხზე შემოგრეხის 100 შემთხვევა. ამის შემდეგ კაზუისტიკური შემთხვევები აღწერილია ა. ვ. სმირნოვის, მ. გ. შრაიბერის, ნ. ვ. ბობროვას ,ნ. ს. სულეიმანოვის, თოდუას და სხვათა მიერ. საზღვარგარეთის ლიტერატურაში (1946) ბოკუსისა (Bockus) და გოულენდის (Gowland) მიერ აღწერილია ნაღვლის ბუშტის შემოგრეხის 76 შემთხვევა.

ასეთი დაავადება მეტად მწვავედ იწყება; სწრაფად ვითარდება მძიმე კლინიკური სურათი. ჩვეულებრივ, ადგილი აქვს დიაგნოზურ შეცდომებს და ასეთ ავადმყოფებს ოპერაცია მწვავე მუცლის სხვადასხვა დიაგნოზით უკეთდებათ. გამოცდილმა კლინიცისტმა შესაძლებელია აღნიშნულ პათოლოგიაზედაც კი ეჭვი მიიტანოს, მაგრამ, როგორც აღვნიშნეთ, ეს მაინც იშვიათია. ბუშტის ფეხზე შემოგრეხა შესაძლოა იყოს სრული და არასრული. სრული შემოგრეხა, რა

თქმა უნდა, კლინიკური ნიშნების მეტი სიმძიმით ხასიათდება. ნაღვლის ბუშტის შემოგრეხის პათოგენეზში, გარდა ბუშტში პათოლოგიური პროცესის არსებობისა, მნიშვნელოვან როლს ასრულებს თვით ბუშტის მდებარეობა, მისი სადინარებისა და სისხლძარღვების ანომალიები, შემოგრეხის ყველაზე ხშირი მიზეზი თანდაყოლილი ანომალიაა, სახელდობრ მისი სრული ღვიძლგარეშე მდებარეობა, რომლის დროსაც ბუშტი ყოველი მხრიდან დაფარულია პერიტონეუმით.

ნაღვლის ბუშტის განგრენა მოსალოდნელია განვითარდეს ნაღვლის ბუშტში და სადინარებში არსებული კენჭის ზეწოლით ბუშტის არტერიაზე, რასაც შესაძლოა სისხლძარღვების თრომბოზი და ნაღვლის ბუშტის ნეკროზი მოჰყვეს. საერთოდ განგრენული ქოლეცისტიტი უფრო მძიმედ და სწრაფად მიმდინარე დაავადებაა და უმეტესად პირველ დღეებშივე ვლინდება დიფუზური პერიტონიტის სურათი.

ნაღვლოვანი პერიტონიტი შედარებით იშვიათი გართულებაა. ნ. ა. კრივოროტოვის ნაკრებ მასალაზე სანაღვლე გზების დაავადებით გამოწვეული პერიტონიტი 28963 შემთხვევიდან 409 შემთხვევაში (1,6%) ყოფილა.

დიფუზური ნაღვლოვანი პერიტონიტი შესაძლებელია განვითარდეს:

1. ნაღვლის ბუშტის პერფორაციის შედეგად;
2. ნაღვლის ბუშტის პერფორაციის გარეშე;
3. სანაღვლე გზებზე ოპერაციის შედეგად;
4. ნაღვლის ბუშტის ან სანაღვლე გზების ტრავმული დაზიანების შედეგად.

ნაღვლოვანი პერიტონიტი ძალზე მძიმე დაავადებად ითვლება და უმრავლეს შემთხვევაში სიკვდილით მთავრდება. ნაკრები სტატისტიკით სიკვდილობა 30-50% აღწევს. ინფექციის გარდა მნიშვნელობა აქვს ნაღვლის შემადგენლობას; მისი დიდი რაოდენობით შეწოვა თირკმლების, თირკმელზედა ჯირკვლებისა და საერთოდ მთელი ორგანიზმის დაკნინებას იწვევს. ნაღვლით გამოწვეული ინტოქსიკაცია სწრაფად იწვევს დეგენერაციულ ცვლილებებს ორგანოებში. ნაღვლის ტოქსიკურობის ფონზე ვითარდება ინფექციური ჩირქოვანი პერიტონიტი, მუცლის ღრუში ნაღვლის დიდი რაოდენობით მოხვედრას მძიმე შოკის მოვლენები მოსდევს.

თ. ა. მალუგინას მიერ 1954 წ. გამოქვეყნებული საინტერესო ექსპერიმენტული გამოკვლევებიდან ირკვევა, რომ სანაღვლე გზების დახურული ტრავმული დაზიანების დროს არის შემთხვევები,

როდესაც ადამიანი პირველ 24 საათში იღუპება, ჯერ კიდევ მანამ, სანამ მაქსიმალურად არ განვითარებულა ანთებითი პროცესი.

ი. ი. სოსნოვიკმა 1936 წ. შეკრიბა ნაღვლის ბუშტის იზოლირებული დახურული დაზიანების 31 შემთხვევა და ამავე დროს ერთი საკუთარი შემთხვევაც აღწერა. მსგავსი შემთხვევები, როგორც კაზუისტიკა, სხვა ავტორების მიერაც არის აღწერილი — კეი, ინ. ვ. რისი, პარკერი, კობლინსი (Kay, Parker, Koblins).

ნაღვლოვანი პერიტონიტი შეიძლება განვითარდეს თორმეტგოჯანაწლავის წყლულის ოპერაციის დროს ნაღვლის საერთო სადინარის დაზიანების შედეგად. მსგავსი გართულების ერთეული შემთხვევები აღწერილია ვ. მ. ბოგოსლოვსკის, ო. ჩხაიძის, დანელიას, კრუგლოვის და სხვათა მიერ. არის ნაღვლოვანი პერიტონიტის ისეთი ფორმა, რომელიც ნაღვლის ბუშტის თვალსაჩინო პერფორაციის გარეშე ვითარდება. მას პერფორაციის გარეშე ნაღვლოვანი პერიტონიტი ეწოდება. ნაღვლოვანი პერიტონიტის ასეთი ფორმა 1911 წ. აღწერილია კლერმონისა და ჰაბერერის მიერ (Clairmont, Haberer). მსგავს შემთხვევებს აღწერენ დობერაუერი (Doberauer, 1912), მადლენერი (Madlener, 1913), მაქსიმოვიჩი (1921), ი. ლ. პავოლოცკი (1023) და სხვ.

გ. მონდორი აღნიშნავს, რომ ლერიშს ოპერაციის დროს უნახავს, თუ როგორ მოჟონავდა ნაღვლის ბუშტის ზედაპირიდან ნაღვლის ცვარი, რომელიც თავისუფლად მუცლის ღრუში იღვრებოდა. ამოკვეთილი ნაღვლის ბუშტი კენჭებით იყო სავსე. 3 საათის შემდეგ ნაღვლის ბუშტის შეშუპება გაქრა, მაგრამ თეფში, რომელზედაც ამოკვეთილი პრეპარატი იდო, ნაღვლით აივსო.

წყლულოვანი ქოლეცისტიტი ყოველთვის როდი ბოლოვდება ნაღვლის ბუშტის პერფორაციით, მაგრამ ნაღვლის ბუშტის კედელი ფოსოვანი ხდება და იგი ატარებს ინფიცირებულ ნაღველს მუცლის ღრუში. არსებობს აზრი იმის შესახებ, რომ ამ დროს ადგილი აქვს ნაღვლის ბუშტის მიკროპერფორაციას. მიკროპერფორაცია სხვადასხვა მიზეზით შეიძლება იყოს გამოწვეული, მაგალითად, ნაღვლის ბუშტის სადინარის დახშვის შედეგად ბუშტში წნევა მატულობს, რის შედეგადაც ხდება ნაღვლის გამოჟონვა ბუშტის სანათურიდან. ამას ხელს უწყობს ღრმად მდებარე ლუშკას მილების საშუალებით გზის გაკაფვა ნაღვლის ბუშტიდან პერიტონეუმის ღრუსაკენ. გამოთქმულია აგრეთვე მოსაზრება, რომ პანკრეასის წვენის სანაღვლე გზებში მოხვედრის შედეგად ადგილი აქვს ნაღვლის ბუშტის კედლის ფერმენტაციულ თვითმოხარშვას და ნაღვლის ფილტრაციას ნაღვლის ბუშტის კედლიდან. ასეთი მოსაზრება და-

დასტურებულია 1917 წ. ბლადის (Blad) მიერ ჩატარებული ექსპერიმენტული გამოკვლევებით.

ბლადი უკვანძავდა ძაღლებს ნაღვლის საერთო სადინარს და ნაღვლის ბუშტში უშხაპუნებდა პანკრეასის წვენს, რასაც ნაღვლის ბუშტის კედლის გაფაშრება და პერიტონეუმის ღრუში ნაღვლის გამოსვლა მოსდევდა. მიკრომორფოლოგიური შესწავლით ნაღვლის ბუშტის კედელში ნეკროზული პროცესი იყო დადგენილი. არსებობს აღნიშნული მოსაზრებების დამადასტურებელი კლინიკური დაკვირვებებიც.

რუპანერმა (Ruppaner) პერფორაციის გარეშე მიღებული ნაღვლოვანი პერიტონიტის დროს ბუშტში არსებულ ნაღველში ტრიფსინი და ამილაზა აღმოაჩინა, რაც ფატერის დვრილში კენჭის გაჩხერით იყო გამოწვეული. გამოთქმულია აზრი, რომ ეს დაავადება მაშინ გვხვდება, როდესაც ნაღვლის საერთო სადინარი ვირზურგის სადინარს ფატერის დვრილში გახსნამდე უერთდება. ასე, რომ პერფორაციის გარეშე ნაღვლოვანი პერიტონიტის განვითარებისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს პანკრეასის წვენის მოხვედრას სანაღვლე გზებში.

კლინიკურადაც დადგენილი ფაქტია, რომ ზოგიერთ შემთხვევაში ნაღვლოვანი პერიტონიტის დროს ადგილი არა აქვს სანაღვლე გზების თვალსაჩინო პერფორაციას, ზოგჯერ გასარკვევია ადგილი აქვს მწვავე პანკრეატიტის არსებობას, თუ სანაღვლე გზების კენჭოვან დაავადებას. მკურნალობის მიზნით აუცილებელია ნაღვლის ბუშტის ამოკვეთა, რადგან იგი მიკროპერფორაციის მიზეზს წარმოდგენს. ზოგჯერ საჭიროა ქოლედოქოტომიის ჩატარება.

ასეთი ფორმის ნაღვლოვანი პერიტონიტის კლინიკა რთულია დიაგნოზის დადგენის თვალსაზრისით.

დეპლას და ბონეს მიერ შეკრებილი III შემთხვევიდან 9 შემთხვევაში კლინიკურად სწორი დიაგნოზი იყო დასმული. სხვა შემთხვევებში ავადმყოფებს ოპერაცია გაუკეთდათ მწვავე აპენდიციტის, კუჭისა და თორმეტგოჯანაწლავის წყლულის პერფორაციის, ჯორჯლის სისხლძარღვების თრომბოზის, უცნობი ეტიოლოგიის პერიტონიტის და სხვა მცდარი დიაგნოზებით. საერთოდ ნაღვლოვანი პერიტონიტის კლინიკური დიაგნოზის დასმა შესაძლებელია იმისდა მიუხედავად, თუ რა ხასიათისაა სიყვითლე — არის ნაღვლის ბუშტის და სანაღვლე გზების მთლიანობის აშკარა დარღვევა, თუ ე. წ. მიკროპერფორაცია. ასეთ ავადმყოფებს უმეტესწილად კენჭოვანი ქოლეცისტიტისათვის დამახასიათებელი ანამნეზი აქვთ. მნიშვნელობა აქვს ასაკს, მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში დამახასიათებელ ძლიერ ტკივილს, რომელიც მალე მთელ მუცლის ღრუზე ვრცელ-

დება. ნაღვლოვანი პერიტონიტის დამახასიათებელ სიმპტომებს წარმოადგენს საერთო მდგომარეობის სწრაფად გაუარესება, მაღალი ტემპერატურა, მაჯისცემის გახშირება, პირღებინება, სისხლის წნევის დაცემა, დადებითი ბლუმბერგის სიმპტომი, დეფანსი, ლეიკოციტოზი ფორმულის მარცხნივ გადახრით.

ნაღვლოვანი პერიტონიტის მკურნალობის ერთადერთ საიმედო საშუალებას წარმოადგენს ჯერ მისი დროული ამოცნობა და შემდეგ კი დროულად გაკეთებული ოპერაცია. ნაღვლის ბუშტის სადინარის დახშვის შედეგად ზოგჯერ ადგილი აქვს უფერულ, გამჭვირვალე სითხის დაგროვებას ნაღვლის ბუშტში, რის გამოც ეს უკანასკნელი იჭიმება, დიდდება, კედელი თხელდება და ცისტურ ფორმას ღებულობს, რაც ნაღვლის ბუშტის წყალმანკის სახელწოდებითაა ცნობილი (Hydrops vesicae felеae). ნაღვლის ბუშტის წყალმანკის დროს სითხის რაოდენობა 500—1000 მლ აღწევს. აღწერილია იშვიათი შემთხვევა, როდესაც ნაღვლის ბუშტში სითხის რაოდენობას 24 ლიტრამდე მიუღწევია .ასეთი დიდი რაოდენობით სითხის დაგროვებას იმ თავისებურებებით ხსნიან, რომ ნაღვლის ბუშტის სადინარში გაჩხერილი კენჭი ღვიძლის სადინარიდან ნაღველს ბუშტისაკენ ატარებს, მაგრამ ბუშტიდან გარეთ კი — არა. აღსანიშნავია, რომ წყალმანკის დროს არსებულ სითხეს თეთრ ნაღველს უწოდებენ. იგი ნაღვლის პიგმენტებს არ შეიცავს. ამ დროს ადგილი აქვს სუსტი ვირულენტობის ინფექციის არსებობას. ნაღვლის ბუშტის ლორწოვანი გარსი ნაღვლის პიგმენტებს იწოვს და ლორწოს ექსუდაციას იძლევა. ჩვეულებრივ, აუტოლიზის შედეგად თეთრი ნაღველი სტერილურია. საერთოდ წყალმანკის გაჩენის მექანიზმის შესახებ მრავალი მოსაზრება არსებობს, მაგრამ მთავარი მაინც ისაა, რომ პროცესი ნაღვლის ბუშტის სანათურის სრულ დახშვასთანაა დაკავშირებული. ნაღვლის ბუშტის კედელში, განსაკუთრებით მის ლორწოვან გარსში, ერთგვარი ანთებითი ცვლილებები ვითარდება, რის შედეგადაც ლორწოვანი გარსი ნაღვლის პიგმენტებს არ შეიცავს და ლორწოს გამოყოფს, რასაც ნორმალურ პირობებში ადგილი არა აქვს. საერთოდ უნდა ითქვას, რომ თეთრი ნაღვლის წარმოშობის ნამდვილი არსი ჯერ კიდევ საღავოა და ამ საკითხზე სხვადასხვა მოსაზრებები არსებობს.

ნაღვლის ბუშტის წყალმანკის კლინიკა უაღრესად დამახასიათებელია. ამ დროს მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში უმტკივნეულო სიმსივნე ისინჯება. სიმსივნე ოვალური ფორმისაა, სადა ზედაპირიანი და ელასტიკური კონსისტენციის. იგი მოძრავია და ღვიძლთანაა დაკავშირებული. ზოგჯერ ბუშტი იმდენად მოძრავია, რომ ძალზე

ადვილია მისი გადანაცვლება მუცლის ღრუში ერთი ადგილიდან მეორეზე. ასეთ შემთხვევაში მკურნალმა ექიმმა შეიძლება მოძრავ თირკმელზე ან საკვერცხის ცისტაზე მიიტანოს ეჭვი.

ნაღვლის ბუშტის წყალმანკის მკურნალობის საუკეთესო მეთოდია ნაღვლის ბუშტის ამოღება კენჭთან ერთად. ოპერაცია ამ დროს ტექნიკურად მარტივია და შედეგიც თვალსაჩინოა.

ბუშტის სადინარის კენჭით დახშვის შედეგად შესაძლოა განვითარდეს უფრო მძიმე დაავადება ნაღვლის ბუშტში ჩირქის დაგროვების სახით, რასაც ნაღვლის ბუშტის ემპიემა ეწოდება. ამ დროს ნაღვლის ბუშტის შიგთავსი არაა სტერილური, იგი დიდი რაოდენობით შეიცავს ჩირქოვან ბურთულებს და კლინიკური მიმდინარეობაც უფრო მძიმეა. ნაღვლის ბუშტი მეტად მტკივნეულია, აღინიშნება დეფანსი, მაღალი ტემპერატურა, აჩქარებული მაჯისცემა, ზოგადი სეფსისური მდგომარეობა, ლეიკოციტოზი ფორმულის მარცხნივ გადახრით; სიყვითლე არ ახასიათებს. ასეთ შემთხვევაში მძიმე გართულების, სახელდობრ დიფუზური პერიტონიტის თავიდან აცილების მიზნით აუცილებელია გადაუდებელი ოპერაცია.

ღვიძლგარეშე სანაღვლე გზების გაუვალობის უხშირესი მიზეზია კენჭი, რომელიც აღმავალი ინფექციის განვითარების პირობებს ქმნის.

არჩევენ სანაღვლე გზების მწვავე და ქრონიკულ გაუვალობას. სანაღვლე გზის გაუვალობა შეიძლება მთლიანი ან ნაწილობრივი იყოს. საყურადღებოა სანაღვლე გზების გაუვალობის ლოკალიზაცია, სახელდობრ გაუვალობა ნაღვლის ბუშტის სადინარის შერთვის ზევით მდებარეობს, თუ ქვევით. შემჩნეულია, რომ გაუვალობის უხშირესი ლოკალიზაციის ადგილს წარმოადგენს ნაღვლის საერთო სადინარის ფატერის დვრილის არე, რომელიც სადინარის ყველაზე ვიწრო ადგილად ითვლება. აქ კენჭი ადვილად იჭედება და შემდგომ ვლინდება სათანადო კლინიკური სურათი. აღსანიშნავია, რომ ამ დროს ღვიძლი მატულობს მოცულობაში, მტკივნეული და რბილი კონსისტენციისაა, ნაღვლის ბუშტი უმეტესწილად არ ისინჯება, იმ დროს, როდესაც პანკრეასის თავის კიბოს შემთხვევაში ინტენსიური სიყვითლის ფონზე აღინიშნება კურვუაზიეს მიერ აღწერილი სიმპტომკომპლექსი. ეს იმითაა გამოწვეული, რომ პანკრეასის თავის კიბოს დროს ნაღვლის ბუშტის კედელი, ჩვეულებრივ, ინტაქტურია, ადვილად განიერდება. კენჭოვანი ქოლეცისტიტის დროს კი ნაღვლის ბუშტის კედელი დაავადებულია, შეცვლილია და ამიტომ, მიუხედავად სანაღვლე გზებში ნაღვლის შეგუბებისა, უხშირესად ნაღვლის ბუშტი იცლება, ე .ი. გამოხატული არაა კურვუაზიეს სიმპტომი.

თუ კი ნაღვლის საერთო სადინარის ობტურაციის დროს ჩაჭედილმა კენჭმა ადგილი იცვალა, შესაძლოა სიყვითლემ მალე გაიაროს, მოსალოდნელია აგრეთვე ობტურაციის რეციდივი, რაც ზოგჯერ შეიძლება დიდხანს გაგრძელდეს. მექანიკური შეგუბება თანდათანობით ახდენს გავლენას ღვიძლის უჯრედებზე, რასაც შესაძლოა თან დაერთოს აღმავალი ინფექცია. ეს უკანასკნელი, როგორც ცნობილია, ქოლანგიტის განვითარებას იწვევს. რაც უფრო დიდხანს გრძელდება შეგუბებითი პროცესი და აღმავალი ინფექცია, მით უფრო ღრმავდება ქოლანგიტის კლინიკა. სეფსისური ქოლანგიტის შედეგად კი ღვიძლში მრავლობითი აბსცესები ვითარდება. აღნიშნულ მდგომარეობას მოსალოდნელია მეორადად თან დაერთოს ახალი პიემიური კერების წარმოშობა ფილტვებში, თირკმლებში და სხვა ორგანოებში. ამრიგად, შესაძლებელია ჩამოყალიბდეს სეპტიკოპიემიის სრული კლინიკური სურათი. კენჭოვანი ქოლეცისტიტით გამოწვეული ობტურაციული სიყვითლე დროულ ოპერაციულ ჩარევას მოითხოვს. მოგვიანებით გაკეთებული ოპერაცია კი არაიშვიათად უშედეგოა. ოპერაცია მაშინაა ეფექტური, როდესაც ადგილი არა აქვს ღვიძლის პარენქიმული უჯრედების შეუქცევად ცვლილებებს. თუ ხანგრძლივად მიმდინარე შეგუბებითი სიყვითლის გამო (რა ნიადაგზედაც არ უნდა იყოს განვითარებული) ადგილი აქვს ღვიძლის უჯრედების დეგენერაციას, როდესაც მის ადგილს შემაერთებელი ქსოვილი იკავებს და ვითარდება ე. წ. ბილიარული ციროზი, ოპერაცია უშედეგოა.

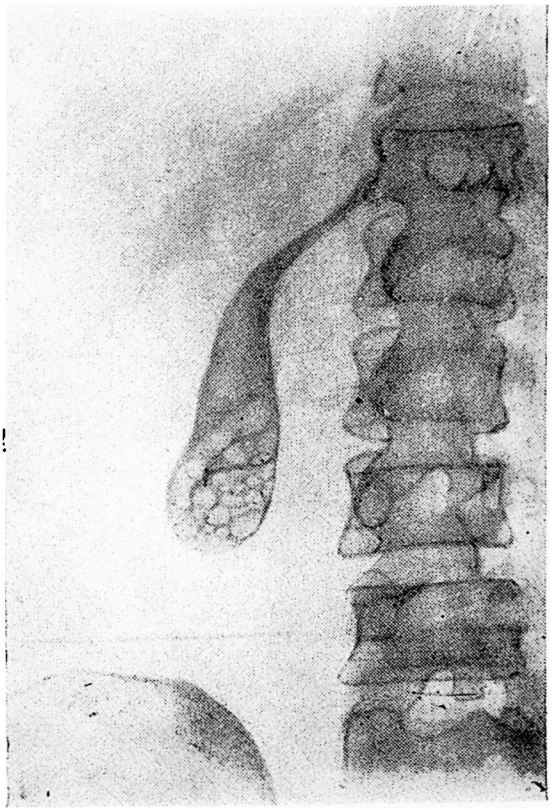
მწვავე ქოლეცისტიტების დროს შემჩნეულია აგრეთვე ღვიძლის გლიკოგენური ფუნქციის მოშლილობანი, სახელდობრ ადგილი აქვს ჰიპოგლიკემიას. დაქვეითებულია ღვიძლის ანტიტოქსიკური ფუნქცია. მ. ზ. იმასის მასალაზე იგი აღნიშნულია შემთხვევათა 12%-ში. ქოლეცისტიტის გამო ნაოპერაციევ ავადმყოფთა განმეორებითი გამოკვლევები გვიჩვენებს ღვიძლის ფუნქციური ცვლილებების შენარჩუნებას ოპერაციიდან 16-18 დღის განმავლობაში. ამიტომ ღვიძლის ფუნქციის მოშლილობანი მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული მწვავე ქოლეცისტიტის მკურნალობის შერჩევისას.

ქოლეცისტიტის და ქოლელითიაზის რენტგენოლაბორატორიული დიაგნოსტიკა

ქრონიკულ სტადიაში ქოლეცისტიტის დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით უდიდესი მნიშვნელობა აქვს დუოდენალური ზონდაჟის გაკეთებას და ქოლეცისტოგრაფიას. რასაკვირველია, ამ დროს დიდი

მნიშვნელობა ანამნეზის კარგ შეკრებას და ობიექტური მონაცემების სწორ ინტერპრეტაციას ეძლევა. თუ კი ობტურაციულ სიყვითლეს ხანგრძლივი დროის განმავლობაში აქვს ადგილი, საჭიროა სისხლის შედედების და წებოვნების გამოკვლევა, რათა დროზე იყოს გამოვლინებული სისხლის შედედების დაქვეითება, რომელსაც ოპერაციის დროს ან მის შემდეგ შეიძლება მოჰყვეს ქოლემიური სისხლდენა. მნიშვნელობა აქვს სისხლში ქოლესტერინისა და ბილირუბინის რაოდენობის განსაზღვრას. ქოლელითიაზის დროს ქოლესტერინემია ხშირად 200-500 მგ-მდე აღწევს. ამ მდგომარეობას განსაკუთრებით ობტურაციული სიყვითლის დროს აქვს ადგილი. როდესაც საქმე ჰეპატოგენურ სიყვითლეს შეეხება, ქოლესტერინემია მაშინ არ აღინიშნება. მნიშვნელოვანია ბილირუბინის დონე სისხლის შრატში, რაც ნორმალურ პირობებში 0,5—1 მგ-ს უდრის. სანაღვლე გზებში ნაღვლის შეგუბებისას, სულერთია რომელი სახის პათოლოგიითაა გამოწვეული—კენჭის გაჩხერით, პანკრეასის თავის სიმსივნით ან სხვ., სისხლში ბილირუბინის დონე ყოველთვის მატულობს და თუ კი ობტურაცია დიდხანს გრძელდება, იგი 40-50 მგ აღწევს. ნორმალურ პირობებში შარდში ბილირუბინი არ მოიპოვება, ობტურაციული სიყვითლის დროს კი სისხლში ჭარბად მყოფი ბილირუბინი შარდში გამოიყოფა და მას მუქ ლუდის ფერს აძლევს. ასე, რომ ბილირუბინის შარდში გამოყოფას დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა ენიჭება. ზოგჯერ შეიძლება იგი სიყვითლეზე ადრე გამოვლინდეს. გარდა ამისა აღსანიშნავია ისიც, რომ ობტურაციული სიყვითლის დროს ნაღველი აღარ გვხვდება ნაწლავებში, განავალი აღარ შეიცავს სტერკობილინს, იგი უფერულდება და მოთეთრო ნაცრისფერს ღებულობს, რომელიც აქოლიური განავლის სახელწოდებითაა ცნობილი. ასე, რომ სტერკობილინის განავალში აღმოჩენას ისეთივე მნიშვნელობა აქვს, როგორც ურობილინისას შარდში. როგორც აღნიშნული გვქონდა, დიდი სადიაგნოზო მნიშვნელობას აქვს დუოდენალურ ზონდაჟს.

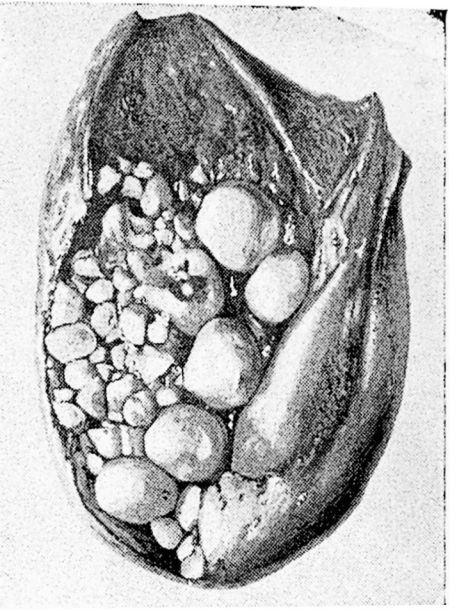
1909 წ. ეინჰორნმა მოგვაწოდა რეზინის წვრილი ზონდი, რომლის ბოლო ლითონის ოლივას შეიცავს. აღნიშნული მილი თანდათანობით გადადის კუჭიდან 12-გოჯა ნაწლავში, რასაც ზონდიდან მიღებული ტუტე რეაქცია ადასტურებს. ამ დროს გამოყოფილ ნაღვლის წვენს A ულუფა ეწოდება. ეს არის 12-გოჯა ნაწლავის შიგთავსი, პანკრეასისა და ნაღვლის წვენის ნარევის სახით წარმოდგენილი. 25% 50 მგ მაგნეზიუმის თბილი ხსნარის შეყვანისას იწყება მუქი ფერის ნაღვლის გამოყოფა. იგი თავისი შემადგენლობით ნაღვლის ბუშტის შიგთავსს უდრის და B ულუფად



სურ. 13.



სურ. 14,



სურ. 15.

იწოდება. ეს უკანასკნელი ნაღვლის ბუშტის ენერგიული შეკუმშვის შედეგად წარმოიშვება, რის გამოც ბუშტი იცლება შიგთავსისაგან. B ულუფა შეიძლება გამოიყოას 40—70 მგ-მდე. ამის შემდეგ ბაცი ფერის ულუფას ვღებულობთ, რაც ღვიძლშიდა სადინარების ნაღველს უნდა წარმოადგენდეს. სამივე ულუფის მიღების შემთხვევაში ვრწმუნდებით, რომ სანაღვლე გზები გამავალია და ნაღვლის ბუშტის მოტორული ფუნქცია შენახულია. გარდა აღნიშნულისა, ულუფების მიხედვით ნაღვლის მიკროსკოპულ ან ბაქტერიულოგიურ გამოკვლევასაც ვაწარმოებთ, რის მეშვეობითაც ვადგენთ აქვს თუ არა ადგილი ნაღვლის ბუშტის ანთებას და ეს ანთება ლამბლიებით თუ ბაქტერიებით არის გამოწვეული. ამავე დროს B ულუფაში ქოლესტერინის კრისტალები შეიძლება იყოს გამოვლინებული. ნაღვლის ბუშტის სადინარის დახშობის შემთხვევაში, სულერთია რითაც არ უნდა იყოს იგი გამოწვეული, B ულუფა არ გამოიყოფა. როდესაც ნაღვლის საერთო სადინარია დახშობილი, მაშინ ზონდაჟი უშედეგოა, რადგანაც არც ერთი ულუფის მიღებას არა აქვს ადგილი. დუოდენალური ზონდაჟი მნიშვნელოვანი დიაგნოსტიკური მეთოდია და მას გარკვეული სამკურნალო მნიშვნელობაც აქვს. სანაღვლე გზების მწვავე დაავადების დროს დოუდენალური ზონდაჟის ჩატარება არ არის მიზანშეწონილი, რის გამოც მისი გამოყენება ყოველთვის ანთებითი პროცესის ჩაცხრობის შემდეგ წარმოებს.

დიდი მნიშვნელობის დიაგნოსტიკურ მეთოდად სანაღვლე გზების რენტგენოლოგიური შესწავლა ითვლება. ხშირად რენტგენოგრაფიის საშუალებით კენჭების გამოსახულების მიღება ხდება შესაძლებელი. კალციუმის კარბონატებისაგან მიღებული კენჭები რენტგენოგრამაზე ნათლად აღიბეჭდება. მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე კირის მარილები რა რაოდენობით და როგორ არის განაწილებული კენჭების შემადგენლობაში.

საილუსტრაციოდ შეიძლება მოვიყვანოთ თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის ჰოსპიტალური ქირურგიის კლინიკის ერთი შემთხვევა.

ავადმყოფი ქალი, 36 წლის (ავადმყოფობის ისტორია № 1953). შემოვიდა 15/III-61 წ. კლინიკური დიაგნოზი — კენჭოვანი ქოლეცისტიტი. ქოლეცისტოგრაფიამ მართლაც დაადასტურა დიდი რაოდენობით კენჭების არსებობა. ავადმყოფს გაუკეთდა ქოლეცისტექტომია და 29/IV განკურნებული გაეწერა კლინიკიდან (სურ. 13, 14).

ლიტერატურის მიხედვით ცნობილია, რომ ნაღვლის კენჭების რენტგენოგრამები ჯერ კიდევ 1896 წ. პასტერნაცკის, 1913 წ. რუბაშერის და სხვათა მიერ ყოფილა გამოყენებული.

აღსანიშნავია გრაჰამისა და კოლეს (Graham a Cole) მიერ 1924 წ. შემოღებული ნაღვლის ბუშტის რენტგენოგრაფია საკონტრასტო ნივთიერების შეყვანით. მათ ძაღლს ვენაში შეუყვანეს ტეტრაიოდფენოლფტალეინის ნატრიუმის მარილი და ნაღვლის ბუშტის რენტგენოგრამა მიიღეს.

ქოლეცისტოგრაფია მეტად ეფექტური მეთოდი აღმოჩნდა სანაღვლე გზების ანატომიისა და ფიზიოლოგიის შესწავლის საქმეში.

მირიცმა (Mirizzi) 1931 წ. საკონტრასტო ნივთიერება უშუალოდ სანაღვლე გზებში შეიყვანა. ამჟამად მრავალი მეთოდი არსებობს საკონტრასტო ნივთიერებების შეყვანისა. ასე, მაგალითად მისი შეყვანა შესაძლებელია დუოდენალური ზონდით, ოყნის საშუალებით, პირიდან და ინტრავენურად. ორგანიზმში საკონტრასტო ნივთიერების შეყვანის ყველაზე მიღებულ მეთოდად პირიდან და ინტრავენურად შეყვანა ითვლება.

საკონტრასტო ნივთიერების ვენაში შეყვანისას იოდის გარკვეული რაოდენობა შედის სისხლში, საიდანაც ის სწრაფად გადადის ღვიძლში და გამოიყოფა ნაღველთან ერთად, რის შემდეგ იგი მოხვდება ნაღვლის ბუშტში და იქ გროვდება. როდესაც იოდის კონცენტრაცია 0,25%-ს მიაღწევს, რენტგენოგრამაზე შესამჩნევი ჩრდილი აღინიშნება. როდესაც კონცენტრაცია 0,8-0,9% შეადგენს, მაშინ უფრო მკაფიო ჩრდილი აღინიშნება. აღსანიშნავია, რომ საკონტრასტო ნივთიერების უშუალოდ სისხლში შეყვანას თავისი უარყოფითი მხარეებიც გააჩნია. ზოგჯერ ამ პროცედურის შედეგად შოკი ან კოლაფსი შეიძლება განვითარდეს. ლიტერატურაში ლეტალობის შემთხვევებიც არის აღწერილი. საკონტრასტო ნივთიერების პირის ღრუდან შეყვანა გაცილებით ნაკლებ სახიფათოა. ბოლო ხანებში ინტრავენურად შეყვანისათვის მოწოდებულია ნაკლებად სახიფათო პრეპარატები, როგორიცაა ბილიგრაფინი, ქოლოგრაფინი. ამ პრეპარატების შეყვანიდან 10 წუთის შემდეგ შესაძლებელი ხდება ნაღვლის ბუშტის გამოსახულების მიღება.

კოგანისა და შეხტერის მიერ ქოლანგიოგრაფიისათვის ბილიგნოსტი იყო მოწოდებული. იგი იოდს შეიცავს, მაგრამ ბილიტრასტთან შედარებით ნაკლებ ტოქსიკურია.

ქოლეცისტოგრამის შესახებ უნდა აღინიშნოს, რომ ამ დროს რენტგენის სურათი სერიულად სხვადასხვა მიმართულებით უნდა იქნეს გადაღებული, რომ არ შეუშალოს ხელი ნაწლავში არსებულმა აირმა. გარდა ამისა ზოგიერთი სახის საღებავი პირღებინებას და დიარეას იძლევა. არის შემთხვევები, როდესაც კენჭები ძალიან პა-

ტარა ზომისაა და რენტგენოგრამაზე არ ჩანს. იმ შემთხვევაში, როდესაც ნაღვლის ბუშტის კენჭოვანი დაავადების კლასიკური სიმპტომები არ არის გამოვლინებული, ოპერაციის საკითხს ჭოლეცისტოგრაფია სწყვეტს. ცნობილია, რომ ჭოლეცისტოგრაფიის საშუალებით ჭოლელითიაზის ობიექტური დემონსტრირება შესაძლებელია შემთხვევათა 55-60%-ში.

ჭოლეცისტოგრაფიას, როგორც ერთ-ერთ კარგ სადიაგნოზო საშუალებას, მრავალი ავტორი მოგვიწოდებს (ლ. ი. ანჯაფარიძე და ი. გ. ანდღულაძე, ა. მ. ჯავადიანი, ბ. მთვარაძე, ზ. ა. თოფჩიაშვილი, ზ. ა. ცხაკაია და სხვ.). არის შემთხვევები, როდესაც საკონტრასტო ნივთიერებით ნაღვლის ბუშტი არ შეივსება, რაც უხშირესად ნაღვლის ბუშტის ყელში კენჭის გაჩხერით არის გამოწვეული. ზოგიერთ შემთხვევაში ადგილი აქვს ბუშტის სადინარის შევიწროებას ანთებითი პროცესის შედეგად. რიგი ავტორები მნიშვნელობას ანიჭებენ ნაღვლის ბუშტის შეკუმშვის უნარის დაკარგვას მისი რიგიდობის გამო. ამ ბოლო ხანებში დიდ დიაგნოსტიკურ მნიშვნელობას მიაწერენ ჭოლანგიოგრაფიას ოპერაციების დროს. იგი საშუალებას იძლევა გამოვლინებულ იქნას ნაღვლის საერთო სადინარის კენჭები, რაც საგრძნობლად ამცირებს ჭოლედოქოტომიების წარმოებას. გარდა ამისა იგი შესაძლებლობას იძლევა ღვიძლშიგნითა სანაღვლე გზების კენჭები იქნეს გამოვლინებული.

ზოგიერთი ავტორის მონაცემებით, იგი აგლინებს სანაღვლე გზების დისკინეზიებს და ამით თავიდან აცილებს ავადმყოფს ჭოლეცისტექტომიას.

ა. ფ. გრეჟდევს მოჰყავს ჭოლეცისტოგრაფიის 310 შემთხვევა, აქედან 158 შემთხვევაში დიაგნოსცირებულ იქნა ნაღველ-კენჭოვანი დაავადება. ამათგან ოპერირებულია 99 ავადმყოფი. დიაგნოზის დამთხვევას ადგილი ჰქონდა 96%-ში. ავტორის აზრით, თუ ავადმყოფებს კლინიკურად გამოხატული აქვთ ნაღველ-კენჭოვანი დაავადების სურათი და ჭოლეცისტოგრაფია ნაღვლის ბუშტის ღრმა დაზიანებასა და კენჭის არსებობაზე მიუთითებს, ასეთ შემთხვევაში ოპერაციულ ჩარევას უნდა მივმართოთ.

ჭოლეცისტოგრაფიის გაკეთებამდე და პრეპარატის მიცემამდე ავადმყოფი სპეციალურ მომზადებას საჭიროებს. მას ისეთი დიეტა ეძლევა, რომელიც ღვიძლის სეკრეციას გააქტიურებს და ნაწლავში აირების წარმოშობას არ გამოიწვევს, ამასთან, ხელს შეუწყობს ნაღვლის ბუშტის დაცლას, რომ მასში კონცენტრაციის შემცველი ახალი ნაღველი დაგროვდეს. მწვავე ჭოლეცისტიტის დროს ჭოლეცისტოგრაფია არ გამოიყენება.

როგორც აღვნიშნეთ, მეტად საჭირო მეთოდია ოპერაციული ქოლანგიოგრაფია, რომელიც კეთდება როგორც საოპერაციო მაგიდაზე, ისე ოპერაციისშემდგომ ხანაში ნაღვლის სადინარებში ჩატოვებული დრენაჟის საშუალებით.

საბჭოთა კავშირში ოპერაციული ქოლანგიოგრაფია პირველად გამოიყენა დ. პ. კუზნეცკიმ 1935 წ. სანაღვლე გზებზე ოპერაციების დროს იგი საკონტრასტო ნივთიერებად ლიპიოდოლს ხმარობდა. პოსტოპერაციული ქოლანგიოგრაფია კენჭების არსებობის, მათი რაოდენობის, ოდენობის, მდებარეობის და სადინარებში ნაწიბუროვანი შევიწროების დადგენის შესაძლებლობას იძლევა.

ბ. ა. პეტროვი მაღალ შეფასებას აძლევს ოპერაციულ ქოლანგიოგრაფიას, მას იგი გამოყენებული აქვს 46 შემთხვევაში. ავტორთა უმრავლესობა ყველაზე უვნებელ და კარგ საკონტრასტო ნივთიერებად 50—70% კარდიოტრასტს მიიჩნევს.

ს. ი. შეინი და ე. ს. ჰურვიტი (C. J. Schein, E. S. Hurwitt, 1961) ეხებიან სანაღვლე გზების ენდოსკოპიის ტექნიკას.

1953 წელს ვილდეგანსის (Wildegans) მიერ მოწოდებულ იქნა ინსტრუმენტი, რომელიც საშუალებას იძლევა ენდოსკოპიის დროს დათვალიერდეს ნაღვლის საერთო სადინარი. იგი ცვლის ქოლანგიოგრაფიას და კენჭების სიმსივნეების გამოვლინების საშუალებას იძლევა. ინსტრუმენტი შეგვყავს ნაღვლის საერთო სადინარის განაკვეთში. ენდოსკოპიის პროცესში საჭიროა ფოტოსურათების გადაღება, რომელიც ლორწოვანის მდგომარეობას ავლინებს.

ზემოაღნიშნულის საფუძველზე შეიძლება დაბეჯითებით ითქვას, რომ ლაბორატორიულ და რენტგენოლოგიურ გამოკვლევებს ნაღვლის ბუშტის ანთებისა და კენჭოვანი დაავადებების დროს უდიდესი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა ენიჭება.

ამრიგად, ქოლეცისტიტის დიაგნოსტიკაში ანამნეზის ღრმა შესწავლა, ლაბორატორიულ-რენტგენოლოგიური გამოკვლევანი და მათი მოსაზრებული ინტერპრეტაცია უხშირესად სწორი დიაგნოზის საწინდარია. ავადმყოფის ზერელე შესწავლის საფუძველზე ნაჩქარევად დასმულ კენჭოვანი ქოლეცისტიტის დიაგნოზს და ოპერაციის ჩვენების საკითხის ადვილად გადაწყვეტას არა იშვიათად დიდი ზიანის მოტანა შეუძლია ავადმყოფისათვის.

მწვავე კალკულოზური ქოლეცისტიტის ტიპიური სურათის დროს დიაგნოზი ადვილად ისმება, მაგრამ ზოგჯერ დაავადების მიმდინარეობის არატიპიურობის გამო საჭირო ხდება მეზობელ ორგანოთა დაავადებებისაგან მისი დიფერენცირება. ცნობილია, რომ მუცლის მარჯვენა ნახევარში აუტანელი ტკივილი და პირღებინება

შესაძლებელია მარჯვენა თირკმლის კენჭოვანი დაავადებით იყოს გამოწვეული. ამ დროს ტკივილის ლოკალიზაციას ადგილი აქვს წელის არეში ირადიაციით სასქესო ორგანოებისაკენ. აღინიშნება პასტერნაცკის დადებითი სიმპტომი, დიზურიული მოვლენები, ჰემატურია, ტემპერატურა თითქმის ყოველთვის ნორმალურია. იშვიათად, მაგრამ მაინც მწვავე ჰიდრონეფროზის დროს მუცლის მარჯვენა ნახევარში შესაძლებელია ისინჯებოდეს მტკივნეული სიმსივნე, რომელიც ძლიერ წაგავს კენჭოვანი ან ანთებითი პროცესის შედეგად გადიდებულ ნაღვლის ბუშტს, მით უმეტეს, თუ საქმე გვაქვს ხანშიშესულ ავადმყოფებთან, რომელთა შორისაც მუცლის პრესის მოდუნების გამო, მუცლის ღრუს ორგანოების ცთომას აქვს ადგილი, ამიტომ მოსალოდნელია, რომ თირკმლის პროექციაზე მოთავსებული მტკივნეული სიმსივნური წარმონაქმნი ექიმმა გადიდებულ ნაღვლის ბუშტად მიიჩნიოს. ანგარიში უნდა გაეწიოს იმ გარემოებას, რომ გადიდებული ნაღვლის ბუშტი დამახასიათებელი ფორმისაა, ღვიძლთან არის დაკავშირებული და მოძრავია. მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული თირკმლის ცთომის შესაძლებლობაც. რომლის მოძრაობის ფარგლები უფრო დიდია, და იგი დამახასიათებელი ნალისებრივი ფორმისაა. მიუხედავად ამისა იშვიათად, მაგრამ მაინც, ნაღვლის ბუშტის წყალმანკის დიფერენცირება ძნელდება აღნიშნული დაავადებებისაგან.

ქოლეცისტიტის და მწვავე აპენდიციტის ერთმანეთისაგან გარჩევა უხშირესად მარტივია. ჩვეულებრივ, მწვავე აპენდიციტი ხშირად ახალგაზრდებში გვხვდება, ტკივილი დასაწყისში შეიძლება კუჭის არით შემოიფარგლოს, მაგრამ შემდგომში იგი ილეოცეკალურ კუთხეში ლოკალიზდება. დეფანსიც აღნიშნულ მიდამოშია უფრო გამოხატული. ტკივილის ინტენსივობა ქოლეცისტიტის დროს უფრო ძლიერია, მაგრამ აღსანიშნავია, რომ ჭიანაწლავის მაღალი ლოკალიზაციის დროს შეიძლება აღნიშნული დაავადება ძნელი სადიფერენციაციო იყოს, მით უმეტეს, რომ ორივე დაავადებას ლეიკოციტოზი, ტემპერატურის მომატება, პირღებინება და სხვა საერთო ნიშნები ახასიათებს.

შესაძლებელია მწვავე ქოლეცისტიტის და აპენდიციტის ერთდროულ არსებობას ექნეს ადგილი, ამიტომ საეჭვო შემთხვევებში, როდესაც ძნელდება ერთ-ერთი მათგანის გამორიცხვა, ოპერაციის დროს ორივე ორგანო უნდა დათვალიერდეს, რის საშუალებასაც ლენანდერის განაკვეთი იძლევა.

ქოლეცისტიტის დიფერენცირება ზოგჯერ საჭირო ხდება კუჭისა და 12-გოჯანაწლავის წყლულოვანი დაავადებებისაგან.

როგორც ცნობილია, კუჭი და 12-გოჯანაწლავი ანატომიურად და ფუნქციურად სანაღვლე გზებთან ახლო ურთიერთობაშია, ამიტომ სანაღვლე გზების, კუჭისა და 12-გოჯანაწლავის დაავადებაც ახლო კავშირშია ერთმანეთთან, რის გამოც ზოგჯერ მათი გარჩევა ძნელი ხდება. აღნიშნულიდან გამომდინარე სრულიად ბუნებრივია, რომ ამ ორგანოების დაავადებების კლინიკურ სურათში ბევრი მსგავსება იყოს. არ არის აგრეთვე გამორიცხული მათი ერთდროული დაავადებაც, რაც კიდევ უფრო ართულებს მათ დიაგნოსტიკას.

არის შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფს წყლულისათვის დამახასიათებელი ტკივილი აწუხებს, რაც დაკავშირებულია საკვების მიღებასთან. ტკივილი ყუჩდება სოდის ან ბორჯომის წყლის მიღების შემდეგ. ეფექტურია სათანადო მედიკამენტური და დიეტური მკურნალობა. რენტგენოლოგიური და ლაბორატორიული გამოკვლევები წყლულის სასარგებლოდ ლაპარაკობს. ასეთ ავადმყოფებს გარკვეული დროის შემდეგ ნაღვლის ბუშტისათვის დამახასიათებელი შეტევითი ხასიათის ტკივილი შეიძლება დაეწყოთ მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, ირადიაციით მარჯვენა ბეჭის არეში. აქვთ პირღებინება, აღენიშნებათ სიყვითლე და ტემპერატურის მომატება. ასეთ შემთხვევაში უნდა ვიფიქროთ, რომ ავადმყოფს, რომელსაც წყლულოვანი დაავადება ჰქონდა, ქოლელითიაზიც განუვითარდა, რაც ქოლეცისტოგრაფიით და ბოლოს ოპერაციის საშუალებითაც დასტურდება. შესაძლებელია საწინაღმდეგო მოვლენასაც ჰქონდეს ადგილი. ავადმყოფს ჯერ ქოლელითიაზის მოვლენები აწუხებდეს და შემდეგ კი წყლულოვანი დაავადებისათვის დამახასიათებელი კლინიკური სიმპტომები გამოუვლინდეს. შესაძლებელია ავადმყოფს ორთავე დაავადებისათვის დამახასიათებელი კლინიკური სურათი ერთდროულად გამოუვლინდეს. ამ დროს დიაგნოსტიკური შეცდომის უფრო მეტი შესაძლებლობა არსებობს. ავადმყოფს ხშირად ოპერაცია წყლულოვანი დაავადების დიაგნოზით უკეთდება და ოპერაციის დროს კი ნაღვლის ბუშტის კენჭოვანი დაავადების არსებობაც დასტურდება. არსებობს აზრი, რომ წყლულოვანი დაავადების დროს ერთნაირი ხელსაყრელი პირობები იქმნება წყლულის მიდამოდან ინფექციის როგორც ლიმფური გზით, ისე Per continuitatem ნაღვლის ბუშტზე გადასვლისა, მით უმეტეს 12-გოჯანაწლავის გართულებული წყლულის დროს, რომელიც პანკრეასის თავში პენეტრაციას განიცდის, წარმოიშვება ანთებითი შეხორცებები და შესაძლებელია ნაღვლის ბუშტსა ან სანაღვლე სადინარს შორის ფისტულაც წარმოიშვას. ა. ა. გურასიმენკოს მო-

ჰყავს განგრენული ქოლეცისტიტის შემთხვევა, განვითარებული კუჭის რეზექციის შედეგად. ავადმყოფი ოპერაციაზე გაუყვანია 12-გოჯანაწლავის ტაკვის გახსნის დიაგნოზით, რაც, ავტორის აზრით, 12-გოჯანაწლავის ტაკვიდან ინფექციის გაჟონვის შედეგია.

ამრიგად, ნაღვლის ბუშტი შესაძლებელია ადვილად დაავადდეს. ზემოაღნიშნულიდან ნათელია, რომ კუჭისა და 12-გოჯანაწლავის წყლულის შედეგად შეიძლება მეორადად ნაღვლის ბუშტის და სანაღვლე გზების ანთება განვითარდეს. იშვიათად, მაგრამ მაინც არ არის გამორიცხული, რომ ქოლელითიაზით ავადმყოფს წყლულოვანი დაავადება განუვითარდეს. არის შემთხვევები, როდესაც ძნელდება მწვავე ქოლეცისტიტის კუჭისა და 12-გოჯანაწლავის წყლულის პერფორაციისაგან გარჩევა, ზოგჯერ ძნელია გაირჩეს, გადიდებული ანთებითი ნაღვლის ბუშტია მარჯვენა ფერდქვეშა არეში, თუ წყლულის მიფარებულ პერფორაციასთან გვაქვს საქმე. რადგანაც ორივე შემთხვევაში მიზანშეწონილად ოპერაციის წარმოება ითვლება, ამიტომ ზოგჯერ დიაგნოზიც საოპერაციო მაგიდაზე დასტურდება.

სიყვითლის დროს ხშირად ისმის საკითხი, რა ხასიათისაა იგი, ჰემოლიზურია, ჰეპატოგენურია, თუ ობტურაციული. ჰემოლიზური სიყვითლის დიაგნოზის დაზუსტება სისხლის გამოკვლევით წარმოებს. ჰეპატოგენური სიყვითლე შეიძლება ბოტკინის დაავადების შედეგი იყოს. იგი ხშირია ახალგაზრდა ასაკში. იწყება საერთო სისუსტით, უმადობით. ავადმყოფებს აღენიშნებათ დისპეფსიური მოვლენები, ყრუ ტკივილი ღვიძლის არეში, ტემპერატურის მომატება, სახსრების ტკივილი, ზოგჯერ ქავილი. დაავადების დასაწყისში სიყვითლე მკაფიოდ არის გამოხატული. იგი 10—15 დღის განმავლობაში თანდათანობით მატულობს. მესამე კვირიდან დაავადება თანდათანობით ჩაცხრომას განიცდის. განავალი მორუხო ელფერისაა. სიყვითლის მატების პერიოდში სტერკობილინის რაოდენობა კლებულობს. ნამდვილ აქოლიას არასოდეს არ აქვს ადგილი, რითაც ეს დაავადება ობტურაციული სიყვითლისაგან, კერძოდ პანკრეასის თავის კიბოსაგან, სრულიად განსხვავდება. სიყვითლის დასაწყისში შარდი მუქი ლუდისფერია და მასში ბლომად მოიპოვება ურობილინი. ღვიძლი დიდდება და მტკივნეული ხდება. აღინიშნება ელენთის გადიდებაც. სისხლში ბილირუბინის დონის განსაზღვრის მიზნით იყენებენ მიასნიკოვის სინჯს, რომელსაც დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა ენიჭება. ავადმყოფის ვენაში გლუკოზა ან ასკორბინმჟავა შეყავთ და სისხლში ბილირუბინის დონეს საზღვრავენ. თუ ბილირუბინის დონემ შედარებით დაიკლო, ეს ჰეპატოგენური სიყ-

ვითლის მომასწავებელია. თუ ბილირუბინი უცვლელი დარჩა, ეს უფრო მექანიკური სიყვითლის მაჩვენებელია. ტიპიურ შემთხვევებში ბოტკინის დაავადების დიაგნოზი ძნელი დასადგენი არ არის და მკურნალობის კონსერვატული მეთოდები კარგ შედეგს იძლევა, მაგრამ არის ბოტკინის დაავადების ისეთი მძიმე ფორმები, რომელთა დროსაც მისი დიფერენცირება ქოლელითიაზთან ძნელი ხდება, რის გამოც ლიტერატურაში ასეთ შემთხვევებში დიაგნოსტიკური შეცდომებიც არის აღწერილი. ამიტომ სიყვითლის დროს სიფრთხილეა საჭირო, რომ ბოტკინის დაავადების სახელწოდების ქვეშ ობტურაციული სიყვითლე არ გამოგვეპაროს, მით უმეტეს, თუ ობტურაცია კენჭოვანი დაავადებით არის გამოწვეული, რადგან დროულად ჩატარებული ოპერაციული მკურნალობა ავადმყოფის სრული განკურნებით მთავრდება. ასევე ძნელია პანკრეასის თავის კიბოს ნაღვლის საერთო სადინარის კენჭოვანი ობტურაციისაგან გარჩევა, მით უმეტეს, რომ ამას მეტად პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს, რადგანაც პანკრეასის თავის კიბოს დიაგნოზს მაშინ აქვს კარგი შედეგი, როდესაც იგი ნაადრევად ვლინდება. მხედველობაშია მისაღები ის გარემოება, რომ პანკრეასის თავის კიბო უფრო 50 წლის ასაკში გვხვდება, ახასიათებს მუდმივი ტკივილი წელისა და ეპიგასტრიუმის არეში, სუბფებრილური ტემპერატურა, სიგამხდრე. დაავადების დაწყებიდან 1—2 თვის შემდეგ ავადმყოფს ობტურაციული სიყვითლის მოვლენები ეწყება, რომელიც თანდათანობით მატებას განიცდის. დაავადების მთელ პერიოდში კონსერვატული მკურნალობა უშედეგო ხდება. ასეთ ავადმყოფებს ხშირად ესინჯებათ გადიდებული ნაღვლის ბუშტი, რომელიც ან სრულიად უმტკივნეულოა, ან ოდნავ მტკივნეულია. აღნიშნულ მოვლენას კურვუაზიეს სიმპტომი ეწოდება, მაგრამ აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ კურვუაზიეს სიმპტომი პანკრეასის თავის კიბოს ნაადრევ ნიშნად არ ითვლება და ამიტომ ყოველთვის არ არის საიმედო. მხედველობაშია მისაღები, რომ კენჭოვანი ქოლეცისტიტი უხშირესად ქალთა შორის გვხვდება და უფრო ხშირად ორსულობის ბოლო პერიოდში და მის შემდეგ ვლინდება. სიყვითლე კენჭოვანი ქოლეცისტიტის დროს უფრო ადრე ვლინდება. ასევეა ბოტკინის დაავადების დროს, მაგრამ, როგორც აღნიშნული გვქონდა, პანკრეასის თავის კიბოს დროს სიყვითლე მოგვიანებით ვითარდება და ზოგჯერ დაავადების შორსწასული შემთხვევებისათვის არის დამახასიათებელი. სიყვითლის ხანგრძლიობა კენჭოვანი ქოლეცისტიტისა და ბოტკინის დაავადების დროს ასევე ხანმოკლეა, მაშინ როდესაც პანკრეასის თავის კიბოს შემთხვევაში მუდმივი

ხასიათისაა და რაც უფრო გადის დრო, სიყვითლე მით უფრო ინტენსიური ხდება. სტერკობილინის გაქრობა კენჭოვანი ქოლეცისტიტის დროს დაახლოებით შემთხვევათა 28%-ში გვხვდება, ბოტკინის დაავადებისას — 30%, პანკრეასის თავის კიბოს დროს კი — 57—58%. ტკივილის ინტენსივობა კენჭოვანი ქოლეცისტიტის დროს გაცილებით უფრო ძლიერია ზემოაღნიშნულ დაავადებასთან შედარებით. ბოტკინის დაავადებას, როგორც წესი, ასციტი არ ახასიათებს. იგი, როგორც გამონაკლისი, შეიძლება შეგვხვდეს შემთხვევათა 2—6%-ში, ასევე არაა იგი დამახასიათებელი კენჭოვანი ქოლეცისტიტისათვის, მაგალითად, შემთხვევათა 80%-ში არ გვხვდება მაშინ, როდესაც პანკრეასის თავის კიბოს დროს 50%-ში ვლინდება, რაც დაავადების გავრცელებაზე მიუთითებს. ლეიკოციტოზი უმთავრესად კენჭოვანი ქოლეცისტიტის დამახასიათებელია.

აღსანიშნავია, რომ სადღეისოდ ქოლეცისტიტის კლინიკური გაგება ეხება ნაღვლის ბუშტის და მასთან დაკავშირებული ორგანოების, სახელდობრ პანკრეასის, 12-გოჯანაწლავის და კუჭის პათოლოგიას. ამიტომ არის, რომ როდესაც ისმის საკითხი სანაღვლე გზების დაავადების შესახებ, მხედველობაშია მისაღები საერთოდ მთელი სანაღვლე სისტემა და მასთან დაკავშირებული ორგანოების მდგომარეობა.

ცნობილია, რომ ღვიძლისა და სანაღვლე გზების დაავადების დროს პათოლოგიურ პროცესში საკმაოდ ხშირად პანკრეასი ჩაითრევა, რის შედეგადაც ქოლეცისტოპანკრეატიტები ვითარდება. საერთოდ უნდა აღინიშნოს, რომ ამ ორ ორგანოში ერთდროულად არსებული პათოლოგიური პროცესი ბევრად უფრო ამძიმებს დაავადების კლინიკურ სურათს, რაც ერთგვარ გავლენას ახდენს მის გამოსავალზე.

ღვიძლისა და პანკრეასის ერთდროულ დაავადებაზე პირველად მიუთითებდა ლეუტოდი (Lieutaud, 1786). კლებსმა (1876) გამოთქვა აზრი ქრონიკული ქოლეცისტიტის განვითარებაში პანკრეასის მონაწილეობის შესახებ.

ქრონიკული ქოლეცისტიტის და მწვავე პანკრეატიტის ერთდროულ არსებობაზე მიუთითებენ ეგდალი შემთხვევათა (42%-ში), შმიდენი და ზებენინგი (69,8%), ელიასონი და ნორტი (71%-ში) (Egdahl; Schmieden u. Sebening, Eliason u. North). პ. ვ. კრავჩენკოთი და ვ. ე. ვოლკოვით მწვავე ქოლეცისტოპანკრეატიტები შეადგენენ მწვავე ქოლეცისტიტების შემთხვევათა 11,3%, ხოლო მწვავე პანკრეატიტების — 40%-ს.

ნაღვლის გზებზე ოპერაციის მრავალი შემთხვევიდან ფინკელ-

შტეინის მიერ მწვავე პანკრეატიტები ნახულია 0,8%-ში, ბაბასინოვით — 1,15%-ში.

ს. ვ. ლობაჩოვი (1953) მწვავე პანკრეატიტის საერთო რიცხვიდან ქოლეცისტო-პანკრეატიტს აღნიშნავს 31%-ში.

კატში (Katsch), ჯერ კიდევ 1934 წ. ეხებოდა რა ქრონიკულ პანკრეატიტს, წერდა: „არ იქნება გადაჭარბებული, თუ ვიტყვით, რომ თითქმის ყოველი ქოლეცისტოპათიით შეპყრობილი ავადმყოფი, თავისი ხანგრძლივი, ზოგჯერ ლატენტურად მიმდინარე დაავადების დროს განიცდის მსუბუქ პანკრეასულ შეტევას, ანდა პანკრეასის განვლად დაავადებას“.

დ. ბუაჩიძის მონაცემებით ირკვევა, რომ ექსპერიმენტულ ქოლემიას თან სდევს პანკრეასის გარესეკრეციის როგორც რაოდენობრივი, ისე თვისობრივი ცვლილებები. ამიტომ ქოლელითიაზის დროს მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული მწვავე პანკრეატიტი. მიუხედავად იმისა, რომ ქოლელითიაზსა და პანკრეატიტს შორის გარკვეული კავშირი არსებობს, ზოგჯერ საჭირო ხდება მათი ერთმანეთისაგან დიფერენცირება. ავადმყოფის დაკვირვებული შესწავლით, ლაბორატორიული გამოკვლევებით და მწვავე პანკრეატიტისათვის დამახასიათებელი ნიშნების სწორი ანალიზის საფუძველზე მაინც შესაძლებელია მწვავე პანკრეატიტის მწვავე ქოლეცისტიტისაგან დიფერენცირება. მწვავე პანკრეატიტი უხშირესად ეპიგასტრიუმის არის ძლიერი ტკივილით იწყება, რომელიც სარტყლის მაგვარად წელისაკენ ვრცელდება. ავადმყოფი ხშირად მწვავე ტკივილისაგან შოკში ვარდება. დაავადებას თან ერთვის შეუპოვარი პირღებინება. მაჯა ხშირი ავსებისაა, აღინიშნება ლეიკოციტოზი, შარდსა და სისხლში სათანადო ფერმენტების მომატება, მუცელი პალპაციით რბილი, ბლუმბერგის სიმპტომი დადებითი, იშვიათად შეიძლება ეპიგასტრიუმის არეში დაჭიმულობა გამოისახოს (მეიორობსონის დადებითი სიმპტომი), რაც მეთერთმეტე ნეკნის მალასთან შესახსრების ადგილზე მტკივნეულობით გამოვლინდება. როდესაც შესაძლებელია მუცლის ღრმა პალპაციის წარმოება, შეიძლება ვოსკრესენსკის სიმპტომიც გამოვლინდეს, რაც მუცლის აორტის პულსაციის გაქრობაზე მიუთითებს. ავადმყოფს დინამიკური გაუვალობის მოვლენები აღენიშნება და ამიტომ, ბუნებრივია, რომ დაავადება ხშირად გაუვალობას, ზოგჯერ კუჭის წყლულის პერფორაციას, ჯორჯლის სისხლძარღვთა თრომბოზს და სხვა მსგავს დაავადებებს წააგავს. აღნიშნული სიმპტომების ანალიზის დროს საჭიროა მწვავე პანკრეატიტიც გავითვალისწინოთ და დიაგნოზის დაზუსტებისათვის ზოგიერთი ლაბორატორიული გამოკვლევა გამოვიყენოთ. ამ მხრივ

მნიშვნელოვანია დიასტაზას და ლიპაზას მონაცემები, სისხლში შაქრის განსაზღვრა და სხვა.

მწვავე პანკრეატიტის სადიაგნოზოდ რენტგენოლოგიურ გამოკვლევასაც იყენებენ, რომლის დროსაც დამახასიათებელია შებერილი განივი კოლინჯი და მის ზემოთ ინტენსიური ჩრდილი გულმკერდის მე-12 და წელის პირველი და მეორე მალის დონეზე. ამ ჩრდილს შეშუპებული პანკრეასი იძლევა, მაგრამ უნდა აღინიშნოს, რომ მისი გამოსახულების მიღება ყოველთვის არ არის შესაძლებელი. საერთოდ დიაგნოსტიკურ შეცდომებს მაშინ აქვს ადგილი, როდესაც დაავადება ატიპიურად მიმდინარეობს. ისე კი, როდესაც დაავადება მეტად ტიპიურია, აღინიშნება საშუალო ასაკის მსუქან ქალებში, მით უმეტეს, ორსულობის ბოლო ფაზაში ან მშობიარობის შემდეგ. ტკივილი მარჯვენა ბეჭის არეში ირადირდება. ავადმყოფს აღენიშნება პირღებინება, ტემპერატურის მომატება, გარდამავალი სიყვითლე, მტკივნეულობა მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, ხშირად გამონატული დეფანსი, ზოგჯერ გადიდებული აქვს ნაღვლის ბუშტი. თუ ანამნეზში მსგავსი შეტევები აღინიშნება (შეიძლება სიყვითლესაც ჰქონდა ადგილი, რომელმაც კონსერვატული მკურნალობის შედეგად გაიარა), მაშინ ნაღვლის ბუშტის ანთების დიაგნოზი უდავო ხდება.

ჩვენს ნაკრებ მასალაზე მწვავე პანკრეატიტის 42 შემთხვევიდან სანაღვლე გზების დაავადებას 19-ჯერ ჰქონდა ადგილი და, ეფიქრობთ, რომ ამ შემთხვევებში მწვავე პანკრეატიტების წარმოშობა ძირითადად ქოლეცისტიტებით არის გაპირობებული. სამ შემთხვევაში მწვავე პანკრეატიტი სანაღვლე გზებზე წარმოებული ოპერაციის უშუალო შედეგს წარმოადგენდა. მაგალითისათვის შეიძლება მოვიყვანოთ ავადმყოფობის ისტორია.

ავადმყოფი ტ. ე., 74 წლის (ავადმყოფობის ისტორია № 327). 1954 წ. 14 იანვარს ობტურაციული სიყვითლის გამო გაუკეთდა ოპერაცია Cholecystogastrostomia. ნაღვლის ბუშტის ამოღება, 12-გოჯანაწლავის კედელთან მისი მყარი შეხორცებების გამო, არ იქნა მიზანშეწონილად ცნობილი. ოპერაციის შემდეგ სიყვითლე თანდათანობით შემცირდა და დაავადების მიმდინარეობას საგრძნობი გაუმჯობესება დაეტყო. მეშვიდე დღეს ავადმყოფის მდგომარეობა ერთბაშად დამძიმდა — დაეწყო ძლიერი ტკივილი ეპიგასტრიუმისა და წელის არეში, განუწყვეტელი პირღებინებით.

კლინიკურ-ლაბორატორიული მონაცემებით დადგინდა მწვავე პანკრეატიტი სათანადო კონსერვატული მკურნალობის შედეგად ავადმყოფი განიკურნა.

მსგავსი შემთხვევები, რა თქმა უნდა, მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული სწორი მკურნალობის ჩატარების მიზნით.

ზოგიერთი ავტორის აზრით (ი. მ. გრიგოროვსკი), მწვავე ქო-

ლეცისტო-პანკრეატიტების დროს აუცილებელია მკურნალობის წარმართვა ძირითადი დაავადების, ე. ი. ქოლეცისტიტის წინააღმდეგ, რის შედეგადაც ჩვეულებრივ ადგილი აქვს ანთებითი პროცესის ჩაცხრომას პანკრეასში.

ავტორთა უმრავლესობის აზრით, მწვავე ქოლეცისტო-პანკრეატიტების მკურნალობისას ძირითადად სამი დებულებით უნდა ვიხელმძღვანელოთ: 1. ჰემოდინამიკისა და ორგანიზმის სითხის ბალანსის აღდგენა და ინტოქსიკაციის წინააღმდეგ ბრძოლა; 2. პარასიმპატიკური ბლოკადა, რომელიც ამცირებს მწვავე ტკივილს და ფიზიოლოგიურ სიმშვიდეს უქმნის დაავადებულ ორგანოს და 3. სანაღვლე გზების პათოლოგიის ოპერაციული გზით მოსპობა.

უნდა აღინიშნოს, რომ ყველაზე მნიშვნელოვანია ქოლეცისტო-პანკრეატიტის დროული დიაგნოზი და უმთავრესად კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით უნდა შეირჩეს მკურნალობის ესა თუ ის მეთოდი.

ქოლეცისტიტის მკურნალობა

ნაღვლის ბუშტის პათოლოგიის და განსაკუთრებით მწვავე ქოლეცისტიტების მკურნალობა თანამედროვე კლინიკური მედიცინის აქტუალურ და ამავე დროს რთულ პრობლემად ითვლება. უნდა აღინიშნოს, რომ აზრთა დიდი სხვადასხვაობაა მწვავე ქოლეცისტიტების მკურნალობის შესახებ. ავტორთა ერთი ჯგუფი კონსერვატულ მკურნალობას მოგვიწოდებს, სხვები კი ოპერაციულ მკურნალობას აძლევენ უპირატესობას.

უკანასკნელ ხანებში ანტიბიოტიკების გამოყენებასთან დაკავშირებით კონსერვატული მკურნალობის საზღვრები საგრძნობლად გაფართოვდა, მას ბევრი ავტორი წარმატებით იყენებს. მაგალითად, ლ. ს. პავლოვსკაიას მიერ ქოლეცისტიტით დაავადებულ 100 ავადმყოფზე ჩატარებულია მკურნალობა ანტიბიოტიკებით, სახელდობრ ლევომიცეტინით, ბიომიცინით, სინტომიცინით და სტრეპტომიცინით. ავტორის დაკვირვებით ანტიბიოტიკები მწვავე შემთხვევებში დაავადების ჩაცხრობას იწვევს. უფრო პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს მათ გამოყენებას ქრონიკული ქოლანგიტების და ქოლეცისტიტების დროს. მისი აზრით, რეციდივების თავიდან აცილების მიზნით საჭიროა 2—3 თვის შემდეგ მკურნალობის კურსის განმეორება.

ზოგიერთი ავტორი პენიცილინთერაპიის ჩატარების წინააღმდეგია. ა. მ. ჯაყადიანი აღნიშნავს, რომ პენიცილინთერაპია არ იძლევა კარგ სამკურნალო ეფექტს, ჯერ ერთი, იმიტომ, რომ ნაღვლის ბუშტში ადგილი აქვს პოლიინფექციას და განსაკუთრებით ნაწლავის

ჩხირის არსებობას, მეორე, ინფექცია ნაღვლის ბუშტში დიდი ხნის განმავლობაში იმყოფება და ანტიბიოტიკების პერიოდული გამოყენება ქმნის არამარტო პენიცილინისადმი მიკრობების შეჩვევის პირობებს, არამედ დიდდება კიდეც ნაღვლის ბუშტში მოწინააღმდეგე შტამების პროცენტი. ავტორის მასალაზე დესტრუქციული ქოლეცისტიტის 70 შემთხვევაში პენიცილინთერაპიამ არ მოგვცა სასურველი ეფექტი და დაგვიანებული ოპერაცია კი არადამაკმაყოფილებელი აღმოჩნდა. 70 ავადმყოფიდან 18 გარდაიცვალა. ავტორი ასკვნის, რომ ანტიბიოტიკების გამოყენებით კონსერვატულმა თერაპიამ არა თუ მოიპოვა უპირატესობა ოპერაციასთან შედარებით, არამედ კიდევ უფრო გააუარესა ქირურგიული მკურნალობის შედეგები. მან გაადიდა რეციდიული და დაგვიანებული ქოლეცისტიტის შემთხვევები. ამრიგად, ავტორის აზრით, სრული განკურნება კონსერვატული საშუალებებით იშვიათად მიიღება, ამიტომ იგი ქოლეცისტიტს ქირურგიულ დაავადებად მიიჩნევს.

ე. ხრისტოფერსონი, ი. ედლუნდი, რ. გამკლოუ და ლ. ნილსონი (E. Christoffersson, I. Edlund, R. Gamkiow, L. Nilsson, 1962) მოგვიწოდებენ დისულფანის გამოყენებას მწვავე პანკრეატიტის დროს. იგი წარმოადგენს სულფონამიდებისა და ანტიბიოტიკების ჯგუფის პრეპარატს, რომელიც ადვილად აღწევს ნაღვლის ბუშტს. ამ პრეპარატის ხმარებისას აღინიშნება ნაღვლის ბუშტიდან ნაწლავის ჩხირის გაქრობა და საერთო მდგომარეობის გაუმჯობესება.

ამჟამად უკვე ჩამოყალიბებულია გარკვეული მოსაზრებანი მწვავე ქოლეცისტიტის, კერძოდ კენჭოვანი ქოლეცისტიტის ოპერაციული მკურნალობის შესახებ, მაგრამ უნდა აღინიშნოს, რომ იგი ჯერ კიდევ არ დგას მოწოდების სიმაღლეზე. ეს ნაწილობრივ იმით აიხსნება, რომ ჯერ კიდევ არ არის სრულყოფილად დანერგილი და გამოყენებული ოპერაციის წინ და თვით ოპერაციის დროს ავადმყოფთა გამოკვლევის მეთოდები.

მხედველობაშია მისაღები ის მდგომარეობა, რომ ოპერაციული ჩარევის მიღწევები სხვადასხვა მიზეზზეა დამოკიდებული. ამ მხრივ მნიშვნელობა აქვს ოპერაციის ჩვენებების სწორად შერჩევას, გაუტკივარების უკეთესი მეთოდის გამოყენებას, ქირურგიული ჩარევის სწორ დაგეგმვას, მაღალ ოპერაციულ ტექნიკას, ოპერაციის შემდგომი პერიოდის სწორად ჩატარებას და სხვა.

ჯერ კიდევ რამდენიმე ათეული წლის წინათ ს. პ. ფეოდოროვი (1934 წ.) ამბობდა, რომ „არც ერთ მიდამოში არ უხდება ქირურგს ყოფნა ისეთ გაძნელებულ მდგომარეობაში, როგორც სანაღვლე

გზებზე ოპერაციის დროს და არსად სხვაგან არ შეგიძლია ისე ავნო ავადმყოფს ოპერაციაზე დაშვებული მცირე შეცდომით, როგორც ამ დროს". ამჟამად შეცდომები ოპერაციულ ტექნიკაში იშვიათად იწვევს ლეტალობის მაჩვენებლების გადიდებას.

დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ავადმყოფის ასაკს. ვინოგრადოვა (1956) განგრენული ქოლეცისტიტის დროს 50 წლის ასაკამდე სიკვდილობას არ აღნიშნავს, იმ დროს, როდესაც 51—60 წლამდე ლეტალობა უდრიდა 7,9%; 61—70 წლამდე — 14%-ს და 70 წლის შემდეგ — 47,9%. სწორედ ამიტომ გამოითქვა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ მოხუცებულთა შორის ქოლეცისტიტის მძიმე ფორმების დროს გამოყენებულ იქნეს მარტივი ოპერაცია ქოლეცისტოსტომიის სახით და ისიც ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ (ბ. ა. პეტროვი, რუსანოვი, ე. ვ. სმირნოვი და სხვა).

ე. მესტერი (E. Mester) 1947—1952 წ. ქოლეცისტექტომიის შემდგომ სიკვდილობას აღნიშნავს 2,18%-ში, 1952—1960 წ. — 1,05%-ში, ავტორის მასალაზე ოპერაციის შემდგომი მძიმე გართულებანი უხშირესად დაკავშირებული იყო დიაგნოსტიკურ შეცდომებთან, არასრულ ქირურგიულ ოპერაციებთან, ანდა არასწორ ჩარევებთან, ამიტომ ავტორი ყურადღებას განსაკუთრებულად ამახვილებს საოპერაციო მაგიდაზე ქოლანგიოგრაფიის გამოყენების აუცილებლობაზე.

ე. მესტერის და ა. ბრუსას (E. Mester, B. Bruzsa) მონაცემებით, პოსტოპერაციული სიკვდილობა 60—70 წ. ასაკში შეადგენს 3,9%, 70 წლის ზემოთ — 8,6%, ქოლედოქოტომიის შედეგად კი — 17%-ს. ავტორები ხაზს უსვამენ იმ გარემოებას, რომ მწვავე ანთების მოვლენები მოხუცებულებში დასაწყისში სუსტად არის გამოხატული, რის გამოც მათ დაგვიანებით უკეთდებათ ოპერაცია. ამიტომ ავტორებს მართებულად მიაჩნიათ მოხუცებულებს სანაღვლე გზების კენჭოვანი დაავადების დროს უმნიშვნელო ჩივილების შემთხვევებშიაც კი ადრეულად გაუკეთდეთ ოპერაცია. პოსტოპერაციული სიკვდილობა ხანშიშესულ ასაკში, ბ. ა. პეტროვის, ა. ტ. ლიდსკის და ა. ვ. ნორენბერგ-ჩარკვიანის, ჰეგემანის (Hegemann, 1957), ცელიოს და პლანკის (Celio და Plenk, 1957), შრეკენბახის (1959) მონაცემებით კი მერყეობს 5,9—21,5% შორის.

ენდერლენის და ჰოტცის (Enderlen, Hotz, 1923) ნაკრები მასალით ირკვევა, რომ აღნიშნული დაავადების გამო ქრონიკულ სტადიაში გაკეთებულ 7383 ოპერაციაზე სიკვდილობის პროცენტი 6,8%-ს უდრიდა, მწვავე პერიოდში კი 4761 ოპერაციაზე—13%-ს.

კმენტის მონაცემებით (Kment), ქრონიკული ქოლეცისტიტის

გამო წარმოებული ოპერაციის შედეგად სიკვდილობის პროცენტი 2,04%-ს უდრის. ამავე ავტორით მწვავე პერიოდში იგი 14,5%-ს აღწევს. უნდა აღინიშნოს, რომ გასულ წლებში სიკვდილობის პროცენტი, როგორც ქრონიკული, ისე განსაკუთრებით მწვავე ქოლეცისტიტის დროს, გაცილებით მეტი იყო. უახლესი სტატისტიკური მონაცემებით ირკვევა, რომ ამ მიმართულებით გარკვეული წარმატებაა მოპოვებული, რაც ანტიბიოტიკებს, სულფამიდებს, სისხლის გადასხმას, ანესთეზიის გაუმჯობესებას, ოპერაციის ჩვენებებისა და წინააღმდეგჩვენებების საკითხის დაზუსტებას და თვით ოპერაციული მეთოდების რაციონალურ გამოყენებას უნდა მიეწეროს.

მეიოს კლინიკის მასალის მიხედვით მწვავე ქოლეცისტიტის გამო წარმოებული 894 ოპერაციიდან სიკვდილის არც ერთ შემთხვევას არ ჰქონია ადგილი. ამჟამად მოიპოვება მრავალი ავტორის სტატისტიკური მონაცემები, რომლებიც მწვავე ქოლეცისტიტის ოპერაციული მკურნალობის შედეგად სიკვდილობის მაჩვენებელს 2-დან 0,5%-მდე აღნიშნავენ (გლინი, ელიასონი, სივენსი, ბორლანდი, კნეიკპოპი და სხვა; Glin, Eliasson, Sievens, Borland, Cneikpnop).

როგორც ირკვევა, დაავადების კარგი გამოსავლისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ოპერაციის ვადების დადგენას. საყოველთაოდ მიღებულია, რომ როდესაც გამოხატულია მწვავე ქოლეცისტიტის უტყუარი კლინიკური ნიშნები, პერიტონეალური მოვლენები, ინტოქსიკაცია, მაღალი ტემპერატურა, ლეიკოციტოზი მარცხნივ გადახრით, ოპერაციული მკურნალობა სასწრაფოდ უნდა იყოს გამოყენებული.

ავდენის (1959 წ.) მონაცემებით, კარგი შორეული შედეგია მიღებული შემთხვევათა 80%-ში იმ ავადმყოფებში, რომელთაც მწვავე ქოლეცისტიტის გამო ოპერაცია გაუკეთდათ დაავადების ადრეულ სტადიაში.

ე. ვ. სმირნოვი მწვავე ქოლეცისტიტის ორ ფორმას არჩევს: მწვავე გაურთულებელი და მწვავე გართულებული (ჩირქოვანი) ქოლეცისტიტი. მწვავე გაურთულებელი ქოლეცისტიტის დროს, ავტორის აზრით, დასაშვებია კონსერვატული მკურნალობა. მწვავე გართულებული ქოლეცისტიტის დროს კი ოპერაციული ჩარევაა ნაჩვენები და მისი ვადები უნდა განისაზღვროს პათოლოგიური პროცესის გავრცელების შესაბამისად. ასე მაგალითად, პერფორაციებისა, განგრენული ქოლეცისტიტის და მისგან გამოწვეული პერიტონიტის შემთხვევებში სასწრაფო ოპერაცია უნდა გაკეთდეს. შემოსაზღვრულჩირქოვანი პროცესის შემთხვევაში შეიძლება ოპე-

რაცია 1—3 დღით გადაიდოს. ეს დრო გამოყენებულ უნდა იქნეს დამატებითი გამოკვლევების ჩასატარებლად და მოსალოდნელი ოპერაციისათვის მოსამზადებლად. პროცესის ჩაცხრომის შემთხვევებში, ავტორის აზრით, ოპერაციის წარმოება უმჯობესია 10—15 დღის შემდეგ.

ი. ედლუნდი და ო. ოლსონი (I. Edlund, O. Olsson, 1961) ანთებითი პროცესის გავრცელებას და ნაღვლის ბუშტის კედლის ანატომიურ ცვლილებებს ოთხ სტადიად ყოფენ: პირველი სტადია შეეფარდება დაავადების პირველ კვირას, მეორე — მეორეს, მესამე — მესამეს და მეოთხე — დაავადების ყველა მომდევნო პერიოდს.

ოპერაციის ვადების დადგენის მიზნით აღნიშნული ავტორების მიერ 895 ავადმყოფობის ისტორიაა შესწავლილი. საშუალო სიმძიმის შემთხვევებში ყველაზე კარგი შედეგები მიღებული იყო დაავადების პირველ კვირას წარმოებული ოპერაციების დროს. მძიმე შემთხვევებში უკეთესი ვადებია 4—7 დღე. სიკვდილობა ამ ჯგუფში 4-ჯერ მეტი იყო. თუ ოპერაცია კეთდებოდა 7 დღეზე გვიან, სიკვდილობა იმატებდა 13,2%-მდე. ავტორები 60 წლის ზევით როგორც ოპერაციის წინ, ისე მის შემდეგ მოვეწოდებენ დოსულფინს სულფაპროქსილინთან და სულფამერიზინთან ერთად, რადგანაც ეს ნაერთი სხვა სულფამიდებისა და ანტიბიოტიკებისაგან განსხვავებით შეიწოვება ნაღვლის ბუშტის კედელში.

მალეტ-გიუ (P. Mallet-Guy, 1961) ოპერაციის წარმოების მაქსიმალურ ვადად თვლის დაავადების დაწყებიდან 1—2 კვირას.

ავტორთა უმრავლესობის აზრით, მწვავე ქოლეცისტიტით დაავადებულები უპირველეს ყოვლისა ქირურგიულ სტაციონარში საჭიროებენ ჰოსპიტალიზაციას, რათა დროულად იქნეს ამოცნობილი შესაძლო გართულებანი და საჭირო შემთხვევებში დაუყოვნებლივ გაეწიოთ ავადმყოფებს ოპერაციული დახმარება.

როგორც აღნიშნული გვქონდა, მწვავე და რეციდიული ქოლეცისტიტის დროს ამჟამად უპირატესობა ქირურგიულ მკურნალობას ენიჭება, რასაც სავსებით ადასტურებს ლიტერატურაში გამოქვეყნებული ავტორთა მონაცემები. მაგალითად მ. ბ. რალს შესწავლილი აქვს როგორც ქირურგიული (119 ავადმყოფი), ისე თერაპიული (210 ავადმყოფი) მკურნალობის შორეული შედეგები. ქირურგიულ მკურნალობის შემდეგ ავადმყოფთა 70% სავსებით ჯანმრთელი აღმოჩნდა, 20%-ს საგრძნობი გაუმჯობესება დაეტყო და 10—13%-ში არადამაკმაყოფილებელი შედეგებია მიღებული, მაშინ როდესაც

მედიკამენტური მკურნალობის შედეგად ავადმყოფთა $^3/_4$-ს დაავადების რეციდივი აღენიშნებოდა და საბოლოოდ უმრავლესობა იძულებული ხდებოდა ქირურგიული მკურნალობისათვის მიემართა.

არადამაკმაყოფილებელი შორეული შედეგები ქირურგიული მკურნალობის შედეგად ძირითადად სამი მიზეზით არის გამოწვეული: 1. კონკრემენტების დატოვებით სანაღვლე გზებში (ცრუ რეციდივი), 2. ანთებითი პროცესის გავრცელებით ბუშტს გარეთ (ქოლანგიტიტი, პანკრეატიტი) და 3. მოფუნქციონირე, ნაკლებად შეცვლილი ნაღვლის ბუშტის ამოღებით. აღნიშნული მიზეზები მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული მკურნალობის ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში.

სხვადასხვა ავტორთა მონაცემებით, ოპერაციისშემდგომი სიკვდილობის მაჩვენებლები 4-დან 20%-მდე მერყეობს, საკავშირო საშუალო მაჩვენებლებით კი 8,8%-ს უდრის (ციტ. ა. ქურციკიძით).

ა. ქურციკიძის მონაცემებით, 264 ოპერირებული ავადმყოფიდან მწვავე პერიოდში ოპერაცია 111 ავადმყოფს გაუკეთდა, რომელთაგან 6 გარდაიცვალა (5,4%). ქრონიკულ პერიოდში ნაოპერაციევი ავადმყოფებიდან 5 გარდაიცვალა, რაც 3,2%-ს შეადგენს.

ი. ი. გრინბერგით (1949—1958 წ.), მწვავე ქოლეცისტიტის ოპერაციული მკურნალობის კარგი და დამაკმაყოფილებელი შორეული შედეგები შეადგენს 87%, რასაც ავტორი ხსნის ქირურგიული მკურნალობის ჩვენებების გაფართოებით. მას უველაზე კარგი მაჩვენებლები მიღებული აქვს რადიკალური ოპერაციების — ქოლეცისტექტომიების — შედეგად.

ლიტერატურის მონაცემების ანალიზიდან ირკვევა, რომ ოპერაციის არადამაკმაყოფილებელი შედეგი უმთავრესად დაგვიანებული ოპერაციით უნდა აიხსნას. ცნობილია, რომ ანთებითი პროცესი ნაღვლის ბუშტში ძალიან სწრაფად მიმდინარეობს, რის გამოც შეტევიდან პირველ დღესვე შეიძლება მასში ფლეგმონური ან განგრენული ანთება განვითარდეს. გარდა ამისა დაავადების შორსწასულ შემთხვევებში ადგილი აქვს მთელ რიგ სხვა მძიმე გართულებებს, როგორიცაა: ჰეპატიტი, ანგიოქოლიტი, ღვიძლის აბსცესი, ციროზი და სხვა, რომლებიც ხშირად ღვიძლში ფუნქციური დარღვევების განვითარებას იწვევენ. საყურადღებოა გულ-სისხლძარღვთა მოშლილობანი, რომლებიც ასევე ხშირად თან ახლავს ზემოაღნიშნულ პათოლოგიას. საინტერესოა ა. დუბესის და ტ. ნაგუს (A. Dubecz, T. Hagy, 1961) მიერ წარმოებული ღვიძლის ბიოფსიის

შედეგები სანაღვლე გზების დაავადებების დროს. მათ უმრავლეს შემთხვევებში ღვიძლში პათოლოგიური ცვლილებები მიიღეს.

ამრიგად, მხედველობაშია მისაღები ის მდგომარეობა, რომ როგორც მწვავე, ისე ქრონიკული ქოლეცისტიტების დროს ღვიძლში ადგილი აქვს დიდ ფუნქციურ და ანატომიურ ცვლილებებს. ვითარდება ანთებითი ხასიათის ცვლილებები არა მარტო ღვიძლგარეშე სანაღვლე სადინარებში, არამედ ღვიძლშიგნითა სადინარებშიც, რის შედეგსაც წარმოადგენს პერიჰოლანგიტის, პერიდუქტალური სკლეროზის, ღვიძლის ქსოვილის ცხიმოვანი დისტროფიის მოვლენები და სხვა. მთელი რიგი ავტორების მიერ ღვიძლის ფუნქციის გამოკვლევამ გამოავლინა ანტიტოქსიკური და ნაწილობრივ ფუნქციის პროთრომბინის წარმომქმნელი და ბილირუბინის გამომყოფი ფუნქციების დათრგუნვა და სხვა. ყოველივე ეს ოპერაციის დაგვიანების შემთხვევებში ამძიმებს დაავადების გამოსავალს. სწორედ ამიტომ, მიუხედავად ანტიბიოტიკების ფართოდ გამოყენებისა, ოპერაციული მკურნალობის შედეგად ლეტალობა ჯერ კიდევ ისეთ დონეზეა, რომ თანამედროვე ქირურგიისათვის ყოვლად შეუწყნარებელია; ასე მაგალითად, დუდკო იძლევა სიკვდილობის 6,6%.

უკანასკნელი 30—40 წლის განმავლობაში სამამულო ლიტერატურაში მითითებულია მწვავე ქოლეცისტიტების ოპერაციული მკურნალობისშემდგომი საკმაოდ მაღალი სიკვდილობის მაჩვენებლებზე: ა. დ. ოჩკინით (1911—1921) — 19%, გოციო (1923) — 9,2%, ს. პ. ფეოდოროვით (1934) — 9%, ა. ა. რობინსონით (1928—1934) — 15;2%, ა. დ. ოჩკინით (1940—1949) — 8,4%, ბ. ა. პეტროვით (1935—1955) — 7,7%; ა. ი. მირონოვით (1951—1958) — 8,9%, ვ. ი. სტრუჩკოვით (1954—1955) — 8,8%, პ. ა. მაცენკოთი (1954—1959) — 7,34%, დორფმანით — 10,9%, მ. გ. კამენჩიკით— 8,9%, კისისით — 10,3%, ე. ი. შირონოვით—7,75%, ვ. ი. სტრუჩკოვით — 8,6%, ფ. გ. უგლოვით — 8% და სხვ.

ბ. ა. პეტროვის მონაცემებით, ოპერაციისშემდგომი სიკვდილობა 60 წლის ასაკამდე 4,7%-ს უდრის, 60 წლის შემდეგ კი— 20%-ს.

მწვავე ქოლეცისტიტის ოპერაციულ მკურნალობაში ძირითადად სამი მიმართულება არსებობს: 1) სასწრაფო ოპერაციული ჩარევა შეტევიდან პირველ 72 საათში, 2) ადრეული ოპერაცია მე-7—12 დღეს და 3) ოპერაციის წარმოება ცივ პერიოდში.

მთელი რიგი ავტორები (ე. ფიფია, ა. ქურციკიძე, დ. ბერეჟიანი, ლ. დ. ცისკარიშვილი, ფ. გ. უგლოვი, ვ. პ. რადუშკევიჩი და ა. თ. კარიუკინა, გ. გ. კარავანოვი და ფ. ა. სპექტორი, ს. ი. კისისი,

ვ. ნ. კლიმოვი და სხვა) სასწრაფო ოპერაციული ჩარევის მომხრენი არიან.

პ. ნ. ნაპალკოვის აზრით, შეტევის დაწყებიდან პირველ 24 საათში დაუყოვნებლივ ოპერაციის წარმოება შედარებით იშვიათია. მაგალითად, 100 ოპერაციიდან პირველ დღეს ოპერაცია მხოლოდ სამ შემთხვევაში აქვს ნაწარმოები. ავტორს ყველაზე მიზანშეწონილად მიაჩნია ოპერაციის წარმოება მე-9—12 დღეს, როდესაც ინტოქსიკაციის მოვლენები ჩამცხრალია, ავადმყოფებს წინასწარ მიღებული აქვთ ანტიბიოტიკები, გლუკოზა, ვიტამინები და სხვა.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ა. თ. ლიდსკი, მ. ე. კომახიძე და სხვ. წინააღმდეგი არიან მწვავე ქოლეცისტიტების დროს დაავადების სრული კლინიკური სურათის დაზუსტებამდე გამოყენებულ იქნას ანტიბიოტიკები, რადგან მათი არასწორად გამოყენებისას დაავადების ნორმალური კლინიკური სურათი ბუნდოვნდება, რაც საფრთხის წინაშე აყენებს დესტრუქციული ქოლეცისტიტით დაავადებულთ.

ბ. ა. პეტროვის და ა. ლიდსკის (1957) აზრით, ოპერაციისშემდგომი მაღალი ლეტალობა მწვავე ქოლეცისტიტის გამო შემჩნეულია დაგვიანებული, იძულებითი ოპერაციების დროს. პირველ 72 საათში შესრულებული ოპერაცია მინიმალურ სიკვდილობას იძლევა, რომელიც მერყეობს 2,5—1%-ს შორის.

მწვავე ქოლეცისტიტის ოპერაციული მკურნალობის საკითხის გადაწრისას ავადმყოფის ასაკი მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული, რაც უფრო ხანდაზმულ ასაკთან გვაქვს საქმე, მით უფრო ცუდია პროგნოზი, რაც ავადმყოფის გულ-სისხლძარღვების მდგომარეობაზეა დამოკიდებული.

ა. თ. ლიდსკი, გ. გ. კარავანოვი, ფ. ა. სპექტორი, მ. ე. ფრიდმანი განსაკუთრებული სიფრთხილით ეკიდებიან მოხუცებულთა ქოლეცისტიტებს, რადგან მათში უფრო ხშირია დესტრუქციული ფორმები, ამასთან, ზოგჯერ დაავადების მორფოლოგიური სურათი კლინიკურ მიმდინარეობას არ ეფარდება და ასეთ შემთხვევებში ოპერაციაზე თავის შეკავება საფრთხეში აგდებს ავადმყოფის სიცოცხლეს. მეორე მხრივ, ისიც უნდა იქნეს მხედველობაში მიღებული, რომ მწვავე ქოლეცისტიტის გართულებების დროს ოპერაციული მკურნალობა უფრო საშიშია. მხედველობაში ისიცაა მისაღები, რომ არსებობს სანაღვლე გზების და მათი სისხლძარღვების მრავალი ვარიაცია, ამიტომ ეს შესაძლებელი ვარიაციები ოპერატორის მიერ გათვალისწინებული უნდა იქნეს. ხანგრძლივად მიმდინარე ქოლეცისტიტების დროს, როდესაც შეტევები ხშირია,

ტლანჭი ნაწიბუროვანი ცვლილებები ვითარდება. ნაღვლის ბუშტის ირგვლივ, რის გამოც ამ უკანასკნელის გამოყოფა ძნელდება, რასაც შეიძლება მოჰყვეს ღვიძლის პარენქიმის, სანაღვლე გზების და სისხლძარღვების დაზიანება. ცხადია, მაგრამ მაინც, ატიპიურ შემთხვევებში შესაძლებელია დიაგნოსტიკური შეცდომებიც, რაც ძირითადად ორგვარი ხასიათისაა. პირველი ჯგუფის შეცდომაა, როდესაც მწვავე ქოლეცისტიტის დიაგნოზით ავადმყოფებს ოპერაცია უკეთდებათ ისეთი დაავადებების გამო, როდესაც მუცლის ღრუში საერთოდ არავითარი კატასტროფა არ არსებობს და ოპერაცია დაუშვებელია. ასეთებია: გულის ინფარქტი, სტენოკარდია, ბაზალური პნევმონია და სხვ. მეორე ჯგუფის შეცდომებში ის შემთხვევები შედის, როდესაც ქოლეცისტიტი არ აღმოჩნდება, მაგრამ გადაუდებელი ქირურგიული ჩარევაა საჭირო. ასეთია, მაგალითად მწვავე აპენდიციტი, წყლულის პერფორაცია, ჰემორაგიული პანკრეონეკროზი და სხვ. როდესაც დგას მწვავე ქოლეცისტიტის ოპერაციული მკურნალობის საკითხი, ანგარიში უნდა გაეწიოს დაავადების სიმძიმესაც. მიუხედავად იმისა, რომ ნაღვლის ბუშტის პათოლოგიურანატომიური ცვლილებები ყოველთვის არ შეეფარდება დაავადების კლინიკური მიმდინარეობის სურათს, მწვავე გართულებული კენჭოვანი ქოლეცისტიტი მაინც იძლევა კლინიკურად ისეთ დამახასიათებელ სურათს, რომლის მიხედვითაც შეიძლება გადაწყვეტილ იქნეს ოპერაციის ჩვენების საკითხი. მწვავე ქოლეცისტიტით ავადმყოფი ყოველთვის გულდასმით უნდა იქნეს შესწავლილი დიაგნოსტიკური შეცდომის და დაუსაბუთებელი ოპერაციული ჩარევის თავიდან აცილების მიზნით.

როგორც ცნობილია, არსებობს ქოლეცისტიტის გარკვეული სახეები, რომლებიც ოპერაციულ მკურნალობას არ საჭიროებენ და კონსერვატული საშუალებებით კარგად იკურნებიან. მკურნალობის სრულფასოვნად წარმოებისათვის უნდა გაირკვეს ნაღვლის ბუშტის მწვავე შეტევის დროს ადგილი აქვს თუ არა ინფექციით გართულებას, შესაძლებელია თუ არა პერიტონეუმის ინფიცირება და სხვ. მთელ რიგ შემთხვევებში აუტანელი, მწვავე შეტევების დროს, რომელთაც პირღებინებაც ახლავს თან, შეიძლება ტაქიკარდიას, ლეიკოციტოზს და ტემპერატურის მომატებას არ ეძნეს ადგილი. მართალია, შესაძლებელია დაისვას მწვავე კენჭოვანი ქოლეცისტიტის დიაგნოზი, მაგრამ სასწრაფო ოპერაცია არ გაკეთდეს და ავადმყოფს კონსერვატული მკურნალობა ჩაუტარდეს. პირველ რიგში მნიშვნელობა აქვს ანტისპაზმური საშუალებების დანიშვნას. ამ მიზნით კარგი შედეგებით გამოიყენება ატროპინი, პლატიფილინი, პარა-

ნეფრალური ბლოკადები და სათბურები მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში. მთელ რიგ შემთხვევებში აღნიშნული ღონისძიებებით ავადმყოფები უკეთ გრძნობენ თავს და კლინიკური ნიშნების მიხედვით იკურნებიან კიდეც. თუ აღნიშნული ღონისძიებები არ არის საკმარისი და ბუშტის სადინარში გაჭედილი კენჭი დაავადების მიმდინარეობას ამძიმებს, მაშინ ოპერაციული მკურნალობა სრულიად გამართლებულია. იმ დროს, როდესაც კენჭოვან ქოლეცისტიტს მძიმე ინფექცია ერთვის თან, ავადმყოფს აქვს მაღალი ტემპერატურა, შემცივნებები, ტაქიკარდია, ლეიკოციტოზი, შესაძლებელია ადგილი ექნეს სიყვითლესაც. მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში დეფანსი გამოიხატება. ზოგჯერ კარგად ისინჯება გადიდებული, მტკივნეული ნაღვლის ბუშტი ან აღნიშნულ მიდამოში ინფილტრატი, რაც ეჭვს ბადებს ნაღვლის ბუშტის დესტრუქციაზე. ამ დროს პერიტონეალური ნიშნებიც გამოვლინდება და შესაძლებელია ნაღვლის ბუშტის ემპიემას ჰქონდეს ადგილი, რის საფუძველზედაც დაისმება გადაუდებელი ოპერაციული ჩარევის საკითხი. ოპერაციული ჩარევისათვის არ არის საკმარისი ავადმყოფს რამდენიმე შეტევა ექნეს გადატანილი. ოპერაციულ ჩვენებას შეტევათა რიცხვი კი არ განსაზღვრავს, არამედ დაავადების ზოგადი და ადგილობრივი მოვლენების ხასიათი. შესაძლებელია მწვავე ქოლეცისტიტის პირველი შეტევისთანავე ნაღვლის ბუშტის პერფორაცია ან ფლეგმონური ქოლეცისტიტი განვითარდეს. ორივე შემთხვევაში დიფუზური პერიტონიტია მოსალოდნელი, თუ ოპერაცია დროულად არ იქნა წარმოებული. როდესაც მწვავე ქოლეცისტიტის დროს მკაფიოდ არის გამოვლინებული მისი მოვლენები მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში ძლიერი ტკივილების სახით, დეფანსი, დადებითი ბლუმბერგის ნიშანი, მაღალი ტემპერატურა, ლეიკოციტოზი, ხშირი მაჯა. ზოგჯერ სიყვითლე და ზოგადი სეფსისური მდგომარეობა თვალსაჩინოდ არის გამოხატული, რა თქმა უნდა, ოპერაციული ჩარევა სასწრაფოდ უნდა იქნეს წარმოებული.

ქოლეცისტიტი არ არის აპენდიციტი, აღნიშნავს ს. ფეოდოროვი: „მე გავურბოდი და შეძლებისდაგვარად გავურბივარ ოპერაციას მწვავე პერიოდში და, ვფიქრობ, რომ ამის გამო მაქვს თითქმის ასეული ოპერაცია სიკვდილის გარეშე“ (ციტ. ი. მახათაძით).

არ შეიძლება მწვავე ქოლეცისტიტის მწვავე აპენდიციტთან გაიგივება და ყოველთვის სასწრაფო ოპერაციის გაკეთება, აღნიშნავს კ. დ. ერისთავი. არ უნდა დავივიწყოთ, ამბობს ავტორი, რომ თავისი ანატომიური მდებარეობით აპენდიქსი ჩაკეტილი ორგანოა, სადაც არსებული ინფექციისათვის შედარებით კარგი პირობებია,

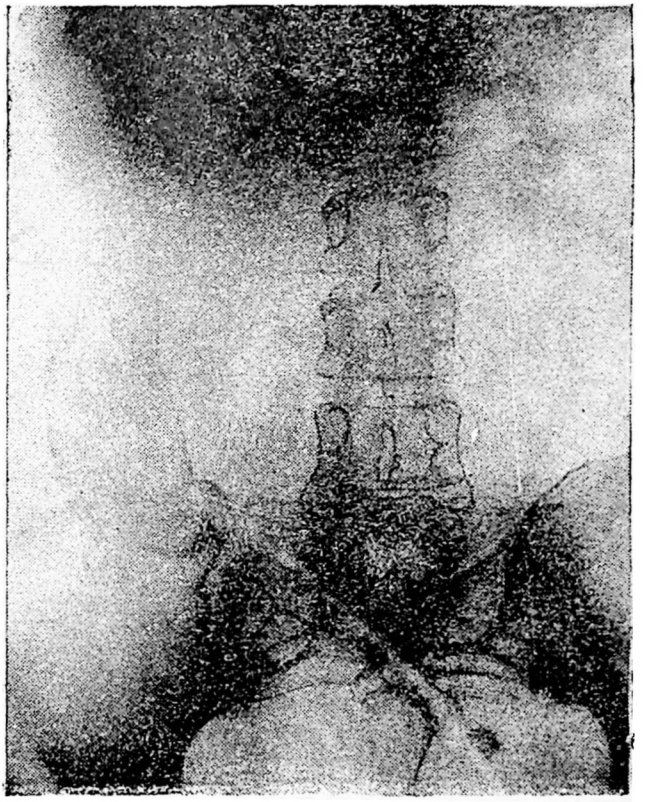
მაშინ როდესაც ნაღვლის ბუშტი დასაცლელი ორგანოა და სისტემატურად ირწყვება ნაღვლით. ავტორის აზრით, თუ რეციდივული ქოლეცისტიტის შემთხვევაში პროცესი ცხრება, უმჯობესია ოპერაცია ცივ პერიოდში გაკეთდეს.

მ. ა. თოფჩიბაშევის აზრით, ქოლეცისტექტომია არ არის აპენდექტომია და ამიტომ მხოლოდ გართულებული ქოლეცისტიტი საჭიროებს სასწრაფო ოპერაციას. სხვა შემთხვევებში ავტორს მიზანშეწონილად მიაჩნია მწვავე ქოლეცისტიტის ოპერაცია შეტევიდან 5—6 დღის შემდეგ გაკეთდეს, ე. ი. შედარებით ცივ პერიოდში. მისი აზრით, ასეთი მიდგომა განკურნების უკეთეს მაჩვენებლებს იძლევა.

ჩვენს კლინიკაშიც ასევე მიღებულია, რომ მწვავე ქოლეცისტიტის გამო სასწრაფო ოპერაციული ჩარევა იძულებითი ოპერაციაა და უკვე საყოველთაოდ აღიარებული ჩვენებების გარდა მისი წარმოება არ არის მიზანშეწონილი. მწვავე პროცესის ჩაცხრომის შემდეგ წარმოებული ოპერაცია განკურნების უკეთეს მაჩვენებლებს იძლევა. ამის მაგალითები კლინიკის მასალაზე უამრავია. საილუსტრაციოდ მოვიყვანთ ერთ-ერთ მათგანს.

ავად. ა. ი., ქალი, 28 წლის (ავადმყოფობის ისტორია № 30). კლინიკაში შემოვიდა 2/I-56 წ. ძლიერი ტკივილით მარჯვენა ფერდქვეშა არეში, პირღებინებით დაავადების დაწყებიდან მეექვსე დღეს. ობიექტურად მარჯვენა ფერდქვეშა არეში ისინჯებოდა მუშტის ოდენა ძლიერ მტკივნეული ნაღვლის ბუშტი. მიმოხილვით რენტგენოგრამაზე მოჩანდა კენჭის ჩრდილი. ავადმყოფს ენერგიული კონსერვატური მკურნალობა დაენიშნა. მდგომარეობა თანდათან გაუმჯობესდა, მწვავე მოვლენები ჩაცხრა. კლინიკაში შემოსვლიდან მე-16 დღეს ავადმყოფს გაუკეთდა ოპერაცია — Cholecystectomia et choledocholomia. ნაღვლის ბუშტი კენჭებს შეიცავდა. კენჭი ნაღვლის საერთო სადინარშიც იმყოფებოდა, რის გამო სადინარიდან კენჭის ამოღების შემდეგ დეფექტი კლავე გაიკერა. მუცლის ღრუში ჩატოვებულ იქნა ტამპონი და დრენაჟი. პოსტოპერაციული პერიოდი — სიდა. ჭრილობა დაიბურა და ავადმყოფი 18/IV განკურნებული გაეწერა (სურ. 15).

ქრონიკული ქოლეცისტიტის დროს, როდესაც კლინიკური და ლაბორატორიული შესწავლით კენჭოვანი ქოლეცისტიტის არსებობა არ მტკიცდება და იგი ლამბლიებით ან სუსტი ვირულენტობის ინფექციითაა გამოწვეული, კონსერვატული მკურნალობა სრულიად გამართლებული და მიზანშეწონილია. რაც შეეხება ისეთი სახის ქრონიკულ კენჭოვან ქოლეცისტიტს, რომელიც პერიოდულ რეციდივებს იძლევა, ამ შემთხვევაში ოპერაციული მკურნალობაა ნაჩვენები. როგორც აღნიშნული გვქონდა, ანგარიში უნდა გაეწიოს ავადმყოფის ასაკს, მის საერთო მდგომარეობას და ოპერაციისათვის მის სათანადოდ მომზადებას. აღსანიშნავია, რომ კენჭოვან ქოლეცისტიტს, რომელიც ქრონიკულად მიმდინარეობს და რეციდივები ახასიათებს. შესაძლებელია მთელი რიგი გართულებები მოჰყვეს.



სურ.



სურ. 17.

როგორიცაა ნაღვლის ბუშტის წყალმანკი, ემპიემა, ნაწიბუროვნად გადაგვარებული და შეჭმუხნილი ბუშტი, ჩაკირვა, სანაღვლე გზების კენჭით დახშობა, შიგნითა ფისტულების განვითარება, ჭოლანგიტები და სხვ. (სურ. 16, 17)* ყველა ეს გართულება უხშირესად ოპერაციულ ჩარევას საჭიროებს. ობტურაციული სიყვითლის დროს, თუ საქმე არა გვაქვს ბოტკინის დაავადებასთან, ოპერაცია დროულად უნდა გაკეთდეს მანამ, სანამ არ განვითარებულა ღვიძლის პარენქიმული ელემენტების შეუქცევადი მდგომარეობა, ღვიძლის ბილიარული ციროზი და ღვიძლის კიბო. ობტურაციული სიყვითლე, კენჭით იქნება გამოწვეული თუ სიმსივნური პროცესით, ორივე შემთხვევაში დროულ ოპერაციას საჭიროებს. კენჭოვანი ჭოლეცისტიტის დროს ექიმმა დროული ოპერაციული ჩარევით თავიდან უნდა აიცილოს ავადმყოფს ის მძიმე გართულებანი, როგორიცაა ნაღვლის ბუშტის პერფორაცია, პერიტონიტი, სეფსისური ჭოლანგიტი, ღვიძლის აბსცესი, ბილიარული ციროზი, ნაღვლის ბუშტის კიბო და სხვა. ოპერაციისათვის განსაკუთრებულ მომზადებას საჭიროებს სიყვითლით დაავადებული. ოპერაცია ისეთ პირობებში უნდა გაკეთდეს, რომ იგი ნაკლებად სახიფათო იქნეს ავადმყოფისათვის. ასეთ ავადმყოფებს წინასწარ მენადიონი ან K ვიტამინი უნდა დაენიშნოს (5 მლ 2—3-ჯერ დღეში). თუ ეს გარკვეული დროის განმავლობაში ნორმალიზაციას არ გამოიწვევს, მაშინ ინტრავენურად უნდა იქნეს შეყვანილი K ვიტამინის ემულსია.

გარდა ამისა საჭიროა ასეთი ავადმყოფების სპეციალურ დიეტაზე გადაყვანა. საკვები ნაკლებ ცხიმს უნდა შეიცავდეს. მასში უნდა შედიოდეს 20% პროტეინი და 70% კარბოჭლორატი.

რავდინის (Ravdin, 1943) და სხვა ავტორების გამოკვლევებით, თუ ასეთი დიეტა ავადმყოფს ოპერაციამდე 5-6 დღის განმავლობაში ეძლევა, მაშინ იშვიათია ღვიძლში ცხიმის დიდი რაოდენობით დაგროვება, მაშინ როდესაც იგი დიდი რაოდენობითაა იმ ავადმყოფთა ღვიძლში, რომლებიც არ არიან დიეტით მომზადებული. ასეთ დიეტურ მომზადებას ოპერაციისათვის გარკვეული მნიშვნელობა ენიჭება. საერთოდ სულერთია ავადმყოფის მკურნალი ექიმი თერაპევტი იქნება, თუ ქირურგი; როგორც კონსერვატული, ისე ოპერაციული მკურნალობისათვის ერთნაირი ჩვენება უნდა იყოს დასახული. ჭოლეცისტიტების დროს ოპერაციისაგან თავი უნდა შევიკავოთ გულ-სისხლძარღვთა მძიმე დაავადების დროს. მიოკარდიოდისტრო-

* ჩაკირული ნაღვლის ბუშტის შემთხვევა დემონსტრირებულია თბილისის აკად. გრ. მუხაძის სახელობის ქირურგიული საზოგადოების სხდომაზე ექ. ე. ოთაროვას მიერ 1952 წ.

ფია, არტერიოსკლეროზი, გულის დეკომპენსაციის მოვლენები ოპერაციის წინააღმდეგჩვენებას წარმოადგენს. ოპერაციისაგან ასევე უნდა შევიკავოთ თავი თირკმლების დაავადების დროს დიურეზის მკვეთრი შემცირებისა და აზოტემიის შემთხვევებში, ფილტვების მწვავე და ქრონიკული დაავადების, დიაბეტის დროს და სხვა. ყველა აღნიშნული დაავადების დროს მიზანშეწონილად ითვლება სიმპტომატური მკურნალობა. ნაღვლის ბუშტის პერფორაციის, მისი განგრენის, პერიტონიტის განვითარების შესაძლებლობისა და სხვა გართულებებისას ოპერაციული ჩარევა აუცილებელი ხდება, მიუხედავად ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობისა.

როგორც მწვავე, ისე ქრონიკული ქოლეცისტიტის დროს ავადმყოფი ოპერაციისათვის სათანადოდ უნდა იყოს მომზადებული. მწვავე პერიოდში, როდესაც ოპერაციის ჩვენება უკვე დადგენილია, ტკივილის საწინააღმდეგოდ მორფიუმი და პანტაპონი იხმარება. ანტისპაზმურ საშუალებად ატროპინი უნდა იქნეს გამოყენებული. მიმართავენ პარანეფრალურ ნოვოკაინის ბლოკადებს, საგულე საშუალებებს, კანქვეშ ფიზიოლოგიური ხსნარის ან 5% გლუკოზის შეყვანას, მცირე დოზებით სისხლის გადასხმებს და სხვა. ანტიბიოტიკები გამოიყენება როგორც ოპერაციის შემდეგ, ისე ოპერაციამდე. სასურველია კანქვეშ 8—10 ერთ. ინსულინის ინექციები და 20 წუთის შემდეგ 40% გლუკოზის ხსნარის შეყვანა. თუ ოპერაცია სასწრაფო ჩვენებებით არ კეთდება, სავალდებულოა ასეთი ღონისძიებებით ავადმყოფების ერთი-ორი კვირის განმავლობაში მომზადება, რითაც მათი საერთო მდგომარეობა უმჯობესდება და 10 დღე საკმარისი ხდება, რომ ღვიძლის ფუნქცია გამოსწორდეს.

უნდა აღინიშნოს, რომ კარგი გაუტკივარება ყოველგვარი სახის რთული ოპერაციების ეფექტურობის საწინდარია, ამიტომ ანესთეზიოლოგიამ დიდი წინსვლა განიცადა როგორც ჩვენში, ისე უცხოეთშიც. ავტორები დიდი ყურადღებით ეკიდებიან გაუტკივარების საკითხს მწვავე ქოლეცისტიტების დროს. სანაღვლე გზებზე ოპერაციული ჩარევებისას, განსაკუთრებით მოხუცებულებში, მხოლოდ სრულყოფილი ტკივილგაყუჩება აძლევს ქირურგს საშუალებას ჩასწვდეს პათოლოგიური პროცესის სიღრმეს, კარგად დაათვალიეროს სადინარები, საჭირო შემთხვევაში შეამოწმოს მეზობელი ორგანოები და სხვ. მხედველობაში მისაღებია ის გარემოება, რომ ნაღვლის ბუშტის და სანაღვლე გზების პათოლოგიის დროს გარკვეულ შემთხვევაში პათოლოგიურ პროცესში ღვიძლიც ჩაითრევა, ამიტომ ისე უნდა შეირჩეს სანარკოზე საშუალებანი, რომ ღვიძლის ჭსოვილმა ნაკლები ტრავმირება განიცადოს.

წარსულში სანაღვლე გზებზე ოპერაციებს მხოლოდ ქლოროფორმის და ეთერის ზოგადი ნარკოზით აკეთებდნენ. ამჟამად ქლოროფორმის ნარკოზი კარგა ხანია დავიწყებას მიეცა და მას მხოლოდ ისტორიული მნიშვნელობა აქვს.

სანაღვლე გზებზე ოპერაციის წარმოებისას ა. ი. ვიშნევსკი ადგილობრივი ანესთეზიის უპირატესობას აღიარებდა. ჭირურგთა გარკვეული ჯგუფი ამჟამადაც მას აძლევს უპირატესობას. მართლაც, თუ ადგილობრივი ანესთეზია გულდასმით იქნება შესრულებული, სავსებით ხერხდება ოპერაციის უმტკივნეულოდ ჩატარება.

გამხდარ პირებში, განსაკუთრებით ხანდაზმულ ასაკში, ადგილობრივი ანესთეზია უპირატესობას ინარჩუნებს. მსუქან პირებში კი ადგილობრივი ანესთეზია არ იძლევა სრულყოფილ შედეგს, რის გამოც მისი გამოყენება არ არის მიზანშეწონილი.

ქრონიკული ქოლეცისტიტის გამო ოპერაციის დროს შეიძლება ზურგის ტვინის ანესთეზიაც გამოვიყენოთ. ამ მხრივ 1% სოვკაინს ეძლევა უპირატესობა.

უკანასკნელ ხანებში დიდი გავრცელება მოიპოვა ინტრატრაქეულმა ნარკოზმა, რომელიც საერთოდ თანამედროვე ქირურგიის დიდ მიღწევად უნდა ჩაითვალოს. თანამედროვე ნარკოზი, მცირე რაოდენობის ეთერის შეყვანით, კურარესმაგვარ პრეპარატებთან ერთად საშუალებას იძლევა სრული გაუტკივარება იქნეს მიღწეული.

ზოგიერთი ავტორი უპირატესობას აძლევს აზოტის ქვექანგის გამოყენებას (ვ. ა. ივანოვი, ნ. ა. სუპერი). ოპერაციის მსვლელობისას ჟანგბადის სისტემატურად გამოყენება ავადმყოფს თავიდან ააცილებს ანოქსიას, რასაც, რა თქმა უნდა, დიდი მნიშვნელობა ენიჭება. აღნიშნულ ნარკოზს უპირატესობას აძლევენ ისეთ შემთხვევებშიაც, როდესაც სურთ საოპერაციო მაგიდაზე ჭოლანგიოგრაფია აწარმოონ. როგორც აღნიშნული იყო, ამ უკანასკნელს მრავალი კლინიკა წარმატებით იყენებს.

ამრიგად, შეიძლება თამამად ითქვას, რომ გაუტკივარების საკითხი ნაღვლის ბუშტსა და სანაღვლე გზებზე ოპერაციების დროს კარგად არის დამუშავებული, რაც უკანასკნელ ხანებში ოპერაციის შემდგომი სიკვდილობის შემცირების ერთ-ერთი მიზეზი გახდა. ნარკოზის შერჩევისათვის ანგარიში უნდა გაეწიოს ავადმყოფის ზოგად მდგომარეობას, ასაკს, მის კონსტიტუციას, ღვიძლის მდგომარეობას, გეგმით გათვალისწინებულ ოპერაციას, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ მოვლენებს და სხვ. ყოველივე ამის გათვალისწინება კიდევ უფრო ზრდის ოპერაციის შემდგომი პერიოდის კარგ მაჩვენებლებს.

სანაღვლე გზებზე ოპერაციის წარმოებისას ისეთი განაკვეთი უნდა გაკეთდეს, რომ თავისუფლად შეიძლებოდეს ყოველგვარი მანიპულაციის შესრულება. სხვადასხვა ავტორის მიერ დღემდე 30-მდე განაკვეთია მოწოდებული, მაგრამ მიუხედავად ამისა დღემდე არსებული არც ერთი განაკვეთი არ არის უნივერსალური და არ ითვალისწინებს ნაღვლის ბუშტის მდებარეობის ვარიანტებს, მის ტოპოგრაფიულ ურთიერთობას და პათოლოგიური პროცესის შესაძლებელ თავისებურებებს. ამიტომ არის, რომ განაკვეთის გატარებისას ანგარიში უნდა გაეწიოს ზოგიერთ ფაქტორს. ასე მაგალითად, ნაღვლის ბუშტის მედიალური და დაბალი მდებარეობისას შესაძლებელია განაკვეთი თეთრ ხაზზე გატარდეს. ბუშტის მაღალი და ლატერალური მდებარეობის დროს ყველაზე კარგი მიდგომის საშუალებას რიობრანკოს ნაფლეთოვანი განაკვეთი იძლევა. საერთოდ ყველა სახის განაკვეთი შესაძლებელია სამ ჯგუფად დაიყოს: 1. ვენტრალური, 2. განივი და 3. კომბინირებული. პირველი ჯგუფის განაკვეთს შუა ხაზის განაკვეთი მიეკუთვნება. ეს განაკვეთი ყველაზე დამზოგველია. საჭიროების შემთხვევაში მას შეიძლება დამატებითი განაკვეთი დაემატოს. ვენტრალურ განაკვეთთა ჯგუფს პარარექტალური განაკვეთი მიეკუთვნება. განივი განაკვეთებიდან საყურადღებოა კოხერის განაკვეთი, რომელიც მარჯვენა ნეკნთა რკალის პარალელურად ტარდება. საჭიროების მიხედვით ადვილი შესაძლებელია მისი გაფართოება. ეს განაკვეთი როგორც ღვიძლის კარის მიდამოზე, ისე ქოლედოხუსზე კარგად მიდგომის საშუალებას იძლევა. კომბინირებული, ანუ ნაფლეთოვანი განაკვეთებიდან რიობრანკოს განაკვეთია აღსანიშნავი, რომელიც შუა ხაზზე მახვილისებრი მორჩიდან ჭიპამდე იხსნება, და შემდეგ მარჯვენა მხარეს, მახვილისებრი კუთხის ქვეშ, განაკვეთი ემატება. არსებობს აღნიშნული განაკვეთის სხვადასხვა სახის მოდიფიკაციები. უნდა აღინიშნოს, რომ არც ერთი მოწოდებული განაკვეთთაგანი არ არის დაზღვეული ოპერაციისშემდგომი თიაქრისაგან. მით უმეტეს, თუ ჭრილობაში დიდი ხნის განმავლობაში დრენაჟები და ტამპონები ჩაიტოვება. საჭიროდ მიგვაჩნია აღვნიშნოთ, რომ მუცლის ღრუს გახსნისას, სანამ ნაღვლის ბუშტის გამოყოფა დაიწყებოდეს, საჭიროა ამ უკანასკნელის მუცლის ღრუსაგან ტამპონებით იზოლაცია. ერთი ტამპონი ჭრილობის ზედა კუთხეში უნდა ჩაიდოს, მეორე — ქვედა კუთხეში, რომელსაც მესამე ტამპონიც შეიძლება დაემატოს. ამის შემდეგ ქირურგს შეუძლია ნაღვლის ბუშტის გამოყოფა აწარმოოს. ზოგჯერ ნაღვლის ბუშტის გამოყოფა მის ირგვლივ მდებარე ქსოვილებისაგან მჭიდრო შეხორცებების გამო საკმაოდ ძნელდება. იქმნება საშიშროება ბუშტის დაზიანებისა

და ნაღვლის ჩაღვრისა, რის გამოც საკვებით მიზანშეწონილია ნემსის საშუალებით ნაღვლის ბუშტიდან ამოქაჩვა. როდესაც ნაღვლის ბუშტი შეხორცებებისაგან განთავისუფლდება, მოიძებნება ღვიძლთორმეტგოჯა ოიგი, რის შემდეგ სანაღვლე გზების დეტალური დათვალიერება იწყება. პალპაცია გამოიყენება პათოლოგიური კერის აღმოსაჩენად, მოიძებნება კენჭები და სხვა.

ნაღვლის ბუშტსა და სანაღვლე გზებზე შემდეგი სახის ოპერაციები შეიძლება იქნეს წარმოებული: ქოლეცისტექტომია, ქოლეცისტოტომია, დუოდენოტომია, ნაღვლის საერთო სადინარის ტრანსდუოდენალური ექსპლორაცია, სფინქტეროტომია, ქოლეცისტოენტეროსტომია, ქოლედოქოეიუნოსტომია, ქოლედოქოდუოდენოსტომია, პანკრეატიკოდუოდენექტომია. ყველა მეთოდიკის ცალკე განხილვას არ შევუდგებით, მაგრამ უნდა აღინიშნოს, რომ ქირურგი, რომელიც ბილიარულ ტრაქტზე ოპერაციას აწარმოებს, უნდა იცნობდეს ყველა ზემოთ ჩამოთვლილ ოპერაციას, თანაც უნდა იყოს ამისათვის სათანადო პირობები, იარაღები და სხვა, რომ წარმოებულმა ოპერაციებმა გარკვეული სასურველი შედეგები გამოიღოს.

ნაღვლის ბუშტის ამოკვეთა — Cholecystectomia. ქოლეცისტექტომია სხვა მეთოდთა შორის იდეალურ ოპერაციადაა აღიარებული და მას ავტორთა უმრავლესობა წარმატებით იყენებს.

ნაღვლის ბუშტის ამოკვეთა გარკვეულ ჩვენებებს მოითხოვს, ასეთია, მაგალითად: ფლეგმონური და განგრენული ქოლეცისტიტი, ქოლელითიაზი, განსაკუთრებით, როდესაც კენჭები ბუშტის სადინარს ან საერთო სადინარს ახშობენ, ბუშტის წყალმანკი, ემპიემა, კიბო, ქრონიკული მორეციდივე ქოლელითიაზი და სხვა. როდესაც ნაღვლის ბუშტის ამოკვეთა გადაწყდება, გულდასმით უნდა იქნეს შესწავლილი ექსტრაჰეპატური სანაღვლე გზების გამავლობა—კენჭითაა ისინი დახშული თუ ნაწიბუროვანი ქსოვილითაა შეეწროებული, არის თუ არა ფატერის დვრილში კენჭი ან სიმსივნე. რადგან აღნიშნული დაავადების დროს მხოლოდ ნაღვლის ბუშტის ამოკვეთა უშედეგოა, ანდა ზოგჯერ ამოკვეთა, პირიქით, წინააღმდეგნაჩვენებია, ზოგჯერ ქოლეცისტექტომიასთან ერთად საჭირო ხდება ქოლედოქოტომიაც. ზოგჯერ ნაღვლის ბუშტთან და თორმეტგოჯანაწლავსა და კუჭს შორის ანასტომოზით ვკმაყოფილდებით. როდესაც პათოლოგიური პროცესი მხოლოდ ნაღვლის ბუშტს მოიცავს, მაშინ ქოლეცისტექტომია კეთდება. ნაღვლის ბუშტის გამოყოფა ფუძიდან ან ყელიდან წარმოებს. ნაღვლის ბუშტის ფუძიდან გამოყოფა ტექნიკურად უფრო ადვილია და მაშინ მიმართავენ, როდესაც ნაღვლის ბუშტის ყელის და სადინარის მიდამოში ანთებითი პროცესია.

ნაღვლის ბუშტის ღვიძლის ზედაპირიდან მოშორების შემდეგ თანდათანობით ვუახლოვდებით ნაღვლის ბუშტის ყელს. აქ ახლოს იმყოფება ღვიძლის არტერიის მარჯვენა ტოტი, რომელსაც ჩვეულებრივ ნაღვლის ბუშტის არტერია გამოეყოფა; ეს უკანასკნელი აქვე შესაძლებელია გამოიყოს და გადაიკვანძოს კიდეც. შემდეგ ნაღვლის ბუშტის სადინარი გამოიყოფა მთელ სიგრძეზე ნაღვლის საერთო სადინართან შეერთებამდე, მით უმეტეს, როცა მოსალოდნელია აღნიშნულ მიდამოში ჩაშვედილი კენჭის არსებობა. ზოგჯერ ძლიერი შეხორცებების დროს საჭიროა გაიხსნას ნაღვლის ბუშტი, ამოიქაჩოს მისგან ნაღველი და თითის კონტროლის ქვეშ გამოიყოს ნაღვლის ბუშტი და მისი ყელის მიდამო. გათვალისწინებული უნდა იქნეს ის გარემოება, რომ ზოგჯერ ღვიძლისა და ნაღვლის ბუშტის სადინარების პარალელური მდებარეობაა შესაძლებელი და შეხორცებებისას მათი გარჩევა საკმაოდ ძნელია. ნაღვლის ბუშტის სადინარის გამოყოფის შემდეგ, ნაღვლის საერთო სადინარიდან 0,5—1 სმ მოშორებით იდება მომჭერები, ლიგატურა და მათ შორის გადაიკვეთება ბუშტის სადინარი. უმჯობესია ნაღვლის ბუშტის სადინარის ორმაგი გადაკვანძვა. თუ შესაძლებელია, უმჯობესია ტაკვის პერიტონიზაცია იქნეს წარმოებული. ასეთივე პერიტონიზაცია სასურველია გაკეთდეს ნაღვლის ბუშტის მდებარეობის ადგილას. როდესაც ნაღვლის ბუშტის ყელიდან გამოყოფა ხდება, ამ უკანასკნელზე ედება მომჭერი და დაიჭიმება. სადინარის მიმართულებით იკვეთება სეროზული გარსი, სუბსეროზულად გამოიყოფა ბუშტის სადინარი და ორ ლიგატურას შორის გადაიკვეთება. აქვე უნდა გამოიყოს ნაღვლის ბუშტის არტერია და გადაიკვანძოს. ყოველივე ამის შემდეგ შესაძლებელი ხდება ნაღვლის ბუშტის ამოკვეთა.

ნაღვლის ბუშტის ამოკვეთის შემდეგ დგება საკითხი ჭრილობა ყრუდ დაიხუროს, თუ ჩაიდოს ტამპონები ნაღვლის ბუშტის არეში.

ზოგიერთი ავტორი (დ. ბერეჟიანი, ვ. პ. რადუშკევი და ა. თ. კარიუკინა, დ. მოვიუსი—D. Möwius, 1961) ქოლეცისტექტომიის შემდეგ მუცლის ღრუს ყრუდ დახურვას მიმართავს, რაც, ჩვენი აზრით, არ უნდა იყოს მართებული.

ს. ნეზუანს (S. Nezuann, 1961) მოჰყავს ქოლეცისტექტომიის 211 შემთხვევა, რომელთაგან 144 შემთხვევაში (67,7%) მუცლის ღრუ ყრუდ იქნა დახურული. 70 ოპერაცია გაკეთდა დრენაჟის დატოვებით. დრენირების გარეშე ჭრილობა პირველადად შეხორცდა 98%-ში, დრენირებით კი — 54%-ში.

მართალია, ჭრილობის ღიად დატოვება ახანგრძლივებს ჭრილობის შეხორცებას, ხელს უწყობს ოპერაციის შემდგომი თიაქრის გან-

ვითარებას და შემაწუხებელია ავადმყოფისათვის, მაგრამ მიუხედავად ამისა იქ, სადაც ოდნავი შესაძლებლობაც კი არსებობს მუცლის ღრუს ყრუდ დახურვის შემდეგ ნაღვლის გამოჟონვისა, ჭრილობაში აუცილებლად ტამპონი უნდა ჩაიდოს, რადგანაც ნაღვლის გამოჟონვის შედეგად შესაძლებელია შეუქცევადი გართულებანი განვითარდეს. ერთი ტამპონი ნაღვლის ბუშტის ადგილას უნდა ჩაიდოს, მეორე — ვინსლოვის ხვრელთან, მესამე კი — განივი კოლინჯისაკენ, ტამპონებს შორის დრენაჟი უნდა მოთავსდეს, საიდანაც ანტიბიოტიკები სისტემატურად უნდა იქნეს შეყვანილი.

ტამპონების ჩადების მნიშვნელობა მით უფრო დიდია, როდესაც საქმე ფლეგმონურ და განგრენულ ნაღვლის ბუშტის ანთებას შეეხება. როდესაც ტამპონები ჩირქითა და ნაღვლით გაიჟღენთება, ისინი 7—10 დღემდე და ზოგჯერ უფრო მეტ ხანსაც უნდა იქნეს დატოვებული. თუ ნაღვლის ბუშტი ჯორჯალზეა ჩამოკიდებული, მისი ამოღება ღვიძლის პარენქიმის დაზიანების გარეშე ხერხდება, ამავე დროს ტაკვის პერიტონიზაცია სრულყოფილად წარმოებს. შესაძლებელია ასეთი ქოლეცისტექტომიის შემდეგ ტამპონები სრულიად არ იქნეს დატოვებული. გარდა ამისა ნაღვლის ბუშტის სუბსეროზული ამოკვეთის შემდეგ სეროზული გარსი ჰერმეტულად იკერება და ამოკვეთილი ბუშტის მიდამოში სრული პერიტონიზაცია მიიღწევა. ასევე შესაძლებელია მუცლის ღრუ ყრუდ დაიხუროს და ტამპონები არ იქნეს გამოყენებული. უნდა აღინიშნოს, რომ ზემოაღნიშნული მდგომარეობა შედარებით იშვიათია და უხშირესად მუცლის ღრუს ყრუდ დახურვა საშიშროებას უქადის ავადმყოფს.

ოუსეთის ქირურგთა XVI ყრილობაზე ი. ი. გრეკოვი კატეგორიულად ილაშქრებოდა ყრუ ნაკერის წინააღმდეგ და ამბობდა: „გაკერვის მოდა ერთობ ლამაზია, მიმზიდველია და მოხერხებული, მაგრამ შეიძლება სიცოცხლის ფასად დაუჯდეს ავადმყოფს".

იშვიათად, მაგრამ მაინც ზოგჯერ ძლიერი შეხორცებების გამო ნაღვლის ბუშტის ამოკვეთა შეუძლებელი ხდება. ასეთ შემთხვევაში პრიბრანის მიერ ნაღვლის ბუშტის ლორწოვანის ამოწვაა მოწოდებული (Mukoklase). ამ დროს ნაღვლის ბუშტი მთელ სიგრძეზე იკვეთება, შიგთავსი ამოიწმინდება და ლორწოვანი გარსი პაკელენის აპარატით ამოიწვება, დარჩენილი დეფექტი გულმოდგინედ ამოიკერება და ჭრილობაში ტამპონები ჩაიდება. პაკელენის აპარატის გარდა შესაძლებელია ელექტროკოაგულაციაც იქნეს გამოყენებული. უნდა აღინიშნოს, რომ ექსტრაჰეპატური სანაღვლე გზების პათოლოგიების დროს ყველაზე ხშირად ნაღვლის ბუშტის ამოკვეთას აწარმოებენ.

ნაღვლის ბუშტის გამოყოფისას მთავარია არ დაზიანდეს მთავა-

რი სანაღვლე გზები, ღვიძლის არტერია და ადგილი არ ექნეს როგორც ოპერაციის დროს, ისე მისშემდგომ სისხლდენის განვითაროებას. ნაღვლის ბუშტის გამოყოფისას თავიდან უნდა იქნეს აცილებული სისხლდენა ნაღვლის ბუშტის არტერიიდან და ღვიძლის კარის სხვა სისხლძარღვებიდან. აღნიშნულის თავიდან ასაცილებლად მიზანშეწონილ ღონისძიებად არის მიჩნეული წინასწარ ვინსლოვის ხვრელიდან იქნეს გასინჯული ღვიძლის კარის შემადგენელი ელემენტები. ზოგჯერ შესაძლებელია ნაღვლის საერთო სადინარი იყოფოდეს ან ღვიძლის მარჯვენა სადინარი დამოუკიდებლად უერთდებოდეს ნაღვლის ბუშტის სადინარს ან ღვიძლის მარცხენა სადინარს. ამრიგად, გართულებების მიზეზი შესაძლებელია იყოს ნაღვლის ბუშტის სადინარის, ნაღვლის საერთო სადინარის და ღვიძლის საერთო სადინარის იდენტიფიკაცია. იმ დროს, როდესაც ნაღვლის ბუშტის სადინარის გადაკვანძვას ვაწარმოებთ ნაღვლის საერთო სადინარის ახლოს, რომ თავიდან ავიცდინოთ ღვიძლის საერთო არტერიის ან ღვიძლის მარჯვენა არტერიის დაზიანება, პირველ რიგში პალპაციით უნდა იყოს გასინჯული აღნიშნული სისხლძარღვები. როდესაც ოპერაციის დროს აღმოჩნდება, რომ ნაღვლის ბუშტის არტერია ძლიერ დიდია და ჩვეულებრივ ზომას არ შეეფერება, მაშინ უნდა გაირკვეს, ხომ არ არის იგი ღვიძლის მარჯვენა არტერია, შედის თუ არა ღვიძლის კარში, დაკავშირებულია თუ არა ნაღვლის ბუშტთან და აძლევს თუ არა მას განტოტებას. ასეთი წინასწარი გასინჯვა საშუალებას იძლევა ავადმყოფს ავაცდინოთ ღვიძლის არტერიის დაზიანება ან გადაკვახვა, რის შედეგადაც ადვილი მოსალოდნელია ღვიძლის მძიმე პათოლოგიის — ე. წ. ღვიძლის შოკის განვითარება. თუ მიუხედავად მიღებული ზომებისა ღვიძლის არტერია მაინც დაზიანდა და იგი გადაიკვანძა, ერთადერთი გამოსავალი ანტიბიოტიკების დიდი დოზებით გამოყენებაა. ავადმყოფებს ენიშნებათ 300.000 ერთ. პენიცილინი ყოველ 2—3 საათში, ქლორტეტრაციკლინი 250 მგ ყოველ 12 საათში ვენაში შეყვანით, ან ერთი გრამი დღეში ორჯერ per os. თუ ნაღვლის ბუშტის გამოყოფა ყელიდან ძლიერი შეხორცებების გამო საშიშია ან არ ხერხდება, მაშინ უმჯობესია ნაღვლის ბუშტი ფუძიდან გამოიყოს, თუმცა ეს მეტ დროს მოითხოვს და ნაღვლის ბუშტის არტერიის ტოტების დაზიანების შესაძლებლობა არსებობს, იმის გამო, რომ ბუშტის არტერიის მთავარი მაგისტრალი წინასწარ არ არის გადაკვანძული.

ქოლეცისტექტომია ავტორთა უმრავლესობის მიერ არჩევით ოპერაციად არის აღიარებული და მას წარმატებით აკეთებენ (ბ. ა. პეტროვი, ე. კ. ფიფია, ა. ქურციკიძე, დ. ი. ბერეჟიანი, ლ. დ. ცისკა-

რიშვილი, გ. გ. კარავანოვი, ფ. ა. სპექტორი, ნ. ი. ბლინოვი, ფ. გ. უგლოვი და მრავალი სხვა).

ა. დ. ოჩკინი (1956) დადებით შედეგს ქოლეცისტექტომიის შემდეგ აღნიშნავს 70—85%-ში, პ. ა. მილონოვი (1956)—61,7%, ი. ნ. ჟილინი — 92,3%, ზ. ა. ანტონოვა—73,6%, ა. ე. ნორენბერგი, ჩარკვიანი — 69,4%, ბ. ა. პეტროვი (1956) — 70%, ა. პ. კუზნეცოვა (1956) — 53,5%, მ. ბ. რალი (1960) — 68—74%, ვასნერი (Wassner) — 61%, გლენი (Gleen) — 85—90%-ში (ციტ. ლ. ა. ზბიკოვსკაიათი).

ა. ვ. სმირნოვის მონაცემებით, ნაღვლის ბუშტის კენჭოვანი დაავადების გამო წარმოებული ოპერაციების შედეგად განკურნება არ არის მიღწეული 10—30%-ში.

გ. გ. კარავანოვი და ფ. ა. სპექტორი (1960), სპირჩეზი, სტოიჩიტა და სხვ. (Spirches, Stoichita, 1959) ქოლეცისტექტომიის შემდგომ ტკივილს ოპერაციამდე დაავადების მცდარი დიაგნოზით ხსნიან. მათი აზრით, შეიძლება საქმე შეეხებოდეს კუჭის წყლულს, დიაფრაგმულ თიაქარს, პანკრეატიტს ან სხვა დაავადებას. ქოლეცისტექტომიის შედეგად კი ტკივილის არსებობა, ამავე ავტორთა აზრით, შესაძლებელია გამოწვეული იყოს ბუშტის სადინარის გრძელი ტაკვის დატოვებით, ნაღვლის საერთო სადინარის შევიწროებით (მისი დაზიანების შედეგად), პოსტოპერაციული შეხორცებებით, ქოლანგიტით, ოდის სპინქტერის დაზიანებით, ბილიარულ-დუოდენალური დისკინეზიებით და სხვ.

მ. ა. სიდორენკოს აზრით (1959), ტკივილის ყველაზე ხშირ მიზეზს ქოლეცისტექტომიების შემდეგ წარმოადგენს დისპეფსიური მოშლილობანი, ქოლანგიტი, ჰეპატიტი, ღვიძლის ციროზი და ქრონიკული პანკრეატიტი.

სხვადასხვა გართულებათა შორის საყურადღებოა სანაღვლე სადინარების შევიწროებანი.

ზ. ა. თოფჩიაშვილის და სხვათა აზრით, სანაღვლე გზების სტრიქტურების უმრავლესობა სანაღვლე გზების ღვიძლგარეშე დაზიანებასთან არის დაკავშირებული, რაც ტექნიკური შეცდომების შედეგია ქოლეცისტექტომიების და უფრო იშვიათად კუჭის რეზექციის დროს, აგრეთვე თორმეტგოჯანაწლავის დაბალი წყლულების შემთხვევაში. სადინარებში დარჩენილი ქვები, ე. წ. რეციდივი და სტრიქტურები განმეორებითი ოპერაციების ხშირ მიზეზს წარმოადგენენ. ავტორი აღწერს განმეორებითი ოპერაციის 112 შემთხვევას (1949—1960), ჩატარებულს 72 ავადმყოფზე. მას ჰქონდა შემთხვევა, როდესაც ავადმყოფს დასჭირდა 5 მძიმე ოპერაცია სანაღვლე გზების სტრიქტურის გამო.

ყველაზე მნიშვნელოვანია ქირურგიულ ჩარევამდე ზუსტად იქნეს დადგენილი ნაღვლის გადასვლის დაბრკოლების მიზეზები.

საინტერესოა რ. ბ. კატელის და ი. ს. ვილის (R. B. Catlell, J. S. wille, 1961) მიერ მოყვანილი სანაღვლე გზების ამპუტაციური ნევრომების შემთხვევები (52 შემთხვევა), რომელთაგანაც ნაწილი ჩვეულებრივ ვითარდებოდა ბუშტის სადინარის ტაკვის მიდამოში. 34 შემთხვევაში ნევრომები აღმოჩენილი ყოფილა ნაღვლის საერთო სადინარში. ასეთი გართულება შემაწუხებელ ტკივილს და ზოგჯერ სადინარზე ზეწოლის მოვლენებს იწვევს. ყველა აღნიშნულ ავადმყოფს განმეორებითი ოპერაცია ჰქონდა გაკეთებული. ეს შედარებით იშვიათი გართულება ყურადღების გამახვილებას საჭიროებს.

გ. ცინტი და გ. ლუსი (G. Cinti, G. Lucci, 1961) აღწერენ ნაღვლის ბუშტის ტაკვის სინდრომს. ავტორთა აზრით, ამ სინდრომის სახით უნდა იგულისხმებოდეს ყველა ის ფუნქციური, ნერვულვეგეტატიური და ბიოქიმიური დარღვევა, რომელთაც ადგილი აქვთ ნაღვლის ბუშტის ამოღების შემდეგ. მათ მოჰყავთ 25 ნაოპერაციევი ავადმყოფის მდგომარეობის ანალიზი, რომელთაც ტკივილი, სიყვითლე, პირღებინება, ტემპერატურის მომატება განუვითარდათ სხვადასხვა ინტერვალებში, სახელდობრ პირველი ოპერაციის შემდეგ 10 — 15 დღიდან 9 წლამდე. ყველა ავადმყოფი, გარდა ორისა, განიკურნა განმეორებითი ოპერაციის შედეგად.

გ. სალზერის (G. Salzer, 1962) აზრით, ქოლეცისტექტომიის-შემდგომი სინდრომის განვითარების მიზეზად მიჩნეული უნდა იქნას სანაღვლე გზების კენჭების გაჩენა, ნაღვლის საერთო სადინარის ნაწიბუროვანი სტენოზი, ფუნქციური დისკინეზიები. ავტორის მასალაზე განმეორებითი ოპერაციის 51 შემთხვევიდან 11-ჯერ ნახული იყო ნაღვლის ბუშტის 0,5—6 სმ სიგრძის გაგანიერებული ტაკვი. 6 მათგანის ჰისტოლოგიური გამოკვლევისას გამოვლინდა ამპუტაციური ნევრომები, ნაწილობრივ გამომდინარე ინტრამურალური ნერვული წნულიდან, ნაწილობრივ კი — ბუშტის სადინარის ადვენტიციიდან. ნევრომების თავიდან აცილების მიზნით ავტორი გვირჩევს ბუშტის პრეპარირებას მხოლოდ ბასრი გზით. მისი აზრით, არსებობს ერთგვარი კავშირი ქოლეცისტექტომიისშემდგომ სინდრომსა და ტაკვში აღწერილ ცვლილებებს შორის.

აღწერილი გართულებების მიუხედავად უნდა აღინიშნოს, რომ კარგად შესრულებული ქოლეცისტექტომია ნაღვლის ბუშტის ქირურგიულ მკურნალობათა შორის ყველაზე რადიკალურ ოპერაციას

წარმოადგენს და სათანადო ჩვენებების დროს მას, რა თქმა უნდა, გარკვეული უპირატესობა უნდა მიეცეს.

ნაღვლის ბუშტზე ფისტულის დადება (Cholecystostomia). ნაღვლის ბუშტზე ფისტულის დადება, ანუ ე. წ. ქოლეცისტოსტომია პალიატიურ ოპერაციათა რიცხვს მიეკუთვნება და მას გარკვეული ჩვენებების დროს სათანადო მნიშვნელობა ენიჭება. უნდა აღინიშნოს, რომ ქოლეცისტოსტომია შედარებით იშვიათად გამოიყენება, რადგან მას უარყოფითი მხარეები გააჩნია. ასე მაგალითად, ამ დროს ადგილი აქვს პათოლოგიურად შეცვლილი ნაღვლის ბუშტის დატოვებას, შეუძლებელია ყველა კენჭისაგან განთავისუფლდეს ნაღვლის ბუშტი და სანაღვლე გზები, რჩება ინფექციის კერა, დიდი ხნის განმავლობაში რჩება ავრეთვე ნაღვლის ფისტულა, რომელიც ზოგჯერ განმეორებით ოპერაციულ ჩარევას მოითხოვს. ზემოაღნიშნულის მიუხედავად ნაღვლის ბუშტზე ფისტულის დადება გარკვეულ შემთხვევებში ნაჩვენებია და მას ზოგჯერ ქოლეცისტექტომიასთან შედარებით უპირატესობა ენიჭება. არის ისეთი შემთხვევები, როდესაც „მწვავე მუცლის“ დროს ექიმი მწვავე ქოლეცისტიტის მძიმე ფორმას წააწყდება ხოლმე. ნაღვლის ბუშტის ამოკვეთა ძნელი ხდება, მით უმეტეს, თუ შემთხვევა ხანდაზმულ ასაკს შეეხება, და ოპერატორი ქოლეცისტოსტომიით კმაყოფილდება. მთავარია, რომ ექიმმა ავადმყოფი იხსნას სახიფათო მდგომარეობიდან. ამ მხრივ ნაღვლის ბუშტზე ფისტულის დადება საუკეთესო გამოსავალია, მეორე მხრივ, ნაღვლის ბუშტზე ფისტულის დადება შეიძლება არჩევით მეთოდად იქნეს აღიარებული, როდესაც ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა ძლიერ მძიმეა, ავადმყოფის ასაკი 70 წელს აღემატება, მკვეთრად არის გამოხატული გულ-სისხლძარღვთა დაავადება, მიოდისტროფია, დიაბეტი, ჰიპერტონიული დაავადება, ტუბერკულოზი. თუ ასეთი ზოგადი დაავადების ფონზე ავადმყოფს მძიმე ჩირქოვანი ქოლეცისტიტი აღმოაჩნდა სეფსისური ქოლანგიტის მოვლენებით და თუ ოპერაცია აუცილებელია, რა თქმა უნდა, ასეთ შემთხვევებში ნაღვლის ბუშტზე ფისტულის დადებას უნდა მივმართოთ. ფისტულის დადება, ერთი მხრივ, ავადმყოფს იხსნის პერიტონიტისაგან და მეორე მხრივ, განტვირთავს სანაღვლე გზებს ინფიცირებული შიგთავსისაგან.

ვოლკოვიჩი 1908 წელს აღნიშნავდა, რომ „ქოლეცისტოსტომია წარმოადგენს არა მხოლოდ დამხმარე, არამედ ზოგიერთ შემთხვევაში რადიკალურ ოპერაციას“.

ქოლეცისტოსტომია ტექნიკურად იოლი ოპერაციაა და იგი ნაკლებ ტრავმულია ავადმყოფისათვის. პირველ რიგში მიზანშეწონი-

ლად ითვლება ნაღვლის ბუშტიდან შიგთავსის ასპირაცია, შემდეგ ნაღვლის ბუშტი ფუძეზე იკვეთება და მისგან შეძლებისდაგვარად ქვების ამოღება წარმოებს, ბოლოს ბუშტში ჩაიდება რეზინის მილი, იგი მასთან ქისისებრი ნაკერით ფიქსირდება და ჭრილობის ზედაპირზე გადმოიტანება. რეზინის ბოლო ბოთლთანაა შეერთებული. ამით წარმოებს სანაღვლე გზების ინფიცირებული ნაღველისაგან განტვირთვა. ეს ოპერაცია ადგილობრივი ანესთეზიით ადვილად შესასრულებელი და ადვილადვე ასატანია ფიზიკურად სუსტ და მოხუც ავადმყოფთათვის. მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული ასეთი ოპერაციის დროს ზოგიერთ შემთხვევაში ნაღვლის საერთო სადინარში კენჭის გაჩხერა. თუ კენჭი ფიქსირებულია, არ იცვლის მდებარეობას, ნაღველი სრულიად არ გადადის თორმეტგოჯანაწლავში და ავადმყოფს მძიმე აქოლიის სურათი უვითარდება, საჭიროა დროული ზომების მიღება აღნიშნული პათოლოგიური პროცესის ლიკვიდაციისათვის.

პ. ნ. ნაპალკოვი იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც ნაღვლის ბუშტის კედელი შეცვლილია, ხანდაზმულ ასაკში არჩევით მეთოდად მიიჩნევს ქოლეცისტოსტომიას. თუ ბუშტი დაჭიმულია, კენჭებს არ შეიცავს და კედელი ძალიან არ არის შეცვლილი, მოგვიწოლებს პუნქციას და პენიცილინ-სტრეპტომიცინის ნარევის შეყვანას. იგი ადებს დროებით ფისტულას, რისთვისაც ბუშტში რეზინის წვრილ მილს სტოვებს ანტიბიოტიკებით გამორეცხვისათვის. ავტორის აზრით, ასეთ შემთხვევებში პროცესი ხშირად უკუგანვითარებას განიცდის და საჭირო ორგანო შემდგომში ფუნქციონირებას განაგრძობს. ხანდაზმული ასაკის შემთხვევებში ჩვენი კლინიკის მასალაზე ასეთმა პალიატიურმა ოპერაციამ ბევრი ავადმყოფის სიცოცხლე იხსნა განსაცდელისაგან. მაგალითისათვის მოვიყვანთ ერთ-ერთ შემთხვევას:

ავადმყოფი ა. ი., ქალი, 75 წლის (ავადმყოფობის ისტორია № 485). შემოვიდა კლინიკაში, როგორც სასწრაფო შემთხვევა, 20/I-58 წ. დაავადების დაწყებიდან 5 დღის შემდეგ. აღენიშნებოდა ძლიერი ხასიათის ტკივილი მუცლის არეში, ხშირი პირღებინებით, განავალზე და აირებზე გასვლის გაძნელებით. დიფუზური პერიტონიტის გამო ავადმყოფს სასწრაფო ოპერაცია გაუკეთდა. მუცლის ღრუში დიდი რაოდენობის მომღვრიო, ნაღველოვანი გამონადენი აღმოჩნდა. ნაღვლის ბუშტი მაქსიმალურად გადიდებული, დაჭიმული, ალაგ-ალაგ კედელი ფლეგმონურად შეცვლილი. ავადმყოფის ძლიერი მძიმე მდგომარეობის, დიფუზური პერიტონიტის და ხანდაზმული ასაკის გამო გაკეთებულ იქნა დამზოგველი ოპერაცია ქოლეცისტოსტომიის სახით. ბუშტში ჩაიდო რეზინის დრენაჟი, რომელიც დაფიქსირდა ქისისებრი ნაკერით. ჭრილობაში ჩაიდო ტამპონი. ავადმყოფს პოსტოპერაციულ პერიოდში ჩაუტარდა სათანადო მკურნალობა, რის შედეგადაც მდგომარეობა გამოსწორდა, ჭრილობა დაიხურა და 26/III-58 წ. იგი კლინიკიდან გაწერილ იქნა განკურნებული.

საჭიროდ მიგვაჩნია აღინიშნოს, რომ ზოგჯერ დამზოგავი ოპერაციაც კი საბედისწერო ხდება ავადმყოფისათვის. ამისი მაგალითები ლიტერატურაშიც საკმაოდ მოიპოვება.

ავადმყოფი გ. ე., ქალი, 62 წლის (ავადმყოფობის ისტ. № 7553) შემოვიდა კლინიკაში 21/X-59 წ. კლინიკური დიაგნოზი: ფლეგმონურ-კენჭოვანი ქოლეცისტიტი, სეფსისური ანგიოქოლიტი და შაქრიანი დიაბეტი. შარდში შაქრის რაოდენობა უდრიდა 3%, სისხლში — 270 მგ%. ავადმყოფს მკვეთრად ჰქონდა სიყვითლე გამოხატული. მას სასწრაფოდ გაუკეთდა ოპერაცია ქოლეცისტოსტომიის სახით. 24/X ავადმყოფი გარდაიცვალა.

ამრიგად, ჩვენ საკმაოდ ვიზიარებთ თანამედროვე ქირურგების იმ აზრს, რომ არჩევით ქირურგიულ მეთოდად მწვავე ქოლეცისტიტების სამკურნალოდ ქოლეცისტექტომია უნდა ჩაითვალოს, რითაც იმთავითვე ხდება პათოლოგიური კერის მოცილება, მაგრამ არსებობს ავადმყოფთა ისეთი კატეგორია, რომელთა შორისაც უპირატესობა უნდა მიენიჭოს ნაღვლის ბუშტზე ფისტულის დადებას. ამ მხრივ საინტერესო მონაცემებს იძლევა რ. ჟიტნიუკი (1962), რომელმაც შეისწავლა ქოლეცისტოსტომიის შედეგები 119 ავადმყოფზე. გამოირკვა, რომ 59 ავადმყოფი (49,6%) გაეწერა დახურული ფისტულით, 51 (42,9%) — ასევე ფისტულით ამბულატორიული მკურნალობისათვის, 9 ავადმყოფი კი (7,5%) გარდაიცვალა.

მართალია, ზოგიერთ შემთხვევაში საჭირო ხდება განმეორებითი ოპერაციული ჩარევა ფისტულის დახურვისათვის, მაგრამ მხედველობაშია მისაღები ის გარემოება, რომ იგი ავადმყოფის შედარებით კარგი მდგომარეობის დროს კეთდება, ამიტომ ქოლეცისტოსტომია გარკვეული ჩვენებების დროს აუცილებლად უნდა იქნეს გამოყენებული.

ნაღვლის ბუშტის გაკვეთა და გაკერვა. ნაღვლის ბუშტის გაკვეთა და შემდგომ მისი გაკერვა „იდეალურ“ ოპერაციადაა წოდებული, მაგრამ როგორც მკურნალობის მეთოდი, სადღეისოდ უკვე ალარ იხმარება და მხოლოდ ისტორიული მნიშვნელობა აქვს. მას „იდეალური“ ოპერაცია იმიტომ ეწოდა, რომ ნაღვლის ბუშტი იკვეთება, წარმოებს მისგან ქვების ამოღება, რის შემდეგ ბუშტი კვლავ ყრუდ იკერება.

1890 წ. ნ. ვ. სკლიფასოვსკიმ გამოაქვეყნა სტატია „იდეალური ქოლეცისტოტომია“. ავტორი უარყოფითად აფასებდა ქოლეცისტექტომიას და ქოლეცისტოტომიას მოგვიწოდებდა. ლიტერატურის მიმოხილვიდან ნათელი გახდა, რომ ამგვარი ოპერაციები ხშირად რეციდივებს იძლევა, რადგან ადგილი აქვს ანთებითად შეცვლილი ნაღვლის ბუშტის დარჩენას და შიგ კენჭების განმეორებით წარმოშობას.

ნაღვლის ბუშტის სადინარის გაკვეთა (Cysticotomia). საოპერაციო მაგიდაზე ქოლანგიოგრაფიის ჩატარებისათვის ცისტიკოტომია გამოიყენება. გამოიყოფა რა ნაღვლის ბუშტის სადინარი, იგი გასწვრივად გაიკვეთება და შიგ მოხრილი კანულა შეიყვანება ისე, რომ იგი ნაღვლის საერთო სადინარში გადადიოდეს. შემდეგ შპრიცის საშუალებით საკონტრასტო ნივთიერება შეიყვანება და ბოლოს ტარდება რენტგენოგრაფია. აღნიშნული პროცედურა სანაღვლე გზებში კენჭის ან სხვა პათოლოგიური პროცესის აღმოსაჩენად იხმარება, რომლის შემდეგ ნაღვლის ბუშტის ამოკვეთა ან სხვა საჭირო ოპერაცია უნდა იქნეს წარმოებული.

ნაღვლის ბუშტის სადინარის ტაკვიდან ნაღვლის საერთო სადინარის გაკვეთა (Cysticocholedochotmia). ნაღვლის საერთო სადინარის გაკვეთა, მისი რევიზია და მისგან კენჭების ამოღება ნაღვლის ბუშტის სადინარის გადაკვანძვის შემდეგ წარმოებს, მაგრამ ზოგჯერ ნაღვლის საერთო სადინარის არეში ძლიერი შეხორცებების გამო შეიძლება ნაღვლის ბუშტის სადინარის გაკვეთა და ისე გადაბმა ნაღვლის საერთო სადინარში, საიდანაც კენჭების ამოღების შემდეგ მის დრენირებას აწარმოებენ. უნდა აღინიშნოს, რომ ეს ოპერაცია უკიდურეს შემთხვევაში გამოიყენება.

ოპერაციები ნაღვლის საერთო სადინარზე. ქოლედოქოსტომია კეთდება ნაღვლის საერთო სადინარიდან არა მარტო ქვის ამოღების, არამედ საერთო სადინარის გამოკვლევის მიზნითაც. ამისათვის მოკლე მანძილზე თავისუფლდება ნაღვლის საერთო სადინარის წინა ზედაპირი, შემდეგ განსაკუთრებული ნემსით შევდივართ ნაღვლის საერთო სადინარში, საიდანაც ნაღვლის ამოქაჩვა წარმოებს. ნაჩხვლეტი ადგილის გვერდით კედლებზე ორი პროვიზორული კვანძი ედება, რომელთა შორის ნაღვლის საერთო სადინარის სანათური იკვეთება, და წარმოებს მისი რევიზია. ზონდის ან სპეციალური კლემის საშუალებით შეიძლება შეტანილ იქნას სპეციალური გამაგანიერებელი ოდის სფინქტერის გაგანიერების. მიზნით. შემდეგ ოდის სფინქტერამდე კათეტერით შეიყვანება სტერილური სითხე, რომელიც უკან ბრუნდება ნაღვლის საერთო სადინარის გაკვეთილი ხვრელიდან. როდესაც კათეტერი ოდის სფინქტერს გაივლის, სითხე თორმეტგოჯანაწლავის სანათურში გადადის. ამის შემდეგ ჩვეულებრივი რეზინის მილი იდება, საიდანაც ოპერაციის შემდეგ ნაღველი გამოიყოფა. ამ მიზნით ყველაზე ხშირად T-ს მაგვარი რეზინის მილი გამოიყენება. ისე რომ მისი ჰორიზონტალური ტოტი ნაღვლის საერთო სადინარში იყოს მოთავსებული, ცენტრალური ნაწილი კი — გარეთ გამოტანილი. კათეტერის გამაგრება წარმოებს გაკვეთილი ნაღვლის საერთო

სადინარის ხვრელის კეტგუტის კვანძოვანი ნაკერებით შევიწროების გზით, როდესაც პატარა ხვრელთან გვაქვს საქმე, საჭიროა სიფრთხილე, რომ ნაღვლის საერთო სადინარის სანათური არ შევიწროვდეს. შესაძლებელია გაკეთდეს ქოლანგიოგრამა საკონტრასტო ნივთიერების შეყვანით ოპერაციის დროს და ოპერაციისშემდგომ პერიოდში T-ს მაგვარი მილის ამოღების წინ იმის დასადგენად, თუ რამდენად გამტარია სანაღვლე გზები. ჩვეულებრივ, რეზინის მილის ამოღება 12 დღის შემდეგ წარმოებს უბრალო ამოქაჩვის საშუალებით. ნაღვლის საერთო სადინარის ჭრილობა ადვილად ხორცდება და ჩვეულებრივ ოპერაციულ ჩარევას არ საჭიროებს. იშვიათ შემთხვევაში რჩება ფისტულა, რომლის დახურვისათვის სპეციალური ოპერაციული მეთოდია მოწოდებული.

ნაღვლის საერთო სადინარის გაკვეთა (Choledochotomia). ეს ოპერაცია კეთდება ნაღვლის საერთო სადინარის ექსპლორაციის და კენჭების ამოღების მიზნით, რის შემდეგ საჭიროა მისი დრენირება. უხშირესად ნაღვლის საერთო სადინარზე კეთდება ე. წ. Choledochotomia Supraduodenalis. როდესაც ნაღვლის საერთო სადინარში კენჭებია მოთავსებული, ადგილი აქვს სანათურის გაგანიერებას. შეიძლება კენჭები ხელით გასინჯვითაც იქნეს შეგრძნობილი. როდესაც ამა თუ იმ მიზეზის გამო ნაღვლის საერთო სადინარის მოძებნა ძნელდება, მაშინ გათვალისწინებული უნდა იქნეს, რომ იგი ნორმალურ პირობებში ღვიძლ-თორმეტგოჯა იოგის გარეთა კიდესთან მდებარეობს. მის მედიალურად მოთავსებულია ღვიძლის არტერია, რომელიც პულსაციას იძლევა, კარის ვენა კი უფრო უკან და მარცხნივ მდებარეობს. ნაღვლის საერთო სადინარის გაკვეთა მიზანშეწონილია ბუშტის სადინარის შეერთების ადგილიდან დაშორებით. იგი იკვეთება სიგრძეზე იმდენად, რომ ადვილად შეიძლებოდეს კენჭების გამოტანა. უფრო ძნელდება ფატერის დვრილის მიდამოში ჩაჭედილი კენჭის ამოღება, ამიტომ ნაღვლის საერთო სადინარიდან კენჭების ამოღებისას გულდასმით უნდა იქნეს შემოწმებული ნაღვლის სადინარის დისტალური ნაწილი და ფატერის დვრილის გამავლობა. შემოწმება ჩვეულებრივ ზონდით წარმოებს, რომელიც თავისუფლად უნდა გადადიოდეს თორმეტგოჯანაწლავში.

ინსტრუმენტული და ხელით გასინჯვის გარდა ნაღვლის საერთო სადინარის გამავლობის დადგენის მიზნით საოპერაციო მაგიდაზე შეიძლება ქოლანგიოგრაფიის გამოყენება. როდესაც ნაღვლის საერთო სადინარი კენჭებისაგან განთავისუფლდება, მასში კერის მიერ მოწოდებული რეზინის მილი უნდა ჩაიდოს, რომელიც რუსულ ასო T-ს მოგვაგონებს. დრენაჟის ამოღება ნაღვლის საერთო სადინარი-

დან სიფრთხილით უნდა წარმოებდეს. დარწმუნებული უნდა ვიყოთ მის გამავლობაში. დრენაჟის ამოღების შემდეგ ჭრილობაში აუცილებლად ტამპონი უნდა ჩაიდოს. ზოგჯერ ჩაშედილი კენჭის ამოღებისათვის რეტროდუოდენური ქოლედოქოტომია შეიძლება იქნეს გამოყენებული, მაგრამ აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ეს მეთოდი ძალზე იშვიათად გამოიყენება. თორმეტგოჯანაწლავი განივად იკვეთება, მის სანათურში ფატერის დვრილი მოინახება და ლორწოვანი გარსი გასწვრივად გაიკვეთება, რის შემდეგ თითების დახმარებით კენჭი გამოიტანება ნაწლავის სანათურში. ბოლოს ლორწოვანი გარსი კეტგუტის ნაკერებით გაიკერება, შემდეგ აღდგება თორმეტგოჯანაწლავის მთლიანობა და ნაწლავის საერთო სადინარის განაკვეთში დრენაჟი თავსდება. არსებობს ნაღვლის საერთო სადინარში კენჭების ხელით დამსხვრევის მეთოდი ე. წ. Choledocholithotripsia. ეს მეთოდი არასაიმედოა და შეიძლება ითქვას, რომ სახიფათოც, ამიტომ იგი ჩვეულებრივ არ გამოიყენება.

ზოგჯერ დუოდენოტომიას და ნაღვლის საერთო სადინარის ტრანსდუოდენურ ექსპლორაციას მიმართავენ. ამ მიზნით წარმოებს თორმეტგოჯანაწლავის სისხლძარღვებისაგან მობილიზაცია მის მარჯვენა მხარეს, ისე, რომ შესაძლებელი იყოს პალპაციით ამპულის მიდამოს ადვილად გასინჯვა. დუოდენოტომია კეთდება თორმეტგოჯანაწლავის მოკლე გაკვეთით იმ დონეზე, რომელსაც უჩვენებს ნაღვლის საერთო სადინარში შეყვანილი ზონდი. ამპულის გახსნის შემდეგ ზონდი შეიძლება ქვემოდან იქნეს შეყვანილი. ამრიგად. კომბინირებული საშუალებით, სახელდობრ ზონდის შეყვანითა და პალპაციით, შეიძლება ქვის ამოღება. ამგვარი ქვების აღმოჩენა ნაღვლის საერთო სადინარში მარტო ზონდის შეყვანით არ ხერხდება. თორმეტგოჯანაწლაკის გაკვეთა და შეკერვა ტექნიკურად ისე უნდა შესრულდეს, რომ არ მოხდეს მისი სანათურის შევიწროება.

იშვიათად, როდესაც ქვა მჭიდროდ არის მოთავსებული და მისი ამოღება ჩვეულებრივი წესით შეუძლებელია, საჭიროა სფინქტეროტომიის გაკეთება.

ნაღვლის ბუშტსა და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტს შორის უმთავრესად სამი სახის შერთული კეთდება: ნაღვლის ბუშტსა და კუჭს შორის (Cholecystogastrostomia), ნაღვლის ბუშტსა და თორმეტგოჯანაწლავს შორის (Cholecystoduodenostomia) და ნაღვლის ბუშტსა და მლივ ნაწლავს შორის (Cholecystojejunostomia). ასეთი ოპერაციები ნაღვლის საერთო სადინარის გაუვალობის, პანკრეასის თავის ან ფატერის დვრილის კიბოს დროს არის ნაჩვენები, ანდა როდესაც

სიმსივნის გამო პანკრეასის თავის და მასთან ერთად ნაღვლის სა· ერთო სადინარის დისტალური ნაწილის ამოკვეთაა შესაძლებელი.

პანკრეასის თავის კიბოთი გამოწვეული ობტურაციული სიყვით· ლის გამო ანასტომოზი წვრილ ნაწლავსა და ნაღვლის ბუშტს შორის პირველად მთელს მსოფლიოში კარგი გამოსავლით ნაწარმოები იყო მონასტირსკის მიერ 1887 წელს.

მართალია, კაპელერმა (Kappeler) მსგავსი ოპერაცია აღწერა თითქმის ერთი წლით ადრე, ვიდრე მონასტირსკიმ, მაგრამ ოპერაცია ამ უკანასკნელზე გვიან გააკეთა და, ამრიგად, პრიორიტეტი მონას· ტირსკის მიეკუთვნება (ციტ. ა. მ. ზაბლუდოვსკით).

რაც შეეხება შერთულს ნაღვლის ბუშტსა და განივ კოლინჯს შორის, იგი უკვე აღარ იხმარება. ეს ოპერაცია პირველად 1880 წ. ვინივარტერის მიერ ყოფილა შესრულებული. ოპერაცია შესრულე· ბული ყოფილა 6 სეანსად და გასტანა ორი წელი. ანასტომოზის და· დებამდე გავსებული ბუშტი ნაღვლისაგან უნდა დაიცალოს და ტამ· პონებით შემოისაზღეროს. შემდეგ სათანადო ორგანოსა და ნაღვლის ბუშტის ფუძეს შორის სერო-სეროზული ნაკერი ედება დაახლოე· ბით 2—3 სმ მანძილზე. ნაკერიდან $^1/_2$ სმ მანძილზე ნაღვლის ბუშტი და სათანადო ორგანოს სანათური იხსნება. ამომშრალდება მათი შიგთავსი და კეტგუტის კვანძოვანი ნაკერებით ჯერ შერთულის უკა· ნა კედლის ყველა შრე და შემდეგ წინა კედელი იკერება. შემდეგ კვლავ სერო-სეროზული ნაკერი უნდა დაიდოს. ანასტომოზის ზემო და ქვემო კუთხეში უმჯობესია დრენაჟი და ეიწრო ტამპონი იქნეს დროებით ჩადებული. შეიძლება ჭრილობა გაიკეროს ყოველგვარი ტამპონის გარეშე.

ნაღვლის ბუშტსა და კუჭს შორის ანასტომოზის დადება ავად· მყოფისათვის შემაწუხებელია ოპერაციის შემდეგ უშუალოდ კუჭ· ში ნაღვლის გადასვლის შედეგად თვით კუჭის გაღიზიანების გამო.

უნდა აღინიშნოს, რომ ნაღვლის ბუშტსა და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტს შორის ანასტომოზის დროს შესაძლებელია სანაღვლე გზე· ბის ინფიცირება მოხდეს, რამაც შეიძლება აღმავალი ქოლანგიტი და ღვიძლის მრავლობითი ჩირქგროვები განავითაროს.

ქოლედოქოდუოდენოსტომიის ხშირად გაკეთება ზოგიერთ ავ· ტორს (ე. ფიფია. ა, ქურციკიძე) არ მიაჩნია მიზანშეწონილად აღმა· ვალი ინფექციის საშიშროების გამო, მაგრამ თანდაყოლილი და შე· ძენილი სტრიქტურების დროს ან სადინარებში მრავლობითი წვრილი კენჭების არსებობისას მას მიმართავენ.

ფიტსის (Fitts, 1948) გამოკვლევებით, ოდის სფინქტერის და· ნიშნულებაა არ მივიღოთ სანაღვლე გზების აღმავალი ინფექცია —

ე. წ. რეტროგრადული ქოლანგიტი. ბილიარული სადინარების არცერთი ანასტომოზი, რომელიც დაკავშირებული იქნება ინტესტინალურ ტრაქტთან, არ იძლევა იმის გარანტიას, რომ რეტროგრადული ქ.ლანგიტი არ განვითარდება.

ალენი და კოლე (Allen, 1945; Cole, 1951) გვირჩევენ ისეთ მეთოდს, რომელიც ითვალისწინებს ნაწლავის მარყუჟის გამოყენებას ისე, რომ მას დაეკარგოს ნაწლავის ფუნქცია და თავიდან იქნეს აცილებული ქოლანგიტის განვითარება. გამოყოფილი ნაწლავის მარყუჟი, რომელსაც თავისი ძირითადი ფუნქცია გამოთიშული აქვს, უნდა იყოს არა ნაკლებ 30 დიუმის სიგრძის. რაც შეეხება კუჭს, შერთულის დადება მასა და ნაღვლის ბუშტს შორის არ არის მიზანშეწონილი და ამიტომ იშვიათად იხმარება. უფრო მიზანშეწონილია ანასტომოზი ნაღვლის ბუშტსა და თორმეტგოჯანაწლავს შორის, რომელიც ამ უკანასკნელის ქვემო ჰორიზონტალურ ტოტთან ედება.

ქოლედოქოდუოდენოსტომიას ზოგიერთი ავტორი ნაღვლის საერთო სადინარში კენჭის არსებობის დროს მიმართავს ნაცვლად კერის დრენაჟისა (ფინსტერენი, ფინკელშტეინი, მარტინოვი, ლავროვი, ტერებინსკი, სპასოკუკოცკი და სხვ.), მით უმეტეს, რომ კერის დრენაჟს მთელი რიგი უარყოფითი მხარეები გააჩნია, როგორიცაა დრენაჟიდან დიდი რაოდენობით ნაღვლის დაღვრა და აქოლიის განვითარება, ზოგჯერ დრენაჟის ამოღების დროს შესაძლებელია ნაღვლის საერთო სადინარის დაზიანება, რის შედეგადაც ნაღვლის მუდმივი ფისტულა ყალიბდება და სხვ.

ასევე არ არის გამორიცხული ანასტომოზის ადგილას სტრიქტურის განვითარება. ეს შეიძლება გვერდითი ანასტომოზის საშუალებით გაკეთდეს ან ნაღვლის საერთო სადინარის გადაკვეთის შემდეგ მისი პირდაპირი შეერთებით წვრილი ნაწლავის მარყუჟთან. ეს უკანასკნელი მაშინაა გამოსაყენებელი, როდესაც დისტალური ნაწილის ამოკვეთაა საჭირო.

პანკრეასის თავისა და ფატერის დვრილის კიბოს დროს ზოგჯერ პანკრეატიკოდუოდენოსტომიას მიმართავენ, მაგრამ უნდა აღინიშნოს, რომ აღნიშნული ოპერაცია ძლიერ იშვიათად გამოიყენება.

სანაღვლე გზებზე ამა თუ იმ სახის ოპერაციების დროს ზოგჯერ მათი დაზიანებაა მოსალოდნელი, ისე კი სანაღვლე გზების დახურული დაზიანების და იზოლირებული ჭრილობების შემთხვევები უფრო იშვიათია.

კერს სანაღვლე გზებზე წარმოებული 200 ოპერაციიდან დაზიანება 20 შემთხვევაში მიუღია. აღწერილია შემთხვევები, როდესაც თორმეტგოჯანაწლავის წყლულის პენეტრაციას ადგილი აქვს

პანკრეასის თავში და ღვიძლ-თორმეტგოჯა ოიგის ძლიერი ნაწიბურების არსებობის დროს (ბოგოსლოვსკი, ჟმური, მელნიკოვი და სხვა). ნაღვლის ბუშტსა და მლივ ნაწლავს შორის ანასტომოზი ნაღვლის ბუშტის ფუძის შიგნითა ზედაპირსა და მლივი ნაწლავის დასაწყის ნაწილთან კეთდება, მაგრამ არც ისე მაღლა, რომ მლივი ნაწლავის მომტანი ნაწილი იყოს დაჭიმული.

სანაღვლე გზებზე ოპერაციების დროს მათი დაზიანების უმთავრეს მიზეზებს განვითარების ანომალიები და ოპერაციის ღროს ტექნიკური შეცდომები წარმოადგენს. სანაღვლე გზების გამავლობის აღდგენისათვის მრავალი პლასტიკური ოპერაციაა მოწოდებული, მაგალითად ღვიძლისა და ნაღვლის საერთო სადინარის ჭრილობის გაკერვა, აღნიშნული სადინარების გადაკვეთილი ბოლოების პირისპირ მიკერება, სადინარების აღდგენა სხვადასხვა მასალისაგან დამზადებული პროთეზებით და სხვა. გარდა ამისა სანაღვლე გზების აღსადგენად ე. წ. ჩაფლული დრენაჟის მეთოდია მოწოდებული. რეზინის გარშემო გადაკვეთილი სადინარის ნაპირები იკერება, რომელთა ირგვლივ ფიბროზული გვირაბი წარმოიქმნება, რომელიც ბოლოს ნაღვლის სადინარის როლს შეასრულებს.

სანაღვლე გზების დაზიანებებიდან საყურადღებოა ნაღვლის შიგნითა და გარეთა ფისტულები.

ნაღვლის შიგნითა ფისტულა შეიძლება განვითარდეს კენჭოვანი ქოლეცისტიტის ღრუ ორგანოებში გახსნის შემდეგ ან კუჭისა და თორმეტგოჯანაწლავის წყლულის სანაღვლე გზებში პენეტრაციის შედეგად; უფრო იშვიათად ვითარდება ავთვისებიანი სიმსივნის დაწყლულების გამო.

შიგნითა ფისტულა უხშირესად თორმეტგოჯანაწლავში იხსნება. მისი გახსნა აღწერილია აგრეთვე განივ კოლინჯში, წვრილ ნაწლავში, კუჭში, თირკმლის მენჯში, კარის ვენაში და სხვა, რაც თავისთავად მძიმე გართულებებს იძლევა.

კურვუაზიეს მიერ შეკრებილი აუტოფსიური მასალით ნაღვლის შიგნითა ფისტულის 36 შემთხვევიდან ნაღვლის ბუშტის ღრუ შეერთებული იყო თორმეტგოჯანაწლავის სანათურთან 25 შემთხვევაში, განივ კოლინჯთან კი — 1 შემთხვევაში.

ე. ფიფიას მოჰყავს ნაღვლის შიგნითა ფისტულის 2 შემთხვევა, ერთ შემთხვევაში ფისტულა თორმეტგოჯანაწლავთან იყო შეერთებული, მეორე შემთხვევაში — კუჭთან. უხშირესად ამ დროს აღმავალი ინფექცია და კენჭის გადასვლის გამო ნაწლავის სანათურის დახშობაა მოსალოდნელი.

ჯადესა და ბარდენის (Iudd, Barden, 1925 წ.) მონაცემებით,

კენჭოვანი ქოლეცისტიტის გამო ოპერირებული 17365 ავადმყოფიდან ნაღვლის შიგნითა ფისტულები 153-ჯერ აღინიშნებოდა, რაც 0,9% შეადგენს. კერი (Kehr) ნაღვლის ბუშტის 2000 ოპერაციაზე შიგნითა ფისტულებს აღნიშნავს 100 შემთხვევაში (5%).

ბერნჰარდის (Bernhard, 1934) მონაცემებით, შიგნითა ფისტულების სიხშირე 1,7%-ს უდრის. დიდი კენჭების ნაწლავის სანათურში მოხვედრამ შეიძლება გამოიწვიოს ობტურაციული ილეუსის მოვლენები. კენჭის გაჩხერის უხშირეს ადგილს თეძოს ნაწლავის ტერმინალური ნაწილი წარმოადგენს. შესაძლებელია ნაწლავის სანათურის დიამეტრზე მცირე ზომის კენჭმა ობტურაციული ილეუსი გამოიწვიოს, რაც მეორადი სპაზმური მოვლენების განვითარებით აიხსნება.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ კენჭით გამოწვეული გაუვალობის დიაგნოსტიკა საკმაოდ რთულია. მნიშვნელობა ეძლევა ქოლელითიაზისათვის დამახასიათებელი ანამნეზის გამოვლინებას, რომლის დროსაც ექიმმა ამ იშვიათ გართულებაზე ეჭვი უნდა მიიტანოს. ასე მაგალითად, თუ მწვავედ მიმდინარე ქოლეცისტიტის დროს მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში ტკივილის გაქრობისა და სიყვითლის შემცირების შემდეგ ობტურაციის მოვლენები გამოვლინდა, მით უმეტეს, თუ განავალთან ერთად მოზრდილი კენჭი გამოიყო, შეიძლება ვიფიქროთ, რომ შინაგანი ფისტულის შედეგად ნაწლავში კენჭი გადავიდა, რაც რენტგენოლოგიური გამოკვლევით დადასტურდება, სახელდობრ ჰაერის არსებობით ნაღვლის ბუშტში და სადინარებში. გარდა ამისა ნაწლავის ტრაქტიდან სანაღვლე გზებში საკონტრასტო ნივთიერების გადასვლას აქვს ადგილი. შეიძლება ნაღვლის ბუშტში ჰაერის არსებობა ანაერობული ინფექციით იყოს გამოწვეული, მაგრამ თუ ეს ასეა, მაშინ ისიც არის მხედველობაში მისაღები, რომ ანაერობული ქოლეცისტიტი მეტად მძიმედ მიმდინარეობს.

ნაღვლის გარეთა ფისტულა შეიძლება განვითარდეს ფლეგმონური ქოლეცისტიტის დროს ჩირქგროვის თვითნებურად გახსნის შედეგად. ზოგჯერ ნაღვლის ბუშტის გარეთა ფისტულა ხელოვნურად იქმნება გარკვეული ჩვენებების დროს, როგორც მკურნალობის ერთერთი მეთოდთაგანი, ანდა როდესაც ქირურგი იძულებულია ნაღვლის საერთო სადინარში კენჭის არსებობისას მისი გაკვეთის შემდეგ დრენაჟის საშუალებით გარეთ გამოყოს ინფიცირებული ნაღველი; დრენაჟის ამოღებიდან გარკვეული დროის გავლის შემდეგ სადინარის დეფექტი თავისთავად იხურება. არის შემთხვევები გარეთა ფისტულის დარჩენისა, რაც ძლიერ შემაწუხებელია ავადმყოფისათვის და საჭირო ხდება დამატებითი ოპერაციული ჩარევა. ამ მიზნით დუაენ-

შა (1832) და პოლსტედმა (1900) სცადეს ჩაფლული დრენაჟის გამოყენება, მაგრამ მათი ცდა უშედეგოდ დამთავრდა. შემდგომში ეს ცდა გაიმეორეს იენველმა (1905) და სულივენმა (1909), ხოლო კარგი შედეგი მიიღო ვილმსმა (Wilms, 1912). აღნიშნული მეთოდი შემდგომში ბერის, ბელიაევის, ოგანიანის, დიმჩენკოს, ტიხომიროვის, იანიშევსკის და სხვათა მიერ ყოფილა გამოყენებული.

კ. ერისთავის მიერ რამდენიმე საინტერესო ოპერაციაა შესრულებული, რაც იმაში გამოიხატება, რომ ავტორს ნაღვლის საერთო სადინარში რეზინის დრენაჟი შეჰყავს, შემდეგ ღვიძლის კართან, სადინარის უკან, კუჭის წინა კედელს აკერებს, რის შედეგადაც სადინარსა და რეზინის მილის ირგვლივ გვირაბი შეიქმნება (ე. წ. ვიტცელის ტიპის გვირაბის სახით). რეზინის ბოლო მუცლის ღრუდან გარეთ გამოიტანება.

ანალოგიური მეთოდიკა როზანოვის მიერ არის გამოყენებული. იგი ამ მიზნით წვრილი ნაწლავის მარყუჟს იყენებს. ამრიგად, ჩაფლული დრენაჟის მთავარი პრინციპი ის არის, რომ რეზინის მილი ამოიღება სადინარის მთლიანობის აღდგენიდან 2—3 კვირის შემდეგ. არსებობს აგრეთვე ნაღვლოვანი ფისტულის უშუალოდ კუჭის ან ნაწლავის სანათურში ჩაკერების სხვა წესები.

ჯანელიძის მიერ (1948) დამუშავებულია ფისტულოენტეროსტომიის მეთოდი.

ა. ო. მინასიანი ნაღვლის საერთო სადინარის დეფექტების აღდგენისათვის მოგვიწოდებს გამოყენებულ იქნას ფრინველის ფრთა, რომელსაც უპირატესობას აძლევს რეზინის დრენაჟთან შედარებით. მისი დაკვირვებით სამ თვეში კედლის რეგენერაცია წარმოებს, პროთეზი ისრუტება და დეფექტი მთლიან აღდგენას განიცდის.

ყოველგვარ მეთოდს თავისი დადებითი თვისებების გარდა უარყოფითი მხარეებიც გააჩნია, საერთოდ კი მთავარია ოპერაციის ჩვენებების ზუსტი დადგენა და ოპერაციული ტექნიკის პედანტური შესრულება მოსალოდნელი გართულებების თავიდან აცილების მიზნით. მაგალითად, კერის დრენაჟი, თუ იგი კარგად არ არის ფიქსირებული, შესაძლებელია ნაადრევად ამოვარდეს, რაც მუცლის ღრუში ნაღვლის ჩაღვრას და მის ინფიცირებას გამოიწვევს; სწორედ ამიტომ არის აუცილებელი დრენაჟის როგორც ნაღვლის საერთო სადინართან, ისე კანთან გამაგრება. ოპერაციის შემდეგ დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს ჭრილობის მოვლას, მის ტუალეტს. გამოყენებული უნდა იქნეს საგულე საშუალებები, ანტიბიოტიკები, სათანადო ჩვენებების დროს — სისხლის გადასხმა, პარეზის წინააღმდეგ — 10—20% მარილის ჰიპერტონიული ხსნარი, სიფონის ოყნა, პარანეფრალური ნოვოკაინის ბლოკადები და სხვა სიმპტომატური საშუალებები.

როგორც ლიტერატურის მონაცემებიდან ჩანს, ქრონიკული და მწვავე ქოლეცისტიტის გამო წარმოებული ოპერაციების შორეული შედეგები უმრავლეს შემთხვევაში კარგია. ნაკრები სტატისტიკით კარგი შედეგები მიღებულია შემთხვევათა 68—85%-ში, 10—15%-ში ადგილი აქვს დაავადების რეციდივს.

ლიტერატურის მონაცემების შესწავლისა და საკუთარი მასალის ანალიზის საფუძველზე რალი შორეული არადამაკმაყოფილებელი ოპერაციული შედეგების მიზეზს ოთხ ჯგუფად ყოფს:

1. არასაკმარისი რევიზია ნაღვლის საერთო სადინარის ოპერაციის დროს, რაც იწვევს მასში კონკრემენტების დატოვებას (ქვების ცრუ რეციდივი);

2. დარღვევანი ოპერაციულ ტექნიკაში და არასაკმარისი რადიკალიზმი;

3. დაგვიანებული ოპერაციები ქოლეცისტიტის დროს, როდესაც პათოლოგიური პროცესი ნაღვლის ბუშტის ფარგლებს სცილდება.

ოპერაციების შემდეგ ავადმყოფებს სტანჯავთ მწვავე ან ქრონიკული პანკრეატიტი, ქოლანგიტი, ჰეპატიტი;

4. ამოღება ნაკლებად შეცვლილი ნაღვლის ბუშტისა არაკენჭოვანი ქოლეცისტიტების დროს, მანამ პათოლოგიური პროცესი გასცდებოდეს ნაღვლის ბუშტის საზღვრებს.

ო. ს. რადბილის აზრით, სანაღვლე გზებზე წარმოებული ოპერაციების შედეგად გართულებები შემთხვევათა 30%-ში გვხვდება და ყველაზე ხშირია ქოლეცისტექტომიების დროს.

ს. მ. რუდკოს აზრით, რეციდიული მოვლენები უმთავრესად ოპერაციის ტექნიკურ შეცდომებს მიეწერება; მათ შორის მთავარია: 1. სანაღვლე სადინარებში კენჭების დატოვება, 2. სანაღვლე სადინარების შემთხვევითი დაზიანება ან მისი ქირურგის ყურადღებიდან გამორჩენა და 3. ანთებითი ნაწიბუროვანი წარმოშობის სანაღვლე სადინარების სტრიქტურა.

ავტორის აზრით, საჭიროა განმეორებითი ოპერაციები ადრეულ პერიოდში იქნეს . წარმოებული და დიაგნოზის დაზუსტებისათვის საოპერაციო ქოლანგიოგრაფია ფართოდ იქნეს გამოყენებული.

საერთოდ უნდა აღინიშნოს, რომ პოსტოპერაციული გართულებების შემცირება ოპერაციის ჩვენებათა სწორად დადგენაზეა დამოკიდებული.

სანაღვლე გზების პათოლოგიურანატომიური ცვლილებების შეფასებას ლაპაროტომიის დროს დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს. ნაღვლის ბუშტის მოშორება, რომელსაც გარკვეული ფუნქცია

აკისრია, ზოგჯერ ორგანიზმისათვის უვნებელი არ არის. ქოლეცისტექტომიების შემდეგ შესაძლებელია განვითარდეს პოსტქოლეცისტექტომიური სინდრომი, რომელიც დამატებით საფრთხეში აგდებს ავადმყოფს, აღნიშნავს ბერკი (ნ. ს. ეფიმიშინით).

ზოგიერთ შემთხვევაში კლინიკური ნიშნების მიხედვით ძნელია განსაზღვრა კატარულ თუ ფლეგმონურ ქოლეცისტიტთან გვაქვს საქმე.

ფ. გ. უგლოვი გვირჩევს ოპერაცია გაკეთდეს კატარული ფორმის დროს, რათა იგი არ გადავიდეს ქრონიკულში. ზოგჯერ არ არსებობს პარალელიზმი დაავადების ხანგრძლიობასა და ანატომიურ ცვლილებებთა გამოვლინებებს შორის. ამიტომ ა. ტ. ლიდსკის, პ. ლ. აბრამიანცის, გ. გ. კარავანოვის და სხვათა აზრით, პირველად ქოლეცისტიტის დროს ჭირურგიული მკურნალობის აუცილებლობა შეტევის სიმძიმესა და ხასიათზეა დამოკიდებული.

ნ. ვ. სოკოლოვის აზრით, პირველადი ქოლეცისტიტის დროს ოპერაცია არ არის ნაჩვენები. გარდა ამისა მხედველობაში ისიც არის მისაღები, რომ სასწრაფო ქოლეცისტექტომია იძულებით ოპერაციას წარმოადგენს, ზოგჯერ კეთდება არასაკმარისად შესწავლილ ავადმყოფებზე.

ზოგიერთი ავტორის აზრით, ნაადრევი ოპერაცია მწვავე ქოლეცისტიტის დროს უფრო ეფექტურია გართულებების და რეციდივების თავიდან აცილების მიზნით.

მწვავე ქოლეცისტიტის ჭირურგიული მკურნალობის საკითხის ირგვლივ დღესაც აზრთა სხვადასხვაობაა. როგორც ზემოთ გვქონდა აღნიშნული, ჭირურგთა VI საკავშირო საზოგადოების პლენუმმა (1956) თავის გადაწყვეტილებაში მხარი დაუჭირა ადრეულ ოპერაციებს მწვავე ქოლეცისტიტების დროს.

როგორც ავტორთა უმრავლესობა აღნიშნავს, ნაღვლის ბუშტის კენჭოვანი დაავადება და მისი ანთებითი პროცესები არ წარმოადგენს ლოკალურ დაავადებას, იგი კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის, პანკრეასის და ღვიძლის კომპლექსურ დაავადებად უნდა ჩაითვალოს. ამიტომ ოპერაციები ქოლეცისტიტების დროს მკურნალობის ერთერთი სახეა. ავადმყოფები, განსაკუთრებით ქოლეცისტექტომიების შემდეგ, თერაპევტების მეთვალყურეობის ქვეშ უნდა იმყოფებოდნენ, სისტემატურად უნდა ჩაუტარდეთ მედიკამენტური, დიეტური მკურნალობა და ფიზიოთერაპია, რათა საბოლოოდ აღდგეს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადების ნარჩენი მოვლენები.

ყოველივე ზემოაღნიშნულის შემდეგ თავს ნებას მივცემთ მოვიყვანოთ ქ. თბილისის ჰოსპიტალურ-ჭირურგიული კლინიკის მა-

სალა (ცხ. 1, 2) და მის განხილვასთან დაკავშირებით გამოვთქვათ ჩვენი ზოგიერთი მოსაზრება.

ცხრილი 1

	მწვავე ქოლეცისტიტის შემთხვევათა რაოდეობა	ოპერირებულ ავადმყოფთა რაოდენობა	გარდაცვლილთა რაოდენობა	კონსერვატიული მკურნალობა	გარდაცვლილთა რაოდენობა	შენიშვნა
1919—1933	25	18	9	7	0	
1934—1939	40	18	6	22	0	
1940—1947	82	35	8	47	1	
1948—1950	52	12	1	40	0	
1950—1955	107	19	3	88	0	
1956—1958	98	27	2	71	0	
1959—1960	132	46	1	86	0	
ს უ ლ	536	175	30	361		

ცხრილი 2

წ ე ლ ი	ქრონიკული ქოლეცისტიტის შემთხვევათა რაოდენობა	ოპერირებულ ავადმყოფთა რაოდენობა	გარდაცვლილთა რაოდენობა	კონსერვატიული მკურნალობა	გარდაცვლილთა რაოდენობა	შენიშვნა
1919—1933	13	6	2	7	0	
1934—1939	18	4	0	14	0	
1940—1947	32	9	2	23	0	
1948—1950	70	6	0	64	0	
1950—1955	177	5	0	172	0	
1956—1958	155	16	0	139	0	
1959—1960	121	5	0	116	0	
ს უ ლ	586	53	4	689	0	

სამკურნალო ფაკულტეტის ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში ნაღვლის ბუშტის ქრონიკული და მწვავე ანთებით (1919—1960 წ.) 1124 ავადმყოფია გატარებული; აქედან მწვავე ქოლეცისტიტით — 536, ქრონიკულით — 588. ლიტერატურის მონაცემების მიხედვით, როგორც მწვავე, ისე ქრონიკული ქოლეცისტიტი შემთხვევათა უმრავლესობაში ხანგრძლივი კონსერვატული მკურნალობის შედეგად სათანადოდ იკურნება, შედარებით უფრო

იშვიათად საჭირო ხდება ოპერაციული ჩარევა. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ოპერაციულ ჩარევას უფრო ხშირად მწვავე ქოლეცისტიტის დროს მიმართავენ, რაც სათანადო ჩვენებების ჩამოყალიბებას საჭიროებს. კლინიკაში გატარებული 1124 ავადმყოფიდან ოპერაციული ჩარევა 228 ავადმყოფზეა წარმოებული. მწვავე ქოლეცისტიტის 536 შემთხვევიდან ოპერაცია 175-ჯერ არის გაკეთებული, ხოლო კონსერვატულად 361 ავადმყოფი იქნა ნამკურნალევი. ქრონიკული ქოლეცისტიტის შემთხვევაში 588 ავადმყოფიდან ოპერაცია მხოლოდ 53 ავადმყოფს გაუკეთდა. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ქრონიკული ქოლეცისტიტის გამო წარმოებულ ოპერაციათა რიცხვის უმრავლესობა გასულ წლებზე მოდის (32 შემთხვევა). ამ ბოლო ხანებში ანტიბიოტიკების ფართოდ გამოყენებასთან დაკავშირებით ოპერაციები როგორც ჩვენს მასალაზე, ისე ლიტერატურის მონაცემებითაც საგრძნობლად შემცირდა და დაავადების გამოსავალიც ყოველთვის კარგია.

როგორც ცნობილია, ოპერაციული მკურნალობის ყველაზე რადიკალურ მეთოდს ქოლეცისტექტომია წარმოადგენს და, რა თქმა უნდა, კლინიკაც მას გარკვეულ უპირატესობას აძლევს. 228 ოპერაციიდან ქოლეცისტექტომია 182 ავადმყოფზეა წარმოებული. ქრონიკული ქოლეცისტიტის ყველა შემთხვევაში, რა თქმა უნდა, ნაღვლის ბუშტის ამოღებაა წარმოებული.

გარკვეულ შემთხვევებში, როდესაც საქმე ხანდაზმულ ასაკს ეხება და თანაც ავადმყოფები სტაციონარს მოგვიანებით მიმართავენ, იძულებით ოპერაციას ქოლეცისტოსტომია წარმოადგენს. იგი მართალია, პალიატურია, გარკვეული უარყოფითი მხარეების მქონეა, მაგრამ ამავე დროს დამზოგველია და ავადმყოფს სიცოცხლეს უნარჩუნებს. მსგავსი ოპერაცია კლინიკის მასალაზე 46 ავადმყოფზეა შესრულებული. უნდა აღინიშნოს, რომ ქოლეცისტოსტომიის უმრავლესი შემთხვევები 50 წლის ასაკის ზევით არის შესრულებული. 80 წლის ასაკში ყოველგვარი ოპერაცია მუცლის ღრუზე, თუნდაც არამწვავე პერიოდში კეთდებოდეს, ერთგვარად საშიშია ავადმყოფისათვის. პალიატურმა ოპერაციამ ქოლეცისტოსტომიის სახით ჩვენს კლინიკაში მრავალი ხანდაზმული ავადმყოფი იხსნა სიკვდილისაგან. მაგალითისათვის მოვიყვანთ ერთ-ერთ შემთხვევას.

ავადმყოფი ს. პ. 80 წლის (ავადმყოფობის ისტორია № 2940). კლინიკაში შემოვიდა 1957 წლის 27 აპრილს, როგორც სასწრაფო შემთხვევა მუცლის არეში მწვავე ხასიათის ტკივილით და პირღებინებით. ტემპერატურა ნორმალური. კლინიკურად გამოხატული იყო დიფუზური პერიტონიტის სურათი. არ იყო გამორიცხული მწვავე პერფორაციული აპენდიციტის არსებობა, რის გამოც გაუკეთდა

ოპერაცია ლენანდერის განაკვეთით. მუცლის ღრუს გახსნისას დიდი რაოდენობით გადმოიღვარა ნაღველოვანი სითხე. ნაღველის ბუშტი ძლიერ გაბერილი, მწვერვალზე შეცვლილი ნეკროზული კედლით. გაკეთდა ქოლეცისტოსტომია. პოსტოპერაციული პერიოდი — სადა. ავადმყოფს უტარდებოდა ენერგიული მკურნალობა ანტიბიოტიკებით. 29 ივნისს გაწერილ იქნა კლინიკიდან განკურნებული მცირე ფისტულის არსებობით.

მსგავსი მაგალითები უფლებას გვაძლევს დავასკვნათ, რომ ქოლეცისტოსტომია გარკვეული ჩვენებების დროს, განსაკუთრებით ხანდაზმულ ასაკში, ოპერაციული მკურნალობის კარგ მეთოდად უნდა ჩაითვალოს.

მიზანშეწონილად მიგვაჩნია აქვე შევეხოთ ოპერაციის ვადებს განსაკუთრებით მწვავე ქოლეცისტიტების მკურნალობის დროს და ამასთან დაკავშირებით გამოვთქვათ ზოგიერთი ჩვენი მოსაზრება. როგორც ცნობილია, ლიტერატურაში ამ საკითხზე აზრთა სხვადასხვაობაა. ზოგიერთი ავტორი სასწრაფო ოპერაციულ ჩარევას აძლევს უპირატესობას, ზოგიერთი კი — პირიქით. ჩვენს მასალაზე მწვავე ქოლეცისტიტის გამო წარმოებული ოპერაციის 175 შემთხვევიდან ოპერაცია პირველ საათებში გაკეთებული აქვს 65 ავადმყოფს. ეს ის შემთხვევებია, როდესაც მწვავე მოვლენები მკვეთრად იყო გამოხატული, უხშირესად პერიტონეალური მოვლენების თანხლებით, მაღალი ლეიკოციტოზით და დაავადების სწრაფი პროგრესულობით. ასეთ შემთხვევებში თავის შეკავება და აქტიური პოზიციებიდან უკან დახევა, რა თქმა უნდა, შეცდომა იქნებოდა და დაავადების გამოსავალზე უარყოფითად იმოქმედებდა. მწვავე მოვლენების ჩაცხრომიდან რამდენიმე დღის შემდეგ ოპერაცია 110 ავადმყოფს გაუკეთდა და უნდა აღინიშნოს, რომ მოგვიანებით წარმოებული ოპერაციების შედეგად განკურნების უკეთესი მაჩვენებლები მივიღეთ. სიკვდილობის უმრავლესი შემთხვევები ნაადრევ ოპერაციებზე მოდის. მხედველობაში ისიცაა მისაღები, რომ დაავადების გამოსავალს გარკვეულ დაღს ასვამს ავადმყოფის ასაკი.

ჩვენი მასალით და ლიტერატურის მონაცემებითაც აშკარაა ის გარემოება, რომ დესტრუქციული ქოლეცისტიტები ყველაზე ხშირია ხანდაზმულ ასაკში და შედარებით მალე ვითარდებიან, რაც გარკვეული მძიმე კლინიკური სურათით ვლინდება. მწვავე ქოლეცისტიტის 536 შემთხვევიდან კლინიკას 50 წლის ასაკამდე მიმართა 335 ავადმყოფმა, 50 წლის ზევით — 201. აქედან 65 წლის ზევით იყო 96 ავადმყოფი. 175 ოპერირებელი ავადმყოფიდან გარდაიცვალა 30. 50 წლის ასაკის ზევით გარდაიცვალა 22 ავადმყოფი, მათ შორის

65 წლის ზევით — 9 ავადმყოფი. გარდაცვლილთა უმრავლესობა დაგვიანებითი ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევებს მიეკუთვნება, სადაც სიკვდილის უმთავრეს მიზეზს ნაღვლოვანი პერიტონიტი წარმოადგენდა. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ მწვავე ქოლეცისტიტის გამო 65 წლის ასაკის ზევით კონსერვატული მკურნალობა 61 ავადმყოფს ჩაუტარდა და სიკვდილის არც ერთ შემთხვევას არ ჰქონია ადგილი. ამრიგად, ხანდაზმულ ასაკში მწვავე ქოლეცისტიტის გამო წარმოებული ოპერაციები ერთგვარად იძულებითია. ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს ის მდგომარეობა, რომ სანაღვლე გზებზე წარმოებული ოპერაციის შედეგად სიკვდილობის პროცენტი ბოლო წლებში საგრძნობლად შემცირდა, რაც ანტიბიოტიკების ფართო გამოყენებას მიეწერება. აღნიშნულ მოსაზრებას ლიტერატურის მონაცემებიც გვიდასტურებს. ჩვენს მასალაზე 1919—1950 წლამდე 83 ავადმყოფიდან 24 ავადმყოფია გარდაცვლილი, 1950—1961 წლამდე 92-დან 6 ავადმყოფი. ეს გარემოება, რა თქმა უნდა, ნაწილობრივ ანტიბიოტიკების ხმარებასთანაა დაკავშირებული. მნიშვნელობას არ კარგავს აგრეთვე სრულყოფილი გაუტკივარება და ოპერაციული ტექნიკის გაუმჯობესება.

ლიტერატურის მიმოხილვისა და საკუთარი მასალის ანალიზის საფუძველზე შეიძლება გამოვიტანოთ გარკვეული დასკვნები:

1. არაკენჭოვანი ქრონიკული ქოლეცისტიტის მკურნალობა უფრო მიზანშეწონილია კონსერვატული საშუალებებით;

2. ნაღვლის ბუშტის მწვავე ანთების გამო წარმოებულ ოპერაციათა შორის ქოლეცისტექტომია არჩევით მეთოდს წარმოადგენს;

3. თუ დაავადების საერთო კლინიკური სურათი საშუალებას იძლევა, ოპერაციის წარმოება უმჯობესია მწვავე პროცესის ჩაცხრომის შემდეგ;

4. ხანდაზმულ ასაკში ავადმყოფის საერთო მძიმე მდგომარეობის დროს არჩევით მეთოდად ქოლეცისტოსტომია უნდა ჩაითვალოს;

5. ანტიბიოტიკები როგორც ოპერაციული, ისე კონსერვატულ მკურნალობის დროს ფართოდ უნდა იქნეს გამოყენებული;

6. გარკვეული ჩვენებების დროს უპირატესობა ინტრატრაქეულ ნარკოზს უნდა მიენიჭოს. გამბდარ და ხანშიშესულ პირებში ადგილობრივი ინფილტრაციული ანესთეზია ფართოდ უნდა იქნეს გამოყენებული.

ნაღვლის ბუშტის ანთების პათოლოგიური ანატომია

ნაღვლის ბუშტის ანთება მორფოლოგიური ცვლილებების და კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით შეიძლება იყოს მწვავე და ქრონიკული.

მწვავე ქოლეცისტიტი თავის მხრივ შეიძლება იყოს კატარული, ფლეგმონური და განგრენული.

მწვავე ქოლეცისტიტის დროს ნაღვლის ბუშტი გადიდებულია, მისი კედელი დაჭიმულია, ჰიპერემიულია, ბუშტში არსებული ნაღველი შემღვრეულია და გასქელებული. მკაფიოდ აღინიშნება ლორწოვანი გარსის შეშუპება, კეროვანი სისხლჩაქცევები, ლეიკოციტებით ინფილტრაცია. პროცესი შეიძლება დიფუზურად იყოს გავრცელებული ან კეროვან ხასიათს ატარებდეს.

კატარული ქოლეცისტიტის დროს ცვლილებები უმთავრესად ლორწოვან და ლორწქვეშა გარსშია გამოხატული. ფლეგმონური ანთების დროს პროცესი ნაღვლის ბუშტის მთელ კედელზე ვრცელდება და მის კუნთოვან ბოჭკოებს შორისაც შეიჭრება. ფლეგმონური ქოლეცისტიტის დროს სეროზული გარსი მკვეთრად შეცვლილია. მას მოწითალო-მორუხო ფერი აქვს, ალაგ-ალაგ ჩირქოვან-ფიბრინული ნადებებით არის დაფარული. ფლეგმონური ქოლეცისტიტის დროს ხშირად ადგილი აქვს ლორწოვანი გარსის მოცილებას, მის დაშლას. ხშირად აღინიშნება დაწყლულების კერები, უფრო ხშირად ბუშტის ყელის მიდამოში წყლულები შესაძლებელია განვითარდეს კენჭების ზეწოლის შედეგად და მის გარეშეც. შესაძლებელია სეროზული გარსის მკვეთრ ჰიპერემიასთან ერთად ფიბრინული ნადებები განვითარდეს. ბუშტის კედელი სქელდება და მასზე მორუხო მოყვითალო ფერის ნეკროზული ნადებები ჩნდება. ამ ნადებების ქვეშ დაწყლულებული კერებია. ანთების ეს სახე დიფთერიულ ქოლეცისტიტად არის ცნობილი. იგი წარმოადგენს გარდამავალ ფორმას ფლეგმონურ და განგრენულ ქოლეცისტიტს შორის. პროცესის გაღრმავების შემთხვევაში ნაღვლის ბუშტის განგრენული ანთება ვითარდება. განგრენული ქოლეცისტიტს ხშირად წინ უძღვის ნაღვლის შეგუბება საერთო სადინარის მწვავე გაუვალობის გამო.

ნაღვლის საერთო სადინარის გაუვალობის უხშირეს მიზეზს კენჭი წარმოადგენს. გაუვალობა შეიძლება იყოს გამოწვეული ანთებითი ნაწიბურებით და სხვა მიზეზებით. ჩვეულებრივ, გადიდებული ნაღვლის ბუშტი ქვემოთ ეშვება, რაც იწვევს ბუშტის სადინარის უფრო მეტად გადახრას, ირღვევა ნაღვლის ბუშტის სისხლის მიმოქ-

ცევა, ამ დარღვევის შედეგად შეიძლება განვითარდეს იშემია, ნეკროზი და ბოლოს პერფორაციაც. ნაღვლის ბუშტის ტოტალურ ნეკროზს შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს ბუშტის შეჭოგრების შემთხვევაში, როცა მას ჯორჯალი აქვს. სისხლძარღვების მწვავე დახშობის შემთხვევაში ნაღვლის ბუშტის სრული ნეკროზი მალე ვითარდება. მწვავე ქოლეცისტიტის ერთ-ერთ მძიმე და საშიშ გართულებას წარმოადგენს მისი კედლის მთლიანობის დარღვევა, ანუ პერფორაცია, ლიტერატურის მიხედვით, ასეთ გართულებას შემთხვევათა 10%-ში აქვს ადგილი.

ქურციკიძის მასალით, 130 ნაოპერაციევ შემთხვევაში პერფორაციას ადგილი ჰქონდა 10 შემთხვევაში (7,6). ამათგან დიფუზური პერიტონიტი განუვითარდა 7 ავადმყოფს, შემოსაზღვრული კი — სამს. ფლეგმონური ქოლეცისტიტის დროს, როდესაც ბუშტის სადინარი კენჭით არის დახშული, ინფექციის ზეგავლენით წარმოიშობა ჩირქი. ასეთი ნაღვლის ბუშტი წარმოადგენს ჩირქით ავსებულ დახშულ პარკს და მას ნაღვლის ბუშტის ემპიემა ეწოდება. ნაღვლის ბუშტის ძლიერი ანთების დროს პროცესი მეზობელ ორგანოებზედაც ვრცელდება და ვითარდება შეხორცებები. ნაღვლის ბუშტის შეხორცებას უხშირესად ადგილი აქვს ბადექონთან, კოლინჯის მარჯვენა კუთხესთან, თორმეტგოჯანაწლავთან და მუცლის წინა კედელთან. ნაღვლის ბუშტის ორგანოებთან მიხორცებას ერთგვარი დამცველობითი მნიშვნელობა აქვს, ანთების შემოფარგვლის თვალსაზრისით.

ქრონიკული ქოლეცისტიტი უხშირესად მწვავე ქოლეცისტიტის შედეგია. ამ შემთხვევაში ნაღვლის ბუშტის კედელი სქელდება, მასში ფიბროზული ქსოვილის განვითარების გამო უფრო ძლიერი კუნთოვანი ქსოვილი გასქელებას განიცდის. ხშირად კუნთის ადგილს ფიბროზული ქსოვილი იკავებს. ლორწოვანი გარსის ხავერდოვნება წაშლილია. ალაგ-ალაგ ჩანს დაწყლულებული კერები. ქრონიკულად მიმდინარე ქოლეცისტიტმა, რომელსაც პერიოდული გამწვავებები ახასიათებს, შეიძლება ნაღვლის ბუშტის ნაწიბუროვანი შეჭმუხნა გამოიწვიოს, ნაწიბუროვანი გადაგვარების შედეგად ნაღვლის ბუშტში შეიძლება ნაწიბუროვანი ხარიხები წარმოიშვას, რომლებიც ბუშტის ღრუს გადატიხრავენ და წარმოიშობა მრავალსაკანიანი ბუშტი.

ასეთი მრავალსაკანიანი ნაღვლის ბუშტი დიფერენცირებული უნდა იყოს ანომალიური ნაღვლის ბუშტისაგან. პირველ შემთხვევაში ტიხრები ნაწიბუროვანი ქსოვილით არის წარმოდგენილი, თანდაყოლილი ანომალიების დროს კი ტიხარი ლორწოვანი გარსით

არის დაფარული. შესაძლებელია ნაღვლის ბუშტი იმდენად შეიჭმუხნოს, რომ იგი ღვიძლის მარჯვენა ღარში უსანათურო შემაერთებელქსოვილოვანი ზონარის სახით იყოს წარმოდგენილი.

ზოგიერთ შემთხვევაში, როდესაც ადგილი აქვს ნაღვლის პიგმენტების რეზორბციას, ქრონიკულად მიმდინარე კატარული ანთების შედეგად ბუშტში გროვდება უფერული, გამჭვირვალე სითხე, რომელსაც თეთრი ნაღველი ეწოდება. ნაღველის რეტენცია თანდათანობით აფართოებს ნაღვლის ბუშტს. ნაღვლის ბუშტმა შეიძლება დიდ ზომას მიაღწიოს, ხოლო კედელი გათხელდეს.

ქრონიკული ქოლეცისტიტის დროს ზოგჯერ ბუშტის კედელში კირის მარილები ლაგდება, რასაც შეიძლება ბუშტის კედლის მთლიანი ან ნაწილობრივი გაკირვა მოყვეს. რენტგენოგრამაზე ასეთი ნაღვლის ბუშტი მთლიან დაჩრდილვას იძლევა და მისი კონტურები კარგად ჩანს.

კენჭოვანი ქოლეცისტიტის დროს სადინარში კენჭების გადანაცვლება მთელ რიგ გართულებებს იძლევა, გაპირობებულს ბუშტის ან საერთო სადინარის დახშობით.

ნაღვლის საერთო სადინარის კენჭით დახშობის დროს ვითარდება ჯერ ღვიძლგარეშე, შემდეგ კი ღვიძლშიგნითა სანაღვლე გზებში ნაღვლის შეგუბება. ამ შემთხვევაში ნაღვლის საერთო სადინარი ძალზე განვითარდება და შესაძლებელია მიაღწიოს ნაწლავის სანათურის ოდენობას. ნაღვლის ბუშტი კი შეიძლება არა მარტო გაგანიერდეს, არამედ შეიჭმუხნოს კიდეც. შეგუბებით პროცესებს, ჩვეულებრივ, თან სდევს აღმავალი ინფექცია, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს ქოლანგიტი, ღვიძლის მრავლობითი აბსცესი და ღვიძლის ციროზი. ფატერის დვრილის მიდამოში კენჭის ჩაჭედვამ შეიძლება გამოიწვიოს პანკრეასის ექსკრეციული პარენქიმის ატროფია და სკლეროზი. უნდა აღინიშნოს, რომ ხანგრძლივად მიმდინარე კენჭოვანი ქოლეცისტიტების ნიადაგზე შემთხვევათა 8%-ში ადგილი აქვს ნაღვლის ბუშტის პირველადი კიბოს განვითარებას.

ნაღვლის ბუშტში არსებული მაკროსკოპული ცვლილებები ხშირად შეეფარდება დაავადების კლინიკურ სურათს, მაგრამ არის შემთხვევები, როდესაც არ არსებობს პარალელიზმი მორფოლოგიურ ცვლილებებსა და დაავადების გამოვლინებას შორის.

სიყვითლე და მისი კლინიკა

სიყვითლე, როგორც დაავადება, ვლინდება კანის, სკლერების და ლორწოვანი გარსის გაყვითლებით, რაც პლაზმაში ბილირუბინის მომატების შედეგია. საყოველთაოდ მიღებული კლასიფიკაციების მიხედვით სიყვითლე სამი სახისაა: 1. ობტურაციული, 2. ტოქსიკურ-ინფექციური და 3. ჰემოლიზური. ობტურაციული სიყვითლე შესაძლებელია ნაღვლის სადინარების დახშობით იქნეს გამოწვეული. ზოგჯერ სიყვითლე იმ უჯრედების დაავადებით გამოიწვევა, რომლებიც ბილირუბინს იმუშავებენ. ამ უკანასკნელს ჰეპატოცელულარული სიყვითლე ეწოდება. ტოქსიკურ-ინფექციური სიყვითლე ბილირუბინის გადაჭარბებული წარმოშობის შედეგია, რომელიც თავისთავად ერითროციტების გაძლიერებული დაზიანების გამო ვითარდება. სიყვითლის ამ სახეს ჰემოლიზური ეწოდება. სიყვითლის აღნიშნული სახეები ჩვეულებრივ უნდა განვასხვავოთ კანის სხვა სახის სიყვითლისაგან. ამ მხრივ აღსანიშნავია ლიმონისმაგვარი სიყვითლე ძლიერი ანემიით. კანქვეშა ცხიმი ამ დროს ყოველთვის გამჭვირვალეა, ვინაიდან ასეთი ანემია ორგანიზმის მიერ კაროტინის დიდი რაოდენობით მიღების შედეგია, მას შეიძლება კაროტინემია ეწოდოს. იგი შეიძლება განვითარდეს ბევრი სტაფილოს ან ვიტამინის მიღების შედეგად. ავადმყოფმა, რომელსაც დიდი ხნის განმავლობაში ჰქონდა სიყვითლე, შეიძლება ნაცრის ან მუქი ვერცხლის ფერი მიიღოს. ობტურაციული სიყვითლე ზოგჯერ იკურნება ოპერაციის შემდეგ იმ დროს, როდესაც ჰეპატოცელულარული სიყვითლე შეიძლება გამწვავდეს ოპერაციის და ანესთეზიის შემდეგაც კი. ამიტომ დიდი მნიშვნელობა აქვს წინასწარ დადგენილ იქნეს ობტურაციულ, თუ ჰეპატოცელულარულ სიყვითლესთან გვაქვს საქმე.

ჰემოლიზური სიყვითლე ყოველთვის არ მოითხოვს ოპერაციულ ჩარევას, მაგრამ არის ხშირი შემთხვევები, როდესაც სიყვითლის ამ ფორმის დროსაც ოპერაცია აუცილებლობას წარმოადგენს, მაგალითად, როდესაც ერითროციტების გაძლიერებული დაშლის

შედეგად ნაღვლის გამოყოფა კენჭებს წარმოშობს. როდესაც გაძლიერებული ჰემოლიზის მიზეზი ელენთაა, ოპერაციული ჩარევა სპლენექტომიის სახით მიზანშეწონილია. ამრიგად, პირველ ყოვლისა მნიშვნელოვანია მექანიკური, პარენქიმული და ჰემოლიზური სიყვითლეების ერთმანეთისაგან დიფერენცირება, რადგანაც ისინი მკურნალობის სრულიად სხვადასხვა მეთოდს მოითხოვენ. აღნიშნულ საკითხზე ყურადღების გამახვილება აუცილებელია, რის გამოც საჭიროდ ვცანით მასზე შევჩერდეთ.

მექანიკური სიყვითლის პარენქიმული სიყვითლისაგან სადიფერენციაციოდ მრავალი სინჯია მოწოდებული. ა. ლ. მიასნიკოვი მოგვიწოდებს გამოყენებულ იქნეს უცხო ცილის შეყვანა კანქვეშ (2 — 3 მლ ადუღებული რძე ან 1 მლ ცხენის შრატი). მექანიკური სიყვითლის დროს შრატის შეყვანიდან 6 — 12 საათის გავლის შემდეგ ბილირუბინის რაოდენობა სისხლში იმატებს. პარენქიმული სიყვითლის დროს აღნიშნულ მოვლენას არ აქვს ადგილი.

პარენქიმული სიყვითლიდან ყურადღებას იმსახურებს ბოტკინის და ვასილევა-ვეილის დაავადებანი. ბოტკინის დაავადებას ვირუსული ინფექცია უდევს საფუძვლად. ამ დროს ადგილი აქვს სიყვითლის განვითარებას, მაგრამ უნდა აღინიშნოს, რომ აქოლია არასოდეს არ ვითარდება. დაავადებას შეტევითი ტკივილი არ ახასიათებს და კენჭოვანი და საერთოდ ობტურაციული სიყვითლისაგან განსხვავებით თავისებური მიმდინარეობით ხასიათდება. გარკვეული სადიფერენციაციო მნიშვნელობა აქვს სისხლის სურათს. ნორმული ან დაკლებული ლეიკოციტები შედარებითი ლიმფოციტოზით უფრო დამახასიათებელია ბოტკინის დაავადებისათვის, მაშინ როდესაც ლეიკოციტოზი ლიმფოპენიით უფრო ობტურაციული სიყვითლისთვისაა დამახასიათებელი, მეტადრე, თუ ობტურაცია ავთვისებიანი სიმსივნით არის გამოწვეული. ერითროციტების დალექვის რეაქცია ბოტკინის დაავადების დროს კანონზომიერ ცვლილებებს განიცდის, სახელდობრ შენელებას დაავადების უმაღლეს ფაზაში, აჩქარებას მეორე კვირის ბოლოს და ნორმამდე დაცემას გამოჯანსაღების სტადიაში. ობტურაციული სიყვითლეების დროს ერითროციტების დალექვის რეაქციის პროგრესული მატებაა შემჩნეული.

ვასილევა-ვეილის დაავადებაც ინფექციური ჰეპატიტების რიცხვს მიეკუთვნება და იგი ბოტკინის დაავადებასთან შედარებით იშვიათად გვხვდება, მისი გამომწვევი სპიროქეტა 1914 წ. იყო აღმოჩენილი ინადა და იდოს მიერ. დაავადება შემცივნებით და მაღალი ტემპერატურით იწყება, ძლიერი თავის ტკივილი და ზოგჯერ გონების დაბინდვა ახასიათებს. სიყვითლე ავადმყოფებს მე-3 — 5

დღეს გამოუვლინდებათ ხოლმე. დაავადებას რემისიები ახლავს. დამახასიათებელია ორგანოებში სისხლჩაქცევები, მაგალითად, კუჭში, ფილტვებში და სხვა. აქოლია არ ვითარდება, სისხლში აღინიშნება ლეიკოციტების და ერითროციტების დალექვის რეაქციის აჩქარება.

ყურადღებას იმსახურებს ღვიძლის მწვავე ყვითელი ატროფია, რომელიც მძიმე პოლიეტიოლოგიურ დაავადებას წარმოადგენს. იგი შეიძლება განვითარდეს ფოსფორით, ქლოროფორმით, სალვარსანით და სხვა ნივთიერებით მოწამვლის შედეგად. ეტიოლოგიური მომენტებიდან მნიშვნელობა აქვს სიფილისს, ორსულობით ტოქსიკოზს და სხვა. დაავადებას ღვიძლის ქსოვილის ძლიერი დესტრუქცია ახასიათებს, რის შედეგადაც ღვიძლის ნორმალური ფუნქციის გამოვარდნას აქვს ადგილი. ღვიძლის მწვავე ყვითელი ატროფიის დროს ღვიძლი ძლიერ მცირდება მოცულობაში. დაავადება ძლიერი სისუსტით იწყება ავადმყოფებს აწუხებთ ძლიერი თავის ტკივილი, უმადობა და სრული აპათია. ღვიძლი თავიდანვე პროგრესულად იკლებს მოცულობაში. ვლინდება მკვეთრი სიყვითლე. ვითარდება ჰემორაგიული დიათეზის მოვლენები. აღნიშნულ მოვლენას ნერვული აგზნებადობა ემატება, რომელიც ზოგჯერ მანიაკალურ მდგომარეობაში გადადის. ბოლოს ვითარდება დეპრესია, ღვიძლის კომის მძიმე სურათი და ავადმყოფები იღუპებიან. დაავადების თავისებური მიმდინარეობის გამო მისი დიფერენცირება სხვა სახის სიყვითლეებთან არ წარმოადგენს სიძნელეს.

დიფერენციული დიაგნოზების გატარებისას უნდა გვახსოვდეს ღვიძლის ციროზები.

ჰანოს ტიპის ჰიპერტროფიული ციროზის დროს წამყვან კლინიკურ ნიშანს სიყვითლე წარმოადგენს. ღვიძლის წილებს შორის ადგილი აქვს შემაერთებელი ქსოვილის განვითარებას. ღვიძლი დიდდება. ზოგჯერ ადგილი აქვს ელენთის გადიდებასაც. განავალი ნორმალური ფერისაა. მართალია, ბილირუბინი მომატებულია, მაგრამ მაინც არ აღწევს იმ დონეს, როგორიც მექანიკური სიყვითლის დროს გვხვდება.

რაც შეეხება ლაენეკის ტიპის ციროზს, ამ დროს შემაერთებელი ქსოვილის განვითარებას ადგილი აქვს ღვიძლის ირგვლივ. მას სხვაგვარად ატროფიული ციროზი ეწოდება. წამყვან სიმპტომს ასციტი წარმოადგენს, რაც პორტალური ჰიპერტენზიით არის ახსნილი.

დიფერენციული დიაგნოზის გატარებისას მხედველობაში ჰემოლიზური სიყვითლეც უნდა იქნეს მიღებული. დაავადებას საფუძვ-

ლად უდევს ერითროციტების გაძლიერებული ჰემოლიზი, განსაკუთრებით ელენთაში. დაავადებას ძლიერი რეტიკულოციტოზი, სფეროციტოზი და ერითროციტების ოსმოსური წნევის დაქვეითება ახასიათებს. ელენთა საგრძნობ მომატებას განიცდის. სიყვითლე არ არის ისეთი ინტენსიური, როგორიც ობტურაციული სიყვითლისას, საერთოდ თავისებური კლინკური და ლაბორატორიული მონაცემების გამო ჰემოლიზური სიყვითლის სხვა სიყვითლეებისაგან გარჩევა სიძნელეს არ უნდა წარმოადგენდეს.

ტერმინი „მექანიკური სიყვითლე" ორგანიზმის მძიმე პათოლოგიურ მდგომარეობას გულისხმობს, რომელიც ვითარდება ნაწლავებში ნაღვლის გადასვლის შეწყვეტის და მისი სისხლში ზედმეტად შეწოვის შედეგად.

ქოლემია ორგანიზმში ზოგჯერ მძიმე შეუქცევად გართულებებს იწვევს, რის გამოც აღნიშნული პათოლოგია დროულ და სერიოზულ მკურნალობას მოითხოვს. მექანიკური სიყვითლის გამომწვევი მიზეზი მრავალგვარია.

ობტურაციული სიყვითლე ყველაზე ხშირია სრულასაკოვანთა შორის. იგი უმთავრესად ნაღვლის საერთო სადინარის კენჭით დაცობის შედეგია. ობტურაციის მიზეზია აგრეთვე პანკრეასის თავის სიმსივნე, სახელდობრ კიბო. სხვა სახის სიმსივნეებს, როგორიცაა ღვიძლის პირველადი კიბო, ნაღვლის ბუშტის, სანაღვლე გზების და ფატერის დვრილის კიბო ასევე შეუძლიათ ობტურაციული სიყვითლის გამოწვევა. ᲛᲔᲨვიათად სიყვითლე შეიძლება კეთილთვისებიანი სიმსივნეებითაც იყოს გამოწვეული, ასე მაგალითად, ნაღვლის სადინარის პოლიპით და სხვა. შესაძლოა სიყვითლე აბსცესის შედეგად განვითარდეს. ასევე გადიდებულ ლიმფურ ჯირკვალს, თორმეტგოჯანაწლავის წყლულის პენეტრაციას, თორმეტგოჯანაწლავის პირველად კიბოს შეუძლია ნაღვლის საერთო სადინარზე ზეწოლის გამო ობტურაციული სიყვითლე განავითაროს. ქრონიკული ჰიპერტროფიული ბილიარული ციროზიც ან ზოგჯერ ნაღვლის საერთო სადინარის თანდაყოლილი შევიწროებაც იწვევს სიყვითლეს. იასტროგენული სიყვითლე ვითარდება ნაღვლის სადინარის სხვადასხვა დაზიანების შედეგად, მაგალითად შესაძლებელია სადინარის კედელი ლიგატურაში მოყვეს ან სიყვითლის მიზეზი სადინარში ასკარიდის მოხვედრა იყოს. ახალშობილებში ობტურაციული სიყვითლის მიზეზი შესაძლებელია იყოს აგენეზია, ატრეზია, ქოლედოქუსის ცისტა. მთავარია გაირკვეს ობტურაციული სიყვითლე ნაღვლის საერთო სადინარის კენჭის დაცობით

არის გამოწვეული, თუ რაიმე სხვა პათოლოგიასთან გვაქვს საქმე, მაგალითად პანკრეასის თავის კიბოსთან და სხვა.

ეტიოლოგიური მომენტების ამგვარი მრავალსახეობა არაიშვიათად დიაგნოზური შეცდომის მიზეზი ხდება.

იშვიათად ნაღვლის სადინარის გაუვალობა პოსტოპერაციული ტრავმით გამოიწვევა ან ქრონიკულ ანთებითი პროცესის შედეგია, რის გამოც შეიძლება განვითარდეს ნაწიბუროვანი სტრიქტურები და ღვიძლგარეშე სანაღვლე გზების სტენოზები.

ს. პ. ფეოდოროვის მონაცემებით, სანაღვლე გზების 366 ოპერაციიდან 84 შემთხვევა ობტურაციულ სიყვითლეს შეეხებოდა, სადაც 71 შემთხვევაში სიყვითლე კენჭებით იყო გამოწვეული, 10 შემთხვევაში — სიმსივნით. ნაწიბუროვან შევიწროებას სამ შემთხვევაში ჰქონდა ადგილი.

საერთოდ ავტორთა უმრავლესობის მონაცემებით ირკვევა, რომ ობტურაციული სიყვითლის უხშირესი მიზეზი სანაღვლე სადინარების კენჭოვანი დაავადებებია.

კენჭოვანი წარმოშობის ობტურაციული სიყვითლე შეიძლება მწვავე და ქრონიკული მიმდინარეობით ხასიათდებოდეს. პირველ შემთხვევაში დაავადება მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში ძლიერი შეტევითი ხასიათის ტკივილებით იწყება, რომელიც ირადიაციას მარჯვენა მხრისა და ბეჭის არეებისაკენ იძლევა. ტკივილებს მალე სიყვითლე ერთვის თან. ნაღვლის საერთო სადინარის კენჭით სრული დაცობის შემთხვევაში სიყვითლე თანდათანობით ინტენსიური ხდება, ზოგჯერ კი გარდამავალია, რაც შესაძლებელია ავადმყოფის თვითგანკურნებით დამთავრდეს. სადინარის სრულ დახშვას შესაძლებელია აქოლიური განავალი და მუქი ლუდის ფერი შარდი დაერთოს თან. ავადმყოფს აწუხებს ქავილი, რაც კანის რეცეპტორებზე ნაღვლის მოქმედების შედეგია.

კლინიკურ სიმპტომებთან ერთად სადიაგნოზო მნიშვნელობა მიეკუთვნება ლაბორატორიულ გამოკვლევებს. სისხლში ადგილი აქვს ბილირუბინის საგრძნობ მომატებას. ასევე აღინიშნება სისხლში ქოლესტერინის მომატება. ხანგრძლივი ჭოლემიის დროს სისხლში პროთრომბინის დონე საგრძნობლად მცირდება, სისხლის შედედების უნარი ქვეითდება, ავადმყოფები მიდრეკილი არიან სისხლდენისადმი.

უკანასკნელი წლების გამოკვლევები მექანიკური სიყვითლის დროს სისხლში პროთრომბინის რაოდენობის დაკლებაზე მიუთითებენ (ბ. ა. კუდრიაშოვი, ვ. მ. სემენსკაია, გ. ი. ოდიშვილი, ც. ი. აბა-

კელია, თ. მ. გოდერძიშვილი, ლ. ნ. ახვერდოვა, ა. მ. გენკინი, მ. გ ზაიცევი და სხვა), რასაც ხსნიან K ჰიპოვიტამინოზით.

ლორდი (Lord) და ანდრუსი (Andrus) აღნიშნავენ, რომ თუ K ვიტამინის ინტრამუსკულარულად შეყვანიდან 24 საათის შემდეგ პროთრომბინი 10%-ზე მეტად გაიზარდა, მექანიკურ სიყვითლეზე უნდა მივიტანოთ ეჭვი. თუ პროთრომბინი K ვიტამინის შეყვანის საპასუხოდ არ იმატებს ან იმატებს ძლიერ უმნიშვნელოდ, ეს. პარენქიმულ სიყვითლეზე გვაფიქრებინებს (ციტ. ზ. ა. ბონდარით). ყოველივე აღნიშნული უპირველესყოვლისა ღვიძლის ფუნქციის დაკნინებით არის გამოწვეული. ზოგჯერ ობტურაციული სიყვითლე ქოლანგიტით რთულდება, ადგილი აქვს შემცივნებებს, მაღალ ჰექტიური ხასიათის ტემპერატურას, ლეიკოციტოზს, სისხლში ეოზინოფილების გაქრობას და სხვა.

როგორც ცნობილია, სიყვითლის დროს ბრადიკარდია დამახასიათებელ სიმპტომს წარმოადგენს. მასზე ჯერ კიდევ დიდი ხნის წინათ მიუთითებდნენ ს. პ. ბოტკინი (1886), ნ. პ. ვასილევი (1888), ნ. ნ. კირიკოვი (1898), ა. ა. ვასილევსკი (1915) და სხვა (ციტ. ზ. ა. ბონდარით). ლიტერატურაში აზრთა სხვადასხვაობაა ბრადიკარდიის შესახებ, საბოლოოდ მის წარმოშობას რეფლექსური მექანიზმებით ხსნიან.

ქრონიკული ობტურაციული სიყვითლე სანაღვლე სადინარების ნაწილობრივი გაუვალობის დროს შეინიშნება. იგი ხანგრძლივი მიმდინარეობით ხასიათდება. ხშირად ღვიძლში შეუქცევადი მოვლენები ვითარდება.

საერთოდ, მექანიკური სიყვითლის დროს ცვლილებებს უპირველეს ყოვლისა ღვიძლი განიცდის. მასში კეროვანი ნეკროზები ვითარდება. უჯრედების ნაწილი აუტოლიზს და ატროფიას განიცდის და ამ პროცესებს მეორადად რეგენერაცია და ჰიპერპლაზია ემატება. ბოლოს მასში შემაერთებელი ქსოვილის ჩაზრდას აქვს ადგილი და ამრიგად ხშირად ციროზული ღვიძლი წარმოიშობა. ღვიძლში მორფოლოგიური ცვლილებები უმთავრესად სიყვითლის ხანგრძლიობასა და მის ხარისხზეა დამოკიდებული, მეორე მხრივ კი სანაღვლე გზებში ინფექციის არსებობაზე. ექსპერიმენტული აქოლიისა და ქოლემიის მქონე ძაღლებზე ჩატარებული დაკვირვებებით გამოირკვა, რომ ღვიძლის ფუნქციური მდგომარეობა და მასთან დაკავშირებული სისხლის პლაზმის ცილოვანი ფრაქციების თანაფარდობა ყველა შემთხვევაში დარღვეულია (ლ. კანდელაკი, გ. ოდიშვილი, ც. აბაკელია). გარდა აღნიშნულისა ხანგრძლივი ობტურაციული

სიყვითლის დროს შემჩნეულია ცვლილებები თირკმლებში, კუჭნაწლავის ტრაქტში, პანკრეასში და სხვა.

ამრიგად, ზემოთ აღნიშნულიდან ნათელია, რომ მექანიკურ სიყვითლეს სიმპტომთა მრავალსახეობა ახასიათებს, როგორიცაა გამოხატული სიყვითლე, ღვიძლის გადიდება, ტკივილი, შემცივნებები, კანის ქავილი, ბრადიკარდია, ნერვული სისტემის მოშლილობანი, სიგამხდრე, ზოგჯერ ასციტი, დამახასიათებელი ცვლილებები სისხლში, შარდში და სხვა.

მექანიკური სიყვითლის განვითარების მიზეზს, როგორც აღვნიშნეთ, გარდა კენჭოვანი დაავადებისა, პანკრეასის თავის სიმსივნეც წარმოადგენს. პანკრეასის თავის სიმსივნით გამოწვეული ობტურაციის დროს სიყვითლე თანდათანობით ვლინდება და მას ჩვეულებრივ შეტევითი ტკივილები არ უძღვის წინ. დამახასიათებელია კურვუაზიეს სიმპტომი, რაც საშუალებას გვაძლევს კარგად შევიგრძნოთ გადიდებული ნაღვლის ბუშტი.

მექანიკურ სიყვითლეს ზოგჯერ იწვევს ასკარიდების მიგრირება თორმეტგოჯანაწლავიდან სანაღვლე სადინარებისაკენ. ზოგჯერ სიყვითლის მიზეზს სანაღვლე გზების დისკინეზია წარმოადგენს. ი. ი. კაცერს და ა. ე. არონინს უნახავთ ნაწლავის ლიმფოგრანულომატოზის იშვიათი შემთხვევა, რომელსაც მექანიკური სიყვითლე გამოუწვევია და იძლეოდა ბოტკინის დაავადების სიმულაციას. აღწერილია ობტურაციული სიყვითლის განვითარება ნაღვლის საერთო სადინარის ირგვლივ გადიდებული ლიმფური ჯირკვლების ზეწოლით.

ობტურაციული სიყვითლის პათოგენეზში ლიმფადენიტის მნიშვნელობის შესახებ აღნიშნავენ გ. ი. ვოლინცევი (1902), ა. პრიბრამი (1930), მოსტი და სევერინი (Most, Severin, 1929), პ. ი. ნაპალკოვი და ო. ვ. ილინსკაია, რ. პ. პოსტნიკოვი და სხვა.

უნდა აღინიშნოს, რომ პერიჰოლედოქიალური ლიმფადენიტით გამოწვეული ობტურაციული სიყვითლის დიაგნოზი რთულია და მისი დაზუსტება უმეტესად საოპერაციო მაგიდაზე ხდება. მაგალითად, პ. ი. ნაპალკოვის და ო. ვ. ილინსკაიას 16 შემთხვევაშივე დიაგნოზი საოპერაციო მაგიდაზე ყოფილა დასმული. მიზანშეწონილად მიგვაჩნია მოვიყვანოთ ერთი ავადმყოფობის ისტორია.

ავადმყოფი ე. ო., 21 წლის (ავადმყოფობის ისტორია № 2270). შემოვიდა ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში, როგორც სასწრაფო შემთხვევა მარჯვენა ფერდქვეშა არეში მწვავე ხასიათის ტკივილზე ჩივილებით. დაავადების კლინიკური მიმდინარეობა გადაუდებელ ოპერაციულ ჩარევას საჭიროებდა. მწვავე კენჭოვანი ქოლეცისტიტის დიაგნოზით ავადმყოფს სასწრაფო ოპერაცია გაუკეთ-

და. ოპერაციის დროს ნაღვლის საერთო სადინარის ირგვლივ, მთლიანად გლისონის კაფსულის მთელ სიგრძეზე ნახული იქნა გადიდებული ლიმფური ჯირკვლები. ამრიგად, დადგინდა Limphadenitis Pericholedochialis, რის გამოც როგორც ადგილობრივად, ისე ზოგადად გამოყენებული იქნა ენერგიული ანტიბიოტიკებით მკურნალობა. ავადმყოფი განკურნებული გაეწერა კლინიკიდან.

მსგავსი შემთხვევები ლიტერატურაში ერთეული სახით არის აღწერილი და, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, დიაგნოსტიკურ შეცდომებს თითქმის ყოველთვის აქვს ადგილი.

საინტერესოა ქირურგების ტაქტიკა ამ დაავადების დროს. სადისკუსიოა ნაღვლის ბუშტის, გადიდებული ლიმფური კვანძების ამოღების საკითხი. ზოგიერთი ნაღვლის ბუშტსა და ნაწლავს შორის შერთულის დადებას აწარმოებს და სხვა.

რ. პ. პოსტნიკოვის აზრით, მსგავსი შემთხვევების გამოქვეყნება პერიოდულ ლიტერატურაში და მასალის დაგროვება ხელს შეუწყობს სადისკუსიო საკითხების გადაწყვეტას.

საერთოდ დაავადებებმა, რომლებიც მექანიკური სიყვითლის განვითარებასთან არის დაკავშირებული, დიდი ხანია მიიპყრო მედიცინის მუშაკთა ყურადღება. რუსეთში დიდ ყურადღებას აქცევენ აღნიშნული დაავადებების პათოგენეზს, დიაგნოსტიკას და მათ ქირურგიულ მკურნალობას (პავლოვი, კრავკოვი, ბოტკინი, მონასტირსკი, ფეოდოროვი, ს. სპასოკუკოცკი, ვ. დობროტვორსკი, ფინკელშტეინი, ა. მარტინოვი, რეინი, ოპელი, ი. ჯანელიძე, გერცენი და სხვები).

განსაკუთრებული ყურადღება მაინც ობტურაციული სიყვითლის დიაგნოსტიკას უნდა მიექცეს, რისთვისაც მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული ის კლინიკური სიმპტომკომპლექსი, რომელიც ობტურაციის ერთ ფორმას მეორისაგან განასხვავებს.

ფრანგი ქირურგის კურვაზიეს მიერ ფორმულირებულ იქნა წესი, რომელიც მის სახელს ატარებს. როდესაც ნაღვლის საერთო სადინარი კენჭით არის დაცული, მაშინ ბუშტის გაგანიერება იშვიათია. თუ სადინარი სხვა მიზეზით არის დახშული, მაშინ დილატაცია ჩვეულებრივი მოვლენაა. როდესაც გადიდებული ნაღვლის ბუშტი კარგად ისინჯება, ეს უფრო ხშირად პანკრეასის თავის კიბოს მომასწავებელია. ქოლელითიაზის დროს კი ჩვეულებრივ ნაღვლის ბუშტი უფრო შეჭმუხნილია და პალპაციით ნაკლებად ისინჯება. მაგრამ, როგორც ცნობილია, ყოველ წესს აქვს გამონაკლისი. ამიტომ კურვუაზიეს მიერ ფორმულირებული წესი არ არის იმდენად ზუსტი, რომ ყოველთვის შეიძლებოდეს დიფერენცირება ნაღვლის საერთო სადინარის კენჭთან გვაქვს საქმე, თუ პანკრეასის თავის კიბოსთან.

როდესაც სიყვითლე შეტევით ტკივილთან არის დაკავშირებული, იგი ყოველთვის კენჭოვან დაავადებაზე გვაფიქრებინებს, როდესაც სიყვითლე პანკრეასის თავის კიბოთი გამოიწვევა, მას შეტევითი ტკივილი არ უძღვის წინ. ამგვარ სიყვითლეს ზოგიერთი „წყნარ“ სიყვითლეს უწოდებს. უნდა აღინიშნოს, რომ არც ეს დებულება არის გამონაკლისის გარეშე, რადგანაც აღწერილია შემთხვევები, როდესაც პანკრეასის თავის კიბო ტკივილის ფონზე განვითარებულა. მეორეს მხრივ, შესაძლებელია კენჭოვანი დაავადების დროს სიყვითლე ტკივილის გარეშე განვითარდეს. მართალია, ეს არ არის ხშირი მოვლენა, მაგრამ, როგორც ამას ლიტერატურის მონაცემები მიუთითებენ, მაინც შესაძლებელია. როგორც ცნობილია, ობტურაციული სიყვითლე მეტად სერიოზული პათოლოგიაა და მასთან ერთად ზოგიერთი ფორმის მკურნალობაც ერთგვარ სიძნელეს წარმოადგენს.

საერთოდ ქირურგიული მკურნალობა მექანიკური სიყვითლის გამო ერთი შეხედვით არასახარბიელო შთაბეჭდილებას ტოვებს მრავალრიცხოვანი გართულებების, დიაგნოზური შეცდომების და მძიმე გამოსავალის გამო. მიუხედავად ამისა ქირურგიას, რომლის საფუძველია ჰუმანიზმი, არ შეუძლია ხელი აიღოს ამ მძიმე დაავადებაზე. მით უმეტეს, რომ არაოპერაციულ მკურნალობას უმრავლეს შემთხვევაში სიკვდილის პირამდე მიყავს ავადმყოფი.

ტერმინი „მექანიკური სიყვითლე“ პირობითია და იგი მრავალ სახის დაავადებას აერთიანებს. პრაქტიკული თვალსაზრისით, მნიშვნელოვანია ასეთი ავადმყოფები დროულად იქნენ გადაყვანილი ქირურგიულ სტაციონარში და არ დაიკარგოს დიდი დრო მექანიკური სიყვითლის მექანიზმის დადგენაზე. ხშირია შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფები თერაპიული სტაციონარიდან დაგვიანებით გადმოყავთ მძიმე ნაღვლოვანი ინტოქსიკაციის მოვლენებით. მექანიკური სიყვითლის დიაგნოზი უკვე აყენებს საკითხს დროული, დაუგვიანებელი ქირურგიული მკურნალობის შესახებ. უმეტეს შემთხვევაში ოპერაციის დროს ირკვევა, თუ რა არის მექანიკური სიყვითლის მიზეზი და ამის მიხედვით ხდება სათანადო დახმარების აღმოჩენა. როგორც ცნობილია, სანაღვლე გზების დაბრკოლება ნაღვლის სტაზს განავითარებს. რადგანაც სეკრეცია გრძელდება, ამიტომ დაბრკოლების ზემოთ სანაღვლე გზები განიერდება, შიგ ნაღველი გროვდება და საერთოდ იქმნება პირობები ნაღვლის უშუალოდ სისხლში გადასვლისა. ამრიგად, მექანიკური სიყვითლის მძიმე ნიშნები ვითარდება, რაც იწვევს ღვიძლის ტოქსიკურ დაზიანებას, ქოლემიას და აქოლიას. სამართლიანად აღნიშნავს მიასნიკოვი (1949 წ.), რომ „სიყვითლე არის სიმპტომი და ამავე დროს პათოლოგიური პროცესიც“.

მექანიკური სიყვითლის დროს პირველ რიგში ღვიძლი ავადდება და შემდეგ კი მთელი ორგანიზმი. სადინარებში წნევის აწევა სანაღვლე კაპილარების ვარიკოზულ გაგანიერებას იწვევს (პოპოვი, 1872; ვეისი, 1873) და მოგვიანებით ღვიძლის უჯრედების მარცვლოვან გადაგვარებას (შარკო და გუმბოლტი, 1876, ბელოუსოვი, 1883). მექანიკური სიყვითლის დროს ღვიძლში მრავლობით კეროვან ნეკროზულ არეებს ნახულობენ. აბრამოვი (1905) აღნიშნავს, რომ წნევის აწევის შედეგად განიერდება სანაღვლე კაპილარები, ვითარდება ღვიძლის კეროვანი ნეკროზები და ბოლოს ციროზი.

კონსელერის და მაკ-ინდოლის (Connseller, Mc. Indol, 1926) აზრით, მექანიკური სიყვითლის დროს ნაღვლის შეგუბების შედეგად კარის ვენის სისტემაში სისხლი არასაკმარისი რაოდენობით გადადის, რაც თავისთავად ხელს უწყობს ბილიარული ციროზის განვითარებას. გარდა აღნიშნულისა მნიშვნელობა სანაღვლე გზების ინფექციასაც ენიჭება (გიბსონი, რობერტსონი, 1939). ღვიძლის პარენქიმაში კეროვანი ნეკროზების განვითარება თირკმლებზედაც მოქმედებს, ვითარდება სისტემური დაავადება ღვიძლ-თირკმლის უკმარისობის სახით (პიტელი, 1940, ვილენსკი, 1942).

ლიხტმანის და სოვალის მიერ (Lichtman and Sohval, 1937) ნაღვლის გავლენის შედეგად თირკმლის მილაკების ეპითელიუმის გადაგვარება იყო აღნიშნული. მაკ-ნეილის (Mc. Neil, 1949) აზრით, სიყვითლის დროს ნაღვლოვანი ნეფრიტი ვითარდება, რომელიც შეიძლება ურემიით დამთავრდეს.

როგორც ცნობილია, ნაღვლის ტოქსიკური პროდუქტების სისხლში არსებობა ე. წ. ქოლემიას განავითარებს. ამ ტერმინს ზოგიერთი ავტორი უგულებელყოფს. მაგალითად ბოკუსი (Bochus, 1946) და ბერკი (Berk, 1941) ქოლემიის მაგივრად გვირჩევენ ქოლაციდემიას, რადგან მათი აზრით, ინტოქსიკაცია ამ დროს სისხლში ნაღვლის მჟავას არსებობაზეა დამოკიდებული.

სიყვითლის დროს ცვლილებები ცენტრალურ ნერვულ სისტემაშიც ვითარდება. აღნიშნული მდგომარეობა ჯერ კიდევ ჰიპოკრატეს მიერაც იყო შენიშნული. იგი წერდა, რომ „შავმა ნაღველმა" შეიძლება დეპრესია და მელანქოლია გამოიწვიოს. ცნობილია, რომ ამ დროს ნაადრევი ნიშნებია თავის ტკივილი, უძილობა, ადვილად დაღლა, აპათია და თავბრუ. ლიტერატურაში აღწერილია ქოლემიური ფსიქოზები, ჰალუცინაციები და სხვა.

ლიხტმანმა და შტერნმა (Lichtmann და Stern, 1933) ექსპერიმენტის პირობებში ნახეს, რომ ნაღვლის მჟავების გავლენით ზურ-

გის ტვინის მოტორული ფუნქციის გამოვარდნის შედეგად დამბლა განვითარდა.

ნაღვლის სისხლში შეწოვა გარკვეულ ცვლილებებს იწვევს გულ-სისხლძარღვთა სისტემაში. ამ მხრივ აღსანიშნავია მაჯისცემის შემცირება — ბრადიკარდია. ისიც ცნობილია, რომ ბრადიკარდიისადმი ტენდენცია მექანიკური სიყვითლის დროს ნაკლებია ინფექციურ სიყვითლესთან შედარებით.

გოლდმანმა (1941) ნაღვლით ქრონიკული მოწამვლის შედეგად მიიღო პულსის სიხშირის დარღვევა, ვენური წნევის დაცემა, ჰისტოლოგიურად—სისხლჩაქცევები კუნთში და სხვა. ზოგჯერ ვითარდება ექსტრასისტოლები და გულის მხრივ მორფოლოგიური ხასიათის ცვლილებები. ნაღვლის სადინარის გადაკვანძვის შედეგად ცხოველებში ეცემა ჰემოგლობინი და ერითროციტების რაოდენობა, რაც ძვლის ტვინის დეგენერაციული ცვლილებებით უნდა იყოს გამოწვეული (ვერბიცკი, 1896).

ამრიგად, ანემია სისხლმბადი ორგანოების ფუნქციური უკმარისობით ვითარდება.

საჭმლის მომნელებელ სისტემაში ნაღველი ისე მოქმედებს, როგორც სეკრეციის გამომწვევი. ნაწლავებში მისი გადასვლის შეწყვეტა საჭმლის მომნელებელ ჯირკვლებში წვენის გამოყოფის დარღვევას იწვევს. ეს სიმპტომკომპლექსი, რომელიც ვითარდება ორგანიზმში ნაღვლის ნაწლავებში გადასვლის შეწყვეტის შემდეგ, გაერთიანებულია საერთო სახელწოდებით — აქოლია. ამ დროს ადგილი აქვს კუჭის წვენის მჟაობის მომატებას, ირღვევა საჭმლის მონელების პროცესები, რაც ცილების, ცხიმების და ვიტამინების შეუთავსებლობით გამოიხატება. ღვიძლის ფუნქციის დარღვევის შედეგად ჰიპოპროთრომბინემია ვითარდება. აქოლიის ერთ-ერთი დამახასიათებელი ნიშანია სისხლის შედედების დარღვევა. ნაღვლის ტოქსიკური მოქმედება სისხლის შედედების შემცირებას იწვევს, რომლის მექანიზმი ჯერჯერობით კარგად არ არის შესწავლილი, მაგრამ არის გარკვეული აზრი იმის შესახებ, რომ ჰემორაგიული დიათეზის მიზეზია ღვიძლის ტოქსიკური დაზიანება და K ვიტამინის უკმარისობა. K ვიტამინის ნაკლებობა მექანიკური სიყვითლის დროს დიდი მნიშვნელობის ფაქტორია, რომელსაც აღიარებს თითქმის ყველა ავტორი. ყოველივე ზემო აღნიშნულიდან სრულიად ნათელია, თუ რამდენად მძიმედ მოქმედებს ნაღვლის შეკავება ორგანიზმზე.

რაც შეეხება მექანიკური სიყვითლის ქირურგიულ მკურნალობას, იგი ერთადერთია. ამ დაავადების კონსერვატიული მკურნალობა სრულიად უაზროა. არც ერთი ჭეშმარიტი თერაპევტი არ და-

იწყებს მექანიკური სიყვითლის კონსერვატიული საშუალებებით მკურნალობას. ასე რომ, მექანიკური სიყვითლის ქირურგიული მკურნალობის საკითხი, შეიძლება ითქვას, სადავოს არ წარმოადგენს. საქმე იმაშია, რომ გასარკვევია ოპერაციული მკურნალობის ვადების საკითხი. დღემდე ავტორთა უმრავლესობას მიაჩნდა, რომ ოპერაცია უნდა გაკეთდეს მექანიკური სიყვითლის დიაგნოზის დადგენიდან 2 — 3 კვირის შემდეგ (ფეოდოროვი, 1934; ფინკელშტეინი, 1927). როდესაც მექანიკური სიყვითლის დიაგნოზი ნამდვილად დადგენილია, გადაუდებლად უნდა გაკეთდეს ოპერაცია და არ უნდა ველოდოთ მძიმე სიმპტომების გამოვლინებას. ოპერაცია ეფექტურია, როდესაც ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა ჯერ კიდევ დამაკმაყოფილებელია. ბოლო ხანებში წამოიჭრა საკითხი მექანიკური სიყვითლე გამოუყოფილ იქნეს დამოუკიდებელ ნოზოლოგიურ ქირურგიულ დაავადებად და არა, როგორც ეს მიაჩნდა ზოგიერთ ავტორს, სანაღვლე გზების კენჭოვანი დაავადების გართულებად, რადგან, როგორც ცნობილია, არც ისე იშვიათია მექანიკური სიყვითლე ღვიძლის, სანაღვლე გზების და პანკრეასის კიბოს დროს. ამჟამად უიმედო არ არის აღნიშნული ორგანოების კიბოს შედეგად განვითარებული მექანიკური სიყვითლის ოპერაციული მკურნალობა. ლიტერატურის მიხედვით ირკვევა, რომ არსებობს ავადმყოფის განკურნების რეალური შესაძლებლობა მექანიკური სიყვითლის დროს, მიუხედავად იმისა კენჭოვანი დაავადებით არის გამოწვეული თუ სიმსივნის შედეგია.

ისმის კითხვა — რა უშლის ხელს მექანიკური სიყვითლის ქირურგიულ მკურნალობას. პირველ რიგში ამის მიზეზი დიაგნოსტიკურ სიძნელეში უნდა ვეძიოთ. არ არსებობს ზუსტი დიაგნოსტიკური საშუალებები მექანიკური სიყვითლის დროს პათოლოგიური პროცესის ხასიათის დადგენისა. ამ დროს დიდი მნიშვნელობა ენიჭება კლინიცისტის საკუთარ გამოცდილებას და ლიტერატურის კარგ ცოდნას. მეორე მიზეზია ტექნიკური სიძნელეები სანაღვლე გზებზე ოპერაციების დროს.

პირველი ოპერაცია მექანიკური სიყვითლის დროს ცუდი შედეგით გაკეთებული აქვს ინდოელ ქირურგს ბობსს (Bobs, 1867). მან გააკეთა ნაღვლის ბუშტის დრენირება. ანალოგიური ოპერაცია შემდგომში ბლოდვეის, სიმსის, კერის და სხვათა მიერ იყო წარმოებული. ტექნიკურად ეს ოპერაცია მარტივია და ნიშნავს ნაღვლის ბუშტის გახსნას და მის მიკერებას მუცლის კედელზე.

ვინივარტერმა (Winiwarter, 1878) ნაღველი გადაიყვანა წვრილ ნაწლავში და ამით ავადმყოფი სიყვითლისაგან იხსნა.

მონასტირსკიმ (1887) პანკრეასის თავის კიბოთი გამოწვეული სიყვითლის დროს ქოლეცისტოენტეროსტომია აწარმოვა. ავადმყოფი ორი თვის შემდეგ გარდაიცვალა. კაპელერმა (Cappeler) იმავე წელს იგივე ოპერაცია გააკეთა. ეს იყო კარგი გამოსავალით შესრულებული ქოლეცისტოენტეროსტომიის პირველი შემთხვევა მთელ მსოფლიოში.

მართალია, კაპელერმა მსგავსი ოპერაცია თითქმის ერთი წლით ადრე აღწერა, ვიდრე მონასტირსკიმ, მაგრამ ოპერაცია მასზე გვიან გააკეთა. ამრიგად, პრიორიტეტი მონასტირსკის მიეკუთვნება.

მონასტირსკი (1886) ამ ოპერაციის შესახებ შემდეგს აღნიშნავს: „ხელის აღება პალიატურ ოპერაციაზე ექიმისათვის სამარცხვინო მოქმედებაა. თუ არ არის საშუალება ავადმყოფის სრული განკურნებისა, უნდა იქნეს გამოყენებული ყველა საშუალება იმისათვის, რომ ავადმყოფს მძიმე მდგომარეობა შევუმსუბუქოთ. ქირურგმა სამარცხვინოდ არ უნდა დაყაროს ფარხმალი, მით უმეტეს, თუ მას აქვს რწმენა იმისა, რომ შესაძლებელია ავადმყოფის მდგომარეობის შემსუბუქება“. ეს დებულება რა თქმა უნდა, ახლაც ძალაში რჩება.

საერთოდ უნდა აღინიშნოს, რომ მექანიკური სიყვითლის ქირურგიული მკურნალობა მუცლის ღრუს ქირურგიის ერთ-ერთ მძიმე თავად ითვლება. უკანასკნელი წლების დიდი მიღწევების საფუძველზე შეიძლება ითქვას, რომ მექანიკური სიყვითლის რადიკალური ოპერაციული მკურნალობის განხორციელება რეალური ფაქტია. საგრძნობლად გაუმჯობესდა დიაგნოსტიკა. დიდი მნიშვნელობა მიენიჭა ქოლეცისტოგრაფიას. ავთვისებიანი სიმსივნით გამოწვეული მექანიკური სიყვითლე განსაკუთრებით მოითხოვს ადრეულ დიაგნოზს, რადგან მხოლოდ მაშინ ხდება შესაძლებელი რადიკალური ოპერაციის განხორციელება.

ასევე დროულად უნდა კეთდებოდეს ოპერაცია კენჭოვანი დაავადების დროს მოსალოდნელი გართულებების თავიდან აცილების მიზნით.

თუ ქოლედოქუსის დახშობა კიბოს შედეგად განვითარდა, უმეტეს შემთხვევაში პროგნოზი უიმედოა. ყველა მეტასტაზური შემთხვევა, როგორც წესი, ლეტალობით მთავრდება, ასევეა ღვიძლის, სანაღვლე გზების და ნაღვლის ბუშტის ყველა სახის პირველადი კიბო. ამ მხრივ გამონაკლისს წარმოადგენს ფატერის დვრილის ავთვისებიანი სიმსივნეები, როდესაც შესაძლებელი ხდება ავადმყოფის განკურნება. ზოგჯერ ასეთ ავადმყოფებს სიცოცხლე რამდენიმე დღით უხანგრძლივდებათ.

ამერიკელი ავტორის ვიპლის (Whipple, 1949) მიერ 30 შემთხვევაში არის ნაწარმოები აღნიშნული სიმსივნის დროს თორმეტგოჯანაწლავის და პანკრეასის თავის რეზექცია კარგი შედეგით. ავადმყოფები ცოცხლობდნენ 5 წელი და უფრო მეტ ხანსაც.

უნდა აღინიშნოს, რომ სანაღვლე გზების კენჭით დაცობა სიკვდილობის უფრო მეტ პროცენტს იძლევა, ვიდრე ნაღვლის ბუშტის კენჭოვანი დაავადება. ამ უკანასკნელის დროს ოპერაციისშემდგომი სიკვდილობა 1%-ს არ აღემატება, მაშინ, როდესაც სანაღვლე გზების გაუვალობით ქოლელითიაზი სიკვდილობის 4 — 8%-ზე მეტს იძლევა. ეს უკანასკნელი წლების მიღწევების შედეგია. 10 წლის წინათ სიკვდილობა 15%-ზე მეტს უდრიდა. სიკვდილობის მაღალი პროცენტი იმ მძიმე გართულებების შედეგია, რომელთაც ჩვეულებრივ ობტურაციული სიყვითლე იწვევს. ასეთია: ობტურაციული სიყვითლის ჰემორაგიული ტენდენცია, პანკრეატული ასთენია, ღვიძლის შოკი, ჰეპატოლიენალური სინდრომი. ყველაზე მძიმე გართულებად პოსტოპერაციული სისხლდენა ითვლებოდა, იგი 20%-ში აღინიშნებოდა. ჰემორაგიულ გართულებებზე მიუთითებენ რავდინი (1939) და ულინი (1843).

ქოლემიური სისხლდენის პრობლემა ძირითადად გადაწყვეტილი იქნა K ვიტამინის აღმოჩენის შემდეგ. ეს ე. წ. კოაგულაციური ვიტამინი აღმოაჩინა დემმა 1935 წელს.

ძირითადად კოაგულაციურ დეფექტს კოაგულაციური სიყვითლის დროს პროთრომბინის უკმარისობა წარმოადგენს.

1938 წელს ვარნერმა (Warner) და სხვებმა დაამტკიცეს, რომ ჰიპოპროთრომბინემია შეიძლება შემცირებულ იქნეს წინასწარ ნაღვლის მარილებთან ერთად K ვიტამინის მიცემით.

დადებით შედეგს აღწერენ მენადიონის გამოყენებით. ავადმყოფს იგი ენიშნება ოპერაციის წინ და ეძლევა მანამ, სანამ პროთრომბინის დონე ნორმალური არ ხდება. ამ მიმართულებით გამოკვლევანი და მკურნალობა უნდა გრძელდებოდეს ოპერაციის შემდგომაც, სანამ ჭრილობა არ შეხორცდება. აღწერილია შემთხვევები, როდესაც K ვიტამინის ნაადრევად შეწყვეტა პოსტოპერაციული პერიოდის სისხლდენით გართულებას იძლეოდა. გამოცდილებით ირკვევა, რომ ობტურაციული სიყვითლის შემთხვევათა 18%-ში ჰიპოპროთრომბინემია K ვიტამინის მოქმედებას არ ექვემდებარება, 12%-ში მას ნაწილობრივი მოქმედება აქვს. დანარჩენ შემთხვევებში კი K ვიტამინის მოქმედება ეფექტურია. უნდა აღინიშნოს, რომ K ვიტამინი ნაკლებად მოქმედებს იმ ავადმყოფებზე, რომელთაც დიდი ხნის ობტურაციული სიყვითლე აქვთ, რომელთა ღვიძლი შედარე-

ბით უფრო დაზიანებულია. ასევეა ინფექციური ჰეპატიტების დროსაც. მრავალი გამოკვლევით დამტკიცებულია, რომ K ვიტამინი კარგად მაშინ მოქმედებს, როდესაც ფუნქცია ნაკლებად არის დარღვეული. მაგალითად, ექსპერიმენტის პირობებში ქლოროფორმის მოქმედებით ან ღვიძლის დიდი ველის ამოკვეთის შემდეგ პროთრომბინი პროგრესულად ეცემა.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ობტურაციული სიყვითლის მომდევნო გართულებას პანკრეატული ასთენია წარმოადგენს. ეს ტერმინი შემოღებულ იქნა 1923 წელს ვიპლის მიერ (Whipple).

პანკრეატული ასთენიის ძირითად სიმპტომებს ანორექსია (მადის არარსებობა) და პროგრესული სისუსტე წარმოადგენს: 2 — 3 დღის განმავლობაში ყოველდღიურად 150 გრამამდე ნაღვლით კვება ავადმყოფების მადას და საერთო მდგომარეობას აუმჯობესებს. ნაღვლის უსიამოვნო გემოს გამო მიზანშეწონილია კუჭში რეზინის მილის საშუალებით ნაღვლის შეყვანა. ზოგიერთი ავადმყოფი ნაღველს ღებულობს ანანასის წვენთან ერთად.

მოსალოდნელი გართულებაა აგრეთვე ღვიძლის შოკი. ღვიძლის შოკი ძაღლებში ექსპერიმენტულადაცაა მიღებული ქილუსთან ახლოს ღვიძლის არტერიის გადაკვანძვის შედეგად. შემთხვევით იყო შემჩნეული, რომ ავადმყოფებს, რომელთაც ჰქონდათ ღვიძლის არტერიის დაზიანება ან მისი თრომბოზი, ღვიძლის შოკი განუვითარდათ. ასეთი დაზიანება, როგორც გამონაკლისი, ქოლეცისტექტომიის დროსაც არის მოსალოდნელი იმ შემთხვევაში, როდესაც ღვიძლის არტერია ნაღვლის ბუშტის სადინართან არის მოთავსებული, სწორედ ამ დროს არის შესაძლებელი ბუშტის არტერიის ნაცვლად ღვიძლის მარჯვენა არტერია გადაიკვანძოს, რაც თავისთავად ღვიძლის შოკის განვითარებას უწყობს ხელს.

მარკოვიტმა (Markowitz, 1949) დაამტკიცა, რომ ძაღლებს, რომლებიც პენიცილინს ხშირად ღებულობდნენ, ღვიძლის არტერიის გადაკვანძვის შედეგად ღვიძლის შოკი არ უვითარდებოდათ.

ფიტსმა და კიდევ მრავალმა სხვა ავტორმა ზემოაღნიშნული გამოკვლევა დაადასტურეს და დაამტკიცეს, რომ ასეთივე მოქმედებით ხასიათდება ქლორტეტრაციკლინი და სტრეპტომიცინი. სიკვდილობის მიზეზი ამ შემთხვევებში ანაერობების ზრდა ყოფილა. ანტიბიოტიკები ამცირებენ ანაერობების ამ ზრდას, მანამ, სანამ ღვიძლი მოახდენდეს ადეკვატურ კოლატერალურ არტერიულ ცირკულაციას.

შემდეგ გართულებას ჰეპატორენალური სინდრომი წარმოადგენს. მას სხვაგვარად გართულების ქრონიკულ ფაზას უწოდებენ. მწვავე ფაზად ღვიძლის შოკი ითვლება. ქრონიკული ფაზა ეფარდე-

ბა ღვიძლის ფუნქციის შესუსტებას რენალური ირიტაციის მოვლენებით.

მოდერმოტის (Modermott, 1954) გამოკვლევებით, ჰეპატური კომა ზოგჯერ სისხლში ამონიუმის დონის აწევაზეა დამოკიდებული. ეს მოვლენა ძაღლებზე იყო შესწავლილი. მათ დადებული ჰქონდათ ეკის ფისტულა და ხორცით იკვებებოდნენ. ცნობილია, რომ ამონიუმი გაცილებით უფრო მეტია კარის ვენაში, ვიდრე სისხლის ცირკულაციაში. ამრიგად, ამონიუმი კარის ვენის საშუალებით ღვიძლში რჩება და ქვემო ღრუ ვენაში აღარ გადადის. ექსპერიმენტული ცხოველების კარის ვენაში ამონიუმის მომატებით შეიძლება ღვიძლის კომის ადვილად მიღება.

ზემოაღნიშნული მოსალოდნელი გართულებების ცოდნა კლინიცისტისათვის მეტად მნიშვნელოვანია აღნიშნული დაავადების მკურნალობის სწორად და ეფექტურად წარმართვის მიზნით.

საერთოდ ლიტერატურის მასალის შესწავლიდან ირკვევა, რომ მექანიკური სიყვითლის ოპერაციული მკურნალობის ყველაზე კარგი გამოსავალი ნაღვლის ბუშტის და შემდეგ სანაღვლე გზების კენჭოვან დაავადებებზე მოდის. სიმსივნური პროცესების დროს კი ჯერჯერობით არ არის დიდი მიღწევები. მაგრამ ის, რაც არის გაკეთებული, ამტკიცებს, რომ ამ მხრივ რეალური შესაძლებლობა უფრო მეტია, ვიდრე სინამდვილეში აქვს ადგილი. საჭიროა შემდგომში უფრო განვითარდეს ამ მძიმე დაავადების ქირურგიული მკურნალობა.

კენჭოვანი დაავადებით გამოწვეული ობტურაციული სიყვითლის მძიმე შემთხვევებში ქირურგთა უმრავლესობა ქოლეცისტოსტომიას მიმართავს, რაც ინფიცირებული ნაღვლის გარეთ გამოსვლის შედეგად სპობს მძიმე ინტოქსიკაციას და ქოლემიას. რა თქმა უნდა, ქოლეცისტოსტომია მაშინ არის ნაჩვენები, თუ ბუშტის სადინარი გამავალია, ღვიძლის სადინარი არ არის დახშული და ნაღვლის ბუშტზე დადებული ფისტულა ნაღვლის გარეთ გამოსვლის შესაძლებლობას იძლევა. რა თქმა უნდა, აღნიშნული ოპერაცია იძულებითია და ავადმყოფის საერთო მდგომარეობის დროებით გაუმჯობესებას იძლევა. ასეთი ავადმყოფები ხშირად განმეორებით ოპერაციას საჭიროებენ, რის გამოც მისი გამოყენება ძლიერ უნდა იქნეს შეზღუდული.

ყველაზე მეტად გავრცელებულ ოპერაციას ქოლეცისტექტომია და ქოლედოქოტომია წარმოადგენს. პანკრეასის და სხვა ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეული ობტურაციული სიყვითლის დროს უხშირესად მიმართავენ ქოლეცისტოგასტროს-

ტომიას, ჭოლეცისტო-ენტეროსტომიას, ნაღვლის ქრონიკული ფისტულების შემთხვევაში — შიგნითა დრენაჟის წარმოებას და სხვა. რადიკალური ოპერაციები ამ დროს შედარებით იშვიათად ხორციელდება.

მ. ხ. კამალოვს, განსაკუთრებით პანკრეასის თავის და ფატერის დვრილის კიბოს დროს, აღმავალი ინფექციის თავიდან აცილების მიზნით მიზანშეწონილად მიაჩნია ანასტომოზი ნაღვლის ბუშტსა და მლივი ნაწლავის დასაწყისს შორის ნაწლავთა შერთულის გამოყენებით.

ლიტერატურის მიმოხილვიდან ირკვევა, რომ ოპერაციის გამოსავალი შემთხვევის ხანდაზმულობაზეა დამოკიდებული. ლეტალური გამოსავალი შემჩნეულია დაგვიანებულ შემთხვევებში, სახელდობრ შორსწასული ჭოლემიების სეფსისური ჭოლანგიტების და ღვიძლის ფუნქციის საგრძნობი დაკნინების დროს.

დასასრულ, უნდა აღინიშნოს, რომ მექანიკური სიყვითლის პრობლემა ჯერ კიდევ არ არის სათანადოდ გადაჭრილი, მიუხედავად იმისა, რომ იგი დიდი ყურადღების ღირსია.

პორტალური ჰიპერტენზია და მისი ქირურგიული მკურნალობა

პორტალური ჰიპერტენზია გულისხმობს ჰემოდინამიკურ ცვლილებებს პორტალურ სისტემაში, რომელიც ვლინდება სისხლის წნევის აწევით, სპლენომეგალიით, ასციტით და კუჭ-ნაწლავიდან სისხლდენით. პორტალური ჰიპერტენზია არ წარმოადგენს დამოუკიდებელ დაავადებას. იგი შეიძლება გამოწვეული იყოს მთელი რიგი პათოლოგიური პროცესებით როგორც ღვიძლში, ისე მის გარეთ. პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაციის მიხედვით ვითარდება ზოგადი ან სეგმენტური კარის ჰიპერტენზია, ე. ი. ვენური წნევა მყარად მატულობს მთელ პორტალურ სისტემაში ან მის რომელიმე მონაკვეთში.

პორტალური ჰიპერტენზიის ეტიოპათოგენეზისა და განსაკუთრებით მკურნალობის საკითხს ამჟამად დიდი ყურადღება ექცევა. ამ საკითხისადმი მრავალი შრომაა მიძღვნილი და ამ მიმართულებით კვლევა-ძიებანი ახლაც გრძელდება.

საინტერესოა აღინიშნოს, რომ ჯერ კიდევ 1919 წ. ქართული ქირურგიის ფუძემდებელი და მოამაგე გრ. მუხაძე ექსპერიმენტულად სწავლობდა კარის ვენის გადაკვანძვის გავლენას სისხლის ზოგად წნევაზე. მან იმთავითვე მიაქცია ყურადღება ღვიძლის ციროზის დროს კარის ვენის მდგომარეობას და ამასთან ექსპერიმენტულად გამოიკვლია, თუ რამდენხანს შეიძლება კარის ვენის სანათურის დახშობა, ისე რომ მისი განთავისუფლების შემდეგ გულმა არ დაკარგოს მუშაობის უნარი. საყურადღებო ის არის, რომ ამ დიდი მეცნიერის მიერ ჯერ კიდევ 49 წლის წინათ დასმული საკითხი დღესაც პრობლემური და დიდი თეორიული და პრაქტიკული მნიშვნელობის მქონეა.

უკანასკნელ ხანებში განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა ღვიძლის, ელენთის და მათ სისხლძარღვთა სისტემის მთელი რიგი დაავადებების შესწავლას.

ბანტის დაავადებას, ღვიძლის სპლენოგენურ ციროზს, თრომბოფლებიტურ სპლენომეგალიას და მთელ რიგ სხვა დაავადებებს აერთიანებს სიმპტომი პორტალური ჰიპერტენზიის სახით.

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 ეწოდება ღვიძლის შიგნითა ბლოკი. მას იწვევს ღვიძლის ციროზი, კეთილ- და ავთვისებიანი სიმსივნეები, ექინოკოკი და სხვა. ღვიძლგარეშე პორტალური ჰიპერტენზიის მიზეზი შეიძლება 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.

რუსელო (1949) იძლევა ღვიძლშიგნითა და ღვიძლქვეშა ბლოკის შემდეგ კლასიფიკაციას:

1. ღვიძლშიგნითა ობსტრუქცია:
   ა) ღვიძლის ციროზი:
   1. ლაენეკის ციროზი;
   2. შიზოსტომიაზი;
   3. ბილიარული ციროზი;
   4. ინფექციური ჰეპატიტი.
2. ღვიძლგარეშე ობსტრუქცია:
   ა) კარის ვენის 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 ვენის და მისი განტოტიანების თრომბოზი:

1. ანთებითი;
2. ტრავმული.

დ) კარის ვენის კავერნული ტრანსფორმაცია

(ციტ. მ. კომახიძით და თ. ახმეტელით).

ალენი (1957) პორტალური ჰიპერტენზიის სამ სახეს არჩევს: სუპრაჰეპატურს, ინტრაჰეპატურს 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.

გ. დ. იოსელიანის აზრით, შეხორცებითი პერიკარდიტების დროს ინტრაპერიკარდიული შეხორცებების განვითარებასთან დაკავშირებით სისხლის მიწოდება გულისაკენ დიასტოლის შეზღუდვასთან დაკავშირებით გაძნელებულია. ვითარდება გულის ქრონიკული უკმარისობა ვენური წნევის ძლიერი მომატებით და ღვიძლში შეგუბებითი მოვლენების განვითარებით, რის შედეგადაც საბოლოოდ ასციტი გამოვლინდება. უმტკივნეულო ღვიძლი დიდდება და დაავადება პიკის ფსევდოციროზის ხასიათს ღებულობს. როდესაც ექიმი ასციტის დიაგნოზს დასვამს ციროზის ნიადაგზე, აღნიშნავს გ. იოსელიანი, მას მხედველობაში უნდა ჰქონდეს პიკის ციროზის არსებობაც, რომელიც ეტიოლოგიურად, პათოგენეზურად და მორფოლოგიურად სრულიად განსხვავდება ღვიძლის პირველადი ციროზებისაგან.

ამრიგად, კარდიოპულმონალური პათოლოგია არაიშვიათად ვენური სტაზის მიზეზი ხდება. ასეთ შემთხვევებში ძირითადი დაავადება თავისთავად უაღრესად სერიოზულია და ვენური ჰიპერტენზია, როგორც ძირითადი დაავადების შედეგი, მეორეხარისხოვანია. თუ ძირითადი დაავადების მკურნალობა ეფექტურია, ჰიპერტენზიაც იხსნება. ასეთი ფორმის ჰიპერტენზიის დროს ადგილი აქვს წნევის მომატებას ყველა ვენაში, მაგრამ, როგორც წესი, სისხლდენა ვარი-

კოზული ვენებიდან არ ვითარდება, რადგან თუ ძირითადი დაავადება ეფექტურად განიკურნა, ჰიპერტენზიის მოვლენებიც ქრება, ხოლო თუ ძირითადი დაავადების მკურნალობა უშედეგოა, ავადმყოფი ვარიკოზის განვითარებამდე იღუპება. არის ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც სისხლის გადასვლა ღვიძლის ვენებიდან ღრუ ვენაში დაბრკოლებულია ან სრულებით არ ხდება მათი დაცობის გამო. ვენების დაცობის მიზეზი შეიძლება იყოს თრომბი ან სიმსივნე. ეს ძალზე იშვიათი, მაგრამ უაღრესად მძიმე დაავადებაა. მას 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. ღვიძლის ცვლილებები ამ შემთხვევაში ისეთია, როგორიც 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 მძიმეა, რადგან თრომბოზი ხშირად სწრაფად ვრცელდება კარის ვენის სისტემაზეც და პორტოკავალური ანასტომოზი შედეგს არ იძლევა. ბოდ-კიარის დაავადების ერთეული შემთხვევები გამოქვეყნებულია ლ. ფალავას, დ. ი. დროზდოვას, ა. მ. გრომოვის (1961) და სხვათა მიერ. ავტორთა უმრავლესობის აზრით, აღნიშნული დაავადების სწორი დიაგნოზი უხშირესად პათოლოგიურ-ანატომიური გაკეთების დროს ისმება.

ვ. ვ. ვინოგრადოვს მართებულად მიაჩნია ციროზების დაყოფა პირველად და მეორად ფორმებად. იგი პირველად ფორმებს მიაკუთვნებს:

1. პორტალურ ციროზებს (ატროფიული, ალკოჰოლური ციროზი);

2. ჰეპატომეგალურ ციროზებს (ჰანოს ტიპის ჰიპერტროფიული ციროზი);

3. შერეულ ციროზებს. ამ ფორმაში აერთიანებს დაავადების ისეთ შემთხვევებს, სადაც პორტალურ ჰიპერტენზიასთან ერთდროულად ადგილი აქვს ღვიძლის ფუნქციის მნიშვნელოვან დარღვევებს.

ციროზის მეორად ფორმებს მიეკუთვნება:

1. ღვიძლის კარდიული ციროზები, რომელთაც ადგილი აქვთ გულის დეკომპენსირებული მანკების და პიკის ფსევდოციროზის დროს;

2. ღვიძლის ბილიარული ციროზები, რომლებიც ხანგრძლივი მექანიკური სიყვითლის და ქოლანგიტების შედეგია;

3. ღვიძლის სპლენოგენური ციროზები და გაძლიერებული ჰემოლიზით გამოწვეული ციროზები (ჰემოლიზური სიყვითლე, პოლიციტემია, ბრინჯაოსებრი დიაბეტი),

4. ღვიძლის ციროზები ვილსონის დაავადების დროს, როდესაც ღვიძლის ცვლილებებს წინ უსწრებს დეგენერაციული ცვლილებები ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში.

პორტალური ჰიპერტენზიის სხვადასხვა სახეებს შორის ინტრაჰეპატური ფორმა ყველაზე უფრო ხშირად (შემთხვევათა 80%-ში) გვხვდება. ამ დროს წნევა თანდათანობით მატულობს და ბოლოს ვითარდება საყლაპავი მილისა და კუჭის ვენების ვარიკოზი, რაც შეიძლება პროფუზული სისხლდენით გართულდეს. ამ ფორმის მიზეზი ჩვეულებრივ ღვიძლის ციროზია. იმის მიხედვით, თუ სად არის ლოკალიზებული პათოლოგიური პროცესი, შეიძლება იყოს შემდეგი სახის ციროზი: პორტალური, პერიპორტალური, პიგმენტური, ჰოსტჰეპატური, ანდა ნაღვლის გზების დაცობით გაპირობებული. ამ ფორმის ჰიპერტენზიის დროს ასციტი მოგვიანებით ვითარდება.

ასეთი ფორმის ციროზები შეიძლება შეგვხვდეს ბავშვებშიც, 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 საერთო ვენურ სისტემას შორის, ჰიპლარის 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 ჰიპის ვენა არ განიცდის ჩვეულებრივ ფიბროზს. ვენური კოლატერალური სისხლმიმოქცევა ჯერ კიდევ ჩანასახოვან პერიოდში ვითარდება, როდესაც არსებობს კავშირი კარის ვენასა და ჰიპის ვენას შორის. ამ დროს დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს ჰიპის ვენის არეში შეილის მოსმენას.

სრულასაკოვნობისას განვითარებული პორტალური ჰიპერტენზიის დროს ზოგჯერ ადგილი აქვს ჰიპის ვენის რეკანალიზაციას და,

ამრიგად, პორტალური სისტემის ვენებში კოლატერალების განვითარება სულ უფრო და უფრო პროგრესულობს. შეიძლება ვნახოთ ვენის კავერნული სეგმენტიც კი. ამ სახის ჰიპერტენზიის დროს ვენური სისხლძარღვების მეზობლად აღინიშნება გადიდებული ლიმფური კვანძები, რომლებიც განსაკუთრებით კარგადაა გამოხატული რეტროპერიტონეალურ სივრცეში, და იქ, სადაც ელენთის ვენა უერთდება ჯორჯლის ზემო ვენას. ამავე არეში შემჩნეულია პერიტონეუმის ქრონიკული ანთებისათვის დამახასიათებელი სურათი. ძნელია იმის განსაზღვრა, რომელია მიზეზი და რომელი შედეგი აღნიშნული პათოლოგიური პროცესისა — ფლებიტი თუ ჰიპერტენზია.

ფრიად საინტერესოა ცვლილებები, რომლებიც ელენთაში ვითარდება ღვიძლის ციროზის ან პორტალური სისხლმიმოქცევის მოშლის გამო. ამ შემთხვევაში, სენატორის (Senator) აზრით, ელენთის ცვლილებები არტერიული წრის სისხლმიმოქცევის მოშლით კი არ აიხსნება, არამედ ღვიძლის ციროზისა და ელენთის ცვლილებების მიზეზი ერთი და იგივეა. გაუკლერის დაკვირვებებით, ელენთის ცვლილებები გამოწვეულია მისი ჰემოლიზური ფუნქციის გაძლიერებით.

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 აღწერილ იქნა „შეგუბებითი ელენთა“ ღვიძლის ციროზის დროს. შემდეგ იგივე მოვლენა დადასტურებულ იქნა ბირხის (Birch), ჰირშფელდის, ციგლერის (Zeigler) და სხვათა მიერაც. ეპინგერის გამოკვლევებით, რომელმაც პირველად შეისწავლა ამ დაავადებათა დროს ოპერაციულად ამოკვეთილი ელენთები, ირკვევა, 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 შევხვდეთ. ფრიად განსხვავებულია სხვადასხვა ავტორის მონაცემები ელენთის წონისა (350,0—1350 გ-მდე) და მაკრომორფოლოგიური ცვლილებების შესახებ.

მიკროსკოპულად დამახასიათებელია ელენთის ფიბროადენია,

რაშიც ფოლიკულები არ იღებენ მონაწილეობას. აღინიშნება აგრეთვე სისხლისა და რკინის პიგმენტის კერობრივი დაგროვება.

ლუბარში არ აღნიშნავს მკვეთრსა და ზუსტად გამოხატულ ფიბროადენიას. მისი აზრით, ყველაზე დამახასიათებელია რკინის პიგმენტისა და ლიპოიდის დაგროვება პასიური ჰიპერემიისა და უჯრედების უჩვეულო სიმრავლის შემდეგ. შემაერთებელი ქსოვილის ბოჭკოების რაოდენობაც ცვალებადია, ხარიხებისა და პერივასკულური ქსოვილის გამრავლებაც ლიმფური კვანძების არტერიის კედელზე არ ვრცელდება.

დიურის გამოკვლევებით ღვიძლის ციროზის დროს აღინიშნება ფიბროზული პერიარტერიტი. ლიპოიდი ლაგდება კაფსულაში, ხარიხებში, სისხლძარღვების კედლის შიგნითა შრეში და რეტიკულარულ უჯრედებში. რკინის პიგმენტის დაგროვების სიხშირისა და სიძლიერის შესახებ მკვლევართა შორის აზრთა სხვადასხვაობა არსებობს. არაიშვიათია ელენთის კაფსულის გასქელება. ლუბარში ისეთ შემთხვევებსაც აღწერს, როდესაც ელენთას „ცუკატის“ შესახედაობა ჰქონდა. კაფსულის გასქელება აიხსნება მასში პიგმენტის ჩალაგებით. თუმცა კაფსულის ჩაკირვა, ისევე, როგორც ხარიხებისა, იშვიათად აღინიშნება.

ელენთის პარენქიმა საკმაოდ ჰრელია, განსაკუთრებით პულპაში, ნაწილობრივ კი ლიმფური კვანძების გარეთა შრეშიც. უჯრედებში აღინიშნება ოქსიფილური მარცვლოვანება, გვხვდება ლეიკოდა უფრო იშვიათად მიელოციტები, პლაზმოციტები, დიდმარცვლიანი პროტოპლაზმური ლიმფობლასტები და მონოციტები, პოხიერი უჯრედები, სისხლის წითელი ბურთულების შემცველი უჯრედები და ერითრობლასტები, ადგილი აქვს სინუსის ენდოთელიუმის გაძლიერებულ გამრავლებას.

სუბჰეპატური 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 დროს, მაგალითად, ბანტის დაავადების ან ლუესური სპლენომეგალიის დროს.

ნოვილის (Nohwill) დაკვირვებით, კარის ვენის სკლეროზული დაავადება იძლევა ბანტის ავადმყოფობის მსგავს კლინიკურ სურათს, მით უმეტეს, რომ პორტალური სკლეროზის ეტიოლოგიისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს კარის ვენის „მკვებავი მიდამოს“ ათაშანგურ, ტრავმულ ან ანთებითი ხასიათის დაავადებას.

სცებერისა (Sceber) და შპრონლეს (Sprōlinle) აზრით, ელენთის ვენის ქრონიკული თრომბოზი იწვევს ელენთის გადაგვარებას და ბანტის ავადმყოფობის მსგავს სიმპტომკომპლექსს. ასეთი შემთხვევების დიფერენციული დიაგნოსტიკა რთული და არაზუსტია.

არსებობს აზრი, რომ ინფექცია კარის ვენაში შეიძლება გავრცელდეს ჰიპის 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). ზოგჯერ კარის ვენას აწვება აბდომინალური ლიმფომა, ბოტკინის დაავადების შედეგად გადიდებული ლიმფური კვანძები. ასეთ შემთხვევებში პორტალური ჰიპერტენზია ზომიერია.

სიმსივნეების 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 კარდიალური ნაწილის ვარიკოზულად გაგანიერებული ვენებიდან პორტალური ჰიპერტენზიის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან და ამასთან მეტად სახიფათო გართულებას წარმოადგენს. ღვიძლის ამ თუ იმ სახის ციროზის დროს იგი ხშირად ავადმყოფის სიკვდილის მიზეზი ხდება. პროფუზული სისხლდენის შეჩერება პორტალური ჰიპერტენზიის დროს ხშირად კონსერვატული საშუალებებით არ ხერხდება. ამის მიზეზია: 1. ვარიკოზულად გაგანიერებულ ვენებში მაღალი წნევის არსებობა (400—600 მმ წყლის სვეტისა), 2. ღვიძლის ფუნქციის დარღვევა და 3. ჰიპერსპლენიზმის არსებობა, რომელსაც მწვავე თრომბოციტოპენია მოყვება (მ. კომახიძე, თ. ახმეტელი).

ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის მასალაზე პროფუზული გასტროდუოდენალური სისხლდენა პორტალური ჰიპერტენზიის დროს 18 ავადმყოფს აღენიშნებოდა, რომელთაგან 7 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 პროფუზული გასტროდუოდენალური სისხლდენა 8 ავადმყოფს აღენიშნებოდა: აქედან ხუთ შემთხვევაში სისხლდენის შეჩერება შეუძლებელი შეიქმნა და ავადმყოფები გარდაიცვალნენ.

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 პროფუზული სისხლდენა ამჟღავნებს ამა თუ იმ სახის პორტალური ჰიპერტენზიის სურათს.

ხაზი უნდა გაესვას იმ გარემოებას, რომ პროფუზული პორტალური ჰიპერტენზიის დიაგნოზის დასასმელად საჭიროა ღვიძლის მხრივ მდგომარეობის დადგენა. აუცილებელია ღვიძლის და თირკმლების ფუნქციის შესწავლა, მეორადი ჰიპერსპლენიზმის მიზეზის გარკვევა. ამასთან, საჭიროა ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის გამორკვევა. ყველა ზემოაღნიშნული მომენტის გათვალისწინება აუცილებელია პორტალური ჰიპერტენზიის მიზეზის გარკვევისა და ტოპიკური დიაგნოზის დასაზუსტებლად, წინააღმდეგ შემთხვევაში ოპერაციული ჩარევა ძლიერ საშიშია. პორტალური ჰიპერტენზია დასაწყისში არაიშვიათად უსიმპტომოა და პირველი გამოვლინება შეიძლება იყოს კუჭის ან საყლაპავის მილის ვენებიდან სისხლდენა.

პორტალური ჰიპერტენზიის დროს რენტგენოლოგიურად შეიძლება გამოვლინებულ იქნეს საყლაპავი მილისა და კუჭის ვენების ვარიკოზი. დაავადების დაწყებით პერიოდში ვარიკოზი არაა იმდენად გამოხატული, რომ იგი რენტგენით იქნეს გამოვლინებული. ამიტომ ადრეული დიაგნოსტიკისათვის რენტგენოსკოპია და რენტგენოგრაფია საიმედო არაა. მაგრამ თუ ავადმყოფის გაშუქება სისტემატურად ხდება დაავადების დაწყების სამი თვიდან ორ წლამდე, რენტგენით ჩანს, 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.

ვარიკოზული ვენებიდან სისხლდენა განსხვავდება თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის გამო განვითარებული სისხლიანი პირღებინებისაგან, რადგან თორმეტგოჯანაწლავის წყლულის დროს სისხლის უმეტესი ნაწილი ნაწლავის გზით მიდის. ბავშვებში ვარიკოზის დროს სიცოცხლისათვის სახიფათო სისხლდენა შედარებით უფრო იშვიათია ვიდრე სრულასაკოვნებში. ბავშვებში პორტალური ჰიპერტენზიის დროს კოლატერალური სისხლმიმოქცევა უფრო კარგად ვითარდება: შემჩნეულია, რომ პორტალური ჰიპერტენზიის დროს ავადმყოფს

სახე არ უსუქდება, მუცელი კი ეზრდება, წონაშიც მატულობს, ეს მოვლენა ასციტით არის გამოწვეული. არის ისეთი მდგომარეობა, როდესაც აღინიშნება უმნიშვნელო სიყვითლე, ანდა ავადმყოფი ამჩნევს ღვიძლისა და ელენთის გადიდებას, რის გამოც იგი მიმართავს ექიმს. ანამნეზში შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ვირუსულ ჰეპატიტს, ტოქსიკურ ჰეპატიტს ან ციროზს. არის შემთხვევები, როდესაც ჰიპერტენზია ვითარდება წყლულოვანი კოლიტის შედეგად.

ავადმყოფის გასინჯვისას სუპრაჰეპატური ჰიპერტენზიის დროს ყურადღება უნდა მიექცეს სამ ნიშანს: ღვიძლის გადიდებას, ელენთის გადიდებას და მუცლის წყალმანკს. ასტი იმდენად დამახასიათებელია სუპრაჰეპატური ჰიპერტენზიისათვის, რომ მისი არსებობა გამორიცხავს პორტალური ჰიპერტენზიის ამ სახეს. ადგილი აქვს აგრეთვე ჰიპოპროთეინემიას და ჰიპოალბუმინემიას, რაც თავისთავად ასციტის განვითარების ერთ-ერთი მიზეზია. თუ ჰიპერტენზია ინტრაჰეპატური ფორმისაა, თითქმის ყოველთვის ადგილი აქვს ელენთის გადიდებას. ასციტის არსებობა არ არის სავალდებულო, 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 ბოდ-კიარის სინდრომზე. ასციტის სწრაფმა განვითარებამ შეიძლება გამოიწვიოს დეჰიდრატაცია და ჰიპოპროთეინემია. კანის ტურგორი ქვეითდება, კუნთები კარგავს ტონუსს, ავადმყოფს სახე გამხდარი აქვს, პერიფერიული შეშუპება არ აღენიშნება, მას ადგილი აქვს იმ შემთხვევაში, როდესაც ასციტთან ერთად ჰიპოპროთეინემიაც აღინიშნება. ღვიძლის ციროზს ახასიათებს ნატრიუმის შეკავება, ჰიპოალბუმინემია, 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, რათა 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.

ჰიპერტენზიის დროს ვითარდება სიყვითლე, თუ დაავადება დიდი ხნისაა, ანდა ადგილი აქვს ღვიძლის სათანადო ცვლილებებს.

პორტალური ჰიპერტენზიის დროს სიყვითლე ცუდი მდგომარეობის მაჩვენებელია, რადგან იგი გამოწვეულია ჰეპატიტის ნიადაგზე განვითარებული მწვავე, ან ქვემწვავე ჭოლანგიტით. სიყვითლე იმის ნიშანია, რომ ღვიძლის ქსოვილი უკვე შეცვლილია და ადგილი აქვს გავრცელებულ ფიბროზს. ამიტომ თუ სიყვითლის მიზეზი კენჭოვანი დაავადება არაა, პროგნოზი ყოველთვის სერიოზულია.

პორტალური ჰიპერტენზიის დროს კანისა და კანქვეშა ვენური კოლატერალები შესამჩნევია, განსაკუთრებით გამხდარ პირებში. არაიშვიათად ადგილი აქვს სწორი ნაწლავის ვენების გაფართოებას.

პორტალური ჰიპერტენზიის დროს კოლატერალური სისხლმიმოქცევა, ჩვეულებრივ, სამი მიმართულებით ვითარდება, ყველაზე უფრო ხშირად ფართოვდება საყლაპავი მილისა და კუჭის ვენები, რომლებიდანაც არაიშვიათად ადგილი აქვს პროფუზულ სისხლდენას. ფართოვდება კანის ვენური კოლატერალები, რაც ხშირად გამოვლინდება ეპიგასტრიული, ჰიპოგასტრიული და ძუძუსშიგნითა ვენების ვარსკოზის სახით.

კრიუველიეს და ბაუმგარტენის სინდრომის დროს ფართოვდება ჭიპის მიდამოს ვენები, რომელთაც, რადიალური განლაგების გამო, მედუზის თავი ეწოდება. თუ არსებობს მუცლის შიგნითა შეხორცებები ბადექონსა და სხვა ნაწილებს შორის, ამ შეხორცებათა გზით შეიძლება განვითარდეს ვენური კოლატერალები. ამგვარად წარმოიშვება პორტოკავალური კოლატერალები ოპერაციული ჩარევის გარეშე და ვითარდება ისეთი სურათი, რომელსაც ადგილი აქვს ტალმა-მორიზონის ომენტოპექსიის დროს.

პორტალური სისხლმიმოქცევა ყველა სხვა მიდამოს ვენური სისხლმიმოქცევისაგან განსხვავდება ოთხი ძირითადი ნიშნით:

1) ნორმალურ პირობებში მასში სისხლის წნევა შედარებით მაღალია, კარის ვენაში იგი, ჩვეულებრივ, უდრის ვერცხლისწყლის სვეტის 12—13 მმ იმ დროს, როდესაც ღრუ ვენაში 1—3 მმ-ია;

2) გასტრო-ინტესტინალური ტრაქტის ვენური სისხლი, გაერთიანებული 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 მეტი გავრცელება სპლენომანომეტრიას და სპლენოპორტოგრაფიას აქვს. მრავალი დიაგნოსტიკური საშუალების მიუხედავად გარკვეულ შემთხვევებში პორტალური ჰიპერტენზიის დიაგნოზი დაუზუსტებელი რჩება.

პორტალური ჰიპერტენზიის დროს, როდესაც დაავადებას პროფუზული გასტროდუოდენალური სისხლდენა დაერთვის თან, ოპერაციული ჩარევა აუცილებელია. ოპერაციას მიმართავენ იმ შემთხვევებშიც, როდესაც ავადმყოფებს ასციტი მკვეთრად აქვთ გამოხატული. ოპერაციის წინ, რა თქმა უნდა, თუ იგი სასწრაფო ჩვენებებით არ კეთდება, აუცილებელია ღვიძლის ფუნქციის შესწავლა.

ცნობილია, რომ ღვიძლის ზოგიერთი დაავადების დროს ყოველგვარი ოპერაცია სახიფათოა, რადგან ჩარევის შემდეგ შეიძლება დაირღვეს ღვიძლისა და თირკმლის ფუნქცია და განვითარდეს ჰეპატორენალური სინდრომი. აღსანიშნავია, რომ ღვიძლის მძიმე დაავადებისას, როდესაც პარენქიმის $^3/_4$ ფიბროზული ქსოვილითაა შეცვლილი, უმნიშვნელო ოპერაციაც კი (მაგალითად ბუასილის გამო) შეიძლება კოლაფსით დამთავრდეს. ასევე შეიძლება გართულდეს მწვავე აპენდიციტი. ვირუსული ან ბაქტერიული მწვავე ჰეპატიტის შემდეგ ღვიძლის ფუნქცია შესაძლოა მთლიანად აღდგეს, მაგრამ ქვემწვავე ჰეპატიტმა, რომელიც წლების განმავლობაში მიმდინარეობს გამწვავებებით და რემისიებით, საბოლოოდ შეიძლება გამოიწვიოს ღვიძლის ციროზი, ასციტი, ჰემორაგია, კომა და სიკვდილი. ღვიძლის ციროზის განვითარების შეჩერება ძნელია, მით უმეტეს, თუ ციროზის გამომწვევი მიზეზი არაა დადგენილი.

თუ ციროზის ხანგრძლიობა 3 თვეს არ აღემატება და მისი მიზეზი ლიკვიდირებულია, შეიძლება ღვიძლის ფუნქციის აღდგენა. თუ კარდიალური ციროზის შემთხვევაში გაუმჯობესება იქნა მიღწეული მედიკამენტური ან ოპერაციული მკურნალობით, ციროზული პროცესი ჩერდება. ამ დროს უმჯობესდება მორფოლოგიური სურათიც, მაგრამ პარენქიმის ღრმა ფიბროზის კერები რჩება და ეს მოვლენები უკვე შეუქცევადია. ღვიძლის რესტიტუცია ჰეპატიტისა და ციროზის დროს შეიძლება დამაკმაყოფილებელი იყოს ფუნქციური თვალსაზრისით და ღვიძლის მორფოლოგიური სურათი არ ეფარდებოდეს მას. დაავადების პროგნოზისათვის ღვიძლის ფუნქციის შესწავლასთან ერთად არა ნაკლები მნიშვნელობა აქვს მის ჰისტოლოგიურ შესწავლასაც.

ღვიძლის ფუნქცია მრავალგვარია, ამიტომ მისი შესწავლისათვის არასაკმარისია რომელიმე ერთი ტესტი. საჭიროა მთელი რიგი

ტესტების გამოყენება, რომელთა რაოდენობა საკმაოდ მრავალრიცხოვანია, მაგრამ იმისათვის, რომ ღვიძლის ფუნქციის დასადგენი ტესტი გამოყენებულ იქნეს კლინიკურ პირობებში, პირველ რიგში იგი უნდა იყოს მარტივი; მეორე პირობაა ის, რომ ტესტი ზუსტად ასახავდეს ღვიძლის ფუნქციურ მდგომარეობას; მესამე — ტესტით გამოვლინებული ღვიძლის ფუნქციური დარღვევა უნდა შეესაბამებოდეს ორგანოს დაავადების მდგომარეობას.

ღვიძლის ფუნქციის შესწავლის მიხედვით ქირურგი დარწმუნებული უნდა იყოს, რომ ავადმყოფს შეუძლია ოპერაციის და ანესთეზიის გადატანა. აქედან გამომდინარე პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს შემდეგ ტესტებს:

1. ბილირუბინის კონცენტრაციის ტესტს შრატში;
2. ბრომ-სულფალეინის ექსკრეციულ ტესტს;
3. პროთეინების შრატის კონცენტრაციის ტესტს.

ჩვენ ვფიქრობთ, რომ არ უნდა იყოს ინტერესმოკლებული პროთრომბინის გამოკვლევა, რასაც ამ ბოლო ხანებში განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა.

ალბუმინის და გლობულინის რაოდენობა კარგად არკვევს ღვიძლის დაავადების შორსწასულ ფორმებს. თუ ეს ტესტი გვიჩვენებს ღვიძლის კარგ ფუნქციურ მდგომარეობას, ავადმყოფი კარგად იტანს ოპერაციას. ცილების კონცენტრაციის დაქვეითება შრატში ამტკიცებს, რომ ღვიძლის ფუნქცია დარღვეულია.

სიყვითლის არარსებობის დროს დადებითი ბრომ-სულფალეინის ტესტი მოწმობს ღვიძლის ფუნქციის დარღვევას. გარდა დასახელებული ტესტებისა, საჭიროა სისხლისა და შარდის ჩვეულებრივი ანალიზის გაკეთება და დაავადების ისტორიის ზუსტი შესწავლა.

ბრომ-სულფალეინის ტესტის დასაყენებლად ავადმყოფის წონის თითო კილოგრამზე ვენაში შეგვყავს 5 მგ ბრომ-სულფალეინი. ჩვეულებრივ, 45 წუთის განმავლობაში მთელი ეს საღებავი ნაღველში გადადის. თუ შეყვანილი საღებავის 10%-ზე მეტი ნახევარი საათის შემდეგ შრატში აღმოჩნდება, ეს ნიშნავს, რომ ღვიძლის ექსკრეციული ფუნქცია დარღვეულია. რაც უფრო მეტი რაოდენობით აღმოჩნდება საღებავი შრატში, მით უფრო მეტადაა დარღვეული ღვიძლის ექსკრეცია. სიყვითლის დროს აღნიშნული ტესტი კარგავს თავის მნიშვნელობას, რადგან ბილირუბინი თავისთავად იწყებს შეღებვას.

ნორმალურ პირობებში შრატში 4,5 გ ალბუმინია. მისი რაოდენობა შეიძლება შემცირდეს სხვადასხვა პათოლოგიური მდგომარეობის შედეგად, მაგალითად დამწვრობის, შიმშილობის, კანის დაწყლულების, თირკმლის დაავადების დროს. მაგრამ ეს დაავადება •დვილად გამოსამჟღავნებელია და ამიტომ არ ხდება მისი არევა ღვი-

ძლის დაავადებასთან. ასციტის დროს ყოველთვის აქვს ადგილი ჰიპოალბუმინემიას, რადგან ტრანსუდატი დიდი რაოდენობით შეიცავს ალბუმინს. თუ ასციტის დროს ალბუმინის რაოდენობა შრატში ნორმალურია, ეს ამტკიცებს, რომ ღვიძლის ფუნქცია დამაკმაყოფილებელია.

ღვიძლის მდგომარეობის გარკვევისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ღვიძლის ქსოვილის ჰისტოლოგიურ გამოკვლევას, ამის მიხედვით შეიძლება დადგენილ იქნეს ნაღვლის გაუვალობის მიზეზი ორგანოს შიგნითაა თუ გარეთ.

შესაძლებელია ციროზის, ჰეპატიტის, ზოგჯერ ღვიძლში სიმსივნის მეტასტაზის გამოცნობაც კი. მაგრამ ღვიძლის ქსოვილის ჰისტოლოგიური შესწავლა არ ცვლის ფუნქციურ გამოკვლევას და ამიტომ გარკვეული ჩვენების დროს საჭიროა ერთიც ჩატარდეს და მეორეც. ჩვეულებრივი, ბიოფსიის შემდგომი სისხლდენა უმნიშვნელოა, მაგრამ თუ ადგილი აქვს თრომბოციტოპენიას ან ჰიპოპროთრომბინემიას, ბიოფსია არ უნდა გაკეთდეს.

ეიზემანმა (Eiseman) აღნიშნა; რომ ღვიძლის მთელი რიგი დაავადებები შეიძლება კომით გართულდეს.

ღვიძლის კომის დროს უფრო ხშირად მომატებულია აზოტის რაოდენობა სისხლში. ასეთი ფორმის კომის დროს ადგილი აქვს ლეტარგიას, კრუნჩხვას, რომლის დასასრული ჩვეულებრივად ლეტალურია. პავლოვმა და მისმა თანამშრომლებმა 1893 წელს ძაღლებზე, რომელთაც გაკეთებული ჰქონდათ ეკის ფისტულა და დიდი რაოდენობით ეძლეოდათ აზოტოვანი ნივთიერებანი, მიიღეს ჰეპატური ენცეფალიტი. მონგიომ და კრაუზმა აზოტის მომატებული რაოდენობა სისხლში ახსნეს ინტოქსიკაციით. მომდევნო 30 წლის განმავლობაში ეს შეხედულება არა ერთხელ იქნა დადასტურებული, განსაკუთრებით ღვიძლის ციროზის დროს. ბოლმანმა და მანმა დაამტკიცეს, რომ ღვიძლის ამოკვეთის შემდეგ პერიფერიულ სისხლში მატულობს აზოტის რაოდენობა. ეს ფაქტი ლაპარაკობს აზოტის მნიშვნელობაზე სისხლის ინტოქსიკაციის დროს.

1954 წ. მაგდერგოტმა დაადასტურა, რომ 25 გ გლუტამინმჟავას შეყვანა სისხლში კუჭ-ნაწლავის გზით იწვევს აზოტის კონცენტრაციის დაქვეითებას ავადმყოფის სისხლში. აზოტი გამოიყოფა შარდის გზით; მაგრამ გლუტამინმჟავა კი არ კურნავს ავადმყოფს, არამედ მხოლოდ სიმპტომატური საშუალებაა.

ნორმალურ პირობებში სისხლში აზოტის კონცენტრაცია 40—43 მგ%-ია, მოწამვლის მოვლენები გამოვლინდება მაშინ, როდესაც აზოტის კონცენტრაცია 150% მიაღწევს. კომა ვითარდება, როდესაც

აზოტის რაოდენობა 25 მგ %-ს აღწევს. აზოტის რაოდენობამ ავადმყოფის სიკვდილამდე შეიძლება 500 მიკროგრამამდე მოიმატოს.

როგორც უკვე გვქონდა აღნიშნული, პორტალური ჰიპერტენზია გარკვეულ შემთხვევებში ოპერაციულ მკურნალობას საჭიროებს.

პორტალური ჰიპერტენზიის შემთხვევაში ოპერაციული ჩარევას ორი მომენტი განაპირობებს: ვარიკოზული სისხლდენა და თვით პორტალური ჰიპერტენზიის სურათი.

საერთოდ უნდა აღინიშნოს, რომ პორტალური ჰიპერტენზიის მკურნალობა მძიმე და ჯერ კიდევ გადაუჭრელ პრობლემას წარმოადგენს.

ძირითადი ქირურგიული 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 ორგანოში, მაგალითად მუცლის ღრუს შეერთება პლევრულთან, შარდის ბუშტთან და სხვ. 3) ორგანოებთან სისხლის მიტანის შეზღუდვა მათი სისხლსავსეობის შემცირების მიზნით (მაგალითად ელენთის ან ღვიძლის არტერიის გადაკვანძვა); 4) გაგანიერებული ვენების გამოთიშვა კუჭიდან და საყლაპავიდან სისხლდენის შეწყვეტის მიზნით; 5) პორტოკავალური ანასტომოზები; 6) სპლენექტომია ზოგიერთი ვენის გადაკვანძვით; 7) სპლენექტომია პორტოკავალურ ანასტომოზთან ერთად; 8) კუჭის რეზექცია; 9) კუჭისა და საყლაპავი მილის რეზექცია და მრავალი სხვ. (ციტ. ი. ა. კამპელმახერით).

უნდა აღინიშნოს, რომ ზოგიერთი ზემომოყვანილი მეთოდთაგანი დიდიხანია მივიწყებულია ქირურგიულ პრაქტიკაში და ისინი ამჟამად აღარ გამოიყენებიან.

თანამედროვე ქირურგიული მკურნალობა ვენებს შორის ანასტომოზის დადებას ითვალისწინებს, რომელთა შორის ყველაზე მეტი გავრცელება პირდაპირმა პორტოკავალურმა და სპლენორენალურმა ანასტომოზებმა ჰპოვა. ამ ოპერაციების არსი იმაში მდგომარეობს, რომ სისხლი კარის ვენის სისხლძარღვებიდან ქვედა ღრუ ვენაში გადადის ღვიძლის გავლის გარეშე. ამით მიიღწევა წნევის საგრძნობი დაქვეითება პორტალურ სისტემაში, რაც თავისთავად ამცირებს ას წყვეტს სასიკვდილო სისხლდენას კუჭისა და საყლაპავი მილის გაგანიერებული ვენებიდან.

ოპერაციის შედეგი, რა თქმა უნდა, დიდად არის დამოკიდებუ-

ლი ავადმყოფის საერთო მდგომარეობაზე, ღვიძლის ფუნქციასა და განიერი ანასტომოზის დადებაზე (ა. ვიშნევსკი).

ფ. ა. ეფენდიევის და ნ. ა. გაჯიევის (1962) აზრით, კარის ვენის სისხლძარღვებიდან ქვემო ღრუ ვენაში სისხლის გადაყვანა ღვიძლგარეშე არ ითვლება ფიზიოლოგიურ ოპერაციად, რის გამოც ისინი ომენტოჰეპატოპექსიას ამჯობინებენ. ამ ავტორთა აზრით, გლისონის კაფსულა საკმაო ბარიერს წარმოადგენს ღვიძლის შიგნით არსებულ სისხლძარღვებთან კოლატერალების გაჩენისათვის, რის გამოც ისინი მოგვიწოდებენ გამოყენებული იქნეს ბადექონის იმპლანტაცია თვით ღვიძლის ქსოვილში. ექსპერიმენტის პირობებში დამტკიცებულია, რომ ამ გზით მიღწეული სისხლძარღვთა ანასტომოზები ბადექონსა და ღვიძლს შორის გაცილებით უფრო მყარი და მრავალრიცხოვანია.

გარდა ამისა პორტალური ჰიპერტენზიის ქირურგიული წესით მკურნალობის შემთხვევაში ფრიად მნიშვნელოვანია განისაზღვროს, თუ როდის უნდა გაკეთდეს ოპერაცია. ამასთან, უნდა გაირკვეს რამდენად ხშირად აქვს პორტალური ჰიპერტენზიით გამოწვეულ ვარიკოზულ სისხლდენას ლეტალური დასასრული. აგრეთვე ფრიად საგულისხმოა ის საკითხი, თუ რა გავლენას მოახდენს ღვიძლის ფუნქციაზე პორტალური ჰიპერტენზიის ნორმამდე დაყვანა. მაგრამ აღნიშნულ საკითხზე პასუხის გაცემა ადვილი როდია. საერთოდ ცნობილია, რომ პორტალური ჰიპერტენზიით დაავადებულთა 50% 1—2 წლის განმავლობაში კვდება ან ვარიკოზული სისხლდენით, ანდა ღვიძლის დაავადების გამო. ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ ეს სტატისტიკა არაზუსტია. ცნობილია, რომ ავადმყოფები, რომელთაც აქვთ სუბჰეპატური პორტალური ჰიპერტენზია, დიდხანს ცოცხლობენ, თუ ვარიკოზულმა სისხლდენამ არ იმსხვერპლა. ყველაზე დიდ ჯგუფს შეადგენენ ის ავადმყოფები, რომელთაც აქვთ პორტალური ჰიპერტენზიის ინტრაჰეპატური ფორმა. ისინი იღუპებიან ვარიკოზული სისხლდენით, ღვიძლის დაავადებით, ანდა ღვიძლის კომით.

ის ავადმყოფები, რომელთაც აქვთ სუპრაჰეპატური ჰიპერტენზია, ჩვეულებრივ, ცოცხლობენ ღვიძლის ფუნქციის მთლიან დარღვევამდე. ინტრაჰეპატური პორტალური ჰიპერტენზიის დროს ავადმყოფთა 50—80% კვდება 1—2 წლის შემდეგ დღიდან ექიმისადმი მიმართვისა. მაგრამ პორტალური ჰიპერტენზიის დროს სიცოცხლის ხანგრძლიობის ზუსტი დადგენა არ ხდება, რადგან ძნელია იმის გამორკვევა, თუ როდის დაიწყო ეს დაავადება.

ალენის მონაცემებით, 1934—1945 წლების განმავლობაში პორტალური ჰიპერტენზიით დაავადებულთა 54% გარდაიცვალა სისხლ-

დენის გამომჟღავნებიდან პირველი წლის განმავლობაში, მეორე წელს გარდაიცვალა დარჩენილ ავადმყოფთა 65%, 4 წლის შემდეგ კი დაიღუპა გადარჩენილ ავადმყოფთა 77%. ამათგან, ვისაც ჰქონდა სუბჰეპატური პორტალური ჰიპერტენზია და არ ჰქონდა ღვიძლის დაავადება, პირველი წლის განმავლობაში დაიღუპა 5%, 4 წლის განმავლობაში კი — 26%.

მერენდიმომ და ფოლვილერმა (Merendimo, Volviler) გამოიანგარიშეს, რომ ღვიძლის ციროზით გამოწვეული პორტალური ჰიპერტენზიის დროს სიკვდილობა 5%-ით მეტია, ხოლო თუ ამას ვარიკოზული სისხლდენაც ერთვის, პირველივე ჰემორაგიის შედეგად იღუპება დაავადებულთა 17%.

ალენი იზიარებს ბლეკემორის შეხედულებას იმის შესახებ, რომ პორტალური ჰიპერტენზიის დროს ვენური სისხლმიმოქცევის განტვირთვა დროულად უნდა ხდებოდეს, რათა ავადმყოფს თავიდან ავაცილოთ ვარიკოზული სისხლდენის შედეგები. აღნიშნულ შეხედულებას ყველა არ იზიარებს.

ვარიკოზული ჰემორაგია უფრო ხშირად რთულდება ასპირაციული პნევმონიით, აზოტოვანი ინტოქსიკაციით და მძიმე ანემიით.

პორტალური ჰიპერტენზიის დროს ავადმყოფები სპეციალურად უნდა იქნენ შერჩეული ოპერაციისათვის. პირველ რიგში უნდა გამოიყონ ის ავადმყოფები, რომელთაც აქვთ საყლაპავი მილისა და კუჭის ვარიკოზი, მიუხედავად იმისა, ჰქონდა თუ არა ადგილი სისხლდენას. ოპერაცია ყველაზე უფრო კარგ შედეგს იძლევა სუბჰეპატური ჰიპერტენზიის შემთხვევაში. ამ დროს ოპერაციის შემდგომი სიკვდილობა მცირეა და ნაოპერაციევი ავადმყოფები ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ნორმალურად გრძნობენ თავს. ამ ფორმის ჰიპერტენზიის შემთხვევაში ყველაზე მძიმე და საშიშ გართულებას წარმოადგენს ელენთის ვენისა და საერთოდ პორტალური სისტემის ვენების თრომბოზი.

კარგად გადააქვთ ოპერაცია იმ ავადმყოფებსაც, რომელთაც ღვიძლი ჯანმრთელი აქვთ, არა აქვთ ასციტი და სიყვითლე, ტემპერატურა არა აქვთ მომატებული, ანდა ღვიძლის დაავადება არ არის შორსწასული, მისი ფუნქცია მცირედაა დარღვეული, შრატში ცილა 3,5%. ასეთ მდგომარეობაში ოპერაციის შემდგომი სიკვდილობა 10% არ აღემატება და ავადმყოფები ნორმალურად ცხოვრობენ არა ნაკლებ 5 წლისა. ოპერაცია ძალზე სახიფათოა, როდესაც ავადმყოფს აქვს ასციტი, სიყვითლე, ღვიძლის პროგრესული ციროზი. ასეთ ავადმყოფებს ადვილად უვითარდებათ ღვიძლის კომა, რის შედეგად ისინი იღუპებიან. ამ მდგომარეობაში ოპერაცია უშედეგოა და იგი

შეიძლება გაკეთდეს მხოლოდ იმ მიზნით, რომ ავადმყოფი დროებით ვიხსნათ სასიკვდილო სისხლდენისაგან. კარგი შედეგის ერთეული მაგალითები, რომლებიც აღწერილია ლიტერატურაში, უნდა აიხსნას შემთხვევის არასწორი ანალიზით.

უკანასკნელი 10 წლის დაკვირვებანი ამტკიცებს, რომ სისხლდენის დროს ოპერაციის გაკეთება არაა მიზანშეწონილი (ალენი) სისხლი, რომელიც იღვრება კუჭ-ნაწლავში, ხელს უწყობს კომის განვითარებას. სისხლით კუჭის გადავსების შემდეგ იწყება პირღებინება, ვითარდება ჰიპოქსია და ავადმყოფი მალე კარგავს ცნობიერებას. ასეთ შემთხვევაში, თუ სისხლის ნაწილი მოხვდება ფილტვებში, ვითარდება მწვავე ასპირაციული პნევმონია, რომელიც შეიძლება სიკვდილით დამთავრდეს.

სენგსტაკენმა და ბლეკემორმა სისხლდენის შეჩერების მიზნით შემოიღეს ტამპონადა ბალონით. ეს აპარატი წარმოადგენს სამხვრელიან მილს, რომლებიც დაკავშირებულია სამ ბალონთან. ერთი ხვრელით იბერება ბალონი, რომელიც აწვება საყლაპავი მილის კედელს, მეორე ხვრელით—მრგვალი ბუშტი, რომელიც კუჭში თავსდება, მესამე ხვრელი და მილი გადადის ნაწლავში. არის კიდევ ერთი ხვრელი კუჭიდან სისხლისა და მისი სხვა შიგთავსის ასპირაციისათვის. აპარატი გაბერილი უნდა იყოს 25—30 მმ ვერცხლისწყლის სვეტის წნევის ქვეშ. მილის ბოლო გამოიტანება ცხვირიდან ან პირიდან.

უველაზე ძლიერი წნევა იქ უნდა განვითარდეს, სადაც საყლაპავი მილი უერთდება კუჭს. ყოველ 1 საათში მილი უნდა ირეცხებოდეს, რათა დავრწმუნდეთ, რომ განმეორებით სისხლდენას არა აქვს ადგილი. სისხლდენის შეწყვეტის შემდეგ აპარატში წნევა უნდა დავწიოთ და თუ მის შემდეგ სისხლდენა არ განმეორდა, მეორე დღეს მილი ამოვიღოთ. ეს პროცედურა, ერთი მხრივ, აჩერებს სისხლდენას და მეორე მხრივ კონტროლის საშუალებას იძლევა.

1939 წელს კრაფორდმა და ფრენკნერმა (Craffoord, Frenkner) მასკლეროზირებელი ნივთიერების შეყვანა აწარმოეს ვარიკოზულ ვენაში. მეთოდი დროებით ეფექტს იძლევა. საჭიროა მისი დროდადრო გამეორება. ამ მეთოდს უნდა მივმართოთ იმ შემთხვევაში, როდესაც ტამპონადა შედეგს არ იძლევა.

პორტალური სისხლის პირდაპირი გადანაცვლება ღვიძლის შემოვლით, პირველად აწარმოვა ეკმა 1877 წ. მან გეერდითი 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.

12 წლის წინათ ბლეკმორმა და ლორდმა ყურადღება გაამახვილეს პორტალურ ჰიპერტენზიაზე. ამ დაავადების მკურნალობის მიზნით მათ განახორციელეს ანასტომოზი ელენთის და თირკმლის ვენებს შორის, შემდეგი 10 წლის განმავლობაში მოწოდებულ იქნა ამ ჩარევის მრავალი სახეცვლილება კარგი შედეგებით. აქედან ყველაზე უფრო საინტერესო აღმოჩნდა პორტო-კავალური ანასტომოზი პირისპირ ანდა პირით გვერდში.

ტექნიკურად ყველაზე უფრო ადვილია ანასტომოზის დადება პირით გვერდში, ე. ი. კარის ვენის სანათური ჩაიკერება ქვემო ღრუ ვენის გვერდით კედელში. ამ სახის ანასტომოზის თრომბირების საშიშროება მინიმალურია. აღნიშნული ოპერაციის საწინააღმდეგოდ არსებობს წმინდა თეორიული ხასიათის მოსაზრება: თითქოს ასეთი ოპერაციის შემდეგ მატულობს ინტოქსიკაცია, რადგანაც ხდება ღვიძლის გამოთიშვა, მაგრამ ეს საშიშროება დაძლეულია გვერდითი ანასტომოზის დადებით. პორტოკავალური ან სპლენო-რენალური ანასტომოზის დროს ალენი ყოველთვის კარგ შედეგს ღებულობს. აღნიშნული ოპერაციების შემდეგ ჰემორაგიის რეციდივს ადგილი არ ჰქონია. თუ ზემოაღნიშნული ვენებიდან რომელიმეს თრომბირებას აქვს ადგილი, შეიძლება გაკეთდეს ანასტომოზი ჯორჯლის ვენებს შორის, თუმცა ამ შემთხვევაში ოპერაციის შედეგი ნაკლებეფექტურია.

უნდა აღინიშნოს, რომ ზოგიერთი ავტორის აზრით, პორტოკავალური ანასტომოზი მძიმე ავადმყოფთათვის ძნელი გადასატანია, რადგან ადგილი აქვს ამა თუ იმ ხარისხით ღვიძლის ფუნქციის დარღვევას, რაც ნაწილობრივ მისი სისხლმიმოქცევიდან გამოთიშვით არის გაპირობებული. ამ მხრივ არ არის ინტერესმოკლებული შ. ქევანიშვილის ექსპერიმენტული გამოკვლევანი, რომელმაც შეისწავლა ღვიძლის ცვლილებები პორტოკავალური ანასტომოზის შემდეგ. მისი გამოკვლევებით, ადრეულ პერიოდში (პირველი 10 დღე) ღვიძლში მხოლოდ დისტროფიული მოვლენები ვითარდება, რომელთაც შემდგომში კეროვანი ნეკროზებიც ემატება. უფრო მოგვიანებით (63-ე დღეს) წილთა ცენტრში ადგილი აქვს უჯრედების ატროფიის დაწყებას, რაც თანდათანობით უფრო ინტენსიური ხდება.

ამრიგად, ირკვევა, რომ პორტოკავალური ანასტომოზი არ შეიძლება პორტული ჰიპერტენზიის ოპერაციული მკურნალობის იდეალურ მეთოდად ჩაითვალოს.

ნორმალურ პირობებში სისხლის წნევა კარის ვენაში 10—15 მმ-ია, პორტალური ჰიპერტენზიის დროს კი 25—65 მმ აღწევს. ავტორების უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ საჭიროა პორტალური წნევის ნორმამდე დაყვანა, რათა ავადმყოფს თავიდან ავაცილოთ სისხლდენა.

მორისონმა (Morison) და ტალმამ (1900) ამ მიზნით შემოიღეს ომენტოპექსია. მათი აზრით, ბადექონის მუცლის კედელზე მიკერებით შეხორცების ადგილზე ვითარდება სისხლძარღვები და ამრიგად იქმნება პირობა კოლატერალური სისხლმიმოქცევისათვის. ამჟამად დადასტურებულად უნდა ჩაითვალოს, რომ ეს ოპერაცია პრაქტიკულად არ არის ეფექტური, რადგან სისხლის რაოდენობა, რომელიც გაივლის აღნიშნული გზით, ძალიან უმნიშვნელოა და იძლევა წნევის უმნიშვნელო შემცირებას პორტალურ სისტემაში.

პორტალური ჰიპერტენზიის დროს შეიძლება გაკეთდეს სპლენექტომია, რამდენადაც 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 პორტოკავალური ანასტომოზი. დაგვიანებულ შემთხვევაში მისი განხორციელება შეუძლებელია. როდესაც პორტალური ჰიპერტენზიის მიზეზი უშუალოდ ელენთა და ელენთის ვენის დაბზარია, სპლენექტომია არჩევით ოპერაციად ითვლება. ჩვენც აზრით, ამ დროს პორტოკავალური, ანდა პორტორენალური ანასტომოზი უკვე საჭირო აღარ არის.

ზოგიერთი ავტორი სპლენექტომიასთან ერთად ომენტორენოფიქსაციის ან ომენტოჰეპატოფიქსაციას მიმართავს. ა. ბეთანელს მოჰყავს ატროფიული ციროზის სპლენექტომიით და ომენტორენოფიქსაციით მკურნალობის შემთხვევა, სადაც ავტორს გამოყენებული აქვს ასციტური სითხის ინტრავენური გადასხმა. მისი აზრით, ეს უკანასკნელი წარმოადგენს ყველაზე ბუნებრივ და შეთავსებულ სისხლის შემცველს, რის გამოც იგი უნდა იქნეს გამოყენებული. ასციტური სითხის გამოყენება, როგორც სისხლის შემცველის, მოწოდებული ყოფილა 1934 წ. ს. ი. სპასოკუკოცკის მიერ.

დ. გ. მამამთავრიშვილს თავისი საკუთარი დაკვირვებების საფუძველზე დასაშვებად მიაჩნია ღვიძლგარეშე ბლოკადების დროს მოგვაწოდოს სპლენექტომია სპლენორენალურ შუნტთან და ომენტოჰეპატოპექსიასთან ერთად ღვიძლის ატროფიის თავიდან ასაცილებლად.

ალენი აღნიშნავს, რომ თუ მკურნალობის არცერთი კონსერვატული მეთოდი არ იძლევა ვარიკოზული სისხლდენის შეწყვეტას. მაშინ უნდა მივმართოთ ოპერაციას.

ფლეროვმა (Flerow, 1926) სისხლდენის შეწყვეტის მიზნით სცადა საყლაპავი მილის დისტალური ნაწილის სისხლძარღვების გადაკვანძვა. მან ლიგატურა ერთდროულად დაადო კუჭის მარცხენა ვენასა და არტერიას, კუჭის მოკლე სისხლძარღვებს და ჯორჯლის ქვემო ვენას. მაგრამ ეს ფართო ჩარევა უშედეგო აღმოჩნდა. 1945 წელს ფემისტერმა (Phemister) და ხემფრიმ (Humphreys) აღწერეს შემთხვევა, რომლის დროსაც სისხლდენა შეჩერებულ იქნა საყლაპავი მილისა და კუჭის ნაწილობრივ ამოკვეთით (საერთოდ კი ეს მანიპულაცია უნდა გაკეთდეს მაშინ, როდესაც ვენები არ გამოდგება ანასტომოზის გასაკეთებლად).

საყლაპავი მილისა და კუჭის ამოკვეთამ კარგი შედეგი გამოიღო. გამოითქვა აზრი, რომ კოლატერალების განვითარების შემდეგ შეიძლება განმეორდეს სისხლდენა, მაგრამ ამას ადგილი არ ჰქონია.

ტანერმა (Tanner, 1950) და შემდეგ ალენმა შემოიღეს კუჭის ბისექცია. ამ მიზნით იკვანძება კუჭის მარცხენა არტერია და ვენა, რის შემდეგ ხდება მათი გადაკვეთა, ამასთან ერთად ამოიკვეთება ელენთა, შემდეგ გადაიკვეთება კუჭი ორალურ მესამედში და დაედება ანასტომოზი. ზოგჯერ დასახელებული ავტორები აწარმოებდნენ აბორალური სეგმენტის ამოკვეთას, რათა არ მომხდარიყო კუჭის სათანადო ნაწილის ნეკროზი. რეზექცია კეთდება იმ შემთხვევაში, თუ ეჭვია ამ მიდამოს სისხლის მიმოქცევის დარღვევაზე. ისე კი იკვეთება კუჭი და ედება ანასტომოზი. მეთოდის უპირატესობა იმაში მდგომარეობს, რომ ამ ოპერაციის საშუალებით ითიშება ვენური გზები კარის ვენის მთავარ წყაროებსა და კოლატერალებს შორის, საყლაპავი მილის ქვემოთ და კუჭის ორალური ნაწილების მიდამოში. მეთოდის ღირსებად ისიც უნდა ჩაითვალოს, რომ იგი არ საჭიროებს გულმკერდის ღრუს გახსნას. როგორც აღნიშნული ოპერაციის, ისე ფემისტერის ოპერაციის დროს აუცილებლად უნდა გაკეთდეს ვაგოტომია, ეს კი თავის მხრივ საჭიროებს გასტროენტეროანასტომოზს.

პორტალური ჰიპერტენზიის მკურნალობის მიზნით რინჰოფმა (Rienhoff, 1947) მოგვაწოდა ღვიძლის არტერიის გადაკვანძვა კუჭბადექონის არტერიის დაწყების პროქსიმალურად.

შემდგომში საბჭოთა ავტორებმა გარკვეული დაკვირვებები ჩაატარეს ამ ოპერაციაზე და იგი ღვიძლის ატროფიული ციროზის სამკურნალოდ მოგვაწოდეს (ბაკულევი, ვინოგრადოვი, გალუშკო, ბრაი-

ცევი, ერისთავი, თოფურია, ოდიშვილი, იოსელიანი, ფხაკაძე და სხვა).

ავტორთა აზრით, ღვიძლის საერთო არტერიის გადაკვანძვა ასწორებს მანკიერ ცირკულაციას ვენურ და არტერიულ სისხლმიმოქცევაში, რასაც ღვიძლის ფუნქციის აღდგენა მოჰყვება. ეს ოპერაცია საერთოდ ემყარება ჰერიკის (Herrik) გამოკვლევას, რომელიც ამტკიცებს, რომ პორტალური ჰიპერტენზიის დროს უხვად ვითარდება წვრილი სისხლძარღვები. აქედან გამომდინარე, ჰერიკი ვარაუდობდა, რომ არტერიული სისხლმიმოქცევის შემცირებით წნევა დაიწევს პორტალურ სისტემაშიც. მაგრამ ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ რინჰოფის ოპერაცია არაიშვიათად იძლევა მძიმე გართულებას ღვიძლის ნეკროზის სახით. ამიტომ ჰერიკის გამოკვლევის მიუხედავად ყველა ავტორი როდი მიიჩნევს ამ ოპერაციას დასაბუთებულად.

როგორც ზემოთ მოყვანილი მასალები ნათელყოფს, პორტალური ჰიპერტენზიის სამკურნალოდ მრავალი მეთოდია მოწოდებული, მაგრამ მიუხედავად ამისა მისი რადიკალურად განკურნების საკითხი ჯერჯერობით პრობლემატურია.

უნდა აღინიშნოს, რომ მრავალი ავტორი (მ. კომახიძე, დ. მამამთავრიშვილი, თ. ახმეტელი და სხვ.) დღესაც განაგრძობს კლინიკურ-ექსპერიმენტულ ძიებას პორტალური ჰიპერტენზიის ქირურგიული მეთოდით უკეთ მკურნალობისათვის.

მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს 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 ისინი შემდგომ კვლევა-ძიებას საჭიროებენ.

ღვიძლისა და სანაღვლე გზების ავთვისებიანი სიმსივნეები

უნდა აღინიშნოს, რომ ღვიძლის სიმსივნეს სიხშირის მიხედვით მეხუთე ადგილი უკავია საშვილოსნოს, კუჭის, სარძევე ჯირკვლის და ნაწლავების კიბოს შემდეგ. ამრიგად, ღვიძლის პირველადი სიმსივნეები არც ისე იშვიათად გვხვდება, მაგრამ მათი დიაგნოსტიკა ზოგჯერ მაინც გარკვეულ სიძნელეებთანაა დაკავშირებული. შეიძლება ითქვას, რომ, როგორც წესი, ღვიძლის მცირე ზომის სიმსივნეები სათანადო კლინიკურ სიმპტომებს იძლევიან, მაგრამ ოპერაციის გაკეთება შემთხვევათა ძლიერ მცირე პროცენტში ხერხდება, რაც დამოკიდებულია ღვიძლში სიმსივნის ლოკალიზაციაზე, სიმსივნის ტიპზე და იმაზე, თუ დაავადების რომელ სტადიაშია სიმსივნე დიაგნოსცირებული. კეთილთვისებიანი სიმსივნეებიდან ყველაზე მეტი კლინიკური მნიშვნელობა აქვს სისხლძარღვოვან სიმსივნეებს და ადენომებს. მცირე ოდენობის ეს სიმსივნეები რაიმე კლინიკურ გამოვლინებას არ იძლევიან. ღვიძლის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები ჩვეულებრივ გარკვეულ მექანიკურ უხერხულობას იწვევენ ავადმყოფებში, საერთოდ კი მათი ზოგადი მდგომარეობა სრულიად დამაკმაყოფილებელი რჩება. ავთვისებიან სიმსივნეს მადისა და წონის დაკარგვა, პროსტრაციის მოვლენები, ძლიერი საერთო სისუსტე, გასტრიული დარღვევანი, მუცელში ტკივილი და სიმსივნის ზეწოლის მოვლენები ახასიათებს. ზოგჯერ მისი დიფერენცირება სხვა დაავადებებთან ძნელია. მეორე მხრივ, ნაკლებად არის ცნობილი ღვიძლის ნეოპლაზმის ფორმები, მისთვის დამახასიათებელი სიმპტომებით, რის გამოც ზოგჯერ ოპერაცია გადაიდება მანამ, სანამ დაავადება არ გადავა ისეთ ფორმაში, როდესაც ოპერაციის გაკეთება შეუძლებელი ხდება. ერთი მხრივ, განსაკუთრებით წარსულში, სიმსივნის დროს ოპერაციის გაკეთება ერთგვარ შიშს იწვევდა ქირურგიაში არასრული ჰემოსტაზის და ქოლერაგიის შესაძლებლობის გამო. ამიტომ მცირე

იყო იმ ქირურგთა რიცხვი, რომლებიც ღვიძლის სიმსივნის დროს ღვიძლის ფართო რეზექციას აწარმოებდნენ.

როგორც ცნობილია, ავთვისებიან სიმსივნეთა შორის ღვიძლში უხშირესად კიბო ვითარდება. იგი შესაძლებელია როგორც პირველადად, ისე მეორადად წარმოიშვას. მეორადი, ანუ მეტასტაზური სიმსივნეები უხშირესად ნაღვლის ბუშტიდან, კუჭიდან და განივი კოლინჯიდან წარმოიშვება. დიდხანს ფიქრობდნენ, რომ ღვიძლში პირველადი კიბო არ ვითარდება. მაგალითად, 1866 წ. რეზენფელდი უარყოფდა კიბოს ღვიძლში წარმოშობას და მიაჩნდა, რომ მისი განვითარება შესაძლებელია მხოლოდ სანაღვლე გზებში.

პირველად ღვიძლის პირველადი კიბოს შესაძლებლობა ნაუნინის (Naunyn) მიერ იყო აღიარებული 1868 წ.

1872 წ. ვალდეიერმა აღწერა სანაღვლე გზების ეპითელური უჯრედებიდან განვითარებული კიბოს ორი შემთხვევა. იმავე წელს პერლსმა და 1875 წ. რინდფლეიშმა, აგრეთვე მრავალმა სხვა ავტორმა აღწერეს ღვიძლის პირველადი კიბო, წარმოშობილი ღვიძლის უჯრედებიდან.

ლუბარშის სტატისტიკით, რომელიც მოიცავს გერმანიის პათანატომიური ინსტიტუტის სექციურ მასალას (1920—1926 წ.), 96.000 გაკვეთაზე კიბო აღმოჩენილი იყო 10.000 შემთხვევაში (10%), აქედან ღვიძლის პირველადი კიბო 102 შემთხვევაშია აღნუსხული (0,1%).

გ. ვ. შორს 3580 გაკვეთაზე ღვიძლის პირველადი კიბო უნახავს მხოლოდ 9 შემთხვევაში, რაც 0,25%-ს შეადგენს.

უნდა აღინიშნოს, რომ ბოლო ხანებში ღვიძლის პირველადი კიბოს გამოვლინების შემთხვევები გახშირდა, რაც ალბათ დიაგნოსტიკის გაუმჯობესებას უნდა მიეწეროს.

ირ. ტატიშვილის, თ. დეკანოსიძის და უ. გაბუნიას მიერ შესწავლილ ჭ. თბილისის 1923—1958 წწ. სექციურ მასალაზე ნახულია ღვიძლის პირველადი კიბოს 164 შემთხვევა. მათი გამოკვლევებით საჭმლის მომნელებელ ორგანოთა კიბოს შემთხვევებს შორის ღვიძლის კიბო სიხშირით მესამე ადგილზეა კუჭისა და ნაწლავების კიბოს შემდეგ და შეადგენს საჭმლის მომნელებელი ორგანოების კიბოს შემთხვევათა 11,8%.

საინტერესოა ხაზი გაუსვას იმ გარემოებას, რომ ამ ავტორებმა გარკვეული ყურადღება მიაქციეს ავთვისებიანი სიმსივნეების გეოგრაფიული პათოლოგიის თვალსაზრისით შესწავლას, რასაც დიდი თეორიული და პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს.

ღვიძლის პირველადი სიმსივნის კლასიფიკაცია ვარვის (1945) მიხედვით შემდეგია:

1. ჰეპატომები:
   ა. ღვიძლის უჯრედების ადენომები;
   ბ. ღვიძლის უჯრედების კარცინომა ციროზით და ციროზის გარეშე.
2. ქოლანგიომები:
   ა. ადენომები ინტრაჰეპატური ბილიარული სადინარების, რომლებიც თავისთავად შეიძლება იყოს სოლიდური და ცისტური.
   ბ. კარცინომა (Cholangiocelullarae).
3. ღვიძლის უჯრედების და სადინარების ქოლანგიო-ჰეპატომები;
4. ღვიძლის პირველადი სიმსივნეები, არასპეციფიკური ჰეპატიკური ელემენტებით, როგორიცაა ვასკულარული, ფიბროზული და სხვ.;
5. ჰეპატო-ცელულარული ადენომა.

ჰეპატო-ცელულარულ ადენომას დიფუზური ზრდა ახასიათებს, რაც შეიძლება გაგრძელდეს რამდენიმე თვიდან რამდენიმე წლის განმავლობაში. იგი კაფსულით არის შემოსაზღვრული, ერთეულია და თავისი ფერით განსხვავდება მის გარშემო არსებული ღვიძლის ფერისაგან. იგი ზოგჯერ ღია ყავისფერია, ზოგჯერ კი ღია ნაცრისფერი, ზოგჯერ ამგვარი სიმსივნეები ნაღვლით არის შეღებილი. ლაპაროტომიის დროს ასეთი სიმსივნე შეცდომით შეიძლება მეტასტაზურ სიმსივნედ იქნეს მიჩნეული. ჰისტოლოგი ამ დროს ტრაბეკულარულ უჯრედებს ნახულობს, რომლებიც ღვიძლის ქსოვილს ჰგავს, მაგრამ უფრო ტლანქია და მოზრდილი. ასეთი ადენომები ანატომიურად კაფსულით არიან იზოლირებული ღვიძლის ქსოვილისაგან. ისინი ინტენსიურად იზრდებიან და შესაძლებელია ნეკროზი გამოიწვიონ. ზოგჯერ ძალიან ძნელია დადგენა კეთილთვისებიან ადენომას აქვს ადგილი, თუ ატიპიურ ავთვისებიანი ფორმის ადენომას. კეთილთვისებიანი ჰეპატოცელულარული ადენომის დროს ერთეული ადენომები ვენებს არ შეიცავს. ავთვისებიანი ფორმის დროს ვენებიც არის ჩათრეული და სიმსივნეს მრავალობითი გავრცელება ახასიათებს.

როდესაც ლაპაროტომიის დროს სიმსივნე ინკაფსულირებულია, მისი ამოღება ბიოფსიის გარეშე უნდა გადაწყდეს, რადგან ამ უკანასკნელს ზიანის მიყენება შეუძლია. საჭიროა რეზექციის გაკეთება საღი ქსოვილების ფარგლებში და არა სიმსივნის ენუკლეაცია, რად-

გან ავთვისებიანი ფორმის დროს შესაძლებელია სიმსივნის სისხლის გზით გავრცელება ორგანიზმში.

არსებობს ორი ტიპის ჰეპატოცელულარული კარცინომები — ღვიძლის ციროზით და უციროზოდ. მაკროსკოპულად შესაძლებელია სამი ფორმის გარჩევა: 1. სოლიდური კარცინომა, 2. სიმსივნის მრავლობითი გავრცელება პირველადი კერის ზუსტი შემოფარგვლის გარეშე, 3. დიფუზურად მზარდი კარცინომა.

ჰეპატოცელულარული ავთვისებიანი სიმსივნეების მრავალი ტიპი ვითარდება ციროზულ ღვიძლში. ასეთი დაავადების დროს ოპერაცია არ კეთდება. ისინი ხშირად გვხვდებიან ტროპიკულ და სუბტროპიკულ ქვეყნებში.

ბონმა (1935 წ., Bonne) აღწერა იავის კუნძულზე ჰეპატოცელულარული სიმსივნეების ავთვისებიანი ფორმები ციროზულ ღვიძლში.

ბერმანის მტკიცებით (Berman, 1950) ჰეპატოცელულარული კიბოს დროს ყოველთვის ღვიძლის ციროზს აქვს ადგილი. კრებადის სტატისტიკური მასალის მიხედვით ირკვევა, რომ ღვიძლის პირველადი კიბოს 893 შემთხვევიდან ღვიძლის ციროზს 67,2%-ში ჰქონდა ადგილი, დერმანის მიხედვით — 30%-ში.

ღვიძლის პირველადი სიმსივნეები, რომლებიც ციროზის გარეშე გვხვდებიან, შეიძლება იყოს მრავლობითი, ნოდულარული და იზოლირებული. იზოლირებული ტიპის დროს კარგ შედეგს იძლევა ქირურგიული მკურნალობა, მიუხედავად იმისა, რომ მას სწრაფი ზრდა ახასიათებს, რადგანაც ამ დროს ღვიძლის დანარჩენი ნაწილი საღია.

საინტერესოა ჟაკ-მეის მიერ გამოქვეყნებული სამედიცინო გეოგრაფიის სტატისტიკა. მას მოყავს მონაცემები 1950 წელს ოქსფორდის ონკოლოგთა თათბირზე გამოქვეყნებული მასალისა, რომლის მიხედვითაც ღვიძლის პირველადი კიბო შედარებით უფრო ხშირია აფრიკაში, ინდო-ჩინეთში, ინდოეთში, მალაიაში, ინდონეზიასა და ფილიპინებზე.

ჰისტოლოგიურად ღვიძლის პირველადი კიბო ორი ფორმის სახით გვხვდება: 1. ღვიძლის უჯრედებიდან მომდინარე კიბო, რომელიც ლიტერატურაში ავთვისებიან ჰეპატომად არის აღიარებული, და 2. სანაღვლე გზებიდან მომდინარე კიბო, ანუ ავთვისებიანი ქოლანგიომა.

უნდა აღინიშნოს, რომ პირველი ფორმა ხუთჯერ უფრო მეტი სიხშირით გვხვდება. ღვიძლის პირველადი კიბო გვხვდება სხვადასხვა ასაკში, მათ შორის ახალგაზრდებშიც.

ე. გ. გეფენის მონაცემებით, ღვიძლის პირველადი კიბოს 192 შე-

მთხვევიდან 24 ავადმყოფი იყო 9 წლის ასაკამდე, 11 ავადმყოფი — 10—19 წლის ასაკამდე და 29 ავადმყოფს დაავადება განუვითარდა 20—39 წლის ასაკში.

ავტორთა უმრავლესობის აზრით, ღვიძლის პირველადი სიმსივნე შეიძლება შეგვხვდეს მასიური კიბოს სახით, კვანძოვანი ფორმის და კიბოსებრი ციროზის სახით.

ზოგიერთი ავტორის აზრით, ღვიძლის პირველადი კიბოს განვითარებაში გარკვეული როლი ტრავმას ენიჭება. ტრავმა შეიძლება იქცეს: 1. ციროგენულ ფაქტორად, რომლის დროსაც ღვიძლის ტრავმირებულ უჯრედებში ადგილი აქვს შემაერთებელი ქსოვილის განვითარებას, რაც ციროზის დასაწყისს წარმოადგენს, 2. მეტაპლაზიურ ფაქტორად, რაც იმას გულისხმობს, რომ ციროზი ან ადენომა შესაძლოა ღვიძლის პირველად კიბოდ გარდაიქმნას, 3. აქცელერირებულ ფაქტორად, რომელსაც შეუძლია დააჩქაროს ნელა მიმდინარე უსიმპტომო ღვიძლის კიბოს ევოლუცია.

ზოგიერთი ავტორის აზრით, ღვიძლის ციროზი წარმოადგენს ხელშემწყობ ფაქტორს კიბოს განვითარებისათვის და მას საერთოდ კიბოსწინარე მდგომარეობად თვლიან. ამ ორ დაავადებას შორის კავშირს ჯერ კიდევ ორტმა მიაქცია ყურადღება 1887 წელს.

გეფენით ღვიძლის პირველადი კიბოს 92 შემთხვევიდან ღვიძლის ციროზს 74,5%-ში ჰქონდა ადგილი. ნ. ს. ადამოვას 30 შემთხვევიდან 11 შემთხვევაში პირველად კიბოს თან ახლდა ღვიძლის ციროზული პროცესი.

ღვიძლის ციროზულ ცვლილებებზე ღვიძლის პირველადი კიბოს დროს აღნიშნავენ ა. ლ. მიასნიკოვი, ნ. ა. ნაუმოვი, ი. ი. სახაროვიჩი, რ. ვ. გოფტარში, გ. მ. ბეკერი, ე. გ. გეფენი და სხვა.

ირ. ტატიშვილის, თ. დეკანოსიძის და უ. გაბუნიას სექციური მასალის მონაცემებით, ღვიძლის პირველადი კიბოს 164 შემთხვევიდან ღვიძლის ციროზთან კიბო შეუღლებული იყო 91 შემთხვევაში, რის საფუძველზედაც ავტორებს გამოაქვთ მოსაზრება, რომ ღვიძლის ციროზი წარმოადგენს კიბოსწინარე მდგომარეობას. ასევეა აღნიშნული კავშირი ღვიძლის პირველად კიბოსა, ტუბერკულოზსა, ალკოჰოლიზმსა, ღვიძლის ტრავმასა და სიფილისს შორის.

ზოგიერთ ავტორს მიაჩნია (ბ. კარჟიევი და ს. სივრევი), რომ ღვიძლის პირველადი კიბო უფრო მეტად იმ რაიონების მოსახლეობაში გვხვდება, რომლებშიც გავრცელებულია მალარია.

პირველადი კიბოს შემთხვევებში დაავადება უხშირესად სწრაფად მიმდინარეობს და ავადმყოფები ჩვეულებრივ იღუპებიან სიმპტომების გამოვლინებიდან პირველ 2—6 თვეში.

დაავადების დაწყებითი კლინიკური სურათი სამ კატეგორიად შეიძლება დაიყოს: პირველი, რომელიც შეიძლება მიუთითებდეს ორგანიზმში სიმსივნის არსებობის შესაძლებლობაზე. ამ დროს აღსანიშნავია ე დ რ აჩქარება, ლეიკოციტოზი, საერთო სისუსტე. სიმპტომების მეორე კატეგორია ღვიძლში სიმსივნის არსებობას ამტკიცებს. ამ დროს უხშირესად ადგილი აქვს შემცივნებებს, ტემპერატურის მომატებას, ღვიძლში კი სიმსივნე ისინჯება. მესამე კატეგორია ღვიძლის პირველად სიმსივნეზე ლაპარაკობს. ადგილი აქვს ღვიძლის პროგრესულად მატებას. ლიტერატურაში აღწერილია 12,5 და 14 კგ წონის ღვიძლის არსებობა (ბრესელიუსი და შვინკი. ციტ. კარჯიევით და სივჩევით).

კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით ავტორები (ა. ი. ხაზანოვი და ზ. ა. გაზოვა) არჩევენ ღვიძლის პირველადი კიბოს ოთხ ფორმას:

1. ტიპიური ფორმა, რომელსაც ახასიათებს ტკივილი, ადინამიის ჩქარი განვითარება, ღვიძლის გადიდება, გამკვრივება, ასციტი. ხშირად სპლენომეგალია, ზოგჯერ სიყვითლე, ლეიკოციტოზი, ედრ აჩქარება;

2. აბსცესისმაგვარი ფორმა. იგი იძლევა აბსცესისათვის დამახასიათებელ ნიშნებს. ახასიათებს ტემპერატურის მომატება;

3. ციროზისმაგვარი ფორმა. ხანგრძლივად მიმდინარეობს, ისევე როგორც ციროზი. ტერმინალურ სტადიაში ღვიძლი სწრაფად იზრდება, რის მიხედვითაც ისმება ნამდვილი დიაგნოზი;

4. შენიღბული, ანუ აქტიური ფორმა. კლინიკურად ვლინდება მხოლოდ გართულებებით, მაგალითად, სიმსივნური „პნევმონიით", სისხლდენით და სხვა.

ღვიძლის პირველადი სიმსივნის სისხლდენით გართულებას ლიტერატურაში მწვავე აბდომინალურ კიბოს უწოდებენ. ამ მძიმე გართულების კლინიკა პირველად აღწერილი ყოფილა ბერმანის მიერ. იგი მიუთითებს „მწვავე მუცლის" მოვლენების უეცრად განვითარებისა და ძლიერი სისხლდენის ნიშნების გამოვლინებაზე.

ლიტერატურაში აზრთა სხვადასხვაობაა ღვიძლის პირველადი კიბოს დროს ელენთის გადიდების შესახებ. ზოგიერთი ავტორის აზრით, დაავადებას ელენთის გადიდება ახასიათებს. ზოგიერთის აზრით კი, სპლენომეგალია არ არის დამახასიათებელი. მაგალითად, მ. პ. კანჩალოვსკი აღნიშნავს, რომ ელენთის გაუდიდებლობა მიუთითებს პროცესის მხოლოდ ღვიძლში არსებობაზე. ელენთის გადიდებას, ალბათ ადგილი აქვს გადიდებული ლიმფური კვანძებით კარის ვენის კომპრესიის გამო, ანდა იგი შესაძლებელია აიხსნას ცი-

როზული პროცესის შედეგად წარმოშობილი პორტალური ჰიპერტენზიით. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ღვიძლის მეტასტაზური კიბო არასოდეს არ იწვევს ელენთის გადიდებას. ქირურგებისათვის მნიშვნელობა აქვს იმ გარემოებას, რომ ღვიძლის პირველადი კიბო, განსაკუთრებით ავთვისებიანი ჰეპატომები, იშვიათად იძლევა მეტასტაზირებას. მეტასტაზირების შემთხვევაში კი იგი ახლომდებარე, რეგიონარულ ლიმფურ კვანძებში ვითარდება. ამიტომ ადრეულ დიაგნოზს მკურნალობის თვალსაზრისით გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება.

ზოგიერთი ავტორი მიზანშეწონილად თვლის საეჭვო კერიდან პუნქტატის აღებას. ციტოლოგიური გამოკვლევა ხშირად ავლინებს ატიპიურ და ზოგჯერ კიბოსათვის დამახასიათებელ უჯრედებს, რაც გვეხმარება დიაგნოზის დადგენაში.

ლევი-დორნის და ბურგჰეიმის მიერ (Levy Dorn, Burgheim) მოწოდებულია სისხლში ქოლესტერინის განსაზღვრა რენტგენით დასხივებამდე და მის შემდეგ. ღვიძლის კიბოთი ავადმყოფებს დასხივებიდან ორი საათის შემდეგ აღენიშნებათ სისხლში ქოლესტერინის მომატება, შემცირების საწინააღმდეგოდ.

უცხოელი ავტორები გვირჩევენ სადიაგნოზო სინჯის სახით გამოყენებული იქნეს რადიოაქტიური I^{131} შეყვანა. დიაგნოსტიკური დოზის მიღებიდან 24 საათის შემდეგ ღვიძლის სიმსივნით ავადმყოფებში აუტოგრაფიით ისახება ღვიძლისა და სიმსივნური კვანძის კონტურები, მაგრამ აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ამ მეთოდით შეუძლებელია ღვიძლის პირველადი სიმსივნის დიფერენცირება მეტასტაზურისაგან. მხედველობაში ისიცაა მისაღები, რომ ღვიძლის პირველადი კიბოს დროს ადგილი აქვს ნახშირწყლების, ბილირუბინის და ცილების წარმოქმნის ფუნქციის მოშლას.

ეგელს (1901) აღწერილი აქვს მასიური ტიპის ჰეპატოცელულარული კარცინომის 14 შემთხვევა, როდესაც სიმსივნემ 2 კვირიდან 6 თვის განმავლობაში მოცულობაში ძლიერ მოიმატა.

საინტერესოა, რომ ჰეპატოცელულარული კიბო ვენურ სისტემასთან არის კავშირში იმ დროს, როდესაც ქოლანგიოცელულარული კიბო ლიმფურ სისტემას უკავშირდება (ჰერბენი — Herben, 1948; სენეკი — Seneque, 1950). გარდა ამისა უნდა აღინიშნოს, რომ ჰეპატოცელულარული კარცინომა ჩვეულებრივ ღვიძლის მარჯვენა წილშია მოთავსებული. ექსტრაჰეპატიკური სიმსივნის გავრცელება ხდება დაავადების მოგვიანებით სტადიაში, ინტრაჰეპატიკურისა კი შეიძლება დაავადების ნაადრევ სტადიაში მოხდეს.

ფილიფსის მონაცემებით (Philipps, 1954) რენტგენის სხივე-

ბით მკურნალობა დროებით ეფექტს იძლევა. აქედან გამომდინარე. ბუნებრივია, რომ ასეთი სიმსივნის მკურნალობის ერთადერთი მეთოდი დროული ოპერაციაა. არსებობს კიდევ სხვა სახის პათოლოგია, რომელსაც ადგილი აქვს სხვადასხვა ასაკში. იგი ზეწოლას. იძლევა, რაც შეიძლება შემთხვევით იქნეს აღმოჩენილი ლაპაროტომიის დროს. ზოგჯერ ასეთი სიმსივნეები შეიძლება შეცდომით იქნეს მიჩნეული პირველად ან მეტასტაზურ კარცინომად. ისინი, კარვის მიხედვით, მეორე ჯგუფის სიმსივნეებს მიეკუთვნება, რომელთაც ქოლანგიომები ეწოდება. ქოლანგიომა შეიძლება იყოს თანდაყოლილი, იგი ნაღვლის სადინარების ეპითელიუმიდან ვითარდება. ასეთი სიმსივნეები ძალიან იშვიათია ჰეპატომასთან შედარებით. ისინი ნაკლებად მკვრივია, ცისტური ხასიათისაა და ნაღველს არასოდეს არ გამოყოფენ. აღნიშნული სიმსივნეები შეიძლება იყოს კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი.

ცისტური ქოლანგიომების დეგენერაცია აღწერილია ვილისის მიერ (Willis, 1943).

ქოლანგიოცელულარული კიბო გაცილებით უფრო იშვიათია ჰეპატოცელულარულ კიბოსთან შედარებით. ისინი წარმოადგენენ ყველა პირველადი ავთვისებიანი სიმსივნის 1/5-ს. მიკროსკოპულად სიმსივნე ხასიათდება გლანდულარული სტრუქტურით. მისი კლინიკური პროგნოზი უფრო სწრაფია ჰეპატოცელულარულ სიმსივნესთან შედარებით.

ღვიძლის პირველადი სარკომა ძლიერ იშვიათია. იგი ვითარდება ღვიძლის შემაერთებელი ქსოვილიდან, ანდა სისხლძარღვებიდან. ამ უკანასკნელს ენდოთელიომას, ან პერითელიომას უწოდებენ. ღვიძლის პირველად სარკომას მრავლობითი კვანძების წარმოშობა ახასიათებს და ხშირად ძლიერ დიდ ოდენობამდე იზრდება. მეორადი სარკომები ღვიძლში უფრო ხშირად გვხვდება პირველადთან შედარებით.

მკურნალობის საკითხს ორთავე შემთხვევაში წყვეტს თვით ღვიძლში არსებული სიმსივნის ოდენობა, კვანძთა რაოდენობა და მეტასტაზების სურათი.

გარდა ზემოაღნიშნულისა აღწერილია ღვიძლის სიმსივნეები ჭამარტომების სახელწოდებით (კეი და ტალბერტი — Kay, Talbert, 1950). ისინი წარმოადგენენ მოწითალო ფერის ნოდულარულ ინკაფსულირებულ სიმსივნეებს. ხშირად გვხვდებიან ჩვილ ბავშვებში და ზოგჯერ 2 კილოგრამამდე იზრდებიან. როგორც ანატომიურად, ისე ფიზიოლოგიურად სიმსივნე იზოლირებულია ღვიძლის ნორმალური ქსოვილისაგან. ამ მასაში არ არის მოცემული ღვიძლის

ნორმალური სტრუქტურა და არ შეიცავს ცენტრალურ ვენებს. იგი გარშემორტყმულია ფიბროზული ქსოვილით, ბევრ სანაღვლე გზას მოიცავს და მასში სუსტად არის განვითარებული სისხლძარღვები. ავთვისებიანი ქოლანგიოჰეპატომა ჩვეულებრივ ასოცირებულია ღვიძლის ციროზთან. ასეთ შემთხვევაში ოპერაციული მკურნალობა უშედეგოა.

ლიტერატურაში აღწერილია ღვიძლის პირველადი ჰიპერნეფრომის შემთხვევები. აღნიშნული პათოლოგიის დროს დიაგნოსტიკა უმთავრესად სასექციო მაგიდაზე წარმოებს.

ი. მ. გრაბჩენაო აღწერს შემთხვევას, სადაც ღვიძლის ჰიპერნეფრომის დიაგნოზი დაუდგენიათ ოპერაციის შემდეგ ჰისტოპათომორფოლოგიური გამოკვლევის შედეგად. კუჭის კედელში მეტასტაზირების გამო განმეორებით უწარმოებიათ ოპერაცია—კუჭის რეზექცია. ავადმყოფი თავს კარგად გრძნობდა. 1,5 წლის შემდეგ უმშობიარებია ნორმალური ნაყოფით.

ცალკე უნდა გამოიყოს კავერნული ჰემანგიომა. იგი კეთილთვისებიანი სიმსივნეა, მაგრამ შეიძლება ავთვისებიანი გახდეს. შუმახერმა (Schumacher, 1942) შეაგროვა კეთილთვისებიანი ჰემანგიომის 66 შემთხვევა, აქედან 56 შემთხვევაში გაკეთებული იყო ოპერაცია.

რიდლერმა და მადინგმა (Ridler, Madding, 1949) მაკროსკოპულად ნახეს სიმსივნე კვანძოვანი კავერნული ცისტებით, რომელიც გამოყოფილი იყო ღვიძლის ქსოვილისაგან.

ჩვეულებრივ, ასეთი სიმსივნეები კაფსულით მკვეთრად გამოიყოფიან ღვიძლის პარენქიმისაგან. მათი დიფუზური ფორმა იშვიათია. ისინი უხშირესად ღვიძლის მარცხენა წილში გვხვდებიან. შეიძლება ამ დროს სხვა ორგანოების ანგიომებსაც ჰქონდეს ადგილი. ასეთი პატარა ზომის სიმსივნეების აღმოჩენა უხშირესად შემთხვევითი ლაპაროტომიების დროს ხდება.

ა. ერისთავის აზრით, დიაგნოსტიკისათვის ყველაზე მეტი მნიშვნელობა უნდა მიეცეს პალპაციის დროს სიმსივნის დაპატარავებას და შეილს. სიმსივნე ჩვეულებრივ ნელა იზრდება ავადმყოფის წლოვანების მომატებასთან დაკავშირებით. თუ სიმსივნემ დიდ ოდენობას მიაღწია, შესაძლებელია მისი გახეთქვა და პერიტონეუმის ღრუში სისხლის ჩაღვრა. იშვიათია სიმსივნე, რომლის ქირურგიული მკურნალობით შესაძლებელი იყოს მისი ლიკვიდაცია, რადგანაც იშვიათია მისი იზოლირებული ფორმის აღმოჩენა. ასეთი სიმსივნეების ენუკლეაცია და ბიოფსია მიღებულია, რადგანაც შესაძლებელია სიმსივნემ გაძლიერებული ზრდა მოგვცეს.

უნდა აღინიშნოს, რომ საბჭოთა კავშირში ღვიძლის ჰემანგიომის გამო პირველი ოპერაცია გააკეთა ფეოდოროვმა 1925 წ.

როდესაც ჰემანგიომა ფეხზე არ არის მოთავსებული და პარენქიმასთან დიფუზურად არის დაკავშირებული, ოპერაცია საშიშროებას წარმოადგენს, ვენაში ჰაერის ასპირაციის და სისხლდენის გამო. ამიტომ ასეთ შემთხვევებში მელნიკოვმა ჰეპატოპექსია მოგვაწოდა. ბადექონის პლასტიკას და ღვიძლზე კვანძოვანი ნაკერების დადებას. ღვიძლზე ლახტის ბოლოების გარეთ გამოტანით ერთი კვირის განმავლობაში.

ა. ერისთავმა ღვიძლიდან დიდი ოდენობის ჰემანგიომა ამოკვეთა, რომლის წონა 1 730 გ უდრიდა. ამ შემთხვევაში მიმართავენ ბადექონის პლასტიკას და ღვიძლზე კვანძოვანი ნაკერების დადებას. რა თქმა უნდა, გარკვეული ჩვენებების დროს ერთადერთ სამკურნალო საშუალებას ღვიძლის რეზექცია წარმოადგენს სიმსივნური წარმონაქმნის სრული ლიკვიდაციით.

ვირხოვის მიერ 1888 წ. წამოყენებული დებულებით, იმ ორგანოში, რომელსაც სიმსივნის წარმოშობის ტენდენცია აქვს, ნაკლები პირობებია სიმსივნის მეტასტაზირების საწინააღმდეგოდ. ეს დებულება ღვიძლის სიმსივნურ პათოლოგიაზედაც ვრცელდება. ღვიძლში სიმსივნის უშუალო გადაზრდა, როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, შესაძლებელია ნაღვლის ბუშტიდან, კოლინჯიდან და კუჭიდან. ასევე მოსალოდნელია მისი გადათესვა სისხლძარღვების საშუალებით.

ვალტერის (Walther, 1948) მონაცემებით, 20660 გაკვეთიდან ღვიძლის პირველადი სიმსივნე 0,26%-ში იყო აღმოჩენილი, იმ დროს, როდესაც მეორადი კიბო ნახული იყო 4,7%-ში. სხვადასხვა ტიპის კიბოს დროს, ფილიპსის (1954) მონაცემებით, ღვიძლში მეტასტაზები აღინიშნებოდა: 50%-ში ძუძუს კიბოს დროს, 40%-ში ბრონქის კიბოს დროს, 40%-ში — კუჭის კიბოს დროს, 45%-ში — კოლინჯის და 25%-ში — საყლაპავი მილის კიბოს დროს. საერთოდ ღვიძლში მეტასტაზირება ხშირია ისეთი ორგანოებიდან, რომელთა სისხლი პორტალური ვენის საშუალებით ღვიძლში მიედინება. საერთოდ ღვიძლის მეორადი კიბოს დროს პირველად ლოკალიზაციას უმთავრესად ადგილი აქვს კარის ვენის სისტემასთან დაკავშირებულ ორგანოებში: კუჭში, მსხვილ ნაწლავებში, პანკრეასში, სანაღვლე გზებში.

შრაიდერ-კოლკმა (Schraeder-Kolk, 1853) აღნიშნა, რომ ღვიძლი პირველი ორგანოა, რომელშიაც გასტროინტესტინალური ორგა-

ნოებიდან სიმსივნეების მეტასტაზირება წარმოებს პორტალური სისტემის საშუალებით.

სერეჟე (Serege) აყენებს თეორიას და ამტკიცებს, რომ v. porta-ში არის სისხლის ორი ნაკადი, რომელიც მიიმართება ღვიძლისაკენ ისე, რომ ერთმანეთში არ ირევა. ასე მაგალითად, სისხლის ნაკადი, რომელიც მიედინება ელენთის და ზემო მეზენტერიალური ვენებიდან, ერთმანეთში არ ირევა ლიქვორული ბარიერის ზეგავლენით. ის სისხლი, რომელსაც ორგანოები ზემო მეზენტერიალურ ვენას აწვდიან, გადადის ღვიძლის მარჯვენა წილში, ხოლო სისხლი, რომელსაც ორგანოები აწვდიან ელენთის და ქვემო მეზენტერიალურ ვენას, გადადის ღვიძლის მარცხენა წილში. აქედან გამომდინარე დუგლასი და გიფილანი (Douglass, Gieffillan, 1950), ლეფევრი (Lefevre, 1949) ემხრობიან იმ აზრს, რომ როდესაც ავადმყოფს აქვს კუჭის კიბო, რადიკალიზმის თვალსაზრისით, მარცხენა ჰეპატოლობექტომია უნდა იქნეს წარმოებული. მაგრამ ლორტა იაკობმა (Lortat Iacob) და რობერტმა (Robert, 1952) კუჭის კიბოს დროს ღვიძლის მარჯვენა წილის რეზექცია აწარმოეს, რადგანაც მეტასტაზი მარჯვენა წილში იყო და არა მარცხენაში. ასე რომ ის დებულება, თითქოს კუჭის კიბოს მეტასტაზირება ღვიძლის მარცხენა წილში იყოს, არ შეიძლება სარწმუნოდ ჩაითვალოს.

მოგვიანებითი მეტასტაზი შესაძლებელია ღვიძლის პირველადი სიმსივნის ამოკვეთის შემდეგაც განვითარდეს, ისე რომ ღვიძლში ლოკალური ცვლილებები არ იყოს გამოხატული, როგორც ეს 1950 წ. სოლომონის და კრეფსის (Solomon, Kreps) მიერ იყო აღწერილი. ავადმყოფს სიგმური კოლინჯი ამოეკვეთა ადენოკარცინომის გამო და ღვიძლში მეტასტაზი 26 წლის შემდეგ განვითარდა. გარდა ამისა აღწერილია შემთხვევა, როდესაც სიმსივნის პირველადი კერის ამოკვეთის შემდეგ, ღვიძლში სიმსივნის მეორადმა კერამ იწყო გაჩრობა. ეს იშვიათი შემთხვევა აღწერილია ფლეშერის (Fleteher) მიერ (1948).

არსებობს აზრი, რომ პირველადი სიმსივნის ამოკვეთის შემდეგ ღვიძლში არსებული მეტასტაზური კერაც უნდა იქნეს ლიკვიდირებული (ვანგენსტონი, 1945; ბრუნშვიგი, 1953; Wangensfeen, Brunschwig).

ხშირად ძნელია მხოლოდ პალპაციის საშუალებით იქნეს დადგენილი ღვიძლის მეტასტაზი, აშის დასამტკიცებლად შეიძლება ვილისის (Willis) მონაცემები მოვიყვანოთ. 31 შემთხვევაში, როდესაც სწორი ნაწლავის კიბოს გამო რადიკალური ოპერაცია გაკეთდა, ოპერაციის დროს პალპაციით ღვიძლის მეტასტაზი არ ყოფილა აღ-

მოჩენილი. ავადმყოფები დაიღუპნენ და გაკვეთაზე გამოირკვა, რომ 5 ავადმყოფს ღვიძლის ღრმა მეტასტაზი ჰქონდა, რომელიც ოპერაციის დროს ვერ იქნა აღმოჩენილი, ამიტომაა, რომ ოპერაციის დროს ჰეპატოგრამების წარმოებას დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით დიდი მნიშვნელობა ენიჭება. ღვიძლში შესაძლებელია როგორც იზოლირებული, ისე მრავლობითი მეტასტაზი არსებობდეს, მაგალითად, 10 ავადმყოფიდან, რომელთაც პანკრეასის კიბო ჰქონდათ, მხოლოდ ერთს აღმოაჩნდა ღვიძლის იზოლირებული მეტასტაზი. კუჭის კიბოს 21 შემთხვევიდან ღვიძლის იზოლირებული მეტასტაზი 2 ავადმყოფს აღმოაჩნდა.

ბრუნშვაგის მტკიცებით (1948), კუჭის ან განივი კოლინჯის კიბოს პირდაპირი გავრცელება ღვიძლზე შეუძლებელია, რადგანაც, მისი აზრით, გლისონის კაფსულა ეფექტურ ბარიერს წარმოადგენს ავთვისებიანი უჯრედების ინფილტრაციისათვის. ამიტომ უხშირესად ღვიძლში ავთვისებიანი სიმსივნის შეჭრა კაფსულის საშუალებით არ წარმოებს. ბრუნშვაგის ასეთი მტკიცება გლისონის კაფსულის დამცველობით უნარიანობაზე მიგვითითებს. გლისონის კაფსულა, რომელიც ნაღვლის ბუშტსა და ღვიძლს შორის არის მოთავსებული, არ წარმოადგენს ისეთ ეფექტურ ბარიერს, როგორც ეს ბრუნშვაგს აქვს წარმოდგენილი. ამას ამტკიცებს ავტორის დაკვირვება ნაღვლის ბუშტის კიბოს 14 შემთხვევაზე, სადაც 4 შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა კიბოს შეჭრას ღვიძლის პარენქიმაში ყოველგვარი მეტასტაზის არსებობის მიუხედავად.

სამის (Sam, 1940) მონაცემებით, ნაღვლის ბუშტის კიბოს გამო სიკვდილობა ამერიკის შეერთებულ შტატებში 6500 შემთხვევას უდრის ყოველწლიურად, ამიტომ დროულ დიაგნოზს და ოპერაციულ მკურნალობას დიდი მნიშვნელობა ენიჭება აღნიშნული დაავადების დროს.

იონესის (Jones, 1950) და ბარევესკის (Bareveszy 1924) მონაცემებით, ნაღვლის ბუშტის კიბოს 0,34%-მდე აქვს ადგილი, ვალტერით (Walther, 1948) — 2,1%, ლინგვორტით (Lingworth, 1935) — 2,8%, შორნაგელით (Schornagel, 1954) — 3,8%, ლავით (Lav, 1940) — 4,5%, გრაჰამით (Graham, 1931) — 6%-ში.

ნაღვლის ბუშტის კიბო ქალებში უფრო ხშირია მამაკაცებთან შედარებით. ამ დაავადების საშუალო ასაკი 65 წელია, თუმცა ბეირინგს (Beiring, 1946) იგი 13 წლის ასაკში შეხვედრია.

ნაღვლის ბუშტის პირველადი კიბო, ფინკელშტეინის მონაცემებით, 0,3%-ს არ აღემატება ყველა ორგანოს კიბოსთან შეფარდებით.

დავიდოვსკის მონაცემებით, ღვიძლის და სანაღვლე გზების კიბო 5%-ს შეადგენს; აქედან ღვიძლის კიბო აღინიშნება 2,2%-ში, სანაღვლე გზების კიბო — 2,8%-ში.

ი. ტატიშვილის, თ. დეკანოსიძის და უ. გაბუნიას მონაცემებით, ნაღვლის ბუშტის და სანაღვლე გზების კიბო სექციურ მასალაზე (1923—1958) ნახულია 108 შემთხვევაში.

ლიტერატურის მონაცემებით ირკვევა, რომ ქოლელითიაზის დროს კიბოს სიხშირეს 3%-ში აქვს ადგილი, ასევე ცნობილია, რომ ნაღვლის ბუშტის პირველადი კიბოს დროს შემთხვევათა 95%-ში ნაღვლის ბუშტში კენჭებია ნახული. რაც შეეხება ნაღვლის ბუშტის მეორად კიბოს, ამ დროს კენჭების არსებობა ფრიად იშვიათია.

აღნიშნული ფაქტიდან გამომდინარე, არსებობს მოსაზრება, რომ ხანგრძლივად არსებული ქოლელითიაზი ხელშემწყობ პირობებს ქმნის სიმსივნის განვითარებისათვის. კენჭების მნიშვნელობას კიბოს განვითარების საქმეში არა მარტო კლინიკური და პათოლოგიურ-ანატომიური მონაცემები, არამედ ექსპერიმენტული დაკვირვებებიც ადასტურებს. მაგალითად, გოჭის ნაღვლის ბუშტში სტერილური პარაფინი ან ადამიანის ნაღვლის ბუშტში კენჭების ნატეხები შეჰყავდათ და ხანგრძლივი დროის გავლის შემდეგ ნაღვლის ბუშტის კედლის ეპითელიუმის მეტაპლაზია ვითარდებოდა ატიპიური კერებით (ბარლოუსი, 1918; ლაიჩი, 1924; პეტროვი, კროშკინი და სხვები). საბოლოო აზრი ასეთია, რომ ხანგრძლივად არსებულ კენჭებს სანაღვლე გზებში მნიშვნელობა აქვს აღნიშნული მიდამოს პირველადი სიმსივნის განვითარების საქმეში. ნაღვლის ბუშტის კიბო იწყება იმ ზედაპირიდან, რომლითაც იგი ღვიძლთან არის დაკავშირებული და ადრე იძლევა გავრცელებას ღვიძლის ქსოვილში და მეტასტაზირებას რეგიონარულ მიდამოებში, სახელდობრ პანკრეასის თავისაკენ, კუჭისა და თორმეტგოჯანაწლავისაკენ, ზოგჯერ უფრო შორსაც კი, მაგალითად საკვერცხეებში.

ნაღვლის ბუშტის კიბოს და ქოლელითიაზს შორის გარკვეულ დამოკიდებულებებს ჯერ კიდევ 1861 წ. აღნიშნავდა ფრერიხსი. ნაღვლის ბუშტის კიბოს დროს კენჭები ნაღვლის ბუშტში ვალტერის მიერ შემთხვევათა 65%-შია ნახული, ფინსტერერის მიერ (1932) — 94%-მდე.

კრამპის მიერ (Cramp, 1931) გარკვეული კანონზომიერება იყო ნახული ბილიარული ტრაქტის ქოლელითიაზსა და ავადმყოფის ასაკს შორის, რასაც ავტორი გარკვეულ მნიშვნელობას ანიჭებს სანაღვლე გზების კიბოს განვითარების საქმეში. მისი მონაცემებით, ქოლელითიაზის 70%-ში კიბო იყო ნახული.

ვალტერის და სნელის (1940) მონაცემებით, ირკვევა, რომ ქოლელითიაზის და ქოლეცისტიტის დროული დიაგნოზი და სათანადო ქირურგიული მკურნალობა ნაღვლის ბუშტის კიბოს არსებობის დადგენის შესაძლებლობას იძლევა.

ნაღვლის ბუშტში კიბო ლოკალიზაციის მიხედვით შემდეგნაირად ნაწილდება: ფუნდუსში მისი ლოკალიზაცია 54%-შია აღნიშნული, ყელის მიდამოში — 9%, კედელში, რომელიც უშუალოდ ღვიძლს ეხება, — 27%-ში. ვადხეიმის (Wadheim) და სხვა ავტორთა მონაცემებით, ხშირად ძნელია განისაზღვროს, თუ რომელი ლოკალიზაციის კიბოსთან გვაქვს საქმე, განსაკუთრებით ძნელდება დაგვიანებულ შემთხვევებში.

ევინგის (Ewing) მონაცემებით, ნაღვლის ბუშტში კიბო ჯერ პაპილომატური პროლიფერაციის, ანდა ლორწოვანის გამკვრივების სახით წარმოიშობა. ზოგჯერ ლორწოვანზე წყლულოვანი კერა ვითარდება. არსებობს გარკვეული კავშირი სიმსივნის მაკროსკოპულ ფორმასა და მის ჰისტოლოგიურ აგებულებას შორის. იმ შემთხვევაში, როდესაც უმთავრესად ტუმორული სტრომაა გამოხატული, სიმსივნე მკვრივი კონსისტენციისაა, რომლის დროსაც ნაღვლის ბუშტის შეჭმუხნილი კედელი მჭიდროდაა დაკავშირებული კენჭებთან. სიმსივნის მეორე ტიპის დროს ადგილი აქვს საწინააღმდეგო მდგომარეობას. ამ დროს ნაღვლის ბუშტი დიდი მოცულობისაა, მოსაზღვრე ორგანოებთან ჩვეულებრივ დაკავშირებულია უბრალო შენაზარდის სახით ან ფისტულის საშუალებით. ასეთი სიმსივნე რბილი კონსისტენციისაა, ჩვეულებრივ მედულარულ კარცინომას წარმოადგენს, სადაც ცელულარული ელემენტები მეტია სტრომის ელემენტებთან შედარებით. როგორც აღნიშნული გვქონდა, პირველადი ტიპის სიმსივნე შეჭმუხნილია, ქვასავით მკვრივია და ჰისტოლოგიურად ადენოკარცინომას ან კარცინომას წარმოადგენს, რომელიც არ არის დამოკიდებული უჯრედოვან ელემენტებზე.

გრეის და შარპის (Gray, Scharpe, 1941) მონაცემებით, ოპერაციისშემდგომი პლანოცელულარული კარცინომა დაახლოებით შემთხვევათა 4,5%-ში მიიღება. მეორე ტიპის სიმსივნე რბილი კონსისტენციისაა, განაკვეთზე მოთეთრო ფერისაა, მისი შიგთავსი დაშლილი ნეკროზული მასით არის ამოვსებული. ასეთი ფორმის დროს პერფორაცია სხვადასხვა ორგანოებშია შესაძლებელი, მაგალითად კუჭში, თორმეტგოჯანაწლავში, კოლინჯში და ზოგჯერ თვით ღვიძლში. რიდელით (Ridel, 1911) ჰისტოლოგიურად ასეთი სიმსივნე არის Carcinoma Solidum alveolare ან შეიძლება იყოს ადენოკარცი-

ნომა, ანდა კარცინომა, რომელიც არ არის დამოკიდებული უჯრედების განვითარებაზე.

ნაღვლის სადინარების კიბოს ტიპიურ შემთხვევებში კლინიკურად ახასიათებს კურვუაზიეს სიმპტომი, ნაღვლის ბუშტის გადიდება, სიყვითლე, დაავადების უმტკივნეულოდ და უტემპერატუროდ განვითარება, მაგრამ არის გამონაკლისი შემთხვევები, როდესაც დაავადება ტკივილით და ტემპერატურით მიმდინარეობს, ამიტომ ზოგჯერ ზუსტი დიაგნოზის დასმა ძნელი ხდება. ზოგჯერ ოპერაციის დროს ჰისტოლოგიური გამოკვლევის გარეშე არ შეიძლება კატეგორიულად ითქვას აქვს თუ არა ადგილი კიბოს არსებობას. ეს პირველ რიგში კიბოს ადრეულ ფორმებს ეხება. შორსწასულ შემთხვევებში დიაგნოზი უფრო ადვილად ისმება, მაგრამ სამაგიეროდ მკურნალობა უშედეგოა. შორსწასულ შემთხვევებში ავადმყოფს აქვს კახექსია, სიყვითლე, უსწორ-მასწორო, ხორკლოვანი მკვრივი სიმსივნე თანდართული ასციტით.

უნდა აღინიშნოს, რომ ქოლელითიაზის დროს დროული ქირურგიული მკურნალობა საუკეთესო პროფილაქტიკურ საშუალებად ითვლება ნაღვლის ბუშტის კიბოს წინააღმდეგ. ვინაიდან ნაღვლის ბუშტის კიბო ქალებში მოხუცებულობის ასაკში გვხვდება, ამიტომ 40 წლის შემდეგ ქოლელითიაზის არსებობის შემთხვევებში, როგორც წესი, დროულად უნდა გაკეთდეს ოპერაცია ქოლეცისტექტომიის სახით. ამრიგად, ამჟამად გადაწყვეტილად ითვლება ის მდგომარეობა, რომ ქოლელითიაზი ხელს უწყობს სანაღვლე გზებში კიბოს განვითარებას.

ნაღვლის ბუშტის სიმსივნეებს ვებერი (1927) ხარისხებად ჰყოფს. პირველი და მეორე ხარისხის დროს დიაგნოზის დასმა არ არის ადვილი, რადგანაც, როგორც წესი, ასეთი სიმსივნე პალპაციით არ ისინჯება. 14 შემთხვევიდან ერთხელ გახდა შესაძლებელი სიმსივნის გასინჯვა, მესამე და მეოთხე ხარისხის სიმსივნე მეტასტაზებს 50%-ში იძლევა. მისი გასინჯვა პალპაციით შესაძლებელია. მაგალითად, 16 შემთხვევიდან 12 შემთხვევაში გაისინჯა სიმსივნე. სიმსივნეების ასეთ გრადაციას ერთნაირი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს მკურნალობის მეთოდის გამოყენების და პროგნოზის თვალსაზრისით.

ვალხეიმს და სხვებს მიაჩნდათ, რომ მეტასტაზების სიხშირე ანაპლაზიის ზრდაზეა დამოკიდებული. პირველი ხარისხის კიბოს დროს მას ადგილი აქვს შემთხვევათა 25%-ში, მეორე ხარისხის დროს — 64%; მესამეს დროს — 88% და მეოთხე ხარისხის დროს — 100%-ში. შეიძლება აღინიშნოს, რომ მკვრივი, ქვასავით შეჭმუხნი-

ლი მასა ე. წ. სიმსივნეების ციროზული ფორმაა, რომელიც ნაღვლის ბუშტის ფუნდუსზე იზოლირებულად წარმოიშვება და ქირურგიული მკურნალობისათვის უფრო მოსახერხებელია, ვიდრე მისი გავრცელებული ფორმა.

პირველი ორგანო, რომელიც ნაღვლის ბუშტის კიბოს დროს ავადდება, არის ღვიძლი. პაიერმა (1908) აღნიშნა, რომ როდესაც ჯერ კიდევ მაკროსკოპულად არ იყო გამოხატული ნაღვლის ბუშტის კიბოს არსებობის ნიშნები, მიკროსკოპულად დადგენილ იქნა ღვიძლის კიბო. ვადხეიმის მასალის მიხედვით ირკვევა, რომ ნაღვლის ბუშტის კიბოს დროს 67,5%-ში მაკროსკოპულად ადგილი ჰქონდა ღვიძლში კიბოს არსებობასაც. ამიტომ სანამ დაიწყებოდეს ოპერაცია ნაღვლის ბუშტზე, უნდა გაირკვეს, ღვიძლის რა ნაწილია ამოსაკვეთი. პრაქტიკულად ისმის საკითხი, თუ რა ხარისხით არის კიბო ღვიძლზე გადასული.

თუ ნაღვლის ბუშტის კარცინომის დიაგნოზის დაზუსტების საკითხი ჯერჯერობით არ დგას თავის სიმაღლეზე, ეს კიდევ არ ნიშნავს იმას, რომ მომავალში ამ მხრივ არ იქნება გარკვეული მიღწევები.

საინბურგის და გარლოკის (Sainburg, Garlock) მონაცემებით, ნაღვლის ბუშტის კიბოს დიაგნოზი ოპერაციამდე დადგენილი იყო შემთხვევათა 23%-ში, რიდელის (Riedel) მონაცემებით კი, ავადმყოფებზე გულდასმითი დაკვირვებების შედეგად დიაგნოზი შემთხვევათა უფრო მეტ პროცენტში იყო დასმული. ამჟამად ნაღვლის ბუშტის კიბოს შესახებ ისეთი შეხედულებაა, რომ დიაგნოზი აღრეულად რომ იყოს დასმული, ოპერაცია მაინც უშედეგოა. ამას ამტკიცებს ბლალოკის (Blalock, 1944) მონაცემები.

სუმი და ვილემსი (Suma, Villams, 1947) იძლევიან ნაღვლის ბუშტის კიბოს 47 შემთხვევას, საიდანაც 23 შემთხვევაში გაკეთდა ოპერაცია. ქოლეცისტექტომია ამათგან ექვსმა ავადმყოფმა გადაიტანა. აქედან უახლოეს დროში 4 ავადმყოფი დაიღუპა. ეს ისეთი შემთხვევებია, როდესაც ქირურგი ოპერაციის დროს კიბოზე არ ფიქრობდა და მხოლოდ მიკროსკოპული გამოკვლევით იყო დადგენილი კიბოს არსებობა.

აღნიშნული ფაქტები ასაბუთებს კერის დებულებას, რომელიც პიონერად ითვლება ნაღვლის ბუშტის ქირურგიული დაავადების მკურნალობის საქმეში. 1913 წ. მან გამოაქვეყნა ბილიარულ სისტემაზე მის მიერ გაკეთებული 2000 ოპერაციის ანალიზი. აქედან 179 შემთხვევა ნაღვლის ბუშტის კიბოს შეეხებოდა. ამ უკანასკნელთაგან მხოლოდ ორი ავადმყოფი ყოფილა განკურნებული. ამ ორ შემთხვე-

ვაშიც ავადმყოფებს ნაღვლის ბუშტი ამოეკვეთათ ემპიემის დიაგნოზით და მხოლოდ მიკროსკოპული შესწავლით იქნა დადგენილი კიბოს არსებობა. ბუშტის გაკვეთის შემდეგ მაკროსკოპული მონაცემების საფუძველზედაც გამოთქმულია აზრი კიბოს არსებობის შესაძლებლობის შესახებ. ჯერ კიდევ წარსულში იყვნენ ისეთი გაბედული ქირურგები, როგორიცაა პაერი (1908), რომელიც ნაღვლის ბუშტის კიბოს დროს არა მარტო ქოლეცისტექტომიას აკეთებდა, არამედ ღვიძლის დაავადებული წილის რეზექციასაც აწარმოებდა. უკანასკნელ ხანებში ამ მხრივ განსაკუთრებით აღსანიშნავია ტორეკი (Thorek, 1947), შეინფელდი (Sheinfeld, 1947), მასი და დიუბურგი (Mass, Duburg, 1950).

ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში ღვიძლისა და სანაღვლე გზების კიბოს 134 შემთხვევაა გატარებული. როგორც აღნიშნული მასალის განხილვა ნათელყოფს, ავადმყოფთა უმრავლესობამ დაგვიანებით მომართა სტაციონარულ მკურნალობას. სწორედ ამის შედეგია ის მდგომარეობა, რომ მხოლოდ 81 ავადმყოფს გაუკეთდა ოპერაცია და ამათგან 69 შემთხვევაში ოპერაცია საცდელი ლაპაროტომიით შემოიფარგლა. ღვიძლის რეზექცია მხოლოდ 2-ჯერ აღმოჩნდა შესაძლებელი, ქოლეცისტოგასტროსტომია 7-ჯერ იყო ნაწარმოები, ხოლო ქოლეცისტექტომია ნაღვლის ბუშტის კიბოს დროს— სამჯერ. ნაოპერაციებ ავადმყოფთაგან გარდაიცვალა 7, უმრავლესობა კი უცვლელ ან მძიმე მდგომარეობაში გაეწერა კლინიკიდან.

აღნიშნულ შემთხვევათა ანალიზი და ლიტერატურის მიმოხილვა ნათლად ამტკიცებს, რომ ღვიძლისა და სანაღვლე გზების ავთვისებიანი სიმსივნეების დროული დიაგნოსტიკა ვერ დგას სათანადო სიმაღლეზე, რის გამოც მკურნალობის შედეგები არ არის სახარბიელო.

ყველაზე დიდი მნიშვნელობა ღვიძლის პირველადი კიბოს მკურნალობას ენიჭება. მეტასტაზურ სიმსივნეებზე რადიკალური ოპერაციის წარმოება თითქმის არასოდეს არ ხერხდება და მკურნალობა პალიატური საშუალებებით იფარგლება. საინტერესოა აღინიშნოს არიელის (Ariel) მიერ აღწერილი მეთოდიკა ღვიძლის მეტასტაზური სიმსივნეების მკურნალობისა თვით სიმსივნურ ქსოვილში რადიოაქტიური იზოტოპების შეყვანის გზით. აღნიშნული მეთოდით მკურნალობისათვის სამი იზოტოპი გამოიყენება: რადიოაქტიურ იტრი— 90, კოლოიდური ქრომიანი ფოსფორი ($CrP_{23}O_4$) და რადიოაქტიური კოლოიდური ოქრო (Au^{198}). ამ მეთოდით ავტორის მიერ ღვიძლის მეტასტაზური კიბო 13 შემთხვევაშია ნამკურნალები. დამატებით ინტრავენურად ან ინტრაარტერიულად შეყავდათ ქიმიათერაპიული პრეპარატები. ავადმყოფთა უმრავლესობაში მიღწეული იყო

ტკივილის შემცირება, ზოგიერთ მათგანს კი დაუპატარავდა სიმსივნური წარმონაქმნი.

როგორც აღნიშნული გვქონდა, მნიშვნელოვანია ღვიძლის პირველადი კიბოს მკურნალობა, სადაც დროული დიაგნოზის შემთხვევაში რადიკალური ოპერაციის წარმოების საკითხი დგება. რადიკალური ოპერაცია ღვიძლის პირველადი კიბოს დროს პირველად ვენდელმა გააკეთა 1911 წ. და მიიღო ხანგრძლივი დამაკმაყოფილებელი შედეგი. შრედერის მიერ ოპერირებულმა ავადმყოფმა 7 წელი იცოცხლა (Shröder). ოპერაციის ტექნიკა მდგომარეობს დაავადებული წილის რეზექციაში.

ვ. პ. ლონგმირს და ს. ა. მარაბლას (W. P; Longmire, S. A. Marable, 1961) მოჰყავთ 9 ავადმყოფის მდგომარეობის ანალიზი, რომელთაც გაკეთებული ჰქონდათ ღვიძლის მასიური რეზექცია კიბოს, ჰემანგიომის და ადენომის გამო. 6 ავადმყოფი თავს კარგად გრძნობს (დაკვირვების დროს — სამი კვირიდან ექვსწლამდე). ერთი ავადმყოფი ცოცხალია ღვიძლის ადენომის ოპერაციის შემდეგ.

ჟ. ბ. ბორმანს, ა. ჟ. ჰარლოტს, დ. მორისს (J. B. Borman, A. S. Harleott, D. Morris, 1961) მოჰყავთ ჰეპატობლასტომის გამო ღვიძლის მარცხენა წილის ამოღების შემთხვევა 7 წლის ბავშვზე კარგი შედეგით. ამ ავტორთა აზრით, ჰეპატობლასტომების დროს ბავშვთა ასაკში სასწრაფო ოპერაციაა ნაჩვენები.

როგორც ცნობილია, ტექნიკურ სიძნელეს წარმოადგენს სისხლდენის ლიკვიდირება.

უნდა აღინიშნოს, რომ საბჭოთა ავტორები დიდ ყურადღებას აქცევენ ღვიძლის რეზექციის საკითხს. ვ. დ. კიკნაძის გაპოკვლევებით. ღვიძლის ზომიერი რეზექცია, ქირურგიული თვალსაზრისით, წარმოადგენს ხელმისაწვდომ და ნაკლებად საშიშ ოპერაციულ ჩარევას და ცხოველის ორგანიზმში მიმდინარე ბიოლოგიური პროცესების ღრმა ცვლილებებს არ იწვევს. ვრცელი რეზექციის შემდეგ, აღნიშნავს ავტორი, ღვიძლის ფუნქციური უკმარისობის ხარისხი რეზეცირებული ღვიძლის ოდენობის პროპორციულია და ღვიძლის ქსოვილის რეგენერაციის მიხედვით კომპენსირდება უახლოეს დღეებში.

ა. ვ. მარტინოვი, ს. ს. გირგოლავი, ბ. ვ. პეტროვსკი მუშაობდნენ სისხლდენის შეჩერების საკითხზე ღვიძლის რეზექციასთან დაკავშირებით. ნაკლებად არის დამუშავებული მარჯვენა წილის რეზექციის საკითხი. ა. მ. დიხნოს მიერ ღვიძლის სიმსივნის გამო მარჯვენა წილია რეზეცირებული. მისი აზრით, კარის ვენის მარჯვენა ტოტის და ღვიძლის არტერიის თანამოსახელე ტოტის იზოლირებული გადაკვანძვა საიმედოს ხდის სასიკვდილო სისხლდენის და ჰაეროვანი ემ-

ბოლიის საშიშროების თავიდან აცილებას მარჯვენა წილის ამოღებისას. რადიკალური ოპერაციების ერთეული შემთხვევები ღვიძლის პირველადი კიბოს დროს სხვა ავტორების მიერაც არის აღწერილი, მაგრამ უნდა ითქვას, რომ აღნიშნული რადიკალური ოპერაციები ამ პათოლოგიის დროს ჯერჯერობით არ არის მასობრივად გამოყენებული. ამის მთავარი მიზეზი იმაშია, რომ დაავადება ადრეულ სტადიაში არ იძლევა რაიმე კლინიკურ გამოვლინებას და ავადმყოფები დაგვიანებით მიმართავენ ხოლმე სამკურნალო დაწესებულებას.

ღვიძლისა და სანაღვლე გზების ექინოკოკოზი და ასკარიდოზი

ღვიძლის ექინოკოკი ადამიანისა და ცხოველის დაავადებას წარმოადგენს და გამოიწვევა ლენტისებრი ჰელმინთით (Echinococcus granulosus). როგორც კლინიკურად, ისე მორფოლოგიურად ექინოკოკური დაავადება შეიძლება ორ ფორმად დაიყოს—ჰიდატიდოზურ Echinococcus unilocularis s. hydatidosus) და ალვეოლურ ფორმებად (Echinococcus muetilocularis s. alveolaris). სიხშირის მიხედვით პირველი ადგილი ჰიდატიდოზურ ექინოკოკს მიეკუთვნება. ალვეოლური ექინოკოკი კი შედარებით იშვიათად გვხვდება.

ჰიდატიდოზური ექინოკოკის გამომწვევად წვრილი ლენტისებრი ჰელმინთი ითვლება, რომლის სიგრძე 2,6 მმ უდრის. იგი შესდგება თავისგან, რომელიც კაუჭებს შეიცავს, და ტანისაგან. ეს უკანასკნელი იყოფა 3—4 ნაწილად, ანუ პროგლოტიდებად. ბოლო სეგმენტში საშვილოსნოა მოთავსებული, რომელიც 80-მდე კვერცხს შეიცავს. კვერცხები დიდი გამძლეობით ხასიათდება. ასე მაგალითად წყალში ცხოველმყოფელობას ისინი 12 დღის განმავლობაში ინარჩუნებენ, მშრალ ადგილას კი 0° ტემპერატურაზე—116 დღე. მომწიფებული ფორმის ჰელმინთი ძაღლის წვრილ ნაწლავებში მოიპოვება, ამიტომ ძაღლი აღნიშნული პარაზიტის საბოლოო პატრონად არის ცნობილი. ჰელმინთის კვერცხები გამოდიან ძაღლის ფეკალურ მასებთან და აბინძურებენ რა საკვებს, ადამიანის ორგანიზმში უმთავრესად კუჭ-ნაწლავის ტრაქტით ხვდებიან. ალიმენტარული გზით შეჭრილი კვერცხი ადამიანის, წვრილ-და მსხვილფეხა რქოსანი საქონლის ორგანიზმში თავისუფლდებიან გარსისაგან და აქტიური ან პასიური მოძრაობით გადიან ნაწლავის ან კუჭის ლორწოვან გარსში, საიდანაც, სისხლის კაპილარების საშუალებით პორტულ სისტემაში და ყველაზე უფრო ხშირად ღვიძლში ჩერდებიან, შემდეგ ფილტვებში და მარცხენა გულით და სისხლის მიმოქცევის დიდი წრით შეუ-

ლიათ ყოველ ორგანოში შეჩერდნენ და ჩვეული განვითარება დაიწყონ.

ექინოკოკის ორგანიზმში შეჭრის მთავარ გზას რომ კუჭ-ნაწლავის ტრაქტი წარმოადგენს, ამას ავტორთა უმრავლესობის მონაცემებიც ადასტურებს.

ჩიჟოვი ძაღლებს აჭმევდა ექინოკოკის ჩანასახების შემცველ ემულსიას, რის შედეგად მან ექინოკოკის შეჭრის უმთავრეს ადგილად წვრილი ნაწლავის ლორწოვანი აღიარა. ამასვე ლაპარაკობს დევეს ექსპერიმენტული გამოკვლევანი.

როგორც აღნიშნული გვქონდა, ორგანიზმში ექინოკოკის ბუშტუკოვანი სტადიის ლოკალიზაციის უხშირეს ადგილს ღვიძლი წარმოადგენს, რადგან ის არის კუჭ-ნაწლავის სისხლის პირველი ფილტრი და ონკოსფერო უხშირესად მასში უნდა დაილექოს. მნიშვნელობას ანიჭებენ აგრეთვე ღვიძლის კაპილარების და ონკოსფეროს დიამეტრის სხვადასხვაობას. ექვსკავიანი ემბრიონის დიამეტრი 22—28 მიკრონს აღწევს, ღვიძლის კაპილარის კი — 6—12 მიკრონს. აღნიშნული მდგომარეობა ქმნის ექინოკოკის ღვიძლში განვითარების ხელსაყრელ პირობებს.

საერთოდ ჩანასახის შეჩერება რომელიმე განსაზღვრულ ადგილას შეიძლება აიხსნას მხოლოდ მექანიკური პირობებით, სახელდობრ ჩანასახის ზომით და იმ სანათურის სივიწროვით, რომელშიც მან უნდა გაიაროს.

სხვადასხვა ავტორის სტატისტიკური მონაცემებით, ღვიძლში პარაზიტის განვითარების შემთხვევები 50—80% შორის მერყეობს.

ს. ი. სპასოკუკოცკი აღნიშნავს: „ექინოკოკის ცნებასთან იმდენად მჭიდროდ არის დაკავშირებული წარმოდგენა ღვიძლზე, რომ ყოველგვარი სხვა ლოკალიზაცია ითვლება იშვიათ გამონაკლისად".

მოგვყავს იზოტოვას მიერ შეკრებილი სტატისტიკური მასალა, რომელიც იხილავს ღვიძლში ექინოკოკის განვითარების სიხშირეს სხვადასხვა ავტორთა მონაცემებით.

ა ვ ტ ო რ ი	დაკვირვების წელი	ექინოკოკის შემთხვევათა რაოდენობა	ღვიძლის ექინოკოკის შემთხვევათა რაოდენობა	% %
ნაპალკოვი .	1925	41	33	80
რუსანოვი .	1925	54	40	74
სოლოვიოვი .	1930	59	37	62
ოსტროუმოვი .	1935	55	44	80
დანილიაკი	1935	539	378	70
კეროპიანი	1930	667	467	70
ავტორის მონაცემები	1914	64	50	78,1
კომახიძე, სირია .	1919—1960	450	214	

გ. მ. მუხაძის და მ. კ. ჩაჩავას მონაცემებით, ღვიძლში ექინოკოკის ლოკალიზაციის სიხშირე 75,5% უდრის, ვ. ვ. ტოკარენკოთი — 63,9, მელქონიანით—78%. ჩვენი მონაცემებით (1919—1960), ექინოკოკის 450 შემთხვევიდან ღვიძლში მისი ლოკალიზაცია 214 შემთხვევაში აღინიშნებოდა.

ბრუმპტი ღვიძლში ექინოკოკის სიხშირეს შემდეგნაირად ხსნის: ის ფიქრობს, რომ ონკოსფეროების არაჩვეულებრივი ელასტიკურობა და კაპილარების სანათურთან შეგუების უნარი ლაპარაკობს ღვიძლის კაპილარებში მათი მექანიკური შეჩერების საწინააღმდეგოდ. მისი აზრით, ადამიანის ამა თუ იმ ორგანოს აქვს განსაზღვრული „მიმზიდველი ძალა“ ექინოკოკის ჩანასახის მიმართ, ისინი აღჭურვილი არიან ამა თუ იმ ხარისხის ტროპიზმით. ყველაზე მეტი ტროპიზმი ექინოკოკის მიმართ ღვიძლის ქსოვილს აღენიშნება (ციტირ. ბაგრამოვით).

მრავალი ავტორის მიერ აღნიშნულია ექინოკოკით ღვიძლის მარჯვენა წილის უფრო ხშირი დაავადება მარცხენასთან შედარებით. სოლოვიოვის, ჟმაკინის, დანილიაკის, ლანგებრუხისა და ფრენგენჰეიმის აზრით, იგი კარის ვენის თავისებურ შენებაზეა დამოკიდებული. მისი მარჯვენა ტოტი უფრო განიერია და ძირითადი ღერძიდან გამოღის შედარებით სწორი კუთხის ქვეშ, რის გამოც პარაზიტი უფრო ხშირად და ადვილად შეიტანება მარჯვენა წილში, ვიდრე მარცხენაში.

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში შეჭრილი ექინოკოკის კვერცხი შეიძლება პირდაპირ სანაღვლე სადინარებშიც შეიჭრეს. აქ პარაზიტი ხვდება განვითარებისათვის ხელსაყრელ პირობებში და შესაძლებელია მიაღწიოს დიდ სიდიდემდე; იგი დაიტევს ათეულ ლიტრ სითხეს და შვილეულ ბუშტუკებს. განსაკუთრებულ ზომას აღწევენ ცენტრალური ნაწილიდან გამოსული ბუშტუკები, ამ მხრივ უდიდესი მნიშვნელობა აქვს სისხლით მომარაგებას პარაზიტული ბუშტის მიდამოში. ღვიძლზე პერიფერიულად მდებარე ბუშტები შედარებით მცირე ზომისა არიან.

ექინოკოკის სანაღვლე გზებში განვითარების საკითხი ჯერჯერობით გამოურკვეველია. ავტორთა ერთ ჯგუფს შესაძლებლად მიაჩნია მისი პრველადად განვითარება, ავტორთა უმრავლესობა კი სანაღვლე გზებში ექინოკოკის განვითარებას მეორად მოვლენად მიიჩნევს.

კიუხენმეისტერის აზრით, ექინოკოკის ემბრიონის სამი სახე არსებობს იმის მიხედვით, თუ ღვიძლის რომელ სისხლძარღვებში წარმოებს მათი განვითარება: 1. კარის სახე, განვითარებული კარის ვენის სისტემაში, 2. ლიმფური სახე, განვითარებული ღვიძლის ლიმ-

ფურ სადინარებში და 3. სანაღვლე სახე, რომლის განვითარება ნაღვლის სადინარებში ხდება.

სანაღვლე გზების ექინოკოკს ფინკელშტეინი სამ ჯგუფად ჰყოფს: 1. ნაღვლის ბუშტის იზოლირებული ექინოკოკი, 2. ნაღვლის სადინარების ექინოკოკი და 3. რომელიმე მეზობელი ორგანოს ექინოკოკი, რომელიც იწვევს სანაღვლე გზებზე ზეწოლას. სანაღვლე გზებში ექინოკოკის განვითარების ინვაზიათობის მიზეზს, გოლკინის აზრით, წარმოადგენს ნაღვლის დამღუპველი თვისებები ექინოკოკის ემბრიონის მიმართ.

ნაღვლის ბუშტის ექინოკოკი კლინიკურად ბუშტის წყალმანკის ან ემპიემის სურათს იძლევა. ხშირია ექინოკოკის ბუშტის გახსნა ნაწლავთა ტრაქტის ექსტრაჰეპატურ გზებში, რასაც შესაძლებელია ქოლანგიტი დაერთოს.

ორგანიზმში ამა თუ იმ გზით შეჭრილი ექინოკოკის კვერცხი თავისი ირგვლივი გარსის დაკარგვის შემდეგ ფინოზურ ფორმაში გადადის. იგი ორგანიზმში ძლიერ ნელი ტემპით იზრდება.

დევესა და დიუს გამოკვლევებით, ღორის ღვიძლში ექინოკოკის ონკოსფერო, რომელიც დასაწყისში წარმოადგენს 0,03—0,4 მმ დიამეტრის პროტოპლაზმურ სხეულაკს, შეიძლება აღმოჩენილი იქნეს 3—12 საათის შემდეგ. 60 საათის შემდეგ პარაზიტი თვალსაჩინოდ დიდდება. მეოთხე დღის შემდეგ ამ პარაზიტის ცენტრში ჩნდება ვაკუოლა, რაც ღრუს შიგნიდან გაფორმების პირველ ნიშანს წარმოადგენს. შვიდი დღის შემდეგ პარაზიტი ღებულობს ნორმალურ ფორმას და აღწევს 0,05—0,07 მმ დიამეტრს.

როგორც ცნობილია, ექინოკოკი ადამიანის ორგანიზმში ძლიერ ნელა იზრდება, რის გამოც გვიან ავლენს დამახასიათებელ სიმპტომებს. ზოგჯერ ამა თუ იმ ორგანოში წლობით არსებული ექინოკოკის ბუშტი ადამიანისათვის შეუმჩნეველი ხდება და მისი აღმოჩენა ხშირად შემთხვევით მოვლენას წარმოადგენს.

დიუ იძლევა ექინოკოკის განვითარების შემდეგ ტემპებს: 30-ე დღეს ზომა აღწევს 0,25—0,35 მმ, მესამე თვის ბოლოს—4,0—5,0 მმ და მეხუთე თვეს კი ზომები უფრო მეტად იზრდება.

მართებულია ვიფიქროთ, რომ ექინოკოკით დასნებოვნება უხშირესად ახალგაზრდა ასაკში (ბავშვობაში) წარმოებს, მაგრამ ექინოკოკის ძლიერ ნელი ზრდის გამო, მისი გამოვლინება გვიან ხდება.

ექინოკოკის ამოცნობა ზოგჯერ ძნელია და დიაგნოზის დაზუსტება ხშირად დამხმარე გამოკვლევების ჩატარებას საჭიროებს.

ანამნეზურ ცნობებს, განსაკუთრებით კი ავადმყოფის პროფესიას, გარკვეული მნიშვნელობა ენიჭება, რადგან მრავალი ავტორის მიერ არის აღიარებული, რომ მეცხვარეები, მწყემსები და საერთოდ

ცხოველებთან მეტ კონტაქტში მყოფი ადამიანები ექინოკოკით დაავადების უფრო ხშირი მატარებელი არიან.

უნდა აღინიშნოს, რომ წლების განმავლობაში ღვიძლის ექინოკოკი უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. გამოვლინება დაიწყება მაშინ, როდესაც კაფსულა დაიჩირქება და ღვიძლზე ზეწოლის ნიშნები გამოიხატება. კლინიკურად ღვიძლის ექინოკოკი სხვადასხვა ადამიანში სხვადასხვაგვარად მიმდინარეობს. ზოგიერთი ავადმყოფი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში ძლიერ ტკივილს უჩივის, აწუხებს სიმძიმის გრძნობა, მუცლის ზედა ნახევარში საკვების მიღებასთან დაკავშირებით, ჯაჭონაყარი და ზოგადი სისუსტე. ობიექტური გასინჯვით ყურადღებას იპყრობს ღვიძლში არსებული ცვლილებები. დაზიანებული წილი გადიდებულია და მცირედ მტკივნეულია პალპაციით. სიმსივნის ზედაპირი სადაა, ელასტიკურია და ხშირად ადვილია მისი ცისტური ბუნების დადგენა. ექინოკოკის დიდი ბუშტების შემთხვევებში, მაშინ როდესაც ისინი სანაღვლე გზებზე ზეწოლის მოვლენებს იძლევიან, ავადმყოფებს შესაძლებელია სიყვითლე გამოუვლინდეთ. ზოგჯერ მეორადად ასციტი და ქვემო კიდურების შეშუპებებიც არის მოსალოდნელი.

მიზანშეწონილად მიგვაჩნია მოვიყვანოთ ერთი საინტერესო შემთხვევა ჩვენი კლინიკის მასალიდან.

ავადმყოფი ვ. მ. 56 წლის (ავადმყოფობის ისტ. № 5540). 15/IX—55 წ. გადმოყვანილი იყო ჰოსპიტალური თერაპიის კლინიკიდან ძლიერ მძიმე მდგომარეობაში კენჭოვანი ანგიოქოლეცისტიტის და ობტურაციული სიყვითლის დიაგნოზით. არ იყო გამორიცხული პანკრეასის თავის სიმსივნის არსებობაც. ავადმყოფობა გამოუვლინდა კლინიკაში შემოსვლამდე 6 თვით ადრე, მაღალი ტემპერატურით, რომელსაც მალე თანდართვია სიყვითლე. ავადმყოფს აღენიშნებოდა ობტურაციული სიყვითლე სრული აჭოლიით. გაკეთდა სასწრაფო ოპერაცია. ოპერაციის დროს აღმოჩნდა ღვიძლის დიდი ოდენობის დაჩირქებული ექინოკოკი. გაკეთდა მარსუპიალიზაცია, ექინოკოკოტომია ტამპონაციით. პოსტოპერაციული პერიოდი—სადა. ავადმყოფს სიყვითლემ სავსებით გაუარა და 18 ოქტომბერს განკურნებული გაეწერა კლინიკიდან.

აღნიშნული შემთხვევა, რა თქმა უნდა, საყურადღებოა დიაგნოსტიკური სირთულის მხრივ. როგორც ჩვენი შემთხვევიდან, ისე ლიტერატურის მასალიდანაც ნათელია, რომ დაავადებას ზოგჯერ მყარი ობტურაციული სიყვითლის განვითარება ახასიათებს, რაც მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული დიაგნოზის დადგენის დროს.

ი. ა. ვოლოხი დაავადების მიმდინარეობაში ოთხ პერიოდს არჩევს:

პირველი პერიოდია ლატენტური—ინვაზიიდან პირველადი სიმპტომების გამოვლინებამდე.

მეორე პერიოდი წოდებულია პროდრომალური სიმპტომების განვითარების პერიოდად. ეს პერიოდი წლობით გრძელდება. მისთვის დამახასიათებელია გულისრევა, მადის დაკარგვა, სისუსტე, გამონაყარი. პერიოდულად შესაძლებელია აღნიშნული სიმპტომების გაქრობა.

მესამე პერიოდია ღვიძლის პროგრესულად გადიდება. ყველაზე მნიშვნელოვანია პალპაციით გადიდებული ღვიძლის გასინჯვა.

მეოთხე პერიოდი გართულებათა პერიოდია, როდესაც ადგილი აქვს ცისტის დაჩირქებას, მის გახსნას მუცლის და პლევრის ღრუებში, ნაღვლის სადინარებში, მეზობელ ორგანოებში და სხვა.

ღვიძლის ექინოკოკის მიმდინარეობის ასეთ პერიოდებად დაყოფას შესაძლებელია მხოლოდ გარკვეულ შემთხვევებში ჰქონდეს რაიმე მნიშვნელობა. ტიპიურ შემთხვევებში დიაგნოზი არ არის ძნელი, მაგრამ ზოგჯერ საჭირო ხდება ექინოკოკის დიფერენციაცია ღვიძლის კიბოსთან, ციროზთან, ქრონიკულ გასტრიტთან და სხვა. ლიტერატურაში აღწერილია ერთსაკნიანი ექინოკოკის შემთხვევები ქოლეცისტიტის ტიპიური კლინიკური სურათით, როდესაც ავადმყოფებს ოპერაციაზე ცისტის არსებობასთან ერთად თავისებური პერიჰეპატიტები აღმოაჩნდებოდათ ხოლმე. ილინი მათ წარმოშობას და შეტევით ტკივილს გლისონის კაფსულის გასკდომით ხსნის. აღწერილია შემთხვევები, როდესაც ღვიძლის ექინოკოკი ღვიძლის ანთების სურათს იძლეოდა.

შედარებით ძნელია დაჩირქებული ექინოკოკის გამოცნობა. შემთხვევათა გარკვეულ რიცხვში დაავადებას მაღალი ტემპერატურა და შემცივნება ახასიათებს, მაგრამ ზოგჯერ იგი ნორმალური ტემპერატურითაც მიმდინარეობს და რაიმე განსაკუთრებული სიმპტომებით არ ვლინდება. დაჩირქებული ექინოკოკის გარჩევა ღვიძლის აბსცესისაგან ხშირად ძნელია და მისი გამოცნობა გარკვეულ შემთხვევებში საოპერაციო მაგიდაზე ხდება.

აღწერილია შემთხვევები ღვიძლის ექინოკოკის პერფორაციისა მეზობელ ორგანოებში—პლევრის ღრუში, ფილტვში და სხვ., რაც ერთგვარ დიაგნოზურ სიძნელეებს ქმნის.

საილუსტრაციოდ შეიძლება მოვიყვანოთ კლინიკის ერთი საინტერესო შემთხვევა.

ავადმყოფი მ. გ., 47 წლის (ავადმყოფობის ისტ. № 5359). შემოვიდა რესპუბლიკის ცენტრალური კლინიკური საავადმყოფოს თერაპიულ განყოფილებაში 25/XII—37 წ. მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში ტკივილის და მაღალი ტემპერატურის გამო. დაავადება აღენიშნება მაისის თვიდან. ტემპერატურა მერყეობს 36,5—40°-მდე. გულმკერდის გაშუქებით და გადაღებით ექვი ჯერ მიტანილი იქნა მარჯვენა ფილტვის კაუერნულ ტუბერკულოზზე და პიოპნევმოთორაქსზე. განმეორებითი შესწავლით—ფილტვის აბსცესზე. ამავე დროს ღვიძლი გადიდებული და მტკივნეული იყო. არ იყო გამორიცხული პირველადი კერის ღვიძლში არსებობა. ავადმყოფი ძირითადად პიოპნევმოთორაქსის დიაგნოზით გადმოიყვანეს ქირურგიულ სტაციონარში. 27/I მე-8—9 ნეკნის რეზექცია გაუკეთდა გულმკერდიდან მიდგომით. აქედან გაიკეთეს დიაფრაგმა. აღმოჩნდა ღვიძლის დიდი ოდენობის დაჩირქებული ექინოკოკი, გახსნილი მარჯვენა ფილტვის ქვემო წილში. ღრუების ამოსუფთავების შემდეგ მათში ჩატოვებულ იქნა ტამპონები. პირველ ხანებში მდგომარეობა საგრძნობლად უმჯობესდებოდა შემდეგ ავადმყოფს განუვითარდა ფილტვებიდან პროფუზული სისხლდენა, რის შედეგად იგი გარდაიცვალა.

პათოლოგანატომიურმა გაკვეთამაც დაადასტურა ღვიძლის ფილტვში პენეტრირებული დიდი ექინოკოკის არსებობა.

როგორც აღნიშნული გვქონდა, ღვიძლის ექინოკოკის გამოცნობა ზოგჯერ ძნელია და დიაგნოზის დაზუსტება ხშირად დამხმარე გამოკვლევების ჩატარებას საჭიროებს.

ექინოკოკური დაავადების გამოვლინებაში ერთგვარი მნიშვნელობა აქვს სისხლში ეოზინოფილების რიცხვის მომატებას. ეოზინოფილების გაძლიერებულ პროდუქციას ავტორთა უმეტესობა ორგანიზმის დაცვითი უნარის გამოვლინებად თვლის. ზოგი ფიქრობს, რომ პარაზიტის ცხოველმყოფელობითი პროდუქტების ზეგავლენით ადგილი აქვს ძვლის ტვინის გაძლიერებულ მუშაობას, რასაც თავისთავად სისხლში ეოზინოფილების მომატება მოჰყვება.

ზოგიერთი ავტორის მიხედვით, ეოზინოფილების მომატებას ექინოკოკების სხვადასხვა ლოკალიზაციების დროს საკმაოდ ხშირად აქვს ადგილი. მაგალითად, ვატერი მის მომატებას აღწერს შემთხვევათა 64%-ში, აშარი — 40%-ში, მელნიკოვი — 56%-ში, გ. გ. ავალიშვილი — 64,7%-ში, ე. კ. ფიფია — 53,2%-ში, მ. კ. ჩაჩავა — 66,5%-ში, ს. ა. სოლოვიოვი — 57%-ში.

არის შემთხვევები, როდესაც ექინოკოკით დაავადებულებში ეოზინოფილების რაოდენობა ნორმალურია. აღნიშნული გარემოება უმთავრესად დაჩირქებულ ექინოკოკთანაა დაკავშირებული და ექინოკოკის ბუშტის შიგნით პარაზიტის გამრავლების არარსებობით უნდა აიხსნას. გარდა ამისა, ორგანიზმის შინაგანი მიზეზებიდან მნიშვნელობა აქვს ექინოკოკის სქელ კაფსულას.

შემჩნეულია, რომ პერიფერიულ სისხლში ეოზინოფილების მომატებას შეიძლება ადგილი ჰქონდეს მრავალი დაავადების შემთხ-

ვევაში, მაგალითად, ჭიებით ინვაზიის, ბრონქული ასთმის, ვაგოტონიის, მწვავე ჰეპატიტების, ინტოქსიკაციებით გამოწვეული ღვიძლის ციროზების, ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს და სხვა, რაც უსათუოდ მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული. მართალია, სისხლში ეოზინოფილების რიცხვის მომატება არ წარმოადგენს სპეციფიკურს, მაგრამ სხვა მონაცემებთან ერთად მას შეუძლია გარკვეული სამსახური გაგვიწიოს ექინოკოკის დიაგნოსტიკის საქმეში.

ექინოკოკური დაავადების დიაგნოსტიკაში სხვა გამოკვლევათა შორის დიდი მნიშვნელობა ინტრადერმულ რეაქციას მიეკუთვნება, რომელიც კასონის რეაქციის სახელწოდებითაა ცნობილი.

ინტრადერმული რეაქცია დამყარებულია ადგილობრივი ანაფილაქსის პრინციპზე, რაც აიხსნება ექინოკოკით დაავადებულთა აწეული მგრძნობელობით ექინოკოკის სითხის მიმართ.

სხვადასხვა ავტორს ექინოკოკით დაავადების დროს კასონის დადებითი რეაქცია შემთხვევათა 70—90%-ში მიუღია. ე. კ. ფიფიას მიერ შეკრებილი სტატისტიკური მონაცემებით, კასონის დადებით რეაქციას ადგილი ჰქონდა 94,7%-ში, მ. კ. ჩაჩავას მონაცემებით — 89,2%-ში, გ. ავალიშვილით — 90,5%-ში, მ. გ. გიგოლოვით—80%-ში, ი. პ. დავითაიას, კ. ს. დიხამინჯიასა და ჭ. ვ. გოროზიანის მიხედვით — 85,4%-ში, კ. კ. გოლდგამერით — 93%-ში.

როგორც ლიტერატურის მონაცემებიდან ჩანს კასონის დადებითი რეაქცია არაექინოკოკური დაავადების დროს მიიღება შემთხვევათა 2—3%-ში. ამრიგად, კასონის რეაქციაზე დადებითად მოპასუხე ორგანიზმი თითქმის ყოველთვის ექინოკოკის მატარებელია.

ჩვენი აზრით, კასონის რეაქცია ექინოკოკისათვის საკმაოდ სპეციფიკურად უნდა ჩაითვალოს, მაგრამ მისი უარყოფითობა ყოველთვის არ გამორიცხავს ექინოკოკის არარსებობას. აღნიშნულია შემთხვევები, როდესაც საოპერაციო მაგიდაზე დადასტურებული ექინოკოკი კასონის უარყოფით რეაქციას იძლეოდა. ეს გარემოება ყველაზე მეტად დაჩირქებული ექინოკოკის შემთხვევებშია შემჩნეული, რაც ალბათ, პარაზიტის სიკვდილით არის გამოწვეული. აღნიშნულის მიუხედავად კასონის რეაქციას თავისი სიმარტივის, საკმაო სპეციფიკურობისა და დადებითი რეაქციის ხშირი და მაღალი პროცენტის (92-მდე) გამო, მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება ექინოკოკის დიაგნოსტიკაში.

ექინოკოკის გამოვლინებაში დიდი სადიაგნოზო მნიშვნელობა აქვს რენტგენოლოგიურ შესწავლას, მაგრამ მიუხედავად ამისა, ეს მეთოდი დამხმარეა და ყოველთვის როდია გადამწყვეტი. კურიასის (Kourias) აზრით, ექინოკოკის ოპერაციის დროს წარ-

მოებული ქოლანგიოგრაფია საშუალებას იძლევა გამოვიცნოთ მისი ზუსტი ლოკალიზაცია, ზომა, დამატებითი ცისტომების არსებობა, მათი სანაღვლე გზებთან კავშირი და ნაღვლის საერთო სადინარში ჩერფორაცია.

ექინოკოკური დაავადების სწორი დიაგნოსტიკისათვის, აღნიშნული გამოკვლევების გარდა, არანაკლები მნიშვნელობა ენიჭება ანამნეზურ ცნობებსა და ობიექტურ გამოკვლევებს.

საერთოდ უმართებულო იქნებოდა რომელიმე ერთი მონაცემის გადაჭარბებით შეფასება და მასზე დაყრდნობა. საჭიროა კომპლექსური გამოკვლევის წარმოება დიაგნოზური შეცდომების თავიდან აცილების მიზნით.

ღვიძლის ექინოკოკის მკურნალობა მხოლოდ ოპერაციულია. კონსერვატული მკურნალობის ყველა ცდა, როგორიცაა ვაქცინოთერაპია (ნ. ნ. პეტროვი, 1923), გამა-სხივების (დევე, 1927) და დეჰელმინთური საშუალებების გამოყენება, რენტგენთერაპია და სხვა, ამჟამად აღარ იყენება და მათ მხოლოდ ისტორიული მნიშვნელობა აქვთ.

ღვიძლის ექინოკოკის მკურნალობაში შემდეგი მეთოდებია მოწოდებული: 1) ბუშტის გახსნა, ანუ ე. წ. ღია მეთოდით მკურნალობა; 2) მკურნალობა დახურული მეთოდით; 3) ექინოკოკის ბუშტის მთლიანი ექსტირპაცია ფიბრულ გარსთან ერთად და 5) ექინოკოკით დაავადებული ორგანოს ნაწილობრივი ან მთლიანი რეზექცია.

გასულ წლებში ექინოკოკის მკურნალობაში ფართოდ იყენებდნენ ღია მეთოდით მკურნალობას, რომელიც ერთ-ან ორმომენტიანი ოპერაციის სახით ტარდებოდა.

პირველი ექინოკოკოტომია ღვიძლის ექინოკოკის დროს 1825 წელს რეკამიეს მიერ ყოფილა წარმოებული. უნდა აღინიშნოს, რომ ღია ექინოკოკოტომიის მეთოდის შედარებითი სიმარტივის მიუხედავად მას ბევრი უარყოფითი მხარე გააჩნია. ძირითადად უარყოფით მხარეებს ჭრილობის შეხორცების ხანგრძლიობა, დაჩირქება, ნაღვლის დაღვრა და მუდმივი ხვრელმილის გაჩენის საშიშროება წარმოადგენს.

ყველაზე არასასურველი და საკმაო სახიფათო გართულებას წარმოადგენს ნაღვლის დაღვრა, რომელიც არც თუ ისე იშვიათად თან სდევს ხოლმე ღია მეთოდით მკურნალობას. აღწერილია ნაღვლის ხანგრძლივად დაღვრის შედეგად გამოწვეული სიკვდილის შემთხვევები. ნაღვლის ჩაღვრის ზოგიერთ შემთხვევაში საჭირო ხდება განმეორებითი ოპერაციული ჩარევა.

ბუხმანი ნაღვლის დიდი რაოდენობით დაკარგვის საწინააღმდე-

გოდ გვირჩევს ტამპონადას ol. vaselin-ში დასველებული დოლბანდით. მისი აზრით, დოლბანდის ზედაპირზე წარმოიშვება გასაპნული მინერალური ზეთის ფენა, რომელიც ამცირებს და წყვეტს კიდეც ნაღვლის დაღვრას და ხელს უწყობს ნაწიბუროვანი ქსოვილის განვითარებას. საერთოდ ნაღვლის დაღვრა ღია ექინოკოკოტომიასთან დაკავშირებით საკმაოდ სახიფათო გართულებას წარმოადგენს და ქირურგისაგან მეტად სერიოზულ ყურადღებას მოითხოვს.

დახურული ექინოკოკოტომიის მეთოდი ღვიძლის ექინოკოკის დროს პირველად თორნტონის მიერ ყოფილა წარმოებული 1883 წელს. რუსეთში კი ერთმომენტიანი დახურული ექინოკოკოტომია ჭრილობის ყრუდ გაკერვით მოწოდებული იყო. ა. ა. ბობროვის მიერ 1894 წ. მსგავსი ოპერაცია 1895 წელს ექიმ ტიპიაკოვს აქვს გაკეთებული. ამ მეთოდის მიმდევრებად ითვლებიან ს. ი. სპასოკუკოცკი, ა. ნ. ბაკულევი, ნ. ვ. ანთელავა, ს. ს. გირგოლავი და სხვა. ექინოკოკის ღრუს შემცირების მიზნით დელბეს მიერ 1895 წელს მოწოდებულ იქნა ე. წ. კაპიტონაჟი, რომლის დროსაც ბუშტის ღრუს შიგნითა ზედაპირზე ედება ნაკერები ღრუს შემცირების მიზნით. დახურული ექინოკოკოტომიის წესი პოსტოპერაციული პერიოდის საგრძნობ შემცირებას იძლევა, რაც მის მთავარ ღირსებას წარმოადგენს.

გოლიანიცკი, შატკინსკი და ზოგიერთი სხვა ავტორი დახურულ მეთოდს დაჩირქებული ექინოკოკის შემთხვევებშიც იყენებენ კარგი შედეგით. საინტერესოა აღინიშნოს ბერიოზკინის გამოკვლევებას შესახებ, რომელიც აღნიშნავს, რომ მიკროსკოპულად დაჩირქებული ექინოკოკის შიგთავსის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა უმეტეს შემთხვევაში არ იძლევა მიკრობული ფლორის ზრდას. დიდ მნიშვნელობას ანიჭებენ ღრუს დამუშავებას. ზოგიერთი ავტორი ბუშტის დამუშავებას იოდით აწარმოებს, ზოგიერთი რივანოლით და სხვა. 1902 წელს კენიუს მიერ პირველად ყოფილა შემოღებული ექინოკოკის ღრუს ფორმოლაჟი, რასაც შემდგომში სხვა ავტორებიც ხშირად მიმართავენ. ამჟამად ღრუს გამოსუფთავების შემდეგ ფართოდ გამოიყენება ანტიბიოტიკები, განსაკუთრებით სტრეპტომიცინი და პენიცილინი, რომლებიც საგრძნობლად ამცირებენ ღრუს მეორადად დაჩირქების პროცესს.

მიუხედავად დიდი უპირატესობისა დახურულ ექინოკოკოტომიას უარყოფითი მხარეებიც გააჩნია. დახურული ექინოკოკოტომიის უარყოფით მხარეს ღვიძლის არაპარაზიტული ცისტის გაჩენის საშიშროება წარმოადგენს. მელნიკოვი ამ ოპერაციას ახასიათებს როგორც პარაზიტული ცისტის ტრანსფორმაციას არაპარაზიტულში, როგორც ერთი პათოლოგიური ფორმის გადასვლას მეორე, უფრო

ნაკლებად საშიშ ფორმაში. როგორც მრავალი ავტორის მონაცემებიც ამტკიცებს ამ მხრივ დიდი მნიშვნელობა ექინოკოკის ღრუს შემცირებას მიეკუთვნება.

როგორც აღვნიშნეთ, ნარჩენ ღრუებში ანტიბიოტიკების გამოყენებას უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება. საერთოდ, მრავალ მეთოდთა შორის ღვიძლის ექინოკოკის სამკურნალოდ ამ ბოლო ხანებში უველაზე მეტი უპირატესობით დახურული ექინოკოკოტომია გამოიყენება.

ღვიძლის ექინოკოკის ქირურგიული მკურნალობის მომდევნო წესს ბუშტის ფიბრულკაფსულიანად ამოღება მიეკუთვნება. ოპერაციის ამ მეთოდს თავისი მომხრეები და მოწინააღმდეგეებიც გააჩნია.

ღვიძლიდან ექინოკოკური ბუშტის ექსტირპაცია ფიბრულ კაფსულასთან ერთად წარმოებულ იქნა ლაუსონტეტის მიერ 1885 წელს, შემდეგ კი 1888 წელს პოზის მიერ. რუსეთში ეს ოპერაცია პირველად ნაწარმოებია 1913 წელს ვ. მიშის და 1915 წელს ტიხონოვის მიერ.

ბერგმანი, ტელე, რესზეი ფიქრობენ, რომ მხოლოდ შემაერთებელქსოვილოვანი კაფსულის ამოღება იძლევა იმის გარანტიას, რომ ყოველი დაავადებული კერა მოცილებულია. ზოგიერთი ავტორი ენუკლეაციის ჩვენებად მხოლოდ ჩაკირულ ბუშტს აღიარებს და ნაკლებად კალციფირებული ფორმების დროს მიზანშეწონილად მარსუპიალიზაციას მიიჩნევს.

ბარნეტს ფიბრული კაფსულის ამოღება მცდარ და საშიშ ჩარევად მიაჩნია, გარდა ისეთი შემთხვევების, როცა ბუშტები ფეხზე და ზერელედ მდებარეობს.

მ. გ. გიგოლოვს მოჰყავს ექინოკოკის ფიბრულკაფსულიანად ამოღების 25 შემთხვევა და აღნიშნავს, რომ ფიბრული კაფსულის გამოყოფა რაიმე განსაკუთრებულ სიძნელეს არ წარმოადგენს, ნაჭრალი თითით ადვილი შესაგრძნობია, რის გამოც ტექნიკის კარგად დაუფლების პირობებში შესაძლებელია თავიდან იქნეს აცილებული ღვიძლის ღრმა ფენების დაზიანება. ამ მეთოდს ავტორი იდეალურ ოპერაციად აღიარებს, მაგრამ იქვე დასძენს, რომ მისი წარმოება მხოლოდ პარაზიტის სათანადო მდებარეობის დროს არის შესაძლებელი. ამავე აზრს იზიარებენ ე. კ. ფიფია, მ. თოფჩიბაშევი, ასტრახანსკი, გ. ლ. ხეჩინაშვილი, ე. ნ. ოსტროგონსკი, ვ. მიში, ი. პ. სკლიაროვა და სხვა.

ექინოკოკის ქირურგიული მკურნალობის საუკეთესო წესად, ე. კ. ფიფიას აზრით, პარაზიტის ფიბრულგარსიანად ამოღება უნდა

ჩაითვალოს, მაგრამ ყველა შემთხვევაში მხოლოდ ამ წესის ხმარების ცდა შეცდომა იქნებოდა, რადგან ზოგჯერ მისი შესრულება ტექნიკურად შეუძლებელია ან სახიფათოა ავადმყოფისათვის.

ს. კ. სოლოვიოვს მტკიცედ მიაჩნია, რომ ყოველი ექინოკოკის ბუშტი, მისი ზომის მიუხედავად, შესაძლებელია კაფსულიანად იქნეს ამოღებული მნიშვნელოვანი სისხლდენის გარეშე. ავტორს მოჰყავს ფიბრული კაფსულის ამოღების დროს კარის ვენის გვერდითი დაზიანების შემთხვევა, როცა სისხლდენა შეუჩერებიათ და ავადმყოფი განკურნებულა.

ნ. ფ. ბერიოზკინის აზრით, ფიბრული კაფსულის ამოღება შესაძლებელია მიჩნეულ იქნეს პრინციპულად არასწორ ქმედებად; გარდა ამისა, ღვიძლის შეუცვლელი ქსოვილების გახსნამ შესაძლებელია ხელი შეუწყოს პარაზიტის იმპლანტაციას (ცრუ რეციდივს) და ინფიცირებული ბუშტის შემთხვევაში ინფექციის შეჭრას სიღრმეში.

ი. ი. კოლესნიჩენკოს მიხედვით, ფიბრული კაფსულის სიმდიდრე სისხლძარღვებით იმის მომასწავლებელია, რომ იმპლანტაციის თავიდან აცილების მიზნით არ იქნეს გახსნილი ის თავშესაფრები, სადაც იმყოფება პარაზიტის ნაწილაკები. ავტორი აღნიშნავს, რომ: „როდესაც ემბორიონი აქტიურ მდგომარეობაშია, ჩვენ ვხსნით კარებს იმ ხაფანგისას, რომელშიც იგია მოთავსებული, რითაც ხელს ვუწყობთ მის ჩაზრდას ორგანოში". ამიტომ მას ოპერაციის ეს მეთოდი მეტად ტრავმულ, საშიშ და არარაციონალურ მეთოდად მიაჩნია. ასეთივე აზრს იზიარებენ ე. ზახაროვი, დობროტვორსკი და სხვა.

როგორც ვალკერი აღნიშნავს, დობროტვორსკის აზრით, ეს მეთოდი არ იძლევა განკურნების აბსოლუტურ გარანტიას, თუ სინამდვილეში ფიბრულ კაფსულაში წარმოებს ეგზოგენური ზრდა. იგი მიუთითებს, რომ ფიბრული კაფსულის გამოყოფისას შესაძლებელია სკოლექსები ორგანოს სიღრმეში შეიჭრეს და რეციდივი გამოიწვიოს.

ექინოკოკის რადიკალური ოპერაციის მთავარ მიმდევრად საბჭოთა კავშირში ნ. ი. ნაპალკოვი უნდა ჩაითვალოს. მის მიერ წარმოებული ჰისტოპათომორფოლოგიური გამოკვლევებით დადასტურებულია ფიბრულ კაფსულაში და მის მიღმა ქსოვილთა პარენქიმაში სკოლექსების და სანაყოფე გარსის ნაწილაკების არსებობა, რის გამოც მას ექინოკოკის ფიბრულკაფსულიანად ამოღება მიაჩნიათ მიზანშეწონილად.

ამ გზით წარმოებული ოპერაციებით, მისი აზრით, შესაძლებელია თავიდან იქნეს აცილებული რეციდივული ექინოკოკის განვითარება.

ავტორის ამ მოსაზრებას რომ დავეთანხმოთ, მაშინ ექინოკოკის ფიბრულგარსიანად ექსტირპაცია დაკარგავს თავის რადიკალობას. თუ სკოლექსები ფიბრული კაფსულის სისქეში გადის და კაფსულის ირგვლივ ორგანოს პარენქიმაში იმყოფება, ექინოკოკის ბუშტის ექსტირპაცია მით უმეტეს სრულიად დაუსაბუთებელია, დაავადებული ორგანოს რეზექცია კი, მცირე გამონაკლისის გარდა, სრულიად შეუძლებელია და საფრთხის წინაშე აყენებს ავადმყოფს.

ჩვენ მიერ ჰისტოპათომორფოლოგიურად შესწავლილია როგორც ცხოველის, ისე ადამიანის ექინოკოკის 65 ფიბრული კაფსულა. ამათგან ყველაზე მეტად ღვიძლის ექინოკოკია გამოკვლეული.

საკუთარი გამოკვლევებიდან გამომდინარე, თავს ნებას ვაძლევთ დავასკვნათ, რომ ექინოკოკის ბუშტის ირგვლივ განვითარებული ფიბრული შემაერთქსოვილოვანი კაფსულა და მის მოსაზღვრედ მოთავსებული ორგანოს პარენქიმა სკოლექსებს და საერთოდ პარაზიტის ცხოველმყოფელ ელემენტებს არ შეიცავს. ქიტინის გარსი საკმარისად მჭიდრო ზღუდეს წარმოადგენს ექინოკოკის სკოლექსების მიმართ. აღნიშნული ზღუდის გადალახვა, ვფიქრობთ, შეუძლებელია, მით უმეტეს, რომ ჩაბრუნებულ მდგომარეობაში მყოფ სკოლექსებს არ შესწევთ აქტიური მოძრაობის უნარი.

ჩვენი მასალის მიკროპათომორფოლოგიური გამოკვლევები უფლებას არ გვაძლევს ექინოკოკის ფიბრულკაფსულიანად ექსტირპაცია იდეალურ და არჩევით ოპერაციად ვაღიაროთ. ფიბრული კაფსულის დატოვება არ იწვევს რეციდიული ექინოკოკის განვითარებას, ამიტომ ზოგჯერ მისი ამოღების ცდა უმართებულოდ უნდა ჩაითვალოს. დიდი მნიშვნელობა ამ მხრივ ექინოკოკის ლოკალიზაციას მიეკუთვნება. ღვიძლში ცენტრალურად მდებარე ბუშტის ექსტირპაციამ შეიძლება დიდ განსაცდელში ჩააყენოს ადამიანის სიცოცხლე ძლიერი სისხლდენისა და ნაღვლის ფისტულების გაჩენის საშიშროების გამო. არ შეიძლება დავეთანხმოთ იმ აზრს, თითქოს ექინოკოკის ფიბრულ გარსსა და ორგანოს პარენქიმას შორის პერიპარაზიტული სივრცის არსებობის გამო ადვილად ხდებოდეს ბუშტის კაფსულიანად ექსტირპაცია. ჩვენი როგორც კლინიკური, ისე ექსპერიმენტული მასალის შესწავლისას არც ერთ შემთხვევაში პერიპარაზიტული სივრცე არ ყოფილა დადგენილი. ფიბრული გარსი ყოველთვის მჭიდროდ ეკვრის ორგანოს პარენქიმას და კაფსულის მოცილების ცდა ხშირად სისხლდენას იწვევს. ამიტომ შემთხვევათა უმრავლესობაში ქირურგი იძულებულია ამ მეტად ტრავმულ ოპერაციაზე უარი განაცხადოს.

ავტორთა ერთი ჯგუფი ზედმეტ რადიკალიზმს მიმართავს და

ექინოკოკის მკურნალობის მიზნით დაავადებული ორგანოს რეზექციას აწარმოებს. ღვიძლის მთელი წილის რეზექცია საბჭოთა კავშირში პირველად 1918 წელს ფეოდოროვის მიერ არის ნაწარმოები. რეზექცია მეტად ტრავმულ შოკოგენურ და საშიშ ოპერაციას წარმოადგენს, რის გამოც ზოგიერთი ავტორი მას მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაში მიმართავს. განაპირად მდებარე, მცირე ბუშტების შემთხვევებში ღვიძლის აღნიშნული მიდამოს რეზექცია დასაშვებია, დანარჩენ შემთხვევაში მისი გამოყენება სრულიად გაუმართლებელია.

ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში გატარებული ღვიძლის ერთსაკნიანი ექინოკოკის 214 შემთხვევიდან ოპერაციული ჩარევა 159 ავადმყოფზეა ჩატარებული. უნდა აღინიშნოს, რომ უმეტეს შემთხვევებში (121-ჯერ) ღია ექინოკოკოტომიაა წარმოებული. აღნიშნული რაოდენობა შემთხვევითი როდია. ლიტერატურის მასალის განხილვიდანაც ირკვევა, რომ ავტორთა უმრავლესობა ღვიძლის ექინოკოკის სამკურნალოდ ღია ექინოკოკოტომიას მოგვიწოდებს თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ დახურული ექინოკოკოტომიის მეთოდს ამ ბოლო ხანებში დიდ მნიშვნელობას ანიჭებენ. ექინოკოკის ბუშტის ფიბრულკაფსულიანად ექსტირპაცია ჩვენს მასალაზე 22 შემთხვევაში იქნა წარმოებული, რომლებიც მცირე ზომის, განაპირად მდებარე ბუშტებს მიეკუთვნებოდა. ექინოკოკით დაავადებული ღვიძლის წილის რეზექცია მხოლოდ 3 შემთხვევაში გახდა შესაძლებელი.

საილუსტრაციოდ მოვიყვანთ ერთ-ერთ შემთხვევას:

ავადმყოფი ა. ნ. 25 წლის (ავადმყოფობის ისტორია № 1861). შემოვიდა ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში 1939 წ. 13 აპრილს. კლინიკური დიაგნოზი Echinococcus hepatis. სისხლში ეოზინოფილები 7%. კასონის რეაქცია დადებითი. 17/IV ეთერის ზოგადი ნარკოზით გაკეთდა ოპერაცია. აღმოჩნდა ღვიძლის მარცხენა წილიდან გამომდინარე ექინოკოკი. წარმოებულ იქნა ღვიძლის წილის რეზექცია ექინოკოკის ბუშტთან ერთად. ღვიძლის დეფექტი გაიკერა კეტგუტის ნაკერებით და გაკეთდა ბადექონის პლასტიკა ფეხზე. ჩაიდო ტამპონი. ამოღებული პრეპარატი იწონიდა 2400 გ, ზომა—21 X 19 სმ. სისქე—13 სმ. ავადმყოფი განიკურნა.

საერთოდ უნდა აღინიშნოს, რომ ღვიძლის მთელი წილის რეზექცია, ისე როგორც ბუშტის ფიბრულკაფსულიანად ენუკლაცია, ძლიერ საშიშ და ტრავმულ ოპერაციას წარმოადგენს, რომელმაც შეიძლება განსაცდელში ჩააყენოს ავადმყოფიც და დასტაქარიც. შეუძლებელია უკრიტიკოდ შევხვდეთ ნ. ნ. ტერებინსკის აზრს იმის შესახებ, რომ ღვიძლის წილის რეზექცია „მძიმე ტრავმას არ წარმოადგენს." ავტორთა მიერ რეზექციის იშვიათად გამოყენება ღვიძ-

ლის ექინოკოკის დროს საკმაოდ ნათლად ლაპარაკობს ამ შეხედულების საწინააღმდეგოდ.

ფეოდოროვი შემდეგნაირად განსაზღვრავს ექსტირპაციას და რეზექციას ექინოკოკის დროს:" თუ ექინოკოკი თირკმელშია, თქვენ აკეთებთ ნეფრექტომიას, ე. ი. იღებთ ორგანოს მთლიანად. თუ ექინოკოკი ღვიძლშია მოთავსებული, თქვენ იღებთ მთლიანად ექინოკოკურ სიმსივნეს ჯანსაღი ქსოვილის საზღვრამდე. ორივე ოპერაცია, ექსტირპაციაც და რეზექციაც, ე. ი. მთელი ორგანოს ან ნაწილის მოცილება, რადიკალურია. ამიტომ ტერმინი „ექსტირპაცია" ღვიძლის ექინოკოკის შემთხვევაში არ შეიძლება იქნეს გამოყენებული".

ნ. ნ. ტერებინსკის მოყავს ღვიძლის რეზექციის ხუთი შემთხვევა და თავისი გამოცდილების საფუძველზე აკეთებს დასკვნას, რომ ღვიძლის ექინოკოკის შემთხვევაში დიდი ბუშტების ამოღებაც კი არ წარმოადგენს ძლიერ მძიმე ტრავმას. ოპერაციის ღირსება, ავტორის აზრით, მდგომარეობს იმაში, რომ ღვიძლის რეზექციის დროს შემდგომი ნაკერითა და პერიტონიზაციით ისპობა ფიბრული კაფსულა, რომელიც თავისთავად გართულების ხშირ წყაროს წარმოადგენს.

ზოგიერთი ავტორის მიერ აღწერილია შემთხვევები, როდესაც ოპერაციის, კერძოდ, რეზექციის შემდეგ რამდენიმე ხნის გავლისას ექინოკოკი კვლავ განვითარებულა. მაგალითად ი. კ. კოლესნიჩენკო აღწერს ღვიძლის მარცხენა წილის ექინოკოკის შემთხვევას, როცა ავადმყოფს გაუკეთდა რეზექცია; 6 წლის შემდეგ განმეორებითი ოპერაციული ჩარევისას აღმოჩენილ იქნა ღვიძლის ამავე წილის ექინოკოკი.

კ. კ. გოლდგამერი აღწერს თირკმლის ექინოკოკის შემთხვევას, როცა ნეფრექტომია ყოფილა წარმოებული, შემდგომში კი კლინიკურად დადასტურებულა ღვიძლის ექინოკოკის არსებობა. მსგავსი შემთხვევების ახსნა რეციდიული ექინოკოკის არსებობით, რა თქმა უნდა, შეუძლებელია. სამართლიანად აღნიშნავს გოლდგამერი, რომ „საქმე ოპერაციის რადიკალობაში როდია, არამედ მრავლობითი ინვაზირების ხშირ შემთხვევაში".

მრავლობითი ექინოკოკის განვითარების შესაძლებლობის შესახებ ჯერ კიდევ მე-17 საუკუნეში იყო აღნიშნული. მორანდს 1722 წელს აუწერია მუცლის ღრუს მრავლობითი ექინოკოკის შემთხვევა. შემდგომში კი იგი მრავალი ავტორის მიერ იყო აღწერილი. აღსანიშნავია, რომ მრავლობითი ექინოკოკის უმრავლესობა მუცლის ღრუზე მოდის, უმეტესად—ღვიძლზე. მრავლობითი ექინოკოკის განვითარების შესახებ ბევრი მოსაზრება არსებობს. ეს საკითხი ჯერ-ჯერობით კვლევის საგანს წარმოადგენს.

1702 წელს ჯონ გენტერმა პირველმა გამოთქვა აზრი, რომ მრავლობითი ჰიდატიდური ცისტები ვითარდება ჰიდატიდების იმ პლანტაციიდან, რომლებიც მუცლის ღრუში მოხვდებიან შინაგან ორგანოებში არსებული ბუშტის გახეთქვის შემდეგ. ექინოკოკის თვითნებური გახეთქვის მიზეზად, ერთი მხრივ, ძლიერ სწრაფად განვითარებული ბუშტის შიგნითა წნევა და, მეორე მხრით, ბუშტის კედლის არასაკმარისი გამძლეობა უნდა იქნეს მიჩნეული. ბუშტის გახეთქვის დამხმარე ფაქტორად მისი ზერელე მდებარეობა და შედარებით ფიქსირებული მდგომარეობა ორგანოში, ბუშტის შიგნით დაჩირქებითი პროცესები და სხვადასხვა სახის გარეგანი ზეწოლა უნდა ჩაითვალოს. ექინოკოკის ბუშტის მთლიანობის დარღვევას და განსაკუთრებით მისი შიგთავსის მუცლის ღრუში ჩაღვრას ხშირად თან სდევს ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის დამძიმება და ზოგჯერ სასიკვდილო ანაფილაქსიური შოკის განვითარება. ხშირად კი ავადმყოფებს მხოლოდ ანაფილაქსიის მცირედი ნიშნები აღენიშნებათ და შემთხვევათა გარკვეულ პროცენტში ეს გართულება ავადმყოფთათვის შეუმჩნეველი ხდება.

დანილიაკს შესაძლებლად მიაჩნია ორგანოების ექინოკოკით ერთდროულად მრავლობითი დაზიანება. მისი აზრით, პირველადი მრავლობითი დაავადება უნდა გაირჩეს ე.წ. „მეორადი ექინოკოკური დაავადებისაგან". ავტორთა უმრავლესობა იმ აზრს იზიარებს, რომ მუცლის ღრუში მრავლობითად განვითარებული ექინოკოკი უმთავრესად პირველადი წარმოშობისაა და იგი შედეგია ექინოკოკის რამდენიმე ებრიონის ორგანიზმში პირველად მოხვედრისა. თავისთავად მრავლობითი ინვაზია ერთჯერადად ან განმეორებით არის შესაძლებელი, რის გამოც ხშირად ექინოკოკის ბუშტები სხვადასხვა ზომისაა. კლინიკურ გამოვლინებას მეტწილად დიდი ბუშტები იძლევიან. მათზე ოპერაციული ჩარევანი ხშირად შეუმჩნევლად სტოვებენ პატარა ოდენობის ბუშტებს, რომლებიც შემდგომი ზრდით გამოვლინდებიან და სტოვებენ რეციდიული ექინოკოკის შთაბეჭდილებას. მათ ავტორთა უმრავლესობა ოპერაციის ნაკლად აღიარებს, რაც მართებულად არ ჩაითვლება.

ყოველივე ზემო აღნიშნულიდან ნათელია, რომ განმეორებით გამოვლინებული ექინოკოკის შემთხვევები ყოველთვის არ უნდა მიეწეროს ოპერაციის მეთოდს და მისი წარმოშობა მრავლობითი ინვაზირებით უნდა იქნეს ახსნილი.

ჩვენი კლინიკის მასალაზე არსებული ერთი და იგივე ორგანოს მრავლობითი ექინოკოკის შემთხვევები ნათელყოფენ მრავლობითი ინვაზიის შესაძლებლობას. ჩვენს მასალაზე ღვიძლში მრა-

ელობითი ექინოკოკის განვითარებას 27 შემთხვევაში ჰქონდა ადგილი. ღვიძლში მრავლობითი ბუშტები აღინიშნებოდა ზოგჯერ ერთ წილში, ზოგჯერ კი როგორც მარჯვენა, ისე მარცხენა წილებში.

საილუსტრაციოდ შეიძლება მოვიყვანოთ შემდეგი შემთხვევები:

ავადმყ. ბ. ი. (ავადმყოფობის ისტორია № 2068). ღვიძლის მარჯვენა წილში აღენიშნებოდა ექინოკოკის ბუშტი, რომლის შიგთავსს გამკვირვალე სითხე წარმოადგენდა. ახალშობილის თავის ოდენა მეორე ბუშტი მოთავსებული იყო ღვიძლის დიაფრაგმულ ზედაპირზე, მარცხენა წილთან ახლოს. იგი დაჩირქებული სითხეს შეიცავდა.

ავადმყ. ჩ. ი., 35 წლის (ავადმყოფობის ისტორია № 6328). ოპერაციის დროს აღმოჩნდა ღვიძლში ერთმანეთისაგან სრულიად იზოლირებულად მოთავსებული ექინოკოკის სამი ბუშტი, ორი მათგანი-მარცხენა წილში, ერთი-ნაღვლის ბუშტთან ახლოს. ორი მოლიანად იქნა ამოღებული, მესამეზე გაკეთდა მარსუპიალიზაცია, ექინოკოკოტომია ღია წესით.

ავადმყ. მ. ა. 27 წლის (ავადმყოფობის ისტორია № 1882). კლინიკური დიაგნოზი: Echinococcus hepatis et abdominis. ავადმყოფს ზურგის ტვინის ანესთეზიის ქვეშ გაუკეთდა ოპერაცია. აღმოჩნდა ექინოკოკური კვანძები ღვიძლის მარცხენა და მარჯვენა წილში, სამი ბუშტი (ბატის კვერცხის ოდენა) წვრილი ნაწლავის უკან, მარჯვენა თირკმლის წინა ზედაპირზე და ღვიძლის უკან ღუმბალტარეშო. ამოეკვეთა 9 ბუშტი. ერთი მათგანი დაკავშირებული იყო მარჯვენა შარდსაწვეთთან. ღვიძლის და სუპრაეპატური ექინოკოკის ბუშტები ოპერირებული იყო ღია წესით. ჭრილობა შეხორცდა. ავადმყოფი გაეწერა. იგი დაბარებულ იქნა კლინიკაში განმეორებითი ოპერაციისათვის.

მოყვანილი შემთხვევები ნათლად ამტკიცებს ექინოკოკის რამდენიმე კვერცხით ინვაზიის შესაძლებლობას. აღნიშნული შესაძლებლობა მუდამ უნდა ახსოვდეს ქირურგს და დაავადების განმეორებით გამოვლინებას ყოველთვის ოპერაციის შედეგად მიღებულ რეციდივს არ უნდა უკავშირებდეს.

საერთოდ, ოპერაციის ამა თუ იმ მეთოდის არჩევისას მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული ექინოკოკის ბუშტის მდებარეობა, მისი სიდიდე, ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა და მთელი რიგი სხვა სათანადო ფაქტორები, რათა სწორად წარიმართოს ამ დაავადების ოპერაციული მკურნალობა.

ალვეოლური ექინოკოკი და მისი მკურნალობა

ალვეოლური, ანუ მრავალსაკნიანი ექინოკოკი შედარებით იშვიათ დაავადებას წარმოადგენს. იგი პირველად 1852 წელს იქნა აღწერილი. აღსანიშნავია, რომ ალვეოლური ექინოკოკი თავდაპირველად სხვადასხვა სახელწოდებით ყოფილა ცნობილი. ლუშკამ 1854 წელს აღწერა ეს დაავადება ღვიძლში და მას ღვიძლის კოლოიდური სიმსივნე უწოდა. 1854 წელშივე ცელერმა გამოთქვა აზრი, რომ კოლოიდური სიმსივნე მიჩნეული უნდა იქნეს ექინოკოკად და უწოდა მას ალვეოლური ექინოკოკი.

ალვეოლური ექინოკოკი, ერთსაკნიანთან შედარებით, შემთხვევათა თვალსაჩინოდ ნაკლებ პროცენტში გვხვდება. სტატისტიკური მასალის მიხედვით, მსოფლიო ლიტერატურაში 1902 წლამდე ალვეოლური ექინოკოკის დაახლოებით 235 შემთხვევაა გამოქვეყნებული. 1902 წელს გამოქვეყნდა ელენევსკის 5 შემთხვევა, 1902—1909 წლებში ვოლფიუსის 12 შემთხვევა, 1910 წელს — მიროლუბოვის 12 ახალი შემთხვევა (გ. მათიაშვილით).

ნ. ფ. მელნიკოვ-როზვედენკოვს შესწავლილი აქვს ალვეოლური ექინოკოკის 100 შემთხვევა — ნაკრებ მასალაზე.

გურევიჩი (1891—1947 წლების მასალა) 10393 გაკვეთაზე ალვეოლურ ექინოკოკს აღწერს შემთხვევათა 0,047%-ში. შნირენკოვას (1933—1938 წწ.) 5000 გაკვეთაზე მისი 17 შემთხვევა უნახავს. გარდა ამისა ამ დაავადების მთელი რიგი შემთხვევები აღწერილია ი. დ. დანილიაკის, პრუჟანსკაიას, რ. ა. ჟაბოტინსკაიას, ზ. ა. აბდრაზაკოვას, მინისტის, ბერგელის, ე. ი. მირონოვის და სხვათა მიერ.

რაც შეეხება ამიერკავკასიას და კერძოდ საქართველოს, აქ ალვეოლური ექინოკოკის ერთეული შემთხვევებია გამოქვეყნებული. დაავადების 10 შემთხვევა აღწერილია გ. ვ. მათიაშვილის მიერ. 1936 წლამდე თბილისის პათანატომიის ინსტიტუტში 8424 გაკვეთაზე ექინოკოკის 60 შემთხვევა იყო ნახული, აქედან 58—ერთსა-

კნიანი ექინოკოკისა (0,68%), ორი — ალვეოლური ექინოკოკისა (0,02%);

ჩვენი მასალის (1919—1960 წწ.) მიხედვით, კლინიკაში 450-მდე ექინოკოკით ავადმყოფია გატარებული. აქედან 7 შემთხვევა ალვეოლურ ექინოკოკს მიეკუთვნება, ხოლო დანარჩენები ერთსაკნიანი ექინოკოკით იყვნენ შეპყრობილი.

დაავადების ერთეული შემთხვევები გამოქვეყნებული აქვთ აგრეთვე ა. კ. ერისთავსა და ვ. მაჭაცარიას.

ლიტერატურული მონაცემებით, ალვეოლური ექინოკოკით მამაკაცები უფრო ხშირად ავადდებიან. ამას ჩვენი მასალაც ადასტურებს (4 მამაკაცი და 3 ქალი). ამასვე ადასტურებენ შნირენკოვა ვასილევი და სხვ.

უნდა აღინიშნოს, რომ ჯერჯერობით არ არის გადაწყვეტილი— წარმოადგენს თუ არა ჰიდატიდური და ალვეოლური ექინოკოკი ერთი და იგივე ექინოკოკური ჰიის ფინოზურ სტადიას. ზოგიერთი ავტორის აზრით, ჰიდატიდური და ალვეოლური ექინოკოკის პარაზიტები იდენტურია, ზოგიერთნი კი, პირიქით, მათ სხვადასხვაობაზე მიუთითებენ. ნ. ფ. მელნიკოვ-როზვედენკოვის, ფ. დევეს, ე. ო. დანილოვის და სხვათა მიხედვით არსებობს გარდამავალი ფორმა ჰიდატიდურ და ალვეოლურ ექინოკოკს შორის.

ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევა, როდესაც ღვიძლის ერთ წილში ალვეოლური ექინოკოკი ყოფილა განვითარებული, მეორეში კი — ჰიდატიდური (ვ. ი. ზახაროვი).

ალვეოლური ექინოკოკის დამახასიათებელ თვისებად მისი ინფილტრაციული ზრდა უნდა ჩაითვალოს. იგი ხშირად იძლევა მეტასტაზებს როგორც უახლოეს, ისე დაშორებულ ორგანოებში. თვით სიმსივნე მომკვრივოა და ალვეოლური შენებისაა. შეილეული ბუშტუკების წარმოშობა არ ახასიათებს.

ავტორთა მიხედვით ალვეოლური და ჰიდატიდური ექინოკოკის სკოლექსები ერთმანეთისაგან განსხვავდება. ფ. დევე მიუთითებს, რომ არსებობს ორი ტიპის სკოლექსები — ორთო-და მეტასკოლექსი. ორთოსკოლექსი ალვეოლური ექინოკოკისთვისაა დამახასიათებელი, უფრო დიდი ზომისაა, 36—38 კაუჭისაგან შედგება და გლიკოგენით მდიდარ პროტოპლაზმას შეიცავს. მეტასკოლექსი, ავტორის აზრით, ერთსაკნიან ექინოკოკს ახასიათებს, უფრო პატარა ზომისაა, 30—32 კაუჭს შეიცავს, მისი პროტოპლაზმა წვრილმარცვლოვანია — გლიკოგენის გარეშე (ი. დ. დანილიაკით).

მანგოლდი მიუთითებს, რომ ალვეოლური ექინოკოკის კაუჭები უფრო გრძელია და თავისებური ფორმით ხასიათდება.

როგორც ლიტერატურაში მოყვანილი წყაროებიდან ჩანს, ალვეოლურ ექინოკოკს ეგზოგენური ზრდა ახასიათებს.

ზოგიერთი ავტორის მიხედვით, ჰიდატიდური ექინოკოკის გავრცელების ადგილებში ალვეოლური ექინოკოკი არ გვხვდება, რაც მათი აზრით, ამ ორი ფორმის განსხვავებაზე მიუთითებს (ი. დ. დანილიაკი). აღნიშნული ფაქტი ნაკლებ სარწმუნოა, რადგან სინამდვილეში ჰიდატიდური ექინოკოკის გავრცელების ადგილებში ხშირად ალვეოლური ექინოკოკის შემთხვევებიც არის აღწერილი.

საერთოდ, საკუთარი ექსპერიმენტული მონაცემების არარსებობის გამო აზრის გამოთქმა ამ ორი პარაზიტის ბუნების შესახებ ძნელია. მხოლოდ შეგვიძლია აღვნიშნოთ, რომ ალვეოლური და ჰიდატიდური ექინოკოკი კლინიკურად სხვადასხვაგვარად ვლინდება და ჰისტოპათომორფოლოგიურადაც სხვადასხვა შენებით ხასიათდება. ალვეოლური ექინოკოკის თავისებური მიმდინარეობის გამო ზუსტი დიაგნოზის დასმა ხშირად საკმაო სიძნელეს წარმოადგენს, რითაც აიხსნება ის გარემოება, რომ პირველი აღწერილობა ამ დაავადებისა და სტატისტიკური ცნობები მის შესახებ პათანატომებს ეკუთვნის (ნ. ფ. მელნიკოვ-როზვედენკოვი, კ. კ. ელენევსკი).

მიუხედავად ამისა, კერვენის ის შეხედულება, თითქოს ალვეოლური ექინოკოკის დიაგნოზის დასმა სასექციო მაგიდაზე ხდებოდეს, რა თქმა უნდა, დღეისათვის მართებულად ვერ ჩაითვლება. საბჭოთა მედიცინას თავის არსენალში ბევრი დამხმარე სადიაგნოზო საშუალება გააჩნია, რაც საშუალებას აძლევს მკურნალ ექიმს დაავადების ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში გარკვეული დასკვნა გამოიტანოს და სწორი დიაგნოზი დასვას. მაგალითად, მირონოვის მასალით, ალვეოლური ექინოკოკის ხუთი შემთხვევიდან სწორი დიაგნოზი დასმული იყო ოთხ შემთხვევაში, ერთჯერ კი ეჭვი ყოფილა მიტანილი ჰიდატიდურ ექინოკოკზე. რ. ა. ჟაბოტინსკი და ი. დ. დანილიაკი აღწერენ წინასწარ დასმული სწორი დიაგნოზის თითო შემთხვევას. ჩვენი შვიდი შემთხვევიდან ოპერაციამდე ერთ შემთხვევაში იყო დიაგნოზი სწორად დასმული. ყოველივე ეს, რა თქმა უნდა, მაინც დაავადების დიაგნოსტიკურ სიძნელეზე მიუთითებს.

როგორც ცნობილია, უხშირესად ალვეოლური ექინოკოკით ღვიძლი ავადდება; სხვა ორგანოებში, კერძოდ ფილტვში, ტვინში, ძვლებში, იგი შედარებით იშვიათად ლოკალიზდება. მაგალითად, ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევა ელენთის და დიდი ბადეჭონის ალვეოლური ექინოკოკისა (ი. ხ. გევორქიანი), თეძოს ძვალში განვითარებული ექინოკოკისა (ი. დ. დანილიაკი) და სხვ.

ღვიძლში ალვეოლური ექინოკოკის გავრცელების შესახებ რამ-

დენიმე აზრი არსებობს. ზოგიერთი ავტორის მიხედვით დაავადება აქ ლიმფური სადინარებით ვრცელდება. ერისმანი და ლეუკარტი ღვიძლის ხშირი დაავადების მიზეზად სისხლძარღვებს ასახელებენ, ფრიდმანი და მორინი — ნაღვლის სადინარებს, კიუხანმეისტერი კი შესაძლოდ თვლის ალვეოლური ექინოკოკის გავრცელებას სამივე გზით (გ. მათიაშვილით).

ლიბერმეისტერი არჩევს ღვიძლში ალვეოლური ექინოკოკის სამ ფორმას: 1) პორტალურს, 2) ბილიარულს და 3) ლიმფურს (ელენევსკით). მისი აზრით, ყველაზე ხშირად ბილიარული ფორმა გვხვდება, რომლის მუდმივ სიმპტომად ავტორი სიყვითლეს თვლის.

ჩვენს შემთხვევებშიც მხოლოდ ღვიძლის ალვეოლურ ექინოკოკს ჰქონდა ადგილი. დიკშტეინის აზრით, სისხლის მიმოქცევის ანატომიური თავისებურების გამო უხშირესად ღვიძლის მარჯვენა წილი ზიანდება. შნირენკოვა ღვიძლის ექინოკოკის 17 შემთხვევიდან მარჯვენა წილში მის ლოკალიზაციას აღწერს 11 შემთხვევაში. ჩვენს მასალაზე ოთხ შემთხვევაში ექინოკოკის ლოკალიზაცია აღინიშნებოდა მარჯვენა წილში, ორში — მარცხენა წილში, ხოლო ერთ შემთხვევაში — როგორც მარჯვენა, ისე მარცხენა წილში.

უნდა აღინიშნოს, რომ ხშირად ალვეოლური ექინოკოკის შემთხვევები დიაგნოსცირებული იყო როგორც ღვიძლის კიბო, ზოგჯერ კი როგორც სიფილისი ან ღვიძლის ციროზი.

დანილოვის მიხედვით, ღვიძლის ალვეოლური ექინოკოკის ავთვისებიანობაზე შემდეგი მონაცემები ლაპარაკობს: პირველ ყოვლისა ინფილტრაციული ზრდა, ძლიერ მკვრივი ექინოკოკური კვანძები ღვიძლში, რაც მაკროსკოპულად კიბოს მოგვაგონებს, მეტასტაზების არსებობა ტვინში, პლევრაში, ფილტვებში, ღვიძლის კარის ლიმფურ ჯირკვლებში, დაავადების რეციდივი ოპერაციის შემდეგ.

ამ ორი დაავადების კლინიკური მსგავსების გამო ზოგჯერ დიაგნოზის დაზუსტება საოპერაციო მაგიდაზედაც რთულდება და საბოლოო დასკვნისათვის ჰისტოპათომორფოლოგიურ გამოკვლევებს მიმართავენ.

დაავადების ხანგრძლიობა უმთავრესად 5—10 წლებს შორის მერყეობს. ჩვეულებრივ, ავადმყოფის ჩივილი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში სიმსივნის ნახვით იწყება. სიმსივნე მკვრივი კონსისტენციის, ხორკლიანი და ნაკლებ მტკივნეულია. მიკროსკოპულად მისი განაკვეთი ყველს მოგვაგონებს, რომლის ნაჩვრეტები ნახევრადგამჭვირვალე კოლოიდური მასით არის ამოვსებული. სიმსივნის ცენტრალურ ზონაში უხშირესად ნეკროზის გამო ადგილი აქვს სხვადასხვა ოდენობის ღრუების განვითარებას. უფრო გვიან სტა-

დიაში ვლინდება კახექსია, როგორც შედეგი ორგანიზმის პარაზიტული პროდუქტებით ინტოქსიკაციისა.

უმრავლესი ავტორები დაავადების მუდმივ სიმპტომად სიყვითლეს თვლიან. ვ. პ. მიროლიუბოვი თავის მასალაზე სიყვითლის არსებობას შემთხვევათა 85%-ში აღნიშნავს, პოსელტი 85—90%-ში. კიუხენმეისტერის აზრით, სიყვითლეს ალვეოლური ექინოკოკის დროს არ აქვს ადგილი მხოლოდ შემთხვევათა 1/3-ში. ვასილევსკის მასალაზე სიყვითლე შემთხვევათა 40%-შია აღნიშნული. სიყვითლეს დაავადების მუდმივ სიმპტომად თვლიან აგრეთვე ე. ი. მირონოვი, ო. ვ. შნირენკოვა, რ. ა. ჟაბოტინსკი, კ. კ. ელენევსკი და სხვ. ჩვენს შემთხვევებში სიყვითლეს სამჯერ ჰქონდა ადგილი.

მრავალი ავტორის მონაცემებით კასონის რეაქცია წარმოადგენს სრულფასოვან დიაგნოსტიკურ სინჯს ალვეოლური ექინოკოკის დროს. მ. ვ. გოლკინით, იგი დადებითია შემთხვევათა 100%-ში, ფ. დეეთი — 90%-ში, თვით კასონის მიერ დადებითი რეაქცია მიღებულია შემთხვევათა 87%-ში (გ. პ. გორსტით).

აღსანიშნავია ის გარემოებაც, რომ ზოგიერთი ავტორი ერთსაკნიანი ექინოკოკის ანტიგენით წარმოებულ ბიოლოგიურ რეაქციებს არ მიაწერს არავითარ მნიშვნელობას ალვეოლური ექინოკოკის დიაგნოსტიკის საქმეში. ჩვენს მასალაზე კასონის ინტრადერმული რეაქცია ხუთ ავადმყოფზეა ნაწარმოები და აქედან სამ შემთხვევაში დადებითი შედეგია მიღებული.

საკუთარი მასალის ანალიზი და ლიტერატურაში გამოქვეყნებული მონაცემები უდავოდ ლაპარაკობს იმის შესახებ, რომ კასონის რეაქცია წარმოადგენს მნიშვნელოვან სადიაგნოზო საშუალებას ალვეოლური ექინოკოკის დროს.

საერთოდ უნდა აღინიშნოს, რომ ღვიძლის სხვადასხვა დაავადებებიდან ამ დროს საჭიროა მხედველობაში იქნეს მიღებული პარაზიტული დაავადებანი, მათ შორის ალვეოლური ექინოკოკის განვითარების შესაძლებლობა, რაც ნაკლებ დიაგნოსტიკურ შეცდომებს გამოიწვევს.

მკურნალობა. ალვეოლური ექინოკოკის მკურნალობა მხოლოდ ქირურგიულია. სხვა მოწოდებულ სამკურნალო საშუალებებს რენტგენთერაპიისა და სალვარსანის სახით მხოლოდ ისტორიული მნიშვნელობა შერჩა და ამჟამად აღარ გამოიყენება.

კ. პ. საპოჟკოვმა და ნ. ა. სინაკევიჩმა (1933) გამოაქვეყნეს მეთოდი ღვიძლიდან ალვეოლური ექინოკოკის ამოღებისა ამოკაკვლით. ისინი აღნიშნავენ, რომ პარაზიტსა და ღვიძლის ქსოვილს შორის წარმოიშობა ნაპრალი, რომელიც ამოვსებულია ნახევრად

თხევადი მასით. მათი აზრით, საჭიროა თითით მოხვედრა ამ ნაპრალში და შემდგომ რაიმე სიძნელის გარეშე შეიძლება მისი ამოკაკვლა.

საერთოდ მიზანშეწონილ და არჩევით მეთოდად ალვეოლური ექინოკოკის მკურნალობაში ღვიძლის რეზექცია ითვლება.

ლიტერატურული მონაცემებით, ღვიძლის მთელი წილის რეზექცია ალვეოლური ექინოკოკის დროს პირველად გაკეთებულა 1887 წელს ლორეტას მიერ, შემდეგ 1896 წელს ბრუნის, 1913 წელს ალტუხოვის და ვ. მ. მიშის, 1918 წელს — ფეოდოროვის მიერ და სხვ. (ე. ო. დანილოვით)

ბრეგაძის მიერ ღვიძლის ალვეოლური ექინოკოკის 15 შემთხვევაში პალიატური რეზექციაა წარმოებული. შორეული შედეგების შესწავლით ავტორმა აღნიშნა კარგი მაჩვენებლები ღვიძლის ფუნქციის მხრივ. შემჩნეული იყო მხოლოდ ფარული უკმარისობა ბილირუბინის გამომყოფი ფუნქციისა.

რადგან ალვეოლური ექინოკოკი დასაწყისში უმნიშვნელო სიმპტომებით ვლინდება და ავადმყოფები ქირურგიულ დახმარებას მოგვიანებით მიმართავენ ხოლმე, ამიტომ რეზექცია უხშირესად ძნელი შესასრულებელი ხდება.

ასეთი შემთხვევებისათვის კ. სავინიხმა 1929 წელს მოგვაწოდა სიმსივნის ფორმალინიზაცია, იმედოვნებდა რა მის ნეკროზზე და განწოვაზე. კონონჩუკს ალვეოლური ექინოკოკის 18 შემთხვევიდან 7-ჯერ ჩაუტარებია ფორმალინიზაცია და ყოველთვის კარგი შედეგი მიუღია.

აღნიშნული მიზნით იყენებენ $^1/_4$ და $^1/_2$% ფორმალინის ხსნარს 60—300,0-მდე რაოდენობით. ხსნარის შეყვანა წარმოებს როგორც სიმსივნეში, ისე ღვიძლის დაავადებული და საღი ნაწილების საზღვარზე.

კლინიკური და ექსპერიმენტული დაკვირვების შედეგად (ექსპერიმენტები ჩატარებულია ძაღლებზე) ავტორი მიდის დასკვნამდე, რომ სიმსივნის სიღრმეში შეყვანილი ფორმალინის ხსნარი იწვევს სიმსივნის ნეკროზს და შემდგომში იგი განიწოვება, ან მოხდება დაჩირქება ფისტულის გაჩენით, საიდანაც წარმოებს დაშლილი სიმსივნის გამოყოფა (კონონჩუკით).

ალვეოლური ექინოკოკის ღრმად მდებარეობის შემთხვევებში მირონოვის მიერ მოწოდებულია სიმსივნის ნეკროტიზაცია თერმოკაუტერით და შემდგომ გამოსუფთავება 2% ფორმალინ-გლიცერინის ხსნარით. ავტორის აზრით, ამ დროს ადგილი აქვს მშრალი განგრენის წარმოშობას და სიმსივნური ქსოვილების მოცილებას.

ი. ხ. გევორქიანი ოპერაციასთან ერთად გვირჩევს დაავადებულ კერაში სპირტის ინექციების შეყვანას.

ზოგიერთ შორსწასულ შემთხვევაში ქირურგი იძულებულია ლაპაროტომიით და ბიოფსიური ნაჭერის ამოკვეთით დაკმაყოფილდეს.

ჩვენი შვიდი შემთხვევიდან მხოლოდ ერთჯერ გახდა შესაძლებელი სიმსივნის ამოკვეთა ღვიძლის მარცხენა წილის ნაწილობრივი რეზექციით; დანარჩენ შემთხვევებში მხოლოდ ბიოფსია იყო წარმოებული.

ამრიგად, როგორც ჩვენი მასალა ნათელყოფს და ლიტერატურული მონაცემებიც ამასვე ადასტურებს, რადიკალური ოპერაციის წარმოება ალვეოლური ექინოკოკის დროს შედარებით იშვიათად არის შესაძლებელი.

საერთოდ უნდა აღინიშნოს, რომ გარდა რადიკალური ოპერაციით ნამკურნალები შემთხვევებისა დაავადების პროგნოზი მეტად სერიოზულია.

საჭიროა ხაზი გაესვას იმ გარემოებას, რომ უკანასკნელ წლებში ღვიძლის ალვეოლური ექინოკოკის მკურნალობაში გარკვეული მიღწევები არსებობს და ეს მიღწევები უმთავრესად დიაგნოსტიკის გაუმჯობესებას უნდა მიეწეროს. სადიაგნოზოდ გამოყენებულია ისეთი საშუალებები, როგორიცაა სპლენოპორტოგრაფია, აბდომინოსკოპია, პნევმოპერიტონეუმი, პნევმორეტროპერიტონეუმი და სხვა.

დიაგნოზის დროულად დაზუსტებისას ინტრატრაქეალური ნარკოზის გამოყენებით გარკვეულ შემთხვევებში ღვიძლის წილის რეზექციას აწარმოებენ აღნიშნული პათოლოგიის დროს.

ყოველივე აღნიშნულის საფუძველზე შეიძლება გაკეთდეს შემდეგი დასკვნები:

1) ალვეოლური ექინოკოკი შედარებით იშვიათ დაავადებას წარმოადგენს და შემთხვევათა ნაკლებ პროცენტში გვხვდება, ვიდრე ერთსაკნიანი ექინოკოკი;

2) ალვეოლური ექინოკოკით უმთავრესად ღვიძლი ავადდება; სხვა ორგანოებში მისი განვითარება შედარებით იშვიათია;

3) ალვეოლური ექინოკოკის მკურნალობა მხოლოდ ქირურგიულია და არჩევით მეთოდად სიმსივნის მთლიანი ამოკვეთა ითვლება;

4) ლიტერატურული მონაცემებით, ალვეოლური ექინოკოკის დამახასიათებელ სიმპტომად სიყვითლე უნდა ჩაითვალოს;

5) კასონის და ვაინბერგის რეაქციას შემთხვევათა გარკვეულ პროცენტში სადიაგნოზო მნიშვნელობა ენიჭება.

სანაღვლე გზებში ასკარიდოზი უმთავრესად წვრილი ნაწლავებიდან შეიძლება განვითარდეს. ერთი ან რამდენიმე ასკარიდა შესაძლებელია ფატერის დერილში შეჩერდეს, გადავიდეს ნაღვლის საერთო სადინარში და ნაღვლის ბუშტის მძიმე პათოლოგია გამოიწვიოს. ცნობილია, რომ 1903 წელს ნეუგებაუერმა (Neugebauer) ქოლედოქოტომია ასკარიდოზის გამო აწარმოვა. ოვნატანიანმა (1952) ლიტერატურის მასალაზე (1892-დან 1951 წლამდე) შეაგროვა სანაღვლე გზების ასკარიდოზის 65 შემთხვევა. გარდა ამისა ამ საკითხზე მრავალი შრომაა გამოქვეყნებული როგორც ჩვენში, ისე საზღვარგარეთ.

სანაღვლე გზების ასკარიდოზის შესახებ ქართულ ენაზე გამოქვეყნებული შრომებიდან აღსანიშნავია ოქროპირიძის (1943), გოგიბედაშვილის (1952), ოთხმეზურის (1950), გოგიტიძის (1951), ა. ერისთავის (1952) შრომები. სანაღვლე გზების ასკარიდოზი ერთნაირი სიხშირით არ გვხვდება ტროპიკულ და სუბტროპიკულ ქვეყნებში. მნიშვნელობა აქვს მოსახლეობის კულტურულ დონეს და. რაც მთავარია, ყოფაცხოვრების სანიტარულ-ჰიგიენურ პირობებს. ცნობილია, რომ ნაღვლის საერთო სადინარში შეიძლება ერთი ან რამდენიმე ათეული ასკარიდა შეიჭრას. იამოშის მიერ (Iamauchi, 1924) აღწერილია ნაღვლის ბუშტში 110 ასკარიდის არსებობის შემთხვევა. აღსანიშნავია, რომ ნაღვლის საერთო სადინარში არსებული ასკარიდები ღვიძლის სადინარისკენ უფრო ვრცელდებიან, ვიდრე ნაღვლის ბუშტისაკენ, რაც იმით უნდა იყოს გამოწვეული, რომ ნაღვლის ბუშტის სადინარისაკენ გზა უფრო მოხრილია და ამავე დროს ნაღვლის ბუშტის სადინარი ჰეისტერის სპირალურ სარქველს შეიცავს. ალბათ ამით აიხსნება თვით ნაღვლის ბუშტში ასკარიდოზის იშვიათობა.

ნეუგებაუერის მიერ აღწერილი სანაღვლე გზების ასკარიდოზის 65 შემთხვევიდან ნაღვლის ბუშტში ასკარიდოზი მხოლოდ 5 შემთხვევაშია ნახული. სანაღვლე გზებში ასკარიდების მოხვედრა ხელს უწყობს აღნიშნული გზების ინფიცირებას და შეგუბებითი პროცესების არსებობას.

კაზუისტიკური შემთხვევის სახით აღწერილია სანაღვლე გზებიდან ასკარიდების ღვიძლის ქსოვილში გადასვლა, ანდა ღვიძლის მასიდან გლისონის კაფსულის გახვრეტით მათი გასვლა თავისუფალ მუცლის ღრუში, სადაც ასკარიდას შემოსაზღვრულ-ჩირქოვანი პერიტონიტი გამოუწვევია. ასკარიდოზის შედეგად შესაძლებელია ქოლანგიტი განვითარდეს, ხოლო ღვიძლში — ე. წ. ასკარიდული

აბსცესი. ეს უკანასკნელი მძიმე დაავადებაა. მკურნალობა ოპერაციულია, მაგრამ ოპერაციის შედეგები მძიმეა, რადგან ასკარიდული აბსცესი უხშირესად მრავლობითია და ყველა კერის გახსნა ვერ ხერხდება.

ოვნატანიანის ნაკრები მასალიდან ჩანს, რომ სანაღვლე გზების ასკარიდოზის 65 შემთხვევიდან ღვიძლის მრავლობით ჩირქგროვას 23 შემთხვევაში ჰქონდა ადგილი, აქედან 20 ავადმყოფი გარდაცვლილა.

ღვიძლის აბსცესის მასაში არსებული ასკარიდები ღვიძლის ვენის კედლის დაზიანების შედეგად ჩირქთან ერთად შეიძლება მოხვდნენ ქვემო ღრუ ვენაში, მარჯვენა წინა გულის და პარკუჭების გავლის შემდეგ ფილტვის არტერიაში და ამ უკანასკნელის ტოტის დახშობა გამოიწვიონ. ასეთი გართულება კაზუისტიკურ შემთხვევას წარმოადგენს.

სანაღვლე გზების ასკარიდული გაუვალობის დროს შესაძლებელია ქოლეცისტექტომია და ქოლედოქოტომია გაკეთდეს ასკარიდების და ინფიცირებული ნაღვლის ევაკუაციის მიზნით; ამ დროს ოპერაცია უნდა დამთავრდეს ნაღვლის საერთო სადინარის დრენაჟით.

უნდა აღინიშნოს, რომ სიკვდილობა ღვიძლისა და სანაღვლე გზების ასკარიდოზის დროს ჯერჯერობით მაღალია. ი. სტარცევის მონაცემებით (1953), უკანასკნელი 17 წლის განმავლობაში ლიტერატურაში აღწერილი სანაღვლე გზების ასკარიდოზის 28 შემთხვევიდან 22 შემთხვევაში მიღებული იქნა ლეტალობა. სიკვდილობის ასეთი მაღალი მაჩვენებლები დიაგნოსტიკურ სიძნელეს უნდა მიეწეროს, რაც იმით აიხსნება, რომ ამ დაავადებას არ ახასიათებს ჩამოყალიბებული პათოგნომური ნიშნები.

ღვიძლის არაპარაზიტული ცისტომები

როგორც ცნობილია, ღვიძლის არაპარაზიტული ცისტომები შედარებით იშვიათ დაავადებას წარმოადგენს. ისინი პირველად 1864 წ. აღწერა გლოტმა (Glotz).

ღვიძლის არაპარაზიტული ცისტის წარმოშობას ხშირად საფუძვლად უდევს ცრუ სანაღვლე სალინარების განვითარება, კერძოდ სანაღვლე გზების თანდაყოლილი ატრეზია.

ლ. ი. როდინა (1959) აღწერს ღვიძლის ცისტომის 150 შემთხვევას, აქედან ოპერაციამდე სწორი დიაგნოზი მხოლოდ სამ შემთხვევაში ყოფილა დასმული. ა. ლ. მიასნიკოვი წერს, რომ 1942 წლისათვის აღნიშნული ცისტომების მხოლოდ 195 შემთხვევა ყოფილა აღწერილი.

ი. კალფ-კალიფის (1959) მონაცემებით, უკანასკნელი 75 წლის განმავლობაში მსოფლიო მასშტაბით ღვიძლის არაპარაზიტული ცისტის 150 შემთხვევა აღინიშნება. მისივე მონაცემებით, ცრუ ცისტომები საგრძნობლად ნაკლებად გვხვდება, ვიდრე ჭეშმარიტი ცისტომები. უკანასკნელი 25 წელია, რაც კაზუისტიკური მასალა გაიზარდა, მაგრამ მიუხედავად ამისა ღვიძლის არაპარაზიტული ცისტომები არასაკმარისად არის შესწავლილი პათოგენეზის, პათოლოგიური ანატომიის, დიაგნოსტიკის და მკურნალობის თვალსაზრისით. ამიტომ უნდა დავეთანხმოთ ა. ვ. მელნიკოვის აზრს, რომ ყოველი ასეთი შემთხვევა ერთგვარ ინტერესს უნდა იწვევდეს.

ა. ლ. მიასნიკოვი ღვიძლის არაპარაზიტული ცისტომების შემდეგ კლასიფიკაციას იძლევა:

ა) ღვიძლის პოლიცისტური დაავადება;

ბ) ღვიძლის არაპარაზიტული სოლიტარული ცისტა;

გ) ღვიძლის რეტენციული ცისტები. ეს უკანასკნელები, ავტორის აზრით, შესაძლებელია იყოს ნაღვლოვანი, მუკოზური, სისხლოვანი და ლიმფური.

ვირხოვი ღვიძლის ცისტომებს ლიმფანგიომებად, ჰემანგიომებად და მეორეს მხრივ ცისტოადენომებად ყოფს.

ჰერქსჰეიმერი (Herxheimer) და ა. ი. აბრიკოსოვი ცისტებს ყოფენ რეტენციულად და დიზონტოგენეზურად.

ლანგენბახი (Langenbach) არჩევს თანდაყოლილ და შეძენილ ცისტებს.

ლინბერგი არჩევს ღვიძლის არაპარაზიტული ცისტის 6 ჯგუფს:

1. ჰეშმარიტი ცისტები, რომლებიც შეიძლება იყოს: ა) ერთეული — ერთსაკნიანი და მრავალსაკნიანი, ბ) შემოსაზღერული ცისტური გადაგვარება, რომელსაც ხშირად თან ახლავს თირკმლების, პანკრეასის, საკვერცხეების და სხვა ორგანოების ასეთივე გადაგვარება;

2. ცრუ ცისტები მეორადი ეპითელური საფარველის გარეშე. ისინი შეიძლება ტრავმის ან ანთებითი პროცესების შედეგად წარმოიშვან;

3. რეტენციული ცისტები, რომლებიც წარმოიშობა გაგანიერების გამო სადინარის დაცობის, ან მასზე ზეწოლის შედეგად;

4. დერმოიდული ცისტომები;

5. ღვიძლთან ახლოს არსებული ცისტები;

6. ერთეული და მრავლობითი ლიმფოჰემანგიომები (კავერნომები).

ლეპმანი (Leppman) ღვიძლის ჰეშმარიტ ცისტომებს შემდეგნაირად ყოფს:

1) ნაღვლის შეგუბებით გამოწვეული ცისტები, 2) ცისტები, ამოფენილი მოციმციმე ეპითელიუმით (ლორწოს შეგუბების გამო), 3) დერმოიდები, 4) ცისტოადენომები და 5) ლიმფური ცისტები.

ღვიძლის არაპარაზიტული ჰეშმარიტი ცისტები ამჟამად თანდაყოლილი ხასიათის კეთილთვისებიან წარმონაქმნებად არიან მიჩნეული და, როგორც აღვნიშნეთ, მათ განვითარების მანკი უდევს საფუძვლად. ეს წარმონაქმნები ღვიძლისა და სანაღვლე გზების ჩანასახებიდან წარმოიშვება და ორგანოში ბრმა ღრუების სახით ვითარდება. ისინი შიგნიდან ცილისდრული ეპითელიუმით არიან ამოფენილი. საერთოდ ღვიძლის ჰეშმარიტი ცისტომების დროს სავალდებულოა ეპითელური საფარველის არსებობა.

ცრუ ცისტომები ყოველთვის მეორადი წარმოშობისაა და მათ განვითარებაში ძირითადი მნიშვნელობა აქვს ტრავმას და ანთებითი პროცესის არსებობას. უცხო სხეულების, სისხლის კოლტების, ნეკროზული უბნების ან სხვა რაიმე ანთებითი კერის ირგვლივ შემაერთებელი ქსოვილი ვითარდება. მას საფუძვლად უდევს დეგენერა-

ციული პროცესები. ადგილი აქვს ღვიძლის პარენქიმაში კეროვანი ხასიათის დაწლითი პროცესის განვითარებას. ცრუ ცისტების შემოსვევაში შიგნითა შრე გრანულაციებისაგან შესდგება, რომლებიც ქსოვილების სისხლძარღვებით არის მდიდარი. საერთოდ ცრუ ცისტომები ჰეშმარიტთან შედარებით კიდევ უფრო იშვიათია. ცისტის შიგთავსი ჩვეულებრივ ლორწოვანია, მოყვითალო-მომწვანო ელფერით. მიკროსკოპულად მასში ქოლესტერინს, ნაღვლის პიგმენტებს, ჟიბრინს, მუცინს, ეპითელიუმს და ლეიკოციტებს ვნახულობთ. ცისტის კედელი გარედან ფიბროზული შემაერთებელი ქსოვილის სახით არის წარმოდგენილი.

ცისტომები უფრო ხშირად ღვიძლის მარჯვენა წილში ლოკალიზდება. ლიტერატურაში მითითებულია იმის შესახებ, რომ ღვიძლის არაპარიზიტული ცისტომები თითქმის ხუთჯერ უფრო ხშირია ქალებში. მაგალითად მელნიკოვი ცისტომის 100 შემთხვევიდან ქალებში მის განვითარებას 82 შემთხვევაში აღნიშნავს, მამაკაცებში კი — 18 შემთხვევაში. წლების მანძილზე ღვიძლის ცისტომა არავითარ კლინიკურ გამოვლინებას არ იძლევა, რის გამოც ავტორთა უმრავლესობა სამართლიანად აღნიშნავს, რომ ამ დაავადების დიაგნოზი მეტად რთულია და მისი დადგენა უმრავლეს შემთხვევაში რაიმე შემთხვევითობას მიეწერება. დიდი ოდენობის ცისტომები ორგანოებზე ზეწოლის მოვლენებს იძლევიან და გარკვეული კლინიკური ნიშნებისა და ობიექტური მონაცემების საფუძველზე შესაძლებელია არაპარაზიტულ ცისტომებადაც მივიჩნიოთ.

კაუფმანის (Kaufmann) შემთხვევაში ცისტამ სრულასაკოვანის თავის ოდენობამდე მიაღწია და 20 გირვანქას იწონიდა. ოშნერის მიერ (Oschner) 1938 წ. აღწერილია ღვიძლის ცისტა 16 ლიტრი სითხის შემცველობით. დიდი ცისტომების შემთხვევაში ზოგჯერ ადგილი აქვს პორტული სისხლმიმოქცევის მოშლას, ელენთის გადიდებას და სხვა.

არჩევენ ღვიძლის ერთეულ (სოლიტარულ) და მრავლობით ცისტომებს. ერთიც და მეორეც შესაძლებელია ერთ-ან მრავალკამერიანი იყოს. მარტივი შენების ერთეული და მრავლობითი ცისტომების გარდა გვხვდება ე. წ. ცისტური ღვიძლი, ანუ ღვიძლის პოლიცისტოზი (hepar Cysticum), რომლის დროსაც ადგილი აქვს ცისტის სიმსივნისმაგვარი ზრდის ნიშნებს, მაგრამ ამჟამად მისი სიმსივნედ — მრავალსაკნიან ადენოცისტომად — მიჩნევა არ არის მართებული.

უნდა აღინიშნოს, რომ ძალიან იშვიათია ღვიძლის დერმოიდული ცისტომები.

ა. ი. ბელიამინოვიჩის აზრით, ღვიძლის ცისტომების სადიაგნოზოდ hepato-lieno რენტგენოგრაფია შეიძლება იქნეს გამოყენებული ტორატრასტის დახმარებით. უნდა აღინიშნოს ის მდგომარეობა, რომ მცირე გამონაკლისის გარდა ღვიძლის ფუნქციის დაკნინებას თითქმის არასოდეს არ აქვს ადგილი.

როგორც უკვე გვქონდა აღნიშნული, ღვიძლის ცისტომები უფრო ხშირია ქალებში. ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ არც ისე იშვიათია ღვიძლის ცისტომის სხვა ორგანოების ცისტომებთან, მაგალითად თირკმლის, ელენთის, პანკრეასის, ნაწლავის, ფილტვების და სხვა კომბინაცია. იგი აღწერილია აგრეთვე სხვა თანდაყოლილი ანომალიების დროსაც, მაგალითად კურდღლის ტუჩის, ჰვლის ხახის, პოლიდაქტილიის და სხვა დროს. აღწერილია ღვიძლის ცისტომის შემთხვევები ერთი ოჯახის სხვადასხვა წევრებში.

როგორც ლიტერატურის წყაროებიდან ჩანს, ღვიძლის ცისტომა ყველაზე იშვიათად პანკრეასის ცისტომასთან კომბინირდება. ამასთან დაკავშირებით მიზანშეწონილად მიგვაჩნია მოვიყვანოთ კლინიკის ერთი საინტერესო შემთხვევა.

ავადმყოფი ი. ა. ქალი, 28 წლის, შემოვიდა კლინიკაში როგორც სასწრაფო შემთხვევა 1961 წ. 14 თებერვალს დაავადების დაწყებიდან 20 დღის შემდეგ. ავადმყოფი უჩიოდა მწვავე ტკივილს მუცლის არეში, მუცლის შებერილობას, გულისრევას და წყურვილის გაძლიერებას. დაავადება მწვავედ დასწყებია ეპიგასტრიუმის არეში ტკივილით, გულისრევით და პირღებინებით, მაღალი ტემპერატურით. შეუმჩნევია მუცლის პროგრესულად შებერილობა. მოყვანისას ავადმყოფის მდგომარეობა — მეტად მძიმე, მწვავე ტკივილის გამო იმყოფება იძულებით მდგომარეობაში, ვერ წვება, შვებას პოულობს მუხლებზე და იდაყვებზე დაყრდნობით. მუცელი ასიმეტრიული, განსაკუთრებით მუცლის ზედანაბეერის ძლიერი გამობერილობის ხარჯზე, პალპაციით დაჭიმული და დიფუზურად მტკივნეულია. გასინჯვისას ეკვი იქნა მიტანილი პანკრეასის ცისტურ სიმსივნეზე და რამდენადაც ავადმყოფს აუტანელი ტკივილი ჰქონდა, სასწრაფო ოპერაცია გაკეთდა. განკვეთი გატარდა თეთრ ხაზზე. მუცლის ღრუს გახსნისას აღმოჩნდა დიდი ოდენობის ცისტოზური წარმონაქმნი, რომელიც წინასწარ სითხის გარკვეული რაოდენობით ამოქაჩვის შემდეგ იქნა გაკვეთილი. სითხის რაოდენობა 18 ლიტრს უდრიდა. ცისტური ღრუს გაგანიერების და დათვალიერების შემდეგ გამოირკვა, რომ იგი გამოდის ღვიძლის ქვემო კიდიდან, დაკავშირებულია პანკრეასთან და უჭირავს უზარმაზარი სივრცე.

ამრიგად, საოპერაციო მაგიდაზე შეიქმნა შთაბეჭდილება, რომ აღნიშნული ცისტური სიმსივნე ერთდროულად როგორც ღვიძლიდან, ისე პანკრეასიდან გამომდინარეობს. ცისტის კედელი ნაწილობრივ ამოიკვეთა და ღრუში ტამპონები იქნა მოთავსებული. პოსტოპერაციულ პერიოდში ყურადღებას იპყრობდა ტამპონების სხვადასხვა სახის შეფერება. მარჯვნივ ტამპონი ნაღვლის ნარევი სითხით იყო შეღებილი, მარცხნივ კი — უფერო და ოდნავ ჰემორაგიულ ელფერს ღებულობდა. სითხის დინამიკაში გამოკვლეევისას ცისტის შიგთავსი როგორც პან-

კრეასის, ისე ნაღლის შემადგენელ ელემენტებს შეიცავდა. ავადმყოფს შემდგომში სათანადო მკურნალობა უტარდებოდა, რის შედეგადაც კლინიკიდან გაეწერა განკურნებული. ავადმყოფი 6 თვის შემდეგ განმეორებით იქნა გასინჯული და მას მარჯვენა საკეერცხის დიდი ოდენობის ცისტომა გამოუვლინდა. შემთხვევა დემონსტრირებული იქნა აკად. მუხაძის სახელობის ქირურგიული საზოგადოების სხდომაზე 1961 წ. 11 ოქტომბერს სუბორდინატორ ჯ. ჯობაძის მიერ.

არაპარაზიტული ცისტომების მკურნალობა მხოლოდ ოპერაციულია. ძველი დროის ავტორები სამკურნალოდ ცისტის პუნქციებს მიმართავდნენ, მაგრამ ასეთი მკურნალობა უფრო ხშირად პერიტონიტით მთავრდებოდა. ყველაზე მიზანშეწონილ მეთოდს სათანადო შემთხვევებში ცისტის მთლიანი ექსტირპაცია წარმოადგენს, ზოგჯერ ღვიძლის ნაწილობრივი რეზექციით, მაგრამ აქვე უნდა აღინიშნოს ის მდგომარეობა, რომ ღვიძლის არაპარაზიტული ცისტომების შემთხვევებში რადიკალური ოპერაციის წარმოება იშვიათად არის შესაძლებელი. თუ ცისტის ამოღება ვერ ხერხდება, კარგია დარჩენილი ღრუს ტამპონირება ბადექონით, რითაც გამოიყენება ბადექონის პლასტიკური და შეწოვითი თვისებები.

მარსუპიალიზაცია, რა თქმა უნდა, იძულებითი ოპერაციაა, რადგანაც უმეტეს შემთხვევებში გართულებებს იძლევა უმთავრესად დაჩირქების, სისხლდენის და კიბოდ გადაგვარების სახით. სათანადო შემთხვევებში კეთდება შერთული ცისტასა და ნაწლავს შორის ან ცისტასა და ნაღლის ბუშტს შორის.

ამრიგად, მკურნალობის მეთოდები შესაძლებელია შემდეგნაირად ჩამოყალიბდეს: 1) პუნქცია, 2) ცისტოტომია და ცისტოსტომია, 3) ცისტექტომია, 4) ცისტო-ენტერო ან ცისტოჭოლეცისტოანასტომოზი, 5) ცისტის გადმობრუნება (მელნიკოვით) და 6) დაზიანებული ღვიძლის რეზექცია.

უნდა აღინიშნოს, რომ უმრავლეს შემთხვევებში ცისტოტომიას და მარსუპიალიზაციას მიმართავენ. მცირე ოდენობის ცისტომების შემთხვევებში შესაძლებელი ხდება მათი მთლიანი ამოღება, ზოგჯერ ღვიძლის წილის რეზექციით.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ღვიძლს აქვს საკმარისად დიდი კომპენსაციის უნარი, რის გამოც ზოგიერთ შემთხვევაში ცისტური ღვიძლის მქონე ადამიანი სრულიად კარგად გრძნობს თავს და შრომისუნარიანობის სრული შენახვით შეიძლება ღრმა მოხუცებულობამდეც მიაღწიოს.

ღვიძლის აბსცესი და მისი მკურნალობა

ღვიძლის აბსცესი, როგორც ნოზოლოგიური დაავადება, ძველი დროიდან არის ცნობილი. იგი საკმაოდ სერიოზულ დაავადებას წარმოადგენს და მასზე ყურადღების გამახვილება მიზანშეწონილად მიგვაჩნია.

ავტორთა უმრავლესობის აზრით, ღვიძლის აბსცესი არ წარმოადგენს დამოუკიდებელ დაავადებას, იგი აღმოცენდება როგორც სხვადასხვა დაავადების გართულება. ი. ა. რასულევის აზრით, მართებული იქნებოდა გველაპარაკა არა „ღვიძლის აბსცესზე", არამედ სხვადასხვა წარმოშობის ღვიძლის აბსცესზე. მისი აზრით, ტერმინი „ღვიძლის აბსცესი" დიაგნოზის სახით შეიძლება დაიწეროს მხოლოდ გართულებების რუბრიკში. ამით თავიდან ავიცდენთ დიაგნოზურ შეცდომას და გავამახვილებთ ყურადღებას ძირითად დაავადებაზე.

მიუხედავად იმისა, რომ ღვიძლის აბსცესი ამა თუ იმ დაავადების გართულებას წარმოადგენს, მაინც არ შეიძლება იმის აღიარება, რომ იგი არ არის დამოუკიდებელი ნოზოლოგიური დაავადება. ამ მხრივ რასულევის მიერ გამოთქმული მოსაზრება არ მიგვაჩნია მართებულად.

ღვიძლის აბსცესი ძირითადად ორ ჯგუფად იყოფა: ამებურად და პიოგენურად. გარდა ამისა ზოგჯერ ადგილი აქვს შერეული აბსცესის განვითარებას, როდესაც ამებებთან ერთად აბსცესის ღრუში ჩირქმბადი მიკრობების არსებობასაც აქვს ადგილი.

უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოში ღვიძლის ამებური აბსცესი უფრო ხშირად გვხვდება პიოგენურთან შედარებით. საქართველოში იგი პირველად აღწერილი ყოფილა 1907 წ. ფილიპჩენკოს მიერ ბათუმში. როგორც გამომწვევი მიზეზის, ისე კლინიკური მიმდინარეობის და პათომორფოლოგიური სურათის მიხედვით ამებური და პიოგენური აბსცესები სრულიად განსხვავდებიან ერთიმეორისაგან და ისინი მკურნალობის სხვადასხვა წესებს ემორჩილებიან.

ამიტომ დაავადების ფორმის დადგენას დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მკურნალობის სრულყოფილად და სწორად წარმართვისათვის.

ჯერ კიდევ ძველთაგანვე ავტორთა უმრავლესობა ღვიძლის ჩირქგროვების მიზეზს ტროპიკულ დიზენტერიაში ხედავდა. ჰიპოკრატეს თავის შრომებში აღწერილი აქვს ღვიძლის დიზენტერიული ჩირქგროვები. მე-19 საუკუნეში ლარეიმ (ნაპოლეონ I-ის ექიმმა) შრომები მიუძღვნა ღვიძლის დიზენტერიულ ჩირქგროვებს. ამავე საუკუნეში ბუდმა (Budd) აღნიშნა, რომ ღვიძლის ტროპიკული ჩირქგროვები ყოველთვის დიზენტერიის შედეგად ვითარდებიან. მისი აზრით,ანთებითად შეცვლილი ნაწლავების კედლების საშუალებით შეიწოვება ჩირქმბადი მასალა, რომელიც მიდის ღვიძლში და იქ ჩირქგროვების განვითარებას იწვევს. მან ღვიძლის ჩირქგროვის გამო გარდაცვლილი 57 ავადმყოფის გაკვეთის დროს 31 შემთხვევაში დიზენტერია ნახა (ციტ. პ. ფ. დოლიძით).

ზოგიერთი ავტორი ამებებს მხოლოდ პასიურ როლს მიაწერს ღვიძლის აბსცესების წარმოშობაში. მათი აზრით, ამებები ნაწლავის სანათურში შთანთქავენ პათოგენურ მიკრობებს, საკვების ძებნაში შედიან სისხლში და ღვიძლის კაპილარებში ეჩხირებიან. იქ წარმოშობენ ჰემორაგიულ ინფარქტებს; მათგან გადმოსროლილი მიკრობები კი დაჩირქებას იწვევენ. ეს მტკიცდება სისხლში პოლინუკლეარების დიდი რაოდენობის არსებობით, მაშინ როდესაც პროტოზოა მონონუკლეარულ ლეიკოციტოზს იწვევს (ბ. მ. მახმუდბეკოვი).

კარტულისმა (1887) ღვიძლის აბსცესის კედელში ნახა იგივე პარაზიტი, როგორიც ნაწლავის კედელში. კრუზემ და პასკალმა (1892) ექსპერიმენტულად მიიღეს ღვიძლის აბსცესი ცხოველების ნაწლავებში დიზენტერიული ამების შეყვანის გზით.

როგორც ცნობილია, ღვიძლის ამებურ აბსცესს Entamoeba hystolitica იწვევს. ამება სისხლის მიმოქცევის საერთო ნაკადით, ჰემოროიდალური ვენებით, ლიმფური სადინარებით, გულკერდის სადინარის საშუალებით და კიდევ სხვადასხვა გზით შეიძლება მოხვდეს ღვიძლის ქსოვილში, სადაც იგი ასეპტიკურ ანთებას იწვევს. ღვიძლის ქსოვილი ამ დროს დანეკროზებას განიცდის. იგი იშლება და თანდათანობით აბსცესი წარმოიშვება. ამებური აბსცესის ჩირქი სტერილურია, შოკოლადის ფერს მოგვაგონებს. ჩირქი სისხლს, ნაღველს და ორგანოს დანეკროზებულ ნაწილებს შეიცავს. ზოგჯერ შესაძლებელი ხდება ჩირქში ცოცხალი ამებების აღმოჩენა. საერთო ამებებს თავისთავად არ შეუძლიათ ჩირქგროვების განვითარება. ისინი იწვევენ ნეკრობიოზულ პროცესებს ღვიძლის ქსოვილში და ნიადაგს უმზადებენ ჩირქმბად მიკრობებს განვითარებისათვის.

ს. ვირსალაძის აზრით, ღვიძლში შეპრილი ამება ქმნის დაავადების პირველ წყაროს, შემდეგ სხვა ბაქტერიები აძლიერებენ პროცესს.

მახოქსმა გამოსთქვა აზრი, რომ ყოველ ახალ ჩირქგროვაში არის ბაქტერიები, ხოლო შემდგომ ისინი სტერილური ხდებიან. ის გარემოება, რომ ღვიძლის ჩირქგროვების დროს ხშირად ვერ ნახულობენ მიკრობებს, ზოგიერთი ავტორის მიერ ახსნილია ღვიძლის მიერ მიკრობების განეიტრალების უნარით. მიკრობების უმრავლესობა იღუპება ღვიძლში გარდა სტრეპტოკოკებისა, რომლებსაც პირიქით, ძლიერი გავრცელება ახასიათებთ (პ. ფ. დოლიძე).

საერთოდ ჩირქოვანი პროცესი ამებური აბსცესის დროს ღვიძლში სამ სტადიას გადის: პირველ სტადიაში ადგილი აქვს ნეკროზს იმ უბნებში, სადაც იჭრება ამება, მეორე სტადიაში ამ მშრალ ნეკროზულ უბნებს ჩირქი უერთდება და თანდათანობით ჩირქოვანი პარკი წარმოიშვება. მესამე სტადიაში კი აბსცესი ფიბროზული ქსოვილით შემოიფარგლება.

პიოგენური აბსცესი უმთავრესად სტრეპტოკოკით და სტაფილოკოკით გამოიწვევა. ზოგჯერ მასში ნაწლავის ჩხირის არსებობაც დასტურდება. პიოგენური აბსცესის უხშირეს წყაროს ფლეგმონური აპენდიციტის შედეგად განვითარებული პილეფლებიტი, ჩირქოვანი ქოლანგიტი და ნაღვლის ბუშტის ანთებები წარმოადგენენ. პილეფლებიტი უხშირესად ღვიძლის მრავლობით აბსცესს განავითარებს და თავისი პროგნოზით არასასურველ გამოსავალს იძლევა.

საერთოდ, უნდა აღინიშნოს, რომ ეტიოლოგიური მომენტებიდან სიხშირის მიხედვით პირველი ადგილი მეტასტაზირებულ აბსცესებს უკავია. სხვადასხვა წარმოშობის სეფსისური პროცესების დროს ინფიცირებული ემბოლების სახით წარმოიქმნება ღვიძლის დასნებოვნება და აბსცესის წარმოშობა.

როგორც აღვნიშნეთ, ღვიძლის აბსცესი ხშირად მწვავე აპენდიციტის, ან აპენდექტომიების გართულებას წარმოადგენს. მაგალითად, დემიანოვიჩი აპენდიციტის 3046 შემთხვევიდან ღვიძლის აბსცესის განვითარებას 6 შემთხვევაში აღნიშნავს, ზონენბურგი 3480 შემთხვევიდან — 3, ოჩკინი 1692 შემთხვევიდან —. 15, ლემბერგი 2323 შემთხვევიდან — 7. ნ. ვ. პოდობედოვას მასალაზე აპენდიციტის 3934 შემთხვევიდან 9-ჯერ აღინიშნებოდა ღვიძლის აბსცესი. გარდა ზემოაღნიშნულისა ღვიძლის დაჟეჟილობანი, სანაღვლე გზების ასკარიდოზი და სხვა შეიძლება გახდეს ღვიძლში აბსცესების წარმოშობის მიზეზი. ეტიოლოგიის მხრივ საინტერესო და იშვიათია კ. ერისთავის მიერ მოყვანილი შემთხვევა, სადაც ღვიძლის აბსცესი მუცლის ტიფის გართულებას წარმოადგენს. ავადმყოფისათვის

ოპერაცია გაუკეთებიათ ტიფით დაავადებიდან მე-16 დღეს. საფიქრებელია, აღნიშნავს ავტორი, რომ ღვიძლში გართულება მიღებულია ავადმყოფობის პირველ დღეებშივე.

რ. ო. ეოლიანის აზრით, ინფექციამ რომ ფეხი მოიკიდოს და აბსცესი წარმოიშვას, ღვიძლში წინასწარ დეგენერაციული ცვლილებები უნდა არსებობდეს. ყველაზე ხშირად, ავტორის აზრით, ამ ცვლილებებს მალარია იწვევს. მის მასალაზე აბსცესის მქონე ავადმყოფთა 70% მალარიით ყოფილა დაავადებული.

ე. კ. ფიფიას აზრით, პიოგენური აბსცესები შემდეგნაირად ნაწილდება:

I. ქვეჯგუფი

ინფექციის შეჭრის გზების მიხედვით:

ა. პილეფლებიტური;

ბ. ინფექციის Per continuitatem გადასვლა;

ჰემატოგენური (ზოგადი ჩირქოვანი ინფექციის დროს);

ნაღვლის გზების ანთების ნიადაგზე;

ჰიებით გამოწვეული.

II ქვეჯგუფი

ღვიძლში არსებული პათოლოგიური მდგომარეობის ჩირქმბადი ინფექციით გართულება.

ა) ექინოკოკი;

გუმა;

ტუბერკულოზი;

ავთვისებიანი სიმსივნე.

დაავადების მიმდინარეობის მიხედვით ღვიძლის აბსცესის სხვადასხვა კლასიფიკაციაა მოწოდებული.

ა. ლ. მიასნიკოვის აზრით, ღვიძლის აბსცესები მწვავე, ქვემწვავე და ქრონიკულ ფორმებად უნდა დაიყოს.

ი. ხ. ჩირეიკინა დაავადების მიმდინარეობაში სამ სტადიას არჩევს:

პირველი სტადია —აბსცესის ორგანიზაციის პერიოდი, როდესაც ვლინდება ლოკალური ნიშნები: მუცლის შებერვა, კუნთების დაჭიმვა, ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, ღვიძლის გადიდება, ლეოკოციტოზი და ტემპერატურის მომატება.

მეორე პერიოდის დროს ადგილი აქვს ანთებითი პროცესის გავრცელებას მეზობელ ორგანოებზე. ადგილი აქვს ტაქიკარდიას, პლევრის ხახუნს, სველ ხიხინს, სითხის არსებობას პლევრის ღრუში, ანემიას, შარდში ცილის არსებობას და ა. შ.

მესამე სტადია — მოგვიანებული სიმპტომების სტადიაა, სადაც

ადგილობრივი მოვლენები დათრგუნულია ზოგადი მდგომარეობის დამძიმების გამო.

ი. ა. რასულევმა საკუთარი გამოცდილების და ლიტერატურის მონაცემების მიხედვით, შემდეგი კლასიფიკაცია მოგვაწოდა:

ღვიძლის ფორმა. ამ ფორმისათვის ძირითადად დამახასიათებელია მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოს ტკივილი. ღვიძლი დიდდება მოცულობაში. გარდა ამისა ამ დროს სიყვითლეც აღინიშნება. რენტგენოლოგიურად დიაფრაგმის მაღლა დგომას და უმოძრაობას აქვს ადგილი.

ღვიძლ-ფილტვის ფორმა (უფრო სწორად, ღვიძლ-პლევრო-ფილტვის ფორმა). ამ დროს ღვიძლის მოვლენებს ემატება პლევრისა და ფილტვის მხრივ გამოვლინებანი მშრალი და სველი პლევრიტის სახით, ზოგჯერ პიოპნევმოთორაქსის, კეროვანი პნევმონიების და ფილტვის აბსცესის არსებობას აქვს ადგილი. იშვიათად ღვიძლის მხრივ მოვლენები ძალზე მკრთალად არის გამოხატული, რაც მხედველობაშია მისაღები დიაგნოსტიკური შეცდომების თავიდან აცილების მიზნით.

ღვიძლ-თირკმლის ფორმა. ამ ფორმის დროს ღვიძლის მხრივ მოვლენებს ამილოიდურ-ლიპოიდური ნეფროზი ემატება.

სეფსისური ფორმა, რომლის დროს წამყვანია შემცივნებები, მაღალი ტემპერატურა და სეპტიკოპიემიური სურათის არსებობა.

უსიმპტომო ფორმა. აღნიშნული ფორმის დროს კლინიკური ნიშნები იმდენად სუსტად არის გამოხატული, რომ დიაგნოზი ავადმყოფის სიცოცხლეში ძნელი დასადგენია და დაავადების გამოვლინება პათოლოგიურ-ანატომიური გაკვეთისას ხდება.

დაავადების მიმდინარეობის მიხედვით ავტორი შემდეგ ფაზებს აღნიშნავს: ყველაზე ნაადრევს — ღვიძლის ფაზას, შემდეგ—ღვიძლგარეშე და ბოლოს — ფინალურ ფაზას. პირველი ფაზის დროს წამყვანია ღვიძლის მხრივ მოვლენები, მეორე სხვადასხვაგვარი გართულებებით ხასიათდება, როგორიცაა მოვლენები ძირითადად ფილტვების, პლევრის და თირკმლის მხრივ პერფორაციისა და მეტასტაზების სახით. ფინალურ ფაზაში ზემოაღნიშნულ გართულებებს ანემიზაცია, ჰემორაგიული სინდრომი და კახექსია ემატება.

უნდა აღინიშნოს, რომ დაავადება უმთავრესად მამაკაცებში გვხვდება, რასაც ზოგიერთი ავტორი ხსნის ალკოჰოლისადმი მიდრეკილებით. ავტორთა აზრით, ალკოჰოლი ღვიძლის ქსოვილის გადაგვარებას და ჰეპატიტისადმი მიდრეკილებას იწვევს. მეორე მიზეზად მიჩნეულია მამაკაცთა შორის ღვიძლის მიდამოს ტრავმის შემთხვე-

ვები. ოქსნერის და დე-ბაკეის ნაკრები სტატისტიკა ნათლად ასახავს ღვიძლის აბსცესის მამაკაცებში უფრო ხშირ განვითარებას. მოგვყავს აღნიშნულ ავტორთა სტატისტიკური მონაცემები, შევსებული ე. კ. ფიფიას მიერ.

ა ვ ტ ო რ ი	მამაკაცი	ქალი
იუნგი (Jung) . .	17	3
ლიტლოუ (Ludlow)	92	8
გ ა მ ი (Gggam) . .	24	1
თურსტონი (Thurcton) .	63	1
ბოლანდი (Bolund) .	5	1
ჩ ე ნ ი (hen) . .	246	2
ვარინგი (Waring)	91	9
მანსონ ბარი (Mauson Bahr)	39	6
ოქსნერი და დებაკეი (Ochsner, de Bakey)	65	8
ოკინშევიჩი	101	5
ცანკაროლი (Zankarol) .	143	14
ფ ი ფ ი ა	30	6
ს უ ლ	985	67

როგორც ლიტერატურის მასალიდან ჩანს, ღვიძლის აბსცესით მეტწილად მარჯვენა წილი ზიანდება მარცხენასთან შედარებით (სნაიდერი, მოინიგენი, ვარინგი, რუისი, ოქსნერი და დებაკეი, ე. ფიფია, გ. ბოკერია და სხვ.). ეს გარემოება, ალბათ, ღვიძლის წილების სისხლით მომარაგების თავისებურებით უნდა აიხსნას.

ტიპიურ შემთხვევებში ღვიძლის აბსცესის დიაგნოსცირება სიძნელეს არ წარმოადგენს და თითქმის ყოველთვის არის მოსახერხებელი. დაავადებას მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოს ტკივილი ახასიათებს. ზოგჯერ პიოგენური აბსცესის შემთხვევებში ტკივილი უფრო მწვავედ იწყება. დაავადებას ახლავს შემცივნებები და მაღალი ტემპერატურა, ოფლიანობა, ზოგჯერ სიყვითლე, ფაღარათი. სისხლში ყურადღებას იპყრობს ლეიკოციტების რიცხვის მომატება და ერითროციტების დალექვის რეაქციის აჩქარება.

ღვიძლის აბსცესის დროს სიყვითლის არსებობის შესახებ ლიტერატურაში აზრთა სხვადასხვაობაა. ზოგიერთის აზრით, სიყვითლის არსებობას იშვიათად აქვს ადგილი. მაგალითად ე. ი. ვოლიანსკი თავის დისერტაციაში (1898 წ.) აღნიშნავს, რომ აღნიშნულ დაავადებას სიყვითლე იშვიათად ახასიათებს. ა. ლ. მიასნიკოვი მას აღნიშნავს შემთხვევათა 1/6-ში, ტირფელდერი 375 შემთხვევიდან სი-

ყვითლეს აღნიშნავს 58 შემთხვევაში (16%), რუი 155 შემთხვევაზე — 26-ჯერ (16,77%).

ე. ლ. ტარლოვის, ი. ა. რასულევის და სხვათა აზრით, სიყვითლე ღვიძლის აბსცესების მუდმივი დამახასიათებელი ნიშანია.

საერთოდ უნდა აღინიშნოს, რომ დაავადების სიმპტომები განსაკუთრებით ბუნდოვანია დასაწყის პერიოდში, მაშინ როდესაც ჭარბობს ზოგადი ინტოქსიკაციის მოვლენები. კლინიკური სურათის პროგრესულობასთან დაკავშირებით ღვიძლი დიდდება, დაავადების ნიშნები უფრო რელიეფური ხდება და დიაგნოზის დასმაც ადვილდება. დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა უმთავრესად ლოკალურ სიმპტომებს ენიჭება, რომლებიც უფრო მეტად ვლინდება აბსცესის ღვიძლის ზედაპირთან მიახლოების შემთხვევაში.

მიუსი აღნიშნავს ღვიძლის აბსცესის დროს მარჯვენა მკერდლავიწ-დვრილისებრ კუნთზე ზეწოლისას მტკივნეულობას, რაც ლიტერატურაში ავტორის სახელობის სიმპტომად არის ცნობილი. დიდი სადიაგნოზო მნიშვნელობა მიეწერება აბსცესის შიგთავსის თავისებურებას. ამებური აბსცესის დროს, როგორც ცნობილია, იგი შოკოლადის ფერს მოგვაგონებს, ზოგჯერ მასში შესაძლებელია ამებების აღმოჩენა. ბაქტერიოლოგიური დათესვით ჩირქი სტერილურია. რენტგენოლოგიურ მონაცემებს გარკვეული მნიშვნელობა ენიჭება ღვიძლის აბსცესის დიაგნოსტიკაში. საყურადღებოა დიაფრაგმის მაღლა დგომა და მისი ძოძრაობის თითქმის სრული შეზღუდვა. დიაფრაგმის ზემოთ ან ქვემოთ ანთებითი გამონაჟონის არსებობას აქვს ადგილი.

ე. ბაკურაძის მასალით, სუბდიაფრაგმული აბსცესის განვითარება 6 შემთხვევაში ღვიძლის აბსცესით ყოფილა გამოწვეული.

მ. ჩაჩავას და ს. ბუაჩიძის მონაცემებით, სუბდიაფრაგმული ჩირქგროვა 2 შემთხვევაში ნაღვლის ბუშტის ანთების შედეგად და ერთჯერ ღვიძლის აბსცესის გამო განვითარებულა.

გარდა სუბდიაფრაგმული ჩირქგროვისა ღვიძლის აბსცესის მთავარ გართულებას შინაგანი სისხლდენა, პერიტონიტი, ფილტვის აბსცესი, ჩირქოვანი პლევრიტი და სხვ. წარმოადგენს. ლიტერატურაში მითითებულია აღნიშნულ გართულებებზე. ისინი ჩვენს მასალაზედაც დასტურდება. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ გართულებათა უმეტესი ნაწილი ამებურ აბსცესებზე მოდის. საილუსტრაციოდ შეიძლება მოყვანილ იქნეს ერთ-ერთი შემთხვევა.

ავადმყ. ა. ი. მამაკაცი, 32 წლის. 1957 წ. მოთავსებული იყო კლინიკაში პლევრის ღრუში გახსნილი ფილტვის აბსცესის დიაგნოზით. ავადმყოფს აღენიშნებოდა სისხლიან-ჩირქოვანი ნახველი და მაღალი ტემპერატურა. გაკეთდა ძლევ-

რის პუნქცია, საიდანაც მიღებულ იქნა 400 მლ-მდე სითხე. იმავე დღეს განმეორებითი რენტგენოსკოპიით კარგად გამოვლინდა გადიდებული ღვიძლის ჩრდილი. ღვიძლის პუნქციით დიდი რაოდენობის შოკოლადის ფერი ჩირქი იქნა მიღებული. ავადმყოფს დაეწყო ემეტინით მკურნალობა, რის გამოც მდგომარეობა პირველ ხანებში საგრძნობლად გამოკეთდა. შემდგომში მას განუვითარდა ჯერ მარჯვენა პემიპარეზი და შემდეგ დამბლა, მხედველობის გაორებით და ნისტაგმით. გამოითქვა აზრი ტვინის მეტასტაზურ აბსცესზე. პატრონების დაჟინებით მოთხოვნით ავადმყოფი გაწერილ იქნა სახლში, სადაც მისი მდგომარეობა თანდათანობით გამოკეთდა.

საინტერესოდ მიგვაჩნია მეორე შემთხვევაც.*

ავადმყ. ე. ო. მამაკაცი, 32 წლისა. 1956 წელს მიყვანილ იქნა კლინიკაში ძლიერ მძიმე მდგომარეობაში ფილტვის აბსცესის დიაგნოზით. რენტგენოლოგიურად აღენიშნებოდა პლევრის დაჩრდილვა მარჯვნივ. ჰქონდა ჩირქსისხლიანი ნახველი. წარმოებული იყო ოპერაცია — თორაკოტომია 8—9 ნეკნის რეზექციით. გაიხსნა ფილტვის კსოვილში არსებული ღრუ, რომელიც ხვრელით მიემართებოდა დიაფრაგმისა და ღვიძლისაკენ, საიდანაც ჩირქი დიდი რაოდენობით იქნა ამოღებული. ავადმყოფს დაეწყო ემეტინით მკურნალობა, რის შედეგადაც იგი განკურნებული გაეწერა კლინიკიდან.

აღნიშნული შემთხვევები მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული დიაგნოზური შეცდომების თავიდან აცილების მიზნით.

ამ ბოლო ხანებში ღვიძლის აბსცესის დიაგნოსტიკისათვის სპლენოპორტოგრაფიაა გამოყენებული.

სპლენოგრამაზე აბსცესი ორი ნიშნით დიაგნოსცირდება.

სისხლძარღვების სურათს შეუძლია მოგვცეს კარის ვენის მსხვილი ტოტის ამპუტაციის სურათი ან ამპუტაცია კარის ვენის მსხვილ ტოტში.

ჰეპატოგრაფიამ შეიძლება მრგვალი ფორმის ჯიბე გამოაელინოს. ამ ნიშნებს თვალყურს ადევნებენ დინამიკაში და საყურადღებოა, რომ განკურნების შემდეგ სპლენოპორტოგრამები ნორმას უბრუნდება.

ა. ფარეი გვირჩევს აბსცესის დიზენტერიული გენეზის დასამტკიცებლად გამოყენებულ იქნეს რექტოსკოპია. მას სიგმოსკოპიის 25 შემთხვევიდან 20 შემთხვევაში ამებური ტიპის წყლულები აღმოუჩენია.

ატიპიურ შემთხვევებში დიაგნოზის დაზუსტება სიძნელეს წარმოადგენს. ღვიძლის აბსცესის დიფერენციული დიაგნოზის დროს მხედველობაშია მისაღები მარჯვენამხრივი ჩირქოვანი პლევრიტი, სუბდიაფრაგმული ჩირქგროვა, ექინოკოკი, კენჭოვანი ქოლეცისტიტი, ქოლანგიტი, მალარია, ტიფი და სხვა.

* ორივე შემთხვევა მოყვანილია გ. ბოჭორიშვილის შრომიდან.

ღვიძლის აბსცესის მკურნალობისათვის უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება აბსცესის ხასიათის დადგენას, რადგან ამებური და პიოგენური აბსცესები მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდს საჭიროებენ.

ამებური აბსცესის მკურნალობის საუკეთესო მეთოდად კონსერვატული თერაპია უნდა ჩაითვალოს. უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება ემეტინით მკურნალობას. ფიქრობენ, რომ ემეტინი ამების წინააღმდეგ სისხლის საშუალებით მოქმედებს. მისი დღიური დოზა 0,39 — 0,65 უდრის და ავადმყოფს ენიშნება 3 — 5 დღის განმავლობაში. უნდა გვახსოვდეს, რომ ღვიძლის აბსცესის რეციდივები მხოლოდ ამებური აბსცესის შემთხვევებში გვხვდება, ამიტომ ასეთი ავადმყოფები ხანგრძლივ მეთვალყურეობას საჭიროებენ. აუცილებელია პერიოდულად განავლის ამებებზე გასინჯვა და პროფილაქტიკური განმეორებითი ემეტინთერაპია გარკვეული დროის განმავლობაში. ზოგადი ემეტინთერაპიის გარდა მნიშვნელობა აქვს ჩირქის ასპირაციას და უშუალოდ აბსცესის ღრუში ემეტინის შეშხაპუნებას.

გ. ბოკერიას აზრით, ოპერაცია ნაჩვენებია ემეტინორეზისტენტული ამებების შემთხვევებში.

მ. პოლი (M. Paul) გვირჩევს ადგილობრივი მკურნალობის გამოყენებამდე წინასწარ ამების საწინააღმდეგო მკურნალობა ჩატარდეს სტაციონარის პირობებში დაახლოებით 12 დღის განმავლობაში, რის შემდეგ იგი ერთჯერად პუნქციას მიმართავს. ზ. ტუნი გვირჩევს აბსცესის ღრუს გამორეცხვებს ქლოროკაინის ხსნარით (1:50-ზე).

აღნიშნული მეთოდით მკურნალობა ამებური აბსცესის სრულ განკურნებას იძლევა. უნდა გვახსოვდეს, რომ ემეტინი გულის კუნთს აზიანებს და ამიტომ მისი დოზირებისა და ხმარების წესი კარგად უნდა იქნეს გათვალისწინებული.

პიოგენური აბსცესის მკურნალობა ოპერაციულია.

ღვიძლის აბსცესი შეიძლება გახსნილ იქნეს ტრანსპერიტონეალურად ნეკნთა რკალის ქვემოთ და ტრანსპლევრულად. თუ ეს უკანასკნელი მიდგომაა საჭირო, უმჯობესია ორ ეტაპად იქნეს შესრულებული. პირველ ეტაპზე ხდება განაკვეთის გატარება მე-9 — 10 ნეკნის დონეზე მათი ამოკვეთით უკანა აქსილარული ხაზის დონეზე, რომლის შემდეგ ტამპონადა უნდა იქნეს წარმოებული იმ მიზნით, რომ პლევრა დიაფრაგმას მიეზარდოს. 5 — 6 დღის შემდეგ საჭიროა მეორე ეტაპის წარმოება, რაც გულისხმობს ღვიძლის პარენქიმის გახსნას აბსცესის მიდამოში, ისე, რომ თავისუფალ პლევრის ღრუში ჩირქი არ მოხვდეს. ამრიგად, იკვეთება პარიეტალური

პლევრა, დიაფრაგმა, შემდეგ ეხედებით სუბდიაფრაგმულ სივრცეში და თუ საჭიროა, იკვეთება ღვიძლიც. რომ თავიდან ავიცილოთ ჰაეროვანი ემბოლია, ავადმყოფს ღვიძლის გაკვეთის დროს თავი მაღლა უნდა ჰქონდეს აწეული. ღვიძლის გაკვეთამდე შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს პუნქცია მსხვილი ნემსით აბსცესის ლოკალიზაციის დასადგენად, ანდა ეს ადგილი შეიძლება გაიკვეთოს მოწვის საშუალებით. გახსნის შემდეგ ღრუში რეზინის მილი და ტამპონები უნდა ჩაიდოს. ოპერაციის დროს ერთგვარი სიფრთხილეა საჭირო, რომ არ დაზიანდეს ისეთი სისხლძარღვები, როგორიცაა ღრუ და კარის ვენა.

ღვიძლის აბსცესის გახსნის შემდეგი მეთოდია ექსტრაპერიტონეალური მიდგომა, რომელიც 1938 წ. მოწოდებულ იქნა ოქსნერის მიერ. ამ მეთოდის გამოყენებისას საჭიროა მე-12 ნეკნის ამოკვეთა და აბსცესის გაკვეთა ისე, რომ არ იქნეს დაზიანებული პლევრა. განაკვეთი ისე უნდა გაკეთდეს, რომ პერიტონეალური ცხიმი აღმოჩენილი იქნეს დიაფრაგმის ქვემოთ. ამრიგად შევდივართ პერიტონეუმსა, დიაფრაგმასა და კუნთოვან ზედაპირს შორის არსებულ სივრცეში. აღნიშნული მიდგომით აღმოჩენილ იქნება ღვიძლის ზედაპირი, რომელიც არ არის დაფარული პერიტონეუმით. ზოგჯერ აბსცესი სწორედ ამ ადგილასაა. სხვა შემთხვევაში წინასწარ პუნქციას უნდა მივმართოთ. ოპერაციულ მკურნალობას ანტიბიოტიკების დიდი დოზებით დანიშვნა უნდა დაემატოს.

უნდა აღინიშნოს, რომ გასულ წლებში პიოგენური აბსცესით ავადმყოფთა უმრავლესობა იღუპებოდა, მაგრამ ამჟამად ანტიბიოტიკების ფართოდ გამოყენებასთან დაკავშირებით სიკვდილობის პროცენტი საგრძნობლად შემცირდა. გამონაკლისს წარმოადგენს ღვიძლის მრავლობითი აბსცესები, რომლებიც ამჟამადაც სიკვდილობის დიდ პროცენტს იძლევა.

ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის მასალაზე (1919—1960) ღვიძლის აბსცესით სულ 132 ავადმყოფია გატარებული, აქედან ამებური აბსცესით — 54, ხოლო პიოგენური აბსცესით — 78 ავადმყოფი.

როგორც აღნიშნული გვქონდა, საქართველოში საერთოდ ღვიძლის ამებური აბსცესი უფრო ჭარბობს. მიუხედავად ამისა ჩვენს მასალაზე პიოგენური აბსცესი მეტი სიხშირითაა გამოვლინებული. ლიტერატურის მონაცემებით და ჩვენი მასალითაც, ნათელია, რომ ამებური აბსცესები პიოგენურთან შედარებით უკეთესად იკურნება. ზუსტად დასმული დიაგნოზის შემთხვევებში, როდესაც მხოლოდ წმინდა ამებურ აბსცესთან გვაქვს საქმე, ოპერაციული ჩარევა

არ ხდება საჭირო და ავადმყოფები სათანადო კონსერვატული საშუალებებით კარგად იკურნებიან. შერეული ინფექციის შემთხვევებში, რა თქმა უნდა დგება ოპერაციული მეთოდის გამოყენების საკითხი. კონსერვატული თერაპიის დიდ ეფექტურობაზე მეტყველებენ ჩვენი შემთხვევებიც, სადაც 52 კონსერვატულად ნამკურნალევი ავადმყოფიდან ყველა განიკურნა. აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ განკურნებით დამთავრდა ამებური აბსცესის შედარებით შორს წასული და გართულებული შემთხვევებიც კი. მოვიყვანთ რამდენიმე შემთხვევას.*

ავადმყოფი მ. კ. მამაკაცი, 43 წლის. მიღებულ იქნა აბასთუმნიდან ფილტვის აბსცესის საექიო დიაგნოზით. აბასთუმანში იგი გაუგზავნიათ ფილტვის ტუბერკულოზის გამო.

ავადმყოფის გადმოცემით, მას ხშირად ჰქონდა სისხლიანი ნახველი და აწუხებდა ძლიერი საერთო სისუსტე. დაავადების ხანგრძლიობა—სამი თვე. ნახველის ხასიათის მიხედვით კლინიკაში ეჭვი იქნა მიტანილი ღვიძლის ამებური აბსცესის ფილტვში პენეტრაციაზე, რაც კლინიკური გამოკვლევებით სრულიად დადასტურდა. ავადმყოფს გაუკეთდა ღვიძლის პუნქციები და ჩაუტარდა ენერგიული ემეტინთერაპია, რის შედეგადაც იგი განიკურნა.

მეორე შემთხვევაში ღვიძლის აბსცესი პლევრის ღრუში გახსნით არის გართულებული.

ავადმყოფი ფ. ჭ. მამაკაცი, 38 წლის. გადმოყვანილი იყო ჰოსპიტალური თერაპიის კლინიკიდან (1947 წ.) პლევრის ემპიემის დიაგნოზით. პლევრის პუნქციის დროს მიღებული ჩირქის მიხედვით გამოითქვა აზრი ღვიძლის ამებური აბსცესის პლევრის ღრუში გახსნის შესახებ. ანამნეზიდან საყურადღებო იყო გადატანილი დიზენტერია. ღვიძლის პუნქციით მიღებული იყო შოკოლადისფერი ჩირქი. ავადმყოფს ჩაუტარდა ემიტინიზაცია, ღვიძლის პუნქციები, რის შედეგადაც განკურნებული გაეწერა კლინიკიდან.

კლინიკაში გატარებული ღვიძლის ამებური აბსცესის შემთხვევებიდან მისი პლევრის ღრუში გახსნა ორ ავადმყოფს აღენიშნებოდა, ფილტვში კი—სამს. ეს უკანასკნელი შემთხვევები სხვადასხვა სამკურნალო დაწესებულებაში დიაგნოსცირებული იყო როგორც ფილტვის ტუბერკულოზი ან ფილტვის აბსცესი. მართალია, ასეთ გართულებულ შემთხვევებში დიაგნოზის დადგენა ერთგვარ სირთულეს წარმოადგენს, მაგრამ თუ სრულყოფილად იქნება ანამნეზი შეკრებილი და სათანადოდ შეფასდება ავადმყოფის არსებული სტატუსი, მაშინ ღვიძლის აბსცესის მსგავსი შემთხვევების გამოვლინება სრულიად ადვილია.

კლინიკაში იყო ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც არასწორად ნამკურნალევი, ღონემიხდილი ავადმყოფები დაგვიანებით მოგვმარ-

* შემთხვევები მოყვანილია გ. ბოკორიშვილის შრომიდან.

თავდნენ ხოლმე სამკურნალოდ. ყველა შემთხვევაში ემეტინთერა პიამ უჩვეულო ეფექტი მოგვცა და ბევრ მძიმე ავადმყოფს აღუდგინა ჯანმრთელობა. ამრიგად, აშკარაა, რომ ამჟამად ემეტინთერაპია ღვიძლის ამებური აბსცესის ერთ-ერთ საუკეთესო სამკურნალო საშუალებას წარმოადგენს, რის გამოც იგი სამართლიანად თითქმის ყველა ავტორის მიერ არჩევით მკურნალობადაა აღიარებული. შერეული ინფექციის დროს საჭირო ხდება ოპერაციული ჩარევა. ჩვენს ორ შემთხვევაში, სადაც ამებური აბსცესი პიოგენური ინფექციით იყო გართულებული, ოპერაციული ჩარევა ვაწარმოვეთ. ერთი ავადმყოფი გარდაიცვალა. მოგვყავს შემთხვევა:

ავადმყოფი კ. ა. მამაკაცი, 50 წლის. მიღებულ იქნა პოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში, როგორც სასწრაფო შემთხვევა დაავადების დაწყებიდან მე-12 დღეს. კლინიკაში დაისვა ღვიძლის აბსცესის დიაგნოზი. ავადმყოფს მკვეთრად ჰქონდა გამოხატული სიყვითლე და ქოლანგიტის მძიმე სურათი. გაკეთდა ოპერაცია-გაიხსნა აბსცესის ღრუ და ჩაიდო ტამპონები. პოსტოპერაციულ პერიოდში, მიუხედავად ენერგიულად ჩატარებული კონსერვატული მკურნალობისა, ავადმყოფი გარდაიცვალა. პათოლოგიურ-ანატომიურ გაკეთებაზე ნახულ იქნა ღვიძლისა და ნაწლავების ამებიაზი, ღვიძლის დიდი აბსცესი და ჩირქოვანი ქოლანგიტი.

უნდა აღინიშნოს, რომ ამებური აბსცესი, თანდართული პიოგენური ინფექციით, მეტად მძიმე კლინიკურ გამოვლინებას იძლევა და თავისი პროგნოზითაც, რა თქმა უნდა, უფრო სერიოზულია. მხედველობაშია მისაღები ის გარემოება, რომ ამებური აბსცესის დროს კარგი სამკურნალო ეფექტი მიიღწევა ემეტინის დიდი დოზებით კანქვეშ დანიშვნის შედეგად. ემეტინის მცირე დოზებით განკურნება არ მიიღება და, რაც მთავარია გამომუშავდება ამების ემეტინისადმი რეზისტენტული ფორმები, რომელთა ლიკვიდირება შემდგომში დიდ სიძნელეს წარმოადგენს. ემეტინი გამოიყენება კანქვეშ 2% ხსნარის სახით თითო მლ 3 — 4-ჯერ დღეში. აღნიშნული მკურნალობა ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის სწრაფ გაუმჯობესებას იძლევა, ავადმყოფებს მალე ეცნებათ ინტოქსიკაციის მოვლენები. ტემპერატურა ნორმამდე ეცემა, ემატებათ ჭამის მადა და სხვ. ღვიძლი თვალსაჩინოდ მცირდება ყოველდღიურად და ჩვეულებრივ მეორე კვირის ბოლოს ნორმას უბრუნდება. როგორც ლიტერატურაშია აღნიშნული, ღვიძლი თითქოს „დნება" ჩვენს თვალწინ.

დიდი ოდენობის აბსცესის შემთხვევებში მიზანშეწონილად ითვლება ზოგად ემეტინთერაპიასთან ერთად ღვიძლის პუნქციები, აბსცესის ღრუს გამორეცხვები ემეტინის ადგილობრივად გამოყენებით.

როგორც აღვნიშნეთ, პიოგენური აბსცესები ოპერაციულ მკურნალობას საჭიროებენ და ამ მხრივ ლიტერატურაში სხვა აზრი არც კი არსებობს. კლინიკაში გატარებული პიოგენური აბსცესის 78 შემთხვევიდან ოპერაციული ჩარევა 73 ავადმყოფზეა წარმოებული. ხაზი უნდა გაესვას იმ მდგომარეობას, რომ მიუხედავად ანტიბიოტიკების ფართოდ გამოყენებისა ამჟამად ღვიძლის პიოგენური აბსცესი სიკვდილობის მაღალ პროცენტს იძლევა, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ გასულ წლებთან შედარებით დაავადების გამოსავალი უკეთეს მაჩვენებლებს იძლევა (78 ავადმყოფიდან გარდაიცვალა 9). ეს შემთხვევები ძირითადად ღვიძლის მრავლობით აბსცესებს მიეკუთვნებოდა, სადაც ღვიძლის ფუნქციის დაკნინებასთან ერთად ავადმყოფებს აღენიშნებოდათ ზოგადი ინტოქსიკაციის მძიმე მოვლენები.

მიუხედავად ამისა ევალდის მიერ (1917) გამოთქმული მოსაზრება, რომ „ღვიძლის მრავლობითი აბსცესის დროს ქირურგიც უძლურია," ამჟამად არ შეიძლება ჩაითვალოს გამართლებულად.

საილუსტრაციოდ შეიძლება მოყვანილ იქნას კლინიკის ერთი შემთხვევა.

ავადმყ. ც. ე. 38 წლის (ავადმყოფობის ისტორია № 5482). შემოვიდა ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში 1961 წლის 4 აგვისტოს, როგორც სასწრაფო შემთხვევა, მარჯვენა ფერდქვეშა არეში ტკივილის, მცირე სიყვითლის და გულისრევის ჩივილებით. ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა მეტად მძიმე იყო. ავადაა 1955 წლიდან. უკანასკნელი 1 წელი ჰქონდა დაავადების ხშირი გამწვაებები მაღალი ტემპერატურით და პირღებინებით. კლინიკაში შემოსვლიდან ორი კვირით ადრე მდგომარეობა საგრძნობლად დამძიმდა. მიღებისას ტემპერატურა—37,3°, ლეიკოციტები—20.000. ედრ—66 მმ. საათში. 7 აგვისტოს ღვიძლის პუნქციამ შედეგი არ მოგვცა. პლევრის პუნქციით მარცხნივ 700,0 გამჭვირვალე მოყვითალო ფერის სითხე. რენტგენოსკოპიით დიაფრაგმის მარჯვენა გუმბათი ძლიერ მაღლა მდებარეობს. 8/VIII გაუკეთდა ოპერაცია. ნახული იქნა ღვიძლის სხვადასხვა სიდიდის მრავლობითი აბსცესები, რომლებიც გახსნილ იქნა. ჭრილობაში ჩაედო ტამპონები და დრენაჟი. პოსტოპერაციულ პერიოდში უტარდებოდა ენერგიული ანტიბიოტიკებით მკურნალობა, როგორც ადგილობრივ, ისე ზოგადად. 26 ოქტომბერს ავადმყოფი გაეწერა განკურნებული.

წარმოდგენილი შემთხვევა იმის მაჩვენებელია, რომ ანტიბიოტიკების გამოყენებამ დიდად შეუწყო ხელი ამ საკმაოდ მძიმე პათოლოგიის განკურნების საქმეს.

ლიტერატურაში მითითებულია, რომ დიდი მნიშვნელობა ოპერაციის დროულად გაკეთებას ენიჭება, რომლის დროსაც ნაკლებად აქვს ადგილი ღვიძლის ქსოვილის დისტროფიას და ინტოქსიკაციით გამოწვეულ სხვა პარენქიმული ორგანოების გადაგვარებას. უმრავ-

ლეს შემთხვევებში ღვიძლის ყველა ფუნქციის თვალსაჩინო დაქვეითების გამო გვირჩევენ უფრო ხშირად ადგილობრივი ანესთეზია იქნეს გამოყენებული. აღნიშნულ მოსაზრებას სავსებით ემთხვევა ჩვენი კლინიკის გამოცდილება, რის გამოც ოპერაციების უმრავლესობა ადგილობრივი ანესთეზიით არის წარმოებული.

ამრიგად, ლიტერატურაში გამოქვეყნებული და ჩვენი კლინიკის მასალის ანალიზი ნათლად ადასტურებს იმ გარემოებას, რომ პიოგენური და ამებური აბსცესები განკურნების კარგ მაჩვენებლებს იძლევიან, მაგრამ უპირატესობა ამ მხრივ ამებურ აბსცესებს ეკუთვნის. პიოგენური აბსცესების მიმართ ადრეულ პერიოდში ჩატარებული ოპერაციები, დაავადებული კერის ფართოდ გახსნა, მისი დრენირება, ანტიბიოტიკების გამოყენებასთან ერთად კიდევ უფრო შეამცირებს ლეტალობის მაჩვენებლებს.

ღვიძლის და ნაღვლის ბუშტის ტრავმული დაზიანებანი

დაავადების კლინიკური მიმდინარეობით და სიკვდილობის მაღალი პროცენტით ღვიძლის ტრავმებს მუცლის ღრუს ორგანოების სხვა ტრავმათა შორის მეტად მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია. უნდა აღინიშნოს, რომ წარსულში ღვიძლის ტრავმის მკურნალობა უშედეგოდ მიაჩნდათ, რის გამოც მასზე ოპერაციულ ჩარევას არ აწარმოებდნენ და მხოლოდ კონსერვატულ მკურნალობას მიმართავდენ.

ლარეი (Larrey) ამტკიცებდა, რომ მუცლის ღრუში ნაღვლის ჩაღვრა სასიკვდილოაო. XIX საუკუნის მეორე ნახევრიდან გამოჩნდა ერთეული ექსპერიმენტული და კლინიკური ხასიათის შრომები, სადაც მოყვანილი იყო ღვიძლის ტრავმის გამო წარმოებული ოპერაციის შედეგად განკურნების შემთხვევები. ექსპერიმენტული გამოკვლევებით ნათლად იქნა დადგენილი, რომ ღვიძლის ქსოვილს დაზიანების შემთხვევაში აქვს შეხორცების და რეგენერაციის უნარი.

ამჟამადაც ღვიძლის დაზიანებანი და ჭრილობები მუცლის ღრუს გადაუდებელი ქირურგიის მნიშვნელოვან თავს წარმოადგენს. უნდა აღინიშნოს, რომ ღვიძლის დაზიანებას პირველი ადგილი უკავია მუცლის ღრუს ორგანოების კანქვეშა დაზიანებათა შორის, რაც იმით არის გაპირობებული, რომ ღვიძლი საკმაოდ დიდი ორგანოა, ზერელედ მდებარეობს და ადვილად მისადგომია ტრავმული დაზიანებისათვის. მეორე მხრივ, ღვიძლი ნაკლებად ელასტიურია, რაც ხელს უწყობს მის ადვილად დაზიანებას. ხელშემწყობ ფაქტორებად მიჩნეულია სიფილისი, მალარია, შეგუბებითი სიყვითლე და სხვა.

მრავალი ავტორი ტრავმის მექანიზმს განიხილავს იმ სქემის მიხედვით, რომელიც ჯერ კიდევ 1875 წ. მოგვაწოდა რუსტამოვმა. ავტორი მნიშვნელობას აძლევს სამ შესაძლებლობას: დარტყმას, ზეწოლას და უკუდარტყმას. უკანასკნელი მექანიზმი უფრო იშვიათია, ყველაზე ხშირია დარტყმა. საერთოდ ღვიძლის დაზიანებანი

შეიძლება ორ ჯგუფად დაიყოს: დახურულ და ღია დაზიანებად. დახურულ დაზიანებას მრავალი მიზეზი განაპირობებს, ასე მაგალითად: 1) პირდაპირი მოქმედება ღვიძლზე რაიმე საგნით, ან დაცემა მარჯვენა გვერდით რომელიმე საგანზე; 2) კომპრესია (ვაგონის ბუფერებს შორის მოყოლა და სხვა) და 3) სიმაღლიდან ჩამოვარდნა. დახურული დაზიანების შემთხვევაში შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ღვიძლის ქსოვილის ვრცელ დაზიანებას ერთეული ან მრავლობითი სახით, კაფსულის იზოლირებულ დაზიანებას და აპოპლექსიას ღვიძლის პარენქიმაში.

ანდერსონი ღვიძლის ყველა სახის გაგლეჯას ოთხ ჯგუფად ყოფს: 1) საკუთრივი გაგლეჯა, როდესაც დაზიანებას განიცდის, როგორც კაფსულა, ისე ღვიძლის ქსოვილი; 2) სუბკაფსულური ჰემატომა, 3) ღვიძლის ცენტრალური გაგლეჯა, 4) სისხლძარღვების ღვიძლშიგნითა გაგლეჯა ანევრიზმის განვითარებით. ავტორი ამას კიდევ სამ ფორმას უმატებს: 1) გლისონის კაფსულის გაგლეჯა, 2) ღვიძლის იოგოვანი აპარტის გაგლეჯა და 3) ღვიძლის ცალკეული ნაწილების მოწყვეტა.

გ. ფ. ნიკოლაევი ღვიძლის დახურულ დაზიანებას შემდეგნაირად ყოფს:

ღვიძლის დაზიანება კაფსულის დარღვევის გარეშე

1. სუბკაფსულური ჰემატომები;
2. ღრმა, ანუ ცენტრალური ჰემატომები;

ღვიძლის დაზიანებანი კაფსულის მთლიანობის დარღვევით

1. ერთეული და მრავლობითი გაბზარვები;
2. იზოლირებული გაგლეჯა თანდართული გაბზარვებით;
3. ღვიძლის გასრესა ცალკეულ ფრაგმენტებად;
4. ღვიძლის გაგლეჯა და გაბზარვა გათხელებული ნაღვლის ბუშტის და მსხვილი სანაღვლე სადინარების დაზიანებასთან ერთად;
5. ნაღვლის ბუშტის და ღვიძლგარეშე სანაღვლე გზების იზოლირებული დაზიანება.

ღვიძლის დახურულ დაზიანებას კაფსულის დაზიანების გარეშე თავისებური კლინიკური მიმდინარეობა ახასიათებს. ასეთ ავადმყოფებს ზოგჯერ რამდენიმე დღის შემდეგ მცირე ტრავმის შედეგად კაფსულა უზიანდებათ და შინაგანი სისხლდენის სურათი უვითარდებათ. ასეთ ტრავმას ზოგიერთი ღვიძლის „ორმომენტიან“ ან „ორფაზიან“ დაზიანებას უწოდებს (ა. პ. კიაშოვი).

უნდა აღინიშნოს, რომ ლიტერატურაში ღვიძლის სუბკაფსულური და ორფაზიანი გაგლეჯის შემთხვევები მცირეა.

ღია დაზიანებანი, როგორც ცნობილია, ცივი ან ცეცხლნასროლი იარაღით გამოიწვევა და კლინიკურად იგივე მოვლენებით ხასიათდება.

ღვიძლის დაზიანება უფრო მეტად შესწავლილ იქნა ომიანობის დროს, რადგანაც აღნიშნული ორგანოს დაზიანებას ხშირად ჰქონდა ადგილი. გასულ წლებში ღვიძლის დაზიანება ხშირი იყო ცხენის ფეხის დარტყმის შედეგად, ახლა კი მისი სიხშირე მანქანის კატასტროფასთან არის დაკავშირებული. მას ხელს უწყობს ინდუსტრიის და სოფლის მეურნეობის მექანიზაციის განვითარების პირობები. შეიძლება ღვიძლის დაზიანების ერთ-ერთი არაიშვიათი მიზეზი სიმაღლიდან გადმოვარდნა იყოს. ღვიძლის დაზიანება ახალდაბადებულებს შორის აღნიშნული იყო 1946 წ. არდენის მიერ (Arden). ღვიძლის დაზიანებას შეიძლება ორსულობის დროსაც ჰქონდეს ადგილი, განსაკუთრებით ორსულობითი ტოქსიკოზებისას, რომელთა დროსაც ტრავმისადმი ერთგვარი მიდრეკილება არსებობს.

ვ. შიბერსა და ჟ. კენერს მოყავთ შემთხვევა, როდესაც სამი დღის ასაკის ბავშვს გაკეთებია ოპერაცია მუცლის ღრუში სისხლჩაქცევის გამო, რომელიც გამოწვეული ყოფილა ღვიძლის მარჯვენა წილის გაგლეჯით. დეფექტი ქრომირებული კეტგუტით დაკერილა. ბავშვი განიკურნა. ამ ავტორთა აზრით, ღვიძლის გაგლეჯის ეტიოლოგიურ ფაქტორებად ახალშობილებში უნდა ჩაითვალოს ტრავმა, ანოქსია და ჰემორაგიული დიათეზი.

მიუხედავად იმისა, რომ ღვიძლის ტრავმის შემთხვევები რაც დრო გადის, მით უფრო მატულობს, მაინც ომიანობის წლებთან შედარებით გაცილებით უფრო იშვიათია.

ვალასის (Wallace) მონაცემებით, ომიანობის დროს ღვიძლის დაზიანება შემთხვევათა 16,8%-ს შეადგენს მუცლის ღრუს სხვა ორგანოებთან შედარებით, ლიკის (Lick, 1915 წ.) მონაცემებით, — 16,4%, რაც შეადგენს 0,3% ომის დროს ყველა სხვა ორგანოს დაზიანებასთან შედარებით. შეიძლება ითქვას, რომ ეს მონაცემები უფრო მცირეა, ვიდრე მას ადგილი ჰქონდა სინამდვილეში. ომიანობის დროს ჭარბობდა ღვიძლის დაზიანებანი შემავალი ჭრილობების შედეგად, მშვიდობიანობის დროს კი უფრო ხშირია ღვიძლის კანქვეშა დაზიანებანი. ღვიძლის კანქვეშა დაზიანებანი უფრო ხშირია 10 — 40 წლამდე ასაკში.

ელდერმა (Elder, 1887) შეაგროვა მუცლის ღრუს ორგანოების კანქვეშა დაზიანების 365 შემთხვევა, აქედან ღვიძლის დაზიანებას ადგილი ჰქონდა 180 შემთხვევაში, რაც 52%-ს შეადგენს, რაც შე-

ეხება თირკმლების, ელენთის და პანკრეასის კანქვეშა დაზიანებას. ისინი 176 შემთხვევაში ჰქონდა აღნიშნული.

ბ. ს. როზანოვის (1936) და ა. ა. კოროლევას (1945) მონაცემებით, 1928—1938 წწ. სკლიფასოვსკის სახ. ინსტიტუტში 81 ავადმყოფი ყოფილა ოპერირებული ღვიძლის დახურული დაზიანების გამო.

ა. ჩაჩანიძე და თ. სიხარულიძე თბილისის ქირურგიული კლინიკების და სასექციო მასალის მონაცემებით (1919 — 1956) ღვიძლის კანქვეშა დაზიანების 97 შემთხვევას აღწერენ.

რაიტის მონაცემებით (Wright) ღვიძლის და ელენთის კანქვეშა დაზიანება ერთნაირი სიხშირით გვხვდება და ისინი ერთად აღებული სიხშირის მიხედვით შეადგენენ ინტრააბდომინალური ორგანოების კანქვეშა დაზიანების შემთხვევათა 72%-ს.

ღვიძლის მდებარეობა და სიდიდე ხელსაყრელ პირობებს ქმნის მისი დაზიანებისათვის. ღვიძლის მარჯვენა წილის დაზიანება 5-ჯერ უფრო მეტი სიხშირით გვხვდება მარცხენა წილთან შედარებით. რაიტის მონაცემებით კი იგი უფრო ხშირია 13-ჯერ. ის აზრი, რომ ღვიძლი უფრო ხშირად დორზო-კაუდალურ ზედაპირზე ზიანდება, უარყოფილ იქნა რაიტის მიერ. საერთოდ უნდა აღინიშნოს, რომ მისი ყოველი ზედაპირი თითქმის ერთნაირი სიხშირით განიცდის დაზიანებას.

როგორც უკვე გვქონდა აღნიშნული, ღვიძლის დაზიანება თავისთავად შეიძლება იყოს ტრანსკაფსულური და სუბკაფსულური. სუბკაფსულური დაზიანების დროს ღვიძლის კაფსულა სრულიად საღია, ტრანსკაფსულური დაზიანების დროს კი მისი მთლიანობა დარღვეულია. ღვიძლის დაზიანების სუბკაფსულარულად და ტრანს კაფსულურად დაყოფა არ გულისხმობს დაზიანების სიღრმეს, მის ხარისხს.

მარტინი (Martin, 1947) პროგნოზის თვალსაზრისით ღვიძლის დაზიანების დროს დიდ მნიშვნელობას ანიჭებს დაზიანების სიღრმეს და სიდიდეს. სუბკაფსულური დაზიანების დროს ჰემატომა წარმოიშვება და სისხლდენა კაფსულის დაჭიმვის და ღვიძლის ქსოვილის ზეწოლის საშუალებით ჩერდება, რასაც შემდგომში აბსცესის ან ცისტომის განვითარება შეიძლება მოყვეს. ღვიძლის ტრანსკაფსულურად დაზიანება ნიშნავს მისი მასის ვარსკვლავისებურად გაგლეჯას, რასაც ჩვეულებრივ ჰემორაგია და ქოლერაგია მოჰყვება ხოლმე. ამ დროს სისხლდენა ჩვეულებრივ ძლიერი და ხანგრძლივია, რის გამოც ხშირად ავადმყოფები მძიმე შოკის მდგომარეობაში ვარდებიან. სისხლდენის ხანგრძლიობა იმის შედეგია, რომ თვით ღვიძ-

ლის ქსოვილს არა აქვს ელასტიკურობის უნარი, რაც ტამპონადის საშუალებას არ იძლევა. მეორე მხრივ, კი დიაფრაგმის მოძრაობა აღრმავებს ღვიძლის დაზიანებას და ამასთან დაკავშირებით, რა თქმა უნდა, სისხლდენასაც. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ჩაღრმავებული ნაღველი ხელს უწყობს ინფექციის განვითარებას და ხელს უშლის სისხლის შედედებას. გარდა ამისა ინტრაჰეპატიკურ ვენებს არა აქვთ შემკუმშავი აპარატი სარქველების სახით. ყოველივე ამის გამო მცირე დაზიანებასაც კი შეუძლია ძლიერი სისხლდენა განავითაროს. ღრმა დაზიანების დროს სისხლდენა უფრო ძლიერია იმიტომაც, რომ სისხლდენას პორტალური ვენები და ინტრაჰეპატიკური არტერიების დაზიანება იძლევა. სისხლდენა ძლიერია სწორედ სუნთქვის დროს, რაც კარგად არის შემჩნეული ოპერაციის დროს.

როგორც ღვიძლის სუბკაფსულური, ისე ტრანსკაფსულური დაზიანების დროს ადგილი აქვს არტერიული და ვენური სისხლის შერევას, რასაც მრავლობითი ინფარქტების განვითარება მოჰყვება. ლოკალური ნეკროზების, იზოლირებული სეკვესტრების განვითარება ასეთი დაზიანების დროს ჩვეულებრივი მოვლენაა.

უნდა აღინიშნოს, რომ ღვიძლის დახურული დაზიანების დიაგნოზის დასმა ერთგვარ სიძნელეებთანაა დაკავშირებული და ეს სიძნელე კიდევ უფრო მატულობს, როდესაც საქმე კომბინირებულ დაზიანებას შეეხება.

ტოლეს მონაცემებით, სწორი დიაგნოზი ოპერაციამდე დასმულია შემთხვევათა მხოლოდ 25%-ში. სუბკაფსულური დაზიანებანი კიდევ უფრო ძნელი გამოსაცნობია, რადგან ამ დროს არ არის გამოხატული ის სიმპტომები, რომლებიც შინაგან სისხლდენას ახასიათებს. გ. ფ. ნიკოლაევის აზრით, ასევე ძნელია ღვიძლის ორმომენტიანი დაზიანების ამოცნობა. ლ. ა. ათანასიანის დაკვირვებით, მეორე ფაზას, ანუ კაფსულის გაგლეჯას, მე-13 დღეს ჰქონდა ადგილი.

სუბკაფსულურ დაზიანებას აუტანელი ტკივილი ახასიათებს მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში და იგი ძლიერდება სუნთქვასთან დაკავშირებით, კარლსონი გაურკვეველი დიაგნოზების დროს მუცლის ღრუს პუნქციას მოგვიწოდებს. დიაგნოსცირებული სუბკაფსულური დაზიანების შემთხვევაში ჭირურგმა უნდა მიმართოს, ლოდინის ტაქტიკას. საერთოდ კი ღვიძლის კონტუზიით დაავადებულები ჰოსპიტალიზაციას და მკაცრ წოლით რეჟიმს საჭიროებენ ორი კვირის განმავლობაში მაინც.

ღვიძლის შემავალი დაზიანების დროს ნაფლეთოვანი ჭრილობის ხასიათი იარაღის სიდიდესა და ფორმაზეა დამოკიდებული. რაც

შეეხება ცეცხლსასროლი იარაღით გამოწვეულ ღვიძლის დაზიანებას, ამ დროს მნიშვნელობა აქვს მანძილს და ტყვიის ხასიათს. გასაგებია, რომ რაც უფრო ახლოა მანძილი, მით უფრო მეტია დაზიანების ხარისხი. ამ დროს შეიძლება მთელი ორგანო იყოს ნაწილებად დაფლეთილი. შეიძლება ღვიძლის გარკვეული ნაწილი სეკვესტრის სახით თავისუფალ მუცლის ღრუში მდებარეობდეს, ღვიძლის დაზიანება შეიძლება მოტეხილმა ნეკნებმაც გამოიწვიოს.

როგორც ღვიძლის კანქვეშა, ისე შემავალი დაზიანება შეიძლება იყოს იზოლირებული ან კომბინირებული — სხვა ორგანოების დაზიანებებთან ერთად. მაგალითად შეიძლება ადგილი ექნეს მარჯვენა თირკმლის, პლევრის, ფილტვების და სხვა ორგანოების დაზიანებას. იმისდა მიუხედავად, თუ საიდან არის ტყვია მოხვედრილი და როგორი მიმართულება ჰქონდა მას, იმ დროსაც კი, როდესაც არის შემავალი და გამავალი ჭრილობები, ძნელია იმის ზუსტი განსაზღვრა, თუ რა ორგანო რა ხარისხით არის დაზიანებული. ამიტომ ასეთი ჭრილობები მუცლის ღრუს სრულ რევიზიას საჭიროებენ.

ლიკის (Lick) მონაცემებით, მუცლის ღრუს გამავალი ჭრილობის 27 შემთხვევიდან ღვიძლის დაზიანებასთან ერთად 11 შემთხვევაში სხვა ორგანოებიც იყო დაზიანებული. ამათგან 8 შემთხვევაში დაზიანებას განიცდიდა მარჯვენა ფილტვი, ერთ შემთხვევაში — მარცხენა ფილტვი, ერთ შემთხვევაში — მარჯვენა თირკმელი და ერთში — პანკრეასი.

მიკალის (Mikal) მონაცემებით, ღვიძლის კანქვეშა დაზიანების დროს თირკმელი შემთხვევათა 20%-ში იყო დაზიანებული, ელენთა — 10%-ში, ფილტვები — 17%-ში.

მ. ჩაჩავას მონაცემებით (1919—1939 წ.), გულმკერდის ჭრილობის 350 შემთხვევიდან 52 შემთხვევაში თორაკოაბდომინალური ჭრილობა იყო, მათ შორის ღვიძლის დაზიანებას 14 შემთხვევაში ჰქონდა ადგილი.

ა. ჩაჩანიძის და თ. სიხარულიძის მასალაზე ღვიძლის იზოლირებული დაზიანება 25 შემთხვევაში აღინიშნებოდა, ხოლო კომბინირებული — 72 შემთხვევაში.

მეორე მსოფლიო ომის სტატისტიკური მასალის მონაცემებით, სიკვდილობა არართული დაზიანების დროს, ე. ი. როდესაც მხოლოდ ღვიძლი იყო დაზიანებული, 10%-ს უდრიდა. თუ ერთი შინაგანი ორგანო ემატება, მაშინ სიკვდილობა 28%-ს უდრის, ორი ორგანოს დროს კი 40%-ს (დებაკეი, De Bakey, 1947). როგორც ღვიძლის კანქვეშა დაზიანების, ისე შემავალი ჭრილობის სიმპტომატოლოგია ღვიძლის დაზიანების ხარისხზეა დამოკიდე-

ბული. ასეთი დაზიანების დროს სისხლდენას ყოველთვის აქვს ადგილი. ჩაღრმავებული სისხლი და ნაღველი პერიტონეალურ რეაქციას იძლევა. სისხლის მცირე ჩაღრმავება ფიზიკური მდგომარეობის შეცვლას იძლევა, რასაც მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოს ტკივილი მოჰყვება, ირადიაციით მარჯვენა ბეჭის მიდამოში, სუნთქვის გახშირებით. შოკური მდგომარეობის დროს შემთხვევათა 60%-ში მუცლის ღრუში თავისუფალი სითხეა სისხლისა და ნაღვლის სახით. მაჯა ჩქარდება, ტემპერატურა იმატებს. აღინიშნება ფერმკრთალობა და ზოგადი საერთო სისუსტე. შეიძლება ეს სიმპტომები დაზიანების პირველ საათებშივე გამოვლინდეს ან რამდენიმე დღის შემდეგ. ეს უკანასკნელი მეორად შინაგან სისხლდენად შეიძლება ჩაითვალოს. ბრადიკარდია ყოველთვის არ არის გამოხატული, როგორც ის ზოგიერთ ავტორს მიაჩნია დამახასიათებლად.

ზოგჯერ შეიძლება სიმსივნური მასა იქნეს გასინჯული, რაც შეიძლება გამოხატული იყოს ღვიძლის სუბკაფსულური დაზიანების დროს, ანდა გადიდებულ სისხლით ავსებულ ნაღვლის ბუშტს სიმსივნის შეგრძნების მოცემა შეუძლია. ამ მდგომარეობას რამდენიმე დღის შემდეგ შეიძლება სიყვითლის განვითარება მოჰყვეს.

როგორც ბლაგვი იარაღით გამოწვეული, ისე პერფორაციული ჭრილობების არსებობისას უნდა შემოწმდეს, აქვს თუ არა ადგილი პნევმოთორაქსის არსებობას ფილტვების დაზიანების შედეგად.

ღვიძლის როგორც კანქვეშა, ისე ცეცხლსასროლი იარაღით დაზიანების შემთხვევაში წამყვან სიმპტომებს წარმოადგენს: 1) შოკი, 2) მწვავე მუცლის მოვლენები და 3) შინაგანი სისხლდენით გამოწვეული პროგრესული ანემიის სურათი.

აღნიშნულ სიმპტომებს მოგვიანებით სიყვითლე უერთდება, როგორც ნაღვლის შეწოვის შედეგი. ზოგჯერ ნაღვლის ჩაღრმავებას მუცლის ღრუში დიდი რაოდენობით აქვს ადგილი. მაგალითად, ქერის შემთხვევაში ნაღვლის რაოდენობა 20 კგ აღწევდა.

ღვიძლის დაზიანების ყველაზე მძიმე გართულებას, რომელიც სიკვდილით მთავრდება, წარმოადგენს ღვიძლის უჯრედებით გამოწვეული ემბოლია. ლიტერატურაში ცნობილია შემთხვევა (ლევშინი, ციტ. ნ. პ. კოვალსკით), როდესაც ღვიძლის ტრავმული დაზიანების შემთხვევაში მისი ნაწილი აღმოჩენილი იყო მარჯვენა წინა გულში და იწონიდა 21 გრამს. აღწერილია შემთხვევები ფილტვში ემბოლიისა და სხვა.

1927 წ. ფურტვალნგერმა (Furtwalnger) გამოაქვეყნა შემთხვევა, სადაც სიკვდილის მიზეზი რენალური უკმარისობა იყო. სიკვდილი დაზიანებიდან სამი დღის შემდეგ განეითარდა. გაკვეთი-

სას ორთავე თირკმლის დიფუზური ეპითელური დეგენერაცია აღმოჩნდა. ჰეპატორენალურ სინდრომს მაღალი ტემპერატურა, აზოტემია, ოლიგურია, კოლაფსი, ჰიპოტენზია, მაჯის აჩქარება და დელირიუმი ახასიათებს. შარდი ცილას და ერითროციტებს შეიცავს. შემდგომში შეიძლება ანურია განვითარდეს.

საინტერესოა მასონის (Mason, 1925) ცდები, რომელც ღვიძლის ნაჭრებს მუცლის ღრუში ათავსებდა, რითაც ფატალური ტოქსემიის სურათს ღებულობდა.

როგორც ავტორთა გამოკვლევები გვიჩვენებს, საკმარისია ღვიძლის რამდენიმე გრამის პერიტონეუმის ღრუში მოთავსება, რომ ცხოველის სიკვდილი 18 — 25 საათის განმავლობაში განვითარდეს. ასეთივე სურათი გვექნება, თუ ღვიძლის ნაჭერს გულმკერდის ღრუში მოვათავსებთ. ამ დროს, რასაკვირველია, პერიტონიტი არ იქნება გამოხატული.

მაგდონალდის (Macdonald, 1928) გამოკვლევებით, ამ დროს ღვიძლის პროტეინი ისე მოქმედებს ღვიძლსა და თირკმლებზე, როგორც ტოქსიკური ნივთიერება. ამიტომ არის, რომ ღვიძლის დაზიანებისას ტოქსიკური მოქმედება თვით ღვიძლის დაზიანებულ ქსოვილს აქვს. დებაკეის მონაცემებით, შემთხვევათა 80,5% სიკვდილის მიზეზი თირკმლის ფუნქციის მეორად დაზიანებას უნდა მიეწეროს. ჰელსტრომის მასალაზე 252 ოპერირებული ავადმყოფიდან გარდაიცვალა 252, აქედან 20 ავადმყოფი — შოკით და ურემიით. ღვიძლის ტრავმული დაზიანების არანამკურნალევ შემთხვევებს ყოველთვის ცუდი გამოსავალი აქვს.

მაერის, ოტის და ედლერის (Mayer, Otis, Edler) მონაცემებით, ღვიძლის დაზიანებისას უშუალო ლაპაროტომია უნდა ჩაითვალოს აუცილებელ ღონისძიებად.

ლუდვიგ მაიერის მიხედვით (1072) ღვიძლის დაზიანების 276 შემთხვევიდან სიკვდილობას ადგილი ჰქონდა 58%-ში. ვ. ი. პარხომენკო და ბ. მ. მაზუროვსკაია ღვიძლის დახურული დაზიანების დროს ნაკრები სტატისტიკით სიკვდილობას 50—52%-ში აღნიშნავენ.

ოტისმა (Otis, 1876) 181 შემთხვევიდან სიკვდილი აღნიშნა 61%-ში, ედლერმა (Edler, 1887) — 543 შემთხვევიდან 66,8-%ში. ნ. ნ. ლებედევის მონაცემებით, სიკვდილობა 69,4%-ს უდრის.

ა. ჩაჩანიძის და თ. სიხარულიძის ნაკრები მასალით სიკვდილობა 86,6% უდრის, აქედან ოპერაციის შემდეგ გარდაიცვალა 33 ავადმყოფი (77,5%), უოპერაციოდ — 51 (52,5%).

ამავე ავტორების მიერ დამუშავებულია ჰოსპიტალური ქირურ-

გიული კლინიკის 1919—1956 წ. მასალა. აღნიშნულ პერიოდში მუცლის ღრუს ორგანოთა დახურული დაზიანების 210 შემთხვევიდან ღვიძლის კანქვეშა დაზიანებას 20 შემთხვევაში ჰქონდა ადგილი. აქედან გარდაიცვალა 12 ავადმყოფი, განიკურნა — 8.

ღვიძლის დაზიანების ოპერაციის საშუალებით განკურნების პირველი შემთხვევა აღწერილი აქვს ბურკჰარტს (Burckhart, 1887).

1910 წელს ბოლჟარსმა (Bolgarsk) აღნიშნა სიკვდილობის მომატება, რომელიც დამოკიდებულია დაზიანების მომენტიდან ოპერაციული ჩარევის ხანგრძლივობაზე. როდესაც ოპერაცია კეთდებოდა დაზიანებიდან 2—3 საათის განმავლობაში, სიკვდილობა 15%-ს უდრიდა, 4—5 საათში — 40%-ს, 9—10 საათში — 66,6%, 12—14 საათში — 83%-ს.

მიკალის მონაცემებით, პირველი 3 საათის განმავლობაში გაწეული ქირურგიული დახმარება სიკვდილობის 33%-ს იძლევა, სამი საათის შემდეგ კი იგი 64%-ს აღწევს.

გაგლეჯილი ღვიძლის მთლიანობის აღსადგენად ავტორთა უმრავლესობა კეტგუტის ნაკერს მიმართავს.

ა. მ. ბეთანელი მოგვიწოდებს ღვიძლის ნაკერის მოდიფიცირებულ მეთოდს, რომ თავიდან იქნეს აცილებული ღვიძლის პარენქიმის ძაფით ჩაჭრა, იგი ახვევს მსხვილ კეტგუტს, ათავსებს დეფექტში და მის ბოლოებს აბრეშუმის ძაფით აფიქსირებს.

მიუხედავად იმისა, რომ სტატისტიკა ამტკიცებს გადაუდებელი ოპერაციის აუცილებლობას, უნდა აღინიშნოს, რომ ჯერ კიდევ ოპერაციული დახმარებითაც სიკვდილობა მაღალ პროცენტს აღწევს, რის მიზეზიც უხშირესად სისხლდენის შეჩერების შეუძლებლობაში უნდა ვეძიოთ. ღვიძლის დახურული დაზიანების დროს ლეტალობის მაჩვენებელი მაღალია და ნაკერები სტატისტიკით იგი 50—52% უდრის.

1920 წ. ვენდელმა (Wendel) აღნიშნა, რომ აზრი არ აქვს ღვიძლის გაგლეჯილი ჭრილობების დროს ჭრილობის გაკერვას, ან ტამპონადას, რადგან ქსოვილი, რომელსაც კედა აქვს დარღვეული, ნეკროზირებას იწყებს. ზოგჯერ ტამპონადა აუცილებელია სისხლდენის შესაჩერებლად, მაგრამ მეორე მხარე მხედველობაში რჩება მიუღებელი, რომ შესაძლებელია ღვიძლის ქსოვილის ნეკროზს ექნეს ადგილი. ასევე შეიძლება ითქვას, როდესაც ღვიძლის ქსოვილი დაზიანებულია და იმავე მიზეზის გამო მის გაკერვას აწარმოებენ სისხლდენის შესაჩერებლად.

კასიმცევი მიზანშეწონილად თვლის ბადექონით ტამპონადას და ჰეპატოპექსიას.

ნ. ნ. ლებედევი ღვიძლიდან სისხლდენის შეჩერების მიზნით კარგ მეთოდად თვლის ელექტროკოაგულაციას და ელექტროექსციზიას.

კოფის აზრით, ელექტროდანის გამოყენება უნდა იყოს არჩევითი მეთოდი ღვიძლის ჭირურგიაში, მაგრამ რატომღაც ამ მეთოდმა ვერ პოვა გავრცელება ჭირურგიულ პრაქტიკაში. მწვავე ანემიის შემთხვევაში ზოგიერთი ავტორი გვირჩევს მუცლის ღრუში ჩაღვრილი სისხლი არ იქნეს ამოწმენდილი. ეს უკანასკნელი მეთოდი, ჩვენი აზრით, არ არის მიზანშეწონილი, რადგანაც ჩაღვრილი სისხლი ადეილად ინფიცირდება და პერიტონიტის საწინდარს წარმოადგენს. ზოგიერთი მიმართავს არათავისუფალი ბადეჭონის ჩაკერებას ღვიძლის ჭრილობაში.

ღვიძლის დაზიანების შემთხვევაში თორაკოაბდომინალური გაწაკვეთის ჩვენების დროს რეკომენდებულია ბ. ვ. პეტროვსკის მეთოდი (1952), სახელდობრ ღვიძლის ჭრილობის დახურვა დიაფრაგმის ფეხიანი ნაჭრით. იმ შემთხვევაში, როდესაც ღვიძლის ზედაპირი ზიანდება და მიდგომა შეზღუდულია, მიზანშეწონილია ჰემოსტაზური ღრუბლის გამოყენება (ლ. გ. ბოგომოლოვა), პენიცილინში დამუშავებული ფიბრინის ფირფიტის (ი. დ. ვიტებსკი) ხმარება და სხვა.

მ. ალისტერი და სხვანი ჰემოსტაზის მიზნით დოლბანდის ტამპონების გამოყენების წინააღმდეგი არიან და პოგვიწოდებენ რეზინის დრენაჟს. ამჟამად დგას დაზიანებული ღვიძლის ქსოვილის ამოკვეთის საკითხი, რომელიც მეტ გარანტიას იძლევა როგორც სისხლდენის შეჩერების, ისე დაზიანებული ქსოვილების მოშორების თვალსაზრისით.

მარტინი (1947), მიკალი (1950), სკოტი (1951), ჰელსტრომი (1961) (Martin, Mikal, Scott, Hellström) საჭიროების დროს რეზექციის აუცილებლობაზე მიგვითითებენ.

აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ აღნიშნული პათოლოგიის დროს სიკვდილის უხშირეს მიზეზს სისხლის დაკარგვა და შოკი წარმოადგენს, ამიტომაა, რომ დაავადება გადაუდებელ ქირურგიულ ჩარევას საჭიროებს. გარდა ამისა მნიშვნელოვანია ანტიშოკური საშუალებების დაუყოვნებლივ გამოყენება. ამ მხრივ ყველაზე დიდი მნიშვნელობა სისხლის გადასხმას ენიჭება. ლიტერატურაში არის აზრი მუცლის ღრუში ჩაღვრილი სისხლის რეინფუზიის შესახებ. აღნიშნულ მეთოდს თავისი მომხრეები და მოწინააღმდეგეები გააჩნია. ვ. გერცბერგი, ტ. გლინორიბოვი, ს. სპასოკუკოცკი, კუზანოვი,

პ პოლევსჩიკოვი რეინფუზიის წარმოების მომხრენი არიან, პ. ეახრომეევი, ა. ფეოდოროვსკი და სხვა მოწინააღმდეგენი.

ა. ფილატოვის აზრით, რეინფუზია უნდა იყოს გამოყენებული ღვიძლის ტრავმის მიღებიდან პირველ 12 საათში და ამასთან აუცილებელია გაისინჯოს სისხლი ჰემოლიზზე.

ჩვენი აზრით, ღვიძლის დაზიანების შედეგად მუცლის ღრუში ჩაღვრილი სისხლის გადასხმა გარკვეულ საფრთხეს უქადის ავადმყოფის სიცოცხლეს, რადგანაც ამ დროს ხშირად ადგილი აქვს სანაღვლე სადინარების დაზიანებას, რაც ჰემოლიზს და, მეორე მხრივ, სისხლის ინფიცირებას გამოიწვევს. ყოველივე ამის გამო, ვფიქრობთ, რეინფუზიის საკითხს დიდი სიფრთხილით უნდა მოვეკიდოთ.

ამრიგად, ლიტერატურაში გამოქვეყნებული მასალები ნათელყოფს, რომ ღვიძლის ტრავმული დაზიანებანი მძიმე პათოლოგიად ითვლება და იგი ჯერჯერობით სიკვდილობის დიდ მაჩვენებელს იძლევა. უკეთესი გამოსავალი დროულმა რადიკალურმა ოპერაციამ და ანტიშოკური და ანტიბიოტიკური საშუალებების ფართო გამოყენებამ უნდა გადაწყვიტოს. ამ მძიმე დაზიანების კარგი გამოსავალი უმთავრესად დროულ დიაგნოზზეა დამოკიდებული. გარდა ამისა, კერის გამოთქმით, უნდა გვახსოვდეს, რომ საცდელი ლაპაროტომია ღვიძლის დაზიანების საეჭვო შემთხვევაში ქირურგის ვალდებულებას წარმოადგენს.

მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული ის გარემოება, რომ დახმარების დროულად გაწევის მიუხედავად ღვიძლის ვრცელი დაზიანებების დროს ოპერაციისშემდგომ პერიოდში მოსალოდნელია ტრავმული ჰეპატიტი ღვიძლის ფუნქციური უკმარისობით. საკმაოდ მძიმე გართულებად ითვლება ღვიძლ-თირკმლის სინდრომი. მოგვიანებით შესაძლებელია ადგილი ექნეს სუბდიაფრაგმული აბსცესის განვითარებას. ზოგჯერ ჩირქგროვა ღვიძლის ქსოვილში ან ნაწლავთა მარყუჟებს შორის თავსდება. მოსალოდნელია მეორადი სისხლდენა და ნაღვლიანი ფისტულები.

აღნიშნულ გართულებებს ყურადღება უნდა მიექცეს და მათ მიმართ სათანადო მკურნალობა დროულად უნდა იქნეს ჩატარებული.

მიზანშეწონილად მიგვაჩნია აქვე შევეხოთ ნაღვლის ბუშტის იზოლირებულ ტრავმულ გახეთქვას. როგორც ლიტერატურიდან ჩანს, აღნიშნული პათოლოგია ძლიერ იშვიათია.

ს. ა. კაცი (1952) და მ. ს. ჩუგუნოვა (1957)მიუთითებენ 32 გა-

მოქვეყნებულ შემთხვევაზე, სპიტი და ჰასტინგსი (1956) აღნიშნავენ, რომ ბუშტის იზოლირებული დაზიანების საერთო რიცხვი 50-ს არ აღემატება. ნაღვლის ბუშტის და ამავე დროს ნაღვლის სადინარების დაზიანება შესაძლებელია წარმოიშვას მუცლის ტრავმის, ჭრილობების და ამა თუ იმ სახის ოპერაციული ჩარევის შედეგად. ნაღვლის ბუშტის კანქვეშა დაზიანების დიაგნოზი, მისი იშვიათობის გამო, რა თქმა უნდა, გარკვეულ სიძნელეებთანაა დაკავშირებული. ყურადღებას იპყრობს შოკის განვითარება უშუალოდ ტრავმასთან დაკავშირებით. მუცლის ღრუში ჩაღვრილი ნაღველი მალე ინფიცირდება და საკმაოდ სწრაფად ვლინდება დიფუზური პერიტონიტის სურათი.

ნაღვლის ბუშტისა და მისი სადინარების იზოლირებულ დაზიანებას მუცლის ღრუს გამავალი ჭრილობების დროს ასევე იშვიათად აქვს ადგილი. მაგალითად კერტეს (Körte) მოჰყავს ვოლფის (Wolf) ერთი შემთხვევა, სადაც საქმე შეეხებოდა ნაღვლის ბუშტის იზოლირებულ გაჭრას. შემთხვევა დამთავრდა ავადმყოფის განკურნებით.

ლიტერატურაში აღნიშნულია, რომ ნაღვლის ბუშტის და მისი სადინარების დაზიანების დიაგნოზი ჩვეულებრივ საოპერაციო მაგიდაზე ისმება. ამასვე ადასტურებს ჩვენი შემთხვევაც.

ავადმყოფი ე. ნ., მამაკაცი, 41 წლის (ავადმყოფობის ისტორია № 4003). მიღებულ იქნა კლინიკაში, როგორც სასწრაფო შემთხვევა მუცლის ღრუში მიყენებული ჭრილობიდან 24 საათის გავლის შემდეგ. დიფუზური პერიტონიტის დიაგნოზით ავადმყოფს სასწრაფოდ გაუკეთდა ოპერაცია. დადგენილი იქნა ნაღვლის ბუშტის იზოლირებული დაზიანება მუცლის ღრუში დიდი რაოდენობის ნაღვლის არსებობით. ნაღვლის ბუშტი გაიკერა კვანძოვანი ნაკერებით. მუცლის ღრუში მოთავსდა ტამპონი და დრენაჟი. ავადმყოფი ოპერაციიდან მეექვსე დღეს გარდაიცვალა.

ისე, როგორც ღვიძლის დაზიანების დროს, დაავადება სასწრაფო ოპერაციულ ჩარევას საჭიროებს. ზოგიერთი ავტორი მიზანშეწონილად თვლის ნაღვლის ბუშტზე ნაკერის დადებას, ზოგიერთი კი ქოლეცისტექტომიას აძლევს უპირატესობას. სადინარების დაზიანების შემთხვევაში საჭირო ხდება გაგლეჯილი ნაწილის ამოკვეთა და დარჩენილი ბოლოების ერთმანეთთან მიკერება.

ამრიგად, წარმოდგენილი მასალა ნათელყოფს, რომ ღვიძლისა და სანაღვლე გზების როგორც დახურული, ისე ღია დაზიანებანი საკმაოდ რთულ პათოლოგიად ითვლება და ჯერჯერობით სიკვდილობის მაღალ მაჩვენებლებს იძლევა. ყველაზე დიდი მნიშვნელობა

დროულ ოპერაციას მიეკუთვნება. მთავარი ყურადღება შოკისა და სისხლდენისადმი უნდა იყოს მიმართული. თანამედროვე ანესთეზიოლოგიამ, რომელსაც ამ ბოლო ხანებში გარკვეული მიღწევები გააჩნია, თავისი სიტყვა უნდა თქვას ამ მხრივ. მნიშვნელობა აქვს მუცლის ღრუს დრენირებას, ანტიბიოტიკების ფართოდ გამოყენებას, ღვიძლისათვის გარკვეული დამზოგველი დიეტის შერჩევას და სხვა. ყოველივე ეს ხელს შეუწყობს განკურნების შემთხვევათა მომატებას.

ლიტერატურა

ბერეჟიანი დ. ი. — მწვავე ქოლეცისტიტების ოპერატიული მკურნალობის საკითხისათვის. ქალაქის პირველი კლ. საავად. შრომები, ტ. V. თბ. 1958 წ. გვ. 365—370.

ბოკერია მ. — ღვიძლის ამებური აბსცესის კლინიკა და მკურნალობა კლინიკის მასალის მიხედვით. თბ. სახ. სამედ. ინსტ.-ის შრომები. ტ. IX. 1956 წ. გვ. 371—376.

ბოჭორიშვილი გ. — ღვიძლის ამებური აბსცესის ზოგიერთი გართულებების შესახებ საბჭ. მედიც. № 3. 1959 გვ. 21—24.

გუგუშაშვილი შ. ი. და მოლოდინაშვილი გ. — პორტალური ჰემოცირკულაციის მოშლის კლინიკური მნიშვნელობის საკითხისათვის. თბ. სახ. სამედ. ინსტ. შრომები, ტ. IX. 1956 წ. გვ. 117—132.

დიდებულიძე გ. — „თორმეტგოჯა ნაწლავის ზონდაჟი და მისი დიაგნოსტიკური მხიშვნელობა". თანამ. მედიც. № 5—6, გვ. 305—321. 1927 წ.

დიხამინჯია კ. ს. — „ნაღველის ბუშტის ექინოკოკის საკითხისათვის" საბჭ. მედიც. № 8—9 გვ. 25—29, 1936 წ.

დოლიძე პ. ფ. — ღვიძლის ჩირქგროვები. საბჭ. მედიც. № 1 1938 წ. გვ. 31—45.

გოგიბედაშვილი ვ. გ. — „ნაღველის ბუშტის ასკარიდოზის შემთხვევა". პიგიენისა და პროფ. დაავად. ინსტ. შრომათა კრებული ტ. 1. გვ. 183—176. 1947 წ.

გორდეზიანი შ. გ. და ხეცურიანი შ. დ. — ღვიძლის აბსცესები კლინიკის 10 წლის მასალის მიხედვით. მეცხრე სამეცნ. სესია. მოხსენებათა თეზისები. (თბ. სახ. სამედ. ინსტ.). 1953. გვ. 56—58.

ერისთავი კ. დ. — ღვიძლის ექინოკოკის ორი იშვიათი შემთხვევა. ტროპიკ. მედ. მოამბე. 1929. ტ. 2. № 1. გვ. 31—32.

ერისთავი ა. კ. — ალვეოლური ექინოკოკის შემთხვევა. ჟურნ. თანამედროვე მედიცინა. 1933 წ.

ერისთავი ა. — ღვიძლის ჰემანგიომის კაზუისტიკისათვის. თბ. სახ. სამედ. ინსტ. შრ. ტ. IX. 1956 წ. 399—403.

ერისთავი ა. — ღვიძლის აბსცესის ატიპიური ეშმთხვევები. ტროპ. მედიც. მოამბე (31) № 2. 1929 წ. გვ. 120—121.

ერისთავი კ., თოფურია შ., ოდიშვილი მ., იოსელიანი გ., ფხაკაძე ზ. — ციროგენული ასციტის მკურნალობა ღვიძლის საერთო არტერიის გადაკვანძვით. თბ. სახ. სამედიც. ინსტ. შრომები. XXI. 1961 წ. გვ. 1—8.

ვირსალაძე ს. — ღვიძლისა და დიაფრაგმის ქვემდებარე აბსცესის ეთიოლოგია და დიაგნოსტიკა. ტროპ. მედ. მოამბე. ტ. 2. (31 ც. № 1. 1929 წ. გვ. 47).

თიკანაძე ი. — ნაღვლის ბუშტის კენჭებას გამო ქირურგიული ჩარევისათვის. თანამედრ. მედიცინა. № 3—4. გვ. 194—200. 1925 წ.

თოდუა შ. — ნაღვლის ბუშტის გადაგრეხის შემთხვევა. საბჭოთა მედიც. 1960, 4 გვ. 56.

ოსელიანი გ. დ. — ღვიძლის ექსპერიმენტული ფსეედოციროზის პათოგენეზ-ს საკითხისათვის.
საქ. სსრ მეცნ. აკად. ექსპ. და კლინ. ქირ. და ჰემატ. ინსტ. შრომები ტ. VI. 1956 წ. გვ. 83—97.

ოსელიანი გ. დ. — არგიროფილური ბოჭკოების ცვლილებები ღვიძლში ექსპერიმენტული შეგუებებითი ციროზის დროს. ექსპერიმ. და კლინიკური ქირ. და ჰემატ. ინსტ. შრ. ტ. VII. 1957. 63—73.

ოსელიანი გ. დ. — ღვიძლის ექსპერიმენტული შეგებებითი ციროზის მკურნალობის საკითხისათვის. საქ. მეცნ. აკად. ექსპ. და კლინ. ქირ. და ჰემატ. ინსტ. შრ. ტ. VIII. 1959. 231—237.

ქაჭკაჭიშვილი თ. — ღვიძლის ნამდვილი და ყალბი ცისტის საკითხისათვის. VII საძეცნ. სესიის თეზისები. (რესპ. ცენტრ. კლ. საავად.) თბ., 1957, გვ. 16—17.

ქანდელაკი ლ., ოდიშვილი გ., აბაკელია ც. — ღვიძლის ფუნქციური მდგომარეობა ექსპერიმენტული ქოლემიისა და აქოლიის დროს. სსრ მეცნ. აკად. ექსპერიმენტ. და კლინ. ქირ. და ჰემატოლ ინსტ. შრომები ტ. VIII. 1959 წ. გვ. 259—262.

ქახიძე გ. — ღვიძლის ზოგიერთი ფუნქციური ცვლილებები ობტურაციულ სიყვითლის დროს. საქ. სსრ მეცნ. აკად. ექსპ. და კლინ. ქირ. და ჰემატ. ინსტ. შრომები ტ. VI. 1956 წ. გვ. 99—103.

ქვირკველია მ. ა. — ღვიძლის ზოგიერთი ფუნქციური სინჯების შესწავლის ღირებულება ქირურგიულ დაავადებათა დროს ვისცერალური რეგულაციის თვალსაზრისით. (კლინიკო-ექსპერიმენტული ნარკვევი). დისერტაც. თბ. 1959 წ.

ქვირკველია მ. ა. — ჰიდატიდთა ძიგძიგის ფენომენის შემთხვევა ღვიძლის ექინოკოკის დროს. თანამედრ. მედიცინა. 1934. 1—2 გვ. 111—113.

ქიკნაძე ვ. დ.—ღვიძლის როლი სისხლწარმოქმნის პროცესებში. თბილისი. 1961 წ.

ქობახიძე ი.—ღვიძლის და დიაფრაგმის ერთეული ტრავმული დაზიანების შემთხვევა. საბჭ. მედიც. 4. 1957 წ. გვ. 34—35.

ქომახიძე მ. ე. — ელენთის ქირურგია. 1959 წ. თბ. 328 გვ.

ქომახიძე მ. ე. — სპლენოთრომბოზული პორტალური ჰიპერტენზია. ქირურგიული მკურნალობა. მეცნ. აკად. ექსპ. და კლინ. ქირ. და ჰემატოლ. ინსტ-ის შრომები. ტ. VIII. 1957 წ. გვ. 353—371.

ქომახიძე მ. ე. ჩაჩანიძე ა. ი. — გრიგოლ მუხაძე. თბ. 1961 წ. 412 გვ.

ქუტუბიძე ე. ი. — ღვიძლის ჰემანგიომა. (რეფ). შრომები პედიატრ. და სან. ჰიგიენური ფაკულტეტების საფაკულტეტო ქირურგიის კლინიკის გვ. 162-162.

ლომიძე თ. მასალები ღვიძლის ზოგიერთი ფუნქციის შესწავლისათვის თირეოტოქსიკოზის დროს. დისერტაცია. თბ., 1959 წ.

ლორთქიფანიძე გ. — ღვიძლის ექინოკოკის კაზუისტიკისათვს. თანამედრ. მედიც. 1925, 2. გვ. 97—106.

მამამთავრიშვილი დ. გ. — პორტული ჰიპერტენზიის არსი და მისი გამოვლინება. საბჭ. მედიც. 1951, 2. გვ. 39—46.

მამამთავრიშვილი დ. გ., იმნაიშვილი ბ. — სპლენოპორტოგრაფია, როგორც პორტული სისხლის მიმოქცევის ფუნქციური გამოკვლევის მეთოდი. საბჭ. მედიც. 1959. 3. გვ. 9—14.

მაკარიძე ა. — მასალები ღვიძლის ანტიტოქსიური ფუნქციის შესახებ მიზოფურენიის დროს დისერტაც. თბ. 1955.

მათიაშვილი გ. ვ.—ალეოლარულ ექინოკოკის საკითხისათვის 1936 წ. თბ. 25 გვ.

მაისურაძე გ. — ღვიძლის არტერიის იშვიათი ვარიანტი. თანამედრ. მედიცინა № 1—2, გვ. 1—5 1926 წ.

მახათაძე ი. კ. — ნაღვლის გზებზე ოპერაციის შემდგომი სიკვდილობის ანალიზი. საქ. სსრ მეცნ. აკად. ექსპ. და კლინ. ქირ. და ჰემატ. ინსტ. შრ. ტ. V. 1955 წ. გვ. 185—195.

მთვარაძე ბ. ა. — ქოლეცისტოგრაფიის მნიშვნელობა ნაღვლის ბუშტის დაავადებათა დიაგნოსტიკაში. გამსვლელი სამეცნ. სესიის თეზისები თბ., 1957 წ. გვ. 10.

მამფორია ნ. — ადამიანის ღვიძლის მიკროვასკულარიზაცია. ექსპერ. მორფ. ინსტ-ტის შრომები. ტ. VIII, 1960, გვ. 171—179.

მახათაძე ი. კ. — კარდიოვასკულური სისტემისა და პერიფერიული სისხლის ზოგიერთი ცვლილება ნაღვლის ბუშტის მექანიკური გაღიზიანების დროს. საკანდ. დისერტ. 1954 წ.

მოლოდინაშვილი გ. — კარდიოვასკულური სისტემისა და პერიფერიული სისხლის ზოგიერთი ცვლილება ნაღვლის ბუშტის მექანიკური გაღიზიანების დროს. საკანდ. დისერტ. 1954 წ.

მეგრელიშვილი ნ. გ. — ნაღვლის ბუშტის ასკარიდოზის საკითხისათვის.

კურპანოვა ლ. ა., ლეჟავა ჭ. კ. — კრებული უბნის ექიმთა დასასმარებლად. № 3—4 გვ. 3—8. 1956 წ.

ლეჟავა ა. — ნაღვლის ბუშტის ანთებითი დაავადების ეტიოპათოგენეზი და დიაგნოსტიკა. თბ. საქმედგამი. 1957. 95 გვ.

მუხაძე გ. მ., ჩაჩავა მ. კ. — ექინოკოკის გავრცელება საქართველოს მცხოვრებთა შორის ექსპ. და კლ. ქირურგ. და ჰემოტოლ. ინსტ. შრომები, 2. 1949. გვ. 47—58.

ნაზარიშვილი გ., ჭურციკიძე ა., ჩაჩავა ა. — ქოლეცისტოგრაფიის და ქოლანგიოგრაფიის დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა. საბჭოთა მედიც. 1958, № 1. გვ. 9—10.

ნემსაძე ე. ო. — ნაღვლის ბუშტის ბაქტერიული ფლორის საკითხისათვის. ქალაქის პირველი კლინ. საავად. შრომები. V, თბ. 1958 წ. გვ. 309—314.

ელენტი ვლ., ტატიშვილი ი. ი. — თბილისის პათოლოგიურ-ანატომიური მასალის ხასიათის საკითხისათვის. ქალაქის I საავად. შრომები წ. I, 1932, გვ. 16-32.

სირია თ. ი. — ერთკამერიანი ექინოკოკის ფიბრულ კაფსულაში სკოლექსებრ გამავლობის საკითხისათვის. თბ. 1959 წ. 107 გვ.

სირია თ. ი. — იშვიათი ლოკალიზაციის ექინოკოკი კლინიკის მასალის მიხედვით ასპირანტთა პირველი სამეცნიერო კონფერენციის თეზისები, თბ., 1949 წ.

ტატიშვილი ი. ი. — თბილისის ქალაქის I საავადმყოფოს პათოლოგანატომიური მასალის ხასიათის საკითხისათვის. ოპერაც. ქირურგიისა და ტოპოგრაფიული ანატომიის კათედრის შრომები. ტ. I, გვ. 201—218. 1956 წ.

ტატიშვილი ი., კაპანაძე რ. — მიოკარდიუმის სტრუქტურულ ცვლილებათა საკითხის შესწავლისათვის ექსპერიმენტულ ქოლელითიაზის დროს. თბ. სახ. სამედ. ინსტ-ის შრომები. ტ. XIX. 1959 წ. გვ. 38—46.

ტატიშვილი ირ., დეკანოსიძე თ., გაბუნია უ. — საქმლის მომნელებელი ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნეები, თბ. 1961. 137 გვ.

ტუემალაძე კ. ა. — ექინოკოკები, მათი ეთიოლოგია, გავრცელება, სიმპტომატოლოგია, კლინიკა და მკურნალობა. დისერტაც. თბ., 1937, 37 გვ.

უზნაძე — მჭედლიშვილი ქ. ი. — ცვლილებები ღვიძლის ბარიერულ (ანტიტოქსიკურ) ფუნქციაში კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების დროს ოპერაციამდე და მის შემდეგ. საქ. დის. თბ. 1950 წ.

ფალავა ლ. — Chiar-ის სნეულების საკითხისათვის. შრომათა კრებული. რესპ. ცენტრ. კლ. საავადმყოფო ტ. 3 1947. გვ. 283—291.

ფიფია ე. ქ. — ნაღვლის შიგნითა ფისტულები (გართულებები) საბჭ. მედიცინა № 6. 1940. გვ. 19—25.

ფიფია ე. ქ. — ღვიძლის აბსცესი და მისი მკურნალობა. თბ. 1938. 82 გვ.

ფიფია ე. ქ. — ინტრადერმალური რეაქციის დიაგნოსტიკური ღირებულება ექინოკოკის დროს თანამედრ. მედიცინ. 1934, 1,2 გვ. 85—89.

ფიფია ე. ქ. — ექინოკოკის კლინიკა და თერაპია. საბჭ. მედიც. 1935, 10—12. გვ. 73—94.

ფიფია ე. ქ. — განმეორებირი ოპერაციები სანაღვლე გზებზე. საბჭ. მედიცინა 1959. გვ. 14—20.

ფირცხალავა გ. — კლინიკური და მორფოლოგიური მონაცემების პარალელიზმი მწვავე ქოლეცისტიტის დროს. საბჭოთა მედიც. 1961. 3. გვ. 10—12.

ფიფია ე., ანთელავა ნ. — ღვიძლის ანტიტოქსიკური ფუნქცია კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების დროს. საქ. სსრ მეცნ. აკად. ქირურგ. და ჰემატოლოგიის ინსტიტუტის შრომები. ტ. II, 1949. გვ. 273—276.

ქევანიშვილი შ. — კარის ვენის ცალკეული ტოტების გამოთიშვის შედეგები ექსპერიმენტში. თბ. სახ. სამედ. ინსტ. შრ. ტ. VIII, 1954. 91—97.

ქევანიშვილი შ. ი. — ნაღვლის ბუშტის ფორმისა და მდებარეობის ცვალებადობა ახალშობილებში. ოპერატულ ქირურგიისა და ტოპოგრაფიული ანატომიის კათედრის შრომები. ტ. I, გვ. 105—110. 1950.

ქევანიშვილი შ. — კარის ვენის გამოთიშვის შედეგად ღვიძლში განვითარებული ცვლილებების საკითხისათვის. თბ. სახ სამედ. ინსტ. შრომები ტ. XVIII. (ნაწილი I) 1958 გვ. 41—48.

ქევანიშვილი შ. ი. — ახალშობილთა ღვიძლის ცვალეადობის უკიდურესი ფორმები. საკანდ. დისერტ. თბ. 1947 წ.

ქურციკიძე ა. — ქოლეცისტიტის ქირურგიული მკურნალობა. საბჭ. მედიც. 5. 1958 წ. გვ. 10—11.

ქურციკიძე ა. — სანაღვლე გზების ქირურგიის საკითხისათვის. დისერტაცია თბ.

უიფშიძე ნ. ა. — ღვიძლის აბსცესის საკითხისათვის რესპ. ც. კლ. საავადმ. შრომათა კრებული. წიგნი 2. 1941. გვ. 1—16.

უიფშიძე ნ. — დუოდენალური ზონდი და მისი მნიშვნელობა. თბ. საქ. მედგამი. 1941 წ.

შენგელაია ნ. — ღვიძლის ფუნქციონალური მდგომარეობის საკითხისათვის კუ-

ჰისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების დროს. დისერტაცია თბ. 1955 წ.

ჩაჩავა ა. ვ. — ნაღვლის ბუშტის მოტორული ფუნქცია კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავზე წყლულოვანი დაავადების დროს. საკანდ. დისერტ. 1957 წ.

ჩაჩავა მ. კ. — გულმკერდის და მუცლის ღრუს კომბინირებული თორაკოაბდომინური ჭრილობები. თბ. სახ. სამედ. ინსტ. შრომები ტ. V. 1948 წ. გვ. 304—311.

ჩაჩავა მ. კ., ბუაჩიძე ს. მ. — სუბდიაფრაგმული ჩირქგროვები კლინიკის მასალის მიხედვით. რ. ც. კლ. საავად. შრ. კრებული ტომი III. 1947 წ. გვ. 80—86.

ჩაჩანიძე ა., სიხარულიძე თ.—მასალები ღვიძლის კანქვეშა დაზიანების შესწავლისათვის. საქ სსრ მეცნ. აკად. მოამბე ტ. XXVII, № 1. 1961 წ. გვ. 101—106.

ჩიკვაიძე ნ. — ქრონიკული ქოლეცისტიტით დაავადებულთა მკურნალობა საირმეს მინერალური წყლით. საბჭ. მედიც. 4. 1959 წ. გვ. 27—29.

ჩხეიძე ო. — წყლულოვანი დაავადების ქირურგიული მკურნალობის უშუალო და უახლოესი გართულებანი. თბ. საქ. მედიც. 4. 1959 წ. გვ. 27—29.

ცანავა ა. ი. — ღვიძლის აბსცესები და მათი მკურნალობა. კრებული უბნის ექიმთა დასახმარებლად. (ექიმთა დახელოვნების თბილისის ინს-ტი) ნ. 1—2, თბ., 1956. გვ. 44—48.

ჭავახიშვილი-კომახიძე ნ. ა. — ღვიძლის არტერიის კოლატერალური გზები. საქ. მეცნ. აკად. ექსპ. ინსტ-ტის შრომები. ტ. IV. 1953. 65—122.

ცოფურია ლ. ა. — ნაღვლის საერთო სადინარის კიბოს იშვიათი შემთხვევა, ქალაქის I კლინიკური საავად. შრომები V. 1959. გვ. 153—155.

Абдразакова Е. А. — К клинике альвеолярного эхинококка печени. Кав. мед. ж., 1936, № 8, 936—940.

Абрамянц П. Л. — Анализ хирургического лечения больных хроническим и острым холециститом за 5 лет. Хирургия, 1957, № 2, 64—67.

Авидон Д. В. — Случай добовочного желчного пузыря. Вестник хирургии, 1952, т. 72, № 2, 48—49.

Адыширин-Заде Э. А. — Взаимосвязи нервов желчных путей и двенадцатиперстной кишки. Вестник хирургии, 1959. № 5, 21—25.

Андина М. И. — Случай непаразитарной кисты печени. Хирургия, 1959, № 5, 126—126.

Анджапаридзе Л. И. и Андгуладзе И. Г. — О частых диагнозах воспаления желчного пузыря. Тезисы докладов I научной конференции терапевтов Грузии, 1960, Тбилиси, 62—63.

Асантаев Д. М. — К клинике однокамерного эхинококка печени. Кавк. мед. журнал, 1934, № 6, 532—538.

Астраханский В. А. — О тотальной экстирпации эхинококка с фиброзной капсулой и резекцией печени. Нов. хир. архив, 1935, 33, кн. 3, 424—434.

Атанасян Л. А. — О причинах летальности при холецистите. Хирургия, 1957, № 7, 52—56.

Арзямова Э. А. — К вопросу о кистозном перерождении печени. Сб науч. работ лечебных учреждений Московского военного округа, 1948, 236—238.

Бакиров Г. А. — Об оперативном лечении врожденной атрезии желчных путей. Вест. хирургии, 1957, № 1, 104—107.

Бакланов Б. Я. — К вопросу о протезировании общего желчного протока. Хирургия, 1940, № 11, 103—104.

Башкиров А. Ф. — Хроническая непроходимость общего желчного протока и оперативное лечение ее. Диссерт., С.-Петерб., 1909.

Беляев В. И. — Протезирование общего желчного протока с помощью скрытого дренажа. Хирургия, 1939, № 10, 60—63.

Беляев А. А. — Острая закупорка общего желчного протока вызванная аскаридой. Хирургия, 1955, № 5, 79—80.

Бельц А. А. — К пластике общего желчного протока. Вестник хирургии, 1930, XX, кн. 55, 137—142.

Березов Е. А. — О показаниях к операции при холецистите. Тр. Саратовского мед. инс-та, 1953, 165—168.

Бельяминович А. И. — К вопросу о непаразитарных кистах печени. Юбилейный сборник Ташкентского медицин. инс-та, 1935, т. XV. 438—442.

Березкин Н. Ф. — К вопросу о принципах и технике лечения эхинококковых кист печени. Хирургия, 1946. № 11, 47—49.

Бесядовский Р. А. — Сочетание перфорации язвы двенадцатиперстной кишки с флегмоной желчного пузыря. Вестник хирургии, 1956, № 5, 87.

Бенчель Я. И. — Случай альвеолярного эхинококка головного мозга. Юбилейный сборник, 1939, 13—14.

Бетанели А. М. — К технике шва печени и почек. Хирургия, 1954, № 7, 81—82.

Бетанели А. М. — Случай внутривенного вливания асцитического трансудата при циррозе печени. Хирургия, 1960, № 9, 122—123.

Боброва Н. В. — Случай полного перекручивания желчного пузыря. Хирургия, 1955, № 5, 71—72.

Богоявленский Н. В. — Доступная модификация Т-образной трубки для дренажа желчного протока. Нов. хир. арх., 1929, М., XIX, кн. 74, 264—265.

Богословский В. М. — Хирургическое лечение язвы желудка и двенадцатиперстной кишки по личному опыту. Нов. хир. архив, 1934, т. 31, 342—346.

Бондарь З. А. — Механическая желтуха. Медгиз, М., 1956.

Боровый Е. М. — О ранних операциях при непроходимости общего желчного протока. Хирургия 1958, № 7, 45—48.

Брайцев В. Р. — Некоторые замечания к хирургическим вмешательствам на желчных путях. Сов. хирургия, 1935, № 5, 76—101.

Брайцева М. Д. — К лечению острых холециститов. Вест. хирургии, 1955, т. 75, № 1, 50—56.

Брегадзе И. Л., Моргунов Г. А. и Кузнецов Ю. В. — Отдаленные результаты паллиативных резекций печени при альвеолярном эхинококке. Вестник хирургии, 1962, № 5, 45—49.

Бирюкова В. В. — Холецистография с применением билитраста как дополнительный метод в диагностике хронического холецистита. Вестник хирургии, 1955, т. 75, № 4, 57—63.

Брожовский А. Г. — Роль эхинококкоза и аскаридоза в заболеваниях желчных путей. Вестник хирургии, 1931, т. XXIII, кн. 67, 14—28.

Блинов Н. И. — Тактика хирурга при остром холецистите. Труды VI пленума правления Всесоюзного Общества хирургов, Л., 1957, 231—234.

Блинов Н. И. — К вопросу о хирургическом лечении острого холецистита. Хирургия, 1955, № 5, 67—69.

Блюменталь Н. Л. — Некоторые вопросы хирургии желчных путей по материалу трехгорной б-цы. Хирургия 1937, № 5, 63—71.

Блюгер А. Ф. — К вопросу о дифференциации желтух. Сов. Медицина, 1951, № 11, 25—29.

Булгаков П. П. — К диагностике кистозной дегенерации печени. Вест. хирургии, 1960, № 4, 114—114.

Булынин И. И. — Протезирование желчных протоков погруженным дренажом. Хирургия, 1948, № 7, 38—41.

Бухман Н. А. — Повторные операции при эхинококкозе печени. Вестн. хирургии, 1937, кн. 3—4, 133—134, 68—75.

Буачидзе Д. Н. — Внешнесекреторные функциональные изменения поджелудочной железы при обтурационной желтухе. Автореф. диссерт. 1960, Тбилиси.

Буачидзе С. М. — Эхинококкоз и его хирургическое лечение. Тезисы VI конфер. хирургов Закавказских республик, Ереван, 1962.

Вартминский Л. П. — О закрытом методе оперирования эхинококка печени. Новая хирургия, 1928, т. VI, 2, 129—135.

Валькер Ф. И. — Некоторые анатомические данные к операциям на печени и желчных путях. Вестник хирургии, 1921, т. XVIII, кн. 52, 85—91.

Вениллер М. И. — Изолированное ранение желчного пузыря. Вест. хирургии, 1955, т. 75, № 4, 149—150.

Вендрик В. А. — Варианты артериальных ветвей чревной области. Диссер., 1948.

Витушинский В. И. — Случай двойного желчного пузыря. Сб. трудов б-цы им. Свердлова, Л., 1940, т. II, 357—361.

Вишневский А. А., Донецкий Д. А. и Шишкин В. П. — К технике наложения прямого портокавального анастомоза. Хирургия, 1962, № 7, 22—24.

Вишневский А. В. — Случай протезирования общего желчного протока. Вестн. хирургии, 1923, т. III, кн. 7, 27—28.

Виноградов В. В. и Гагушко Ю. А. — Операция перевязки печеночной артерии как способ лечения портальной гипертонии. Хирургия, 1955, № 5, 61—62.

Виноградов В. В. — Заболевания фатерова соска. М., 1962, 116.

Волох Ю. А. — Эхинококкоз печени. Сов. здравоохранение Киргизии, 1957, № 2, 7—12.

Волкович Н. М. — К хирургии и патологии желчно-каменной болезни. Русск. хирург. архив, 1908, кн. 6, 735—814.

Гаврилов Ф. М., Белокуров А. П. — О лечении больных холециститом. Хирургия, 1956, № 5, 47—49.

Гарвич Л. И., Реймерс Е. К., Федоров Д. Н. — Опыт лечения больных с острым панкреатитом. Вестн. хирургии, 1956, № 10, 42—49.

Галайко Г. М. — О раке желчного пузыря и внепочечных желчных протоков. Хирургия, 1957, № 7, 57—64.

Галайко Г. М. — Острый холецистит и показания к его хирургическому лечению. Хирургия, 1956, № 11, 12—21.

Герусов Ю. М. — Артерии и вены желчного пузыря. Диссерт., 1953.

Геворкян И. Х. — О лечении остаточных полостей после удаления однокамерного эхинококка печени. Хирургия, 1958, № 4, 55—60.

Геворкян И. Х. — Некоторые вопросы распространения диагностики и лечения многокамерного эхинококка в Армении. Тезисы доклада V-ой конференции хирургов Закавказских республик 1957, 43—44.

Герценбер Е. Я. — Об агенезии желчного пузыря. Медиц. журнал, 1923, № 1—2, 8—10.

Гиголов М. Г. — Сравнительная оценка методов хирургического лечения эхинококка. Тр. III Закавказ. съезда хирургов, 1949, 270—278.

Гиголов М. Г. — Резекция печени по поводу эхинококка. Тр. II Закавказ. съезда хирургов, 1935, М. II, 371—376.

Глазкова Т. А. — Лечение больных холециститами и холангитами антибиотиками, в зависимости от микрофлоры дуоденального содержимого. Сов. медиц., 1956, № 10, 60—64.

Годердзишвили Т. М. и Ахвердова Л. Н. — Диагностическое значение протромбина крови при болезнях печени и язвенной болезни. Научно-практические труды врачей санаториев Грузинской ССР, 1959, т. II, 59—63.

Горст Г. П. — Случай альвеолярного эхинококка печени. Каз. Мед. ж., 1939, 11—12, 83—85.

Горбандт Э. — Анастомозы между желчным пузырем и желчно-кишечным каналом. Вест. хирургии 1929, т. XVIII, кн. 52, 18—22.

Гордиенко В. И. — Необычное расположение желчного пузыря. Нов. хирург. архив. 1955, № 4, 73—74.

Грасмик Т. А. — Холедоходуоденостомия как метод лечения некоторых форм заболевания желчных путей. Вест. хирургии, 1929, т. XVIII, кн. 52, 92—100.

Греджев А. Ф. — О некоторых технических деталях холангиографии на операционном столе. Хирургия, 1957, № 3, 111—113.

Греджев А. Ф. — Холангиография после операции на желчных путях и ее клиническое значение. Хирургия, 1957, № 7, 65—70.

Гнатюк А. И. — О кистоаденомах печени. Вестн. хирургии, 1953, т. 73. № 2, 42—44.

Грубник В. М. — Заворот желчного пузыря. Хирургия (приложение) 1957, 29.

Греков Н. И. — Материалы к вопросу о лечении разлитых гнойных перитонитов. Русск. врач. 1914, № 7. 229—233.

Гугушвили А. Л. — Топография печеночной артерии ее ветвей и артериальное кровоснабжение внепеченочных желчных протоков. Хирургия 1957, № 5, 138—144.

Гуревич Н. И. — О тактике хирурга при остром холецистите. Хирургия, 1956, № 11, 7—8.

Гуревич Е. В.—Многокамерный эхинококк печени. Архив патологии, 1949, № 4, 79—82.

Гурин А. И. — Эмпиема желчного пузыря при полном внутрипеченочном его расположении. Нов. хир. арх. 1956, № 4, 72—73.

Давыдовский И. В. — Патологическая анатомия и патогенез болезней человека. Медгиз, М.-Л., 1938.

Даниляк И. Д. — Материалы к изучению эхинококковой болезни в Азербайджанской ССР. Дисс., 1935, 129—142.

Данилов И. В. — О сосуществовании альвеолярного и гидатидозного эхинококка. Сб. науч. трудов, т. II, 1939, 198—202.

Данилов И. В. — Об удалении всей доли печени при альвеолярном эхинококке. Хирургия, 1939, № 4, 63—65.

Дашкевич В. Д. — Иссечение левой доли печени по поводу первичного рака. Нов. хир. архив, 1961, 8, 83—85.

Двали Л. Г. — Об ангиомах печени. Хирургия, 1957, № 8, 98—100.

Двали Л. Г. — Флегмонозный холецистит на почве обтурации общего желчного протока пузырем эхинококка. Хирургия, 1958, № 11. 117—118.

Димитров Ст. — Лечение острого холецистита. Хирургия, 1956, № 5. 49—53.

Дикштейн Е. А. — Об альвеолярном эхинококке печени. Тр. Ростовского мед. ин-та, Ростов н/Д., 1940, сб. VI, 33—35.

Долиотти А. М., Фольятти Э. — Хирургия фиброзного стеноза печеночного и общего желчного протоков. Эксперимент. хирургия, 1957, № 2, 3—16.

Доронин Ф. Н. — К вопросу о хирургическом лечении холецистита. Клинич. медицина, 1958, № 2, 75—83.

Джавадян А. М. — Диагностическое значение операционной холангиографии. Хирургия, 1956, № 6, 22—26.

Дьяконов П. И. — К распознаванию и хирургическому лечению желчнокаменной болезни. Хирургия, 1901, т. IX, 17—44.

Еланский Н. Н. — Когда не следует оперировать при желтухе. Тр. Военно-Медиц. Академии Р. К. К. А. им. С. М. Кирова, 1936, т. VII, 91—100.

Еланский Н. Н. — К вопросу о борьбе с кровотечением у холемичных и ахоличных больных. Нов. хир. архив, 1930, т. 20, кн. 1, 70—86.

Еланский Н. Н. — Опасность оперативного ранения желчных путей. Вестник хирургии. 1934, т. 34, кн. 100, 200—202.

Еленовский К. — К патологической анатомии мультилокулярного эхинококка у человека. Дисс., 1904.

Еолян Р. О. — Абсцессы печени. 1949, М., 110.

Ефимишин Н. С. — О клинико-анатомических параллелях при остром холецистите. Хирургия, 1960, № 4, 51—55.

Ец. А. Г. и Клецкин С. З. — Два случая непаразитарных кист печени Нов. хир. архив, 1956, № 4, 76—78.

Жаботинская Р. А. — К казуистике многокам. эхинококка печени с метастазами в головной мозг и лечение. Кл. Мед. 1924, т. II, № 4, 144—147.

Жилин Ю. Н. — Отдаленные результаты операции на желчном пузыре и желчных путях по поводу холецистита. Хирургия, 1957, № 4, 128—130.

Жмур В. А. — Повреждение внепеченочных желчных путей при операциях на желудке. Хирургия, 1937, № 5, 82—89.

Журавский Л. С. — Хирургическое лечение первичного рака печени. Вест. хирургии, 1961, № 7, 76—79.

Заблудовский А. М. — К истории хирургии желчных путей в России и Советском Союзе. Хирургия, 1946, № 1, 3—15.

Захаров Е. И. — К вопросу о радикальных операциях при эхинококке в печени. Нов. хир. арх. 1931, т. 24, кн. 2, 185—194.

Жак Мей — Медицинская география. В кн. П. Джомса и К. Джомса. Американская география. Современное состояние и перспектива. М., 1957, 433.

Захаров В. И. — К эпидемиологии альвеолярного эхинококкоза в Казахстане. Медицин. паразит. и параз. болезни, 4, 1945, 33—34.

Збыковская Л. А. — Причины безуспешности холецистэктомии. Хирургия, 1961, № 10, 112—117.

Земляной А. Г. — Развитие аденокарциомы в полости сложной кисты печени. Хирургия, 1960, № 8, 118—119.

Зибергар А. П. — Непроходные желчные перитониты. Вест. хирургии, 1937, т. 50, кн. 133—134, 136—142.

Иванов В. А., Лопухин Ю. М. — Экспериментальные холециститы. Хирургия, 1955, № 5, 15—19.

Иванов П. А. — Прорыв эхинококковой кисты печени в желчный пузырь. Хирургия, 1957, № 2, 116—117.

Иванов В. А. — Профузное кровотечение в желудочно-кишечный канал из язвы желчного пузыря. Вест. хирургии, 1955, № 10, 127—129.

Имас М. З. — Изменение функции печени при острых холециститах. Хирургия, 1960, № 4, 77—79.

Иконников П. С. — К казуистике истинных непаразитарных кист печени. Русский врач, 1906, № 38, 1181—1187.

Иоселиани Г. Д. — К вопросу патогенеза и лечения симптомо-комплекса пика. Диссертация, 1958, Тбилиси.

Иост В. И. — Ближайшие и отдаленные результаты резекции желудка при глубокосидящих язвах двенадцатиперстной кишки. Хирургия, 1938, № 3, 101—107.

Калиновская А. М. — Оперативные доступы к желчным путям. Хирургия, 1948, № 7, 32—38.

Караванов Г. Г. и Спектор Ф. А. — Хирургическое лечение больных острым холециститом. Сов. медицина, 1956, № 10, 48—55.

Карлимов В. — Случай самостоятельного отхождения больших желчных камней. Нов. хир. архив. 1926, т. IX, кн. 33—34—35—36, 380.

Касимцев А. С. — О хирургическом лечении закрытых повреждений печени. Вестник хирургии, 1962, № 5, 102—104.

Камалов М. Х. —Восходящая инфекция и морфологические изменения желчевыводящей системы после наложения анастомозов желчных путей с желудочно-кишечным трактом. Хирургия, 1960, № 4, 72—76.

Кампельмахер Я. А. — Оперативное лечение больных портальной гипертонией. Хирургия, 1956, № 1, 52—63.

Каменчик М. Г. — Ближайше и отдаленные результаты консервативного и оперативного лечения острого холецистита. Хирургия, 1955, № 5, 27 — 31.

Катамадзе Ш. М. — Случай холецистита с чрезвычайно большим числом желчных камней. Хирургия, 1953, № 3, 73.

Кацер И. И. и Аронин А. Е. — Дифференциальная диагностика болезни Боткина и злокачественных новообразований, вызывающих механическую желтуху. Врач. дело, 1960, № 1, 51—56.

Кац С. А. — Изолированные травматические подкожные разрывы желчного пузыря. Вест. хирургии, 1952, № 2, 51—53.

Кахидзе Г. В. — Некоторые функциональные исследования печени при обтурационной желтухе (Тезисы), Тб. научная сессия, 1954.

Киашов А. П. — О диагностике и лечении повреждений печени. Хирургия, 1960, № 4, 80—85.

Кисель З. М. — Повреждение внепеченочных желчных протоков при операциях. Вест. хирургии, 1930, т. XV, кн. 58—59—60, 152—165.

Кларфельд Э. Н. — Оперативное лечение болезней желчных путей. Вестник хирургии, 1936, т. 44, кн. 122, 218—233.

Климов В. Н. — К вопросу о показаниях и противопоказаниях к операции в острой стадии холецистита. Сов. медицина 1956, № 10, 55—60.

Комахидзе М. Э., Ахметели Т. И. — Профузные гастродуоденальные кровотечения. Тбилиси, 1961, 196.

Колесов В. М. и Григорьев Л. П. — К диагностике и лечению острого панкреатита. Вестник хирургии, 1955, № 10, 23—30.

Конончук Л. П. — Формализация печени при альвеолярном эхинококкозе. Тр. Томского гос. мед. ин-та. 1938, т. VII, 172—178.

Краковский Н. И. и Шишкин В. П. — О хирургическом лечении портальной гипертензии. Вестник хирургии, 1957, № 1, 68—74.

Криворотов Н. А. — Желчные перитониты. Вестник хирургии, 1938, № 5, 818—819.

Крамаренко Е. Ю. — К вопросу о хирургическом вмешательстве при хронической закупорке желчного протока. Хир. архив Вельяминова, 1913, 16.

Крепкочорский А. С. — Случай гигантского камня в общем желчном протоке. Хирургия, 1940, № 10, 155—156.

Крузенштерн Н. Э. — Случай многогнездного эхинококка в Восточной Сибири. Врач. 1892, № 35, 873—876.

Кузанов Е. И.—Закрытые повреждения печени и селезенки. Тбилиси, 1962, 164.

Кульчицкий К. И., Чернышенко Л. В. и Школьник Б. Н. — К топографии артерии желчного пузыря. Вестник хирургии, 1957, № 6, 34—37.

Лацинник Е. Я., Словесник Р. С., Сокольская Г. Т. и Калина О. С. — Об ошибках в диагностике болезни Боткина и механической желтухи. Врач. дело, 1960, № 1, 65—70.

Лидский А. Т. — Некоторые обоснования операции в острой стадии холецистита. Хирургия, 1955, № 5, 19—23.

Липский А. Я. — Холангиография на операционном столе. Вестник хирургии, 1955, № 75, № 4, 63—69.

Линденбратен Л. Д. — Рентгенологическое исследование печени и желчных путей. Медгиз, 1953.

Леонова В. И. — Случай аскаридоза желчных путей. Хирургия, 1948, № 4, 64.

Луканов А. Ф. — К вопросу о желчных перитонитах при брюшном тифе. Хирургия, 1940, № 1, 103—112.

Лурье А. — Топография внепеченочных желчных путей в свете некоторых опасностей хирургической техники. Вестник хирургии, 1938, т. 55, кн. 2, 169—172.

Магдиев Т. Ш. —Функциональные и морфологические изменения в печени при механической желтухе и степень их обратимости после восстановления оттока желчи. Вестник хирургии. 1960, № 11, 15—21.

Магдиев Т. Ш. — Механическая желтуха и обмен прогромбина. Эксперим. хирургия, 1960, № 3, 39—42.

Магда Франк и Иожеф Сомбатхели — Изолированный подкожный травматический разрыв желчного пузыря. Хирургия, 1960, № 4, 114—115.

Макоха Н. С. и Котелевский С. С. — Завороты желчного пузыря. Хирургия, 1960, № 4, 55—59.
Мартынов А. В. — Хирургия печени. Русская хирургия, 1902, отдел XXXIV, 60.
Мартынов А. В. — Желтуха в хирургии, 1929, Б М Э, т. X, 28—31.
Мартынов А. В. — Хирургическое лечение острых панкреатитов. Нов. хир. архив, 1928, № 15, 27—33.
Малюгина Т. А. — Лечение желчного перитонита в эксперименте. Хирургия, 1954, № 7, 41—46.
Малюгина Т. А. — О клинике желчного перитонита. Вестник хирургии, 1956, № 5, 16—25.
Махатадзе И. К. — Некоторые изменения кардиоваскулярной системы и периферической крови при механическом раздражении желчного пузыря.
Мамамтавришвили Д. Г. — О хирургической классификации и выборы операции при тотальной гипертензии. Тезисы VI конф. хирургов Закав. республик, Ереван, 1962.
Махмудбеков Б. М. — Некоторые вопросы клиники и лечения дизентерийных нарывов печени. Тр. III-его съезда хирургов Закавказья, 1949, 216—226.
Махмудбеков Б. М. — Амебиаз печени. 1955, Баку, 73.
Махов Н. И. — Клиника и лечение непроходимости и свищей желчных путей различной этиологии. Хирургия, 1955, № 5, 55—61.
Мельников-Разведенков Н. Ф. — Альвеолярный эхинококк у человека и животных. Хирургия, 1960, т. VIII, 1—36.
Мельников А. В. — О хирургическом лечении язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Вестник хирургии, 1954, № 2, 5—19.
Мельников А. В. — О непаразитарных кистах брюшной полости. Хирургия, 1952, № 2, 32—46.
Мещанинов А. И. и Делевский П. С. — О непаразитарных кистах печени. Вестник хирургии, 1958, № 12, 80—81.
Милонов П. А. — Отдельные результаты хирургического лечения больных холециститом. Хирургия, 1956, № 6, 43—49.
Минасян А. О. — К вопросу о восстановительных операциях на желчных путях.
Минин Н. И. — Удвоение желчного пузыря. Вестник хирургии, 1931, т. XXIII, кн. 70—71, 261—265.
Миронов Е. Я. — Альвеолярный эхинококк печени. Хирургия, 1937, № 5, 72—81.
Миронов Ф. Я. и Кожевников Е. Н. — О диагностическом значении кальция сыворотки крови при различных формах острого панкреатита. Хирургия, 1956, № 11, 36—39.
Мирер В. И. — Абсцессы печени. Сб. научных трудов посвященный 25-летию профессорской деятельности заслуженного деятеля науки,

действ. члена Акад. мед. наук СССР А. В. Мельникова, 1949, т. XIV, 295—311.

Мыш Д. В. — Случай гигантской непаразитарной кисты печени. Клинич. медицина, 1960, № 11, 114—117.

Мондор Г. — Неотложная диагностика. 1939, т. 1, М.

Москаленко В. В. — Холецистит и язва двенадцатиперстной кишки. Врач. дело, 1941, № 4, 297—300.

Мошенцева П. И. — Первичный рак желчного пузыря. Хирургия, 1962, № 8, 87—91.

Мстибовский И. А. — Погружным резиновым дренажем протезирование желчных протоков. Хирургия, 1951, № 9, 39—44.

Мстибовский И. А. — К вопросу о патогенезе после операционных свищей с полной ахолией. Вестник хирургии, т. 33, кн. 97—98.

Нана А., Тоадер К., Чебыка К. — Болезнь шейки желчного пузыря. Хирургия, 1960, № 4, 60—63.

Напалков Н. И. — Об альвеолярном эхинококкозе. Восточ. хир. 1937, т. 50, 3—4, кн. 133—134, 63—67.

Напалков П. Н. — Секвестрация гангренозного желчного пузыря. Вест. хирургии, 1929, т. XVI, кн. 45, 46, 109—114.

Напалков П. Н. — О хирургическом лечении больных при остром холецистите. Хирургия, 1955, № 5, 23—27.

Напалков П. Н. — Реакции тканей на развития в них эхинококковых кист. Тр. 1-го съезда хирургов Сев. Кавк. края, 1926, 32—40.

Напалков П. Н. — Хирургические контуры эхинококкоза. Тр. 1-го съезда хирургов Сов. Кавказ. края, 1926, 6—12.

Напалков П. Н. и Ильинская О. В. — Хирургия, 1957, № 3, 53—60.

Напалков П. Н. и Хейфиц А. Б. — Экзогенный рост гидатидозного эхинококка. Вестник хирургии, 1938, т. 56, кн. 2, 241—244.

Немилов А. А. — Выступление на заседании хирургического общества Пирогова от 18/1—1938 г., Вестник хирургии. 1938, № 56, 819.

Николаев Г. Ф. — Закрытые повреждения печени. 1955, Л., 54.

Новиков М. Ю. — Эхинококковая болезнь, её лечение и профилактика. Фельдшер, 1939, 2—3, 33—38.

Новиков М. Ю. — Патолого-анатомические изменения вокруг однокамерного эхинококка в тканях и органах носителя. Архив. пат. анатомии. 1938, т. 4, 130—134.

Норенберг-Чарквиани А. Е. — Анализ хирургического лечения больных острым холециститом. Хирургия, 1960, № 12, 53—60.

Оганян А. К. — Погружной дренаж в желчных путях. Хирургия, 1939, № 4, 105—107.

Оглоблина З. В. — Новый способ закрытия желчных свищей. Хирургия, 1950, № 10, 70—72.

Огий П. Е. — Шов при травматических разрывах печени. Врач. дело, 1960, № 4, 425—426.

Озолинг А. Ю. — К вопросу о лечении однокамерного эхинококка печени. Нов. хир. архив. 1926, т. XI, кн. 3, 343—348.

Одес Л. А. — Желчно-каменный илеус. Вестник хирургии. 1928, т. XIII, кн. 39, 53—69.

Орнатский В. В. — Значение реакции на эфирорастворимый билирубин в диагностике рака головки поджелудочной железы и фатерова сосочка. Вестник хирургии, 1956, № 5, 3—8.

Осипов Б. К., Юревич В. М. — Проблема обезболивания и реанимация в хирургии желчных путей. Хирургия, 1962, № 7, 70—78.

Очкин А. Д. — Современное состояние клиники и хирургического лечения заболевания желчных путей. Хирургия, 1950, № 10, 50—57.

Очкин А. Д. — Роль заболеваний желчного пузыря протоков и печени в картине так называемого острого живота. Клинич. медиц., 1958, № 4—5, 466—474.

Пархоменко В. И. и Мазуровская Б. М. — Закрытые повреждения печени. Врач. дело. 1960, № 4, 383—386.

Пациора М. Д. — О портальной гипертонии. Хирургия, 1956, № 1, 72—78.

Пипия И. К. — Эхинококковые заболевания в Грузии. Тр. II-го Закавк. съезда хирургов, 1937, 2/II, Тбилиси, 361—370.

Пипия И. К. и Курцикидзе А. Л. — К оперативному лечению холециститов. Тр. IV конф. хирургов Закавк. Б. 1957, 244—254.

Пиковский Д. Л. — Газовый холецистит. Хирургия, 1954, № 3, 80—81.

Поволоцкий Я. Л. — К вопросу о желчных перитонитах без перфорации. Нов. хир. арх. 1923, т. III, кн. 4, 802—810.

Подобедова Н. В. — К вопросу о гнойниках печени. Тр. Военно-морской Медиц. Академии, 1949, т. XIII, 183—190.

Полещук И. С. — Опыт хирургического лечения острого холецистита. Вестник хирургии, 1955, т. 76, № 7, 109—110.

Полянцев А. А. — Материалы к хирургическому лечению портальной гипертонии. Вестник хирургии. 1956, № 4, 3—13.

Полякова К. К. — Материалы к изучению изменений вызываемых эхинококком в тканях человека. Архив патологии, 1946, № 4, 89—98.

Попов В. В. — Первичный рак желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков. 1952, Докт. диссерт.

Постников Р. П. — Об обтурационной желтухе на почве перихоледохеального лимфаденита. Вестник хирургии, 1961, т. 86, № 1, 126—128.

Постолов М. П. — К вопросу о полном перекручивании желчного пузыря. Вестник хирургии 1952, т. 72, кн. 2, 49—51.

Пожарисский У. Ф. — Эхинококк. Основа пат. анатомии. 1918—1919, вып. III, 352—369.

Пожарисский У. Ф. — О строении сумки носителя однокамерного эхинококка печени (гисто-химическое исследование), Хирургия, 1904, т. 15, 16—18.

Петров Б. А. — Оперативное лечение острого холецистита. Хирургия, 1950, № 10, 58—69.

Петров Б. А. — Хирургия острого холецистита. Хирургия, 1955, № 5, 3—14.

Петров Б. А. — Проблема острого холецистита. Хирургия, 1956, № 11, 3 — 6.

Петров Н. Н. и Кроткина Н. А. — Экспериментальный рак желчного пузыря и печени. Клин. Медиц., 1932, т. X, № 19—22, 314—319.

Петров Б. А. и Антонович В. Б. — Холангиография на операционном столе. Хирургия, 1956, № 5, 34.

Прохоров В. М. и Рабцевич Т. С. — К вопросу о врожденных кистах печени. Здравоохранение Белоруссии, 1961, № 1, 60—61.

Пупин Б. В. и Данович Ф. М. — Значение ошибок в диагнозе «пищевая интоксикация» для хирургической клиники. Вестник хирургии. 1955, № 10, 60—64.

Рабинович Л. А. — К вопросу о непаразитарных кистах печени. Научные известия, 1950, Алма-Ата, № 9, 149—156.

Ралль М. Б. — Анализ причин неблагоприятных исходов хирургического лечения холецистита. Хирургия, 1960, № 4, 63—68.

Ралль М. Б. — О практическом значении комплексного применения холецистографии и дуоденального зондирования при обследовании и лечении больных холециститом. Вестник хирургии, 1960, № 7, 109—117.

Разбиль О. С. — Классификация нарушений, возникающих после операций на желчных путях. Врач. дело. 1960, № 9, 51—57.

Радионов М. К. — Интрамуральный нервный аппарат желчного пузыря. Хирургия, 1955, № 5, 31—37.

Радушкевич В. П. и Карюкина А. Т. — Результаты активизации тактики при остром холецистите. Хирургия, 1957, № 11, 74—79.

Расулев И. А. — К вопросу о клинике и распознавании абсцессов печени. терапевтич. архив, 1958, т. 30, вып. 1, 68—77.

Рысь Н. В. — Изолированный травматический подкожный разрыв желчного пузыря. Хирургия, 1954, № 3, 75.

Редько С. М. — Повторные операции на желчных путях. Вестник хирургии, 1960, № 11, 26—32.

Редлих М. П. — К диагностике осложнений при эхинококке печени. Советское здравоохранение Киргизии, 1955, № 3, 20—23.

Родина Л. И. — О непаразитарных кистах печени. Здравоохранение Белоруссии, 1959, № 4, 59—60.

Розанов Б. С. — К вопросу о восстановительных операциях на внепеченочных желчных путях. Хирургия, 1958, № 8, 3—10.

Розенштейн М. А. — К казуистике непаразитарных кист печени. Врачебное дело, 1957, № 3, 235—238.

Рудницкий И. Ф. — Эхинококк в желчном пузыре. Вестник хирургии. 1928, т. XIII, кн. 37—38, 346—47.

Рукосуев С. Г. и Тоскин К. Д. — Поясничная новокаиновая блокада при острых панкреатитах. Хирургия, 1955, № 2.

Руководство по хирургии — (Хирургия печени, желчных путей, поджелудочной железы и селезёнки), 1962, т. 8, М., 649.

Рябухин И. А. — Об оперативном лечении стойких наружных желчных свищей. Хирургия, 1958, № 7, 121—122.

Салищев В. А. — К истории хирургии заболеваний желчных путей. Хирургия. 1949, № 12, 3—13.

Самарин Н. Н. — Наблюдения над больными острым панкреатитом. Хирургия, 1953, № 1, 1.

Серга В. И. —Неполное перекручивание желчного пузыря. Нов. хир. арх., 1958, № 3, 100.

Семенская Е. М., Одишвили Г. Я. и Абакелия Ц. И. — Изменения в системе крови при обтурационной желтухе и ахолии.

Спектор Ф. А. — Хирургическое лечение острого холецистита. 1952, Диссерт., Львов.

Спасокукоцкий С. И. — Оперативное лечение гнойного эхинококка печени по закрытому способу. Нов. хир. архив, 1926, 37, т. 10, 99—103.

Стручков В. И. — Актуальные вопросы хирургического лечения больных острым и хроническим холециститом. Сов. Медицина, 1953, № 3, 10—13.

Сирия Т. И. — К вопросу об удалении фиброзной капсулы при эхинококке. Тр. III Закавказ. съезда хирургов, 1949, 279—282.

Сынгаевский С. Я. — К патолого-анатомическим изменениям в соединительнотканной капсуле, окружающей эхинококк печени. Русск. хирург. архив, 1909, XXV, кн. 1, 71—80.

Сичкарук И. А. — О тактике хирурга при закрытых травмах печени. Вестник хирургии, 1962, № 5, 40—44.

Смирнов А. В. — Основы показаний к хирургическому лечению холецистита. Вестник хирургии. 1954, № 74, № 1, 14—20.

Смирнов Е. В. — Об отведении желчи в кишечник из наружного желчного свища. Вестник хирургии, 1952, 72, № 2, 46—48.

Смирнов Е. В. — Повреждение желчного протока во время операции. Хирургия, 1958, № 10, 84—87.

Смирнов Е. В. — Постоянный скрытый дренаж в хирургии желчных путей, Вестник хирургии, 1958, № 4, 33—40.

Смирнов Е. В. — Хирургическое лечение непроходимости печеночного и общего желчного протоков. Вестник хирургии, 1955, т. 75, № 4, 40—49.

Смирнов А. В. — О некоторых заболеваниях двенадцатиперстной кишки (нераковой этиологии), вызывающих механическую желтуху. Хирургия, 1960, № 2, 3—7.

Смирнов Е. В. — Хирургическое лечение обтурационной желтухи желчнокаменного и травматического происхождения. 1959, Л. 138.

Смирнов А. В. и Шрейбер М. Г. — Хирургические заболевания печени, желчного пузыря и внепеченочных желчных путей. Вестник хирургии. 1958, № 8, 107—108.

Сойнова Т. А. — К вопросу о резекции печени при эхинококке. Совет. хирургия. 1936, № 8, 259—265.
Сосновский А. Г. — К вопросу о показаниях к операции при остром холецистите. Нов. хир. архив. 1956, № 4, 43—46.
Сосновик И. И. — Травматические разрывы желчного пузыря. Сов. хирургия. 1936, № 5, 838—842.
Сосновик И. И. — Возрастные особенности желчного пузыря и желчнокаменная болезнь у детей. Вестник хирургии, 1939, 58, кн. 2, 123—130.
Сороко Н. К. — О лечении желчных свищей при непроходимости общего желчного протока. Нов. хир. архив. 1930, т. XXI, 459—480.
Сокольская В. П. — Парентеральное заражение болезнью Боткина. Врачебное дело. 1960, № 1, 63—66.
Скворцов И. Г. — К вопросу об удалении гидатидозного эхинококка печени с фиброзной капсулой. Хирургия. 1940, № 8, 112—117.
Стручков В. И. — Острый холецистит. Хирургия. 1956, № 11, 8—12.
Сулейманов Н. С. — Заворот желчного пузыря. Хирургия (приложение), 1957, 28.
Тагибеков К. Г. — Пиогенные абсцессы печени. Хирургия. 1962 г., № 10, 63—67.
Такелда И. П. — Распространенный аскаридоз желчных путей. Хирургия, 1955, № 5, 90.
Теплиц В. А. — К хирургии и ошибкам в диагностике заболеваний желчных путей. Вестник хирургии, 1941, № 4, 546—547.
Теплиц В. Л. — Разлитые желчные перитониты. Вестник хирургии, 1930, т. XX, кн. 58—59, 133—142.
Тошинский И. И. — Оболочка эхинококка кисты. Автореферат, 1-й съезд хирургов Сев. Кавказ. края, 1926, 23—27.
Топчибашев М. Б. — К хирургии эхинококка. Тр. 1-го съезда хирургов Закавказия, 1925, 107—110.
Топчибашев И. М. — О внутрипеченочных камнях.
Топчибашев М. А. — О лечении острых холециститов. Хирургия, 1951, № 1, 57—63.
Тригер В. А. и Мельник И. А. — К клинике нагноительных процессов печени. Врачебное дело, 1956, № 3, 272—274.
Третьяков Н. И. — О закрытых повреждениях печени. Хирургия, 1962, № 2, 86—90.
Турнер Г. И. — Случай эмпиемы желчного пузыря. Хирургический вестник II, 1885, 77—81.
Тун Зо, Орлов Г. А. — Амебные абсцессы печени. Хирургия, 1962, № 10, 68—71.
Тюрина М. Д. — Холецистит при камнях в желчном пузыре. Диссерт. М. 1947.
Тюрина М. Д. — К вопросу о паразитарных заболеваниях желчных путей. Хирургия, 1950, № 2, 34—39.
Углов Ф. Г. — К вопросу о хирургическом лечении острого холецистита. Хирургия, 1955, № 5, 69—70.

Углов Ф. Г. — Хирургическое лечение при остром холецистите. Хирургия, 1954, № 2, 3—8.

Файн Е. Л. и Финкель И. — О непаразитарных кистах печени. Сов. Медицина. 1958, № 7, 118—123.

Федоров С. П. — К хирургии желчных путей. Тр. IX съезда Российских хирургов, 1909, 128—133.

Федоров С. П. — К хирургии желчных путей. Русский врач. 1904, № 1, 1—4.

Федоров С. П. — Желчные камни и хирургия желчных путей. 1934, М.

Федоров С. П. — К вопросу о признаках при желчной колике. Русский вестник. 1910, № 51, 2013—2014.

Федоров С. П. — Об атипическом течении холецистита. Тр. 1-го съезда хирургов Закавказья. 1925, Б. 128.

Филатов А. Н. — Об обратном переливании излившейся в серозные полости крови. Сов. хирургия, 1928, № 2, 235—260.

Филин В. И. — Послеоперационные осложнения при однокамерном эхинококке печени и метод оперативного лечения. Хирургия 1958, № 4, 60—67.

Финкельштейн Б. К. — Хирургические заболевания желчных путей. Вестник хирургии. 1929, т. XVIII, кн. 53, 121—184.

Флоров В. И. — Обзор случаев воспалений желчного пузыря, оперированные за последние 7 лет в главбольнице Аджаристана. Тр. 1-го съезда хирургов Закавказья. 1925, Б. 128—136.

Францев В. И. — Механическая желтуха и ее хирургическое лечение. Эксперим. хирургия, 1958, № 2, 26—31.

Фридман М. Е. — О показаниях к операции при острых и хронических холециститах. Сов. здравоохранение Киргизии, 1957, 6, 3—7.

Футран А. И. — К казуистике острой непроходимости желчно-каменного происхождения. Нов. хир. архив, 1926, т. IX, кн. 33—34—35—36, 579—580.

Хапава С. А. — К вопросу подкожного повреждения печени. Нов. хир. архив. I. 46, 2, 1940.

Цивьян Я. Л. — Заворот желчного пузыря. Хирургия. 1954, № 2, 76—77.

Цискаришвили Л. Д. — Об оперативном лечении острых холециститов. Тр. IV конференции хирургов Закавказья. 1953, Б. 255—257.

Цорионов Б. И. — Папилломатоз желчного пузыря. Хирургия. 1955. № 7, 87.

Ципура П. Г. — Случай профузного угрожающего жизни кровотечения из кисты печени. Сб. работ Крымской областной клинической б-цы им. Н. А. Семашко. 1957, 645—646.

Часовников П. Г. — О холециститах без камней. Вестник хирургии. 1928, т. XIII, кн. 37—38, 16—26.

Часовников П. Г. — О реконструктивных операциях на глубоких желчных протоках. Вестник хирургии. 1941, т. 61, кн. 5 618—626.

Чачава М. К. и Тотибадзе Л. К. — Эхинококк печени по материалам Госпитальной хирургической клиники. Тр. III Закавказ. съезда хирургов, 1949, 112—118.

Черный Ф. А. — Диагностика и лечение острого холецистита. Диссерт. Киев, 1949.

Чечулин А. С. — Кровотечение из слизистой оболочки желчного пузыря при калькулезном холецистите. Вестник хирургии, 1955, № 10, 129—131.

Чирейкин И. Х. — Диагностика и клиника абсцессов печени. Клинич. медицина. 1938, № 4—5, 533—538.

Шульман Л. Н. — Случай абсцесса печени с прорывом в легкое. Врач. дело, 1952, № 1, 79—82.

Эльберг Н. В. — Клиника, диагностика и терапия абсцессов печени. Советское здравоохранение Киргизии, 1955, № 2, 45—50.

Эристави К. Д. — Острый холецистит и его лечение. Тр. IV Конфер. хирургов Закавказья. 1957, 238—244, Баку.

Эристави К. Д. — Оперативная реконструкция глубоких желчных протоков (собственная модификация), Тр. Тбилисской жел. дор. б-цы, 1948, 75—80.

Эристави К. Д. — Клиника и лечение холециститов. Тр. Инст. экспер. и клин. хирургии и гематол. АН Грузинской ССР. 1956, т. VI, 205—214.

Эфендиев М. Э. — Консервативная терапия хронических воспалительных заболеваний желчных путей. Азербайджанский медицин. журнал, 1958, № 9, 51—53.

Эфендиев Ф. А. и Гаджиев Н. А. — Экспериментальная разработка новых вариантов хирургических операций при блокаде воротного и внутрипеченочного кровообращения. Тезисы VI конференции хирургов Закавказских республик. Ереван, 1962.

Mc. Allister, A. J., Huscen N. F; Clark P. — Surgical problems in the treatment of hepatic trauma. Amer. Surg; 1961, 27.7. 549—592.

Bornemisza G. — Atypicae liver resection with the autoallopiasdie teclinique. Acta chiz. Acad. Sci. hung; 1962. 3. 1. 47—57.

Carlson P. Averbook B. D. Pearson S. Trandic laceration of the liver Amer. Shrg; 1962. 2 74—82.

Cattell R. B., Ville J. S. Amputation neuromas of the biliary tract. Arch Surg., 1961, 83, 12. 2.2—2.6.

Cinti G., Lucci G. La sindrome del moncone colecisdico Arch. ital. chir., 1961, 87, 4. 485—453 Медиц. реферат: журнал. 6. раздел IV. 1962. с. 56.

Christoffersson E., Eglund Y.' Gamklou R., Niesson L. The effect of dosulfin, inacute—Cholecysditis, A bacteriologicae and clinicae invesdigadion Acta chir Scand., 1962. 1. 44—50.

Dubecz A., Nagy T.—Die bedontung der leberbiopsie in der behandlung der nach gallerstein auftreten den baschwerder. Chirurg. 1961, 10, 464—467.

Edlung Y; Olsson O—Acute cholecystitis ist actiology and course, with special reference to the timing of eholecystectomy. Acta chir, scand; 1966, 170. 6. 479—494,

Ediuad Y., Lanner L. O; Olsson O.—Холецистография и холеграфия при желчнокаменной болезни. Acta chir., scand. 1961, 120, 5—836—875.

Edholm P., Jonson G.—Preoperadive cholangiography. ist valne in detecting common bile duct stones. Acta chir. Scand. 1961, 112, 6, 486—489.

Fahlstrom G. Norlin U: Wallensten S. Внутривенная холангиография в хирургии желчных путей. Acta chir. Scand; 1961, 122, 1. 30—38.

Gans H.—Introduction to hepadie surgery. 1955. Amsterdam. 266 p.

Goldhan. R. und Jorns G. Lehrbuch der Speziellen chirurgie Zweiten Band, 1956. 183—203.

Hellstrom G.—Closend injury of the liver: analysis of a series of 300 cases. Acta chir: Scand., 1961, 122. 6. 490—501.

Kourias B Zapport de la cholangiograpid peroperratiore a la chirurgie des kystes hydadiqes du foie J. chir., 1961, 81. 5 -6. 535—549.

Mallet—Guy P—Sur le traitement des cholecystites litlhiasignes aigües. Mem. Acad. chir; 1961, 87, 17, 550—554.

Mester E.—Diagnosdische probleme der Gallenchirurgie. Zbl. chir., 1961, 36, 1939 19-7.

Mester E. Bruxsa B Операции на желгных путях у пежилых больных. (Az idoskuri epemütsetek). Orv. Hetil, 1961, 33. 1786—1787. Медип. реф. журнал 3. раздел IV. 1962. с. 62.

Mowlus D Indiktion znr dranagelossen cholozystektomie uod erfahrungen in der cholangioskopie Zbl chir. 1961, 4. 135-134.

Nezuann S.—Znr drainage und nichtdrainagd in der Gallenchirurgie. Chirurg. 1961, 9. 4 4—417.

Rives M. J. A propos de la porikystectomie dans la traitement des kustes hydadiqnes compliques du foie. Wem. Acad. chin., 1961, 87. 28-29. 816—822.

Rnoads J, E.—Liver, Gallbladder and Bile Passagge. Bku: Allen I. G. Surgerg principles and draktice. 1957. 637—714.

Salzer G.—Der lange cysticusstumpf, eine ursache das Postcholecyctektomie syndroms. Langenbecks Arch. klin. chir., 1962. 299. 4. 4. 560—566.

Schein C. I., Hurwitt E. S. The technique of biliard tract endoscopy. Surg. Gynec. Obstet. 1961, 113. 4. 5 4—516.

Stefanles I., Gorgo P., Hemih G Lang I. О ценности манометрии и холангиографии во время операции на желчных путях. Orvosi Het; 1960. 31, 1089—1095. Медиц. реферативных журн. 2. раздел. IV. 1961. с 52.

Walters W—Хирургические заболевания желчных путей 35. летний опыт Arc shrg: 1960, 81, 1, 1—13. Медиц. реферат. журнал, 2. раздел IV. 1961. с. 57.

Weikessar E. C—Surgery for gallbladder diseas in Ohio. A Servey of 3 85 operations Amer. J. Surg., 1961, 101, 5. 695—698.

შინაარსი

წინასიტყვაობა 3
შესავალი 4
ღვიძლისა და ნაღვლის გზების ანატომია 7
ღვიძლის შინაგანი დანაწილება 8
ღვიძლის გარეგანი და შინაგანი დანაწილების ურთიერთშეფარდება 13
ღვიძლის ემბრიოლოგია 15
გლისონის სისტემა 19
ნაღვლის შემადგენლობა და მისი გამოყოფის ფიზიოლოგია . . 32
ღვიძლის ქირურგია 35
ნაღვლის ბუშტის მწვავე და ქრონიკული ანთებანი 40
ქოლეცისტიტის და ქოლელითიაზის რენტგენლაბორატორიული დიაგნოსტიკა 67
ქოლეცისტიტის მკურნალობა 80
ნაღვლის ბუშტის ანთების პათოლოგიური ანატომია 118
სიყვითლე და მისი კლინიკა 121
პორტალური ჰიპერტენზია და მისი ქირურგიული მკურნალობა . . 138
ღვიძლისა და სანაღვლე გზების ავთვისებიანი სიმსივნეები . . . 160
ღვიძლისა და სანაღვლე გზების ექინოკოკოზი და ასკარიდოზი . . 179
ალვეოლური ექინოკოკი და მისი მკურნალობა 196
ასკარიდოზი 203
ღვიძლის არაპარაზიტული ცისტომები 205
ღვიძლის აბსცესი და მისი მკურნალობა 210
ღვიძლისა და ნაღვლის ბუშტის ტრავმული დაზიანებანი 224
ლიტერატურა 237

რედაქტორი მ. მენაღარიშვილი

ტექრედაქტორი ე. ხუციშვილი

ხელმოწერილია დასაბეჭდად 18/XII-63 წ. ქაღალდის ზომა 60×90 1/16.
ნაბეჭდი თაბახი 16.25+2 ჩაკერა, სააღრ.-საგამომც. თაბახი 14.79.
საავტორო თაბახი 14.52.

უე 12411 ტირაჟი 2.000 შეკვ. № 750

ფასი 1 მან. 08 კაპ.

მე-4 სტამბა. თბილისი, მედქალაქი.
Типография № 4, Тбилиси, Медгородок.